

小規模病院における退院援助の現状と課題

The present condition and the problem of discharge planning in a small-scale hospital

村 上 信

MURAKAMI Makoto

1. はじめに

医療制度改革が進められて、病院病床の機能分化の促進と平均在院日数の短縮化が課題となっている。厚生労働省が2002年8月末に公表した「医療提供体制改革に関する基本的方向(中間まとめ)」によると、急性期、回復期リハビリテーション、長期療養・在宅療養、終末期といった、患者が医療を受ける際の段階に応じて、患者にとって最もふさわしい医療が受けられる観点に立って医療機能を明確化としている。また、入院中心でなく在宅を中心にして、患者のQOLを重視した医療・介護・福祉サービスを総合的に提供している。そのためには、「適切な退院計画・退院調整の実施」により、入院期間の短縮と適切な退院後の療養生活の確保を図るなど、地域における医療連携を推進することが必要であるとしている。退院計画・退院調整の意味がますます重要なものとなってきている。

ソーシャルワーカー(以下SW)は、従来から退院計画・退院調整(以下、退院援助)に関わる援助を行ってきている。1989年に発表され、2002年11月に改正された「医療ソーシャルワーカー業務指針」¹では、医療ソーシャルワーカーの業務の範囲として、(1)療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助、(2)退院援助、(3)社会復帰援助、(4)受診・受療援助、(5)経済的問題の解決、調整援助、(6)地域活動の6つがあげられているが、病院に所属するソーシャルワーカーの業務は、広い意味ではほとんどが退院を前提とした援助である。しかし、日本ではSWが配置されている病院自体がまだ少数である。配置されている病院でも、多くは少人数である²。したがってSWの退院援助が受けられるのは、患者・家族がSWを知っているか、医師や看護師他の医療スタッフがSWの機能や業務を知っていて患者・家族を差し向けた場合に限られることが多い。

ことに病床数が少ない小規模病院³ではSWが1人も配置されていないところがほとんどである。これらの病院ではSWによる退院援助はまったく受けられないが、患者・家族に最も身近な看護部門において、看護職が退院援助をおこなう場合が少なくない。医療制度改革の中で退院援助の重要性は一層大きくなっていくと思われるが、これらの小規模病院における退院援助の実際に関する報告は見うけられない。われわれはこれまでに2000年1月から8月までに調査協力病院を退院した患者のうち、婦長が担当した退院援助事例11例の分析を通して、小規模病院における退院援助の実際を考察して報告した⁴。

本稿では、協力が得られた小規模病院の実態調査より、SWが配置されていない小規模病院における退院援助の現状を示し、退院援助の実施体制を確立する上での課題について検討する。

2. 調査協力病院の概要と調査方法

(1) 調査協力病院の概要

調査協力病院は、人口約21万人の沼津市の中央部に位置する瀬尾記念病院（井上慶三院長、以下S病院）である。整形外科を標榜する病床数74の一般病院である。沼津市とその隣接地域の住民の整形外科疾患を対象として、外来治療や手術を目的とした入院治療を行う急性期医療に対応した小規模民間病院である。2001年度の平均在院日数は24.9日である。退院援助は婦長が病床管理に関連する業務の一環として行っている。

(2) 調査方法

2001年4月1日から2002年9月30日の1年6ヶ月間にS病院を退院した65歳以上の患者486名のうち、退院援助の対象となった96名に対する援助の実態を調査した。介護保険の対象であることを考慮して、65歳以上の患者を対象とした。

S病院の退院援助を担当する婦長は退院援助業務の専門担当者ではなく、看護部門の総括責任者として病床管理業務や病院全体の管理運営が主たる業務である。看護管理業務に追われている状況にあることから、退院援助の実施記録は婦長個人の手帳にメモ書きで記載されているが、診療録や看護記録には記録がなかった。したがって、退院援助が提供された患者を診療録で遡って確定し、検討することはできなかった。そこで、新たに婦長が実施した退院援助について聞き取り調査を行って、その内容を把握しようとした。また、婦長が行う退院援助の場面に可能なかぎり同席して、その実際を明らかにしようとした。

3. 結果

(1) S病院における退院援助の体制

S病院では、平均在院日数の短縮化、患者の満足度の向上に関連して、退院援助に関心を寄せている。退院援助が病院全体のプロセスとしてシステム化されているわけではないが、婦長が病床管理業務の一環として退院援助必要者をスクリーニングし退院援助を実施している。

退院援助は、退院後のリスクを持つ患者・家族を早期に発見し把握すること（スクリーニング）が前提となる。S病院のスクリーニングシステムは2系統から成り立っている。

第1の系統は、入院時に65歳以上の患者全員に配布して記入を求めて回収する「入院時調査票」と看護師が入院時に患者・家族に対して行う問診（アナムネーゼ - anamnesis）である。「入院時調査票」では、発病・受傷前の歩行状態と日常生活動作の状況、生活の場所と患者本人の役割、生活の自立度と介護の状況、および福祉サービスの利用状況を把握する。身体機能状況と社会生活状況および入院以前から関係している地域福祉機関を入院時点で把握することで、退院援助必要者を早期に把握し、必要に応じて地域ケアマネジメント機関とのスムーズな連携を図ろうとしている。看護師が入院時に行う問診では、主訴、現病歴、生活歴、既往歴、家族歴などとともに、退院後の生活を想定した情報を聴取するようにしており、「入院時調査票」と合わせて退院援助が必要と思われる患者をスクリーニングしている。退院援助を想定した「入院時調査票」は、障害が残ることが予想される患者が多いリハビリテーションの領域でよく用いられている。退院援助必要者を把握するために、「退院後の生活で心配なことがありますか？」とより直接的な質問項目を用いる場合もある。しかし、こうした「入院時調査票」だけから退院援助必要者を把

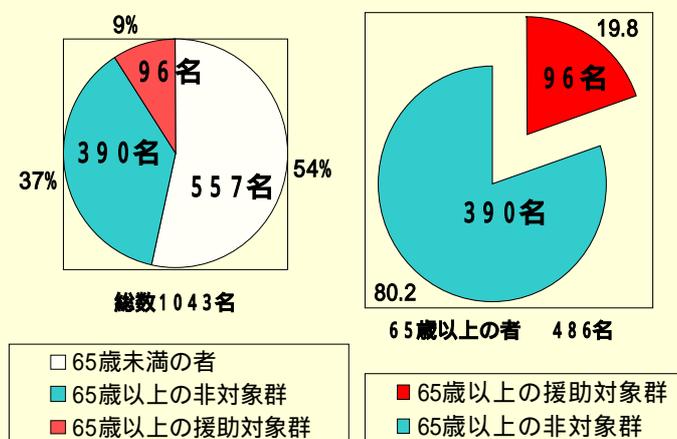
握できる比率は決して高くないという報告がある⁵。これは、治療が開始される入院初期の時点で、今後の予後予測も理解されていない時に「退院後の生活で心配なこと」を質問されても現実的な反応は引き出せないということであろう。むしろこの時期は、「入院時調査票」と熟練した看護師が患者・家族と対面して行う問診の両方をもちいて総合的に退院援助必要者をスクリーニングする方が把握率は高いと推測される。S病院はこの方式である。

