

を記録した。

本研究の実施に当たっては、A大学医学部倫理委員会の承諾を得た。インタビュー内容および記録物については、個人が特定されないように配慮し、施錠できる場所に保管した。

C. 結果

1. 対象者の概況

平成19年11月から平成20年2月までに、調査対象基準に該当し、研究者と接触が可能であった患者・家族は7名であった。7名のうち5名は、家族へのみインタビューを実施した。

専門部署への支援依頼の目的は、4名がホスピス等への転院、1名が自宅退院であった。残る1名は術後障害に対するリハビリ目的の転院、1名は治療後の療養環境に関する情報提供・相談であった。7名の患者の転帰は、自宅退院1名、転院2名（リハビリ病院、一般病院）、3名が死亡退院であり、1名は入院中である。

2. 入院中のインタビュー

退院に向けての心境、希望については、「苦しまないようにしてほしい」「つらさを取ってほしい」という終末期での苦痛緩和に対する希望が第一に挙げられていた。ホスピスへの転院の意向がある家族の場合、「一緒にいられる時間を多く持てる」「静かに過ごせて安心」といった、残された時間を有意義に過ごしたいという強い家族の思いが述べられていた。一方、「このままここにずっと居られないことは分かっている」が、「このまま転院せずに最期まで見てもらえないのか」「転院するのも負担がかかって、家族も大変」という、できれば転院はしたくない思いをほとんどの家族が述べていた。在宅療養のケースの家族は、「少しでも家で過ごす時間を持たせてあげたい」という家族の強い思いがあった。また、「訪問看護師が来てくれるので心強い」「準備万端で自宅に帰るようにしたい」と介護内容についての不安と同時に訪問看護師への期待感が語られていた。また、「もしもの場合は病院に戻りたい」という緊急時の対応について希望が出されていた。一方、「(患者に)何かあったらどうしよう」「体調管理ができるかどうか不安」「片時も目が放せないとしたら(介護者も)困る」「悪くなった

らすぐに入院させてもらえるのか」など、自宅で末期がん患者の介護をする家族の不安が多く語られた。急変時の緊急対応の方法、日常的な体調管理、介護者自身の心身の負担、看取りのために再入院ができるかどうかなど、主介護者にとって心配事は多く、切実な思いが述べられていた。

転院の場合は、「転院先が空くまで待って、悪くなったらどうしよう」という、転院調整の時間がかかることに対する不安が挙げられていた。また、「もう少し元気だったら家に帰ることもできたけど、今の状態では病院の方が本人も安心だと思う」など、患者の状況次第では自宅退院の可能性もあったと思いついていた。また、「まさかこんなことになるなんて思いもしなかった」とターミナル期に移行した患者について現実感がない家族もいた。

情報提供・相談対応をしたケースでは、今後は自宅通院となり、終末期へ移行することを主治医から説明されており、入院中にホスピスへの通院や入院の方法などについて知りたいと主体的に支援を求めてきていた。「もう治療は終わると思う。今後の自分はどうなるのか…いつホスピスに行くといいのか…その見極めはどの時点になるのか…」と、終末期へ移行する自分の経過についての気持ちを話されていた。

受けている退院支援に関しては、「親身になって相談に乗ってくれるし、話しやすい」「自分たちでは病院は探せないで本当に助かった」など、専門部署による退院支援に対してはすべて肯定的な評価であった。

主治医や病棟看護師に関しては、ほとんどのケースで「信頼している」と述べていた。「以前から病状のことは先生から説明されていた」「ずっといられないのは理解していたので、納得している」という意見がある反面、「主治医の先生とは転院の話をするけど、病棟の看護師さんとはほとんど退院の話はしてない」「誰が担当なのか分からない」などの退院に関するコミュニケーションの問題が挙げられた。

「このような状態(終末期)になったときに転院しなくてもすむように、ホスピス病棟があれば良いのに」など、医療施設の変更をせずにターミナルケアを提供できるようなシステムの希望が出されていた。

患者自身に関しては、自宅退院を予定していたケースでは、「このまま帰ると家族に迷惑をかけてしまう」という、自宅に帰りたい気持ちと同時に家族に迷惑をかけてしまうという負担感、帰ることへの不安などが述べられていた。

ホスピスへの転院を予定していた患者は、「本当は治療を受けたいと思っている」という治療への望み、期待が述べられる一方で、日々増悪する疼痛や出血を自覚しながら、「病院（ホスピス）が見つかって安心した」と転院先が見つかったことに安堵し、同時に「痛みやつらさだけは取って欲しい」「つらいことは嫌だ」という最期の過ごし方の希望について述べられていた。

実施された退院支援活動は、転院の場合、「患者の治療経過や現在の身体状況、予後について医師からの説明内容を把握した上で対象者との面談を持つ」など、主治医や担当看護師と調整しながら支援していた。また、患者・家族に対しては、転院の場合、「患者・家族が希望する病院をできるだけ探す」と同時に、「調整には時間を要する」こともあらかじめ説明し、情報提供を行っていた。ホスピスへの調整では、スムーズに転院ができるように時間の有効活用を家族にアドバイスしていた。

D. 考察

今回の対象者7名のうち、5名が末期がん患者であり、その中で希望通りの退院を迎えた患者は2名であった。

がん患者の家族は、末期の状態であることをすでに主治医から説明され理解しており、ホスピスを含め転院することには同意をしていたが、実際には病状悪化のため退院が困難となっており、がん患者の退院支援のあり方についての課題が推察された。

まず、「退院調整に要する時間の問題」である。がん患者、特に末期がんの患者・家族にとって、ホスピスを含めた医療施設への転院は、医療者がそばにいる安心できる環境であることが多い。本結果では、「できるならば転院はしたくない」という気持ちを持ちつつも、ホスピス等へ転院することや自宅に帰ることに対して前向きにとらえていた。がん患者の在宅移行に関する調査では、退院のタイミングを逸して自

宅へ帰ることが不可能になることが多いといわれており、本結果においても転院調整の時間を要している間に、患者の容態が悪化し、死亡するケースが含まれていた。本来、ホスピスに転院した場合でも、数日のうちに転院先で死亡したとすると、患者・家族にとって転院にともなう負担だけが大きく、終末期医療として提供されるホスピスのメリットが十分生かされないという課題も考えられる。

在宅療養へ移行する場合も、介護者にとっては不安を感じながらも複雑なケア方法の習得する必要があり、一定の時間を要するものであり、専門部署のスタッフにとっても社会資源との調整などが必要である。患者・家族にとって訪問看護師は非常に心強く、重要な存在であることが語られ、入院前のカンファレンスなどを含め、実際の退院までの準備に要する時間を予測しながら、できるだけ早期に介入することが重要であることが示唆された。

がん患者の入院時点のADLは自立していることが多く、死亡する数週間前までは自立していることが多いと言われている。今回も、入院時点では自分の身の回りのことができているとされており、外来通院中に急激な症状の悪化とともに緊急入院する経過を辿るケースが多かった。外来通院中に予後については説明を受けているケースが多かったが、今回の緊急入院の後に最終的な療養場所の調整を行う状況となっていた。一方で、治療をすべて終了し自宅退院するケースへの退院支援であったように、主体的に自分のこれからの過ごし方を考えることができたケースもあった。これらより、外来通院中あるいは入院中に現在の治療の効果が期待できる時期なのか否かの判断をできるだけ早期に行いながら、今後の療養場所の調整を含めたギアチェンジのあり方についても患者・家族と話し合っていくことが重要であろう。

