

ある特定機能病院の地域医療連携室の現状と 今後の取り組みに関する検討

—退院調整と後期高齢者に視点をあてて—

外来棟1階

○山上和美

地域医療連携室・社会福祉士 大森晶子 岩橋佳子 鈴木志帆子 真智早苗

key word :

退院調整 後期高齢者 地域医療連携 看護

はじめに

近年わが国は、少子超高齢化の一途をたどり、核家族化とも相まって、ライフスタイルは多様化している。また、医療・介護サービスの公費負担は膨張し、度重なる診療報酬のマイナス改定を受けている。そのため、特定機能病院でも経営管理能力が問われ、在院日数の短縮、稼働率の上昇が必須条件となっている。一方地域では、療養病床の削減、医療区分や介護認定レベルによっては転院・入所は困難となる。また連携施設や在宅の看護・介護現場にも様々な課題がある。そのような状況下で、平成20年度の診療報酬改定に、退院が難しい高齢者の円滑な退院調整を評価する「後期高齢者退院調整加算」が盛り込まれ、当院でも準備を進めている。過去に、特定機能病院¹⁾または高齢者²⁾の退院調整に関する報告はあるが、特に特定機能病院の後期高齢者に視点を当てた研究はなされていない。今回、後方支援の実態を知り、退院調整と後期高齢者に視点を当てた分析をすることは、今後の効果的な退院調整の基礎的資料を得る上で有効と考える。今回の結果より、今後の課題や援助の方向性について検討したので報告する。

尚、当院の地域医療連携室は平成15年に開設され、在院日数は当時25.4日から平成19年度は19.9日に推移している³⁾。主に事務職が行なう前方支援と、社会福祉士(以後MSW)と看護師が行なう後方支援があり、後方支援担当者の人数配置は、看護師は1名、MSWは開設時1名から平成17年11月より2名となり、20年3月より3名に増員され業務を行なっている。

用語の定義

前方支援：広報や事前受け付け、セカンドオピニオン

等の窓口としてスムーズな診療を連携する業務支援

後方支援：退院調整や介護・福祉サービスの情報提供

等を行ない、病院と地域・在宅へのシームレスな

連携を図る業務支援

福祉系在宅調整：ホームヘルパーやデイサービス等

の在宅サービス調整

医療系在宅調整：訪問診療・看護等の医療系在宅サ

ービス調整

I. 目的

ある特定機能病院地域医療連携室の、過去3年間

の後方支援の実態を明らかにし、地域医療連携室が担う役割を発信し、医療チームの理解を深める。また、退院調整及び後期高齢者の傾向を把握し、現場と連携した効果的な退院調整に取り組む資料とする。

II. 研究方法

1. 調査期間：平成20年7月～9月。

2. 対象：平成17～19年度の3年間に、当院の地域医療連携室に調整依頼があった事例。

3. 方法：平成17～19年度の地域医療連携室の相談依頼一覧より、全対象の背景(年齢、性別、入院・外来別、疾患分類等)、援助内容、依頼経路、調整の転帰、ターミナル状態の有無等より分析をした。ターミナル状態の判定は、診療記録、医師への確認、65歳未満のがんによる介護保険認定申請の可否等により判断した。また、転院、福祉系または医療系在宅調整の退院調整を行なった全事例と、年齢より75歳以上の後期高齢者と74歳以下の年齢群に分類し、統計結果を分析し考察を行なった。

4. 倫理的配慮：過去の記録物からの調査であり、対象を統計的に分析し、個人を特定できる調査方法はとらないこととした。また、本院における「個人情報取扱規程」「利用目的」の患者等に提供する医療サービス、症例に基づく研究等より、記録やデータを研究に用いることについての指針を遵守し行なった。研究に使用するデータは、地域医療連携室のパソコンに格納されており、その都度特定のパスワードを入力しなければ開放できないシステムで保護されている。研究にあたっては、特定のパソコン及びUSBを使用し、責任者が施錠できる場所で厳重に管理した。研究者が取り出した生データ及び加工したデータは、研究が終了しデータの保持が必要でなくなった時点で廃棄することとした。

