

原著論文

地域包括ケア病棟における退院支援の現状と課題

一病棟師長・病棟看護師・退院調整看護師への

グループインタビューから

田淵知世^{1§}, 笠嶋風紗², 田嶋瑞穂³, 丸岡直子¹

概要

本研究の目的は、地域包括ケア病棟の退院支援における現状を明らかにし、課題を検討することである。I県内地域包括ケア病棟の病棟師長7名、病棟看護師8名、退院調整看護師10名、計25名を対象とした半構成的グループインタビューを実施した。地域包括ケア病棟での退院支援には、「60日以内での退院」「在宅復帰率7割以上」「看護配置基準13対1以上」という施設基準が影響していた。病棟師長は病棟を成り立たせるために自分がぶれずにスタッフを引っ張っていくことが重要だと考えていた。患者に最も近い存在である病棟看護師は、患者・家族との関わりを最重視し、また、急性期病棟での退院支援開始の遅れを痛感していた。退院調整看護師は、安心できる退院を保証するという使命感をもち、退院支援の主体が病棟看護師になるよう教育的にサポートしていた。今後は、在宅復帰後からみた看護実践の評価を退院支援力の向上につなげていくことが課題である。

キーワード 地域包括ケア病棟, 退院支援, グループインタビュー, 病棟看護, 退院調整看護師

1. はじめに

現在、「地域完結型」の医療に向けて、高齢者が最期まで住み慣れた地域で生活できるよう、地域包括ケアシステムの構築が課題となっている¹⁾。そこで、平成26年度診療報酬改正では、急性期治療後の受け入れ、在宅復帰支援、在宅からの入院受け入れの後方機能を担う「亜急性期等」の充実をはかるため地域包括ケア病棟入院料が創設された²⁾。平成28年6月の日本における地域包括ケア病棟は1509か所を超え、増加傾向にある³⁾。地域包括ケア病棟の運営においては、幅広い疾患・状態の患者の受け入れ、および退院困難者の在宅復帰に向けた量・質両面による看護師の適正配置、看護師の退院支援力の向上、多職種連携などの支援体制づくりが課題とされている⁴⁾。しかし、地域包括ケア病棟に勤務する看護職の立場から地域包括ケア病棟の退院支援における現状や課題を明らかにした研究は少ない。

本研究の目的は、地域包括ケア病棟における退院支援の現状を明らかにし、課題を検討することである。そのために、地域包括ケア病棟の看護師

長、看護師および当該病棟の退院支援に深く関与する退院調整看護師を対象として、退院支援におけるチーム医療、多職種連携、自身の力量などに関するグループインタビューを実施し、その内容を質的記述的に分析する。結果から、看護管理上の課題解決に向けた方策を検討する。

用語の定義としては、宇都宮⁵⁾の定義に則り、「退院支援」を一概に患者が望む生活の場に移行するまでのプロセス全体を支援することとし、「退院調整」も含む意味合いのものとする。

2. 方法

2.1 対象者

I県内にて地域包括ケア病棟をもつ中規模病院である10病院に対して地域包括ケア病棟師長(以下、病棟師長)、地域包括ケア病棟看護師(以下、病棟看護師)および退院調整看護師を各1名ずつ計3名の紹介を依頼した。そのうち協力を得られた計25名(病棟師長7名、病棟看護師8名、退院調整看護師10名)を対象者とした。対象者の条件は、病棟看護師を地域包括ケア病棟開設当初から勤務する看護師で、看護師経験が3年以上で退院支援の中心的役割を担ったことがある者とし

¹ 石川県立看護大学 ² 石川県立中央病院
³ 加賀市医療センター [§] 責任著者

た。退院調整看護師は、施設にて退院調整部門に専従する者とした。

2.2 調査方法

10 病院をアルファベット順に 2 グループに分け、それぞれ病棟師長、病棟看護師、退院調整看護師に職種ごとに半構成的グループインタビュー（1 回 90 分程度×6 グループ）を実施した。

本研究では、グループメンバーの答えやすさを考慮した具体的な導入となるように、これまでの報告^{4,6)}に基づいた現状や課題の具体例をあげてインタビューした。インタビュー内容を以下に記す。病棟師長については、地域包括ケア病棟における退院支援のプロセスと支援体制、病床管理、病棟看護師の退院支援力、チーム医療や地域連携についての現状と課題の有無とした。病棟看護師については、地域包括ケア病棟の入院患者に実施している退院支援のプロセスと内容、チーム医療、多職種連携、自身の力量についての現状と課題の有無とした。退院調整看護師については、病院内および地域包括ケア病棟に対する退院調整看護師の役割、地域包括ケア病棟における退院支援の課題をどのように捉えているかとした。すべての職種に共通して、患者への退院支援に地域包括ケア病棟はどのように貢献しているかを尋ねた。なお、病棟師長、病棟看護師および退院調整看護師が、地域包括ケア病棟における退院支援について課題を感じている場合は、その具体的内容について尋ねた。

