

【研究報告】

看護過程の紙上患者事例からみた 看護学生の退院支援に関するアセスメントの視点

堂 本 司^{*1}, 実 藤 基 子^{*2}

【要 旨】

目的：紙上患者事例を通した，看護学生の退院支援に関するアセスメントの視点を明らかにすることとした。

方法：2年生144名に，退院に向けて必要と考えた情報の抽出を課し，学生が抽出したデータを単純集計し，学生の半数以上と半数未満が抽出した情報に分けて分析した。

結果：同意は125名から得られた。学生の半数以上が必要と判断した38の情報から，11のカテゴリーに分類され，患者の身体的側面，患者や家族の心理面，家屋状況の問題を，退院に向けて必要な情報と判断していた。一方，学生の半数未満の記載で，研究者が必要な情報と判断した37の情報は，10のカテゴリーに分類され，内服管理，家族状況，介護保険，退院に向けての医師の説明や家族間の話し合いであった。

結論：医師や家族の意向に沿った退院先の決定，サポート体制としての家族や介護保険の認定状況，退院後の継続ケアの視点が不足しており，学生がこれらの視点を重視できる関わりが必要である。

【キーワード】 退院支援，看護学生，アセスメント

I. 緒 言

近年日本では高齢化率の進展に伴い，医療・介護の需要が増大し，医療資源の効率的な使用のため，医療体制の機能分化が進められ，急性期病院では平均在院日数17.5日（厚生労働省，2012）と短縮しており，医療処置やケアが必要な状態で在宅へ退院する患者が増加している。平成20年度の診療報酬改定から退院調整部署の設置を条件とした退院調整加算が算定され，平成24年には，入院から7日以内に退院支援が必要な患者を抽出し，退院支援計画を作成することが新しく追加される等（厚生労働省保険局医療課，2012），国としても対策が見直されている。

このような背景から，退院調整部署の設置率は150床以上の病院で67.1%と増加しており（日本訪問看護振興財団，2011），退院支援を専門とするスタッフが配置されているが，退院調整スタッフへの支援依頼を判断する能力も病棟看護師に求められている（千葉，2007）。そのため，入院時から患者や家族との関わりが多い病棟看護師は，退院に向けてのアセスメントを実施する重要な役割も担っている。また，病棟看護師が日々の看護の中でアセスメ

ントすることは，結果的に退院支援を必要とする患者のスクリーニングにもつながることとなる（鷺見，2011）。退院支援に関する病棟看護師による効果的なアセスメントの対策として，すべての看護師が同様の視点でアセスメントできることを目的に，スクリーニング票が開発されている（乗越他，2000；鷺見，奥原，安達，浅野，佐藤，2007）。また，スクリーニング票とカンファレンスを導入した研究では，病棟看護師の退院に向けてのアセスメント能力の向上が報告されている（堂本，2013）。しかし，入院時に病棟看護師が記入する書類が多く，病棟看護師のアセスメントの視点が定着すると，スクリーニング票を廃止する病院もある。そのため，臨床にて看護師として勤務する前の学生の段階で，退院に向けての視点を意識付けしていく必要があると考える。平均在院日数の短縮化は，病棟で実習する低学年の看護学生にとっても，退院に向けての支援や指導を必要とする患者を受け持つ機会をもたらし，退院支援に携わる貴重な機会となっている。高学年の看護学生にとっては，在宅看護学実習の経験が，退院支援を学ぶ機会となっていることは報告されている（豊

* 1 日本赤十字広島看護大学

* 2 元日本赤十字広島看護大学

島、彌永、春名、鷺尾、2013)。しかし、看護基礎教育において低学年の学生を対象とし、さらに退院支援のアセスメントの視点に関する研究はみられない。

よって、学生が講義や実習の中で、退院支援に必要な視点を意識できる関わりが必要である。本研究では、地域看護学が未履修の学生における、退院支援に関するアセスメントの視点を明らかにする。これによって、入院患者の退院後の生活に向けての学生への教育内容や、実習で退院後の生活を見越した関わりの必要な患者を受け持った学生への指導について、示唆が得られると考えた。

Ⅱ. 研究目的

本研究の目的は、紙上患者事例を通して、看護学生の退院支援に関するアセスメントの視点を明らかにすることである。その上で、学生の退院支援への意識付けのための教育内容や実習指導について検討する。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究対象者

A 大学にて初めて看護過程を受講した、2 年生 144 名を対象とした。

本研究の対象者は、看護学概論にて、看護の目的論・対象論・方法論や、実践の基盤となる援助的人間関係を習得している。さらに、対象者の状態の観察や、看護援助の見学や実施を通して、対象の療養生活への理解を深めることを目的とした 4 日間の病棟実習を終了している。