次に、「退院後の支援体制の調整」である。末期がん患者の在宅療養には患者・家族の自宅退院への意思が大きく関与するといわれている。末期がん患者の場合、疼痛コントロール、患者が経口摂取できないことによる栄養管理の問題、点滴管理、ストマ管理などさまざまな処置が必要となっている中、家族とともに患者へケアをすることができる支援体制の整備が特に必要と

していることがわかる。また、何かあれば相談する窓口があること、医療機関へ戻ることができることを保障する支援が退院支援として必要なことが示唆されたと考える。

すべてのケースにおいて、退院支援スタッフの対応、支援内容、調整方法などについて満足しているという結果であった。今回、退院支援スタッフは、医師や看護師との説明の場面や家族への介護指導の場にも参加しており、意思疎通が図れていたと考えられる。自宅退院のケースでは、ケア方法の指導や面接の場面において家族の不安な気持ちを受け止め、訴えをじっくり聞くなどの対応を行っていた。専門部署のスタッフは病棟看護師とは違う立場にいるため、主治医や病棟看護師とは違う立場で精神的支援という重要な役割を持つと言える。転院先の調整では、今後の見通しや調整状況など医師との情報交換などを密に行っていきながら、家族との面談を実施していた。しかしながら、「ベッドが空くまで」の待機時間に対して多くの家族

が不安を持っており、支援に要する時間を考慮した早期の支援開始が必要であることが、患者・家族側からも示唆された。

一方、患者自身についても退院への不安や家族へ負担をかけてしまうという心配事なども抱えていることが分かり、支援プロセスにおいて患者の精神的安定が得られているかどうかという点も評価する必要があると考えられた。

E. 結論

がん患者の退院支援においては、次の療養の場への移行のタイミングを逸しないように、スムーズな退院ができるような早期からの退院支援が必要であると認められた。がん患者の家族は、患者と限られた時間を有意義に過ごしたいとニーズを持っているが、希望する療養環境が得られない場合もあり、外来通院中から入院、終末期ケアへの移行までの期間を見据えた退院支援プロセスの検討が必要であることが示唆された。

がん患者調査:対象者属性

No	年齢	性別	転帰	退院支援の目的	入院形態	インタビュー対象
1	60代	女	自宅退院	在宅支援	緊急	家族
2	60代	女	死亡	転院 (ホスピス)	緊急	家族
3	70代	女	死亡	転院 (ホスピス)	緊急	家族
4	50代	男	死亡	転院 (ホスピス)	予定	家族
5	60代	男	転院 (リハビリ)	転院 (リハビリ)	予定	患者本人 同居者
6	70代	女	転院 (一般)	転院 (一般)	緊急	家族
7	40代	男	自宅	ホスピスに関する 情報提供・相談	予定	患者本人

がん患者調査：インタビュー内容

<p>退院に向けての不安</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 痛みもあるので、寝られなかったりとかしたら心配。 ・ 転院先が空くまで待っていて、変なこと（悪化）になったらどうしよう。 ・ 家では見てあげられない。苦しくて無理だと思う。 ・ 今後の自分はどうなるのか…いつホスピスに行くことになるのか？その見極めはどの時点になるのか…。 ・ みんな良い医療を受けたくて、順番待ちをしているから仕方がないけれど、2週間待つのはつらい。 ・ 本当は何度も転院するのはいやだけど。 ・ ここにずっといることはできないことはわかっているので、希望するリハビリをしてくれる病院が見つかるかどうか心配だ。 ・ 嫌な病院には行きたくない。 ・ 歩くときも手伝ってあげなくてはならないし、食事を食べるのも難しいから。 ・ 片時も目を離せないとなると私も困る。 ・ 家族も手伝ってくれるけど、体調管理のことになると不安。 ・ 自分でちゃんとできないかもしれない。食事も何を作ればよいのか…。 ・ 自宅で最後を過ごすのは、迷惑をかけるし自分も休まらないように思う。 ・ 本人も家族も本当は病院にいた方が安心です。 ・ もう少し元気だったら家の方よかったかもしれないけれど、今は先生がそばにいてくれるほうが安心している。 ・ （家族から見ると本人は）本当はここにいたいと思っていると思う。 ・ 一時外泊としてくれると安心…ベッドがなくなっても入院できなくなるから。 ・ 本人も私たちも先のことを考えてしまう。残された父のことを本人も心配しています。 ・ 急にどうなるのかな、と漠然とした感じであり実感がわからない。 ・ 今、私も何をしたらいいのか分からない…。 ・ 自分が病気なので家族の生活のことも心配。個室料金のことも気になる。
<p>今後の希望</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護の方が来てくれると本当に安心。それに、24時間対応してくれると聞いたので…電話でも対応してもらえりし。 ・ もしもの時には、ここに入院させてほしい。 ・ 第一希望のホスピスの方が、夫の面会の際の交通手段として都合がよいので、お願いしたい。 ・ 一般病棟に行かないで、直接ホスピスの病棟に転院したい、本人の希望でもあるから。

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 痛みだけはとってほしいと本人も言っていますし、それだけをお願いします。 ・ 病院にいる方が本人も安心している。 ・ 本当は家に帰りたいが、栄養が取れない状況では難しいし、言葉の訓練もしたい。 ・ 本人の意思を尊重して看護していただきたい。以前の病院ではひどかったので、本人もつらかったようです。 ・ 家の近くであれば見舞いに行きやすい。個室が必要になった状況であれば、お願いしたい。 ・ 一度帰って、少しでも元気になってくれたらいいと考えてます。 ・ 準備万端で帰りたいと思う。 ・ 退院は1日2日かもしれないけど…。 ・ ホスピスを紹介してもらって本人も喜んでます。 ・ 静かに過ごせるので、安心してます。 ・ 家族が自由に出入りできるのでよかったです。 ・ 苦しまないで、楽に過ごせるようにしてほしい。 ・ 苦しまずにいてほしい。 ・ 患者の体のつらさをとってあげたい。 ・ 家族と一緒に時間をたくさんとって、一緒に過ごしたい。兄弟にも会わせたい。 ・ 転院先でしっかりリハビリをして、本人に自信がつけば家に帰りたい。腸瘻がうまくいけば、転院先からも帰れる。
<p>主治医・看護師に対して</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人も担当看護師さんや先生のことにも信頼している。 ・ 外来ではタイミングよく話が聞けないこともあった。 ・ 今年に入ってから、外来ではもしかしたら…という話は聞いていた。現実的ではなかったけれど。 ・ 治療をしますといわれたら、お願いしますという感じです。 ・ 早めに手術もしてもらったし、本当によくしてもらっている。 ・ 2月初めに2月いっぱいはこちらで過ごせると説明を受けていたし、予定通りの流れと言う感じです。 ・ 医師から前からここにはずっといられないと聞いているので、それについては分かっている。 ・ 主治医の先生から緩和ケアの説明をしてもらい、本人は納得しています。

