

退院がスムーズにいかず長期入院となる患者・家族とキーパーソンの傾向と背景 および退院阻害要因について

只浦寛子¹⁾、遠藤幸子²⁾、萩原久美子²⁾

キーワード：長期入院、退院、退院計画、退院調整、キーパーソン

要 旨

本研究は、治療は終了したが、退院がスムーズにいかず長期入院となった患者・家族の傾向と背景および、その患者・家族の退院調整に関わるキーパーソンの実態、入院が長期化した要因を明らかにすることを目的とした。「ハイリスクスクリーニング基準」を用い、長期入院化した事例について検討した。分析の結果、対象は全員、退院計画を必要としていたハイリスク事例であったことが明らかとなった。キーパーソンは、患者自身・家族・不在であったことが明らかとなった。今後、患者・家族の退院計画への参画を大切に、スタッフもチーム医療として退院調整を展開することの重要性が明らかとなった。また、キーパーソン在・不在例での退院調整の進め方に関する検討が今後必要であることが考察された。

Backgrounds of the patients, family members and key persons of long term hospitalization

Hiroko Tadaura¹⁾, Sachiko Endo²⁾, Kumiko Hagiwara²⁾

Key words : long term hospitalization, discharge, discharge program, discharge coordination, key persons

Abstract

This study focused on the backgrounds of long term hospitalization patients, their families, and their key persons (any person who can make important decision for the patients and who can solve any problems that the patients might have.) and the causes of long term hospitalization. Our analysis used the standard screening of high risk patients. All patients in the study were high risk patients of long term hospitalization. In this study, their key persons at the time of discharge were the patients themselves, their family members, or no one. The results of the study indicate that; it is necessary to consider the participation of the patients' family in their discharge problems, it is important to have good teamwork among doctors, nurses, patients, and family members in discharge programs, and it is necessary to consider how to coordinate the discharge programs in cases of no key persons.

1) 宮城大学看護学部

Miyagi University School of Nursing

2) 東北公済病院

Tohoku kosai Hospital

I 目的

患者・家族に退院の見通しを告げた後、スムーズな退院とならないことがある¹⁾。例えば、退院をいやがる患者、患者を引き取ろうとしない家族、在宅での介護が可能であると思われるにもかかわらず、他の長期療養型病院や保健・福祉施設を探すまで入院・入所する患者がいる¹⁾。医療者側からすれば、入院治療の必要がなくなれば退院となるのが当然なのであるが、退院にあたって患者・家族が難色を示すケースがある²⁾³⁾。そのような状況で患者・家族が納得のいかない退院をすることは、患者・家族と医療者にとって非常に不幸であるが、医療政策は長期入院を是正する方向にあり、今後はますます患者・家族側の納得のいかない退院が増えることが予想される状況である。

このような問題の打開策の一つに退院計画がある。退院計画・退院調整については、欧米でもさまざまな評価研究⁴⁾がなされており、在院日数の短縮や再入院率の低下、患者・家族の不安や負担の減少など、退院計画の導入によってもたらされる効果がわかってきた。事例研究においても、疾患別に具体的な退院調整アプローチに関する報告が多くなされている。

しかし多くの報告では、退院調整の対象単位を「患者・家族」とひとくくりに行っている。患者・家族のキーパーソンという視点から、円滑な退院を阻害する要因を検討した研究はほとんどない。家族の相談・援助をする際は、キーパーソンとな

る人に問題解決の中心的役割を担ってもらうことは重要であると報告されており⁵⁾、臨床現場においても、退院の準備を患者・家族と行う際は必ずキーパーソンとなる人をたて、その人と話し合いをし調整していくことが多い。しかし、それでも円滑な退院へとつながらないケースがある。

本研究では、治療は終了したが、退院がスムーズにいかず長期入院となった患者・家族の傾向と背景を、キーパーソンという視点から明らかにすることを目的とした。

II 対象

対象患者は、施設 X で2001年1月から2001年12月までの間に退院した741名のうち、転科・転棟した患者を除いた、在院日数が30日超～1年以内の182名の中で、入院目的の達成・治療完了と主治医が判断したが、その後退院がスムーズにいかず2週間以上退院が長引き、長期入院となった患者17名とした。

