

〔原著〕

訪問看護ステーションを利用した在宅療養への退院支援方法の創生と 組織的取組みへの推進の検討

加藤 由香里¹⁾ 黒江 ゆり子²⁾

Study of Progress in Creating the Methods of Discharge Support and Advancing Organizational Structure for Home Care Using Visiting Nursing for Patients

Yukari Kato¹⁾, Yuriko Kuroe²⁾

要旨

併設病院入院患者で訪問看護が必要な患者に、訪問看護に携わる筆者が退院支援に関わり、在宅療養に向けた支援内容の明確化、併設病院での退院支援の流れの確立、支援体制の変革の検討を目的とした。

訪問看護が必要と判断した対象に対し退院支援を実施しその内容を記録する。記録を支援の目的の観点で分析し支援内容を明らかにする。支援後に退院した患者家族に半構成的面接を行い、入院中の看護と退院支援に対する思いを確認し、在宅療養に向けたケアや指導の要望等を分析する。支援の過程で確認した訪問看護導入患者の退院支援の流れを図式化し、併設病院での退院支援体制の変革を検討する。

退院支援の実施と分析により、在宅療養を決定する支援、レスパイト先の探索、医療処置の習得、医療物品の準備、退院前の会議等が必要な支援であった。支援後の患者家族への聴き取りから、早期からの在宅サービスの情報提供や病棟での指導の充実等を退院準備として要望していた。スクリーニングシートを用いた患者の把握と退院支援の取組みにより訪問看護導入患者の退院支援の流れは改善し、対象の選定が可能になり、訪問看護ステーションと病棟で協働して退院指導や退院前の準備が実施でき、退院後の状況を共有できるようになった。病院全体としての退院支援手順と退院支援フローチャートの検討・作成に発展した。

以上より、在宅療養に向けた支援は、患者・家族の意思決定を支える（入院早期からの支援、在宅サービスの紹介）、療養環境を整える（往診医・レスパイト先を探す、退院後の医療物品準備、医療処置方法の習得）、病院と在宅の関係者が支援の確認と検討の場を持つことが支援内容として重要であると考えられた。また、支援体制の変革には、病棟看護師や訪問看護師、その他関わる病院・在宅での担当者が協働で支援できる仕組みを構築し、病院全体の理解を得ながら運用・検討・修正していくことが必要であると考えられた。

キーワード：訪問看護、在宅療養、退院支援内容、退院支援フローチャート、協働

I. 研究の背景

医療機関での在院日数の短縮化と患者の高齢化が進み、一方で在宅介護を推進する介護保険の定着により、短期間で治療し医療依存度が高い状態で在宅へ移行していく

傾向がある。2007年4月における医療法の改正では、退院する患者が引き続き療養が必要な場合は、保健医療福祉サービスを提供する者と連携を図り、適切な環境下での療養の継続への配慮等の医療施設の責務が見直された。

1) 岐阜中央病院 Gifu Central Hospital

2) 岐阜県立看護大学 地域基礎看護学領域 Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

しかし、短い入院期間では入院の目的疾患に関連した処置・ケアを中心とした病棟看護が展開されるため、病棟看護師は在宅の人的・物理的環境を考慮して退院後のケアを調整することが困難な状況となっている。自施設訪問看護ステーションにおいても、併設病院入院患者の訪問看護依頼が退院前日にあり、患者・家族が医療処置方法や医療材料の調達に関する不安や困惑を訴えることがある。また、入院中の患者であるが院内からの情報はなく、院外の居宅介護支援事業所から退院直前に連絡があり、その患者の存在を知ったという現状がある。

当該訪問看護ステーションは、併設病院が新築移転した翌年に開設し、筆者は2000年より訪問看護師として勤務している。2007年時点において、看護師は併設病院デイケアセンターと訪問看護ステーション兼務の看護師長1人、主任1人、看護師3人で、理学療法士4人、作業療法士2人、言語聴覚士1人がリハビリを担当している。訪問看護ステーションの看護師は約350床を有する併設病院の看護部に属している。併設病院では往診を行わなくなったため、退院後は近隣の開業医が主治医となることがほとんどである。

併設病院には退院調整を担当する看護師の配置はなく、医療ソーシャルワーカー（以下MSWとする）2人は主治医の依頼箋に基づき介入を行っている。また患者と家族は、退院後の生活に向けて、病棟看護師やリハビリスタッフ、MSW等それぞれの関わりの状況により個々に相談する場合はあるが、総合的に退院後の具体的な生活や医療を踏まえた看護に関して相談する窓口がないため、訪問看護ステーションに相談に来る患者・家族がある。病棟と訪問看護ステーション間での情報共有は、訪問看護利用者が入院した場合は、看護サマリーを病棟へ持参してケアの継続を依頼し、病棟からは退院時に看護サマリーが渡されるが、相互の看護サマリーが十分活用されているか確認されていない。

II. 文献検討

文献においては、退院支援を行うには訪問看護制度、介護保険制度、在宅療養に関連する制度について深く理解していることが求められ¹⁾ており、訪問看護経験者やケアマネジャーを退院調整担当者として活用²⁾している病院や、MSWと医師、退院支援の専任看護師の3者が対

応している³⁾ところ、退院支援専任の看護師と看護系大学教員の協働⁴⁾、退院支援担当看護師とMSW、薬剤師、栄養士、臨床工学技師、理学療法士等と、市の保健師がチームで取り組んでいる⁵⁾ところもある。また、病棟における退院調整の推進を図るために各病棟に看護相談室連絡委員を設置し、受け持ち看護師がチェックしたスクリーニング票を委員が確認・助言の上で、退院支援専任看護師へ依頼する仕組みにより、退院調整件数が増加したという報告⁶⁾もある。更に、同一法人内で訪問看護師が院内に出張相談窓口を開いたり、病棟カンファレンスに訪問看護師がMSWとともに参加し取り組んでいるところもある⁷⁾。

退院調整の過程は、①療養者による療養方法の意思決定への支援と②療養者および家族による療養環境整備への支援という2層構造が退院調整活動の構造となっていることが明らかにされている⁸⁾。退院調整を行う看護師の看護判断のプロセスをみると、調整対象か否か、利用者の希望と依頼内容の合致、家族の希望と利用者の希望の合致、全ての調整課題の調整の可能性、利用者と家族の意思決定の状況を順に判断し、調整課題の整理、調整計画の提出、計画した調整の実施と調整を進め、評価するというプロセスをとっている⁹⁾。また、家族の意思決定への支援を効果的に行うことが、退院調整の期間を短縮し希望に沿った退院に繋げるために必要であり、家族が退院を意思決定する条件は、利用者の現状の受容が必要であることが指摘されている¹⁰⁾。また介護保険対象者は、介護保険による介護支援専門員と病院側の双方が、調整課題を共有し計画立案することが有効である¹¹⁾とされている。

