

# 看護師の退院調整に関するアセスメント能力の向上を目指して —退院調整シートの修正と退院調整アセスメントシートの導入—

野田 明美  
Akemi Noda

小田 夕紀  
Yuki Oda

中村 麻美  
Asami Nakamura

山崎麻菜実  
Manami Yamazaki

佐藤 涼子  
Ryoko Sato

大塚 央子  
Hisako Ootsuka

有馬 裕子  
Yuko Arima

NHO 旭川医療センター 3階病棟

## 要 旨

本研究は退院調整シートの修正と新たなアセスメントシートを導入し、看護師の退院調整に関するアセスメント能力の向上と今後の課題を明らかにすることを目的に、A病棟での勤務が3ヶ月以上で受け持ち患者がいる看護師（修正導入前20名、修正導入後配置換えにて19名）に質問紙調査を実施し有効回答を得た。

アンケートは63項目を14分類し実施した。66項目中63項目が“出来ている”の回答が増えた。14分類ごとに考察を行った。退院調整シートに中間カンファレンスの開催と新たな退院調整アセスメントシートの記載を取り入れたことが、看護師の退院調整のアセスメント能力の向上の手段として有効であった。また、適切な情報収集とカンファレンスを行う道標となったという結論が得られた。

キーワード：退院調整、初期カンファレンス、退院調整カンファレンス

## はじめに

急性期病院において在院日数の短縮化に伴い、患者が限られた期間に適切な医療を受け、退院後も安定した療養生活を送られるように、入院中から退院支援に取り組む必要があるとされている。<sup>1)</sup>

A病棟では緩徐進行性疾患の患者が多く、何らかの障害をもって療養生活を送らなければならない患者が少なくない。在院日数の短縮化に伴い患者が限られた

期間に適切な医療を受け、退院後も安定した在宅療養生活を送られるように、フローチャート形式の退院調整シートに沿って、リハビリスタッフ、医療ソーシャルワーカー（以下MSW）、病棟看護師で初期カンファレンス、退院調整カンファレンスを実施するというシステム作りをした。2012年度のA病棟の入院件数は770件であり、初期カンファレンスと退院調整カンファレンスの実施はいずれも770件で実施率は100%であった。入院総数770件のうち123件が実際に退院

調整を行った。退院調整シートの導入により初期カンファレンス、退院調整カンファレンスの実施、入院患者に対してMSW介入の必要性を判断することは出来た。しかし入院から退院を見越した情報収集が不足しており、十分なカンファレンスが来ていない現状がある。そこで退院調整シートに中間カンファレンスの開催を加え、新たに退院調整アセスメントシートの記載を取り入れた。これらにより看護師の退院調整に関するアセスメント能力の向上が図られたか、アンケートを用いて評価した結果と今後の課題を報告する。

## 用語の定義

退院支援とは患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するかのような生活を送るかを自己決定するための支援とする。

退院調整とは患者の自己決定を実現するために患者、家族の意向を踏まえて環境・人・物を社会保障制度や社会資源につなぐなどのマネジメントの過程とする。<sup>2)</sup>

**I. 研究目的：**退院調整シートの修正と新たなアセスメントシートを導入し、看護師の退院調整に関するアセスメント能力の向上と今後の課題を明らかにすることを目的とする。

## II. 研究方法

1. 研究期間：2013年9月～11月
2. 研究対象：A病棟での勤務が3ヶ月以上で受け持ち患者がいる看護師。修正導入前20名、修正導入後配置換えにて19名
3. 研究方法：調査研究（質問紙調査）
4. データ収集方法：退院調整シートに中間カンファレンスの開催と新たな退院調整アセスメントシートの記載を取り入れた。<sup>3)</sup>対象看護師に修正した退院調整シートと新たなアセスメントシートの導入前後に自由記載欄と、「出来ている」と「出来ていない」の二者択一式アンケート調査を行う。アンケートは63項目。①退院支援の必要性の判断②退院調整が必要な患者情報の関係職員への連絡③患者や家族の退院後の療養生活の希望や不安の把握④患者や家族と退院時（後）の生活状況のイメージを共有⑤退院

後の医療上の課題に対するアセスメント⑥退院後の生活、介護上の課題をアセスメント⑦患者や家族の希望や課題に基づく退院調整の方向性の検討⑧退院支援・退院調整計画立案と内容の患者と家族への説明⑨シンプルケアへの変更と指導⑩在宅療養に向けた患者や家族指導と確認⑪在宅医療機器、物品の準備⑫MSWと連携し在宅療養支援体制構築⑬サービス担当者会議の実施⑭退院調整の評価の14分類で実施。<sup>4)</sup>

