

2025 年の超高齢社会に向けて高齢者看護の現状を知る

～退院調整の現状と課題を明確にする～

病棟看護師の退院調整に関わる役割の実態調査報告



公益社団法人神奈川県看護協会

業 務 委 員 会

目 次

第1章 調査実施概要	1
I 調査の目的	1
II 実施概要	1
1 調査の背景・意義	1
2 調査対象	1
1) 対象施設	1
2) 対象者	1
3 調査方法	1
4 調査実施期間	2
5 主な調査内容	2
6 倫理的配慮	2
第2章 調査結果	2
I 回収状況	2
II 集計結果	3
1 施設の属性	3
1) 種別、承認等の状況	3
2) 許可病床数（医療法）	3
3) 一般病床の平均在院日数	4
4) 一般病床の入院患者の高齢者割合	4
5) 退院調整部門の有無	5
6) 退院調整部門の所属部門	5
7) 退院調整部門が無い施設における退院調整の主な実施者	6
2 病棟看護師の退院調整に関わる役割	7
1) 病棟看護師の所属部署	7
2) 現在の所属部署での経験年数	8
3) 退院調整に関する実践項目	8
(1) 退院支援が必要な患者のスクリーニングに関する項目	12
(2) 患者が生活の場に帰るためのチームアプローチに関する項目	12
(3) 地域の関係職種との連携に関する項目	13

3	一般病床の平均在院日数と入院患者の高齢者割合の関連	14
1)	病床規模別平均在院日数	14
2)	病床規模別高齢者割合	14
3)	高齢者割合別平均在院日数	15
4	入院患者の高齢者割合と退院調整に関わる役割	15
1)	退院支援が必要な患者のスクリーニングに関する 7 項目	15
2)	患者が生活の場に帰るためのチームアプローチに関する 7 項目	16
3)	地域の関係職種との連携に関する 26 項目	17
5	退院調整部門の有無と退院調整に関わる役割	17
1)	退院支援が必要な患者のスクリーニングに関する 7 項目	17
2)	患者が生活の場に帰るためのチームアプローチに関する 7 項目	18
3)	地域の関係職種との連携に関する 26 項目	18
第 3 章 考察		19
I	退院調整に関する組織としての取り組み	19
II	病棟看護師が退院調整をすすめるために必要な能力と役割	19
1	病棟看護師の業務としてのスクリーニングの必要性	19
2	高齢者を生活者としてみる視点	20
3	意思決定支援	20
4	社会資源の活用	20
5	退院前訪問の意義と課題	21
6	多職種との連携	21
III	病棟看護師の能力を高めるための教育	22
IV	組織としてのシステムの構築	23

病棟看護師の退院調整に関わる役割の実態調査票①（看護部門の総責任者用）

病棟看護師の退院調整に関わる役割の実態調査票②（病棟看護師用）

第1章 調査実施概要

I 調査の目的

神奈川県内の医療施設における病棟看護師の退院調整の現状と課題を明確にする。

II 実施概要

1 調査の背景・意義

65歳以上の人口は、2012年が全国は2,992万人(23.4%)、神奈川県は187万人(20.7%)であり、2025年には全国で3,500万人、神奈川県では226万人と超高齢化が予測されている。厚生労働省は、2025年の超高齢社会を見据え、在宅医療を推進している。2012年4月には診療報酬・介護報酬同時改定で退院調整加算が見直され、各施設においても退院調整部門や退院調整担当者を設置し取り組んでいる。

そこで、神奈川県看護協会業務委員会では、医療現場における高齢者看護の動向を把握するために、2007年～2011年の『日本看護学会論文集老年看護』に掲載された論文のキーワード853件を、11のカテゴリーに分類した。その結果は、高齢者168件、退院調整109件、せん妄66件、口腔ケア65件、高齢者の安全56件、介護・看護者の意識48件、スキントラブル44件、排泄37件、看護教育25件、終末期20件、内服管理6件、その他209件であった。このことから、「退院調整」に着目し、各施設の取り組みの課題を明確にするため、神奈川県内の施設の退院調整の実態調査を行った。

2 調査対象

1) 対象施設

神奈川県内の一般病床と療養病床を有する20床以上の医療施設（産科・小児科・結核病棟・精神科を除く）

2) 対象者

調査票① 看護部門の総責任者（看護部長など）

調査票② 病棟看護師（新人看護師及び病棟管理者を除く）

3 調査方法

調査用紙によるアンケート調査 無記名 自記式 郵送法

4 調査実施期間

平成 25 年 11 月 22 日から平成 26 年 1 月 14 日

5 主な調査内容

- 1) 施設の属性（種別、承認等の状況、許可病床数、一般病床の平均在院日数及び高齢者の割合、退院調整部門の有無）
- 2) 退院支援が必要な患者のスクリーニングに関する項目、患者が生活の場に帰るためのチームアプローチに関する項目、地域の関係職種との連携に関する項目

6 倫理的配慮

- 1) 調査説明書に調査目的・方法及び倫理的配慮について明記した。
- 2) 結果は本調査目的以外では使用しないこと、また統計的に処理し、対象者のプライバシーを保護することを保障した。

第 2 章 調査結果

I 回収状況

県内の一般病床と療養病床を有する 20 床以上の医療施設（以下施設と略す）281 施設に、調査票①（看護部門の総責任者用）調査票②（病棟看護師用）を発送した。調査票②は、病床数に応じて、20～99 床 1 部、100～199 床 2 部、200～299 床 3 部、300～499 床 4 部、500 床以上 5 部を配布した。

281 施設に発送し、171 施設から返送があった（回収率 60.9%）。調査票①は、281 に対し 170、調査票②は、681 に対して 437 の回答を得た。回収した調査票は、全て有効とした。

表 1 回収状況

単位：件

調査票	発送部数	回収部数	回収率
調査票①	281	170	60.5%
調査票②	681	437	64.2%

Ⅱ 集計結果

1 施設の属性

1) 種別、承認等の状況

施設の属性では「該当なし」以外では、DPC 対象病院・準備病院が 58 施設と最も多く次いで地域医療支援病院の 37 施設であった。

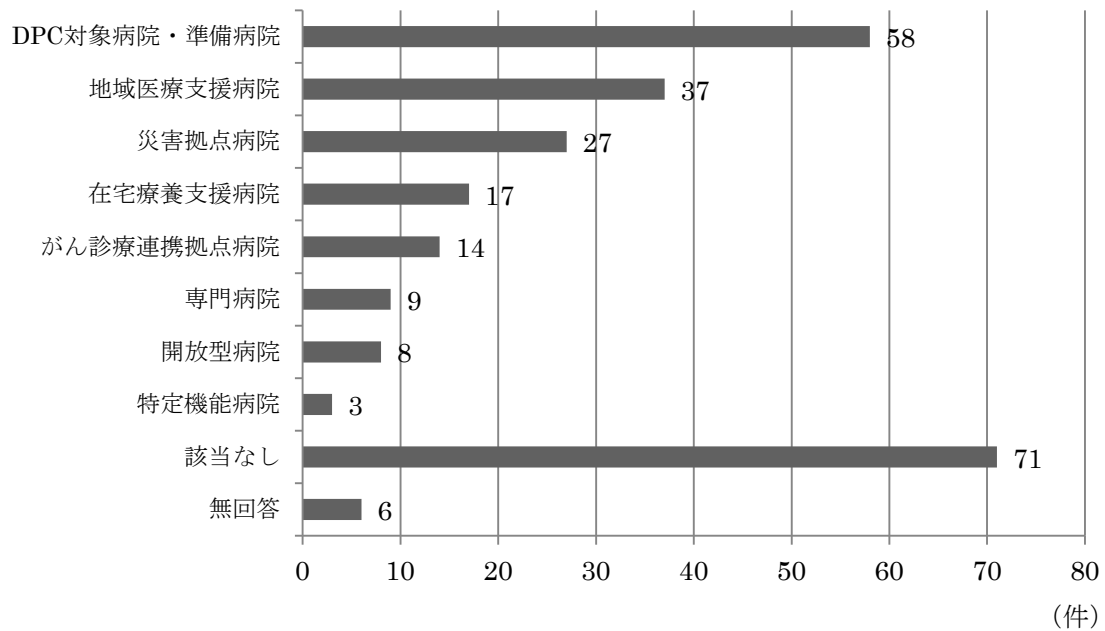


図 1 種別・承認等の状況

複数回答 (n=170)

2) 許可病床数 (医療法)

全病床数では、100～199 床が 31.2%と最も多く、次いで 20～99 床の 22.9%、300～499 床の 20.6%であった。

表 2 許可病床数

単位：件

	20～ 99 床	100～ 199 床	200～ 299 床	300～ 499 床	500 床 以上	無回答	計
施設数	39	53	27	35	15	1	170
率 (%)	22.9	31.2	15.9	20.6	8.8	0.6	100.0

許可病床種別では、「一般病床のみ」は 64.1%、「療養病床のみ」は 11.8%であり、両方を有する施設は 24.1%であった。

表 3 許可病床の種別

単位：件

	一般病床のみ	一般病床・療養病床	療養病床のみ	計
施設数	109	41	20	170
率 (%)	64.1	24.1	11.8	100.0

3) 一般病床の平均在院日数

平成 25 年度の一般病床の入院基本料算定基準を参考に分類した。一般病床の平均在院日数では、7～15 日未満が 56.0%と最も多かった。

一般病床を有する 150 施設のうち無回答を除いた 146 施設の平均在院日数の最大値 295.8 日、最小値 7.2 日であった。平均値 26.2 日、中央値 13.6 日であった。

表 4 一般病床の平均在院日数

単位：件

	7～ 15 日未満	15～ 23 日未満	23～ 31 日未満	31～ 61 日未満	61 日以上	無回答	計
施設数	84	37	3	11	11	4	150
率 (%)	56.0	24.7	2.0	7.3	7.3	2.7	100.0

