

## 報告

## 退院調整部門の組織発達における 看護管理者および退院調整看護師の役割

丸岡直子<sup>1</sup> 伴真由美<sup>1</sup> 川島和代<sup>1</sup> 洞内志湖<sup>1</sup>  
内田真紀<sup>2</sup> 佐藤弘美<sup>3</sup>

### 概要

退院調整部門の組織発達に果たした看護管理者および退院調整看護師の役割を明らかにすることを目的に、6病院の14名の対象に面接調査を実施し、以下のことが明らかになった。

看護管理者は【求められる病院機能の自覚】と【病院機能・組織の転換期を捉える】ことから退院調整部門の設立を【チャンスを逃さず要望】し、設立後は【退院調整を推進する体制整備】と【退院調整看護師の活動をサポート】した。さらに、退院調整の実態や課題をもとに【改善につなげる】役割を果たしていた。退院調整看護師は【求められる病院機能の自覚】と【退院調整に求められる看護師の役割を自覚】し【退院調整部門の一員となる】ことにより活動を開始した。活動内容は【ルールをつくる】【経験の蓄積】【課題を明らかにする】【退院調整の関心を高める教育】【活動実績の提示】であった。両者の役割遂行の基盤は【求められている病院機能の自覚】であることが示唆された。

キーワード 退院調整 退院調整部門 組織発達 看護管理者 退院調整看護師

### 1. はじめに

近年、入院患者の高齢化や平均在院日数が短縮化する中、入院患者が退院後の療養生活をスムーズに開始するには、患者および家族の意思を尊重した支援が必要であり、介護保険制度の開始や診療報酬の改定などを契機に退院調整部門が設置されてきている。石川県においても、専任の看護師を配置した退院調整部門を設置する病院が増加している<sup>1)</sup>。退院調整部門の設置および組織・運営体制の明確化、退院調整機能を担う人材育成、病院と地域の看護情報の共有などの多様な課題がある中、病院内の一部門としての組織強化が期待されている<sup>2)3)</sup>。

平成20年4月の診療報酬改定では、後期高齢者退院調整加算が新設されるとともに、退院時共同指導料が改定され、退院調整部門の設立とその機能強化への期待は強くなっている。したがって、患者・家族の意思を尊重しながら、退院後の療養がその人らしく生活できるような効果的で効率的な支援を行うためには退院調整部門の設立と、どのようにその組織を発展させるかが課題であると考える。組織の発達とは人間のライフ・サイクルに

たとえられ、起業者段階・共同体段階・公式化段階・精巧化段階の4つの主要な段階を経ると言われている<sup>4)</sup>。このプロセスには創造性、明確な方向性の提示やチームワークの発達などの要素が影響し、その結果組織は発展していく。

病院による退院調整に対応する診療報酬体系が十分に認められていなかった頃に、専任の看護師を配置した退院調整部門を設立し、その機能強化に取り組んだ看護管理者や退院調整看護師が果たした役割を明らかにすることは、今後、病院組織において新たな組織を創設し、それを発展させていくことに示唆を与えるものと考えている。

そこで、本研究は、病院における退院調整部門の設立および設立後の機能強化に果たした看護管理者および退院調整看護師の役割を明らかにすることを目的とした。

なお、本研究では組織発達、退院調整、退院調整看護師、退院調整部門を次のように定義する。

**組織発達**：目的をもって複数の構成員によって形成された集合体機能の変化のプロセス。

**退院調整**：患者・家族が望む療養生活が可能となるよう、疾病や障害が生活全般に及ぼす影響を把握し、患者・家族に関わる多職種が協働して計画的に退院後の療養生活を整えるために行う活動。

<sup>1</sup> 石川県立看護大学

<sup>2</sup> 金沢医科大学看護学部

<sup>3</sup> 元石川県立看護大学

退院調整看護師：専任で他職種と協働して退院調整を行う看護師。

退院調整部門：看護師を含めた複数の職員により、入院患者の退院調整を行う病院組織の一部門。

## 2. 方法

### 2. 1 対象

平成4年～18年にかけて退院調整部門を設立した6病院の看護部長・副看護部長（以後、看護部責任者とする）と退院調整看護師の計14名である。対象者の内訳は、看護部長5名、副看護部長2名、退院調整看護師7名であり、6病院とも看護部責任者と退院調整看護師の両者を対象とした。

### 2. 2 調査方法

グループインタビュー法を用いた。研究グループメンバー2～3名が研究協力病院に赴き、看護部責任者と退院調整看護師に病院内の会議室等に集合してもらい、平成16年10月～平成17年3月までに1～2回のインタビューを実施した。また、平成17年3月～平成18年10月の間に、6病院の看護部責任者と退院調整看護師を含めた合同の退院調整検討会を4回実施し、その検討会の中で研究グループメンバーによるインタビューを実施した。

