

報告

慢性疾患をもつ高齢者の退院調整にかかわる職種が感じる困難感

水原 美地* 石井 美紀代* 鹿毛 美香*

＜要 旨＞

本研究は、退院調整に関わる職種がもつ退院調整の困難感について明らかにすることを目的とした。方法は、病院で退院調整を担当する専門職、介護支援専門員、訪問看護師を対象に、退院調整における困難感について聞き取り調査を行った。

三職種が語った困難感で共通するものは、「病院側と在宅側との情報共有が不足している」「退院までの調整の期間が短い」であった。また、それぞれの活動の場において特有の困難感があった。その背景として、①情報を共有する仕組みの問題、②情報を共有する認識の不足、③在宅療養を見据える認識の不足、④個人の対応力の不足、に分類された。

キーワード：退院調整、困難感、多職種連携、情報共有、継続医療

I. はじめに

急速な高齢化、生活習慣病等の慢性疾患の増加から、国は2014年に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」を交付し、地域包括ケアシステムの構築と医療・介護の一体化改革を実施している。中でも医療提供体制において、患者の病態像に合わせた適切な病院機能を分担させ、病院から在宅へ切れ目ない医療を提供する「地域完結型医療」を推進している。

入院患者のうち65歳以上が7割以上を占めている状況から¹⁾、急性期病院においても病気を治すだけでなく、心身の機能低下を最小限にしてより良い状態で次の療養の場に移すことが重要になっており、「急性期」や「回復期」といったこれまで定義された「病院機能」という枠組みで医療・看護をとらえられない²⁾ことが、指摘されている。つまり、高齢患者や医療ニーズを継続して有する患者が適切な時期に病院を退院し、円滑に次の療養場所に移行できるようにするための支援、すなわち「退院支援」の必要性が高まっている³⁾と言えよう。しかし、現状では地域医療、とりわけ病院医療と在宅医療が必ずしも連携できているとは

言えず、看護の継続においても、患者の療養を視野に入れた連携ができていない事象を、実習等の現場で多く聞く。

病院看護師を対象にした先行研究で、豊原⁴⁾は、在宅移行支援の必要性は認識しているが、実践できていない現状を報告している。在宅移行支援を病棟単位で実施することは困難であり、各医療施設では医療ソーシャルワーカーに加えて退院調整看護師を配置する退院調整部門を設置し、介護保険サービス等と連携した退院調整を実施している。

在宅移行支援については、病棟看護師を対象とした退院支援の特集や先行研究において、患者が自宅に戻ってからの生活がイメージできないこと、業務が忙しく退院後のことまで考えられないこと、情報や知識の不足が報告されている。また、病院看護師と訪問看護師を対象にした継続看護の先行研究では、両者の間にケアマネジャーが存在することで、看護師同士が連携する機会が少ないことが指摘されている⁴⁾。さらに、退院調整看護師を対象にした退院調整に関する研究では、施設や関係機関による要因の困難と、患者・家族による要因の困難があることが報告されている^{5) 6) 7)}。このように、病棟看護師、訪問看護師、退院調整看護

* 西南女学院大学保健福祉学部看護学科

師の単独調査はあるが、慢性疾患をもつ高齢者の退院調整を軸にして医療・介護の領域を合わせた対象に調査する研究は見当たらない。

そこで、本研究は、医療・介護の制度の改正が行われる中で、病院で退院調整を担当する専門職と、居宅における介護の調整を行う介護支援専門員、在宅医療の調整を行う訪問看護師の困難感を尋ねその背景をまとめるものである。

II. 目的

本研究は、①病院の地域連携室で専任または専従で退院調整を担当する専門職（以下、病院の退院調整職）、②介護支援専門員、③訪問看護師の三者が持っている高齢慢性疾患患者の退院調整に関する困難感を明らかにし、その背景を考察することを目的とした。

III. 研究方法

1. 用語の定義

本研究において「退院調整」とは、患者・家族が自立・自律して、その人らしい生活を送ることができるように、患者・家族の意向に合った社会保障制度や社会資源等、地域での保健・医療・福祉サービスにつながるマネジメントの過程⁸⁾である。目標設定に向けた意思決定支援と入院目標を達成するための看護過程の展開である「退院支援」とは区別する。

「困難感」とは、解決しがたいと感じる場面とその内容、およびその時に抱く感情とし、ここには、客観的に困難であることが明白な場面に加え、自らの対処能力を超えて主観的に困難であると感じる現象が含まれる⁹⁾とした。