(平成 25 年 10 月 31 日 現在)

4) 一般病床の入院患者の高齢者割合

一般病床の入院患者の高齢者割合では、高齢者割合が 70～80%を占める施設が 42 施設 (28.0%) と最も多く、次いで 80～90%の 37 施設 (24.7%) であった。

表 5 一般病床の入院患者の高齢者割合

単位：件

	10% 未満	10～ 20% 未満	20～ 30% 未満	30～ 40% 未満	40～ 50% 未満	50～ 60% 未満	60～ 70% 未満	70～ 80% 未満	80～ 90% 未満	90～ 100% 未満	100% 以上	無回答	計
施設数	2	2	0	1	4	9	26	42	37	19	5	3	150
率 (%)	1.3	1.3	0.0	0.7	2.7	6.0	17.3	28.0	24.7	12.7	3.3	2.0	100.0

(平成 25 年 10 月 31 日 現在)

5) 退院調整部門の有無

(1) 退院調整部門は「有」が60.6%「無」が38.8%、無回答が0.6%で、60%以上の施設が退院調整部門を有していることがわかった。

表6 退院調整部門の有無

単位：件

	有	無	無回答	計
施設数	103	66	1	170
率 (%)	60.6	38.8	0.6	100.0

(2) 病床規模別の退院調整部門の有無では、100床以上の施設では50%以上の施設に退院調整部門があり、更に500床以上の施設では90%以上の施設に退院調整部門があった。99床以下の施設においても50%近くの施設に退院調整部門が設置されていた。

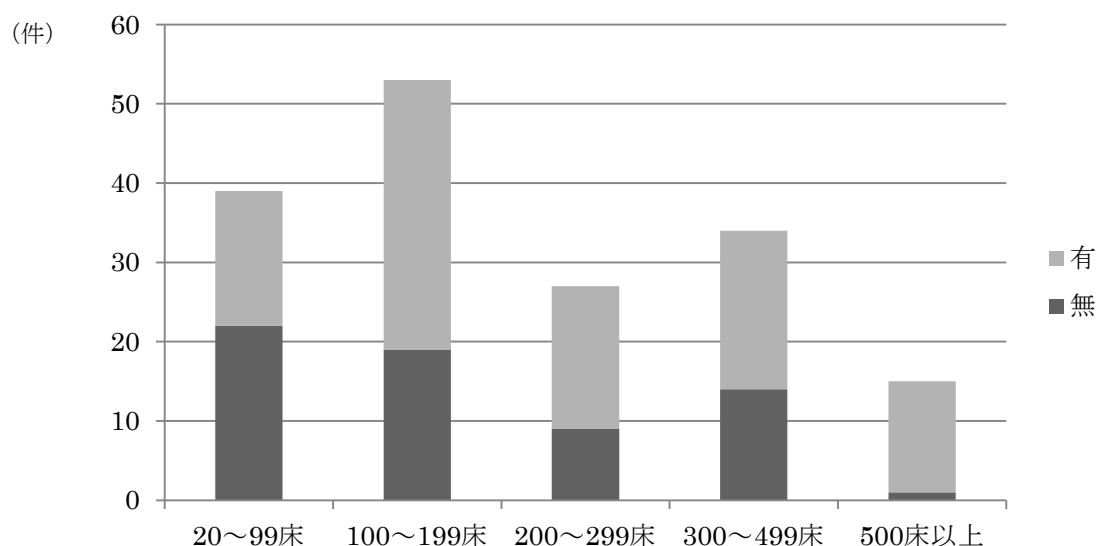


図2 病床規模別の退院調整部門の有無

(n = 169)

6) 退院調整部門の所属部門

(1) 退院調整部門「有」と回答した103施設について、退院調整部門の所属部門は、「独立部門」が21.4%が多かった。次いで「診療支援部門」が17.5%、「看護部門」が16.5%だった。

表7 退院調整部門の所属部署

単位：件

	看護部門	診療部門	診療支援部門	事務部門	独立部門	その他	計
施設数	17	2	18	16	22	28	103
率 (%)	16.5	1.9	17.5	15.5	21.4	27.2	100.0

7) 退院調整部門が無い施設における退院調整の主な実施者

- (1) 退院調整部門が「無」と回答した 66 施設において、退院調整を主に実施している職種は「社会福祉士・医療ソーシャルワーカー」が 48.5%、次いで「病棟看護師」が 31.8%だった。

表 8 退院調整部門が無い施設における退院調整の主な実施者 単位：件

退院調整の主な実施者	数	率 (%)
医師	4	6.1
病棟看護師	21	31.8
外来看護師	0	0.0
退院調整看護師（専従）	1	1.5
退院調整看護師（兼任）	5	7.6
社会福祉士・医療ソーシャルワーカー	32	48.5
事務職員	0	0.0
その他	2	3.0
無回答	1	1.5
計	66	100.0

- (2) 退院調整部門が「無」と回答した 66 施設について、病床規模別に退院調整の主な実施者をみると、100 床以上の施設では「社会福祉士・医療ソーシャルワーカー」が最も多かった。20～99 床の施設では、「病棟看護師」が 50%で最も多く、次いで「社会福祉士・医療ソーシャルワーカー」の 31.8%だった。

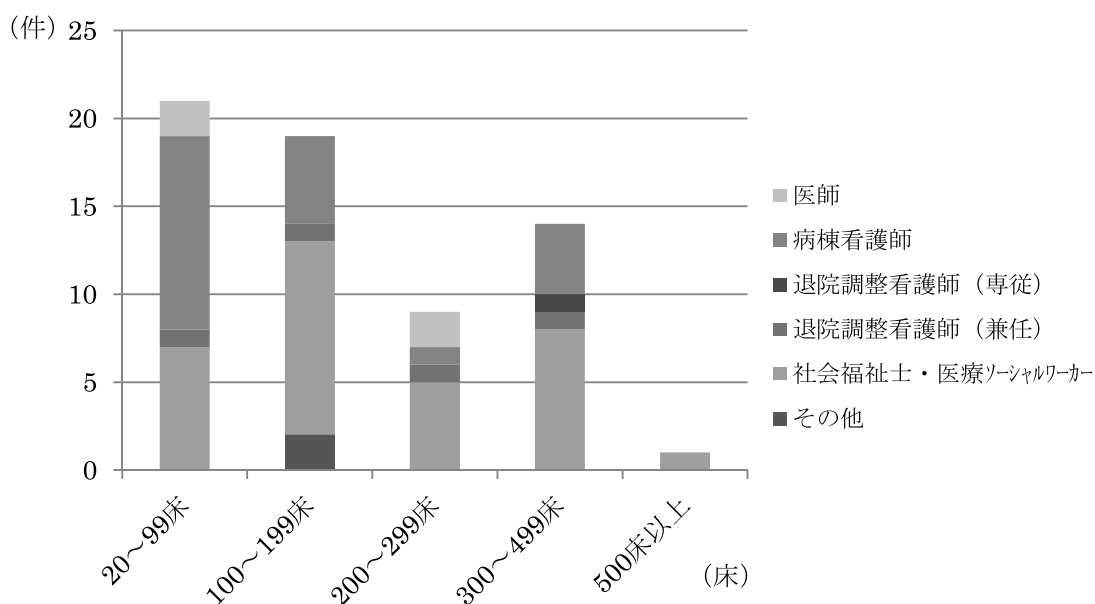


図 3 規模別退院調整を主に実施している職種

(n=64)

2 病棟看護師の退院調整に関わる役割

1) 病棟看護師の所属部署（自由記載）

回答の多かった上位3つは、内科 142 人（32.5%）、混合病棟 99 人（22.7%）、整形外科 37 人（8.5%）であった。その他は、一般・呼吸器科・循環器科・消化器科・神経内科・泌尿器科などがあつた。

