

各病院が取り組むタスクシフト・タスクシェアの事例

# 地域包括ケア病棟における ベッドコントロールと患者・家族対応

——退院支援看護師の取り組みの例

あさかわようこ 浅川陽子<sup>1)</sup> はせがわこ 長谷川よし子<sup>2)</sup>

1) 医療法人 篠原湘南クリニック クローバーホスピタル 地域連携室 室長/退院支援看護師 2) 同 看護部長

## 働き方改革についての議論から

当院は地域包括ケア病棟、回復期リハビリ病棟、医療療養病棟、特殊疾患病棟を有する170床の在宅療養支援病院である。回復期・慢性期に位置する民間の中小病院であり、人員確保・定着に苦慮しながらも、積極的に働き方改革について議論し、実践している。

医師の業務負担軽減としては、医師事務補助者を配置している。また、創傷分野の特定看護師を配置し、医師および看護師への専門的なアドバイスをを行い、教育的役割を果たしている。

また、地域連携室を充実させることにより、前方支援、後方支援、退院支援看護師と看護部が協働して円滑なベッドコントロールを図り、さらに、患者・家族への細やかなかわりを実践している。



### 病院概要

所在地：神奈川県藤沢市鶴沼石上3-3-6  
 病床数：170床  
 診療科：標準科10科  
 病院機能：在宅療養支援病院  
 看護職員数：76人  
 看護配置・体制：13:1プライマリーナースング  
 地域包括ケア病棟入院料1  
 看護単位数：5単位

今回、退院支援看護師として地域包括ケア病棟を担当し、ベッドコントロールや、患者および家族対応の取り組みなどの看護師とのタスクシェアと課題などについてまとめたのでここに報告する。

## 退院支援看護師の役割

当院の地域包括ケア病棟がオープンしたのは2014年の4月であり、当初はMSWと病棟看護師が退院支援の仕事を行っていた。退院支援看護師が配置されたのは2017年の1月である。それぞれの患者が良い退院を迎えられるよう、1人の看護師が連携の柱となってしっかり支援をしていく必要があるということで、筆者（浅川）が着任した。

専任の担当者が外部への窓口となっているほうが連携はスムーズになる。また、地域包括ケア病棟では緊急入院も相当数あるため、病棟の看護師は身体的なケア、点滴や治療に集中しなければならない。退院支援看護師は、患者さんの全身状態を確認しながら、患者さんの担当になるプライマリーナースや、リーダー、師長と連携して、リハビリなど多職種の方々と共に今後について考えていく。そういう場面に退院支援看護師がいることにより、連携が良くなるという感触を抱いている。

## 患者・家族への きめ細かな対応が求められる

退院支援看護師として着任したときに病院から求められたのは、「患者・家族に寄り添って、きめ細かい対応をしてほしい、満足していただけるように対応してほしい」ということであった。たとえば、当院では訪問診療を行っていて、看取りに関しても実施しているが、入院している患者が亡くなる前に1、2日でも自宅へ帰りたいたいといったケースの支援を依頼されることもある。

また、患者の家族に吸引の指導をすることがあるが、吸引というのは、新人の看護師が習得する場合でも時間を要する技術である。家族が習得できるように最初から最後まで指導し、そこで終わりにするのではなく、外部につなぎ、訪問看護の看護師に習得度を見ていただいたり、退院後訪問をして家族がきちんとできているかどうか確認したりといったことを行っている。

## 取り組みの実際

2018年度、当院の地域包括ケア病棟の入院患者数は462名で、ポストアキュート45%、サブアキュート55%であった。在宅医療から地域包括ケア病棟へ入院患者を受け入れるにあたっては、入院時より退院調整を行う必要がある。なぜならば、地域包括ケア病棟は、①最大入院期間60日（2018年度当院の地域包括ケア病棟の平均在院日数は30日であった）、②在宅復帰率70%以上などの施設基準があり、入院早期より家族調整、退院後のサービス調整、退院指導を行わなければ病棟運営が困難になるからである。病棟運営を円滑・効率的にするためにも、当院では退院支援看護師が一翼を担っている。

## 1 入院患者の状況

一般的に地域包括ケア病棟への入院は、亜急性期レベルといわれているが、当院においては、在宅からの入院は重症の患者が多くみられる。主な病名は、①肺炎、②尿路感染、③心不全および廃用症候群であった。当院の地域包括ケア病棟では、在宅患者が入院治療を要する状況になったときにはできる限り受け入れて、高齢者の救急病院の役割を果たしている。そのため緊急入院が重なり、職員の疲弊は大きい。

また、限られた病床を最大限に有効にコントロールするために、各病棟でベッドコントロールを担当する師長と地域連携室の前方支援、後方支援、退院支援看護師とが密に情報交換し、いつでも入院を受け入れることができる体制を整えている。

退院支援看護師で地域連携室の室長を兼務している筆者は、前方支援・後方支援を行うスタッフおよびMSWのまとめ役となり、病棟師長と連携することができている。

患者のADLや嚥下機能などは、入院前と退院後を比較すると、ほとんどのケースで低下している。そのため様々な調整が必要となる。たとえば、ADL低下に伴う排泄指導、介護保険の見直し・サービス調整など、また、嚥下機能低下に伴う食事形態の検討、吸引指導、胃ろう指導などである。プライマリーナースやセラピストなど多職種とカンファレンスを行い、個別性を重視しながら役割分担し、補完しながらかかわっている。

