

## 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

丹羽好子 宮木久美 武山博子 増井法子 長屋幸子 (岐阜県総合医療センター・退院調整室)  
藤澤まこと 田内香織 金子徳子 黒江ゆり子(大学)

### I. 目的

2008年4月より後期高齢者医療制度が施行され、後期高齢者退院調整加算が算定可能となり、医療施設における医療利用者への入院決定時から退院までの一貫した退院支援の重要性が増している。

A医療センターにおいては現在4名の退院調整看護師を配属し、病棟看護師との連携を重要視し、病棟看護師とともに患者の意向に沿った退院支援計画の策定やそれに沿った退院支援の実施を模索している。

退院支援に関するスタッフ教育の取り組みとして、2006～2007年度は、院内有志スタッフを募り、クラブ活動を通してスタッフ教育を実施し結果や課題を分析してきた。その結果、有志のクラブ活動では個人レベルの学びとしては有効であったが、それぞれが病棟へ普及することに至らず限界があることが把握できた。

今年度はクラブ活動を委員会組織へと発展することになり、組織的にスタッフ教育を検討できる体制となった。そこで、本研究では、退院調整看護師が主体となり、病棟看護師による退院支援の充実をめざし、退院支援計画書を考案し、モデル病棟で施行した。その実施を通し退院支援の充実に向けたスタッフ教育に取り組んできた。その取り組みの結果をもとに病棟看護師の退院支援に関わる意識の変容を分析し、今後の院内全体の教育システムを検討する。

なお本研究における退院支援とは「患者とその家族の退院後における生活のために必要な調整を行うことにより患者・家族を支援する諸活動」を意味する。

### II. 方法

#### 1. モデル病棟における退院支援システムの展開

1) モデル事業前の病棟看護師による意識調査

調査対象：内科系病棟 看護師 23名

外科系病棟 看護師 24名

調査時期：2008年7月1日～7月12日

調査方法：無記名式質問紙による調査

調査内容

入院前の情報収集、退院支援のためのスクリーニング・アセスメントの実施状況、退院カンファレンスの開催状況、退院支援として行っている病棟での看護活動、退院支援に関わるときの困難なこと、退院調整室との連携について、とする。

2) 退院支援システム案の考案

3) 退院支援システム案に基づいたモデル事業の展開

(1) 事業期間：2008年7月～9月

(2) 事業対象：内科系病棟 看護師 23名、  
外科系病棟 看護師 24名

(3) 事業方法：モデル病棟の入院患者で在宅へ移行する患者(1例以上)を受け持ち、退院支援システム案に基づいた支援を行う。

4) モデル事業後の振り返り

5) 退院支援システム案の再検討

モデル事業を通して、退院支援システム案を全病棟でのシステム展開に向け見直す。

**2. 分析方法：**モデル事業前の意識調査結果とモデル事業展開後の意識調査結果を、記述式回答を研究者で検討し、分類し整理した。

**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。なお本研究は本学研究倫理審査部会の了承を得て行った。

### III. 結果

#### 1. モデル事業前の病棟看護師による意識調査

モデル病棟看護師47名に調査用紙を配布し、46名回収した。回収率97.8%、有効回答97.8%であった。

1) 対象の属性

男性2名、女性44名であった。看護師の経験年数は0～3年未満15名(32.6%)、3～5年未満8名(17.4%)、5～10年未満11名(23.9%)、10～15年未満2名(4.3%)、15～20年未満3名(6.5%)、20年以上7名(15.2%)であった。

2) 患者の入院前の生活状況の情報収集について

(1) 患者の生活について

患者の生活について把握していると回答した者は40名(86.9%)であった。把握している生活内容(複数回答)はADL27名(28.4%)、家族構成9名(9.5%)、キーパーソン3名(3.2%)、介護状況4名(4.2%)、その他52名(54.7%)であった。その他は、食生活、排泄、服薬などであった。

