

平成18年度退院調整体制調査アドバイス事業

退院調整体制の整備状況調査報告書

平成19年 3月

社団法人滋賀県病院協会

平成18年度退院調整体制調査アドバイス事業  
退院調整体制の整備状況調査  
「滋賀県における退院調整及び地域連携に関する実態調査」について

調査担当：広島大学大学院保健学研究科看護開発科学講座 教授 森山美知子氏

調査期間：平成18年9月1日～平成18年9月30日

調査対象：滋賀県病院協会会員病院、全61病院

滋賀県病院協会の全会員病院61病院に調査票を郵送し、53病院から回答を得（回収率86.9%）、53病院を分析の対象とした。

会員全61病院

回答53病院 設置主体の内訳

	会員病院数	回答病院数	回答率 (%)
地方自治体	15	14	
独立行政法人	2	2	
国立大学法人	1	1	
日本赤十字社	3	3	
社会保険関係	1	1	
済生会	1	1	
医療法人（財団法人、社団法人、社会福祉法人含む）	34	29	
個人	2	2	
合計	61	53	86.9

## I 研究目的

滋賀県では在宅医療を推進するため、平成 16 年度より厚生労働省から事業費を受け、地域の中核病院、診療所、訪問看護ステーション、福祉施設、薬局、保健所等が相互のネットワークをつくり、質の高い保健医療サービスを提供していくためのシステム構築を進めている。在宅医療の推進には、病院における退院調整が重要な役割を担っているが、滋賀県内の現状はまだ十分に機能しているとはいえない状況である。そこで、本調査は、滋賀県内における病院の退院調整体制の整備状況と地域連携の実態を調査し、現状と問題点を抽出することを目的とした。

## II 研究方法

調査期間:平成 18 年 9 月 1 日～平成 18 年 9 月 30 日

調査対象:滋賀県病院協会会員病院、全 61 病院

調査方法:郵送による自記式質問紙調査。滋賀県病院協会が、協会員であって、調査協力の同意をあらかじめ得た滋賀県内の病院に調査票を郵送、同封した封筒で返信してもらった。調査票には調査依頼書を添付し、調査票の返信をもって最終的な同意があったとみなした。なお、本調査は滋賀県から委託を受けた滋賀県病院協会の事業であり、調査票は記名式とした。

調査内容:調査票の構成:選択式と自由記述式の質問で構成した。

1. 病院の概要:設置主体、許可病床数、看護師配置基準(入院基本料)、病院種別、療養型病床の有無、併設施設・機関、訪問の実施、平均在院日数、在宅退院割合
2. 患者の退院状況:退院が円滑に行えているか、円滑に行えない患者の特徴、認知症患者や精神疾患患者・小児の退院調整の特徴、連携施設、転院先の種類、退院支援活動の実施状況
3. 地域連携(前方連携):開業医や他病院との連携・連携方法、開業医や他病院への提供物、連携を行うきっかけや開拓方法、患者データベースの作成やその方法、地域連携一覧表とその作成方法
4. 地域連携(後方施設):連携をとっている後方病院や施設、連携を行うきっかけや開拓方法、再入院する患者の特徴、地域内での情報交換方法
5. 退院調整部署:設置の有無、設立年度、過去一年間の退院調整の実施患者数、組織内の位置づけ、部署の責任者、部署のスタッフ、退院調整以外の業務、退院調整が含まれたクリニカルパス、部署設立による影響(アウトカム)、退院調整の流れとスクリーニング基準

分析方法:各項目の記述統計を行い、解析には SPSSver10.1 を用いた。

倫理的配慮:本研究は記名調査ではあるが、結果の公表の際には病院名は一切公開しない。自由記述内容のデータについても病院名は公表せず、全体としてまとめた。滋賀県病院協会に所属する病院へは、当該協会が調査協力依頼書、研究計画書、同意書及び同意取消書を郵送し、文書で同意の返信を得た。調査協力依頼書には、調査の趣旨と意義、本事業の全体計画、参加の任意性、拒否しても不利益を被らないこと、公表の仕方と活用方法を記載し、同意を得た。

### Ⅲ 結果

#### 1. 調査対象病院とその属性

滋賀県病院協会の全会員病院 61 施設に調査票を郵送し、53 病院から回答を得（回収率 86.9%）、53 病院を分析の対象とした（有効回答率 86.9%）。

調査対象となった 53 病院の基本属性を以下に示す。

##### 1) 設置主体

医療法人（特定医療法人を含む。）23 病院（43.4%）、地方自治体（県立 2、市立 10、病院組合 2）が 14 病院（26.4%）であった（表 1）。病院種別では、特定機能病院 1 病院（1.9%）、地域医療支援病院 2 病院（9.4%）、地域がん診療拠点病院 3 病院（3.8%）である（表 2）。（カッコ内の数字は病院数）

表 1 設置主体

	回答数	%
地方自治体	14	26.4
独立行政法人	2	3.8
国立大学法人	1	1.9
日本赤十字社	3	5.6
社会保険関係	1	1.9
済生会	1	1.9
医療法人	23	43.4
財団法人	5	9.4
社団法人	1	1.9
個人	2	3.8
合計	53	100

表 2 病院種別

	回答数
特定機能病院	1
地域医療支援病院	2
地域がん診療連携拠点病院	3

##### 2) 許可病床数及び看護基準

一般、療養、精神、結核の全病床を合計した許可病床数では、200 床未満が最も多く 29 病院（54.7%）、200～500 床未満 17 病院（32.1%）、500 床以上は 7 病院（13.2%）であった（表 3）。看護基準については、回答数が少なかったことから集計は行わなかった。

表3 許可病床数

病床数範囲	回答数	%
20～200床未満	29	54.7
200～500床未満	17	32.1
500床以上	7	13.2
合計	53	100

注：全病床種別の合計

### 3) 病床種別平均在院日数・在宅退院者割合

直近3ヶ月の各病院の平均在院日数の平均値は、一般病床33.2日、精神病床340.6日、療養病床(医療型)229.4日、療養病床(介護型)292.0日、結核病床40.9日であった(表4)。また、回答病院数は少なかったが、在宅退院者割合における平均は、一般病床78.7%、精神病床62.0%、療養病床(医療型)31.6%、療養病床(介護型)33.3%、結核：40.0%であった(表5)。

表4 病床種別平均在院日数

	一般病床	精神病床	療養病床 (医療型)	療養病床 (介護型)	結核病床
病院数	40	9	28	18	5
回答数	39	9	25	16	3
平均値	22.8(33.2)	340.6	229.4	292.0	40.9
中央値	18.4	274.2	142.0	231.4	41.9
最小値	11.6	28.6	26.7	25.3	13.0
最大値	82.5(466)	803.4	1003	999	67.7

注：一般病床の466日は、障害者病棟。この病棟を入れた平均値と最大値をカッコ内に示す。  
(カッコ外は、同じ病院の障害者病棟を除いた場合の平均在院日数56日で計算した数値)

表5 病床別在宅退院者割合

	一般病床	精神病床	療養病床 (医療型)	療養病床 (介護型)	結核病床
病院数	40	9	28	18	5
回答数	24	8	19	11	1
平均値	78.7	72.7	31.6	33.3	40.0
中央値	84.9	73.5	30.0	20.0	40.0

### 4) 病院の併設施設・機関

病院の併設施設・機関として多かったのは、訪問看護ステーション21病院(39.6%)。次いで介護老人保健施設の16病院(30.2%)であった(表6)。病院において併設施設・機関がある場合、1施設・機関である病院が多く、10病院であった(表7)。

表6 併設施設・機関

n=53 (重複回答)

併設施設・機関	回答数	%
訪問看護ステーション	21	39.6
介護老人保健施設	16	30.2
在宅介護支援センター	7	13.2
ヘルパーステーション	7	13.2
介護老人福祉施設	4	7.5
ケアハウス	2	3.8
介護利用型軽費老人ホーム	0	0
その他	10	18.9
グループホーム	(3)	
在宅介護支援センター1 病院、	(1)	
診療所 1 病院、	(1)	
特別養護老人ホーム 1 病院、	(1)	
訪問入浴 1 病院、	(1)	
知的障害児・肢体不自由児・通院施設 1 病院、	(1)	
通院リハビリ 1 病院	(1)	

表7 併設施設・機関の複合形態 n=53

併設施設	回答数	%
1	4	7.5
4	3	5.7
8	3	5.7
1・4	3	5.7
1・2	2	3.8
1・8	2	3.8
1・2・3	2	3.8
1・3	1	1.9
3・4	1	1.9
1・3・8	1	1.9
4・5・8	1	1.9
1・2・4・8	1	1.9
1・3・4・7	1	1.9
1・3・4・8	1	1.9
1・2・3・4・5	1	1.9
1・2・4・5・7	1	1.9
1・3・4・5・8	1	1.9
無回答	24	45.3

- |   |              |
|---|--------------|
| 1 | 訪問看護ステーション   |
| 2 | 在宅介護支援センター   |
| 3 | ヘルパーステーション   |
| 4 | 介護老人保健施設     |
| 5 | 介護老人福祉施設     |
| 6 | 介護利用型軽費老人ホーム |
| 7 | ケアハウス        |
| 8 | その他          |

### 5) 訪問医療の実施

訪問医療を実施していると答えた病院は 33 病院 (62.3%) であり、その内訳は訪問診療を行っている病院 21 病院 (39.6%)、病院からの訪問看護を実施している病院は 15 病院 (28.3%) で、病院からの訪問リハビリテーションの実施は 13 病院 (24.5%) であった (図 1、表 8)。

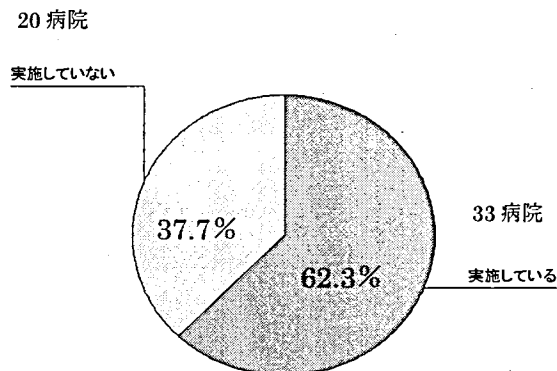


表 8 訪問医療の実際 n=53 (重複回答)

訪問医療の種類	回答数	%
訪問診療	21	39.6
病院からの訪問看護	15	28.3
病院からの訪問リハビリテーション	13	24.5

図 1 訪問医療の実施状況

### 6) 紹介率・逆紹介率

紹介率・逆紹介率は無回答が多かった。平均は、紹介率: 29.6%、逆紹介率: 20.6%であった (表 9)。

表 9 紹介率・逆紹介率 n=53

	紹介率	逆紹介率
回答数	38	27
平均値	29.6	20.6
中央値	24.2	14.5
最小値	2.0	2.2
最大値	91.0	69.0

### 7) 救急指定

救急指定病院は 34 病院 (64.2%) で (表 10)、内訳は、二次救急指定は 29 病院 (54.7%)、三次救急指定は 4 病院 (7.5%) であった。救急指定の有無と紹介率、逆紹介率にクロス集計表は表 11、表 12 に示す。

表 10 病院の救急指定 n=53

	回答数	%
有る	34	64.2
無い	19	35.8
合計	53	100.0

表 11 救急指定の有無と紹介率

		救急指定		合計
		有る	無し	
紹介率	25%未満	16 59.3%	6 54.5%	22 57.9%
	25%～50%未満	8 29.6%	1 9.1%	9 23.7%
	50%～75%未満	3 11.1%	3 27.3%	6 15.8%
	75%～100 未満	0 0.0%	1 9.1%	1 2.6%
合計	回答数 救急指定の%	27 100.0%	11 100.0%	38 100.0%

表 12 救急指定の有無と逆紹介率

		救急指定		合計
		有る	無し	
逆紹介率	25%未満	14 73.7%	6 75.0%	20 74.1%
	25%～50%未満	3 15.8%	1 12.5%	4 14.8%
	50%～75%未満	2 10.5%	1 12.5%	3 11.1%
	75%～100 未満	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
合計	回答数 救急指定の%	19 100.0%	8 100.0%	27 100.0%

