

## 〔研究報告〕

## 医療機関の退院支援の質向上に向けた看護のあり方に関する研究（第1部） —医療機関の看護職者が取り組む退院支援の課題の明確化—

藤澤まこと

### Research on the Ways of Nursing for Improving the Quality of Discharge Support in Medical Institutions Part1 ; Clarify Discharge Support Issues in Medical Institutions to Tackle by Nurses

Makoto Fujisawa

## I. 研究目的

## 1. 研究目的

医療制度改革により在院日数の短縮化が加速されるなかで、保健医療福祉サービス利用者が、医療機関を退院した後も、住み慣れた場所で望む療養生活を送るためには、入院時から退院後の生活を見据えた退院支援が、保健医療福祉サービスの一部として確実に組み込まれる必要がある。そのような医療機関の退院支援の質向上に向けて、患者・家族の退院支援におけるニーズに対応するための看護実践、看護職者の退院支援に関する意識改革に向けた方策、および退院支援の組織的体制の構築に向けた方策について追究する必要がある。そこで、本研究では退院支援の質向上に向けた方策を追究するために、A県の医療機関の退院支援の現状と看護職者の捉える退院支援の課題を把握し、看護職者が取り組むべき退院支援の課題を明確化する。

## 2. 用語の定義

本研究において退院支援、退院調整を以下のように定義する。

**退院支援**：個々の患者・家族の療養生活上のニーズに応じて、退院後の療養生活を安定させるために、患者・家族への教育・支援や諸サービスの適切な活用を促進すること

**退院調整**：患者・家族の退院後の療養生活の継続に向けた調整活動

## 3. 研究の背景

## 1) 医療制度の変遷による退院支援の必要性

わが国では、急速な少子高齢化のなかで、2008年の国民医療費は34兆8084億円となり、国民医療費の国民所得に対する比率は9.90%となっている<sup>1)</sup>。その高騰する国民医療費の削減のために医療提供体制のあり方が見直され、医療制度改革により、在院日数の短縮化や、療養病床の再編やスリム化による病床数の削減、医療機関の機能分化と連携の推進などの政策がとられるようになった<sup>2)</sup>。2008年度の診療報酬改定においては、退院支援に関連する新たな「退院調整加算」の要件として、退院調整部門の設置および退院調整に関する経験を有する専従の看護師または社会福祉士の1名以上の配置が示されたことで、退院支援体制の整備が促進された。また、退院に際しての情報共有の円滑化や、医療関連職種間の連携・協働の推進にむけ「退院時共同指導加算」が設けられた<sup>3)</sup>。そして、2010年度の診療報酬改定では、急性期の集中的治療、手厚い看護配置、早期の急性期医療の推進に向け、一般病棟における入院14日以内の入院早期の加算が引き上げられた。そのため、在院日数の短縮化の加速が予測され、医療と介護の連携の強化が求められている<sup>4)</sup>。その中で患者は医療依存度が高いままの退院となり、退院後に向けた生活調整が不十分な状態で、不安を抱いたまま在宅療養へと移行している<sup>5~8)</sup>。これらのことから入院時から退院後の生活を視野に入れた看護実践の提供や、在宅

で利用可能な医療・福祉サービスとのスムーズな連携が強く望まれ<sup>9)</sup>、それらの患者・家族のニーズを基盤とした退院支援の質の向上が求められている。また、退院支援を充実させるためには、全スタッフが退院計画や退院支援を医療機関の基本的な責務として認識し、チーム医療として取り組むことが必要である<sup>10)</sup>。そのために、各医療機関では、院内の病棟看護師を対象に退院支援に向けたスタッフ教育が行われており、退院支援に関する知識を得るための研修を行うこと、退院調整看護師が病棟看護師とともに退院支援を行うこと、多職種や在宅スタッフも交えたカンファレンスを定期的に行うことが効果的であることが示されている<sup>11~13)</sup>。

## 2) 県を単位とした退院支援の現状と課題

本研究の対象となるA県においては、退院支援が看護の質向上のための重要課題として取り上げられ、県の健康福祉部医療整備課、県内16医療機関の退院調整看護師・病棟看護師、県立看護大学教員が検討メンバーとなって、2004年度から2008年度までの5年間「退院調整と地域連携推進事業」として実態調査の後、地域連携モデル事業の実施、退院調整マニュアルの作成・試行に取り組んだ。そして2006年度から2008年度までの3年間は「退院調整看護師育成のための研修」(以下研修と示す)が企画・実施され、県内の95人の看護職者が参加し、研修後に自施設の退院支援の充実に向けて取り組んでいる<sup>14)</sup>。