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人にあと半年という話をしていたけれど、話す前に事前に家族 ・ にしてほしかった。 ・ 主治医の先生から話が聞きたかった。(他の先生：グループが話してくれているが、前から見ている主治医の先生に) ・ 地元の病院で不手際があった。だからこんなことになった。 ・ セカンドオピニオンでここに来て、検査とか入院待ちをしている間にどんどん腫瘍が大きくなって、こんな状態になった。ひどい。 ・ もう少し早く、緩和の話があれば、待つこともなかったかもしれない。 ・ 病棟の看護師さんとは転院とかの話はしていません。先生とセンターの方ですね。
<p>受けている 退院支援に ついて</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ いろいろと探してくれているし、相談できるので安心しています。 ・ 入院してすぐにいろいろと相談にのってもらって、話しやすく安心しています。 ・ 転院先について、今まで考えていなかった案を教えてくれて、そっかあとと思いました。 ・ いろいろと病院をあたってくれているので、ありがたいです。 ・ お任せするしかない。 ・ いろいろと相談できている。問題ない。 ・ 最初に会ったときに、転院先が決まるのには時間がかかるかもしれないといわれていたので、お任せしています。待っている間の気持ちの整理もつきやすいです。 ・ いろいろと相談できて良いです。 ・ 希望通り見つければと思う。 ・ いろいろと教えてもらって、少し分かった気がする。今度の治療が終わったら退院前にまた教えてもらいたいと思う。 ・ 特に希望することはない。 ・ なんとかして、できるだけ早く転院できないだろうか。 ・ 退院になるのか、外泊になるのか、先生に確認してほしい。 ・ できるだけ家の近くの病院を探してほしい。

特定機能病院の退院支援に関する実態 —病棟看護師へのインタビュー調査—

主任研究者 永田 智子 東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野講師

研究要旨 特定機能病院に勤務する病棟看護師が、患者の入院中に、どのように退院支援の必要性を察知し、行動を起こしているか、また、退院支援を実施するうえでどのような課題があるかを、グループインタビューにより調査した。インタビューに応じた病棟看護師は、退院支援を要する患者の把握、患者・家族や病院内での働きかけといった支援の実施を行い、自分の受け持ち外の患者に対しても機会を見つけて支援漏れが生じないよう努めていた。しかし、他のスタッフや上司の知識・認識不足により、十分な支援が行えなかったり、支援漏れが生じているケースも見られていた。病院全体として、患者のために資する退院支援を目標として掲げ、教育プログラム等を通して全体の底上げを図る必要性が示唆された。

A. 研究目的

急性期医療機関においては、在院日数の短縮化が進む一方で、退院後も患者が継続して抱える医療ニーズは増加している。そのような患者が、次のサービスへのスムーズな移行ができるよう医療機関として機能を備えることが重要である。これまで、退院調整看護師の役割、機能、育成などが明らかにされ、専門的知識を持った職員を配置することの重要性がいわれている。しかし、もっとも患者と接する機会の多い病棟看護師がどのように退院支援を実施し、退院支援の課題をどう認識しているか、ということについての知見は十分でない。

そこで、本研究では、特定機能病院に勤務する病棟看護師が、患者の入院中に、どのように退院支援の必要性を察知し、行動を起こしているか、また、退院支援を実施するうえでどのような課題があるかを、グループインタビューにより調査した。

B. 研究方法

都内の1特定機能病院に勤務する病棟看護師に対し、インタビューの案内を掲示し、希望する者に対しグループインタビューを実施した。インタビューは1時間程度とし、参加者の同意を得て録音し、逐語録を起こして分析した。

インタビュー項目作成に当たっては、他の2箇所の特設機能病院の退院支援専門看護師へのインタビューおよび参加観察の結果を参考にした（資料

①、②）。

倫理的配慮としては、逐語録作成にあたり、個人が特定されないよう配慮し、録音後のMD等は焼却できる場所に保管した。

C. 研究結果

1回目のインタビューは3名、2回目のインタビューは2名の参加者を得て行われた。研究者側は司会、補佐、記録の3名が各回とも参加した。インタビュー時間は各々80分程度であった。参加者の経験年数は、1回目は4～5年、2回目は10～15年であった。

インタビューの分析結果を表に示す。

病棟看護師は、入院時に患者の病状や経過などから支援の必要性を予測したり、「おうちではどうしていたのですか」といった問いかけへの反応から支援の必要性を判断したり、入院中に家族の患者への働きかけを見て退院困難であることを予測したりしていた。病院のスクリーニング表もあるが、それにとらわれず、自分の観察した内容や経験から、退院支援の必要性を判断しようとしていた。また、入院直後だけでなく、入院後の経過に伴う状態の変化にも注意していた。

支援を要する患者に対しては、患者・家族の相談役、退院支援部署の紹介、介護保険の説明、内服薬の説明、カンファレンス実施時の司会、必要書類の作成、医療処置等を要する患者への手技説明・指導などを行っていた。

これらの支援は、主にプライマリーによって進められることが多かったが、師長や他の看護師が

退院支援の必要性を指摘することも見られた。プライマリー以外の看護師が当該患者を受け持った際に指摘したり、自ら働きかけたり、日常の会話の中でさりげなく必要性に気づかせたりしていた。

しかし、自らの受け持ちでない場合、支援の必要性があるのではと思っても受け持ちに伝えにくかったり、ローテーションで日々の担当に回ってきた際に必要と思われる連絡を済ませたりと、苦勞していた。受け持ちでない場合は十分なアセスメントもできないため、本当に支援が必要なか自信が持てない状況もあった。また、患者への退院指導や、地域への連絡書類の作成などに手間取ると、時間外勤務になり、上司から「余計な仕事をしている」「仕事が遅い」などと見られることもあった。退院支援の必要性が上司や病棟全体に認識されておらず、スタッフの知識や関心に差があり、やりにくいと感じていた。

また、自分自身や病棟看護師全体が、知識がない、退院後のことを知らない、地域資源のことを知らない、訪問看護師の求めているものを知らない、などの問題意識を持っていた。加えて、医師や他部門の職種が退院支援のことを知らなかったり、在宅療養についての意識が低いという指摘もあった。

D. 考察

今回インタビューした病棟看護師は、既存のスクリーニングシートだけでなく、自らの体験などから、退院支援を必要とする患者を把握しようと努めていた。そして、支援を要する患者に対して、患者・家族への直接の働きかけ、病院内での働きかけ、書類作成などの支援を行っていた。一方で、地域の他機関と直接連携をとるような動きは見られず、退院支援専門部署との役割分担が行われていることが見て取れた。

自らの受け持ち外の患者についても、さまざまな機会を捉えて、受け持ち看護師に退院支援の必要性を気づかせたり、実際に支援を行って受け持ち看護師に後から報告したりして、退院支援が漏れないような努力をしていた。

しかし、病棟内での立場、上司の方針などによっては、指摘することが難しい場面もあった。さらに、自分の受け持ち患者に対してさえ、退院支援を熱心に行うと時間がかかるために、時間外

で支援を行ったり、不十分な支援しか行えないという現状が明らかになった。その背景には、退院支援は「単に患者を早く帰す」ことだけが目的となってしまうっており、看護師長も退院支援のための超勤を認めないという風潮があることが指摘された。こうした事態を打開するためには、早期退院だけでなく、患者・家族にとって良い退院支援についての評価指標を早急に明らかにし、それを病棟や病院での実践における目標として掲げることが必要と考えられる。

また、病棟看護師や他の職種が退院支援や在宅ケアについて知識を十分有していなかったり、認識が不十分である実態も示された。病院全体が、退院支援の必要性を認識し、スタッフのレベルに応じた教育プログラムを遂行し、全体の底上げを図るとともに、各病棟に専門部署とのつなぎ役になれる人材を配置することにより、支援が円滑に行われることが推測された。

