

# 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 黒江ゆり子(大学) 河村めぐみ(元 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。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が行うことではなく、病棟看護師が退院後の生活をイメージし患者が自宅へ帰るために「何が必要か」を患者・家族と考えることから始まると考える。

そこで、当院では退院調整の教育として、在宅ケアコーディネートクラブ活動を行っている。（以下クラブとする）

昨年度の研究ではクラブ活動の成果や課題を分析することができた。その課題は、制度等の知識の伝達だけでなく、在宅をイメージできるような事例の検討、出席しやすい体制づくり、退院調整リーダーの育成であった。

今年度はその課題を踏まえた活動を計画し実施してきた。その効果を検討し今後のスタッフ教育の適切な方向性を考察する。なお本研究における退院調整とは「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（表1）を計画してクラブ活動を行った。クラブ活動開始前に参加動機を、毎回のクラブ活動後に感想、意見、質問を記述式の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当日回収した。

質問項目は、クラブの参加動機、5回のクラブ活動毎に感想、意見、質問であった。また、クラブ活動終了後、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、クラブ活動の学びが患者の在宅療養への移行には何が必要かを考えることができたか、それはどのような場面で感じることができたか、クラブの参加動機を達成できたか、クラブ活動には参加しやすかったか、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カテゴリー化し分類した。

**3. 倫理的配慮：**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。なお本学研究倫理審査部会での承認を得た。

## III. 結果

### 1. クラブ活動の概要

クラブ参加希望者は39名であり、アンケートは全員に配布し回収数は23名、回収率は59%であった。クラブの平均参加人数は、24.1名で全体の54.9%であった（図1）。昨年出席率は40%と比べ向上した。クラブ活動の概要は表1に示す。

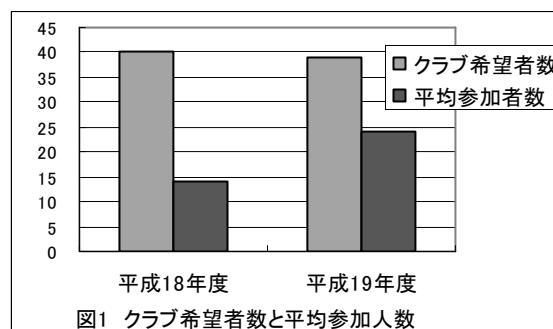


図1 クラブ希望者数と平均参加人数

表1. 在宅ケアコーディネートクラブ活動の概要

|        |  |
|--------|--|
| 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。病棟・外来での在宅支援を推進するリーダーの育成の場とする。 |
| 目標     | ・退院調整に関する援助技術がわかる。<br>・実践の場で活用する。退院支援技術を普及できる。                                     |
| 開催日    | 活動内容   |
| 7月11日  | クラブ紹介、自己紹介（参加目的）、退院調整について（事例検討）：参加19名  |
| 9月12日  | 訪問看護サービスについて：参加31名   |
| 10月10日 | 介護保険の基礎知識 事例検討：参加22名   |
| 12月12日 | 保険・福祉制度について：参加15名  |
| 2月3日   | 1年のまとめ グループワーク形式の事例検討：参加20名  |

## 2. クラブ参加の動機

「退院調整に関する知識をもって患者とのかかわりを深めたい。」「介護を要する患者や医療依存度が高く退院していく患者とのかかわっている。」「在宅や訪問看護に興味がある。」などであった(表2)。

## 3. 終了後の評価

1) 実践の場での役立ち度：87.5%が役に立った、12.5%が役に立たなかったとしていた。役に立った理由としては「患者の在宅での生活を想像しながら退院をすすめていく大切さ、かかわる人々との連携の大切さを確認した」と回答している。役に立たなかった理由としては、勤務の都合で参加する機会が少なかったなどであった(図2)。

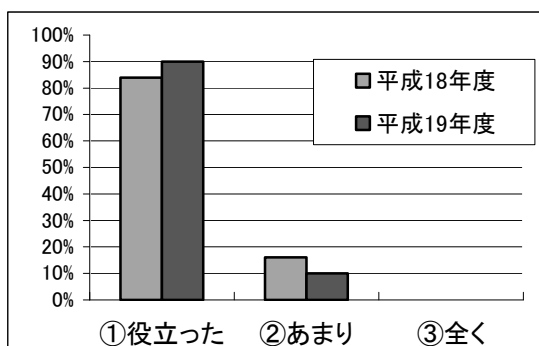


図2 実際の場合での役立ち度

2) 役に立った内容：5回目に開催した「事例検討」が役に立ったと参加者の65%が回答した。役に立った内容として、事例を通して必要なサポートや介入したいことは思いついたが、使えるサポートは限られるので優先順位を考えることが必要だとわかった等の意見があった。3回目に開催した「介護保険の基礎知識について」が参加者の65%、2回目に開催した「訪問看護について」は参加者の45.2%が役に立ったと回答した(図3)。2・3回目の感想については表3-1、3-2に示す。

