

報告

病棟看護師長からみた退院調整の現状と課題

伴真由美 丸岡直子 川島和代 小松妙子* 佐藤弘美

概要

退院調整の現状を明らかにし、退院調整に関する課題について検討することを目的として、I 県内の病院の病棟看護師長 386 名を対象に、実施している退院調整内容について郵送質問紙法により調査した。その結果、以下のことが明らかになった。

退院調整の必要性の判断時期は、医師が患者・家族に退院を伝えた時点が最も多かった。退院調整の目的として割合が高かった内容は、一般病棟では、利用するサービスの調整、家族の意思決定、転院先の確保、家族の介護力確保、療養型病床群では、家族の意思決定、患者の意思決定、精神科病棟では、家族の意思決定であった。退院計画立案、会議・検討会の開催、退院前後訪問、退院調整の評価、退院調整の手引き（ガイドライン）の所有を実施している病棟は少なかった。病棟看護師長が認識していた退院調整に関する課題は、退院調整部門の設置や退院調整システムの整備、退院計画の早期立案と内容の充実、社会資源に関する学習の強化等であった。

キーワード 退院調整 退院計画 継続看護 社会資源 課題

1. はじめに

近年、人口の高齢化、慢性疾患の増加、医療の進歩など保健医療福祉を取り巻く環境は大きく変化し、また、国民ニーズも多様化してきている。入院患者をみてみると、年齢では 65 歳以上が約 6 割を占め¹⁾、傷病分類別では「精神及び行動の障害」「循環器系の疾患」「新生物」をはじめとした慢性疾患をもつ患者が増加している²⁾。一方、核家族化の進展等による家族の介護機能の変化が起こっている³⁾。患者の継続的な医療及び介護の必要性が高まっているなか、わが国の医療提供体制としては、在院日数を短縮し、在宅医療が推進されている^{4), 5)}。また、老人福祉と老人保健の両制度を再編成し、利用者の選択により保健・医療・福祉にわたる介護サービスが総合的に利用できるよとの趣旨により介護保険制度も導入され⁶⁾、社会資源の活用の仕方も変化してきた。このようななか、患者・家族が望む療養の場の移行が円滑にできるためには、病院や地域の関係機関には多くの課題が生じていると考えられ、それらを明らかにして解決していくことは重要なことである。

入院患者の退院調整の実態に関しては、特定の病院における調査や事例研究での報告が多い^{7) - 13)}。また、筆者らは以前に I 県内 8 総合病院の病棟看護師長を対象として退院患者に提供された

支援内容を明らかにした^{14), 15)}。しかし、県内全域に及ぶ病院における退院調整の現状と課題について明らかにした研究はない。退院調整は、病院ばかりではなく、地域全体で取り組む必要のあるものであり、県内の広域的な病院における退院調整の現状と課題について明らかにすることにより、地域における退院調整のあり方について示唆が得られるものと考ええる。

そこで、本研究は、I 県内の病院における退院調整の現状を明らかにし、退院調整に関する課題について検討することを目的とした。

なお、本研究では退院調整を以下のように定義する。

退院調整: 患者・家族が望む療養生活が可能となるように、疾病や障害が生活全般に及ぼす影響を把握し、患者・家族に関わる様々な職種が協働して計画的に退院後の療養生活を整えるために行う活動。

2. 方法

2. 1 調査対象

退院調整の実施及び把握をしていると考えられる病棟看護師長を対象に選んだ。I 県内の 108 病院すべてにおける産科を除く病棟看護師長 386 名を対象とした。

*日本訪問看護振興財団（元石川県立看護大学）

2. 2 調査方法と調査内容

調査は郵送質問紙法により実施した。調査用紙は、平成 14 年度に実施した面接調査結果¹⁶⁾と先行文献^{17) 18)}を参考に作成した。調査内容は、病棟看護師が実施している退院調整の内容に関して、退院調整の必要性の判断時期・療養先・目的、患者・家族の退院に関する意思確認、退院調整に伴う計画の立案、退院調整に関する会議・検討会の実施、関係職種・部門・機関との連携、退院前後の療養先への訪問の実施、退院調整実施後の評価、退院調整の手引きの有無、退院調整に関する課題等についてである。

各病院の看護管理者に、研究協力依頼文書と病棟看護師長用調査用紙を平成 15 年 10 月末に郵送し、病院看護管理者から質問紙を配布してもらった。調査用紙は、平成 15 年 11 月～12 月 10 日までに無記名で対象者から直接郵送により回収した。

