

---

**研究報告** 急性期病院から自宅へつなぐ退院調整看護師の役割

-A Role of Discharge Coordinate Nurses Who Connect Patients from Acute Care Hospital to Home

---

田中博子 伊藤綾子 真野響子

Hiroko TANAKA, Aya ITO, Kyoko MANO

## 〈研究報告〉

# 急性期病院から自宅へつなぐ退院調整看護師の役割

A Role of Discharge Coordinate Nurses Who Connect Patients from Acute Care Hospital to Home

田中博子 伊藤綾子 真野響子

東京医療保健大学 医療保健学部 看護学科

Hiroko TANAKA, Ayako ITO, Kyoko MANO

Division of Nursing, Faculty of Healthcare, Tokyo Healthcare University

**要 旨：**本研究は、急性期病院から退院し、在宅療養へ移行する患者・家族に退院調整看護師が行っている退院調整の実際の活動を分析することにより、退院を推進する退院調整看護師の役割を明らかにした。研究対象は、首都圏にある急性期病院内で、院内に退院調整部門を設立し専従の看護師、社会福祉士の配置がなされている2病院の退院調整看護師2名である。研究の結果、退院調整看護師は、病院独自で作成したスクリーニングシート項目内容を手がかりにして、退院調整・退院支援が必要なハイリスクケースを満遍なく見つけ出し、患者・家族の思いに添った退院調整を行っていた。退院を推進するためには病棟看護師の教育が重要であると認識していることが明らかとなった。

**Keywords：**discharge nurse, role, acute care hospital

**キーワード：**退院調整看護師、役割、急性期病院

受付:2011年3月29日

受理:2012年2月1日

## はじめに

急性期病院においては、在院日数の短縮化に伴い、患者が限られた期間に適切な医療を受け、退院後も安定した療養生活が送られるように、入院中から退院支援に取り組む必要がある。特に、医療依存度の高い患者や高齢者など、いわゆる退院ハイリスク患者については、介入の必要性を早期の段階から見極め、支援する必要がある。

現在、日本では核家族化が進み、独居高齢者、高齢者のみの世帯の増加など家族形態は多様化し、家族内における介護力の低下が著しくなった。そうした背景の中で、2008（平成20）年4月の診療報酬の改定では、後期高齢者退院調整加算の新設に加え、退院時共同指導料が改正された。退院調整加算は、退院調整部門を設置し、退院調整に関する経験を有する専従または専任の看護師、および専任または専従の社会福祉士が配置されていることを基準としている。退院調整が評価されるようになったことを契機に、退院調整部門が設置され、退院調整看護師を配置する病院が増加している。このように医療制度が大きく変化するなか、入院から退院後の在宅療養まで一貫して支援していく退院支

援はますます重要となってきた<sup>1)</sup>（藤澤ら2006.）。

退院支援については、患者・家族が希望する退院支援は、対象者の意思を尊重した退院準備、療養継続に向けたケアの指導計画、退院後の生活をみすえた社会資源の紹介、対象者にわかる連携体制、対象者に伝わる診療看護体制である<sup>2)</sup>（樋口ら2008.）とし、退院調整については、医療機関と患者らが暮らす地域とをつなぐ架け橋<sup>3)</sup>（斉藤2010.）であり、患者や家族が入院前の生活あるいは新たな療養生活を継続できるよう支援し、調整することにある<sup>4)</sup>（斉藤2010.）としている。しかし、家族の介護力が低下した中で、医療依存度が増した患者、自立度や認知機能が低下した患者を在宅療養に移行させるには、多くの支援が必要と推察される。そうした中で、本研究では、急性期病院から退院し、在宅療養へ移行する患者・家族に退院調整看護師が行っている退院調整の実際の活動を分析することにより、退院を推進する退院調整看護師の役割を明らかにする。

## 研究方法

### 調査対象

首都圏にある急性期病院で、院内に退院調整部門を設立し専従の看護師、社会福祉士の配置がなされている2病院内の退院調整看護師。

### 調査方法と調査内容

研究メンバー2名が研究協力病院に赴き、院内の面談室で退院調整看護師に1~2回のインタビューを実施した。

期間は、平成22年12月~平成23年3月まで、時間は60分程度であった。調査内容は、1.病院の概要、2.退院調整部門に配置されている職種・構成メンバー、3.支援が必要な患者の把握から患者支援までのプロセス(情報の流れ)、4.退院調整看護師が実施している患者支援活動の実際、5.退院調整看護師が介入することの効果(患者および家族、病棟看護師)、6.地域との連携、7.今後の課題について自由に語ってもらった。内容は、対象者の了解を得て録音し、逐語録に起こし分析対象とした。