2. 研究対象者

研究協力の同意が得られた①急性期病院と回復期病院の退院調整職、②居宅介護支援事業所の介護支援専門員、③訪問看護ステーションの訪問看護師である。

対象の選定は、筆者の所属する施設が実習を依頼している訪問看護ステーション管理者からの訪問看護師、介護支援専門員、病院の退院調整部署の紹介をもとに行った。

3. データの収集方法

研究者が対象者へ研究趣旨や内容を文書及び口頭で説明し、研究協力の同意を得て面接調査を実施した。面接は半構成的面接調査とし、対象者と日程・場所を調整した上で指定日に個別面接を行った。

調査はインタビューガイドを用いて実施した。インタビューガイドの要点として、

① 病院の退院調整職と介護支援専門員

- ・属性、取得免許・資格
- ・退院調整での困りごと（対象者について、退院前カンファレンスについて、支援にあたっての思い）

② 訪問看護師

- ・属性
- ・患者の治療と生活支援上の課題（健康管理、療養上の世話、継続看護、支援にあたっての思い）

である。

面接は、対象者の了承を得てICレコーダーに録音した。

4. データ収集期間

データ収集期間は、2018年1～4月である。

5. データ分析方法

録音したインタビュー内容から逐語録を作成し、それを十分に理解するまで読み、対象者が語った困りごとを事象ごとに区切っていった。語りの内容を損なわないように注意しながら余談や意味のない部分を削除し、事象の中にある「困難感」を拾い出し類似性によって分類した。さらに、事象に対する困難感を解釈しながら困難感の背景を抽出していった。妥当性や信頼性を高めるため、共同研究者間で意見の統一を図りながら複数回かけてまとめていった。

IV. 倫理的配慮

本研究は、所属大学倫理委員会の承認を得て実施した。協力者には研究への協力は本人の自由意思であり研究に協力しない場合でも不利益を受けないこと、研究協力の同意後でも撤回できること、プライバシーの保護を遵守すること、研究結果は学会誌等で公表することを、研究者が直接文書及び口頭で説明し署名をもって同意を得た。

V. 研究結果

1. 対象者の概要

研究協力者はすべて女性である。

(1) 病院の退院調整職 (表 1-1)

6名であった。保有免許は看護師が5名、社会福祉士が1名であった。所属施設は、回復期病院(病床数120床)が1施設、急性期病院(病床数600～700床)が2施設であった。年代は30歳代40歳代50歳代がそれぞれ2名ずつで、業務経験年数は平均2.7年で

あった。

(2) 介護支援専門員 (表 1-2)

4名であった。所属施設の経営主体は医療法人、株式会社、有限会社であった。年代は40歳代2名と60歳代2名で、業務経験年数は平均12.8年であった。

(3) 訪問看護師 (表 1-3)

11名であった。所属する訪問看護ステーションの経営主体は、一般財団法人、医療法人、株式会社であった。年齢は40歳代8名、50歳代3名で、平均経験年数は8.2年であった。

表 1-1. 研究対象者の概要 (病院の退院調整職)

	年齢	取得免許による 経験年数	退院調整分野 経験年数	所属	取得免許・資格
1	50代	37年	3年	回復期病院	看護師、准看護師
2	30代	10年	5年	回復期病院	看護師
3	40代	26年	2年	急性期病院	看護師
4	30代	3年	3年	急性期病院	社会福祉士
5	50代	19年	2年	急性期病院	看護師・介護支援専門員
6	40代	20年	1年	急性期病院	看護師・脳卒中リハビリテーション認定看護師

表 1-2. 研究対象者の概要 (介護支援専門員)

	年齢	取得免許による 経験年数	居宅介護支援 分野経験年数	所属	取得免許・資格
1	40代	14年	14年	医療法人	社会福祉士主事任用資格・主任介護支援専門員
2	40代	6年	6年	医療法人	介護福祉士
3	60代	18年	18年	株式会社	准看護師・精神保健福祉士・社会福祉士・主任介護支援専門員・認定介護支援専門員
4	60代	41年	13年	有限会社	看護師

表 1-3. 研究対象者の概要 (訪問看護師)

	年齢	看護師経験年数	訪問看護経験年数	所属
1	40代	20年	12年	一般財団法人
2	40代	25年	2年	一般財団法人
3	50代	30年	15年	一般財団法人
4	40代	12年	3年	一般財団法人
5	50代	28年	16年	医療法人
6	50代	28年	9年	医療法人
7	40代	28年	1年4か月	医療法人
8	40代	7年	5年	医療法人
9	40代	15年	5年	医療法人
10	40代	26年	10年	医療法人
11	40代	22年	12年	株式会社

