

報 告

急性期病院における病棟看護師の退院支援に関する文献検討

神田真那¹⁾, 大河内彩子²⁾, 金森弓枝²⁾元熊本大学医学部保健学科看護学専攻¹⁾ 熊本市中央区九品寺4-24-1 (〒862-0976)熊本大学大学院生命科学研究部²⁾ 熊本市中央区九品寺4-24-1 (〒862-0976)

Key words: 退院支援, 病棟看護師, 急性期病院

和文抄録

近年, 我が国では, 高齢化や在院日数の短縮等を背景に, 急性期病院における退院支援の充実が求められている。また, 診療報酬の改訂等と連動し, 院内の退院支援に関する看護職の役割は細分化されているが, 日々の看護ケアの中で行われる病棟看護師による退院支援がその中心的役割を果たしていることは依然として変わらない。そこで, 本研究の目的は, 急性期病院の病棟看護師が退院支援において実践する内容を文献検討から明らかにすることである。

医学中央雑誌Web版で, 「退院支援or退院調整and病棟看護師and急性期病院」をキーワードに, 2015～2024年の文献について, 会議録を除き検索したところ, 48件が該当した。タイトル, 抄録, 本文を段階的に精査し, 退院支援に関する看護実践が記述されていないものや, 退院支援の内容が抽象的で明確でないものを除外した結果, 8件が分析対象となった。8件のうち, 退院支援の看護実践に関する記述を抜き出してコード化し, 類似性・相違性で分類してカテゴリを作成した。著者の意図や著作権を踏まえ, 適切に引用するよう倫理的に配慮した。

急性期病院の病棟看護師の退院支援の内容は, 191のデータ, 55のコード, 19のサブカテゴリによる【チームで患者・家族に関する共通理解に取り組んでいる】, 【院内外での職種と連携する】, 【看護過程の展開は常に患者の退院や退院後の生活を見据え

て行う】, 【患者・家族の意思に寄り添うことを重視する】, 【患者・家族の病気に関する情報の理解と受容を支える働きかけをする】, 【患者・家族の自己管理能力を向上できるような関わりをする】, 【常に支援の質の向上を心掛けた言動をしている】という, 7つのカテゴリで形成された。

以上は, 急性期病院という特性の中で短い在院日数にあっても, 医療の提供と管理を仕事とし, 日々のケアの中で退院支援を行う病棟看護師だからこそ, 患者との近い関係性において実践できる退院支援であることを示唆していた。

I はじめに

近年, 我が国では, 高齢化や疾病構造の変化, 在院日数の短縮, 在宅医療の推進¹⁾等を背景に, 退院後も病気や障害を有し, 医療管理やケアを要しながら在宅で療養生活を送る人が増えている。2006年に可決した「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法の一部を改正する法律」では, ①医療情報の提供による適切な医療の選択の支援, ②医療機能の分化・連携の推進による切れ目のない医療の提供, ③在宅医療の充実による患者の生活の質(QOL)の向上という考え方²⁾が示された。これにより, 急性期病院は, 急性期医療に特化したサービス提供が期待され, 急性期を脱した患者の医療は, 地域にある医療や介護, 福祉といった社会資源との連携を強化し, 急性期病院からの退院により医療サービスが途切れないよう, サービスをつないでいく

ことが役割として求められるようになった³⁾。加えて、診療報酬の面においても、早期退院や退院支援の充実を評価すべく、退院調整加算の新設(2008年)⁴⁾、退院支援計画書作成への着手(2012年)⁵⁾、退院支援加算の変更(2016年)⁶⁾等と改訂が進んだ。そのため、急性期病院では、病棟看護師や退院支援看護師が入院早期から退院後の生活を見据えた支援を実践し⁷⁾、療養場所が移動してもケアの連続性が保障されるよう努めている。

退院支援とは、目標設定に向けた意思決定支援と、設定した目標を達成するための看護過程の展開、必要な資源をリンクするためのケアマネジメントを合わせて実行するプロセスである⁸⁾。先行研究によれば、院内で退院支援に関わる看護職は、外来看護師や退院支援看護師、病棟看護師等とされる⁷⁾。従来から継続看護の理念のもとに看護職による支援は行われてきたが、前述の改訂等を背景に、退院支援看護師が、在宅ケア提供者との連携や療養環境の準備、院内システムの構築などを担うようになり⁹⁾、看護職における役割が細分化された。一方で、退院支援の中心が、病棟看護師によって行われる日々の看護ケア¹⁰⁾の中に存在することは依然として変わらない。

宇都宮は、病棟看護師が主体となって退院後も必要なケアやサポートの必要性を検討し、患者・家族と退院する頃のイメージを共有して自立に向けた支援を行うことが重要であると述べている¹¹⁾。また、看護師には、患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続して必要な医療や看護を受けながらどこで療養するか、どのような生活を送るかという決定を支えていく¹²⁾ことが期待されるという見解もある。実際、先行研究に目を向けると、病棟看護師は自己の役割を【患者・家族との関係性を活かした意向や希望の把握】【病棟看護師による意思決定支援の主導】【希望する療養生活のための支援の検討】等と認識していること¹³⁾が明らかになっていた。しかし、病棟看護師を対象とした退院支援の認識に関する調査では、90%が退院支援を難しいと感じ、積極的に取り組んでいると回答した者は47%に留まっている¹⁴⁾。すなわち、これは、退院支援が必要であると認識していても実践が追い付かない現状¹⁵⁾を示していると考えられ、その背景には膨大で煩雑な業務の中で短期間に患者の生活を捉えてアプローチすることの難易度の高さ¹⁶⁾があると推察できる。

