

〔資料〕

退院調整看護師の活動と退院支援における課題

藤澤 まこと¹⁾ 普照 早苗¹⁾ 森 仁 実¹⁾
 黒江 ゆり子¹⁾ 平山 朝子²⁾ 川井 恵理子³⁾

Activity of the Discharge Planning Nurse and Future of the Discharge Planning

Makoto Fujisawa¹⁾, Sanae Fusho¹⁾, Hitomi Mori¹⁾, Yuriko Kuroe¹⁾,
 Asako Hirayama²⁾, and Eriko Kawai³⁾

I. はじめに

少子高齢化が急速に進んでいるわが国では、国民所得に対する国民医療費の占める割合が急激に増加し、平成15年度には8.55%となった¹⁾。2002年の診療報酬改定において「退院指導計画の作成と実施」が要件として追加され、急性期入院加算にも在院日数17日以内という要件が設けられた²⁾。そして、医療費削減に向けた2006年の中長期の医療費適正化方策にも平均在院日数の短縮があげられている³⁾。そのため入院患者はますます医療依存度の高い状態のまま、在宅で療養生活を送らなければならなくなる。また家族の介護力や受け入れ状況によっては在宅療養が困難となり、後方病院への転院や、施設入所を余儀なくされることになる。そのような状況下では、病院利用者を、入院時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がますます重要となってきた。

本研究の対象となったG病院のあるG市の人口は、39,551人(2005年12月1日現在)であり、高齢化率は28.57%(2005年4月1日現在)である。またG市は2004年3月1日に過疎地域の村と合併し、過疎市町村となっている。診療圏内には病院が2カ所、診療所が5カ所、訪問看護ステーションが2カ所、介護老人保健施設が2カ所、介護老人福祉施設が2ヶ所ある。その中でG病院は、325床を有し、過疎市町村におけ

る唯一の中核病院としての役割を担っている。そして、1999年度から退院調整看護師が病棟業務と兼任で退院調整業務を始め、2002年度の退院調整室の設置とともに専任となった。2004年度には退院調整室が「総合サポートセンター」となり、在宅療養に向けて地域との連携をはかっている。しかし、退院調整看護師は院内に1人であり、退院支援には限りがある。そのため、看護サービスの質を確保した上で在院日数の短縮化に応じた支援を行うには、病院組織全体として取り組む必要があり、数々の課題が残されている。

本研究では、まず退院調整看護師の活動実績を明らかにし、支援の対象となった病院利用者の現状を把握した。また病院利用者側から退院支援の実態を把握するために、退院調整看護師が関わった病院利用者に対して家庭訪問調査を行い、意見・要望を聴いた。その結果より、病院利用者側からみた退院支援における課題を明確にし、退院支援のあり方について検討する。

II. 方法

1. 退院調整看護師の活動内容

退院調整看護師に活動内容について聞き取り把握する。

2. 退院調整看護師の活動実績

分析方法: 退院調整看護師が活動実績として記録した5年間の年度別相談事例数、2003年度の年代別相談事

1) 岐阜県立看護大学 地域基礎看護学講座 Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

2) 岐阜県立看護大学 学長 President, Gifu College of Nursing

3) 岐阜県立下呂温泉病院 Gifu Prefectural Gero Hot Springs Hospital

例数、疾患別状況、平均在院日数のデータを収集し分析した。

- 1) 年度別相談事例数(1999年度~2003年度)をエクセル表に単純集計し表記した。
- 2) 2003年度の年代別相談事例数、疾患別状況、平均在院日数についてエクセル表に単純集計し、年代別相談事例数、疾患別状況について表記した。

3. 病院利用者への退院後の家庭訪問調査

1) 調査期間

2004年9月から11月。

2) 調査対象者

退院調整看護師が退院支援に関わりケア会議を開いて退院した人、退院後一定期間在宅で療養生活を送った人(過去3ヶ月~1年程度の範囲内で退院した人)で、家庭訪問の了承の得られた5事例を選定した。

3) 調査方法

退院後の病院利用者の家庭を訪問し、退院後の生活実態や病院利用者側の意見・要望を調べた。その際共同研究者間で話し合っ作成した訪問調査票をもとに、本人・家族を対象に半構成的面接を行った。聞き取った内容は、面接後すぐに訪問調査票に記述した。なお本調査は、研究メンバーである大学教員5人と他2人の教員の協力を得て実施した。

