

明した。また、研究成果については結果がまとまり次第お渡しすることとした。

C. 研究結果

1. 施設の概要

a. 調査施設概要

調査施設は、地方に設置された A 施設と都心に設置された B 施設の 2 施設である。

A 施設は、医療法人のリハビリテーション病院に併設された施設であり、昭和 62 年に厚生省老人保健施設モデル指定として、入所定員 50 人で設立された。平成元年に 100 床増床し、定員数 150 人、デイケア（通所リハビリテーション）10 人となり、現在デイケアは 40 名となっていた。A 施設は地方に設置された介護老人保健施設であり、サービス機関として在宅介護支援センター、デイケアセンター、訪問看護ステーション等が設置されていた。

入所者の療養室は個室が 8 室、2 人室が 1 室、4 人室が 35 室で構成され、稼働率は 96～97%で推移していた。

B 施設は、医療法人が所有する施設であり、同法人は 3 つの病院、4 つの介護老人保健施設、4 つの有料老人施設、2 つの専門学校を所有していた。この法人内にある 1 つの介護老人保健施設が平成 2 年のモデル事業として開始され、B 施設は平成 15 年に設立された。

B 施設は都心に設置された介護老人保健施設であり、都心の土地利用について、民間への公募があった際、別の社会福祉法人である保育園と合築する計画で立てられた。また、小児科・歯科クリニックも併設されている。経営、運営は別々である。

入所定員は 160 人であり、うち認知症専門棟として 40 床設置していた。また、20 人程度をショートステイの利用者としており、デイケアの定員は 20 人であった。

施設内の療養室は、個室が 12 室、2 人室が 28 室、4 人室が 23 室で構成され、全体の稼

働率は 96%前後で推移していた。

b. 施設におけるスタッフの体制

A 施設のスタッフ体制は、施設長の医師の他、常勤医師が 2 名おり、外科・内科の診療に卓越しており、殆どの疾患に対応できる体制をとっていた。看護・介護のスタッフは、3 対 1 以上の基準に対し、2.2 対 1 の割合で配置していた（表 1.）。

看護職・介護職の採用は、併設の病院組織が行っているため、人事異動に関しては、勤務交代で A 施設のほか、併設病院、地域リハビリテーション部への異動もある。看護・介護職の組織体制では、課長、係長、主任の職位があり、看護師が看護課長、看護係長に就き、指示系統を明確にしていた。主任の職位は、看護職・介護職の双方に見られた。全体の組織運営としては、ソーシャルワーカーが施設長代理となり、施設全体の中心的な役割を担っていた。

B 施設のスタッフ体制は、施設長の医師が常勤で 1 人、非常勤の 3 人の医師で、0.6 としていた。常勤医師は小児科が専門のため、内科・外科の医師が非常勤勤務となっていた。

看護・介護職のスタッフ体制は、A 施設と同様に、2.2 対 1 の割合で配置していた（表 1.）。

看護・介護職員の組織体制は、看護科と介護科があり、部長、科長、主任、スタッフという職位構成であった。看護職・介護職は合わせて 80 人程度であり、全体を統括する看護部長の下に、介護職が科長として配置され、看護科長はいない。主任の職位には、看護職が 1 名、介護職が 6 名で構成されていた。施設内の医療に関しては、看護職がイニシアチブを取らなければならないが、看護と介護の割合では、介護職の方が 2.5 倍と圧倒的に多いことから、看護職と介護職の連携・協力を欠かすことはできない。介護老人保健施設は「生活の場」であることを念頭に置き、協力

し合う体制について、施設長と看護部長は常に検討していた。

全体の組織運営としては、施設長である医

師が強力なリーダーシップを発揮し、中心となり、看護職・介護職・事務部門に働きかけをしていた。

表 1. 施設職員数の概要

職種	A 施設	B 施設	
入所定員	150 人	160 人	
医師	常勤 2 名	常勤 1 名 (非常勤 3 名)	
薬剤師	1 名	1 名	
看護職員	看護師	6 名	11 名 (内常勤 8 名)
	准看護師	11 名	7 名 (内常勤 7 名)
介護職員	52 名	58 名 (内常勤 53 名)	
内介護福祉士	49 名 (約 93%)	32 名 (約 55%)	
介護支援相談員	2 名	2 名	
作業療法士	2 名	2 名	
理学療法士	4 名	2 名	
言語聴覚士	1 名	0 名	
管理栄養士	2 名	2 名	

