

博 士 論 文

医療ソーシャルワーカーによる
効果的な退・転院支援についての実証的研究

An empirical study on effective discharge support
from hospitals by social workers

2016年度

日本福祉大学大学院
福祉社会開発研究科
社会福祉学専攻博士課程

氏 名： 林 祐介

論文要旨

氏名： 林 祐介



◆論文題目

医療ソーシャルワーカーによる効果的な退・転院支援についての実証的研究

◆要 旨

第1章 本研究の目的と課題

本研究の目的は、医療ソーシャルワーカー（MSW）による退・転院支援の質をいかに向上させていくのかという観点から、医療現場の実態やそこで生じている問題の構造を実証的に検討し、それをもとに、MSWの効果的な退・転院支援のあり方を見出すことである。そのために、筆者と関わりのある病院を主なフィールドとし、量的調査と質的調査を組み合わせた混合研究方法を用いる。上述した研究目的を達成するために、以下の3つの研究課題を設定する。①患者と家族の退・転院先についての合意形成が困難な事例の実態を示す。②自宅退院後の患者と家族が有している不安・困り事の実態を示す。③転院困難患者が抱えている問題の構造とそれへの対処方略を示す。なお、本研究における家族は、法的な意味での親族関係に限定せず、内縁関係の夫婦や患者にとって重要な存在であると思われる知人も含め、同居配偶者や同居子または別居子の有無といった家族形態の違いにも着目していく。

第2章 退・転院支援についての先行研究の検討と調査枠組みおよび論理モデルの提示

先行研究の検討結果を、以下の3点に整理する。①患者と家族の意向や意思決定等についての研究は、看護領域を中心に急速に進んでいる。しかし、患者と家族の退・転院先の意向がどのような時に一致するのか、または一致しないのか、心理的・社会的要因を含めて総合的に検討している研究はない。②看護領域では、自宅退院後の患者と家族の不安・困り事を中心とした評価研究が、積極的になされている。ただし、MSW領域の研究では、自宅退院後も続いている患者と家族の生活に対する評価やフォローがほとんどなされていない。③多くの先行研究で、転院先をなかなか確保することができない患者の実情やMSWによる転院支援の方法については報告されている。ただし、これらの転院支援の方法によって得られる効果を実証的に示した研究はほとんどない。保証人問題（保証人不在者の転院先が制約されている状況）に対する取り組みについても、一部の先進的な地域の報告にとどまっている。①～③を踏まえて、本研究の調査枠組みと論理モデルおよび仮説をまとめている（詳細は本文参照）。

第3章 本研究の調査計画

第2章で示した調査枠組みや論理モデル等に基づいて、第1章で設定した①～③の研究課題を達成するために、3種類、合計7つの調査を計画する。以下、研究課題の番号順に沿って、各調査の具体的内容を示す。

第1に、患者と家族の退・転院先に関わる意向の異同に着目した2つの調査を行う。1つ目は、患者と家族の意向に異同が生じる要因とそれが及ぼす影響を把握するための量的調査（以下、第1調査）である。2つ目は、「患者と家族の入院時意向が異なった事例」と「患者の入院時意向が把握できなかった事例」に特化した質的調査（以下、第2調査）である。

第2に、自宅退院後の患者と家族の不安・困り事に着目した2つの調査を行う。1つ目は、上記の不安・困り事の実態を確認しつつ、退院計画の問題点とそれによる患者への影響を把握するための量的調査（以下、第3調査）である。2つ目は、自宅退院後に短期間（3ヶ月以内）で再入院に至った事例に焦点を当てた質的調査（以下、第4調査）である。

第3に、転院制約要因に着目した3つの調査を行う。1つ目は、転院制約要因を有することで生じる困難性を把握するための量的調査（以下、第5調査）である。2つ目は、転院制約要因を有する患者に対するMSWの効果的な取り組み内容を検討し、それに基づいた取り組みを行うことで効果があるのかどうかを検証するためのアクションリサーチ（以下、第6調査）である。3つ目は、転院制約要因の1つである保証人問題に対して先進的な取り組みをしている社会福祉協議会を対象にした質的調査（以下、第7調査）である。

第4章 患者と家族の退・転院先の意向についての調査（第1・2調査）

第1調査の結果：①家族は患者本人と比較して、多様な視点から退・転院先を検討している。②家族の退・転院先の意向は、患者の意向と比べて変動しやすい。③同居配偶者がいると、家族機能（家族アプガー：詳細は本文参照）が高く、積極的な関与があるために、患者と家族の退・転院先の意向ともに自宅になりやすい。④患者と家族の退・転院先の意向とも、成人した同居子や別居子の有無との関連はみられない。

第2調査の結果：①「患者と家族の入院時意向が異なった事例」群では互いの意向が影響を及ぼし合っているが、「患者の入院時意向が把握できなかった事例」群の半数は入院時以降の意向も把握できず、家族の意向のみで退・転院先が選定されている。②退・転院先の選定には、患者のADLレベルや介護条件だけでなく、「患者と家族の関係不良」や「家族には迷惑を掛けたくない介護者の思い」も影響を及ぼしている。

第5章 自宅退院後の患者と家族の不安・困り事についての調査（第3・4調査）

第3調査の結果：①退院計画チームが評価していた以外の自宅退院後の患者と家族の不安・困り事があると、医療・介護サービス計画の変更が生じやすい。②上記の不安・困り事やサービス計画の変更が生じると、退院計画に対する患者の満足度が低下しやすい。③退院計画に対する患者の満足度が低いと、自宅退院後の患者の生活満足度が低下しやすい。

第4調査の結果：①再入院に至った主な理由は、(i) 退院計画の不備（病院職員の説明不足等）、(ii) 自宅退院後のケア体制の不備、(iii) 患者本人に起因するもの、(iv) 家族に起因するもの、(v) 不慮の出来事である。②再入院の理由や経過に対する患者または家族側の認識は、患者本人に関わる要因（生活習慣、体調・病状、ADL・IADL等）へ向きやすいのに対して、ケアマネジャー側の認識は患者を取り巻く環境要因（家族の状況や思い、周囲のケア体制、住環境等）へ向きやすいことが起因となって、両者の認識に異同が生じている。

第6章 療養型病院・施設等への転院制約要因とそれを有する患者への取り組みについての調査（第5・6・7調査）

第5調査の結果：①転院制約要因を有する患者群は、有しない患者群と比べると、医師が転院を

指示してから転院までに時間を要している。②転院制約要因を有する患者群は、有しない患者群と比べると、病院・施設からの受け入れ不可の返答割合が高い。③転院制約要因を有する患者群は、有しない患者群と比べると、患者または家族の第1希望の転院先へ移ることができていない。④患者または家族が第1希望に移れたかどうかを従属変数、5つの転院制約要因（詳細は本文参照）を独立変数とするロジスティック回帰分析の結果、「保証人なし」のオッズ比が最も高い。

第6調査の結果：①MSWによる転院制約要因の早期把握に向けた取り組み（毎朝の申し送り・カンファレンスに参加する中での積極的な情報収集）によって、MSWの制約要因の早期把握率がアップする。②上記取り組みによって、患者または家族の第1希望の転院先へ移れる割合が高まる。

第7調査の結果：①療養型病院・施設等が保証人に求める役割は多岐にわたっているが、主なものは緊急連絡先、死後対応と入院・入所費用に対する責任である。②保証人問題の解決方略として、社会福祉協議会や日常生活自立支援事業の改善に向けた働き掛けをあげることができる。

第7章 総括——MSWによる効果的な退・転院支援の実現に向けて

第1節では、第1～7調査のまとめと仮説の検証状況、第2節では、第1章の3つの研究課題の達成状況と新たな知見を示している（詳細は本文参照）。

第3節では、7つの調査結果を踏まえて総合的考察を行い、MSWによる効果的な退・転院支援の実現に向けて、以下の3点を提起している。

第1に、平均在院日数や在宅復帰率といった、診療報酬上求められているアウトカムだけでなく、退・転院支援に関わるプロセスにも注目する必要がある。本研究で行った調査でも、アウトカムだけでなく、プロセスを捉える必要性を示す3つの結果が得られている。①患者と家族が退・転院先を選定するプロセスでは、ADLといった患者本人の要因にとどまらず、介護力や家族関係といった周囲を取り巻く要因が影響を及ぼしている（第1・2調査）。②退院計画チームによる評価漏れまたは病院職員の説明不足といった支援プロセスの不備が、自宅退院後の患者の生活満足度低下や短期間で再入院につながっている（第3・4調査）。③転院制約要因を有することで、転院調整に時間を要するといったプロセス上の困難が生じており、患者または家族が希望する転院先へ移ることができていない（第5・7調査）。

第2に、患者・家族・支援者・病院（経営者）など多様な立場を見据え、退・転院支援に関わるプロセスやアウトカムを幅広く捉えていく必要がある。本研究で行った調査でも、プロセスやアウトカムを多面的に捉える必要性を示す3つの結果が得られている。①患者と家族の退・転院先の検討プロセスを比較すると、家族は介護力等を含めたより多くの要因に基づいて検討している（第1調査）。②患者または家族側とケアマネジャー側の再入院に至ったプロセスの捉え方を比較すると、患者本人と患者を取り巻く環境に対する認識の仕方に違いがある（第4調査）。③支援プロセスの見直しは、病院側だけではなく、患者または家族側からみたアウトカム指標の向上につながる（第3・6調査）。

第3に、退・転院支援の現場で生じている問題によっては、病院内の取り組みだけでなく、病院の枠を超えた取り組みが必要である。本研究で行った調査でも、病院内で起きている個別（ミクロ）の問題を、地域（メゾ）や制度・政策（マクロ）の問題へ引き上げる必要性を示す結果が得られている。具体的には、保証人不在者の転院先がより制約されているという、第5調査の結果を踏まえて、第7調査では、保証人問題の解決方略として、MSWによる地域の関係機関や制度への働き掛けが必要であることが示されている。

第4節では、以上を踏まえて、本研究の意義を3点と今後の課題を3つにまとめている（詳細は本文参照）。

Abstract of Doctoral Dissertation

Surname, First name : Yusuke Hayashi

【Title】

An empirical study on effective discharge support from hospitals by social workers

【Abstract】

Chapter 1. Purpose and Tasks

The study's purpose is, from the perspective of how to improve the quality of discharge/transfer support by medical social workers (MSWs), to examine empirically the situation on the hospital front line and the structure of problems that arise there, and on this basis find how MSWs provide effective discharge/transfer support. To accomplish this I used mixed-methods research combining quantitative and qualitative surveys centered mainly on hospitals with which I am associated. Accomplishing the purpose of the study as described above involved three tasks: (1) Show examples of situations in which arriving at a patient-family consensus on discharge/transfer support was difficult. (2) Show the anxiety and troubles of patients and families after hospital-to-home discharges. (3) Show the structure of problems faced by patients with transfer difficulties, and strategies for coping with those problems. Also, this study does not limit "family" to kinship in the legal sense, but focuses also on differences in family configurations such as whether there are spouses living at home, and children living at home or apart, including common-law marriage partners, and acquaintances who appear important to patients.

Chapter 2. A Review of Prior Studies on Discharge/Transfer Support, and Presentation of the Survey Framework and Logical Model

I reviewed the prior research and noted the following three features: (1) Research on the intentions, decision-making, and other thinking of patients and families is achieving fast progress mainly in the nursing field, but there is no research which includes psychological and social factors, and comprehensively explores when the intentions of patients and families on discharge/transfer destinations do or do not coincide. (2) The nursing field is actively conducting evaluation studies primarily on anxiety and troubles arising after hospital-to-home discharges, but research in the MSW field involves hardly any evaluation or follow-up on the daily lives of patients and families which continue even after discharged patients go home. (3) In much of the prior research there are reports on the situations of patients who have great difficulty finding transfer destinations, and on the transfer support methods of MSWs. However, there is hardly any research which empirically shows the effectiveness afforded by these transfer support methods. Even reports on initiatives aimed at solving the guarantor problem (a situation in which destinations for hospital or institution transfers are limited when there is no guarantor), which is one factor that constrains transfers, have come from only a few advanced regions. On the basis of features (1) through (3), I summarize the study's survey framework and logical model, as well as its hypothesis (see the main text for details).

Chapter 3. Survey Plan

Based on the survey framework, logical model, and other elements presented in Chapter 2, I planned a total

of seven surveys, comprising three types, to achieve the three study tasks described in Chapter 1. Below I present the specifics of each survey in the numerical order of the tasks.

First, I carried out two surveys which focused on the differences in the intentions of patients and families concerning discharge/transfer destinations. The first was a quantitative survey meant to determine the reasons for differences in the intentions of patients and families, and what effects those differences have (First Survey). The second survey was a qualitative survey which focused on “cases in which patients and families had different intentions at admission time” and “cases in which patients’ intentions at admission time could not be determined (Second Survey).

Second, I carried out two surveys which spotlighted patients’ and families’ anxiety and troubles arising after hospital-to-home discharges. The first was a quantitative survey which, while confirming the state of the anxiety and troubles, determined problems with discharge plans and how those problems affected patients (Third Survey). The second survey was a qualitative survey which focused on cases in which patients were readmitted to hospitals a short time (within three months) after hospital-to-home discharge (Fourth Survey).

Third, I conducted three surveys focusing on transfer-constraining factors. The first was a quantitative survey intended to determine the difficulties arising because of transfer-constraining factors (Fifth Survey). The second was action research which considered how MSWs might effectively help patients who are subject to transfer-constraining factors, and then tested the effectiveness of approaches based on the results (Sixth Survey). And the third was a qualitative survey directed at social welfare councils, which use advanced approaches aimed at solving the transfer-constraining guarantor problem (Seventh Survey).

Chapter 4. Survey on Intentions of Patients and Families on Discharge/Transfer Destinations (First and Second Surveys)

First Survey: (1) Compared with patients, family members consider discharge/transfer destinations from more diverse viewpoints. (2) Family members’ intentions regarding discharge/transfer destinations change more readily than those of patients. (3) When a patient’s spouse lives in the home, the family function (family APGAR: see the main text for details) score is higher, and active involvement can be seen. For this reason, patient and family intentions regarding discharge/transfer destinations tend to gravitate toward home. (4) No correlation was found between the intentions of patients and family members regarding discharge/transfer destinations and the presence or absence of adult children in the home or of adult children living apart.

Second Survey: (1) In “cases in which patients and families had different intentions at admission time,” the intentions of patients and families influenced each other, but in half of the “cases in which patients’ intentions at admission time could not be determined,” patients’ intentions could not be determined even after admission, and discharge/transfer destinations were chosen according to families’ intentions alone. (2) Choosing discharge/transfer destinations was influenced not only by patients’ ADL levels and nursing care conditions, but also by “poor patient-family relationships” and “the desire of caregivers not to trouble families.”

Chapter 5. Survey on Anxiety and Troubles of Patients and Families after Hospital-to-Home Discharge (Third and Fourth Surveys)

Third Survey: (1) Changes tend to arise in healthcare/nursing care service plans if patients and families have post-home-discharge anxiety and troubles other than those evaluated by discharge planning teams. (2) Patients’ satisfaction with discharge plans tends to be lower if patients and families have such anxiety and troubles, or if there are changes in service plans. (3) If patients have low satisfaction with their post-discharge plans, they readily become less satisfied with their daily lives after hospital-to-home discharges.

Fourth Survey: (1) The main reasons for readmission were (i) flawed post-discharge plans (because of, for

example, inadequate explanations by hospital personnel), (ii) flawed care arrangements following hospital-to-home discharges, (iii) factors due to patients themselves, (iv) factors due to their families, and (v) unanticipated events. (2) Patients' or families' perceptions of the reasons for readmission and post-readmission progress tend to find the causes in patients themselves (such as lifestyle, physical condition or illness, ADL, or IADL). On the other hand, care managers' perceptions tend to find the causes in environmental factors affecting the patients (such as families' situations and feelings, surrounding care arrangements, and living environments). This results in a gap in perceptions.

Chapter 6. Survey of Factors that Constrain Transfers to Convalescent Hospitals and Other Facilities, and Efforts to Help Patients with Such Constraints (Fifth, Sixth, and Seventh Surveys)

Fifth Survey: (1) Compared with patient groups that do not have transfer-constraining factors, groups with such constraints need more time between receiving a physician's directive for a transfer and making the transfer. (2) Compared with patient groups that do not have transfer-constraining factors, groups with such constraints have a higher rate of non-acceptance responses from hospitals and institutions. (3) Compared with patient groups that do not have transfer-constraining factors, groups with such constraints are more often not able to transfer to the first-choice destinations of patients or their families. (4) I performed logistic regression analyses whose dependent variables were whether or not patients were able to move to their or their families' first choices, and whose independent variables were five transfer-constraining factors (see main text for details). Results indicated that "no guarantor" had the highest odds ratio.

Sixth Survey: (1) MSW initiatives to quickly find transfer-constraining factors (actively collecting information by participating in morning shift reports and conferences) increase the rate of such factors discovered early by MSWs. (2) MSW initiatives to quickly find transfer-constraining factors raise the rate at which transfers can be made to patients' or families' first-choice destinations.

Seventh Survey: (1) Convalescent hospitals and institutions expect guarantors to play a wide variety of roles. The main ones are responsibility for being the emergency contact, response on death of patient, and paying costs of hospitalization and institutionalization. (2) One possible strategy for solving guarantor problems is to push for improvements in social welfare councils and self-reliant living assistance services.

Chapter 7. Summation: Steps Toward Achieving Effective Discharge/Transfer Assistance by MSWs

Section 1 summarizes surveys 1 through 7 and checks verification of hypotheses, while Section 2 assesses how well the three study tasks of Chapter 1 have been achieved, and presents the new findings of the study (see the main text for details).

Section 3 conducts a comprehensive discussion based on the results of the seven surveys, and offers the following three proposals in the hope of achieving effective discharge/transfer support by MSWs.

First, there is a need to spotlight not only outcomes which are desirable in terms of hospital earnings, such as average hospital stay length and home return rate, but also the discharge/transfer support process. The surveys conducted in this study also yielded three results which indicate the need to ascertain not only the outcome, but also the process: (1) In the process by which patients and families choose discharge/transfer destinations, influencing factors include not only those of patients themselves, such as ADL, but also associated factors such as nursing care capability and family relationships (First and Second Surveys). (2) Deficiencies in the support process, such as missed assessment items by discharge planning teams or inadequate explanations by hospital personnel, lead to patients' low satisfaction with life after hospital-to-home discharges, and readmission after a short time (Third and Fourth Surveys). (3) The existence of transfer-constraining factors creates process difficulties, such as requiring a long time for transfer

arrangements, which prevents transfer to the hospitals desired by patients or their families (Fifth and Seventh Surveys).

Second, it is effective to note carefully the diversity of standpoints, including those of patients, families, supporters, and hospitals (the management), and broadly conceive the process and outcome of discharge/transfer support. The surveys conducted in this study also yielded three results indicating the need to regard processes and outcomes from several aspects: (1) Comparing the processes by which patients and families consider discharge/transfer destinations shows that families base their thinking on more factors, including nursing care capability(First Survey). (2) Comparing the ways in which patients, or families and care managers, regard the process leading to readmission reveals differences in the perceptions of patients themselves and the environmental factors affecting them(Fourth Survey). (3) Reviewing the support process leads to improvement in outcome indicators as seen from not only the perspective of hospitals, but also from that of patients or their families(Third and Sixth Surveys).

Third, depending on problems arising on the front line of discharge/transfer support, it is necessary to implement not only in-hospital initiatives, but also initiatives which transcend hospital bounds. The surveys performed in this research also indicated that individual problems occurring on the hospital level (micro) must be raised to the community level (mezzo) and institutional/policy level (macro). Specifically, based on the fifth survey result that patients lacking guarantors have more constraints on transfer destinations, the seventh survey showed the need for MSWs to try and influence pertinent local organizations and institutions as a strategy for solving the guarantor problem.

Based on the foregoing, Section 4 summarizes the study into three items of significance and three future challenges (see the main text for details).

目次

はじめに	… 1
第1章 本研究の目的と課題	2
第1節 本研究の背景	… 2
第2節 本研究の目的と課題	… 3
第3節 本研究の動機と分析の視点	… 6
第4節 本研究で用いる用語の定義と解説	… 7
第2章 退・転院支援についての先行研究の検討と調査枠組みおよび論理モデルの提示	12
第1節 先行研究の収集プロセス	… 12
第2節 MSW の退・転院支援業務についての先行研究	… 13
第3節 退・転院支援の質と評価法についての先行研究	… 15
第4節 患者と家族の意向を踏まえた退・転院についての意思決定支援が求められる背景とそれについての先行研究	… 18
第5節 自宅退院支援の質向上が求められる背景とそれについての先行研究	… 25
第6節 効果的な転院支援が求められる背景とそれについての先行研究	… 33
第7節 転院支援からみる保証人問題への対応が求められる背景とそれについての先行研究	… 37
第8節 研究課題の整理と調査枠組みおよび論理モデルの提示	… 41
第3章 本研究の調査計画	57
第1節 調査目的	… 57
第2節 調査計画	… 57
第3節 倫理的配慮	… 61
第4章 患者と家族の退・転院先の意向についての調査	62
第1節 患者と家族の退・転院先の意向についての調査——A 医療法人 B 病院の MSW ・カルテ記録調査 (第1 調査)	… 62
第2節 A 医療法人 B 病院における「患者と家族の退・転院先の入院時意向が異なった事例」と「患者の退・転院先の入院時意向が把握できなかった事例」の調査 (第2 調査)	… 73
第5章 自宅退院後の患者と家族の不安・困り事についての調査	82
第1節 A 医療法人 B 病院における自宅退院後調査の取り組みとそれが MSW 部門の役割に及ぼす変化についての調査 (第3 調査)	… 82
第2節 A 医療法人 B 病院における「短期間で再入院に至った事例」の調査 (第4 調査)	… 94

第6章 療養型病院・施設等への転院制約要因とそれを有する患者への取り組みについての調査	— 104
第1節 転院制約要因を有することで生じる困難性の定量化の試み—A 医療法人B 病院のMSW・カルテ記録調査（第5 調査）	… 104
第2節 MSW による転院制約要因を有する患者の早期把握とその効果—A 医療法人B 病院でのアクションリサーチ（第6 調査）	… 108
第3節 療養型病院・施設等が求める保証人の役割についての社会福祉協議会職員へのインタビュー調査（第7 調査）	… 112
第7章 総括—MSW による効果的な退・転院支援の実現に向けて	— 117
第1節 第1 調査～第7 調査のまとめと仮説の検証	… 117
第2節 研究課題の達成状況と新たな知見	… 124
第3節 MSW による効果的な退・転院支援を実現するための方略	… 129
第4節 本研究の意義と今後の課題	… 132
おわりに	… 137
謝辞	… 138
文献	… 139
資料	… 162

はじめに

医療・介護を取り巻く情勢が目まぐるしく変化する中、医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）による退・転院支援のあり方がますます問われるようになってきている。MSWには、医療と介護または病院と地域をつなぐ重要な役割が期待されている一方で、限られた時間の中で患者と家族に納得・安心して退・転院してもらえよう対応、病院の機能分化的流れについていけない患者と家族への対応等が求められているからである。

このような状況を踏まえて、本研究では、MSWによる効果的な退・転院支援をテーマに取り上げることとする。MSWの業務内容は、退・転院支援にとどまらず、療養中の心理的・社会的問題の解決・調整支援、社会復帰支援、受診・受療支援、経済的問題の解決・調整支援、地域活動など多岐にわたっている（厚生労働省 2002）。しかしながら、多くのMSWにとって、退・転院支援が主業務になっている実情がある。一方で、近年の診療報酬改定で、平均在院日数の短縮化や在宅復帰率向上への誘導が強化されているために、MSWは病院組織からこうした数値の達成に貢献しうる支援を行うことが求められている。

そのため、雇用者側からすれば、「優秀なMSW＝有能な追い出し係」ということになるのかもしれない。それでも、患者が病気や障害を抱えて今後どう生活していくのかを、患者と家族と一緒に考えていくことに重きを置いているMSWにとって、平均在院日数を短くしたり、在宅復帰率を向上させたりすることだけが、退・転院支援の最終的な目的ではない。患者と家族の抱える問題が複雑でその対応に時間を要し在院日数が長期化する、または患者と家族の意向を調整した上で在宅以外の選択肢で話を進めていくことがあり得ることを経験的に理解しているからである。

MSWの生みの親であるキャボットは、社会的問題を抱えた人々を少数の医師で対応することに限界を感じ、ソーシャルワーカーの導入を提案したとされている（杉山 2003）。つまり、MSWは、医師が対応できない領域を補うために登場した専門職である。病院組織の意向に沿って、患者をどんどん追い出すためにできた職種ではないのである。

本研究は、こうした一連の思いが起点となっている。病院組織から求められているミッションに応えるために、円滑に退・転院させるためだけの支援に走るのではなく、ソーシャルワークの価値・倫理・知識を踏まえた支援の必要性を再確認する端緒としたいという思いである。

MSWとしての専門性を担保した支援を行っていくためには、支援効果の追求は避けては通れない。一方で、日常業務から見えてくる問題意識をもとに、調査・研究を行ったり、業務改善・開発の方法を検討したりすることで、日々生じている問題への効果的な支援法を見出すことが可能となる。そのため、退・転院支援の現場で生じている問題把握を通じて、MSWの業務のあり方を検討することには意義があると考えられる。この作業を通して、筆者自身のこれまでのMSW経験を振り返り、今後の課題を見出す機会としたい。

なお、本研究では、量的調査と質的調査を組み合わせる混合研究法を採用している。同研究法は、「ある研究課題に対し量的または質的研究のどちらかだけを用いるよりも、包括的な証明を提供することができる」（Creswell & Plano＝2010）手法だとされているからである。本研究（第4章～第6章）でも、基本的には、量的調査によって全体像を把握した上で、質的調査によって特殊例の詳細を分析することで、包括的に実態を捉えるという流れを踏襲している。

第1章 本研究の目的と課題

本章の第1節では、本研究が求められる社会的背景について述べる。第2節では、本研究の目的を示すとともに、本研究の3つの課題を説明する。第3節では、本研究における筆者の動機を述べるとともに、本研究の分析の視点を示す。第4節では、本研究で用いる14の用語の定義と解説をする。

第1節 本研究の背景

わが国の少子高齢化が、問題視されるようになって久しい。その中でも、とりわけ団塊の世代が後期高齢者となる2025年が、大きな問題として取り上げられることが少なくない。特に、医療・介護領域にもたらす影響は大きく、後期高齢者数の急増に伴って医療・介護サービスへのニーズは高まる一方で、国家財政は逼迫しており、ニーズに応じたサービスが十分に提供できないことが危惧されている。

そのような状況下で、国が医療・介護政策で推し進めているのが、「病院の機能分化と連携」および「地域包括ケアシステムの構築」である。そのため、かつての病院完結型医療から地域完結型医療へとシフトされつつあり、患者の住み慣れた地域での生活を支えるための医療・介護をどのように提供していくのかに、焦点が当てられているといえる。この点について、社会保障制度改革国民会議（2013）の中でも、以下のように記されている。

「高度急性期から在宅介護までの一連の流れ、容態急変時に逆流することさえある流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時に行われるべきものであり、川上から川下までの提供者間のネットワーク化は新しい医療・介護制度の下では必要不可欠となる」。

医療・介護政策が地域重視へと変化する中、MSWが退・転院支援をどのように展開していくのかが問われている。具体的には、退・転院までの支援に終始するのではなく、退・転院後の生活をも見据えた支援の必要性が高まっている。一方、近年の診療報酬改定で、平均在院日数短縮化や在宅復帰率向上への誘導が強化されるなど、MSWといえどもこうした数値とは無縁でいられない現状がある。つまり、病院経営に貢献しつつ、かつ患者と家族に安心・満足して退・転院してもらえらる支援方法の開発が、急務の課題になっている。

ところで、MSWの退・転院支援の実態やそれに関わる事例報告は、わが国でも数多くある。しかし、どのような支援を実施すれば、患者とその家族の安心・満足感を向上させることができるのかについて、実証的かつ体系的に示した研究はない。

今後の超高齢社会により、退・転院支援のニーズが急増する反面、厳しい財政事情のために、在院日数の短縮等を重視した病院運営がこれまで以上に求められてきており、効率偏重の支援が横行することが懸念される。しかし、石原ら（2014）が指摘するように、「退院支援者やその部門が、退院についての『質の担保を図る部門』としての位置付けや権限が得られなければ、いくら早期退院を実現し、一時的な院内評価を得ることができても、やがて、政策からも患者・家族からもその存在意義を疑われ」ることになる。

そのため、これまでに以上に、支援の効果を意識する必要がある、いかにして効果的な支援を行うことができるのかを、根拠に基づいて示していくことが求められているといえよう。つまり、MSWが専門職としての社会からの評価を高めていくためには、支援の質向上への取り組みやデータによる情報開示を通じ、自らの手によって、質の改善や保証に

努めている姿勢を示していく必要がある（今中 2012）。以上のような背景を踏まえて、次節では、本研究の目的と課題を示すこととする。

第2節 本研究の目的と課題

本節では、前節の内容を受けて、本研究の目的と課題を設定するにあたっての視点を説明する。その上で、本研究の目的と目的を達成するために必要な3つの研究課題を示す。

1. 本研究の目的と課題を設定するにあたっての視点

「病院の機能分化と連携」および「地域包括ケアシステムの構築」といった医療・介護政策が推進される中、MSWによる退・転院支援の効果をいかに示していくかが問われている。これらの政策では、単に次の退・転院先を決めればよいというわけではなく、急性期から回復期さらに慢性期へどうつなげていくのか、医療から介護へどうつなげていくのかという点が重視されているからである。そのため、MSWにとっては、支援プロセスの中で適切なつながりができているのかどうか、または支援を通じて患者と家族にとって安心・満足できる流れを作り出せているのかどうか、ここをどう説明していくのかが課題の1つになってくる。

一方で、近年の診療報酬改定で、平均在院日数短縮化や在宅復帰率向上といった成果が問われてきている中、これらのアウトカム指標の達成に向けて、MSWとしてどのように貢献していくのが求められている。ただし、ここでも同様に、早期に退・転院させたり、在宅へつなげたりすればよいという単純な話ではなく、そこに至るまでのプロセスでどのような支援を行っているのかという点に注視する必要がある。さらに、適切な支援ができていないことで、結果が患者と家族の希望にそぐわないものであったり、退・転院後に不本意な生活状況に陥っていたりすることも想定される。そのため、患者と家族の思いや退・転院後の生活の質を、いかに担保していくのかといった観点も重要になってくる。

なお、医療におけるアウトカム指標とは、「診療後の患者の状態など『医療の結果・成果』を表す指標」とされており、大きく以下の3つに分類が可能である（近藤 2007；池田 2010；石川 2010；医療情報の提供のあり方等に関する検討会 2011）。①救命率や治癒率およびADL（activities of daily living）の向上（低下）、有病率や死亡率の低減（増大）といった医学的効果に関わる指標。②平均在院日数の短縮（伸長）や在宅復帰率の向上（低下）、または退・転院後の生活場所と状態といった社会的効果に関わる指標。③患者や家族の満足度・QOL（quality of life）に関わる指標。このようにアウトカム指標といっても、多種多様な指標が用いられている。つまり、平均在院日数や在宅復帰率といった診療報酬で求められている指標は、アウトカム指標の一部にすぎないといえる。

図1（p.162）は、上田（2005）の「ICF整理シート（上田、大川、2005）」に基づいて、上記の①～③を整理したものである（ICFの詳細は第1章第4節で解説する）。これは、疾患の発症で「健康状態」が悪化し、入院治療が必要になった場合を想定したものになっている。まず、「心身機能」に関わるアウトカム指標として、救命率や治癒率の向上（低下）、有病率や死亡率の低減（増大）をあげることができる。さらに、ADLの向上（低下）は「活動」、退・転院後の生活場所と状態は「参加」、平均在院日数の短縮（伸長）や在宅復帰率の向上（低下）は「環境因子」に関わる指標に、それぞれ分類できる。

加えて、ICFには含まれていないものの、「主観的体験」として、患者や家族の満足度の増大（低減）を位置づけることが可能である。一方、上田（2005）は、「客観的には社会的自立、そして主観的には精神的自立」が重要であるとした上で、『社会』レベルの『参加』と、『実存』レベルといってもよい『主観的な次元』の2つが、ともに高いレベルにあるということが大事」と述べている。QOLについても同様に、客観的 QOL と主観的 QOL で構成されていることから、客観的 QOL の増大（低減）は「参加」、主観的 QOL の増大（低減）は「主観的体験」に関わる指標に、それぞれ分類が可能である。

以上の内容を踏まえると、MSW による退・転院支援の効果について検討する場合には、プロセス部分を適切に支援した結果として、退・転院先が選定されるという視点が欠かせない。加えて、平均在院日数や在宅復帰率といった診療報酬上求められているアウトカム指標だけでなく、支援プロセスの中で患者と家族および支援に関わる人達の認識が一致するような適切なつながりができているのかどうか、さらに患者と家族の満足感や希望の実現度、および退・転院後の生活状況といったアウトカム指標にも目を向けていく必要があると考える。

ただし、プロセス部分を適切に支援したとしても、全ての事例のアウトカム指標が改善するわけではないことにも留意する必要がある。詳細は本章第3節で後述するが、こうしたプロセスやアウトカムに着目したマネジメントの考え方は、主に病院内の取り組みを想定したものであり、とりわけ社会経済的問題といった病院内の取り組みだけでは解決が困難な事例も存在するからである。そのため、病院内で起きているこうした個別（ミクロ）の問題を、地域（メゾ）や制度・政策（マクロ）の問題として捉えていく視点も欠かせないと考える。

2. 本研究の目的と課題

本研究の目的は、MSW による退・転院支援の質をいかに向上させていくのかという観点から、医療現場の実態やそこで生じている問題の構造を実証的に検討し、それをもとに、MSW の効果的な退・転院支援のあり方を見出すことである。そのために、筆者と関わりのある病院を主なフィールドとし、量的調査と質的調査を組み合わせた混合研究方法を用いる。

上述した研究目的を達成するために、以下の3つの研究課題を設定する。なお、課題を設定するにあたっては、患者のみを対象とするのではなく、家族も含めて検討している。退・転院支援では、患者だけでなく家族への支援も不可欠だからである。

第1の課題は、患者と家族の退・転院先についての合意形成が困難な事例の実態を示すことである。退・転院支援を通して、患者本人が自宅退院を望んでいても、家族の意向で病院や施設への転院を選択せざるを得ないといった事例への対応は、これまで以上に避けられないものになっている。核家族化の進行や高齢世帯または夫婦共働き世帯の増加によって、家族内で自宅介護に従事できる者がいないために、介護力不足といった問題が生じやすくなっているからである（印南 2009；社会保障制度改革国民会議 2013）。そのため、本研究では、患者と家族の退・転院先の意向に関わる要因を把握し、主に両者の意向の異同に注目することで、患者と家族の特性に応じた、MSW による効果的な支援のあり方を見出していくこととする。

第2の課題は、自宅退院後の患者と家族が有している不安・困り事の実態を示すことである。こうした不安・困り事を想定して支援を行うことは、「安全で円満な家庭復帰」(林ら 1976; 中村ら 1989)を実現し、「危険で険悪な自宅退院」(二木 a 1983)を防ぐ上で重要である。さらに、MSW も含めた支援者側が自宅退院後の生活状況を正しく理解し、患者と家族の立場に立った支援法を検討することは、患者中心の医療の動きが高まりつつある中で大切な視点だと考える。そのため、本研究では、自宅退院後の不安・困り事を踏まえて、入院中の支援者側の評価や認識の内容等を振り返ることで、患者と家族に安心感や満足感を持ってもらうための、MSW による効果的な支援のあり方を見出していくこととする。

ただし、このような研究は、すでに数多く蓄積されている。そこで、これまであまり行われていない手法を盛り込んでいくこととする。具体的には、以下の2点である(詳細は第5章参照)。^①患者宅への自宅退院後調査を通じて、退院計画実践のプロセスとアウトカムを系統的に評価する。^②病院から自宅退院したにもかかわらず、その後短期間(3ヶ月以内)で再入院に至った事例のプロセスに注目する。

第3の課題は、転院困難患者が抱えている問題の構造とそれへの対処方略を示すことである。昨今、転院先をなかなか確保することができない患者の実態が各地で報告されている。病院や施設への転院が制約される要因(以下、転院制約要因)に言及している先行研究が多数存在する現状を踏まえると、こうした状況を軽減するための方略を示すことには意義があると考えられる。そのため、本研究では、転院制約要因を有することで生じる困難性を把握し、そこから患者または家族の希望に沿った転院先を確保するための方略を見出していくこととする。

一方、先の第1の課題のところでも述べたように、患者が自宅退院を希望し続けていても、現実的な問題から家族は転院で話を進めていくことがあり、両者の退・転院先の意向が一致しないまま転院支援を進めていかざるを得ない事例に遭遇することがある。このような事例では、そもそも患者本人が転院を希望していないことから、希望に沿った転院先の確認自体が困難である。そのため、転院支援を中心に扱う第3の課題では、患者と家族の両者の希望ではなく、患者または家族のどちらかの希望に焦点を当てることとする。

なお、本研究では、転院後の患者と家族の不安・困り事、および自宅退院制約要因についての研究課題は設定しない。前者については、転院支援の特性として、入院中の患者と家族の不安・困り事を軽減しつつ、適切な転院先を確保することを重視している面をあげることができるからである。後者については、退・転院支援では自宅退院につなげられるかどうか論点になりやすいこともあり、自宅退院制約要因についての先行研究は数多くあるためである。

また、本研究における家族は、法的な意味での親族関係(6親等以内の血族と3親等以内の姻族)に限定せず、内縁関係の夫婦や患者にとって重要な存在であると思われる知人についても家族に含めることとし、同居の有無は問わないものとする。加えて、本研究では、配偶者(内縁関係を含む)や原則として成人した子供(大学生・高校生・中学生・小学生および小学生未満の者を除く)の同居または別居子の有無といった家族形態の違いにも着目していくこととする(詳細は本章第4節「1. 家族の定義・分類」参照)。

第3節 本研究の動機と分析の視点

1. 本研究の動機

筆者は過去11年間、回復期リハビリテーション病棟と介護療養型医療施設を有する病院で、MSWとして退・転院支援を行ってきた。その中で、患者や家族の状況によって、転院先の選択肢や確保のしやすさが異なってくることをしばしば経験している。このような経験を踏まえて、修士論文では「療養型病院・施設への転院を阻む要因とそれらを有する患者への有効な対処法に関する研究」をテーマとし、以下の2点に重点を置いて調査を行った。①転院阻害要因とそれらが転院先の選定におよぼす影響。②MSWが転院困難事例を早期に把握することで、どのような効果を得ることができるのか。

さらに、これらの調査からは、以下の結果を得ることができた。1) 転院阻害要因を有する患者は、阻害要因を有しない患者と比べると、医師が転院を指示してから転院までに時間を要し、希望した転院先へ移ることができていない(林 2009; 林 2010a)。2) MSWによる転院阻害要因の早期把握の取り組みを通じて、患者または家族が希望する転院先へ移れる割合が高まる(林 2009; 林 2010b)。

ただし、筆者がMSWとして退・転院支援を行う中で、上記以外にも悩みや課題を感じることがある。その1つとして、患者本人が自宅退院を希望している、または患者本人の退・転院先の意向が把握できていないにもかかわらず、家族が病院や施設への転院を希望している事例に遭遇した際に、どのような関わり方が求められているのかという点をあげることができる。家族が自宅退院を希望しない理由は、様々である。しかし、大半は介護力不足やこれまでの家族関係といったやむを得ない事情を抱えており、結果的に患者本人の意向が反映されない形で、転院が決まってしまうことが少なくない。加えて、疾患の発生を機に患者本人の判断能力が低下してしまい、患者本人の退・転院先の意向が十分に確認できないまま、家族の意向のみで転院に向けた話が進められることも珍しくない。このような事例では、MSWには患者と家族の意向を調整する役割が求められるわけだが、実際の支援方法についてジレンマを感じているMSWは多いと考える。

一方、修士論文では、MSWによる自宅退院に向けた支援方法についての調査は、筆者の能力不足もあり、行うことができなかった。転院支援が、MSWにとって重要な業務であることには違いない。しかし、実際には自宅退院支援を含めて支援が行われていることを踏まえると、双方における効果的な支援のあり方についての検討が欠かせないと考える。

また、転院阻害要因を特定化し、それらを早期に把握し介入するための院内システムを構築したとしても、ある程度の効果に留まってしまい、それだけでは十分に対応しきれない事例が存在する。特に、「保証人なし」や「経済的困難あり」といった社会経済的要因を有する場合、早期にMSWが関わったとしても、使える社会資源に限りがあるために、効果が発揮しにくい事例が少なくないことを実感している。

とりわけ保証人問題(保証人不在者の転院先が制約されている状況)は、転院支援プロセスの見直しといった病院内の取り組みだけでなく、病院外の地域の関係機関を巻き込んだ取り組みをしないと解決が難しい問題であり、地域(メゾ)の問題として、別枠で取り扱う必要があると考える。加えて、今後このような事例が増えることが予想されるにもかかわらず、先行研究の蓄積が不十分であり、示されている対応策もごくわずかにとどまっている。一病院・施設単位でみると、この問題はレアケースの域を脱しないこともあり、

問題が顕在化しにくいという側面を有しているものの、地域によってはすでに社会問題になりつつある。近い将来に備えるべく、この問題に精通している MSW の立場から、具体的な対応策を示すことには意義があると考えられる。

以上、本研究における筆者の動機を書いた。博士課程では修士論文で残された以下の3点の課題に取り組みつつ、研究の範囲やフィールドを拡大することで、これまでの内容を発展させた研究を行う。①患者と家族の退・転院先の意向が異なる事例と患者本人の意向が確認できない事例への効果的な支援のあり方。②自宅退院に向けた効果的な支援のあり方。③保証人問題への効果的な支援のあり方。

2. 本研究の分析の視点

退・転院支援の質向上を検討するにあたっては、患者や家族（ミクロ）だけでなく、組織・地域（メゾ）や制度・政策（マクロ）をも射程に入れる必要があると考える。近藤（2007）が指摘するように、「いくら臨床現場（ミクロレベル）が、がんばっていても、制度・政策（マクロレベル）が悪ければ、そして両者の中間に位置する事業体（メゾレベル）のマネジメントが悪ければ、良い医療や福祉は実現できない」からである。

さらに、MSW が対応困難だと感じる事例や MSW 支援に重要な示唆を与えてくれるような特殊事例に、より注目していくことも必要だと考えている。根本（2000）によれば、「専門的方法・技術の必要性を明確にするための事例は、『接近困難事例』のように特殊性を含むものがよく、「特殊例の中に一般に適用すべき様々の例証を発見することができる」とされているからである。

第4節 本研究で用いる用語の定義と解説

1. 家族の定義・分類

本研究における家族については、法的な意味での親族関係（6親等以内の血族と3親等以内の姻族）に限定せず、内縁関係の夫婦や患者にとって重要な存在であると思われる知人についても家族に含めることとし、同居の有無は問わないものとする。医療現場では、親族関係を有していない場合や患者本人と同居していない場合であっても、患者にとって重要な存在であれば、家族とみなすことがあるからである。また、内縁関係の夫婦については、実態的には法律上の夫婦（配偶者）とさほど変わりがないことから、本研究で調査データを分析する際には、両者を一体のものとして捉えることとする。

さらに、本研究では、家族員を一括りで捉えることなく、患者本人との続柄や同別居の状況、および就労状況ごとに分類し、それらの違いにも着目していくこととする。同じ家族員であっても、これらの違いによって、患者本人に与える影響力が異なることが想定されるからである。

例えば、第4章第1節（第1調査）では、家族員の続柄や就労状況を調べつつ、配偶者と同居している場合を「配偶者同居」、配偶者と別居または配偶者が施設入所している場合を「配偶者別居」、配偶者が死別・離別で不在またはもともと配偶者がいない場合を「配偶者なし」としている。加えて、別居子の有無にかかわらず同居子がいる場合を「子同居」、同居子はいないが別居子がいる場合を「子別居」、子が死別・離別で不在または成人した子がいなかった場合を「子なし」としている。その上で、配偶者と子の組み合わせによって、分

類している。表1 (p.163) は、上記の実際のデータの一部を示したものである。

2. 在宅と在宅等および自宅

2005年介護保険法改正以降、厚生労働省は「在宅」に「自宅」だけでなく、小規模施設と言える「居住系施設（居住系サービス）」まで含めるようになっている（二木 2009）。また、2008年診療報酬改定で、「在宅」の中に特別養護老人ホームが含まれることになった。これによって、「『在宅』に含まれないのは医療施設と老人保健施設だけ」（同上 2009）となった。加えて、地域包括ケア研究会（2010）でも、「在宅」の定義が以下のように示された。「『在宅』とは現役世代から住んでいる自宅に限定されるものでなく、介護が必要になっても住み続けることができる集合住宅などに住み替えることも含んだ広義の概念である」。

さらに、2014年度診療報酬改定によって、急性期から慢性期に至るまでの全てのステージに在宅復帰要件が設けられたことで、「在宅」の範囲が病棟・施設機能ごとで大きく変わることとなった。表2 (p.164) は、具体的にどの退・転院先が「在宅」に含まれるかどうかを、入院先の病院機能別に示したものである。例えば、回復期リハビリテーション病棟や在宅復帰機能強化加算算定の療養病棟から退・転院した際には、「在宅」扱いになるのは自宅と居住系施設に限られている。それに対して、一般病棟（7:1看護）や地域包括ケア病棟からの退・転院先については、在宅強化型または在宅復帰・在宅療養支援機能加算算定の老人保健施設が「在宅」に含まれているなど、その範囲が広く定義されている。

加えて、厚生労働省の「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」がまとめた「地域医療構想策定ガイドライン」（2015年3月31日）の中で、「慢性期機能と在宅医療等の需要推計」について言及されており、在宅医療等の提供範囲が以下のように記されている。「在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定」（厚生労働省 2015a）。これによって、医療機関以外の全ての場所が「在宅等」に含まれ、在宅医療の提供場所としてみなされることになった。

以上の内容を踏まえると、「在宅」または「在宅等」の1つとして「自宅」が含まれており、その範囲は年々拡大傾向にあるといえる。そのため、「在宅」と「自宅」はイコールではないことに留意する必要がある、本研究でもこの考え方を踏襲する。

3. 退・転院支援と自宅退院支援および転院支援

本研究では、自宅退院に向けた支援を「自宅退院支援」、病院や施設への転院に向けた支援を「転院支援」と区別した上で、これらを包含したものとして「退・転院支援」を用いる（詳細は第2章第3節「2. 『退院援助』と『転院援助』との異同についての先行研究」参照）。

4. 退・転院支援と退院計画

退・転院に向けた支援を意味する用語は、「退院指導」、「退院援助」、「退院調整」、「退

院支援」と多岐にわたっている（詳細は第2章第3節「1. 退・転院支援と類似用語との関係についての先行研究」参照）。一方、現在のソーシャルワークの潮流は、エンパワーメントし、ストレンクスを見出し、利用者のナラティブ（語り）を重視する実践を行う一方で、エビデンス（実証的に検証された調査結果）に基づいた介入を重視する点にあるとされている（三島 2007；三島 2012）。本研究の特徴は、実証的な側面に力点を置きつつも、患者や家族による主体的な評価または希望といったナラティブな側面を含めている点にあり、現在のソーシャルワークの潮流に沿ったものになっている。

以上の内容を踏まえて、本研究では、患者と家族の主体性を重視する意味合いがより強いとされている「退院支援」に沿って、「退・転院支援」という用語を使用する。なお、「退院支援」ではなく、「退・転院支援」を用いる理由は、「退院支援」だと自宅退院支援と転院支援のどちらを指すのか、または双方を含むものなのか判別がつきにくいと考えたからである。ただし、他文献からの引用箇所やそれに関わる記述については、原文のまま「退院指導」、「退院援助」、「退院調整」、「退院支援」を使用する。一方、退・転院に向けた病院全体でのシステム化された活動・プログラムを意味する場合には、「退院計画」を用いる。

5. 効果的な退・転院支援

本研究では、患者と家族が退・転院先を納得して選定できる、または退・転院時やその後において安心感や満足感を持ってもらえるような支援のことを総称して、「効果的な退・転院支援」を用いる。

6. 意思決定と自己決定

「意思決定」は患者または家族の意思で何らかの決定をする際に用いられるのに対して、「自己決定」は患者本人による決定を意味しており、家族による決定は含まれていないのが通常である（詳細は第2章第4節「3. 患者・利用者と家族の意向や意思決定・自己決定についての先行研究」参照）。本研究でも、こうした用語の使用法を踏襲し、「意思決定」の主体は患者または家族であるのに対して、「自己決定」の主体は患者であり、家族は含まない。

7. 合意形成

「合意形成」については、様々な定義がされている。例えば、長戸（2008）は、「家族員個々の意見の折り合いをつけ、家族全体が納得できる新たな選択肢を家族で見出していくこと」としている。さらに、柳原（2013）は、「関係する人々の意見の一致を図る過程」であると述べている。加えて、吉武（2007）は、「関係者が意見の理由を共有し患者の思いを意向につなげる対話を通して、患者にとって最善の方法を見つけ出すプロセスである」としている。

ただし、医療現場では、家族員個々の意見の折り合いがつかず摩擦が生じる事例、または一見意見の折り合いがついたようにみえても家族全体が納得できるところまでには至らない事例も少なくない。さらに、患者を含めた全ての関係者の意見が必ずしも一致するわけではなく、仮に患者が自宅退院を希望し続けていたとしても、家族が転院で話を進めていく事例があるのも事実である。加えて、患者にとって最善の方法を見つけ出すことがで

きたとしても、それが家族にとって負担だとすれば、両者の間に葛藤や緊張関係が生じることも考えられる。

そのため、MSW として、このような事例に遭遇した場合、完全に意見の一致が図れないにしても、患者を含めて家族全体で少しでも納得してもらえようような働き掛けを行うこととなる。そこで、本研究では、患者と家族の退・転院先の意向が一致しないような場合に、両者の意向を近づけることを目的に、それぞれの間で生じている葛藤や緊張関係を軽減、または患者を含めて家族全体で少しでも納得して退・転院先を選定できるよう支援者が関わっていく過程を総称して、「合意形成」を用いる。

なお、「合意」の類語として、「同意」をあげることができるが、法令用語研究会（2012）は、2つの用語の違いを以下のように説明している。「合意」は「当事者の全員の意思が一致（合致）すること」であり、「類語の『同意』と異なり、当事者の一方が能動的で他方が受動的立場に立つことを必要としない」。

8. 療養型病院・施設

本研究では、医療療養病棟や介護保険施設の総称で、「療養型病院・施設」という用語を用いる。ここでの介護保険施設とは、介護保険法上に明記されている介護保険3施設のことであり、特別養護老人ホームと老人保健施設および介護療養型医療施設を指す。

9. 転院制約要因と転院阻害要因

修士論文とそれをもとにした拙論では、転院先が制約される要因を「転院阻害要因」と記していた。ただし、この表現だと、転院自体が阻まれてしまい、どこにも転院できないという意味合いにとられてしまう可能性もある。一方、本研究で、筆者が問題視しているのは、転院先が制約されることで、患者または家族が希望しない病院や施設へ移らせざるを得ない状況であるため、「転院制約要因」を用いる。なお、修士論文・拙論の引用箇所とそれに関わる記述については、原文のまま「転院阻害要因」を使用する。

10. 保証人

医療・福祉（介護）現場で使われている保証人の名称は、病院・施設ごとで異なっており、保証人、連帯保証人、身元保証人、身元引受人など様々である。これらはいずれも法律的に意味が異なるものであるにもかかわらず、それらの違いをしっかりと理解しないまま、何となく使われてしまっている現状がある（伊賀市社会福祉協議会 2009；伊賀市社会福祉協議会 2010）。平田（2007）は、「福祉サービス契約で身元保証人や身元引受人が要求される」のは、「何かあったとき（利用者に医療処置が必要になった場合など）に利用者本人を現実に取り取る、あるいは利用者が死亡したときの措置や葬儀を主宰してもらうなどの必要のために定めておく」ことが多いとしている。本研究では、こうした現状を踏まえつつ、医療・福祉（介護）サービス契約で要求される上記のような役割を担う者という意味で、「保証人」という言葉を用いる。

11. 保証人不在者

本研究では「保証人不在者」を、「身寄りがいないまたは親族等の協力が得られず、何

らかの事情があって保証人代行団体（保証人代行を有償で行っている NPO 法人等）との契約ができないために、保証人を誰にも依頼できない患者」と定義する。

12. 保証人問題

本研究では、保証人が確保できないために、患者本人が希望する病院や施設への転院が困難であり、結果的に保証人不在者の転院先が制約されている状況を、「保証人問題」と呼ぶ。

13. ICF（国際生活機能分類）

International Classification of Functioning, Disability and Health の略。これは、「人間のあらゆる健康状態（変調または病気一林）に関係した生活機能状態から、その人をとりまく社会制度や社会資源までをアルファベットと数字を組み合わせた方式で分類し、記述・表現をしようとするものである」（World Health Organization=2002）。

さらに、①心身機能・身体構造（機能・形態障害）、②活動（能力障害）、③参加（社会的不利）、④環境因子、⑤個人因子で構成されており、それぞれ以下のように定義されている（①～③の括弧内には ICF 改定前の国際障害分類の用語を記載）。①の心身機能とは「身体系の生理的機能（心理的機能を含む）」であり、身体構造とは「器官・肢体とその構成部分などの、身体の解剖学的部分」である。②の活動は「課題や行為の個人による遂行のこと」であり、③の参加は「生活・人生場面への関わりのこと」である。④の環境因子は、「人々が生活し、人生を送っている物的な環境や社会的環境、人々の社会的な態度による環境を構成する因子のこと」である。⑤の個人因子は、「個人の人生や生活の特別な背景であり、健康状態や健康状況以外のその人の特徴からなる」としている。

一方、上田（2005）は、ICF の今後の課題として、以下の点をあげている。「ICF は客観的な世界を分析するには非常にいい枠組みを提供しているが、心の中を全く考えていない、しかし、それでは問題の一面しかみていない」。その上で、障害のある人の心の中にも注目する必要があるとしており、それを「主観的体験」としている。図 1（p.162）で用いている「ICF 整理シート（上田、大川、2005）」（同上 2005）は、健康状態と上記①～⑤を客観的次元、主観的体験を主観的次元とした上で、これらの項目を図式化したものになっている。

14. FIM（機能的自立度評価法）

Functional Independence Measure の略称。運動系の 13 項目（食事、整容、清拭、更衣・上半身、更衣・下半身、トイレ動作、排尿管理、排便管理、ベッド・いす・車いすの移乗、トイレの移乗、浴槽・シャワーの移乗、歩行・車椅子、階段）、認知系の 5 項目（理解、表出、社会的交流、問題解決、記憶）の合計 18 項目に、それぞれ全介助 1 点～完全自立 7 点の採点をする尺度である（保健医療福祉キーワード研究会 2008）。

第2章 退・転院支援についての先行研究の検討と調査枠組みおよび論理モデルの提示

本章の目的は、本研究を始めるにあたって、文献等から基本的な事実を確認し、先行研究の動向を把握する作業を通じて、問題意識の明確化を図ることである。さらに、第1章で述べた本研究の課題内容に焦点を当て、先行研究の論点を整理し、現段階での到達点を示した上で、これらの研究課題を整理する。その上で、本研究における調査枠組みや各調査の論理モデルを提示する。

第1節では、先行研究の収集方法とそのプロセスを示す。第2節では、MSW業務における退・転院支援の位置づけや退・転院支援部門におけるMSWと看護師等の業務実態を把握するために、基本的な内容やデータの確認を行う。第3節では、退・転院支援とその関連用語との関係を整理した上で、退・転院支援の質をどのように捉え、それをどう評価していくのかについて検討する。第4節では、患者と家族の意向を踏まえた退・転院についての意思決定支援が求められる背景について述べた後、患者や家族の意向や意思決定等についての先行研究を概観する。第5節では、自宅退院支援の質向上が求められる背景に触れた後、実際に質向上に向けた調査や取り組みを行う上で、参考になりそうな先行研究を中心に検討する。第6節では、効果的な転院支援が求められる背景に言及しつつ、それに関わる先行研究を整理する。第7節では、転院支援場面で遭遇する保証人問題への対応が求められる背景に言及した上で、同問題についての先行研究を検討する。第8節では、第2節～第7節で先行研究を検討した内容を踏まえて、これらの研究課題を整理しつつ、本研究で実施する調査の枠組みと論理モデルおよび仮説を示す。

第1節 先行研究の収集プロセス

先行研究の収集は、平岡（2006）が示している方法を参考に行った。この中で、文献探しのツールとしてあげられているのは、①先行研究、②専門雑誌、③図書館の書架、④文献目録と電子化されたデータベース、⑤レビュー論文の5点である。

実際に筆者が行った収集プロセスを、図2（p.165）に示す。収集手順は、以下の通りである。まずは、②の専門雑誌の最新号を含めたバックナンバーの確認を中心に行った。専門雑誌は、1990年からの論文（1991年以降に発刊された雑誌については創刊号からの論文）に目を通すこととした。その理由は、「1990年代の医療制度改革が、急性期と慢性期の区分とそれを前提にした急性期医療と慢性期医療の『機能分担と連携』であった」（山路 2013）とされており、退・転院支援のあり方にも大きな影響を及ぼした時期だと考えるからである。具体的には、MSWの投稿論文を多数掲載している『医療と福祉』27年分（Vol.24.No.1～Vol.50.No.1）、『医療社会福祉研究』25年分（Vol.1.No.1～Vol.24）の文献タイトル全てを確認した。さらに、『社会福祉学』27年分（Vol.31.No.1～Vol.57.No.3）、『ソーシャルワーク研究』27年分（Vol.15.No.4～Vol.42.No.3）、『ソーシャルワーク学会誌（旧『社会福祉実践理論研究』）』（No.1～No.32）25年分、『日本医療・病院管理学会誌（旧『病院管理』）』27年分（Vol.27.No.1～Vol.53.No.4）、『家族看護』12年分（Vol.1.No.1～Vol.12.No.2）、『病院』誌連載の「医療ソーシャルワーカーの働きを検証する」（Vol.65.No.6～Vol.72.No.4）のタイトルにも、全て目を通した。併せて、③図書館（日本福祉大学大学院図書館）の書架で、該当する分野の文献を実際に手にとって、本研究のテーマや目的に関連がありそうな頁を確認した。

次に、②③を補足することを目的に、④の電子化されたデータベースを用いた検索を行った。基本図書・専門書は、日本福祉大学附属図書館と Webcat Plus の検索エンジンを用いて収集した。さらに、国内データベース（医学中央雑誌 web 版、国立情報研究所 CiNii）にて論文検索を行った（検索キーワードとヒット件数は表 3：p.166 参照）。

さらに、これらの中で、本研究のテーマや目的に関連がありそうな文献を収集し、読み込みをしつつ、①の先行研究の収集も行った。具体的には、②③④で収集した文献内に示されている引用・参考文献一覧を確認し、見えそうなものが見つければ入手するようにした。なお、⑤レビュー論文は、①～④で収集した文献内に含まれていたため、今回の収集手順からは除外した。加えて、政府が作成した文書や調査報告書、医療経済研究機構、日本医師会総合政策研究機構、全日本病院協会、回復期リハビリテーション病棟協会、日本慢性期医療協会、日本看護協会、日本社会福祉士会、日本医療社会福祉協会、地域包括ケア研究会、高齢者住宅財団の資料を確認し、文献収集の補足を行った。最終的に検討した文献数は 578 件であった。

第 2 節 MSW の退・転院支援業務についての先行研究

本節では、MSW の退・転院支援業務の全容を把握することを目的に、先行研究の知見に基づいて、①MSW 業務における退・転院支援の位置づけと②退・転院支援部門における MSW と看護師等の業務実態を示すこととする。

1. MSW 業務における退・転院支援の位置づけについての先行研究

「医療ソーシャルワーカー業務指針」は、MSW 業務の範囲や方法等を示すものであり、1989 年に作成された後、2002 年に改正されている。「二. 業務の範囲」では、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 項目が掲げられている（厚生労働省 2002）。このうち「退院援助」は、1989 年作成時には「社会復帰援助」と統合した項目であった。ただし、業務の実情を踏まえ、2002 年の改正時に独立して区分され、1 項目増える形で業務の範囲とされた経緯がある（笠藤ら 2006；社会福祉士養成講座編集委員会 2009）。

小嶋ら（2000）が全国の病院等の日本医療社会事業協会（現・日本医療社会福祉協会）会員を対象に行った「医療ソーシャルワーカー業務指針」の業務内容の実施状況についての調査結果によると、最も実施率が高いと回答されたものは、「退院・退所する患者への在宅ケア諸サービスの活用援助」であった。次いで、「転院のための医療機関、退院・退所後の社会福祉施設等の選定」であり、退・転院支援に関わる項目が上位を占めていた。

日本医療社会事業協会（2004）は、日本医療社会事業協会会員に限定しない全国調査を実施している。その結果、退・転院支援が最も多く実施されている業務であったことを報告している。さらに、全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会（2004）が行った全国の回復期リハビリテーション病棟 MSW を対象とした業務調査の結果によると、退・転院支援に関わる項目が、実施率の高い MSW 業務（直接援助）上位 4 つを占めていた。これらの内容は、退・転院支援が MSW の中心的な業務であることを示すものである。

加えて、近年の退院患者数の増加傾向と平均在院日数の短縮傾向を見る限りでは、MSW 業務における退・転院支援の位置づけが、これまで以上に高まることが予想される（表 4、

5 : pp.167-168)。表 4 の推計退院患者数（総数）は、1996～2008 年にかけて 3 年ごとで調査されている。2002 年に微減（-2.7 千人）しているものの、その後は増加傾向に転じている。事実、1996 年と 2008 年を比べてみると、136.3 千人（1996 年推計退院患者数の 12.1% 相当分）増加している。表 5 の平均在院日数は、毎年調査されている。病院・全病床では、一貫して短縮し続けており、1994 年と 2013 年を比較してみると、14.9 日（1994 年平均在院日数の 32.7% 相当分）減少している。病院病床別で見ると、精神病床の減少幅が際立っており、一般病床も一貫して減少し続けている。一方、療養病床は、2009 年までは一進一退を繰り返しているが、2010 年以降は短縮傾向にある。

一方、2008 年の診療報酬改定で、看護師または社会福祉士の資格をもった MSW が患者の退院調整や退院支援を行った場合に、点数がつくことになった。新設されたのは、一般病床に入院している 75 歳以上の後期高齢者を対象とした「後期高齢者退院調整加算」と、療養病床や特殊疾患病棟などの患者を対象とした「退院支援計画作成加算」および「退院加算」である。さらに、2012 年の診療報酬改定で、「退院調整加算」が設けられた。これは、入院後 7 日以内に退院困難な要因を有する者を抽出し、その上で退院困難な要因を有する者に対して、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画の立案と当該計画に基づき退院した場合に算定可能なものである（「退院調整加算」は 2016 年度診療報酬改定で「退院支援加算」に改定された）。

こうした点数化について、MSW 業務がわずかながらでも診療報酬で評価されたことは画期的出来事であると賛同の声があがる一方で、病院側から「MSW＝退院調整係」の刻印をおされてしまう危険性があることも指摘されており、賛否両論あるのが実情である（月刊ケアマネジメント編集部 2008）。

以上、先行研究の知見をもとに、MSW 業務における退・転院支援の位置づけを示した。MSW 業務の中で、退・転院支援は主業務に位置づけられているとともに、近年の退院患者数の増加傾向や平均在院日数の短縮傾向および診療報酬の点数化を受けて、その重要性は増している。ただし、診療報酬の点数化については、賛否両論が分かれている。

2. 退・転院支援部門における MSW と看護師等の業務実態についての先行研究

日本看護協会（2011）は、全国の病院に設置されている退院調整部門についての質問紙調査を行っている。それによると、退院調整部門に配置されている職員の職種は、「医師・歯科医師」が 26.3%、「看護師」が 84.2%、「医療ソーシャルワーカー」が 86.9%、「事務」が 41.4%であった。配置職員の平均人数は、「医師・歯科医師」が 0.3 人、「看護師」が 1.6 人、「医療ソーシャルワーカー」が 2.5 人、「事務」が 0.8 人であった。一方、退院調整部門がない場合は、退院調整の主な実施者は「社会福祉士・医療ソーシャルワーカー」が 39.9%で最も多く、次いで「病棟の看護師」31.2%、「医師」が 13.0%であった。これらの結果は、退院調整業務の大半が MSW または看護師によって担われていることを示している。

退・転院支援部門における MSW と看護師の業務内容については、いくつかの先行研究が存在する。石橋ら（2011）は、退院調整看護師とソーシャルワーカー（SW）へのインタビュー調査を通じて、退院支援過程における両者の判断プロセスの特徴を示している。それによると、「退院支援における判断プロセスの多くが共通である」一方で、以下の相違点があったとしている。「看護職が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 SW 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していた」。

加藤 (2012) は、MSW と看護師を対象にした質問紙調査を行い、退院支援における両職種の共通点と相違点をまとめている。まず、共通点としてあげているのは、「患者側の意向を確認し、院内関係者と協議検討しながら退院支援を行っている」ことである。次に、相違点として、「MSW 系は、看護系に比べて多様な視点に基づいて退院支援を行っている可能性がある」ことをあげている。さらに、「MSW 系における社会資源の活用や諸調整、看護系における退院後の療養生活指導など、自分の職種の専門性と直結している業務は、実施状況、重視度ともに高い」としている。

高山ら (2014) は、日本医療社会福祉協会に所属する MSW を対象に質問紙調査を行い、ケース課題別にみた MSW と看護師の部署内協働の状況を報告している。それによると、医療課題をもつ在宅支援については、MSW と看護師が担う割合は同程度であった。一方、転院支援や社会課題をもつ在宅支援については、MSW が主に担当している割合が高かったとしている。

以上、先行研究の知見をもとに、退・転院支援部門における MSW と看護師等の業務実態を示した。退・転院支援部門に配置されている職員の職種の大半は、MSW と看護師であり、両職種による退院支援の内容には共通部分も少なくない。ただし、MSW と看護師には、それぞれの職種の強みがあり、強みを活かした退・転院支援を行っている。

第 3 節 退・転院支援等の質と評価法についての先行研究

まず、退・転院支援の用法を明確にすることを目的に、その関連用語との関係を整理する。具体的には、類似用語（退院指導、退院調整、退院援助、退院計画）や転院支援との関係を中心に検討する。次に、退・転院支援や退院計画の質、医療の質や福祉研究等における評価法についての先行研究の概観を通して、退・転院支援の質をどのように捉え、それをどう評価していくのかについて整理する。この作業の目的は、効果的な退・転院支援についての研究調査を実施する前段階として、適切な質の評価法を示していく点にある。