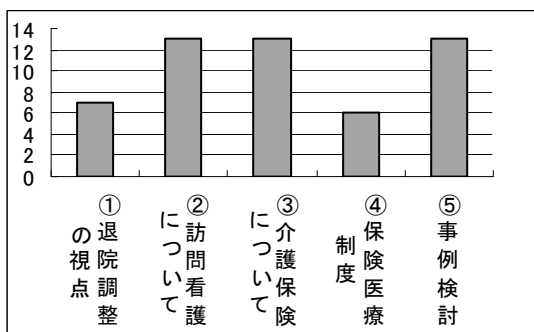


図3 役に立った内容

## 3) 患者の在宅生活の意識化

95.8%が今まで以上に自宅に帰るために何が必要かを意識できるようになったとしていた(図4)。

4) 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。」「家で生活で困ったことはないかたずねるようになった。」「自宅での患者の生活をイメージして考えるようになった」などであった。

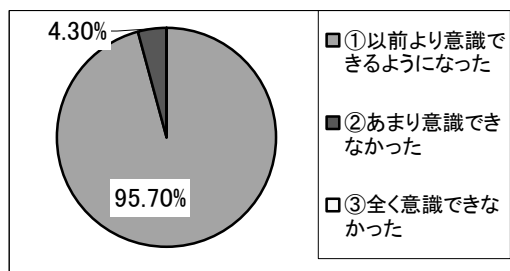


図4 在宅生活の意識化

## 4) クラブ参加目的の達成度

37.5%がクラブ参加目的を達成できたとしていた。54.2%があまり達成できなかった、8.3%が達成できなかったとしていた(図5)。達成できた理由としては「退院調整室との連携について学ぶことが出来た。」「病棟看護師として退院調整をどうやっていけばいいか学ぶことが出来た。」「在宅への道筋が理解できた」などであり、達成できなかった理由は「あまり参加できなかった。」「学びで終わってしまった。」「まだまだ知識に乏しく病棟内に広めていく自信がない。」であった。

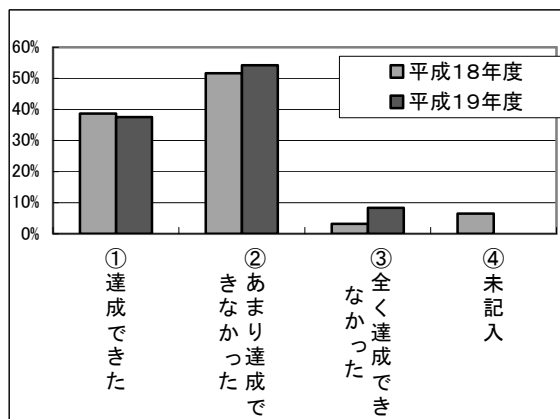


図5 参加目的の達成度

## 5) クラブ参加のしやすさについて

75%が出席しやすかったと答えている。8%が出席しにくかったと答えている(図6)。出席しやすかった理由としては「クラブ開催予定の連絡があつたので事前に調整しやすかった。」「事前に資料があると考えるので意見を発表しやすかった。」「回数が少ない分何とか出席をと思調整できた。」出席しにくかった理由は「クラブの日を忘れてしまった。」であった。