2. データ収集期間

平成 25 年 6 月 18 日に事前課題の説明を行い、平成 25 年 7 月 2 日を事前課題の提出締め切りとした。

3. データ収集方法

紙上患者事例は、脳梗塞後のリハビリ中の回復期にある女性患者であり（資料 1）、学習目標のひとつである看護上の問題の理解のため、退院に向けて必要と考える情報の抽出を事前課題のひとつとした。看護過程の展開で提供された紙上患者事例について、「看護師として退院に向けて必要と考える情報（気になった情報）」を事例の中から抽出することを事前課題とし、研究者が作成した専用の用紙を配布し、提出を課した。

4. データの分析方法と分析基準

1) データの分析方法

事例の中から、学生が退院に向けて必要と考え、抽出したすべての情報を、分析データとし単純集計

した。集計後、学生の退院支援における看護の視点を明らかにするために、学生の半数以上が抽出した情報と、学生の半数以上が抽出しなかった情報に分けて分析した。

本研究では、退院支援に関する科目が未履修な状況の中でも、半数が抽出している情報については、学生自身の体験から自然に身につく可能性が高く、抽出が半数未満の情報については、教育や指導の働きかけが必要であると、研究者が判断し、半数以上と半数未満でデータを分類した。

半数以上の学生が抽出した情報は、類似性のあるものを集めてカテゴリー化した。また、半数以上の学生が抽出しなかった残りの情報に関しては、退院支援に関連のある情報を抽出し、類似性のあるものを集めてカテゴリー化し、学生の退院支援に関連するアセスメントの視点について分析した。

2) 退院支援に関する情報の抽出基準

本研究では、退院調整看護師として勤務・研究経験のある研究代表者が、退院支援に関する情報を判断したうえで、さらに共同研究者とともに検討を重ね、決定した。その際、退院に向けての間接的に関連のある情報も、分析データとして扱った。

5. 本研究における倫理的配慮

本研究は、A 大学の研究倫理委員会の審査で、承認（承認番号：1308）を得て実施した。本研究におけるデータは、看護過程の講義担当である共同研究者が提示した、幾つかの事前課題の中のひとつである。データとなる課題も含む全ての課題は、成績評価の対象でないことを学生に説明した。講義最終日に研究代表者が、研究目的、研究参加への自由意思、再度同意しないことによる成績への影響はないこと等についての説明文書と同意書を配布し、口頭で説明したうえで、調査協力を依頼した。同意書への署名と提出により同意とみなした。

個人データは、氏名を研究用 ID に置き換えた後に分析し、施錠可能な場所へ保管した。

Ⅳ. 結 果

1. 分析対象

看護過程を受講した 2 年生 144 名のうち、研究説明後に同意が得られなかった 19 名の課題を除外した、125 名の課題を分析対象とした。

2. 学生が抽出した項目数

提示された紙上患者事例から退院に向けて必要な情報として、138 項目について学生の記載があった。そのうち、半数以上の学生が抽出した情報は、38 項目であった。残りの 100 項目の中から、研究者が退

