The Journal of the Japan Academy of Nursing Administration and Policies Vol. 13, No. 1, PP 33-42, 2009

報告

退院調整体制の整備に向けた調査研究

An Investigation into the Conditions and Readiness of Hospital Discharge Planning Systems

高倉倫子[1)] 森山美知子[2)] 中西京子[3)]
Rinko Takakura[1)] Michiko Moriyama[2)] Kyoko Nakanishi[3)]

Key words : the home care system, discharge plans, community liaison, community networks

キーワード：在宅医療，退院調整，地域連携，地域ネットワーク

Abstract

[Objectives]

Shiga prefecture has been promoting the Home Care System since receiving a business grant from the Ministry of Health, Labour and Welfare in 2004. However, the reality is that only a few hospitals in Shiga prefecture conduct functional discharge plans.

The purpose of this research is to investigate the actual condition of their discharge planning system, including their community liaison system, and discover the current situation and issues prohibiting the Home Care System in Shiga prefecture from conducting functional discharge plans from all hospitals.

[Methods]

An autographic questionnaire survey was conducted in all 61 member hospitals of the Shiga Prefecture Hospital Association. The results were analysed using SPSS Ver10.1.

Hospital names were kept confidential and the results were classed as general for ethical reasons.

Survey documents included survey request forms, details of the study plan, and consent and consent cancellation forms. Documents were mailed to the subject hospitals then written consents were collected.

[Results]

Hospital management were well aware of the importance of discharge planing and community liaison. A Discharge Planning Section was found to be present in approximately half of the hospitals. (Response rate of 86.9%)

However, it was found that most hospitals had difficulty with smooth discharge mainly due to rejection by families and shortage of community institutions and medical resources.

It was also found that the liaison between medical institutions and the community was not yet well structured. This unstructured community liaison seemed to complicate solving the issues of low family care capabilities and shortage of community resources.

[Conclusion]

The following are suggestions for promoting the Home Care System:

-Set up a Discharge Planning Section for each hospital

-Educate staff and allocate appropriate personnel

-Create more community resources and structure community networks

-Hold joint meetings with the community and develop community liaison pathways

要　旨

【目的】

滋賀県では，平成16年度より厚生労働省から事業費を受け，在宅医療の推進を目指している．しかし，滋賀県内において病院における退院調整がまだ十分に機能しているとはいえない状

受付日：2008年7月4日　　受理日：2009年3月11日

1) 西南女学院大学保健福祉学部看護学科　Seinan Jo Gakuin University

2) 広島大学大学院保健学研究科保健学専攻看護開発科学講座　Division of Nursing Science Graduate School of Health Sciences Hiroshima University

3) 滋賀県健康福祉部医務薬務課　Shiga Prefecture of Health and Welfare

況であり，本調査は，滋賀県内における病院の退院調整体制の整備状況と地域連携の実態を調査し，現状と問題点を抽出することを目的とした.

【方法】

滋賀県病院協会会員病院，全61病院に対し郵送による自記式質問紙調査を実施し，解析にはSPSSver10. 1を用いた.

倫理的配慮として，病院名は一切公開せず，全体としてまとめた．調査病院へは，調査協力依頼書，研究計画書，同意書及び同意取消書を郵送し，文書で同意の返信を得た.

【結果】

退院調整と地域連携の重要性は病院の管理層には十分に認識されており（回答率86.9%），退院調整部署は約半数の病院に設置されていた．その一方で，約8割の病院において円滑な退院が困難な経験をしており，家族の抵抗と地域の施設・医療資源不足が主な原因であると認識されていた．医療機関の地域内での連携は未だ十分とは言えず，この地域連携の脆弱さが家族の介護力の低さや地域の資源不足の問題の解決を困難にしていることが推察された.

【結論】

退院調整部署の設置と適切な人材の配置と育成，必要な地域資源の創出や地域ネットワークの構築，これを具現化するための地域内の合同会議の実施や地域連携パスの開発などの必要性が示唆された.

Ⅰ．はじめに

滋賀県では在宅医療を推進するため，平成16年度より厚生労働省から事業費を受け，地域の中核病院，診療所，訪問看護ステーション，福祉施設，薬局，保健所等が相互のネットワークをつくり，質の高い保健医療サービスを提供していくためのシステム構築を進めている．在宅医療の推進には，病院における退院調整が重要な役割を担っている（松永ら，2004；長井ら，2005；岡田，梶原，2004；吉田，2003）が，滋賀県内の現状はまだ十分に機能しているとはいえない状況であり，本調査は，滋賀県内における病院の退院調整体制の整備状況と地域連携の実態を調査し，現状と問題点を抽出することを目的とした.

