

入院早期から退院調整を開始している退院調整実施者の特徴

中村美穂子* 山下清香* 小野順子* 吉田麻美* 大塚 文** 岩崎玲奈*** 尾形由起子*

Characteristics of discharge coordination practitioners who start discharge coordination from the early days of hospitalization

Mihoko NAKAMURA Kiyoka YAMASHITA Junko ONO Asami YOSHIDA
Aya OTSUKA Rena IWASAKI Yukiko OGATA

要 旨

本研究は入院早期から退院調整を開始している退院調整実施者の特徴を明らかにすることを目的とした。A県内の100床以上の医療機関の退院調整実施者を対象に無記名自記式質問紙調査を実施した。その結果、入院早期から退院調整を開始している退院調整実施者は、「退院支援計画書の作成」「退院準備、在宅ケア移行支援」についての病棟カンファレンスの企画、開催」を実施している者の割合が有意に多かった。また、自治体が作成したリストを使用し訪問看護ステーションを把握している者が有意に多かった。自治体が作成する社会資源に関するツールの使用や、病棟カンファレンスを退院調整実施者が企画、開催し退院調整について多角的な視点から議論することは、より質の高い退院調整の展開に繋がると考えられる。

キーワード：退院調整、退院支援、退院調整実施者、入院早期

緒 言

わが国では急速な高齢化や入院期間の短縮化が進む中、患者が安心して医療機関から住み慣れた地域へ療養の場を移し、その人らしい暮らしを送ることができるよう、切れ目ない医療提供体制の確保と早期からの退院調整の充実を目指す施策が進められている¹⁾。2025年には在宅医療を必要とする者が29万人に達すると見込まれ²⁾、訪問診療や訪問看護の利用者は年々増加している²⁾。しかしながら、中には急性期治療を終え、医療依存度の高い状態のまま退院する患者も増加している。このような状態の中、患者・家族が、療養の場が変わっても医療を受けながら望む暮らしを続けるために、入院前からの退院を見据えた支援の必要性が高まっている。2018年の診療報酬改定では入院前からの支援に関する「入院時支援加算」が新設され、入院早期から退院直後までの切れ目ない支援を評価するため「退院支援加算」から「入退院支援加算」へ名称変更された³⁾。このように、

近年、退院調整のより早期からの展開と更なる充実に向け、診療報酬改定毎に退院調整に関する報酬の新設・見直しがなされ³⁾、多くの医療機関で退院調整看護師や退院調整部署等の配置・増員が行われている^{4~6)}。特に、退院後の生活の再構築に困難さを抱えた患者の療養の場の移行においては、院内外が多職種を繋ぐ窓口としての機能が期待されるのは退院調整部署であり、多様な医療的ニーズ、社会的背景を持つ患者・家族の希望を中心に据えた退院調整の展開が望まれる。

退院調整に関する先行研究では、退院調整部署は病床数150床以上の病院では半数以上に設置されており⁷⁾、ソーシャルワーカー、看護師、事務職等の多職種が配置されている。退院調整に従事する看護師では、経験年数が長く管理職経験のある者が多いことが報告されているが、退院調整業務の従事年数が短い者が多い現状もうかがえる^{7~11)}。退院調整実施者が行う業務として、退院調整が必要な患者・家族を

*福岡県立大学看護学部
Faculty of Nursing, Fukuoka Prefectural University

**広島文化学園大学人間健康学部
Faculty of Health and Well-being, Hiroshima Bunka Gakuen University

***九州労災病院
Kyushu Rosai Hospital

連絡先：〒825-8585 福岡県田川市伊田4395
福岡県立大学看護学部
中村美穂子
E-mail: m-nakamura@fukuoka-pu.ac.jp

見極め、院内外の多職種や社会資源を結びあわせ適切な療養環境を準備することが報告されている^{12,13)}。また、研修会の開催や退院支援の評価を通した多職種及び組織への教育的働きかけにおいても重要な役割を担っている^{12,13)}。更に、退院調整部署の設置や退院調整看護師の配置により在院日数の短縮化や自宅退院の増加、退院支援システムの整備やチームでの支援の強化等の効果が出ている^{14,15)}。これらの影響は患者・家族が希望する場合への退院支援の実施がかなえられるようにすると共に、退院支援における多職種連携の促進や組織の発達にも繋がると考える。しかし、国が目指す入院前からの退院調整に焦点を当て、退院調整の実態について明らかにした報告はまだ見当たらない。