第2の系統は、医師や看護師が治療や看護を開始・提供する中で退院援助が必要と思われる患者を把握して婦長に情報を提供することである。S病院は地域病院であるために患者の家族と看護師の接点が多いこと、病棟回診を毎日実施していることから、退院援助が必要であると思われる患者を発見することはそれほど困難ではないようである。その前提は、医師や看護スタッフが退院援助の必要性および提供可能な退院援助サービスの内容を共通理解していることである。婦長は、退院援助で提供できる具体的サービスの内容を機会があるたびに医師や看護師などの医療スタッフに広報しており、退院援助を実施した結果を主治医や担当看護師に報告して共通理解を深めるように配慮している。これは退院援助のアプローチを個人的努力に終わらせないで、S病院の組織として徹底させるための努力である。S病院は小規模病院であるために、退院援助の委員会など特別に新たなシステムを確立しなくても、各職種、各部門間の日常的なコミュニケーションによって必要な情報交換が行われており、退院援助が必要と思われる患者の情報が婦長に寄せられる仕組みが構築されている。

(2) 退院援助対象の背景

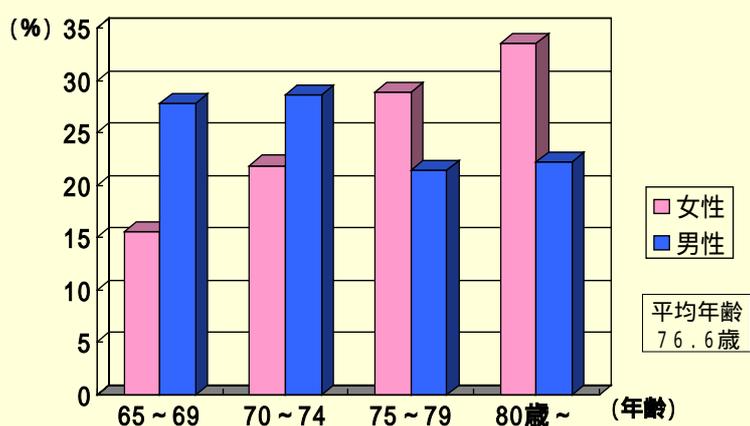
2001年4月1日から2002年9月30日の1年6ヶ月間にS病院を退院した患者は1043名であった。そのうち65歳以上の者は486名であり、全体の46.6%であった(図1の左円グラフ)。65歳以上の者486名中、退院援助が必要な者として把握された患者(以下、援助対象群)は96名(19.8%)であり、対象とならなかった者(以下、非対象群)は390名(80.25%)であった(図1の右円グラフ)。

図1 65歳以上で退院援助の対象となった者は、96名(19.8%)であった。



また、65歳以上の者486名を性別で比較すると、図2に示すとおり、女性の平均年齢は77.1歳で後期高齢者が多く、男性は平均年齢75.1歳で前期高齢者が多かった。

図2 65歳以上(486名)は、女性では後期高齢者が多く、男性では前期高齢者が多かった。



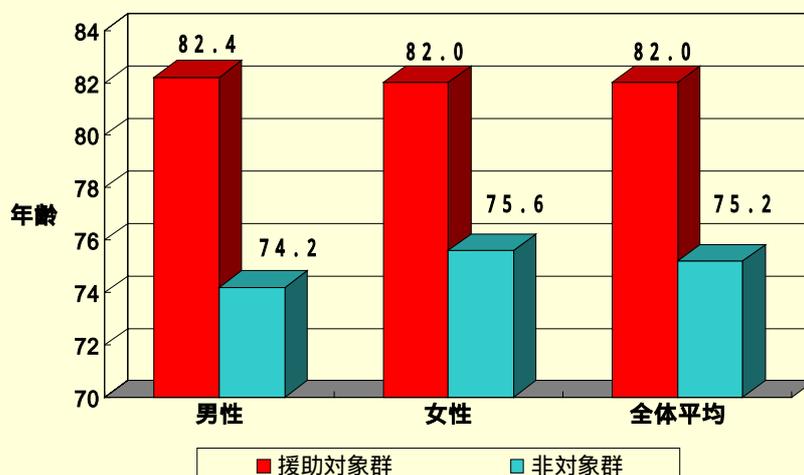
(3) 援助対象群と非対象群の比較

平均年齢の比較

「援助対象群」(96名)と「非対象群」(390名)を比較すると、図3に示すとおり、平均年齢に明らかな差があった。「援助対象群」の平均年齢は82.0歳、「非対象群」

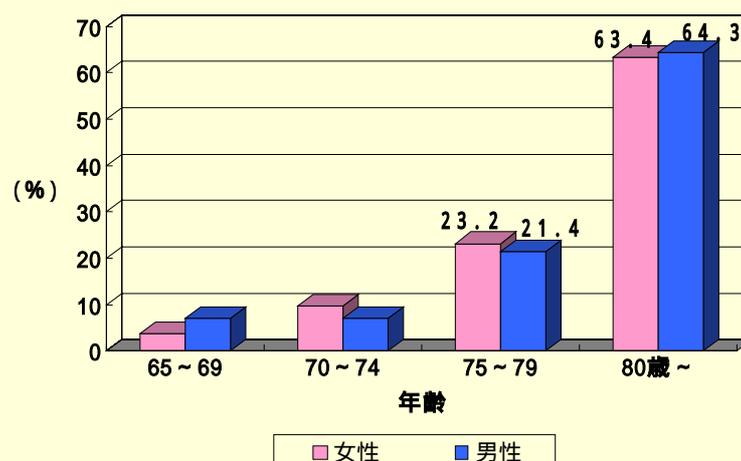
では75.2歳であった。「援助対象群」は「非対象群」より6.8歳、高齢であった。

図3 援助対象群の平均年齢は82.0歳であり、非対象群は75.2歳であった。



前記のとおり、「援助対象群」には高齢のものが多かったが、その85%以上は後期高齢者であった。しかも、80歳以上の者が63.5%を占めていた。それに対して「非対象群」では、後期高齢者の割合は50.5%であり、そのうちに占める80歳以上の者の割合は22.6%であった(図4参照)。

図4 援助対象群の63.5%(96名中61名)は、80歳以上であった。

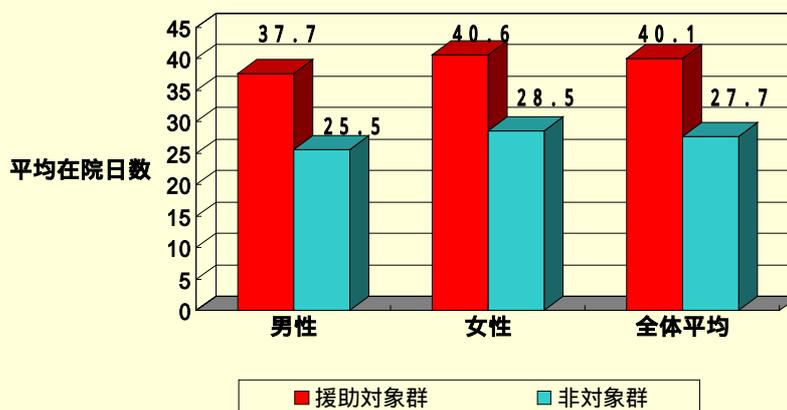


在院日数の比較

「援助対象群」と「非対象群」を在院日数で比較すると、「援助対象群」の在院日数は

平均40.1日であるのに対して、「非対象群」は27.7日と短かった(図5参照)。「援助対象群」は「非対象群」よりも、在院日数が12.4日と明らかに長かった。

図5 援助対象群の在院日数は、非対象群のそれよりも12.4日も長かった。



これは退院援助を実施すると入院期間が長くなるということではなく、むしろ退院援助が行われなければさまざまな退院時の困難のために入院期間が長くなる可能性がある、あるいは長くなっている患者がターゲットとして把握されていることの証左である。