実施期間は平成 28 年 8 月 27 日 - 31 日とした。

2.3 分析方法

対象者グループごとの録音データから逐語録を作成した。対象者グループごとに逐語録を何度も読み返し、意味内容をとらえたうえで、研究目的に関連した単語や文章を抽出してコード化した。次に、対象者グループごとのコードを病棟師長・病棟看護師・退院調整看護師の職種別に類似性と差異性を検討し、サブカテゴリーへ統合した。職種別にサブカテゴリーをカテゴリーにまとめ、地域包括ケア病棟での現状と課題を抽出した。本研究では、対象とした 10 病院全体の現状と課題について明らかにすることが目的であるため、対象者を施設ごとに分けての分析は行わなかった。

2.4 倫理的配慮

本研究は、石川県立看護大学倫理委員会の承認

（看大第 355 号）を得て実施した。各施設の看護部長へ本研究の目的・方法、倫理的配慮、対象者の条件について依頼文書・口頭にて説明し、同意書への署名をもって承諾を得た。対象者に対しては、本研究の目的・方法と倫理的配慮を記載した依頼文、同意書、返信用封筒（切手付）の入った封筒を看護部長から配布した。対象者の同意書は、対象者から個別に郵送で回収した。グループインタビューの実施時に、再度、口頭と文書にて本研究の目的・方法、倫理的配慮について説明した。インタビュー内容の IC レコーダーへの録音は同意を得たうえで実施した。

3. 結果

3.1 基本属性

研究協力に同意を得た各病院の地域包括ケア病棟は、開設されてから 6～36 ヶ月であった。対象者 25 名は全員女性であった。

3.2 病棟師長へのインタビューから

30 のサブカテゴリーから、最終的に 6 つのカテゴリーへ統合した（表 1）。

以後、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは《 》, 対象者の語りは「 」で示す。

(1) 【治療が削げ落ちたゆとりを患者・医療職の双方から感じる】

このカテゴリーは、地域包括ケア病棟に転棟後、治療や検査が減り生活リハビリに時間が割けるようになった変化を患者と医療職の双方が好ましく感じていることを意味する。

具体的な語りとしては、「(患者が)こんなに変わるのかなと、すごく嬉しい。」「治療という部分がそげ落ち、リハビリや退院調整のためにこられるので、ゆったりと看護師もみれる。」「例えば、トイレに行く時も急性期病棟だと、“早く、早く”みたいな感じだったのが、こっちは待ってゆったり後ろから見守りながら何回も付いて行ってくるとご家族からは言われます。」があった。

(2) 【看護配置基準変更に伴う業務改善を迫られる】

このカテゴリーは、看護配置基準の変更に伴って病棟看護師の数が減る中で、看護の質を保証する為に業務改善を迫られていることを意味する。

具体的な語りとしては、「いかに補助者を動かすかというところが課題です。看護師の仕事のうち何を下ろしていくかということをもっと検討しないと、地域包括ケア病棟というのは回せない。

表1. 地域包括ケア病棟師長が捉えた退院支援の現状と課題

カテゴリー	サブカテゴリー
治療が削げ落ちたゆとりを患者・医療職の双方から感じる	治療が削げ落ち心と時間にゆとりがもてる 患者にとって他の病棟にはないメリットがある 患者の変化を喜べる
看護配置基準変更に伴う業務改善を迫られる	13対1に伴う業務改善を迫られている 看護補助者を教育し病棟看護師とうまく業務分担したい あらゆる患者を受け入れるには体制作り課題がある
病棟看護師にありとあらゆる患者への退院支援力を向上させる	調整を繰り返しながらありとあらゆる生活課程を整える 退院支援力の更なる向上にむけた教育と動機付けをしたい 退院ではなく家で暮らす、地域で暮らすのが目標になった 病棟看護師における問題解決にむけた主体性を培う ジェネラル・ナースとしてスキルアップできる病棟である 病棟の退院支援力によってリンクナースの立場が左右される
退院支援がスムーズに進むように患者の受け入れ準備をする	急性期病棟での退院支援力の不足を感じる 退院支援計画は退院支援スクリーニングし患者・家族の傾聴から始める 退院支援の進捗状況を転棟前や入院時から経時的に把握し先を見据える
地域・外来・病棟間をつなげるために多職種間での情報共有を強化する	退院後に向けたケアマネジャー・外来看護師との情報共有を強化したい 多職種連携・チーム医療のために情報共有する 多職種で情報共有できるように情報発信の仕方を指導する
ぶれずに病棟を引っ張っていかなくてはならない	病棟師長はぶれずに病棟スタッフを引っ張っていかなくてはならない 地域包括ケア病棟として成り立つためのベッドコントロールをする 施設全体としての流れをふまえた病棟運営を心がける