Ⅱ．研究方法

1．＜調査期間＞

平成18年9月1日～平成18月10月15日

2．＜調査対象＞

滋賀県病院協会会員病院，全61病院

3．＜調査方法＞

郵送による自記式質問紙調査．滋賀県病院協会が，協会員であって，調査協力の同意をあらかじめ得た滋賀県内の病院に調査票を郵送，同封した封筒で返信してもらった．調査票には調査依頼書を添付し，調査票の返信をもって最終的な同意があったとみなした．なお，本調査は滋賀県から委託を受けた滋賀県病院協会の事業であり，調査票は記名式とした.

4．＜調査内容＞

調査票の構成：選択式と自由記述式の質問で構成した.

1）病院の概要：

設置主体，病院種別，許可病床数，看護師配置基準（入院基本料），平均在院日数，在宅退院割合，併設施設・機関，訪問医療の実施，紹介率，逆紹介率，救急指定

2）病院の理念：

病院・看護部の理念や目標に地域連携に関する内容が挙がっているか.

3）患者の退院状況：

退院が円滑に行えているか，円滑に行えない患者の特徴，認知症患者や精神疾患患者・小児の退院調整の特徴・医療処置の必要な患者の特徴，連携施設，転院先の種類，退院支援活動の実施状況

4）地域連携（前方連携）：

開業医や他病院との連携・連携方法，開業医や他病院への提供物，連携を行うきっかけや開拓方法，患者データベースの作成やその方法，地域連携一覧表とその作成方法

5）地域連携（後方施設）：

連携を取っている後方病院や施設，連携を行うきっかけや開拓方法，再入院する患者の特徴，地域内での情報交換報方法

6）退院調整部署：

設置の有無，1ヶ月平均の退院調整の実施患者数，組織内の位置づけ，部署の責任者，部署のスタッフ，退院調整以外の業務，ゴール設定が含まれたクリニカルパス，部署設立による影響（アウトカム），退院調整の流れとスクリーニング基準

5．＜分析方法＞

各項目の記述統計を行い，解析にはSPSSver10. 1を用いた.

6．＜倫理的配慮＞

本研究は記名調査ではあるが，結果の公表の際には病院名は一切公開しない．自由記述内容のデータについても病院名は公表せず，全体としてまとめた．滋賀県病院協会に所属する病院へは，当該協会が調査協力依頼書，研究計画書，同意書及び同意取消書を郵送し，文書で同意の返信を得た．調査協力依頼書には，調査の趣旨と意義，本事業の全体計画，参加の任意性，拒否しても不利益を被らないこと，公表の仕方と活用方法を記載し，同意を得た.

Ⅲ．結果

1．回収数と回収率

滋賀県病院協会の全会員病院61施設に調査票を郵送し，53病院から回答を得（回収率86.9%），53病院を分析の対象とした.

2．回答病院の特性

回答病院の特性は**表1**に示す.

3．退院調整の実際

1）病院の管理者の理解

病院及び看護部の理念や目標に地域連携に関する内容が挙がっているか否かについて調査したところ，病院の理念として挙がっているとした病院は44病院（83.0%），看護部の理念として挙がっている病院は38病院（71.7%）であった.

2）退院調整の現状と問題点

(1) 退院調整の円滑性

53病院中，有効回答が51病院（96.2%）であり，

表1　回答病院の特性

(n=53)

設置主体	医療法人（特定医療法人を含む。）23病院（43.4%） 地方自治体（県立2、市立10、病院組合2）14病院（26.4%）
病院種別	特定機能病院1病院（1.9%） 地域医療支援病院2病院（3.8%） 地域がん診療拠点病院3病院（5.7%）
許可病床数	200床未未満29病院（54.7%） 200～500床未満17病院（32.1%） 500床以上7病院（13.2%） ＊一般、療養、精神、結核の全病床を合計した許可病床数
病床種別平均在院日数（直近3ヶ月）	一般病床33.2日、精神病床340.6日、療養病床（医療型）229.4日、療養病床（介護型）：292.0日、結核病床40.9日
在宅退院者割合（直近3ヶ月）	一般病床78.7%、精神病床62.0%、療養病床（医療型）31.6%、療養病床（介護型）33.3%、結核40.0%
病院の併設施設・機関	訪問看護ステーション21病院（39.6%）、介護老人保健施設の16病院（30.2%） ＊病院において併設施設・機関がある場合、1施設・機関である病院が多く、10病院であった。
訪問医療を実施の有無	33病院（62.3%） 内訳：訪問診療を行っている病院21病院（39.6%）、病院からの訪問看護を実施している病院15病院（28.3%）、病院からの訪問リハビリテーションの実施は13病院（24.5%）
紹介率・逆紹介率	紹介率：29.6%、逆紹介率：20.6%（平均）
救急指定病院の有無	34病院（64.2%） 内訳：二次救急指定29病院（54.7%）、三次救急指定4病院（7.5%）

