

〔原著〕

医療機関の退院支援の質向上に向けた看護のあり方に関する研究（第2部） —退院支援の課題解決・発展に向けた方策の検討—

藤澤 まこと

Research on the Ways of Nursing for Improving the Quality of Discharge Support in Medical Institutions Part2 ; Clarify Measures for Solving Issues and Developing Discharge Support

Makoto Fujisawa

要旨

本研究の目的は医療機関の退院支援の取り組みのあり方、医療機関の退院支援の組織的体制の構築に向けた方策、および看護職者の意識改革に向けた方策を追究し、退院支援の質向上に向けた看護のあり方を提言することである。

そこで医療機関の退院支援の発展過程を明確にし、そこから退院支援の課題解決・発展に向けた方策を検討し、複数の医療機関の退院支援の課題解決・発展に向けた取り組みへの支援により退院支援の課題解決・発展に向けた方策を検証する。

A医療機関の退院支援の発展過程より、「退院支援の課題解決・発展に向けた方策」として〔退院後の生活を視野に入れた入院時アセスメントの実施〕〔退院後の生活のための多職種参加のカンファレンスの企画・開催〕〔退院後の療養生活把握のための取り組みの実施（家庭訪問・外来との連携・地域の専門職との連携）〕〔退院支援に対する看護師の意識の把握・意見交換の実施〕〔看護職者の意識改革に向けた教育支援の実施〕〔病棟内での退院支援の組織的体制の構築〕〔医療機関全体の退院支援の組織的体制の構築〕の7つが明確になった。

上記の「退院支援の課題解決・発展に向けた方策」を活用して、医療機関（B、C、D）において発展の方向性を検討した取り組みを行った結果、各医療機関の退院支援の課題が明確となり、それらに着実に対応することが退院支援の発展につながり、有効であることが示唆された。

入院時から退院後の生活状況を把握し、患者・家族を含めたカンファレンス等を有効に活用しながら準備を進める取り組み、及び病棟での活動を支援する関連委員会活動の充実及び退院支援部門との連携による組織的体制の構築、さらには看護職者一人一人が患者・家族の意思決定を支援することのできる看護職者育成のための教育体制の整備に取り組むことが、医療機関における退院支援の質向上に向けた看護のあり方であると考えられる。

キーワード：退院支援、課題解決・発展に向けた方策、意思決定支援

I. 研究目的と研究の背景

1. 研究目的

医療制度改革により在院日数の短縮化が加速されるなかで、保健医療福祉サービス利用者が、医療機関を退院した後も、住み慣れた場所で望む療養生活を送るために

は、入院時から退院後の生活を見据えた退院支援が、保健医療福祉サービスの一部として確実に組み込まれる必要がある。そのような医療機関の退院支援の質向上に向けて、患者・家族の退院支援におけるニーズに対応するための看護実践、看護職者の退院支援に関する意識改革

に向けた方策、および退院支援の組織的体制の構築に向けた方策について追究する。そして退院支援の質向上に向けた看護のあり方について提言する。

2. 用語の定義

退院支援：個々の患者・家族の療養生活上のニーズに応じて、退院後の療養生活を安定させるために、患者・家族への教育・支援や諸サービスの適切な活用を促進すること

退院調整：患者・家族の退院後の療養生活の継続に向けた調整活動

発展：取り組みによって看護実践が改善・改革されること

3. 研究の背景

わが国では高齢化率24.1%（2012年）の超高齢社会となり、2012年度の診療報酬改定においては「医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化および在宅医療等の充実」が重要課題に掲げられ¹⁾、利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上は医療機関の取り組むべき重要な課題であるといえる。

医療機関内においては、急性期医療に伴う医療技術の高度化、複雑化が進み、多様な専門職によるチーム医療が推進され、利用者のニーズに対応している。しかし、入院治療を受けた患者の退院後の生活を介助した教育・支援が十分なされていない現状がある^{2,3)}。

また、A県の医療機関の退院支援の現状と看護職者の捉える退院支援の課題を捉えた先行研究⁴⁾により、医療機関の看護職者が取り組む退院支援の課題として、〔入院時から退院に向けたアセスメント・計画的支援が不十分〕〔退院支援の時期の見極めが困難〕〔患者・家族の状況により退院支援が困難〕〔患者・家族の意向に沿う事が困難〕〔多職種参加のカンファレンスの開催・定着が必要〕〔多職種間の連携が不十分〕〔退院支援への知識・認識・関心の不足〕〔退院支援体制の整備が必要〕〔地域の社会資源の不足〕が示された。これらの課題を視点として、広範な視野から利用者ニーズに基づく医療機関の退院支援の課題を明確にし、その課題解決に向けた方策を検討し取り組むことが、医療機関の退院支援の質向上に寄与すると考えられた。

II. 研究方法

1. A医療機関の退院支援の発展過程の明確化（2005年度～2010年度）

A医療機関を退院支援発展の先駆的事例^{5~10)}として捉え、筆者が当該医療機関の病棟看護師と協働で取り組んだ6年間の退院支援の取り組み内容を記述し、a院内全体の退院支援体制の構築、b病棟看護師の意識、c病棟の退院支援に関する取り組み、d継続看護委員・退院調整看護師等による働きかけ、e筆者による看護職者への働きかけに分けて、時系列で表示する。

2. 「退院支援の課題解決・発展に向けた方策」の明確化（2009年度～2010年度）

退院支援の発展に向けて変化のあった取り組みを抽出して記述し、その取り組みを一覧にして分類し「退院支援の課題解決・発展に向けた方策」を明確にする。

3. 複数の医療機関における退院支援の課題解決・発展に向けた取り組みへの支援による、退院支援の課題解決・発展に向けた方策の検証（2009年度～2010年度）

A県の「退院調整看護師育成のための研修」受講者全員の所属医療機関に、退院支援の発展に向けた検討の実施を依頼し、了解が得られた医療機関（B、C、D）において、研修受講者と協働で「退院支援の課題解決・発展に向けた方策」を視点として所属病棟の現状を把握し、退院支援の課題を明確にするとともに、発展に向けた取り組みについて検討する。その発展に向けた検討内容や取り組み結果を記述し、「退院支援の課題解決・発展に向けた方策」に沿って取り組みの成果を確認し、方策を検証する。

4. 倫理的配慮

研究協力者には、本研究の趣旨・方法について文書を用いて口頭で、研究参加の自由意思を尊重し、研究協力の中止を保障すること、研究協力の有無によって不利益になることはないこと、得られたデータは匿名性を遵守し目的以外には使用しないこと、研究成果を公表する意図があること等を説明し、同意書への署名により同意を得た。なお本研究は、岐阜県立看護大学大学院看護学研究科論文審査部会の承認を受けている（21-A014-2）。