5. データ分析方法：アンケート調査を集計し、前後のアンケートの「出来ている」の回答率を比較して、看護師のアセスメント能力の向上が出来たか分析する。
6. 倫理的配慮：データの匿名性の保持、対象者の参加は任意であり、研究の同意が得られなくとも何ら不利益を受けないことを説明し、アンケートの記載をもって研究への同意とすることとした。

## III. 結果

研究期間中に入院した136名の患者のうち、19名が退院調整必要と判断され、修正した退院調整シートに基づき介入を行った。

研究に同意しアンケートに答えた看護師は事前アンケート20名、事後アンケート19名であった。

実施後のアンケートは66項目中63項目が“出来ている”の回答が増えた。「入院時アセスメント票の記入」は実施前、実施後ともに100%であった。「入院前の生活状況の把握」は実施前は出来ているという回答が65%、実施後は89%であった。「患者の情報をMSWに連絡する」では実施前は出来ているという回答が50%、実施後は84%であった。「退院後にどのような生活を送りたいか（目標や希望）を把握」では、実施前は出来ているという回答が50%、実施後は95%であった。「退院後をどこで療養生活を送りたいかを把握」では実施前は出来ているという回答が60%、実施後は84%であった。「患者の日常生活動作（以下ADL）の評価」では実施前は出来ているという回答が75%、実施後は84%であった。「患者のコミュニケーション能力の評価」では実施前は出来ているという回答が70%、実施後は84%であった。

また「退院に向けたリハビリのゴール確認と内容の把握」では実施前は出来ているという回答が0%、実

施後は47%であり、アンケート前後の差が47%と最も高かった。

「出来ているの」回答が減少した項目は3項目であった。「患者と家族の退院時（後）の生活状況のイメージ内容の把握」では実施前は出来ているという回答が60%、実施後は42%であった。「夜間の処置を少なくする工夫」では実施前は出来ているという回答が10%、実施後は5%であった。「医療用機器の調達方法の検討」では実施前は出来ているという回答が25%、実施後は11%であった。他の結果の詳細は表1に示す。

#### IV. 考察

##### ①退院支援の必要性の判断

「入院時アセスメント表の記入」は研究実施前から出来ているという回答が100%であり、これは入院受けの際に文書入力が必要項目に挙げられているためと考える。

「入院前の生活状況の把握」と「担当ケアマネジャーや在宅サービスの連絡先の把握」はいずれも、出来ているという回答が65%から89%、50%から74%へ上昇している。入院時のプロフィールに記入欄があり退院調整アセスメントシートにも在宅での支援体制や住居環境についても詳細に記入する欄があったため、以前より入院前の状況について情報収集することができたと考える。

##### ②退院調整が必要な患者情報の関係職員への連絡

「退院支援の必要性を主治医に相談する」について出来ているという回答は25%から42%に上昇しているのに対して、「患者の情報をMSWに連絡する」は出来ているという回答が50%から84%に上昇している。

当病棟では主治医が患者に退院調整が必要だと判断した場合は、看護師ではなくMSWに直接連絡していることが多く、MSWが中心となって退院調整を進めていることがあらわれている。看護師も退院調整アセスメントシートを使用することによって自分の受け持ち患者の退院後について考える機会が増え、退院の情報を多く持っているMSWと良好な関係が築かれていると考える。

##### ③患者や家族の退院後の療養生活の希望や不安の把握

「退院後にどのような生活を送りたいか（目標や希

望）を把握」について出来ているという回答は50%から95%に上昇し、「退院後をどこで療養を送りたいかを把握」については出来ているという回答が60%から84%に上昇している。一方で「退院後の療養生活に対する不安や気がかりな内容の把握」について出来ているという回答は50%から68%への上昇にとどまっている。入院時の情報収集より、患者や家族が退院後にどこでどのような生活を送りたいかという漠然とした希望は把握できていても、不安や気になることなどを具体的に把握できていないことがわかる。研究実施後のアンケートの自由記載では「用紙に本人の希望を記載する場所がなかったのであったほうが良かったのではないか」との意見もあり、退院調整アセスメントシートに記入欄が必要であった。しかし退院調整アセスメントシートの記入だけではなく、日々患者や家族とのコミュニケーションを深めて、想いや不安などを傾聴していくことも重要であると考ええる。