III 用語の定義

家族相談援助論において「キーパーソン」とは、家族の中で医療関係に従事している者でもなく、一家の主でもなく、医療者と頻繁に連絡をとる者でもなく、問題解決に関わりのある人である⁶⁾と定義されている。退院支援は、患者を含めた家族に対する相談と援助そのものであることから、本研究では「キーパーソン」を、退院調整に関して

資料1. ハイリスクスクリーニング基準

領域	基準
A. 年齢や家族に関するもの	1 80歳以上 2 単身ないし老人のみ世帯で70歳以上 3 介護者が不在であるもの
B. 障害に関するもの	4 身体障害者手帳に該当するもの 5 障害や廃用性の変化により屋内生活の自立に困難が予想されるもの
C. 疾病に関するもの	6 特定疾患の対象となるもの 7 意識障害または重度の痴呆症状を呈するもの 8 精神疾患またはアディクション関係の問題があるもの 9 転移がんまたはターミナルに至る疾患に罹患しているもの 10 医療器具・医療処置が退院後必要と予想されるもの 11 入退院や転院の繰り返しがあるもの
D. その他	12 経済的問題の訴えがあるもの 13 病状理解が不安定、事務手続きが不案内、または情緒的に不安定な患者・家族
上記以外の理由	14

注)1つ以上チェックされた場合、退院計画該当

「患者に関する重要な決定ができる人」「問題解決ができる人」として用いた。

IV 方法

(1) 退院計画の必要な患者・家族のハイリスクスクリーニング基準に基づく分析

「ハイリスクスクリーニング基準¹⁾」(資料1)を用い、17名の対象の診療記録を元に○、×選定した。

本来、ハイリスクスクリーニング基準は患者が入院した初期段階で退院計画該当患者か否かを選定する目的で用いられているが、今回は後向き研究として、対象が退院計画を必要としていた事例であったことを明らかにすること、また、その問題点を明らかにすることを目的として使用した。

(2) グループ化

一事例ごとに(1)で該当した共通項目から、1)患者・家族の傾向と背景の共通性を整理した。また2)キーパーソンの有無および背景の共通性、3)退院阻害要因の共通性を分析し、3)をもとにグループ化した。

スクリーニング選定およびグループ化にあたっては、看護師3名の分析結果を照らし合わせ、回答の異なっている項目について別の6名の看護師が検討し、最終的に1患者1データとした。

