

大阪府下の中小規模病院における退院調整看護師の 困難と教育ニーズ

著者	長畑 多代, 志田 京子, 北村 愛子, 田嶋 長子, 堀井 理司, 澤井 元, 中村 裕美子
引用	大阪府立大学看護学雑誌. 2018, 24 (1), p.85-90
URL	http://doi.org/10.24729/00005666

資 料

大阪府下の中小規模病院における退院調整看護師の 困難と教育ニーズ

Difficulties and Education Needs of the Discharge Planning Nurses in Small and Medium-Sized Hospitals in Osaka Prefecture

長畑多代・志田京子・北村愛子・田嶋長子・堀井理司・澤井 元・中村裕美子

Tayo Nagahata, Kyoko Shida, Aiko Kitamura, Nagako Tajima,
Satoshi Horii, Hajime Sawai, Yumiko Nakamura

キーワード：退院調整看護師，中小規模病院，困難，教育ニーズ

Keywords: discharge planning nurse, small and medium-sized hospital, difficulties, education needs

抄 録

本研究の目的は、小規模病院の退院支援・退院調整における看護師の困難と教育ニーズを具体的に明らかにすることである。中小規模病院で退院調整看護師12名を研究参加者とした構造化面接調査を行った。その結果、退院支援・退院調整の困難として<患者・家族の要望に答えられない><ニーズに合った移行先が見つからない><意思決定支援が難しい><物理的に対応しきれない><患者と家族で思いが異なり調整が難しい><在宅サービス導入に制約がある><在宅に帰れないケースの調整に苦慮する>の7つのカテゴリーが見いだされた。連携に関する困難では<退院調整部署内の連携><病棟看護師との連携><医師との連携>という院内での連携と、<在宅サービス機関との連携>という院外での連携の4カテゴリーが示された。教育ニーズでは、役割や連携、必要な知識や情報、技術等の教育内容や、演習及び事例検討等の教育方法に関する内容が示された。

I. はじめに

急速な高齢化を背景として、住み慣れた地域で「ときどき入院，ほぼ在宅」を実現させる地域包括ケアシステムの推進が求められている。患者が安心・納得して早期に退院し、住み慣れた地域で療養生活を継続できるよう支援するため、2016年の診療報酬改定では従来の退院調整加算をさらに進化させ、施設基準の厳格化を図るとともに退院支援体制を評価する退院支援加算が新設された。これは医療機関における退院支援の積極的な取組みや医療機関間の連携等を推進する組織体制の構

築を評価するものであり（厚生労働省，2016），退院支援の専従者を病棟に配置し，他職種カンファレンスの実施や地域の在宅医療機関や介護施設等との密接な連携体制の構築を目指している。今後も在院日数の短縮化が図られるなか，医療依存度の高い状態での退院が増えることも予測され，安心して退院後の療養生活に移行できるよう支援する退院調整部署の重要性はますます高まると考えられる。

全国の医療機関のうち300床未満の中小規模病院は82%を占め（厚生労働省，2015），地域連携を推進しながら質の高い医療提供体制を構築す

る地域医療の中核を担う存在となっている。また、退院調整部署の看護師の業務は診療病床規模によって内容に相違があり、病床規模が小さい病院では退院後の療養指導や家族への介護技術指導といった患者や家族への直接的な指導・支援の実施率が高く、退院支援・退院調整と他の業務との兼任の割合が高くなる傾向が報告されている（財団法人日本訪問看護振興財団，2011）。そのため、中小規模病院の実情に合わせた退院支援・退院調整のあり方を検討する必要がある、独自のニーズに基づいた支援体制の構築が求められている。

大阪府立大学大学院看護学研究科では、2016年度より大阪府立大学キーププロジェクト「地域包括ケアシステムを支える人材育成とネットワーク形成によるシナジーモデルの構築（通称NS-Coプロジェクト）」に取り組んでおり、地域包括ケアを支える人材育成の一環として、中小規模病院の退院支援・退院調整を担う看護師に向けた教育プログラムの開発を目指している。そこで今回、中小規模病院に特化した教育プログラムの内容及び方法を検討するため、退院支援・退院調整における看護師の困難と教育ニーズを具体的に明らかにすることを目的とし、調査を行うこととした。

II. 方法

1. 研究参加者

大阪府下にある299床以下の中小規模病院で、退院調整部署等において退院支援・退院調整業務を専従または専任で行っている看護師を研究参加者とした。研究参加者の募集は、2016年11月～12月に実施した中小規模病院の退院調整機能に関する実態調査において、個別面接調査への協力が可能であると回答した病院に依頼し、同意が得られた7名を研究参加者とした。さらに、便宜的に抽出した病院にも協力を依頼し、同意が得られた5名を加え、合計12名を研究参加者とした。