他方、自立支援やカンファレンス、心理的支援は、患者・家族関係満足度と有意な関連を示しており¹⁵⁾、患者・家族にとって最も身近な存在である病棟看護師¹⁷⁾による関わりは、退院支援の質を向上させる可能性があると考えられる。同時に、現在、救急搬送人員の68%は高齢者である実態を踏まえると¹⁸⁾、今後も急性期病院は、様々な社会的課題¹⁹⁾を抱えた患者に対する、退院支援の一層の充実を求められることが予測できる。

現在、急性期病院における病棟看護師の退院支援に関する先行知見は、院内の連携に関すること²⁰⁾や糖尿病ケアについて²¹⁾など、テーマにより焦点化された形で散見されている。一方で、急性期病院の入院患者は複合的に課題¹⁹⁾を抱えていることも多いため、第一義的に求められる支援を把握しておくことが重要である。そのためには、急性期病院の病棟看護師による退院支援について、包括的に明らかにした知見が必要であると考えますが、現在のところこれに当たるものは確認できない。よって、先行研究に記載されている退院支援の実践の内容について整理・検討することで、第一義的な支援に対する示唆を得ることが重要であると考えた。

Ⅱ 目的

本研究の目的は、急性期病院の病棟看護師が退院支援において実践する内容を文献検討から明らかにすることである。

Ⅲ 用語の定義

退院支援は、目標設定に向けた意思決定支援と、設定した目標を達成するための看護過程の展開、必要な資源をリンクするためのケアマネジメントを合わせて実行するプロセス、とする⁸⁾。なお、主に地域・社会資源との連携・調整を指す「退院調整」¹⁵⁾は、退院支援に含まれるものとして扱う。

Ⅳ 方法

医学中央雑誌Web版を用いて、2015年から2024年までの10年間に発表された文献を対象に、2024年10月に検索した。開始年を2015年とした理由は、次

のとおりである。当時、我が国では、2025年問題への対応が進み、翌年の退院支援加算（1～3）新設による在院日数短縮や地域包括ケア推進⁶⁾の強化に向けて、より「病院から在宅へ」という動きが加速⁶⁾していた。そのため、2015年を現行による支援の発動の頃と捉え、検索期間の開始年として設定した。また、日本の地域包括ケアシステムに位置づく退院支援は、英国など海外の退院支援システム²²⁾と類似する性質がある一方で、我が国の高度急性期および急性期病棟入院患者の平均在棟日数（2022年）は依然として10日²³⁾を超えるなど、海外との比較において最長となっている。そのため、本邦独自の社会背景が存在する可能性を鑑み、今回はまず、国内文献に限定して検討を行うこととした。キーワードは、「退院支援or退院調整and病棟看護師and急性期病院」とした。絞り込み条件を、医学・歯学・薬学・看護学・獣医学およびその関連分野に関わる研究・開発・調査で、独創性、新規性のある文献²⁴⁾である「原著論文」とし、加えて学会、研究会や各種機関、団体で発表される抄録及び要旨のみの文献を除外するために「会議録除く」でフィルターをかけたところ、48件該当した。その後、タイトルと抄録を精査し、退院支援に関する看護の実践状況が記載されていないもの35件を除外すると13件になった。さらに、本文を精査し、退院支援の内容の表現が抽象的で明らかなでない5件を除外した結果、分析対象の8件^{14, 20, 21, 25-29)}が抽出された（図1）。8件^{14, 20, 21, 25-29)}の中から、病棟看護師の退院支援における看護実践に関する記述を抜き出し、コード化した。また、コードを類似性・相違性で分

類し、カテゴリ化を行った。なお、著者の意図や著作権を踏まえ適切に引用するよう倫理的に配慮した。

V 結果

1. 文献の概要（表1）

分析対象は8件、発表年次は2024年1件²⁵⁾、2022年1件²⁶⁾、2021年1件²⁰⁾、2020年1件²¹⁾、2017年1件²⁷⁾、2016年2件^{14, 28)}、2015年1件²⁹⁾であった。量的研究は5件^{14, 21, 26-28)}、質的研究は3件^{20, 25, 29)}であった。

2. 分析結果

病棟看護師の退院支援における看護実践に関する記述（データ）は191であった。このデータについて類似性・相違性の観点からカテゴリ化を行った結果、55のコード、19のサブカテゴリ、7のカテゴリが形成された。表2に一覧を示す。以下、カテゴリは【 】、サブカテゴリは《 》、コードは〈 〉、データは[]で示す。

1. 【チームで患者・家族に関する共通理解に取り組んでいる】

《院内の多職種に患者・家族に対する理解を促すために働きかける》、《患者情報は看護記録を通して共通理解している》、《チーム内での共通認識を図るためにカンファレンスで話し合う》という、3つのサブカテゴリから形成された。〈記録から随時情報を確認する〉には、[記録から退院支援看護師の行う調整の進捗状況を把握する] [記録で分からない細かな情報はこまめに確認する]といったデータが含まれ、《患者情報は看護記録を通して共通理

