

## 〔資料〕

## 退院支援の質向上に向け病棟看護師が取り組む課題の検討

藤澤 まこと 渡邊 清美 加藤 由香里 黒江 ゆり子

## Consider Issues that Ward Nurses Tackle to Improve the Quality of Discharge Support

Makoto Fujisawa, Kiyomi Watanabe, Yukari Kato and Yuriko Kuroe

## I. 背景と目的

わが国では超高齢社会となり、「団塊の世代」が75歳以上の後期高齢者となる2025年に向け医療提供体制は医療機関完結型から地域完結型へと移行され、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療等の充実が推進されてきた。具体的には、2014年度の診療報酬改定においては、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を実現することが明示された。また医療機関では、地域包括ケアシステムを支える病棟として、急性期治療を経過した患者の受け入れ、在宅で療養を行っている患者等の受け入れ、在宅・生活復帰支援の役割を持つ地域包括ケア病棟が新設された（厚生労働省，2014）。その中で病棟看護師には、患者の次の療養場所へのスムーズな移行を支援し、切れ目のない医療や看護のための役割、すなわち地域完結型の看護実践がもたらされている（牛久保ら，2017）。そして医療サービス利用者の多様なニーズに対応するためには、医療機関の看護職者の行っている退院支援の質向上が求められており、その利用者ニーズに対応するためには、退院支援に必要な知識・技術を習得し、多職種と連携しながら支援方法を構築していく能力をもつ看護職者の育成が求められると考える。

A県においては2004年から退院支援を看護の質向上のための重要課題として取り上げ、県内の看護実践の質向上と人材育成を担う看護行政担当課と看護大学が協働して、県内の看護職者への退院支援に関する教育支援を継続しており、参加者のニーズを踏まえてプログラム内容に改善を

重ね、看護職者の退院支援に関する知識と意識の向上を図っている（藤澤，2017）。そこで先駆的に取り組むA県をモデルとして、「利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成システムの構築」に取り組むこととした。当該人材育成システムでは、医療機関の所属部署の退院支援の課題を明確にして課題解決の方策を考案し、多職種と協働しながら中核となって退院支援の質向上に取り組める看護職者の育成を目指す。

まずはA県内の医療機関の看護職者を対象に退院支援に関する実態調査を行い、病棟看護師が退院支援の充実に向け実際に取り組んでいることや困難に思うこと等の現状を把握したうえで、退院支援の質向上に向け各部署の病棟看護師が取り組む課題を検討し、今後の当該人材育成システム構築に繋げる必要がある。

そこで本研究では、A県内の医療機関の一般病棟と地域包括ケア病棟の看護師が取り組む退院支援の現状を把握し、退院支援の質向上に向け病棟看護師が取り組む課題を検討することを目的とする。

## II. 方法

1. 調査対象：A県内の全ての医療機関（ここでは県内102の病院を指す）の一般病棟看護師、地域包括ケア病棟看護師を対象とした。看護部長に質問紙を郵送し、一般病棟看護師および地域包括ケア病棟看護師の中で各1名回答者を推薦してもらい、当該看護師に手渡してもらうことにより質問紙調査を依頼した。質問紙は無記名とし、自由意思による個別での返送を依頼した
2. 調査内容：一般病棟看護師、地域包括ケア病棟看護師

への調査内容は、回答者の概要、退院支援の充実に向け取り組んでいること、退院支援における患者・家族への支援のなかで困難に思うこと、スタッフ教育のなかで困難に思うこと、今後取り組みたいことであった。

3. 調査期間：2017年4月10日に質問紙を郵送し、5月10日を提出期限とした。

4. 分析方法：対象者の概要は単純集計を行った。自由記載内容は、記載内容を意味内容ごとに分けて要約し、意味内容が同じものを集めて帰納的に分類した。分析内容については共同研究者間での同意確認を得た。

### Ⅲ. 倫理的配慮

質問紙調査では質問紙とともに研究目的・方法、公表の意図、自由意思の尊重等を記載した説明書を同封して郵送し、質問紙の返送をもって同意とした。質問紙は無記名とし匿名性を遵守した。回答者の選定にあたり強制力がかからないよう、自由意思による個別での返送を依頼した。なお本研究は、岐阜県立看護大学研究倫理委員会の審査を受け承認を得た（承認番号0178：2016年12月承認）。

### Ⅳ. 結果

A県内の102の医療機関の看護部長に質問紙を郵送し、一般病棟看護師および地域包括ケア病棟看護師の中で各1名の回答者を推薦してもらい、当該看護師に手渡してもらった。一般病棟看護師23名（回収率22.5%）、地域包括ケア病棟看護師11名（2017年8月時点でA県において地域包括ケア病棟の届け出のある医療機関数は31施設であり、回収率は35.5%）より回答を得た。

#### 1. 質問紙調査回答者の概要

一般病棟の回答者の経験年数は、5～10年未満が1名、10～15年未満が5名、15～20年未満が5名、20年以上が5名、未記入7名であった。看護配置は、7対1が13施設、10対1が4施設、13対1が1施設、15対1が4施設、その他が1施設であった。地域包括ケア病棟の回答者の経験年数は、5～10年未満が1名、10～15年未満が1名、15～20年未満が3名、20年以上が6名であった。看護配置は、10対1が6施設、13対1が5施設であった。

