

第8回日本赤十字看護学会学術集会 シンポジウム

いま何故退院支援なのか
退院後の安心を提供する医療連携のありかた

Discharge Support : Regional Medical Collaboration in Providing
the Assurance after Discharge

座長	伊藤 安恵	ITO Yasue	(名古屋第二赤十字病院)
	森田せつ子	MORITA Setsuko	(日本赤十字豊田看護大学)
シンポジスト	篠田 道子	SHINODA Michiko	(日本福祉大学)
	中村 妙子	NAKAMURA Taeko	(長野赤十字訪問看護ステーション)
	伊藤 清美	ITO Kiyomi	(財団法人名古屋市高齢者療養サービス事業団)
	平田貴代美	HIRATA Kiyomi	(済生会山口総合病院)



伊藤 安恵
ITO Yause



森田せつ子
MORITA Setsuko

病院を退院するときとは、患者・家族にとってどのような出来事だろうか。さまざまな事情があるにしても、多くの場合、患者・家族は、「元どおりの身体になって、元どおりの生活ができる」ようになったときに「退院するとき」と思っている。当たり前のことではあるが、患者・家族はよくなって退院したいのである。したがって退院後も医療や介護が継続することを見込んで、どの時点で退院するかを十分吟味し、それを患者・家族と共有していくというプロセスが、医療従事者には求められてくるだろう。

退院のための支援とは、入院治療を終えた患者が、病気や障害をかかえながらも、病院を退院して家庭や療養型病院への転院、介護老人保健施設など新たな療養な場で、安全に、安心して、自分らしい生活を送ることができるように、病院はもとより地域の保健・医療・福祉機関等連携しながら援助していくことである

伊藤安恵、森田せつ子と思われる。そして、それは患者のみならず家族を含めた支援であること、患者・家族が意思をもって退院し、望む次の段階に進むようにすることでもある。

退院支援が必要となった背景として、わが国の人口における少子化と、急速な高齢化が進行していることがある。第一次ベビーブーマーたちが後期高齢者の仲間入りをして高齢者人口がピークを迎え、2025年には約3500万人に達することが予測される。

また、年間死亡者数では、2002年において100万人を突破した。その約85～90万人は病院で死亡しており、その死亡3ヵ月前は医療費が非常に高騰することが報告されている。

2025年における死亡者数は年間約160万人が予測され、現在に比べると大幅な増加が考えられ、多死時代の到来を迎えることとなる。このような変化に対応するために、地域にある病院、診療所、訪問看護ステー

ションといった医療資源を総動員し、それが介護などの福祉と連携をし、地域全体の連携システムを形づくっていくことが重要となるのである。

2006年国会で成立した「良質な医療を提供する体制を図るための医療法の一部を改正する法律」では、安全・安心で質の高い医療の基盤設備として、①医療情報の提供による適切な医療の選択の支援、②医療機能の分化・連携の推進による切れ目のない医療の提供、③在宅医療の充実による患者の生活の質（QOL）の向上により、これからの医療提供体制を確保するという方針を示している。この方針では、急性期病院では、急性期医療に特化したサービスの提供が期待され、急性期を脱した患者の医療は、地域のある医療や介護、福祉といった社会資源との連携を強化し、退院により医療サービスがとぎれないよう、サービスをつないでいくことが重要な役割として求められることになる。急性期病院の役割が重点化されるに伴い、そこを退院していく患者の継続医療を引き受ける診療所や訪問看護ステーション、あるいは介護保険サービス、福祉サービスなどがどのように機能していけばよいのだろうか。一つの病院や一つの事業所でそれぞれのサービスを完結するという従来の考え方から、1人の患者が入院して治療を受け、退院し、その治療を在宅で継続していくといったシステムが地域単位でできあがることが必要であり、そのためのコーディネーションが病院にいる看護師に期待されている。

このシンポジウムでは、「今日求められている退院後の安心を提供する医療連携、とりわけ、退院支援のありかたについて」、各地域で活躍されている4人のシンポジストから、さまざまな実践知を伺い、これからの退院支援についての示唆をうる機会とすることを目的とした。

最初に、日本福祉大学の准教授である篠田道子氏は、退院支援・調整が重要となった背景として、医療・介護保険制度改革の動向分析から、今後の退院支援、地域連携のありかたとして、①退院支援担当者配置の義務化、②前方連携と後方連携セットでの組織的な働きかけ、③退院支援を効果的にすすめるツールの開発、④第三のすまいの普及化と支援体制の整備、⑤医療従事者の目標志向への発想の転換、⑥訪問看護師の在宅離れと訪問看護ステーションの休止等については開業看護師の検討、⑦患者・家族とともにある退院支援の仕組みについて述べられた。

次に、長野赤十字病院訪問看護ステーション管理者であり、訪問看護認定看護師である中村妙子氏は、急性期に特化した医療機関における訪問看護ステーションの位置づけとして、病院と地域を結ぶ医療・看護の要であると述べられた。また、訪問看護師の役割として、①入院患者の退院に向けて早期に介入すること、②病院から在宅へのスムーズな移行のために、退院前のカンファレンスの実施および、後方支援に関する情報提供をすることについて述べられた。

財団法人名古屋市高齢者療養サービス事業団在宅療養部訪問看護課長である伊藤清美氏からは、2003年より市立病院に設置された在宅療養介護相談室活動における報告がされた。病院内という身近な場所で、在宅療養を開始するうえで必要なケアマネージメントを行い支援している。今後の課題として、①早期からの退院支援の必要性、②医療依存度の高い患者や独居や老々世帯等の患者の在宅療養の実現、③退院調整には、医療、介護などの関係機関・職種との連携が重要であることについて述べられた。

最後に平田貴代美氏は、1994年より済生会山口総合病院において、退院調整看護師をされている。医療依存度の高い事例の退院調整を通して、看護職の役割を①目標決定への患者・家族の支援者である、②リーダー的役割をもつこと、③継続する医療、看護、介護の可能で安全な方法を検討し指導する、④地域との協働をとり、退院後の患者・家族の支援者との連携の充実を図ることであると述べられた。

次に、会場からは、篠田道子氏に対して、「退院調整看護師の教育プログラム」への取り組みについての質問があった。「入院中の患者が在宅に移行しても必要な看護が継続して提供されるような総合的な支援機能をもつ、退院調整看護師」の育成は必要であることが述べられた。

病院の機能分化が進み、「病院完結型から地域完結型の医療の時代」ということが新聞等で報道されても、依然として、患者・家族の思う退院は、「病気が治癒するか、安定期に入ってから」という認識が主流を占める。患者・家族にとって不満足な退院とならないために、また、適切な医療やケアを継続するためには退院調整は重要である。「病院と地域」などの施設間を越えて、「垣根のない医療およびケア」が提供できるよう、多職種が包括的な支援を行うことができるシステムを構築することの重要性が示唆された。

退院支援のあり方 —医療・介護保険制度改革の動向から—

篠田道子

はじめに

退院支援の目的は、患者・家族が退院後も自立した自分らしい「生活の継続」を支援するとともに、病院は患者を入院させたならば、責任をもって退院支援を行い、地域の社会資源につなげるという責務を担うことである。退院支援とは、「患者・家族の主体的な参加のもと、退院後も自立した自分らしい生活が送れるように、教育指導を提供したり、諸サービスの活用を支援するなど、病院内外においてシステム化された活動・プログラムである」(篠田他, 2005) と定義される。

本稿では、医療制度改革関連法（特に後期高齢者医療制度）や、すでに始まっている介護保険制度改革に触れながら、伸び悩んでいる在宅医療や訪問看護の動向を整理し、今後求められる退院支援のあり方について私見を述べる。

