

〔原著〕

## 地域包括ケア病棟における訪問看護師と連携した効果的な退院支援のあり方

川久保 砂奈江<sup>1)</sup> 田辺 満子<sup>2)</sup>

### The Effectiveness of Discharge Support in Collaboration with Home-Visit Nurses in Community-Based Integrated Care Wards

Sanae Kawakubo<sup>1)</sup> and Michiko Tanabe<sup>2)</sup>

#### 要旨

本研究では、地域包括ケア病棟において、患者・家族が少しでも長く地域で希望する療養生活を送れるよう訪問看護師（以下、Ns）と入院早期からの連携協働を基盤とした、患者の生活に合わせた効果的な退院支援のあり方を検討することを目的とした。

研究方法は、①退院支援の現状を病棟Nsと他職種に質問紙調査を実施した。加えて地域の訪問Nsと共に事例検討会を開催した。結果から効果的な退院支援の4つの方策を導き、退院支援フローチャート、退院支援シートを修正した。②修正したシートを用いて退院後に訪問看護を利用する患者3名に退院支援を実践し、患者が退院後、訪問Nsとの同行訪問を実施した。③病棟Ns、訪問Ns、多職種に質問紙調査を実施し取り組みを評価した。

結果、①質問紙では【院内外の多職種との連携とずれの調整】をする事等、検討会では【多職種が患者・家族の思いを共有し、同じ気持ちで意思決定支援する】事等の必要性が示された。②では、修正シートを用いて病棟Nsが主体となり、入院から1週間以内に患者情報を収集し、院内外の多職種でカンファレンスを重ね、患者・家族の意向と退院後の生活に合わせた退院支援を実践した。その結果、患者・家族から【在宅で必要な医療処置に対する丁寧な指導が受けられた】と満足感や安心感が語られた。③の結果【入院中から退院後の生活を意識しイメージする】【入院前を含め具体的にADLを確認し必要な介護を検討する】等の意識の変化が確認できた。

以上より、地域包括ケア病棟における訪問Nsと連携協働した退院支援のあり方として、①入院早期に連携して退院支援を実践するため共通のツールをもって体制を保証する、②病棟Nsが主体となり、訪問Nsと患者・家族の意向や在宅生活情報を共有する、③アセスメントの視点や実践状況を十分理解し退院後も継続できるような支援方法を検討する、④院内外の多職種で目標や方針を統一してチームで退院支援を進めることが効果的である。

キーワード：地域包括ケア病棟、訪問看護師、退院支援、継続看護、多職種連携

#### I. はじめに

日本では、社会構造の変化や高齢者のニーズに応えるため、地域包括ケアシステムの構築を推進し、2014年度の診療報酬改定では地域包括ケア病棟が創生された。

筆頭筆者の所属するX病院の内科系地域包括ケア病棟

（以下Z病棟）は30床であり、慢性疾患を抱え、退院後も継続して医療処置が必要な患者を多く受け入れている。在宅での療養生活を送るために必要となる生活リハビリを充実させるとともに、患者が退院後、在宅でかかわる地域のサービス提供者と必要な情報を共有し、必要な医療処置や

1) 朝日大学病院 Asahi University Hospital

2) 岐阜県立看護大学 機能看護学領域 Management in Nursing, Gifu College of Nursing

看護ケアが退院後も継続できるよう、院内・外の多職種を含むチームで協働して退院支援を実践している。その結果、2016年度平均在院日数は約40日、在宅復帰率は93%であった。

しかし、Z病棟を退院した患者の退院後の状況を確認した結果、2016年10月から2017年3月までに退院患者の約3割が病状の悪化などで再入院をしており、再入院患者の約6割が退院後2か月未満に再入院をしていることが分かった。また、患者の退院後の生活状況を十分把握した退院指導や療養場所の選択がされておらず、再入院をしていた事例があるが、これらの現状や退院後の患者・家族の思いや実際の生活を病棟看護師が把握することなく、実践した退院支援の評価ができていなかった。さらに、訪問看護師によるケアの継続に向けたアセスメントのプロセスが在宅療養への移行に向けて高齢患者・家族を支える有用な実践モデルである（樽矢ら，2015）にも拘らず訪問看護師と顔を合わせる機会は退院前に開催されるカンファレンスの一度きりであり、病棟看護師は訪問看護師との連携の必要性を重視していない現状があった。

このような課題を改善するため退院後訪問を実施することにより、看護活動の変化が明らかになった（辻村ら，2017）や、病棟看護師が積極的に退院支援に関わる態度や個性のある退院指導に変化した（松原ら，2015）等の効果が明らかになっている。そして、訪問看護師と病棟看護師が連携することで、患者・家族の意向に沿った、在宅での生活を見据えた支援につながる事が示されているが、入院早期から訪問看護師と連携し、病棟単位で退院支援の実践に取り組んだことによる成果は明らかになっていない。

そこで、看護実践研究により、患者・家族の希望する生活の実現に向けて、病棟看護師と訪問看護師が入院早期から顔を合わせ、お互いに信頼関係を構築し、入院中から退院後の生活を具体的に見据え、入院中から退院後まで継続した支援を行うための方法を明らかにし、退院支援の質向上を図る必要があると考えた。

## II. 研究目的

本研究の目的は、地域包括ケア病棟において、患者・家族が少しでも長く地域で希望する療養生活が送れるよう、訪問看護師と入院早期からの連携協働を基盤とした、患者

の生活に合わせた効果的な退院支援のあり方を検討することである。

## III. 研究方法

### 1. Z病棟での退院支援の現状と課題および現状改善のための方策

#### 1) Z病棟退院支援に関わる看護職員及びその他職員への質問紙調査

Z病棟で退院支援に関わる看護職員（看護師長を含む病棟看護師）17名、その他職員（理学療法士・作業療法士5名、患者サポートセンター看護師長と医療ソーシャルワーカー）（以下他職）7名を対象に退院支援の現状を確認するため無記名自記式質問紙調査を実施した。看護職員には、①退院支援に向けての目標設定時に重視している事、②在宅復帰が困難と感じる状況、③その困難状況を解決するための方策について、他職へは、①在宅復帰が困難と感じる状況、②その困難状況を解決するための方策、③退院支援の実践の中で看護師と共有したい事、④看護師に期待する退院支援の役割について質問した。質問項目ごとに記述内容を要約し、要約後意味内容の類似性に基づき分類整理した。その後、病棟会にて調査結果を資料として配布し、筆者が捉えた退院支援の現状と課題として報告し共有した。