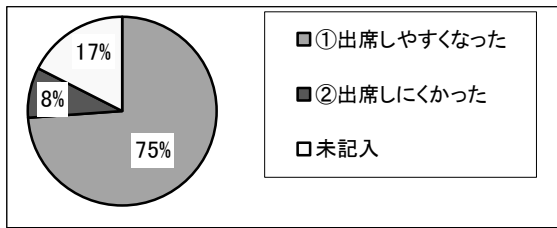


図6 クラブの参加しやすさ

表2:参加動機

| 分類   | 内容(一部)  |
|--|---|
| 1.介護を要する患者や在宅・施設に移る患者さんがいる   | 核家族化、独居老人の増加、共働き、などの社会背景が加速する中、病院では入院期間の短縮が求められ、地域との連携が重要視されている。<br>自分が所属する部署でも介護を要する患者が在宅や他施設へ移ることがある。   |
|  | 在宅コーディネイト研修にも参加しており、当病棟から初めて呼吸器装着で在宅へ帰る患者がみえるため、退院調整看護師と共にフォローしている。   |
|  | 一昨年も在宅ケアコーディネイトのエキスパートクラブに入っていました。その頃は、まだ学習不足と、病棟にあまり対象となる患者さんも多くはなく、中途半端に過ぎてしまいました。新病院になり、現在の所属病棟では、ほとんどの患者さんが退院後をどうしようかと考えなければならない方ばかりであり、また再学習をしなければと思い、今回エキスパートクラブに入りました。どうぞよろしくお願いします。 |
|  | 退院調整を介して、転院していただくのは、私たちにとって気が楽ですが、末期癌の患者が多い当病棟では、できれば余生を有意義に家族とともに過ごせたらと考えています。   |
| 2.社会サービスや退院調整に関連する知識をもって、関わりを深めたい。   | 転院先へ行くまでに退院調整Nsさんがどのような活動をしているのか気になったため、このクラブに参加しました。在宅での看護も学べると嬉しいです。(特に布団で生活している型の離床の進め方などあれば教えてほしいです。)   |
|  | 社会支援について様々知りたいため参加しました。   |
|  | ・小児在宅看護について学びたいと思ったことが第一の動機です。<br>・小児における外来→在宅→入院→このサイクルの中で地域とどの様に関わってゆくのかわかりたいです。<br>・在宅ケアコーディネイトとは、どのような働き役割をもっているのか詳しく知りたい。  |
|  | 今年度、在宅ケアコーディネイトクラブに参加する動機は、患者様が退院する時に、どのように退院調整が行なわれるか、また、介護保険制度について知りたいと思い希望しました。  |
|  | 患者側、家族側、医療者側での考え方が異なる点もあり、この選択が一番！と言えることはないと思うが、患者と関わる際、知識としてあった方が様々なサービスの案内ができるのではないかと。神経内科は特にその橋渡しが必要なのではないかと思ったため、参加させていただこうと思いました。  |
|  | 訪問看護も幅広く、患者個々のケースによって活用できる福祉の内容や制限など一般的な知識を得ることで、患者・家族の意思決定に役立てたいと思い参加させていただきました。   |
|  | ケアマネ:訪問看護に関心があり、このクラブに参加してみようと思いました。今年の試験10月は、間に合わないのですが、来年頑張ります。でも、今日エキスパートに参加してみて、やはりケアマネとして働くには、訪問看護の経験が必要と思いました。  |
| 今年から病棟に変わり、党員での退院調整、患者様、家族との退院に向けての関わりについてまだ分からない部分も多くあるので、このクラブに参加する事で、病棟での業務に生かしていきたいと思っています。よろしくお願いします。 |   |
| 3.在宅看護や訪問看護に興味がある。   | 元々、訪問看護や在宅看護に興味がありました。  |
|  | ケアマネ:訪問看護に関心があり、このクラブに参加してみようと思いました。<br>在宅での看護に興味があるからです。就職する前から訪問看護師に憧れていました。  |
| 4.家族で在宅看護を経験した。選択について今でも考えることがある   | 今年、義父が亡くなり在宅看護を経験しました。本人は家が好きな人で、1ヶ月でも家で生活できたこと、皆で関わることができたことは良かったのではないと思うが、私はNsという立場でそう思えるだけなのか、本当にとるべき選択が良かったのかと、今でも考えることがあります。   |