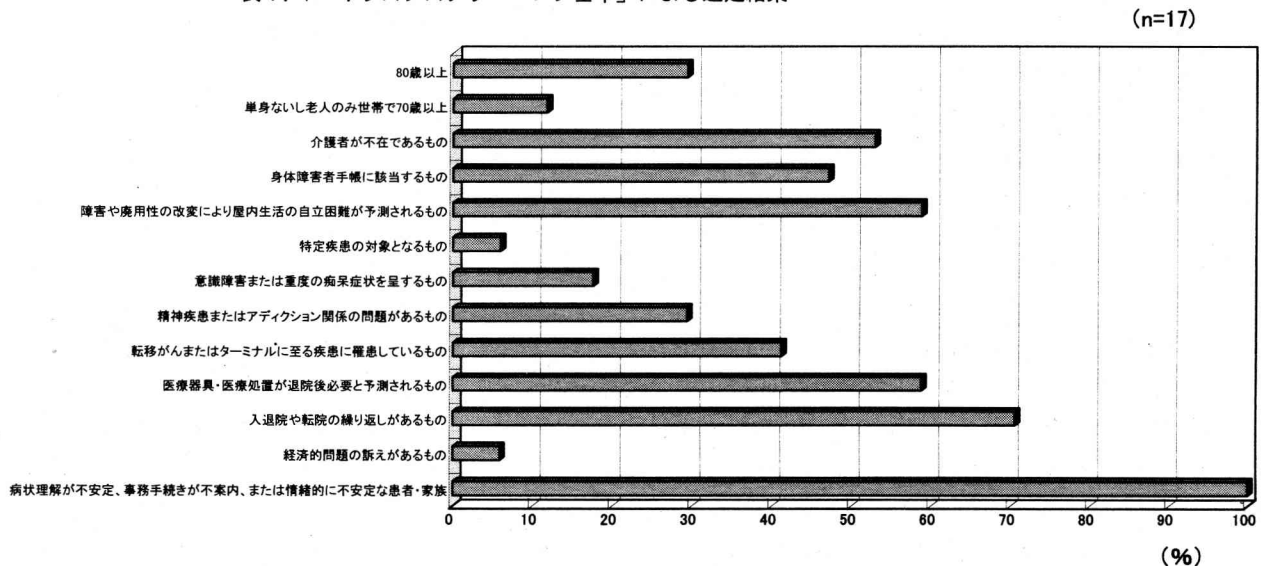
V 結果

(1) 退院計画の必要な患者・家族のハイリスクスクリーニング基準に基づく選定

すべての事例の一つ以上の○がついた。本研究の対象者は、退院後に高い確率で何らかの問題を持つことが予測されるケースであったことがわかった。退院計画の必要な患者・家族のハイリスクスクリーニング基準の項目ごとの結果を以下に示す(表1)。

1. 「80歳以上」の高齢期後期である人は5人と全体の約29.4%を占めていた。また、高齢期前期60~79歳である人は5人おり、合わせれば高齢期60歳以上の人は全体の約58.8%を占めていた。
2. 「単身ないし老人のみ世帯で70歳以上」である人は2人で、身寄りはいるが、単身あるいは施設生活者だった。
3. 「介護者が不在であるもの」は、9人だった。全体の約52.9%を占めていた。介護者不在の定義としては、実際にいないだけでなく、介護者はいても事実上介護できない場合も不在として考えた。介護者がいても事実上不在である理由には、「介護者が高齢である」、「介護者が疾患を抱え通院中の身である」、「介護者が職業をもち介護は不可能である」、「介護者は介護する意志がない」、「家族は介護したいが遠方に住み、同居を呼び掛けているが、本人は同居も介護も望んでいない」ケースがあった。

表1. 「ハイリスクスクリーニング基準」による選定結果



4. 「身体障害者手帳に該当するもの」は8人だった。内部障害区分のペースメーカーや透析、そして肢体不自由などで、全体の約47.1%を占めていた。
5. 「障害や廃用性の変改により、屋内の自立に困難が予想されるもの」は、10人で、全体の約58.8%を占めていた。そのうち自立度が全介助である者は半数だった。
6. 「特定疾患の対象となるもの」に該当したものは1人だった。
7. 「意識障害または重度の痴呆症状を呈するもの」は、痴呆や脳硬塞後遺症の3人で、うち2人は要介護認定3～5に該当していた。
8. 「精神疾患またはアディクション（アルコール、麻薬依存など）の問題があるもの」は5人で、うつ病3人、不安神経症2人だった。
9. 「転移癌またはターミナルに至る疾病に罹患しているもの」は7人で、肝硬変、大腸癌、心不全、慢性腎不全だった。
10. 「医療器具・医療施設が退院時に必要とされるもの（人工透析含む）」は10人で、全体の58.8%を占めていた。
11. 「入退院や転院の繰り返しがあるもの」は12人で全体の約70.6%だった。当院のみで入退院を繰り返しているものは9人で最大19回、平均約7.8回だった。
12. 「経済的問題の訴えがあるもの」は、1人だった。
13. 「病状理解が不安定、事務手続きが不案内、または情緒的に不安定な患者・家族」には、全員が該当していた。17例中6例には「病状理解上の問題」があり、毎日病院に身の回りの世話をしにくる介護者はいてもキーパーソンになれる人がいなかったり、患者自身が告知されていなかったり、患者・家族が情緒不安のためいくら説明しても病状理解が不安定であるケースがあった。また、17例中6例に「事務手続き上の問題」があった。例えば、介護保険や転院先の手続き上の理由で退院が遅れたり、退院へ向け家族に関わる時期が遅かったために退院準備が遅れたり、身寄りがなく、今後の透析施設を医療者と役所の担当者との話し合いで探す必要が

