

報告

病棟看護師による退院調整活動の実態と課題 —退院調整活動質指標を用いた調査から—

丸岡直子¹ 洞内志湖¹ 川島和代¹

下嶋恵美子² 向井孝子³ 尾崎真裕美⁴ 古本桂子⁵

概 要

本研究は退院調整活動質指標を用いて病棟看護師による退院調整活動の実施状況を明らかにし、退院調整に関する課題を検討することを目的に、県内の30病院の病棟看護師250名に郵送質問紙法により調査を実施し、169名から有効回答を得た。

実施率70%以上は、「退院後の療養生活に対する不安・気がかりな内容の把握」「患者・家族の医療管理能力の評価」「セルフケア能力の評価」「コミュニケーション能力の評価」など22指標であり、退院調整の必要性の判断や退院後の療養生活へのアセスメントに関する指標であった。実施率40%未満は「シンプルな薬剤管理の検討と患者・家族への指導」「自立を目指す環境調整や人的サポートの検討」など22指標であり、退院後の在宅療養体制の構築に関する指標であった。よって、退院後の在宅療養体制の構築に向けた病棟看護師の実践能力の向上を図ることが必要性であると考ええる。

キーワード 退院調整、退院調整活動、質指標、病棟看護師、退院患者

1. はじめに

病院の機能分化に伴う地域連携強化や加速する在院日数短縮化傾向は、現代医療では避けがたいことであり、患者の予測される退院後のケアニーズを特定し、入院当初から退院調整を開始する重要性はますます高くなっている。平成20年度の診療報酬改定においても、退院調整加算として退院調整に対する経済的評価が認められ、平成22年度の改定では、病院・診療所・介護サービス事業所などを含めた連携や入院早期から居宅介護支援事業等と連携する取り組みが評価された。入院早期から医療と介護の連携を意識した取り組みが求められており、看護師が中心となって医師やケアマネジャーとの連携や患者への情報提供を担う役割が期待されている¹⁾。石川県内病院の看護師を対象とした調査^{2) 3)}によれば、病棟看護師が入院患者に対する退院調整において困難感の強い内容は、退院調整開始時期の判断と意思決定へのサポート、合同カンファレンスや技術指導の企画と

時間調整であった。県内病院においても退院調整部門の設置が進んでいるが、退院調整の中心的役割を果たす看護師の質向上が求められる。退院調整は病棟毎に発生するものであり、短い入院期間で効果的に行うには病棟看護師も退院調整の役割を担う体制が必要であると指摘されている⁴⁾。そのためには病棟看護師が実施している退院調整活動の質を保証し、その活動を向上させるツールが必要であると考ええる。

退院調整の質指標については、千葉⁵⁾が開発したデイスチャージプログラミングプロセス評価尺度があるが具体的な評価項目をふまえたものではなく、退院調整のプロセスやシステムを評価するには限界があり活動指標となりにくい。また、急性期病院における看護師のケアマネジメントプロセスの質評価を示した研究⁶⁾では、退院調整に対する病棟看護師の実践能力の評価は可能であるが、退院前後の患者・家族の状況からの退院調整結果に対する評価やチーム間の連携に関した評価項目は示されていない。これまでに開発された指標はプロセスに重点をおいたものであり、質評価の3領域（構造、過程、結果）を網羅したものとは言いがたい。そこで、病院看護師による退院調

¹ 石川県立看護大学

² 国立病院機構金沢医療センター

³ 浅ノ川総合病院

⁴ 公立羽咋病院

⁵ 国立病院機構医王病院

整活動を評価する質指標を、退院調整のプロセスおよび、そのプロセスが効果的に機能するためのシステムや評価も加えた質指標を開発する必要性がある。そして、開発した質指標を用いて病棟看護師の退院調整活動を評価し、課題解決にむけた取り組みにつなげる必要がある。

そこで、本研究の目的は病棟看護師を対象とした退院調整活動質指標を開発し、これを用いて病院看護師による退院調整活動の実施状況を明らかにし、課題を検討することである。

2. 研究方法

2.1 質指標の開発

本研究では修正デルファイ法を用いた質指標開発⁷⁻¹⁰⁾を参考に図1に示した手順で質指標を作成した。

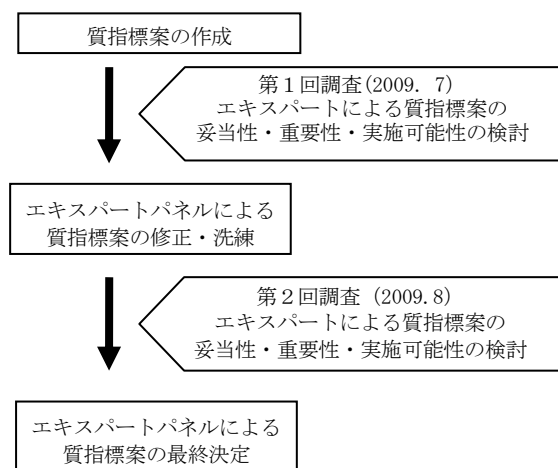


図1 質指標開発の手順

(1) 質指標案の作成

病院看護師による退院調整活動質指標の構成概念を明らかにするために、県内看護師による退院調整活動事例報告内容の逐語録、および文献¹¹⁻¹²⁾に示された17事例を分析対象とした。分析方法は逐語録と文献の退院調整事例から、看護師の退院調整活動に対する構造（連携システム、組織、ルール）、プロセス（アセスメント、計画、介入）、結果（退院準備状況、評価）に関連する文節を取り出し、類似性を検討しながらカテゴリ化した。その結果、15カテゴリ101指標からなる質指標案を作成した。