勤務時間の延長や、早出・遅出といった枠を超えた勤務形態の広がりをもたせて、融通利かせることができないかな。」があった。

(3) 【病棟看護師にありとあらゆる患者への退院支援力を向上させる】

このカテゴリーは、多様な入院患者に対して、どのような状況にあっても個別性に合わせた退院支援が提供できるように病棟看護師のスキルアップを目指すとともに、意識付けや動機づけをすることを意味する。

具体的な語りとしては、「小児科も全科みなないといけないというところですよ。やりがいがあるといったらいろんな科が看れる。重症も看れる。いろんな知識、技術は他の科の知識がなかったの、そこが一番のネックでした。先生方をお願いして講義をしていただいて、いろんな勉強を始めたというのがスタートだったんです。」「大きく変わったのは家で暮らす、を主体にしている。地域で暮らすということが大事なところですよ。」があった。

(4) 【退院支援がスムーズに進むように患者の受け入れ準備をする】

このカテゴリーは、急性期病棟から患者を受け入れるにあたり、前もって情報収集をし、病床管理など看護管理の視点で継続看護につなげていくことを意味する。

具体的な語りとしては、「つなぐ部分はとても大事なことで、転棟する前に急性期病棟でのカン

ファレンスに向いている。外来へつなぐというところでは退院後の初回受診時にはちゃんと病棟看護師が外来に行くということも、やり始めている。」があった。

(5) 【地域・外来・病棟間をつなげるために多職種間での情報共有を強化する】

このカテゴリーは、退院後の生活を見据えて院内外での連携を促進させるとともに、病棟看護師の情報提供能力を向上させるということの意味する。

具体的な語りとしては、「病院相手のサマリーは看護診断を使ってもいいけど、施設に行く場合は、看護診断を絶対使わないように指導しています。」があった。

(6) 【ぶれずに病棟を引っ張っていかなくてはならない】

このカテゴリーは、医療の動向や経営方針に大きく影響を受ける地域包括ケア病棟において、病棟を成り立たせるために自分がぶれずにスタッフを引っ張っていかなくてはならないと感じていることを意味する。

具体的な語りとしては、「師長がぶれないと、看護師たちも、ああ、そんなものかと思うんですけど、師長が“そうだね、どうしよう”って言うと、だんだん燃え上がってくるじゃないけど。」「師長がぶれないようにしないと、やっぱり看護師たちが“もう、また看護師ばかり減らされて”ってすごく言うので。」があった。

以上より、病棟師長は【治療が削げ落ちたゆとりを患者・医療職の双方から感じる】ものの、【看護配置基準変更に伴う業務改善を迫られる】なか【病棟看護師にありとあらゆる患者への退院支援力を向上させる】とともに、自らも【退院支援がスムーズに進むように患者の受け入れ準備】をし、退院後を見据えて【地域・外来・病棟間をつなげるために多職種間での情報共有を強化】していた。医療の動向、経営方針、病棟スタッフの気持ちが揺れ動くなかでも【ぶれずに病棟を引っ張っていかなくてはいけない】という使命感を持って職責を果たしていた。

3.3 病棟看護師へのインタビューから

15のサブカテゴリから、4つのカテゴリへ統合した(表2)。

(1) 【患者・家族の人生の一部をお手伝いしている】

このカテゴリは、退院後どのように生活したかを聴いて支援することが、患者の人生の一部に関わって生活をよりよく送るためのお手伝いをしているという意味である。

具体的な語りとしては、「家族との関わりを1回でも2回でも増やし、こっちも意思を伝え、向こうの意思も確認するっていう意味で話している。」「この人はどんな風な生活を今までしてきたか、どんな風に生活したいと思っているかっていうところまで聴けたらいいなと思って。」があった。

(2) 【生活者である患者・家族にチームで関わる】

このカテゴリは、多職種それぞれが患者・家族の在宅生活を見据えて関わり、情報共有や連携をしているという意味である。

具体的な語りとしては、「(病棟看護師の配置について) みんな順番に回っているいろいろ経験して大体わかっている感じと、最近の1番新しいことがわかる人というかたちで、知識を持っている人がそろった。」「(多職種について) 理学療法士が1人配置されているので、病棟での歩行訓練の程度など確認してもらおう。」「慢性疾患の人は生活で何を注意せんなんかかっていうお話を言う。」「課題をクリアしていけるように毎週開かれる退院カンファレンスで話し合っています。」があった。

(3) 【病棟全体で学びを共有しスキルを高める】

このカテゴリは、多様な疾患の患者に対応するため、病棟全体やスタッフ間で学びを共有し、スキルアップできるようにしているという意味である。

具体的な語りとしては、「再診のとき、もともと受け持ちの方もその日にいれば一緒に、外来に退院後どうですかというかたちで情報収集しに行く。」「勉強会をしたり、わからないことをスタッフに確認したりして、どう対応したらいいのか教えてもらいながら覚えていく。」があった。

