

外来患者数は、一日平均 1470.5 名、入院患者数は一日平均 597.1 名、平均在院日数は 13.3 日、病床利用数は 87.7%、救急患者数は一年間で 15,224 名である。

特に、地域医療支援病院の機能としては、専門的医療が必要な場合にかかりつけ医からの紹介状をもらい、本施設を受診し急性期治療を提供する。症状が落ち着いた場合は再度、かかりつけ医にもどって療養を継続してもらうよう情報を共有して連携を推進している。そのために、

かかりつけ医が本施設の研究施設、高度な医療機器、病床などを共同で利用できる体制を整備しており、また定期的に合同の勉強会などを実施している。地域医療支援病院としての実績は、紹介率は 69.0%、逆紹介率は 78.6%（平成 21 年度実績）である。

在宅移行期支援に関連する部門として、地域医療連携課を設置し、これに看護部門の領域として、「入院支援」「療養支援」「専門支援」「がん相談」「連携推進」を組織化している。

#### 参考：地域医療支援病院の承認要件

- (1) 紹介率60%以上であること。（承認後2年以内80%に達すること。）  
要件緩和（平成16年5月18日）～下記①・②を追加～
  - ① 紹介率60%以上で且つ逆紹介率が30%以上
  - ② 紹介率40%以上で且つ逆紹介率が60%以上
- (2) 「利用医師等登録制度」を設け、機器等の共同利用が実施されていること。
- (3) 共同利用のための専用病床が確保されていること。
- (4) 24時間、救急患者受け入れの体制が整備されていること。
- (5) 重症救急患者のために優先的に使用可能な病床が確保されていること。
- (6) 必要な図書等が整備され、地域の医師等を含めた症例検討会、医学・医療に関する講習会などの研修を定期的に行っていること。
- (7) 研修プログラムを作成していること。
- (8) 研修プログラムの管理及び評価を行うため、研修全体についての教育責任者及び研修委員会が設置されていること。
- (9) 地域医療支援病院としての業務遂行状況を審議するため、学識経験者、医師会等の代表、市町村の代表等により構成される委員会を設置し、定期的（最低四半期に1回程度）に開催すること。
- (10) 患者相談窓口及び担当者を設けること。

## 2) スタッフの体制

調査施設のスタッフは、医師 179 名、医療技術者 168 名、看護師 676 名、事務職員 181 名、看護学校職員 14 名、その他 85 名の計 1303 名である。看護体制は、一般病棟入院基本料（7 対 1）の基準を満たしており、入院部門では 15 病棟に配属されている。看護師の平均年齢は約 32 歳である。

在宅移行期支援に関連する部門である地域医療連携課の組織図は、図 1 に示す通りである。地域医療連携課の看護部門として看護師長がおり、看護部門の 5 つの領域についてそれぞれ看護係長および専門看護師を配置している。療養支援に関わるスタッフとしての「療養支援ナース」は、療養支援看護係長の下に 11 名の看護師や病棟兼務の形で配置されている。

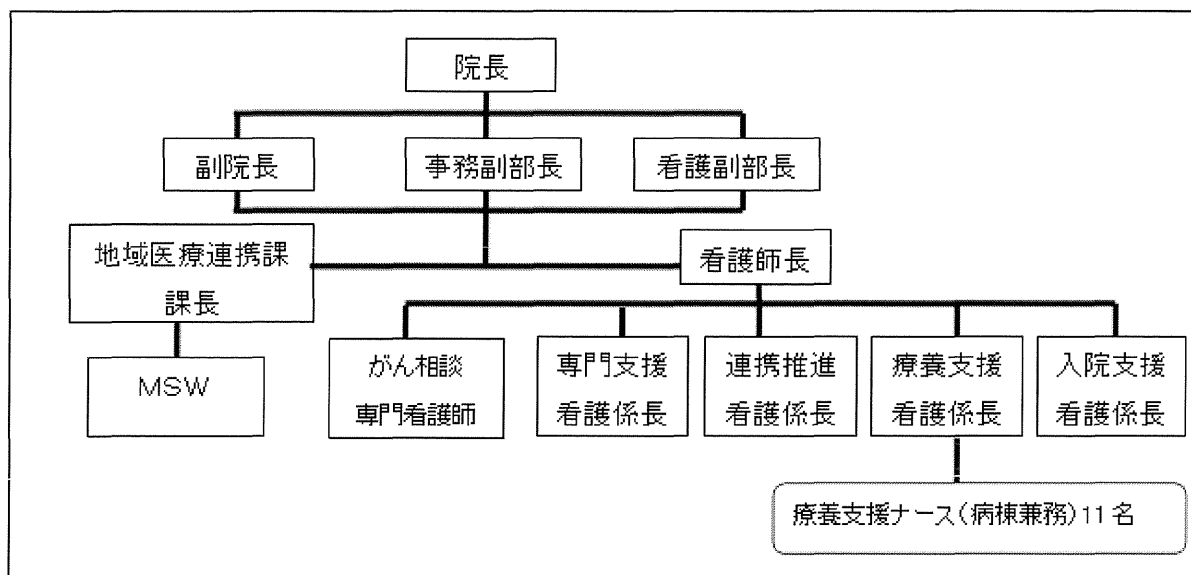


図 1. 地域医療連携課の組織図

### 3) 病院における在宅移行に向けた支援活動：療養支援ナースの位置づけ

本施設では、在宅移行に向けた支援活動を中心に担う職種として、「療養支援ナース」を 11 名配置している。療養支援ナースの位置づけは、図 2 に示す通りである。療養支援ナースは、専門領域のエキスペルターナースを、専門領域(病棟)に配属したままで、療養支援病無に特化させているものである。このため、病棟への配属を原則としており、活動のフィールドは所属部署を中心とするが、必要時には院内全体及び院外となる。前述の通り、地域医療連携課にも業務上所属(兼務)しており、複数(二つ)のラインの管理者をもつ重複型組織「状況対応マトリックス組織」としている。

療養支援ナースの活動の理念は、「一人ひとりの患者・家族を尊厳する(その人らしく、いきいき生きる)療養生活の支援」である。まず、業務上兼務のかたちで所属している地域医療連携課の活動は、以下である。

- ①連携推進業務
- ②紹介患者受付業務
- ③入院支援業務
- ④療養支援業務
- ⑤医療相談業務
- ⑥専門支援業務
- ⑦転院・退院調整業務

### ⑧連携データの管理業務

①連携推進業務では、地域医療機関への情報提供や各種セミナーの企画・案内・開催をしている。②紹介患者受付業務では、紹介患者の FAX による受付・診療日などの連絡や紹介元医療機関への報告を行っている。③入院支援業務では、入院予定患者への早期療養支援を行う。④療養支援業務では、一人ひとりの患者・家族がその人らしくいきいきと生活できる療養生活の実現にむけた支援を行っている。⑤医療相談業務では、がん化学療法・緩和ケアセンター・電話相談・セカンドオピニオンとしての活動を行っている。⑥専門支援業務では、資格やキャリアを活用した専門的看護相談支援を行っている。⑦転院・退院調整業務としては、入院患者の退院支援および在宅支援を行っている。

これらの地域医療連携課の業務において、「療養支援ナース」の活動は、急性期医療から転院・在宅への転換という地域連携の流れの中で、複雑困難な問題を持つ患者や家族に対して、退院後の生活を見越して入院早期よりかかわり、安心して転院や在宅への移行ができるよう退院支援を行っている。

本施設は急性期病院であり、高度な検査や専門的治療および急性期看護を提供する場である。しかし、本施設における「療養支援ナース」の位置づけは、「予防から急性期・慢性期・在宅医