(2) 退院調整エキスパートパネルによる質指標案の修正・洗練

質指標案の修正・洗練は、病院において退院調整に中心的役割を担当している看護師4名と研究

者による検討会議（エキスパートパネル）と質指標案の評価により行った。以下にその経緯を説明する。

総合病院において入院患者の退院調整に中心的役割を果たしているエキスパート10名（退院調整看護師3名、病棟看護師長・副看護師長7名）を対象に、質指標案の各指標の妥当性；そのプロセスは望ましい結果に結びつくか、重要性；そのプロセスは退院調整の質に大きな影響を与えるか、実施可能性；そのプロセスはどの程度看護師が実施できるかの3つの観点から、9段階（1：そうでない～9：そうである）で評価してもらった。返送された評価結果から、各指標の妥当性・重要性・実施可能性に対する10名の評価の平均を算出した。質指標を削除する基準は、妥当性、重要性、実施可能性の全てが平均7.5以下の指標とした。また、妥当性と重要性のいずれかが7.5以下の項目は実施可能性の平均点を考慮しながら削除の対象とするかを検討した。エキスパートによる評価は2回実施した。

1回目の評価は2009年7月に実施した。妥当性・重要性・実施可能性の全てが7.5以下の指標は「身体障害手帳申請条件の確認」「担当ケアマネジャーの選定」など5項目であり、これを削除した。また、妥当性と重要性のいずれかが7.5以下の指標は24項目であり、そのうち実施可能性の平均が5.9以下ときわめて低い「家計管理の評価」「退院後の状況を電話や外来診療時に面接して評価する」など18項目を削除した。つぎに、指標の内容が類似しているものを統合し、14カテゴリ71指標からなる質指標修正案を作成した。

2回目の評価は2009年8月に実施した。質指標修正案をエキスパート10名に1回目と同様に点数評価を依頼した。その結果、71指標に対する妥当性評価の平均は8.4（7.9-9.0）、重要性評価の平均は8.5（7.6-8.9）であった。また、実行可能性評価の平均は7.1（4.7-8.7）であり、平均5.9以下の項目について、削除の対象とするかを研究メンバーで検討した。その結果、質指標としての妥当性・重要性の評価は全ての指標で7.5以上であること、病院の退院調整機能の強化によって実施可能性が高くなることが予測されると判断して指標の削除は行わないこととした。よって、2回のエキスパートパネルを経て、質指標を退院調整プロセスの6ステップにそった14カテゴリ71指標で構成した（表1）。

表1 退院調整活動質指標の構成

| 退院調整プロセスの6ステップ | | カテゴリ | 指標数 |
|----------------|------------------------------|-----------------------------|-----|
| 1 | 退院調整が必要な患者の把握・関係職員への連絡 | 退院支援の必要性の判断 | 4 |
| | | 退院支援が必要な患者情報の関係職員への連絡 | 3 |
| 2 | 患者・家族の退院後の療養生活に対する希望と生活状況の把握 | 患者・家族の退院後の療養生活の希望や不安の把握 | 4 |
| | | 患者・家族と退院時（後）の生活状況のイメージを共有 | 3 |
| 3 | 退院後の医療上および生活・介護上の課題をアセスメント | 退院後の医療上の課題をアセスメント | 9 |
| | | 退院後の生活・介護上の課題をアセスメント | 5 |
| 4 | 退院支援・調整計画の立案と患者・家族への指導 | 患者（家族）の希望や課題に基づく退院調整の方向性検討 | 6 |
| | | 退院支援・調整計画立案と内容の患者・家族への説明 | 8 |
| | | シンプルケアへの変更と指導 | 4 |
| | | 在宅療養にむけた患者・家族指導と確認 | 8 |
| 5 | 在宅療養支援体制の構築 | 在宅用医療機器・物品の準備 | 4 |
| | | MSW 又は退院調整看護師と連携し在宅療養支援体制構築 | 4 |
| | | 退院後の療養生活開始への準備状況確認・調整 | 6 |
| 6 | 退院支援・調整の評価 | 退院支援・調整の評価 | 3 |

2.2 退院調整活動質指標を用いた実態調査

(1) 調査対象

石川県内の病院（精神科病院および産科病院を除く）60カ所の看護部長に調査協力を依頼し、30病院から調査協力の承諾を得た250名の病棟看護師を対象とした。

(2) 調査内容

対象の所属病棟で平成21年10月中に退院した患者に対する退院調整について、退院調整活動質指標を用いて実施の有無と未実施の理由を調査した。また、調査にあたり取り上げた退院患者の性別、年齢、診断名、家族背景、退院後も継続する治療・処置内容、ADL・IADLの状況、退院後の医療・福祉サービスの状況についても記入を依頼した。調査は平成21年10月～12月に実施した。

(3) 分析方法

質指標ごとに単純集計し実施率を計算した。また、入院中におけるADL・IADLの変化の有無、および退院後の在宅サービス開始の有無による実施状況の比較は χ^2 検定を用いて分析した。統計学的処理には統計ソフトSPSS13.0J for Windowsを使用した。