1. 退・転院支援と類似用語との関係についての先行研究

手島 (2006) は、「日本では従来から『退院指導』、『退院援助』といった言葉が用いられてきていたし、近年は『退院調整』や『退院支援』という言葉が使われることも増えている」と説明している。その上で、「退院指導」は、「主に看護領域で使われる言葉で、『その疾患の管理のために、退院後に守るべき服薬や食事その他の生活上の注意事項等について、看護師が退院時に指導を行うこと』と、とらえられていることが多い」と述べている。一方で、「近年は、病棟看護師が通常業務で担いきれないような退院に関する様々な部署や外部機関などとの調整業務を専任者が担当するというニュアンスで、『退院調整』という言葉が使われることもある」としている。

「退院援助」は、主に MSW の領域で使われる用語である。MSW 業務の範囲や方法等を示す「医療ソーシャルワーカー業務指針」の中でも、「退院援助」という用語が用いられており、以下のように定義されている。「生活と傷病や障害の状況から退院・退所に伴い生ずる心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行うため、社会福祉の専門的知識及び技術

に基づき、これらの諸問題を予測し、退院・退所後の選択肢を説明し、相談に応じ、次のような解決、調整に必要な援助を行う」（厚生労働省 2002）。

「退院支援」は、大内ら（2002）によって、その目的が次のように紹介されている。「東大病院の医療社会福祉部における退院支援の目的は、『急性期の治療を終えた患者が、病気や障害を抱えながらも、退院して家庭や地域の病院・施設など、新たな療養の場で、安全に、安心して、自立した自分らしい生活を送ることができるように、地域の保健医療福祉機関と連携しながら、支援していく』ことにある」。さらに、「医療社会福祉部では、主に看護師長と MSW が患者・家族の相談・面接、病棟や関係機関との連絡調整を担い、患者とともに歩み、学びながら実践を積み重ねてきた」としている。

「退院計画」は、手島（1997a）によって、すでに推進され制度化されていたアメリカにおける退院計画が紹介されたことが始まりだとされている。この中では、以下のように定義されている。「個々の患者・家族の状況に応じて適切な退院先を確保し、その後の療養生活を安定させるために、患者・家族への教育指導や諸サービスの適切な活用を援助するように病院においてシステム化された活動・プログラム」。

以上の内容を踏まえると、「退院指導」、「退院調整」、「退院援助」、「退院支援」は、MSW・看護師または専任者が個別に支援・援助していくイメージが強いのにに対して、「退院計画」は病院全体でのシステム化された活動・プログラムである点が異なっている。さらに、「退院援助」では MSW、「退院指導」、「退院調整」では看護師、「退院支援」では看護師と MSW の双方が、主な支援・援助者として捉えられているところに違いがある。

一方、木戸（2011）は、「退院支援」と「退院援助」の違いを以下のように述べた上で、最近の福祉領域の動向として、「支援」という言葉が使われるようになってきているとしている。『「支援」は援助よりもソーシャルワーカーが少し離れて支える、見守るといった感じになると思います。患者・家族には生きていく力がある、その主体性を尊重するという姿勢です」。

本研究では、これらの知見を踏まえて、「退・転院支援」という用語を使用し、病院全体でのシステム化された活動・プログラムを意味する場合には、「退院計画」を用いる（詳細は第 1 章第 4 節「4. 退・転院支援と退院計画」参照）。

2. 「退院援助」と「転院援助」との異同についての先行研究

伊藤（2006）は、『「転院援助」は退院援助のなかに含まれる形で語られてきており、必ずしも『退院援助』と明確な区別がされているわけではないが、近年『転院援助』そのものに焦点をあてた研究もみられるようになり、両者の違いが指摘されている』としている。ここでは、先行研究の内容を踏まえつつ、これらの違いを明らかにする。退院支援の質を検討するにあたっては、退院支援と転院支援の関係を整理しておく必要があると考えるからである。

大本（1997）は、「退院援助」と比べた場合、「転院援助」は MSW にとってどちらかといえば好まれない業務であると、自身の見解を述べている。さらに、その理由を次のように述べている。「MSW にとっては、『退院援助』は、『入院より QOL の高い生活への援助』、すなわち、患者の福祉を増進させるための援助という印象が強い。しかし、『転院援助』においては、まだ医療が必要な患者であるにもかかわらず、出来るだけ早く転院させたいと

いう病院の期待と、出来れば転院したくないという患者との間に立って、MSW の専門性を発揮できる『いい援助』をしにくいという面があり、患者の『自己決定の尊重』という MSW の固有の価値との葛藤が、生じやすいという側面がある」。

伊藤 (2006) は、これまでの先行研究に基づいて、「退院援助」と「転院援助」の違いを次のように述べている。「『退院援助』は、自宅への復帰に関わるコーディネーターとなる場合によりクライアントの意向を尊重した援助をすることができ、『専門性の発揮できる』業務であると認識されるのに対して、『転院援助』は組織の要請とクライアントのニーズとの間で板挟みになり、より強い時間的、資源的制約のなかで多くの場合、クライアント側に理解を求める調整をすることとなり、『ジレンマの多い』『専門性の活かせない』『気の進まない』業務であると認識されるのである」。

以上の内容を踏まえると、「退院援助」が自宅復帰に関わる援助として捉えられている一方で、「退院援助」の中に「転院援助」が含まれていること、さらに「QOL の高い生活への援助」といった自宅復帰に限定しない捉え方がなされており、論者や場面によって異なった使い方をしていることが読み取れる。そのため、本研究では、自宅退院に向けた支援を「自宅退院支援」、病院や施設への転院に向けた支援を「転院支援」とすることで、両用語の違いの明確化を図る。

3. 退・転院支援等の質と評価法についての先行研究

退・転院支援や退院計画の質をテーマにした論文としては、高橋ら (2009)、藤澤 (2012)、藤澤 (2013)、藤澤ら (2014)、藤澤ら (2016) をあげることができる。ただし、いずれの研究でも、退・転院支援や退院計画の質の定義自体をしておらず、客観的な質の評価法も示していない。そのため、ここでは医療の質や福祉研究等における評価法を中心に押さえていくことで、退・転院支援の質と評価法に活かせる知見を見出ししていくこととする。

医療の質を評価する方法論としては、Donabedian (=2007) が提唱するストラクチャー (構造)、プロセス (過程)、アウトカム (成果) をあげることができる。ただし、安達 (2012) は、介護の質の定義法について模索しつつ、その中で Donabedian モデルの問題点を以下のように指摘している。①アメリカの市場メカニズムを前提としたモデルであり、介護の質の分析に直輸入することには危険性が伴う。②利用者とサービス提供者の諸関係を評価する枠組みに留まっているために、社会や国家との関係が抜け落ちてしまっている。これらの指摘は、Donabedian モデルを医療の質以外の分析で用いる場合には注意が必要であること、質を評価する際にはマクロ領域を含める必要があることを示すものである。

また、冷水 (2005) によれば、一般にサービス実施の評価は、以下の 4 次元でとらえることができるとしている。①実施前の投入資源 (input)、②実施過程 (process)、③実施の結果 (outcome) ないし効果 (effectiveness)、④投入資源に対する結果・効果の関係である効率 (efficiency)。また、最近わが国で注目されているプログラム評価では、プログラムの有効性について、以下の 5 つの側面から査定・検討が行われている (Rossi et al.=2005 ; 大島 2014)。①ニーズへの適合性 (ニーズ評価)、②プログラムの設計や概念の妥当性 (理論評価)、③介入プロセスの適切性 (プロセス評価)、④プログラムの効果 (アウトカム評価・インパクト評価)、⑤効率性 (効率性評価)。いずれにも Donabedian モデルの枠組み要素が含まれており、福祉研究の領域でも定着している様相を呈している。

一方、今中（2012）は、「医療を提供する組織としての医療の質は、多軸的な評価軸それぞれにおいて質の高い医療を安定して継続的に提供できることとみなされる」としている。さらに、National Academy of Sciences（＝2002）は、質の高い医療システムの構築に向けて、以下の提言を行っている。「すべての医療機関、医療職能団体、官民の医療サービス購入者は、質改善における6つの目標、すなわち安全性、有効性、患者中心志向、適時性、効率性、公平性の達成を目指すべきである」。

近藤（2012）も同様に、複数の評価基準・方法による多元的・多面的評価の必要性を訴えている。具体的には、以下の3点に集約することできる。①「インプット（資源）」、「プロセス（過程）」、「アウトカム（効果・成果）」、「環境」、「個人・行動」など多要素をとらえ、かつ「効率」、「公正」などを含む多面的なものである必要がある。②評価方法は、客観的評価と自己評価など、多くの方法を組み合わせるべきであり、量的に測りやすいものだけではなく、測りにくくとも重要なものは、質的な評価方法でとらえる必要がある。③立場が違えば、重視される価値・基準も異なってくるため、異なる立場の評価による多元的な評価が必要である。加えて、ミクロ、メゾ、マクロレベルの評価が重層的になされ、相互に補完しあうような評価枠組みの必要性も指摘している。

本研究では、これらの知見を踏まえて、退・転院支援の質を評価する際には、以下の3つの視点を取り入れる。①Donabedianモデル（構造、過程、成果）は、研究・調査内容との整合性が高いと判断されれば、評価基準の1つとして用いる。②複数の評価基準・方法によって多元的・多面的に行う。③ミクロだけでなく、メゾ、マクロレベルにも着目して行う。

第4節 患者と家族の意向を踏まえた退・転院についての意思決定支援が求められる背景とそれについての先行研究

近年の診療報酬改定等で、平均在院日数の短縮化や在宅復帰率向上への誘導が強化される中で、MSWによる退・転院支援のあり方がますます問われるようになってきている。とりわけ、限られた日数内で、患者と家族の双方にいかにな納得して、退・転院先の選択をしてもらえるのかといった、意思決定の部分がこれまで以上に重要になってきている。

一方で、退・転院支援を行っている際に、患者本人は自宅退院を希望しているものの、家族が病院や施設への転院を希望しているために、患者と家族の意向調整が必要になる場面に遭遇することがある。しかし、患者の意向と家族の意向をどのように調整すればいいのかについて、明確な解がない。後述する第6節でも、転院支援を通じて、患者と家族の意向をどう調整すればいいのか、ジレンマを抱えているMSWの姿が報告されている。

本節では、まず医療・福祉現場における意思決定（支援）の特徴と問題点を示しつつ、患者と家族の意向を踏まえた退・転院についての意思決定支援が求められる背景を検討する。次に、意思決定・自己決定の支援方法に関わる先行研究について、伝統的な研究を踏まえつつ、最近のものを中心に取り上げることで、意思決定・自己決定支援で近年どのような考え方がなされているのかを検討する。さらに、患者と家族の意向や意思決定・自己決定に関わる先行研究についての全体的な傾向を把握することを目的に、筆者が収集した文献の分類を行い、分類別に文献数と内訳をまとめたものを示す。最後に、患者と家族の退・転院先の意向についての先行研究を中心に、①退・転院先等との関連性、②患者と家

族の意向の違いと MSW・看護職の関わり方という 2 つの側面から検討する。

1. 患者と家族の意向を踏まえた退・転院についての意思決定支援が求められる背景

医療・福祉現場における意思決定（支援）については、いくつかの先行研究の中で分類・構造化の試みがなされている（中山ら 2012；沖倉 2014；明石 2015）。

中山ら（2012）は、意思決定のパターンとして、以下の 3 モデルを示している。①パターンナリズムモデル、②シェアードディシジョンモデル、③インフォームドディシジョンモデル。①は、患者に選択肢を選ぶ能力がないという想定で、患者にはその機会を与えず、医師が決定するものだとしている。②は、医師と患者が話し合い、協働して意思決定する方法である。③は、患者が自分で主体的に意思決定を行うものである。沖倉（2014）は、意思決定を「自己決定」、「支援つき意思決定」、「代行決定」の同一線上でとらえられ、その支援も連続したものであるとしている。「自己決定」は比較的独力で完遂するものであるのに対して、判断能力が不十分な人々への意思決定として「支援つき意思決定」を位置付けている。明石（2015）は、支援者の立場から、意思決定支援を 2 段階で捉える必要性を次のように述べている。「まず思いを育て（意思形成支援）、その思いに寄り添う（意思実現支援）」という『意思決定支援』が不可欠です。

中山ら（2012）・沖倉（2014）・明石（2015）に共通しているのは、支援者と支援を要する者の二者関係を想定したモデルであるとともに、両者の協働による意思決定を位置づけているところにある。

他方、大谷（1997）は、医療現場における意思決定支援の問題点として、「特に退院援助の際、患者本人に判断能力がある場合でも本人を抜きにしてソーシャルワーカーと家族の間だけで進行することも珍しくない」ことをあげている。さらに、青木（1998）は、経験年数の高い看護師への質問紙調査を通して、介護が必要な患者の退院についての「意志決定の対象は家族が中心であった」としている。加えて、田中（2014）は、「退院後の行き先を決定する場面で、家族の都合が優先し本人の意思は二の次になるような判断傾向は、医療者側があまり意識せずに身につけてきたものである」と、自身の見解を述べている。

また、大倉ら（2011）は、東京都内にある病院の退院調整部署を対象にした調査を実施し、退院調整看護師・MSW 共に「意思決定支援のための面談」を多く行っている実態を示した上で、意思決定支援スキルの向上は重要な課題だとしている。さらに、清水（2013a）は、臨床倫理研究者の立場から、「『退院してどこで療養を続けるのか』などを考える場面では、（中略）その結果よりも、選択・決定に至るプロセスは適切であったか、ということが問われます」と述べている。加えて、瀧本（2015）は、医療者には情報提供だけにとどまらず、「患者の意思決定などに際して積極的な支援を行う義務がある」と説明している。

一方で、2014 年 1 月には、日本が「障害者権利条約を批准するに先立って、さまざまな国内法が整備され、改正障害者基本法や障害者総合支援法などに『合理的配慮』や『意思決定支援』の義務が明文化され」（明石 2015）ている。それに伴って、「代理・代行決定（substituted decision-making）から意思決定支援（supported decision-making）へのパラダイム転換」（上山 2014）が積極的に求められることになった。そのため、当事者が障害を抱えていたとしても、支援者や家族といった周囲の関係者の代理・代行決定に終始することなく、本人の意向を踏まえた意思決定支援を行っていくという視点が、今後ますます強ま

ってくることが予想される。

以上、医療・福祉現場における意思決定（支援）の特徴と問題点を示しつつ、患者と家族の意向を踏まえた退・転院についての意思決定支援が求められる背景を述べた。MSWをはじめとした病院スタッフにとって、意思決定支援は重要な業務であり、患者と家族任せにすることなく、病院スタッフも含めた協働作業であることを認識した関わり方が求められている。さらに、退・転院先の選択や決定に至るプロセスでは、家族の意向にとどまらず、患者本人の意向をいかに反映させていけるのかが問われている。

2. 意思決定・自己決定の支援方法についての先行研究

ここでは、意思決定・自己決定の支援方法についての先行研究を、以下の2つの側面から検討し整理する。①社会福祉方法論の視点、②意思決定過程の視点。

(1) 社会福祉方法論の視点からの検討・整理

わが国の社会福祉分野で定着しているケースワークの原則として、バイステックの7原則をあげることができる。さらに、原則の1つに「クライアントの自己決定を促して尊重する」がある。バイステックの7原則は、「ケースワーク実践の基本原則として大きな影響力をもちつづけている」、「これに代わるまったく新しい原則と言えるほどのものはまだない」と言われるように、高い評価のもとで積極的に受容されてきている（澤田 1994；新家 2004）。

また、白澤ら（2000）は、アメリカで1970代に精神障害者を対象に始まったとされるケアマネジメントでも、「要援護者の自己決定や自己選択を支援する」ことが掲げられていたと説明している。その上で、「どのような場合においてもケアマネジャーが心しなければならないことは、サービス利用者の意思の尊重と自己決定の重視である」と述べている。さらに、2005年に社会福祉専門4団体（日本ソーシャルワーカー協会、日本医療社会事業協会、日本社会福祉士会、日本精神保健福祉士協会）が共同採択した「ソーシャルワーカーの倫理基準」でも、「利用者の自己決定を尊重し、利用者がその権利を十分に理解し、活用していけるように援助する」ことを謳っている。

それに対して、2014年の国際ソーシャルワーク学会連盟と国際ソーシャルワーカー連盟のメルボルン総会において採択された「ソーシャルワークのグローバル定義」では、集団的責任という新たな概念が登場している（IASWW & IFSW=2014）。集団的責任という考えは、「1つには人々がお互い同士、そして環境に対して責任をもつ限りにおいて、はじめて個人の権利が日常レベルで実現されるという現実、もう1つには、共同体の中で互恵的な関係を確立することの重要性」を強調している。

片岡（2015）は、集団的責任について、「人権に関して、アフリカ社会では個人よりも集団を優先する共同体主義（communalism）が強く、その文化を尊重するべきと主張するアフリカ発の議論の系譜」があったと説明している。その上で、「グローバル定義における集団的責任という概念は、このような非西洋の文化の独自性の主張を尊重しつつ、個人の権利も軽視せず両者の共存を説くものである」としている。つまり、「個人と集団、および権利と責任が対置されるとともに、その両者が必ずしも矛盾しない、あるいはその両方が同時に必要であるとされていること」に、特徴を見出すことができる。

集団的責任という考え方は、これまでの先行研究の中でもみることができる。例えば、空閑（2014）は、「アメリカのソーシャルワーク理論や方法は、当然のことながらそれらが日本で暮らす日本人の生活現実を視野に入れたものではない」とした上で、ソーシャルワークの原則とされる「利用者の自己決定」のみを求めることの危険性を以下のように指摘している。「いたずらに個人としての『強さ』を利用者に求め、自己決定や自律を強いることになってはいないだろうか。（中略）そのような『個人』の強さや自律を求めるソーシャルワークであれば、たとえば『他人に頼らず生きる』ことを利用者に求めることになり、それはややもすると日本人にとっては大切な人との『間柄』の切断、かつ大切な『場』の喪失に向けて、その実践が働くことになりかねない」。

さらに、このような現状等を踏まえて、「日本人の生活現実や日本のソーシャルワークの実践のリアリティにしっかりとまなざしを据えた研究に基づく、ソーシャルワークの『日本モデル』が必要」であると述べている。加えて、「日本人の『場の文化』に基づく『生活場モデル』において、利用者にとって最も身近な『生活場』としての『家族』へのアプローチは重要な構成要素となる」ことも指摘している。

清水（2007）も同様の見解を示しており、医療現場における意思決定の実情を踏まえつつ、「たてまえとしては患者なんだけど、（中略）家族が前面に出てきていて、たてまえが通らない」ことを指摘している。その上で、「外国から入ってきた倫理は、家族を正当に位置づけていないので、現場で参照するものがない」とし、「理論と現実とが乖離」してしまっている現状を問題視している。

加えて、衣笠（2011）は、MSW へのインタビュー調査結果に基づいて、ソーシャルワーク実践の現状を以下のように述べている。「単に『在宅か施設か』、あるいは『クライアントの自己決定か、他者による意思決定か』という単純な二元論ではなく、クライアントと彼らの周囲にいる『他者』との『関係性の構築』を中心的な課題として、ソーシャルワーカーは援助を展開してゆく」。

一方で、集団的責任という観点からではなく、自己決定の考え方自体に限界があることを指摘している先行研究もある。例えば、児島（2002）は、「社会福祉の文脈で とりわけ援助関係において、単純に『自己決定万歳』ということとはできない」とした上で、「近年強調される『選択するクライアント』という概念も、『選択しなければ一人前でないクライアント』という意味へずれていってしまう危険性が常にある」と指摘している。

さらに、岩本（2007）は、文献研究を通じて、社会福祉援助におけるクライアントの「主体性」概念を整理しているが、その中で以下のように説明している。「その人らしく生きること・あり続けることをも包含している『主体性』概念が、近代的人間像による、自己選択、自己決定、参加という行為を中心として捉えられるようになり、『主体性』概念の内実にはゆがみが生じている」。そして、「これまで社会福祉援助において考えられてきた『主体性』概念では、実際の援助が隘路に行く着くということなのではないか」としている。

このように現実的には、バイステックの7原則等の「利用者の自己決定」のみを求めることに限界があることを指摘している研究があり、理論と現実の乖離が課題にあがっている。今後は、こうした乖離を埋めるような、わが国の医療・福祉現場に即した実証的な研究が求められている。

(2) 意思決定過程の視点からの検討・整理

清水ら（2013）は、意思決定が困難な例への対応方法について、意思決定過程に注目した上で、以下のように述べている。「患者本人と家族は独立した存在であり、また家族も『理』だけで動くのではなく『情』も働くものだとして理解し、医療者側の考えを押し付けないよう注意する必要もあります」。

さらに、清水（2015）は、日本老年医学会（2012）「人工栄養をめぐる意思決定プロセスガイドライン」等を引き合いに出して、その特徴を以下のように説明している。「『医療者は候補となり得る選択肢を選び（裁量権による選択）、これを提示し、説明するが、その選択肢の中からどれにするのか決めるのは本人（自己決定権による選択肢）、あるいはその代理としての家族である』といった考え方（＝決定の分担論）になりがちであった日本の医療現場に対して、医療・介護従事者は、どれを選ぶかに至るまで本人・家族と共に考え、一緒に決めるというあり方を推奨したという特徴がある」。その上で、「『皆で決める』は相対的に本人の自己決定権を割り引くことではない。皆で本人の人生、生き方や本人の価値観を理解しようとし、その理解に基づいて、本人の人生にとってどうすることが最善かを考えるのであるから、要するに、本人の視点で最善を考えるということになる」としている。

一方、上野（2008）は、障害者運動を推進する立場から、実際的意思決定過程における家族との利害対立について、以下のように述べている。「家族はどれほど親密でも決して障害当事者の代弁者にはなれず、それどころか場合によっては直接利害が対立するかもしれない関与者であることが、その過程からあらわになった」。さらに、この点については、岡原（2012）が、障害者と家族の関係上の問題として、「家族内部の感情的な巻き込まれが強く、閉鎖的な空間が作られてしまい、社会に開かれる契機を失ってしまうこと」をあげている。ただし、「高齢者のほうが障害者に比べて『当事者性』が弱く、『当事者主権』を行使していない」（上野 2008）と指摘しており、障害者と高齢者には違いがあり、障害者領域の見解が高齢者領域に必ずしも適用できるわけではないとしている。

以上の内容は、本人と家族を独立した存在であると捉えつつも、双方がお互いに影響を及ぼして合っているという点に注目して、支援者側は意思決定支援を行っていく必要性を示している。さらに、本人または家族のみで決定するという分担論から、本人と家族および医療・福祉従事者が一緒に考え決定するという考え方へと転換しつつある。一方、本人と家族の意向が異なるような事例では、両者の緊張関係を意識した支援が欠かせないことにも留意する必要がある。

3. 患者・利用者と家族の意向や意思決定・自己決定についての先行研究

患者・利用者（主に介護・福祉サービスの利用者）と家族の意向や意思決定・自己決定についての研究を分類し、それぞれの文献総数と内訳を記したものを表 6（pp.169-170）に示す。なお、表 6 の文献を概観する限りでは、「意思決定」と「自己決定」の使い分けがなされている。具体的には、「意思決定」は患者・利用者または家族の意思で何らかの決定をする際に用いられている。それに対して、「自己決定」は患者・利用者本人による決定を意味しており、家族による決定は含まれていないことが読み取れる。

さらに、表 6 では、以下の 3 つに分類を行っている。①患者・利用者と家族の意向の違

いに関わる研究、②患者・利用者または家族の意思決定や自己決定の要因・構造・過程に関わる研究、③患者の意思決定・自己決定を支える MSW や看護職の役割に関わる研究。

まず、①～③の文献総数を比較すると、③が最も多く、①が最も少なくなっている。次に、領域別でみると、①～③全てで看護領域のものが多くを占めている一方で、MSW や社会福祉の領域のものは数が少ない。さらに、研究の特性に注目してみると、「先行研究やその成果を中心にまとめたもの」、「事例や実践を中心にまとめたもの」、「質的調査を行っているもの」が多いのに対して、「量的調査を行っているもの」と「量的調査と質的調査を行っているもの」はわずかである。

なお、影山ら（2015）は、医学中央雑誌 web 版を用い、「看護文献」と「原著論文」に限定して、1983 年から 2012 年までの文献を検索し、家族への退院支援の中でも、特に「意思決定支援」に焦点をあてた文献レビューを行っている。その結果、「意思決定の内容のほとんどが、退院後の療養の場に関する決定についてであり、支援の内容としては、家族と患者間、家族メンバー間、家族と医療者間の意思のずれに対する支援がほとんどを占めた」と報告している。さらに、「先行研究では、支援方法や支援内容に関する事例研究が多かったが、どれも具体的な実践の仕方が見えづらかった」としている。加えて、影山ら（2015）がレビューしている文献の多くは、表 6 内の③患者本人の意思決定や自己決定を支える看護職や MSW の役割に関わる研究（看護領域）の中で示されている文献内容とも重なるが、事例や実践を中心にまとめたものが多いという点では一致している。

以上、患者と家族の意向や意思決定・自己決定に関する先行研究についての全体的な動向を整理した。看護領域の研究が多くを占めている一方で、MSW や社会福祉領域の研究自体の数が少なく、とりわけ量的調査を行っている研究は限定的である。

4. 患者・利用者と家族の意向および退・転院先等との関連性についての先行研究

東京都社会福祉協議会（2013）は、退院後の受け入れ先である施設や事業所を対象にした調査を行い、以下の結果を得ている。「本人の多くは『自宅に戻りたい』が、家族は『施設に入って欲しい』と本人と家族で希望が異なる」。さらに、社会保障審議会（2014）は、老人保健施設からの退所困難者を対象にした調査を実施し、「本人の約 20～30%が『自宅』を希望しているのに対し、家族が『自宅』を希望しているのは、4～9%と少なかった」と報告している。その上で、「本人が在宅復帰を希望しているが、家族が病院や施設への入所を希望している場合は、本人・家族共に在宅復帰を希望している場合と比較し、『介護必要度が高い』『認知症が重度』の割合が高かった」としている。また、いくつかの研究は、高齢者本人の意向が尊重されないために、施設入所に納得できていない当事者本人の姿を示している（佐瀬 1997；佐瀬ら 1998；小楠 2008）。

一方、患者や施設入所者の退院・退所先を決定する要因として、家族の意向が大きな影響力を有していることをあげている先行研究がいくつかある（渡辺ら 1989；細井 1995；石井 1997；佐々木ら 1997；西崎ら 2014；白川ら 2016）。例えば、白川ら（2016）は、自宅から入院し急性期医療を終えた患者についての医療機関を対象にした質問紙調査を行い、その中で、患者本人が自宅復帰を希望しながらも、それができなかった理由と家族が同意しなかった理由を尋ねている。自宅復帰できなかった理由は、「家族の介護力がないため」が最も多く、「独居又は近隣に家族がいない」、「家族が同意しなかったため」の順であった

としている。家族が同意しなかった理由は、「家族による介護等の負担に対する不安」と「家族の目が行き届かないためケガ等が起こる不安」が多かったとしている。その上で、「家族による介護、見守りや緊急時の対応への負担が自宅復帰を決定する際に大きな判断要素になって」といると結論付けている。

さらに、森山ら（1995）は、調査結果に基づいて、高齢者の社会的入院を発生させる要因として、「患者本人の家族への気兼ね」、「家族の自宅退院に向けた否定的感情」と「病院側の患者・家族への配慮」の3点があるとし、家族の存在が退院に影響を及ぼしている実態を示している。

表7（p.171）は、厚生労働省「受療行動調査」（2002・2005・2008・2011・2014年）の結果から作成したものである。自宅（在宅）療養できない入院患者総数のうち、自宅療養を可能にする条件として「家族の協力」をあげているのは、直近データで35.7%を占めている（ただし、この割合は、2002年から2014年までの期間で見ると、2008年に一旦上昇しているものの、それ以外は減少傾向にある）。そのため、退院・退所にあたっては、介護力や介護意欲などの強化や支持といった家族関係の調整が極めて重要であると考えられるようになっている（細井 1995；佐々木ら 1997；影近 2005；前島ら 2005；下村 2005）。さらに、桂ら（1999）は、在宅療養者の生活満足度は主介護者の介護ストレスが高いほど低く、両者の関係は相反するものであるという調査結果を示している。

以上、患者・利用者と家族の意向および退・転院先等との関連性についての先行研究を検討した。退・転院先等を決定する際には、患者・利用者の意向を尊重しつつ、家族の意向や抱える不安・ストレスにも配慮する必要がある。

5. 患者と家族の退・転院先の意向の違いとMSW・看護師の関わり方についての先行研究

福田（1999）は、MSWを対象にした調査を実施し、患者と家族の退院先の「場」についての意向が食い違うのは支援事例の3割程度であり、9割を超えるMSWが両者の調整のために介入を行っていたと報告している。さらに、日比野（2016）は、事例調査の結果をもとに、病院入院中の要介護高齢者と家族の「居所選択」における意向の異同を、以下のように述べている。「要介護高齢者の意向と家族の意向の異同には、要介護高齢者と家族がそれぞれ自分の思いを優先させるために生じる異同と、相手の思いや立場を配慮することにより生じる異同があることが確認された」。加えて、病院における「居所選択」についての要介護高齢者と家族を対象とした質問紙調査も行っており、家族と比べると、要介護高齢者で「納得いく選択」ができていない割合が高いという結果を示している。

一方、患者と家族の退・転院先の意向が異なる場合に、MSWが実際にどのような支援をしているのかについて調査している研究は、竹原（2008）・林（2011）・衣笠（2011）・新保（2011）である。林（2011）・新保（2011）・衣笠（2011）は、それぞれの調査結果を踏まえつつ、患者と家族が話し合える・向き合える場を設定することや、代弁機能を果たしながら患者と家族が折り合いをつけるよう支援することが、MSWの重要な役割であるとしている。また、竹原（2008）は、事例分析を通して、支援者であるMSWによる評価や調整が不十分な場合には、MSWの判断が患者の自己決定の阻害要因になり得ることを示している。

看護領域でも、同じような内容の指摘がなされている。例えば、瓜生（2004）は、事例

の振り返りと文献から得られた知見を踏まえて、退院をめぐる患者と家族の意思のズレに関連している因子のアセスメントの重要性を指摘している。因子としてあげているのは、以下の4点である。①家族と患者の関係性・コミュニケーションパターン、②家族と患者の「疾患・障害の捉え」、③生活の再構築へのコンフィデンス、④介護に必要な人的・物的環境。

小野ら(2006)は、要介護老人へのインタビュー調査の結果を踏まえて、老人自身が退院の意思決定プロセスに参加できるよう導くためには、以下の4つの看護援助が有用だとしている。①老人が頼りにする家族への早期アプローチ。②老人が家族と接触する機会を多く持つ。③老人の退院前に生活体験を促進する。④老人を介して家族へ助言する方法を取り入れる。さらに、小山ら(2012)は、患者と家族の退・転院先の意向の違いに注目した調査を行い、それぞれで提供された退院支援の特徴を示した上で、次のようにまとめている。「両者の意向が合致しないときは、退院に対する不安を十分に把握し、必要時、サービス・制度などの情報提供を十分に行っていく退院支援が必要である」。一方、原田(2015)は、自身の看護師経験に基づいて、患者と家族で意見が分かれ、一向に話が進まない場合には、「家族間で話し合う場を設け、意見を集約し方向性を見いだす手伝いをすることも大切な意思決定への支援となる」と述べている。

ただし、先行研究を概観する限りでは、患者と家族の退・転院先についての意向がどのような時に一致するのか、または一致しないのか、心理的・社会的要因を含めて総合的に検討している研究はない。小山ら(2012)の調査は、患者と家族の退院先の意向を「患者と家族の意向が同じであった群」、「患者と家族の意向が異なった群」と「患者の意向が把握できなかった群」の3群に分け、患者・家族の属性の違いを分析している。その結果、「JCS (Japan Coma Scale)」、「退院先」、「入院期間」、「FIM (Functional Independence Measure)」において有意差がみられたとしている。しかしながら、この調査では、家族の関係や価値観、家族介護力、経済状況、住宅環境といった心理的・社会的要因に関わるデータをほとんど収集していない。一方、日比野(2016)は、要介護高齢者と家族の「居所選択」の過程に関する事例調査を行っており、その中で、不安等の心理的状況や経済状況、および家族形態を含めた分析をしているものの、調査対象が要介護高齢者と家族の意向に異同がある事例に限定している。さらに、病院における「居所選択」についての要介護高齢者と家族を対象とした質問紙調査も実施しているが、その中には、「居所選択」での双方の意向がどのような時に一致するのか、または一致しないのかという観点は含まれていない。

以上、患者と家族の退・転院先の意向の違いとMSW・看護師の関わり方についての先行研究を検討した。患者と家族の退・転院先の意向が異なる際には、MSW・看護師による評価・アセスメントや患者と家族のコミュニケーションの促進を図るための調整が重要である。一方、患者と家族の退・転院先の意向がどのような時に一致するのか、または一致しないのか、その要因について総合的に検討することが今後の課題である。

第5節 自宅退院支援の質向上が求められる背景とそれについての先行研究

まず、医療・介護情勢や先行研究の動向を踏まえつつ、自宅退院支援の質向上が求められる背景について検討する。次に、質向上に欠かせない評価研究の動向を探ることを目的に、これに関連のある先行研究を、以下の3つの側面で整理・検討する。①MSWによる

退・転院支援の評価、②退院計画やMSW以外の専門職による退・転院支援の評価、③自宅退院後評価。さらに、自宅退院後評価の一環として、自宅退院はしたものの、その後短期間で再入院に至った事例に焦点をあてる必要性を示しつつ、再入院に関わる先行研究を、以下の3つの側面で整理・検討する。1) 再入院患者の実態、2) 再入院の促進要因と抑制要因、3) 自宅退院後の再入院または施設入所に至るまでの経過。なお、3) では、再入院だけでなく、施設入所を含めているが、再入院のみでは文献数も少なく、検討が不十分になる可能性があると判断し、施設入所まで幅を広げて検討している。

1. 自宅退院支援の質向上が求められる背景

介護保険制度がスタートして以降、65歳以上の高齢者人口は1.5倍（2000年：2201万人→2014年：3300万人）、要介護認定を受けている65歳以上の高齢者数は1.9倍（2001年：2877千人→2012年：5457千人）に増加している（内閣府2015）。加えて、65歳以上の高齢者のいる世帯では、「子どもとの同居は減少している」、「一人暮らし高齢者が増加傾向」にあることが指摘されている。さらに、今後は医療や介護の必要度が高い75歳以上の後期高齢者はさらに増加し、総人口に占める割合は2012年の11.9%から2025年には18.1%、2050年には24.6%となるが見込まれている（国立社会保障・人口問題研究所2012；総務省統計局2013）。

高橋（2014a）は、このような背景を踏まえて、以下のように述べている。「高齢化や世帯構成の多様化によって、従来の標準世帯をターゲットにしていた諸制度が十分機能しなくなり、従来型の政策の限界が露呈し、それとともに各制度の個別対応では不十分となり、根本的な政策的枠組みの再編が求められているということにほかならない」。加えて、桐野（2014）は、超高齢社会を迎えて、病院で治療を終えた患者が、治療後の生活をどのようにするのかに困り果てている現状を踏まえて、「生活へのサポート体制の欠如は、日本の医療システムにとって大きな弱点になっている」としている。

こうした高齢化や世帯構成の変化に伴い、自宅退院後の生活へのサポート体制の構築が課題となっており、医療・介護政策でも、地域包括ケアシステムが大きく打ち出されている。このような状況下では、病院から生活の場である自宅へつなげるMSWの役割が、これまで以上に重視されることとなる。しかし、単に自宅へつなげればよいという話ではなく、自宅退院後の生活状況を見据えた質の高い支援が求められている。

なお、地域包括ケアシステムが重視しているのは「在宅」であり、狭義の自宅ではない。ただし、実際には住み慣れた自宅への退院を希望する患者が多いと思われること、居住系施設への入所は経済的な理由で制約されやすいことを踏まえると（芝田2014；高橋2014a；落合2014）、自宅退院に焦点を当てることには意義があると考えられる。事実、回復期リハビリテーション病棟協会（2016）の全国の回復期リハビリテーション病棟を対象にした調査結果によると、退院経路（2015年度実績）の69.4%が自宅であったのに対して、居住系施設は6.3%であり、在宅退院の多くが自宅退院を占めている現状がうかがえる。ただし、居住系施設6.3%という数値自体は無視できないものであり、この点については、第7章第3節の今後の課題の中で取り上げる。

一方で、MSWによる自宅退院支援についての先行研究は、これまで数多く蓄積されている。こうした研究が多くある背景には、自宅退院支援は患者の意向を尊重したものにな

りやすく、支援者としても自宅退院へつなげたいという思いになることで印象に残りやすい、または支援者の専門性を発揮しやすいために、論文化されやすいといったことが考えられる。この点について、伊藤（2006）は、これまでの先行研究に基づいて、以下のように述べている。「『退院援助』は、自宅への復帰に関わるコーディネートとなる場合によりクライアントの意向を尊重した援助をすることができ、『専門性の発揮できる』業務であると認識される」。しかしながら、自宅退院支援を行う中で、MSW が自宅退院後の患者と家族の生活状況をイメージすることの重要性を指摘している先行研究はいくつかあるものの、こうした能力を獲得するまでの道筋を示すまでには至っていない（堀越 1998；取出 2011；石田 2011；河合 2013）。そのため、患者と家族に自宅退院後の生活に対する安心感や満足感を持ってもらう上で、MSW としてどのような対処方略を持つ必要があるのか、今の時期に改めて焦点を当てることには意義があると考えられる。

以上、医療・介護情勢や先行研究の動向を踏まえつつ、自宅退院支援の質向上が求められる背景について検討した。高齢化や世帯構成の変化に伴い、これまで以上に、患者と家族の自宅退院後の生活状況を見据えた質の高い支援が必要になってきている。一方、先行研究では、MSW がこうした生活状況を見通す力を身に付けるための方法が十分に記載されておらず、自宅退院支援についての研究を行う際には、この点を考慮する必要がある。

2. MSW による退・転院支援の評価についての先行研究

MSW による退・転院支援やそれに関わる内容を、評価尺度等を用いて量的に評価しているものとしては、次の研究をあげることができる。いずれも 1990 年代のものである。

草水ら（1998）は、退院 1 年 6 ヶ月後と 4 年後の患者・家族への追跡調査を通じて、MSW によって退院時に在宅療養の安定性に問題があると評価されたケースほど、介護者の施設介護への希望が有意に強かったとしている。大谷ら（1999）は、MSW が入院時面接を行った患者を対象にした質問紙調査を実施し、退院後の生活満足度を、退院についての相談をした群としなかった群で比較分析するも、有意差はなかったとしている。その他、MSW による支援内容が退院後にどのような影響を及ぼしているのかを調査したものとして、瀬田ら（1996）や田中ら（1997）がある。

2000 年以降に実施されている評価研究としては、次のものをあげることができる。京極ら（2006）では、医療ソーシャルワークの患者・家族への支援効果を数値化することを目的に、MSW 自身が回答する質問紙調査を実施している。その結果、以下の 6 点で効果があったとしている。①患者が安心して療養生活を送れるようになった。②患者への適切な医療が継続・確保された。③医療費の自己負担が軽減した。④家族が安心して患者と関われるようになった。⑤家族が疲労状態から開放された。⑥患者・家族が社会参加できるようになった。

さらに、山口ら（2013）によって、MSW の退院支援実践に関わる評価尺度開発の試みがなされており、MSW 自身による評価研究の基盤が形成されつつある。高瀬（2014）は、山口ら（2013）の評価尺度を用いて、MSW の退院支援業務の自己評価とそれに関わる要因の分析を行ったものである。その結果、退院に直接関わる項目は自己評価が高かった一方で、中長期的な視点でよりよい退院のための環境を整える項目は低かったとしている。さらに、自己評価の合計得点を従属変数とした重回帰分析を行った結果、MSW としての

経験年数、職場のMSWの人数、MSWとしての仕事上の裁量の程度が正の影響、平均在院日数が負の影響を与えていたとしている。

また、小原ら(2014)は、看護部門(看護師)がMSWの退院支援業務のアウトカムをどのように認識しているのかを把握することを目的とした、質問紙調査を実施している。その結果、MSWの「メゾレベル(対病院・組織)やマクロレベル(対地域・社会)の実践よりもミクロレベルでの実践が高く評価されていた」と報告している。加えて、高山ら(2016)は、病院運営管理部門がMSWの退院支援業務のアウトカムにどのような期待をしているのかを把握することを目的とした、質問紙調査を実施している。その結果、退院支援におけるMSW実践の成果として期待されている項目は、「組織に関する項目および地域との信頼関係構築」であったとしている。

一方で、小原(2014)は、これまでの退院支援研究の変遷を踏まえて、「援助者側からの研究は多くなされているものの、患者・家族側からの検証が少ない」ことを指摘している。さらに、「退院支援そのもののエビデンスや、支援効果のエビデンスを構築していく必要がある」ことを、今後の課題としてあげている。

以上、MSWによる退・転院支援の評価についての先行研究を検討した。MSWの退・転院支援の評価方法は、MSW自身や他部門による評価、患者と家族側による評価など多岐にわたっているものの、とりわけ2000年以降に実施されている研究では、MSWによる自己評価研究が多くを占めている。本来であれば、被支援者である患者と家族側の評価が最も重視されるべきであるにもかかわらず、患者と家族側から検証した研究が少ないのが現状であり、今後更なる研究が必要である。

3. 退院計画やMSW以外の専門職による退・転院支援の評価についての先行研究

退・転院に向けた支援は、MSWだけで行っているものではなく、「複数の専門職がお互いの専門性を発揮しながら医療機関全体で取り組む」(藤澤 2013)ことが主流になりつつある。このような状況下では、MSWによる支援効果のみを抽出・評価することには困難が伴う点にも留意する必要がある。さらに、チーム医療や多職種連携の重要性が叫ばれている中、医療スタッフ個々の評価も踏まえつつ、「主として『医療組織の構造や運営』の評価とみなす」(今中 2012)視点が欠かせないのも事実である。そこで、退院計画やMSW以外の専門職(主に看護師)による退・転院支援にまで範囲を広げてみたところ、これに関わる国内外の文献を体系的にレビューしている論文が7点見つかった(中谷 1997; 千葉 2001; 伊藤 2001; 永田ら 2002; 川添 2011; 坂井 2015; 塚越ら 2015)。ただし、ここでは、退院計画や退・転院支援の評価について言及している5つの論文のみを取り上げることとする。

中谷(1997)は、退院計画の効果評価についての調査研究例として、国外文献の成果を中心にまとめている。主な内容は以下の3点である。①退院計画は在院日数を短縮させるという効果があるという知見を得た研究がある一方で、一概に短縮するとはいいがたいという知見を得ている研究もみられる。②作成された退院プランとそれに基づいて実施された援助についての患者・家族の満足度に関する実証的な調査研究の報告は、これまでほとんど行われていない。③退院計画によって、患者・家族のニーズが充足されているかどうかを評価した調査研究も近年になるまでほとんどみられない。

千葉（2001）は、国外文献レビューの結果を踏まえて、退院計画の考え方を臨床に応用する際の留意点を次のように指摘している。「導入時より DCP（退院計画－林）の効果指標を先行研究から学び、費用の算出、在院日数の短縮、あるいは再入院までの期間の延長、再入院の数の削減、計画的でない救急室の利用の軽減、などを把握・確認しながら、実践を進めていくことが望ましい」。さらに、坂井（2015）は、わが国の看護師対象の退院支援についての研究をレビューした上で、今後の課題として「患者満足度などの退院支援の質についても評価していく必要がある」ことをあげている。

伊藤（2001）は、国内文献レビューの結果を踏まえて、「国内ではいまだ退院計画は実践を中心とした試みが多く、系統づけられた成果の報告は少ない」としている。永田ら（2002）も同様に、「退院支援を実施したか否かではなく、その支援過程自体を明らかにすることによって、その質を問おうとする研究は、少ない」ことを指摘している。

先行研究を概観する限りでは、現時点でも、こうした状況は変わっておらず、退院計画の成果を系統的に示している研究（伊藤ら 2001；下田ら 2002；千葉 2005）や退院支援過程による質の評価を行っている研究（楠本ら 2008；戸村ら 2009）は限定的である。ただし、これらの研究全てが看護領域のものであり、いずれも実証データに基づいたものになっている。なお、先の2のところで取り上げた MSW による退・転院支援の評価についての先行研究の中には、このような研究はなかった。

以上、退院計画や MSW 以外の専門職も含めた退・転院支援の評価についての先行研究を検討した。これに関わる国内外の文献を体系的にレビューしている論文は、これまでの先行研究の課題として、患者満足度などの支援の質を評価するような実証的な調査研究が十分になされていないことをあげている。一方、看護領域では、数は少ないものの、退院計画や退院支援の成果・経過を実証データに基づいて、系統的に評価している研究がある。

4. 自宅退院後評価についての先行研究

退院計画のプロセスの最後に、退院後の事後評価が位置付けられているものの、わが国では、その評価が不十分だとされている（手島 1997b；伊藤 2003；原田ら 2007）。そもそも退院調整部署や MSW 部門での退院計画のモニタリング実施率が低いこと、退院計画の成果を計測するための標準化された評価尺度が存在しないことが、その理由としてあげられている（伊藤 2003；桂ら 2003；藤澤 2012；高瀬 2014；小原ら 2014）。

退院後の事後評価の実施状況については、日本医療社会事業協会（現・日本医療社会福祉協会）会員である MSW を対象にした2つの調査の中で報告されている（福田 1999；吉田 1999）。例えば、福田（1999）は、退院後の状況について MSW が把握しているのは、全退院援助事例のうち3割強であったことを示しつつ、以下のように述べている。「全体のケースのおよそ3割の把握が現状の MSW には精一杯であり、モニタリング機能は、退院援助業務の全プロセスからみても弱い部分だといえる」。一方、吉田（1999）は、障害高齢者等が自宅退院したケースのフォローアップの実施状況に限定した調査を行っている。その結果、「全例」実施（19.2%）、「必要に応じ」実施（23.4%）、「特に必要な場合」実施（47.7%）合わせて9割強であり、「意識的に取り組まれている」と評価している。これらの内容からは、障害高齢者の自宅退院事例といった必要性の高いものについては、それなりに事後評価を行っているが、全体の事例の中では一部にとどまっていることがうかがえる。

また、看護領域では、事後評価の一環として、自宅退院後の患者と家族の不安・困り事に焦点を当てた研究(猪下ら 1996;中西ら 1996;太田ら 1996;横山ら 2001;鮫島ら 2002;吉村ら 2004;西山ら 2006;カーンら 2007a;カーンら 2007b;永田ら 2007;美ノ谷ら 2008;戸村ら 2009;平松ら 2010;松本ら 2010)が、精力的になされている。一方、MSW 領域でも、自宅退院後評価は行われているものの、かなり限定的である(瀬田ら 1996;田中ら 1997;草水ら 1998)。なお、安武(2014)は、「退院後のモニタリング」の達成状況について調査を行っているが、「SW(ソーシャルワーカー)系は看護系よりも低い結果が認めら」としている。

中野(2007)は、「医療ソーシャルワークにおける『退院援助』の変遷と課題」をテーマに文献研究を行っており、今後の研究課題について次のように述べている。「『退院援助』は、退院や転院時で援助が終結してしまい、『退院援助』が患者・家族に与えた影響を十分に把握できていない。(中略)とくに『退院援助』についての検証では、退院するまでの過程については詳細に研究がなされているが、その後も続いている患者・家族の生活に対するフォローはほとんどなされていない」。そのため、1のところで先述したように、MSW が自宅退院後の患者と家族の生活状況を見据えた支援を行う必要性を訴えている先行研究はあるものの、いずれの研究も、どのようにすればこうした力を取得できるのかということまでは言及していない(堀越 1998;取出 2011;石田 2011;河合 2013)。

以上、自宅退院後評価についての先行研究を検討した。看護領域では、自宅退院後の患者と家族の不安・困り事を中心とした評価研究が、積極的になされている。一方、MSW 領域では、一部の事例を対象にしたモニタリング・フォローアップを行っている医療現場の実態は確認されているものの、自宅退院後も続いている患者と家族の生活に対する評価やフォローがほとんどなされていない。

5. 再入院患者の実態についての先行研究

村上ら(2008)は、全国のMSWから得た101の「在宅への退院事例」・「在宅療養の継続できた事例」から、在宅医療ソーシャルワークの専門性をまとめている。ただし、これらの多くが、成功事例に当てはまるものである。現実的には、成功よりも失敗を通して学ぶことの方が多いいことを踏まえると、自宅退院はしたもののその後自宅療養が継続できず、わずかな期間で再入院になったといった、失敗事例に焦点をあてた研究も必要だと考える。さらに、失敗事例を選択してその理由を分析することは、自宅退院支援の質を高めるだけでなく、退院計画の機能全体を見直す上でも役に立つと思われる。

自宅退院後に再入院した患者の実態については、多くの先行研究で報告されている(二木 1983b;阿曾ら 1991;加藤ら 1996;森山 1996;伊藤ら 1997;今野ら 1997;野川ら 2000;前田ら 2001;満武ら 2002;三好ら 2001;田瀬ら 2004;長谷部ら 2005;沼田ら 2006;信岡ら 2007;印南 2009;椎名ら 2009;長岡ら 2011;中西 2012a;中西 2012b;斎藤ら 2012)。例えば、二木(1983b)は、自宅退院後6ヶ月以内の実態を調査しており、退院時自立度が低い患者ほど再入院率が高く、退院後1ヶ月以内に最も集中していたとしている。さらに、「これら再入院患者の入院理由は、純医学的(再発作、他疾患併発等)から純社会的(家族との不和等)まで様々であった」と述べている。一方で、「家族の介護能力・意思を過大評価していた(家族への負担を過小評価していた)例」も少なくなかったとしている。

それ以外の調査でも、退院後1ヶ月以内の再入院が多かった(森山 1996; 前田ら 2001)としており、再入院の要因としては、病状悪化・医学的処置の必要(今野ら 1997; 野川ら 2000; 沼田ら 2006)、患者本人のADL低下(伊藤ら 1997; 印南 2009; 中西 2012a)、家族介護上の問題(加藤ら 1996; 森山 1996; 伊藤ら 1997; 今野ら 1997; 野川ら 2000; 前田ら 2001; 沼田ら 2006)、医療者側の認識不足(椎名ら 2009; 中西 2012a)をあげているものが多く、二木(1983b)と同様の結果を示している。

また、疾患内容については、癌が占める割合が高いこと(前田ら 2001)、心不全の既往や重症度が関連していること(伊藤ら 1997; 長岡ら 2011)が指摘されている一方で、心機能や心不全の重症度には有意差が認められなかった(斎藤ら 2012)としているものもあった。さらに、満武ら(2002)は、在院日数の短縮と転帰(死亡率)および再入院率の関連を分析した結果、「虚血性心疾患では、10年間に新しい医療技術の導入によって治療形態に大きな変化があったことが再入院率の上昇」をもたらしたとしている。

なお、全国の病院の退院支援部門を対象に行った患者実態調査の結果をもとに、再入院患者数を推計したものとしては、印南(2009)をあげることができる。入院医療の継続が望ましいにもかかわらず早期に退院(以下、未完退院)したため、1ヶ月以内に再入院してきた患者を「社会的再入院」と定義し、その原因を以下の3点にカテゴリー化している。①未完退院による病状悪化・ADL低下、②未完退院以外の理由(退院後の在宅医療介護体制の不備など)による病状悪化・ADL低下、③上記2つ以外の理由によるもの。その上で、一般病床における「新規入院高齢患者に占める社会的再入院患者の割合は、いずれも1~2%程度で低いが、とくに未完退院による病状悪化・ADL低下を原因とする社会的再入院はあってはならないものであろう」としている。

また、東京都病院協会は、臨床指標を活用する取り組みの中で、医療の質向上を目的として、「平均在院日数」や「院内感染症発生率」等のデータ収集・分析を行っており、「予定しない再入院率」もその1つに含めている(飯田 2003)。現在は、全日本病院協会が東京都病院協会の取り組みを引き継いでおり、分析結果の一部をホームページ内に公開している。さらに、聖路加国際病院QI委員会(2015)は、医療の質を測り改善することを目的に、経年的に指標データの収集・分析を行っており、「退院後6週間以内の予定外再入院率」も公表している。

以上、再入院患者の実態についての先行研究を検討した。再入院の要因としてあがっているのは、病状悪化・医学的処置の必要、患者本人のADL低下、家族介護上の問題、医療者側の認識不足である。とりわけ問題視されているのは、未完退院による病状悪化・ADL低下を原因とする社会的再入院である。一方で、医療の質向上を目的に、再入院率を指標データとして収集・分析している病院(協会)の実践内容を取り上げているものもある。

6. 再入院の促進要因と抑制要因についての先行研究

中央社会保険医療協議会(2006)は、DPC(Diagnosis Procedure Combination)導入によって、「無理な退院や中途半端な退院が増加した」と回答した医師が7.8%であったと報告している。加えて、中央社会保険医療協議会(2014)の調査結果からは、DPC病院における治癒率の低下や平均在院日数の短縮化に伴い、「予期せぬ再入院」の割合が上昇しており、「無理な退院や中途半端な退院が増加した」ことが原因であると読み取れなくもない。

ただし、治癒率の低下については、以下の2点が影響を及ぼしているのではないかという意見が出ている(同上2014)。**①**高齢化に伴い、なんらかの基礎疾患をもつ患者が多いため、入院目的の疾患を治療し退院しても「治癒」にはならないので、「治癒」が減少し「軽快」が増えているのではないか。**②**急性期を脱した患者を、その後の機能(リハビリ等)を担う病院での治療に移すなど、病床機能分化をすすめた結果、治癒率が低下し、軽快率は上昇していると考えられるのではないか。

さらに、自宅退院支援や退院計画の実施が再入院の抑制につながるかどうかについて言及している論文が3点見つかった。しかし、再入院防止効果の有無については、賛否が分かれている。小林ら(2010)は、国外文献の知見をもとに、「再入院の背景には複雑な要因があり、(中略)社会経済的要因や地域的要因が影響している可能性もあり、また退院計画の遂行を推進するだけでは再入院防止効果は見込めない」としている。一方、白山(2004)は、悪性腫瘍患者への適切な退院支援を行った群とそうでない群に分けて在宅診療期間の比較をしたところ、後者群では不安が強いために、早い時期に再入院が必要となり、在宅診療期間が有意に短くなっていると報告している。さらに、角川ら(2009)は、末期がん患者の再入院に関連する要因についての調査結果を踏まえて、以下のように述べている。「退院前に行われた支援に関しては、退院前に病棟看護師が清潔ケアに関する指導を行っていることが、再入院を減少させる関連要因として示された」。

以上、再入院の促進要因と抑制要因についての先行研究を検討した。いくつかの先行研究は、**①**DPC導入によって、無理な退院や中途半端な退院が増加したり、**②**治癒率の低下や平均在院日数短縮化に伴い、再入院率の割合が上昇したりしていることを裏付けるデータを示している。再入院率の割合が上昇している理由については、無理な退院や中途半端な退院が増加したことを一因としてあげている一方で、患者の高齢化や病床機能分化によって治癒率が低下したことをあげている研究もある。自宅退院支援や退院計画の実施によって、再入院防止につながるかどうかについては、効果があることを支持する研究がある一方で、そうでない研究もある。

7. 自宅退院後の再入院または施設入所に至るまでの経過についての先行研究

本研究では、再入院を防ぐための自宅退院支援や退院計画の検討が主眼になることを考えると、表層的な実態を把握することを目的とした研究方法よりも、再入院に至るまでの経過が詳細に把握できる事例研究法が望ましい。ここでは、こうした研究を中心に検討した内容を、以下に示すこととする。

自宅退院後の再入院事例または施設入所事例をもとに、再入院・施設入所に至るまでの経過について調査している研究はわずかにあるものの、いずれもサンプルサイズ(1~3例)が小さく、現状把握の域にとどまっている(椎名ら2009;中西2012a;中西2012b;小谷ら2013)。一方、これらのうち、介護者(家族一林)と看護師(医療関係者一林)の双方を対象にしているものは、「退院後の施設入所を選択した家族介護者と病棟看護師の介護負担に関する思いのずれ」を調査している小谷ら(2013)のみである。それ以外では、医療関係者への聞き取り調査または看護記録の分析にとどまっており、患者や家族の視点が、十分に反映されているとはいえない。加えて、患者または家族側と医療・介護関係者側とでは、同じ再入院という現象であっても、異なる捉え方をしている可能性があり、双方を

対象にした調査を実施することで、多面的な分析が可能になることが期待できる。

以上、自宅退院後の再入院または施設入所に至るまでの経過についての先行研究を検討した。こうした経過に焦点を当てた場合、相当数の事例を用いて分析している研究は、少なくともわが国の先行研究では確認できなかった。一方、この点について、患者または家族側と医療・介護関係者側の双方を対象にしている研究はごくわずかであり、今後更なる研究が必要である。

第6節 効果的な転院支援が求められる背景とそれについての先行研究

第5節では、自宅退院支援の質向上が求められる背景とそれについての先行研究を中心に検討した。ただし、自宅退院できないまたはそれを望まない患者が、一定数存在することにも留意する必要がある。そのため、転院支援もまた、MSWにとって重要な業務であるといえる。

そこで、効果的な転院支援が求められる背景として、自宅退院できないまたはそれを望まない患者等の実態を示す。さらに、転院先をなかなか確保することができない事例がみられる現状を説明しつつ、このような事例に対処するために必要な考え方を検討する。次に、転院支援を行っている側のMSWのジレンマに注目して、先行研究の検討を行う。最後に、このようなジレンマを軽減するためには、効果的な支援のあり方を模索していく必要があるという観点から、MSWによる転院支援の方法についての先行研究の検討を行う。

1. 効果的な転院支援が求められる背景

ここでは、効果的な転院支援が求められる背景を、以下の2つの側面から示す。①自宅退院できない・望まない患者等の実態、②転院困難事例の実態とその対処法。

(1) 自宅退院できない・望まない患者等の実態

表7 (p.171) は、厚生労働省「受療行動調査」(2002・2005・2008・2011・2014年)の結果を用いて、病院の種類別にみた退院の許可が出た場合の入院患者の自宅療養の見通しをまとめたものである。これによると、「自宅で療養できない」と回答している割合が、2割強から4割弱で推移している。これらの数値は、自宅退院が困難なために、転院を選択せざるを得ない患者が、相当数存在することを示唆するものである。

さらに、厚生労働省(2014)は、年をとって「介護を必要とする場合」に、どのような場所で生活したいかを尋ねている。その結果、「住み続けた自宅(子どもの家への転居を含む)」などの在宅での生活を望む者が43.1%いる一方で、「特別養護老人ホームなどの施設」が29.8%、「病院などの医療機関」が9.2%となっている。

一方、社会保障審議会(2014)は、老人保健施設の退所困難者を対象にした調査の中で、利用者本人に希望する退所先を尋ねている。施設タイプごとで多少結果が異なるものの、「自宅」が約2~3割、「このまま老健にいたい」が2割前後、「意思表示困難/特に希望なし」が約4割弱であったことを報告している。

表4 (p.167) は、1996~2008年の退院後の行き先別推計退院患者数・構成割合をまとめたものである。〈退院後の行き先/総数〉の「家庭」の割合が、一貫して低下し続けていることは注目に値する。例えば、1996年と2008年を比較すると、3.5%ポイント下がって

いる。その一方で、同期間内では、「他の病院・診療所」と「老人保健施設」の割合がそれぞれ1.7%ポイント、0.5%ポイント増えている。そのため、上記の病院・施設等への入院・入所者数が増加していることで、「家庭」の割合が低下していることも考えられる。事実、＜入院前の場所＞では、「他の病院・診療所」が1.8%ポイント、「老人保健施設」が0.6%ポイント増えている。しかし、入院前の場所が家庭であったものに限定した＜退院後の行き先／家庭＞でも、2002年以外は「家庭」の割合が低下している。これらの内容からは、家族介護力の低下といった、上記の病院・施設等への入院・入所者数の増加以外の要因も影響を及ぼしている可能性がうかがえる。

以上、自宅退院できないまたはそれを望まない患者等の実態を示した。自宅退院が困難なために、転院を選択せざるを得ない患者が相当数存在する一方で、退院後の行き先（1996～2008年）での「家庭」の割合が低下し続けている。そのため、転院支援の需要は今後ますます高まることも予想され、需要増に適切に対応していく上でも、これまで以上に支援の効果を意識していくことが必要である。

(2) 転院困難事例の実態とその対処方略

多くの先行研究で、転院先をなかなか確保することができない患者の実情が報告されている（加藤ら 1996；中宮ら 1998；横田ら 1998；神奈川県大学病院ソーシャルワーカー連絡会 1999；木舟ら 1999；愛敬ら 2001；柳田 2001；大内ら 2002；転院問題を考える会 2003；城谷 2004；堀井ら 2006；笠藤ら 2006；笹岡ら 2006；積田ら 2007；恵濃ら 2009；黒川ら 2009；太田 2009；橋本 2010；上山崎 2010；大沢 2010；大植 2010；柳澤 2010；林 2011b；篠田 2011；福森ら 2011；稲原ら 2011；東京都社会福祉協議会 2011；藤澤ら 2014；石原ら 2014）。

例えば、木舟ら（1999）は、転院相談援助の集計を行っており、気管切開やMRSA保菌者といった医療ケアの高いケースでは、転院先の確保が難しいために、相談連絡回数が増加し、結果的にMSWによる介入数も多くなっていることを示している。東京都社会福祉協議会（2011）は、調査結果に基づいて、「認知症の患者は問題も多く、受け入れてくれる所がなかなか見つからない」、「医療区分1の受け入れ先が無い」、「支払い能力のない方はとにかく行き場が無い」ことなどを報告している。

転院困難事例への対処方略を考える際にまず必要なのが、転院制約要因有することで生じる困難性を、データに基づいて実証的に示すことである。こうしたデータは、どのような方法でMSWが支援を行うことが効果的なのかを、客観的に評価・分析する指標になり得るからである（関原 2009）。

さらに、関原（2009）は、実際のMSW業務データ分析結果を踏まえて、次のように述べている。「MSWが患者の置かれている状況を早期から十分に把握してこそ、在宅サービスや施設等の社会資源を活用することによって、患者は安心して退院できる」。このことは、転院困難事例への対処方略を考える際に欠かせない視点だと考える。在院日数短縮や円滑なベッドコントロール等の病院組織の要請に応えつつも、患者と家族が不安を抱えることなく転院できるよう尽力することがMSWには求められているからである。

一方、「家族が追い詰められてからでは遅い。そうすると家族に余裕ができるまでどうしようもなくなってしまう」（田村 1996）という指摘は、早期からの関わりの重要性を示

している。横田ら（1998）の調査でも、転院支援ケースを短期と長期ケースに分類した上で、長期ケースでは入院日から相談依頼日までの期間が長かったという結果を報告している。その上で、「医師は、急性期治療の段階で自宅退院の可能性を早期からの確に見通し、退院に様々な困難が予測されるケースを、MSW 相談へつなげることが必要である」と述べている。

以上、転院先の確保が難しい患者の現状とその対処方略としての考え方を示した。多くの先行研究で、転院困難患者の実態が報告されている。対処方略としては、転院困難事例が抱える問題の構造を把握することや MSW による早期からの関わりがあがっている。今後は、上記内容を踏まえた実践を行うことで、実際にどのような効果が得られるのかを、実証的に示していくことが課題である。

2. 転院支援から生じる MSW のジレンマについての先行研究

昨今の在院日数短縮化等の影響に伴い、「クライアントの希望が叶えられない」、「ジレンマの多い」、「葛藤が顕著に垣間見られる」、「専門性の活かさない」、「気の進まない」業務であるという理由から、転院支援について MSW としてのやりがいを感じにくいとの声があがっている（取出 1999；伊藤 2006；小滝ら 2009；上山崎 2010）。

なお、MSW が抱えるジレンマについては、転院問題を考える会（2003）が実施した調査結果の中で詳述されている。そこでは、患者を取り巻く医療環境が変化する中で、対象患者の年齢がかなり高くなってきていること、入院してから転院依頼までの日数や平均在院日数が短縮傾向にあることが記されている。その上で、患者・家族が望んでいなくても病院側の至上命令としての転院の責務を負わされている、病院の利益と患者の利益の狭間に立たされている、患者本人不在のまま病院や家族の事情で転院が進められている等、様々な点にジレンマを感じている MSW の姿が報告されている。野口（1996）でも同様に、事例を踏まえて、病院の経営面での事情と在宅での介護がままならない家族の事情によって、患者の意思の全てを優先できない状況に直面する苦悩が述べられている。

一方、八尾（2010）は、転院相談をスムーズに進めることができなかつた事例を振り返り、その結果を以下のように述べている。「時間的制約があろうとも、もう少し時間をかけてじっくりと面談の回数を重ね、家族と MSW との間にしっかりとした信頼関係（ラポール）を形成する事ができていれば双方にとって納得した良い転院ができていたのではないか」。植木（2013）は、研究動向の概観から、MSW による退・転院支援の課題をあげている。その 1 つとして、「医療ソーシャルワーカーがジレンマを抱えやすい転院支援に焦点を当て、転院支援について実証的な方法によって明確にして」いく必要性を指摘している。八尾（2010）と植木（2013）で共通しているのは、転院支援から生じるジレンマを踏まえつつも、そこから MSW の専門性を追求しようとする姿勢がみられることである。

以上、転院支援から生じる MSW のジレンマについての先行研究を検討した。昨今の在院日数短縮化等の影響に伴い、多くの先行研究の中で、転院支援に対する MSW としてのジレンマや悩みが語られている。ただし、一部の研究では、転院支援の中から、MSW の専門性を見出そうとする姿勢がみられる。

3. MSW による転院支援の方法についての先行研究

田村（1996）は自身の経験に基づいて、苦情を出さない転院支援の方法として、以下の5点が重要だとしている。①患者や家族自身が選択・決定するように何箇所か紹介する。②費用・交通の便は調べて説明する。③待機期間、入院できる期間を確認しておく。④1度はMSWが見学しておく。⑤長期的な見通しをもって考える。一方で、「痴呆症の患者本人の選択、決定権はどうするのか、本人と家族が対立したらどうするのか、そもそも本人も家族も退院そのものを拒否したらどうするのかなど難しい問題がたくさんある」と述べている。

竹中（1996）は、自身の経験に基づいて、転院相談に対応する際の留意点として、以下の3点が重要だとしている。①クライアントが転院や病状をどの様に理解しているかとらえる。②自院の特徴や限界を説明する。③患者本人の転院に関する意志の確認。

大本（1997）は、「転院援助において実施すべきであると考えられる行為」を27項目抽出し、東京・神奈川・埼玉の病院に勤務するMSWを対象に質問紙調査を行っている。その結果、「転院について医師が患者や家族に説明したか医師に確認する」、「医師が未説明の場合は必ず医師に説明してもらおう」、「患者や家族が転院に納得できないときには、病院の機能を説明している」といった項目は達成度が高く、「日頃利用している病院を見学している」は非常に低かったとしている。