あったケースがあった。また、17例中16例が「情緒的に不安定な患者・家族」に該当した。さらに、その16例中6例にうつ病、不安神経症などの精神疾患があった。これらの多くのケースは、日常において身体的自覚症状の訴えが多く（例：だるい、頭痛、めまい、動悸、しびれ、ふらふら感）、退院に向けての言動が「不安、退院や社会復帰にまだ自信がない、自信がつかまで退院できない、もう退院しないとだめですか、追い出される」といったものに共通していた。身体的・精神的自覚症状のため、リハビリも消極的で回復過程がうまく進まなかった。中には、家族が情緒的に不安定で医療者と話し合いができず、途中でキーパーソンの役割を果たせなくなるケースもあった。

(2) グループ化

対象は、以下の5つのグループに分けることができた。

グループ A (3名)

- 1) 患者・家族の傾向と背景：患者は、80歳以上の高齢者2名と17歳の青年者1名だった。患者は日常生活において部分介助～全介助の援助を必要とする自立困難の要介護・要支援者で情緒不安があり、うつ病・痴呆・言語障害などから自己決定が困難であった。介護者は2名の患者にはいたが、1名の患者には不在だった。しかし、介護者がいた事例も、患者の要介護度が高いために介護保険を利用しなければ介護できなかったり、患者の病状変化に対して介護者自身が一人で介護する自信がなかなか持てない事例だった。患者は全員、長期療養型施設や電動ベッドや歩行器などの医療器具が必要だった。全員、入退院を繰り返していた。
- 2) キーパーソンの有無および背景：全員、キーパーソンは家族だった。キーパーソンの背景は娘や母親で、1事例のキーパーソンには情緒不安があり、1事例のキーパーソンは医療者だった。
- 3) 退院阻害要因：転院する長期療養型施設の決定や連携の遅れ、患者を受け入れる介護者を含めた家族の準備状態（不安や介護支援申請の遅れなど）が整わなかったことによって退院が長

引いた。退院調整がスムーズにいかなかった主な要因には、退院計画へのキーパーソンの参画がうまくいかず、キーパーソンの希望や主張を取り入れ続けたことにあった。キーパーソンの希望や主張は、転院先がみつかるまで、転院先や施設に移るまで、あるいはリハビリをもう少しさせたいだった。

グループ B (7名)

- 1) 患者・家族の傾向と背景：患者は、50代1名、60代2名、70代2名、80代2名だった。患者は、ターミナルに至る疾患（肝硬変、心不全、腎不全、大腸癌など）をもっていた。患者は日常生活の自立が困難で、リハビリをしてもADLの向上に限界があったが、患者および家族の病状理解が悪かった。患者は、自宅療養可能な状態であり、介護者を必要としていたが、介護者が不在だった。全員が、病状が不安定になると入院し、長期入院を繰り返していた。
- 2) キーパーソンの有無および背景：退院調整に関わるキーパーソンが全員いなかった。
- 3) 退院阻害要因：患者には家族がいるが、介護者および退院調整の問題解決に関わるキーパーソンが不在だった。医療者の退院調整の取り掛かりが遅れていた。また、窓口となるキーパーソンの決定に時間を要し、家族の病状の理解もスムーズにいかず退院が長引いた。

グループ C (2名)