### 分析方法

逐語録の内容から、在宅療養へ移行する患者・家族に退院調整看護師が行っている活動の実際について語られた部分をデータとして抜き出した。その中から急性期病院における退院調整看護師の役割について述べられている内容に着目し、可能な限り対象者のことばのままに抽出して分析した。

### 用語の定義

**退院調整:** 患者・家族の意向をふまえ、患者の自己決定の実現に向けて、社会保障制度や、社会資源などを活用できるようにマネジメントしていくこと。

**退院支援:** 患者が自分の障害や病気の状態を理解し、自分はどのような生活を送りたいのか、どこで療養生活を送りたいのかなど、患者自身の生き方を理解し、患者が自己決定できるように支援していくこと。

**退院調整看護師:** 専任で配属され、看護介入の必要な患者を特定し、患者と家族が安心して退院または転院できるよう、医療と福祉をつなぐ役割を担う看護師。

### 倫理的配慮

本研究は、本大学倫理委員会の審査を受け、承認を得て実施した。研究協力病院の看護部長に研究の主旨・方法を文書と口頭で説明し、研究の協力の了解を得た。

研究対象者には研究の主旨と方法、データの匿名性の保持やプライバシーの保護、研究に協力をしなくとも影響がないことについて文書と口頭で説明し、研究への同意を得た。

## 結果

研究の同意が得られた2施設の退院調整看護師に対し、聞き取り調査を実施した。

### 1. 病院の概要、退院調整部門の設立経緯

2病院の概要および退院調整部門の設立経緯をまとめた。(表1参照)

表1 急性期病院の概要(退院調整部門の設立経緯)

病院 病床数	設立時期・ 名称	主な 支援内容	看護 師	M S W	事務 員
A病院 1000床	2006年まで 患者相談窓口 医療福祉相談 窓口 2006年~ 総合相談セン ター	●転院・在宅移行 などの調整 ●経済的問題 ●介護問題、介護 保険 ●かかりつけ医、 在宅調整	4 名	4 名	2 名
B病院 600床	1971年~ 医療福祉 相談室 1991年~ 総合相談室	●転院・施設入所 ●経済的問題、生 活上の問題 ●家族関係、介護 問題 ●在宅医療、訪問 看護 ●医療処置	2 名	3 名	1 名

#### A病院

病床数1000床を備え、特定機能病院、がん診療連携拠点病院、災害拠点病院、臨床研修指定病院の役割を担っている。

2006年7月、それまで患者相談窓口、医療福祉相談窓口など散在していた部署を統合し、総合相談センターを立ちあげた。現在、総合相談センターでは、①転院・在宅移行などの調整、②経済的問題に関する相談、③介護問題に関する相談や介護保険の申請、④かかりつけ医との連携、在宅調整などを主な支援内容としている。スタッフはセンター長1名、退院調整看護師4名、ソーシャルワーカー4名、事務2名で体制を築いている。

#### B病院

病床数600床を備え、脳卒中センター、地域がん診療連携拠点病院の役割を担っている。

1971年に医療福祉相談室を開設し、MSWによる退院支援が行われていた。1991年、看護師2名が加わり、総合相談室として患者の相談に応じていた。2007年、地域がん診療拠点病院に認定されたのを機に、がん相談支援室が開設され、がん患者の療養相談、退院支援

を担っている。現在、総合相談室では、①転院・施設への入所の調整、②経済的問題、生活上の問題に関する相談、③家族関係、介護問題に関する相談、④在宅医療、訪問看護との連携、⑤医療処置に関する相談などを主な支援内容としている。

スタッフは室長1名、退院調整看護師2名、ソーシャルワーカー3名、事務1名で体制を築いている。

## 2. 退院調整看護師による退院支援の実際

### 1) 退院支援が必要な患者の把握方法

2病院とも、スクリーニングシートを活用している。

(表2参照)

