

〔原著〕

回復期リハビリテーション病棟における在宅療養に向けた退院調整プログラムの開発を基盤とした退院支援体制の充実

渡邊 清美 黒江 ゆり子

Enhancement of Discharge Support System based on Development of Discharge Coordination Program for Home Care in Rehabilitation Ward

Kiyomi Watanabe and Yuriko Kuroe

要旨

研究目的

回復期リハビリテーション病棟において患者・家族の意向を尊重し、退院に向けた方向性を確認しながらすすめることのできる退院調整プログラムの開発を基盤として、退院支援体制の充実に取り組む。その取り組みを通じて、退院調整プログラムの意義と退院支援の充実について検討する。

研究方法

在宅療養に向けた退院調整プログラムを考案し、多職種間で共有した後、取り組みを実施する。実施した退院調整プログラムの取り組みに関する成果の把握とプログラムの修正をする。

結果

1. 退院調整プログラムについて2つのパターン（他院からの転院・自施設からの転棟）を考案した。退院調整プログラムには、他院から転院する場合の情報収集方法（病院訪問）、患者・家族を交えた定期的な面談、多職種が参加するケアカンファレンス等を取り入れた。
2. 退院調整プログラムを実施した事例（5事例）では、患者・家族の思いや意向を確認し、その意向に沿った療養生活に繋げることができた。
3. 当該取り組みに関して多職種の意見（質問紙調査）では、退院調整プログラムの実施に関して、患者・家族による納得した退院、患者・家族の思いの理解の重要性、多職種との目標の共有等の意見が得られた。

考察

退院調整プログラムを基盤として退院調整をすすめることは、患者・家族の意向を尊重し方向性を共有しながら進めることが可能である。また、多職種がケアカンファレンス等で情報共有し、チームとして協働して関わり、患者・家族との面談を繰り返し、思いや希望を受けとめ、目標を確認するとともに、退院後の継続的な関り方を検討することが重要であると考えられる。

在宅療養に向けた看護のあり方は、患者中心の視点を持ち、多職種との協働と連携を進めながら、在宅療養に向けた退院支援及び調整を行い、退院後の生活を捉え在宅療養の可能性を見出すことである。

キーワード：退院調整プログラム、退院支援体制、多職種協働

I. はじめに

1. 研究の背景

回復期リハビリテーション病棟（以下回復期リハビリ病

棟と示す）は、2000年4月の診療報酬改定により回復期リハビリ病棟入院料が新設され、各医療施設で開設されている。この病棟の特徴は、急性期病棟での治療後に機能訓

練を必要とする患者に対し、ADLの能力向上による寝たきり防止と在宅療養を目的としたリハビリテーションを集中的に行う病棟であり、急性期病棟から在宅への退院を目指すための中間施設として位置づけされている。入院対象となる適応疾患、病状発症から回復期リハビリ病棟へ入院するまでの期間、入院期間が180日以内と診療報酬で明示されており、病棟を拠点として訓練や日常生活動作の向上に結び付くような援助を実施し、入院当初から在宅療養移行に向けた効果的な退院調整を行う必要がある(石川, 2013)。回復期リハビリ病棟に入院する患者は、疾患や受傷などによる後遺症に伴うADLの低下などにより生活の再構築が必要となる(田村, 2014)。しかし、回復期リハビリ病棟看護師は、相談及び調整機能への認識は高くなく(佐久川ら, 2009)、患者・家族の意思決定サポートを行う退院支援の困難感がある(洞内ら, 2009)ことが指摘されている。

本研究に取り組んだA施設では2007年に新病院への新築移転と同時に回復期リハビリ病棟が新設され、当該病棟における患者の受け入れから退院までの退院支援体制の充実が必要となった。A施設の病棟看護師は、患者や家族の退院先に関する意向を把握しても、退院調整の取り組みが遅れたり、病棟管理者や医療ソーシャルワーカー(以下MSWと示す)に退院調整を任せてすすめると認識していた。実際の退院調整は病棟看護師長や看護主任、MSWが主となり実施していた。

これらのことから患者・家族の意向を尊重した退院支援を行うには、思いや意向、不安などを傾聴する機会を持ち、意思決定の支援を行いながら生活の再構築という視点で体制を充実させる必要がある。筆頭著者はこれまで訪問看護、介護療養型医療施設を経験している。訪問看護では、患者・家族の意向や希望に沿ったその人らしい療養生活を送れることを目標として支援を行った。病院での退院支援が円滑に在宅移行へ繋がらず、退院後にケアマネジャーやサービス提供者と相談し療養環境の再調整をしたり、診療情報提供書や看護サマリー等では生活上の課題について情報不足のこともあり、退院前に病院訪問を行ったりした。これらの経験が、患者・家族の思いや意向を尊重しながら在宅療養の環境を整え、多職種と連携し協働をすすめるマネジメント力として退院調整に生かせると考えた。なお筆頭著者はA施設の回復期リハビリ病棟の看護師長として本

看護実践研究に取り組んだ。

2. 研究目的

本研究では、回復期リハビリ病棟において患者・家族の意向を尊重し、退院に向けた方向性を確認しながらすすめることができる退院調整プログラムの開発を基盤として、退院支援体制の充実に取り組む。これらの取り組みを通じて、退院調整プログラムの意義と退院支援の充実について検討する。

II 研究方法

1. 研究期間

本研究は、2007年5月～2007年9月、2008年4月～2008年12月に取り組んだ。

2. 回復期リハビリ病棟における在宅療養に向けた退院調整プログラムの考案と共有

1) 先行研究(松尾ら, 2002;小野, 2006;篠田, 2006)を参考にA施設の回復期リハビリ病棟の現状を踏まえ、医師、看護師長、看護主任、リハビリ科主任による検討会において退院調整プログラムを考案する。

2) 考案した退院調整プログラムを病棟カンファレンスにおいて看護師、理学療法士(以下PTと示す)・作業療法士(以下OTと示す)・言語聴覚士(以下STと示す)、MSW、介護職に説明を行い、当該プログラムの内容および施行方法を共有する。

3. 回復期リハビリ病棟における在宅療養に向けた退院調整プログラムの実施

1) 当該病棟に入院した患者を対象に上記2. 1)で考案した退院調整プログラムに基づいて在宅療養に向けた支援を実施する。退院調整プログラムに沿って実施した取り組み内容について診療録(看護経過記録、病院訪問記録、面談記録、ケアカンファレンス記録)から抽出する。