県内全体の医療機関を対象とした退院支援に関する実態調査は、他に2県において実施されていた。渚ら<sup>15)</sup>は2008年にB県内の医療機関の退院支援の実態調査を実施し、回答施設の80~90%は退院調整を実施していたが、退院調整マニュアルの整備、全患者に退院指導の実施・評価ができる体制づくりが課題として示されていた。また、丸岡ら<sup>16, 17)</sup>はC県内の医療機関の退院調整活動の実態調査を経年的に実施して課題を検討しており、2009年には「退院調整活動質指標」を開発し、その指標を用いた実態調査では、退院後の在宅支援体制の構築や、退院準備状況の確認、退院後の療養生活の把握を課題と捉えていた<sup>18)</sup>。

上記先行研究より医療機関の退院支援の質向上に向けた課題として、退院後の生活を見据えた準備の必要性が示され、具体的には退院調整マニュアルの整備など全患者への退院支援の実施ができる体制づくり、多職種によ

るカンファレンスの企画開催、退院後の在宅支援体制の構築、退院支援の療養生活の把握・評価、チーム医療推進のためのスタッフ教育等が示された。

## II. 研究方法

### 1. 調査対象

A県の研修受講者95人を調査対象として選定する。

研修受講者は退院支援に関する知識を得ており、自施設の退院支援の課題を検討する素地のある看護職者として本調査の対象とする。

### 2. 調査方法

研修受講後(4ヵ月後~2年4ヵ月後)に本質問紙調査の質問紙を研修受講者の所属する51の医療機関の施設長宛てに郵送し、研修受講者への質問紙の配布を依頼する。その際、返信封筒を同封し個別に回答用紙の返送を依頼する。

### 3. 調査内容

調査内容は、①研修受講者の所属医療機関の概要、②研修受講者の所属医療機関の退院支援の現状、③所属部署の退院支援の把握(質問紙に筆者<sup>19)</sup>がこれまでの退院支援の取り組みをもとに考案した退院支援内容の項目を選択肢として示す)、④所属部署で退院支援を行う上での課題とする。

### 4. 調査期間

2009年3月20日~4月20日

### 5. 分析方法

研修受講者の所属医療機関の概要、研修受講者の所属医療機関の退院支援の現状、所属部署の退院支援の現状に関する回答は単純集計を行う。自由記載である「所属部署で退院支援を行う上での課題」は、記載内容を文節に分けて、意味内容で分類する。

### 6. 倫理的配慮

質問紙調査では質問紙とともに研究目的・方法、公表の意図、自由意思の尊重等を記載した説明書を同封して郵送し、質問紙の返送をもって同意とする。質問紙は無記名とし匿名性を遵守する。研究公表後には記録物等はすべて溶解して破棄し、電子媒体(USB)のデータはすべて消去する。なお本研究は、岐阜県立看護大学大学院看護学研究科論文審査部会の承認を受けている(21-A014-2)。

III. 結果

研修に参加した95人(51医療機関)に質問紙を配布し、回答が得られた人は80人(42医療機関)であり、回収率は84.2%であった。

1. 研修受講者の所属医療機関の概要

1) 所属医療機関の概要

研修受講者の所属する42医療機関の病床数は、100～199床と300～399床が12施設(28.6%)と最も多く、次いで500床以上が6施設(14.3%)等であった。また、A県全体の医療機関の病床数を見てみると20～99床が37施設(35.6%)と多く、次いで100～199床が29施設(27.9%)、300～399床が18施設(17.3%)等であった(表1)。

表1 所属医療機関の病床数(n=42)

研修受講者所属医療機関の病床数	施設数(%)	A県内病院施設病床数*	施設数(%)
20～99	5(11.9)	37(35.6)	
100～199	12(28.6)	29(27.9)	
200～299	4(9.5)	10(9.6)	
300～399	12(28.6)	18(17.3)	
400～499	3(7.1)	3(2.9)	
500以上	6(14.3)	7(6.7)	
計	42(100)	104(100)	

\*文献:2010年岐阜県病院施設一覧

研修受講者の所属医療機関の看護配置は、10対1が15施設(35.7%)と最も多く、次いで7対1が14施設(33.4%)となっていた(表2)。平均在院日数は、15～19日以内が16施設(38.1%)と最も多く、次いで14日以内が11施設(26.2%)であった(表3)。

表2 所属医療機関の看護配置(n=42)