#### 2) 訪問看護師が介入した再入院事例の事例検討

Z病棟を退院し、退院後に訪問看護を利用していたが再入院した2例の患者の退院後の生活状況と訪問看護実践の現状確認のため、担当した地域の訪問看護師2名に研究協力依頼し参加同意を得て病棟会にて振り返り検討会を開催した。検討会意見は許可を得て録音し逐語録を作成しデータとした。逐語録を患者の退院後の生活状況として捉えた文脈と訪問看護実践の現状から退院支援に必要な看護の視点を示す文脈に分け、一文脈ごとに要約した。要約後意味内容の類似性に基づき分類整理した。

#### 3) Z病棟での退院支援の現状と課題から導いた効果的な退院支援の方策

質問紙調査結果及び事例検討会で確認したZ病棟の退院支援の現状と筆者が捉えた課題を基に、効果的な退院支援の方策を筆者が導き出した。

この方策を病棟看護師誰もが実践できるようにするため、病棟内で共通のツールとして入院患者情報整理に利用している既存の退院支援シート及び退院支援の流れを示し

た退院支援フローチャートを改定した。

## 2. 地域の訪問看護師と連携を図り退院後訪問まで実施した退院支援事例の検討・評価

退院後に医療処置や看護ケアが必要で訪問看護の利用可能性が高い患者を選択し同意が得られた患者に対し、担当する地域の訪問看護師にも協力同意を得て連携を図り退院支援シートを活用してチームカンファレンスを重ね、退院後の生活環境を充分把握した退院支援を実践した。実践過程は看護記録以外に退院支援シートに患者概要、看護目標と実践過程を記入してもらい筆者が記録を確認するようにして、ケースカンファレンス（以下CC）時の資料として提示した。

患者が退院2週間後を目途に担当訪問看護師に同行し退院後訪問を行い、生活状況を確認後、退院後不安に思っていることや心配事等を聞き取り、退院支援シートにメモした。これら訪問時の生活状況を病棟看護師間で共有し振り返り検討会にて評価した。

チームカンファレンス時の意見、検討会意見は許可を得て録音し、逐語録を作成しデータとした。逐語録を熟読し意見内容を一文脈ごとに要約し、意味内容の類似性に基づき分類整理した。

## 3. 質問紙調査による取組み後の職種別評価

Z病棟看護職員、他職と事例を担当した地域の訪問看護師を対象に、病棟看護師へは①取組みを通して感じた事、②退院支援で意識した事、③得られた効果、④地域連携のために必要な事、他職へは①退院支援の効果、②地域連携のために必要な事、訪問看護師へは、①病棟看護師が得られた効果、②訪問看護師が得られた効果について質問し、地域と連携を図った取組みを評価した。調査回答をデータとし、質問項目ごとに記述内容を要約し、要約後、意味内容の類似性に基づき分類整理した。

## IV. 倫理的配慮

研究協力を依頼した研究協力者に、筆頭筆者が本研究の目的・方法を口頭および文書で説明し、文書で同意を得た。本研究への参加は自由意思によるものであり、研究に関する取組みを個人評価に活用しないことを保証した。また、本研究での取組みは可能な限り就業時間内とし、患者・家族や地域の訪問看護師共々心身に負担をかけないように配慮した。研究協力者の個人情報には匿名化、質問紙調査・

検討会意見等の情報は個人が特定されないようにデータ化し分類整理した。特に職種別の質問紙調査においては少人数であることから丁寧に説明し、自由意思による同意を得て実施した。

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（通知番号：30-A008M-2、承認年月日：2018年6月）を受けた。また、自施設の医学倫理審査委員会の承認（研究番号2018-03-05、承認年月日：2018年6月）を得て実施した。

## V. 結果

### 1. 病棟看護職員と他職の退院支援の現状

#### 1) 退院支援に関わる看護職員及び他職の退院支援の現状

Z病棟にて退院支援に関わる看護職員17名、他職7名全員を対象に質問紙調査を実施し、全員から回答を得た。回答を質問項目ごとに分類整理した結果、患者・家族に関わることと職種間の連携に関わることに分け整理することができた（表1、表2）。以下文章中では、分類を【 】で示す。

病棟看護師が退院支援の目標設定時に重視することは、患者・家族に対しては【患者のADLと自己管理能力】【先を見通したその人に合った生活】【患者・家族の希望】【家族の介護力】とし、連携については【必要な社会資源の選定力や調整力】等であった。在宅復帰が困難と感じる状況については【家族に協力が得られず介護が困難】【ADLや認知力の低下があり自宅での生活が困難】【家族の希望や考えと現実の相違】等であり、解決する方策については、患者・家族に対しては【患者・家族の意向の確認と方向性の説明】【患者・家族との信頼関係づくり】【自立の促進とサービスの調整】の意見があり、連携については【院内外の多職種との連携とずれの調整】等の必要性が確認できた。

他職は困難状況として、患者・家族に対しては【家族との連携不足や現状の理解不足】【経済的問題への対応】【通院困難等在宅療養が困難】等であり、充実するためには【患者・家族との関わりの充実】等を挙げた。連携についての困難状況では、【多職種間の連携不足や情報不足】等を挙げており、充実するためには【情報収集と問題状況の共有】【地域のサービス提供者との連携】【患者・家族の最善についての意見交換】等を挙げていた。退院支援の実践の中で看護師と共有したいこととして、患者・家族について【患者・家族の希望】【患者のADLと自己管理能力】【介護力と

**表1 病棟看護師の退院支援の現状** 分類 (件数) n=17

質問	目標設定で重視すること (41)	在宅復帰の困難状況 (34)	解決策 (34)
患者・家族	患者のADLと自己管理能力 (9) 先を見通したその人に合った生活 (8) 患者・家族の希望 (7) 家族の介護力 (7)	家族に協力が得られず介護が困難 (16) 家族の希望や考えと現実の相違 (7) ADLや認知力の低下があり自宅での生活が困難 (9) 医療行為の自己管理が困難 (2)	患者・家族の意向の確認と方向性の説明 (10) 患者・家族との信頼関係づくり (5) 自立の促進とサービスの調整 (3)
連携	必要な社会資源の選定力や調整力 (9) 医師の方針 (1)		院内外の多職種との連携とずれの調整 (13) 情報収集と看護計画、記録の充実 (3)

