

研究ノート

医療施設における退院調整の実際
—A県内医療施設を対象にした調査結果より—渚 るみ子¹⁾、沖野 良枝²⁾¹⁾国立病院機構京都医療センター²⁾滋賀県立大学人間看護学部

背景 厚生労働省は、平成15年にまとめた「医療提供体制の改革のビジョン」の中で、医療機関の機能分化・連携の推進と地域医療の確保を掲げ、在院日数の短縮、早期の在宅療養移行に一層の拍車を懸けてきた。その結果、医療施設では、患者、家族への入院中からの療養指導、退院時調整や支援の必要性が高まりそのための体制化や取り組みが進行している。しかし、退院支援システムやその内容が適切に実施され、効果が維持・継続されているかについては、現在、十分に確認、検証されていない。そこで、A県内の現状を把握するための調査を行った。

目的 A県内の医療施設における退院支援と連携の実際、それを支える病棟の退院への取り組みの現状を把握し、看護師の退院調整業務に果たす役割と業務を検討する。

方法 1) 対象：A県内有床医療施設の内、調査に協力、同意を得られた施設の看護部長25名および該当病棟の看護管理者107名を対象とした。

2) 期間：平成20年1月～2月

3) 調査方法：オリジナルな質問紙を使用した無記名、自己記入式質問調査。回答は多肢選択式、一部記述式で行った。研究協力について同意書の得られた施設への調査紙の配布、回収は郵送法により実施した。

調査紙の内容；

看護部長；①施設の概要、②退院調整・支援の体制および状況、③退院調整・支援の時期、④連携の実際、⑤退院調整、連携上の課題を内容とする14項目で構成。

病棟管理者；①病棟の概要、②退院調整の実施状況、③退院指導の実施状況を内容とする9項目で構成。

4) 分析：単純記述統計による2006年度在院日数90日以内、91日以上施設および病棟別比較により検討した。

5) 倫理的配慮：臨床研究における倫理的指針（厚生労働省、平成16年改訂）に基づき計画し、国立病院機構滋賀病院倫理委員会の承認を得た。

結果 有効回答数（率）：施設看護部長23名（92%）。病棟看護管理者89人（83.2%）。

施設数では、平均在院日数90日以内が18カ所、91日以上が5カ所であった。2006年度退院調整件数は90日以内で平均551（±825）件、91日以上で平均62（±71）件であった。退院調整部門の設置は11施設、退院調整体制を有するのは20施設であった。退院調整部門の有る施設では、看護師とMSWを平均2名配置し、役割分担も有り回答していた。退院調整のためのガイドラインを備えているのは、2類型合わせて10施設、40%であった。

地域との連携・参加は90日以内では、「時々実施」も含め80～90%の高い割合で回答されていた。退院指導を実施している病棟は、30%弱で、一部の患者に実施しているのは60～70%であった。全患者に実施していない理由は、退院指導を必要としない患者がいる53%、必要性は感じるが時間がない20%などであった。退院指導の評価は14～32%、退院後の状態把握の実施は28～36%の実施であった。

結論 A県内の回答施設の内、80～90%は退院調整を実施し、調整部門の有る施設では看護師とMSW

2009年9月30日受付、2010年1月9日受理

連絡先：沖野 良枝

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail：y-okino@nurse.usp.ac.jp

を配置していた。地域連携への努力をしているが、60%の施設はガイドラインを備えていない、情報伝達が不十分など調整上の課題が明らかになった。また、病棟では、退院調整の把握方法および退院調整開始時期は施設により差があり、全患者への退院指導の実施、退院指導の評価は低い割合である傾向が明らかになった。