＊（看護基準については、回答数が少なかったことから集計は行わなかった）

退院が円滑に運ばないことがあると回答した病院は43病院（84.3%）であった．そのうち，退院調整部署が設置されている病院は28病院（65.1%）であり，退院調整部署がないと答えたのは15病院（34.9%）であった．

（2）退院が円滑に運ばない理由とケースの特徴とその状況

退院が円滑にいかない理由として，「患者・家族が抵抗を示す」と回答した病院は47病院（88.7%）であり，次いで，「後方施設を探すのが困難」と回答した病院が42病院（79.2%）であった．重複回答であるが，この2点が，退院がスムーズにいかない理由の8割～9割を占めていた．

退院が円滑に進まないケースの特徴について，「家族の介護力に問題がある患者」と回答した病院は50病院と全体の94.3%を占めていた．次いで，「継続的な医療処置が必要な患者」32病院（60.4%），「経済的な問題のある患者」30病院（56.6%）と続いた．

（3）退院調整が困難なケースの問題点

退院調整が困難なケースの問題点と特徴については，**表2**に示す．

3）再入院患者の特徴

高齢者の再入院の問題が多く挙げられ，自宅又は施設における全身管理の不足や慢性疾患のコントロール不良が理由として挙げられた．高齢者の特徴として，回答が多かったものは，誤嚥性肺炎（10）褥瘡等による急性増悪（4），脱水（3），脳梗塞の再発（2），全身状態の悪化（2）であった．慢性疾患のコントロール不良／同一疾患による再入院の繰り返しでは，病識がなく内服のコンプライアンスが悪い（5），心不全，慢性閉塞性肺疾患（COPD），透析など慢性疾患での病状悪化（2）の回答があった（カッコ内は回答病院数）．

4）地域連携パスの存在

地域連携パス又は類似した機能を持つものがないと回答した病院が48病院と90.6%を占めた．

5）クリニカルパス中の退院の目安（ゴール）及び退院計画の設定

クリニカルパス中に退院計画が盛り込まれていない病院が多く，30病院（56.6%）が無いと回答した．退院計画が盛り込まれていると回答した15病院において，退院計画を立案する日数を自由記述で問うと，入院後1日，3日，7日（2），60日，120日の記述があり，大きな開きがあることがわかった．クリニカルパスの中に退院の目安（ゴール）が設定されている病院は23病院（43.4%）であった．実際の退院待ちも81.1%の病院に発生しており，回答数は少なかったものの3日～360日の退院待ち期間が発生していた．

表2　退院調整が困難なケースの問題点と特徴

a. 認知症を合併する患者の退院調整の問題点と特徴
認知症で徘徊等の行為がみられる場合、家族による自宅での介護が困難で施設入所の調整をする病院が多いが、受け入れ施設の絶対量の不足から、病院での待機が発生している。また、精神科に転院しているケースもみられた。後方施設によっては、認知症患者の受け入れそのものを拒む施設や、医療処置、身体拘束の必要の有無、薬剤使用によって受け入れを拒む施設などの問題点が上げられた。 在宅においては、介護する家族を支援するための認知症の困難な状況に対応できるほどのサービスの種類や量が不足しており、24時間対応、若年性認知症への対応など、問題点が指摘された。
b. 精神疾患を有する患者の退院調整の問題点や特徴
リエゾンナース等と連携しながら退院調整を行っている病院もあるが、入院が長期で患者・家族の病院への心理的な依存が発生していること、地域の偏見や受け入れ機関・社会資源が少ないことから退院調整には多大な時間とエネルギーを要していることが浮かび上がった。後方連携機関にも偏見や対応技術の未修得があり、避ける傾向があること、住宅サービスや経済的サービスが遅れていること、自傷・他傷などのリスクに対応するシステムが整っていないことが挙げられた。また、地域社会の偏見や無理解から家族に責任が転嫁され、家族が孤立しやすいこと、家族が入院前の患者との困難な人間関係を覚えており、受け入れが困難なことなども強く影響していた。
c. 小児の慢性疾患、難病、発達障害等の退院調整の問題点や特徴
小児の場合、退院調整の特徴として、長期（年単位）又は生涯にわたるケースマネジメントが必要となること、両親を十分に巻き込むことの必要性、学校の養護教諭や保健所との連携の必要性が特徴として挙げられた。しかし、難病や発達障害をもつ児童の受け入れ施設が少ないこと、在宅介護を支援する社会資源や体制の弱さが指摘された。自宅で介護する場合、きょうだいの育児や家事との両立を図らなければならない母親への支援の不足が問題点として上げられた。
d. 中心静脈栄養(IVH)・酸素・麻薬系鎮痛剤・人工呼吸器が必要な患者が退院する場合、どのような問題が生じるか
継続的な医療処置がある場合、円滑な退院が困難な場合があることが6割の病院から上げられた。具体的な内容をまとめてみると、家族の心理的物理的抵抗があること、地域で医療処置を受け入れ、24時間対応してくれる開業医や訪問看護ステーションが多くはないこと、薬剤や物品を調達するサプライセンターの確保困難な地域があることが主に上げられた。緊急時の対応や家族の不安への対処のためのバックアップ体制の構築など、入院中に実施すべき点が上げられている。また、在宅につなぐためには病棟の看護師の意識も重要であることが述べられている。

