

## 大分県立看護科学大学第15回看護国際フォーラム

## 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

Strategy and evaluation of discharge planning for smooth transfer of patients

永田 智子 Satoko Nagata

東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野 The University of Tokyo

2014年6月30日投稿

## 要旨

在院日数の短縮化が進められる中、療養場所の円滑な移行に向けた退院支援の重要性が増大し、診療報酬上の評価も進んでいる。これに伴い、退院支援の普及が進んでいるが、同時に質の担保が今後の課題であると言えよう。退院支援の質を担保するためには、必要な患者にもれなく支援を行うためのスクリーニングやカンファレンス、退院支援に従事する専門職の能力向上、さらに、院内・院外の多部門・多機関との連携を円滑に進めるための体制整備が重要である。本稿では、これらの支援方策に関して解説し、今後の退院支援実践および研究の方向性についての議論の一助となることを目指す。

## キーワード

退院支援、療養場所、移行、スクリーニング、カンファレンス、在宅ケア

## 1. 退院支援が注目される背景

在院日数の短縮化が進められる中、療養場所の円滑な移行に向けた退院支援の重要性はますます増大している。近年では、診療報酬の改定のたびに退院支援への評価が新たに追加されている（表1）。病院における退院支援部署の設置率も年々増加しており、100床以上の一般病床を有する病院に対する全国調査によると、退院支援部署設置率が2001年には29.4%であったのが、2010年には73.2%となっている（Nagata et al 2012）。このように、退院支援が普及しつつある今、その質を担保することが必要である。

## 2. 退院支援の定義とプロセス

退院支援はアメリカ病院協会により「患者とその家族が、退院後の適切なケアプランを作るのを助ける為に、利用可能でなければならない、部門を越えた病院全体としてのプロセス」とされており、「個々の患者・家族の状況に応じて適切な退院先を確保し、その後の療養生活を安定させるために、患者・家族への教育指導や諸サービスの適切な活用を援助するように病院においてシステム化された活動・プログラム」である（手島1997）。

退院支援のプロセスを図1に示す。退院支援を要する患者の抽出（スクリーニング）、ニーズの

アセスメント、退院計画の立案と実施（情報収集、意思決定支援、社会資源の調整、患者・介護者教育など）、（必要に応じ）合同カンファレンス、退院に向けたゴールの達成状況と退院後のケアプランの確認、そして、退院の後、評価・フォローアップとなる。加えて、すべての患者を対象として、入院計画策定に患者・家族が参加して入院中の目標設定を行う事、病棟で行う通常ケアに退院後を視野に入れる事が必要である。これを踏まえると、退院支援は、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、そして必要な資源をリンクするためのケアマネジメントとを合わせて実行するプロセスと言える。ここで、意思決定支援には主治医や病棟看護師、看護過程の展開には病棟看護師をはじめとする病棟スタッフ、ケアマネジメントには退院支援スタッフが主な役割を果たすが、関係者全員がチームとして、目標の共有・互いの役割の認識・進捗状況の把握を行いながら進めていくことが必要である。

## 3. 退院支援の質を担保するためのシステム

## 3.1 必要な患者にもれなく支援を行う仕組み

退院支援の質を担保するためには、まず、退院支援を必要とする患者にもれなく支援を行う仕組み

表1. 昨今の主な退院支援関係の診療報酬・介護報酬の動き

2000年	(介護保険制度開始)
2002年	急性期入院加算等の施設基準：退院指導計画の作成・実施が開始される
2004年	「亜急性期入院医療管理料」の新設 →「専任の在宅復帰支援の担当者を1名以上配置」等の要件あり
2006年	「入院から在宅療養への円滑な移行の促進」 在宅療養支援診療所の新設 在宅の多職種が共同して行う退院指導について評価引き上げ 地域連携診療計画(地域連携パス)新設
2008年	長期療養者・後期高齢者への退院調整加算の新設 →「退院調整部門の設置」等の要件あり 退院時共同指導料(加算)の条件変更：三者以上が集まると+2000点 退院支援指導加算の新設：退院日の訪問看護への算定
2010年	退院調整加算：後期高齢者から介護保険該当者に拡大 在宅復帰後を目指した地域連携診療計画 がん患者の治療連携計画策定、認知症患者・NICUの退院調整加算が新設
2012年	「医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化及び在宅医療等の充実」 退院調整加算の要件変更：在院日数短いと高点数、スクリーニング実施要 介護報酬改定も含め、医療と介護の情報共有に対し加算