調査内容は、①退院調整部門の設立や活動開始に至るまでのプロセス、②退院調整活動や退院調整部門の機能強化果たした役割についてである。インタビューでは自由な形式で発言してもらい、発言内容を対象者の理解を得て録音した。

### 2. 3 分析方法

グループインタビューでの発言内容から逐語録を作成した。作成した逐語録から、6病院ごとに退院調整部門の設立経緯や設立後の状況について整理した。次に、逐語録から退院調整機能の発展に影響を与えた事柄や、看護部責任者や退院調整看護師が果たした役割を表している部分を取り出し、その意味を損なわないよう対象者の表現内容を生かしてコード化した。さらにコードの類似性を検討しながらカテゴリ化を進めた。また、抽出されたカテゴリの内容を退院調整部門の設立の経過にそって、その関係性を検討した。分析結果は面接の中で対象者に提示するとともに、退院調整の経験のある研究者にスーパーバイズを受け、内容の妥当性を確認した。

## 2. 4 倫理的配慮

本研究は本学の倫理委員会にて承認を得て実施した。6病院の看護部長に研究の趣旨・方法を文書と口頭で説明し研究協力の了解を得た。次に看護部長および看護部長から紹介された対象者に、あらためて文書と口頭で、研究の趣旨・方法、データを研究目的以外には使用しないこと、匿名性の確保、結果を看護関係学会等で発表することを説明し、文書による同意を得た。

## 3. 結果

### 3. 1 6病院の退院調整部門の設立経緯と設立後の状況

6病院の概要を表1に示した。以下に、6病院の退院調整部門の設立経緯と設立後の状況を示す。

A病院：県南部の中核病院である。平成10年に医療相談の充実や福祉・地域医療との連携を図るために医療福祉室を設置した。平成16年には急性期医療に対応するために、医療・福祉機関との前方連携および後方連携の強化による業務拡大と医療相談の継続を果たすために地域医療連携室に組織改編され、看護師配置も2名となった。

B病院：県中央部の総合病院である。平成16年に政策医療の推進と地域連携強化が病院の方針として新たに示され、この機に看護師長を配置した地域医療連携室を設立した。設立当初の病院の目標は紹介率・逆紹介率の向上であり、配属された看護師長は退院調整活動に従事できない状況がみられた。しかし、目標達成により、幹部職員の理解を得て退院困難事例に関わるようになり、病棟での合同退院カンファレンスに参加するようになった。平成17～18年には、訪問看護師など外部講師による講演会を開催した。その後、退院スコアの記載によるスクリーニング体制の整備、看護部門内の退院調整検討会（学習会）を自発的に立ち上げた。また、平成18年には、長期入院患者の実態調査や看護師全員を対象とした意識調査を実施した。

C病院：県中央南部にあり山間地区を診療圏にもつ病院である。平成14年に地域医療室が設置され、無医村地区対策や在宅酸素療法患者の在宅療養支援、介護保険制度導入に伴う病院と在宅および施設間の連携を円滑に進めるため、医療・福祉制度の改革や地域の状況に応じて、その機能を拡大してきた。地域医療室主任を中心に退院調整が必要な患者のスクリーニングや情報提供、相談活動を実施し、ケアマネージャーの資格をもつ看

看護師が在宅療養移行患者の支援を実施していた。

**D病院**：県中央部にある特定機能病院である。平成4年に在宅医療相談室を設立し、医療ソーシャルワーカー（以後、MSW）と訪問看護担当の看護師1名が配置され、在宅看護も担当しながら病院から在宅療養に向けても調整活動を実施してきた。その看護活動実績が認められ平成16年には看護師が2名に増員された。看護部プロジェクトの一つに退院調整委員会が発足し、長期入院患者の分析、看護師への啓発活動、退院調整マニュアルの作成を行ってきた。平成17～18年にかけて、長期入院患者の要因分析結果をもとにした在院日数の現状の把握と退院調整リスク表の作成、退院調整により在宅療養に移行した事例報告、病院マップの作成、DPC導入に関する講演会の実施を行った。さらに、退院調整マニュアルを改訂した。

**E病院**：県中央部の総合病院である。病床マネジメントを担う院内委員会が地域連携活動を推進してきたが、平成17年に医療連携部が設立された。医療連携部には看護師2名が配置され、従来から行っていた病診連携業務に、紹介率の向上や平均在院日数短縮の目標達成への活動が加わった。さらに、医療連携部の看護師として、退院後においても継続して良質なケアを提供し、患者・家族に満足を得ることを目的とした退院調整システムを構築するという目標を明確にした。しかし、平成18年には看護師のマンパワーの関係で、1名の看護師が病棟配置となり、医療連携部での経験を生かして病棟での退院調整機能の充実を図ることとなった。

