

## 退院支援における病棟看護師の役割

～他職種が関わっていた長期入院患者の退院カンファレンスを振り返って～

The roles of a hospital ward nurse in the arranging and explanation of the care-giving process  
during the post-hospitalization period

～ report of a case-study about a patient who was given specific care aimed at the  
post-hospitalization period, including – and orchestrated by – an all coordinated conference  
of all parties involved and prior to the actual discharge～

西2階病棟 井出ともみ 吉川里絵 瀧澤香苗 赤羽治美

### 要旨

今回、Aさんという突然の多発外傷から5カ月間入院後、自宅退院した患者の看護を体験した。このケースの看護を振り返り、退院支援に関わる病棟看護師の役割について考察した。その結果、患者・家族と目標を共有した上で、患者に関わる全ての職種が情報共有し、問題解決が図れるような場を病棟看護師が調整することは、退院支援において重要な役割の一つであると考えられる。

キーワード：退院支援・病棟看護師・カンファレンス

### I はじめに

患者の入院期間が短縮されている今、入院早期からの退院を見据えた患者への関わりが重要とされている。退院支援を専門に調整する機関が設けられている病院もあるが、大きな影響力をもつのが病棟看護師であるといわれている。

私達の病棟でとりわけ救急科の患者においては、病病連携など地域とのネットワークが比較的整っているため、回復を迎える頃には転院というケースが多く、看護師主体で退院支援を行う機会が少ないのが現状であった。

その中で、突然の多発外傷受傷から5ヶ月間入院後、自宅退院した14歳の患者（以下Aさんとす）の看護を体験した。Aさんは複雑な病態に加え、中学生であり、成長への支援、家族との関わりへの支援が必要であった。私たちは、カンファレンスの企画・調整を実施し、多診療科・多部門で協力した結果、Aさんの目標である修学旅行前の自宅退院につなげることができた。しかし、それぞれの職種が専門的な立場から見解を示す中、看護師として、退院支援における役割が発揮でき

ていたか疑問が残った。

そこで、この事例を通して、退院支援に関わる病棟看護師の看護の役割について先行文献を用いて考察した。

## Ⅱ 研究方法

対象者：

病棟に入院していた患者 1 名

データ収集・分析方法：

電子カルテより、患者の病態・治療の経過、2010 年 1 月・3 月に実施した合同カンファレンスの出席者・カンファレンス内容、患者の S・O 情報、両親の S・O 情報、インフォームドコンセントの内容、看護師の退院支援の内容を抽出して、先行文献と合わせて考察した。

倫理的配慮：

患者の人権、プライバシーを保護するため、個人が特定されないように匿名化する。研究内容は看護師の役割についてであり、患者の個人情報は主病名、年齢、特性のみとする。電子カルテより抽出した情報で、紙媒体は抽出時に個人名を除き、研究終了後シュレッダーで破棄した。電子媒体は情報抽出時に個人名を匿名化、研究終了後ファイルを破棄した。

## Ⅲ 事例紹介と看護の実際

A さん 14 歳 女性

10 月高エネルギー外傷にて救急センター入院。

11 月一般病棟転棟。

主に、頭部外傷による高次機能障害・左大腿部骨折(整復手術後)・右膝複合靱帯損傷・右下腿コンパートメント症候群による挫創に対し、各科・部門で治療・リハビリ・検査・ケアを行っていた。複雑な疾患で多職種が関わっており、A さんの状態把握、方針、目標を統一するのが困難であった。

### 【1 月までの A さんの状態】

日常生活動作(以下 ADL)は車いす移動自立、洗面、配下膳、保清は看護師部分介助。

リハビリでは 1 本杖使用し 100M 程度歩行可能、杖なしで数歩。

また、精神面では、A さんは感情表現の自発性が少なく、質問に対してはい・いいえの返答が多かった。表情硬いことが多く、リハビリ中や、病棟で突然泣き出すこともあった。

さらに、A さんの母親が A さんの事故をきっかけにパニックを起こすことがたびたびあり、精神科受診していた。本人への面会は回数を減らし、父親と一緒に来院。キーパーソンは父親であった。