III. 研究目的

これらの現状と文献検討を踏まえ、患者及び家族が安心して併設病院から自施設訪問看護ステーションを利用した在宅療養へ移行していくために、併設病院における退院支援に関する課題として、1)入院患者のうちで退院後に訪問看護が必要となる患者が把握されていない、2)在宅療養に向けた退院支援が十分ではなく、また支援内容が明らかではない、3)入院から退院までの支援の流れが明確ではないことが課題であると分析した。更に、1)の訪問看護が必要な患者の早期把握では、先行研究にお

いて退院支援スクリーニングシートを作成・活用し、訪問看護が必要な患者を全入院患者から拾い出すことが可能になった。

そこで本稿では、訪問看護に携わっている筆者が退院支援を行うことを通して、退院支援の内容を明らかにすること、併設病院での退院支援の流れを確立すること、支援体制の変革を検討することを目的とした。

なお、本取組みは3年間に亘る看護実践研究としての取組みであり、筆者は併設病院を持つ訪問看護ステーションの訪問看護師として取組みを行った。

IV. 研究方法

1. 在宅療養に向けた退院支援と患者・家族からの評価に関するデータ収集・分析

1) 退院に向けた支援の実施

併設病院の看護部長が推薦し同意の得られた2か所の病棟において、訪問看護が必要と判断された患者を支援対象とし、筆者が本人・家族に面接を重ね、本人・家族の要望に応えながら必要な支援を行う。支援は筆者だけではなく、その患者に関わる病院スタッフと在宅サービスの担当者で連携し実施する。筆者が実施した支援内容を「支援経過記録」、実施したケア会議の内容は「サービス担当者会議記録」として記述する。

2) 退院に向けた支援内容の分析

1. 1) の「支援経過記録」「サービス担当者会議記録」の内容について、どのような目的の支援だったかという観点で内容を分類し命名する。

3) 患者・家族からの評価に関するデータ収集・分析

退院支援により自宅退院した患者・家族を対象に、退院後に自宅にて入院中の看護及び退院支援に対する思いについて半構成的面接法にて聴き取る。対象者に研究の目的を説明し承諾を得た上で同意書に署名を受け、了解を得て録音する。

聞き取ったデータを逐語録に起こし、在宅療養の準備に関する患者・家族の評価・要望を分析する。

2. 病棟と訪問看護ステーションの連携に関する病院体制変革の働きかけ

1) 入院患者が訪問看護を導入し退院するまでの支援の流れの確立

1. 1)における退院に向けた支援を進める中で確認で

きた退院支援の流れを、「訪問看護導入患者の退院支援の流れ」として図式化し、必要に応じて追記・修正する。

2) 併設病院との連携のための取組み

退院支援に関する看護手順等を作成し、師長会で検討・確認する。

退院に向けた支援後に自宅退院した患者を担当した病棟の看護師に対し、病棟看護師として行った支援の内容等を聴き取り、了解を得て記録する。

併設病院とのスムーズな連携を検討するために、その活動の経過を記録・分析する。

V. 倫理的配慮

対象者に研究協力を依頼する際には、本研究の目的・方法・期待される成果、研究協力の自由、協力はいつでも中断できること、結果の公表については匿名性を確保すること等を文書を用いて説明し同意を得た。本研究は岐阜県立看護大学大学院看護学研究科論文倫理審査部会の承認（17-A002-2）を受けて行った。

VI. 研究結果

1. 退院支援のモデル的展開とその評価

1) 在宅療養に向けた退院支援の対象

2005年5月～6月の間に退院支援スクリーニングによって訪問看護が必要と判断された患者4事例（表1）について、筆者が退院支援を実践し自宅退院後に訪問看護を導入した。支援過程では筆者（訪問看護師）以外に、病棟主治医や在宅主治医、病棟師長、病棟看護師、MSW、栄養士、薬剤師、用度課職員、言語聴覚士（ST）、作業療法士（OT）、ケアマネジャー、福祉用具業者およびデイケア担当者が支援者として必要であった。支援を実施した期間は事例により27～84日間であった。

2) 在宅療養に向けた支援内容

(1) 事例ごとの支援の概要

事例Aは、入院時点で家族が在宅療養を既に固く決意していたため、早期に介護保険のケアマネジャーを決定し協働して支援を進めた。在宅主治医はかかりつけ医が対応可能であり決定できた。病棟で開催したサービス担当者会議にも参加が得られ、退院後のサービス担当者が医師を含むチームとして認識し合うことができた。吸引の指導は、筆者が作成したパンフレット（在宅物品用）

表1 退院に向けた支援の対象

事例	年性	現病	支援期間	身体状況	生活状況	家族の状況
A	60代男性	脳幹梗塞 小脳梗塞 (既往歴:糖尿病)	62日	右全麻痺、左上下肢運動失調あり。唾液誤嚥が見られ、気管切開部からの痰が頻繁。夜間吸引は1時間毎必要。	(活動)ベッド臥床、全介助で車椅子乗車(栄養)胃瘻栄養(清潔)リフト浴(排泄)合図で尿器で採尿。便は下剤を使用しオムツに排便(コミュニケーション)スピーチカニューレで挨拶可。	妻(60歳代半ば)と二人暮らし。妻は毎日病院に面会。入院中も妻の食事や買い物、花を届けてくれる近隣者あり。長女は同市内に在住し休日には面会あり。
B	80代女性	褥瘡 (既往歴:3年前アルツハイマー型認知症)	27日	両腸骨、仙骨、背部に4箇所褥瘡あり。体重は26キロで軽い瘦著明、低栄養状態が見られ、高カロリーの食事を提供中。	(活動)ベッド臥床、全介助で車椅子乗車(栄養)自力で摂取。(清潔)介助にて入浴(排泄)尿便意なくオムツ。便は下剤を使用し排便。(コミュニケーション)その場での簡単な受け答えはなんとか可能。	次男と二人暮らし。次男は精神科疾患があり通院中。自宅で看たいという思いと、経済的な問題もあり、自宅で看る意志が強い。長男は近隣の市在住。
C	70代男性	脊髄小脳変性症(12年前発症) 糖尿病 (既往歴:なし)	28日	寝たきり状態。上下肢各関節拘縮のため自力可動部位なし。脳萎縮による無呼吸。気管切開部から3時間毎に吸引。尾骨部と右腸骨翼部の軽度褥瘡。	(活動)ベッド臥床、全介助で車椅子乗車(栄養)胃瘻より経管栄養。(清潔)リフト浴(排泄)排便は定期的に浣腸し排便。排尿は膀胱瘻より留置カテーテル留置。(コミュニケーション)不可。	妻(70歳代前半)と二人暮らし。長女は隣市在住で、月1回泊、1~2週に1回買い物等のサポート。妻の外出時はヘルパーを利用。ヘルパーへは吸引を訪問看護より指導。妻の通院送迎に協力的な近隣者あり。
D	50代男性	低酸素脳症 肺気腫 (既往歴:肺気腫)	84日	気管カニューレ装着し吸引が必要。痰からMRSA検出されている。四肢の拘縮と筋緊張が強いためリクライニング車椅子を使用。	(活動)ベッド上臥床。全介助で車椅子乗車(栄養)胃瘻より経管栄養。(清潔)リフト浴(排泄)尿便意なくオムツにて排泄。便は下剤を使用し排便。(コミュニケーション)首の縦横の動きで意思表示を試みるが不確か。	妻の母(70歳代前半:現在は健康)と妻(50歳代前半)の3人暮らし。4月より長男(20歳代前半)が大学卒業し父母が心配なため帰ってきた。長女は県外に在住。