#### 2. 医療機関の一般病棟・地域包括ケア病棟の退院支援の現状

一般病棟看護師、地域包括ケア病棟看護師への質問紙調

査結果の自由記載内容を意味内容ごとに分けて要約し、意味内容が同じものを集めて帰納的に分類した。なお以下【】は分類を、[ ]は小分類を示す。

#### 1) 退院支援の充実に向けた取り組みの現状

(1) 一般病棟看護師として退院支援の充実に向けて取り組んでいること

一般病棟看護師の退院支援の充実に向けて取り組んでいることの記載内容は41件あり意味内容により13に分類された。具体的には、患者・家族への退院支援の実践として【患者・家族の思いを聴き希望に沿えるよう支援する】5件、【患者・家族より情報収集し入院前・退院後の生活状況を把握する】5件、【退院先に合わせたADLの支援を行う】1件、【入院時に患者・家族に支援体制を説明する】1件があった。病棟看護師間の支援内容の検討・評価として【退院支援カンファレンスを行い支援内容を検討する】4件、【事例検討を行い支援を振り返る】4件、【患者の評価を確実に行う】1件があった。また多職種との連携として【多職種参加のカンファレンスを開催し患者・家族の思いを取り入れた支援を行う】7件、【多職種を巻き込んで退院支援を進める】5件があり、退院支援担当部門との連携として【患者・家族の希望がかなえられるよう退院支援担当部署との連携を図る】3件があった。スタッフへの教育支援として【介護保険の勉強会を行う】1件があり、支援体制に関する【情報収集の統一化に取り組む】1件、【カンファレンスのあり方を検討する】2件があった（表1）。

(2) 地域包括ケア病棟看護師として退院支援の充実に向けて取り組んでいること

地域包括ケア病棟看護師として、退院支援の充実に向けて取り組んでいることの記載内容は29件あり、意味内容により10に分類された。具体的には患者・家族への支援として【在宅生活を視野に入れた生活支援・介護指導を行う】3件、【病棟内でリハビリテーション・レクリエーションを実施する】5件があった。病棟看護師間の支援内容の検討・評価として【退院支援カンファレンスを確実に行う】3件、【退院前・退院後訪問を実施する】4件があった。また看護師間の連携として【看護職同士が情報共有を行い連携を密にする】2件があり、多職種間の連携として【毎週多職種参加のカンファレンスを開催する】3件があった。スタッフへの教育支援としては【退院支援に関する勉強会を開催する】2件、【スタッフの退院支援能力の向上に向

表1 一般病棟看護師として退院支援の充実に向けて取り組んでいること

(n=23)

分類	小分類
患者・家族の思いを聴き希望に沿えるよう支援する (5件)	患者・家族の思いを聴く (2件)
	患者・家族と話し合い希望のかたちになるようにする (2件)
	患者・家族の思いを聴き自宅退院できるよう調整する (1件)
患者・家族より情報収集し入院前・退院後の生活状況を把握する (5件)	家族から情報収集し患者の現状を伝える (2件)
	入院早期に入院前の生活状況について情報を得る (2件)
	患者・家族より退院後に関する情報収集を行う (1件)
退院先に合わせたADLの支援を行う (1件)	退院先に合わせたADLの支援を行う (1件)
入院時に患者・家族に支援体制を説明する (1件)	入院時に患者・家族に支援体制を説明する (1件)
退院支援カンファレンスを行い支援内容を検討する (4件)	日々のカンファレンスで退院支援内容を検討する (1件)
	毎週1回退院支援カンファレンスを行う (2件)
	退院支援のフローチャートの進行状況を確認する (1件)
事例検討を行い支援を振り返る (4件)	振り返りの事例検討を行う (1件)
	ケースカンファレンスを行う (3件)
患者の評価を確実にを行う (1件)	患者の評価を確実にを行う (1件)
多職種参加のカンファレンスを開催し患者・家族の思いを取り入れた支援を行う (7件)	多職種参加のカンファレンスを行い家族の希望を取り入れた支援を行う (1件)
	入院初期・後期の多職種・家族参加のカンファレンスを行い同じ目標に向け進める (1件)
	リハビリスタッフとカンファレンスを行い患者の状況・思いを共有する (1件)
	他職種参加のカンファレンスの充実に取り組む (2件)
	担当者会議を積極的に行う (1件)
	スタッフと情報共有する (1件)
多職種を巻き込んで退院支援を進める (5件)	医師も巻き込んで退院支援を進める (3件)
	MSWと情報共有し協力する (2件)
患者・家族の希望がかなえられるよう退院支援担当部署との連携を図る (3件)	退院支援担当部門との連携を図る (2件)
	患者・家族の希望がかなえられるように退院支援担当部門と共に調整する (1件)
介護保険の勉強会を行う (1件)	介護保険の勉強会を行う (1件)
情報収集の統一化に取り組む (1件)	情報収集の統一化に取り組む (1件)
カンファレンスのあり方を検討する (2件)	事例を通してのカンファレンスのあり方を検討する (1件)
	チームカンファレンスで多様な意見を聴くことを習慣化する (1件)