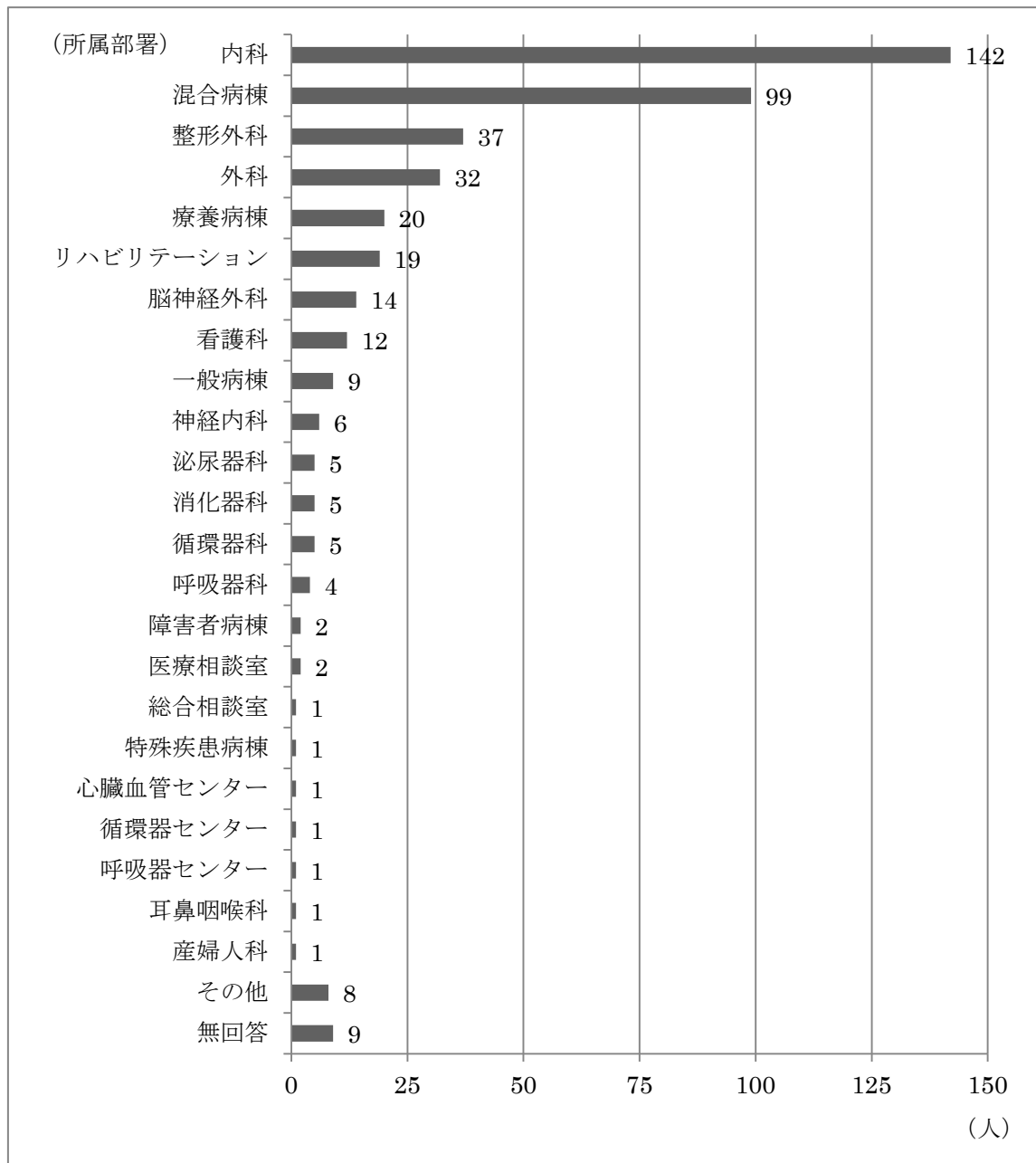


図4 回答者（病棟看護師）の所属部署

(n = 437)

2) 現在の所属部署での経験年数

所属部署での経験年数が5年以下の病棟看護師は、283人（65.2%）で全体の回答者の過半数以上を占めた。

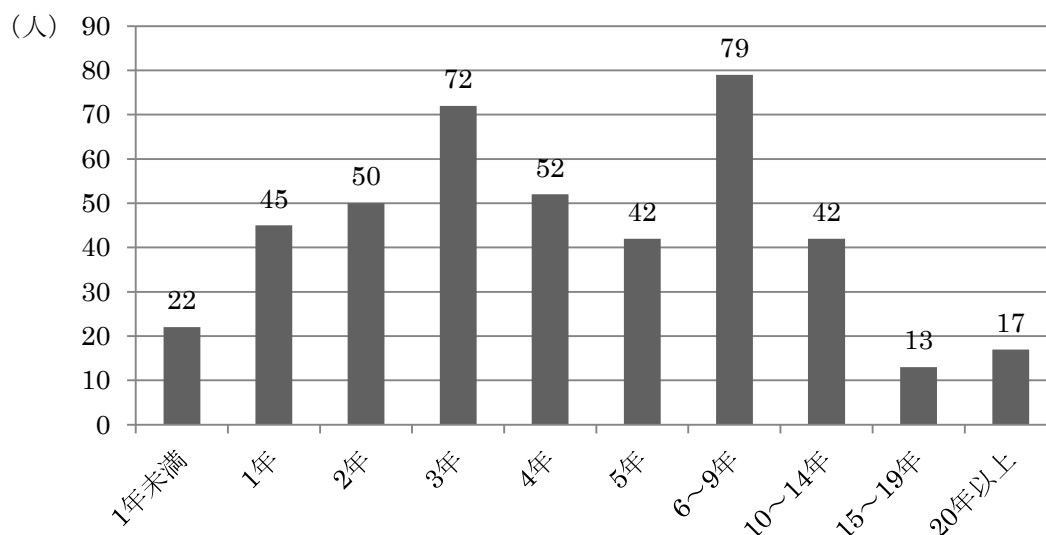


図5 所属部署での経験年数

(n=434)

3) 退院調整に関する実践項目

退院調整に関する実践項目は、宇都宮らが示す3段階(宇都宮ら, 2011)を参考に作成した。実践項目は全40項目で、1から7は「退院支援が必要な患者のスクリーニングに関する項目」、8～14は「患者が生活の場に帰るためのチームアプローチに関する項目」、15～40は「地域の関係職種との連携に関する項目」とし、「全てしている」「ほぼしている」「あまりしていない」「全くしていない」の4段階で回答を得た。

表 9 退院調整に関する実践項目

単位：上段 件
下段 %

	全 て し て い る	ほ ぼ し て い る	あ ま り し て い な い	全 く し て い な い	無 回 答	計
1 入院後 48 時間以内に退院支援のためのスクリー ニングをしている	139 31.8	134 30.7	61 14.0	99 22.6	4 0.9	437 100.0
2 スクリーニングの内容を他部門と共有している	78 17.8	156 35.7	109 25.0	90 20.6	4 0.9	437 100.0
3 スクリーニングを退院調整に活かしている	69 15.8	169 38.7	107 24.5	85 19.4	7 1.6	437 100.0
4 スクリーニングに実際の患者の状態を反映している	70 16.0	206 47.1	75 17.2	78 17.9	8 1.8	437 100.0
5 入院時に退院を意識した情報収集を行っている	89 20.4	226 51.7	99 22.7	21 4.8	2 0.4	437 100.0
6 医師の治療方針を確認し、退院後の患者の病態予測 及び生活をイメージしている	72 16.5	261 59.7	84 19.2	18 4.1	2 0.5	437 100.0
7 入院時に患者・家族と退院後の生活について話を している	55 12.6	168 38.4	173 39.6	39 8.9	2 0.5	437 100.0
8 患者・家族への疾患の説明内容とその理解について 確認している	77 17.6	284 65.0	62 14.2	11 2.5	3 0.7	437 100.0
9 退院後も継続する医療管理と、患者・家族の管理能 力の評価をしている	69 15.8	253 57.9	78 17.9	32 7.3	5 1.1	437 100.0
10 どのような支援があれば在宅医療処置が可能なの か確認している	69 15.8	263 60.2	85 19.5	18 4.1	2 0.4	437 100.0
11 ADL・IADL の評価をしている	103 23.6	244 55.8	69 15.8	16 3.7	5 1.1	437 100.0
12 家屋評価をしている	37 8.5	148 33.9	173 39.6	78 17.8	1 0.2	437 100.0
13 介護力評価をしている	64 14.6	241 55.2	97 22.2	35 8.0	0 0.0	437 100.0
14 患者と家族の意向をアセスメントしている 「生活イメージ」「どう生きたい」「どこで看たい」「本人の QOL」など	72 16.5	248 56.8	101 23.1	15 3.4	1 0.2	437 100.0

	全てしている	ほぼしている	あまりしていない	全くしていない	無回答	計
15 医療保険と介護保険の違いを説明している	29	106	210	91	1	437
	6.6	24.3	48.1	20.8	0.2	100.0
16 介護保険の申請・手続き・認定までの流れを患者 家族に説明している	48	159	155	75	0	437
	11.0	36.4	35.5	17.1	0.0	100.0
17 障害者自立支援システムについて説明している	4	39	161	230	3	437
	0.9	8.9	36.9	52.6	0.7	100.0
18 難病対策事業について説明している	4	32	133	265	3	437
	0.9	7.3	30.4	60.7	0.7	100.0
19 院内で退院に向けた多職種のカンファレンスを行っ ている	114	179	106	35	3	437
	26.0	41.0	24.3	8.0	0.7	100.0
20 主治医から退院後に必要な医療管理について説明 されていることを確認している	82	245	86	21	3	437
	18.7	56.1	19.7	4.8	0.7	100.0
21 医療管理の必要性について、患者・家族と医療者 との間で、合意形成をしている	65	256	90	22	4	437
	14.9	58.6	20.6	5.0	0.9	100.0
22 患者・家族と退院後の生活状況のイメージが一致 している	19	268	126	20	4	437
	4.4	61.3	28.8	4.6	0.9	100.0
23 多職種と、退院後の生活状況のイメージを共有し ている	56	263	85	32	1	437
	12.8	60.2	19.5	7.3	0.2	100.0
24 退院支援計画書の内容を把握している	58	197	113	63	6	437
	13.3	45.1	25.9	14.4	1.3	100.0
25 退院の準備のために必要な情報をアセスメント し、看護計画を立案し展開している	69	215	120	30	3	437
	15.8	49.2	27.4	6.9	0.7	100.0
26 実際の退院後の生活をイメージするため試験外泊 をすすめることがある	42	221	133	39	2	437
	9.6	50.6	30.4	8.9	0.5	100.0
27 退院前訪問をしている	6	27	87	313	4	437
	1.4	6.2	19.9	71.6	0.9	100.0
28 物品調達・薬剤手配に関する指導している	41	194	131	71	0	437
	9.4	44.4	30.0	16.2	0.0	100.0