- 1) 患者・家族の傾向と背景：患者は50代1名、70代1名だった。70代の患者は高齢単身者・要支援で、介護者である子どもが遠方に住んでおり同居を呼びかけていたが、その意思がなく一人暮らしを希望していた。両患者は、うつ病などの精神疾患を持っており、病状理解が不安定であり、不定愁訴を訴えることが多かった。
- 2) キーパーソンの有無および背景：患者自身がキーパーソンだった。
- 3) 退院阻害要因：入院のメリットを利用した（個人的要因に附随して利益を被る）長期入院だった。例えば、入院前から既に職場での病欠を長くとっており、社会的な避難という目的で長く在院していたり、保険料目的に在院日数をかせいだり、入院することで周囲の兄弟や友人

の注目を集め、毎日の面会に満足を見出し長くなったケースだった。入院のメリットは表には出にくく、患者は不定愁訴があり、自覚症状や自信がつくまでを理由に長期入院をとった。医師も「患者の自信がつくまで」を退院基準とし、患者の希望を支持していた。退院調整への患者の参画は得られず、退院調整は機能しなかった。

グループ D (3名)

- 1) 患者・家族の傾向と背景：患者は50代1名、60代1名、70代1名だった。患者自身、また1事例は家族も情緒不安やうつ病、不安神経症をもっていた。介護者はいた者が1名で、不在が2名だった。入退院の繰り返しがあり、病状理解が悪かった。
- 2) キーパーソンの有無および背景：キーパーソンが患者自身あるいは家族で、そのキーパーソン自身が情緒不安やうつ病、不安神経症をもっていた。
- 3) 退院阻害要因：キーパーソン自身が情緒不安やうつ病、不安神経症を持っていた事で退院調整がうまくいかなかった。キーパーソンの自信がつき安心するまでという退院基準の充足を尊重し続けたため長期入院となっていた。

グループ E (2名)

- 1) 患者・家族の傾向と背景：患者は50代1名、80代1名だった。患者自身は肝硬変や片麻痺があり、日常生活において部分介助を必要としていた。2名とも家族に介護者はいた。片麻痺のあった患者は身体障害者手帳を申請中で、杖や車椅子などの医療器具を要した。
- 2) キーパーソンの有無および背景：要介護の患者自身がキーパーソン。
- 3) 退院阻害要因：介護者在・不在に関わらずキーパーソンの自信・安心・ADL回復満足度が退院基準だった。ADLが向上するまでの長期リハビリを望んだり、今後の生活への自信がつかないで話し、キーパーソンである患者自らの退院基準をもとに退院調整をし、長期入院となったケースだった。家族に介護者がいても、迷惑をかけたくなかったり、頼りたくないと話し、「自分の事は自分でできるようになったら

退院したい」「自信がついたら退院したい」「元どおりの身体になって、元どおりの生活ができるようになったら退院したい」と話した。

VI 考察

本研究では、退院がスムーズにいかず長期入院となる患者・家族の傾向と背景、及びそのような患者・家族のキーパーソンの実状、円滑な退院を阻害する要因について分析した。

1) 患者・家族の傾向と背景について

全員が長期入院ハイリスク事例であり、事例ごとに患者・家族の傾向と背景が異なっていたことが明らかとなった。確かに、スクリーニング項目に該当する患者や家族の退院が長期化していたことが改めて示唆された。また、グループ化したことによって我々が今回用いたスクリーニング項目要因以外にも、退院阻害要因があるのではないかということが示唆された。例えば、患者・家族のキーパーソンの有無、退院基準が医療者と患者・家族で一致しているかどうか、社会的入院であるかどうか、医療者側の退院調整の問題点などに関して今後検討する必要がある。17名の事例では、どのハイリスクスクリーニング項目があると、あるいは多いと退院が長期化しそうであるなどの阻害要因の傾向をつかむことは難しかった。今後は事例を増やし、量的な検討を行う必要がある。

2) キーパーソンについて

グループ A、E は、どちらも患者自身の ADL 自立度が低く何らかの他者の援助を必要としていたが、“介護者の有無に関わらず” キーパーソンの自己決定・主張によって退院が長引いていた。例えば、グループ A の場合、家族にしっかりしたキーパーソンがいたが、介護者不在のために施設・病院を転々とし、行き先が決まるまでの在院調整を取り仕切っていたのがそのキーパーソンの役割であった。一方、グループ E の場合は、キーパーソンが患者自身で要介護だがしっかりしており、介護者のいる事例もあったが、ADL の向上や社会復帰への自信といった自己退院基準を充足させるのがそのキーパーソンとしての役割であった。また、グループ C