療に至るシームレスな保健医療福祉連携」を目標として、専門看護に加えて継続看護としての

療養支援を提供している（図3）。

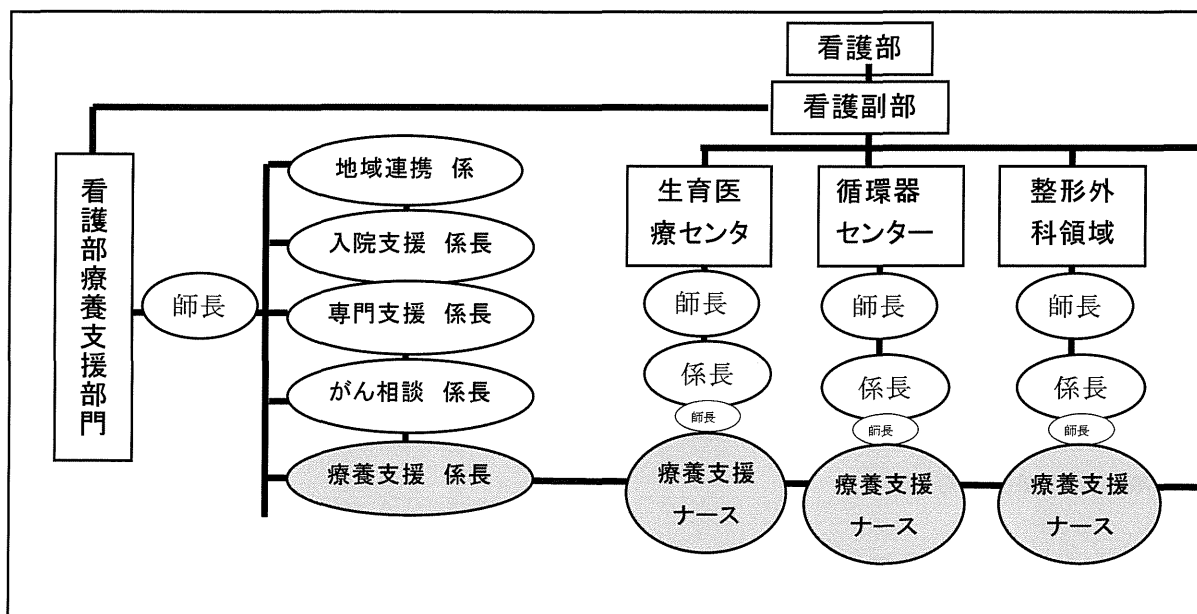


図2. 療養支援ナースの位置づけ

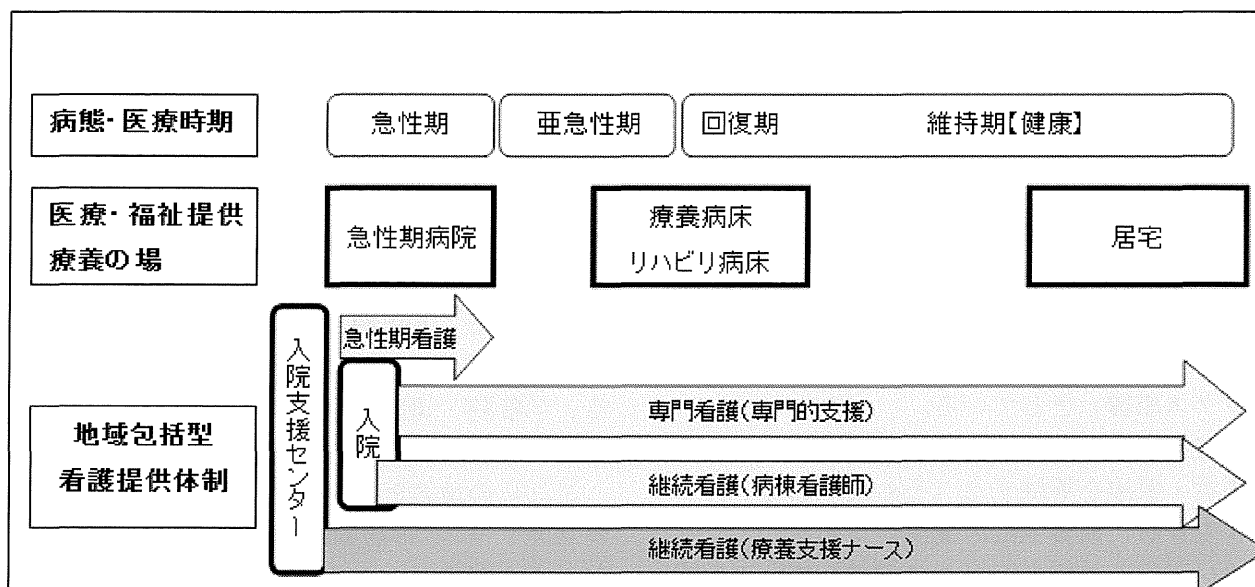


図3. 急性期病院が担当する病態・医療の時期における看護提供体制

#### 4) 病院における在宅移行に向けた支援活動：療養支援ナースの活動

療養支援ナースの業務は以下の通りである。

- (1) 担当領域のファーストカンファレンスでの情報収集、巡回での支援必要患者の発見
- (2) 患者・家族との面談(情報収集、情報提供、患者・家族の意思決定)の実施
- (3) 医療チームとのカンファレンス(情報共有、方針決定、支援の継続・評価)の実施
- (4) 院外との連携調整の実施
- (5) 必要時における地域での活動、連携施設との協働の実践

療養支援ナースの活動の実際としては、まず、本施設の約半数を占める他院からの紹介患者を含めた予定入院の患者に対する関わりが支援の開始となっている。入院患者支援のために設置されている「入院支援センター」では、予定入院患者の事前準備や調整等の業務が行われている。この段階、すなわち入院前の入院支援センターからの入院患者の情報に基づき、患者とともに退院後の「療養生活アウトカム」を定めるという介入を行う。入院後は、療養支援ナースが所属する各病棟における看護を提供する。そして、転院・退院にあたり、医療・福祉・教育などの複雑困難な問題を持つ患者及び家族に対して、継続して支援お行っていく。ここで、療養支援ナースは、適時・適切に支援が行えるよう医療チームに対して退院支援の「知識・技術」を教示し、退院支援のマネジメントを行う。

特に、療養支援ナースの支援の特徴として、入院前からの退院後の身体的予後や精神的予後について、その専門領域のエキスパートナースとして支援することができる。また、看護の立場から疾患や障害のみならず、その人の人生における生活面での予後、発生する可能性のある問題についても見据えた上での支援ができる。そして、最も症状や障害に苦しんでいる入院中の急性期の看護についても実際に病棟において関わっていることから、患者・家族との信頼関係を十分築いた上での関わりが可能となっている。実際の退院調整においては、療養支援ナースのみでの関わりでは不十分であり、その点は

院内で各患者のためのチーム（院内チーム）を療養支援ナースが組織して、医師やPT・STなど様々なスタッフとチームを組んで在宅移行支援を協議しながら進めていく。院内の調整ができた段階で、実際に院内チームで自宅に行ってみるなどの取り組みをして準備をする。具体的には、訪問看護のリソースを使いながら退院一カ月前から訪問看護師に院内にきてもらったり、在宅での医療機器使用に関して訪問看護の時間調整を進めていくなどの活動を行ったりしている。疾患については医師との連携、生活については患者家族との相談なども中心となっている。さらに、患者の退院後にも、病院所属である療養支援ナースが在宅に出むき、訪問看護師が困っていることはないか、家族が困っていることはないかということについて確認する。さらに、訪問看護師とFCXや電話で連絡を取り合うといった活動をしている（院外チームを組織）。必要応じた自宅訪問により、患者・家族の状態の確認に加えて、かかりつけ医や訪問看護師などとの確実な連携を行っている。

また、本施設では看護部門にも様々な領域を設けており、療養支援活動においては、患者のニーズを把握して必要性を判断した上で、入院支援看護師、専門看護師、病棟看護師などの看護師によるチームを組織して、看護師間での連携を行っていくことも特徴である。すなわち、「チーム看護」＝様々な役割や専門性のある看護師で構成するチームによって継続看護を実現している。

以上のように、療養支援ナースは「コーディネーター」の役割と同時に実際の支援を行う「プレイングマネージャー」としての活動を行っている。

#### 5) 在宅移行に向けた支援活動：療養支援における患者の特徴

本施設の入退院患者は、一日に70～80名おり、このうち約17%の患者に対して療養支援ナースが関わっている。療養支援ナースの支援を必要とする患者とは、医療依存度の高い人、例えば胃瘻・在宅酸素・気管切開・人工呼吸器の装着など、医療処置管理が必要でありながら自宅に戻ることを希望する者である。また、重度の障害や疾患により看取りを要する患者で最後

に自宅に戻ることを希望している患者家族である。このような患者が、安心して安全に自宅に戻れるようするための支援が求められている。

特に、医療依存度の高い療養者については、療養支援ナースも実際に一緒に家に行き、そこで院外チームのメンバーが集まり、自宅での医療処置管理の方法や医療機器の配置などをシミュレーションするなどの支援が必要である。

#### 6) 療養支援ナースによる在宅移行支援の実績

療養支援に関する評価について、本施設では定性的評価として、患者家族の評価、スタッフ評価、療養支援ナース自身の評価を行っている。

定量的評価としては、療養支援実績、経営効率について評価をすることで療養支援の質を担保している。

定量的評価として、まず平均在院日数（図4）については、平成13年時点において18.9日であったのに対して、年々減少傾向にあり、平成22年時点では12.4日まで短縮している。

また、退院後の療養先については、平成13年時点においては、退院患者自体の人数も少なく他院への転院と在宅がほぼ半数であったが、平成22年時点では、総数が平成13年の3倍以上の2,134件に増加し、退院先も在宅への退院が1,235件と大幅に増加している（図5）。