キーワード 医療施設、平均在院日数、退院調整、退院指導、看護師

I. 緒言

平成15年、厚生労働省は今後の医療提供体制の方向として「医療提供体制の改革のビジョン」をまとめ、その中で患者への情報提供の推進、医療機関の機能分化・連携の推進と地域医療の確保を掲げた¹⁾。それは第5次医療法及び診療報酬改定へとつながり、在院日数の短縮、早期の在宅療養移行に拍車がかかってきた。手術直前の入院、手術後早期の退院、慢性疾患、退行性疾患患者の早期退院を積極的に進める医療施設では、入院時から退院後の生活を捉えた上での療養指導、退院時の患者、家族への指導や調整・支援など専門的なケアを継続する必要性が高まり、そのための体制化や取り組みが進行している。そうした退院に向けた支援は、施設全体で取り組み、さらに地域の関連施設、専門職とのシステムティックな連携・協力がされなければ、十分な効果は得られないと言えるが、その中で患者や家族にもっとも身近な存在である看護師の果たす役割は大きいと考えられる。

こうしたわが国の医療政策の動向を背景にした医療機関の退院調整の現状や課題については、丸岡²⁾、伴ら³⁾のB県内病院看護職らを対象にした2002、3年の調査報告、黒江⁴⁾や水村⁵⁾等の報告がみられる。しかし、退院支援システムやその業務、内容がどの様に進展し、適切に実施され、その効果が維持・継続されているかについては、十分に確認、検証されていない。今回、A県内の医療施設における退院支援と連携の実際、それを支える病棟の退院への取り組みの現状を把握し、看護師の退院調整業務に果たす役割と業務を検討する目的で調査を実施した。

II. 研究方法

1) 調査対象

A県内有床の医療施設の内、調査に協力、同意の得られた施設の看護部長25名および該当病棟の看護管理者107名を対象とした。

2) 調査期間

平成20年1月～2月

3) 調査方法

文献レビューを参考に、研究者らが独自に作成した質問紙を使用し、自己記入式質問調査を実施した。回答は、多肢選択式、一部記述式とした。各施設への調査紙の配

布、回収は郵送法により実施した。

施設看護部長に対する質問紙は、①病院の概要(病床数、1日平均入院患者数、平均在院日数、病床利用率、併設施設等)、②退院支援の現状(部門・部署と職種、退院調整開始時期、必要な対象の把握方法、他施設との連携・情報交換、役割分担等)、③具体的な支援内容とその担当者(退院後の療養場所の意思決定への支援、介護力の確認、在宅療養上の問題の明確化、退院指導の実施、医療福祉関係機関との連携、療養環境・経済的基盤整備、退院前訪問、看護サマリーの作成等)、④退院調整における課題を内容とする14項目(その内、記述式回答3項目)で構成した。

病棟管理者に対する質問紙は、①病棟の概要、②退院調整の実施状況、③退院指導の実施状況を内容とする9項目(その内、記述式回答は2項目)で構成した。回答データには、過去1年間(2006年度)の統計値を求めた。

4) 分析

単純記述統計により2006年度在院日数90日以内、91日以上施設別、病棟別比較を行った。分析には、SPSS 14.0 for windowsを使用した。

5) 倫理的配慮

臨床研究における倫理的指針(厚生労働省、平成16年改訂)に基づき行った。質問紙は無記名であり、回答用紙は封をして回収する、結果はコード化し全体として統計処理を行い個別の施設は特定されない、回答原票とファイルデータの保存、管理、報告書作成後の廃棄、削除処理について文書で明示し、同意書を得た。なお、本研究は国立病院機構滋賀病院倫理委員会の承認を得た。

III. 結果

有効回答数(率)：施設看護部長23名(92%)。病棟看護管理者89人(83.2%)。回答された質問紙はすべて有効と判断し分析対象とした。

今回の結果では、一般病院と精神科・療養型病院という診療科の特性が平均在院日数の違いに一致したため、平均在院日数90日以内および91日以上の2類型に分類し対比した。

1. 施設看護部長の回答結果

1) 施設および患者の状況

施設の規模、患者の動向を在院日数2類型別に表示し

表1 平均在院日数別施設、患者状況

	(n=23)	
平均在院日数	90日以内	91日以上
施設数(個所)	18	5
平均病床数	281 (± 161.8)	214 (± 166.6)
平均1日入院患者数	220 (± 129.7)	118 (± 142.2)
平均在院日数	19 (± 3.9)	457 (± 228.3)
平均年間退院患者数	4067 (± 3615.6)	154 (± 92.4)
平均退院調整件数	551 (± 825.2)	63 (± 70.9)