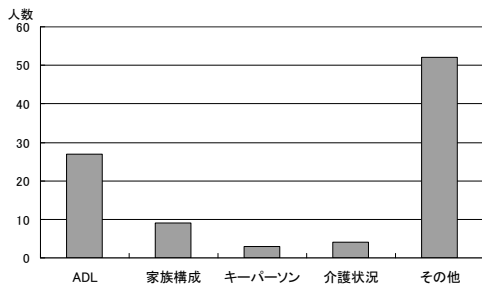


図1. 把握している生活内容 n=46複数回答あり

## (2) 家族状況について

家族状況について把握していると回答した者は42名(91.3%)であった。把握している家族状況(複数回答)は家族構成25名(26.3%)、キーパーソン31名(32.6%)、主介護者6名(6.3%)、その他33名(34.7%)であった。その他として、同居か否か、家族の職業、協力体制などであった。

## (3) 社会資源の活用状況について

社会資源活用状況については、把握している24名(52.1%)、把握していない20名(43.4%)、無回答2名(4.5%)であった。把握している社会資源内容(複数回答)は、介護保険19名(43.2%)、身障者手帳3名(6.8%)、その他22名(50.0%)であった。その他は、担当のケアマネージャーの有無、介護サービスの利用状況などであった。

## (4) 経済状況について

経済状況について把握していると回答した者は、23名(50.0%)であった。把握している経済状況(複数回答)は、生活保護か否か11名(23.9%)、年金について7名(15.2%)、その他21名(45.6%)であった。その他は、収入支出状況、仕事の有無、保険種別などであった。

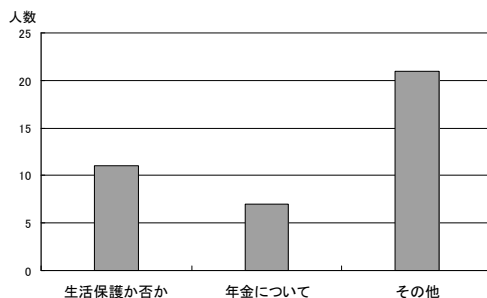


図2. 把握している経済状況 n=46複数回答あり

## 3) 退院調整医療相談スクリーニングシートを用いた入院時のアセスメントの実施状況

### (1) 退院調整医療相談スクリーニング(以下スクリーニング)の実施状況

スクリーニングの時期(複数回答)は、入院時39名(84.7%)、その他6名(13.0%)であった。その他として、入院・転棟時、状態が安定したとき、調整が必要だと感じたときであった。スクリーニングの実施者(複数回答)は、入院を担当した看護

師31名(70.4%)、受け持ち看護師9名(20.4%)、チーム内看護師4名(9.0%)であった。

(2) スクリーニング項目に該当すると、退院調整(支援)が必要であると知っている者は40名(86.9%)、知らなかった者は6名(13.1%)であった。

### 4) 退院調整(支援)に関するカンファレンスの開催状況

(1) 退院調整(支援)について、どのようなカンファレンスを行っているか。

開催時期(複数回答)は、朝のカンファレンス8名(16.6%)、チームカンファレンス4名(8.6%)、初回面談3名(6.5%)、その他33名(71.7%)であった。その他の記述内容としては「必要時」「状態安定時」「診療科カンファレンス」「不定期」などがあった。

カンファレンスのメンバー(複数回答)は、患者・家族5名(5.7%)、医師16名(18.4%)、チーム内看護師35名(40.2%)、リハビリスタッフ6名(6.9%)、退院調整看護師11名(12.6%)、その他14名(16.1%)であった。その他として、外来看護師、看護師長、薬剤師、などであった。

カンファレンスの内容(複数回答)は、退院支援に必要な情報の検討・共有、退院に向けて必要な支援の具体的な検討・確認などであった。

(2) 退院に向けての目標(ゴール)の共有

目標をチームで共有している者は34名(73.9%)、していないは10名(21.7%)であった。共有していない理由としては、話し合いができていない、医師とのゴールの違いを感じる、カンファレンスの記録が残せていないなどであった。