2. 退院調整に関する困難感

本文中、困難感のカテゴリーを【 】、困難感の内容を<>、内容の背景を（ ）、語りの内容を「 」で示した。

1) 病院の退院調整職が語った困難感（表2）

病院の退院調整職が語った困難感は、4つのカテゴリーに分類された。

【病院側と在宅側の情報共有が不足している】では、「ご自宅でこういうサービスを使っていました」というようなく情報提供が事業所や介護支援専門員によってなされない場合がある（仕組みの問題、認識の不足）>、<在宅療養上の困り事について、訪問看護師から直接、情報提供がない（認識の不足）>、その上、<入院前に利用していた訪問サービスの事業所名を患者が思い出せず、連絡できない（対応力の問題）>ことで「ここまでできるようになれば、それがおうちに帰る目標になるかなっていう指標っていうか、環境的にはどうなのかっていう判断材料」に不足の場合があることが語られた。

継続看護に関することについては、<患者の情報は介護支援専門員を通してやりとりされるため、細かい情報が訪問看護師等に伝わっているか疑問である（仕組みの問題）>、<訪問看護師と退院時サマリー（紙面上）でのやりとりだけでは、情報が伝わっているか不安である（仕組みの問題）>という思いがあった。また、訪問看護が緊急時連絡する場合、「外来看護師に、本当は連絡して、外来看護が主治医に連絡という流れが一部出来ている科と、まだその看護師の認識と違っていうところで」<退院後の緊急連絡、相談窓口として外来が機能していない（仕組みの問題、認識の不足）>課題も語られた。

【退院までの調整の期間が短い】では、<日勤の勤務時間帯では家族と会えないことが多い（仕組みの問題）>ため、<院内連携能力は向上しつつあるものの、病棟看護師や主治医からの連携室への連絡が遅れる（仕組みの問題、認識の不足）>場合があることが語られた。

また、「退院決定したときに、実はこれ、要るんじゃないかというのがぎりぎりに思って、病棟看護からしたら、連携室に依頼したら（訪問看護が）もう入るものみたいな」認識により、<病棟看護師はサービス導入に要する手続きや時間を知らず、ぎりぎりに連絡がある（対応力の不足、認識の不足）>。さらに、<がん末期患者の場合、退院のタイミングが限られる（対応力の問題）>ため、退院決定が直近となり、在宅側

に短期間でのサービス調整を強いてしまうことが語られた。

【病棟では在宅療養を意識できていない】では、「入院前の外来看護が、もう少し捉えていけば、もう少しスムーズな退院調整に入っていけるかなと思っています」と、<外来で、入院前の生活についての情報収集が十分できていない（認識の不足）>ことから、地域連携室と外来看護の連携体制の強化に取り組んでいる現状が語られた。また、「ある日の会議で訪問看護師から“自宅に帰ってから8日間排便がなくて、まず、排便コントロールの格闘でした”と言われた。「退院前カンファで司会をもつのがほとんどなんですけど、必ず“食事はどうですか”とか、看護を病棟看護が言わなかった時には“排便は今、マグミットでいいですか”とか。でも、“持って帰るときは座薬とか、臨時処方を持たせて帰っていいですか”とかいうのを、やっぱり在宅に帰った時の便秘とか、何か、当たり前前の看護が、何か見落とされているかなっていう」<退院後の在宅療養上の困難を意識せず、病棟では看護師中心のケアや処置がなされている（認識の不足）>ということが語られた。一方、<退院後の継続医療の情報が在宅側から来ないため、退院支援の振り返りができていない（仕組みの問題、認識の不足）>ことから、病棟看護師の多くは在宅療養の困りごとがイメージできないことが語られた。

【本人、家族の意思決定に時間がかかる場合がある】では、<突然の発症で、本人、家族はなかなか意思決定ができない（対応力の問題）>、<患者と家族で希望する退院先が違う（認識の不足）>、<患者が福祉サービスの利用を受け入れない（認識の不足）>ことで退院調整を開始するまで時間を要する現状が語られた。また、要介護認定に時間がかかることから退院までに<要介護認定が間に合わず自宅退院が選択されないケースがある（仕組みの問題、対応力の問題）>ことが語られた。

