

患者が高齢である場合、配偶者も要介護であったり慢性疾患を持っていたりする場合があった。86歳の患者の妻は要介護1、82歳の患者の妻は心臓が悪い、77歳の患者の夫は要介護3で弟が夫の介護を行っているという状況であった。高齢者の世帯の場合、機器操作の理解が十分でない場合もあり、再入院の3ケースでは酸素の流量が守られずに悪化しての入院となっていた。72歳の患者は低酸素の危険性が理

解されておらず、入浴時に酸素を使用しないことがあった。77歳の患者は手技はできているが酸素量の変更ができずに間違えていた。そのためか、買い物やゴミ捨てなどの労作時に息が切れる状態であった。84歳の患者は酸素を使用しないこともあったということで、酸素の確実な使用、酸素量の切り替えについて指導が行われていた。

D. 考察

急性期病院の退院時看護サマリーを 477 事例見ると、高齢者が多いこと、さらに独居または高齢夫婦での世帯が多いと推察された。そこで、入院治療が終了して退院される患者・家族が安心して安全に療養できる環境を整えるためにも、医療機器を持って退院する患者の実態について以下の視点で考察する。

1. 在宅療養支援の必要な退院患者の状況

医療処置や機器の操作等を行う可能性の高い病棟を対象とした本調査の結果、年齢構成は 60 歳以上が 65% を占めている状況であった。この状況は、厚生労働省が行う患者調査（平成 20 年データ）の推計患者数においても、65 歳以上の患者が全体の 48.5%、入院に限ると、65 歳以上の患者が全体の約 67% となっており、今回の病棟のデータとほぼ同様の結果となっていた。また、患者の居住地として多かった地区は高齢化も進んでおり、渋谷区では 60 歳以上の人口が H13 年 22.9% であったが、H18 年には 23.6%、H23 年には 25.5% となっていた。

このように高齢者が増加している状況の中、今回の調査では独居者が 33 名おり全体の約 7% であった。その中でも 60 歳以上の患者が 25 名で全体の 75.7% であった。90 歳以上も 1 名おり、高齢化および独居者の多さも都心にある病院の特徴であると考えられる。

さらに、配偶者との世帯は 120 であり、その中でサマリー中に配偶者以外の記載がなく 60 歳以上の患者は 103 名であった。これは調査対象とした患者の 21.6% となっていた。退院後に医療ケアの必要がある患者は、70 名で 14.7% であった。しかも 60 歳以上の患者に集中しており 70 名中 63 名で 90% を占めていた。このように医療を受ける人には高齢者が多く、またその高齢者が、退院後に薬の内服や医療処置を継続することも考えられ、このような医療行為が確実に実行されるように療養生活を支援してい

く仕組みが必要となってくる。

特に調査対象が呼吸器疾患を主とする病棟であったことも影響しているが、在宅酸素の患者が多い傾向であり、しかも在宅酸素を導入している患者は 50 歳代以上の方々であった。特に 60 歳代～80 歳代が多く 46 名で調査対象の 9.6% であった。在宅酸素の場合、適切な指示流量を守れないことにより低酸素となることがあり、今回の調査でもそのようなことで再入院となった患者がいた。高齢者が医療機器をもって退院しても安全に療養することができるような環境を作ることが重要であると考えられる。

2. 安全・安心な医療の継続のために必要な整備

医療ケアを在宅で継続する患者は本調査では 14.7% であり、その中での在宅酸素導入・導入中の患者は 53 名で平均年齢が 73.3 歳であった。このような対象の疾患は間質性肺炎や肺炎・肺がんの方であり、疾患の特徴から高齢者が多い傾向があったと考えられる。また、独居者は 5 名（9.4%）、配偶者以外の記載がなかった患者は 18 名（33.9%）であった。在宅酸素の流量の変更や濃縮機の取扱等を高齢夫婦もしくは患者個人で守っていかねばならないことは、非常に困難があると考えられ支援が必要であると考えられる。独居者の中では、キーパーソンがいるが一緒には生活をしない患者もおり、日常生活を支援するサービスの情報を提供していた。また、自宅で倒れているところをヘルパーが発見した事例もあった。このような状況から、独居者で在宅療養の場合、日常生活支援としてのヘルパーおよび身体状態を見ていく訪問看護を入れて、機器の取り扱いや全身状態管理を行っていくことが必要であると考えられる。

高齢夫婦での療養生活の場合、配偶者も要介護状態である場合があった。要介護度が低い場合でも、自身の生活は自力でできたとしても、配偶者の介護は行える状態でないことが考えられる。調査結果でも要介護 1 の奥様は自身の身の回りのことはできるよという程度であり、お互い要介護のまま個々のこ

とができる状況だけで生活している状態であった。再入院したケースでは、入浴時に酸素を使用しなかったり、酸素量の変更が理解できていなかったりし、呼吸状態が悪化しての入院となっていた。このようなことを防ぐためには、頻回の身体状態の観察や取扱いの確認、入浴等のより酸素を必要とするような時に医療が介入するなど、医療・福祉サービスの活用が必要となると考えられる。

事例の中で、退院指導時に酸素ボンベの付け替えができなかったケースがあり、外来につないでいた。入院期間が短くなっている中で指導を行うことは非常に困難であることは推測でき、その中で優先順位をつけ最低限できることを行ったのだと考えられる。様々な事項を一気に指導を行うことは、逆に混乱させ理解ができなくなったり、医療機器を使用すること自体への拒否感が強まる可能性もある。そのような点で、短期間で高齢者が理解できる最低限の事項を選んでの指導を行うことは重要なことであり、個人を十分把握し判断している看護としての力であると考えられる。また、機器の取り扱いを単純化するなどの指示内容および取り扱いを単純化させることも一つの方法であると考えられる。しかし、残る指導項目をいつ誰が行うのかが問題であり、その残った部分を確実に地域につなげる必要があると考えられる。

今後ますます高齢者が増える医療の中で退院指導をいかに行うかは大きな課題であると考えられる。

3. 今後の課題と検討事項

病院が急性期化することと患者が高齢化することからの問題点と課題を上げていく。

急性期化病院では、医療は患者の入退院の多さ、患者の重症化による患者のケアや治療処置が多いことが考えられる。そして、これら急性期の治療が落ち着いた頃には退院ということとなり、退院指導を行い退院となる。急性期病院の平均在院日数が2週間程度であることから、この期間で急性増悪した状態を落ちつけ、手術および術後を終え、退院指導を行い退院するという、かなり厳しい状況となっている

ことがうかがえる。しかも、高齢者では、新しいことへの適応力や理解力が低下し、老化から知覚も衰えて細かな作業が苦手となってくることから、退院指導もよりわかりやすく、手厚く行う必要があると考えられる。このような中では、短期間での退院指導の実施は非常に困難であることが考えられ、その期間で終了させることを考えるとかかなり退院指導の内容を絞っていく必要があると考えられる。また、病院では日中の指導となり、夜間の状態との違いも発生してくることが予測される。若年者でも行ったことがないことは、実施に躊躇することもあると考えられ、ことさら高齢者では困惑すると推測できる。このようなことから、高齢の患者、若年者でも不安が強い患者が、安全・安心した在宅療養を行うためには、現在の指導時間より時間をかけ、さらに様々な状況を想定しての退院指導が必要であると考えられる。今後はこのような退院指導ができる教育機能を備えた施設の設置などの方策を考えていく必要があると考えられる。

E. 結論

急性期病院における退院時の患者の状況と退院後の医療の必要性を明らかにすることを目的として、都心にある急性期病院の1施設の看護サマリーを対象に調査を行った。

その結果、病棟13病棟の6か月分の看護サマリー数は6316件であった。

サマリーのデータは、医療依存度の高い患者の入院するK病棟とし、6か月間の退院サマリー数は507件（全病棟6316件の8%）であった。K病棟のサマリー507件のうち、分析には死亡退院および作成途中のものを除いた477件を用いた。