2. 3 分析方法

調査項目毎に単純集計及び χ^2 検定により病棟の特性による比較検討を行った。統計解析には SPSS12.0J for windows を使用した。

2. 4 倫理的配慮

本調査は本学の倫理委員会承認を得て実施した。対象には文書で研究の主旨・方法、データ分析にあたっては全体的な傾向を検討すること、

データは研究以外に使用しないこと、研究結果を看護関係学会で発表することを説明した。なお、対象者からの調査票の返送をもって研究の同意を得たものとした。

3. 結果

調査を依頼した病棟看護師長 386 名のうち 212 名 (回収率 54.9%) から回答があり、これらを分析の対象とした。

3. 1 対象の所属病院及び病棟の概要

212 名の看護師長が所属する病棟は、一般病棟 123 名 (58.0%)、療養型病床群 47 名 (22.2%)、精神科病棟 31 名 (14.6%)、その他の病棟 11 名 (5.2%) であった。

3. 2 退院調整の現状

(1) 退院調整の必要性の判断時期・療養先・目的

退院調整の必要性の判断時期・療養先・目的について表 1 に示した。入院患者の退院調整の必要性を判断する時期は、一般病棟・療養型病床群・精神科病棟(以下 3 つの病棟とする)において、医師が患者・家族に退院を伝えた時点、入院時点の順に多かった。その他、看護師長が患者の状況から適宜判断、受持ち看護師が必要と判断した時点の場合もあった。

表 1 退院調整の必要性の判断時期・療養先・目的 (複数回答) 人 (%)

項目	一般病棟 n=123	療養型病床群 n=47	精神科病棟 n=31	その他の病棟 n=11	全病棟 n=212
<退院調整の必要性の判断時期>					
医師が患者・家族に退院を伝えた時点	86 (69.9)	33 (70.2)	23 (74.2)	4 (36.4)	146 (68.9)
入院時点	81 (65.9)	20 (42.6)	17 (54.8)	6 (54.5)	124 (58.5)
看護師長が患者の状況から適宜判断	64 (52.0)	18 (38.3)	8 (25.8)	3 (27.3)	93 (43.9)
受持ち看護師が必要と判断した時点	49 (39.8)	8 (17.0)	15 (48.4)	1 (9.1)	73 (34.4)
その他	13 (10.6)	10 (21.3)	1 (3.2)	0 (0.0)	24 (11.3)
未記入	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (18.2)	2 (0.9)
<退院調整後の療養先>					
自宅	107 (87.0)	30 (63.8)	22 (71.0)	5 (45.5)	164 (77.4)
保健施設 (老人保健施設)	82 (66.7)	24 (51.1)	3 (9.7)	2 (18.2)	111 (52.4)
医療施設	67 (54.5)	12 (25.5)	12 (38.7)	3 (27.3)	94 (44.3)
福祉施設 (特別養護老人ホーム、障害児・者施設等)	40 (32.5)	13 (27.7)	12 (38.7)	2 (18.2)	67 (31.6)
その他	6 (4.9)	4 (8.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (4.7)
<退院調整の目的>					
家族の意思決定	74 (60.2)	26 (55.3)	20 (64.5)	4 (36.4)	124 (58.5)
利用するサービスの調整	76 (61.8)	21 (44.7)	11 (35.5)	3 (27.3)	111 (52.4)
転院先の確保	72 (58.5)	16 (34.0)	9 (29.0)	4 (36.4)	101 (47.6)
家族の介護力確保	65 (52.8)	17 (36.2)	4 (12.9)	4 (36.4)	90 (42.5)
患者の意思決定	44 (35.8)	24 (51.1)	12 (38.7)	3 (27.3)	83 (39.2)
家族間の調整	44 (35.8)	14 (29.8)	14 (45.2)	2 (18.2)	74 (34.9)
家族が必要な技術の修得	33 (26.8)	8 (17.0)	2 (6.5)	1 (9.1)	44 (20.8)
患者自身に必要な技術の修得	25 (20.3)	5 (10.6)	10 (32.3)	2 (18.2)	42 (19.8)
その他	1 (0.8)	1 (2.1)	2 (6.5)	1 (9.1)	5 (2.4)

退院調整後の療養先は、いずれの病棟においても、自宅の割合が最も多く、特に一般病棟では87.0%と最も高かった。次いで、一般病棟では、保健施設（老人保健施設）、医療施設、福祉施設（特別養護老人ホーム、障害児・者施設等）、療養型病床群では、保健施設、福祉施設、医療施設、精神科病棟では、医療・福祉施設、保健施設の順に多かった。

退院調整の目的は、一般病棟では、利用するサービスの調整、家族の意思決定、転院先の確保、家族の介護力確保、療養型病床群では、家族の意思決定、患者の意思決定、精神科病棟では、家族の意思決定が過半数を超える高い割合であった。その他、家族間の調整、家族が必要な技術の修得、患者自身に必要な技術の修得についても目的となっていた。