2) 当該病棟の看護師を対象に、退院調整に必要な知識と技術を高めるために定期的に学習会等を行う。学習会の実施内容を記録し、データとする。

4. 実施した退院調整プログラムの取り組みに関する成果の把握とプログラムの修正

1) 退院調整プログラムに沿って実施した取り組み内容を読み返し、患者・家族の意向を尊重とした取り組みとなっているかを把握する。

2) 当該病棟の看護師、PT・OT・ST、MSWに退院調整プログラムに基づいて退院に向けた支援を実施したことに関する意見の調査（質問紙調査）を行う。

調査内容は、退院調整プログラムをすすめてよかったこと、患者・家族との面談からの学び、退院調整プログラムを経験し、変化したこと、実施した退院調整プログラムについて、退院調整を病院全体で取り組む方法について、病棟看護師に望むこと（PT・OT・ST、MSW対象）で、構成する。質問紙調査の分析は、質問紙の記載内容を丁寧に読み取り、記載内容を意味事に分け、分類する。

3) 上記の2)の結果を踏まえ退院調整プログラムを用いた取り組みの利点と課題を明確にして、退院調整プログラムを修正する。

5. 倫理的配慮

研究協力者である患者・家族、看護師、PT・OT・ST、MSWに研究目的・方法、研究の参加が自由意思に基づいておりいつでも中止が可能なこと、匿名性の確保と個人情報保護について口頭と文書を用いて説明し、研究協力の同意を得た。患者・家族が不参加を表明した場合、治療や看護ケアに影響しないこと、また看護師、PT・OT・ST、MSWの場合、研究協力の有無によって勤務上影響がないことを説明した。研究データの管理は、他に漏れることがないよう厳重に管理を行った。

本研究は、岐阜県立看護大学大学院看護学科研究科論文倫理審査部会の承認（承認番号18-A010-2、承認年月2006年7月）を得て、実施した。

Ⅲ. 結果

1. 回復期リハビリ病棟における在宅療養に向けた退院調整プログラムの考案と共有

1) 退院調整プログラムの考案

小野（2006）は、「回復期リハビリ病棟の看護師が自宅退院に向けて援助するプロセスは、自宅退院を目指して入院当初から介入し、患者・家族の生活の意思決定に積極的に関わる必要がある」と述べている。松尾ら（2002）は、「早期より面接を行い、不安を聞くことで家族にも自宅退院に対する意識づけができる。カンファレンスによる情報提供や試験外泊の実施、介護分担の設定を行い、一つひとつ解決していくことで自宅退院に前向きに取り組める」と述べている。また、篠田（2006）は、「退院調整システムの構

築には、多職種・他部署が関与できるシステム、患者・家族の主体的な参加を促すシステムが必要である。退院調整プロセスの経時的な流れとしてはスクリーニング、アセスメント、病棟カンファレンス、退院前カンファレンス、本人・家族の合意、外部との連絡調整、モニタリング・評価である」と述べている。すなわち、退院調整を行うに重要なことは、①小野（2006）による患者や家族が今後どのような療養生活を送ればよいのか自分達で決定できるような関わり、②松尾ら（2002）による入院早期から面接を行い、さらに患者や家族の意思決定に関わることでできる支援方法、③篠田（2006）による多職種がそれぞれの専門性を生かしカンファレンス等で取り組むチームアプローチを行うシステム、であると考えられる。

これらの示唆を基盤とし、医師、看護師長、看護主任、リハビリ科主任を中心に患者の入院から退院までの流れ、多職種の関わり方などを含む退院調整プログラムの検討を回復期リハビリ病棟の開設時（2007年5月）より開始した。検討会は毎月1回行い、退院調整プログラムの内容について具体的な調整方法や記録、他施設との連携方法などについて話し合った。

考案した退院調整プログラムには、他院からの転院した場合の情報収集方法（病院訪問）、また、患者・家族を交えた定期的な面談（初回面談、中間面談、退院前面談）、多職種が参加するケアカンファレンス等を取り入れた。さらにA施設の回復期リハビリ病棟は、地域における医療機関として近隣地域からも広く患者を受け入れるという特性があることから、退院調整プログラムは、A施設以外の「他院からの転院」およびA施設内の「一般病棟からの転棟」の2つのパターンを考案した（2007年8月）。以下は退院調整プログラムの特徴を述べる。退院調整プログラムA（他院からの転院の場合）を図1に示す。

(1) 退院調整プログラムA：「他院からの転院の場合」

他院からの転院の場合は、地域連携室のMSWが窓口となり他院のMSWや家族からの相談を受けた後、その情報とともに、医師、回復期リハビリ病棟の看護師長が相談を行い、その後看護師長が他院へ病院訪問を行うという特徴を有する。その際、患者・家族に回復期リハビリ病棟に関する説明と転院の意思の確認と了解を得て、今後の希望や療養先についても聞く。また他院の病棟看護師からも情報収集を行う。

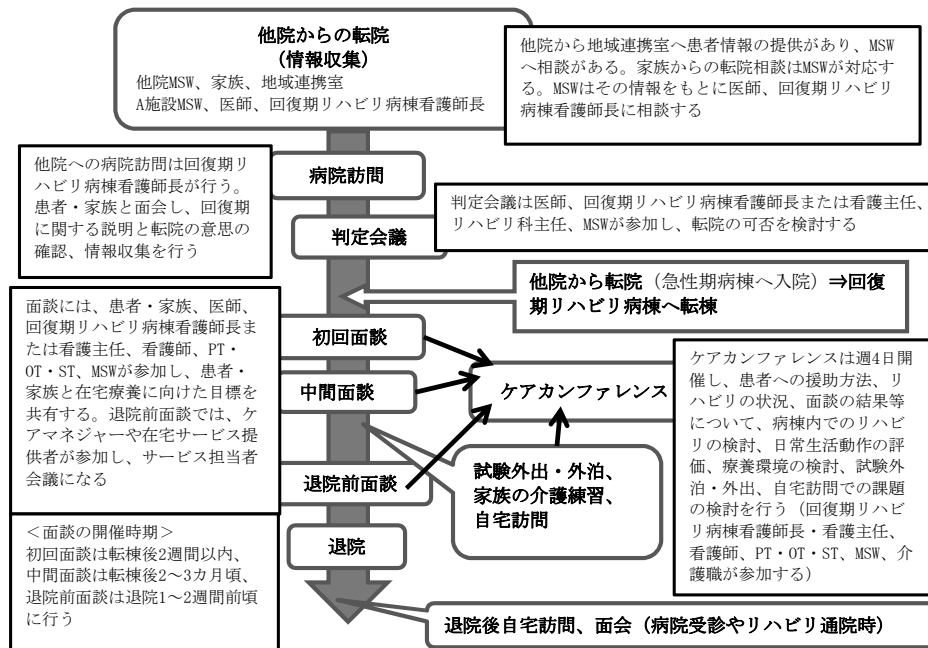


図1 退院調整プログラムA (他院からの転院の場合)