を病棟に提供して指導を進め、病棟看護師からの問い合わせ内容を反映させ修正した。自費栄養剤である糖質調整流動食は、経済面と運搬面で利用者負担が最小になるよう手配先を確認し、衛生材料の提供は在宅主治医に必要な医療材料のリストを提示し、保険適応の有無・メーカー・量を表示して準備し易いよう支援した。病棟から持ち帰る物品は、担当看護師に物品リストを提示し依頼したが、吸引カテーテルが渡されておらず、退院直後に痰が吸引できない事態になった。

事例Bは、本人も家族も在宅を希望していたが、多数の褥瘡のため家では困難だとMSWは考えていた。そのため、瘡の状態と介護者である息子の状況を早期に確認し、退院の可能性を検討する必要があった。息子の病気及び経済的な問題を面接で把握し、在宅サービスの受け入れ体制が重要になると考え、早急にサービス担当者会議を開催した。その結果、瘡処置を息子ができれば在宅サービス利用により自宅退院が可能であると判断された。早期の会議開催により参加者が在宅療養の可能性を認識し自宅退院が決定され、ケアの詳細な打ち合わせや必要な環境整備ができた。

事例Cは、今回の入院で高血糖が指摘されインスリン

療法を行っていた。介護者は高齢の妻1人であり吸引等様々な介護があるため、負担を考慮し事例Aの経験から糖質調整流動食を医師に提案し、インスリン注射を用いずにコントロールが可能となった。病棟から持ち帰る物品は、チェック欄を設けた退院準備物品リストの作成により病棟看護師が確実な準備を行った。病棟で扱ったことのない物品は、依頼及び手配の過程を筆者と一緒にを行い、病棟看護師が自信を持って準備できた。

事例Dは、入院期間が1年経過しておりMSWや病棟から転院を勧められていた。家族は迷っていたが、筆者が在宅での医療や介護サービスについて具体的に説明することで、在宅療養を決意した。関わりから10日目に介護者(妻)が自宅退院の意思表示をしたが、表情は硬く準備の話題を避ける様子が見られた。在宅主治医を家族が探すことが困難であったため支援し、介入22日目に在宅主治医が決定した時、妻は笑顔になり自分から準備について話し始める等、積極的な姿勢が感じられた。在宅主治医へは必要な医療材料を提示し依頼することで準備がされた。MRSAと気管切開部からの吸引の必要があったため、レスパイトのためのショートステイの受け入れ先がなく、退院直後のレスパイトは病院への社会的入院を

検討した。吸引は在宅物品用のパンフレットを提供し、それに沿った指導を病棟に依頼した。病棟では独自にチェックリストを作成して指導を進めた。退院時に持ち帰る物品は、病棟看護師とともにリストアップすることで漏れなく準備され、このリストを家族にも渡すことで、退院後の使用物品を家族が確実に入手する意識が高まった。表2に分析の一部を示す。

(2) 4事例から分析した支援内容

事例A～Dの4事例の支援経過記録の内容を、どのような目的の支援だったかという観点で分類した。その結果、支援内容は①在宅療養を決定する支援、②在宅療養を支援する制度・サービスの紹介、③レスパイト先の探索・打ち合わせ、④在宅主治医の決定の支援、⑤医療処置の習得、⑥退院後の医療物品の準備（吸引器、栄養剤、衛生材料）、⑦住環境の整備、⑧介護者が可能なケア方法の検討（食事の準備方法、コミュニケーション手段の調整、血糖コントロール方法の模索）、という支援内容項目に分類された。

4事例の中で、発症後初めて在宅へ帰る又は状態が大きく変わり在宅へ帰る事例3事例（事例ABD）では、支援内容項目として②③⑤⑥が共通していた。

3) サービス担当者会議の実施と検討内容

退院支援の中で、多職種が集まり検討する「サービス担当者会議」を適宜実施した。4事例のうち3事例（事例ABD）は入院中、1事例（事例C）は退院後に行った。参加者は事例により異なるが、本人・家族、病院関係者としては主治医、病棟師長、病棟看護師、栄養士、MSW、在宅関係者としては退院後の主治医（開業医）、訪問看護師、ケアマネジャー、福祉用具業者、訪問入浴業者であった（開催時期：退院7～17日前）。

それぞれの事例の検討内容を分析すると、「現在の本人の身体状況について」「現在の本人の身体状況に合わせたケア状況について」「退院後のケアの検討」「退院後必要となる在宅サービスの利用について」「退院後の胃瘻交換日程について」が、複数事例に共通してみられた。表3に検討内容の一部を示す。

4) 退院に向けた支援後の聴き取り

(1) 聴き取り対象と方法

退院支援により自宅退院した患者・家族への聴き取りは、事例Bは退院1ヵ月後の再入院のため聴き取れず、3事例に実施した。3事例とも本人は身体的に会話が困難であり、介護者（妻）に自宅にて半構成的面接法により

表2 事例Aにおける支援内容の分析（一部抜粋）

支援内容項目	詳細項目	支援記録（一部抜粋）
医療処置の習得	在宅用の物品で指導を依頼	<ul style="list-style-type: none"> 在宅用のポータブル吸引器を使用した吸引手順のパンフレットを病棟看護師に提供。「パンフの通り物品も揃えて指導します」と言われる。 病棟看護師より、吸引カテーテルを万能缶に口腔用も気切用も入れているがそれでよいのか、と質問あり。パンフレットは気切部用のもので口腔については記載していないが、別々の万能缶に入れてほしい等、説明。
	家族の習得状況の確認	<ul style="list-style-type: none"> 妻より「吸引も胃瘻も看護師さんからOKもらった」と言われる。 妻に内筒の管理について確認すると、水道水で洗って水を払いそのまま挿入しているとのこと。病棟看護師に確認すると、緑膿菌が出ており痰も多い状況なので、万能缶の消毒液に漬けていると説明あり。

