

高齢患者の自宅退院における「予測内」, 「予測を超える」ダメージ ーリロケーション第四形態の存在とリスク要因ー

中西 一葉

清田病院

要 旨

Schulzら(1977)はリロケーション形態を三形態、即ち「家から施設へ」、「施設から施設へ」、及び「家から家へ」、としたが、臨床現場で目撃した退院後の病状悪化や他の要因で再入院する高齢患者の存在から、「施設(医療機関)から家へ」という第四形態の存在が示唆された。そこで退院後、治療又は再入院した高齢患者に関して、リロケーション第四形態の存在とそれらリスク要因を明らかにすることを目的に退院支援に携わった関係者からインタビュー調査を行い、「予測外」、「予測内」、「予測を超える」ダメージの3つのサブカテゴリーが抽出された。本研究ではそれぞれ3名が該当した「予測内」、「予測を超える」ダメージのサブカテゴリーに焦点を当て、第四形態の存在とそれらリスク要因の検討を行った。

その結果、ダメージの背景には医学的要因のみならず高齢患者の生活背景と退院支援に携わった専門職によるリスク要因が深く関与していた。つまり、リロケーション第四形態は存在することが明らかになった。またリロケーション・リスク・アセスメント項目と退院時教育プログラムを検討することで、退院後のダメージ軽減に繋がる可能性が示唆された。

キーワード

高齢患者, リロケーション・リスク, 自宅退院

I. はじめに

昨今、我が国は高齢社会のもと社会保障費は増加の一途を辿っている。そのような中、政策下において様々な医療費抑制政策が施行され、「死ぬのは病院」という現状が問い直されている¹⁾。しかしそれら政策の影響で早期退院による再入院の割合増加や治癒率の低下が問題視されている²⁾。

一方、臨床現場では退院後間もなく病状の再発・悪化、食欲不振、脱力、歩行困難等を訴え再入院する高齢患者を目にすることがある。これらの再入院は、退院が高齢患者に不安感を与え、自宅が不安な場所に変化したために惹起し、単なる疾患の再発・悪化のみならず、その他の要因が絡み合って生じている可能性が考えられる。

自宅退院は政策と晩年在宅という世論に押され、患者の自己決定が尊重された成功事例のように見受けられるが、全ての事例でそれらが成功するとは限らず、自宅退院後ダメージを受け、再入院する高齢患者も存在すると考える。

<連絡先>

中西 一葉

〒004-0831 北海道札幌市清田区真栄1条1丁目1番1号

清田病院

TEL: 011-883-6111 FAX: 011-882-7477

II. 高齢患者リロケーションに関する先行研究

2000年国勢調査³⁾の移動率を年齢階級別にみると、1990年に比べて老年人口の移動が高まっている。高齢者はあまり転居しないものとみなされていたが⁴⁾、高齢者のリロケーションは身近な存在となっている。

また医療費抑制政策と、晩年在宅でと願う世論に後押しされ、在宅医療が期待されている。そして島添⁵⁾はそれらをつなぐ退院支援、入退院の適切性の確保が求められていると述べ、居場所問題のみならず、それらを取り巻く支援体制も注目を集めている。

Schulzら⁶⁾はリロケーション形態を①家から施設へ、②施設から施設へ、③家から家への三形態に分類し、先行研究から検証している。その中でリロケーションはストレスの多い経験であり、受けたストレスの因子の管理もしくは予測が優れているほどひとや動物においての影響は少ないとしている。すなわち予測可能な環境変化、つまり筆者が述べた「施設から家」という環境変化は高齢者にとって予測可能な変化であり、ネガティブな影響は少ないことが述べられていた。

日本では施設処遇論⁷⁾⁸⁾からリロケーション研究は始まり、中里ら⁹⁾による「施設から施設へ」の報告では移動に対しての準備教育の有用性について検証している。さらに安藤ら⁴⁾は地域間移動の研究を行っている。

一方で長崎ら¹⁰⁾、砂子田ら¹¹⁾の研究では、自宅退院後、病状悪化以外の要因によってADL低下、抑うつ

傾向等の機能低下が報告され、リロケーションによる影響が示唆された。特に長崎ら¹⁰⁾の研究では「リロケーションには4つのタイプがある」とし、「施設から地域」というカテゴリで研究を行っている。そしてリロケーション研究として「施設から地域」の研究は我が国では本格的な研究は行われていないと述べている。このようにわが国では「施設から家へ」のリロケーションを肯定的に捉え、研究は少ない。さらに退院支援に関する研究は近年増加しているが、退院後のリスク要因を検討した研究、またリロケーションの観点から研究を行っているものは少ないことから、今後「施設から家へ」のリロケーション後のリスクを証明し、研究を蓄積する必要があると考える。

Ⅲ. 研究目的と研究意義

本研究では、Schulzら⁶⁾が示した以外の「施設（医療機関）から家へ」という第四の形態時に発生するダメージの存在、それらリスク要因を明らかにすることが目的である。

高齢患者の特徴からみても、医療機関に通院、入院する高齢患者の割合は高く、今後、自宅退院する高齢患者が増加してくると同時に医療機関から自宅退院することによってダメージを受ける高齢患者の増加も予想される。それら高齢患者が自宅退院後、ダメージが生じるリスク要因を明らかにすることによって、高齢患者に関する退院時のリロケーション・リスク・アセスメント項目を提示が可能になり、退院支援システムづくりの一助となる。

