

5. 臨床実習

1)実習目標

臨床で退院調整プロセスを経験することによって、退院調整看護師の役割を明確に認識し、今後の課題を明確にする。

2)実習方法

- ①病棟において、1名ないし2名の患者を受け持ち、退院調整過程を踏む。
- ②実施した退院調整について、実習先の指導者の指導を受けながら、退院調整実習記録として作成する。
- ③退院調整を受けた、患者・家族の評価を受ける。
- ④実習を行った病棟における管理者から評価を受ける。

3)実習場所

一般病棟または回復期リハビリテーション病棟が望ましい。

また、自分が所属している施設であることが望ましい。

4)実習期間

10日程度

5)実習内容

- ①関係機関との情報交換を通して、患者・家族が必要としている退院調整の方向性（退院先、退院時期、退院後必要とされるサービス、経済的基盤など）を導き出す。
- ②病棟看護師と協力して退院支援計画を立案する。
- ③退院支援計画に基づき、病院スタッフと協力して退院調整を行う。
- ④退院後の生活状況を評価する（モニタリングの一部実施）
- ⑤実施した退院調整について、患者・家族・第三者より評価を受け、今後の自分の課題を明確にする。

6. フォローアップ研修

1) 研修目標

講義、演習から学習したことを活用し、実際の臨床の場において退院調整看護師としての役割を発揮した事例を通して、体験を振り返り、今後の退院調整看護師としての技術向上に対する課題を明確にする。

2) 方法

ファシリテーターの指導の下、以下のことを行う。

■施設ごとのグループを作り、グループワークを行う。

①施設ごととは、特定機能病院・一般病院、老人保健施設、その他の施設に勤務する者をそれぞれ同じグループ内に編成するという。施設によって対象となる退院調整のタイプや組織内での課題が異なっていると考えられるため、施設横断的なグループにすると、同じ次元で討議がしにくいと考える。

②グループのメンバーは、4名ないし5名程度

③各メンバーが1事例ずつ、体験したことを要約してグループ内で発表する。

④各グループで討議していく事例を1事例決定する。

決定方法はグループに任せる。

⑤事例を「退院調整実習記録」を用いて分析する。

分析の要点は以下の通り。

- ・退院調整に際しての、院内システムの問題・課題
- ・退院調整に際しての、院外の社会資源活用に関する問題・課題
- ・退院調整看護師としての今後の課題と解決に向けての方向性

■分析結果をグループごとに発表する。

注) ファシリテーターについて

・本研修におけるファシリテーターには、病院内で退院調整に当たっている看護者あるいは訪問看護ステーションに勤務している看護者が望ましい。

・ファシリテーターの役割は、グループ内の討議が円滑に行えるよう活動するものであり、検討内容の方向性や評価表の活用方法などについて適宜助言するものである。また、分析結果の発表に対して、参加者が今後前向きに取り組んでいけるような課題を整理し、気がつかなかった事柄について追加の情報提供をすることを通して、最後に総括を述べることを期待される。

・ファシリテーターは、10グループに対して1名程度が望ましい。

3) 退院調整実習記録(資料4)に基づき研修内容を記載する

4) 時間配分(例)

各自グループ内での事例紹介・・・100分(9:30～11:10)

事例の検討・・・120分(11:30～14:00) 途中昼休みを含む

事例発表・・・90分(14:30～16:00)

総評・・・30分(16:00～16:30)

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

資料

資料 1

資料1

退院調整看護師養成プログラム:用語の定義

●退院計画

- ①アメリカ病院協会（1984年）の定義：患者とその家族が退院後の適切なプランをつくるのを助けるために利用可能でなくてはならない、部門を超えた病院全体としてのプロセス。
- ②手島他（1996年）：個々の患者、家族の状況に応じて適切な退院先を確保し、その後の療養生活を安定させるために、患者・家族への教育指導や諸サービスの適切な活用を援助するように病院内においてシステム化された活動・プログラムである。
- ③篠田（2004年）：退院後も様々なニーズや問題を持つ患者・家族に対し、そのニーズや問題に応じて適切な退院先を確保したり、安定した療養生活を送るための教育指導を行ったり、諸サービスの適切な活用を援助するために、患者・家族の主体的参加を前提とした、院内外においてシステム化された活動・プログラムである。

●退院調整

退院調整看護師養成プログラム作成委員会(2005年):患者・家族の主体的な参加のもと、退院後も自立した自分らしい生活が送れるように、教育指導を提供したり、諸サービスの活用を支援するなど、病院内外においてシステム化された活動・プログラムである。

●退院調整看護師

退院調整を行う看護師の総称。地域医療連携質など専門の退院調整部署に配属されている専任看護師だけでなく、病棟で看護業務を兼務している看護師も含む。

●退院支援計画

退院調整が必要な患者に対し作成される計画。患者・家族の意向を尊重し、カンファレンスで合意を得て交付される。

●退院指導

疾患や障害の種類別に、病院内で他職種によって行われる、食事・服薬・運動・日常生活の過ごし方などの教育指導である。必ずしも組織的に行われるものではなく、他機関との連携は弱く、社会資源の活用までには至っていない。