##### ④患者や家族と退院時（後）の生活状況のイメージを共有

「退院後の療養生活がイメージ出来るような情報の提供」では出来ているという回答は0%から32%に上昇したが、「患者と家族の退院時（後）の生活状況のイメージ内容の把握」では60%から42%に減少している。このことから看護師が退院後の情報を提供しても、それが患者や家族に伝わっているかがわからないということが予測できる。退院後のイメージについて、患者や家族からは“実際に帰ってみたいとわからない”との答えが返ってくることもあり、退院調整アセスメントシートの記入だけでは患者や家族の退院後のイメージについて把握しきれない部分もある。患者や家族とコミュニケーションを深めて、看護師も寄り添いながら退院後の生活を一緒に具体的に考えていくことが必要である。実施後のアンケートの自由記載でも「家族がなかなかこない場合、情報収集が困難」「受け持ちになったら積極的に部屋持ちをつけてもらったほうがいい。そうでないと家族に会いにくい」といった意見もあり、受け持ち看護師と患者・家族が多く関わられるように調整していくようにすれば中間カンファレンスもより充実したものになったと考える。<sup>5)</sup>

##### ⑤退院後の医療上の課題に対するアセスメント

「退院後の患者の生活に影響を及ぼす病態の把握」「退院に向けたりハビリのゴールの確認と内容の把握」

の出来ているという回答は35%から74%、0%から47%へ上昇した。実施した中間カンファレンスには病棟看護師、MSW、リハビリスタッフが参加し、患者の現在の状態の情報交換をしていた。中間カンファレンスを実施することで現在の患者の状態の把握は出来たことから中間カンファレンスの開催が有効であったと考える。<sup>6)</sup>

「診療情報書の確認」は出来ているという回答が45%から79%へ上昇した。退院調整アセスメントシートを記入することで様々な手段で情報を収集しようという姿勢がみられたためである。

#### ⑥退院後の生活、介護上の課題をアセスメント

すべての項目について上昇はしているものの「患者の手段的日常生活活動（以下IADL）の評価」については出来ているという回答が40%から42%の上昇にとどまった。これはIADLという用語の定義を期間中に理解しているものが少なかったのではないかと考える。入院時のプロフィールの記入は100%実施していたが、退院調整アセスメントシートの実施が対象者20人のうち約半数であり、IADLの評価を行わなかった人がいたため上昇しなかったことも原因の一つと考える。

「患者のコミュニケーション能力の評価」は実施前は出来ているという回答が70%であったが、実施後は84%へ上昇した。退院調整アセスメントシートの記入のため患者さんや家族との関わりが増え、コミュニケーション能力を評価することが出来たと考えられる。

#### ⑦患者や家族の希望や課題に基づく退院調整の方向性の検討

「訪問看護によるサポートの必要性の判断」「介護サービス導入の必要性の判断」の出来ているという回答はいずれも実施後も47%で、実施前より27%は増加したが他の項目と比較すると低かった。退院調整アセスメントシートの記入により患者の全体像を以前より把握できるようになった。訪問看護や介護サービスの導入の必要性は中間カンファレンスを行ったことにより予測できるようになったが、看護師による最終的な判断にまでは至っていないと考える。

#### ⑧退院支援・退院調整計画立案の内容と患者と家族への説明

「退院に関わる問題点・課題の把握」では退院調整

アセスメントシートの記載や中間カンファレンスを開催することによって問題や気にかかる点は明確になり出来ているという回答が上昇したが、知識や経験の差から計画の立案実施に至ったのはわずかであった。

#### ⑨シンプルケアへの変更と指導

「安価な物品と材料の供給の検討」では出来ているという回答が0%から16%へ上昇しているがほかすべてに変化はない。

入院から退院に向けてのシンプルケアの知識の不足、退院後の生活のイメージを看護師が具体的に出来ておらず、患者と家族に対してアプローチが出来ていなかったことから上昇が少なかったと考える。

#### ⑩在宅療養に向けた患者や家族指導と確認

入院中に吸引や胃瘻造設などの医療処置が必要とされた患者の退院時の指導においてカンファレンスを行った。自宅での実施方法や必要材料の使用期間を検討し関わったことで「介護者への介護方法の指導」は出来ているという回答が実施前は30%であったが74%へ上昇した。しかし他の項目において変化が乏しいのは看護師の知識不足と退院支援介入の遅れのため退院後の医療処置の必要性の判断がMSWにより進められており、看護師が主体となっていないことが原因と考える。