他院への病院訪問での情報をもとに、医師、看護師長・看護主任、リハビリ科主任、MSWが参加する判定会議で転院の可否を検討する。転院後、患者は一般病棟に入院し病状の安定を確認した後、回復期リハビリ病棟に転棟となる。初回面談は転棟後2週間以内に行い、面談には、患者・家族、医師、看護師長または看護主任、看護師、PT・OT・ST、MSWが参加し、患者・家族の希望や意向を確かめながら今後の目標の共有、医療や介護上の課題についての検討を行う。転棟後2~3か月以内に中間面談を行い、退院後の生活の目標の共有、退院の時期や療養場所、社会資源の活用等について相談し退院準備を進める。退院前面談は、退院1~2週間前に行い、療養場所に応じた生活上の具体的な課題や退院準備について検討する。さらには、ケアマネジャーや退院後利用予定のサービス提供者を交えたサービス担当者会議にもなる。ケアカンファレンスは週4日開催し、患者の情報交換やリハビリ内容と回復状況、日常生活機能動作の評価などの検討を行う。退院前には、試験外泊や外出を勧め療養上の具体的な課題について相談をする。介護者には介護指導を行い、介護上の問題点の対処や不安の軽減に努める。介護者から希望があれば、病院に宿泊し夜間の介護体験をし、介護上の不安を軽減する。住宅改修が必要な場合は、自宅訪問を行い、療養環境の確認と住宅改修に関する助言を行う。退院後は、患者の病院受診時やリハビリ通院時、または自宅訪問を行い療養生活についての状況を

確認し、療養生活上の課題がある場合は相談などを行う。

(2) 退院調整プログラムB : 「一般病棟からの転棟の場合」

一般病棟からの転棟の場合は、医師、一般病棟の看護師長、MSW、PT・OT・STから口頭や患者情報用紙により対象患者に関する情報がもたらされる。病棟訪問や診療録からも情報収集を行い、それらの情報をもとに判定会議で転棟の可否について検討を行う。回復期リハビリ病棟に関する説明は、医師や一般病棟の看護師長、MSWから行う。一般病棟から転棟したのちは、退院調整プログラムA「他院からの転院の場合」と同様のプログラムとなる。退院調整プログラムB (一般病棟からの転棟の場合)を図2に示す。

2) カンファレンスにおける「退院調整プログラム」の共有

回復期リハビリ病棟の看護師(12名)、PT(4名)・OT(2名)・ST(2名)、MSW(2名)、介護職(8名)を対象に、病棟カンファレンスにおいて、考案した退院調整プログラムの流れと退院調整内容について口頭と書面を用い約30分説明を行った。この時参加者からの質問や指摘事項はなく、実施することの賛同を得て、2007年8月より退院調整プログラムを開始することになった。

2. 回復期リハビリ病棟における在宅療養に向けた退院調整プログラムの実施

1) 「退院調整プログラム」に基づく支援の実施

2つのパターン (他院からの転院の場合、一般病棟からの転棟の場合) の退院調整プログラムに基づき、2007年

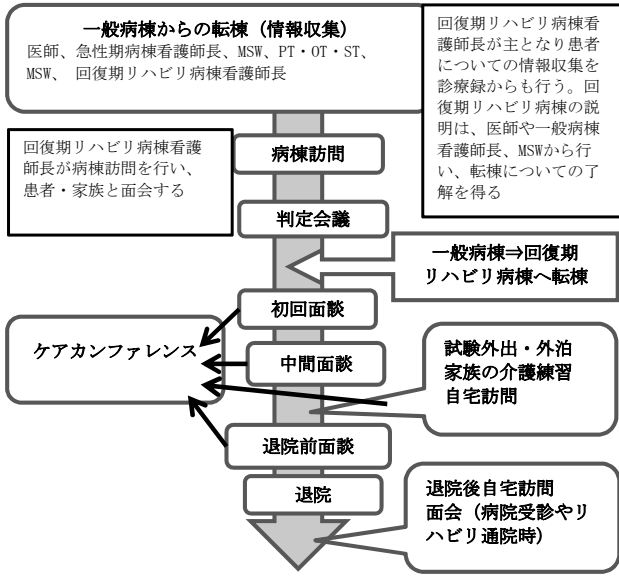


図2 退院調整プログラムB（一般病棟からの転棟の場合）

8月から2008年10月に実施した。退院調整プログラムを進める過程での看護師からの質問には、随時説明を行った。さらに面談に際しては、看護師長や看護主任が中心に面談を進め、その面談に看護師、PT・OT・STが同席することを繰り返した。

回復期リハビリ病棟における患者および家族から退院調整プログラムの実施について同意が得られた5事例について表1に示す。実施した事例のうち他院から転院した2事例とA施設内の一般病棟から転棟した1事例を退院調整プログラムに基づき紹介する。他の2事例は、交通事故によるびまん性脳挫傷で他院から転院し、リハビリ後家族の希望で他院に転院となったDさんの事例と、他院の回復期リハビリ病棟から転院し自宅退院となったEさんの事例である。2事例ともリハビリ効果への期待が高く、回復して退院したいという患者・家族の思いが強く、療養先を決めるまで不安や迷いがあったが、面談や面会時に話をすることで療養先を決めることができた。

表1 事例の概要

事例	年齢・性別	病名または症状	入院までの経緯
事例1：A氏	60歳代、男性	右被殻出血、左半身麻痺	他院からの転院
事例2：B氏	80歳代、男性	右脳梗塞、左半身麻痺	他院からの転院
事例3：C氏	80歳代、女性	左大腿骨頸部骨折、認知症	一般病棟からの転棟
事例4：D氏	60歳代、男性	びまん性脳挫傷（交通事故）、左半身麻痺	他院からの転院
事例5：E氏	70歳代、男性	右脳梗塞後遺症、左半身麻痺、左股関節仮骨筋炎	他院からの転院