そこで、本研究では、退院調整時実施者が院内外の職種をつなぐ連携の窓口となり、患者・家族の意向に沿った退院後の生活の再構築に向けた有効な退院調整を展開することへの示唆を得るため、入院早期から退院調整を開始している退院調整実施者の特徴を明らかにすることを目的とする。

方 法

1. 用語の定義

「退院調整」：入院患者が時期を逃がすことなく病院を退院し、患者・家族の希望する次の療養場所に円滑に移行することを目指して行われる支援全般とする。また、療養場所の移行に必要な制度や資源等の環境・人の調整も含むとする。

2. 調査対象者とデータ収集方法

A県内の100床以上の医療機関312箇所における退院調整部署に所属する退院調整実施者を対象に、無記名自記式質問紙調査を実施した。各施設の責任者へ研究目的・内容に関する説明書を郵送し、施設内で退院調整を中心的に実施している者1名への調査票の配布を依頼した。回答の得られた調査票は直接郵送法により回収した。

調査期間は2018年1月～3月である。

3. 調査内容

退院調整実施者の属性は、性別、年代、取得資格、退院調整業務経験年数、職位等とし、所属医療機関の特徴については、退院調整部署設置の有無及び退院調整開始時期とした。退院調整実施者が中心とな

って行う業務についても尋ねた。この項目については、日本訪問看護振興財団が実施した、退院調整看護師に関する実態調査報告書⁷⁾を引用した。また多職種との連携については、訪問看護ステーションの把握方法及び多職種との連携の意識について尋ねた。各職種との連携の必要性、実際、とりやすさを「とても必要・連携している・とりやすい」から「必要ない、連携していない、とりにくい」までの5段階で回答を求めた。

4. 分析方法

各調査項目について単純集計を行った。退院調整開始時期は以下の1) 2) とし、分析を行った。

- 1) 「外来通院時(入院前)」 「入院時」と回答した者を「入院早期介入群」
- 2) 「退院決定時」 「退院直前」と回答した者を「退院前介入群」

1) の「入院早期介入群」を、本研究でいう入院早期から退院調整を実施している退院調整実施者とした。

退院調整実施者及び医療機関の属性、退院調整実施者が中心となって行う業務についてカイ二乗検定またはFisherの正確確立検定、対応のないt検定を用い比較した。多職種との連携の意識については、「連携の必要性」「連携の実際」「連携のとりやすさ」の「とても必要・連携している・とりやすい」を5点とし、「必要ない、連携していない、とりにくい」を1点とした5件法とした。分析は、各項目の平均点を対応のないt検定を用いた。

5. 倫理的配慮

本研究は福岡県立大学倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号: 29-35)。各施設の責任者及び研究協力者へ調査の主旨、研究協力の任意性及び匿名性の保持、研究結果の公表の方法等を書面にて説明した。調査票の返送をもって研究協力への同意が得られたこととした。

結 果

1. 回収率について

医療機関312カ所に調査票を送付し82カ所の退院調整実施者(有効回収率26.3%)から回答を得た。なお、部分的な欠損のみの回答は分析対象に含めたため、分析項目ごとに分析対象人数に違いがある。

2. 退院調整の実態について

1) 退院調整実施者の特徴について

年代は30代（34.6%）、40代以上（62.9%）であった。取得資格は看護師が53.1%と最も多かった。退院調整業務経験年数は5年未満が41.8%を占め、平均7.1年であった（表1）。

2) 医療機関の特徴について

退院調整部署は89%の医療機関が有していた（表1）。退院調整の開始時期は、全体では「入院時」（68.8%）と最多で、退院調整部署を有していない医療機関では「外来通院時（入院前）」からの開始はみられなかった（表2）。