表3 事例Aのサービス担当者会議における検討概要（一部）

検討内容項目	詳細項目
現在の本人の身体状況	現在の身体状況説明
現在の本人の身体状況に合わせたケア状況	現在の排便状況確認・説明 現在の血糖と今後の血糖チェックについて確認
退院後のケア	退院後の誤嚥予防方法について検討 退院後のカテーテル保管方法について検討 身体状況に合った移乗介助方法の検討
自費栄養剤の退院後の取り扱い	自費栄養剤の退院後の取り扱い 自費栄養剤の家族の受け入れ 自費栄養剤の退院後の納入元
退院後の胃瘻交換日程	胃瘻交換日確認・説明
退院後の医療物品	退院時病棟で準備する物品の確認 物品の費用負担と提供元の確認

聴き取りを行った。事例Aは退院3ヵ月後（聴き取り時間25分）、事例Cは退院1ヵ月後（44分）、事例Dは退院4ヵ月後（1時間35分）であった。聴き取り項目は、①退院後の様子・困っていること②入院中の看護で良かったこと③入院中の看護で困ったこと・嫌だったこと④退院後に役立った入院中のケアや指導⑤入院中に聞いておくと良かったことであった。

(2) 療養者及び家族の入院中および退院に向けた看護に対する思い

逐語録を作成し聴き取り項目に沿って対象者の回答を整理した。①の現在困っていることは、3人とも「特にない」という回答であった。②の入院中の看護で良かったことは、「看護師の明るさで本人の表情が良くなった」「主治医の説明の後で師長がサポートしてくれた」等が示された。③の入院中の看護で困ったことは、「休日は看護師人数が少なく、膀胱留置カテーテルの閉塞に気づいてもらえなかった」「経管栄養途中で様子を見に来てくれない、終わっても外しに来てくれない」等多くの意見が示された。

④の退院後に役立った入院中のケアや指導⑤入院中に聞いておくと良かったことについては、退院に向けたケアや指導の要望という観点で分析した（表4）。その結果「準備のための入院期間」「早期の段階（自宅退院が決まった段階ではなく、方向性を考えている段階）からの在宅サービスの情報提供（訪問看護、デイ、ショートステイ、介護用品）」「病棟での指導の充実（ケア内容で予測されるトラブルとその対処、ケアの一部ではなくすべての過程を実施、排便状況等の身体変化の説明と指導）」「退院前の物品等の準備」「退院当日の身支度と見送り」

「退院直後からの訪問看護の利用」の要望があった。

(3) 自宅退院を決意するまでの対象者の状況と退院後の影響

1年という長期に亘り入院していた事例Dについて、支援前後の対象者の状況と生活の変化を分析した。

支援前の対象者は、「入院期間が1年と長期化しており、病院から離れることに不安があった」「転院を勧められていたが迷っていた」「重い状態で家で看られるか心配だった」「在宅で実際どのように見ていけば良いのかイメージがつかない」という状況にあり、「在宅療養を決意するための支援」を必要としていた。支援を受け自宅退院したことで、「介護者（妻）が病院へ通う負担がなくなった」「娘が父親を受け入れる機会になった」「連れて帰りたいという思いをかなえることができた」「在宅で見ていけると実感できた」という変化があった。以下にその分析元となった支援経過記録データ及び聴き取りデータの一部を示す。

①支援を受ける前の対象者の状況

a. 入院期間が1年と長期化しており、病院から離れることに不安があった

病棟看護師が吸引や経管栄養の指導をしようすると、妻が「家に戻る準備ができたたん、よくないことが起こる気がする。家で風邪でも引いて肺炎を起こしたらもう終わりだ。また今度教えてほしい」と言われた。

b. 転院を勧められていたが迷っていた

入院3ヵ月か、6ヵ月の時に転院を勧められたが、評判の良い所や遠い所しかなかった。

MSWから筆者へ：在宅か施設か迷っている家族がおり、主治医の説明に師長とMSWも呼ばれ面接した。妻は「きちんとケアし

表4 家族が退院準備に要望すること

項目	要望内容(一部抜粋)
準備のための入院期間	自宅退院する準備のための入院期間が保障されていた(事例A)。
早期の段階からの在宅サービスの情報	(今回の関わりの前までは)転院の話はあるが在宅サービスの話はなく、このような身体状況で自宅はやめた方がいいと言われた。訪問看護を利用したら心配なく家で看られるということを早く教えてほしい(事例D)。もっと早くからデイケアやショートステイが利用できることがわかっていると、家で看ようという気持ちになれる(事例D)。
病棟での指導の充実	病棟で指導してもらえたこと全てが役に立った(事例D)。胃腸栄養のセットの仕方を失敗した時どうすれば良いかわからなかった(事例D)。排便の頻度が変わっていたのに説明がなかった(事例C)。
退院前の物品準備	退院時薬が退院直前に渡され、足りない薬があった(事例A)。退院当日、持ち帰る物品が全部準備されていた(事例C)。
退院当日の身支度と見送り	退院当日に本人の身体の準備(清拭、着替え)がされていなかった。誰も見送ってくれなかった(事例A)。退院時、師長と看護師が見送ってくれた(事例C)。
退院直後の訪問看護	退院直後の訪問看護で家庭での看護を覚えてもらった(事例D)。

てくれない病院に入れるくらいなら、家で見た方がいい」と在宅に気持ちが傾いている。しかし、痰からMRSAが出ているためサービスが使えないので在宅は困難ではないか。

c. 重い状態で家で看られるか心配だった

妻から訪問看護師（筆者）：本人がわからないようなこんな重い状態で家で看られるのかなと思うし、大変って聞くし、MRSAがあるとデイには行けないと聞いたので、家で看られるか心配。

d. 在宅で実際どのように見ていけば良いのかイメージがつかない

妻から訪問看護師（筆者）：こんな大きい身体で動かすのも大変だが、何か方法があるのか質問あり。スロープのレンタルについて説明するとかなり驚いており笑顔。

②支援を受け在宅療養に移行したことによる対象者への影響

a. 介護者（妻）が病院へ通う負担がなくなった

一番の良かったことは、車に乗って病院に行かなくてもいいことです。1日に2回も3回も行ってたから

b. 娘が父親を受け入れる機会になった

私は何が何でも生きてほしかったけど、あれ（娘）はあんなんやったら生きてても意味がないって。（娘の年齢）20代半ば。お父さん大好きで。（お父さんを家に）連れてきたのは言ってあったけど、見にも来なかったの。やっとこのお正月に、よかったですって帰って来て言ったら帰ってきた。（お父さんに）（娘の名）だけどわかる？って聞いたらうんって言ったの、娘はウルウルで、良かったね帰って来てって。（娘が）戻ったその晩か次の晩かに電話かけたら、帰って良かった、お父さんの顔見て、前のお父さんではないのはわかってるけど、あんな穏やかそうで表情があるなら生きて良かったなって初めて思えたって。

c. 連れて帰りたいという思いをかなえることができた

家へとりあえず1回はどうしても家へ連れてきたかった。すぐ戻ってくるようになって1回だけは。本人が自分で病院へ受診した時に倒れとるんやで。帰って来れんようになるなんて思ってもないやろうで。

d. 在宅で見ていけると実感できた

（デイケア、ショートステイ）がもっと早くわかってたら、もっと気持ちも家で看ようかなって気になる人が多いんじゃないかと思う。看護の人（訪問看護）に来てもらったら何にも