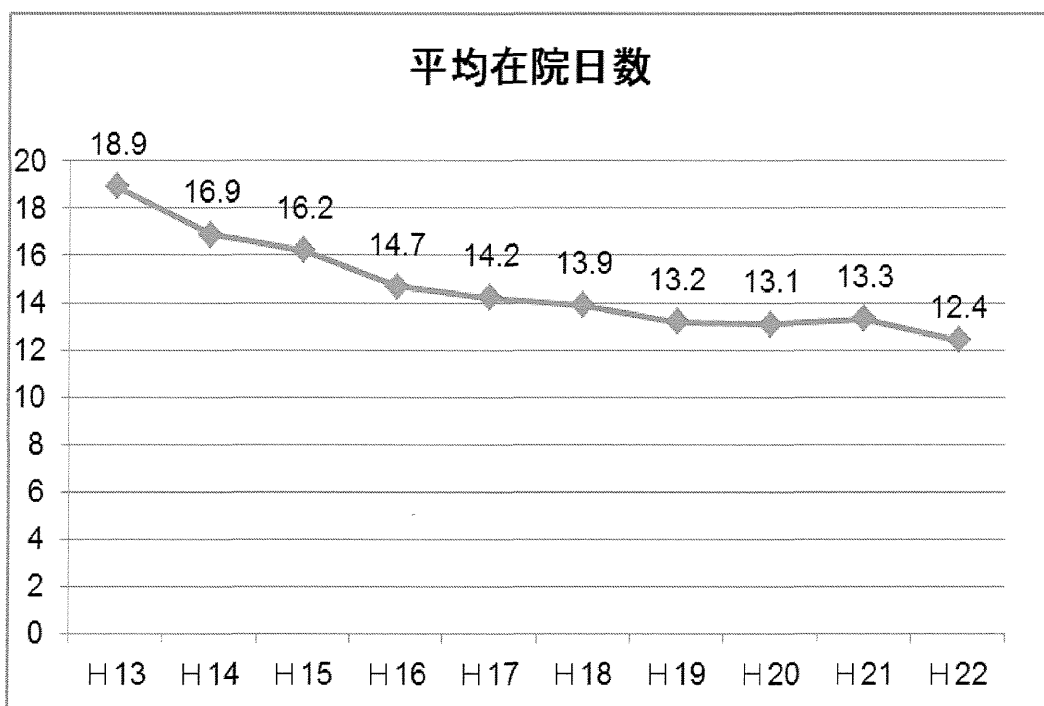


図4. 在院日数の推移

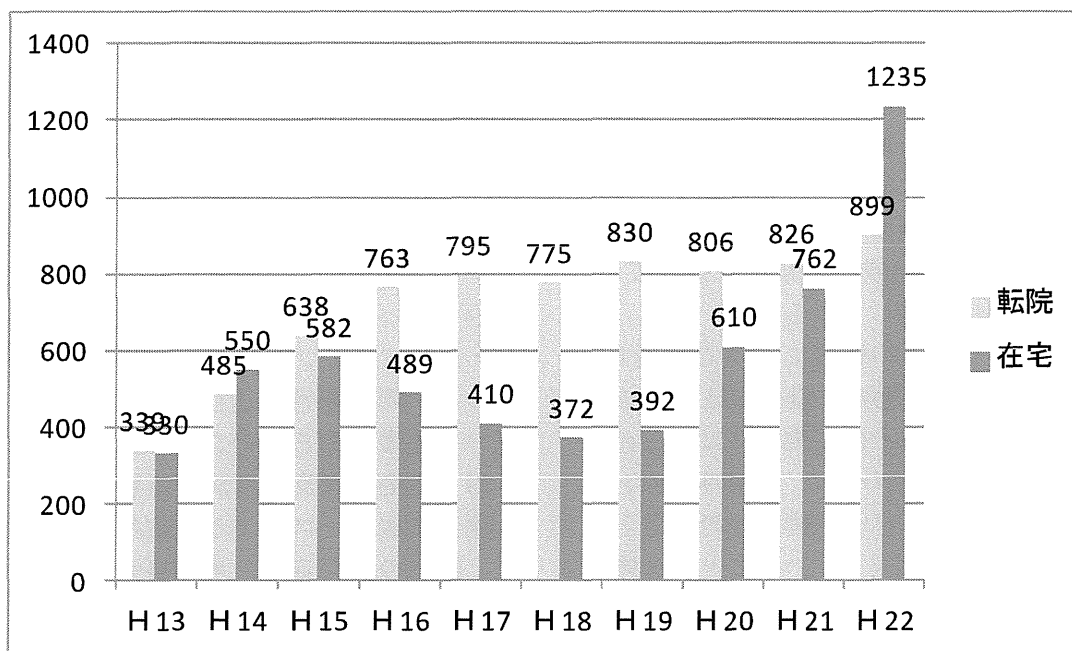


図5. 退院後の療養先（逆紹介）の推移

尚、本院では、平成17年の11月に地域医療支援病院の承認を受ける要件を整備している。

上記のような定量的評価の一方で、看護部門である療養支援に関しては、在院日数の短縮化や逆紹介率の数値目標にこだわらない定性的評価を重視している。具体的には、「在院日数」という考え方において、急性期病院における治療に要する日数（医師の治療に要する日数）と看護としてのアウトカム「在宅移行に向けた支援も含めた看護に要する日数（安心して退院することに要する日数）」とは異なるという考え方に基づいて活動している。看護に要する日数とは、看護師によって「この患者は安心して退院できる」という目標と、患者・家族の目標が合致するまでに要する日数ということである。

## 2. 医療依存度の高い患者に対する療養支援における人的資源の工夫

### 1) スタッフ体制に関する工夫（活動）

前述の通り、療養支援ナースとは、入院前から退院後さらにはその人の人生の予後まで見据えた上での支援をする。そのために必須となる患者・家族との信頼関係を築く上で、療養支援ナースが各専門領域のエキスパートナースとして病棟に配属されている意義は大きい。急性期

の患者の苦しみや経過を把握していること、そのケアに携わっていることにより信頼関係が深くなっている。その一方で、病棟看護師とは異なり、病棟に配属しても「療養支援ナース」として特化することで受け持ち患者を減らしてもらい、時間的余裕をもちながら療養支援看護に専念することができている。この点について、これまで病棟看護師の一員として、退院後の患者の生活を見据えた継続看護に関心をもちながらも実際に携わることができないジレンマを感じていた療養支援ナースの満足度は高いとのことである。

### 2) 地域連携に関する工夫

本施設は、急性期病院であるとともに地域医療支援病院である。在宅移行支援等の機能を十分に発揮するために、地域医療連携の充実が欠かせないものであり、そのための「地域包括ケア体制の構築」に関する取り組みを実施している。

その一つとして、「地域医療連携を考える会」を組織し活動を行っている。本会の目的は、「地域住民の立場に立ち、地域に効率的かつ質の高い医療を提供するために必要な、地域医療連携の充実を図る」ということである。本会では、看護部会を設置し、地域の病院看護師や訪問看

看護師、介護職等も含めて連携の充実を図っている。具体的な活動として、毎月1回看護部会メンバーによる会議の開催（情報共有・ネットワークづくり）、先駆的活動を実践する地域の取り組みに関する研修会「病院と在宅看護・介護の連携合同研修会」の開催、勉強会、さらに地域連携を推進している地域の視察などを平成12年度より積極的に実施している。

地域のネットワークの構築については、約10年間の上記活動による蓄積や経験によるものが大きい。この積み重ねとは、実際には個々の患者の「チーム＝ネットワーク」の積み重ねということになる。ネットワーク構築の考え方としては、「パイプは太く広く」ということを念頭に置き、個々の患者のチームの組織化を行っている。

また、地域のネットワークづくりにおいては、本施設を地域の医療関係者にみてもらうことによって急性期病院を「知ってもらう」という活動を行ったり、個々の患者支援を通して病院から活動を外に広げて実際に出向き、相互に顔の見える関係を築きあげていった。特に、地域医療連携課の活動当初は、目標設定し、組織化、研修会等を行ったのち、地域への広報活動も含めて実践していった。

以上のような、病院組織全体、地域医療連携課の地域連携の取り組みを基盤においたネットワークが療養支援ナースの活動を充実させている。同時に、療養支援ナースの個々の患者支援の蓄積によって、このネットワークがさらに「太く広く」構築されている。

### 3. 問題点と今後の課題

療養支援ナースの活動および在宅移行支援における問題点と今後の課題について検討する。

#### 1) 療養支援ナースの活動に関する課題

本施設の療養支援ナースを対象とした「現状調査と今後の課題」のアンケート結果に基づく評価では、まず、療養支援ナースの「勤務環境」については、夜勤回数や日勤時の支援体制（療養支援業務と急性期看護業務のバランス）に負担感があった。また、他のスタッフに対する療養支援ナースの理解として、協力体制が整備されている病棟もあるが「周囲の理解が得られな

い」「もっと関わりたいができない」というジレンマが強くなってきていた。この課題については、「療養支援ナース活動報告会」を開催して、療養支援ナースの活動における課題等について事例を通しながら他職種に伝えたり、ディスカッションを通して院内他職種によるチームアプローチの必要性の確認をしたりするなどの取り組みを行っている。今後は、領域別の症例報告会・カンファレンスを多職種で行い、チームで関わり、周囲を巻き込む企画を計画して支援していく必要があるとのことである。