2. 調査方法

インタビューガイドを用いた半構造化面接調査を1人1回行った。面接調査では研究参加者の属性や所属施設の退院調整部署の概要を聞いた後、①退院支援が必要な患者の把握②生活の場に帰るためのチームアプローチ③地域・社会資源との連携・調整という退院支援・退院調整の3段階のプロセス（宇都宮，2011）に沿って実際の活動状況を話してもらった。さらに退院支援・退院調整を行う上での困難や課題、退院支援・退院調整の連

携に関する困難や課題、必要と思う教育内容や教育方法等の教育ニーズを聞いた。データ収集は2017年1月～5月に実施した。

3. 分析方法

面接時に許可を得て録音し、作成した逐語録をデータとして質的帰納的に分析した。データのなかで退院支援・退院調整における困難について語られている部分は、退院支援・退院調整を行う上での困難と、退院支援・退院調整の連携に関する困難について、それぞれ類似性に基づいてカテゴリー化した。また、教育ニーズが語られている部分では、必要と思う教育内容および教育方法として分類、整理した。

4. 倫理的配慮

本調査は大阪府立大学大学院看護学研究科研究倫理委員会の承認（28-60）を得て行った。研究参加者には研究目的と調査方法について書面および口頭で説明し、書面による同意を得た。研究参加は自由意思に基づくものであり、参加しない場合の不利益は生じないこと、同意書を交わした後も参加を取りやめることができ、面接調査において答えたくない質問には答えなくてもよいこと、プライバシー保護を厳守し、個人及び施設を特定できないように配慮すること、得られたデータは研究目的以外に使用しないことを説明し、遵守した。

III. 結果

1. 研究参加者および所属施設の概要

研究参加者12名は全員女性で、看護師経験年数は13～35年（平均26.5年）であり、退院支援の経験年数は1カ月～10年（平均2.5年）と非常に幅が大きかった。退院支援部署での立場は主任以上の役職者が10名と大半であり、スタッフが2名であった。所属施設の病床数は23床～299床で、99床以下が5施設、100～299床が7施設であった。病床区分では一般病床のみの施設が9施設、療養病床のみが1施設であり、2施設は一般と療養双方の病床を有していた。特別入院料を有する施設は8施設あり、回復期リハビリテーション病棟を有するのは6施設、地域包括ケア病棟を有するのは4施設で、1施設は緩和ケア病棟を有していた。退院支援部署の職員構成は、看護師1名の配置が9施設と一番多く、1施設は看護師1名のみで構成しており、複数配置されているのは2施設

のみであった。医療ソーシャルワーカー(Medical Social Worker, 以下MSW)が複数配置されているのは5施設あり、1名の配置は4施設、配置なしが1施設であった。事務職員は6施設で配置されており、そのうち4施設は1名の配置であった(表1)。

2. 退院支援・退院調整の困難

看護師自身が退院支援・退院調整を行う上での困難、退院支援・退院調整の連携に関する困難を分析したカテゴリーを<>で示す。

1) 退院支援・退院調整を行う上での困難

退院支援・退院調整を行う上で、看護師自身の実践上の困難として<患者・家族の要望に応えられない><ニーズに合った移行先が見つからない><意思決定支援が難しい><物理的に対応しきれない><患者と家族で思いが異なり調整が難しい><在宅サービス導入に制約がある><在宅に帰れないケースの調整に苦慮する>の7つのカテゴリーが見いだされた(表2)。

<患者・家族の要望に応えられない>は、急性期の短い在院日数の中では患者や家族が思い描く状態まで回復することは難しいため、納得が得られないまま退院支援を行わなければならないというものであった。<ニーズに合った移行先が見つからない>は、経済的な問題を抱える高齢者と家

族のニーズに合う退院後の移行先を見つけることが難しいというものであった。<意思決定支援が難しい>は、患者本人の意思や希望を引き出すことができず、家族の意向が優先されがちになってしまいう意思決定支援の難しさを示していた。<物理的に対応しきれない>は、退院支援を必要としている対象が多いことや、他の業務も抱えていることから、十分な対応ができないという忸怩たる思いであった。<患者と家族の思いが異なり調整が難しい>は、患者は家に戻りたいが家族は受け入れられない等、両者の思惑が異なることで支援の方向性が定まらないことに対する困難であった。<在宅サービス導入に制約がある>は、独居や老老介護など家族の協力が得られないことや経済的な理由のためサービス導入が制限されること、対象の状況にあったサービスが見つからないため必要なサービスの導入が制約されてしまいう困難であった。<在宅に帰れないケースの調整に苦慮する>は、認知症や医療度の高い患者等、受け入れが難しいケースの受け入れ先を探すことに苦慮しているというものであった。