#### A病院

シートには10種類のチェック項目と、患者・家族の希望が記載できる欄が設けられている。チェック項目は、①75歳以上、②独居、③高齢者世帯、④ADL低下で退院時に要介護状態が予測、⑤介護力が不十分、⑥医療処置管理が必要およびセルフケア能力が不足、⑦悪性腫瘍のターミナル期、⑧経済的不安、⑨難病・特定疾患、⑩その他である。シートの記入は病棟看護師が行い、患者・家族の希望なども含めアセスメントし、退院支援が必要か否かを判断して、退院支援部門に情報提供している。

#### B病院

シートには7種類のチェック項目がある。チェック項目は、①家族不明、介護できる家族がいない、②健康保険に加入していない、③入院前よりADL低下が予測される、④コントロール困難な症状がある、⑤退院後、新たな医療処置の必要がある、⑥認知症、または問題行動がある、⑦1ヵ月以内に予定外の入退院が2回以上あるである。シートの記入は原則、患者が入院してから3日以内に病棟看護師がチェックし、総合相談室にFAXする流れになっている。病棟看護師は、患者の入院目的、ADLの状況をアセスメントし、退院支援が必要か否かを判断して、退院支援部門に情報提供している。

表2 スクリーニングシートの内容

	項目
A病院	①75歳以上
	②独居
	③高齢者世帯
	④ADL低下で退院時、要介護状態を予測できる
	⑤介護力が不十分
	⑥医療処置管理が必要およびセルフケア能力が不足
	⑦初回で診断された悪性腫瘍のターミナル期
	⑧経済的不安
	⑨難病・特定疾患
	⑩その他
B病院	①家族不明、介護できる家族がいない
	②健康保険に加入していない
	③入院前よりADL低下が予測される
	④コントロール困難な症状がある
	⑤退院後、新たな医療処置の必要がある
	⑥認知症、または問題行動がある
	⑦1ヵ月以内に予定外の入退院が2回以上ある

### 2) 退院支援部門における支援活動

退院支援部門では病棟から提供された情報に基づき、退院調整看護師とMSWが相談内容に応じて担当を分担し、病棟看護師と共に患者・家族への直接支援を実施している。

#### A病院

総合相談センターでは、意思決定が難しい人、認知が低い人、病状の理解が低い人、医療処置を必要としている人は退院調整看護師が担当し、経済や就業、就労、就学、年金、虐待などの問題を抱えている人はMSWが担当している。

その他、必要に応じて、栄養部門や薬剤部門、緩和ケア看護師と常に連携を図り患者の支援を行う体制をとっている。退院調整看護師は毎日病棟へ赴き、病棟看護師からの質問や相談を受けたり情報交換を行ったりしている。

#### B病院

総合相談室では、継続的に医療処置が必要、病状が不安定、自己管理が不十分、往診、訪問看護、ホームヘルパーなど地域支援が必要な人は退院調整看護師が担当し、リハビリテーション病院や療養型施設への転院、経済的問題、家族関係の調整などの問題を抱えている人は主にMSWが担当している。その他、がん患者で支援が必要な場合は、がん支援室と連携を図り支援している。

### 3. 病棟看護師との連携と効果を高める教育活動

退院支援が必要か否かの情報を最初にチェックする

のは病棟看護師である。そこで、院内看護師教育の中に、退院支援に関する内容を実施している。

#### A病院

ラダー教育に退院支援に関する内容を取り入れ、ラダー別に、介護保険、社会保障制度、在宅医療、訪問看護、退院調整、MSWの役割に関する講義や、『退院調整で問題になったケース』についてのグループワークを行ない、問題解決のための方法が検討できるプログラムを組み込んでいる。その結果、最近では、病棟看護師が患者に介護保険や社会保障制度の説明をしたり、退院調整部門への依頼内容や情報提供がより明確で適切なものになった。患者・家族からは、介護のことも含め、看護師が相談にのってくれるから安心できるという言葉が聞かれるようになった。また、受診の際には、総合相談センターに寄って帰る患者・家族も増加している。

#### B病院

退院調整看護師が病棟に出向き、患者の希望を叶えるために必要な支援について看護師と話し合う病棟カンファレンスに参加することで効果を上げている。その結果、病棟看護師は早期からハイリスクケースをとらえるアセスメント能力が養われ、チェックシートの項目においても、相談の必要性の判断や内容も細かく記載できるようになっている。早期の段階で総合相談室に情報を提供するという仕組みができつつある。そして、退院調整看護師が病棟に出向いた際には、看護師から、困ったり、迷ったりしている内容を直接相談されることも多くなった。また、難しい、無理とあきらめていたケースが退院可能となった事例を体験することにより、退院支援に対する前向きな発言も聞かれるようになった。患者・家族からは、一緒に考えてくれる人がいるから安心、心強いという言葉が聞かれるようになった。また、退院支援計画書を作成するようになってからは、患者・家族も退院調整に参画しているという意識を持つようになってきた。