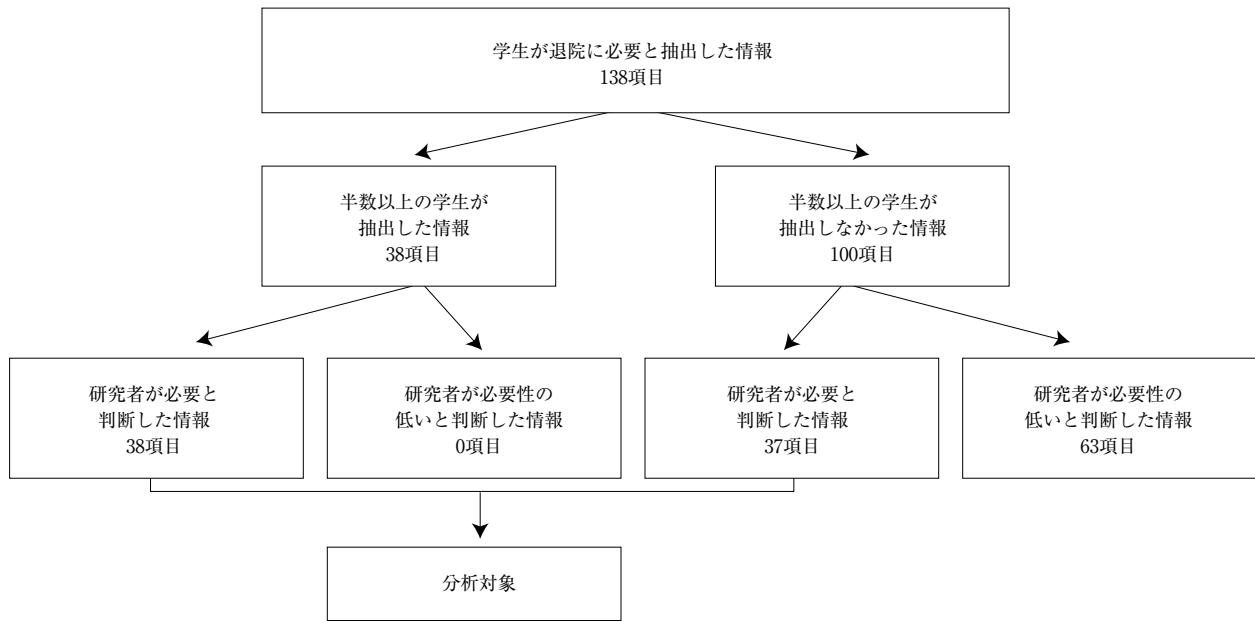


図1．分析対象データのフロー

院に向けて必要な情報と判断したのは、37項目であった。本研究では、半数以上の学生が抽出した38項目と、半数未満の学生の記載で、かつ研究者が必要と判断した37項目の計75項目を分析した（図1）。

3. 半数以上の学生が抽出した情報

退院支援に必要と判断した学生の割合が半数以上の情報は、38項目であった。これらを類似性のある情報を集めた結果、【発病後の後遺症とその程度】、【発症前後の患者の性格や行動の変化】、【リハビリテーションへの意欲低下】、【運動量減少による筋力の低下】、【歩行器歩行姿勢の未習得】、【排泄動作の部分介助と介助への思い】、【食事摂取機能と方法の変化】、【入浴・更衣動作の部分介助と介助への思い】、【試験外出時の歩行器移動の困難】、【生活しにくい家屋】、【患者の意思決定に関する家族の思い】の11のカテゴリーに分類された（表1）。

4. 半数以上の学生が抽出しなかった情報

退院支援に必要と判断した学生の割合が半数未満で、研究者が退院支援に必要な情報として抽出したのは、37項目であった。これらを分析した結果、【内服薬の種類と管理方法】、【水分出納の管理】、【リハビリテーションの内容】、【屋内・屋外での移動状況と介助】、【同居家族の身体的状況】、【別居で近隣に在住する家族の生活と介助状況】、【別居で遠方に在住する家族の生活状況】、【介護保険の認定状況】、【医師からの今後の方針の説明】、【本人と家族の退院後の意向と家族間での話し合い】の10のカテゴリーに分類された（表2）。

V. 考 察

1. 退院に向けて学生が必要と捉えている視点

看護学生の退院に向けてのアセスメントの視点として、患者自身のADL等の身体的側面や患者や家族の心理面、家屋状況の問題に関しては、必要な情報として捉えていた。

患者の身体的側面に関して、3年課程の3年生の看護学生を対象とした紙上患者を用いた在宅看護の事例の研究で、看護学生は看護師と比較して対象理解のための情報を重視している傾向にあると述べている（吉岡, 2005）。本研究も同様に、11のカテゴリーのうち【生活しにくい家屋】、【患者の意思決定に関する家族の思い】を除く、9つのカテゴリーが患者に関する情報であり、学生が対象理解のため患者自身の身体的側面が、退院に向けて必要な情報と理解できていると考える。退院支援においては、患者本人以外の家族や社会資源等の病院内では重要としない情報が必要となる。その点を強調して教育、指導することは、今後の高学年になってからの病棟実習や専門領域での実習につながると考える。

【リハビリテーションへの意欲低下】、【患者の意思決定に関する家族の思い】の患者や家族の心理面に関して、2年次終了の学生を対象とした紙上患者事例を用いた看護診断能力に関する調査では、精神的なものを十分に読み取ることができない傾向がみられたと報告されており（関, 鹿村, 高橋, 保坂, 須藤, 2005）、【生活しにくい家屋】の家屋状況に関しても、病棟看護師による退院調整活動の実態調査では、「家屋の状況を患者または家族から把握」の