Ⅳ. 用語の定義

リロケーション第四形態：リロケーション形態の「家から施設へ」、「施設から施設へ」、「家から家へ」以外に筆者が存在すると仮定した「施設から家へ」のリロケーション形態を示す。

ダメージ：高齢患者が自宅退院後に感じた生活に対する困難感、病状の再発、病状の悪化を示す。

リスク要因：退院後高齢患者が受けた「ダメージ」を生み出す危険要因を示す。

カテゴリ：リロケーション形態の「家から施設へ」、「施設から施設へ」、「家から家へ」、「施設から家へ」を示す。

サブカテゴリ：上記カテゴリの中の「施設から家へ」のカテゴリに内在する「予測外」、「予測内」、「予測を超える」ダメージの類型を示す。

Ⅴ. 研究方法

1) 研究デザイン

リロケーション形態を4つのカテゴリに分け、本研究では「施設から家へ」のカテゴリに着目する。

退院支援に携わった関係者のインタビューから退院後ダメージを受けた高齢患者9名を検証し、退院支援に携わった関係者と予測との関連から「予測外」、「予測を超える」、「予測内」ダメージのサブカテゴリが抽出された。「予測外」ダメージでは3名が該当した。

3名は退院前のアセスメントにおいて専門職側が退院後に安心・安全な生活ができると予測を立てたが、退院後早期に病状が悪化し再入院した事例である。「予測内」ダメージは3名が該当した。3名は退院前に専門職側であらかじめダメージの予測がされており、予測の範囲内のダメージが生じた事例である。「予測を超える」ダメージでは3名が該当した。3名は退院前に専門職側が転倒等退院後の予測を立て、サービス導入等によって発生を予防しようとしたが、退院後その予測以上に転倒等によるダメージを受け、再入院した事例である。

これまでの研究成果として『北星学園大学大学院論集』¹²⁾にて、リロケーション第四形態サブカテゴリ「予測外」ダメージについてまとめた。結果、退院支援で使用されることが多いスクリーニング項目（ADLが自立している、認知症状による生活不安がない、介護者がいる等）の存在により専門職側が退院後の問題点の捉え間違いをした可能性が考えられ、患者側のリスク要因だけではなく、専門職側のリスク要因からも退院後のダメージが生じていたことが明らかになった。

本研究では、残りのサブカテゴリ「予測内」、「予測を超える」ダメージに該当した各3名の高齢患者の自宅退院後のダメージとそれら要因を事例による質的研究によって検証する。

2) 対象者

医療機関から自宅退院し、再入院又はその他のダメージを受け、「予測内」、「予測を超える」ダメージに該当した高齢患者を医療機関医師及び退院支援に携わった関係者から選出を受け、当該医師及び関係者を対象に、2010年8月～11月にかけて聞き取り調査及び各々3名の当該高齢患者に関するデータ収集を行った。調査対象機関は、1. G市にある有床の診療所（A氏、B氏、C氏、F氏が通院）、2. H市にあるJ病院所属の在宅療養支援診療所（D氏、E氏が往診又は訪問診療を受ける）に調査協力を依頼した。インタビュー対象者は表内「高齢患者及び調査対象」の項目に記載した。

また今回、退院支援に携わる関係者を対象に聴取した背景には、高齢患者に意思疎通が難しい者が複数いたことやダメージを受けた高齢患者がそれらの状況を

把握できていない現状があった。そのため、高齢患者を意思疎通可能な者等限定しないために調査対象を退院支援に携わる関係者に統一した。

3) 研究方法

質問項目について関係者から半構造化インタビューにより聴取し、メモから調査内容を復元した。さらにカルテより当該対象に対するデータ収集を行った。

各事例に対して関係者の予測の関連から「予測内」、「予測を超える」ダメージに該当した事例に対して、「高齢患者及び調査対象」、「病名と入院経過」、「ADL」、「自宅状況」、「地域状況」、「ダメージ予測」、「退院支援」、「退院後のダメージ」の項目を表記、インタビュー内容と照合し、各事例の「リスク要因」を導き出した。さらにそれら「リスク要因」から共通項を導き、サブカテゴリー別に分析を行った。

4) 質問項目

①生活歴、②既往歴、③身体的・精神的状況、④家族状況、⑤地域状況、⑥家屋状況、⑦退院後のダメージ予測、⑧退院後のダメージ予測に対する退院支援、⑨再入院に至るまでの退院後の生活の様子、⑩退院後のダメージ、⑪ダメージを受けた原因について。

質問項目①～③の患者属性はカルテより情報収集、④～⑪は関係者から聴取した。

5) 倫理的配慮

個人情報保護法の規定を守り、調査対象者に説明を行った上で書面による同意を得た。

VI. 調査結果

調査結果はリロケーション第四形態サブカテゴリー「予測内」、「予測を超える」ダメージに分け、調査内容を整理した上で「高齢患者」、「病名と入院経過」、「ADL」、「家族状況」、「自宅状況」、「地域状況」、「ダメージ予測」、「退院支援」、「退院後のダメージ」の項目にて、表1-1、表1-2にまとめた。なお、表1-1下部、表1-2下部にある「リスク要因」の項目は調査結果から考察されたリスク要因として筆者が加筆した。