看護配置	施設数	%
7対1	14	33.4
10対1	15	35.7
13対1	4	9.5
15対1	4	9.5
20対1	2	4.8
その他	3	7.2
計	42	100

表3 平均在院日数(n=42)

平均在院日(日)	施設数	%
14以内	11	26.2
15～19以内	16	38.1
20～21以内	5	11.9
22～24以内	3	7.1
25～30以内	1	2.4
31以上	5	11.9
不明	1	2.4
計	42	100

2) 所属医療機関の退院支援担当部署設置の現状

研修受講者が所属する42の医療機関のうち、退院支援の部署として地域連携室・地域医療部が設置されているところは24施設(57.1%)、医療相談室が設置されているところは18施設(42.9%)、各病棟で行うと回答したところが13施設(31.0%)、退院支援部署を設置していないと回答したところは4施設(9.5%)であった(表4)。

表4 退院支援の部署(複数回答)

部署	施設数	%
地域連携室、地域医療部	24	57.1
医療相談室	18	42.9
各病棟	13	31.0
看護部門の相談室	2	4.8
事務部門の相談室	2	4.8
退院支援部門を特に置いていない	4	9.5

また、退院支援を担当している職種が看護師と回答したところが34施設(81.0%)と最も多く、次いでソーシャルワーカーが32施設(76.2%)となっていた(表5)。

表5 退院支援を担当する職種(複数回答)

職種	施設数	%
看護師	34	81.0
保健師	2	4.8
医師	7	16.7
ソーシャルワーカー	32	76.2
精神保健福祉士	2	4.8
理学療法士	4	9.5
作業療法士	4	9.5
事務職	3	7.1
ケアマネジャー	1	2.4

2. 研修受講者の所属部署の退院支援の現状

1) 研修受講者の所属部署

研修受講者の所属部署は、内科系病棟が22人、外科系病棟が10人等であった(表6)。所属部署の病床数は50～59床が26人と最も多く、ついで40～49床が13人となっていた(表7)。病棟の看護師数は、20～29人が25人と最も多く、次いで10～19人が15人であった(表8)。

表6 研修受講者の所属部署(n=80)

所属部署	人数
内科系病棟	22
外科系病棟	10
回復期リハビリテーション病棟	6
小児科・NICU	3
それ以外(ICU、療養病棟、精神医療センター、外来、看護部など)	12
退院支援部署	8
不明	5
未記入	14
計	80

表7 研修受講者の所属部署の病床数 (n=80)

病床数	人数
29床以下	4
30～39床	5
40～49床	13
50～59床	26
60～69床	6
その他	6
未記入	20
計	80

表8 研修受講者の所属部署の看護師数 (n=80)

看護師数	人数
1～9人	6
10～19人	15
20～29人	25
30～39人	12
40～49人	3
その他	4
未記入	15
計	80

2) 所属部署において看護師が行っている退院支援内容

所属部署において看護師が行っている退院支援内容の把握において、入院時アセスメントに関するものではスクリーニングシートの記載が21件 (26.3%)、入院時の退院に向けたアセスメントの実施が17件 (21.3%) であり、退院支援計画の作成が12件 (15.0%)、患者・家族の退院に向けた意向の確認が37件 (46.3%)、患者・家族への介護に関する相談支援が35件 (43.8%) であった。

社会資源活用に関することでは、患者・家族の介護保険制度・福祉制度の利用の確認が28件 (35.0%)、患者・家族への介護保険制度・福祉制度の説明が21件 (26.3%)、患者・家族への在宅サービスの紹介が17件 (21.3%)、患者・家族への医療機器・衛生材料の調達の調整が16件 (20.0%) であった。

ケア目標共有のカンファレンスに関することでは、看護師・医師・リハビリスタッフ・医療ソーシャルワーカー (以下MSWと示す) 等多職種参加のカンファレンスの開催が27件 (33.8%)、看護師間の共有のカンファレンス開催が29件 (36.3%)、ケアマネジャーが召集する担当者会議への参加が15件 (18.8%) であった。

多職種との連携に関することでは、ケアマネジャーとの連絡・調整が25件 (31.3%)、訪問看護師との連絡調整が21件 (26.3%)、かかりつけ医との連絡調整が7件 (8.8%)、施設入所・転院の場合の施設・転院先の紹介・調整が15件 (18.8%) であった。

退院後の生活状況の確認に関することでは、電話での退院後の生活状況の確認が5件 (6.3%)、外来受診時の退院後の生活状況の確認が11件 (13.8%)、家庭訪問での退院後の生活状況の確認が6件 (7.5%)、ケアマネジャー、訪問看護師を通しての退院後の生活状況の確認が8件 (10%) であった。(表9)