表3-1:2回目感想

| 分類                            | 内容(一部)   |
|-------------------------------|--|
| 1.もっと知りたい/もっと勉強しようと思う。        | 介護保険と医療保険についてプリントで分かりますが、もっと比較して知りたいです。実際に訪問看護について聞けてとても良かったです。感情が出てしまう程、密着した看護ができるのかと興味がいつそう出ました。   |
|                               | 今後ケアマネの資格を取りたいと思っています。訪問看護での体験談を初めて聞くことができ、訪問看護の現場をもっと知りたいと思いました。このクラブに参加し、今後の自分の方向性に役立てていきたいと思えます。  |
| 2.病院と家庭でのケアの違いについて知った・考えさせられた | 大昔になってしまうのですが、看護学生の時に訪問看護の研修に参加しましたが、褥瘡の処置なども在宅では“滅菌”なんていう状況では実用的でなく割り箸で行なっているところも見ました。病院で行なっていることが全てではないと毎日行なえることを念頭に置く必要があると認識しましたが、病院にいると麻痺してきちゃうところが多いと思えます。 |
|                               | 病院でしているケアをそのまま自宅へ帰ってからも行うことは難しいと分かっているけど、実際家ではどのようにしているのか指導方法を考えなければいけないと思いました。1回病院へ来て頂いてみていただくことも必要だと思いました。連携が大切だということを学びました。ありがとうございました。                       |
| 3.病院からのサマリー内容について考えた          | 看護サマリーについて普段、形式的に書いてしまうことが多いことに気がきました。相手に伝わるようなサマリー、自分だったらどんな情報が欲しいのかを考え、サマリーを書きたいと思いました。  |
|                               | 病棟から在宅へ帰られる場合、脳外の患者様など、だいたい訪問看護を使用することになるので、サマリーや指導方法について聞くことが出来て良かった。在宅へ患者様を帰すときに、病院側として、どのような情報を提供していいのかわからないので、今日の話はとても良かったと思います。                             |
| 4.訪問看護は大変だと分かった/訪問看護の実際を知った   | 以前看護協会主催の訪問看護を1週間体験したことを思い出しました。やはり、医療依存度が高い患者でも、入院時から在宅での体験を考えた指導は、とても大切だと思うので、今日のような学習会はとても大切だと思います。訪問看護の実際を知ることは良いことだと思います。                                   |
|                               | 講師さんが一瞬言葉を詰まられたその方には、とてもよい看護をされていたのだろうと思います。よいお話をありがとうございました。  |
|                               | 在宅に興味があるものの、それにつながるような研修がある等、どのようなシステムがあるかわからず、今日、それについて知り、学ぶことができ、本当に良かったです。講義ありがとうございました。今後もよろしく願います。  |
| 5.在宅の環境の整え方を学んだ/相互の連携が重要だと思った | 訪問看護については、今は若いがん末期の方とかがみえて、できるだけ家でと言われることも多いのですが、どう家の環境を整えていくか、今回学ぶことができました。   |
|                               | 障害のある小児の場合は、家族背景がかなり重要で、家族全体の中に患者の存在場所作りから始まり、その後、自宅につれて帰りたいと親が思ってから指導をはじめめる為、もっと自宅をイメージした指導を考えていきたいと思いました。  |
| 6.継続看護をするためには体制を整える必要があると思った  | 私たち病院で働いている看護師には見えてこない場面があったりと思うので今後在宅へ移行させていく患者を増やすのであれば、退院調整のメンバーを増やして、指導場面などに加わってもらったり、病棟をラウンドしていただけるとよいと思った。   |
|                               | 訪問看護体験での病院側の退院指導について、自分たちの退院指導のあり方をふり返ることができ、よかった。   |
| 7.実際のケアを振り返る機会となった            | 家庭の日常生活に合わせた指導を行うようにとは、いつも思って指導しているつもりですが、実際どうなのかと反省することもありました。  |
|                               | 一方的な指導、その人の生活背景がみえてこない指導にならないように、今後の指導の参考にします。   |
| 8.介護保険についてあらためて学ぶことができた       | 介護保険について勉強するのは学生の頃以来だったため、忘れていたことや、改定されたこともあることに気づいた。  |
| 9.質問                          | 在宅ケア技術において、家庭にある物品をどのように使ってケアを実践したのか、また指導するときに参考になると思うので教えて下さい。  |
|                               | 支払いが現金ですか。時間が大幅に予測より延長した場合の料金(?)設定はどうですか。フォローできない地域(遠方、人員不足)などは、どうなりますか。<限界がありますか>   |
| 10.その他                        | とても皆さん関心を持って参加されていました。良い勉強会になりました。講師さんお疲れ様でした。ありがとうございました。   |
|                               | 遅れてすみません。初めから聞きたかったので、次回も是非参加したいと思えます。   |