## 2 患者・家族の個別性を重視した 支援で退院につなげる

入院前よりも状態が低下した患者の状況を、家族はなかなか受容できないケースも多い。家

族の介護が望めない場合は施設に入所となるが、2018年度の当院の平均在宅復帰率は85.5%で、自宅退院（特養、グループホーム、介護付き有料老人ホーム、小規模多機能型住宅、住宅型老人ホーム、サービス型高齢者住宅等含む）が多い。自宅退院を目指すにあたっては、退院前カンファレンスや退院指導を行い、家族の理解度に合わせて、たとえばオムツを購入したかどうかというような細部に至るまで担当ケアマネジャーと連絡を取り合っている。

面会に来た家族の状況に合わせてタイムリーに退院指導を行い、話をするなかで、今まで聞けなかった本音を聞くこともでき、寄り添いながら対応することで信頼関係が構築される。また、訪問看護師に同行して退院後訪問することも、家族の不安軽減には大切である。

当院では在宅診療を行っている関係もあり、地域包括ケア病棟に入院してくる患者はサブアキュートの方が多い。地域包括ケア病棟がオープンしてから、平均在院日数30日はそれほど変わらずに経過していて、在宅復帰率も数値を維持している。

在宅の患者は「帰し時」があるので、退院できるときをしっかりとチームで判断して退院につなげる。ADLが低下して退院できなくなってしまうときがあるので、時期を見極めることは重要である。年代や疾患が同じであっても、それぞれの背景があり、だれ一人同じ退院というのではない。それぞれの個性をきちんと汲み取って対応する必要がある。

病棟の看護師は、急性期の病院を経て入職した、技術のしっかりした中堅の人が多く、退院支援や在宅ケア、地域包括ケア病棟に関心をもって入職するケースが多いので、最初からこういった医療に関する知識があるように思われる。急性期だけでなく、これからの制度として家に帰すという

のはどのようにするのか、と入職してくる方が多い。

当院では訪問診療を行っていて、さらにグループ内には訪問看護ステーションや老健、有料老人ホームもあるので、いろいろな退院のしかたが可能である。患者・家族の意思を汲み取って希望をつなぐこと、充実した入退院を支援することは法人の理念である。

### 3 中小病院における 看護師間のタスクシェア

病棟では、緊急入院が3～4件ある日もあり、そこに精力を尽くすのが病棟看護師の役目である。現場の看護師が退院指導に十分な時間をかけることは難しい場合もあり、そこを筆者が行っている。たとえば退院前の家族への吸引指導を、1日1時間、まさに手を取って、何度も繰り返し、毎日行うことがある。同じ1人の担当者が続けてかかわることで効果が上がり、信頼関係ができて、病棟からもよくやっていると思ってもらえている。

「昨日よりここまでできるようになった」と励ましながらか指導していくのであるが、前日の習得度がわかっている看護師が行うことで次の日につながるのである。その一方、あまり時間をかけてしまうと時期を逸して退院できなくなってしまうことがあるので、適度なところで訪問看護ステーションに引き継ぐこともある。そういった個別性のある連携が重要である。

退院指導の状況は、看護記録の退院指導欄に記録し、リーダーおよびプライマリナースにも伝えている。病室のその日の担当者にも、今日はここまで終わっていて明日はここまでやるから、経管栄養の時間を少しずらしてほしいなどといった希

望を伝え、連携をとっている。医師も退院指導の記録に目を通し、「在宅復帰のタイミング」を理解してくれている。病棟看護師と退院支援看護師が住み分けを行い、自分のなすべきことに特化できる環境を双方がつくっていく。大きな病院のタスクシフトとは異なるかもしれないが、中小病院のタスクシフト、もしくはタスクシェアとは、こういったことであると考ええる。

タスクシフトという意味では、以前は筆者が全件、患者・家族への説明を行っていたが、今はMSWが全件実施していて、筆者は主に困難ケースの退院指導を行っている。そういう住み分けもできるようになってきたので、地域連携室と看護部で退院支援を大いに発展させていくということが、これからの地域包括ケアシステムには合っているのではないかと考える。

\*\*\*

働き方改革が叫ばれるなか、中小の民間病院のみならず、今、どの施設も人員確保が厳しい状況にあり、自施設に合った方法を模索している。今いる人員・人材（人財）に、いかに、やりがいをもって適材適所で働いてもらうかというのは、どこもが抱えている課題である。それぞれが組織の一員としての自覚、専門職業人としての自覚をもち、部署部門の垣根を越えて、常に、患者・家族を真ん中に据えて、考え実践する必要がある。そして、多職種が連携できる風通しの良い職場環境、職場風土を築いていくことが、当たり前のことではあるが、必要であり重要である。

参考文献

・特集 看護職のタスクシフト・タスクシェア, 病院, 77 (5), 2018.



B5判 / 336頁  
定価 (本体3,600円+税)  
ISBN978-4-8392-1569-9

メヂカルフレンド社

TEL.03-3263-7666  
FAX.03-3261-6602  
WEB.https://www.medical-friend.co.jp/index.php

## 看護診断のアセスメント力をつける 臨床判断力をみがく看護過程

編著＝岡崎美智子 西九州大学看護学部教授  
道重文子 大阪医科大学看護学部教授

看護診断を導き出すアセスメントには、看護診断用語体系の理解と同時に論理的思考能力を必要とします。本書は、この看護診断プロセスの詳細な解説と、実習や臨床で広く活用できるように17事例から27の関連図および看護診断に対する看護計画を取り上げています。これにより、看護の臨床判断力をつけていくことが可能になります。

### 目次

第1章 看護過程の基礎知識  
第2章 看護診断を導き出すプロセスと  
NANDA-NOC-NICのリンケージ活用

第3章 事例をとおして学ぶ看護過程  
第4章 看護過程展開の自己評価