

病棟看護師と退院調整看護師との効果的な連携に向けた方策の検討

藤澤まこと 普照早苗 黒江ゆり子(大学) 河村めぐみ(元大学)
 山下弘子 川井恵理子 梅田弥生 野村玉枝 福元弘美 澤田弥生 細江小喜子
 (岐阜県立下呂温泉病院)

I. はじめに

昨年度は、退院支援の実際を把握するために、病棟看護師、退院調整看護師とともに、一事例の入院時から退院時までの退院支援に関わった。その経過から退院支援の重要な要素として、退院後の生活の視点を持った入院時アセスメント、医療職者・患者・家族間でのケア目標の共有、退院後の生活状況の把握があげられ、その要素を含んだ退院支援プログラムを考案した。そして今年度、当該病棟では、勉強グループの一つ「継続看護・リハビリグループ」を設け、その看護師を中核として退院支援プログラムに沿った退院支援を試行した。

II. 目的

1. 当該病棟における退院支援の充実に向けた取り組みを試行する。
2. それをふまえて病棟看護師に意識調査を行い、病棟における退院支援の取り組みの利点との課題を明確にし、その解決に向けて検討する。

III. 方法

1. 退院支援プログラムを取り入れた試行的取り組みの実施

- 1) 病棟看護師、看護大学教員が参加し、退院支援に関する検討会を月1回実施する。

- 2) 病棟看護師が、「退院調整スクリーニングシート」を用いた退院後の生活の視点を持った入院時アセスメントを実施する。

- 3) 病棟看護師が、リハビリカンファレンスを企画・開催する。

2. 実践した退院支援の効果に関する病棟看護師の意識調査の実施、および利点・課題の明確化

- 1) 当該病棟看護師への意識調査を行い、記載内容を分類して整理する。
- 2) 意識調査の結果より、退院支援の取り組みの利点、課題を明確にし、達成に向けて検討する。

3. 倫理的配慮

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。なお本研究は、本学研究倫理審査部会の承認を得て行った。

IV. 結果

1. 退院支援プログラムの試行的取り組み

1) 月1回の退院支援に関する検討会の実施

退院支援に関する検討会を5回行った。1回目と5回目は「病棟勉強会」というかたちで、10人以上の病棟看護師の参加を得た。そこでは病棟の退院支援の取り組みの進め方や改善点等の検討を行った(表1)。

表1. 退院支援に関する検討会の内容

回数(開催月)	参加者	検討内容
第1回 (5月)	看護師 10人(病棟 師長を含む) 看護大学教員 3人 (筆者を含む)	・事例の退院支援内容の報告(G氏)・退院支援プログラムの内容を説明 ・リハビリカンファレンス開催の必要性の検討 ・入院時スクリーニングによるアセスメントの重要性を確認 ・共同研究の目的・内容を説明
第2回 (6月)	看護師 4人 看護大学教員 3人	・事例の退院支援経過の確認(G氏、H氏) ・退院調整看護師との連携についての検討(介護申請が必要な場合は退院調整看護師に連絡する) ・回復期リハビリテーション病棟への転棟について(自宅に戻る人しか受け入れてもらえない) ・リハビリカンファレンス開催に向けて(受け持ち看護師が主になって企画・開催し、継続看護・リハビリグループのメンバーが促す)
第3回 (7月)	看護師 3人 看護大学教員 3人	・家庭訪問事例の選定(入院中リハビリカンファレンスを開催し、退院後家庭訪問が可能な事例の選定) ・病棟看護師への意識調査の依頼(師長は、聞かれることで自己の認識が深まるので聞き取りは必要であると話す)
第4回 (9月)	看護師 2人 看護大学教員 3人	・退院支援事例の家庭訪問の報告(I氏) ・病棟看護師への意識調査結果の中間報告(分類途中)
第5回 (11月)	看護師 13人 看護大学教員 3人	・病棟看護師への意識調査結果の報告 ・取り組みの課題についての検討(スクリーニングシート記載の時期、受け持ち看護師がリハビリカンファレンスに出席できないこと) ・スクリーニングシートと看護計画のつながりを持たせることが必要 ・家族員の状況の把握の方法について(キーパーソンの把握) ・家族が病院に来ない場合の意向の把握方法