（2）退院調整内容

病棟看護師長が退院調整内容の実施の有無を回答した割合を表2に示した。

患者・家族の退院に関する意思確認については、3つの病棟において、していると回答した割合は83.8～95.9%と高く、ほとんどの病棟で実施されていた。

退院調整に伴う計画立案については、いずれの病棟においても、していると回答した割合は48.4～49.6%であり、半数以下の病棟でしか実施されていなかった。また、患者・家族の意思や希望の退院計画への反映は、いずれの病棟においても、していると回答した割合は59.6～71.5%であり、一般病棟が最も高かった。

退院調整に関する会議あるいは検討会の実施については、3つの病棟において、していると回答した割合は40.4～48.0%であり、半数以下の病棟でしか実施されていなかった。また、患者・家族の退院調整検討会参加への調整については、3つの病棟において、していると回答した割合は9.7～37.4%と低く、なかでは一般病棟および療養型病床群が精神科病棟に比べて実施率は高かった（ $p < 0.005$ 、 $p < 0.05$ ）。

退院調整に関する関係職種・部門・機関との連携については、3つの病棟において、していると回答した割合は74.4～87.0%と高く、病院内の他部門との連携についても、3つの病棟において、支障がないと回答した割合は83.9～85.1%と高かった。

地域の関係機関の機能やサービスに関する情報については、3つの病棟において、あると回答

した割合は61.7～74.2%であり、次いで、不足していると回答した割合は9.7～21.9%であった。

退院調整が必要な患者の退院前の外泊については、3つの病棟において、していると回答した割合は78.8～89.4%と高く、ほとんどの病棟で実施されていた。退院前の療養先への訪問については、していると回答した割合は34.1～61.3%であった。退院後の療養先への訪問については、病棟種別では、22.0～71.0%であり、なかでは精神科病棟が一般病棟および療養型病棟に比べて実施率は高かった（ $p < 0.001$ 、 $p < 0.005$ ）。

退院時の看護サマリーの作成については、3つの病棟において、していると回答した割合は90.3～95.7%と高く、転院先や訪問看護ステーション等への退院時看護サマリーでの引き継ぎについても、していると回答した割合は90.3～95.9%と高く、ほとんどの病棟で実施されていた。

退院調整実施後の評価については、3つの病棟において、していると回答した割合は17.9～36.1%であり、なかでは療養型病床群が一般病棟に比べて実施率は高かった（ $p < 0.05$ ）。また、評価方法が確立していると回答した割合は3.2～10.6%、評価時期が決まっていると回答した割合は8.1～14.9%であり、退院調整実施後の評価を実施している病棟は極めて少なかった。

退院調整の手引きについては、あると回答した割合は6.4～12.9%であり、退院調整の手引きを有している病棟も極めて少なかった。

3.3 病棟看護師長が認識していた退院調整に関する課題

病棟看護師長が退院調整に関する課題であると回答した内容を表3に示した。病院全体のシステムに関するものとしては、例えば、「退院調整窓口を設置すべきである」「訪問看護や継続医療の専門スタッフが必要」「トップ陣のシステム必要性の意識が低い」等の『退院調整部門が未設置で専任者がいない』こと、「誰が行うか、どのルートで行うかが不明」「随時開かれる会議ではなく、定例でシステム化が必要」「明確な文章化やガイドラインを作成すべきである」等の『退院調整に関するシステムが未確立でマニュアルがない』こと、「システム的には確立しているが、受け持ち看護師の日時調整等に手間がかかる」「ベッドコントロールのための会議であり、退院調整になっていない」等の『退院調整に関するシステム構築