け共に取り組む】1件、【退院調整看護師を育成する】1件があり、院内の退院支援体制に関する【退院支援に関するツールを作成し活用する】5件があった(表2)。

## 2) 患者・家族への退院支援の実践のなかでの困難さ

### (1) 一般病棟看護師の捉えた患者・家族への退院支援の実践のなかでの困難さ

一般病棟看護師として、退院支援における患者・家族への支援のなかで困難に思うことの記載内容は43件あり、意味内容により7つに分類された。具体的には退院後の生活に向けた意思決定の困難さとして【患者と家族と医療者のゴールにずれがあり方向性が決まらない】11件、【患者や家族と相談ができず退院に向けた話が進まない】3件、【家族の介護困難により退院先が変更になる】11件、【患者の病状・思い・生活背景等の状況により退院先のめどが

立たない】9件があった。また困難となっている理由として【急性期病棟として退院後の生活に向けた支援が難しい】9件、【利用できる社会資源が少ない】1件があり、【退院支援を困難に思ったことはない】1件もあった(表3)。

### (2) 地域包括ケア病棟看護師の捉えた患者・家族への退院支援の実践のなかでの困難さ

地域包括ケア病棟看護師として、退院支援における患者・家族への支援のなかで困難に思うことの記載内容は20件あり、意味内容により6つに分類された。具体的には意思決定の困難さとして【患者の希望・家族の希望・医療者の判断にずれがある】10件、【地域包括ケア病棟への転入により退院支援の方向性が変わる】4件があった。また困難に関する患者・家族側の理由として【家族との情報共有・今後の方針の検討が難しい】2件、【患者の病状・思い・

表2 地域包括ケア病棟の看護師として退院支援の充実に向けて取り組んでいること (n=11)

分類	小分類
在宅生活を視野に入れた生活支援・介護指導を行う (3件)	食堂での食事摂取を促し生活リズムが確立できるようにする (1件)
	食事摂取状況に関する情報共有を行う (1件)
	在宅生活に合わせた支援・介護指導を行う (1件)
病棟内でリハビリテーション・レクリエーションを実施する (5件)	院内でのレクリエーションを実施する (1件)
	ナースステーション内でサロンを設置する (1件)
	調理動作を取り入れたレクリエーション・リハビリを実施する (1件)
	歩行訓練等の病棟内リハビリを実施する (1件)
	病棟内にリハビリ室を設置し利用する (1件)
退院支援カンファレンスを確実にを行う (3件)	退院支援カンファレンスを確実にを行う (1件)
	ケースカンファレンスを行う (1件)
	毎日のカンファレンスを実施しスタッフの意識の向上も感じられる (1件)
退院前・退院後訪問を実施する (4件)	自宅訪問を行う (1件)
	退院前訪問を実施する (1件)
	退院後訪問を実施する (2件)
看護職同士が情報共有を行い連携を密にする (2件)	早期から退院支援担当部署と連携を密にする (1件)
	訪問看護師と病棟師長が患者の情報交換をする (1件)
毎週多職種参加のカンファレンスを開催する (3件)	毎週多職種カンファレンスを開催する (2件)
	家族も参加する多職種カンファレンスを開催している (1件)
退院支援に関する勉強会を開催する (2件)	退院支援に関する勉強会を開催する (2件)
スタッフの退院支援能力の向上に向け共に取り組む (1件)	スタッフの退院支援能力の向上に向け共に取り組む (1件)
退院調整看護師を育成する (1件)	退院調整看護師を育成する (1件)
退院支援に関するツールを作成し活用する (5件)	転棟サマリーの記載内容を統一する (1件)
	看護計画を立案しスケジュール表を作成し支援する (1件)
	退院支援に関する情報シートを活用する (1件)
	多職種連携カンファレンスシートを活用する (1件)
	退院支援パスの運用をする (1件)

表3 一般病棟看護師の捉えた患者・家族への退院支援の実践のなかでの困難さ (n=23)

分類	小分類
患者と家族と医療者のゴールにずれがあり方向性が決まらない (11件)	患者と家族の退院後に対する思いにずれがあり方向性が決まらない (5件)
	患者・家族が期待するADLと現状にギャップがある (5件)
	患者・家族の思い・希望と医療者のゴールが異なる (1件)
患者や家族と相談ができず退院に向けた話が進まない (3件)	家族と相談できず話が進まない (2件)
	ケアマネジャーが患者や家族と上手くかかわれず話が進まない (1件)
家族の介護困難により退院先が変更になる (11件)	家族の介護困難により自宅退院への受け入れが悪い (6件)
	家族の意識の変化により退院先が変更になる (5件)
患者の病状・思い・生活背景等の状況により退院先のめどが立たない (9件)	在宅療養も施設入所も難しい状況にある (3件)
	治療のゴール・退院の目途が立たない (3件)
	治療は終了しても患者が退院の決定をしない (3件)
急性期病棟として退院後の生活に向けた支援が難しい (9件)	入院時に退院後の生活を予測して支援ができるスタッフが少ない (3件)
	転棟・転院が多く在宅療養に向けた準備がおろそかになる (1件)
	患者の思いを十分に聴く時間がない (1件)
	急性期病院としての役割を伝えることが難しい (1件)
	急性期病棟なので退院支援担当部門に支援を任せてしまう (2件)
利用できる社会資源が少ない (1件)	患者・家族の満足感の有無がわからない (1件)
利用できるサービスの種類も少なく制限がある (1件)	利用できるサービスの種類も少なく制限がある (1件)
退院支援を困難に思ったことはない (1件)	退院支援を困難に思ったことはない (1件)

