The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	大学病院における退院調整部門が実施する退院支援に関する実態調査
Author(s)	冨田, 耕平; 前川, 佳敬; 福森, 優司 他
Citation	大阪大学看護学雑誌. 2016, 22(1), p. 17-22
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/55395
rights	©大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

大学病院における退院調整部門が実施する退院支援に関する実態調査

冨田耕平*・井上智子*・前川佳敬**・福森優司**・高橋裕美**・青木和子**・花田真由子**
下村光明**・松尾怜奈**・友國領子**・表敦代**・武田悠希**・植園法子**・樂木宏実**

要　旨

【目的】退院支援の援助内容から、退院支援の実態を明らかにすることである。【方法】 2012 年 4 月 1 日～2014 年 3 月 31 日の 2 年間に A 大学病院の退院調整部門において行われたすべての退院支援ケース 3,223 件のうち、退院支援後に作成する援助内容報告書から援助の実態を把握できた 1,763 件（54.7%）を対象とし、退院支援に係る入院時スクリーニングと退院支援の実態との関連性を分析した。【結果】入院後、退院支援を開始するまでに平均 3.8 週間を要し、退院支援の調整には平均 2.7 週間を要していた。スクリーニングとの関連性では、1,763 件のうち、26.9%が病棟でのスクリーニングによって要支援ケースが抽出され退院支援につながっていた。【結論】退院支援の必要性と方向性を早期に見出し、退院調整部門の支援開始日を早めることで、入院日数の短縮が可能であると考えられる。そのためには、入院時の退院支援スクリーニングの実施率を向上させるとともに、退院支援の必要性や支援の方向性を見通すことができるシステムの導入を検討する必要がある。

キーワード：退院支援、退院支援スクリーニング、地域医療連携
Keywords: Discharge Planning、 Screening Tool、 Regional Medical Cooperation

Ⅰ.背景

2008 年 4 月の診療報酬改定で退院調整加算が新設され、以降多くの病院で退院調整部門が設置されており、入院から退院後までを一貫して支援する体制がますます重要となってきている[1) 2)]。

退院調整部門は、退院に向けて支援を必要とする患者に対し、円滑に退院するための支援を行うが、転院時には他院との連携、自宅退院時にはケアマネージャーや訪問看護事業所等の関係機関との調整が必要となり、退院調整には一定の日数を要する。そのため、昨今の医療政策を背景とした在院日数の短縮化が求められている状況においては、退院支援を早期に始め、退院支援計画を立案していくことが求められる。そこで効果的な退院支援に向けて多くの病院で入院時に退院支援スクリーニングが実施されている[2)]。

A 大学病院の退院支援スクリーニングでは、患者属性・社会資源の利用状況や支援の必要性の有無を入力している。スクリーニング項目は限定されるため、病棟の看護師は支援の必要性の有無を判断し、詳細な支援については退院調整部門が担うという連携体制をとっている。そのため、退院調整部門が支援を開始するにあたり、退院支援スクリーニング実施による病棟側の支援の必要性の有無の判断が重要となる。スクリーニングの先行研究として、スクリーニング票の開発[3) 4)]や入院患者を対象としたスクリーニング票の妥当性の評価[5)]が行われてきたが、退院支援の実態を明らかにした報告はない。そこで本研究は、これまでの退院支援の実態を明らかにすることを目的とした。

Ⅱ.研究目的

退院調整部門が実施した退院支援の内容報告書から、転院調整、在宅復帰調整等の退院支援の実態を明らかにする。

Ⅲ.研究方法

1.調査対象

退院支援後に作成する、退院支援内容について記載した援助内容報告書を調査対象とし、2012 年 4 月 1 日～2014 年 3 月 31 日の 2 年間に A 大学病院退院調整部門において行われた退院支援を対象ケースとした。この期間の入院患者は 36,234 人（2012 年度 17,793 人、2013 年度 18,441 人）であり、当該年度内に行った全支援件数 3,223 件（8.9%）を対象とした。

*大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻　**大阪大学医学部附属病院

2.調査項目

調査項目は、1）患者属性（性別、年齢、入院日数、支援開始日数、解決日数、ADL、介護度）および退院支援内容（在宅、転院、施設、福祉）（表 1）、2）スクリーニングの実施と支援依頼状況（スクリニーニングの実施有無、支援依頼者、依頼目的）（表 2）、の 2 領域とした。