心配ないっていうふうにも。病院の看護師さんとかは、家は無理っていうのがある。連れて帰れるって思っとる方が間違っってはっきり言われた。

2. 退院支援に関する病院体制の変革に向けて

1) 訪問看護を導入し退院するまでの支援の流れの確立

対象病棟において訪問看護が必要となる患者を、早期に把握するためスクリーニングシートを導入し、在宅療養に向けた退院支援をモデル的に行ってきた取組みにより、訪問看護導入患者の退院支援の流れは、取組み前と比較し図1から図2のように変わった。訪問看護が必要となる可能性のある対象者の選定が可能になったこと、訪問看護ステーションと病棟で協働し退院指導と退院前準備が実施できるようになったこと、退院前ケア会議の協働での確実な実施、退院後の状況を病棟と共有するようになったことが改善点である。

2) 病院全体で在宅療養に向けた退院支援を実施していく取組み

スクリーニングシートを活用し退院支援を行う取組みを、モデル病棟だけでなくどの病棟の患者にも適用するためには、病院全体の体制の変革が必要となる。実施には看護部業務委員会作成の看護手順による運用が必要なため、訪問看護導入患者の退院支援の流れに基づき、訪問看護導入の目的だけではなく退院支援全体を考慮した「退院支援の手順」「在宅療養情報シート」「在宅支援経過記録」、及び「退院支援の手順」を図式化した「退院支援フローチャート」（図3）を作成した。

退院支援後に行った受け持ち看護師1人への聴き取りでは、支援として行ったこととして①サービス担当者会議で提案のあった車椅子乗車の練習、②在宅用のパンフレットと吸引器を用いた吸引指導、③退院時の持ち帰り物品の準備等があげられ、支援できなかったことは、おむつ交換の方法に家族の不安があり指導を考えたが、家族の面会が少なくできなかった、が挙げられた。支援が順調に進められた要因として、退院前のサービス担当者会議に参加したことで、支援の方向性がわかり在宅で関わる人の意見が聞けて準備しやすかった、が挙げられた。また会議への参加で、患者はこんなにたくさんの人に支えられていると感じた、という意見が得られた。

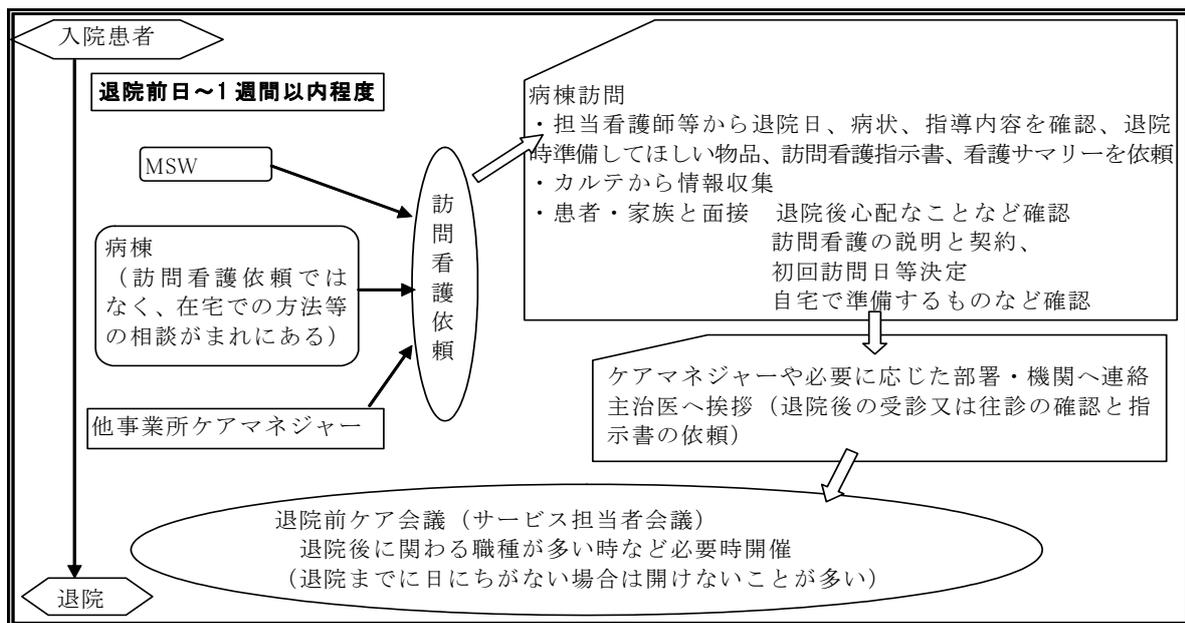


図1 訪問看護導入患者の退院支援のながれ (取組み以前)