### 5) 退院支援としての看護活動

(1) 病棟看護師として退院調整・支援はどのようなことをすると考えているか

病棟看護師として退院調整・支援はどのようなことをすると考えていますかについての記述内容は、退院後の生活について本人・家族の思いを確認する15件、本人・家族・医師と一緒に考えながら退院についての方向性をつける6件、退院後の生活のために社会資源を活用できるよう支援する16件、施設内および個人間の橋渡しをする14件、退院後の日常生活が支障なく過ごせるように具体的に整える13件、退院後の生活に必要な情報を提供する6件、の6つに分類された。

(2) 退院に向けての計画の立案、実施

計画を立案している者は15名(32.6%)、立案していないは26名(56.5%)、無回答5名(10.8%)であった。計画の実施については、実施している者は19名(41.3%)、実施していないと回答した者は21名(45.6%)、無回答6名(13.0%)であった。

## 6) 退院支援における困難点

退院調整・支援に関わるときに難しく感じることの記述内容は、患者本人・家族等との思い・考え方が違う11件、家族と連絡がつかない6件、家族の受け入れと理解を得ることができない(6名)、医師との協働5件、社会資源の情報提供4件、入院の継続を希望する3件、その方に応じた支援を考えることが難しい1件、早期退院への目標設定1件、外部との調整1件の9つに分類された。

## 7) 退院調整室との連携

退院調整室の連携について、連携しやすい27名(58.6%)、しづらいは11名(23.9%)、病棟看護師としてできることを増やすと回答した者は3名(46.5%)であった。連携しやすいと回答した者の記述内容は、相談しやすい、迅速に対応してもらえる、連絡がとりやすい、面談内容が記録されていて把握できるなどがあった。

連携しづらいと回答した者の記述内容は、多職種間の情報共有が難しい、担当の退院調整看護師と会えないのが困る、受け持ち看護師が退院調整看護師の面談に参加することが難しいなどがあった。

## 2. 退院支援システム案の考案

意識調査の結果を参考にして退院支援システム案を以下のように作成した。

### 1) 入院前の生活状況把握について

生活状況に関する情報収集は、多くの看護師が行っている。しかし、社会資源の活用や経済的状況についての把握を行っている者は約半数である。そこでシステム説明時には、退院支援に必要な情報などを含めた講義を行うこととした。

### 2) スクリーニングについて

多くの看護師が入院患者にスクリーニングが必要と理解しており、従来どおり入院から48時間以内のスクリーニングとした。

### 3) カンファレンス開催について

開催時期については、ばらつきがあり、定期的には開催されていないことが多い。また、カンファレンスメンバーについてはチームメンバーつまり病棟看護師間でのことが多く、患者の参加や主治医・コメディカルの参加が少ない。そこでシステムには入院時カンファレンスとして、患者・家族、チームで今後の目標を共有するため開催することとした。

### 4) 目標の共有について

約20%の看護師が、話し合いができていない、医師との違いを感じる、カンファレンス記録が残せていないと返答している。チームカンファレンスで情報・目標の共有をしていく必要があるた

め、共有シートとして既存の「退院調整アセスメント用紙」を活用してカンファレンスを記録し、情報共有できるようシステムに加えた。

## 3. 退院支援システム案に基づいたモデル事業の展開

### 1) モデル事業オリエンテーションの実施

7月9-10日にモデル事業に関するオリエンテーションを行った。内容は、診療報酬改定について、退院支援について、モデル展開についてなどで構成した(モデル病棟看護師の参加:78.7%)。オリエンテーション実施時のスタッフの意見としては、「医師の協力が得られるよう説明が必要」「対象患者がいるか心配」「取り組みを院内全体で共有できるとよい」などがあった。