4) 調査内容

調査内容は、事例の概要(氏名、性別、年齢、住所、病名、要介護度、家族構成と年齢、既往歴)、退院時の指導内容(看護師その他の職種との関わり)、退院後の経過(病

状経過)、医学的管理(治療・処置内容、服薬内容、病状・症状、かかりつけ医、往診・外来通院の状況)、本人の生活状況(移動、食事、排泄、清潔、運動活動・睡眠状況・褥瘡の有無と程度、意思疎通の有無、24時間の生活の現状〔日課〕)介護状況、家族の状況、利用している保健・医療・福祉サービス、現在困っていること、病院のサービス利用および退院に際しての看護職者への希望、であった。

4. 事例の概要の把握

事例の概要の把握については、家庭訪問調査において聞き取った内容に、退院調整看護師から得た情報とケア会議記録も加味した。

5. 倫理的配慮

家庭訪問に際しては、退院調整看護師からその趣旨を本人・家族に口頭で説明し、了承が得られたことを確認してから実施した。また訪問時に再度、調査結果は本研究の目的以外に使用することはないことを説明した。公表にあたっては施設や個人が特定されないよう配慮した。

III. 結果

1. 退院調整看護師の活動内容

退院調整看護師の活動内容は、以下の通りである。

- ①退院調整を必要とする患者のスクリーニング(病棟訪問)、②患者・家族との面談(退院後の意向確認、介護サービスの説明、介護用品等の調整)、③退院に向けての患者・家族・医療者との意見調整、④ケア会議の開催(在宅療養に向けて関係職種との情報交換)、⑤地域関係機関と

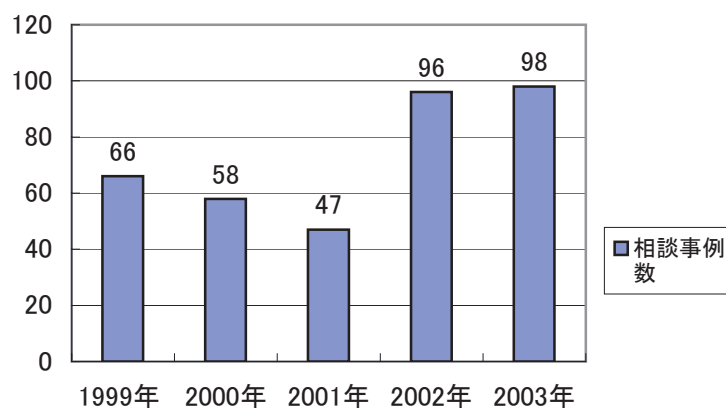


図1 相談事例数

の連絡調整、⑥患者の状況に応じた後方施設への紹介など。

2. 退院調整看護師の活動実績

1) 相談事例数の推移

退院調整看護師が、年度別に記録した過去5年間の年度別相談事例数は、図1のとおりである。相談事例数は、退院調整看護師が兼任であった2001年度は47事例であり、専任になった2002年度は96事例、2003年度は98事例となった。

2) 2003年度1年間の相談事例の状況

相談内容については2002年以前のデータが得られなかったため、家庭訪問調査の前年度に当たる2003年度1年間の実績を以下に示す。

(1) 年代別相談事例数

2003年度に退院調整看護師が関わった相談事例数は98件(98人)であった。年代別に見ると、20代1人(1%)、30代1人(1%)、40代1人(1%)、50代2人(2%)、60代13人(13%)、70代40人(41%)、80代26人(27%)、90代14人(14%)であり、70歳以上が82%を占めていた(図2)。平均年齢は76.8歳(SD=12.1)であった。

(2) 疾患別状況(表1)

疾患別でみると、脳血管疾患22人(22.4%)が最も多く、次いで悪性新生物18人(18.4%)、心疾患11人(11.2%)、呼吸器疾患11人(11.2%)となっていた。以下詳細は表1に示す。

(3) 平均在院日数

退院調整看護師が関わった事例の平均在院日数は

表1 退院調整相談事例数(疾患別)