2) 退院後の生活の視点を持った入院時アセスメントの実施

2007年5月より75歳以上の入院患者全員に当該病棟用の「退院調整スクリーニングシート」を用いて退院後の生活の視点を持った入院時アセスメントを実施した。スクリーニングシートには患者・家族の意向を聞く欄、アセスメント欄を設け、取り組み開始時より記載内容が充実してきた。2008年1月下旬まで176事例の入院時アセスメントが行われた(表2)。

3) リハビリカンファレンスの企画・開催

リハビリテーションの指示が出た患者全員を対象として、看護師、医師、理学療法士が参加するリハビリカンファレンスの企画・開催に取り組んだ。その開催によって退院に向けた目標や方針について検討され、ケア目標の共有の機会となった。2008年1月下旬までに67回開催された。

2. 病棟看護師の意識調査結果

1) スクリーニングシートを用いた入院時アセスメントを行なってみてどうだったか

スクリーニングシートを用いて入院時アセスメントを行なってみてどうだったかについての記述内容は、介護認定・サービス利用状況を把握できた(9件)、患者・家族から思い・生活状況が聴けた(7件)、目標設定が考えられた(3件)、退院調整の必要性が判断できた(3件)、スクリーニングシートの情報項目の重要性が理解できた

退院調整スクリーニングシート (当該病棟) 2007.5.29修正

患者氏名 [] 年齢 [] 病棟 [] 受け持ちNo []
 ID番号 [] キーパーソン []
 入院年月日 [H 年 月 日] 記入日 [H 年 月 日]

※介護保険の認定をうけている場合は記入してください。
 ケアマネジャー名 [] 事業所名 [] 要介護度 []
 ※身体障害者の認定をうけている場合は記入してください。 身体障害者手帳等級 []

◇以下の項目に該当する場合、右の欄に○をつけてください。

身体介護保険の適用	1. 介護保険の申請が必要 (①65歳以上、②40~64歳で特定疾病がある—この条件に該当しているが、介護認定を受けていない)		
	2. 今回の入院で、介護保険の再申請が必要		
	3. 身体に重度の障害があるが、身体障害者の認定を受けていない		
*上記項目のうち、1つ以上○がついたら、さらに以下の項目を記入し退院調整看護師にコピーを提出。			
患者の社会的背景	4. 独居高齢者である		
	5. 独居で民生委員や各町村の保健師等が連絡先になっている		
	6. 高齢者の二人暮らしである(家族はいても昼間は老夫婦のみの場合も含む)		
	7. 家族のみの介護では負担が大きい		
	8. 退院後に、在宅で社会資源の利用が予測される		
	9. 退院先が決まっていない		
	10. 施設入所・転院を予定している		
	*上記項目のうち、1つ以上○がついたら、さらに以下の項目を記入し、退院調整看護師にコピーを提出する。		
	退院後の生活に対する意向	本人	
		入院時	本人
家族		本人	
手術後2週間目		本人	
退院支援に関するアセスメント			
備考欄			