### 4. 急性期病院における退院調整看護師の役割

急性期病院における退院調整看護師の役割について退院調整看護師は、体験を通して以下の3点を挙げている。(表3) ①退院調整の必要性を適切に見極める、②患者・家族の思いに寄り添う退院調整を行う、③在宅療養へ移行していくための体制作りである。

具体的な内容としては、多様な状況にある患者の中から退院調整が必要な患者を見極め、退院を困難にしている患者の背景を把握して要因を明らかにすること、そして、患者・家族の本音や希望を確認し、患者・家族の思いに寄り添いながら、在宅療養へスムーズに

移行できるための調整を行うこと、また、在宅へ移行するための院内・院外の体制作りや退院調整に向けての理解を促すための啓蒙活動や教育の実施などである。

表3 急性期病院における退院調整看護師の役割

項目	内容	
退院調整の必要性を適切に見極める	多様な状況にある患者の情報収集・判断	退院調整が必要な患者の選定 退院を困難にしている患者の背景(要因の把握)
患者・家族の思いに添う退院調整	患者・家族の希望や条件に添った退院調整	患者・家族が計画に参画できる 心配し一緒に考えてくれる人がいる安心感 自分の本音、希望がかない安心
在宅療養へ移行していくための体制作り	退院調整の基盤づくり	院内の連携体制
		退院調整部門の役割
		地域との顔の見える連携体制
		効率的な退院調整の体制作り
		患者への対応マニュアル作成
		退院調整看護師の役割の浸透
		病棟での退院調整の窓口
	院内におけるカンファレンスでの働きかけ	
	退院調整を行っていくうえでの評価・課題	
	患者・家族への働きかけ	患者の自立・意欲を引き出す関わり
患者の自己決定の支援		
家族の介護の満足が得られるように支える		
退院調整に関する看護師の教育	院内における看護師の教育システムにおける課題	
	退院調整に関する院内教育の立案と研修の実施・評価	
	退院調整に関する病棟看護師との協働により成長を促す 退院調整看護師としての自己研鑽	

### 5. 退院調整・退院支援に関する現状と課題

退院調整看護師は、患者への支援をとおり、入院患者が退院に際してハイリスクになっていく状況と退院調整の課題について、以下のように語っていた。

#### A病院

患者の中には、自分の希望を言えない、患者と家族との間で意向が合わず本人と家族が意思決定できない例、老老介護など介護力不足など様々あり、今後このような難しいケースの増加が予測される。家族が退院を受け入れていかなければ、患者本人の希望は叶えられないため、患者・家族の思いを叶えていくためには、双方の思いを確認しながら支援していく必要がある。

在院日数の短縮に伴い、退院調整看護師は一週間ですべてを整えていかなければならないが、その期間の

短さの中で本人の思いを十分に聞けないで次の病院へ転院ということも多々あり、難しさを感じている。患者は転院、自宅へと移行していく人であり、自宅で介護してよかった、自宅で看取って良かったという人もいるが、ほとんどが本人自身の受け止めや評価であり、客観的なものではない。

今後は退院調整・退院支援の質の評価、システムの評価、患者の満足度などを評価していく必要がある。そして、次のスタッフ育成のための教育システムの構築に着手していくことが今後の課題である。

#### B病院

医療者も家族も患者自身もこの状態では、「帰れるはずがない」と思っていることがある。患者が家に帰りたく希望しているのであれば退院調整看護師はその思いを支えていかなければならない。患者の本音を引き出し、たった一日であっても自分の家に帰れば本人も家族も満足する。家で死を向かえ、家族自身で看取れたら家族も満足する。たとえ後悔があったとしても、できるだけその後悔を少なくしていくことが退院調整看護師の役割である。つまり、患者が望んでいる生き方は何かを考え、患者が本当に望む生き方を支えていくことが大切であり、望めば手だてがあることに、患者や家族が気づけるように手助けすることが看護師の役割である。しかし、急性期病院は展開が早いので、十分に入り込めていない現状がある。また、退院調整に関する院内教育についてシステム化されていないため、今後は、院内教育の一環としてプログラムを検討していくことが今後の課題である。