(4) 【60日という在院日数内に退院支援することは難しい】

このカテゴリは、急性期病棟での情報収集不足や病院経営に左右されている状況から、適正な入院期間で退院支援することに困難感があるという意味である。

表2. 地域包括ケア病棟看護師が捉えた退院支援の現状と課題

カテゴリ	サブカテゴリ
患者・家族の人生の一部をお手伝いしている	家族との関わりを増やして意思を確認する 患者の希望・思いを大事にする 入院期間を意識しながら支援を進める
生活者である患者・家族にチームで関わる	チーム医療が可能な多職種による病棟配属となる 患者の特性を理解して援助する 目標達成度を評価しながら多職種との情報提供や連携を行っている
病棟全体で学びを共有しスキルを高める	退院後の患者の生活状況について知る機会を持つ 様々な疾患に対応するため勉強会・個々の学習・スタッフ同士で協力する
60日という在院日数内に退院支援することは難しい	地域包括ケア病棟に転棟する前の情報収集が不足している 患者・家族に転棟する目的が伝わっていない 病院経営の方針に振り回される 病棟看護師の配置に課題がある ケアなどの業務で時間を取られて家族や患者と話す時間が足りない 地域連携ができていない 多様な疾患の患者の退院支援に関わる

具体的な語りとしては、「急性期の病棟って、とりあえず家族に聞いても退院後のことっていうのは不十分なことが多い。」「リハビリ頑張って帰るための病棟ですよって言ったら、(患者が) そんなこと聞いてない、ご家族も2ヶ月長く居れるから移っただけや言われて…」「急性期病棟の患者を転棟させるため、地域包括ケア病棟にいる人を退院へっていうところで発破かけられる。」「患者さんはどうしたいのか、ご家族のお話も聞きたいなって思うけど、業務をこなすだけで…全然できていない。」「認知症の人は、不穏で寝んかったり転びそうになったりする。」、「(看護配置が) 10対1で十分かって言ったらどうなんだろう。」「連絡するシステム作りがないので、ケアマネジャーと直接的な連携が少ない。」があった。

以上より、病棟看護師は【患者・家族の人生の一部をお手伝いしている】という気持ちで、患者・家族の退院後の希望・思いを聴き、入院期間を意識しながら、【生活者である患者・家族にチームで関わる】ことを行っていた。また、多様な疾患の患者に対して【病棟全体で学びを共有しスキルを高める】という努力を重ねていた。しかし、【60日という在院日数内に退院支援することは難しい】という困難感を感じていた。

3.4 退院調整看護師へのインタビューから

23のサブカテゴリーから、7つのカテゴリーへ

統合した(表3)。

(1) 【地域包括ケア病棟は現代の“駆け込み寺”のような役割がある】

このカテゴリーは、退院調整看護師が地域包括ケア病棟の機能をどのように捉えているかを意味する。

具体的な語りとしては、「現実に帰れる状況ではない、施設にも入れないという場合に地域包括ケア病棟があると非常にいい。」「レスパイトもなんだかんだいろんな方が入ってこられる。」「地域包括ケア病棟は(入院期間が)60日なので毎週看護を考えていかないと。」があった。

(2) 【退院支援の質を確保できる】

このカテゴリーは、地域包括ケア病棟の新設以来、退院調整看護師が感じている病棟看護師の成長や患者への貢献を意味する。

具体的な語りとしては、「(地域包括ケア病棟に)配属された看護師さんってだんだん視点っていうのは養われてきて、地域包括ケア病棟で退院支援とか退院調整とか関わりながらスキルを上げていっていると思う。」「急性期(病棟)だったらおざなりになっちゃうような方も、もう少しゆっくりしたペースで看れるというメリットがある。」があった。