### 2) 医師への働きかけ

各科部長に説明し協力を依頼した。

### 3) 退院支援システム案に基づいたモデル展開

モデル病棟を内科系病棟、外科系病棟としたが外科系病棟には対象者がなかったため内科系病棟2事例に展開した(表1:モデル事業における展開経過表)。

## 4. モデル事業後の振り返り

8月の時点でモデル事例は2例であり関わった看護師も少ない。この時点で意識調査を行うことは効果的でない判断し、振り返りカンファレンスでモデル事業での学びを確認した。

振り返りカンファレンスでは、「訪問してことで、在宅での実際の状況がわかった」「指導のあり方を考えさせられた」「訪問看護師との連携の重要性に気づいた」「在宅医との連携のあり方について考えさせられた」などの意見があった。このように退院後に家庭訪問を行うことは病棟での退院支援を振り返る機会になっていた。

また、振り返りカンファレンスの場が、他の看護師との退院後の状況の共有と、退院支援を考える機会となっていた。「振り返りカンファレンスは看護を振り返るために重要」「在宅をイメージするために役割分担を考えた指導をすればよかった」「病棟でみていて予想することには限界がある」など在宅をイメージすることの重要性についての意見が多く出された。退院までのプロセスのあり方についてはチームカンファレンス開催の時間調整の困難さや短時間での情報共有の困難さの意見がみられた(表2:振り返りカンファレンスにおける意見)。

## 5. 退院支援システム案の再検討

院内全体のスタッフ教育への活用に向けて、振り返りカンファレンスでの意見を参考にシステムの修正を行った(図3:退院支援システムのフロー図)。

表1：モデル事業における展開経過表

経過	退院支援内容	病棟看護師の活動	退院調整看護師の活動
入院9日目	入院時スクリーニング	『退院調整スクリーニング』シートの入力	
入院9日目		『退院調整依頼書』の入力	退院調整開始 情報収集 面談日程調整
入院11日目	初回面談 長女夫婦、退院調整看護師		
入院31日目	ICカンファレンス 出席者：家族（長女夫婦）、主治医 病棟看護師 退院調整看護師	ICカンファレンス日程調整 ・退院後の自宅での療養生活を検討 『退院計画アセスメント』の入力	カンファレンス 運営
入院32日目	病棟カンファレンス ・退院する頃のイメージの共有、目標達成に向けた患者の看護計画、家族への支援についての看護計画の検討 (PEG管理、吸引指導、日常生活援助、家族への支援)	病棟カンファレンス時間調整 ・入院時カンファレンスの内容の報告、病棟でのケアの検討 ・現在のADLの状況、退院時のADL目標をふまえた看護計画に基づいた援助の実施 ・退院後家族の介護状況に合わせた家族への介護指導	日常生活状況や家族の状況など踏まえ関わる  ケアマネに報告、訪問看護への調整
入院41日目	退院前カンファレンス(院内・院外) 出席者：長女夫婦、病棟Ns、ケアマネ、介護福祉業者、退院調Ns 訪問看護師 検討内容：退院計画書参照	退院調整看護師と連携してカンファレンスの日程調整(院内スタッフの時間調整)、 ・現在の受け持ち患者の状況説明、退院前のカンファレンスの内容を『退院計画』	地域の関係者とカンファレンスの日程調整、カンファレンスの運営
退院後34日目	家庭訪問 退院後の生活状況の把握 訪問看護師から情報収集		家庭訪問の日程調整連絡
退院後46日目	振り返りカンファレンス	・実施した退院支援がどうであったのか自宅での様子をふまえて評価し、病棟での退院支援をスタッフで共有する	運営、病院と在宅との違い(イメージ)事例から今後どのように指導していくか

