

医療施設における退院支援に関するスタッフ教育システムの検討

増井法子 丹羽好子（岐阜県総合医療センター・退院調整室）
藤澤まこと 普照早苗 田内香織 河村めぐみ 黒江ゆり子(大学)

I. 目的

医療制度の改革が進む中、在院日数の短縮化に伴い、急性期病院から地域・在宅へと医療連携が強化され、入院患者や家族のニーズをふまえ、入院時から退院、在宅療養まで一貫して支援するための退院調整が重要となっている。当病院では、平成14年から退院調整室を設立し看護師による退院調整業務を開始した。現在、退院調整看護師は2名であるが、全退院患者の退院調整を行うことは困難である。退院調整は、入院決定時から退院まで一貫して支援するものであるため、退院調整看護師のみで行うことではなく、病棟や外来看護師などの連携が重要であるが、両者の連携がうまく機能していないことも少なくない。

看護師が退院調整について共通の認識及び理解をもったうえで、継続した退院調整を提供できるような教育システムの充実を図ることができれば、より質の高い継続的な退院調整が可能となる。そこで、平成16年度から院内のエキスパートクラブ^{註①}の1つとして実施していた「退院調整エキスパートクラブ」を、今年度から「在宅ケアコーディネータークラブ」（以下クラブとする）と名称を変え、より在宅を意識した内容に変更した。その効果を分析・考察することにより、適切な方向性を検討する。

なお本研究における退院調整は「患者とその家族の退院後における生活のための調整活動」を意味する。

II. 方法

1. 方法：1年間のプログラムを企画してクラブ活動を行った。クラブ活動開始前後にクラブ員に質問紙調査を依頼し、了解を得られた協力者に質問紙を配布し後日回収した。

質問項目は、クラブの参加動機、クラブ活動の学びが実践で役立ったか、役立った内容、役に立たなかった理由、患者の在宅生活を今まで以上に意識することができるようになったか、それほどのような場面を感じることはできたか、クラブの参加目的を達成できたか、クラブ活動への意見・感想について、で構成した。

2. 分析方法：質問項目ごとにデータを整理した。選択肢の項目については単純集計を行い、自由記載については内容を研究者で検討し分類した。

3. 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。知り得た情報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が特定されないよう配慮することを口頭と書面で説明し、了承を得た。
註①エキスパートクラブ：平成15年から院内の看護職員教育の一環として活動を推進している。目的は看護職員が自主的に極めたい技術について検討し看護実践場面に広めることである。現在8つのクラブ（がん看護・日常生活援助技術・接遇・感染防止・スキンケア・重症集中ケア・NANDA看護診断・在宅ケアコーディネーター）があり、認定看護師などを中心として、時間外に活動している。クラブ参加資格は、2年目以上の看護師であり、年度始めに募集する。

表1. 在宅ケアコーディネータークラブ活動の概要

目的	患者および家族が退院後の生活の質を高められる退院支援が行えるよう退院調整に関する援助技術を互いに学びあう。
目標	・退院調整に関する援助技術がわかる。 ・退院調整の事例を通し、退院調整の実際がわかり、実践の場で活用する。
開催日	活動内容
7月13日	クラブ紹介、自己紹介(参加目的)、退院調整について「地域への退院をめざして」:18名
8月10日	介護保険の基礎知識、講師:飛鳥美谷苑 介護支援専門員:26名
9月14日	事例検討(気管切開中の独居の患者):22名
12月14日	小児在宅コーディネーター事例から学ぶ:地域との連携、講師:各務原訪問看護ステーション 訪問看護師:11名
1月11日	外国人・ホーム医療保険・医療費について:生活保護・外国人などの支払い困難な事例の対応 講師:MSW:9名

第2木曜日 18時～19時、看護部カンファレンスルーム

Ⅲ. 結果

1. クラブ活動の概要：クラブ参加希望者は 40 名であり、平均出席人数は 14 名で全体の 35% であった。クラブ活動の概要は表 1 に示す(表 1)。

2. クラブ参加の動機は、「退院調整に関する知識を深めたい」「退院支援の援助技術を高めたい」「病棟のシステム化を目指して取り組みたい」「外来看護師として在宅療養支援を充実させたい」であった(表 2)。