表1 対象者の属性と医療機関の属性

N=82		
	全体	
	n mean SD	% (range)
性別		
男性	18	22.0
女性	64	78.0
年代		
20代	2	2.5
30代	28	34.6
40代	24	29.6
50代	21	25.9
60代	6	7.4
取得資格（複数回答）		
看護師	43	53.1
社会福祉士	39	48.1
精神保健福祉士	15	18.5
ケアマネジャー	31	38.3
看護師経験年数（年）	27.1±7.0	(9-39)
退院調整業務経験年数（年）	7.1±6.0	(0-28)
職位		
管理職	33	40.7
主任	25	30.9
スタッフ	23	28.4
雇用形態		
常勤	80	98.8
非常勤	1	1.2
退院調整部署の有無		
部署あり	73	89.0
部署なし	9	11.0

注）無回答を除く

表2 退院調整の開始時期

	全体 n=77*		退院調整部署あり n=69*		退院支援部署なし n=8*	
	n	%	n	%	n	%
外来通院時（入院前）	8	10.4	8	11.6	0	0.0
入院時	53	68.8	48	69.6	5	62.5
退院決定時	15	19.5	12	17.4	3	37.5
退院直前	1	1.3	1	1.4	0	0.0
合計	77	100	69	100	8	100

*欠損値有り

3) 退院調整実施者が中心となって行う業務について

最も実施している項目は「患者、家族が利用可能な社会資源、制度の情報提供」(93.9%)であった。「患者、家族への介護技術と医療技術の指導」と「退院当日の訪問指導」は共に9.8%と最も低かった(表3)。

4) 多職種との連携について

(1) 地域の訪問看護ステーションの把握方法について

「病院内の既存のリストを使用」して把握する場合が全体では59.8%、入院早期介入群は63.9%と最も多かった(表4)。

(2) 多職種との連携の必要性と実際について

連携の必要性では「とても必要である」と回答し

表3 退院調整実施者が中心となって行う業務(複数回答)

	全体 n=82		入院早期介入群 n=61		退院前介入群 n=16		P値
	n	%	n	%	n	%	
病状の見通し、治療方針の患者への説明 ^{*2}	15	18.3	8	13.1	5	31.3	0.129
適切な退院日の調整 ^{*1}	53	64.6	36	59.0	13	81.3	0.100
退院支援計画書の作成 ^{*2}	62	75.6	52	85.2	6	37.5	p<0.01
転院、入院先の探索と交渉 ^{*2}	74	90.2	54	88.5	15	93.8	1.000
患者、家族間の関係調整 ^{*2}	60	73.2	46	75.4	10	62.5	0.350
家族へのカウンセリングと精神的支援 ^{*2}	39	47.6	31	50.8	5	31.3	0.163
患者へのカウンセリングと精神的支援 ^{*1}	38	46.3	30	49.2	4	25.0	0.083
患者への退院後に行う療養指導 ^{*2}	26	31.7	21	34.4	3	18.8	0.364
患者、家族への介護技術と医療技術の指導 ^{*2}	8	9.8	6	9.8	1	6.3	1.000
在宅で無理なく実施できるケア方法の調整 ^{*1}	32	39.0	27	44.3	4	25.0	0.162
患者、家族が利用可能な社会資源、制度の探索と交渉 ^{*2}	73	89.0	55	90.2	13	81.3	0.383
患者、家族が利用可能な社会資源、制度の情報提供 ^{*2}	77	93.9	58	95.1	14	87.5	0.276
介護支援専門員の紹介、調整 ^{*2}	71	86.6	54	88.5	12	75.0	0.226
ホームヘルパーの紹介、調整 ^{*1}	28	34.1	20	32.8	5	31.3	0.907
地域のかかりつけ医の紹介、調整 ^{*1}	54	65.9	38	62.3	11	68.8	0.633
訪問看護ステーションの紹介、調整 ^{*2}	60	73.2	45	73.8	10	62.5	0.371
保健所、保健センターの紹介、調整 ^{*1}	37	45.1	27	44.3	6	37.5	0.627
在宅療養に必要な医療、介護用品の準備と供給ルートの確保 ^{*1}	51	62.2	39	63.9	8	50.0	0.309
「退院準備、在宅ケア移行支援」についての病棟カンファレンスの企画、開催 ^{*2}	62	75.6	50	82.0	8	50.0	p<0.05
「退院準備、在宅ケア移行支援」についての合同カンファレンスの企画、開催 ^{*2}	69	84.1	54	88.5	11	68.8	0.113
退院前訪問による療養環境の調整と療養指導 ^{*1}	50	61.0	39	63.9	8	50.0	0.309
退院当日の訪問指導 ^{*2}	8	9.8	7	11.5	0	0.0	0.334
退院後の療養指導の実施 ^{*2}	17	20.7	14	23.0	2	12.5	0.499
退院手段の紹介、調整 ^{*1}	56	68.3	42	68.9	10	62.5	0.629