6）地域連携

(1) 外部の機関（病院・施設・診療所等）との連携窓口の一本化

外部機関との連携を円滑に行うため，連携窓口を一本化することが必要となってくる．すでに，連携窓口の一本化がなされている病院は40病院(75.5%)に上った．

(2) 地域連携退院時共同指導料の算定

平成18年度診療報酬改定で地域連携に関する算定項目が強化された．これについて，地域連携退院時共同指導料を算定しているかの問いに対し，算定していないとする病院は42病院（79.2%）であり，算定している6病院（11.3%）を大きく上回った．

(3) 退院調整に関する情報交換方法

退院調整に関して同じ医療圏内で情報交換する方法あるいは委員会はあるかの問いに対し，無いとする病院は33病院（62.3%）であり，有るとする病院は18病院（34.0%）であった．

(4) 退院調整を行った患者のデータベースの作成

退院調整を行った患者のデータベースは作成されているかの問いに対し，作成していないとする病院が31病院（58.5%）であった．

4．退院調整における地域連携

1）転院先および連携先施設・機関

直近3ヶ月の転院先施設として多かったのは，介護老人保健施設の39病院（73.6%）であり，次いで療養病床：医療型・療養病床：介護型（49.1%）と続いた．連携先機関として多かったのは，訪問看護ステーションの39病院（73.6%），次いで地域包括支援センター29病院（54.7%）であった．

2）地域連携（前方連携）

前方連携の実施状況として，実施していると回答した病院が37病院（72.5%）/（有効回答51病院中）であった．具体的な連携方法は，電話・ファックスを用いての（特殊）検査のダイレクト予約がもっとも多く，電話・ファックスでの外来優先予約，検査の受託，医療機器や開放病床の共同利用などが続いた．

3）連携先の開拓方法

連携先の開拓方法の詳細については，自由記述データを**表3**にまとめた．

4）地域連携（後方連携）施設をどのように開拓しているか．

後方連携の開拓については，前方連携と重複するが，「特に何も実施していない」と回答した病院もあったが，「日ごろから顔の見える連携に心がける」「在宅であれば，前方連携施設への移行（紹介）が基本」であると多くの病院から回答があった．

5．退院調整部署の状況

1）退院調整部署の院内の設置状況

退院を円滑に行うためには，退院調整部署の設置が必要であると考えられるが，回答のあった53病院中，退院調整部署があると回答した病院は31病院（58.5%）であった．

自由記述で部署名を問うと，「地域医療連携室」(4)，「継続看護室」(3)，「医療社会事業部」(3)，「医療相談室」(2)，「地域連携室」(2) などの部署名で運営されていると回答された．（カッコ内は回答病院数）

部署としてはないが，代行する者や部署が有るとした9病院での，具体的な状況は，ソーシャルワー

表3　連携先の開拓方法の実際

内容	具体的方法	
直接訪問	・開業医・施設・企業に対し直接訪問する	(7)
広報誌の活用などによるPR	・広報誌や専門誌への掲載、業務内容資料/連携便りの(郵送)配布	(1)
	・広報誌を医師会へ送付等	(2)
連絡会等でのPR	・連絡会や業務説明会を開催し、そこでPRを行う	(1)
	・生涯教育研修会を開催し、PR	(1)
地域の連携ネットワークの活用	・ファックスによる大津市医師会病院連携に参加	(1)
直接相手機関と連絡を取り合う	・他病院の地域連携室とのファックス等のやりとり	(2)
	・親切丁寧に対応を行う。	(1)
地域の調査の実施	・開業医の受け入れ対応可能な疾患等についてアンケート調査を行う。	(1)