Ⅲ. 結果

地域の基幹となるA医療機関では、2005年度から退院調整看護師と筆者を含む看護大学教員が協働で当該医療機関の退院支援における課題を明確にし、現場に即した方法でその課題解決に取り組む中で、看護実践の改善・改革を推進した。

1. A医療機関の退院支援の発展過程の明確化

1) A医療機関の退院支援体制の発展の概要

A医療機関は、人口約37,000人（2010年4月）、高齢化率32.2%（2010年4月）のA市の基幹医療機関としての機能を果たしている。

そして、退院支援の体制としては、1999年から退院調整看護師が病棟業務と兼任で退院調整業務を始め、2002年に副院長直属の地域連携室が設置され、退院調整看護師が専任化された。2007年度には地域連携室専任の師長が就任し、退院調整看護師が2人体制となったが、2008年度には退院調整看護師が病棟に異動となり、現在は看護師長が退院調整看護師として業務を担っている。

また、院内の退院支援に関する委員会組織として「継続看護委員会」があり、退院調整看護師と各病棟から看護師が1人委員として参加している。この継続看護委員会を中心に院内の退院支援体制の整備に取り組んでいる。

その中で、整形外科病棟を中心とした病棟看護師による退院支援の取り組み過程と、それに伴う院内全体の退院支援の体制構築の過程を含めて6年間の退院支援の発展過程を記述し図示したものが図1である。

2) A医療機関の退院支援の発展過程および発展に向けた取り組み

6年間の退院支援の発展過程のなかで、退院支援の看護実践において改善が見られた取り組みを「発展に向けた取り組み内容」として抽出し、図1と対応する部分とともに（ ）内に示す。

(1) 当該病棟の退院支援の現状把握（2006年度）

A医療機関の利用者への質問紙調査（2004年・2005年）により、退院支援の課題は、病棟看護師が入院時から患者・家族の退院後の生活を視野に入れた退院支援を行い、退院調整看護師と協働して院内の組織的取り組みとして充実させることであると考えられた。

そこで、当該医療機関の病棟看護師による退院支援の現状を把握するために、2006年度より、A医療機関の中

でも退院に向けて多様なケアが必要になる整形外科病棟において、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。その事例の退院支援経過を詳細に記載したなかで、退院支援の重要な要素として、①退院後の生活の視点を持った入院時アセスメント、②医療職者・患者・家族間でのケア目標を共有するためのカンファレンス、③退院後の生活状況の把握が抽出された。その退院支援に重要な要素を含め、入院時から退院時までの流れを示した「退院支援プログラム」を考案し、病棟の看護師長にその活用を提案した（e①、e②）。

(2) 入院時アセスメントおよび多職種参加の入院時・退院前カンファレンス開催に向けた取り組みの実施（2007年度）

2007年度から当該病棟では退院支援プログラムを活用し、退院後の生活を視野に入れた入院時アセスメント、入院時・退院時カンファレンスの企画・開催に向けた取り組みが開始された。

退院支援に必要な入院時アセスメント用紙の内容を再度見直し、介護保険適用の有無や、社会的背景をチェックする欄のほかに、患者・家族の退院に向けた意向を、入院時と入院2週間後の2回確認して記入できるように修正した（自施設・自部署に適した退院支援に必要な入院時アセスメント用紙の作成：c③）。それにより、受け持ち看護師は入院時には患者の入院前の生活を把握すると同時に、必ず患者・家族の意向を確認し、退院調整看護師の介入の必要性や患者・家族への療養指導の必要性のアセスメントを行うようになった（退院後の生活を視野に入れた入院時アセスメント用紙を活用した入院時アセスメントの実施：c②）。そして、2008年度には、継続看護委員会の決定により、当該病棟で入院時アセスメント時に使用していた退院支援に必要なアセスメント用紙を病院全体で使用する事になり、院内全体で入院時アセスメントの充実に向けた取り組みへとつながった（病院全体での退院支援に必要なアセスメント用紙の活用：a①）

また、当該病棟では、2007年の7月から入院2週間以内に、受け持ち看護師が主になってリハビリカンファレンス（医師、リハビリスタッフ：理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、看護師が参加して患者のリハビリテー