**F病院**：県中央部にある慢性期医療を担っている病院である。平成17年7月に地域医療連携室が設立され、その後平成18年に看護師1名を配置し、神経難病患者を中心とした退院調整活動が開始となった。F病院は、近隣病院と統合し、従来の小児慢性医療に加えて神経難病医療の機能が強化され病院である。また、統合に際して、近隣病院で実施されていた訪問看護事業を受け継いだ。訪問看護件数が減少した。このことから、訪問看護件数を増加させることで、F病院の退院調整機能を強化したいと考え、看護部長は地域医療連携室に看護師の配置を強く要望し、看護師1名が配置となった。この看護師や病棟師長が中心となり、F病院の機能特性を生かした在宅療養中の外来患者の入院相談に始まる退院調整活動を実施していた。

### 3. 2 退院調整部門の組織発達に果たした看護部責任者の役割（表2）

看護部責任者が果たした役割は、【求められる病院機能の自覚】【病院機能・組織の転換期を捉える】【チャンス逃さず要望】【退院調整を推進する体制整備】【退院調整看護師の自発的な活動をサポート】【改善につなげる】の6つのカテゴリにまとめられた。なお、カテゴリを【 】, サブカテゴリを〈 〉, 対象者の発言内容を「 」で示す。

【求められる病院機能の自覚】とは、看護部管理者が勤務する病院が医療制度の改革や地域住民の医療ニーズから求められている使命や役割を認識することを意味し、〈医療の動向の変化を捉える〉など4つのサブカテゴリが含まれていた。D病院の看護部長は、自施設の機能について次のように述べていた。「21世紀の医療の目標の一つに在宅医療の推進がある。人工呼吸器をつけて退院される患者さんのケアを継続するには、訪問看護ステーションとの連携は不可欠。医療処置や疾病管理、ケア方法を訪問看護師に伝える役割が病院には求められている。看護情報を共有し、患者さんが適切な療養場所で医療が継続して受けられる環境づくりにも役割を果たさないといけない。」

【病院機能・組織の転換期を捉える】とは、病院の再編成や統合といった組織にとっては大きな転換の時期に遭遇し、運営上の課題を抱えたことを意味し、〈設置体の変更〉など3カテゴリが含まれていた。F病院のように2つの病院が統合され、新しい病院として組織が再編成されそれに伴い病院機能も拡大する状況となり、看護管理上の課題を問い直すことで組織の転換期を捉えていた。

【チャンス逃さず要望】とは、医療制度の改革や勤務病院運営上の転換期をチャンスと捉え、専任看護師を配置した退院調整機能の充実を病院幹部などにその構想を主張するという意味である。具体的には病院の転換期にあわせて〈専任看護師の配置を要求〉〈専任看護師配置数の増を要求〉していた。B病院では設置主体の変更に伴い、地域連携を強化する方針が強く打ち出された。病病連携や病診連携をはかるために紹介率・逆紹介率のアップが数値目標として示された。しかし、看護部長は急性期病院の役割として、退院後の在宅療養生活をスムーズに開始するために支援の充実が地域医療には不可欠であると日頃より考えていたため、地域連携室に専任の看護師長を配置したいと人員要求を行った。また、病床回転率の高い病棟看護師の職務満足度を上げることも重要である

と考え、地域連携室を設置する際に、看護師の配置を要望した。

【退院調整を推進する体制整備】とは、看護職員に退院調整部門の機能を周知すると共に、人材及び退院調整の活動の拠点となる部屋を確保することや、検討会の設置などの体制づくりを意味していた。このカテゴリには〈看護職員に展望を伝える〉〈退院調整看護師の役割を担う人材を配置する〉など6サブカテゴリが含まれていた。体制整備するにあたり、病院職員に対して専任の看護師、すなわち退院調整看護師を配置する意義と退院調整部門の機能を理解を促す役割をとっていた。具体的には、多職種合同の院内研修会の中で看護部長が新たに設立した退院調整部門の役割と期待を説明する機会を設けていた。さらに、人材確保については、退院調整看護師の役割を担う看護師を看護部長会議の席で募集したり、訪問看護の経験がある看護師を院内の人事異動で配置していた。

また、相談件数や内容の変化に対応するために看護師1名の増員を要求していた。

【退院調整看護師の活動をサポート】とは、退院調整看護師が病院内の退院調整システムの構築や看護職員への啓発を意図した活動に対して支援をすることであり、〈検討会やプロジェクトチーム設立提案を了承する〉〈院内教育プログラムの実施を了承する〉など5サブカテゴリが含まれていた。B・C・D病院では、退院調整看護師が企画した長期入院患者の実態調査や看護師の退院調整に対する意識や活動実態調査に対して、看護部責任者はその提案に理解を示していた。

【改善につなげる】とは、退院調整看護師の活動実績や課題を把握し、病院幹部や看護師長などのその内容を伝え、退院調整機能に対する課題解決へつなげる役割を意味している、〈病院幹部に活動実績と課題を伝える〉など3サブカテゴリで構成されていた。