(1) 退院調整プログラムAの実施

①他院から転院し、自宅退院した事例

Aさん（60歳代、男性）は右被殻出血に伴う左半身麻痺があり、不整脈、B型肝炎、脳梗塞の既往がある。妻と二人暮らしである。病院訪問時には、Aさん、妻、兄弟が同席していた。Aさんと妻はリハビリ後には在宅療養を希望し、リハビリ効果への期待があった。また、不安気な表情で転院先となる病院のことやリハビリでどこまで回復するのか等質問したが、病棟での生活やリハビリ等の説明を聞き安心した様子であった。

回復期リハビリ病棟へ転棟後の初回面談（Aさん、妻、医師、看護師長、看護師、PT・OT・ST、MSWが参加）時には、自宅への退院を目標とすることを確認した。今後自力歩行することは困難で、車椅子生活になるだろうと病棟医師から説明されたが、Aさんはリハビリへの期待と意欲が高く「歩きたい」という希望があった。病棟内では車椅子で移動し、物静かではあるが、笑顔で過ごすことが多かった。妻はほぼ毎日面会し、リハビリを見学しながら杖歩行練習など介助方法の指導を受けた。

ケアカンファレンスでは、歩行訓練や排泄訓練など自宅の住環境を考慮した訓練方法について検討した。看護師の介助により病棟廊下の手すりを利用した伝い歩きで歩行訓練を行い、杖歩行が行えるまで回復し、Aさんの希望したリハビリ目標の達成ができた。妻から看護師長や看護師に介護保険の申請方法、ケアマネジャーの選び方や連絡方法、住宅改修や福祉車両の購入などについて相談があり、具体的な手続きの方法についての説明を行った。

中間面談は、Aさん・家族、関係職種との日程調整が難しく実施できなかったが、家族の面会時にそれぞれの関係職種と相談を行った。

退院前面談では、ケアマネジャーや在宅サービス担当者を交えサービス担当者会議とした。住宅改修前に看護師長とPT、ケアマネジャーが自宅訪問を行い、住宅改修の

要点について妻とともに検討した。妻が入院中に夜間の付き添いを行い、介護体験をした。体験後には「なんとか介護ができそうです」と笑顔で話した。

退院後の自宅訪問では、Aさんは、昼間友達とのメール交換、趣味の音楽鑑賞、福祉車両での外出、デイサービスを利用して外部との繋がりを持っていることを笑顔で話し、精神的な安定も図れていた。妻は、介護疲労が蓄積しないようAさんのショートステイ利用中に、趣味のゲートボール大会に参加する等気分転換と休養が取れていた。

Aさんと妻は、退院後の受診やリハビリ通院時にリハビリ病棟へ来棟し、退院後の生活の変化について話や、入院中担当したPTに福祉車両への移乗動作の相談等を行っていた。

②他院から転院し施設入所となった事例

Bさん(80歳代、男性)は、右脳梗塞に伴う左半身麻痺がある。入院前は毎日10kmほどウォーキングをするなど健康に配慮した生活を送っていた。他院では安静療養ができず点滴の自己抜去やベッドから転落するなどがあり、家族の理解を得てベッド柵やミトン手袋などを使用した。

病院訪問時にはBさんと息子が同席していた。息子からは「入院したせいか、病気によるものかわからないがごそごそ動いて危ない時がある。リハビリした後は、仕事を辞めて自宅で介護してもいいと思っている。家には少し介護が必要な母親がいる」と話した。

初回面談(Bさん、息子、医師、看護師長、看護師、PT・OT、MSWが参加)では、息子は今の落ち着かない状態が続くのであれば、在宅介護が難しいため施設入所を希望した。

中間面談時にも息子の意向は変わらず、介護保険の申請や施設入所の手続きを進めることになった。

リハビリによりADLが向上したが歩行は不安定で、ベッド柵を乗り越え転倒する、他の患者の部屋に入る、トイレ以外の場所で排泄する、大声を出す等の行動が続いたことから、ケアカンファレンスでは転倒・転落など安全面に配慮した環境調整や援助方法を中心に検討を行った。

退院前面談では、医師よりADLは目標まで回復したが常に転倒の危険性があることが説明された。家族に退院先と退院時期の確認を行い、その後施設入所となった。面会時に息子と話す機会を何度ももつうちに、これまで自己中心的な生活をしてきたBさんの介護はしたくないという思

いであり、親子関係が良くないことがわかった。

(2)退院調整プログラムBの実施(一般病棟から転棟した事例)

Cさん(80歳代、女性)は、左大腿骨頸部骨折、認知症(認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa)である。介護老人保険施設で短期入所中に転倒し、左大腿骨頸部骨折のため入院となった。手術後病状が安定した後、回復期リハビリ病棟へ転棟となった。

転棟前に一般病棟へ看護師長が病棟訪問し、Cさんと息子に回復期リハビリ病棟の説明と退院後の療養場所についての確認をした。

初回面談(Cさん、息子、医師、看護主任、看護師、PT・OT、MSWが参加)では、下肢筋力向上を目指したリハビリを行い、在宅への退院を目標とすることを息子と相談した。Cさんは介護老人保健施設の入所前から徘徊があり、入院後も点滴の自己抜去や点滴ルートを途中で切るなどの行動がみられた。

ケアカンファレンスでは、病棟内でのリハビリ内容、転倒予防の環境調整、在宅の療養環境等について検討を行った。

中間面談では、住宅改修、デイサービスなどの社会資源を活用するための手続きやケアマネジャーと調整することなどを勧めた。住宅改修後に試験外出を行い、Cさんは室内で排泄するなど落ち着かない様子だった。息子は家に連れて帰りたいと希望し、退院予定日を決定した。

退院前面談ではケアマネジャーも同席し、在宅療養の準備状況を確認した。息子は、母親を自宅で介護するのは息子として当然のことと捉えており、在宅介護をする気持ちが強かった。主な介護者となる息子の嫁は、今までの介護でその大変さを十分理解しており在宅介護には消極的であった。看護師が面談や面会時等を利用して、息子と息子の嫁の思いをそれぞれに聞くことで本音に近い思いが聞けた。また、Cさんの今までの思いや希望の有無を確認する機会を設けた。息子の嫁は徐々に息子の思いを理解し、在宅介護することを決心した。