主治医が入院時に予測した「入院見込み期間」の比較

入院期間や退院時の状況について、主治医が入院時に予測することは十分可能であるとの調査研究が池上直巳教授(慶應義塾大学医学部)らによって行われている⁶。このような予後予測は、健康に対する自己責任・自己管理と患者の医療への参加、さらには情報提供・情報共有を促進して患者による「治療の選択」など、患者の視点を尊重する医療を進めていく上で、重要なものであるが、これを退院援助に結びつけていくことも大切である。

病院の情報提供と早期退院に対する取り組みを診療報酬上で評価したのが「入院診療計画加算」(1997年改定で新設された)である。S病院でも入院時に「入院診療計画書」を作成して、主治医が患者・家族に対して治療の説明(インフォームド・コンセント)を行っている。主治医が「入院診療計画書」のなかに書いた、治療に必要な入院見込み期間について、「援助対象群」と「非対象群」で比較したものが表1である。

「援助対象群」の入院見込み期間は28.4日であり、「非対象群」の20.1日に比較して8.3日も長かった。すなわち「援助対象群」は、入院当初から入院見込み期間が長い患者群であった。しかも、痴ほう症状の合併や病状などにより、入院見込み期間を入院時点では設定できない患者も約3割(29.2%)いた。この割合は「非対象群」の18.0%に比べて11.2ポイントも高くなっている。また、入院時に見込んだ治療期間と実際の在院日数を「援助対象群」と「非対象群」で比較すると、「援助対象群」では12.7日の誤差が生じており、「非対象群」のそれは7.3日であった。入院時に入院期間

や退院時状況を予測することを十分可能とする研究結果があるが、退院援助の対象となる患者は、この予測範囲からさまざまな理由で逸脱する可能性が高い患者群であると考えられる。

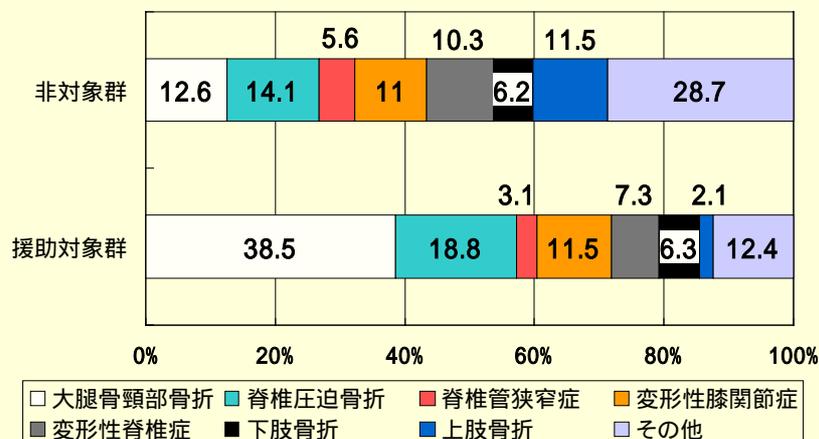
表1 援助対象群は、入院当初から入院見込み期間が長い傾向があり、見込期間の設定ができない割合も高かった。

	入院診療計画書に示した入院見込み期間の平均日数	見込み期間を入院時に設定できない患者の割合	見込み期間と実際の在院日数との差異(日数)
援助対象群	28.4日	96件中28件 29.2%	12.7日
非対象群	20.1日	390件中70件 18.0%	7.3日

病名の比較

図6は「援助対象群」と「非対象群」の病名による比較を示している。S病院は整形外科を標榜する単科の病院であるので、整形外科疾患が中心である。どちらの群も大腿骨頸部骨折が最も多く、ついで脊椎圧迫骨折、脊椎管狭窄症の順で、この3疾患で「援助対象群」の7割(68.8%)を占めている。「非対象群」でもこの3疾患に上肢の骨折と変形性脊椎症を加えた5疾患で6割(59.5%)を占めている。「援助対象群」と「非対象群」を比較すると、病名による大きな違いはないが、「援助対象群」では大腿骨頸部骨折の占める割合が38.5%と大きいことが特徴的である。大腿骨頸部骨折は高齢者に多い大関節の骨折であり、日常生活への影響が大きいことから、経験的にこれらの病名がスクリーニング基準に採用されている結果である。しかし、「非対象群」にも12.6%の割合で大腿骨頸部骨折の患者がいるので、大腿骨頸部骨折をすべてスクリーニングの対象にしているのではないことがわかる。その他の要因と組み合わせて退院援助必要者をスクリーニングしていると考えられる。

図6 対象群別の病名分類



(4) 退院援助必要者のスクリーニングシステム

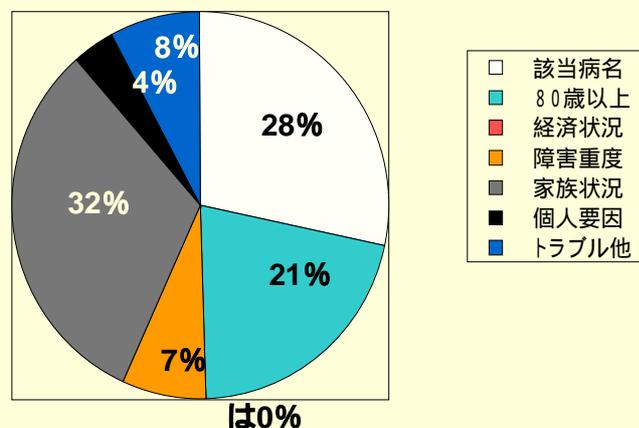
スクリーニングの基準

患者・家族が自発的に退院について相談する場合を除くと、S病院の退院援助のスクリーニングは2段階から成り立っている。第1段階は、医師や看護師等の判断であり、第2段階は、医師や看護師等から寄せられた情報にもとづく婦長の判断である。しかし、S病院内で正当化され、文書化された退院援助のスクリーニング基準は無かった。経験的に「家族の介護力や家族関係などの家族状況(32%)」「大腿骨頸部骨折などの病名(28%)」「80歳以上あるいはひとり暮らしの場合は75歳以上のように、年齢要件(21%)」などを基準にしていた(基準の番号は図7に対応している)。

S病院で用いられているスクリーニング基準は、手島が紹介しているアメリカで用いられている基準におおむね一致している⁷。すなわち、医学的ニーズに基づく基準と社会的属性に基づく基準の2つのスクリーニング基準である。大腿骨頸部骨折は、高齢者に多い骨折であり、日常生活への影響が大きいことから、経験的にこれらの病名が医学的ニーズのスクリーニング基準に採用されており、整形外科専門のS病院に特徴的な基準といえる。