c. 施設全体の入所者の特徴

A 施設では、入所者の状態に合わせフロアを選択していた。A 施設では、4 階がリハビリ強化棟、3 階が重介護・医療療養棟、2 階が認知症療養棟というフロア構成になっていた。4 階は主にリハビリテーションを強化し在宅復帰を目指すケースが対象であり、3 階は適切な医療管理の下、重度介護を必要とするケースを対象に活気ある生活を支援していた。2 階は認知症を含む多疾患により日常生活に介助を有するケースで、入所者の状態に応じたサービスを提供する体制をとっていた。全体を通しての平均介護度は 3.47 であり、重症化傾向であった (表 2)。

B 施設においても、入所者の状態に合わせて入所フロアを検討していた。2 階～4 階の 3 フロア内において、2 階に自立度の高い利用者が中心に入所し、3 階は認知症で行動障害がある方と介護度 4, 5 と高く、胃瘻や尿道留置カテーテル挿入の方が中心に入所してい

た。4 階はそれぞれのフロアに入れない方を含め、どのような方も入れ、4 階の ADL では車椅子使用者が 8 割以上であり、フロア全体の平均介護度は約 3.3 であった (表 3)。

A 施設の入所経路については、約 3 割が在宅から、約 6 割が病院 (うち併設病院は 3 割弱) からであり、他は他施設からの入所であった。年間およそ 120 人が入れ替わる現状である。転帰先では、全体を通して 3 割程度が在宅であり、そのうち在宅から入所し在宅へ戻る割合は 7 割弱であった。病院へ転帰する場合は、身体症状の悪化、ターミナルの場合であった。また、在宅へ戻る際、施設で亡くなり自宅へ戻る場合もあった。去年は年間で 15 名ほど看取りがあった (表 4)。

A 施設では、特別に救急病院との取り決めはないが、入所者の身体症状により、近隣の 4 病院へ搬送を行っていた。3 割以上が病院へ転帰となり、1 割弱は死亡であった。身体症状の悪化や高齢による機能低下により、病

院へ搬送後、数日で無くなったり、施設内で心肺停止になり挿管して搬送したりする場合があります。医療管理・看取りの対応が課題として挙げられていた。入所する際、事前に家族より入所相談があり、面接を実施する。その後、看護職・リハビリテーション職員・介護支援相談員・介護支援専門員等の職種にて、入所前訪問を行い、サービス利用の意向とともにアセスメントを行い、利用者の全体像を把握する。その後、入所判定会議を行い、入所適正の判断を検討・決定する流れとなっていた。

B 施設の利用者の入退所に関しては、入所は年間 200 名程であり、転帰先は、約 3 割ずつ他の施設への移動、在宅への移行、病院等の医療機関という現状であった（表 5）。

医療の連携体制では、入所者が身体症状に問題が出た場合は、症状により医療機関を選択していた。食事が取れなくなった、肺炎症状で酸素が必要かどうかなどの診療が必要な場合は近隣の病院で診察を受けていた。割合では、年間 70 名程度の搬送数のうち、約 6

割がこの病院を利用しており、施設間の連携は綿密になっていた。骨折の場合では、整形外科のある病院に搬送し、救急処置が必要な場合のみ、救急対応可能な病院へ搬送していた。

都心部にある B 施設へ入所する場合、近隣の特定機能病院から直接入所する場合は殆どない。例として脳梗塞や脳出血で片麻痺となった場合では、初期の治療後、療養病床 2 施設程度、リハビリテーション病院、他の介護老人保健施設を経由し、B 施設に入所する。リハビリテーション病院から直接来る場合も数例あるとのことであった。また B 施設へ入所している間に次の施設を検討し、複数の介護老人保健施設を利用している入所者が多い。

入所時は、家族またはケアマネジャーが来所し、入所希望用紙に記入し、それをもとに施設内で入所の検討会を行い、入所が可能か、可能の場合、どのフロアに入所するかを検討する。検討会は毎週 1 回開催し、メンバーは、医局、看護科、介護科、リハビリテーション科、栄養科、事務で構成されていた。

