

過去4年間における活動報告 ～退院調整の分析から見えてきた課題～

鎌倉 理恵 谷津 万里 原田 忍 高橋 忠雄

【はじめに】

当院は469床の一般病床を持つ中規模病院であり、道北地域広範囲にわたる医療圏の第一次救急から第三次救急までを担うなど、地方センター病院としての役割も大きい。

当院が所在する名寄市は、上川管内に属し総面積535.25km²と管内の中でも広範囲を占めている。医療支援相談室（以下相談室）は平成16年4月に開設し今年で5年目である。業務内容は多岐に渡っているが、中でも退院調整には時間を費やしてきた。名寄市の高齢化率は25%と超高齢社会に突入し、介護保険制度の改定以降、退院調整数が増加し、特に高齢者や後遺障害を抱えた患者の退院調整数が増加している。そこで、過去4年間の退院調整を分析し、今後の課題を明らかにする事で、より効果的な退院調整のありかたを模索したのでここに報告する。

【方 法】

平成16年4月から平成20年3月までの間に相談室で退院調整した患者778名の患者データを基に以下の7項目について調査した。

- ① 退院調整患者数の年度別推移
- ② 年齢構成の比較
- ③ 年度別疾患の推移
- ④ 退院調整に要した日数の年度別推移
- ⑤ 年度別転帰
- ⑥ 管内別退院調整数
- ⑦ 退院調整患者の在院日数推移

【結 果】

- 1, 退院調整患者数の年度別推移は、平成18年度以前は150件未満/年であったが、18年度は263件/年と大きく増加した（図1）。
- 2, 年齢構成の比較では、74歳以下が318名（40.9%）、75歳以上が460名（59.1%）と後期高齢者の調整数が年々増加し、調整の約6割が後期高齢者であった（図2）。
- 3, 年度別疾患の推移は、大腿骨頸部骨折75名、脳血管疾患（脳梗塞・脳出血）198名と後遺障害を残す疾患の調整が35%を占めた。大腿骨頸部骨折患者の調整数は横倍だが、脳血管疾患患者の調整数は年々微増している（図3）。
- 4, 退院調整に要した日数の推移は、57.8日から42.1日に短縮した（図4）。
- 5, 年度別転帰では、転院が、371名で増加傾向であり調整の約半数を占めた。自宅退院が241名であるが、退院調整全体のなかで自宅へ調整する患者の割合は減少傾向である。施設入所は74名で年度経過に大きな増減は無い（図5）。
- 6, 地域別に見た退院調整数は、市内が最も多く472名（60.6%）、次いで市内を除く上川管内202名（26%）、次いで宗谷管内67名（8.6%）の順となっていた（図6）。
- 7, 精神科病棟一部休棟に伴う患者の転院調整を除いた在院日数の平均は、4年間で93日から73日に短縮した（図7）。