1. 医療制度改革と退院支援の動向

平成18年に成立した医療制度改革関連法の特徴は、医療保険だけでなく、医療提供体制、診療報酬・介護報酬改定、医療費適正化計画と一体的に進めていくものとなっている。中心的なテーマは「医療費適正化の総合的な推進」であり、①医療費適正化計画の策定、②保険者に対する一定の予防健診等の義務付け、③保険給付の内容・範囲の見直し（高齢者の患者負担金の引き上げなど）、④介護療養型医療施設の廃止（平成24年3月末）の4本の柱で構成されている。本稿では、①の医療費適正化計画における平均在院日数短縮化と、平成20年4月に開始される後期高齢者医療制度と退院支援のあり方について述べる。

1) 退院支援は在院日数の短縮化ではなく適正化に関与

医療費適正化計画とは、医療費の伸びが過大とならないように、都道府県は5年後の医療費の見通し額を設定して計画的に対策を推進するものであり、生活習慣病予防対策と在院日数の短縮化の2点に集約される(図1)。両者の政策目標は、平成27(2015)年度までに生活習慣病有病者・予備群を25%減少し、在院日数を全国平均(36日)と最短の長野県(27日)の差を縮小することである(厚生労働省, 2006)。

退院支援はケアマネジメントの方法論を適用したものであり、スクリーニング～アセスメント～プラン作成～カンファレンス開催～患者・家族の同意～モニタリング～評価のプロセスで構成されている。一連のプロセスを丁寧に踏むことで、費用と時間を要するものとなっている。特定の患者層(典型的な回復経過である、合併症がない、家族の協力が可能など好条件が揃っている患者)には、在院日数の短縮化が期待できるが、費用の削減効果は疑問である。退院支援を丁寧に行い、在院日数を短縮して在宅復帰率を高めるには、集中的に人材を投入することが必要不可欠で、これは医療費の削減にはならない(篠田, 2006)。

退院支援や地域連携パスの導入による在院日数の短縮化は限定的であるが、計画的にプログラムを進めることで少なからず在院日数の適正化は期待できると思う。

2) 後期高齢者医療制度では退院支援が求められる
平成20年4月から始まる後期高齢者医療制度については、平成19年4月11日に社会保障審議会後期高齢者

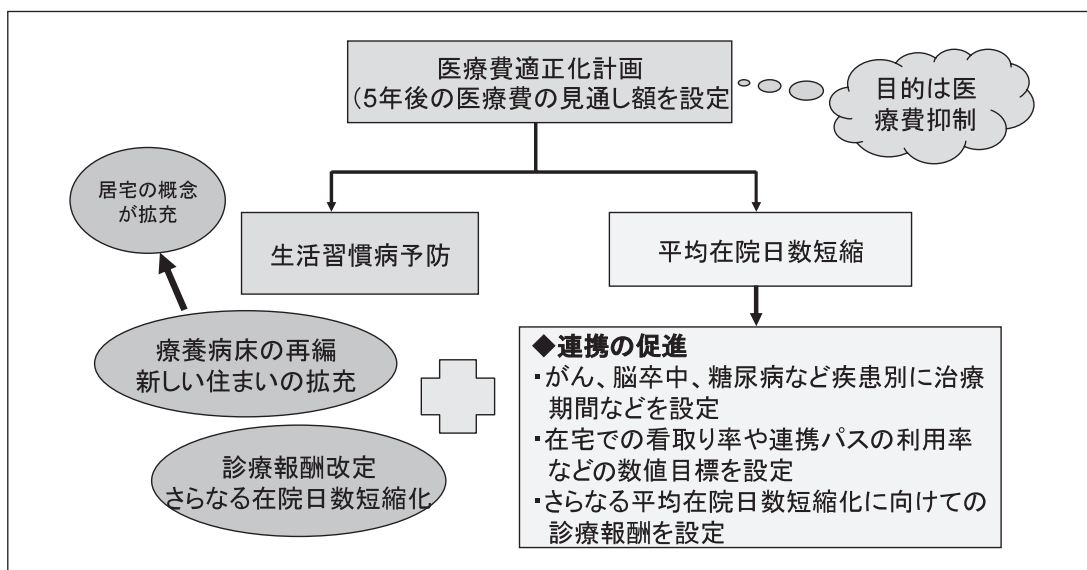


図1. 医療費適性化計画

医療制度の在り方に関する特別部会(以下、「特別部会」とする)で、「後期高齢者の心身の特性を踏まえた医療」という基本方針が示されている。後期高齢者にふさわしい医療の体系として、①急性期入院医療であっても、治療後の生活を見越した高齢者の評価とマネジメントが必要、②在宅(居宅系施設を含む)を重視した医療、③介護保険等他のサービスと連携の取れた一体的なサービス提供、④安らかな終末期を迎えるための医療、の4点が考えるべき点として挙げられている。

特に①は、入院時から退院支援を視野に入れた医療を多職種と協働で提供することを求めている。患者・家族が主体的に退院支援に関わること、主治医だけでなく、ケアマネジャーや訪問看護師など病院内外の多職種・他機関との連携が重要で、これらをつなぐ退院支援者の役割が期待されている。そのためには、診療報酬に退院支援過程を評価すべきという意見が特別部会で述べられている。地域連携パスなど退院支援を円滑にするツールが導入されても、これらを運用する仕組みと担当者が位置づけられていることが前提である。

2. 在宅医療・訪問看護は伸び悩み

在宅医療は、「広義の在宅医療」と「狭義の在宅医療」の2種類がある。前者は患者自ら行う医療を含む幅広い在宅医療で、後者は医師、看護師などコ・メディカルが訪問して行う医療で、訪問診療、往診、訪問看護、訪問リハビリテーションなどがある。本稿では、狭義の在宅医療について述べるため、在宅医療の定義を「身体機能が低下して通院が困難な患者に対し、自宅などに赴いて医療を提供し、住み慣れた場所での生活をサポートするもの」とする。

1) 在宅医療の動向

表1に示すように、広義の在宅医療は概ね横ばいに推移しているが、狭義の在宅医療である、往診と訪問診療は平成15年以降減少している。特に患者の求めに応じて自宅に赴いて診療を行う往診の減少が著しい。また、社会医療診療行為別調査報告書に基づいて狭義の在宅医療を概観すると、入院外の在宅医療の1件当たりの点数は、一般医療で34.6点、老人医療で111.5点であり、80歳以上では1件当たりの点数が163.7点と急増する。経年的な変化を見ると、1件当たりの在宅医

表1. 在宅医療の推移

(回数)

		平成10年	平成12年	平成14年	平成16年
狭義の在宅医療	往診	346,600	368,930	371,921	291,721
	訪問診療	565,922	754,116	854,273	544,511
広義の在宅医療	在宅自己注射	320,879	403,761	537,455	542,583
	在宅酸素療法	72,460	82,895	109,499	94,655

出典：厚生労働省大臣官房統計情報部「社会医療診療行為別調査」より作成

療費の平均は、平成14年：64.3点、平成15年：59.9点、平成16年：56.3点と減少している。高齢者人口が増加し、在院日数が短縮化されているにもかかわらず、全体で見ると在宅医療は伸び悩んでいる観がある。

2) 在宅療養支援診療所の動向

このような現状を鑑みて、平成18年度診療報酬改定では、在宅医療の拠点として「在宅療養支援診療所」が新設された。在宅療養支援診療所とは、患者の求めに応じて24時間いつでも往診や訪問看護が行える体制があり、病院と連携して緊急入院先を確保している診療所である。平成19年6月時点では9,590カ所が届出しているが、全診療所に占める割合はわずか1割である。

これまで地域に密着した医療を提供してきた診療所の医師は、高齢化して医師1人だけの診療所も多く、24時間対応は難しい状況にある。さらに医師不足から中小病院の救急医療が縮小化したため、診療所へ救急患者が押し寄せる傾向がみられることから、在宅療養支援診療所の届出が進んでいない。

3) 訪問看護ステーションの動向

介護療養型医療施設の廃止、在院日数の短縮化にもなって医療依存度の高い在宅療養者の増加が予測されるが、その受け皿である訪問看護ステーションの利用は伸び悩んでいる。日本訪問看護振興財団の調査によれば、平成19年4月1日現在の訪問看護ステーションの指定事業所数は6,163カ所であり、うち休止している事業所数は437カ所で、実質活動しているステーションは5,700カ所に留まっている(休止率7%)。平成12年から平成17年の6年間の事業所数の増加率はわずか12.2%であり、同期間の訪問介護事業所の増加率の109.7%と比較すると伸び悩んでいる(表2)。ゴールドプラン21では、平成16年度までに9,900カ所を整備することになっていたが、目標達成率は6割であり、今後も状況が好転する兆しはない。