(4) 倫理的配慮

質指標を用いた調査は本学の倫理委員会の承認を得て実施した。病院の看護部長に文書で調査の趣旨・方法を説明し、調査協力の承諾と調査用紙必要部数の回答を文書で得た。病棟看護師への調査用紙の配布を看護部長に依頼した。病棟看護師には研究の趣旨・方法や倫理的配慮を記した調査用紙にて協力を依頼し、調査用紙は病棟看護師か

ら直接郵送により回収した。なお、調査用紙の返送をもって調査への同意を得たと判断した。

3. 結果

30病院より調査協力を得て250部の調査用紙を郵送し、169部（回収率67.6%）の回答があった。

3.1 退院患者の概要

調査用紙を記入するにあたり対象とした退院患者の概要を表2に示した。

3.2 退院調整活動の実施状況（表3）

退院患者に対する病棟看護師の退院調整活動質指標における平均実施率は54.1%であり、実施率70%以上の指標は22指標であった。実施率40%未満の指標は22指標であった。

退院調整の6ステップごとに実施率70%以上であった指標をみると、第1ステップ〔退院調整が必要な患者の把握・関係職員への連絡〕7指標では、「退院調整（支援）の必要性を主治医に伝える」「患者情報をMSWに連絡」の2指標が実施率70%以上であった。第2ステップ〔患者・家族の退院後の療養生活に対する希望と生活状況の把握〕7指標では、「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」「退院後の療養生活に対する不安・気がかりな内容の把握」など5指標であった。第3ステップ〔退院後の医療上および生活・介護上の課題をアセスメント〕14指標では、「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」「在宅での医療上の課題の整理」「コミュニケーション能力の評価」「生

表2 退院患者の概要

n=169 (%)

| | | | |
|----------------------|--|-----------------|-----------------|
| 性別 | 男性：76 (45.0) 女性：93 (55.0) | | |
| 年齢 | 40～59歳：4 (2.4) | 60～69歳：16 (9.5) | 70歳～：149 (88.2) |
| 主な診断名 | がん：33 (19.5) 脳血管障害：17 (10.6) 骨折：21 (12.4) 神経難病 13 (7.7) 循環器疾患：10 (5.9) 肺炎：11 (6.5) その他：64 (37.9) | | |
| 家族背景 | 子供と同居：63 (37.3) 配偶者と二人：58 (34.3) 一人暮らし：17 (10.1) その他：31 (18.3) | | |
| ADLの状況 | 低下：81 (47.9) | 変わらない：70 (41.4) | 改善：18 (10.7) |
| IADLの状況 | 低下：87 (51.5) | 変わらない：73 (43.2) | 改善：9 (5.3) |
| 退院後も継続する治療 (複数回答) | 服薬管理：97 (57.4) リハビリテーション：49 (29.0) 疼痛コントロール 23 (13.6) 経管栄養：18 (10.7) | | |
| 退院後の在宅サービス | 介護サービス再開：33 (19.5) 介護サービス開始：23 (13.6) 訪問看護開始：32 (18.9) 訪問看護再開：23 (13.6) | | |

活・介護上の課題の整理」など7指標であった。第4ステップ「退院支援・調整計画の立案と患者・家族への指導」30指標では、「退院に関わる問題点・課題の記載」「予測される退院先の記載」「家族に日常生活上の注意点について指導」など5指標であった。第5ステップ「在宅療養支援体制の構築」10指標では、「患者・家族に退院後の受診施設への意向を確認」「患者・家族の気持ち、不安などの傾聴」の2指標であった。第6ステップ「退院調整の評価」3指標では、「退院前に患者・家族の自信・期待への支援（不安の軽減）」1指標であった。

退院調整の6ステップごとに実施率40%未満であった指標をみると、第1ステップ「退院調整が必要な患者の把握・関係職員への連絡」7指標では、「スクリーニングシートの記入」「ケアマネジャーからの情報把握」の2指標であった。第2ステップ「患者・家族の退院後の療養生活に対する希望と生活状況の把握」7指標では、「在宅死、在宅での看取りの意思について把握」1指標であった。第3ステップ「退院後の医療上および生活・介護上の課題をアセスメント」14指標では、「在宅に設置されている医療機器と使用上の課題を確認」「家屋の状況を患者（家族）から把握」の2指標であった。第4ステップ「退院支援・調整計画の立案と患者・家族への指導」30指標では、「自立度に合わせた家屋改修の必要性の検討」「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」「シンプルな薬剤管理の検討と患者・家族に指導」「衛生材料の調達方法の確認」など14指標であった。第5ステップ「在宅療養支援体制の構築」10指標では、「自立を目指す環境調整や人的サポートの検討」など3指標であった。第6

ステップ「退院調整の評価」3指標では、実施率40%未満の指標はみられなかった。なお、未実施の理由は、対象患者に該当しないであった。

3.3 ADL・IADL 低下の有無による比較（表3）

退院時のADL・IADLのいずれか、または両方が入院時に比べて低下した患者は81名であった。この患者への退院調整活動の平均実施率は60.4%であり、実施率70%以上の指標は25指標であった。実施率上位5項目は、「病状・病態予測や治療に対する不安・気がかりな点を把握」「退院前に患者・家族の自信・期待を支援する（不安の軽減）」「病状・病態予測や治療に対する理解と程度の把握」「退院後の療養生活に対する不安・気がかりな内容の把握」「看護師が患者の退院後の生活状況をイメージする」であった。実施率40%未満の指標は18指標であり、実施率下位5項目は、「衛生材料の準備担当者の決定」「衛生材料の調達方法を確認する」「安価な物品・材料の供給の検討」「医療用機器の調達方法を検討する」「介護用品の調達方法を確認する」であった。

