

高齢者の家族に対する病院からの 療養生活に関する情報提供の実態

佐藤 晴美*¹ 杉澤 秀博*² 杉原 陽子*³ 中谷 陽明*⁴

I はじめに

入院している高齢者と家族に対して、退院時に病院から療養生活に関する情報提供が行われることは、退院後の療養生活の安定にとって重要であることが強調されている。しかし、これまで一部の先進的な病院による取り組み¹⁾²⁾は報告されているものの、それ以外の医療機関ではどのような情報提供が行われているかについては、その実態は把握されていない。

他方、保健・医療・福祉関連の専門職種による退院指導に関する研究が行われている。看護分野やリハビリテーションの分野においては、療養生活のために必要な指導や教育の内容について、疾病別に検討がなされてきている³⁾⁴⁾。また、ソーシャルワーカーによって、患者・家族に対する情報提供の具体的手法についての研究も行われている⁵⁾⁶⁾。しかし、情報の受け手である患者・家族からみた情報の評価について検討した報告は少ない⁷⁾⁸⁾⁹⁾。このような側面からの評価によって、医療やその他の専門職による評価とは違った、より多面的な情報提供についての現状が明らかになるであろう。

本研究では、第1に、地域からのスクリーニングにより把握された高齢の入院患者の家族を対象とした調査によって、家族が病院からどのような情報を受け取っているかを、調査時の療養場所別および医療機関別に明らかにする。本研究の仮説は次の通りである。自宅退院する人

に対して、病院側は退院後の療養生活に必要な情報を提供することが必要であり、入院継続者と比べて情報提供に差異があると考えられること、また、急性期病院である一般・総合病院では、老人病院や精神病院といった長期療養型の病院にくらべて、特に退院に向けての十分な情報提供が期待されるので、病院の種類によって情報提供に差異がみられることが仮定される。

第2に、病院から受けた情報によって、高齢の入院患者・家族が、地域の保健福祉医療資源と繋がりやすくなるか、家族の抱える不安の解消につながっていくか関連を分析し、病院による療養生活に関する情報提供が、退院後の生活の安定にどの程度寄与するかについて検討する。

II 方法

(1) 分析対象者

高齢の入院患者は、東京都三鷹市の65歳以上の高齢者全数を対象に実施した、要援護高齢者スクリーニング(1996年2月～3月に実施)によって、3か月以上入院している人に限定して抽出した。これに在宅の要援護高齢者の介護者に対して4月～5月に訪問面接調査を行った際、入院していた高齢者92人を加え、合計で591人を高齢の入院患者として抽出した。

このように抽出された高齢の入院患者のうち、追跡調査を実施した同年10月までに死亡、入所した人および精神疾患等による若年時からの長

* 1 法政大学社会学部博士課程 * 2 東京都老人総合研究所保健社会学部門主任研究員 * 3 同研究助手
* 4 日本女子大学福祉学部講師

期入院患者を除く393人の家族に対して、郵送で追跡調査を実施し、293人から回答を得た。回収率は74.6%であった。

(2) 測定項目

① 追跡時の療養場所

追跡時に現在の療養場所を「自宅」「病院」「老人保健施設」の選択肢をあげ質問した。「自宅」と答えた人を追跡時の自宅退院者、「病院」と答えた人を追跡時の入院継続者とした。

② 病院の種類

回答者に病院名と所在地（退院・入所した人は最も最近入院していた病院）を記入してもらった。その情報をもとに医療機関名簿により病院の種類を特定し、一般・総合病院、老人病院、精神病院に分類した。