	全てしている	ほぼしている	あまりしていない	全くしていない	無回答	計
29 訪問診療が必要か判断し依頼をしている	47	185	134	70	1	437
	10.8	42.3	30.7	16.0	0.2	100.0
30 訪問看護が必要か判断し依頼をしている	61	220	101	54	1	437
	14.0	50.3	23.1	12.4	0.2	100.0
31 退院後もリハビリテーションの継続が必要か判断し依頼をしている	46	156	161	73	1	437
	10.5	35.7	36.9	16.7	0.2	100.0
32 ADL や IADL の介入が必要か判断し依頼をしている	60	197	122	56	2	437
	13.7	45.1	27.9	12.8	0.5	100.0
33 住宅改修や福祉用具が必要か判断し依頼をしている	44	161	154	77	1	437
	10.1	36.9	35.2	17.6	0.2	100.0
34 ケアマネージャーに必要な情報、アセスメント内容、患者・家族の意向を伝えている	102	226	75	33	1	437
	23.3	51.7	17.2	7.6	0.2	100.0
35 訪問看護指示書やサービス利用のための書類を確認している	90	156	110	78	3	437
	20.6	35.7	25.2	17.8	0.7	100.0
36 看護サマリーを作成している	353	70	9	4	1	437
	80.8	16.0	2.1	0.9	0.2	100.0
37 自院への外来通院時、病棟から外来看護師に患者情報を引き継いでいる	94	136	139	68	0	437
	21.5	31.1	31.8	15.6	0.0	100.0
38 かかりつけ医への「医師診療情報提供書」が作成されていることを確認している	239	128	37	33	0	437
	54.7	29.3	8.5	7.5	0.0	100.0
39 退院前、合同カンファレンスを開催し参加している	59	155	151	72	0	437
	13.5	35.5	34.5	16.5	0.0	100.0
40 次回の外来日・訪問看護の初回訪問日を確認している	143	166	77	51	0	437
	32.7	38.0	17.6	11.7	0.0	100.0

(1) 退院支援が必要な患者のスクリーニングに関する項目

スクリーニングに関する項目については、半数以上の看護師が「全てしている」または「ほぼしている」と回答している。

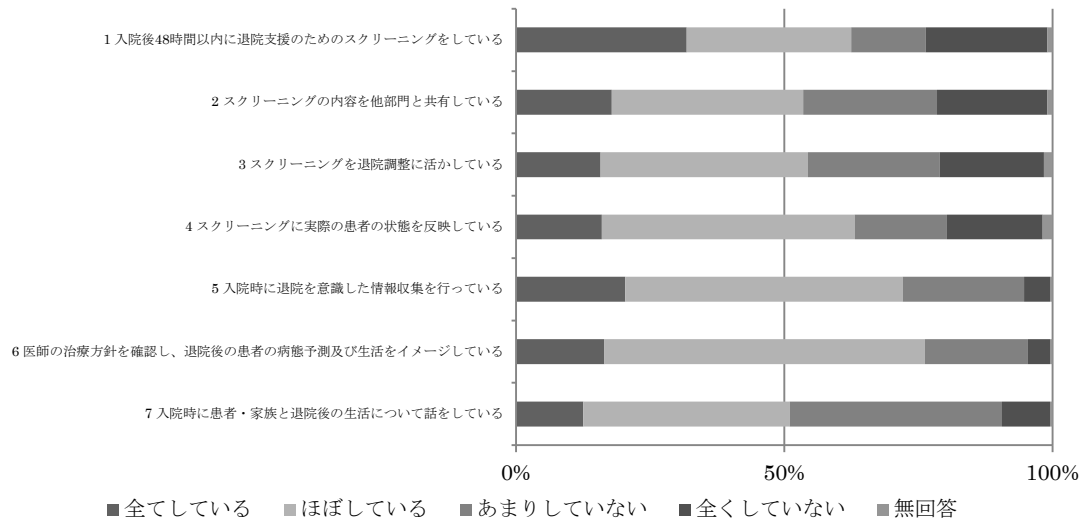


図6 退院支援が必要な患者のスクリーニングに関する項目 (n=437)

(2) 患者が生活の場に帰るためのチームアプローチに関する項目

チームアプローチに関する項目については、12 家屋評価をしている以外の項目は、半数以上の看護師が「全てしている」または「ほぼしている」と回答している。12 家屋評価をしているにおいては、半数以上の看護師が「あまりしていない」「全くしていない」と回答している。

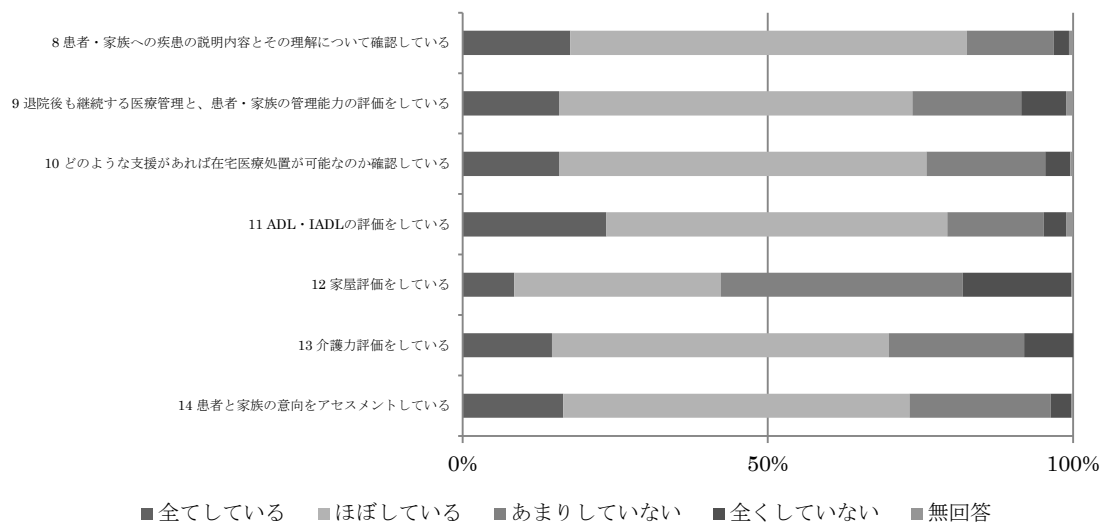


図7 患者が生活の場に帰るためのチームアプローチに関する項目 (n=437)

(3) 地域の関係職種との連携に関する項目

連携に関する項目については、概ね半数の看護師が「全てしている」または「ほぼしている」と回答している。27 退院前訪問をしているにおいては、「全てしている」または「ほぼしている」と回答した看護師が 10%に満たなかった。

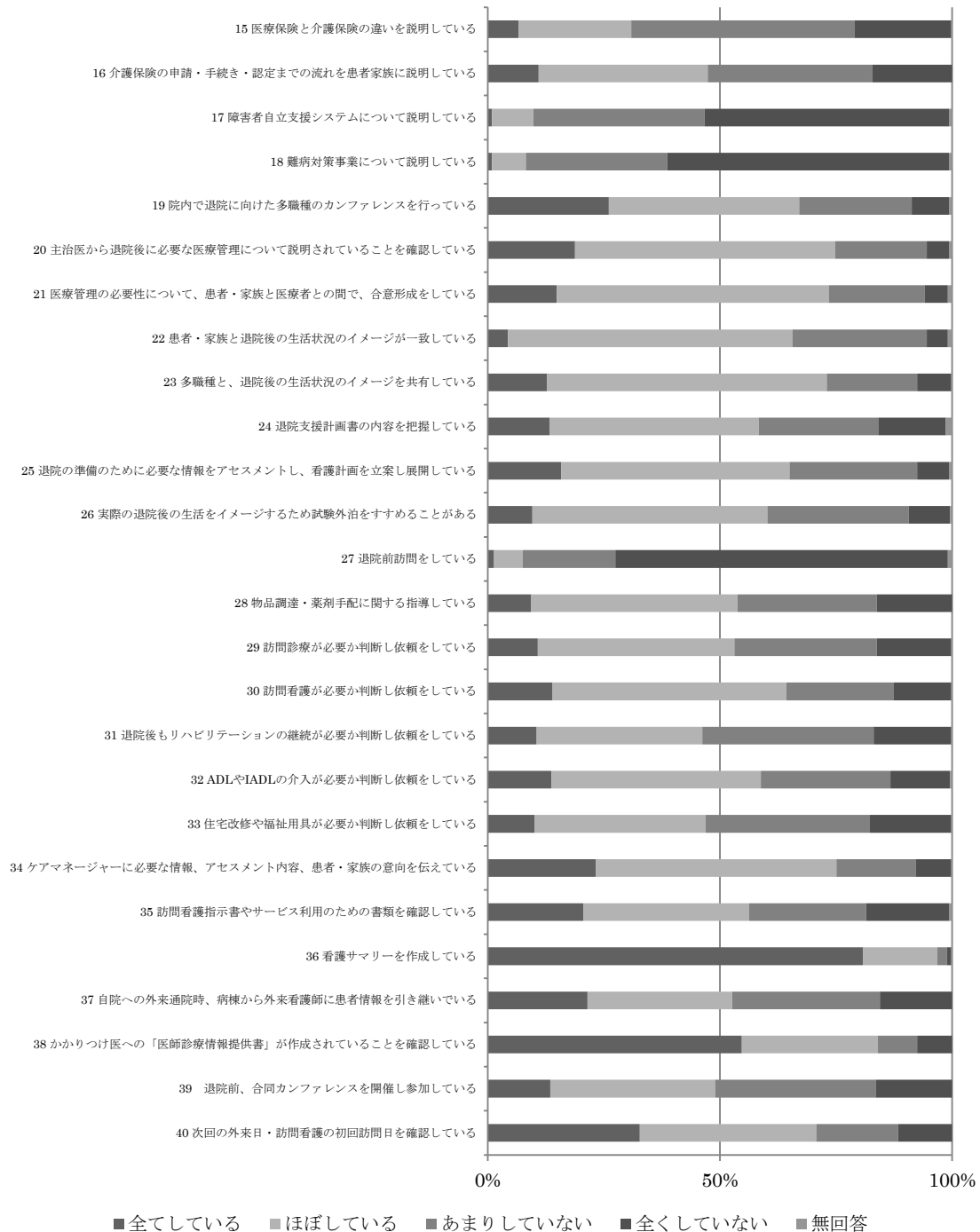


図 8 地域の関係職種との連携に関する項目

(n=437)