生活背景等により退院支援が難しい】2件、【介護者が高齢であり、家族の支援が得られない】1件があり、スタッフ側の理由として【意思決定支援に関わるスタッフの能力に差がある】1件があった(表4)。

3) 退院支援におけるスタッフ教育のなかでの困難さ

(1) 一般病棟看護師の捉えたスタッフ教育のなかでの困難さ

一般病棟看護師として、退院支援におけるスタッフ教育のなかで困難に思うことの記載内容は35件あり、内容は9つに分類された。具体的には、スタッフの退院支援の実践に関連した困難として【在宅療養に向けたアセスメント・看護計画立案が難しい】6件、【スタッフの退院支援能力に差がある】5件、【在宅での療養生活のイメージができず予測が難しい】5件、【退院後の生活を視野に入れた支援が難しい】3件があった。一般病棟スタッフの退院支援に対する知識・意識に関する困難さとして【退院後の生活を見据えた支援を考える意識が低い】3件、【社会資源に関する知識不足がある】4件があった。スタッフへの教育支援の困難さとして【スタッフへの退院支援の進め方の周知が困難である】3件、【病棟内で退院支援の教育ができるスタッフが少ない】1件があった。一方で困難に思うことはなく【スタッフと共に退院支援に取り組んでいる】5件もあった(表5)。

(2) 地域包括ケア病棟看護師の捉えたスタッフ教育のなかでの困難さ

地域包括ケア病棟看護師として、退院支援におけるスタッフ教育のなかで困難に思うことの記載内容は15件あり、意味内容により6つに分類された。具体的には、退院支援を実践するにあたり地域包括ケア病棟のスタッフの捉えている困難として【在宅での療養生活のイメージがしにくく支援につなげにくい】4件、【必要な情報収集・情報共有が進まない】1件、【限られた期間内での段階を踏んだ療養指導が難しい】2件があった。地域包括病棟スタッフの退院支援に対する知識・技術・意識に関する困難さとして【退院支援に関する幅広い知識・技術が不足している】3件、【スタッフ全員が同じようにモチベーションを保てない】1件、スタッフへの教育支援の困難さとして【スタッフの退院支援能力の育成が難しい】4件があった(表6)。

4) 退院支援に関して今後取り組みたいこと

(1) 一般病棟看護師として退院支援に関して今後取り組みたいこと

一般病棟看護師として、退院支援に関して今後取り組みたいことの記載内容は31件あり、意味内容により10に分類された。具体的には、患者・家族へ支援として【患者・家族がその人らしい生活を送るための意思決定ができるようにする】2件、【入院時から退院を見据えた支援を継続

表4 地域包括ケア病棟看護師の捉えた患者・家族への退院支援の実践のなかでの困難さ (n=11)

分類	小分類
患者の希望・家族の希望・医療者の判断にずれがある (10件)	患者の希望、家族の希望、医療者の思いにずれがある (1件)
	医療者は自宅退院可能と判断するが家族の受け入れが困難である (1件)
	患者と家族の意向にずれがあり支援が難しい (5件)
	患者のADL回復の限界に対する家族の受け入れが難しい (3件)
地域包括ケア病棟への転入により退院支援の方向性が変わる (4件)	転入後に退院先の方向性が変わる (2件)
	転入後退院に向けた調整が中断し最初からの調整となる (1件)
	退院先が未定のまま転入する場合方向性の決定が遅れる (1件)
家族との情報共有・今後の方針の検討が難しい (2件)	家族と情報交換・共有ができず今後の方針が決められない (1件)
	家族には現状が伝えられず早期からの対応ができない (1件)
患者の病状・思い・生活背景等により退院支援が難しい (2件)	患者・家族の背景の多様さにより意思決定支援・調整が難しい (1件)
	長期の入院を希望するため、退院の時期が決定しない (1件)
介護者が高齢であり家族の支援が得られない (1件)	介護者が高齢であり家族の支援が得られない (1件)
意思決定支援に関わるスタッフの能力に差がある (1件)	意思決定支援に関わるスタッフの能力に差がある (1件)

表5 一般病棟看護師の捉えたスタッフ教育のなかでの困難さ

(n=23)