表2 病院の退院調整職が語った退院調整における困難感

カテゴリー	内 容	背 景
病院側と在宅側との情報共有が不足している	<ul style="list-style-type: none"> ・情報提供が、事業所や介護支援専門員によってなされない場合がある ・在宅療養上の困り事について、訪問看護師から直接、情報提供がない ・入院前に利用していた訪問サービスの事業所名を患者本人が思い出せず、連絡できない ・患者の情報は介護支援専門員を通してやりとりされるため、細かい情報が訪問看護師等に伝わっているか疑問である ・訪問看護師と退院時サマリー（紙面上）でのやりとりだけでは、情報が伝わっているか不安である ・退院後の緊急連絡、相談窓口として外来が機能していない 	仕組みの問題、認識の不足 認識の不足 対応力の問題 仕組みの問題 仕組みの問題 仕組みの問題、認識の不足
退院までの調整の期間が短い	<ul style="list-style-type: none"> ・日勤の勤務時間帯では家族と会えないことが多い ・院内連携能力は向上しつつあるものの、病棟看護師や主治医からの連携室への連絡が遅れる ・病棟看護師はサービス導入に要する手続きや時間を知らず、ぎりぎりに連絡がある ・がん末期患者の場合、退院のタイミングが限られる 	仕組みの問題 仕組みの問題、認識の不足 対応力の問題、認識の不足 対応力の問題
病棟では在宅療養を意識できていない	<ul style="list-style-type: none"> ・外来で、入院前の生活についての情報収集が十分できていない ・退院後の在宅療養上の困難を意識せず、病棟では看護師中心のケアや処置がなされている ・退院後の継続医療の情報が在宅側から来ないため、退院支援の振り返りができていない 	認識の不足 認識の不足 仕組みの問題、認識の不足
本人、家族の意思決定に時間がかかる場合がある	<ul style="list-style-type: none"> ・突然の発症で、本人、家族はなかなか意思決定ができない ・患者と家族で希望する退院先が違う ・患者が福祉サービスの利用を受け入れない ・要介護認定が間に合わず自宅退院が選択されないケースがある 	対応力の問題 認識の不足 認識の不足 仕組みの問題、対応力の問題

2) 介護支援専門員が語った困難感 (表3)

介護支援専門員が語った困難感は、3つのカテゴリーに分類できた。

【病院側と在宅側との情報共有が不足している】では、＜医療機関によって連携室/病棟/外来の業務範囲が異なるため、連携の窓口がわかりづらい（仕組みの問題）＞。その上、＜マネジメントに必要な患者情報をタイムリーにもらえない（仕組みの問題・認識の不足）＞ことが語られた。また、＜病院主導の退院調整では生活でなく医療に合わせた調整がなされる（認識の不足）＞ため、「ケアマネジャーの方が在宅に関してはわかっているので、そこに耳を傾けて調整を」してほしいことが語られた。これには、＜福祉職の介護支援専門員には、医療機関はまだ敷居が高い（認識の不足、対応力の問題）＞と感じており、「結局、訪問看護師さんとの連携ということになるのであれば看護師同士でスムーズにいく」と思っても、＜訪問看護師は、病棟看護師と直接かかわりを持たない（仕組みの問題、認

識の不足）＞ことが語られた。

【退院までの調整の期間が短い】では、＜病棟の依頼で連携室が機能する病院では、病棟の状況で連携の初動が遅れる（仕組みの問題）＞ことから、＜急に退院前カンファレンスの連絡が入る（仕組みの問題、認識の不足）＞ことが語られた。

【病院側は介護との連携について認識が低い】では、＜介護支援専門員が在宅生活の調整をする職種であるという認識が低い（認識の不足）＞ため、＜介護支援専門員が病棟に訪問しても、個人情報や理由に患者の状況を教えてもらえない（仕組みの問題、認識の不足）＞ことが語られた。また、「“やっぱり施設の方がいいかもしれません”ってボンと言ったり、“ヘルパーさんとかにご飯作ってもらった方がいいよ”とか」＜患者の家庭の状況を踏まえ、病院側が退院後のケアプランを提案してしまっている（認識の不足）＞ために、患者が過度に期待したり、条件が合わなかったり、退院後のケアプランに支障をきたすことが語られた。

表3 介護支援専門員が語った退院調整における困難感

カテゴリー	内 容	背 景
病院側と在宅側との情報共有が不足している	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関によって連携室 / 病棟 / 外来の業務範囲が異なるため、連携の窓口がわかりづらい ・マネジメントに必要な患者情報をタイムリーにもらえない ・病院主導の退院調整では生活でなく医療に合わせた調整がなされる ・福祉職の介護支援専門員には、医療機関はまだ敷居が高い ・訪問看護師は、病棟看護師と直接かかわりを持たない 	<p>仕組みの問題</p> <p>仕組みの問題、認識の不足</p> <p>認識の不足</p> <p>認識の不足、対応力の問題</p> <p>仕組みの問題、認識の不足</p>
退院までの調整の期間が短い	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟の依頼で連携室が機能する病院では、病棟の状況で連携の初動が遅れる ・急に退院前カンファレンスの連絡が入る 	<p>仕組みの問題</p> <p>仕組みの問題、認識の不足</p>
病院側は介護との連携について認識が低い	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員が在宅生活の調整をする職種であるという認識が低い ・介護支援専門員が病棟に訪問しても、個人情報理由に患者の状況を教えてもらえない ・患者の家庭の状況を踏まえず、病院側が退院後のケアプランを提案してしまっている 	<p>認識の不足</p> <p>仕組みの問題、認識の不足</p> <p>認識の不足</p>