3. 終了後の評価

1) 実践の場での役立ち度：83.9%が役に立った、16.1%が役に立たなかったとしていた。役に立たなかった理由としては、勤務の都合で参加することができなかったなどがあった(図 1)。

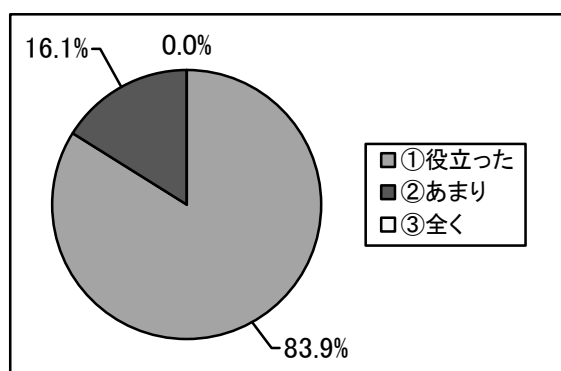


図 1. 実際の場合での役立ち度

2) 役に立った内容：8月に開催した「介護保険の基礎知識」が役に立ったと 40.0% (16 人) が回答し、7月に開催した「退院調整について(地域への退院をめざして)」が 32.5% (13 人) であった(図 2)。

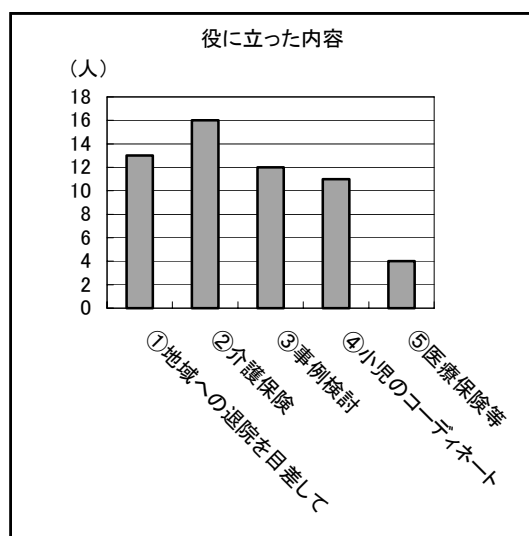


図 2. 役に立った内容

3) 患者の在宅生活の意識化

93.5%が今まで以上に患者の在宅生活を意識することができるようになったとしていた(図 3)。意識化された内容は、「退院後の生活について早い時期から考えるようになった」「在宅の可能性を考えるようになった」「入院時の情報収集を意識して行うようになった」「家族に目を向けるようになった」「在宅医療に関する知識を踏まえて患者・家族の質問に応じたり、説明するようになった」「継続できるように工夫するようになった」であった。(表 3)