た(表1)。施設数は、平均在院日数90日以内が18カ所、91日以上が5カ所であった。2006年度退院調整件数は90日以内では、最少17、最多2389、平均551(±825)件、91日以上では、最少2、最多141、平均62(±71)件であった。各平均病床数、1日入院患者数、在院日数、年間退院患者数は表1の通りである。

2) 退院調整の状況

退院調整・支援の状況を表2に示した。退院調整部門を設置しているのは11施設であるが、退院調整体制が有るのは20施設であり、大半の施設は退院調整を実施していることが把握できた。退院調整部門の有る11施設では看護師と医療ソーシャルワーカー(Medical social worker; MSW)を各平均2名配置し、役割分担も有りと回答していた。役割の内容として、看護師は、医療ニーズの高い患者・家族との面談や援助及び関係機関への情報提供が主であった。MSWは、転院相談と連絡調整、経済面の相談と支援、介護保険制度、福祉サービス、社会資源に関する支援であった。

退院調整のためのガイドラインを備えているのは、2類型合わせて10施設、40%であった。ガイドラインの内容は、「役割分担」30%、「調整の流れ」39%、「連携ツール」26%、退院調整の実施は、「看護職」33%、「MSW」22%、「両者」28%であり、17%は「病棟」と回答されている。また、調整部門に配属された看護師の所属は、

表2 退院調整の状況

	(n=23)		
平均在院日数	90日以内	91日以上	
退院調整部門	有	9 (50%)	2 (40%)
	無	8 (44%)	3 (60%)
	無回答	1 (6%)	0
看護師の配置	配置	9 (50%)	2 (40%)
	未配置	9 (50%)	3 (60%)
看護師の所属	看護部	5 (28%)	0
	事務部	4 (22%)	0
	無回答	9 (50%)	5 (100%)
退院調整体制	有	16 (89%)	4 (80%)
	無	2 (11%)	1 (20%)
退院調整ガイドライン	有	8 (44%)	2 (40%)
	無	10 (56%)	3 (60%)
NsとMSWの役割分担	有	11 (61%)	0
	無	4 (22%)	5 (100%)
	無回答	3 (17%)	0

表3 地域連携の実際

	(n=23)		
平均在院日数	90日以内	91日以上	
退院前カンファレンス	実施	7 (39%)	1 (20%)
	時々実施	11 (61%)	3 (60%)
	していない	0	1 (20%)
地域での会議、学習会の実施・参加	実施	9 (50%)	0
	時々実施	7 (39%)	4 (80%)
前方支援	していない	2 (11%)	1 (20%)
	している	11 (61%)	1 (20%)
後方支援	していない	7 (39%)	4 (80%)
	している	14 (78%)	1 (20%)
	していない	4 (22%)	4 (80%)

「看護部」が5施設、「事務部」4施設、「無回答」が9施設との回答が示された。

退院調整の必要性の把握で最も多かったのは「スクリーニングシートの活用」であり、「退院調整部門」、「看護師長」、「患者・家族の依頼」の順であった。

また、退院調整の時期は、「医師の退院許可後」、「家族や医療者からの依頼」、「病状が回復してきたとき」、「入院1週間以内」の順であった。

調整部門運営上の問題として、自由記述の回答を得た。内容は「部門としての体制が不十分」、「家族の受け入れ困難、医療依存度の上昇、認知症の増加等介護保険の支援だけでは限界」、「医療者の見解と家族の認識のズレ」、「退院調整について病棟スタッフ間に理解と認識の差」、「専任スタッフ、MSWが不足しているが病棟看護師で体制を取っている」、「医師とのズレ、協力が得られない時」などがあがった。

3) 地域連携の実際

退院調整と地域との連携の状況を表3に示した。退院前カンファレンスや地域での会議の実施、参加は「時々実施」も含めると80~90%の高い割合で回答されている。前方、後方支援は一般病院では60~80%が実施している。診療内容や施設機能にも拠るが、91日以上の長期ケア医療施設では20%と実施率の低いことが示された。