注目すべき点は、いずれか1つの項目があると直ちに退院援助が実施されるのではなく、複数の項目が重複していることである。

図7 援助対象に確定するためのスクリーニング基準
- 複数の要素が重複している -

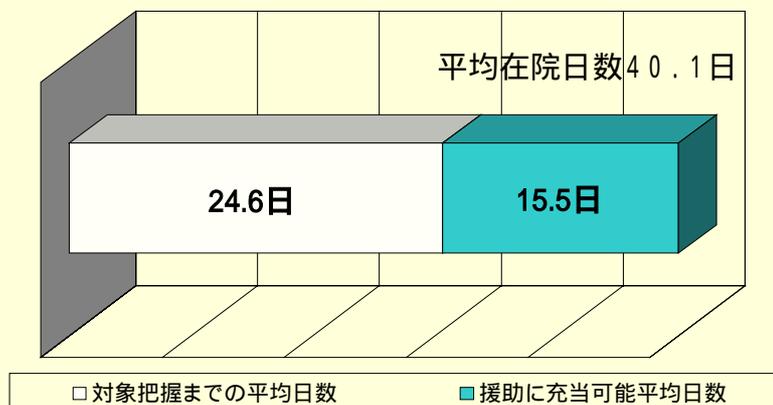


退院援助対象者を把握するまでの期間と退院援助に充当可能な期間

「援助対象群」では、入院してから「退院援助必要者」を把握するまでの平均日数は24.6日であった。また、「退院援助必要者」を把握してから、退院援助に充当することができる日数は平均すると15.5日であった（図8参照）。

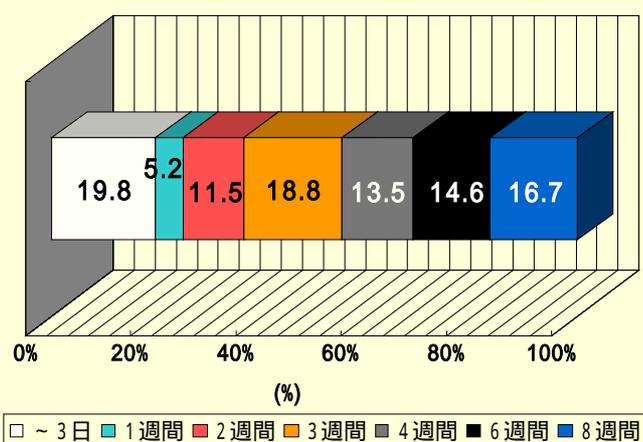
退院援助ではSWへの依頼が遅いために、退院までに十分な援助期間が確保できないという主張や報告が少なくない。退院援助に必要な期間は、それぞれの患者が直面している生活課題の内容によって異なることはもちろんであるが、病院の性格や役割機能によっても異なる。具体的には急性期医療の病院と慢性期医療の病院では異なる。急性期医療に対応する病院では、退院援助の目標は将来の地域生活に向けた大きな方向付けを患者・家族と確認することに留まるかもしれない。そして当面の退院援助は「転院援助」が中心となり、地域生活に向けた具体的な展開は転院した病院の退院援助にゆだねることになる。この場合に必要な援助期間は紹介元病院と紹介先病院とでは異なることが考えられる。また、退院援助を退院に関する何らかのトラブルに対応する特殊な個別援助ととらえている病院と、退院後予想される課題を検討し、十分な援助をして退院してもらうために退院援助を病院の基本機能として通常業務に組み込んでいる病院とでは、退院援助に必要な期間の考え方は大きく異なることが推測できる。こうした相違は退院援助業務を最適に行う業務環境にも影響を与え、それがまた退院援助に充当できる期間にも影響するという相互関連性がある⁸。しかし、退院援助が必要な者を早期に把握する、あるいは早期に援助を依頼する場合の「早期」とはどの時期であれば早期といえるのかは基準が確定していない。また、早期に対象を把握しても、それは直ちに退院援助が開始されることと同じではない。

図8 入院から「援助必要者」を把握するまでの期間は、平均24.6日であり、退院援助に充当できる期間は、平均15.5日である。



入院から「援助必要者」を把握するまでのスクリーニング日数は、平均すると24.6日であったが、その内訳を図9に示した。入院3日以内にスクリーニングできたものが19.8%、1週間以内にスクリーニングできたものが5.2%であった。「援助対象群」96名のうち36.5%（35名）は、入院2週間以内に「援助必要者」と把握できていた。

図9 援助対象群の36.5%の者は、入院から2週間以内に援助必要者として把握されていた。



退院援助を必要とする対象の早期発見（把握）と援助期間

退院援助が必要な者を早期に発見すれば、それだけ十分な援助期間が確保できる。図 10 に示すとおり、S 病院では入院 3 日以内にスクリーニングできた患者の約 8 割（79%）には 1 週間以上の援助期間が確保できている。入院 2 週間でスクリーニングできた場合で 1 週間以上の援助期間を確保できる割合は約 5 割（54%）である。入院 3 週間でスクリーニングされた患者の約 7 割（67%）の者は、1 週間未満の援助期間しか確保できない。

図 10 対象の早期発見(把握)と確保できる援助期間

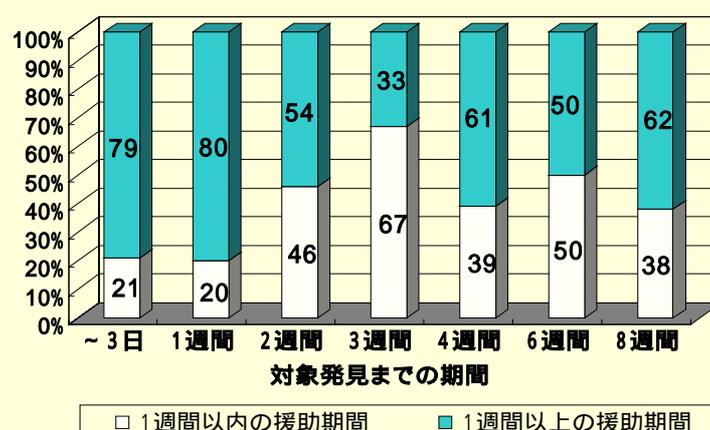


表 2 は、退院援助に充当できた実日数の平均を示している。入院 3 日以内に退院援助が必要であると把握された患者で、退院援助に 1 週間以上の期間を充当できた者の割合は約 8 割（79%）であるが、1 週間以上という場合の実日数の平均は 3 6 日であった。

表 2 「対象把握までの期間」と「援助可能期間」

入院から対象把握までの期間						
3日以内	1週間以内	2週間以内	3週間以内	4週間以内	6週間以内	8週間以内
援助に充当できた平均実日数 (1週間以上のみ表記)						
36日	19日	15日	28日	18日	20日	22日
79%	80%	54%	33%	61%	50%	62%

