

Table 1 Characteristics of hospitals included in the present study ($n = 1359$)

	<i>n</i>	Percent
Type of hospital		
General hospital	1265	93.1
Special functioning hospital	49	3.6
Rehabilitation hospital	29	2.1
Community care support hospital	16	1.2
Establishing bodies		
Public sector		
Public medical institution	519	38.2
National government	145	10.7
Social insurance bodies	59	4.3
Private sector		
Non-profit medical corporation	414	30.5
Non-profit corporations	222	16.3
No. general beds		
100–199	508	37.4
200–299	275	20.2
300–399	237	17.4
400–499	106	7.8
500 and more	221	16.3
Missing	12	0.9
Mean (SD)	312.3 (203.2)	
No. patients per nurse		
2	527	38.8
2.5	562	41.4
3	225	16.6
3.5	19	1.4
4 or more	11	0.8
Missing	15	1.1
Having beds for long-term care	224	16.5
Average length of hospital stay		
20 days or less	517	38.0
20–30 days	614	45.2
30 days or more	189	13.9
Missing	39	2.9
Mean (SD)	24.2 (10.3)	
Affiliated institution or agency [†]		
Having institution or agency	572	42.1
Home care agency	507	37.3
Institution for elderly	239	17.6
No affiliated institution or agency	745	54.8
Missing	42	3.1
System for rental of durable medical equipment		
Having rental system	634	46.7
No rental system	703	51.7
Missing	22	1.6
Home visit by medical staff		
Done	793	58.4
Not done	432	31.8
Missing	134	9.9

Percentage is of all respondents in all instances. [†]Multiple answers possible.

Hospital characteristics

Table 1 shows the characteristics of the hospitals selected for the present study. Nearly all of the hospitals were general hospitals (93.1%). The majority of establishing bodies of the hospitals were public medical institutions (38.2%) and non-profit medical corporations (30.5%). The average number of beds was 312.3 (SD = 203.2, range 100–1423). Eighty percent of hospitals reported the nurse/patient ratio to be one nurse for every two or 2.5 patients. More than 200 hospitals also had beds for long-term care patients. The average length of hospital stay for patients was 24.2 days (SD = 10.3, range 6.8–90).

Approximately 42% of hospitals had affiliated institutions or organizations, the majority of which were home-care agencies such as visiting nurse service stations and home-care support centers. Some hospitals had both home-care agencies and institutions for the elderly. With regards to home care, 634 (46.7%) hospitals had a system for the rental of durable medical equipment and 793 (58.4%) hospitals implemented home visits by medical staff.

Discharge needs of patients

The discharge situation of patients created difficulties for hospitals (Table 2). The number of hospitals experiencing problems with patient discharge was 1313 (96.6%). The causes of the problems included: 'insufficient caregiving capacity of the family' ($n = 1151$), and 'difficulty in securing other hospitals or institutions' ($n = 1097$).

The complexity and variety of patient needs required many types of contact with many types of home-care agencies or institutions. More than 80% of the hospitals reported contacting visiting nurse service stations or primary care physicians at patient discharge during the last year. Moreover, they contacted many other organizations or institutions, such as facilities for the health of the elderly, home-care support centers and a municipal welfare office. Also contacted as part of discharge planning were the hospitals to which patients were admitted to after discharge from the initial treating hospital: long-term care hospitals, geriatric hospitals, and general hospitals.

Systems for discharge planning

Table 3 shows the systems used for discharge planning for each hospital included in the present study. Almost 30% of hospitals (399) had a discharge planning department. Among the hospitals with no such departments,

Table 2 Discharge needs of patients ($n = 1359$)

	No.	Percent
Difficulty in patients' discharge		
Ever had experience with this	1313	96.6
Type of patients' needs or problems:		
Insufficient caregiving capacity of the family	1151	84.7
Difficulty in securing other hospitals or institutions	1097	80.7
Problems of ADL or mental situation	742	54.6
Need of medical care after discharge	605	44.5
Economical problems	514	37.8
Terminal stage	407	29.9
Others	81	6.0
Never	44	3.2
Missing	2	0.1
Type of the institutions and home care agency that were contacted at discharge:		
Visiting nurse service station	1132	83.3
Primary care physicians	1103	81.2
Facility for the health of the elderly	1055	77.6
Home care support centre	948	69.8
Municipal welfare office	757	55.7
Special nursing home	664	48.9
Company of medical equipments	643	47.3
Municipal health and welfare centre	632	46.5
Prefectural health care centre	605	44.5
Social welfare council	554	40.8
Care house	484	35.6
Helper station	418	30.8
Private nursing home	298	21.9
Others	72	5.3
Type of the hospitals patients are admitted to after discharge from the initial hospital:		
Long-term care hospital (Long-term Care Insurance)	908	66.8
Long-term care hospital (Medical Insurance)	896	65.9
Geriatric hospital	637	46.9
General hospital	634	46.7
Rehabilitation hospital	483	35.5
Special functioning hospital	167	12.3
Community care support hospital	139	10.2
Others	79	5.8

Percentage is of all respondents in all instances. ADL, activity of daily living.

58 were preparing to establish a discharge planning department and 199 were considering this action. Almost 40% were not discussing the possibility of department.

A variety of professionals were involved in discharge planning. More than 80% of hospitals reported an involvement of head ward nurses, physicians in charge, and staff nurses; fewer reported an involvement of medical social workers in the hospital, physical therapists, dietitians, pharmacists and clerks. Some hospitals reported that contributions were made by discharge

planning nurses or medical social workers from hospital wards.

Implementation of discharge planning activities

Table 4 shows the rates of implementation of the nine types of discharge planning activities by each hospital. More than 90% of the hospitals implemented 'referral to other hospitals and institutions', 'counseling and coordination for the family', and 'explanation of the system of social welfare and Long-term Care Insurance'. In contrast, lower implementation rates were found for

Table 3 System of discharge planning ($n = 1359$)

	No.	Percent
Department for discharge planning		
Existing	399	29.4
Not existing	958	70.5
Preparing to establish it	58	4.3
Considering this action	199	14.6
No plan	564	41.5
Missing	2	0.1
Profession of the staff who were involved in patients' discharge		
Head nurse at ward	1321	97.2
Physician in charge	1275	93.8
Staff nurses at ward	1146	84.3
Medical social worker at the hospital	781	57.5
Physical therapist	600	44.2
Dietitian	530	39.0
Pharmacist	490	36.1
Clerk	482	35.5
Occupational therapist	266	19.6
Discharge planning nurse at the hospital	137	10.1
Medical social worker at ward	56	4.1
Clinical nurse specialist	50	3.7
Discharge planning nurse at ward	22	1.6
Others	126	9.3

Percentage is of all respondents in all instances.

'referral to care managers for Long-term Care Insurance' (76.1%) and 'use and coordination of home helpers' (60.9%).

As to the person in charge of discharge planning, nurses were more highly involved in activities related to family caregiving, visiting nurse services, and welfare/medical equipment than that of any other profession. In contrast, medical social workers took a larger role in the explanation of the system for welfare, referral to other hospitals, helpers, and care managers to patients. 'Referral to primary care physicians', however, was the task of physicians in more than 80% hospitals when this occurred.

Relationship between discharge planning implementation and other variables

In order to clarify the factors related to discharge planning implementation, we used multivariate analysis. At the bivariate stage of analysis we used the Chi-squared test and *t*-test ($P < 0.05$), and found that implementation of discharge planning activities was significantly related to almost all other variables. Consequently, we checked multicollinearity between variables, and, if there was any, we selected variables that showed a higher

relationship with dependent variables for use as independent variables for the multivariate stage. As a result, we used the following independent variables: the presence of a department for discharge planning, the number of hospital beds, the number of patients per nurse, the presence of affiliated organizations and beds for long-term care, the presence of a system for home visits by medical staff and rental of medical equipment, and the presence of problems with patient discharges. Separate multiple logistic regression analyses were performed using the nine dependent variables, that is, the implementation of the nine different discharge planning activities (Table 5).

The presence of discharge planning departments was strongly associated with the implementation of all activities except ordering medical equipment. Also strongly associated were number of beds, presence of affiliated institutions and home visits by medical staff. Hospitals with beds for the long-term care of patients reported the lowest implementation rates for referral to primary care physicians. The hospitals that had systems in place for rental of durable medical equipment were more likely to make referrals to social welfare than hospitals, with no systems in place related to equipment rental. Lower nurse/patient ratios were related to higher implementation rates for counseling for the family, referrals to visiting nurses, and ordering medical or welfare equipment. Problems with patients' discharge were related significantly to referral to other hospitals and provision of medical equipment.