3) 訪問看護師が語った困難感 (表4)

訪問看護師が語った困難感は4つのカテゴリーに分類された。

【病院側と在宅側との情報共有が不足している】では、「在宅から入院して、入院から在宅となれば、病院側に事前に在宅の情報提供を、こちら側がしっかりしていないという現実があるかもしれない。看護師からか、ケアマネジャーから、できればこういう状況でもってほしいというのは、もう、事前に伝えるようにしたほうがいい」と訪問看護師は療養者の療養状況を病院側に情報提供できていない(仕組みの問題、認識の不足) > 反省が多く語られた。また、病棟看護師から訪問看護師に在宅での状況の問い合わせがない(仕組みの問題、認識の不足) > という現状も語られた。

「麻薬を使っているのに緩下剤が出てなかったり、制吐剤が出てなかったりとか、予想できる薬が出てなかったりするときがあります」と語られ、退院前カンファレンスに主治医が出席できない場合、在宅での予想されるトラブルの対策が立てづらい(仕組みの問題、認識の不足) > こと、「病気のことに対してのデータがあったりするんですけど、(中略) 私たちは病状管理プラス健康的なこともみる」のにく治療に直結しない体調管理のための血液データを教えてくれる病院は少ない(認識の不足) > ことが語られた。

介護保険制度では、介護支援専門員がマネジメント役割をとる。しかし、「福祉職だけでやってて“あ、こ

ういうことが起きとったんだなあ”って。もうちょっと早くっていうこともあったりするんですよ」と、福祉職の介護支援専門員は、病状進行予測の視点が弱い(対応力の問題) > こと、介護支援専門員によっては、調整する段取り力が弱い(対応力の問題) > ことが語られた。

【退院までの調整の期間が短い】では、退院前カンファレンスにはケアマネジャーが参加し訪問看護師は参加することが少ないことから、病院側から事前の情報提供がなく、急に訪問看護の依頼が来る(仕組みの問題) >、ターミナルの患者や新規で医療処置が必要な患者の退院連絡が急に入るため、準備不足のまま受け入れざるを得ない(仕組みの問題、対応力の問題) > ことが語られた。

【在宅療養を見据えた退院指導がなされていない】では、短い入院期間の中で患者と家族の指導の難しさを理解しつつも、内服管理が退院時に自立していない(仕組みの問題・認識の不足) > ことや、「うちに帰ると、やっぱり好きなものを食べたいっていう方が。(中略)、“運動と塩分を制限しましょうと先生から言われて、刺身とか醤油をかけないで食べてください”って言われたけど、“刺身をそんなんで食べるわけではないやんね”って、その人言っていましたけどね。」と、病院で食事指導を受けても自宅では守らない(認識の不足) > ことが語られた。また、医療処置について退院指導がキーパーソンに実施されていない(認識の不足) >、

退院調整にかかわる職種が感じる困難感

＜入院期間中だけでは患者・家族が手技を獲得できない（仕組みの問題）＞こと、「時間とか、回数だったり、物品とか。あと、人手」の問題をあげ、＜入手困難や経済的理由で物品が調達されず同じ処置が行えない（認識の不足）＞ことが語られた。また、＜病棟看護師は医療行為の指導はするが、日常の介護はできることが前提で指導されない（認識の不足）＞ことから、保清やおむつ交換などの介助方法に困っている現状が語られた。これは、「ちゃんと私たちは病院側に伝えるべきであるし、病院側の困り事があると思うんですよ。その違いをやっぱり意見交換をする。その場所というのは今のところないので」と、＜病棟看護師は自分たちが実施した退院指導を評価する機会がない（仕組みの問題）＞ことが語られた。

【病棟看護師には在宅生活のシミュレーションが難しい】では、「朝・昼・晩で、服薬管理お願いします」と病棟看護師に依頼されるが＜在宅では確実な内服やインスリン管理は困難な場合があることの認識が不足している（認識の不足）＞ことが語られた。また、「糖尿病の悪化とか、（中略）ご家族の方も一緒に住んでる方はいいんですけど、やっぱりちょっと離れてたら、弁当を買って渡すだけとか」「お風呂に入らない人もいますし」と、＜再発リスクが高くても独居、認知症は継続医療より生活調整を優先せざるを得ない（認識の不足）＞ことや、＜継続医療の依頼で訪問するとゴミ屋敷であり、まず生活調整をしなければならなかった（認識の不足）＞ことが語られた。

