

# 急性期病棟の退院調整における看護の役割

## ～患者及び家族の QOL の向上をめざして～

○ 河野万美 井ノ上梢 井上史子 佐藤章子 前田照美  
福岡赤十字病院 北五階病棟

キーワード：退院調整、自己決定、チーム連携

### 1. はじめに

医療制度の改革や病院機能分化に伴い在院日数の短縮化が進み、患者は退院後も療養生活を継続するケースが増えている。急性期病院において患者は、治療過程を経て症状が落ち着くとリハビリ病院や施設等への転院、あるいは退院と次の過程への移行期間が短いという特徴を持っている。このような現状の中、急性期病院における退院調整は患者及び家族と信頼関係を築きながら安心して次のステージを向かえ、満足のいく療養生活を送ることが出来るよう支援するという上で重要な意味を持つ。急性期病院であるが故に早期からの退院調整を行う意義がある。今回、急性期病院での退院調整における現状を明らかにし、看護師の役割と課題を探りたい。

### 2. 研究目的

退院調整の現状を把握し、円滑に進めていくために必要な看護の役割を探る。

### 3. 用語の定義

退院調整…患者・家族が退院後も自立したその人らしい生活を維持するために、責任を持って地域の社会資源に繋げる責務を担うこと  
成功事例…抽出した事例のうち患者の意向や希望に即していた事例

不十分事例…抽出した事例のうち患者の意向や希望に至らなかった事例

円滑点…退院調整をスムーズにした点

困難点…退院調整を行う上で困った点

### 4. 研究方法

調査期間：H19.4.1～H20.7.31

研究対象：調査期間中に当病院に入院していて、退院調整を実施した 18 事例（無作為抽出）。

分析方法：①成功事例、不十分事例に分類した。②各事例で円滑点、困難点の視点から患者、家族、医療者、社会資源の側面を読み取りを行い、カテゴリー化した。

### 5. 倫理的配慮

患者個人が特定されないよう年齢や疾患、性別に関しての事例分析は行わず、退院調整

に関する内容のみ抽出した。

### 6. 結果

18 事例のうち、成功事例：8 事例、不十分事例：10 事例であった。

#### 1) 退院調整の現状と必要要件

##### (1) 患者

退院調整の事例の読み取りをしたところ、成功事例で退院調整の円滑点は、病状や予後といった【告知あり】、病状やサービスに対する受入れ良好といった【理解力】という点があった。反対に、困難点は、自身の【状況の認識不足】という点があった。一方で、不十分事例では、退院調整の円滑点はなく、困難点では、【病状の不安定】、禁酒が守れないなどのコンプライアンスの低さといった【認識不足】であった（表 1）。

##### (2) 家族

家族において成功事例では、退院調整を円滑点は、【家族の協力】が得られた、退院前の【共同指導の実施】による問題解決ができた、【予後の説明】がされていた、退院・転院に対する受け入れの良好さといった【理解力】があり、退院調整の困難点はなかった。不十分事例では、円滑にした点はなく、困難点は、積極的な【協力体制不足】、受け入れは良くても【条件の多様化】により円滑に進まない、家族の精神的、社会的、物理的【準備不足】、【意思決定不足】、【キーパーソンの不明瞭】という点があった（表 2）。

##### (3) 医療者

医療者では、成功事例で退院調整を円滑にした点は、多くの看護師が携わったという【看護師の関心】、時期を見逃さなかった等の【適確な時期】、入院時より在宅ターミナルの調整を実施したいといった【目的の明瞭化】により、それに向けて日々の看護師が調整を図り、記録等により定期的に【看護の評価】を実施していた点があった。困難点は、主治医と看護師、他スタッフ間での情報共有が不足していたといった【連携不足】、退院調整の時期が