DISCUSSION

This national survey in Japan showed that the majority of the hospitals experienced problems in patients' discharge (96.6%). Three hundred and ninety-nine (29.4%) hospitals reported that the a discharge planning department was established in their hospitals. The most frequent professions engaged in discharge planning activities were ward nursing staff and physicians. More hospitals that had discharge planning departments implemented almost all activities of discharge planning than did hospitals without such departments.

Many hospitals reported experiencing problems with patients' discharges. The care problems covered a wide range of social and medical needs, and hospital staff needed to contact many types of organizations, such as institutions, home-care agencies and hospitals at the time of a patients' discharge. These results indicated that providing support for discharge is a complex process, with potential for many difficulties.

Table 4 Percentage of reporting discharge planning activities by various organizational personnel

	Organizational personnel [†]																											
	Doing [‡]			Physicians			Nurses at wards			DP nurses			Other nurses			MSW			Clerk			Other profession						
	n	%		n	%		n	%		n	%		n	%		n	%		n	%		n	%		n	%		
Total	1359	100.0																										
Counseling and coordination for the family	1267	93.2	189	14.9	1119	88.3	162	12.8	125	9.9	659	52.0	33	2.6	180	14.2												
Explanation about the system of social welfare	1276	93.9	108	8.5	634	49.7	145	11.4	121	9.5	784	61.4	160	12.5	260	20.4												
Referral to other hospitals and institutions	1303	95.9	584	44.8	705	54.1	136	10.4	99	7.6	760	58.3	68	5.2	155	11.9												
Referral to care managers	1034	76.1	87	8.4	521	50.4	129	12.5	98	9.5	592	57.3	34	3.3	97	9.4												
Referral to primary care physicians	1203	88.5	974	81.0	251	20.9	109	9.1	43	3.6	362	30.1	28	2.3	121	10.1												
Referral to visiting nurses	1203	88.5	224	18.6	802	66.7	150	12.5	120	10.0	598	49.7	30	2.5	169	14.0												
Use and coordination of home helpers	827	60.9	24	2.9	268	32.4	109	13.2	86	10.4	495	59.9	21	2.5	195	23.6												
Ordering and coordination of welfare equipment	1200	88.3	42	3.5	845	70.4	143	11.9	151	12.6	526	43.8	29	2.4	317	26.4												
Ordering and coordination of medical equipment	1215	89.4	193	15.9	1017	83.7	137	11.3	140	11.5	328	27.0	41	3.4	214	17.6												

[†]Missing data: 1.1-3.3%. [‡]Multiple answers. Denominators are the number of hospitals which are doing the activity. DP, discharge planning; MSW, medical social worker.

Table 5 Results of multiple logistic regression to detect variables related to the implementation of discharge planning

Organizational variables	Counseling for the family		Explanation of the system of social welfare		Referral to other hospitals		Referral to care managers		Referral to primary care physicians		Referral to visiting nurses		Referral to home helpers		Ordering of welfare equipment		Ordering of medical equipment	
	Exp (B)	95% CI	Exp (B)	95% CI	Exp (B)	95% CI	Exp (B)	95% CI	Exp (B)	95% CI	Exp (B)	95% CI	Exp (B)	95% CI	Exp (B)	95% CI	Exp (B)	95% CI
Department for DP	7.10**	1.69-29.75	15.83**	2.16-115.9	3.90*	1.18-12.93	2.19***	1.51-3.17	2.10**	1.27-3.47	2.65**	1.45-4.86	2.94***	2.13-4.05	3.85***	1.97-7.54	-	-
No. beds																		
200-399	-	-	-	-	-	-	1.30	0.93-1.81	1.74*	1.13-2.66	1.62*	1.01-2.59	1.09	0.81-1.47	1.36	0.86-2.14	2.20**	1.34-3.63
(vs 100-199)																		
400+	-	-	-	-	-	-	1.61*	1.08-2.38	1.76*	1.04-2.98	2.20*	1.18-4.11	1.66**	1.16-2.38	2.18*	1.17-4.08	2.79**	1.41-5.54
(vs 100-199)																		
No. patients per nurse	0.33**	0.15-0.77	-	-	-	-	-	-	-	-	0.39**	0.22-0.70	-	-	0.53*	0.30-0.94	0.41**	0.23-0.75
Affiliated organizations	2.20*	1.09-4.44	-	-	-	-	3.63***	2.55-5.18	1.63*	1.08-2.45	3.59***	2.23-5.80	3.36***	2.50-4.50	2.04**	1.28-3.25	-	-
Beds for long-term care	-	-	-	-	-	-	-	-	0.49**	0.31-0.78	-	-	-	-	-	-	-	-
Home visits by medical staff	-	-	2.61**	1.37-4.97	-	-	1.39*	1.02-1.89	-	-	-	-	1.34*	1.01-1.78	1.78**	1.17-2.70	2.17***	1.42-3.32
Rental of medical equipment	-	-	2.99**	1.41-6.37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Problem with patients' discharge	2.95	0.95-9.09	-	-	3.50*	1.00-12.22	-	-	-	-	-	-	-	-	2.34	0.98-5.55	2.58*	1.05-6.34
Constant	80.23***		8.00***		8.65***		1.29		5.39***		35.90***		0.60***		6.10*		15.35**	
Model X ² (df)	32.7 (4)**		42.7 (3)**		10.2 (2)**		109.3 (5)**		34.0 (5)**		78.6 (5)**		159.4 (5)**		76.5 (7)**		50.9 (5)**	
Hosmer & Lemeshow's X ² (df)	4.93 (7)		6.59 (5)		0.24 (2)		5.46 (8)		3.53 (8)		1.44 (7)		3.05 (8)		4.39 (8)		8.04 (7)	
P	0.67		0.25		0.89		0.71		0.90		0.99		0.93		0.82		0.33	

Selection method is forward stepwise. -, variables not selected after collinearity. All organizational variables were analyzed as dummy variables (yes = 1), except 'No. patients per nurse.' * $P < 0.05$; ** $P < 0.01$; *** $P < 0.001$. DP, discharge planning.

Only 29.4% of hospitals reported that they had established a discharge planning department. There are no direct economic incentives for hospitals to establish discharge planning departments; such a service is not included in the medical service fee. Other incentives might include money saved from a shortened length of hospitalization or a good reputation attributed to a high level of satisfaction of patients/families and community institutions/agencies, however, these are not valid enough reasons by themselves to establish such a department. In addition to the issue of incentives, a significant economic impediment exists for extra staffing, such as staffing for the department. The larger hospitals may be more flexible and thus fewer barriers to establishing discharge planning departments; they may also have a greater volume of discharge-related work than smaller hospitals. It is possible that innovative hospitals or those with persons strongly interested in discharge planning are likely to establish such a department, however, they may be in the minority now. Twenty-five percent of hospitals were in the process of establishing or considering forming discharge planning departments; this result would show increasing awareness of their importance.

The professionals most frequently reported by hospitals as engaging in discharge planning were ward nursing staff and physicians, followed by the hospital's medical social workers. Other professionals or discharge planning nurses were much less frequently identified. The ward or unit staff must play an important role in discharge planning, but there are limits for their activities because they have many other things to do and some tasks for discharge planning are too complicated for them to accomplish. Therefore, we believe it might be better to establish a discharge planning department or to allocate special staff for the continuity of care for patients.

As for the activities of discharge planning, approximately 90% of hospitals reported implementing many of them, perhaps indicating that aspects of discharge planning are entering practice. Because the time of discharge provides a good opportunity to initiate preventive care, it is desirable that the discharge planning practice include helping patients and families predict and manage future life risks for patients as well as manage current problems. Counseling, explanation, and referral for medical services show high implementation rates. However, it is possible that hospitals might overlook patients' needs in relation to activities of daily living, focusing only their medical care needs. Fewer hospitals made referrals for care managers and home

helpers, which can be a problem. Care managers are to be selected by patients and/or their family independently, and helpers are often introduced by care managers under the new system of Long-term Care Insurance. In reality, it is difficult for many patients/families to select the proper care managers independently because the professional backgrounds of care managers are very diverse (Tompsett, 2001; Murashima, Nagata, Magilvy, Fukui & Kayama, 2002). Thus, in some cases, patients are left with unmet needs for assistance with household chores or going out after discharge (Mistiaen, Duijnhouwer, Wijkkel, de Bont & Veegan, 1997; Weaver, Perloff & Waters, 1998). Moreover, according to the results of the present study, referrals to care managers and home helpers are mainly made by medical social workers, and it would be effective for them to cooperate with the nurses who are skilled at medical assessment and preventive care.