③ 病院からの情報提供

情報の種類別に病院から教えてもらったかを質問し、「教えてもらった」「教えてもらっていない」「教わる必要がなかった」の選択肢に基づき回答を得た。情報の種類は大きく「病気関連」「看護・介護方法」「地域福祉サービス」「往診医」「再入院」の5種類に区分した。具体的には、病気、リハビリ、食事、服薬の項目を「病気関連」とし、看護方法、介護方法の項目を「看護・介護方法」とし、「地域福祉サービス」の項目には地域の保健福祉サービス、住宅改造に関する項目を含め、「往診医」と「再入院」はそれぞれ1項目で構成した。各種別別にすべて「教えてもらう必要がなかった」かすべて無回答の場合、欠測値として分析から除外した。その回答数にかかわらず1項目以上回答があり、その回答がすべて「教えてもらっていない」と回答した場合には、この種類の「情報を受けていない」とした。1項目でも「教えてもらった」と回答した場合には、この種類の「情報を受けている」とした。

④ 地域資源との繋がり

患者本人の自宅近所のかかりつけ医の有無と、患者・家族の市内の保健・福祉機関（市役所、保健所、在宅介護支援センター、特別養護老人ホーム、老人保健施設）との接触の有無によ

って評価した。

⑤ 退院後の不安の内容

退院をすすめられている家族に対して、退院する場合（または退院を考えた場合）問題となってくると思うことを選択肢を用いて質問し不安の内容は大きく「病気関連」「看護・介護方法」「介護支援」「往診医」「再入院先」の5種類に区分した。具体的には、病気の再発・悪化と自立度の低下についての項目を「病気関連」の不安とし、介護者がいない、介護者の職業生活や家庭生活が影響を受ける、在宅サービスが不十分、住宅改造が必要であるという項目を「介護支援」の不安に含め、「看護・介護方法」の不安（看護・介護方法がわからない）、「往診医」の不安（身近に往診医がいない）、「再入院先」（必要な時にすぐ入院させてくれる病院のあてがない）は、それぞれ1項目で構成した。

⑥ その他

以上のほか、高齢の入院患者に関する基本的情報として、自立度と痴呆の疑いを収集した。自立度については、「身の回りのことは何とかできる」「日中でも寝たり起きたりで、身の回りのこともほとんどできない」の選択肢を用いて質問した。「身の回りのことは何とかできる」と回答した場合を「自立度が高い」、「日中でも寝たり起きたりで、身の回りのこともほとんどできない」と回答した場合を「自立度が低い」とした。痴呆の疑いについては、「医師から痴呆または痴呆の疑いがあるといわれている」かどうかたずね、「はい」と答えた場合を「痴呆の疑いあり」、「いいえ」と答えた場合を「痴呆の疑いなし」とした。

(3) 分析方法

情報の受領状況については、追跡時の療養先別に、自宅に退院していた67人（以下、自宅退院者という）と入院を継続していた204人（以下、入院継続者という）との間で、情報の種類ごとに病院からの情報提供の有無に差があるか、また、病院の種類別に病院からの情報提供の有無に差があるかを χ^2 検定で分析した。なお、療養先が「老人保健施設」と答えた15人と無回答

の7人は、分析対象から除外した。

病院から情報を受けることと地域資源との繋がりとの関連については、特に結びつきが重要となる自宅退院した67人を分析対象として、病院からうけた情報の有無と、地域資源との繋がりとの有無との関連をフィッシャーの直接確率法で分析した。

退院後不安を感じていることと情報受領の有無との関連は、入院継続者中、退院をすすめられた家族22人を対象として分析した。情報の種類それぞれについて情報の提供を受けているか否かと、それと対応する退院後の不安を抱えているか否かとの関連は、フィッシャーの直接確率法で分析した。

いずれも欠測値は分析から除外した。

表1 全分析対象者の基本属性

	人(%)
分析対象者数	293
回答者の続柄	
妻	64(22.0)
夫	15(5.2)
娘	57(19.6)
息子	57(19.6)
嫁	58(19.9)
本人	15(5.2)
その他	25(8.6)
患者の自立度	
身の回りのことは何とかできる	73(26.3)
身の回りのことはほとんどできない	205(73.7)
痴呆の疑い	
医師からありといわれている	108(41.2)
医師からありといわれていない	154(58.8)

注 欠測値は除いた。

表2 病院からの情報受領状況

(単位 人, ()内%)