4) 退院後療養生活指導上の困難に関する意見

退院後の療養生活上の困難に関する自由記述の意見を

表4 退院後療養生活指導上の困難に関する意見

・病棟からの情報伝達が不十分。情報が無く問い合わせ時に困る。
・特に介護支援専門員や包括支援センターとの情報交換が不十分。
・高齢者への入院中からの生活、療養、社会資源の情報提供が必要。
・再入院、リピーターには独居、高齢介護者、男性介護者が特徴的。
・介護サービス非該当、受給抑制は家族負担や生活レベルに影響。
・退院後の症状進行、悪化は家族ストレスの増強、非協力を生じる。

表5 病棟別患者状況

病棟	(n=89)	
	一般病棟	療養病棟・精神科病棟
病棟数	75	14
平均在院日数	29.4(±37.7)	247.1(±172)
患者平均年齢	69.4(±11.9)	71.0(±12.0)

表4に要約した。病棟や特に介護支援専門員、地域包括支援センターとの情報伝達、情報交換が不十分で困るといった意見や、高齢者への入院中からの生活、療養、社会資源の情報提供が必要であり、再入院、繰り返し入院者には独居、高齢介護者、男性介護者が特徴的である。また、介護サービス非該当、受給抑制は家族負担や生活レベルに影響を与える退院後の症状進行や悪化は家族ストレスの増強、非協力を生じるなどが述べられていた。

2. 病棟看護管理者の回答結果

1) 病棟及び患者の状況

病棟の患者の動向を在院日数2類型別に表示した(表5)。病棟数は、平均在院日数90日以内が75カ所、91日以上が14カ所であった。各平均在院日数、患者平均年齢は表5の通りである。

2) 退院調整の状況

退院調整の必要な対象の把握方法で、頻度の高い順の

表6 退院調整の把握方法

平均在院日数	(n=89)	
	90日以下	91日以上
スクリーニングシート	23(31%)	2(14%)
看護師長	26(35%)	5(36%)
受持看護師	17(23%)	2(14%)
退院調整部門	1(1%)	0
医師	6(8%)	4(29%)
専任看護師	0	0
NSW	1(1%)	0
その他のスタッフ	1(1%)	1(7%)

表7 退院調整の開始時期

平均在院日数	(n=89)	
	90日以下	91日以上
入院時	15(20%)	2(14%)
入院1週間以内	9(12%)	0
入院2週間以内	5(7%)	1(7%)
病状が回復したとき	30(40%)	6(43%)
看護師長が必要と判断した時	11(15%)	0
受持看護師が必要と判断した時	2(3%)	1(7%)
NSW	1(1%)	1(7%)
医師の退院許可が出た時	2(3%)	3(21%)
退院時	0	0

表8 病棟での退院調整の状況

平均在院日数	(n=89)	
	90日以下	91日以上
退院に向けての計画立案	実施している 61(81%)	9(64%)
	していない 13(17%)	5(36%)
退院前家庭訪問	実施している 27(36%)	9(64%)
	していない 47(63%)	5(36%)
退院前試験外泊の勧め	実施している 63(84%)	14(100%)
	していない 11(15%)	0
看護サマリーの作成	実施している 71(95%)	13(93%)
	していない 3(4%)	1(7%)

1番目を表6に示した。最も多かったのは「看護師長」であり、「スクリーニングシート」、「受持看護師」、「医師」の順であった。退院調整の開始時期で、頻度の高い順の一番目を表7に示した。最も多かったのは「病状が回復した時」であり、「入院時」、「看護師長が必要と判断した時」、「入院1週間以内」、「入院2週間以内」、「医師の退院許可が出た時」の順であった。

3) 退院調整の実際

病棟での退院調整の実施状況を表8に示した。「看護サマリーの作成」は93~95%、「退院前試験外泊の勧め」は84~100%実施されている。「退院に向けての計画立案」は64~81%が実施していると回答し、実施者は「受持看護師」60.7%、「看護師長」21.3%であった。退院前家庭訪問を実施している病棟は在院日数91日以上では64%であるが、90日以下では36%であった。