**表2 病棟にて退院支援に関わる理学療法士等他職の退院支援の現状** 分類 (件数) n=7

質問	退院支援の困難状況 (20)	退院支援を充実する方策 (12)	共有したいこと (19)	期待する役割 (11)
患者・家族	家族との連携不足や現状の理解不足 (4) 経済的問題への対応 (3) 通院困難等在宅療養が困難 (1) 医療処置が必要 (1)	患者・家族との関わりの充実 (1) 直近のADLの把握 (1)	患者・家族の希望 (3) 患者のADLと自己管理能力 (5) 介護力と生活環境 (5)	主治医の方針と患者・家族の意向のすり合わせ (4) 生活リハビリの充実 (1)
連携	多職種間の連携不足や情報不足 (10) 自身の知識不足 (1)	情報収集と問題状況の共有 (5) 患者・家族の最善についての意見交換 (2) 地域のサービス提供者との連携 (3)	多職種の方針や目標 (5) 社会資源の知識を持つ (1)	情報共有と方向性の統一 (5) 社会資源の知識の充実 (1)

生活環境】を挙げており、【主治医の方針と患者・家族の意向のすり合わせ】等を看護師に期待していた。連携については【多職種の方針や目標】等を挙げており、【情報の共有と方向性の統一】等を看護師に期待していた。

この調査結果を病棟会にて資料配布し説明した。その際、退院支援に困難感を感じることがあること、地域のサービス提供者と入院早期から情報を共有し連携協働していく積極的姿勢が見られないこと等が課題と考えられることを報告し共有した。

2) 訪問看護を利用していた再入院患者の事例検討会で確認した退院支援の現状

退院後に地域の訪問看護を利用していたが、再入院した患者2例の現状を共有するため、表3の通り患者を担当した訪問看護師と共に病棟会にて事例検討会を行った。事前に参加者に、診療録・看護記録から患者概要、入院歴、看護目標と実践過程等を既存の退院支援シートに記入・提示し、検討目的を説明した。検討目的は、退院後の生活の確認、訪問看護師と病棟スタッフが支援すべき内容の検討と当該事例退院支援に必要な視点の共有とした。検討会意見は意見内容を一文脈ごとに要約し、意味内容の類似性に基づき分類整理した。以下文章中では分類を【 】で示す。

(1) 事例Aの検討会

事例Aは80歳代男性、慢性腎不全患者で要支援2にて週1回訪問看護と訪問リハビリを利用している。約2年前

から5か月ごとに妻の介護疲れで入退院を繰り返す中で、前回4回目の入院時に行った退院支援の結果を、5回目の再入院時に振り返り検討会を行った。

退院後の生活の確認では、【患者が退院後の家の中の状況とADLの現状で問題はない】等の意見があった。訪問看護師と病棟スタッフが支援すべき内容の検討と退院支援に必要な視点には【多職種が患者・家族の思いを共有し、同じ気持ちで意思決定支援する】【家族が必要としている在宅でのサービス調整】【患者・家族の身内の相談相手の不在による困難感軽減】【家族の疲労の軽減】【入退院を繰り返す患者・家族へは、問題意識を持つ姿勢が必要】等の意見があった。

(2) 事例Bの検討会

事例Bは80歳代男性、誤嚥性肺炎患者で要介護1にて週1回訪問看護と週3回デイサービスを利用、1回目入院時に行った退院支援の結果を4か月後に同疾患で再入院した時に検討会を行った。

退院後の生活の確認では、【退院後の状況とADLの現状で問題はない】の意見があった。訪問看護師と病棟スタッフが支援すべき内容の検討と退院支援に必要な視点として【退院後に起こりうる問題を考えた支援】【患者・家族の不安を病棟と訪問看護師等地域の看護・介護職が共有する】【短期間の入院中に効果的に退院指導は行えた】等の意見があった。

事例検討会でも、訪問看護師と病棟スタッフが支援すべ

表3 事例検討会で確認した訪問看護利用再入院事例の概要と検討内容

事例	年代 性別 疾患	家族状況、 サービス状況	事例検討会の意見 (件数)
A	80代 (男性) 慢性腎不全	妻と同居 子供なし 要支援2 訪問看護(週1回)、 訪問リハビリ(週1回)	<退院後の生活の確認> 【患者が退院後の家の中の状況とADLの現状で問題はない】(9) 【自宅では、倦怠感があり、食事とトイレ以外は、一日中臥床している】(3) <退院支援に必要な視点> 【多職種が患者・家族の思いを共有し、同じ気持ちで意思決定支援する】(13) 【患者・家族の意向に沿った病棟目標の設定】(6) 【患者・家族の意向と現状をすり合わせたサービスの提供の必要性】(6) 【家族が必要としている在宅でのサービス調整】(5) 【患者・家族の身内の相談相手の不在による困難感軽減】(4) 【家族の疲労の軽減】(3) 【レスパイトの必要性】(3) 【入院時に終活まで考える視点】(1)
B	80代 (男性) 誤嚥性肺炎 脳梗塞	妻と同居 子供は他県 要介護1 訪問看護(週1回)、 デイサービス(週3回)	<退院後の生活の確認> 【退院後の状況とADLの現状で問題はない】(3) 【短期間の入院中に効果的に退院指導は行えた】(7) 【便秘に対し、家族が訪問看護師に相談ができ対応した】(5) 【体調不良時、家族がパニックになり救急車を呼んでしまった】(3) <退院支援に必要な視点> 【患者・家族の不安を病棟と訪問看護師等地域の看護・介護職が共有する】(6) 【入院中から往診医を考える】(5) 【退院後に起こりうる問題を考えた支援】(1)

き内容を実践するために退院支援に必要な視点を持つことが課題であると確認できた。

3) 地域連携を推進した効果的な退院支援の方策

上記Z病棟退院支援の現状から、患者・家族が少しでも長く希望する生活を可能にするための地域連携を推進した効果的な退院支援の方策を筆者が導き出した。導いた方策に基づいて退院支援シート、フローチャートを修正した(図1)。以下文章中では分類を【 】で示す。