退院後の自宅訪問では、Cさんは落ち着かないときもあるが、ADLが維持でき落ち着いた生活を過ごしていた。息子夫婦は「デイサービスを利用しながら自宅で何とか介護している。夜間は交代で介護している」と笑顔で答え、介護疲労の様子も見られなかった。

2)回復期リハビリ病棟における看護実践の充実に向けた

学習会の実施

回復期リハビリ病棟は、A施設で新たに新設された病棟であり、殆どの看護師は回復期リハビリ病棟に関連する制度やリハビリ看護の基礎的な知識が不足していると考えられたため、以下の内容で学習会を行った。回復期リハビリ病棟の目的、対象疾患、施設基準について、退院調整について、リハビリ訓練内容・機能評価方法、介護保険や社会資源について、理学療法の治療プログラムなどである。学習会は、毎月定期的実施し、対象者は看護師12人であり、毎回の参加人数は6～10人であった。学習会にはPT・OT・ST、MSW、介護職も参加可能とした。学習会は講義形式とし、看護師長、看護主任、リハビリ科主任、PT・OT・ST、MSWが担当した。学習会の開催時間は30分から1時間程度、月1～2回開催し、2007年(8～12月)は5回、2008年(1～10月)は12回実施した。

3. 実施した退院調整の取り組みに関する成果の把握と退院調整プログラムの修正

1) 退院調整プログラムを実施した事例からの成果

他院から転院したAさんの事例では、介護者自身を楽しみを我慢することなく生活することが在宅介護の継続につながり、退院前に患者と介護者が同席し、自宅訪問を行い手すり設置の位置・高さ、室内での移動方法や屋外の車椅子用昇降機の設置場所、具体的な動線の確認等、生活環境を確認しながら十分検討した結果、生活上のトラブルがない状況であった。また、面談以外にも患者・家族からの相談の機会をもち、希望や意向を何度も確認しながら退院調整を進め、入院中に夜間の介護体験をしたことで、不安の軽減ができ在宅療養につなげることができた。

他院から転院したBさんの事例では、家族の気持ちは常に揺れ、認知症の症状が落ち着かなければ、介護負担は軽減できず在宅療養を勧めることは困難であったが、家族と面談や面会時に話す機会を何度も持つうちに、家族とBさんとの関係性から思いを聴き、在宅介護の意思はないことが把握できた。家族とは面談以外の面会時などに、患者に対する思いや今後の介護への不安や気持ちの揺れなど機会を捉えて相談したことで、療養先を決めることができた。

一般病棟から転棟したCさんの事例では、認知症による介護負担がある状況であり、家族のそれぞれの思いに配慮した援助と意思決定の支援、社会資源の活用についての調整が必要であった。家族間での介護への思いや意向の相

違がある場合、思いを聞く機会をそれぞれ何度も持ち、互いに納得して在宅介護することの方向性を決めることができた。Cさんの思いや意向を確認することは、病状からも難しかったが、自宅訪問時に笑顔で過ごされていた様子から、長年住み慣れた生活の場で療養することができ、精神的な安定に繋げることができた。

2) 質問紙調査の結果

当該病棟の看護師(11人)、PT・OT・ST(7人)、MSW(2人)に質問紙調査を実施した。質問紙調査の回答内容を分類した結果、退院調整プログラムをすすめてよかったことは25件あり、「患者・家族の不安や負担を軽減し、退院後の生活を安全・安心なものにすることで納得した退院ができる」(4件)、「患者・家族が退院後の生活について心構えができ、退院準備が進められる」(3件)、「家族の意見や思いを聴き、方向性が明確になる」(2件)、「多職種間での情報交換や意見を聞くことで視点が偏らず、チームアプローチができる」(3件)等があった。退院調整プログラムをすすめてよかったことについては表2に示す。患者・家族との面談からの学びは25件あり、「面談の重要性に気づかされた」(4件)、「家族への介入の困難さがある」(5件)、「患者・家族に関する理解ができる」(2件)等であった。退院調整プログラムを経験し、変化したことでは25件あり、「退院調整に関する意識づけができた」(6件)、「在宅での問題点が検討できた」(4件)、「退院調整の重要性に気づいた」(4件)、「多職種との連携が増えた」(2件)等であった。実施した退院調整プログラムについては48件あり、「退院調整プログラムの利点や効果がある」(7件)、「面談のタイミングやあり方など難しさがある」(8件)、「面談前の事前準備が必要である」(4件)、「面談方法を工夫する必要がある」(2件)、「療養環境に関する情報収集を進める」(3件)等であった。退院調整を病院全体として取り組む方法については19件あり、「多職種との情報交換を進める」(6件)、「多職種の相互理解をする」(3件)、「医師の協力を得る」(3件)等であった。病棟看護師に望むことは7件あり、「リハビリに関心をもち理解を深めてほしい」(3件)、「家族への情報提供や指導を進めてほしい」(2件)等であった。

3) 質問紙調査の意見を踏まえた退院調整プログラムの利点と課題の明確化

質問紙調査によると、退院調整プログラムの利点として

表2 退院調整プログラムをすすめてよかったこと

分類	記載要約
患者・家族の不安や負担を軽減し、退院後の生活を安全・安心なものにする事で納得した退院ができる (4件)	患者・家族が納得されて退院できる 患者・家族が納得されて退院されたとき家族の不安や負担を軽減し、退院してもらうことができる 退院した日から生活が始まる。少しでも不安を軽減し、安心して退院してもらえるようになる 患者に多職種が関わり、退院後の生活を安全・安心なものにしていけると、患者・家族も安心して退院できる
家族の意見や思いを聴き、方向性が明確になる (2件)	初回面談時に家族の思いや方向性が明確になる 家族の意見や思いを聴く場として活用できている
患者・家族が退院後の生活について心構えができ、退院準備が進められる (3件)	患者があわてず退院日を迎えられ、スタッフ側も準備ができる 患者・家族が退院後の生活について心構えができる 患者・家族に病状や今後の問題などを把握してもらい、退院準備を進めることができる
患者・家族と目標の共有と指針の立案ができ、リハビリが実施できる (2件)	患者・家族、医療者側の目標がみえ、指針が立案できた 患者とスタッフ側で退院に向けて共通の目標をもちリハビリが行える
退院調整の流れや最終目標がわかり、退院に向けスムーズに進めることができる (2件)	退院調整プログラムにより、どのように次に進めるのかがわかり、退院に向けてスムーズに進めることができる 面談により患者の最終目標がわかり、退院がスムーズにできる
患者・家族と看護師との信頼関係が築け、退院後も相談を受けることができる (2件)	受け持ち看護師が、患者・家族と退院調整をするための信頼関係が築ける 退院後に、患者や家族から相談を受けたとき、退院調整を行った結果だと思えた
退院調整をすすめてよかったと実感できる (2件)	退院後家に帰ってよかったと笑顔で言われた 無事に患者が在宅退院となったとき良かったと思う
多職種間での情報交換や意見を聞くことで視点が偏らず、チームアプローチができる (3件)	面談に他の関係機関の職員が参加することで、具体的な情報が得られ、面談の効果を実感する言葉が聞かれた チームとして関わることができている 担当スタッフ以外のスタッフ間で情報交換や相談がしやすく、多職種の意見が聞け、視点が偏らない
在宅サービス提供者側の受け入れまでの調整ができる (1件)	退院後引き継ぐサービス提供者が、受け入れまでの調整が十分できる
初回面談で計画どおりにADLが拡大し、在宅退院につなげることができた (1件)	初回面談で計画したようにリハビリがすすみ在宅退院につながった
在宅での問題点がみつけやすい (1件)	在宅での問題点がみつけやすい
回復期リハビリ病棟の役割を果たすことができる (1件)	患者から退院後も意欲的に頑張ると笑顔で退院された。次につなげる病棟の役割を果たしたと思う
社会資源について学べる (1件)	介護保険の利用など社会資源の学びができた