表1 6病院の概要

病院	病床数	地区	退院調整部門の状況		
			名称	設立年	看護師数
A	384	県南部	地域医療連携室	H10 (H16改編)	2名
B	665	県中央部	地域医療連携室	H16	1名
C	152	白山山麓	地域医療室	H14	4名 (訪問看護にも従事)
D	938	県中央部北	在宅医療相談室	H4	2名 (訪問看護にも従事)
E	260	県中央部	医療連携部	H17	2名
F	310	県中央部北	在宅支援室	H18	1名 (訪問看護にも従事)

表2 看護部責任者が退院調整部門の組織発達に果たした役割

カテゴリ	サブカテゴリ
求められる病院機能の自覚	医療の動向の変化を捉える、病院機能特化による前方・後方連携の重要性を認識する、診療圏に無医村地区を抱える病院の役割認識、訪問看護・介護への橋渡しの役割の期待の高まりを認識する
病院機能・組織の転換期を捉える	病院の統合・再編成に遭遇する、設置主体の変更、病院機能拡大に向けた運営方針の決定
チャンスを逃さず要望	専任看護師の配置を要求、専任看護師配置数の増を要求
退院調整を推進する体制整備	看護職員に退院調整部門の役割と期待を伝える、部屋を確保する、退院調整看護師の役割を担える人材を確保する、退院調整機能を強化するために人材を育成する、病棟にリンクナースをおく
退院調整看護師の活動をサポートする	検討会やプロジェクトチーム設立提案を了承する、活動時間と場所の確保、調査実施への理解を示す、院内教育プログラムの実施を了承する
改善につなげる	病院幹部に活動実績と課題を伝える、退院調整の現状と課題を把握する、看護師長会議などで現状と課題を伝える

### 3. 3 退院調整看護師が果たした役割 (表3)

退院調整看護師が果たした役割は【求められる病院機能の自覚】【退院調整に求められる看護師の役割の自覚】【退院調整部門の一員となる】【ルールをつくる】【経験を蓄積する】【退院調整の関心を高める教育】【課題を明らかにする】【活動実績の提示】の、7つのカテゴリから示すことができた。

【求められる病院の役割の自覚】とは、患者・家族のニーズや医療の動向から所属病院に求められている機能を退院調整看護師が自覚していたという意味である。このカテゴリ内容は看護部責任者で述べたカテゴリ内容と一致したものであった。A病院の退院調整看護師は「医療制度の改革の中で地域医療連携がクローズアップされている。この病院が急性期病床と病院機能の棲み分けがあつて、患者さんの病状を観るのが急性期に限られた時、次につないでいくこと求められている」と、急性期病院に求められている役割をこのように述べていた。

【退院調整に求められる看護師の役割の自覚】とは、退院調整部門の一員となる前に抱いていた退院患者に対する思いの内容を意味していた。その内容は〈患者・家族の意思を実現する〉〈退院後の不安を少しでも軽減する〉など5つのサブカテゴリで構成されていた。これは、患者・家族が望む退院後の療養生活を不安なくスムーズに開始するために、看護師としての実施したい内容であり、退院調整の目的でもあった。B病院の退院調整看護師は、脳外科病棟勤務時を振り返って、「退院指導を進めても、もっと退院後の生活状況を捉えた中で問題解決をしていかなければ、長く生活していく場所には戻れないことを感じていた。医療側が退院を勧めても、退院後の生活の不安を入院中に解決していかないと、患者さんも家族も一歩も前に出ない。MSWと連携しながら退院までの流れをつくりたいと思った。」と述べていた。E病院の退院調整看護師は「入院時から退院に視点を置いた関わりを医師も看護師もしなければならない。人員が厳しい中で効果的な退院調整を行うにはシステムを作って支援したいと、この役割に就くことを希望した。」と述べていた。

【退院調整部門の一員となる】は退院調整部門に配置されるということであり、〈退院調整看護師を希望する〉や〈院内異動により一員となる〉方法で退院調整看護師に任命されていた。

B病院では希望により、その他の病院では院内

異動により退院調整部門に配属されていた。

【ルールをつくる】とは、退院調整システムを構築するためのシステムづくりを意味しており、〈退院調整マニュアルの作成〉や〈退院調整スクリーニングシートの作成〉が含まれていた。D病院では退院調整看護師、療養病棟の看護師や退院調整プロジェクトメンバーが退院調整マニュアルを作成・改訂し、退院困難患者をスクリーニングし、在宅療養への移行支援が早期に開始できるようにシステムを整えていた。ほとんどの病院で、退院調整スクリーニングシートが作成されており、退院調整部門に病棟からの情報が早期にもたらされるシステムを作っていた。

【経験を蓄積する】とは退院調整看護師としての能力を高めるという意味であり、人工呼吸器を装着した神経難病患者やIVH管理が必要なクローン病患者などの〈退院調整事例を積み上げる〉ことや〈退院困難事例の振り返り〉を行いながら経験を積み上げていた。