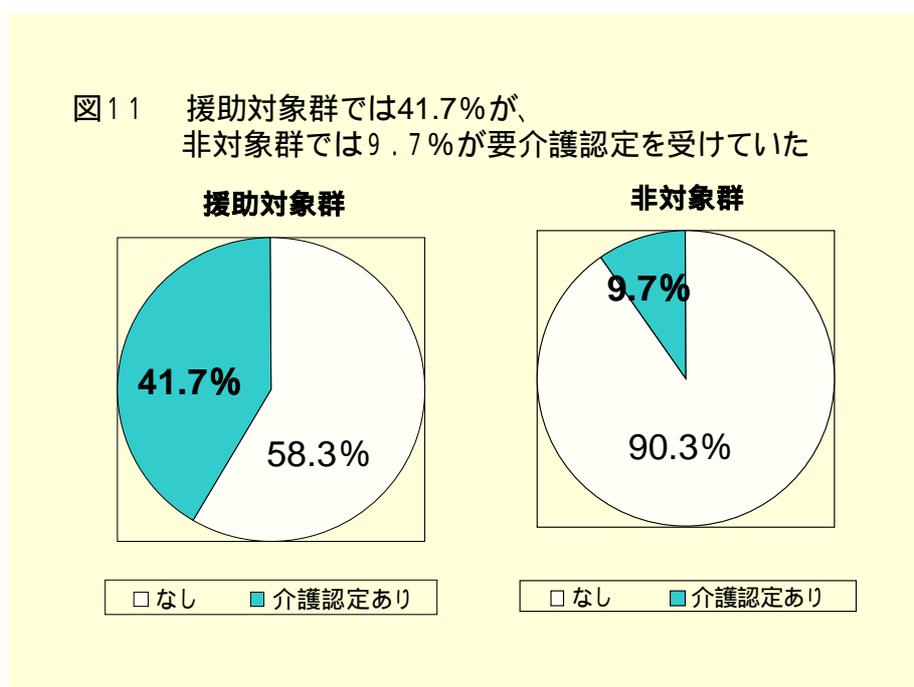
同様に、1週間以内にスクリーニングされた患者の場合は平均19日間、2週間以内にスクリーニングされた患者の場合では平均15日間を退院援助に充当することが可能であった。3週間以内にスクリーニングされた患者のそれは、平均28日であるが、1週間以上の日数を確保できる者の全体に占める割合は3割(33%)にすぎない。残りの7割の者は1週間以内の援助期間しか確保できていない。入院から4週間以上経過してスクリーニングされた場合でも比較的長い日数を充当することが可能となっているが、入院が長期に及んだ結果として退院援助に充当可能な期間も長くなったためと考えられる。

(5) 地域ケアサービスの利用と地域ケアマネジメント機関との連携

要介護認定を受けている者の割合

高齢者領域では、介護保険を契機にして整備されつつある地域ケアサービスの利用や地域ケアマネジメント機関と連携して退院援助を進めることが重要な課題になってきている。

図11は「援助対象群」96名の41.7%が、入院時点ですでに要介護認定を受けていたことを示している(図11の左円グラフ)。一方、「非対象群」ではS病院入院以前に要介護認定を受けていた者の割合は、390名のうちの9.7%にすぎなかった(図11の右円グラフ)。



入院以前の居宅介護サービス利用の有無とその種類

図12は、S病院への入院以前に介護保険の居宅介護サービスを利用した経験の有無を示している。「非対象群」でサービスを利用したことがある者は8%にすぎないが、「援助対象群」では41.7%が利用している。

図13は、利用したことがある居宅介護サービスの種類を示している。「援助対象群」「非対象群」とも、いわゆる在宅サービスの3本柱といわれる「デイサービス」、「ホームヘル

プサービス」、「ショートステイ」の利用が多いことがわかる。

図12 入院以前に居宅介護サービスを利用した者は、援助対象群で41.7%、非対象群で8%であった

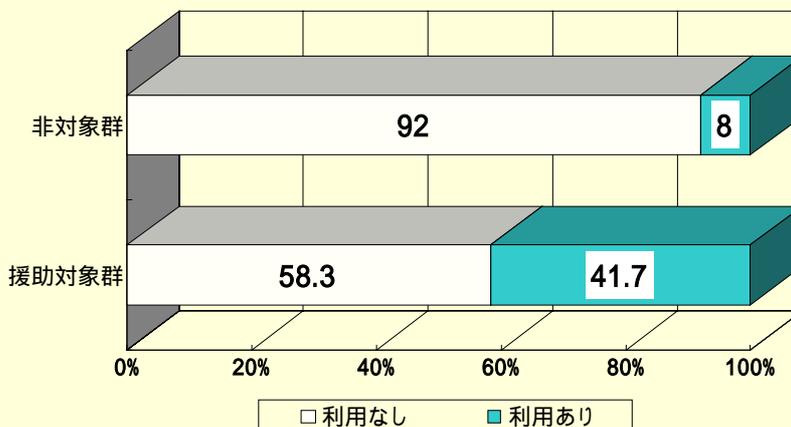
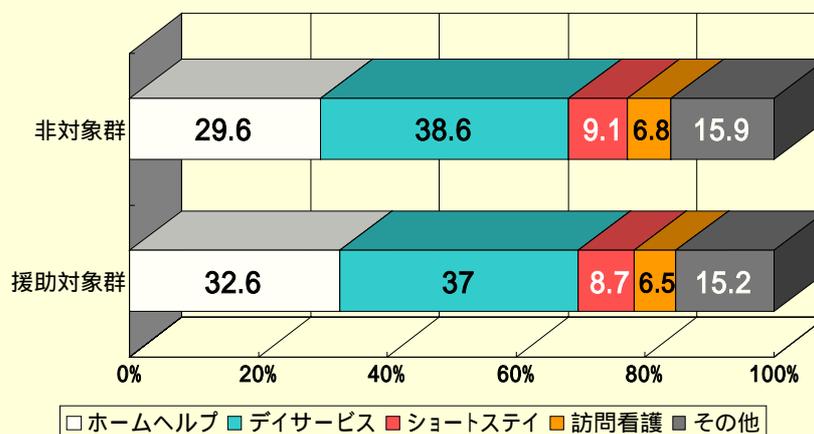


図13 入院以前に利用した居宅介護サービスの種類



S病院で提供された退院援助の内容

S病院で提供された退院援助の内容は、4つに分類することができる。

第一は、自宅に退院するための援助である。この援助はその内容から3つに分けることができる。一つは、退院して自宅で生活を再開するための方向づけの相談や必要な居宅サービスの紹介・利用の支援である(図14の)。96件中19件(20%)が該当し

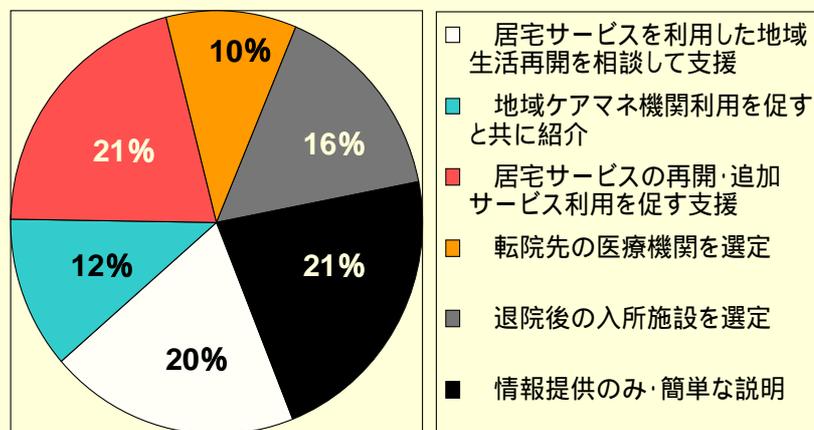
た。二つは、自宅での生活再開に向けて利用できる介護保険の居宅サービスを説明するが、具体的なサービス調整は信頼できる地域ケアマネジメント機関に紹介・依頼して終了する援助である（図 14 の ）。96 件中 11 件（12%）が該当した。三つは、担当介護支援専門員がいる患者に対する援助である。退院に際して居宅サービスの再開を促し、あるいは今後、新たに追加することが望ましいと考えられる居宅サービスの利用を紹介・説明するとともに、担当介護支援専門員と退院に向けた相談を開始することを促して終了する援助である（図 14 の ）。96 件中 20 件（21%）が該当した。3つ合計すると、自宅に退院するための援助は全体の 53%（96 件中 50 件）であった。

