

報告

病院に勤務する看護師の退院調整活動の実態と課題

洞内志湖¹ 丸岡直子¹ 伴真由美¹ 川島和代¹

概要

病院に勤務する看護師が実施している退院調整活動状況を明らかにし、退院調整を担う看護師育成への示唆を得ることを目的に、退院調整研修会に参加した看護師 79 名を対象に、質問紙により調査した。研修前の実施率が高い項目は [ADL の自立度を把握] 他 4 項目、低い項目は [退院調整の評価] 他 2 項目であった。研修後の実施率が高い項目は [退院後の療養に対する考えの把握] [退院後の生活能力の把握] 他 5 項目、低い項目は [退院調整の評価] [地域の医療施設等の情報の蓄積] であった。研修前・後共に [患者(家族)の意思決定へのサポート] に困難感があった。研修後、退院後の生活再構築に必要な情報収集の実施率は上昇したが、他職種との連携、退院調整の評価は変化がなかった。患者の意思決定へのサポートに困難感があることから、今後、意思決定へのサポート、他職種との連携に関する研修内容の強化が示唆された。

キーワード 退院調整, 退院調整活動, 継続看護, 連携, 看護師

1. はじめに

入院患者が退院後に希望する療養生活を開始するには、入院早期から退院後の生活を見通した情報提供とケアを提供することで、患者および家族の意思を尊重した退院後の療養場所の決定が出来るようにすることが大切である¹⁻³⁾。また、退院後にも高度・継続医療が必要な患者や入院前に比べ ADL が低下する場合には、退院後の生活再構築への様々な支援、疾病を持ちながら療養生活を維持していくためのサポート体制の強化が必要となる⁴⁾⁵⁾。このように、入院から在宅まで切れ目のない医療を提供し、患者および家族が望む退院後の療養生活をスタートするための支援を行っていくために、退院調整活動が注目されているが、このような支援を病院に勤務する看護師が実施するには、社会資源の活用、療養方法や医療処置等の指導など専門的知識・技術と他職種・機関との連携が不可欠である⁶⁾⁷⁾。石川県内においては、退院調整部門を

設置する病院が増加傾向にあり、退院調整看護師の活動が徐々に増加している⁷⁻⁹⁾。しかし、多くの病院では病棟毎に退院調整が行われており、実際に行われている退院調整活動の実態は明らかにされていない。今回、県内病院の看護師が行う退院調整活動状況の実態を明らかにするとともに、退院調整を担う看護師の育成を目的とした研修を企画し、研修プログラムの効果の検討から、今後の退院調整を担う看護師の育成への示唆を得られるのではないかと考える。

2. 方法

2. 1 調査対象

石川県立看護大学附属地域ケアセンター主催の人材育成事業「退院調整研修会」(以下研修とする)の参加者のうち、病院に勤務する看護師 79 名を対象とした(表 1)。

表 1 退院調整研修会の概要

| 回 | 開催日 | 内容 | 時間 |
|---|--------|---|------|
| 1 | H19.8 | 退院調整の役割と機能 ・患者と家族の意思を尊重した退院支援のあり方 ・事例を用いた退院調整活動のプロセス | 3 時間 |
| 2 | H19.9 | 退院調整に役立つ在宅看護の知識・介護の知識 ・県内における退院調整に役立つ在宅介護の知識 ・医療ソーシャルワーカーの役割と社会資源の活用について | 3 時間 |
| 3 | H19.10 | 退院調整の実際と課題 (シンポジウム) ・大学病院における退院支援システムの構築と運用の実際 ・退院調整事例の紹介 ・外来から始まる退院調整活動 ・県内病院の退院調整機能の実態と課題 | 3 時間 |