K病棟の患者の年齢構成は60歳代が最も多く24.4%、次いで70歳代が23.1%という結果であり、60歳以上が65.3%を占めていた。疾患では、肺がん、肺炎（誤嚥性肺炎含む）、間質性肺炎、気管支ぜんそく、抗酸菌症、副鼻腔炎等であった。若年層では、喘息、抗酸菌症、気胸、副鼻腔炎が多かった。

同居者の状況では、配偶者が最も多く、その中で、配偶者以外の記載がなかったものが80～90%であり、60代以上の75～90%は配偶者のみの世帯と考えられた。

退院後、医療処置を必要としたものは、477名中70名であり、14.7%であった。特に、60歳代11名、70歳代20名、80歳代16名と60歳代以降に患者が集中していた。退院先はほぼ全員が自宅に退院している状況であった。特別養護老人ホームから入院した患者は、特別養護老人ホームに戻るが、自宅から入院して特別養護老人ホームに退院していく患者はいなかった。

在宅酸素導入・導入中の患者は53名であり平均年齢73.3歳であった。このうち独居者は5名おり、夫婦のみの世帯は18名であった。独居者5名のうち3名は自宅に退院したが、社会的な支援が必要な状況であった。配偶者のみの世帯ではサマリー中に

具体的な記述があった6名は72歳以上の高齢の方で、配偶者も要介護状態にあった。再入院の患者は指示の酸素量が守れず呼吸状態が悪化したケースであり、新規導入の患者では退院指導の課題を残したままの退院となるなど、高齢者が医療機器を用いて在宅療養を行う課題が多く見られた。

今後は安心して安全な在宅療養ができるよう、患者の状態や能力・自宅の環境に合わせた退院指導ができる教育機能を備えた施設などの方策を考えていく必要があると考えられる。

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

医療依存度の高い患者に対する急性期病院での退院指導の実際

研究分担者 酒井 美絵子 日本赤十字看護大学

研究要旨

<目的>本研究の目的は、医療依存度が高いまま退院していく患者が安全に安心して在宅療養が行えるための方策を検討するための基礎資料として、急性期病院における看護師が行う退院指導の内容を明らかにすることである。

<方法>研究方法は半構成面接による質的研究であり、都内急性期病院の看護師4名のインタビューデータをもとに分析を行った。分析方法は意味内容の類似性を元に分類し、カテゴリー化した。インタビュー内容は①医療依存度が高い患者の状態②退院支援の内容④指導内容で特に注意する点とした。

<倫理的配慮>研究者の所属する大学の研究倫理審査委員会および研究参加施設の倫理審査会の承認を受け実施した。研究参加の自由意思、匿名性、個人情報保護、目的外使用の禁止について約束した。

<結果>参加病院は都心にある一般病棟入院基本料7対1の体制を整えている急性期病院1施設であった。研究参加者は呼吸器内科を中心とした病棟の看護師2名および退院調整部門の看護師2名であり、看護師経験は5年～11年であった。インタビュー時間は平均51分であった。逐語録の分析の結果、病棟看護師の内容はコード数234、サブカテゴリー数90、カテゴリー数29、退院調整看護師の内容はコード数263、サブカテゴリー数81、カテゴリー数24であった。退院調整を行う対象は、高齢者、高齢で独居の方、医療機器（ドレーン等）をつけて帰る等医療処置を継続する方、人工肛門造設者、在宅酸素導入者、医療処置を「やる気」がない方、ADLが低下した方、医療処置の実施に心配が強い方等であった。退院指導の内容として、退院後の安全の確保という視点では【指導で大切なことは安全性の確保】のために【理解の限界を考慮した指導】【患者・家族の能力に合わせた指導の工夫】が行われていた。そのためには、【ポイントを絞っての退院指導の実施】【訪問看護の導入も視野に入れた退院指導の実施】を行い、患者・家族ができる範囲での退院指導を行うとともに、訪問看護につないでいくことがわかった。また、退院調整部門では【その人らしく療養できるための退院調整を行う】ことを大切に、病棟との定期的なカンファレンスを実施し、生活背景やその人の生き方、家族や社会的資源の状況を踏まえた調整を行っていた。また、地域に安全につなぐために【患者にかかわる人が集まる退院支援カンファレンスの開催】を行い、退院後にかかわるケアマネージャーや訪問看護師を含めた病棟とのカンファレンスを実施していた。【在宅での療養が孤立しないようにかかわる接着剤としての退院調整看護師】という姿勢をもっていた。急性期病院では退院支援に時間をかけられない状況の中で、患者の安全な在宅療養のために、ポイントを絞っての指導の工夫と訪問看護とのカンファレンス等での確実な連携の実施が重要であることが示唆された。また、今後は、療養者の安全を確保し、その人らしく療養できるためには、急性期病院での入院中の退院指導の在り方を再考し、高齢独居者や高齢夫婦、不安が強い方など、入院中に十分な指導ができないような方、24時間のケアが必要な方の実践を踏まえた退院指導をじっくりと行える場の設定が必要であると考えられる。

A. 研究目的

医療依存度の高い療養者が安全に、安心して在宅療養が行えるようになるための指導・訓練施設の構築を実現化するために、急性期病院における看護師が行う退院指導の内容を明らかにすることである。

B. 研究方法

1. 研究方法

半構成的面接による質的研究

2. 参加者

都内にある500床以上であり一般病棟入院基本料7対1である急性期病院に勤務する看護師4名程度とする。

1) 研究参加を依頼する病棟等

在宅酸素等医療機器を装着したまま退院する患者、医療処置を必要とする状態で退院する患者の退院指導を実施している1病棟の看護師2名、および、退院支援を行っている部門1か所の看護師2名

2) 参加者の選定および依頼方法

①参加条件に合う病院の研究倫理審査会の審査を依頼し受ける。

②研究倫理審査会において承認を得た後、病院の研究担当者を介して、参加条件に合う病棟等の師長を紹介いただく。

③看護師長のご都合のよい日時に伺い、研究計画書、看護師長あて依頼文、看護師宛の依頼文、研究参加についての説明および同意書を用いて研究の説明を行う。

④看護師長の了解を得た後に、医療機器を装着したまま退院する患者、医療処置を必要とする状態で

退院する患者の退院指導を実施している看護師を紹介いただき、参加観察の日時を打ち合わせる。

⑤紹介いただいた看護師に、研究計画書、看護師宛の依頼文、研究参加についての説明および同意書を用いて研究の説明を行い参加の意思を確認する。

その場での同意が難しい場合には、後日、研究者宛にメールにてお知らせいただくようにする。

3. 調査方法 看護師へのインタビュー

4. インタビュー内容

[病棟看護師]

- ①医療機器を装着したまま退院する患者や医療処置を必要とする状態で退院する患者への退院指導の方法と内容
- ②退院指導にかける時間
- ③退院後に医療行為を実施できるようにするために特に注意する点
- ④患者の特徴(高齢、独居もしくは夫婦2人暮らし等)による指導上の工夫

[退院支援部門看護師]

- ①退院支援の看護師が関わる患者の状態
- ②在宅で医療処置を必要とする患者の退院支援の内容
- ③自宅への退院と施設への退院(転院)を選択する時の判断
- ④退院後に医療行為を実施できるようにするために特に配慮する事項

5. インタビューの時間と回数

インタビューは1回60分程度とし原則1回とする。ただし、インタビュー内容について追加でお答えいただきたい場合は1回を限度に、参加者の都合のよい日時に合わせてお話を伺う。

6. 調査期間 平成23年2月～3月

7. 分析方法

インタビューおよび参加観察のデータを類似したものごとにカテゴリー化し、テーマをつけて整理する。その結果については研究班のメンバーと協議をし、信頼性を高めることとする。

8. 倫理的配慮

本研究は、研究者の所属する研究倫理審査委員会にて承認を得た後に実施する。

および、対象となる医療機関の看護部研究倫理審査会の承認を得た後に実施する。

本研究への参加は自由意思であり拒否することで不利益はこうむらないこと、報告書等により公表する場合でも病院名は匿名化し、個人名も一切出さないことを約束する。また、研究参加の同意が得られた後でもいつでも中止・中断をすることができることを約束する。