表3-2.3回目感想

| 分類                                     | 内容(一部)   |
|--|--|
| 1.在宅ケア/介護保険に関わるケアマネジャーの仕事が大変だと思った      | 今回の講義を受けて、HPから依頼を受けてサービスが始まるまでに(ケアマネジメント)、とても大変な「一連のプロセス」がある事を初めて知ることが出来ました。介護保険についてやケアマネとしての仕事などについて、これからも勉強していきたいと思います。  |
|  | 今回ケアマネジャーの業務の大変さが良く分かりました。たくさんの書類を作成しなくてはならないのは、まずすごく大変だと思うし、患者が退院した後も患者、家族が家庭で安定した生活ができるようケアプランを立てるためにも、入院中からしっかりと情報提供していかなければいけないと感じました。   |
| 2.介護保険の申請について知ることができた/介護保険の現状を知ることができた | 現状では、取り決めプラン設定などのきているなどが厳しくなっていることを知りました。訪問看護と介護の必要性が大きく変わっていることも知りました。  |
|  | 脳腫瘍の患者様などで、退院をのぞまれている時に麻痺などがあって介護が必要になってくると、家族にも負担が多く、訪問看護や介護が必要だと思うことがあっても、どのように申請すればいいのか、時期等わからなかったのも、今回の講義を聞いてよかった。病棟Nsとして、退院時ケアマネや訪問看護の方とどのように関わっていけばいいのか、どう病棟から地域への橋渡しをしていいのかわからなかったのも、もっと病棟にケアマネ等が来てくださるといいと思った。 |
| 3.病院と在宅相互の情報交換が必要である                   | 介護が必要な人の退院は、その人にとってどのような退院方向が大切かを考えてプラン設定をしていくことが必要であると感じた。そのために病院と在宅でのケアをお互いが情報交換をし、その人のより良いADLを目指していくことが必要である。   |
|  | 今回の勉強会でも、情報交換、共有の大切さを知ることができた。   |
| 4.退院に向けた病棟での看護の必要性を感じた                 | 病棟側でも、生活を見ていけば、もっと退院を不安なく家族が出来るのかなと感じた。  |
|  | 入院中でのADLをくわしく知っているNsが情報として与えることが必要だと感じました。   |
| 5.紹介されたサマリーを見たい                        | ケアマネさんは病院の看護サマリーは良いと言っていました、私はその看護サマリーを見ていないのでよくわからないのですが。退院後、外来で継続の必要な方のサマリーを見ても、外来で引き続きケアしていくことがほとんど記入されておらず、入院中の問題は解決したで終息されていることが多いので。そのサマリーを見てみたい気がします。   |
|  | クラブの中でもいわれたように、自宅での患者の情報が入院時に知りたいので、後からでもいいので、やはりサマリーが欲しいと思った。   |
| 6.質問                                   | 直接ケアマネさんに問い合わせは出来るのでしょうか。やはり退院調整を通して問い合わせた方がよいのでしょうか。  |
|  | 病棟から訪問ステーションに送る看護サマリーですが、「このことに関して細かく記入してほしい!!」ということがあれば教えて下さい。ADLの面に関して特に必要だと思いますが、他にも情報が欲しいというものがあれば教えて下さい。  |
| 7.その他                                  | 介護保険について行政改革がどんどん行われている。私達も患者様の退院に関わる時、退院調整の方に全ておまかせでなく、正しい知識をもってかかわれるよう介護保険の現状を知っておく必要があると思った。  |
|  | 40才~60才の人で特定病気以外の人は介護保険に加入できないのはつらいです。(末期がんではなく肝硬変によるターミナルなど)  |

#### IV. 考察

##### 1. 在宅をイメージする力

「退院後の生活を」イメージできる知識として、介護保険制度、訪問看護、在宅医療、在宅ホスピスなどがあげられ、退院調整のポイントとしては患者・家族の情報を在宅の視点で医療管理上の問題、生活介護上の問題でアセスメントが行うことがあげられることが重要である。

このポイントを踏まえて5回の年間クラブ活動計画を立案した。とくに、制度等の知識の伝達だけでなく、講義した制度を活用した事例検討を毎回のクラブ内容に盛り込んだ。身近な事例として実際に病棟で介入した事例を選択した。その結

果 95.7%が自宅へ帰るために何が必要かを意識できるようになったと回答したと考える。

クラブ開催ごとの感想では「在宅の現状を学び、病棟・外来看護師として何が必要か、在宅をイメージした指導が必要である」、「地域との連携の大切について理解できた」という感想や、「制度についてはさらに学びたい」という意欲的な意見も多かった。最終的な感想では、「入院早期から患者の家での生活をイメージして考えるようになった」「患者だけでなく家族にも目を向けられるようになった」「退院に向けて必要な情報収集が出来るようになった」などがきかれ、入院早期から患者の退院後の生活をイメージし何が必要か