III. 結果

1. 全対象の背景及び援助に関する結果

当院の地域医療連携室に依頼のあった総相談件数は2025件で、内訳は平成17年度581件、18年度698件、19年度746件と年々増加していた。年度毎の男女比をみると、平成17年度は男性288件(49.6%)に比較し女性は293件(50.4%)とやや多かったが、18年度以降は男性の依頼件数が増加した。

全対象者の年齢は59.4±19.1(年齢幅0～103)歳(表1)であり、性別による年齢に差はなかった。

また、0歳～15歳毎の年齢区分及び後期高齢者区

分で相談件数割合をみると、最も多かったのは60～74歳の609件(30.1%)で、次に後期高齢者499件(24.6%)、45～59歳の474件(23.4%)の順であり、0～44歳全体では443件(21.9%)を示し、74歳以下の群の合計は1526件(75.4%)を示した(図1)。

年度毎の依頼件数の推移を74歳以下群と比較すると、後期高齢者は平成17年度129件(22.2%)から19年度204件(27.3%)へと年々増加がみられた。

依頼経路は、医師が1048件(51.8%)と過半数を示し、看護師は381件(18.8%)、患者・家族は366件(18.2%)、関係機関は179件(8.8%)であった。

依頼者の受診状況は、入院が1439件(71.1%)と7割で、入院以外の件数は586件(28.9%)を示した。

疾患分類別相談件数をみると、新生物552件(27.3%)、精神系391件(19.3%)の順に多く、年度比較でも3年間を通じ1位2位を独占した。次に脳血管系236件(11.7%)、神経系141件(7.0%)が続いた(図2)。

援助内容をみると、在宅諸サービス494件(24.4%)、転院調整435件(21.5%)が多く、以下生活費191件(9.4%)福祉系在宅調整と医療費が共に166件(8.2%)、情報提供164件(8.1%)の順であった。

ターミナル状態と判断された患者は147件で総依頼件数の7.3%を示した。

2. 退院調整患者の背景及び援助に関する結果

相談依頼は686件であり、総相談件数の33.9%を示した。内訳は平成17年度223件、18年度233件、19年度230件であった(図3)。男女比をみると、男性は317件(46.2%)、女性は369件(53.8%)であり、どの年度も女性の割合が多かった。

対象者の平均年齢は、68.5±14.7(年齢幅0～103)歳であり、各年度間の年齢に差は見られなかったが、退院調整以外の患者の年齢は54.7±19.4(同0～103)歳と14歳程度若年であり、退院調整患者の年齢が有意に高かった($p<0.05$)(表1)。年度毎の性別による年齢に差は見られなかった。

退院調整依頼総件数を見ると、後期高齢者は270件で年々増加が見られ、後期高齢者全相談件数の54.1%を占めた。一方74歳以下の群では、416件で、74歳以下全相談件数の27.3%を示した(図4)。

退院調整依頼の割合は、転院435件(63.4%)、福祉系在宅調整166件(24.2%)、医療系在宅調整85件(12.4%)であった。年度毎の依頼内訳をみると、転院が平成17年度113件(51.5%)から、19年度175件(76.1%)に増加した。一方福祉系在宅調整は、平成17年度81件(36.3%)から19年度34件(14.8%)に減少した。また、医療系在宅調整も平成17年度29件(13.0%)から19年度は21件(9.1%)に減少し、在宅調整依頼全体では、平成17年度の110件(49.3%)から19年度55件(23.9%)に減少した。

退院調整の転帰をみると、転院は323件(47.1%)、在宅は194件(28.3%)、中止は164件(23.9%)を

示し、中止の理由は方針変更81件、病状悪化・死亡が73件であった(図5)。転院実績は、平成17年度88件(39.5%)から19年度132件(57.4%)へ増加した反面、在宅実績は同85件から44件へ減少した。