¹ 石川県立看護大学

2. 2 調査方法と調査内容

平成19年8月4日～平成19年12月14日の期間中に、自記式質問紙法による調査を研修前と研修終了1ヶ月に各1回実施した。各質問紙は記入後返信用封筒にて返送するよう依頼した。調査内容は、先行文献²⁻⁵⁾¹⁰⁻¹³⁾より退院調整に必要な活動として記載がある項目を参考に作成した、①看護師の所属および経験について10項目(経験年数, 退院調整に関する委員会への所属の有無, スクリーニングシステムの有無, 退院支援の開始時期, 他6項目), ②退院調整活動実施の有無について29項目(情報収集とアセスメント12項目, 計画立案4項目, 実施6項目, 評価1項目, 連携6項目), ③退院調整活動の困難感の有無について13項目(意思決定へのサポート3項目, 計画立案5項目, 実施5項目)である。

2. 3 分析方法

調査項目ごとに単純集計を行った。また χ^2 検定及び度数が5未満である場合はFisherの直接確立の方法を用いて研修前後及び職位による比較を行った。統計解析にはSPSS13.0J for Windowsを使用した。

2. 4 倫理的配慮

本調査は本学の倫理委員会の承認を得て実施した。対象者には口頭と文書で調査の趣旨・方法および質問紙返送方法, 任意性・匿名性であること, 結果を看護関係学会等で発表することを説明し, 質問紙の返送を持って同意を得たものとした。

3. 結果

研修前の回答者は75名(回収率94.9%), 有効回答68名, 研修後の回答者は42名(回収率53.2%), 有効回答39名であった。

3. 1 対象の属性

研修前において, 対象の所属は病棟59名(86.8%) 退院調整部門5名(7.4%), その他4名(5.9%), 平均経験年数は17.7±10.5年であった。また, 看護師長及び副看護師長21名(30.9%), 看護師47名(69.1%)であった。退院調整に関する委員会へ「所属している(していた)」は23名(34.8%), 「所属していない」は45名(66.2%), スクリーニングシステムが「ある」は46名(68.7%), 「なし」は22名(32.4%)であった。対象の所属先において, 患者の退院後の療養場所の意思確認は, 主治医が

行っている47名(69.1%), 受け持ち看護師が行っている42名(61.8%), 病棟師長が行っている27名(39.7%), その他14名(20.6%)であった(複数回答)。退院調整の開始時期は, 病状が安定した時点27名(39.7%), 退院の目処がついた時点24名(35.3%), 入院当初15名(22.1%)の順に多かった(複数回答)。

研修後において, 対象の所属は病棟35名(89.7%), 退院調整部門3名(7.7%), その他1名(2.6%), 平均経験年数は19.7±8.6年であった。また, 看護師長及び副看護師長17名(43.6%), 看護師22名(56.4%)であった。退院調整に関する委員会へ「所属している(していた)」は16名(41.0%), 「所属していない」は23名(59.0%), スクリーニングシステムが「ある」は29名(74.4%), 「なし」は10名(25.6%)であった。対象の所属先において, 患者の退院後の療養場所の意思確認は, 主治医が行っている27名(69.2%), 受け持ち看護師が行っている26名(66.7%), 病棟師長が行っている20名(51.3%), その他12名(30.8%)であった(複数回答)。退院調整の開始時期は, 病状が安定した時点12名(30.8%), 退院の目処がついた時点11名(28.2%), 治療方針が決定した時点9名(23.1%)の順に多かった(複数回答)。

3. 2 退院調整活動の実施状況(表2)

(1) 研修前の退院調整活動の実施状況

研修前において高い比率を示した項目は, 「入院当初から病状・治療計画を把握」「患者の病気に対する認識を把握」「ADLの自立度を把握」「退院後に必要な治療・処置の内容を把握」「退院サマリーを速やかに記載する」であった。「医療処置の単純化・応用方法を提案する」「退院調整の振り返り・評価をする」「地域の医療・福祉・保健施設等の情報を蓄積する」において実施率は低かった。