表 1. 半数以上の学生が抽出した情報の割合と分類

カテゴリー	情 報	抽出割合(%)
【患者の意思決定に関する家族の思い】	本人が希望を伝えないのではと家族は心配している	57.6
【生活しにくい家屋】	自宅は和式トイレである	83.2
	自宅の浴槽は深い	81.6
	自宅は補助具がない	84.8
	自宅では布団で寝ていた	53.6
【試験外出時の歩行器移動の困難】	自宅へ試験外出した	58.4
	外出時思うように歩行器移動等ができなかったと発言があった	67.2
【食事摂取機能と方法の変化】	時折むせあり	66.4
	積極的な飲水なし	75.2
	主食は全粥・副食はきざみ食・塩分制限・約1400kcal（1日）である	59.2
	もともと右利きである	52.0
	発病後、左手でスプーンやフォークを使用して自力摂取している	60.0
【入浴・更衣動作の部分介助と介助への思い】	看護師の介助で毎日清拭している	58.4
	週に1度シャワー浴をしている	73.6
	清拭やシャワー浴の拒否がある	76.8
	下着は一部介助を要する	63.2
【発症前後の患者の性格や行動の変化】	発病後は表情が暗い	73.6
	発病後は読書していない	53.6
	発病前は性格は明るく社交的であった	57.6
	発病前は近所付き合いがよかった	52.0
	入院前は読書好きであった	54.4
【排泄動作の部分介助と介助への思い】	夜間は特に排尿動作に時間がかかる	58.4
	夜間はトイレに間に合わないことがある	63.2
	夜間は尿とりパットを使用している	56.8
	排泄のためにナースコールを押すことに遠慮がある	51.2
【歩行器歩行姿勢の未習得】	歩行器歩行は目線がどうしても足元を見る傾向にある	71.2
	歩行器歩行はやや前かがみになる	67.2
【発病後の後遺症とその程度】	右上下肢に麻痺（MMT：3～4/5）がある	53.6
	軽度の言語障害にて聞き取りにくいことがある	84.8
	医療職者や他の患者へ上手く意思が伝わらないことがある	69.6
	本人が思いを表出することが少ない	78.4
【リハビリテーションへの意欲低下】	リハビリテーション開始時は意欲があった	65.6
	徐々にリハビリへの意欲を失いかけている	79.2
	リハビリは体調不良を理由に休むことがある	51.2
	リハビリテーション以外の時間はベッドに臥床している	66.4
	日中昼寝をしている	55.2
【運動量減少による筋力の低下】	運動量が入院前より減少している	70.4
	健側も筋力が低下している	77.6

実施状況が約4割と低く（丸岡他，2011），本研究とは異なる結果を示していた。これらの点については，看護学生が患者からの直接の訴えを中心にした看護問題を考え，看護診断名としてあげる傾向にあると報告されている（田村，樋口，2004）。本研究の事例においても，「リハビリは体調不良を理由に休むことがある」や「本人が希望を伝えないのではと家族は心配している」等の患者や家族の思いや，

外出に関して「外出時思うように歩行器移動等ができなかったと発言があった」という患者の主観的情報が，詳細に記載されていたことが影響していると考えられる。よって，今回の紙上患者事例では，学生にとって心理面や家屋状況を，退院支援に必要な情報と把握することが容易であったと考えられるが，実際にこれらの思いを患者や家族から聞き出すという視点を学生がもっているかは明らかではな

