

報告

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院看護師の役割

丸岡直子 佐藤弘美 川島和代 伴真由美 小松妙子

概要

退院患者に提供された看護サービスの実態から退院調整における病院看護師の役割を明らかにするために、I 県内の 8 総合病院の看護部長および看護師長 1 名ずつ計 16 名を対象に、退院調整部門の設置状況と必要性、医療依存度が高い状況で退院となった患者に対する看護師が実施した支援の状況を調査した。

退院調整部門を設置している病院はなかった。病院看護師は患者・家族の意志決定への支援、退院後の療養生活指導、関係職種・機関との調整を実施しており、退院調整の中心的役割を果たしていた。しかし、患者に提供される支援の内容は、看護師の退院調整に関する知識・技術の程度に影響される可能性が示唆された。今後、退院調整看護師が病棟看護師と連携をとり、退院困難な状況にある患者を把握し、社会資源を有効に活用し、入院時から適切な退院調整を実施するためのシステム構築の検討が必要である。

キーワード 退院調整, 退院調整看護師, 退院調整部門, 継続看護, 在宅看護

1. はじめに

わが国では、人口の高齢化が進み、疾病の慢性化による継続医療の必要性や社会資源の有効活用の重要性が指摘されている¹⁾。また、1980 年代後半以降の診療報酬改定では、長期入院の是正、在院日数の短縮化、在宅医療の推進が主要改訂方針として打ち出され、一般病床等の平均在院日数は減少した²⁾。さらに、病院の経営管理上、患者の入院期間の短縮は重要な課題となっている³⁾。

このような状況において、医療施設では入院患者の早期社会復帰や在宅療養に向けての環境を整備するために、さまざまな指導や調整が実施されている。しかし、病院機能として退院計画を入院当初から推進する意識は低いとの指摘⁴⁾もあり、現実には入院治療がほぼ終了した時点、あるいは退院許可となった段階で退院準備が始まることが多い。その結果、患者は十分な支援を受けないまま退院に至る例も少なくないと考えられる。

手島⁵⁾によれば、退院計画とは個々の患者・家族への教育指導や諸サービスの適切な活用を援助するよう病院においてシステム化された活動・プログラムであると定義されている。このように、入院患者への退院に向けた支援は病院全体で取り組むものである。その中で、患者やその家族に最も身近な存在である看護師の果たす役割は大きい

ものと考えられる。

本研究の目的は、I 県内の病院において退院患者に提供された看護サービスの実態から、退院調整における病院看護師の役割を明らかにし、その役割を遂行するための課題を検討することである。

なお、本研究では退院調整、退院調整看護師および退院調整部門を以下のように定義する。

退院調整：患者および家族が望む療養生活が可能となるように、疾病や障害が生活全般に及ぼす影響を把握し、患者・家族にかかわる様々な職種が協働して、計画的に退院後の療養生活を整えるために行う活動。

退院調整看護師：病院において、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：看護師を含め専任の職員で構成され、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

対象は、研究の主旨・方法に同意の得られた I 県内の一般病院 8 施設の看護部長および看護師長 1 名ずつの計 16 名である。なお、看護師長は各病院の看護部長より、退院調整を必要とする入院患者の比率の高い病棟を担当している看護師長の中

から推薦を得て決定した。

8施設の概要は表1に示したとおりである。

表1 調査施設の概要

設置主体	公的: 6施設	医療法人: 2施設
病床数	200未満	2施設
	200～500未満	2施設
	500床以上	2施設
平均在院日数	約16～21日	
入院基本料	基本料1: 7施設	基本料2: 1施設

2.2 調査方法・内容

(1) 調査方法

平成14年11月から平成15年2月に、面接法により調査した。

(2) 調査内容

看護師長に対しては、医療依存度が高い状況で在宅療養あるいは転院となった事例に焦点をあて、退院決定から退院までのプロセスにおける、患者・家族に対する退院にむけての準備・支援の内容とその担当者について調査した。

調査項目は、退院後の療養場所の意思決定への支援、介護力の確認、在宅療養上の問題の明確化、合同カンファレンスの開催、退院指導の実施に関して、医療・福祉関係機関との連携、療養環境・経済的基盤整備、退院前訪問、看護サマリーの作成、退院調整に関する課題、である。