## 考察

### 1. 急性期病院における退院調整部門の役割

2008年4月の診療報酬の改定により退院調整に関する評価がなされるようになったことから、それ以前から活躍していた退院調整看護師は活躍に広がりを見せてきている。A病院は退院調整部門が設立される以前は、各相談窓口はあるものの相互の連携は十分ではなく総合相談センターの立ち上げを機に組織化していた。一方、B病院は退院支援の歴史は古く、総合相談室の立ち上げから組織化されており、この時に築いた体制が今も生きていた。A病院・B病院共に、退院支援が必要な患者をスクリーニングシートから見出し、退院支援が必要と病棟看護師が判断した場合には、退院調整看護師に情報提供する仕組みになっていた。このことは、伊藤や本道が明らかにしている、在院日数の全体的な短縮化が図ったとしても、利用者と家族が安心して退院できるよう、家族と医療者が納得のいく

退院を進めていく<sup>7)8)</sup>ということに通ずるものであり、A病院・B病院共に患者・家族のことを考えた退院支援の体制を築いていた。

退院支援についてカーンらは、在宅療養が推進されることに伴い、医療処置の多い患者の退院支援・介護者の問題・院内外の関係機関との連携など、患者の多様なニーズに応えることが求められるようになった<sup>9)</sup>と述べており、このことをふまえて急性期病院において退院調整部門を設立する意味を考えると、在院日数が短縮している現在、急性期医療が終了していくまでの間に、患者の生き方を考えた退院調整・退院支援を行い、その人らしく生活できるように整えていくことであるといえる。

### 2. スクリーニングシートの活用と退院調整看護師の役割

近年、多くの病院において、看護師の退院調整に対する認識を高め、退院調整を円滑に行うことを目的に入院時スクリーニングシートが導入されている<sup>10)</sup>ことは洞内らが明らかにしている。さらに森山も、急性期病院では、退院後も継続したケアが必要でさまざまな社会資源の組み合わせが必要な人<sup>11)</sup>が多く、それを早期に見極めていくことを目的に、入院時スクリーニングシートが導入されていると述べている。

入院時にスクリーニングシートを用いてアセスメントを行っていくことの利点は、退院支援が必要な患者を早期に発見し、受け持ち看護師が患者・家族の意向を確認したうえで一緒に退院時の状態を共有していくことにある。今回の調査において退院調整看護師は、スクリーニングシートやアセスメントシートを使用し、退院調整が必要な患者を早期に選定していくことの重要性を述べていた。

退院支援が必要な患者は、退院後も継続的に医療処置を行い、独居、あるいは老老介護など生活や介護していくうえで課題があると予測される場合である。A病院、B病院共に各病院で作成したスクリーニングシートはそれらに加え、経済的問題にも着目していた。さらにスクリーニングシートに基づき収集した情報から、どのような支援や調整が必要か、病棟で対応できることなのか、退院調整看護師に依頼しなくてはならないもののかなど、情報収集した病棟看護師によってアセスメントできるようにしていた。これらは、高齢患者の増加、様々な家族構成、急速に進む独居高齢化、退院日数の短縮により医療依存度の高い患者が早期に退院していく現状が背景にあり、それらをふまえて導き出された項目であるにとらえることができる。そして、スクリーニング項目を手がかりに、ハイリスク

ケースを満遍なく病棟から見つけ出していくことを重点においていた。このことは、病棟看護師がアセスメントしていく過程において、病棟看護師自身が患者の生き方に目を向けていかなければならないことを意味していると考えてよい。

大竹らは、スクリーニング項目として、介護保険の認定状況と介護力が重要としており、退院困難理由で最も多かったのが介護力の問題であり、介護力は在宅療養継続の要であるとし、経済的問題と医療処置の問題については入院時に把握することが難しい項目であり、問題を把握した段階で専門部署と連携できるシステムが必要である<sup>12)</sup>と述べている。さらに、早期退院支援スクリーニングには、介護力、介護保険の認定状況、入院前の住居、排泄の自立、認知症の有無<sup>13)</sup>を挙げていくことが望ましいとしている。今回の研究対象であったA病院、B病院で共通していたことは、75歳以上であること、家族の介護力、医療処置が必要、ADLの低下、認知力の低下、経済面でありこれらが退院リスクの要因であった。この項目に加え、今後は大竹らが述べている介護保険の認定状況、入院前の住居、排泄の自立についても着目し、スクリーニングシートの検討を重ねていく必要がある。