●援助(help)と支援(support)」

「援助」とは、具体的なかたちのある働きかけであり、やや上下関係が存在し、経済的保障の対象になる場合もある。「支援」は、具体的なかたちがないもの（励まし）なども含み、相手の力を信頼する平等の関係を強調し、経済的保障には馴染まない場合がある。本人の本来持っている力を最大限に発揮したり成長を促がすこと（エンパワメント：empowerment）が支援の目的でもある。

●調整(coordination:コーディネーション)

- ①筒井他（1998年）：二者あるいはそれ以上の個人、機関、施設、団体などの間に対等の関係を作り、各々が最大限にその特性を発揮できるよう調整・調和を図ること。
- ②野中（1997年）：利用者へのサービスが調和した状態で一貫して提供できるように、複数

の関係機関に働きかけること。調整において重要な視点は、利用者の生活を支えるために、関係者が対等な立場で協力することである。

③福富（2000年）：3つの調整機能がある。

- i) ニーズと社会資源の間の調整
- ii) サービス調整機関の間の調整
- iii) 利用者本人と家族の間の調整

退院計画における調整機能とは、「退院に際し、複数のニーズを持っている利用者に対し、そのニーズに最適なサービスを結びつけるよう、複数の関係機関に働きかけること」「関係機関がそれぞれの立場から協力関係を結べるように調整すること」

●ケアコーディネーション

①保健婦雑誌（1994年、VOL50:No10）：個別援助としてのケースマネジメントの活動を中心として、集団的なアプローチや地区活動などの地域ケアを統合的に調整する活動であり、疾病や障害を持つ人々を対象にするだけでなく、健康増進、疾病予防から、リハビリテーション、ターミナルケアの必要な人々を含む

②ケアコーディネーションの機能に関する研究報告書（1996年）：住民が自らの健康問題を主体的に解決できるように、個々の住民に最適なサービスの種類・程度を判断し、様々な提供主体によるサービスを調整し、適切な時期に総合的に提供すること」とされ、さらに2000年の地域保健法改正で「ケアコーディネーション」は「総合調整」の機能に位置付けられ、利用者本人への直接的な援助だけでなく、援助を支える地域活動の組織化、地域住民の理解の促進、行政政策への反映などを含む総合的かつ統合的な活動であるとされた。ケアコーディネーション（総合調整）の対象者は、乳幼児から高齢者まで、年齢を問わず、健康のレベル、障害の程度によらず、調整された各種サービスによる支援を必要とするすべての住民、としている。

●ケアマネジメント(Care Management)

①白澤（1994年）：利用者の生活課題（ニーズ）と社会資源とを調整、あるいは結びつけることにより、地域での生活を継続的に支援していくこと

②MOXLEY（1989年）：ある人（またはチーム）が複数のニーズを持った人々の社会生活機能や福祉を最大限享受できることを目的として、フォーマルおよびインフォーマルサービスや支援のネットワークを組織化し、調整し、維持すること。

③介護支援専門員実務研修テキスト（2003年）：「地域社会の中で、人々が地域社会による見守りや支援を受けながら、地域での望ましい生活の維持継続を阻害するさまざまな複合的な課題に対して、生活の目標を明らかにし、課題解決に至る道筋と方向を明らかにして、地域社会にある資源を活用し、総合的かつ効率的に課題解決を図っていくプロセスと、それを支えるシステム」または、「自立した日常生活を営むうえで、複合的な生活課題を持つ人に対して、保健、医療および福祉の分野にまたがるさまざまなサービスを効果的に組み合わせ、利用することにより、生活の目標の実現を図ること。

※ケアマネジメントのプロセスは、①スクリーニング、②アセスメント、③ケアプランの作成、④ケアプランの実施と調整、⑤モニタリング、⑥再アセスメント、である。ケアマネジメントのすべてのプロセスに利用者または家族が参加することが望ましい。

※※ケアマネジメントはチームで行うものであり、3つの方法に分かれる。

①アセスメントをチーム全体で行い、ケアプランの作成～サービスの調整～モニタリングまでを一人のケアマネジャーが行う。これはオーストラリアの ACAS（高齢者アセスメントサービス）に代表される。

②アセスメントは一人の専門家が行うが、ケアプランの作成はカンファレンスなどで専門職が協同で作成する。これは日本の介護保険の介護支援サービスに代表される。

③アセスメントもケアプラン作成もチーム全体で行う。カナダのマニトバでみられるような保健師とソーシャルワーカーが協同で行う。

退院計画の対象者は、医療ニーズの高い患者が多いため、ケアマネジメントでは医学的知識が求められる。院内では、医師・薬剤師・リハビリ職・栄養士・SW等と連携をとり、目標や方向性、内容について合意を得ておくこと。ケアプラン作成にあたっては、主治医や訪問看護師との連携、看護と介護の役割分担、医療機器等に関する業者との調整、患者・家族への教育・指導など、専門的かつ広範囲な調整能力が求められている。自院でサービスが完結する自己完結型から、地域完結型サービスに発展させていく能力が必要。