(3) 【安心できる退院を目指して病棟看護師をサポートする】

このカテゴリーは、地域包括ケア病棟での退院

表3. 地域包括ケア病棟に対する退院調整看護師の役割と課題

カテゴリー	サブカテゴリー
地域包括ケア病棟は現代の“駆け込み寺”のような役割がある	つなぎとしてはいいシステムができたと思う 駆け込み寺がゆえに多様な課題に対応している
退院支援の質を確保できる	退院支援に関わりながら病棟看護師がスキルを上げていっている 落ち着いて患者の思いによりそった退院支援ができつつある
安心できる退院を目指して病棟看護師をサポートする	退院支援カンファレンスに参加する 病を持ちながら家で過ごすことをイメージできるように質問を投げかける 病棟看護師の成長を導く 患者・家族の思いに寄り添う病棟看護師を支持する 急性期病棟での退院支援をつなぐ
専門性を発揮して退院支援に参画する	患者・家族にかかわる 院内の他職種を巻き込んで退院支援チームを形成する 家での生活に向けた医療的管理の依頼・展開を行う メディカルソーシャルワーカーと役割分担・連携する 家での生活に向けて院外の在宅ケアスタッフと関係を構築する 患者にとって適正な入退院の判断に参画する
病棟での退院支援には課題がある	患者・家族への情報収集が不足している その場しのぎの看護にとどまっていた在宅につながらない
退院調整看護師としての課題を自覚する	院内外のチームでの連携に課題がある 患者・家族との関わりに課題がある
患者の退院後における看護のフィードバックが重要である	自宅での安定着地を確認するための退院後訪問をぜひしたい 退院後訪問の実施や内容に課題がある 退院後訪問に代わる評価のための手段をとっている

支援に中心的な役割を果たす病棟看護師に実施している退院調整看護師の活動を意味する。

具体的な語りとしては、「カンファレンスでやらなくてはいけないこと、先生に聞かなくてはいけないこと、1週間の間にやらなくてはいけないことを話し合う。」「(病棟看護師に)家では誰が薬を配るの?トイレやお風呂はどうするの?」「なぜ家族の気持ちが揺れ始めたかを追ひ、看護師と振り返る。」「患者と家族の思いについて情報をつないで、どう支援するっていうのを一緒に考える。」があった。

(4)【専門性を発揮して退院支援に参画する】

このカテゴリーは、退院調整看護師が持つ専門性を活かした患者・家族および院内外の医療関係者との関わりを意味する。

具体的な語りとしては、「患者・家族と面談し、情報提供した。」「認定看護師も中に引き込んでみたり。」「医療機器の調整や、院外の訪問看護ステーション、訪問してくださる薬剤師さんとの情報共有といった点ではお役に立てたかなと思っている。」「経管栄養の栄養剤の調整をしていた。」「吸痰の操作からポンプの操作も全部地域包括ケア病棟にお願いした。」「主治医が退院日を家族と決めしたが、調整がうまく進んでいなかったの、あと1週間退院を延ばしてもらおうよう説得してなんとか調整したこともあった。」があった。

(5)【病棟での退院支援には課題がある】

このカテゴリーは、地域包括ケア病棟での退院支援について退院調整看護師が感じている課題を意味する。

具体的な語りとしては、「(病棟看護師は)病なり不自由な部分を持ちながら家で生活したらどうなのかという視点が抜ける。」「生活をみるリハビリテーションスタッフとどう情報共有するかがずっと課題。」「とくにひっかかるのは夜の吸痰。夜中1人にいるときに痰が出ないか自分で出せるかじゃないと帰れないってなったときに、出せる痰なのかどうかアセスメントなく吸痰してしまう。」があった。

(6)【退院調整看護師としての課題を自覚する】

このカテゴリーは、退院調整看護師が自覚する、自らの活動に関する課題について意味する。

具体的な語りとしては、「開業医さん、地域の病院さん、施設さん、ケアマネさんなどとの連携に向けた企画運営というのがまだ課題というか。」と連携における課題を語った。また、「ソーシャルワーカーと連携しないと回らない状況。」「患者

さんと関われば関わるほど時間が足りない。」と述べていた。

(7)【患者の退院後における看護のフィードバックが重要である】

地域包括ケア病棟に限られたことではないながらも、退院支援における患者の退院後のフィードバックの重要性が聞かれた。このカテゴリーは、患者の退院によって看護を終結せず、退院後の患者の経過を把握して今後の看護に活かすため、退院調整看護師の視点を意味している。

具体的な語りとしては、「退院後訪問で、(病棟看護師が)家ではこんな汚い環境でやっている、自分たちは整った場所で看護しているだけで、現場はそうじゃないことが分かったと言って、行ってよかったとみんな生き生きして、やらなくちゃという思いになっている。」「見てくることで指導の内容とかも充実するんだなと思っている。」「時間の問題でなかなか訪問同行が継続した流れにならない。」「退院前に関わった院内外スタッフ全員と、退院後に関わっているスタッフとの皆さんで、退院された方の振り返りのカンファレンスをしている。」「ケアマネジャーさんにその後どうとか聞いたりしている。」「地域包括ケア病棟を退院して外来通院に来られる際に、順調にいつているか、不便な点はないか声を聞くことで看護の評価ができる。」があった。

以上より、退院調整看護師は【地域包括ケア病棟は現代の“駆け込み寺”のような役割がある】と捉えるとともに、患者・家族に対して【退院支援の質を確保できる】病棟であると考えていた。【安心できる退院を目指して病棟看護師をサポートする】とともに、退院調整看護師として【専門性を発揮して退院支援に参画する】ことに取り組んでいた。これらの活動の根底にある思いとして、患者と家族が安心して退院できる環境づくりに対する使命感が窺えた。一方で、【病棟での退院支援には課題がある】、【退院調整看護師としての課題を自覚する】や、退院支援の発展として【患者の退院後における看護のフィードバックが重要である】と自覚していた。