(2) 研修後の退院調整活動の実施状況

研修後において高い比率を示した項目は, 「入院当初から病状・治療計画を把握」「退院後の療養に対する希望・考えを把握」「ADLの自立度を把握」「退院後の家庭(社会)生活をしていく能力を把握」「退院後に必要な治療・処置の内容を把握」「退院計画に患者の意思・希望を反映する」「社会資源の情報を患者(家族)に提供」「退院サマリーを速やかに記載する」であった。「退院調整の振り返り・評価をする」「地域の医療・福祉・保健施設等の情報を蓄積する」において実施率が低かった。

研修前後の比較では, 「家屋や住居地の生活環境

表 2 研修前後の退院調整活動状況

n(%)

| 項目 | 実施状況 | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------|------------|-------------|------------|------------|-------------|----------|
| | 研修前 | | | 研修後 | | | |
| | 全体 n=68 | 師長 n=21 | 看護師 n=47 | 全体 n=39 | 師長 n=17 | 看護師 n=22 | |
| 情報 収集 と ア セス メン ト | 入院当初から病状・治療計画を把握 | 56(82.4) | 18(85.7) | 38(80.9) | 29(74.4) | 13(76.5) | 16(72.7) |
| | 患者の病気に対する認識を把握 | 50(73.5) | 18(85.7) | 32(68.1) | 25(64.1) | 11(64.7) | 14(63.6) |
| | 退院後の療養に対する希望・考えを把握 | 43(63.2) | 15(71.4) | 28(59.6) | 29(74.4) | 13(76.5) | 16(72.7) |
| | ADLの自立度を把握 | 62(91.2) | 19(90.5) | 42(89.4) | 37(94.9) | 16(94.1) | 21(95.5) |
| | 退院後の家庭(社会)生活をしていく能力を把握 | 47(69.1) | 16(76.2) | 31(66.0) | 30(76.9) | 13(76.5) | 17(77.3) |
| | 家屋構造や居住地の生活環境を把握 | 23(33.8) | 9(42.9) | 14(29.8) | 22(56.4) | 9(52.9) | 13(59.1) |
| | 退院後に必要な治療・処置の内容を把握 | 48(70.6) | 15(71.4) | 33(70.2) | 33(84.6) | 14(82.4) | 19(86.4) |
| | 退院後の主介護者の健康状態等を把握 | 36(52.9) | 17(81.0) | 19(40.4) | 26(66.7) | 11(64.7) | 15(68.2) |
| | 療養の支援実施が可能な親族・友人の把握 | 34(50.0) | 13(61.9) | 21(44.7) | 18(46.2) | 7(41.2) | 11(50.0) |
| | 経済的問題の状況を把握 | 26(38.2) | 9(42.9) | 17(36.2) | 21(53.8) | 10(58.8) | 11(50.0) |
| 計 画 立 案 | 社会保障の利用状況などについて把握 | 38(55.9) | 12(57.1) | 26(55.3) | 26(66.7) | 12(70.6) | 14(63.6) |