笠藤ら（2006）は、自身の経験や先行研究の知見を踏まえて、MSWが行う転院援助面接のプロセスを、以下の10項目に分類した上で、これらをしっかり押さえることで、効果的な援助が可能になるとしている。①自己紹介の仕方、②面接の意味の明確化、③情報収集、④受容、⑤傾聴、⑥受容、⑦説明能力、⑧感情の表出、⑨共感的態度と要約、⑩現実吟味。

立石（2009）は、急性期病院から回復期リハビリ病院への転院を例にあげた上で、MSWによる転院支援の方法とその効果を、以下のように述べている。「まずMSWは、『利用者理解』や転院先の回復期リハビリ病院に関する『社会資源の理解』など、利用者を取り巻く『状況理解』を行う。それらの理解に基づいて、転院に関するソーシャルワーク支援を行う。その結果、『回復期リハビリ病院の利用ができない』という問題発生が回避される。そして『問題発生の予測』を行いながら支援することで早期に対処できるよう促すという効果がある」。

一方、転院支援のプロセスを見直し、早期介入を実現する方法を追求することで、在院日数の短縮化につながることを示す研究も散見される（段上ら 2005；宮川ら 2007）。段上ら（2005）は、ケースワーク業務工程の見直し前後のデータ比較を通して、在院日数の短縮化が図られたとしている。在院日数の短縮化については、「対象ケースの疾病が大きく影響していると思われ、一概に本取り組みの成果と言うことはできない」と述べつつ、取り組みの成果として、入院から転院支援の必要性を医師より確認・把握するまでの所要日数が短くなったとしている。宮川ら（2007）も同様に、MSWが転院支援を行った患者データをもとに、在院日数を短縮するためには、介入日から退院までの日数ではなく、入院日から介入日までの日数を短くする必要があることを指摘している。

また、「迅速で綿密な生物・心理・社会的アセスメントにより困難ケースの問題の本質を見抜き、時間的制約、資源の制約のなかで最適な介入を構築する援助スキル」として、統合的短期型援助（ISTT）が注目されている（Goldstein & Noonan=2014）。これは、短期

間でいかにクライアント自身の潜在的な解決能力を引き出すかに焦点をあてたものであり、転院相談の場面で活用した事例がいくつか報告されている（柳田 2007；柳田ら 2011）。さらに、MSWの職能団体である日本医療社会福祉協会でも、ISTTのワークショップが定期開催されており、その報告がなされている（柳田 2007；小滝ら 2009；柳田ら 2011）。

ここまでの内容を振り返ると、MSWによる転院支援の方法についての研究調査の蓄積が、進みつつある現状がうかがえる。ただし、著者自身の経験談や限られた事例をもとにまとめられたものが少なくなく、これらの方法によって得られる効果を実証的に示した研究は、段上ら（2005）と宮川ら（2007）の2つのみである。加えて、先述の「本人と家族が対立したらどうするのか」、「患者本人不在のまま病院や家族の事情で転院が進められている」といった難しい課題に対してどのように対処すべきなのかが、これらの先行研究からは十分見えてこない。

本人と家族が対立した場合の対応については、「医療ソーシャルワーカー倫理綱領」に以下の記載がある。「医療ソーシャルワーカーは、クライアントとその関係者の間で利害が異なり、時に矛盾しあうときにおいても、利益を最優先すべきクライアントを変更することなく、クライアント－ワーカー関係を相互に確認したそのクライアントの利益を最優先することに終始心を配る」。しかし、大谷（1997）は、わが国の倫理綱領について、以下のように指摘している。「基本的な態度・理念についてとどまることが多く、実践での具体的問題の指針を与えるようなガイドラインが今後必要となる」。なお、現在の「医療ソーシャルワーカー倫理綱領」は、日本医療社会事業協会（現・日本医療社会福祉協会）の2007年総会で採択されたものである。ただし、依然として「実践での具体的問題の指針を与える」ところまでには至っていないというのが、筆者の見解である。

以上、MSWによる転院支援の方法についての先行研究を検討した。MSWによる転院支援の方法については、先行研究の蓄積が進みつつある。一方、これらの方法によって得られる効果を、実証的に示した研究がほとんどない。さらに、「本人と家族が対立したらどうするのか」、「患者本人不在のまま病院や家族の事情で転院が進められている」といった点に答える研究がないことが課題である。

第7節 転院支援からみる保証人問題への対応が求められる背景とそれについての先行研究

第6節では、転院困難事例の現状と転院支援の方法を中心に検討した。それらの中で、方法の1つとして示されていたのが、「早期からの関わり」である。ただし、第1章3で述べたように、「保証人なし」や「経済的困難あり」といった社会経済的要因を有する場合、早期にMSWが関わったとしても、使える社会資源に限りがあるために、効果が発揮しにくい事例が少なくない。そこで、本節では、保証人問題を取り上げることとする。社会的な視点をより重視する立場にあるMSWにとっては、避けては通れない問題だと考えるからである。

まず、先行研究や官庁統計の内容、筆者のMSW経験等に基づいて、転院支援からみる保証人問題への対応が求められる背景について検討する。次に、身寄りのいない患者への支援実態を把握することを目的に、MSW支援に焦点を当てて先行研究を概観する。さらに、保証人問題の全容を把握することを目的に、その実態と取り組みの現状に言及してい

る先行研究の検討を行う。

1. 転院支援からみる保証人問題への対応が求められる背景

いくつかの先行研究によって、多くの療養型病院・施設等が患者または利用者の受け入れの際に、保証人を付けることを求めている現状が報告されている（伊賀市社会福祉協議会 2009；林 2011b；阿部ら 2012；成年後見センター・リーガルサポート 2013；江村ら 2014；林 2015；田部 2016）。加えて、保証人の代行を有償で行っている NPO 法人等（以下、保証人代行団体）がいくつかあり、ここ数年こうした法人が増えてきており、マスコミで取り上げられる場面もしばしば目にするようになった（NHK「無縁社会プロジェクト」取材班 2010）。病院・施設への入院・入所をはじめとした様々な状況下で保証人を求められる等、保証人の代行業務に対するニーズが高まっていることが、その一因として考えられる。ただし、保証人代行団体については、「契約内容が煩雑」、「監視・監督者の不在」、「預託金保全の不完全」等の問題点を抱えていることも指摘されている（内閣府消費者委員会事務局 2016；太田 2016；池田 2016；山本 2016；熊田 2016）。

保証人を依頼できる親族等がない場合、患者または利用者本人が上記の問題点を了解した上で、保証人代行団体と契約できれば支障はないのかもしれない。ただし、経済的な事情などで、契約できない人がいることにも留意する必要がある。筆者のこれまでの MSW 経験の中でも、借金があったために、契約自体を断られてしまったことがある。さらに、数万円～数十万円の契約料に加えて、諸経費や利用料等が必要になるため、分割払いの相談が可能とはいえ、低所得層にとっては大きな負担であり、契約自体に躊躇する方も少なくない。そのため、契約することを断念し、患者本人の意に反して、（保証人不在でも受け入れてもらえる）遠方の病院・施設へ移らざるを得ないこともある。

一方、NHK スペシャル取材班（2013）が、身寄りのいない低所得高齢者が施設を転々とせざるを得ない状況を「老人漂流社会」と命名し、「自らの老後を、自らで選ぶ」ことができない社会の実情を伝えている。千葉県（2012）が作成した『生活保護実務に関する県市協議会』協議結果報告書』の中でも、「身元引受人がいない場合の施設入所について」が協議事項としてあがっており、「福祉事務所、特にケースワーカーにかかる負担が大きい」としている。

加えて、世帯主が 65 歳以上の世帯数について、2035 年にかけて「単独世帯」が 1.53 倍（2010 年：498 万世帯→2035 年：762 万世帯）に増加するという推計がなされている（国立社会保障・人口問題研究所 2013）。このような世帯の増加に伴い、保証人を誰にも依頼できない患者の増加が予想される。特に、大都市部を中心に、インフォーマルなサポートを得られない低所得高齢者の増大が懸念されており、「経済的貧困と関係的貧困が複雑な形で入り交じっているのが、都市部における高齢化問題の特徴」（高橋 2014b）であることが指摘されている。

さらに、成年後見制度の市区町村長申立の事例件数が、23 件（2000 年 4 月～2001 年 3 月実績）から 5993 件（2015 年 1 月～12 月実績）まで急増しており、身寄りがいないかつ判断力の低下がみられる人が増えてきている状況がうかがえる（最高裁判所事務総局家庭局 2001；最高裁判所事務総局家庭局 2016）。一方、多くの先行研究が、成年後見の実務面で、成年後見人等が入院や施設入所にあたっての保証人になることが要請される場面があ

ることを問題視している（前田 2005；第一東京弁護士会成年後見センター 2008；池田ら 2010：21；上山 2010；日本社会福祉士会 2013；小賀野ら 2013；赤沼 2014）。ただし、いずれの文献でも、原則的には成年後見人が保証人に就任することは望ましくないとしている。

また、このような状況を受けて、日本社会福祉士会も厚生労働省宛てに、「施設入所にもなう身元保証人の取り扱いについて（要望）」を出している。具体的には、保証人がいないことを理由に入所契約拒否をしてはならないこと、成年後見人等に保証人になることを要請しないことを、国として自治体及び関係機関に周知徹底を図ってほしい旨を記している。

以上、先行研究や官庁統計の内容、筆者の MSW 経験等を踏まえつつ、転院支援からみる保証人問題への対応が求められる背景について検討した。多くの療養型病院・施設が患者または利用者の受け入れの際に、保証人を付けることを求めている現状がある。それに伴い、保証人代行団体のニーズが高まっているものの、経済的な理由で契約できない患者が存在することにも留意する必要がある。将来的に、65 歳以上の単独世帯が増加する見込みであり、成年後見制度の市区町村長申立の事例件数が急増している実態は、保証人問題への対応が今後ますます求められてくる状況を示している。

2. 身寄りのない患者への MSW 支援についての先行研究

一病院・施設単位でみると、この問題はレアケースの域を脱しないのかもしれない。しかし、そのインパクトは絶大で、身寄りのいない（≡保証人のいない）患者支援は、多くの MSW が関心をよせているテーマの 1 つになっている。事実、身寄りのいない患者への MSW 支援をテーマにした先行研究を数多く確認することができた（佐原 1999；松山ら 2001；堀井ら 2006；遠藤 2010；石丸 2011；前田ら 2011；谷 2011；福田 2012a；福田 2012b；小藪ら 2013；寺田ら 2014；宮内ら 2015；立松 2015；山田 2016）。

佐原ら（1999）は、身寄りのない患者の対応に苦慮した事例を紹介した上で、「単身で身寄りがないという貧困状態にある患者に対して、有効な社会資源がなく、その対応は個々の病院にまかされている」ことを問題視している。堀井ら（2006）は、身寄りがなく判断能力が不足している患者の事例をもとに、成年後見制度につなげるだけでは、不十分な点があることを指摘している。具体的には、成年後見人等は保証人になれないために転院先が制約されていること、成年後見人等が医療行為に対する同意ができないために病院スタッフが判断に迷うことをあげている。小藪ら（2013）は、身寄りのいない患者の対応事例を分析した結果、同患者を援助するにあたっては、「制度のみに依存した援助では限界がある」、「ソーシャルワーク援助方針に共感・容認を得ることの難しさ」があることを指摘している。さらに、佐原ら（1999）・堀井ら（2006）・小藪ら（2013）以外にも、こうした身寄りのない患者の対応事例をもとにまとめた研究が存在する（遠藤 2010；石丸 2011；福田 2012a；前田ら 2011；谷 2011；福田 2012b；立松 2015）。

松山ら（2001）は、日本医療社会事業協会（現・日本医療社会福祉協会）会員を対象にした質問紙調査を実施し、「身寄りの無い方」が、「身寄りのある方」の約 2 倍の比率で、MSW 支援（「金銭管理」・「代理・代行」・「財産管理」）の対象になっていたことを報告している。さらに、宮内ら（2015）は、急性期病院におけるソーシャルワーカー（SW）の介

入について全国調査を行い、社会的要因とSWの介入の有無との関連を分析した結果、SW介入の優先度が最も高い要因が「身寄りなし」であったと説明している。

加えて、寺田ら(2014)は、自院の患者データを用いて、熱中症による脳障害を来した患者の背景と転帰を報告している。その中で、「高齢者の熱中症患者は住所不定、生活困窮者など社会的弱者に多い」とした上で、「独居・住所不定でキーパーソン不在の場合は、金銭管理の問題や入院時の保証人がいないため、入院相談の時点で難色を示す病院が多かった」としている。また、山田(2016)は、大都市の2次・3次救急医療機関のMSWを対象に質問紙調査を行っており、ホームレス患者の退院支援で困ることを尋ねている。その結果、「転居・転院・転所する際に身元保証人がいない」ことが、最も多かったとしている。

以上、身寄りのない患者へのMSW支援についての先行研究を検討した。身寄りのない患者へのMSW支援に関わる研究は、事例報告を中心に研究蓄積が進みつつある。こうした患者の対応に苦慮しやすい理由としてあがっているのは、社会資源や制度の不備、金銭管理の問題や転居・転院・転所時の保証人がいないことなどである。

3. 保証人問題の実態と取り組みについての先行研究

保証人不在者の受け入れ状況については、医療経済研究機構と成年後見センター・リーガルサポートが全国調査を行っている。医療経済研究機構(2011)や医療経済研究機構(2012)は、介護保険3施設や有料老人ホーム、グループホームの全国データをもとに、「家族や身元引受人がない」事例を「全く受け入れていない」施設の割合を示している。一方、成年後見センター・リーガルサポート(2013)は、全国の療養型病院・施設や有料老人ホーム、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅を対象にした調査結果をまとめている。なお、成年後見センター・リーガルサポート(2013)については、保証人不在者の受け入れ状況や保証人に求める役割といった実態把握にとどまらず、新たな保証制度の必要性といった多岐にわたる調査項目が含まれている点が新しいといえる。ただし、いずれの調査報告でも、保証人問題の解決に向けて必要な具体的な取り組み内容を示すまでには至っていない。

野田(2010)は、MSWの立場から、「保証人を理由に入所できる場所が限られることが退院支援の弊害になっている」とした上で、その大きな理由として、受け入れ施設側が、「(施設入所後の一林)入院などの緊急対応時にすぐに家族に対応してほしい」ことをあげている。その上で、以下のような問題提起を行っている。「『入院時の情報提供のあり方』に関しては、入院する時に家族の事情や正しい情報が医療機関に伝われば、家族がいなくても病院が困らないということをきちんと整備し、どんな情報があれば医療機関としては助かるのかを提示していく必要がある」。

吉田(2014)は、法学者の立場から、保証人への就任と成年後見人としての職務の不整合、保証人問題のジレンマや社会的背景について述べた上で、対応策として2つの方法を示している。1つは、「身元保証人を求める病院・施設等に対して、そのニーズを満たすために、身元保証という制度は必ずしも整合的でないということを丁寧に説明すること」をあげている。もう1つは、「既存の日常生活支援事業、介護・福祉・医療サービスの利用、地域住民による見守り活動など」を活用することで、「病院・施設等が身元保証人を求める

必要性を事実上減少させること」としている。しかし、野田(2010)・吉田(2014)ともに、保証人問題への対処法は示しているが、いずれもこの問題の限られた部分へのアプローチ内容にとどまっている。

一方、伊賀市社会福祉協議会による取り組みが、先進的なものとしてあげることができる。これは、社会福祉協議会がコーディネーター的な役割を担い、地域関係機関の役割分担によって、包括的な観点から、保証人問題の解決を図ろうというものである(伊賀市社会福祉協議会 2009;伊賀市社会福祉協議会 2010)。多機関協働で問題解決にあたるという、まさに理想的な方法といえる。平野(2014)も、自身が関わった研究プロジェクトの成果を踏まえて、社会的孤立と高齢者福祉の課題に対しては、「地域福祉の強化をもって実施することを選択する考え」を示しており、今後の流れの一つであることには違いない。

他面、社会福祉協議会側にそこまでの役割を担う熱意と力量があるかどうかとも問われてくるため、地域によっては普及させにくい方法といえなくもない。また、足立区社会福祉協議会では、保証人がいない高齢者のための取り組みとして、高齢者あんしん生活支援事業を行っているが、数十万円の預託金が必要とされており、低所得層には利用しづらいものになっている(足立区社会福祉協議会権利擁護センターあだち 2010)。

布施(2013)は、保証人代行団体の現状や伊賀市社会福祉協議会での取り組みを踏まえた上で、「保証人問題には、地域包括支援センターを始めとした自治体関係者の相談・支援への積極的な取り組みが重要だ」としている。ただし、日本総合研究所(2014)が、公的保証人制度について自治体の考え方を尋ねているものの、「導入が難しい」が36.5%、「不要である」が9.1%を占め、「導入している」(3.0%)や「導入を検討している」(6.7%)のところはわずかであることを示している。

さらに、高齢者住宅財団(理事長：国際医療福祉大学大学院・高橋鉦士教授)がまとめた調査報告書の中にも、低所得高齢者の住宅確保が困難になる要因・特徴の1つに「保証人の不在」があげられている(財団法人高齢者住宅財団 2012)。ただし、保証人がいない人への対応について、先進地域・事業者の取り組みが紹介されているが、いずれも民間賃貸住宅等への入居・居住継続支援に関わるものである。療養型病院・施設へ入院・入所する際に求められる保証人については、「介護保険施設においても同様であり、身よりのない単身高齢者が住まいに困窮する大きな要因になっている」という記載があるのみである。

以上、保証人問題の実態と取り組みについての先行研究を検討した。保証人問題の実態については、全国調査も含めて研究蓄積が進みつつある。しかし、保証人問題の解決に向けた取り組みについては、一部の先進的な地域の報告にとどまっている。

第8節 研究課題の整理と調査枠組みおよび論理モデルの提示

本節では、第2節～第7節での先行研究の検討結果をもとに、研究課題を整理する。さらに、本研究の第4章～第6章では、上記課題を達成するために、いくつかの調査を行っていることから、これらの調査枠組みと論理モデルおよび仮説を示す。

1. 研究課題の整理

先行研究を検討した結果、いくつかの研究課題がみえてきた。ここでは、従来の先行研究で得られている主な知見と筆者自身のこれまでのMSW経験等に基づいて、これらの課

題を3点に整理する。なお、これらの内容は、第1章第2節で設定した次の3つの研究課題に対応したものになっている。①患者と家族の退・転院先についての合意形成が困難な事例の実態を示す。②自宅退院後の患者と家族が有している不安・困り事の実態を示す。③転院困難患者が抱えている問題の構造とそれへの対処方略を示す。以下、①～③の順に沿って、それぞれの課題を示していくこととする。

研究課題①

第1に、患者と家族の退・転院先の意向に関連する要因とそれが及ぼす影響を示す。その上で、両者の意向に異同があったり、患者の意向が把握できなかつたりするために、合意形成が難しい事例に対して、MSWのどのような支援が効果的なのかを見出すことである。

患者と家族の意向や意思決定等についての研究は、看護領域を中心に進んでいる。しかし、患者と家族の退・転院先の意向がどのような時に一致するのか、または一致しないのか、その要因については十分に検討されていない。この点について、身体的要因を中心に分析した研究(小山ら 2012)はあるものの、心理的・社会的要因を含めていないといった課題を抱えている。一方で、不安等の心理的状況や経済状況、および家族形態といった心理的・社会的要因を含めた研究(日比野 2016)はあるものの、研究対象を患者と家族の意向が一致しない事例群に限定しているために、他事例群との比較検討ができていないという課題を有している。今後は、患者と家族の意向が一致する事例や患者の意向が把握できない事例を含めるなどして、研究対象の範囲を拡大しつつ、心理的・社会的要因を含めた総合的な研究を行うことが必要である。

さらに、現実的には、様々な要因が関与していることが予想され、その中でも「単独で大きい影響を及ぼすものもあれば、その他の要因と組み合わせた相乗作用によって、はじめて明らかになるものもある」と考えられる(中村 2011)。このような多因子決定的な状況を示すためには、「多くの要因を同時に取り上げて、多変量解析を通して複雑な現象に潜む構造を探ることが必要」であり、量的調査を進めることが今後の課題である。

一方で、患者と家族の退・転院先の意向を検討するにあたっては、家族状況をより詳細に分析する必要がある。家族形態や患者と家族の関係が、退・転院先の意向にどのような影響を及ぼすのかを把握することで、画一的ではない、家族状況に合わせた関わり方が可能になると考えるからである。このような視点は、患者だけでなく、家族を含めた支援を行う側面がより強いとされるMSWにとって重要なものである。

これまでの先行研究でも、家族形態や患者と家族の関係に注目したものがある。例えば、日比野(2016)が行った事例調査では、家族形態別にみる要介護高齢者の意向と家族の意向の異同の分析結果を、以下のように示している。『夫婦のみの世帯』『子と同居』の家族形態では、家族内での検討が重ねられ『単独世帯』に比べると時間をかけて『居所選択』していく過程が確認された。さらに、白川ら(2016)は、自宅から入院し急性期医療を終えた患者についての医療機関を対象にした調査結果を踏まえて、以下のように指摘している。「元の自宅に退院する上で、同居者がいて、主たる介護者は就労していない配偶者という条件が重要になっている」。

また、樫野ら(2000)は、長期入院高齢者の家族の在宅ケア意向に影響する要因につい

ての調査を実施し、在宅ケア意向と「配偶者の有無」、「息子の有無」、「娘の有無」との関連を検討している（ただし、ロジスティック回帰分析の結果、これらの要因との関連は認められていない）。加えて、「面会頻度で患者と介護予定者の人間関係を測定」した上で、在宅ケア意向に影響を与える要因として、「家族の面会頻度が高い」ことをあげている。一方、永田ら（2002）は、高齢者の退院支援に関わる研究レビューを行った結果、「高齢者の場合、患者と家族の意思が一致しないことも多い」とした上で、以下の課題提起を行っている。「家族形態や自立意識などが欧米と異なる日本では、どのように退院に関する意思決定を支えていくのが望ましいのか、さらなる検討が必要であろう」。以上の内容を踏まえると、今後は家族形態や患者と家族の関係をより深く捉えた研究が必要である。

さらに、ソーシャルワーク支援を行うにあたって、バイステックの7原則等の「利用者の自己決定」だけでは、限界があることを指摘している研究がある（岩本 2007；衣笠 2011；空閑 2014）。それらの中では、理論と現実の乖離を埋める研究の必要性が、課題としてあがっている。理想的には、患者の意思が最優先されるべきであるが、家族の意向または患者と家族の共同決定によって退・転院先が選定されている事例が少なくない。このような事例に対して、ソーシャルワークの原則である「利用者の自己決定」のみを求めることは、「日本人にとっては大切な人との『間柄』の切断、かつ大切な『場』の喪失に向けて、その実践が働くことになりかねない」（空閑 2014）という指摘は重要である。アメリカ流のソーシャルワークの原則が、現実的にどこまで適用可能なのか、わが国の医療現場の実情に即して「適応と禁忌」を探ることは、ソーシャルワークの「日本モデル」を具現化する上で、欠かせない作業である。

加えて、MSWによる転院支援についての先行研究の中で、「本人と家族が対立したらどうするのか」、「患者本人不在のまま病院や家族の事情で転院が進められている」といった難しい課題が提示されているにもかかわらず、それに応える研究がない。今後は、患者本人と家族の対立構造・要因を明らかにし、合意形成に向けて必要な事柄を把握する。その上で、患者と家族への適切な支援の方向性を見出していくことが緊要な課題である。

研究課題②

第2に、自宅退院後の患者と家族が有している不安・困り事から、自宅退院支援や退院計画の内容を評価することを通じて、MSWを含めた支援者側（病院スタッフやケアマネジャー）の特性や課題を示す。その上で、自宅退院支援や退院計画の質を向上させるために、MSWにはどのような役割が求められているのかを見出すことである。

MSWによる退・転院支援の評価研究は、MSW自身が評価するものを中心に進展している。昨今では、評価尺度開発の試みもなされている。しかし、MSWの退・転院支援実践の評価については、実践者であるMSW自身による評価以外にも、患者と家族または他のスタッフによる評価などが存在するが、とりわけ患者と家族側から検証した研究が少ないことが緊要な課題である。さらに、退院計画やMSW以外の専門職による退・転院支援に関わる文献を体系的にレビューしている研究でも、患者や家族の満足度といった指標での評価が不十分であることが、今後の課題としてあがっている（中谷 1997；坂井 2015）。

一方、看護領域では、自宅退院後の患者と家族の不安・困り事を中心とした評価研究が、積極的に行われている。ただし、MSW領域では、自宅退院後も続いている患者と家族の

生活に対する評価やフォローがほとんどなされておらず、これらを通じて支援の質を高めるための要因を探ることが急務である。退院後の事後評価は、「これまでの援助をさまざまな観点から評価し直すことによって、次に続く患者に対する退院計画プログラムを充実させるために行われるべきもの」(堀越 1997)であり、今後更なる研究が必要である。

さらに、入院中に立案した退院計画の内容が、実際の自宅退院後の患者と家族の生活状況と比較して、どの程度適切だったのかを系統的に評価しつつ、事後評価をMSWが担うことで、ソーシャルワーク実践にどのような課題があるのかについて調査・研究することが必要である。こうした支援者側が提供するサービスの質の継続的な向上を検討するにあたって、「どういったアセスメントに従って、どういったアウトカムが得られたのかということに関するデータの蓄積と、それを通じたケアマネジメントの標準化が不可欠」(社会保障審議会 2014)なためである。

また、自宅退院後に再入院した患者の実態についての研究蓄積が進みつつある。ただし、再入院の原因・リスク要因や疾患内容、および再入院患者数(推計値)といった表層的な実態は示されているものの、再入院に至るまでの経過を、相当数の事例をもとに分析した研究はなく、この点にかかわる大きな指標を得られている段階ではない。今後は、再入院患者のより丁寧な実態分析を行うことで、退院計画の改善に向けた足がかりになる研究への取り組みが重要になってくる。さらに、「退院後の施設入所を選択した家族介護者と病棟看護師の介護負担に関する思いのずれ」を調査している研究(小谷ら 2013)はあるものの、再入院患者または家族側と支援者(医療・介護関係者)側の双方を対象にしている研究は見当たらず、再入院の実態を多面的に捉えるという意味でも、今後更なる研究が必要である。

一方、中央社会保険医療協議会が実施した調査結果は、DPC導入によって、無理な退院や中途半端な退院が増加したこと、治癒率の低下や平均在院日数短縮化に伴い、再入院率の割合が上昇したことを示している(中央社会保険医療協議会 2006; 中央社会保険医療協議会 2014)。今後、診療報酬改定等による更なる在院日数の短縮化が予想される中で、再入院を予防するという観点での研究が、ますます求められてくるのではないかと考える。

研究課題③

第3に、転院制約要因を有することで生じる困難性を把握しつつ、それへの対処方略を示す。その上で、患者または家族の意向に沿った転院を実現するためには、MSWとしてどのように支援するのが効果的なのかを見出すことである。

多くの先行研究で、転院先をなかなか確保することができない患者の実情やMSWの転院支援の方法については報告されている。それらの中では、転院制約要因を有することで生じる困難性をデータに基づいて示したり、MSWが早期から関わったりすることが、対処方略としあげられている。

ただし、MSWの転院支援の方法については、著者自身の経験談や限られた事例をもとにまとめられたものが少なくなく、転院制約要因を有する患者への支援法も含めて、これらの方法によって得られる効果を実証的に示した研究はほとんどないのが現状である。そのため、転院支援の効果を明確に示していく上でも、例えばMSWがこうした要因を有する患者の特性に合わせた取り組みをすることで、どのような効果が得られるのかを、実証

的に示していくことが今後の課題である。

一方、身寄りのいない（≒保証人のいない）患者への MSW 支援や保証人問題の実態と取り組みについての先行研究を中心に、研究蓄積が進みつつある。これらの中では、保証人不在者の療養型病院・施設等の利用が、制限されている現状が報告されている。ただし、今後「単身急増社会」（藤森 2010）によって、このような患者の増加が予想されているにもかかわらず、保証人問題の解決に向けた取り組みは、一部の先進的な地域の報告にとどまっている。

特に、低所得層にとっては、より深刻な問題になりつつあり、保証人問題に触れる機会の多い MSW 側から発信することが重要な課題である。今後は、同問題の全体像をよりしっかりと捉えつつ、問題を引き起こしている要因を把握するといった、効果的な支援に向けた足がかりになる研究への取り組みが重要になってくる。

2. 調査枠組みの提示

本研究の調査枠組みを、**図 3** (p.47) に示す。これは、第 1 章第 2 節で示した本研究の課題と第 2 章第 8 節で整理した研究課題の内容に対応させつつ、以後の各章の内容に沿って作成したものである。なお、次項の 3 の中で提示している仮説が、どの調査に対応しているかについても追記した。**表 8** (p.48) は、これらの仮説を一覧にまとめたものである。

第 4 章では、患者と家族の退・転院先の意向についての 2 つの調査を行う。1 つ目は、患者と家族の退・転院先の意向に関連する要因の全体像を把握するための量的調査（以下、第 1 調査）である。2 つ目は、「患者と家族の退・転院先の入院時意向が異なった事例」と「患者の退・転院先の入院時意向が把握できなかった事例」についての質的調査（以下、第 2 調査）である。これらの調査目的は、患者と家族の意向に関連する要因とそれが及ぼす影響を把握し、主に両者の異同に注目することで、MSW による合意形成に向けた効果的な支援のあり方を見出すことにある。

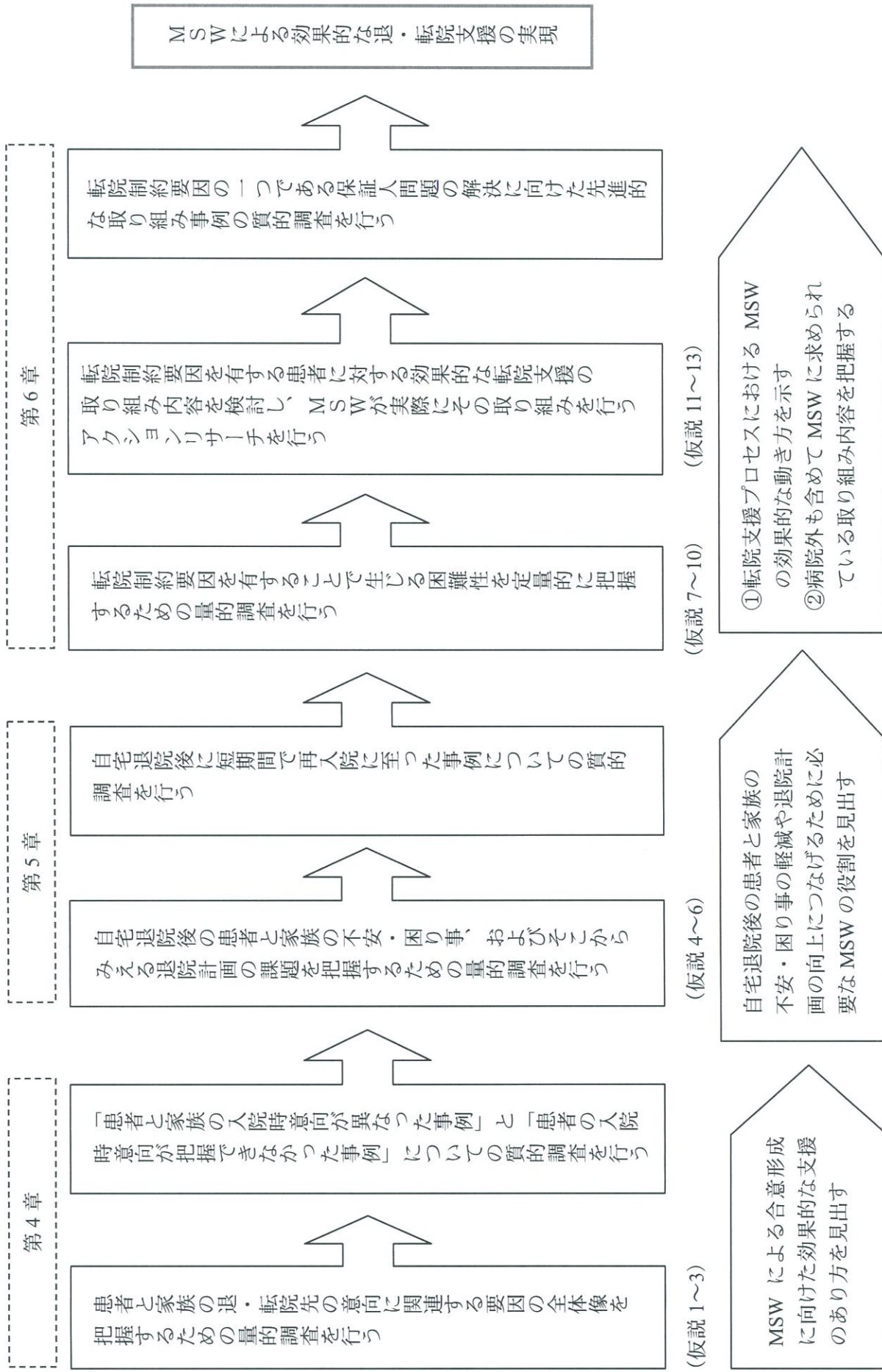
第 5 章では、自宅退院後の患者と家族の不安・困り事の実態を把握するための 2 つの調査を行う。1 つ目は、自宅退院後の患者と家族の不安・困り事、およびそこからみえる退院計画の課題を把握するための量的調査（以下、第 3 調査）である。さらに、補足的に、上記内容を受けて、退院計画の中で果たしている MSW 部門の役割の現状と課題にどのような変化が生じるのかについての分析を行う。2 つ目は、自宅退院後に短期間（3 ヶ月以内）で再入院に至った事例についての質的調査（以下、第 4 調査）である。これらの調査目的は、自宅退院後の患者と家族の不安・困り事を踏まえて、支援者（病院スタッフやケアマネジャー）側の支援内容や認識内容を振り返ることで、退院後の患者と家族の不安・困り事の軽減や退院計画の向上につなげるために必要な MSW の役割を見出すことにある。

第 6 章では、療養型病院・施設等への転院制約要因とそれを有する患者への取り組みについての 3 つの調査を行う。1 つ目は、転院制約要因を有することで生じる困難性を定量的に把握するための量的調査（以下、第 5 調査）である。2 つ目は、転院制約要因を有する患者に対する効果的な転院支援の取り組み内容を検討し、MSW が実際にその取り組みを行うアクションリサーチ（以下、第 6 調査）である。3 つ目は、転院制約要因の 1 つである保証人問題の解決に向けた先進的な取り組み事例の質的調査（以下、第 7 調査）である。これらの調査目的は、以下の 2 点である。第 1 に、転院制約要因による困難性の把握

を試みつつ、転院支援プロセスにおける MSW の効果的な動き方を示すことにある。第 2 に、転院支援プロセスの見直しといった病院内の取り組みだけにとどまることなく、病院外も含めて MSW に求められている取り組み内容を把握することにある。

最後に、上記（第 4～6 章）の調査を通して、本研究の目的である MSW による効果的な退・転院支援の実現へつながるといふ一連の流れを示している。

図3 本研究における調査枠組み



出典：筆者作成。

注) () 内は、表8の仮説がどの調査に対応しているかについて記したものである。

表 8 本研究で検証する仮説

<p>第 1 調査の仮説</p> <p>(仮説1) 家族は患者本人と比較して、多様な視点から退・転院先を検討している。</p> <p>(仮説2) 家族の退・転院先の意向は、患者の意向と比べて変動しやすい。</p> <p>(仮説3) 患者と家族の退・転院先の意向において、配偶者と成人した子では異なる影響を及ぼしている。</p>
<p>第 3 調査の仮説</p> <p>(仮説 4) 退院計画チームが評価していた以外の自宅退院後の患者と家族の不安・困り事（以下、退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事）があると、医療・介護サービス計画の変更が生じやすい。</p> <p>(仮説 5) 退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事や医療・介護サービス計画の変更が生じると、退院計画に対する患者の満足度が低下しやすい。</p> <p>(仮説 6) 退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事や医療・介護サービス計画の変更が生じたり、退院計画に対する患者の満足度が低くなったりすると、自宅退院後の患者の生活満足度が低下しやすい。</p>
<p>第 5 調査の仮説</p> <p>(仮説 7) 転院制約要因を有する患者群は、有しない患者群と比べると、医師が転院を指示してから転院までに時間を要している。</p> <p>(仮説 8) 転院制約要因を有する患者群は、有しない患者群と比べると、病院・施設からの受け入れ不可の返答割合が高い。</p> <p>(仮説 9) 転院制約要因を有する患者群は、有しない患者群と比べると、患者または家族の第 1 希望の転院先へ移ることができていない割合が高い。</p> <p>(仮説 10) 「保証人なし」や「経済的困難あり」といった社会経済的要因を有する場合、医療的要因や認知面に関わる要因を有する場合と比べると、患者または家族の第 1 希望の転院先へ移ることができていない。</p>
<p>第 6 調査の仮説</p> <p>(仮説 11) MSW による転院制約要因の早期把握に向けた取り組み（毎朝の申し送り・カンファレンスに参加する中での積極的な情報収集）によって、MSW の早期把握率がアップする。</p> <p>(仮説 12) MSW による転院制約要因の早期把握に向けた取り組みによって、MSW の介入時期が早まる。</p> <p>(仮説 13) MSW による転院制約要因の早期把握に向けた取り組みによって、患者または家族の第 1 希望の転院先へ移れる割合が高まる。</p>

出典：筆者作成。

3. 論理モデルと仮説の提示

ここでは、先行研究の知見や筆者の MSW 経験等に基づいて設定した、第 1 調査～第 7 調査の論理モデルを示す。併せて、第 1・3・5・6 調査では量的調査を行うことから、仮説（表 8:p.48）を設定する。

(1) 第 1 調査の論理モデルと仮説

第1調査（第4章第1節）では、患者と家族の退・転院先の意向に関連する要因とその全体像を示す上で、患者と家族の意向はどのように時に一致するのか、または一致しないのかという点に注目する。患者と家族の意向の異同を検討するにあたって、参考になりそうなのが、広瀬ら（2014）の分析結果である。ここでは、退院調整の必要な患者と家族が退院先を決定するまでの思いを調査しており、その結果を踏まえて、「患者・家族の退院先の希望は回復への期待に影響され現実的でない可能性があることを認識しておく必要がある」としている。さらに、名倉ら（1995）は、癌患者を対象にした調査を行い、「家族は患者自身より『ほぼ治る』見通しの割合は有意に低率で、逆に『ほぼ治らない』と考える割合は有意に高率であった」と報告しており、その理由を以下のように述べている。「これは医師から予後不良である説明が十分なされていることと患者の症状から客観的に判断できるためであると考えられる」。加えて、田中（2014）は、「病名の告知や病状の説明を本人でなく、まず家族に行おうとする医療者側の慣習」があるとしている。

上記の内容を踏まえると、患者と家族の退・転院先の意向には、「回復への期待」といった不確実な要因が含まれているものの、家族は患者と比べて医療情報が入手しやすく、より客観的に判断できる立場にあることが読み取れる。そのため、家族は患者本人と比較して、「回復への期待」にとどまることなく、多様な視点から退・転院先を検討していることが予想される。一方で、様々な状況を踏まえて検討しているため、家族の退・転院先の意向は、患者の意向と比べて変動しやすいことが考えられる。

一方、田中（2016）は、「家族とは主に配偶者」であり、「独立家計を営む成人した子供は別な主体」とあるという考え方を提唱している。これは、同じ家族といっても、配偶者と子は区別して考える必要があることを示している。そのため、患者と家族の退・転院先の意向でも、配偶者と成人した子では異なる影響を及ぼしていることが予想される。

そこで、上記の内容を踏まえて、以下の3つの仮説を設定した。次頁の表9（第1調査の論理モデル）は、（仮説1）～（仮説3）を一連の流れとして示したものである。

（仮説1） 家族は患者本人と比較して、多様な視点から退・転院先を検討している。

（仮説2） 家族の退・転院先の意向は、患者の退・転院先の意向と比べて変動しやすい。

（仮説3） 患者と家族の退・転院先の意向において、配偶者と成人した子では異なる影響を及ぼしている。

表9 第1調査の論理モデル

立場・視点	退・転院先の意向	
患者	限られた情報をもとに退・転院先を検討している	→ 時間が経過しても、退・転院先の意向は変動しにくい
家族	情報入手がしやすい立場であり、多様な視点から退・転院先を検討している	→ 時間の経過とともに、退・転院先の意向は変動しやすい
患者と家族	同じ家族であっても配偶者と成人した子では異なる影響を及ぼしている	→ 家族形態によって、患者と家族の退・転院先の意向に違いがある

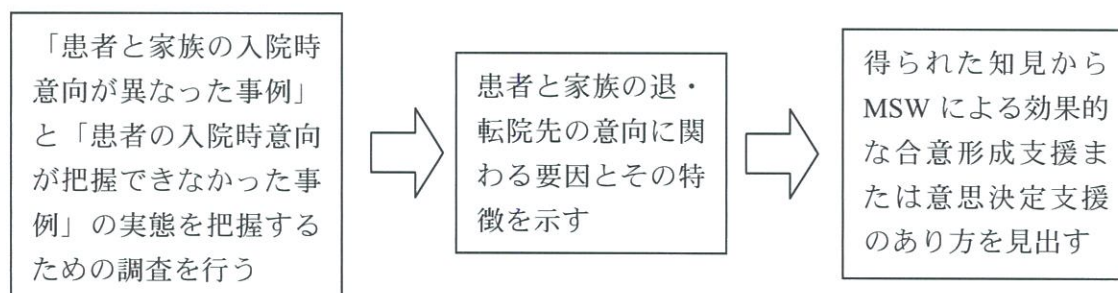
出典：筆者作成。

(2) 第2調査の論理モデル

第2調査（第4章第2節）では、「患者と家族の退・転院先の入院時意向が異なった事例」と「患者の退・転院先の入院時意向が把握できなかった事例」を取り扱う。これらの事例を用いる理由は、患者や家族のみならず、医療スタッフ等の周囲の関係者も含めてジレンマが生じやすいために、それぞれの意向に関わる要因が端的に表れやすいと考えたためである。加えて、これらの事例は、いくつかの先行研究が指摘しているように、患者や家族の意思決定を支える上で困難が伴うものである（松村 2008；吉田 2011）。そのため、MSWによる効果的な合意形成支援または意思決定支援の方法を検討する上で、これらの事例の特徴を把握することには意義があると考えられる。

以上の内容を踏まえて設定した論理モデルが、次頁の図4（第2調査の論理モデル）である。これは、「患者と家族の退・転院先の入院時意向が異なった事例」と「患者の退・転院先の入院時意向が把握できなかった事例」の実態を把握することで、患者と家族の退・転院先の意向に関わる要因とその特徴を示し、最終的には、MSWによる効果的な合意形成支援または意思決定支援のあり方を見出すことにつながるというものである。

図4 第2調査の論理モデル



出典：筆者作成。

(3) 第3調査の論理モデルと仮説

第3調査（第5章第1節）では、退院計画の内容が、自宅退院後の患者の生活状況にどのような影響を及ぼしているのかという点に注目する。退院計画の内容を検討するにあたって、参考になりそうなのが、手島（1997b）による退院計画のプロセスである。具体的には、以下の4つから成り立っているとされている。①対象者の発見と特定、②ニーズのアセスメント、③退院援助プランの策定と援助の実施、④フォローアップと事後の評価。さらに、中谷（1997）は、退院計画のアウトカム指標の代表的なものとして、在院日数の減少、患者・家族の満足度、患者・家族のニーズの充足をあげている。一方、千葉（2001）は、「高齢者への退院計画とその効果」についての海外文献をレビューした結果、患者の満足度やQOL、退院後のサービス利用、在院日数、再入院率といったアウトカム指標が用いられていたとしている。一般的にプロセスの質が低いと、アウトカムも低くなるといわれており、退院計画でも同様に、プロセスに不備が生じることで、これらのアウトカム指標の低下につながると考えられる。

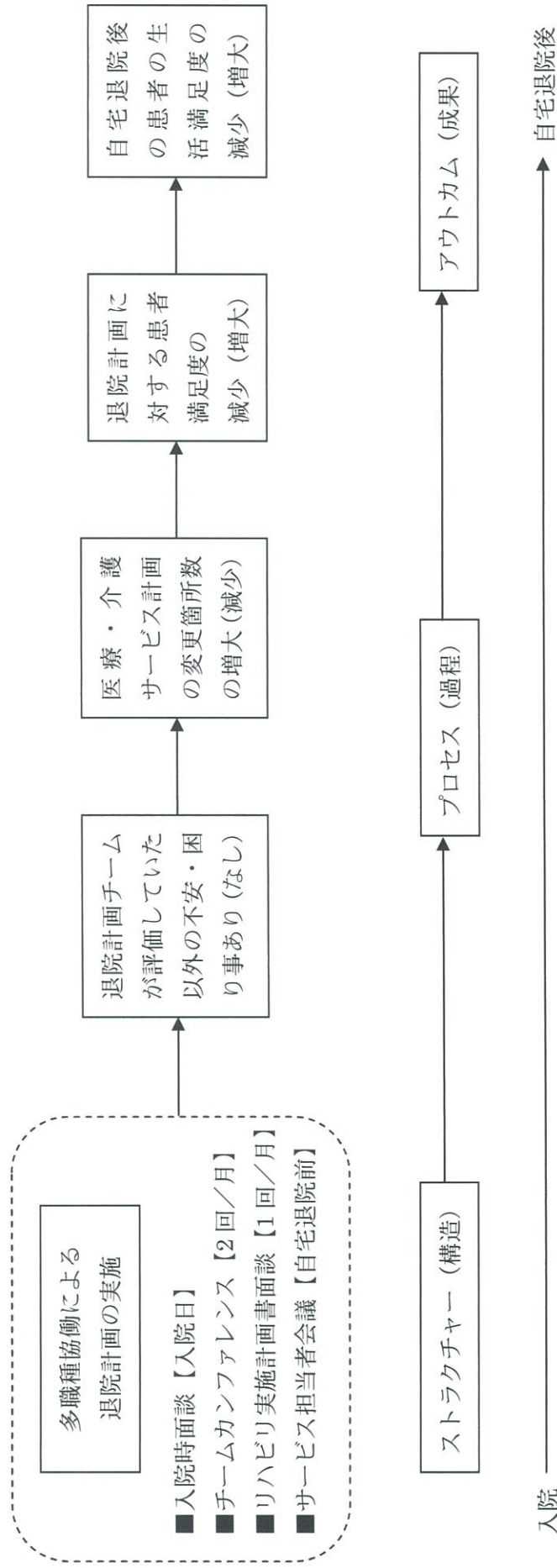
そこで、上記の内容を踏まえて、以下の3つの仮説を設定した。なお、ここでの「不安・困り事」とは、自宅退院後の生活を送る中で、患者と家族が不安を感じていたり、困っていたりすることを指している。さらに、次頁の図5（第3調査の論理モデル）は、後述するA医療法人B病院（回復期リハビリテーション病棟）の退院計画プログラム内容を参考にして、入院から自宅退院後に至るまでの一般的な流れに沿ってまとめたものである。具体的には、退院計画に関わるストラクチャー・プロセス・アウトカムを一体的に示しており、（仮説4）～（仮説6）が一連の流れとして組み込まれている。

（仮説4）退院計画チームが評価していた以外の自宅退院後の患者と家族の不安・困り事（以下、退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事）があると、医療・介護サービス計画の変更が生じやすい。

（仮説5）退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事や医療・介護サービス計画の変更が生じると、退院計画に対する患者の満足度が低下しやすい。

（仮説6）退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事や医療・介護サービス計画の変更が生じたり、退院計画に対する患者の満足度が低くなったりすると、自宅退院後の患者の生活満足度が低下しやすい。

図5 第3調査の論理モデル



出典：A 医療法人 B 病院の退院計画プログラムをもとに筆者作成。
 注1) それぞれの構成メンバーは以下の通り。【 】内は開催時期・回数。

入院時面談：患者と家族、医師、看護職、リハビリスタッフ、MSW

チームカンファレンス：医師、看護職、介護職、リハビリスタッフ、MSW

リハビリ実施計画書面談：患者と家族、医師、看護職または介護職、リハビリスタッフ、MSW

サービス担当者会議：患者と家族、医師、看護職または介護職、リハビリスタッフ、MSW、ケアマネジャー、在宅サービス事業者

注2) ここでの「不安・困り事」とは、自宅退院後の生活を送る中で、患者と家族が不安を感じていたり、困っていたりすることを指している。

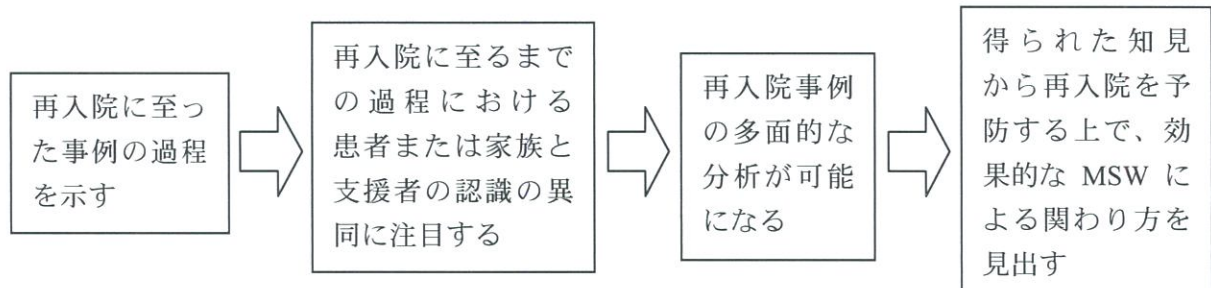
(4) 第4調査の論理モデル

第4調査(第5章第2節)では、自宅退院後に短期間(3ヶ月以内)で再入院に至った事例を取り扱う。この事例を用いる理由は、現実的には、成功よりも失敗を通して学ぶことの方が多いたことを踏まえると、自宅退院はしたものの、その後自宅療養が継続できず、わずかな期間で再入院になったといった、失敗事例に焦点を当てた研究が必要だと考えたからである。さらに、失敗事例を抽出して、その理由を分析することは、自宅退院支援の質を高めるだけでなく、退院計画の機能全体を見直す上でも役に立つと考える。

本章第5節で述べたように、再入院の研究・調査自体は少なくない。しかし、自宅退院後の再入院や施設入所に至った経過に注目した場合、ごく少数の事例を用いた分析にとどまっているのが現状である。さらに、この点について、患者または家族側と支援者(医療・介護関係者)側の双方を対象にしている研究は限定的であり、今後はこうした状況を打開していくような研究の実施が求められている。

以上の内容を踏まえて設定した論理モデルが、**図6**(第4調査の論理モデル)である。これは、再入院に至った事例の過程を示し、その中での患者または家族と支援者の認識の異同に注目することで、多面的な分析が可能になる。さらに、その分析結果を踏まえて、再入院を予防する上で、効果的なMSWによる関わり方を見出すことにつながるというものである。

図6 第4調査の論理モデル



出典：筆者作成。

(5) 第5調査の論理モデルと仮説

第5調査(第6章第1節)では、転院制約要因を有することで生じる困難性に注目する。転院制約要因による困難性を検討するにあたって、参考になりそうなのが、木舟ら(1999)が行った調査結果である。ここでは、MRSAや気管切開を転院制約要因と仮定した上で、これらを有する患者は有しない患者と比べて、MSWによる紹介(問い合わせ)病院数や連絡・調整数が多い傾向があったことを報告している。さらに、林(2009)は、先行研究の検討や自身のMSW経験から、要介助患者の療養型病院・施設への転院を阻む要因とその領域を示している。その中での1領域としてあげられているのが、医師・看護・介護体制や診療・介護報酬上の問題で、患者の受け入れを制限している「転院先の事情」である。

上記の内容を踏まえると、転院制約要因を有している場合、転院先の受け入れ制限によって、転院までに時間がかかったり、受け入れ自体を拒否されたりする確率が高まるとい

ったことが予想される。さらに、その結果として、患者や家族が希望する転院先に移りやすくなるといったことも考えられる。

一方、これまでの代表的な先行研究を概観する限り、どの研究でも、転院制約要因として取り上げているのは、以下の3点である（神奈川県大学病院ソーシャルワーカー連絡会 1999；転院問題を考える会 2003；東京都社会福祉協議会 2011）。①医療的要因、②認知面に関わる要因、③社会経済的要因。しかし、性質が異なる要因である以上、それぞれが及ぼす影響力も異なっていると考えられる。さらに、第1章第3節「1. 本研究の動機」で述べたように、「保証人なし」や「経済的困難あり」といった社会経済的要因を有する時に、より高い困難性を感じることもある。そのため、③の社会経済的要因を有する場合、①②の要因を有する場合と比べると、転院先がより制約されやすく、結果的に患者または家族の第1希望の転院先へ移ることができていないことが予想される。

そこで、上記内容を踏まえて、以下の4つの仮説を設定した。表10（第5調査の論理モデル）は、（仮説7）～（仮説9）を一連の流れとして示したものに、（仮説10）の内容を付け加えたものである。

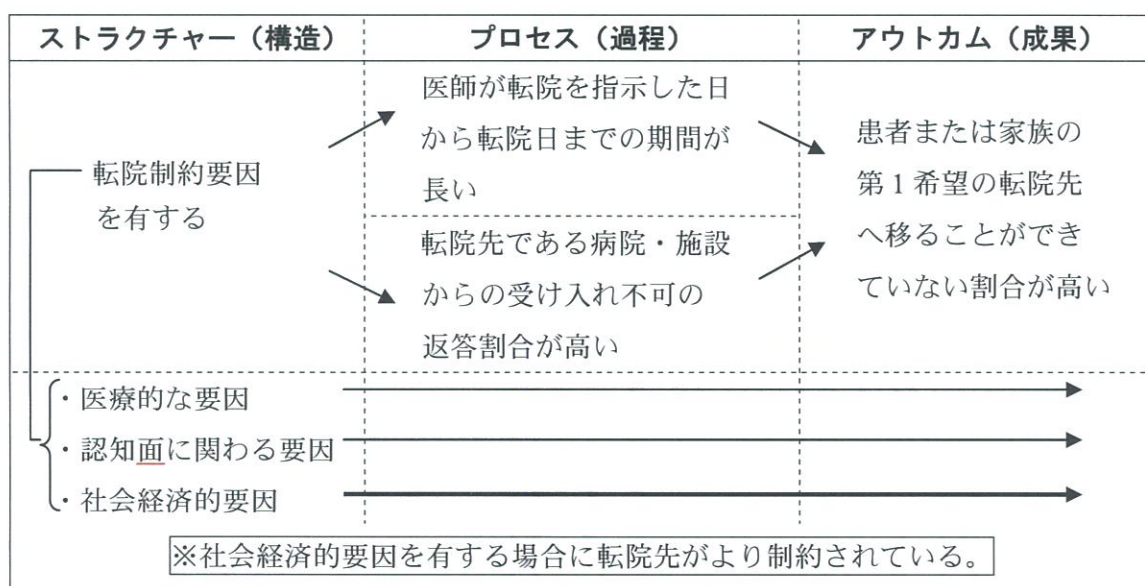
（仮説7）転院制約要因を有する患者群は、有しない患者群と比べると、医師が転院を指示してから転院までに時間を要している。

（仮説8）転院制約要因を有する患者群は、有しない患者群と比べると、病院・施設からの受け入れ不可の返答割合が高い。

（仮説9）転院制約要因を有する患者群は、有しない患者群と比べると、患者または家族の第1希望の転院先へ移ることができていない割合が高い。

（仮説10）「保証人なし」や「経済的困難あり」といった社会経済的要因を有する場合、医療的要因や認知面に関わる要因を有する場合と比べると、患者または家族の第1希望の転院先へ移ることができていない。

表10 第5調査の論理モデル



出典：筆者作成。

(6) 第6調査の論理モデルと仮説

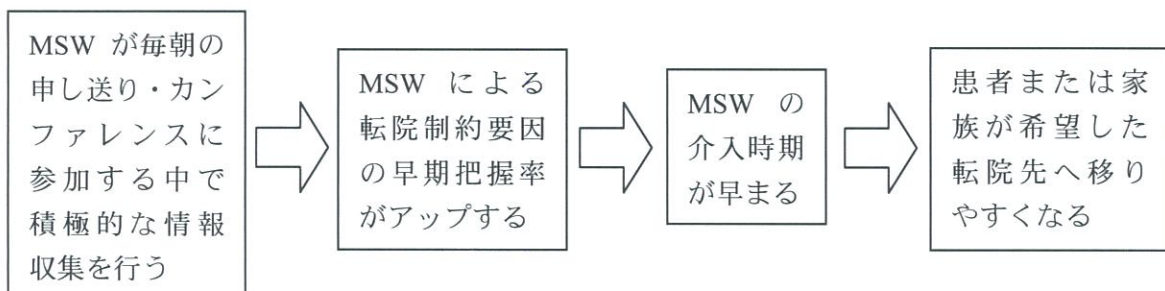
第6調査(第6章第2節)では、転院困難事例への効果的な取り組み内容に注目する。こうした取り組み内容を検討するにあたって、参考になりそうなのが、手島(1997b)による退院計画のプロセスであり、具体的には以下の4つから成り立っているとしている。①対象者の発見と特定、②ニーズのアセスメント、③退院援助プランの策定と援助の実施、④フォローアップと事後の評価。さらに、中谷(1997)は、退院計画のアウトカム指標の代表的なものとして、在院日数の減少と患者・家族の満足度、および患者・家族のニーズの充足をあげている。一般的にプロセスの質が高いと、アウトカムも向上するといわれており、転院支援でも同様に、プロセス改善に向けた取り組みをすることで、これらのアウトカム指標の向上につながると考えられる。

一方、田中(1997)は、上述の①対象者の発見と特定の問題点として、援助が必要な対象者の発見の時期が遅く、援助開始の時期が遅れてしまうことで、十分な援助が展開できないことをあげている。さらに、このような現状を踏まえて、「適切な地域サービスや転入所が行われるように援助プロセスを踏むには、時間的要素を考慮することが重要である」とした上で、対象者の発見・特定方法の改善に向けた提起を行っている。

そこで、上記内容を踏まえて、第5調査(第6章第1節)を参考にしつつ、以下の3つの仮説を設定した。図7(第6調査の論理モデル)は、(仮説11)～(仮説13)を一連の流れとしてまとめたものである。

- (仮説11) MSWによる転院制約要因の早期把握に向けた取り組み(毎朝の申し送り・カンファレンスに参加する中での積極的な情報収集)によって、MSWの早期把握率がアップする。
- (仮説12) MSWによる転院制約要因の早期把握に向けた取り組みによって、MSWの介入時期が早まる。
- (仮説13) MSWによる転院制約要因の早期把握に向けた取り組みによって、患者または家族が希望した転院先へ移れる割合が高まる。

図7 第6調査の論理モデル



出典：筆者作成。

(7) 第7調査の論理モデル

第7調査(第6章第3節)では、保証人問題の解決に向けた先進的な取り組み事例を取り扱う。本章第7節で述べたように、保証人問題への対応が今後ますます求められてくる

状況にある。こうした中で、いくつかの社会福祉協議会（以下、社協）が、保証人に関わる一連の問題の解決に向けた取り組みを始めているという情報を得た。その最たるものが、三重県の伊賀市社協の取り組みであり、厚生労働省の社会福祉推進事業に採択され、報告書としてまとめられている（伊賀市社会福祉協議会 2009；伊賀市社会福祉協議会 2010）。一方、愛知県内の養護老人ホームの生活相談員より、常滑市社協が保証人の役割の一部を担うことで、保証人がいなくても療養型病院・施設等で受け入れている実態があるという情報を入手した。

以上の内容を踏まえて設定した論理モデルが、**図 8**（第 7 調査の論理モデル）である。これは、先進事例の実態を把握することで、先進事例の実践知を見出すことにつながり、最終的には、実践知から保証人問題への効果的な対処方略を示すというものである。

図 8 第 7 調査の論理モデル



出典：筆者作成。

第3章 本研究の調査計画

本章の目的は、第2章で提示した調査枠組みや論理モデル等に基づいて、実際に調査を行うにあたっての計画内容を示すことである。より具体的にいえば、本章の調査計画は、上記の調査枠組み等の内容を、どのように具現化していくのかという視点でまとめたものである。第1節では、調査全体の目的を述べる。第2節では、次章以降で実施する7つの調査の主なフィールドとなるA医療法人B病院の概要を示しつつ、各調査の具体的内容とそれぞれの調査の相互関係を説明する。第3節では、上記の7つの調査実施にあたっての倫理的配慮をまとめている。

第1節 調査目的

本研究の調査目的は、MSWによる退・転院支援に関わる医療現場等の実態を量的・質的の両側面から示しつつ、一部にアクションリサーチを取り入れることで、MSWの効果的な退・転院支援のあり方を見出すことである。

第2節 調査計画

本研究では、筆者と関わりのあるA医療法人をフィールドの中心とし、その中でも同法人B病院の回復期リハビリテーション病棟を取り扱うこととする。ただし、調査内容によっては、これらだけでは不十分なこともあり、その際はフィールドを拡大し、調査計画を立案する。ここでは、退・転院支援を取り巻く病院現場等の現状と課題、およびそれらへの対処方略を明らかにするために7つの調査（以下、第1調査～第7調査）を計画する。なお、修士論文や博士課程入学前に行っている調査計画の内容も含めて記載する。

1. A医療法人B病院の概要

A医療法人B病院は、1996年に介護力強化病院として開設され、1999年には療養型病床群へ転換、その後2004年に回復期リハビリテーション病棟と介護療養型医療施設へと転換し、現在に至っている。「だれでも気軽にかかれて、きちんと診てもらえる自分たちの病院を自分たちの手でつくろう」という地域の運動の中から設立された病院であり、設立以後は、地域に根ざした医療活動を積極的に展開している。さらに、困難な状態に置かれている人々の命と人権を守る立場から、「いのちの平等」や「無差別・平等」の医療を目指した活動を行っている。より具体的にいえば、他院では受け入れを断られてしまうような患者の貴重な受け皿になる、差額ベッド代を徴収しないといったことである。

本研究では、回復期リハビリテーション病棟を取り扱っているため、同病棟の概要のみを以下に示す。2016年10月時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料2であり、休日リハビリテーション提供体制加算とリハビリテーション充実加算を算定している。病床数60床に対して、配置されている人員は、医師2人、看護職20人、介護職13人、理学療法士20人、作業療法士13人、言語聴覚士5人、MSW3人である。

2015年度の平均在院日数は68.5日であり、退院経路（計299人）の内訳は、以下の通りである。自宅62.2%（186人）、急変・死亡15.1%（45人）、老人保健施設14.0%（42人）、療養型病院4.3%（13人）、居住系施設3.7%（11人）、特別養護老人ホーム0.7%（2人）。

回復期リハビリテーション病棟協会（2016）が調査した、退院経路の全国データ（2015

年度実績)と比較すると、自宅が7.2%ポイント低いのに対して、急変・死亡が9.8%ポイント高い。これは、A医療法人B病院の同病棟に、病状が不安定な患者が、相対的に多く入院している可能性を示している。一方で、老人保健施設が6.5%ポイント高いのに対して、居住系施設が2.6%ポイント低い。一般的には、老人保健施設の入所にかかる費用よりも、居住系施設の費用の方が高く、低所得者層ほど入所が制約されやすい(芝田 2014; 高橋 2014a; 落合 2014)。そのため、上記結果は、A医療法人B病院の同病棟に、所得の低い患者が、相対的に多く入院していることを示唆するものになっている。一方で、急変・死亡を除いて比較すると、双方ともに自宅>老人保健施設>居住系施設の順になっており、全国データとの共通点も見出すことができる。

2. 各調査の具体的内容

ここでは、第2章で示した調査枠組みや論理モデル等に基づいて、第1章で設定した次の3つの研究課題を達成するために、3種類、合計7つの調査を計画する。①患者と家族の退・転院先についての合意形成が困難な事例の実態を示す。②自宅退院後の患者と家族が有している不安・困り事の実態を示す。③転院困難患者が抱えている問題の構造とそれへの対処方略を示す。以下、①～③の番号順に沿って、各調査の具体的内容を示す。

第1に、患者と家族の退・転院先に関わる意向の異同に着目した2つの調査(第1・2調査)を実施する。第1調査では、A医療法人B病院のMSW・カルテ記録を用いた量的調査を行い、患者と家族の退・転院先の意向に異同が生じる要因とそれが及ぼす影響を把握する。第2調査では、A医療法人B病院のMSW・カルテ記録を用いて、「患者と家族の退・転院先の入院時意向が異なった事例」と「患者の退・転院先の入院時意向が把握できなかった事例」に特化した質的調査を行い、両事例における患者と家族の退・転院先の意向に関わる要因とその特徴を分析する。

第2に、自宅退院後の患者と家族の不安・困り事に着目した2つの調査(第3・4調査)を実施する。第3調査では、実際にA医療法人B病院から自宅退院した事例を対象にした量的調査を行い、上記の不安・困り事の実態を確認しつつ、退院計画の問題点とそれによる患者への影響を把握する。加えて、補足的に、上述の調査結果を振り返ることで、退院計画の中で果たしているMSW部門の役割の現状と課題にどのような変化が生じるのかを分析する。第4調査では、A医療法人B病院から自宅退院したにもかかわらず、その後短期間(3ヶ月以内)で再入院に至った事例に焦点を当てた質的調査を行い、再入院に至った理由や経過を分析する。

第3に、転院制約要因に着目した3つの調査(第5・6・7調査)を実施する。第5調査では、A医療法人B病院のMSW・カルテ記録を用いた量的調査を行い、転院制約要因を有することで生じる困難性を把握する。第6調査では、転院制約要因を有する患者に対するMSWの効果的な取り組み内容を検討し、それに基づいて、A医療法人B病院でアクションリサーチを行うことで、実際に効果があるのかどうかを、各種指標を用いて検証する。第7調査では、転院制約要因の1つである保証人問題への解決法を検討するために、同問題に対して先進的な取り組みをしている伊賀市社会福祉協議会と常滑市社会福祉協議会を対象にした質的調査を行う。

3. 各調査の相互関係

第1調査～第7調査の各調査の相互関係は、表11 (p.60) に示した通りである。

第1・2調査は、入院中に行われる退・転院支援の中で大きなウエイトを占める患者と家族の意向調整に焦点を当てたものであり、患者と家族の退・転院先の意向に関わる要因やその特性を量的・質的の両側面で示すものになっている。

第3調査は、入院中の退院計画を受けて、患者と家族が自宅退院後に安定した生活が送れているのか、または不安定な生活に陥っているのかの全体像を示すものになっている。加えて、自宅退院後の患者と家族の不安・困り事を把握することで、MSW部門の役割にどのような変化が生じるのかを検証するものになっている。第4調査は、自宅退院後により不安定な生活状況に陥っていると見える、短期間（3ヶ月以内）で再入院に至った事例に注目することで、事例の実際とその過程を示すものになっている。

第5・6調査は、転院制約要因を有する場合に、患者または家族の意向に沿った転院がどの程度できているのかどうかの実態を示し、その上でMSWによる効果的だと思われる取り組みを行うことで、その効果を検証するものになっている。第7調査は、患者の意向に沿った転院がより困難といえる保証人問題を取り上げ、現状と課題を示すものになっている。