ADL・IADLに変化が見られなかった患者は88名であり、この患者に対する退院調整活動の平均実施率は36.8%であった。実施率70%以上の指標は20指標であった。実施率上位4項目は「病状・病態予測や治療に対する不安・気がかりな点の把握」「看護師が患者の退院後の生活状況をイメージする」「退院前に患者・家族の自信・期待を支援する」「患者・家族の退院時（後）の生活状況のイメージ内容の把握」であった。実施率40%未満の指標数は27であり、実施率下位5項目目は「在宅サービスを利用する診断書の準備」「医療用機器の調達方法の検討」「安価な物品・材

料の供給の検討」「衛生材料の準備担当者の決定」「介護用品の調達方法の確認」であった。

ADL・IADLに変化が見られた患者と変化がなかった患者に対する実施率を比較したところ、変化がみられた患者の方が実施率が有意に高かったのは、「退院調整（支援）の必要性を主治医に伝える」（ $p < 0.01$ ）、「退院後の療養生活がイメージできるような情報の提供」（ $p < 0.05$ ）、「家屋の状況を患者（家族）から把握する」（ $p < 0.01$ ）、「外泊による療養生活の検討」（ $p < 0.01$ ）、「介護者への介護方法の指導」（ $p < 0.01$ ）、「退院前に退院後の生活に対する期待、自信や不安把握」（ $p < 0.01$ ）など16指標であった。

3. 4 退院後の在宅サービス開始の有無による比較（表3）

退院後に介護サービスや訪問看護の開始・再開となった患者は56名であり、この患者に対する退院調整活動の平均実施率は62.9%であった。実施率70%以上は30指標であった。実施率上位5項目は「退院前に患者・家族の自信・期待を支援する」「退院後にどのような生活を送りたいか（目標や希望）の把握」「病状・病態予測や治療に対する理解と程度の把握」「退院後の療養生活に対する不安・気がかりな内容の把握」「病状・病態予測や治療に対する不安・気がかりな点の把握」であった。実施率40%未満は14指標であり、実施率の低かった下位5項目は「衛生材料の準備担当者の決定」「医療機器の調達方法の検討」「ケアマネジャーから情報把握」「安価な物品・材料の供給の検討」「衛生材料の調達方法の確認」であった。

退院後に介護サービスや訪問看護を開始しなかった患者は113名であり、この患者に対する退院調整活動の平均実施率は34.8%であった。実施率70%以上は18指標であった。実施率上位5項目は「病状・病態予測や治療に対する不安・気がかりな点の把握」「看護師が患者の退院後の生活状況をイメージする」「退院前に患者・家族の自信・期待を支援する」「退院後の療養生活に対する不安・気がかりな内容の把握」「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」であった。実施率40%未満は28指標で、実施率の下位5項目は「安価な物品・材料の供給の検討」「退院に向けて必要な衛生材料の準備担当者の決定」「医療用機器の調達方法の検討」「在宅サービスを利用するための診断書の確認」「在宅死、在宅で

の看取りの意思について把握」であった。

退院後の在宅サービス開始の有無による比較では、退院後に在宅サービスを開始した患者に対する実施率が有意に高かった指標は、「生活・介護上の課題を整理」（ $p < 0.01$ ）、「自立度に合わせた家屋改修の必要性の検討」（ $p < 0.05$ ）、「ケアマネや在宅医・訪問看護師と支援計画を立案」（ $p < 0.01$ ）など24指標であった。

4. 考察

4. 1 退院調整活動指標開発の意義

質指標とは、何らかの質を測ろうとする際に用いられる判断の手がかりであり、現状を評価し質確保の程度を確認しようとするものである¹³⁾。医療サービスの質評価にはドナベディアン¹³⁾の「構造」「プロセス」「アウトカム」に依拠することが多い。

退院調整活動は、在院日数や退院患者の満足度などのアウトカムから評価されると考えられる。しかし、退院調整活動は患者・家族と医療チームが退院後の生活をイメージし、患者が病気や障害とどのように向き合って生活していくのかというニーズを共有することからスタートし、予測される医療・生活介護上の課題解決に向けたプロセスである。よって、退院調整活動の質指標は、病院内の連携システムなどの「構造」と患者が退院後の生活をスムーズに開始するといった「アウトカム」の側面も取り入れると共に、退院調整のプロセスを根幹とした質指標を開発することで、退院調整活動を標準化することが可能となると考える。宇都宮¹⁴⁾は退院支援・調整のプロセスを「退院支援が必要な患者のスクリーニング」「ケア継続のための看護介入とチームアプローチ」「地域・社会資源との連携・調整」の三段階で示している。しかし、我々は表1のように退院調整のプロセスを6ステップとし、ステップごとの活動内容を14カテゴリ71指標で示した。これにより、病棟看護師が入院患者の退院支援・調整を進めるにあたり、段階を追って具体的な活動が可能になると考える。また、2回にわたる質指標の妥当性・重要性の評価では極めて高い得点を得るとともに、研究メンバーによる検討を重ねて開発したものであり、退院調整活動の指針として妥当性があると考えられる。

