

病院利用者の望む療養生活に向けての退院支援の充実

藤澤まこと 普照早苗 河村めぐみ 森仁実 黒江ゆり子 石井康子 平山朝子(大学)
川井恵理子 田辺満子 糸川邦子 遠藤美百子 今井妃都美 熊崎さつき 田口さおり
中口俊子 住綾子 庄村信子 樋口貴則 各務康代 内垣戸葉子(岐阜県立下呂温泉病院)

I. 目的

前年度は「病院利用者の退院後の生活充実に向けた支援方法を検討する」という目的で、退院が決まった患者・家族に対して、質問紙調査を実施した。その結果、入院患者は病棟看護師に不安への対応や声かけを望んでおり、退院後の生活への不安の軽減に向けて、患者とともに考えていく必要があることが示唆された。さらに、患者・家族が望む療養生活を実現させるためには、病棟看護師が入院時から患者個々の退院後の生活に即した具体的な支援に責任を持ち、退院調整看護師が、退院後の療養生活の安心に向けてコーディネートする役割を取り関わっていく必要があると思われた。

そこで、今年度は病棟看護師、退院調整看護師とともに、実際の支援を通して患者・家族の望む生活に近づけるためには、どのような退院支援が有効であるかを検討する。

II. 方法

1. 1) 一病棟で、病棟看護師とともに退院調整看護師と連携しながら退院支援を行いその経過を記録した。また、患者が退院した2週間後に受け持ち看護師とともに家庭訪問を行い、退院後の患者の生活状況、患者・家族の思いを聞き取った。
2) 病棟看護師、退院調整看護師とともに退院支援の経過を振り返り、患者・家族の望む生活に近づけるために有効な退院支援の方法、及び課題について検討した。

2. 倫理的配慮：本研究は岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を受けて研究を進めた。対象者・家族に研究の内容を説明し同意を得た。また調査結果は本研究の目的以外に使用することはなく公表にあたっては個人の匿名性に配慮し、データは大学研究室内で処理・保管することとした。

III. 結果

1. 事例紹介

患者A氏は、80歳代後半女性で、長男と2人暮らしであった。自宅でベッドから滑り落ちた時に、大腿骨頸部外側骨折をおこし、入院となって観血的骨接合術が施行された。骨折以外にも、うっ血性心不全、せん妄、発熱、食欲不振、下痢、胸水貯留などの症状がみられ、胸水の細胞診検査の結果肺がんと診断された。そして内科的治療のため、整形外科病棟から内科病棟に転科した。しかし高齢のため積極的治療は行わず、本人・家族の意向にそって退院した。