表2：振り返りカンファレンスにおける意見

I 退院後の家庭訪問と振り返りの重要性	<p>1.在宅での実際の状況がわかった 穏やかな在宅生活であり退院できてよかった。 入院中は出来たことも家では違っていた。</p> <p>2.指導のあり方を考えさせられた 実際にみでの退院指導の反省ができた。 病棟でもう少し本人に沿った指導ができたのではないかと 入院中完璧な指導は不可能、訪問看護に正しい情報を伝えることが重要</p> <p>3.訪問看護師との連携の重要性に気づかされた どう申し送るのか押さえるところを把握して伝えることが大切 入院中は介護に不安を抱いていた。在宅では訪問看護師と相談することで安心して介護できるようになっていた。良好な関係が作られていた。 自宅退院が決まった時点から、早期に連携がとれると退院前の不安の軽減につながるのではないかと。</p>
II 在宅生活をイメージすることの重要性	<p>在宅でのイメージが付きやすくなるので、役割分担を考えた指導をすればよかった。 環境の違いから入院中の問題と在宅での問題は違ってくる。 入院中の予想には限界がある。在宅をみないとわからないことがある。</p>
III 退院までのプロセスのありかた	<p>スクリーニング 早期であるため把握しきれず退院調整依頼を出してしまうことになることもある。</p> <p>退院調整依頼 病棟でよく検討して依頼を出すべきではないか 病棟でアセスメントすべき、焦点を絞って依頼すべきではないか。</p> <p>カンファレンス等 入院後1週間での開催が時間調整・把握の面から難しい。</p>

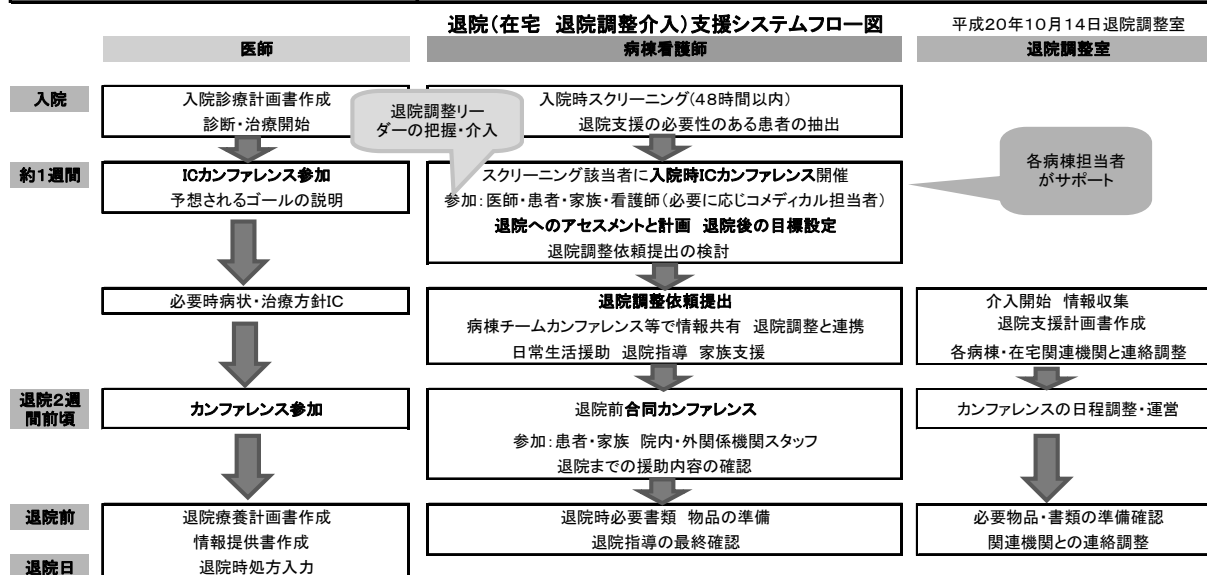


図3：退院支援システムのフロー図

## 【システムの改善】

入院時カンファレンスの参加者が多く調整が難しいという意見を参考に以下のようにシステムの改善を行なった。

### 1) 内容について

①入院時カンファレンスの参加者を最小限とし、患者・家族、主治医、病棟看護師を基本的な単位とする。

②入院時カンファレンスを入院時 IC(インフォームドコンセント)カンファレンスとする。

理由は、入院時カンファレンスでの検討課題は、スクリーニングにより退院支援のリスクファクターが存在することを認識したうえで、今後の治療方針、退院時の病状、身体状況、家族状況をふまえて、退院へのアセスメントを行うことであり、病状について説明の上、治療方針について患者・家族の同意が得られること、そして退院調整室への依頼を検討することも含んでいると考えたためである。入院時 IC(インフォームドコンセント)カンファレンスとする。