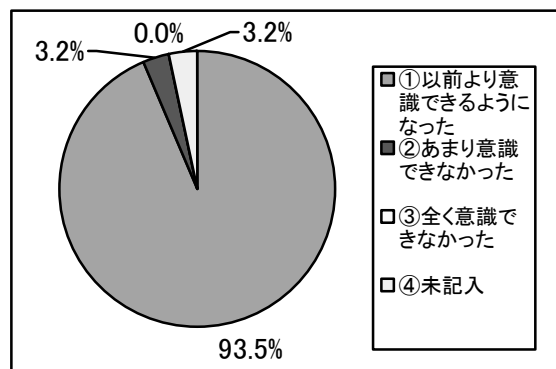


図 3. 患者の在宅生活の意識化

4) クラブ参加目的の達成度

38.7%がクラブ参加目的を達成できたとしていたが、51.6%が達成できなかったとしていた。

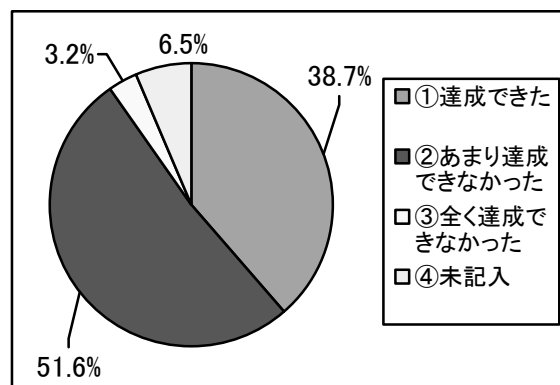


図 4. 参加目的の達成度

5) 達成できた理由

「介護保険や医療制度、今まで知らなかった生活保護法についても知ることができた」「自分に関心をもっていることについて話を聞くことができた」などがあった。

6) 達成できなかった理由

「継続して参加することができなかった」があった。

表2 参加動機の内容

1.退院調整に関する知識を深めたい:介護保険、退院調整の流れ、地域との連携、地域の福祉制度、保険点数、事例での学びなど

1)退院調整の必要なケースが多いので、自分が学んで支援したい(介護保険、地域との連携、地域の福祉制度、保険点数、事例での学び)	<p>病棟では、退院調整を依頼する事が多いです。実際に自分がどのようにして関わっているのかという点で、まだ不安があるため、もっと退院調整について学び、患者、家族を支援していきたいと思っています。介護保険や、さまざまな制度についても、知りたいという思いがあるため、参加したいと思っています。自分自身ももっと広い視野をもって関わり、退院に向けて、さらに地域との連携という面でも知識を深めたいと思います。</p> <p>病棟でも多くの人が退院調整を依頼しており、在宅や転院に向け、どのようにしたらスムーズに行えるかを学びたいと思ったからです。また、なかなか転院の決まらない患者さんや、帰りたくても退院できない患者さんの対応策なども分かったらいいです。事例を通して、いろんなパターンを学びたいと思いますので、よろしくお願います。</p> <p>《希望》施設見学に行きたい。いろんなパターンを知りたい。</p>
2)在宅を希望しても実現できないことがあった(介護保険、負担額)	<p>病棟でも退院調整に関わる患者が多く、その度、保険等や地域での福祉制度について自分でしっかりと理解できないため、患者や家族に説明できないことがあった。</p> <p>退院調整クラブに参加し、知識を深めたいと思い、参加したいと思った。</p>
3)在院日数が短縮傾向にあるので対応が必要(介護保険、退院調整の流れ、退院調整で必要な連絡)	<p>病棟に入院中のPtは、ENT調整にかける方が多く、現在の私の知識では、PtやFaに対し、有効的に支援できないため、エキスパートクラブで援助技術を高めたいと思いました。介護保険、身障についてや、保険点数などについて学びたいです。</p> <p>受持ちが在宅へのENTを希望されてもできなかつたり、逆に希望されて退院調整をかけた退院できたりしたことを経験し、退院調整、在宅コーディネートに興味を持ったため。また、自分の知識も増やしたいため。</p> <p>介護保険については改正とかかれているため、昔、学生時代学んだ知識とのちがいが大きいと思います。なので、どんなことでも教えてもらいたいです。負担額とか知りたいです。</p> <p>今まで受け持ちPtが退院調整が必要となる状況になったことがなく、現状としても在院日数の短縮、自宅への希望などあるため、今のうちに知識を持ちたいと思ったから。</p> <p>また祖父が在宅O₂を使用し、介護保険も使っているが詳しく知らないため、知識を得て、祖父のサポートをしたいため。</p> <p>《知りたいこと》・介護保険を使用する時の流れ(使いたいと思ってから実際まで) ・介護保険の内容 ・退院調整する流れ、どのように連絡し合い退院に持っていつているか ・サービスの内容 など</p>
4)質問に答えられないことがある(介護保険)	<p>転院希望の患者様が多く、その際の質問で答えられないことが多いため参加したいと思いました。また、介護保険についても多くきかれるので学びたいと思いました。</p>
5)知識として知りたい(小児在宅、医療材料の購入方法、介護保険、他病院の状況)	<p>小児在宅に関して、例)Mチューブ挿入中の乳児は、介護支援がうけられるのか。また医療材料の購入方法など。</p> <p>介護支援としてどんな事がうけられるのか、知りたいです。</p> <p>介護保険等についてももっと詳しく知りたいです。</p> <p>希望する病院(転院先)の空きがなく待っていることが多い。他病院の状況が知りたいです。</p>