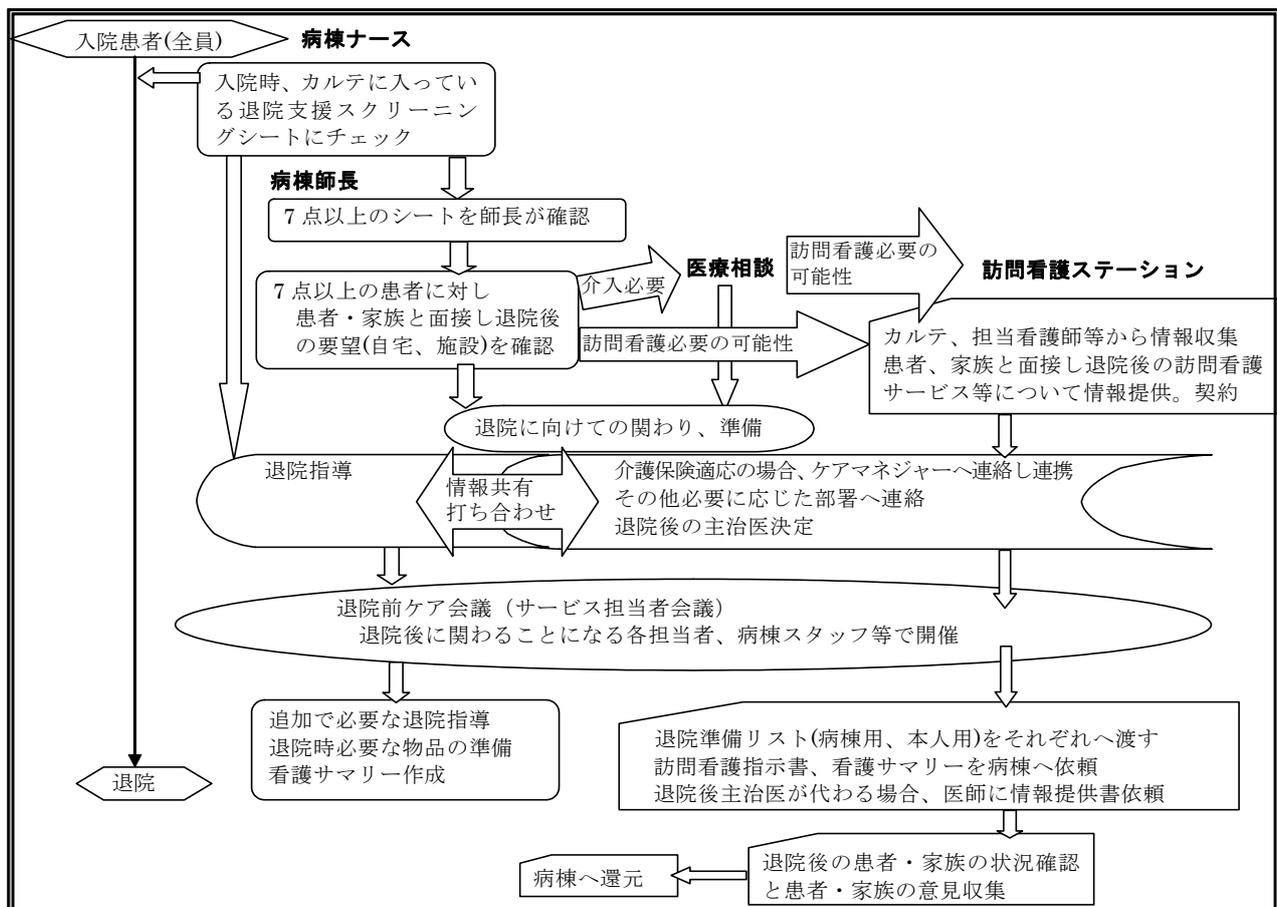


図2 訪問看護導入患者の退院支援のながれ

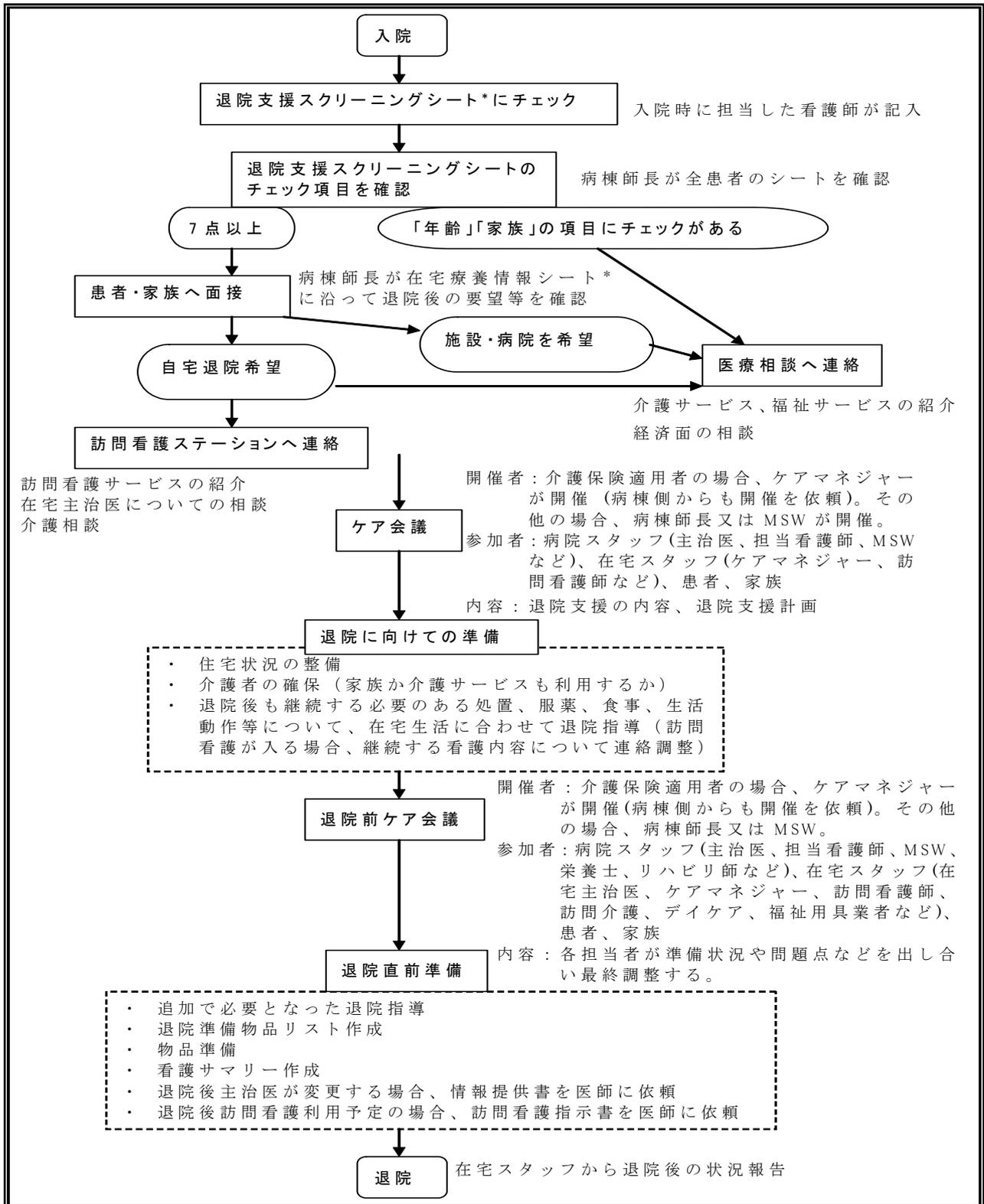


図3 退院支援フローチャート

Ⅶ. 考察

1. 在宅療養に向けて必要な支援

今回明らかになった在宅療養に向けた支援内容と、支

援後の家族への聴き取りから得られた家族の要望を踏まえ、在宅療養に向けてどのような支援が求められ必要であるのかについて考察する。

1) 患者・家族の意思決定を支える

受傷し初めて退院する場合や状態が大きく変わって退院する場合、病状が重いほど自宅に帰ることができるのか悩むことが多い。今回の支援においても、本人・家族の状況や思いを把握し、具体的な社会資源（支援内容、支援先、費用）等を提示することで、在宅療養がイメージ化され意思決定に繋がった事例が複数あった（事例ABD）。また、家族の聴き取りでは、「訪問看護を利用したら心配なく家で看られるということを早く教えて欲しい（事例D）」等の要望が示され、在宅療養支援の社会資源を早期に提示することが、在宅療養の意思決定に重要であると考えられる。