援助内容の第二は、転院先の医療機関を選定する援助である（図 14 の ）。96 件中 10 件（10%）が該当した。S 病院には後方病院がないので、その都度、転院先を探している。純粹に、かつ、緊急に他科の治療が必要な場合は主治医が紹介先病院を探すことは当然である。婦長が退院援助として転院先医療機関を探す場合は、治療の必要性は認めるが、それよりも社会的入院の意味合いの比重が高い転院の場合である。

援助内容の第三は、退院後の入所施設利用の方向づけの相談や具体的に入所施設を選定する援助である（図 14 の ）。96 件中 15 件（16%）が該当した。S 病院は急性期医療に対応した病院であるために入所施設利用の退院援助は少ないと予想したが、思ったよりも多い印象である。施設入所は本人・家族の調整や先方施設、関係機関との調整に一定期間を見込む必要があること、S 病院のように急性期医療に対応している病院と福祉施設では援助のリズム（スピード）が異なることから、入所施設利用援助は少ないと予測した。しかし、民間が運営する宅老所やグループホーム、有料老人ホームなど、柔軟に素早い対応で連携が可能な地域社会資源を見つけ出し有効に活用していた。婦長は必要な場合には、当該入所施設を訪問して受け入れを協議するなど院外における退院援助活動も行っており、S 病院は婦長が退院援助業務を適切に果たす環境を整えていた。

援助内容の第四は、情報提供や簡単な説明で終了するものである（図 14 の ）。96 件中 15 件（16%）が該当した。

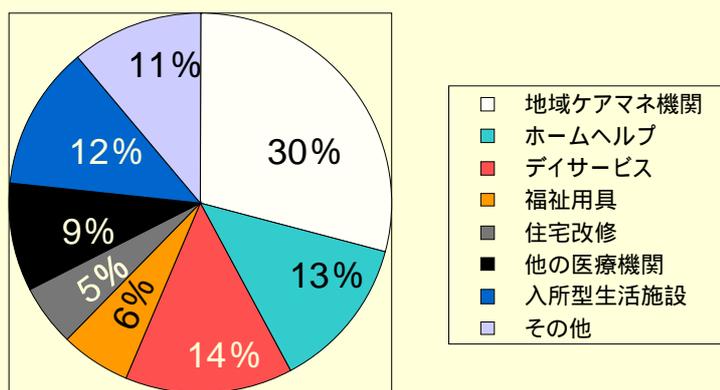
図14 退院援助の内容



退院援助の過程で利用した資源

退院援助で利用を促した資源は、地域ケアマネジメント機関が30%（96件中45件）、デイサービス14%（96件中22件）、ホームヘルプサービス13%（96件中20件）、宅老所やグループホームなど入所施設が13%（96件中20件）であった。

図15 退院援助の過程で利用を勧めた資源

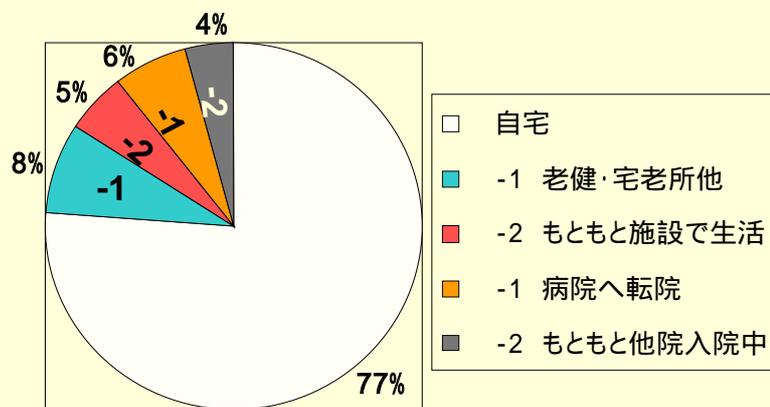


援助対象群の退院先

「援助対象群」の、S病院退院時点での退院先は図16のとおりであった。自宅が77%、

もともと暮らしていた施設へ退院した者も含めて老健・宅老所等の施設へ退院した者が13%、もともと他院に入院していた者も含めて、転院した者が10%であった。

図16 援助対象群の退院先



4. 考察

SW が配置されていない小規模病院における退院援助の現状を、S 病院の実態調査を通して示し検討を加えた。これまで検討したことをまとめ、退院援助を実施する上での課題を5点あげて考察する。

(1) 退院援助過程は、6つの段階を経て展開するが、その第1段階が「退院援助を必要とする者を早期に発見して特定する」ことである⁹。S病院のスクリーニングシステムは、これまでに報告されている仕組みとほぼ同様であった。すなわち、医師や看護師など医療スタッフから退院援助を必要とする患者に関する情報が退院援助を担当する婦長に届けられる仕組みを構築していた。退院援助依頼の基準は明確化されてはいなかった。しかし、次のような判断基準が経験的に共有されている。入院時調査票や入院時に患者・家族に対して行う看護師の問診で退院援助の必要性を意識したとき、患者が退院後の不安を訴えたとき、毎日の回診同行を通して、患者自身ははっきりとは意識していないが退院援助の必要性があると考えられるとき、介護保険や福祉用具など医療スタッフ自身が十分に答えられない質問を受けたとき、見舞いに訪れた家族との会話を通じて退院援助の必要性を意識したときには必ず婦長に情報が集約される仕組みが構築されていた。S病院の退院援助は組織運営管理上で明確に位置づけられているわけではないが、病院長や事務長など病院の運営管理責任者の理解と承認を受けていた。その結果、退院援助はS病院が提供する公的な機能となっていた。このことは大変重要である。たまたま関心をもったSWがいたからとか、熱心な医師や看護師がいたからといった「個別の退院援助」ではなく、「病院全体の機能としての退院援助」と位置づけるうえで重要である。

S病院のスクリーニングシステムは、病院の規模と地域病院であるという性格から最適なシステムと考えられるが、退院援助の精度を一層向上させて安定的なサービスにするうえでスクリーニング基準や退院援助に関する各職種の役割分担・連絡体制などについて明

確化しシステム化することも必要であると考え。しかし、形式にとらわれると退院援助が形式化し流れ作業となる危険もあり、S病院の規模と性格のメリットが生かせないことになるので注意が必要である。