全体でみると、第1調査～第7調査は、相補的な関係になっているといえる。第1・2調査は、入院から退・転院に向けた患者と家族の入院中の状況を扱っているのに対して、第3調査は自宅退院後、第5・6調査は転院時の状況に焦点を当てたものになっている。さらに、これらの特殊事例として、第4調査と第7調査を位置づけることが可能である。そのため、入院中→退・転院時またはその後の状況→特殊事例という流れに沿って、調査の番号付けを行った。

表 11 各調査（第 1 調査～第 7 調査）の相互関係

【本研究の調査目的】

MSW による退・転院支援に関わる医療現場等の実態を量的・質的の両側面から示しつつ、一部にアクションリサーチを取り入れることで、MSW の効果的な退・転院支援のあり方を見出すことである。

	【入院中】	【退・転院時またはその後の状況】	【特殊事例】
退・転院先	<p>【第 1・2 調査】</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院中に行われる退・転院支援の中で大きなウエイトを占める患者と家族の意向調整に焦点を当て、患者と家族の退・転院先の意向に関する要因やその特性を量的・質的の両側面で示す。 	<p>【第 3 調査の目的】</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院中の退院計画を受けて、患者と家族がどのような生活を送っているのかの全体像を把握する。 自宅退院後の患者と家族の不安・困り事を把握することで、MSW 部門の役割にどのような変化が生じるのかを検証する。 	<p>【第 4 調査の目的】</p> <ul style="list-style-type: none"> 自宅退院後のより不安定な生活状況に注目する。 自宅退院後に短期間（3 ヶ月以内）で再入院に至った事例を取り上げ、事例の実際とその過程を示す。
転院		<p>【第 5・6 調査の目的】</p> <ul style="list-style-type: none"> 転院制約要因を有する場合に、患者または家族の意向に沿った転院がどの程度できているのかどうかの実態を示す。 上記実態を踏まえた上で、MSW による効果的だと思われる取り組みを行うことで、その効果を検証する。 	<p>【第 7 調査の目的】</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者の意向に沿った転院がより困難な事例に注目する。 保証人問題を取り上げ、現状と課題を示す。

出典：筆者作成。

第3節 倫理的配慮

第1調査～第4調査は、A医療法人の倫理委員会と同法人B病院の管理部の了解、第5・6調査は、B病院の病棟運営会議（医師、看護・介護・リハビリテーションスタッフ等の職責者が参加している会議）と管理部の了解を得た上で実施している。この点については、日本福祉大学大学院倫理ガイドラインの中で、「文献研究ないしは現場資料の使用にあたっては、その資料の入手・分析において、本人もしくは関係機関・組織の承諾を受けて行う」ことが定められているからである。なお、倫理的配慮としては、以下の3点を遵守した。①調査で得たデータは、本調査の目的以外に使用しない。②患者と家族の個人情報特定されないよう細心の注意を払う。③調査データは厳重管理し、一定期間過ぎた後に破棄する。

さらに、第3・4調査については、調査協力をお願いする際に、調査目的と上記①～③に加えて、次の2点を説明した上で、了承が得られた者からは、文書にて同意を得ている。

(i) 調査による時間的な負担等がかかることが予想される。(ii) 調査への協力は任意で、断っても不利益が生じない。また、第4調査の逐語化したデータ、カルテ・MSW記録や看護サマリーより収集したデータのうち、文章として掲載する部分については、事前に調査協力者の内容確認を受けた上で掲載している。

第7調査については、調査への協力は任意であることを伝えた上で、調査で得たデータはその管理を徹底し、本調査の目的以外に使用しないことを、調査協力者に口頭で説明した上で実施している。さらに、逐語化したデータのうち、文章として掲載する部分については、事前に調査協力者の内容確認を受けた上で掲載している。なお、調査協力者である田邊寿氏（伊賀市社会福祉協議会）と山下圭一氏（常滑市社会福祉協議会）からは、事業所名および氏名を出すことについて、事前に了解を得ている。

第4章 患者と家族の退・転院先の意向についての調査

本章の目的は、患者と家族の退・転院先の意向についての2つの調査を行うことで、これらの意向に関わる要因の全体像を示しつつ、効果的な意向調整を実現するための方法を見出すことである。第1節では、A医療法人B病院のMSW・カルテ記録を用いた量的調査を実施する。患者と家族の意向がどのような時に一致するのか、または一致しないのか、その要因を探るとともに、それがどのような影響を及ぼすのかを検証する。第2節では、A医療法人B病院のMSW・カルテ記録を用いた質的調査を行う。「患者と家族の退・転院先の入院時意向が異なった事例」と「患者の退・転院先の入院時意向が把握できなかった事例」における患者と家族の意向にどのような特徴がみられるのかを把握しつつ、これに関わる要因を示す。さらに、それぞれの調査結果を踏まえて、MSWによる合意形成に向けた効果的な支援のあり方を検討することとする。

第1節 患者と家族の退・転院先の意向についての調査——A医療法人B病院のMSW・カルテ記録調査（第1調査）

1. 調査目的

本節では、A医療法人B病院のMSW・カルテ記録より、患者と家族の退・転院先の意向とそれに関わりがあると予想される要因データを抽出し、両者の意向それぞれに関連する要因を把握するとともに、これがどのような影響を及ぼしているのかを示すことを目的とした、量的調査を実施する。

2. 調査対象・方法

(1) フィールドと対象

調査フィールドは、A医療法人B病院（回復期リハビリテーション病棟）である。回復期リハビリテーション病棟に入院している患者は、家族や多種多様な専門職との関わりの中で、退・転院先の選択をしなければならない側面を有している。加えて、入院料の算定日数上限が設けられているために、限られた時間内での意思決定が求められることになる。以上のことから、患者と家族の意向の異同や動向を取り扱う本調査の目的達成には、最も適したフィールドだと考える。さらに、詳細な調査データの収集が必要なこともあり、協力の得られやすさから、筆者と関わりのある同法人B病院（以下、B病院）が望ましいと判断した経緯がある。

調査対象は、2015年3月1日～2016年1月31日にB病院へ新たに入院した回復期リハビリテーション病棟入院料算定の患者とその家族246例である。ただし、家族不在または音信不通の家族の存在しか確認できなかった患者（以下、家族不在者）16例を除外しており、最終的には230例（内訳はパイロット調査26例、本調査204例）を対象にしている。家族不在者を除外した理由は、今回の調査が、患者と家族の意向の異同に注目したものになっているためである。

(2) 方法

最初に、2015年3月1日～同年3月31日の入院患者と家族26例を対象にしたパイロット調査を行い、患者と家族の退・転院先の意向とそれに関わりがあると予想される要因デ

ータを抽出した。その上で、本調査として、2015年4月1日～2016年1月31日の入院患者と家族204例を対象にした量的調査を行った。

パイロット調査では、まず対象事例の基本情報（患者状況と家族状況）に関わるデータを、B病院のMSW・カルテ記録から収集し単純集計した。次に、臨床倫理4分割法（Jonsen et al.=2006）に基づいて、B病院のMSW・カルテ記録より、患者と家族の退・転院先の意向に関わるデータを収集・整理した。臨床倫理4分割法を用いた理由は、この方法が「医学的適応」、「患者の意向」、「QOL」と「周囲の状況」の4つに分けて情報を収集・整理するものであり、退・転院先の意向に関わる様々なデータを漏れなく収集する上で、最適の枠組みと判断したためである。なお、MSW・カルテ記録の記述があいまいな部分については、担当MSWに確認した。

さらに、臨床倫理4分割法で収集したデータは、以下の4点に整理した。①患者の退・転院先の意向を自宅へ促進させる要因（以下、患者の意向／自宅促進要因）、②患者の退・転院先の意向を自宅以外へ促進させる要因（以下、患者の意向／自宅以外促進要因）、③家族の退・転院先の意向を自宅へ促進させる要因（以下、家族の意向／自宅促進要因）、④家族の退・転院先の意向を自宅以外へ促進させる要因（以下、家族の意向／自宅以外促進要因）。一方、これらのデータを収集・整理する際の経過と結果のまとめについては、筆者のみにとどめるのではなく、B病院のMSW2名を含めて集团的に共有・検討することで、データ分析の信頼性・妥当性を確保した。

本調査（量的調査）では、まず対象事例の基本情報（性別、年齢、主病名、ADLレベル、退・転院先、家族形態）に関わるデータを、B病院のMSW・カルテ記録から収集し単純集計した。加えて、家族員の就労状況と在住地の関係を把握するために、これらに関わるデータを収集しクロス集計した。

次に、先のパイロット調査と対象事例の基本情報の結果を踏まえて、後述の統計分析で用いる患者と家族の退・転院先の意向に関わる要因を選定した。その上で、患者と家族の退・転院先の意向とそれに関わるデータを、B病院のMSW・カルテ記録から収集した。患者と家族の退・転院先の意向については、B病院入院時点と入院1ヶ月時点に、担当MSWが資料1（p.172）のシートを用いて確認したものを、データとして使用した。資料1は、退・転院先として自宅を希望している度合いを0～10で確認するものであり、数値が大きいほど自宅意向が強いことを示している。なお、家族の意向については、キーパーソンである家族員に確認したものをを用いることとした。ただし、患者本人に意向を確認しても、意識障害や認知症等で回答が得られない時があったため、このような事例は「不明」群とした。

収集したデータは、以下の方法で分析した。まずは、患者と家族の退・転院先の意向に関わるデータを単純集計した上で、両者の入院時と入院1ヶ月時の意向の推移を整理した。次に、患者と家族の退・転院先の意向（入院時点と入院1ヶ月時点）をもとに、資料1の数値が中央値以上であったものを「自宅 \geq 中央値」群とし、中央値未満であったものを「自宅 $<$ 中央値」群に分類した上で、これに関わる要因との関連を探ることを目的に、Mann-WhitneyのU検定と χ^2 検定を用いて分析した。さらに、患者と家族の退・転院先の意向を従属変数、上記の2変量解析にて有意差があった要因を独立変数とした重回帰分析を実施した。併せて、B病院のMSW・カルテ記録より、家族形態に関わりのありそうなデータ

を抽出した上で、上記の重回帰分析で有意差を認めた家族形態についての要因との関連を探ることを目的に、Mann-Whitney の U 検定と χ^2 検定を用いて分析した。なお、これらの分析の際には、SPSS Statistics ver.23 を使用した。

3. 調査結果

(1) パイロット調査の結果

パイロット調査の対象事例 26 例の基本情報をまとめたものが、表 12 (p.173) である。さらに、患者と家族の退・転院先の意向に関わる要因を、事例ごとに①患者の意向／自宅促進要因、②患者の意向／自宅以外促進要因、③家族の意向／自宅促進要因、④家族の意向／自宅以外促進要因に整理したものが、表 13 (pp.174-177) である。さらに、表 13 の内容を踏まえて、全 26 例の集計結果をまとめたものが、表 14 (p.178) である。以下、これらの表に沿った形で、結果の概要を示していく。

①対象事例の基本情報 (表 12)

対象事例の患者状況 (性別、年齢、ADL レベル、退・転院先) と家族状況 (家族構成、同居家族員の就労状況、別居家族員の在住・就労状況) は、表 12 に示した通りである。

患者の性別は、男性より女性がわずかに多かった。患者の年齢層は、80 歳代が最も多く、次いで 60 歳代、70 歳代の順であった。主病名は、脳梗塞や脳出血などの脳関連疾患が最も多かった。入院時 FIM と退・転院時 FIM それぞれの平均と標準偏差を算出した結果、両者の平均差は 35.4 点であった。最終的な退・転院先は、自宅が最も多かったが、自宅以外も 3 割程度であった。

家族構成は、1 人暮らしが最も多かった。一方、2~6 人暮らしの同居家族員は計 43 人であった。就労状況をみると、就労あり、就労なし、未就労者 (大学生・高校生・中学生・小学生および小学生未満の者) の順に多かった。さらに、表 12 には掲載していないが、同居家族員のうち、配偶者 (内縁関係の夫婦を含む) 8 人と子供 13 人の就労状況をみてみると、以下の結果であった。配偶者では、就労ありが 3 人、就労なしが 4 人であったのに対して、子供は未就労者 1 人を除いた 12 人全てが就労ありであった。

また、1 人暮らしを含めた全 26 例の別居家族員についても調査した。別居家族員は計 27 人確認できた。在住状況は市内が最も多く、次いで県外、市外の順であった。表 12 には掲載していないが、別居家族員のうち、子 22 人の在住状況をみてみると、市内が 15 人、市外が 1 人、県外が 6 人であった。就労状況は、就労ありが最も多かった。さらに、子供 22 人の就労状況をみてみると、就労ありが 16 人、就労なしが 3 人、就労状況不明が 3 人であった。

なお、上記の家族の就労状況は、常勤だけでなく非常勤やパートタイマー等を含めて仕事をしている場合は「就労あり」、何の仕事も就いていない場合は「就労なし」、大学生・高校生・中学生・小学生および小学生未満の場合は「未就労者」、就労状況が不明な場合は「不明」で記載した。さらに、別居家族の在住地は、患者本人の在住市・県からみて、「市内」、「市外」、「県内」かどうかを記載した。

②患者と家族の退・転院先の意向に関わる要因（表 13、14）

ここでは、主に患者と家族の退・転院先の意向に関わる要因（表 13）について集計した、表 14 の結果をもとに説明する。

(i) 患者の退・転院先の意向に関わる要因

患者の意向／自宅促進要因のうち、患者の要因であがったのは、「身体状況」、「サービス利用の姿勢」であった。家族の要因であがったのは、「介護力」、「家族関係」であった。周辺状況の要因であがったのは、「サポート体制」であった。一方、経済状況と住環境の要因は確認できなかった。

患者の意向／自宅以外促進要因のうち、患者の要因であがったのは、「身体状況」と「思い・考え方」であった。家族の要因であがったのは、「介護力」、「サービス利用の姿勢」であった。住環境の要因であがったのは、「自宅の家屋状況」であった。一方、周辺状況と経済状況の要因は確認できなかった。

(ii) 家族の退・転院先の意向に関わる要因

家族の意向／自宅促進要因のうち、患者の要因であがったのは、「身体状況」、「サービス利用の姿勢」であった。家族の要因であがったのは、「介護力」、「家族関係」、「サービス利用の姿勢」、「思い・考え方」であった。周辺状況の要因であがったのは、「サポート体制」であった。経済状況の要因であがったのは、「経済力の有無」であった。一方、住環境の要因は確認できなかった。

家族の意向／自宅以外促進要因のうち、患者の要因であがったのは、「身体状況」、「サービス利用の姿勢」であった。家族の要因であがったのは、「介護力」、「主介護者の介護負担」、「家族関係」、「その他」であった。周辺状況の要因であがったのは、「制度の不備」であった。経済状況の要因であがったのは、「経済力の有無」であった。住環境の要因であがったのは、「自宅の家屋状況」であった。

(iii) 小括

患者の意向と家族の意向ともに、1番多く抽出されている要因は「身体状況」であり、その中で最も多いのが患者の ADL レベルに関わる要因である。さらに、家族の意向／自宅以外促進要因の中では、患者の医療行為が、ADL レベルに関わる要因に次いであがっており、少なくとも家族の意向にはそれなりに影響を及ぼしていることがうかがえる。

2番目に多く抽出されている要因は「介護力」であり、とりわけ家族の意向／自宅以外促進要因の中では、患者の介護を担える家族が不在といった要因の多さが目立つ。さらに、「介護力」に近い要因として、「主介護者の介護不安」が抽出されている。

また、患者の意向に特化すると、「思い・考え方」に関わる要因が3番目に多く抽出されている。具体的には、自宅退院への患者の不安（2例）、施設入所でも近隣の家族が顔を出してもらえば問題ないという患者の考え方（2例）、患者の家族への気兼ね（2例）、家族へ迷惑を掛けたくない患者の思い（2例）と、それぞれの数は少ないものの、多岐にわたっていることがうかがえる。

次に、家族の意向に特化すると、「サービス利用の姿勢」と「主介護者の介護不安」に

関わる要因が3・4番目に多く抽出されている。「サービス利用の姿勢」については、患者に関わる要因（在宅介護サービス利用に拒否的5例、在宅介護サービス利用に対する患者の受け入れがスムーズ1例）と主介護者に関わる要因（在宅介護サービス利用に積極的2例）の2種類が抽出されている。「主介護者の介護不安」については、家族の意向／自宅以外促進要因でのみ確認されている。

これら以外にも、「家族関係」、「制度の不備」、「サポート体制」、「経済力の有無」、「自宅の家屋状況」の要因等が抽出されているが、これまでであった要因と比べると、数の上では少数になっている。ただし、「家族関係」や「経済力の有無」および「自宅の家屋状況」といった問題は表面化されにくく、数の上では少数であっても、重要な要因である可能性は否めないため、こうした要因も広く捉えていく必要があると考える。

一方、表13の全体を概観する限りでは、家族の意向（③家族の意向／自宅促進要因と④家族の意向／自宅以外促進要因）と比べて、患者の意向（①患者の意向／自宅促進要因と②患者の意向／自宅以外促進要因）で空欄の多さが目立つ。さらに、要因数自体も、家族の意向と比べて、患者の意向で少なくなっている（表14）。以上の内容は、家族の意向と異なり、MSW・カルテ記録データのみで患者の意向に関わる要因を捉えることの難しさを示すものだと考える。

（2）本調査（量的調査）の結果

本調査の対象事例（入院時204例、入院1ヶ月時183例）の基本情報をまとめたものが、表15～17（pp.179-180）である。次に、ここでは、先のパイロット調査と対象事例の基本情報の結果を踏まえて、その後の統計分析で用いる患者と家族の退・転院先の意向に関わる要因を、どのように選定したのかについてまとめている。さらに、患者と家族の退・転院先の意向およびその推移を整理したものが、表18、19（p.181）である。最後に、患者と家族の退・転院先の意向とそれに関わる要因の関連を調べることを目的に、統計分析した結果を中心にまとめたものが、表20～31（pp.182-191）である。以下、これらの流れに沿った形で、結果の概要を示していく。

①対象事例の基本情報（表15～17）

本調査では、入院時204例、入院1ヶ月時183例のデータを収集することができた。入院時に204例であったにもかかわらず、入院1ヶ月時183例に減少した理由は、入院期間が1ヶ月を過ぎる前に退・転院してしまったためである。対象事例の基本情報（性別、年齢、主病名、ADLレベル、退・転院先、家族形態）は、表15に示した通りである。

患者の性別は、入院時・入院1ヶ月時ともに、女性が半数強を占めていた。患者の平均年齢は、入院時と入院1ヶ月時でほとんど差はなかった。主病名は、入院時と入院1ヶ月時ともに、大腿骨骨折や胸・腰椎圧迫骨折等の骨折関連が最も多く、次いで脳梗塞や脳出血といった脳関連の疾患が多かった。一方、入院時FIMと入院1ヶ月時FIMの平均値を比較すると、入院1ヶ月時は入院時よりも20.9点高かった。退・転院先は、入院時と入院1ヶ月時ともに、自宅が最も多かった。次いで、老人保健施設、急性期病院（急変・検査のため転院）の順であった。

家族形態については、「家族とは主に配偶者」であり、「独立家計を営む成人した子供は

別な主体」としている田中（2016）の考え方を参考に、配偶者（内縁関係の夫婦を含む）と原則として成人した子（大学生・高校生・中学生・小学生および小学生未満の子を除く）の組み合わせで分類した。さらに、配偶者と同居している場合を「配偶者同居」、配偶者と別居または配偶者が施設入所している場合を「配偶者別居」、配偶者が死別・離別で不在またはもともと配偶者がいない場合を「配偶者なし」とした。加えて、別居子の有無にかかわらず同居子がいる場合を「子同居」、同居子はいないが別居子がいる場合を「子別居」、子が死別・離別で不在または成人した子がない場合を「子なし」とした。配偶者と子の組み合わせは、全部で9通りであり、それぞれの数と割合を算出した。その結果、入院時・入院1ヶ月時ともに、①配偶者同居+子同居、②配偶者同居+子別居、③配偶者なし+子同居、④配偶者なし+子別居の4類型に集中していた。

表16は配偶者の就労状況と在住地の関係、表17は子の就労状況と在住地の関係をまとめたものである。就労状況は、「就労あり」の割合が配偶者全体では25.0%であったのに対して、子全体では66.4%であった。在住地は、配偶者全体の90.2%が同居していたのに対して、子全体での同居の割合は22.7%であった。つまり、配偶者と比べて、子の就労ありの割合は高く、同居の割合は少なくなっていた。

②患者と家族の退・転院先の意向に関わる要因の選定

(1)では、パイロット調査を行い、患者と家族の退・転院先の意向に関わる要因を示した。ここでは、(1)の調査結果と先の①対象事例の基本情報の内容を受けて、本調査の中で使用する要因データを選定する。ただし、このような調査で性別と年齢は必須項目であるため、性別と年齢は含めることとする。

「身体状況」については、患者のADLレベルを測るデータとして、FIM（Functional Independence Measure）を使用する。さらに、先のパイロット調査によって、医療行為の有無が、家族の意向に影響を及ぼしている可能性が示されたことから、これについても含める。ここでは、経管栄養、酸素療法、気管切開、喀痰吸引、褥瘡の処置、インスリン注射、バルーンカテーテルのうちいずれか1つでも行っている場合を、医療行為ありと評価する。なお、これらの状況は、時期によって変動するため、入院時と入院1ヶ月時それぞれの時点のデータを用いる。

「介護力」については、杉山ら（2013）の介護力変数で評価したものを使用する。具体的には、①介護力なし、②①と③の間、③常時、介護に専念できる者1人分に相当、④③と⑤の間、⑤常時、介護に専念できる者2人以上に相当の5区分で評価する。ただし、分析の際には、①②を「常時介護者1人未満」、③④⑤を「常時介護者1人以上」の2群に分けて行う。また、「主介護者の介護不安」については、主介護者の介護不安の有無を、担当MSWがカルテ・MSW記録をもとに評価したものをを用いる。

「家族関係」については、拒否的な家族員の有無で評価する。パイロット調査の中で、患者本人に対する拒否的な家族の存在が影響を及ぼしている事例が、いくつかあったからである。具体的には、カルテ・MSW記録に、同居嫌悪や情緒的関係不良に関わる記載がある場合を、拒否的な家族員ありとする。なお、パイロット調査では、良好な家族関係が影響を及ぼしている事例があったものの、これについては、カルテ・MSW記録の内容から明確に評価することが困難だと判断し、今回の調査では除外している。

「サービス利用の姿勢」については、患者の介護・福祉サービス利用の拒否の有無、主介護者の介護・福祉サービス利用に対する積極性（積極的／どちらでもない／消極的の3段階で評価）で評価する。いずれも患者やキーパーソンである家族員に対して、担当MSWが確認したものをデータとして使用する。

「自宅の家屋状況」については、担当MSWがキーパーソンである家族員に対して、患者が住んでいる家屋とその周辺（外から玄関先までのアプローチ）で、段差が問題になるかどうか確認したものをデータとして用いる。ここでは、段差が問題になる場合を、住環境の困難ありとした。さらに、「経済力の有無」については、担当MSWがキーパーソンである家族員に対して、暮らし向きを3段階（恵まれている／普通／苦しい）で確認しているデータが存在するため、それを使用する。「思い・考え方」、「サポート体制」、「制度の不備」、「その他」については、カルテ・MSW記録の内容から明確に評価することが困難だと判断し、今回の調査では除外している。

一方、先の①対象事例の基本情報のところで、家族形態が以下の4類型に集中していることが示されている（表15）。①配偶者同居＋子同居、②配偶者同居＋子別居、③配偶者なし＋子同居、④配偶者なし＋子別居。そのため、同居配偶者と同居子および別居子の有無を、データとして使用する。

以上、パイロット調査の結果等を踏まえて、本調査で用いる患者と家族の退・転院先の意向に関わる要因を選定した。選定した要因は、以下の15点である。①患者の性別、②患者の年齢、③患者のFIM、④患者の医療行為の有無、⑤介護力、⑥主介護者の介護不安の有無、⑦患者本人に対する拒否的な家族員の有無、⑧患者の介護・福祉サービス利用拒否の有無、⑨主介護者の介護・福祉サービス利用に対する積極性、⑩暮らし向き、⑪住環境の困難の有無、⑫同居配偶者の有無、⑬同居子の有無、⑭別居子の有無。

③患者と家族の退・転院先の意向とそれに関わるデータの分析結果

(1) 患者と家族の退・転院先の意向およびそれらの推移（表18、19）

患者と家族の退・転院先の意向は、表18に示した通りである。患者の入院時意向と入院1ヶ月時の意向および家族の入院1ヶ月時の意向の中央値は10であったのに対して、家族の入院時意向の中央値は8.3であった。ただし、いずれの意向群でも、「患者の意向＝10」が最も多く、全体の半数弱から7割程度を占めていた。

さらに、表19は、患者と家族の退・転院先の入院時意向および入院1ヶ月時意向の推移をまとめたものである。入院時と入院1ヶ月に意向が確認できている患者と家族160例を分析した結果、患者と家族では異なる傾向がみられた。具体的には、患者の意向では「自宅以外へ増加」の割合が「自宅へ増加」の割合を1.8%ポイント上回っていたのに対して、家族の意向では「自宅へ増加」の割合が「自宅以外へ増加」の割合を11.3%上回っていた。一方で、「不変」の割合に注目すると、患者の意向と比べて、家族の意向が18.1%ポイント下回っていた。

(2) 患者と家族の退・転院先の意向とそれに関わる要因の関連（表20～31）

表20は、Mann-WhitneyのU検定の結果をまとめたものである。患者と家族の退・転院先の意向と年齢・FIMの関連を示している。表21～24は、 χ^2 検定の結果をまとめたもの

である。**表 21** は患者の退・転院先の入院時意向とそれに関わる要因、**表 22** は患者の退・転院先の入院 1 ヶ月時意向とそれに関わる要因、**表 23** は家族の退・転院先の入院時意向とそれに関わる要因、**表 24** は家族の退・転院先の入院 1 ヶ月時意向とそれに関わる要因ごとの関連を示したものである。さらに、**表 20~22** では、参考値として「不明」群の数値も掲載している。

患者の退・転院先の入院時意向と関連がある要因は、年齢、入院時 FIM、介護力、主介護者の介護不安の有無であった (**表 20、21**)。患者の退・転院先の入院 1 ヶ月時意向と関連がある要因は、年齢、入院 1 ヶ月時 FIM、介護力、主介護者の介護不安の有無、同居配偶者の有無であった (**表 20、22**)。

家族の退・転院先の入院時意向と関連がある要因は、年齢、入院時 FIM、医療行為 (入院時) の有無、介護力、主介護者の介護不安の有無、住環境の困難の有無、同居配偶者の有無であった (**表 20、23**)。家族の退・転院先の入院 1 ヶ月時意向と関連がある要因は、年齢、入院 1 ヶ月時 FIM、医療行為 (入院 1 ヶ月時) の有無、介護力、主介護者の介護不安の有無、患者本人に対する拒否的な家族員の有無、住環境の困難の有無、同居配偶者の有無であった (**表 20、24**)。

患者と家族の退・転院先の入院時意向または入院 1 ヶ月意向を従属変数、**表 20~24** の中で有意差を認めた要因と性別を独立変数とし、それぞれの変数を定義 (**表 25**) した上で、重回帰分析を行った。なお、性別は有意差がなかったものの、このような調査で性別は必須項目であるため、独立変数に性別を含めて分析した。**表 26~29** は、重回帰分析の結果をまとめたものである。

患者の退・転院先の入院時意向と関連がある要因は、入院時 FIM であった (**表 26**)。R² (決定係数) = 0.11、調整済み R² = 0.08 であった。患者の退・転院先の入院 1 ヶ月時意向と関連がある要因は、年齢、入院 1 ヶ月時 FIM、同居配偶者の有無であった (**表 27**)。R² = 0.19、調整済み R² = 0.15 であった。

家族の退・転院先の入院時意向と関連がある要因は、入院時 FIM、医療行為 (入院時) の有無、介護力、同居配偶者の有無であった (**表 28**)。R² = 0.40、調整済み R² = 0.37 であった。家族の退・転院先の入院 1 ヶ月時意向と関連がある要因は、入院 1 ヶ月時 FIM、介護力、患者本人に対する拒否的な家族員の有無、同居配偶者の有無であった (**表 29**)。R² = 0.42、調整済み R² = 0.39 であった。

さらに、家族の入院時意向および患者と家族の入院 1 ヶ月時意向で有意差を認めた同居配偶者の有無と、家族形態に関わりのありそうデータを抽出した上で、両者の関連を探ることを目的に、Mann-Whitney の U 検定と χ^2 検定を用いて分析した。家族形態に関わりのありそうデータとして用いたのは、家族アプガー (長嶺 1989 ; 山田 1997) と家族の協力度 (堀口ら 2013) である。

家族アプガーは Smilkstein が考案したものであり、家族機能を測定する際に使用される質問票であり、以下の 5 つの質問で構成されている。① なにか困ったとき家族はあなたの助けになりますか。② あなたは家族と話し合ったり、苦勞を分け合うことに満足していますか。③ あなたがなにか新しいことをしようとするとき家族は助けになりますか。④ あなたの感情 (たとえば怒り、寂しさ、愛など) に家族は応えてくれますか。⑤ 一家団欒の時間がありますか。合計 10 点満点であり、点数が高いほど家族機能が高いことを示している。

家族アプガーについては、担当 MSW が患者本人に確認したデータが存在したため、それを用いることとした。

家族の協力度は、以下の 6 段階評価で構成されており、担当 MSW が評価したものを使用した。①主治医からの来院要請に応じようとする。②主治医から連絡したときのみ来院。③身の回りのこと（洗濯やお金）の手配に来院。④週 2 回程度の面会。⑤週 2 回程度の面会＋病後の生活設計について積極的に話しあう姿勢がある。⑥ほぼ毎日面会し、病棟で ADL 訓練に参加。なお、分析を行う際には、⑤⑥を「家族の積極的な姿勢あり」、③④⑤を「家族の積極的な姿勢なし」の 2 群に分けて行った。

これらの分析の結果、家族アプガーと家族協力度ともに有意差があった（表 30、31）。以上の内容は、配偶者が同居していると、家族機能が高く、積極的な関与があることを示すものである。

4. 考察

上記の調査結果を踏まえて、以下の 3 点について考察する。①家族は患者本人と比較して、多様な視点から退・転院先を検討している。②家族の退・転院先の意向は、患者の退・転院先の意向と比べて変動しやすい。③患者と家族の退・転院先の意向において、配偶者と子供では異なる影響を及ぼしている。

(1) 家族は患者本人と比較して、多様な視点から退・転院先を検討している

本調査では、患者と家族の退・転院先の意向に関連する要因の抽出を試みた。その結果、患者の退・転院先の意向と比較して、家族の退・転院先の意向でより多くの関連要因が抽出された（表 26～29）。具体的に、患者の退・転院先の入院時意向と関連のある要因は入院時 FIM であったのに対して、家族の退・転院先の入院時意向と関連のある要因は入院時 FIM、医療行為（入院時）の有無、介護力、同居配偶者の有無であった。さらに、患者の退・転院先の入院 1 ヶ月時意向と関連のある要因は年齢、入院 1 ヶ月時 FIM、同居配偶者の有無であったのに対して、家族の退・転院先の入院 1 ヶ月時意向と関連のある要因は入院 1 ヶ月時 FIM、介護力、患者本人に対する拒否的な家族員の有無、同居配偶者の有無であった。以上の結果は、家族は患者と比べて、より多くの要因をもとに、退・転院先を検討していることを示している。これは、表 8 (p.48) の仮説 1「家族は患者本人と比較して、多様な視点から退・転院先を検討している」を支持する結果といえる。

さらに、患者と家族の入院時・入院 1 ヶ月時ともに、ADL レベルを示す FIM が有意な要因として抽出された一方で、介護力は家族でのみ抽出された。退・転院先に影響を及ぼす要因に言及している先行研究は数多く存在する中で、患者の ADL が最も影響力の大きい因子であり、ADL レベルによっては、介護条件がそろっているかどうかが重要になるとされている（近藤ら 2006）。一方、本調査では、患者と家族の意向を区別して分析したことで、退・転院先を検討する際に、患者と家族では介護力の位置づけが異なっていることが示された。この点は、これまでの先行研究にない新しい知見だと考える。

加えて、介護力以外にも、家族の意向の関連要因として、医療行為や患者本人に対する拒否的な家族員の有無が抽出された。小山ら（2012）の調査では、患者と家族の退院先の意向を「患者と家族の意向が同じであった群」、「患者と家族の意向が異なった群」、「患者

の意向が把握できなかつた群」の3群に分け、患者・家族の属性の違いを分析している。その結果、「JCS (Japan Coma Scale)」、「退院先」、「入院期間」、「FIM」で有意差があったとしている。本調査では、「患者の意向が把握できなかつた群」を含めて検討は行っていないものの、FIMが有意な要因として抽出された点では一致している。一方、小山ら(2012)では、介護力、医療行為の有無、患者本人に対する拒否的な家族員の有無といった、本調査で有意差を認めた要因については検討していない。そのため、今後同様の調査を行う際には、「JCS」や「FIM」といった身体的要因にとどまることなく、幅広い要因を含めて検討することが重要であると考えられる。

ただし、本調査では、患者の退・転院先の意向に関わる要因を、十分に捉えることができていない可能性があることには留意する必要がある。患者の意向を従属変数とした重回帰式の R^2 が0.11~0.19、調整済み R^2 が0.08~0.15にとどまっていたのに対して、家族の意向を従属変数とした重回帰式の R^2 は0.40~0.42、調整済み R^2 は0.37~0.39であったためである。患者の意向についての説明モデルの R^2 または調整済み R^2 の値が、家族の意向についての説明モデルと比べて低かつた理由として考えられることは、以下の2点である。

第1に、本調査はMSW・カルテ記録に基づいて行っているために、こうした記録には残りくい潜在的な要因を見逃している可能性があることである。先のパイロット調査のところでも述べたように、表13の全体を概観する限りでは、家族の意向(③家族の意向/自宅促進要因と④家族の意向/自宅以外促進要因)と比べて、患者の意向(①患者の意向/自宅促進要因と②患者の意向/自宅以外促進要因)で空欄の多さが目立つ。さらに、要因数自体も、家族の意向と比べて、患者の意向で少なくなっている(表14)。以上の内容は、家族の意向と異なり、MSW・カルテ記録データのみで患者の意向に関わる要因を捉えることの難しさを示すものである。

第2に、患者の退・転院先の意向には、「回復への期待」といった主観的な要因が、より強く影響を及ぼしている可能性があることである。広瀬ら(2014)は、退院調整に必要な患者と家族が退院先を決定するまでの思いを調査しており、その結果を踏まえて、「患者・家族の退院先の希望は回復への期待に影響され現実的でない可能性があることを認識しておく必要がある」としている。さらに、名倉ら(1995)は、癌患者を対象にした調査を行い、「家族は患者自身より『ほぼ治る』見通しの割合は有意に低率で、逆に『ほぼ治らない』と考える割合は有意に高率であった」と報告しており、その理由を以下のように述べている。「これは医師から予後不良である説明が十分なされていることと患者の症状から客観的に判断できるためであると考えられる」。加えて、田中(2014)は、「病名の告知や病状の説明を本人でなく、まず家族に行おうとする医療者側の慣習」があるとしている。

上記の内容を踏まえると、患者と家族の退・転院先の意向には、「回復への期待」といった主観的な要因が含まれているものの、家族は患者と比べて医療情報が入手しやすく、より客観的に判断できる立場にあることが読み取れる。一方で、患者は家族以上に、こうした主観的な要因に左右されやすいことも予想される。しかし、主観的な要因は数値化しづらいために、本節で行ったような量的調査の結果には、反映されにくいと考える。

(2) 家族の退・転院先の意向は、患者の退・転院先の意向と比べて変動しやすい

本調査では、患者と家族の退・転院先の入院時意向および入院1ヶ月時意向の推移を分

析した結果、患者と家族では異なる傾向がみられた（表 19）。具体的には、患者の意向では、「自宅以外へ増加」の割合が「自宅へ増加」の割合を上回っていたのに対して、家族の意向では、「自宅へ増加」の割合が「自宅以外へ増加」の割合を上回っていた。ただし、患者の意向での両者（「自宅へ増加」と「自宅以外へ増加」）の差は 1.8%ポイントにとどまっており、家族の意向での両者の差 11.3%ポイントと比べると、その差は小幅であることがうかがえる。一方で、「不変」の割合は、患者の意向に比して、家族の意向で低くなっていた。以上の結果は、家族の退・転院先の意向は、患者の退・転院先の意向と比べて、時間の経過とともに「自宅へ増加」しやすい傾向にあり、意向自体も変動しやすいことを示している。これは、表 8 の仮説 2「家族の退・転院先の意向は、患者の退・転院先の意向と比べて変動しやすい」を支持する結果といえる。

この点は、MSW が退・転院支援を行う上で、大いに参考になる。家族が入院時に「自宅退院は難しいかもしれない」という意向を表明していたとしても、その後の患者本人の回復具合を踏まえつつ、介護保険等の自宅で見ていくための制度的手段の情報を得ることで、家族の意向が自宅退院へ移行し得ることを裏付けるデータだと考えるからである。先の (1) でも述べたように、家族は患者本人と比較して、多様な視点から退・転院先を検討しており、とりわけ介護力の位置づけが高くなっていた（表 26～29）。そのため、介護保険制度等を利用して、いかに介護力を補完していくのかについて、家族側に分かりやすく提示していく役割が MSW に求められている。

また、家族の入院時意向には、医療行為の有無が関連していたものの、入院 1 ヶ月時には消失し、患者本人に対する拒否的な家族員が、新たな関連要因として抽出されていた点にも注目する必要がある（表 28、29）。入院当初は、医療行為の有無といった見た目上分かりやすい部分で退・転院先を検討しており、時間の経過とともに、それが拒否的な家族員といった表面上分かりにくい要因へと移行していく流れが、想定できるからである。そのため、MSW が退・転院支援を展開していく際には、こうした家族の意向の変化にある背景を捉えた関わり方が求められている。

(3) 患者と家族の退・転院先の意向において、配偶者と子では異なる影響を及ぼしている

本調査では、患者と家族の退・転院先の意向と家族形態に関連があるかどうかを検討した。その結果、患者の入院 1 ヶ月時意向、および家族の入院時と入院 1 ヶ月時意向に関わる有意な要因として、同居配偶者の有無が抽出された（表 27～29）。さらに、同居配偶者がいると、家族機能が高く、積極的な関与があるという結果を得た（表 30、31）。一方、同居子や別居子の有無については、関連がなかった（表 21～24）。以上の結果は、同じ家族であっても、同居配偶者の存在は患者と家族の退・転院先の意向に影響を及ぼす一方で、同居子や別居子はこれらの意向に影響を及ぼさないことを示している。これは、表 8 の仮説 3「患者と家族の退・転院先の意向において、配偶者と子では異なる影響を及ぼしている」を支持する結果といえる。

今回の調査結果の最たる特徴は、介護力要因の影響を除いても、なお同居配偶者の有無が有意な要因として抽出された点にある。これは、MSW が自宅退院の可否を評価する際に、家族に介護力があるかどうかという観点だけからではなく、家族機能の高さや家族員

の積極的な関与も含めて、多面的に評価する必要があることを示すものである。

さらに、本調査では、従来の先行研究とは異なる結果が得られている。例えば、黒田ら（1992）は、要介護老人の処遇場所に影響を及ぼす因子についての調査を行っており、子との同居や配偶者の有無が、在宅群と施設群を判別する有用な要因であったと報告している。しかし、本調査では、同居子や別居子の有無については、有意差を認めなかった。その理由の1つとして、配偶者に比して、子の就労ありの割合が高いことをあげることができる（表 16、17）。内閣府（2007）の調査でも、「労働時間が増えるほど家族との会話が減る」という結果が示されており、家族とのつながりが弱い人の特徴の1つとして、「長時間労働」があげられているからである。つまり、子の就労ありの割合が高いことで、患者と子とのつながりが弱くなっているために、退・転院先の意向の関連要因として、同居子や別居子の有無が抽出されないという結果に至ったと考える。

加えて、樫野ら（2000）の調査では、長期入院高齢者の家族の在宅ケア意向に影響する要因を把握することを目的に、ロジスティック回帰分析を行っている。しかし、家族形態の違い（配偶者の有無、息子の有無、娘の有無）は、有意な要因としては抽出されなかったとしている。ただし、在宅意向に影響を与える要因として、「家族の面会頻度が高い」ことが抽出されており、家族員の積極的な関わりがあると、自宅退院の意向を示しやすいという点は、本調査の結果と一致している。

一方、自宅から入院し急性期医療を終えた患者についての医療機関を対象にした調査結果を踏まえて、「元の自宅に退院する上で、同居者がいて、主たる介護者は就労していない配偶者という条件が重要になっている」（白川ら 2016）としている研究もある。本調査でも、同居配偶者の存在が、自宅退院の意向につながりやすいことが示されており、この点では一致している。

以上の結果を踏まえると、MSW が家族評価をする際には、家族員を介護力としての側面だけでなく、多面的な側面で捉えること、同じ家族であっても配偶者と成人した子では、異なる影響を及ぼしているという点を踏まえた上で、評価することが必要である。

第2節 A 医療法人 B 病院における「患者と家族の退・転院先の入院時意向が異なった事例」と「患者の退・転院先の入院時意向が把握できなかった事例」の調査（第2調査）

1. 調査目的

本節では、A 医療法人 B 病院における「患者と家族の退・転院先の入院時意向が異なった事例」（以下、「患者と家族の入院時意向が異なった事例」）と「患者の退・転院先の入院時意向が把握できなかった事例」（以下、「患者の入院時意向が把握できなかった事例」）の分析を通して、両事例にどのような特徴がみられるのかを示しつつ、退・転院先の意向に関わる要因を把握することを目的とする。さらに、これらの内容を踏まえつつ、MSW に求められる意思決定支援のあり方についても示す。

2. 調査対象・方法

(1) フィールドと対象

調査フィールドは、A 医療法人 B 病院（回復期リハビリテーション病棟）である。回復

期リハビリテーション病棟に入院している患者は、家族や多種多様な専門職との関わりの中で、退・転院先の選択をしなければならない側面を有している。加えて、入院料の算定日数上限が設けられているために、限られた時間内での意思決定が求められることになる。以上のことから、患者と家族の意向とそれに関わる要因を主に取り扱う本調査の目的達成には、最も適したフィールドだと考える。さらに、詳細な調査データの収集が必要なこともあり、協力の得られやすさから筆者と関わりのある同法人 B 病院（以下、B 病院）が望ましいと判断した経緯がある。

調査対象は、2014 年 6 月 1 日～同年 11 月 30 日に B 病院を退・転院した患者と家族で、入院時に MSW が退・転院先の意向を確認した事例のうち、「患者と家族の入院時意向が異なった事例」10 例と「患者の入院時意向が把握できなかった事例」14 例の計 24 例である。

表 32 (p.192) は、上記期間に退・転院した全患者 118 例（急変・検査等の医学的理由で転院した患者 17 例を除く）の入院時での退・転院先の意向をまとめたものである。なお、本調査では、患者の入院時意向が自宅で、家族の入院時意向が自宅と自宅以外で迷っている（以下、自宅 or 自宅以外）または自宅以外であったものを、「患者と家族の入院時意向が異なった事例」とした。さらに、患者の入院時意向が不明であったもの（家族の入院時意向が確認できなかった場合や家族がいなかった場合は除く）を、「患者の入院時意向が把握できなかった事例」とした。

(2) 方法

本調査では、まず対象事例の基本情報（性別、年齢、主病名、ADL レベル、在院日数、退・転院先）に関わるデータを、B 病院の MSW・カルテ記録から収集し単純集計した。加えて、対象事例の全退・転院患者の中での位置づけを示すために、B 病院の MSW・カルテ記録より、2014 年 6 月 1 日～2014 年 11 月 30 日に退・転院した全患者 118 例（急変・検査等の医学的理由で転院した患者 17 例を除く）の性別、年齢、主病名、ADL レベル、在院日数、退・転院先に関わるデータを収集した。その上で、本調査の対象事例 24 例とそれ以外の事例 94 例に分類し、比較分析を行った。さらに、患者と家族の入院時意向と最終的な退・転院先との関連を把握するために、上記 118 例の患者と家族の入院時意向に関わるデータを収集し、クロス集計した。

次に、B 病院の MSW・カルテ記録より、入院時から退・転院時までの退・転院先選定に関わる意思決定の経緯やプロセスに沿った形で、24 例全ての事例に関わるデータを収集した上で、臨床倫理 4 分割法 (Jonsen et al.=2006) に基づいて整理した。患者と家族の意向が異なる事例または患者の意向が把握できない事例は、いずれも患者や家族の意思決定を支える上で困難が伴うものだとされている (松村 2008 ; 吉田 2011)。臨床倫理 4 分割法は、このような事例に対して「医学的適応」、「患者の意向」、「QOL」、「周囲の状況」の 4 つに分けて問題点を整理・分析し、解決しようとするものだからである (全日本民主医療機関連合会 2005)。なお、MSW・カルテ記録の記述があいまいな部分については、担当 MSW に確認した。

加えて、上記の 4 つの枠組みに整理されたデータから、患者と家族の入院中の退・転院先の意向変化、患者と家族の退・転院先の意向に影響を及ぼしていると思われる要因を抽出した。さらに、抽出した要因を、自宅促進要因 (退・転院先の意向を自宅へ促進する要

因)と自宅以外促進要因(退・転院先の意向を自宅以外へ促進する要因)に分けて、整理した。一方、これらのデータを収集・整理および抽出する際の経過と結果については、筆者のみにとどめるのではなく、B病院のMSW2名を含めて集团的に共有・検討することで、データ分析の信頼性・妥当性を確保した。また、上記とは別に、後述する介護者数や自宅退院困難基準に関わるデータ収集も行った。これについては、MSW記録を参考にした。

3. 調査結果

本調査の対象事例である「患者と家族の入院時意向が異なった事例」10例と「患者の入院時意向が把握できなかった事例」14例の計24例の基本情報をまとめたものが、**表 33** (p.193)である。加えて、全患者118例における本調査の対象事例の位置づけを検討するために、対象事例とそれ以外の事例ごとに基本データを整理したものが、**表 34** (p.194)である。ここでは、後述する考察のところで、先行研究との比較をしやすくするために、意向不一致(=「患者と家族の入院時意向が異なった事例」)群と意向不明(=「患者の意向が入院時把握できなかった事例」)群およびその他群の3群に分けて表記した。次に、患者と家族の退・転院先の入院時意向と最終的な退・転院先との関連をまとめたものが、**表 35** (p. 195)である。さらに、臨床倫理4分割法等に基づいて、対象事例の状況(入院中の意向の変化、自宅促進要因、自宅以外促進要因、介護者数、自宅退院困難基準、退・転院先)をまとめたものが、**表 36** (pp.196-199)である。

以下、これらの表と先に示した**表 32**に沿った形で、結果の概要を示していく。特に断りのない限り、「患者と家族の入院時意向が異なった事例」10例と「患者の入院時意向が把握できなかった事例」14例を合わせた計24例に基づいた集計結果を示すこととする。

(1) 対象事例の基本情報(表 33、34)

患者の性別は、女性よりも男性が多かった。患者の年齢層は、80歳代が最も多く、次いで70歳代、90歳代の順であった。主病名は、脳梗塞や脳出血などの脳関連疾患が最も多かった。次いで、大腿骨頸部骨折などの骨折関連が多かった。ADLレベルは、入院時FIMと退・転院時FIMの平均および標準偏差を算出したところ、これらの平均差は19.5点であった。在院日数平均は、概ね3ヶ月であった。最終的な退・転院先は、自宅以外が6割弱、自宅が4割強であった(**表 33**)。

一方、今回は調査対象に含めていないその他の事例群と比較すると、「患者と家族の入院時意向が異なった事例」群と「患者の入院時意向が把握できなかった事例」群ともに、男性の割合が高く、平均年齢が高く、主病名は脳関連疾患(脳梗塞+脳出血+その他の脳関連疾患)の割合が高くなっていた。さらに、入院時FIMと退・転院時FIMともに低く、在院日数も長く、退・転院先では自宅以外の割合が高くなっていた(**表 34**)。

(2) 入院時意向と入院中の意向の変化(表 32、35、36)

患者の退・転院先の入院時意向は、自宅10例(41.7%)、不明14例(58.3%)であった。家族の退・転院先の入院時意向は、自宅2例(8.3%)、自宅or自宅以外16例(66.7%)、自宅以外6例(25.0%)であった(**表 32、35、36**)。

入院中の意向の変化に注目すると、「患者と家族の入院時意向が異なった事例」10例で

は、全ての事例で家族の意向に何らかの変化があった。患者の意向が入院時から退・転院時まで一貫して自宅であった事例は4例あり、最終的には4例全てで、家族の意向が自宅へと転じていた。ただし、入院時に患者が自宅を希望していても、その後の状況変化（認知症の進行、意欲低下）によって、自宅希望が消失した事例、不明へ転じた事例が1例ずつあった。さらに、入院中に患者の意向が変化し、自宅 or 自宅以外や自宅以外、または家族や病院スタッフの判断に一任する方向へ転じた事例も4例あった（表 36）。

一方、「患者の入院時意向が把握できなかった事例」14例のうち、入院中も患者の意向の変化がなく、不明のままの事例が7例あった。これは、「患者の入院時意向が把握できなかった事例」群の半数（14例中7例）は入院時以降の意向も把握できず、家族の意向のみで退・転院先が選定されていることを示す結果といえる。ただし、その後の回復によって、患者が意向を表明できるようになった事例も7例あった。しかも、そのうちの4例が自宅希望を表明しており、最終的に3例で、家族の意向が自宅へと変化していた。残りの1例も、家族の最終的な意向が自宅以外ということで、一旦は老人保健施設へ移ったものの、将来的には自宅を検討するものであった（表 36）。以上の内容は、入院時に患者の意向が確認できなくても、その後の変化をリアルタイムに把握することの重要性を示している。

入院中の意向の変化と退・転院先を比較してみると、施設入所待ちの1例を除いた23例（95.8%）で、家族の最終的な意向先が退・転院先になっていた。他方、患者の最終的な意向と退・転院先が合致している事例は、11例（45.8%）にとどまっていた（表 36）。

さらに、全患者データの中でみると、「患者と家族の入院時意向が異なった事例」10例の退・転院先が、自宅6例と自宅以外4例で二分されているのに対して、それ以外的事例では、自宅または自宅以外のどちらか一方が8~10割を占めるといった偏った結果であった。このことは、とりわけ患者と家族の意向が異なる事例では、両者の意向が互いに影響を及ぼし合うことで、最終的な退・転院先が自宅または自宅以外のどちらになるのか、予想が付きにくいことを示している（表 35）。

（3）自宅促進要因と自宅以外促進要因（表 36）

自宅促進要因は、①患者に関わる要因、②介護者に関わる要因、③家族状況に関わる要因、④経済的要因の4つに分類した。

①患者に関わる要因は、「患者のADLが屋外歩行レベルまで改善」3例（12.5%）、「患者の医療行為不要（入院途中より）」2例（8.3%）等であった。②介護者に関わる要因は、「介護者数の充足」が9例（37.5%）で最も多かった。次いで、「介護者の介護経験」5例（20.8%）、「介護者による介護サービスの積極的利用」2例（8.3%）の順であった。

③家族状況に関わる要因は、「患者と家族のこれまでの関係性（患者あるいは家族へ感謝の言葉がある）」が2例（8.3%）で最多であった。その他、「患者と家族の関係が好転化」、「周囲の家族の意見（自宅に連れて帰った方が良いと言われている）」等が1例（4.2%）ずつであった。④経済的要因は、「施設入所先の費用支払いに対する不安」が2例（8.3%）であった。

自宅以外促進要因は、①患者に関わる要因、②介護者に関わる要因、③家族状況に関わる要因、④経済的要因、⑤住環境的な要因の5つに分類した。

①患者に関わる要因は、「患者のADLが全介助レベル」13例（54.2%）、「患者の行動障

害」9例(37.5%)、「患者のADLがベッド上生活自立レベル」8例(33.3%)、「患者への転倒・転落対策」8例(33.3%)、「患者の医療行為」7例(29.2%)が多数を占めた。②介護者に関わる要因は、「介護者数の不足」が12例(50.0%)で最多であった。その他、「介護者の介護不安」7例(29.2%)、「介護者の介護疲れ」4例(16.7%)等であった。

③家族状況に関わる要因は、「患者と家族の関係不良」が5例(20.8%)で最も多かった。その他、「家族の医療・介護施設についての理解」、「介護者の体調を心配している周囲の家族の存在」等が1例(4.2%)ずつであった。④経済的要因は、「経済的な余裕(経済的に居住系施設への入所が可能である)」、「経済的な事情(介護者が仕事を辞められない)」が1例(4.2%)ずつであった。⑤住環境的な要因は、「住環境の問題」5例(20.8%)であった。一方、①～⑤に当てはまらない要因は、「ケアマネジャーの見解(自宅退院に消極的な発言がある)」1例(4.2%)であった。

(4) 介護者数と自宅退院困難基準(表36)

介護者数については、介護者不在の状態を0人、就労等で介護者が一部の時間帯しか介護できない状態を0.5人、常時1人の介護者がいる状態を1人、常時介護者1人とサポートしてくれる副介護者がいる状態を1.5人以上でカウントした。その結果、介護者数0人が4例(16.7%)、介護者数0.5人が7例(29.2%)、介護者数1人が7例(29.2%)、介護者数1.5人以上が6例(25.0%)であった。

さらに、それぞれの事例が、以下の自宅退院困難基準(林2012)に該当するかどうかを確認した。①屋内歩行ならびに日中・夜間の排泄関連動作が介助を要する状態にもかかわらず、介護者が不在。②日中の排泄関連動作が介助を要する状態にもかかわらず、介護者が1人未満。③起坐・坐位保持動作が介助を要する状態にもかかわらず、介護者が1.5人未満。その結果、該当事例が12例(50.0%)、非該当事例が12例(50.0%)であった。

ただし、実際の退・転院先と比較してみると、自宅退院困難基準に該当しているにもかかわらず、自宅退院している事例が3例あった。逆に非該当であるが、自宅以外へ転院している事例が5例(施設入所待ちを含めると6例)あった。

4. 考察

(1)(2)では、「患者と家族の入院時意向の異なった事例」群と「患者の入院時意向が把握できなかった事例」群の全退・転院患者における位置づけや両事例群の共通点と相違点に注目することで、これらの特徴を示す。(3)では、本調査で確認された患者と家族の退・転院先の意向に関わる要因について、どのような特徴がみられたのかを検討する。さらに、(2)(3)では、得られた結果を踏まえつつ、MSWに求められる意思決定支援のあり方についても考察する。

(1) 全退・転院患者における「患者と家族の入院時意向が異なった事例」群と「患者の入院時意向が把握できなかった事例」群の位置づけ

今回の調査では、全退・転院患者(急変・検査等の医学的理由で転院した患者を除く)のうち、「患者と家族の入院時意向が異なった事例」群と「患者の入院時意向が把握できなかった事例」群が占める割合は約2割であった。そのため、全退・転院患者における両事

例群の位置づけを把握するために、その他の事例群との比較を行った（表 34）。

その結果、「患者と家族の入院時意向が異なった事例」群と「患者の入院時意向が把握できなかつた事例」群は、以下の6点の特徴を有していた。①男性患者の割合が高い。②患者の平均年齢が高い。③主病名では脳関連疾患の割合が高い。④入院時と退・転院時 FIM ともに低い。⑤在院日数が長い。⑥退・転院先では自宅以外の割合が高い。①～⑥からは、入院時と退・転院時の FIM が低く、平均年齢も高いことから、重症患者が多く、結果的に自宅退院が難しくなっていることが読み取れる。また、このような患者は、退・転院までに時間を要しやすいこともあり、在院日数も長くなっていることが予想される。

一方、井上ら（2009）は、脳卒中リハビリテーション患者を対象にした調査を行い、MSW 関与群の方が、非関与群よりも、在院日数が長く、在宅復帰率も低かったという結果を得ている。ただし、これは MSW 関与群に高齢患者、重症患者、介護力の低い患者が多いためであり、これらの要因を調整すると、両群間での在院日数と在宅復帰率の差はほとんどなくなっていた。以上の内容は、高齢や重症の患者ほど在院日数が長く、在宅復帰率が低くなりやすいという点では、本調査の結果と一致したものになっている。

さらに、患者と家族の退院先の意向が同じであった群（合致群）、患者と家族の退院先の意向が異なった群（異なる群）、患者の意向が把握できなかつた群（不明群）に分類して、3群の違いを示している調査がある（小山ら 2012）。それによれば、FIM、入院期間、退院先、JCS に有意差が確認されたとしている。具体的には、FIM が 50 点以下と入院期間が 31 日以上割合は、合致群<異なる群<不明群の順であったが、退院先が自宅以外の割合は、合致群<不明群<異なる群の順であったとしている。

上記内容に基づいて、今回の調査結果（表 34）の意向不一致群を異なる群、意向不明群を不明群、その他の事例群を合致群とほぼ同等なものであるとみなして、小山ら（2012）の結果と比較した場合、FIM と入院期間については同傾向であるものの、退・転院先では異なる傾向を示している。具体的には、退・転院先における自宅以外の割合の順が、本調査ではその他群<意向不一致群<意向不明群になっており、小山ら（2012）のものとは比べてみると、意向不一致群と意向不明群の順番が逆になっている。

本来であれば、意向不明群の方が FIM が低く、その結果自宅以外の割合が高くなることが予想されるため、本調査の結果が順当といえるはずである。しかし、小山ら（2012）の調査では、同居人数 2 人以下の割合が、不明群と比べて、異なる群で高くなっており、介護力不足が影響を及ぼしている可能性がある。ただし、本調査と小山ら（2012）の調査ともに、意向不一致群（異なる群）と意向不明群（不明群）の特徴として、相対的に重症度が高く、かつ入院期間が長く、自宅退院の割合が低くなっている点では共通している。以上の内容を踏まえると、本調査で得られた結果は、先行研究の知見と概ね合致している。

（2）「患者と家族の入院時意向の異なった事例」群と「患者の入院時意向が把握できなかつた事例」群の共通点および相違点

①両事例群の共通点

「患者と家族の入院時意向が異なった事例」群と「患者の入院時意向が把握できなかつた事例」群を比較したところ、以下の2つの共通点があった。

第1に、患者の入院中の意向に変化が生じた事例が、両事例群に含まれていることであ

る。具体的には、入院時は自宅を希望していても、自宅 or 自宅以外または自宅以外へ変化した事例、家族や病院スタッフの判断に一任する方向へ転じた事例もあった。これは、入院当初は自宅を希望していたものの、思った以上に回復しなかったことや家族への遠慮から、入院途中で意向を切り替えている可能性があると考えられる。一方で、入院時の意向が不明であっても、その後の回復によって、意思表示できるようになった事例をあげることができる。

先行研究でも、「迷惑を掛けたくない自分でありたいという自分の存在価値を譲らず、医療者や家族に決定を委ねながら折り合いをつける」(大津ら 2004) 過程や、「最終的には、『家族のため』という理由で、その転院の現実を受け止めている現状」(小楠 2008) が報告されている。ただし、「主体的に自己決定した高齢者の方が、老健で生き生きと生活していた」(佐瀬 1997) という研究報告もあることから、結果的に自宅退院が困難であったとしても、患者本人が納得できるような意思決定支援を行うことが必要である。

第2に、施設入所待ちの1例を除いて、全ての事例で家族の最終的な意向先が退・転院先になっていることである。ケースワークの原則では、「クライアントの自己決定を促して尊重する」(Biestek=2006) ことが謳われており、理念的には患者の意向が最優先されるべきであるにもかかわらず、現実的には家族の意向が大きな影響を及ぼしていることが考えられる。

ただし、空閑(2014)は、「アメリカのソーシャルワーク理論や方法は、当然のことながらそれらが日本で暮らす日本人の生活現実を視野に入れたものではない」とした上で、ソーシャルワークの原則とされる「利用者の自己決定」のみを求めることの危険性を、以下のように指摘している。「いたずらに個人としての『強さ』を利用者に求め、自己決定や自律を強いることになってはいないだろうか。(中略) そのような『個人』の強さや自律を求めるソーシャルワークであれば、たとえば『他人に頼らず生きる』ことを利用者に求めることになり、それはややもすると日本人にとっては大切な人との『間柄』の切断、かつ大切な『場』の喪失に向けて、その実践が働くことになりかねない」。

一方、患者や入所者の退院・退所先選定に関わる要因については、いくつかの先行研究によって、家族の意向が大きな影響力を有していることが報告されている(渡辺ら 1989; 細井 1995; 石井 1997; 佐々木ら 1997; 西崎ら 2014; 日比野 2016)。例えば、日比野(2016)の実施した質問紙調査では、「居所選択」に関する最終決定者を尋ねており、「家族と相談して決めた」が41.1%で最も多く、次いで「自分が決めた」が34.2%、「家族が決めた」が21.9%という結果が得られている。そのため、退院・退所にあたって、家族の意向は無視できないものであり、介護力や介護意欲などの強化や支持といった家族関係の調整が極めて重要であると考えられるようになっている(細井 1995; 佐々木ら 1997; 影近 2005; 前島ら 2005; 下村 2005)。本調査でも、家族の意向が、重要な要因であることが示されており、家族状況や家族関係を視野に入れつつ支援を行うことが求められている。

②両事例群の相違点

相違点としては、入院中における家族の意向の変化をあげることができる。「患者と家族の入院時意向が異なった事例」群では、入院中に家族の意向が変化しなかった事例はなかった。他方、「患者の入院時意向が把握できなかった事例」群では、入院時のみならず、

その後も患者の意向が不明であるために、家族の意向が自宅または自宅以外のまま全く変化がなく、家族の意向のみで退・転院先が選定された事例が半数（14 例中 7 例）存在した。

なお、小山ら（2012）は、患者と家族の退院先の意向が異なった群（異なる群）と患者の意向が把握できなかった群（不明群）に対して、実際に行われた退院支援の内容の違いを、以下のように述べている。異なる群では、合意形成領域の「患者と家族の関係の調整」を多く提供している。一方、不明群では、アセスメント領域の「患者の退院先の希望の把握・確認」、「患者の退院時期の希望の把握・確認」の割合が低かったとしている。これは、患者の希望が把握できない不明群と異なり、異なる群では患者と家族の双方への支援が必要であることを示す結果といえる。

さらに、「患者と家族の入院時意向が異なった事例」群では、全ての事例で患者の入院時意向が表明されていることもあり、それを受けて、家族の意向が変化している可能性があり、MSW はこうした家族の意向に注目した意思決定支援を行うことが必要である。樫野ら（2000）の調査でも、「患者が家に帰りたいと意志表示していること」が、家族の在宅ケア意向に影響を及ぼしていることを確認している。そのため、患者と家族の関係の調整をしつつ、両者の合意形成に向けた支援が欠かせないと考える。

一方、「患者の入院時意向が把握できなかった事例」群では、入院時に患者の意向の把握が困難であっても、患者の今後の回復によっては、意思表示できることもあるため、リアルタイムな状況把握が不可欠になってくる。本調査でも、入院時に意向が確認できなかったものの、その後の入院生活中に意向を表明できるようになった事例が、14 例中 7 例（50.0%）あった。ただし、小山ら（2012）の調査では、不明群のうち、「患者の退院先の希望の把握・確認」ができたのは、15.0%にとどまっていた。これは、本調査のフィールドが回復期リハビリテーション病棟であったのに対して、小山ら（2012）は急性期病院をフィールドに調査を行っており、在院日数に差があったためだと考える。そのため、回復期リハビリテーション病棟では、急性期病院よりも長期に関わることができるといった、「比較優位」をいかした意思決定支援を行うことが必要である。

仮に、患者の意思決定が難しい場合でも、家族の意向のみで退・転院先が決定されることが、本当に患者本人の尊厳を守ることになるのかという点には、注意を払う必要がある（宮崎 2009）。「最も尊厳が保障されにくい、すなわち自己決定のすべをもたない『個人』の尊厳を第一義的に擁護しつつ、『家庭』の構成員および『社会』との関係性の質が高まるように、『個人』『家庭』『社会』すべてを援助対象として働きかける」（同上 2009）ことが欠かせないと考えるからである。

（3）患者と家族の退・転院先の意向に関わる要因

本調査では、患者と家族の退・転院先の意向に関わる要因を、自宅促進要因と自宅以外促進要因に分類・整理した。さらに、これらの要因の内訳をみると、患者や家族に関わるものから、経済・住環境的な要因まで多岐にわたっていた。このことは、患者と家族が退・転院先を決定する際には、様々な要因が関与していることを示唆している。

一方、退・転院先に影響を及ぼす要因については、数多くの先行研究があり、それらの中では、患者の ADL とそれに見合った介護力の有無が重要であるとされている（近藤ら 2006）。そのため、本調査でも、患者の ADL レベルと介護者数をもとに設定した、自宅退

院困難基準（林 2010）に該当しているかどうかの評価を実施した。

その結果、自宅退院困難基準に該当しているにもかかわらず、自宅退院している事例が3例（12.5%）であった。逆に非該当であるが、自宅以外へ退院している事例が5例（20.8%）あった。そのため、本調査の対象事例の少なくとも3割は、ADLレベルや介護者数のみで退・転院先を捉えることが難しい事例だといえる。実際、これらの事例からは、ADLレベルや介護者数以外の要因も数多く確認されており、患者と家族の退・転院先の意向に関わる要因を多岐にわたって捉える必要性が示されている。

さらに、上記の非該当事例のうち、患者本人が入院時に自宅を希望していたにもかかわらず、最終的な退・転院先が自宅以外であった2事例（表36；事例7・10）の自宅以外促進要因に注目すると、「患者と家族の関係不良」や「家族には迷惑を掛けたくない介護者の思い」といった要因が含まれていた。結果として、これらの要因が、患者本人の自己決定の妨げになっているといえなくもない。日比野（2016）も、「居所選択」における入院中の要介護高齢者と家族の意向に異同がある事例を分析した上で、以下のような結果を得たとしており、本研究と同様の知見を示している。「要介護高齢者の意向と家族の意向の異同には、要介護高齢者と家族がそれぞれ自分の思いを優先させるために生じる異同と、相手の思いや立場を配慮することにより生じる異同があることが確認された」。

一方、表35の内容からは、「患者と家族の入院時意向が異なった事例」群の退・転院先が、結果的に自宅または自宅以外のどちらになるのか、予想がつきにくくなっている実態がうかがえる。このことは、「患者と家族の関係不良」や「家族には迷惑を掛けたくない介護者の思い」といった要因が、複雑に絡み合った結果といえるのかもしれない。

実際に、「家族アプローチでは、家族の価値、家族間パワーの問題など、家族にかかわる根の深い問題は看過できない」（平塚 2015）ことが指摘されている。さらに、患者と家族の「利害が衝突する時に、家族のサバイバルを優先して本人に犠牲を強いるなど、時として医療・介護側からみて不適切に見える対応となる」（清水ら 2012）ことがあげられている。加えて、「複数の人々の価値観がぶつかり合うことで（中略）家族に依存しなければならぬ弱い立場の患者の意思が尊重されにくいといったことが起こる可能性」（影山ら 2015）も考慮する必要がある。そのため、このような事例では、患者と家族の緊張関係を意識した支援が欠かせないと考える。