みが必要である。そのためには、スクリーニングのツールとシステムを整える必要がある。平成24年の診療報酬改定で、「退院調整加算」を算定するには「退院困難な要因を有する者を7日以内に抽出し、できるだけ早期に患者家族と退院後の生活について話し合い、7日以内に退院支援計画の作成に着手する」ことが求められ、退院困難な要因として「悪性腫瘍・認知症・急性呼吸器感染症、緊急入院、入院前と比してのADL低下、排泄に介護を要すること、介護を十分に提供できる状況にないこと、医療処置が必要なこと、入院を繰り返している」ことなどが挙げられているが、研究的な裏付けは確認されていない。一方、スクリーニングの項目については種々の研究が行われており、点数化してハイリスクな患者を把握するツールも存在する(Blaylock and Cason 1992, 鷲見他2007)。

ただし、どのようなツールを用いても、絶対という事はない。患者の病状や家族の状況が変化することもあれば、入院時には分からなかった患者の状況が明らかになることもある。よって、フェールセーフの仕組み、および、その後のフォローアップシステムが重要である。

筆者の関わった退院支援部署の無い病院におけ

る研究では、スクリーニング票の導入とハイリスクと見なされた患者についての退院支援カンファレンスを各病棟で実施したところ、支援を要する患者を的確に把握できるようになり、看護師のアセスメント力の強化が図られたとの結果が得られた(Domoto et al 2014)。退院支援部署のある病院であれば、退院支援スタッフが各病棟で週1回支援中の患者や気になる患者について情報交換を行うカンファレンスを行う事が効果的と考えられる。

### 3.2 専門職の能力向上と連携体制づくり

前述のカンファレンスをはじめとする退院調整担当者との日頃からの連携体制は、病棟スタッフの退院支援能力の向上にもつながる。病棟看護師への研修とカンファレンス等を組み合わせた教育プログラムで、病棟看護師の知識の向上や行動の変化、病棟内の退院支援に対する雰囲気が変わったとする報告もある(Suzuki et al 2012)。

一方、退院支援看護師等の退院支援専門スタッフの養成に関しては、看護協会等での研修が盛んに行われている。前述のように、退院支援部署は急速に増えているが、診療報酬に押される形で部署を設置する病院もあり、退院支援専門スタッフの資質向上は課題である。退院支援看護師としては、病棟と地域との両方の経験を有し、ある程度

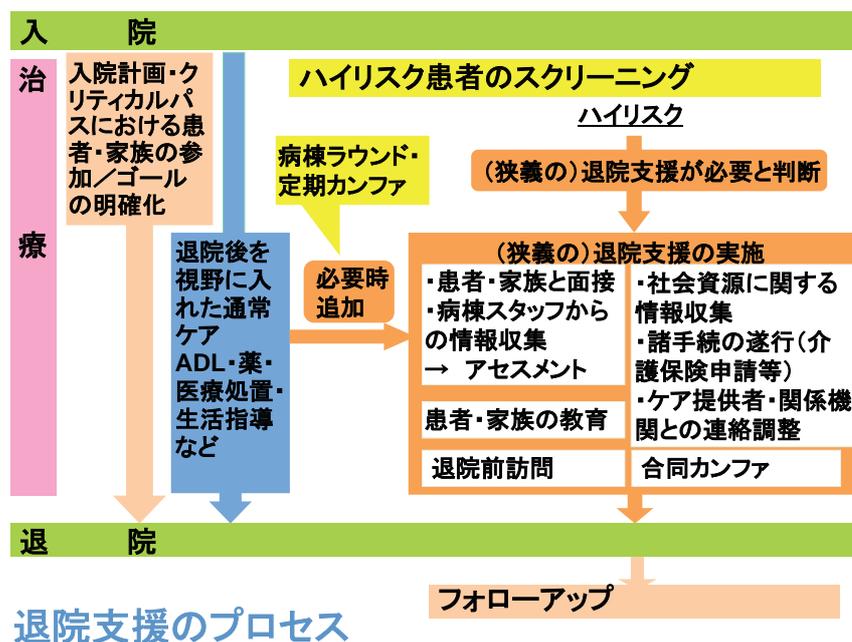


図1. 退院支援のプロセス

## 退院支援のプロセス

「顔が利く」立場であるほうが種々の調整がしやすいと言われている。条件に合う場合も合わない場合も、研修などで最新の知見を得ると共に、事例検討を通して具体的な問題解決方法や意思決定支援の方法を学ぶことが望まれる。多くの病院で退院支援部署には数人のスタッフしかおらず、看護職が1名という場合も多い。研修等を通して悩みを話し合える同職種の間をつくる事は、資質向上の点および自身の精神的な支えという点でも効果的と考えられる。なお、退院調整看護師の退院支援に関する能力を測定する尺度が開発されており、研修等の前後変化や経時的な変化を管理者や本人が把握するのに活用可能である(戸村他2013)。