E. 結論

病棟看護師は、退院支援を要する患者の把握、患者・家族や病院内での働きかけといった支援の実施を行い、自分の受け持ち外の患者に対しても機会を見つけて支援漏れが生じないように努めていた。しかし、他のスタッフや上司の知識・認識不足により、十分な支援が行えなかったり、支援漏れが生じているケースも見られていた。病院全体として、患者のために資する退院支援を目標として掲げ、教育プログラム等を通して全体の底上げを図る必要性が示唆された。

F. 健康危険情報

該当無し

G. 研究発表

1. 論文発表
該当無し

2. 学会発表
該当無し

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当無し

表 グループインタビュー

<p>実施している退院支援</p>	<p>退院支援を考えるタイミング</p>	<p>(スクリーニングシートは) 当てはまるときもあればそうでないときもある お話を聞いていて患者さん自身の状態やご家族の状態とか、おうちでどうしていたんですかという話を聞いたときに「あ、ちょっとこれはこのままでいいのかな」と思ったときにこれは必要だという判断をしたりすることが多いですね。 入院したときの病名や病状とか、その後の治療の予定とかで多分きつこうなつこうなるからこうなのかなというふうになんか予想を立てて、入院のときに考えて、その後おいおい必要があれば考えたりすることもある うちは急性期の病院だからリハビリをもっと満足できる病院とか、地域に戻って自宅での療養をもらったほうが良いというケースがすごく多いというので、やっぱり入院とか転棟時に患者さんにどういうふうにしたかったのかという、開始時期というんですか、早期に介入したほうがやっぱり早いという感覚的なものかもしれませんが、そのほうが準備が進められて退院日・転院日もス 〇〇科の患者さんに関しては入院を取るときに結構構えて退院支援必要じゃないかな、この人という感じで家族の話を伺って 病態が急変したときにADLが下がったりしたときはもう一回考え直す 退院の日にちが決まったときに本当にこの人は帰れるかともう一回考えて、そのときに決めても遅いんです お薬がちゃんと飲めていないとか、家族がすごく疲れているとか、そういった時には強く考えるようにしている 治療が終わって、いきなり状態が悪かったりとか、痴呆が出てきたりとかすることが多い そのシートでさえチェックするのは、本当にわかりきっている場合が多い 関わっていくなかで、どんどん状況が変わって、リスクが高くなっていく</p>
	<p>退院支援のための観察ポイント</p>	<p>やっぱり一人でトイレができる。それは大きいですね。 トイレに行けない状況に対して家族がどう思っているのか、行けないなら手伝うわってさっさと手が出る人ならいけるかも(在宅療養にスムーズに移行できるかも) 「じゃあ、そこの区役所とか保健所とかに言ってこういう状態なので手伝いがいるんですけど、奥さん行ってきてください」と言えばその人はいけるかもしれないと思う 「やってください、看護師さん」みたいなご家族とかだとこれはちょっと駄目かも おうちでかなり無理をしちゃっていたりする患者さん。 病態的にも、もうちょっと早く入院してきたほうがよかったかな、というのが、ギリギリ悪くなっちゃっていたりとか。おうちでも一応、保健所とか相談できる窓口はあるのに、できていない方が多いと思うので。そういう方は、コミュニケーション、普通にお話していても、かたくなだったり、自分の大変さというのを隠そうとしたりする患者さんとか、 家族背景が独居だったり、一緒に住んでいる奥さんや旦那さんがいても、同じ高齢介護だったり。あと、一緒に家族で住んでいても、全然関心がない家族。一緒に同居はしているけれど、コミュニケーションが取れていない家族</p>
	<p>病棟看護師が行っている支援内容</p>	<p>帰っても看護ケアが必要な方へのアドバイス 介護保険導入の勧め、必要な方にはこれを使ってくれという説明、レベル(要介護度)が合っていないともう一度説明し直す 転院が必要な人への看護サマリー 病棟の看護師として一番身近な存在なので患者さんの家族の方がどういった方向に持っていきたいのかという意向を聞く身近な相談役 介護保険で使えるサービスについての説明 <<退院支援部署>>があるのでそちらをまず紹介してそういう支援のことはソーシャルワーカーさんがいると思うので聞いてもらう ドクターとメディカルスタッフが2週間に1回カンファレンスする機会があって、この患者さんについてはどうしていこうかと違う職種同士で目標を決めるときは司会 介護保険は、説明と入って審査してもらったほうが良いよということではできるだけ言う 手技は必要な方には説明と資料をお持ちする 受け持ちのドクターに訪問看護が必要というときに必要な書類をなるべく早く用意してもらえるようにという協力をしてもらう お薬の整理とか、ちゃんと一包化を頼みましょうとか 連絡票の作成とか、いろいろな連絡を取ったり、というのはします 薬の表を退院前に作ってもらったり 面会に来ている家族に対して、薬の説明 今やっている退院支援は、退院を早めたりとか、転院を期日通りに進めるための準備だったりメインなので、実際、どこまで深くできているかというよりも、こなしていくために確認事項をきちんとできているか、ということがメインになってきている 退院支援の紙を書いて、<<退院支援部署>>に下ろしたら、あとはお任せします 家族がどれだけ習得しているかは見たり</p>

病棟の中での進め方	師長からの働きかけ	師長さんが主にベッドコントロールをしているので、入院調整の関係で退院日を設定したりすると、「この人は今どうなの？」という感じでプライマリーに確認をしたり 入院期間が長引いている患者さんに関してはカンファレンスの機会という感じ プライマリーと一緒に相談しながらこのぐらいに退院できたらいいねという形で師長さんとか先生、もしくは連携部の方に相談
	プライマリーの責任	プライマリーの責任が結構重たくて、計画を立てるのもプライマリーだし、物品とかを準備してくださいと、家族にこれとこれとこれですと一覧表を作って渡すのもプライマリーだし、だからプライマリーがどんな人がつかで仕事の負担がかなり変わっちゃう
	受け持った看護師が必要性を指摘	あんまり退院支援に興味がない、あまり積極的でない人たちの患者さんで必要な人がいた場合は上の先輩たちが日々受け持ちをして、「ああ、この人、必要なんじゃないの」という指摘で返さ
	会話の中で必要性を指摘	「この人どうなんだろうね」みたいな感じで、身近でご飯を食べているときとか、そういう機会を利用して言ったりすることでプライマリーが発見したり
	自分が受け持ったときに指摘	連日その患者さんを受け持つような部屋割りだったときに、・・・そういう話とかが会話の中で出てきたら話を聞いたりして、こういうふうに言っていたよとプライマリーの人に教えてあげる
	自分が受け持ったときに働きかけて、その結果をプライマリーに返す	その日の受け持ちのときにこの人は退院支援必要だなと思ったら自分で聞いて、私に分かることならその時点で返しますし、もし<<退院支援部署>>に必要だと思ったらプライマリーには言わないで、了解とかは得ないで直接先生に「必要だと思うんですけど」みたいな感じで言って、例えば大々的に看護要約を書かなきゃいけないとか、何かそういうことが出てきたときにプライマリー
	職場内での立場によって、必要性を指摘できることもできないこともある	「あの人はどうなの？」と自分より経験が浅い人にはもちろん言えし、先輩にも「この人はこうみたいなので、これやっておきました」と先に言っちゃったりすると「ああ、ありがとう」みたいな感じでそこから始まったりすることもあったので、職場内での自分の立場が結構言えるか、言えないか、違ってくる