以下調査結果は、サブカテゴリー別に高齢患者各3名のインタビュー内容から表1-1、表1-2に記載された高齢患者属性、退院後のダメージに関する項目を補足説明したものである。

1. 「予測内」ダメージに該当した3名の調査結果

A氏は平成10年から膝関節疾患によって日常的に関節可動域制限と活動制限を受けていた。今回の入院で人工関節置換術後の原因不明の痛みにより、リハビリと療養目的で診療所に転院した。3か月で患部の痛みは軽減、外泊し退院に備えることになった。しかし外泊後夜間に患部の痛みを訴える頻度が一時的に増えたと担当医師は話し、その後本人の意思で自宅退院と

なるが、退院直後の外来診察時に夜間の膝の痛み、胃部の不快、独居と疾患に対する精神的な不安、日常的な活動量増加による患部の痛み、活動制限による生活苦を訴えている。その後1カ月程で訴えは聞かれなくなった。

B氏は原因不明の右上腕神経痛で入院した。日頃から「息子には迷惑をかけたくない」と繰り返し周囲に話し、独居生活を継続できる事を自慢していた。その為入院後、体調が回復すると家の事を気にする等の行動が見られ、外泊している。外泊後は「なんで病院と同じことをしてもこんなに疲れるのか」と不安も聞かれたようだが、何度かの外泊の後、自らの意思で自宅退院した。退院数日は自宅で過ごし、「座った後立つのも辛い、何もできない」と生活の困難さを訴え、鎮痛剤や安定剤の処方を受けるが、1週間程長男夫婦の自宅に泊った事で落ち着き、従来の独居生活に戻っている。

C氏は入院前認知症を患う夫の介護がライフスタイルになっていた。そのため長引く入院生活がストレスとなり、入院中に鎮痛剤の量も医師の予想に反して多く処方された。少し動けるようになると医師の指示に従わずに無理に動くなどの行動が見られた。そして医師からはC氏の性格と家庭での役割を考え、活動増加による痛みや活動制限の出現を説明するが、リハビリ治療が完了しない段階で本人と家族の強い希望により、自宅退院している。退院後の受診時に「退院して10日程、家事ができない、お風呂に入れない、布団で眠れなくてソファで寝ていた」、「何もできなくて落ち込んだ」という言葉が聞かれ、鎮痛剤と安定剤が処方されている。退院後自宅では夫が買い物を手伝い、長女が毎日のように自宅訪問していたことが退院後のダメージを和らげたと医師は話している。

A氏、B氏、C氏の担当医師は、退院支援の一環としてA氏、B氏に対して外泊を勧め、自宅での生活が可能と患者が判断した時点で退院許可を出している。また退院時説明として「帰って2週間ぐらいまでは体も慣れないし大変だと思うけど、何かあれば病院に受診してください」という説明を行っていた。これらの退院支援は、担当医師が以前自宅退院後に患者の出入り入院が多かったという体験から、入院することで生じる筋力低下、独居高齢患者の場合は退院後不安を感じることや生活になんらかの支障をきたすという経験知から行っている支援であった。そのため、ダメージ予測の回答、予測への対応は似通ったものになっている。

2. 「予測を超える」ダメージに該当した3名の調査結果

D氏はI病院でリハビリが思うように進まず、家族の介護負担が懸念され、施設への入居が検討されたが、

表1-1 「予測内」ダメージに該当した3名の調査結果

高齢患者及び調査対象	病名と入院経過	ADL	家族状況	自宅状況	地域状況
A氏 80代女性 (医師、病棟看護師より聴取)	・右膝・左膝人工関節置換術後(H10～)変形性腰椎症 ・右膝人工関節置換術後の痛みのコントロール目的で3ヶ月間入院後、自宅退院となる	・杖歩行可能だが、活動量によって膝の痛みを訴え、日常的に活動が制限される ・その他日常生活は自立、認知症なし	・独居、子供とは疎遠妹が近所に住んでいる ・退院後は妹が度々買い物等を手伝っている	・マンション10階に住む。エレベーター、緊急コール、パリアフリー等高齢者に配慮した仕様になっている	・スーパーまで700m、コンビニまで300m、娯楽施設等は近くにはない ・通院には送迎車を利用
B氏 80代女性 (医師、病棟看護師より聴取)	・右上腕神経痛 ・上記病名の痛みのコントロール及び生活支援目的にて入院後、1か月で自宅退院となる	・歩行も安定しており、転倒の危険はない ・退院後家事に困難さを感じるが、座って行う等工夫することで日常生活は自立している ・認知症なし	・独居 ・息子に迷惑をかけたくない気持ち強い ・隣接する市に息子夫婦在住 ・息子夫婦と関係性は良く、退院後、数日自宅で過ごした後、息子夫婦宅に1週間程泊まりに出かけている	・築30年の一戸建て住宅。玄関、部屋の仕切り等段差がある ・座位中心の生活様式 ・浴槽は深く、滑りやすいことからシャワーチェアを利用	・スーパー等商店まで500m、通院には送迎車を利用している ・娯楽施設等はない
C氏 70代女性 (医師、病棟看護師より聴取)	・高血圧、右膝関節捻挫 ・右膝関節捻挫による痛みのコントロール目的で入院、2か月後自宅退院となる	・日常生活は自立 認知症なし ・退院後、布団での寝起きができずに1週間ソファを利用していた	・夫と二人暮らし ・隣接する市に長男夫婦、次女夫婦在住。入院前C氏は認知症の夫を介護していた	・築30年程の一戸建て住宅 ・玄関、部屋の仕切り等に段差あり	・住宅地の中にあり、100mの場所に公園、図書館がある ・スーパー等500mの場所にある ・通院は送迎車を利用