表 2. A 施設の療養棟別機能

療養階	療養棟機能
4 階	■リハビリテーション強化療養棟
3 階	■重度介護・医療棟
2 階	■認知症療養棟
全体平均介護度	3.47

表 4. A 施設の入所経路および転帰先

入所経路（平成 20 年）		
在宅他	医療機関	他施設
35.6%	62.7%	1.7%
転帰先（平成 20 年）		
在宅他*	医療機関	他施設
39.8%	35.6%	24.6%

*在宅は 6.8%の死亡も含む。

表 3. B 施設のフロア別機能

療養階	療養棟機能
4 階	□2, 3 階の状態の方も含めて全て受け入れるフロア
3 階	□認知症で行動障害がある、介護度が 4, 5 と高い入所者が中心
2 階	□自立度の高い入所者が中心
全体平均介護度	3.3

表 5. B 施設の入所経路および転帰先

入所経路（平成 21 年）		
医療機関	他施設	在宅他
34.4%	28.7%	36.9%
転帰先（平成 21 年）		
医療機関	他施設	在宅他
31.5%	35.5%	33.0%

2. 入所者の医療依存度の現状

A施設における医療処置が必要な患者の概要では、胃瘻増設者が17名前後おり、全体の11%を占め、増加傾向であった。また胃瘻増設者は嚥下困難もあるため、吸引も合わせて必要な医療処置である。また、簡単な治療として点滴の実施、皮膚が脆弱な高齢者の創傷の治療、ターミナル期に補助的に行う酸素投与などが現在行われている医療の状況であった。

B施設における医療処置が必要な患者の概要では、胃瘻が2名、ストーマが2名、インスリン使用者が4~5名が常に入所していた。在宅酸素の入所者は過去にあり、その際は機器類を全て持ち込み入所していた。その場合は、就寝中のみの酸素使用だったため、対応が可能であった。また、尿道留置カテーテル挿入者は、女性の場合は入所が可能であるが、男性の場合は閉塞や出血などのトラブルがあった際、前立腺肥大により入れ替え等の処置が難しく対応ができないため、近隣の病院で在院日数上一時退院する必要がある際、週末のみ預かるなどのケースのみであった。腎瘻の患者が入所していた時もあった。

A施設・B施設ともに、入所前に持参薬を確認し、現在の身体状況に合わせて医師が内服薬を整理し、過剰な内服量にならないようにしていた。また、整理された内服薬は、薬剤師が不要なものを整理し、看護師が日勤帯で内服薬をセッティングし、内服の補助は介護職が行っていた。

3. 医療依存度の高い療養者を受け入れていることに対する人的資源の工夫

A施設では、看護・介護職の勤務体制として、日勤と夜勤の2交代制の他、早出と遅出の勤務帯も実施していた。朝・夕の時間帯は、食事や更衣、口腔ケア、就寝のケアが多いため、人員配置数を増やし、手厚く配置していた。夜間も当直医がいる体制であった。地域

性もあり、准看護師の割合が多いため、夜勤帯では准看護師と介護職のみの場合もある。看護職のアセスメント能力については個人差があり、ある程度の経験をもとに判断できる准看護師もいるが、任せられない場合もある。その際、入所者のアセスメントで難しい場合は、併設病院の当直看護課長がサポートし、必要がある場合は当直医師との相談、他の医療機関への搬送などを判断する。併設病院での准看護師割合も増加傾向にあるため、新卒者での准看護師はA施設の方には配置しない。看護師・准看護師の業務において、現状での問題は発生していないが、指示を出す上で、准看護師が役職につかないような体制としていた。

B施設では、常勤医師は1名であり、専門の診療科が小児科であるため、非常勤医師もいるが、夜勤帯で診察が難しい場合では、看護師がアセスメントして、必要な医療を受けられる機関に搬送する判断を行っていた。

勤務体制に関しては、看護・介護ともに2交代制であり、介護に関しては、早出・遅出があり、多くの人手が必要な時間帯を厚く配置している。夜勤時の看護師配置数は通常2名としているが、技量があり、判断力の高い看護師の場合であれば、一人で夜勤する場合もある。介護老人保健施設の場合は、病院とは異なり、対象が高齢者であり、入所者の普段とは異なる身体的変化を見逃さない能力のある看護師を必要としていた。そのため、施設に勤務する看護師は、多くの経験があり、アセスメント能力が高く、高齢者のケアに卓越している必要があると考えていた。