図1. 退院調整スクリーニングシート

(1件)、入院時には本人・家族が退院後の生活を想像しにくかった(2件)の6つに分類された。

表2. スクリーニングシートを用いて入院時アセスメントを行なってみてどうだったか

大分類	小分類	記載例
介護認定・サービス利用状況を把握できた(9件)	退院後のサービス利用の支援に役立つ(3件)	退院時にどのようなサービスが必要となるかを頭において入院中に関わっていくことができ、退院につなげていくことができたと思います。
	サービス利用状況の確認ができた(3件)	元々サービスを活用していた人には今回の入院の状況により本当の今までどおりのサービス内容で可能なか学べた。
	介護認定が前もってわかった(2件)	入院の段階ではリハ次第でどう転ぶかわからないというアセスメントが多いが、介護保険認定済みなのかなどの情報が前もって分って良い。
	介護度の検討の必要性がわかった(1件)	今まで働き始めて5ヶ月しか経っておらず、経験が浅いのですが、介護保険を利用してみえる方でも、目標によっては介護度を検討しなくてはいけないのではないかなど、シートを使うことで確認できた。
患者・家族から思い・生活状況が聴けた(7件)	話を聴くことで退院後を見越したアセスメントができた(5件)	入院時に入院取り扱い者がデータベースなどを取りながら、ご家族と話すので、退院後を見越したアセスメントが深まるきっかけになると思います。
	話を聞く習慣づけができた(2件)	入院時に話を聞くことを習慣づけることができたと思います。そのおかげで早く取り組めるようになっていくといいと思います。
目標設定が考えられた(3件)		入院時から退院後の生活を目標にもち、家人と共に考えていくことのきっかけになった。
退院調整の必要性が判断できた(3件)		早期に患者背景を知ることができ、退院調整へ向けた重要な情報の第一歩としてとても大切なことだと思いました。
スクリーニングシートの情報項目の重要性が理解できた(1件)		スクリーニングシート使用前には収集しなかった情報も得るようになったし、必要性が理解できるようになった。
入院時には本人・家族が退院後の生活を想像しにくかった(2件)		入院時の思いは患者も家族も受傷直後であれば退院後のイメージがつかみにくいうで、とまどった表情で答えられたり、具体的でなかったりした印象です。術後2週間目の方がやはり具体的にこうなりたいとか、不安な点が出やすいと感じました。

2) リハビリカンファレンスにおいて医師、理学療法士、作業療法士と情報交換や目的の共有ができてよかったこと

リハビリカンファレンスにおいて医師、理学療法士、作業療法士と情報交換や目的の共有ができてよかったことについての記述内容は、病態・リ

ハビリ状態を伝え、把握できた(10件)、退院時の目標・方向性が明確になった(6件)、同じ目標に向けて取り組めた(5件)、指導内容を検討できた(1件)、情報共有の場を設定できた(1件)、の5つに分類された。(表3)

表3. リハビリカンファレンスにおいて医師、理学療法士、作業療法士と情報交換や目的の共有ができてよかったこと

分類	記載例
病態・リハビリ状態を伝え、把握できた(10件)	医師の考えを開けるため勉強になります。リハビリ状況も把握できるので、今後の看護計画の立案、修正にも良い参考となると思います。
退院時の目標・方向性が明確になった(6件)	またそれぞれの思いを確認し合い、より目標が具体的になるためには看護の方向性もつかめてとてもよい機会となった。
同じ目標に向けて取り組めた(5件)	医師・理学療法士・看護師それぞれの専門的な分野から意見を出して目標を決めることができ、同じ目標に向かって看護できるということがよかった。
指導内容を検討できた(1件)	指導する内容や、誰が指導するかも話し合えた。
情報共有の場を設定できた(1件)	リハカンには全員やっっていくという方向だったので、情報共有する場を設定するかどうか消極的になりがちなので良かったです。

3) リハビリカンファレンスを開催するときに医療職者間の調整で難しかったこと

リハビリカンファレンスを開催するときに医療職者間の調整で難しかったことについての記述内容は、受け持ち看護師である自分が出席できなかった(5件)、医師と理学療法士の都合が合

わなかった(5件)、医師との都合が合わなかった(3件)、受け持ち看護師以外の看護師が出席するときは情報が十分でなかった(2件)、の4つに分類された。(表4)

表4. リハビリカンファレンスを開催するときに医療職者間の調整で難しかったこと

分類	記載例
受け持ち看護師である自分が出席できなかった(5件)	自分の受け持ち患者のリハビリカンファレンスには出席したいと思っても医師、理学療法士の都合を優先すると自分が日勤では出席できないことがある。
医師と理学療法士の都合が合わなかった(5件)	日にちが医師、理学療法士の都合があわず「リハビリオーダー出た翌週、手術の翌週」になかなか行えないことがあった。日にちの調整をするのが大変だった。
医師との都合が合わなかった(3件)	医師の再診、初診、手術等の時間も考慮し調整することが難しかった。
受け持ち看護師以外の看護師が出席するときは情報が十分でなかった(2件)	時間を合わせること(医師－理学療法士)・担当看護師の方が情報を持っているが、勤務が合わず、チーム内の看護師がその場限りででたとき、担当看護師よりも深まらないのではないかと思います。

4) 患者の退院後の生活を把握するための工夫

患者の退院後の生活を把握するための工夫についての記述内容は、本人・家族に話しを聞いた(21件)、家族と積極的に関わり情報収集した(3件)、リハビリ見学をしてもった(2件)、