#### ⑪在宅医療機器、物品の準備

「在宅医療機器の調達方法の検討」では出来ているという回答が25%から11%に減少した。他の項目は出来ているの回答の増加が1%とほとんど変化がない。在宅医療機器や物品の手配をするような事例が研究期間中になかったため、上昇がなかったと考える。在宅医療機器や物品の準備はMSWに任せていたが、今後は受け持ち看護師が主体となり準備を行い、必要な物品の手配はMSWに依頼するなど看護師が行動できる様な働きかけが必要である。また、どの物品がどれだけ必要で、どこまで渡すことが出来るかなどの院内でのルール作りも必要である。

#### ⑫MSWと連携し在宅療養支援体制構築 ⑬サービス担当者会議の実施

全ての項目が実施後も出来ているという回答が60%以下であった。前後の増加も30%以下である。A病棟ではMSWに一任している領域であり、大きな変化は見られなかった。現在は病棟看護師とMSWが行うことの明確な役割分担がない。今後検討が必要である。

#### ⑭退院調整の評価

外来カルテや再入院の際に本人や家族から情報を収集することはできている。実際の退院後の療養生活の把握は出来ていない。今後退院後訪問等を行い、自分たちが行った退院調整が適切であったかどうか評価していく必要があると考える。

宇都宮は「退院支援は患者が抱えるさまざまな問題、しかも入院中から退院後も継続するであろうと予測できる問題をアセスメントし、患者の背景や家族問題・経済問題、患者の住む場所の選択も含めてマネジメントして生活の場に帰すという過程です。これにはやはり“チームで関わる”ことが絶対に必要」と述べている。<sup>6)</sup>

看護師が患者の状態を的確にアセスメントし早い時点で退院後の医療処置介入の判断を行い、カンファレンスでMSW、リハビリスタッフと方向性について検討していくことが必要である。必要な情報をもってカンファレンスに臨み内容を充実させることが、生活に寄り添った患者の望む退院に繋がると考える。

#### V. 結論

- 1) 退院調整シートの修正は適切な情報収集と適切な時期にカンファレンスを行う道標となった。
- 2) アセスメントシートは、退院調整のアセスメント

能力の向上の手段として有効であった。

- 3) 看護師の退院支援・調整に関する知識の習得が必要である。

#### おわりに

今後、日々の業務の中でどのように退院調整シートと退院調整アセスメントシートを定着させていくのか検討したい。

本論文の要旨は、第11回北海道東北地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会（2013年5月、札幌）にて発表した。

#### 参考・引用文献

- 1) 宇都宮宏子・三輪恭子 編：これからの退院支援・退院調整、東京：日本看護協会出版会、2012
- 2) 宇都宮宏子・三輪恭子 編：これからの退院支援・退院調整、東京：日本看護協会出版会、2012
- 3) 福島道子 編：実践退院計画（ディスチャージプランニング）導入ガイド 介護保険時代に求められる病院主導のケアマネジメントの進め方、東京：日経研出版、2000
- 4) 丸岡直子 編：病棟看護師による退院調整活動の実態と課題、石川県：石川県立看護大学石川看護雑誌、2011
- 5) 田中宏子 編：急性期病院から自宅へつなぐ退院調整看護師の役割、東京：東京医療保健大学、2012
- 6) 宇都宮宏子・三輪恭子 編：これからの退院支援・退院調整、東京：日本看護協会出版会、2012

表1 看護研究アンケート

	出来ている		前後の差
	前	後	
①退院支援の必要性の判断			
・入院時アセスメント票の記入	100%	100%	0%
・入院前の生活状況の把握	65%	89%	24%
・担当ケアマネジャーや在宅サービスの連絡先の把握	50%	74%	24%
・ケアマネジャーからの情報（自宅での生活や家族支援体制など）の把握	10%	21%	11%
② 退院調整が必要な患者情報の関係職員への連絡			
・退院調整（支援）の必要性を主治医に相談する	25%	42%	17%
・患者の情報をMSWに連絡する	50%	84%	34%
③ 患者や家族の退院後の療養生活の希望や不安の把握			0%
・退院後にどのような生活を送りたいか（目標や希望）を把握	50%	95%	45%
・退院後をどこで療養を送りたいかを把握	60%	84%	24%
・在宅死・在宅での看取りの意思についての把握	5%	21%	16%
・退院後の療養生活に対する不安や気がかりな内容の把握	50%	68%	18%
④ 患者や家族と退院時（後）の生活状況のイメージを共有			
・退院後の療養生活がイメージ出来るような情報の提供	0%	32%	32%
・患者の退院後の生活状況を看護師（自分）がイメージする	35%	74%	39%
・患者と家族の退院時（後）の生活状況のイメージ内容の把握	60%	42%	-18%
⑤ 退院後の医療上の課題に対するアセスメント			
・退院後の患者の生活に影響を及ぼす病態の把握	35%	74%	39%
・退院に向けたリハビリのゴール確認と内容の把握	0%	47%	47%
・病状、病態予測や治療に対する理解と程度の把握	35%	58%	23%