インタビューを行う場所については、プライバシーが守られる個室とする。日時については参加者の都合に合わせることをとする。インタビュー時には同意を得た場合に IC レコーダーに録音させていただき、同意が得られなかった場合には語られた内容をメモすることをお話する。

本研究で得られたデータは、研究者が責任を持って厳重に保管すること、本研究の目的以外では使用しないことを約束する。

本研究の成果は報告書としてまとめるほか関係学会での発表を行うことを説明する。また、研究成果についてはインタビュー時に希望を伺い、希望があれば報告書をお渡しすることとする。

研究の参加者には謝礼をお渡しすることとする。

本研究は、本研究を含めた研究「安全・安心な在宅療養を行うための病院と在宅との中間施設における看護のあり方に関する研究」として、日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認を得ている(研倫審委第 2010-58)。

C. 結果

参加病院は都心にある 700 床の一般病院であり、一般病棟入院基本料 7 対 1 の体制を整えている急性期病院であった。

研究参加者は病棟勤務の看護師 2 名および退院調整部門の看護師 2 名であった。

看護師経験は 5 年～11 年であった。

病棟看護師の勤務する病棟の特徴は呼吸器内科を中心とした病棟であった。退院調整部門は病棟とは独立し、主に退院調整を行う部門であった。

1. 退院支援が必要な患者の状態

4 名の看護師からのヒアリングの結果から明らかになった退院支援が必要な患者は次のような状態であった。

- ・ 高齢者、高齢で独居の方
- ・ 医療機器（ドレーン等）をつけて帰る方
- ・ 医療処置を継続する方
- ・ 腹部にろう孔のある方
- ・ 人工肛門造設者
- ・ 在宅酸素導入者
- ・ 在宅点滴実施者（ポートを入れる人）
- ・ インスリンの投与者
- ・ 医療処置を「やる気」がない方
- ・ ADL が低下した方
- ・ 看護師の目から見て気がかりな方
- ・ 医療処置等を一人ではできない方
- ・ 医療処置の実施に心配が強い方
- ・ 症状の判断ができない方
- ・ 感染兆候がある方

一方で、医療機器をつけている、医療処置が必要であっても、家族の受け入れがよかったり自己管理が可能な場合であったりしたた場合には、退院調整は入らないこともあるということであった。

2. 退院指導の期間

退院指導の期間はHOTの導入指導は早くて3, 4日であるが、個人差があるものの、退院指導にかかる期間はおおむね1週間程度ということであった。ただし、患者・家族が実施する手技を怖がっていたり手技が複雑であったりすると1週間以上かかることとなるということであった。また、訪問看護に引き継ぐこととなっていれば、短い期間での指導で済むこともあるということであった。

以前は2週間程度かけていた退院指導も最近では1週間もかけずに退院するようになってきているということであり、病院の急性期化による在院日数の影響が表れていることがうかがえた。

3. 病棟看護師が行う退院指導の実際

病棟看護師2名に医療依存度の高い方への退院指導の実際についてインタビューを行った。インタビュー時間は看護師Aは47分、看護師Bは51分であった。インタビュー内容は逐語録とし、意味内容の類似性によりカテゴリー化した。

その結果、コード:234個、サブカテゴリー:90個、カテゴリー:29個となった。

カテゴリーおよびサブカテゴリーは<別紙>参照以下、【 】カテゴリー、< >サブカテゴリー、「斜字」コードで記載する。

1) 退院支援のための患者の状態のアセスメント

退院支援を行うために、看護師間の情報交換やカンファレンスの開催を行いながら情報を収集していた。また、情報交換の中で医療者間の認識の違いがあった場合には、意見交換しながら調整をしていた。患者の状態に対する認識の違いとしては、【食い違う医師と看護師の退院に関する判断】があった。このカテゴリーは<医師と看護師の指導期間の認識の違い><医師と看護師の医療処置の危険性の判断の違い>の2つのサブカテゴリーから成り立っていた。

医師は治療が終了したところで退院というが、「看護師から見ると医師が考えている2~3倍の時間は(退院支援のために)かかる」という、認識の違い

が語られていた。

また、在宅酸素療法を導入する場合、酸素の取り扱いができない場合、危険となることがあり「酸素を使う方が危険であるのに、医師があまり理解しないこともある」ということも語られていた。

これらの事項について医師との調整を行い、退院支援の方向性を決めていくこととなっていた。このような調整を行いながら、退院支援のための多職種が連携するカンファレンスを行っていた。

【退院調整のためのカンファレンスの開催】は<退院支援担当看護師が入る週1回のカンファレンス><患者の能力・どこまでやるかを相談する>のサブカテゴリーから構成されていた。病棟のカンファレンス時間を週1日は退院支援が必要な患者についてディスカッションする日とし、「相談室の看護師とのカンファレンスを週1回行い、患者1人週1回は行う」「退院調整が必要な方については調整の依頼を相談室にかけ、カンファレンスを行う」ということであった。また、退院指導について、「どこまでやるかはみんなで相談する」「そこまでは難しいのではということはある」と語られたように、患者に合わせた退院指導の方針やゴールについて、話し合われていた。

そのカンファレンスは様々な情報を集約する場でもあった。

【相談室が入ることにより得られる退院に必要なものや事項の情報】は<退院に向けて準備する物や事項を相談室の看護師が投げかけてくれる>で構成されていた。「退院時に医療連携室を入れると必要のあ物品と量を言ってくれる」「医療機器は医療相談室が準備をしてくれる」のように、退院調整部門の看護師とともにカンファレンスを行うことで、退院に必要な物や情報を、準備を行うきっかけを作ることとなっていた。

また、患者や家族の情報を得る機会でもあり、【在宅での生活を希望する老夫婦の在宅での医療行為実施の問題】【医療行為にかかわる家族の気持ち】についての情報を共有する場となっていた。

【在宅での生活を希望する老夫婦の在宅での医療行為実施の問題】は<動けなくとも退院先は住み慣れた家がいい>として自宅への退院を希望しており、そのためには<医療行為に必要なキーパーソンが必要>となっていた。しかし、<子供には迷惑をかけられない老夫婦>という一面もあり、子供との同居等で子供には迷惑をかけたくないという部分もあった。同居でなくとも近隣に居住することもあるが、常に家族の目があるわけではないため<近隣にキーパーソンがいても高齢2人暮らしは厳しい>とも言われていた。結局、<同居者が抱え込む現状>となっていくということであった。

【医療行為にかかわる家族の気持ち】では、<退院指導に対する家族の前向きな気持ち>と<退院指導に対する後ろ向きな気持ち>があった。「1日1回の点滴交換を家族が行おうとする」「奥さんが何とか頑張りますと帰る場合もある」のように、難しい技術であっても、家族自身が医療行為を行おうと考えている<退院指導に対する家族の前向きな気持ち>があった。一方で「吸引は家族が怖いというケースが多い」「家族は病院にいてくれた方が安心と思っっている」というように、医療行為を積極的に実施しようとしなく<退院指導に対する後ろ向きな気持ち>があった。

2) 退院支援実施のための計画立案

【入院中・退院後に行う指導の明確化】は<生命にかかわるところはしっかりと指導><訪問看護が入るところは訪問看護に任せる>のサブカテゴリから構成されていた。「生命に関係してくることはしっかりと習得してほしい」「実際に患者家族が行わなければならないところをメインで指導する」など入院中に行うこと、「訪問看護でやってもらうので、患者や家族の手技はここまででよい」「訪問看護時に浣腸を行うため、陰部洗浄の指導は省くなどもある」など、退院後に訪問看護師と行ってもらうもしくは訪問看護に任せることを明確にしていた。指導事項を明確にしたことで、その方法や多職種との連携を

行うこととなっていた。

【指導時間の家族との調整】は指導を行うために<医療行為を行う時間に合わせてきてもらうこともある>というように病棟で患者の処置を行う時間が決まっていればそれに合わせて来院していただき、一緒に医療行為を行っていくということである。しかし、家族によっては来院できない場合もあり<家族がなかなか来られない場合には家族に合わせて集中的に指導>ということもあるとのことであった。家族が技術を学ぶためのよい時間を調整しているということであった。