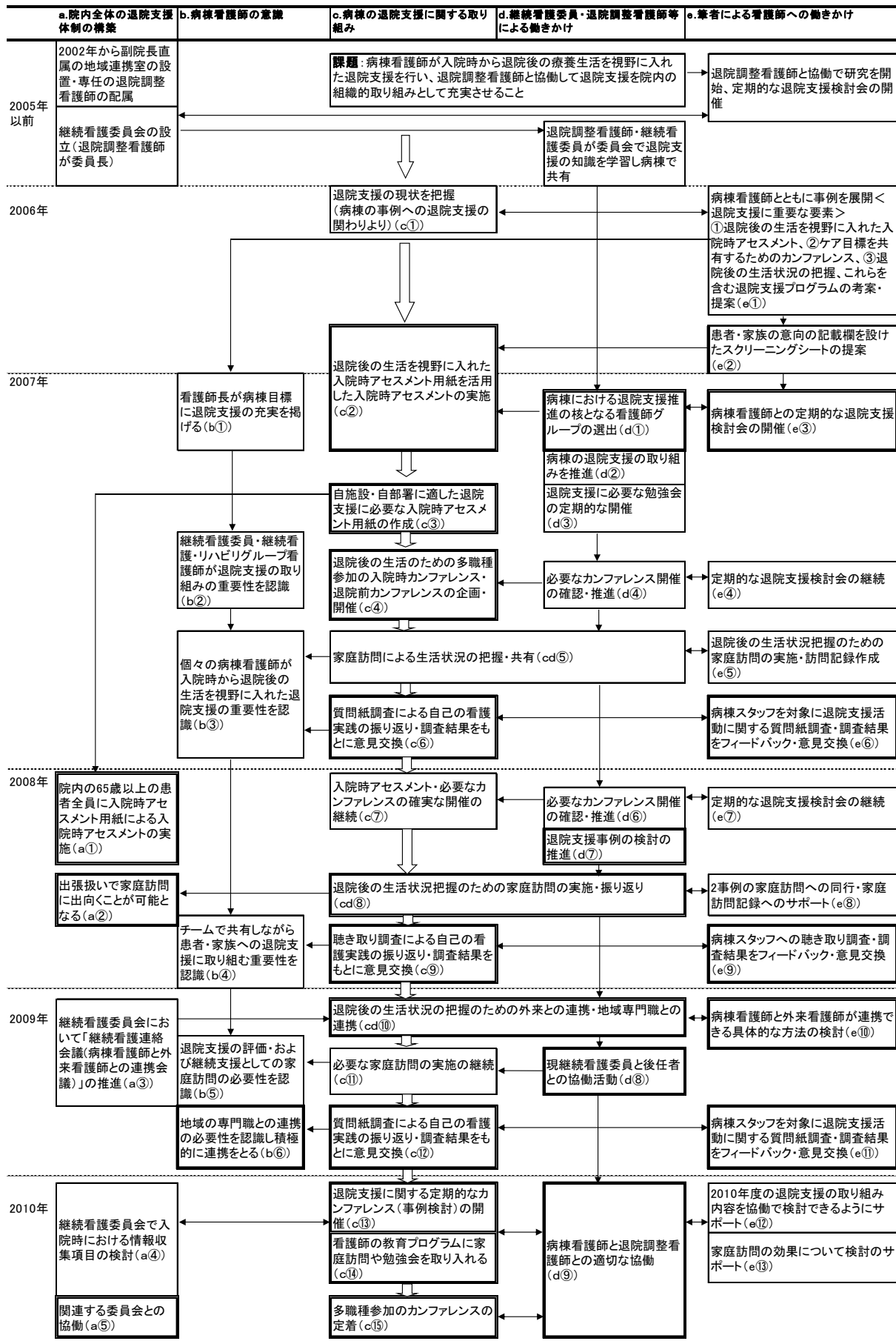


図1 A医療機関の整形外科病棟を中心とした退院支援の発展過程 (二重線は発展に向けた取り組み内容を示す)

ションの状況話し合い今後の方針を決定するためのカンファレンス)が企画・開催されるようになった。そして退院前には、院内の医療職者だけでなく、地域の専門職や患者・家族も参加して、退院後の生活に向けたカンファレンスが開催された。そこでは、退院後の患者・家族への継続支援について具体的な方法が検討された(多職種参加の入院時カンファレンス(リハビリカンファレンス)の企画・開催、多職種参加の退院前カンファレンスの企画・開催:c④)。

(3) 退院後の療養生活把握のための取り組み(家庭訪問)の実施(2008年度)

2008年度は、病棟の退院支援の取り組みを継続するために、継続看護委員を中心として、チームごとに退院支援が困難な事例の事例検討が定期的に行われた(退院支援事例の検討の推進:d⑦)。そして、事例検討された事例の退院後の療養生活状況を把握するために、家庭訪問を意図的に行い、その生活状況を病棟カンファレンスにおいて共有し、退院支援の振り返りを行った(cd⑤、e⑤)。家庭訪問は、各看護師が受け持ち患者に対して行った退院支援の成果・課題を把握する機会となると同時に、退院後の生活をイメージしたその後の退院支援の実践につながっていた。そして院内全体の取り組みとして、A市内在住の患者・家族を対象として、出張扱いで家庭訪問に向くことが可能となった(退院後の療養生活状況を把握するための家庭訪問の実施・振り返り:cd⑧、e⑧、院内全体での家庭訪問の実施の推進:a②)。

(4) 退院後の療養生活把握のための取り組み(外来との連携)の実施(2009年度)

病棟の家庭訪問事例の振り返りにより、退院後の療養生活状況の確認が必要な患者の場合、外来看護師と連携し、継続支援ができるように支援体制を整備していくことが課題と把握された(b④)。そこで、病棟看護師と外来看護師が協働で連携方法を検討した(病棟看護師と外来看護師が連携できる具体的な方法の検討:cd⑩、e⑩)。また退院後の生活を把握するために、退院後に直接関わるケアマネジャーや訪問看護師との連携が意図的にすすめられた(地域の専門職との連携による退院後の療養生活の把握:b⑥)。

(5) 退院支援に関する定期的なカンファレンス(事例検討)の開催(2010年度)

当該病棟では、2010年度から継続看護委員が交代したが、退院支援の取り組みは継続され、毎週木曜日の朝の退院支援カンファレンスが実施され、チーム毎に退院支援の必要な事例を選出して定期的に検討するようになった。退院支援に関する事例検討が行われるようになったことで、チーム内で退院支援の内容を共有しながら進められていた(定期的な退院支援カンファレンス(事例検討)の開催:c⑬、d⑨、e⑫)。

(6) 看護師の教育プログラムに家庭訪問や勉強会を取り入れる(2010年度)

当該病棟では2年目の看護師の教育プログラムに、退院支援を行った患者への家庭訪問を取り入れることを検討し、試行した(2年目看護師の教育としての家庭訪問の実施c⑭)。その実施により、退院後の生活のイメージができ、在宅での患者の表情の違いが実感できた等の学びが得られていた。同時期に病棟では「介護保険に関すること」等の勉強会が開催された(退院支援の知識習得のための勉強会の実施c⑭)。

(7) 退院支援に対する看護師の意識の把握・意見交換の実施(2007, 2008, 2009年)

2007年9月に当該病棟の看護師20人を対象として、退院支援に対する意識の把握と、看護師自身の退院支援の振り返りを意図して質問紙調査を実施し、調査結果を共有して、病棟看護師間で意見交換を行った(c⑥、e⑥)。2008年12月には、当該病棟の看護師18人を対象として、病棟の退院支援の取り組みの継続によって自己の看護実践がどのように変化したかを振り返る機会として聴き取り調査を行い、その調査結果を共有し、意見交換を行った(c⑨、e⑨)。2009年12月には看護師21人を対象として、看護師自身の退院支援の振り返りの機会となることを意図して質問紙調査を実施し病棟看護師にフィードバックした(退院支援の取り組みに対する看護師の意識の把握:c⑫、病棟全体での退院支援の課題解決に向けた意見交換:e⑪)。

(8) 病棟内での退院支援の組織的体制の構築

2007年度の取り組み開始と同時期に、病棟では病棟勉強会グループのひとつとして「継続看護・リハビリグループ」が設けられた(d①)。当該グループには、継続

看護委員を含む3人の看護師が所属し、病棟での退院支援の取り組みを推進すると同時に、退院支援に必要な勉強会の企画・開催の役割も担っていた（病棟における退院支援の推進の核となる看護師グループの選出・取り組み推進：d②、d③、d④）。その継続看護・リハビリグループの看護師と筆者を含む大学教員が協働で病棟での取り組みの推進に向けて、「退院支援に関する検討会」を開催し、取り組みの継続を支援した（退院支援の取り組みの推進に向けた検討会の開催：e④）。継続看護委員が交代する際に、前任の継続看護委員と後任となる看護師とが一定期間、協働で看護師の取り組みへの支援を行うことで、役割は引き継がれた（現継続看護委員と後任者との協働活動：d⑧）。