#### 2) 在宅移行支援における課題

療養支援ナースによる在宅移行の支援において、圏内の社会資源の地域格差が生じているという課題がある。患者・家族の希望で退院後自宅に戻りたいという希望があり、医療を要しながらの在宅移行となった場合は、心身の状態や医療処置の状況、家族の介護状況等によっては近隣の医療機関や診療所・訪問看護などとの連携が必須となる。しかし、近隣の医療資源には地域格差があり、在宅移行を困難にしているケースが少なくない。療養支援ナースの関わりとしては、可能な限り希望をかなえることができるよう近隣の情報収集や連携を進めるが限界として妥協せざるを得ないケースがある。社会資源の地域格差の課題そのものについては解決困難な課題と考えられるが、療養支援ナースの取り組みとしては、患者・家族の第一の希望が叶えられなかった場合に、妥協策ではあるものの療養者家族が納得できる形での療養場所の移行、安心して安全に移行できるための支援を確実に行っていくことが求められている。

本施設では、在宅から急性期病院、急性期病院から在宅という全く異なる状況への移行をスムーズ行う取り組みが行われていた。具体的には、療養者の入院前の状態、急性期治療を受けている状態、退院後の状況について、これらの療養経過すべてについて予測・把握・支援する担当の看護師を配置することで切れ目のない継続的な支援を実現していた。更に、継続的に支援する療養支援ナースの活動の場について、急性期病棟を超えた外来や地域等も含めた幅広い場に設定していることが、より切れ目のない在宅移行を実現していた。この支援体制、支援機

能を維持・継続していくためには、療養者1人1人の支援体制を包括的に検討することができるケースマネジメント担当者の存在とその担当者の役割に対する他職種への理解の促進、更に、多くの職種が関わる在宅移行期の情報共有・連携体制の確保が重要である。

以上の通り、療養支援ナースの活動および在宅移行支援における問題点と今後の課題が明らかになった。本研究の目的は、既存する長期療養施設の指導・訓練施設としての可能性の検討を行うことである。本調査対象病院では、現在在院日数が短縮化の方向にある急性期病院において、入院前から入院中、退院前、退院後の経過において継続的に個々の療養者に関わり支援する療養支援ナースの活動によってスムーズな在宅移行支援を可能にしていた。

急性期病院における在院移行に向けた指導・訓練施設としての可能性（あり方）として、短い在院日数であり直接的支援（看護提供）ができる期間が限られている中で、入院前後を見越した予測的判断に基づく間接的支援（療養環境

整備・支援体制整備・在宅医療処置等の指導・訓練など）において、入院前後の支援スタッフとの連携を確保していくことが重要であった。本対象病院が実施していた「連携」とは、病院・在宅または施設のスタッフ間での単なる役割分担ではなく、役割の移行の仕方が特徴的であった（図6参照）。役割をバトンタッチしてしまうのではなく、施設の場の制限を超えて病院側と在宅または施設のスタッフが両者ともに一定期間重複して同時に関わり、療養者に関する情報や留意点など細部にわたって共有する時間をもちながら療養者・家族の状況に合わせて徐々に在宅移行を進めていた。

在宅移行期の連携の質を担保するためには、急性期病院側の看護師のみで担保していくことは困難であり、当然、訪問看護師や施設看護師等の協力が必要となる。本施設は急性期病院であるとともに地域医療支援病院としての機能も求められており、特に、他機関の医療職間および他職種間のネットワークや協力体制の整備の必要性が明らかになった。

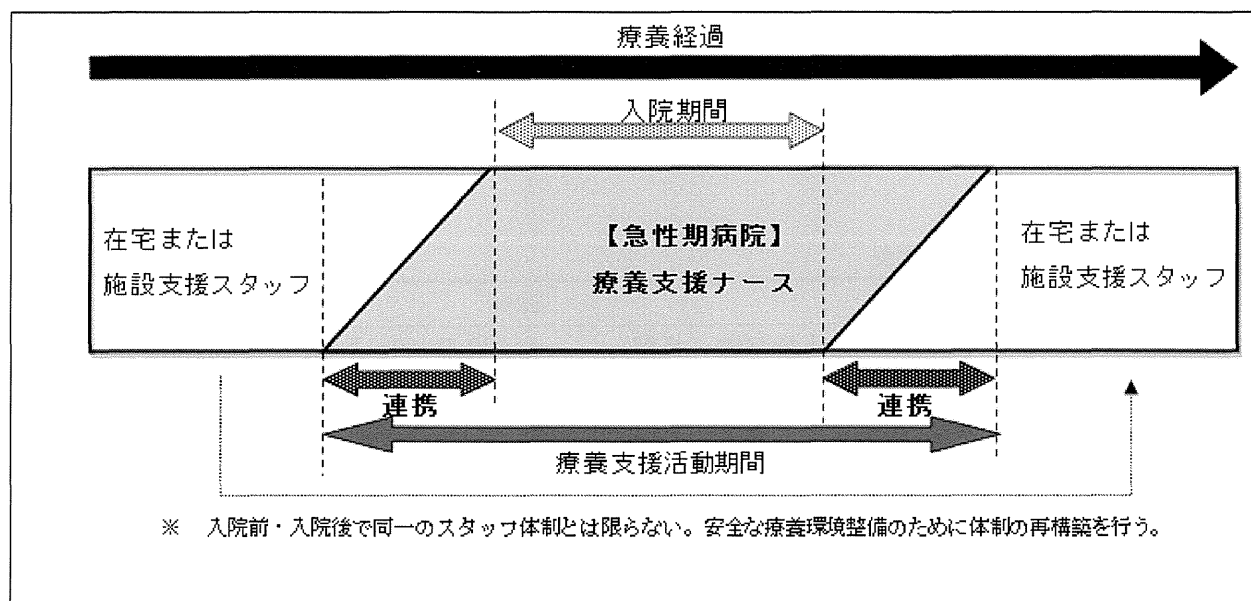


図6. 本調査施設の在宅移行支援における急性期病院の位置づけ



## 【介護療養病床からの転換型の介護療養型老人保健施設C施設】

### 1. 施設の概要

#### 1) 調査施設の概要

C施設は地方にある、医療法人社団が主体の介護療養型老人保健施設である。2008年に療養病床から介護療養型老人保健施設へ転換した施設である。介護療養型老人保健施設は、「喀痰吸引や経管栄養等の医療サービスを必要とするものが一定の割合以上入所しており、既存の介護老人保健施設に夜間の看護体制等の機能が付加されたもの」とされている。

C施設は、このほかに関連法人内合わせて、グループホーム5施設、介護付き有料老人ホーム1施設、訪問介護事業所、地域包括支援センター等を有している。

C施設は、クリニックが併設されており、入所定員は188床で、4フロアで構成されている。ベッド利用率は98%である。入所者の介護度や状態の重症度でのフロア選択は行っておらず、介護度は均等になるよう配置されている。4フロアは新棟の1～3階、旧棟の3階にあり、1フロア45～48床で配置されている。施設利用状況は表5に示す。ショートステイ・デイケアは実施していない。

#### 2) 施設のスタッフ体制

看護・介護職員の配置は、入所者の重症度が平均化していることから、均等に配置している。職員数の概要は表6に示す。

医師数は、療養病床から転換後、減少しているが、非常勤と合わせても9名いる。併設されているクリニックと兼務の場合もある。看護職員は、看護師・准看護師合わせて49名であり、看護職員に関しては、転換後も職員数は減っていない。介護報酬の基準上、①夜勤看護職員を41対1で配置すること、②夜間看護のオンコール体制を整備していること、この2点が介護老人保健施設の配置基準に追加されている。勤務表はフロアごとに作成し、1フロアの看護職員の常勤者の配置は、看護師・准看護師を合わせて10名前後を配置し、夜勤回数は7～8回となっている。非常勤者は3～5名配置している。

介護職員の配置は1フロア15名程度である。介護要員に関しては、介護福祉士と無資格の介護職員を合わせて介護員と称し、プログラム内では介護福祉士がリーダー役割を取っているが、厳密な役割分けは行っていない。

#### 3) 入所者の特徴

入所者の介護度は表7に示す。毎日、管理日報で介護度を算出している。現在は平均4以上で経過しており、大きな推移の変化はない。介護度4が3割弱、介護度5が半数を占めている。

表 5. 施設利用状況

ベッド利用率	98%
平均入所日数（長期）	約 830 日（2～3 年）
平均入所日数（短期）	実施なし
デイケア定員	実施なし

表 6. 施設職員数の概要

職種		人員数	
医師	9名	常勤	4名
		非常勤	5名
薬剤師	1名		
看護師	16名	常勤	6名
		非常勤	10名
看護職員 准看護師	33名	常勤	22名
		非常勤	11名
介護職員	61名		48名
介護福祉士			13名
介護支援専門員	5名	常勤	3名
		非常勤	2名
介護支援相談員	2名		
作業療法士	0名		
理学療法士	3名		
言語聴覚士	2名		
管理栄養士	2名		