疾患の種類	件数	(%)
脳血管疾患	22	22.4%
悪性新生物	18	18.4%
心疾患	11	11.2%
呼吸器疾患	11	11.2%
整形外科疾患	8	8.2%
腎・泌尿器疾患	4	4.1%
消化器疾患	3	3.1%
糖尿病	3	3.1%
難病	1	1.0%
その他	17	17.3%
計	98	100.0%

82.1日であった。

3. 家庭訪問調査の概要

1) 対象者: 今回家庭訪問を実施した事例は、5事例(男性5人)であった。年齢層は、60歳代2人、70歳代2人、80歳代1人であった。

2) 家庭訪問調査の結果

訪問調査票の調査項目より、病院利用者の意見・要望が語られた項目「退院時の指導内容(看護師その他の職種との関わり)」「現在困っていること」「病院のサービス利用および退院に際しての看護職者への希望」を中心に示す。

(1) 退院時の指導内容

今回訪問した5事例では、入院中に退院指導を受けたと認識していたのはE氏1例であり、「本人は電動車椅子の操作を習得し、娘は導尿処置・リフトの操作をマスターした」「退院前には、病院関係者・在宅で利用予定のサービス提供者によるケア会議を開き、その場に娘も出席して話し合いを行った」と述べていた。他の4

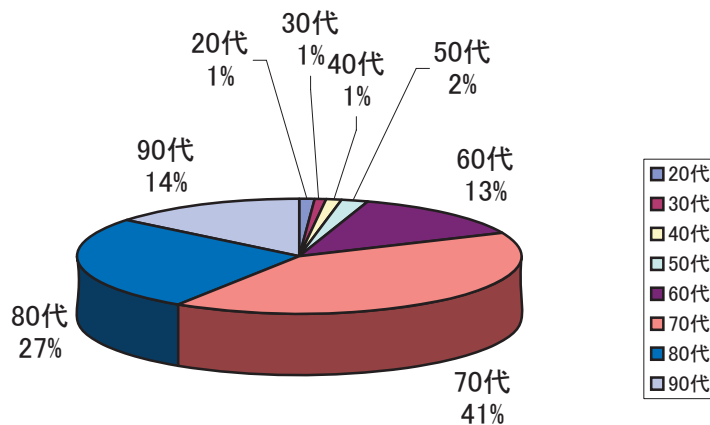


図2 退院調整相談事例数(年代別)