表9 退院指導の実際

平均在院日数	(n=89)	
	90日以下	91日以上
退院指導	有 41(55%)	3(21%)
マニュアル	無 32(43%)	11(79%)
退院指導	実施している 21(28%)	4(29%)
	一部の患者に実施 52(69%)	8(57%)
	していない 1(1%)	2(1%)
退院指導の評価	実施している 24(32%)	2(14%)
	していない 51(68%)	12(86%)
退院後の状態把握	実施している 21(28%)	5(36%)
	していない 53(71%)	9(71%)

4) 退院指導の実際

①退院指導の状況を表9に示した。

退院指導のマニュアルが「有る」は、平均在院日数90日以下の病棟で55%、91日以上では21%であった。マニュアルの内容はパンフレットがある34人(77%)、指導の説明内容の明示19人(44%)、退院指導項目の明示17人(39%)、退院指導の日程・進め方16人(36%)であった。

退院指導を「実施している」病棟は、30%弱で、「一部の患者に実施している」は60～70%であった。退院指導を全患者に実施していない理由として、退院指導を必要としない患者がいるが47人(75%)、必要性を感じているが業務が多忙で時間が足りないが18人(29%)、指導内容及び指導方法が不明確であった13人(21%)、退院までに指導の時間がとれないが12人(20%)であった。

退院指導の評価を「実施している」病棟は14～32%であった。評価をしていると回答した人の実施時期は指導後が21人(81%)であった。

退院後の状態把握の「実施をしている」病棟は28～36%であった。状態把握をしていると回答した人の実施時期は、決まっていない21人、決まっている5人であった。実施方法は外来診察時17人、関連職種からの連絡13人、電話連絡8人であった。

②退院指導の実施者および内容

- 退院指導は誰が実施しているかは、「受持看護師」77人、「その日の担当看護師」69人、「看護師長」23人であった。
- 退院指導の開始時期の頻度の高い順の1位は、「回復期になってから」32人、「退院が決定してから」26人、2位は「リハビリ期になってから」28人、「回復期になってから」17人、「退院が決定してから」17人であった。
- 退院指導時の家族の参加状況の頻度の高い順の1位は、「できるだけ一緒に参加」32人、「必要時参加」28人、二位は、「できるだけ一緒に参加」35人、「必要時参加」26人であった。
- 退院指導の内容は「日常生活の仕方」85人、「服薬指導」74人、「社会資源の活用」68人、「食事指導」67人、「医療処置の方法」65人であった。
- 退院指導の方法は「口頭」73人、「パンフレット」73人、「実物を用いて」48人であった。退院指導の回数「技術習得できるまで」54人、「1回」22人、「2回」12人であった。退院指導の1回の指導時間は「30～60分」41人、「10～30分」34人、平均時間は30分21人、10分8人であった。
- どの段階まで到達したら外来や他施設に引き継いでい

るか、「大体的方法ができたなら」48人、「退院日が来たら」32人であった。

- 退院指導の現状を管理者としてどのように思うかを表10に示した。

「どちらともいえない」35人、「時々不満である」23人、「時々満足している」17人、「大抵の場合不満である」9人、「いつも満足している」5人であった。いつも満足している人や時々満足している人の回答理由は、他職種との連携がとれ在宅療養がスムーズである、計画的に指導できている等であった。どちらともいえない人の理由は、短期入院の方への指導が不十分、個人の能力に差がある、退院指導の認識が低い、家族の参加が悪い等であった。時々不満である人や大抵の場合不満である人の理由は、十分指導できる時間と人が少ない、指導時期が遅い、指導内容が不十分、看護師の差がある、計画性がない等であった。

- 退院後療養生活上で困ったケースや内容は、介護者が高齢や男性の場合、食事等が不十分で再入院が多い、一人暮らし、高齢者、日常生活が自立していない人の再入院が多い、介護保険対象者以外の方の利用できるサービスが少ない、退院が決まらなと介護認定調査をしてくれない町がある、在宅での情報が入りにくい等であった。