表9 所属部署において看護師が行っている退院支援内容(複数回答)

退院支援内容(項目)	件数(%)
①スクリーニングシートの記載	21(26.3)
②入院時の退院に向けたアセスメントの実施	17(21.3)
③退院支援計画の作成	12(15.0)
④患者・家族の退院に向けた意向の確認	37(46.3)
⑤患者・家族への介護に関する相談支援	35(43.8)
⑥患者・家族への介護保険制度・福祉制度の利用の確認	28(35.0)
⑦患者・家族への介護保険制度・福祉制度の説明	21(26.3)
⑧患者・家族への在宅サービスの紹介	17(21.3)
⑨患者・家族への医療機器・衛生材料の調達の調整	16(20.0)
⑩看護師・医師・リハビリスタッフ・MSW等多職種参加のカンファレンスの開催	27(33.8)
⑪看護師間の共有のカンファレンス開催	29(36.3)
⑫ケアマネジャーが召集する担当者会議への参加	15(18.8)
⑬ケアマネジャーとの連絡・調整	25(31.3)
⑭訪問看護師との連絡調整	21(26.3)
⑮かかりつけ医との連絡調整	7(8.8)
⑯施設入所・転院の場合の施設・転院先の紹介・調整	15(18.8)
⑰電話での退院後の生活状況の確認	5(6.3)
⑱外来受診時の退院後の生活状況の確認	11(13.8)
⑲家庭訪問での退院後の生活状況の確認	6(7.5)
⑳ケアマネジャー、訪問看護師を通しての退院後の生活状況の確認	8(10.0)
㉑他にこなっている退院支援(自由記載) 情報提供、退院前家庭訪問、外出支援など	11(13.8)

### 3. 所属部署での退院支援を行う上での課題

所属部署で退院支援を行う上での課題に関しては、研修受講者に自由記載を依頼し、その記載内容を分節に分け、意味内容で分類した。その結果、記載内容は104件のデータに分けられ、9つに分類された。以下〔 〕は分類を示す。

看護職者の捉えた退院支援を行う上での課題は、〔多職種間の連携が不十分〕20件〔入院時から退院に向けたアセスメント・計画的支援が不十分〕19件、〔退院支援への知識・認識・関心の不足〕18件、〔患者・家族の状況により退院支援が困難〕11件、〔患者・家族の意向に沿う事が困難〕9件、〔多職種参加のカンファレンスの開催・定着が必要〕8件、〔退院支援体制の整備が必要〕7件、〔退院支援の時期の見極めが困難〕6件、〔地域の社会資源の不足〕6件の9つであった（表10）。

## IV. 考察

A県内の医療機関の退院支援の現状、および看護職者の捉えた退院支援を行う上での課題より看護職者が取り組む退院支援の課題を明確にし、以下に述べる。

### 1. 医療機関の退院支援の現状

A県内の医療機関の中で、病院施設は104施設あり、199床以下の病院が66施設（63.5%）、200～300床未満が10施設（9.6%）となっており300床未満が73.1%を占めている（表1）。回答の得られた研修受講者の所属医療機関42施設は、A県の病院のうち40.4%を占め、施設の規模を見てみると300床未満が21施設（50.0%）、300床以上が21施設（50.0%）であり、42施設には多様な規模（病床数）の病院が含まれていることより、42施設の退院支援の看護職者が捉える課題を、県内の医療機関の退院支援の課題と捉えることとした。

一般病棟の入院基本料の算定において、2010年に入院早期の加算が引き上げられ入院期間14日以内の加算が1日につき450点となり、そのため医療機関の急性期医療は集中的に治療をして早期の退院を可能とする手厚い看護配置が想定され<sup>20)</sup>、より平均在院日数の短縮化に取り組まざるを得なくなっているといえる。A県の42の施設では、看護配置は10対1および7対1の施設が約70%を占めていた。そして、平均在院日数が14日以内は11施設（26.2%）、14日を越える施設が31施設（73.8%）となっ

ていた。A県では、診療報酬上は14日以内を目指しても、多様な状況により在院日数の短縮が困難となっていることが考えられる。

退院支援の部署の設置に関しては、全国の病院のうち退院調整部門を有していたのは、2006年には30.6%、2008年には58.9%となっており、2008年度の診療報酬改定により現在はさらに増えているとみられる<sup>21)</sup>。今回の調査対象の42施設のうち退院支援の部署を特にしていないとの回答は4施設であり、38施設（90.5%）が退院支援の部署を設置していた。また、退院支援を担当する職種としては、看護師が34施設（81.0%）と最も多く、A県では退院支援部署の設置数の増加とともに、その部署への看護職者の配属も増加しており、医療機関の退院支援体制が整備されてきたといえる。