表2. 学生の抽出が半数未満で研究者が退院に必要と判断した情報の割合と分類

カテゴリー	情 報	抽出割合(%)
【内服薬の種類と管理方法】	アムロジピン 5mgを1日1回内服している	13.6
	プロプレス 4mgを朝 1錠内服している	12.8
	バイアスピリン100mgを朝 1錠内服している	14.4
	メバロチン 5mgを朝・夕 1錠ずつ内服している	13.6
	タチオン点眼薬は看護師が管理している	20.0
	3日排便がなければプルセニドを 1錠内服している	12.8
【水分出納の管理】	水分はトロミをつけて飲水している	45.6
	食事毎に湯のみ 1杯（約150ml）10時と15時に湯のみ約半分飲水している	24.0
	リハビリテーションのあとに促しにて湯のみ 1杯程度飲水している	29.6
	口渇の訴えはない	28.0
【リハビリテーションの内容】	リハビリテーションを平日約20～30分実施している	29.6
	リハビリテーションは約 5mの平行棒を歩いて 5往復実施している	2.4
	リハビリでは介助にて杖歩行の練習をしている	6.4
【屋内・屋外での移動状況と介助】	入院前は腰痛のためスーパーマーケットまで杖歩行していた	20.8
	移動に関しては病室外に出るときは歩行器を使用している	32.0
	病棟内の歩行器歩行は看護師が付き添って見守っている	28.8
	昼間の排泄は看護師の介助で歩行器を使用している	37.6
	夜間は一度転倒しかけた	35.2
【同居家族の身体的状況】	夫は77歳である	11.2
	夫は自宅にいる	15.2
	夫は10年前に転倒している	37.6
	夫はようやく歩ける程度である	44.0
	夫は自分の身の回りのことは自立している	36.8
【別居で近隣に在住する家族の生活と介助状況】	長女は未婚である	13.6
	長女は看護師である	23.2
	長女は両親の自宅から車で10分の所に住んでいる	24.8
	外出時は長女が介助した	24.8
	爪切りは長女が面会時介助している	8.0
	洗濯物は長女が面会時に持参している	0.8
【別居で遠方に在住する家族の生活状況】	次女は結婚している	11.2
	次女は他県に住んでいる	24.0
	次女は孫 2人をつれて 1～2週間に 1度見舞いに来ている	16.8
【介護保険の認定状況】	現在は要支援 2である	24.8
【医師からの今後の方針の説明】	退院に向けてリハビリに力を入れることを医師から本人へ説明があった	5.6
	できるだけ身の回りのことができるようにしようと医師から本人へ説明があった	3.2
	リハビリ病院へ転院してリハビリを継続してはどうかと医師から家族へ提案があった	16.8
【本人と家族の退院後の意向と家族間での話し合い】	長女は本人と今後について近々相談しようと考えている	20.0

い。そのため、これらの視点については学生が意識できるよう指導していく必要がある。

2. 退院に向けて学生に不足している視点

退院に向けて学生に不足している視点は、在宅支援アセスメントの項目（宇都宮，三輪，2011）に基づき分析した結果、医療管理上の課題では「内服管理・リハビリテーション・水分出納管理に関すること」、生活・介護上の課題では「歩行状況と介助の程度、家族の介護体制や介護保険に関すること」、

患者自身と家族がどうありたいかでは「退院先の医師からの説明、本人と家族間での話し合い」に分類された。

看護学生の退院に向けてのアセスメントの視点として、内服管理やリハビリテーションといった、退院後の環境の変化の中で必要な継続ケアを予測すること、そのための退院先の決定や患者・家族の意思、サポート体制としての社会資源や家族の社会的側面についての視点が学生にとって不足していた。

継続ケアに関して、訪問看護師を対象にした面接調査で、退院させる側の退院後の在宅生活のイメージが図れないことによって連携の困難が生じていると報告されている（樋口，原田，大木，2009）。本研究の対象学生は、患者の療養生活の理解を目的とした、4日間の病棟実習を1度経験した2年生であり、退院後の在宅療養のイメージだけでなく、入院中の内服管理や水分摂取の管理、リハビリテーションについて、病棟スタッフのどの専門職がどのように患者に関わっているかについても、イメージがつかないと考えられる。そのため、入院中と在宅療養では、患者に対してどのような環境の変化が起こるかを予測できず、学生にとって退院後に継続すべきケアや処置について、判断が難しいと考えられる。よって、代表的な退院後の継続ケアとともに、入院中に関わる病棟スタッフが、在宅療養では不在であるという環境の変化への対応をすべきであることを、学生が気付くことができる関わりが必要である。

社会的側面と今後の方向性について、「退院が目標」と考えている看護師は、家族構成や同居者および介護認定を確認せず、退院後の生活の希望を尋ねていないという結果を報告している（嶋崎，清家，2012）。本研究の対象学生も同様に、家族の介護体制や介護認定、退院先についての医師の説明や家族との話し合いについての視点が不足していた。その理由として、本研究の学生も「退院が目標」と考え、入院中に医療が完結したうえで退院できるとしている可能性がある。このことについては、退院支援を実施する必要性そのものに影響することが予測される。よって、平均在院日数が短縮している現状とその理由も合わせて説明した上で、円滑な在宅への移行のための患者や家族の意向、患者のサポート体制の把握の必要性も指導する必要がある。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究では紙上患者事例を用いたため、事例の中で詳細な情報が記載されており、提供された情報の中からの抽出であるため、学生が退院支援に必要な情報であるかを吟味することができた可能性がある。よって、今後の課題として、実際に実習の受け持ち患者を通し、退院に向けての必要な情報を患者や家族に確認できるか等、支援の実践からアセスメントの視点を評価し、退院支援のアセスメントの視点を調査していく必要がある。

