

令和 2 年 6 月 16 日現在

機関番号：32714

研究種目：基盤研究(C)（一般）

研究期間：2017～2019

課題番号：17K12485

研究課題名（和文）退院直後における外来看護の新たな展開を目指した入院時～退院6か月後までの追跡調査

研究課題名（英文）A follow-up survey of patients from admission to 6 months after discharge

研究代表者

入江 慎治（Irie, Shinji）

神奈川県立工科大学・看護学部・教授

研究者番号：90433838

交付決定額（研究期間全体）：（直接経費） 3,500,000円

研究成果の概要（和文）：早期退院が求められる中で、退院後に地域での生活を安定させるためには、退院前後の切れ目ない支援が重要である。本研究では退院患者を対象に、後方視的研究によって再入院に関連する要因の探索と、前向き調査によって退院支援の実態、退院直後の支援ニーズについて調査した。結果、再入院の要因として緊急入院、悪性腫瘍、在院日数2週間以上、ADLの低下などがあげられた。前向き調査では、患者は体調や治療、薬の飲み方などに不安を持ちながら退院している実態が示され、病状悪化による2か月以内の再入院率は6%であった。今後、再入院のリスクの高い退院患者を的確にスクリーニングし、退院後も継続してフォローする必要がある。

研究成果の学術的意義や社会的意義

高齢患者が長期にわたり住み慣れた地域で安定した生活を保つためには、疾患予防に加え、疾患があっても上手くコントロールし、急性増悪による入退院を繰り返さないことが重要である。早期退院が求められる中で、退院後に地域での生活を安定させるためには、退院前後の切れ目ない支援が重要である。退院調整・支援、退院後の訪問看護などは整いつつあるが、訪問看護を必要とせず外来診療へ移行する大多数の患者への退院直後の支援は不十分である。

本研究により退院直後に支援を要する患者のスクリーニングや再入院を避けるための課題など、退院直後に在宅生活を安定化するための外来看護の新たな展開を目指した支援体制づくりの根拠とする。

研究成果の概要（英文）：As early discharge is required, continuous support before and after discharge is important in order to stabilize life in the community after discharge. In this study, we explored factors related to readmission through a retrospective study and investigated the actual status of discharge support and support needs immediately after discharge through a prospective survey of patients discharged from the hospital. The results showed that the factors of readmission included emergency hospitalization, malignancy, hospital stay of more than 2 weeks, and decreased ADL. A prospective survey showed that patients were discharged from the hospital with concerns about their physical condition, treatment, and medications, and the rate of readmission within two months due to deterioration was 6%. In the future, it will be necessary to accurately screen discharged patients with a high risk of readmission and continue to follow up after discharge.

研究分野：公衆衛生看護学

キーワード：外来看護 退院直後 追跡調査

様式 C - 19、F - 19 - 1、Z - 19 (共通)

1. 研究開始当初の背景

わが国では高齢化に伴い、医療や介護が必要な状態になっても、できる限り住み慣れた地域で自分らしい生活ができることを目指した地域包括ケアシステムの構築が進んでいる。間近に迫る「超高齢・多死社会」に備え、医療完結型から地域完結型を目指し、地域や在宅で支える仕組みへと舵を切った我が国では、今後入院を回避し、入院しても早期退院・在宅復帰を方針とする傾向は今後さらに強まると考えられる。高齢患者が長期にわたり住み慣れた地域で安定した生活を保つためには、疾患予防に加え、疾患があっても上手くコントロールし、急性増悪による入退院を繰り返さないことが重要である。急性増悪の予防には、適切な治療と、個々の疾患の経過や生活に応じた適切な教育・指導、切れ目ない医療・看護の提供が必要である。早期退院が求められる中で、退院後に地域での生活を安定させるためには、退院前後の切れ目ない支援が重要である。退院調整・支援、退院後の訪問看護などは整いつつあるが、訪問看護を必要とせず外来診療へ移行する大多数の患者への退院直後の支援は不十分である。

そこで本研究では、退院前後の追跡調査から実態を示し、退院患者の基本属性、退院支援の実態、退院患者の支援ニーズと、退院1か月後の患者の生活状況、患者の生活に対する不安、支援に対する患者満足度、退院後2か月間の再入院の実態を明らかにすることを目的に研究を行った。これにより退院直後に支援を要する患者のスクリーニングや再入院を避けるための課題など、退院直後に在宅生活を安定化するための外来看護の新たな展開を目指した支援体制づくりの根拠とする。

2. 研究の目的

大学附属病院を一定期間に退院する全患者(産科等を除く)を研究対象とし、カルテ調査：退院後1ヵ月以内の病状悪化による再入院のリスク要因を探索すること、追跡調査：退院支援の実態、退院患者の支援ニーズと、退院1か月後の患者の生活状況、患者の生活に対する不安、支援に対する患者満足度、退院後2か月間の再入院の実態を明らかにすることを目的とした。