しかしながら本人・家族が在宅療養を決意しても、医療者が困難と感じる場合もある（事例B）。そのような場合は、早期に病院関係者及び在宅支援関係者が集まり、本人・家族と共に必要な支援と可能な支援、及び自宅退院の可能性を検討することによって、具体的な支援体制が提示でき、意思決定と必要な支援の確認に繋がる。

在宅療養の決意や在宅サービスの決定過程は、家族の生活スタイルや経済面の関与が大きい。故に、支援者は話を聴き必要な情報を具体的に提供しながら、本人・家族の主体的な参加と意思決定を促すことが欠かせない。そのような支援により、患者・家族は医療者に任せることの多い入院生活から、アドバイスを受けず自分達で選択・決定していく在宅療養への切り替えを体験していくと考える。つまり、疾病・障害・入院によって十分発揮されなかった家族のセルフケア機能¹²⁾が、この移行期の支援過程で発揮又は新たに獲得され始めると考えられる。

更に、医療依存度が高く介護量が多く入院期間も長かった事例Dからは、在宅療養を決意するまでの家族の思いが明らかになり、病院から離れることへの不安や在宅療養のイメージの付きにくさが在宅療養の決意を阻害していたと考えられたが、支援により在宅療養を決意し、自ら準備に取り組むことができるようになった。在宅療養を始めたことで、家族は思いをかなえ、新たな生活を肯定的に実感したことを確認できた。退院という移行期のこのような経験が家族の対応の拠りどころを追加修正し、それがまたその後の家族の拠りどころに影響していくと考えられており¹³⁾、支援者がそのことを理解しておくことが重要であると考えられる。

2) 在宅における療養環境を整える

在宅療養に向けた支援は、「療養者による療養方法の意思決定への支援」「療養者および家族による療養環境整備への支援」の2層構造になっている¹⁴⁾とされている。今回の在宅療養に向けた支援においても、この2つの支援は重要な支援であると考えられたが、療養環境の整備に関して以下の共通した支援内容が得られた。

(1) 在宅主治医を探す支援

医療依存度の高い場合や通院が困難な状態の場合は往診可能な主治医が必要であり、主治医が決定しないと在宅療養が実現できないため早期の決定が望ましい。特に、医療処置が必要な場合に家族で探すのは困難なため、担当可能な医師に関する情報提供が必要である。かかりつけ医がいる場合で受け入れ可能であれば、それまでの関係性が継続でき療養者・家族は安心して在宅療養を始めることができる（事例A）。更に在宅主治医が受け入れやすいよう、病棟主治医との情報提供書のやりとりを支援し、在宅主治医が必要な医療材料リストを提示し依頼することで確実な準備が得られる。このような医師への支援は、訪問看護師と在宅主治医との協働関係・信頼関係が良好になり、療養者の療養生活にも好影響を及ぼすと考える。

(2) レスパイト先を探す支援

在宅療養の期間の長期化が予測される事例は、在宅療養の継続のために日中及び宿泊できるレスパイト先が不可欠である。「もっと早くからデイケアやショートステイが利用できることがわかっていると、家で看ようという気持ちになれる（事例D）」という意見からわかるように、患者・家族はレスパイトの存在や必要性を認知していないことがある。今回の支援では、ケアマネジャーと筆者が協働で探しレスパイト先を確保できた事例があったが、MRSA等の感染症や医療依存度が高い場合は受け入れられる施設が少ないため、レスパイト先が確保できず在宅療養の継続が困難になる可能性がある。

(3) 退院後の医療物品を整える

経管栄養を行っている事例では、栄養剤の調達について確認が必要である。費用負担の面から、使用予定の栄養剤が保険適用の処方薬か自費の流動食かの確認と調整、運搬方法も療養者の負担が大きくなる配慮が必要である。

衛生材料は退院直後から必要不可欠であり、確実な入手を家族は要望している。退院直後は病棟から持ち帰った物品で、往診後は在宅主治医による提供になるが、その認識が不十分なために提供されず家族が困惑することがある。病棟から持ち帰る衛生材料は、チェック欄を設けた退院準備物品リストによって病棟看護師が確実に準備することができ、家族にもリストを渡すことで、退院後に使用する物品の確実な入手の意識を高めることができる。

(4) 退院後の状況に合わせた医療処置方法の習得を支える

病棟での使用物品と異なった物品を使用する医療処置については、在宅での使用物品による方法のパンフレットを病棟に提供し、それに沿った指導を依頼した。パンフレットの内容は病棟からの問い合わせの内容を反映させ改善した。患者・家族の状況に即した指導を行うためには、訪問看護師、病棟看護師の両者の視点から検討し進める必要がある。退院後の聴き取りでは、「病棟で指導してもらえたこと全てが役に立った（事例D）」と、病棟での指導が在宅での介護に役立っていることが確認されたが、退院後に家族が戸惑うことは、それらの処置が失敗した時の対処であることが示された（事例D）。それぞれの処置の準備・実施・片付けの各過程の中で、想定される失敗状況を指導に加えること、退院後の初回訪問看護においても確認することが必要であると考えられる。また、指導が医療処置の一部のみであると、自宅で一連の流れを介護者が行う時に戸惑いがあるため、各処置の準備・実施・片付けの一連の流れを実際に行う指導が必要であると考えられる。

3) 退院前の支援の確認と検討の場をもつ

退院前の適切な時期に、本人・家族、病院関係者、在宅関係者が集まり検討することは、退院後の支援をより対象者に合ったものにするために重要である。主な検討内容は、病院での本人・家族の状況とケア内容の確認、状況に応じた退院後のケアであり、現在の状況を知る病院関係者とこれから在宅で支える在宅関係者双方の立場から検討することで、個々の病状と在宅での生活状況に合わせた具体的な支援を検討することができる。

病棟看護師からの聴き取りでは、退院前会議への参加によって、退院までに必要な支援の方向性と具体的な準備が明確になっていた。更に、支援者同士が直接話し合

うことにより、チームで支援する姿勢の共有という点でも重要であった。中嶋ら¹⁵⁾の調査においても、病棟看護師の退院前カンファレンスの参加により、「退院前合同カンファレンスの必要性」「退院計画へのかかわり」「生活者としての患者理解」等に変化が見られたとされており退院前会議への参加の意義は大きいと思われる。

本人・家族にとっては、退院後の支援者に直接会えること、入院中の状況と退院までの準備や退院後の支援について目の前で話し合われることで、退院後の生活に安心感を抱くことに繋がると考えられる。

2. 退院支援の流れの確立と退院支援体制の変革

今回の取組みにおいて、入院患者が訪問看護を導入し退院するまでの早期からの支援の流れを確立でき、病院全体としての退院支援という視点で「退院支援の手順」「退院支援フローチャート」の検討・作成に発展した。病院全体の退院支援体制の発展が期待でき、それにより患者・家族は早期から支援を受け、安心して在宅療養へ移行していけると考える。