This survey indicated that the implementation of discharge planning activities was related to the presence of a department of discharge planning, even after controlling for hospital size, affiliated institutions, and home visits by the medical staff. Perhaps members of those departments conducted the discharge planning activities for themselves or that they increased the hospital staff's awareness of the importance of continuous care. This finding would also support the importance of allocating staff to the departments responsible for continuity of patient care (Dukkers van Emden, Ros & Berns, 1999).

Hospital size was also related to the implementation of discharge planning activities. One reason might be that bigger hospitals have to manage more types or numbers of patients that need to be cared for, and the other reason might be that it is difficult for smaller hospitals to allocate staff to conduct discharge planning. For these hospitals, discharge planning may be incorporated into the regular work of ward staff or coordinated in cooperation with community care agencies or other hospitals. McNulty (1988) proposed some discharge planning models that vary according to the hospital size or function; these might be used to create new models suitable for Japanese hospitals.

It was found that staffing was also related to the implementation of discharge planning. When there are many nursing staff in wards, they can be sensitive to the needs of patients/families, and it would be easy for them to take time to provide counseling to the family, to coordinate referral to a visiting nurse service station, and to arrange for home-care equipment for patients. Nurses take on an important role when discharge planning (Fitzig, 1988; Lile & Borgeson, 1998), so adequate

numbers of nursing staff may be needed to fully implement discharge planning activities.

In the present study, all types of general hospitals were targeted and the questionnaire was completed at each hospital. This strategy resulted in some limitations: patients' characteristics could not be fully reflected in the analysis, and the responses could not represent the practice by all hospitals in Japan. Moreover, responding hospitals were more likely to be in the public sector and be larger, perhaps because public hospitals feel a responsibility to respond and larger ones need to deal with the problem of discharging patients after initial care. A future study should include actual numbers of patient discharges, so that the burden of such an activity might be understood in relation to the arrangements for discharge planning. Moreover, questions remain about the outcomes of discharge planning, both for the institution and patients and families, in relation to patient characteristics as well as hospital characteristics.

In conclusion, this survey of 1359 Japanese hospitals showed a high implementation rate of discharge planning activities, but that departments for discharge planning have not been widely adopted as the model for this function in Japan. Implementation of discharge planning activities was most strongly related to nursing staff and the existence of discharge planning departments. One of their functions should be to reinforce the awareness of discharge planning among hospital staff in order to assure timely discharge and continuity of patient quality care. It is recommended that such departments be established or that staff be allocated to discharge planning activities. It might be effective to cover discharge planning activities by health insurance in order to encourage these activities. Establishing discharge planning systems in the nation's hospitals could be a noteworthy innovation to improve the quality of care and to moderate health-care costs in the Japanese health-care system.

ACKNOWLEDGMENTS

The present study was funded by a grant-in-aid for Scientific Research (B) from the Japan Society for the Promotion of Science in 2001.

The authors are very grateful to all the respondents from the hospitals across Japan for their assistance. The authors also wish to thank Dr Caroline M. White (Oregon Health Science University, Portland, OR, USA) and Dr Kathy Magilvy (Colorado Health Science Center, Denver, CO, USA) for their knowledgeable comments.

REFERENCES

- Bull, M. J., Hanson, H. E. & Gross, C. R. (2000). A professional-patient partnership model of discharge planning with elders hospitalized with heart failure. *Applied Nursing Research*, *13*, 19–28.
- Dash, K., Zahle, N. C., O'Donell, L. & Vince-Whitman, C. (1996). Defining the nurse's role in discharge planning. In: Dash, K., Zahle, N. C., O'Donell, L. & Vince-Whitman, C. (Eds.), *Discharge planning for the elderly: A guide for nurses* (pp. 201–208). New York: Springer Publishing Company.
- Dukkers van Emden, D. M., Ros, W. J. G. & Berns, M. P. H. (1999). Transition of care: An evaluation of the role of the discharge liaison nurse in the Netherlands. *Journal of Advanced Nursing*, *30*, 1186–1194.
- Evans, R. L. & Hendricks, R. D. (1993). Evaluating hospital discharge planning: A randomized clinical trial. *Medical Care*, *31*, 358–370.
- Fitzig, C. (1988). Discharge planning: Nursing focus. In: P. J. Volland (Ed.), *Discharge planning: An interdisciplinary approach to continuity of care* (pp. 21–43). Maryland: National Health Publishing.
- Haddock, K. S. (1994). Collaborative discharge planning: Nursing and social services. *Clinical Nurse Specialist*, *8*, 248–252; 288.
- Hirose, M., Imanaka, Y., Ishizaki, T. & Evans, E. (2003). How can we improve the quality of health care in Japan? Learning from JCQHC Hospital Accreditation. *Health Policy*, *66*, 29–49.
- Ikegami, N. & Campbell, J. C. (1999). Health care reform in Japan: The virtues of muddling through. *Health Affairs*, *18*, 56–75.
- Jaarsma, T., Halfens, R. J. & Huijjer-Abu Saad, H. (1996). Readmission of older heart failure patients. *Progress in Cardiovascular Nursing*, *11*, 15–20.
- Japan Ministry of Health and Welfare. (1999). International comparison of medical care services. *Annual Report on Health and Welfare 1998–99* (pp. 102–104). Tokyo: Japan International Corporation of Welfare Services.
- Japan Ministry of Health, Labour and Welfare. (2001). *Heisei 11nen Kanja Chousa* [Patient Survey 1999]. Tokyo: Japan Ministry of Health, Labour and Welfare.
- Japan Ministry of Health, Labour and Welfare. (Ed.) (2003c). *Statistical abstracts on health and welfare in Japan 2002*. Tokyo: Health and Welfare Statistics Association.
- Japan Ministry of Health, Labour and Welfare. (2003b). *Heisei 13nen byouin houkoku* [Hospital Report 2001]. Tokyo: Japan Ministry of Health, Labour and Welfare.
- Japan Ministry of Health, Labour and Welfare. (2003a). *Byouin Houkoku: Heisei 15nen 4gatsubun Gaisuu* [Estimates of Hospital Report in April 2003]. Retrieved January 4, 2004, from <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/byouin/m03/by0304.html>

- Kosecoff, J., Kahn, K. L., Rogers, W. H., Reinisch, E. J., Sherwood M. J., Rubenstein, L. V., *et al.* (1990). Prospective payment system and impairment at discharge: The 'quicker-and sicker' story revisited. *JAMA*, 264, 1980-1983.
- Lile, J. L. & Borgeson, L. (1998). Discharge planning: Implications for staff development educators. *Journal of Nursing Staff Development*, 14, 47-51.
- McNulty, E. G. (1988). Discharge planning models. In: P. J. Volland (Ed.), *Discharge planning: An interdisciplinary approach to continuity of care* (pp. 93-117). Maryland: National Health Publishing.
- Meguro, E., Sakurai, K. & Koike, T. (2000). Tonai no tokuteikinoubyouin oyobi ippanbyouin ni okeru taiinkeikaku jisshijoukyou ni kansuru jittai chousa. [Survey on the status of implementation of the discharge plan in special-function hospitals and ordinary hospital in Tokyo Prefecture]. *Journal of the Japan Academy of Nursing Administration and Policies*, 4, 5-12.
- Mistiaen, P., Duijnhouwer, E., Wijkel, D., de Bont, M. & Veegan, A. (1997). The problems of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1233-1240.
- Murashima, S., Nagata, S., Magilvy, J. K., Fukui, S. & Kayama, M. (2002). Home care nursing in Japan: A challenge for providing good care at home. *Public Health Nursing*, 19, 94-103.
- Murashima, S., Nagata, S., Toba, K., Ouchi, Y. & Sagawa, Y. (2001). Characteristics of patients referred for discharge planning from a geriatric ward at a national University hospital in Japan: Implications for improving hospital programs. *Nursing and Health Sciences*, 2, 153-161.
- Murashima, S., Yokoyama, A., Nagata, S. & Asahara, K. (2003). The implementation of the Long-Term Care Insurance in Japan: Focused on the trend of home care. *Home Health Care Management & Practice*, 15, 407-415.
- Naylor, M. D. (1990). Comprehensive discharge planning for hospitalized elderly: A pilot study. *Nursing Research*, 39, 156-161.
- Naylor, M. D., Brooten, D., Campbell, R., Jacobsen, B. S., Mezey, M. D., Pauly, M. V. *et al.* (1999). Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: A randomized clinical trial. *JAMA*, 281, 613-620.
- Ouchi, Y. & Murashima, S. (Eds) (2002). *Taiinshien: Toukyoudaigaku Igakubu Fuzokubyouin Iryoushakaifukushibu No Jissen Kara* [Discharge planning: From the practice of the Medical, Social Services and Welfare Department at the University of Tokyo Hospital]. Tokyo: Kyorinshoin.
- Rich, M. W., Beckhan, V., Wittenberg, C., Leven, C. L., Freedland, K. E. & Carney, R. M. (1995). A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *New England Journal of Medicine*, 333, 1190-1195.
- Rosswurm, M. A. & Lanham, D. M. (1998). Discharge planning for elderly patients. *Journal of Gerontological Nursing*, 24, 14-21.
- Society for Health Policy of Ministry of Health and Welfare. (2000). *Byouin Youran 2001-02 Nenban* [Hospital Catalogue 2001-02]. Tokyo: Igakushoin.
- Sumi, N., Murashima, S., Toba, K. & Ouchi, Y. (2001). Taiinkonnan ga yosou sareta kourei nyuuin kanja ni taisuru souki taiin shien no kouka ni kansuru kenkyuu: Tokuteikinoubyouin rounenbyouka ni okeru junjikkennenkyuu [The effectiveness of early discharge planning for hospitalized elders who had expected difficulties of discharge: A quasi-experimental trial in a geriatric ward of a highly advanced medical center]. *Journal of the Japanese Society on Hospital Administration*, 38, 29-40.
- Tompsett, H. (2001). Changing systems in health and social care for older people in Japan: Observations and implications for interprofessional working. *Journal of Interprofessional Care*, 15, 215-221.
- Volland, P. J. (1988). Evolution of discharge planning. In: P. J. Volland (Ed.), *Discharge planning: An interdisciplinary approach to continuity of care* (pp. 1-18). Maryland: National Health Publishing.
- Weaver, F. M., Perloff, L. & Waters, T. (1998). Patients' and caregivers' transition from hospital to home: Need and recommendations. *Home Health Care Services Quarterly*, 17, 27-48.