また、通所介護の新しいタイプとして平成18年の介護報酬改定で新設された「療養通所介護」は、訪問看護ステーションの多機能化として期待された。医療と介護ニーズを併せもつ在宅中重度者が対象で、通所にて入浴・食事など療養上の世話や医療行為を行うサービスである。こちらも平成19年4月現在の設置数は39カ所と伸び悩んでいる。

表2. 訪問看護の推移

		平成15年	平成16年	平成17年
訪問看護ステーション数		5,091	5,224	5,309
全利用者数(人)		262,925	272,564	279,914
1事業所の平均利用実人数(人)		52.0	52.9	53.1
訪問回数	医療保険(回)	6.8	6.9	7.3
	介護保険(回)	5.2	5.1	5.2
看護職員従事者数(人)		26,872	26,434	27,266

出典：厚生労働省「平成18年介護サービス施設・事業所調査」より作成

3. 退院支援看護師の必要性

医療制度改革関連法は医療機関の機能分化と連携、平均在院日数の短縮化、在宅医療を促進させることから、病院では安心して退院できる仕組みが求められている。なぜなら制度改革の影響を一番受けるのは、患者・家族だからである。

退院支援は病棟ごとに発生するものであり、病棟を巻き込んだ仕組みにすることが運営上のポイントである。理想的には、病棟で退院支援を担える看護師が複数配置され、日常的に退院支援が提供できる体制が必要である。

筆者らは平成16年度厚生労働省科学特別研究事業「退院調整看護師養成プログラム作成に関する研究」(篠田, 2005)において、退院支援看護師が行う退院支援の特徴、役割と機能についてまとめたので、ここに概要を紹介する。

看護師が行う退院支援の特徴は、①医学的ニーズのある患者の退院後の生活を見据えた退院支援が可能、②生活習慣病の予防から在宅医療、終末期ケアまで幅広い支援が可能、③訪問看護、外来看護、保健センターなど看護連携による継続看護が可能、④在宅医療が必要な場合、モノ(器具や材料)、人、お金、情報の調整が可能、⑤医師や他職種とともに教育指導を協働で行うことができる、等がある。

退院調整看護師の役割と機能については、①スクリーニング機能、②コミュニケーション機能、③アセスメント・退院支援計画作成機能、④教育機能、⑤調整機能、⑥エンパワメント機能、⑦社会資源の情報収集・活用機能、⑧評価機能、がある。

4. 確実に増えていくものにどう対応するか

平成27(2015)年までに、確実に増えるものとして次の5点が挙げられる(2015年は団塊世代のすべての人が前期高齢者に、2025年は後期高齢者に到達する時期)。

①認知症高齢者が250万人に、②高齢者世帯が1700万世帯に、うち一人暮らしが570万世帯(33%)に、③後期高齢者が現在の2倍近い2260万人に、④高齢者多死亡時代に：年間死亡者数が140万人(1.4倍)、2040年には170万人(1.7倍)、⑤重度要介護高齢者の増加率が顕著に：要介護4と5の者が今後20年間で80%増加。

このような現実に対応するためには、在宅か施設かという、二者択一的な発想ではなく、両者の間を増やしていく、すなわち第三のすまいであるケア付き高

齢者住宅を整備すべきであろう。「特定施設」(条件を満たした有料老人ホームやケアハウスなど)として介護保険の居宅サービスに位置づけられているものもある。

このような住宅は、いち早く高齢社会に到達した欧米では、高齢者人口の5%整備されているが、日本ではまだ1%程度である。ただし、これら住宅には看護師など医療職が配置されない、あるいは医療は外部サービス利用が基本となるので、医療との連携が鍵になる。

おわりに

医療費適正化計画では生活習慣病予防と平均在院日数の短縮化がメインとなり、都道府県医療計画では、医療連携体制の構築と在宅看取り率の向上など数値目標が設定されている。政治的な決着により、医療費適正化計画と医療計画がリンクした経緯もあり、平成20年4月に同時に実施される。さらに後期高齢者医療制度が開始され、診療報酬が改定される。一方、介護療養型医療施設は廃止に向けてさまざまな代替案が提示され、介護保険施設は大きな転換点を迎える。このように在宅医療や訪問看護の需要は高まっているにも関わらず、供給が伸び悩んでいる現状がある。安心して住みなれた地域で生活を継続するには、病院における退院支援過程と担当者を診療報酬上で評価するとともに、在宅医療を担う人材の育成、病診連携や看護連携(第三のすまい含む)等の効果的な連携方法について、制度・お金・情報・モノ・人の観点から見直すことが必要である。

厚生労働省：全国医政関係主管課長会議資料. 3-6, 平成18年2月20日.

篠田道子(分担研究者)(2005)：退院調整看護師養成プログラム作成に関する研究(伊藤雅治：主任研究者)：在宅療養促進のための訪問看護のあり方に関する研究. 平成16年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業

篠田道子(2006)：なぜいま退院支援なのか～医療制度および介護保険制度の改革の動向と退院支援のあり方～. 看護学雑誌, 70(7), 600-611



退院支援のあり方、地域へつなぐシステムづくり —訪問看護ステーションの立場から—

中村妙子

はじめに

当院は、急性期に特化した医療展開を病院方針としており、この方針の推進により入院期間の適正化が図られている。患者・家族への退院支援に関しては、主に病棟看護師、MSW、主治医が必要に応じて各部署に連絡、連携をとり退院支援や転院の相談を行っており、入院患者の退院に向けた早期介入と効果的、組織的な連携が求められるようになってきている。

これを受け、平成11年4月病診連携室が設置され、その後名称変更し地域医療推進課となっている。平成17年1月からは、院内に入院患者の退院に向けた援助支援システムを施行している。同システムは、MSWが中心となり、(700床の病院でMSWは、院内4名、在宅介護支援センター1名)3病棟で実施してきたが、マンパワーの問題もあり病棟の拡大ができない、看護師の専門性を生かせないなど問題が出てきている。また、地域医療推進課に今年度より看護師が3名配置されているが、退院支援に関しては現在模索しながらの活動である。

訪問看護ステーションにおいては、訪問看護ステーションへの依頼が退院直前である、退院指導および準備が不十分、退院後ケアマネージャーから医療処置の依頼がくるなど退院支援に関する問題点が出てきている。

訪問看護師が、訪問看護対象者を地域で支援していくためには、入院時から病棟主治医、看護師、開業医、ケアマネージャー、地域のサービス事業者等と連携・協働しながら対象者を支援していくことが必要となる。病院を退院する患者や訪問看護の対象者が、安心して住みなれた地域で療養生活を継続していくことができるために、訪問看護ステーションの立場から、退院後の安心を提供する退院支援のあり方を、当院の地域へつなぐシステムづくりの現状と今後の課題について述べる。

1. 長野赤十字病院の概要と地域の役割

長野赤十字訪問看護ステーションは、長野赤十字病院が併設するステーションである。長野赤十字病院は、明治37年4月より日本赤十字社長野支部病院として発足し、100年以上の歴史がある。現在は、診療科25科、病床数700床である。また特殊機能として、救命救急センター、骨髄移植センター、基幹災害医療センター、透析センターなどの運営を行い、臨床研修病院や地域医療支援病院、昨年は地域がん診療連携拠点病院の指定を受けている。また、今年5月からは、7対1入院基本料施設基準を取得している。

地域医療支援病院として、平成19年4月の統計によれば、紹介率は65.15%、逆紹介率は52.63%。在院日数は14.8日である。平成18年度の一日の外来患者数は1451人、一日の退院患者数は約50人、一日の入院患者数は626人である。