2) 退院支援・退院調整の連携に関する困難

退院支援の連携に関する困難では<退院調整部署内の連携><病棟看護師との連携><医師との連携>という院内での連携と、<在宅サービス機

表1 研究参加者及び所属施設の概要

研究参加者の属性				所属施設の概要		
	Ns 経験年数	退院支援 経験年数	退院調整部署 での立場	病床数	病床区分/ 特定入院料	退院調整部署の 職員構成
A	27年	9ヶ月	主任	23	一般/	Ns 1名
B	35年	1年	室長	192	一般、療養/回りハ、包括	Ns 1名、MSW 1名事務 1名
C	35年	1年	看護課長	230	一般/	Ns 1名、MSW 7名事務 1名
D	13年	4ヶ月	スタッフ	100	一般/回りハ	Ns 1名、MSW 5名
E	29年	4年	看護師長	280	一般、療養/回りハ	Ns 1名、MSW 5名
F	24年	5年	主任	30	一般/包括	Ns 1名、MSW 1名PT 1名
G	28年	5年	師長	70	一般/回りハ	来月設置予定
H	26年	6ヶ月	師長	189	一般/	Ns 1名、MSW 2名事務 6名
I	32年	2年	主任	98	一般/	Ns 4名、MSW 1名
J	17年	1ヶ月	主任	299	一般/回りハ	Ns 3名、MSW 4名事務 1名
K	17年	8ヶ月	スタッフ	199	一般/包括、緩和、回りハ	Ns 1名、MSW 1名事務 3名
L	35年	10年	師長	99	療養/包括	Ns 1名、事務 1名

* 病床区分：<一般>一般病床 <療養>療養病床

* 特定入院料：<回りハ>回復リハビリテーション病棟 <包括>地域包括ケア病棟
<緩和>緩和ケア病棟

* 退院調整部署の構成：<Ns>看護師 <MSW>医療ソーシャルワーカー
<PT>理学療法士

表2 退院支援・退院調整を行う上での困難

カテゴリー	コード
患者・家族の要望に応えられない	<ul style="list-style-type: none"> ▶急性期病院の短い在院日数のなかでは、患者や家族の求める治療のずれを埋められず、退院を納得してもらえない ▶入院前の状態に戻って家に帰りたいという思いに応えられない
ニーズに合った移行先が見つからない	<ul style="list-style-type: none"> ▶金銭的な問題などで退院先が決まらない ▶対象に合った受け入れ先がなかなか見つからない ▶経済的な問題を抱える家族の希望に沿った施設を見つけるのが難しい
意思決定支援が難しい	<ul style="list-style-type: none"> ▶患者の思いを聴くタイミングを見極めることがなかなかできない ▶患者がどうしたいのかを聞くことが難しく、どうしても家族の思惑に沿った形になってしまう ▶認知症や精神疾患を有する患者の考え、思いを引き出すことが難しい
物理的に対応しきれない	<ul style="list-style-type: none"> ▶多くの入退院があるため対応しきれない ▶外来や訪問診療にも携わっているため、情報収集や調整などやるべきことがやれていない
患者と家族で思いが異なり調整が難しい	<ul style="list-style-type: none"> ▶患者は帰りたいが家族が受け入れられない場合の調整がとても難しい ▶独居や老老介護などの場合、家族の協力が得られず相談が進まない ▶入院前の状態に戻らないと在宅に戻れることを家族に受け入れてもらえない
在宅サービス導入に制約がある	<ul style="list-style-type: none"> ▶生活保護受給者が多く、独居、キーパーソンがいないなどサービスを導入するのに制約がある ▶経済的な理由からサービス導入が必要なケースでも断られてしまう ▶フィットするサービスがなかなか見つからない ▶在宅サービスが対象の状況と合わないことがある ▶在宅看取りをしてくれる地域の医師があまりいない
在宅に帰れないケースの調整に苦慮する	<ul style="list-style-type: none"> ▶対応が難しい認知症の場合、受け入れてくれる施設がなかなか見つからない ▶一般病棟での対応が難しいため精神科病院への転院を検討したが、後見人の了解が得られない