また、年度毎の転帰が退院調整に占める割合を、後期高齢者と74歳以下の群で見ると、後期高齢者の転院は136件(50.5%)で、平成17年度36件から19年度59件に、74歳以下の群は187件(45.0%)で、同様に52件から73件へと増加した。在宅に占める割合は、後期高齢者は74件(27.4%)で、平成17年度29件から19年度19件へ、74歳以下の群は120件(28.8%)で、同56件から25件へと減少した。

3年間の転院先をみると、回復期リハビリテーション病院が124件(38.4%)、次に療養型病院47件(25.0%)の順に多かった(図6)。年齢群では、後期高齢者136件中、療養型病院が42件(30.9%)、回復期リハビリテーション病院39件(28.7%)の順であった(図7)。しかし年度比較では、回復期リハビリテーション病院は平成17年度4件から、19年度は21件と5.2倍に増加した。同様に74歳以下の群の転院先187件を見ると、回復期リハビリテーション病院が85件(45.2%)で、年度毎の転院先比較でも平成19年度の36件は、17年度の2.5倍を越えた。

次に、退院調整患者の3年間の疾患分類別相談件数をみると、新生物192件(28.0%)、脳血管系179件(26.1%)、神経系54件(7.9%)が続いた。精神系は38件(5.5%)を示したものの、退院調整以外の依頼を受ける割合が多かった。特に脳血管系疾患の退院調整の伸びが大きく、平成17年度45件(19.7%)から74件(32.2%)に増加した。

診療科別の相談支援件数をみると、脳外科195件、消化器外科68件、精神科58件の順で、その内転院は、脳神経外科、精神科、神経内科に多く、福祉系在宅調整が多いのは、消化器外科、神経内科、皮膚科であり、医療系在宅調整は、消化器外科、腎臓内科・耳鼻科の順に多かった。

ターミナル患者の内63.3%(93件)が退院調整依頼で、その内後期高齢者の割合は、全後期高齢者の7.8%(39件)で、退院調整依頼の14.4%を示した。74歳以下のターミナル患者108件は、その群全体の7.0%で、退院調整依頼の26.0%を示した(図8)。

IV. 考察

退院に向けた調整は、心身レベルの評価と共に、患者・家族を取り巻く生活背景や社会環境が及ぼす変化に対応し、早期解決を図る使命がある。そのため、見えない調整期限を確定し、患者に寄り添う、適切な提案と実践が求められる。

今回の退院調整の結果では、概ね半分が転院、在宅と中止が各4分の1を示し、疾患では新生物の割合が多かった。年齢は退院調整以外の依頼者より高く、また、依頼は後期高齢者の方に多かった。

堀江の退院調整スクリーニング票の検討⁴⁾では、

VII. まとめ

平成17～19年度、地域医療連携室相談依頼の実態を調査し、退院調整と後期高齢者に視点を当てた結果、以下のまとめが得られた。

1. 全相談件数2025件中、退院調整は686件で、その転帰は、転院が47.1%、在宅が28.3%、病状悪化や方針変更による中止は23.9%であった
2. 退院調整者の年齢は、68.5±14.7歳で、退院調整以外の群の54.7±19.4歳と比較し有意に高かった (p<0.05)
3. 後期高齢者の割合は、全相談者の24.6%で年々増加し、また退院調整依頼は、後期高齢者相談依頼全体の54.1%を示し、74歳以下の群と比較し2倍の比率を示した
4. 転院実績は平成17年度88件から19年度132件に増加し、中でも回復期リハビリテーション病院への転院が増加したが、在宅調整は減少した
5. 疾患分類別相談件数は、どの年度も新生物、精神系の順に多く、退院調整患者では、新生物、脳血管系の順であった
6. 病期をターミナルとした患者は全体の7.3%で、その63.3%が退院調整依頼であった。退院調整に占めるターミナル割合は、後期高齢者14.4%と比較し、74歳以下の群が26.0%と多かった

今回の結果より、特に後期高齢者の退院調整は、より早い取り組みと、チームで早期解決を図る有効性が示唆され、地域医療連携室の早期活用も連携ツール拡大の一戦略であることが示唆された。