病棟看護師は連携について【院内外の多職種との連携とずれの調整】が必要と認識するとともに、他職は【情報の共有と方向性の統一】を看護師に期待していた。事例検討会では、【多職種が患者・家族の思いを共有し、同じ気持ちで意思決定支援する】必要性を認識しており、多職種や訪問看護師と連携する重要性を認識していることから、病棟看護師が主体となり、入院早期から地域の訪問看護師と情報を共有し、多職種のチームで退院支援を進める必要性が示された。そこで、方策①「病棟看護師が主体となりチームで退院支援を進める」事が必要と導き出した。

病棟看護師は【家族の希望や考えと現実の相違】がある場合に在宅復帰が困難と感じており、解決策として、患者・家族へは【患者・家族の意向の確認と方向性の説明】、連携について【院内外の多職種との連携とずれの調整】が必要と認識していた。しかし、患者・家族にはそれぞれの意向があり、入院中のその時々患者の状態に合わせて何度も変化をすることから、入院早期から繰り返し、患者と家

族へ意向や今後の方向性を確認することと、入院前の患者・家族の意向や情報は、生活をよく知る地域の訪問看護師から情報を得て、その結果を多職種で共有し、方針を決定することが必要である。この結果から、方策②「患者・家族の意向と、決定した方針にずれがないか繰り返し多職種で確認する」事が必要と導き出した。

病棟看護師は【ADLや認知力の低下があり自宅での生活が困難】がある場合に在宅復帰が困難と示しており、他職は、【患者のADLと自己管理能力】【介護力と生活環境】等を看護師と共有したいと答えている。訪問看護師との事例検討会でも【患者が退院後の家の中の状況とADLの現状で問題はない】の意見があることから、自宅での生活を具体的に把握した支援の必要性は認識できていた。このように病棟看護師が地域の訪問看護師と連携し、入院前の情報を具体的に得て、退院後の生活に合わせた支援を行うことは重要である。これらから、方策③「患者のADLと退院後の生活をイメージし、生活に合わせた具体的な支援をする」事が必要と導き出した。

病棟看護師は、事例検討会で【退院後に起こりうる問題を考えた支援】【患者・家族の不安を病棟と地域が共有する】必要性を認識しており、他職は退院支援を充実させるために【地域のサービス提供者との連携】を示しており、退院支援において、早期から地域のサービス提供者と連携することは重要であることが示された。この結果から方策④「地域のサービス提供者と早期から連携し、方針や目標を共有

し支援する」事が必要と導き出した。

これらの方策を病棟看護師誰もが実践できるようにするため、師長やリーダー看護師と話し合い、病棟内で共通のツールとして利用している既存の退院支援シート及び退院支援フローチャートを改定した。具体的には、入棟1週間以内に①治療に対する思い、②ADL、③退院後の生活場所、④退院後の生活に対する不安、⑤希望するサービス、の5項目を患者・家族別に聞き取る事と、日常生活を送るうえでの患者・家族の思いや希望を訪問看護師や地域のサービス提供者から情報を得る事とした。これら得られた情報を退院支援シートに記載する項目として追加するとともに、入棟1週間以内にこれらの情報を確認し、訪問看護師、ケアマネジャー（以下ケアマネ）と院内の多職種でカンファレンスを必ず開催できるよう図1に示す下線部分を修正した。そして、改定したシートとフローチャートを活用し退院支援を実践する事にした。

## 2. 退院支援シートを用いフローチャートに沿って実践した退院支援の実践

4つの方策に沿って修正した、退院支援シート、退院支援フローチャートを活用し表4に示す3事例の退院支援を実践した。実践過程は看護記録以外に退院支援シートに患者概要、看護目標と実践過程を記入してもらい筆者が記録を確認した。退院後の患者状況を確認するために、患者が退院後、訪問看護師に同行し退院後訪問を行い評価した。その結果を事例ごとに毎月一回の病棟会を利用し振り返りCCを実施した。実施概要を表5に示す。その際、使用を開始している退院支援シート、退院支援フローチャートの

再修正が必要か検討した。以下文章中では分類を【 】で示す。

事例Cは、退院支援シートの項目に沿って受け持ち看護師が情報収集した結果、訪問看護師の情報から、患者・家族は自宅への退院を希望しているが、サービスはこれ以上増やしたくはないと考えていた事と、患者を介護するための環境が整っておらず、半年間で3回の入院がある事が分かった。その結果を1回目CCで多職種と確認し、【患者の治療方針と現在の病状、ADLの目標を確認する】【医師、多職種、患者・家族の意向のすり合わせを行う必要がある】【患者・家族の意向に沿ったサービスの調整を検討する必要がある】【入院前の家族の介護の状況を確認する】の意見があり、受け持ち看護師が主体となり、入院早期から患者・家族の意向を確認し、多職種を交えたチームで情報を共有して退院支援を進める事ができた。退院前CCでは、【医師とSTの方針を確認する】【本人・家族の思いを確認する】について訪問看護師を交えて検討し、【自宅退院となった場合の摂食嚥下方法を共有する】を十分に検討し、【病棟と地域の介護サービス提供者が情報共有する内容と、追加するサービスの内容を確認する】を計画に取り入れて、患者・家族の希望に沿って自宅退院をする事に決定した。その結果、患者・家族が退院後、【希望した療養場所が選択できた】と納得でき、少なくとも2か月は再入院はなかった。