*1 カイ二乗検定、*2 Fisherの正確確立検定

表4 地域の訪問看護ステーションの把握方法(複数回答)

	全体 n=82		入院早期介入群 n=61		退院前介入群 n=16		P値
	n	%	n	%	n	%	
病院内の既存のリストを使用 ^{*1}	49	59.8	39	63.9	6	37.5	0.074
訪問看護ステーションからの連絡 ^{*1}	42	51.2	27	44.3	11	68.8	0.081
自治体が作成しているリストを使用 ^{*1}	40	48.8	33	54.1	4	25.0	p<0.05
地域の介護支援専門員からの紹介 ^{*1}	37	45.1	27	44.3	8	50.0	0.682
WAM-NET等外部機関が作成しているリストを使用 ^{*2}	16	19.5	11	18.0	4	25.0	0.500
地域包括支援センターからの紹介 ^{*2}	13	15.9	10	16.4	3	18.8	1.000

*1 カイ二乗検定、*2 Fisherの正確確立検定

た者が多かった職種は「病棟看護師」(98.8%)、「医師」(93.9%)であった。病棟看護師との連携の必要性を感じている者が多い一方で、「外来看護師」との連携が「とても必要である」は54.3%であった。

連携の実際では「とても連携している」のは「ソーシャルワーカー」(84.4%)、「病棟看護師」(80.2%)であった。連携のとりやすさでは、「とてもとりやすい」との回答は「ソーシャルワーカー」(77.9%)、次いで「病棟看護師」(65.4%)であった。連携の必要性を感じている者が最も多かった「医師」との連携が「とてもとりやすい」と回答した者は14.8%であった。

3. 退院調整開始時期による比較

退院調整開始時期により各項目を比較した結果、

対象者の属性及び退院調整部署の有無と退院調整開始時期は、いずれの項目においても有意な関連はみられなかった。

退院調整実施者が中心となつて行う業務のうち、「退院支援計画書の作成」「退院準備、在宅ケア移行支援」についての病棟カンファレンスの企画、開催」の2項目で有意な関連がみられた。この2項目の実施者の割合は「入院早期介入群」で有意に高かった(表3)。