【退院調整の関心を高める教育】とは、病棟看護師が退院調整に関心をもち主体的に活動を行うための啓発を目的とした退院調整看護師が企画・実施した教育活動の内容を意味していた。教育活動には院内研修会などの集合教育と退院カンファレンスや病棟ラウンド時にアドバイスするといった方法をとっていた。このカテゴリには〈退院調整検討会の開催〉〈外部講師による講演会の実施〉〈合同カンファレンスに参加し意見を述べる〉など6つのサブカテゴリが含まれていた。C病院では院内看護研修に在宅看護体験学習を取り入れたり、B・D病院では訪問看護師や退院調整に関する有識者を講師とした研修会を企画・実施していた。

【課題を明らかにする】とは、所属病院の退院調整に関する課題を患者側と医療者側の両面から明らかにすることであり、実態調査や病棟をラウンドする方法をとりながら課題を明確にしていた。このカテゴリには〈長期入院患者の実態を調査する〉〈入院長期化の原因を分析する〉〈看護師の退院調整に対する認識や知識の程度を調査する〉など6つのサブカテゴリが含まれていた。B病院では看護師全体に実施した調査結果から、「看護師は患者が家に帰りたいと願っていることは掴んでいるが、知識がなくてどのように関わっていいのかわからない。患者と家族の関係性に踏み込んでいけない。また、退院後の在宅療養生活がイメージできない。」と看護師の能力に関する課題を明らか

にしていた。

【活動実績の提示】とは、退院調整看護師として実際に行った退院調整活動の件数や内容、さらには退院調整の課題を明らかにするために実施した調査結果を公表するという意味である。これには、(相談件数・内容を統計資料にする)(紹介率・逆紹介率を示す)など5つのサブカテゴリで構成されていた。

### 3. 4 看護部責任者・退院調整看護師の果たした役割の関係 (図1)

6病院の退院調整部門の組織発達は、図1に示したように「設立・体制の確立」「活動の開始」「システムの改善」の段階を経ていた。つまり、退院調整部門の設立は、看護部責任者と退院調整看護師両者の立場での【求められる病院機能の自覚】が起点となり、入院患者に対する退院調整活動と

表3 退院調整看護師が退院調整部門の組織発達にも果たした役割

カテゴリ	サブカテゴリ
求められる病院機能の自覚	医療の動向の変化を捉える, 病院機能特化による前方・後方連携の重要性を認識する, 診療圏に無医村地区を抱える病院の役割認識, 訪問看護・介護への橋渡しの役割の期待の高まりを認識する
退院調整に求められる看護師の役割の自覚	患者・家族の意思を実現する, 退院後の不安を少しでも軽減する, 介護保険制度に伴うケアマネジメント, 地域の社会資源の情報提供, 訪問看護師にケア内容を伝える
退院調整部門の一員となる	退院調整看護師を希望する, 院内異動により一員となる
ルールをつくる	退院調整マニュアルの作成, 退院調整スクリーニングシートの作成
経験を蓄積する	退院調整事例を積み上げる, 退院困難事例の振り返り
課題を明らかにする	長期入院患者の実態を調査する, 入院長期化の原因を分析する, 看護師の退院調整に対する認識や知識の程度を調査する, 病棟をラウンドする, 退院調整活動における困難性を調査する
退院調整への関心を高める教育	退院調整検討会の開催, 外部講師による講演会の実施, 合同カンファレンスに参加し意見を言う, 病棟をラウンドし看護師の質問に応える, 病棟看護師が在宅療養をイメージ化できるようにアドバイスする, 訪問看護の可能性を伝える
活動実績を示す	相談件数・内容を統計資料にする, 紹介率・逆紹介率を示す, 長期入院患者の実態と長期化の原因分析結果を示す, 看護師を対象とした意識調査結果を看護部全体に示す