2. 退院支援の実際

入院時から、退院後の家庭訪問までの退院支援の内容を段階に分けて下記に示す(表1)。

表1. 退院支援の内容

経過	支援内容
入院時	<p>本人・家族の意向の確認 本人も家に帰りたいし、家族も家に連れて帰りたい</p> <p>退院調整看護師による退院支援 息子と2人暮らしであるため、在宅療養に向けて本人・家族への支援が必要であった。また、介護保険の介護度が要支援であったため変更申請が必要であった</p> <p>入院時カンファレンス(ケアカンファレンス) 出席者:長男、長女、医師、理学療法士、病棟師長、病棟看護師2名、受け持ち看護師、退院調整看護師、教員 検討内容: ①医師から病状・治療方針の説明(認知症、栄養障害、発熱があり不整脈もあるため急変の危険あり。目標は車椅子生活) ②本人・家族の意向の確認(長男:車椅子生活でも、寝たきりでも家に連れて帰りたい。せめて食事が食べられるようになってほしい。長女:できる限り協力したい) ③入院前の生活状況の確認(長女より) ④退院時の目標設定(食事摂取、車椅子移乗が可能になること) ⑤各職種間でその目標を共有した ⑥介護保険の変更申請の必要性の確認・手続きの説明を行った</p> <p>病棟カンファレンス:入院時カンファレンス内容を共有 ①目標達成に向けた本人への看護計画立案(端座位、車椅子移乗、ポータブルトイレへの移動を促す) ②家族への支援についての看護計画立案(長男に病棟に来てもらえる日の調整、ケアをともにを行い介護技術を指導する)の検討</p> <p>日常生活援助:看護計画に沿った援助</p> <p>家族への支援:長男が病院に来られる日を調整したが、内科病棟に転科となったため、指導はできなかった</p>
入院後初期の段階	
退院2週間前	<p>退院前カンファレンス(ケア会議) 出席者:長男、長女、受け持ち看護師(内科病棟)、退院調整看護師、ケアマネジャー、教員 検討内容: ①現在の患者のADLの状況(食欲がでて自立して食べられている。排泄はポータブルトイレを利用。歩行器による歩行練習を行っている) ②患者・家族の療養生活に対する思いの確認(車椅子からベッドへの移動ができればよい) ③在宅でのADL介助の具体的な方法(ベッド生活、手すりつきポータブルトイレを設置予定。食事は長男が作る) ④退院までの患者への援助内容(ポータブルトイレへの移乗、ズボンの上げ下ろしが確実にできるように援助する) ⑤家族の協力体制(主に長女、次女の協力が得られる) ⑥サービスの利用について(通所介護週2回利用予定)</p> <p>試験外泊:本人・家族の意向を再確認(積極的治療はしない)、家での生活状況、困難点の有無の確認をした。</p>
退院	地域での継続看護開始

1) 入院後初期の段階

①退院調整看護師による退院支援開始

A氏は、長男と二人暮らしであり、長男は農業や土木関係の仕事をしているため、退院後も日中独居となる可能性が高く、病棟でも入院時から退院支援の必要性が判断されていた。そこで手術後2日目より「退院調整・医療相談依頼書」が提出され、退院調整看護師による退院支援が開始された。

また、入院前から介護保険を申請しており、要介護度は「要支援」で、通所介護(以下デイサービスとする)を週1回利用していた。退院調整看護師は、せん妄の症状や、ADLの低下があり、介護保険の介護度の変更申請が必要であることを病棟看護師に提案した。また、同居家族である長男から意向を聞く機会を設ける必要があるとして、受け持ち看護師に日程調整を依頼した。そして、ケアマネジャーと連絡を取り、本人の入院前の生活状況を確認した。

②本人・家族の意向の確認

本人は38℃台の発熱が続き、舌の痛み、上肢・下肢関節痛(左肘関節、手関節痛、右手のしびれ)があった。術後2日目よりリハビリテーション(以下リハビリとする)が施行されたが進展はなく、ベッドサイドでの車椅子移乗は全面介助が必要であった。せん妄の症状も強くなり、夜間不眠のせいか開眼も困難な状態であった。そのうえ、下痢も見られ、食欲低下も著明となり、嚥下にも時間がかかっていた。そのような状態であったが、本人は家に帰りたがっていたし、長女も家に連れて帰りたいと思っていた。しかし同居家族である長男の意向の確認ができていなかった。

そこで、病棟看護師が家族との面談日の調整を行い、病棟師長が、医師、理学療法士のカンファレンス参加に向けた調整を行った。

2) 入院時カンファレンス(ケアカンファレンス)

カンファレンスは、入院4週目に病棟の食堂で約1時間かけて行われた。出席者は、医師、理学療法士、退院調整看護師、病棟師長、受け持ち看護師、病棟看護師2名、教員であり、受け持ち看護師の司会で、進行された。検討内容は、下記の6点についてであった。

①医師から病状・治療方針の説明

医師は現在の本人の問題点として認知症、栄養障害、発熱があり、発熱に関しては原因がわからず、不整脈もあるため急変の危険もあることを説明した。そして「今の状態で目標を設定するとしたら車椅子生活であり、最悪には寝たきりになる