2. 長野県と長野市の概要

平成17年10月の統計によれば、長野県の総人口は219万6012人であり、減少に転じている。

長野市の総人口は378,495人であり、年々増加しているが、人口増加率は徐々に鈍化する傾向にある。その一方、65歳以上の人口が著しく増加を続けている。長野市における高齢化率は21.2%であり、長野県の高齢化率23.6%を下回ってはいるが、全国平均を上回っている。年齢構成をみると、生産年齢人口はほぼ横ばいの伸びであるのに対し、老年人口は増加（後期高齢者の割合は全国平均を上回る）、年少人口は減少を続けており、少子・高齢化は急速に進んでいる。高齢者の世帯状況および推移は高齢者人口の増加に伴い、65歳以上の高齢者のいる世帯は総世帯数の増加よりも急激に増加を続け、約35%を占めている。「単独世帯」「夫婦世帯」が急増しており、核家族化が顕著に現れている。平成19年度には、高齢者の属する世帯の半数近くが「単独世帯」「夫婦世帯」になると見込まれおり、「老老介護」世帯の割合も増加している。要介護認定者の約18%が要介護認定を受け、サービスを利用している。

また、平成15年の統計によれば、在宅での死亡割合は長野県は16.6%、全国の上位3位の死亡割合となっている。

3. 長野赤十字訪問看護ステーションの活動の現状

当ステーションは、昭和63年4月、院内の医療社会事業部内に訪問看護係として設置され、平成7年10月には訪問看護係から長野赤十字訪問看護ステーションを開所した。現在の訪問看護ステーションは、管理者1名、看護師7名、病院兼務で事務職員、理学療法士・作業療法士各1名の11名の体制である。長野赤十字病院の医療社会事業部は、他に地域医療推進課、医療社会事業課、在宅介護支援センター、居宅介護支援事業所、社会課を配置している。平成18年5月より、これらの部署（社会課を除く）が、患者サービスの向上と部内の連携強化、効率よく仕事ができることを目的にワンフロアになった。お互いの顔が見え、相談できるところで仕事をしており、当院利用者、開業医、地域住民のニーズに迅速に満足していただけるサービスを提供できるように動きだしている。

1) 訪問看護ステーションの業務実績

平成18年12月31日現在、利用者179名(医療保険72名、介護保険107名)。要介護4、5で要介護者の約52%を占めている。主な疾患別内訳(図1)は、脳血管・循環器疾患が約33%、神経難病・特定疾患が約23%、がん患者は約11%、その他認知症や呼吸器疾患などである。

利用者の年齢(図2)は、70代が約35%、80代が約27%で62%を占めている。

介護者の年齢は図3の通りであり、家族構成(図4)を見ると、二世帯が約42%と最も多く、次に夫婦のみの約28%となっている。家族構成の年次推移(図5)を見ると1人暮らしが増えている。

利用者の状況として、意思疎通に関して(図6)は可能が約55%、全く不可能と理解できるが伝達困難の

方が半数近くを占めている。

食事に関して(図7)は、約70%は経口ができ、残り約30%の内訳が円グラフに示した。

呼吸に関して(図8)は、円グラフは利用者の約20%の内訳である。現在人工呼吸器装着の利用者が10名、在宅酸素療法の利用者が12名である。

排泄に関して(図9)は、利用者の約70%が何らかの処置を必要としており、その内訳を円グラフに示した。膀胱留置カテーテル装着利用者が約29%、浣腸、排便をあわせると約57%となる。