表2 退院調整内容

退院調整内容	人 (%)					検定
	一般病棟 n=123	療養型病床群 n=47	精神科病棟 n=31	その他の病棟 n=11	全病棟 n=212	
<患者・家族の退院に関する意思確認>						
している	118(95.9)	43(91.5)	26(83.8)	8(72.7)	195(92.0)	
していない	2(1.6)	1(2.1)	3(9.7)	0(0.0)	6(2.8)	
その他	0(0.0)	1(2.1)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.5)	
未記入	3(2.5)	2(4.3)	2(6.5)	3(27.3)	10(4.7)	
<退院調整に伴う計画立案>						
している	61(49.6)	23(48.9)	15(48.4)	6(54.5)	105(49.5)	
していない	52(42.3)	20(42.6)	13(41.9)	2(18.2)	87(41.0)	
その他	1(0.8)	0(0.0)	1(3.2)	0(0.0)	2(1.0)	
未記入	9(7.3)	4(8.5)	2(6.5)	3(27.3)	18(8.5)	
<患者・家族の意思・希望の退院計画への反映>						
できている	88(71.5)	28(59.6)	19(61.3)	7(63.6)	142(67.0)	
できていない	15(12.2)	11(23.4)	8(25.8)	0(0.0)	34(16.0)	
その他	3(2.5)	1(2.1)	0(0.0)	0(0.0)	4(1.9)	
未記入	17(13.8)	7(14.9)	4(12.9)	4(36.4)	32(15.1)	
<退院調整に関する会議・検討会の実施>						
している	59(48.0)	19(40.4)	13(41.9)	3(27.3)	94(44.3)	
していない	60(48.8)	25(53.2)	18(58.1)	5(45.4)	108(50.9)	
その他	1(0.8)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.5)	
未記入	3(2.4)	3(6.4)	0(0.0)	3(27.3)	9(4.3)	
<患者・家族の退院調整検討会参加への調整>						
している	46(37.4)	15(31.9)	3(9.7)	1(9.1)	65(30.6)	*1
していない	66(53.7)	27(57.4)	26(83.8)	6(54.5)	125(59.0)	
その他	0(0.0)	1(2.2)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.5)	
未記入	11(8.9)	4(8.5)	2(6.5)	4(36.4)	21(9.9)	
<退院調整に関する関係職種等との連携>						
できている	107(87.0)	35(74.4)	24(77.4)	6(54.5)	172(81.1)	
できていない	13(10.6)	6(12.8)	3(9.7)	1(9.1)	23(10.9)	
その他	1(0.8)	0(0.0)	1(3.2)	0(0.0)	2(0.9)	
未記入	2(1.6)	6(12.8)	3(9.7)	4(36.4)	15(7.1)	
<病院内の他部門との連携>						
支障がない	104(84.6)	40(85.1)	26(83.9)	8(72.7)	178(84.0)	
支障がある	17(13.8)	3(6.4)	4(12.9)	0(0.0)	24(11.3)	
その他	0(0.0)	0(0.0)	1(3.2)	0(0.0)	1(0.5)	
未記入	2(1.6)	4(8.5)	0(0.0)	3(27.3)	9(4.2)	
<地域の関係機関の機能・サービスに関する情報>						
十分にある	9(7.3)	3(6.4)	1(3.2)	0(0.0)	13(6.1)	
ある	81(65.9)	29(61.7)	23(74.2)	5(45.5)	138(65.1)	
不足している	27(21.9)	8(17.0)	3(9.7)	2(18.2)	40(18.9)	
ない	1(0.8)	1(2.1)	3(9.7)	0(0.0)	5(2.4)	
その他	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	
未記入	5(4.1)	6(12.8)	1(3.2)	4(36.4)	16(7.5)	
<患者の退院前外泊>						
している	110(89.4)	37(78.8)	27(87.1)	5(45.5)	179(84.4)	
していない	10(8.1)	5(10.6)	4(12.9)	2(18.1)	21(9.9)	
その他	1(0.8)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.5)	
未記入	2(1.7)	5(10.6)	0(0.0)	4(36.4)	11(5.2)	
<退院前の療養先への訪問>						
している	42(34.1)	17(36.2)	19(61.3)	1(9.1)	79(37.3)	
していない	77(62.6)	24(51.0)	11(35.5)	6(54.5)	118(55.6)	
その他	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	
未記入	4(3.3)	6(12.8)	1(3.2)	4(36.4)	15(7.1)	
<退院後療養先訪問>						
している	27(22.0)	14(29.8)	22(71.0)	0(0.0)	63(29.7)	*2
していない	90(73.2)	28(59.6)	9(29.0)	7(63.6)	134(63.2)	
その他	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	
未記入	6(4.8)	5(10.6)	0(0.0)	4(36.4)	15(7.1)	

表2の続き 退院調整内容

人 (%)