＊（自由記述を集計：重複回答あり）

カー，病棟ケアマネジャー，退院調整看護師の設置，心理相談室や高齢者相談室の設置，または，医療社会事業課，在宅介護支援事業部，事務局の代行と回答があった．

(1) 退院調整部署の責任者の職種

退院調整部署の責任者として多かったのは，看護師・保健師（13 病院）であり，次いで，医師・ソーシャルワーカー（各 9 病院）であった．

(2) 退院調整部署のスタッフ

部署に配置しているスタッフ構成では，MSW（医療ソーシャルワーカー）を専任としている病院（23 病院）が最も多く，次いで看護師・保健師（14 病院）であった．兼任して活動している職種とし，看護師・保健師が多く（13 病院），次いで事務職員も多い（10 病院）結果であった．

2）退院調整活動の実態

(1) 1 ヶ月平均の退院調整実施患者数

退院調整を専門に行う部署ではないが類似した活動をしている 1 病院を加えた計 32 病院における，1 ヶ月平均の退院調整実施患者数の平均は 36.1 人であった．

(2) 退院調整活動の実際

退院調整部署があるとした 31 病院及び類似した部署があるとした 5 病院を合わせた 36 病院全てが実際に退院調整活動を行っているとした項目は，「福祉・介護保険制度の利用説明」であった．「退院・転院先の紹介・調整」35 病院（97.2%），「介護に関する相談・調整」や「在宅サービスの紹介」各 34 病院（94.4%）であった．次いで多かったのは，「家族関係の調整」であり，31 病院（86.1%）が活動を行っていると回答した．

その他，「院内スタッフと連絡調整」「障害福祉や生活福祉など行政機関との連携」「障害者生活支援センターの紹介」などの記述があった．

Ⅳ．考察

1．滋賀県内の病院の地域連携に対する意識と退院調整専門部署の設置

地域連携が病院の理念に組み込まれている病院は 83.0%，地域連携が看護部の理念に組み込まれているとした病院が 71.7% と高い割合を示し，滋賀県内の病院における施設側としての認識は高いものであった．地域連携を進めていく上で，病院の幹部がそれを理念として位置づけ，スタッフにそれを浸透させていくことが組織活動においては何よりも重要であることから，この点については，多くの病院が達成しているといえる（金井ら，2002；神坂，恵内，2005；野田ら，2005；酒井，2003；宇都宮，2005）．

しかしながら，退院調整部署を設置している病院は 58.5% であり，理念として上げながらも組織化できずにいる病院も少なからずあることがわかった．また，組織上の関係と考えられるが，部署の責任者が医師である病院が 9 病院，事務職員が担っているのが 3 病院あり，実質的な機動性とは異なる実態も明らかとなった．今回の調査では，退院調整に関して，「幹部（病院長や事務長，看護部長等）の理解が少ない」と回答した病院はなかったことから，今後は，設置されていない病院はなぜ設置できないのかについて障害を明らかにし，組織に対する何らかの支援が必要であるとも考えられる．

2．円滑な退院の阻害要因について

家庭内での介護力が確保できない場合，また，認知症（徘徊）への対応や医療処置に関する不安が高い場合，退院調整としては施設への転院を考えるが，高い割合で施設数（空きベッド）の不足が指摘された．加えて，認知症や医療処置を拒む又は対応することができない後方施設や機関が少なからずあることもわかった．また，24 時間対応，若年性認知症への対応がないなどの問題点も指摘された．一方で，ケアマネジャーを中心に地域サービスを整え，自宅への退院に成功している事例もあることから，今後，地域全体，例えば医療圏ごとに退院患者数と地域の社会資源とのバランスを査定しながら，①新しい資源（認知症のグループホームなど）を創出する，②認知症や医療処置などに対応できる地域資源を増やす，そのために，技術的なノウハウを持つ病院から持たない病院や診療所，訪問看護ステーションなどに技術移転を行う（教育を提供する．研修を実施するなど）（有馬，2006；鈴木，2002）③地域の社会資源を複合的に連携し，患者・家族を支える仕組みを作り出すなどの努力と工夫が必要であると考えられる（岸田ら，2004；白石ら，2006；只浦ら，2006；横山ら，2001）．

実際，地域の高齢化が進み，地域の社会資源が不足している地域においても，①から③のような工夫を行い，地域ネットワークシステムを構築している地域も，全国には少なからずあることから，これらの成功例は参考になると考える．