事例Dでは、今までは在宅酸素療法（HOT）を使用し生活をしていたが、今回の入院で非侵襲的陽圧換気療法（NIPPV）を導入する事となった。訪問看護師との入院直

退院支援開催時期	担当者	検討内容	
多職種で作成した退院支援シートを活用	入棟時	病棟看護師	1. 退院支援シートの記入（①患者・家族の思いの確認、②医師の方針の確認、③入院前サービス提供者からの情報提供書の確認）⇒受け持ち看護師が責任を持つ 2. 1回目CC日時を決定 3. 看護計画立案・見直し
	1回目CC (入棟後約1週間)	院内多職種 訪問看護師 ケアマネ	1. 退院支援シート記載事項共有・確認（①患者・家族の思い、②医師の治療方針の確認、③不足情報） 2. 不足情報把握のため訪問看護師・ケアマネとの連携方法・内容検討 3. 看護計画問題点の対策を検討 4. 必要者のみ2回目CCを開催すること⇒全員2回目CCの開催日時を決定
	2回目CC (入棟後約4週間)	院内多職種 訪問看護師 ケアマネ	1. 患者・家族の思いと医師の方針のすり合わせ 2. 患者・家族への指導状況の確認 3. 訪問看護師との在宅サービスの調整 4. 3回目カンファレンスの必要性検討 5. 退院前CCの内容調整
	退院前CC (入棟後40日前後)	患者・家族 院内多職種 訪問看護師 ケアマネ	1. 患者・家族の思いを共有 2. 在宅環境、介護力に応じた具体的指導内容の調整 3. 在宅医、訪問看護師へ依頼する内容を共有 4. 在宅サービスの利用状況確認 5. 退院日時の決定

図1 地域包括ケア病棟における退院支援のフローチャート（下線：1回目修正、二重下線：最終修正）

後の面談時には、家族は日中に仕事で不在であり、患者は室内で酸素を外していることがしばしば見られたと情報があった。1回目CCで【退院支援シートに基づいて入院前の生活を把握する】【現在の患者の身体的状況と治療の理解度を確認する】について情報を共有し、「家族の協力体制を確認し、具体的な指導内容を計画し、チームで共有する」を看護計画に取り入れた。2回目CCでは【医療処置の手技の確認と患者・家族が負担の少ない方法を検討する】【日常生活動作の確認をする】【介護の役割分担について確認する】の意見があり、患者の理解度と病状に合わせた支援方法を実践した。退院前CCで、訪問看護師と指導内容を共有し、退院後も継続することで、退院後、患者・家族から【訪問看護師と病棟看護師の連携ができていた】の意見があり、少なくとも2か月は再入院はなかった。

事例Eでは、今回初めてストマ、シャントの管理が必要となった。1回目CCで退院支援シートの情報を共有した結果、【患者の理解度、家族の協力体制を確認し、患者・家族への具体的な指導内容を計画する】【地域の医療、介護サービスの利用について検討する】【現在の患者の治療の理解度を確認する】の意見があり、入院早期から地域のサービス利用を視野に入れて、患者の病識や意向、退院後の生活に合わせた具体的な支援方法を検討した。退院までに、訪問看護師とストマの処置を一緒に実施し、患者・家族への指導内容を共有する事で継続した看護の提供につながった。その結果、患者・家族から【在宅で必要な医療処置に対する丁寧な指導が受けられた】との意見があり、退院後は必要な医療処置を受け入れて不安なく生活している患者の様子を確認する事ができ、少なくとも2か月は再入院はなかった。

しかし一方で、患者は入院中に院内で自立して歩行がで

きており、問題認識が薄く、ADLに合わせた生活が可能かを十分に検討できていなかった。その後、退院後訪問では、自宅は段差が多く、何度も転倒していた事を確認し、患者・家族からは【在宅での生活は予想以上に不便だった】の意見があった。この結果から入院中から多職種と連携し、患者のADLと退院後の生活について確認し退院後の生活を具体的にイメージしながら関わる事の必要性を再認識した。

病棟看護師の振り返り事例検討では、【予測した問題はなく、穏やかな生活ができていた】【入院中から退院後まで継続した支援ができた】等の効果を知る事ができた。一方で【OT、ケアマネ、訪問看護師で情報共有する必要があった】と連携の重要性を認識した。

3事例の取り組み終了後、図1に示した通り、4つの方策に沿った退院支援がさらに充実できるよう退院支援フローチャートを再度修正した。修正箇所は二重下線で示した。

まず、受け持ち看護師が主体的に退院支援を実践できるよう、フローチャートを患者一人に対し一枚使用し、受け持ち看護師の氏名を明記し、1回目CCで必ず話し合う内容、2回目以降のCCで確認する内容を項目ごとにチェックし、患者が退院するまで確認しながら使用するよう変更した。

また、入棟後1週間までに、訪問看護師、ケアマネの情報を得て、その結果をもとに、多職種でCCを繰り返して行い検討できるように修正した。

### 3. 地域と連携を図った取り組みの評価

Z病棟にて退院支援に関わった病棟看護師と他職、再入院患者3事例を担当した地域訪問看護師を対象に無記名自記式質問紙調査を実施した。病棟看護職員は18名中17名(回収率94%)、他職7名、訪問看護師3名は全員から回答を得た。以下文章中では、分類を【 】で示す。

病棟看護師は、訪問看護師との関わりで感じた事として、

表4 地域訪問看護師と協働した退院支援実践事例の概要

事例	年代(性別)疾患	家族状況、使用していたサービス	入院回数[入院日数(Z病棟への入院日数)] 事例の概要
C	80代(男性) 誤嚥性肺炎 解離性大動脈瘤 腹部大動脈瘤 狭心症	次女と二人暮らし 要介護3、訪問看護(2回/月)、 訪問リハビリ(1回/週)、訪問入浴 (1回/週)	3回[50日(39日),23日(21日),42日(39日)] 主治医は病状から胃瘻を造設し、施設入所を考えていたが、患者と次女は経口摂取をして自宅退院を希望していた。検査の結果経口摂取は困難な状況となったが、ケアマネ、訪問看護師と情報共有し、自宅へ退院した
D	80代(女性) 慢性閉塞性肺疾患 心不全	長女家族と同居 要支援2、訪問看護(1回/週)、 介護タクシー(通院時)	1回[73日(45日)] 今までHOTを使用していたが、今回NIPPVが必要となったため、患者・家族へ自宅での管理方法を指導し自宅へ退院した
E	80代(女性) 慢性腎不全 S状結腸腸間膜穿通	長女と二人暮らし(次女県外) 介護認定なし サービスの利用なし	1回[69日(44日)] 透析導入とストマ造設を行った。患者は医療行為を受け入れることができなかったが、家族や訪問看護師と協働し、自宅退院に向けて医療処置の退院指導を実施した