退院調整内容	一般病棟 n=123	療養型病床群 n=47	精神科病棟 n=31	その他の病棟 n=11	全病棟 n=212	検定
<退院時の看護マリアー作成>						
している	115(93.5)	45(95.7)	28(90.3)	8(72.7)	196(92.4)	
していない	5(4.1)	0(0.0)	3(9.7)	0(0.0)	8(3.8)	
その他	1(0.8)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.5)	
未記入	2(1.6)	2(4.3)	0(0.0)	3(27.3)	7(3.3)	
<転院先や訪問看護ステーション等への退院時看護マリアーでの引き継ぎ>						
している	118(95.9)	45(95.7)	28(90.3)	6(54.5)	197(92.9)	
していない	2(1.6)	0(0.0)	2(6.5)	0(0.0)	4(1.9)	
その他	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	
未記入	3(2.5)	2(4.3)	1(3.2)	5(45.5)	11(5.2)	
<退院調整実施後の評価>						
している	22(17.9)	17(36.1)	9(29.0)	1(9.1)	49(23.1)	*3
していない	94(76.4)	28(59.6)	19(61.3)	6(54.5)	147(69.3)	
その他	2(1.6)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(1.0)	
未記入	5(4.1)	2(4.3)	3(9.7)	4(36.4)	14(6.6)	
<評価方法>						
確立している	8(6.5)	5(10.6)	1(3.2)	1(9.1)	15(7.1)	
確立していない	97(78.9)	38(80.9)	26(83.9)	6(54.5)	167(78.8)	
その他	1(0.8)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.5)	
未記入	17(13.8)	4(8.5)	4(12.9)	4(36.4)	29(13.7)	
<評価時期>						
決まっている	10(8.1)	7(14.9)	3(9.7)	1(9.1)	21(9.9)	
決まっていない	92(74.8)	35(74.5)	24(77.4)	6(54.5)	157(74.0)	
その他	1(0.8)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.5)	
未記入	20(16.3)	5(10.6)	4(12.9)	4(36.4)	33(15.6)	
<退院調整の手引き>						
ある	10(8.1)	3(6.4)	4(12.9)	1(9.1)	18(8.5)	
ない	109(88.6)	43(91.5)	27(87.1)	7(63.6)	186(87.7)	
その他	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	
未記入	4(3.3)	1(2.1)	0(0.0)	3(27.3)	8(3.8)	

*1 一般病棟と精神科病棟の2群で「している」「していない」の割合について χ^2 検定を行った結果、 $p<0.005$ で有意差あり
療養型病床群と精神科病棟の2群で「している」「していない」の割合について χ^2 検定を行った結果、 $p<0.05$ で有意差あり
*2 一般病棟と精神科病棟の2群で「している」「していない」の割合について χ^2 検定を行った結果、 $p<0.001$ で有意差あり
療養型病床群と精神科病棟の2群で「している」「していない」の割合について χ^2 検定を行った結果、 $p<0.005$ で有意差あり
*3 一般病棟と療養型病床群の2群で「している」「していない」の割合について χ^2 検定を行った結果、 $p<0.05$ で有意差あり

表3 病棟看護師長が認識している退院調整に関する課題

<病院全体のシステム>
・退院調整部門が未設置で専任者がいない
・退院調整に関するシステムが未確立でマニュアルがない
・退院調整に関するシステム構築途上で退院調整機能が不十分である
<患者・家族>
・早期から計画的な関わりができない
・患者や介護者が高齢のため介護力が弱く退院の受け入れが困難である
<退院調整担当の看護職>
・入院時から退院後を見通して関わるができない
・地域の社会資源、介護保険等の知識が不足している
・看護師個々の力量による取り組み内容に違いがある
・チーム内の情報の共有が不足している
<院内の他職種>
・十分な連携や協力を得にくい
・情報の共有化が困難である
<地域との連携>
・連携システムが未確立である
・地域資源の情報や地域との交流が不足している
<学習の機会>
・学習や情報は必要だが機会が少ない

途上で退院調整機能が不十分である』ことがあった。患者・家族に関するものとしては、「早期からの患者・家族に対する退院調整の働きかけが不足している」「早期に問題があれば情報提供してほしい」「家族と話し合う時間の確保や日程調整が困難である」等の『早期から計画的な関わりができない』こと、「老夫婦世帯が多く、医師と退院時等の説明を計画しても、何度も話し合うことが困難である」「退院許可が出ても高齢者2人暮らしが多く介護力に問題がある」「若い世代の共働きで自宅での介護が困難である」等の『患者や介護者が高齢のため介護力が弱く退院の受け入れが困難である』ことがあった。退院調整担当の看護職に関するものとしては、『入院時から退院後を見通して関わるができない』『地域の社会資源、介護保険等の知識が不足している』『看護師個々の力量による取り組み内容に違いがある』『チーム内での情報の共有が不足している』、院内の他職種に関するものとしては『十分な連携や協力を得にくい』『情報の共有化が困難である』、地域との連携に関するものとしては『連携システムが未確立である』『地域社会資源の情報や地域との交流が不足している』、学習の機会に関するものとしては『学習や情報は必要だが機会が少ない』等があった。