3．地域連携ネットワーク作りについて

病院の収益にダイレクトにつながる前方連携などは高い割合で実施されているが，地域の社会資源の不足や介護力をカバーしつつ，地域住民のQOLの向上，安心の維持，地域内のサービス受給のバランス取るといった観点からは，医療機関の積極的な姿勢やリーダーシップは不足していることが考えられる．しかし，滋賀県内でも率先した動きもあることから，こういった医療圏の病院が他の医療圏の病院に対して働きかけを行うことも有効であると考える．

また，医療圏域別に病院の配置をみたときに，地域がん診療連携拠点病院や地域医療支援病院が不足又は偏在しており，中核機能を持つ病院の偏在も地域の中で患者に適切な治療・ケアを提供することを困難にしていることも推察された．

4．再入院患者の特徴と退院のゴール設定について

再入院してくる患者の特徴は，高齢者が多く，誤嚥性肺炎や褥瘡の悪化，脱水，認知機能障害の悪化や，心不全やCOPD，糖尿病などの慢性疾患の急性増悪が挙げられた．中でも誤嚥性肺炎を挙げる病院が多かった．同時にこれら悪化の要因とも考えられる内服コンプライアンスの不良，食事療法のノンコンプライアンス，家族への教育不足や支援体制の不足，退院調整において社会的資源を十分に調整できなかったケースなどが再入院患者の特徴として挙げられていることから，入院中の患者教育・家族教育が不足していること，または自宅での対処方法と病院の看護師が行う教育とが適合していないこと，退院調整の際に関連機関や関係者に注意点や継続すべき処置やケアを十分に伝え切れていないことが推察された．患者の再入院を防ぐためには，入院中に患者や家族は病状に応じた適切な教育を受ける必要があり，また適切な時期に適切な場所に退院する事，退院計画の一環として退院先の職員や家族にそこの場所での実施に見合った方法の指導を行うことが望まれる（永池，2003；宇都宮，2004）．

こういった観点からも，退院計画（退院の時期や退院先等）は入院後できるだけ早期に家族や関係者と話し合って立案し，それに合わせた教育が展開される必要がある（中山ら，1999）．そのためにも，退院のゴール設定は，治療の終了を目指す（医学モデル）のではなく，自宅において症状の自己管理が出来，日常生活が送れる体制作りを目指すこと（看護モデル）に考え方を転換する必要があると考える（永池，2003；中山ら，1999；柴田ら，2006）．

また，心不全やCOPD，糖尿病などの慢性疾患については，急性増悪による再入院を防ぎ，合併症の発症による新たな入院を回避するためにも，この後に述べる疾患別地域連携，例えば地域連携パス（疾患別クリニカルパス）のような疾患によって専門機関や専門スタッフ，専門サービスをつなぐネットワークの構築も合わせて必要であると考える．

5．退院計画ついて

上記に述べたように，退院後の機能低下や家族の負担増を防ぐためには，退院計画がクリニカルパスの中に組み込まれ，早い段階で立案されている必要がある．加えて，入院時又は入院前から退院時期，退院先等の退院計画が立案されていないと後方施設待ちなどの退院待ちが発生し，在院日数を延長するだけではなく，タイムリーで適切な退院を妨げる場合がある．調査結果では，クリニカルパスの中に退院計画が盛り込まれていると回答した病院は28.3%であった．実際の退院待ちも81.1%の病院に発生しており，回答数は少なかったものの3日～360日の退院待ち期間が発生していた．一方で，クリニカルパスの中にゴール設定はあるかに対しては，43.4%の病院がゴール設定していると回答していることから考えると，再度，退院ゴールの見直しが必要であること，つまり，慢性疾患を有する高齢者の中期・長期予後も見据えたゴール設定が必要であることが示唆された．

6．退院調整を誰が担うか

退院調整を担う人材は，その医療機関のスタッフ構造，患者の疾患構造，病院の役割や機能によって決まる．しかしながら，上記のような適切な医療サービス資源の調整や患者・家族への治療・処置・ケ

アの指導を考えた場合，これらができる人材が担うと機能しやすく，幅広い臨床経験を有する看護職がソーシャルワーカーなどその他の職能と連携しながら実施することが効果的なのではないかと考える．今回，退院調整部署を持つ病院において，退院調整部署のスタッフの職種について調査した結果，責任者としては看護師・保健師が多かったが，スタッフとしては看護師・保健師が専任である病院は14病院しかなく，その機能を十分に発揮することは難しい状況が推察された．一方で，医師が責任者であると回答した病院が9病院あり，医師の本来の機能と費用対効果を考えたときに検討する余地があると考える．しかし，地域ネットワークの構築，地域連携パスの構築の際には，医師の持つネットワークと共同するとより効果的であると考える（金井ら，2002；岸田ら，2004；北市ら，2005；神坂，恵内，2005；丸尾，大津，2005；長江，2003；永池，2003；野田ら，2004；大前，酒井，2002；押川，2003；鈴木ら，2002；宇都宮，2004, 2005）