2.退院支援の援助技術を高めたい:スクリーニングの方法、在宅療養への援助方法、家族を含めた関わり方など

1)高齢者が多くなるので、安心して在宅に戻れるように支援するための援助技術を学びたい(スクリーニングの方法、在宅療養への援助方法)	<p>病棟では脳梗塞による重度の後遺症で、在宅での生活が困難な場合、リハビリ目的で転院となる事がある。その場合、退院調整室へ連絡をとり、転院方向となる。こうした「転院」を目的とした依頼はよくあるが、その他の依頼は少ない。私自身、スクリーニングの方法が十分でないし、退院支援の援助技術が不十分である。</p> <p>入院ptは高齢者が多い。また、これからも変わらないと思う。また、核家族化の一方で独居の高齢者が増加している現在、安心して在宅へ戻りたいという患者さんの手助けとなれるよう、援助技術を学びたいと思ったので参加しました。</p>
2)在宅に戻れないケースが多いので退院調整の実際を学びたい(家族を含めた関わり方)	<p>スムーズに在宅に帰れないケースが多く、退院調整が必要となる。この病棟でもそのような患者が多いため、家族を含め関わり方を学びたいです。また、退院調整の実際を学びたいです。</p>

3.病棟のシステム化を目指して取り組みたい

新生児センターにも、なんらかの医療行為が必要な状態で、在宅をめざす児もいます。しかし、さまざまな理由で、在宅の道を選択することができず、環境が不適切であっても、ここで生きていかなければならないのが現状です。その家族に生まれてきたのに一度も家族と過ごすことのないまま病室で息をひきとることも多いです。でも、本当はもっと早い時期にアプローチができ、家族にも在宅をイメージさせること、又、支援方法を具体化することができたなら、別の選択(在宅)も可能だったのではないかと考え、今回クラブに参加し、自分たちの知識を高める。

在院日数の短縮をDrにはたらきかけたい。1日でも2日でも帰れたらいいと思ってます。スクリーニングシート期待しています。

4.外来看護師として退院調整に参加したい

いつも外来に退院調整の方が来ていただいて、Drと連携をとりながらされているのですが、私たち外来Nsは、何もせずただ見ているだけなので、何か少しでも気づいた点などがあって参加できたらと思ってまた今年も入部しました。昨年はほとんど参加できなかったのですが、今年はがんばって参加できればと思いました。

表3 患者の在宅生活の意識化について

退院後の生活について早い時期から考えるようになった	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅に帰ってからの生活に向けて入院時から関わりがもてるようになった ・入院時点で早期に在宅を見据えて関わりが必要になってくるか考えるようになった ・退院間近になってから退院後の生活を考えるのではなく術前から在宅に向けて考えるようになった ・入院当初から考えることができる ・患者様の病状が落ち着き本人や家族と共に退院について考えるようになったときなど ・早くから退院調整に関われるよう調整を取るよう心掛けている
在宅の可能性を考えるようになった	<ul style="list-style-type: none"> ・ADLの拡大が進んでくると家での活動量を確認して在宅が可能か考えるようになった ・退院する人の家での生活を気に留めるようになり相談しようと思うようになった ・障害の子どもたちに適応するところがないか考えるようになった ・長期入院患者への意識が高まり、すぐに退院調整に相談しようと思うようになった ・患者とのかかわりの中で在宅生活を具体的にみて具体的に考えていきたいと思えるようになった ・一人だから帰れないと思っている患者がいるとき ・今まで在宅生活を考えるといっても退院調整にお任せが多かったが、クラブで学ぶようになってからはそれぞれの患者にとって何が問題となるのか、他のスタッフとも話し合いが持てるようになった
入院時の情報収集を意識して行なうようになった	<ul style="list-style-type: none"> ・情報収集時にも意識的に情報をとるようになった ・今は入院時から、なるべく今までの状態を気にするようになった
家族に目をむけるようになった	<ul style="list-style-type: none"> ・患者さんの家族背景などに目を向けられるようになったこと ・家族を含めて考えるようにしている ・在宅医療（特にMチューブ）が必要な児の家族の認識力、思いなどを含めて考えることができた
在宅医療に関する知識を踏まえて患者・家族の質問に応じたり、説明するようになった	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後に介護を要すると判断された患者の場合、退院調整に入る前に予備知識として家族に大まかな情報提供をすることができたとき ・地域との連携の具体的内容、進行状況を配慮しながら患者に関わることができたことで、家族と前より十分会話したり不安を捉えたりできた ・介護保険の基礎を学び入院患者にアドバイスするときに役立つ ・育児指導時、質問があったとき
継続できるように工夫するようになった	<ul style="list-style-type: none"> ・サマリーを書くときなど、ケア介入に役立つような内容が必要だと思い意識して記入するようになった
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険や介護保険制度が抱える問題等に関心がもてるようになった ・医療保険、医療費、外国人、妊婦健診未受診等に退院調整依頼できるようになった ・家族の協力が得られないときなど ・訪問看護の実際を聞いてイメージ化ができたが、臨床では生かすことはできなかった