表 7. 入所者の介護度割合

平均介護度		4.2	
各介護度割合	介護度 1	4	2.2%
	介護度 2	14	7.6%
	介護度 3	18	9.8%
	介護度 4	50	27.2%
	介護度 5	95	51.6%

## 2. 入所者の医療依存度の実態

入所者の医療依存度の状況は、週間報告として毎週月曜日に報告されている。主な医療依存度のある入所者の現状は、表 8 にまとめている。現状としては、経管栄養実施が最も多く、55 名である。これは、転換前の療養病床時と比較すると、半減された数字であるとのことである。褥瘡は持ち込みであり、施設に入所後、医師が診察し、看護師が褥瘡処置を行って治癒している。気管切開は横ばいであり、療養病床から継続で入所しているのみであり、新規での入所者はおらず、呼吸器使用の入所者もいなかった。

吸引は 20 名程度であるが、頻回に実施している入所者はそのうちの 7~8 名程度である。

ストーマは造設後の入所である。ストーマに必要な装具は持ち込みで実施している。ストーマの処理は自分自身ではできないため、介護職員が行っている。認知症もあり、自分ではがしてしまう例やパックの交換を定期的にはできない例があるためである。認知症があるため、食事介助もあり、介護の手が多くかかる現状である。

また、毎週口腔外科診療が往診で実施されている。その費用は個人負担である。

入所者は、これまで調査した介護老人保健施設と同様に、入所時に内服薬を医師が確認し、整理する。複数の疾患を抱え、複数の医療機関に受診している例もあることから、同じ内服薬が重複して処方されていることもあるためであ

る。

介護療養型老人保健施設に転換し4年が経過し、入所者の入所経路は、22年度実績として医療機関から91名、自宅から15名、他施設から9名であり、合計115名であった(表9)。医療機関からの入所では、急性期病院から直接来る事例が多く、この地域の特定施設の入所状況と酷似しているとのことであり、この施設が設置されている地域の特徴と言える。

入所者の中で最も多い疾患は脳梗塞後遺症、認知症である。認知症で日常生活が営めなくなり、食事摂取ができなくなり、胃瘻を造設する例が多い。疾患を複数持っている入所者が多く、介護老人保健施設は通常入所は6か月であるが、

介護療養型老人保健施設であることから、看取りも行っているため、入所期間の制限はない。退所は、治療のため医療機関への入院、急変増悪、死亡などがあり、入所時に急変時の対応について家族に確認している。また、確認していない場合には家族へ連絡し、家族の意向に沿って医療施設へ移すようにしている。

入所後、自宅に戻る例はほとんどなく、グループホームへ入所する例がある。c施設が設置されている地域性として、自宅への執着は少ない。基本として、入所者は最期までいる場合が多い。また、地域性として、子供が都市部に移動するため、独居老人・認・認介護が増加している。

表 8. 入所者に医療依存度の現状

	経管栄養		褥瘡	気管切開	尿道留置 カテーテル	ストマ 造設	インスリン	ペースメーカー
	鼻管	PEG						
合計	2	55	5	2	7	2	3	2

表 9. 入所者の入所前の在所

入所前の施設	
医療施設	91名 79.1%
自宅	15名 13.0%
多施設	9名 7.8%
計	115名

### 3. 施設転換の経緯で課題となった点

施設転換の経緯で課題となった点は医療事故への対応であった。そのため、医療事故が発生しないような体制作りとマニュアル作りを重点的に行っていた。転換前は経管経鼻での経管栄養が最大120名いたため、抑制もしないことから、鼻腔ルートでの自己抜去と、インスリンに関する事例があった。経管栄養に関しては、胃瘻を造設し、それを抜去しないように介護支援専門員にも協力してもらい、極力無いようにしている。胃瘻造設は病院で行うため、一度退所の手続きをするが、病院退院後は必ず受け入れることを前提で行っている。胃瘻造設は家族の希

望で行うが、胃瘻に対する知識が少ないことから、胃瘻についての利点やリスクを説明し、家族が理解し同意を得た上で対応している。最近では、家族から「無理にそこまでやらなくても自然の流れで」との言葉があり、胃瘻造設をしない事例もある。胃瘻造設での経管栄養実施者は、現在は転換前と比較して6割減少の現状である。胃瘻造設後による創痛や肉芽形成の処置は看護職員が行っている。

#### 4. 医療依存度の高い入所者の受け入れに関する対応

##### 1) 医療依存度の高い入所者を受け入れることに対する人的資源の工夫

現在、各フロアの管理者は看護師が行っている。以前は介護職でも経験があり研修などを受けている者がいた場合、フロア管理者をしていたこともあった。介護職を統制するリーダーは介護福祉士が主に行っている。転換前の療養病床と比較しても、職員体制は殆ど変化していない。フロア管理者はフロアの看護職・介護職全体の勤務表を作成し、職員の労務管理も行っている。日々の業務は業務リーダーが全体統制をしている。

夜勤に関しては、夜勤職員配置加算を取っているため1人専従配置していることから、4フロアに看護師5名と介護職5名で、合わせて10名を配置している。

看護・介護職の定着に関しては、経鼻ルートでの経管栄養実施数が少なくなったことから、看護・介護職のストレスが大幅に減少し、急性期病院とは異なり時間外労働もない。このことが離職の減少につながっていると分析している。また、看護職員の採用に関しては、急性期医療を経験した看護職員が入職する際は、介護保険制度について時間をかけて研修しているが、医療とは異なることを十分に理解してもらうことに苦労がある。

また、看護職の採用に関しては、経験のあるほうが優先されやすいが、高齢者に対する接遇が十分にできることが決め手となっている。研修については、施設内では感染制御行動、身体拘束、事故について行っている。外部への伝達研修も実施している。今後は介護職での吸引が可能となったことから、それに対する研修を行う予定である。

介護職の採用についても、無資格者も多いため、3か月の試用期間で、継続可能か見極めている。

医師に関しては、土日の日勤帯も非常勤の医師が配置されているため、診療に関しては日勤帯に医師と関わり確認することができている。家族に関わる必要があるかどうかは、事前に確認し、平日のうちに医師と相談し、前もって検

討するようになっている。常勤医は内科診療を主とするため、非常勤医師は眼科や整形外科、リハビリテーション科などを専門としている。

##### 2) 医療依存度の高い入所者を受け入れることに対する設備上の工夫

C施設は療養病床からの転換であるため、吸引の中央配管がそのまま設置されており、室内での吸引が可能である。今後改築する際も、吸引の中央配管は設置する予定でとのことであった。経管栄養実施の場合は、嚥下機能が低下していることから、吸引実施も多くなる。全てポータブル機器で対応するより効率的に実施することができる。

しかし、C施設では認知症の療養者も多く入所しているが、介護療養型老人保健施設は特定施設とは異なり多床室があることから、認知症の入所者を受け入れる上で、他者との関わりや環境の変化等で難しさが生じている。従来型の介護老人保健施設では多床室が多い施設設計のため、認知症の療養者が徘徊し、さらに不穏になる例がある。多床室に関しては、ベッドとベッドの間に高さのある木製の収容用棚を配置し、カーテンと合わせ、個室的空間をサポートするように配慮している。身体介護が必要な人しか入れないことが課題と考える。特別養護老人ホーム化している現状である。

#### 5. 問題点と今後の課題

今回は介護療養型老人保健施設が指導・訓練施設として利用可能か、その検討をすることを目的とした。その上で、介護療養型老人保健施設の施設利用の現状から今後の課題について検討した。

##### 1) 介護療養型老人保健施設の機能と現状での乖離における課題

介護療養型老人保健施設として、実施できる医療行為は経管栄養と吸引のほか、感染症を防止する体制の整備、褥瘡対策の体制の整備、理学療法の実施であるとされている。C施設においても、経管栄養が60名前後いることから、吸引と合わせ、それは実施できている。また、褥瘡は持ち込みであるため、処置に関しては施設側の持ち出しとなる費用は多くないが、複数疾

患を抱え、嚥下もスムーズでない療養者がいる場合、肺炎等の感染症症状を併発することは容易に考えられる。その場合、予防に関する行為は可能であっても、治療に関しては医療保険が使えないので、施設の持ち出ししか治療を受けるために施設を退所して入院加療という方法を取らなければならない。特定施設の場合は入所したままフリーアクセスで様々な医療を受けることができるが、老健施設はそれができないため、医療を受ける上での制限が厳しい。介護療養型老人保健施設は、看取りの機能を持ち合わせながら、最期まで看取る上で補助的な医療的介入をすることが難しい現状があり、機能と現状に乖離があると考えられる。