## 2. 退院調整の実際と問題点

### 1) 病院の管理者の理解

病院及び看護部の理念や目標に地域連携に関する内容が上がっているか否かについて調査したところ、病院の理念として上がっているとした病院は 44 病院 (83.3%) (図 2-1)、看護部の理念として上がっている病院は 38 病院 (71.7%) (図 2-2) であり、多くの病院が意識をもって臨んでいることがわかった。

さらに、病院の理念に地域連携が上げられていることと退院調整部署の設置についてその関係をみたところ、理念に上げられていることが直接、退院調整部署設置につながっていないことがわかった。



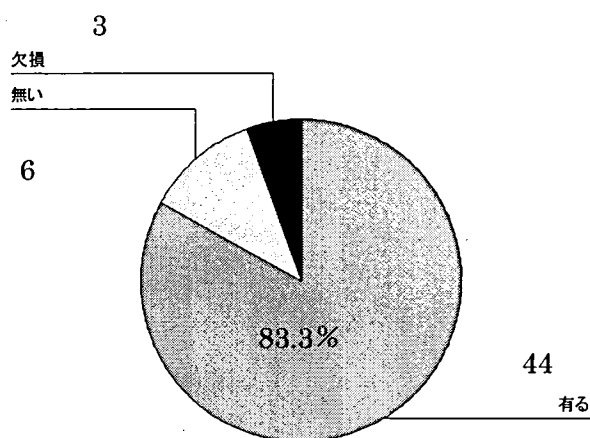


図 2-1 病院の理念

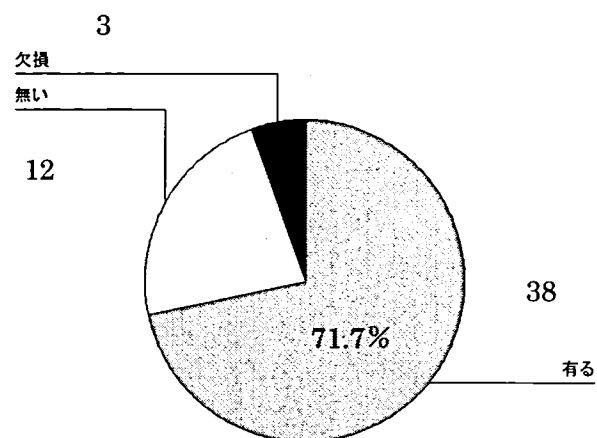


図 2-2 看護部の理念

表 13 病院の理念と退院調整部署設置との関係

	病院の理念		合計
	有る	無し	
退院調整部署の設置 有る	28 63.6%	3 50.0%	31 58.5%
無し	16 36.4%	3 50.0%	19 41.5%
合計	44 100.0%	6 100.0%	53 100.0%

注：退院調整設置部署なし 3 病院は、病院の理念について無回答のため除いている。

## 2) 退院調整の現状と問題点

### (1) 退院調整の円滑性

53 病院中 51 病院 (96.2%) が、退院が円滑に運ばないことがあると回答した (表 14)。そのうち、退院調整部署が設置されている病院は 30 病院 (58.8%) であり、退院調整部署がないと答えたのは 21 病院であった (表 15)。円滑に運ばないことを経験したことのない 2 病院は、1 病院には退院調整部署があり、1 病院にはなかった。ただし、退院調整部署がないと回答した 21 病院においても、設置に向けた動きや代行している者や部署が設けられている病院もあった (表 16)。

表 14 退院調整が円滑に運ばないことがあるかどうか n=53

	回答数	%
有る	51	96.2
無い	2	3.8
合計	53	100.0

表 15 退院の円滑性と退院調整部署設置の関係

			退院がスムーズでない		合計
			有る	無い	
退院調整 部署の有 無	有る	度数	30	1	31
		退院調整部署の有無の%	96.8%	3.2%	100.0%
	無い	退院がスムーズでないの%	58.8%	50.0%	58.5%
		度数	21	1	22
合計	無い	退院調整部署の有無の%	95.5%	4.5%	100.0%
		退院がスムーズでないの%	41.2%	50.0%	41.5%
合計	無い	度数	51	2	53
		退院調整部署の有無の%	96.2%	3.8%	100.0%
		退院がスムーズでないの%	100.0%	100.0%	100.0%

表 16 退院調整部署のない病院の動向

n=21

	回答数	%
代行している者・部署がある	9	42.9
現在検討中である	4	19.0
設置に向けて準備中である	2	9.5
今のところ考えていない	2	9.5
無回答	6	28.9

退院が円滑にいかない理由として、「患者・家族が抵抗を示す」と回答した病院は 47 病院 (88.7%) であり、次いで、「後方施設を探すのが困難」と回答した病院が 42 病院 (79.2%) であった (表 17)。重複回答であるが、この 2 点が、退院がスムーズにいかない理由の 8 割～9 割を占めていた。

円滑にいかない具体的理由について表 18 に示す。

表 17 退院が円滑にいかない理由

n=53 (重複回答)

	回答数	%
患者・家族が抵抗を示す	47	88.7
後方施設を探すのが困難	42	79.2
医師の理解が少ない	15	28.3
看護師の理解が少ない	5	9.4
幹部（院長や事務長、看護部長等）の理解が少ない	0	0
その他	3	5.7

表 18 退院がスムーズにいかない具体的な理由

「患者・家族が抵抗を示す」の具体	35
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族内での介護力不足（介護者が高齢、介護者がいない、介護者数の不足、昼間患者を一人にしておけないなど） (10)</li> <li>・ 患者が認知症をもつ場合、自宅受け入れを拒む (4)</li> <li>・ 家族の介護負担に対する不安 (4)</li> <li>・ 家族の非協力（家族の介護拒否、完全によくなるまで入院を望む、同居の拒否、患者と家族の人間関係の崩れ、など） (3)</li> <li>・ 在宅での介護困難（経済的な理由、医療処置が発生することによる困難など（気管切開、胃瘻、経管栄養など）） (2)</li> <li>・ 医療者と家族の退院時期の認識の不一致（ゴール設定の違いを含む） (3)</li> <li>・ （精神科領域）患者と家族の関係のトラウマから現在の患者を受け入れることができない（陽性症状等の対応困難の記憶が残り、受け入れることが困難） (1)</li> <li>・ 家族がいない（独居）から患者が長期入院を希望/単身者の住居確保困難 (7)</li> <li>・ 家族の「施設より病院の方が費用負担額が少ないこと」「世間的体裁がよいこと」「療養（ケア）よりも治療を望むこと」による退院の拒否 (1)</li> </ul>	
「後方施設を探すのが困難」の具体	30
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 施設数不足及び施設の空床不足 (16)</li> <li>・ 医療処置（経管栄養等）対応可能な施設の不足（又は施設がない） (4)</li> <li>・ 終末期医療受け入れ施設の不足（又は施設がない） (1)</li> <li>・ 障害者受け入れ可能施設の不足（又は施設がない） (1)</li> <li>・ 患者・家族の経済的問題による施設入所困難（施設での自己負担金が大きいため、適切な施設が見つからない） (3)</li> <li>・ 制度改正に伴う療養型病床等医療機関の長期療養患者受け入れの減少/医療区分の明確化に伴う患者の状態と施設の不一致 (4)</li> <li>・ 家族の希望と施設状況の不一致 (1)</li> </ul>	
「医師の理解が少ない」の具体	9
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 退院のゴール（時期や目安）についての患者・家族への説明不足 (2)</li> <li>・ 退院の指示が出ないことによる退院時期・退院指導内容の設定困難 (1)</li> <li>・ 空床コントロールのための退院時期の変動（退院の指示が空床によって変わる） (2)</li> </ul>	

・ 在宅療養についての理解・認識不足（介護保険制度利用の認識不足や特定疾患については在宅療養が無理だと判断することなど）	(2)
・ 退院や諸制度の活用に伴って発生する書類記入の遅延	(2)
<b>「看護師の理解が少ない」の具体</b>	<b>6</b>
・ 急性期医療処置を優先することによる退院に関する業務の遅延	(1)
・ 在宅支援に関する知識、認識の欠如	(1)
・ 退院調整の理解・認識不足（どの時期に退院計画を立案し、調整を行うのか理解ができていない）	(1)
・ 早期から退院計画に着手することの意識の不足	(1)
・ 退院に向けての家族とのコミュニケーション不足	(1)
・ 後方施設の理解不足（どのような患者をどの施設が受け入れるのかわからない）	(1)
<b>「その他」の具体</b>	<b>5</b>
・ 病院の経営方針「空床管理」（空床を作らないために退院を延長する）	(1)
・ 在宅療養を可能にする地域の社会資源不足（訪問介護、ショートステイ等）/開業医による訪問診療体制の不足/行政側の協力体制の弱さ	(1)
・ 医療費の問題	(1)
・ 医師と看護師との情報交換/コミュニケーションの不足（家族が仕事をもっていることが多く、）家族が病院に来院しないため、話し合いを持ちにくい	(1)
・ 精神疾患に対する地域・家族の無理解や理解不足（10年以上の長期入院者が地域に復帰するのはきわめて困難）	(1)

## （２）退院が円滑に運ばないケースの特徴とその状況

退院が円滑に進まないケースの特徴について、表 19 に示す。「家族の介護力に問題がある患者」と回答した病院は 50 病院と全体の 94.3% を占めていた。次いで、「継続的な医療処置が必要な患者」32 病院（60.4%）、「経済的な問題のある患者」30 病院（56.6%）と続いた。

表 19 退院が円滑に進まないケースの特徴 n=53（重複回答）

	回答数	%
家族の介護力に問題がある患者	50	94.3
継続的な医療処置が必要な患者	32	60.4
経済的な問題のある患者	30	56.6
ターミナル期の患者	22	41.5
その他	10	18.9

退院が円滑にいかない場合をさらに具体的に聞いたところ、家族の協力が得られないと回答した病院は 50 病院（94.3%）であり、次いで介護者が高齢であると回答した 45 病院（84.9%）、同居家族がいない（近くに家族がいない）と回答した 42 病院（79.2%）、受け入れてくれる施設がないと回答した 40 病院（75.5%）と続いた（表 20）。

表 20 退院が円滑にいかないのはどのような場合か n=53 (重複回答)

	回答数	%
家族の協力が得られない	50	94.3
介護者が高齢である	45	84.9
同居家族がいない (近くに家族がいない)	42	79.2
受け入れてくれる施設がない	40	75.5
緩和ケア施設がない	5	9.4
受け入れてくれる開業医がいない	4	7.5
受け入れてくれる訪問看護ステーションがない	3	5.7
医療材料を提供するサプライ機関が地域にない	2	3.8
その他	6	11.3

### (3) 退院調整が困難なケースの退院調整の特徴と問題点

#### a. 認知症を合併する患者の退院調整の特徴と問題点 (表 21)

認知症で徘徊等の行為がみられる場合、家族による自宅での介護が困難で施設入所の調整をする病院が多いが、受け入れ施設の絶対量の不足から、病院での待機が発生している。また、精神科に転院しているケースもみられた。後方施設によっては、認知症患者の受け入れそのものを拒む施設や、医療処置、身体拘束の必要の有無、薬剤使用によって受け入れを拒む施設などの問題点が上げられた。

在宅においては、介護する家族を支援するため、在宅ケアマネジャーと協力してショートステイを活用するなどサービスを組み合わせて調整を行っているケースもあった。それでも、認知症の困難な状況に対応できるほどのサービスの種類や量が不足しており、24時間対応、若年性認知症への対応など、問題点が指摘された。