看護部長に対しては、退院調整看護師導入の状況、退院調整部門の設置状況と必要性、退院調整ガイドラインの有無に関して調査した。

表2 事例の概要

事例	年齢	性別	主な診断名	入院期間	退院後の療養場所	主介護者	退院後の主な医療処置・生活援助など
1	90代	女	糖尿病 急性腎不全	3週間	自宅	長男夫婦	尿留置カテーテル管理
2	80代	男	慢性呼吸不全 うっ血性心不全	2ヵ月	自宅	妻 長男の嫁	在宅酸素療法 リハビリテーション
3	60代	男	脳梗塞	5ヵ月	病院	妻	経管栄養、リハビリテーション
4	50代	男	脳幹梗塞	6ヵ月	自宅	妻・娘	経管栄養(胃瘻)、全面介助
5	60代	男	ALS 腰部脊柱管狭窄	12ヵ月	自宅	妻	レスピレーター管理、痰の吸引、 経管栄養(胃瘻)、排便コントロール
6	50代	男	多発性脳梗塞	6ヵ月	自宅	妻	痰の吸引(気管切開)、経管栄養(胃瘻)、 褥瘡ケア
7	60代	男	脳梗塞	6ヵ月	自宅	妻・長男	リハビリテーション、排泄・移動援助他
8	70代	女	脳梗塞	4ヵ月	自宅	夫・長女	食事・排泄援助

なお、調査の際に取り上げた8事例の概要を表2に示した。性別は、男性6名、女性2名、平均年齢は69.8歳、主な診断名は脳血管障害5名、その他3名であった。退院後の療養場所は7事例が自宅、1事例が病院であった。主介護者は7事例が配偶者、1事例が長男夫婦であった。退院後の主な医療処置は、経管栄養管理、痰の吸引、リハビリテーション、レスピレーター管理などであった。

2.3 倫理的配慮

看護部長および看護師長に研究の主旨・内容を文書および口頭で説明し、同意を得た。併せて、調査結果の公表に関して、個人名や施設名が特定されないよう配慮することを説明し了解を得た。

3. 結果

3.1 退院患者に提供された支援内容と担当者(表3)

(1) 退院後の療養場所の意思決定への支援

すべての事例で、主治医が退院の決定をした時点、あるいは治療が終了となり退院の目途がついた時点から、退院後の療養場所の検討が開始されていた。

看護師長や受け持ち看護師は、患者や家族の意思を尊重しながら意思決定への支援を行っていた。特に、在宅療養の可能性を検討する場合は、医師からの病状説明後や家族の面会時を利用して、介護力やキーパーソンの確認、家屋改修の必要性、介護サービス等の手続きなど様々な課題に対して、時間をかけて関わっていた。

表3 退院患者に提供された支援内容と担当者

n=8(事例) 重複あり

支援の内容	実施事例数	担当者の内訳
意思決定への支援	8	病棟看護師長・受け持ち看護師(8)
介護力の確認	8	病棟看護師長・受け持ち看護師(8)
在宅療養上の問題の明確化	8	受け持ち看護師(8)
合同カンファレンスの実施	7	家族, 地域の医療・福祉関係者, 院内職員で実施(3) 家族・病院職員で実施(2) 病院職員で実施(2)
退院指導の実施 日常生活援助技術 医療処置 疾病管理・観察 緊急時の対応 衛生材料の管理	8	受け持ち看護師(8) 受け持ち看護師(8) 受け持ち看護師(8) 薬剤師(1) 受け持ち看護師(8) 受け持ち看護師(8) 訪問看護師(5)
医療・福祉関係機関への連携	8	MSW(6) 病棟看護師長・受け持ち看護師(3) 病院所属のケアマネジャー(2)
療養環境・経済的基盤整備 医療費の助成申請 介護保険申請 住宅改修費の助成申請 住宅改修の助言 福祉用具の調達	8	MSW(5) MSW・ケアマネジャー・看護師長 MSW PT・OT が関与 PT・OT MSW(5) ケアマネジャー(3)
退院前訪問	4	PT・OT・MSW(4) 受け持ち看護師(1)
看護サマリーの作成	8	受け持ち看護師(8)

退院の許可があり,在宅療養に移行するプロセスには,家族は介護不安などから退院後の療養場所の決定には葛藤が見られた.脳梗塞で日常生活の全面的な介助を要する状況で在宅療養となった事例では,退院を間近に控えた外泊時の状況から,最終的に家族が在宅療養への移行を決定していた.この間,住宅改修や福祉用品の整備を進めるとともに,病棟看護師長や受け持ち看護師は頻りに家族と面談を重ね,患者や家族の思いを尊重しながら関わりを持っていた.