表5 地域訪問看護師と協働した退院支援事例(C・D・E)の看護実践内容

	ケースカンファレンス (CC) の意見	実践した退院支援の内容	振り返り検討会の意見
事例 C	<p>1 回目 CC 入棟 6 日目 【患者の治療方針と現在の病状、ADL の目標を確認する】【医師・多職種、患者・家族の意向のすり合わせを行う必要がある】【患者・家族の意向に沿ったサービスの調整を検討する必要がある】【入院前の家族の介護の状況を確認する】</p> <p>2 回目 CC 入棟 24 日目 【自宅退院を決定する】【今後必要なサービスを調整する】【サービスを利用することに 対する家族の思いを確認する】</p> <p>退院前 CC 入棟 37 日目 【医師と ST の方針を確認する】【本人・家族の思いを確認する】 【自宅退院となった場合の摂食嚥下方法を共有する】【病棟と訪問看護師、ケアマネが 情報共有する内容と追加するサービスの内容を確認する】</p>	<p>1. 治療方針と現在の病状、ADL の目標を確認する 2. 医師、多職種、患者の意向のすり合わせを行う 3. 看護計画の確認と修正を行う</p> <p>1. 口腔ケアの徹底と指導を行う 2. 入院前の家族の介護状況を確認し、患者・家族の意向に沿ったサービスの調整を検討する</p> <p>1. 自宅退院に向けた今後の方針を決定する 2. 病棟と地域の介護サービス提供者が情報共有する内容と追加するサービスを確認する</p>	<p>入棟 39 日目退院 退院後 20 日目 退院後訪問 ＜聴取した家族の思い＞ 【希望した療養場所が選択できた】 【在宅で必要な医療処置に対する丁寧な指導 が受けられた】 ＜病棟看護師の振り返り＞ 【予測した問題はなく、穏やかな生活ができ ていた】</p>
事例 D	<p>1 回目 CC 入棟 9 日目 【患者の病状と退院指導の開始を確認する】【病状に応じて看護計画の修正を行い、看護 計画の目標、PT の目標の確認をする】【退院支援の看護計画の具体的な内容について 確認する】【退院支援シートに基づいて入院前の生活状況を把握する】【現在の患者の 身体的状況と治療の理解度を確認する】【訪問看護師との連携と訪問看護利用の調整】 【家族の協力体制を確認し、家族への具体的な指導内容を計画する】</p> <p>2 回目 CC 入棟 26 日目 【医療処置の手法の確認と患者・家族が負担の少ない方法を検討する】【日常生活動作 の確認をする】【介護の役割分担について確認する】</p> <p>退院前 CC 入棟 36 日目 【患者の状態を共有し、往診医と当院の連携方法】【訪問看護師に介入を依頼する内容】 【デイサービスの利用に対する患者・家族の思い】を確認する</p>	<p>1. 主治医の方針を確認をする 2. 家族の協力体制を確認し、具体的な指導内容を計画し、 チームで共有する</p> <p>1. 患者の思いを確認し、患者・家族に負担にならない NIPPV の装着時間と、緊急時の対応を確認する 2. 訪問看護師と、家族の介護の役割分担について確認する</p> <p>1. 往診医、訪問看護師と調整する 入棟 45 日目に退院日を決定する</p>	<p>入棟 45 日目退院 退院後 11 日目 退院後訪問 ＜聴取した患者・家族の思い＞ 【訪問看護師と病棟看護師の連携ができ ていた】 【在宅で必要な医療処置に対する丁寧な指導 が受けられた】 ＜病棟看護師の振り返り＞ 【退院支援の内容が活かされていた】 【入院中から退院後まで継続した支援ができ た】 【入院時から退院後の生活を把握した支援が できた】</p>
事例 E	<p>1 回目 CC 入棟 8 日目 【患者の理解度、家族の協力体制を確認し、患者・家族への具体的な指導内容を計画する】 【地域の医療、介護サービスの利用について検討する】【現在の患者の治療の理解度を 確認する】【患者の治療方針と現在の病状を確認する】【入院前の家族の状況を確認する】 【看護問題を整理し、必要な看護計画を確認する】</p> <p>2 回目 CC 入棟 28 日目 【訪問看護師との連携と訪問看護利用の方法を検討する】【現状を確認し、環境に合わ せた日常生活の方法を説明する】【患者・家族が理解しやすい方法を検討し、説明する 必要がある】【家族の介護状況を確認する】【ケアマネ、福祉業者と連携し社会資源の 検討が必要である】</p> <p>退院前 CC 入棟 30 日目 【最低限必要なシャント管理と生活上の注意点】【退院後の生活に必要な支援】【家族の ストーマ交換手技の様子】【訪問看護師に依頼したい介入を依頼する内容】を共有する</p>	<p>1. 患者が透析を受け入れ、必要最低限の管理、生活上の注 意点が理解できるよう説明する 2. 家族が患者の生活上の注意点を理解し、ストーマのパウチ 交換ができるよう指導する</p> <p>1. 退院後の生活と家族のストーマ交換手技の確認と、訪問看 護師に依頼する内容を決定する</p> <p>1. ケアマネ、訪問看護師と患者のストーマの状態を確認し家 族への指導方法を共有する</p>	<p>入棟 44 日目退院 退院後 16 日目 退院後訪問 ＜聴取した患者・家族の思い＞ 【在宅で必要な医療処置に対する丁寧な指導 が受けられた】 【在宅での生活は予想以上に不便だった】 ＜病棟看護師の振り返り＞ 【自宅環境の情報不足があった】 【OT、ケアマネ、訪問看護師で情報共有する 必要があった】</p>

【在宅での生活や訪問看護師の視点が理解できた】8件、【実践した看護を振り返る機会となった】5件、【今後の看護につなげることができた】6件とした。

取り組みを通し、退院支援において意識した事として、【患者・家族の思いを尊重する】4件、【院内、院外の多職種で情報共有を行う】3件、【入院中から退院後の生活を意識しイメージする】2件、【入院前を含め、具体的にADLを確認し必要な介護を検討する】4件、【退院後も継続的なケアができるような方法をアセスメントし決定する】3件の意見があった。看護師の地域連携のために必要な事として、【患者と家族との関係性を深め、意思決定を支援する】4件、【地域の医療・看護・介護サービス提供者との交流を図る】13件の意見があった。取り組みによる退院支援の効果として、【在宅でのリスク回避に対する知識や意識が高まった】3件、【具体的な最善策が検討できた】2件、【情報収集を十分に行う意識が高まった】2件、【患者・家族を理解し信頼関係の構築ができた】2件、【患者・家族が安心・納得した生活を送れている】2件と評価した。