	ダメージ予測	退院支援	退院後のダメージ	リスク要因
A氏	活動量増加に伴う患部の痛み、活動制限、精神不安、生活	・外泊 ・本人へのインフォームド・コンセント	夜間の膝の痛み、胃部の不快、精神不安、活動量増加による患部の痛み、活動制限による生活苦	・疼痛が生じる疾患あり ・退院後の不安の存在 ・独居による不安の存在 ・高齢と身体に対する不安 ・退院後、筋力低下によって活動制限が生じたことへの不安の増長 ・入院中の筋力低下 ・引きこもりやすい地域環境 ・専門職側が外泊の評価、退院後の生活情報を把握していない
B氏	活動量増加による患部の痛み、生活制限、生活苦	・外泊 ・本人へのインフォームド・コンセント	夜間の精神不安、患部の痛み、不眠、活動制限による生活苦	・疼痛が生じる疾患あり ・息子に世話になりたくないという強い自立心が退院後病気への不安を煽る ・入院中の筋力低下 ・退院後の不安の存在 ・座位中心の生活様式が退院後の身体的負担を生じさせた ・引きこもりやすい地域環境 ・専門職側が外泊の評価、退院後の生活情報を把握していない
C氏	活動量増加による患部の痛み、活動制限、役割変化による精神不安	・本人、家族へのインフォームド・コンセント	患部の痛み、腰痛、活動制限、精神不安、食欲低下	・疼痛が生じる疾患あり ・C氏が思うより状態が回復しなかったことに対して退院前の不安が存在した ・世話する者から世話される者への家庭内での役割変化が生じた ・入院中の筋力低下 ・布団や座位を中心とした生活様式が退院後の身体に負担を生じさせた ・専門職側が外泊の評価、退院後の生活情報を把握していない

表1-2 「予測を超える」ダメージに該当した3名の調査結果

高齢患者及び調査対象	病名と入院経過	ADL	家族状況	自宅状況	地域状況
D氏 80代男性 (医師、看護師、K病院理学療法士より聴取)	・慢性腎不全、脳梗塞後遺症 ・脳梗塞発症6か月後自宅退院する	・車いす移動、日常生活全般に介助を要する ・認知症なし	・妻、次女と三人暮らし ・近所に長男夫婦在住 ・入院前、D氏は会社社長を務め、家族内の主導権も握っていた ・家族の介護軽減のために24時間家政婦を付ける経済力がある	・約20畳の客間を建物の中心に置いた一戸建て住宅 ・D氏部屋は裏庭側に面する ・玄関に段差があり、退院後スロープを設置 ・自室にポータブルトイレ、電動ベッド、家政婦の待機場を設置	・自宅から50mの距離に公園があり、400mのところにスーパー等がある ・市内中心地に近い住宅地 ・定期的な往診を利用
E氏 90代男性 (医師、看護師、J病院看護師より聴取)	・第二腰椎圧迫骨折、左大腿骨転子部骨折術後 ・骨折治療(4ヶ月)後、リハビリ継続目的でJ病院入院 ・2ヵ月間の入院を経て高齢者住宅に退院後、3日後腰椎圧迫骨折で再入院となる	・病院内は歩行器、外出時は杖歩行だが、ふらつきあり ・日常生活全般に見守り、介助を要する ・難聴で理解力の低下がある	・妻と死別後独居 ・次男が近所に在住 ・次男と関係性は良く、退院当日等E氏宅で寝泊まりし見守りをしてきた	・80代後半現在の高齢者住宅に終の棲家として転居 住宅は緊急コール等高齢者に配慮した仕様になっている ・日中は建物内にケアマネジャー、ヘルパーが常駐しているが、夜間は管理人のみとなる	・駅まで100m、スーパーまで150mの場所にある高齢者住宅 ・定期的な往診を利用
F氏 70代男性 (医師、病棟看護師、妻より聴取)	・脳動脈瘤、胃潰瘍後胃切除、慢性肝障害、食欲不振に伴う脱水症、うつ病 ・食欲不振、脱水治療のため9日間入院、改善したため自宅退院するが4日度再入院となる	・日常動作は自立しているが、歩行は軽い失調性であり、調子が悪いと動作が緩慢になる ・認知症なし	・妻と二人暮らし ・隣接する市に長男、次男在住 ・妻は日中出かけることが多く、自宅では一人になる時間が多いが、関係性は良い	・古いマンションの4階に在住。室内には段差はないが、建物内にエレベーターがない ・体調を崩してから引きこもりがちになる ・室内は座位中心の生活様式、寝起きは布団でしていた	・近くに小学校、郵便局、図書館や市民体育館がある地域 ・スーパー等商店まで500m