	教えてもらった	教えてもらっていない	教わる必要がなかった	無回答
病 気 関 連				
病 気	222(75.8)	18(6.1)	6(2.0)	47(16.0)
病 気	130(44.4)	49(16.7)	44(15.0)	70(23.9)
食 事	128(43.7)	54(18.4)	40(13.7)	71(24.2)
服 薬	122(41.6)	64(21.8)	33(11.3)	74(25.3)
看 護 ・ 介 護 方 法				
看 護 方 法	72(24.6)	86(29.4)	47(16.0)	88(30.1)
介 護 方 法	82(28.0)	82(28.0)	50(17.1)	79(26.9)
地 域 福 祉 サ ー ビ ス				
住 宅 改 造	22(7.5)	80(27.3)	109(37.2)	82(28.0)
地域の保健福祉サービス	60(20.5)	97(33.1)	54(18.4)	82(28.0)
往 診 医 生	19(6.5)	110(37.5)	77(26.3)	87(29.7)
再 入 院	55(18.8)	85(29.0)	64(21.8)	89(30.4)

注 N=293

Ⅲ 結 果

(1) 分析対象者の基本属性

分析対象者293人の基本属性に関する変数の分布を表1に示した。入院中の高齢者からみた回答者の続柄は、妻22.0%、夫5.2%、娘19.6%、息子19.6%、嫁19.9%、本人5.2%、その他8.6%であった。分析対象者となった高齢者の自立度は、「身の回りのことは何とかできる」と答えた人の割合が26.3%、「日中でも寝たり起きたりで、身の回りのこともほとんどできない」と答えた人の割合が73.7%であった。痴呆の疑いについては、「医師から痴呆または痴呆の疑いがあるといわれている」と答えた人の割合が41.2%、「医師から痴呆または痴呆の疑いがあるといわれていない」と答えた人の割合が58.8%であった。

(2) 情報の受領状況

病院からの情報受領の実態は表2に示した。療養場所別に情報の受領状況をみたのが図1である。自宅退院者と入院継続者との間で、病気関連については、いずれも9割以上の人情報を受け取っており、有意差はみられなかった。看護・介護方法については、いずれも約5割の人が情報を受け取っており、自宅退院者と入院継続者との間で有意差はみられなかった。地域福祉サービスについては、自宅退院者の方が、情報を受け取った人の割合が10%の有意水準で

高い傾向が見られたが、その割合は5割以下であった。往診医については、情報を受け取った人の割合がいずれも13%で、両者に有意差はみられなかった。再入院に関しては、情報を受け取った人の割合がいずれも約4割で、両者に有意差はみられなかった。