は、「退院調整プログラムを進めてよかったこと」「面談からの学び」「退院調整プログラムについて」の意見の内容から、計画的な退院調整や面談が可能になること、患者・家族の退院への意識づけができ、納得した退院調整ができること、多職種と連携しチームとしての関わりでの効果があること、在宅での問題点の検討ができること等が示された。また、退院調整の難しさとともに専門職者としての役割も考えるようになっていっていると考えられた。

退院調整プログラムの改善点として「面談方法の工夫」、「面談前の事前準備が必要」の意見から、退院調整プログラムの「ケアカンファレンス」の改善点として「患者・家族との面談時の説明内容の検討」を含めることとし、初回面談、中間面談、退院前面談それぞれの開催前にケアカンファレンスで患者・家族に行う説明内容や面談の進め方等の事前検討を行うこととした。また、「療養環境に関する情報収集の方法」については、療養環境についての聞き取り調査以外に、自宅の見取り図や写真撮影を家族に依頼し、

それらの資料を用いて住環境の評価を行い、リハビリ内容の再検討や住宅改修についての検討をすることとした。修正した退院調整プログラムを図3に示す。

IV 考察

1. 患者・家族の意向を尊重し方向性を共有しながらすすめる退院調整プログラムの意義

考案した退院調整プログラムの特徴は、的確な情報収集を行い、患者・家族との初期の信頼関係を構築すること、患者・家族の思いを確認する機会を多くもつこと、医療職者が情報を共有すること、退院後の生活について具体的な情報を収集すること、退院後の患者・家族の生活を確認し、必要に応じてさらなる支援につなげること、である。

退院調整プログラムを実施した事例で、退院後訪問が実施できた事例Aさん、Cさんについては、療養生活が落ち着いて過ごすことができている、患者・家族から笑顔がみられた。このことは、退院調整プログラムに沿って転院

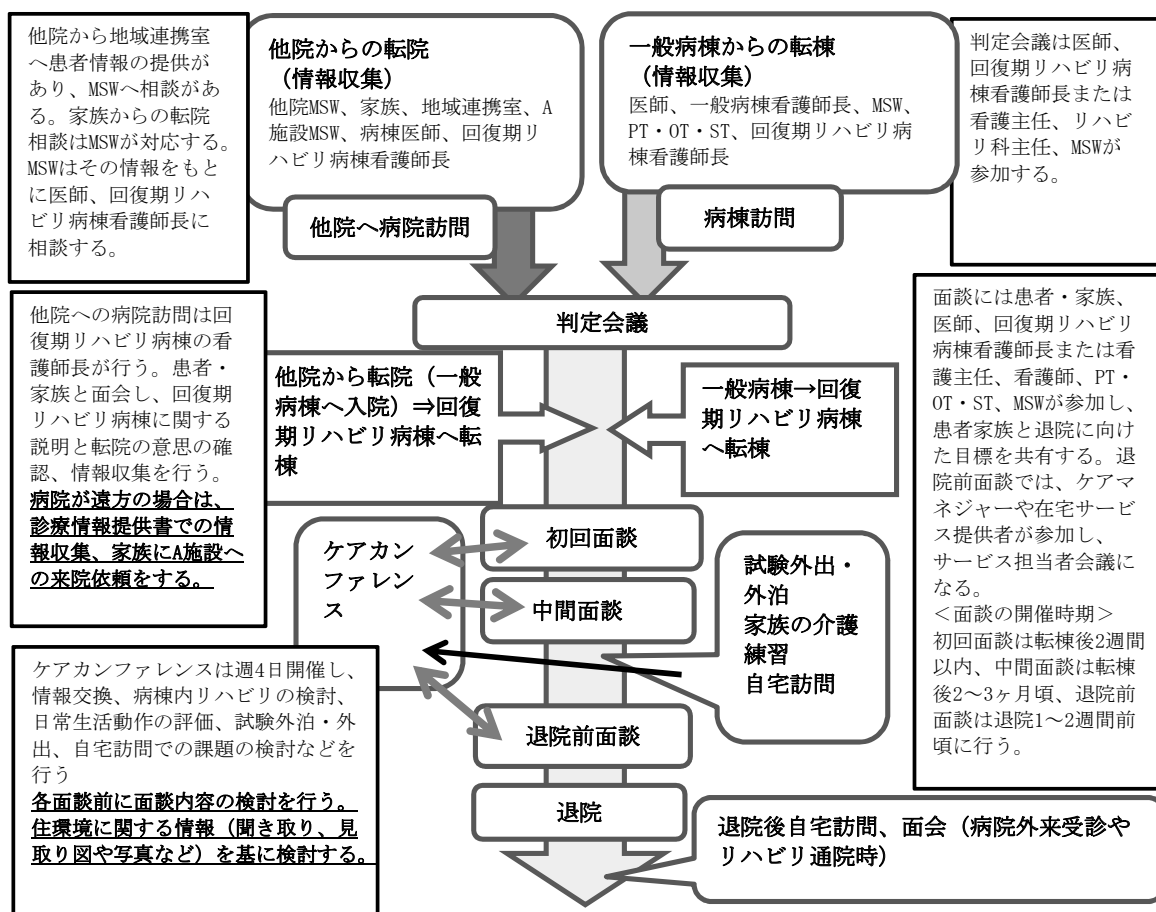


図3 退院調整プログラムA・B (実施後修正したもの)