対象者	ダメージ予測	退院支援	退院後のダメージ	リスク要因
D氏	廃用症候群によるADL低下	・部屋の拡充、バリアフリー化 ・電動ベッド、ポータブルトイレの設置 ・24時間付き添いのヘルパーを手配 ・訪問看護によるリハビリの継続 ・定期的な往診	廃用症候群(予想より早い)、夜間せん妄、不眠、昼夜逆転、痛みの増強	・接客仕様の自宅 ・自室内のみで可能な生活環境に設定された ・病院スタッフと在宅スタッフ間の情報提供不足により入院中から退院後までリハビリ治療に一貫性がない ・家族の介護負担の増加により24時間のヘルパーを導入したことで本人に不安が生じ、不眠や夜間疼痛等に繋がった ・専門家主導から患者主導の生活へ移行した ・世話する者から世話される者への役割変化
E氏	自室内、外で転倒の危険がある。	・朝、昼、夜、定時の見守りとトイレ介助を目的としたヘルパーを導入 ・サービスの利用 ・ポータブルトイレ、トイレから立ち上がりのための突っ張り棒の設置 ・本人を含めた退院カンファレンスの実施	転倒(骨折)、血圧の急上昇	・ポータブルトイレの練習が不足するなどの退院準備の不足 ・認知症により退院時配置したトイレや突っ張り棒を理解できなかった ・在院日数短縮を求める院内の風潮により準備不足の中退院となる ・高齢者共同住宅が本人の身体・精神的ニーズに不適合だった(歩行状態のふらつきがあった、移動時見守る人がいなかった)
F氏	脱水・食欲不振による再入院	本人、家族へのインフォームド・コンセント	退院4日後の(予測より早い)入院、倦怠感、食欲不振、ADL低下	・胃切除により消化吸収しづらい身体状況である ・うつ病を患っていた ・座位中心の生活によって身体への負担が増加し、倦怠感や食欲低下に繋がる ・自宅に閉じこもりがちになる生活環境と身体状況 ・体調悪化時の対処方法が点滴治療であり、専門職から生活指導がない ・専門職側が外泊の評価、退院後の生活情報を把握していない

本人と家族の強い希望で自宅退院している。退院前に退院カンファレンスは開かれず、在宅医には手紙での申し送りがされた。退院後リハビリを担当した理学療法士は入院中に病床訪問を行い、病院スタッフからリハビリの実施状況について説明を受けるが、リハビリ内容に移乗動作が含まれておらず、生活に繋がるリハビリは行われてなかったと発言している。D氏は入院前、社員30名程の会社社長で家庭内でも主導権を握る存在であった。そのためD氏と家族は主従関係にあり、家族は自宅でリハビリを嫌がる本人に対してリハビリを促すような行動は見られていない。またリハビリが進まなかったのはD氏の痛みにも敏感な体質が一つの要因ではないかと医師は話している。また住居環境は来客を意識した構造になっていたことから、D氏自室は裏庭に面し、さらに室内では入浴を除き室内のみでの生活が可能で環境整備がなされ室外に出る機会が減っていた。そして退院後家政婦が導入された。退院当初はD氏の呼び出しには家族が対応していたが、2日後介護疲労を訴え、夜間の訴えは家政婦に一任にしている。これにより思うように意思疎通ができず夜間の不安や疼痛悪化に繋がったと看護師は話す。

E氏は大腿骨頸部骨折により入院が長期化していた。リハビリによって歩行器移動が可能になったが、自力歩行では安定性がなく転倒の危険性があった。そのために転倒予防の観点から、退院前カンファレンスをE氏も含めて実施した。しかしE氏は難聴と理解力低下からカンファレンス内容が十分理解出来ずに、不安を感じ、昼夜問わず退院に対して不安の訴えが聞かれていた。しかし入院が長期化していたこと、家族の「じきに慣れる」という意向から、転倒予防として重要視された設置予定のポータブルトイレの練習不足の中、高齢者住宅へ退院となった。また多くのサービスを導入したが、家族から「ここまでしなくても」との声もあり、本人や家族への説明が不足していたと看護師は話している。そして退院翌日、血圧の急上昇により医療機関に救急搬送され、さらに3日後ベッド脇に尻もちをついた形で転倒、腰椎圧迫骨折にて再入院となった。退院後デイサービス利用も計画されていたが、医療機関への受診以外で自宅から出ることなく再入院になっている。

F氏は胃潰瘍によって胃を3分の2切除後、平成19年より体調不良を訴え、点滴治療を自ら希望して週に数回通院、又は悪化すると入院するという経過を繰り返していたが、今回の入院では前回の退院後4日後という担当医師も予想していなかった早期の再入院となった。前回の退院時、歩行状態は緩慢で歩幅15cmで失調性があったが、F氏の入院退院は“いつものこと”であり、外泊は行わずに、医師から「何かあれば受診してください」と話し自宅退院となっている。妻の話によると前回の入院前にF氏は自宅にすることが多く