### 《1月26日 第1回合同カンファレンス》

企画意図：Aさんの精神面への関わり、Aさんの両親への対応の統一も必要と考え、合同カンファレンス開催を企画した。

参加者：整形外科医師・小児科医師・理学療法士(以下PT)・作業療法士(以下OT)・言語療法士(以下ST)・看護師

内容：現在の状態についてそれぞれの見解、今後の方針について話し合った。

現時点では転院、退院の目安はつかない。4月の修学旅行参加も無理であろう。

1、2泊程度の外泊は可能なため、外泊し気分転換をもうけ、リハビリが意欲的にできるように働きかけていく。

病棟では、Aさんが自分でできることを増やしていくように関わるという方針となった。

両親に対しては、母親一人だと精神的に不安定なため、何か説明をするときは父親がいる時に行うようにしていくということで対応を統一した。

#### 【第1回合同カンファレンス後のAさんの状態】

ADLは病棟内歩行自立、病棟外は付き添いにて自立。洗面、保清自立。配下膳介助。

リハビリでは階段10階まで昇降、持続的な歩行は10～20分程度可能。

精神面では、週末の外泊に行くようになり、Aさんの表情が少しずつ明るく変化した。

本人から、修学旅行に行きたい、家に帰りたいなどの、自発的な表現もみられるようになった。

### 《3月5日 第2回合同カンファレンス》

企画意図：第1回カンファレンス時よりAさんの全身状態の改善がみられ、方針の再検討が必要と考えた。

参加者：整形外科医師・形成外科医師・小児科医師・院内学級担当教師・PT・OT・ST・看護師

内容：第1回目のカンファレンスを行った1カ月前の状態と比べて、現在の状態、今後の方針について見解を話し合った。

ADL、高次機能障害、右下肢挫創の3点にカンファレンスの焦点が絞られ、1ヶ月前よりそれぞれ状態の改善がみられるため、退院可能と判断。学校生活へ戻ってみてよいのではないかという結論に至った。修学旅行は学校側、両親と相談して協力が得られれば参加できるであろうと考えた。

### 《3月10日 第3回合同カンファレンス》

企画意図：退院、退院後の外来通院、修学旅行についての具体的な日にちや、方法を検討する。

参加者：整形外科医師・形成外科医師・小児科医師・院内学級担当教師・PT・OT・ST・看護師・Aさんの通う中学校の担任教師・養護教員・教頭・両親

内容：学校の教職員、両親に向けて、現在の病状・治療について説明。

学校に登校する日にち、登校してからの授業への参加の程度、退院後の外来通院について相談。

修学旅行へ参加する方向で、具体的な方法について検討。

3月13日退院。

#### IV 考察

この事例では院内の医療福祉支援センターの介入はなく、合同カンファレンスの企画・運営を病棟看護師が中心で行った。「合同カンファレンスは複数の生活ニーズをもつ患者・家族に対し、多職種が協働で支援の目標や方法を検討するもので、退院調整を行う上で大変重要である。<sup>1)</sup>」また、カンファレンスによりそれぞれの役割分担が明確になり、各専門部門からの早期の介入を可能とする等の効果をもつ。<sup>2)</sup>」と先行文献で述べられているように、Aさんの退院がスムーズに進んだのは、合同カンファレンスにより、それぞれの分野の見解を示し、Aさんに関わる医療者全員が患者の情報を共有し、目標を統一した上でAさんへ関わることができたからだと考えられる。

また、1回目の合同カンファレンスの時点で退院の目安はついていなかったが、2回目の合同カンファレンス後、退院についての具体的な話し合いが進んだ。1回目と2回目の合同カンファレンスを行った1ヶ月間に、AさんのADLや精神状態が良い方向に変化したからである。

須田らは「病棟看護婦は患者・家族と接点が多く、看護問題や生活上の問題を把握することが出来る。そのため関係部門へ情報を発信する中心的な役割がある<sup>3)</sup>」と述べている。病棟看護師は24時間患者の状態を把握できるため、Aさんの変化を総合的に捉えることが可能であり、カンファレンス開催を企画することへ繋がったと考えられる。特に、Aさんのように、多診療科、多部門が関わっていた事例においては、情報発信の役割が重要であった。

#### V 結語

患者・家族と目標を共有した上で、患者に関わる全ての職種が情報共有し、問題解決が図れるような場を病棟看護師が調整することは、退院支援において重要な役割である。

当病院では、昨年より退院支援委員会が発足し、患者の早期退院への介入を進めている。病棟看護師が主体となって情報を発信していき、患者が最良の状態で退院できるよう、多部門、多職種で協力していくことが必要である。

#### 参考文献

- 1 洞内志湖・丸岡直子・伴真由美・川島和代：病院に勤務する看護師の退院調整活動の実態と課題，石川看護雑誌 Ishikawa Journal of Nursing Vol.6, 2009, p. 63, 2009.
- 2 山口多恵・松尾理佳子・福江まさ江・浦田秀子・西山久美子：回復期リハビリテーション病棟における看護チームと多職種間との連携 - 脳出血後の嚥症状を呈する患者への関わりを通して -，長崎大学医学部保健学科紀要，p59-63, 2004.

#### 引用文献

- 1) 全国訪問看護事業協会：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，p73-75, 2003.
- 2) 松下正明：チームで行う退院支援 入院時から在宅までの医療・ケア連携ガイド，中央法規出版，p67-72, 2008.
- 3) 須田静・福島裕子・伊藤真美 他：退院支援計画における病棟看護婦の役割の明確化，第 29 回日本看護学会論文集(老人看護)，p50, 1998.