IV. 考察

1. 退院後の生活をイメージする力

施設内で勤務する看護者の課題として、退院後の生活をイメージする力が重要である。本研究では、看護師がより在宅生活を意識できるようにクラブ活動に取り組んだところ、93.5%が以前よりは在宅生活を意識できるようになったとクラブ活動を評価していた。

そこで、在宅生活の意識化できた内容とプログラム内容について検討した。初回のクラブ活動では、患者が地域に帰れない理由として、医療管理上の問題と生活介護上の問題があることを、講義の中で説明した。このことにより、在宅医療（在

宅酸素、人工呼吸器など）の導入による本人のセルフケア能力や、介護力不足の場合の医療管理上の問題、独居や高齢世帯など生活介護に問題がある場合、及び入院時に在宅ケアのコーディネートが必要となる場合などを学ぶことで、退院調整の必要性が予測できるようになったと考えられる。そして退院後の生活について早い時期から考えられるようになったと考える。

また、退院後の生活を考える上で、今までの生活を知ること重要である。今までどのような生活であったのか、家族関係はどうであったのか、介護サービスは受けていたのかなど、入院時に意識して入院前の情報を収集することの必要性を

学ぶことにも結びつき、効果があったと考える。

さらに、ケアマネジャーや訪問看護師から、連携事例として関わっている「ディサービスを活用している事例」や「人工呼吸器装着の小児事例」の現在の生活を聴くことも行った。当院での実際の事例であったため、病院で検討した病状やADLを踏まえたサービス調整が、具現化されていることを学べたことで、ハイテクケアを必要とする事例でも、在宅の可能性を考えられるようになったと考える。と同時に、ケアマネジャーやMSWから制度を学ぶことで、在宅医療に関する知識を踏まえて患者・家族の質問に応じられるようになり、患者・家族と退院後の生活を共に考えることで理解が深まったと考える。

2. クラブ活動の課題

クラブ活動の形式は、講義形式であった。今後はメンバーの受け持ち患者など、事例検討の機会を複数回行うことや、在宅ケアコーディネート事例の退院後訪問も計画し、在宅生活をイメージできるようにしていきたい。

また、今年度のクラブ活動の平均出席率は35%と低いものであった。その理由として、勤務調整ができなかったことが主なものであった。クラブの内容を充実したものにするばかりでなく、出席しやすい体制づくりの検討も必要である。例えば、7割以上の出席者には修了認定証を発行し、院内の卒後教育のレベルアップに役立つなど、その成果が認められるような検討が必要である。

そして、このクラブでの学びが個人の資質向上につながるだけでなく、個々のメンバーが病棟において退院調整のリーダー的役割を果たし、患者家族の在宅調整に関わっていけるとよいと考える。