家族調整や教育も重要な視点であり、退院調整と合わせて家族教育を行い、関係性を調整している病院もあれば、十分に対応できていない病院もあった。

表 21 認知症を合併する患者退院調整の特徴と問題点

全体的な退院の方向性	12
・ 介護認定を受けていない場合は申請を勧め、在宅支援につなげる。家族介護が困難な場合は、施設入所、転院を進める。徘徊や暴力行為などが強い場合は精神科に転院する。	(1)
・ 自宅への退院で徘徊などの行動がある場合、在宅のケアマネジャーと連携をとり、施設や病院の短期入所、入院、毎日のリハビリ通院等をプランに組み込み、介護者の自由な時間を少しでも確保できるように努力している。	(8)
・ 自宅退院の場合、地域包括支援センター福祉課等行政を活用して調整する。 (特に困難を認めない病院)	(1)
・ 病棟によって困難な度合いが異なる。呼吸器病棟では認知症の有無に関わらず医師が家族に説明し治療し、治療が終了すれば円滑に退院している。	(1)
・ 寝たきりの患者がほぼ 100%なので、徘徊の問題もなく退院調整時の問題もない。	(1)
問題点：受け入れ施設の絶対量の不足	3
・ 重症度が上がるに従って在宅は困難。認知症専門病院に紹介。しかし、空床がなく転院	

が困難。 ・ 施設への退院調整を行うも待機が長いため、入所が決定する頃には本人の状態が変化してしまい入所を断られることが多々ある。	(2) (1)
<b>問題点：後方施設の看護力の不足等</b>	<b>7</b>
・ 認知症を理由に受け入れを拒む医療機関がある。また、徘徊等問題行為のある場合、病院の受け入れは困難である。 ・ 認知症に関する服薬がある場合、薬価的な問題で老健での対応不可がある。 ・ 医療依存度の高いケースは対応できる施設がない。 ・ グループホームの紹介をしたいのだが、費用高く、注入食（PEG）がしてもらえない、日中独居として徘徊する場合、外から錠をしている等、倫理的な問題を抱えるケースがある。 ・ 処置があり、そのために身体の拘束を要す患者は、施設では拘束廃止の方針のため受け入れされにくい。 ・ 経口摂取量が足りない場合、点滴（IVH）や胃瘻での退院になることもあり、入院入所できる療養型病院や施設が限定される。	(1) (1) (1) (2) (1) (1)
<b>問題点等：家族調整</b>	<b>14</b>
・ 記憶保持の難しさから本人の意向発言が一貫しないことも多いため家族の意向で退院先が決定されることが多い。 ・ これまでの家族関係の悪さから、それを理由に受け入れを拒む家族がある。 ・ 徘徊などの行動がある場合は介護側の負担が大きく家族の協力が得られない場合が多い。（理解不足、介護力不足、介護者が高齢、経済的困難、昼間独居となる等） ・ 介護度が低い認知症は家族の見守りが終日必要で、家族は社会資源を利用しても、充分ではなく、仕事をやめるしかなく、肉体的にも精神的にも経済的にも負担が大きい。 ・ 家族の認知症に対する理解が乏しく、病院に入れておけば家族としては安心である。 ・ 退院調整の始めに、家族に認知症について充分理解してもらう関わりが重要であり、サービス調整にはかかせないプロセスだと思う。	(1) (7) (1) (1) (3) (1)
<b>問題点：在宅介護を支える社会資源の不足</b>	<b>4</b>
・ 家族、訪問看護ステーション、在宅サービスにおいて 24 時間体制の確立ができていない。 ・ 特に若年性認知症の場合、サービスが少ない（活用できる社会資源が限定される）。サポートシステムが確立されていない。 ・ 昼夜逆転等により訪問ヘルパーの派遣が厳しい。 ・ 徘徊、転倒等の危険行為に対して、見守る家族・地域の受け皿が乏しい。	(1) (1) (1) (1)

#### b. 精神疾患を有する患者の退院調整や問題点や特徴（表 22）

精神疾患についても多くの医療機関から回答が寄せられた。リエゾンナース等と連携しながら退院調整を行っている病院もあるが、入院が長期で患者・家族の病院への心理的な依存が発生していること、地域の偏見や受け入れ機関・社会資源が少ないことから退院調整には多大な時間とエネルギーを要していることが浮かび上がった。後方連携機関にも偏見や対応技術の未修得があり、避ける傾向があること、住宅サービスや経済的サービスが遅れていること、自傷・他傷などのリスクに対応するシ

システムが整っていないことが挙げられた。また、地域社会の偏見や無理解から家族に責任が転嫁され、家族が孤立しやすいこと、家族が入院前の患者との困難な人間関係を覚えており、受け入れが困難なことなども強く影響しており、地域全体での取り組みとともに、家族関係の調整や支援も必要であることが示唆された。

表 22 精神疾患を有する患者の退院調整や問題点や特徴

<b>全体的な退院調整の概略</b>	<b>3</b>
・リエゾンナースと協働して行っている。	(1)
・かかりつけ医もしくは心療内科医への受診を勧め連携をとっている。	(1)
・家族が病気をどこまで理解しているか、患者をどこまで受容しているかを充分把握していく必要がある。この理解や受容を促すため、教育指導を早くから開始できることがベストである。	(1)
<b>患者本人の医療依存・不安の軽減への支援の必要性</b>	<b>2</b>
・退院に対する不安や長期入院による退院意欲の減退で入院継続を希望する。本人の望むペースやタイミングで退院調整が進まないと苛立ちや焦りから不調になることがある。	(1)
・長期入院のため、患者の高齢化が進んでいる。病院への過剰適応がある。合併症・ADLの低下がある。受け入れる家族がいないなどの社会的要因から退院が困難になっている。	(1)
<b>問題点：家族の介護力不足や経済的困難等</b>	<b>2</b>
・自宅への退院は若い人が多い。薬の管理のために訪問看護に入ってもらうが、家族が経済的理由などで、途中で訪問看護を拒否する。訪問看護の利用についての家族の理解が薄い。	(1)
・介護者が高齢であり、介護力が低下している。	(1)
<b>地域や家族との関係調整の必要性</b>	<b>5</b>
・入院前、患者の精神症状からくるトラブルで家族や地域との関係が悪化している場合が多々あり、関係調整に時間を要する。	(1)
・精神疾患を受け入れる文化がなく、地域全体で患者を支えるという体制が不十分。	(1)
・専門的な治療を必要とするため、家族の理解が困難。	(2)
・家族だけに責任が転嫁される不安がある。また、家族の対処能力の欠如もある。	(1)
<b>問題点：受け入れ施設・社会資源の不足/サービス事業者の無理解</b>	<b>6</b>
・退院後の住居整備、経済的自立への支援が必要。	(1)
・自傷、他傷のリスクがあり、地域の受け入れが困難。主治医の判断から入院対象とならない場合もあるが、自宅に帰ることもできないケースがある。	(1)
・精神疾患への偏見もあり、社会資源が極めて少ない。受け入れ先がみつからない。行政等介入してもらい対応を試みるが、行政がなかなか動かない。	(1)
・利用可能な施設が少なく、入院が長期になってしまった慢性の患者の退院先（施設）がない。	(1)
・身体的には問題がない場合、要介護にもならず、受け入れ施設がみつからない。	(1)
・長期入院の患者への退院の働きかけに関しては、多大なマンパワーが必要。	(1)

問題点：専門医の不在	2
・ 専門医がいないため調整が難しい。	(1)
・ 専門医不在。	(1)

c. 小児の慢性疾患、難病、発達障害等の退院調整に問題点や特徴（表 23）

小児の場合、退院調整の特徴として、長期（年単位）又は生涯にわたるケースマネジメントが必要となること、両親を十分に巻き込むことの必要性、学校の養護教諭や保健所との連携の必要性が特徴として挙げられた。しかし、難病や発達障害をもつ児の受け入れ施設が少ないこと、在宅介護を支援する社会資源や体制の弱さが指摘された。自宅で介護する場合、きょうだいの育児や家事との両立を図らなければならない母親への支援の不足が問題点として上げられた。

表 23 小児の慢性疾患、難病、発達障害等の退院調整に問題点や特徴

小児の退院調整の概略	3
・ 退院調整の件数が多く（必要性が大き）継続してかわり、数年にわたって調整を行っている。（長期にわたるケースマネジメントが必要となる。）	(1)
・ 学校の養護教諭、保健所等との連携を行う。	(1)
・ 自宅への退院の場合、両親に十分に指導する。自宅での管理をよくやっているケースが多い。	(1)
問題点：在宅支援の視点をもつ施設の不足	3
・ 在宅介護を支える医療機関がない。	(1)
・ 発達障害や難病を受け入れる施設がなく、一生、病院に入院するケースもある。	(1)
・ 家族が低所得の場合、療養型施設への入所も困難な場合がある。	(1)
問題点：地域における社会資源の絶対的な不足	5
・ 高齢者に比べ利用できるサービスが少ないため、退院後の生活に希望するサービスが導入できない。	(1)
・ 利用できるサービス（訪問看護、訪問介護、ショートステイなど）が不十分であり、在宅介護を行う家族を支援する体制が組めない。	(2)
・ 医療処置が発生する場合、医療物品や衛生材料などの確保、かかりつけ医の確保が困難。訪問看護との連携が重要だが、小児・難病等に対応できるステーションが少ない/ない。	(2)
問題点：家族を支援するサービスの不足	3
・ 退院後の自宅育児支援が整わない。親側の問題として、育児能力の不足や母子家庭が増加している。また、親の育児と介護の負担への対応もできていない。（母親がきょうだいの育児や家事の役割も同時にこなさなくてはならない。）	(1)
・ 難病で児が全介助を要する場合、家族の介護力が低いと在宅では介護が困難。	(1)
・ 母親が病院に依存ばかりしていて、とても小さなことまで要望してくるケースがある。この場合、訪問診療と連携を組むとうまくいく。	(1)



d. IVH・酸素・麻薬系鎮痛剤・人工呼吸器が必要な患者が退院する場合、どのような問題が生じるか  
(表 24)

継続的な医療処置がある場合、円滑な退院が困難な場合があることが6割の病院から上げられた。具体的な内容をまとめてみると、家族の心理的・物理的抵抗があること、地域で医療処置を受け入れ、24時間対応してくれる開業医や訪問看護ステーションが多くはないこと、薬剤や物品を調達するサブライセンダーの確保困難な地域があることが主に上げられた。緊急時の対応や家族の不安への対処のためのバックアップ体制の構築など、入院中に実施すべき点が上げられている。また、在宅につなぐためには病棟の看護師の意識も重要であることが述べられている。