看護師の採用に関しては、高齢者ケアに卓越している看護師のほか、生活の場で高齢者との会話、日常生活の援助や身体的アセスメントと判断に対して面白い、興味があると考えるスタッフを希望していた。

介護職の場合は、ヘルパー2級資格のみ持っていた者、ヘルパーとして就職し、その後

介護福祉士の資格を取得した者、高校卒業後2年制専門学校を経て介護福祉士の資格を取った者など、それぞれの受けた教育背景がばらばらであり、また現在では、仕事がないとすぐに介護職を選択する状況も生じている。介護職に転職した者と介護職希望である者が一緒に働くことに難しさがある。若いスタッフでは、これまでの生育環境で上げ膳据え膳で生活していた者が、生活の援助について、介助はもちろん掃除なども一から教育していかなければならず、育成していくことが難しい現状であった。

4. 医療依存度の高い療養者を受け入れていることに対する設備上の工夫

A 施設では、3階の重度介護・医療棟を中心に、胃瘻増設者に対する吸引や、医師の診察により必要な点滴治療、補助的酸素投与が主な医療処置である。これらを行う際、施設内には、吸引・酸素の中央配管が無いため、可動式のポータブル吸引器をベッドサイド等に置き、処置に対応していた。入所者の身体状況からターミナル期の場合、息苦しさの増強から酸素ボンベを使用しての酸素投与も行っているが、在宅酸素を行っている方は、コストの面から入所を受け入れていなかった。

リハビリテーションを強化し、ADLを維持し、排泄を自立するよう関わっているが、昭和62年からの施設に増築を行っているため、トイレの数が足りず、入所者のADLに合わせた施設設備の改善を検討していた。

B 施設では、施設の体制として、医療処置が必要である療養者を受け入れる場合、特にインスリン投与など生活に密着した医療処置を必要とする入所者に対しては、ショートステイのみとすると決めていた。これは、介護老人保健施設に入れる家族の中では、施設に入所した場合、施設に依存し、連絡しても家族が来ない場合が見られたり、「自宅でしっかりやっていた」と話していても実際は対象者

と家族が別々に暮らしていた場合があり、実際に介護をしていなかったという事例があったためである。事前の検討会において、家族に問題がみられるケースは「お試しショートステイ」として短期間の受け入れから開始するような対応とし、家族にも同様に説明していた。

医療処置のある入所者は、一時的に預かるという同意のもとで、入所者の介護を行う主体は家族であるということの基本にしていた。そのような入所者の多くは、幾つか入所する施設を持っており、担当するケアマネジャーが年間を通して、この時期は他の施設、その次はB施設、この時期は自宅という形で、介護老人保健施設などを生活する場として活用し、高齢者が1年を通して施設と自宅のバランスをとって生活できるよう配慮して対応をしていた。

5. 問題点と今後の課題

A 施設の看護責任者が考える現在の課題は、マンパワーにおいて、リハビリテーションスタッフの場合では、平均年齢が20代後半と若いことであった。そのため、入所者へのリハビリテーションを行う際、焦って急がせてしまう、力任せて行ってしまふことがあり、高齢者に寄り添うことに難しさがあった。また、入所者とその家族が社会的問題を抱えている例は急性期より回復期の方が多く、問題も難しい場合が多い。その際に、どのように家族に対応するかについては、若いスタッフでは、家族との関わりが難しく、簡単ではない。そのため、職員教育が一番の課題であると考えていた。

また、看護職においては、離職率が高く、12～15%前後で推移していた。このような介護老人保健施設における看護職の確保・定着が課題であった。

施設上の問題では、胃瘻増設者の増加に伴い、吸引等の処置に対する機器類の不足、点

滴作成の作業台がないことなど、施設開設当初に必要性が検討されていなかった医療依存度の高い入所者への設備上の対応について改善する必要性を検討していた。

B施設での今後の課題として考えられていることは、施設内での看取りである。B施設では、現在看取りは行っていない。高齢者がどこで亡くなるかは、大きな1つの事柄と考えられている。施設の特徴もあるが、B施設では、介護職は、医師や看護職のように死が身近ではなく、年齢が若いスタッフが多いことから、「入所者は元気になって帰る」というイメージを持っており、都心にあるためか、核家族化により祖父母等の近親者の死に立ち会ったことのないスタッフも多い背景があった。高齢者が元気になって生き続けるだけでなく、元気なままで亡くなっていくという過程があるということを、現在、看護部長を中心に研修に取り組み始めている。