を考えることの大切さについて学ぶことが出来、理解が深まったと考えられる。

退院調整はチームで連携していくことが大切である。退院調整が必要な患者を早期にスクリーニングし、日々の看護ケアを通して退院後も必要なケアやサポートの必要性を患者・家族と一緒に考え、退院後のイメージを共有する過程は病棟看護師の役割である。今後も病棟看護師の主体的な関わりが求められるが、今回のクラブ活動で、その必要性についても理解を得ることができたと考える。今後は机上のプログラムだけではなく、退院調整患者宅へ訪問するなど実習を取り入れ実際の場をみることも必要であると考えられる。

## 2. 出席しやすい体制づくり

出席率は昨年比に比べ14.9ポイント上げることができた。これは、勤務調整の困難さを考え年5回の開催としたことや、開催予定1ヶ月前に職員メールで連絡、事前に資料を配布し周知徹底するなどの工夫の効果と考えられる。更に4回以上の出席者15名(クラブ員の38.5%)に修了書を発行した。クラブ員からは「5回と限られているため皆出席をめざしていた」等の意見もあり、回数を限定することが参加意欲を高めることにつながることがわかった。

## 3. クラブ活動の課題

クラブ参加目的の達成度について、あまり達成できなかったと答えたクラブ員が56.5%で過半数を占めた結果であった。達成できたとした34.8%のクラブ員は「在宅への道筋が理解でき、病棟看護師としてどうすればいいのか理解できた」という感想に対し、「個人の学びで終わってしまった」や「病棟に広めていく自信がない」など、退院調整の実践や病棟でのリーダーとしての役割について自覚しているがゆえの感想である。1年間の有志のクラブ活動だけでは退院調整の知識や技術は個人レベルの学びで終わってしまい、普及するには限界があると考えられる。

このクラブはスタッフに退院調整の技術を普及することを目的とし、今年度は各病棟の退院調整リーダーの参加も呼びかけ、平均3名の参加があったが、その成果までを把握をすることが出来なかった。

来年度は「学んだ知識を実践の場での活用でき、スタッフへ普及していく」という課題にむけ、院内教育プログラムとして退院調整リーダーをめざした活動方法、評価方法を検討していきたい。

## V. 共同研究報告と討論の会での討議内容 ＜スタッフ教育をどのようにしているか＞

### ○B クリニック退院調整看護師

・スクリーニングシートについては、病棟看護師にその都度説明しているつもりだが、なかなか理解が難しい現状である。

・患者さんの退院支援に当たる際に、その受け持ち看護師とともに教育しながら退院支援を進めていくという積み重ねの日々である。

・今回の発表にあったような「勉強会」のような集まりは当院にはないので、今回の発表を聞いて自主的なクラブがあるというのはすごいと思った。当院も取り入れたいだろうか？

### ○C クリニック退院調整看護師

・例えば、時間外に在宅の勉強会を催しても、なかなか看護師の都合が悪くて参加人数が少ない。

・病棟看護師からの情報を待っていたのでは、患者さんにとって不利益となるので、退院調整看護師である自分が病棟に出向いて「退院に向けての準備はお済みですか？」と声を掛けている。

### ○B クリニック元訪問看護師(病棟看護師)

・その患者さんが家ではどのように生活していたのかを把握することが大事。そこで入院中にどのような指導・教育・看護援助が必要となるかということが検討できるのである。何か新たなサービスが必要となった場合、1ヶ月前にはサービス担当者会議のようなものを開催できるとよいと思う(療養病棟会議を利用している)。

・スタッフ教育に関しては、なかなか制度が覚えられないという看護師の声が多いため、基本的なことから分かってもらうために、シート(様式)がある。それに添って教育を行なっていく。

### ○A 病院看護部長

・今回の話を聞いて思ったが、退院調整に熱心な看護師とそうでない看護師とのひらきがある。医療センターの場合は、個人の希望参加によるクラブ活動であるため、どうしても個人によって意識の差ができてしまう。D病院の場合は、組織として継続看護委員会というものがあがり、病院全体として取り組む基礎があった。少なくともそれを基礎として各病棟に委員がいるので、そこから全体に浸透させていくということが出来るわけである。入院時アセスメントを全看護師ができることは重要である。各病院の機能、特徴にもよるが、少なくとも地域と連携していくということで、今後ますます地域連携パスといったものも活用されてくることになる。「全体的な取り組み」と「専門的ななかかわり」というものを分けて考えつつ、両方の面から徐々にレベルアップを図っていくことが今後重要となってくると思われる。