退院支援は、今回明らかになった支援内容からも、実際の在宅サービスの探索・手続きを支えるケアマネジャー、医療処置習得を支える病棟看護師、様々な側面から助言・準備をするケア会議のメンバー、そしてそれらの全てに患者・家族の目線で関わる在宅療養を良く知る訪問看護師等多くの職種での協働が必要である。故に、支援体制の変革には、協働で支援できる仕組みを構築し、病院全体の理解を得ながら、運用・検討・修正していく必要があると考えられる。

また、入院から在宅療養への移行は、組織体制が必要である一方で、入院中に行える準備は病棟看護師が中心に行い、訪問看護師と連携をとるという認識を持つことが重要である。病棟看護師と訪問看護師の連携は、一方からの依頼や情報提供ではなく、双方で具体的な方法や内容を検討し協働して機能することが必要となる。在宅用物品を使用したパンフレットの提供や病棟看護師から意見を得た修正、病棟看護師からの在宅生活を意識した問い合わせに答える等、双方向での情報共有が行うことができた。大森ら¹⁶⁾の取組みにおいては、退院前の訪問看護師の関わりや退院後の病棟看護師の訪問での連携で、病棟看護師の退院支援に関する意識変化も見られたとされており、今回の在宅療養に向けた支援においても、病

棟看護師が退院指導のチェックリストを作成したり、早期から退院後の物品準備を整える等、在宅の状況に関心を持ち積極的に取組むことに繋がった。このような事例を通じた協働の取組みが、病棟看護師にとって病棟から在宅への支援を認識していく大切なきっかけとなったと思われる。

Ⅷ. まとめ

- ①在宅療養に向けた支援内容は、入院早期からの支援と在宅サービスの紹介により、患者・家族の意思決定を支える支援、往診医・レスパイト先の探索、退院後の医療物品準備、医療処置方法の指導により療養環境を整える支援、病院と在宅の関係者が支援の確認と検討の場を持つことが重要である。
- ②訪問看護導入患者の退院支援の流れは、スクリーニングシートを用いた支援対象者の選定、訪問看護ステーションと病棟の協働での退院指導と退院前準備、退院前ケア会議の実施及び、退院後の状況の共有がなされることで確立される。
- ③支援体制の変革には、病院・在宅での多職種の担当者が協働で支援できる仕組みを構築し、病院全体の理解を得ながら運用・検討・修正していくことが必要である。

謝辞

本稿は平成19年度岐阜県立看護大学大学院看護学研究科修士論文にもとづきまとめたものである。研究に協力いただきました皆様に心より深く感謝申し上げます。

文献

- 1) 山田雅子：いまこそ専任看護師による退院支援を，看護展望，29(11)；977-981，2004.
- 2) 山田雅子：医療提供体制の改革に向けた退院調整の意義，看護管理，16(11)；888-892，2006.
- 3) 宇都宮宏子：特定機能病院における地域連携と専任の退院計画調整看護師の役割，看護展望，29(11)；982-990，2004.
- 4) 植村康子：看護相談室専任者と各病棟の連絡委員の連携による退院調整，看護展望，29(11)；991-990，2004.
- 5) 岸田喜代美，岩田洋子，山崎絆：自治体との協働による退院支援システムと病棟看護師の活動，看護展望，29(11)；998-1003，2004.
- 6) 植村康子，山田明子，葛西ミヤ子，他：看護相談室と病棟連絡委員による退院調整の効果，日本看護学会論文集 地域看護，34；40-42，2004.
- 7) 宇都宮宏子：スムーズな退院調整に向けた取組みとネットワーク構築，看護管理，16(11)；899-906，2006.
- 8) 本道 AND 和子，川村佐 AND 和子：病院内退院調整看護婦の退院調整過程分析，東京保健科学学会誌，1(1)；11-19，1998.
- 9) 本道 AND 和子，須藤直子，川村佐 AND 和子：退院調整における看護判断の過程に関する研究，東京保健科学学会誌，4(1)；12-21，2001.
- 10) 本道 AND 和子，須藤直子，内藤千恵，他：退院調整過程の構造に関する研究 家族の意思決定への支援，日本看護管理学会誌，3(2)；28-38，1999.
- 11) 本道 AND 和子，須藤直子：介護保険利用者に対する退院調整方法の分析，日本看護学会論文集32回地域看護；94-96，2002.
- 12) 鈴木 AND 和子，渡辺裕子：家族看護 理論と実践，第3版；日本看護協会出版会，2006.
- 13) 本田彰子：退院をめぐる患者・家族の意思決定支援—「移行」に関する家族のピリーフへの理解から—，家族看護；9(2)；42-48，2011.
- 14) 前掲8).
- 15) 中嶋敬代，西村容子，首藤悦子：退院前合同カンファレンスがもたらした病棟看護師の退院計画への行動変化，日本看護学会論文集 地域看護，34；97-99，2003.
- 16) 大森ゆみ子，河野由理，河野美智子：三次救急病院における訪問看護室の活動 第1報—院内の看護・多職種の連携に焦点を当てて—，日本看護学会論文集 地域看護，42；65-68，2012.

(受稿日 平成24年 9月20日)

(採用日 平成25年 2月 1日)

Study of Progress in Creating the Methods of Discharge Support and Advancing Organizational Structure for Home Care Using Visiting Nursing for Patients

Yukari Kato¹⁾, Yuriko Kuroe²⁾

1) Gifu Central Hospital

2) Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

Abstract

This study aimed to clarify the content of discharge support for the patients who need visiting nursing by examining the activity of nursing care from admission to discharge, and also aimed to establish the flow of support from admission to discharge and investigate the support structure.

Model support for the patients requiring visiting nursing after discharge was carried out and details of the support was recorded. Then the entries were analysed and the contents of discharge support were clarified. After the support was received, semi-structured interviews were conducted with the discharged patients and their families to confirm feelings with regard to care during hospitalization and discharge support, and to analyse hopes in preparing for discharge. Schemes were also drawn up to illustrate the flow of discharge support that could be confirmed within the progress of discharge support, and the structure of support at the hospital was studied.

The model support indicated that the types of discharge support included those to make a decision of discharge, find out respite facilities, acquire treatment method, prepare medical products, and pre-discharge conference with personnel responsible for services. Families' hopes for support were included provision of home care service information from an early stage and giving sufficient guidance on wards for discharge.

From the above, the key content of discharge support can be considered to be the following: support for patient and family decision making from the early stages of admission and introducing specific home care services; support to prepare the environment of home care (finding out visiting doctors and respite facilities, preparing medical equipment for home care, and supporting the acquisition of treatment methods); and having a pre-discharge conference with the hospital staff and the home care staff to confirm support for discharge. In addition, the support structure that can be considered necessary to change are for hospital nurses and visiting nurses to collaborate with the patient's hospital staff and home care members in building a framework, and to act, consider, and review it while gaining an overview of the hospital

Keywords: visiting nursing, home care, content of discharge support, flow chart of discharge support, collaboration