・病状、病態予測や治療に対する不安や気がかりな点の把握	45%	79%	34%
・患者・家族の医療管理能力の評価	45%	47%	2%
・セルフケア能力の評価	60%	74%	14%
・在宅に設置されている医療機器と使用上の課題を確認	25%	27%	2%
・診療情報提供書の内容の確認	45%	79%	34%
・在宅での医療上の課題の整理	25%	37%	12%
⑥ 退院後の生活、介護上の課題をアセスメント			
・患者のADLの評価	75%	84%	9%
・患者のIADLの評価	40%	42%	2%
・患者のコミュニケーション能力の評価	70%	84%	14%
・家屋の状況の把握	15%	32%	17%
・生活や介護上の課題の整理	25%	47%	22%
⑦ 患者や家族の希望や課題に基づく退院調整の方向性の検討			0%
・訪問看護によるサポートの必要性の判断	20%	47%	27%
・介護サービス導入の必要性の判断	20%	47%	27%
・訪問リハビリの継続の必要性の確認	10%	26%	16%
・自立度に合わせた家屋改修の必要性の検討	5%	11%	6%
・外泊による療養生活の検討	0%	21%	21%
⑧ 退院支援・退院調整計画立案と内容の患者と家族への説明			
・退院に関わる問題点・課題の把握	50%	74%	24%
・退院支援目標の設定	10%	47%	37%
・患者と家族の目指している目標を考慮した計画の設定	10%	42%	32%
・予測される退院先の記載（退院支援計画書）	50%	84%	34%
・退院後に利用が予測される社会福祉サービス内容の記載	35%	53%	18%
・ケアマネや在宅医、訪問看護師と支援計画の立案	5%	16%	11%
・退院調整に関する看護計画を立案し、退院調整の内容を患者と家族に確認		26%	26%
⑨ シンプルケアへの変更と指導			
・主治医と相談し簡便な医療処置への変更と、患者と家族に指導	20%	26%	6%
・シンプルな薬剤管理の検討と、患者や家族に指導	15%	16%	1%
・夜間の処置を少なくする工夫	10%	5%	-5%
・安価な物品や材料の供給の検討	0%	16%	16%
⑩ 在宅療養に向けた患者や家族指導と確認			
・介護者への介護方法の指導	30%	74%	44%
・患者へセルフケアの指導	35%	63%	28%
・家族に日常生活上の注意点について指導	35%	74%	39%
・患者や家族への医療器械使用方法の指導と再指導	35%	58%	23%
・患者や家族への薬剤管理の指導	15%	37%	22%
・処置方法の指導	50%	74%	24%
・緊急時の対応方法の指導	45%	58%	13%
・疾病管理方法の指導	15%	21%	6%
⑪ 在宅医療機器、物品の準備			
・医療用機器の調達方法の検討	25%	11%	-14%
・衛生材料の調達方法の検討	15%	16%	1%
・介護用品の調達（購入・レンタル）方法の確認	10%	11%	1%
・衛生材料の準備担当者の決定（業者など）	15%	16%	1%
⑫ MSWと連携し在宅療養支援体制構築			
・患者や家族に退院後の受診施設への意向を確認	50%	53%	3%
・体調不良時や緊急時の体制の確認	30%	47%	17%
・日々のケアのサポート体制を患者や家族とともに検討	15%	32%	17%
・自立を目指す環境調整や人的サポートの検討	0%	21%	21%
⑬ サービス担当者会議の実施			
・患者や家族の気持ち不安の傾聴	55%	74%	19%
・退院時の移送方法の検討と準備	30%	37%	7%
・介護や医療処置の習得状況の確認	40%	42%	2%
・退院までの準備書類や物品の確認	35%	58%	23%
・在宅サービスを利用するための診断書の確認	5%	21%	16%
・サービスが支障なく開始できる退院日の調整	5%	26%	21%
⑭ 退院調整の評価			
・退院後の療養生活状況の把握	15%	37%	22%