IV. 考 察

平成18年の医療法改定では、医療機能の分化・連携を推進し、地域における切れ目のない医療の流れを作るために、退院時に退院後の療養に関する適切な情報提供、必要な保健・医療・福祉サービスを記載した計画書を交付し適切な説明をする事が努力義務とされた⁶⁾。こうした地域の医療機能の分化、連携を確実に進めていくために退院支援システムは、益々その伸展と確立が期待されている。今回のA県内医療機関の調査結果では、退院調整部門の有る11施設を含め退院調整体制を有するのは20施設で、対象施設の大半は退院調整を実施していることが分かった。丸岡ら²⁾のI県における2003年の調査では、対象の8総合病院の内、退院調整部門を設置している施設はゼロであるが、殆どの看護部長はその必要性を認識していたと報告されている。著者らの調査はその4年後に実施したことになるが、結果から、政府の政策誘導を背景に多くの医療機関で退院支援体制が急速に整備されていることが推測できた。さらに、退院調整部門の有る施設では看護師を配属しMSWとの役割分担も有りと回答し、チーム内連携を進めていることも明確になった。しかし、調整部門に配属された看護師の所属の内、看護部所属の割合は28%、事務部所属は22%、回答無しが50%みられたことは、施設内における退院調整部門の組織

表10 退院指導の現状に対する管理者の思いとその理由 (n=89)

いつも満足している人	5人	他職種との連携がとれ在宅療養がスムーズにしている、できるだけのこととはしている等
時々満足している人	17人	計画的に指導できている、患者によっては指導時間が短い、十分指導できず退院後問い合わせがくる等
どちらともいえない人	35人	短期入院の方への指導が不十分、個人の能力に差がある、退院指導の認識が低い、時間の限界がある、家族の参加が悪い等
時々不満である人	23人	十分指導できる時間と人が少ない、指導時期が遅い、指導内容が不十分、受持ち看護師の差がある、再入院が多い、計画性がない、アンケートで不十分とあった等
大抵の場合不満である人	9人	十分指導できていない、統一性がなく看護師の差がある、文章として渡していない、入院から退院指導が始まるという意識がない等

的位置付けが複合的であり、独立した専門部門として明確になっていない現状があると考えられた。さらに、退院調整ガイドラインを備えているのは在院日数90日以内の施設40%に過ぎず、業務の確立途上にあることが推測できた。しかし、伴ら³⁾の2005年の調査報告では、退院調整の手引きがあると回答した各種病棟の割合6.4~12.9%と比較しても、徐々に整備は進められていると考えられる。

退院前カンファレンスや地域での会議の実施、参加は、時々も含め高い割合で回答され、連携に努力していることが判断できた。また、前方、後方支援は90日以内の病院では60~80%が実施していると回答していた。しかし、91日以上 of 病院では実施率は低い結果であった。調査対象数も極めて少なく一律な判断はできないが、疾患や診療内容、病院機能の特性、入院頻度の低さを反映していると考えられる。退院調整は後方支援に含まれると考えられるが、両者の回答数が一致せず、一部に後方支援の概念の混乱が推測された。

自由記述からは、連携先からの情報不足、情報交換の不十分さなど連携体制の問題が述べられていた。また、独居、高齢介護者、男性介護者の問題や介護サービス受給抑制等の現状記述からは、背景にある今日の地域ケアや介護保険制度の不備や限界に直面し困惑している現場の状況が推測された。これらは、今後の退院調整、退院指導上の課題であると考えられる。藤澤ら⁷⁾は、退院支援を受けた患者への訪問調査から「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・通院方法も含め具体的な療養生活上の支援が必要…(略)…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…」を指摘している。長期療養施設を含め、退院調整部門の確立、施設内の位置付け、専門スタッフの配属、人員、役割分担、対象主体の支援方法の標準化、十分な情報交換、有機的連携など今後、一層の改善と発展が望まれる。

次に病棟管理者の調査結果から考える。退院調整の状況で、調整の必要な対象の把握方法で一番頻度が高かった項目は看護師長、スクリーニングシート、受持看護師、医師の順であった。スクリーニングシートは退院調整患者の予測がつき早期から退院調整が可能と考えられる。長野らは⁸⁾「本来は退院調整が必要にも関わらず、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」と述べている。また藤澤らは⁷⁾「システム化の第一歩として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」と述