●ケアカンファレンス(ケースカンファレンス)

ケアマネジメントのプロセスにおいて、適切な支援やサービスを行っていくために、利用者や関係者が集まって行う会議のこと。会議は2つの機能を持つ。

①ケアプランの作成：利用者の生活課題を整理分析し、援助目標やサービスの内容等を記載したケアプランをチームで作成すること。ただし、この場合はケアマネジャーが予めケアプランの原案を作成し、その原案についてチームで検討する場合が多い。

②情報共有と協働の確認：利用者や地域の施設・事業所に関する情報をチームで共有し、役割分担を行いながらも協働で支援していくことを確認する。さらに、作成したケアプランの同意を行う。

●ケアプラン

①白澤(1998年)：各要援護者に即した個別化された社会資源のパッケージを計画すること。支援を必要とする人々に提供されるサービスは、総合的かつ効果的であることが求められることから、パッケージ化となった。

②LEONARD(1979年)：明確化されたクライアントの問題、達成されるべき目標、求められるサービスについて、ワーカーとクライアント間での合意による記述されたサービス計画。

資料 2

資料2 退院調整におけるアセスメント項目と主な内容

●基本情報に関する項目

NO	アセスメント項目	主な内容例
1	利用者基本情報	①氏名、性別、生年月日、住所、電話番号、連絡先、職業 ②家族の基本情報 ③利用者受付情報（受付日時、受付経路、受付方法）
2	生活状況	家族構成（ジェノグラム図）、生活状況、生活歴、経済状況（生計や年金受給について）
3	被保険者情報	利用者の被保険者状況（医療保険、介護保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等）
4	現在利用しているサービスの状況	利用者が現在受けているサービスの状況
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について
6	痴呆性老人の日常生活自立度	痴呆性老人の日常生活自立度について
7	主訴	利用者・家族の主訴や要望について
8	疾患・治療	疾病名、既往歴、治療内容
9	服薬内容	服薬している薬剤名

●アセスメントに関する項目

NO	アセスメント項目	主な内容例
10	主な症状	主な症状、バイタルサイン、機能障害（麻痺、拘縮、知覚障害、欠損、変形など）
11	ADL	寝返り、起きあがり、移乗、歩行、更衣、整容、入浴、排泄等に関する項目を「できるADL（能力）」と「しているADL（実行）」に分けて記載する
12	IADL	調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況、交通機関の利用等に関する項目を「できるIADL（能力）」と「しているIADL（実行）」に分けて記載する
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感に関する項目

16	排尿・排便	排尿・排便方法、排尿・排便方法、頻度、コントロール状態、排尿・排便後の後始末に関する項目
17	褥瘡・皮膚の問題	褥瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取・栄養	栄養状態、食事内容、水分量に関する項目
20	問題行動	暴言・暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等に関する項目
21	介護力	介護者の有無・介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する項目
22	居住環境	福祉用具の必要性、住宅改修の必要性、危険箇所等の現在の居住環境に関する項目
23	医学的処置	経管栄養、酸素療法、自己注射、中心静脈栄養など医学的処置に関する項目

資料 3

資料3 退院支援計画書

【退院支援計画書】

作成年月日:

氏名: 様

作成者:

患者・家族の生活の意向	
【本人】	
【家族】	
総合的な支援の方針	
生活ニーズ	目 標
① ② ③	① ② ③
利用できる社会制度・資源	
【介護保険】	【医療保険】
自己負担額:	自己負担額:
【身体障害者福祉制度】	【その他】
自己負担額:	自己負担額:

資料 4

退院調整実習記録

1. 基本情報に関する項目

NO	アセスメント項目	主な内容
1	利用者基本情報	① ② ③
2	生活状況	
3	被保険者情報	
4	現在利用しているサービスの状況	
5	障害老人の日常生活自立度	
6	痴呆性老人の日常生活自立度	
7	主訴	
8	疾患・治療	
9	服薬内容	

2. アセスメントに関する項目

NO	アセスメント項目	主な内容
10	主な症状	
11	ADL	
12	IADL	
13	認知	
14	コミュニケーション能力	
15	社会との関わり	

16	排尿・排便	
17	褥瘡・皮膚の問題	
18	口腔衛生	
19	食事摂取・栄養	
20	問題行動	
21	介護力	
22	居住環境	
23	医学的処置	

3. 退院調整開始のきっかけ

--

4. インテーク(初回)面接

対象者：本人・家族（本人との間柄：	）
その他（	）
実施日：	年 月 日
面接時間：	時 分～ 時 分