外泊をすすめた(2件)、家族に退院後の介護・生活方法を提案した(2件)、家族と信頼関係が築けるように努めた(1件)、退院調整看護師・ケアマネジャー・家族から情報収集した(1件)、その他の8つに分類された。(表5)

表5. 患者の退院後の生活を把握するための工夫

大分類	小分類	記載例
本人・家族に話しを聞いた(21件)	入院前の生活様式(6件)	家族の受け入れ状況を知るのが大切だと思います。家での生活を入院時に家族に聞くようにしている。
	家屋の構造(5件)	外泊、入院中に患者、家族より家の構造把握。
	家族状況(3件)	本人、ご家族から情報を得た(家族状況)。
	本人・家族の思い(4件)	どうなった時に退院したいかをインタビューしました。(体調や家屋調整)。
	サービス利用状況(1件)	使っていたサービスと内容。
	要介護度・身障者手帳の等級(1件)	介護度、身障者の級。
	収入(1件)	収入。
家族と積極的にに関わり情報収集した(3件)	家族と積極的にに関わり、現状をふまえながら情報収集した。	
リハビリ見学をしてもらった(2件)	高齢の方だったので 家族になるべくリハビリ見学してもらって家でできなさそうなことはないか教えてもらった。	
外泊をすすめた(2件)	外泊をしてもらい家での生活をイメージ(体験)することで、必要なことを知ってもらう(改装、できなかった動作をリハビリしてもらう)。	
家族に退院後の介護・生活方法を提案した(2件)	現状と家での生活で今までとのズレをどのようにして生活していくか考え、家人に提案する。	
家族と信頼関係が築けるように努めた(1件)	家族の方がみえるときは時間をかけて接し、信頼関係が築けるように努めた。	
退院調整看護師・ケアマネジャー・家族から情報収集した(1件)	退院調整の方やケアマネジャー、家族より、どんどん情報収集した。	
その他(1件)	今の私は退院後の生活が把握しきれていないと思う。	

5) 退院支援を行なう上で心がけたいこと

退院支援を行なう上で心がけたいことについての記述内容は、本人・家族と話し合う(11件)、社会資源が活用できるように援助する(4件)、

家族に患者の状態を知ってもらう(1件)、退院調整看護師に相談する(1件)、家族の負担の軽減(1件)、の5つに分類できた。(表6)

表6. 退院支援を行なう上で心がけたいこと

大分類	小分類	記載内容
本人・家族と話し合う(11)	退院後の生活を共に考える(5)	本人、家人がいかに良い方法で生活をおくれるのかを頭におき、共に考えていけるように働きかける。
	入院時早期に退院後の希望を確認する(3)	入院時早期に退院後の希望を本人、家族に確認する。段階を経てその意志、目標と現実のずれがないかを確認し、早目、早目の対応をしていきたい。
	退院後の生活の安全にむけて支援する(2)	家族の方と密に話し合いを行い、退院後の療養生活が安全に過ごせるよう支援したいと思います。
	情報提供をする(1)	患者本人と家人も含めて支援を行った。情報提供するが最終決定は家人、本人にあると説明した。
社会資源が活用できるように援助する(4)	退院に向けての必要な指導やサービスを把握して退院時にその人にあった支援ができるようにしたい。	
家族に患者の状態を知ってもらう(1)	家族が患者の状態を知ってもらえるよう調整を図る(リハビリ見学など)。	
退院調整看護師に相談する(1)	自分では分らないことは退院調整Nsに相談。	
家族の負担の軽減(1)	在宅でみる家族の負担の軽減。	