べている。これらのことから退院調整の把握方法としてはスクリーニングシートが有効であると考えられる。今回の結果ではスクリーニングシートの活用は2番目ではあったが14%~31%であり業務の確立途上にあることが窺えた。

退院調整の開始時期で頻度の高い順の一番目は病状が回復した時であり、入院時、看護師長が必要と判断した時、入院1週間以内、入院2週間以内、医師の退院許可が出た時の順であった。伴ら³⁾の調査では医師の退院許可が出た時、入院時、看護師長が必要と判断した時、受持看護師が必要と判断した時の順であった。今回の調査結果では医師の退院の許可がでた時点という結果はなく、退院支援が進んでいることが窺える。しかし退院調整の開始は、速やかな在宅療養への移行に結びつく要因の一つと考えられ、退院調整は入院当初から行う必要がある。今回の調査では入院時から退院調整が始まった病棟は20%、14%と実施率は低いことが示された。今後は入院時から退院調整が必要であると判断するためのアセスメントツールを検討する必要があると考える。

退院に向けての病棟での退院調整の実施状況として、看護サマリーの作成は93~95%、退院前試験外泊の勧めは84~100%と高い割合で回答され、退院調整に努力されていることが窺えた。退院に向けての計画立案は64~81%、退院前家庭訪問は36~64%で病棟により差がみられた。しかし伴ら³⁾の調査では計画立案は48.4~49.6%だったことからすると、A県の施設では、計画立案の割合が高く、退院調整と合わせて、看護内容の向上が進行していると考えられる。伴ら³⁾は「患者・家族の意思決定、家族間の調整を行い、利用するサービスの調整、転院先の確保、家族の介護力の確保、家族が必要な技術の習得等ができるには、早期に退院計画を立案することが重要である」と述べている。退院支援は患者や家族の様々な背景や個々ニーズに応じた支援が必要であり、そのためのシステムが退院計画である。このことから入院時ないしは入院早期から退院に向けての計画立案を徹底していく必要があると考える。

退院指導の実施状況として、退院指導のマニュアルが有ると回答した病棟は平均在院日数90日以下で55%、91日以上では21%であった。マニュアルとは看護職員が一定の看護を提供できる基準・水準であり、看護の質の保証につながると考えるが、今回の結果は指導内容の統一がされているのか懸念される結果が示された。

退院指導を全患者に実施している病棟は、30%弱で、一部の患者に実施しているのは60~70%であった。石野ら⁹⁾の調査報告では退院指導を常に実施しているは82%であった。外科系病棟という特徴の差はあるが、今回の結果は低い実施率であった。退院指導を全患者に実施しない理由として、退院指導を必要としない患者がいる、

指導内容・方法が不明確等の回答であった。宮崎¹⁰⁾は退院指導について「患者が退院した後、入院前にもっていたその人個人の生活リズムへの復帰適応を助け、スムーズに社会復帰ができるよう援助する。そして、多少でも健康に問題をもったまま退院する場合は、その疾患と生活の共存をより良い状態に保ちながら、回復過程を促進できるような生活の在り方を患者自身が身につけ、精神的にも身体的にも自立し安定した社会生活が営まれるように援助することである」と述べている。このことはほとんどの患者に対して退院指導が必要であると示唆している。退院指導の評価の実施は14～32%、退院後の状態把握の実施は28～36%であった。退院指導は退院後の生活を踏まえて対象者が理解し実施できることが望ましいと考えられるが、今回の結果は患者・家族が指導内容を理解し、実施できているか懸念される結果が示された。石野ら⁹⁾は「患者が退院後において自立し安定した社会生活を営めるように援助することが退院指導であるならば、その目標が達成されたかどうか、退院後の患者の生活を評価しなければ退院指導の本来の目的には至らない」と述べている。これらのことから今後は退院指導のマニュアルの整備を行い、全患者に退院指導の実施・評価ができる体制づくりが必要になると考える。