分類	小分類
在宅療養に向けたアセスメント・看護計画立案が難しい (6件)	入院時の情報収集・アセスメントが十分でない (4件)
	看護計画に退院支援が反映されていない (1件)
	病態安定から在宅療養支援への目標の変更が遅れる (1件)
スタッフの退院支援能力に差がある (5件)	経験年数により治療を踏まえた判断やイメージする力に差がある (3件)
	担当看護師の力量の差が大きい (1件)
	看護の視点に差がある (1件)
在宅での療養生活のイメージができず予測が難しい (5件)	在宅での生活のイメージできず必要なサービスがわからない (2件)
	在宅のイメージができずに無理と決めつけてしまう (1件)
	在宅での生活面が思い描けず生活の困難さが予測できない (2件)
退院後の生活を視野に入れた支援が難しい (3件)	日々の業務に追われ退院後の生活を見据えた支援ができない (1件)
	若いスタッフが多く退院後の生活を考えた支援が難しい (1件)
	退院後の生活場所を視野に入れた支援に至らない (1件)
退院後の生活を見据えた支援を考える意識が低い (3件)	日々の担当者が変わるため受け持ち意識が低い (1件)
	日々の担当者は退院後の生活を見据えた介入を考える意識が低い (1件)
	日々の業務に追われ退院支援への関心を持ちにくい (1件)
社会資源に関する知識不足がある (4件)	介護保険の知識が不十分である (1件)
	社会資源に関する知識不足がある (2件)
	知識不足によりサービス調整が滞る (1件)
スタッフへの退院支援の進め方の周知が困難である (3件)	退院支援の進め方の周知が困難である (1件)
	経験の浅い看護師には退院支援の進め方が周知されない (1件)
	パンフレットを活用した退院後の療養指導を始める時期が遅くなる (1件)
病棟内で退院支援の教育ができるスタッフが少ない (1件)	退院後の生活状況を踏まえて病棟内で教育できるスタッフが少ない (1件)
スタッフと共に退院支援に取り組んでいる (5件)	入院早期より退院後の生活を見据えた退院支援に取り組んでいる (3件)
	地域包括ケア病棟との連携ができるようになった (1件)
	若いスタッフの退院支援に対する意識が高い (1件)

表6 地域包括ケア病棟看護師の捉えたスタッフ教育のなかでの困難さ

(n=11)

分類	小分類
在宅での療養生活のイメージがしにくく支援につなげにくい (4件)	在宅での療養生活のイメージを持つことが難しい (2件)
	在宅での療養生活がイメージしにくく支援に繋げにくい (1件)
	在宅・施設での療養生活を見据えた関りが看護計画に反映されない (1件)
必要な情報収集・情報共有が進まない (1件)	必要な情報収集・情報共有が十分進まない (1件)
限られた期間内での段階を踏んだ療養指導が難しい (2件)	限られた期間内での段階を踏んだ療養指導ができない (2件)
退院支援に関する幅広い知識・技術が不足している (3件)	多くの診療科の幅広い基礎知識の教育が難しい (1件)
	退院支援における知識・技術不足がある (2件)
スタッフ全員が同じようにモチベーションを保てない (1件)	スタッフ全員が同じようにモチベーションを保てない (1件)
スタッフの退院支援能力の育成が難しい (4件)	学びを実践に繋げるための教育が難しい (2件)
	意思決定支援に関する能力の育成が難しい (1件)
	療養指導がなく施設入所となる患者が多く退院支援の能力向上は難しい (1件)

する】4件、【退院後の生活状況を把握し支援の評価を行う】5件があった。また多職種との連携として【多職種参加のカンファレンスを行い支援内容を共有する】6件、【地域の多職種との連携が深まるように取り組む】2件があった。スタッフへの教育支援として【退院支援についての知識・意識の向上を図る】6件、【退院支援のできるスタッフを育成する】2件、【研修会に参加する】1件があり、院内の退院支援体制として【退院支援に関するツールの充実に向け検討する】2件、【退院調整看護師を配置する】1件があった(表7)。

(2) 地域包括ケア病棟看護師として退院支援に関して今後取り組みたいこと

地域包括ケア病棟看護師として、退院支援に関して今後取り組みたいことの記載内容は14件あり、意味内容により7つに分類された。具体的には患者・家族へ支援として【退院前・退院後訪問を実施して生活状況を確認し看護に

生かす】6件、【ADLの維持・向上に取り組む】1件、【認知症患者への関りを検討する】1件があった。多職種連携として【看護職者・ケアマネジャーとの連携により退院支援の評価を行う】3件、【退院前カンファレンスの充実を図る】1件があった。スタッフへの教育支援として【退院支援能力の向上を目指し学習会・伝達講習を行う】1件があり、院内の退院支援体制として【退院支援パスの活用を促す】1件があった(表8)。

## V. 考察

A 県内の医療機関の病棟看護師が取り組む退院支援の現状を、退院支援の充実に向け取り組んでいること、患者・家族への退院支援の実践の中での困難さ、スタッフ教育のなかでの困難さの分析結果から捉え、今後取り組みたいことと照合したうえで、退院支援の質向上に向け病棟看護師が取り組むべき課題を以下に検討する。

表7 一般病棟看護師として退院支援に関して今後取り組みたいこと

(n=23)

分類	小分類
患者・家族がその人らしい生活を送るための意思決定ができるようにする(2件)	意思決定支援について学び患者・家族がその人らしい生活を送るための選択ができるようにする(1件)
	患者・家族とじっくり話す時間をもつ(1件)
入院時から退院を見据えた支援を継続する(4件)	入院時から退院を見据えた関わりをもつ(1件)
	急性期病棟における退院支援を充実させる(1件)
	退院支援カンファレンスを継続する(2件)
退院後の生活状況を把握し支援の評価を行う(5件)	退院後の生活状況を把握し支援の評価を行う(2件)
	退院前・退院後訪問を行う(3件)
多職種参加のカンファレンスを行い支援内容を共有する(6件)	入院早期に多職種参加のカンファレンスを行い支援内容を明確にする(4件)
	日々のカンファレンスにMSWの参加を促し協働する(1件)
	退院前に多職種参加のカンファレンスを行い入院中の支援内容を共有する(1件)
地域の多職種との連携が深まるように取り組む(2件)	地域の多職種との連携が深まるように取り組む(2件)
退院支援についての知識・意識の向上を図る(6件)	退院支援についての勉強会を行う(3件)
	スタッフが達成感を感じられるようにする(1件)
	在宅医療のイメージを伝える(1件)
	中堅スタッフの関心を高める(1件)
退院支援のできるスタッフを育成する(2件)	退院支援のできるスタッフを育成する(2件)
研修会に参加する(1件)	研修会に参加する(1件)
退院支援に関するツールの充実に向け検討する(2件)	スクリーニングシートを見直す(1件)
	退院後のサマリーを検討する(1件)
退院調整看護師を配置する(1件)	退院調整看護師を配置する(1件)