指導の方法については対象者の状況を把握した上で【高齢者への退院指導の工夫】【指導の理解の限界を考慮した指導】を行っていた。【高齢者への退院指導の工夫】では<理解力のある家族に協力依頼>や<医療行為と患者の状態から家族の協力が必要と判断し依頼する>のように、家族に依頼し協力を得るようにしていた。また、【指導の理解の限界を考慮した指導】では<IVHは一連の行為を学ぶと大変><あわてて指導すると混乱させてしまう><詰め込みでの指導は逆効果>のように、患者の理解の状況に合わせて慌てての指導や多くの内容を詰め込まないような工夫をして計画していた。

このように、患者・家族への指導方法を工夫するために地域へつなぐことやより専門性の高い医療職からの指導を行うように【専門性を生かした退院指導や調整のための多職種連携】を行っていた。医師の治療面からの意見と看護師の病状を踏まえた生活支援という視点からの<医師と看護師の認識の違いを埋めるための情報交換の実施><治療方針を患者が守れて安全な方法に、看護師から医師に変更の依頼をする>などを行ったり、<院内の専門看護師に指導を依頼しその指導方法を病棟看護師が継続><栄養士による栄養指導の実施や相談><薬剤師による薬剤の指導>のように、院内の専門職と連携しての指導を計画したりしていた。また、地域への連携が必要な場合、<訪問看護師やケアマネに看護が継続されるような連携の実施><1日1回の処置なら

患者・家族以外に依頼する>のように訪問看護につながるように連携を計画していた。

3) 退院指導の実施

退院指導は、理解の限界を考慮したり家族に合わせた指導を計画したりと、【ポイントを絞っての退院指導の実施】が行われていた。これは<守ってもらいたい事項のみをわかりやすく書いて渡す><医療処置に関連してくる日常生活援助の指導>のようにわかりやすく必要な事項に絞っての指導としていた。また、<停電や災害時に機器・酸素会社に連絡がつかない現状><停電時の危機への影響>に備えて<連絡先の明記><緊急時は訪問看護が対応と指導>のように、緊急時の対応や緊急時連絡先を明確に伝えて、速やかに対応ができるようにしていた。しかし、あわてることで<災害・緊急時に慌てて病院に連絡する家族>ということもあるということであった。

医療機器の使用については<NIP はスイッチのON/OFF の指導で設定は触らない>のように、複雑な機器類については触ってもよい部分のみ示して指導するようにしていた。自身で操作が必要な機器については<HOT はVTR と機器説明と学習評価>を行い、視覚で学習したのちに、評価として知識のチェックを行い、理解されていないければ指導が終了としない方法をとっていた。

ポイントを絞って短期間で確実に指導を行うために【マニュアルを基にした段階を踏む退院指導】が行われていた。これは<マニュアルをもとに指導を実施><退院指導の時間は1回 30 分程度>というように、マニュアルをもとに退院指導を実施するが、他の業務も抱える中で行うこと。および、患者・家族の状況からも1回 30 分程度が限界ということであった。さらに、この指導には段階があり、マニュアルをお渡しし、最初に<事前に学習してもらう>次に<1つ1つ説明してやってみせる><説明しながらデモンストレーション>を行い、<声をかけながら見守りに>して、<指導した看護師はできたら

OK を残す>というように<不十分な点を記録に残し指導の継続に役立てる>ようにしていく。そして患者・家族にはマニュアルで<事後に確認してもらう>ことも行っていた。

目標の設定は【プライマリによる患者の目標に沿った指導】のもと行われていた。医療機器を装着している患者についてはプライマリナースがついてることが多く、そのため患者・家族に合わせた<プライマリナースによる目標の管理>が行われていた。また、無理のない指導をしていく中で「緊急時やうまくできなかった時に対応が取れるように注意して指導する」というようなくできなかった時の対応を考えた指導も行われていた。

指導については【患者家族の能力に合わせて最低限度で無理がない指導】を行っていた。患者・家族に応じて<リスクを少なくする治療指示の工夫>を考え、<医療行為の単純化を医師に依頼>をしていた。また、患者の協力が必要な場合でも「最初に怖いと思うのにやらせると、恐怖感だけになるので、家族の反応を見ながら行う」など、<家族が怖がる処置は状況を見て進める><家族の恐怖感を持たせないよう家族の反応を見ながら指導>という方法がとられており、<無理な行為まで指導しない>ことも考えられていた。<習得悪ければ外来フォロー>ということも考えられており<目標は最低限度>とされていた。

【指導で大切なことは安全性の確保】であり、「危険な状況から、家族の協力が得られるように、情報をしっかり取ってセッティングしていく」というように<情報をしっかり取ってセッティング>を行うようにしていた。また、「安全に、清潔にということが一番心がけてもらう」「IVH とかは安全性が求められる」のように<安全・清潔が一番求められる>ということであり、HOT の取り扱いなどでは<酸素は火気厳禁>ということであった。

このような中、家族や患者が必要な医療行為ができない場合やできなくなる可能性を考え、【訪問看護の導入も視野に入れた退院指導の実施】を行ってい

た。「ちょっと難しいと判断したら訪問看護に依頼」などく訪問看護との連携を考えた、「訪問看護をどのくらい入れられるとか具体的に聞いて指導を進める」などく訪問看護師との調整を行ったりしていた。このように、患者の安全を守りながら地域での療養を継続するためには、かかわる人たちが情報共有する場の設定が必要となる。

そこで、【かかわる人が集まる合同カンファレンスの開催】がなされ、訪問看護師、ケアマネージャー、病棟師長、病棟看護師、退院調整看護師、担当医、在宅医が参加し開催されるということであった。カンファレンスの開催については、退院調整部門の看護師がセッティングし、く地域の担当者も入る合同カンファレンスとなっていた。「退院サマリーでは具体的にイメージがつかないため、直接話せる機会があればよい」「対応が難しい患者や家族の状況の場合には、紙面に書くのが結構難しいので直接伝える」「直接話ができる、対応が難しいこととか具体的にしっかりと話ができるので、注意して動いてもらえる」などく具体的な話による訪問看護との打ち合わせの機会ともなっていた。

退院指導を開始する時期は【治療が終わり気持ちが向いたら指導を開始】しており、治療が終了したのちから1週間程度かけて退院指導を行っていることが分かった。

4) 退院指導の評価

退院後、自宅で医療行為を行う家族から不明な点について問い合わせが来ることもあるとのことであり、く退院後に気付く細かな部分の問い合わせに対して【退院後の不明事項への対応】を行っていた。また、退院指導を行っている中で「状況によってはここまでは無理として、自宅で指導をしてもらう形とする」「指導期間を延ばしても難しいケースはあるので、ある程度の見極めも必要なのかなと思う」のようにく指導がうまくいかず退院が進まない場合の見極め【退院指導の見極め】を行っていた。さらに、「指導に時間がかかったり、家族がすぐには動け

ない場合には、リハビリを含めて転院を勧め、ADLをアップしてから退院という流れを作る」「サポート状況がないと在宅は難しいので転院となる」など、くサポートが得られなかったり指導に時間がかかったりしたときは転院となる【退院後、在宅療養が困難な場合は転院】ということも判断されていた。

4. 病棟看護師が行う退院指導の構造 (図1)

病棟看護師は週1回定期的に開催される退院調整のカンファレンスの中で、退院調整看護師からの退院指導に必要な情報を受けるとともに、退院に関する患者や家族の気持ちや患者家族に関する情報を共有していた。また、高齢者世帯での医療行為実施に関する問題点を病棟看護師、退院調整看護師、医師が参加する中で検討するなど、患者や家族に合った退院指導の方法を検討・計画策定する場としていた。

また、病棟の看護師はカンファレンスや患者・家族の観察等で情報収集しアセスメントを行い、入院中に行う指導と退院後に行う指導とを明確にしていこうことを行っていた。その結果、入院中に行うことが明確になり、家族に合わせた指導方法や時間の設定、患者家族の理解の状態に合わせた目標設定、その指導方法を明確にしていこうことを行っていた。