かもしれない。在宅で日中独居の状況で生活するのは難しい」と伝えた。

②本人・家族の意向の確認

長男は、「車椅子生活でも、寝たきりでも、可能性のあるなら家に帰らせたい」と述べ、「せめて食事が食べられるようになってほしい」との希望を述べた。そして「いま医師にしてもらいたいことはなく、治療は無理ということになれば、引き取りたい」と話した。長女も、「今までどおり、できる限り協力したい」と述べた。

③入院前の生活状況の確認

脳梗塞(13年前)で左半身不全麻痺となり、退院後は近くの診療所で内服治療を継続していた。歩行時に杖を利用していたが、家事は本人が行っていた。長女や次女も実家に行ったときは、家事を手伝っていた。

④退院時の目標設定

話し合いの結果、退院までのリハビリ期間を1ヶ月として、在宅に向けての目標を、食事摂取が自力でできること、車椅子移乗が可能になることとした。

⑤各職種間でその目標を共有

医師は、「頸部骨折は骨の寿命がきているということで、1年後に亡くなっている人も多い。今後悪化する可能性も高い。元の環境に戻してあげたい」と述べ、入院前に近い環境に戻せるように、内科医師とも相談して治療していくことを伝えた。

理学療法士は、患側にどれだけ体重移動ができるかが今後の回復の鍵となること、介護しやすいように、車椅子への移乗を家族と一緒に練習していくことを伝えた。

退院調整看護師は、在宅に戻るに当たって、また、在宅で車椅子生活になった場合の具体的な環境を把握した。また、長男が介護するにあたって、訪問介護などのサービス利用が可能性であることを説明した。

受け持ち看護師は、食欲低下に関して、自分で食べる意欲が見られないこと、口に運んでも断られるし、飲み込みにくくなっていること、家から好きなものを持ってきてもらうなど食欲が出るための工夫を考えていくことを伝えた。そこで、嚥下機能の評価を言語療法士に依頼することも検討された。

⑥介護保険変更申請手続きの説明

退院調整看護師は、介護保険の介護度の変更申請の件を医師に確認し許可を得た。そこで長男には、具体的な申請の場所・方法を説明した。また、

必要なら住宅改修の働きかけが必要であるため、ケアマネジャーと話し合う旨を伝えた。

3) 病棟カンファレンス

受け持ち看護師は、病棟カンファレンスの中で、入院時カンファレンスの内容を、出席者以外の看護師に伝えた。そこで、1ヶ月後の目標に向けて、具体的な援助計画が以下のように話し合われた。

①目標達成に向けた本人への看護計画立案

本人が1ヵ月後に、端座位、車椅子移乗、ポータブルトイレへの移動ができるように援助する。

②家族への支援についての看護計画立案

長男が病棟に来られる日を確認し、その際に、ケアをともにいき介護技術を指導する。

4) 日常生活援助：看護計画に沿った援助

整形外科病棟では、リハビリ以外はベッド上の生活であったため、「入浴/清潔セルフケア不足」「排泄セルフケア不足」「移乗能力障害」の看護問題をあげて在宅に向けた援助を行っていた。

入院6週目の内科病棟に転科・転棟した時点では、発熱や胸水貯留が見られ、酸素吸入が20/分で開始になったり、胸腔ドレナージも行われ、悪化傾向がみられた。その後、徐々に食欲が出て体力が回復してきたことと、せん妄状態の症状が見られなくなったことで、本人にも意欲が見られるようになった。そこで、ADLの拡大に向けて援助が続けられた。特に排泄に対しては、ベッドサイドに手すりつきポータブルトイレを設置し、ポータブルトイレでの排泄の自立を目指して、移動の練習や、ズボンの上げ下げの練習を行っていた。また移乗に関しては、リハビリで歩行器での歩行訓練が行われており、病棟でも廊下の手すりを利用して、車椅子からの立ちあがり訓練を行っていた。

5) 家族への支援

長男が病院に来られる日を調整したが、内科病棟に転科・転棟となったため、整形外科病棟では指導できなかった。内科病棟でも、本人が徐々に回復したこともあり、介護指導の機会はもてなかった。

6) 退院前カンファレンス(ケア会議)