図中の下線部は修正した内容である

前の病院訪問または転棟前の病棟訪問時から患者・家族に関わり、面談や面会等の機会に幾度も思いや意向を尊重しながら退院調整を進めたことで、退院後に落ち着いた療養生活を過ごすことに繋がったと考える。また、事例Aさんと家族は外来受診やリハビリ通院時に回復期リハビリ病棟へ来棟し、療養生活の現状について話したり、相談をしたりしていた。この事例のように、入院前に行う病院訪問時から築いた信頼関係を維持しながら退院後いつでも相談できる存在となり、患者・家族を継続的に支援していく環境を整えることが可能であると考える。

事例Bさん、Cさんのように患者の意向を確認することが難しい場合は、家族が療養先を決めることになり、その家族にとって介護負担感がある場合は、施設等への入所を希望することもある。認知機能障害などにより患者の思いや意思を汲み取ることが難しい場合、看護師は家族から普段の患者の思いを聞き出すなど、家族が代弁者という意識

で関わり、意向に沿った退院調整に繋げることが重要である。2事例とも退院先を決定するまで家族の思いは揺れ、迷いがあった。事例Bさん・Cさんの今までの何らかの思いや今後の希望があったのかを家族に確かめながら、退院後の患者・家族の生活を考慮した支援をしたことで、患者と家族の意向をふまえた療養生活に繋げることができたと考える。在宅療養をすすめる上で大切なことは、家族も環境因子として考え、家族メンバーとしての役割や患者との心理的関係性を考慮し、家族全体のアセスメントを行い、支援に繋げることである。

「退院調整は入院早期から関わり、看護師やMSWをはじめ、医師、コメディカルとのチームアプローチが必要である」(任, 2009)と述べている。病院訪問や病棟訪問することは、患者・家族から直接話を聞くことで、病状の理解や受け止め、今後に向けての希望や意向、不安等の情報が転院前から得られる。患者・家族が話をするうちに安心し

た表情になったことから、病院訪問は不安の軽減にも繋がる。また、患者・家族が希望や意向が話せる環境として入院早期から面談を3回行うことは、回復状況により患者・家族の揺れる思いや迷い、心配事について相談できる機会となり、今後の目標を患者・家族と多職種間で共有し、医療や介護上の課題について検討を行うことができる。ケアカンファレンス等では、多職種のチームで退院後の生活を考えた退院調整や支援を行うことで、患者・家族の意向に沿った療養生活に繋げることができる。また、情報共有の機会として多職種が定期的なケアカンファレンスで同時に共有することで、専門的視野に立ち多角的な視点でのアセスメントができ、在宅療養を考慮した看護援助の工夫に生かすことができる。

2. 退院支援体制の充実について

1) 患者・家族の意向を多方面から支える多職種連携の充実
退院調整プログラムを効果的に実施するためには、多職種のチームが関わる形で退院調整を進めることが不可欠である。質問紙調査の退院調整をすすめてよかったことでは「多職種間での情報交換や意見を聞くことで視点が偏らず、チームアプローチができる」との意見があった。石橋(2011)は、「職種の違う専門職が互いの視点やアプローチ方法を尊重し、責任を持って関われる体制の構築をすることが、患者と家族の望む退院後の生活を構築することに効果的である」と述べている。ADL向上を目指し多職種がチームとして取り組むためには、多職種の専門性と役割を相互理解し、日常的に情報交換やケアカンファレンスでの検討を繰り返し、目標を共有しながら話し合う機会を持つことが求められる。考案した退院調整プログラムでも、定期的なケアカンファレンス、面談前のカンファレンスなど多職種間で情報交換・検討する機会が多くある。多職種がそれぞれの専門性を活かしたチームとして関わる意識を持つためには、患者・家族との面談やケアカンファレンスに相互に出席することで効果が期待できる。質問紙調査の「退院調整を病院全体として取り組む方法について」の結果では、「多職種との情報交換を進める」「多職種の相互理解をする」「医師の協力を得る」とあるように、多職種が相互理解を深めながら連携し、一つのチームとして退院調整をすすめることで、患者・家族の意向を多側面から支える実施体制が可能になると考える。

2) 退院調整に関する教育の充実

退院調整は、患者・家族間の思いや希望、意向の違い、退院に対する理解不足があると調整が困難なものとなる。入院している患者・家族の思いを把握するためには、実施した退院調整プログラムのように様々な看護実践の場での経験が豊富な看護師長や看護主任が中心に面談を開始し、看護師は患者・家族との信頼関係を構築しながら面談の機会を多く持つことである。しかし、質問紙調査の結果では「面談のタイミングやあり方などの難しさがある」とあるように、看護師がどのように進めればよいのか困難さを感じている。原田(2015)は、「退院後の在宅療養をイメージした退院支援・調整することの難しさがある」と述べている。ゆえに、初回面談、中間面談、退院前面談、退院前自宅訪問、退院後自宅訪問等での経験を積みかさねていくことが重要であり、また経験豊富な看護職から面接するタイミングや方法を学ぶ姿勢が必要と考えられる。

患者・家族の退院に向けた支援を行うためには、退院後にどのようなケアを受けることができるのかを患者と家族の両者にわかりやすく説明することも重要となる。そのためには、退院調整に関わる専門職が退院に向けた視点を持ち、退院後の療養生活に対するアセスメントをチームで実施し、社会資源の活用及び退院前カンファレンスの重要性と方法、院内を含めた地域連携についての知識を確実なものとする学習会等の機会が必要となる。

質問紙調査の退院調整プログラムを経験し、変化したことの意味では、「退院調整に関する意識づけができた」「在宅での問題点が検討できた」「退院調整の重要性に気づいた」「多職種との連携が増えた」とあるように、退院調整プログラムの取り組みは、それ自体が教育的な役割を果たすとともに、学習会等で多視点的な関わりを学ぶことが可能となり、退院調整への取り組みの要になると考える。また、退院調整に関する看護師の意識を高め、意欲的に取り組むようにするには、退院事例を積み重ね、患者・家族の思いや意向を大切に、家族の背景や状況も十分に理解と配慮をしながら、患者と家族を含めた包括的な支援体制の必要性を学び、退院調整を進めることであると考えられる。