表8 地域包括ケア病棟看護師として退院支援に関して今後取り組みたいこと

(n=11)

分類	小分類
退院前・退院後訪問を実施して生活状況を確認し看護に生かす(6件)	退院後の生活状況を確認する(1件)
	退院後訪問回数を増やし病棟の看護に生かす(1件)
	退院前訪問を行う(2件)
	退院前訪問や退院後訪問を行う(2件)
ADLの維持・向上に取り組む(1件)	ADLの維持・向上を目指して取り組む(1件)
認知症患者への関わりを検討する(1件)	認知症患者の役割を考え日課にできるような関わりをする(1件)
看護職者・ケアマネジャーとの連携により退院支援の評価を行う(3件)	外来・病棟・訪問看護が連携し退院支援の評価等行えるシステム作りを目指す(1件)
	退院後訪問や訪問看護師・ケアマネジャーと連携した退院後の生活を知る取り組みにより退院支援の評価を行う(2件)
退院前カンファレンスの充実を図る(1件)	退院前カンファレンスの見直しを行う(1件)
退院支援能力の向上を目指し学習会・伝達講習を行う(1件)	スタッフの退院支援能力の向上を目指し学習会や伝達講習などを行う(1件)
退院支援パスの活用を促す(1件)	退院支援パスの活用を促す(1件)

### 1. 一般病棟看護師の退院支援の現状から捉えた取り組むべき課題

一般病棟の看護師は、入院時早期より「患者・家族の思いを聴く」ことで患者・家族の希望を把握し、入院前の生活状況や退院後の療養生活の状況について把握できるよう取り組んでおり、「退院先に合わせたADLの支援を行う」ことで入院前の生活に近づけるような支援が行われていた(表1)。しかし患者の急な発症や病状悪化によりこの先病状や生活がどのようになるかもわからない状況で「患者と家族の退院後に対する思いにずれがあり方向性が決まらない」ことや、「患者・家族が期待するADLと現状にギャップがある」こと、「患者・家族の思い・希望と医療者のゴールが異なる」ことにより【患者と家族と医療者のゴールにずれがあり方向性が決まらない】等の困難な状況があった。また【患者や家族と相談ができず退院に向けた話が進まない】こと【家族の介護困難により退院先が変更になる】、「治療のゴール・退院の目途が立たない」ことによる支援の困難さがあった。患者・家族の思いを尊重してずれを調整するためには、別々に話を聴き、家族の話し合いの場を設ける必要がある(矢萩, 2017)が、急性期病棟の中で「患者の思いを十分に聴く時間がない」ことや「入院時に退院後の生活を予測して支援ができるスタッフが少ない」こともあり(表3)、患者・家族のその人らしい生活を送るための意思決定に向けた支援が難しい状況があった。また一般病棟看護師の今後取り組みたいことの中に「患者・家族とじっくり話す時間をもつ」ことにより、入院早期に

患者・家族の意思を捉えて「意思決定支援について学び患者・家族がその人らしい生活をおくるための選択ができるようにする」(表7)ことで患者・家族の思いのずれをなくす支援が必要であることが示唆され、「a 患者・家族の思いのずれをなくしその人らしい生活を送るための意思決定支援」が課題と考えられた。

また一般病棟においては「毎週1回退院支援カンファレンスを行う」ことで療養指導等の進捗状況を確認しながら支援を行っていたが(表1)、スタッフへの教育支援の困難さに【在宅療養に向けたアセスメント・看護計画立案が難しい】ことが示された。またスタッフが【在宅での療養生活のイメージできず予測が難しい】ことにより、【退院後の生活を視野に入れた支援が難しい】状況があり(表3)、「b 在宅での療養生活をイメージした支援を行うための教育支援」が課題と考えられた。

さらに支援の充実に向け【事例検討を行い支援を振り返る】ことや【患者の評価を確実に行う】取り組みも行われていたが、【急性期病棟で支援する中での困難さ】として「転棟・転院が多く在宅療養に向けた準備がおろそかになる」(表3)等、退院後の療養生活に向けた支援の不足があり、今後取り組みたいことに「退院後の生活状況を把握し支援の評価を行う」(表7)ことが示された。先行研究でも、退院後同行訪問は病棟看護師が通常では行うことが難しい退院支援の評価の機会となり、看護活動の変化として「患者の退院後の生活を見据えた支援を行うようになった」ことが示された(辻村ら, 2017)。したがって、「退