4. 2 入院患者の在宅移行期を支える退院調整

入院患者の退院後の療養生活に対する予期的不

表 3 退院調整活動の実施状況

| 指 標 | 全 体 n=169 | ADL・IADLの低下 | | 退院後の在宅サービスの有無 | |
|--|---|---|---|---|--|
| | | あり (n=81) | なし (n=88) | あり (n=56) | なし (n=113) |
| 1. 退院支援の必要性の判断 スクリーニングシートの記入 入院前の生活状況の把握 患者担当のケアマネジャーや在宅サービスの連絡先の把握 ケアマネジャーから情報（自宅での生活・家族支援体制等）把握 | 59 (39.5) 47 (58.0) 36 (44.4) 24 (29.6) | 32 (39.5) 47 (58.0) 36 (44.4) 24 (29.6) | 27 (30.7) 38 (43.2) 35 (39.8) 27 (30.7) | 21 (37.5) 30 (53.6) 20 (36.7) 14 (25.0) | 38 (33.6) 55 (48.7) 51 (45.1) 37 (32.7) |
| 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伝える 患者情報を退院調整看護師に連絡 患者情報を MSW に連絡 | 140 (82.8) 73 (43.2) 119 (70.4) | 74 (84.1) 37 (45.7) 61 (69.3) | 66 (75.0) 36 (40.9) 58 (65.9) | 51 (91.1) 31 (55.4) 48 (85.7) | 89 (78.8) 42 (37.2) 71 (62.8) |
| 3. 患者・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 退院後をどこで療養を送りたいか（看たいか）を確認 在宅死、在宅での看取りの意思について把握 退院後の療養生活に対する不安・気がかりな内容の把握 | 149 (88.2) 145 (85.3) 40 (23.7) 150 (88.0) | 74 (91.4) 74 (91.4) 21 (25.9) 75 (92.6) | 75 (85.2) 71 (80.7) 21 (25.9) 75 (85.2) | 53 (94.6) 51 (91.1) 19 (33.9) 52 (92.9) | 96 (85.0) 94 (83.2) 21 (16.8) 98 (86.7) |
| 4. 患者・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できるような情報の提供 患者の退院後の生活状況を看護師がイメージする 患者・家族の退院時（後）の生活状況のイメージ内容の把握 | 79 (46.7) 154 (91.1) 149 (88.2) | 46 (56.8) 75 (92.6) 73 (90.1) | 33 (37.5) 79 (89.8) 76 (86.4) | 32 (57.1) 51 (91.1) 51 (91.1) | 47 (41.6) 103 (91.2) 98 (86.7) |
| 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 退院にむけたリハビリのゴール確認と内容の確認 病状・病態予測や治療に対する理解と程度の把握 病状・病態予測や治療に対する不安・気がかりな点の把握 患者・家族の医療管理能力の評価 セルフケア能力の評価 在宅に設置されている医療機器と使用上の課題を確認 診療情報提供書の内容の確認 在宅での医療上の課題の整理 | 84 (49.7) 94 (55.6) 151 (89.3) 158 (94.5) 137 (81.1) 149 (88.2) 65 (38.5) 116 (68.5) 130 (76.9) | 47 (58.0) 52 (64.2) 76 (93.8) 77 (95.1) 68 (84.0) 74 (91.4) 38 (46.9) 62 (76.5) 65 (80.2) | 37 (42.0) 42 (47.7) 75 (85.2) 81 (92.0) 69 (78.4) 75 (85.2) 27 (30.7) 54 (61.4) 65 (73.9) | 32 (57.1) 36 (64.3) 53 (94.6) 52 (92.6) 49 (87.5) 53 (44.6) 22 (39.3) 41 (73.2) 49 (87.5) | 62 (54.9) 58 (51.3) 98 (86.7) 106 (93.8) 88 (77.9) 96 (85.0) 43 (38.1) 75 (66.4) 81 (71.7) |