は、高齢単身あるいは精神疾患ある患者自身がキーパーソンを担い、自己の個人的要因に附属した利益を被るべく退院を延ばすことをその役割としていた。グループ D は、キーパーソン自身が精神疾患や情緒不安をもっており、キーパーソンとして適任であったかが問題であった。グループ B は介護者もキーパーソンも不在であったが、キーパーソンの選定が本当に困難であったのかどうか疑問が残った。

家族相談援助論において、重要とされる「キーパーソン」は、その選定において、単に世帯主であったり、専門職の資格を持っている人ではなくて、「問題解決に関わりのある人」⁵⁾ にするべきだと言われている。しかし、本研究で明らかとなったキーパーソンは、いずれも安易に「いない」とされていたり、安易に交渉の中心人物となっていた可能性がある。例えば単に、「自己決定・主張する患者あるいは家族」であったり、「医療者とコミュニケーションが瀬回な患者・家族」であったり、「自ら窓口となると申し出たもの」「面会によく来る家族」「世帯主」といったものであった可能性がある。また、本研究の対象患者・家族におけるキーパーソンが、たとえもっとも適任者であったとしても、そのキーパーソンに根本的な「問題解決に関わる役割」を担ってもらえるような医療者側のアプローチが不十分であったという可能性も否めないだろう。

地域看護においては、キーパーソンは介護者である⁶⁾という報告もあるが、退院調整におけるキーパーソンと介護者は必ずしも同一ではない。介護者を必要とする患者自身がキーパーソンの役をかって出るものも多く、介護者不在の家族や介護者以外の家族にキーパーソンがいることも多い。本研究において明らかになったキーパーソンは、援助を必要とする患者の介護者ではなく、その適・不適の問題は別として、いずれもそれぞれの患者・家族の根本的なニーズ・欲求を充足すべく周囲に働きかけていた人物であった。

本研究では、キーパーソンの選定の重大性とが明らかとなった。

しかし、なぜキーパーソンの主張や希望は退院に影響するのだろうか。円滑な退院を阻害するその他の要因・背景について、次に考察した。

3) 円滑な退院を阻害する要因について

①退院基準について

米国などにはある程度の退院の基準があるのに対して、日本には、退院の目安となる客観的な基準が存在しないということが大きな要因となっているという報告³⁾がある。日本では、医師が自分の判断基準で、あるいは病院経済・空床状況をみながら、家族との交渉に頭を悩ませながら、患者の意向も聞き入れ決定していくことが多い。患者側だけでなく看護師側も退院の見通しをたてにくいと言われている³⁾⁷⁾。診療計画書に予想される入院期間は記入されても、ターミナル疾患では入院期間未定となることが多く、途中医師の判断や検査の都合など様々な理由で入院期間は変化する。そのため、入院時から退院を見越して退院計画を実行することが空論になってしまい、具体的な計画が立てにくいのが現実であるという報告³⁾もある。また、医師の中には患者の自信がつき次第退院という指示を出し、患者自身に退院の時期や日取りを任せる者も多いのが現状である。

②多くの不確定要素の関与・影響について

①の退院基準のあいまいさは、患者・家族の訴えや患者の自覚症状といった不確定要素を入院期間に多く関与させ、退院を引き延ばされやすくしていると言われている³⁾。例えば、四季を持つ日本独特の考えだが、寒い冬や夏の暑い時期は病院にいたい、あるいはいさせてあげたいといった配慮や患者・家族の「もう少し」といった患者・家族のわがままが出やすくなるという報告³⁾もある。仏滅を避け、大安までいて退院していく患者も多い。医師自ら「患者の自信がつくまで」を退院基準とし、患者の希望やわがままを支持している場合は退院調整に関する議論の余地がない。実際に結果を眺めても、グループ A、C、D、E は転院するまで、自信がつくまでといった患者・家族のキーパーソンの「もう少し」を受け入れた長期入院だった。精神疾患を合併したケースや情緒不安な患者・家