また、B施設でのキーワードはエンパワーメントであり、スタッフや生活する入所者・利用者、その高齢者を抱える家族に対してもエンパワーしていく必要があると考えていた。現在は死ぬまでの安らかに生活できる場と考えているが、やがて看取りも普通にあることと認識させていきたいが、今は過渡期のため、死が生活の延長にある、当たり前のことであるという考え方になるよう、教育方法について模索していた。

D. 介護老人保健施設における指導・訓練実施の可能性についての検討

今回2施設の調査を行い、既存する長期療養施設での指導・訓練の可能性について検討した。今回の研究参加施設では、モデル事業当時に開設、または開設された施設と同法人の施設であった。介護老人保健施設は、2007年以降に審議された療養病床からの転換型である「医療機能強化型」の施設もあるが、今回の研究参加施設は、「病行が安定期であり看

護、医学的管理の下での介護及び機能訓練、必要な医療を要する要介護者」をみる生活を支援する施設であった。そのような日常生活支援の施設でも、看護・介護職は配置基準の3対1より多くの人員を配置していた。

看護職は主に、入所者の身体的アセスメントや内服管理、創傷管理、血糖測定とインスリン注射、点滴、吸引、吸入、胃瘻やストーマの管理を行っていた。入所していることから、ショートステイの場合でも、「預かること」が前提のため、家族との関わりで指導や訓練はない。

現在の医療依存度のある入所者を受け入れる場合でも、酸素投与は在宅酸素で常時流用している方は持ち出しとなるため入所できない事例、インスリン投与においても家庭での生活様式と施設での規則的で栄養管理もある生活では、インスリンが多く投与される場合があり、コントロールが難しい事例が見られた。インスリン投与にかんしては、あくまでも自宅での生活が基本であるため、食事やインスリン投与について、家族への指導は行われていなかった。

介護老人保健施設において指導や訓練を可能にする上では、指導や訓練に必要な機器、薬品が施設の持ち出しではなく、必要な経費を点数として加算できること、指導・訓練で家庭での生活様式に合った方法に変更する場合、医師が処方できることが第一に必要である。特にB施設では併設病院が無いため、医師数が規定のみであり、通常の入所者の状況把握、診療対応だけでも大変な状況であった。さらに、介護老人保健施設では医師が記載する書類が膨大にあるため、多くの役割を行わなくてはならない現状が見られた。

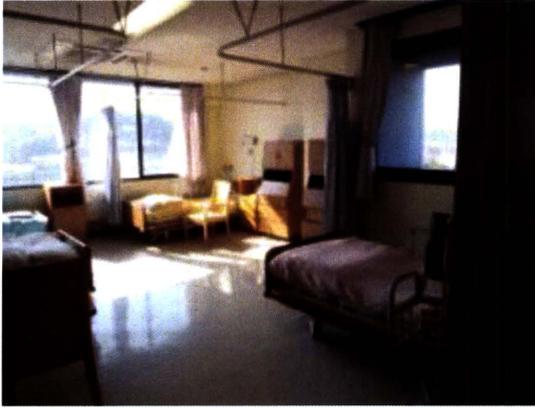
職員との連携では、介護職は「生活支援」の認識があり、看取りについても施設によって認識に差があったことから、医療依存度の高い入所者との関わり方の経験も少なかったため、医療依存度の高い入所者について、日常

生活を援助する上でも研修が必要であると考ええる。

最後に、指導・訓練でのキーパーソンとなる家族が、必要性を高く認識していることが前提であり、介護老人保健施設では、デイケ

アにおいても入所においても「預ける」と言う認識が高い。デイケアで医療依存度の高い高齢者へ指導を行う場合であれば、その人員配置を厚くする必要があり、酸素投与や吸引を行うための設備も必要であると考ええる。