VII. 結 論

本研究は、紙上患者事例を通して、看護学生を対象に退院に向けて必要な情報について事前課題を課した。その課題から、看護学生の退院支援に関するアセスメントの視点を明らかにし、学生の退院支援への意識付けのための教育内容や実習指導について検討することを目的に分析した。その結果、患者自身の身体的側面や患者や家族の心理面、家屋状況の問題は、必要な情報として捉えていた。一方で、継続ケアを予測すること、退院先の決定や患者や家族の意思、サポート体制としての社会資源や家族の社会的側面についての視点が不足していることが明らかになった。

以上のことから、患者自身に関連する情報以外の医師や家族の考えを考慮した退院先の決定や、患者の退院後のサポートとしての家族や社会資源の把握、退院後の継続ケアの予測の視点について、学生が重要視できるよう関わる必要がある。

謝 辞

本研究を行うにあたり、課題への取り組みと資料の提供にご協力をいただきました学部2年生の皆様に、深く感謝致します。

引用文献

- 千葉由美（2005）. ディスチャージプランニングのプロセス評価尺度の開発と有用性の検証. 日本看護科学会誌, 25(4), 39-51.
- 堂本司（2013）. 退院調整部署の無い病院における退院支援スクリーニング票及び退院支援カンファレンスの効果. 東京大学医学系研究科 健康科学・看護学専攻 修士論文集, 25-32.
- 樋口キエ子, 原田静香, 大木正隆（2009）. 訪問看護師が認識する在宅移行時における連携の現状・連携上の困難・役立った支援より. 看護実践の科学, 34(10), 61-69.
- 厚生労働省. 医療施設（動態）調査・病院報告の結果. 2013年10月9日, http://www.ajha.or.jp/admininfo/pdf/2013/130909_1.pdf2012
- 厚生労働省保険局医療課. 平成24年度診療報酬改定の概要. 2013年10月15日, http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/h24_01-03.pdf
- 丸岡直子, 洞内志湖, 川島和代, 下嶋恵美子, 向井孝子, 尾崎真裕美, 古本桂子（2011）. 病棟看護師による退院調整活動の実態と課題－退院調整活動質指標を用いた調査から－. 石川看護雑誌, 8,

29-38.

日本訪問看護振興財団. 退院調整看護師に関する実態調査報告書. 2013年10月9日, <http://www.nurse.or.jp/home/zaitaku/hokokusho/pdf/gittaichosa.pdf>

乗越千枝, 島内節, 友安直子, 中澤典子, 設楽美佐子, 千葉由美 (2000). 一急性期におけるディスチャージプランニングの必要性判断のためのスクリーニング票の開発. 日本在宅ケア学会誌, 4(1), 47-53.

関妙子, 鹿村真理子, 高橋ゆかり, 保坂さえ子, 須藤絹子 (2005). 基礎看護学における学生の看護診断能力に関する調査-紙上患者事例を用いた2年次終了時における調査から-. 群馬パース学園短期大学紀要, 7(1), 29-37.

嶋崎明美, 清家百合枝 (2012). 退院支援推進における病棟看護師の継続看護の視点の重要性. 日本医療マネジメント学会雑誌, 13(3), 123-126.

鷺見尚己, 奥原芳子, 安達妙子, 浅野弘恵, 佐藤由

佳 (2007). 大学病院における改訂版退院支援スクリーニング票の妥当性の検証. 看護総合科学研究会誌, 10(3), 53-64.

鷺見尚己 (2011). 退院支援が必要なケースとは. 臨牀看護, 36(1), 9-12.

田村文子, 樋口友紀 (2004). PES方式を用いた看護診断の分析-精神看護学実習における統合失調症患者の看護診断-. 群馬県立医療短期大学紀要, 11, 91-100.

豊島泰子, 彌永和美, 春名誠美, 鷺尾昌一 (2013). 在宅看護学実習における学びの評価. 四日市看護医療大学紀要, 6(1), 1-8.

宇都宮宏子, 三輪恭子 (2011). これからの退院支援・退院調整 ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域. 24-28, 日本看護協会出版会

吉岡敏子 (2005). 事例における看護学生と訪問看護師の情報収集の比較-必要な情報の理由とその情報から事例学習を考察-. 群馬パース学園短期大学紀要, 7(1), 11-21.