第5章 自宅退院後の患者と家族の不安・困り事についての調査

本章の目的は、自宅退院後の患者と家族の不安・困り事に注目した2つの調査を実施することで、退院計画の問題点を探りつつ、これらを克服するための方法を見出すことである。第1節では、A医療法人B病院に入院していた患者への自宅退院後調査を行い、入院中には予測できなかった自宅での不安・困り事の把握や患者の退院計画に対する満足度および生活満足度の評価を通して、退院計画チームによる支援プロセスの不備が患者アウトカムにどのような影響を及ぼしているのかを示す。加えて、自宅退院後調査の結果を振り返ることで、退院計画の中で果たしているMSW部門の役割の現状と課題が実際にどのように変化するのかを検証する。第2節では、A医療法人B病院に入院していた患者の再入院事例をもとに、患者または家族と再入院時に関わっていたケアマネジャーや地域包括支援センター職員を対象にしたインタビュー調査を行う。同法人B病院から自宅退院したにもかかわらず、その後短期間(3ヶ月以内)で再入院に至った事例についてのデータ収集・分析を行い、その過程を把握することで、退院計画チームの関わり方の課題を探る。さらに、それぞれの調査結果を踏まえて、退院計画の質向上に向けたMSWの役割を検討することとする。

第1節 A医療法人B病院における自宅退院後調査の取り組みとそれがMSW部門の役割に及ぼす変化についての調査(第3調査)

1. 調査目的

自宅退院後の状況を予測できる力を向上させ、患者と家族の自宅退院後の生活に対する安心感や満足感を高めることを目的にした取り組みを、A医療法人B病院(回復期リハビリテーション病棟)全体で行うことになった。具体的な取り組み内容は、同法人B病院でこれまで十分に行われていなかった、自宅退院後調査の実施である。その効果としては、入院中には予測できなかった問題を把握することを通じて、退院計画に関わる病院スタッフの教育効果が期待できる。実際、自宅退院後の家庭訪問を継続的に実施したことで、各看護師が「退院後の生活のイメージができ、在宅での患者の表情の違いが実感できた等の学びが得られていた」という報告もある(藤澤 2013)。

本節では、上記取り組みから、自宅退院後の患者と家族の不安・困り事といった生活状況を捉えるとともに、患者の退院計画に対する満足度や退院後の生活満足度を把握しつつ、退院計画チームによる支援プロセスと患者アウトカムとの関連を示すことを目的とする。さらに、この取り組みを通じて、退院計画の中で果たしているMSW部門の役割の現状と課題に、どのような変化が生じるのかを検証する。

2. 調査対象・方法

(1) フィールドと対象

調査フィールドは、筆者と関わりのあるA医療法人B病院(回復期リハビリテーション病棟)である。なお、回復期リハビリテーション病棟では、多職種協働による退院計画が展開されており、かつ自宅退院件数の割合が高いことを踏まえると、今回の取り組みに適したフィールドだと考える。

ここでは、入院中には予測できなかった自宅での不安・困り事の把握や患者の退院計画

に対する満足度および生活満足度の評価をするために、同法人B病院（以下、B病院）に入院していた患者への自宅退院後調査を行う。さらに、上記調査の結果を受けて、MSW部門の役割にどのような変化を及ぼすのかについての分析（以下、MSW部門の役割変化についての分析）を行う。

自宅退院後調査の対象は、2014年11月1日～2015年10月31日にB病院から自宅退院した患者179例である。ただし、調査同意が得られなかった患者と体調悪化等で調査協力が難しくなった患者（以下、調査未実施群）が合わせて67例あり、調査が実施できた患者（以下、調査実施群）は112例である。回答者は、原則として患者本人である。しかし、判断能力の著しい低下やコミュニケーション困難等により、患者本人が回答不可能な場合は、家族にお願いした。なお、調査項目には、患者本人を対象にしているものと、患者本人を含む家族を対象にしているものが含まれている。患者本人を対象にしている調査項目に、家族が代理で答えてもらう場合には、できる限り本人の思いを想起した上で、回答していただくようお願いした。一方、MSW部門の役割変化についての分析対象は、実際に自宅退院後調査に関わったB病院のMSW2名である。

（2）方法

①自宅退院後調査の方法

まず自宅退院前（自宅退院日が確定した時点）に調査説明をさせていただき、調査同意が得られた場合に限り、自宅退院後3ヶ月経過した時点で患者宅へ訪問し、構造化された質問紙を用いた面接調査を実施した（訪問調査の実施期間：2015年2月～2016年1月）。調査時期を自宅退院後3ヶ月経過した時点で設定したのは、以下の2つの理由からである。①自宅退院後の患者と家族の混乱期が過ぎ、自宅での生活にある程度適応し、調査に応じやすい時期であると考えたため。②「退院後3ヶ月間は生活機能の変動しやすい」（小泉2011）期間とされており、その間の状況を把握する必要性が高いと判断したため。

なお、今回の調査では、調査未実施群が少なくなく、多少のバイアスが生じる可能性がある。そのため、調査実施群と調査未実施群の性別、年齢、主病名、自宅退院時FIM、家族形態、経済状況、自宅退院後3ヶ月経過した時点での居場所についてのデータを、B病院のカルテ・MSW記録から収集することにした。両群のデータを比較することで、調査未実施群の特徴を把握できないか考えたためである。

自宅退院後調査の際に、確認・評価した項目は以下の4点である（図5：p.52）。これらによって、自宅退院後の患者と家族の生活状況を多面的に捉えつつ、各項目間の関連についても検討していくこととする。

1点目は、退院計画チームが評価していた以外の自宅退院後の患者と家族の不安・困り事の有無（以下、退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事の有無）である。ここでは、自宅退院後の患者と家族の不安・困り事について、①入院中に退院計画チームが退院後を想定して評価した内容と、②退院後の実際の内容を比較・照合することで、退院計画チームによる評価精度を検証することとした。上記の不安・困り事については、永田ら（2007）の退院前後に有する不安・困り事に関わる17項目を用いて、評価・確認を行った。さらに、①は、退院日が確定した時点で、MSWがカルテ記録や看護サマリーを参考に評価した内容を、担当の医師・看護・介護・リハビリテーションスタッフに確認しても

らい、変更や追加の指摘があれば、それに従って修正した上で確定した。②は、自宅退院後3ヶ月の訪問面接調査の中で、患者または家族に直接確認した。その上で、①と②を比較して、②の中に①にない項目が確認された場合を、退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事ありとした。そのため、上記の不安・困り事があると、評価精度は低いということになる。

2点目は、医療・介護サービス計画の変更箇所数である。ここでは、自宅退院時と自宅退院後の医療・介護サービス計画を比較し、計画内容が実際に変更された箇所数を計測することで、計画精度を検証することとした。そのため、変更箇所数が多いほど、医療・介護サービス計画の精度は低いという評価になる。なお、計画の変更内容とそれぞれの変更理由については、自宅退院後3ヶ月の訪問面接調査の中で、患者または家族に直接確認した。ただし、患者のADL改善等の理由で、サービス利用の必要性がなくなり中止した場合については、変更がなかったものとみなすこととした。加えて、介護サービス計画に関わる内容として、自宅退院してから調査時点までの間に、ケアマネジャー（居宅介護支援事業所の介護支援専門員や地域包括支援センターでケアプラン作成を担当する職員）の関与があったかどうかを確認した。

3点目は、退院計画に対する患者の満足度である。ここでは、伊藤（2000）がラーセンらの開発したCSQに退院計画プログラムの内容を合わせて作成したものを使用した。ただし、使用の際の留意事項として、「尺度としては不十分なので、あくまでも目安程度である」ことが記されている。一方で、信頼性・妥当性が検証されていない評価尺度ではあるものの、これ以外に適当なものは見当たらず、実際に他の調査（小川ら 2003；楠本ら 2008；胡ら 2012；嶋崎 2013）でも使用されている（なお、本調査で得られたデータをもとに、Cronbachの α 係数を計算したところ0.69であったことを確認している）。さらに、在宅復帰率の向上や平均在院日数の短縮化が促進される中で、病院側の支援が十分に行き届いているかどうか、利用者である患者自身の声を聞くことが、これまで以上に重要になってきている。そのため、方法上の困難があるとしても、利用者評価を行うことは喫緊の課題であり、敢えて本尺度を用いた満足度調査を実施することとした。これについても、自宅退院後3ヶ月の訪問面接調査の中で、患者または家族に確認した。

4点目は、自宅退院後の患者の生活満足度（主観的幸福感）の増減である。尺度はWHO/QOL26日本語版を使用した（田崎ら 2007）。これは、身体・心理・社会・環境の4領域24項目に、全体的なQOLを問う2項目を加えた26項目から構成されている。それぞれ「過去2週間にどのように感じたか」を、「全くない（全く悪い、全く不満）：1点」、「少しだけ（悪い、少し不満）：2点」、「多少は（普通、どちらでもない）：3点」、「かなり（良い、満足、かなり頻繁に）：4点」、「非情に（非常によい、非常に満足、常に）：5点」の5件法にて回答を求め、合計点数が高いほど主観的QOLが高いと評価される。選定理由は、身体・心理・社会・環境面を総合的に評価できる尺度であり、退院計画による効果をより詳細に把握できると考えたからである。これについては、自宅退院後3ヶ月の訪問面接調査の中だけでなく、自宅退院前にも患者または家族に確認した。そのため、自宅退院後の数値から退院前の数値を引いたものを、自宅退院後の患者の生活満足度増減とした。

自宅退院後調査で収集したデータは、全て単純集計した上で、退院計画に対する患者の満足度と自宅退院後の患者の生活満足度の増減については、平均値と標準偏差値を算出し

た。また、医療サービスと介護サービスの変更理由については、内容分析した上で、項目ごとに整理した。

さらに、表 8 (p.48) の仮説 4・5・6 を検証するための重回帰分析を行った。分析に用いた変数の定義は、表 37 (p.200) に示した通りである。なお、自宅退院後の患者と家族の不安・困り事が全くなかった事例もあり、このような事例では、上述した退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事が生じることはない。そのため、統制変数として、年齢、性別、ADL レベル（自宅退院時 FIM 合計）、経済状況（生活保護受給の有無）に加えて、自宅退院後の不安・困り事の有無を含めることにした。なお、これらの分析の際には、SPSS Statistics ver.23 を使用した。

②MSW 部門の役割変化についての分析方法

高山 (2012) が作成した「保健医療ソーシャルワークプログラム事例分析：ワークシート」に基づいて、退院計画の中で果たす MSW 部門の役割の現状と課題にどのような変化が生じたのかを分析した。ここでは、高山 (2012) のやり方に倣って、「退院困難な要因を有する患者群」を実践事例ととらえ、実践内容を整理した上でワークシートを作成した。「退院困難な要因を有する患者群」を実践事例として選定した理由は、これらの患者群における MSW の取り組みは多様で複雑であるために、MSW の役割が端的に表れやすいと考えたからである。

「退院困難な要因」は、診療報酬制度の退院調査加算（調査実施当時の名称、現在は退院支援加算という名称に変わっている）で規定されている以下の 8 つの要因に、社会経済的要因の代表格である「経済的困難あり」と「保証人不在」の 2 つを加えたものとする。
①悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか。②緊急入院である。
③介護保険が未申請の場合。④入院前に比べ ADL が低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）。⑤排泄に介護を要する。⑥同居者の有無にかかわらず、必要な介護を十分に提供できる状況にない。⑦退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要。⑧入退院を繰り返している。

分析手順は、以下の通りである。まずは、自宅退院後調査実施前に、MSW 部門が果たしている役割の現状と課題を、先のワークシートにまとめた。次に、自宅退院後調査のデータをもとに、筆者と B 病院 MSW2 名で振り返りを行った。具体的には、退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事の中身を把握することを目的に、実際に評価漏れがあった項目データを収集・集計した。さらに、これらの中で、MSW からみて、入院中に評価可能だったと思われる項目を抽出し、評価漏れが生じた理由を分析した。最後に、上記の振り返り内容を踏まえた上で、自宅退院後調査実施後の MSW 部門が果たしている役割の現状と課題を、先のワークシートにまとめた。

なお、ワークシート作成や自宅退院後調査の振り返り際には、筆者と B 病院 MSW2 名で討議しながら、内容分析を行うことで、分析の信頼性と妥当性を高めていく工夫をした。さらに、自宅退院後調査の実施前と実施後に作成した、ワークシート内容を比較分析することで、MSW 部門の役割に対する認識変化の読み取りを試みることにした。

5. 調査結果

(1) 自宅退院後調査の結果

本調査の対象事例（調査実施群 112 例と調査未実施群 67 例）の基本情報をまとめたものが、表 38 (p.201) である。次に、自宅退院後調査で収集したデータを整理したものが、表 39、40 (pp.202-203) である。さらに、上記のデータを用いて、統計分析（重回帰分析）した結果をまとめたものが、表 41～43 (pp.204-205) と図 9 (p.206) である。以下、これらの図表に沿った形で、結果の概要を示していく。

①対象事例の基本情報（表 38）

性別、年齢、主病名、自宅退院時 FIM、家族形態、経済状況、自宅退院後 3 ヶ月経過した時点での居場所を、調査実施群 (n=112) と調査未実施群 (n=67) ごとに集計したものを表 38 に示す。

調査実施群では、男性が半数強を占めており、調査未実施群でも同様に、男性の割合が半数強となっていた。平均年齢は、調査実施群と調査未実施群ともに 74 歳台であった。さらに、調査実施群では、脳関連の疾患（脳梗塞+脳出血+その他脳関連の疾患）の割合が 43.8% を占めており、調査未実施群と比べて 11.0% ポイント高かった。自宅退院時 FIM 平均では、調査実施群の点数が、調査未実施群の点数を 2.5 点上回っていた。以上の内容からは、主病名については、脳関連の疾患の割合にそれなりの差があるものの、性別・年齢、ADL レベルについては、ほとんど差がないことが分かる。

家族形態は、調査未実施群で単独世帯の占める割合が高く、調査実施群で 2 世代・3 世代世帯の占める割合が高くなっていた。さらに、調査未実施群では、生活保護受給あり（低所得層）の割合が、調査実施群と比べて 6.9% ポイント高かった。自宅退院後 3 ヶ月経過した時点での居場所は、調査実施群は全て自宅であったのに対して、調査未実施群では 6 割強にとどまっていた。これは、自宅退院後に再入院や施設入所といった事例があったためである。以上の内容からは、調査未実施群で、単独世帯や再入院・施設入所者の割合が高く、不安・困り事の発生リスクの高い患者がより多く含まれている状況がうかがえる。

②自宅退院後調査で確認・評価した項目と医療・介護サービスの変更理由（表 39、40）

表 39 は、自宅退院後調査で確認・評価した項目（退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事の有無、医療・介護サービス計画の変更箇所数、ケアマネジャーの関与の有無、退院計画に対する患者の満足度、自宅退院後の患者の生活満足度の増減）の集計結果をまとめたものである。退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事のありとなしを比べると、なしの割合が 7.2% ポイント上回っていた。医療・介護サービス計画については、変更箇所数 0 の割合が 6 割弱を占めていた。次いで多かったのが、変更箇所数 1 であり、それ以降は、変更箇所数 2、変更箇所数 3、変更箇所数 4 の順であった。自宅退院してから調査時点の間に、ケアマネジャーの関与があったのは約 6 割であった。

退院計画に対する患者の満足度では、病院側が適切な対応をしていたかどうか、自宅退院後の生活は安定したものかどうかといった内容の質問をした上で、4 段階（1：全くそのとおりでない、2：ほとんどそのとおりでない、3：ややそのとおりである、4：全くそのとおりである）で尋ねており、数値が大きいほど満足度は高いという評価になる。そのため、

今回得られた平均値 3.0 は、「3：ややそのとおりである」に相当し、全体的には高めの評価だったといえる。自宅退院後の患者の生活満足度の増減の内訳をみると、増加が 64 例（57.1%）、減少が 46 例（41.1%）、増減なしが 2 例（1.8%）であった。増加の割合がやや高いものの、減少例も相当数あることから、平均値として算出すると、ほぼ 0 に近い値であった。

表 40 は、医療・介護サービス計画の変更があった 36 例の医療サービスと介護サービスの変更理由をまとめたものである。医療サービスで最も多かったのは、「入院中にはみれなかった新たな症状出現により変更」であり、次に多かったのは、「通院困難なため往診へ変更」であった。介護サービスで最も多かったのは、「福祉用具が合わず変更」であった。それ以外にも「住環境の不備による変更」や「介護者の負担軽減のため変更」等の理由があがっていた。一方、先述したように、ケアマネジャーの関与がありが約 6 割であったにもかかわらず、「ケアマネジャーにより勧められたため変更」は 2 例にとどまっていた。

③統計分析の結果（表 41～43、図 9）

表 41 は、医療・介護サービス計画の変更箇所数を従属変数、退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事の有無を独立変数、年齢、性別、自宅退院時 FIM 合計、経済状況、自宅退院後の不安・困り事の有無を統制変数とした重回帰分析の結果である。有意差を認めたのは、退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事の有無であり、最も大きな影響を及ぼしていた。さらに、こうした不安・困り事があった場合に、医療・介護サービス計画の変更箇所数が増加していた（ $p<0.001$ ）。

表 42 は、退院計画に対する患者の満足度を従属変数、退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事の有無、医療・介護サービス計画の変更箇所数を独立変数、**表 41** と同じ統制変数を投入した重回帰分析の結果である。有意差を認めたのは、退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事の有無、医療・介護サービス計画の変更箇所数、自宅退院時 FIM 合計、経済状況の 4 つであった。これらのうち、退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事ありが最も大きな影響を及ぼしており、こうした不安・困り事があった場合に、退院計画に対する患者の満足度が低下していた（ $p<0.001$ ）。医療・介護サービス計画の変更箇所数は、変更が多いほど同満足度が低下していた（ $p<0.05$ ）。

表 43 は、自宅退院後の患者の生活満足度増減を従属変数、退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事の有無、医療・介護サービス計画の変更箇所数、退院計画に対する患者の満足度を独立変数、**表 41** と同じ統制変数を投入したとした重回帰分析の結果である。有意差を認めたのは、退院計画に対する患者の満足度、経済状況、自宅退院後の不安・困り事の有無の 3 点であった。これらのうち、退院計画に対する患者の満足度が最も大きな影響を及ぼしており、同満足度が高いほど、自宅退院後の患者の生活満足度が上昇していた（ $p<0.05$ ）。一方、退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事の有無と医療・介護サービス計画の変更箇所数の 2 点は、有意差を認めなかった。

図 9 は、**表 41～43** の結果をもとに作成したパス・ダイアグラムである。「退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事の有無がある→医療・介護サービス計画の変更箇所数が増加する→退院計画に対する患者の満足度が低下する→自宅退院後の患者の生活満足度が低下する」という一連の流れを示している。

(2) MSW 部門の役割変化についての分析結果

① 自宅退院後調査実施前の MSW 部門が果たしている役割の現状と課題 (表 44)

自宅退院後調査実施前 (以下、調査実施前) の MSW 部門が果たしている役割の現状と課題をまとめたものを、表 44 (p.207) に示す。これは、先の「保健医療ソーシャルワークプログラム事例分析：ワークシート」をもとに作成したものである (作成日は患者宅への訪問面接調査開始前の 2015 年 1 月 27 日)。縦軸は以下の 7 点で構成されており、MSW 部門がどこに向けて役割を果たしているのかを表している。(1) 对患者、(2) 対家族、(3) 対院内スタッフ、(4) 対病院組織、(5) 対地域関係者、(6) 対地域ネットワーク、(7) 対社会全体。横軸は以下の 3 点で構成されており、MSW 部門が果たしている役割に対する認識を表している。①実際に行っていること、②行っていないが必要であると認識していること、③MSW として評価されていることと評価されたいこと (以下、MSW として評価されていること/されたいこと)。

② 自宅退院後調査の結果の振り返り (表 45、46)

自宅退院後調査実施後 (以下、調査実施後) の MSW 部門が果たしている役割の現状と課題をまとめるにあたって、自宅退院後調査の結果の振り返りをした。(1) の調査結果からは、退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事の有無が、医療・介護サービス計画の変更箇所数や退院計画に対する患者の満足度に大きな影響を及ぼしていることが示された。一方で、自宅退院後の患者の生活満足度増減では、退院計画に対する患者の満足度が関連要因として抽出されたものの、退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事の有無とは関連が認められなかった。それでも、こうした不安・困り事の有無が、退院計画に対する患者の満足度に大きな影響を及ぼしていることを踏まえると、自宅退院後の患者の生活満足度増減に対して、間接的に影響を及ぼしていることがうかがえる。そのため、ここでは、具体的にどの項目に評価漏れがあったのかという点に注目することにした。

退院計画チームの評価漏れがあった不安・困り事の項目と該当事例数を、表 45 (p.208) に示す。上記項目のうち最多だったのは、「治療の方針・見通し」であった。次いで、「体調・病状」が 2 番目に多く、「住まい・住宅改修」と「在宅サービスの内容」が 3 番目に多かった。さらに、表 45 内には、評価漏れがあった項目のうち、MSW からみて入院中に評価可能だったと思われる項目の内訳を示している。項目数は、「在宅サービスの内容」が最も多く、次いで多かったのは「緊急時の対応」、「食事・排泄・入浴等」、「住まい・住宅改修」と「今後の療養場所」の 4 項目であった。

表 46 (p.209) は、表 45 の退院計画チームの評価漏れがあった項目をもとに、MSW からみて評価漏れが生じたと思われる理由をまとめたものである。「家族評価が不十分だった」が最も多く、2 番目に多くあがった理由は「患者の ADL 状況の評価が不十分だった」、「患者の IADL 状況の評価が不十分だった」と「患者のサービス利用に関わる状況の評価が不十分だった」の 3 点であった。これら以外にも、「家屋状況の評価が不十分だった」、「患者と家族の経済状況の評価が不十分だった」、「患者の情報収集が不十分だった」、「地域特性の評価が不十分だった」といった理由があがっていた。

③自宅退院後調査実施後のMSW部門が果たしている役割の現状と課題（表47）

②の振り返り内容を踏まえて、調査実施後のMSW部門が果たしている役割の現状と課題をまとめたものが表47（p.210）である。全ての患者宅への訪問面接調査が完了した、2016年2月18日に作成した。なお、調査実施後に新たに追加・変更になった箇所を、太字下線部付きとした。加えて、追加・変更箇所の一連の流れを示すために、矢印を追記した。

以下、表47の新たに追加・変更になった箇所を中心に、(1) 对患者～(7) 対社会全体の枠組みに沿って順に説明する。ただし、(5) 対地域関係者と(7) 対社会全体には、追加・変更箇所がなかったことから、ここでは省略する。

(i) 对患者

(1) 对患者では、調査実施前より、「アセスメント」が実際に行っている役割としてあがっていた。一方、調査実施後では、新たに「中長期的な視点を含めたアセスメントの実施」が、行っていないが必要であると認識していることにあがっている。その上で、「自宅退院直後だけでなく中長期的な視点にもとづいた介入」が、MSWとして評価されていること／されたいことの中に追加になっている。以上の内容は、今回の自宅退院後調査を通じて、MSWとして目指す「アセスメント」の中身が、これまで以上に具現化されたことを示すものである。

さらに、調査実施前後を比較すると、「自宅退院後の状況把握」が、行っていないが必要があると認識していることから、実際に行っていることへ移行している。今回の自宅退院後調査を通じて、「自宅退院後の状況把握」が実現できたと判断したためである。ただし、「自宅退院後の状況把握」とどまることなく、今後は「自宅退院後フォローの実施」が必要であるという意見が出た。これは、身寄りのいない患者が自宅退院した後、不安・困り事が生じているにもかかわらず、誰にも相談できる相手がないために、そのまま放置されている事例があったことを受けて出たものであり、MSWによる関与の必要性を示すものである。そのため、「自宅退院後フォローの実施」が、行っていないが必要があると認識していることの中に追加になっている。その上で、「自宅退院後の生活の安定を目指した介入」が、MSWとして評価されていること／されたいこととして、新たに加わっている。

また、「正確な予後予測の把握とそれを踏まえた対応」が、行っていないが必要があると認識していることから実際に行っていることへ変更になっている。ただし、先述の評価漏れが生じた理由として、家屋評価を実施していないために、「家屋状況の評価が不十分だった」ということがあがっていた。そのため、MSW部門としても、「家屋評価実施の必要性判断への関与」が必要ではないかという意見が出た。これまでは、家屋評価を実施するかどうかについては、入院中のADLレベルや患者の希望により判断されることが多く、MSWがその判断に関与することはほとんどなかった。しかし、自宅退院後調査を通じて、入院中の環境下でADLレベルに支障はなくても、自宅退院後の住環境下ではうまくいっていない事例があった。また、患者が家屋評価を希望せず、実施しなかったために、自宅退院後の住環境に支障が出ている事例もあった。そこで、「家屋評価実施の必要性判断への関与」が、行っていないが必要があると認識していることとして、新たに加わっている。その上で、「退院後の生活の安定を目指した介入」が、MSWとして評価されていること／された

いことの中に追加になっている。

(ii) 対家族

(2) 対家族では、(1) 対患者の中で追加・変更になった項目とほぼ変わりがない。ただし、(1) 対患者に含まれていない項目として、「家族を表層的に捉えるのではなく深層も含めて捉える工夫」をあげることができる。表 46 の MSW からみて評価漏れが生じたと思われる理由を分析する中で、家族対応力や家族介護力が高い、または家族の経済状況に問題はないと評価していたにもかかわらず、これらの点がうまくいっていないために、自宅退院後に不安・困り事が生じている事例があった。そのため、「家族を表層的に捉えるのではなく深層も含めて捉える工夫」が、行っていないが必要があると認識していることの中に追加になっている。

(iii) 対院内スタッフ

(3) 対院内スタッフでは、「患者や家族との感情的な行き違いに対するフォロー」が、行っていないが必要があると認識していることから実際に行っていることへ変更になっている。患者や家族は自宅退院に不安を感じ、転院するかどうか悩んでいるにもかかわらず、一部の院内スタッフがその悩みを十分に理解できず、感情的な行き違いが生じることがある。このような事例では、MSW が患者や家族の話を傾聴し、その内容を院内スタッフへフィードバックすることが少なくない。ただし、得られた情報を単にフィードバックするだけでなく、MSW としての「中長期的な視点を含めたアセスメント内容の伝達」ができるといいのではないかという意見が出た。そのため、「中長期的な視点を含めたアセスメント内容の伝達」が、行っていないが必要があると認識していることの中に追加になっている。さらに、こうした伝達を他職種等へ行うことで、「MSW という職種への理解」へつながるという流れになっている。

(iv) 対病院組織

(4) 対病院組織では、「自宅退院後フォローが組織的な取り組みになるような働き掛け」が、行っていないが必要であると認識していることとして、新たに加わっている。今回の自宅退院後調査は、MSW 部門主導で行ったものであるが、多職種協働による組織的な取り組みへと発展することが期待される。加えて、先述したように、「自宅退院後の状況把握」にとどまることなく、今後は「自宅退院後フォローの実施」へつなげていく必要があるという観点から追加になったものである。調査実施前より、「質を意識した退・転院支援の実施」がなされているが、実際に自宅退院支援の質を向上させるためには、「自宅退院後フォローが組織的な取り組みになるような働き掛け」が必要であり、それが「MSW の貢献内容への理解」へつながるという流れになっている。

(v) 対地域ネットワーク

(6) 対地域ネットワークでは、調査実施前より、「地域ネットワーク構築に向けた働き掛け」が実際に行っている役割としてあがっていた。一方、調査実施後では、新たに「自宅退院後の地域ネットワークの点検・評価」が、行っていないが必要であると認識してい

ることに加わっている。今回の自宅退院後調査を通して、入院中に構築した地域ネットワークのみでは十分に機能しておらず、患者や家族の不安・困り事がそのまま放置されている事例があった。また、地域ネットワークに全くつながっていないために、誰にも相談できる相手がおらず、患者や家族が苦慮している事例もあった。そのため、「自宅退院後の地域ネットワークの点検・評価」が必要ではないかという意見が出た。さらに、「地域ネットワークの点検・評価者としての役割」が、MSW として評価されていること／されたいことの中に追加になっている。以上の内容は、今回の自宅退院後調査を通じて、地域ネットワークで MSW が果たす役割が、これまで以上に具現化されたことを示すものである。

6. 考察

自宅退院後調査の結果、退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事があった場合に、医療・介護サービス計画の変更箇所数が多くなっていた(表 41)。これは、表 8 (p.48) の仮説 4「退院計画チームが評価していた以外の自宅退院後の患者と家族の不安・困り事があると、医療・介護サービス計画の変更が生じやすい」を支持する結果といえる。

次に、退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事があつたり、医療・介護サービス計画の変更箇所数が多くなったりした場合に、退院計画に対する患者の満足度は低下傾向にあった(表 42)。これは、表 8 の仮説 5「退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事や医療・介護サービス計画の変更が生じると、退院計画に対する患者の満足度が低下しやすい」を支持する結果といえる。

加えて、退院計画に対する患者の満足度が低くなった場合に、自宅退院後の患者の生活満足度は低下傾向にあった(表 43)。ただし、表 8 の仮説 6「退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事や医療・介護サービス計画の変更が生じたり、退院計画に対する患者の満足度が低くなったりすると、自宅退院後の患者の生活満足度が低下しやすい」に反して、退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事の有無と医療・介護サービス計画の変更箇所数は有意差を認めなかった。

ただし、退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事の有無と医療・介護サービス計画の変更箇所数が、退院計画に対する患者の満足度に影響を及ぼしている状況を踏まえると、間接的にはこれらのプロセスの不備が、自宅退院後の患者の生活満足度増減に影響を及ぼしていることが考えられる。とりわけ医療・介護サービス計画の変更箇所数や退院計画に対する患者の満足度に対して、最も大きな影響力を及ぼしているのが、退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事の有無であったことから、どの点に評価漏れがあったのかということに注目していく必要があると判断し、その項目を抽出した(表 45)。その上で、MSW からみて、入院中に評価可能だったと思われる項目を抽出し、退院計画チームの評価漏れが生じた理由を分析した(表 45、46)。

さらに、上記の分析結果を踏まえて、自宅退院後調査後の MSW 部門の役割変化に関わる分析を行った(表 47)。その結果、「中長期的な視点を含めたアセスメント内容の伝達」や「家族を表層的に捉えるのではなく深層も含めて捉える工夫」といった評価に関わる事項が、MSW 部門が果たす役割の課題としてあがった。

ここでは、以上の内容を踏まえて、次の 3 点について考察する。①退院計画チームによる支援プロセスの不備が患者アウトカムに及ぼす影響、②中長期的な視点を含めた評価の

必要性、③家族状況を深く捉えた評価の必要性。なお、表 47 内には、評価に関わる事項以外も含まれているが、先の自宅退院後調査の結果から、退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事の有無が大きな影響力を及ぼしていることが示されており、ここでは MSW を含めた支援者による評価に焦点を当てて考察する。

(1) 退院計画チームによる支援プロセスの不備が患者アウトカムに及ぼす影響

本調査では、退院計画チームによる支援プロセスの不備が、その後の展開にどのような影響を及ぼすのかについて検証を行った。結果は上述した通りであるが、退院計画に対する患者の満足度だけでなく、自宅退院後の患者の生活満足度にも、間接的ではあるものの影響を及ぼしていることが示された (表 42、43)。上記結果は、退院計画チームによる評価や計画の精度が低いと、ボタンのかけ違いのように、その後の支援展開に支障をきたし、患者の生活の質の低下につながる可能性があることを示唆するものである。

なお、退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事の有無を、評価漏れの有無とみなし、それが患者アウトカムに影響を及ぼしているとは言い切れないという反論も予想される。評価漏れというよりは、不安・困り事自体が、患者アウトカムに影響を与えている可能性が否定できないからである。しかしながら、統制変数として、自宅退院後の不安・困り事の有無を投入した結果であることを踏まえると、ここでは、不安・困り事自体ではなく、評価漏れによるものだとみなしても問題ないと考える。ただし、退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事の中には、突発的で事前評価が困難なものも含まれており、一概に評価漏れと言い切れない部分もある点には留意する必要がある。

上記結果と関連のありそうな先行研究に、樋口 (2004) がある。全国訪問看護ステーション調査結果に基づいて、訪問看護師によってケアマネジメントの 6 段階 (①アセスメント、②ゴール設定、③ケアプランの作成、④デスエデュケーション、⑤サービス利用後の再調整、⑥ゴール変更の必要性の検討) を多く実施しているほど、「介護者の満足度」も高いと報告している。本調査でも、退院計画チームによる支援プロセスが、患者アウトカムに影響を及ぼしているという結果を得ており、この点では一致している。ただし、樋口 (2004) の調査では、ケアマネジメントの 6 段階のうち何段階実施したかどうかを評価指標にしており、それぞれの内容が、どの程度適切になされているというところまでには踏み込んでいない。一方、本調査では、支援プロセスに不備があったかどうかを評価指標としており、指標設定のところで、異なる方法をとっていることに留意する必要がある。つまり、樋口 (2004) の結果と異なり、本調査の結果は、単に支援プロセスを実施すればいいというわけではなく、その中身が問われていることを、実証的に示したものだといえる。

また、戸村ら (2009) は、自宅退院患者の追跡調査を行い、「病院内での支援」や「在宅に向けてのコーディネーション」の不足が、退院後の問題発生の原因であると報告している。一方、本調査の結果からは、退院計画チームによる支援プロセスの不備が、患者アウトカムの低下へとつながっているという流れが想定される。退院計画のプロセスが不十分であることと、「病院内での支援」や「在宅に向けてのコーディネーション」の不足は、内容的にはほとんど変わらないものであり、本調査と戸村ら (2009) の知見は、概ね一致したものとみなすことができる。

(2) 中長期的な視点を含めた評価の必要性

本調査では、B病院でこれまで十分に行われていなかった自宅退院後調査を実施することで、MSW部門の役割にどのような変化が生じるのかを検証した。その結果、「中長期的な視点を含めたアセスメントの実施」が、新たな項目として浮かび上がった(表47)。これは、単に自宅退院が可能かどうかという観点で評価するのではなく、その後の中・長期的な生活をイメージした上で評価することの必要性を示したものである。さらに、「在宅に退院することがゴールではなく、『退院後在宅での生活を満足した形で過ごすことが真のゴールである』という視点を病院側が持つことが、退院患者の本来の目的を達成させることにつながる」(山村ら 2014)という考え方にも通じるものである。

中・長期的な視点を含めた評価の必要性は、これまでの先行研究の調査結果からもうかがい知ることができる。例えば、川北(2010)が、回復期リハビリテーション病棟から在宅退院した患者の3ヶ月後のADLを調査した結果、「向上」が33%であった一方で、「悪化」が25%であったとしている。自宅退院時のADL状況は、時間の経過とともに変動し得るものであることを示しており、とりわけ「悪化」を見越した評価が欠かせないと考えられる。

さらに、自宅退院時、退院後3ヶ月・6ヶ月・1年のそれぞれの時点で、健康と生活上の問題について、同じ患者を対象に調査を行った先行研究が存在する(猪下ら 1996; 太田ら 1996; 中西ら 1996)。太田ら(1996)は、自宅退院6ヶ月後における健康と生活上の問題をまとめており、「6ヶ月後の新たな問題として注目すべきものとしては人間関係やコミュニケーションの障害が認められた」としている。また、中西ら(1996)は、自宅退院1年後における健康と生活上の問題をまとめており、「特に日常生活上の問題は著しく増加した」としている。これらの結果は、自宅退院時または退院後3ヶ月時点には問題がみられなかったとしても、その後の時間の経過とともに、新たな問題が生じる可能性があることを示すものである。

一方、本調査では、自宅退院後3ヶ月時点までの患者と家族の不安・困り事を捉えることはできているが、その後の動向を把握できていない。そのため、今後同様の調査を行う際には、中長期的かつ経時的な調査の実施を検討していくことが必要である。中長期的な時間の流れの中で、自宅退院後の患者と家族の不安・困り事内容が、どのように推移・変化するのかを把握する作業は、MSWが「中長期的な視点を含めたアセスメントの実施」できる能力を獲得する上でも、欠かせないものであると考えるからである。

(3) 家族状況を深く捉えた評価の必要性

本調査では、退院計画チームの評価漏れがあった項目の中で、MSWからみて、入院中に評価可能だったと思われる項目を抽出し、評価漏れが生じた理由を分析した。その結果、「家族評価が不十分だった」が、最も多い理由であることが示された。さらに、この分析結果を受けて、MSW部門が果たす役割の課題として、「家族を表層的に捉えるのではなく深層も含めて捉える工夫」が、新たに浮かび上がった(表47)。

家族状況を深く捉えた評価の必要性は、これまでの先行研究の知見にも示されている。例えば、副田(1994)は、高齢者福祉における「『家族支援』の意味」を論じており、「限定された生活をもつ在宅福祉政策のもとで、女性たち介護者に就労やその他の自己実現の

欲求の実現を断念させ、子どもたち家族全員による余暇活動などをあきらめさせているという現実がある」としている。その上で、「現在の在宅福祉政策のこうした基本的性格を認識したうえで、家族負担の軽減という『家族支援』とともに、介護者をはじめとする家族員の自己実現を含めた基本的諸欲求の充足を考慮に入れた援助の方策を検討する必要がある」と述べている。一方、2000年に介護保険制度が開始したことで、1990年代に比すれば在宅福祉政策は拡充傾向にあるが、家族介護が前提になっている点に変わりはない。そのため、副田（1994）が示した内容は、今もなお通じるものになっていると考える。

さらに、杉山（2007）は、「今後の医療と福祉の展望と課題」を論じており、「どのような精緻なマニュアルやアセスメントシートが作成されたとしても、それだけではとらえきれないニーズが存在する」としている。その上で、「利用者との信頼関係を築き、利用者やその家族の状況を、心の壁にまで立ち入りつつ立体的に理解し支援していくためには、ソーシャルワークの視点が不可欠になる」と述べている。

また、渡部（2015）は、「変容する家族と社会福祉」について論じており、「実際の支援場面では、クライアント個人にのみ目が向けられて、その問題の家族への影響、あるいは家族からの影響に十分な配慮がなされていない場合も多い」と述べている。その上で、家族の存在・影響を考慮した評価を行うためには、以下の6点に目を向ける必要があるとしている。①家族の問題の捉え方、②家族の歴史・関係性、③家族が持つ価値観、④家族成員の異なる役割、⑤家族としての問題対処能力（コーピング力）、⑥家族以外のソーシャルサポーターの存在。

副田（1994）は介護者と家族、杉山（2007）・渡部（2015）は患者本人と家族について述べたものになっている。しかし、いずれも家族状況を深く捉える必要性を示しており、この点では、本調査で得られた結果と一致している。加えて、家族状況を深く捉える上で、社会福祉ないしソーシャルワークの視点が欠かせないことが示されており、この部分でのMSWが果たす役割は大きいと考える。

第2節 A医療法人B病院における「短期間で再入院に至った事例」の調査（第4調査）

1. 調査目的

本節では、病院から自宅退院したにもかかわらず、その後短期間（3ヶ月以内）で再入院に至った事例の実際とその過程を把握することを目的に、A医療法人B病院での事例調査を実施する。加えて、再入院に至るまでの過程における患者または家族と介護支援専門員・地域包括支援センター職員の認識の異同に注目し、これらにどのような意味合いがあるのかを示すことを目的とする。さらに、これらの作業を通して、自宅退院後の再入院を予防する上で、MSWとしてどのような関わり方が求められているのかを見出す端緒としたい。なお、本調査では、居宅介護支援事業所の介護支援専門員に加え、地域包括支援センターでケアプラン作成を担当する職員を総じてケアマネジャーとする。

2. 調査対象・方法

（1）フィールドと対象

調査フィールドは、A医療法人B病院（回復期リハビリテーション病棟）である。今回、同法人B病院（以下、B病院）を調査フィールドに選定した理由は、再入院という大変な

イベントの後に調査に応じてもらわないといけないため、患者や家族からの調査協力が得られにくいことが想定され、筆者が関わりやすいB病院を通じて、患者や家族に調査協力依頼することで、多少なりとも調査協力が得られやすくなると思ったからである。加えて、本調査では、病院から自宅退院したにもかかわらず、その後再入院に至った事例を取り扱うことから、自宅退院件数の割合が高い回復期リハビリテーション病棟は、今回の調査に適したフィールドだと考える。

調査対象は、B病院より2014年11月1日～2015年10月31日に自宅退院したにもかかわらず、短期間（3ヶ月以内）で再入院に至った事例23例である。ただし、調査同意が得られなかった事例と体調悪化等で調査協力が難しくなった事例が合わせて14例あり、後述のインタビュー調査が実施できた事例は9例である。なお、再入院の中には、自宅退院元の病院（ここではB病院）以外への入院も含めている。一方で、療養型病院への入院待機のために一旦自宅退院した事例、自宅療養と病院へのレスパイト入院を定期的に繰り返している事例、病院以外の施設への入所事例は含めていない。

短期間を自宅退院後3ヶ月以内とした理由は、以下の内容を踏まえて、それら全てを網羅する期間を設定する必要があると考えたためである。まず、DPCでは、診断群分類番号の上2桁が同一の傷病名で、7日以内に再入院した場合については、前回入院と一連の入院として扱われることになっている。一方、療養病棟の在宅復帰機能強化加算では、「退院した患者の在宅での生活が1月以上（医療区分3の患者については14日以上）継続する見込みであることを確認できた患者」でないと、在宅復帰とは認められないことになっている。さらに、先行研究の中には、自宅退院後の早い時期を「おおむね2～3ヶ月以内」（伊佐地ら2009）としているものや、「退院直後から2ヶ月間は、本人・家族ともに療養生活のパターンが確立していないため諸問題が発生しやすい」（長岡ら2011）と指摘しているものがある。加えて、阿曾ら（1991）も、事例調査の結果に基づいて、「退院後2～3ヶ月で、すでに介護力に限界がある」と述べている。

(2) 方法

対象事例の患者または家族と再入院時に関わっていたケアマネジャーへのインタビュー調査を通して、事例に関わるデータの収集・整理を行った（インタビュー調査の実施期間：2015年4月～2016年1月）。ただし、介護保険サービスのケアプラン作成の必要がなく、ケアマネジャーが付いていなかった場合には、患者または家族のみにインタビュー調査を行った。加えて、B病院のカルテ・MSW記録から、年齢、性別、主病名（再入院前の入院先であるB病院入院に至った主な病名）、既往歴、自宅退院時FIM（再入院前の入院先であるB病院から自宅退院した時のFIM点数）、世帯構成（主介護者の続柄を含む）に関わるデータを補足した。

また、上記データも含めて、B病院より2014年11月1日～2015年10月31日に自宅退院した全患者173例（自宅退院後に施設入所や死亡した患者5例、追跡できなかった患者1例は除く）の性別、年齢、主病名、自宅退院時FIM、家族形態、経済状況に関わるデータを、カルテ・MSW記録より抽出し、自宅退院後3ヶ月以内に再入院した患者群を、再入院あり群とし、それ以外の再入院なし群とに分けて集計した。再入院あり群を再入院なし群と比較することで、どのような特徴を有しているのか把握することが可能になると考

えたためである。

インタビュー調査では、半構造化面接法を採用した。具体的には、基本情報の聞き取りを行った後、以下の3点の枠組みに沿った質問をした上で、調査協力者になるべく自由に語ってもらうことを心掛けた。

①再入院に至った主な理由とそれまでの経過。

②「退院直前期」、「在宅導入期」、「在宅安定期」(鮫島ら 2002)での様子。ここでは、「退院直前期」を退院日のおおよそ1週間前から退院日までの期間、「在宅導入期」を自宅退院後1ヶ月未満の期間、「在宅安定期」を自宅退院後1ヶ月以上から3ヶ月以内の期間とする。

③今回の再入院は、中西(2012a)が提示している「予測外」、「予測内」、「予測を超える」のうち、どれにあてはまるのか。

インタビュー調査で得られたデータは、佐藤(2008)の質的データ分析法に基づいて分析を行った。具体的には、収集された文字テキストデータから、意味内容ごとに文章をセグメント化し、それらをもとに「コード」を付ける作業を中心に行いつつ、調査結果をまとめることにした。さらに、B病院退院時に渡された看護サマリーの現物を入手し、その内容を確認・補足した。患者または家族側とケアマネジャー側および病院側からの三者の情報を比較統合することで、より多面的な分析が可能になると考えたためである。

また、本調査では、〔 〕にコード化したもの、【 】にカテゴリー化したものを、それぞれ示すこととする。加えて、調査データをコード化またはカテゴリー化する際には、B病院のMSW2名を含めて集团的に共有・検討することで、データ分析の信頼性・妥当性を確保した。

3. 調査結果

今回、インタビュー調査の協力が得られたのは9事例であり、これらの概要を表48~51(pp.211-214)に示す。表48は事例の基本情報(年齢、性別、主病名、既往歴、自宅退院時FIM、世帯構成)、表49は再入院前の医療・介護サービスの利用状況、表50は調査協力者の基本属性をまとめたものである。加えて、全自宅退院患者における上記の9事例を含めた再入院患者の位置づけを明らかにすることを目的に、自宅退院患者(2014年11月~2015年10月)の性別、年齢、主病名、自宅退院時FIM、家族形態、経済状況を、再入院あり群と再入院なし群に分けて集計したものが、表51である。

表52~55(pp.215-225)は、インタビュー調査の結果を中心にまとめたものである。表52は、自宅退院後から再入院までの期間と再入院時の主病名を示した上で、再入院に至った主な理由を、回答者別に整理したものである。表53は、再入院に至った主な理由に対して、①B病院側からの説明があったかどうかを調査協力者に直接確認した内容、②B病院退院時の看護サマリー内容との関連を記したものである。表54は、再入院に至るまでの経過を、「退院直前期」、「在宅導入期」、「在宅安定期」に沿って、回答者別にまとめたものである。表55は、再入院についての患者または家族とケアマネジャーの認識を記したものである。

以下、これらの表に沿った形で、結果の概要を示していく。ここでは、特に断りのない限り、インタビュー調査の協力が得られた9事例に基づいた内容を示すこととする。

(1) 対象事例の基本情報 (表 48、51)

患者の年齢層は、60歳代4例、70歳代1例、80歳代4例で、60歳代と80歳代が最も多かった。性別は男性6例、女性3例で、男性が多かった。再入院前の入院先であるB病院入院に至った主病名は、骨折が7例で最も多く、残りの1例は脳出血であった。既往歴の数は、最小値1(事例7)～最大値10(事例8)とばらつきがあった。自宅退院時FIMは、概ね100点台(事例1・2・3・4・7・9)であり、事例5でも95点とほぼ100点に近い水準といえる。しかし、事例6は20点、事例8は70点であり、他の7事例と比べると点数が低かった。世帯構成をみると、1人暮らしは2事例(事例5・9)であり、それ以外は2～4人暮らしであった。主介護者は、妻が5例で最も多く、長女と長男が1事例ずつで、主介護者不在が2例であった(表48)。

一方、上記9事例を含めた再入院あり群(n=23)は、再入院なし群(n=150)と比べて、以下の4つの特徴があった。①男性が多い。②退院時FIMが低い。③単独世帯の占める割合が高い。④生活保護受給あり(低所得層)の占める割合が高い。年齢や脳関連疾患(脳梗塞+脳出血+その他の脳関連疾患)の割合については、ほとんど差がなかった(表51)。

一方、再入院あり群のうち、上記9事例に特化して、再入院なし群と比較した場合、男性が多く、自宅退院時FIMが低いという点に変わりはない。さらに、年齢や単独世帯および生活保護受給ありの割合もほとんど差がなかった。ただし、脳関連疾患の割合は、再入院なし群と比べて18.5%ポイント低くなっていた(表51)。

(2) 再入院前の医療・介護サービスの利用状況 (表 49)

再入院前に利用していた医療サービスのうち、最も多かったのが通院であるが、事例6のみ往診と訪問マッサージを利用していた。介護サービスは、事例4を除いて、何らかのサービスを利用していた。ただし、事例7はバスチェアの購入のみで、継続的なサービスを利用していなかった。そのため、事例4・7では、ケアマネジャーが付いていなかった。要介護認定は、なし(事例4)～要介護5(事例6)まで幅があったが、最も多かったのは要介護2の3例であった。

(3) 調査協力者の基本属性 (表 50)

患者または家族側の調査協力者は、患者本人が1例のみで、他は全て家族であった。家族の内訳は、妻5例、長女2例、長男1例で、妻が最も多かった。一方、ケアマネジャー側の調査協力者は、居宅介護支援事業所の介護支援専門員6例、地域包括支援センター職員1例であった。ケアマネジャー経験は1～14年と幅があり、それ以外の医療・福祉・介護領域での経験も、看護師、MSW、介護福祉士など多岐にわたっていた。

(4) 再入院に至った期間と主病名およびその理由 (表 52)

自宅退院後から再入院までの期間は、1ヶ月未満が2例、1ヶ月以上～2ヶ月未満が3例、2ヶ月以上～3ヶ月以内が4例であった。再入院時の主病名は、大腿骨骨折関連が3例あったものの、それ以外は全ての事例で異なる病名(心機能の低下、肺炎、腰椎圧迫骨折、尿路感染症、多発骨折、腸閉塞)であった。

次に、再入院に至った主な理由を以下に示すが、非常に多岐にわたっていることがうか

がえる。〔不規則な生活と内服管理の不備〕、〔退院後のケア体制の不備〕、〔体調管理の不備〕、〔デイケアへの参加〕、〔不慮の事故〕、〔アルコールの多飲〕、〔これまでの生活習慣〕、〔不慮の出来事〕、〔活動量の変化に応じた栄養摂取量の調整不足〕、〔在宅サービスの限界〕、〔住環境の不備〕、〔腸機能の低下と水分摂取不足〕、〔内服薬の影響〕、〔自己認識の不足〕。

しかも、再入院という同じ事実であるにもかかわらず、患者または家族側とケアマネジャー側で異なる理由をあげていた事例が5例（事例1・2・5・6・9）あった。それに対して、患者または家族側とケアマネジャー側で同じ理由をあげていたのは2例（事例3・8）であった。

（5）再入院に至った主な理由とそれに対するB病院側の対応・認識（表53）

再入院に至った主な理由に対して、入院中にB病院側から説明があったかどうかを調査協力者に尋ねた。その結果、B病院側より説明があったのは、〔住環境の不備〕と〔在宅サービスの限界〕の2点だけであった。一方、〔不規則な生活と内服管理の不備〕、〔退院後のケア体制の不備〕、〔不慮の事故〕と〔活動量の変化に応じた栄養摂取量の調整不足〕の4点は、B病院側から事前に説明があれば、未然に防げていたかもしれない内容であることがうかがえる。

さらに、B病院退院時の看護サマリー内容との関連も確認したが、関連性が確認できたのは、〔在宅サービスの限界〕のみであった。逆に、「入院中と退院後ではギャップがみられた」、「情報が病院スタッフ間で十分共有・検討できていなかったことが考えられる」といった記載内容は、自宅退院後の患者の生活状況への認識不足を示唆するものである。

（6）再入院に至るまでの経過（表54）

「退院直前期」で最も多かったのが、〔順調な印象〕である。患者または家族側と支援者側ともに、〔順調な印象〕と評していた事例も3例（事例2、3、8）あった。しかし、患者または家族側が〔順調な印象〕であったにもかかわらず、支援者側が〔体調不良への懸念〕や〔家族介護負担への懸念〕、および〔1人暮らしへの不安〕を示していた事例が3例（事例1・6・9）あった。一方で、支援者側が〔順調な印象〕であったにもかかわらず、患者または家族側が〔不安と期待の気持ち〕を抱いていた事例も1例（事例5）あった。

「在宅導入期」でも、最も多かったのが〔順調な印象〕である。患者または家族側とケアマネジャー側ともに、〔順調な印象〕と評していた事例が3例（事例2・3・8）あった。一方、患者または家族側とケアマネジャー側ともに、〔痛みに耐えながらの生活〕という見解で一致していた事例も1例（事例5）あった。しかし、同じ病状悪化でも、〔突然の病状悪化〕と〔ケア体制不備による病状悪化〕といった具合に、異なる経過によって引き起こされたらと、患者または家族側とケアマネジャー側それぞれが、別の認識をしていた事例も1例（事例1）あった。さらに、事例6・9では、家族は〔順調な印象〕であると捉えていたにもかかわらず、ケアマネジャーは〔危機的な状況からの脱出〕や〔サービス計画修正による混乱〕と認識しており、異なる捉え方をしていった。

「在宅安定期」で最も多かったのが、〔突然の病状悪化〕である。患者または家族側とケアマネジャー側ともに、〔突然の病状悪化〕と評していた事例も2例（事例6・8）あった。一方、双方ともに〔順調な印象〕という見解で一致していた事例も1例（事例3）あった。

ただし、同じ病状悪化でも、〔体調管理の不備による病状悪化〕と〔突然の病状悪化〕といった具合に、異なる経過によって引き起こされたと、患者または家族側とケアマネジャー側それぞれが別の認識をしていた事例も1例（事例2）あった。

（7）再入院についての患者または家族とケアマネジャーの認識（表55）

再入院についての患者または家族とケアマネジャーの認識で、最も多かったのが、「予想外」9人である。その一方で、「予測を超える」が4人、「予測内」が3人であった。このうち、患者または家族側とケアマネジャー側の見解が一致していた事例は3例（事例2・5・6）あった。逆に、患者または家族側とケアマネジャー側の見解が一致していなかった事例が4例（事例1・3・8・9）あった。事例1・3・8・9は、いずれもケアマネジャー側が再入院をある程度予測していたにもかかわらず、患者または家族側は「予想外」と評していた。この結果は、相対的にケアマネジャー側が高いリスク認識を有していることを示唆するものである。

4. 考察

上記結果を踏まえて、以下の3点について考察する。①患者と家族の状況からみえること、②再入院に至った主な理由からみえること、③患者または家族側とケアマネジャー側の認識の異同からみえること。なお、表52～55から、事例コード・マトリックス（表56：p.226）を作成した。以下、表56をもとに、再入院に至った主な理由について「カテゴリー」生成したり、再入院の理由や経過に対する患者または家族側とケアマネジャー側の認識の異同を説明するための構造図を作成する。

（1）患者と家族の状況からみえること

本調査では、再入院あり群は、再入院なし群と比べて、自宅退院時FIMが低かったという結果が得られている。調査協力が得られた9事例に限定しても、同様の傾向であった（表51）。つまり、自宅退院時FIMが低い患者ほど、再入院しやすくなっている現状がうかがえる。

一方で、調査協力者（患者または家族側とケアマネジャー側のいずれか）からは、9事例中7事例で、「退院直前期」の患者状況が順調であることを示す発言があった（表54）。具体的な内容を、以下に示す。「あー良くなったなという印象」（事例1）。「異常なし」（事例2）。「基本的なことはしっかりできておられた」（事例3）。「自立度は高いと思いました」（事例4）。「屋外歩行訓練をされたり、買い物訓練をされたりしていたので、退院に向けて順調に訓練が進んでいる印象」（事例5）。「あんだけ歩けるようになったし、ほんじゃ大丈夫だなんて」（事例8）。「家に帰るにあたって、心配はなかったですけど」（事例9）。

先行研究を概観すると、自宅退院時ADLが低いほど再入院率が高まることを示す研究（二木1983）、食事と排泄のADLレベルが不能群で再入院が多いことを示す研究（伊藤ら1996）があった。これらの内容は、本調査での再入院あり群の自宅退院時FIMが低かったという結果とも一致しており、現実的にも想像が付きやすいものだといえる。

しかし、調査協力の得られた9事例のうち、患者または家族側やケアマネジャー側が問題ないと感じていたものが大半（7事例）を占めていたという結果は、少々想像しづらい

ものである。直感的には、「退院直前期」に問題があると思われる事例の方が、より再入院しやすいというイメージを持ちやすいからである。

ただし、中西（2002a）は、再入院事例を分析した結果を踏まえて、いずれの事例も「ハイリスク患者として該当しないように思われた」としており、本調査と同様の見解を示している。さらに、このような事態が生じる原因を、以下のように指摘している。「自宅退院に際してリスク要因があれば自宅退院にとって不都合であり、専門職側は情報収集やアセスメントを念入りに行う。しかしリスク要因がないと自宅への退院支援はスムーズにいくと思われるためにそれらの状況把握が軽んじられる可能性がみえてくる」。B病院でも、状況把握が軽んじられていたかどうかは定かでないが、再入院に至った主な理由に対して、入院中にB病院側から説明があったのはごく限定的であったことを考えると、状況把握が不十分であった可能性は否めない（表53）。

一方、先行研究では、家族介護力の不足を再入院のリスク要因として取り上げているものもあった（伊藤 1996；加藤ら 1996；森山 1996；今野ら 1997；野川ら 2000；前田ら 2001）。ただし、本調査では、9事例のうち7事例で主介護者の存在が確認されており、調査協力者からも、事例によっては、介護サービス未利用によるケア体制の不備を訴える発言はあったものの、家族介護力の不足を直接訴える声はなかった（表48、52、54）。これは、上記先行研究のフィールドの多くが急性期病院であるのに対して、本調査のフィールドであるB病院は回復期リハビリテーション病棟であり、入院期間の長さが影響を及ぼしている可能性がある。回復期リハビリテーション病棟は、急性期病院と比べて、長期間の入院が可能な環境であるために、家族介護力を踏まえた退・転院先の選定がしやすい。そのため、自宅退院に向けた介護保険サービス等の利用調整がつきやすいことで、結果的に自宅退院後であっても、介護力不足が問題になりにくいと考える。

（2）再入院に至った主な理由からみえること

再入院に至った主な理由（表52）は、非常に多岐にわたっているが、コードとその内容をもとに分類すると、大きく5つのカテゴリーが抽出可能であると考ええる。

1つ目は、B病院の【退院計画の不備】によるものである。これに沿ったコードとしては、〔不規則な生活と内服管理の不備〕、〔不慮の事故〕、〔不規則な生活と内服管理の不備〕、〔活動量の変化に応じた栄養摂取量の調整不足〕と〔住環境の不備〕の5点をあげることができる。3の（5）のところで述べたように、これらのうち、〔住環境の不備〕以外はB病院側からの入院中の説明がなく、もし説明があれば、未然に防げていた可能性もある。一方、〔住環境の不備〕も、説明があったことは確認できたものの、退院後の住環境について、病院スタッフ間で十分共有・検討できていなかったことが示されており、退院計画の不十分さがうかがえるものになっている（表53）。

2つ目は、【自宅退院後のケア体制の不備】によるものである。これに沿ったコードとしては、〔自宅退院後のケア体制の不備〕と〔在宅サービスの限界〕をあげることができる。3つ目は、【患者本人に起因するもの】である。これに沿ったコードとしては、〔体調管理の不備〕、〔アルコールの多飲〕、〔これまでの生活習慣〕、〔腸機能の低下と水分摂取不足〕と〔自己認識の不足〕の5点をあげることができる。4つ目は、【不慮の出来事によるもの】である。これに沿ったコードとしては、〔デイケアへの参加〕、〔不慮の出来事〕と〔内服

葉の影響」の4点をあげることができる。

5つ目は、【家族に起因するもの】である。これは、コードそのものからではなく、調査協力者からのコメント内容から生成したものである。具体的には、「aさんの力と息子さんの力のバランスがうまくとれていなかった」(表52-1:事例1)、「ベッドがなくても、自分(長女一林)がいるので何とかなるかなという思いもありました」(表52-3:事例7)をあげることができる。家族が患者へ及ぼす影響や家族の思いといったものが、再入院を引き起こす1要因になっていることをうかがわせる内容になっている。

Frankel & Gelman (=2006) は、ケースマネジメントの結果について、利用者が失敗した理由を説明する主要な要素が3つあるとしている。第1に、ケースマネジャーの技術不足をあげている。第2に、身近な人々等から十分な支援を受けられない時や地域の機関が十分なサービスの供給に失敗する時をあげている。第3に、利用者の簡単にはうまくいかないような心理・生物学的特徴をあげており、ケース例として嗜癖や慢性の精神疾患等を示している。本調査の結果と照らし合わせると、第1の要素は【退院計画の不備】、第2の要素は【自宅退院後のケア体制の不備】、第3の要素は【患者本人に起因するもの】に、ほぼ対応したものになっている。再入院事例は、自宅退院をさせた病院側にとっては、いわゆる失敗事例ともいえるものであり、本調査で得られた結果は、Frankel & Gelman (=2006) の知見と概ね一致したものとみなすことができる。

ただし、退院支援・計画の実施が、再入院の抑制につながるかどうかには言及している論文が3点あるものの、その効果については賛否両論ある。小林ら(2010)は、国外文献の知見をもとに、「再入院の背景には複雑な要因があり、(中略)社会経済学的要因や地域的要因が影響している可能性もあり、また退院計画の遂行を推進するだけでは再入院防止効果は見込めない」としている。一方、白山(2004)は、悪性腫瘍患者への適切な退院支援を行った群とそうでない群に分けて在宅診療期間の比較をしたところ、後者群では不安が強いために、早い時期に再入院が必要となり、在宅診療期間が有意に短くなっていると報告している。さらに、角川ら(2009)は、末期がん患者の再入院に関連する要因についての調査結果を踏まえて、以下のように述べている。「退院前に行われた支援に関しては、退院前に病棟看護師が清潔ケアに関する指導を行っていることが、再入院を減少させる関連要因として示された」。

本調査では、【退院計画の不備】が、再入院をもたらす1つの要因としてあがっており、適切な退院計画を実施することで、結果的に再入院の抑制につながると読み取れなくもない。しかし、小林ら(2010)が指摘する社会経済学的要因や地域的要因に、十分踏み込めていない可能性もある。実際、本調査の結果では、再入院あり群が、再入院なし群と比べて、単独世帯や生活保護受給ありの占める割合が高くなっていた(表51)。しかし、この点については、十分な検証ができておらず、今後更なる検討が必要であると考えられる。

(3) 患者または家族側とケアマネジャー側の認識の異同からみえること

本調査では、再入院という同じ事実であるにもかかわらず、患者または家族側とケアマネジャー側で、異なる理由をあげていた事例(事例1・2・5・6・9)の存在が明らかになった(表52)。そこで、これらの事例の患者または家族側とケアマネジャー側があげていた理由に注目した。

その結果、患者または家族側は、患者本人についての詳細な内容を述べているのに対して、ケアマネジャー側は、患者本人を取り巻く周囲の環境を含めた内容を述べている傾向があることが確認できた。例えば、事例1では、長男は患者本人の〔不規則な生活と内服管理〕をあげていたのに対して、地域包括支援センター職員は周りのケアの不十分さとして、〔自宅退院後のケア体制の不備〕をあげていた。加えて、事例6では、妻は患者本人の〔活動量の変化に応じた栄養摂取量の調整不足〕をあげていたのに対して、ケアマネジャーは自宅での周囲の関わり限界として、〔在宅サービスの限界〕をあげていた。

さらに、再入院に至った主な理由に限らず、再入院までの経過の中でも、患者または家族側とケアマネジャー側の認識が異なっていた事例があったことは注目に値する(表54)。「退院直前期」・「在宅導入期」・「在宅安定期」全ての過程で、両者の認識の異同が確認できた事例があったが、入院中の支援を主としているMSWとしては、とりわけ「退院直前期」が重要であると考えられる。

「退院直前期」で、患者または家族側とケアマネジャー側の認識コードが異なっていたのは、事例1・5・6・9であった(表54)。特に、事例1・6・9では、家族は〔良くなったことでの安心感〕、〔順調な印象〕であったが、ケアマネジャーは〔体調不良への懸念〕、〔家族介護負担への懸念〕、〔1人暮らしへの不安〕と正反対の見解を示していた。これらの内容を分析すると、家族は患者本人の状況を中心に捉えているのに対して、ケアマネジャーは、患者だけでなく家族の状況や思いも含めた捉え方をしていることが読み取れる。さらに、「在宅導入期」や「在宅安定期」でも同様の分析を行ったところ、患者または家族側は患者本人を中心とした状況把握を行っているのに対して、ケアマネジャー側は家族やヘルパーといった周囲の人を含めた状況把握をしている傾向があった。一方で、事例3のように、「在宅導入期」のコードが〔順調な印象〕で一致していても、その中身をみると、妻は患者本人の自宅内での役割(風呂の掃除や洗濯物の取り入れ)に触れているものの、ケアマネジャーは住環境に言及している事例もあった。

また、本調査では、再入院についての患者または家族とケアマネジャーの認識も確認している。その結果、相対的にケアマネジャー側が高いリスク認識を有している傾向があることが示唆されている(表55)。ここまで得られた知見を踏まえると、ケアマネジャー側が、周囲の環境を含めた広い視点で状況把握しているために、結果的に高いリスク認識へとつながりやすいという流れが想定できる。

図10(p.227)は、以上の内容を踏まえて、再入院の理由や経過に対する患者または家族側とケアマネジャー側の認識の異同を説明するために、作成した構造図である。具体的には、患者または家族側の認識は、患者本人に関わる要因(生活習慣、体調・病状、ADL・IADL等)へ向きやすいのに対して、ケアマネジャー側の認識は、患者を取り巻く環境要因(家族の状況や思い、周囲のケア体制、住環境等)へ向きやすいことが起因となって、両者の認識に異同が生じていることを示している。ただし、MSWとしては、患者または家族側とケアマネジャー側の認識のどちらが優れているのかという見方をするのではなく、それらの異同の背景を理解した上で、MSWとして適切に分析・統合していくという発想が必要であると考えられる。MSWは、病院スタッフの中でも、とりわけ患者または家族側とケアマネジャー側の双方と接する機会の多い職種である。そのため、患者本人に関わる要因と患者を取り巻く環境要因を包括的に捉えたアセスメントをしやすい立場にあり、これ

らの内容のフィードバックを通じて、退院計画の質向上に寄与する役割が期待されている
と考えるからである。

第6章 療養型病院・施設等への転院制約要因とそれを有する患者への取り組みについての調査

本章の目的は、療養型病院・施設や居住系施設（有料老人ホーム、グループホーム等）への転院制約要因とそれを有する患者への取り組みについての3つの調査を行うことで、こうした患者への有効な対処方略を見出すことである。第1節では、A医療法人B病院のカルテ・MSW記録を用いた調査を行い、転院制約要因を有することで生じる困難性の定量化を試みる。第2節では、前節の調査結果を参考にしつつ、MSWによる転院制約要因を有する患者の早期把握に向けた取り組みを行うことで、どのような効果がみられるのかを検証する。第3節では、転院制約要因の1つである保証人問題に対する先進的な取り組みをしている社会福祉協議会職員へのインタビュー調査を通じて、療養型病院・施設等が求める保証人の役割にどのように対応しているのかを把握する。さらに、それぞれの調査結果を踏まえて、転院制約要因を有することで生じる困難性を克服するために、MSWにはどのような視点や関わり方が求められているのかを検討することとする。