3. 研究の方法

研究対象者は、2017年4月から10月までの7か月間にA大学病院に入退院した患者のうち、小児科および産科、退院後に施設入所、転院、他院外来へ移行、死亡退院患者は除外した。複数再入院している患者については1回目のデータを用い、入院時の退院支援スクリーニング、入退院情報、退院時サマリーのカルテデータを分析した。2019年9月10日から9月14日までの5日間にB大学附属病院に入院した全患者のうち、研究参加に同意が得られた患者と、その患者の病棟看護師とした。退院患者には退院時と退院1か月後に質問紙調査を行い、その質問項目とカルテ情報を分析対象とした。病棟看護師には退院患者の退院時に質問紙調査を行った。

1) 退院患者の基本属性

年齢、疾患、診療科、世帯、介護の有無、主疾患、入院までの経過、在院日数、手術

2) 退院患者の退院時の質問項目

年齢、退院後の生活場所、同居者、退院指導の有無と理解、訪問看護の利用予定、生活に対する不安、退院時の支援ニーズ、退院支援に対する満足度

3) 退院患者の退院時1か月後の質問項目

退院後の病状の安定、退院指導の活用(役に立っているか)、退院後の支援ニーズ、訪問看護の利用、退院1か月後の生活に対する不安、退院後初回外来での相談・指導の有無、退院後の支援に対する満足度

4) 退院患者のカルテ情報

退院サマリーから年齢、性別、入院日、退院日、診療科、病棟、フォローアップ、転帰区分、臨床診断名を得た。退院支援スクリーニングシートからは、退院問題点課題等6項目、服薬、住居形態、介護者の同居、ADL機能的評価、認知機能障害、社会保障制度、社会資源、医療処置、希望退院先(本人・家族)、入退院支援加算11項目(診療報酬ア～サ)、退院前日の看護必要度B項目、退院2か月後までの再入院の有無を得た。その他の診療報酬より、入院時退院支援加算、入退院支援加算、退院前訪問指導料、退院後訪問指導料、退院時共同指導料1・2を得た。

5) 病棟看護師の質問項目

退院調整部署への依頼、退院指導の有無、指導方法と内容、サービス導入連絡調整(病棟看護師)、予定入院の有無、退院後の医療処置、外来看護師への継続看護、記入者(リーダー看護師等)の経験年数、クリニカルラダー、再入院への看護師の直感とその理由

分析方法は、退院時・退院1か月後の退院患者質問項目と病棟看護師の質問項目を連結したうえで、調査項目すべてにおいて記述統計量を算出し、実態を示すこととした。

倫理的配慮としては、A大学附属病院と研究者が所属する大学の倫理審査委員会の承認を得て行うとともに、研究対象者である退院患者とその病棟看護師に対して説明文書を渡し、文書にて同意を得た。

4. 研究成果

カルテ調査

1) 対象者の属性

対象者は3,118名、平均年齢61.7±18.9歳、平均在院日数9.1±10.7日(14日未満82.7%)、手術目的34.9%、要介護者8.5%、緊急入院36.7%、悪性腫瘍23.8%だった。

2) 退院後1ヵ月以内の予定外再入院のリスク要因

退院後1ヵ月以内の再入院は312名/3,118名(10.0%)、予定外の再入院は175名/3,118名(5.6%)だった。予定外の1ヵ月以内の再入院の割合が有意(²検定 $p < 0.001$)に高かった項目は、高齢者(65歳以上)、高齢独居または夫婦世帯、悪性腫瘍、医療処置あり、要介護状態、入院によりADLが低下、在院日数14日以上であった。退院後1ヵ月以内の予定外再入院の有無を従属変数としたロジスティック回帰分析では、高齢者(65歳以上)、悪性腫瘍、医療処置あり、入院によりADLが低下、在院日数14日以上が有意だった。

追跡調査

研究への同意が得られた退院患者は348人で、男性196人(56.3%)、平均年齢は66.5歳(SD±16.3歳)であった。

1) 退院患者の退院時の状態と支援ニーズ

退院患者の退院時の状態としては、入院時の入退院支援スクリーニングでは「緊急入院」に該当した患者が一番多く104人(データで欠損のあった32人を除く316人中32.9%)、次いで「悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症」が78人(24.7%)であった。退院時の退院スクリーニングチェック項目では、「介護者の同居なし」が一番多く133人(316人中42.1%)、次いで「病状の不安」が103人(32.6%)であった。

退院後の生活場所としては、「入院前に住んでいた自宅」が一番多く147人(患者質問紙調査のデータが得られた160人中96.3%)、退院後に同居者がいる(日中も同居者と一緒にいることが多い)が69人(43.1%)で一番多く、次いで同居者がいる(日中は一人が多い)が48人(30.0%)、いないが40人(25.0%)であった。