また,慢性呼吸不全で入院した患者の例では,患者が強い在宅療養の希望を持っていたのに対して,主治医は病状やADLの自立度から療養型施設への適応と判断していた.このような状況の中,家族は介護不安から退院後の療養場所の決定に葛藤していた.この事例では,病棟看護師と病院に併設した訪問看護部の看護師によるケアプランや在宅酸素療法管理の指導計画の提案により,主治医が在宅療養が可能と判断するとともに,家族の介護不安を軽減することにより,患者の希望をか

なえたいという家族の意思を確立するに至った.

(2) 介護力の確認

8事例とも,病棟看護師長や受け持ち看護師が介護力の情報収集や分析を行い,ケアプラン立案時に介護の分担を検討する参考情報としていた.さらに,面会時や家族を含めた合同カンファレンスで,予測される福祉サービスの内容を提示しながら介護力の確認を行っていた.

(3) 在宅療養上の問題点の明確化

8事例とも,受け持ち看護師が中心となり,家族から情報収集し,介護力の確保や住宅改修などの在宅療養上の問題を明らかにしていた.必要時,この情報を理学療法士(以後,PTとする.),作業療法士(以後,OTとする.),医療ソーシャルワーカー(以後,MSWとする.)などに伝えられ,合同カンファレンスの開催につながっていた.

(4) 合同カンファレンスの開催

病棟看護師と他の医療従事者の合同カンファレンスの実施は7事例で実施されていた.家族および地域の医療・福祉関係者の参加がみられるのは

3 事例, 家族の参加があるのは 2 事例, 院内職員のみによる実施は 2 事例であった。

患者の退院が決定した時点で開催する場合や, 定期的実施している事例もみられた。また, 看護師長または受け持ち看護師が必要に応じて開催を促している場合もみられた。

また, 退院前に実施された試験外泊時に, 患者宅に受け持ち看護師, PT, OT, MSW, 訪問看護ステーションの看護師が集まり, 退院後の在宅療養の課題解決の確認を行う合同カンファレンスも開催されていた。

(5) 家族への技術指導

どの事例も, 受け持ち看護師が中心となり, 家族に来院してもらい技術指導を実施していた。内容は, 移動・体位変換・清潔援助などの日常生活援助技術, 経管栄養の管理方法, 軟膏処置, 人工呼吸器の管理方法, 吸入, スキンケア方法, 在宅酸素療法の管理方法, 疾病管理・観察についてであった。

さらに, 緊急時の連絡方法, 滅菌・衛生材料等の調達・管理方法も, 受け持ち看護師が家族に指導を実施していた。

(6) 保健・福祉機関との連携

8 事例とも, 在宅療養や転院を進める際に, 保険・福祉機関との連携が実施されていた。その担当は 6 事例が MSW が行っており, 一部、ケアマネージャーや病棟看護師長や受け持ち看護師も担当していた。ほとんどの病院で, 病棟看護師長または受け持ち看護師が, 介護申請や住宅改修費の助成を進めるために, MSW に対して必要な情報を提供していた。

(7) 療養環境・経済的基盤整備

8 事例とも, 療養環境および経済的基盤整備に対する支援は実施されていた。支援の内容により, 住宅改修・福祉用具の調達は, 主に PT や OT が関わっており, 退院前訪問や外泊時の情報から検討していた。経済的基盤の整備として, 医療費助成申請, 介護保険申請および住宅改修費の助成申請は MSW が窓口となっており, 申請の内容によっては PT, OT やケアマネージャーが関与していた。

(8) 退院前訪問

退院前訪問は 4 事例で実施されていた。家屋の改修が必要な場合は PT や OT が主に訪問していた。ある病院では, 試験外泊時に受け持ち看護師も在宅訪問し, 訪問看護師と情報交換をしたり, 在宅療養上の問題を実際の療養環境を観察するこ