病状は一進一退の状況ではあったが、ADLは徐々に拡大してきた。その状況で、在宅に向けた退院前カンファレンス(この場合はケア会議)が計画され、退院調整看護師の司会で開催された。出席者は、長男、長女、受け持ち看護師(内科病棟)、退院調整看護師、ケアマネジャー、教員であった。検討された内容は下記の6点であった。

①現在の患者のADLの状況

食事は食欲が出てきて自立して食べられている。排泄は、ベッドサイドに手すりつきのポータブルトイレを設置し、看護師が見守る中で移乗できるようになったが、ズボンの上げ下ろしに介助が必要である。移動は、車椅子に移乗できるようになり、歩行器による歩行訓練を行っている。清潔に関しては、看護師の介助で週に1回入浴し、そのほかの日は清拭を行っている。

②患者・家族の療養生活に対する思いの確認

麻痺側が骨折したので、自力で歩くことは期待していない、車椅子からベッドへの移動ができればよい。

③在宅でのADL介助の具体的な方法

食事は、長男が準備をする。次女にも朝食の後片付け、昼食の準備・片付けは手伝ってもらえそうである。排泄は、手すりつきのポータブルトイレを長女の知り合いから借りることができる。ケアマネジャーが形状を確認し、使いにくいものであれば購入も検討する。夜間は排尿回数が少なければオムツを使用することも視野に入れる。ベッドを借りるかどうかの検討で、長男は転倒をおそれて「布団の生活にして、言うほうがよいのではないか」と言ったが、長女は「ベッドでないと立ち上がれなくなるし、今の延長でベッドでの生活のほうがよい」と言い、検討の結果ベッドを借りることになった。清潔面は、週2回デイサービス利用し入浴することにする。

④退院までの患者への援助内容

退院までの援助内容として、病棟看護師は、理学療法士に確認しながら、本人がベッドから車椅子、ベッドからポータブルトイレへの移乗がスムーズにできるように援助していくことを伝えた。

退院調整看護師は、介護保険の意見書の確認を行い、退院がきまったらケアマネジャーに連絡することを伝えた。ケアマネジャーは、ベッドの手配、ポータブルトイレの確認、デイサービスに週2回通所できるよう手配をすることを伝えた。

⑤家族の協力について

長女、次女の協力が得られることを確認した。長女は認知症の姑がいるので、嫁が家にいないと行けないが、次女は実家の近所に住んでいるので、保育園の送迎時にも覗くことが可能である。地域的にも昔からのつながり強いので、近隣住民ものぞいてくれるそうである。

⑥サービスの利用について

訪問介護の利用は、退院後の様子を見て検討する。利用する介護サービスは、デイサービス週2回、福祉用具貸与(ベッド)の予定である。

3. 家庭訪問

受け持ち看護師と教員が、退院2週間後に家庭訪問を行った。その際に把握した退院後の生活状況や本人・家族の思いは表2に示す。

1) A氏の退院後の生活

- ①病状の経過：退院後呼吸困難、胸痛、咳嗽、喀痰はなかった。退院2週間後に病院受診し、胸水貯留はなかった。次回の受診は6週間後である。
- ②服薬：内服薬60日分処方された。内服を忘れないようにと、居間の壁に薬の袋をつるしていた。薬局で朝、昼、夕に分けてシールドしてもらえた。時間がかかったが、飲みやすい。
- ③ADLの状況：本人は、室内を歩行器で移動、排泄はポータブルトイレを使用し、週1回デイサービスを利用した際に入浴していた。
- ④介護状況：長男が主となって介護を行っていた。仕事も調整し、昼間に出かけるときは姉妹の協力を得ていた。
- ⑤社会資源の活用状況：デイサービスを週1回利用。福祉用具貸与（ベッド、電動椅子、歩行器）を利用していた。
- ⑥本人の思い：本人は、「困った事は何もない。家に帰ってきてよかった。ありがたかった。」といい、病院にいるときは、排泄で看護師を呼ぶのが気兼ねであったと語った。
- ⑦家族の思い：長男は、「病院でいくら準備しても、家に帰ると変わる。本人が聞き入れない場合もある。特に望むことはない」と述べた。「治療のことは、癒着術をしなくて良かった。癒着術を行っていたら、きっと帰れていないだろう。」と語った。長女は「自分が引き取ろうか、妹の家に行ったほうがよいか悩んだが結果的には退院してよかった。」と語った。次女は、「長男が自分で面倒をみるというだけあって、十分に介護しているので、現在困った事はない。」「長男がいないときは姉妹で連絡しあって誰かが実家に行き、昼食時に本人を一人にしないようにしている」と語った。