現状の問題	家に帰ってからのことがわからず、困った	実際におうちに帰った後はどういうふうに行っているのかというのが学生のときの実習だけでは実像が分からなくて、今やっている支援の指導の仕方がおうちに帰って本当にできることなのかというのが病棟にいないと分からなかったりして、そこがすごく困りました
	制度などの知識がない	知っているも院内にいるとついそれを患者さんに教えたらいいのかなとか、おむつとかも支援してもらえりけど、永遠ずっと自分でおむつを買ってもらっている人に一体いつ言ったらよかったんだらうって今更ながらそれを知ったときに思ったこともあって 疾患を見るときに、この人はこの制度使えるわというのが全然出てこないの、そういう知識も
	訪問看護師が病院に求めていることを知りたい	訪問看護師さんが家に帰ったときにケアして下さると思うんですが、どのことを病院にいる段階で求めているのかというところをもう少し知れたらな
	医師や看護師が地域資源のことを知らない	「本当はおうちに連れて帰りたいんだよね」というお話を家族と本人から聞くことがあって、帰られるんじゃないのかなと思っていたんですが、主治医は無理だといって、どうして無理だとかという話を聞いたら、患者さんの住んでいるところにそういう支援があまりないしとっていたんですが、実際に<<退院支援部署>>の人にこそと相談したら本当は結構あって、「転院の方向で進めているからそんな話はしないで」みたいなことを医者の方々に止められたことがあって、本当はそういう専門家の人に頼んでやってもらえればもっとできることがあるのになんかということがあって、それはやっぱり看護師や医師では探すとするのは力が足りないのかなと思った
	退院日の決定が遅いため、十分な準備ができず退院	あれ教えなきゃ、これも教えなきゃ、あれを買ってもらわなきゃというのでバタバタと退院支援といえる退院支援ができないまま退院
	十分な情報提供しておらず、病棟看護師が必要を感じていない	家に帰ったらすごく困るときがいつか来るはずなのにそのまま帰ってもらったりしていいのかなと私は思っているんですけど、それで今までずっとやってきているという病棟の雰囲気がある
	相談できる人が少ない	相談する人が病棟にすごく少なくて、経験がある人しか分からなくて、経験が無い人には全く分からないことで、経験がある人自身が急性期ばかり来ている大学病院では余りいないということ
	がんばってやるほど個人の負担だけが增える	頑張らなきゃいけないほどその人個人の負担だけがが増えて、ほかの人にはなかなか手伝わってもらえない
	スタッフの知識や関心に差がある	退院支援が重要だとあまり実感していない人は人が持っている患者さんはそれなりの支援しかされないままに退院してしまうしかなかったりする うちの病棟で介護保険を使う患者さんも、それを知らない患者さんいっぱいいて、説明する機会が絶対必要なうちのスタッフで介護保険について知っている人はケアマネジャーを持っている人とか、すごく興味があって調べたり、勉強している人のほんの一握り
	部署があってもスタッフそれが理解していない	「この病院で退院とかおうちに帰るために支援してくれる相談部署があると知らなかった」と言われたときに、私の中では東大病院はそういう連携部もあってどこよりも早くやっているムードがあるというのを結構、私たち自身がそれを生かし切れていない部分がある スタッフ自身が<<退院支援部署>>の仕事内容とかを理解できていない
	医事科が退院支援のコストのことを知らない	気管切開の状態だから本当はカテーテルとかも管理料を取ってあげたりできるはずなのに、知らない人がすごく多くて、コストを取れないシステムになっていて、「コストを取りたいんですけど」と医事科に電話をしても、医事科も「何ですか、それ」みたいなことを言われたことがあった
	医師の理解がない	先生達が地域に帰すという意識が少ないのか、何かあったらすぐに救急車でここに戻ってくればいから、と安易にすぐ口に出してしまう 在宅看取りについても、この方は大丈夫なんじゃないかな、と思っても、先生がずっと東大で診てるのに、みたいなことを言うてきたり。この人はそういうキャラじゃないでしょう、みたいな決め
	DPCIに伴う問題	東大病院が包括(DPCI)になって、退院が早くなってきている。〇〇科的にはいいけど、他の科の入院の必要性があったりとかする場合、いっぺん帰っていただくとか、そういうことになっている各科にいろいろ重い病気を持っている人がいて、お薬とかも調整するとか、一回一回でもらっていると、一包化にもしてもらえない
	退院支援をするための時間が取れない	日勤帯に来てもらわないと指導できない。昼間に時間を作ってもらって昼間に来て下さいと言わなきゃいけないと家族にも負担をかけないといけない やっぱり家族の方と十分2時間を取ってお話するということになる、やっぱり勤務内だとナースコールが鳴ってしまう、それで途切れ途切れとなると家族の方も話したいことが話せなかったりするんで、やっぱり時間外でやっていかなきゃいけない 大体ご家族が来るのが夜なんです。…この家族は本当に夕方しか来ないから今しか教えられるときがないけど、だけど簡単に教える、同じ教えるにしても丁寧に教えられるなくて、本当にポイントポイントで教えてやってみてみたいな感じ 退院支援とか患者支援に関わる時間が、今の病棟の仕事上でほとんどないに等しい。自分の仕事を全部終わらせてから、超勤としてその患者様の所に行き、ゆっくり話を聞くという状態に
	支援の評価ができていない	おうちに帰ってからの実際が分からないので、訪問支援はしたけど何が足りなくて駄目だったのかなというものが分からなくて、同じ支援をいいのかわ悪いのかわからないままにやっている

資料① H大学病院視察

病院の概要	特定機能病院、病床数956床、外来患者数2798人/日
1. 退院支援部署の組織構成	
① 部署の名称	・ 地域医療連携部→地域医療連携福祉センター（2006年6月～）
② 支援部署設立の経緯	<ul style="list-style-type: none"> ・ 平成4年設立。もともと訪問看護が中心の部署。地域の医師会からは反発があったが、ターミナルや医療処置を要する患者の退院の希望を叶えるために実施。当時は道内ではやっているところがなかった。当初は2名、2年後からは3名。 ・ 平成12年の介護保険開始にあわせ、部署の目的を退院支援に変更。背景：訪問看護ステーションの増加→訪問看護自体の提供より調整者としての役割が求められるようになった。その後、平成16年に最後の患者を看取るまで、訪問看護と退院支援を並行して実施。現在は訪問看護は業務から外している。
③ 支援部の組織体系（病院の中の位置づけ：組織図）	・ 地域医療連携部：看護部付けだった → センター化に合わせて院長直属へ
④ 支援部のスタッフの内訳（人数、職種、役職）と役割（看護師とSWの役割の違い）、経験年数	<ul style="list-style-type: none"> ・ センター長は医師（副病院長）、副センター長は医師（専任だが通常業務には殆どタッチしていない）。看護師長、副看護師長、ソーシャルワーカー2名（1人は看護師免許あり、難病コーディネータのキャリアあり。もう一人は2年目） ・ ソーシャルワーカーの配属は去年4月。それまでは全て看護がやっていた。現在も転院と在宅で分業ということはない。生保・支払の難しいケース・居住地の無いケース、療養型病院探しなどはSWが担当している。 ・ 大学病院の場合、殆ど医療ニーズを持っているので、SWの必要性をあまり感じない。ただ、経済的に問題があるケースなどに関しては、一生懸命取り組んでいるし、知識も深いと感じている。 ・ 今後、事務が配置される予定。（9/1付けで1名配属） ・ センター化してから副病院長がセンター長になった（以前は診療科の科長が部長を兼務）。院長への連絡が容易になり、1月ごとの実績データが直接示せるなど、影響力が大きくなった。
⑤ 在宅ケア経験のあるスタッフの有無 有の場合：提供されるケアの差は？	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看護師長・副看護師長は、地域医療連携部が訪問看護中心から退院支援中心にシフトしたとき（平成12年）に着任。平成16年に最後のケースを看取るまで、訪問看護の機能を残し、在宅ケアの実践を積んだ。（理由：在宅生活支援をするのに、生活そのものがみえていないと感じたので、訪問看護（ターミナル、小児、難病など）と並行した） ・ 在宅ケアの実践経験がある事は意義深い。①ケアの修正が出来る。「ケアの手抜き」、どこが最低限必要かを入院中に見極める。体交は禁止・マットの工夫で対応、入院中に看護計画を修正する（やっていなければ、その時点からやってもらう）。②必要最低限の物品で実践する。以前は、医療処置に要する物品が病棟によって異なり、在宅退院時は使用しているものを箱で渡したりしていた。指導管理料との兼