退院支援の現状に関する全国調査

—— 病院における退院支援の実施体制に焦点を当てて ——

永田 智子¹⁾ 大島 浩子¹⁾ 田畑 まりえ¹⁾
 村嶋 幸代¹⁾ 鷺見 尚己²⁾ 春名 めぐみ³⁾

全国の病院における退院支援の取り組みの実態を把握し、退院支援部署の設置と関連する要因を検討することを目的として、一般病床100床以上の3,268病院に対し、2001年11～12月に郵送調査を実施した。回収数は1,568病院（回収率48.0%）で、1,359病院を分析対象とした。

1,313病院（96.6%）が退院・転院がスムーズに運ばないことがあると答えた。退院支援の取り組みの多くが80%以上の病院で実施されていたが、介護支援専門員やヘルパーの紹介・調整は実施率が低かった。退院支援部署があるのは399病院（29.4%）で、許可病床数、病院の種別、看護師の配置状況、設置主体、併設施設の有無が部署の設置と有意に関連していた。

今後は、退院支援部署の設置の効果を検証し、退院支援体制の整備を推進していくとともに、病院の特性に応じた支援システムについて検討を進めていくことが必要と考えられる。

キーワード：退院支援，全国調査，多職種協働，退院支援部署

I. 緒 言

Discharge planning（退院支援）とは、「患者とその家族が退院後の適切なケア・プランをつくるのを助けるために利用可能でなくてはならない、部門を越えた病院全体のプロセス」と定義されている¹⁾。

欧米諸国では、医療費の高騰により、在院日数の短縮への圧力が高まる一方、高齢化や医療の高度化に伴って、医療・介護を要する患者の退院が増加し、その結果として退院支援が促進されてきた²⁾。介入研究により、在院日数短縮や再入院率低

下などの効果があることも検証されている³⁻⁹⁾。日本でも医療費の増大や高齢化など同様の問題を抱えているが、退院支援への取り組みは遅れて始まり、現在、支援方法¹⁰⁻¹²⁾や支援による効果¹³⁾についての知見が蓄積されつつあるところである。

一方、退院支援の実施者や実施体制についての知見はまだ少ない。アメリカ合衆国では、退院支援の実施体制として、専任の退院支援者を置く場合、医師・看護師・医療ソーシャルワーカー（以下MSWとする）が協働して行う場合、これらの職種に加え、リハビリスタッフ・栄養士・薬剤師などの多職種チームを形成する場合などがある¹⁴⁾。退院支援者の職種としては看護師やMSWなどが挙げられており、高齢者専門ナースによる包括的な退院支援が効果的という報告もある³⁾。Bowlesらは、退院支援の実施者による在宅ケア

¹⁾ 東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野

²⁾ 北海道大学医学部保健学科

³⁾ 東京大学大学院医学系研究科母性看護学・助産学分野

紹介の意思決定の違いに着目し、多職種によるアセスメントの必要性を提言している¹⁵⁾。

日本での実態調査としては、1999年に都内の特定機能病院と一般病院を対象として調査した報告がある¹⁶⁾。退院計画の専門部署があるのは40施設中4施設(10.0%)で、退院支援の実施者は病棟看護師とMSWが多かった。また、1998年に全国の病院を対象として行われた調査によると、340病院中71か所(20.9%)が退院調整専門職を有したと報告されている¹⁷⁾。しかし、全国の病院を包括的に対象とした研究は報告されておらず、病院の特徴と退院支援体制との関連も検討されていない。また、2000年4月の介護保険制度施行や、相次ぐ診療報酬改定など、退院支援を取り巻く環境は大きく変化しており、退院支援体制にも変化が生じたことが予測される。

そこで、本研究では、全国の病院における退院支援に関する取り組みの状況や実施体制の実態を把握するとともに、実施体制の一形態として「退院支援部署の設置」に着目し、それに関連する要因を検討することとした。これにより、今後の退院支援実施体制の整備、退院支援に関わる人員の配置などについて示唆を得ることを目指した。

なお、本研究では、「退院支援」を「患者・家族のニーズにあった退院・転院先の選定と確保、および、退院・転院に際して必要な、教育指導や諸サービス調整等の支援」と操作的に定義した。

II. 方 法

1. 調査対象

「2001-2002年病院要覧」¹⁸⁾に基づき、全国の「一般病床が100床以上」の病院3,268全数を対象とした。回答は看護部長および退院支援部署のスタッフに依頼した。

2. 調査手順

2001年11~12月に郵送調査を実施した。調査に当たっては病院名を公表しないことを鏡文に明記して協力を求めた。

3. 質問項目

1) 病院の属性

設置主体、病床数、看護配置基準、病院の種別、療養型病床及び併設施設・機関の有無と種類、訪問診療・看護・リハビリテーションの実施の有無、平均在院日数を尋ねた。

2) 患者の退院状況

退院・転院がスムーズに運ばない場合の有無とその内容、前年度に退院に際して連絡を取った在宅ケア機関や施設、転院先を尋ねた。

3) 退院支援の取り組み状況と実施体制

実際の退院支援部署の活動内容を参考に¹⁹⁾、「家族介護者についての相談・調整」・「社会福祉・介護保険制度の説明」・「退院・転院先の紹介・調整」・「介護支援専門員の紹介」・「地域のかかりつけ医の紹介」・「訪問看護ステーションの紹介」・「ヘルパーの紹介・調整」・「介護用品の紹介・調整」・「医療機器と衛生資材の紹介・調整」を挙げ、これらを病院として通常実施しているかどうかを尋ねた。

また、退院支援の実施体制として、退院支援部署の有無を尋ねた。ここで「退院支援部署」とは、「病棟以外で退院支援を主な職務とする職員が配置されている院内の部署」と定義した。部署を有する病院には、部署の設置による影響などについても尋ねた。

4. 分析方法

各項目の単純集計を行った。また、退院支援部署を有する病院の特徴を検討するため、部署の有無を従属変数として、その他の変数を独立変数としたt検定及び χ^2 検定、さらにロジスティック回帰分析を行った。解析にはSPSS ver11.5を用いた。

III. 結 果

1. 回収数と回収率

1,568病院から返答が得られた(回収率48.0%)。うち、療養型への変換などにより、調査時点での一般病床が実際には100床未満であった162病院は対象から除いた。残り1,406病院のうち、リハビ

り専門病院や療養所などの長期療養施設は分析対象から外すこととし、基準として「入院基本料4」の要件である「平均在院日数が90日未満」の病院のみを対象とした。その結果、分析対象は1,359病院となった。

2. 回答病院の特性

回答病院の概要を表1に示す。設置主体は、地方自治体等（市町村、都道府県、済生会、日赤など）と医療法人が多かった。病院の病床数は平均 312.3 ± 203.2 床（範囲100～1,423床）で、看護師の配置基準は2:1および2.5:1が約80%を占めた。病院の種別としては、特定機能病院、地域医療支援病院、リハビリ病院などが若干含まれ、療養型病床を有するのは224病院（16.5%）であった。併設機関・施設があるのは572病院（42.1%）で、訪問看護ステーションなどの在宅関連機関が多かった。793病院（58.4%）では、訪問診療等を実施していた。平均在院日数は全体で平均 24.2 ± 10.3 日（範囲6.8～90日）であった。