3. 意識調査結果から明確になった退院支援の取り組みの利点・課題

1) 退院後の生活の視点を持った入院時アセスメントの利点・課題

【利点】

①スクリーニングシートの内容を・本人・家族に聴くことによって、退院支援の必要性をアセスメントする機会になる。

②入院時から退院後の生活を視野院後の生活を視野に入れた目標設定が考えられること。

【課題】退院後の生活に対する本人・家族の意向を聴く時期が判断しにくい。

2) リハビリカンファレンスの利点・課題

【利点】

①医師・理学療法士・看護師間で、病態やリハビリ状況を共有することができる。

②退院時の目標・方向性が明確になり、各職種が目標に向けて同じ方向性で取組める。

【課題】受け持ち看護師がリハビリカンファレンスに参加できないこと。

4. 病棟の退院支援の取り組みに対する課題の解決に向けての意見交換

1) 退院後の生活に対する本人・家族の意向を聴く時期について

「退院調整スクリーニングシート」には、入院時と手術後2週間目という2つの意向を聴く欄があるが、入院時は患者も家族も退院後の生活に対するイメージがつかみにくいこともあり、何時聴くことが効果的であるのか検討する必要があると思われた。

この課題に対して意見交換で述べられたのは「本人・家族の意向を聴く時期は、入院時に聴けなかった場合は手術後2週間目に再度確認して、アセスメントすることができる。時期が明記されているほうが、看護師の意識付けになる」という意見であった。この意見交換によって、患者・家族の意向は患者の病状やADLの状況によっても変わることが予測されるため、入院時、手術後2週間という複数回の意向の確認が必要であることが意識付けられた。

2) 受け持ち看護師がリハビリカンファレンスに参加できないことについて

受け持ち看護師がリハビリカンファレンスに参加できない場合があることが課題としてあげられていた。

この課題についての病棟看護師の意見は、「医師は主治医が決まっており、理学療法士も担当が決まっている。代行できるのは看護師しかいない」「受け持ち看護師に合わせているとリハビリカンファレンス開催の時期が遅れてしまう」と述べられた。なるべく受け持ち看護師が出席できるように企画することが考えられるべきである。しかし、受け持ち看護師が出席できなくても情報不足にならないように体制を整えておくことが重要であるとの意見があった。そこで、具体策として、事前に受け持ち看護師は必ずリハビリカンファレンスシートに記載しておくこと、チーム内で対象患者の情報を共有しておくことの2点を徹底することが確認された。

また今は、医師・理学療法士・看護師の医療職者のみのカンファレンスが主になっているが、今後の課題として、目標設定の際に患者・家族も参加できる体制を検討していくことが挙げられた。

V. 考察

退院後の療養生活を視野に入れた退院支援の取り組みが進められた要因

当該病棟では、退院後生活の視点をもった入院時アセスメントや、リハビリカンファレンスを開催することによって、患者・家族の意向の確認の必要性や、他職種とケア目標を共有して退院に向けた支援の行うことの重要性に気づき、各看護師が責任を持って退院支援を行えるようになった。

そして退院支援の取り組みが充実してきた要因を考えてみると、第1の要因として、病棟の退院支援の核となる継続看護・リハビリグループ看護師の存在があげられる。取り組み開始当初は、スタッフに声をかけ、取り組みの促進に向けて努力してきた成果が出たと考えられる。また第2の要因として、取り組みを行う中で、看護師個々が受け持ち患者の退院支援に責任を持つようになり、退院後の生活に向けた支援に対して意識が向上したことがあげられる。第3の要因としては、共同研究として毎月1回「退院支援における検討会」を開催し、病棟の取り組みを振り返る機会を持ったことが効果的であったと考える。特に第5回目の検討会では、意識調査の結果を共有し、病棟の看護師が同じ方向性で退院支援に取り組んでいることが確認された。そして、その中から出てきた、2つの課題について検討することができ、それが、入院時アセスメントの充実や、リハビリカンファレンスへの準備の充実につながったといえる。

今後も患者・家族の退院後の療養生活の充実に向けて取り組みを継続させ、より充実していくことが必要である。

VI. 共同研究報告と討論の会での討議内容

Q. スクリーニングシートを各施設においてはどのように活用しているか。また入院時アセスメントについてはどうか。

○B 病院退院調整看護師

自施設では、スクリーニングシートを活用している。65歳以上について必ずチェックするようにし、それ以外にも必要な場合は記入するという2段階でチェックしている。書く欄は多いのだが、看護師がアセスメントを書くことが少ない現状である。

○A 病院当該病棟看護師；共同研究者

私たちの病棟でも、はじめはなかなかアセスメント欄に記入してもらえなかった。看護師が多忙であることと何を記入したらよいのかということが明確ではなかったからということがある。し