病院の種類による違いをみると(図2)、病気関連については、どの病院も9割以上の

図1 療養場所別にみた病院からの情報受領状況

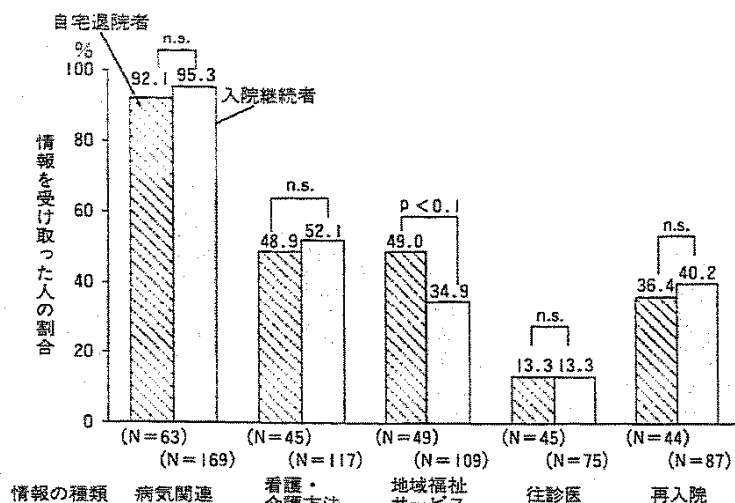


図3 情報受領の有無と地域福祉資源への繋がり

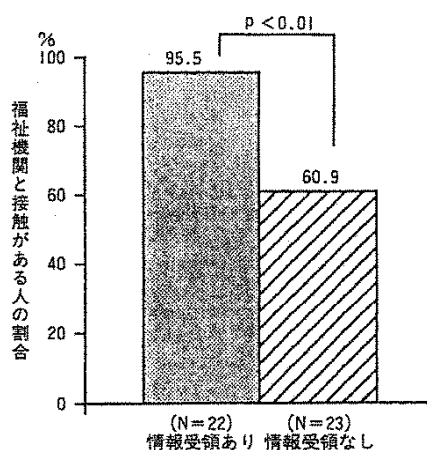
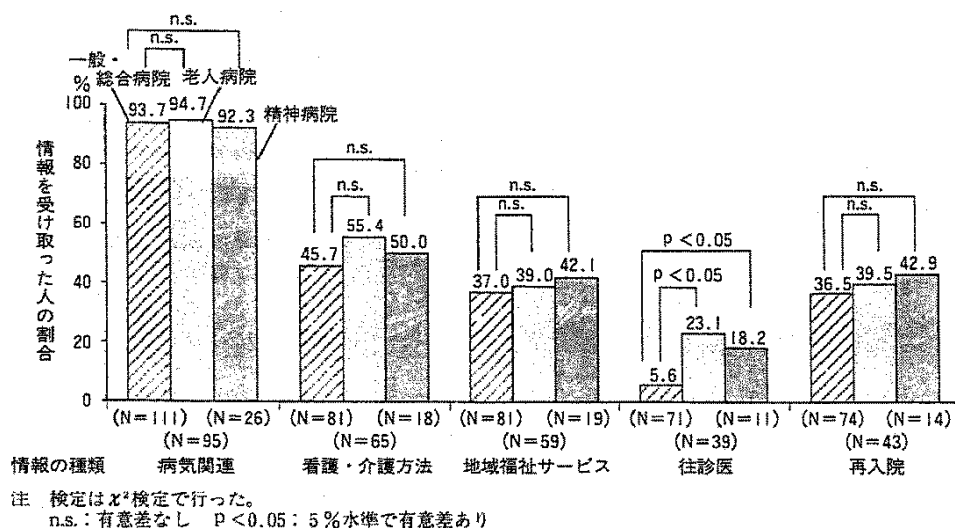


図2 病院の種類別にみた病院からの情報受領状況



人が情報を受け取っており、有意差はみられなかった。看護・介護方法については、いずれも約5割の人が情報を受け取っており、病院の種類による有意差はみられなかった。地域福祉サービスについても、いずれも約4割の人が情報を受け取っており、一般病院も他の病院と比べて有意差はみられなかった。往診医に関しては、一般・総合病院に比べて、老人病院・精神病院の方が、情報を受け取った人の割合が有意に高かった。一般・総合病院で往診医について情報を受け取った人は、5.6%であった。再入院については、病院の種類による有意差はみられなかった。

(3) 情報受領と地域資源への繋がりとの関連

自宅退院者のうち、病院から情報をうけとった人と受け取っていない人との間で、地域福祉医療資源との繋がりについて分析した結果、往診医についての情報を受け

取った人のうち、83% (6人中5人) の人がかかりつけ医と繋がり、情報を受け取っていない人の場合は45% (38人中17人) の人がかかりつけ医と繋がっていた。このように約2倍の違いがみられたが、往診医について情報を受け取っている人がそもそも少なく、ケース数が少ないこともあって統計的に有意な関連はみられなかった。福祉機関との接触に関しては(図3)、地域福祉サービスの情報を受け取った人の方が、福祉機関と接触する割合が有意に高かった。