	ね合いも考えながら「基本コース」を設定した。（自己購入を要するものなど、コスト意識をもってもらう）
2. 支援方法（支援の流れ）	
① 対象者の属性（年齢、疾患、状態、在院日数等）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 腫瘍、呼吸器疾患（酸素・呼吸器）、神経難病などが多い。 ・ 以前は ADL 低下による要介護が多かった。
② 対象者の選出方法（医師や病棟看護師の依頼、スクリーニング票、支援部署によるラウンド）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外来で、入約が出た時点でスクリーニング票を使用している。一部の診療科においては、今年 7 月から、ハイリスクの場合、入院前に（通院時に）連携部の看護師が患者に顔を合わせる試みを始めている。（ALS 患者は、外来での告知から支援部が入る。今かかわれること、今後かわることを把握する。） ・ 入院時の病棟でのスクリーニングは実施していない。 ・ スクリーニング票が提出された時点で、スクリーニング内容を副師長（看護職）が確認し、支援が必要な患者を把握する。（病名（癌、転移、要医療処置）によっては点数が高くて（ADL おちていないが転移があるなど）気にかけて分類する） ・ 入院予定日を把握し、入院後すぐに入院時点の情報を取るようにしている（オンライン）。その後、部内でミーティング→情報の共有と担当者決定など。入院 2-3 日以内には病棟を訪問（初回訪問）し、アセスメントに向けた情報収集・病棟との情報共有・患者への挨拶を行う（明らかに不要なケースは行かないが、通常は行っている）。2 回目は 1 週間後。2 回目の訪問以降に部では支援の方向性を検討するために、カンファレンスを開催する。 ・ 現在月 350 件。多忙&科によって意識が異なるため、スクリーニング票自体記入が出来ていないところも。 ・ スクリーニング以外は、医師や病棟看護師の依頼により選出している。 ・ 平成 12 年の開始時は、センターの存在を病棟看護師に認知（困った時にヒントをもらえる所として）してもらえるように、電話でどんな相談でも受けるようにしていた。（「アセスメントを明確化してから」うけていたのでは相談がしにくくなるので、「何かひっかかるが分からない」レベルでその場で電話してもらえるように）しかし、丸投げも問題で病棟の底上げも必要なので、民間救急車の依頼など簡単なことは、そろそろ病棟でやってもらおうと思っている。 ・ 正式な支援依頼は、以前は紙の依頼状（Fax）であったが、平成 15 年よりシステム化されオンラインシステムでの依頼に移行した（形式は手間のかかる記述欄は少なくし、ボタンで選択できるようにした） ・ 病棟ラウンドはしていない。 ・ 今後への展望：スクリーニングのシステム化（入院時基礎情報に重み付けをして、入力すると自動的にトリガーされるようにする）
③ 支援内容（在宅・転院等の転帰、具体的な支援内容）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 初回面接の前に、オンラインで温度板・看護基本情報・服薬や他科受診の状況などを確認し、イメージを掴むと共に足りない情報を明らかにしている。オンラインで様々な情報を見ることができ、病棟を訪れる必要が無いので、とても便利。（システムへの不満はあるが） ・ 退院のメドを確認。調整が取れ次第退院のケース、数日で退院という

	<p>ケースも、その要望に応えるように努めている。調整が終わらず、外来でフォローアップすることもある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 依頼内容は患者・家族と面談すると変わる事も多くある。繰り返し面談する。 ・ 病棟へのフィードバック（こうすればもっと良くなることをアドバイスする。退院のために、今できること、やらなくてはならないことを明確化する） ・ 在宅の場合、9割方はカンファレンスを開催する。主治医・受け持ち看護師・外来の看護師・地域医療連携部・リハスタッフ・訪問看護師・介護支援専門員・ヘルパー・訪問診療医。患者・家族も入れるようにしている（入りたくない、認知症がある、ベッドから動けない、などの場合除く）。日中は集まりにくいので、17時以降が多い。患者・家族には、訪問看護師に渡す書類（添書・サマリー）などを見せて説明する。カンファでは、病状・今後の見通しについて医師から、入院中の生活について看護師から説明し、H大から〇〇にこういう内容を依頼するということを明示する。患者・家族にとって、在宅で初対面の在宅スタッフに会うのは緊張するので、カンファで事前に顔を合わせられるのはよい。また、経済面や家族のことなど、どう話されているか気になるので、同席の場で説明をする。カンファの最後には「今希望していること」について尋ねる。 ・ ケアマネージャーに対し、住宅改修など在宅生活をするのに必要なものをアドバイスする。 ・ 訪問看護を依頼する場合：「連携情報票」部で記入し、事前カンファレンスの前に送っておく。 ・ 外来への引継ぎを行う。 ・ 病棟の看護師との役割分担は、担当看護師が新人かベテランかで異なる。新人の場合は大部分を支援部でサポートする。 ・ 転院が増えてきている。DPCの関係で、在院日数の短縮が進んでいる影響？ また、ホスピスの依頼が増えているが、少なく対応が難しい。療養型も、今までより入院可能なケースが減ってきている。H大の直接の関連病院が無いので、転院の支援は難しい。 ・ 転院の場合：患者・家族がアクセス・ケア内容などから病院を選び、見学し、先方と患者・家族の双方からOKが出て初めてgoとなる。 ・ リハビリを要する患者：依頼が来るのが遅い。（前よりは早くなったが） ・ 地方の患者の場合、小児・呼吸器・医療処置などは難しい。 ・ 精神：科にPSWがいるが、デイなどもやっていて多忙なため、ステーションとのつなぎ等は部に相談がある。 ・ 神経難病：告知の際に部が入り、今後の見通しの話の中で、相談相手として紹介される。
<p>④ 現在抱えている問題 （対象者、病棟との連携、地域との連携等）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病棟との連携：科によって認識が異なる。 ・ 地域との連携：転院が困難。 ・ 訪問看護ステーションの9割はH大のある市内にあり、地方での訪問看護ステーションの確保難しい。また、紙面では依頼が難しい場