3.分析方法

退院支援内容と患者属性およびスクリーニング実施状況との関連性を明らかにするため、患者属性およびスクリーニング実施状況を支援内容（「在宅」、「転院」、「施設」、「福祉」）別に分類し、比較分析を行い、支援内容別の患者の特徴と退院支援スクリーニング結果の関連性について検討した。

対象ケースのうち援助内容報告書から全調査項目を抽出できた 1,763 件（54.7%）を分析対象とした。

4.倫理的配慮

本研究はＡ大学病院倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認日 2015 年 3 月 11 日、承認番号 14398）。なお、データ収集に際して、対象ケースの患者 ID、氏名を削除し、個人が特定できないよう処理した電子ファイルをパスコードロックした外部記憶媒体に保存した上で、鍵をかけ厳重に保管した。

表 1　患者属性収集基準および支援内容分類

患者属性収集基準	性別	対象ケースの患者の性別	
	年齢	対象ケースの患者の入院時年齢	
	入院日数	対象ケースの患者の入院から退院までの日数	
	支援開始日数	対象ケースの患者の入院から退院調整部門に退院支援依頼があった日までの日数	
	解決日数	退院調整部門への退院支援依頼日から依頼内容の解決日（患者入院中に依頼内容に関して担当者が患者に直接対応した最後の日）までの日数	
	ADL	対象ケースの患者の退院時 ADL（障害高齢者の日常生活自立度）	
		J	生活自立：日常生活がほぼ自立しており独力で外出する
		A	準寝たきり：屋内での生活自立、介助なしに外出しない
		B	寝たきり：屋内での生活要介助、日中ベッド上生活が主体
		C	寝たきり：一日中ベッド上で過ごし、食事、排泄等が要介助
	介護度	対象ケースの患者の退院時介護度	
支援内容分類	在宅	患者の退院に関する支援のうち退院先が自宅であったケース	
	転院	患者の退院に関する支援のうち退院先が病院であったケース	
	施設	患者の退院に関する支援のうち退院先が上記以外の介護施設等であったケース	
	福祉	介護保険制度に関する情報提供や社会資源の活用方法などの福祉相談を行ったケース	

表 2　スクリーニングの実施と支援依頼状況

入院時スクリーニングの実施結果	無	スクリーニングが実施されなかったもの
	有：支援不要判断	スクリーニングが実施され退院調整部門の支援が必要でないと判断されたもの
	有：要支援判断	スクリーニングが実施され退院調整部門の支援が必要と判断されたもの
	有：判断困難	スクリーニングが実施され退院調整部門の支援の必要性の判断が難しく判断できなかったもの
支援依頼者	入院後の経過を受けて、退院調整部門に退院支援を依頼した者の職種（医師、看護師、その他）	
依頼目的	依頼者の退院調整部門への支援依頼時の依頼目的（援助内容報告書に記載の依頼目的は、「在宅」、「転院」、「福祉」のみで「施設」の分類はない）	

Ⅳ.結果（表 3）

1.支援内容別の患者属性（性別、年齢、入院日数、解決日数、ADL、介護度）

支援内容は全支援件数 1,763 件のうち「転院」が 842 件（47.7%）と最も多く、次いで「在宅」585 件（33.2%）、「福祉」297 件（16.8%）、「施設」39 件（2.2%）の順であった。

「入院日数」の平均値（中央値）は、「福祉」を除くと、「転院」45.3 日（15 日）、「在宅」51.5 日（37 日）、「施設」70.1 日（45 日）の順に長くなっていた。また、「支援開始日数」も「転院」25.8 日（15 日）、「在宅」27.3 日（15 日）、「施設」32.4 日（14 日）の順に長くなっていた。「解決日数」も同様に、「転院」17.4 日（12 日）、「在宅」21.8 日（14 日）、「施設」31.8 日（19 日）の順に長くなっていた。