資料 1：事例紹介

氏名 A さん，74歳，女性／診断名 脳梗塞／入院月日 平成25年4月18日

【事例の概要】

Aさんは，平成25年4月18日の早朝，嘔気や脱力感が出現したので，家族に付き添われて日赤病院を受診した。諸検査の結果，脳梗塞（左中大脳動脈閉鎖）を発症していることが判明して入院となった（CT 4月18日）。入院後より薬物療法（点滴）が開始された。後遺症のため，右上下肢に麻痺（MMT: 3～4/5）があり，関節の硬縮はないが，動かすと軽度の疼痛がある。現在は，脳梗塞の後遺症のリハビリテーションが行われている（頭部 MRI 5月10日：壊死，吸収，瘢痕化）。病室内はゆっくりと自力で歩行できる。Aさんの意識は清明で，質問内容などは理解しているが，軽度の言語障害があり発語が不明瞭で聞き取りにくいことがあるため，医療職者や他の患者との会話では，上手く意思が伝わらないことがあり，Aさん自身の思いを表出することは少ない。Aさんは，50歳ごろから高血圧を指摘されて降圧剤（アムロジピン 5mg を 1 日 1 回）を経口服用しており，血圧は常時 140/80mmHg 前後で安定している。バイタルサインは体温 36.4℃～36.8℃，脈拍 70～80 回 / 分，呼吸 16～20 回 / 分である。

現在の処方薬はカルデサルタルシレキセチン（プロプレス 4mg）を朝 1 錠，アスピリン（バイアスピリン 100mg）を朝 1 錠，プラバスタチンナトリウム（メバロチン 5mg）を朝・夕 1 錠ずつ，グルタチオン（タチオン）点眼薬は，看護師が管理している。

【現在の状況】

現在，要支援 2，日常生活自立度 J-2，HDS-R は 25 点である。リハビリテーション開始時は意欲をもっていたが，時間が経過するにしたがって，徐々に意欲を失いかけている。Aさんは先週，外出して自宅へ帰ったが，思うように歩行器移動等ができなかった。発症前は無職であったが，定年までは高校教諭をしていた。夫は 77 歳，自宅にいる。夫は，10 年前に転倒したことが原因でようやく歩ける程度であるが，自分の身の回りのことはひとりでできる。長女は 45 歳で未婚，病院で看護師をしている。Aさんの自宅から車で 10 分の所に住んでおり，週に 1～2 回のペースで見舞いに来ている。次女は 40 歳で，結婚して他県に住んでおり，1～2 週間に一度，孫 2 人をつれて見舞いにやってくる。子どもと両親との関係はよいが，頻繁に面会にくることはできない。

【ADL とリハビリテーション】

Aさんは発病前，朝 5 時半に起床して家事（食事，掃除，洗濯等）をこなした後，毎日庭の手入れをし，俳句サークル（週 2 回）に参加していた。就寝は 10 時前後であった。自宅から歩いて 5 分程度にあるスーパーマーケットへ杖歩行（腰痛のため）で 1 日おきに買い物に行っていた。性格は明るく社交的で近所付き合いもよかったが，発病後は表情が暗く，以前のような明るさはなくなった。

自宅は一戸建（二階），築 30 年の和式住宅であり，布団を敷いて寝ていた。自宅のトイレは和式である。外出時は，長女が介助してくれた。また浴槽が深く，自宅では補助具がないため，退院後の入浴は困難な状況である。

食事に関しては，入院前から 1 日 3 回規則正しく摂取していた。時折むせることがあるため，入院後の主食は全粥，副食はきざみ食，塩分制限，約 1400kcal（1 日）である。もともと右利きであったが，今は左手でスプーンやフォークを使用して自力摂取している。食事には毎回約 30 分を要している。主食・副食とも 5 割摂取し，水分はトロミをつけて飲んでいる。入院前の体重は 55kg であったが，現在の体重は 52kg，身長は 156cm である。

また，積極的に飲水はしていない。飲水は，食事毎に湯のみ 1 杯（約 150ml），10 時と 15 時に湯のみ約半分，リハビリテーションのあとに勧められると湯のみ 1 杯程度飲んでいる。口渇の訴えはない。

Aさんは毎食後に看護師がもってくる洗面用具で歯磨きをしている。気分がよい時には，看護師の介助で歩行器を使って洗面所まで行って行うことがある。

移動に関しては，病室外に出るときは歩行器を使用している。右足が不自由なためにゆっくりではあるが，一人で病棟内を歩行器で歩くことは可能である。視線がどうしても足元を見るようになりがちでやや前かがみ

