

〔資料〕

県内医療施設における退院調整の実態

黒江 ゆり子¹⁾ 藤澤 まこと¹⁾ 普照 早苗¹⁾ 佐賀 純子¹⁾
 平山 朝子²⁾ 田辺 満子³⁾ 若原 明美³⁾

Current Status of Discharge Planning in Gifu Prefecture

Yuriko Kuroe¹⁾, Makoto Fujisawa¹⁾, Sanae Fusho¹⁾, Junko Saga¹⁾,
 Asako Hirayama²⁾, Michiko Tanabe³⁾, and Akemi Wakahara³⁾

はじめに

今日の医療においては、在院日数の短縮化、医療の専門化と高度化、および病院機能分化が推進されるようになり、入院時から退院後の生活を捉えた上で専門的なケアを継続する必要性が高まっている。診療報酬制度においても、2004年度の改定によって亜急性期入院医療管理料が新設され、一定の入院期間（90日）に在宅復帰等を目的として行う入院医療管理が評価されるようになった。

宇都宮ら¹⁾は、このような退院後の生活を捉えたケアを医療施設における一つの体制として確立するためには看護職が専門的にかかわる必要があると指摘している。

本県においては、看護の質の向上と在宅医療推進の観点から、療養生活支援の専門家である看護職は患者中心の医療提供体制を保障するための退院調整と地域連携に関わる必要があり、看護職が主体的に地域と連携し、質の高い看護を提供できる体制づくりを推進する必要があるとして、充実を図る取り組みを医療整備課が開始し、退院調整に関心のある16病院及び県立看護大学が参加している。今年度は4回の検討研修会を実施し、第1回（6月）は、退院調整の取り組みを続けてきた4病院からの現状報告、第2回（7月）は、退院調整に関する自施設における課題、および実態調査内容の検討、第3回

（10月）は、実態調査結果についての報告と検討を行い、第4回には（2月）、各施設における事例報告を行った。本調査は、当該事業の中で県下の退院調整の現状を把握する目的で行ったものである^{註①}。

1. 目的および調査方法

1. 調査目的：県内医療施設（病院）における退院調整の実態を把握する。なお、本調査における退院調整は「患者とその家族の退院後における生活のための調整活動」を意味する。

2. 調査方法：県内の医療施設（病院）を対象に退院調整に関する質問紙調査を施設長に依頼し、郵送法にて回収を行った（平成16年9月2日～15日）。質問紙配布数は112施設（県内全病院）、質問紙回収数は81施設であった（回収率72.3%）。

3. 調査内容：調査項目は、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、1日平均外来患者数、患者紹介率、併設施設など）、②退院調整の現状（部門・部署と職種、具体的な活動内容、部門・部署の院内での位置づけ、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、看護師が退院調整にかかわる利点、退院調整の事例）、③退院調整における課題（退院後の患者情報の把握と評価、困難点・課題とそれに対する取り組みについて）、

1) 岐阜県立看護大学 地域基礎看護学講座 Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

2) 岐阜県立看護大学 学長 President, Gifu College of Nursing

3) 岐阜県健康福祉環境部医療整備課 Department of Health-Welfare-Environment, Gifu Medical Institutions Management Division, Gifu Prefectural Government

表1. 病床数*および1日平均入院患者数**

	区分	一般 (件数)	療養 (件数)	精神 (件数)
	20床未満	4	2	0
病床数	20～29床	5	5	1
	30～39床	6	5	1
	40～49床	2	10	0
	50～99床	6	12	4
	100～149床	7	4	2
	150～199床	4	2	2
	200～299床	9	0	4
	300床以上	15 ***	0	5
	計	58	40	19
1日平均入院患者数	20人未満	11	4	3
	20～29人	3	5	1
	30～39人	3	6	1
	40～49人	3	8	1
	50～99人	6	12	2
	100～149人	8	1	2
	150～199人	4	1	2
	200～299人	10	1	4
	300～399人	3	0	1
	400～499人	3	0	0
	500人以上	3	0	1
	未記入	1	2	1
	計	58	40	19