その中で、毎日実施する技術であれば、患者・家族は何をどこまで行うか、訪問看護には何を依頼できるかを考え、技術の頻度による他者への依頼を計画に入れていた。

また、高齢者への工夫として理解力のある家族に協力していただくなど、その方の家族構成や背景を考慮しつつ、退院指導の対象として家族に依頼していくことを行っていた。

退院指導は守ってもらいたいことに絞るなど、ポイントを絞っての退院指導を行っていた。事前の情報収集により、患者・家族の医療行為への積極性や在宅療養への了解・意欲の状況はアセスメントされており、生活背景や同居の有無等も加味して退院指導の内容や指導方法を変えていくこととなる。

退院指導についてはどの看護師も同じようなレベルで、抜けることなく実施するため、病棟で作成したマニュアルを用いていた。そのマニュアルを用いて段階を踏みながら、無理のない最低限の目標を基に指導が進められていた。その内容も多くは指導せず、最低限で無理のないようにし、特に緊急時の対応や日常生活援助の指導を行い、医療処置に関しては最低限で、訪問看護に入

ってもらふことも視野に入れながらの指導としていた。退院指導を行う中で、高齢世帯や医療処置が自力ではできないなど訪問看護につなぐ必要がある場合も多く、そのために、訪問看護師、ケアマネージャー、在宅医を含めた合同カンファレンスを行い、患者の状況を共有し安全に在宅に移行できるようにしていた。

【退院指導の方法】

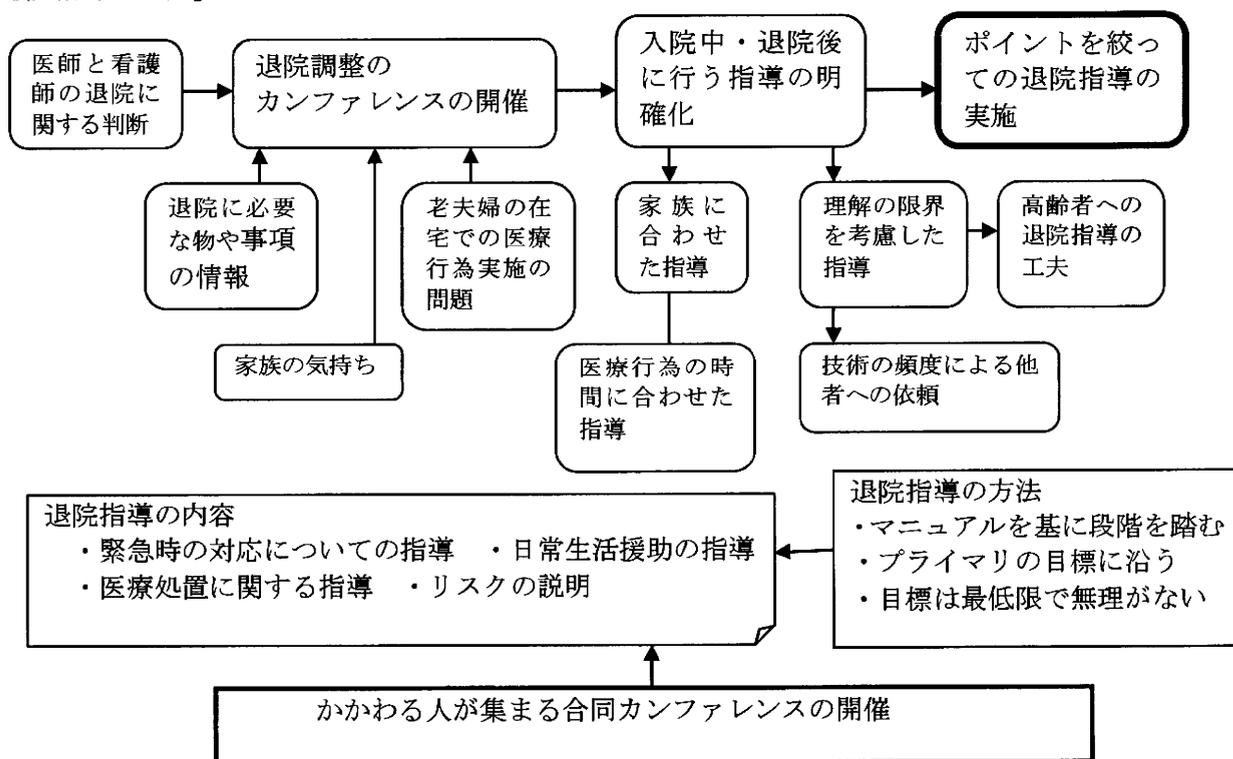


図1 病棟看護師が行う退院指導の構造

5. 退院調整看護師が行う退院調整の実際

退院支援部門の看護師2名に医療依存度の高い方への退院調整の実際についてインタビューを行った。インタビュー時間は看護師Cは58分、看護師Dは47分であった。インタビュー内容は逐語録とし、意味内容の類似性によりカテゴリー化した。

その結果、コード：263個、サブカテゴリー：81個、カテゴリー：24個となった。

カテゴリーおよびサブカテゴリーは〈別紙〉参照以下、【 】カテゴリー、〈 〉サブカテゴリー、「斜字」コードで記載する。

1) 退院調整のきっかけ

患者の状態については【スクリーニングシートを用いてハイスクリーニングのチェック】が行われており、その結果、〈年齢、独居、疾患、装着物の項目で70歳以上で管が入っていたらハイスクリーニング〉ということで、退院調整にかけられることとなっていた。その依頼は〈スクリーニングや外来の状態からくる医師や看護師からの調整依頼〉のように、外来受診時の状態を見て、在宅での支援が必要と判断した場合に医師や看護師が退院支援部門に連絡してくることも、退院調整の看護師の活動のきっかけとなることもあった。また、大きな手術後などに考えられる〈ADLの急激な低下や家に帰って何かしら困るだろうという予測から来る依頼〉もあるとのことであった。

2) その人らしく療養できるための退院調整

退院調整の中心となると考えられたのは【その人らしく療養できるための退院調整】であった。これは〈早めに動く退院調整〉〈生活背景や病態、その人の生き方の情報収集〉〈家族や社会的資源の活用の可能性の把握〉〈家族が受け入れられる条件の把握〉〈家族の希望と現状を把握する〉などの患者・家族の生活状況や生き方などを把握するサブカテゴリーと〈退院後の生活を踏まえて療養環境を整える〉〈退院に向けて必要な機能回復について病棟看護

師に依頼〉などの在宅療養への準備をその人らしく療養できるように整えていくサブカテゴリーとで構成されていた。「その人の生活を知りイメージを膨らませるためにも、細かな話を聞く」「年齢とか術式を考慮し動向を見守り早めに介入できるように情報収集を始めておく」「医師からの情報を受けての日常生活の様子についての病棟看護師からの情報収集」など、入院の情報や病状についてなど、医師や看護師と連携して情報をより詳しく〈生活背景や病態、その人の生き方の情報収集〉が行われていた。また、「トイレが自立していれば連れて帰れるという家族は多い」一方で「このような(ドレーン等)が入っていたら連れて帰れないとものすごく抵抗を示す家族もある」ということもあり、〈家族が受け入れられる条件の把握〉も行われていた。このような場合、「できるだけ歩み寄り、形を整える調整も必要」「家族のここまでしかできませんをどこまで妥協してもらえるか」ということも考えており、折り合いをつける調整を行っていた。

退院調整の在り方として「帰ることがゴールではなく、帰った後どのような生活をするかである」「帰っても外出できなかつたり、社会とのつながりがなかつたりしたら、病院と同じ」「動きが取れない人が転ばずに安全に生活するための療養環境を整える」のように、社会の中でどのような療養をしていくのかを考え、〈退院後の生活を踏まえて療養環境を整える〉ことが語られていた。また、このように退院後の生活を考えた場合、「ADLについては手術前から落とさないように結構お願いしている」「ADLを上げる方向でのプランの立案を依頼する」のように〈退院に向けて必要な機能回復について病棟看護師に依頼〉し、退院後の活動ができるような身体能力の維持を病棟看護師と連携しながら考えることも退院調整として行われていた。