表2 家庭訪問事例の概要

事例	事例の概要	退院時の指導内容・看護師その他の職種との関わり	現在困っていること
A	入院前はトイレ歩行もできていたが、誤嚥性肺炎で6ヶ月入院している間に、寝たきり状態となった。嚥下障害のため経口摂取は許可されず、医師より胃瘻を勧められたが家族が拒否した。点滴施行し、妻の持ち込み食（おかゆ、ゼリーなど）のみ摂取していた。退院後は訪問看護師も関わり、妻が一口ずつ食べさせていたところ、経口摂取しても、誤嚥しなくなった。時々むせることはあるが、嚥下できているようである。水分は本人が摂取を嫌がり、摂取量が不足している。そのため排尿量が少なく（500 ml + α）尿混濁・浮遊物がある。週3回点滴（1000 ml / 回）で水分・栄養分を補給している。	病棟では、退院指導はされていない。退院調整看護師には話を聞いてもらった。	・食事のメニューを考へること。食べられるものが限られていることと、本人の嗜好が変わってくるので、難しい。 ・本人が水分を摂ろうとせず水分摂取量が少ないこと。 ・バルンカテーテル挿入中であるが、排尿時に不快感があること。
B	脳血管疾患、慢性心不全があり、脱水、発熱、肺炎などで入院を繰り返している。入院中は、おもに点滴治療を行う。自宅に戻れば、日中はほとんど車椅子に乗って過ごす。1年前までは、妻の介助により、トイレで排泄できていたが、最近では自分で体を支えることが困難になり、小柄な妻が介助するのは無理になった。今は、ベッドと車椅子の移動介助で精一杯である。日中もうとうとしていることが多く、言葉も少なくなってきた。ADLは徐々に低下している。	医師に話せない不安なことを、病棟看護師、退院調整看護師に聞いた。	・本人の食事量が少ないことが心配である。 ・これ以上、寝たきりに近い状態になると、妻一人では体を支えられなくなり、車椅子への移乗が困難になる。 ・妻も膝と腰が痛い。もともと血圧が低く、90/60くらいなので疲れやすい。
C	動脈炎で、入院前から外来診察に月1回通っていた。発熱、血尿などがあり、娘と一緒に車椅子で受診した。CRPが20.8もあり、主治医に入院を勧められたが、当初本人が納得せずに「死んでも入院せん」と嫌がったものの、何とか説得し入院した。入院後1ヶ月してようやく原因が分かった。1ヶ月半ほど、病棟では寝たきり状態だった。治療は、抗生剤の点滴をステロイド系に変更し快復した。	退院調整看護師に、退院近くになって「1日も早く退院させてほしい」と頼んだところ、すぐに医師に連絡をとってくれて、直後に医師から返事をもらった。在宅に帰ってからの介護方法などは病棟看護師と時間が合わず、結局聞かないまま退院になった。退院後は、ケアマネに困ったことは相談している。	・これと違って思い浮かばない。ストレスを感じるようになったら終わりだと思うので、その前に自分で対処していると思う。
D	脳血管疾患で入院を繰り返しており、2月に心嚢・肺水腫により他院に入院する話がでた。妻が通うことが困難になることと、妻の体調不良もあり、G病院に入院することにした。いったん退院したが、38℃以上の発熱、血圧低下、アルブミン低下による浮腫出現のため、8月に入院し9月に退院した。退院後は発熱も無く、落ち着いている。	退院調整看護師から、妻の体調を考へて「あわててつれて帰る必要はない」と言われ、患者も付き添い者も癒された。	・気管切開をしており、吸引をしなければならぬので、ヘルパーを使えない。ショートステイも利用できない。 ・昼間は、買い物にもいけない。 ・介護保険料（約2万円）以外に衛生材料費が約4万円かかる。
E	作業中に墜落して受傷。他県の病院にて、手術施行。在宅療養に向けた準備を目的として転院してきた。そのため、入院当初から、本人は電動車椅子の操作を習得し、娘は導尿処置・リフトの操作をマスターした。退院前には、病院関係者・在宅で利用予定のサービス提供者によるケア会議を開き、その場に娘も出席した。退院してすぐ、尿漏れが始まり、泌尿器科を受診した。尿漏れに対する薬を服用したが、そのせいで大便がゆるくなってしまい、もれたり臀部が汚れたりして大変だったが、膀胱留置カテーテルになり落ち着いた。また、エアマットの電源が入っていないことがあり、一晩で褥瘡ができてしまった。訪問看護師に臨時訪問で対処してもらい、1ヵ月半くらいで治癒した。それ以降は特にトラブルなし。今のところ体調は安定している。主介護者は娘である。	在宅に帰るための準備を目的として転院してきた。入院時から在宅療養に向けた準備した。本人は電動車椅子の操作を習得し、娘は導尿処置・リフトの操作をマスターした。退院前には、病院関係者・在宅で利用予定のサービス提供者によるケア会議を開き、その場に娘も出席して話し合いを行った。	娘は、全面的に本人の介護を担っている。今後、妻の病気の治療が開始するため、一層大変になりそう。（妻の病気のことは、本人が動揺するだろうと思って説明していない。）