(9) 医療機関全体の退院支援の組織的体制の構築

A医療機関の退院支援の組織的体制構築の基盤となったのは、2002年という早期より退院調整看護師が専任で配属されたことである（退院調整看護師の配属）。そして、同時期に退院調整看護師を委員長とした、退院支援に関わる委員会組織が設立された（退院支援に関する委員会組織の設立）。その委員会では、関連する委員会と協働しながらアセスメント用紙等の整備を進めた（関連する委員会との協働：a⑤）。また、病棟看護師と退院調整看護師との適切な連携により（病棟看護師と退院調整看護師との適切な協働：d⑨）、院内や院外の多職種によるカンファレンスが必要時開催されるようになり、それが定着してきたことも、退院支援の組織的取り組みとして重要であった（多職種参加のカンファレンスの定着：c⑮）。

そして、A医療機関では病棟での効果的な取り組みが、病院全体での取り組み（退院支援に必要なアセスメント用紙の活用、院内全体での家庭訪問の実施の推進、および継続看護委員会による「継続看護連絡会議」の推進、入院時情報収集項目の検討を含む）へと発展した（病棟での効果的な取り組みの院内全体の取り組みへの拡大：a①～④）。

3) A医療機関の退院支援の発展に向けた取り組み内容より抽出された退院支援の課題解決・発展に向けた方策

A医療機関の2005年以降6年間の退院支援の質向上に向けた取り組みは、一度に進んだものではなく、時間をかけて発展してきた。そこで、上記1. 2) に示した各時期

の退院支援の発展に向けた取り組みを一覧にして内容を分類し、7つの方策が明確になった。そして、7つの方策のうち〔退院後の生活を視野に入れた入院時アセスメントの実施〕〔退院後の生活のための多職種参加のカンファレンスの企画・開催〕〔退院後の療養生活把握のための取り組みの実施（家庭訪問・外来との連携・地域の専門職との連携）〕の3つの方策は、病棟での【退院支援の取り組みの確実な実施】に集約され、〔退院支援に対する看護師の意識の把握・意見交換の実施〕〔看護職者の意識改革に向けた教育支援の実施〕の2つの方策は、【看護職者の退院支援に関する意識の変革】に集約された。そして〔病棟内での退院支援の組織的体制の構築〕〔医療機関全体の退院支援の組織的体制の構築〕の2つの方策は【退院支援の組織的体制の構築】に集約された（表1）。

2. 複数の医療機関における退院支援の課題解決・発展に向けた取り組みへの支援による退院支援の課題解決・発展に向けた方策の検証

医療機関（B、C、D）において、研修受講者に当該病棟の退院支援の現状を聞き取り、当該病棟の退院支援の課題の解決に向けて協働で検討し、当該病棟に即した退院支援の取り組みを支援した。そして、医療機関（B、C、D）ごとの「退院支援の課題解決・発展に向けた方策」を活用した取り組みの結果を以下に示す。

1) B医療機関における退院支援の課題解決・発展に向けた取り組み

B医療機関の回復期リハビリテーション病棟の研修受講者が、病棟の退院支援推進の核となり、2008年11月から2010年6月までに筆者とともに8回の検討会を行い、「退院支援の課題解決・発展に向けた方策」を活用して現状を確認し、取り組み内容を検討した。取り組みを開始した当初、記録用紙の整備による情報共有と、看護師の退院支援に関する意識の向上を課題と捉え、スタッフ間で共有できる入院時アセスメントの用紙の作成から取り組んだ。そして、検討会ごとに「退院支援の課題解決・発展に向けた方策」を活用して病棟の退院支援の現状・課題を確認し、その後の取り組み内容を検討し、取り組みを推進した。

当該病棟において「退院支援の課題解決・発展に向けた方策」を活用して取り組みを実践した成果として、

表1 A医療機関の退院支援の問題解決・発展に向けた方策

分類	中分類	小分類	取り組み	
退院支援の取り組みの 確実な実施	退院後の生活を視野に入れた入院時アセスメントの実施	退院後の生活を視野に入れた入院時アセスメントの実施	自施設・自部署に適した退院支援に必要な入院時アセスメント用紙の作成(c③)	
			退院後の生活を視野に入れた入院時アセスメント用紙を活用した入院時アセスメントの実施(c②)	
	退院後の生活のための多職種参加のカンファレンスの企画・開催	退院後の生活のための多職種参加のカンファレンスの企画・開催	多職種参加の入院時カンファレンス(リハビリカンファレンス)の企画・開催(c④)	
			多職種参加の退院前カンファレンスの企画・開催(c④)	
	退院後の療養生活把握のための取り組みの実施(家庭訪問・外来との連携・地域の専門職との連携)	退院後の療養生活把握のための家庭訪問の実施	退院支援事例の検討の推進(d⑦)	
		退院後の療養生活把握のための外来との連携・地域の専門職との連携の実施	退院後の療養生活状況を把握するための家庭訪問の実施・振り返り(cd⑧)	
看護職者の退院支援に関する意識 の変革	退院支援に対する看護師の意識の把握・意見交換の実施	退院支援に対する看護師の意識の把握・意見交換の実施	退院支援事例の検討の推進(d⑦)	
			退院後の療養生活状況を把握するための家庭訪問の実施・振り返り(cd⑧)	
	看護職者の意識改革に向けた教育支援の実施	退院支援に関する定期的なカンファレンス(事例検討)の開催	病棟看護師と外来看護師が連携できる具体的な方法の検討(c⑩、e⑩)	
		看護師の教育プログラムに家庭訪問や勉強会を取り入れる	地域の専門職との連携による退院後の療養生活の把握(b⑥)	
	看護職者の意識の把握・意見交換の実施	退院支援に対する看護師の意識の把握・意見交換の実施	退院支援の取り組みに対する看護師の意識の把握(c⑥c⑨c⑫)	
			②病棟全体での退院支援の課題解決に向けた意見交換(c⑥c⑨c⑫)	
退院支援の組織的体制の構築	病棟内での退院支援の組織的体制の構築	病棟内での退院支援の組織的体制の構築	退院支援に関する定期的なカンファレンス(事例検討)の開催(c⑬)	
			2年目看護師の教育としての家庭訪問の実施(c⑭)	
	医療機関全体の退院支援の組織的体制の構築	医療機関全体の退院支援の組織的体制の構築		退院支援の知識習得のための勉強会の実施(c⑭)
				病棟における退院支援推進の核となる看護師グループの選出・取り組み推進(d①d②d③d④)
				退院支援の取り組みの推進に向けた検討会の開催(e④)
				現継続看護委員と後任者との協働活動(d⑧)
		退院調整看護師の配属		
		退院調整に関する委員会組織の設立		
		関連する委員会との協働(a⑤)		
		病棟看護師と退院調整看護師との適切な協働(d⑨)		
		多職種参加のカンファレンスの定着(c⑮)		
		病棟での効果的な取り組みの院内全体の取り組みへの拡大(a①～④)		