第1節 転院制約要因を有することで生じる困難性の定量化の試み——A医療法人B病院のMSW・カルテ記録調査（第5調査）

1. 調査目的

転院困難事例への対処方略を考える際に、まず必要なのが、こうした事例の実態を的確に把握することである。そのためには、転院制約要因を有することで、どのような困難が生じているのかを、データに基づいて実証的に示す作業が不可欠といえる。そこで、本節では、A医療法人B病院のMSW・カルテ記録の患者データを用いて、転院制約要因を有することで生じる困難性を定量化することを目的とした、量的調査を実施する。

2. 調査対象・方法

(1) フィールドと対象

調査フィールドは、A医療法人B病院（回復期リハビリテーション病棟）である。今回B病院を選定した理由は、筆者と関わりの深いフィールドであり、より詳細なデータ収集が可能になると考えたからである。調査対象は、同法人B病院（以下、B病院）に入院し、2008年4月1日から2016年1月5日までに自宅以外の場所へ転院した患者で、急変・検査等の医学的な理由で急性期病院へ転院した患者162例を除いた503例である。

(2) 方法

調査方法は、B病院のカルテ・MSW記録より、対象患者の性別、性別、年齢、主病名、ADLレベル（入院時FIMと転院時FIM）、在院日数、転院先に関わるデータを収集し、転院制約要因を（1つ以上）有する患者群と有しない患者群に分けて集計した。

なお、本調査では、先行研究の検討と筆者のMSW経験を踏まえて、次の5点を転院制約要因とした（表57：p.228）。①医療行為を要する、②転倒・転落対策を講じている、③行動障害を有する、④経済的困難あり、⑤保証人なし。上記以外にも様々な要因が考えられるが、本調査では、明確な評価基準が設定できる要因のみを選定した。また、転院制約要因を有する患者群が、①～⑤の要因をどの程度有しているのかを把握するために、転院

制約要因に関わるデータを内訳ごとに集計・整理した。

さらに、以下の3点を調査し、転院制約要因を有する患者群と有しない患者群に分けて集計した上で、t検定や χ^2 検定を用いて分析した。①医師が転院を指示した日（＝最初の診療情報提供書・入所診断書が作成された日）から転院日までの期間。②MSWによる打診または入院・入所判定会の段階で、受け入れ不可の返答があったかどうか。③患者または家族が第1希望であげていた転院先に移れたかどうか。

加えて、それぞれの転院制約要因が及ぼす影響を示すために、多変量解析を行った。具体的には、患者または家族が第1希望であげていた転院先に移れたかどうかを従属変数、上記の5つの転院制約要因を独立変数、年齢、性別、転院時FIMを統制変数としたロジスティック回帰分析を実施した。分析に用いた変数の定義は、表58（p.229）に示した通りである。なお、統計分析を行う際には、SPSS Statistics ver.23を使用した。

3. 調査結果

対象患者の性別、年齢、主病名、入院時と転院時のFIM、在院日数、転院先を、転院制約要因を有する患者群（n=258）と有しない患者群（n=245）ごとに集計したものを表59（p.230）に示す。それによると、転院制約要因を有する患者群の男性の割合が、有しない患者群と比べて、17.3%ポイント高かった。平均年齢は、転院制約要因を有する患者群よりも、有しない患者群で2.3歳高かった。

さらに、転院制約要因を有する患者群では、脳関連の疾患（脳梗塞+脳出血+くも膜下出血+その他脳関連の疾患）の割合が49.2%を占めており、有しない患者群と比べて、16.5%ポイント高かった。FIM平均は、入院時と転院時ともに、転院制約要因を有しない患者群の点数が、有する患者群の点数を上回っていた。在院日数は、転院制約要因を有する患者群が、有しない患者群よりも2.3日上回っていた。転院先は、転院制約要因を有する患者群と有しない患者群ともに、老人保健施設が最も多く、いずれも全体の半数を超えていた。

転院制約要因を有する患者群の要因内訳は、以下の通りであった。①医療行為を要するが97例、②転倒・転落対策を講じているが120例、③行動障害を有するが98例、④経済的困難ありが53例、⑤保証人なしが15例であった（重複あり）。重複の内訳は、②+③が44例で最も多かった。次いで、①+④が20例、①+②+③が9例、①+②が8例、①+③が8例、②+③+④が6例、④+⑤が4例、①+②+④が4例、②+④が3例、③+④が2例、③+⑤が2例、①+⑤が2例、①+③+④が1例、①+②+③+④が1例の順であった。

医師が転院を指示した日から転院日までの期間を調べたところ、転院制約要因を有する患者群が50.4±31.6日（数値は平均±標準偏差、以下同じ）であったのに対して、有しない患者群は35.0±20.8日であった（表60：p.231）。一方、転院制約要因を有する患者群の93例（36.0%）、有しない患者群の23例（9.4%）が受け入れ不可の返答を受けていた（表61：p.231）。

患者または家族が第1希望であげていた転院先に移れたかどうかを調べたところ、転院制約要因を有する患者群のうち126例（48.8%）、有しない患者群のうち46例（18.8%）が第1希望の転院先に移ることができていなかった（表62：p.231）。一方、患者または家族

の第1希望であげていた転院先に移れたかどうかを従属変数としたロジスティック回帰分析を実施した結果、上記の転院制約要因①～⑤全てに有意差を認めた(表63:p.232)。より具体的にいえば、これらの要因を有することで、患者または家族の第1希望の転院先へ移ることができていないことが示された。さらに、保証人なしのオッズ比が最も高く、次いで医療行為を要する、経済的困難あり、転倒・転落対策を講じている、行動障害を有するの順であった。ただし、保証人なしを除いた4要因については、さほど差がみられなかった。

4. 考察

ここまでの結果を踏まえて、以下の4点について考察する。①転院制約要因を有する患者群は、有しない患者群と比べると、医師が転院を指示してから転院までに時間を要している。②転院制約要因を有する患者群は、有しない患者群と比べると、病院・施設からの受け入れ不可の返答割合が高い。③転院制約要因を有する患者群は、有しない患者群と比べると、患者または家族の第1希望の転院先へ移ることができていない。④「保証人なし」を有する場合、それ以外の転院制約要因を有する場合と比べて、患者または家族の第1希望の転院先へ移ることができていない。

(1) 転院制約要因を有する患者群は、有しない患者群と比べると、医師が転院を指示してから転院までに時間を要している

本調査では、制約要因を有する患者群は、そうでない患者群よりも、医師が転院を指示した日から転院日までの期間が、15.4日長かったという結果が得られている(表60)。これは、表8(p.48)の仮説7「転院制約要因を有する患者群は、制約要因を有しない患者群と比べると、医師が転院を指示してから転院までに時間を要している」を支持する結果といえる。

このような状況が生じている理由としては、転院先が制約要因を有する患者の受け入れ人数を制限していることがあり、転院先に申し込みをしてから転院までの期間が長くなっていることが考えられる。さらに、後述するように、こうした要因を有すると、転院先より受け入れを断られやすく、いくつかの病院・施設から断られた後に、ようやく転院先が見つかることもある。そのため、転院先を確保するまでに時間を要しやすく、結果的に医師が転院を指示した日から転院日までの期間が長期化することも考えられる。

転院までの待機日数については、いくつかの先行研究の中で言及されている。横田ら(1998)は、転院事例を短期ケースと長期ケースに分類した上で、受付～転院までの日数を算出している。それによると、短期ケースでは29日、長期ケースでは82日であったとしている。併せて、転院阻害要因と想定された8項目について、短期ケースと長期ケースを比較検討するも、有意差を認めた要因はMRSA保菌者のみであり、本調査の5つの転院制約要因とは異なるものである。ただし、転院先が制約(阻害)されやすい要因を有する割合が高いケース群ほど、在院日数が長期化しやすいという点は、本調査の結果と一致したものになっている。

また、恵濃ら(2009)が転院時FIMをもとに、「69点以下」群と「70点以上」群に分類し、最終的な転院先に転院依頼してから転院までの日数を転院待機日数とした上で、両

群の比較を行っている。それによると、「69点以下」群が 26.4 ± 20.2 日であったのに対して、「70点以上」群は 25.9 ± 15.1 日であり、ほとんど差がない（数値は平均±標準偏差）。ただし、上記の転院待機日数だけでなく、第1希望の転院先に転院依頼してから最終的な転院先に転院するまでの日数（調整日数）も比較しており、「69点以下」群の方が6.6日長かったという結果を得ている。本調査での医師が転院を指示した日から転院日までの期間と、恵濃ら（2009）の調整日数をほぼ同等のものであるとみなした場合、転院時FIMが低い群（本調査では転院制約要因を有する群がこれにあたる：表59参照）ほど、調整日数が長くなっている点では共通している。一方、本調査では、ADLレベルの低さを直接的な制約要因としては捉えておらず、その点は異なっている。

(2) 転院制約要因を有する患者群は、有しない患者群と比べると、病院・施設からの受け入れ不可の返答割合が高い

本調査では、制約要因を有する患者群は、そうでない患者群よりも、受け入れ不可の返答を受けいていた割合が、26.6%ポイント高かったという結果が得られている（表61）。これは、表8の仮説8「転院制約要因を有する患者群は、制約要因を有しない患者群と比べると、病院・施設からの受け入れ不可の返答割合が高い」を支持する結果といえる。

以下、上記内容と関連のありそうな先行研究を示した上で、本調査の結果との比較検討を行うこととする。木舟ら（1999）は、MRSAや気管切開を転院に支障をきたす要因とした上で、MSWからの紹介（問い合わせ）病院数を算出している。それによると、MRSA・気管切開とも行われていなかった症例群が2.50であったのに対して、MRSA症例群は5.0、気管切開症例群は3.57であったとしている。さらに、それに伴って、MSWによる連絡・調整数が、MRSA症例群や気管切開症例群で多くなっていたことを報告している。一方、本調査では、MSWからの紹介数や問い合わせ数は算出していない。ただし、受け入れ不可の返答を受ければ、必然的に紹介・問い合わせ数も増えてくることを考えると、木舟ら（1999）と同様の結果といえなくもない。

また、先述した恵濃ら（2009）も、転院受け入れ不可病院数の算出を行っている。それによると、転院時FIM「69点以下」群が 1.1 ± 2.0 であったのに対して、「70点以上」群は 0.3 ± 0.9 であり、有意差があったとしている（数値は平均±標準偏差）。本調査の結果と比較した場合、転院時FIMが低い群（本調査では転院制約要因を有する群がこれにあたる：表59参照）ほど、受け入れ不可の返答を受けやすいという点では共通している。ただし、先の(1)でも述べたように、本調査では、ADLの低さを直接的な制約要因としては捉えておらず、その点は異なっている。

(3) 転院制約要因を有する患者群は、有しない患者群と比べると、患者または家族の第1希望の転院先へ移ることができていない

本調査では、制約要因を有する患者群は、そうでない患者群よりも、患者または家族の第1希望の転院先へ移ることができていなかった割合が、30.0%ポイント高かったという結果が得られている（表62）。これは、表8の仮説9「転院制約要因を有する患者群は、制約要因を有しない患者群と比べると、患者または家族の第1希望の転院先へ移ることができていない」を支持する結果といえる。

本調査のフィールドである回復期リハビリテーション病棟は、疾患ごとで入院基本料の算定日数上限が定められているため、算定日数上限以内に転院することが基本になってくる。そのため、第1希望の転院先の待機日数が長い場合には、それ以外のところへ移ってもらうこともある。先の(1)でも述べたように、制約要因を有する患者は、転院先に申し込みをしてから転院までの期間が長くなりやすく、その結果第1希望の転院先へ移れない割合が高くなる。さらに、(2)でも述べたように、こうした要因を有すると、転院先より受け入れを断られやすいことも関連している考える。

(4)「保証人なし」を有する場合、それ以外の転院制約要因を有する場合と比べて、患者または家族の第1希望の転院先へ移ることができていない

本調査では、「保証人なし」や「経済的困難あり」といった社会経済的要因を有する場合、「行動障害を有する」や「転倒・転落対策を講じている」といった認知面に関わる要因を有する場合と比べて、患者または家族の第1希望の転院先へ移ることができていないことが示された(表63)。ただし、「医療行為を要する」との関係では、「経済的困難あり」のオッズ比の方が低かった。そのため、表8の仮説10『保証人なし』や『経済的困難あり』といった社会経済的要因を有する場合、医療的要因や認知面に関わる要因を有する場合と比べると、患者または家族の第1希望の転院先へ移ることができていない」は、今回の調査結果からは支持されない。

この点と関連がありそうな先行研究としては、高山ら(2014)をあげることができる。これは、日本医療社会福祉協会に所属する病院勤務ソーシャルワーカーを対象にした調査であり、ケース課題別にみたMSWと退院調整看護師の部署内協働の状況を示している。それによると、社会生活上の課題を持つ転院支援ケースを、退院調整看護師が担当している割合が2.4%であったのに対して、MSWが担当しているのは76.1%であった。つまり、社会経済的要因を有する患者支援の多くは、MSWによって行われている現状がうかがえる。

一方、MSWが転院支援を行うと、「患者と家族の気持ちを聞き、病状と照らし合わせながら転院を勧めていくことには時間がかかるため、病院にとっては不利益になる」(聖路加国際病院QI委員会2012)という声があるのも事実である。ただし、今回の調査では、社会経済的要因を有することで、転院先がより制約されていることを示す結果が得られており、この点には留意する必要がある。「社会経済的要因を有する患者支援の多くは、MSWによって行われている現状」(高山2014)を考えると、転院調整に時間を要することは、ある意味当然の結果といえるからである。

第2節 MSWによる転院制約要因を有する患者の早期把握とその効果——A 医療法人 B 病院でのアクションリサーチ(第6調査)

1. 調査目的

前節では、転院制約要因を有する患者は、転院までに時間を要しやすい傾向があることが示された。そのため、こうした患者に対しては、転院制約要因を有しない患者以上に、MSWが早期に関わる必要がある。そこで、本節では、実際にMSWによる転院制約要因の早期把握に向けた取り組みを行うことが、転院困難事例への有効な対処方略とな

るか否かを検証することを目的とした、アクションリサーチを実施する。

2. 調査対象・方法

(1) フィールド

調査フィールドは、A 医療法人 B 病院（回復期リハビリテーション病棟）である。今回同法人 B 病院（以下、B 病院）を選定した理由は、筆者と関わりの深いフィールドということもあり、現場介入しやすく、より詳細なデータ収集が可能になると考えたからである。

(2) 方法と対象

2009 年 4 月 6 日から、転院制約要因の早期把握を目的に、筆者と B 病院 MSW2 人が、同病院で行われている毎朝の申し送り・カンファレンスに参加することにした。併せて、以下の 2 つの取り組みを行った。①図 11 (p.233) を作成し、これに沿った情報収集を行う。②転院制約要因について、病棟・リハスタッフへ周知徹底を図り、新たな要因を確認し次第、MSW に報告してほしい旨を伝える。

さらに、B 病院の毎朝の申し送り・カンファレンス記録とカルテ・MSW 記録を用いて、転院制約要因を MSW が早期＝入院後 3 日以内に把握できている割合（以下、転院制約要因の早期把握率）を調査した。早期＝入院後 3 日以内は、篠田（2006）の記載に基づいて設定した。今回の取り組みを行う前（以下、取り組み前）の 2009 年 2 月 1 日～同年 3 月 31 日と、取り組みを行った後（以下、取り組み後）の 2009 年 6 月 1 日～同年 7 月 31 日の間に、転院制約要因を有していることが確認された入院患者データ（取り組み前 50 例、取り組み後 55 例）を集計した上で、上記割合に違いがあるかどうかを χ^2 検定によって分析した。

加えて、B 病院のカルテ・MSW 記録を用いて、以下の 2 点を調査した。①入院日から MSW が退・転院先選定に関わる面談を初めて行った日までの期間（入院当初は自宅退院を検討していたものの、その後転院へ転じる事例もあったため、ここでは、退・転院先選定に関わる面談を初めて行った日に注目した）。②患者または家族が第 1 希望にあげていた転院先へ移ることができた割合。①②については、2008 年 4 月 1 日～2009 年 3 月 31 日の転院患者 32 例（取り組み前）と、2009 年 4 月 6 日以降に入院し 2010 年 3 月 31 日までに転院した患者 27 例（取り組み後）のデータを集計した上で、t 検定や χ^2 検定によって取り組み前後の比較分析を行った。ただし、本調査は、転院困難事例への有効な対処方略に焦点を当てたものであることから、ここでの転院患者は、転院制約要因を有する患者に限定した。具体的には、全ての転院患者（取り組み前 118 例、取り組み後 126 例）から、急変・検査等の医学的理由で転院した患者（取り組み前 47 例、取り組み後 36 例）を除き、さらにそこから転院制約要因を有しない患者（取り組み前 39 例、取り組み後 63 例）を除外した。なお、統計分析を行う際には、SPSS Statistics ver.23 を使用した。

併せて、上記の取り組み前と取り組み後の対象者特性の異同を把握することを目的に、B 病院のカルテ記録より、対象患者の性別、性別、年齢、主病名、ADL レベル（入院時 FIM と転院時 FIM）、転院制約要因、在院日数、医師が転院を指示した日（＝最初の診療情報提供書・入所診断書が作成された日）から転院日までの期間、転院先に関わるデータを抽出し、取り組み前と取り組み後に分けて集計した。

ここでは、先行研究の検討と筆者の MSW 経験を踏まえて、次の 5 点を転院制約要因とした（表 57：p.228）。①医療行為を要する、②転倒・転落対策を講じている、③行動障害を有する、④経済的困難あり、⑤保証人なし。①～⑤以外にも様々な要因が考えられるが、本調査では、明確な評価基準が設定できる要因のみを選定した。

3. 調査結果

転院制約要因の早期把握率は、取り組み前が 58.0%（n=50）であった。一方で、取り組み後は 78.2%（n=55）まで上昇していた（表 64：p.234）。上記取り組みによって、MSW の転院制約要因の早期把握率が、20.2%ポイント上昇しており、一定の成果が得られたことがうかがえる。

入院日から MSW が退・転院先選定に関わる面談を初めて行った日までの期間は、取り組み前が平均 34.6 日（n=32）であったのに対して、取り組み後は 27.0 日（n=27）まで短縮していた（表 65：p.234）。ただし、 $p=0.16$ で、両値に有意差を認めなかった。

患者または家族が第 1 希望にあげていた転院先へ移ることができた割合は、取り組み前が 40.6%（n=32）であったのに対して、取り組み後は 70.4%（n=27）まで上昇していた（表 66：p.234）。上記取り組みによって、患者または家族が第 1 希望にあげていた転院先へ移ることができた割合が 29.8%ポイント上昇しており、一定の成果が得られたことがうかがえる。

次に、表 64、65 の対象患者の性別、年齢、主病名、入院時と転院時の FIM、転院制約要因、在院日数、医師が転院を指示した日から転院日までの期間、転院先を、取り組み前（n=32）と取り組み後（n=27）ごとに集計したものを、表 67（p.235）に示す。

それによると、性別と平均年齢は、取り組みと取り組み後で、ほとんど差がなかった。主病名は、取り組み後では、脳関連の疾患（脳梗塞+脳出血+くも膜下出血+その他脳関連の疾患）の割合が、取り組み前と比べて 17.8%ポイント高かった。一方、廃用症候群は、取り組み前の方が 20.2%ポイント高かった。入・転院時 FIM 平均は、入・転院ともに、取り組み前の点数が、取り組み後の点数をわずかに上回っていた。対象患者が有する転院制約要因の内訳をみると、全要因の中で占める割合が、取り組み後よりも取り組み前で上回っていたのは、行動障害を有するのみであった。

在院日数平均は、取り組み前よりも、取り組み後で 20.1 日短くなっていた。一方、医師が転院を指示した日から転院日までの期間の平均は、取り組み前が、取り組み後と比べて 21.5 日長くなっていた。なお、第 1 希望の転院先に移れた患者に限定しても、取り組み前が 68.6 日、取り組み後が 46.2 日と、同様の傾向であった。転院先は、取り組み前で、病院系（療養型病院+一般病院）の割合が相対的に高くなっていたのに対して、取り組み前では、施設系（老人保健施設+有料老人ホーム）の割合が高くなっていた。

4. 考察

上記結果を踏まえて、転院支援のプロセス指標とアウトカム指標の 2 つの観点から考察する。その後、本調査と関連のありそうな先行研究を示した上で、比較検討を行うこととする。

(1) 転院支援のプロセス指標とアウトカム指標

第1に、上記取り組みによって、転院支援のプロセス指標が改善していることである。実際に、MSWの転院制約要因の早期把握率が20.2%ポイント上昇しており、一定の成果が得られている(表64)。これは、表8(p.48)の仮説11「MSWによる転院制約要因の早期把握に向けた取り組みを行うことで、MSWの早期把握率がアップする」を支持する結果といえる。

さらに、入院日からMSWが退・転院先選定に関わる面談を初めて行った日までの期間も7.6日短縮しており、早期把握から早期介入へとつながっていることがうかがえる(表65)。ただし、取り組み前後の値に有意差はなく、表8の仮説12「MSWによる転院制約要因の早期把握に向けた取り組みを行うことで、MSWの介入時期が早まる」は、今回の調査結果からは支持されない。なお、有意差が出なかった理由としては、症例数の少なさ(取り組み前n=32、取り組み後n=27)が考えられる。そのため、もう少し長いスパンでの取り組み期間を設定し、必要な症例数を確保することができていれば、異なる結果になっていたのかもしれない。

第2に、上記取り組みによって、転院支援のアウトカム指標が改善していることである。実際に、患者または家族が第1希望にあげていた転院先へ移ることができた割合が、29.8%ポイント上昇しており、プロセス指標だけでなく、アウトカム指標にも影響を及ぼしていることがうかがえる(表66)。これは、表8の仮説13「MSWによる転院制約要因の早期把握に向けた取り組みを行うことで、患者または家族の第1希望の転院先へ移れる割合が高まる」を支持する結果といえる。

ただし、MSWが7.6日早く介入しただけで、これだけの成果が得られることに、違和感があるのも事実である。その原因として、医師が転院を指示した日から転院日までの期間(以下、転院待機日数)の違いがあると考えている。例えば、第1希望の転院先に移れた患者に限定しても、取り組み前と比べて、取り組み後の転院待機日数が22.4日短くなっている(表67)。転院待機日数が短ければ、それだけ第1希望の転院先へ移れる可能性が高まる。そのため、今回得られたアウトカム指標の改善程度は、この点を割り引いて考える必要がある。

(2) 先行研究との比較検討

先行研究を概観すると、退・転院支援のプロセスを見直し、早期介入を実現する方法を追求することで、在院日数の短縮化につながることを示す研究がいくつか存在している(小野沢ら2002; 段上ら2005; 宮川ら2007; 小島ら2014)。

小野沢ら(2002)は、急性期病院の5病棟で、①MSWが入院時に65歳以上の入院患者全員のベッドサイドに出向いて、退院時にサービスが必要になりそうなケースを積極的に把握する群(以下、介入群)と、②医師や看護師から依頼されて介入を開始する群(以下、非介入群)に分けて、在院日数や介護保険サービスにつながったケース数の比較を行っている。その結果、介入群は、非介入群と比べて、要支援者を把握するまでの日数が8.1日減少、さらに在院日数の短縮化につながっていることを確認している。本調査でも、積極的な取り組みによって、MSWの転院制約要因の早期把握率が上昇しており、支援の必要性が高い患者の早期把握が可能になったという点では一致している。

段上ら（2005）は、在院日数の短縮化を目的に、ケースワーク業務工程の見直しを行っており、入院から転院援助の必要性を医師に確認・把握するまでの日数等を短縮するために、以下の2つの取り組みを行っている。①従来すべての患者に行ってきた入院直後のアセスメント対象を、比較的高いと思われる65歳以上の患者に絞り込み、マンパワーの重点化・効率化を図る。②ケースワーカー自らが定期的な情報収集の機会を得るため、毎週行われている内科医カンファレンスに参加する。本調査では、フィールドが回復期リハビリテーション病棟ということもあり、日常的に全入院患者への介入が行われていたため、①は実施していない。しかし、②の定期的なカンファレンスへの参加は、本調査の取り組み内容と共通したものになっており、注目に値する。

宮川ら（2007）は、ディスチャージプランニング・スクリーニング票を用いることで、転院支援が必要な患者への早期介入を試みたものである。ここでは、調査結果から、入院日から介入日までの日数が短いほど、在院日数も短縮化する傾向であったことを踏まえて、「早期介入が必要と考えられた」と結論付けている。本調査でも、転院制約要因を早期把握するためのツール(図 11)を使用し、制約要因を有する患者への早期介入を試みており、この点では一致している。

小島ら（2014）は、MSW が救命救急センターのカンファレンスに週 2 回積極的に参加するとともに、心理・社会的なハイリスク要因を抱える患者を入院時に把握する試みを開始し、その効果を検証している。その結果、「相談件数は、カンファレンス参加前と比べて3倍に増加し、支援開始までの日数が有意に短縮した ($p=0.01$)」としている。さらに、「カンファレンス参加後の在院日数は、有意ではなかったが短縮する傾向にあった (15 日 vs 22 日、 $p=0.053$)」としている。本調査でも、転院制約要因の早期把握を目指す取り組みによって、入院日から MSW が退・転院先選定に関わる面談を初めて行った日までの期間が、有意ではないものの短縮傾向にあり、この点では一致している。

ただし、小野沢ら（2002）・段上ら（2005）・宮川ら（2005）・小島ら（2014）の取り組みが、在院日数の短縮化を主要な目標としているのに対して、本調査では、患者または家族側からみた効果指標（患者または家族の希望の転院先に移れること）をアウトカム指標に据えている点に、大きな違いがある。どちらの指標も、大事であることには変わりない。しかし、今後同様の調査研究を行う際には、在院日数といった病院側にとっての指標だけでなく、患者または家族側からみた効果指標も含めて、多面的に評価することが重要であると考える。

第 3 節 療養型病院・施設等が求める保証人の役割についての社会福祉協議会職員へのインタビュー調査（第 7 調査）

1. 調査目的

第 2 章第 7 節で述べたように、保証人問題が大きな問題へなりつつある。本章第 1 節（第 5 調査）でも、表 57 (p.228) の 5 つの転院制約要因を独立変数としたロジスティック回帰分析の結果、「保証人なし」のオッズ比が最も高く、患者の希望に沿った転院先に移ることができていない実態が示されている（表 63 : p.232）。

こうした状況下で、いくつかの社会福祉協議会（以下、社協）が、保証人に関わる一連の問題の解決に向けた取り組みを始めているという情報を得た。その最たるものが、三重

県の伊賀市社協の取り組みであり、厚生労働省の社会福祉推進事業に採択され、報告書としてまとめられている(伊賀市社会福祉協議会 2009;伊賀市社会福祉協議会 2010)。一方、愛知県内の養護老人ホームの生活相談員からは、常滑市社協が保証人の役割の一部を担うことで、保証人がいなくても、療養型病院・施設等で受け入れている実態があるという情報を入手した。

本節の目的は、これらの社協職員へのインタビュー調査を通じて、実際にどのような取り組みがなされているのかを把握し、保証人問題への有効な対処方略を示すことである。保証人がいない低所得患者の転院先が制約されている現状を打開するために、MSW としてどのようなアプローチが求められているのかを見出す端緒としたい。

2. 調査対象・方法

(1) フィールドと対象

調査フィールドは、伊賀市社協と常滑市社協の2つの社協である。本フィールドを選定した理由は、上述したように、これらの社協で、保証人問題の解決に向けた取り組みを行っているという情報を、事前に入手したためである。

調査対象者は、伊賀市社協の地域福祉部・権利擁護課長(現・地域福祉部・副部長)の田邊寿氏と常滑市社協の日常生活自立支援事業専門員の山下圭一氏である。両氏を選定した理由は、これら社協の中で、保証人問題に関する取り組みの主たる部分を担ってきた人であり、本テーマに精通していると考えたからである。

(2) 方法

調査方法は、インタビュー調査(田邊・山下両氏それぞれに1回ずつ実施)である。筆者が事前に用意した下記の質問項目に基づいて、筆者自身が、約1時間の半構造化面接を行った。調査実施期間は、2011年2月17日・23日の2日間である。

【質問項目】

- ①病院・施設の入院・入所の際に求められる保証人の役割を、社協または地域のサービス等を活用することで、スムーズな入院・入所につながる取り組みをされているようですが、具体的にその内容を教えて下さい。
- ②病院・施設が求める保証人の役割は、主に以下の6つが考えられますが、これらに対してどのように対処されていますか(またはどのような対処法を想定されていますか)?
(1) 医的侵襲行為(検査、投薬、注射、手術等)の同意、(2) 入院・入所費用の未収金に対する責任、(3) 身の回り支援(日用品の購入など)、(4) 次の転院先の確保、(5) 葬儀や遺留金品処理、および埋葬といった死後対応、(6) 緊急連絡先。
- ③上記6つ以外で、病院・施設から求められることがあれば、その内容を教えて下さい。

3. 調査結果

インタビュー調査から得られた結果は、表 68、69 (pp.236-239) に示した通りである。これらの内容について大まかに整理したものを、以下に示す。

第1に、保証人問題へ対処するために、伊賀市社協では、新たな事業(地域福祉あんしん保証事業)を立ち上げているのに対して、常滑市社協では、既存の事業(日常生活自立

支援事業)を最大限活用していることである。さらに、地域福祉あんしん保証事業が当時立ち上がったばかりということもあり、事業利用件数が0であるのに対して、常滑市社協では、すでに何例か支援ケースが存在している点にも違いがある。なお、こうした取り組みを始めたきっかけとして、「民生委員、行政・社協職員からの相談があった」(伊賀市社協)、「病院MSWからの相談があった」(常滑市社協)ことをあげている。

第2に、医的侵襲行為の同意について、田邊・山下両氏ともに、本人確認以外に方法がないと回答していることである。この点について、田邊氏は「どういう医療や手術を受けるかということは、一身専属の権利であるため、法的には保証人が決めることはできないというのが定説であり、今のところ本人確認してもらえない」と述べている。

第3に、入院・入所費用の未収金について、田邊・山下両氏ともに、既存の事業や制度の活用によって、未収金の予防が可能であると回答していることである。双方とも、借金がある場合には法的手続きを検討するとしており、この点でも、両氏の認識は一致している。さらに、日常生活自立支援事業を積極的に運用しており、迅速性を重視している点でも共通している。さらに、表68、69内には掲載していないが、調査を行っている中で、両氏が再三にわたって述べていたことがある。それは、「病院・施設側は、入院・入所費用の未収を最大の問題と捉えているのではないか」ということである。

第4に、身の回り支援について、田邊氏が事業・サービスでの対応をあげているのに対して、山下氏は基本的に病院・施設側に対応してもらおうことをあげており、両氏の考え方に違いがあることである。ただし、山下氏は「病院・施設側で対応してもらえない場合には、社協で対応することも考える」と付言している。

第5に、次の転院・施設入所先の確保について、田邊・山下両氏の回答内容に若干の違いがあることである。田邊氏は「MSWやケアマネジャー等と連携をとることで対応する」と答えているのに対して、山下氏は「病院・施設側で対応してもらおうようお願いしている」と述べている。

第6に、葬儀や遺留金品処理、埋葬といった死後対応について、田邊・山下両氏ともに、執行者がいなければ、社協が対応せざるを得ないと考えていることである。緊急連絡先でも同様であり、両氏とも社協(職員)が緊急連絡先になることをあげている。

4. 考察

上記結果を踏まえて、以下3点にまとめて考察する。

1点目は、病院・施設側が保証人を求める理由が、非常に多岐にわたっていることである。質問で提示した6つの理由の他にも、「施設・器物破壊に対する責任」、「他の入院・入所患者や職員を傷つけた場合の責任」と「ケアプランといった様々な書類へのサイン」の3つがあがっていた。ただし、これら全てが保証人でないとできないことなのか、逆に保証人がいれば磐石なものになり得るのかということ、答えは否である。

例えば、死後対応については、「死体の埋葬又は火葬を行う者がいないとき又は判明しないときは、死亡地の市町村長がこれを行わなければならない」(墓理法9条1項)となっている(小林2004)。つまり、法律的には、保証人や身寄りがいなければ、役所へ相談することによって、死後対応をお願いできることになっている。加えて、熊田(2016)は、「本人に万一のことがあったときの葬儀や残置物の引取りに対する備え」として、『死後事務

委任契約』の利用を考えるとという方法」があるとした上で、以下のように述べている。「このような契約がなされた場合、病院・施設は、本人がなしたこれらの契約を理解・了解することで、あえて身元保証人を求めることなく解決できるはずである」。

また、未収金については、仮に保証人がいたとしても、未収金回収が難しい事例が、少なくないことが想定される。なぜなら、生計を同一にしている家族が保証人になっているとすると、家族（世帯全体）もまた経済的に困窮している可能性が高いからである。このような場合、「保証人等を求めるのではなく、（中略）必要な場面で必要な制度を利用するための察知やコーディネートをどのようにするのか」（伊賀市社会福祉協議会 2009）が、問われていることはいうまでもない。事実、成年後見センター・リーガルサポート（2014）が全国の病院・施設等を対象に行った調査で、「身元保証人等がいた場合であっても、問題が解決しなかった」ことを尋ねており、「入院費・施設等利用料の支払を挙げるものが最も多」かったとしている。

さらに、医的侵襲行為の同意についても、同様のことがいえる。確かに、「医療慣行としては、本人が同意できない場合に家族が同意することにより、当該医療行為は正当化されるとする考え方がほぼ定着している」（小賀野 2015）。一方、「法的には、家族の同意を認める実定法上の規定はなく、判例も確立していない」（同上 2015）というのが通説である。そのため、仮に家族が保証人になっていたとしても、法的な問題から完全に免れることは難しいのが現状である。

2点目は、山下氏の話から、日常生活自立支援事業の弾力的な活用や、社協が緊急連絡先と死後対応の執行者（親族不在時のみ）になることで、保証人問題の解決につながっている事例の存在が示されたことである。病院・施設側が保証人を求める理由が、多岐にわたる一方で、その中でも何が主因なのかを把握することは、保証人問題を解決していく上で重要な視点であると考えられる。さらに、調査を行っている中で、田邊・山下両氏は、「病院・施設側は、入院・入所費用の未収を最大の問題と捉えているのではないか」ということを、何度も述べている。

この点を実証したものとしては、林ら（2014）をあげることができる。ここでは、回復期リハビリテーション病棟・療養病床・老人保健施設のMSWを対象に、「保証人にどの程度の役割を求めているのか」を、項目ごとに尋ねている。その結果、「とても求めている」の割合が、最も高い項目は緊急連絡先、次いで死後対応、入院・入所費用に対する責任の順であった。これによって、入院・入所費用に対する責任が、最大要因ではないかという仮説は棄却された。ただし、緊急連絡先、死後対応、入院・入所費用に対する責任の3つが主因であるという点は、本調査の結果と一致している。

さらに、病院・施設側が保証人を求める理由が、非常に多岐にわたっていることは、上述した通りである。しかし、全てに対応しなくても、保証人不在者を受け入れている病院・施設が、存在しているのも事実である。現に、常滑市社協の取り組みでも、身の回り支援や次の転院・施設入所先の確保は、病院・施設側で対応してもらうようお願いしている。このことは、転院支援を行う際に、緊急連絡先と死後対応、および入院・入所費用に対する責任の3要因への対応方法を見出すことができれば、保証人不在者であっても、受け入れてもらえる可能性が高まることを示唆している。

3点目は、保証人問題の解決に向けた働き掛けが、MSWに求められていることである。

今回の調査を通して感じたことであるが、日常生活自立支援事業一つとっても、かなりの地域格差がある。伊賀市社協や常滑市社協のように積極的な運用をしているところがある一方で、「待機者が多く、契約までに3ヶ月ぐらいかかる」、「緊急性に応じた対応は行っていない」等、利用希望に速やかに応えることができていない社協が存在するのも事実である。MSWとして、こうした社協に対して、改善に向けた働き掛けをしていくことが不可欠だといえよう。

常滑市社協が取り組みを始めたのも、「ある病院 MSW より、『保証人がいない患者が緊急入院したが、転院先が見つからない。どうしたらいいのか』という相談を受けた」ことがきっかけであった。また、筆者の周辺でも、MSW による地道な働き掛けによって、保証人不在者を受け入れ始めた老人保健施設があると聞いている。保証人問題の厳しい実情をよく知っている MSW が、先頭になって改善に向けて動かなければ、いつまでたっても状況が変わることはないと思う。

第7章 総括——MSWによる効果的な退・転院支援の実現に向けて

ここまで、MSWによる退・転院支援の質をいかに向上させていくのかという観点から、医療現場の実態やそこで生じている問題の構造を実証的に検討しつつ、それをもとにMSWの効果的な退・転院支援のあり方を示してきた。以下に、第1章～第6章の大まかな内容を示す。

第1章では、昨今の医療・介護情勢を踏まえて、本研究の目的を示した上で、目的を達成するために3つの研究課題を設定した。第2章では、本研究を始めるにあたって、文献等から基本的な事実を確認し、その動向を把握する作業を通じて、問題意識の明確化を図るために、退・転院支援についての先行研究の検討を行った。さらに、先行研究の論点を整理し、現段階での到達点を示した上で、これらの研究課題を整理しつつ、本研究における調査枠組みと論理モデルおよび仮説を提示した。第3章では、第2章で示した調査枠組み等に基づいて、本研究で実施する7つの調査をどのように具現化していくのかという視点から、各調査の具体的内容や相互関係を中心とした調査計画を示した。第4章では、患者と家族の退・転院先の意向の異同に着目した2つの調査（第1・2調査）を行い、これらの意向に関わる要因を示すとともに、両者の合意形成に向けたMSW支援のあり方を検討した。第5章では、自宅退院後の患者と家族の不安・困り事に着目した2つの調査（第3・4調査）を行い、退院計画上の問題点を把握するとともに、退院計画の質を高めるために必要なMSWの役割について検討した。第6章では、転院制約要因に着目した3つの調査（第5・6・7調査）を行い、転院制約要因を有することで生じる困難性を示すとともに、こうした困難性を軽減するために、MSWとしてどのような取り組みが求められているのか検討した。

本章の第1節では、本研究で行った7つの調査（以下、第1調査～第7調査）のまとめをしつつ、本研究で設定した仮説（第2章第8節）の検証状況を確認する。第2節では、研究課題（第1章）の達成状況と本研究で得られた新たな知見を示す。第3節では、第1章～第6章の内容を踏まえて、総合的考察を行い、MSWによる効果的な退・転院支援を実現するための方略を提示する。第4節では、本研究の意義と今後の課題について述べる。

第1節 第1調査～第7調査のまとめと仮説の検証

本節では、第4～6章で行った第1調査～第7調査の内容と結果を総括する。その上で、それぞれの調査の意義と限界について述べる。さらに、第2章第8節で設定した全ての仮説の検証状況を示す。

1. 第1調査のまとめ

第1調査では、A医療法人B病院（以下、B病院）のMSW・カルテ記録を用いた量的調査を行った。パイロット調査では、B病院から退・転院した事例（n=26）を対象に、臨床倫理4分割法（Jonsen et al.=2006）に基づいて、MSW・カルテ記録より、患者と家族の退・転院先の意向に関わるデータを抽出・整理した。さらに、その内容等を踏まえて、本調査（量的調査）で使用する15の要因を選定した。本調査では、患者と家族の退・転院先の入院時意向および入院1ヶ月時意向の推移を調べた（n=160）。さらに、患者と家族の退・転院先の入院時意向（患者：n=182、家族：n=204）および入院1ヶ月時意向（患者：n

=162、家族：n=183) とそれらに関わる要因との関連を調べるために、Mann-Whitney の U 検定と χ^2 検定を行った。その後、有意差を認めた要因を独立変数、患者と家族の退・転院先の入院時意向または入院 1 ヶ月時意向を従属変数とした、重回帰分析を行った。加えて、B 病院の MSW・カルテ記録より、家族アプガー（長嶺 1989；山田 1997）や家族の協力度（堀口ら 2013）を抽出した上で、それらと家族形態の関連を調べるために、Mann-Whitney の U 検定と χ^2 検定を行った。

第1調査の主な結果は、以下の4点である。①家族は患者本人と比較して、多様な視点から退・転院先を検討している。②家族の退・転院先の意向は、患者の意向と比べて変動しやすい。③同居配偶者（内縁関係を含む）がいると、家族機能（家族アプガー：詳細は第4章第1節参照）が高く、積極的な関与があるために、患者と家族の退・転院先の意向ともに自宅になりやすい。④患者と家族の退・転院先の意向とも、同居子や別居子の有無との関連はみられない（同居子と別居子ともに、大学生・高校生・中学生・小学生および小学生未満の子は含めていない）。

第1調査の意義は、患者と家族の退・転院先の意向が、どのような時に異同が生じるのか、さらに両者の意向に関連する要因が及ぼす影響について、定量的かつ総合的に示すことができた点にあると考える。加えて、時間の経過による変動や家族形態による影響力の違いを示したことは、効果的な退・転院支援や患者と家族への有用な意思決定支援のあり方を検討する際の重要な知見になり得るものだと考える。特に、「家族を理解し、援助を考えるために必要なのは、具体的な現象に目を向け、そこに家族の普遍化できる構造的特徴を見つけることである」（団 2013）という指摘がある中で、家族形態による影響力の違いを示したことには意義があると考えられる。

第1調査の限界は、患者本人の退・転院先の意向に関連する要因を、十分に捉えることができていない可能性があることである。患者の意向を従属変数とした重回帰式の R^2 （決定係数）が 0.11~0.19、調整済み R^2 が 0.08~0.15 にとどまっていたのに対して、家族の意向を従属変数とした重回帰式の R^2 は 0.40~0.42、調整済み R^2 は 0.37~0.39 であったためである（表 26~29：pp.188-190）。今後は、質的調査等を通じて、患者本人の退・転院先の意向に関わる主観的側面や表面化されにくい潜在的な要因を探ることが、課題であると考えられる。加えて、家族の退・転院先の意向は、患者の意向と比べて、時間の経過とともに変動しやすく、とりわけ自宅意向が強まる傾向が確認されたものの、その間の MSW の関わりがどのような影響を及ぼしているのかまでは示すことができていない（表 19:p.181）。この点についても同様に、質的調査等を行い、詳細に実態を把握することが、今後の課題であると考えられる。

2. 第2調査のまとめ

第2調査では、A 医療法人 B 病院（以下、B 病院）の MSW・カルテ記録を用いた質的調査を行った。具体的には、「患者と家族の退・転院先の入院時意向が異なった事例」（n=10）と「患者の退・転院先の入院時意向が把握できなかった事例」（n=14）をもとに、臨床倫理 4 分割法に基づいて、患者と家族の退・転院先選定に関わるデータを、入院時から退・転院時までの意思決定の経緯やプロセスに沿った形で収集し分析を行った。

第2調査の主な結果は、以下の2点である。①「患者と家族の入院時意向が異なった事例」

群では互いの意向が影響を及ぼし合っているが、「患者の入院時意向が把握できなかった事例」群の半数は入院時以降の意向も把握できず、家族の意向のみで退・転院先が選定されている。②退・転院先の選定には、患者のADLレベルや介護条件だけでなく、「患者と家族の関係不良」や「家族には迷惑を掛けたくない介護者の思い」も影響を及ぼしている。

第2調査の意義は、「患者と家族の入院時意向の異なった事例」と「患者の入院時意向が把握できなかった事例」に焦点を当てたものではあるものの、これらの事例の共通点と相違点を示しつつ、身体的要因にとどまらず、心理的・社会的要因も含めた総合的な要因を示すことができた点にあると考える。患者と家族の意向や意思決定等についての先行研究を概観する限り、患者と家族の退・転院先の意向に関わる要因が、十分に検討されているとは言い難いからである。さらに、林（2011）は、これまでのソーシャルワークにおける実践研究を整理し見えてきた課題を、以下のように述べている。「自己決定だけでは解決しえない事象への視点が不足しており、この点については議論する必要があるのではないだろうか」。そのため、患者と家族の共同決定または家族の意向によって、退・転院先が選定されている現状を示すことができた点に、本調査の意義があると考えられる。まずは、患者本人の「自己決定だけでは解決しえない事象」の実態分析を行うことが、その後の議論の発展に寄与すると思われるからである。

第2調査の限界は、患者と家族の相互作用といった、家族システム内の力動や変化の分析が十分でないことである。本調査では、患者が家族への遠慮から意向を切り替えている、または患者の意向を受けて家族の意向が変動している可能性があることが示されており、患者と家族の意向がそれぞれ変動することによって、両者の意向のズレが次第に解消されていっていると読み取れなくもない。一方で、ほぼ全ての事例で、家族の最終的な意向が退・転院先になっていることから、家族の意向が患者の意向に大きな影響を及ぼしている可能性も考えられる。今後は、更なる調査を通じて、患者と家族の合意形成に至るまでの過程をより詳細に把握することが、課題であると考えられる。

3. 第3調査のまとめ

第3調査では、A医療法人B病院（以下、B病院）からの自宅退院事例を対象にした量的調査を行った。具体的には、自宅退院後3ヶ月経過した時点で患者宅へ訪問し、構造化された質問紙を用いた面接調査（以下、自宅退院後調査）を実施した。さらに、退院計画チームが評価していた以外の自宅退院後の患者と家族の不安・困り事（以下、退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事）の有無、医療・介護サービス計画の変更箇所数、退院計画に対する患者の満足度、自宅退院後の患者の生活満足度増減等を変数とした、重回帰分析を行った（ $n=112$ ）。

さらに、補足的に、自宅退院後調査の結果を受けて、退院計画の中で果たしているMSW部門の役割の現状と課題に、どのような変化が生じるのかを検証するための分析を行った。具体的には、上記の自宅退院後調査に関わったB病院のMSW2人を対象とし、高山（2012）が作成した「保健医療ソーシャルワークプログラム事例分析：ワークシート」に基づいて、退院計画の中で果たすMSW部門の役割の現状と課題に、どのような変化が生じたのかを分析した。

第3調査の主な結果は、以下の3点である。①退院計画チームが評価していた以外の不

安・困り事があると、医療・介護サービス計画の変更が生じやすい。②退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事や医療・介護サービス計画が生じると、退院計画に対する患者の満足度が低下しやすい。③退院計画に対する患者の満足度が低いと、自宅退院後の患者の生活満足度が低下しやすい。

第3調査の意義は、退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事の発生、および医療・介護サービス計画の変更といったプロセスの不備が、退院計画に対する患者の満足度や自宅退院後の患者の生活満足度といったアウトカムの低下につながっている、一連の流れを示すことができた点にあると考える。より具体的にいえば、支援プロセスの適切性が、患者アウトカムに及ぼす影響を、実証データに基づいて示すことができた点に、本調査の意義があると考えられる。

第3調査の限界は、退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事の有無を、評価漏れの有無とした点である。こうした不安・困り事の中には、事前に評価することが困難なものも含まれており、全てが評価漏れと言い切れないからである。さらに、今回の調査を通じて、自宅退院後3ヶ月時点までの患者と家族の不安・困り事を捉えることはできたが、その後の動向を把握できていない。そのため、今後同様の調査を行う際には、中長期的かつ経時的な調査の実施を検討する必要があると考える。自宅退院後の患者と家族の不安・困り事が、中長期的な時間の流れの中で、どのように推移・変化するのかを把握することは、MSWに必要な「中長期的な視点を含めたアセスメントの実施」のための能力を獲得する上でも、不可欠だと思われるからである。

4. 第4調査のまとめ

第4調査では、A医療法人B病院（以下、B病院）より自宅退院したにもかかわらず、短期間（3ヶ月以内）で再入院に至った事例を対象にした質的調査を行った。具体的には、患者または家族と再入院時に関わっていたケアマネジャーへのインタビュー調査等を通して、調査協力が得られた事例（n=9）についてのデータ収集を行った上で、佐藤（2008）の質的データ分析法に基づいて分析した。

第4調査の主な結果は、以下の2点である。①再入院に至った主な理由は、(i)退院計画の不備（病院職員の説明不足等）、(ii)自宅退院後のケア体制の不備、(iii)患者本人に起因するもの、(iv)家族に起因するもの、(v)不慮の出来事である。②再入院の理由や経過に対する患者または家族側の認識は、患者本人に関わる要因（生活習慣、体調・病状、ADL・IADL等）へ向きやすいのに対して、ケアマネジャー側の認識は患者を取り巻く環境要因（家族の状況や思い、周囲のケア体制、住環境等）へ向きやすいことが起因となって、両者の認識に異同が生じている。

第4調査の意義は、再入院に至った主な理由とその経過の詳細を示すことができた点にある。これらの内容を踏まえて、再入院のリスク要因を捉えることで、より適切な退院計画の作成や自宅退院支援力の向上の足掛かりになると考えるからである。さらに、これまでのわが国の再入院に関わる先行研究の中に、患者または家族側とケアマネジャー側の認識に注目した調査を実施しているものは見当たらず、両者の認識の異同を構造的に示すことができた点に、本調査の意義があると考えられる。

第4調査の限界は、9事例と限られた数にとどまってしまったことである。今回の再入

院事例の調査には、困難が伴ったのも事実である。とりわけ患者または家族側に、再入院という大変なイベントの後に調査に応じてもらわなければならない、調査同意が得られにくかったといえる。

5. 第5調査のまとめ

第5調査では、A医療法人B病院（以下、B病院）のMSW・カルテ記録を用いた量的調査を行った。具体的には、B病院から転院した事例（ $n=503$ ）を対象に、転院制約要因の有無とその影響を受けることが予想される項目との関連を調べるために、 t 検定と χ^2 検定を行った。さらに、表57（p.228）で示した5つの転院制約要因それぞれの影響力を調べるために、これらの要因等を変数とした、ロジスティック回帰分析を行った。

第5調査の主な結果は、以下の4点である。①転院制約要因を有する患者群は、有しない患者群と比べると、医師が転院を指示してから転院までに時間を要している。②転院制約要因を有する患者群は、有しない患者群と比べると、病院・施設からの受け入れ不可の返答割合が高い。③転院制約要因を有する患者群は、有しない患者群と比べると、患者または家族の第1希望の転院先へ移ることができていない。④患者または家族が第1希望に移れたかどうかを従属変数、5つの転院制約要因を独立変数とするロジスティック回帰分析の結果、「保証人なし」のオッズ比が最も高い。

第5調査の意義は、転院までのプロセスとアウトカムの2つの側面から、転院制約要因を有する患者群と有しない患者群を比較することで、制約要因がどのような影響をおよぼしているのかを、定量的に示すことができた点にあると考える。転院制約要因の影響を量的に示していく作業は、転院困難事例に対する効果的な支援のあり方を検討する上で、欠かせないものであると思われるからである。

第5調査の限界は、様々な転院制約要因が考えられる中、評価基準が設定可能な要因のみを使用して、分析したことである。そのため、量的に測りやすい要因だけではなく、測りにくくとも重要な要因にも注目し、質的調査等を通じて実態を捉えていくことが、今後の課題であると考えている。

6. 第6調査のまとめ

第6調査では、MSWによる転院制約要因を有する患者の早期把握に向けた取り組み（毎朝の申し送り・カンファレンスに参加する中での積極的な情報収集）をすることで、どのような効果があるのかを、各種指標を用いて検証するためのアクションリサーチを行った。効果については、取り組みを行う前（ $n=50$ または $n=32$ ）と行った後（ $n=55$ または $n=27$ ）のデータを、 t 検定と χ^2 検定を用いて比較分析することで、その検証を行った。

第6調査での主な結果は、以下の2点である。①MSWによる転院制約要因の早期把握に向けた取り組みによって、MSWの早期把握率がアップする。②上記取り組みによって、患者または家族の第1希望の転院先へ移れる割合が高まる。

第6調査の意義は、転院制約要因を有する患者の早期把握に向けた取り組みの有効性を、示すことができた点にあると考える。これまでの先行研究の中でも、「医療ソーシャルワーカーがジレンマを抱えやすい転院支援に焦点を当て、転院支援について実証的な方法によって明確にして」（植木 2013）いく必要性が指摘されているからである。さらに、転院支

援の効果を検討する際には、これまでよく用いられていた在院日数だけでなく、患者または家族側からみた効果指標（患者または家族の第1希望の転院先へ移れたかどうか）を含めて検討する必要性を示すことができた点に、本調査の意義があると考えられる。

第6調査の限界は、症例数不足により、十分な分析が行えなかった可能性が否めない点である。加えて、第3の要因（医師が転院を指示した日から転院日までの期間）を考慮した調査設計がなされていなかったことで、結果的に上記取り組みによる成果の一部が、過大評価になってしまっている点も否めない。こうした問題点を克服するためには、改めて症例数を十分に確保できるような調査設計を行い、その上で第3の要因を含めた多変量解析を行うことが不可欠であり、今後の課題としたい。

7. 第7調査のまとめ

第7調査では、保証人問題に先進的に取り組んでいる社会福祉協議会（以下、社協）の職員を対象にした質的調査を行った。具体的には、伊賀市社協の田邊寿氏と常滑市社協の山下圭一氏へのインタビュー調査を通して得られた結果に基づいて分析した。

第7調査の主な結果は、以下の2点である。①療養型病院・施設等が保証人に求める役割は多岐にわたっているが、主なものは緊急連絡先、死後対応と入院・入所費用に対する責任である。②保証人問題の解決方略として、社協や日常生活自立支援事業の改善に向けた働き掛けをあげることができる。

第7調査の意義は、先進的な取り組みをしている社協職員へのインタビュー調査を通して、保証人問題の全体像を把握するとともに、主にどのような要因によって、問題が生じているのかを示すことができた点にあると考えられる。今後、「単身急増社会」（藤森 2010）によって、保証人不在者の増加が予想されているにもかかわらず、保証人問題の解決に向けた取り組みが一部の地域にとどまっている現状を考えると、更なる研究が求められている問題だといえるからである。

第7調査の限界は、2社協の調査データのみを用いていることである。そのため、今回得られた結果を、単純に普遍化できないことには、留意する必要がある。社協側に、そこまでの役割を担う熱意と力量があるかどうかとも問われてくるため、地域によっては普及させにくい取り組み内容といえなくもないからである。今後は、保証人不在者の受け入れ側である病院・施設の保証人不在者に対する不安に注目していくとともに、それを軽減するためのより普遍的な方法を検討・開発していくことが、課題であると考えられる。

8. 仮説の検証状況

表8（p.48）は、本研究で設定した仮説を一覧にまとめたものである。個々の仮説検証は、各調査の考察で行ったが、以下全ての結果をまとめて示していくこととする。

(1) 第1調査の仮説

第1調査で、患者と家族の退・転院先の意向に関連する要因の抽出を試みた結果、患者の退・転院先の意向と比較して、家族の退・転院先の意向で、より多くの関連要因が確認された（表26～29：pp.188-190）。これは、家族は患者と比べて、より多くの要因をもとに、退・転院先を検討していることを示しており、仮説1「家族は患者本人と比較して、

多様な視点から退・転院先を検討している」を支持する結果といえる。

さらに、患者と家族の退・転院先の入院時意向および入院1ヶ月時意向の推移を分析した結果、「不変」の割合は、患者の意向に比して、家族の意向で低くなっていた。一方で、患者の意向では、「自宅以外へ増加」の割合が「自宅へ増加」の割合を上回っていたのに対して、家族の意向では、「自宅へ増加」の割合が「自宅以外へ増加」の割合を上回っていた。これは、家族の退・転院先の意向は、患者の退・転院先の意向と比べて、時間の経過とともに「自宅へ増加」しやすい傾向にあり、意向自体も変動しやすいことを示しており、仮説2「家族の退・転院先の意向は、患者の退・転院先の意向と比べて変動しやすい」を支持する結果といえる。

加えて、患者と家族の退・転院先の意向と家族形態に関連があるかどうかの分析を行った結果、患者の入院1ヶ月時意向、および家族の入院時と入院1ヶ月時意向に関連する要因として、同居配偶者の有無が抽出され、同居配偶者がいると、退・転院先の意向として自宅退院を表明しやすくなっていた(表27~29: pp.188-190)。さらに、同居配偶者がいると、家族機能が高く、積極的な関与がみられた(表30、31: p.191)。一方、同居子や別居子の有無については、関連要因として抽出されなかった(表21~24: pp.183-186)。以上の結果は、同じ家族であっても、同居配偶者の存在は患者と家族の退・転院先の意向に影響を及ぼすが、同居子や別居子はこれらの意向に影響を及ぼさないことを示している。これは、仮説3「患者と家族の退・転院先の意向において、配偶者と子では異なる影響を及ぼしている」を支持する結果といえる。

(2) 第3調査の仮説

第3調査で、自宅退院後の患者と家族の生活状況を確認した結果、退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事があった場合に、医療・介護サービス計画の変更箇所数が多くなっていた(表41: p.204)。これは、仮説4「退院計画チームが評価していた以外の自宅退院後の患者と家族の不安・困り事があると、医療・介護サービス計画の変更が生じやすい」を支持する結果といえる。

さらに、退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事があつたり、医療・介護サービス計画の変更箇所数が多くなつたりした場合に、退院計画に対する患者の満足度は低下傾向にあつた(表42: p.204)。これは、仮説5「退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事や医療・介護サービス計画の変更が生じると、退院計画に対する患者の満足度が低下しやすい」を支持する結果といえる。

一方で、退院計画に対する患者の満足度が低くなつた場合に、自宅退院後の患者の生活満足度は低下傾向にあつた(表43: p.205)。ただし、仮説6「退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事や医療・介護サービス計画の変更が生じたり、退院計画に対する患者の満足度が低くなつたりすると、自宅退院後の患者の生活満足度が低下しやすい」に反して、退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事の有無と医療・介護サービス計画の変更箇所数は有意差を認めなかった。そのため、仮説6は、今回の調査結果からは支持されない。

(3) 第5調査の仮説

第5調査で、転院制約要因を有する患者群と有しない患者群の比較分析を行った結果、有する患者群の医師が転院を指示した日（＝最初の診療情報提供書・入所診断書が作成された日）から転院日までの期間が有意に長くなっていた（表60：p.231）。これは、仮説7「転院制約要因を有する患者群は、有しない患者群と比べると、医師が転院を指示してから転院までに時間を要している」を支持する結果といえる。

また、転院制約要因を有する患者群は、そうでない患者群よりも、受け入れ不可の返答を受けいていた割合が有意に高くなっていた（表61：p.231）。これは、仮説8「転院制約要因を有する患者群は、有しない患者群と比べると、病院・施設からの受け入れ不可の返答割合が高い」を支持する結果といえる。

加えて、転院制約要因を有する患者群は、そうでない患者群よりも、患者または家族の第1希望の転院先へ移ることができていなかった割合が有意に高くなっていた（表62：p.231）。これは、仮説9「転院制約要因を有する患者群は、有しない患者群と比べると、患者または家族の第1希望の転院先へ移ることができていない割合が高い」を支持する結果といえる。

さらに、ロジスティック回帰分析を行った結果、「保証人なし」や「経済的困難あり」といった社会経済的要因が、「行動障害を有する」や「転倒・転落対策を講じている」といった身体的要因よりも、オッズ比が高くなっていた（表63：p.232）。しかし、「医療行為を要する」のオッズ比は、「経済的困難あり」よりも高くなっていた。そのため、仮説9「『保証人なし』や『経済的困難あり』といった社会経済的要因を有する場合、医療的要因や認知面に関わる要因を有する場合と比べると、患者または家族の第1希望の転院先へ移ることができていない」は、今回の調査結果からは支持されないといえる。

(4) 第6調査の仮説

第6調査で、MSWによる転院制約要因の早期把握に向けた取り組み前と後の比較分析を行った結果、取り組み後の制約要因の早期把握率は有意に上昇していた（表64：p.234）。これは、仮説11「MSWによる転院制約要因の早期把握に向けた取り組みによって、MSWの早期把握率がアップする」を支持する結果といえる。

さらに、入院日からMSWが退・転院先選定に関わる面談を初めて行った日までの期間は、取り組み前と比べて、取り組み後に短縮していた（表65：p.234）。ただし、取り組み前後の値に有意差を認めなかった。そのため、仮説12「MSWによる転院制約要因の早期把握に向けた取り組みによって、MSWの介入時期が早まる」は、今回の調査結果からは支持されないといえる。

加えて、患者または家族が第1希望にあげていた転院先へ移ることができた割合は、取り組み前と比べて、取り組み後は有意に上昇していた（表66：p.234）。これは、仮説13「MSWによる転院制約要因の早期把握に向けた取り組みによって、患者または家族の第1希望の転院先へ移れる割合が高まる」を支持する結果といえる。

第2節 研究課題の達成状況と新たな知見

本節では、これまでの内容を踏まえて、以下の2つの視点から小括する。第1に、第1

章第2節で設定した本研究の課題の達成状況を把握する。第2に、本研究で得られた新たな知見を示す。

1. 研究課題の達成状況

本研究の課題は、以下の3点である（詳細は第1章第2節「2. 本研究の目的と課題」参照）。①患者と家族の退・転院先についての合意形成が困難な事例の実態を示す。②自宅退院後の患者と家族が有している不安・困り事の実態を示す。③転院困難患者が抱えている問題の構造とそれへの対処方略を示す。

①の患者と家族の退・転院先についての合意形成が困難な事例の実態については、第1・2調査の中で示されている。第1調査では、患者と家族の立場や家族形態の違いによって、退・転院先の意向に異同が生じているという結果が得られている。具体的には、以下の2点である。①家族は患者と比べて、多様な視点で退・転院先を検討しており、家族の退・転院先の意向は、患者の意向と比べると変動しやすい。②同居配偶者がいる場合、患者と家族ともに自宅退院の意向になりやすい。一方、同じ家族であっても、同居子や別居子の存在は、これらの意向に影響を及ぼさない。さらに、第2調査では、退・転院先の意向調整が難しいとされている「患者と家族の退・転院先の入院時意向が異なった事例」と「患者の退・転院先の入院時意向が把握できなかった事例」に特化した調査を行い、以下の結果が得られている。患者と家族が退・転院先を選定するプロセスでは、患者のADLレベルや介護条件だけでなく、家族関係や介護者の思いといった多様な要因が影響を及ぼしている。以上の内容を踏まえて、MSWとして、患者と家族の退・転院先の意向をアセスメントすることで、両者の合意形成が困難な事例に対しても、効果的な意向調整や意思決定支援が可能になると考える。

②自宅退院後の患者と家族が有している不安・困り事の実態については、第3・4調査の中で示されている。第3調査では、退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事や医療・介護サービス計画の変更があると、間接的ではあるものの、自宅退院後の患者の生活満足度に影響を及ぼしているという結果が得られている。具体的には、以下の2点である。①退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事があったり、医療・介護サービス計画の変更が生じたりすると、退院計画に対する患者の満足度が低下しやすい。②退院計画に対する患者の満足度が低いと、自宅退院後の患者の生活満足度が低下しやすい。第4調査では、自宅退院後の不安・困り事の典型例として、「短期間で再入院に至った事例」を取り上げて調査を行い、以下の結果が得られている。再入院に至った主な理由とその経過の中で、病院職員の説明不足といった退院計画の不備、および患者または家族側の認識とケアマネジャー側の認識の異同が生じている。医療現場でも、今回得られた結果をもとに、支援プロセスの重要性を訴えることで、従来の退院計画やMSWによる自宅退院支援をより良いものへと見直す契機になり得ると考える。

③転院困難患者が抱えている問題の構造とそれへの対処方略については、第5・6・7調査の中で示されている。第5調査では、転院制約要因を有していることで、医師が転院を指示してから転院までに時間を要し、病院・施設からの受け入れ不可の返答割合が高いため、患者または家族が希望する転院先へ移ることができていないという結果が得られている。第6調査では、第5調査の結果を受けて、MSWが転院制約要因を早期把握するた

めの取り組みを行うことで、患者または家族が希望する転院先へ移ることができていない割合の低減につながるという結果が得られている。第7調査では、転院困難患者の典型例である保証人問題を取り上げて調査を行い、以下の結果が得られている。療養型病院・施設等が保証人に主にどのような役割を求めているのかを把握しつつ、社会福祉協議会や日常生活自立支援事業の改善に向けた働き掛けをすることが、保証人問題の解決方略になり得る。以上の内容を踏まえて、MSWとして、転院制約要因によって生じる困難性のメカニズムを押さえた対処方略をとることで、効果的な転院支援が可能になると考える。

さらに、以上の内容を振り返ると、第1調査～第7調査で得られた結果はいずれも、MSWによる効果的な退・転院支援につながるものであることがうかがえる。表70 (p.127) は、第3章第2節で示した第1～7調査の各調査の相互関係を示した表11 (p.60) の枠組みに沿って、第1調査～第7調査の結果を整理したものである。

表 70 本研究における第 1 調査～第 7 調査の結果の位置づけ

【本研究の調査目的】

MSW による退・転院支援に関わる医療現場等の実態を量的・質的の両側面から示しつつ、一部にアクションリサーチを取り入れることで、MSW の効果的な退・転院支援のあり方を見出す。

	【入院中】	【退・転院時またはその後の状況】	【特殊事例】	
自宅退院	<p>【第 1 調査の結果】</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者と家族の立場や家族形態の違いによって、退・転院先の意向に異同がある。具体的には、以下の 2 点である。①家族は患者と比べて、多様な視点で退・転院先を検討しており、家族の退・転院先の意向は、患者の意向と比べると変動しやすい。②同居配偶者がいる場合、患者と家族ともに自宅退院の意向になりやすい。 <p>【第 2 調査の結果】</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者と家族が退・転院先を選定するプロセスでは、患者の ADL レベルや介護条件だけでなく、家族関係や介護者の思いといった多様な要因が影響を及ぼしている。 	<p>【第 3 調査の結果】</p> <ul style="list-style-type: none"> 退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事や医療・介護サービス計画の変更があると、間接的ではあるものの、自宅退院後の患者の生活満足度に影響を及ぼしている。 	<p>【第 4 調査の結果】</p> <ul style="list-style-type: none"> 「短期間で再入院に至った事例」の再入院に至った主な理由とその経過の中で、病院職員の説明不足といった退院計画の不備、および患者または家族側の認識とケアマネジャー側の認識の異同等が確認されている。 	
退・転院先		<p>【第 5 調査の結果】</p> <ul style="list-style-type: none"> 転院制約要因を有していることで、医師が転院を指示してから転院までに時間を要し、病院・施設からの受け入れ不可の返答割合が高いために、患者または家族が希望した転院先へ移ることができていない。 <p>【第 6 調査の結果】</p> <ul style="list-style-type: none"> MSW が転院制約要因を早期把握するための取り組みを行うことで、患者または家族が希望した転院先へ移ることができていない割合の低減につながる。 	<p>【第 7 調査の結果】</p> <ul style="list-style-type: none"> 療養型病院・施設等が保証人に主にどのような役割を求めているのかを把握しつつ、社会福祉協議会や日常生活自立支援事業の改善に向けた働き掛けをすることが、保証人問題の解決方略になり得る。 	

出典：筆者作成。

2. 本研究で得られた新たな7つの知見

本研究では、従来の先行研究にはみられない7つの知見が得られており、いずれも実証データにより、患者や家族側のプロセス・アウトカム指標の内実と必要性を示すものになっている。具体的には、以下の3点である。