訪問看護ステーションの把握方法については、「自治体が作成しているリストを使用」し把握している者の割合は、「入院早期介入群」で有意に高かった(表4)。

多職種との連携の意識は、「医師」及び「ソーシャルワーカー」との連携の必要性に有意差が認められ

表5 退院支援の開始時期と多職種との連携の意識との関連

	入院早期介入群 n (mean ± SD)	退院前介入群 n (mean ± SD)	P値
①医師			
連携の必要性	61 (4.90 ± 0.351)	16 (5.00 ± 0.000)	p < 0.05
連携の実際	59 (4.31 ± 0.793)	16 (4.19 ± 0.750)	
連携のとりやすさ	60 (3.73 ± 0.880)	16 (3.31 ± 1.078)	
②薬剤師			
連携の必要性	61 (4.21 ± 0.686)	16 (4.44 ± 0.629)	n.s
連携の実際	60 (3.37 ± 1.057)	16 (3.19 ± 1.047)	
連携のとりやすさ	60 (3.73 ± 0.861)	16 (3.38 ± 0.957)	
③病棟看護師			
連携の必要性	61 (4.98 ± 0.128)	16 (5.00 ± 0.000)	n.s
連携の実際	60 (4.72 ± 0.585)	16 (4.88 ± 0.342)	
連携のとりやすさ	60 (4.55 ± 0.746)	16 (4.56 ± 0.512)	
④外来看護師			
連携の必要性	60 (4.40 ± 0.669)	16 (4.63 ± 0.619)	n.s
連携の実際	60 (3.82 ± 1.081)	16 (4.00 ± 1.095)	
連携のとりやすさ	60 (4.12 ± 0.804)	16 (4.25 ± 0.931)	
⑤リハビリスタッフ			
連携の必要性	61 (4.89 ± 0.370)	15 (4.73 ± 0.799)	n.s
連携の実際	60 (4.65 ± 0.606)	14 (4.50 ± 0.941)	
連携のとりやすさ	60 (4.58 ± 0.619)	15 (4.40 ± 0.910)	
⑥ケアマネジャー			
連携の必要性	53 (4.77 ± 0.669)	11 (4.91 ± 0.302)	n.s
連携の実際	51 (4.51 ± 0.784)	11 (4.36 ± 0.924)	
連携のとりやすさ	51 (4.37 ± 0.631)	11 (4.45 ± 0.688)	
⑦ソーシャルワーカー			
連携の必要性	59 (4.83 ± 0.497)	15 (5.00 ± 0.000)	p < 0.05
連携の実際	58 (4.84 ± 0.451)	15 (4.73 ± 0.458)	
連携のとりやすさ	58 (4.78 ± 0.497)	15 (4.60 ± 0.632)	

対応のないt検定

た。それぞれの平均点において、「退院前介入群」の平均点は「入院早期介入群」の平均点よりも有意に高かった（表5）。

考 察

結果より、入院早期から退院調整を開始している退院調整実施者及び医療機関の特徴、早期からの退院調整に繋がる要因について考察する。

1. 退院調整実施者及び医療機関の特徴について

退院調整実施者の年代は40代以上が半数以上を占め、管理職及び主任が70%以上であり、経験豊富な専門職が退院調整に従事していた。今回、入院早期から退院調整を開始している退院調整実施者及び医療機関の特徴として有意差のみられた項目はなかった。しかし、先行研究では施設の看護代表者は退院支援看護師を選出する際、豊富な看護職経験や患者・家族・多職種とのコミュニケーション力を考慮していることが報告されている¹⁶⁾。それは、患者・家族の変化を素早く予測し意思決定支援を行う退院調整には、アセスメント力やマネジメント力という専門職として培ってきた個人の力量が重要となるためではないかと考える。一方で、入退院支援業務の需要の増加に伴い、退院調整部署及び退院調整に従事する専門職の配置は増加することが考えられ、実践能力向上へ取り組みについての課題も指摘されている^{10,17)}。今後は各職種の力量形成において実践と振り返りを積み重ね、より早期からの退院調整の開始を目指し専門性を活かした退院調整実践能力の向上が求められる。

2. 退院調整実施者が中心となって行う業務の特徴について

入院早期から退院調整を開始している者は、「退院支援計画書の作成」、「『退院準備、在宅ケア移行支援』についての病棟カンファレンスの企画、開催」を実施している割合が有意に高かった。これらは「退院支援加算1（調査実施時点 現：入退院支援加算）」の取得要件となっていることからすでに医療機関内の仕組みとして機能していることが考えられる。宇都宮は「退院支援が必要な患者の把握」と、「生活の場に戻るためのチームアプローチ」のプロセスが退院支援計画書に立案されることにより、退院を見越した看護の展開に繋がることを述べている¹⁸⁾。ま

た病棟カンファレンスを通し、複数の専門職が多角的な意見を交え退院調整について議論することにより、個別的な質の高い退院調整に繋がると考える。2018年度診療報酬改定において「入院時支援加算」が新設される以前からも、入院期間が短縮する中で必要な医療を効果的に提供し、同時に生活の場に戻ることをより早期から意識し、入院時から退院支援を展開する必要性が述べられてきた¹⁹⁾。今後は、退院支援計画書作成やカンファレンスの開催が診療報酬を得るための形式的な実施ではなく、患者・家族の意向を把握し共有するための取り組みとして入院早期から有効に機能することが期待されており、その効果についても検証が求められる。