* : p < 0.05 ** : p < 0.01

表3 (つづき) 退院調整活動の実施状況

| 指 標 | 全体 n=169 | ADL・IADLの低下 | | 退院後の在宅サービスの有無 | |
|--|-------------|-------------|-----------|---------------|------------|
| | | あり (n=81) | なし (n=88) | あり (n=56) | なし (n=113) |
| 6. 退院後の生活・介護上の課題をアセスメント ADL (自立・他者の支援が必要かどうか) の評価 IADL (自立・他者の支援が必要かどうか) の評価 コミュニケーション能力の評価 家屋の状況を患者 (家族) から把握 生活・介護上の課題の整理 | 84 (49.7) | 47 (58.0) | 37 (42.0) | 32 (57.1) | 52 (46.0) |
| | 69 (40.8) | 41 (50.6) | 28 (43.2) | 24 (42.9) | 45 (39.8) |
| | 138 (81.7) | 67 (82.7) | 72 (81.8) | 47 (83.9) | 91 (80.5) |
| | 66 (39.1) | 40 (49.4) | 26 (29.5) | 23 (41.1) | 43 (38.1) |
| | 134 (79.3) | 70 (86.4) | 64 (72.7) | 46 (82.1) | 48 (42.5) |
| 7. 患者(家族)の希望や課題に基づく退院調整の方向性検討 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 訪問リハの継続の必要性の確認 自立度に合わせた家屋改修の必要性の検討 退院前自宅訪問の担当者と時期の調整 外泊による療養生活の検討 | 100 (59.2) | 53 (65.4) | 47 (53.4) | 40 (71.4) | 60 (53.1) |
| | 96 (56.8) | 55 (67.9) | 41 (49.6) | 40 (71.4) | 56 (49.6) |
| | 48 (28.4) | 29 (35.8) | 29 (35.8) | 20 (35.7) | 28 (29.8) |
| | 44 (26.0) | 25 (30.9) | 25 (30.9) | 21 (37.5) | 23 (20.4) |
| | 45 (26.6) | 26 (32.1) | 26 (32.1) | 21 (37.5) | 24 (21.2) |
| 8. 退院支援・調整計画立案と内容の患者・家族への説明 退院に関わる問題点・課題の記載 退院支援目標の設定 患者・家族の目指している目標を考慮した計画の設定 退院支援内容と担当者の決定 予測される退院先の記載 退院後に利用が予測される社会福祉サービスの記載 ケアマネや在宅医・訪問看護師と支援計画の立案 (必要時) 看護計画を提示して、退院調整の内容を患者・家族と確認 | 84 (49.7) | 50 (61.7) | 34 (38.6) | 35 (62.5) | 49 (43.4) |
| | 141 (83.4) | 73 (90.1) | 68 (77.3) | 50 (89.3) | 91 (80.5) |
| | 126 (74.6) | 65 (80.2) | 61 (69.3) | 43 (76.8) | 83 (73.5) |
| | 126 (74.6) | 64 (79.0) | 62 (70.5) | 44 (78.6) | 82 (72.6) |
| | 68 (40.2) | 38 (46.9) | 30 (34.1) | 26 (46.4) | 42 (37.2) |
| 9. シンブ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・家族に指導 シンブルな薬剤管理の検討と患者・家族に指導 夜間の処置を少なくする工夫 安価な物品・材料の供給の検討 | 130 (76.9) | 64 (79.0) | 66 (75.0) | 44 (78.6) | 86 (31.9) |
| | 58 (34.3) | 30 (37.0) | 28 (31.8) | 23 (41.1) | 35 (31.0) |
| | 63 (37.3) | 36 (44.4) | 27 (30.7) | 31 (55.4) | 32 (28.3) |
| | 87 (51.5) | 46 (56.8) | 41 (46.6) | 34 (60.7) | 53 (46.9) |
| | 65 (38.5) | 30 (37.0) | 35 (39.8) | 25 (44.6) | 40 (35.4) |
| | 59 (34.9) | 28 (34.6) | 31 (35.2) | 22 (39.3) | 37 (32.7) |
| | 48 (28.4) | 25 (30.9) | 23 (26.1) | 23 (41.1) | 25 (22.1) |
| | 33 (19.5) | 16 (19.8) | 17 (19.3) | 15 (26.8) | 18 (15.9) |
| | | | | | |
| | | | | | |

*: p < 0.05 **: p < 0.01

表3 (つづき) 退院調整活動の実施状況

| 指 標 | 全体 n=169 | ADL・IADLの変化 | | 退院後の在宅サービスの有無 | |
|--|---|--|--|--|--|
| | | あり (n=81) | なし (n=88) | あり (n=56) | なし (n=113) |
| 10. 在宅療養にむけた患者・家族指導と確認 介護者への介護方法の指導 患者ヘルプケアの指導 家族に日常生活上の注意点について指導 患者・家族への医療器械使用方法の指導・再指導 患者・家族への薬剤管理の指導 処置方法の指導 緊急時の対応方法の指導 疾病管理方法の指導 | 99 (58.6) 109 (64.5) 139 (88.2) 64 (37.9) 111 (65.7) 74 (43.8) 112 (66.3) 108 (63.9) | 59 (72.8) 55 (67.9) 70 (86.4) 32 (39.5) 61 (75.3) 36 (44.4) 57 (70.4) 54 (66.7) | 40 (45.5) 54 (61.4) 69 (78.4) 32 (36.4) 50 (56.8) 38 (43.2) 55 (62.5) 54 (61.4) | 40 (71.4) 33 (58.9) 51 (91.1) 25 (44.6) 43 (76.8) 30 (53.6) 38 (67.9) 40 (71.4) | 59 (52.2) 76 (67.3) 88 (77.9) 39 (34.5) 68 (60.2) 44 (38.9) 74 (65.5) 68 (60.2) |
| 11. 在宅用医療機器・物品の準備 医療用機器の調達方法の検討 衛生材料の調達方法の確認 介護用品の調達(購入・レンタル)方法の確認 衛生材料の準備担当者の決定 | 33 (17.8) 40 (23.7) 40 (23.7) 30 (17.8) | 17 (21.0) 16 (19.8) 21 (25.9) 13 (16.0) | 16 (18.2) 24 (27.3) 19 (21.6) 17 (19.3) | 14 (25.0) 15 (26.8) 17 (30.4) 12 (21.4) | 19 (16.8) 25 (22.1) 23 (20.4) 18 (15.9) |
| 12. MSWまたは退院調整看護師と連携し在宅療養支援体制構築 患者・家族に退院後の受診施設への意向を確認 体調不良時・緊急時の体制の確認 デイリーケアのサポート体制を患者・家族とともに検討 自立を目指す環境調整や人的サポートの検討 | 121 (71.6) 108 (63.9) 70 (41.4) 49 (29.0) | 59 (72.8) 54 (66.7) 37 (45.7) 29 (35.8) | 62 (70.5) 54 (61.4) 33 (37.5) 20 (22.7) | 45 (80.4) 39 (69.6) 30 (53.6) 25 (44.6) | 76 (67.3) 69 (61.1) 40 (35.4) 24 (21.2) |
| 13. サービス担当者会議の実施 患者・家族の気持ち、不安などの傾聴 退院時の移送方法の検討と準備 介護・医療処置の習得状況の確認 退院までの準備書類や物品の確認 在宅サービスを利用するための診断書の確認 サービスが支障なく開始できる退院可能日の調整 | 134 (79.3) 95 (56.2) 94 (55.6) 114 (67.5) 44 (26.0) 58 (34.3) | 67 (82.7) 55 (67.9) 49 (60.5) 55 (67.9) 30 (37.0) 37 (45.7) | 67 (76.1) 40 (45.5) 45 (51.1) 59 (67.0) 14 (15.9) 21 (23.9) | 51 (91.1) 44 (78.6) 42 (75.0) 42 (75.0) 24 (42.9) 30 (53.6) | 83 (73.5) 51 (45.1) 52 (46.0) 72 (63.7) 20 (17.7) 28 (24.8) |
| 14. 退院調整の評価 退院前に退院後の生活に対する期待、自信や不安の把握 退院前に患者・家族の自信・期待への支援(不安の軽減) 退院後の療養生活状況の把握 | 98 (58.0) 154 (91.1) 106 (62.7) | 56 (69.1) 77 (95.1) 52 (64.2) | 42 (47.7) 77 (87.5) 54 (61.4) | 36 (64.3) 55 (98.2) 39 (69.6) | 62 (54.9) 99 (87.6) 67 (59.3) |