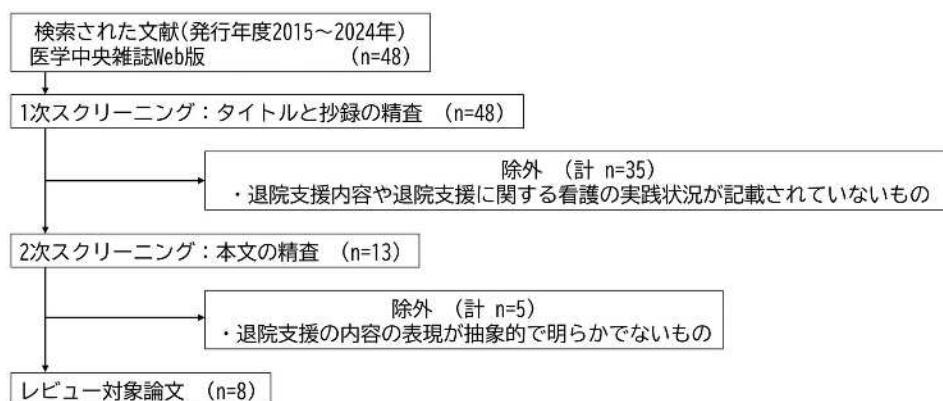


図1 分析対象文献選定のプロセス

解している》ことや、[多職種間で錯綜している情報を病棟看護師間のカンファレンスで話し合い、情報整理を行う] など《チーム内での共通認識を図るためにカンファレンスで話し合う》等の内容を示していた。

2. 【院内外が多職種と連携する】

サブカテゴリは、《退院支援看護師の役割を理解し分担している》、《退院前カンファレンスへ参加する》、《地域・在宅に関わる院内外が多職種と連携する》の3つであった。具体的には、[退院支援看護師と役割分担をしている]ことや、[入院時から患者の病状進行を予測し退院支援看護師に調整を依頼する]といった〈退院支援看護師に患者の意向や生活について確認する役割を担ってもらう〉といった内容が示され、院内外が多職種と連携して退院支援を行っていることが抽出された。

3. 【看護過程の展開は常に患者の退院や退院後の生活を見据えて行う】

《患者に適切な社会資源を導入できるようアプローチする》、《記録は退院後に必要な支援を見据えて作成する》、《患者の現状を多角的にアセスメン

トしたり、治療について医師と共に検討することで支援を模索する》、《退院後に患者をとりまく状況を把握する》、《適時・適切に退院ができることを目指し支援する》という、5つのサブカテゴリから形成された。[退院支援看護師と協働し、在宅療養必需品の準備と供給ルートを確保する準備ができてい]、[社会資源を導入し、退院後に安全に生活できるように支援する]といった〈退院後に必要な社会資源を導入する〉ことや、〈退院後も継続可能なプランを作成する〉などの《記録は退院後に必要な支援を見据えて作成する》ことなどから、病棟看護師は単に看護過程を展開するのではなく、患者の退院や退院後の生活を見据えて退院支援を行っていることが示された。

4. 【患者・家族の意思に寄り添うことを重視する】

サブカテゴリは、《患者・家族の気持ちを尊重した関わりをする》、《患者・家族の意向に沿った意思決定支援ができるように関わる》の2つであった。[家族に伝えられない患者の思いを家族に代弁する]、[退院支援看護師からアドバイスを得て患者や家族の意向をもう一度すり合わせる]といった