### 3. 退院調整・退院支援に必要な体制作りと院内教育のあり方

退院調整が必要な患者が明らかとなったら、退院調整看護師は患者・家族に対して個別対応を始めており、A病院、B病院共に退院調整看護師とソーシャルワーカー間で役割分担を行い協働しながら支援していた。患者自身が自分らしい人生を送っていくことを支援していくためには、患者・家族が抱える個々の問題に対応していく必要があり、ソーシャルワーカーは主に経済的問題や虐待に関する問題などを担当していた。

急性期病院の機能の1つとして、慢性疾患をもち長期に渡る療養生活を送る患者が、安心して回復期リハビリ病院や療養型病院、かかりつけ医など他の医療機関へ移行していけるよう、病院と他施設との連携体制を構築していくという役割がある。退院調整・退院支援においては、退院調整看護師とソーシャルワーカーのどちらが役割を担うかではなく、双方が連携し、患者・家族の退院に対する不安、迷いなどが軽減され療養生活が始まることが重要であると考えられる。

A病院、B病院の退院調整看護師は、病棟看護師のアセスメント力の重要性を述べていた。このことは、洞内らが述べているように、退院支援を患者・家族に円滑に提供していくためには退院支援を必要とする対象の入院早期からのアセスメントが必要であり、入院

中の変化にも合わせたアセスメントが必要になる<sup>14)</sup>という意見と同一の見解である。

退院調整看護師は、病棟に赴き病棟看護師の相談に応じ、また、カンファレンスや病棟訪問の際、病棟看護師から質問や相談を受けるなどの関わりをしていた。このことも、病棟看護師のアセスメント力の育成につながっていると考えられることができる。また、退院調整看護師は病棟カンファレンスにおいて、病棟看護師に対して退院支援の働きかけを意図的に行い、病棟看護師に対して教育的に関わっていた。病棟看護師にロールモデルを示すことにより、病棟看護師は患者の退院後の生活を意識して関われるようになっていた。

地域との連携において、退院した患者がどのような生活を送っているのか、病棟看護師は退院調整看護師の働きかけにより、医療から在宅へのつなぎを担う訪問看護師から患者・家族の情報をフィードバックしてもらい、成功事例を伝えてもらっていた。このことは、病棟看護師自身が、病棟で行っていた看護が退院後の患者の生活につながっていることを実感できる機会になっていたといえる。

### 4. 退院を推進する退院調整看護師の役割

A病院、B病院共に、在院日数の短縮に伴い一週間ですべてを整えていかなければならない難しさをあげていた。また、短期間の中であっても、本人の思いを十分に聞確認し、その希望にそった退院調整・退院支援をしていきたいと考えていた。このことは本道らが、在宅療養は、利用者本人の強い希望であり、退院後の生活はその希望を叶えたものである<sup>15)</sup>と述べていることと一致する。一方で、森山によると、特に高齢者である場合、医師や看護婦の話す「今後の見通し」や「退院の予定」について、患者が正確に聞き取っておらず、勝手に解釈するという事実がみられた<sup>16)</sup>としており、このことは患者・家族とコミュニケーションを図っていたとしても、実際には患者には患者・家族に即していなかったこともあり得ると解釈することができる。つまり、急性期病院では短期間の入院生活の中で、一人ひとりが納得、満足していける退院調整・退院支援の提供を考案していかなければならないということである。

患者・家族の希望に即した退院調整・退院支援を送っていくためには退院調整看護師は、患者・家族の視点に立ち、同時に退院調整・退院支援の質の評価、患者・家族の満足度などを評価していく必要があるといえる。

退院調整は、退院が決定してから開始される訳ではなく、患者の一番近い存在である病棟看護師が患者を

多角的に観察し、早期の段階で患者・家族の本心を引き出す関わりが求められる。患者が家に帰りたいと希望すればそれが実現できるよう、退院調整看護師は患者の持つ力や退院の可能性を早期の段階で見出していかなければならない。退院調整看護師は病棟看護師が患者の退院後の生活をイメージして関わられるよう、病棟カンファレンスに入り意図的な問いかけを行ない、また、患者に対し生活者という視点をもって関わられるよう教育的に関わっていた。これらの関わりは患者・家族の思いに添った退院調整の実現へとつながっていくため、今後も教育システムの整備を検討していく必要があると考える。