表4 訪問看護師が語った退院調整における困難感

カテゴリー	内 容	背 景
病院側と在宅側との情報共有が不足している	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護師は療養者の療養状況を病院側に情報提供できていない ・病棟看護師から訪問看護師に在宅での状況の問い合わせがない ・退院前カンファレンスに主治医が出席出来ない場合、在宅での予想されるトラブルの対策が立てづらい ・治療に直結しない体調管理のための血液データを教えてくれる病院は少ない ・福祉職の介護支援専門員は、病状進行予測の視点が弱い ・介護支援専門員によっては、調整する段取り力が弱い 	<p>仕組みの問題、認識の不足</p> <p>仕組みの問題、認識の不足</p> <p>仕組みの問題、認識の不足</p> <p>認識の不足</p> <p>対応力の問題</p> <p>対応力の問題</p>
退院までの調整の期間が短い	<ul style="list-style-type: none"> ・病院側から事前の情報提供がなく、急に訪問看護の依頼が来る ・ターミナルの患者や新規で医療処置が必要な患者の退院連絡が急に入るため、準備不足のまま受け入れざるを得ない 	<p>仕組みの問題</p> <p>仕組みの問題、対応力の問題</p>
在宅療養を見据えた退院指導がなされていない	<ul style="list-style-type: none"> ・内服管理が退院時に自立していない ・病院で食事指導を受けても自宅では守らない ・退院指導がキーパーソンに実施されていない ・入院期間中だけでは患者・家族が手技を獲得できていない ・入手困難や経済的理由で物品が調達されず同じ処置が行えない ・病棟看護師は医療処置の指導はするが、日常の介護はできることが前提で指導されない ・病棟看護師は自分たちが実施した退院指導を評価する機会がない 	<p>仕組みの問題、対応力の問題</p> <p>対応力の問題</p> <p>認識の不足</p> <p>仕組みの問題</p> <p>認識の不足</p> <p>認識の不足</p> <p>仕組みの問題</p>
病棟看護師には在宅生活のシミュレーションが難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅では確実な内服やインスリン管理は困難な場合があることの認識が不足している ・再発リスクが高くても、独居、認知症は継続医療より生活調整を優先せざるを得ない ・継続医療の依頼で訪問するとゴミ屋敷であり、まず生活調整をしなければならなかった 	<p>認識の不足</p> <p>認識の不足</p> <p>認識の不足</p>

VI. 考察

退院調整における各職種の困難感は、【在宅側と病院側の情報共有が不足している】【退院までの調整の期間が短い】の2つのカテゴリーが共通していた。加えて、各職種特有の困難感があった。また、困難感の背景として、①仕組みの問題、②認識の不足、③対応力の問題、があった。以下、困難感とその背景を踏まえ退院調整の在り方を考察する。

1. 情報共有の不足と退院調整の時間の不足について

慢性疾患は完治して退院することは少なく、自宅での継続療養が前提である。また、平成28年病院報告¹⁰⁾によると、全病床の平均在院日数は28.5日であり、介護保険がスタートした2000年の39.1日に比べ大幅に短縮している。この傾向は今後も続くことが予想される。この短い入院期間に退院調整するためには、効率的な情報共有の仕組みと、関係職種の認識が不可欠である。今回、病院の退院調整職から、患者の在宅療養中の情報が訪問看護師より得られていないことが語られた。介護保険制度下において在宅でのマネジメントの責任者は介護支援専門員であり、病院との情報共有の役割をもつ。しかし、福祉職の介護支援専門員にとって病院は敷居が高く、医療・治療についての判断は訪問看護師と病棟看護師が直接、情報共有した方がスムーズであると考えていた。

川島ら¹¹⁾によれば、病棟看護師の60.4%が訪問看護師と連絡を取りたいと思ったことがあり、8割以上の病棟看護師が「退院後の患者が気になる」と考えていたことを報告している。今回の調査でも、訪問看護師から入院前の情報を病棟看護師に連絡していないことへの反省が語られた。訪問看護師は病棟看護師と患者情報を共有したい思いはあるものの、行動できていなかった。

退院調整において入院前の情報、入院時の情報、退院後に予測されるリスクの情報を共有することで、患者の退院後の安心・安全な生活を事前に準備できる。患者を直接ケアしている職種がチームとなり、地域連携室や介護支援専門員がイニシアティブをとって情報共有する場の設定が望まれる。