*本調査で回答された施設はすべて病院である。20床未満の件数で示された施設は、一般・療養・精神のいずれかの病床を複数併せ持ち、合計すると20床以上となる。

** 81施設のうち、療養病床のみは11施設、精神病床のみは10施設、療養病床および精神病床のみ2施設。

***うち1施設は、感染を含む。

表2. 平均在院日数

病棟区分	日数	件数
一般	20日未満	36
	20～29日	11
	30～39日	2
	40～49日	1
	50～59日	3
	60日以上	3
	未記入	2
	計	58
療養	50日未満	7
	50～99日	12
	100～199日	7
	200～299日	4
	300日以上	6
	未記入	4
	計	40
精神	200日未満	7
	200～499日	7
	500～1000日	4
	未記入	1
	計	19

表3. 病床利用率・1日平均外来患者数・患者紹介率

概要	区分	件数
病床利用率	60%未満	4
	60%台	6
	70%台	8
	80%台	25
	90%以上	36
	未記入	2
	計	81
1日平均外来患者数	100人未満	31
	100～499人	23
	500～999人	16
	1000～1499人	5
	1500～1999人	0
	2000～2499人	0
	2500～2999人	1
	未記入	5
	計	81
患者紹介率	30%未満	54
	30～49%	15
	50%以上	6
	未記入	6
	計	81

表4. 併設施設

施設名	件数
訪問看護ステーション	24
特別養護老人ホーム	4
老人保健施設	16
ケアハウス	3
介護療養型施設	17
その他	
グループホーム	6
通所介護（デイサービス）施設	6
在宅介護支援センター	5
居宅介護支援事業所	5
精神障害者生活訓練施設（援護寮）	4
精神科デイ・ケア施設	4
通所リハビリテーション（デイ・ケア）施設	2
地域生活支援センター	2
訪問介護ステーション	2
福祉ホーム	2
肢体不自由児施設	1
重度心身障害者施設	1
養護学校	1
病後児保育	1
高齢者身障者集合住宅	1
健康クラブ	1
診療所	1
ケアプランセンター	1
その他	2
未記入	27

④退院調整における看護師としてのやりがい・充実感などである。今回は、病院の概要、退院調整の概要、および退院調整における課題を中心に報告する。

II. 結果

1. 施設概要：各施設は、一般病床だけをもつ施設が26施設 32.1%、一般病床と療養病床をもつ施設が25施設 30.9%、療養病床のみが11施設 13.6%、精神病床のみが10施設 12.3%、一般病床と精神病床が6施設 7.4%、療養病床と精神病床が2施設 2.5%、一般病床

と療養病床と精神病床を持つ施設が1施設 1.2%であった。1日平均入院患者数（表1）、平均在院日数（表2）、病床利用率・患者紹介率（表3）は各表に示す通りである。また、併設施設は、訪問看護ステーションが24施設、介護療養型施設が17施設、老人保健施設が16施設に併設されていた。その他の併設施設の詳細を表4に示す。

2. 退院調整の現状

1) 退院調整の体制：退院調整の体制に関する内容を分析したところ、①看護職者と他職種者の協働による退院調整の体制がある（39施設）、②MSWが主に調整して

表5. 退院調整の体制について

体制	施設数	構成比%
1. 看護職者と多職種者の協働による退院調整の体制がある	39	48.1
a：医療相談室、医療介護相談室、医療福祉相談室など	18	(46.2)
b：地域連携室、地域医療部	6	(15.3)
c：看護相談室、看護相談員	15	(38.5)
2. MSWが主に調整している	8	9.9
3. 病棟で主に調整している	15	18.5
4. 特別な調整はない	19	23.5
合計	81	100

表6. 退院調整の体制の例

体制	スタッフ	具体的活動	位置づけ	退院調整 開始時期	対象を把握する方法
1. 看護職者と他職種者の協働による退院調整の体制がある。 a：医療相談室、医療介護相談室、医療福祉相談室など	看護師4人、MSW2人	医療ソーシャルワーク業務、退院調整業務、居宅介護支援業務、退院指導・各種指導→健康相談係	医療社会事業部医療社会事業課（医療社会事業部長は医師）（診療部門、看護部門、事務管理部門から独立）	入院1週間以内	ハイリスクスクリーニング基準を作成し使用
b：地域連携室、地域医療部	看護師1人、MSW1人、PT1人、事務職1人（兼務：医師、師長、理学療法士）	病診連携、入院相談等入院に関する業務、退院調整に関する業務、在宅療養者支援に関する業務、地域リハビリテーション支援業務、地域連携業務の啓発	院長－副院長－地域連携室として位置づけられている	入院直後	「退院調整が必要な患者の選定基準」を作成し各病棟に配布、それを基に病棟看護師から依頼が来る、朝に病棟日誌を見て病棟をラウンドする、保健師や訪問看護師、ケアマネからの情報
c：看護相談室、看護相談員	看護師1人、MSW1人	早期退院のための支援活動（退院へ向けての意思確認、意思決定への支援、在宅療養相談、院内院外の保健指導、福祉機関との連携）、退院後の療養相談	看護部門の退院調整室	入院1～2週間以内、医師の許可後	病棟とのカンファレンス、病棟からの依頼、病棟日誌
2. MSWが中心	MSW1人	入院相談、退院援助、他施設・病院・家族との連絡調整	事務管理部門の医療相談室	入院直後	医師・看護師からの病状情報と患者本人及び家族からの相談
3. 病棟が中心		担当看護師が中心となり、入院時のカンファレンスを開催する。入院目的の確認と退院困難事例の把握。退院時カンファレンスも入院時同様、担当看護師により開催。退院に向けての支援	看護部	入院1週間以内をめやすとして、担当看護師が中心に	入院時カンファレンスによって、1.退院困難事例、2.初回入院、3.更に入院時カンファレンスで明らかにはならなかったが日々の関わりで問題が明らかになったケース

いる(8施設)、③病棟で主に調整している(15施設)、④特別な調整はない(19施設)がみられた(表5)。また、①看護職者と他職種による協働体制では、部門の特徴により a. 医療相談室、医療介護相談室、医療福祉相談室(18施設)、b. 地域連携室、地域医療部(6施設)、c. 看護相談室(15施設)があり、各例を表6に示す。

2) 看護職が退院調整に関わる利点：看護師が退院調整に関わる利点としては、対象の生活を把握している(21件)、他部門との調整がしやすい(16件)、病状を十分に把握している(12件)、患者・家族と十分なコミュニケーション・信頼関係がとれる(8件)などが挙げられた。具体的な内容を表7に示す(表7)。

3) 退院調整の事例：これまでに退院調整が行われた事例の自由記載は、退院後の生活における支援状況に関するもの(34件)、健康状態に関するもの(49件)、社会・経済状態に関するもの(9件)等に分類された。退院後の生活における支援状況に関するものの内訳は、独居者、家族が病気・キーパーソンがいない、介護者が高齢、退院不安・拒否のある事例であった。健康状態に関するものの内訳はターミナル状況、脳血管障害後遺症をもつ、医療処置の多い、ALS・人工呼吸器装着者、痴呆をもつ、未熟児・被虐待児の事例であった。社会・経済状態に関するものの内訳は、経済的支援が必要な事例であった。詳細を表8に示す(表8)。

4) 退院後の患者情報の把握・評価：退院後の患者情報の把握・評価の方法に関しては、72施設から回答があった。退院後の患者情報の把握・評価を行っていたのが47施設、行っていなかったのが25施設であった。行っていると答えた内訳は、他職種からの連絡(17施設)、ケア会議・事例検討会(14施設)、外来診察時に把握(11施設)、家庭訪問にて把握(3施設)、アンケート等(2施設)であった(表9)。

5) 退院調整における困難点・課題：退院調整の困難点・課題に関しては、家族に関連する事柄(45件)、病院に関連する事柄(37件)、利用できる社会資源が少ない(26件)、その他(12件)がみられた。

家族に関連する事柄では、家族の受け入れが困難(21件)、介護力の不足(8件)、患者・家族の意向の違い(7件)、経済的問題(3件)、自宅への訪問を拒否する(2件)、その他(4件)であり、利用できる社会資源が少ないでは、

入所施設が少ない(19件)、在宅で利用できる社会資源が少ない(7件)がみられた。また、病院に関連する事柄では、体制・システム(16件)、時間・人員の不足(9件)、医師の治療方針が決まっていない(5件)、職員の意識(4件)、その他(3件)がみられた(表10)。

Ⅲ. 考察

1. 県内医療施設における退院調整体制について

県内医療施設(病院)における退院調整は、看護職と他職種との協働体制による調整、MSWによる調整、および病棟による調整などさまざまな対応がみられた。看護職と他職種との協働体制においては、看護師あるいは保健師が、MSW、医師、栄養士、事務職等と協働している状況であった。また、その一方で退院調整に取り組むに至っていない施設もみられた。

2. 退院調整の事例について

表8には県内の退院調整における事例の多様さが示されているとともに、退院調整看護職が関係機関(行政や在宅サービス事業者等)に対し必要に応じて事例への介入の依頼やケア会議の開催をしていることが示されている。桂ら²⁾ 右田ら³⁾は退院調整専門職を医療機関内に設置する必要性を指摘し、その人材は社会資源に関する豊富な知識を持ち、院内職員や関係機関との連携が柔軟に取れ、患者や家族の入院中から退院後の在宅療養を見通した援助をすることができる者であると指摘している。

これらから、看護職はその中心的役割を果たすことができると考えられ、また患者と家族の意向を重視した退院を推進するには地域との連携が不可欠であると思われる。

3. 退院後の患者情報の把握と評価の方法について

退院後の患者情報の把握と評価を行っていると回答した47施設では退院調整看護職が積極的に患者の退院後の状況と家庭生活での困難点を把握しようとしていた。たとえば、サービス業者との連絡の充実を図ったり、外来通院している対象者については外来受診時に継続的な情報収集をするなど、援助が途切れないようにする工夫が見られた。その一方で、25施設では特別な情報交換は行っておらず、把握の困難さが課題としてあげられていた。さらに、退院後の評価については明確な回答が少

表7. 看護師が退院調整に関わる利点

利点	記載内容例
1. 対象の生活を把握している (21 件)	入院時の一点だけ見るのではなく、その人の生活状況等を他職種からの情報で知ることによって入院治療で本人への生活指導も的確に出来、看護師自身のやりがいも出来て、それが患者さんにフィードバックされる。
2. 他部門との調整がしやすい (院内) (16 件)	1. 当院の場合、相談員は主任看護師としてもおいてもらっている。看護師の会議の場に参加できるので、退院調整のシステムをつくり上げていく上で有利であった。退院調整をしていく上で看護師、医師、他の職員とのコミュニケーションがとりやすい。 (院外) 院外において 1. 他院への転院を希望される患者様の相談、面談を行っている。相談員、看護師へ情報を送る場合、相談員が医療面について説明できるので対応しやすい。2. 施設に入所される場合も看護面の引継ぎが可能である (在宅に帰られる場合も訪問看護師に引き継ぎやすい) 3. 看護師として医療面でも研修会に参加し情報が得られる。看護サイドから医療相談室のあり方が見直せる。
3. 病状を十分に把握している (12 件)	病状 (身体状況等) に合わせた適切な生活指導ができる、又介護者への介護指導も同様。その上で自立可能な点 (=福祉ニーズ) は抽出される為、MSW が続いて調節援助に入る。
4. 患者・家族と十分なコミュニケーション (8 件)	患者様やその家族とより良いコミュニケーション、信頼関係がとれるように思う。身近で介護・看護していただくからこその患者様主体に必要な資源の選択が出来ると思います。
5. 患者・家族の思い (不安・退院にあたり、患者の持つ不安などを把握することができ、又その場で指導することも出来る。その要望など) に対応することが出来る (9 件)	め退院後における不安の除去に努めることができ、退院後にかかわる外来Nsとも直接情報交換ができるなど
6. その他 (22 件) (無回答 6 施設)	入院患者の退院に向けて早期より働きかけが出来ること。

※1 施設の回答の中で、意味内容の違うものがあった場合には分けて分類した。

表8. 退院調整の事例

事例の状況	記載内容例
1. 退院後の生活における支援状況に関するもの (34 件)	独居の患者様で、本人は在宅に帰りたいが、親族が遠縁であり、身の回りの世話はできない、という事例。(1人での生活は無理と主治医の判断あり) そのため、できるかぎりのサービスの調整、市の介入もお願いする。 家族が病氣・キーパーソンがいない事例 (8 件) 退院可能となった患者様の家族が病氣となり、週末の外泊をくり返ししながら、受入可能になるまで、病状の安定を図った。 介護者が高齢の事例 (7 件) 老々世帯のケース。年齢 80 代と 100 代の高齢者世帯の在宅介護のケース。 退院不安・拒否のある事例 (2 件) 本人、家人とともに退院に不安のある家族に対し、きめ細かく生活、療養および医療とのかわりを説明し、在宅治療となりました。
2. 健康状態に関するもの (49 件)	ターミナル状況の事例 (12 件) 悪性腫瘍末期の在宅ケア・ケアマネ、看護師、訪問看護師との会議・退院後の医療の確認 (往診等含めた) 脳血管障害後遺症をもつ事例 (12 件) 脳梗塞後遺症患者の自宅退院に向けて、家族への介護指導や住居改修のアドバイス、在宅サービスの情報提供・調節の為、カンファレンスや退院前訪問指導を実施した。 医療処置の多い事例 (9 件) 腹膜透析患者の自宅退院に向けて、家族への透析指導の他に、利用予定のデイサービススタッフにも指導した。 ALS・人工呼吸器装着の事例 (7 件) 一人暮らしの ALS の女性 - 患者、家族と面談し、在宅の意向を確認。医師から家族への MT に同席し、退院許可だが一人暮らしは困難と説明。ケアマネ、ヘルパー、訪問看護師をもとに、在宅療養の可能性について検討。ケアマネとともに家族へ同居を働きかける (了解得る)。サービス調整会議開催 (医師、病棟看護師、ヘルパー、訪問入浴業者、訪問看護師、MSW 参加)、退院に至る。退院後、サービス担当者会議に参加。 痴呆をもつ事例 (7 件) 独居で痴呆患者について、親族、民生委員、在宅介護支援センターともカンファレンスをして、グループホームへの入所調節をした。 未熟児・被虐待児の事例 (2 件) 被虐待児が、次の施設入所ができるよう、児相 (児童相談所) の介入を依頼した。
3. 社会・経済状態に関するもの (9 件)	経済的支援が必要な事例 (9 件) 生活保護を受給しながら、高齢の家族と在宅にて生活していた所、地域住民の方とトラブルを起こし (病状悪化のため) 当院に入院となった。病状軽快し、福祉事務所の方とも相談をし、地域民生委員、市町村担当者、専門職 (看護師、ヘルパー、保健師等) に介入して頂き、福祉サービス (訪問制度利用) を併用しながら数回の検討会を重ね、患者本人の在宅生活に向けて支援を継続し、退院となった。(現在も在宅で生活中の一例です)
4. その他 (10 件) (無回答 9 施設)	精神障害をもつ事例、感染症で受け入れ施設がない事例

※1 施設の回答の中で、状況の違うものがあった場合には分けて分類した。

表 9. 退院後の患者情報の把握・評価の方法

患者情報の把握・評価の方法		記載内容例
1. 行っている (47 施設)	他職種からの連絡 (17 施設)	退院患者のリストを作成し、個々の患者の現状を聴取し情報の把握をしています。それぞれの退院先の施設等の関係者と連絡をとり情報の提供を求め把握しています。往診、訪問看護等より情報があり再発防止に伴い検討会に提出するケースもあります。再発防止については、その原因を追求し家族関係も考慮にいれ、カウンセリングを行い社会生活が円滑に継続できるよう支援が必要なケースもあります。
	ケア会議・事例検討会 (14 施設)	現在、再入院調査を行っている。再入院を予防したり、患者さんがどこで療養しても質の高いケアが受けられるよう、施設・地域・病院で連携会議を定期的に開催。
	外来診察時に把握 (11 施設)	訪問看護はカルテへの記録、看護支援室は記録をカルテに貼付し情報提供を行っている。外来看護師から訪問・支援室への情報提供もある。評価については今後検討事項である。
	家庭訪問にて把握 (3 施設)	主に病棟看護師、師長が問題の査定を行い、MSWやPTが自宅に伺い、具体化した上で解決策を提案している。
	アンケート等 (2 施設)	退院後の患者アンケート調査 (患者満足度の指標とする。)
2. 行っていない (25 施設)		退院後の情報については、特別な情報交換の場は持っていないため、把握は困難。そのため、情報が充分でないため、退院調整の評価は出来ていない。一般的な看護評価のみとなっている。
(無回答 9 施設)		

表 10. 退院調整における困難点・課題

困難点・課題		記載内容例
1. 家族に関連する事柄 (45 件)	家族の受け入れが困難 (21 件)	長期の入院になっていると特に老人の場合、家族の中に居場所がなくなっている。本人帰宅願望が強いが、介護人は勤めなどで留守がち。歩行できないとなかなか受け入れられない。
	介護力の不足 (8 件)	＜一般＞高齢の患者様、家族が多い為、理解力の低さや難聴の問題もありスムーズに指導ができない。＜療養＞最近は働き手ばかりの家族が多く、医療依存度が高いケースは在宅へ受け入れてもらえなくなってきました。
	患者・家族の意向の違い (7 件)	患者本人は独居である時、周囲の子どもらは施設を希望するが、本人は在宅を希望し、方向性が決まらない。
	経済的問題 (3 件)	在宅支援をするが、金銭的な問題で増改築ができない。または、しない現状があり、問題を抱えたまま退園することになる。サービスの限界を思う。
	自宅への訪問を拒否する (2 件)	ホームヘルプ等自宅訪問するサービスを拒否されるケースが多い。介護者が老人の場合が多く、介護保険等の説明をしても、なかなか理解してもらえない。デイサービス等の施設を利用するのに、世間体が悪いと家族や本人が思っ、サービスに結びつかないケースがある。
	その他 (4 件)	協力を得られる家族 (キーパーソン) 自身が、患者に対し非協力的であったり、高齢のため十分な協力が困難であったり、家族も精神障害者を含む病気に罹患しているような場合に援助の困難さを感じることもある。
2. 利用できる社会資源が少ない (26 件)	入所施設が少ない (19 件)	ハイケアを必要とする患者の場合、受け入れ先が限られ、退院調整が困難である。又、キーパーソンとなる方のレディネスの問題があり、住宅では無理。施設も入所困難者となると退院が決まらず社会的入院となってしまうことがある。
	在宅で利用できる社会資源が少ない (7 件)	地域によっては、診療所の医師、看護師、保健師が受け入れをしぶる。在宅ターミナルとなれば開業医師を紹介しても往診してくれる医師が少ない。
3. 病院に関連する事柄 (37 件)	体制・システム (16 件)	退院指導 (吸引、PEG、HPN など) が統一されていない。退院の準備が整っていない時期に退院が決定される。院内の医師間の連携ができていない。
	時間・人員の不足 (9 件)	退院調整会議の開催、カンファレンス等の開催において患者、家族、関係職員の時間調整が困難。
	医師の治療方針が決まっていない (5 件)	医師の治療方針が決まっていないため、在院日数が長くても介入することが困難
	職員の意識 (4 施設)	医師をはじめ、看護師、事務、その他、コメディカルの人々が医療福祉相談室の存在、業務内容について、介護保険、その他の制度についてほとんど理解されていない。職員が在宅のサービス、現在の制度について理解が不十分である。その為、十分に医療福祉相談室が活用されていない。
4. その他 (12 件)	その他 (3 件)	看護師は自分たちの視点で捉えた患者についてアセスメントし、医師に言うことが出来る看護師が少ない。
		病状が悪化しやすい方が多いため、退院期間が変動して、時期が決まらない。また、入院期間が短いため、十分に調整できないときがある。
(無回答 8 施設)		

※ 1 施設の回答の中で、意味内容の違うものがあつた場合には分けて分類した。

なかったことから、今後の課題になると思われる。

4. 退院調整に関する困難点・課題について

退院調整の困難点・課題は、家族に関する事柄や利用できる社会資源の少なさ、および病院に関連する事柄がみられた。家族に関連する事柄では、本人と家族の価値観が関与するため、退院調整をより困難にしていると考えられる。在院日数の短縮化が進む中で、医療依存度の高い対象者を受け入れる施設の不足、退院の準備が整っていない時期に退院が決定されること、および医療職者の人員と時間の不足により、必要時に退院に向けての援助が行えない現状がある。

さらに、院内体制についての職員の理解不足によって退院調整部門があっても十分に活用されていない現状を鑑みると、退院調整の重要性について理解を得る必要があると考える。

おわりに

県内の退院調整は多様な体制で多くの困難点に直面しながら行なわれていることが示唆された。調査にもとづく検討はさらに続けたい。本調査にご協力頂きました皆様に深く感謝申し上げます。

註①：本調査は平成16年度岐阜県「退院調整と地域連携」推進事業の一環として実施したものである。本推進事業検討会メンバーは、次に示す通りである。増井法子（岐阜県立岐阜病院）、広瀬純子（岐阜大学医学部附属病院）、二反田恵子（東海中央病院）、松永ゆかり（羽島市民病院）、高木悦子（大垣市民病院）、吉野久美子（養南病院）、高木博美（博愛会病院）、野村益美（揖斐総合病院）、河合則子（中濃病院）、渡邊よし子（木沢記念病院）、高木久美子（岐阜県立多治見病院）、加藤幸恵（聖十字病院）、稲垣美代子（東濃厚生病院）、田口民子（市立恵那病院）、川井恵理子（岐阜県立下呂温泉病院）、鴻巣真美子（高山赤十字病院）、田辺満子（岐阜県健康福祉環境部医療整備課・看護企画監）、若原明美（岐阜県健康福祉環境部医療整備課・看護支援担当）

引用文献

- 1) 宇都宮宏子：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)；22-30，2004.

- 2) 桂敏樹，高橋みや子，右田周平：医療機関における退院調整専門職配置の可能性に関する全国調査，日本農村医学会雑誌，52(2)；198-204，2003.

- 3) 右田周平，高橋みや子，平塚朝子，他：北日本の医療機関における退院計画のシステム化の課題に関する調査，北日本看護学会誌，6(1)；19-24，2003.

(受稿日 平成17年3月4日)