退院指導は受持看護師又は当日看護師が多く実施していた。指導内容は日常生活援助、医療処置の方法が多く、要介護者や医療依存度の高い患者が在宅療養に移行する時に指導している状況が窺える。これらの技術の多くは介護者や家族が担当することになるが、指導時の家族の参加はできるだけ一緒に参加や必要時が多かった。また退院指導の回数は技術習得できるまでが60%と多く、1回の指導時間は30～60分が46%、10～30分が38%だった。指導の到達目標は大体的方法ができたらが54%、退院日がきたたらが36%であった。さらに病棟管理者は現状の退院指導に対しての思いは、計画的にできている、在宅療養がスムーズにしている、指導時間が短い、個人の能力の差がある、指導内容が不十分等であった。これらのことは患者の社会生活に向けて努力されているが、退院指導の改善の必要を感じている傾向にあると考えられた。現在退院調整をスムーズに行うために地域連携室や退院調整看護師を配置し、地域との連携を強化している。その場合退院困難事例の支援の実施が多く、実際の退院に向けての技術習得などの指導は病棟看護師の役割が大きい。24時間患者に最も近い存在の病棟看護師が退院調整に関する知識や技術がなければ、患者・家族に対して退院後の療養生活を指導することはできない。退院支援は専任看護師の活動だけで行われるものではなく、患者の生活の場である病棟内で発生するものである。病棟内でも退院支援に関わる体制づくりが大切であると考えられる。

V. 結 論

1. A県内の回答施設の内、80～90%の施設は退院調整を実施し、調整部門の有る施設では看護師を配属しMSWとの役割分担、地域連携への努力をしているが、60%の施設はガイドラインを備えていないこと、情報伝達の不十分さなど調整上の課題が明らかになった。
2. 回答施設の病棟では、退院調整、退院指導を実施しているが、退院調整の把握方法および退院調整開始時期は方法・時期に差があり、全患者への退院指導の実施、退院指導の評価ができていない傾向が明らかになった。

本研究の限界：A県内有床医療施設60施設のうち調査協力が得られたのは25施設であり、結果の一般化には限界がある。また、退院調整のシステムやスタッフの配置、調整方法など個別要素や診療科、在院日数などによる違いが大きく、共通性の抽出は困難だと考えられる。

なお、本研究は、滋賀県立大学人間看護学部地域交流看護実践研究センター共同研究助成に基づき国立病院機構滋賀病院および滋賀県立大学人間看護学部の共同研究として行った。

謝 辞

本研究にあたり、調査にご参加、ご協力くださいました医療施設の看護部長および看護管理者の皆様には深謝いたします。

文 献

- 1) 厚生統計協会編：国民衛生の動向2008年第55巻第9号，厚生統計協会，164-166，2008。
- 2) 丸岡直子，佐藤弘美，川島和代他：退院患者に提供される看護サービスの実態からみた退院調整における病院看護師の役割，石川看護雑誌Vol. 1，31-38，2004。
- 3) 伴真由美，丸岡直子，川島和代他：病棟看護師長からみた退院調整の現状と課題，石川看護雑誌Vol. 2，33-41，2005。
- 4) 黒江ゆり子他：県内医療施設における退院調整の実態・岐阜県立看護大学紀要，5（1），109-115，2005。
- 5) 水村志保他：看護師の介護保険サービスに関する知識と退院支援の現状—社会資源を活用した退院支援のために—，日本看護学教育学会誌，15，227，

- 2005.
- 6) 平成19年版厚生労働白書, ぎょうせい, 116-117, 2007.
 - 7) 藤澤まこと, 普照早苗, 森仁実他: 退院調整看護師の活動と退院支援における課題, 岐阜県立看護大学紀要 第6巻2号, 35-41, 2006.
 - 8) 長野宏一郎他: 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.
 - 9) 石野レイ子他: 手術療法を受けた患者の退院支援の研究—外科系病棟看護師長の認識—, 広島大学マネジメント研究, 137-145, 2005.
 - 10) 宮崎和子: セルフケアのための退院指導のあり方, 看護展望, 5(9), 6-11, 1980.

(Title)

the Actual Situation of the Discharge Coordination in Hospitals within A Prefecture

Rumiko Nagisa¹⁾, Yoshie Okino²⁾

¹⁾School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

²⁾Kyoto medical center of government hospital

Key Words Key Word: hospital , average number of hospitalization days , discharge coordination , discharge direction , nurse