## まとめ

急性期病院における退院調整看護師が果たしている役割として以下のことが明らかとなった。

1. 退院調整・退院支援が必要な患者を早期に見極めていくために、スクリーニングシートを有効活用し、項目にある内容を手がかりにハイリスクケースを満遍なく病棟から見つけ出していく体制を築いていた。
2. 院内における退院調整の体制づくりとしては、病棟へ赴き、病棟看護師との関わりを大事にし、いつでも相談ができる関係性を築いていた。
3. 病棟看護師の教育の一環として、地域の訪問看護師と連携を図り、病院から退院した患者・家族の生活の様子を含め、病棟看護師に成功事例を伝えてもらうなどのことを行っていた。このことは、地域との連携の強化とともに、病棟看護師の退院に対する意識を変えていく効果があった。
4. 退院を促進していくためには、患者の一番近い存在である病棟看護師によって、早期の段階から患者・家族の本心を引き出す関わりが必要になる。そのため、病棟看護師が患者を生活者としてとらえ、関わっていけるように教育していく必要がある。

今回の研究では、対象が2病院と限られており、退院調整看護師の役割を述べるには限界がある。今後は、退院後の患者・家族に視点をあて、退院調整の効果を調査していきたい。また、退院調整のシステムが病棟における看護の質へどのように影響しているのか明らかにしていきたい。

## 引用文献

- 1) 藤澤まこと, 黒江ゆり子. 退院後の療養生活の充実に

向けた支援方法の開発—その1. 岐阜県立看護大学紀要 2009;10 (1) :35.

- 2) 樋口キエ子, 原田静香, カーン洋子, 山口和枝, 金子裕子. 患者家族が求める退院支援に関する研究—退院後の患者家族の退院支援への要望・意見から—. 順天堂大学医療看護学部 医療看護研究 2008;4:48.
- 3) 齊藤美恵. 退院調整に影響を与えるコミュニケーション. 訪問看護と介護 2010;15 (3) :186.
- 4) 齊藤美恵. 退院調整に影響を与えるコミュニケーション. 訪問看護と介護 2010;15 (3) :186.
- 5) 宇都宮宏子. 特定機能病院における地域連携と専任の退院計画調整看護師の役割. 看護展望 2004;29 (9) :22.
- 6) 宇都宮宏子. 病棟から始める退院支援・退院調整の進め方. 於;宇都宮宏子, 秋山正子, 鈴木樹美他. 病棟から始める退院支援・退院調整の実践事例 第1版 東京 日本看護協会出版会 2009;12.
- 7) 伊藤満子. 退院を病院組織の中でシステム化するための取り組み. 看護学雑誌 1996;60 (11) :996.
- 8) 本道 and 子, 川村佐和子. 病院内退院調整看護師の退院調整過程分析. The Journal of Tokyo Academy of Health Science 1998;1 (1) :16.
- 9) カーン洋子, 樋口キエ子, 原田静香, 金子祐子. 大学病院療養指導室における退院支援の実態と退院支援体制の検討 (第1報). 順天堂大学医療看護学部 医療看護研究 2007;3:82.
- 10) 洞内志湖, 丸岡直子, 伴真由美, 川島和代. 病院に勤務する看護師の退院調整活動の実態と課題. 石川看護雑誌 2009;6:63.
- 11) 手島陸久, 森山美知子. 効果的な退院のために. 看護学雑誌 1996;60 (11) :1010.
- 12) 大竹まり子, 田代久男, 井澤照美, 佐藤洋子, 赤間明子, 鈴木育子他. 特定機能病院における病棟看護師の判断を基にした退院支援スクリーニング項目の検討. 山形医学 2008;26 (1) :20.
- 13) 大竹まり子, 田代久男, 井澤照美, 佐藤洋子, 赤間明子, 鈴木育子他. 特定機能病院における病棟看護師の判断を基にした退院支援スクリーニング項目の検討. 山形医学 2008;26 (1) :20.
- 14) 洞内志湖, 丸岡直子, 伴真由美, 川島和代. 病院に勤務する看護師の退院調整活動の実態と課題. 石川看護雑誌 2009;6:63.
- 15) 本道 and 子, 川村佐和子. 病院内退院調整看護師の退院調整過程分析. The Journal of Tokyo Academy of Health Science 1998;1 (1) :18.
- 16) 森山美知子. なぜ退院がスムーズにいかないのか? 看護学雑誌 1996;60 (11) :987