| | 療養目標を共有する機会をつくる | 33(48.5) | 12(57.1) | 21(44.7) | 18(46.2) | 8(47.1) | 10(45.5) |
| | 退院後の生活で予測される問題を考える | 35(51.5) | 14(66.7) | 21(44.7) | 22(56.4) | 9(52.9) | 13(59.1) |
| | 退院後の予測される問題の対応策を考える | 30(44.1) | 14(66.7) | 20(42.6) | 20(51.3) | 8(47.1) | 12(54.5) |
| 実 施 | 退院計画を立案する | 30(44.1) | 10(47.6) | 20(42.6) | 16(41.0) | 6(35.3) | 10(45.5) |
| | 退院計画に患者の意思・希望を反映する | 39(57.5) | 12(57.1) | 27(57.4) | 27(69.2) | 11(64.7) | 16(72.7) |
| | 退院後の療養への意志決定をサポート | 33(48.5) | 11(52.4) | 22(46.8) | 22(56.4) | 10(58.8) | 12(54.5) |
| | 社会資源の情報を患者(家族)に提供 | 35(51.5) | 14(66.7) | 21(44.7) | 28(71.8) | 12(70.6) | 16(72.7) |
| | 患者の実施可能な治療・処置の指導を実施する | 35(51.5) | 14(66.7) | 21(44.7) | 23(59.0) | 12(70.6) | 11(50.0) |
| | 医療処置の単純化・応用方法を提案する | 20(29.4) | 10(47.6) | 10(21.3) | 17(43.6) | 9(52.9) | 8(36.4) |
| 連 携 | 薬剤・医療材料等の供給ルート決定 | 21(30.9) | 11(52.4) | 10(21.3) | 14(35.9) | 8(47.1) | 6(27.3) |
| | 必要な援助について家族と話し合いの場を持つ | 30(44.1) | 11(52.4) | 19(40.4) | 21(53.8) | 9(52.9) | 12(54.5) |
| | 継続処置等について医療施設等と連携 | 26(38.2) | 9(42.9) | 17(36.2) | 15(38.5) | 8(47.1) | 7(31.8) |
| | 社会保障制度の活用や相談窓口の情報を提供 | 31(45.6) | 12(57.1) | 19(40.4) | 19(48.7) | 8(47.1) | 11(50.0) |
| | 合同カンファレンスを企画する | 22(32.4) | 8(38.1) | 14(29.8) | 12(30.8) | 5(29.4) | 7(31.8) |
| | 合同カンファレンスに参加する | 42(61.8) | 17(81.0) | 25(53.2) | 25(64.1) | 12(70.6) | 13(59.1) |
| | 退院サマリーを速やかに記載する | 52(76.5) | 15(71.4) | 37(78.7) | 28(71.8) | 10(58.8) | 18(81.8) |
| 評 価 | 退院調整の振り返り・評価をする | 11(16.2) | 3(14.3) | 8(17.0) | 6(15.4) | 1(5.9) | 5(22.7) |
| | 地域の医療・福祉・保健施設等の情報を蓄積する | 12(17.6) | 4(19.0) | 8(17.0) | 6(15.4) | 2(11.8) | 4(18.2) |