【退院支援の取り組みの確実な実施】では①入院時アセスメント用紙の改善により患者・家族の意向に沿ったアセスメント・計画立案・療養指導の実施ができるようになったこと、【看護職者の退院支援に関する意識の変革】では②退院後の生活状況の把握のため、ケアマネジャーとの連携の必要性を看護師が意識するようになったこと、③チーム内での情報交換が円滑になったこと、看護師への意識調査により振り返りの機会が提供されたこと、退院支援の知識習得のための研修会が開催されことにより、看護師の退院支援に関する意識が向上したことがあり、【退院支援の組織的体制の構築】では④チームナーシング制になり、定期的に退院支援に関する事例検討の機会をもつようになり、師長・チームリーダーがスタッフの退院支援を支援する体制が作られたことがあ

り、4点が確認された(表2)。

2) C医療機関における退院支援の課題解決・発展に向けた取り組み

C医療機関の結核病棟において、2008年12月から2010年6月までに、研修受講者と筆者がともに9回の検討会を行い、「退院支援の課題解決・発展に向けた方策」を活用して現状を確認し、取り組み内容を検討した。取り組みを開始した当初は、院内の退院支援体制が整備されていないこと、スタッフ間の退院支援に関する意識にかなり差があることが課題であり、病棟の退院支援体制づくりから取り組んだ。

C医療機関では、2009年度から地域医療連携室に看護師長が配属され、それを契機に当該病棟では全患者を対象にスクリーニングシートの記載や、退院支援計画書の

表2 B医療機関（回復期リハビリテーション病棟）の退院支援の取り組み

検討会開催時期	退院支援の現状・取り組み、課題・検討内容
2008年11月 (初回)	聞き取りによる病棟の退院支援の現状・課題の把握 1. 「退院支援の課題解決・発展に向けた方策」の視点による聞き取りによる病棟の退院支援の現状把握 2. 退院支援の課題、今後の取り組みの確認 【課題】 1. 記録用紙の整備 2. スタッフの退院支援に関する意識の向上 【検討内容】 今後の取り組みについて検討
2009年6月 (5回目)	「退院支援計画書」「退院支援計画書に添った具体的指導内容」の様式の検討 1. 回復期リハビリテーション病棟用「退院支援計画書」の作成 2. 「退院支援計画書に添った具体的指導内容」の作成 3. 退院支援フローチャートを回復期リハビリテーション病棟用に修正 4. 今後の取り組みについての確認 【課題】 1. 入院時アセスメントの用紙の作成・試行 2. 具体的指導内容の共有のための用紙の作成・試行 【検討内容】 病棟用「退院支援計画書」「退院支援計画書に添った具体的指導内容」の用紙を作成・試行
2010年6月 (8回目)	病棟の退院支援推進の核となる看護師交代後の退院支援の現状・課題 核となる看護師交代後の病棟の退院支援の現状、取り組み状況を後任者とともに「退院支援の課題解決・発展に向けた方策」の視点による取り組みの確認 【課題】 1. 「退院支援計画書に添った具体的指導内容」用紙の記載・活用 2. ケアマネジャーとの連携 【検討内容】 ・入院時アセスメントの用紙の活用により、スタッフの意識が変わってきたことを確認 ・今後も、看護師側からケアマネジャーと連携をとり、退院後の患者・家族の生活についてともに検討できるように取り組む

方策の実施による成果

取り組みの確実な実施	①入院時アセスメント用紙の改善により患者・家族の意向に沿ったアセスメント・計画立案・療養指導の実施が可能になった
看護職者の意識の変革	②退院後の生活状況の把握のためのケアマネジャーとの連携の必要性が認識された ③チーム内での情報交換が円滑になったこと、看護師への意識調査により振り返りの機会が提供されたこと、退院支援の知識習得のための研修会が開催されことにより、看護師の退院支援に関する意識が向上した
組織的体制の構築	④チームナース制になり、定期的に退院支援に関する事例検討の機会をもつようになり、師長・チームリーダーがスタッフの退院支援を支援する体制が作られた

記載を行うことが決定され、入院時アセスメントが確実に行われるようになった。また2010年度からは退院調整委員会が発足し、病院全体の退院支援の組織的体制は整備されてきた。

当該病棟において「退院支援の課題解決・発展に向けた方策」を活用して取り組みを実践した成果として、**【退院支援の取り組みの確実な実施】**では①院内共通の入院時アセスメント用紙が整備され、院内全体で入院時アセスメントを実施するようになったこと、②患者・家族の意向を確認するために、入院2週間以内に初回面談を行う取り組みが始められたことがあり、**【看護職者の退院支援に関する意識の変革】**では③退院支援の必要性を重視している看護師が集まって月に1回事例検討を行っていたことで、参加者の退院支援に関する意識の向上につながったこと、**【退院支援の組織的体制の構築】**では④退院調整委員会が発足し、各部署から1人ずつ委員が選出されて、病院全体として退院支援の組織的体制が整備されてきたことがあり、4点が確認された(表3)。

3) D医療機関における退院支援の課題解決・発展に向けた取り組み

D医療機関の内科病棟において2009年1月から、2010年7月までに退院調整委員である研修受講者が筆者とともに9回の検討会を行い「退院支援の課題解決・発展に向けた方策」を活用して現状を確認し、取り組み内容を検討し、病棟の退院支援の課題解決に向けて取り組んだ。

D医療機関は、過疎地域の基幹病院であり、入院患者に高齢者が多いという特徴から、退院支援が必要な患者も多く、看護師とMSW(医療ソーシャルワーカー、以下MSWと示す)との確実な情報共有と、看護師の退院支援に関する意識の向上を課題として取り組んだ。取り組み経過の中で、2009年度よりDPC(診断群分類包括評価、以下DPCと示す)の導入や看護配置7対1の導入があり、在院日数の短縮化が強化され、各病棟での退院支援が推進された。