事例では、「病棟では、退院指導はされていない」「在宅に帰ってからの介護方法などは病棟看護師と時間が合わず、結局聞かないまま退院になった」と述べていた。

退院調整看護師の関わりに対しては「退院調整看護師には話を聞いてもらった」「医師に話せない不安なこと

を、病棟看護師、退院調整看護師に聞いた」「声をかけてもらったことが心の支えになった」と述べられていた（表2）。

(2) 現在困っていること

現在困っていることとして、「食事のメニューを考へ

表3 病院のサービス利用および退院に際しての看護職者への意見・要望

事例	病院のサービス利用および退院に際しての看護職者への意見・要望
A	<ul style="list-style-type: none"> ・医師については、「嚥下造影の結果、食事を出してもらえなかった。胃瘻造設を断ったら、熱がなくなったから帰ってもらおうと言われた。退院が決まってから、入浴後に40℃の熱が5日間で8回出た。血尿が出ていて、尿路感染ではないかと思ったが、CTで胸に陰があると言われた。入院中6ヶ月間リハビリもさせてもらえなかったの、入院前はトイレまで歩行できていたのに寝たきりになってしまった。」と述べていた。 ・病棟看護師については、「看護師としてはいい人だったが、『食べられない、ということはみんなで話し合っただけだから』と話を聞いてくれなかった。」と述べていた。 ・退院調整看護師については、退院後に身体障害者手帳の取得時にも退院調整看護師に相談したということで、信頼感が強い。「この人がいるから相談できるし、不安が取れる。勇気付けられる。」と述べていた。
B	<ul style="list-style-type: none"> ・退院調整看護師は、退院のときも熱心に相談に乗ってくれて助かった。話すときもホッとできる。何でも話せる感じなので心安い。 ・入退院を繰り返しているの、いつも同じ病棟に入っている。受け持ち看護師さんも同じ人なので、よく分かってくれている。やはり、医師の次に看護師さんに頼っていると思う。医師の話だけでは分からないことがあるが、看護師は気軽に聞け、納得することができる。 ・ケアマネは、月1回は必ず自宅に来てくれるので、そのときに相談したいことは何でも話している。向こうからもよく連絡してくれるので安心している。 ・訪問看護師は、週1回なので、本人の食べる量が減ったり、発熱したりすると、来てくれるまでが不安である。24時間連絡体制をお願いしており、何かあったらいつでも電話してください、とも言われているが、不安な気持ちのままであることもある。
C	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネがとても親身になって相談に乗ってくれる。 ・病院に対しては、入院前と同じ状態で退院したい、という希望を持っていた。歩けるようになってから退院させたかったが、それは無理だった。 ・退院調整看護師の存在がとても大きくありがたかった。ある日、自分(娘)が訪室したところ、同室の付き添いの人から「おじいさんが、さっき怒ったり怒鳴ったりして看護師さんを困らせていたよ」と言われた。申し訳なく思って、退院調整看護師にその話をしたら、「私たち看護師はプロなんだから、そんなこと気にしないでいいよ」と言ってくれた。その一言でとても救われた。退院調整看護師にはなんでも話ができるので助かる。
D	<ul style="list-style-type: none"> ・病院に対しては言うことはない。十分に聞いてもらっている。看護をする際に、患者の身になって、自分が寝たとしてもどうかを常に考えてほしい。 ・急変したときには、入院する(人工呼吸器はつけないと決めている)。他県にいる次男が父の最期に立ち会えるように配慮してほしい。
E	<ul style="list-style-type: none"> ・特になし。「手取り足取り対応してもらった」と言われ、満足されている様子。 ・退院前にケア会議を開催してもらえたことで、スムーズに在宅へ移行できたと思っている。

ること。食べられるものが限られていることと、本人の嗜好が変わってくるので難しい。「本人が水分を摂ろうとせず、水分摂取量が少ない」「食事量が少ないので心配」など食事に関する不安が述べられていた。また「排尿時に不快感がある」など症状に関する不安も述べられていた。主介護者である家族自身のことについても、「膝と腰が痛い。もともと血圧が低く疲れやすい」「ストレスを感じるようになったら終わりだと思うので、その前に自分で対処している」と述べていた。そして、「(本人が)気管切開をしており、吸引をしなければならぬのでヘルパー、ショートステイが利用できない」など社会資源活用に関することや、「衛生材料費が4万円かかる」など経済的な負担についても述べられていた(表2)。

(3) 病院のサービス利用及び退院に際しての看護職者への意見・要望

病院のサービス利用及び退院に際しての看護職者への意見・要望としては、肯定的意見、否定的意見の両方が述べられていた。退院調整看護師に対しては肯定的意見が多く、「この人がいるから相談できるし、不安が取れ

る。勇気付けられる」「退院のときも熱心に相談に乗ってくれて助かる。話すときもホッとできる。何でも話せる感じなので心安い」「おじいさんが、さっき怒ったり怒鳴ったりして看護師さんを困らせていたよ」と言われた時に、『私たち看護師はプロなんだから、そんなこと気にしないでいいよ』と言ってくれた。その一言でとても救われた」「退院調整看護師にはなんでも話ができるので助かる」「退院前にケア会議を開催してもらえたことで、スムーズに在宅へ移行できたと思っている」と述べられていた。病棟看護師についても、「受け持ち看護師さんも同じ人なので、よく分かってくれている。やはり、医師の次に看護師さんに頼っていると思う」という肯定的な意見があった。否定的な意見としては、医師に対して「胃瘻造設を断ったら、熱がなくなったから帰ってもらおうと言われた」「入院中6ヶ月間リハビリもさせてもらえなかったの、入院前はトイレまで歩行できていたのに寝たきりになってしまった」と述べられていた。また看護師に対しては、「看護師としてはいい人だったが、『食べられない、ということはみんなで話し合っただけだから』と話を聞いてくれなかった。」と述べていた。