(2) スクリーニング基準には、医学的ニーズと社会的属性の2つの基準を用いることが多いと報告されていることは前述のとおりである。S病院のスクリーニング基準は臨床経験に基づいて2つの基準と同様のものを用いていた。それに加えて、S病院ではスクリーニング基準に「入院見込み期間」を用いていた。入院治療の進行状況を判断して、「入院見込み期間」を超えて入院が長引く可能性があるか否か、あるいは既に「入院見込み期間」を超えて入院しているか否か、それは医学的な理由によるものか、それとも別の心理社会的な理由によるものかをその都度検討して退院援助を開始する必要があるか否かを判断する材料に用いていた。病床を適切に管理して必要な入院医療を確保するという看護婦長の業務とも関連して、「入院見込み期間」が退院援助のスクリーニング基準の1項目として利用されていた。入院見込み期間は疾病や患者それぞれの状況により異なるという限界があるが、S病院のデータを見る限り、入院時に前年の平均在院日数をこえた「入院見込み期間」が設定されている患者や入院見込み期間を設定できない患者が退院援助の対象となる比率が高いことを考慮すると、「入院見込み期間」をスクリーニング基準の変数の1つに加えて、入院時のスクリーニングに利用することもできると考えられる。今後の検討課題である。

(3) 退院援助必要者を早期にスクリーニングして把握することは、援助期間をそれだけ長く確保できることであり、その効果はS病院の退院援助でも確認されている。したがって退院援助必要者をできる限り漏れなく、早期に把握できるようにすることが大切である。しかし、どの時期であれば早期といえるのか、その基準は確定していない。また、退院援助を必要とする者を発見する時期についてのデータは見うけられない。S病院のスクリーニングシステムでは退院援助必要者を把握するまでの平均期間は24.6日であったが、その内訳をみると、退院援助を必要とした患者の55.3%は入院3週間以内に「退院援助必要者」として把握されていた。前述の通り、対象を発見する時期についてのデータはほとんどないので、S病院のデータをどのように判断するかを現時点で述べることはできない。しかし、入院3週間以内に退院援助対象者を把握した場合は、その時点で50%以上の患者に2週間以上の退院援助期間を確保できていたこと、および、S病院の平均在院日数が24.9日であることから、平均在院日数以前の対象発見・把握を早期とすることができると考える。退院援助必要者の発見の時期のデータはほとんどないので、今後検討を加えるべき課題である。

ところで、退院援助必要者を早期に把握することと退院援助が早期に開始できることは同じではない。日本の病院では、病状が安定し、入院による集中治療の必要度が低下したと医師が判断した時点で、患者・家族に退院の見通しを告げることが多い。退院援助や環境整備が必要なことがあらかじめわかっていたとしても、医師が退院の方針を打ち出してからでないといふ退院援助は開始されにくいという現実がある。たとえ早期に対象を把握しても、「退院の目安がついたところでもう一度相談しましょう」として、退院援助の実

施時期が医師の退院許可の時期に左右されてしまうことも少なくない。したがって、医師らに退院援助の認識を普及し、スクリーニング基準を病院組織全体として徹底させることが重要であると先行研究では指摘している¹⁰。また、患者・家族にとっても病状がある程度落ち着き、医師から行われる予後に関する説明を現実のものとして受け止め、退院後の生活を具体的に考えることができるようになるには一定の時間が必要である。専門職は予後を見通すことができるのでどうしても早めの対応をしようとする傾向がある。しかし、治療や援助関係においては短縮できない時間がある（たとえば深刻な障害が残るなどの告知を受け止めるには、時間の経過に従った心理的なプロセスがあることが報告されている）ことも現実である。こうしたなかで退院援助対象を把握することと退院援助を開始することの間にタイムラグが生じるが、S病院では違う形のタイムラグも生じていた。それは退院援助が看護業務との兼務であるために生じているタイムラグである。対象を把握しても、実際には「入院見込み期間」が近づいてきた時点で援助を開始することが少なからず見うけられた。すべての保健・医療機関に退院援助を担当するSWが配置されることが、退院援助を病院の必須機能に位置づけ安定的なサービスを提供する上で不可欠であると考えが、退院援助の保険制度上の費用的な裏付けは極めて貧弱であるために、特に小規模病院では費用的な困難性が高いと考えられる。今回は検討しなかったが、費用とも関連して退院援助の効果評価¹¹が今後の課題になると考える。

（４）近年、地域におけるケアマネジメント機関が機能してきている。医療機関に勤務した経験を持つSWや保健・看護職が、地域全体に責任を持つケアマネジメント機関に所属して、地域の要介護高齢者や障害児者の支援にさまざまな試みを行うようになってきている。S病院でも退院援助のなかで地域ケアマネジメント機関を紹介したり、依頼したりしている。保健・医療を基盤にした地域ケアマネジメント機関は医療機関との連携のあり方をよく理解しているために、比較的スムーズな連携ができていた。しかし、地域ケアマネジメント機関との連携は全体的にはそれほど活発ではなかった。SWは、院内活動をさらに拡大して、直接地域にまで広げた援助活動に関心を向ける傾向があることを、SWの専門職団体である日本医療社会事業協会が実施した会員調査は示している¹²。もっとも、SWが関心を向けるほどには地域活動ができていないことも同調査は指摘しているが、しかし、S病院の退院援助は地域へ向けた業務の広がりがSWによる援助活動と比較すると少ない印象があった。一方、沼津市の地域福祉のネットワークは、在宅介護支援センターや居宅介護支援事業所、社会福祉協議会、民生委員、老人クラブ、自治会、医師会や歯科医師会、薬剤師会などの専門職団体等で構成される「地域ケア会議」が公的に設置されている。「地域ケア会議」は地域の保険・医療・福祉の情報共有の場であるが、参加できる者は制限されており、実務的なレベルでのネットワーク作りは今後の課題となっている¹³。現状ではS病院の退院援助はこうした地域福祉ネットワークと密接につながっている状況にはない。地域ケアマネジメント機関や地域福祉ネットワークとの連携・協力を推進することが、地域、行政、S病院のそれぞれにとっての課題である。

このような連携・協力が推進されると、病院の退院援助が地域に拡大した退院援助になる可能性がある。わが国の退院援助に関する報告の前提は、患者が病院に入院した時点で開始されることを想定している。しかし、入院期間短縮化のなかで、退院援助を病院のシ

システムとして考えるだけでは十分に機能しなくなることが考えられる。退院援助の責任は病院が担うのか、それとも地域福祉が担うのかという問題とも関連して、退院援助は患者が病院に入院する前に始まり、退院して地域に戻った後も継続するものであるという考え方が一般的になると考えられる。退院援助を入院前の介入計画、入院中の退院援助計画、退院後フォローアップを含む、拡大したものとすることが今後の方向性であると考えられる¹⁴。

(5) 高齢で慢性の疾患や障害をもち、多様なかつ長期的なニーズをもつ患者・家族に対する退院援助では退院時に援助を行うだけでは十分でなく、適切なサービスや支援を調整して継続的に援助していくケアマネジメントの機能が求められる。S病院の退院援助では患者・家族のニーズをアセスメントして、利用したらよいと考えられるサービスを組み合わせたケアプランを提案している。そのプランは詳細なものではないが、必要なサービスを組み合わせることで退院後の生活がイメージできるように患者・家族に提案している。しかし、具体的な諸サービスの調整や仲介、再アセスメントやモニタリングまでは行わないで、信頼できる地域ケアマネジメント機関への連絡や患者・家族への機関の紹介にとどめている。これはコーとクロニンガー(Korr,W.S.and Cloninger,L.)の分類を用いるならば、「最小限タイプ」¹⁵のケアマネジメントである。すべての医療機関の退院援助が「調整タイプ」や「総合タイプ」のケアマネジメントを目指す必要はない。「総合タイプ」のケアマネジメントとは、制度化されたフォーマルなサービスの調整仲介や社会的ネットワーク(家族・友人・インフォーマルな援助者からなるネットワーク)を構築して間接的に患者・家族を支援する活動と、患者・家族の精神的な支援のための相談面接やカウンセリング、危機状況におけるサービス・資源利用手続きの代行など多様な個別的直接援助活動を提供して患者・家族を総合的、全体的に支援するケアマネジメントのことである。重い障害をもつ人々に対するケアマネジメントは総合的、全体的なものである必要がある¹⁶が、すべての医療機関が「総合タイプ」のケアマネジメントを目指す必要はない。「調整タイプ」や「総合タイプ」のケアマネジメントとソーシャルワークのジェネラリスト・アプローチとでは、その援助観が大変似通っており、SWが配置されている医療機関では「調整タイプ」や「総合タイプ」のケアマネジメントが志向されると考えられる。