3. 退院調整実施者が行う多職種との連携の特徴について

入院早期から退院調整を開始している退院調整実施者は、訪問看護ステーションを把握する方法として、自治体が作成しているリストを有意に使用していた。訪問看護ステーションをはじめとする社会資源との調整・連携は退院後の療養環境を整えるためには必要不可欠な支援である²⁰⁾。自治体が作成するツールの使用により、患者にとって必要な訪問看護ステーションの特徴や対応エリアを過不足なく入手し、個別的な退院調整へ活かすことが可能となり、質の高い退院調整の展開に繋がると考えられる。

また多職種との連携の意識については、医師及びソーシャルワーカーとの連携の必要性を「退院前介入群」の方が有意に感じていた。退院前からの介入は、宇都宮が述べる「退院支援・退院調整における3段階プロセス」²⁰⁾の「第3段階 地域・社会資源との連携・調整」²⁰⁾が主な支援内容となる。これには医師と細やかに情報共有を行い患者の身体的変化や今後の見通しを立て調整を行うことが求められることから、医師との連携の必要性を「退院前介入群」では強く感じていると考えられる。そして、ソーシャルワーカーは退院調整看護師と共に医療機関での退院調整に関わる主な職種であることから、「退院前介入群」においてソーシャルワーカーとの連携においても必要性を強く感じる結果となったと考える。石橋らは退院調整看護師とソーシャルワーカーの退院支援過程には、担当事例や判断プロセスに特徴が見られることを報告している¹⁵⁾。退院調整看護師はまず患者の身体的問題に着目し医療的観点からの解決

策を第一に求め、次に患者を取り巻く環境を整える順で支援を進めるのに対し、ソーシャルワーカーは患者を含む家族員全体の関係性に着目し問題点を見出し、支援策を検討するとされる¹⁵⁾。また、ソーシャルワーカーは生活モデルの観点に立ち患者が問題やニーズを抱えながらも生活していくために、メゾ・マクロ視点から社会として患者・家族を支えるしくみを整えていくことも必要であると指摘している²¹⁾。このようにアセスメントや支援方法に特徴を持ち広範な知識を備えた人材がチームを組み、患者・家族の退院後の生活の再構築という最大の目的達成のために相互に補完し合い協働することが求められると考える。

本研究の限界と今後の課題

本研究は特定の地域の医療機関に所属する退院調整に従事する専門職を対象としたため結果の一般化には限界がある。また書籍や先行研究では区別して使用されることの多い「退院支援」と「退院調整」の両方の意味を複合し「退院調整」と定義した。しかし、調査票に「退院調整」の明確な定義を記載しないままに調査を行ったこと、医療機関の種別及び診療科を限定せず調査を行ったため、回答にあたり各回答者で想定した退院調整の場面や捉え方に違いがある可能性がある。今後は対象地域の拡大及び対象医療機関の選定を行うと共に、「退院支援」、「退院調整」の明確な定義を行い更なる調査を行うことが課題である。また、今後は対象者の背景に合わせ、かつ入院早期からの支援を目指した多職種との連携に焦点を当て、検討を重ねていく必要がある。

結 論

入院早期から退院調整を開始している退院調整実施者は、「退院支援計画書の作成」「退院準備、在宅ケア移行支援」に関する病棟内カンファレンスの企画、開催」を有意に実施していた。また、入院早期から退院調整を開始している退院調整実施者は、訪問看護ステーションを把握する方法として、自治体が作成しているリストを有意に使用していた。

入院早期から退院調整を開始することにより、早期から退院を見越した退院支援計画を作成すること、また病棟カンファレンスを退院調整実施者が企画、開催し退院調整について多角的な視点から議論することが可能になると考えられる。さらに、自治体が

作成したツールを使用することにより、患者・家族の希望を叶えるための社会資源の情報収集を過不足なく行うことができ、より個別的な質の高い退院調整の展開に繋がると考える。今後は退院支援計画書や退院調整に関わるカンファレンスの質の向上を図り、入院早期から患者・家族の退院後の生活の再構築のための退院調整を実施していくことが求められる。

本研究は、平成29年度福岡県立大学附属研究所重点領域研究事業（研究奨励交付金）として取り組んだものであり、第24回日本在宅ケア学会学術集会において発表した内容に一部・加筆修正を加えた。