かし私たち「継続看護・リハビリグループ」が中心となって「とにかくメモでよいから個々の看護師のアセスメントを何か書くようにしてください」と何度も呼びかけることで徐々に書いてくれるようになったという状況であった。約半年経った今ではそれが浸透してきて、振り返れば師長や継続看護・リハビリグループが推進役となったのだと思う。新しいことを始めようとする、やはり浸透するまでには時間がかかり大変であると思った。

○B 病院病棟看護師

私たちの病棟では、入院時からアセスメントし、入院日から退院のことについて患者さんと一緒に話をするようにしている。おおよその目安を伝えたり、患者さんと共に相談したりするが、今回は3週間目にもう一度退院に向けての再調整のようなアセスメントを行なうようにしている。しかし、今回の発表にもあったようにスタッフ看護師としては、話し合いのタイミングが難しいように思う。特に、病院全体で見ると、整形のような程度目安の立てられる病棟だとアセスメントもしやすいが、慢性疾患をもつ患者さんのいる内科病棟ではまだ行なわれていない。取り組みはこれからになるだろうと思う。

○A 病院病棟看護師

今回の研究の同施設別病棟で勤務している。私の病棟でもスクリーニングシートを使用しているが、今回の整形外科病棟が使用されていたような本人・家族の意向の欄がなく、看護師らがチームでカンファレンスをもちながら、徐々に本人・家族に意向を聞いていっている状況である。それはおもに受け持ち看護師が中心となってカンファレンスをもちかけるようにしている。時期はやはり患者さんによって難しい。

Q. 医療職者間のケア目標の共有はどのように行っているか。

○C 病院看護師

アセスメントシートはないが、リハビリ面談は毎月定例で決まっている。それには医師やリハビリスタッフが必ず参加することになっているが、看護師は参加者のメンバーには入っておらず、必要に応じて師長から参加するように、と言われていたり、受け持ち看護師個人が必要だと思えば参加して情報を得るようにしている。

退院後自宅に帰る方に関しては、なるべく早めに面談し本人や家族の意向を聞いたりする必要があると思うが、看護師サイドからはあまり積極的に会議の開催などは出来ず、ケアマネと相談し

ながら情報収集したり、本人・家族から話を伺ったりしている。

○D 病院退院調整看護師

早朝カンファレンスという形で、医師・チームの看護師・退院調整看護師・他のコメディカル(必要時)が集まって退院後を視野に入れたカンファレンスを行なっている。県病院は大きな病院ということでベッドの稼働率を上げるためにもこのようなカンファレンスを活用して入院期間を短縮しなくてはいけない状況がある。月1回定例のカンファレンスは必ず開催し、普段は面談などで情報を得たり、相談したりしている。転院のケースもあるが、自宅に戻る場合はほぼ必ず、家族に患者のリハビリの様子を見てもらい、家に帰ったときのことをイメージできるようにしている。これらのことは、退院調整看護師だけではなく、病棟看護師が1人ひとり、意識して関わってほしい部分である。

○E 町地域包括支援センター保健師(ケアマネ)

私たちは、病院から退院してくる住民を引き受ける立場にあるのだが、是非入院時から、患者さんに家に帰るためには病院でどのようにしたらよいか、また家に再び帰ったときにはどのような生活になるか、ということがイメージできるような関わりを持ってほしい。一度A病院から私たちの部署に電話で問い合わせがあり、病棟看護師と直接話し、相談できたのがよかった。いろんな病院があって、退院調整看護師がいる場合もあるが、病棟看護師さんとダイレクトに話ができることでのメリットもあると思い、そのときはスムーズにことが運んだ。もちろん患者さんの了解を得た上での情報交換であるが、患者さんも自分の住む地域の専門職が頼りになるということで安心感があると思う。

○A 病院看護部長

今回のこの病棟での取り組みは、病棟に中核となるグループがいたこと、看護師の意識が徐々に高まってきたことが非常によかったと思う。これを病院全体の取り組みとして、各病棟看護師が今よりももっと退院の支援というものに意識を高くもっていく必要があると思う。今後、退院調整室の師長とも相談しながら、病院全体のシステムとして進めていけるようにしなくてはならない。