表1 文献の概要

著者 文献番号	デザイン (出版年)	目 的	対象者	結 果
八木ら 25)	質的 研究 (2024)	急性期病院に入院した独居の認知症高齢者に対し、病棟看護師および退院調整看護師がどのような退院支援を行っているかを明らかにし、独居の認知症高齢者本人の意向を尊重した退院支援について検討すること。	急性期病院に勤務しており独居の認知症高齢者の退院支援の経験がある経験年数3年以上の病棟看護師、および経験年数1年以上の退院調整看護師	退院支援は、【患者の意向に沿った支援】、【自宅退院の実現に向けた支援】、【退院後、安全に暮らすためのアセスメント】、【自宅退院後、安全に暮らすための支援】、【退院支援の改善に向けた活動】の5つに分けられた。
金田ら 26)	量的 研究 (2022)	退院支援看護師が病棟配置された以降に、急性期病院において病棟看護師が最も退院支援をしていると思われる高齢患者に対して実践している在宅の視点のある看護の実態と関連要因を明らかにすること。	地域医療支援病院であるA病院において、65歳以上の入院患者の割合が30%を超える病棟に勤務する看護師の中で、看護師長または退院支援看護師でない、394名	高齢患者に対する在宅の視点のある看護実践は、〈自分の担当した患者の退院後の情報を得る機会がある〉〈訪問看護師と情報交換の経験がある〉、〈性別〉〈家族に退院後の生活に対する意向の聞き取りをしている〉、〈地域のスタッフを交えた事例検討会の参加経験がある〉、〈友達や家族に訪問看護師がいる〉であった。
本多ら 20)	質的 研究 (2021)	退院支援看護師と退院支援係との円滑な連携があった事例に基づき、両者の連携における実態を明らかにすること。	首都圏二次・三次救急で、一般病棟7:1の入院基本科の施設基準を満たし、かつ退院支援の加算を取得し、退院支援部署と専従の退院支援看護師の配置がある病院に勤める一般病棟の看護師で、退院支援係の経験がある者	退院支援看護師との連携推進に向けた退院支援係の実践として、「患者に心を寄せ、退院支援の流れを退院支援看護師と共に整える」「退院支援看護師の力が発揮できる環境をつくる」「他職種との情報共有の質を高め、足並みをそろえる」「病棟全体の士気を引き上げ、支援の質を磨く」という4つのカテゴリが抽出された。
柏崎 21)	量的 研究 (2020)	急性期病棟における看護師の糖尿病ケアに対する認識と糖尿病ケアの実施状況を明らかにすること。	都内にある糖尿病専門医が在籍している300~400床の急性期病院で糖尿病患者が入院する急性期病棟4病棟の看護師97名	糖尿病患者との関わりは「時間がかる」79.7%、「難しい」78.6%、「苦手である」56.8%であった。また、低血糖に関連する情報提供の実施状況は46.1~51.7%であり、「患者の食事療法の摂取カロリーと塩分の量を伝える」など生活の中で実施する療養行動に関する情報提供の実施状況が低かった。
木場ら 27)	量的 研究 (2017)	急性期病院病棟看護師のがん患者退院支援の実態を明らかにし、退院調整看護師との協働に焦点を当て関連性を検討すること。	中国地区200床以上の急性期医療を担うがん診療連携拠点病院5病院で、退院調整部署設置あり退院支援が必要ながん患者のいる病棟の看護師645名	因子分析後、最終43項目7因子構造の退院支援内容を得た。【退院調整看護師との協働】因子構成の9項目と他6因子との相関分析ですべてに相関がみられた。退院支援への興味・関心、研修会参加、カンファレンス実施は7因子と関連を示した。
佐々木ら 14)	量的 研究 (2016)	個別的な退院支援を行うために、病棟看護師の退院支援の実践内容と退院支援に対する意識を明らかにすること。	A病院の小児科、産婦人科、救急救命科病棟を除く一般病棟で勤務する看護師245名	「問診表に沿って情報収集ができる」は128名(86.4%)、「スクリーニングシートに沿って情報収集ができる」は119名(80.4%)、「入院前から退院支援をイメージできる」は111名(75.0%)であった。退院支援の意識調査では、医療者の問題、家族の問題、地域連携の問題などさまざまな要因から全体の9割以上の看護師が退院支援は難しいと感じているが、その必要性は認識していた。
黒澤ら 28)	量的 研究 (2016)	がんと慢性疾患の違いに焦点をあて、急性期病院の病棟看護師が行う退院支援の現状を明らかにすること。	兵庫県内350床余りの総合病院及び県外の総合病院の2施設に勤務する看護師417名	退院支援を意識していると回答した看護師はおよそ7割で、意識する時期については「入院時」との回答が4割であった。退院支援の困難の程度は「関わった患者の半数程度」がおおよそ5割であった。退院支援の困難さに及ぼす疾患の種類や患者の病状に影響があるとの回答は136名であった。終末期がん患者への退院支援内容として、「安楽に在宅療養生活を送るための看護援助」、「安心して在宅療養生活を送るための看護援助」、「安全に在宅療養生活を送るための看護援助」に分類された。一方で、看護師は〈医療者の要因〉、〈患者・家族の要因〉、〈介護・医療制度の問題〉に分類される課題を認識していた。
井上ら 29)	質的 研究 (2015)	急性期病院から在宅移行する終末期癌患者の退院支援における看護援助内容および看護師が認識する課題を明らかにすること。	地域がん診療連携拠点病院に指定されている急性期病院に勤務する病棟看護師13名	

〈患者・家族の意見の仲介をする〉や、[言葉だけではない患者の真意をつかむようにする]などの〈患者・家族の尊厳に配慮している〉内容から形成され、患者・家族の意思に寄り添うことを重視していた。

5. 【患者・家族の病気にに関する情報の理解と受容を支える働きかけをする】

《患者・家族が病気の現状や今後の状態変化について理解・受容できるように働きかける》、《疾患や薬物療法による影響の説明をする》という、2つのサブカテゴリから形成された。[患者・家族と必要な医療・ケアの内容と一日の流れがイメージできるよう情報を共有している][患者・家族に病状・