4. 考察

本研究の結果より考察された退院調整の現状と課題について以下に述べる。

4.1 退院調整部門の設置及び退院調整システムの整備

本研究の結果より、入院患者の退院調整の必要性を判断する時期は、医師が患者・家族に退院を伝えた時点、入院時点の順に多く、また、退院調整後の療養先は、自宅の割合が最も多く、その他、保健施設（老人保健施設）、医療施設、福祉施設（特別養護老人ホーム、障害児・者施設等）であった。退院調整の目的として割合が高かった内容は、一般病棟では、利用するサービスの調整、家族の意思決定、転院先の確保、家族の介護力確保、療養型病床群では、家族の意思決定、患者の意思決定、精神科病棟では、家族の意思決定が過半数を超える高い割合であり、その他、家族間の調整、家族が必要な技術の修得、患者自身に必要な技術の修得についても目的となっていた。また、病棟看護師長から退院調整部門の設置及び退院調整

システムの確立が課題として挙げられていた。丸岡ら¹⁹⁾の報告にあるように、I県内の病院において退院調整部門の設置率は極めて低く、病院看護管理者においても退院調整部門の設置を要望する割合が高かった。これらのことより、退院調整を円滑に実施できるためには、退院調整部門の設置、及び自宅や保健・福祉施設等療養先との密な連携ができるような退院調整システムの整備が重要であると考えられた。退院困難事例の特徴を分析し、医療依存の高い患者、介護力に問題のある患者の退院後の生活環境を整えることが、地域医療連携センター退院支援部門の役割であると示唆した報告²⁰⁾、病棟のみで対応可能な事柄・ケースと、病棟のみでは対応不可能で専門部署が必要なケースの特徴を分析した報告²¹⁾、訪問看護ステーション、かかりつけ医、ケアマネジャー等とのコーディネーションを専門に行う専任の看護師長を退院支援・医療連携・在宅医療推進部に置くことにより、在宅医療に移行する症例が飛躍的に増加したという報告²²⁾がある。病棟では退院調整困難な事例でも、看護職者のいる退院調整部門を設置してその機能を発揮したり、訪問看護ステーションをはじめとして地域の関係機関がかかわることにより、退院調整が円滑にできるようになる可能性が高まると考える。退院調整部門の設置及び退院調整システムの整備を進めていく際には、病院内の退院に関する情報を病院・病棟の特徴を踏まえながら分析すること、病院内だけではなく患者の療養先となる地域の関係機関からの情報・意見を取り入れながら、それに適したシステムを確立していくことが必要である。

退院調整の手引き（ガイドライン）を有している割合は1割にも満たなかった。各病棟で退院調整に取り組んでいけるようになるためには、病院全体で退院調整の手引きを作成することも有効なのではないかと考える。

4.2 退院調整に関する関係職種・部門・機関との連携

退院調整に関する関係職種・機関との連携に関しては、連携ができていて、病院内の他部門との連携に支障がない、地域の関係機関の機能やサービスの内容に関する情報がある、退院時の看護サマリーを作成している、転院先や訪問看護ステーション等へ退院時に看護サマリーを渡しているという割合が高かった。しかし、退院調整に関する会議あるいは検討会を実施している割合は低

く、また、患者・家族の参加の調整を実施している割合はさらに低かった。病棟看護師長が認識していた院内の他職種に関する課題として、十分な連携や協力を得にくい、情報の共有化が困難、連携システムが未確立、地域との連携に関する課題として、地域資源の情報や地域との交流不足等があった。これらより、退院調整に関する関係職種・機関との連携、他部門との連携はできているとする割合は高いが、スタッフが一同に集まって検討ができる機会や患者・家族の意向等を尊重した退院調整を実施するまでには至っていない可能性があることが示唆された。

小川²³⁾は、保健師の退院時の援助の内容として、生活リズム、ADLの状態とその介助方法、食事内容等入院中の生活の把握と、家庭環境の整備と医療の確保等の在宅療養条件の整備が必要であることを述べている。療養者・家族の入院中の状況を地域の訪問看護師や保健師に伝達ができること、必要なサービスが受けられるように市町村への申請を行うこと、家庭環境の整備と医療の確保等の在宅療養条件が整備できること等の連携をしていく必要がある。療養の場が移行しても必要な援助が継続して受けられるようにできるためには、訪問看護師や保健師等の看護職者、ケアマネジャー、医師、理学療法士・作業療法士等との連携は極めて重要である。特に、医療依存度の高い患者、介護の必要な患者等においては、健康と生活を総合的に捉えている看護職者こそが実施できることが多く、看護職者間で継続看護ができることが重要である。病院と訪問看護ステーションとの連携に関する問題に対する取り組みの報告^{24) - 25)}、病院と訪問看護ステーションとケアマネジャーとの連携に関する問題に対する取り組みの報告²⁶⁾がみられている。今後は、課題解決に向けて、病院と訪問看護ステーションをはじめとして地域の関係機関と実際に取り組みながらその過程を明らかにし、よりよい療養の場の移行ができるようにしていけることが必要である。