退院調整部門では病棟からの支援依頼を受け、同日中または翌日には支援を開始する体制をとっており、いずれの退院支援でも依頼後、速やかに支援を開始し、患者・家族の意向の聴取、情報提供が行われていた。「転院」では、適切な病院の情報提供を行い患者家族の意向を踏まえ病院を決め受け入れを依頼するケース、紹介元に受け入れを依頼するケース、転院元の医師と転院先医師とで調整が行われているケースがあった。「在宅」では、介護保険の申請、要介護認定、障害支援区分の認定・市区町村の支給決定、福祉サービスの情報提供と調整、地域関係機関とのカンファレンス、かかりつけ医・訪問看護・リハビリテーションの継続先の紹介等の支援がみられた。さらに「施設」では施設の入居を待つケースがあった。

ADL が J、A のケースは「在宅」585 件のうち 382 件（65.3%）、「転院」842 件のうち 259 件（30.8%）であった。

要介護認定は、「在宅」と「転院」のいずれも要支援 1 から要介護認 5 までの各段階に一定数の件数があった。ただ、「在宅」585 件のうち要介護認定を受けているまたは介護認定の申請中であったのは 310 件（53.0%）で、「転院」842 件のうち要介護認定を受けているまたは介護認定の申請中であった 214 件（25.4%）よりも多かった。回復期リハビリテーション病院への転院では、病状が短期間に変化するため A 大学病院では要介護認定の申請をせず、転院後に申請が予定されていたケースも多くみられた。施設への退院に際し、介護認定が必要な施設もあり、転院し介護認定を待つケースもあった。

2.退院支援スクリーニング

退院支援スクリーニングの内訳をみると全支援件数 1,763 件のうち退院調整部門の支援の必要性を示唆する判断（支援が必要、もしくは判断が難しい）は 474 件（26.9%）であった。これらはスクリーニングを経て退院支援につながっており、本調査時点でのスクリーニングの精度は 26.9%であるといえる。また、795 件（45.1%）が病棟での退院支援スクリーニング未実施、494 件（28.0%）はスクリーニングを行ったものの、退院支援は不要と判断されていた。

退院調整部門への支援依頼者の職種について、「転院」842 件のうち医師からの依頼は 580 件（68.9%）で、看護師からの依頼 248 件（29.5%）の 2.3 倍であった。また、「在宅」585 件のうち医師からの依頼は 295 件（50.4%）で、看護師からの依頼 269 件（46.0%）の 1.1 倍で、ほぼ同数であった。「福祉」では 297 件のうち看護師からの依頼が 178 件（59.9%）で、医師からの依頼 111 件（37.4%）の 1.6 倍であった。

退院調整部門への支援依頼時の目的は、全支援件数 1,763 件のうち「転院」が最も多く 868 件（49.2%）、ついで「在宅」701 件（39.8%）、「福祉」194 件（11.0%）となっていた。「在宅」701 件のうち、調整を行う中で病状の好転や本人・家族の意向を受けて介護保険の申請や活用できる社会資源についての情報提供により解決するケースも多く、これらの福祉相談が 148 件（21.1%）となっていた。

Ⅴ.考察

1.支援内容別の患者属性（性別、年齢、入院日数、解決日数、ADL、介護度）

全支援件数 1,763 件のうち、支援内容で最も多かったのは「転院」842 件（47.8%）であり、ついで「在宅」585 件（33.2%）となっていた。その理由として、A 大学病院では急性期の治療を必要とする患者が多く、継続治療を目的とした他院への転院、回復期や慢性期の療養施設への転院が多く、かつ在宅医療を推し進める我が国の医療施策に則った状況であるといえよう[6]。

入院日数は「福祉」を除くと「転院」が最も短く、「在宅」、「施設」の順に長くなっていた。また、解決日数も同様の順であった。「転院」では、病院間の連携強化、空床状況の共有等が可能になったことに