なっていた。身体を動かすのも辛く寝て過ごすことも多かった。また一人で寂しいのではと思い、今回の入院を機に同マンション内1階への引っ越し準備を行っている。また普段から食事は本人が冷蔵庫から好きなものを食べていたことから、退院後もある程度食事は準備するが、後は本人に任せていたと妻は話している。そして妻が引っ越し準備に追われる中、退院4日後に脱水と食欲不振を訴えて、診療所に再入院することになった。

VII. 考察

ここでは調査結果から各サブカテゴリ内で共通するリスク要因、個人としてのリスク要因について考察を行い、それらの対応策について検討を試みる。

1) 「予測内」ダメージに該当した3名

「予測内」ダメージに該当した3名からは2つの共通項が挙げられた。

第一に病名からわかるように3名はいずれも日常的に痛みを伴う疾患を抱えていた。痛みはきわめて主観的な自覚症状であるためその持続や強度はストレスの影響を受けやすいとされている。入院中から聞かれていた退院後の不安と共に、自宅退院後、日常的に活動量が増加、それに伴い痛みが出現した。そして日常的に活動制限されることから精神的な不安が強くなり、痛みのさらなる増強に繋がったと考えることができた。

第二に3名と担当医師らのダメージに対する認識の差にリスク要因をみることができた。医師は退院許可の判断を外泊等から高齢者自身に委ねていた。これは田口¹⁹⁾が述べる開業医と患者間に見られる硬直化していない役割や自律性を重んじる関係性の中で生じていると思われた。

このような背景のもと高齢患者は自宅退院を希望した。しかし結果的に退院後ダメージとして医師に痛みや不眠、食欲不振等を訴えている。ここに専門職側と患者側のダメージに対する認識の差が存在する。つまり、専門職側は自宅退院後の活動量の増加によって痛みが出現することは予測していたが、それらは自宅退院における適応過程の一つとして捉えていた。一方で患者側は何度か外泊を繰り返す中で自身の身体能力低下を自覚、生活できると判断した上で退院していると医師のインタビューから聞くことができた。関係者からの聴取内容のため患者側が判断していたと断言することはできないが、関係者の話のようにある程度の判断のもと退院したと考えると、患者は退院後のダメージを医師らのように適応過程としては捉えていなかったと思われた。そして予想に反した痛みの出現とともに不安を感じ、ダメージは大きくなったと考えられた。これは3名とも1カ月を超える入院生活を経験したことがなく、外泊したとはいえ、退院後の予測が十分に

きなかったことも背景にあるだろう。またそれらに対する説明も不足していたと考えられる。

さらに外泊後、医師らは患者の歩行状態に不安があったとしても各々の生活環境や外泊後の評価をしなかった。それら背景には小規模な診療所のため退院支援は医師一人に委ねられ、マンパワー不足と考えられる。そのために医学的判断のみに留まり、高齢患者の生活面を視野に入れた判断が不足していたと考えられる。

個人的なリスク要因として、A氏、B氏は独居であり、入院生活から一転、孤独に対する不安から夜間に痛みが出現し、不眠へ繋がったと考えられた。さらにB氏は「息子の世話になりたくない」という自立心から入院後身体への不安を強く感じたことが痛みの増強に關与したと思われる。C氏は長引く入院生活にストレスを感じ自宅退院したが、自分の家庭内の役割を遂行できなかったことも退院後の精神的な落ち込みと痛みに關与したと推測される。

しかしこれら個人的なリスク要因はリスクとして捉えると共に強みとして捉えることができた。A氏は高齢者の独居生活を可能にする住宅に居住し、妹のサポートを受けることができていた。B氏は「息子の世話になりたくない」という気持ちが不安に繋がったが、それがあったからこそこれまで一人暮らしを続けることができた。C氏は家庭内の役割があったからこそ自宅に帰ることができた。すなわち各々の強みが自宅退院後のダメージ軽減に繋がる可能性がある。

さらに3名から共通して行われた退院支援からダメージ軽減に繋がる要因をみることができた。担当医師らは退院後のダメージ予測に基づいてA氏、B氏に対して外泊を行い、自宅での活動能力の低下を自覚し、ある程度自信が付いたら退院するよう促していた。つまり外泊の結果、高齢患者自身の主体性の向上により退院に対する不安を軽減させたということができた。また医師らは3名及び家族にインフォームド・コンセントを行い、またA氏、B氏には外泊を勧めた。その結果、3名は退院後の生活のある程度予測できたことで気持ちの準備ができ退院後のダメージは軽減された。これはリロケーションに際し教育プログラムが有効に作用するというSchulzら⁶⁾や中里ら⁹⁾の研究報告に通じる結果である。

さらに通院に送迎車を利用できるという医療機関へのアクセスの良さが不安の軽減に繋がりダメージは軽減したと考えられる。

2) 「予測を超える」ダメージに該当した3名

「予測を超える」ダメージに該当した3名からも2つの共通項が挙げられた。

第一に退院後の活動範囲の縮小が挙げられる。社会からの孤立が精神衛生に悪影響を与えることは広く知

られている。3名は社会から完全に孤立したわけではないが、疾患または入院後の筋力低下から退院後ほとんど外出していない、移動・活動範囲を最低限にすることで転倒などの危険性は減少、また自室で生活することで個別性を尊重できると考えられるが、入院中多くのスタッフや他の患者と共同生活をしてきた3名にとって身体能力が低下した中で部屋に一人になれる環境は引きこもりを招き、精神的な不安を増長させた可能性が考えられた。