### 2) 退院調整看護師の関わりについて

①退院調整看護師を各病棟担当制にして、入院時 IC カンファレンスをサポートすることとした。

②週 1 回程度は病棟師長とカンファレンスを持ち、入院患者を把握し、退院支援システムが進められるようにする。

## IV. 考察

今回、病棟看護師による退院支援の充実をめざし、退院支援システム案を考案し、モデル病棟での看護展開を行ったところ、病棟看護師の退院支援についての教育的効果がみられた。

退院支援システムは入院時スクリーニング、IC(インフォームドコンセント)カンファレンス、病棟カンファレンス、退院前カンファレンス、家庭訪問、振り返りカンファレンスの要素から構成されている。それぞれに教育的側面があると考え、特に、振り返りカンファレンスでは効果がみられた。担当した病棟看護師が、家庭訪問で把握してきた在宅での患者の生活場面や家族の言動、同行した訪問看護師から得た情報や継続されている看護について報告した。

この振り返りカンファレンスの開催で効果的であった事は、以下の 3 点であった。

①病棟での在宅生活を意識した指導の再確認:家族が入院中の様子との違いに戸惑ったとの話を聞くことで、病棟で予想してきた退院後の生活との違いを知り、指導のあり方を再確認できた。

②訪問看護師との連携の重要性の認識:家族の不安が、訪問看護師により解決されていた経過を知ること、訪問看護師の在宅での看護を認識し

訪問看護師との連携の重要性を認識することができた。

③在宅をイメージした退院支援の重要性の認識:退院後の家庭訪問の経験を病棟看護師らと振り返ることで、在宅をイメージした退院支援を行うことは病棟看護師の役割であることを認識できた。

同時に退院までの支援プロセスである以下の 5 項目①情報収集から始まるスクリーニング、②スクリーニング項目に基づく退院支援の必要性のアセスメント、③IC カンファレンスでの退院に向けての情報共有、④病棟カンファレンスによるチーム間の継続される看護実践、⑤地域の関係者との具体的なケアプランを相談する退院前カンファレンス、の重要性と病棟看護師の役割について理解する機会になったと考える。

今後の課題は退院支援システムの運用である。振り返りカンファレンスでは運用に関する意見として、入院 48 時間以内のスクリーニングでは入院早期であるため治療方針が明確でない場合が多く、方向がつかめないままの検討になってしまうこと、入院時カンファレンスについては開催時期、時間調整の困難さが意見として出されていた。病棟での忙しい業務の中、カンファレンス開催の時間調整やカンファレンス記録の入力などに負担を感じている面も伺えた。

来年度は、今回作成したシステムを元に、各病棟の特徴をふまえた退院支援システムの検討や運用方法について、各病棟との協働が課題であると考え。

## V. 共同研究事業の成果

### 1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

病棟看護師の退院支援に関する教育を検討し院内の退院支援システム案の作成、モデル事例での展開に取り組むことができた。今後の運用に向けた課題を見いだすことができた。

### 2. 現地側看護師の受けとめや認識

より質の高い継続的な退院支援の提供を可能にするために、病棟看護師の役割の大切さを認識することができた。

### 3. 本学(本学教員)がかかわったことの意義

現地の看護職者と教員とで定期的な検討を行うことにより、当該施設における退院支援の課題が明確となった。その解決に向けた方法の検討が退院支援システムの作成に結びついたことは、看護実践の改善にむけて意義があるといえる。