表 24 IVH・酸素・麻薬系鎮痛剤・人工呼吸器が必要な患者が退院する場合

医療依存度の高い者の退院調整の特徴と問題点	11
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 退院前に担当医師、看護師、訪問看護師、ケースワーカー、家族との面談を行っている。(1)</li> <li>・ 家族指導、訪問看護の依頼、業者との調整が必要である。(1)</li> <li>・ 家族、地域サービス等、サポート体制を整えるのに時間を要する。また、医療依存度が高いと患者も在宅サービス事業所も受け入れに抵抗を示す。(1)</li> <li>・ 24時間外来受診を可能とし、24時間オンコールで訪問看護師が対応し、退院指導を充実させて可能にしている。(1)</li> <li>・ 在宅復帰率は低い。病院は一般病院をあたるしかないので京都府内まで問い合わせをしている。(1)</li> <li>・ 前例がない。ターミナルケアの必要な者については介護保険サービス利用を説明する。(1)</li> <li>・ 受け入れ先の医師を決定しにくい。(1)</li> <li>・ 家族及び在宅サービスにおいて24時間体制の確立ができていない。(1)</li> <li>・ 病棟内で家族に指導をしてもらっていても、退院日ごろに病状が悪化して入院期間が長引くことがある。これに対して拡大カンファレンスを持ち、目標を決め、地域につないでいけることをスタッフにアピールしている。(1)</li> <li>・ 処置、管理料について高額な自己負担が発生し、また、医療依存の高さから施設においても、自宅においても対応ができない。(1)</li> <li>・ 在宅の場合は家族の理解と協力がないと訪問看護等がフルに介入しても困難なケースが多く、医療の療養型を希望し入院することが多い。(1)</li> </ul>	
在宅における医療処置ごとの具体的な対応と問題点	17
<p><u>中心静脈栄養 (IVH)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 日々の薬剤の更新、ルート交換等、訪問看護師と医師の連携が円滑に行くよう仲介する。(1)</li> </ul> <p><u>在宅酸素・人工呼吸器</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 業者との連携をとり、機械のトラブルがないように、また訪問看護師、家族との連携がうまくいくよう仲介する。(1)</li> <li>・ 人工呼吸器の場合、バックアップしてくれる体制づくり・訪問看護への依頼を行う。(1)</li> </ul> <p><u>問題点</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人工呼吸器管理に協力が得られる家族がいない。IVHでも同じことがいえる。(1)</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ IVH と在宅酸素のケースのみ、どちらも家族に手技を習得してから帰ってもらうが、トラブル時の対応に不安を抱える家族が多い。IVH については、薬品の調合をどこが担うのかが問題。過去には、薬品注入ポンプは業者委託、トラブル時の対応には訪問看護に依頼した。(1)</li> <li>・ 麻薬系鎮痛薬は自宅で与薬。(1)</li> <li>・ 人工呼吸器装着患者は、退院できない。(1)</li> <li>・ IVH、酸素などはポートの管理、消毒など、家族の理解力に差があり、困難な場合がある。ALS などで人工呼吸器が必要な場合は本人と患者の不安感をどのようにぬぐいさることができるかによる。地域のバックアップ体制による在宅支援力の強化が必要。(1)</li> <li>・ IVH については、訪問看護のマンパワー不足があり、対応できない。また、輸液ポンプ等を扱っている業者がない。(1)</li> <li>・ 人工呼吸器については、在宅相談窓口がなく、在宅人工呼吸器の業者と扱い業者が遠方のため、生命を危険にさらさせることがある。(1)</li> <li>・ IVH や人工呼吸器を扱える開業医が少ない。また、レスパイと入院がとれない。(1)</li> <li>・ 休日、祝日の訪問診療や訪問系フォローができる機関が少ない。ケアマネジャーと相談し情報交換し、調節交渉またはカンファレンスへの出席を求める。(1)</li> <li>・ 訪問看護ステーションとの連携により、人工呼吸器の患者以外は対応できるが、呼吸器の場合は訪問看護ステーションの抵抗が強く、在宅に至ってない。しかし、今後はこのようなケースに対して、24 時間の訪問看護ステーション体制と在宅支援診療所との連携がなくては円滑に移行できないと思う。(1)</li> <li>・ IVH を実施する場合、IVH 液のバックの交換方法を家人に習得してもらい、交換は家人に任せることができたら、手間が省けて良いと考えるが、これは違法行為になると思われる<sup>注)</sup>。この点、弾力的に考慮してもらえないものかと考える。(1)</li> <li>・ 患者の QOL の点からも自宅退院する患者については IVH から PEG に変更し、自己管理が容易にできるようにしている。(1)</li> <li>・ IVH の場合、費用の問題が生じ断念した。(1)</li> <li>・ 気管切開をしている、胃瘻・腸瘻を留置をしている者には、家族指導が必要。訪問看護ステーションの担当者とカンファレンスを持つ。(1)</li> </ul> <p>注) 家族が実施する場合、違法行為にはならない。(1)</p>	
<p><b>問題点：在宅医療系サービスとの連携の困難</b></p>	9
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅医療系サービス事業者と円滑な連携がとれない。医療ソーシャルワーカー (MSW) とケアマネジャーとの連携の際、役割分担が不明瞭で、円滑な連携が難しい。(1)</li> <li>・ 開業医との連携がスムーズに行かない。往診、在宅管理をしてもらえる開業医が少ない。(1)</li> <li>・ 地域の連携職員 (ヘルパー、訪問看護師) が大変だと感じた症例の場合、調整は容易ではない。再三カンファレンスを持ち、実際にケアの現状に参加してもらうなどの対策を行っている。(1)</li> <li>・ 家族の受け入れ、急変時の対応、病院と地域連携など、コミュニケーション不足によるトラブルが多い。(1)</li> <li>・ 訪問看護ステーションとの看看連携を密にすることで、特にトラブルなく在宅療養を</li> </ul>	

<p>続けている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>輸液を調整する薬局が、例えば長浜市内だと1ヶ所しかない。</li> <li>訪問看護ステーションが受け入れてくれないときがある。その場合、直接退院調整看護師が交渉し、ケアマネジャーとの連携を行っている。</li> <li>24 時間対応の訪問看護、24 時間対応の往診医がいない/少ないため、緊急時の対応ができない。</li> <li>日中は訪問看護ヘルパーで処置、観察、見守りなど行うことは可能だが、夜間については受け入れ先がなく困っている。</li> </ul>	<p>(1)</p> <p>(1)</p> <p>(1)</p> <p>(1)</p> <p>(1)</p>
<b>家族の不安や対処困難</b>	<b>7</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>機械の管理に対し、家族の不安が大きい。また急変時の対応、24 時間続く介護等に対しても不安が大きく、在宅療養に踏み切れないことが多い。また、そのような患者を受け入れてもらえる開業医も少ないのが現状。そのため、安心して退院できるよう、ケアマネジャー、かかりつけ医、訪問看護師等とサービス調整を行ってから退院してもらっている。</li> <li>機器の取り扱いや緊急時の対応を家族に熟知させることが困難なことが多い。特に高齢世帯の場合は顕著である。訪問看護ステーションを活用し対処している。</li> <li>問題は複数存在するが、特に本人と家族の思いのずれや受け入れる医療機関や地域資源の認識のずれが問題となる。対応としては、面接を重ねる。カンファレンスを数回行うなどしている。</li> <li>在宅での 24 時間管理は大変困難であり、家族への不安に対するストレスは大きい。</li> <li>往診、訪問看護の調整・医療処置の方法や必要性、また在宅支援の内容についてわかりやすい言葉で説明する。</li> <li>一人で管理する患者の自己管理の理解が深まらない。十分な教育と支援体制の整備を行っている。</li> <li>介護者の不安や負担軽減のために、病棟カンファレンスや退院カンファレンスを行う。</li> </ul>	<p>(1)</p> <p>(1)</p> <p>(1)</p> <p>(1)</p> <p>(1)</p> <p>(1)</p> <p>(1)</p>

### 3. 退院調整における地域連携

#### 1) 転院先および連携先施設・機関

直近 3 ヶ月の転院先施設として多かったのは、介護老人保健施設の 39 病院 (73.6%) であり (表 25)、連携先機関として多かったのは、訪問看護ステーションの 39 病院 (73.6%)、次いで地域包括支援センター 29 病院 (54.8%) であった (表 26)。

表 25 転院先として多かった施設 n=53 (重複回答)

	回答数	%
介護老人保健施設	39	73.6
療養病床(医療型)	26	49.1
療養病床(介護型)	26	49.1
介護老人福祉施設	25	47.2
リハビリテーション病院	15	28.3
一般病院	14	26.4
精神病院	5	9.4
地域医療支援病院	4	7.5
有床診療所	1	1.9

表 26 連携先として多かった機関 n=53 (重複回答)

	回答数	%
訪問看護ステーション	39	73.6
地域包括支援センター	29	54.7
在宅介護支援センター	28	52.8
かかりつけ医	27	50.9
福祉事務所	22	41.5
社会福祉協議会	21	39.6
市区町村保健センター	17	32.1
ヘルパーステーション	15	28.3
保健所	12	22.6
在宅療養支援診療所	4	7.5
その他	10	18.9
障害者生活支援センター		
通所授産施設		
他医療機関 (地域連携室)		
子供家族相談センター		
滋賀県重症心身障害児ケアマネージメント支援事業		
介護保険サービス提供事業所		
民生委員		

#### 2) 地域連携 (前方連携)

前方連携の実施状況を表 27 に示す。実施していると回答した病院が 37 機関 (72.5%) であった。具体的な連携方法は、表 28 に示すとおりである。電話・ファックスを用いての (特殊) 検査のダイレクト予約がもっとも多く、電話・ファックスでの外来優先予約、検査の受託、医療機器や開放病床の共同利用などが続いた。

連携システムでは、「大津市医師会病院連携システム」がすでに構築されたものとして上げられた。また、個々の診療所と病院が連絡体制や連携システムを構築しているところや、利用登録医師との意見交換会や近医との連絡会議を開催しているところもあった。そのほか、医師会の研修会を利用し、医療フォーラムも開催していた。

地域連携室等の窓口を設置、一本化し、そこの担当者との電話でのやり取りや診療情報や紹介

状の送付といった直接連携も行われており、地域連携室、医療福祉相談室、継続看護室を窓口として予約や相談を受けることも行われている。具体的には、

- 依頼側の主治医や担当ケースワーカー等から入院患者紹介前に、情報提供を電話や文書で受けとる。
- 連携担当部署で、受診入院検査の電話及び FAX での連絡体制をとり、連絡が入ってから 10 分以内に返信を行っている。
- 地域連携担当者が他院を定期的に訪問し、当院の医療情報や診療科等を報告している。
- 病診連携マニュアルにそって、FAX で依頼を受け、確認票（予約日時、医師名簿）を FAX で返信し、後日、その受付確認票と情報提供書を持参してもらい、待ち時間を少なくする（FAX で保険情報が事前に入ってくるので、カルテ等が準備ができています。医師にも依頼 FAX で診療目的等の情報が入っている）

などが、挙げられた。

表 29 には前方連携の実施と救急指定の有無の関係を示す。

表27 前方連携の有無 n=51（回答病院）

	回答数	%
とっている	37	72.5
とっていない	14	27.5

表 28 連携内容 n=37（前方連携をとっていると回答した病院の重複回答）

	回答数	%
検査等のダイレクト予約	24	64.9
外来優先予約	20	54.1
検査の受託	17	45.9
入院待機日数なし	15	40.1
医療機器の共同利用	13	35.1
開放病床の共同利用 共同手術・共同検査 産科オープンシステム		
疾患・領域別の連携システム 地域連携インプラントシステム 顎矯正治療システム		
空床状況の情報提供		
検査結果、 フィルム等の迅速な貸し出し		
広報誌、業務関係資料の送付		

表 29 前方連携の実施と救急指定の有無との関係

	救急指定		合計
	有る	無し	
前方連携   とっている	28 82.4%	9 47.4%	37 69.8%
とっていない	5 14.7%	9 47.4%	14 26.4%
無回答	1 2.9%	1 5.3%	2 3.8%
合計	34 100.0%	19 100.0%	53 100.0%

#### 4) 連携先の開拓方法

連携先の開拓方法の詳細については、自由記述データを表 30 にまとめた。

表 30 連携先の開拓方法の実際

広報誌の活用などによる PR ・ 広報誌や専門誌への掲載、業務内容資料/連携便りの（郵送）配布 ・ 広報誌を医師会へ送付等	(1) (2)
連絡会等での PR ・ 連絡会や業務説明会を開催し、そこで PR を行う ・ 生涯教育研修会を開催し、PR	(1) (1)
地域の連携ネットワークの活用 ・ ファックスによる大津市医師会病院連携に参加	(1)
直接訪問（開業医・施設・企業）	(7)
直接相手機関と連絡を取り合う ・ 他病院の地域連携室とのファックス等のやりとり ・ 親切丁寧に対応を行う。	(2) (1)
地域の調査の実施 ・ 開業医の受け入れ対応可能な疾患等についてアンケート調査を行う。	(1)

#### 3) 地域連携（後方連携）施設をどのように開拓しているか。

後方連携の開拓については、前方連携と重複するが、表 31 に記載された具体を記す。「特に何も実施していない」と回答した病院もあったが、「日ごろから顔の見える連携に心がける」「在宅であれば、前方連携施設への移行（紹介）が基本」の姿勢が多く、多くの病院から回答された。

表 31 後方連携施設の開拓方法

<b>機関や施設への直接訪問・電話/郵送連絡による開拓</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 新規開設施設の開拓（電話、聞き込みやパンフレット依頼等） (5)</li> <li>・ 定期訪問と依頼の実施 (3)</li> <li>・ ケースを通しての直接依頼 (1)</li> <li>・ 訪問看護ステーションを通しての開拓 (1)</li> <li>・ 地域包括支援センター、役場の介護福祉課、民生・児童委員を通して開拓 (1)</li> </ul>	
<b>担当者の連絡網の活用（MSW, 医師 など）</b>	(2)
<b>情報交換の仕組みの構築</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 紹介患者の入退院の状況報告。紹介患者の入院中の中間報告 (1)</li> <li>・ 施設からの訪問をうけて空部屋状況がファックスに送られてくる。 (2)</li> </ul>	
<b>地域連絡協議会の立ち上げ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域連絡協議会を立ち上げた（連携についての話し合いを開始） (1)</li> <li>・ 地域看護連携交流会（東近江医療圏） (1)</li> <li>・ 拡大会議、連携会議の実施 (1)</li> </ul>	
<b>調査の実施・データベースの作成</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ インターネットによる地域医療機関の検索 (3)</li> <li>・ 開業医への質問用紙による情報収集を行いパンフレット作成 (3)</li> </ul>	
<b>複合型施設として後方施設を設置・活用</b>	(1)