資料 2 施設の施設状況について



A 施設 4人部屋



A 施設 カラフルなベッドスプレッドによる生活空間



A 施設 センター使用の一例



A 施設 デイルームでの一場面



A 施設 転倒保護マット使用の一例



A 施設 デイルームでの一場面



A 施設 デイルームでの一場面



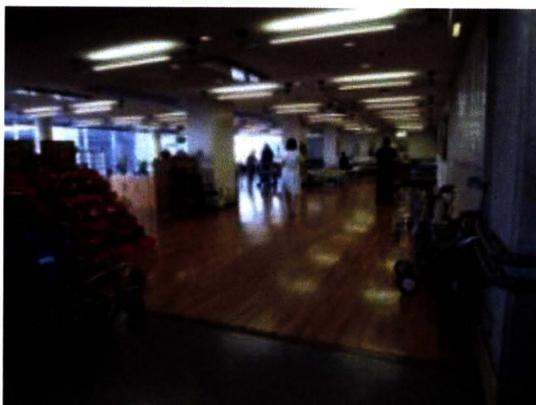
A 施設 増築による廊下の状況



A 施設 廊下スペースでの関わり



A 施設 廊下の状況



A 施設 1階通所リハビリテーション



B 施設 個室の一例



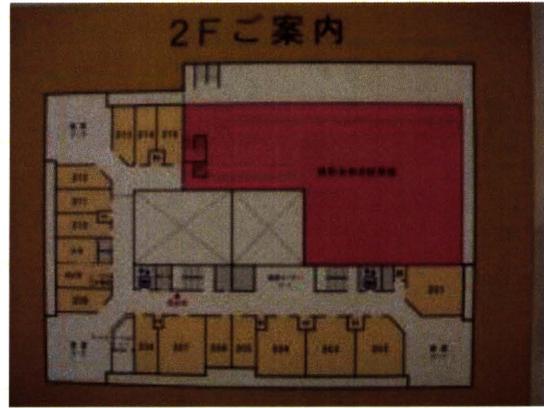
A 施設 施設長である整形外科医の回診



B 施設 2人室の一例



B施設 4人室の一例



B施設 2階フロア図
(一部保育園となっている)



B施設 入浴室



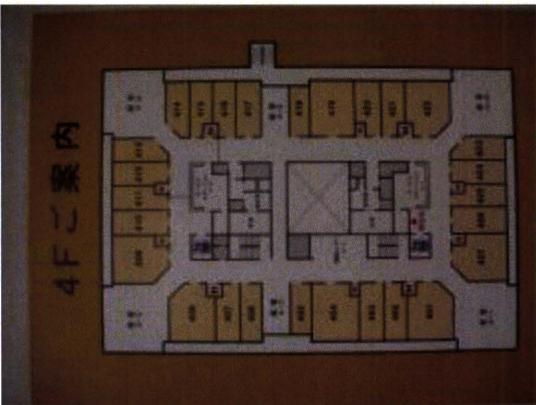
B施設 地下に設置されたプール
介護予防事業にも利用している。



B施設 入浴室



B施設 施設内設備としてあるカフェテリア



B施設 4階フロア図

(資料)

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のカテゴリー表

病棟看護師

カテゴリ	サブカテゴリ
食い違う医師と看護師の退院に関する判断	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への判断の違い
退院調整のためのカンファレンスの開催	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
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	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る
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	動けなくとも退院先は住み慣れた家がいい
	子供には迷惑をかけられない老夫婦
	医療行為に必要なキーパーソンが必要
	同居者が抱え込む現状 近隣にキーパーソンがいても高齢2人暮らしは厳しい
医療行為にかかわる家族の気持ち	退院指導に対する家族の前向きな気持ち
	退院指導に対する後ろ向きな気持ち
専門性を生かした退院指導や調整のための多職種連携	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
	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
	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
入院中・退院後に行う指導の明確化	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
指導時間の家族との調整	医療行為を行う時間に合わせてきてもらうこともある
	家族がなかなか来れない場合には家族に合わせて集中的に指導
指導の理解の限界を考慮した指導	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、詰め込んでの指導は逆効果
高齢者への退院指導の工夫	理解力のある家族に協力依頼
	HITは家族への指導
	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
ポイントを絞った退院指導の実施	守ってもらいたい事項のみをわかりやすく書いて渡す
	退院後のリスクを医師から説明してもらう
	緊急時は訪問看護が対応と指導
	連絡先の明記