とで再確認をしていた事例も見られた。

(9) 看護サマリー

8 事例とも, 受け持ち看護師が中心となり看護サマリーを作成し, 転院先の看護部あるいは訪問看護ステーションに看護情報を伝えていた。訪問看護部等を設置している病院では, 訪問看護師から退院後の患者の状況について情報を得ていた。

3.2 退院調整に関する課題

面接の対象となった看護師長は, 次のような退院調整に関する課題をあげていた。

退院後の療養場所の決定に関して, 患者や家族の意志を尊重して退院調整が実施されていた。しかし, 介護力の確保, ケアの質を確保した継続看護の保障, ADL を維持するためのリハビリテーションの継続, 転病院の確保などにより, 必ずしも患者・家族の意思を実現しているとはいえない状況でもあった。また, 医療依存度の高い患者が在宅において継続したケアを受けるためには, 訪問看護ステーションの力量が大きく関与してくる。このような患者が退院後の療養場所を決定する場合, 居住地区の訪問看護ステーションが提供可能な看護サービス内容の情報を病院看護師が熟知していることが重要であり, この点における情報交換の必要性が課題としてあげられた。

また 退院調整がシステム化されていないため, 病棟や各診療科が独自に退院調整をしている現状であり, 退院調整が必要な患者に対して統一した支援を提供する必要性も課題としてあげていた。

在宅療養開始後の患者の状況が, 病院の看護部門に情報として入ってこないため, 入院中の看護を評価することができない状況である。病院と転院先施設, あるいは病院と訪問看護ステーションとの看護の連携を強化し, 双方の看護情報を交換する必要性も課題としてあげられた。

3.3 退院調整看護師の導入に関して

いずれの病院も, 退院調整看護師の導入はされていないかった。

訪問看護部等を設置していない病院の看護部長は, 退院調整看護師を導入することに対して, 次のような役割を期待していた。その内容は, 在院日数の短縮や, 在宅療養や患者の状況に応じた医療・福祉施設への速やかな移行をはかるために, 患者や家族への適切な介入である。入院患者の退院への支援は, 専門的知識を求められることから, 専任者の設置を希望しているが, 現状では看護師

の増員は難しいとの認識であった。

また、病院組織の一部として訪問看護部等を設置している病院の看護部長は、訪問看護部門の看護職員に、MSW と連携をとり病棟看護師に退院に向けての情報提供や退院指導の充実をはかることを期待していた。

3.4 退院調整部門の設置状況と必要性

(1) 設置状況

調査対象の8病院とも、退院調整部門は設置されていなかった。

(2) 退院調整部門の必要性の認識

退院調整部門が必要であると回答した看護部長は7名、必要でないのは1名であった。

退院調整部門が必要な理由は、地域包括的医療における病院と在宅(地域)との医療連携の強化、社会的入院患者の減少による医療施設の有効利用、在宅療養への速やかな移行などをあげていた。退院調整部門を必要としない理由は、病棟看護師長や受け持ち看護師が、患者・家族の状況を確認しながら、病院併設の訪問看護師、MSW や PT など十分に連携をとり退院調整を行っているためであった。

3.5 退院調整ガイドライン

退院調整ガイドラインを有していた病院はなかった。しかし、2病院が検討を予定していた。

4. 考察

調査から明らかになった退院患者とその家族に提供された看護サービスの実態から、退院調整における病院看護師の役割と、その役割遂行するための課題について考察する。

4.1 退院調整に果たした病院看護師の役割

(1) 意思決定への支援と問題の明確化

退院後の療養場所を決定するには、介護力の確保、介護者の不安軽減、家屋改修の必要性、介護サービスの内容、転院先施設の有無などが判断基準となり、これは解決しなければならない大きな課題である。患者や家族の在宅療養あるいは施設入所への意思決定には、病棟の看護師長あるいは受け持ち看護師が、家族の面会時などを利用して時間をかけて前述した課題の確認を行っていた。このことは、家族の介護不安感の内容を明らかにし、患者・家族を含めた合同カンファレンス開催へとつながったと考えられる。また、患者や家族