3. 患者の退院に関する状況

退院に関する状況を表2に示す。1,313（96.6%）の病院が、退院・転院がスムーズに運ばないことがあると答えた。その内容としては、「家族の介護力に問題がある」、「退院・転院先を見つけるのが困難」を挙げた病院が8割以上と多く、次いで「介護上の問題」、「継続的な医療処置が必要」などであった。退院に際して連絡を取った施設・機関は、訪問看護ステーション、かかりつけ医が80%以上と多く、その他、介護老人保健施設、在宅介護支援センター、福祉事務所などが挙げられた。

4. 退院支援の取り組み状況

退院支援の取り組み状況を表3に示す。「退院・転院先の紹介・調整」、「家族介護者についての相談・調整」、「社会福祉・介護保険制度の説明」は90%以上の病院で行われていた。一方、実施率が低かったのは「介護支援専門員の紹介」76.1%、「ヘルパーの紹介・調整」60.9%であった。

退院支援部署があるのは399病院（29.4%）で、「設立に向けて準備中」というところは58病院

表1 回答病院の概要

	n	%
	1,359	100.0
設置主体		
公的病院		
地方自治体等	519	38.2
国	145	10.7
社会保険関係団体	59	4.3
私立病院		
医療法人	414	30.5
公益法人	102	7.5
学校法人	33	2.4
個人	29	2.1
会社	24	1.8
その他	34	2.5
許可病床数		
100-199	508	37.4
200-299	275	20.2
300-399	237	17.4
400-499	106	7.8
500以上	221	16.3
無回答	12	0.9
看護師配置基準		
2:1	527	38.8
2.5:1	562	41.4
3:1	225	16.6
3.5:1	19	1.4
4:1	11	0.8
無回答	15	1.1
病院種別		
一般病院	1,265	93.1
特定機能病院	49	3.6
リハビリ病院	29	2.1
地域医療支援病院	16	1.2
療養型病床ⁿ⁾の有無		
あり	224	16.5
なし	1,135	83.5
併設施設・機関		
あり	572	42.1
訪問看護ステーション	414	30.5
在宅介護支援センター	329	24.2
ヘルパスステーション	126	9.3
介護老人保健施設	211	15.5
介護老人福祉施設	42	3.1
介護利用型軽費老人ホーム・ケアハウス	30	2.2
なし	745	54.8
無回答	42	3.1
訪問の実施		
実施している	793	58.4
訪問診療	730	53.7
訪問看護	708	52.1
訪問リハビリ	399	29.4
実施していない	432	31.8
無回答	134	9.9
平均在院日数		
20日以内	517	38.0
20～30日以内	614	45.2
30日以上	189	13.9
無回答	39	2.9

ⁿ⁾ 療養型病床には、医療保険型・介護保険型を含む

表2 患者の退院の状況

	n	%
退院がスムーズにいかないことがある	1,359	100.0
どのような患者か (複数回答)	1,313	96.6
家族の介護力に問題がある患者	1,151	84.7
退院・転院先を見つけるのが難しい患者	1,097	80.7
介護上の問題がある患者	742	54.6
継続的な医療処置が必要な患者	605	44.5
経済的な問題がある患者	514	37.8
ターミナル期の患者	407	29.9
その他	81	6.0
退院に際して連絡を取った施設・在宅ケア関連機関 (複数回答)		
訪問看護ステーション	1,132	83.3
地域のかかりつけ医	1,103	81.2
介護老人保健施設	1,055	77.6
在宅介護支援センター	948	69.8
福祉事務所	757	55.7
指定介護老人福祉施設	664	48.9
会社・医療機器関連	643	47.3
市区町村保健福祉センター	632	46.5
保健所	605	44.5
社会福祉協議会	554	40.8
介護利用型軽費老人ホーム・ケアハウス	484	35.6
ヘルパーステーション	418	30.8
有料老人ホーム	298	21.9
その他	72	5.3
転院先として多かった病院の種類 (複数回答)		
療養型病床・医療保険適応	908	66.8
療養型病床・介護保険適応	896	65.9
老人病院	637	46.9
一般病院	634	46.7
リハビリテーション病院	483	35.5
特定機能病院	167	12.3
地域医療支援病院	139	10.2
その他	79	5.8

表3 退院に関する取り組み状況

	n	%
病院としての退院支援活動の実施状況	1,359	100.0
家族介護者についての相談・調整		
行っている	1,267	93.2
行っていない	58	4.3
社会福祉・介護保険制度の説明		
行っている	1,276	93.9
行っていない	59	4.3
退院・転院先の紹介・調整		
行っている	1,303	95.9
行っていない	37	2.7
介護支援専門員の紹介		
行っている	1,034	76.1
行っていない	296	21.8
地域のかかりつけ医の紹介		
行っている	1,203	88.5
行っていない	132	9.7
訪問看護ステーションの紹介		
行っている	1,203	88.5
行っていない	137	10.1
ヘルパーの紹介・調整		
行っている	827	60.9
行っていない	487	35.8
介護用品の紹介・調整		
行っている	1,200	88.3
行っていない	144	10.6
医療機器と衛生資材の紹介・調整		
行っている	1,215	89.4
行っていない	120	8.8
「退院支援部署」の有無		
ある	399	29.4
ない	958	70.5
設立に向けて準備中である	58	4.3
現在検討中である	199	14.6
今のところ考えていない	564	41.5
無回答	2	0.1

(4.3%)、「設立を検討中」は199病院(14.6%)であった。

5. 退院支援部署を有する病院の特徴

退院支援部署の有無による比較を表4に示す。設置主体別では、「公益法人」で部署を有する病院が多く、「国」は部署を有しない病院が多かった。

平均許可病床数は、部署を有する病院のほうが多かった。看護師の配置基準では、部署を有する病院で看護師あたり平均患者数が少なかった。病院の種類別では、一般病院と他の病院との間に部署の設置割合の差があった。また、併設施設のある病院で、部署を有する割合が高かった。訪問診療・看護の実施も部署の有無と関連する傾向を示し

表4 退院支援部署を有する病院の特徴

	「退院支援部署」の有無			
	ある		ない	
	n	%	n	%
設置主体	399	100.0	958	100.0
公的病院	201	50.4	521	54.4
地方自治体等	146	36.6	373	38.9
国	32	8.0	112	11.7*
社会保険関係団体	23	5.8	36	3.8†
私立病院	198	49.6	437	45.6
医療法人	123	30.8	291	30.4
公益法人	42	10.5	60	6.3**
学校法人	14	3.5	19	2.0†
会社	5	1.3	19	2.0
個人	4	1.0	24	2.5†
その他	10	2.5	24	2.5
許可病床数				
100-199	107	26.8	400	41.8
200-299	78	19.5	197	20.6
300-399	84	21.1	153	16.0
400-499	32	8.0	74	7.7
500以上	95	23.8	125	13.0
平均±標準偏差 ^a	363.6±229.0		290.8±187.5***	
看護配置基準				
2:1	200	50.1	327	34.1
2.5:1	149	37.3	412	43.0
3:1	41	10.3	183	19.1
3.5:1	4	1.0	15	1.6
4:1	3	0.8	8	0.8
平均±標準偏差 ^{ab}	2.3±0.4		2.5±0.4***	
病院種別				
一般病院	356	89.2	907	94.7
特定機能病院	24	6.0	25	2.6
リハビリ病院	12	3.0	17	1.8
地域医療支援病院	7	1.8	9	0.9
療養型病床の有無				
あり	63	15.8	160	16.7
なし	336	84.2	798	83.3
併設施設				
あり	190	47.6	382	39.9*
なし	199	49.9	544	56.8
訪問の実施				
実施している	246	61.7	546	57.0†
実施していない	111	27.8	320	33.4
平均在院日数				
20日以内	183	45.9	334	34.9
20~30日以内	161	40.4	453	47.3
30日以上	48	12.0	140	14.6
平均±標準偏差 ^a	23.2±11.2		24.5±9.9*	

†: $p < 0.10$, *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$, ***: $p < 0.001$
^a: 許可病床数, 看護配置基準, 平均在院日数は t 検定。その他は χ^2 検定
^b: 看護師1人当たりの患者数について算出

表5 退院支援部署の有無との関連要因 (ロジスティック回帰分析)