第二に自宅退院したこと、つまり専門家主導の生活スタイルから患者主導の生活スタイルへ変化したことがダメージ出現の大きな要因となったことである。「予測内」ダメージにおいても同様の事が言えるが、「予測内」ダメージよりも自宅退院によって被害が増大していることからリスク要因として考察を行う。

D氏は専門職側と日常的なリハビリが大幅に減少したことがダメージを大きくさせた要因である。D氏は専門職から退院後リハビリを続けることを求められていたが、痛みで敏感な体質であり、リハビリには非常に消極的だった。週に2回訪問看護によるリハビリは行われていたが、入院中と比較するとリハビリ時間は大幅に減少してしまった。またD氏の指示で会社の男性社員に移動を委ねたことから移動する機会は少なく、ベッド上での生活が主になり、廃用症候群は加速したのである。大川¹⁴⁾は臨床現場では「できる“活動”」(能力)と日常生活における「している“活動”」(実行状況)とは明確に区別されるとした上で、どこまで「している“活動”」を向上させるかという予測のもと、本人の生活歴や環境、心理状態を把握し、リハビリテーションを行うことが重要としていた。つまりD氏の退院支援に携わった専門職はD氏の「できる“活動”」は把握できたものの、それを実生活における「している“活動”」として繋げることができなかったといえるだろう。その結果、廃用症候群は専門職側が予測したより早く進行してしまったのである。

E氏は24時間の移動の監視から解放されたことがダメージ拡大の要因となった。E氏は認知症によって理解力・判断力が低下していた。また入院中から移動時ふらつきがあり、病院内では看護師が見守りながら歩行器で病院内を移動していた。退院後、見守る看護師は近くにおらず、転倒の危険性を判断できずベッドから支えなしに移動しようとし、転倒したと考えられた。

F氏は体調悪化時の対処方法がダメージ拡大の要因となった。F氏は入院前から脱水や食欲不振で体調不良になると医療機関で点滴治療を受けるという対処方法が身に付いていた。入院中は点滴治療をはじめ、食生活や生活全般が管理されるために体調は回復するが、自宅に帰ると自分の好きな物を好きな時に食べるという生活スタイルに切り替わることから再び体調を崩すという悪循環を繰り返していたと考えられた。日

常生活の不規則性は抑うつ度の上昇に関わっていることが明らかになっている。そのため、専門家側が生活習慣改善に対する生活指導の視点がなかったことも要因の一つと思われる。

個人的な要因としてD氏は会社社長という社会的なポジションから自宅も接客を意識した住宅構造になっていた。またD氏自室や他家族の部屋を含めてほとんどが裏庭に面していた。そのために居間や玄関までの導線は長く、引きこもりやすい環境といえる。さらに入浴以外は自室内で生活が可能になったことからますます自室に引きこもりやすくなった。そしてD氏は入院前から痛みに敏感な体質であり、リハビリは苦痛を伴い、D氏自身リハビリに消極的になってしまったことも要因の一つと考えられる。

E氏は専門職側が退院後の予測を本人・家族と十分に共有できず、さらに退院準備が不十分だったことが挙げられる。家族に対してE氏の身体状況はある程度説明されていたと思われるが、「そこまでなくても」という家族の言葉から、入院による認知症の進行や身体能力の低下を家族が理解していなかった可能性が考えられた。さらに転倒予防としてベッドサイドにポータブルトイレとトイレから立ち上がる際に使用する突っ張り棒が設置されたが、F氏にとっては“よくわからない”ものとなり、不安を煽った。それが血圧の急上昇と転倒に関与したと考えられた。また高齢者専用住宅であるということが、E氏、家族、専門職側に安心感を与えたこともダメージ発生のリスク要因となった。

F氏は胃切除によって栄養を消化吸収しづらく、さらにうつ病を罹患していた。またエレベーターのないマンションの4階に住んでいたことから身体能力の低下に伴い、外出の機会が減り、引きこもりやすい生活環境がうつ病の深刻化や脱水、食欲不振に関連していると思われた。

以上の2つのサブカテゴリーから、共通するリスク要因としてストレスの影響を受けやすい疾患や身体能力低下後の活動範囲の縮小がみられた。そして個人的な要因では専門職側の退院支援によってダメージが生じていたことが明らかになった。つまり、これまで高齢者リロケーションに関する報告では個人的な要因を追究するものがほとんどであったが、その他に専門職側の要因も存在していたことが明らかになった。すなわちリロケーション第四形態の枠組みを検証することによって、リロケーション第四形態時のダメージ軽減を目的とした退院支援の方向性を提示することが可能になるといえる。

個人的な要因では、これらダメージが増大した要因として、入院の原因となった疾患も一要因として存在するものの、生活背景が退院後のダメージに深くかか

わっていることがわかる。退院支援に携わった医師らは身体的・精神的状況から退院後の予測を立てたが、一面性の結果を予測するのみでそれに至るまでに関係する生活場面上の予測が欠如していたためダメージは生じたと推測された。