4. 考察

4.1 地域包括ケア病棟における退院支援の現状

(1) 地域包括ケア病棟の特性を踏まえた退院支援

地域包括ケア病棟における退院支援では、特に

「60日以内での退院」「在宅復帰率7割以上」「看護配置基準13対1以上」という施設基準⁷⁾に影響される現状があった。本研究の対象となった地域包括ケア病棟は、既に急性期病棟からの移行期を終えたところもあったものの、開設後の期間に関係なく、医療の動向や経営方針によって振り回されがちである現状がそれぞれの語りからみとれた。このような地域包括ケア病棟において、特に、病棟師長は病棟を成り立たせるために自分がぶれずにスタッフを引っ張り、まず地域包括ケア病棟の運営を安定させることが重要であると捉えていた。これまで、地域包括ケア病棟の運営における要としてベッドコントロールと受け入れ基準の明確化をあげた報告が多くある⁸⁻¹¹⁾。地域包括ケア病棟の運営を安定させることが病棟看護師の安定につながり、結果として質のよい退院支援につながると考えられる。地域包括ケア病棟に受け入れる患者は、院内他病棟からの急性期を経過した者が多いとされる⁸⁾。まずは、在宅復帰に向けてどのような段階にある患者を地域包括ケア病棟に転棟させるのが望ましいのかを、院内全体で共有する必要がある。

(2) 地域包括ケア病棟内・外での連携を常に心がける

すべての職種において、チーム医療や多職種連携がカテゴリーにあげられた。宇都宮¹²⁾は、退院支援において看護職がひとりではできないことは少ないと述べている。在宅復帰支援が主たる役割として求められている地域包括ケア病棟⁷⁾における退院支援では、特に、連携の必要性を強く実感すると解釈できる。看護チームが一体となり退院支援を日々継続すること、病棟、退院調整部門、医局、リハビリテーション部、薬剤部、栄養部等が共通認識を持って連携することが重要とされる¹³⁾。また、院内で退院が可能と判断されたとしても、退院先の状況によっては条件が合わないということも指摘されている¹⁴⁾。在宅復帰支援を担うためには、ケアマネジャーや福祉施設との密な情報共有や連携が求められる。

(3) 患者を生活者として捉える

病棟師長の語りからは、病棟内で<退院ではなく家で暮らす、地域で暮らすのが目標になった>と分かった。病棟看護師は、【患者・家族の人生の一部をお手伝いしている】という考え方が看護の土台になっていた。特に、退院調整看護師は、ただ患者を在宅復帰させるのではなく、安心できる退院を保証するという使命感をもって取り組ん

でいた。また、あくまでも退院支援の主体が病棟看護師になるように教育的にサポートしていた。山田¹⁴⁾は、退院調整看護は専任者が一人で行うことではなく、病院全体、看護職員一人ひとりが心がけて初めて成立する看護サービスだとしている。そのうえで、現役の退院調整看護師は一緒に組織で働く看護職への教育的な関わりを重視し、それに関連した苦勞も多いとしている¹⁴⁾。しかし、地域包括ケア病棟では患者を生活者として捉える視点が醸成されつつあることが本研究の語りからはみとれた。今後は、具体的に在宅での生活をイメージできる能力を培うことが求められており、これについては地域包括ケア病棟における退院支援の課題で述べる。

(4) 患者・家族の語りを重視する

患者に最も近い存在である病棟看護師は、日常的に患者・家族との関わりを最重視していた。退院調整看護師も間接的な調整だけでなく、患者・家族のもとへ足を運び関わっていた。また、退院支援をスムーズに進めるにあたって、病棟師長は患者・家族への傾聴から始めることを心がけていた。原田¹⁵⁾は、退院支援において入院早期の治療の選択から、これからの生活についてどこで、どのように暮らしていきたいかを患者・家族が自ら考え、選び、行動していくことが必要だと述べている。地域包括ケア病棟では、患者・家族を中心にした退院支援を行うために、患者・家族の思いを理解しようとアクションを起こしていた。

4.2 地域包括ケア病棟における退院支援の課題

(1) 情報の共有方法

すべての職種において、院内外の連携に課題があると感じていることが分かった。院内では急性期病棟との連携が課題となっていた。前川ら¹⁶⁾の調査においても、地域包括ケア病棟における退院支援は院内全体で退院支援の共有が困難とされ、特に、急性期病棟での退院支援が遅れると述べていた。急性期を経過した患者を受け入れ、在宅復帰支援を行うことが役割である地域包括ケア病棟では、どの施設においても共通して感じる課題である可能性がある。また、院外との連携については、ケアマネジャーや老人福祉施設との連携が課題となっていた。前川ら¹⁶⁾の調査においても、地域リソースの活用が困難とされ、特に、効率的でない地域との情報交換があげられていた。患者・家族に関わる医療・福祉職が正確な情報をタイム