表2 病棟看護師の退院支援の看護実践内容

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
1	チームで患者・家族に関する共通理解に取り組んでいる	退院支援看護師に患者の情報を共有する
		患者・家族の意向をチームで共有する
		医師に患者・家族の理解を促すために働きかける
		退院に向けたプランをチーム内で共通認識している
2	院内の多職種に患者・家族に対する理解を促すために働きかける	記録から随時情報を確認する
		病棟カンファレンスで多職種間で生じている課題について話し合う
		目標を定めるためにカンファレンスで話し合う
		退院支援看護師と役割分担をしている
3	退院支援看護師の役割を理解し分担している	退院支援看護師に患者の意向や生活について確認する役割を担ってもらう
		退院カンファレンスに参加する
		退院前カンファレンスの企画・開催をしている
		退院後に関わる地域の保健医療福祉職と情報共有をする
4	退院前カンファレンスへ参加する	地域・在宅の視点をもつ専門職と連携する
		院内の多職種と協働し共通の認識をもつ
		退院後に必要な社会資源を導入する
		退院後に必要な社会資源の情報を提供する
5	地域・在宅に関わる院内外の多職種と連携する	必要時社会福祉制度を申請できるよう手続き方法を説明する
		患者・家族に退院後患者に必要な介護について説明する
		患者に必要な社会資源を模索する
		患者に必要な社会資源を導入できるよう多職種に働きかける
6	患者に適切な社会資源を導入できるようアプローチする	退院後も継続可能なプランを作成する
		在宅生活を見据えた看護サマリーを作成する
		患者の状態を把握しチームで統一した対応ができるよう必要な情報を記録する
		患者の病状や生活のアセスメントをする
7	看護過程の展開は常に患者の退院や退院後の生活を見据えて行う	患者・家族の精神的負担をアセスメントしている
		患者に適した治療を医師と検討する
		退院後の環境を考慮した生活方法を患者・家族に確認する
		患者が退院後におかれる社会的背景や生活状況を把握する
8	記録は退院後に必要な支援を見据えて作成する	インフォーマルな支援者の支援状況をj確認する
		退院支援を開始する時期をアセスメントする
		患者が退院できるよう自宅退院が不可能になる条件に対しケアを行う
		患者の状態から退院に関する判断をする
9	患者の現状を多角的にアセスメントしたり、治療について医師と共に検討することで支援を模索する	患者・家族の意見の仲介をする
		患者・家族の尊厳に配慮している
		患者の意向と、意向と異なる条件のバランスをとる
		患者・家族に相談窓口を具体的に伝え、相談しやすくする
10	退院後に患者をとりまく状況を把握する	患者が意思決定できるよう働きかける
		患者・家族の退院後の生活の意向を確認する
		患者・家族の思いを確認する
		患者・家族に今後予想される患者の状態変化について伝える
11	適時適切に退院ができることを目指し支援する	患者・家族の疾患や治療への理解・受容の把握をする
		患者・家族が患者の状態を理解・受容ができるよう説明する
		糖尿病の病態を説明する
		薬物療法による影響の説明をする
12	患者・家族の意向に沿った意思決定支援ができるように関わる	患者・家族にトラブルへの対応方法を説明する
		患者・家族に必要な知識や技術の指導をする
		患者のセルフケア能力維持または向上のための関わりをする
		患者に必要なセルフケアの内容や方法について説明する
13	患者・家族が患者の病気の現状や今後の状態変化について理解・受容できるように働きかける	薬剤の自己管理の知識や技術の説明をする
		薬物療法による影響に対する対処法の説明をする
		薬の自己管理能力を向上させるための調整をする
		病棟看護師と退院支援看護師がお互いに相談や質問をしている
14	患者・家族が自ら管理・対応できるようにセルフケアやトラブルに関する助言をする	退院調整看護師と高め合って関わっている
		退院支援の質向上のための学びの経験を積む
		今後の退院支援に活かすために退院支援の振り返りを行う
15	薬剤の自己管理能力を向上させるために働きかける	
16	常に関連の質の向上を心掛けた言動をしている	

ADLの変化・悪化の予測を伝えている] など、〈患者・家族に今後予想される患者の状態変化について伝える〉動きが示された。また、[栄養相談後の反応を確認する]、[病状や治療に対する患者・家族の理解の程度に関するアセスメント] など、〈患者・家族の疾患や治療への理解・受容の把握をする〉働きかけなどがあった。

6. 【患者・家族の自己管理能力を向上できるような関わりをする】

サブカテゴリは、《患者・家族が自ら管理・対応できるようにセルフケアやトラブルに関する助言をする》、《薬剤の自己管理能力を向上させるために働きかける》の2つであった。〈患者・家族にトラブルへの対応方法を説明する〉、〈患者のセルフケア能力維持または向上のための関わりをする〉など、《患者・家族が自ら管理・対応できるようにセルフケアやトラブルに関する助言をする》ことや、〈薬剤の自己管理の知識や技術を説明する〉など《薬剤の自己管理能力を向上させるために働きかける》様子が認められた。

7. 【常に支援の質の向上を心掛けた言動をしている】

《退院支援看護師と互いを高め合う関わりをしている》、《退院支援の質向上のための学びの機会がある》という、2つのサブカテゴリから形成された。[退院支援看護師と互いに学び合う姿勢で関わっている] ことや、[退院支援看護師との信頼関係ができていく] 様子、ならびに、〈今後の退院支援に活かすために退院支援の振り返りを行う〉など《退院支援の質向上のための学びの機会がある》ことが示された。

VI 考 察

本研究から、急性期病院の病棟看護師は、退院支援において【チームで患者・家族に関する共通理解に取り組んでいる】、【院内外の多職種と連携する】、【看護過程の展開は常に患者の退院や退院後の生活を見据えて行う】、【患者・家族の意思に寄り添うことを重視する】、【患者・家族の病気に関する情報の理解と受容を支える働きかけをする】、【患者・家族の自己管理能力を向上できるような関わりをする】、【常に支援の質の向上を心掛けた言動をしている】という看護実践を行っていることが明らかになった。

以下に、多職種連携や退院を見据えた看護過程の展開、病棟看護師における退院支援の質の向上等の視点から考察する。

1. 退院支援における病棟看護師による多職種連携

本研究では、病棟看護師が退院支援における多職種連携のため、【チームで患者・家族に関する共通理解に取り組んでいる】ことや【院内外の多職種と連携する】様子を明らかにした。