表３　退院支援内容と患者属性およびスクリーニング実施と支援依頼状況との関連性

項目 件数(割合)または 平均値(標準偏差または中央値)※			全数	退院支援内容分類			
				在宅	転院	施設	福祉
患者属性	件数（件、%）		1763 (100.0%)	585 (33.2%)	842 (47.8%)	39 (2.2%)	297 (16.8%)
	年齢	(標準偏差)	63.9 (18.6)	62.4 (20.4)	66.3 (15.7)	74.3 (16.9)	58.7 (20.9)
	（歳）	（最小値 － 最大値）	(0 － 97)	(0 － 93)	(0 － 97)	(0 － 97)	(0 － 91)
	性別 (件、%)	男性	866 (49.1%)	266 (15.1%)	427 (24.2%)	14 (0.8%)	159 (9.0%)
		女性	897 (50.9%)	319 (18.1%)	415 (23.5%)	25 (1.4%)	138 (7.8%)
	入院日数	（中央値）	49.2 (35)	51.5 (37)	45.3 (15)	70.1 (45)	52.7 (34)
	（日）	（最小値 － 最大値）	(1 － 1045)	(2 － 1045)	(1 － 352)	(2 － 570)	(2 － 390)
	支援開始日数	（中央値）	26.8 (15)	27.3 (15)	25.8 (15)	32.4 (14)	28.5 (16)
	（日）	（最小値 － 最大値）	(0 － 1040)	(0 － 1040)	(0 － 242)	(0 － 514)	(0 － 357)
	解決日数	（中央値）	19.0 (13)	21.8 (14)	17.4 (12)	31.8 (19)	16.2 (9)
	（日）	（最小値 － 最大値）	(1 － 323)	(1 － 323)	(1 － 307)	(1 － 208)	(1 － 211)
	ADL (件、%)	J	351 (19.9%)	165 (9.4%)	60 (3.4%)	6 (0.3%)	120 (6.8%)
		A	522 (29.6%)	217 (12.3%)	199 (11.3%)	14 (0.8%)	92 (5.2%)
		B	525 (29.8%)	126 (7.1%)	333 (18.9%)	13 (0.7%)	53 (3.0%)
		C	337 (19.1%)	72 (4.1%)	237 (13.4%)	4 (0.2%)	24 (1.4%)
		不明	28 (1.6%)	5 (0.3%)	13 (0.7%)	2 (0.1%)	8 (0.5%)
	介護度 (件、%)	申請なし	1129 (64.0%)	275 (15.6%)	628 (35.6%)	12 (0.7%)	214 (12.1%)
		要支援 1	42 (2.4%)	23 (1.3%)	11 (0.6%)	2 (0.1%)	6 (0.3%)
		要支援 2	40 (2.3%)	17 (1.0%)	17 (1.0%)	2 (0.1%)	4 (0.2%)
		要介護 1	76 (4.3%)	39 (2.2%)	28 (1.6%)	5 (0.3%)	4 (0.2%)
		要介護 2	71 (4.0%)	31 (1.8%)	35 (2.0%)	3 (0.2%)	2 (0.1%)
		要介護 3	33 (1.9%)	16 (0.9%)	14 (0.8%)	2 (0.1%)	1 (0.1%)
		要介護 4	31 (1.8%)	11 (0.6%)	17 (1.0%)	3 (0.2%)	0 (0.0%)
		要介護 5	32 (1.8%)	11 (0.6%)	13 (0.7%)	4 (0.2%)	4 (0.2%)
		申請中	309 (17.5%)	162 (9.2%)	79 (4.5%)	6 (0.3%)	62 (3.5%)
スクリーニング実施と支援依頼状況	スクリーニング (件、%)	無	795 (45.1%)	254 (14.4%)	387 (21.9%)	18 (1.0%)	136 (7.7%)
		有：支援不要判断	494 (28.0%)	172 (9.8%)	223 (12.6%)	7 (0.4%)	92 (5.2%)
		有：要支援判断	252 (14.3%)	86 (4.9%)	126 (7.1%)	10 (0.6%)	30 (1.7%)
		有：判断困難	222 (12.6%)	73 (4.1%)	106 (6.0%)	4 (0.2%)	39 (2.2%)
	依頼者 (件、%)	医師	1007 (57.1%)	295 (16.7%)	580 (32.9%)	21 (1.2%)	111 (6.3%)
		看護師	712 (40.4%)	269 (15.3%)	248 (14.1%)	17 (1.0%)	178 (10.1%)
		その他	44 (2.5%)	21 (1.2%)	14 (0.8%)	1 (0.1%)	8 (0.5%)
	依頼 目的 (件、%)	在宅	701 (39.8%)	486 (27.6%)	57 (3.2%)	10 (0.6%)	148 (8.4%)
		転院	868 (49.2%)	57 (3.2%)	771 (43.7%)	26 (1.5%)	14 (0.8%)
		福祉	194 (11.0%)	42 (2.4%)	14 (0.8%)	3 (0.2%)	135 (7.7%)