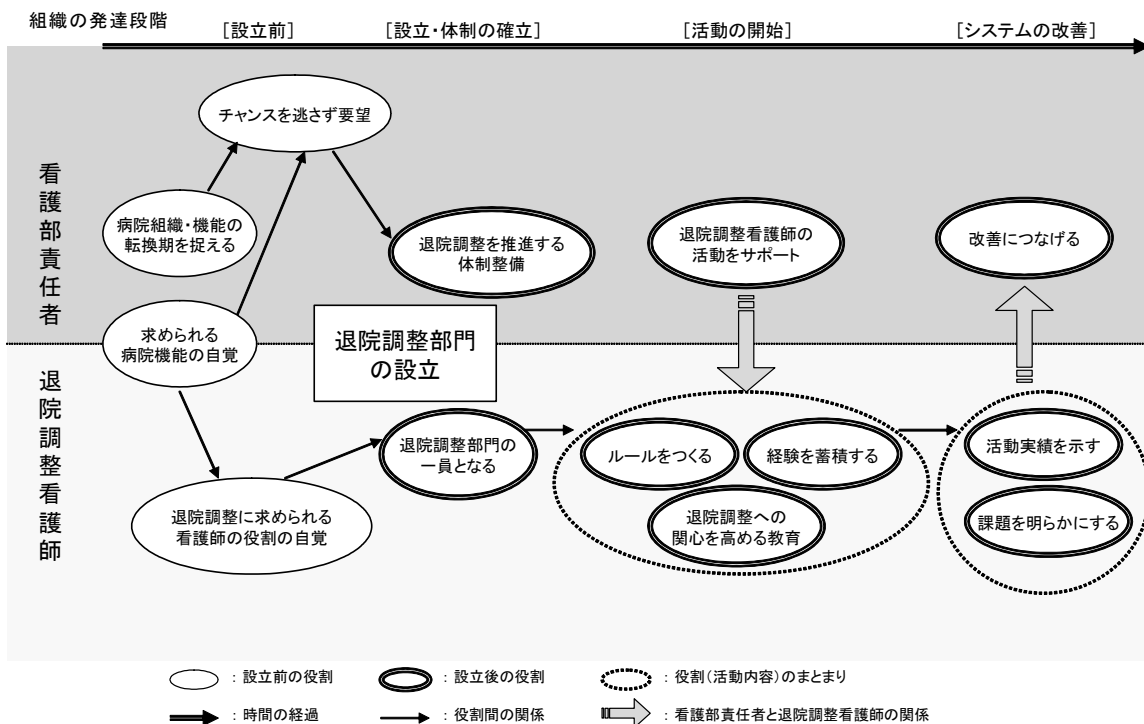


図1 退院調整部門の組織発達にも果たした看護管理者・退院調整看護師の役割とその関係

その活動を支援すること、および現状の課題を明確にして改善につなげていく過程を通して退院調整部門の活動が進展していった。

看護部責任者は、退院調整部門の設立前では【求められる病院機能の自覚】と【病院機能・組織の転換期を捉える】の両者から退院調整部門の設立を【チャンスを逃さず要望】していた。設立後は【退院調整を推進する体制整備】を行い、【退院調整看護師の活動をサポート】した。さらに、退院調整看護師から示された退院調整活動の実績をもとに【改善につなげる】役割を果たしていた。

退院調整看護師は、退院調整部門の設立前では【求められる病院機能の自覚】と【退院調整に求められる看護師の役割を自覚】しており、【退院調整部門の一員となる】ことにより活動を開始した。設立後には【ルールをつくる】【経験を蓄積する】【退院調整の関心を高める教育】という活動を実施していた。そして、これらの活動から【課題を明らかにする】とともに【活動実績の提示】を看護部責任者に行っていた。

#### 4. 考察

##### 4. 1 組織発達に果たした看護管理者と退院調整看護師の役割

###### (1) 組織の誕生と体制確立段階

退院調整部門の設立は新しい組織の誕生ではあるが、病院組織全体からみると病院組織の再構築という一面をもつ。このような組織を誕生させるには、環境把握と組織変革ニーズの高揚が必要であるといわれている<sup>5)</sup>。環境把握とは組織の外部および内部環境の変化を的確に捉えることである。また、組織がその機能を維持していくには環境との適合性を常に考え、環境変化に迅速に対応していかなければならない<sup>6)</sup>。

退院調整部門が設立される前には、看護部責任者も退院調整看護師も医療をとりまく環境が、医療機能分化・連携による切れ目のない医療の提供が重要となってきたことを自覚していた。また、入院基本料届出基準の在院日数短縮化、医療技術の進歩や患者・家族の療養に対するニーズが変化していることから、医療が病院完結型から地域完結型へと変化していることを受け止めていたと考えられる。伴ら<sup>7)</sup>や丸岡ら<sup>8)</sup>が実施した調査によれば、退院調整後の療養先は自宅が最も多く、その目的は家族の意思決定へのサポートや利用するサービスの調整であり、可能な限り在宅療養への移行を支援する看護師の役割遂行を反映した結

果が示されていた。このことから、病院組織内に新たに退院調整部門を設立するという動因には、医療環境の変化に対応することや、看護職者が急性期医療の目標に入院患者を“いかにその人らしく生活できる自宅に帰れるようにするか”という視点があげられると考える。

さらに、組織が誕生する段階では、明確な方向性の提示と組織体制を整え、成員の意見をまとめるリーダーシップが求められる<sup>9)</sup>。看護部責任者は、専任の看護師を配置した退院調整部門の設立を幹部に要望し、看護職員に対して退院調整部門の機能と退院調整看護師の役割を会議や院内研修会で説明していた。これは、病院幹部や看護職員に対する看護部のリーダーとして明確な方向性の提示であり、看護部責任者としてのビジョンの表明と考える。そして、この方向性は看護部責任者のみが自覚している内容ではなく、退院調整看護師となった人々の退院調整に対する考えと一致することでもあった。看護部責任者と退院調整看護師の退院調整に対する考え方の一致は、組織が発達するために必要であり、強力な方向性の明確化といえる。また、人材確保や人材育成といった【退院調整を推進する体制整備】もこの段階では組織を発達させる重要な要素となっていた。