2. 情報共有できる仕組みづくりについて

今回、介護支援専門員からは病院（医療機関）によって連携の窓口や、連携室/病棟/外来での業務範囲が

異なることが語られた。病院の退院調整職からは、退院後の緊急連絡、相談窓口である外来が、在宅側と調整機能が果たせていないことが語られた。

介護保険法の改正によって2015年より市町村に義務付けられた在宅医療・介護連携推進事業は、この「退院支援ルール作り」を事業内容のひとつとしている（2018年4月からすべての市町村で実施）。制度の創設によって、窓口の一本化と専門スタッフの配置といったハード面の充実が期待できる。

一方、ソフト面の充実のためには、患者・家族の退院前後の情報を共有し、退院調整の評価を行いながら、ノウハウを蓄積する仕組みが望まれる。岡本ら¹²⁾の報告によれば、病棟看護師が訪問看護師から患者の退院後の状況報告をうけることによって、病棟看護師の退院支援の視点が患者と家族に変化していた、と述べている。しかし、訪問看護師が病院に患者の退院後の状況報告をすることに関しては、現時点では報酬上の評価はされておらず、訪問看護師個々の判断に委ねられることから、浸透していない。患者が退院後も安心して在宅生活を再開するために、訪問看護師からの病棟へ退院後の状況報告がなされる報酬上の評価が必要と考える。

3. 情報を共有する認識と、在宅療養を見据える認識を高めるために

介護支援専門員は、利用者の入院の際に病棟に出向き、治療の状況と退院時期やADLの変化についての情報を得て、退院調整の準備をしている。しかし、病棟に訪問しても、病棟スタッフは介護支援専門員に関心が薄い実態が語られた。2015年度より介護支援専門員が利用者の入院の際に在宅での情報を提供することに対して介護報酬上の評価がなされており、医療機関の退院調整窓口での情報提供は頻繁に行われ始めている。また、退院調整の場である「退院前カンファレンス」に病棟看護師が参加する病院も増えてきている。このような仕組みによって、病院スタッフが介護支援専門員の役割を認知していくであろう。

一方、病院の退院調整職は、情報不足と調整時間不足に対して、入院前に外来で患者情報を把握し、外来が退院調整の初動を担う院内体制づくりに着手していた。これは2018年の診療報酬改正に伴う入退院支援加算と入院時加算の新設に後押しされたものである。外来看護師は、患者・家族の生活に視点を置き、患者の自己管理や家族の支援、社会資源の活用についての意識やスキルを上げる必要がある。しかし、外来での

入退院支援が強化されることは、病棟看護師の情報収集力を低下させる可能性もある。外来・病棟・地域連携室が院内連携を強化し、在宅療養を見据えて患者を支援していくという目標を共有し、それぞれの場において患者の意思決定支援や在宅療養のリスクアセスメントを実施していくという意識が必要である。

4. 患者・家族の個々の状況に対応する力を高め補うために

医療の機能分化が進み、在宅介護が医療の一部を担うことが常態化する一方、家族機能が低下し家族のヘルスケア機能が期待できない状況も多い。ADLが低下して退院する場合や、ターミナルの場合は、患者・家族の不安は大きく、退院調整も複雑である。退院後の患者・家族の個々の状況を予測し、対応する力を高めるために何が必要か。原田ら¹³⁾は、入院中の患者の退院調整において、訪問看護師が病院に出向き、直接退院調整に関与した場合、家族介護者は在宅移行期より安心感をもち、生活状況に合わせた支援が補完され、介護へ適応するための支援が行われていた。訪問看護師の関与のなかった場合は、介護負担が大きく在宅移行期の不安感や介護への戸惑いがみられた、と報告している。これは、訪問看護師の現場での“経験知”に裏付けられた関わりが入院中の患者や家族の対応力を高めることを示唆している。

一方、佐藤¹⁴⁾は「連携のために必要な最低限の条件として“情報の伝達”と“退院調整のためのシステム”があるが、(中略)連携システムを動かす人と人とのつながりで決まるものである」と述べている。介護支援専門員による入院前の居宅サービスや生活情報の提供、病院・在宅スタッフの退院前カンファレンス参加、病院スタッフの退院前訪問が、診療・介護報酬上で評価され入退院支援の連携システムができつつある。このシステムを意味あるものにするためには、これらのシステムを動かす人々が、有機的につながる工夫と努力を忘れないことが肝要だと考える。

VII. 結論

病院の退院調整職、介護支援専門員、訪問看護師に、高齢慢性疾患患者の退院調整に関する困難感について調査した。

1. 各職種の困難感は、【病院側と在宅側の情報共有が不足している】【退院までの調整の期間が短い】の2

つのカテゴリーが共通していた。

2. 困難感の背景として、①仕組みの問題、②認識の不足、③対応力の問題が抽出された。
3. 病院側と在宅側が患者を中心に互いに興味を持ち、調整を役割とする職種のみならず、直接ケアを行う職種がチームとして退院調整に関与する仕組みと行動が望まれる。