遅かったという【時期の予測不足】、今後の有り様や活用できる社会資源についての【知識不足】で行動へ移せないという点、共同指導の導入を試みたくとも【患者への未告知】により実施できない内容があった。不十分事例では、円滑点として時期を見逃さなかったという【適確な時期】、患者や家族の意思確認後すぐに【共同指導の実施】をしていることや、症状から今後を見据えての【早期アプローチ】、多数のスタッフの関わりがあったという【他職種の連携】が挙げられた。困難点は、転院時期の見逃しや、終末期で病状や予後の把握不足により調整時期を見逃した【時期・予後の予測不足】、患者や家族の今後の希望やニーズを十分に把握できていないといった看護師の【家族との連携不足】、退院調整をすることに対してのスタッフの【認識・知識不足】があり、中には、すべての点で調整を困難とした事例もあった（表3）。

表1. 退院調整要因と患者

	成功事例		不十分事例	
円滑点	告知あり	3	告知あり	0
	理解力	1	理解力	0
困難点	状況認識不足	1	認識不足	1
			病状不安定	2

表2. 退院調整要因と家族

		成功事例	不十分事例
円滑点	家族の協力	5	0
	共同指導の実施	2	0
	予後の説明	1	0
	理解力	1	0
困難点	協力体制不足	0	1
	条件の多様化	0	1
	準備不足	0	1
	意思決定不足	0	1
	キーパーソンの不明瞭	0	1

#### (4) 社会資源

社会資源では、成功事例の中で退院調整を円滑点は、入院前から利用しているサービスがあった等の【既存サービスの利用】、使用できる範囲でのサービス利用といった【資源の有効活用】であり、困難点は転院の意向を示しても転院先が決定しない【後方連携病院の確保困難】があった。不十分事例は、円滑点

はなく、困難点はアルコール性の肝不全のためホスピスへの適応外となるケースや患者・家族の希望に合った転院先がみつかりにくいといった【後方連携病院の確保困難】、使用できるサービスがあっても患者の理解や受入れ不足による社会資源への【知識不足】があった（表4）。

表3. 退院調整要因と医療者

	成功事例		不十分事例	
円滑点	看護の評価	2	共同指導の実施	2
	適確な時期	1	適確な時期	1
	目的の明瞭化	1	早期アプローチ	1
	看護師の関心	1	他職種の連携	1
困難点	連携不足	3	時期・予後の予測不足	5
	時期の予測不足	1		
	知識不足	1	家族との連携不足	1
	患者の未告知	1	認識・知識不足	1

表4. 退院調整要因と社会資源

		成功事例	不十分事例
円滑点	既存サービス利用	1	0
	資源の有効活用	1	0
困難点	知識不足	0	1
	後方連携病院の確保困難	1	1

## 7. 考察

### 1) 退院調整と患者・家族

患者の病状の【理解力】や【告知状況】は、退院後を含めた今後の人生をどのように過ごすかをイメージすることや自身の希望を導き出すことを支援する要件である。宇都宮は、病棟看護師の退院調整における役割として、「患者が「どう生きるか」という自己決定の支援を行う」<sup>1)</sup>と述べていることから患者が病状をどう捉え、どのようなニーズがあるかを早期に把握することが退院調整を順調に導く鍵といえる。

家族との関連をみると、【家族の協力】や【理解力】は、退院調整時に必要不可欠であるといえる。退院後、患者の介護等支援するのは家族であり、介護力や経済面においての協力は必須となる。そのため、退院調整を行っていく上で、家族が今後についてどのような希望や不安を抱いているのかを把握し、患者とのズレを調整していくことが必要であると示唆された。更に、家族が円滑に介護を実施できるよう【共同指導】の役割も大きいといえ



る。また、患者自身の自己決定が困難である場合は、患者に代わって今後を決定していく場合もある。篠田は退院調整に「主体的な参加を促すことは、患者・家族が自ら自己選択・自己決定することでもある」<sup>2)</sup>と述べている。家族の理解力や協力を引き出す上でも家族が今後について自己決定できるよう支援することは積極的に退院調整に参加していくきっかけとなると考えられた。