2) 受け持ち看護師の家庭訪問時の思い

家庭訪問に同行した受け持ち看護師に、感想を書いてもらった。その感想は「家の構造は家族の方から聞いていたが、話だけでは想像できず、訪問し、実際に見て、どのような環境で生活されるのか実体を伴って理解できたと思った」「病棟でのA氏の姿を見るので、無意識のうちに、この方は実際にその人その人の人生、生活をしてみえた方ということを忘れていたのかもしれない、と気付かされた。」「その人の退院後の生活のために

具体的にどんな関わりができるのか、生活の実態を把握することは必要であるが、実践していくのは難しい。」「その人にとって、よりよい生活をおくることができるように、病棟の看護師の立場でできることで関わっていけるようになりたいと思った。」などであった。

IV. 考察

A氏は退院までに12週間を要したが、家庭訪問に行き、本人・家族が望む療養生活ができていたことがわかった。そこで、今回の退院支援において、効果的であったことと、退院支援における課題について考えてみた。

1. 退院支援において効果的であったこと

1) 入院早期からの退院支援の必要性の判断（入院時スクリーニング）

入院早期から、本人・家族と十分に話し合えたことで「家に連れて帰りたい」という家族の意向の確認ができた。しかし、長男と2人暮らしであり、ADLの低下も予測されることより、社会資源の活用もふまえた生活調整の必要性が判断され、退院調整看護師もかかわって退院支援が開始されたことが効果的であったといえる。

2) 入院時カンファレンスの開催

術後2週間目に、関係職種が集まった中で、医師の病状説明を踏まえて、家族の意向を確認する機会がもてた。そこで、在宅に戻るにあたっての問題点、今後の目標が決定され、その目標達成に向けた各職種の援助内容が共有されたことは、退院支援の方向性を一致させる上で意味があった。具体的には、1ヵ月後の目標を「端座位が取れる、車椅子移乗ができる、ポータブルトイレでの排泄ができる」とあげて、各職種が関わっていた。

3) ケア会議（退院前カンファレンス）の開催

在宅での具体的なサービス利用（福祉用具貸与、デイサービス利用など）が話し合われ、家族の介護体勢も確認できた中で、在宅での生活が話し合われた。それを病棟看護師が病棟カンファレンスで伝え、退院後の生活に合わせた援助ができた。

4) 退院後の生活の確認

病棟看護師とともに訪問できたことは、患者の在宅での生活をイメージする上で効果的であった。感想でも「どのような環境で生活されるのか実体を伴って理解できた」と述べられており、今後の看護援助に在宅生活の視点が入り入れられ、具体的な退院支援に役立つと思われる。

2. 退院支援における課題

今回の事例は、あくまでも1事例での退院支援において効果的であったことである。今後上記

1)～4)の要素をふまえた退院支援を行い、事例検討を重ねるなかで、退院支援の内容を充実させていく必要がある。また、今回は家庭訪問という形で、在宅での生活を把握したが、病棟から毎回家庭訪問することは無理である。そこで、外来