当該病棟において「退院支援の課題解決・発展に向けた方策」を活用して取り組みを実践した成果として、**【退院支援の取り組みの確実な実施】**では①入院時アセ

表3 C医療機関（結核病棟）の退院支援の取り組み

検討会開催時期	退院支援の現状・取り組み、把握された課題・検討内容
2008年12月 (初回)	<p>聞き取りによる病棟の退院支援の現状・課題の把握</p> <p>1. 「退院支援の課題解決・発展に向けた方策」の視点による聞き取りによる病棟の退院支援の現状把握</p> <p>2. 退院支援の課題、今後の取り組みの確認</p> <p>3. 退院支援の取り組みの提案</p> <p>1)退院支援に関する知識の共有の場を持つ 2)定期的な検討会の開催</p> <p>【課題】1. 病棟での退院支援体制づくり 2. 病棟看護師の退院支援に関する意識の向上</p> <p>【検討内容】今後の取り組みについて検討</p>
2009年5月 (4回目)	<p>院内全体の退院支援体制の構築に向けた検討</p> <p>地域連携室に師長が配属によりされたことで、当該病棟をモデル病棟として、院内全体の退院支援体制の整備が開始された</p> <p>1. 院内全体の退院支援体制構築に向けた取り組み</p> <p>2. 入院時アセスメントのための「スクリーニングシート」の考案</p> <p>3. 病棟独自の退院支援プログラムの作成</p> <p>【課題】1. 病棟での退院支援体制づくり 2. スタッフの退院支援に関する意識の向上 3. 院内全体の退院支援体制の構築</p> <p>【検討内容】・院内全体のスクリーニングシート作成に向けて検討 ・病棟独自の退院支援プログラムを作成し、その内容を確認</p>
2010年6月 (9回目)	<p>病棟の退院支援推進の核となる看護師交代後の退院支援の現状・課題</p> <p>「退院支援の課題解決・発展に向けた方策」の視点による退院支援の現状の確認院内の委員会組織として退院調整委員会が発足し、退院調整委員が病棟の核となって前任者の取り組みを引き継いで行っていた</p> <p>【課題】1. 受け持ち看護師が中心となり退院支援に取り組む体制づくり 2. スタッフの退院支援に関する意識の向上</p> <p>【検討内容】・病棟において退院調整委員会の趣旨、退院支援の方法、病棟目標に面談の実施を掲げたことを伝えスタッフ間で共有 ・退院調整委員による初回面談の実施状況の把握・取り組みの促進 ・退院調整委員以外に退院支援のリーダーを各チームから1人以上選出、チーム内のスタッフへの支援体制づくり</p>

方策の実施による成果

取り組みの確実な実施	①院内共通の入院時アセスメント用紙が整備され、院内全体で入院時アセスメントを実施するようになった ②患者・家族の意向を確認するために、入院2週間以内に初回面談を行う取り組みが始められた
看護職者の意識の変革	③退院支援の必要性を重視している看護師が集まって月に1回事例検討を行っていたことで、参加者の退院支援に関する意識の向上につながった
組織的体制の構築	・2009年度より地域医療連携室に看護師長が配属され、院内全体として、「スクリーニングシート」「退院支援計画書」が整備された ④退院調整委員会が発足し、各部署から1人ずつ委員が選出されて、病院全体として退院支援の組織的体制が整備されてきた

メントの用紙（スクリーニングシート）の記載が徹底されたことで、入院時アセスメントを確実に実施するようになったこと、②カードックスの様式の改善により、退院後の生活に向けた具体的な療養指導内容がスタッフ間で共有できるようになったこと、③MSWとのカンファレンスが定着したことがあり、【看護職者の退院支援に関する意識の変革】では④チーム内の退院支援に関するカンファレンスも開催されるようになり、看護師の関心が高められたこと、【退院支援の組織的体制の構築】では⑤師長、主任、退院調整委員がスタッフの退院支援を支援する体制が作られたことがあり、5点が確認された（表4）。

これらの医療機関の退院支援の発展を「退院支援の課題解決・発展に向けた方策」の視点でみると、B医

療機関のように【退院支援の取り組みの確実な実施】が継続され、【看護職者の退院支援に関する意識の変革】が進められ、【退院支援の組織的体制の構築】へと発展していく場合と、C、D医療機関のように【退院支援の組織的体制の構築】が先行して、それを実施するために病棟の体制が作られて【退院支援の取り組みの確実な実施】が始められ、取り組みを続ける中で【看護職者の退院支援に関する意識の変革】が進められる場合があった。どの医療機関もそれぞれのやり方で発展に向けて進めることができおり、それぞれの方策は相互に影響を与えながら進んでいくことが示された。したがって、「退院支援の課題解決・発展に向けた方策」を活用して医療機関の課題や取り組みの方向性を検討し、着実に取り組みを実施することが、医療機関の課題解決・発展につなが

表4 D医療機関（内科病棟）の退院支援の取り組み

検討会開催時期	退院支援の現状・取り組み
2009年1月 (初回)	<p>聞き取りによる病棟の退院支援の現状・課題の把握</p> <p>1. 「退院支援の課題解決・発展に向けた方策」の視点による聞き取りによる病棟の退院支援の現状把握</p> <p>2. 退院支援を行う上での課題:・経験のあるスタッフと若いスタッフとの知識の差がある・週1回MSWとカンファレンスを予定しているが時間調整が難しい・MSWとの情報共有が不十分で、方向性にずれが生じ、看護師の関わりが中途半端になる</p> <p>【課題】1. 看護師とMSWとの確実な情報共有 2. スタッフの退院支援に関する意識の向上</p> <p>【検討内容】・今後の取り組みについて検討・事例検討により病棟の退院支援の課題を明確にする・事例検討の内容を共有しスタッフの退院支援に対する意識を高める・MSWとの週1回のカンファレンスを確実に開催する</p>
2009年5月 (3回目)	<p>病棟の退院支援の課題を明確化に向けた事例検討</p> <p>1. 事例検討会の進め方についての検討</p> <p>2. 現在退院支援が必要な事例の事例検討(70歳台男性、心不全、糖尿病)</p> <p>【課題】1. 看護師とMSWとの確実な情報共有 2. スタッフの退院支援に関する意識の向上</p> <p>【検討内容】・病棟の退院支援の課題を把握するため事例検討を行ったが、退院後の社会資源の活用に向けても、MSWとの情報共有は不可欠であると捉え、「看護師とMSWとの確実な情報共有」を課題にあげた</p>
2010年7月 (9回目)	<p>退院調整委員交代後の病棟の退院支援の現状・課題</p> <p>4月に退院調整委員が交代したが、前任者も共に病棟の退院支援充実にに向けて取り組んでいる「退院支援の課題解決・発展に向けた方策」の視点による病棟の退院支援の現状・課題を再確認した</p> <p>【課題】1. 看護師とMSWとの確実な情報共有 2. 病棟での退院支援体制づくり 3. 退院支援事例の事例検討の推進</p> <p>【検討内容】病棟の退院支援の発展の確認</p> <p>・退院調整委員、チームリーダーにより、スタッフへの支援が行われている・経時的に退院支援内容や患者・家族の意向が書けるシートを作成し活用している・入院前の生活を意識してADL低下が最小限になるよう看護計画を立案している</p>
方策の実施による成果	
取り組みの確実な実施	<p>①入院時アセスメントの用紙の記載が徹底されたことで、入院時アセスメントを確実に実施するようになった</p> <p>②カードックスの様式の改善により、退院後の生活に向けた具体的な療養指導内容がスタッフ間で共有できるようになった</p> <p>③MSWとのカンファレンスが定着した</p>
看護職者の意識の変革	<p>④チーム内の退院支援に関するカンファレンスも開催されるようになり、看護師の関心が高められた</p>
組織的体制の構築	<p>・2009年度よりDPC導入、看護配置7対1となったことで、医療機関全体としては在院日数の短縮化にむけた取り組みが強化された</p> <p>⑤師長、主任、退院調整委員がスタッフの退院支援を支援する体制が作られた</p>