3 一般病床の平均在院日数と入院患者の高齢者割合の関連

1) 病床規模別平均在院日数

病床規模別の平均在院日数は、99 床以下の病床数では平均在院日数が 15 日を超える施設が多かった。

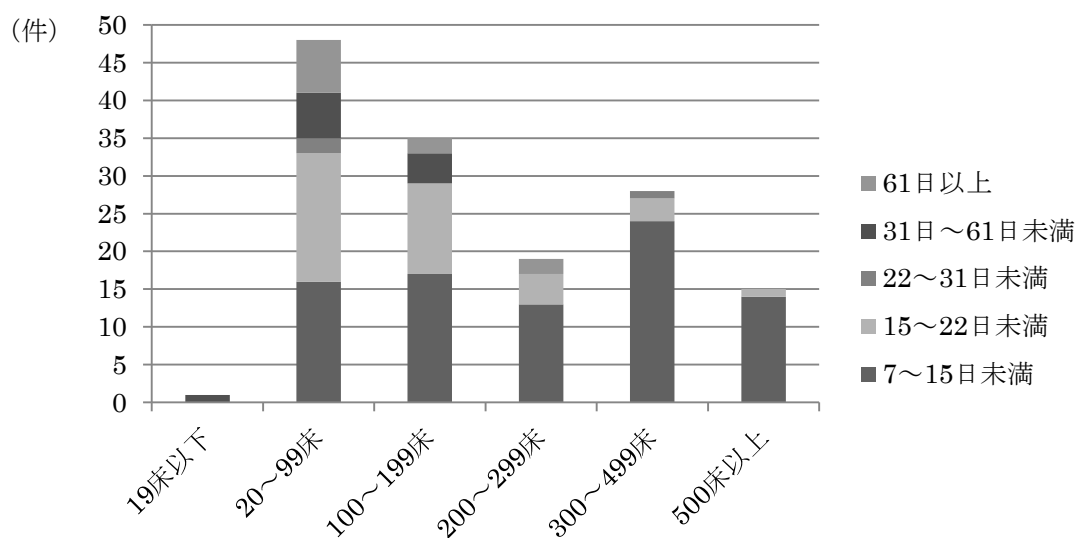


図 9 病床規模別平均在院日数

(n=146)

2) 病床規模別高齢者割合

病床規模が 200 床以上の施設では、高齢者割合が 70～80%未満が多く、199 床以下の施設では、80～100%未満の割合が多かった。

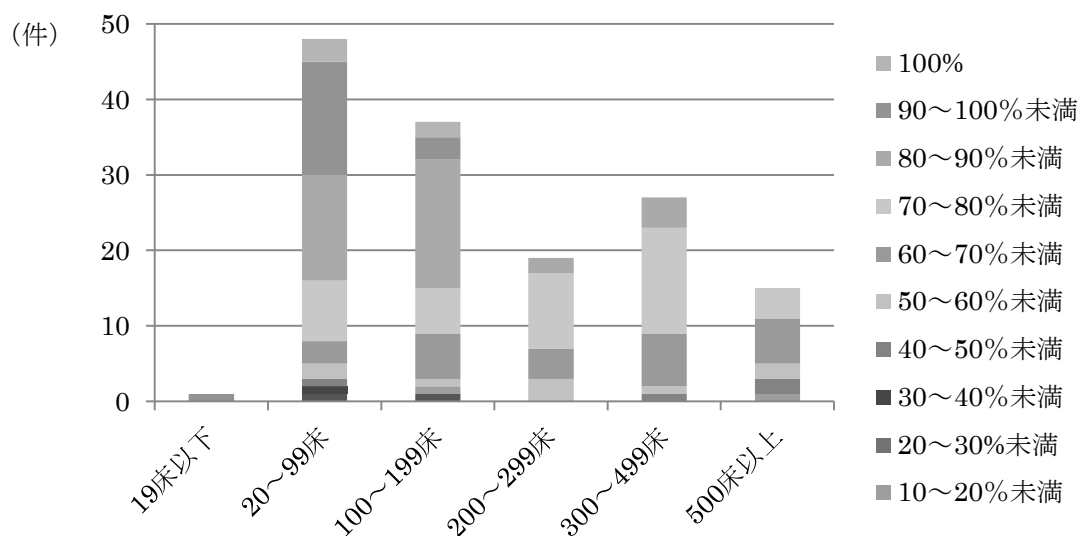


図 10 病床規模別高齢者割合

(n=147)

3) 高齢者割合別平均在院日数

ほとんどの施設では高齢者割合が 50%以上であり、高齢者割合が 50～90%未満の施設では、平均在院日数が 7～15 日未満が多かった。

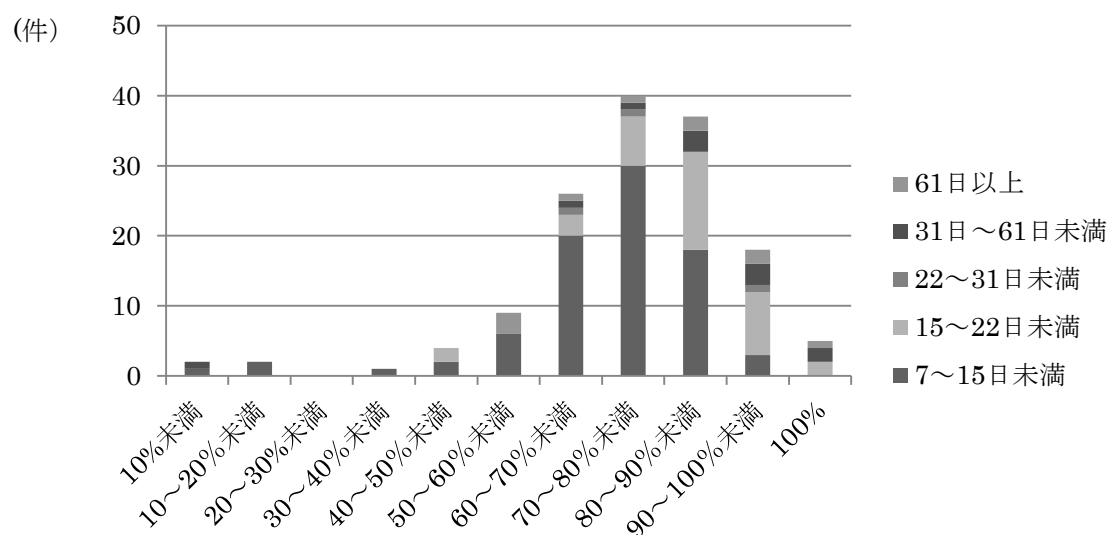


図 11 高齢者割合別平均在院日数

(n=144)

4 入院患者の高齢者割合と退院調整に関わる役割

退院調整に関する実践項目の 3 つのカテゴリーそれぞれについて、「全てしている」「ほぼしている」が過半数以上の場合は「実践している」とし、「あまりしていない」「全くしていない」が過半数以上の場合は「実践していない」として集計した。

1) 退院支援が必要な患者のスクリーニングに関する 7 項目

高齢者割合が 40%未満の施設では、「スクリーニング」について 4 項目以上を実践している病棟看護師は少なかった。高齢者割合 40%以上の施設では、70%以上の病棟看護師が「スクリーニング」について 4 項目以上を実践していた。

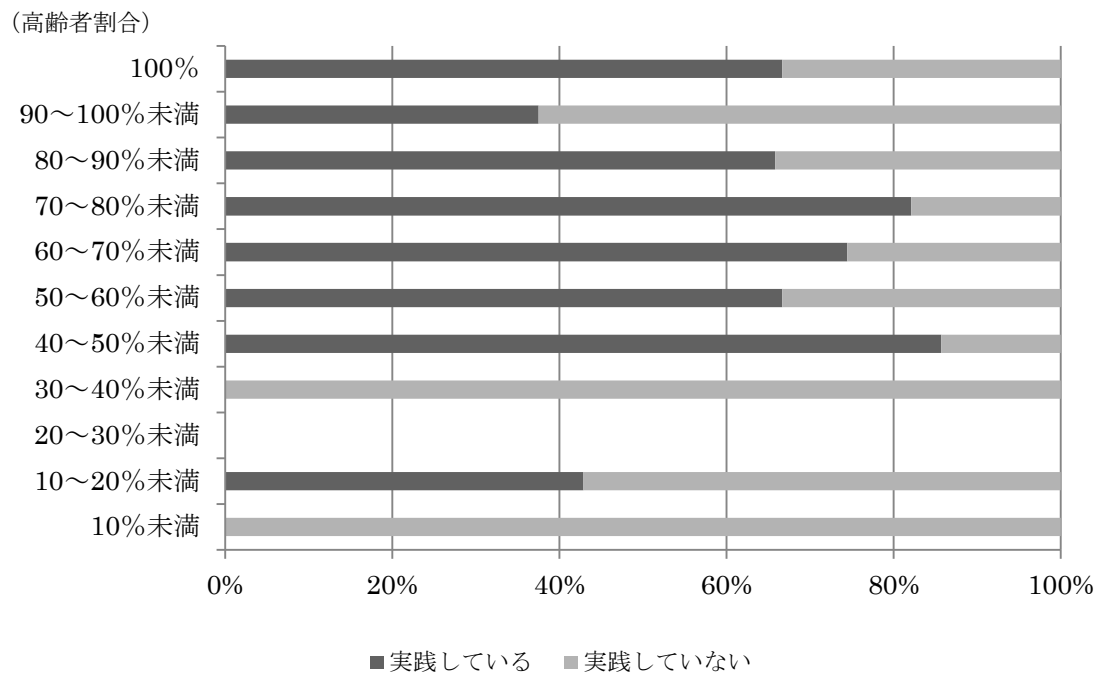


図 12 高齢者割合と退院支援が必要な患者のスクリーニング (n=379)