A県の看護職者が行っている退院支援の実施内容（表9）より、「患者・家族の退院に向けた意向の確認」46.3%の回答が最も多くあり、患者・家族のニーズの把握の重要性が意識されているといえる。「患者・家族への介護保険・福祉制度利用の確認」「看護師間の共有のカンファレンスの開催」「看護師・医師・リハビリスタッフ・MSW等多職種参加のカンファレンス」「ケアマネジャーとの連絡・調整」は約30%の人が行っていると回答していたことより、院内・院外が多職種間の連携に向けた取り組みが推進されているといえる。また、退院支援の評価に関しては先行研究でも実施率は低く、洞内ら<sup>22)</sup>は、退院調整サービスの質の向上のためにも退院後の電話訪問やケアマネジャー・訪問看護師との情報交換、外来受診日を利用した面接など多職種を交えた具体的な評価方法を学ぶ必要があることを指摘している。A県では「外来受診時の退院後の生活状況の確認」13.8%「家庭訪問での退院後の生活状況の確認」7.5%「電話での退院後の生活状況の確認」6.3%と、多様な手段で患者・家族の退院後の生活を把握しており、退院支援の評価についても関心が向けられていることが示された。

### 2. 医療機関の看護職者の取り組む退院支援の課題の明確化

A県の医療機関の看護職者が捉えた退院支援の9つの課題（表10）を、退院支援の質向上に向けて重要と考えられる「患者・家族のニーズに対応するための看護実践」「退院支援に関する看護職者の意識の変革」「退院支援の

表10 所属部署で退院支援を行う上での課題 (n=80)

分類	小分類	記載例
多職種間の連携が不十分(20件)	多職種間の連携が不十分である(9件)	他職種との連携が上手くとれていない(PT,OTなど)
	医師の協力が得られにくい(6件)	医師より退院の話の出ていない患者、その家族は退院の受け入れに拒否的なことが多くスムーズに進まない
	情報伝達が不十分である(3件)	その人の情報(MSWに相談後どうなったのか、話の内容や進み具合など)に関する事で各部門との連携がスムーズでない事がある
	退院調整看護師との密な連携が必要である(2件)	退院調整室と病棟看護師(担当)との密な連携
入院時から退院に向けたアセスメント・計画的支援が不十分(19件)	入院時から退院に向けて準備を進めていく必要がある(8件)	入院した時から退院支援は始まっているという意識を持って、看護にあたってもらうこと(退院許可が出たら丸投げなどもある)
	退院後の生活を見据えた支援ができない(5件)	入院時より家族や患者と十分にコミュニケーションをとり退院後の生活をどうイメージしているか情報収集することがまず大事であると思う。そしてイメージした退院後の生活に近づけるような退院調整をしていくことが必要であると思う
	介護負担・不安軽減のための介入が必要である(3件)	病院の視点でなく在宅の視点へ180度視点を変えていくことが必要。退院後も医療処置が継続となる場合、在宅ではだれが行うのか、処置に必要な物品はどこで購入するかなど細かな介入をしていく事が必要
	退院に向けたアセスメントが不十分である(3件)	退院アセスメントのスキルが不十分な面もあり、そのトレーニングが必要と思う
退院支援への知識・認識・関心の不足(18件)	知識・認識・支援内容に個人差がある(8件)	受け持ち看護師により退院後の生活を見据えた情報発信の時期、退院指導、退院に向けた書類準備などに違いがある。看護部集合教育の中に退院調整に関する研修が昨年より実施されるようになった。
	退院支援に関する知識が不足している(7件)	介護支援についてスタッフ全員が知識を深めて提供しなければいけない
	退院支援への認識・関心が低い(3件)	病棟内でのスタッフ間で退院調整に関心が低い
患者・家族の状況により退院支援が困難(11件)	家族の在宅療養の受け入れが難しい(7件)	退院時の回復状況を本人・家族が「それはむりではないか」と思う希望を看護師に話すため、現状とのギャップを埋めることが大変。例えば脳梗塞でなんとか一命を取りとめた状況なのに「歩けるようになってもらわない」といわれる家族が多い
	高齢・独居等のため退院が難しい(4件)	高齢者や独居の患者が多いため入院が長期化したり入退院を繰り返すとどうしても退院というイメージが困難になってしまう
患者・家族の意向に沿う事が困難(9件)	患者・家族、医療職者の意向にずれがある(5件)	家族の気持ち、患者の気持ち、医師の気持ち、看護師の気持ち等が上手に一致すれば調整も出来るが、在宅に行くか施設に行くかの迷いや施設に行くとしてもすぐには探せない等
	患者、家族とのコミュニケーションが不十分である(3件)	退院支援計画が立っても実際には、計画通り進まない事が多い。でも時間、ゆとりがなく患者家族とのコミュニケーションがとれないまま事務的な感覚で事を進めてしまいがちになる→こまめにベッドサイドへ行き患者、家族とのコミュニケーションをじっくりとっていく事が重要と思います
	患者より家族の意向が優先される(1件)	患者より家族の意志を優先した退院調整になっているため本人の意志を尊重した退院調整をする
	多職種参加のカンファレンスの開催・定着が必要(8件)	医師・MSW・看護師・リハビリスタッフなど本人・家族を交え、外のケアマネジャーとのカンファレンスの充実 退院支援カンファレンスの定着と充実
退院支援体制の整備が必要(7件)	病棟における退院支援体制の整備が必要である(5件)	入院時から病棟看護師が療養生活を視野に入れた看護を提供できるシステムの確立
	退院支援専従のスタッフが必要である(2件)	院内で専任の退院支援看護師が必要(現在は各病棟で委員の人が1名いるが、夜勤もあり全てを把握できていない状態のため)
退院支援の時期の見極めが困難(6件)		病状の変化が激しい治療方針の変更など、退院支援のタイミングがはかりにくい
地域の社会資源の不足(6件)	受け入れ施設がなかなか見つからない(4件)	病院全体でMSWが2名と少ないが、退院後に施設を希望される患者が多く、調整しきれないまま社会的入院となっていることが多い
	地域の受け入れ体制が整備されていない(2件)	精神科で長期入院の方が多く(社会的入院)高齢になり家族の受け入れ悪く、また社会の受け入れも整っていない。患者さんも長期入院の為、社会に適應できず不安が大きい。初回入院や若い方は短期の入院で退院される傾向にあるが、社会の偏見や生活のしづらさもあり、入退院を繰り返す傾向にある。病院に併設されている施設と病院を行き来している場合もある。