(4) 情報受領と退院後の不安解消との関連

退院を勧められた家族のうち、82% (22人中

18人)が退院後何らかの不安を抱えており、不安の内容は多い順に、「病気の再発・悪化」46%、「介護者がいない」46%、「介護者の職業・家庭生活への影響」46%、「自立度の低下」32%、「介護・看護方法がわからない」27%、「住宅改造」27%、「再入院先の確保」27%、「往診医」23%、「在宅サービスが不十分」14%となっていた。情報をうけることと退院後の不安解消との関連については、表3に示したように、再入院のみ有意な関連が見られ、それ以外は有意な関連はみられなかった。

IV 考 察

高齢者の家族が、病院から受け取っている療養生活に関する情報の実態について、全体としてみると、病気関連の情報にくらべて、看護・介護方法や地域福祉・地域医療関連の情報は少なかった。療養先別にみると自宅退院者の場合、入院継続者と比べて、「地域福祉サービス」に関してやや高い割合で情報提供がなされる傾向はみられたが、それ以外は特に多く情報提供がなされているわけではなかった。すなわち、約半数は在宅療養に必要な情報を受け取ることなく退院していることが明らかとなった。医療機関別にみても、疾患の急性期の治療を主な目的とする一般・総合病院は、退院後自宅での療養を必要とする患者が多い。そのため、このような病院は、特に療養生活に関する情報提供が求められるにも関わらず、長期療養型の老人病院や精神病院と有意差が見られず、一般・総合病院による療養生活に関する情報提供が不十分である可能性が示唆された。

1980年代から米国では退院計画が推進され、病院による退院後の療養生活に向けての援助が制度化された。90年代には日本においてもその

表3 情報受領の有無と家族の抱える不安の解消

不安の種類	情報の種類	情報受領の有無	不安のある人/該当者総数 (人)	有意差
病 気	病 気 関 連	あり(N=19) なし(N=1)	10/19 1/1	n.s.
介護・看護方法	介護・看護方法	あり(N=7) なし(N=6)	2/7 2/6	n.s.
介護支援	地域福祉サービス	あり(N=8) なし(N=7)	5/8 6/7	n.s.
往 診 医	往 診 医	あり(N=2) なし(N=7)	0/2 4/7	n.s.
再入院先	再 入 院	あり(N=5) なし(N=5)	0/5 5/5	p<0.01

注 退院をすすめられた家族22人を分析対象として、欠測値は分析から除いた。
検定はフィッシャーの直接確率法をおこなった。
n.s.:有意差なし p<0.01:1%水準で有意差あり

必要性が指摘され、専門職や病院による退院時援助の取り組みが報告されてきた⁶⁾。しかし、地域から抽出した高齢者の家族を対象として、その実態をみた本研究では、自宅に退院する高齢者とその家族への病院からの療養生活に関する情報提供は、不十分であることが明らかとなった。もちろん本研究では、退院計画のようなシステム化された情報提供かどうかまでは問うておらず、今後このような情報を加味する必要があるが、情報受領の有無からのみ尋ねた。病院の取り組みや専門職の立場からみれば取り組みがなされているとしても、当事者である患者・家族の側からみると、療養生活に関する情報を受領している家族は、まだ少ないことが示唆される。

本研究では、疾病や病気の状態像など専門職側からの情報がないため、自宅退院者の中には必ずしも療養生活に関する情報提供が必要ではなかったという可能性も否定できない。医療機関の種類別にみた場合、一般・総合病院の方がより多く情報受領がなされているという仮説通りの結果がえられなかった理由として、一般・総合病院は急性疾患による入院で完治して退院し、療養生活に関する情報を必要としなかった人が多いため、他の病院と差がなかったという可能性もある。なお、本調査で記入された全病院についてソーシャルワーカーの配置状況を、

ソーシャルワーカーの名簿と電話で確認したところ、すべての病院に配置されていることが明らかとなったが、各病院におけるソーシャルワーカーの働きの違いは本研究ではわからないため、その影響については今後の課題である。

病院からの情報提供と退院後の生活との関連については、第1に、病院からの情報の受領によって、患者・家族が地域資源に繋がっていくことが期待される。本研究では、病院から「地域福祉サービス」の情報を受けると福祉資源に繋がりがやすく、「往診医」については情報そのものを受けている人が少なかったが、「往診医」についての情報を得ている人は、地域の医療資源に繋がりがやすいという傾向がみられた。病院から地域福祉サービスや往診医に関する情報を提供することの重要性が支持されたといえよう。