*:p<0.05 **:p<0.01

を把握」が研修前 33.8%から研修後 56.4%, 「社会資源の情報を患者(家族)に提供」が研修前 51.5%から研修後 71.8%と研修後に実施率が高くなった ($p < 0.05$).

3.3 退院調整活動の困難感 (表3)

研修前において退院調整活動に困難感があると回答した比率が高かった項目は、「患者(家族)の意思決定へのサポート」(80.9%)であった。比率が低かった項目は、「医師の治療方針・計画の確認」(17.6%)「コ・メディカルとの連携」(26.5%)であった。

研修後において困難感があると回答した比率が高かった項目は、「患者(家族)の意思決定へのサポート」(74.4%)であった。比率が低かった項目は、「退院後の生活のイメージ」(25.6%)「医師の治療方針・計画の確認」(12.8%)「コ・メディカル

との連携」(25.6%)「利用可能な社会資源の情報提供」(20.5%)であった。

研修前後の比較では、「患者(家族)の意思確認」が研修前 61.8%から研修後 33.3%と研修後に困難感が減少していた ($p < 0.01$).

3.4 職位別にみた退院調整活動の実施状況

(1) 看護師長および副看護師長の退院調整活動の実施状況

看護師長及び副看護師長において研修前・後ともに比率が高かった項目は「入院当初から病状・治療計画を把握」「退院後の療養に対する希望・考えを把握」「退院後の家庭(社会)生活していく能力を把握」他3項目であった。研修前・後ともに比率が低かった項目は「退院調整の振り返り・評価をする」「地域の医療・福祉・保健施設等の情報を蓄積する」の2項目であった。研修前後の比較で

表3 退院調整活動の困難感 n(%)

| 活動内容 | | 困難感 | | | | | |
|------------|--------------------|------------|------------|-------------|------------|------------|-------------|
| | | 研修前 | | | 研修後 | | |
| | | 全体 n=68 | 師長 n=21 | 看護師 n=47 | 全体 n=39 | 師長 n=17 | 看護師 n=22 |
| 意思決定へのサポート | 患者(家族)の意思確認 | 42(61.8) | 14(66.7) | 28(59.6) | 13(33.3) | 3(17.6) | 10(45.5) |
| | 患者(家族)の意思決定へのサポート | 55(80.9) | 18(85.7) | 37(78.7) | 29(74.4) | 12(70.6) | 17(77.3) |
| | 家族関係の情報収集 | 31(45.6) | 11(52.4) | 20(42.6) | 14(35.9) | 5(29.4) | 9(40.9) |
| 計画立案 | 退院後の生活のイメージ | 27(39.7) | 6(28.6) | 21(44.7) | 10(25.6) | 5(29.4) | 5(22.7) |
| | 医師の治療方針・計画の確認 | 12(17.6) | 4(19.0) | 8(17.0) | 5(12.8) | 1(5.9) | 4(18.2) |
| | 退院調整の看護計画の立案 | 28(41.2) | 9(42.9) | 19(40.4) | 12(30.8) | 4(23.5) | 8(36.4) |
| | 患者・家族への技術指導の時間調整 | 44(64.7) | 17(81.0) | 27(57.4) | 22(56.4) | 10(58.8) | 12(54.5) |
| | 退院調整開始時期の決定 | 38(55.9) | 13(61.9) | 25(53.2) | 19(48.7) | 5(29.4) | 14(63.6) |
| 実施 | コ・メディカルとの連携 | 18(26.5) | 3(14.3) | 15(31.9) | 10(25.6) | 1(5.9) | 9(40.9) |
| | 家族への介護技術指導 | 35(51.5) | 10(47.6) | 25(53.2) | 13(33.3) | 7(41.2) | 6(27.3) |
| | 患者(家族)への処置技術指導 | 38(55.9) | 12(57.1) | 26(55.3) | 18(46.2) | 7(41.2) | 11(50.0) |
| | 利用可能な社会資源の情報提供 | 25(36.8) | 4(19.0) | 21(44.7) | 8(20.5) | 1(5.9) | 7(31.8) |
| | 退院調整に関するカンファレンスの企画 | 39(57.4) | 10(47.6) | 29(61.7) | 23(59.0) | 8(47.1) | 15(68.2) |

*: $p < 0.05$ **: $p < 0.01$

は実施率に有意な差はみられなかった。

(2) 看護師の退院調整活動の実施状況

看護師において研修前・後ともに比率が高かった項目は「入院当初から病状・治療計画を把握」「ADLの自立度を把握」「退院後に必要な治療・処置の内容を把握」「退院サマリーを記載する」の4項目であった。退院前・後と比率が低かった項目は「薬剤・医療材料等の供給ルートの決定」「退院調整の振り返り・評価をする」「地域の医療・福祉・保健施設等の情報を蓄積する」の3項目であった。研修前後の比較では、「家屋構造や居住地の生活環境を把握」が研修前29.8%から研修後59.1%、「退院後の主介護者の健康状態等を把握」は研修前40.4%から研修後68.2%、「社会資源の情報を患者(家族)に提供」が研修前44.7%から研修後72.7%と実施率が高くなった ($p < 0.05$)。

(3) 看護師長および副看護師長と看護師の実施率の比較

研修前の実施状況において「退院後の主介護者の健康状態などを把握」「医療処置の単純化・応用方法を提案する」「薬剤・医療材料等の供給ルートの決定」「合同カンファレンスに参加する」の項目で看護師の実施率は低かった ($p < 0.05$, $p < 0.01$)。研修後では看護師長および副看護師長と看護師との実施率に差はみられなかった。