まず【チームで患者・家族に関する共通理解に取り組んでいる】についてである。〈院内の多職種に患者・家族に対する理解を促すために働きかける〉は、入院中の患者にとって、病棟看護師はどの職種よりも身近な存在である¹⁷⁾ ことを看護師自身が自覚し、その上で、患者・家族の背景や価値観を踏まえた一貫性のある支援を提供するために、自身が得た情報をチームに共有し、理解を促している様子を示していると考えられる。また、〈患者情報は看護記録を通して共通理解している〉、〈チーム内での共通認識を図るためにカンファレンスで話し合う〉は、電子カルテなどの媒体や、カンファレンスを通して、タイムリーな共有と共通理解に努める姿勢を抽出したものと推察した。

急性期病院では、病状の変化や治療方針の変更があり、退院支援を開始するタイミングを計りにくかったり、病状変化に合わせて複数回、退院に向けたアセスメントを行ったり³⁰⁾ する場合がある。また、患者・家族の意思や本音が揺れ動く時期でもある。一方で、短い在院日数の中で、適時適切な支援は不可欠な状況でもある。そのため、病棟看護師は、退院支援看護師をはじめ院内の関係職種がタイムリー且つ円滑に協働できるよう、患者の意思の汲み取りや心身の状況の共有と共通理解の促進に努めていると考えられた。

また、【院内外の多職種と連携する】については、退院支援のプロセスの第3段階^{31, 32)} に当たるものと考えられる。退院支援のプロセスでは、第1段階で退院支援看護師が介入する必要性についてスクリーニングをするが、スクリーニングの結果対象とならなかった場合や既に公的サービスの利用基盤がありケアマネージャーが決まっている場合などは、従来通り病棟看護師による退院支援の中で、院外との連携を充足する³³⁾ 場合も多い。今回の研究では、その実践のありようが明らかになったものと考えられ、

病棟看護師においても必要に応じて院外との連携が期待されていることがわかる。

2. 退院を見据えた看護過程の展開

本研究から、退院支援における【看護過程の展開は常に患者の退院や退院後の生活を見据えて行う】必要性も示唆された。《患者に適切な社会資源を導入できるようアプローチする》は、患者に必要な支援や今後必要となる可能性のある社会資源を模索すること³⁴⁾、そしてその情報や申請方法を患者・家族に共有することで、彼らが退院後の生活についてイメージでき³⁵⁾、円滑な生活の再構築につながることを目指して実践されていると考えられる。また、〈記録は退院後に必要な支援を見据えて作成する〉ことや、〈退院後に患者をとりまく状況を把握する〉ことは、看護計画の立案から目標設定、評価、あるいは、日々の記録まで、常に退院後の生活を想定しながら、看護実践に取り組んでいる³⁶⁾ことを示していると推察される。先行知見においても、退院支援計画書の作成は病棟看護師が行い、退院支援看護師はその後方支援を行うこととされている。すなわち、退院に向けて設定した目標を達成するための看護過程の展開は、病棟看護師が中心になって行う¹⁰⁾ことが求められており、本研究から見出された退院支援の実践は、こういった役割期待と合致する内容であったと考えられる。

3. 病棟看護師ならではの関わり

【患者・家族の意思に寄り添うことを重視する】における〈患者・家族の気持ちを尊重した関わりをする〉、〈患者・家族の意向に沿った意思決定支援ができるように関わる〉から、患者・家族の退院後の生活の意向の確認をしたり、意見の仲介を行ったりすること³⁷⁾で、患者・家族の思いに寄り添った支援に努めていることが示唆された。病棟看護師は、医療者側から「退院支援の話をして、患者・家族が退院後のイメージができず話が入らない」ことを認識している³⁷⁾とされる。また、退院後の生活に対する患者・家族・医療者それぞれの認識の違いが、患者の退院後の生活を見据えた看護実践を難渋させている現状³⁷⁾も明らかとなっている。そのため、病棟看護師は、限られた時間の中であっても、患者・家族の意思を汲み取る意識をもち、日々、支援を行うことが重要である。

加えて、【患者・家族の自己管理能力を向上でき

るような関わりをする】については、退院後のセルフケアやトラブルへの対応を見越したものであると考えられる。入院や治療によりADLの低下が懸念され、不安³⁸⁾が増大する中であっても、刻一刻と退院が近づく患者の変化と向かい合い、自己管理能力の向上を意識した働きかけは、医療の提供と管理を日常の仕事とし、日々のケア中で退院支援を行う病棟看護師であるがゆえに担える役割であると考えられる。

4. 退院支援の質向上を目指す姿勢

最後に本研究では【常に支援の質の向上を心掛けた言動をしている】というカテゴリが抽出された点である。《退院支援看護師と互いを高め合う関わりをしている》、《退院支援の質向上のための学びの機会がある》では、事例検討会などへの参加が病棟看護師にとってより早期から退院に目を向けた看護や自己の退院支援を振り返るきっかけになっていることが示唆された。これに関連し、金田らは、共に事例検討会を行うことにより地域医療福祉職の関係性が深まり、多角的に支援方法を検討することで各職種の視野が拡大し、在宅の視点につながる可能性²⁶⁾を述べている。また、柏崎は、事例検討を取り入れていくことが看護師のやりがいや自信を高めることに有用である可能性や自己の実践に対して気づきがあることにより、その気づきを実践するというサイクルにつながることを²¹⁾示唆している。以上のことから、事例検討会等の機会は看護師の退院支援を提供する力を高めるだけでなく、多職種との関わりにより視野を拡大する効果をもたらしているのではないかと考えられた。