院前・退院後訪問を行う]ことにより退院後の療養生活を把握し、入院中の退院支援を評価し看護に生かす必要があることが示唆され、「c 退院後の生活状況の把握・支援方法の振り返りによる退院支援の評価」が課題と考えられた。

一般病棟のスタッフの退院支援に関する知識・意識に関しては【社会資源に関する知識不足がある】ことや、[経験年数により治療を踏まえた判断やイメージする力に差がある]ことにより、統一した支援を行ううえでの困難さがあり、【病棟内で退院支援の教育ができるスタッフが少ない】ことも示された(表5)。今後取り組みたいことにも【退院支援についての知識・意識の向上を図る】ことや、【退院支援のできるスタッフを育成する】ことがあった(表7)。病棟看護師として通常のケアを行いながら病棟の係り業務として退院支援に積極的に取り組む退院支援係の配置により、病棟看護師による退院支援実施の機運が高まり、その中でシステム整備や教育が進められる可能性があるとの報告もあり(錦織ら, 2016)、病棟内でスタッフを教育支援できる人材の育成が必要であると考えられた。したがって「d 退院支援に関する知識・技術・意識の向上に向けた教育支援」「e スタッフへの教育支援ができる人材の育成」が課題と考えられた。

上記より、一般病棟の病棟看護師が退院支援の質向上に向けて取り組む課題として、a 患者・家族の思いのずれをなくしその人らしい生活を送るための意思決定支援、b 在宅での療養生活をイメージした支援を行うための教育支援、c 退院後の生活状況の把握・支援方法の振り返りによる退院支援の評価、d 退院支援に関する知識・技術・意識の向上に向けた教育支援、e スタッフへの教育支援ができる人材の育成の5点が考えられた。

## 2. 地域包括ケア病棟看護師の退院支援の現状から捉えた取り組むべき課題

地域包括ケア病棟では、最大60日間の入院期間があるため、[食堂での食事摂取を促し生活リズムが確立できるようにする]ために【病棟内でリハビリテーション・レクリエーションを実施する】等(表2)、退院後の療養生活を見据えたADLの維持向上に向けた取り組みが行われており、今後取り組みたいことにも【ADLの維持・向上に取り組む】(表8)ことが示されていたが、【患者の病状・思い・生活背景等により退院支援が難しい】(表4)状況もあった。自宅復帰が困難な理由に、排泄動作や移動動作の自立度が

低いことが示されており(岩井ら, 2017)、少しでも入院前ADLに近づけ、退院後も患者・家族がその人らしい生活を送るためには、ADLの維持・向上が必要であることが示唆され、「f 退院後の療養生活を見据えたADLの維持・向上への支援」が課題と考えられた。

地域包括ケア病棟看護師の退院支援における困難さとして、[医療者は自宅退院可能と判断するが家族の受け入れが困難である]ことや、[患者のADL回復の限界に対する家族の受け入れが難しい]等の【患者の希望・家族の希望・医療者の判断にずれがある】ことがあった。【地域包括ケア病棟への転入により退院支援の方向性が変わる】こともあり、意思決定支援の困難さが示された(表4)。しかし急性期治療を経過した患者を受け入れているためか、転入後の新たな患者・家族の思いの把握は、退院支援の充実に向け取り組んでいることに含まれていなかったことより、「g 入棟時に患者・家族の思いを把握してずれをなくし意思決定を促す支援」が課題と考えられた。

また地域包括ケア病棟では【患者の病状・思い・生活背景等により退院支援が難しい】状況にあるため、【退院支援カンファレンスを確実に行う】ことで個別に検討し、【毎週多職種参加のカンファレンスを開催する】ことにより多職種間で密に連携しながら在宅復帰に向けた支援を行っていた(表2)。しかしスタッフの退院支援の現状として[在宅での療養生活がイメージしにくく支援に繋げにくい]ことがあった(表6)。特に地域包括ケア病棟では具体的に在宅での生活をイメージできる能力を培うことが求められており(田淵ら, 2018)、在宅での療養生活をイメージした支援を行うための教育支援が必要であることが示唆され、一般病棟と同様の「b 在宅での療養生活をイメージした支援を行うための教育支援」が課題と考えられた。

その対応策も含み、地域包括ケア病棟看護師として今後取り組みたいこととして、【退院前・退院後訪問を実施して生活状況を確認し看護に生かす】ことや、【看護職者・ケアマネジャーとの連携により退院支援の評価を行う】ことが示された(表8)。先行文献には、退院後の患者・家族からのフィードバックを得ることによって退院支援の評価やモチベーションの向上につながる(田淵ら, 2018)ことや、訪問看護連絡票により患者の在宅療養の状況を病棟看護師にフィードバックすることで、看護師の退院支援の振り返りにつながる(宮子ら, 2018)ことも示されており、

地域の多職種との連携により退院支援を評価するシステムの構築が必要であることが示唆された。それより看護師が直接退院後訪問に行ける場合は「h 退院後の生活状況を把握し看護に生かす」ことが課題であり、病棟看護師が退院後訪問に行けない場合は「i 地域の多職種との連携により退院支援を評価するシステムの構築」が課題と考えられた。