3. 5 職位別にみた退院調整活動の困難感

看護師長及び副看護師長において研修前・後ともに「患者(家族)の意思決定へのサポート」に困難を感じていた。同様に看護師も研修前・後ともに「患者(家族)の意思決定へのサポート」に困難を感じていた。また、研修後において看護師は「コ・メディカルとの連携」「退院調整開始時期の決定」の項目で看護師長および副看護師長と比較して困難感が高かった ($p < 0.05$)。

4. 考察

4. 1 対象のスクリーニング

退院調整の介入を早期に行うことにより、患者・家族の療養に対する不安が軽減すると言われている⁷⁾¹⁴⁾。また、患者・家族が安心して退院後の療養生活を送るためには、入院早期から退院後の生活を見通した情報提供やケアが必要である。早期の介入により在宅療養の可能性と選択が広がり、退院後に発生する医療上の問題が減少する⁴⁾⁷⁾¹⁴⁾。退院支援を進めていく中で、病棟からの依頼の遅さや退院支援に関する知識の不足を指摘されてお

り¹⁵⁾、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¹⁶⁾。今回の調査において、入院時スクリーニングシステムがあると回答した割合は約7割であり、一般的なスクリーニング項目の実施率は高かった。さらに、研修後には家屋構造や居住地の生活環境の把握や主介護者の健康状態等の把握、退院後の家庭(社会)生活をしていく能力を把握などの実施率が上昇しており、退院支援を行う上で必要となる情報の認識・関心がより高まったのではないかと考える。項目の実施率が高くなったことは、早期の段階において適切な対象者のスクリーニングにつながるのではないかと考える。

4. 2 生活の再構築へのアセスメント

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、入院中の変化にもあわせたアセスメントも必要となる¹⁴⁾。

最近では、高齢夫婦や独居、入院前よりもADLが低下する、高度で複雑な医療の継続が必要な対象でも、退院となるケースが増えている⁴⁾¹⁷⁾¹⁸⁾。しかしそのような状況では、患者・家族は安心して退院することは難しく、治療を終了しても自宅に帰れないといった状況を生み出す結果にも繋がりがねない。久保田は¹⁹⁾医療者側と患者・家族側の判断基準にほとんどの場合においてズレがあることを指摘しており、そうした状況を回避させるためには入院時の説明も必要となるが、医療者自身が患者を生活者として捉え、病気・障害と向き合いながらその人らしく生活できるようにといった視点への切り替えが必要であると述べている。また、篠田²⁰⁾も在宅では患者は生活者となり、病気や障害を抱えながらも生活を継続しなければならず、病気や障害を治すという発想ではなく残存機能や潜在能力に働きかけて、QOLの向上をめざす生活モデルへの変換が必要と指摘している。

退院調整機能が十分に発揮されるには退院後の生活をイメージする力が極めて重要となる²⁾¹⁹⁾²⁰⁾が、研修前では「患者の退院後の生活のイメージ」に約40%の看護師が困難を感じていた。しかし、研修後には退院後の生活のイメージの困難感が減少していた。研修後では、家屋構造等の生活環境の把握や退院後に必要な治療・処置内容の把握、主介護者の健康状態等の把握、経済的問題の把握の実施率が上昇したことにより、健康問題を抱えて退

院する患者の生活のイメージにつながったのではないかと考える。

4. 3 他職種との連携

合同カンファレンスは複数の生活ニーズをもつ患者・家族に対し、多職種が協働で支援の目標や方法を検討するもので、退院調整を行う上で大変重要である²¹⁾。また、カンファレンスによりそれぞれの役割分担が明確になり、各専門職種からの早期の介入を可能とする等の効果をもつ²²⁾。しかし、今回の調査では看護師、看護師長および副看護師長ともに半数以上が合同カンファレンスの企画に困難を感じており、実施率も低かった。これらの課題を解決していくために、事例検討会などの研修を通して合同カンファレンスの意義や運営方法について学ぶ機会を設けていくことが必要ではないかと考える。