組織的体制の構築」の視点で捉え、以下に考察する。

### 1) 患者・家族のニーズに対応するための看護実践

平松ら<sup>23)</sup>は在宅移行期の支援として、不安な気持ちに寄り添う支援と入院早期から退院支援を開始し、療養者と家族が望む生活について話し合い、両者の意思決定を促す必要があることを示している。退院支援における入院時アセスメントでは患者・家族の意向、患者自身の能力や病状、疾患の理解や治療への協力、家族状況、社会的環境など多角的なアセスメントが必要となり<sup>24)</sup>、患者・家族の退院支援のニーズの把握につながることで、本研究で示された〔入院時から退院に向けたアセスメント・計画的支援が不十分〕という課題の解決が必要であるといえる。そして〔退院支援の時期の見極めが困難〕という課題は、病状の変化や治療方針の変更があり、退院支援を開始するタイミングが計りにくいことや、入院時の患者・家族が動揺しているときから退院に向けた話をするのが難しいことなどがあり、入院時のみでなく、病状変化に合わせて複数回、退院に向けたアセスメントを行う必要があることを示している。

また、患者・家族の意向の把握の際に、家族の在宅療養への受け入れが悪いことや、高齢者世帯や独居者への支援の困難による〔患者・家族の状況により退院支援が困難〕であることが示された。それは、家族と関わる機会がなかなか持たず、コミュニケーションが不十分である場合や、それに関連して患者・家族と医療職者の意向のずれがあり〔患者・家族の意向に沿うことが困難〕となっている場合があり、退院支援の困難さにつながっていた。そのため、患者・家族のニーズに対応するためには、入院早期から意図的に患者・家族の意向を聞く機会を複数回もつことや、多職種を含めた退院後の生活に向けたカンファレンスを開催することを含めた、計画的な在宅移行への準備が必要であると考えられる。

そして、退院支援においては、カンファレンスを定期的に開催して、院内の多職種同士がチームとして連携を緊密にしていくことが重要となる。しかし看護職者は多職種が協働で支援の目標や方法を検討する合同カンファレンスの企画に困難さを感じており実施率も低く、合同カンファレンスの意義や運営方法について学ぶ必要があると指摘されている<sup>25)</sup>。本研究でも退院支援の課題として〔多職種間の連携が不十分〕が最も多く示されており、