引用・参考文献

- 1) 阿部富美子・吉岡みち子・上岡澄子・中谷久江他：特定機能病院地域医療連携部門における退院マネジメント業務の評価，第35回日本看護学会論文集（看護管理），p286-288，2005.
- 2) 礪山佳世子・徳盛悦子・山森美智代：高齢者の退院調整への関わりと検討，第33回日本看護学会論文集（老年看護），p26-28，2003.
- 3) 金沢大学附属病院概要2008. p13.
- 4) 堀江竜弥・金野典子・佐川みゆき・庄子孝子：シームレスな退院調整活動を目指してー退院調整スクリーニング票の検討，第38回日本看護学会論文集（地域看護），p94-96，2007.
- 5) 宇都宮宏子：急性期病院における退院支援の取り組みー退院調整看護師から，病院会雑誌，p60-71，Vol.54.No.8.2007.
- 6) 平成20年度版 厚生労働白書

表1. 各対象の平均年齢の比較

対象群	n	平均年齢	標準偏差
全体	2025	59.4	19.1
退院調整者	686	68.5	14.7
退院調整以外	1339	54.7	19.4

*

(*p<0.05)

後期高齢者の48.4%に退院調整は必要としている。本研究では同様の比較はないものの、今回、後期高齢者の54.1%は退院調整依頼であり、74歳以下の群と比較しその比率は2倍であった。特に高齢者の入院リスクを考慮し、時機を逃さぬ対応で臨む必要が示唆されたと考える。一方、対象の病期は、むしろ後期高齢者にターミナル割合が少ない点より、早期介入による調整期間短縮の可能性が高く、病状悪化や方針変更を回避し、当院の後期高齢者の在院日数短縮に期待できると考える。その方策の1つとして、入院初期退院調整スクリーニングの活用は、アセスメント視点の可視化と、依頼基準の信頼性を高めるために有効と考える。また、調整中止に至った要因分析は、さらに病院の傾向や調整業務の特徴を明確にし、今後の改善に有用と考える。

今回、退院調整依頼の多い疾患や診療科を把握できたことより、看護師・MSWの技術向上に努める一方、依頼件数の少ない疾患や診療科においても埋もれたケースを発掘し、個々の患者・家族の抱く退院への不安を軽減し、準備状態を高める支援に現場と共に取り組む重要性が示唆された。

一方、在宅調整は介入件数減少の原因を究明し、在宅への可能性を探りたいと考える。しかし、病棟における効果的な退院指導がシームレスな在宅移行となり、連携室介入の減少に結びついたとも考えられ、各病棟や外来間の退院支援状況と共に、要望や受けたい支援に対する特徴の把握も大切と考える。

また、各病棟からの在宅移行を阻む要因を解決するため、よく話し合う「患者参加型の看護」を調整し、宇都宮⁵⁾の述べる、医療者と患者・家族の持つイメージに「退院時の状態とのズレ」のないケアを調整する必要がある。今回、比較結果はないが、当院の医療系在宅調整件数が少ないことや、在院日数短縮³⁾に関連し、医療依存を伴う転院から在宅退院にシフトする場合は、さらに細やかな意思疎通と地域の連携ツール拡大が必要で、地域医療連携室の早期介入は有効と考える。一方、手を尽くしても在宅介護が患者・家族にとって最良と評価できない場合は、現場と調整し別の選択肢を探り、家族の無力感やストレスを癒すケアも退院調整を担う者の大きな役割と考える。今後さらに転院・入所が困難となる社会情勢に対応し、患者・家族の幸せに繋がる退院調整を、“虹の架け橋”とできるよう、病院内・外のチーム力を高め支援したいと考える。

VI. 本研究の限界

今回は3年間の実態を統計的にまとめたが、対象者の自立度やキーパーソン、地域・社会背景等の分析等には至っていない。また、看護師・MSWの退院調整の実態も明らかではない。しかし、課題や援助の方向性を見出し、今後の効果的連携でつぐむ退院調整の資料を得る取り組みとして有効であったと考える。