#### 4. 円滑な退院を実施するための条件（退院調整を成功させるための条件）

##### 1) 再入院患者の特徴

適切な退院調整を行っていない場合、患者が入退院を繰り返すことになる。そのため、どこに問題があるのかを明らかにするために、再入院してくる患者の特徴について問うた。その結果、高齢者の再入院の問題が多く上げられ、自宅又は施設における全身管理の不足や慢性疾患のコントロール不良が理由として挙げられた（表 32）。

表 32 再入院してくる患者の特徴

<b>高齢者</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 誤嚥性肺炎 (10)</li> <li>・ 全身状態の悪化、褥瘡等による急性増悪 (4)</li> <li>・ 脱水 (3)</li> <li>・ 脳梗塞の再発 (2)</li> <li>・ 全身状態の悪化 (2)</li> <li>・ 貧血 (1)</li> <li>・ 食事摂取困難 (1)</li> </ul>	
---	--

・ 認知機能障害の悪化	(1)
・ 認知症患者の転倒による骨折	(1)
・ 認知機能障害/判断力低下による療養指導の困難者	(1)
慢性疾患のコントロール不良/同一疾患による再入院の繰り返し	
・ 糖尿病のコントロール不良	(1)
・ 心不全、COPD、透析など慢性疾患での病状悪化	(2)
・ 食生活が指導通り実施できない	(1)
・ (病識がなく) 内服のコンプライアンスが悪い	(5)
・ 家族の疾患に対する理解が乏しく、合併症などを発症	(1)
・ 家族に十分に指導できなかったケース	(1)
・ 本人の支援体制が不十分な場合	(1)
・ 精神疾患の再発	(1)
高齢独居者	(2)
病状の重いハイリスク者	(1)
化学療法中の者	(1)
がんの末期	(1)
病状が不安定な児	(1)
外来治療の中断者/複雑な心理社会的背景者	(1)
社会資源を十分に投入できていないケース	
・ 調整不足/家族への指導不足	(1)
・ 家族が受け入れを拒否したケース	(1)
家族の脆弱な介護力/家族の介護力の低下	
・ 家族のサポートシステムを十分に構築できずに退院となったケース	(1)
・ 吸引が必要な患者	(1)
・ 介護力不足から健康管理(栄養状態、全身状態)ができない場合	(1)
・ 医療依存度が高く、家族の介護力が低く、肺炎を発症したケース	(1)
・ 介護する家族の疲労	(1)
家族に問題がある/受け入れが否定的だった家族	(1)
介護老人保健施設からの入退院	(1)
急性期病院からの再入院	(1)

## 2) 地域連携バスの存在

再入院を防ぐためには、患者が病状に応じた適切な場所に退院し、必要な治療やケアが受けられることが必須となる。退院後の連携先と地域に引き継ぐ治療やケアの内容を明確にし、可視化したものが地域連携バス又は何らかの連携フローチャートである。その存在の有無を問うと、地域連携バス又は類似した機能をもつものがないと回答した病院が48病院と90.6%を占めた(表33)。



表 33 地域連携バスの有無 n=53

	回答数	%
有る	3	5.7
無い	48	90.6
無回答	2	3.8

### 3) クリニカルパス中の退院の目安（ゴール）及び退院計画の設定

入院時又は入院前から退院時期、退院先等の退院計画が立案されていないと後方施設待ちなどの退院待ちが発生し、在院日数を延長するだけではなく、タイムリーで適切な退院を妨げる場合がある。そのため、わかりやすい指標としてクリニカルパスの中に退院計画が組み込まれているか、また、退院の目安（ゴール）が決められているかどうか、また、実際に退院待ちが発生しているかどうかについて問うた。

結果、クリニカルパス中に退院計画が盛り込まれていない病院が多く、30 病院（56.6%）が無いと回答した（表 34）。退院計画が盛り込まれていると回答した 15 病院において、退院計画を立案する日数を自由記述で問うと、入院後 1 日、3 日、7 日（2）、60 日、120 日の記述があり、大きな開きがあることがわかった。クリニカルパスの中に退院の目安（ゴール）が設定されている病院は 23 病院（43.4%）であった（表 35）。また、退院（自宅あるいは受入れ先）待ちは発生するかの問いに対し、発生すると回答した病院は 43 病院（81.1%）と多く（表 36）、退院待ち期間として、平均 3 日、4 日、7 日（2）、10 日（2）、14 日（4）、17 日（2）、21 日、22 日、30 日（6）、45 日（2）、50 日、90 日（2）、180 日、300 日、360 日の記述（28 病院）があり、平均 30 日と回答する病院が 6 病院と最も多かった。（カッコ内は回答病院数）

表 34 クリニカルパスの中に退院計画は盛り込まれているか。 n=53

	回答数	%
有る	15	28.3
無い	30	56.6
無回答	8	15.1

表 35 クリニカルパスの中に退院の目安（ゴール）の設定 n=53

	回答数	%
設定されている	23	43.4
設定されていない	21	39.6
無回答	9	17.0

表 36 退院（自宅あるいは受入れ先）待ちは発生するか。 n=53

	回答数	%
発生する	43	81.1
発生しない	8	15.1
無回答	2	3.8

#### 4) 地域連携を容易にするための体制整備について

##### (1) 外部の機関（病院・施設・診療所等）との連携窓口の一本化

外部機関との連携を円滑に行うため、連携窓口を一本化することが必要となってくる。すでに、連携窓口の一本化がなされている病院は40病院（75.5%）に上った（表37）。

表37 連携窓口の一本化の状況 n=53

	回答数	%
している	40	75.5
していない	12	22.6
無回答	1	1.9

##### (2) 地域連携退院時共同指導料の算定

平成 18 年度診療報酬改定で地域連携に関する算定項目が強化された。これについて、地域連携退院時共同指導料を算定しているかの問いに対し、算定していないとする病院は 42 病院（79.2%）であり、算定している 6 病院（11.3%）を大きく上回った（表 38）。

表38 地域連携退院時共同指導料の算定状況 n=53

	回答数	%
算定している	6	11.3
算定していない	42	79.2
無回答	5	9.4

##### (3) 退院調整に関する情報交換方法

退院調整に関して同じ医療圏内で情報交換する方法あるいは委員会はあるかの問いに対し、無いとする病院は 33 病院（62.3%）であり、有るとする病院は 18 病院（34.0%）であった（表 39）。情報交換方法が有るとする病院に対し、具体的な情報交換方法を問うた結果を表 40 に示す。

表39 情報交換委員会の有無 n=53

	回答数	%
有る	18	34.0
無い	33	62.3
無回答	2	3.8

表 40 退院調整に関し医療圏内で情報交換する具体的な方法

- ・ 医療機関地域医療連携担当者会議・大津 ALS 在宅支援サービス調整推進会議
- ・ 彦根市立病院で話し合いを実施（月 1 回）
- ・ 甲賀圏域における病院の情報交換会（甲賀県事務所保険福祉課）
- ・ 医療社会事業協会
- ・ 地域連携連絡協議会
- ・ 地域リハビリテーション協議会
- ・ それぞれの病院の退院調整看護師と情報交換（月 1 回）
- ・ 高齢者介護福祉課との情報交換（月 1 回）  
（その他）
- ・ 必要に応じて、他機関を含めたカンファレンスを実施 / ケアマネジャーを通して調整会議を行う。開業医、ケアマネジャー、ヘルパー、訪問看護ステーション、家族、地域包括支援センター、主治医、病棟看護師、地域連携室が入って行う。

（4）退院調整を行った患者のデータベースの作成

退院調整を行った患者のデータベースは作成されているかの問いに対し、作成していないとする病院が 31 病院（58.5%）であった（表 41）。

表41 患者データベースの作成の有無 n=53

	回答数	%
作成している	21	39.6
作成していない	31	58.5
無回答	1	1.9

5. 退院調整部署の実態

1) 退院調整部署の院内の設置状況

退院を円滑に行うためには、退院調整部署の設置が必要であると考えられるが、回答のあった 53 病院中、退院調整部署があると回答した病院は 31 病院（58.5%）であった（表 42）。

自由記述で部署名を問うと、「地域医療連携室」（4）、「継続看護室」（3）、「医療社会事業部」（3）、「医療相談室」（2）、「地域連携室」（2）、その他、「地域医療課」「療養相談室」「退院調整（ソーシャルワーカー）」「病床運営」「地域医療サービス室」「医療連携継続看護」「退院調整継続看護室」「社会福祉事業部」「医療連携情報室」「在宅療養支援室」「医療社会相談室」「看護部」「相談室」「保健指導部」「継続看護室医療相談室」「地域ケア室」などの部署名で運営されていると回答された。（カッコ内は回答病院数）

部署としてはないが、代行する者や部署が有るとした 9 病院（表 16）での、具体的な状況は、ソーシャルワーカー、病棟ケアマネジャー、退院調整看護師の設置、心理相談室や高齢者相談室の設置、または、医療社会事業課、在宅介護支援事業部、事務局の代行と回答があった。

表 42 退院調整を専門に行う部署があるか。 n=53

	回答数	%
有る	31	58.5
無い	22	41.5

(1) 退院調整部署の責任者の職種

退院調整部署の責任者として多かったのは、看護師・保健師（13 病院）であり、次いで、医師・ソーシャルワーカー（各 9 病院）であった（表 43）。

表43 退院調整部署の責任者

	回答数	%
看護師・保健師	13	24.5
医師	9	17.0
医療ソーシャルワーカー	9	17.0
事務職員	3	5.7
精神保健福祉士	2	3.8

n=36（退院調整部署があるとした31病院及び類似した部署があるとした5病院）

(2) 退院調整部署のスタッフ

部署に配置しているスタッフ構成では、MSW（医療ソーシャルワーカー）を専任としている病院（23 病院）が最も多く、次いで看護師・保健師（14 病院）であった。兼任して活動している職種とし、看護師・保健師が多く（13 病院）、次いで事務職員も多い（10 病院）結果であった（表 44）。

表44 退院調整部署のスタッフの人数

n=36（退院調整部署があるとした31病院及び類似した部署があるとした5病院）

職種	看護師・保健師		医師		MSW		PSW <sup>注</sup>		事務職員		その他(ケアマネジャー)	
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任
回答病院件数(件)	14	13	1	8	23	5	4	1	8	10	0	1
人数の範囲(人)	1~4	1~5	0~1	1~4	1~4	1~2	1~7	0~2	1~5	1~4	0	0~4

注) 精神保健福祉士 (Psychiatric Social Worker : PSW)

2) 退院調整活動の実態

(1) 1ヶ月平均の退院調整実施患者数

退院調整を専門に行う部署ではないが類似した活動をしている 1 病院を加えた計 32 病院における、1 ヶ月平均の退院調整実施患者数の平均は 36.1 人であった。

(2) 退院調整活動の実際

退院調整部署があるとした31病院及び類似した部署があるとした5病院を合わせた36病院全てが実

際に退院調整活動を行っているとした項目は、「福祉・介護保険制度の利用説明」であった。「退院・転院先の紹介・調整」35病院（97.2%）、「介護に関する相談・調整」や「在宅サービスの紹介」各34病院（94.4%）であった。次いで多かったのは、「家族関係の調整」であり、31病院（86.1%）が活動を行っているとした（表45）。