族の、不定愁訴の続く回復過程一進一退の長期入院の場合は、医療者にとっても実に根気のいる期間となる。また、不確定要素の関与に寛容であることは、患者の満足度を大切にされた措置ではあるが、中には思いがけない問題が潜在していることがあり、注意が必要でもある。グループ C の場合、表面的にアセスメントされる患者の自覚症状や自信に影響した長期入院ではなく、根底には現実的な社会的問題や生育歴の問題、精神疾患の合併という潜在的な問題が隠れてあり、アセスメントの難しさや対応の難しさについて考えさせられる。

③患者と医療者の退院基準のギャップについて

また②は、患者と医療者の退院基準へのギャップを露呈し、しばしば双方に感情的なしこりを生み出すことがある。退院には、完治して退院する場合と、医療者が自宅療養の段階に至ったと判断して退院を勧める場合がある⁸⁾。いずれにしても医療者側にしてみれば、入院治療の必要がなくなれば退院となるのが当然なのであるが、多くの患者は「自分の事は自分でできるようになったら退院」「自信がいたら退院」「元どおりの身体になって、元どおりの生活ができる時が退院の時期」と思っていることが多い¹⁾。実際、グループ A、C、D、E はそうであり、中でもグループ E のように、たとえ介護者がいても、キーパーソンの患者自身が満足のいく ADL 段階に至るまでは退院できないと思っている場合もある。退院基準は患者によって様々である。

④患者・家族の退院計画への参画までの過程について

またその他に、患者・家族側が退院計画に非協力的¹⁾⁸⁾であるという問題もある。患者・家族の退院計画への参画がうまくいかないと、医療者は影響力を持たない。

例えば、入院早々に退院へ向けた話をしたり、回復期ですら退院という言葉に対して「入院したばかりなのに、退院の話をするの?」「もう退院しなくちゃいけないんですか?」という反応が返ってくることが多い。ほとんどの患者・家族が入院すると安心してしまい、退院の話を

する時期は入院初期ではないと思っている。患者側に入院している病院の機能を知らせていないこともその障害の原因となっており、急性期病院がどのような機能を果たし、その他の医療施設とどのように異なるか説明することが必要であると報告³⁾しているものもある。患者・家族のニーズの把握と退院後にどうしたいかといった自己決定¹⁾にも退院計画への参画は欠かせず、患者・家族の退院計画の参画までの働きかけが問題である。また、その際は、キーパーソンの選出が不可欠であり、グループ B のように介護者もキーパーソンもない状況では早期退院は困難である。また、1) で述べたように、キーパーソンの慎重な選出やキーパーソンへの慎重な働きかけ・調整といった姿勢とともに、キーパーソンが最適でない場合は選出しなめるといった柔軟性が求められるだろう。

⑤地域ケアシステムとのネットワークの必要性について

また、患者・家族ニーズに対応する社会資源へのリンケージが不可欠である。グループ A のように、対象が転院や施設を探すまで退院できない、という状況では早期退院は困難であり、患者・家族と医療者にとってマイナスである。

⑥医療者自身の陰性感情処理の必要性について

以上より、様々な問題が明らかとなったが、最後に疑問が残ったのは、本研究の対象患者・家族に対しさまざまな問題を感じながらも、なぜ日々漫然と医療者は見ていたのかということであった。退院をうまく進める上では、医療者の陰性感情の処理が大切であることが報告⁶⁾されている。なかなか退院しない患者・家族に対し、医療者自身が何らかの陰性感情を生み出すことがあり、それを敏感に感じ取った患者や家族がさらに退院させられるという思いを強め双方のしこりがさらに強まることがあると報告⁶⁾されている。本研究の多くの対象者に対し、医療者は何らかの陰性感情を抱いていたように思うと多くのスタッフが顧みていた。医療者側の陰性感情がいつまでも処理されずにいると、患者・家族の根本的なニーズの^アセスメントをやめてしまい、漫然と看護をしてしまう危険があ