り、有効であることが検証された。

IV. 考察

本研究において、複数の医療機関における退院支援の質向上に向けた取り組み経過より、医療機関の「退院支援の課題解決・発展に向けた方策」を明確にした(表1)。そこで、退院支援の課題解決・発展につながる方策の「退院支援の取り組みの確実な実施」「退院支援の組織的体制の構築」「看護職者の意識改革」の3つの視点より、退院支援の質向上に向けた看護のあり方を検討する。

1. 退院支援の取り組みの確実な実施

1) 退院後の生活を視野に入れた入院時アセスメントの確実な実施

医療機関においては、在院日数の短縮化に向けて約6割が退院支援部署を有するようになり¹⁾、入院時スク

リーニングの実施により退院支援部門の支援の必要性をアセスメントしている医療機関も増えている。しかし、入院時アセスメントにおいては、退院支援部門の支援の必要性の有無を判断するだけでは不十分であり、入院時に患者・家族の入院前の生活や退院後の生活への意向を確認し、病状や治療も含めて退院時の状態を予測して、退院後の生活を想定したうえで退院時の目標設定に結びつけることが必要となる¹²⁾。本研究において、退院支援の課題解決に向けた取り組みとして、入院時アセスメントの用紙を改善し、その項目に沿った記載を続けることで、看護師個々が、患者・家族の退院後の療養生活を見据えたアセスメントの視点を持てるようになった。そして、退院時の患者の身体状態やその後の療養生活を視野に入れることで、入院前の生活を知ることや、患者・家族の意向を確認することの必要性に気づき、それが退院

後の生活状況の予測につながった。そして、退院後の自立した生活に向けてADL低下を最小限にするためのケアや、退院後の生活を見据えた患者・家族への療養指導の実施、そして退院後の生活環境を整備するための支援に結びついたといえる。

2) 退院後の生活のための多職種参加のカンファレンスの確実な実施

多職種参加の退院前カンファレンスは、患者・家族、院内の多職種、地域の専門職が参加して行われた。ここでは、在宅移行における支援の継続に向けた情報共有がなされ、在宅生活上の課題について検討が行われ、サービス利用などの具体的な支援が検討された。患者・家族にとって退院前カンファレンスは、退院後の生活をイメージしたうえでの意思決定が可能となり、在宅での具体的な支援内容が確認できることにより、退院後の生活への安心の保障につながっている。

退院支援は、多職種協働によって行われるチームアプローチであり、病院内外の専門職が知恵と力を合わせて目標に向かって取り組む目標指向型アプローチであると示されている¹³⁾ように、退院支援は看護職者の支援のみで完結されるものではなく、複数の専門職がお互いの専門性を発揮しながら医療機関全体で取り組むものである。入院早期から多職種参加のカンファレンスが開催されることによって、その患者・家族を中心としたチームが作られ、患者・家族の意思決定を支援しながら、退院時の目標や退院後の望む生活に向けて、専門職が協働で専門性を生かして取り組むことができると考える。

3) 退院後の療養生活把握のための取り組みの実施

看護師が家庭訪問を行って退院後の療養生活を把握することによって病棟での退院支援内容を評価する機会となると同時に、患者・家族の言動より在宅生活での満足感を感じることで、看護師のモチベーションの向上にもつながる。筆者の関わったB、C、Dの医療機関では、外来との連携も、家庭訪問も行われていなかったが、退院後の生活状況を把握する重要性は理解されており、在宅での療養生活を支援するケアマネジャーとの円滑な連携に向けて取り組んでいた。患者・家族のニーズに基づく退院支援の評価のためには、患者・家族の生活の場に向き、実際に思いを聞き、生活状況を確認し、入院中に不足していた支援がある場合は、継続的に支援が得られ

るように対応することが含まれると考えられ、その確実な実践によって患者・家族の安心した療養生活の保障につながると考える。

2. 退院支援の組織的体制の構築

1) 病棟内での退院支援の組織的体制の構築

病棟での退院支援体制の構築には、退院支援の推進の核となる看護師と、看護師長、主任、チームリーダーなどの協力者が必要であるといえる。そして、核となる看護師の支援を受けながら退院支援の取り組みを重ねることで、看護師個々の退院支援の実践力および意識が向上する。そうなれば、スタッフの異動があっても退院支援の取り組みは継続され、さらに実践の改善のための検討がなされるようになり、課題が解決できる病棟の退院支援体制が構築されると考える。

2) 医療機関全体の退院支援の組織的体制の構築

退院調整看護師は、退院支援に関する委員会の運営などを担い、院内全体の退院支援の充実にに向けてリーダーシップを取る。そして多職種を巻き込んだチームを形成し、病棟看護師への教育支援の役割を持っている¹⁴⁾。退院調整看護師が病棟看護師と協働して取り組む中で退院支援の実践モデルを示すことが、病棟看護師への教育支援をとなり、退院支援の質の向上につながると考える。

また、病棟の退院支援推進の核となる看護師への教育は、退院支援に関する委員会が担っていることが多い¹⁵⁾。A医療機関でも継続看護委員会での検討によって各病棟での効果的な取り組みを院内全体の取り組みへと発展させており、退院支援に関する委員会組織が充実することによって、院内全体の退院支援体制の充実につながると考える。

3. 看護職者の退院支援に関する意識の変革

退院後の療養生活を把握するための家庭訪問では、病気や障害を持ちながらも自己決定しながら生き生きと生活している患者・家族に出会えた。自宅での患者・家族の生活状況を把握することは病棟での退院支援の評価として重要であると同時に、看護師にとって自身の行った支援が患者・家族の安心した生活に繋がっているという成功体験となり、退院支援に関する意識の向上につながる。

退院支援においては、患者の意思や退院後の生活に関する情報を把握し、病気や障害による変化により揺れ動

く心も含めて、生活者として患者を受け止め自己決定を支援することであり¹⁶⁾、それは人を過去の経験をもち、そこから今の考え方や生き方につながり、今後の自分の生き方についても意思決定しながら生きていく1人1人の存在と捉えることである¹⁷⁾。入院期間は、人生の中の一部であるが、病気や障害により変化した生活に適応するための支援は、その後の患者・家族の人生に大きく影響する。それゆえ、個々の看護職者が事例検討や家庭訪問等を通して退院支援の重要性を理解し、患者個人の尊厳を尊重した意思決定への支援ができるように教育支援を推進し、意識の変革を促す必要がある。