その他、「院内スタッフと連絡調整」「障害福祉や生活福祉など行政機関との連携」「障害者生活支援センターの紹介」などの記述があった。

表45 退院調整活動の実際

n=36（退院調整部署があるとした31病院及び類似した部署があるとした5病院）

	回答数	%
福祉・介護保険制度の利用説明	36	100
退院・転院先の紹介・調整	35	97.2
介護に関する相談・調整	34	94.4
在宅サービスの紹介	34	94.4
家族関係の調整	31	86.1
介護支援専門員の紹介	28	77.7
介護用品の紹介・調整	27	75.0
地域かかりつけ医の紹介	24	66.6
要介護認定	22	61.1
医療機器と衛生材料の調達の調整	17	47.2
その他	7	19.4

### 3) 部署設置による影響

#### (1) 退院調整部署設置による患者・家族への影響

退院調整部署の存在が患者及び家族にどのような影響を及ぼすかについて問うた。結果、「患者家族の納得のいく選択が可能になった」「家族介護者の負担が軽減した」と回答した病院がともに23病院（63.9%）であった（表46）。その他の回答として、家族が病気についての理解ができるようになった、チーム医療で退院調整をする機会が増えたなどの記述があった。

表46 退院調整部署設置による患者・家族への影響

n=36（退院調整部署があるとした31病院及び類似した部署があるとした5病院）

	回答数	%
患者家族の納得のいく選択が可能になった	23	63.9
家族介護者の負担が軽減した	23	63.9
家族介護力が弱くても自宅に帰る人が増えた	16	44.4
医療処置が必要でも自宅に帰る人が増えた	13	36.1
ターミナル期でも自宅に帰る人が増えた	11	30.6
その他	2	5.6

## (2) 退院調整部署設置による病棟看護師への影響

退院調整部署の設置が病棟看護師にどのような影響を及ぼすかについて問うた。結果、「退院支援活動への理解が深まった」と回答した病院が27病院（75.0%）、「他職種とのチームワークが強まった」と回答した病院が25病院（69.4%）、「退院困難な患者に積極的に取り組むようになった」と回答した病院が20病院（55.6%）であり、この3項目が大半を占めた（表47）。

表47 退院調整部署設置による病棟看護師への影響

n=36（退院調整部署があるとした31病院及び類似した部署があるとした5病院）

	回答数	%
退院支援活動への理解が深まった	27	75.0
他職種とのチームワークが強まった	25	69.4
退院困難な患者に積極的に取り組むようになった	20	55.6
退院後の看護計画が立てやすくなった	7	19.4
病棟業務が忙しくなった	4	11.1

## (3) 退院調整部署設置による病院への影響

退院調整部署の存在が病院にどのような影響を及ぼすかについて問うた。結果、「平均在院日数が短縮した」と回答した病院は19病院（52.8%）、「地域からの信頼が高まった」と回答した病院は17病院（47.2%）であり、この2項目が約半数の病院から上げられた。その他、「地域に対する電話相談などが多くなった」などの記述があった（表48）。

表48 退院調整部署設置による病院への影響

n=36（退院調整部署があるとした31病院及び類似した部署があるとした5病院）

	回答数	%
平均在院日数が短縮した	19	52.8
地域からの信頼が高まった	17	47.2
病床稼働率が増加した	7	19.4
病院経営が改善した	4	11.1
病床利用率が低下した	3	8.3
その他	2	5.5

## 4) 退院調整の具体的な実施方法

### (1) 具体的な退院調整実施方法や病棟からの紹介方法

具体的な退院調整実施方法や病棟からの紹介方法を自由記述として得られた結果を表49に示す。

表 49 具体的な退院調整実施方法や病棟からの紹介方法

- ・病院師長または主治医からの口頭連絡
- ・病棟看護師、主治医→MSW→患者家族面接→施設の選択→施設の紹介
- ・医師の判断や病棟カンファレンス等で退院調整が必要ということになれば PSW へ連絡。在宅や施設等のニーズに応じて院内外の調整を行っていく。
- ・基本案はできたが、現在充分機能させるまでには至っていない。試行錯誤の段階。
- ・当事者から直接あるいは、病棟看護課長より口頭で紹介。また他機関からの依頼により退院調整を開始する。患者家族に面接し、家族社会的状況をアセスメント、一方、医師、看護師、PTらの意見を参考に介護保険対象者か否かを確認。介護保険対象者の場合、在宅希望であれば、ケアマネジャーを決定してもらい、ケアマネジャーと連絡調整を行ない、ケアプランの内容を検討する。在宅困難な場合、介護保険施設を紹介する。非対象者の場合は在宅希望者の場合、地域の支援機関を紹介し、在宅困難であれば施設入所を紹介する。
- ・家族本人が相談を依頼している場合。医師より介入を求められる場合。
- ・看護師より紹介⇒病状情報、退院予定の確認→家族支援・機関調整→カンファレンス→書類等の準備→退院。
- ・退院調整パスを使用しているが、まだ十分に活用できていない。
- ・病棟よりスクリーニングシートがMSWや退院調整看護師に届く（入院1週間以内に）→退院調整看護師が毎週1回病棟ラウンドを行い、治療状況や退院計画について情報交換を行う（MSWと同行することも多い）
- ・医療福祉相談連絡票
- ・医師から相談依頼→家族への病状説明に同席、今後の方向性を検討→①（在宅）他職種や地域と連携し、サービス調整、準備、②（転院）病院、施設の検討、紹介、紹介方法から調整まで実際には色々な方法があり、パターン化するのは難しく、あくまで一例である。
- ・退院困難が予測される患者が入院された場合（リスク項目の一覧表あり）室へ口頭または連絡表で連絡する。
- ・主治医から依頼があった場合に個別に対応する。
- ・病棟看護師、担当医師より地域連携に連絡する。
- ・PSWとして、外来受診から関わり、背景や状態を把握する。入院時、病棟のチームカンファレンスに参加する。
- ・病状的に退院可能か（医師）→MSWと看護部へ→患者家族とのカンファレンス→家族の理解、協力が得られるか→得られない場合、家族との話し合いを行い。得られれば、在宅が可能であれば在宅へ、可能ならば、老健・特養。グループホームのいずれかへ、
- ・病棟、地域連携医療でそれぞれの情報用紙を活用している。定期的病棟カンファレンスの他に個々のカンファレンスを適時行う。指示を必ず下ろしていただき、其れに基づいて退院の時期などを把握し調整にはいつている。
- ・退院前カンファレンス

## (2) 対象者選定（スクリーニング）方法

スクリーニング方法は病院によってさまざまであった。

- ◆ 退院調整看護師が選択基準に沿ってスクリーニングを実施。病棟看護師と相談しながら早期から関わりを開始。
  - ◆ 病棟で退院計画スクリーニング表を用いて対象者を把握。関係職種より必要に応じて紹介を受ける。(医師、看護師、PT、OT など)。案内等により患者家族が直接に来室。他機関より紹介を受ける。
  - ◆ 独自のスクリーニング用紙を使用し、2回/日の定期チェックを実施する。まず、入院患者の80歳以上はすべて情報収集。加えてスクリーニング項目にあたる患者の情報を収集する。
  - ◆ スクリーニング基準：医療区分1及び要介護3
  - ◆ 入院患者の中に退院調整の対象者がいるかどうか、定期的に病棟を訪ねる。
  - ◆ 特になし。必要に応じて。
  - ◆ 医師、看護師による必要性の判断。又は、本人や家族の相談希望者
  - ◆ 入院名簿を持って各病棟へ行きスクリーニング（全入院患者を対象に行う）。褥瘡廻診、看護情報収集で収集する。
  - ◆ 医学的に安定し、介護中心となった患者を医師が対象者選定
  - ◆ 病状が回復し、安定した状態で医療の必要がなくなった者
  - ◆ 主治医からの依頼
- その他、参考資料参照

## (3) 退院調整部署についての患者・家族への周知

退院調整部署の有無を患者家族にどのように周知しているかを問うた。結果、口頭で説明している病院が28病院(77.8%)と多かった(表50)。その他、入院案内に添付(2)、院内掲示(2)、主治医・師長からの誘導などが上げられた。(カッコ内は回答病院数)

表50 n=36(退院調整部署があるとした31病院及び類似した部署があるとした5病院：重複回答)

	回答数	%
口頭で説明している	28	77.8
院内にパンフレットを置いている	4	11.1
その他	5	13.9

## (4) 退院調整に積極的ではない抵抗を示す患者・家族に対しどのように対応しているか。

基本は、①話を聴くこと、②問題点の整理とスタッフカンファレンスで方向性の検討、③希望に合わせた退院先の調整であり、患者、家族の気持ちに沿いながら面接を重ね、必要な調整支援をすることが示された。

各病院が工夫しながら行っている対応の実際を以下に列挙する。

- ・ 患者・家族の気持ちに沿いながら面接を重ね、必要な調整支援をすることで何とか前に進ん



でもらっている。

- ・ 退院後の問題や不安について当院からの協力体制の説明。短時間の外出、外泊等で本人の状態を確認してもらい理解を得る。
- ・ MSW と看護師がこまめに連絡を取って会うようにしている。
- ・ 重ねて説明し納得を得るしかない。(主治医や病院の管理者にも報告をしながら)
- ・ 社会資源の活用に努め、最上の医療情勢について説明をしている。
- ・ 患者家族によりどのような点が退院を困難にしているかを本人に確認し、どうすればその問題が解決するのかを共に考え話しを進めていく。患者と関わる院内の各職種が集まり、カンファレンスを行うことで解決策を見出すことができる。
- ・ 主治医に退院日を目標にしたムンテラをしてもらい、徐々に退院を家族に認識してもらう。それでも入院を希望する場合、療養施設探しを家族にってもらう。なかなか次の施設が探せない場合には、一端自宅で見ってもらうよう進めていき、拡大カンファレンスでつないでいくこともある。
- ・ 病棟をラウンドし、こちらから声を掛ける。
- ・ カンファレンス、面接等で在宅スタッフや施設スタッフと直接話し合ってもらい、相談の受け入れ体制について安心してもらえよう援助している。(本人、家族、主治医、MSW、退院調整看護師を交えてカンファレンスを行う。)
- ・ どこまでが治療として入院が必要かを良く理解できていないことが多く、主治医に説明をしてもらい理解、納得してから介入する。また、入院前の ADL 等にもどらないと帰らないということも多く、必要に応じてリハビリを計画する。
- ・ 積極的になれない本当の理由を面接により明らかにしていく。病院の社会的役割を理解してもらう。活用できる社会資源を提案する(病院、施設等の紹介、制度の説明)
- ・ 障害者となった状態でも、地域で生活する意欲を引き返す。在宅での支援方法について説明を行う。試験外泊も勧める。
- ・ 後方施設を紹介し、見学に行ってもらい。利用できるサービスを説明し、連携先スタッフを招いて説得してもらう。
- ・ 国の施策で長期入院ができなくなっていること、病院がその患者だけのものではなく同じ悩みを病持つすべての人のものであることなどを根気よく説明、説得する。

## IV 考察

### 1. 滋賀県内の病院の地域連携に対する意識と退院調整専門部署の設置

地域連携が病院の理念に組み込まれている病院は83.3%、地域連携が看護部の理念に組み込まれているとした病院が71.1%と高い割合を示し、滋賀県内の病院における施設側としての認識は高いものであった。地域連携を進めていく上で、病院の幹部がそれを理念として位置づけ、スタッフにそれを浸透させていくことが組織活動においては何よりも重要であることから、この点については、多くの病院が達成しているといえる。

しかしながら、退院調整部署を設置している病院は58.5%であり、理念として上げながらも組織化できずにいる病院も少なからずあることがわかった。また、組織上の関係と考えられるが、部署の責任者が医師である病院が9病院、事務職員が担っているのが3病院あり、実質的な機動性とは異なる実態も明らかとなった。今回の調査では、退院調整に関して、「幹部（病院長や事務長、看護部長等）の理解が少ない」と回答した病院はなかったことから、今後は、設置されていない病院はなぜ設置できないのかについて障害を明らかにし、組織に対する何らかの支援が必要であるとも考えられる。

### 2. 円滑な退院の阻害要因について

調査対象となった53病院中51病院（96%）が、退院が円滑にいかないことがあると回答した。この理由について、最も割合が高かったのは「患者・家族の抵抗」と「後方施設の探索困難」であった。