3. 在宅療養に向けた看護師の役割と看護のあり方

質問紙調査の結果からは、「退院調整の重要性に気づいた」「退院調整に関する意識づけができた」「家族の意見や思いを聴き、方向性が明確になる」とあるように、退院調

整プログラムに基づいた退院調整を経験することで、患者・家族の現状を知ること、患者・家族と面談や面会の機会をとらえてコミュニケーションすることから情報収集をし、在宅療養の方向性を明確にとらえ、患者・家族に寄り添いながら退院調整を進めることができると示唆された。在宅療養に向けた退院調整の質の向上には、退院支援・退院調整に関する教育、ケアカンファレンスなどで看護職間や多職種間での情報交換や方向性の確認をしながらチームで取り組む経験をすることが不可欠である。

すなわち、在宅療養に向けた看護師の役割は、退院に向けた患者と家族の思い・意向、家族間での関係性、療養を取り巻く環境等を理解するとともに、疾患や障害を持ちながら退院後どのように生活していくのかを捉え支援することであると考えられる。さらに、在宅療養に向けた看護においては、患者中心の視点を持ち、多職種との協働と連携を進めながら、在宅療養に向けた退院支援及び調整を行い、退院後の生活を捉え在宅療養の可能性を見出すことが中核になると考える。

利益相反について

本研究における利益相反はない。

謝辞

研究に協力いただきました皆様に深く感謝申し上げます。なお、本研究は平成20年度岐阜県立看護大学大学院看護学研究科修士論文の一部を加筆・修正したものである。

(受稿日 平成29年8月28日)

(採用日 平成30年1月29日)

文献

- 洞内志湖, 丸岡直子, 伴真由美ほか. (2009). 病院に勤務する看護師の退院調整活動の実態と課題. 石川看護雑誌, 6, 59-66.
- 原田かおる. (2015). 意思決定支援と方向性の共有 入院時から退院までの意思決定支援. 退院支援ガイドブック「これまでの暮らし」「そしてこれから」をみすえてかかわる. 宇都宮宏子(監), 坂井志麻(編), (初版)(pp.62-77). 学研.
- 石橋みゆき, 吉田千文, 木暮みどりほか. (2011). 退院支援過程における退院調整看護師とソーシャルワーカーの判断プロセスの特徴. 千葉看護学会誌, 17(2), 1-9.
- 石川誠. (2013). 回復期リハ病棟の課題と展望. 回復期リハビリテーション, 12(1), 12-17.
- 厚生労働省. (2016). 平成28年度診療報酬改定の概要. 2016-11-15.

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000106421.html>

- 久保田聡美. (2005). 退院調整における病棟管理者の視座. 看護管理, 15(4), 266-270.
- 松尾理佳子, 宮田聖子, 田上さくらほか. (2002). 家族の不安軽減に重点を置き退院支援を行った事例. 長崎大学医学部保健学科紀要, 15(1), 35-38.
- 任和子, 宇都宮宏子, 鎌田めづるほか. (2009). 退院支援に看護の原点がみえる 看護の普遍性を守ることができる管理者の仕事. 看護管理, 19(12), 1022-1030.
- 小野美貴. (2006). 回復期リハビリテーション病棟看護師の自宅への退院援助プロセス. 日本看護研究学会誌, 29(1), 97-105.
- 佐久川政吉, 大湾明美, 呉地祥友里ほか. (2009). 回復期リハビリテーション病棟看護師の在宅復帰支援についての認識と役割. 沖縄県立看護大学紀要, 10, 35-42.
- 清水房枝, 安井明子. (2008). 高齢者入院患者の退院に向けての支援システムの必要性 —退院を困難にする問題と支援システム—. 三重看護学誌, 10, 83-87.
- 篠田道子. (2006). ナースのための退院調整 院内チームと地域連携のシステムづくり. (pp.29-54). 日本看護協会出版会.
- 田村昭美. (2014). 脳卒中リハビリテーション看護(解説). 日本運動器看護学会誌, 9, 19-24.

Enhancement of Discharge Support System based on Development of Discharge Coordination Program for Home Care in Rehabilitation Ward

Kiyomi Watanabe ,Yuriko Kuroe

Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

Purpose : We are working to improve the discharge-support system for patients in a convalescence rehabilitation ward. A core element of this undertaking is to develop a discharge-coordination program that expedites the discharge of such patients, while at the same time honoring the wishes of patients and their family members and clarifying the discharge process. As part of the above undertaking, we evaluated the value of this discharge-coordination program and whether it improves discharge support.

Methods : We devised a discharge-coordination program that expedites the transition into home care. The program was shared among multi-disciplinary team members and then implemented. We reviewed the program's outcomes and amended the program.

Results

1. We envisaged two scenarios for the program (patient is transferred to the facility from another hospital; patient is transferred from another ward within the facility). We introduced a number of steps into the program, including methods of gathering information from the other hospital, in the case of the first scenario (i.e., visiting the other hospital), as well as holding regular meetings with patients and their family members and holding inter-professional conferences.
2. The program was implemented for five cases. We found that the program was successful in confirming the thoughts and intentions of these patients and their family members, and in helping these patients adapt themselves to a recuperative lifestyle that meets their wishes.
3. We asked the multi-disciplinary team members about their opinions on the undertaking (in a questionnaire survey). According to the responses, in program implementation, it is important to ensure that patients and their family members consent to the discharge and to understand their thoughts. The responses also highlighted the importance of sharing information among the multi-disciplinary team.

Discussion : We demonstrated that the discharge-coordination program has potential for expediting discharge, while at the same time honoring the wishes of patients and their family, and for sharing and clarifying the discharge process among team members. Additionally, we found that it is important for a multi-disciplinary team to share information in conferences and through other means, collaborate as a team, hold multiple discussions with patients and their family members, and accommodate the thoughts and desires of patients and their family members so as to clarify goals. It is also important to examine ways of following-up with patients after discharge.

We conclude that the optimum nursing practice for facilitating patients' transitions into home-based care is as follows: Nurses should support and coordinate this process while ascertaining how the patient will live after discharge and determining the feasibility of the transition into home-based care. To this end, nurses should have a patient-centered perspective and collaborate accordantly with other multi-disciplinary team members.

Key words: discharge-coordination program, discharge-support system, multi-disciplinary team