V. 共同研究報告と討議の会での討議内容

在宅コーディネートクラブの目的

エキスパートクラブのなかの「在宅ケアコーディネートクラブ」では、各病棟の退院調整のリーダーになる人材を育成していきたいと考える。

平成14年から退院調整看護師が配置された。そのサポートとして、継続看護委員会が発足し、それが、退院調整エキスパートクラブとなった。

病院の特徴として、急性期が多い。転院先のベッドが空くのを待つだけでなく、在宅生活を意識して看護ケアに結びつけることが大切である。

(肺炎で入院し、肺炎は治癒するがADL低下によって在宅へ戻れなくなった例もある)。また転院する場合でも、本人・家族にいずれは在宅に戻ることを意識してもらう。

外来看護師の所属する病院での在宅生活を意識付ける取り組み

外来の時点で、在宅を見越した情報を取るようになっている。地域連携室の担当者がコーディネートをしており、連携室に情報を流すと退院後の情報が外来にも入ってくる。また、看護部の教育計画に学習会が部署ごとにあるが、地域の専門職にも入ってもらうなどして運営している。

退院調整看護師は、研究と実践、事例検討会などを行っている。今後大卒の看護師が新人として入ってくる。そのような看護師に対し「病院で働く保健師をどのように育てるか」という問題がある。事例を通して、コーディネーター的な役割の意識づけを新人の時期から行う。

病棟でも他職種とのカンファレンスを行っている。また研修として退院前訪問を行う。在宅での生活を見せることで、どのスタッフにも在宅を意識させ、在宅の視点を育てている。

地域で共通して使用できるサマリーの検討

連携は不十分なところもある。事例を元に検討してみると、施設で知りたい情報と、病院から送られてくる内容は異なることが多い。病院からのサマリーは入院中の要約が主で、在宅では日常生活においての、より細かい情報が必要である。そこで病院から在宅へとスムーズに連携できるように、共通サマリーの作成に取り組んだ。共通サマリー作成に携わった職種は、保健師、看護師(師長、主任、外来、病棟、地域連携室)、老人保健施設、特別養護老人施設、訪問看護師などである。

活用例として、同じ状況で入退院を繰り返す人があげられる。毎回サマリーを作成しても同じような内容になってしまので、どこでも通用する共通のサマリーを作成し、本人が持っていることで各施設・病院で統一された情報が把握できる。地域の施設とも共同で現在共通サマリーを活用中である。

広域で使用できるサマリーがあればよい。しかし、病院の規模や体制など、困難な点もあるだろう。

連携の必要性について：医師と退院調整看護師、病棟看護師と訪問看護師

入院時に退院のことを考えるという視点を浸透させることが必要である。そのように考えられるように、看護師のレベルが統一できるとよい。

医師には入院時に、入院診療計画書の入院期間をきちんと定めてもらうことも必要である。退院調整には医師の協力が不可欠である。医師からの説明の有無によっては、退院調整看護師の初回介入に対する家族や本人の反応が異なる。医師からの説明がなされていないと「追い出し屋が来た」と思われることもある。

病棟スタッフが訪問看護を体験するというプ

ログラムもある。訪問看護師が把握した退院後の患者の状況や、外来看護師が退院された患者の情報を病棟、外来に戻してほしい。

訪問看護師の立場から

訪問看護師としては、退院前訪問をできるだけ行うようにしている。緊急時や夜中の入院は対応難しいが、入院時に病室訪問を行い、病棟スタッフに在宅での状況を伝えるように心がけていた。病棟スタッフ用に、訪問看護ステーションから病棟へのサマリーも必要だと思う。

病棟看護師にとっても、退院調整、退院指導において入院前情報の有無は大切である。入院前情報により在宅の視点を持つことが促される。また、そのような連携の姿を見せるということが、教育にもつながる。

共同研究を通して得られたこと:退院調整看護師

エキスパートクラブの運営も大変であるが、一貫した教育、活動を考えるようになってきた。今回「退院支援とは何か」「在宅ケアコーディネーターを行うための構成要素はなにか」ということを、研究を通して振り返り、考えることができた。

この学びを通して在宅ケアコーディネーターができるための援助技術を明らかにし、クラブの内容を検討していきたい。自分たちが行ってきたことを「形にまとめる」という過程が、考える機会を与えてくれたと思う。今後も病棟看護師の教育の一環と考えて、在宅ケアコーディネーターを推進できるスタッフの育成をめざしてエキスパートクラブ活動に取り組んでいきたい。