2) 患者が生活の場に帰るためのチームアプローチに関する 7 項目

高齢者割合に関わらず、多くの施設では病棟看護師が「チームアプローチ」を実践していた。

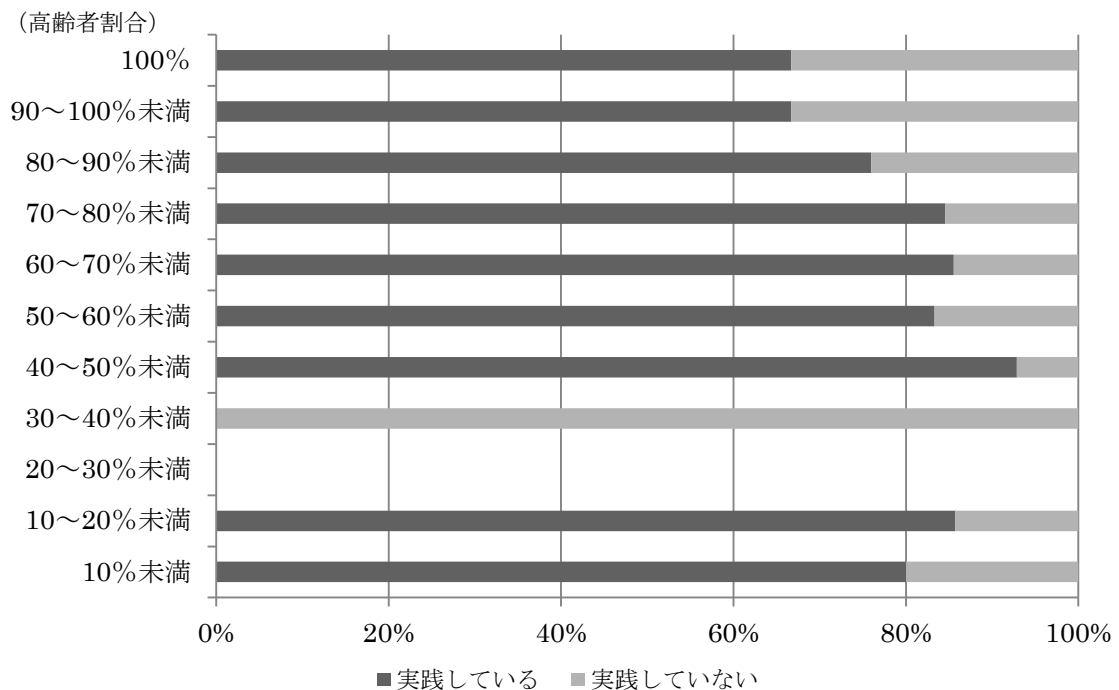


図 13 高齢者割合と患者が生活の場に帰るためのチームアプローチ (n=379)

3) 地域の関係職種との連携に関する 26 項目

高齢者割合が 10%未満の施設以外では、地域の関係職種との連携を実践している病棟看護師が多かった。

(高齢者割合)

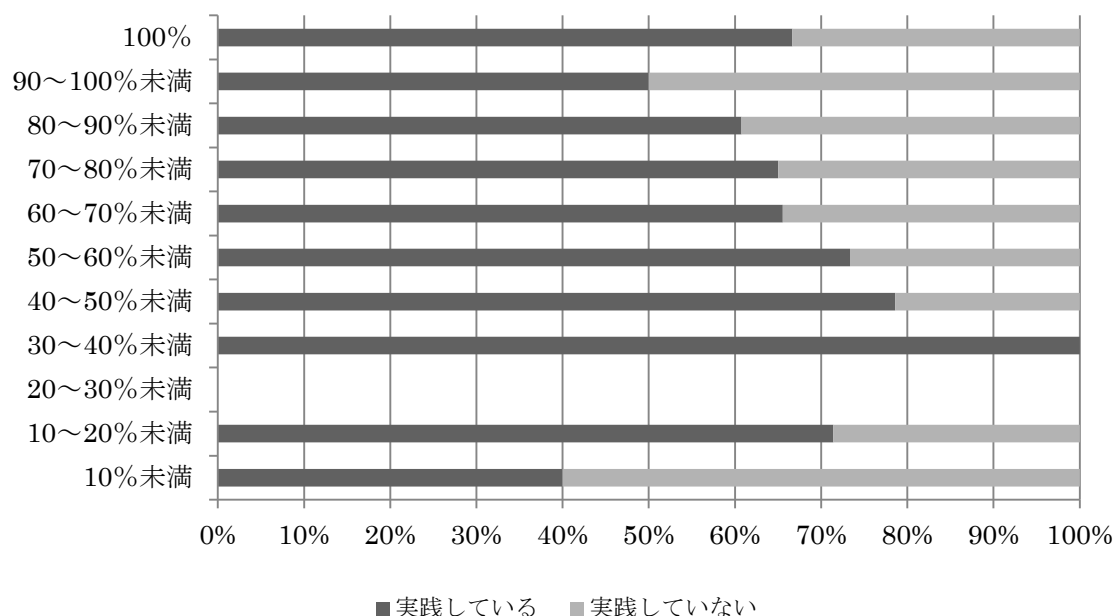


図 14 高齢者割合と地域の関係職種との連携

(n=379)

5 退院調整部門の有無と退院調整に関わる役割

1) 退院支援が必要な患者のスクリーニングに関する 7 項目

退院調整部門の有無にかかわらず「スクリーニング」について 4 項目以上を 50%以上の病棟看護師が実践していた。

(退院調整部門)

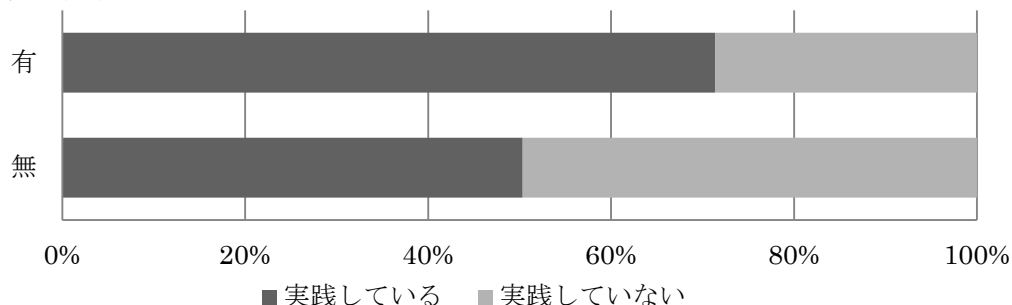


図 15 退院調整部門の有無と退院支援が必要な患者のスクリーニング

(n=432)

2) 患者が生活の場に帰るためのチームアプローチに関する7項目

退院調整部門の有無にかかわらず「チームアプローチ」について4項目以上を70%以上の病棟が実践していた。

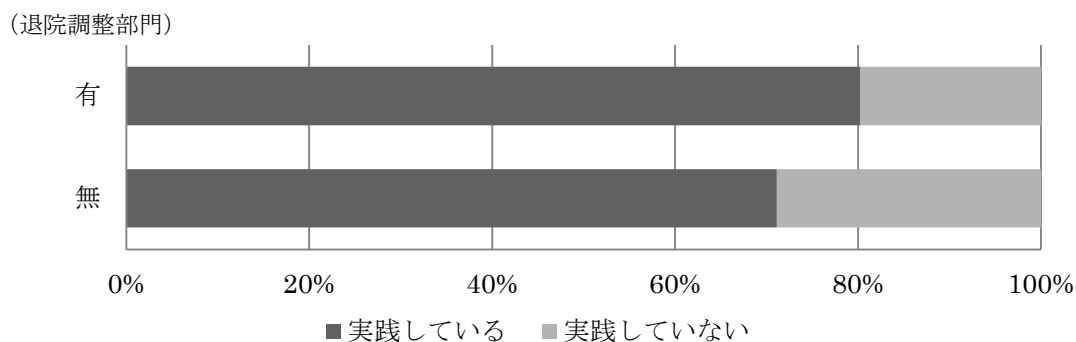


図 16 退院調整部門の有無と患者が生活の場に帰るためのチームアプローチ
(n=432)

3) 地域の関係職種との連携に関する26項目

退院調整部門の有無にかかわらず「関係職種との連携」について14項目以上を50%以上の病棟看護師が実践していた。

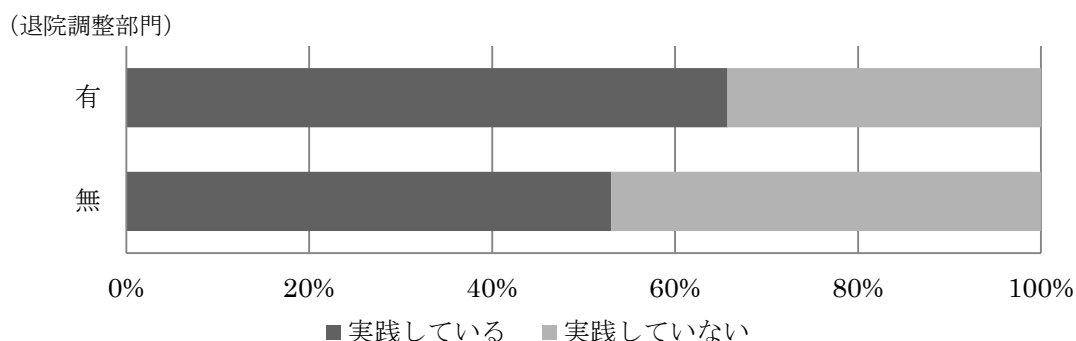


図 17 退院調整部門の有無と地域の関係職種との連携
(n=432)

第3章 考察

I 退院調整に関する組織としての取り組み

2025年の超高齢社会に伴う医療ニーズに対して、医療体制の見直しを国は進めている。平成26年度診療報酬改定で、高度急性期・急性期では「在宅復帰率」75%以上が要件化された。これに伴い神奈川県内の施設においてもかかりつけ医を支援し、地域医療の充実を図ることを目的として整備を進める施設が増えている。今回の調査では、施設の属性からDPC対象病院が全体の34.1%を占め、次いで地域医療支援病院が21.8%となっている。施設の種別・承認等の状況について「該当なし」と回答した71施設が全体の41.8%と半数近くを占めていたことは、平成26年度診療報酬改定にむけて多くの病院が施設基準の見直しを検討し模索していたためとも考えられる。