また、地域包括ケア病棟では「多くの診療科の幅広い基礎知識の教育が難しい」ことにより【退院支援に関する幅広い知識・技術が不足している】ことや、「療養指導がなく施設入所となる患者が多く退院支援の能力向上は難しい」「意思決定支援に関する能力の育成が難しい」等の【スタッフの退院支援能力の育成が難しい】状況があった（表6）。今後取り組みたいことに【退院支援能力の向上を目指し学習会・伝達講習を行う】もあり（表8）、一般病棟と同様個々のスタッフに対する「d 退院支援に関する知識・技術および意識の向上に向けた教育支援」が課題と考えられた。

また、地域包括ケア病棟では多職種間の情報共有のための【退院支援に関するツールを作成し活用する】取り組みが行われていたが、今後取り組みたいことに【退院支援パスの活用を促す】があり「j 退院支援に関するツールの作成・活用が必要」も課題と考えられた。

上記より、地域包括ケア病棟の病棟看護師が退院支援の質向上に向けて取り組む課題として、f 退院後の療養生活を見据えたADLの維持・向上への支援、g 入棟時に患者・家族の意思を把握してずれをなくし意思決定を促す支援、b 在宅での療養生活をイメージした支援を行うための教育支援、h 退院後の生活状況を把握し看護に生かす、i 地域の多職種との連携による退院支援を評価するシステムの構築、d 退院支援に関する知識・技術および意識の向上に向けた教育支援、j 退院支援に関するツールの作成・活用の7点が考えられた。

### 3. 退院支援の質向上に向け病棟看護師が取り組む課題

上記1、2において一般病棟看護師、地域包括ケア病棟看護師それぞれの取り組む課題を統合し、退院支援の質向上に向け病棟看護師の取り組む課題を検討した。なお、以下統合した課題を『 』で示し、内容が変わらず記号のみを変えた課題は「 」で示す。

まず患者・家族への支援に関する課題として、「g 入棟時に患者・家族の思いを把握してずれをなくし意思決定を

促す支援」は、「a 患者・家族の思いのずれをなくしその人らしい生活を送るための意思決定支援」に含まれると考えて統合し『①患者・家族の意思のずれをなくしその人らしい生活を送るための意思決定支援』とする。fは「②退院後の療養生活を見据えたADLの維持・向上への支援」とする。また退院支援の評価に関する課題として、「c 退院後の生活状況の把握・支援方法の振り返りによる退院支援の評価」に「h 退院後の生活状況を把握し看護に生かす」が含まれると考え統合し『③退院後の生活状況の把握・支援方法の振り返りによる退院支援の評価』とする。そしてiは「④地域の多職種との連携による退院支援を評価するシステムの構築」とする。スタッフへの教育支援に関するbは「⑤在宅での療養生活をイメージした支援を行うための教育支援」、dは「⑥退院支援に関する知識・技術・意識の向上に向けた教育支援」、eは「⑦スタッフへの教育支援ができる人材の育成」とする。そして退院支援の組織的取り組みである課題jは「⑧退院支援に関するツールの作成・活用」とした。以上より、退院支援の質向上に向け病棟看護師が取り組む課題として8点が明確になった。

### 謝辞

本研究にご理解とご協力をいただきました医療機関の看護部長様をはじめ、看護師の皆様には深く感謝申し上げます。

なお本研究は、2016年～2020年度科学研究費助成事業基盤研究C（課題番号：16K12302）「利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成システムの構築」に基づく研究である。

本研究における利益相反はない。

### 文献

- 藤澤まこと，加藤由香里，高橋智子ほか．（2017）．利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた看護職者への教育支援．岐阜県立看護大学紀要，17(1)，119-129．
- 岩井信彦，村尾浩，三浦敏行ほか．（2017）．地域包括ケア病棟からの転帰先が自宅以外であった患者の特徴．理学療法科学，32(4)，573-576．
- 厚生労働省．（2014）．平成30年度診療報酬改定の概要．2019-8-17．<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000037464.pdf>
- 宮子真子，大槻久美，五十嵐ひとみほか．（2018）．病棟看護師

と訪問看護師の退院支援における連携に対する認識 - がん患者の訪問看護連絡票実施後の評価 - . 東北文化学園大学看護学科紀要, 7(1), 27-38.

錦織梨沙, 永田智子, 水井翠ほか. (2016). 病棟看護師が担う退院支援系の配置の有無と病院の特徴および退院支援の取り組み状況との関係. 日本地域看護学会誌, 19(1), 72-79.

田淵知世, 笠島風紗, 田嶋瑞穂ほか. (2018). 地域包括ケア病棟における退院支援の現状と課題 - 病棟師長・病棟看護師・退院調整看護師へのグループインタビューから - . 石川看護雑誌, 15, 99-108.

辻村真由子, 島村敦子, 権平くみ子ほか. (2017). 受け持ち看護師と訪問看護師による退院後同行訪問の実施(第1報) - 病棟看護師の気づきと看護活動の変化 -. 千葉大学大学院看護学研究科紀要, 39, 1-9.

牛久保美津子, 近藤浩子, 塚越徳子ほか. (2017). 退院後の暮らしを見据えた病院看護職育成のための現状と課題: 病棟管理者等へのグループインタビューから. 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 40(2), 67-72.

矢萩実幸. (2017). 病棟に勤務する看護師の後期高齢者の退院支援. 天使大学紀要, 18(1), 45-54.

(受稿日 令和元年8月22日)

(採用日 令和2年1月27日)