第2に、病院から情報を受けることと退院後に抱える不安に解消との関連は、再入院先の確保のように、病院から情報提供があれば直接不安の解消に結びつくものと、病気や介護・看護方法、在宅での医療や介護態勢、住宅改造のようにこれらの不安の解消には結びつかないものがあり、情報があっても必ずしも不安の解消に繋がっていない領域が多いことが示唆された。病院による情報提供だけでは解消しない複雑な課題は、残ったままであることが考えられる。

わが国では、病院による療養生活に関する情報提供の実態を実証的に明らかにした研究は少ない。すなわち、本研究は探索的な性格を持つため、その限界と今後の課題について指摘しておきたい。第1に、本研究の病院からの受領状況の項目は、単純集計で2～3割の欠損値があり、今回出た結果については限定的解釈である点に留意する必要がある。この質問項目は、郵送留置訪問回収法で行われた、脳血管疾患患者の家族に対する退院時援助の質問項目⁸⁾を参照して作成した。無回答が多かった理由として、郵送調査という方法による回答に限界があったと考えられ、今後は調査方法の改善を要する。第2に、病院から提供された療養生活に関する情報について、本研究では病院から提供された情報の質やプロセスの適切性にまで踏み込まず、

療養生活に関する情報受領の有無のみの大まかな区分でとらえた。そのため病院からの療養生活に関する情報提供の効果が明確にでない理由が、今回設定した指標に問題があるのか、提供された情報の質や提供方法に問題があるのかが明らかではない。今後は、情報受領の有無だけでなく、情報の質を含めた測定項目を設定すること、情報の必要性についても疾病やケア内容など専門職の判断とあわせてみていくこと、情報提供の方法による違いの影響も考慮すること、情報受領と実際のアクセスの関連に関する患者の家族の特性を解明することなどにより、病院からの療養生活に関する情報提供の実態と効果を把握していくことが課題となる。

参考文献

- 1) 中村裕美子, 柳生敏子, 立部 巴, 上原ます子, 青木菜穂子:「高齢患者退院指導・継続看護のマニュアル」を用いた看護の継続性の検討. 看護管理 1997; 7(2): 129-135.
- 2) 伊藤満子: 退院を病院組織の中でシステム化する取り組み. 看護学雑誌 1996; 60(11): 993-998.
- 3) 特集: 高齢者の退院計画のすすめ方. 臨床看護 1993; 9(2): 139-221.
- 4) 特集: 退院前指導とそのフォローアップ. 理学療法ジャーナル 1996; 30(10): 688-720.
- 5) 菅原文子: Job Descriptionによる業務分析-2年間の調査結果と今後の展望. RSW研究会誌 1989; 13: 101-118.
- 6) 手島陸久・退院計画研究会編: 退院計画. 53-205, 中央法規出版
- 7) 東京都老人総合研究所保健社会学部門・東京都リハビリテーション病院相談科・都立大塚病院相談室: 脳血管疾患患者の療養生活の安定に対する医療ソーシャルワーカーのアセスメント. 東京都老人総合研究所保健社会学部門, 1995; 17-26.
- 8) 東京都老人総合研究所保健社会学部門・東京都リハビリテーション病院相談科・都立大塚病院相談室: 脳血管疾患患者・家族の生活と健康に関する縦断的研究(第2報) 4年間の追跡調査から. 東京都老人総合研究所保健社会学部門, 1996; 43-44., 1996.
- 9) 藤井美和: 病院におけるソーシャルワークサービスへの評価-患者調査結果の報告. 医療社会福祉研究 1994; 3(1)19-27.
- 10) 森山美知子, 岩本 晋, 芳原達也, 小山秀夫: 急性期疾患治療病院に退院調整専門看護婦を設置する効果の研究(その2). 病院管理1996; 33(2)23-31.