###### (2) 活動の開始段階

退院調整部門が機能し始める段階では、退院調整看護師がその活動の中心となっていた。この段階では退院調整看護師が行ったことは【ルールをつくる】【経験を蓄積する】【退院調整の関心を高める教育】であった。この時期は、組織の発達段階では公式化段階にあたり、ルールや手順、統制システムが導入され、内部システムが安定の方向に進んでいき、トップ・マネジメントはコントロールを保持して権限委譲の様式をとるといわれている<sup>10)</sup>。

退院調整は病棟毎に発生するものであり、短い入院期間で効果的に行うには病棟看護師も退院調整の役割を担う体制が必要であると指摘されている<sup>11)</sup>。また、患者に一番近い存在の看護師が退院への支援をサポートする役割を話すことは在宅ケアへのスムーズな移行が可能になるとの指摘もされている<sup>12)</sup>。このような意味から、退院調整スクリーニングシートや退院調整マニュアルを整備するなどの【ルールをつくる】ことは、病棟看護師の退院調整に対する関心を高め、退院調整に必要な情報収集を可能にさせたと考える。また、院内研修や検討会の実施、病棟カンファレンスでの発

言などの教育的な活動も退院調整システムを機能させるためには有効であったと考える。

看護部責任者は【退院調整看護師の活動をサポート】する役割をとっていた。看護部責任者は退院調整部門の活動状況をみながら、実務的な活動とその課題を明確にする調査の実施などの退院調整看護師の自主的な活動を了承していた。このサポートは、退院調整看護師の活動をより自律的なものとする影響を与えていたと考える。

#### (3) 課題の明確化と改善に向かう段階

退院調整部門の活動が開始されると、【退院調整機能の課題を明らかにする】ことを目的に長期入院患者の状況把握や病棟看護師の活動実態・意識調査が実施されていた。これらは体制が整備されても効果的な退院調整活動を推進するには障壁があることを退院調整看護師は感じていたと考えられ、システムの改善や病棟看護師の意識改革を意図して実施されてものと考えられる。看護師を対象とした実態調査から、病棟看護師の知識不足に起因する自信の欠如や患者・家族の意思決定へのアプローチに困難を感じていることが明らかになり、現任教育の計画立案へ示唆を与え、課題解決に向けた資料となった。組織は体制整備だけでは発展せず、課題を明確にしそれを改善していくことで発展していくと考える。また、退院調整は多職種と協働して行われるものであり、退院調整看護師が抱えている課題を【活動実績を示す】中で看護部責任者に伝えていくことは、病院組織全体として改善に向かう原動力となりうると考える。

#### 4. 2 役割遂行の基盤となるもの

病院が求められている役割の自覚と退院患者に対する看護師の責務が退院調整部門の設立とその後の部門の強化への基盤となっていた。

看護部管理者や退院調整看護師は、退院後も医療管理や看護・介護が継続的に必要となる患者を早期から把握し、患者が生活の場に帰るための支援を主治医から退院指示が出てから開始するのは、入院期間が長期化することや、さらに家族側の理由によって退院困難な状況にあることが退院許可が出た時に明らかになることを経験的に知っていた。また、転院先を探すのではなく、患者が望む退院後の生活を実現することが退院患者や家族に対する支援であることを再認識したと考えられる。また、この考えは退院調整部門に専任の看護師の配置や人員増を【チャンスを見逃さず要望】することや【退院調整を推進する体制整備】の一

環として〈看護職員に退院調整部門の役割と期待を伝える〉という行動で示された。吉田<sup>13)</sup>は看護継続システム構築のためには実践者の自律と連携を看護管理者が支援する組織のあり方に認識を変え、看護管理者がビジョンを明確に打ち出す必要性を指摘している。第5次医療法改正では、医療計画制度を見直し、医療機能の分化・連携を促進することを通じて、シームレスな医療の提供を実現し、質の高い医療を安心して受けられる体制を構築することが明記された。このような中、看護師が果たすべき役割を病院幹部や看護職員に対して表明することは、看護管理者と退院調整看護師がパートナーシップの関係をつくり、退院調整システム構築への推進力となっていくと考える。

退院調整は患者・家族と医療チームが退院後の生活をイメージし、患者が病気や障害をどのように向き合って生活していくかというニーズを共有することからスタートし、患者の治療継続・病状変化から退院後に継続する医療・生活介護上の問題を予測していくことが必要とされている<sup>14)</sup>。さらに、退院調整看護師に求められる機能と役割の一つに患者や家族が持つセルフケア能力を内的資源として、これらを引き出し活用する機能が示されている<sup>15)</sup>。

退院調整看護師は〈患者・家族の意思を実現する〉や、患者・家族の〈退院後の不安を少しでも軽減する〉と自らの役割を示していた。これらのことは退院調整部門の一員として配置される以前から自覚していたことである。これらの自覚は、前述した退院調整において看護師の役割を果たすためには重要なことであり、退院調整看護師の活動を支える基盤となったことであると考える。