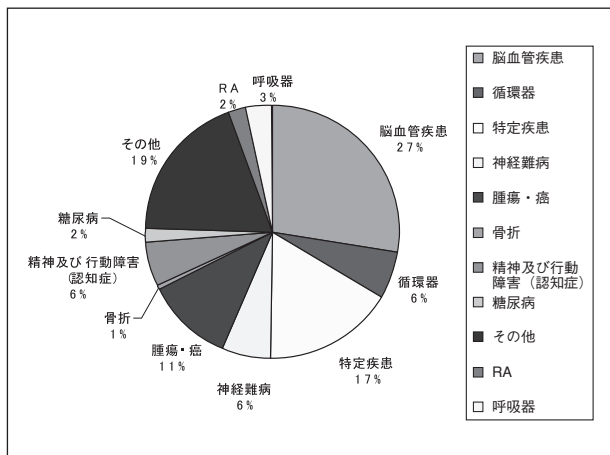


図1. 疾患別内訳

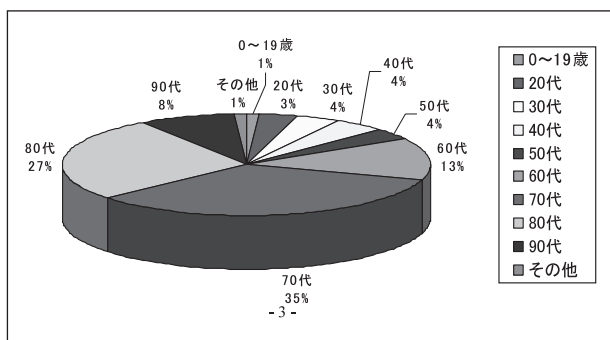


図2. 利用者の年齢

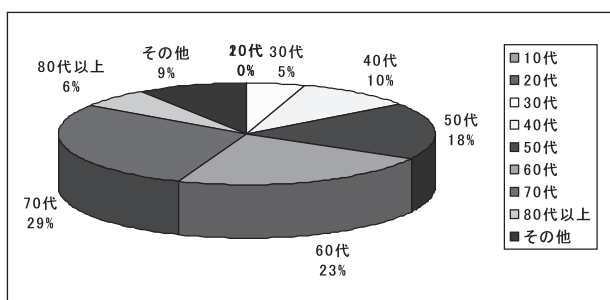


図3. 介護者の年齢

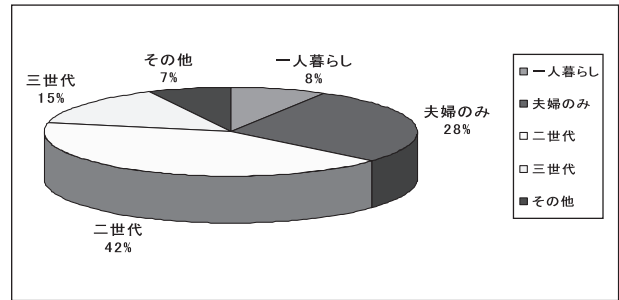


図4. 家族構成

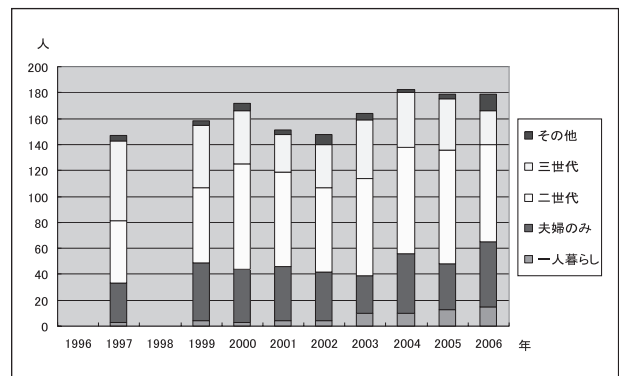


図5. 年次別家族構成

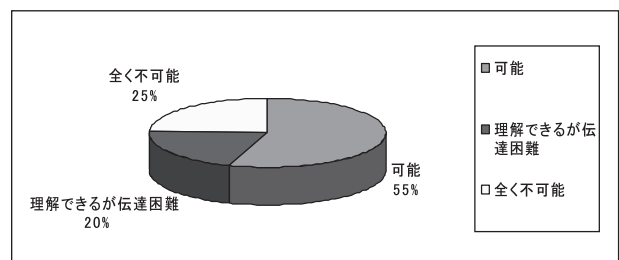


図6. 意思疎通に関して

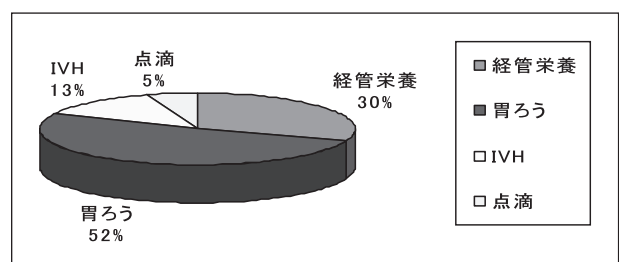


図7. 食事に関して

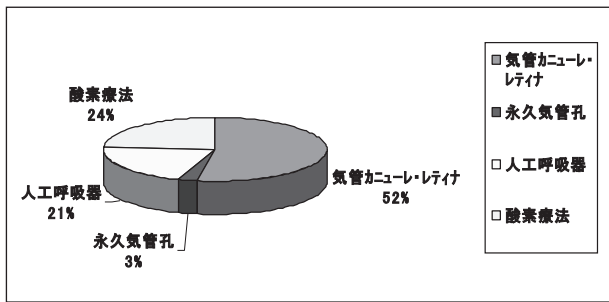


図8. 呼吸に関して

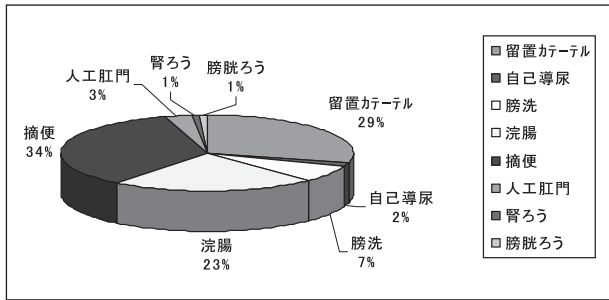


図9. 排泄に関して

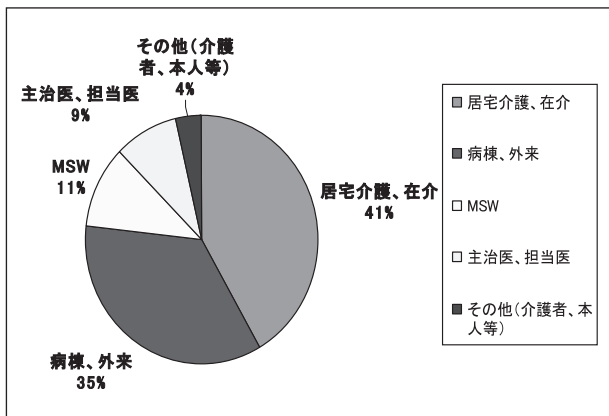


図10. 訪問看護依頼ルート

2) 院内、地域連携に関すること

訪問看護の依頼状況(図10)は、居宅介護支援事業所、在宅介護支援センターが最も多く約41%、次に病棟、外来が約35%、MSWが約11%となっている。新患の申し込みは、多い月で17人、平均月10件前後である。

4. 退院支援の現状と今後の課題

急性期病院から退院する患者の状況と病院の取り組み、病棟の看護師の現状と看護部の取り組み、当院訪問看護ステーションの関わりの3点から述べる。

1) 急性期病院から退院する患者の状況と病院の取り組み

当院の在院日数は前述したように、2SD越えの患者は、平均在院日数の標準偏差の2倍の日数を越えた患者であり、病院全体の約12%の状況である。現在、2SD越えの患者の分析を行っている。

訪問看護ステーションが所属する医療社会事業部で

は、部内で院内の退院支援、地域医療連携に関する問題点を何度も話し合い検討をしてきている。まず、全病棟(一部病棟を除く)を対象に入院患者援助支援システムを拡大すること、同システムに関わるマンパワーの問題を解決するため、MSW、地域医療連携室看護師、訪問看護師、病棟看護師の役割を明確にするなど取り組んだ。

同システムで医療社会課に情報提供された患者は、医療社会事業部で毎朝5分間程のミーティングで検討し、MSW、地域医療連携室看護師、訪問看護師、ケアマネジャーが早急に関わるようになった。その他として、前方・後方支援の強化、院内のクリティカルパス委員会の取り組みがある。以下は、入院患者援助支援システムで使用しているチェックリスト(表1)である。病棟看護師が、簡単に記入できる17項目になっている。

2) 病棟の看護師の現状と看護部の取り組み

当院は、継続看護の質の向上を目指し、昭和52年度より、看護部の委員会として継続看護委員会が立ち上がり、その機能を果たしてきた。しかし、病棟での継続看護の委員が退院調整を担う看護師としてなかなか育たなかった。その理由として診療報酬の改定や介護保険の複雑さなど在宅療養に関する知識が充分でない、在宅看護論を学び、在宅の実習をしているが実際の在宅看護の経験がないなど在宅のイメージが入院中の患者と結びつかない、日常業務が多忙であり退院指導に充分関われないまま患者が退院してしまうなど理由があると考えられる。そこで、今年度より退院支援の充実を図るために地域連携委員会として、委員会の体制を変え看護部目標に沿いながら委員会の目標、行動計画を挙げ、活動している。委員会の目標と、行動計画は以下の通りである。

1. 委員自身が継続看護に関する知識を得て、病棟で指導・実践ができる。

表1. チェックリスト

主たる病名	チェックリスト
基本項目	
住所地	<input type="checkbox"/> 長野市内 <input type="checkbox"/> 北信地区 <input type="checkbox"/> 長野県内 <input type="checkbox"/> 長野県外 <input type="checkbox"/> 不定
世帯	<input type="checkbox"/> 単身者 <input type="checkbox"/> 2人暮らし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他
医療保険	<input type="checkbox"/> 加入あり <input type="checkbox"/> 加入なし <input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 不明
国籍	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 外国籍(国名) <input type="checkbox"/> 不明
介護保険	<input type="checkbox"/> 要介護認定あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
担当ケアマネ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
疾病(障害)について	
	<input type="checkbox"/> 発病前より日常生活動作の低下が予想される
	<input type="checkbox"/> 精神機能(痴呆含む)の低下が予想される
	<input type="checkbox"/> 医療器具、医療処置が退院後必要と予想される
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の取得の可能性が高いと予想される
	<input type="checkbox"/> 介護保険要介護認定の申請(介護度の変更も含む)の可能性が高いと予想される
	<input type="checkbox"/> 転移癌、あるいはターミナル状態である
	<input type="checkbox"/> 入退院の繰り返しである(看護師さんの判断をお願いします)
その他	
	<input type="checkbox"/> 患者家族より医療費について心配であるとの訴えがある
	<input type="checkbox"/> 患者家族より療養の場について心配であるとの訴えがある
	<input type="checkbox"/> その他ソーシャルワーカーとの面談を希望されている
	原則入院後3日以内に病棟にて看護師がチェックし、医療社会事業部へお送りください。
	⇒医療社会事業課

行動計画：委員会内学習会（DPC、クリニカルパス、地域連携パス）、2SD越え患者の事例検討会など

2. 退院支援体制の見直し（システム化）

行動計画：退院支援に関する業務フローの作成、在宅介護手引きの見直しと作成

3. 地域連携について講演会を行い院内へ啓発する。

この委員会は、看護部の目標である継続看護に関する質の高い看護を実践すること、病院の健全運営の参画を目標としている。訪問看護師が委員長となり、地域医療連携室看護師と外来看護師が副委員長となっている。核となる病棟、外来のコア委員を退院支援のできる看護師として育成し、そして、各病棟、外来看護師が退院支援できる看護師として育つことを目標としている。

また、医療社会事業部の看護師が病棟に呼びかけ、各病棟の退院支援に関することの勉強会に、MSW、居宅介護支援事業所のケアマネジャーが病棟に出向いて講師をしている。今年度は、訪問看護認定看護師が各病棟のニーズを聞き、訪問看護の関する勉強会をいくつかの病棟で開催する予定である。

3) 当院訪問看護ステーションの関わり

訪問看護ステーションでは、再入院後の病棟と訪問看護との連携が充分でなかった一事例をきっかけに、訪問看護の申し込み、退院指導及び準備、再入院時の関わりについて検討した。きっかけになった事例では、