病棟看護師長が認識していた退院調整の学習の機会に関する課題として、学習や情報は必要だが機会が少ない、地域の社会資源や介護保険等の知識不足等があった。退院後の患者の生活を考慮した、地域の社会資源の活用には、居住する地域がもつ様々な情報を病棟看護師も学習する機会を得ることが重要であると考えられる。

4. 3 退院計画の早期立案と内容の充実

病棟看護師が入院患者の退院調整の必要性を判断する時期は、医師が患者・家族に退院を伝えた時点という割合が最も高かった。しかし、入院時点という割合も次に高く、看護師長や受持ち看護師が必要と判断した時点という回答もあった。退院調整に伴う計画を立案している、退院計画に患者・家族の意思や希望を反映できている、退院前後の療養先への訪問を実施している割合は低かった。また、病棟看護師長が認識していた患者・家族に関する課題として、入院時や早期から計画的な関わりができないこと、患者自身や介護者が高齢のため介護力が弱く退院の受け入れが困難であることがあった。中山ら²⁷⁾は、訪問看護ステーションの管理者を対象とした調査において、退院後に訪問看護を利用する場合は、退院日の8日以前の依頼が望ましく、退院時共同指導は継続看護上重要であるため訪問看護ステーションは積極的に参加したいと考えていると報告している。継続看護が円滑にできるためには、看護職者自身も退院調整を始める時期及び内容を判断し、入院中に調整の必要な時間を確保できるシステムの整備が必要である。

退院調整の目的にあったように、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、家族の介護力確保、家族が必要な技術の修得、患者自身に必要な技術の修得等ができるには、患者・家族の意思や希望を反映して早期に退院調整計画を立案することが重要である。これらの実施に必要な知識・技術を向上していくことが必要であり、看護師個々の力量による取り組み内容の違いやチーム内で情報の共有不足等が解決されるように学習を重ねていく必要がある。

退院調整実施後に評価をしている、評価方法及び評価時期が決まっている、退院後に療養先へ訪問をしている割合は少なかった。よりよい退院調整ができるようになるためには評価は極めて重要であり、退院後の療養先における患者・家族の状況や関連職種からの意見も評価につながる重要なものであり、積極的に把握していく必要があると考える。

5. まとめ

本研究において、I 県内の病院の病棟看護師長からみた退院調整の現状と課題について検討した結果、以下のことが明らかになった。①退院調

整の必要性の判断時期は、医師が患者・家族に退院を伝えた時点が最も多かった。②退院調整の目的として割合が高かった内容は、一般病棟では、利用するサービスの調整、家族の意思決定、転院先の確保、家族の介護力確保、療養型病床群では、家族の意思決定、患者の意思決定、精神科病棟では、家族の意思決定であった。③退院計画立案、会議・検討会の開催、退院前後訪問、退院調整の評価、退院調整の手引き（ガイドライン）の所有を実施している病棟は少なかった。④病棟看護師長が認識していた退院調整に関する課題は、退院調整部門の設置や退院調整システムの整備、退院計画の早期立案と内容の充実、社会資源に関する学習の強化等であった。今後は、患者・家族からみた退院調整に関する課題、訪問看護ステーション・施設・病院等患者の退院後の療養先からみた退院調整に関する課題等を明らかにすること、明らかになった退院調整に関する課題への取り組みの過程を明らかにすること等を積み重ねながら、退院調整のあり方を検討していくことが必要であると考えられる。