る。医療者は家族が見て当然だという価値観を暗に押し付けていることがあるが、家族はそのような価値観を持っていないかもしれず、施設入所や転院も一つの選択肢として一緒に考える姿勢を身につけることが大切である。グループ E や C のように介護者がいても患者自身がその家族からの介護を望んでいないケースもあるなど、家族背景は実に様々である。

⑦キーパーソン不在の事例について

本研究の結果、長期入院となる事例の中には、キーパーソンが不在である事例もあることが明らかになった。核家族化が進み、単身高齢者世帯が増加する中、キーパーソンが不在であるケースは今後ますます増える事が予測される。そのようなケースに対する退院調整の在り方についても今後検討が必要であることが考察された。

本研究にはいくつかの限界がある。対象となる患者が退院してしまった後、患者診療記録とスタッフから調査を行ったため、細部には不確実なところがある可能性が考えられること、対象数が少ないことや、患者や家族に対する調査・検討も必要であり、実践的意義が高まるよう、今後さらなる症例の積み重ねと検討を行っていくことが必要である。

VII まとめ

本研究では、治療は終了したが、退院がスムーズにいかず長期入院となった患者・家族の傾向と背景を、キーパーソンという視点から明らかにすることを目的とした。結果は、以下に示す通りである。

1. 本研究の対象者はいずれも退院計画を必要としていたハイリスク事例であった
2. 退院がスムーズにいかず、長期入院となる患者・家族のキーパーソンは、患者自身であることもあるし家族の中にもあった。中には、キーパーソン不在である事例もあった
3. 退院がスムーズにいかず、長期入院となる患者・家族のキーパーソンが「患者自身」である場合、背景には次のようなものがあった：高齢単身（介護者在、不在）、精神疾患や情緒不安をもつ、介護を必要とする高齢者、障害者（介

護者在、不在)

4. 退院がスムーズにいかず、長期入院となる患者・家族のキーパーソンが「家族」である場合、背景には次のようなものがあった：精神疾患や情緒不安をもつ、患者は要介護だが介護者不在、患者に入退院の繰り返しがある、患者はターミナルに至る疾患を持つ、患者自身がうつ病・痴呆・言語障害などをもち自己決定困難
5. 退院がスムーズにいかず、長期入院となる患者・家族の「キーパーソン」のニーズ・欲求・目的には、以下のようなものがあった：個人的要因に附随した入院のメリット、個々の退院基準（社会復帰や帰宅への自信・安心・ADLの回復満足度など）の充足、他の長期療養型病院や保健・福祉施設への転院までの在院
6. 退院がスムーズにいかず長期入院となる患者・家族の「キーパーソン」は、患者・家族の根本的なニーズ・欲求・目的を充足すべく周囲に働きかけていた人物であった

謝 辞

本研究をまとめるにあたり、御協力下さいました施設 X のスタッフの皆様に深謝申し上げます。

引用文献

- 1) 京極高宣：退院計画導入ガイド,日総研,2001
- 2) 手島陸久：退院計画,中央法規,2001
- 3) 森山美知子：なぜ退院がスムーズにいかないのか?, 看護学雑誌, 11, 986-992, 1996
- 4) 阿部俊子：看護実践のための EBN, pp170-193, 中央法規, 2001
- 5) 平山朝子、宮地文子：公衆衛生看護学総論 2, 医学書院,1997
- 6) 松野かほる：地域看護学,系統看護学講座,別巻11, 医学書院, 1993
- 7) 日野原重明、小山真理子：早期退院マネジメント, 日本看護協会出版会, 2001
- 8) 福西勇夫、堀川直史：“困った患者さん”へのアプローチ, 医学書院, pp72-74, 2000
- 9) 太田貞司：地域ケアと退院計画, 退院援助研究会編集, pp231-234, 萌文社, 2000