一方で「予測内」ダメージからリロケーション第四形態時のダメージ軽減に通じる対応策をみることができた。つまり外泊やインフォームド・コンセント等による退院後に向けての教育プログラムの有用性及び高齢患者の強みを焦点化することである。教育プログラムは高齢患者の理解力・判断力の有無により左右されるため、対象者が限定され、対象者の能力によってプログラムを変更する必要がある。また高齢者の強みに焦点を当てることについても現段階においては具体的ではないため更なる追求が必要になるが、リロケーション第四形態時のダメージ軽減のためのアセスメント項目と共にダメージ予防の一助になると思われる。

さらに今回インタビュー対象が医師をはじめとした医療者が主なため、調査結果が身体的・精神的状況に偏っていた。それが生活背景把握の不足を招いたとすると退院支援にはソーシャルワーカーをはじめとした高齢患者の生活背景を把握できる職種の台頭がリロケーション第四形態時のダメージ軽減に有効的に働くことを期待したい。

VIII. 結論

「予測内」、「予測を超える」ダメージに該当した各3名は退院後短期間でダメージを訴え、再入院や服薬等による治療を受けることになった。それらの背景には疾患等の医学的要因のみならず、個々人の生活背景と退院支援に携わった専門職による要因が深く関与していた。つまりリロケーション第四形態時にダメージは存在するのである。そして専門職のリスク要因の存在はリロケーション第四形態特有のものであり、これらをさらに検証することで、リロケーション第四形態時ダメージ軽減を目的としたリロケーション・リスク・アセスメント項目と退院時教育プログラムの枠組みの提示に繋がることが明らかになった。

今後の展望

高齢患者の退院支援の一助として、退院後リロケーション・リスクを考慮したアセスメントの枠組み及び退院時教育プログラムの検証を行う。

謝辞

本研究にご理解頂き、ご協力頂きましたG市有床診療所の皆さま、H市J病院付属在宅療養支援診療所の皆さま、J病院の皆さま、F氏ご家族様、K病院理学療法士の方には終始にわたり快く調査にご協力頂いたことを深く感謝致します。

引用文献

- 1) 辻哲夫. 医療提供体制の再編成. 「日本の医療制度改革がめざすもの」時事通信社, 東京, 2008年, pp57-101
- 2) 社団法人日本医師会「グランドデザイン2009－国民の幸せを支える医療であるために－」
(http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090218_11.pdf) 2009年
- 3) 総務省統計局「国勢調査」(<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2000/idou1/00/01.htm>) 2000年
- 4) 安藤孝敏, 古谷野亘, 矢富直美, 渡辺修一郎, 熊谷修「地域老人における転居と転居後の適応」老年社会学 1995; 16(2): 172-178
- 5) 島添悟亨. 「医療保険制度の一元化と新たな医療制度改革」時事通信社, 東京, 2010年 pp146-150
- 6) Schulz Richard PhD, and Gail Brenner BA, Relocation of the Aged: A Review and Theoretical Analysis. Journal of Gerontology. 1977; 32(3): 323-333
- 7) 片野卓, 老人の「死にゆく過程」と適応に関する社会心理学的研究. 奈良大学紀要1978; 7: 132-146
- 8) 田中多聞. 「人間回復の老年医学」社会保険出版, 東京, 1970年
- 9) 中里克治, 下仲順子, 小栗龍郎, 菊池安子, 水野秀夫. 施設間移動における老人の心理的適応. 社会老年学1988; 27: 14-21
- 10) 長崎浩, 伊東元, 古名丈人他. 「老年期のリロケーション」東京都老人総合研究所1997年 pp31-109
- 11) 砂子田篤. 在宅脳卒中患者の機能低下に関わる予測因子について－入院リハビリテーション開始時の個人情報から－. リハビリテーション医学1994; 31(11): 851
- 12) 中西一葉. 高齢患者の自宅退院における「予測外」のダメージリロケーション第四形態の存在と要因－, 北星学園大学大学院論集2012; 3: 39-54
- 13) 田口宏昭. 病院化された患者役割. 「病気と医療の社会学」, 第一版, 世界思想社, 京都, 2001年 pp19-54
- 14) 大川弥生. 「介護保険サービスとリハビリテーション－ICFに立った自立支援の理念と技法－」中央法規, 東京, 2004年 pp76-99

受付：2011年11月30日

受理：2012年2月16日

The predictable or beyond-predictable damages of the discharged elderly patients to home : the presence and risk factors of the fourth type of relocation

Ichiyou Nakanishi

Kiyota Hospital

Summary

Shultz et al. (1977) presented three types of relocation, namely "from home to facility," "from facility to facility" and "from home to home". However, from the clinical observation, it was suggested that there is the fourth type of relocation, namely "from (medical) facility to home" by becoming more serious or other factors after discharge. The staff who involved in the discharge support for nine elderly patients who were re-cured or re-admitted to hospital after discharge to home, were interviewed. Nine patients were divided to three subcategories, namely the unpredictable, the predictable and the beyond-predictable of three patients in each. In this study, the latter two categories were researched and tried to make clear the fourth type of relocation damage.

As the result, it became clear that at the background of the relocation damage of elderly patients, there were not only medical factors but also their life's factors and the professional staff's factors. Therefore, it was suggested that the clear assessment frame of relocation risks and the educational programs at the time of discharge will lighten the damages after discharge to home

Keywords : elderly patient, relocation risks, discharge to house