※割合については調査項目ごとに示している

より、受け入れ依頼および調整が行われ、「解決日数」が短くなったと考えられる。一方で、「在宅」では、要介護認定のための訪問調査、審査など、福祉サービスの利用までに一定の日数を要するため、初めて介護保険を利用するケースではすぐには移行できない状況となる。また、医療的処置が多く、訪問看護や訪問介護を必要とするケースでは、ケアマネージャーの設定、ケアプランの立案、加えて往診医、訪問看護事業所、訪問介護事業所、地域保健師など多くの関係者に連絡、調整する必要があり [7]、「転院」に比べると「在宅」の「解決日数」は長くなる傾向にある。さらに「施設」では入居施設が決定しても施設への入居待ちにより、最も「解決日数」を要する傾向がみられた。

ADL が J、A であったのは「在宅」585 件のうち 382 件（65.3%）、「転院」842 件のうち 259 件（30.8%）であった。在宅に退院するケースは ADL が高く、転院する患者は ADL が低い傾向にあり、ADL とそのレベルの変化は、退院支援の必要性や方向性に影響する要因であるといえる。

2.退院支援スクリーニングの現状と課題

「支援開始日数」の平均は「在宅」、「転院」、「施設」のいずれの支援内容でも入院後 3 週間を超えた日数を要しており、「解決日数」は 2 週間以上を要していた。病棟看護師によるスクリーニングを用いた退院支援の必要性の有無の判断の後、詳細な支援を退院調整部門が担うという連携体制によって支援は速やかに行われていたが、「在宅」でのサービス利用までの手続きが必要であるなど、「解決日数」が一定の日数を要するのは不可避であると考えられる。一方で、「支援開始日数」については短縮が可能であると考えられる。先行研究でも退院支援スクリーニングの早期実施の重要性が指摘されているように [1][8]、退院支援の必要性の有無や支援の方向性を早期に見通すことができれば、退院調整部門の支援を早めることにつながり「支援開始日数」、「入院日数」の短縮が可能であるといえよう。

ただ、入院早期のスクリーニング実施時に予測できる項目には限界があるとの指摘もある [4]。本研究においては全支援件数 1,763 件のうち 795 件（45.1%）の患者が病棟での退院支援スクリーニングが未実施で、加えてスクリーニングでは支援は不要であったが、実際には支援を行ったものが 494 件（28.0%）あった。本研究においては全退院支援件数 1,763 件のうち 795 件（45.1%）の患者が病棟での退院支援スクリーニングを実施されていなかった。患者入院時のスクリーニングで、患者の変化を全て予測することは困難であり、先行研究でも入院直後の段階での退院支援スクリーニングは正確さを欠く可能性があると指摘されている [9]。

今回分析対象とした 1,763 件のうち、73.1%が早期のスクリーニングでは抽出できなかったケースだとすると、2012,2013 年度に退院調整部門が支援を実施した 3,223 件のうち 2,356 件（73.1%）が入院時には予測できないケースに対する支援依頼であったと考えることができる。これは 2012,2013 年度の入院患者数 36,234 人のうちの 6.5%に相当する。入院直後のスクリーニングには限界があり、退院支援が必要となる患者を全て抽出することは困難である。一方、6.5%を抽出するために、入院時のスクリーニングを実施した後に再度全患者のスクリーニングを実施するのは非効率である。そのため二次的スクリーニングの実施および二次スクリーニング実施の必要性を示唆するための入院時スクリーニングを検討する必要があるといえる。

早期の退院支援を目的としたスクリーニング票の妥当性を検討した先行研究では、早期退院支援スクリーニングを「院外の機関・職種との連携または社会資源を活用する退院支援が必要であると予測される患者・家族を入院早期に発見・特定すること」としており [10]、スクリーニングを活用することで院外連携を必要とする支援が必要な患者を抽出し、早期に支援を行う必要性を指摘している。また同時に、在院日数の短縮化も考慮し、スクリーニングの実施も早期に行う必要もあると述べている。本研究でもスクリーニング方法について検討することにより「入院日数」短縮の可能性が示唆された。ただ、入院直後のスクリーニングは正確さを欠く可能性もあり、段階的なスクリーニング実施により支援を必要とする患者をできるだけ早期に抽出できる可能性があると考えられる。