	<p>合、特別に業者や受け持ちが現地に行ってトレーニングをすることも ある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 小児科や、動脈性の出血をおこす口腔内腫瘍などの耳鼻科疾患は、市内でも受け入れが難しい。 ・ 退院支援の他に、共通床のベッドコントロールや、外からの紹介の窓口にもなっているため多忙。
3. その他	
① 事例検討会など、病棟への啓蒙活動の実施状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 新入オリの中で1時間程度。 ・ 研修委員会主催の研修。 ・ 各病棟の学習委員会から呼ばれて、個別に研修。
② 地域資源、在宅医療機器等の情報の入手方法	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護ステーションの情報を収集するため、4年前に調査を行った。土日や24時間対応の有無、得意分野・出来るケア（ターミナル・看取り、IVHポート、呼吸器など。実績と今後の意向）など。また、診療医についての情報も合わせて収集した。 ・ 医療機関については、2年前に道内3000箇所すべてを対象に規模・外来・対象などを尋ねる調査を行った。（返答は900箇所程度）
③ 地域の在宅ケアスタッフ（ケアマネージャー、訪問看護師等）、市町村保健師等との連携や交流	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護から大学病院へは敷居が高かったと思うが、カンファレンスなどを通して意識が変わった。また、訪問看護からのSOSはいつでも受けるようにしている（大学で、地域のステーションをサポートする）ので、ステーションから部への電話・ファックスが多い。 ・ ターミナルなどの病状が重い患者やレスピレータ、IVHなどの医療処置を要する患者が増えている。今まで受け入れた経験のないステーションでも、受け入れる意志があれば、患者の入院中に何度かきてもらい指導をする。（大学で、地域のステーションを育てる） ・ 病棟側も意識が変わり、以前は「訪問看護師が何をしに来るのか」「カンファでは何を言えばよいのか」という感じだったが、普通になった。上手くつながっている。 ・ 訪問看護指示書は、最初に1ヶ月は北大の医師が書く。翌月からは地域医が行う。 ・ 保健師との連携：産科では実績あり。小児で、医療保険の訪問看護ではお金が困る場合、訪問看護までは必要はないがサポートが必要なケースは保健師へつなぐ。

資料② K大学医学部付属病院の退院調整看護師研修（2007年3月14～15日）

●地域ネットワーク医療部（以下、地域ネット）

1. スタッフ

- ・ 部長 1名：兼任医師
- ・ 副部長 1名：専任医師（診療科同士の決め事、前方連携、医師会とのやりとり、朝のカンファレンス時に病状説明）
- ・ 看護師長 1名（訪問看護ステーション所長、統括所長としてステーションの立ち上げに関与した経験あり）、看護副師長 1名
- ・ MSW（常勤 2名、非常勤 1名）

2. 担当・・・地域ネットへ依頼が来たら、朝のカンファレンスで誰が受け持つか決める

- ・ 基本的にMSWが患者を受け持つ
- ・ 副師長：末期癌患者、心外、難病患者担当
(副師長は、2年毎交代。地域ネットの経験を経て師長になる。希望でくる。
地域ネットは病院全体が見えるので。しかし、誰でも見える訳ではなく、適性あり)

3. 地域ネットの退院支援の流れ：資料参照

●地域ネットたち上げの経緯

1. 平成12年10月：地域ネット立ち上げ。

- ・ R科が中心。社会福祉に関してはワーカーが担当。医療系に関しては、夜勤師長が兼務していたが、在院日数は短縮せず、医療依存度の高い人は退院できず、成果がみられなかった。

2. 平成14年7月：U氏が退院調整看護師として就任

- ・ 教授回診の際に退院の方針が決まり、チーム医療がなかった。
- ・ 退院が決まってから、地域ネットに依頼が来ていた。依頼 750 件全部を調査し、「いつ依頼が来たか」「入院時に支援の必要性が判断できなかったか」検討した。8割以上の患者が入院時に必要性が判断できた。

●U氏就任後の地域ネット活動の経緯

1. スクリーニングシートの開発

- ・ 平成15年1月：師長会で申し出。
- ・ スクリーニングシートは、看護師の負担を減らすため、書式はなるべくシンプルにし、どれか1つ以上項目にチェックがついたら考えることとした。
- ・ 地域ネットへの依頼は、最初は全部 FAX。電子カルテを見て、支援が必要であれば退院調整看護師が病棟をラウンドして、チームリーダーに支援が必要な患者について伝えるが、メンバーに伝わらなかった。退院調整看護師だけでは、ベッド数に対応しきれない。
→病棟看護師のレベルを上げる必要あり。
- ・ 次のステップへ・・・スクリーニングシートを各病棟で様々に作る。（地域ネットへ依頼の多い、整形、神経内科、呼吸器内科）

2. 地域ネットへ依頼が来てからの流れ（初回カンファレンスの立ち上げ）

- 1) 研修医からの依頼が多く、「患者・家族へムンテラ済み」と書いてあっても、ワーカーが行くと、患者・家族から「何も聞いていない」といわれた。初回カンファレンスもなく、病棟看護師も退院について聞いていないことがあった。ワーカーの時間のロス。
- 2) 退院を阻害するもの（診療科の原因ではないもの）の特定

→初回カンファレンスの必要性

- ・ 主治医、受け持ち看護師又はチーム代表、退院調整看護師、MSW、PT・OT 等
- ・ 初回カンファレンスをしないと、地域ネットは動かないこととした。
- ・ ここでしっかり方向性を決めて、計画を立てる。
- ・ 当初、医師は「時間がない」と言っていたが、現在は 99%実施
(本当に時間がなければ、医師と病棟スタッフと別々に話を聞くこともある)

3) 初回カンファレンスにおけるMSWの教育

(MSWは個人プレーなので、各自の能力をアップさせることが大切)

- ・ 4年前、MSWは初回カンファレンスの時に、医師から病状説明をしてもらっていた。
医師や看護師が忙しい中来てくれるのに、その時間はロスである。
→初回カンファレンスまでにMSWはカルテから情報収集をし、初回カンファレンス時には、すぐに本題に入り、短い時間で、「何が問題か?」「何を取り組むか?」方針が決定するようにする。
- ・ MSWは、地域ネット内の朝のカンファレンス時に、その日に初回カンファレンスが開かれる担当患者について報告する。不足している情報(他に何か病気をもっていないか、他科で問題を見落としてないかなど)を、退院調整看護師よりもらう。
- ・ 初回カンファレンスの前に、朝のカンファレンスでしゃべらせることにより、「カルテから読み取る能力」「状況をまとめて数分で伝える能力」「問題解決能力」を養う。
- ・ 朝のカンファレンスで、地域の情報もやりとりしておく。

4) 患者・家族へは、主治医からMSWを紹介してもらう。

⇒回数を重ねるうちに、医師は、初回カンファレンスで「何をしておかなければいけないか」「何を自分が言わなければいけないか」分かるようになる。

5) コンサルト中に退院調整看護師が、チームスタッフに提供した情報

①介護保険等の制度に関する情報

- ・ 介護保険で、退院前に住宅改修して、退院しないと、自費になる。外泊では住宅改修費は出ない。身体障害者手帳は、退院しなくても住宅改修の補助が出るが、時間がかかる。
- ・ 身体障害者手帳があっても、78歳なので、介護保険の申請をする。
- ・ 介護保険の医師の意見書についてのアドバイス:「病状」を「不安定」にすると自立でなく、「要支援」になる。