1つ目は、第1調査で、患者と家族の退・転院先の意向に関連する要因の違いを、実証データにより示した点である。患者と家族の意向が異なる事例を分析している先行研究はいくつかあるが、患者と家族の2者を分けて、それぞれの意向に関連する要因の違いを取り上げているものは見当たらない。

2つ目は、第1調査で、同じ家族であっても、同居配偶者と同居子および別居子では、患者と家族の退・転院先の意向に及ぼす影響が異なることを、実証データにより示した点である。これまでの先行研究の中では、配偶者と独立家計を営む成人した子供は別主体であることを主張している研究、または同居者がいて、主たる介護者が就労していない配偶者の場合に自宅退院へつながりやすいことを示している研究、長期入院高齢者の家族の在宅ケア意向と「配偶者の有無」、「息子の有無」、「娘の有無」との関連を検討している研究等はみられる。しかし、患者と家族それぞれの退・転院先の意向に関連する要因を探るといふ観点から、同居・別居家族員の続柄による影響力の違いを定量的に示しているものは見当たらない。

3つ目は、第1・2調査で、患者と家族それぞれの退・転院先の意向の時間的推移を、実証データにより示した点である。病院における要介護高齢者と家族の「居所選択」の過程を示している先行研究はあるが、時間の経過とともに、患者と家族それぞれの意向がどのように変動しているのか取り上げているものは見当たらない。

4つ目は、第3調査で、支援プロセスである退院計画チームによる評価や医療・介護サービス計画の作成を単に行えばいいというわけではなく、その中身が伴っていないと、患者のアウトカム向上につながらない可能性があることを、実証データにより示した点である。ケアマネジメントの6段階（①アセスメント、②ゴール設定、③ケアプランの作成、④デスエデュケーション、⑤サービス利用後の再調整、⑥ゴール変更の必要性の検討）をどの程度実施したかによって、アウトカムを評価している先行研究はあるものの、それぞれの支援プロセスの中身までには踏み込んでいない。

5つ目は、第4調査で、再入院に至った主な理由とその経過の中で、患者または家族側の認識とケアマネジャー側の認識の異同が生じていることを、実証データにより示した点である。自宅退院後に施設入所を選択した家族介護者と病棟看護師を対象にしている研究は存在するものの、再入院に至る経過の中での両者の認識構造の違いを示しているものは見当たらない。

6つ目は、第5・6調査で、MSWによる転院支援の効果を検証する際に、平均在院日数といった病院側の指標だけでなく、患者または家族が希望する転院先に移れたのかどうかといった、患者または家族側の指標も含めて検討する必要性を、実証データにより示した点である。MSWの早期介入によって、転院患者の平均在院日数がどの程度短縮するのか検証している先行研究はいくつかあるが、患者または家族側の指標を設定しているものは見当たらない。

7つ目は、保証人問題の全体像と解決方略を、先進的な取り組み事例を参考にしつつ、

MSW の立場より示した点である。これまでの先行研究の中では、身寄りのいない患者への MSW 支援についての研究、または保証人問題の実態と取り組みについての研究はみられる。しかし、MSW の観点から、療養型病院・施設等が保証人に主にどのような役割を求めているのかを示しつつ、社会福祉協議会や日常生活自立支援事業の改善に向けた働き掛けをすることが、保証人問題の解決方略になり得ることをあげているものは見当たらない。

第3節 MSW による効果的な退・転院支援を実現するための方略

本節では、第1章～第6章の内容を踏まえて、MSW による効果的な退・転院支援を実現するための方略について、以下の3つの観点から考察する。①プロセスとアウトカムの両側面で捉える。②プロセスやアウトカムを多面的に捉える。③病院内で起きている個別（ミクロ）の問題を地域（メゾ）や制度・政策（マクロ）の問題へ引き上げる。なお、①～③は、先行研究の知見に基づいて設定したものである（近藤 2012；田中 2014）。

1. プロセスとアウトカムの両側面で捉える

近年の診療報酬改定によって、平均在院日数の短縮化や在宅復帰率向上への誘導が強化されるなど、医療現場には成果主義が導入されてきている。ただし、平均在院日数や在宅復帰率といったアウトカムのみを追求することで、本当に良い支援につながるのだろうかという点には、留意する必要があると考える。この点について、近藤（2012）は、「医療・ケアの質を高めるにはマネジメントの視点が必要である」という立場から、プロセスを見える化し評価していくことが、「より効果的で質の高いケアへと改善していく根拠となる」と述べている。

今後の高齢化の進展に伴い、退・転院支援のニーズが、ますます高まることが予想される。しかし同時に、平均在院日数の短縮等の流れが次第に強まっている状況を考えると、効率的な支援が求められているのも事実である。そのため、このような時期に、「プロセスを見える化し評価していく」という部分に時間をかけて作業を行うということは、一見すると流れに反するようにもみえる。ただし、平均在院日数の短縮といったアウトカム達成の機運が高まることで、プロセス軽視・アウトカム偏重の支援が横行することも懸念されるため、敢えてプロセスにも注目していく必要があると考える。

本研究で行った調査でも、アウトカムだけでなく、プロセスを捉える必要性を示す結果が得られており、概ね以下の3点に整理することができる。

第1に、患者と家族が退・転院先を選定するプロセスでは、多様な要因が影響を及ぼしているということである。これは、第1・2調査の結果をまとめたものである。第1調査では、患者の退・転院先の意向に関連のある要因として、年齢やFIMといった患者本人の要因だけでなく、同居配偶者の有無といった患者の周囲を取り巻く要因が確認されている。家族の退・転院先の意向に関連のある要因についても同様に、FIM や医療行為の有無といった患者本人の要因だけでなく、介護力や患者本人に対する拒否的な家族員の有無、および同居配偶者の有無といった患者の周囲を取り巻く要因が確認されている。さらに、第2

調査でも、患者の身体的状況にとどまらず、家族関係または介護者の思いといった要因が、患者と家族の退・転院先の選定に影響を及ぼしていることが示唆されている。

第2に、支援プロセスの不備が、自宅退院後の患者のアウトカム低下につながるということである。これは、第3・4調査の結果をまとめたものである。第3調査では、退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事の発生、および医療・介護サービス計画の変更が、退院計画に対する患者の満足度や自宅退院後の患者の生活満足度の低下につながっていることが示されている。さらに、第4調査でも、退院計画チームによる説明不足といった「退院計画の不備」が、再入院に至った主な理由としてあがっている。

第3に、転院制約要因を有することで、転院に至るまでのプロセスに困難が生じており、患者または家族のアウトカム低下につながるということである。これは、第5・7調査の結果をもとにまとめたものである。第5調査では、転院制約要因を有していることで、転院までに時間を要したり、受け入れを断られたりすることで、結果的に患者または家族が希望する転院先へ移ることができていない実態が示されている。第7調査でも、療養型病院・施設等が、緊急連絡先や死後対応および入院・入所費用に対する責任といった役割を担う保証人を求めているために、保証人不在者の転院先が制約されてしまっていることが示唆されている。

以上、アウトカムだけでなく、プロセスを捉えることが、MSWによる効果的な退・転院支援を実現するための方略であることを述べた。平均在院日数や在宅復帰率といった、診療報酬上求められているアウトカムだけでなく、退・転院支援に関わるプロセスにも注目することが必要である。

2. プロセスやアウトカムを多面的に捉える

前項では、プロセスとアウトカムの両側面で捉えることの重要性について述べた。しかし、どのようなプロセス指標やアウトカム指標を設定するのかで、評価結果が変わってくることも予想される。患者・家族・支援者・病院（経営者）、行政とでは立場が異なるために、それぞれが重視している価値・基準の違いから、同じ事象であっても評価が分かれることが想定されるからである（近藤 2012；小林 2016）。

例えば、退・転院先を選定するプロセスの中で、患者は自宅退院を希望しているものの、家族は介護に不安を感じているために、転院の意向を表明することは、その最たる例だといえる。患者の希望する自宅退院というアウトカムの達成を目指すという観点に立てば、家族が感じている介護不安に焦点を当てて、それへの対処法を考えることになる。しかし、それでも自宅退院は難しいということがあり得るからである。最終的に、転院することが決まった場合、患者の希望するアウトカム（自宅退院）は未達成であるが、家族側から見ると、アウトカム（転院）は達成されたことになる。一方、退・転院先の選定に至るまでに、MSWが介在したことで、患者と家族の間で納得できる話し合いができたとすれば、そのプロセスには、双方とも満足している可能性がある。しかし、話し合いが十分にできていなかったとすれば、家族はさほど問題に感じていないかもしれないが、患者はそのプロセスに不満を感じている可能性が高い。

また、患者または家族側と病院側の間で異なった見解が示されやすいアウトカム指標の1つとして、在院日数をあげることができる。平均在院日数の短縮化が至上命題になっている病院側からみると、在院日数が短いことは良い評価につながりやすい。一方、患者または家族側からみると、十分な治療が受けられず、短い期間で退・転院させられたと思っている事例だとすれば、在院日数が短いことは悪い評価につながりやすい。

本研究で行った調査でも、プロセスやアウトカムを多面的に捉える必要性を示す結果が得られており、概ね以下の3点に整理することができる。

第1に、患者と家族とでは、退・転院先の検討プロセスに違いがあるということである。これは、第1調査の結果に基づいたものである。第1調査では、家族は患者と比べて、より多くの要因に基づいて、退・転院先を検討している可能性があることが示されている。具体的には、患者の退・転院先の意向の関連要因として、FIMや同居配偶者の有無が抽出されている。それに対して、家族の患者の退・転院先の意向の関連要因には、FIMや同居配偶者の有無以外にも、介護力や医療行為の有無、および患者本人に対する拒否的な家族員の有無が抽出されている。

第2に、患者または家族側とケアマネジャー側とでは、再入院に至ったプロセスの捉え方に違いがあるということである。これは、第4調査の結果に基づいたものである。第4調査では、再入院の理由や経過に対する患者または家族側の認識は、患者本人へ向きやすいのに対して、ケアマネジャー側の認識は、患者を取り巻く環境へ向きやすいことが起因となって、両者の認識に異同が生じていることが示されている。

第3に、支援プロセスの見直しは、病院側だけではなく、患者または家族側からみたアウトカム指標の向上につながるということである。これは、第3・6調査の結果をまとめたものである。第3・6調査では、退院計画チームによる不安・困り事の評価や医療・介護サービス計画の作成といったプロセス部分を改善したり、転院制約要因の早期把握のための取り組みを行ったりすることによって、患者または家族側の満足度や希望実現度の向上につながり得ることが示されている。さらに、こうした取り組みによって、平均在院日数が短縮しかたかどうかを調査している先行研究はあるものの、今回得られた調査結果は、患者または家族側のアウトカム指標も含めて、多面的に評価することの重要性を示唆するものである。

以上、プロセスやアウトカムを多面的に捉えることが、MSWによる効果的な退・転院支援を実現するための方略であることを述べた。患者・家族・支援者・病院（経営者）など多様な立場を見据え、退・転院支援に関わるプロセスやアウトカムを幅広く捉えていくことが必要である。

3. 病院内で起きている個別（ミクロ）の問題を地域（メゾ）や制度・政策（マクロ）の問題へ引き上げる

ここまで、プロセスとアウトカムの両側面で捉える、またはプロセスやアウトカムを多面的に捉えるといった、主に退・転院支援マネジメントについて論述してきた。しかし、退・転院支援マネジメントの見直しといった、病院内の取り組みだけでは、十分に対応しきれない事例がある。このような現状を踏まえて、田中（2014）は、「保健医療領域のソーシャルワークはミクロ・メゾ・マクロレベルへと縦横に展開する形で行われる必要がある」

と述べている。

特に、「保証人なし」や「経済的困難あり」といった社会経済的要因を有する場合、早期にMSWが関わったとしても、使える社会資源に限りがあるために、効果が発揮しにくい事例が少なくない。そのため、このような事例に対しては、地域の関係機関を巻き込んだ取り組みや制度・政策の改善に向けた動きが欠かせないと考える。

地域を巻き込んだソーシャルワーク実践の必要性については、厚生労働省（2015b）の新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチームが発表した報告の中でも、以下のように記されている。「専門的な知識及び技術をもって、福祉に関する相談に応じ、助言、指導、関係者との連絡・調整その他の援助を行う者として位置づけられている社会福祉士については、複合的な課題を抱える者の支援においてその知識・技能を発揮することが期待されることから、新しい地域包括支援体制におけるコーディネーター人材としての活用を含め、そのあり方や機能を明確化する」。

さらに、地域包括ケア研究会（2016）の中でも、以下のように説明されている。「地域包括ケアシステムの中では、専門職が個々の『利用者』に対してサービス提供を行う日常業務は当然として、さらに、『地域』に対する貢献が今後の役割として期待されている」。加えて、田中（2016）は、保健医療ソーシャルワークを研究する立場から、この領域のソーシャルワーカーの新たな専門職連携の課題として、「専門職連携を基盤にして、直接地域や組織のメゾレベルをターゲットに展開・介入する」ことをあげている。

本研究で行った調査でも、病院内で起きている個別（ミクロ）の問題を、地域（メゾ）や制度・政策（マクロ）の問題へ引き上げるを必要性を示す結果が得られている。具体的には、保証人不在者の転院先がより制約されているという、第5調査の結果を踏まえて、第7調査では、保証人問題の解決方略として、MSWによる地域の関係機関や制度への働き掛けが必要であることが示されている。

以上、病院内で起きている個別の問題を、地域や制度・政策の問題へ引き上げることが、MSWによる効果的な転院支援を実現するための方略であることを述べた。退・転院支援の現場で生じている問題によっては、病院内の取り組みだけでなく、病院の枠を超えた取り組みが必要である。

第4節 本研究の意義と今後の課題

本節では、ここまでの全体的な内容を踏まえて、筆者が判断している本研究の意義と今後の課題について述べる。

1. 本研究の意義

本研究の意義は、以下の3点である。

第1の意義は、退・転院支援におけるプロセスやアウトカムを多面的に捉えることの必要性を、実証的に示した点にある。プロセスやアウトカムを多面的に捉える視点を持つことは、MSW業務のエビデンスや魅力の伝承につながり得ると考えるからである。

第1章第1節で述べたように、厳しい国家財政事情のために、病院側にはこれまで以上に、効率面を重視した運営を行うことが求められてきている。とりわけ、平均在院日数や

在宅復帰率といったアウトカム指標が、診療報酬の算定要件に盛り込まれていることから、多くの病院がこれらの達成に注視している現状がある。そのため、MSW が退・転院支援を実施する際にも、こうした数値の達成を意識せざるを得ない状況にある。

しかし、退・転院支援の目的は、平均在院日数を短縮させたり、在宅復帰率を向上させたりするだけのものでないことには、留意する必要がある。第1章第2節でも述べたように、アウトカムといっても、医学的効果に関わるものから患者や家族の満足度・QOLに関わるものまで多岐にわたっており、様々な観点から包括的に評価することが求められているからである。加えて、退・転院支援のプロセスでは、患者・家族・支援者と立場が異なるために、それぞれが重視している価値・基準の違いから、同じ事象であっても、認識や捉え方が分かれることが想定される。そこで、本研究では、患者・家族・支援者別のプロセス評価、および患者や家族の満足度・QOLに関わるアウトカム評価を取り入れた調査(第1調査～第6調査)を行うことで、プロセスやアウトカムを多面的に捉えることの必要性を、実証的に示すことができた。

MSW の役割について、平均在院日数の短縮化や在宅復帰率向上といった病院組織が期待しているものみに特化した場合、必ずしもその期待に応えられない事例も存在することから、患者または家族側と病院側の間に挟まれて大きなジレンマを感じることになる。ただし、プロセスやアウトカムを多面的に捉えることで、病院組織が求める指標だけでなく、患者または家族側が求める指標を明確にすることが可能となる。MSW が関わることで、患者または家族側の指標が良くなっていれば、MSW が単なる退・転院幹旋係でないこと、ひいてはMSW 業務のエビデンスや魅力を、対外的に示すことができると考える。

第2の意義は、退・転院支援の現場で生じている複雑な実態を踏まえて、従来のソーシャルワークの理論や方法では、対応しきれなくなっている現状を示したことである。今回、このような現状を、実証的なデータに基づいて示したことは、従来のソーシャルワークの理論や方法を見直すための一材料になり得ると考えるからである。

ケースワークの原則では、「クライアントの自己決定を促して尊重する」(Biestek=2006)ことが謳われており、理念的には患者の意向が最優先されるべきである。しかし、実際の退・転院支援の現場では、患者よりも家族の意向が大きな影響を及ぼしている場面に遭遇することが少なくない。このような場面に遭遇した際に、患者または家族という立場によって意向が異なっており、なぜそのような違いが生じているのかを十分理解せずに、上記の原則を単純に適用することは、「百害あって一理なし」である。

これまでの先行研究でも、患者と家族の退・転院先の意向の異同に注目した研究はみられた(小山ら 2012 ; 日比野 2106)。しかし、第2章第4・8節で述べたように、これらの研究課題は、心理・社会的要因や患者と家族の意向が一致する事例等を含めて検討していないことであった。そこで、本研究では、こうした課題を克服するための2つの調査(第1・2調査)を行うことで、患者と家族の退・転院先の意向に異同が生じる要因やそれが及ぼす影響を総合的に示すことができた。

さらに、問題が深刻化する前に早期に介入することが、有用なソーシャルワークの方法の1つだとされている。しかし、第1章第3節でも述べたように、早期に関わったとしても、使える社会資源に限りがあるために、効果が発揮しにくい事例が少なくない。そこで、本研究では、患者の意向に沿うことが特に難しい保証人問題についての調査を行うことで、

問題解決のためには、地域の関係機関を巻き込んだ取り組みや制度・政策の改善に向けた取り組みが欠かせないことを示すことができた。

第3の意義は、筆者が行った7つの調査を通じて、MSWによる効果的な退・転院支援のあり方を検討する上で、有用なデータが得られたことである。今回、本研究で得られた調査データは、退・転院支援の実態に即したものであり、研究のためのデータという意味合いだけでなく、ソーシャルワーク実践にも役立つものであると考えるからである。

研究領域では、とかく普遍性が求められることもあり、研究で得られた知見のみで、実践領域の問題を解決できることは稀である。そこでは、問題内容に応じた個別的な対応が必要とされ、結局のところ、実践者の個人的力量が問われることになる。そのため、実践領域からみると、研究領域の知見は、あまり役立たないものとみなされがちである。しかし、実践者個人の力量頼みでは、実践領域の進展が望めないことも事実である。実践者個人の力量頼みになっている部分から、法則的な知見を見出し、それを実践領域に還元することができれば、多くの現役実践者の参考になるだけでなく、後世に伝達していくことも可能となる。つまり、実践や現場からのデータを収集し分析するといった、研究上の一連の流れを踏まえて、日々の実践内容を普遍化する作業なくして、スキル向上や伝承へとつながっていかないことになる。

一方、本研究の特徴は、筆者自身のMSWとしての現場経験が、大きく影響を及ぼしていることである。例えば、本研究の課題を設定するにあたっては、筆者のMSW経験を踏まえつつ、実践領域と研究領域をつなぐ内容になることを意識した。さらに、MSW・カルテ記録の調査、患者や家族等への訪問調査やインタビュー調査を実施することで、退・転院支援の実態に関わるデータを得ることができた。通常このような調査フィールドを得るためには、病院側または患者や家族側との関係構築の難しさから、相応の困難が伴うものである。しかし、MSWとして10年以上現場に関わっている筆者の強みを活かし、適切なフィールドを確保することができた。とりわけ筆者と関わりの深いA医療法人B病院は、本研究の目的を達成する上で、重要な調査フィールドであったと考える。MSWによる効果的な退・転院支援のあり方を見出すためには、表層的なデータではなく、詳細かつ実践現場に即したデータの入手が不可欠であり、かつ筆者自身が事情を熟知している現場での調査が望ましいという観点からいくと、MSWとしてのあるべき姿を探る上で、とても有利なフィールドであったといえるからである。あくまでも自己評価にすぎないが、研究のための研究ではなく、実践にも寄与できるような研究にまとめ上げることができたと考える。

2. 今後の課題

今後の課題は、以下の3点である。

第1の課題は、MSWによる効果的な退・転院支援のあり方を示すことはできたものの、その効果の検証が一部でしかできていないことである。今後は、本研究で得られた知見を踏まえて、介入研究やアクションリサーチ等を行うことで、実際にどのような効果があるのかを検証する必要があると考える。

第6章第2節では、アクションリサーチを採用し、実際にMSWによる効果的だと思われる取り組みを行うことで、転院支援に関わるプロセス指標や患者または家族の希望実現度が、どのように変化するのかを検証している。しかし、第4章や第5章では、患者や家

族または病院職員・ケアマネジャー等の支援者が、どのような意向・認識を有しているのかについての傾向を示すにとどまっている。

近藤（2016）は、「一般に、因果の推論を経て応用に至るためには、（中略）観察研究から介入研究へ、質的（データを用いた）研究から量的研究へと研究は進められていく」と、自身の見解を述べている。一方、本研究では、質的調査と量的調査の両方を行っているものの、そのほとんどが観察研究であり、その短所・限界として、「介入可能性が不明に留まる」（同上 2016）ことがあげられている。そのため、本研究で得られた知見を、さらに普遍的なものとして一般化するためには、介入研究やアクションリサーチ等の更なる実施が欠かせないと考える。

第2の課題は、本研究の調査フィールドの大半が、A 医療法人 B 病院（回復期リハビリテーション病棟）にとどまっていることである。今後は、さらに調査フィールドを拡大する必要があると考える。

筆者が行った7つの調査のうち、6つの調査フィールドが A 医療法人 B 病院であり、限定的である点は否めない。A 医療法人 B 病院のみで行われた調査ということもあり、データ数が十分に確保できなかった調査（第4・6調査）もあった。また、回復期リハビリテーション病棟協会（2016）の全国の回復期リハビリテーション病棟を対象にした調査によると、退院経路（2015年度実績）の6.3%が居住系施設であったのに対して、A 医療法人 B 病院では、この割合が3.7%（全退・転院患者299名のうち11名）にとどまっていた。本来であれば、6.3%は無視できない数値であり、居住系施設に焦点を当てた研究を行うことが望ましい。しかし、A 医療法人 B 病院では、十分なデータ数が確保できないと判断し、本研究では断念せざるを得なかった。

さらに、本研究では、1病院の回復期リハビリテーション病棟のみしか扱っていないということもあり、今回得られた知見が、他の回復期リハビリテーション病棟、または急性期病院といった他の機能を有する病院で適用できるかどうかは定かでない。この点について、近藤（2016）は、「1つの病院で得られた知見よりは、多施設から得られた知見、さらには全国のすべての施設から得られた知見のほうが、普遍的な現象を捉えている」としている。加えて、「研究で得られた知見を、普遍的なものとして一般化できる度合いは、その研究が行われた状況や場（setting）によって異なってくる」と、自身の見解を述べている。

本研究で取り上げた研究課題を達成するためには、退・転院支援の実態に即した調査の実施が不可欠であり、その多くを、筆者と関わりのある A 医療法人 B 病院に頼らざるを得なかったといえる。しかし、今後十分なデータ数を確保したり、本研究で得られた知見の普遍性を高めたりするためには、調査フィールドの拡大が欠かせないと考える。

ただし、第3章第2節で述べたように、全国データと A 医療法人 B 病院のデータを比較すると、退・転院先に同様の傾向がみられるといった共通点も存在する。そのため、1病院で得られた調査結果であったとしても、全国データ等の先行研究との比較を通じて、普遍化できる部分も、ある程度存在することには留意する必要がある。さらに、本研究で取り上げている調査課題の内容は、回復期リハビリテーション病棟だけでなく、急性期病院等でも起こり得るものであり、本研究で得られた知見は、多くの MSW が興味・関心を示しうるものだと考える。

第3の課題は、ミクロからメゾ・マクロレベルへの MSW 業務の展開方法が、十分に示

せていないことである。今後は、ミクロレベルで生じている問題を、メゾ・マクロレベルへつなげるための具体的な方法を検討していくことが必要であると考えられる。

前節でも述べたように、病院内で起きている個別（ミクロ）の問題を、いかにして地域（メゾ）や制度・政策（マクロ）の問題へ引き上げていくかが問われている。第6章第3節では、病院の枠を超えた問題として、保証人問題を取り上げ、調査を行っている。しかし、こうした視点の必要性を示すにとどまっており、この問題を地域や制度・政策の問題へと引き上げていくための具体的な知見を得るまでには至っていない。

田中（2014）は、MSW業務全体で地域活動の実施率が低い現状を踏まえて、ミクロからメゾ・マクロレベルへの業務展開の課題として、以下の点をあげている。「ミクロレベルでの業務が忙しすぎて手一杯となるということだけではなく、メゾおよびマクロレベルに貢献するソーシャルワーカーに対して、そうした社会や組織の評価がないことがあげられる」。それでも、社会経済的な視点をより重視する立場にあるMSWにとって、メゾ・マクロを含めた業務展開は、避けては通れないものである。

今回、本研究では、A医療法人B病院内の支援現場の状況や取り組みを中心に検討したこともあり、メゾ・マクロの視点が不十分である点は否めない。それでも、筆者はライフワークの1つとして、保証人問題の解決に向けた様々な取り組みをしている（林 2013）。この問題は、一病院・施設の取り組みだけで解決するものでなく、地域の関係機関それぞれで自分たちのやれることを出し合うことが、解決に向けた第一歩になると考える。そのため、保証人問題について更なる研究を進めていくことを、筆者の今後の研究課題とした。

おわりに

以上、医療現場の実態やそこで生じている問題の把握を通じて、MSW による効果的な退・転院支援の実現に向けた対処方略について検討してきた。その結果、以下の3点を示すことができた（詳細は第7章第2節参照）。①平均在院日数や在宅復帰率といった、診療報酬上求められているアウトカムだけでなく、退・転院支援に関わるプロセスにも注目することが必要である。②患者・家族・支援者・病院（経営者）など多様な立場を見据え、退・転院支援に関わるプロセスやアウトカムを幅広く捉えていくことが必要である。③退・転院支援の現場で生じている問題によっては、病院内の取り組みだけでなく、病院の枠を超えた取り組みが必要である。

①～③から総じて言えることは、幅広い観点から退・転院支援を行うことが、効果的な支援につながるという点である。一方、冒頭でも述べたように、近年の診療報酬改定で、平均在院日数の短縮化や在宅復帰率向上への誘導が強化されているために、MSW は、病院組織からこうした数値の達成に貢献しうる支援を行うことが求められている。さらに、今後の高齢化の進展に伴って、退・転院支援のニーズが急増する反面、国家財政の逼迫により、在院日数の短縮等を重視した病院運営がこれまで以上に求められてくることを考えると、効率偏重の支援が横行することが懸念される。このような状況下で、MSW が専門職として社会から評価を高めていくためには、とりわけ患者と家族に対して、いかにして効果的な支援を行うことができるのかを、根拠に基づいて示していくことであり、本研究がその一助になれば幸いである。

本文中にも記していることであるが、本論文を執筆するにあたっては、筆者自身のMSWとしての現場経験が大きく影響を及ぼしている。筆者がMSWになって、11年の月日が経っているが、実践家としては道半ばである。今後も、実践家としての腕を磨きつつ、実践領域と研究領域をつなぐ橋渡しの研究を行っていきたいと考えている次第である。

謝辞

本論文を執筆するにあたり、多くの方々にお世話になりました。

まずは、大学院の指導教授であり、博士論文の主査を引き受けて下さった二木立先生には、心より感謝申し上げます。学部時代のゼミから始まり、大学院・修士課程、そして大学院・博士課程の全てにおいて、二木先生よりご指導を賜ることができたことは、筆者にとって一生の財産だと思っています。時に厳しく、しかしいつも温かく見守って下さりながら、研究の奥深さや面白さを教えていただいたことが、これまでの研究を進める原動力となりました。

さらに、博士論文の副査を引き受けて下さった田中千枝子先生と篠田道子先生にも、この場を借りて深く御礼申し上げます。田中先生とは、修士課程時代に初めてお目にかかる機会があり、その際に医療ソーシャルワーカー出身の研究者としての気概がとても伝わってきたことを、今でも鮮明に憶えています。その後、ご縁があって、田中先生が副査を引き受けて下さることが決まり、医療ソーシャルワーカーという立場から、研究を進めるにあたって大事なことを、数多く教えていただけたと思っています。篠田先生とは、学部時代より面識があり、修士論文の副査もご担当いただいております。筆者にとってはかけがえのない先生の1人だといえます。そして、篠田先生の論文指導からは、とりわけ論文全体の流れやバランスを大事にすることを学ばせていただいたと思っています。

また、末盛慶先生からは、量的調査の分析方法、結果解釈の仕方等について、緻密なご指導をいただくことができました。特に、統計分析が不慣れな筆者のために、わざわざ時間を作って下さり、手弁当でご指導いただけたことには大変感謝しています。

そして、大学院・博士課程の先輩であり、論文執筆を進めるにあたっていろいろな助言をくださった日比野絹子氏にも、心より御礼申し上げます。さらに、本文中でもところどころで引用させていただいていますが、日比野氏の博士論文「地域包括ケア政策下の病院における要介護高齢者と家族の『居所選択』に関する実証研究」は同じ現職 MSW という立場から書かれたものであり、大いに参考にさせていただきました。

最後に、博士論文を作成するにあたって、協力いただいた多くの方々に御礼を申し上げます。とりわけ調査フィールドを提供していただいた A 医療法人 B 病院の皆様、インタビュー調査にご協力いただいた皆様の協力なくして、本論文が完成することはなかったと思っています。また、研究に追われる日々を支えてくれた妻と子供、そして金銭支援を含めて物心両面で支えてくれた両親には、心より感謝申し上げます。

なお、本論文の第5章第1節の調査（第3調査）は、一般財団法人東京保健会の2014年度臨床研究助成金によって、実施されたものです。ここに記して深謝申し上げます。

文献

- 阿部裕昭・押木 泉 (2012) 「介護保険制度における要介護者のサービス選択について——身元保証人不在者や低所得者の施設利用の問題点」『新潟青陵学会誌』5 (2), 20.
- 足立区社会福祉協議会権利擁護センターあだち (2010) 「保証人がいない高齢者のための取り組み」『月刊国民生活』30, 28-9.
- 安達智則 (2012) 「介護の質発展メカニズムで豊かな生活を実現する」森山千賀子・安達智則編『介護の質「2050年問題」への挑戦——高齢化率40%時代を豊かに生きるために』クリエイツかもがわ, 140-58.
- 愛敬美一・杉山典代・吉矢富美子 (2001) 「急性期病院における長期入院患者の在院理由の検証」『診療録管理』13 (1), 42-6.
- 相澤友子・山原和恵・鈴木綾子・ほか (2009) 「退院調整における患者・家族の意思決定支援——患者・家族間の意思のズレ」日本看護協会編『第39回日本看護学会論文集 地域看護』日本看護協会出版会, 77-9.
- 赤沼康弘・鬼丸かおる (2014) 『成年後見の法律相談<第3次改訂版>』学陽書房.
- 明石洋子 (2015) 「意思決定支援＝意思形成支援＋意思実現支援——自閉症のわが子、そして地域子どもたちに教えられた方法論」『訪問看護と介護』20 (2), 87-94.
- 青木典子・中野綾美・藤田佐和・ほか (1998) 「意志決定を支える看護の技に関する調査——選択肢の提示」『高知女子大学看護学会誌』23 (1), 29-36.
- 青木典子 (2003) 「精神疾患患者の退院をめぐる家族の意思決定」『家族看護』1 (1), 112-9.
- 有森直子 (1995) 「患者の自己決定を支える——看護婦—患者関係」『看護実践の科学』20 (12), 71-4.
- 阿曾洋子・萩原しづ子・前野さゆみ・ほか (1991) 「高齢者の入退院の動向および退院患者の在宅ケアのあり方について」『公衆衛生』55(5), 348-53.
- Biestek, Felix Paul (1957) The casework relationship, Loyola University Press. (=2006,尾崎 新・福田俊子・原田和幸訳『ケースワークの原則<新訳改訂版>——援助関係を形成する技法。)
- 千葉県 (2012) 『生活保護実務に関する県市協議会』協議結果報告書 (<http://www.pref.chiba.lg.jp/kenshidou/press/2012/documents/00houkokusyo.pdf>, 2014.9.28).
- 千葉由美 (2001) 「高齢者への退院計画とその効果」阿部俊子編『看護実践のためのEBM——ベストエビデンスへの手引』中央法規, 170-93.
- 千葉由美 (2005) 「ディスチャージプランニングのプロセス評価尺度の開発と有用性の検証」『日本看護科学会誌』25 (4), 39-51.
- 地域包括ケア研究会 (2010) 『地域包括ケア研究会報告書』三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング.
- 地域包括ケア研究会 (2016) 『地域包括ケアシステムと地域マネジメント』三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング.
- 中央社会保険医療協議会 (2006) 「医療の達成度、患者満足度に係る調査」(<http://www.mhlw.go.jp/hingi/2006/04/dl/s0427-3h.pdf>, 2014.9.28).
- 中央社会保険医療協議会 (2014) 「平成25年度DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告」 (<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/>

- 000066555.pdf, 2015.1.18) .
- Creswell, John W. and Plano Clark, Vicki L.(2007)Designing and conducting mixed methods research, Sage Publications. (=2010,大谷順子訳『人間科学のための混合研究法——質的・量的アプローチをつなぐ研究デザイン』北大路書房.)
- 第一東京弁護士会成年後見センター (2008)『Q&A 成年後見の実務』新日本法規.
- 段上智香・永治幸子・竹内美陽・ほか (2005)「急性期治療終了後の入院期間の更なる短縮化を目指して——ケースワーカーの立場から」『日本病院会雑誌』52 (3), 407-10.
- 団 士郎 (2013)『対人援助職のための家族理解入門——家族の構造理論を活かす』中央法規.
- 伊達久美子・斎藤朋子 (1999)「訪問看護における在宅療養者・家族の自己決定と支援に関する研究——療養者・家族間で意思が異なる場面の分析結果を中心に」『山梨医科大学紀要』16, 52-9.
- Donabedian, Avedis (1980) Exploration in Quality Assessment and Monitoring, Volume I Definition of Quality and Approaches to Its Assessment, Edgewater Editorial Service. (=2007, 東尚宏訳『医療の質の定義と評価方法』NPO 法人健康医療評価研究機構.)
- Dooley, Dolores and McCarthy, Joan(2005)Nursing ethics : Irish cases and concerns, Gill and Macmillan Publishers. (=2006,坂川雅子訳『看護倫理 1』みすず書房.)
- 胡 美恵・内山早苗・岡本清子 (2012)「退院支援満足度調査による退院支援ニーズの検討」日本看護協会編『第42回日本看護学会論文集 地域看護』日本看護協会出版会, 54-7.
- 恵濃裕美・徳永 誠・桑田稔丈・ほか (2009)「脳卒中患者が維持期の病院・施設に転院する際の転院待機日数」『病院』68 (10), 847-50.
- 江村宏子・佐藤理絵 (2014)「身寄りのないケースの受け入れ実態に関する調査研究」『第34回日本医療社会事業学会 抄録集』(日立シビックセンター), 116.
- 遠藤美和 (2010)「身寄りのない方を支える——成年後見人制度を活用して」『松村総合病院医学雑誌』26 (1), 15-6.
- Frankel, Arthur J. and Gelman, Sheldon R. (2004) Case management : an introduction to concepts and skills, Lyceum Books. (=2006, 野中猛監訳『ケースマネジメントの技術』金剛出版.)
- 藤森克彦 (2010)『单身急増社会の衝撃』日本経済新聞出版社.
- 藤野文代・林かおり・前田三枝子・ほか (2000)「患者の意思決定を支える看護の役割に関する研究」『The Kitakanto Medical Journal』50 (1), 39-43.
- 藤澤まこと (2012)「医療機関の退院支援の質向上に向けた看護のあり方に関する研究 (第1部) ——医療機関の看護職者が取り組む退院支援の課題の明確化」『岐阜県立看護大学紀要』12 (1), 57-65.
- 藤澤まこと (2013)「医療機関の退院支援の質向上に向けた看護のあり方に関する研究 (第2部) ——退院支援の課題解決・発展に向けた方策の検討」『岐阜県立看護大学紀要』13 (1), 67-80.
- 藤澤まこと・黒江ゆり子・原田めぐみ・ほか (2014)「利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成モデルの開発 (第1報) ——退院支援の課題解決に向けた看護職者への人材育成の方策の検討」『岐阜県立看護大学紀要』14 (1), 109-20.
- 藤澤まこと・高橋智子・杉野 緑・ほか (2016)「利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成モデルの開発 (第2報) ——退院支援の課題解決に向けた看護職者への人材

- 育成の方策の試行」『岐阜県立看護大学紀要』16(1), 63-73.
- 藤田愛(2015)「『最期の場所』を決める最終的な意思決定支援とは——本人・家族の意思が対立した非がん疾患の事例から」『訪問看護と介護』20(2), 106-12.
- 藤原智恵子・松浦由紀子・森田愛子・ほか(2003)「生活の場所に関する高齢者の意思決定(第2報)——生活場所を決定するまでのプロセス」『神戸市看護大学短期大学部紀要』22, 63-76.
- 藤原智恵子・森田愛子・松浦由紀子・ほか(2004)「生活の場所に関する高齢者の意思決定(第3報)——介護老人保健施設入所者の自宅への退所経緯」『神戸市看護大学短期大学部紀要』23, 71-9.
- 副田あけみ(1994)「『家族支援』とソーシャルワーク」『ソーシャルワーク研究』20(2), 88-95.
- 福田明美(1999)「退院援助における実践プロセスとソーシャルワーク機能」『医療社会福祉研究』8(1), 18-26.
- 福田広美・大津佐知江・小野美喜・ほか(2004)「大腿骨頸部骨折を起こした高齢者の退院に関する意思決定——その2 併存疾患をもち転院していく対象」日本看護協会編『第34回日本看護学会集録 成人看護Ⅱ』日本看護協会出版会, 203-5.
- 福田将大(2012a)「成年後見制度を活用した患者の退院支援——制度活用までの空白期間の対応」『医療アドミニストレーター』4(30), 58-63.
- 福田将大(2012b)「末期がん患者の看取り——独居・身寄りなしのターミナル患者が抱える課題」『医療アドミニストレーター』4(33), 56-61.
- 福森優司・入澤太郎・高橋裕美・ほか(2011)「救命センターから他院への転院調整が円滑に進まない要因の分析」『日本臨床救急医学会雑誌』14(2), 216.
- 布施泰男(2013)「入院、入所に『身元保証』はなぜ必要なのか」『JAHMC』24(3), 26-9.
- 月刊ケアマネジメント編集部(2008)「退院調整が報酬で評価——MSWはこれからどうなる?」『ケアマネジメント』19(4), 24-5.
- 月刊ケアマネジメント編集部(2016)「緊急アンケート ケアマネジャー117人に聞きました——基本は『本人中心』『自立支援』でも、現実には『家族』に困っている」『ケアマネジメント』27(7), 18-9.
- Goldstein, Eda G. and Noonan, Maryellen (1999) Short - Term Treatment and Social Work Practice : An Integrative Perspective, FREE PRESS. (=2014, 福山和女・小原眞知子監訳『統合的短期型ソーシャルワーク——ISTT 理論と実践』金剛出版.)
- 萩原邦子(2003)「生体移植時における家族の意思決定」『家族看護』1(1), 104-11.
- 原田かおる(2015)「意思決定支援と方向性の共有——入院時から退院までの意思決定支援」坂井志麻編『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」をみずえてかかわる』学研メディカル秀潤社, 62-77.
- 原田静香・樋口キエ子・カーン洋子・ほか(2007)「退院後の療養生活の実態と退院支援への満足度に影響する要因」日本看護協会編『第37回日本看護学会論文集 地域看護』日本看護協会出版会, 12-4.
- 長谷部光子・中島美子・古山美樹・ほか(2005)「平均在院日数短縮により医療の質は保てるか——退院後48時間以内に再入院した患者の検討から」『岐阜県立岐阜病院年報』26, 75-80.
- 橋本洋一郎(2010)「療養病床の減少によって地域医療はどのように変わるのか——救急医

- 療の今後と介護難民のゆくえ』『月刊保団連』1030, 42-7.
- 林 弘・平出 聡 (1976) 「一般病院における Stroke Clinic の実績と問題点——脳卒中医療の体系化へのアピール」『病院』35 (9), 27-31.
- 林 眞帆 (2011) 「ソーシャルワークにおける『主体性』に関する一考察——主体性概念に着目して」『別府大学紀要』52, 55-65.
- 林 祐介 (2009) 「療養型病院・施設への転院を阻む要因とそれらを有する患者への有効な対処法に関する研究——阻害要因の早期把握と医療ソーシャルワーカー間のネットワーク形成の方法を中心に」『日本福祉大学大学院修士論文』, 1-84.
- 林 祐介 (2010a) 「療養型病院・施設への転院阻害要因がもたらす困難性の定量化の試み」『医療と福祉』44 (1), 75-9.
- 林 祐介 (2010b) 「MSW による療養型病院・施設への転院阻害要因を有する患者の早期把握とその効果」『病院』69 (9), 722-4.
- 林 祐介 (2011a) 「病院・施設が求める保証人に関する一考察——保証人問題の解決に向けた医療ソーシャルワーカーの役割に焦点をあてて」『医療と福祉』45 (1), 42-7.
- 林 祐介 (2011b) 「療養型病院・施設への転院阻害要因が転院におよぼす影響のヒアリング調査」『医療ソーシャルワーク』60 (1), 18-22.
- 林 祐介 (2013) 「社会資源を活用する支援と連携——保証人問題の現状と解決に向けた取り組み」『医療アドミニストレーター』43, 58-61.
- 林 祐介・尾原麻由生・花木奈々・ほか (2014) 「保証人問題に関する調査の結果報告」『医療ソーシャルワーク』63, 61-92.
- 林 祐介 (2015) 「保証人問題の現状と解決法に関する一考察——愛知県医療ソーシャルワーカー協会会員へのアンケート調査の分析から」『医療と福祉』48 (2), 67-75.
- 日比野絹子 (2016) 「地域包括ケア政策下の病院における要介護高齢者と家族の『居所選択』に関する実証研究」『日本福祉大学大学院博士論文』, 1-117.
- 樋口京子 (2004) 「看取り直後に看護師が推定した『介護者の満足度』に関連する要因の検討」宮田和明・近藤克則・樋口京子編『在宅高齢者の終末期ケア——全国訪問看護ステーション調査に学ぶ』中央法規, 118-26.
- 平松瑞子・中村裕美子 (2010) 「療養者とその家族の退院に関連する療養生活への不安」『大阪府立大学看護学部紀要』16 (1), 9-19.
- 平野隆之 (2014) 「地域の中で進む『社会的孤立』と『高齢者福祉』の課題」『社会福祉研究』119, 29-37.
- 平岡公一 (2006) 「先人に学ぶ——研究レビューの進め方とレビュー論文の書き方」岩田正美・小林良二・中谷陽明・ほか編『社会福祉研究法——現実世界に迫る 14 レッスン』有斐閣アルマ, 31-56.
- 平瀬節子・松下智津・山本幸美・ほか (2002) 「高齢者の意思決定能力を支えるケア行動——退院後の生活の場の決定に関して」日本看護協会編『第 32 回日本看護学会論文集 老人看護』日本看護協会出版, 95-7.
- 平田 厚 (2007) 『高齢者福祉サービス事業者のための Q&A 苦情・トラブル・事故の法律相談』清文社.
- 平塚良子 (2015) 「書評 空閑浩人著 ソーシャルワークにおける『生活場モデル』の構築：

- 日本人の生活・文化に根ざした社会福祉援助」『社会福祉学』56(2), 169-71.
- 広瀬貴大・高木真希・久世美樹・ほか(2014)「急性期病院において退院調整の必要な患者の家族が退院先を決定するまでの思い」日本看護協会編『第44回日本看護学会論文集 地域看護』日本看護協会出版, 65-70.
- 久木ひろ美(2015)「訪問看護の意思決定支援とは『〇〇したい』を叶えること——難病、うつ、糖尿病独居、認知症末期の胃ろう造設をめぐる」『訪問看護と介護』20(2), 100-5.
- 保健医療福祉キーワード研究会(2008)『保健医療福祉くせものキーワード事典』医学書院.
- 本田彰子(2003)「在宅ケアの継続・再開をめぐる家族の意思決定」『家族看護』1(1), 55-61.
- 本田彰子(2011)「退院をめぐる患者・家族の意思決定支援——『移行』に対する家族のピリーフへの理解から」『家族看護』9(2), 42-8.
- 本道和子・須藤直子・内藤千恵・ほか(1999)「退院調整過程の構造に関する研究——家族の意思決定への支援」『日本看護管理学会誌』3(2), 28-38.
- 本道和子・須藤直子(2000)「退院に対する家族の意思決定過程の分析」日本看護協会編『第30回日本看護学会論文集 地域看護』日本看護協会出版, 113-5.
- 細井啓子(1995)「老人保健施設における入所者の家庭復帰困難要因に関する研究——相談業務の機能と地域ケアとの連携について」『日大医学雑誌』54(3), 178-86.
- 堀口 信・佐藤健太(2013)「退院後の在宅療養支援」水尻強志・富山陽介編『脳卒中リハビリテーション——早期リハからケアマネジメントまで<第3版>』医歯薬出版, 210-5.
- 堀越由紀子(1997)「フォローアップと事後の評価」手島陸久編『退院計画——病院と地域を結ぶ新しいシステム<第2版>』中央法規, 119-29.
- 堀越由紀子(1998)「退院計画に必要な要素——退院に関する問題のアセスメントと社会資源」『看護技術』44(7), 14-8.
- 堀越由紀子(2016)「意思決定における価値——医療ソーシャルワークの立場」『Modern Physician』36(5), 437-40.
- 堀井和栄・金田美佐緒・井上美夕起・ほか(2006)「医療現場における成年後見制度の課題——身寄りがなく判断能力が不足している患者の医療行為と転院援助の症例から」『岡山済生会総合病院雑誌』38, 74-7.
- 法令用語研究会(2012)『有斐閣 法律用語辞典<第4版>』有斐閣.
- IASWW and IFSW(2014) Global definition of the social work profession. (=2014, 日本社会福祉教育学校連盟・社会福祉専門職団体協議会訳『ソーシャルワークのグローバル定義(日本語訳版)』.)
- 伊賀市社会福祉協議会(2009)『地域福祉の推進における「保証機能」のあり方に関する研究事業報告書』平成20年度厚生労働省社会福祉推進事業.
- 伊賀市社会福祉協議会(2010)『「地域福祉あんしん保証システム」構築事業報告書』平成21年度厚生労働省社会福祉推進事業.
- 飯田修平(2003)「東京都病院協会が始まった臨床指標の活用」『社会保険旬報』2179, 20-4.
- 飯塚恵美・富永 晶・尾白浩子(2004)「退院後の療養環境を決定する因子についての調査」『磐田市立総合病院誌』6(1), 23-8.

- 碓谷真帆・小山内順子・金原ゆうき・ほか（2004）「回復期病棟から施設入所となった患者背景を探る——患者の意向に反した4事例から」『日本リハビリテーション看護学術大会集録』16, 185-7.
- 池田恵理子・いけだ後見支援ネット編（2010）『エピソードで学ぶ成年後見人——身上監護の実際と後見活動の視点』民事法研究会.
- 池田敏史子（2016）「民間保証業務の実態と課題」『実践成年後見』65, 25-33.
- 池田俊也（2010）「医療における質の評価」『総合リハビリテーション』38(12), 1119-23.
- 今中雄一（2012）「医療の質の可視化——評価とマネジメントへの展開」松田晋哉・伏見清秀編『診療情報による医療評価——DPC データから見る医療の質』東京大学出版会, 35-56.
- 稲田真理子・菊内由貴・廣澤光代・ほか（2012）「入退院を繰り返す患者の事例を通しての退院調整看護師としてのかかわり——地域と共に、患者と家族の意思決定を支える」『中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌』7, 65-8.
- 稲原久美子・久米博子（2011）「脳卒中患者の転院支援を通して、医療資源が少ない地域のシームレスケアに関する検討」『日本医療マネジメント学会雑誌』12, 183.
- 印南一路（2009）『「社会的入院」の研究——高齢者医療最大の病理にいかに対処すべきか』東洋経済新報社.
- 猪下 光・高田節子・近藤益子・ほか（1996）「自宅退院後3 ヶ月を経過した高齢者の健康と生活上の問題」『岡山大学医療短期技術短期大学部紀要』7, 165-170.
- 井上祐介・鄭丞媛・近藤克則（2009）「高齢者を対象にした MSW の関与と在院日数の関連性の検証——リハビリテーションバンク（DB）のデータを用いて」『介護経営』4(1), 69-77.
- 医療情報の提供のあり方等に関する検討会（2011）「医療の成果に関する指標（アウトカム指標）及び過程に関する指標（プロセス指標）の取扱い」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001u0or-att/2r9852000001u0tr.pdf>, 2016.7.18).
- 医療経済研究機構（2011）『介護療養病床等における入所者の実態に関する調査研究——医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査【介護保険施設】報告書』平成22年度老人保健健康増進等事業による研究報告書.
- 医療経済研究機構（2012）『介護関連施設等における医療の実態に関する調査研究事業報告書』平成23年度老人保健健康増進等事業による研究報告書.
- 伊佐地隆・旭佐記子・関 和江・ほか（2009）「退院後患者から振り返る回復期リハビリテーション——第1回退院後まもなく突発的な事態によって状態が悪化した事例」『回復期リハビリテーション』8(2), 28-31.
- 伊勢田暁子・井上智子（2003）「延命治療に関わる家族の意思決定」『家族看護』1(1), 48-54.
- 石橋みゆき・吉田千文・小暮みどり・ほか（2011）「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』17(2), 1-9.
- 石田真理（2011）「自宅退院に向けた回復期リハビリテーション病棟 MSW の役割——A さんの事例をもとに考える」『医療ソーシャルワーク』98, 23-7.
- 石原恵子（2009）「退院に向け家族の意思決定を支える看護——退院を受け入れることができない家族へのかかわりをとおして」『日本精神科看護学会誌』52(2), 302-6.

- 石原ゆきえ・井上健朗 (2014) 『時系列でみる！多職種協働事例で学ぶ退院支援・調整』日総研出版。
- 石井京子 (1997) 「老人病院入院高齢者の家族の退院意向及び退院に影響する要因分析」『発達心理学研究』8 (3), 186-194.
- 石川 誠 (2010) 「回復期リハビリテーション病棟における質の評価」『総合リハビリテーション』38 (12), 1141-6.
- 石丸直樹 (2011) 「身寄りのいない独居患者の身元保証支援」『赤穂市民病院誌』12, 55-7.
- 石渡未来・長谷川裕美 (2007) 「退院調整における家族の意思決定を支援する看護技術の明確化」日本看護協会編『第37回日本看護学会集録 老年看護』日本看護協会出版会, 163-5.
- 石渡未来 (2009) 「時宜を得た退院調整における家族の意思決定への看護介入——入院3日目の関わり的重要性」『横浜市立市民病院看護部看護研究集録』平成20年度, 56-61.
- 磯崎千枝子 (2001) 「自己決定のプロセスを支える——MSWの立場から」『死の臨床』24 (1), 23-4.
- 伊藤正子 (2006) 「医療制度改革下における転院問題の現状とMSWの課題」『現代福祉研究』6, 81-101.
- 伊藤まゆみ (2000) 「退院計画事業の評価」福島道子・河野順子編著『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, 61-70.
- 伊藤まゆみ (2001) 「退院計画をより実効あるものにするための視点と方法」『看護展望』26 (13), 17-23.
- 伊藤まゆみ・塚本友栄 (2001) 「慢性期・終末期にある高齢患者における退院計画プログラムの効果評価」『昭和大学医療短期大学紀要』2, 21-31.
- 伊藤まゆみ (2003) 「退院計画の評価」『Quality Nursing』9 (10), 854-60.
- 伊藤由美子・渡部美枝・本田慶子 (1997) 「在宅療養患者の再入院とその関連要因」日本看護協会編『第27回日本看護学会集録 老年看護』日本看護協会出版会, 116-8.
- 伊藤由美子 (2009) 「進行・再発がんを伝える時、抗がん治療の中止を伝える時、患者の意向は聴けているか——がん専門病院現場看護師とのグループワークによる問題点の抽出」『兵庫県立がんセンター紀要』24, 5-11.
- 岩本華子 (2007) 「社会福祉援助におけるクライアントの『主体性』概念に関する一考察——クライアントの『主体性』はどのように捉えられてきたか」『社会問題研究』56 (1/2), 95-116.
- 岩本ゆり (2015) 「がん患者の治療から看取りまで段階・手順に応じた意思決定支援を——医療コーディネーターとしての経験から」『訪問看護と介護』20 (2), 113-20.
- 岩永鶴子 (2013) 「人工呼吸器装着児のNICUからの在宅移行について——家族への退院支援を振り返る」日本看護協会編『第42回日本看護学会集録 小児看護』日本看護協会出版会, 139-41.
- 岩佐暁子 (2011) 「患者の自己決定を支える——患者に寄り添った支援と連携」『病院』70 (9), 698-701.
- Jonsen, Albert R. and Siegler, Mark. and Winslade, William J. (2002) Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine, 5th Ed., The McGraw-Hill Companies.
(=2006, 赤林 朗・蔵田伸雄・児玉 聡監訳『臨床倫理学——臨床医学における倫理的

- 決定のための実践的なアプローチ〈第5版〉』新興医学出版社.)
- 城 慶子 (1987) 「患者の退院と看護とのかかわりで思う」『看護』39 (3), 29-34.
- 香川由美子 (2002) 「要介護高齢者における退院先の場の決定に関する予備的研究——家族の決定過程に焦点をあてて」『日本看護福祉学会誌』7 (2), 19-28.
- 影近謙治 (2005) 「家庭復帰が難渋する脳卒中例への家族教育」『総合リハビリテーション』33 (2), 153-8.
- 影山葉子・浅野みどり (2015) 「家族への退院支援に関する国内文献レビュー(第1報)——退院における家族への意思決定支援に焦点を当てて」『家族看護学研究』20 (2), 93-105.
- 回復期リハビリテーション病棟協会 (2016) 『平成27年度回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書』.
- 梶本市子・日野洋子・松本幸子・ほか (1997) 「血液透析患者の自己決定スタイルに関する研究」『看護研究』30 (2), 47-57.
- 上山 泰 (2010) 『専門職後見人と身上監護〈第2版〉』民事法研究会.
- 上山 泰 (2014) 「成年後見のいま——歴史の転換点がくるのか?」『Legal Support Press』8, 3-6.
- 上山崎悦代 (2010) 「医療ソーシャルワーカーの今日的状況に関する一考察——期待される役割と葛藤の検証」『帝塚山大学心理福祉学部紀要』6, 67-81.
- 神奈川県大学病院ソーシャルワーカー連絡会 (1999) 『神奈川県内大学病院における転院援助最困難事例調査報告書』.
- カーン洋子・樋口キエ子・原田静香・ほか (2007a) 「大学病院療養指導室における退院支援の実態と退院支援体制の検討(第1報)」『順天堂大学医療看護学部 医療看護研究』3 (1), 82-9.
- カーン洋子・樋口キエ子・原田静香・ほか (2007b) 「大学病院療養指導室における退院支援の実態と退院支援体制の検討(第2報)——家族介護者の視点をつうじて」『順天堂大学医療看護学部 医療看護研究』3 (1), 90-5.
- 笠藤晋也・富士川浩子・渡邊由美・ほか (2006) 「転院援助——ソーシャルワークプロセスを整理して」『済生会中津年報』17 (2), 267-71.
- 片岡信之 (2015) 「ソーシャルワークのグローバル定義における新概念と翻訳の問題」『ソーシャルワーク研究』41 (2), 58-64.
- 加藤綾子・萩原晴子 (1996) 「医療相談室からみた『社会的入院』の実態と福祉の課題」『長野大学紀要』18 (1), 57-78.
- 加藤由美 (2012) 「退院支援におけるMSWと看護師の共通点と相違点」『病院』71 (4), 316-21.
- 桂 敏樹・渡部由美・平塚朝子・ほか (1999) 「医療機関における退院患者の在宅療養支援システムの開発に関する研究——看護職による退院調整機能」『北日本看護学会誌』2 (1), 11-20.
- 桂 敏樹・高橋みや子・右田周平 (2003) 「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), 712-23.
- 川口奏子 (2015) 「日々の生活援助にこそ潜む意思決定支援——メッセージナースをめざして、『排泄ケア』をめぐる」『訪問看護と介護』20 (2), 121-5.
- 河口てる子・伊達久美子・秋山正子・ほか (1997) 「訪問看護における在宅療養者・家族の自己決定とその支援」『訪問看護と介護』2 (4), 268-74.

- 河合秀樹 (2013) 「回復期ソーシャルワーカー 相談援助プロセス解剖 (第5回) いちばん大切なものは? ——退院後の生活を常に気にかけて援助しよう」 『回復期リハビリテーション』 12 (1), 36-42.
- 川北慎一郎 (2010) 「地域医療連携とリハビリテーション——脳卒中」 『病院』 69 (11), 868-72.
- 河村敦子・山田恵美子・長尾佳子・ほか (2007) 「脳血管疾患患者家族が患者の自宅退院を意思決定する過程における体験——現象学的アプローチによる聴くという介入を試みて」 日本看護協会編 『第37回日本看護学会論文集 地域看護』 日本看護協会出版, 74-6.
- 川添恵理子 (2011) 「わが国における1999~2009年の退院計画に関する文献の概観」 『日本在宅ケア学会誌』 14 (2), 18-25.
- 木戸宜子 (2011) 『病院退院計画から地域ケアへの展開に向けて——医療と福祉をつなぐソーシャルワークの役割』 社会保険研究所.
- 木舟雅子・富川由美子・三宅由美子 (1999) 「脳外科転院相談援助集計に関する報告」 『医療と福祉』 33 (1), 35-41.
- 衣笠一茂 (2011) 「回復期リハビリテーション病棟におけるソーシャルワーク実践の『原理』 についての実証的研究」 『ソーシャルワーク研究』 37 (3), 46-55.
- 桐野高明 (2014) 『医療の選択』 岩波書店.
- 小林美亜 (2016) 「医療の質評価について知るための文献」 『病院』 75 (11), 882-5.
- 小林美亜・池田俊也・藤森研司 (2010) 「臨床指標とDPCデータ」 『医療と社会』 20 (1), 5-22.
- 小林 覚 (2004) 「Q53 身元不明者の埋葬」 平田 厚編 『高齢者の生活・福祉の法律相談』 青林書院, 321-3.
- 小泉幸毅 (2011) 「回復期から介護サービスへの連携——責任をもってつなぐために」 『理学療法学』 38 (8), 582-4.
- 見島亜紀子 (2002) 「誰が『自己決定』するのか——援助者の責任と迷い」 古川孝順・岩崎晋也・稲沢公一・ほか 『援助するということ——社会福祉実践を支える価値規範を問う』 有斐閣, 209-56.
- 小嶋章吾・村上須賀子・金蔵常一・ほか (2000) 「『医療ソーシャルワーカー業務指針』 と今後の業務展開に関する調査研究報告」 『医療と福祉』 34 (1), 24-35.
- 小島好子・雲野博美・角田圭佑・ほか (2014) 「救命救急センターにおける医療ソーシャルワーカーが介入する患者の特性と退院支援」 『日臨救医誌』 17, 395-402.
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2012) 「日本の将来推計人口 (平成24年1月推計)」 (<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/gh2401.pdf>, 2014.9.28).
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2013) 「日本の世帯数の将来推計 (全国推計)」 (http://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2013/hhprj2013_PRS329.pdf, 2014.9.28).
- 近藤克則 (2007) 『医療・福祉マネジメント——福祉社会開発に向けて』 ミネルヴァ書房.
- 近藤克則 (2006) 「活動制限 (activity limitation)」 近藤克則・大井通正編 『脳卒中リハビリテーション——早期リハからケアマネジメントまで (第2版)』 医歯薬出版, 106-15.
- 近藤克則 (2012) 『「医療クライシス」を超えて——イギリスと日本の医療・介護のゆくえ』 医学書院.
- 近藤克則 (2016) 「集中講座研究入門——第7回 対象と方法」 『総合リハビリテーション』

- 44 (7) , 634-7.
- 近藤まゆみ (2003) 「がん告知における家族の意思決定」『家族看護』1 (1) , 41-7.
- 今野多美子・野川道子 (1997) 「訪問看護における在宅ターミナルケア——再入院を選択する要因」日本看護協会編『第28回日本看護学会論文集 看護総合』日本看護協会出版, 111-3.
- 小滝則子・柳田千尋 (2009) 「転退院相談における支援のあり方の一考察——ISTT ワークショップでの意識調査から」『医療と福祉』42 (2) , 10-4.
- 小谷真紀子・足立和代・伊澤 綾・ほか (2013) 「退院後の施設入所を選択した家族介護者と病棟看護師の介護負担に関する思いのずれ」日本看護協会編『第42回日本看護学会論文集 地域看護』日本看護協会出版, 182-5.
- 高齢者住宅財団 (2012) 『低所得高齢者の住宅確保と介護施設の将来像に関する調査・検討』平成23年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業.
- 厚生労働省 (2002) 「医療ソーシャルワーカー業務指針」(https://www.jaswhs.or.jp/images/pdf/gyoumusisin_2002.pdf, 2014.9.28).
- 厚生労働省 (2014) 「平成24年高齢期における社会保障に関する意識等調査報告書」(<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12605000-Seisakutoukatsukan-Seisakuhyoukakanshitu/h24hou.pdf>, 2014.9.28).
- 厚生労働省 (2015a) 「地域医療構想策定ガイドライン」(<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000088510.pdf>, 2015.8.24).
- 厚生労働省 (2015b) 「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現——新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」(<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokuyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/bijon.pdf>, 2016.7.4).
- 小藪綾子・岩間紀子・實友理香・ほか (2013) 「身寄りの無い患者の支援を通じての考察」『第33回日本医療社会事業学会 抄録集』(大阪国際交流センター), 66.
- 小山洋恵・小林恵子 (2012) 「脳血管疾患をもつ高齢患者の退院先の意向と退院支援の検討——プライマリーナースへの質問紙調査から」『日本在宅ケア学会誌』16 (1) , 100-6.
- 窪田美紀・坂本啓子・谷脇 香 (2000) 「要介護高齢者の家族が退院を決定するまでの心の動き」日本看護協会編『第30回日本看護学会論文集 老人看護』日本看護協会出版, 33-5.
- 空閑浩人 (2014) 『ソーシャルワークにおける「生活場モデル」の構築——日本人の生活・文化に根ざした社会福祉援助』ミネルヴァ書房.
- 熊田 均 (2016) 「身元保証等生活サポート事業の法的問題」『実践成年後見』65, 41-8.
- 黒田研二・趙 林・高鳥毛敏雄 (1992) 「要介護老人の処遇場所に影響を及ぼす因子に関する研究」『社会医学研究』11, 45-52.
- 黒川清美・高須 朗・澤田喜代子・ほか (2009) 「3次救急患者の療養型病院への転院支援——MSWからみた現状と問題点」『日本臨床救急医学会雑誌』12 (2) , 168.
- 草水美代子・杉澤秀博・中谷陽明・ほか (1998) 「脳血管疾患患者の療養生活の安定に関する予測——MSWによるアセスメントの適切さの検証」『総合リハビリテーション』26 (6) , 589-94.
- 楠本順子・川崎浩二 (2008) 「満足度調査による退院支援の評価」『日本医療マネジメント学会誌』9 (2) , 322-6.
- 京極高宣・村上須賀子・石田路子・ほか (2006) 「わが国の在宅医療における医療ソーシャルワーカー実践事例の調査研究——医療ソーシャルワーカーの国家資格化と養成カリキュ

- ラムのあり方を求めて」, 2005年度在宅医療助成調査研究報告書, 在宅医療ソーシャルワーク研究会.
- 前田美恵子・庄司安子・三好幸子 (2001) 「退院後間もない再入院を予防するために——3ヶ月以内に同一疾患で緊急入院した患者の実態調査」『東京都老年学会誌』8, 89-91.
- 前田 稔 (2005) 「成年後見制度と身元引受人——期待されている役割とは」『地域保健』36 (2), 48-54.
- 前田多見・地崎真寿美・鈴木志保子・ほか (2011) 「身寄りのない対応困難事例への活動報告」『日本医療マネジメント学会雑誌』12, 365.
- 前島伸一郎・大沢愛子・岸田芳幸 (2005) 「家族指導による機能訓練——脳卒中病棟における指導」『総合リハビリテーション』33 (1), 51-7.
- 丸 光恵 (2003) 「子どもへのインフォームド・コンセント、治療の選択における家族の意思決定——思春期にある小児がん患者のターミナルケア開始を中心に」『家族看護』1 (1), 85-96.
- 正木治恵 (1994) 「慢性病患者の看護援助の構造化の試み——糖尿病専門外来看護の臨床経験を通して」『看護研究』27 (1), 49-74.
- 松本沙織・橋本八代美 (2010) 「自宅退院後の生活の実態——退院後追跡調査から今後の展望」『公立八鹿病院誌』19, 37-40.
- 松村ちづか・川越博美 (2001) 「訪問看護婦の意思決定の促進要因・阻害要因の分析——5年未満の訪問看護婦の意思決定の特徴」『日本がん看護学会誌』15 (2), 62-7.
- 松村ちづか (2008) 「難病とともに生きる患者・家族の在宅療養における意思決定」山崎あけみ・原礼子編『家族看護学——19の臨床場面と8つの実践例から考える』南江堂, 178-90.
- 松浦由紀子・森田愛子・藤原智恵子・ほか (2002) 「生活の場所に関する高齢者の意思決定 (第1報) ——文献検討」『神戸市看護大学短期大学部紀要』21, 115-24.
- 松山 真・田口美和・芦沢有子・ほか (2001) 「保健医療ソーシャルワーカーによる『権利擁護に関する援助』についての調査研究報告」『医療と福祉』34 (2), 24-30.
- 美ノ谷新子・佐藤裕子・宮近郁子・ほか (2008) 「脳卒中退院患者からみた在宅療養生活開始時の現状と課題」『順天堂医学』54 (1), 73-81.
- 三島亜紀子 (2007) 『社会福祉学の〈科学〉性——ソーシャルワーカーは専門職か』勁草書房.
- 三島亜紀子 (2012) 「ソーシャルワーカーの現在形」『ケアマネジャー』14 (9), 36-41.
- 満武巨裕・西村由美子・坂本すが・ほか (2002) 「在院日数の短縮とアウトカム——転帰(死亡率) および再入院率を指標にとる試み」『病院管理』39 (1), 5-12.
- 宮地普子 (2007) 「退院支援における家族へのアプローチ——終末期がん患者の在宅生活を支援した事例から」『砂川市立病院医学雑誌』24 (1), 107-13.
- 宮川恵子・加茂 力・亀谷 学 (2007) 「転院支援における早期介入の試み——ディスチャージプランニング・スクリーニング票 (DPS) を用いて」『病院管理』44, 84.
- 宮本真己 (1995) 「看護相談を充実させるには？」『看護学雑誌』59 (7), 690-5.
- 宮田留理 (2005) 「クリティカルケアを受けている病者と共に生きる家族の特徴と看護の基本的な考え方」中野綾美編『家族エンパワーメントをもたらす看護実践』へるす出版, 227-33.