施設としての退院調整に関する体制については、60.6%が部門として設置していることが分かった。また部門の所属部署は、「独立部門」21.4%、「診療支援部門」17.5%、「看護部門」16.5%という結果であった。退院調整部門が無い施設の退院調整を主に実施している職種は、「社会福祉士・医療ソーシャルワーカー」48.5%、次いで「病棟看護師」31.8%であった。退院調整部門が無い施設では、調査の結果から病棟看護師が他部門との調整を行うなどの重要な位置づけにあると考えられる。病院規模別にみると500床以上の施設では90%以上が退院調整部門を設置していると回答し、100床以上の施設でも50%以上の施設が設置していると回答した。このことから、各施設での退院調整に関する体制の機能分化が進められ、それは規模が大きくなると顕著であることが分かった。しかし、同時に機能分化がされていることから、すべてを退院調整部門に委託してしまうことも懸念される。

II 病棟看護師が退院調整をすすめるために必要な能力と役割

1 病棟看護師の業務としてのスクリーニングの必要性

退院支援が必要な患者のスクリーニングに関する項目1から4については、いずれも半数以上の看護師が「全てしている」「ほぼしている」と回答していた。スクリーニングの必要性に関し三輪(2012)は、すべての入院患者に退院支援が必要ではないため、できるだけ早期に、退院支援が必要な患者かどうかを判断するための最初のアセスメント(スクリーニング)を行い、アプローチを開始することが重要と述べている。退院支援のプロセスとして、退院支援が必要な患者であるか否かについて判断するために、早期にスクリーニングを行い退院調整を開始することが重要である。看護業務が繁忙な状況においても、多くの看護師はスクリーニングを看護業務の一環として取り入れ実践しているものといえる。

2 高齢者を生活者としてみる視点

入院時に退院後の生活に向けて直接患者・家族と話をすることや、スクリーニングを退院調整に生かしたり多部門とスクリーニング内容を共有したりという行為になるとその数は減少する。実際に決められた形式に則って情報収集し記載することができても、それが形式的な行為となっているのではないかと考えられる。平松ら(2010)は在宅移行期の支援として、不安な気持ちに寄り添い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ことを示している。一方的な内容で終始することのないよう、コミュニケーションを図ることが必要である。しかし、入院直後の不安定な時期から、退院に関しての話題を積極的に取り上げることに躊躇してしまう現状がある。いきなり「では退院するときは…」と切り出すのではなく、しっかり不安や戸惑いを聞き取り、信頼関係を築いていくことが大切である。その上で自宅（地域）での生活の送り方について情報収集しながら、早期退院となったときの医療や生活面のサポートの必要性を評価していくことが望まれる。

今後、病棟看護師にますます求められることは、スクリーニングを行うための情報収集の段階から患者を生活者の1人としてみる視点をもつこと、普段から生活状況に関心をもって関わることであるといえる。

3 意思決定支援

患者が生活の場に帰るためのチームアプローチに関する項目で14「患者と家族の意向をアセスメントしている（「生活イメージ」「どう生きたい」「どこで看たい」「本人のQOL」など）」について、「全てしている」「ほぼしている」と回答した病棟看護師は73.3%であった。先行文献では、看護師の退院支援重要度の第1因子として患者・家族の意思決定を支える援助(村松ら, 2009)が挙げられ、加えて看護師が意思意向を把握する視点を重要な役割と認識している(坂井ら, 2011)ことが示されている。そして、在宅療養移行に向けて主体となるのは患者本人であり、患者を支える家族も含めて今ある現状、そして今後起こりうる状況を理解したうえで、患者家族が主体的に治療方針や療養生活の方向性を意思決定していけるように支援することが重要である(坂井ら, 2011)とも述べられている。今後、病棟看護師に求められる能力は、入院時のアセスメントを患者家族の意思決定につなげていくために、高齢者の特性を理解し、自己決定能力を強化し支え補うこと、さらに患者を取り巻く全ての環境について理解を深めていくことである。

4 社会資源の活用

地域の関係職種との連携に関する項目のうち15から18では「全てしている」「ほぼしている」と回答した病棟看護師は50%以下であり、特に項目17 障害者自立支援と18 難病対策事業については、「全てしている」「ほぼしている」と回答した病棟看護師は10%以下と全体的に実践率が低い結果であった。先に述べた、意思決定支援において自己決定能力などの内的資源に対し、地域の関係職種との連携に関する項目

15 から 18 は社会資源である。さらに社会資源は家族や親族、ボランティアなどのインフォーマルな資源と今回の項目のようなフォーマルな社会資源とに分類される。インフォーマルな社会資源は継続性や資金面など不安定な要素も多いため、フォーマルな社会資源を活用しながら、インフォーマルな社会資源としての自己や家族の力を有効的に発揮していく支援が必要である。福祉関連の社会資源については、業務内容や役割上、病棟看護師がすべて担うというのではなく、病棟看護師が医療ソーシャルワーカーなど適切な職種にいかに関わり合っていくかが大切なのではないかと考える。そのために、それらの社会資源とはどのようなものであるか概要を知っておく必要はある。社会資源に関しての知識が不足し、結果的に社会資源が十分に活用できていないということにならないよう、最低限の知識を習得していく必要がある。

5 退院前訪問の意義と課題

地域の関係職種との連携に関する項目のうち 27 退院前訪問を実施しているについて「全てしている」「ほぼしている」と回答した病棟看護師は 7.6%であり、「全くしていない」と回答した病棟看護師は 71.6%であった。他に比べ、極端に実践者が少ない項目の一つである。このような結果となったのは日々の繁雑な業務の中、病棟看護師が病棟を離れ訪問に行くというのは現実的に難しいということも一つの要因とも考えられる。

退院前訪問の意義について篠田ら(2012)は、病院という特殊な環境では能力が十分に発揮できなかったり、逆に恵まれた環境に助けられていることがある(中略)自宅での生活が具体的にイメージできることで自信が付き、在宅復帰への動機づけになることもあると述べている。患者の自宅(地域)及び周辺の状況を把握し、療養生活のイメージを持って、入院中からその生活が可能になるよう支援することは、退院後の患者の生活の質の向上につながると考えられる。退院前訪問を訪問看護師や院内の連携室スタッフだけに任せるのではなく、入院時から安全に快適に医療を受けられるよう入院生活を支援し、ベッドサイドケアを実施している病棟看護師自ら訪問を行う院内の体制を構築していくことが必要である。しかし、実際の現場の繁雑さやマンパワー不足などの課題も多く、取り組みが進まないのも現状であると考ええる。

6 多職種との連携

地域の関係職種との連携に関する項目のうち 29～35 の判断や情報提供に関するほとんどの項目では 50%以上の病棟看護師が実践しているのに対し、31 リハビリテーションの継続や 33 住宅改修に関する判断基準の項目は 40%台の実践状況であった。

リハビリテーションはほとんどの施設でリハビリテーション室のような病棟とは別の空間で行っており、サマリーも別に準備されることが多い。更に、住宅改修や福祉用具についても専門的な領域も含むため、日々の業務とつなげて考えることが難しいことも実践状況が低い要因の一つではないかと考える。

しかし、リハビリテーションの進捗状況は退院後の患者の ADL に大きくかかわってくる内容であり、住宅改修や福祉用具の活用は患者の QOL に影響することでもあるため、専門スタッフへつないでいくことは必要であると考ええる。

患者が生活する地域へ視点を広げると、患者に関わる職種はより多職種になる。患者に関わる職種にはどのような職種が存在するのか、どのような役割を担ってくれるのか知っておく必要がある。

また、看護師以外の多職種に、スクリーニングやアセスメント、カンファレンスなど退院調整の各段階に参加してもらうことは患者にとって必要なより良い支援へとつながるため、積極的に多職種の専門性を活用していくことが望まれる。さらに、ケアマネジャーや訪問看護師など在宅支援の専門家などとも連携し、相談・協力を進めていくことが大切である。今回の調査で 36 看護サマリーを作成しているという項目は 96.8%であった。サマリーを作成するという点については各施設で習慣化されている結果と考えられるが、その中身についても在宅支援に必要な情報が伝わるものであるかなど十分検討していく必要がある。

Ⅲ 病棟看護師の能力を高めるための教育

27 退院前訪問をしているという病棟看護師の割合が少ないことから、実際の高齢者の在宅での生活状況や介護の現状を知らないことで退院後の生活のイメージがつきにくく、具体的な支援には結びついていないことが考えられる。退院調整看護師や訪問看護師と共に、訪問看護研修を行うことで、家屋評価の必要性についても理解でき、入院時からの病棟看護師の支援の必要性が理解できるのではないかな。

齋藤(2014)は、病院の中で提供する看護と在宅で提供する看護には違いがあり在宅では“自宅での生活支援”がメインであるため、病院の看護師が訪問看護師と同行し実際に見に行くことで看護の観点が変わると述べている。また峰村ら(2008)は、訪問看護実習を経験した病院看護師は在宅支援の看護において社会資源の調整や働きかけ、退院前のカンファレンスの実施などのケアマネジメントに関連する項目が実施できており、非体験者と比べて有意差があったと報告している。本調査結果でも退院前訪問をほぼ実施していない実態があるが、病院の看護師が在宅看護を経験できる仕組みを作ることにより、学生時の訪問看護実習の経験が活かされ入院中から在宅での生活を見据えた関わりが可能となるのではないかと考える。