今後、スクリーニングを実施する時期と精度の関係性についても検討し、患者の病状の変化や家族、社会環境の変化に対応し、早期に退院支援を実施できるスクリーニングツールの開発が必要であるといえる。

Ⅵ.今後の展望

本研究では、退院支援スクリーニングの現状を明らかにし、スクリーニングの課題と改善の方向を見出すため、退院調整部門の支援に関する実態調査を

行った。今後、これまで実施された退院支援スクリーニングと支援の実態との関連を精査し、患者入院早期に退院支援の必要性の有無を正確に判断できる早期退院支援システムを検討していきたいと考えている。

Ⅶ.結論

退院支援の必要性を早期に見出し、退院調整部門の支援を早期から開始すれば「支援開始日数」が減少し、「入院日数」の短縮が可能であると考えられる。

分析対象とした 1,763 件のうち、474 件（26.9%）はスクリーニングが退院支援につながったといえる。一方、1,289 件（73.1%）が早期のスクリーニングでは抽出できなかったケースだとすると、この入院時には予測できないケースに対する支援依頼の発生を予測する二次的なスクリーニング、もしくは自動的に二次的なスクリーニングの必要性を抽出するための入院時スクリーニングを検討する必要があるといえる。

謝辞

本研究はＡ大学病院の医師、看護師の皆様が担っておられる医療があってこそ進められたものです。ここに厚く御礼申し上げます。また、日々の退院支援に係る記録をご提供の上、ご協力くださいましたＡ大学病院退院調整部門の皆様、心より厚く御礼申し上げます。データ収集と分析にご尽力くださいました井上研究室の皆様に心より深く感謝申し上げます。

引用文献

1) 藤澤まこと、黒江ゆり子（2009）：退院後の療養生活の充実に向けた支援方法の開発–その 1、岐阜県立看護大学紀要、10（1）、23–32。
2) 田中博子、伊藤綾子、真野響子（2012）：急性期病院から自宅へつなぐ退院調整看護師の役割、東京医療保健大学紀要、6（1）、65–71。
3) 鷲見尚己、村嶋幸代（2005）：高齢患者に対する退院支援スクリーニング票の開発（第一報）、病院管理、42（3）、277-288。
4) 鷲見尚己、村嶋幸代（2005）：高齢患者に対する退院支援スクリーニング票の開発（第二報）、病院管理、42（3）、479-491。
5) 大竹まり子、田代久男、井澤照美、佐野洋子、赤間明子、鈴木育子、小林淳子、細谷たき子、佐藤千史、木村理、叶谷由佳（2008）：特定機能病院における病棟看護師の判断を基にした退院支援スクリーニング項目の検討、山形医学、26（1）、11-23。
6) 厚生労働省（2012）：在宅医療・介護あんしん 2012http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/zaitaku/dl/anshin2012.pdf（アクセス：2015 年 9 月 25 日）
7) 洞内志湖、丸岡直子、伴真由美、川島和代（2009）：病院に勤務する看護師の退院調整活動の実態と課題、石川看護雑誌、6,59-66。
8) 阿部庸子、藍真澄、金子美智子、佐原まち子、長野宏一郎、下門顕太郎（2007）：大学病院における高齢者早期退院の阻害要因に関する検討、日本老年医学会雑誌、44（5）、641-647。
9) 鷲見尚己、奥原芳子、安達妙子、浅野弘恵、佐藤由佳（2007）：大学病院における改訂版退院支援スクリーニング票の妥当性の検証、看護総合科学研究会誌、10（3）、53-64。
10) 森鍵祐子、叶谷由佳、大竹まり子、赤間朋子、鈴木育子、小林淳子、田代久男、佐藤千史（2007）：特定機能病院における早期退院支援を目的としたスクリーニング票の導入および妥当性の検討、日本看護研究学会雑誌、30（4）、27-35。