患者・家族が抵抗を示すことに対する具体的な理由では、家庭内での介護力の絶対的な不足（介護者が高齢、介護者がいない、介護者数の不足、昼間患者を一人にしておけない等）が上げられた。また、認知症や医療処置があるための在宅での介護困難、家族の「施設より病院の方が費用負担額が少ない」「病院の方が世間的体裁が良い」「療養よりも治療を望む」といった家族の意識に関する問題も上げられた。介護を行うには体力を要し、介護者は当然、不安を抱く。また、介護者不足により、家族が患者を一人にする不安も理解できる。

家庭内での介護力が確保できない場合、また、認知症（徘徊）への対応や医療処置に関する不安が高い場合、退院調整としては施設への転院を考えるが、高い割合で施設数（空きベッド）の不足が指摘された。加えて、認知症や医療処置を拒む又は対応することができない後方施設や機関が少なからずあることもわかった。また、24時間対応、若年性認知症への対応がないなどの問題点も指摘された。一方で、ケアマネジャーを中心に地域サービスを整え、自宅への退院に成功している事例もあることから、今後、地域全体、例えば医療圏ごとに退院患者数と地域の社会資源とのバランスを査定しながら、①新しい資源（認知症のグループホームなど）を創出する、②認知症や医療処置などに対応できる地域資源を増やす、そのために、技術的なノウハウをもつ病院からもたない病院や診療所、訪問看護ステーションなどに技術移転を行う（教育を提供する。研修を実施するなど）、③地域の社会資源を複合的に連携し、患者・家族を支える仕組みを作り出すなどの努力と工夫が必要であると考えられる。

実際、地域の高齢化が進み、地域の社会資源が不足している地域においても、①から③のような工夫を行い、地域ネットワークシステムを構築している地域も、全国には少なからずあることから、これらの成功例は参考になると考える。

### 3. 地域連携ネットワーク作りについて

直近 3 ヶ月に連携した機関は、訪問看護ステーション (73.6%) や地域包括支援センター(54.7%)、かかりつけ医(50.9%)など、退院調整にあたって、余り高い割合とはいえませんが、地域の社会資源と連携をとっている様子が伺えた。平成 18 年度の診療報酬改定で新たに設置された在宅療法支援診療所と連携をとっている病院も 4 ヶ所上げられ、また、検査のダイレクト予約や外来優先予約など前方連携も 72.5%の病院が行っており、意識の高さや努力の様子が伺えた。

一方で、地域全体のバランスと患者の円滑な退院に直接つながる地域連絡協議会や情報交換を行う会のような担当者が一同に会する会議の設置やネットワーク作りは、一部の地域を除いて、あまり行われておらず、地域連携退院時共同指導料の算定割合も 1 割程度と低かった。地域連携パスの使用等の病院と地域を結ぶ何らかのケアフローチャート/パスウェイについても、それを有する病院は 3 病院と限定された。

これらを総合して勘案すると、病院の収益にダイレクトにつながる前方連携などは高い割合で実施されているが、地域の社会資源の不足や介護力をカバーしつつ、地域住民の QOL の向上、安心の維持、地域内のサービス受給のバランス取るといった観点からは、医療機関の積極的な姿勢やリーダーシップは不足していることが考えられる。しかし、滋賀県内でも率先した動きもあることから、こういった医療圏の病院が他の医療圏の病院に対して働きかけを行うことも有効であると考ええる。

また、医療圏域別に病院の配置をみたときに、地域がん診療連携拠点病院や地域医療支援病院が不足又は偏在しており、中核機能をもつ病院の偏在も地域の中で患者に適切な治療・ケアを提供することを困難にしていることも推察された。

### 4. 再入院患者の特徴と退院のゴール設定について

再入院してくる患者の特徴は、高齢者が多く、誤嚥性肺炎や褥瘡の悪化、脱水、認知機能障害の悪化や、心不全や COPD、糖尿病などの慢性疾患の急性増悪が上げられた。中でも誤嚥性肺炎を上げる病院が多かった。同時にこれら悪化の要因とも考えられる内服コンプライアンスの不良、食事療法のノンコンプライアンス、家族への教育不足や支援体制の不足、退院調整において社会的資源を十分に調整できなかったケースなどが再入院患者の特徴として挙げられていることから、入院中の患者教育・家族教育が不足していること、または自宅での対処方法と病院の看護師が行う教育とが適合していないこと、退院調整の際に関連機関や関係者に注意点や継続すべき処置やケアを十分に伝え切れていないことが推察された。患者の再入院を防ぐためには、入院中に患者や家族は病状に応じた適切な教育を受ける必要があり、また適切な時期に適切な場所に退院する事、退院計画の一環として退院先の職員や家族にその場所での実施に見合った方法の指導を行うことが望まれる。こういった観点からも、退院計画（退院の時期や退院先等）は入院後できるだけ早期に家族や関係者と話し合っ立案し、それに合わせた教育が展開される必要がある。そのためにも、退院のゴール設定は、治療の終了を目指す（医学モデル）のではなく、自宅において症状の自己管理が出来、日常生活が送れる体制作りを目指すこと（看護モデル）に考え方を転換する必要があると考える。

また、心不全や COPD、糖尿病などの慢性疾患については、急性増悪による再入院を防ぎ、合併症の発症による新たな入院を回避するためにも、この後に述べる疾患別地域連携、例えば地域連携パスのような疾患によって専門機関や専門スタッフ、専門サービスをつなぐネットワークの構築も合わせて必要であると考ええる。

## 5. 退院計画について

上記に述べたように、退院後の機能低下や家族の負担増を防ぐためには、退院計画がクリニカルパスの中に組み込まれ、早い段階で立案されている必要がある。加えて、入院時又は入院前から退院時期、退院先等の退院計画が立案されていないと後方施設待ちなどの退院待ちが発生し、在院日数を延長するだけでなく、タイムリーで適切な退院を妨げる場合がある。調査結果では、クリニカルパスの中に退院計画が盛り込まれていると回答した病院は28.3%であった。実際の退院待ちも81.1%の病院に発生しており、回答数は少なかったものの3日～360日の退院待ち期間が発生していた。一方で、クリニカルパスの中にゴール設定はあるかに対しては、43.3%の病院が設置していると回答していることから考えると、再度、退院ゴールの見直しが必要であること、つまり、慢性疾患を有する高齢者の中期・長期予後も見据えたゴール設定が必要であることが示唆された。

## 6. 退院調整を誰が担うか

退院調整を担う人材は、その医療機関のスタッフ構造、患者の疾患構造、病院の役割や機能によって決まる。しかしながら、上記のような適切な医療サービス資源の調整や患者・家族への治療・処置・ケアの指導を考えた場合、これらができる人材が担うと機能しやすく、幅広い臨床経験を有する看護職がソーシャルワーカーなどその他の職能と連携しながら実施することが効果的なのではないかと考える。今回、退院調整部署を持つ病院において、退院調整部署のスタッフの職種について調査した結果、責任者としては看護師・保健師が多かったが、スタッフとしては看護師・保健師が専任である病院は14ヶ所しかなく、その機能を十分に発揮することは難しい状況が推察された。一方で、医師が責任者であると回答した病院が9病院あり、医師の本来の機能と費用対効果を考えたときに検討する余地があると考えられる。しかし、地域ネットワークの構築、地域連携パス（疾患別クリニカルパス）の構築の際には、医師のもつネットワークと共同するとより効果的であると考えられる。

## 7. 退院調整部署設置の影響

退院調整部署設置の影響については、患者・家族への影響として「納得のいく選択」「介護負担の軽減」「自宅退院の増加」等の肯定的な側面が6割程度の病院から上げられた。病棟看護師への影響では、「退院支援活動への理解の深まり」「チーム連携の向上」「退院困難な患者への積極的なアプローチ」など肯定的な側面が6～7割から上げられた一方で、「業務が忙しくなった」というマイナスの側面も一部ではあるが上げられた。病院への影響では、「平均在院日数の短縮」「地域からの信頼」という肯定的な側面も上げられたが、その効果を認識している病院は部署を設置している病院の5割程度と低く、地域住民（患者・家族）の中に早期退院や自宅への退院が良い評価として認識されていないことが推測された。また、回答した病院側にも不十分な地域資源の中に患者を帰すことの罪悪感や疑問も存在するのかもしれない。在院日数の短縮や退院調整が単なる医療政策の一環としての義務としてとらえられることのないよう、何のためにこれらを行うのかの本質的な意味を再認識し、それを地域住民に伝える作業も必要となるかもしれない。さらに、退院調整を行うことによって「病床稼働率の増加」や「病院経営の改善」を挙げた病院は少なく、「病床利用率の低下」を指摘する病院もあることから、適切な病床数との関係についても、県の医療計画の視点やそれぞれの病院の機能の再評価から検討が必要となる項目であると考えられる。

## V 今後の検討されるべき対策

退院調整と地域連携について、今回は、病院の視点からの実態であり、総合的にこれらを検討するためには地域や診療所の視点も合わせて述べる必要はあるが、ここで得られた結果からは以下の点が指摘され、今後の検討事項となると考える。

### 1. 退院調整部署の設置と適切な専任スタッフの配置

退院部署の設置と退院調整の結果（効果）との関連については本調査結果からは明確に読み取れないが、円滑な退院が困難な事例が多いこと、社会資源を十分に活用・調整した退院を行わないと患者・家族は困難を抱え、病状悪化にもつながることからも、退院調整を専門的に行う部署とこの業務を適切に行う能力のある専任のスタッフを配置することが望ましい。

### 2. 不足されるサービスの創出と地域ネットワークの構築：医療機関の機能的な連携と疾病別連携

今回の調査では地域の資源不足、急性期後のベッドの不足が指摘された。この点については、地域医療計画とも見合わせ、資源のマッピングを行い、必要な社会資源（特に医療資源）は創出する必要があると考える。例えば、認知症対応のグループホーム、緩和ケア病棟、24時間対応型の訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所、ケア付住宅、高度な調剤や麻薬対応・医療物品のサプライができる薬局の整備等である。

さらに、医療処置を伴う患者を自宅で支援できるように、中核病院又は中核診療所がリーダーシップを取り、地域のさまざまなサービス（機関）とネットワークを構築し、チームで治療やケアを提供できるような仕組みを構築する。地域連携に関する調整会議のような担当者レベルの集まりを医療圏内で設ける。高齢者の慢性疾患の急性増悪や合併症の発症を予防、急性期後の機能低下を予防するための疾患別地域連携パスなどを作成する。

### 3. 地域においても高い医療ケアが受けられるよう人材育成と技術移転

医療資源の地域偏在をカバーし、医療処置が実施できる施設や訪問看護などを増やすために、その技術をもつ病院が中心となって勉強会や研修会を実施し、地域全体の医療技術水準を上げる。また、インターネットやデバイスなどの電子媒体等を活用しながら、遠隔医療ができるような仕組みを構築する。

### 4. 患者・家族の不安を軽減する仕組みの導入

何の目的で退院調整や地域連携を行うのかの理念や価値、医療者の職業意識の再認識を行い、患者・家族が退院後も困らないよう、病状の悪化や合併症の併発を予防し、加えて QOL の維持・向上が図れるよう、専門職として患者・家族教育、支援を行う。そのためには、入院中の治療・ケアプロセスを再度見直し、改善し、地域連携の視点を取り込む必要がある。

### 5. アウトカムマネジメントの視点の導入

医療の質管理の始点からアウトカムを向上させるべく問題点を抽出し、それを改善する継続的質改善プロセスを取り入れる。

## VI まとめ

滋賀県における、退院調整と地域連携に関する実態を明らかにすることを目的に、滋賀県下の全病院を対象に調査を行った結果、退院調整と地域連携の重要性は病院の管理層には十分に認識され、病院の理念にも高い割合で上げられていることがわかった。それを具現化すべく退院調整部署は約半数の病院に設置され、制度の利用や退院先の紹介・調整といった業務が高い割合で実施されていた。その一方で、ほぼすべての病院において円滑な退院が困難である事例を経験しており、家族の抵抗と地域の施設・医療資源不足が主な原因であると認識されていた。医療機関の地域内での連携は未だ十分とは言えず、この地域連携の脆弱さが家族の介護力の低さや地域の資源不足の問題の解決を困難にしていることが推察された。