S病院が提案する退院援助のプラン内容を、紹介・利用した資源で見ると、その内容は介護保険の居宅サービスが中心であり、福祉サービスやインフォーマルなサービスの利用がほとんど無いことが特徴的であった。そして援助の方法は介護保険を担当する信頼できる地域ケアマネジメント機関への連絡や患者・家族への機関の紹介が中心であった。社会福祉サービスの特徴が個別化であるならば、社会保険サービスの特徴は標準化、画一化である。介護保険は他の社会保険ほどには画一化されていないが、それでも要件を満たすならばある程度、機械的・画一的な対応が可能である。介護保険の居宅サービスは、社会保険制度の医療保険に馴染んだ看護職にとっては利用しやすいものであると考えられた。このことによって「最小限タイプ」のケアマネジメントが成立していると考えられる。しかし、介護保険のサービスだけで在宅生活を支えることには限界があるので、社会福祉サービスやインフォーマル・サービスの利用など地域福祉ネットワークとの連携・協力体制をどのように推進するかが地域福祉機関とS病院の双方にとって重要な課題である。

おわりに

SW が配置されていない小規模病院における退院援助の現状を示し、検討を加えた。退院援助の実施体制を確立するうえでは、まず、病院長や事務長など病院の運営管理責任者の理解と承認があることがその大前提となる。つぎに、退院援助担当者の配置である。小規模病院では専任のSWを配置することは費用的な困難をとまなうと考えられるが、S病院のような形で担当者を配置することができる。その場合に退院援助で用いられるケアマネジメンツのモデルは「最小モデル」になると考えられるが、2000年より施行された介護保険が提供する標準化された介護サービスがこのモデルを実体化している。病院内においては、医療スタッフに退院援助の内容が理解されていることが大切であり、それは具体的な事例への退院援助結果（援助効果）を医療スタッフにフィードバックすることで可能になる。病院外においては、介護保険で取り組まれている地域ケアシステムとの連携が大切である。「総合タイプ」のケアマネジメンツが必要な患者の退院援助では特に地域連携が大切である。この連携システムが構築されるならば、小規模病院における退院援助は「病院の退院援助」から「地域の退院援助」に拡大される可能性を含んでいる。

退院援助の重要性は一層大きなものとなってくることはあっても、減少することはないと思われる。ことに地域医療を担う小規模民間病院における退院援助は重要であり、検討を深めることが必要である。その場合に、退院援助への患者・家族の参加、患者・家族のニーズの充足と満足度など、退院援助の効果評価と退院援助の質を評価する視点を導入することが大切である。すなわち、患者・家族の視点から退院援助を検討し評価することが今後の課題となる。

【謝辞】

本稿をまとめるにあたり、ご協力いただきました瀬尾記念病院・井上慶三院長、西村英子婦長、退院援助場面に同席を認めて下さった患者・家族の皆様、その他病院の皆様に感謝いたします。

引用・参考文献

- ¹ 2002年11月29日に厚生労働省健康局から、改正「医療ソーシャルワーカー業務指針」が示され、同日付で、各都道府県知事・政令市市長・特別区区長宛に厚生労働省健康局長から「医療ソーシャルワーカー業務指針普及のための協力依頼について」の通知が出されている。
- ² 制度化研究会「2000年会員調査結果報告」『医療と福祉』70(34),日本医療社会事業協会,2000年,pp.2-17. 本調査によると、SWの人数が2人以下であるところが60.9%である。
- ³ 病院は、種類別や病床の規模別あるいは開設者別に分類される場合が多い。小規模病院という分類はないが、ここでは100床未満の病院を総称した。
- ⁴ 村上信「小規模一般病院における退院援助の現状と課題」『福祉社会の最前線 - その現状と課題』相川書房,2001年,pp.242-260.
- ⁵ 末藤和正「南海病院医療相談室における転入院入所援助ケースの傾向」『改めて医療ソ

-
- ーシャルワークを問う - 東海ブロック研修会 2002 抄録集』日本医療社会事業協会他,2002 年. への質問に対する末藤和正氏の答えより。
- ⁶ 池上直巳他「適切な入院医療のあり方に関する研究 - 案内書による入院予定期間等の通知について」『病院管理』27(1),1990 年.
- ⁷ 手島睦久編『退院計画 - 病院と地域を結ぶ新しいシステム』中央法規出版,1996 年(特に、第 1 部第 2 章「アメリカにおける退院計画」参照).
- ⁸ 三毛美予子「ソーシャルワーカーの退院援助におけるポジショニングとその規定要因 - 大学病院の場合」『医療社会福祉研究』Vol.8,No.1,日本医療社会福祉学会,1999 年,pp.34-49.
- ⁹ 7 に同じ(特に、第 2 部「退院計画のプロセス」参照。退院援助のプロセスは、クリーニング、アセスメント、退院計画作成、退院計画実施、フォローアップ、評価というプロセスからなる。).
- ¹⁰ 7 に同じ.
- ¹¹ 退院援助の効果指標として最も頻繁に使用されてきたのが在院日数であるが、在院日数の短縮効果があったという報告(Boone,C.R,1982 年)と一概にそうとはいいたくないとする報告(Cable,E.P,1983 年)があり、最近では再入院率の減少や患者・家族の満足度など、より広がった指標を加えて効果を測定する試みがなされている。
- ¹² このことについては、日本医療社会事業協会が実施する会員調査報告に詳しい。報告は日本医療社会事業協会機関誌「医療と福祉」に収録されている。
- ¹³ 沼津市役所長寿介護課、長澤あつ子氏よりの聞き取りによる。
- ¹⁴ Surjit Singh Dhooper, "Social Work in Health Care in the 21st Century" SAGE Publications,1997,pp152-159.
- ¹⁵ コーとクロニング(Korr,W.S.and Cloninger,L.)は精神障害者に対する複数のケアマネジメント実施機関の事業内容を調査して、ケアマネジメントのタイプを「最小限タイプ」「調整タイプ」「総合タイプ」に分類した。「調整タイプ」は「最小限タイプ」に加えて、自分が所属する組織がもつ諸サービスの調整と提供、再アセスメント、インフォーマル・サポートネットワークの形成援助など、サービスの調整を中心としたタイプである。「総合タイプ」は「調整タイプ」に加えて再アセスメントやモニタリング、利用者の権利擁護、住民に対するコミュニティワークなど総合的なタイプである。
- ¹⁶ 野中猛・加瀬裕子監訳『ケースマネジメント入門』中央法規出版,1994 年.