他職は、取り組みによる退院支援の効果として、【在宅療養生活をイメージできた】2件、【患者・家族の思い、療養生活の意識が付いた】2件の意見があった。退院支援をさらに充実させるための院内、院外との多職種と連携する方法として【多職種カンファレンス、看護サマリーを充実する】4件、【在宅医療に主体的に関わる姿勢を持つ】1件、【訪問看護師からフィードバックを受ける】2件の意見があった。

訪問看護師は、取り組みを通し、病棟看護師が訪問看護師と関わる事で得られた退院支援の効果として【在宅での生活環境を具体的に把握した退院支援の実践ができた】2件、【病棟看護師と訪問看護師の連携による患者・家族の不安が軽減できた】1件を捉え、取り組みを通し、訪問看護師に得られた効果として、【入院中の情報と退院支援の把握ができた】2件、【入院中から在宅まで統一した支援の提供ができた】1件、【不安がない在宅支援の提供ができた】1件と協働した事の成果を示した。

## VI. 考察

### 1. 地域包括ケア病棟において訪問看護師と入院早期から連携協働した退院支援を実施するために共通のツールをもって体制を保証する重要性

地域包括ケア病棟の看護師は、入院早期から病棟看護師と訪問看護師が連携し、在宅生活を送るうえでの問題について確認し、解決策を検討することはほとんどできていなかった。今回の取り組みにおいて、事例検討会にて【多職種が患者・家族の思いを共有し、同じ気持ちで意思決定支援する】必要性が示され、実践後の質問紙調査では、【院内、院外の多職種で情報共有を行う】意識が高まった。患者・家族が安心して不安なく在宅復帰をするためには、病棟看護師と訪問看護師が早期から顔を合わせお互いに信頼関係を構築し、入院中から退院後の生活を具体的に見据え、継続した支援につなげるために連携する必要性を認識したと考える。

特に地域包括ケア病棟へ入棟する患者の多くは慢性疾患を抱えており、退院後も医療処置や看護ケアが必要な患者が多く訪問看護の利用は高まると考える。地域のサービス提供者の中で訪問看護師は、患者・家族の望むケアからずれないように必要なケアを調整し、患者・家族とともにトラブルを乗り越えようとする訪問看護師ならではのアセスメントがある（樽矢ら，2015）と言われている。

地域包括ケア病棟において、病棟看護師が訪問看護師と連携協働するためには、入院早期から在宅における看護ケアのアセスメントの視点や実践状況をお互いに十分理解し、退院後も継続できるような支援方法を一緒に検討することで、目標や方針を統一していく事が必要である。その事を退院支援フローチャート等により多職種で共通認識をもって進めることができるよう保証することが重要と考える。

### 2. 入院早期に訪問看護師と連携協働した退院支援のあり方の検討

1) 訪問看護師との在宅生活情報の共有により、病棟看護師が主体となりチームで退院支援を進める

地域包括ケア病棟では、質問紙調査から、多職種で連携し、患者・家族の情報、目標や方針を共有し、各職種の意見を共有しながらチームで退院支援を進めたいと考えていることが明らかになった。その後の実践では、患者・家族から【訪問看護師と病棟看護師の連携ができていた】と安

心感が語られており、訪問看護師と病棟看護師が十分に情報を共有し、院内、院外の多職種が連携して、入院中から退院後まで継続できる退院支援を実践することは効果があることが示された。大森ら（2015）は、退院支援の課題として、在宅での療養状況のアセスメント不足や院内の多職種間の連携などに課題があり、各職種が把握した状況や行った支援を共有する事で、より効果的な退院支援が行えることが推測されると示し、宇都宮（2015）は、退院支援は受け持ち看護師やMSWが一人で行うのではなく、チームで関わることで、チームの要となるのは最も近くで患者にかかわる看護師であると述べていることから、患者・家族に一番身近な立場にいる受け持ち看護師が多職種の中心となり、入院前の患者・家族の生活や思いを確認し訪問看護師のアセスメントの視点や看護実践を把握したうえで、患者・家族を含む多職種のチームで繰り返し方針や目標を検討できる機会を意識的に作り、退院支援を進める事が重要である。そのためには、病棟看護師が訪問看護師と情報を共有し、多職種の中心となり退院支援を進める事ができるよう、退院支援シートを活用し、CC開催時期の目安を定めた退院支援フローチャートを継続して活用していくことが効果的である。

## 2) 訪問看護師と患者・家族の意向を共有する

事例Cの1回目CCで【医師、多職種、患者・家族の意向のすり合わせを行う必要がある】の意見があり、患者・家族の意向に沿ったサービスを多職種で検討・調整した結果、退院後訪問時、患者・家族は【希望した療養場所が選択できた】と言い、安心・納得した生活が遅れていることを感じていた。藤澤（2012）の看護職への調査において、患者・家族とのコミュニケーションが不十分で患者・家族と医療者の意向のずれがある場合に退院支援の困難さにつながるため患者と家族のニーズに対応するためには、入院早期から意図的に患者・家族の意向を聞く機会を複数回持ち、計画的に意向を確認する事が必要であると述べている事や、加藤（2021）の地域資源担当者の調査において入院中に看護職と患者・家族が、退院後の療養生活において十分な共通認識が得られていないため、患者特有の療養方法を患者・家族と共に話し合う事が重要と示されているように、入院中に看護師が中心となり患者・家族と十分にコミュニケーションを図る事は重要である。入院前に、患者・家族に寄り添い、信頼関係を深めることを大切にしてきた

訪問看護師と連携し、患者・家族の思いを理解しながら信頼関係を構築し、意図的に患者・家族のそれぞれの思いを聞きとる事と、得られた情報を退院時には再度訪問看護師へフィードバックする事は、入院中から退院後まで方針がずれることなく患者・家族の意向に沿った支援を行う事に効果がある。