②退院支援のあり方について

- ・ 予後が不良な癌患者は、進行が早いので、往診先を見つけるなどの在宅で受け入れる準備を早期から少しずつ進めておく。
- ・ ターミナル患者…在宅スタッフはサポートできるが、家族に看取る位の覚悟がないと駄目。
- ・ どのような状態で退院するのか、それ以上の改善が見込めないことをきちんと患者・家族に説明した上で、どうしたいのか選択してもらう。
- ・ 主治医のムンテラ内容に対するアドバイス:家族には、「半年」「1年」といった具体的にイメージできる病名告知をする。
- ・ 患者と家族の関係が友好ではなく、患者が意志判断できないとき…家族がどうかではなく、「もし患者が判断することができたら患者はどう選択したと思うか」を聞いた方が良い。

③在宅を見通した患者・家族への支援について

- ・ 今は看護師がみているので大丈夫だが家で家族が気をつけられるか、指導する必要あり
- ・ 在宅のスタッフで 24 時間患者を支えることは出来ない。在宅スタッフがどの位助けてくれれば生活できるか、患者・家族と確認することが必要。(患者・家族は病院と同じケアを在宅スタッフに求めていることがある)
- ・ 介護力をきちんと判定することが大事。介護者とみなすのは、厳しい家族もいる。

- ・ 病棟で看護師がやっているケアを、介護者が自宅で負担なくできるか、無理なら簡単に出来る方法を入院中に考える。
例) 病院では、患者を立たせて、支えてオムツを交換していたが、高齢の妻には無理。
退院後は、朝・晩ヘルパーに入ってもらって、オムツを交換し、妻は中のパットを替えれば済むようにする。夜はフラットオムツで、日中はパンツ型オムツにする。
- ・ カンファレンス時におさえること：「本人はどう思っているのか？」「予後はどうか？」「頭痛などの症状に対する対処法はあるか？」「家屋の構造はどうか？（段差や手すりなどの有無、家で動けるか、トイレにいけるか、車椅子は入るか）」「経済状況はどうか」：家に帰るのに何が必要か洗い出す

④地域ネットの活動について

- ・ 地域ネットのページの見方：どこを開けば、何の書類が見られるか。「在宅支援依頼票」：退院調整看護師やMSWが、ケースカンファレンスの前に、どのような事を訪問看護師など地域スタッフに依頼しているかが分かる。入院中にやっていることや、「排泄介助を要する」だけではなく失禁がどの程度でどんなケアが必要かまで情報を提供する。

⇒チームカンファレンスではあるが、退院調整看護師がリードする。在宅の方針は退院調整看護師が担当。（退院カンファレンスでは、退院調整看護師が司会をする）

ポイント

- ・ カンファレンスまでに準備をしっかりと、プロであることを他のスタッフにみせる
- ・ カンファレンスを繰り返すことで、医師や看護師は「何をみるか」ポイントが分かってくる
- ・ 個別支援を通して、方針や流れを説明する←知識の付与…次回から応用できる
- ・ 介護方法など、退院調整看護師が教えるだけでなく、病棟看護師に考えてもらう
- ・ カンファレンス後、何から動かなければいけないのか、優先順位をつけて、方針を決定
- ・ コンサルトで、退院調整看護師のもっている力（専門スキル）を見せ、情報を提供する→病棟看護師・主治医などチームメンバーの力をつける→自立へ
- ・ 看護師のエンパワメント⇒患者・家族のエンパワメント

3. U氏が退院調整看護師に就任した後4年間の病棟との関わり：例）整形病棟

1) 4年前

- ・ 機能別看護体系をとっていた→現在、固定チームナーシング
- ・ 患者の特徴：高齢者が少なく、若年腫瘍患者が多い。
- ・ 病棟看護師より地域連携の依頼がこなかった。（入院期間が4週間と決まっておき、退院が分かっている患者でさえこなかった）
- ・ 依頼はDrやリハビリスタッフから
→在宅の視点が全くなかった。

2) 3年前

- ・ 病棟カンファレンスに退院調整看護師が入るようになった。（1回/週）
- ・ スクリーニングシートでひっかかった患者を前もってFAXで地域ネットに送る

3) 現在

- ・ 病棟看護師が主体となって退院支援を実施（病棟看護師が、独自のスクリーニングシートなどを開発している）

4. レベルアップ研修（看護師の全体研修会）の立ち上げ

…退院調整看護師は、看護部長より、退院支援の院内のしくみ作りの指示を受ける。

- 1) 平成15年度より開始…看護部を巻き込む（研修の流れについて各病棟師長に説明）
 - ・ 4年目以上に対する WOC、呼吸器などのレベルアップ研修会と同等に、退院支援の研修会を立ち上げ
 - ・ 興味のある人だけ参加
 - ・ 半日講義（アセスメント方法など）、12月にグループワークをし、事例をまとめた。
- 2) 平成16年度の研修…退院支援は、退院支援…病棟単位でやらないと駄目
 - ・ 各病棟代表を1名ずつ出す（リーダーになる人、病棟での問題や取り組みを考える）
- 3) 平成17年度より実習開始
 - ・ 参加者は、各病棟から、4年目以上のリーダー・サブリーダーから選出（師長が選ぶ）
 - ・ 1回目：講義、2回目：退院調整看護師の同行、3回目：グループワーク
 - ・ 実習時：参加者の病棟に絞った問題点を提示。参加者の病棟に多い退院支援にあわせた知識を付与する。患者・家族へのコミュニケーションテクニックを学ぶ（介護的にどうステップアップしていくか、不安の強い家族への対応など）
- 4) 平成18年度
 - ・ 病棟で取り組んだ支援について、各病棟が10分ずつ発表する。
 - ・ 今までなかった医師・看護師の意識を変える→システムを変える（病棟主体で）→自分がやったことに成果
5. 外来との連携
 - ・ 消化器や呼吸器の医師は、ケモのクールを見ながら、外来通院中に在宅準備について説明してくれる。
 - …問題：外来看護師が入りにくい（処置室での業務に忙殺）
 - 外来看護師より。看護をして関わりたいと希望ある
 - 癌の患者だけでも外来に看護相談室をつくれぬか提案中

●地域のマネジメント

- ・ 「在宅支援依頼票」は地域ネットで書く
- ・ 地域包括センターとの連携（患者に情報提供許可を得て）
- ・ 退院調整看護師がイメージしていることをケアマネと共有する。任せきりにしない。
 - …その後、スムーズにケアマネと連携がとれる。
- ・ ケアマネや在宅診療所の医師に、診療所や患者の家など病院スタッフと違う場所で家族と会ってもらおうと、病院スタッフと家族とのズレが分かる。
- ・ 在宅医療についてつめる（家の状況をみてPT/OTと介護用具等について相談、薬剤の出所や処置の実施者など）
- ・ 退院前カンファレンスの前に「在宅支援依頼票」を送り、在宅スタッフ（ケアマネ）が患者の家を見てきてくれてから、カンファレンスを開催する。
- ・ K市の医療事情…200床規模の病院が多い。患者をとりあい。→在宅を遅らせる。

●電子カルテ（2006年10月導入）：地域ネットで専用プログラムあり

- ・ 専用プログラムを入力できるのは地域ネットだけ。
- ・ 地域ネットの記録が病棟から閲覧でき、地域ネットの日々の支援状況が分かる。
- ・ フェイスシートの内容：病棟か外来か、社会資源は何に伝えたか、今後必要な管理や検討課題などの情報。経時記録の内容：初回カンファレンスの内容、本人・家族との話し合いの内容
- ・ パスワード毎に医療系・事務系に別れている