退院後の療養生活の安心の確保に向けて〔多職種参加のカンファレンスの開催・定着が必要〕の課題に取り組む必要がある。

したがって患者・家族のニーズに対応するための看護実践を実現するためには〔入院時から退院に向けたアセスメント・計画的支援が不十分〕〔退院支援の時期の見極めが困難〕〔患者・家族の状況により退院支援が困難〕〔患者・家族の意向に沿う事が困難〕〔多職種間の連携が不十分〕〔多職種参加のカンファレンスの開催・定着が必要〕の課題に取り組む必要があるといえる。

### 2) 退院支援に関する看護職者の意識の変革

〔退院支援への知識・認識・関心の不足〕の課題では、看護師の知識や認識・支援内容に個人差があることや、退院支援に関する知識不足等が示され、実際の退院に向けたケアに関わる病棟看護師が知識をもって同様な支援ができるよう、スタッフへの教育が求められている。院内教育に退院支援の学習が取り入れられている医療機関の看護師は、退院支援に関する研修会に積極的に参加して介護保険の知識を習得して患者・家族に紹介しており、院内教育が退院支援行動に影響を与えているといえる<sup>26)</sup>。また、退院調整看護師が病棟担当制となり各病棟で看護師と協働で退院支援を進めることでスタッフ教育となっている医療機関もあり<sup>27)</sup>、看護職者の意識の変革には医療機関の現状に合わせた教育支援が必要であると考えられる。したがって、〔退院支援への知識・認識・関心の不足〕は退院支援に関する看護職者の意識の変革のために取り組むべき課題であるといえる。

### 3) 退院支援の組織的体制の構築

病棟内での退院支援体制を確立するためには、病棟において退院支援推進の中核となる看護師を選出して、病棟看護師が入院時から退院後の療養生活を視野に入れた看護を提供できるよう、スタッフを支援していく体制づくりが必要である<sup>28)</sup>。そして、院内全体の退院支援体制の整備のためには、退院調整看護師の専任化や、退院支援に関わる委員会組織の設立など〔退院支援体制の整備が必要〕が課題となる。また、院外も含めた退院支援体制の構築に向けては、〔地域の社会資源の不足〕が課題であり、地域での在宅療養環境が整備されていないことや、退院後の受け入れ施設の不足などが示されていた。社会資源を増やすことは困難であるが、入院時より患

者・家族の意向を確認し、意向に沿えるように、限られた資源の有効活用について地域の専門職と連携しながら検討することは可能である。そして医療機関と地域の連携を強化するためには患者情報の共有化が必要であり、患者・家族を取り巻く多職種が参加してカンファレンスを開催し、情報を共有して最適な役割分担をし、医療サービスシステムを構築する必要があるといえる<sup>29)</sup>。

したがって〔退院支援体制の整備が必要〕〔地域の社会資源の不足〕〔多職種間の連携が不十分〕は退院支援の組織的体制の構築に向けて取り組むべき課題であるといえる。

上記より、医療機関の看護職者が捉えた退院支援の9つの課題の解決は、患者・家族の退院支援のニーズに対応するための看護実践や、退院支援に関する看護職者の意識改革、および退院支援の組織的体制の構築につながり、医療機関の看護職者が取り組む退院支援の課題であると考えられる。

## V. 結論

本研究により、医療機関の看護職者が取り組む退院支援の課題として、〔入院時から退院に向けたアセスメント・計画的支援が不十分〕〔退院支援の時期の見極めが困難〕〔患者・家族の状況により退院支援が困難〕〔患者・家族の意向に沿う事が困難〕〔多職種参加のカンファレンスの開催・定着が必要〕〔多職種間の連携が不十分〕〔退院支援への知識・認識・関心の不足〕〔退院支援体制の整備が必要〕〔地域の社会資源の不足〕が示された。これらの課題を視点として各医療機関の退院支援の課題を明確にし、その課題解決に向けた方策を検討し取り組むことが、医療機関の退院支援の質向上に寄与すると考える。

本研究では医療機関の看護職者が取り組む退院支援の課題を明確にした。今後はその退院支援の課題解決の方策を検討するために、A医療機関の6年間の退院支援の充実の過程より退院支援の課題解決に向けた方策を明確にする。そして方策を活用して複数の医療機関の退院支援の課題解決の取り組みを支援し方策を検証していきたい。