看護師や地域の看護職と連携を取りながら、在宅での療養生活を含めて支援していく必要がある。

退院調整看護師は、退院に向けて地域看護職との調整に責任を持ち、病棟看護師が在宅での療養

表 2. 退院後の生活

病状の経過	退院後呼吸困難、胸痛、咳嗽、喀痰はなかった。退院2週間後に病院受診し、胸水貯留はなかった。次回の受診は6週間後である。
服薬	内服薬 60 日分処方された。内服を忘れないようにと、居間の壁に薬の袋をつるしていた。薬局で朝、昼、夕に分けてシールドしてもらえた。時間がかかったが、飲みやすい。
ADL の状況	
食事	食事は3食とも長男が調理している 食欲もあり、出されたものは全量摂取している 本人は「味噌汁や野菜やいろいろなものを作ってくれておいしい」、「味噌汁とめしが一等やな」と 次女は「兄さんが豆ご飯まで炊いて食べさせてくれているから助かる」と話す 長男が朝から出かけるときは、昼食を準備しておいて出かけ、昼に次女、または長女が来て食べる準備をする 兄弟間で連絡を取り合って、昼食時は、一人にしないようにしている
排泄	ベッドサイドに家具調の手すりつきポータブルトイレが置かれていた 自分でベッドから降りて、ズボンを下ろして排泄している 退院後長男がズボンの上げ下ろしを介助したのは2回のみ 夜間は4時間おきに排尿に起きている 退院当初はパンツを使用していたが、もれることもあったので、パンツ式オムツに変えた
移動	歩行器を利用して、ベッドから居間のこたつまで歩いてきている こたつには、電動の昇降椅子があり、立ち上がりの補助となっている 長男によると「もう少し上がってから立ち上がれと言うのに、いうこと聞かず、低いままで立ち上がろうとする」とのこと 歩行は、ゆっくりでふらつきなく歩いていた。家に誰もいないときは、転倒すると困るのでベッドの中で過ごしている
清潔	パジャマの上に上着を着ていた 退院後家で一度シャワー浴を家族の介助で行ったが、大変だったし、湯ぶねにはつかれなかった 週1回デイサービスを利用し始め、デイサービスで入浴した。希望すれば週2回デイサービスを利用することも可能である
活動	デイサービスに行く日以外は、寝室と居間で過ごす 次女が孫を保育園に送ったあと、一緒にお茶をのむ 長男がいるときは居間に出てきて食事をしたり、テレビをみて過ごす。長男がいない日はベッド上でテレビをみて過ごしている デイサービスでは、レクリエーションに参加して、歌を歌ったり、ベンチサッカーをしたりしている
介護状況	長男は近くの仕事を運び、なるべく家をあけないようにしている 長男は、なるべく手を出さないようにしているそうである 長男が昼間家にいないときは、長女が次女と調整して実家に来ている。長女は、来たときには夕食と一緒に食べて、帰りは長男に送ってもらっている
社会資源の活用状況	近所の特別養護老人ホームのデイサービスを週1回利用している 入院以前に通っていたデイサービスは遠く、20～30分は送迎車に乗らなければならなかったため、近所に替えた。いずれは回数を増やす予定 福祉用具貸与：ベッド、電動椅子、歩行器。ヘルパーの利用は今のところは考えていない
退院後の本人の思い	(困っていることは)「いまかな、何にもない。いまは何にもないな」 (家に帰って)「よかったってや。ありがたかった」 「うちはあんきやな」 (入院時は)「ありがたかった。皆かわいがってくれて」 「入院しとるときは、(排尿が)近いような気がした、よけい。(ナースコールを)押さんならんし、こわいこわいかったから。こぼすと怖い思うもんな。病院でな。ここでもそうやけど」
家族の思い	(長男)病院でいくら準備しても、家に帰ると変わる。本人が聞き入れられない場合もある。治療のことは、癒着術をしなくて良かった。癒着術を行っていたら、きっと帰れていないだろう (長女)自分が引き取るのか、妹の家に行ったほうがよいか悩んだが、結果的には退院してよかった

生活に向けた具体的な支援に責任を持ち、両者が連携しながら、患者の入院生活、退院後の療養生活を継続して支援していきることが理想である。

現時点で、その体制はできているので、看護師一人一人が「在宅生活では」という視点がもてるような、教育的取り組みが必要であるといえる。それによって退院支援の充実が図れると考える。