	β	[95%信頼区間]	p
設置主体			
公的病院	1.000		
私立病院	1.589	[1.183-2.134]	0.002
許可病床数			
100-199	1.000		
200-399	1.643	[1.196-2.257]	0.002
400以上	2.290	[1.534-3.419]	<0.001
看護配置基準	0.474	[0.326-0.687]	<0.001
病院種別			
一般病院	1.000		
地域医療支援病院	0.928	[0.302-2.854]	0.898
特定機能病院	1.976	[1.000-3.903]	0.050
リハビリ病院	2.370	[1.023-5.492]	0.044
併設施設			
なし	1.000		
あり	1.353	[1.006-1.821]	0.046
訪問の有無			
なし	1.000		
あり	1.304	[0.965-1.761]	0.084

モデルの $\chi^2 = 74.784$ (df=9, $p < 0.001$)
 Hosmer & Lemeshow の検定 $\chi^2 = 3.528$ (df=8, $p = 0.897$)

た。平均在院日数は部署がある方が短かった。

これらの有意差のあった変数のうち、平均在院日数以外を独立変数として、ロジスティック回帰分析を行った。平均在院日数は、看護師配置基準・病院種別などとの関連が強いこと、また、病院固有の特徴というより、退院支援等の取り組みの効果を示す値と考えられることから、独立変数から除いた。分析結果を表5に示す。退院支援部署を有することと有意に関連したのは、「私立病院であること」、「許可病床数が多いこと」、「看護師一人当たりの患者数が少ないこと」、「リハビリ病院であること」、「併設施設を有すること」であった。「特定機能病院であること」、「訪問診療等を実施していること」は有意ではなかったが、関連する傾向を示した ($p < 0.10$)。

6. 退院支援部署の概要と設置による影響

退院支援部署を有する399病院について、部署の概要を表6に示す。

表6 退院支援部署の概要と設置による影響

	n	%
設立年	399	100.0
～1989	77	19.3
1990～1994	45	11.3
1995～1999	141	35.3
2000～	95	23.8
病院組織内の位置づけ		
事務部	127	31.8
看護部	95	23.8
その他	75	18.8
院長直属	46	11.5
診療部	44	11.0
部の責任者		
MSW	116	29.1
看護師	95	23.8
医師	92	23.1
事務職員	59	14.8
保健師	15	3.8
部のスタッフ (複数回答)		
MSW	217	54.4
看護師	149	37.3
事務職員	99	24.8
医師	77	19.3
保健師	35	8.8
退院支援以外の部署の業務 (複数回答)		
地域の専門職への対応	319	79.9
受診相談	292	73.2
医事相談	279	69.9
外来患者への在宅療養指導	219	54.9
訪問看護	111	27.8
部署の設立による影響 (複数回答)		
患者・家族にとって		
患者・家族の納得のいく選択が可能になった	291	72.9
家族介護者の負担が軽減した	274	68.7
医療処置が必要でも自宅に帰る人が増えた	229	57.4
家族介護力が弱くても自宅に帰る人が増えた	200	50.1
ターミナル期でも自宅に帰る人が増えた	193	48.4
病棟看護師にとって		
退院支援活動への理解が深まった	251	62.9
退院困難な患者に積極的に取り組むようになった	243	60.9
他職種とのチームワークが強まった	219	54.9
退院後の看護計画が立てやすくなった	162	40.6
病棟業務が忙しくなった	27	6.8
病院にとって		
平均在院日数が短縮した	201	50.4
地域からの信頼が高まった	160	40.1
病床回転率が増加した	147	36.8
病院経営が改善した	27	6.8
病床利用率が低下した	14	3.5

部署の設立時期は、59.1%が1995年以降で、中でも95病院(23.8%)は2000年以降の設立であった。病院組織内では事務部、看護部に位置づけている病院が多く、部署の責任者はMSW、看護師、医師などであった。スタッフについて回答があった293病院のうち、MSWがいる病院が217と最も多く、次いで看護師、事務職員、医師であった。表には示していないが、スタッフの組み合わせをみると、「MSWだけ」が96病院、「看護職だけ」が40病院と多い一方、「MSW、看護職、医師、事務職員」など、複数の職種から成るところも半数以上あった。部署の業務が退院支援のみであるのは4病院だけで、地域の専門職への対応、受診相談、医事相談などが兼務されていた。

部署の設置による影響について、回答者の考えを尋ねたところ、患者・家族への影響としては、「患者・家族の納得のいく選択が可能になった」72.9%、「家族介護者の負担が軽減した」68.7%などが挙げられた。また、医療処置の必要なケース、家族介護力が弱いケース、ターミナルケースについて、自宅に帰る人が増えたという病院がそれぞれ5割前後あった。病棟看護師への影響としては、「退院支援活動への理解が深まった」62.9%、「退院困難な患者に対して積極的に取り組むようになった」60.9%などが多かった。病院全体への影響としては、「平均在院日数が短縮した」という病院が50.4%あり、その他にも「地域からの信頼が深まった」などの回答が見られた。

IV. 考 察

1. 患者の退院と退院支援への取り組みの現状

患者の退院・転院がスムーズに運ばない場合があると答えた病院が96.6%に上り、退院に際して連絡を取った施設や機関、転院先も多岐に渡っていた。すなわち、退院に関わる支援は多様であり、実施にあたっての困難も多いことが裏付けられた。

退院支援に関する具体的な取り組みについては、多くの項目で80%以上の病院が実施していたが、ヘルパーと介護支援専門員の紹介・調整で実施率が低かった。介護支援専門員は、患者・家族

が主体的に選択することが原則であり、ヘルパーは介護支援専門員から紹介されるケースが多いためと考えられる。しかし、実際には、患者・家族が適した介護支援専門員を自主的に選択することは難しい^{19,20)}。また、病院からの退院患者には家事や身の回りの世話、行動範囲の拡大などのニーズを有する者が少なくなく²¹⁾、ヘルパーの支援が役立つケースもある²²⁾。退院時は予防的ケアの新規導入の良いタイミングでもあり、病院でもこのような支援を実施することが望まれる。

2. 退院支援部署の設置状況とそれに関連する要因

退院支援部署を有する病院は29.4%であり、先行研究^{16,17)}よりも高い割合であった。対象の範囲が異なるため、単純な比較はできないが、退院支援の体制整備が進んでいることを反映しているといえよう。本研究で「設立に向けて準備中」、「現在検討中」と答えた病院が20%以上に上り、最近の設置が多かったことも、この傾向を裏付けると考えられる。

退院支援部署の有無は、病院の設置主体、規模、種別、看護師の配置状況、併設施設の有無と関連していた。以下、これらの関連について検討する。

私立病院より公的病院で部署を有する割合が少なく、特に、国立の病院で部署の設置割合が少なかった。国公立の病院は人員配置に法的な規制があり、ニーズに応じた柔軟な対応が私立病院よりも困難なためであろう。しかし、現在、国立大学病院においては、退院支援部署の設置が急速に広がっている。規制緩和と病院経営の健全化を目指す動きが促進され、かつ、部署が病院経営に与える好影響が認められれば、国公立病院においても部署の設置が増加するものと考えられる。

規模が大きい病院は、患者数に比例して退院支援を必要とするケース数も多い。逆に規模が小さい場合、支援を要する患者が少なく、専門スタッフの配置に見合う仕事量が確保されないことがありうる。また、専門部署を設置する人的資源の余裕も、小規模の方が得にくいと考えられる。

一般病院に比して、リハビリ病院で部署の設置割合が高く、特定機能病院でも同様の傾向が見ら

れたことは、患者の特性によるものと考えられる。リハビリ病院では、入院前と異なる身体状況を抱えての退院となる場合が多い。また、特定機能病院は、患者の重症度が高く、医療圏も広いために、退院支援部署の必要性が高いと考えられる¹⁰⁾。

看護師の配置状況が部署の有無と関連した理由も、同様と考えられる。すなわち、本研究の対象には、急性期中心の病院と亜急性期・慢性期患者を対象とする病院が含まれていたため、その相違が看護師配置と部署の設置の双方に関連した可能性がある。別の理由として、看護師の配置状況が病院全体の人的資源のゆとりを反映していることも考えられる。日常業務に当たる医療スタッフが十分でなければ、退院支援業務や体制の整備にまで手が回らないことも当然であろう。

併設施設を有する病院では、併設施設との連携や施設を介した地域との連携が自然に行われており、退院支援に類する業務が日常的に実施されていると思われる。すなわち、併設施設があることは、同時に、退院支援体制の整備にもつながると考えられる。訪問診療等を実施している病院で部署の設置が多い傾向があったのも、同様の理由であろう。これら、併設施設や訪問システムを有する病院は、元来、地域指向性が高いため、退院支援の必要性の認識、実施とも積極的な方向にあったのではないかと推察される。