関との連携」という院外での連携の4カテゴリーが示された(表3)。

＜退院調整部署内の連携＞では、MSW等の他職種との連携が十分でないために、看護職が調整に入った方がよいと思われるケースに十分な関わりができていないことが挙げられた。＜病棟看護師との連携＞では、病棟看護師が退院支援に協力的でない、退院支援への意識づけが弱い等、病棟看護師への不満や要望が多く挙げられていた。＜医師との連携＞では、退院時期に対する考え方の違いがあるのに意見交換が十分なされていないことが示された。＜在宅サービス機関との連携＞では、ケアマネジャーや訪問看護師との連携や多様な施設との連携など、施設外の機関及び専門職と連携する上での困難が示されていた。

3. 退院調整看護師の教育ニーズ

退院調整看護師の教育ニーズについて、必要と思う教育内容および教育方法として整理、整理した内容を「 」で示す。

必要と思う教育内容には「退院調整・退院支援

とは」という基本的なものから、「看護師が行う退院調整とは」「MSWとの連携のあり方」という役割や連携に関する内容、「困難事例への対応方法」「独居高齢者への退院支援方法」という個別の対応方法に関する内容、「退院調整に必要な社会制度・社会資源」「在宅サービスの調整」という退院支援に必要な知識や情報に関する内容、「コミュニケーション能力の向上」「生活者としての患者をとらえる方法」という退院支援に必要な技術に関する内容があった。さらに「スタッフへの教育」「自施設独自の退院支援チャートの作成」「退院後の生活がシミュレーションできること」等があった。

教育の方法では、「他施設の退院支援看護師と交流し情報交換する」「先進的に取り組んでいる施設を見学する」というように、自施設以外に目を向け積極的に交流を求めるものや、「講義だけでなく演習形態で学ぶ」「退院支援の実践事例を具体的に紹介してもらおう」「事例検討を行う」というように、一方的な講義ではない双方向での情報共有についても示されていた。

表3 退院支援・退院調整の連携に関する困難

カテゴリー	コード
退院調整部門内の連携	<ul style="list-style-type: none"> ▶回復期リハビリテーション病院のためセラピストとMSWが中心で、医療度の高いケースや訪問Nsとの連絡にもNsが入っていない
病棟Nsとの連携	▶病棟Nsがあまり協力的でなく丸投げしてくる感じがある
	▶退院支援ができるNsを各病棟から出しているが、役割の意識づけがまだ弱く、うまく連携できていない
	▶病棟Nsが患者の退院後の生活をイメージしながら指導していたが、今はやれなくなっている
	▶病棟Nsが患者に深く関わらず、退院支援の役割を模索している
	▶病棟で解決してほしいことまで相談される
	▶意思決定までは病棟でしてほしいと思うが、その力がない
	▶欲しい情報を記載してくれないので、病棟に訪問して聞いている
医師との連携	▶病棟Nsと家族との関係形成、コミュニケーション力にばらつきがあり、十分に対応できていない
	▶退院時期に関して医師と看護職側との考え方の違いがあり、双方の意見交換が十分できていない
在宅サービス機関との連携	▶医療保険制度がわかっておらず、家族に間違った情報を伝えることが多く、修正するのが大変
	▶訪問Nsと支援の方向性の共有ができず、病棟Nsと訪問Nsとの間を取り持たないといけない
	▶特養は空きがなくなかなか入れず、医療処置によって受け入れられない施設もある
	▶施設によって受け入れ方針などが異なるため、一律に検討できない

* <Ns>看護師 <MSW>医療ソーシャルワーカー

表4 退院調整看護師の教育ニーズ

必要と思う教育内容	教育方法
<ul style="list-style-type: none"> ◇退院支援・退院調整とは ◇Nsが行う退院調整とは ◇MSWとの連携のあり方 ◇困難事例（認知症、精神疾患、家族が問題を抱えている等）への対応方法 ◇独居高齢者への退院支援方法 ◇退院調整に必要な社会制度・社会資源 ◇在宅サービスの調整 ◇コミュニケーション能力の向上 ◇生活者としての患者をとらえる方法 ◇スタッフへの教育方法 ◇自施設独自の退院支援チャートの作成 ◇退院後の生活についての具体的なシミュレーション 	<ul style="list-style-type: none"> ◇他施設の退院支援Nsと交流し情報交換する ◇先進的に退院支援に取り組んでいる施設を見学する ◇講義だけでなく演習形態で学ぶ ◇退院支援の実践事例を具体的に紹介してもらう ◇事例検討を行う

* <Ns>看護師 <MSW>医療ソーシャルワーカー

IV. 考察

1. 中小規模病院における退院調整看護師の困難

宇都宮ら（2011）は、「退院支援」と「退院調整」を明確に分け、「退院支援」は患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療