今後は、これらの問題点を解決すべく、退院調整部署の設置と適切な人材の配置と育成、必要な地域資源の創出や地域ネットワークの構築、これを具現化するための地域内の合同会議の実施や地域連携パスの開発などの必要性が示唆された。さらに、退院調整と地域連携の肯定的な影響を認識するために、医療者及び地域住民の認識の転換や、医療圏域内での医療資源の適切な配置を行うための医療計画の再評価、それぞれの病院の機能の再評価等が必要となることが示唆された。

滋賀県における退院調整体制に関する実態調査票

病院名

## 滋賀県における退院調整体制に関する実態調査

**本調査票は、退院調整を実際に行っている責任者又は担当者がお答え下さい。**

滋賀県においては、平成 16 年度より地域の中核病院、診療所、訪問看護ステーション、福祉施設、薬局、保健所等が相互のネットワークをつくり、質の高い保健医療サービスを提供していくためシステムの構築を推進されています。

当協会におきましては、今年度、退院調整アドバイス事業を受託致しました。在宅医療の推進には、退院調整が重要な役割を担っておりますことから、県内各病院の整備状況を調査し、その後、段階別に看護師の研修を行い、退院調整が行える看護師の養成を行うことを計画しております。

つきましては、実施要領は別紙のとおりですが、本調査に格別のご協力を頂きますようお願い致します。

- 本調査は、滋賀県内の全病院が対象となります。
- 調査は今後の事業の参考にさせて頂くため記名ですが、結果のとりまとめ、公表に際しましては病院が特定されないように個別データや病院名は一切記載せず、調査病院全体をまとめた結果として報告書を作成させていただきます。（学術雑誌等に発表する際にも同様の取り扱いをさせていただきます。）
- 調査にご協力下さる貴院ならびに医療スタッフの皆様にご迷惑のかからぬよう、データの保管・取り扱いには細心の注意をもって行います。本調査結果を本事業以外に利用することはございません。

ご多忙のところ誠に申し訳ございません。量が多くなっておりますが、すべての質問にお答えくださいますようお願い申し上げます。

**締め切り 平成 18 年 9 月 30 日 (土)**

同封の返信用封筒にて直接返送下さい。

問い合わせ先 (返送先) 社団法人滋賀県病院協会

〒520-0044 滋賀県大津市京町 4 丁目 3 - 28 滋賀県厚生会館 3 階

TEL 077-525-7525 FAX 077-525-5859

e-mail:s-hosp.a@athena.ocn.ne.jp



I 回答者

所属・職		氏名	
------	--	----	--

II 病院概要 \*平成18年9月1日現在でお答え下さい。

病 院 名			
設 置 主 体 (○で囲んで下さい)	地方自治体 独立行政法人 国立大学法人 日本赤十字社 社会保険関係 済生会 医療法人 公益法人 学校法人 個人 会社 その他 ( )		
病院種別 (○で囲んで下さい)	特定機能病院 地域医療支援病院 地域がん診療連携拠点病院 その他 ( )		
許可病床数(全体)	床		
入院基本料	一般病床	療養病床	
	精神病床	結核病床	感染症病床
平均在院日数 (直近3ヶ月平均)	一般病床	日	精神病床 日
	療養病床(医療型)	日	療養病床(介護型) 日
	結核病床	日	
在宅退院者割合 (全退院者における割合 直近3ヶ月間平均)	一般病床 約	%	精神病床 約 %
	療養病床(医療型) 約	%	療養病床(介護型) 約 %
	結核病床 約	%	
併設施設・機関 (○で囲んで下さい)	訪問看護ステーション 在宅介護支援センター ヘルパーステーション 介護老人保健施設 介護老人福祉施設 介護利用型軽費老人ホーム ケアハウス その他 ( )		
訪問医療の実施 (○で囲んで下さい)	実施している: 訪問診療 病院からの訪問看護 病院からの訪問リハビリテーション 実施していない		
紹介率(直近3ヶ月)	%		
逆紹介率	%		
救急指定	二次	三次	無

III 病院の理念(該当する項目の( )内に○で表示してください。)

1. 病院の理念や目標に、地域連携に関する内容があがっていますか。

( ) ① 有る ( ) ② 無い

2. 看護部の理念や目標に、地域連携に関する内容があがっていますか。

( ) ① 有る ( ) ② 無い



4. 精神疾患を有する患者の退院調整に問題点や特徴があればご記入下さい。

[ ]

5. 小児の慢性疾患、難病、発達障害等の退院調整に問題点や特徴があればご記入下さい。

[ ]

6. IVH・酸素・麻薬系鎮痛薬・人工呼吸器が必要な患者が退院する場合、どのような問題が生じますか。また、どのように対処されていますか。

[ ]

#### V 退院調整・地域連携

1. 転院先として多かった施設を教えてください（直近3ヶ月）。（複数回答可）

- ① 療養病床（医療型）     ② 療養病床（介護型）     ③ 介護老人保健施設  
 ④ 介護老人福祉施設     ⑤ 一般病院     ⑥ リハビリテーション病院  
 ⑦ 地域医療支援病院     ⑧ 有床診療所     ⑨ その他（                      ）

2. 退院に向けて連携を取った機関を教えてください（直近3ヶ月）。（複数回答可）

- ① 訪問看護ステーション     ② かかりつけ医     ③ 在宅療養支援診療所  
 ④ 在宅介護支援センター     ⑤ 市区町村保健センター     ⑥ 保健所  
 ⑦ 地域包括支援センター     ⑧ 社会福祉協議会     ⑨ 福祉事務所  
 ⑩ ヘルパーステーション     ⑪ その他（                      ）

#### VI 地域連携（前方連携）（該当する項目の（ ）内に○で表示してください。）

1. 開業医や他病院と前方連携をとっていますか。

- ① とっている                       ② とっていない→VIIへ



2. 設問1で「とっている」と答えた方にお尋ねします。

1) その方法を教えてください。

[ ]

2) 開業医や他病院へ何か提供していますか。(複数回答可)

- ( ) ① 医療機器の共同利用 ( ) ② 検査等のダイレクト予約  
( ) ③ 外来優先予約 ( ) ④ 入院待機日数なし ( ) ⑤ 検査の受託  
( ) ⑥ その他 ( )

3) 連携先の開拓方法があれば教えてください。

[ ]

## VII 地域連携(後方連携)

1. 後方連携施設をどのようにして開拓されましたか。その方法を教えてください。

[ ]

2. 再入院してくる患者に特徴があればご記入ください。

[ ]

3. 退院させることができない(退院調整が困難)患者に特徴があればご記入ください。

[ ]

4. 地域連携パスはありますか。

- ( ) ① 有る ( ) ② 無い

5. クリニカルパスの中に退院の目安(ゴール)は設定されていますか。

- ( ) ① 設定されている ( ) ② 設定されていない

6. クリニカルパスの中に退院計画は盛り込まれていますか。

- ( ) ① 有る→入院後何日目までに退院計画を立案するようになっていきますか( ) 日)  
( ) ② 無い

7. 退院(自宅あるいは受入れ先)待ちは発生しますか。

- ( ) ① 発生する→どのくらい発生しますか(平均 ) 日)  
( ) ② 発生しない

8. 外部の機関(病院・施設・開業医等)との連携窓口は一本化されていますか。

- ( ) ① している ( ) ② していない

9. 「地域連携退院時共同指導料」を算定しておられますか。

( ) ① 算定している ( ) ② 算定していない

10. 退院調整に関して同じ医療圏内で情報交換する方法あるいは委員会がありますか。

( ) ① 有る(具体的に: ) ( ) ② 無い

11. 退院調整を行った患者のデータベースは作成されていますか。

( ) ① 作成している ( ) ② 作成していない

VIII 退院調整部署(該当する項目の( )内に○で表示してください。)

1. 退院調整を専門に行う部署がありますか。

( ) ① 有る(部署名: ) ( ) ② 無い

2. 設問1で「無い」と答えた方にお尋ねします。現在の状況をお答えください。

- ( ) ① 代行している者・部署がある(具体的に: )  
( ) ② 設置に向けて準備中である  
( ) ③ 現在検討中である  
( ) ④ 今のところ考えていない

これで終了です。ありがとうございました。

3. 設問1で「有る」及び設問2で「①」と答えた方にお尋ねします。

1) 1ヶ月平均 退院調整実施患者数を教えてください(直近3ヶ月)。 ( ) 人/月

2) 部の責任者はどなたですか。

- ( ) ① 看護師・保健師 ( ) ② 医師 ( ) ③ MSW(医療ソーシャルワーカー)  
( ) ④ PSW(精神保健福祉士) ( ) ⑤ 事務職員

3) 部のスタッフはどなたですか。(複数回答可)

	専任	兼任
( ) ① 看護師・保健師	人	人
( ) ② 医師	人	人
( ) ③ MSW(医療ソーシャルワーカー)	人	人
( ) ④ PSW(精神保健福祉士)	人	人
( ) ⑤ 事務職員	人	人

4) 退院支援活動の実際を教えてください。(複数回答可)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ① 介護に関する相談・調整     | <input type="checkbox"/> ② 福祉・介護保険制度の利用説明 |
| <input type="checkbox"/> ③ 退院・転院先の紹介・調整    | <input type="checkbox"/> ④ 介護支援専門員の紹介     |
| <input type="checkbox"/> ⑤ 地域かかりつけ医の紹介     | <input type="checkbox"/> ⑥ 在宅サービスの紹介      |
| <input type="checkbox"/> ⑦ 医療機器と衛生材料の調達の調整 | <input type="checkbox"/> ⑧ 介護用品の紹介・調整     |
| <input type="checkbox"/> ⑨ 要介護認定           | <input type="checkbox"/> ⑩ 家族関係の調整        |
| <input type="checkbox"/> ⑪ その他 ( )         |   |

4. 部署設立による影響を教えてください。(複数回答可)

1) 患者家族にとって

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ① 患者家族の納得のいく選択が可能になった  |  |
| <input type="checkbox"/> ② 家族介護者の負担が軽減した        |  |
| <input type="checkbox"/> ③ 医療処置が必要でも自宅に帰る人が増えた  |  |
| <input type="checkbox"/> ④ 家族介護力が弱くても自宅に帰る人が増えた |  |
| <input type="checkbox"/> ⑤ ターミナル期でも自宅に帰る人が増えた   |  |
| <input type="checkbox"/> ⑥ その他 ( )              |  |

2) 病棟看護師にとって

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ① 退院支援活動への理解が深まった        |  |
| <input type="checkbox"/> ② 退院困難な患者に積極的に取り組むようになった |  |
| <input type="checkbox"/> ③ 他職種とのチームワークが強まった       |  |
| <input type="checkbox"/> ④ 退院後の看護計画が立てやすくなった      |  |
| <input type="checkbox"/> ⑤ 病棟業務が忙しくなった            |  |
| <input type="checkbox"/> ⑥ その他 ( )                |  |

3) 病院にとって

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ① 平均在院日数が短縮した  |  |
| <input type="checkbox"/> ② 地域からの信頼が高まった |  |
| <input type="checkbox"/> ③ 病床稼働率が増加した   |  |
| <input type="checkbox"/> ④ 病院経営が改善した    |  |
| <input type="checkbox"/> ⑤ 病床利用率が低下した   |  |
| <input type="checkbox"/> ⑥ その他 ( )      |  |

5. 具体的な退院調整実施方法を病棟からの紹介方法を含めて教えてください。

フローチャートなどを添付して下さっても構いません。

[ ]

6. 対象者選定（スクリーニング）方法を具体的に教えてください。

スクリーニング票等を添付して下さっても構いません。

[ ]

7. 患者や家族に対して退院調整についてどのように周知されていますか。（複数回答可）

① 院内にパンフレットを置いている

② 口頭で説明している

③ その他（

）

8. 退院調整に積極的ではない/抵抗を示す患者・家族に対しどのように対応されていますか。

[ ]

お忙しい中ご協力ありがとうございました。



**社団法人滋賀県病院協会**

〒520-0044 大津市京町4丁目3-28  
滋賀県厚生会館3階

TEL : 077-525-7525

FAX : 077-525-5859

e-mail : s-hosp.a@athena.ocn.ne.jp