VII 結 論

本研究では、急性期病院の病棟看護師が退院支援において実践する内容を文献検討から明らかにした。その結果、【チームで患者・家族に関する共通理解に取り組んでいる】、【院内外の多職種と連携する】、【看護過程の展開は常に患者の退院や退院後の生活を見据えて行う】、【患者・家族の意思に寄り添うことを重視する】、【患者・家族の病気に関する情報の理解と受容を支える働きかけをする】、【患者・家族の自己管理能力を向上できるような関わりをする】、【常に支援の質の向上を心掛けた言動をしている】の7つのカテゴリが抽出された。以上は、急性期病院

という特性の中で短い在院日数にあっても、医療の提供と管理を仕事とし、日々のケアの中で退院支援を行う病棟看護師だからこそ、患者との近い関係性において実践できる退院支援であることを示唆していた。急性期病院には多様な患者が入院してくるため、個人や疾病の特性に合わせたケアが重要であるが、まずは病棟看護師が第一義的な退院支援として上記を意識することで、退院支援が円滑に進み、患者・家族のQOLが向上する可能性があると考え。

Ⅷ 研究の限界と今後の展望

本研究の限界として、まず分析対象文献数の少なさが挙げられる。次に、対象を国内文献に限定したことから、網羅できていない内容が存在する可能性も考えられ、今後は海外文献にも目を向けてさらに検証を重ねる必要がある。また、分析対象文献における対象者の所属病院の特性や、疾患による看護特性による影響も否めない。

今後は、急性期病院の熟練病棟看護師を対象に調査研究を行うことで、退院支援における実践への思考・技術に関する示唆を得るなど、退院支援の可視化に向けた研究的取り組みを一層発展させていく必要がある。

本研究における利益相反はない。

文 献

- 1) 厚生労働省. 看護を取り巻く状況が変化. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/07/dl/s0707-10e.pdf> (参照2025-06-09)
- 2) 厚生労働省. 医療制度改革関連法に関する都道府県説明会配付資料. <https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/tdfk060710-1.html> (参照2025-06-09)
- 3) 山田雅子. 退院調整が重要となった背景. 篠田道子編, 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, 第2版. 日本看護協会出版会. 東京 2014; 4-6.
- 4) 厚生労働省. Ⅲ医療費適正化の総合的な推進. <https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/taikou04.html> (参照2025-03-05)
- 5) 厚生労働省. 平成24年度診療報酬の改訂の概要. https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/h24_01-03-1.pdf (参照2025-06-09)
- 6) 厚生労働省. 平成28年度診療報酬の改訂の概要. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000125202.pdf> (参照2025-06-09)
- 7) 畔上光代, 伊藤隆子. 在宅移行期における退院支援看護師・病棟看護師・訪問看護師間の協調的支援. 医療看研 2020; 25: 47-54.
- 8) 永田智子. 療養場所の円滑な移行に向けた退院支援方策の開発とその評価. 看科研 2015; 13: 18-21.
- 9) 戸村ひかり, 永田智子, 村嶋幸代, 鈴木樹美. 退院支援看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺度の開発. 日看科会誌 2013; 33: 3-13.
- 10) 鈴木樹美. 退院支援における病棟ナースの役割. 臨看 2010; 36: 17-20.
- 11) 宇都宮宏子. 退院調整Q&A Q3. 篠田道子編, 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, 第2版. 日本看護協会出版会. 東京 2014; 93.
- 12) 宇都宮宏子. ジェネラリストナースが行う退院支援・退院調整とは. 三輪恭子 編, これからの退院支援・退院調整 ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域. 日本看護協会出版会. 東京 2011; 5-10.
- 13) 中村 円. 退院支援に伴う意思決定支援における病棟看護師と退院調整看護師の役割認識. 日看研会誌 2021; 44: 99-110.
- 14) 佐々木愛, 沖政真治, 石飛祐子. 急性期病院に勤務する病棟看護師の退院支援の実践内容と意識. 日看会論集: 急性期看 2016; 46: 289-292.
- 15) 齋藤理恵, 成順 月, 葉袋淳子. 在院日数短縮後の当院における看護師の業務満足度及び患者・家族関係満足度に関連する看護の取り組み. 岐阜赤十字病医誌 2021; 32: 35-43.
- 16) 三輪恭子. 病棟看護師と地域の看護師との連携-退院後の“生活”を支援するために-. コミュニティケア 2011; 13: 26-29.
- 17) 田浦沙織, 岩本まどか, 奥津正枝. 入院患者の