や看護を受けながらどこで療養するか、どのような生活を送るかを自己決定するための支援であり、「退院調整」とは患者の自己決定を実現するために、患者・家族の意向を踏まえて環境・ヒト・モノを社会保障制度や社会資源につなぐなどのマネジメントの過程と位置づけている（宇都宮

ら, 2011). つまり「退院支援」は病棟看護師が中心となって担い, 退院調整部署に所属している退院調整看護師は, 病棟との密接な連携のもと「退院調整」を行う退院支援・退院調整のシステムを構築することが重要であると考えられる. 今回の面接調査では, 退院支援・退院調整における具体的な困難として, 退院調整看護師自身の実践力に関わる退院支援・退院調整を行う上での困難と, 退院支援・退院調整に必要な不可欠な連携に関する困難の二つを明らかにした. 退院支援・退院調整を行う上での困難として, 主に個別支援に関する内容が挙げられていることから, 中小規模病院の退院調整部署に所属する看護師は, 退院調整だけでなく退院支援に関わる機会も多く, その実践に困難を抱えていることが示された. <患者・家族の要望に応えられない><患者と家族で思いが異なり調整が難しい><ニーズに合った移行先が見つからない>といったこれらの困難は, 退院調整看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺度(戸村ら, 2013)の構成概念である退院後のケアバランスの見積力, 患者・家族との合意形成力, 退院後のケアバランスの調整力, 療養場所の移行準備力が含まれていると思われ, 能力開発に向けた教育内容として取り入れる必要があると考えられた.

連携に関する困難では「病棟看護師が協力的でなく丸投げしてくる」「退院時期に関して医師と考え方の違いがあり, 双方の意見交換が十分出来ていない」等, 病棟看護師やMSW, 医師といった自施設で連携すべき相手への不満, ネガティブな認識が多く語られていた. そのため, その背景や理由を深く掘り下げ, 連携を深めるために看護師がどう行動すべきか焦点化する必要があると考えられた.

2. 中小規模病院の退院支援・退院調整機能向上に向けた支援

必要と思う教育内容として, 退院支援・退院調整の役割や連携, 退院支援に必要な知識・技術, 退院調整に必要な社会制度や社会資源に関する知識や情報等の基本的知識に関する内容が多く挙げられていた. さらに多様な問題を抱える困難な事例に対する退院支援の実際や, 認知症への対応や独居高齢者への退院調整方法等のいわゆる困難事例への具体的な対応方法なども挙げられ, 退院支援・退院調整に対する具体的なイメージや自分なりの方法論が獲得できていない退院調整看護師が多いことも示された. 今回の研究参加者は, 看護

師としての経験年数は長いものの, 退院調整看護師としての経験年数1年以下の者が半数以上を占めており, 実践経験が少ないことから個別支援について学びたいニーズにつながっているものと思われた. さらに生活者として患者をとらえる方法のように, 退院調整看護師自身が患者を医療モデルの「患者」としてではなく, 「生活者」としてとらえるパラダイムの変換の必要性を感じているが, 具体的にどう考えたらよいかを学びたいというニーズがあることも示された.

また, 教育方法として他施設との交流や情報交換, モデルとなる施設の見学等, 講義よりも実践的かつ具体的な演習や退院調整看護師同士の交流を希望していた. 中小規模病院の一般的な特徴として, 看護職員の確保困難から慢性的な人員不足があり, 看護職員の年齢や職歴など背景が多様である(青山ら, 2005)ことから, 所属する病院の特徴も踏まえつつ, 多様な対象のニーズに合わせ, 基本的な知識を学ぶことを通して退院支援・退院調整の基盤を固めると共に, 他施設との情報交換や事例検討を通して自施設及び自身の課題解決のヒントを得ることができるよう, 実践的な演習を取り入れた教育プログラムの構築が必要と考えた.

文献

- 青山ヒフミ, 森迫京子, 米谷光代ら(2005): 中小規模病院で勤務する看護師の継続教育に関するニーズ, 大阪府立看護大学看護学部紀要, 11(1), 1-5.
- 厚生労働省(2015): 平成27年医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況, (入手2017/9/19)
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/15/>
- 厚生労働省(2016): 平成28年度診療報酬改定の基本方針, (入手2017/9/19)
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000106247.pdf
- 戸村ひかり, 永田智子, 村島幸代ら(2013): 退院支援看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺度の開発, 日本看護科学会誌, 33(3), 3-13.
- 宇都宮宏子, 三輪恭子(編集)(2011): 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, 東京
- 財団法人日本訪問看護振興財団(2011): 退院調整看護師に関する実態調査報告書, (入手2017/9/19)
<http://www.jvnf.or.jp/taiin.pdf>