- ・病棟看護師は、在宅の様子がわからず、不安を抱えながらの指導であった。
- ・書面の訪問看護からのサマリーでは、看護や生活が見えにくい。病棟のカンファレンスに参加してほしい。

などの問題点、要望があった。

これを受け、訪問看護ステーションでは、

- ・「訪問看護利用者が入院したときの関わり」を手順化した。入院した当日、病棟へ訪問看護サマリーを持参し申し送りをしているが、必要なケースは入院直後病棟カンファレンスに参加する、入院中に新しくケアが必要になるときや病名が追加されたときには、訪問看護に連絡をもらい病棟での指導、カンファレンスに参加する、入院後3から7日の間に病室訪問をして病状確認、患者や担当看護師の退院に関する相談にのる、家族にも面談あるいは電話を入れ退院に関する相談に乗るように手順化した。家族へ

の関わりは、家族側への早期退院への意識づけや教育にもなる。

- ・訪問看護サマリーに看護内容、介護力・介護状況の具体的な記載をする。
- ・退院後の状況を記載した「訪問看護経過報告書」を担当看護師や師長に報告していく。
- ・長期入院や病棟での退院指導に訪問看護師が参加した患者や、サービス担当者会議を開催した患者は、病棟担当看護師の同伴訪問を依頼する。など、訪問看護師からの病棟看護師への積極的な関わりを実行することとした。

訪問看護師の関わりは、入院中の病室訪問、退院指導、サービス担当者会議への出席など活発に行われている。しかし、これらに時間を裂くために訪問調整が難しく、診療報酬に結びつかないため、検討すべき点も多いかと思える。

訪問看護師は、病院と地域を結ぶ医療・看護の要であり、予防も含めた医療・看護・介護を必要とする人々の生活の場をマネジメントできる。一人の患者を継続して、入院・在宅生活の全体を見ながら、他職種と連携・協働して、在宅療養生活を支援できる重要な役割を果たしている。また、事例をとおして継続看護に関する教育的立場にもあると考える。院内、地域における訪問看護師の役割を考え、問題点を整理、以下を今後の課題とした。

1. 入院患者援助支援システムの再構築、強化により、早期に訪問看護師が介入する。退院指導の充実を図る。

2. 病院と在宅のシステムによるスムーズな連携を図る。退院前ケースカンファレンスの実施、後方支援に関するタイムリーな情報提供ができる。

5. おわりに

訪問看護師の関わりは、病棟看護師の患者を入院時より在宅に戻すという意識づけ、病気や障害をもちながらも在宅でその人らしい生活ができるという意識づけ、十分なコミュニケーションのもと患者・家族が参加する退院指導ができる、社会資源・制度の知識と活用が分かる、在宅生活に関連したアセスメント・マネジメント能力が向上するなど看護の質の向上に繋がると考える。病棟看護師一人ひとりが入院時から退院支援できる看護師に育ってほしいと考えている。



退院後の安心を提供する医療連携のあり方 —継続看護に視点を置いた入院中から始まる在宅支援—

伊藤清美

財団法人名古屋市高齢者療養サービス事業団（以下「事業団」という）は、名古屋市における高齢者等の在宅療養のための基盤整備を図り、保健・医療・福祉サービスの水準の向上に寄与することを目的とし、平成7年9月に名古屋市、名古屋市医師会、愛知県看護協会等により設立された公益法人である。事業所としては、訪問看護ステーション（以下「ステーション」という）と居宅介護支援事業所としてケアマネージメントセンターを名古屋市内各区に運営している。平成18年度から名古屋市の委託を受け、地域包括支援センターを市内5か所に開設している。また、公益事業として、在宅療養介護相談室（以下「相談室」という）を市立4病院内に開設し、在宅療養に向けての退院支援を行っている。

相談室の開設趣旨は、「高齢者や障害者等が病院を退院し、スムーズに安心して在宅療養生活に移行できることを目的に、各種相談業務を病院内という身近な場所で行うことにより、患者の利便性を図りつつケアマネージメント・退院調整を行うこと」である。

開設の契機および経過は、平成8年度から順次各区へのステーションの設置を開始し、平成9年8月、A市立病院の敷地内にB区ステーションを開設した。入院患者や家族、病院の医師、看護師等から退院後の在宅療養に向けての相談があり、平成11年4月ステーション移転後も相談を続けていた。平成12年、旧ステーションをケアマネージメントセンターの分室として位置づけ、相談を継続することとした。この間のB区ステーションとA市立病院の関わりは、相談業務をはじめ、事業団訪問看護師の現任研修の実習病院であり、ステーションの勉強会の講師を神経内科部長が、病院の看護師長・主任研修会の講師を事業団訪問看護師が務める等していた。そして、平成15年に病院管理課から院内での相談室設置の提案をいただき、病棟待合室の一画での開設となった。その後、平成16年、17年に他2か所の市立病院内に、平成19年4月には大学病院内に開設した。

次に事業団の相談室の特色は、以下6点である。

1 病院内に開設していること

入院患者・家族はいつでも気軽に利用でき、主治医・担当看護師等とタイムリーな連携がとりやすいという利点がある。

2 事業団職員（看護師・保健師の資格を有する介護支援専門員）を配置していること

3 継続看護の視点（看看連携）の重視

4 高い公益性

相談は無料、特定の事業所に偏る紹介は行っていない。

い。

5 在宅療養に向けての橋渡しの役割を担っていること

退院調整において、病院のケースワーカーと役割分担をしている。相談室は在宅への退院調整、ケースワーカーは転院や施設への退院調整を担っている。相談内容により在宅や転院、施設入所を並行して考えていく場合は、一緒に関わる。

6 地域主治医との連携の尊重

入院前の地域主治医に連絡を取り、退院時にはその主治医に戻していくよう、地域主治医との連携を大切にしている。

相談室の業務内容は、在宅療養に向けてのアセスメント、院内スタッフとの連絡調整、地域主治医・居宅介護支援事業者・サービス事業者等との連絡調整、介護保険に関わる業務（制度説明、代行申請等）、介護保険以外の制度や社会資源の紹介、介護用品の展示等である。

A市立病院内の相談室を例に説明する。入院患者や家族、退院後外来治療している患者等の直接の来室や病棟看護師や主治医等の病院職員からという形で相談が入る。必要があれば、病棟へ外向き相談を行い、また、カルテを見せていただくこともある。患者本人、家族の意向や家庭の状況を勘案し病棟と連絡を取りながらケアマネージャーや訪問看護等の必要な調整を進める。相談室について、病棟側の窓口は担当看護師である（図1）。

次に相談室の実績について述べる。相談件数は年々増加し、平成18年度は実1,215件、延べ4,136件である。相談者は、患者・家族が55%、病院職員30%、居宅介護支援事業所・行政機関等15%で、病院職員の内訳は、看護師が77%、医師19%、ケースワーカー4%である。相談内容は、在宅療養・介護相談が70%、介護保険施設サービスに関することが7%、その他入院中や留守宅の心配事が23%で、在宅療養・介護相談の内訳は、介護保険サービスが62%、医療処置・看護ケアに関することが28%、介護・福祉用具6%、その他3%であった。