退院支援では看護師がいない中での医療処置を行う可能性を考える必要がある。医療者がいる環境では「病院で(医療処置)実施しているときには看護師がいるため、来ているだけでも安心」「疑問に思っ

た時に聞くことができる相手がいるとしないでは違う」という<看護師がいる中での医療処置は疑問があっても解決できて安心>ということがあったが、在宅に帰ると訪問看護を入れても1日1回の訪問以外は自己での医療処置の実施となる。また、「病院での思いが切れなく在宅ではうまくいかないこともある」や「看護師の前では器用でも1人になるとどうか、看護師としては心配」という自宅に帰っての医療処置について、<病院では上手くできて在宅では上手くいかないこともある>と看護師自身が心配に感じることもあった。

3) 病棟との連携による情報収集と退院支援

退院調整のためには患者の情報が不可欠であり、また、早めの退院支援を行うためには常に病棟との連携を図り、情報を入手する必要がある。そこで「師長から、ちょっと気になる入院予定患者についての情報提供がある」「ラウンド時にスタッフが患者について声をかけてくる」「病棟看護師への挨拶の時に情報をもらう」など、入院前や早期に病棟師長やスタッフから情報提供が行われる状況となっていた。また、カンファレンスの機会を使い「退院調整という視点から患者をみなおしてもらい、カンファレンスで情報をもらうことが多くなった」などの<師長・看護師から患者や家族の情報を得て、看護師としての意見も聞く>という状況で【病棟看護師との連携による情報の収集】が行われていた。

また、「病棟も退院支援に対する力をつけ、普通の吸引やIVHでは呼んでくれない」「最近病棟からもういいですよと言われるため、困ったら電話してと言っている」のように、連携を続けていることで、病棟看護師が困難な場合を除き退院支援スムーズに行えるようになり、退院調整看護師は「看護師の情報内容から、退院調整として入るか病棟に任せるかを見極める」ことを行うようになるなど【変化する病棟看護師の退院支援の力】となっていた。

一方で、「何かあったら対応する場(訪問看護)につないであるから、最後の指導では「これだけはし

ないでね」だけ伝えてあげるようにと、看護師には細かな内容まで伝える」など退院間際の患者に対する対応方法について【看護師へのアドバイス】を行うこともあるということだった。

4) 退院調整看護師が行う退院支援

入院患者への退院支援は病棟看護師が行っていることが多いが、「病棟が担当できないときは相談室のスタッフが対応する」「患者と話をすること、病棟で患者の話を聞いていても話しすぎとは言われぬ」などの<病棟で退院支援を担当できないときは相談室が対応できる環境にある>【退院調整看護師が対応できる環境】ということであった。つまり、病棟看護師が患者の退院支援に十分に対応できない場合には、退院調整の看護師が対応し、また、退院調整看護師はそのために時間をかけることができるということであった。

病棟の退院指導のほかに退院調整の看護師は「指導が終わった家族に会い、怖かったなどの感想や不明な点を聞き取る」「初回の指導の後に家族にお話を聞く」など、「患者のNOはその時に受け止める」ことにより<指導終了後に患者家族に会い、不明な点の対応をする>を行っていた。また、<患者・家族のつらさを共有する><医師の説明が伝わっていないときにはカルテに記載してある範囲で退院調整看護師が伝えることを医師に了解を得て実施>など、【患者・家族の疑問や不明な部分を把握して早めに対応】することで、患者が次に進めるように支援をしていた。

退院支援の方法としては【獲得する技術への気持ちを配慮し段階を追って進める】ようにしていた。これは、「内服の指導もその必要を考えれば、言っただけでは伝わらないことがわかる」「説明しただけでは指導にならない」のように、説明しただけではなく、「初めは説明、次に見せて、一緒にやって、やってもらい、チェックで終わり」のように<説明をするだけでなく見せて、一緒にやって、やってもらいという段階を追って指導を行う>という方法で指導

を進めていた。また、「吸引はまずその人がやりたいと思えるかどうかで、事前に紙面で見せて、手技を見せて、拒否が強ければ終わり、次はお水で、一連の流れをやってみようとなる」のように「その人が医療行為在宅でやりたいかどうか大切である」ということであった。さらに「吸引が頻回とか手技に特徴がある人は家族が面会に来た時に1回に限らず行ってもらう」など、とくに練習が必要な場合には特に「面会に来た時には必ず実施してもらう」というように指導を進めていた。

さらに、指導においては、「高齢独居や高齢世帯の場合には、できなくなった時の手段も考える」ことが必要であり、「在宅での医療処置ができなくなった時のことも考える」というような【先を考えた指導】を行っていた。

5) 医師との連携

医師とは患者の医療処置の内容について、患者・家族の能力から考え、その負担軽減のための行動をとっていた。

「処置の必要部位の状態によって、手のかかる処置はしなくて済むような指示を出してくれる」「はがれない限り張替が不要なテープの貼付で、外来までそのままいい」など、複雑な処置について「処置の方法ができるだけ簡単になるような指示をもらう」ようにしていた。また、「できるだけ（医療処置を）なくして帰れるように言う」「酸素や点滴がどうしても必要かを医師に粘って聞く」など、患者の理解や家族背景による医療機器を抱えての在宅療養の状況および患者自身の身体の状態を考え、「医療機器の使用ができるだけなくなるように医師に相談」をし、患者・家族自身が指導内容を守れて、安全に在宅療養ができる状況に調整していた。

また、このように医療処置や治療、身体の状態に関連する事項については「診断治療に関しては医師と相談して進める」ということで、【在宅での処置の負担軽減のための医師との調整】が行われていた。

6) 地域への看護の継続

「訪問看護で関わる人が複数人いたら所長だけでなくスタッフにも来てもらう」のように「ケアにかかわる訪問看護師に来てもらい連携をする」ことを行っていた。そしてきちんと引き継ぎ、「病院で指導した状況よりもさらに上達するように連携する」ことを行っていた。

このように直接会うことで連携をするのに合わせて、病院での状況、やり残したこと、患者の反応等を地域につなぐために「病院での指導の状況、残した課題等を記載した記録で退院後につなぐ」ことを行っていた。このように地域との連携のために【情報による地域での看護の継続】を行っていた。

また、地域との連携・接点のために、【患者にかかわる人が集まる退院支援のための週1回のカンファレンス】が開催されていた。「退院調整が入る病棟カンファレンスは1週間に1回」であり、「カンファレンスの参加者は、内容によって医師や地域の訪問看護も入る」ということであった。カンファレンスの内容は、「患者の苦しみや身体状況の共有、退院に向けての検討を行うカンファレンス」ということであり、様々な職種や地域で患者を担当する看護師等が、直接患者の情報を得ることができる機会となっていた。

このような役割を担っている退院調整の看護師は、【在宅での療養が孤立しないようにかかわる接着剤としての退院調整看護師】と自身について語っていた。退院支援を行った患者について「在宅でうまくいかない場合には、外来で病院とつながっている場合には医師につなぎ同席する」など退院後のフォローしている体制にあった。また、退院支援では毎回●●さんを帰そうプロジェクトみたいと語っており、しかし、「プロジェクトも退院後は解散ではなく在宅に移行していく」というように「病院で行っている退院支援は院内で終了ではなく在宅へ移行していく」という考え方をもっていた。

「独居でどうにか自立だけど自宅に退院させるにはどうかという方へは介護保険の申請のためにも地域

包括の方に入ってもらおう」「ADL が落ちることが考えられる場合、軽いランクでも介護保険を申請する」のように＜独居者や介護保険の申請等にかかわるため、ケアマネ、訪問看護、地域包括が KEY となる＞と調整がされていた。また、＜地域に情報をつなぐことで、地域で人や世帯が孤立せず、誰かがかかわることとなる＞など、患者の周囲・地域での見守りがなされるような体制を整えている状況がわかった。このような退院調整の看護師の役割について＜退院調整の看護師は退院後の療養生活を見ていく人への接着剤であり、そういうつながりを作る＞ということを語っていた。