7．退院調整部署設置の影響

退院調整部署設置の影響については，患者・家族への影響として「納得のいく選択」「介護負担の軽減」「自宅退院の増加」等の肯定的な側面が6割程度の病院から挙げられた．病棟看護師への影響では，「退院支援活動への理解の深まり」「チーム連携の向上」「退院困難な患者への積極的なアプローチ」など肯定的な側面が6～7割から挙げられた一方で，「業務が忙しくなった」というマイナスの側面も一部ではあるが挙げられた．病院への影響では，「平均在院日数の短縮」「地域からの信頼」という肯定的な側面も挙げられたが，その効果を認識している病院は部署を設置している病院の5割程度と低く，地域住民（患者・家族）の中に早期退院や自宅への退院が良い評価として認識されていないことが推測された．また，回答した病院側にも不十分な地域資源の中に患者を帰すことの罪悪感や疑問も存在するのかも知れない．在院日数の短縮や退院調整が単なる医療政策の一環としての義務として捉えられることのないよう，何のためにこれらを行うのかの本質的な意味を再認識し，それを地域住民に伝える作業も必要となるかもしれない．さらに，退院調整を行うことによって「病床稼働率の増加」や「病院経営の改善」を挙げた病院は少なく，「病床利用率の低下」を指摘する病院もあることから，適切な病床数との関係についても，県の医療計画の視点やそれぞれの病院の機能の再評価から検討が必要となる項目であると考える．

Ⅴ．今後の検討されるべき対策

1．退院調整部署の設置と適切な専任スタッフの配置

退院部署の設置と退院調整の結果（効果）との関連については本調査結果からは明確に読み取れないが，円滑な退院が困難な事例が多いこと，社会資源を十分に活用・調整した退院を行わないと患者・家族は困難を抱え，病状悪化にもつながることからも，退院調整を専門的に行う部署とこの業務を適切に行う能力のある専任のスタッフを配置することが望ましい．

2．不足されるサービスの創出と地域ネットワークの構築：医療機関の機能的な連携と疾病別連携

今回の調査では地域の資源不足，急性期後のベッドの不足が指摘された．この点については，地域医療計画とも見合わせ，資源のマッピングを行い，必要な社会資源（特に医療資源）は創出する必要があると考える．例えば，認知症対応のグループホーム，緩和ケア病棟，24時間対応型の訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所，ケア付住宅，高度な調剤や麻薬対応・医療物品のサプライができる薬局の整備等である．

さらに，医療処置を伴う患者を自宅で支援できるように，中核病院又は中核診療所がリーダーシップを取り，地域のさまざまなサービス（機関）とネットワークを構築し，チームで治療やケアを提供できるような仕組みを構築する．地域連携に関する調整会議のような担当者レベルの集まりを医療圏内で設ける．高齢者の慢性疾患の急性増悪や合併症の発症を予防，急性期後の機能低下を予防するための疾患別地域連携パスなどを作成する．

3．地域においても高い医療ケアが受けられる人材

育成と技術移転

医療資源の地域偏在をカバーし，医療処置が実施できる施設や訪問看護などを増やすために，その技術をもつ病院が中心となって勉強会や研修会を実施し，地域全体の医療技術水準を上げる．また，インターネットやディバイスなどの電子媒体等を活用しながら，遠隔医療ができるような仕組みを構築する．

4．患者・家族の不安を軽減する仕組みの導入

何の目的で退院調整や地域連携を行うのかの理念や価値，医療者の職業意識の再認識を行い，患者・家族が退院後も困らないよう，病状の悪化や合併症の併発を予防し，加えてQOLの維持・向上が図れるよう，専門職として患者・家族教育，支援を行う．そのためには，入院中の治療・ケアプロセスを再度見直し，改善し，地域連携の視点を取り込む必要がある．

5．アウトカムマネジメントの視点の導入

医療の質管理の始点からアウトカムを向上させるべく問題点を抽出し，それを改善する継続的質改善プロセスを取り入れる．

Ⅵ．まとめ

滋賀県における，退院調整と地域連携に関する実態を明らかにすることを目的に，滋賀県下の全病院を対象に調査を行った結果，退院調整と地域連携の重要性は病院の管理層には十分に認識され，病院の理念にも高い割合で挙げられていることがわかった．それを具現化すべく退院調整部署は約半数の病院に設置され，制度の利用や退院先の紹介・調整といった業務が高い割合で実施されていた．その一方で，8割の病院において円滑な退院が困難である事例を経験しており，家族の抵抗と地域の施設・医療資源不足が主な原因であると認識されていた．医療機関の地域内での連携は未だ十分とは言えず，この地域連携の脆弱さが家族の介護力の低さや地域の資源不足の問題の解決を困難にしていることが推察された．