V. 共同研究報告と討論の会討議内容

1. 今回のかかわりで効果的であったこと

- ・本人、家族の意向を入院時カンファレンスによって、早期に確認することができた。
- ・退院調整看護師だけでなく、医師、看護師、理学療法士も統一した目標をもって、退院に向けてのケアを考えることができた。
- ・事例が転科転棟したケースであったが、内科一整形外科との連携がとることができた。

2. 退院後の生活をどのように把握しているか：他施設の看護師より

- ・整形外科では、病棟での患者の治癒の経過、及び生活状況の様子を調べて、パスのようなものを作成した。これを看護師が説明する際に提示することで、患者は自身の今後の生活状況や「このくらいの期間でこのような状態になるだろう」という目安が立てられている。患者や家族に、それを提示して説明することで、家に帰ってから何が困るのかイメージすることができ、役立っている。
- ・パス上の目標が達成されても、そこで終わるのではなく、家庭に帰ってからはどうなるか、と継続的に考えられるとよい。
- ・在宅ではなく、施設入所となるとイメージがつきにくい。
- ・在宅・施設に拘らず、本人の退院後の「一日の生活時間」がイメージできるとよい。
- ・入院中に、可能であれば、家の写真を撮ってもらえるのもよい。それにより、看護師は本人・家族とともに家庭での生活のイメージがつけられる。

3. 退院後の生活を把握するために必要な視点や方法について

- ・今回は、本人・家族の退院への強い意向があったからこそ可能になった事例であった。「ポータブルトイレに一人で移って排泄できること」という明確な目標があったことが大きかった。
- ・私たちは退院後の生活を本当に考えているだろうか。

例) 病院では、看護師がベッドまで食事を持ってくる。セッティングされた状態の食事を食べることができるからといって、果たして「自立」に

なるのだろうか。在宅では食材を買いに行くところから「食事」に関連した生活行動が始まる。そのような視点を常に持っていることが大切である。

・退院後の生活を把握する上で、「家庭訪問」という方法も考えられる。しかし、全てのケースでそれができるわけではない。

・退院後、次回外来のときまでに外来看護師、病棟看護師でカンファレンスを行い、気になることや確認事項などの情報交換をすることは有効ではないだろうか。実際に、現在院内での取り組みとして、「継続看護連絡会」を実施している。但し、連絡会で扱うケースは、「気になるケース」に限られ、選定条件がある。

・退院後の患者が外来受診後、外来看護師から病棟へ情報を返すように努める必要があるだろう。

・外来で、「困ったことはありませんか？」などとなるべく聞くようにしている。問題があれば訪問看護やケアマネジャーなど、関連のサービスへも連絡している。

・週に1回、訪問看護ステーションとミーティングを行なっている。

・病棟において、普段から「コミュニケーションノート」を利用し、何でもよいので家族の思いを書いてもらうようにしている。看護師も必ず記入することで、家族の普段の思いを把握しようと努めている。

4. 今後の展望：システムとして退院調整を保障する：看護部長の立場から

・退院調整担当看護師を増員予定。それにより、入院受け入れの時点で、患者・家族と退院後の生活の見通しを立てやすくすることと、退院調整看護師が病棟看護師と共に行動することで、病棟看護師一人ひとりが、退院調整活動に責任を持って実施できるためという教育的狙いがある。

・病棟看護師が、在宅生活を想像できるようにと、回復期リハビリ病棟では、「看護スタッフによる退院後の家庭訪問」の取り組みを試行的に実施した。このときは、スタッフを出張扱い（交通費病院負担）にし、病棟として退院後の評価を試みた。

・退院後の生活とはいうものの、病院の立場としては、「入院中の生活の保障」を確実にこなわなくてはならないと思っている。

・看護師は常に「患者の不安や戸惑いに寄り添いたい」という思いを持っている。その思いを「思い」として留めるのではなく、「実際のケア」に変えていかなくてはならないと思う。