7) 退院先の判断

退院先については患者の病状や同居者・家族の状況等で決まっていた。【退院先は病状と周囲の環境次第で決定】ということで、＜自宅からの入院の方は基本的に自宅退院＞＜本人が帰りたくない、身体能力や改築等で家に帰れない、リハビリが必要、本人が帰りたいが家族を説得できないときは転院＞＜リハビリの場合にはリハビリ病院でそれ以外は療養型の病院＞＜再入院予定がある場合は転院先を決めて1度退院＞＜老健は入れないため2つ先の病院まで決めて転院＞という状況であった。基本的には自宅から入院された方は自宅に退院となるが、リハビリが必要な患者の場合にはリハの病院や療養病棟への転院となるということであった。

8) 急性期病院での退院支援の状況

【急性期病院での退院支援には限界がある】は、＜入退院や急変の多い急性期の病院では退院支援に負担感を感じる看護師がいてもおかしくない＞という病棟の状況や、＜入院期間2週間の中で行う退院支援には限界がある＞＜自宅の環境が整わないまま退院し、無事に過ごしてと思いつつこれでいいのかと思う＞短い期間での退院指導に対して指導の限界を感じるとともに、このまま帰ってしまうジレンマがあることが語られた。一方で、他の病院の活動を

取り上げ、＜退院指導は病院がやるものという固定観念があるが、訪問看護師が病院の中で相談を受けている病院もある＞ということから、在宅につなげていく新たな考え方についても語られていた。

このような急性期病院であるため、【患者や家族が徐々に変化することを待つ姿勢】が大切であるが、＜無理なサービス導入や自立ではなく、徐々に変化するのを待つ＞ということが困難な状況の現実とのギャップが感じられた。

6. 退院調整看護師が行う退院調整の構造 (図2)

退院調整看護師はカルテ上のスクリーニングシートによるハイリスクの報告や看護師や医師からの調整の依頼に基づき活動を行っていた。その人らしく療養できるための退院調整を行うため、病棟や医師多職種から意見・情報を収集しており、カンファレンスなどもこのような機会となっていた。看護師長や看護師は退院調整看護師が病棟に行くと声をかけ、気になる患者の情報を伝えることもあった。また、退院調整看護師は病棟看護師にケアの方法等を指導することもあった。

患者に対してはその人らしく療養するために、退院指導を行った後の疑問や不安を把握することを行っていた。疑問や不安はそのままにしておくこと次のステップに進めないとして、早めに解決できるように、指導後早々に患者にかかわるようにしていた。また、退院指導を行う場合には、高齢独居者や高齢夫婦が医療処置が行えなくなった場合を考えながら、先を考えた指導を行っていた。また、指導を行う場合には、段階を追った指導を行うようにしていた。説明、見る、やってみるのような段階を追い、一度に詰め込みすぎないように考えられていた。

患者の医療処置や機器の操作の指導に関連し、在宅での処置の負担軽減のために、医師との調整を行っていた。医師の指示の医療処置の方法が複雑であり患者自身ができない場合、医療処置の簡略化やHOTの酸素量設定の統一など指示内容の単純化を医師に相談し指示を単純なものにしてもらうことも

行っていた。このように患者や家族の状態にあった指導にすることで、医療処置を間違えることはなく安全に在宅療養を行うことができる環境を整えていた。

このような患者の退院調整を行った内容について、退院後も継続して行うことができるように、地域での看護の継続のための記録の整備や患者にかかわる人が集まる退院支援のためのカンファレンスが開催されていた。

【退院調整の方法】

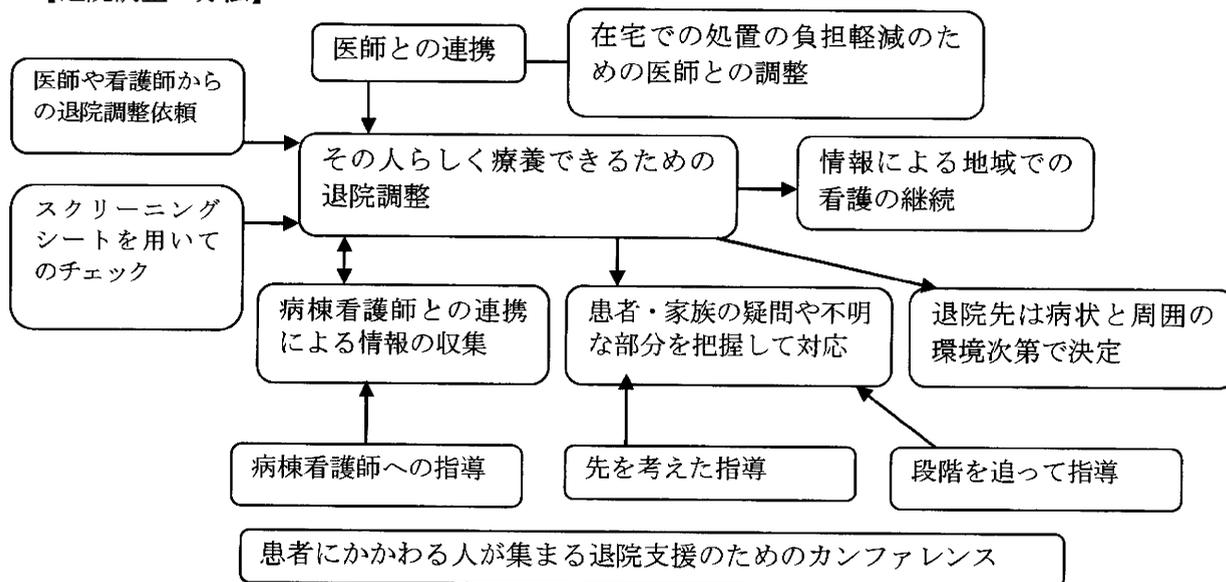


図2 退院調整看護師が行う退院調整の構造

7. 安全に在宅につなぐという視点

病棟の看護師による退院支援では【指導で大切なことは安全の確保】であるといわれていた。この安全性の確保のためには、【理解の限界を考慮した指導】が行われており、無理をせず、指導対象の能力に合わせた指導内容としていた。そのため、【ポイントを絞っての退院指導の実施】となっていた。

しかし、ポイントを絞ったり、無理をしない指導を行ったりすることで、必要な処置でできない部分が発生する。そのため、訪問看護の導入・連携が在宅での安全な療養にとって重要になってくるのである。

【安全の確保という視点（病棟看護師）】

- * 指導で大切なことは安全性の確保
- ↓
- * 理解の限界を考慮した指導
- * 患者・家族の能力に合わせた指導の工夫
- ↓
- * ポイントを絞っての退院指導の実施
- ↓
- （必要な医療処置を家族等が行えない可能性）
- * 訪問看護の導入も視野に入れた退院指導の実施

【安全に在宅につなぐという視点

(退院調整看護師)】

*その人らしく療養できるための退院調整を行う

生活背景や生き方、家族や社会的資源の状況

↓

*家族の気持ちと準備状況の把握→調整

*病棟看護師との連携による情報収集

→病棟看護師からの情報・意見収集

病棟看護師が情報を得られない場合は

退院調整看護師が情報収集

・・・患者・家族とじっくりと話ができる

*技術実施時の安全確保：技術実施時の看護師立会

*気持ちを配慮し、段階を追って指導を進める

*患者・家族の疑問や不明な部分を把握して対応

→辛さの共有

医師のICでの不明点について再度説明

*在宅での処置の負担軽減のための医師との調整

・処置の方法をできるだけ簡単になるように

指示をもらう

・医療機器の使用ができるだけなくなるように

医師に相談

*患者にかかわる人が集まる退院支援カンファレンスの開催

→*情報による地域での看護の継続

*在宅での療養が孤立しないようにかかわる接着剤としての退院調整看護師

一方で、退院調整看護師が行う退院調整で安全に在宅につなぐという視点は次のように考えられる。

その人らしく療養するためには、その人の生活背景や生き方を知ることが大切であり、社会資源も含めて情報収集を行う必要がある。

また、患者の家族にも医療機器を用いたり、医療処置を自宅で行ったりすることができるかどうか、その気持ちを確認して指導を進める必要がある。退院調整看護師はじっくりと話が聞ける立場である。患者や家族に向き合い気持ちを聞き、支援方法を考