4. 4 退院調整の評価

今回の調査で退院調整活動の評価の実施率は低かった。県内において、退院した事例を追跡し評価を検討した報告¹⁷⁾はあるものの、退院調整活動を評価の実施率は低い⁹⁾。患者が退院したとき、その後の情報を把握することは、行った退院調整が適切であったかを評価できる。紹介した資源や退院先が適切であったかを評価することによって、それらを改善して役立てることが出来る¹¹⁾。退院調整サービスの質の向上のためにも、今後は、退院後の電話訪問やケアマネージャー・訪問看護師等との情報交換、外来診察日を利用した面接など他職種を交えた具体的な評価方法について学ぶ機会を提供していく必要があるのではないかと考える。

5. まとめ

石川県内の病院に勤務する看護師が実施している退院調整活動の実態を、退院調整研修会に参加した看護師を対象とした質問紙調査から明らかにした。

研修前の実施率が高い項目は「入院当初から病状・治療計画を把握」「患者の病気に対する認識を把握」「ADLの自立度を把握」「退院後に必要な治療・処置の内容を把握」「退院サマリーを速やかに記載する」、低い項目は「医療処置の単純化・応用方法を提案する」「退院調整の振り返り・評価をする」「地域の医療・福祉・保健施設等の情報を蓄積する」であった。

研修後の実施率が高い項目は「入院当初から病状・治療計画を把握」「退院後の療養に対する希望・考えを把握」「ADLの自立度を把握」「退院後の家庭(社会)生活をしていく能力を把握」「退院後に必要な治療・処置の内容を把握」「社会資源の情報を患者(家族)に提供」「退院サマリーを速やかに記載する」、低い項目は「退院調整の振り返り・評価をする」「地域の医療・福祉・保健施設等の情報を蓄積する」であった。

研修前・後ともに「患者(家族)の意思決定へのサポート」に困難感があった。以上より、研修により退院後の生活再構成に必要な情報収集の実施率の上昇はみられたが、他職種との連携、退院調整の評価では変化がみられなかった。また、患者(家族)の意思決定へのサポートに困難を感じていることから、今後は意思決定へのサポート、他職種との連携、評価に関する研修内容の強化が必要であると考えられる。

謝辞

本研究にご協力いただきました看護師の皆様へ深く感謝いたします。なお、本研究は石川県立看護大学附属地域ケア総合センターの調査研究助成を受けて実施いたしました。

引用・参考文献

- 1) 宇都宮宏子:スムーズな退院調整に向けた取り組みとネットワーク構築. 看護管理, 16(11), 899-906, 2006.
- 2) 山田雅子:医療提供体制の改革に向けた退院調整の意義. 看護管理, 16(11), 888-892, 2006.
- 3) 藤澤まこと, 普照早苗, 森仁実, 他3名:退院調整看護師の活動と退院支援における課題. 岐阜県立看護大学要, 6(2), 35-41, 2006.
- 4) 安藤祐子, 若原朋美, 田辺満子, 他2名:現場・行政・教育が協働して退院支援の活性化をめざす. 看護管理, 16(11), 893-906, 2006.
- 5) 中澤邦枝, 大久保三枝子, 青木かおる:病院の強みを活かした地域連携体制の構築. 看護管理, 16(11), 907-914, 2006.
- 6) 黒江ゆり子, 藤澤まこと, 普照早苗, 他4名:県内医療施設における退院調整の実態. 岐阜県立看護大学紀要, 5(1), 109-115, 2005.
- 7) 丸岡直子, 佐藤弘美, 伴真由美, 他2名:退院調整部門の設置に関する病院看護管理者の認識と課題. 石川看護雑誌, 2, 25-32, 2005.
- 8) 伴真由美, 丸岡直子, 川島和代, 他2名:病棟看護師