だから』と話を聴いてくれなかった」「看護をする際に患者の身になって、自分が寝たとしたらどうかを常に考えてほしい」と述べられていた(表3)。

IV. 考察

これまでの退院調整看護師の活動実績と今回の家庭訪問調査結果をもとに、退院支援における課題、今後の退院支援のあり方について考える。

1. 入院時からの退院支援が必要

これまで退院調整看護師が実績としてまとめたデータにより、退院調整看護師が関わった事例は、年齢別で見ると、70歳以上の高齢者が8割以上を占めていた。疾患別で見ると、脳血管疾患・悪性新生物・心疾患・呼吸器疾患の患者が多く、その平均在院日数は82.1日と長期にわたっていることが明らかになった。その理由としては、退院調整看護師の関わりが最も多い脳血管疾患の患者は、後遺症により身体障害が残る可能性が高く、生活の再構築に時間がかかったためであると考えられる。そして高齢化率の高いG市では、高齢者2人暮らしの世帯も多く、介護上の問題や、通院手段が確保されないという問題もあり、一層入院が長期化していると考えられる。それらのことから、入院時から退院後の療養生活について患者・家族と十分に話し合い、通院手段も含めた具体的な生活支援を行う必要があるといえる。

2. 病院利用者・家族に安心感を提供する

今回家庭訪問調査を行った5事例は、入院中に退院調整看護師が関わっており、退院時にケア会議等で本人・家族も含めて在宅療養での課題が話し合われ、訪問看護ステーションやケアマネジャーなどの連携が確立された上で退院できていた。しかし、その中の3事例が入退院を繰り返しており、在宅療養での課題について話し合われて退院しても、家族は「今度またいつ熱が出るか、状態が変化するかわからない」という不安を常に持っていた。その現状を受け止め、状態の変化が予測される場合は、病棟看護師、退院調整看護師、訪問看護師、および介護保険を利用している場合はケアマネジャーも含めて連携し、家族とともに対処方法を検討しておく必要がある。また、退院後本人・家族は、病状についてのみでなく、日々の生活の中で様々な不安を持ちながら療養生活を送っていることが窺えた。特に食事や排泄など

の問題が困りごととして多く語られ、不安の原因となっていた。食事摂取に関しては、生命に直結することとして、家族も最も重要視していると考えられる。そのため、入院時から退院後の生活上の困難点を予測し、その解決に向けた支援を行うことが求められる。

現在、退院後困難なことが起こった場合の相談窓口としての役割を、退院調整看護師が果たしており、本人・家族に安心感を提供していたといえる。そこで、退院調整看護師だけが相談窓口というのではなく、気軽に病棟にも連絡できるようなルートを作っておけば、退院調整看護師が退院支援に関わらない場合でも、本人・家族が安心して療養生活を送れるのではないと思われる。退院時に病棟から「困ったことがあったら病棟に電話をしてください」の一言があれば、安心して療養できるのである。そして病院受診の際には、退院調整看護師、外来看護師の側から、療養生活上困っていることがないかを、十分に聴いていくことが求められている。

3. 病院利用者に寄り添う

「病院のサービス利用および退院に際しての看護職者への意見・要望」で述べられた否定的な意見の内容は、医師・看護職者が向き合うべき課題を呈している。本人・家族は医師の治療方針に従わないと、入院が継続できなかったという思いを強く持っていた。そこに医師の、本人・家族の意思を取り入れていく姿勢の不足が窺えた。また、看護職者に対して「『食べられない、ということとはみんなで話し合っただけだから』と話を聴いてくれなかった」と述べられていた。「みんなで話し合っただけ…」の話し合いの中に、最も主体である本人・家族が含まれていなかったことが問題であったと捉えるべきである。看護職者は本人・家族の思いをいかにその人の立場に立って聴くことができるか。また治療が受け入れられない場合は、その理由を明らかにし、本人家族の意向に沿うためには何が必要なかを考え調整していかなければならない。いかに在宅で療養生活を送る本人・家族に寄り添った支援ができるかが退院支援の中核であることを示唆している。