退院調整部門には紹介率・逆紹介率のアップや地域の医療機関等との連携を強化することが求められる中、看護部責任者と退院調整看護師のいずれも、患者・家族が望む生活を退院後も営めるための支援を第一義としていたと考える。

#### 4. 3 本研究の限界と課題

本研究の限界は対象者が6病院に限られており、退院調整部門の設立から活動が開始された時期に焦点をあてており、組織発達過程の全体を論じるには限界がある。

退院調整部門の組織発達をみるには、構造・過程・結果の3領域から客観的データを用いて分析することも必要である。今後は退院調整部門の活動や機能強化を評価することが可能な指標を明ら



かにして、退院調整機能とその発展を明らかにしていきたい。

## 5. まとめ

病院における退院調整部門の設立および設立後の機能強化に果たした看護管理者および退院調整看護師の役割を明らかにすることを目的に、6病棟の看護部責任者7名と退院調整看護師7名にグループ面接を行い、以下のことが明らかになった。

看護部責任者が果たした役割は、【求められる病院機能の自覚】【病院機能・組織の転換期を捉える】

【チャンスを見逃さず要望】【退院調整を推進する体制整備】【退院調整看護師の自発的な活動をサポート】【改善につなげる】であった。

退院調整看護師が果たした役割は、【求められる病院機能の自覚】【退院調整に求められる看護師の役割の自覚】【退院調整部門の一員となる】【ルールをつくる】【経験を蓄積する】【課題を明らかにする】【退院調整の関心を高める教育】【活動実績の提示】であった。

両者の役割遂行は【求められている病院機能の自覚】が基盤であることが示唆された。

## 謝辞

本研究に長期にわたりご協力いただきました病院の看護部の皆様に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したものです。

## 引用文献

- 1) 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.
- 2) 鄭佳紅, 上泉和子: 求められる退院調整看護師の活躍と退院支援システムの確立. 看護, 60(11), 40-43,

2008.

- 3) 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), 44-47, 2008.
- 4) Richard L. Daft: Essentials of organization theory & design, 2nd edition, South-Western College Publishing, 2001, 高木晴夫訳: 組織の経営学. ダイヤモンド社, 166-174, 2004.
- 5) 古川久敬: 構造こわしー組織変革の心理学. 誠心書房, 158-174, 2005.
- 6) 上田泰: 組織行動研究の展開. 白桃書房, 331-341, 2003.
- 7) 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.
- 8) 前掲書1) p4.
- 9) 勝原裕美子: 第1章組織とは何か, 井部俊子, 勝原裕美子編: 看護組織論, 日本看護協会出版会, 2-43, 2007.
- 10) 前掲書4) p172.
- 11) 篠田道子: 第2章退院調整のプロセスとシステム構築. 篠田道子編: ナースのための退院調整一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, 29-55, 2006.
- 12) 宇都宮宏子: 訪問看護師に望みたい病棟看護師の意識改革を促すアドバイス. コミュニティケア, 10(3), 50-55, 2008.
- 13) 吉田千文: ケア継続のための看護システム構築の推進ー看護管理の立場から., 看護, 58(4), 70-73, 2006.
- 14) 宇都宮宏子: 第2章退院支援の体制と準備, 松下正明監修: チームで行う退院支援ー入院から在宅までの医療・ケア連携ガイド, 19-58, 2008.
- 15) 前掲書11) p43.

(受付: 2008年10月14日, 受理: 2008年12月17日)

## The Role of Nursing Administrators and Discharge Planning Nurses in the Organizational Development of Discharge Planning Departments

Naoko MARUOKA, Mayumi BAN, Kazuyo KAWASHIMA,  
Yukiko HORANAI, Maki UCHIDA, Hiromi SATOU

### Abstract

The purpose of this study was to clarify the role of nursing administrators and discharge planning nurses in the organizational development of a discharge planning department. We carried out interviews with 14 subjects of 6 hospitals. The results are outlined below. The nursing administrators did “demand at every opportunity” the establishment of a discharge planning department stemming from “awareness of demanded hospital functions” and “grasp of a turning point in hospital function/organization”. After the establishment of such, they undertook “organizational maintenance to promote discharge planning” and “support of the activities of the discharge planning nurses”. Furthermore, the idea of “linking to improvements” was developed based on the actual situation and issues in discharge planning. Discharge planning nurses had “awareness of demanded hospital functions” and “awareness of the role expected of nurses in discharge planning”, with each beginning their activities as “an individual member of the discharge planning department”. The contents of their activities were “rule creation,” “accumulation of experience,” “clarification of problems”, “education to raise interest in discharge planning” and “presentation of the results of activities”. It was suggested that “awareness of demanded hospital functions” forms a base for role accomplishment for both groups.

**Keywords** discharge planning, discharge planning department, organizational development, nursing administrator, discharge planning nurse