## 3) 患者の状態と退院後の生活に合わせた支援を訪問看護師と共に検討する

事例Dでは、訪問看護師との入院直後の面談時に、家族は日中に仕事で不在であり、患者は室内で酸素を外していることがしばしば見られたとの情報を得、【医療処置の手法の確認と患者・家族が負担の少ない方法を検討する】【日常生活動作の確認をする】【介護の役割分担について確認する】の検討・調整を行った。その結果、実践後の質問紙調査では、【入院中から退院後の生活を意識しイメージする】【入院前を含め、具体的にADLを確認し必要な介護を検討する】等の意識の変化が示された。このように、入院1週間までに入院前の生活を訪問看護師から情報収集し、在宅での生活を十分把握して、患者の病態だけを考えた対策ではなく、病気を抱えながら希望する生活が継続できるように患者の状態と在宅での生活に合わせた支援が重要である。

また、事例Eでは、退院後に初めてストマ、シャントの管理が必要となるとの予測から入院早期にサービス利用を視野に入れ、訪問看護師とストマ処置を一緒に実施した。結果、【在宅に必要な医療処置に対する丁寧な指導が受けられた】と、退院後も不安なく生活している様子を確認できた。このように、入院前に訪問看護の利用がなくても入院早期からサービス利用を視野に入れ、訪問看護の導入が決定した直後から、患者が自立している事、家族が介護できる事、訪問看護師に依頼する事を訪問看護師と情報を共有し、訪問看護師と病棟看護師が相談しながら、退院後の生活に合わせた支援を一緒に考える事が効果的である。

## 結論

地域包括ケア病棟における、訪問看護師と連携協働した退院支援のあり方として、①入院早期に連携して退院支援を実践するため、共通のツールをもって体制を保証する、②病棟看護師が主体となり、訪問看護師と患者・家族の意向や在宅生活情報を共有する、③アセスメントの視点や実

実践状況を十分理解し退院後も継続できるような支援方法を検討する、④院内外の多職種で目標や方針を統一してチームで退院支援を進めることが効果的である。

## 謝辞

本研究にご協力いただいた職員の皆様、同行訪問を快諾いただいた地域訪問看護師の皆様と患者・家族の皆様に感謝申し上げます。

なお、本稿は令和元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に、加筆修正を加えたものである。

本研究における利益相反事項はない。

## 文献

藤澤まこと．(2012)．医療機関の退院支援の質向上に向けた看護の在り方に関する研究（第1部）—医療機関の看護職者が取り組む退院支援の課題の明確化—．岐阜県立看護大学紀要，12(1)，57-65.

加藤由香里．(2021)．患者と家族の思いに沿った退院支援 その2—先駆的に退院支援を実践している退院調整看護師及び地域資源担当者の退院支援における関わりから—．岐阜県立看護大学紀要，21(1)，151-163.

松原みゆき，森山薫．(2015)．訪問看護の同行訪問を経験した病棟看護師の退院支援に対する認識の変化．日本赤十字広島看護大学紀要，15，11-19.

大森結実，田口敦子，加藤政子ほか．(2015)．慢性疾患患者の退院後の療養生活からみた病棟看護師による退院支援内容の検討—退院支援ハイリスク者事例に関する看護記録とインタビューから—．東北大学医学部保健学科紀要，24(2)，77-88.

樽矢裕子，濱本洋子，佐藤鈴子．(2015)．退院前カンファレンスにおける訪問看護師によるケアの継続に向けたアセスメントのプロセス．日本看護研究学会雑誌，38(4)，25-35.

辻村真由子，島村敦子，権平くみ子ほか．(2017)．受け持ち病棟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.

宇都宮宏子．(2015)．地域包括ケアシステムを実現するための退院支援．坂井志麻（編），宇都宮宏子（監修），退院支援ガイドブック（pp.12-20）．学研メディカル秀潤社．

（受稿日 令和4年8月25日）

（採用日 令和5年1月23日）

## The Effectiveness of Discharge Support in Collaboration with Home-Visit Nurses in Community-Based Integrated Care Wards

Sanae Kawakubo<sup>1)</sup> and Michiko Tanabe<sup>2)</sup>

1) Asahi University Hospital

2) Management in Nursing, Gifu College of Nursing

### Abstract

In the community-based integrated care ward, collaboration with home-visit nurses beginning from the early stage of hospitalization can allow patients and their families to spend their desired recuperation time in the community. This study aimed to examine the ideal effective discharge support based on patients' lifestyles.

This study used three research methods: "Ward nurses and other staff took a questionnaire survey to elucidate the status of and issues with discharge support, and to determine necessary improvement measures. A case review meeting was held with the local home-visit nurses in charge of readmitted patients and the ward's multidisciplinary staff. We derived four measures for effective discharge support, in addition to revising the discharge support flow chart and form." "Using the modified form, we provided discharge support and accompanied three patients who had home-visit nursing following discharge." "We performed a questionnaire survey for the ward nurses, visiting nurses, and other professionals to evaluate their efforts."

The process of discharge support can be improved by coordinating nursing care, collaborating with multidisciplinary staff, and adjusting gaps. The case review meeting revealed the patients' and families' needs to share their feelings with medical professionals, who mediate their decision-making. The case review meeting also revealed the concerns of patients and their families between the ward and the community.

Using the modified form, ward nurses led multiple conferences with multidisciplinary staff within a week of admission, and provided of discharge support according to the patients' and families' wishes and lifestyles. During post-discharge visits, the patients and their families expressed a sense of satisfaction and security, notably the careful guidance on medical treatments.

Following the application of these strategies, the ward nurses demonstrated changes in awareness (e.g., thinking about a patient's life after discharge, comprehensively confirming ADL, including ADL before hospitalization, and considering nursing care).

Based on the above, the following discharge support measures should be implemented in collaboration with home-visit nurses: "Ensuring a system for collaborative discharge support at the early stage of hospitalization," "ward nurses playing a leading role in sharing information about the patient's and family's wishes and at-home lifestyle information with home-visit nurses," "considering the support that can be continued even after discharge from the viewpoint of assessment and practice," and finally, "promoting discharge support as a team by unifying goals and policies among multiple professionals inside and outside the hospital."

**Key words:** community-based integrated care ward, discharge support, continuous nursing, multidisciplinary collaboration, home-visit nurses