	<p>停電や災害時に機器・酸素会社に連絡がつかない現状</p> <p>停電時の危機への影響</p> <p>災害・緊急時に慌てて病院に連絡する家族</p> <p>医療処置に関連してくる日常生活援助の指導</p> <p>NIP はスイッチの ONOFF の指導で設定は触らない</p> <p>胃ろうは洗浄の指導、インスリンの自己注射の導入指導</p> <p>家族への気切からの吸引指導はない</p> <p>HOT は VTR と機器説明と学習評価</p> <p>同居以外のキーパーソンにも指導する必要性</p>
かかわる人が集まる合同カンファレンスの開催	<p>合同カンファレンスは相談室がセッティング</p> <p>地域の担当者も入る合同カンファレンス</p> <p>具体的な話による訪問看護との打ち合わせの機会</p>
患者家族の能力に合わせて最低限度で無理がない指導	<p>リスクを少なくする治療指示の工夫</p> <p>医療行為の単純化を医師に依頼</p> <p>家族が怖がる処置は状況を見て進める</p> <p>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</p> <p>家族の協力が必要、キーパーソンとしての家族への指導</p> <p>無理な行為まで指導しない、習得悪ければ外来フォロー</p> <p>目標は最低限度</p>
治療が終わり気持ちが向いたら指導を開始	<p>治療が終了して家に帰る気持ちになってから退院指導を始める</p>
指導で大切なことは安全性の確保	<p>情報をしっかり取ってセッティング</p> <p>安全・清潔が一番求められる、酸素は火気厳禁</p>
機器や方法による指導内容の違い	<p>医療機器により指導方法は違う</p> <p>薬注入の有無での違い</p> <p>おむつ交換でもコツを教える</p>
交代制勤務内での指導の継続	<p>看護師同士の連携</p> <p>看護体制による指導の違い</p>
酸素業者との連携	<p>酸素業者からの説明</p>
マニュアルを基にした段階を踏む退院指導	<p>マニュアルをもとに指導を実施</p> <p>退院指導の時間は1回 30 分程度</p> <p>事前・事後に学習・確認してもらう</p> <p>不十分な点を記録に残し指導の継続に役立てる</p> <p>できるようになると声をかけながら見守り</p> <p>1つ1つ説明してやってみせる</p> <p>説明しながらデモンストレーション</p> <p>指導した看護師はできたら OK を残す</p>

プライマリによる患者の目標に沿った指導	チェックリストの作成
	プライマリナースによる目標の管理
	できなかった時の対応を考えた指導
訪問看護の導入も視野に入れた退院指導の実施	訪問看護との調整
	訪問看護との連携
	訪問看護の利用で毎日コツコツ行うことに絞る
退院後の不明事項への対応	退院後に気付く細かな部分の問い合わせ
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な思い
	退院指導に時間をかけたら安心して帰れる
	退院の準備ができたなら早急に指導して見切り発車みたいに退院
退院指導の見極め	指導がうまくいかず退院が進まない場合の見極め
退院後、在宅療養が困難な場合は転院	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
急性期病院の特徴	急性期病院の特徴
HOT 外来での評価と酸素の変更	HOT は HOT 外来で酸素量の設定を変える
退院指導の期間	HOT 導入指導は早くて 3, 4 日
	退院指導は大体 1 週間くらい
	退院指導時間には個人差がある
	2 週間かけていた退院指導が今では 1 週間もせずに退院する
	訪問看護が入れば長い期間の退院指導は必要ない
	手技を怖がったり複雑であると時間も日数もかかる
	治療後に指導が開始するとそこから 2-3 日
退院後も医療行為が必要な患者	退院後も医療行為が必要な患者の状況