謝辞

本研究の調査に協力いただきました関係者の皆様に深く感謝いたします。

引用文献

- 1) 厚生統計協会編：国民衛生の動向・厚生指標。50(9), 厚生統計協会, 74-75, 2003.
- 2) 前掲書 1), 75-76.
- 3) 前掲書 1), 227.
- 4) 退院計画研究会編（手島陸久編集代表）：退院計画 病院と地域を結ぶ新しいシステム。中央法規出版, 5-7, 1996.
- 5) 日本訪問看護振興財団編：継続看護実践ガイド 医療機関と訪問看護をつなぐ看看連携。中央法規出版, 8-15, 2002.
- 6) 前掲書 1), 227.
- 7) 永田智子, 木村まりえ, 大島浩子他：退院支援の現状に関する全国調査—退院支援部署に焦点を当てて。日本看護科学学会学術集会講演集 22 号, 288, 2002.
- 8) 柳沢愛子, 若林浩司：2 章退院のための支援—医療社会福祉部の活動の実際。大内尉義, 村嶋幸代監修：退院支援東大病院医療社会福祉部の実践から。22-79, 杏林書院, 2002
- 9) 柳沢愛子, 若林浩司, 村嶋幸代他：5 章退院支援の向上に向けて—1 退院支援に関する事例検討。大内尉義, 村嶋幸代監修：退院支援東大病院医療社会福祉部の実践から。188-216, 杏林書院, 2002
- 10) 礪山佳世子, 徳盛悦子, 山森美智代：高齢者の退院調整への関わりと検討。日本看護学会論文集 33 回老年看護, 26-28, 2003.
- 11) 本道和子, 須藤直子, 川村佐和子：在宅での療養環境を整える—退院調整における看護職の役割。看護管理, 11(10), 760-765, 2001.
- 12) 本道和子, 川村佐和子：病院内退院調整看護婦の退院調整過程分析。東京保健科学学会誌, 1(1), 11-19, 1998.
- 13) 永田智子, 村嶋幸代：退院支援の現状と課題。保健の科学, 44(2), 95-99, 2002.
- 14) 丸岡直子, 佐藤弘美, 川島和代, 伴真由美：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看護職の役割。千葉看護学会第 9 回学術集会, 2003.9, 千葉看護学会第 9 回学術集会集録, 22.
- 15) 丸岡直子, 佐藤弘美, 川島和代, 伴真由美：退院患者に提供された看護サービスの実態からみた退院調整における看護職の役割。石川看護雑誌, 1(1), 31-38, 2004.
- 16) 前掲書 11), 22.
- 17) 前掲書 12), 760-765.
- 18) 前掲書 13), 11-19.
- 19) 丸岡直子, 佐藤弘美, 伴真由美, 川島和代, 小松妙子：退院調整部門の設置に関する病院看護管理者の認識と課題。石川看護雑誌, 2, 25-32, 2004.
- 20) 大竹まり子, 田代久男, 齋藤明子他：山形大学附属病院における退院困難事例の特徴と地域医療連携センター退院支援部門の役割に関する検討。山形医学（山形大学紀要）, 22(1), 57-69, 2004.
- 21) 田口樹美, 高橋雪子, 鷺見尚己, 村嶋幸代：退院支援 病棟での実施と専門部署への依頼の比較 東大病院老年病科における分析。保健の科学, 44(2), 161-166, 2002.
- 22) 田城孝雄, 柳澤愛子, 若林浩司, 大内尉義：在宅医療実践プラン「病院の立場から」。癌と化学療法, 28, 15-19, 2001.
- 23) 平山朝子他編：第 3 版公衆衛生看護学大系・第 7 巻 高齢者保健指導論。250, 日本看護協会出版会, 2001.
- 24) 藤原泰子：病院とステーションの連携。訪問看護と介護, 174-180, 2003.
- 25) 柏木聖代：訪問看護ステーションと病院間で求められる情報とは。訪問看護と介護, 186-190, 2003.

- 26) 鬼海博美：ケアマネジャーとして病院・訪問看護ステーションをつなぐ. 訪問看護と介護, 191-195, 2003. 紙」調査より. 日本看護学会論文集 33 回地域看護, 84-86, 2003.
- 27) 中山菜穂美, 御園生妙子：A 大学病院の退院調整看護職の評価 訪問看護ステーションの「質問紙用 (受付：2004 年 9 月 30 日, 受理：2004 年 12 月 24 日)

The Current Status and Topics on Discharge Planning Observed by Head Nurses

Mayumi BAN, Naoko MARUOKA, Kazuyo KAWASHIMA, Taeko KOMATSU, Hiromi SATO

Abstract

The purpose of the study was to find out the present status and topics on discharge planning. The subjects were 386 head nurses of hospital wards in one prefecture. Questionnaires on the details concerning discharge procedures were mailed to the prospective respondents. The results are outlined below.

Planning for discharge was considered necessary in most cases when a physician told the patient (and his family) that the latter is ready for discharge. In general wards, the most frequently given nature of discharge planning involved preparation of services to be utilized, decision making by family members, contacting the facility to which the patient is to be transferred, and securing family members to serve as care givers. In the nursing care wards, discharge planning included decision making by family members and the patients themselves; while at psychiatric wards decision making by the patients was needed. Only a few wards prepared post-discharge plans, held conferences and discussion meetings, visited patients before and after discharge, evaluated discharge plans, or had guidelines for discharge planning. The head nurses recognized the importance of the following for discharge planning: setting up a discharge planning section within the hospital, organizing a discharge planning system, early preparation of a discharge plan and improving of its details, and reinforcement of learning related to social resources.

Key words discharge adjustment, discharge plans, continued nursing, social resources, topics