相談室の活動成果としては、以下4点が挙げることができる。

1 院内の在宅療養に向けた退院調整が活発化したこと

医療依存度の高い患者、脆弱な介護力の患者、末期のがん患者等、在宅への退院が困難と考えられていた患者のスムーズな退院が可能となった。

2 院内スタッフの意識変化

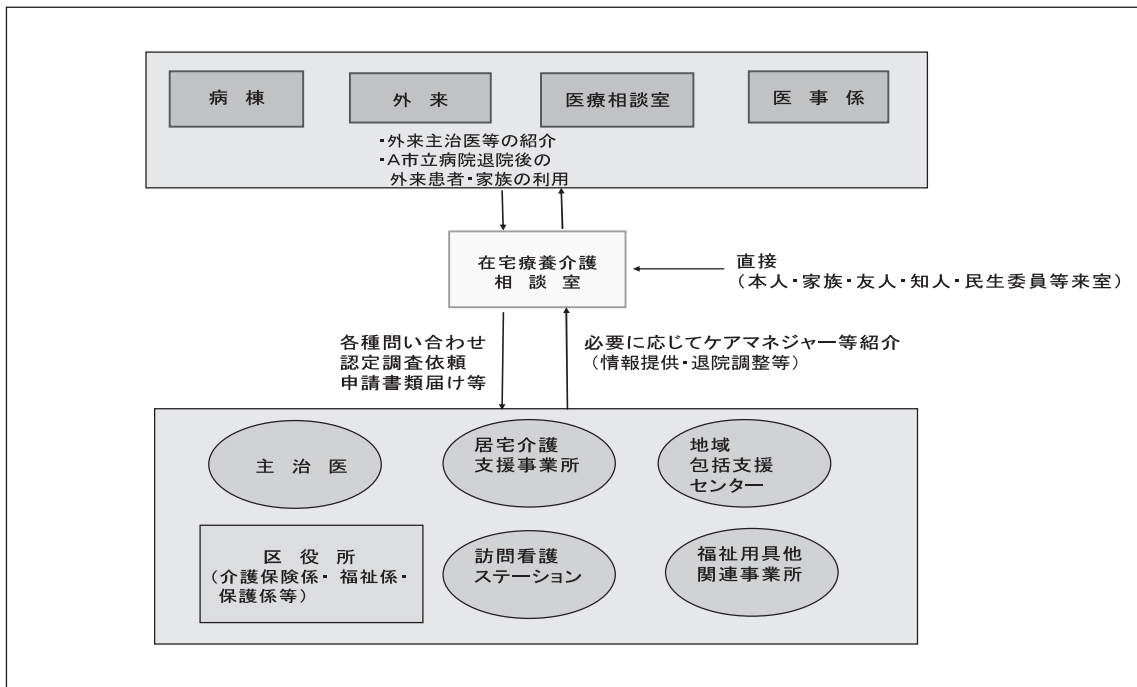


図1. A市立病院における病院と相談室の相談業務連携図

看護師等へ介護保険制度等についての勉強会や情報提供を行うことにより、院内スタッフが在宅療養のイメージ化ができるようになってきている。

3 継続看護の推進

入院早期からの退院調整、院内看護から在宅看護への橋渡しを行うことにより、継続看護の推進にもなっている。

4 地域と病院との連携場所としての役割の確立

病院職員にとっては、院内にある身近な機関として定着してきている。また、居宅介護支援事業者やサービス事業者と病棟看護師等とのタイムリーな連絡を可能とする等の役割をも果たしてきている。

病院とは別組織である相談室の今後の課題は、病院内および地域の関係機関に対して、相談室における退院調整の必要性と役割の理解をより深めていくこと、そのためにも、相談室で調整をした患者の退院後の在宅療養の状況を病棟等の病院関係者にフィードバック

するシステムの構築や、相談室の事業・役割の効果測定の実施を行う必要があると考えている。そして、将来的には、退院調整等の相談室業務への評価、報酬化がなされるよう提言していけたらとも思っている。

最後に入院中からの在宅療養へのスムーズな移行のためには、入院早期からの退院支援・調整が必須となる。早期からの確実な調整により、在宅療養は困難だと思われがちな医療依存度の高い患者や独居・老々世帯等の患者の在宅療養の実現を図ることもできる。しかし、退院調整は、相談室だけの力ではできず、病院職員をはじめ地域の関係機関・職種、そして相談室の連携があってこそ可能となるものと考えている。



退院後の安心を提供する医療連携の在り方—退院調整の事例を通して看護者の役割を考える

平田貴代美

はじめに

医療改革は急速に進み、医療費の抑制や病院機能分化に伴い、在院日数はますます短縮化の傾向にある。しかし、退院調整担当としては、患者・家族への早期退院への理解と安心感を確保したうえでの在院日数の短縮でなければならないことを痛感する毎日である。

当院では、平成6年より退院調整看護師の活動を開始し、安心できる退院提供に取り組んできた。現在では、この退院調整により築いた地域との窓口を生かし、病診連携と退院調整の機能を集約した地域連携室として活動している。地域においての急性期病院としての役割は、紹介患者への対応、救急患者へ対応のみに力を注ぐことが責務ではない。医療をできるだけ効率よくすることは言うまでもないが、満足度の高い退院を提供するための退院計画と地域医療連携の充実を図ることこそ、われわれの顧客である患者・家族そして連携機関の満足が得られるのである。そこで今回、地域連携室の活動を紹介するとともに、その活動を通して体験した具体的な問題から退院計画・退院支援における看護者の役割とは何かをまとめた。

退院調整看護師配置の経緯と地域連携室

当院は平成6年当時、3ヵ月以上の長期入院患者が全体の22%を占め、慢性的なベッド不足が大きな課題であった。また、退院された250名の患者に追跡調査を行ってみると、患者・家族への在宅に向けての準備や調整が不十分な状態での退院であり、不安や不満をもったままでの退院であったことが明らかになった。そこで、退院調整に専門的に取り組む看護師を配置し活動を開始した。そして、その後の退院調整看護師の活動により、築いた地域との窓口を地域連携室とし、平成14年に再スタートした。現在では地域連携室において、3名の看護師が退院調整・療養相談・病診連携・連絡調整業務を、事務職2名が企画・広報・渉外業務を担い、院長直属の組織形態となっている。退院調整においては、全6病棟を3名の看護師が2病棟ずつを受け持ち制で担当し、院外の関連機関への連絡調整等も全てこの担当を通して行なうシステムになっている。

組織全体で連携強化に取り組むために

各医療機関にとって地域との連携強化は重要であるが、それは組織全体で取り組むべきであると地域連携委員会が立ち上げられた。医師・看護師・放射線技師・薬剤師・栄養士・医事課職員・地域連携スタッフ計15名で、広報・研修・業務・調査等の活動を行なっている。この地域連携の評価として、かつては紹介

率を指標としてきた。しかし、紹介率での評価はされなくなり、今日では医師不足から各病院が診療科を閉鎖する事態も発生し、医療連携・地域連携はますます重要性を増してきた。地域格差・地域偏在という言葉も頻繁に耳にするようになった。そこで、地域全体のレベルアップを図り連携強化を図っていく必要があると「地域社会への貢献と真の地域連携をめざして」という目標をもとに、地域連携セミナーを2ヵ月に1回開催している。参加者は、医療機関や福祉施設に勤めている医師・看護師・訪問看護師・連携室や相談室の職員・介護士などである。このセミナーをとおして、地域住民への安心提供につながる医療連携のあり方について共に見出していくことをめざしている。

チーム医療として取り組む退院計画システムの再構築

当院は、早くから退院調整に取り組んできたものの、スタッフには退院が困難な事例は退院調整へ任せればよい、退院が近くなったら連絡すればよいといった流れが生まれつつあった。少なくとも言えることは、退院計画・退院支援における病棟看護者の役割を確立できていない状況であった。また、退院された患者・家族また在宅支援のスタッフからは、退院に対する不安や治療に対する不満をもったまま退院された現状や、連携不足への指摘を受けることがあった。ところが、医療の現場では、高度化する医療、そしてあわただしい入退院に医師・看護者には余裕がみられない。現場で勤務している看護者にとって、退院支援の必要性は認識していても限界を感じている人は多くいると推測する。この現実のなかで、短い入院で満足できる不安のない退院を提供するという目標を達成するためには、患者・家族と共に全スタッフが情報と目標(ゴール)を共有した上で、退院後の生活を考えた各職種による指導や支援を計画的に進め、転院先、入所先、在宅の支援者への連携を充実する退院計画システムが必要と考えた(図1)。すなわち、医療チーム全体で取り組み、満足度の高い退院を提供していくことしかない。このことを、医師をはじめ看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士・医事課職員へ、理解と協力を求める説明や研修会を行ってきた。しかし、その中での退院計画リーダーは、やはり患者・家族の一番近くにいる看護者であり、その自覚をもち役割を果たしている病棟は、退院計画が充実しているように感じる。