2) 退院患者に対する退院支援の実態

「退院時に「退院後に気を付けること」などを看護師から説明を受けた」と答えた患者は141人(88.1%)で、その内容は「薬の飲み方」が一番多く85人(53.1%)、次いで「急に具合が悪くなった時の相談や対応」が78人(48.8%)、「治療の方針や見通し」が77人(48.1%)であった。

退院後の心配については「体調や病気のこと」が一番多く96人(60.0%)で、次いで「今後の治療について」と「生活上の注意(食事以外)」が同じ80人(50.0%)であった。退院後の心配があると答えた患者のうち119人(74.4%)は、心配について看護師に十分伝えられたと回答していた。また退院にあたり看護師に望むこととして、「退院後の生活上の注意点について説明して欲しい」が45人(28.1%)であった。「退院に向けた看護師の支援について満足している」「まあ満足している」と答えた患者は112人(70.0%)であった。

3) 退院患者の退院1ヵ月後の生活状況と生活に対する不安

退院1ヵ月後の調査では58人から回答が得られ、「退院後の病状が安定している」「まあまあ安定している」と答えた患者は45人(77.6%)であった。また「退院する時に看護師から受けた説明は役に立っている」と答えた患者は41人(70.7%)で、そのうち「退院するときに看護師から受けた説明で役に立った質問」として「食事内容や食事のとり方」が一番多く23人(39.7%)で、次いで「今後の治療について」が17人(29.3%)であった。「退院後の現在に看護師に望むこと」として「生活上の注意点を説明してほしい」が一番多く18人(31.0%)であった。また「退院後の現在に心配なことがありますか」では、「体調や病気のこと」が一番多く31人(53.4%)で、次いで「急に具合が悪くなった時の相談や対応」が多く25人(43.1%)であった。

「退院後、外来での看護師の支援について満足していますか」では、「普通」が26人(44.8%)、「満足」は13人(22.4%)であった。

4) 病棟看護師

病棟看護師調査では187人から回答が得られた。「退院患者に対して病棟看護師による退院指導を行った」看護師は157人(187人中84.0%)で、そのうち指導方法は「標準看護計画に則った指導」が79人(42.2%)で一番多く、次いで「パンフレットを用いた指導」が68人(36.4%)であった。指導内容としては「生活上の注意」が一番多く113人(60.4%)、次いで「薬の飲み方」が43人(23.0%)であった。「同じ病院の外来看護師への連絡を行った」看護師は16人で、方法としては「電子カルテにチェック」が12人(16人中75.0%)であった。

退院支援は入院前から入院中、そして不安定な退院直後も継続することによって、高齢患者や慢性疾患を抱えた患者が安心して住み慣れた地域で生活を取り戻すことができる。再入院のリスクが高い患者に対し、退院後の生活をアセスメントし、日常生活の中に治療を取り入れ在宅移行期の安定化を図るために、セルフケア支援や関係機関との連携は外来看護の重要な役割であり、今後一層強化していくべきだと考える。

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕 計0件

〔学会発表〕 計1件（うち招待講演 0件 / うち国際学会 0件）

1. 発表者名 富田真佐子 他9名
2. 発表標題 大学病院における退院後1ヵ月以内の再入院に関連する要因
3. 学会等名 第39回日本看護科学学会学術集会
4. 発表年 2019年

〔図書〕 計0件

〔産業財産権〕

〔その他〕

-

6. 研究組織

	氏名 (ローマ字氏名) (研究者番号)	所属研究機関・部局・職 (機関番号)	備考
研究分担者	富田 真佐子 (Tomita Masako) (10433608)	昭和大学・保健医療学部・教授 (32622)	
研究分担者	坂井 志麻 (Sakai Shima) (40439831)	杏林大学・保健学部・教授 (32610)	
研究分担者	鈴木 浩子 (Suzuki Hiroko) (40468822)	昭和大学・保健医療学部・准教授 (32622)	
研究分担者	村田 加奈子 (Murata Kanako) (70381465)	昭和大学・保健医療学部・准教授 (32622)	

6. 研究組織（つづき）

	氏名 (研究者番号)	所属研究機関・部局・職 (機関番号)	備考
研究分担者	林 みつる (Hayashi Mitsuru) (20300402)	昭和大学・保健医療学部・講師 (32622)	
研究分担者	吉原 祥子 (Yoshiwara Shouko) (80766189)	昭和大学・保健医療学部・講師 (32622)	
研究分担者	大崎 千恵子 (Ohsaki Chieko) (80771568)	昭和大学・保健医療学部・准教授 (32622)	
研究分担者	松木 恵里 (Matsuki Eri) (30644588)	昭和大学・保健医療学部・准教授 (32622)	
研究分担者	石原 ゆき系 (Ishihara Yukie) (20787915)	昭和大学・保健医療学部・講師 (32622)	
研究分担者	芳賀 淳子 (Haga Junko) (50788479)	昭和大学・保健医療学部・講師 (32622)	
研究分担者	小松崎 記妃子 (Komatsuzaki Kiiko) (90644592)	昭和大学・保健医療学部・講師 (32622)	