なお、在院日数と退院支援部署との関連も認められた。退院支援の実施により在院日数が短縮されることは海外の先行研究でも示されており^{6,8,9)}、本研究の部署設置の効果についての回答からも、部署の設置が在院日数短縮をもたらしたことが予測される。しかし、本研究は横断研究であるため、「元々在院日数の短い病院で部署が多く設置された」ことを示す可能性も否定できない。今後は、部署設置前後での経時変化を調査する必要がある。

3. 退院支援部署の現状

退院支援部署は、半数以上が多職種で構成されていたが、MSWや看護職の単一職種から成るところも見られた。退院支援では、患者の医療面・生活面の把握、地域の専門職との連携、社会資源

の開拓などを行っていく必要があるため^{10,15)}、複数の職種が協働して退院支援を実施していく体制が望ましいと考えられる。

退院支援部署の設置により、退院困難な患者の退院促進、看護師の退院に取り組む姿勢の変化などの効果が見られていた。先行研究では、部署を有することが、病棟看護師の退院支援活動や認識に好影響を及ぼすとされている²³⁾。また、本調査の別の分析においては、退院支援活動の実施状況が部署の有無と関連することも明らかになっている²⁴⁾。退院支援は病院全体を挙げて取り組むべき課題であり¹⁾、院内の意識啓発を進めるためにも、退院支援の体制整備は有意義であると考えられる。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究では病院を単位とした調査を行ったため、患者の特徴の相違を考慮することができなかった。今後は、患者特性を同時に把握し、退院支援ニーズの多寡や質についても検討する必要がある。また、退院支援の実施体制は病院の組織、機能、地域特性などに応じて多様であり、望ましい体制も様々であると考えられる。今後は、病院の類型別に、適した支援システムのあり方を検討していくことが必要であろう。なお、本研究の回収率は48%であり、比較的退院支援に熱心な病院が回答した可能性が否定できないため、結果の一般化には注意を要する。

平成16年度の診療報酬改定において「亜急性期入院医療の評価」の要件に「在宅復帰支援を担当する者の配置」が定められるなど、退院支援体制の整備が徐々に促進されている。退院支援が医療の質の向上に与える効果が明示され、制度上のインセンティブがさらに強まれば、退院支援の体制整備が病院にとってスタンダードになっていくことも期待される。今後は、そのためのエビデンスを蓄積していく必要があると考える。

V. 結 論

退院支援について全国調査を行ったところ、多くの病院で退院に当たっての困難が経験されてい

ることが明らかになった。約3割の病院が退院支援部署を有しており、病院規模や種別、看護師の配置状況、併設施設の有無などが部署の設置と関連していた。今後は、退院支援部署の設置の効果を検証し、退院支援体制の整備を推進していくとともに、病院の特性に応じた支援システムについて検討を進めることが必要と考えられる。

調査にご協力下さった病院の皆様に深謝いたします。

本研究は、平成12~14年度長寿医療研究委託費、および、平成13~15年度文部科学省科学研究費によって行われた。また、本研究の一部は第40回日本病院管理学会学術総会にて発表した。

文 献

- 1) 手島隆久, 退院計画—病院と地域を結ぶ新しいシステム—, 中央法規 (東京), 1996
- 2) Volland PJ, Evolution of discharge planning, Discharge planning: An interdisciplinary approach to continuity of care (Voll and PJ ed), National Health Publishing (Maryland), 3-14, 1988
- 3) Naylor MD, Broton D, Campbell R, *et al.* Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: A randomized clinical trial, JAMA, 281, 613-620, 1999
- 4) Styrborn K, Early discharge planning for elderly patients in acute hospitals: an intervention study, Scandinavian Journal of Social Medicine, 23(4), 273-285, 1995
- 5) Evans RL, Hendricks RD, Evaluating hospital discharge planning: A randomized clinical trial, Medical Care, 31, 358-370, 1993
- 6) Haddock KS, Collaborative discharge planning: nursing and social services. Clinical Nurse Specialist, 8(5), 248-252, 288, 1994
- 7) Bull MJ, Hanson HE, Gross CR, A professional-patient partnership model of discharge planning with elders hospitalized with heart failure, Applied Nursing Research, 13(1), 19-28, 2000
- 8) Nikolaus T, Specht-Leible N, Bach M, A randomized trial of comprehensive geriatric assessment and home intervention in the care of hospitalized patients, Age & Ageing, 28, 543-550, 1999
- 9) Rich MW, Beckhan V, Wittenberg C, *et al.* A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure, New England Journal of Medi-

- cine, 333(18), 1190-1195, 1995
- 10) 大内尉義, 村嶋幸代(監修), 退院支援—東大病院医療社会福祉部の実践から, 杏林書院(東京), 2002
 - 11) 福島道子, 河野順子(京極高宣監修), 実践退院計画(ディスチャージプランニング)導入ガイド, 日総研出版(愛知), 2000
 - 12) 森山美知子, 済生会山口総合病院看護部, ナーシング・ケースマネジメント—退院計画とクリティカルパス, 医学書院(東京), 1998
 - 13) 鷺見尚己, 村嶋幸代, 鳥羽研二, 他, 退院困難が予測された高齢入院患者に対する早期退院支援の効果に関する研究—特定機能病院老年病科における準実験研究, 病院管理, 38, 29-40, 2001
 - 14) Dash K, Zahle NC, O'Donnell L, *et al.* Discharge planning for the elderly: A guide for nurses, Springer Publishing Company (New York), 201-207, 1996
 - 15) Bowles KH, Foust JB, Naylor MD, Hospital discharge referral decision making: a multidisciplinary perspective, *Applied Nursing Research*, 16(3), 134-143, 2003
 - 16) 目黒衣留舞, 桜井久美子, 小池智子, 都内の特定機能病院および一般病院における退院計画実施状況に関する実態調査, *日本看護管理学会誌*, 4(1), 5-12, 2000
 - 17) 桂 敏樹, 高橋みや子, 右田周平, 全国の医療機関における退院計画システム化の進捗状況, *日本農村医学会雑誌*, (51)5, 712-723, 2003
 - 18) 厚生省健康政策研究会, 病院要覧2001-2002年版, 医学書院(東京), 2000
 - 19) Murashima S, Nagata S, Magilvy JK, *et al.* Home care nursing in Japan: a challenge for providing good care at home, *Public Health Nursing*, 19, 94-103, 2002
 - 20) 東京都社会福祉協議会, 検証・介護保険の利用と選択—介護保険制度をよりよくするための利用者アンケート集計結果—, 東京都社会福祉協議会(東京), 2001
 - 21) Mistiaen P, Duijnhouwer E, Wijkkel D, *et al.* The problems of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1233-1240, 1997
 - 22) 柳澤愛子, 若林浩司, 田城孝雄, 他, 退院支援へのチャレンジ6: 痴呆の高齢夫婦に対して, 適切な介護保険サービスの利用を支援し, 在宅療養が可能となった事例(軽度痴呆で糖尿病をもつ妻と軽度痴呆の夫の退院支援から), *保健の科学*, 43(3), 243-248, 2001
 - 23) 松永篤志, 永田智子, 村嶋幸代, 他, 特定機能病院における病棟看護師の退院支援についての認識および実施状況—退院支援部署の有無による比較に焦点を当てて—, *病院管理*, 41(3), 185-194, 2004
 - 24) Nagata S, Kimura M, Ooshima H, *et al.* Current status of discharge planning activities and systems: National survey of discharge planning in Japan, *Japan Journal of Nursing Science*, in press.

(平成16.6.7受付, 平成16.8.9採用)

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
 E-mail: satoko-tky@umin.ac.jp

NATIONAL SURVEY OF DISCHARGE PLANNING IN JAPAN

— An examination of the discharge planning system at hospitals —

Satoko NAGATA¹⁾, Hiroko OOSHIMA¹⁾, Marie TABATA¹⁾, Sachiyo MURASHIMA¹⁾,
Naomi SUMI²⁾ and Megumi HARUNA³⁾

In this study, we investigated the current methods of discharge planning at Japanese hospitals and the variables related to the establishment of discharge planning department. A mail survey was submitted during November and December in 2001 to 3,268 hospitals in Japan with 100 general beds or more. A total of 1,568 hospitals answered the survey (response rate: 48.0%), and 1,359 hospital responses were used as the subject of analysis.

The majority of the hospitals experienced problems in patients' discharge (1,313 or 96.6%). More than 80% of the hospitals implemented most activities of discharge planning, but the implementation rate of an introduction and coordination of the care manager or home helper was relatively low. The number of hospitals with a discharge planning department was 399 (29.4%). The hospital size, hospital type, nurse/patient ratio, establishing body, and affiliated institution were related significantly to the status of the establishment of the discharge planning department.