## 謝辞

本研究にご理解とご協力を賜りました医療機関や県健

康福祉部医療整備課の皆様、および質問紙調査にご協力いただきました研修受講者の皆様に心より感謝申し上げます。また、ご指導いただきました岐阜県立看護大学大学院看護学研究科の先生方にも心より感謝申し上げます。

なお本論文は、岐阜県立看護大学大学院看護学研究科における平成22年度博士論文の一部に加筆・修正を加えたものである。

## 文献

- 1) 厚生労働省：平成19年国民医療費の概況，2011-09-16，  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/07/kekka1.html>
- 2) 尾形裕也：看護職のための医療経営学講座，看護，60(9)；58-61，2008.
- 3) 永田智子：退院支援の発展—いつでもどこでも、安心してケアを受けられるために—，保健の科学，52(5)；323-326，2010.
- 4) 高島尚子：平成22年度診療報酬改定，看護，62(6)；70-79，2010.
- 5) 藤澤まこと，普照早苗，森仁実，他：組織の中での退院調整システムの確立に向けて，岐阜県立看護大学平成17年度共同研究事業報告書；63-67，2006.
- 6) カーン洋子，樋口キエ子，原田静香，他：大学病院療養指導室における退院支援の実態と退院支援体制の検討（第1報），順天堂大学医療看護学部 医療看護研究，3；82-89，2007.
- 7) 樋口キエ子，原田静香，カーン洋子，他：大学病院療養指導室における退院支援の実態と退院支援体制の検討（第2報）—家族介護者の視点を通じて—，順天堂大学医療看護学部 医療看護研究，3；90-95，2007.
- 8) 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，大阪府立大学紀要，16(1)；9-19，2010.
- 9) 永田智子：退院支援における看護ケアネットワークの重要性と課題，保健の科学，51(4)；220-224，2009.
- 10) 平田貴代美：急性期病院における退院計画のあり方とは—在院日数の短縮，患者家族の理解と安心—，医療，61(4)；247-249，2007.
- 11) 近藤幸代，内山道子，松竹敬子：スムーズな「病棟・外来・在宅」連携に生かす3ツール開発と退院計画実践，月

- 刊ナースマネジャー, 17(10);29-39, 2006.
- 12) 宇都宮宏子: 病棟から始める退院支援 取り組み④病棟の特徴を生かした在宅ケアレベルアップ研修と現場の改善, Nursing Today, 23(4);43-48, 2008.
- 13) 田島まり子: 病棟から始める退院支援 取り組み⑤退院支援定着への5つの取り組み, Nursing Today, 23(5);47-51, 2008.
- 14) 安藤祐子, 若原明美, 田辺満子, 他: 現場・行政・教育が協働して退院支援の活性化を目指すこれまでの取り組みと今後の展望, 看護管理, 16(11);893-898, 2006.
- 15) 渚るみ子: 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, 人間看護学研究, (8);97-105, 2010.
- 16) 丸岡直子, 佐藤弘美, 川島和代, 他: 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病院看護師の役割, 石川看護雑誌, 1;31-38, 2004.
- 17) 丸岡直子, 洞内志湖, 佐藤弘美, 他: 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.
- 18) 丸岡直子, 洞内志湖, 川島和代, 他: 病棟看護師による退院調整活動の実態と課題—退院調整活動指標を用いた調査から—, 石川看護雑誌, 8;29-39, 2011.
- 19) 藤澤まこと: 平成19年度修士論文 退院後の療養生活に向けた支援方法の開発, 岐阜県立看護大学大学院看護学研究科;1-60, 2008.
- 20) 前掲4).
- 21) 前掲3).
- 22) 前掲18).
- 23) 前掲8).
- 24) 永田智子: 退院支援とは何か、なぜ必要なのか, 臨床看護, 36(1);2-8, 2010.
- 25) 前掲17).
- 26) 大崎瑞恵, 大竹まり子, 赤間明子他: 地域中核病院看護部の退院支援教育が病棟看護職の知識・行動へ及ぼす効果, 日本看護研究学会雑誌, 32(4);111-119, 2009.
- 27) 江藤京子: 退院調整専門看護師の機能と病床管理, 地域連携network, 1(4);106-114, 2008.
- 28) 江口優子: さいたま市立病院における退院支援のとりくみ 病棟との連携で効果をあげる退院支援のシステムづくり, 全国自治体病院協議会雑誌, 48(3);60-66, 2009.
- 29) 柳澤愛子: 東大病院における退院支援の現状と課題 地域連携室において看護職の果たす役割, 病院, 66(5);386-390, 2007.

(受稿日 平成23年 9月28日)

(採用日 平成24年 1月23日)