さらに、病院から退院するに当たり、在宅ケアとの連携を円滑に進めることが重要である。2012年からは「在宅医療連携拠点事業」が実施され、医療・介護の従事者が一堂に会して連携の促進を図る試みが行われている。このように、地域と病院との垣根を低くすることが、個々の患者における退院支援の質向上においても効果的と考えられる。

### 4. 退院支援の質の評価

退院支援の評価には、複数の視点がある。まずは、退院する患者の視点である。患者が「十分準備した状態で退院でき」「退院後の生活に軟着陸

でき」「退院前に思い描いていた生活を送ることができる」という状況が望ましいが、評価の時期によって同じ退院でも評価が異なってくる可能性がある。退院前に十分な準備ができたと思われた退院でも、退院後にサービス導入が不十分であることに気づくこともある。よって、個々の患者における評価は、複数時点で慎重に行い、かつ必要に応じて介入を行う事もありうる。しかし、多くの場合、十分に準備が整った退院であれば、その後の生活への移行もスムーズに行く可能性が高いとみなしてよいだろう。

ケア提供者の視点では、スムーズな連携がよい退院支援となり、施設の効率的利用という観点では適切な在院日数で適切な療養場所に移行することが評価対象となる。これらが全てwin-winとなることが期待されるが、一時的には両立しないことも多い(十分な準備と在院日数の関係など)。基本的には、患者のQOLを第一に考えつつも、適切な時期に退院することは患者にとっても安全で効果的であることを念頭に置いて、質の高い退院支援のための最善策を探っていく必要がある。

昨今、退院支援の効果に関する介入研究が増加し、在院日数の短縮、再入院の減少、退院後の適切なサービス利用、患者・家族の満足度の向上、コスト削減などが期待できるとされている。一方で、2011年には、21の無作為化比較試験のレ

ビューにより、在院日数と再入院の減少には効果があるが、死亡率や健康アウトカム、コストにおいては効果が定まっていないとの報告が出ている (Shepperd et al 2013)。

しかし、日本でのこうした研究はまだ数少ない。「患者・ケア提供者・社会全体のwin-win-winの関係」に貢献する退院支援を促進していくためには、実践を積み重ねるとともに、その効果を明らかにする研究の推進も必要であり、今後の課題である。

## 5. 結論

退院支援の重要性はますます増大し、診療報酬での評価も定着した。退院支援部署が拡充される現在だからこそ、その質の担保が重要となる。退院支援は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、そして必要な資源をリンクするためのケアマネジメントとを合わせて実行するプロセスであり、多部門多機関の多職種がチームとなって進めていくことが必要である。特に、必要な患者にもれなく支援を提供すること、専門職の能力向上と連携体制づくりにより適切な支援を行えるようにすることが重要である。退院支援の質は多方面からの評価が必要であり、さらに研究を進めて、退院支援による患者アウトカム改善のエビデンスを蓄積し、患者・ケア提供者・社会全体の全てを利する退院支援のあり方を追求することが今後の課題である。

## 引用文献

Blaylock A, Cason CL(1992). Discharge planning: predicting patients' needs. *Journal of Gerontological Nursing* 18(7), 5-10.

Domoto T, Takemura Y and Nagata S (2014). Effects of a Screening Tool and Conference on Nurses' Discharge-planning Ability in a Hospital without a Discharge Planning Department. *Clinical Nursing Studies* 2(3), 127-139.

Nagata S, Tomura H and Murashima S (2012). Expansion of discharge planning system in Japan: Comparison of results of a nationwide survey between 2001 and 2010. *BMC Health Services Research* 12, 237. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/237>

com/1472-6963/12/237

Shepperd S, Lannin NA, Clemson KM et al (2013). Discharge planning from hospital to home. *EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group Cochrane Database of Systematic Reviews* 1, Art No: CD000313. DOI: 10.1002/14651858. CD000313. pub4

鷺見尚己, 奥原芳子, 安達妙子 他(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.

Suzuki S, Nagata S, Zerwekh J et al (2012). Effects of a multi-method discharge planning educational program for medical staff nurses. *Japan Journal of Nursing Science* 9(2), 201-215.

手島陸久(1997). 退院計画 - 病院と地域を結ぶ新しいシステム -. pp39-47. 中央法規出版, 東京.

戸村ひかり, 永田智子, 村嶋幸代 他(2013). 退院支援看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺度の開発. *日本看護科学会誌* 33(3), 3-13.



## 著者連絡先

〒113-0033

東京都文京区本郷7-3-1

東京大学大学院 医学系研究科 地域看護学分野

永田 智子

satoko-tky@umin.ac.jp