今後は，これらの問題点を解決すべく，退院調整部署の設置と適切な人材の配置と育成，必要な地域資源の創出や地域ネットワークの構築，これを具現化するための地域内の合同会議の実施や地域連携パスの開発などの必要性が示唆された．さらに，退院調整と地域連携の肯定的な影響を認識するために，医療者及び地域住民の認識の転換や，医療圏域内での医療資源の適切な配置を行うための医療計画の再評価，それぞれの病院の機能の再評価等が必要となることが示唆された．

■引用文献

有馬祐子 (2006) 退院調整の実際と展望について：日本難病看護学会誌，**11** (2)，140-141.

金井昌子，藪崎里枝，武藤正樹 (2002) 医療連携における看護連携の役割：医療マネジメント学会雑誌，**2** (3)，304-306.

岸田喜代美，岩田洋子，山崎絆 (2004) 自治体との協働による退院支援システムと病棟看護師の活動：看護展望，**29** (9)，38-43.

北市佳子，小森幸子，奥出志津子，他 (2005) 療養病棟における「退院相談会議」導入の効果：医療マネージメント学会雑誌，**16** (3)，561-563.

神坂登世子，恵内幸子 (2005) 病院連携システムと退院調整ナースの活動：看護の展望，**3** (3)，78-83.

丸尾澄子，大津陽子 (2005) 地域医療支援病院における在宅調整－在宅調整専任看護師の役割：癌と化学療法，**32** (1)，59-61.

松永篤志，永田智子，村嶋幸代 (2004) 特定機能病院における病棟看護師の退院支援についての認識及び実施状況：病院管理，**41** (3)，185-193.

長江弘子 (2003) ガイドラインの構成と書式の目的：コミュニティケア，**5** (11)，42-47.

長井浜江，大堀洋子，篠聡子，他 (2005) 癌終末期患者の在宅療養における病院看護師と訪問看護師の連携のあり方：癌と化学療法，**32** (1)，41-43.

永池京子 (2003) 地域医療支援病院－医療連携の中の看護実践－看護ケースマネージャーの動き：医療マネージメント学会雑誌，**3** (3)，510-514.

中山奈穂美，篠原柳子，御園生妙子ら (1999) 大学病院における「退院調整看護職」の役割－依頼時期の違いによる役割の変化－：癌と化学療法，**26** (2)，382-386.

野田千代子，富田栄一，世登良，他 (2004) 当院における地域連携部設置の効果と今後の課題：医療マネージメント学会雑誌，**4** (4)，512-517.

野田京子，生野秀子，三重野悦子ら (2005) 訪問看護師主導型「退院調整システム」：看護，**57** (13)，96-101.

岡田美幸，梶原和歌 (2004) 看護を中心とする退院調整に取り組んで：看護，**56** (5)，40-45.

大前尚子，酒井明美 (2002) 在宅療養に向けての看護相談室の役割：癌と化学療法，**29** (3)，502-504.

押川真喜子 (2003) 院内に訪問看護科のある病院での連携システム：コミュニティケア，**5** (11)，22-28.

酒井昌子 (2003) 独立型訪問看護ステーションの連携システム：コミュニティケア，**5** (11)，35-40.

柴田百合子，田澤恵美，小松君子，他 (2006)：厚生連医誌，**15** (1)，26-30.

白石丈也，海老原毅，山口秀樹ら (2006) 入院から在宅へ向けての情報提供のあり方：癌と化学療法，**33** (2)，308-311.

鈴木元子 (2002) 看護の視点からみた地域医療連携の実際：医療マネージメント，**2** (3)，312-313.

只浦寛子，遠藤幸子，橋本杏子 (2006) 退院阻害因子の関係と在院日数を規定する因子：宮城大学看護学部紀要，**9** (1)，67-74.

宇都宮宏子 (2004) 特定機能病院における地域連携と専任の退院計画調整看護師の役割：看護展望，**29** (9)，22-30.

宇都宮宏子 (2005) 急性期病院における在宅へ向けての取り組み：ジェロントロジー　ニューホライズン，**17** (4)，317-324.

横山梓，村嶋幸代，永田智子，他 (2001) 一国立大学病院で専門部署による退院支援を受けた患者の退院後調査：病院管理，**38** (1)，53-60.

吉田千文，石橋みゆき，飯沼君子，他 (2003) ガイドラインの活用を試みて②：コミュニティケア，**5** (11)，62-71.