It will be necessary to examine the effect of the establishment of a discharge planning department and to encourage the development of a system for discharge planning. Furthermore, investigating the feasibility of the discharge planning system in relation to the hospital needs is needed.

Key words: discharge planning/nationwide survey/multidisciplinary collaboration/discharge planning department

¹⁾ Department of Community Health Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

²⁾ Department of Nursing, School of Medicine, Hokkaido University

³⁾ Department of Midwifery and Women's Health, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

地域看護：社会の問題に対処する看護

村嶋幸代・田口敦子

むらしまさちよ
 東京大学大学院医学系研究科教授（健康科学・看護学専攻・地域看護学分野）。東京大学大学院医学系研究科修士課程修了。保健学博士。著書「始めよう！ 24時間訪問看護：介護」（編著、医学書院、一九九六年）、「退院支援：東大病院医療社会福祉部の実践から」（香林書院、二〇〇二年）など。
 たぐちあつこ
 東京大学大学院医学系研究科助手（地域看護学分野）。神戸大学医学系研究科修士課程修了。

● 地域看護とは

(1) 地域看護が目指すもの

地域看護は、地域社会全体を看護することを目指す。この点が他の臨床看護と大きく異なる点である（図1）。看護職の所属も、病院や診療所といった「医療」の場ではなく、自治体や企業・学校といった社会生活を行う場であり、担っている機能は、「保健」である。即ち、予防の視点から地域社会をより健康に

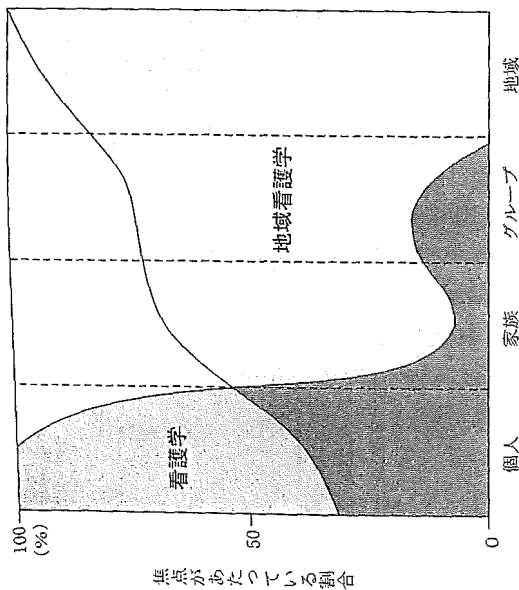
し、人々が快適に生活できるようにすることを目指している。

(2) 環境への働きかけと当事者へのエンパワメント

——ヘルスプロモーションの理念——

地域社会全体を看護することが必要な理由は、地域に暮らす人々の健康問題の発生に環境が影響を与えること、逆に、問題を解決するためには、地域社会で組織的に取り組んでいくことが必要だからである。個人の問題には地域社会の問題が反映されており、その

図1 看護学と地域看護学が対象とする焦点の差異



出典：Allender, J.A., Spradley, B.W.: Community Health Nursing, 5th ed. p.15, Lippincott, Philadelphia, 2000.

人々や家族への看護を通して地域社会の問題を見出し、その問題解決のために地域で必要なケアシステムを創っていく。逆に、地域社会で必要なケアシステムができていくことによつて、その地域に暮らす人が生活しやすくなっていく。このような両面性があることに地域看護の特徴と面白さがある。したがつて、働きかけにしても、評価にしても、常に、個と集団・地域の二側面から考えていくことになる。

一方、働きかけの対象となる「地域社会」は、現代の社会そのものである。このため、地域看護に課せられている課題は、現代社会が抱えている課題に対処することであり、その活動内容も、国内の社会情勢のみならず世界の動向による影響を受けて変化してきている。

個と集団・地域の二側面の働きかけが必要だという考え方は、ヘルスプロモーションの考え方と共通している（図2）。

ヘルスプロモーションは、「一九八六年にWHOの会議で採択されたオタワ憲章で述べられた考え方であり、「人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるようなプロセスである」と定義されてい

表1 予防活動レベルと対応策

	一次予防	二次予防	三次予防
対応策	健康増進、発症予防	早期発見、早期治療	重症化防止、障害の制限、リハビリテーション
対応策の例	健康教育、予防接種	健康診断、事後指導	患者管理、運動療法、社会復帰の促進

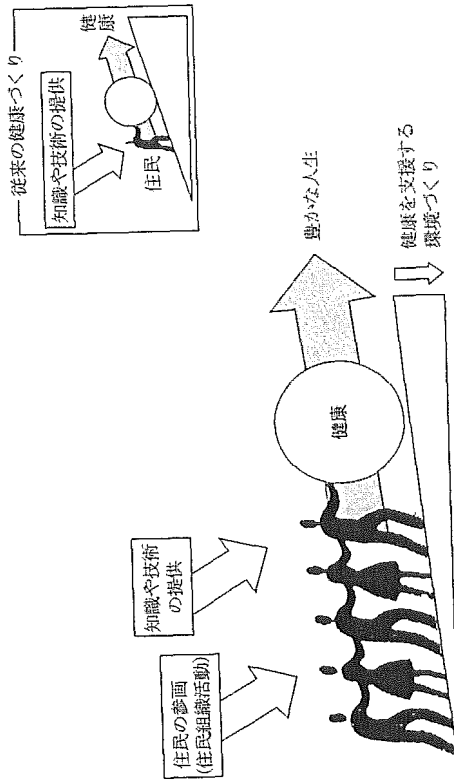
表2 保健師教育の考え方 (平成8年4月1日厚生省看護課)

- (1) 人々の健康並びに疾病・障害の予防、発生、回復及び改善の過程を社会的条件の中で把握することができる能力を養うとともに、これらの人々を援助する能力を養う。
- (2) 地域の個人が自らの健康状態を認識し、健康の保持増進を図るため健康学習や自主・自助グループ活動を実施し、また社会資源を活用できるよう支援する能力を養う。
- (3) 地域に顕在している健康問題を把握するとともに、潜在している健康問題を予測し、それらの問題を組織的に解決する能力を養う。
- (4) 保健・医療・福祉行政の基礎的知識を踏まえ、地域の健康問題の解決に必要な社会資源の開発や保健・医療・福祉サービスを評価し調整する能力を養う。

(4) 個別から地域へのケア

地域看護が対象とする個人の健康問題には、地域社会の問題が反映されているため、社会的環境への働きかけが必要になることは前述した。地域看護では、個

図2 ヘルスプロモーションの考え方



出典：藤内修二、日隈圭子、渡部弘、若菜紳也「ヘルスプロモーションを实践するためにー日常業務、ルーティンワークでの実践に向けてー」、『公衆衛生』63(4)、pp.268-278、2001年、p.276、図「昔で変える「健康日本21」(藤内)」

る。すなわち、従来の健康づくりは、健康を目的にし、専門職が住民に知識や技術を提供することによって、住民が独力で急な坂道を登っているというものであった。それに対し、ヘルスプロモーションでは、健康は豊かな人生を楽しむための手段だと考えられている。環境に働きかけ、坂道を緩やかにして登りやすくするとともに、住民自身が多数参加して、健康づくりを組織的に行っていくとする活動である。地域看護は、環境への働きかけと、住民自身が主体的に活動できるように住民にパワーを与える、即ち、エンパワメントの二側面から活動を行う。後者は、必要な知識を健康教育、相談、家庭訪問といった場で看護に乘せて提供し、本人たちが、自分の生活の中で活用できるようにすることである。

地域看護の究極のねらいは、「健康的な市民社会の創出」「住民一人ひとりが自分の健康は自分で守ることができるようにする」ことである。

(3) 予防活動の重視

病院等では、既に健康を害した人を看護する。一方、地域看護では予防活動、即ち、健康問題を未然に

察知し、対処することを重視して活動している。予防は大きく三段階に区別され、各々対応策が考えられている(表1)。即ち、疾病の発生を未然に防ぐ一次予防、早期に発見して、早期に治療し回復を促す二次予防、重症化を防いで、障害を軽減し、社会復帰を促す三次予防である。このうち、社会的に見てもコストが安く、望ましいのは一次予防である。保健師は、個別や集団に健康教育や学習会を積極的に実施して、疾病予防対策、即ち、一次予防に努めている。具体的には、健康問題で困っている人に直接働きかけて重症化を防ぎ(二次予防)、そこで明らかになった問題を防ぐ形で地域社会の制度を整え(システム化)、ケアを必要とする人を早期に発見して早期に対応し(二次予防)、そこで見出した方策を、健康教育という形で提供して将来的な発生を予防していく(二次予防)という形をとっていく。