今回の家庭訪問調査で、病院利用者は病院に対する不満や要望があっても、いつ病気になり受診するかかわらないという思いから、我慢せざるをえない現状が窺えた。その中で、利用者の立場に立って寄り添える看護職者を

病院利用者は求めているといえる。

4. 病院全体で取り組む

長野らが述べているように、「本来は退院支援が必要であるにもかかわらず、認識されずに療養困難な環境のまま退院している患者も少なくない。重要なことは退院困難となるリスクの有無をすべての入院患者について確認することであり、支援の必要な患者を漏れなく抽出し、必要な患者に最適の支援を実施することが病院としてシステム化されていなければならない」⁴⁾。また長野らは、「退院困難に陥るリスクファクターとして、ADLなどの身体機能や痴呆、うつ、意欲といった精神機能などの患者の心身機能と、同居者の有無、介護者の有無、介護力の程度、経済力などの社会的要因に分けられる」⁵⁾と述べている。システム化の第一歩である、退院困難な患者を漏れなく抽出する方法として、スクリーニングシートの活用が考えられる。今回の家庭訪問調査では、退院調整看護師の支援に関しては満足しているという表現があったが、病棟看護師の支援内容については「病棟では、退院指導はされていない」「在宅に帰ってからの介護方法などは病棟看護師と時間が合わず、結局聞かないまま退院になった」と述べられていた。高齢者や脳血管疾患などハイリスクと考えられる利用者については、入院時から退院調整看護師と、病棟看護師が連携して退院支援を行う必要がある。その連携のひとつの方法としても、スクリーニングシートの活用が有効であると考えられる。そのスクリーニングシートには、患者の心身機能、社会的要因のアセスメントの要素や、具体的な生活支援に活用していただける要素が含まれている必要がある。それをもとに、病棟看護師一人一人が、入院時から本人・家族の意向を聴き、その意向に沿った支援を行う姿勢や能力を身に付けていくことが今後の退院支援の大きな課題であると考えられる。

また、退院調整看護師は院内に1人であり、院内および地域におけるコーディネーター的役割が求められている。退院調整看護師の専門性を活かし、病棟看護師と連携しながら病院利用者の安心した療養生活が提供できるような退院支援が切望されているといえる。

V. おわりに

本研究により、1. 高齢者世帯が多い中で生活の再構

築を促すためには、退院後の介護状況・通院手段も含めた具体的な療養生活上の支援が必要であること、2. 病院利用者・家族の退院後の困難を予測し、地域と連携を取りながら安心を提供していくこと、3. 入院時から本人・家族の立場に立って寄り添える姿勢が求められていること、4. 病院利用者は、退院調整看護師、病棟看護師から適切な退院支援が受けられることを望んでいることが示唆された。

そのニーズに応じるためにも、病院全体の組織的な取り組みとして、退院支援のあり方を検討していく必要がある。病棟看護師が、入院時から退院後の療養生活を視野に入れてアセスメントを行い、必要時退院調整看護師、外来看護師と連携しながら、病院利用者主体の退院支援を行うこと、退院調整看護師が院内および地域におけるコーディネーター的役割を最大限に発揮できるシステムにすることを今後の課題と考え検討を続けていきたい。

謝辞

本研究にご協力いただきました皆様に深く感謝申し上げます。

文献

- 1) 厚生労働省：統計調査結果，報道資料，平成15年度国民医療費，2006-01-07，<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/03/kekka1.html>
- 2) 岩下清子，奥村元子，石田昌宏，他：2004年改定対応診療報酬（介護報酬）その仕組みと看護の評価，第6版；173，日本看護協会出版会，2004。
- 3) 厚生労働省：医療制度構造改革思案の概要，2006-01-07，<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/10/s1027-5c2.html>
- 4) 長野宏一郎，柳澤愛子，若林浩司，他；高齢者の退院支援—東大病院医療社会福祉部の実践から，治療学，38(7)；99，2004。
- 5) 前掲4) 100。

(受稿日 平成18年1月11日)

(採用日 平成18年3月6日)