*: p < 0.05 **: p < 0.01

安として、身体症状や医療管理、在宅サービスに関する不安があげられ、家族では介護や日常生活上の不安、症状管理や急変への対応などが表出されるといわれている¹⁵⁾。今回の調査用紙の記入にあたり取り上げられた患者の殆どが高齢者であり、半数近い患者が、二人暮らしあるいは一人暮らしであった。このことから、同様な不安を持っていたことが推察される。このような、病院から在宅への療養の場が変化する在宅移行期にある入院患者とその家族が、退院後の療養生活を円滑にスタートさせるには、入院当初から患者の「生活の場」に戻る時期の病状や生活状況を見据えて、患者・家族に関わる必要がある。

今回の調査で、高い実施率であった指標は退院調整の必要性の判断や退院後の療養生活に対するアセスメントに関する指標であった。ADL・IADLの低下や退院後に在宅サービスが開始・再開となった患者に対しても同様な結果であった。これらの指標の実施率が高かったことは、病棟看護師が患者・家族が抱えている退院後の療養生活の期待や不安を把握し、患者・家族と退院後にどのような生活を送ることが予測されるかを共有していたことを反映していると考ええる。また、退院支援・調整計画立案に関する指標の実施率は高く、患者・家族の退院後の療養生活の不安の明確化や医療上・介護生活上のアセスメントが計画立案に結びついたものと考えられる。しかし、医療管理や介護生活上の不安を解決するために必要と考えられる在宅療養支援体制の構築や高齢者が治療を継続するためのシムルケアへの変更に関する指標の実施率は低い傾向にあった。退院患者の殆どが高齢者であり、ADL・IADLの低下や退院後も治療が継続する患者が半数以上である結果からも、実施率を高める必要があると考ええる。

さらに、退院調整活動の評価につながる指標として、退院準備状況の確認と退院後の療養生活状況の把握がある。これらの指標の中で、退院後の療養生活に対する患者・家族の期待や不安の把握に関しては高い実施率であった。しかし、介護・医療処置の習得状況や在宅サービスが支障なく開始するための確認に関する指標の実施率は低かった。患者・家族の退院後の療養生活への不安を可能な限り軽減するためには、退院準備状況の確認が確実になされることが重要であると考ええる。

本研究では、ADL・IADLの低下および退院後の在宅サービスの有無による実施率を比較検討した。その結果、各カテゴリの指標で半数以上の

指標においてADL・IADLの低下がみられた患者への実施率が有意に高かったカテゴリは「退院後の生活・介護上の課題をアセスメント」や「サービス担当者会議の実施」であった。このことは、ADL・IADLが低下する患者では生活・介護上の課題が容易に予測されるために、低下がみられなかった患者よりも実施率が高くなったと考える。

また、退院後の在宅サービスの有無による実施率の比較では、「退院調整が必要な患者情報の関係職員への連絡」「患者（家族）の希望や課題に基づく退院調整の方向性検討」「サービス担当者会議の実施」において、有りの患者の方が有意に実施率の高い指標が多くみられた。このことは、退院後に在宅サービスを受ける、あるいは再開するには地域の保健・福祉機関との連携は必要であり、退院調整の方向性の明確化や具体的な在宅療養体制の構築を図る必要があったことを意味していると考ええる。

4.3 病棟看護師の退院調整活動における課題

今回の調査で、実施率の低い指標は「シムルケアへの変更と指導」「在宅用医療機器・物品の準備」「患者（家族）の希望や課題に基づく退院調整の方向性の検討」などの退院後の在宅療養体制の構築に関する指標であった。また、「サービス担当者会議の実施」や「退院調整の評価」のような退院準備状況の確認や退院後の療養生活の把握も高い実施率ではなく、入院患者の在宅療養への移行を円滑に開始するためには、この支援の提供が必要と考える。また、入院前の生活状況や退院後の療養生活状況の把握を十分に行うことは、入院早期から退院調整にかかわることができるとともに、退院後の療養生活を送る上での新たな課題への対応も可能にできると考える。したがって、シームレスな看護の提供を図るためにも、外来看護師、地域の看護・介護職者との連携や情報交換を推進することが重要である。