退院調整看護師

カテゴリ	サブカテゴリ
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	スクリーニングシートでチェックする仕組み
	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
医師や看護師からの退院調整 依頼	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
	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
その人らしく療養できるための 退院調整	早めに動く退院調整
	退院後の生活を踏まえて療養環境を整える
	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
	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
	家族のヘルパーへの医行為の期待
	家族の「できない」をできる方向に向けていく調整
	患者の病状が受け止められない家族の気持ちを知る
	介護ができない家族と思われる家族の気持ちの理解
	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
	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
	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
	終末期についての理解は衝撃はあるが受け止められる
患者自身の希望と現実のギャップ	
病棟看護師との連携による情報 の収集	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
	患者と話をする時間が病棟で取れない場合、退院調整の看護師が入り支援していく
	病棟と話しながら支援の進め方を考える
	病棟からの依頼を待たずに気になる患者には入っていく
変化する病棟看護師の退院支 援の力	病棟が退院支援の力をつけ、困ったときでなければ声がかからなくなった
	何ケースか重ね、よいフィードバックを返しながら作り上げる関係性
退院調整看護師が対応できる 環境	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
技術実施時の安全確保	家族・事業所の技術実施時は安全面から看護師が立ち会う

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	<p>退院調整が入る病棟カンファレンスは 1 週間に 1 回</p> <p>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</p> <p>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</p>
急性期病院での退院支援には限界がある	<p>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</p> <p>入院期間 2 週間の中で行う退院支援には限界がある</p> <p>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</p> <p>退院延期の理由</p> <p>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</p> <p>突然の退院調整についても、やれることやれないことを明確にして実施する</p>
緊急時に連絡する場の確保	困ったときに電話をする場を確保
患者や家族が徐々に変化することを待つ姿勢	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
高齢者にはわかりやすい用語の使用と傷つけない配慮が必要	<p>その人を傷つけない高齢者への配慮</p> <p>病名や医療用語を用いず患者・家族の使用して医療を進める</p>
在宅での処置の負担軽減のための医師との調整	<p>処置の方法ができるだけ簡単になるような支持をもらう</p> <p>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</p> <p>診断治療に関しては医師と相談して進める</p>
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	<p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p>
情報による地域での看護の継続	<p>ケアにかかわる訪問看護師に来てもらい連携をする</p> <p>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</p> <p>地域への情報は多いほうが判断できる</p> <p>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</p>
再入院の要因の明確化による関係づくり	<p>1 週間での再入院は調整の不備</p> <p>入院される方の再入院の要因を明らかにすることで関係性が作られる</p>

退院先は病状と周囲の環境次第で決定	再入院予定がある場合は転院先を決めて1度退院
	ケアマネや訪問看護をつなぐときに転院先を探してもらう
	医師の病状説明や国の医療制度から退院先を決定する
	老健は入れないため2つ先の病院まで決めて転院
	転院の担当はSW
	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特養からの入院は特養にもどる 転院先の病院や施設の要件が多く、見つからない
患者・家族の疑問や不明な部分を把握して早めに対応	指導終了後に患者家族に会い、不明な点の対応をする
	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
獲得する技術への気持ちを配慮し段階を追って進める	説明をするだけでなく見せて、一緒にやって、やってもらうという段階を追って指導を行う
	その人が医療行為在宅でやりたいかどうか大切である
	面会に来た時には必ず実施してもらう
先を考えた指導	在宅での医療処置ができなくなった時のことも考える
看護師へのアドバイス	病棟看護師への退院指導の具体的なアドバイス
様々な退院支援・調整の期間	指導期間はケースバイケース
	胃瘻やCVポートは1週間くらい、HOTは1日で帰すこともあるが3日くらい、インスリンは1週間から10日かかる
	患者と家族のやる気、器用さによるが退院調整には1週間
	介護保険があつたり連携先があると1週間、ない場合や生活を整えると2週間かかる
	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
	環境を整えるには時間が必要
	かかわりの頻度は様々
薬剤師との連携	薬に関することは薬剤師に依頼する
退院支援が必要な患者	医療依存度が高い人は日常生活の困難も付随する
	高齢独居、医療機器をつけて帰る人(チューブ・ドレーン)、腹部のろう孔、人工肛門、在宅酸素、在宅点滴の患者、若くてもやる気のない患者

	ADL が落ちた人には退院調整が入る
	医療処置の継続、高齢、看護師の目から見て気がかりな人は退院調整にかけてもらう
	家族の受け入れが良い、自己管理が可能な場合には退院調整にかからない
	一人ではできない、できるが心配が強い、感染徴候がある、患者家屋が判断できない、医療行為や機器をつけて帰るとき、具体的に工夫ができないポートを入れて帰る、スト間パウチ交換時に人の手が必要、インスリン投与のシェア、手技が確立するまで等の場合に訪問看護が入る