## 2) 退院調整と病棟看護師

各事例で退院調整を円滑にした【適確な時期】に介入できたという要件から、看護師自身の退院調整の必要性に関する意識付けが必要であると考えられた。更に、時期を見逃さないために早期より患者・家族の今後に向けた自己決定を支援し、退院調整に向けたアセスメントを実施していくことが成功へ導くと考えられた。患者や家族に関わる機会の最も多い病棟看護師は、彼らのニーズを把握しやすい立場にある。しかし、退院調整の必要性を感じながらも【知識不足】により、苦手意識やどのように行動していけばよいか分からず葛藤することもある。原田は退院調整に関して「カンファレンスを持つことで、在宅生活をイメージする力を養う効果がある」<sup>3)</sup>と述べており、退院調整への関心をもち定期的にタイムリーなカンファレンスを行うことが望ましいといえる。一方で、退院調整の時期を把握していくために、退院調整チェックリストや地域連携パスなど、退院調整を円滑にするシステムの構築のみでなく、運用方法について考えていくことも望ましい。

退院調整には主治医は勿論、地域連携室やMSW、ケアマネジャー、訪問看護師等病院内外の他職種が関わる特徴から、受け持ち看護師のみで抱え込まず、各自が持つ情報を共有し、チームで協働して実施していくことも必要である。その際これらを繋ぐ調整役として療養支援看護師が導入され、今後その役割が期待されている。この連携の中には家族との連携という側面も持つ。先述したように家族の自己決定は退院調整に影響を及ぼす要因であり、家族の現状や思いを把握し支援するという上で看護師のコミュニケーション能力を高め、信頼関係の構築に努めることも同時に必要であるといえる。

## 3. 退院調整と社会資源

各事例を見ると明らかであるように、退院調整を実施する上で、後方連携病院の確保が課題であるといえる。在宅療養を希望してい

ても、本人の身体能力や家族介護力等考え、直接自宅へ帰れない場合も少なくない。今後、地域医療支援病院としての役割を果たすためにも周辺の医療施設との転院後を含めた連携が必要不可欠である。

2006年介護保険制度改訂があり、予防介護を含む在宅サービスの充実化が図られているが、患者、家族の中にはサービス内容についての理解が不十分で退院調整を困難にする場合もある。このことより、患者や家族へのサービスについての知識の提供ができることや利用できるサービスや制度について理解することも看護師には求められ、適確なサービスの調整が必要であることが示唆された。篠田は退院調整における社会資源の活用について「フォーマルな社会資源を活用しながら、インフォーマルな資源としての自己・家族の力が有効的に発揮でき、その療養者の「望む退院後の暮らし」が実現できるように支援していくことである」と述べている<sup>4)</sup>。患者の利用可能な社会資源の把握を実施し、活用できる能力を身につけることが求められている。

## 8. 結論

退院調整を円滑に実施する上での看護の役割及び課題として次の点が明確となった。

- 1) 患者及び家族の早期自己決定を支援しながら共に目標を共有する必要がある。
- 2) 退院調整への関心を高め、必要な知識とアセスメント能力の構築に努め、療養支援看護師の活用が必要である。
- 3) 患者・家族とのコミュニケーション能力の向上と信頼関係の構築に努める必要がある。
- 4) 後方連携病院の開拓と転院後の交流や連携が必要である。

## 9. おわりに

今回、退院調整に際して病棟看護師として積極的に携わるべき役割が見え、今後の課題を見出すこととなった。今後は病棟内での円滑な退院調整の実施に向けて本研究を生かしたい。

## 引用文献

- 1) 宇都宮宏子：「退院調整」とはなにか，看護学雑誌，vol.72，No.2，p837，2008.
- 2) 篠田道子：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，p40，2006
- 3) 原田かおる：病棟看護師が退院支援に取り組める体制づくりのコツ，看護学雑誌，vol.72，No.2，p840，2008
- 4) 前掲書2)，p17