え、病棟看護師や医師と情報共有しながら退院指導を進めていく必要がある。

8. 急性期病院で行う退院支援

入院期間がおおむね2週間以内という中で退院指導は1週間程度かかるという状況であった。退院指導の開始時期も、治療が終わり、気持ちが退院に向いたら実施するということであり、退院指導にどうしても十分な時間が取れないのが現状となっていた。このような中、病棟看護師は短期間での退院指導に限界を感じており、もう少し時間をかければ患者・家族も安心して帰ることができると考えていた。

【急性期病院での退院指導という特徴】

*退院指導の期間：HOTは早くても3、4日 個人差はあるが1週間程度

*退院指導開始時期：治療が終わり気持ちが（退院に）向いたら指導を開始

↓

*短時間での退院指導の限界：短時間での退院指導は家族を追い詰めているよう

退院指導に時間をかけたら安心して帰れる

*見切り発車みたいな状況のまま退院

*退院指導の見極め

*退院後、在宅療養が困難な場合は転院

*食い違う医師と看護師の退院に関する判断

・・・医療処置の危険性の判断や指導期間の認識の違い

一方、退院調整看護師も在宅の環境が整わないまま退院することがあることから、急性期病院では退院支援を行うのに限界があるとしていた。また、病棟の忙しさから看護師の退院支援への負担感を危惧していた。そこで、退院調整看護師は病棟看護師が患者や家族からじっくりと話を聞き情報を集めるといった時間をとることができない場合には、連携をして情報を収集し退院指導を行うなどの退院支援を進めていくことを行っていた。

<急性期病院での退院調整看護師の退院支援>

*急性期病院での退院支援には限界がある

→入院期間 2 週間、在宅の環境が整わないまま退院することあり

入退院や急変が多い忙しさの中での、看護師の退院支援に対する負担感

↑

退院調整看護師が対応できる環境、連携が必要

*患者や家族が徐々に変化することを待つ姿勢

入院中の無理なサービス導入や自立ではなく、訪問看護を導入しながら徐々に自身の状態を受け入れていくのを待つ姿勢

→入院中の短期間の中で様々な変化を持たせるのは困難

*退院支援・調整の期間はおおむね 1 週間

*不安があり、時間をかける必要のある家族は 1 週間では難しく、時間をかけないと安全が確保できない。

このような中、在宅では、病院でうまくできても自宅では上手くできないこともあったり、医療処置時に疑問があっても解決できなかったりという現状がある。

→*看護師がいる安心 ということからも、時間をかけて慣れていく必要はある。

D. 考察

1. 急性期病院での退院支援の状況と工夫

医療の機能分化として一般病院が急性期化しており、平均在院日数は短縮されてきている。さらに、診療報酬の基準により、入院後 14 日以内であれば患者入院期間による加算が 500 点近くついており、より高い報酬を受けることができる現状である。これらが急性期化にさらに拍車をかけているとも考えられる。

一方で、患者の状況は高齢化が進んでおり、本調査の参加者の所属病棟でも 60 歳以上の方が約 65% という状況であった。そのような中、高齢独居者や高齢者夫婦で医療機器を使用しながら在宅療養する方も見られた。一般的に高齢者の場合、新しいことへの適応が遅く、理解力も青年期や壮年期の方々よりも劣っていることが考えられる。そのため、高齢者への指導は必要最低限の事項でわかりやすく時間をかけて指導を行う必要があると考えられる。

しかし、先に述べたように、平均在院日数は 2 週間を切る状況であり、症状が落ち着いてからの退院指導では医療機器の操作を十分に理解するまで訓練することは困難な状況であることが考えられる。

本調査でも看護師から急性期病院での退院指導の限界が述べられており、短期間で安全で安心して在宅療養を行えるような指導を行うことはかなり困難であると考えられる。病棟の状況も入退院が多くさらに手術や検査に追われる日々であることが推測される。今回の調査では退院支援部門の看護師が病棟と連携し、情報の収集や退院時の必要物品・機器等の調達を行っており、このような調整部門があることで入院中における退院支援はスムーズに運ばれると考えられた。そのため、このような急性期病院においては退院支援部門の退院調整看護師と病棟看護師との連携、他の専門職との連携を図りながら、病院全体で患者の退院支援を行っていくことが必要であると考えられる。

退院支援は、院内の連携による指導がうまくできても在宅でできなくては意味がない。患者の家族の

支援が得られた場合でも、1週間の指導期間のうち
に数回の指導を受けるのみであり、病院とは違う環
境の自宅で同じようにできるかという無理がある
場合も考えられる。そのため、急性期病院での退院
指導では、患者や家族の能力に応じて、指導のポイ
ントをかなり絞っており、必要最低限の事項のみと
する場合もあった。そうすることで入院期間中に1
つの項目として目標を立て、指導を行い、評価まで
行うことができるのである。

この場合、医療機器や医療処置管理としては本来
必要な事項を指導できていないことが多く、その処
置等を補うための訪問看護との連携が不可欠となる。
今回の調査でも、退院調整看護師が入る病棟との週
1回のカンファレンスのほかに、地域で患者にかか
わる訪問看護師やケアマネージャー、在宅医などが
集まる合同カンファレンスの開催がされており、退
院前に情報の共有や役割分担等を行うことで、退院
後に切れ目のない医療や看護を提供することができ
るといふことになると考えられる。急性期病院の場
合、患者状態として急性期は脱したがまだ医療機器
や処置が必要であったり、身体能力が社会生活に適
応できるほど回復していなかったりすることが多い
と考えられる。そのような場合でも在宅で療養し、
安全に状態の回復が図れるように医療は継続してい
かねばならない。そのためには、地域の医師、訪問
看護に患者の身体の状態、退院指導の理解の状況、
できることできないことなど正確な情報を提供する
などの連携を強化していく必要があると考えられる。

2. 在宅での医療機器操作や医療処置が安全安楽に 行われるために

在宅と病院との大きな違いは、近くに医療者が
いるかないかである。本調査でも<看護師がいる
中での医療処置は疑問があっても解決できて安心>
ということが語られており、<病院では上手くでき

ても在宅では上手くいかないこともある>とも言わ
れていた。医療者が近くにいることの安心感の中で、
医療行為を実施し、慣れていくことが重要であり、
そのための時間が必要であると考えられる。そのた
めには<不安があり時間をかける必要のある家族は
1週間では難しく、時間をかけないと安全が確保で
きない><退院指導に時間をかけたなら安心して帰れ
る><手技を怖がったり複雑であると時間も日数も
かかる>と看護師が語ったように、安全が確保され
ない中では医療者も責任を持って在宅に送り出すこ
とができないし、患者や家族も怖くて手技を行うこ
とができない状態にあると考えられる。このような
状況に対して<訪問看護が入れば長い期間の退院指
導は必要ない><訪問看護との連携>などが行われ
るわけであるが、1日に1回の訪問に合わせて手技
を行うポートの操作や輸液交換であればよいが、吸
引や経管栄養、在宅酸素ではこれだけでは対応しき
れないことも考えられる。

今後は、その人らしく療養できるように、療養者
が療養の場の選択を行い、その場での医療処置や機
器の使用ができるような体制を整える退院調整が必
要であると考えられる。そのためには、急性期病院
での入院中の退院指導の在り方を再考し、高齢独居
者や高齢夫婦、不安が強い方など、入院中に十分な
指導ができないような方、24時間のケアが必要な方
の実践を踏まえた退院指導をじっくりと行える場の
設定が必要であると考えられる。