リーに共有することは、一貫した退院支援を継続して提供するために非常に重要である。看護職における情報共有スキルの向上はもちろんのこと、ツールの活用などシステム化によるハード面からの改善も望まれる。

(2) 患者・家族からのフィードバック

退院後の患者・家族からのフィードバックを得ることによって、退院支援の評価やモチベーションの向上につなげたいとする語りが多くみられた。在宅復帰後からみた看護実践の評価を、退院支援力の向上につなげていくことが課題になると考えられる。特に、退院後訪問と外来での関わりが語られていた。退院後訪問については、在宅での療養生活を実際に見ることで、入院中の患者についても生活のイメージが沸きやすくなる¹⁷⁾。そのため、病棟看護師が同行するメリットは大きいものの、勤務時間のなかで退院後訪問できるように調整することが難しい。しかし、退院後訪問で患者の喜ぶ顔を見ることは、看護職のやりがいやモチベーションの維持にもつながる¹⁷⁾。困難感強いものの、退院後訪問をすべての病棟看護師が経験できることが望まれる。外来については、病棟・外来一元化といった先駆的な取り組みがなされる一方で、多忙な業務のなかで患者と話す機会を逸している看護職もいるとされる¹⁸⁾。これから地域完結型システムが機能するには、外来看護が非常に重要になると考える。一貫性のある看護を継続して提供するために、患者情報を病棟・外来間で共有し、診察時に外来看護師も患者に一声かけるなどして在宅療養中の様子を知る工夫が必要になる。

(3) 看護職の退院支援力

退院支援を実施する主体である病棟看護師は、急性期病棟での準備不足を痛感していた。また、病棟師長と退院調整看護師は、地域包括ケア病棟看護師に対しても退院支援力の不足を感じていた。在院日数が短くなった入院生活では、時間の制約から情報収集不足やアセスメント不足に陥りやすく、病棟看護師が患者の在宅での療養生活をイメージし、患者を生活者としてみることは難しいといわれている¹⁸⁾。退院調整看護師は、病棟看護師に在宅での生活をイメージする力をつけるために、内服薬の管理や入浴の方法など具体的な質問を投げかけていた。病棟看護師における退院支援への関心やモチベーションを高めるためには、自宅療養している様子を写真で紹介する、訪問看護師からのフィードバックを病棟看護師に伝

えるといった方法があり、実際の療養生活を見ることが効果的とされている¹⁸⁾。他に、看護配置基準13対1にともなうマンパワー不足が課題にあげられた。そのため、いかに看護補助者を教育していくのが要となっていた。看護職のスキルアップは他の調査でも地域包括ケア病棟における課題とされており、看護補助者の研修が取り組まれていた¹⁶⁾。本研究では、研修の他に、事例検討会を看護補助者とともに開催し、看護ケアについて話し合うことが有効という語りがあった。退院後を見据えた療養上の世話そのものが在宅復帰支援であるがゆえに、看護補助者をチーム看護の一員として捉え、有効に協同することが大切である。

4.3 本研究の限界

本研究の対象者は、必ずしもすべての地域包括ケア病棟での退院支援を代表する対象者とはいえず、よって得られた結果は十分に一般化できるものではない。しかし、これまで地域包括ケア病棟師長・看護師および退院調整看護師へのグループインタビューから退院支援の現状と課題を明らかにしようとした研究はない。今後は、同様のインタビューを他地域でも積み重ねていくとともに、多施設に質問紙調査を実施するなどして、実態と課題の把握に更に努める必要がある。

5. 結論

地域包括ケア病棟における退院支援には、特に「60日以内での退院」「在宅復帰率7割以上」「看護配置基準13対1以上」という施設基準が影響していた。

医療の動向や経営方針によって不安定な地域包括ケア病棟において、病棟師長は病棟を成り立たせるために自分がぶれずにスタッフを引っ張っていくことが重要だと考えていた。患者に最も近い存在である病棟看護師は、患者・家族との関わりを最重視し、また、急性期病棟での退院支援の遅れを痛感していた。退院調整看護師は、ただ患者を在宅復帰させるのではなく、安心できる退院を保証するという使命感をもち、退院支援の主体が病棟看護師になるよう教育的にサポートしていた。

今後は、特に、在宅復帰後からみた看護実践の評価を退院支援力の向上につなげていくことが課題になると考えられる。具体的には、退院後訪問をすべての病棟看護師が経験できるようにする、外来初回診察時には外来看護師が必ず患者に一声