施設を取りまく地域の急性期病院が在院日数を短縮する中で、高齢化率の上昇に伴う独居や老老介護の場合、医療依存度が高い療養者が退院後在宅で処置や機器使用を継続して行うことは難しい。介護療養型老人保健施設の場合は転換型のため、施設設備でも医療依存度の高い療養者を受け入れることはできる。医療提供の幅を広げることで、認知症患者など、環境の変化に状態が左右されることなく、また看取りに対しても療養者と家族が安心して迎えられよう、一時的または補助的な医療提供が可能になることが課題と考える。

## 2) 介護療養型老人保健施設の看護のあり方に関する課題と可能性

介護療養型老人保健施設において、現在医療行為として実施しているのは経管栄養と吸引、予防に関する事項である。施設の場合では、看護は主に服薬や処置に関する業務が多く、実際の服薬補助は介護職が行うことが多い。医療依存度が高く療養者が入所し、看取りまで行う場合、介護職員と協働し、療養者をアセスメントできる看護の能力の高さが必要となる。施設はその地域のニーズに沿った形のものとなり、介護老人保健施設の場合では、3 か月程度の期間での入所であったり、リハビリテーションを強化した施設であったりと機能に個性が見られていた。

介護療養型老人保健施設において施設内でも看取りまですることから、幅広い知識をもとに十分なアセスメントができることが重要である。

看取りは、最終的に家族の判断で病院へ搬送するか、そのまま施設内で看取るかが決定されることであった。家族への対応や状況の判断を、特に夜間ではと介護職との協働が欠かせず、看取りに関しては、介護職は知識と経験が少ないことから、看取りの教育を含めて看護職が積極的に介入していくことが課題である。

また、在宅へ戻ることを本人と家族が臨んだ場合、在宅療養に向けての医療処置に関する施設での指導が必要になる。入所中の医療処置、例として現在実施されている経管栄養や吸引について、より生活パターンや生活行動に即した内容に沿って実施することが必要であり、それを実施することは可能であると考えられる。介護療養型老人保健施設は看護職が多く、夜間も専従で配置されており、かつ個室もある程度あることから、家族を含めた指導・訓練を生活パターンに当てはめて実施することは可能であると思われる。

介護療養型老人保健施設が、指導・訓練の場としての可能性を検討した場合、現状でも提供される医療行為について、実施していくことはできると考える。介護療養型老人保健施設では、看護と介護の協働が欠かせず、高齢者への接遇といった基本的な関わり方を重視している。さらに、急性期病院で求められる看護の知識を持ち、在宅援助の双方の視点も持った看護職が必要であると考えられる。

## 【医療過疎地において保健福祉センターと有床診療所併設型の介護老人保健施設D施設】

### 1. 施設の概要

#### 1) 調査施設の概要

調査施設は、へき地に設置され、公益社団法人によって運営が行われている介護老人保健施設である。そして、保健福祉センターと有床診療所(19床)に隣接する複合施設の一部であり、診療所併設型の施設である。平成15年に入所定員50名で設立され、うち長期入所45名、短期入所5名で、デイケアの定員は30名である。保健福祉センターはサービス機能として、社会福祉協議会、健康増進課、通所介護事業所、地域包括支援センター、訪問介護事業所、居宅介

介護支援事業所が設置されており、デイサービスの定員は25名である。入所・通所ともに浴室は温泉を引用し、保健福祉センター内の温泉は地域住民も利用できるようになっている。診療所の平均在院日数は14から16日で、24時間体制の救急診療、訪問診療、訪問看護、遠隔診療も展開されている。隣接する市には3つの介護老人保健施設があるが、特養化しており在宅復帰はほとんどない。この地域では機能している回復期病棟がないため、リハビリ目的で入所することが多い。d施設は、自治体唯一の介護老人保健施設で、在宅復帰を目指す施設のため、短期入所の出入りが多いという特徴がある。この施設ができるまでは、近くに同じ法人が設置する無床の診療所があったのみで、巡回診療を行っていた。現在は、集会所のようなところで隣の市の医師が集落を対象に週に1度、もしくは1カ月に1度の診療を行っている。併設の診療所には、村が送迎のバスを出し、曜日分けて各集落に回り、診療所に来られるようになっている。

入所者の療養室は個室が14室、2人室が2室、4人室8室、看取りや観察が必要な方のための静養室2室、ゲストルーム2室の26室で構成され、稼働率は92～94%前後で推移していた。

## 2) 施設におけるスタッフの体制

D施設のスタッフ体制は、施設長として医師1名が3つの複合施設のセンター長を務めており、診療所所長、介護老人保健施設の施設長を兼務している。医師は内科、外科、小児科という専門はあるが、総合医として対応している。その他に、総合病院の整形外科の医師が診療所内で週に1度診察を行っている。看護・介護のスタッフは、3対1以上の基準に対し、2.27対1の割合で配置していた(表10)。

介護老人保健施設には副施設長、師長、看護主任、介護主任がおり、診療所の師長が総師長

として、看護職・介護職の採用や人事異動を行っている。D施設、診療所間での看護師の異動もある。作業療法士、理学療法士数が多く、リハビリ機能に力を入れている。

## 3) 施設全体の入所者の特徴

長期入所者は、長くて1年～2年、短くて3か月程度で在宅に戻ることができている。1年以上入所している理由として、特養待機程度の重症者が8名、介護度が軽くて在宅復帰ができないような入所者が2名で合計10名いる。在宅に帰れない場合は他の施設に申請し、早い場合では2、3か月待たずに移動できることもある。入所者の約8割は家庭からの短期入所が中心で、約2割は併設の診療所からの医療の延長や施設待ち、在宅療養の環境準備待ちである(表7)。入所者の主な疾患は脳血管疾患で、麻痺や認知症がある。診療所からは、状態が落ち着き在宅に戻る前のクッションとしてリハビリを行うための入所となっている。病院からの直接入所はなく、一度診療所を経由してからの入所となっている。診療所が満床でも、診療所で状態を診なくてはならない状態の患者さんがD施設へ移動するということはない。診療所に入院していて、状態が落ち着けば優先的な形で入所ということはある。入所者のうち、地域の住民は約7割で、残りは近隣の方からである。短期入所者は、介護度によって2泊3日から長い方は1か月程度で、平均的には1週間程度の入所で、家族のレスパイト目的や用事のために利用している状況である。その他に、季節的な影響で、農業や漁業が忙しい時期や冬場だけの利用もみられている。短期入所は5床だが、多い時期は8名程度入所していることもある。

家庭に戻る入所者のほとんどは、診療所の医師が主治医となっている。長期の利用者は主治医を診療所の医師に変更している。診療所の入院日数は、長い場合は月単位で、ほぼ満床に近い状態である。介護度は平均で3.6～3.7と重度化してきている。

表 10. 施設職員数の概要

職種	D施設	
入所定員	50名	
医師	1	
薬剤師	0.2 (委託)	
看護職員	看護師	6
	准看護師	3
介護職員	19	
内介護福祉士	16	
介護支援専門員	2 (介護職と兼務)	
介護支援相談員	1	
作業療法士	2	
理学療法士	2	
管理栄養士	1	
運転手	1	

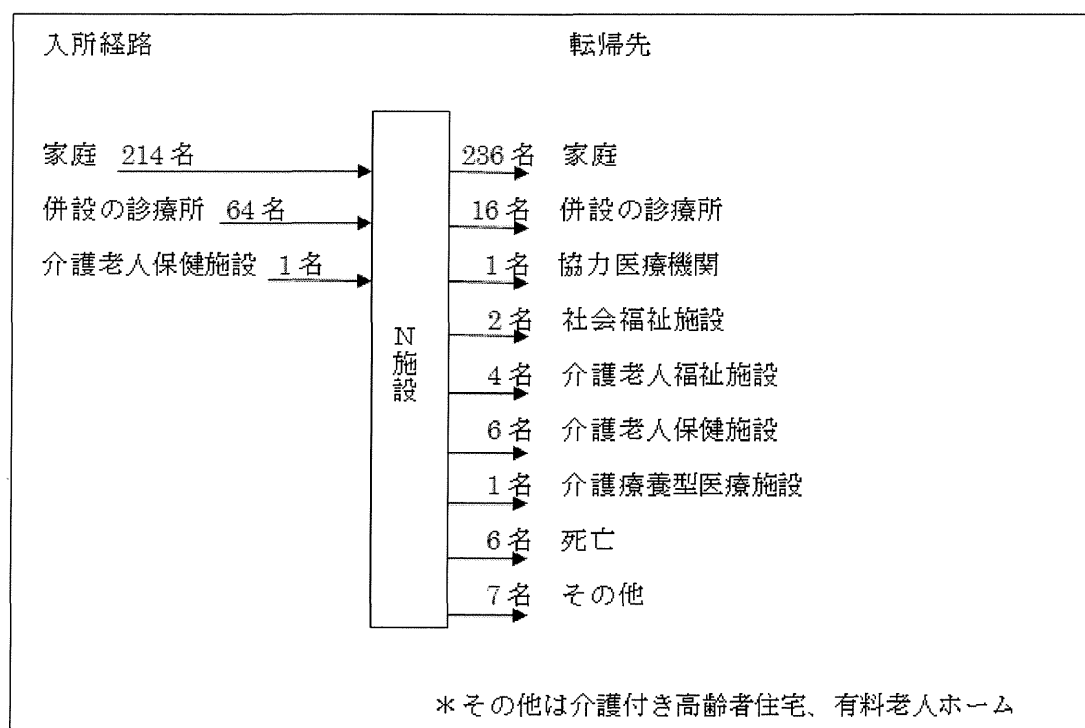


図 7. D 施設の入所経路および転帰先 (平成 22 年時点)