V. 結論

①医療機関の退院支援の課題解決・発展に向け取り組むためには、【退院支援の取り組みの確実な実施】【退院支援の組織的体制の構築】【看護職者の退院支援に関する意識の変革】の方策の視点で現状を把握し、客観的に課題と発展の方向性を見極めることが重要である。

②退院支援の質向上においては、まず患者・家族の意思決定に基づく退院後の生活を視野に入れた入院時アセスメントを確実にを行い、多職種、患者・家族を含めたカンファレンス等を有効に活用しながら、退院後の生活に向けた準備を進める取り組みが基盤となることが確認できた。

③退院支援の組織的な体制の構築としては、病棟での退院支援を推進する看護師を中心とした支援体制を整備すると同時に、病棟での活動を支援する関連委員会活動を充実させ、退院支援部門と実質的に連携することが重要である。

④看護職者が患者・家族を生活者と捉えて、その意思決定に沿った退院支援の重要性を理解し、実践できる能力を高めるためには、病棟における事例検討・学習会など、退院支援についての認識を深める機会を継続的に提供することが必要であると考えられる。

上記①～④に取り組むことが、看護職者の退院支援に関する看護実践能力および意識の向上につながり、医療機関における退院支援の質向上に向けた看護のあり方であると考える。

謝辞

本研究にあたり、課題解決・発展の取り組みにご了解をいただきました医療機関の施設長・看護部長をはじめ、取り組みにご協力いただきました看護職の皆様には深謝申し上げます。また、家庭訪問等のご協力をいただきました患者・ご家族の皆様にも深謝申し上げます。そして、ご指導いただきました岐阜県立看護大学大学院看護学研究科の先生方にも心より感謝申し上げます。

なお本論文は、岐阜県立看護大学大学院看護学研究科における平成22年度博士論文の一部に加筆・修正を加えたものである。

文献

- 1) 高島尚子, 寺澤典子: 解説平成24年度診療報酬改定, 看護, 64(8); 70-79, 2012.
- 2) カーン洋子, 樋口キエ子, 原田静香, 他: 大学病院療養指導室における退院支援の実態と退院支援体制の検討 (第1報), 順天堂大学医療看護学部 医療看護研究, 3; 82-89, 2007.
- 3) 平松瑞子, 中村裕美子: 療養者とその家族の退院に関連する療養生活への不安, 大阪府立大学紀要, 16(1); 9-19, 2010.
- 4) 藤澤まこと: 医療機関の退院支援の質向上に向けた看護のあり方に関する研究 (第1部), 岐阜県立看護大学紀要, 12(1); 57-65, 2012.
- 5) 藤澤まこと, 普照早苗, 森仁実, 他: 退院調整看護師の活動と退院支援における課題, 岐阜県立看護大学紀要, 6(2); 35-41, 2006.
- 6) 藤澤まこと, 普照早苗, 森仁実, 他: 組織の中での退院調整システムの確立に向けて, 岐阜県立看護大学平成17年度共同研究事業報告書; 63-67, 2006.
- 7) 藤澤まこと, 普照早苗, 河村めぐみ, 他: 病院利用者の望む療養生活に向けての退院支援の充実, 岐阜県立看護大学平成18年度共同研究事業報告書; 27-32, 2007.
- 8) 藤澤まこと, 普照早苗, 黒江ゆり子, 他: 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, 岐阜県立看護大学平成19年度共同研究事業報告書; 57-62, 2008.
- 9) 藤澤まこと, 普照早苗, 黒江ゆり子, 他: 退院後の療養生活を視野に入れた退院支援の充実に向けた方策の検討, 岐

- 岐阜県立看護大学平成20年度共同研究事業報告書 ; 58-63,
2009.
- 10) 藤澤まこと, 普照早苗, 黒江ゆり子, 他 : 退院後の療養生活を視野に入れた退院支援の充実にに向けた方策の検討, 岐阜県立看護大学平成21年度共同研究事業報告書 ; 40-45, 2010.
 - 11) 永田智子 : 退院調整における看護の今とこれから 退院支援の発展 いつでもどこでも, 安心してケアを受けられるために, 保健の科学, 52(5) ; 323-326, 2010.
 - 12) 任和子 : 治し支える医療における看護師のアセスメントの意義, 看護診断, 15(1) ; 62-67, 2010.
 - 13) 篠田道子 : 退院支援者に求められる役割と機能 院内チームと地域連携システムづくりを中心に, 地域連携network, 1(4) ; 5-10, 2008.
 - 14) 伊波早苗, 河村光子, 吉田理香, 他 : 看護師を核として病院全体で取り組む退院支援の実践, 地域連携network, 1(4) ; 18-25, 2008.
 - 15) 上谷いつ子 : 退院支援のあらたな取り組み Discharge support team (DST:退院支援チーム)の活動, 看護実践の科学, 34(6) ; 66-72, 2009.
 - 16) 前掲12) .
 - 17) 黒江ゆり子, 藤澤まこと, 三宅薫, 他 : 看護学における「生活者」という視点についての省察, 看護研究, 39(5) ; 3-9, 2006.

(受稿日 平成24年 9月20日)

(採用日 平成25年 2月 1日)

**Research on the Ways of Nursing for Improving the Quality of Discharge Support
in Medical Institutions Part2 ;
Clarify Measures for Solving Issues and Developing Discharge Support**

Makoto Fujisawa

Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

Abstract

The aim of this research was to determine methods of approaching discharge support in medical institutions, measures to build an organizational structure for this discharge support, measures to increase awareness of discharge support among, and aspects of nursing that may improve the quality of discharge support.

The first step was to clarify the process of development of discharge support in medical institutions, followed by investigation of measures for resolving issues. The second step was to verify the measures for solving issues and developing discharge support in multiple medical institutions.

From the process of development of discharge support in medical institution A, the following “measures for resolving issues and developing discharge support” were adopted: implementation of assessments on admission with a view toward life after discharge, planning and holding of an interprofessional conference for life after discharge, implementation of an approach to understanding postdischarge issues (home visits, etc.), understanding of nurses’ awareness of discharge support and implementation of educational support for increasing nurses’ awareness, and establishment of a discharge support system.

Having applied the “measures for resolving the issues and developing discharge support” approaches in medical institutions B, C, and D, it was suggested that the issues surrounding discharge support at these institutions had been clarified and that tackling them progressively would lead to enhanced and effective discharge support.

To summarize, the following approaches can be recommended to improve the quality of discharge support: Understanding patients’ living conditions from the time of admission to discharge, organizing a conference involving patients and their families with the aim of preparing for the patients’ life after discharge, building an organizational structure in cooperation with the department for discharge support, and constructing an educational system aimed at facilitating nurses’ support of patients’ decision making.

Keywords: discharge support, measures for resolving issues, decision-making, support