- 長からみた退院調整の現状と課題. 石川看護雑誌, 2, 33-41, 2005.
- 9) 丸岡直子, 洞内志湖, 佐藤弘美, 他 2 名: 石川県内の病院における退院調整活動の実態と課題. 石川看護雑誌, 5, 1-10, 2008.
- 10) 丸岡直子, 佐藤弘美, 川島和代, 他 2 名: 退院患者に提供された看護サービスの実態からみた退院調整における病棟看護師の役割. 石川看護雑誌, 1, 31-38, 2004.
- 11) 永田智子, 村嶋幸代: 退院支援の現状と課題. 保健の科学, 44(2), 95-99. 2002.
- 12) 全国訪問看護事業協会: ナースのための退院調整院内チームと地域連携のシステムづくり. 日本看護協会出版会, 30-54, 2007.
- 13) 桂敏樹, 高橋みや子, 右田周平: 全国の医療機関における退院計画システム化の進捗状況. 日農医誌, 51(5), 712-723, 2003.
- 14) 松下正明: チームで行う退院支援 入院時から在宅までの医療・ケア連携ガイド. 中央法規出版, 8-12, 2008.
- 15) 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, 29(9), 22-30, 2004.
- 16) 山田朋子, 神崎早苗, 吉村結実, 他 2 名: 退院調整における入院時リスクアセスメントスクリーニング導入効果の検討. 日本医療マネジメント学会雑誌, 7(4), 530-535, 2007.
- 17) 坂井美和, 中村敦子, 前田修子: 病棟看護師の行った退院支援の効果 退院した療養者とその家族へのインタビュー調査から. 訪問看護と介護, 13(4), 304-309. 2008.
- 18) 丸尾澄子, 大津陽子: 地域医療支援病院における在宅調整-在宅調整専任看護師の役割-. 癌と化学療法, 32, 59-61, 2005.
- 19) 久保田聰美: 退院調整における病棟管理者の視座. 看護管理, 15(4), 266-270, 2005.
- 20) 篠田道子: 退院支援システムの構築と退院調整看護師の役割. 看護, 60(11). 044-047, 2008.
- 21) 前掲書 12) 73-75.
- 22) 前掲書 14) 67-72.
- (受付: 2008 年 10 月 14 日, 受理: 2008 年 12 月 16 日)

The Actual Situation and Issues of Discharge Planning Activity of Nurses Working in the Hospitals

Yukiko HORANAI, Naoko MARUOKA,
Mayumi BAN, Kazuyo KAWASIMA

Abstract

The purpose of this study was to clarify the situation regarding discharge planning activities by nurses in the discharge planning seminar. The questionnaire survey was conducted on 79 nurses who participated in the seminar. Five items, including [understanding the degree of autonomy for ADL], revealed a high rate of prevalence before the seminar, and three items, including [evaluating the discharge planning], revealed low rate of prevalence before the seminar. Six items, including [understanding ideas about treatment after hospital discharge] and [understanding the patients' ability to live on their own] revealed a high rate of prevalence after the seminar, and two items, [evaluating the discharge planning] and [accumulating information on medical facilities in the region], revealed a low rate of prevalence after the seminar. Both before and after the seminar, difficulties were revealed in [providing support for patients (families) to make their own decisions]. After the seminar, the rate of information gathering to prepare for life after hospital discharge increased; however, the coordination of cooperation among related staff and evaluating discharge planning showed no changes before and after the seminar. Due to difficulties in providing support for patients to make their own decisions, it is thought that it will be necessary to enhance the training content regarding providing support for patients to make their own decisions and coordination of cooperation among related staff

Keywords discharge planning, discharge planning activity, continued nursing care, cooperation, nurses