## 2. 入所者の医療依存度の現状

診療所を併設しているため、発熱で肺炎気味になると入所者でも点滴を行っている。持続の点滴や酸素投与が必要な状態になると診療所へ入院となる。診療所に入院させるか、D施設で

診るかという判断はセンター長が判断している。

医療処置が必要な入所者の概要は、胃瘻造設者は常時入所しており、現在は9名で多いときは11~12名になることもある。短期入所でも受け付けている。褥瘡処置は1名、吸入処置1

名、尿道留置カテーテル挿入者1名、インスリン使用者は現在1名いる。褥瘡は治癒するまで対応している（早期に介入しているため重症化するケースはない）。在宅酸素は、短期入所の利用者がほとんどで、時々いる程度。ストーマは以前1名にいたが、減多におらず、入所時はほとんど管理できている状態であった。喘息や脳血管から来る嚥下障害から、吸引が必要な入所者は現在3~4名いる。また、長期入所者で、インスリン注射が必要な場合、在宅へ向けて主介護者に手技の指導を状況に応じて行っている。

処方は全て施設の持ち出しになってしまうため、薬はできるだけ必要以外のものは減らしてもらい、重複している時は整理するようにしている。ジェネリック薬が出てきてはいるが、それ以外の薬を飲んでいる方もいるためコスト負担が多い。薬の調剤は、院外薬局で行っている。

最近介護老人保健施設でもターミナル加算がとれるようになり、D施設でも看取りの取り組みを行っている。在宅へ帰るのが難しく、医療的なことをこれ以上は望まない場合、看取りの同意書を取り、最期を看取っている状況である。入所者の状態を見て、家族の人と話をしつつ、医師とも相談しながら行っている。介護職員へは、事前に看取りの学習会のような話をする機会を設けていた。看護師は必ず常時いるので、最期に立ち会う介護職員は一人ではなく、一緒に協力して話し合いながらやっていくという形をとっている。介護職員からの抵抗はなく、スムーズに行えている。

### 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

看護師のシフトは2交代制で、夜は4:30からの朝の9時までの体制である。夜間は看護1名、介護2名の3人体制である。昼間は9~10名体制で日勤業務を行っていて、看護師1名と師長、介護職員が8~9名で、入浴日は3名が入浴介助に入る。看護師の経験年数は7年から25年で、平均経験年数は15年と経験豊富なスタッフが揃っている。職員の採用に苦労するような状況はない。看護師が医療の中で関わる場面は、内服薬のセッティングと内服介助、注射、吸引が中心である。尿道留置カテーテル交換は

女性のみ看護師が交換している（男性は医師）。正看護師、准看護師で仕事の内容に差はなく、勤務体制も特別考慮はしていない。施設が分かれているが、施設間での看護職の異動もあり、お互いにどのようなサービスが提供されているのか、情報交換だけではなく職場経験もしているため理解することができている。看護師に求められるスキルとして、救急時の対応能力、判断力、規律性、他職種との協調性、コミュニケーション能力をあげていた。

急変時は、診療所の看護師と連携をとり、医師も診療所に必ず当直しているため、すぐに連絡、診察、指示受けができる体制である。そして、状態が悪ければ診療所に入院させることができる。

センター長の医師は地元出身のため異動はなく、医師の応援として、年単位ではないが数カ月単位、週、日にち単位での異動がある。また、研修医制度で研修医が月毎に来ている。診療所には医師が2名以上はいる状態となっている。D施設では回診の日にちが決まっており、特定の曜日以外は医師が診察し、最低月1回は入所されている方の診察をするという体制をとっている。

センター長は積極的に在宅に帰すために、家族にも説明をしており、相談員も間に入って調整している。安心して在宅へ帰れるように、診療所は訪問診療、訪問看護を行っており、そこでの連携も行っている。

複合施設内では、毎週1回地域包括会議があり、診療所に集まって、居宅介護支援事業所、訪問部門、診療所、D施設から情報を出し合っていて、施設の中にいるときから患者さんの情報を交換している。逆に在宅で困っている人を、診療所、D施設に入所させてはどうかというような話も出る。現在入院している患者さんの居宅部門での担当者やケアマネージャーの決定を行ったり、在宅へ戻るか、D施設に入ってもらったところまで含めて話合っている。

この地域では、在宅を支えるサービスとして、居宅と通所介護、訪問看護、訪問入浴を単独で行っている事業所もある。地域包括支援センターが主導となって、それらの事業所を交えての地域包括ケア会議を行っており、連携を図って



いる。

#### 4. 医療依存度の高い療養者を受け入れ入れていることに対する設備上の工夫

D施設には酸素や吸引の配管はされていないため、酸素ボンベや可動式の吸引器を使用している。廊下やトイレ、洗面所は車椅子でも楽に入れる広さがある。トイレは各部屋に設置されている。

D施設から在宅へ戻る際に、必要な組織が施設内にそろっているため連携がとりやすく、地域包括ケアを行うことができている。また、複合施設内は廊下でつながっており、自由に行き来ができる状態となっている。利用者の家族もアクセスしやすいという利点もある。現在、診療所とD施設、重症の時は近くの病院という体制で良好に機能している。

#### 5. 問題点と今後の課題

介護老人保健施設は医療的な行為の評価がされないため、その評価をしてほしいと考えている。看護も厚く配置し、医師も診察しているので、医療依存度の高い療養者でも、このような環境で見ていければいいのではないかと感じており、医療も介護老人保健施設で行えるようになることを考えてもらいたいと述べていた。

診療所の病床が満床で入院が必要な患者が来院した場合、点滴治療中の患者を介護老人保健施設に転院させる場合もある。看護師が常に配置されているため、医療処置の実施については対応できる。しかしながら、医療にかかる費用は持ち出しであるため長期には医療処置の提供はできない。設備的には診療所が隣接しているため、必要な機材を利用できる便宜的な側面がある。医療過疎地で、有床の診療所が隣接している介護老人保健施設は、急性期病院と在宅の中間施設の機能を有していた。診療所と一体化された建物であることと、診療所長である医師が介護老人保健施設長を兼務していることから、有床診療所と介護老人保健施設の連携は密接にされていた。医療に精通した診療所の看護職員と介護老人保健施設の看護職員協力体制は、医療依存度の高い利用者への看護サービス提供を可能にしていたと考えられる。さらに、自治体

の理念や財源により、余裕ある人的資源や施設空間および医療費の負担にかかる費用を含めた運営費が確保されていることは、中間施設としての機能を維持している背景として伺えた。

診療所を併設した介護老人保健施設は、医療依存度の高い患者を病院から在宅に移行する際の指導・訓練施設として利用可能性が高いことが示唆された。

## 病院と在宅をつなぐ看護のあり方の検討について

研究分担者：酒井 美絵子（群馬パース大学）  
田口 実里（日本赤十字看護大学）  
鶴田 恵子（日本赤十字看護大学）  
原口 道子（財団法人東京医学総合研究所）  
笥 淳夫（工学院大学）  
川村 佐和子（聖隷クリストファー大学大学院）

### 研究要旨

#### 【研究目的】

本研究は、医療依存度が高いまま急性期病院を退院する療養者と家族が、在宅での医療処置を安全に安心して実施することができるための指導・訓練施設の構築と看護のあり方を検討することを目的としている。そこで、指導・訓練の場の検討として、介護療養型老人保健施設、居宅療養介護施設の施設調査とヒアリングおよび急性期病院の退院支援部門での活動とその成果のヒアリングを実施してきた。

そこでここでは、平成 23 年度の核施設のヒアリング結果および平成 22 年度の本研究の調査結果を踏まえ、既存の施設の利用の可能性も合わせて、在宅での医療処置を安全に安心して実施することができるための指導・訓練施設および看護のあり方を検討した。研究の目的は、在宅での医療処置を安全に安心して実施することができるための、病院と在宅をつなぐ看護のあり方を明らかにすることである。

#### 【研究方法】

平成 22 年度の本研究結果および平成 23 年度の調査結果を踏まえ、退院後の療養者が在宅において医療処置を安心して実施できる環境を整えるための看護のあり方について、研究メンバー全員でディスカッションを行った。ディスカッションにより、病院退院後、在宅への移行ルートが 5 パターンあることを確認し、その中から本研究課題に該当するパターンの絞り込みを行った。さらに、該当する中間施設、および、その利用可能性を検討した。