に関わる看護師は、病棟看護師長あるいは受け持ち看護師など、概ね同じ看護師が一貫して関わっており、家族にとっても相談相手が明確になっていることは介護不安への軽減と、医療関係者と共に課題の解決を図っていくという動機づけになっていったと考える。

しかし、受け持ち看護師は病棟において交替制勤務者であり、勤務日の担当看護業務を考慮して、家族との面談日時の調整を図るには困難が生じていたものと推察される。さらに、在宅療養の可能性を判断するために、家族の在宅療養への意思確認、介護者の状況、医療処置に対する力量などを情報収集することが求められ、深い患者・家族理解の能力が求められる。

(2) 課題解決へのコーディネート

在宅療養を可能にするには、福祉サービスの導入や家屋改修、介護用品の整備が必要である。この課題解決には、MSW、PT、OT、病院併設の訪問看護部の看護師が関わっていた。これらの職員に対する支援依頼は、病棟看護師長または受け持ち看護師が実施していた。この調整機能を遂行するには、地域資源に対する知識やその資源を有効に活用していくための交渉能力、患者や家族への説明能力が必要になってくる。つまり、在宅療養に関する専門的知識と関係職種や機関に対する交渉能力など、担当する看護師の力量が求められる内容でもある。

また、病棟看護師が合同カンファレンスの開催のイニシアチブをとったり、訪問看護部の看護師と共に主治医に在宅療養の可能性について提言していた。このことは、常に患者や家族と継続した関係性を保ち、患者や家族の社会的状況や心理的側面を把握し、企画と調整能力を有する看護師の働きに負うところが大きいと考える。

(3) 在宅療養にむけての技術指導

受け持ち看護師は、生活援助技術、経管栄養や在宅酸素療法の管理方法などについて、患者・家族に指導を実施していた。

医療依存度が高い患者が在宅療養に移行しようとする時、これらの技術の多くは介護者が担当することになり、介護不安の大きな原因となっており^{6)~8)}、必要な医療処置の洗い出し、具体的手技の指導、必要物品の調達は、在宅療養移行への安心の提供につながると指摘されている⁸⁾。この技術指導を介して、さらなる家族の不安や課題を明確にすることが可能となり、この部分は病棟看護師が責任を持って実施しなければならない内容もある。さら

に、在宅療養環境や介護者の力量を把握した上で、必要な医療技術や生活援助技術を指導する能力が求められる。

今回の調査では、受け持ち看護師が中心となり技術指導がなされていた。しかし、技術の内容によっては、より専門の知識・技術を有する看護師と連携をとり、指導の実施と評価を行う必要があると考える。

4.2 退院調整看護師導入の必要性

病棟看護師は、退院調整において、患者・家族の在宅療養への意思決定に対する支援、在宅療養における課題の明確化と解決のための関係職種・機関への調整、技術指導などを実施し、退院調整における中心的役割を果たしていた。

退院計画の推進に必要な看護師の能力としては、問題解決思考力、企画・運営・調整能力、患者・家族の認識を理解し参加を促す能力、責任・倫理に関わる能力、移行期支援能力が指摘されている⁹⁾。この能力は、看護師としての経験と在宅療養に関する専門的知識と技術を有していなければ発揮できない能力と考える。退院調整は、患者・家族の考えや意思、家族の社会的背景を理解し、患者・家族の参加を促し、関係職種・機関と連携をとりながら進めなければならない。つまり、退院調整には専門的知識と技術に基づいた系統的で継続的な取り組みが求められる。したがって、退院患者に提供される支援の内容は、看護師の退院調整に関する知識・技術の程度に影響される可能性が示唆された。

しかし、現状では交替制勤務者である病棟看護師が、自らの勤務予定と勤務日の担当看護業務を調整しながら、退院調整が行われている。その結果、タイムリーな退院調整が困難となり、退院調整期間の長期化など、患者・家族にとっても効果的でない体制の中で退院支援が実施される可能性が考えられる。

さらに、退院調整に必要な時間の確保には、看護師個人の努力の範囲を超えているという指摘⁹⁾や、退院調整を専門に行う夜勤をしない看護職員が必要であるという指摘¹⁰⁾もみられる。また、近年では、日々の看護業務に影響されない退院調整看護師を医療事務職員や社会福祉関係職員とともに専任で配置している病院も出現し、その活動が報告¹¹⁾⁻¹⁷⁾されており、退院調整看護師の存在意義が注目されている。