- 患者満足に影響がある看護師の対応について
患者が看護師に求めているもの. 共済医報
2023 ; 72 : 347-350.
- 18) 総務省. 「令和6年版 救急・救助の現況」の公表. <https://www.fdma.go.jp/pressrelease/houdou/items/kyuuki0124.pdf> (参照2025-03-05)
- 19) 厚生労働白書. 令和6年度厚生労働白書. <https://www.mhlw.go.jp/stf/wp/hakusyo/kousei/23/index.html> (参照2025-03-05)
- 20) 本多真耶, 月野木ルミ. 退院支援看護師と退院支援係を担う病棟看護師との連携の実態とその効果. 保健の科学 2021 ; 63 : 207-212.
- 21) 柏崎純子. 急性期病棟における看護師の糖尿病ケアに対する認識と糖尿病ケアの実施状況. 日糖尿教看会誌 2020 ; 24 : 95-101.
- 22) 白瀬由美香. イギリスにおける退院支援システムと医療・介護の連携. 社会政策 2011 ; 3 : 68-77.
- 23) 厚生労働省. 医療提供体制の国際比較. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000906892.pdf> (参照2025-03-30)
- 24) 医学中央雑誌刊行会. 論文種類の定義. <https://www.jamas.or.jp/database/policy2.html> (参照2025-03-05)
- 25) 八木範子, 湯浅美代子, 島田広美, 杉山智子. 急性期病院に入院した独居の認知症高齢者の意向を尊重した退院支援の検討 病棟看護師と退院調整看護師の語りから. 医療看研 2024 ; 20 : 66-76.
- 26) 金田朋子, 朝日 瞳, 叶谷由佳. 急性期病院の病棟看護師が高齢患者に行っている在宅医療を見据えた看護実践の実態と関連要因. 日健医会誌 2022 ; 31 : 423-432.
- 27) 木場しのぶ, 齋藤智江. 急性期病院におけるがん患者への退院支援 病棟看護師と退院調整看護師の協働との関連性. 日看科会誌 2017 ; 37 : 298-307.
- 28) 黒澤佳代子, 池田清子, 河村麻佐子, 早川悦子, 奈良悦子, 丹生淳子. 急性期病院の病棟看護師が行う退院支援の現状 がん, 慢性疾患の違いの焦点をあてて. 神戸看大紀 2016 ; 20 : 69-77.
- 29) 井上菜穂美. 急性期病院から在宅移行する終末期がん患者の退院支援における看護援助内容と課題. せいいい看会誌 2015 ; 6 : 1-7.
- 30) 藤澤まこと. 医療機関の退院支援の質向上に向けた看護のあり方に関する研究 (第1部) - 医療機関の看護職者が取り組む退院支援の課題の明確化 -. 岐阜看大紀 2012 ; 12 : 57-65.
- 31) 三輪恭子. 退院支援のプロセスと多職種協働における病棟看護師の役割. 看技 2012 ; 58 : 4-10.
- 32) 宇都宮宏子. 退院支援・退院調整に必要な知識とスキル. 三輪恭子 編, これからの退院支援・退院調整 ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域. 日本看護協会出版会. 東京 2012 ; 123-193.
- 33) 宇都宮宏子. 退院調整の実際Q&A Q4. 篠田道子編, 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, 第2版. 日本看護協会出版会. 東京 2014 ; 94.
- 34) 中村美穂子, 山下清香, 小野順子, 吉田麻美, 大塚 文, 岩崎玲奈, 尾形由紀子. 入院早期から退院調整を開始している退院調整実施者の特徴. 福岡県大看研紀 2024 ; 21 : 1-8.
- 35) 奥 朋子. 【がん患者の療養の場の移行支援～アセスメント&社会資源の活用例～】押さえておきたい! 看護師が知っておくべき療養の場の移行支援のための基礎知識 世代別の療養の場の移行支援のポイント 高齢者の場合, AYA世代の場合. がん看護 2024 ; 29 : 610-614.
- 36) 櫛引理江, 広瀬美樹, 丸山理加, 算用子利恵. 退院支援チェックリスト導入後の病棟看護師の退院支援実践力の変化 病棟看護師の退院支援実践自己評価尺度 (DPWN) を用いて. 函館中病医誌 2024 ; 26 : 31-34.
- 37) 原 裕子, 辻あさみ. 急性期病院看護師の患者の退院後の生活を見据えた看護実践に関する認識の現状と課題. 日慢性看会誌 2022 ; 16 : 35-44.
- 38) 平松瑞子, 中村裕美子. 療養者とその家族の退院に関連する療養生活への不安. 大阪府大看紀 2010 ; 16 : 9-19.

Discharge Support from Acute Care Hospital Ward Nurses : A Literature Review

Mana KOUDA¹⁾, Ayako IDE-OKOCHI²⁾ and Yumie KANAMORI²⁾

1) Former, Department of Nursing, Kumamoto University, 4-24-1 Kuhonji, Chuo-ku, Kumamoto 862-0976, Japan 2) Life Sciences, Kumamoto University Graduate School of Medicine, 4-24-1 Kuhonji, Chuo-ku, Kumamoto 862-0976, Japan

SUMMARY

This study aimed to clarify the discharge support provided by ward nurses in acute care hospitals.

A search was conducted in Ichushi using the keywords “discharge support or discharge coordination and ward nurse and acute care

hospital”. Eight articles describing the discharge support provided by ward nurses were qualitatively analyzed. Then, the findings were extracted based on seven categories : 【Working within a team to develop a common understanding of the patient and their family】, 【Collaborating with multiple professions within and outside the hospital】, 【Developing the nursing process with a constant focus on the patient's discharge and life after discharge】, 【Prioritizing support for the patient's and their family's wishes】, 【Encouraging the patient and their family to understand and accept information about their illness】, 【Interacting with the patient and their family in a way that improves their self-management skills】, 【Consistently improving support quality through words and actions】

Ward nurses in acute care hospitals provide discharged support as part of their daily care, taking advantage of their close relationship with patients.