5. まとめ

退院調整活動質指標は、2回のエキスパートパネルおよび研究グループによる検討を経て、退院調整のプロセスにそった14カテゴリ71指標で構成された退院調整活動質指標を開発した。この質指標を用いて病棟看護師を対象とした退院調整活動の実施状況を調査し、以下のことが明らかになった。

実施率 70%以上は、「退院後の療養生活に対する不安・気がかりな内容の把握」「患者・家族の医療管理能力の評価」「セルフケア能力の評価」「コミュニケーション能力の評価」など 22 指標であり、退院調整の必要性の判断や退院後の療養生活へのアセスメントに関する指標であった。実施率 40%未満は「シンプルな薬剤管理の検討と患者・家族への指導」「自立を目指す環境調整や人的サポートの検討」など 22 指標であり、退院後の在宅療養体制の構築に関する指標であった。今後は、退院後の在宅療養体制の構築に向けた病棟看護師の実践能力の向上を目指した検討を行うことが必要であると考ええる。

謝辞

本研究にご協力いただきました病院の看護部長の皆様、質指標の開発ならびに調査にご協力いただきました看護師の皆様へ深く感謝いたします。

なお、本研究は、石川県立看護大学附属地域ケア総合センターの調査研究助成を受けて実施したものである。本研究の一部を、第 30 回日本看護科学学会学術集会（2010.12）にて発表した。

引用文献

- 1) 高島尚子, 大森雅彦:「平成 22 年度診療報酬改定」解説. 看護, 62 (6), 70-79, 2010.
- 2) 丸岡直子, 洞内志湖, 他 3 名: 石川県内の病院における退院調整活動の実態と課題. 石川看護雑誌, 5, 1-10, 2008.
- 3) 洞内志湖, 丸岡直子, 他 2 名: 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, 6, 59-66, 2009.
- 4) 篠田道子: 第 2 章退院調整のプロセスとシステム構築. 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. 日本看護協会出版会, 29-55, 2006.
- 5) 千葉由美: デイスチャージプランニングのプロセス評価尺度の開発と有用性の検証. 日本看護科学会誌, 25 (4), 39-51, 2005.
- 6) 千葉由美, 岡本玲子: 急性期病院における看護師のケアマネジメントプロセスの質評価と自律性・職務満足との関係. 日本在宅ケア学会誌, 9 (2), 56-67, 2005.
- 7) Saliba,D., Schnelle,J.F.:Indicators of the quality of nursing home residential care. Journal of the American Geriatrics Society, 50 (8) , 1421-1430, 2002.
- 8) 辻村真由子, 鈴木郁子他 5 名: 排便ケアに関する質指標の構築と標準化 (第 1 報) 質指標作成プロセス. 看護研究, 40 (4), 11-18, 2007.
- 9) 岡本玲子: ケアマネジメントの質を評価するアウトカム尺度の開発—内容分類と信頼性・妥当性の検討. お茶の水医学雑誌, 46 (4), 25-37, 1998.
- 10) 岡本玲子: ケアマネジメント過程の質を評価する尺度の開発—デルファイ調査と信頼性・妥当性の検討. 日本公衆衛生学会誌, 46 (6), 435-444, 1999.
- 11) 宇都宮宏子: 第 2 章退院支援の体制と準備. 松下正明監修: チームで行う退院支援—入院から在宅までの医療・ケア連携ガイド. 医学書院, 19-58, 2008.
- 12) 宇都宮宏子: 第 1 章 -2 病棟から始める退院支援・退院調整の進め方. 宇都宮宏子編: 病棟から始める退院支援・退院調整の実践事例. 日本看護協会出版会, 48-206, 2009.
- 13) 山本則子: 高齢者訪問看護の質指標の開発の意義とプロセス. 看護研究, 40 (4), 3-10, 2007.
- 14) 前掲書 12), 10-37.
- 15) 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. 大阪府立大学看護学部紀要, 16 (1), 9-19, 2010.

The Actual Situation and Issues Discharge Planning Activities of Ward Nurses - Investigation Using Discharge Planning Quality Indicators -

Naoko MARUOKA, Yukiko HORANAI,
Kazuyo KAWASHIMA, Emiko SHIMOJIMA, Takako MUKAI,
Mayumi OZAKI, Keiko HURUMOTO

Abstract

The purpose of this study was to clarify the current condition of discharge planning activities and issues related to discharge planning from investigation using Discharge Planning Quality Indicators. The subject was 250 ward nurses who working in 30 hospitals in Ishikawa Prefecture by mailing question papers, and a valid response was obtained from 169 responders.

Implementation rates of 70% and over were found in 22 indicators, including items such as “understanding matters of anxiety relating to medical treatment in daily life after being discharged from hospital”, “evaluation of patients’ / families’ capacity to act as administrators of medical care” , “evaluation of ability for self-care” and “evaluation of communication ability”. These indicators concerned decisions on the necessity of discharge planning as well as assessments of medical treatment in daily life after being discharged from hospital. Indicators with an implementation rate of less than 40% were found in 22 indicators, including items such as “examination of simple drug control and guidance for patients /families” and “environmental regulation aiming for self-reliance and examination of human support.” These indicators concerned the construction of systems for home care after discharge from hospital. In the future, we believe that it is necessary to attempt to improve ward nurses’ abilities with regard to the construction for system for home care after discharge from hospital.

Key words discharge planning, discharge planning activity, quality indicator, ward nurse, discharged patient