以上より、退院調整を行うには専門的知識と技

術が必要であり、入院当初から退院計画を推進するために、日常の看護業務や夜勤を担当しない退院調整看護師の導入が重要であると考ええる。

4.3 退院調整部門の必要性

在院日数の短縮化や病院と在宅医療との連携を強化する目的から、ほとんどの看護部長が退院調整部門の必要性を認識していた。特に、訪問看護部が設置されていない病院では、退院調整部門の設置を要望しており、専任の看護師やMSWの配置を考えていた。新たな部門を作り、専任の看護師を配置することで、より退院後の療養生活に密着した退院への支援の充実を期待していた。しかし、訪問看護部門を設置している病院では、人事管理の厳しい現状から、現在のシステムの中で退院調整の役割を担っているケアマネジャーや訪問看護師の役割強化を期待していた。

現在、病院と訪問看護ステーションとの連携を強化し、双方の速やかな情報交換と訪問看護が必要な患者を適切な訪問看護ステーションに依頼することを可能にし、どの施設でも共通して使用可能なツールとして「早期退院連携ガイドライン」¹⁸⁾が開発されている。さらに、訪問看護ステーションとの連携システムが整備されている病院は、地域連携機能を果たす窓口が一括化され、連携のためのマニュアルが整備されているとの報告¹⁹⁾もみられる。今回の調査でも、退院調整に関わった看護師長は、病院と訪問看護ステーションとの看護の連携強化を課題に上げている。今後、この課題を解決するためには、「早期退院連携ガイドライン」の有効活用や、病院組織あるいは看護部門に地域との看護の連携をとる窓口の設置と連携のあり方を検討することが望まれる。

4.4 現行看護体制における退院調整機能強化

病院経営や人事管理の厳しい現状にあって、退院調整部門を設置するには多くの課題を解決しなければならない。このような状況にあって、入院患者に対して適切な時期に必要な退院調整を実施するためには、退院調整が必要性を判断するのアセスメント方法の確立と退院調整ガイドラインの整備が必要であると考ええる。

今回の調査で提示された事例は、いずれも病棟看護師が中心となり、患者・家族の意思を尊重して退院に至った事例である。このような事例の一つ一つの退院調整プロセスを分析し、この分析結果を元に各病院の状況に応じた退院調整のガイド

ラインを整備することができると思う。調査対象となった病院では、退院調整ガイドラインは整備されておらず、各病棟がそれまでの経験に基づいて退院調整を進めていたと推察される。従って、患者・家族にとってより有効な退院調整を行うためには、まず退院調整ガイドラインの整備が必要と考える。

さらに、ほとんどの事例で退院の目途がついた時点から退院調整が開始されていた。退院調整の必要性の判断は、速やかな在宅療養への移行に結びつく要因の一つと考えられ、退院調整の判断を入院当初から行う必要がある。前述した退院調整ガイドラインと併せて、退院調整が必要であると判断するためのアセスメントツールを検討することが重要であると考えられる。

以上より、病院経営や人事管理面では厳しい現状ではあるが、退院困難状況にある患者を把握し、入院時から退院調整を実施するためのシステムの構築を、病院の機能や看護職員の状況に応じて検討していく必要があると考える。

5. まとめ

医療依存度が高い状態で退院となった患者に対する退院調整において、病棟看護師は患者・家族の意志決定への支援、退院後の療養生活指導、関係職種・機関との調整を実施しており、退院調整の中心的役割を果たしていた。しかし、患者に提供される支援の内容は、看護師の退院調整に関する知識・技術の程度に影響される可能性が示唆された。今後、退院調整看護師が病棟看護師と連携をとり、退院困難な状況にある患者を把握し、社会資源を有効に活用し、入院時から適切な退院調整を実施するためのシステム構築の検討が必要であると考えられる。

謝辞

今回の調査にご協力いただきました関係者の皆様に深く感謝いたします。

なお、本研究は平成 14 年度に実施した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の一部であり、千葉看護学会第 9 回学術集会にて発表した。