かけて在宅療養中の様子を知る工夫が必要になる。

謝辞

本研究の実施にあたり、ご協力頂いた病院の皆様へ深く感謝申し上げます。

この研究は学内研究費である平成28年度学長裁量研究を受けて実施した。

利益相反

なし

引用文献

- 1) 社会保障制度改革国民会議：社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～ 平成25年8月6日。
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf> (accessed 2017/9/25)
- 2) 厚生労働省保険局医療課：平成26年度診療報酬改定の概要 2014年4月15日版。
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039891.pdf> (accessed 2017/9/25)
- 3) 株式会社日本アルトマーク：地域包括ケア 1,509 病院 44,901 床算定 200 床未満の病院が 73%を占める～2016年6月時点～。
http://www.ultmarc.co.jp/contents/pdf/20161110_News.pdf (accessed 2017/9/25)
- 4) 上田孝子, 和氣浩子：特集1 地域包括ケア病棟の現状と課題 報告1 急性期病棟からの転換 地域包括ケア病棟転換に当たっての病院全体の体制構築と職員教育. 看護, 68(1), 38-42, 2016.
- 5) 宇都宮宏子：退院支援実践ナビ. 医学書院, 12, 2012.
- 6) 宇都宮宏子：退院支援ガイドブック. 学研メディカル秀潤社, 40-179, 2015.
- 7) 地域包括ケア病棟協会：地域包括ケア病棟施設基準等について 平成28年6月作成。
<http://chiiki-hp.jp/jyohou/pdf/160629-00.pdf> (accessed 2017/9/25)
- 8) 飛田信一：診る×見る 地域医療を支える明日の病院経営 みるみる Vol.2. 第一三共株式会社, 5, 2017.
- 9) 白川悦子：特集1 地域包括ケア病棟の現状と課題 報告4 医療療養病床からの転換 地域包括ケア病棟運営で大切なのはベッドコントロールと看護力の強化. 看護, 68(1), 51-55, 2016.
- 10) 園山和明：特集2 地域包括ケア病棟新事情～地域ニーズに合った入退院支援と前方・後方・院内連携 地域包括ケア病棟と他の病棟との機能分担と在宅復帰支援. 地域連携 入退院と在宅支援, 10(2), 78-81, 2017.
- 11) 柳詰玲子, 佐野映子, 藤原知加美：病院運営の柱となるベッドコントロール 地域包括ケア病棟における退院支援. 病院羅針盤, 85, 56-61, 2016.
- 12) 宇都宮宏子：退院支援ガイドブック. 学研メディカル秀潤社, 12, 2015.
- 13) 宇都宮宏子：退院支援ガイドブック. 学研メディカル秀潤社, 37, 2015.
- 14) 宇都宮宏子, 長江弘子, 山田雅子, 他1名：退院支援・退院調整ステップアップQ&A実践者からの知恵とコツ. 日本看護協会出版社, 3, 2012.
- 15) 宇都宮宏子：退院支援ガイドブック. 学研メディカル秀潤社, 62-77, 2015.
- 16) 前川一恵, 谷山牧：特集2 地域包括ケア病棟新事情～地域ニーズに合った入退院支援と前方・後方・院内連携 都市部にある地域包括ケア病棟の在宅療養支援の現状, 地域連携 入退院と在宅支援, 10(2), 65-71, 2017.
- 17) 宇都宮宏子, 三輪恭子：これからの退院支援・退院調整ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域. 日本看護協会出版会, 62-77, 2011.
- 18) 宇都宮宏子, 長江弘子, 山田雅子, 他1名：退院支援・退院調整ステップアップQ&A実践者からの知恵とコツ. 日本看護協会出版社, 107-169, 2012.

The Current Situation and The Problem of Discharge Support at Community Integrated Care Wards. -Through a Group Interview with Head Nurses, Ward Nurses and Discharge Planning Nurses-

Tomoyo TABUCHI, Nagisa KASASHIMA, Mizuho TAZIMA,
Naoko MARUOKA

Abstract

The purpose of this research is to clarify the current situation of discharge support of community integrated care wards and to study the problem. In community integrated care wards in the prefecture, we conducted a semi-structured group interview with a total of 25 people, including seven head nurses, eight ward nurses, and ten discharge planning nurses. Facility standards such as "discharge within 60 days", "home reversion ratio of 70% or more" and "nursing placement criteria of 13 to 1 or more" were affecting discharge support at community integrated care wards. The head nurse thought that it was important to lead the staff without getting herself involved in ward establishment. The nurses who are closest to the patient had most empathy on the relationship with the patients and families. They were keenly aware that there is a delay in the start of discharge support in the acute care wards. The discharge planning nurse had a sense of mission to ensure safe discharge from the hospital and hence she provided educational support to ward nurses so that they could voluntarily provide discharge support. In the future, it is a challenge to link the evaluation of nursing practice monitored from the time of returning home to improvement of discharge support capability.

Keywords community integrated care wards, discharge support, group interview, ward nursing, discharge planning nurses