もうひとつ、退院計画において見直さなければならないことがある。それは、退院計画の流れである(図2)。かつては、入院し検査・治療が開始され、治療が終了した段階で調整の依頼がくる。それからのサービスの調整に時間をとり、在院期間が延長してしまう。

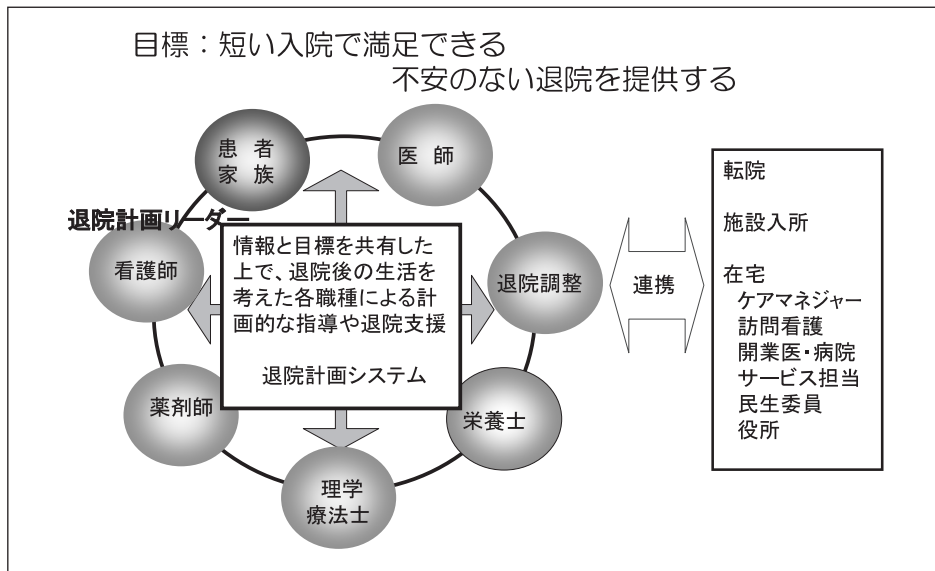


図1. 退院計画システムの考え方

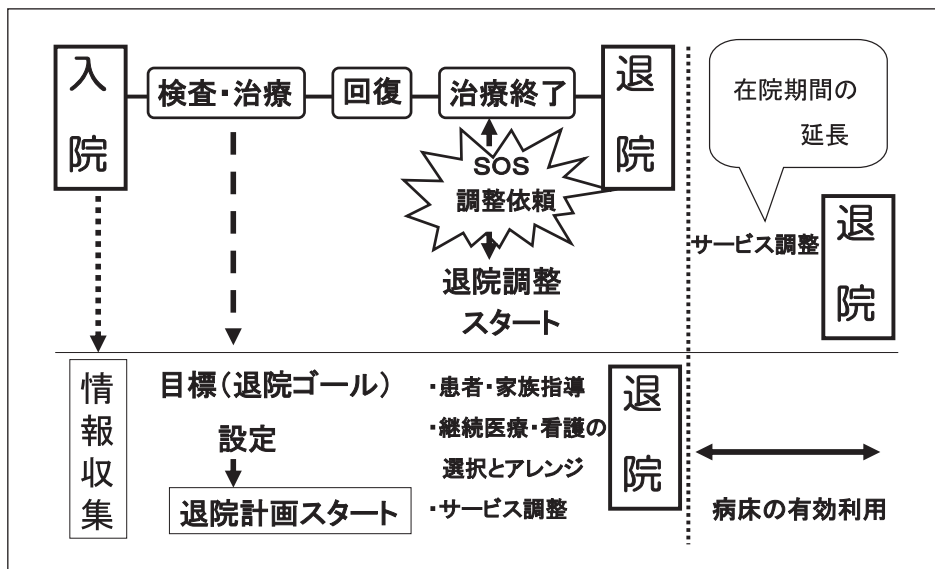


図2. 効率的な退院計画の流れ

これを、入院と同時にスタッフも退院に向けての情報収集を開始し記録に残す。そして、早期検査・治療が開始となり、さまざまなデータをもとに患者・家族とともに退院のゴールを含めた目標を設定する。これがあいまいなままであったり、医療者側の一方的な考えによるものであったり、患者・家族のみが抱えている非現実的なものであると、退院計画・退院支援をスタートさせることはできない。退院計画においてこの目標設定が一番重要である。よって、主治医だけに任せるのではなく、看護師は患者・家族が今後の目標を自己決定できるよう支援者となることが重要である。医療者・患者・家族がともに納得できる目標が設定できると、患者・家族への指導、継続する医療・看護の選択とアレンジ・サービスの調整など、各職種が退院に向けての計画をスタートさせることができるのである。この一連が退院計画である。

医療依存度の高い事例から

医療依存度や介護依存度が高いが、在宅を可能としてきた1つの事例を紹介する。なお、事例紹介に当たっては、個人が特定されないよう、一部情報を改変した。

患者は70歳代男性、平成〇年よりも膜下出血・脳梗塞などにて入退院をくりかえしたが、基本的に在宅療養を実現されてきた。今回の入院前の状態は、寝たきりであり、在宅酸素療法、胃ろうからの経管栄養を行っていた。介護者は、70歳代の妻であった。今回の入院は、窒息にて在宅医が気管内挿管し搬送、緊急入院となった。入院後呼吸器管理となったが、家族との目標は当初からもう一度在宅へ戻ることであった。幸い呼吸器管理からは離脱することができたが、気管切開という状況になった。それに伴い新たに発生した気管内吸引という行為は、妻へ在宅介護の自信を失わせた。そして看護師は、妻にどのように気管内吸引を

指導すればよいか戸惑っていた。そこで指導を開始する前に、家族2名・訪問看護師・ケアマネジャー・病棟看護師3名・退院調整担当の参加のもとにカンファレンスを開催することにした。このカンファレンスの効果を振り返ると、指導方法を具体的に病棟看護師と訪問看護師が意見を交わし検討することで、病棟看護師がこの妻にとって可能で安全な気管内吸引の方法を決定できた。その結果、看護師は妻へ自信をもって指導できるようになった。そして、長年、妻を支えてきた訪問看護師やケアマネジャーの存在は大きく、家族にとって退院後もこの人たちが支えてくれるという再確認の場になったことである。またこの事例は、「地域スタッフとの協働と連携」という点においても、病棟看護師へ退院計画における役割を充分認識させてくれた。

退院後の安心を提供する退院計画・退院支援における看護師の役割とは

退院計画・退院支援においては、病棟が主導で行なうところもあればMSWや看護師が配置されているところもあり、システムはさまざまである。しかし、それはどのような形であろうと目指すことは同じである。

そこで、退院後の安心を提供する退院計画・退院支援における看護師の役割を以下の4つにまとめた。

①情報収集・アセスメントを行なうことはもちろんで

あるが、今後の患者・家族の目標決定への支援者となること

- ②全スタッフが、退院計画・退院支援を基本的な責務として認識し取り組むことが重要であるが、そのリーダー的役割をもつこと
- ③退院先により継続する医療・看護・介護の可能な安全な方法を検討し、患者・家族へ指導すること
- ④退院後の患者・家族の支援者となる地域スタッフとの協働と連携の充実を図ること

おわりに

医療は高度化、在院日数は短縮、医療・看護に対する期待はますます高まっていくなか、満足度の高い退院を提供することこそ重要かつ難題である。山崎も、「退院計画は医療・看護の質を決定する重要な要因であるといわれている」(2005, p.46)と述べているように、医療・看護の質を落とすことなく経済的効果を上げていかなければならない今だからこそ、退院計画・退院支援の充実に取り組んでいかなければならないのである。

引用文献

山崎摩耶 (2005)：患者とともに創める退院調整ガイドブック, 46, 中央法規出版