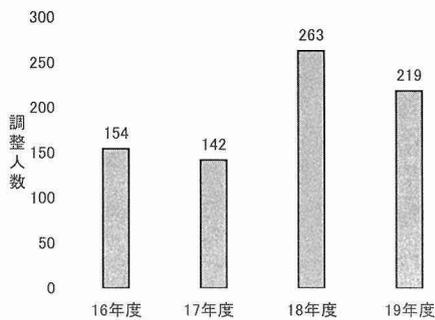


図1 退院調整患者数の年度別推移

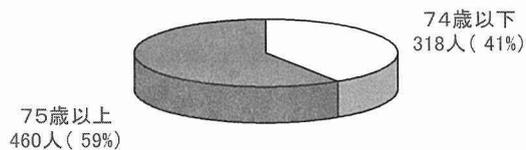


図2 年齢構成の比較

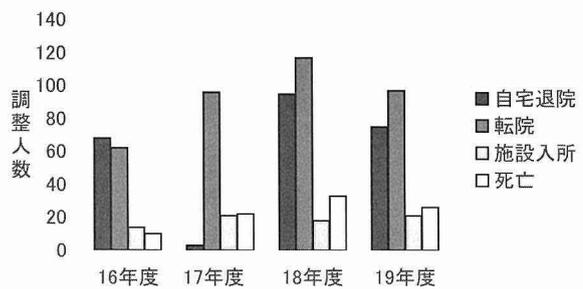


図5 年度別転帰

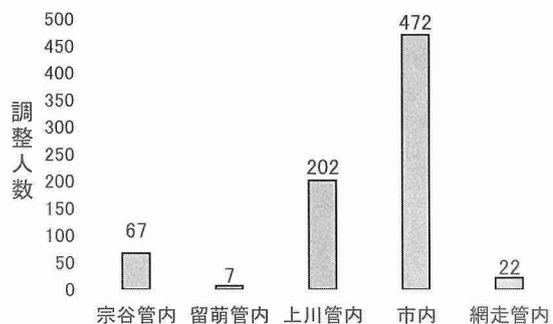


図6 管内別退院調整数

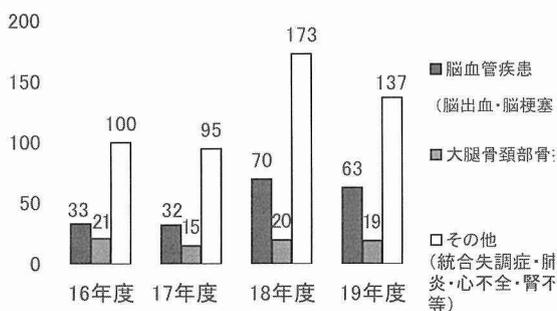


図3 年度別疾患の推移

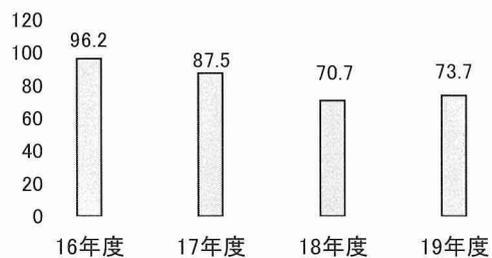


図7 退院調整患者数平均在院日数の推移



図4 退院調整に要した平均日数の推移

【考 察】

全国の高齢化率は、20.5%と日本全体が高齢社会になっており、北海道は21.6%、名寄市は25%と既に超高齢社会に突入している。診療報酬や介護保険の改定により、時間をかけた回復のサポートが出来ない患者はここ4年間で増加した。人口3万人に満たない名寄市近郊の施設も100人以上が待機し、数年待ちの状態である。また、療養病床の削減により市内病院の転院にも数ヶ月を要している現状がある。

当院では、後期高齢者の入院患者が平成16年度は1152名に対し、平成19年度は1574名と年々増加している。後遺障害を残す疾患の発症も多く、また近隣市町村では年々過疎化が進み独居や高齢世帯、キーパーソンが不在といったケースは常態

化している。在宅生活を支援する事業所の絶対数が少なく、人員不足の現状もあり地域の体制は限界にきている。特に、平成18年度の介護保険制度改定以降サービス利用枠が厳しく、福祉用具貸与の規制もあり今まで利用可能だったサービスが利用できないという状況になった。このように、国が推し進める在宅医療への移行は様々な困難に阻まれ、結果自宅に戻れず、施設入所も出来ない患者が増加した。当院の平成19年度の在院日数は16.4日であるが、相談室が退院調整に要した日数は42.1日である。開設当初は57.8日であり若干の短縮は見られるものの、今後も社会情勢により退院調整患者の在院日数は長期化する事が考えられる。

【おわりに】

今後国は、早期退院に向けた施策を更に推し進めてくることは明らかである。当院は急性期のみならず、回復期や慢性期の医療も行っていることから、身体状況、生活背景等を分析し患者が安心して退院を迎えられるケア計画を医療職、メディカルスタッフと共同し作成すること、患者に合った支援をマネジメントすることが必要である。患者が入院前の状態により近づけるよう支援し、

そして地域へ、外来継続看護へとつなげていくことが重要で、地域完結型医療を目指していかねばならない。それには、広域医療圏における主要な保健・医療・福祉サービス機関とのきめ細かな情報のやり取りを主導していく必要がある。地域連携は、患者を取り巻く関係者と医療者とのカンファレンスによる情報の共有であり、医療機関である当院が主導する事で地域連携はさらに強化されるものと確信する。

今後は、75歳以上の後期高齢者や後遺障害を残す患者の早期退院調整実施に向け、スクリーニングシステムの構築と退院支援におけるアセスメント内容の検討が必要と思われる。

参 考 文 献

- 1) 田代孝雄他：地域医療連携ムック：平成18年の大改革に向けて、日総研出版、第1版第1刷、2004.
- 2) 津村智恵子：保健師・看護師の活躍が期待される地域包括支援センター、看護展望vol.30 No.8, 2005.
- 3) 下村裕見子：看護の視点から見た地域医療連携、看護10：42-46, 2007.
- 4) 黒瀬正子：顔の見える関係が結ぶ看護連携、看護10：47-50, 2007.
- 5) 山田雅子：いまこそ専任看護師による退院支援を、看護展望8：17-21, 2004.
- 6) 宇都宮宏子：特定機能病院における地域連携と専任の退院計画調整看護師の役割、看護展望8：22-30, 2004.