この他には、退院調整カンファレンスへは訪問看護師やケアマネジャー、ソーシャルワーカーなどのその分野の専門家が参加するため、在宅での生活についての情報や意見交換を日常的に行うことができる。このような場に病棟看護師が積極的に参加することは高齢者の理解を深める一助になると考える。

このように、早期から在宅での生活を見据えたうえで患者・家族の意向を引き出すためには、病棟看護師自身が在宅での生活をイメージできるような取り組みや、意思を確認するための関係形成能力のスキルが必要であると考ええる。

IV 組織としてのシステムの構築

退院調整は、患者やその患者を支える人々の参加無しでは考えられない。入院時に退院後の生活をイメージし共有化することが、その後の治療・退院に影響する。退院支援が必要な患者のスクリーニングに関する項目で、6 入院時に医師の治療方針を確認し、退院後の患者の病態予測及び生活をイメージしているについて「全てしている」「ほぼしている」と回答した病棟看護師が 76.2%であったのに対して、7 入院時に患者・家族と退院後の生活について話をしているについて「全てしている」「ほぼしている」と回答した病棟看護師は 51.0%であった。治療・退院決定は医師主導ですすむため、医師から退院後の病態予測が患者・家族に説明されていないと具体的な話ができない。病院全体で、退院に向けた早期介入の必要性を共有し、医師の意識が変わるようアプローチしていくことが必要であろう。

退院調整は各病棟で必要となるため、病棟ごとに退院調整看護師が配置されることが理想である。しかし、人員的に余裕のないことから困難な施設が多く、退院調整部門が介入するか退院調整看護師以外の病棟看護師が対応しているのが現状であった。情報収集したことが実際の看護・退院調整に活かされるには、各病棟看護師が退院調整に関する知識を深め、情報が得られるようなシステムづくりが急務である。

また、病棟看護師も、活動の場を病棟だけに限らせない行動力が求められていると考える。しかしこれは、個人の熱意だけでは実現できるものではなく、病棟以外の場で活動するとなると、組織的に病棟外の活動を保証するシステムが必要になる。

従って、今後病棟看護師に求められることは、視点を地域に広げ、関係する職種や制度を知っておくこと、役割に応じて依頼できることであると考え。そして、組織的には病棟看護師が活躍できる場を、病棟だけに限らず地域に出て活動できるシステムを整えていくことであると考え。

また、退院調整部門が整備されている施設においても、そうでない施設においても、退院支援を実践している割合は多くなっている。退院調整部門の有無は、組織規模などが関係することであるため、全ての施設で設置するということは現実的には困難であるが、今回の結果から分かったことは退院調整部門の有無にかかわらず退院支援を進めていこうという傾向が、全体に見られたことであった。

【引用文献】

平松瑞子・中村裕美子(2010)：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.

峰村淳子・吉田久美子・宮崎歌代子 他(2008)：病院看護師の在宅支援の看護についての研究(第4報) 3 施設の看護師の認識と行動の実態分析，東京医科大学看護専門学校紀要，18(1)，1-34.

三輪恭子(2012)：退院支援のプロセスと多職種協働における病棟看護師の役割，看護技術，58(14)，1324-1331.

村松恵子・中谷久恵(2009)：療養病床の患者と家族へ行う退院支援の看護に関する要因，日本在宅ケア学会誌，13(1)，30-37.

齋藤訓子(2014)：よりよい在宅復帰のために病院看護師に期待したいこと，看護，66(11)，40-43.

坂井志麻・中田晴美・柳修平他(2011)：特定機能病院における看護師の在宅療養支援に関する認識～経験年数別比較と病棟・外来別比較～，東京女子医科大学看護学会誌，6(1)，41-51.

篠田道子(2012)：ナースのための退院調整(第2版)，日本看護協会出版会，東京，44.

宇都宮宏子 三輪恭子(2011)：これからの退院支援・退院調整 ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域，日本看護協会出版会，東京，9-40.

病棟看護師の退院調整に関わる役割の実態調査票①

各設問の案内にしたがってご回答ください。

I 施設の属性

1. 種別、承認等の状況

当てはまる番号を選んで数字を○で囲んでください。（複数回答可）

- 1) 特定機能病院
- 2) 専門病院
- 3) 地域医療支援病院
- 4) 開放型病院
- 5) 在宅療養支援病院
- 6) がん診療連携拠点病院
- 7) 災害拠点病院
- 8) DPC 対象病院・準備病院
- 9) 該当なし

2. 許可病床数（医療法）

当てはまる番号を選んで数字を○で囲み、（ ）内に数字をご記入ください。

（複数回答可）

- 1) 一般病床（ 床）
- 2) 療養病床（ 床）

3. 2 の設問で一般病床を有すると回答された施設の方は以下の設問にお答え下さい。

1) 一般病床の平均在院日数

平成 25 年 10 月の平均在院日数を（ ）内にご記入ください。

（ 日）

2) 一般病床の入院患者の高齢者の割合

下記 [] の数式で計算してください。

平成 25 年 10 月 31 日時点のデータを（ ）内にご記入ください。

10 月 31 日に入院している 65 歳以上の患者数

10 月 31 日に入院している全患者数

（産科・小児科を除く一般病床に入院中の全患者）

×100 = () %

Ⅱ 退院調整のシステムについて

1. 退院調整部門はありますか。

当てはまる番号を選んで数字を○で囲んでください。

- 1) 有 (→Ⅱ. 2へ)
- 2) 無 (→Ⅱ. 3へ)

2. <Ⅱ. 1で1)を選んだ場合> 退院調整部門が所属する部門はどこですか。

当てはまる番号を1つだけ選んで、数字を○で囲んでください。6) その他を選んだ場合は、()内に具体的にご記入ください。

- 1) 看護部門
- 2) 診療部門
- 3) 診療支援部門
- 4) 事務部門
- 5) 独立部門
- 6) その他(具体的に：)

3. <Ⅱ. 1で2)を選んだ場合> 退院調整を主に行っている人はいますか。

当てはまる番号を1つだけ選んで、数字を○で囲んでください。7) その他を選んだ場合は、()内に具体的にご記入ください。

- 1) 医師
- 2) 病棟の看護師
- 3) 外来看護師
- 4) 退院調整看護師 専従
- 5) 退院調整看護師 兼任
- 6) 社会福祉士・医療ソーシャルワーカー
- 7) 事務職員
- 8) その他(具体的に：)

ご協力ありがとうございました。

病棟看護師の退院調整に関わる役割の実態調査票②

回答者ご自身の実践について当てはまる番号を選んで数字を○で囲んでください。

回答者の所属部署（ 科） 現在の所属部署での経験年数（ ）年

設 問 項 目	全 て し て い る	ほ ぼ し て い る	あ ま り し て い な い	全 く し て い な い
退院支援が必要な患者のスクリーニングに関するもの				
1) 入院後 48 時間以内に退院支援のためのスクリーニングをしている				
2) スクリーニングの内容を他部門と共有している				
3) スクリーニングを退院調整に活かしている				
4) スクリーニングに実際の患者の状態を反映している				
5) 入院時に退院を意識した情報収集を行っている				
6) 医師の治療方針を確認し、退院後の患者の病態予測及び生活をイメージしている				
7) 入院時に患者・家族と退院後の生活について話をしている				
患者が生活の場に帰るためのチームアプローチに関するもの				
8) 患者・家族への疾患の説明内容とその理解について確認している				
9) 退院後も継続する医療管理と、患者・家族の管理能力の評価をしている				
10) どのような支援があれば在宅医療処置が可能なのか確認している				
11) ADL・IADL の評価をしている				
12) 家屋評価をしている				
13) 介護力評価をしている				
14) 患者と家族の意向をアセスメントしている （「生活イメージ」「どう生きたい」「どこで看たい」「本人の QOL」など）				

地域の関係職種との連携に関するもの				
15)	医療保険と介護保険の違いを説明している			
16)	介護保険の申請・手続き・認定までの流れを患者家族に説明している			
17)	障害者自立支援システムについて説明している			
18)	難病対策事業について説明している			
19)	院内で退院に向けた多職種のカンファレンスを行っている			
20)	主治医から退院後に必要な医療管理について説明されていることを確認している			
21)	医療管理の必要性について、患者・家族と医療者との間で、合意形成をしている			
22)	患者・家族と退院後の生活状況のイメージが一致している			
23)	多職種と、退院後の生活状況のイメージを共有している			
24)	退院支援計画書の内容を把握している			
25)	退院の準備のために必要な情報をアセスメントし、看護計画を立案し展開している			
26)	実際の退院後の生活をイメージするため試験外泊をすすめることがある			
27)	退院前訪問をしている			
28)	物品調達・薬剤手配に関する指導している			
29)	訪問診療が必要か判断し依頼をしている			
30)	訪問看護が必要か判断し依頼をしている			
31)	退院後もリハビリテーションの継続が必要か判断し依頼をしている			
32)	ADL や IADL の介入が必要か判断し依頼をしている			
33)	住宅改修や福祉用具が必要か判断し依頼をしている			
34)	ケアマネージャーに必要な情報、アセスメント内容、患者・家族の意向を伝えている			
35)	訪問看護指示書やサービス利用のための書類を確認している			
36)	看護サマリーを作成している			
37)	自院への外来通院時、病棟から外来看護師に患者情報を引き継いでいる			
38)	かかりつけ医への「医師診療情報提供書」が作成されていることを確認している			
39)	退院前、合同カンファレンスを開催し参加している			
40)	次回の外来日・訪問看護の初回訪問日を確認している			

ご協力ありがとうございました。

病棟看護師の退院調整に関わる役割の実態調査報告

編 集 公益社団法人神奈川県看護協会 業務委員会

発 行 平成 27 年 3 月

公益社団法人神奈川県看護協会

〒 231-0037 横浜市中区富士見町 3 - 1

TEL 045(263)2901 FAX 045(263)2905

E-mail : kanakan1@basil.ocn.ne.jp

URL : <http://www.kana-kango.or.jp>