また、本研究では現地側の共同研究者が積極的に研究成果をまとめているので、そのプロセスが現地看護職者の生涯学習支援につながっている。

## VI. 共同研究報告と討論会での討議内容

### 1. 退院支援システム考案の経緯

#### A 病院退院調整看護師

・急性期病院の看護師が退院後の生活をどれだけイメージできるか、そしてそれをみんなで共有していくことが必要である。各病棟でスクリーニングはできている。退院調整室が介入しすぎると、退院支援が退院調整室任せになってしまうことが課題と感じている。

・退院調整室の看護師だけの介入では、ベッドサイドのケアと家での生活が結びつかず、効果的な退院支援の計画につながらない。病棟看護師が最初から主治医のインフォームドコンセントに同席し、病棟カンファレンス、他職種が集まる合同カンファレンスなどを行っていく必要があり、それが行えるようなシステムを今回考案し、モデル病棟で試行した。このシステムは教育的な視点も含んでいる。

### 2. 退院調整看護師を中心とした退院支援の現状

#### B 病院退院調整看護師

・退院支援に関しては、退院調整室の看護師にお任せという感じである。一般病棟は入退院が激しく、業務に追われて、システムがあっても実施できないという現状がある。

・退院困難なケースに関しては、昨年度より退院調整のスクリーニングシートを活用できるようになっている。病棟では必ずスクリーニングシートを書くことになっているが、一般病棟に関しては意識が低いかもしれない。スクリーニングシートを記載するのではなく、直接連絡してくる看護師もいる。

・カンファレンスに関しては、やはり医師の参加が困難な状況である。

・回復期病棟では、2週間に一度カンファレンスを行うことが決められていて実施できている。家族、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、介護士、栄養士などが参加して退院について検討する。その際には、家族の思いを十分に聞いて、それに必要な支援をチームで行えるよう考えている。担当看護師、退院調整看護師、リハビリスタッフ、ケアマネージャーと相談しながら、訪問看護などの必要なサービスにつなげていけるようにしている。そして退院2週間前までには担当者会議が開催できるようにしている。

#### C 病院退院調整看護師

・大学病院は各診療科が、まるで別々の診療所のようなところがある。在宅への退院かと思っていたら、医師が「転院」と決める場合もある。またベッドコントロールのために、早急に退院となる場合もあれば、その反対にわりと長く入院してい

る場合もある。このように各病棟様々であり、退院の時期もよく分からない状況がある。

・退院調整加算もあるので、各病棟に一人ずつ中心となる看護師（リンクナース）を置き、その看護師を中心に組み立てればよいと考えているところ。A病院が行ったように、モデル病棟の取り組みから始めてみても良いかもしれない。

### 3. 訪問看護師の立場からの退院支援の評価

#### 訪問看護師

現在4~5の中核病院からの指示書の下、訪問看護を行っている。その中でもD病院との関わりは多い。病院看護師が患者の状態を評価して、情報を伝達してくれるような基盤が少しずつできてきた。そのため、訪問看護、在宅生活へと移行できるケースが増えてきており、スムーズに連携ができるようになってきた。

### 4. 退院支援のシステムづくりに取り組むために

#### 精神科看護師

精神科では長期入院の患者さんが多い。精神科の患者は「退院したい」と言わないし、病棟の看護師も退院に向けた支援という意識が乏しい。このような状況の中で退院支援をすすめていくのは困難である。どのように進めていけばよいかアドバイスがほしい。

#### C 病院退院調整看護師

各病棟に一人ずつ中心となる看護師（リンクナース）を置くのもよいと思う。これは、介護保険に興味がある人やケアマネージャーの資格を取りたい等の希望のある看護師をと考えている。また看護部長に提案し、他のスタッフの協力やバックアップを得るということが必要ではないか。

#### 教員

精神科の病院で、退院支援体制のないところから退院支援の体制づくりに取り組んでいる精神科の病院がある。そこでは教育担当の看護師が各病棟でのカンファレンスに参加して、その病棟での看護援助の現状を聞くところから始め、課題を明らかにすることから始めた。そこから病棟に応じた退院支援のシステムについて考案していった。参考にしてもらえないのではないか。