である。そのため、病棟内を歩行器で歩くときには、看護師が付き添って見守ることになっている。平日は理学療法士のプログラムによるリハビリテーションを月曜日～金曜日まで約20～30分行うが、「体調が悪いから」と休むことがある。リハビリテーションの内容は、約5mの平行棒を歩いて5往復した後、介助にて杖歩行を練習している。運動量が入院前より減少しているため、健側も筋力が低下してきている。端座位の保持は可能、つかまり立ちは短時間なら可能である。リハビリテーション以外の時間は、ベッドに横になっていることが多い。ときどきテレビを見ているが、熱中している様子はみられない。入院前までは、読書が好きであったが、減多に読むことがなくなった。主治医からは、「退院に向けて、リハビリに力を入れていきましょう。自宅に帰って、できるだけひとりで身の回りのことができるようになっておきましょう。」と説明されている。また長女へは、「最近、リハビリへの意欲が低下しているようなので、励ましてください。もし、自宅へ帰るのが難しいようであれば、リハビリ病院へ転院してリハビリを継続してはどうでしょうか。」と提案されていた。長女は、Aさんと今後のことについて、近々相談しようと思っているが、Aさんが「私（長女）に負担をかけたくない」という思いから、自分の希望を伝えないのではないかと心配している。

清潔に関しては、看護師の介助で毎日清拭、週に1度シャワー浴が予定されているが、拒否をすることが多い。本来入浴は好きで、入院前は毎日入浴をしていた。爪切りは、長女が来たときに切ってもらう。更衣に関しては、上着の着脱は自立しているが、下着は一部介助が必要である。日常はパジャマを着用、下着はリハビリ用パンツをはいている。尿意はあるが、夜間は、特に排尿動作に時間がかかり、トイレに間に合わないことがあるので、尿とりパットをはさんでいる。洗濯物は、長女が面会時にもってくる。寝具は腰背部に横シーツを、頭部にバスタオルを敷いている。

排泄は、昼間は看護師の介助で歩行器を使ってトイレまで行き、洋式トイレを利用している。夜間は一度、転倒しかけたのでベッドサイドにポータブルトイレを置いて使用している。排泄のためにナースコールを押すことに遠慮がある。尿は1日7～8回（夜間2回）、便は2～3日に1回である（昨日排便あり）が、3日なければセンノシド（プルセニド）1錠を服薬し、調整している。

病室は4人部屋（入り口側）で、誰もが昼間からカーテンを引いているため、親しい同室者はいない。親しかった同室者は先週退院し、さらに話す機会が少なくなっている。

睡眠に関しては、夜は10時に就寝し朝は5時半に起床する。日中昼寝をしていることがある。

【検査データ】

胸部レントゲン（4/18, 異常なし）、頭部CT（4/18, 左中大脳動脈閉鎖）

頭部MRI（5月10日：壊死、吸収、瘢痕化）

WBC：3050/ μ L, RBC：298 \times 104/ μ L, Hb：9.6g/dL, Ht：29.6%, Plt：20.5 \times 104/ μ L,

TP：6.2 g/dL, Alb：3.2 g/dL, TC：255 mg/dL, TG：210 mg/dL,

BUN：16.1mg/dL, Cr：0.9 mg/dL, K：4.2mEq/L, Na：14mEq/L

GLU：92 mg/dL, CRP：0.1 mg/dL 尿潜血(-), 便潜血(-), 尿比重(1.020), 尿蛋白(-)

アレルギー(無), 感染症(無)

白内障の手術を70歳のときに受けている。その後、視力に支障なし。老眼鏡を使用している。

右耳にやや難聴がある。

Nursing students' assessment of paper patients for hospital discharge

Tsukasa DOMOTO^{*1}, Motoko SANETO^{*2}

Abstract:

Purpose: The purpose of this study was to assess nursing students' understanding of the requirements for hospital discharge and the planning required for a smooth transition.

Method: Potential participants were 144 second-year nursing students who were asked to complete an assignment that assessed their knowledge of hospital discharge requirements. Students were asked to extract the information necessary for discharge from a case study.

Result: 125 students gave their informed consent for participation. More than 50% of the students identified 38 items in 11 categories. Students were able to judge the physical status of the patient, psychological readiness of the patient and family, and physical aspects of the patient's home environment that might create difficulties. However, less than one half the students were able to identify 37 different items in 10 categories required for discharge; these included discussion with family about doctors' recommendations after discharge, medication management, family structure, and availability and use of long-term care insurance.

Conclusion: The students' understanding of doctors' recommendations and wishes of the patient and their family, certification for long-term care insurance, the potential for family support for the patient, and predictions of the care required after discharge were insufficient. Therefore, an increased focus on these items is necessary to ensure nursing students' competence.

Keywords:

Discharge planning, Nursing students, Assessment

* 1 Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing

* 2 Former Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing