

退院支援・退院調整に関わる医療機関の看護職が感じる困難とその対処

藤村史穂子¹⁾, 上林美保子¹⁾, 蘇武彩加¹⁾, 田口美喜子¹⁾, 岩渕光子¹⁾,
松川久美子¹⁾, 工藤朋子¹⁾, 三浦まゆみ¹⁾, 松本知子²⁾, 千葉一枝²⁾, 兼田昭子²⁾

Difficulties in discharge planning and discharge adjustment faced by nurses at medical institutions involved and countermeasures therefor

Shihoko Fujimura, Mihoko Uebayashi, Ayaka Sobu, Mikiko Taguchi,
Mitsuko Iwabuchi, Kumiko Matsukawa, Tomoko Kudo, Mayumi Miura,
Tomoko Matsumoto, Kazue Chiba, Akiko Kaneta

要 旨

目的：退院支援・調整に関わる医療機関の看護職が、患者の退院に際し他機関や他職種との連携において感じる困難とその対処について明らかにする。

方法：県内の医療機関で管理的業務にあたる看護師14名に対しインタビュー調査を行った。

結果・考察：退院調整時に困難な事例について、【施設や関係機関の要因】と【患者自身や家族の要因】が抽出され、【施設や関係機関の要因】には「施設で行うのが難しいケアがある」、「関係機関との調整・連携の難しさがある」、「支援を行う資源がない」があった。【患者自身や家族の要因】には「患者と家族の調整が難しい」、「家族による介護が難しい」、「独居で支援者がいない」、「患者の状態像が重く、より介護が必要である」、「経済的に難しい」、「あてはまる支援制度がない」があった。どの医療機関も退院調整の困難な事例を抱え、入院中から患者や家族に対し工夫して関わりを持ったり、関係機関と連携・協力しながら患者や家族の支援にあたっていた。困難な事例は今後も増加すると予測され、保健・医療・福祉などの関係機関の連携を強化し、その地域の実情に即した地域包括ケアシステムを構築していくことが望まれる。

キーワード：退院支援 困難 地域包括ケア

I. 研究の背景

人口の急速な少子高齢化の進展とそれに伴う要介護高齢者の増加、介護期間の長期化など介護ニーズは年々増大している。その一方で、核家族化の進行や介護する家族の高齢化など要介護高齢者を支える家族も大きく変化している。こうした状況から平成12年、高齢者の介護を社会全体で支えあう仕組みとして介護保険法が施行された。法施行以降も高齢化は進行し、65歳以上の人口に占める割合は、平成12年には17.4%であったが、平成25年は25.1%、平成37年(2025年)には30.3%になるといわれている。

このような中、介護保険法の見直しが行われてきたが、平成23年の見直しにおいて、高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取り組みを進めることがねらいとされた¹⁾。また、地域包括ケアについては、平成25年8月に成立した「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律²⁾」においても、その推進をするよう述べられている。

一方、平成25年度における病院の平均在院日

受付日：平成26年9月12日 受理日：平成26年11月26日

¹⁾ 岩手県立大学看護学部 Faculty of Nursing, Iwate Prefectural University

²⁾ 公益社団法人岩手県看護協会 Iwate Nursing Association

数³⁾は、全病床で30.6日と前年に比べ0.6日短くなっており、病床の種類別で見ると一般病床で17.2日と前年に比べ0.3日、療養病床で168.3日と前年より3.5日短くなっている。年々在院日数は短縮化される傾向にあり、在宅療養における生活の質(QOL)の向上のためには、入院直後からの退院支援がますます重要となっているといえる。退院支援に関しては、平成20年の診療報酬改定で初めて「退院調整加算」が設けられ、入院早期から退院困難な要因を有する者に対して退院支援計画を作成して支援することが医療点数として評価された。平成22年、24年の各改定で退院調整に関する診療報酬の対象範囲や点数はさらに拡大され、退院支援の体制整備がはかられた。退院支援部門の設置状況は、2001年の全国調査(一般病床を100床以上有する医療機関1359施設を対象)では約3割の設置であった⁴⁾が、2008年東京都での調査(83施設を対象)では84.0%⁵⁾、2011年兵庫県での調査(154施設を対象)は89.6%⁶⁾と、都道府県レベルの調査ではあるが増加傾向にある。

このため、医療機関の看護職が取り組む退院支援、地域の訪問看護師などの看護職とで取り組む医療連携、医療計画を推進する都道府県と介護保険の実施主体である市町村、関係団体との連携・協働など、地域と施設の連続した包括ケアシステムの構築が今後必須といわれている。岩手県内の現状を見ると、平成23年度及び24年度の在宅医療連携拠点事業にて、一部の地域での先駆的な取り組みが報告されている⁷⁾⁸⁾が、県全域で見るとその取り組みはまだまだであり、岩手県がまとめた「地域包括ケアシステム構築のためのロードマップ作成に向けた市町村・地域包括支援センター調査結果分析と対応策の提言⁹⁾」においては、医療・介護連携に「問題・課題がある」と答えた市町村は7割近く、地域包括支援センターでは64.7%となっている。

そこで、岩手県内の医療機関が抱える在宅移行に伴う問題を明らかにし、今後必要な看護職の機能や仕組みを検討するため、退院支援・調整に関わる医療機関の看護職が、他機関や他職種との連携において感じる困難とその対処について研究に取り組んだ。

II. 研究方法

1. 調査対象

平成25年度の看護管理者研修受講者で、岩手

県内の医療機関に勤務している25名のうち、研究参加の同意が得られた者。

2. 調査期間

平成26年1月～3月

3. 調査方法

研究参加の同意を得られた者に対し、勤務先の医療機関において入院患者の退院に際し他機関、他職種との連携に困難を感じた事例や場面及びその対処の経験についてインタビューガイドに沿って、1時間程度のインタビューを行った。インタビュー内容は許可を得て録音した。

4. 分析方法

面接によって得られたデータから逐語録を作成し、困難な事例とその対処方法について語られた部分を取り出し、内容の共通性・類似性に基づいてまとめた。退院調整部門の有無に着目して分類し、困難な事例の要因と対処との関連について考察した。

5. 倫理的配慮

調査の依頼は、口頭及び文書にて研究の目的及び調査協力への自由意志の保証、調査協力を拒否しても不利益は被らないことなどを説明し、書面にて同意を得た。調査は、対象者と協議の上、勤務医療機関内の個室など、対象者のプライバシーの保護及び時間的負担とならないよう留意して行った。またデータ収集後、直ちに匿名化し個人を特定することができない状態にして分析を行った。

上記について、岩手県立大学研究倫理審査委員会の承認を得て行なった。

IV. 結 果

1. 回答者の概要(表1)

25名のうち、14名から研究協力を得た。全員女性で、看護師経験年数は全員25年以上で平均29.2±2.4年、職位は病棟師長12名、外来師長1名、看護部長1名と全員管理的業務にあたる者であった。所属する医療機関の所在地は、県中部6ヶ所、県南部3ヶ所、県北部2ヶ所、沿岸部3ヶ所であった。

医療機関の規模は、100床未満2ヶ所、100床以上200床未満4ヶ所、200床以上400床未満5ヶ所、400床以上3ヶ所であった。医療機関内に退院調整のための部門がある11ヶ所、部門がない3ヶ所であった。部門のある医療機関の規模は全て100床以上であり、部門のない医療機関は200床未満であった。退院調整部門のスタッ

表1 回答者の概要 (N = 14)

		人 (%)	平均 (±SD)
看護師経験年数			29.2 (±2.4)
職位	病棟師長	12 (85.7)	
	外来師長	1 (7.1)	
	看護部長	1 (7.1)	
医療機関の所在地	県央部	6 (42.9)	
	県南部	3 (21.4)	
	県北部	2 (14.3)	
	沿岸部	3 (21.4)	
医療機関の規模	100床未満	2 (14.3)	
	100床以上 200床未満	4 (28.6)	
	200床以上 400床未満	5 (35.7)	
	400床以上	3 (21.4)	
退院調整部門の有無 (スタッフ)	あり	11 (78.6)	
	看護師・保健師+MSW	5	
	看護師・保健師のみ	3	
	MSWのみ	2	
	その他	1	
	なし	3 (21.4)	

フは、専任の看護師・保健師、医療ソーシャルワーカー（以下、MSWとする）の両者が配置されているところが5ヶ所、看護師・保健師のみ3ヶ所、MSWのみ2ヶ所、その他1ヶ所であった。退院調整のための部門がない3ヶ所では、病棟師長や受け持ち看護師が退院調整を行っていた。

2. 困難を感じた事例 (表2)

患者の退院に際し、他職種や他機関との関わりで困難を感じた事例や場面を聞いたところ、施設や関係機関の要因によって連携に困難が生じる場合と、患者自身や家族の要因によって他機関との連携に困難が生じる場合とに分けられた。退院調整部門の有無でみると、部門のある医療機関からは患者自身や家族の要因が多く語られ、部門のない医療機関からはどちらも語られた。

1) 施設や関係機関の要因

施設や関係機関の要因には、『施設で行うのが難しいケアがある』、『関係機関との調整・連携の難しさがある』、『支援を行う資源がない』に分けられた。

(1) 施設で行うのが難しいケアがある

『施設で行うのが難しいケアがある』では、

特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護に関する施設への退院や再入所時の困難が挙げられた。施設での管理が難しい薬剤の使用や、吸引・経管栄養・創処置・透析などの医療的なケアがある場合、施設への退院や再入所は難しくなっていた。また、入院前よりADLが低下した場合や、何らかの障害がある場合も施設への退院や再入所は難しい。

(2) 関係機関との調整・連携の難しさがある

『関係機関との調整・連携の難しさがある』では、医療機関と退院・転院先との連携に関する困難が挙げられた。退院・転院に際し関係機関との調整がなかなか進まず、「入院したまま待ったり、退院後すぐにショートステイなどを使って施設入所まで待つこともある。しかし待っている間に肺炎などで再入院することがある」など調整の難しさがあった。そのような困難事例が生じた場合に、関係機関へ相談しようにも面識がなく相談しにくいということもあった。また、地域のケアマネジャーによっては「自宅は大変だから」と入院や施設入所を勧めるために在宅への退院がすすまない場合や、同じ医療機関内の医師からの患者の自宅退院への理解を得るのが難しい場合もあった。

表2 困難を感じた事例の要因

	分類	内容	退院調整部門	
			あり	なし
施設や関係機関の要因	施設で行うのが難しいケアがある	施設での管理が難しい薬剤を使用していると、拒否される	○	
		施設で経管栄養の管理が難しい		○
		施設で吸引を対応できない		○
		施設では創処置が難しい		○
		施設は透析や酸素を使用している人は受け入れない	○	
		施設では胃瘻の人も難しい	○	
		施設ではADL低下した人の再入所を受け入れない		○
		施設は障害があると難しい	○	
		施設に退院しても再入院になる	○	
	関係機関との調整・連携の難しさがある	施設に空きがなく、退院の調整が早くすまない	○	
		ケアマネが入院や施設入所を勧め、退院がすまなかった	○	
		関係機関と面識がないと相談しにくい		○
支援を行う資源がない	自分の医療機関の医師の理解が難しい		○	
	夜間、休日のサービス機関がない		○	
	資源がない	○		
	看取りを行う施設が少ない		○	
患者自身や家族の要因	患者と家族の調整が難しい	ターミナルを見てくれる機関がない		○
		家族が来院しない	○	
		家族と連絡が取れない	○	
		患者と家族の意向が異なる	○	
		家族の理解がない	○	
		家族仲が悪い	○	
		退院前になると家族が家では見られないと言う	○	
		家族が患者の退院を拒否する	○	
	家族による介護が難しい	老老介護でサービス拒否	○	
		老老介護で医療処置がある	○	
		家族の介護放棄		○
		介護者が精神疾患		○
独居で支援者がいない	主介護者のほかに支援者がいない	○		
	独居の男性で支援者がいない	○	○	
	日中独居		○	
	高齢で独居		○	
	認知症で独居	○		
	1人暮らしで認知症で受診は拒否しキーパーソンは遠方		○	
	家族・身内がいない	○	○	
	キーパーソンがいない	○	○	
患者の状態像が重く、より介護が必要である	経管栄養の自己抜去		○	
	認知症の高齢者	○		
	入退院を繰り返す	○		
	人工呼吸器装着の家族の調整	○		
	膀胱留置カテーテル、吸引、酸素、胃瘻など重症度の高い	○		
	在宅酸素、気管切開、IVHの人を家族が拒否する	○		
	家族での管理の難しい薬剤の使用	○		
経済的に難しい	生活保護で支援が限られる		○	
	生活保護	○	○	
あてはまる支援制度がない	生活保護ではないため誰も支援者がいない	○		
	65歳未満の行き場がない	○	○	
	介護保険に該当しない若い人	○		

(3) 支援を行う資源がない

『支援を行う資源がない』では、資源そのものに関することが挙げられた。サービスを提供する機関そのものがその地域にない、夜間や休日にサービスを提供する機関がない、ターミナルケアを行う施設が少ないが挙げられた。

2) 患者自身や家族の要因

患者自身や家族の要因には、『患者と家族の調整が難しい』、『家族による介護が難しい』、『独居で支援者がいない』、『患者の状態像が重く、より介護が必要である』、『経済的に難しい』、『あてはまる支援制度がない』に分けられた。『患者と家族の調整が難しい』は、退院調整部門のある医療機関からのみ語られ、『患者の状態像が重く、より介護が必要である』も退院調整部門のある医療機関からほぼ語られた。そのほかの内容は退院調整部門の有無にかかわらず同程度語られた。

(1) 患者と家族の調整が難しい

『患者と家族の調整が難しい』では、家族が医療機関へ来ない、連絡が取れないといった家族との接触そのものがはかれないものや、家族の仲が悪かったり、患者と家族の意向の違いなどがあった。また、「家族が自宅退院しますと言って、退院前になったら家では見られない」というなど患者の退院を拒否したりと、退院が目前に迫ってから生じる状況があった。

(2) 家族による介護が難しい

『家族による介護が難しい』では、高齢世帯や介護者も高齢者といった家族の要因が多く、医療機関で影響していた。老老介護であることそのものもあったが、さらに「老老介護でサービスを拒否する」や「老老介護で医療処置がある」など、高齢世帯であることに何らかの要因が加わっている事例も挙げられた。高齢世帯でなくとも家族が介護を放棄したり、介護者の疾患、主介護者のほかに支援者がいないなどもあった。

(3) 独居で支援者がいない

『独居で支援者がいない』では、独居で支援者・キーパーソンがいないことに加えて、高齢である、認知症であるなどが加わってより困難を生じさせていた。また、男性の場合で身内がいても疎遠になっていて支援者がだれもいないことも挙げられた。

(4) 患者の状態像が重く、より介護が必要である

『患者の状態像が重く、より介護が必要であ

る』では、経管栄養の使用や人工呼吸器装着、膀胱留置カテーテル、吸引など、介護者による介護の負担が大きい場合では退院が難しくなっている。また認知症がある場合も難しい。

(5) 経済的に難しい

『経済的に難しい』では、生活保護を受給し経済的に厳しい患者であることに加えて、且つ高齢である、身寄りがないなど、他の要因が加わっていることが多かった。

(6) あてはまる支援制度がない

『あてはまる支援制度がない』では、65歳未満であったり年齢が若い場合介護保険制度等の対象とならない場合や、経済的困窮者であっても生活保護受給対象ではないために支援の手立てがとぎれる場合などがあった。

3. 困難事例への対処(表3)

他機関との関わりで困難を感じた事例への対処については、他機関への対応の工夫、医療機関内での工夫、どうにもできないに分けられた。退院調整部門のある医療機関では医療機関内の工夫が多く、部門のない医療機関では医療機関内での工夫よりも他機関への対応の工夫について語られた。

1) 他機関への対応の工夫

他機関への対応の工夫には、『他機関の情報収集』、『医療機関と関係機関の顔の見える関係づくり』、『他機関への患者の状況の引継ぎ・話し合い』、『行政との連携』、『地域の人の力の活用』が挙げられた。

(1) 他機関の情報収集

『他機関の情報収集』では、施設の状況や地域の介護に関する事業所の力量の差を確認しながら退院支援を進めていた。

(2) 医療機関と関係機関の顔の見える関係づくり

『医療機関と関係機関の顔の見える関係づくり』は、行政の保健師や関係職種、地域住民との「顔の見える」関係づくりについて語られた。

(3) 他機関への患者の状況の引継ぎ・話し合い

『他機関への患者の状況の引継ぎ・話し合い』では、自宅退院をする場合では、ケアマネジャーや訪問看護師などの在宅療養の関係職種との情報共有や、患者の不安に感じていること、サービスの内容の相談を行っていた。施設退院の場合は、各種施設の職種への患者や家族情報の引き継ぎや話し合いなどを行っていた。入院中の患者の実際の状況を確認してもらうような働きかけや、話し合いによって入所する施設側の要

表3 困難事例への対処

	分類	内容	退院調整部門	
			あり	なし
他機関への対応の工夫	他機関の情報収集	師長が施設の状況を確認する		○
		事業所による力量の差を、情報提供しつつ確認している	○	
	医療機関と関係機関の顔の見える関係づくり	行政の保健師と以前からつながりがあり今でもやり取りしている		○
		院内と地域住民・関係職種との顔の見える関係づくり	○	
	他機関への患者の状況の引継ぎ・話し合い	退院前ミーティングを必ず行い、訪問看護師に患者さんが不安に感じていることについて引き継ぐ	○	
		ケアマネさんを含めて相談し、ヘルパーに入っていただくとかショートステイを使ってなどしていく	○	
		ケアマネも家族のことをよく理解していて退院につながった	○	
		施設の看護師に連絡をとって、施設での処置が可能であるか医療機関へ一度みにきてもらう		○
		何回も話し合っって施設に受け入れてもらった	○	
	行政との連携	施設側から胃瘻造設を依頼され造設する		○
		市のケースワーカー		○
		行政、生保担当者、保健師が情報を持っているのできいてみる		○
		行政の保健師にお願いして、定期的に訪問してもらって服薬確認等の状況把握を依頼して協力してもらった		○
		役場の地域包括支援センターに協力を依頼する		○
		経済的に厳しい人は生保につなげる	○	
高齢者福祉担当者に連絡して、環境を整えてもらって連れて帰っていただくように何回も連絡のやりとりをした		○		
地域の人の力の活用	福祉とのかかわり	○		
	行政に働きかける	○		
医療機関内での工夫	患者・家族を十分にアセスメントする	民生委員とか、近所の人に連絡をいれることもある		○
		友人、大家、民生委員に手術の同意をもらった	○	
	患者・家族の思いを確認する・引き出す	介護する側、介護する側のその時の状況を見る	○	
		家族の様子を良く踏まえて入院中に指導した	○	
		介護保険制度について知らない人も結構多く、入院後に説明・手続きする	○	
	家族がキーパーソンを意識するような関わり	ケアの際、患者に家族の思っていることをさりげなく話したり患者の思いを引き出す	○	
		家族にキーパーソンを決めてもらう	○	
	家族に接する頻度を多くする工夫	家族にキーパーソンを伝えて、この人を通して全て動きますよという了承を得る	○	
		家族に対して電話等で関わりをもつようにする		○
		家族に会ったり、電話をした際には必ずその日の患者の様子や出来事を伝えるようにする	○	
		医療機関の催し物の案内の手紙に近況を書き添えて送ったり、定期的に電話をかけて面談を働きかける	○	
	院内での情報共有	土日に来院した時は、代わりの看護師が指導している	○	
		家族が来院したときに患者の様子について声をかけたり、ちょっとした状態の変化でもすぐに家族に電話する	○	
	他職種・他部門とともに支援する	月に1回はリハビリのスタッフやMSWとカンファレンスを開催する	○	
		患者・家族にどう関わるか、スタッフのカンファレンスで話し合う	○	
医師と家族で相談してもらう		○		
リハビリスタッフの協力を得て、段差の確認など自宅訪問をしている		○		
どうにもできない	退院調整の人がいろいろ工夫している	○		
	MSWに訪問看護が入れる施設を探してもらう	○		
	看護科だけで対応できない場合は、事務長を交えて病院としてのスタンスを決定する		○	
	誰も動いてくれないから医療機関側が動く		○	
	誰もいない場合は医療相談室のソーシャルワーカーが手術の同意をしたり、買い物をしたりしている	○		
どうにもできない・仕方ない	誰もいない場合は医療機関のソーシャルワーカーが行っている	○		
	生活状況がわかるからこそ、退院・転院を言い出せない	○		
	外の人が入れば状況が変わると思うが本人たちは求めない	○		
	退院前にカンファレンスを行って情報提供しているが、家族の不安が大きい	○		
働き盛りの方は介護できない		○		
酸素を使用している人の施設入所は課題	○			
入院が長期化したまま	○			

望を受け入れるなどがあった。

(4)行政との連携

『行政との連携』では、経済面での支援のため生活保護担当者に連携するほか、独居やキーパーソンがいない場合などに行政から情報を得る、支援制度にあてはまらない場合や介護放棄などの場合に保健師や地域包括支援センターへ協力を依頼していた。

(5)地域の人の力の活用

『地域の人の力の活用』では、独居や身内がいない人の場合の支援について、地域の民生委員や近所の人、友人、借家の持ち主などからの協力を得て実施していた。

2) 医療機関内での工夫

医療機関内での工夫としては、『患者・家族を十分にアセスメントする』、『患者・家族の思いを確認する・引き出す』、『家族がキーパーソンを意識するような関わり』、『家族に接する頻度を多くする工夫』、『院内での情報共有』、『他職種・他部門とともに支援する』が挙げられた。

(1)患者・家族を十分にアセスメントする

『患者・家族を十分にアセスメントする』では、患者と介護者である家族とのそれぞれの状況や関係性をよくみて、それを踏まえて退院指導を行うことや、利用可能な制度の理解や家屋の状況について確認することが挙げられた。

(2)患者・家族の思いを確認する・引き出す

『患者・家族の思いを確認する・引き出す』では、なかなか会えない家族に「どうにかして会って」家族の思いを聞き、患者家族の意向に沿った説明、助言をしていた。しかし患者と家族間の意向が違うこともあるため、「ケアの際、患者に家族の思っていることをさりげなく話したり、患者の思いを引き出す」といった工夫が行われていた。

(3)家族がキーパーソンを意識するような関わり

『家族がキーパーソンを意識するような関わり』では、キーパーソンがいないことで自宅や施設への退院時に困難が生じることから、入院早期に家族自身にキーパーソンを決めてもらったり、「キーパーソンの意味を伝え、この人を通して全て動きますよという了承を得る」ことが大切といった工夫がされていた。

(4)家族に接する頻度を多くする工夫

『家族に接する頻度を多くする工夫』では、家族が来院したときに患者の様子について声をかけたり、「ちょっとした状態の変化でもすぐ

に家族に電話する」、「電話等で関わりをもつ」、「定期的に電話する」、「医療機関の催し物の案内に近況を書き添える」など、家族に接する頻度が多くなるような工夫が見られた。その際に、患者の様子について声をかけたり「必ずその日の患者の様子や出来事を伝える」といった家族が患者についての状況を知ることができるような関わりがなされていた。土日の来院にも対応できるように、受け持ち看護師の「代替りの看護師が指導」したりと工夫も挙げられた。

(5)院内での情報共有

『院内での情報共有』では、定期的にケースカンファレンスを開催して患者や家族についての情報を他職種と共有したり、患者や家族へどう関わるかの方針について話し合っていた。

(6)他職種・他部門とともに支援する

『他職種・他部門とともに支援する』では、「医師と家族で相談して」家族の意向に沿った医療機関を紹介してもらったり、リハビリスタッフが自宅の段差を確認するため訪問する、事務長も交えて病院のスタンスを決めるといった院内の多職種による支援が挙げられた。また、退院調整部門が転院・施設退院のためにいろいろな施設へ連絡を取ったり、患者のADLの状態にあった施設を探したりなどの支援が挙げられた。

3) どうにもできない

どうにもできないには、『医療機関スタッフが支援を行うしかない』、『どうにもできない・仕方ない』があった。支援者が見つからないため医療機関のスタッフが家族などの介護者が行う支援を代行したり、患者・家族の現状をアセスメントしたうえで、「生活状況がわかるからこそ、退院・転院を言い出せない」や「入院が長期化したまま」など、課題を感じつつもどうにも対処できない状況が語られた。

4. 困難の要因と対処の関係 (表4)

困難を感じた事例の要因と困難事例への対処の関係についてまとめた。表中の○は退院調整部門のある医療機関、●は退院調整部門のない医療機関から語られた困難事例への対処を表す。

退院調整部門のある医療機関では、施設や関係機関の要因と患者自身や家族の要因の両方に対して、他機関への対応の工夫と医療機関内での工夫についてそれぞれ語られていた。ただし、医療機関内での工夫は患者自身や家族の要因に対する場合へやや多く語られていた。一方、退院調整部門のない医療機関では、施設や関係機関

表4 困難の要因と対処の関係

要因 対処		施設や関係機関の要因			患者自身や家族の要因						
		難 し い ケ ア が あ る	施 設 で 行 う の が あ る	連 携 の 機 関 と の 調 整 ・	支 援 を 行 う 資 源 が な い	患 者 と 家 族 の 調 整 が 難 し い	家 族 に よ る 介 護 が 難 し い	独 居 で 支 援 者 が い な い	患 者 の 状 態 像 が 重 く 、 よ り 介 護 が 必 要 で あ る	経 済 的 に 難 し い	あ て は ま る 支 援 制 度 が な い
他 機 関 へ の 対 応 の 工 夫	他機関の情報収集	●	○								
	医療機関と関係機関の顔の見える関係づくり	○	●					○			
	他機関への患者の状況の引継ぎ・話し合い	●○				○	○	●○			
	行政との連携	●				●	●○		●○	●○	
	地域の人の力の活用						●○				
医 療 機 関 内 で の 工 夫	患者・家族を十分にアセスメントする				○	○	○	○			
	患者・家族の思いを確認する・引き出す	○			○		○	○			
	家族がキーパーソンを意識するような関わり	○					○	○			
	家族に接する頻度を多くする工夫				○	●					
	院内での情報共有	○				○		○	○		
	他職種・他部門とともに支援する	○	○			○	○	●○	○		
で ど う に も で き な い も	医療機関スタッフが支援を行うしかない						○		●	○	
	どうにもできない・仕方ない	○				○	○	●	○		

○＝退院調整部門のある医療機関
●＝退院調整部門のない医療機関

の要因、患者自身や家族の要因どちらの要因に対しても他機関への対応の工夫で対処を行っていたが、医療機関内での工夫はあまり語られなかった。また、退院調整部門の有無にかかわらず、施設や関係機関の要因と患者自身や家族の要因のどちらでも、どうにも対処できない状況が語られた。

V. 考 察

1. 退院調整部門の有無による特徴
すべての医療機関で、退院支援・退院調整に

困難を感じた事例に接していたが、退院調整部門の有無によって困難を感じる要因や対応に特徴がみられた。

困難を感じた事例については退院調整部門のある医療機関では施設や関係機関の要因に比べ患者自身や家族の要因が多く、中でも『患者と家族の調整が難しい』や『患者の状態像が重く、より介護が必要である』が多く語られた。そのような困難な事例への対処としては、他機関への対応の工夫も語られていたが、それ以上に医療機関内での工夫が多く語られた。

一方、退院調整部門のない医療機関では、施設や関係機関の要因と患者自身や家族の要因が同程度であり、患者自身と介護者の要因の中では、『独居で支援者がいない』に回答が集中していた。対応については、医療機関内の工夫はほとんど語られず、他機関への対応の工夫の『行政との連携』に集中がみられた。

これらの特徴は、退院調整部門との役割分担によって、看護職が退院支援・退院調整の一連の流れの中で、どの部分を主に担うかの違いによると思われる。退院支援・退院調整のプロセスについては、宇都宮が「退院支援・退院調整の3段階プログラム」を示している^{10) 11)}。このプログラムは、第1段階「スクリーニングとアセスメント」で、退院支援の必要な患者のスクリーニングとアセスメント、支援の必要性を患者・家族と共有し、動機づけするとされる。第2段階は「受容支援と自立支援」で、継続的にアセスメントし、チームで支援、患者・家族の「疾患理解」「受容」を支援、患者・家族の「自己決定」を支援、「退院後の生活のイメージ」を患者・家族とともに相談・構築とされる。第3段階は「サービス調整」で、退院を可能とするための制度・社会資源の調整、地域サービス・社会資源との連携・調整とされる。

退院調整部門がある医療機関の看護師は、退院支援・退院調整のプロセスにおいて、第1段階の退院支援の必要な患者のスクリーニングとアセスメントを行う役割を主に担っている。第2段階の「受容支援と自立支援」の過程も看護師が関わることが多い。そのため、特に患者の状態像に関することや、患者と家族の関係に着目し、患者家族の自己決定を支援するプロセスで生じる課題が見えやすいといえる。一方、退院調整部門のない医療機関では専任で退院調整を行う部門・職種が医療機関内にないため、各病棟の看護師が退院支援・退院調整の一連のプロセスを実施している。そのため患者自身や家族の要因だけでなく全般に困難の要因を日々の看護業務を通じて感じている。特に今回の調査対象者は全員管理的業務にあたる看護師であるため、直接行政の地域包括支援センターや福祉部門、施設などの他機関・他職種に連絡を取り、連携しながら患者の退院支援に関わっているためと思われる。

退院支援部門の設置状況は年々増加傾向であるが、病床数別の設置状況を見ると、150～

199床の一般医療機関では59.3%と最も低く、中小規模医療機関では退院調整部門が設置されていても、専従・専任の看護師配置は難しく、MSWや看護師長が退院調整を行なっている現状が報告されている¹²⁾。今回の結果からも退院調整部門の設置には医療機関の規模が関係し、設置の有無によって病棟での看護師の役割にも違いが見られた。今後も退院調整部門の設置は進んでいくとは思われるが、全ての医療機関へ設置されるには限界があると思われる。看護師は自己の所属する医療機関の特徴を踏まえて、患者の退院支援・退院調整を実施していく必要があると考える。

2. 患者自身や家族の要因による困難事例について

黒江ら¹³⁾は退院調整における困難点・課題のうち家族に関する事柄として、家族の受け入れが困難、介護力の不足、患者・家族の意向の違いなどがあげられていた。今回の調査結果においても、『患者と家族の調整が難しい』、『家族による介護が難しい』などが語られ、その対処として、医療機関内での『患者・家族を十分にアセスメントする』、『患者・家族の思いを確認する・引き出す』、『家族に接する頻度を多くする工夫』、『院内での情報共有』、『他職種・他部門とともに支援する』といった支援の工夫が様々語られた。

今後高齢化や核家族化が進行することでの高齢世帯の増加や、家族関係の希薄化はますます進行していくと予想される。同時に平均在院日数短縮により、医療依存度が高い状態で退院指導を行わなければならない現状も進行していくと考えられ、退院調整・退院支援の必要がより一層高まると考えられる。これらの対応のため、入院時に退院支援のためスクリーニングを実施し、入院早期から退院支援の必要性についてアセスメントし、病棟と退院調整部門とで課題に取り組んでいるところもある。退院支援・退院調整のプロセスで、チームで支援し、患者・家族の「疾患理解」「受容」を支え、患者・家族の「自己決定」を支援する難しさは増していくと思われるが、より意識しての支援が必要となるだろう。

また、先行研究^{14) 15) 16)}では、退院調整を必要とする患者や退院調整が困難だった事例について、独居患者、介護者が高齢、医療依存度の高い患者などが述べられている。今回の調査結

果においても、多くの医療機関の看護師が『独居で支援者がいない』ことについて、独居であることだけでなく、「独居で高齢」、「独居で認知症」などの独居に何らかの要因が重なった場合に困難を挙げていた。また、「老老介護で医療処置がある」、「老老介護でサービス拒否」など高齢世帯での困難も挙げられている。その対処には医療機関内での工夫だけでは支援し対処するのが難しく、他機関への対応の工夫として行政の保健師や地域包括支援センターのほか生活保護担当者や高齢者福祉担当者などの『行政との連携』が行われていた。入院早期のスクリーニングやアセスメントにより退院支援の必要が認められた場合には、行政機関の担当者を交えての支援を入院から取り組むことも有効なのではないか。そのためには、その地域内の保健医療福祉の関係職種での支援の在り方の共通の合意を作り上げる実施可能な地域包括ケアシステムの構築が求められると考える。

3. 地域包括ケアシステムについて

藤澤¹⁷⁾は、退院支援を行う上での課題に地域の社会資源不足が挙げ、患者の状態により退院後の受け入れ先がなく待機者が増えている現状を述べている。また黒江¹⁸⁾は、退院調整における困難点・課題について入所施設が少ない、在宅で利用できる社会資源が少ないといった利用できる社会資源が少ないことを述べている。今回の調査でも『支援を行う資源がない』ことが困難な事例の要因として挙げられたが、その対処についてははっきりとは語られず、悩みながら試行錯誤している現状が感じられた。一方で、社会資源がない現状にも関わらず、医療と福祉の連携を強く構築することでその欠点をカバーしている地域の様子も見られた。こうした地域の地勢や社会資源の分布、高齢者人口の特徴などに応じた各地域ごとの地域包括ケアシステムの構築のため、行政、医療機関、介護などの各関係機関が協力・協同することが重要となるだろう。

また、国が進める地域包括ケアシステムの構成要素^{19) 20)}では、本人・家族の選択と心構えとして、単身・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活を選択することの意味を、本人家族が理解し、そのための心構えを持つことも重要としている。資源が少ないからこそ、その有効活用について地域全体で考え、地域住民に対する中長期的な意識付けを行うことが行政機関

の役割であることを改めて確認し、市町村が施策として積極的に取り組むことが求められる。2009年ごろから「終活」という言葉が取り上げられているが、住民が健康な頃からの、療養生活や終末期の過ごし方に対する住民への普及啓発が大切といえるだろう。

4. 研究の限界と今後の方向性

今回、岩手県内の医療機関における退院支援・調整に関わる看護職が感じる困難とその対処について研究に取り組んだが、医療機関での調査のみでは地域包括ケア全体の課題をとらえるには限界があると思われる。今後は地域包括支援センターや訪問看護ステーションなどの在宅療養に関わる機関における調査も進めていきたい。

また、今回の結果では、介護施設における看護のあり方も多く述べられていた。国の政策では、在宅療養を促進していく方針であるが、今後の施設における看護・介護の在り方も検討していく必要がある。

VI. 結 論

1. 退院調整時に困難な事例について、施設や関係機関による要因と患者自身や家族の要因があり、退院調整部門のある医療機関は患者自身や家族の要因が多く、部門のない医療機関ではそのどちらも要因であった。
2. 患者自身や家族の要因により困難な事例においては、『患者と家族の調整が難しい』、『家族による介護が難しい』要因があり、医療機関内で様々な工夫が行われていた。一方『独居で支援者がいない』場合には、入院早期のスクリーニングにより早期からの支援介入が必要であり、その支援体制のネットワークの中に、行政機関や地域包括支援センターの役割が大きい。
3. 社会資源の不足は地域全体の課題であり、住民に対して健康なころから療養生活について考える機会を持つよう働きかけることが必要である。

謝 辞

ご多忙中、本研究にご協力いただきました医療機関の看護職の皆様へ深く感謝致します。

引用・参考文献

- 1) 厚生労働省：公的介護保険制度の現状と今

- 後の役割, 2013. http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/dl/hoken.pdf, (2014年10月6日検索)
- 2) 厚生労働省：持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律概要, 2013年. <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/185-01.pdf>, (2014年10月6日検索)
 - 3) 厚生労働省：平成25年(2013)医療施設(動態)調査・病院報告の概況, 2014年. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/13/dl/byoin.pdf>, (2014年10月6日検索)
 - 4) 永田智子, 大島浩子他：退院支援の現状に関する全国調査—病院機関における退院支援の実施体制に焦点をあてて, 病院管理, 41 (4), 301-310, 2004.
 - 5) 大倉美紀, 石原ゆきえ他：東京都内の病院の退院調整部署に関する調査, 日本医療マネジメント学会雑誌, 11 (4), 251-255, 2011.
 - 6) 緒方由美, 大井潤子他：病院における退院調整の体制に関する実態調査, 第43回日本看護学会論文集—看護管理—, 215-218, 2013.
 - 7) 厚生労働省：平成23年度在宅医療連携拠点事業総括, 2012年. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/54.pdf>, (平成26年11月10日検索)
 - 8) 厚生労働省：平成24年度在宅医療連携拠点事業総括報告書, 2013年. http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/seika/dl/h24soukatsu.pdf, (平成26年11月10日検索)
 - 9) 岩手県保健福祉部長寿社会課：地域包括ケアシステム構築のためのロードマップ作成に向けた市町村・地域包括支援センター調査結果分析と対応策の提言, 2014年. [http://www.mhlw.go.jp/material/_files/000/000/019/773/teigen.pdf](http://www.pref.iwate.jp/dbps_data/_material/_files/000/000/019/773/teigen.pdf), (平成26年11月10日検索)
 - 10) 宇都宮宏子：医療機関から地域への療養移行期の看護マネジメントを体系化する, 看護管理, 23 (12), 986-995, 2013.
 - 11) 宇都宮宏子：病院で行う在宅療養移行支援退院支援・退院調整・外来支援, 宇都宮宏子, 山田雅子(編), 看護がつながる在宅療養移行支援 病院・在宅の患者像別看護ケアのマネジメント, 11-19, 日本看護協会出版会, 2014.
 - 12) 日本訪問看護振興財団：退院調整看護師に関する実態調査報告書, 52-60, 2011.
 - 13) 黒江ゆり子, 藤澤まこと他：県内医療施設における退院調整の実態, 岐阜県立看護大学紀要, 5 (1), 109-115, 2005
 - 14) 前掲13)
 - 15) 廣野祥子, 中谷久恵他：島根県下の病棟看護職による退院調整の取り組み, 島根大学医学部紀要, 33, 33-39, 2010.
 - 16) 木佐貫篤, 黒木直子他：退院調整障害因子の検討—退院を困難にする社会的要因についての分析—, 全国自治体医療機関協議会雑誌, 46 (4), 538-541, 2007.
 - 17) 藤澤まこと：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—, 岐阜県立看護大学紀要, 12 (1), 57-65, 2012.
 - 18) 前掲13)
 - 19) 厚生労働省：地域包括ケアシステムの5つの構成要素, http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-3.pdf (2014年10月6日検索)
 - 20) 地域包括ケア研究会：地域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点, 2013. http://www.murc.jp/uploads/2013/04/koukail30423_01.pdf (2014年10月6日検索)

Abstract

Purpose: To clarify difficulties felt by nursing staffs responsible for discharge support and adjustment at healthcare facilities in cooperation with other facilities and jobs at patients' discharge from hospital, and countermeasures against them.

Method: Conducted interview researches with 14 nurses, who manage medical institutions in the prefecture.

Results/Discussion: For difficult cases in discharge adjustment, [Facility/Institutions Concerned Factor] and [Patient Himself/Herself and Family Factors] were picked out. [Facility/Institutions Concerned Factors] were "some cares are too difficult to offer in the facility," "coordination/partnership with institutions concerned is difficult," and "no support resource." [Patient Himself/Herself and Family Factors] were "difficulty in coordination between a patient and his/her family," "difficulty in care by family," "no supporter due to solitude," "patient's condition is serious, requiring more cares," and "economic difficulty," and "no support system is applicable." Faced with difficulties in discharge adjustment, all healthcare facilities manage to support patients and families during hospital, and support them in coordination and partnership with institutions concerned. The number of difficult cases is expected to keep on increasing in the future. It is desirable to enhance the cooperation with health, medical, welfare, and other relevant institutions and build a local comprehensive care system according to local realities.

Keyword : Discharge planning, Difficulties, Comprehensive Regional Care