利益相反の開示

本研究において、開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 厚生労働省. 令和2年度診療報酬改定の基本方針
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000592925.pdf> (2020. 8. 19閲覧)
- 2) 厚生労働省：在宅医療の現状について 2023. 8. 18アクセス
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000909712.pdf> (2023. 8. 18閲覧)
- 3) 戸村ひかり. よくわかる退院支援. 東京：学研メディカル秀潤社. 2020.
- 4) 永田智子. 退院支援の歴史と制度的な背景. 酒井志麻. 退院支援ガイドブック「これまでの暮らし」「そしてこれから」をみすえてかかわる. 東京：学研メディカル秀潤社. 2015：21-25.
- 5) 三輪恭子. 診療報酬の理解 退院支援に関連する診療報酬とは. 宇都宮宏子, 三輪恭子. これからの退院支援・退院調整 ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域. 東京：日本看護協会出版会. 2011：124-129.
- 6) 宇都宮宏子. 地域で暮らし続ける (again in place) を可能にする退院支援. 在宅医療 0-100 2017；2(10)：873-882.
- 7) 財団法人 日本訪問看護振興財団. 社会法人日本看護協会委託事業 退院調整看護師に関する実態調査報告書. 2013.
- 8) 山本詩帆, 森下安子. 退院調整看護師による病

- 棟看護師の実践能力向上へのかかわりー退院支援における状況の認識・働きかけに焦点を当ててー. 高知女子大学看護学会誌 2016; 41(2): 60-69.
- 9) 田中博子, 伊藤綾子, 真野響子. 急性期病院から自宅へつなぐ退院調整看護師の役割. 東京医療保健大学紀要 2010; 1: 65-71.
- 10) 戸村ひかり, 永田智子, 竹内文乃 他. 日本の病院における退院支援看護師の実践状況ー2010年と2014年の全国調査の結果を比較してー. 日本看護科学会誌 2017; 37: 150-160.
- 11) 戸村ひかり, 永田智子, 村嶋幸代 他. 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 2013; 33(3): 3-13.
- 12) 戸村ひかり, 永田智子, 清水準一. 退院支援の実践状況と退院支援に関するシステム整備の関連要因の明確化. 日本在宅看護学会誌 2017; (2): 26-35.
- 13) 田中博子, 伊藤綾子, 真野響子. 急性期病院から自宅へつなぐ退院調整看護師の役割. 東京医療保健大学紀要 2010; 1: 65-71.
- 14) 高倉倫子, 森山美知子, 中西京子. 退院調整体制の整備に向けた調査研究. 日本看護管理学会誌 2009; 13(1): 33-42.
- 15) 石橋みゆき, 吉田千文. 退院支援過程における退院調整看護師とソーシャルワーカーの判断プロセスの特徴. 千葉看護学会会誌 2011; 2: 1-9.
- 16) 江田純子, 二宮一枝. A県内一般病院における退院支援体制と在宅復帰との関係. 岡山県立大学保健福祉学部紀要 2018; 25(1): 115-118.
- 17) 木場しのぶ, 齋藤智江. 急性期病院におけるがん患者への退院支援ー病棟看護師と退院調整看護師の協働との関連性ー. 日本看護科学会誌 2017; 27: 298-307.
- 18) 宇都宮宏子. 退院支援の計画書の見直し. 宇都宮宏子, 三輪恭子. これからの退院支援・退院調整 ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域. 東京: 日本看護協会出版会, 2015: 144-148.
- 19) 宇都宮宏子. 地域包括ケアシステムを実現するための退院支援. 酒井志麻. 退院支援ガイドブック「これまでの暮らし」「そしてこれから」をみすえてかわる. 東京: 学研メディカル秀潤社, 2015: 12-20.
- 20) 宇都宮宏子. 退院支援・退院調整を理解するための3段階プロセス. 宇都宮宏子, 三輪恭子. これからの退院支援・退院調整 ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域. 東京: 日本看護協会出版会, 2015: 10-40.
- 21) 木戸典宣子. 特集1「日本老年看護学会第24回学術集会」シンポジウム 多職種との対話から老年看護実践の可能性を探る ソーシャルワーカーの立場から. 老年看護学 2020; 24(2): 27-29.

受付 2023. 9. 27

採用 2023. 11. 15