VIII. 研究の限界と今後の課題

本研究では、退院調整を担う職種の困難感について明らかにした。しかし、本研究は、退院調整時に直接患者のケアに当たる病棟看護師の意見を聞くことができていない。また、研究協力者の活動地域や所属施設は限られており退院調整体制の違いから課題を網羅できたとは思えない。また退院を始動する医師の意見を聞くことができていない。今後は、各職種の研究協力者・施設数を増やし、また医師や病棟看護師等退院調整に大きな影響のある職種を対象に加え、分析を継続していく必要がある。

謝 辞

本研究を行うにあたり、お忙しい中快く研究にご協力いただきました各施設の皆さまに心より感謝申し上げます。

なお、本研究は、西南女学院大学保健福祉学部保健福祉学研究所の助成を受けて実施した。

引用文献

- 1) 厚生労働省ホームページ：平成29年(2017)患者調査 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/dl/01.pdf>, (2019年11月15日閲覧)
- 2) 小川聡子, 大熊るり, 竹内博美：【調布東山病院座談会】急性期リハビリテーション定着のカギと看護師に起こった変化. 看護展望. 41(7):48-53. 2016
- 3) 永田智子, 村嶋幸代：高齢者の退院支援. 日本老年医学会雑誌. 39(6):579-584. 2002
- 4) 豊原弓加：慢性疾患患者の在宅療養にあたり、病院看護師と訪問看護師が行う支援に関する研究—病院看護師と訪問看護師のやり取りに注目して—, 公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団2013年度助成研究報告書, 2015
- 5) 藤村史穂子, 士林美保子 他：退院支援・退院調整に関

退院調整にかかわる職種が感じる困難感

- わる医療機関の看護職が感じる困難とその対処. 岩手県立大学看護学部紀要. 17 (1) : 1-12. 2015
- 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) 北川恵, 岩郷しのぶ 他: 急性期病院の退院調整に携わる病院看護師の在宅移行支援の実態と認識. 看護展望. 34 (13) : 82-89. 2009
- 8) 永田智子: 療養場所の円滑な移行に向けた退院支援方策の開発とその評価. 看護科学研究. 13 (1) : 18-21, 2015
- 9) 吉武亜紀, 福岡欣治: 一般病院において認知症高齢者をケアする看護師の困難感に関する文献検討. 川崎医療福祉学会誌. 26 (2) : 274-283, 2017
- 10) 厚生労働省ホームページ. 平成28年(2016)医療施設(動態)調査・病院報告の概況 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/16/> (2019年9月16日閲覧)
- 11) 川嶋元子, 森昌美, 松宮愛, 他: 病棟看護師の退院支援の現状と課題. 聖泉看護学研究. 4 : 29-38, 2015
- 12) 岡本双美子, 大橋奈美, 田端支普, 他: 病棟看護師の退院支援に関する認識の変化. 日本在宅看護学会誌 4 (1) : 176-183, 2015
- 13) 原田静香, 杉本正子, 秋山正子, 他: 訪問看護師による退院調整への関与に関する分析. 順天堂醫事雑誌. 59 (6) : 480-489, 2013
- 14) 佐藤智, 川越博美, 他: 在宅医療と訪問看護と地域連携, 明日の在宅医療. 第5巻. pp31-32, 医学書院. 東京, 2008

Difficulties Experienced in Discharge Adjustment for Elderly Patients with Chronic Diseases by Staff in Charge

Michi Mizuhara *, Mikiyo Ishii *, Mika Kage *

<Abstract>

The purpose of this study is to identify difficulties perceived by staff involved in discharge adjustment. The subjects were staff responsible for discharge adjustment at hospitals, care managers, and visiting nurses. Data were collected by conducting interviews about the difficulties experienced at discharge adjustment, and responses were categorized/ classified according to points of similarity.

Common difficulties described by each of these three professions were the lack of information shared between hospital staff and home care staff, and shortage of time for discharge arrangements. Furthermore, difficulties unique to each workplace were also observed. The backgrounds contributing to these difficulties were categorized as follows: (1) systematic problems in sharing information, (2) lack of awareness in sharing information, (3) lack of consideration awareness regarding home care, (4) and insufficient response capability of patients and family members.

Keywords: discharge adjustment, difficulties, interprofessional collaboration, sharing information, continuous medical care

* Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare, Seinan Jo Gakuin University