引用文献

- 1) 森山美知子, 済生会山口総合病院看護部: ナーシング・ケースマネジメント, 退院計画とクリティカルパス, 医学書院, 20-26, 1998

- 2) 厚生労働省: 平成 12 年病院報告
 - 3) 竹谷英子: わかりやすい看護の経済学, 日本看護協会出版会, 127-134, 2001
 - 4) 長野宏一郎, 大内尉義: 1 章 - 1 医療社会福祉部の目的, 大内尉義, 村嶋幸代監修: 退院支援東大病院医療社会福祉部の実践から, 2-19, 杏林書院, 2002
 - 5) 退院計画研究会編(手島陸久編集代表): 退院計画, 病院と地域を結ぶ新しいシステム, 中央法規出版, 5-7, 1996
 - 6) 斎藤静代, 中添和代, 阿部美知子: 在宅療養移行時における家族指導の実態と課題, 日本看護学会論文集 第 33 回地域看護, 3-5, 2003
 - 7) 阿南みと子, 佐藤鈴子: 筋萎縮性側索硬化症在宅介護者がもつ問題とニーズ, 日本看護学会論文集 第 33 回老年看護, 17-19, 2003
 - 8) 藤原聖子, 三浦まゆみ: 自宅での介護に強い不安を持つ家族への援助, 家族看護, 1(1), 164-170, 2003
 - 9) 塚本友栄: 退院計画の実践から必要な教育を考える, 退院計画自己評価を取り入れて, Quality Nursing, 9(10), 25-33, 2003
 - 10) 山田雅子: 看護連携に必要な視点とは, 看護展望, 27(2), 20-23, 2002
 - 11) 前掲 1), 68-71
 - 12) 柳沢愛子, 若林浩司: 2 章退院のための支援 - 医療社会福祉部の実際, 大内尉義, 村嶋幸代監修: 退院支援東大病院医療社会福祉部の実践から, 22-79, 杏林書院, 2002
 - 13) 倉田和枝: 「退院調整専門看護師」設置に伴う波及効果, 看護, 49(12), 92-103, 1997
 - 14) 石垣靖子: 早期退院計画システムのモデル化 - パイロット・スタディと今後の課題, 看護, 49(12), 55-66, 1997
 - 15) 本道和子, 須藤直子, 川村佐和子: 在宅での療養環境を整える, 退院調整における看護職の役割, 看護管理, 11(10), 760-765, 2001
 - 16) 本道和子, 須藤直子, 内藤千恵他: 退院調整過程の構造に関する研究 - 家族の意思決定への支援, 日本看護管理学会誌, 3(2), 28-38, 1999
 - 17) 島内節, 乗越千枝: 早期退院を可能にするケア・マネジメント, 看護, 49(12), 67-79, 1997
 - 18) 川越博美監修: 病院と地域の連携を促進する早期退院連携ガイドライン, コミュニティケア, 5(11), 89-116, 2003
 - 19) 酒井昌子: 独立型訪問看護ステーションの連携システム, コミュニティケア, 5(11), 35-40, 2003
- (受付: 2003 年 11 月 19 日, 受理: 2004 年 1 月 22 日)

The Role of Nursing in Discharge-Planning Based on Actual Conditions in Hospital Nursing Intervention for Discharged Patients

Naoko MARUOKA, Hiromi SATO, Kazuyo KAWASHIMA, Mayumi BAN, Taeko KOMATSU

Abstract

The purpose of this study was to clarify the role of hospital nurses in discharge-planning based on the actual conditions of nursing interventions for discharged patients. Subjects were 8 Directors of nursing and 8 Head nurses of general hospitals in Ishikawa prefecture. Semi-structured interviews were conducted with each subject about discharge-planning. The results were as follows.

There was not a section for discharge-planning at any of these hospitals. The role of hospital nurses was supporting the patient and family during discharge-decision making, providing instruction on home care, and facilitating adjustment of the related organization and occupation. It was suggested that the status of patients requiring severe medical care dependency was influenced by the knowledge and skills for nursing interventions during discharge-planning. To better structure the system for discharge-planning, it is necessary to promote collaboration between discharge-planning nurses and ward nurses, to communicate with the patient and family during difficult situations involving home care and to make good use of social resources.

Key words discharge-planning, discharge-planning nurse, section of discharge-planning, continuing nursing care, home care