#### 【研究結果】

本研究における病院と在宅をつなぐルートとしては、以下の 5 パターンがあると考えられた。  
①病院から中間施設に入所または入院し、自宅に帰るパターンであり、中間施設は介護老人保健施設や介護療養型老人保健施設、療養病床が当てはまる。  
②病院から自宅に退院するが、療養者本人が中間施設に通い、退院指導の不足部分や不十分な知識を補い、安全に療養が続けられるようにしていくパターンである。この場合の中間施設は療養通所介護や小規模多機能と訪問看護を組み合わせたもの、通所リハ施設、施設でのデイケアも含まれることとなる。  
③病院から直接自宅に退院するが、①や②のパターンでの施設で行う指導内容等を訪問看護で実施していくというパターンである。必要なサービスを実施するためには、1 日の中での訪問時間や回数は療養者の状況に応じて適切に計画していく必要がある。  
④病院から自宅へ退院するが、その病院が持っている訪問看護部門から自宅に訪問を行うパターンである。情報は病院が持っていることから、患者の状況等を反映した指導を続いて実施することができ、患者も安心して受けることができるパターンである。  
⑤病院から自宅に退院し、その後、病院外来や診療所に患者が通院したり訪問したりするというパターンである。この中で本研究に合致しているのは①であり、中間施設の看護のあり方としては、医療を行う場としての 24 時間対応できる看護師の配置、医療機器の設定や療養者の身体変化に対応できるような医師・看護師の配置もしくはすぐに対応可能な医師の確保・連携体制整備をとる必要がある。また、医療保険適応となるような制度の整備も今後必要となると考えられ、このような課題への対応が必要となる。

## A. 研究目的

本研究は、医療依存度が高いまま急性期病院を退院する療養者と家族が、在宅での医療処置を安全に安心して実施することができるための指導・訓練施設の構築と看護のあり方を検討することを目的としている。そこで、指導・訓練の場の検討として、介護療養型老人保健施設、居宅療養介護施設の施設調査とヒアリングおよび急性期病院の退院支援部門での活動とその成果のヒアリングを実施してきた。

そこでここでは、平成 23 年度の核施設のヒアリング結果および平成 22 年度の本研究の調査結果を踏まえ、既存の施設の利用の可能性も合わせて、在宅での医療処置を安全に安心して実施することができるための指導・訓練施設および看護のあり方を検討した。研究の目的は、在宅での医療処置を安全に安心して実施することができるための、病院と在宅をつなぐ看護のあり方を明らかにすることである。

## B. 研究方法

平成 22 年度の本研究結果および平成 23 年度の調査結果を踏まえ、退院後の療養者が在宅において医療処置を安心して実施できる環境を整えるための看護のあり方について、研究メンバー全員でディスカッションを行った。ディスカッションにより、病院退院後、在宅への移行ルートが 5 パターンあることを確認し、その中から本研究課題に該当するパターンの絞り込みを行った。さらに、該当する中間施設、および、その利用可能性を検討した。

## C. 研究結果

### 1. 病院と在宅をつなぐ場で必要な看護の内容

平成 23 年度の本研究の急性期病院のヒアリングでは、退院後も医療処置が必要であり病院退院後も在宅につなげる必要のある患者として、「医療依存度の高い人、例えば胃ろう・在宅酸素・気管切開・人工呼吸器の装着など、医療処置管理が必要でありながら自宅に戻ることを希望する者である。また、重度の障害や疾患により看取りを要する患者で最後に自宅に戻ることを希望している患者家族である。」と療養支援ナ

ースが語っていた。また、看護の役割としては「このような患者が、安心して安全に自宅に戻るようするための支援が求められている。」としていた。

療養支援ナースの活動については、「本施設の約半数を占める他院からの紹介患者を含めた予定入院の患者に対する関わりが支援の開始となっている。入院患者支援のために設置されている『入院支援センター』では、予定入院患者の事前準備や調整等の業務が行われている。この段階では入院前の入院支援センターからの入院患者の情報に基づき、患者とともに退院後の「療養生活アウトカム」を定めるといった介入を行う。入院後は、療養支援ナースが所属する各病棟における看護を提供する。そして、転院・退院にあたり、医療・福祉・教育などの複雑困難な問題を持つ患者及び家族に対して、継続して支援お行っていく。」とされ、適時・適切に支援が行えるように療養支援ナースは医療チームに対して退院支援の「知識・技術」を教示し、退院支援のマネジメントを行っていた。

また、療養支援ナースの支援の特徴として、「看護の立場から疾患や障害のみならず、その人の人生における生活面での予後、発生する可能性のある問題についても見据えた上での支援ができる。」としており、疾病を理解し、踏まえたうえでその人の生活にあった療養方法を基に支援を行うことができるとしていた。退院後の生活に合わせることで病院と在宅をつなぐ看護では重要である。さらに、支援を行うために「最も症状や障害に苦しんでいる入院中の急性期の看護についても実際に病棟において関わっていることから、患者・家族との信頼関係を十分築いた上での関わりが可能となっている。」とも言っており、退院後のつなぐ場においては、信頼関係をいかにつなぐかも重要となる。これに関しては「訪問看護のリソースを使いながら退院一カ月前から訪問看護師に院内にきてもらったり、在宅での医療機器使用に関して訪問看護の時間調整を進めていくなどの活動を行ったりしている。」「患者の退院後にも、病院所属である療養支援ナースが在宅に出むき、訪問看護師が困っていることはないか、家族が困っていることはないかということについて確認する。さら

に、訪問看護師とFAXや電話で連絡を取り合うといった活動をしている。」「必要応じた自宅訪問により、患者・家族の状態の確認に加えて、かかりつけ医や訪問看護師などとの確実な連携を行っている。」という活動もあることから、病院と訪問看護をつなぐ場の看護師が病院と積極的な連携を進めることで、信頼関係をつなぎつつ情報を共有する機会とすることできる。さらに、退院調整においては療養支援ナースの関わりのみでは不十分であるため、院内で各患者のためのチームを療養支援ナースが組織して、医師やPT・STなど様々なスタッフとチームを組んで在宅移行支援を協議しながら進めていくことも行われる。多職種の組織以外にも、より専門性の高い看護師等との看護師間の連携を行うことで、患者のニーズに合った継続看護が実現できるのである。

平成22年度の本研究成果でも、入院期間が2週間以内という中で、1週間程度かかるという退院指導を看護師が実施していた。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。急性期病院における退院指導については、次の①～⑧としてまとめられた。

- ① 急性期病院で入院日数が短い中、(高齢であり)医療機器を装着した患者への退院支援は、院内での専門職の連携(医師、病棟看護師、退院調整看護師、薬剤師、栄養士、臨床工学技士)、院外のケアマネージャー、訪問看護師との連携で行われていた。
- ② 退院調整看護師は患者のアセスメントの後、必要な指導や物品を病棟看護師に指示または患者に直接指導するという役割を担っており、病棟の看護師は退院調整看護師と情報交換しつつ、患者・家族への退院指導を実施するという役割を担っていた。
- ③ しかし、1週間程度の期間内での医療機器の使用に対する指導は、かなりポイントを絞った内容となり、残りの処置等の多くは患者の家族や訪問看護師に依頼することとなる。
- ④ そのため、地域との情報交換の場の設定が不可欠であり、院内の退院調整看護師が開

催する地域との合同カンファレンスや退院時に渡す記録(サマリー)が重要となる。

- ⑤ また、指導の途中でも、これ以上は無理という判断をするなどの退院指導の見極めを行い、指導が十分でない場合で在宅療養が困難な場合には、転院を考えることもある。
- ⑥ 病棟看護師としては、短時間での退院指導に限界を感じており、家族を追い詰めているようであることやもっと時間をかけたら安心して帰ることができるという思いを持っていた。また、退院調整看護師は忙しい病棟の中での病棟看護師による退院支援について、負担感があるのではないかという思いも持っていた。
- ⑦ 医師との患者の退院に関する認識のずれもあり、指導の必要性や機器を使用することのリスクの考え方に相違がみられるということも語られた。関連して、医療機器も必要か不必要かの議論、HOTであれば流量の変更が必要か否かの議論を医師と看護師で行い、患者の能力に応じてリスクの少ない療養が行えるような調整を行っていた。
- ⑧ 安全に在宅につながるために、退院指導を行うとともに、地域との情報交換を十分に行い、地域での体制を整えることを行っていた。

## 2. 病院と在宅をつなぐ様々なルート

急性期病院では退院までに療養者に合わせた機器の使用等の指導が十分に行えないまま退院をむかえることもあり、前述のような退院指導を行う中でも、看護師は実施しきれていないことに対するジレンマをもっていることも語られていた。また、入院期間に合わせて指導項目を絞ることから、最低限必要な項目のみを指導し、残りは次回来院した場合に外来で指導を行うようにつなぐということもあった。そこで、医療依存度の高い療養者が在宅での医療行為を安全に実施できるように指導を行う施設や場を明確にするために、そのルートを検討することとした。