- 宮内佳代子・大出幸子・笹岡眞弓・ほか (2015) 「ソーシャルワーク介入必要基準の開発」『日本病院会雑誌』62 (3), 334-9.
- 宮脇美保子 (1997) 「患者の自己決定権と看護の役割」『鳥取大学医療技術短期大学部紀要』26, 35-40.
- 三好幸子・庄司安子・前田美恵子 (2001) 「退院後間もない再入院を予防するために——1ヶ月以内再入院患者の看護記録からの実態調査より」『東京都老年学会誌』8, 86-8.
- 宮崎清恵 (2009) 「生活障害」日本社会福祉士会・日本医療社会事業協会編『改訂保健医療ソーシャルワーク実践』中央法規, 152-8.
- 横野香苗・長谷川万希子・橋本廸生・ほか (2000) 「長期入院高齢者の家族の在宅ケア意向に影響する要因」『病院管理』37 (2), 105-13.
- 森 明子 (2003) 「不妊治療に関わる家族の意思決定」『家族看護』1 (1), 70-8.
- 森山美智子・岩本 晋・芳原達也・ほか (1995) 「高齢者の社会的入院を発生させる要因の検討 (第2報) ——医療者・患者・家族のコミュニケーション障害に焦点をあてて」『病院管理』32 (1), 27-36.
- 森山美知子 (1996) 「入院期間の短縮化及び患者・家族のQOL向上に関する専門的援助の研究——退院患者の分析から」『病院管理』33 (1), 27-37.
- 村上須賀子・京極高宣・永野なおみ編著 (2008) 『在宅医療ソーシャルワーク』勁草書房.
- 長嶺敬彦 (1989) 「身体化現象と家族機能に関する研究——家族機能の社会科学的考察」『月刊地域医学』3, 322-30.
- 永田智子・村嶋幸代 (2002) 「高齢者の退院支援」『日本老年医学会雑誌』39 (6), 579-84.
- 永田智子・村嶋幸代 (2007) 「高齢患者が退院前・退院後に有する不安・困り事とその関連要因」『病院管理』44 (4), 323-35.
- 長戸和子 (1999) 「家族の意志決定」『臨床看護』25 (12), 1788-93.
- 長戸和子・野嶋佐由美・中野綾美・ほか (2003) 『退院・在宅ケアに関する家族——看護者の合意形成に向けての介入方法の開発』平成11・12・13年度科学研究費補助金研究成果報告書.
- 長戸和子 (2008) 「家族の意思決定を支えるアプローチ」『緩和医療学』10 (4), 32-9.
- 長戸和子 (2011) 「キーワードで学ぶ!家族看護学入門——意思決定①」『家族看護』9 (1), 117-23.
- 長戸和子・瓜生浩子 (2011) 「キーワードで学ぶ!家族看護学入門 (第2回) ——意思決定②」『家族看護』9 (2), 132-9.
- 長岡沙紀子・内田陽子 (2011) 「高齢心不全患者の退院時及び退院2か月後の身体・生活・心理状態と必要なケア——安全・安楽な在宅生活に向けた支援の検討」『群馬保健学紀要』32, 61-9.
- 名倉英一・柴田昌子・本城秀次・ほか (1995) 「家族からみた最終入院時における高齢患者の病識の検討——癌患者と非癌患者の比較」『日本老年医学会雑誌』32 (8・9), 571-80.
- 内閣府 (2007) 「家族のつながり」『平成19年度版国民生活白書』, 9-60.
- 内閣府 (2015) 「平成26年度 高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況」『平成27年版高齢社会白書』 (<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/html/zenbun/index.html>, 2016.2.28).
- 内閣府消費者委員会事務局 (2016) 「身元保証等高齢者サポート事業にかかる調査審議」『実践成年

- 後見』65, 11-6.
- 中西一葉 (2012a) 「高齢患者の自宅退院における『予測外』のダメージ——リロケーション第四形態の存在と要因」『北星学園大学大学院論集』3, 39-54.
- 中西一葉 (2012b) 「高齢患者の自宅退院における『予測内』、『予測を超える』ダメージ——リロケーション第四形態の存在と要因」『北海道医療大学看護福祉学部学会誌』8 (1), 21-30.
- 中西代志子・近藤益子・太田にわ・ほか (1996) 「高齢者の健康と生活上の問題に関する研究——退院後1年間の在宅療養を追跡して」『岡山大学医療短期技術短期大学部紀要』7, 181-8.
- 中宮久美子・山下美津江 (1998) 「転院援助におけるソーシャルワーカーの役割と課題」『石川県立中央病院医学誌』20, 81-5.
- 中村桂子・荒記俊一・二木立・ほか (1989) 「脳血管疾患患者の自宅復帰に及ぼす社会生活因子の影響」『公衆衛生』53 (6), 427-32.
- 中村隆一・長崎浩・天草万里編 (2011) 『新版 脳卒中の機能評価と予後予測』医歯薬出版.
- 中野綾美・畦地博子・宮田留理・ほか (2002) 「意志決定をすることが困難な患者に対する看護方略の抽出」『高知女子大学紀要』51, 27-37.
- 中野加奈子 (2007) 「医療ソーシャルワークにおける『退院援助』の変遷と課題」『佛教大学大学院紀要』35, 221-35.
- 中谷陽明 (1997) 「退院計画とは何か」手島陸久編『退院計画——病院と地域を結ぶ新しいシステム<第2版>』中央法規, 206-21.
- 中山和弘・岩本貴 (2012) 『患者中心の意思決定支援——納得して決めるためのケア』中央法規.
- National Academy of Sciences (U.S.) Committee on the Quality of Health Care in America (2001) Crossing the quality chasm : a new health system for the 21st century, National Academy Press. (=2002, 医学ジャーナリスト協会訳『医療の質——谷間を越えて 21世紀システムへ』日本評論社.)
- 根本博司 (2000) 「理論構築のための事例研究の方法」『ソーシャルワーク研究』26 (1), 11-8.
- NHK 「無縁社会プロジェクト」取材班 (2010) 『無縁社会』文藝春秋.
- NHK スペシャル取材班 (2013) 『老人漂流社会——他人事ではない「老後の現実」』主婦と生活社.
- 日本看護協会 (2008) 「高齢者の意思決定の支援」(<http://www.nurse.or.jp/rinri/basis/shien/index.html>, 2015.9.28).
- 日本看護協会 (2011) 『退院調整看護師に関する実態調査報告書』.
- 日本医療社会事業協会 (2004) 『病院における社会福祉活動推進に関する調査結果報告書』2003年度社会福祉・医療事業団 (独立行政法人福祉医療機関) 長寿社会福祉基金助成事業.
- 日本総合研究所 (2014) 『養護老人ホーム・軽費老人ホームの今後のあり方も含めた社会福祉法人の新たな役割に関する調査研究事業報告書』平成25年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業.
- 日本社会福祉士会編 (2013) 『権利擁護と成年後見実践<第2版>』民事法研究会.
- 二木立 (1982) 「脳卒中リハビリテーション患者の早期自立度予測」『リハビリテーション』

- ン医学』19 (4), 201-23.
- 二木 立 (1983a) 「脳卒中患者が自宅退院するための医学的・社会的諸条件」『総合リハビリテーション』11 (11), 895-9.
- 二木 立 (1983b) 「一般病院における在宅患者に対するリハビリテーション」『総合リハビリテーション』11 (12), 949-54.
- 二木 立 (2009) 『医療改革と財源選択』勁草書房.
- 西村昌代 (2000) 「痴呆患者の介護者が、介護をしていく意思決定の要因となるもの——3場面をふりかえって」『神奈川県立看護教育大学校事例研究集録』51 (4), 35-8.
- 西山淳美・宮田里弥・奥山真由美・ほか (2006) 「要介護者に対する退院調整表の検討——介護者の退院後の生活や介護に対する不安に焦点を当てて」日本看護協会編『第36回日本看護学会論文集 地域看護』日本看護協会出版会, 195-7.
- 西崎由美・山崎昌子・梅原由希・ほか (2014) 「当院 (回復期リハビリテーション病院) の退院先に影響する因子の検討」『多根総合病院医学雑誌』3 (1), 31-4.
- 信岡由夏・鷹林広美・徳満久美子 (2007) 「高齢の心不全患者の生活上の問題——再入院患者の調査より」日本看護協会編『第37回日本看護学会論文集 老年看護』日本看護協会出版会, 100-2.
- 延末一洋 (2015) 「本人と家族の意向が異なる場合の退院調整——MSW のジレンマからの考察」『日本医療マネジメント学会雑誌』16, 254.
- 野田智子 (2010) 「地域医療福祉部門の管理——MSW の視点での発展を考える」『病院』69 (12), 988-91.
- 野川道子・今野多美子 (2000) 「在宅ターミナルケアに関する研究——再入院の要因及び在宅死の検討」7, 11-7.
- 野口康彦 (1996) 「要介護老人をめぐる退院問題の一考察——転院援助を中心に」『中央学術研究所紀要』25, 155-172.
- 野嶋佐由美・梶本市子・日野洋子・ほか (1997) 「血液透析患者の自己決定の構造」『日本看護科学会誌』17 (1), 22-31.
- 野嶋佐由美・中野綾美・藤田佐和・ほか (1998) 『患者の自己決定を支える看護実践モデルの構築』平成7・8年度科学研究費補助金研究成果報告書.
- 野嶋佐由美・阿部淳子・中野綾美・ほか (2000a) 「患者の意思決定を支える看護の方略」『高知女子大学看護学会誌』25 (1), 33-42.
- 野嶋佐由美・畦地博子・中野綾美・ほか (2000b) 「患者の意思決定を支える看護の基盤についての看護者の認識」『高知女子大学紀要』49, 75-87.
- 野嶋佐由美 (2003) 「家族の意思決定を支える看護のあり方」『家族看護』1 (1), 28-35.
- 野嶋佐由美 (2005) 「家族の意思決定への支援とアドボカシー」『家族エンパワーメントをもたらす看護実践』中野綾美編『家族エンパワーメントをもたらす看護実践』へるす出版, 157-62.
- 沼田久美子・城谷典保・岩本安彦 (2006) 「東京女子医科大学病院患者の在宅医療・療養移行について」『癌と化学療法』33, 299-301.
- 落合明美 (2014) 「単身要介護高齢者の急増と住居とケア——現状と将来予測」『社会保険旬報』2571, 20-8.
- 小賀野晶一・公益社団法人東京社会福祉士会編 (2013) 『社会福祉士がつくる身上監護ハンドブック 2013』民事法研究会.

- 小賀野晶一 (2015) 「患者の医療同意と意思決定支援——リーガルサポート報告書に学ぶ」『Legal Support Press』9, 1-3.
- 小笠原充子 (2003) 「痴呆性高齢者を抱える家族の退院をめぐる意思決定」『家族看護』1 (1), 120-5.
- 小川恵子・福島道子・郷間悦子 (2003) 「患者と家族による介護保険施行後の退院計画の評価」『日本赤十字看護大学紀要』17, 28-37.
- 小楠範子 (2008) 「退院後の生活の場の決定に参加できない高齢者の体験」『老年社会科学』30 (3), 404-14.
- 小原真知子 (2014) 「退院支援・地域生活移行とコミュニティケア」日本社会福祉学会事典編集委員会編『社会福祉学事典』丸善出版, 336-7.
- 小原真知子・高瀬幸子・山口麻衣・ほか (2014) 「退院支援業務におけるソーシャルワークのアウトカム評価に関する研究——回復期リハビリテーション病院看護部門におけるソーシャルワーカーに対する評価」『日本社会福祉学会第62回秋季大会研究報告概要集』(早稲田大学), 415-6.
- 岡堂哲雄 (2003) 「家族の意思決定のメカニズム」『家族看護』1 (1), 127-31.
- 岡原正幸 (2012) 「制度としての愛情——脱家族とは」安積純子・岡原正幸・尾中文哉・ほか『生の技法——家と施設を出て暮らす障害者の社会学』生活書院, 119-57.
- 沖倉智美 (2014) 「自己決定支援——支援つき意思決定の可能性」岩崎晋也・岩間伸之・原田正樹編『社会福祉研究のフロンティア』有斐閣, 144-7.
- 沖田佳代子 (2002) 「介護サービス計画の決定作成における倫理的ディレンマ——ケアマネジャーに対する訪問面接調査から」『社会福祉学』43 (1), 80-90.
- 小野美喜・福田広美・大津佐和江・ほか (2006) 「退院の意思決定プロセスにおいて要介護老人の参加を促す援助——家族と医療者に示す対応の分析から」『臨床看護』32 (2), 266-71.
- 小野沢滋・阿部弘子 (2002) 「急性期病院における医療ソーシャルワーカーの積極的介入による要支援者の把握の効果」『日本在宅ケア学会誌』6 (1), 70-8.
- 大倉美紀・石原ゆきえ・山内真恵・ほか (2011) 「東京都内の病院の退院調整部署に関する調査」『日本医療マネジメント学会雑誌』11 (4), 251-5.
- 大松重宏 (2006) 「患者さんの退院に向けての意思決定への援助——ソーシャルワーカーの立場から」『緩和ケア』16 (3), 204-8.
- 大松重宏・御牧由子 (2007) 「末期がん患者・家族の意思決定への支援」『医療と福祉』40 (2), 30-5.
- 大本和子 (1997) 「転院援助行為とソーシャルワーカーの日常活動」『社会福祉学』38 (1), 145-59.
- 大沢たか子 (2010) 「地域医療連携を阻む診療報酬制度に関する検討——転院事例の実態から」『高知学園短期大学紀要』40, 1-10.
- 大島 巖 (2014) 「プログラム評価研究法の発展——到達点と課題」日本社会福祉学会事典編集委員会編『社会福祉学事典』丸善出版, 620-1.
- 大瀧敦子 (2001) 「『自己決定』支援のための実践モデル——医療ソーシャルワークの特性を踏まえて」『明治学院論叢』660, 1-17.

- 大谷 昭 (1997) 「保健医療領域におけるソーシャルワークの現状と課題——変動する医療・福祉状況の中で」 『ソーシャルワーク研究』 23 (3), 196-201.
- 大谷 昭・山村典子・橘高通泰 (1999) 「リハビリテーション科患者への援助とその評価——退院患者への調査を通して」 『医療社会福祉研究』 8 (1), 50-7.
- 太田にわ・猪下 光・池田敏子・ほか (1996) 「高齢者の自宅退院6か月後における健康及び日常生活の問題」 『岡山大学医療短期技術短期大学部紀要』 7, 41-7.
- 太田達雄 (2016) 「日本ライフ協会事件と高齢者等支援事業」 『実践成年後見』 65, 17-24.
- 太田貞司編 (2009) 『医療制度改革と地域ケア——急性期病院から慢性期病院、そして地域・在宅へ』 光生館.
- 大塚 文 (2013) 「医療ソーシャルワーカーは患者の自己決定に貢献できるか」 『先端倫理研究』 7, 76-93.
- 大津佐知江・福田広美・小野美喜・ほか (2004) 「大腿骨頸部骨折を起こした高齢者の退院に関する意思決定」 『日本看護学会誌』 14 (1), 51-8.
- 大内尉義・村嶋幸代監修 (2002) 『退院支援——東大病院医療社会福祉部からの実践から』 杏林書院.
- 大植友樹・高橋史織・成田 亘・ほか (2010) 「どこに行けば…高齢者医療難民・介護難民の行方——4つのアンケート調査から」 『医療ソーシャルワーク』 58, 51-8.
- 大園康文・大塚真理子 (2007) 「ターミナル期を自宅で過ごした高齢者と家族の意思決定——相互決定の視点からみた家族インタビューの分析」 日本看護協会編『第37回日本看護学会論文集 老年看護』 日本看護協会出版, 79-81.
- 小澤暢子・芳賀佳久子 (2009) 「高齢患者の退院後の行き先決定へのアプローチ——介護施設マップを取り入れた効果」 日本看護協会編『第39回日本看護学会論文集 地域看護』 日本看護協会出版, 75-6.
- Rossi, Peter Henry. and Lipsey, Mark W. and Freeman, Howard E. (2004) Evaluation : A Systematic Approach, 7th Ed., Sage Publications. (=2005, 大島 巖・平岡公一・森 俊夫・ほか監訳『プログラム評価の理論と方法——システマティックな対人サービス・政策評価の実践ガイド』 日本評論社.)
- 嵯峨崎泰子 (2015) 「『在宅看取り』偏重時代の意思決定支援の課題——在宅医療のセカンドオピニオン事例に学ぶ」 『訪問看護と介護』 20 (2), 138-43.
- 佐原直幸・桑原洋司 (1999) 「身寄りのない患者の財産管理について」 『日本病院会雑誌』 46 (1), 87-91.
- 最高裁判所事務総局家庭局 (2001) 「成年後見関係事件の概況——平成12年4月から平成13年3月」 (http://www.courts.go.jp/vcms_1f/20512001.pdf, 2014.9.28).
- 最高裁判所事務総局家庭局 (2016) 「成年後見関係事件の概況——平成27年1月～12月」 (http://www.courts.go.jp/vcms_1f/20160427koukengaikyou_h27.pdf, 2016.11.9).
- 斉藤広美・金谷春美 (2006) 「継続看護における当院訪問看護室の役割」 『北海道社会保険病院紀要』 5, 39-42.
- 斎藤友美・山崎宗隆・牧田 茂 (2012) 「当院でリハビリテーションを実施した慢性心不全症例における再入院因子の検討」 『日本臨床生理学会雑誌』 42 (2), 103-6.
- 坂井桂子・塚原千恵子・岩城直子・ほか (2011) 「進行がん患者の療養の場の選択の意思決

- 定に影響を及ぼす患者・家族の要因」『石川看護雑誌』8, 41-9.
- 坂井志麻(2015)「政策につながる看護研究の動向と今後の展望——退院支援の研究を例に」『看護研究』48(1), 32-42.
- 酒井忠昭(1998)「在宅ケア患者のインフォームドコンセント並びに自己決定に関する研究」『長寿科学総合研究』8, 285-90.
- 鮫島輝美・杉本初枝・藤井裕子・ほか(2002)「病院から在宅への環境移行に伴うケア・ニーズの実態調査とその分析」『兵庫県立看護大学紀要』9, 87-102.
- 佐々木和人・鈴木英二・田所雄二・ほか(1997)「老人保健施設入所患者が家庭復帰可能となる要因とその対策」『総合リハビリテーション』25(5), 465-71.
- 笹岡真弓・内藤雅子(2006)「病院現場から見た格差社会の現状」『病院』65(8), 624-7.
- 佐瀬真粧美(1997)「老人保健施設への入所に関わる老人の自己決定に関する研究」『老年看護学』2(1), 87-96.
- 佐瀬真粧美・湯浅美千代・野口美和子(1998)「老人保健施設に入所している老人と家族の退所にあたっての見通し」『千葉大学看護学部紀要』20, 113-7.
- 佐瀬真粧美・湯浅美千代・野口美和子(1999)「老人保健施設入所中の老人と家族の退所についての見通しと2年後の生活の場」『千葉大学看護学部紀要』21, 75-80.
- 佐瀬真粧美(2006)「高齢者ケアにおける倫理の課題——高齢者の入退院・入退所に関する課題」『老年看護学』10(2), 15-9.
- 佐藤富美子(1998)「在宅療養者の自己決定を支える訪問看護婦の認識と方略」『日本看護科学学会誌』18(3), 96-105.
- 佐藤郁哉(2008)『質的データ分析法——原理・方法・実践』新曜社.
- 沢田健次郎(1994)「ケースワークの基礎理論」大塚達雄・井垣章二・沢田健次郎・ほか編『ソーシャル・ケースワーク論』ミネルヴァ書房, 35.
- 瀬田克孝・西村佳美・鳥影俊英・ほか(1996)「退院計画と医療ソーシャルワーカーの役割——社会保険病院における患者家族調査」『社会保険医学雑誌』36(1), 25-33.
- 成年後見センター・リーガルサポート(2013)「病院・施設等における身元保証等について——実態調査から見えてきた緊急課題」『Legal Support Press』5, 1-5.
- 成年後見センター・リーガルサポート(2014)「病院・施設等における身元保証等に関する実態調査報告書」(https://www.legal-support.or.jp/akamon_regal_support/static/page/main/newstopics/mimotohoshohoukoku.pdf, 2017.1.3).
- 聖路加国際病院 QI 委員会編(2012)『Quality Indicator 2012——[医療の質]を測り改善する』インターメディカ.
- 聖路加国際病院 QI 委員会編(2015)『Quality Indicator 2015——[医療の質]を測り改善する』インターメディカ.
- 関原京輔(2009)「病院が求める役割で MSW の業務内容も変わる」『Clavis』312, 2-8.
- 芝田文男(2014)「介護保険——地域包括ケアを中心とする施策の現状・課題・提言」一圓光彌・林 宏昭編『社会保障制度改革を考える——財政および生活保護、医療、介護の観点から』中央経済社, 135-57.
- 椎名由美子・斎藤有紀・成澤美佳・ほか(2009)「介護を必要とする患者の安全を考えた退院支援——介護者不在の独居患者への退院支援から」『北海道社会保険病院紀要』8, 20-2.

- 四方克尚 (1999) 「自己決定に関する試論——MSW として提供できる 2 つの視点」『医療と福祉』33 (1), 26-31.
- 嶋崎明美 (2013) 「退院支援を受けた患者・家族の入院満足に影響する因子」『姫路医療センター紀要』13, 1-4.
- 清水哲郎 (2007) 「臨床倫理のすすめ——医療者—患者・家族が共同で進める医療」『社会福祉研究所報』35, 59-96.
- 清水哲郎 (2013a) 「清水哲郎による臨床倫理のススメ (第 3 回) 意思決定プロセス①——本人・家族を理解する」『看護技術』59 (3), 291-5.
- 清水哲郎 (2013b) 「清水哲郎による臨床倫理のススメ (第 9 回) 様々な事例①——本人・家族の主体的な治療選択を支える」『看護技術』59 (10), 1073-8.
- 清水哲郎 (2015) 「本人・家族の意思決定を支える——治療方針選択から将来に向けての心積りまで」『医療と社会』25 (1), 35-47.
- 清水哲郎・会田薫子 (2012) 「終末期ケアにおける意思決定プロセス」シリーズ生命倫理学編集委員会編『シリーズ生命倫理学 第 4 巻——終末期医療』丸善出版, 20-41.
- 清水哲郎・佐藤伸彦・会田薫子 (2013) 「終末期の『物語り』を充実させる——『情報共有・合意モデル』に基づく意思決定とは」『週刊医学界新聞』3013, 1-3.
- 冷水 豊 (2005) 「高齢者保健福祉サービス評価研究の動向と課題」『老年社会科学』27 (1), 55-64.
- 下村辰雄 (2005) 「痴呆 (認知症) 老人を抱える家族への教育と支援」『総合リハビリテーション』33 (4), 349-54.
- 新保祐光 (2011) 「利用者と専門職の協働による合意形成——『状況的価値』形成を目的とした退院支援」『社会福祉学』51 (4), 43-56.
- 篠田道子編 (2006) 『ナースのための退院調整——院内チームと地域連携のシステムづくり』日本看護協会出版会, 31.
- 篠田道子 (2011) 『多職種連携を高める チームマネジメントの知識とスキル』医学書院.
- 新家めぐみ (2004) 「援助関係再考——F.P. バイステックの場合」『佛教福祉学』10, 99-122.
- 下田信明・丹羽 敦・伊藤まゆみ・ほか (2002) 「ケアプラン立案状況と患者・家族の満足度からみた退院計画の有効性」『日本在宅ケア学会誌』5 (3), 75-81.
- 白川泰之・佐方信夫 (2016) 「退院支援・調整と退院先の決定——何が『自宅復帰』を左右するのか?」『社会保険旬報』2648, 16-21.
- 白澤政和・橋本泰子・竹内孝仁監修 (2000) 『ケアマネジメント概論』中央法規.
- 白山宏人・居内光子・小石一江・ほか (2004) 「悪性腫瘍患者の退院支援の必要性」『癌と化学療法』31, 166-8.
- 城谷典保監修 (2004) 『退院支援実践ガイド——患者・家族が安心して退院するための支援の具体的ノウハウ』医学芸術社.
- 総務省統計局 (2013) 「人口推計 (平成 24 年 10 月 1 日現在)」 (<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2012np/>, 2014.9.28).
- 杉 政孝 (1990) 「意志決定理論」『看護 Mook』35, 124-9.
- 杉山章子 (2003) 「医療における実践モデル考 (その 2)」『日本福祉大学社会福祉論集』109, 59-67.

- 杉山章子 (2007) 「今後の医療福祉の展望と課題」 児島美都子・成清美治編 『現代医療福祉概論<第2版>』学文社, 253-66.
- 杉山統哉・近藤克則・松本大輔・ほか (2013) 「急性期脳卒中患者の歩行自立度と社会的サポートの関連——リハビリテーション患者データバンクの多施設登録データを用いた研究」 『総合リハビリテーション』41 (2), 161-9.
- 角川由香・福井小紀子 (2009) 「在宅療養移行を実現した末期がん患者の再入院に関連する要因」 『日本医療・病院管理学会誌』46 (2), 17-24.
- スズケン (2014) 「2014年度診療報酬改定について——地域連携を中心に」 (愛知県MSW協会研修資料).
- 鈴木裕子・吉田沙耶子・小峰美輪 (2011) 「退院支援における病棟看護師の役割——患者・医師・看護師の認識の相違からの検討」 日本看護協会編 『第41回日本看護学会論文集 地域看護』日本看護協会出版会, 189-92.
- 鈴木裕介 (2016) 「医療ソーシャルワーカーが行うアドボカシー援助活動の構成要素」 『医療社会福祉研究』24, 55-67.
- 社会保障制度改革国民会議 (2013) 「社会保障制度改革国民会議報告書——確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋」 (<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>, 2015.1.10).
- 社会保障審議会 (2014) 「平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)の結果【速報版】」 (http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000062117.pdf, 2015.1.11).
- 社会福祉士養成講座編集委員会編 (2009) 『新・社会福祉士養成講座 17 保健医療サービス』中央法規出版.
- 田部宏行 (2016) 「特別養護老人ホームに入所の際の身元保証人に関する調査報告書」 『岐阜経済大学論集』49 (2・3), 91-7.
- 橘 雅美・中村真寿美・岡本慶子 (2009) 「脳脊髄神経疾患患者の退院決定に影響を与えた要因——多職種カンファレンスを実施した事例から検討して」 日本看護協会編 『第39回日本看護学会論文集 老年看護』日本看護協会出版会, 174-6.
- 高木智美・池田麻左子・鈴木夕衣・ほか (2009) 「高度な医療的ケアを必要とする子どもの退院調整における医療チームの倫理的判断について」 日本看護協会編 『第39回日本看護学会論文集 地域看護』日本看護協会出版会, 209-11.
- 高橋紘士 (2014a) 「地域居住支援制度の構想」 『社会保険旬報』2570, 10-4.
- 高橋紘士 (2014b) 「老人福祉法から『高齢者生活支援法』へ——新たな構想の必要性」 『社会福祉研究』119, 20-8.
- 高橋ひろ好・藤田冬子・七里安子・ほか (2009) 「退院計画の質を高めるためのシステムの開発——退院計画監査票と退院計画評価票の作成と試行」 日本看護協会編 『第39回日本看護学会論文集 地域看護』日本看護協会出版会, 116-8.
- 高橋 学 (2000) 「退院援助における自己決定原則の考察——自律性 (autonomy) 尊重モデルの検討」 『医療と福祉』33 (2), 46-58.
- 高瀬幸子 (2014) 「医療ソーシャルワーカーの退院支援業務の自己評価とそれに影響を与える要因の分析——対患者・家族、対スタッフ・病院組織、対地域・社会の実践レベルか

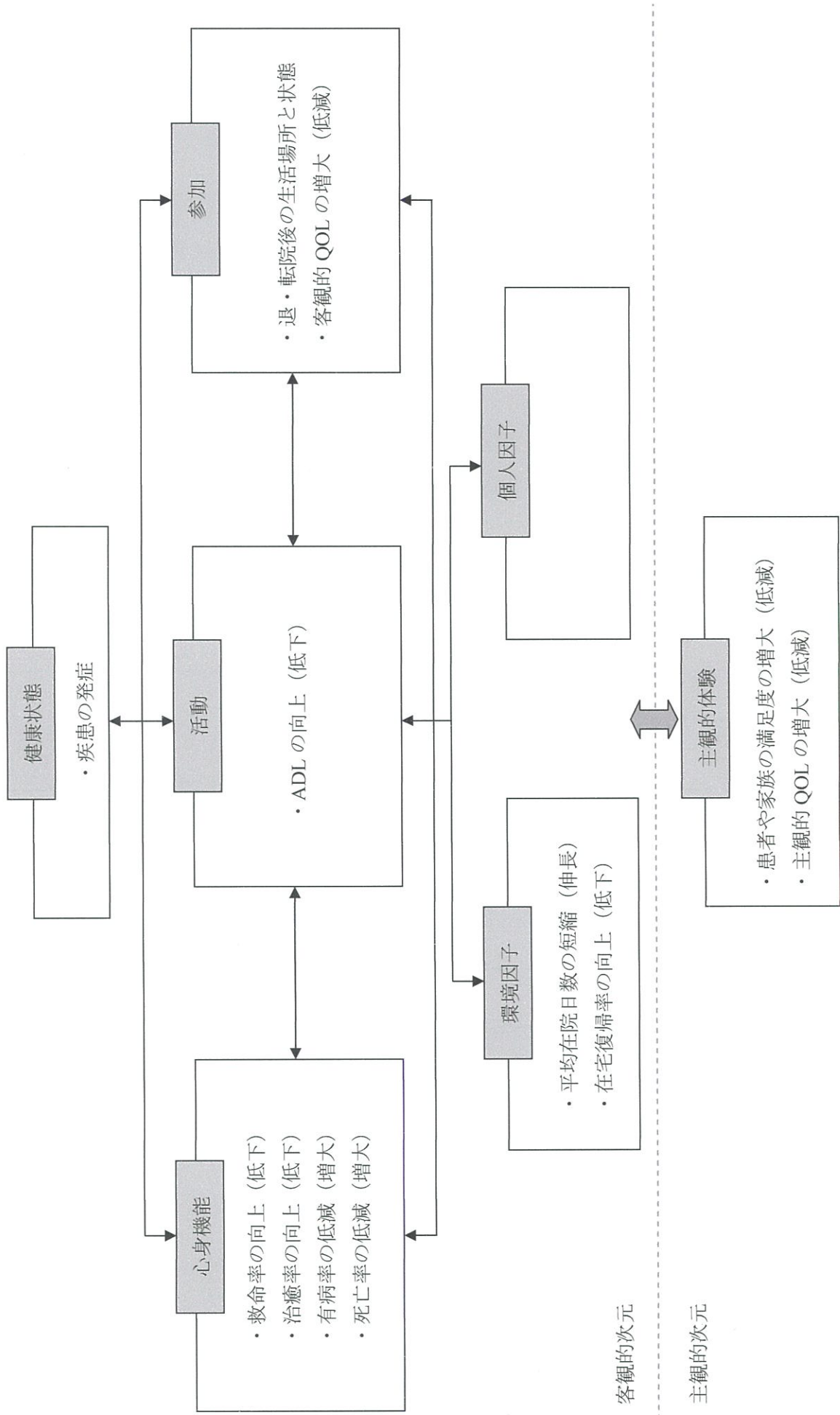
- ら」『上智大学社会福祉研究』38, 51-66.
- 高山恵理子(2012)「病院におけるソーシャルワーカーによる退院支援プログラム策定の試み——病院組織・院内スタッフに対する実践に焦点をあてて」『上智大学社会福祉研究』36, 1-17.
- 高山恵理子・小原眞知子(2014)「医療機関における退院支援に関わるソーシャルワーク部門の位置づけと看護師との協働の状況——『病院における医療ソーシャルワーカー退院支援業務に関する調査』より」『医療と福祉』47(1), 60-6.
- 高山恵理子・山口麻衣・小原眞知子・ほか(2016)「退院支援において病院運営管理部門はソーシャルワーカーに何を期待しているのか——回復期リハビリテーション病院運営管理部門を対象としたソーシャルワーク実践アウトカム評価調査より」『医療社会福祉研究』24, 9-25.
- 高山寿子(2010)「認知機能障害を有する高齢者とその家族に対する意思決定支援——退院支援を行った事例を通して」日本看護協会編『第40回日本看護学会論文集 老年看護』日本看護協会出版, 99-101.
- 武田祐子(2003)「遺伝性疾患に関わる家族の意思決定」『家族看護』1(1), 97-103.
- 竹原正将(2008)「医療ソーシャルワークにおける高齢患者の退院援助に関する研究——『生活の場』の選択における自己決定の阻害要因について」『東北福祉大学大学院総合福祉学研究科社会福祉学専攻紀要』6, 67-77.
- 竹中麻由美(1996)「介護力強化病院における転院問題」『医療と福祉』30(1), 5-11.
- 竹内孝仁(2001)「竹内孝仁ケアマネジメント原論——本人と家族(介護者)の意向のくいちがい」『ジーピーネット』48(7), 43-5.
- 竹内孝仁(2008)「ケアをめぐる家族の葛藤」上野千鶴子・大熊由紀子・大沢真理・ほか編『家族のケア 家族へのケア』岩波書店, 75-91.
- 武ユカリ(2005)「決断を迫られた患者・家族のケア——意思決定が難しい要因とそのときナースにできること」『看護学雑誌』69(4), 360-5.
- 瀧本禎之(2015)「医療における意思決定——生命倫理とEBMの観点から」『臨床心理学』15(1), 30-3.
- 田宮菜奈子(2000)「要介護老人を抱える家族の老人ケアの場所への意思決定過程——家族面接にみるスティグマ・葛藤の実態」『健康文化研究助成論文集』82-8.
- 田村真美子(1996)「自宅生活が困難な時の退院援助について」『医療と福祉』30(1), 19-25.
- 田中千枝子(1997)「対象者の発見と特定」手島陸久編『退院計画——病院と地域を結ぶ新しいシステム<第2版>』中央法規, 60-77.
- 田中千枝子・高梨 薫・杉澤秀博・ほか(1997)「家族介護者における退院援助に対する評価の予測要因——脳血管疾患後遺症患者・家族の縦断的調査」『医療社会福祉研究』6(1), 27-38.
- 田中千枝子(2014)『保健医療ソーシャルワーク論<第2版>』勁草書房.
- 田中千枝子(2016)「保健医療領域における『連携』の基本的概念と課題」『ソーシャルワーク研究』42(3), 5-16.
- 田中 滋(2016)「超高齢社会における地域のカ——地域包括ケアシステム構築にあたって」日本医師会医療政策会議『医療政策会議報告書——高齢社会における経済的・文化的・医学的パラダイムシフト』, 13-20.

- 谷 義幸 (2011) 「住み慣れた我が家へ——高齢・単身者の退院援助」『ソーシャルワーク学会誌』22, 90-1.
- 田崎美弥子・中根允文 (2007) 『WHOQOL26 手引<改訂版>』金子書房.
- 田瀬裕子・橋本由加里・梅津千津子・ほか (2004) 「入退院を繰り返す心不全患者のセルフケア不足の要因」日本看護協会編『第34回日本看護学会論文集 成人看護Ⅱ』日本看護協会出版会, 141-3.
- 田代真理・大竹美恵子・和田かおり (2015) 「多職種だからできる多角的・継続的な意思決定支援——診療所看護師として、ALS 患者の胃ろう造設をめぐる」『訪問看護と介護』20 (2), 126-30.
- 立石昌子 (2009) 「MSW による転院支援の有効性」『病院』68 (8), 668-71.
- 立岩真也・堀越由紀子・荒田 寛・ほか (1999) 『『自己決定』を考える——ソーシャルワーカーの実践から』33 (1), 3-20.
- 立松 実 (2005) 「キーパーソンのいない患者への援助に関する考察」『第10回愛知県医療ソーシャルワーク学会 抄録集』(名古屋国際会議場), 28.
- 手島陸久 (1997a) 「退院計画とは何か」手島陸久編『退院計画——病院と地域を結ぶ新しいシステム<第2版>』中央法規, 1-51.
- 手島陸久 (1997b) 「退院計画のプロセス」手島陸久編『退院計画——病院と地域を結ぶ新しいシステム<第2版>』中央法規, 57-9.
- 手島陸久 (2006) 「退院計画と退院支援の概念と歴史」大内尉義監修『高齢者の退院支援と在宅医療』メジカルビュー社, 2-7.
- 転院問題を考える会 (2003) 『第2回転院調査報告書——MSW による患者・家族に対するアンケートの結果から』勇美財団助成出版物.
- 寺田祥子・藤谷順子・早乙女郁子・ほか (2014) 「熱中症による脳障害を来した患者の背景と転帰——ソーシャルワーカーの視点から」『総合リハビリテーション』42 (1), 63-6.
- Thompson, Joyce Beebe and Thompson, Henry O. (1992) Bioethical decision making for nurses, University Press of America. (=2004, 山本千沙子監訳『看護倫理のための意思決定 10 のステップ』日本看護協会出版会.)
- 戸村ひかり・永田智子・村嶋幸代 (2009) 「一般病棟から自宅退院する要介護高齢患者への退院支援に必要な要素の分析——追跡調査による評価から」『日本地域看護学会誌』12 (1), 50-8.
- 取出涼子 (1999) 「転院援助困難事例から退院を考える——大学病院ソーシャルワーカーの立場から」『看護管理』9 (4), 263-9.
- 取出涼子 (2011) 「退院に向けたソーシャルワーカーのかかわり」『地域リハビリテーション』6 (5), 351-6.
- 東京都社会福祉協議会 (2011) 『退院後、行き場を見つけづらい高齢者——医療と福祉をつなぐ新たなシステムの構築を目指して』.
- 東京都社会福祉協議会 (2013) 『退院後、行き場を見つけづらい高齢者 社会資源実態白書』.
- 塚越徳子・二渡玉江 (2015) 「退院支援を行う看護職を対象とした研究の動向と課題——国内文献レビュー」『群馬保健学紀要』36, 103-14.
- 積田文江・三崎明見・時松信夫・ほか (2007) 「地域医療連携室における退院支援の取り組み」『京都市立病院紀要』27 (1), 15-8.

- 津村明美 (2010) 「終末期の過ごし方の意思決定における悪性グリオーマ患者・家族への看護方略」『日本看護科学会誌』30(4), 27-35.
- 津村明美 (2012) 「家族の意思決定を支援する仕方を研究する」『保健の科学』54 (9), 602-6.
- 上田 敏 (2005) 『ICF の理解と活用——人が「生きること」「生きることの困難 (障害) をどうとらえるか』きょうされん.
- 上野千鶴子 (2008) 「当事者とは誰か？」上野千鶴子・中西正司編『ニーズ中心の福祉社会へ——当事者主権の次世代福祉戦略』医学書院, 10-37.
- 植木智美 (2013) 「MSW による退院支援・転院支援の課題に関する一考察——研究動向の概観から」『九州社会福祉学』9, 61-70.
- 上杉和美・森洋二・中橋恒・ほか (2004) 「ホスピス外来を受診するがん患者の家族の意思決定」『高知女子大学看護学会誌』30 (1), 36-7.
- 植竹日奈 (2016) 「患者・家族の意思決定を支える——プロセスとしての告知におけるソーシャルワーカーの役割」『医療』70 (5), 233-5.
- 瓜生浩子 (2003) 「社会資源活用に関する家族の意思決定」『家族看護』1 (1), 62-9.
- 瓜生浩子 (2004) 「退院をめぐる家族——患者間の意思のズレと看護者の役割」『家族看護』2 (1), 43-50.
- 牛田貴子 (2002) 「後期高齢者とその子ども世代の退院先に関する意思決定過程——療養病床退院後に在宅療養を希望しないという事例から」『山梨県立看護大学短期大学部紀要』8 (1), 1-11.
- 和田忠志 (2013) 「家族と意見の違う患者に対応する」『治療』95 (3), 477-80.
- 若狭紅子 (2003) 「家族の意思決定をめぐる看護師のジレンマ」『家族看護』1 (1), 36-40.
- 渡部律子 (2015) 「変容する家族と社会福祉——ソーシャルサポート理論による支援戦略のパラダイム転換」『ソーシャルワーク実践研究』1, 3-15.
- 渡辺美鈴・河野公一・西浦公朗・ほか (1999) 「大都市近郊の老人保健施設入所者の実態とその家族の退所後の希望受け入れ先に関連する要因」『日本衛生学雑誌』53, 618-25.
- 渡辺俊充・新美まや・茂木紹良・ほか (1989) 「脳血管障害による高齢全介助患者の退院先とその決定条件」『リハビリテーション医学』26 (2), 115-21.
- World Health Organization (2001) International classification of functioning, disability and health. (=2002, 障害者福祉研究会編『国際生活機能分類——国際障害分類改定版』中央法規.)
- 山田皓子 (1997) 「脳卒中発症者の主介護者における生活全体の満足度とその関連要因」『老年社会科学』18 (2), 134-46.
- 山田壮志郎 (2016) 『無料低額宿泊所の研究——貧困ビジネスから社会福祉事業へ』明石書店.
- 山口麻衣・高山恵理子・小原真知子・ほか (2013) 「医療ソーシャルワーカーの退院支援実践の評価」『医療社会福祉研究』21, 127-40.
- 山路克文 (2013) 『戦後日本の医療・福祉制度の変容——病院から追い出される患者たち』法律文化社.
- 山村智和・足立 聡・神菌義人・ほか (2014) 「回復期リハビリテーション病院から在宅へ退院後の追跡調査を実施して」『愛仁会医学研究誌』46, 211-5.
- 山本幸則 (2016) 「成年後見人等の視点からみた事業の問題・課題」『実践成年後見』65, 34-40.
- 柳田千尋 (2001) 「MRSA 問題における療養先確保のためのソーシャルワーク援助——老

- 人病院の調査結果をもとにした一考察」『医療社会福祉研究』10(1), 21-31.
- 柳田千尋(2007)「Integrative Short-Term Treatment の普及を目指して——医療ソーシャルワークに関するワークショップの考察」『東洋大学大学院紀要』44, 237-57.
- 柳田千尋・佐野間寛幸・船山幸代(2011)「医療ソーシャルワークにおける短期援助に関する研究——統合的短期援助 (ISTT) 研究ワークショップとアンケートから」『医療と福祉』44(2), 33-41.
- 柳原清子(2009)「がん患者家族の意思決定プロセスと構成要素の研究——ギアチェンジ期および終末期の支援に焦点をあてて」『ルーテル学院研究紀要』42, 77-96.
- 柳原清子(2013)「家族の『意思決定支援』をめぐる概念整理と合意形成モデル——がん臨床における家族システムに焦点をあてて」『家族看護』11(2), 147-53.
- 柳澤愛子(2010)「急性期病院から長期療養病院・施設にケアをつなぐ——退院支援看護師の立場から」『病院』69(5), 349-54.
- 八尾吉宣(2009)「転院を納得できない家族に対するアプローチ」『保険医療研究』2, 61-5.
- 安武 一(2014)「MSW の退院後のモニタリングについて——退院支援調査データからの一考察」『医療ソーシャルワーク研究』4, 38-40.
- 横田紀子・伊藤祥子・五十嵐雅美・ほか(1998)「MSW による転院援助——転院阻害要因の分析」『東京都老年学会誌』4, 54-8.
- 横尾京子(2003)「超低出生体重児をめぐる家族の意思決定」『家族看護』1(1), 79-84.
- 横山 梓・村嶋幸代・永田智子・ほか(2001)「一国立大学病院で専門部署による退院支援を受けた患者の退院後調査」『病院管理』38(1), 53-60.
- 吉田千文(2011)「退院をめぐる看護倫理——家族看護の視点から」『家族看護』9(2), 26-41.
- 吉田克己(2014)「身元保証問題と“無縁社会”」『Legal Support Press』8, 7-10.
- 吉田雅子(1999)「地域保健福祉における医療ソーシャルワーカーの資質向上に関する研究——MSW のケアマネジメント研究」『医療と福祉』32(2), 67-77.
- 吉村優桂里・千葉真弓(2004)「在宅療養を行う高齢者とその家族の在宅移行後の現状」日本看護協会編『第34回日本看護学会論文集 地域看護』日本看護協会出版, 94-6.
- 吉武久美子(2007)『医療倫理と合意形成——治療・ケアの現場での意思決定』東信堂.
- 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会(2004)『平成18年度ソーシャルワーカー委員会活動報告書』.
- 全日本民主医療機関連合会編(2005)『医療倫理のはなし——医療倫理委員会活動の前進のために』保健医療研究所.

図1 ICF整理シートにおけるアウトカム指標の位置づけ



出典：上田 (2005) の「ICF整理シート (上田、大川、2005)」の枠組みを用いて筆者作成。

表1 家族員に関わる実際のデータとその分類方法

事例番号	家族構成	家族形態
1	妻（就労なし）、長男夫婦（ともに就労あり）、孫2人（ともに未就労者）との5人暮らし。別居の長女（市外在住・就労あり）がいる。	配偶者（同居）＋子（同居）
2	妻（就労なし）との2人暮らし。別居の長女（市内在住・就労なし）がいる。	配偶者（同居）＋子（別居）
3	夫（就労なし）との2人暮らし。子なし。	配偶者（同居）＋子（なし）
4	次女（就労あり）との2人暮らし。夫は他界。別居の長女（市外在住・就労なし）、長男（市外在住・就労なし）、次男（市内在住・就労なし）、三男（市外在住・就労あり）がいる。	配偶者（なし）＋子（同居）
5	1人暮らし。夫は他界。別居の長女（市外在住・就労なし）がいる。	配偶者（なし）＋子（別居）
6	1人暮らし。妻・子なし。別居の母（市内在住・就労なし）がいる。	配偶者（なし）＋子（なし）
7	1人暮らし。夫（就労なし）はいるも、高齢のため長男宅で生活している。別居の長男（市内在住・就労なし）、長女（市内在住・就労なし）、次男（市内在住、就労あり）がいる。	配偶者（別居）＋子（別居）
8	1人暮らし。夫は施設入所中。子なし。キーパーソンは姉（市内在住・就労なし）。	配偶者（別居）＋子（なし）

出典：筆者作成

注1) 家族の就労状況は、常勤だけでなく非常勤やパートタイマー等を含めて仕事をしている場合は「就労あり」、何の仕事も就いていない場合は「就労なし」、大学生・高校生・中学生・小学生および小学生未満の場合は「未就労者」で記載。別居家族の居住地は、患者本人の在住市・県からみて、「市内」、「市外」、「県内」かどうかを記載している。

注2) 家族形態では、配偶者と同居している場合を「配偶者同居」、配偶者と別居または配偶者が施設入所している場合を「配偶者別居」、配偶者が死別・離別で不在またはもともと配偶者がいない場合を「配偶者なし」としている。加えて、別居子の有無にかかわらず同居子がいる場合を「子同居」、同居子はいないが別居子がいる場合を「子別居」、子が死別・離別で不在または成人した子がいなかった場合を「子なし」としている。その上で、配偶者と子の組み合わせを示している。なお、配偶者（別居）＋子（同居）のデータはなかったため、掲載していない。

表2 入院先の病棟機能別にみた在宅の範囲

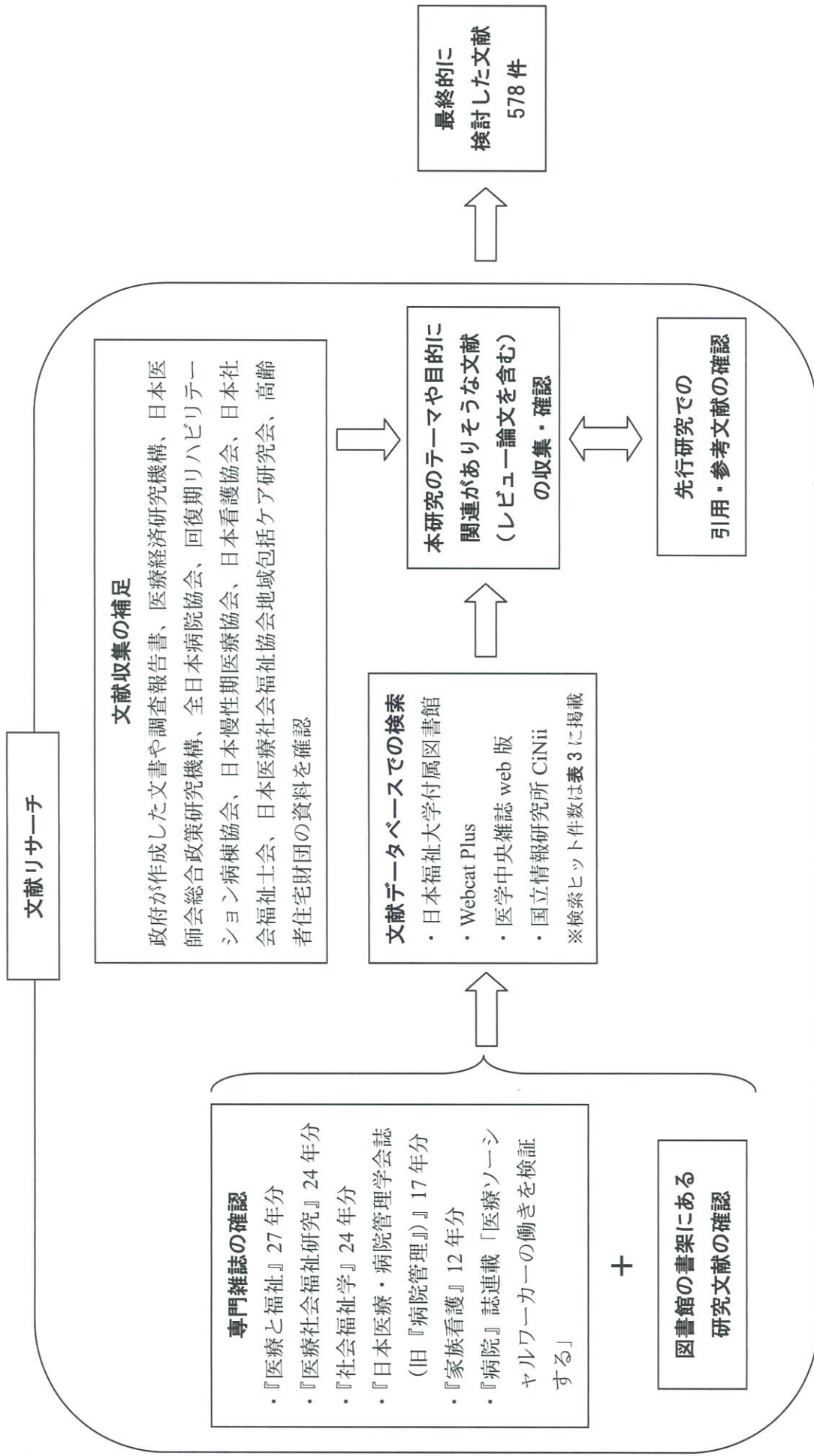
退・転院先 \ 入院先	一般病棟 (7:1 看護)	回復期リ ハ病棟	地域包括 ケア病棟	在宅復帰機能強化 加算算定の療養病棟
自宅	○	○	○	○
居住系施設	○	○	○	○
回復期リハ病棟	○	×	×	×
地域包括ケア病棟	○	×	×	×
地域包括ケア入院医療 管理料届出病室	○	×	×	×
在宅復帰機能強化加算 算定の療養病棟	○	×	○	×
上記以外の病院病床・ 診療所病床	×	×	×	×
在宅強化型老健	○	×	○	×
在宅復帰・在宅療養支 援機能加算算定の老健	○	×	○	×
上記以外の老健	×	×	×	×

出典：スズケン（2014）「2014 年度診療報酬改定について——地域連携を中心に」（愛知県 MSW 協会研修資料）。

注 1) 退・転院先のうち、在宅に含まれるものには○、在宅に含まれないものには×が付いている。回復期リハ病棟は回復期リハビリテーション病棟、老健は老人保健施設の略。

注 2) 2016 年度診療報酬改定にて、在宅復帰機能強化加算を算定する有床診療所入院基本料と有床診療所療養病床入院基本料に、在宅復帰率の基準が設けられることとなったが、上記の表には含まれていない。

図2 先行研究の収集プロセス



出典：平岡（2006）が「文献探しのツール」としてあげている5つのツール（①先行研究、②専門雑誌、③図書館の書架、④文献目録と電子化されたデータベース、⑤レビュー論文）を、本図の枠組みとして使用した上で、筆者作成。

表3 文献データベース検索ヒット件数一覧（2016年8月28日時点）

<p>【日本福祉大学附属図書館】</p> <p>退院支援（49） 退院援助（9） 退院計画（20） 退院調整（12） 意思決定 and 患者（5） 意思決定 and 家族（7） 退院後（16） 再入院（0） 転院（9） 保証人（2）</p>
<p>【Webcat Plus】</p> <p>退院支援（115） 退院援助（23） 退院計画（70） 退院調整（55） 意思決定 and 患者（156） 意思決定 and 家族（182） 退院後 and 患者（293） 再入院 and 患者（78） 転院 and 患者（80） 保証人 and 病院（24） 保証人 and 施設（46）</p>
<p>【医学中央雑誌 web 版】</p> <p>退院支援 and 効果（316） 退院援助 and 効果（13） 退院計画 and 効果 and 検証（61） 退院援助の質（0） 退院支援の質（20） 退院計画の質（1） 意思決定 and 患者 and 退院（364） 意思決定 and 家族 and 退院（301） 意思決定 and ソーシャルワーカー（88） 意思決定 and MSW（13） 自己決定 and 患者 and 退院（359） 自己決定 and 家族 and 退院（151） 自己決定 and ソーシャルワーカー（117） 自己決定 and MSW（30） 意向 and 退院 and 調整（50） 意向 and 退院 and 患者 and 家族（117） 意向 and ソーシャルワーカー（17） 退院後 and 患者 and 追跡調査（238） 退院後 and 患者 and フォローアップ（136） 退院後 and 患者 and モニタリング（60） 退院後 and エバリュエーション（0） 退院後 and 患者 and 再入院（398） 退院後 and ソーシャルワーカー（106） 退院後 and MSW（37） 転院支援（67） 転院援助（19） 転院困難（3） 転院制約（0） 転院阻害（5） 転院問題（7） 転院 and ソーシャルワーカー（213） 転院 and MSW（93） 保証人（29） 身元保証（5） 身寄り and 患者（39）</p>
<p>【国立情報研究所 CiNii】</p> <p>退院支援 and 効果（69） 退院援助 and 効果（8） 退院計画 and 効果（19） 退院支援の質（9） 退院援助の質（0） 退院計画の質（1） 意思決定 and 患者 and 退院（58） 意思決定 and 家族 and 退院（54） 意思決定 and ソーシャルワーカー（6） 意思決定 and MSW（2） 自己決定 and 患者 and 退院（32） 自己決定 and 家族 and 退院（14） 自己決定 and ソーシャルワーカー（21） 自己決定 and MSW（2） 意向 and 退院 and 調整（9） 意向 and 退院 and 患者 and 家族（26） 意向 and ソーシャルワーカー（5） 退院後 and 患者 and 追跡調査（69） 退院後 and 患者 and フォローアップ（48） 退院後 and 患者 and モニタリング（9） 退院後 and エバリュエーション（0） 退院後 and 患者 and 再入院（87） 退院後 and ソーシャルワーカー（6） 退院後 and MSW（11） 転院支援（20） 転院援助（7） 転院困難（1） 転院制約（0） 転院阻害（1） 転院問題（5） 転院 and ソーシャルワーカー（24） 転院 and MSW（34） 保証人 and 病院（7） 保証人 and 施設（3） 身元保証（97） 身寄り and 患者（9）</p>

出典：筆者作成。

注)表内には、検索の際に入力したキーワードを記した上で、それぞれのヒット件数を()内に示した。

表4 入院前の場所・退院後の行き先別推計退院患者数・構成割合（1996～2008年）

(%)

	1996年	1999年	2002年	2005年	2008年
推計退院患者数（総数）	1123.3千人（100）	1193.8千人（100）	1191.1千人（100）	1246.9千人（100）	1259.6千人（100）
<入院前の場所>					
家庭	1013.4（90.2）	1077.2（90.2）	1088.6（91.4）	1127.4（90.4）	1130.8（89.8）
他の病院・診療所	31.3（2.8）	39.4（3.3）	44.6（3.7）	52.3（4.2）	58.2（4.6）
老人保健施設	7.5（0.7）	12.7（1.1）	11.2（0.9）	15.3（1.2）	16.0（1.3）
老人福祉施設	—	—	8.7（0.8）	11.5（0.9）	14.3（1.1）
社会福祉施設	6.3（0.6）	9.0（0.8）	3.9（0.3）	5.3（0.4）	5.8（0.5）
その他	64.7（5.8）	55.5（4.7）	34.1（2.9）	35.1（2.8）	34.6（2.7）
<退院後の行き先／総数>					
家庭	996.3（88.7）	1048.7（87.8）	1044.2（87.7）	1073.2（86.1）	1073.3（85.2）
他の病院・診療所	41.7（3.7）	45.0（3.8）	54.0（4.5）	62.3（5.0）	67.5（5.4）
老人保健施設	9.7（0.9）	15.0（1.3）	12.9（1.1）	17.7（1.4）	18.1（1.4）
老人福祉施設	—	—	9.6（0.8）	12.0（1.0）	13.9（1.1）
社会福祉施設	6.3（0.6）	10.0（0.8）	4.0（0.3）	5.3（0.4）	5.8（0.5）
その他	69.2（6.2）	74.9（6.3）	66.4（5.6）	76.4（6.4）	80.9（6.4）
<退院後の行き先／家庭>					
家庭	931.4（91.9）	987.8（91.7）	1000.6（91.9）	1027.4（91.1）	1021.9（90.4）
他の病院・診療所	29.8（2.9）	30.2（2.8）	35.2（3.2）	40.9（3.6）	45.5（4.0）
老人保健施設	3.9（0.4）	5.8（0.5）	4.3（0.4）	5.0（0.4）	5.1（0.5）
老人福祉施設	—	—	1.7（0.2）	2.0（0.2）	2.5（0.2）
社会福祉施設	1.1（0.1）	1.8（0.2）	0.8（0.1）	1.0（0.1）	1.2（0.1）
その他	47.3（4.7）	51.6（4.8）	46.0（4.2）	51.1（4.5）	54.6（4.8）

出典：厚生労働省『患者調査』（http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20-kekka_gaiyou.html, 2015.9.27）内の「入院前の場所・退院後の行き先」（1996・1999・2002・2005・2008年分）のデータを用いて筆者作成。

注）<入院前の場所>は病院・診療所に入院する前の居場所を指す。<退院後の行き先／総数>は入院した病院・診療所からの退院先の総数であり、これらのうち入院前の場所が家庭であったものを<退院後の行き先／家庭>とした。

表5 病院病床の種類別にみた平均在院日数（1994～2013年）

単位：日

年	全病床	精神病床	感染症 病床	結核病床	一般病床	療養病床	介護療養 病床
1994	45.5	468.2	15.4	128.1	34.6*	130.4	—
1995	44.2	454.7	14.8	119.0	33.7*	138.2	—
1996	43.7	441.4	—	119.8	33.5*	152.6	—
1997	42.5	423.7	—	112.5	32.8*	212.5	—
1998	40.8	406.4	—	109.	29.3 (31.5*)	164.5	—
1999	39.8	390.1	11.0	102.5	27.2 (30.8*)	165.3	—
2000	39.1	376.5	9.3	96.2	24.8 (30.4*)	171.6	—
2001	38.7	373.9	8.7	94.0	23.5 (30.1*)	183.7	—
2002	37.5	363.7	8.7	88.0	22.2 (29.2*)	179.1	—
2003	36.4	348.7	8.7	82.2	20.7 (28.3*)	172.3	—
2004	36.3	338.0	10.5	78.1	20.2	172.6	—
2005	35.7	327.2	9.8	71.9	19.8	172.8	—
2006	34.7	320.3	9.2	70.5	19.2	171.4	268.6
2007	34.1	317.9	9.3	70.0	19.0	177.1	284.2
2008	33.8	312.9	10.2	74.2	18.8	176.6	292.3
2009	33.2	307.4	6.8	72.5	18.5	179.5	298.8
2010	32.5	301.0	10.1	71.5	18.2	176.4	300.2
2011	32.0	298.1	10.0	71.0	17.9	175.1	311.2
2012	31.2	291.9	8.5	70.7	17.5	171.8	307.0
2013	30.6	284.7	9.6	68.8	17.2	168.3	308.6
1994-2000	－6.4	－91.7	－6.1	－31.9	－4.2*	41.2	—
2000-2005	－3.4	－49.3	0.5	－24.3	－5.0	1.2	—
2005-2010	－3.2	－26.2	0.3	－0.4	－1.6	3.6	—
2010-2013	－1.9	－16.3	－0.5	－2.7	－1.0	－8.1	8.4

出典：厚生労働省『医療施設調査・病院報告（結果の概要）』（<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1a.html>, 2015.10.25）内の「病床の種類別にみた平均在院日数」（1994～2013年）のデータを用いて筆者作成。これらの資料では、「病院」と「療養病床を有する診療所」の平均在院日数が記されていたが、本研究では主に病院を対象にしていることから、「病院」分のみを掲載した。

注1) 1994・1995年の感染症病床には、伝染病床の数値を掲載した。

注2) 1998～2003年のみ、一般病床に療養型病床群または療養病床（経過的古療養型病床群等の「経過的古その他の病床」を除く）を含めている数値と含めていない数値が掲載されていた。一方、1998年の一般病床には、療養型病床群を含めている数値が、前年（1997年）数値と対置されており、1998年より前（1994～1997年）の一般病床には療養型病床群を含めていることが読み取れる。そこで、療養型病床群または療養病床を含めている数値には、*を付けて区別することとした。

表6 患者・利用者と家族の意向や意思決定・自己決定についての先行研究

①患者・利用者と家族の意向の違いに関わる研究

<MSW・社会福祉領域>【文献総数6】

- ・先行研究やその成果を中心にまとめたもの：上野（2008）
- ・事例や実践を中心にまとめたもの：延末（2015）
- ・質的調査を行っているもの：沖田（2002）、空閑（2014）
- ・量的調査を行っているもの：東京都社会福祉協議会（2013）
- ・量的調査と質的調査を行っているもの：日比野（2016）

<看護領域>【文献総数11】

- ・先行研究やその成果を中心にまとめたもの：吉田（2011）
- ・事例や実践を中心にまとめたもの：瓜生（2004）、清水（2013a）
- ・質的調査を行っているもの：佐瀬ら（1998）、伊達ら（1999）、佐瀬ら（1999）
大園ら（2007）、小楠ら（2008）、相澤ら（2009）
- ・量的調査を行っているもの：森山ら（1995）、小山ら（2012）

<その他の領域>【文献総数8】

- ・先行研究やその成果を中心にまとめたもの：竹内（2008）、印南（2009）
- ・事例や実践を中心にまとめたもの：竹内（2001）、清水（2007）、和田（2013）
- ・量的調査を行っているもの：社会保障審議会（2014）
月刊ケアマネジメント編集部（2016）、白川ら（2016）

②患者・利用者または家族の意思決定や自己決定の要因・構造・過程に関わる研究

<MSW・社会福祉領域>【文献総数2】

- ・質的調査を行っているもの：竹原（2008）
- ・量的調査と質的調査を行っているもの：日比野（2016）

<看護領域>【文献総数34】

- ・先行研究やその成果を中心にまとめたもの：杉（1990）、長戸（1999）、松浦ら（2002）
丸（2003）、森（2003）、野嶋（2003）、岡堂（2003）、武（2005）、柳原（2013）
- ・事例や実践を中心にまとめたもの：西村（2000）、伊勢田ら（2003）近藤（2003）
飯塚ら（2004）、碓谷ら（2004）、松村（2008）
- ・質的調査を行っているもの：梶本ら（1997）、野鴨ら（1997）、佐瀬（1997）
本道ら（1999）、窪田ら（2000）、本道ら（2000）、香川（2002）、牛田（2002）
藤原ら（2003）、藤原ら（2004）、福田ら（2004）、大津ら（2004）、小野ら（2006）
河村ら（2007）、大園ら（2007）、柳原（2009）、坂井ら（2011）
- ・量的調査を行っているもの：石井（1997）、樫野ら（2000）

<その他の領域>【文献総数3】

- ・先行研究やその成果を中心にまとめたもの：瀧本（2015）
- ・質的調査を行っているもの：田宮（2000）
- ・量的調査を行っているもの：酒井（1998）

③患者本人の意思決定・自己決定を支える MSW や看護職の役割に関わる研究

<MSW 領域>【文献総数 17】

- ・先行研究やその成果を中心にまとめたもの：高橋 (2000)、大瀧 (2001)、宮崎 (2009) 大塚 (2013)、堀越 (2016)
- ・事例や実践を中心にまとめたもの：四方 (1999)、立岩ら (1999)、磯崎 (2001) 大松 (2006)、岩佐 (2011)、植竹 (2016)
- ・質的調査を行っているもの：大松 (2007)、林 (2011)、衣笠 (2011)、新保 (2011) 鈴木 (2016)
- ・量的調査と質的調査を行っているもの：日比野 (2016)

<看護領域>【文献総数 73】

- ・先行研究やその成果を中心にまとめたもの：有森 (1995)、河口ら (1997)、宮脇 (1997) 長戸 (1999)、青木 (2003)、萩原 (2003)、本田 (2003)、丸 (2003)、森 (2003) 野嶋 (2003)、武田 (2003)、横尾 (2003)、宮田 (2005)、野嶋 (2005)、武 (2005) 佐瀬 (2006)、長戸 (2008)、日本看護協会 (2008)、本田 (2011)、長戸 (2011) 津村 (2012)、柳原 (2013)、原田 (2015)
- ・事例や実践を中心にまとめたもの：城 (1987)、Thompson & Thompson (=2004) 宮本 (1995)、伊勢田ら (2003)、小笠原 (2003)、瓜生 (2003)、若狭 (2003) 瓜生 (2004)、Dooley & McCarthy (=2006)、斉藤ら (2006)、宮地 (2007)、松村 (2008) 石原 (2009)、石渡 (2009)、小澤ら (2009)、高山 (2010)、長戸ら (2011) 稲田ら (2012) 岩永 (2013)、清水 (2013b)、久木 (2015)、藤田 (2015)、岩本 (2015) 川口 (2015)、嵯峨崎 (2015)、田代ら (2015)
- ・質的調査を行っているもの：正木 (1994)、青木ら (1998)、佐藤 (1998)、伊達ら (1999) 本道ら (1999)、野嶋ら (2000a)、松村ら (2001)、平瀬ら (2002)、中野ら (2002) 長戸ら (2003)、上杉ら (2004)、小野ら (2006)、石渡ら (2007)、相澤ら (2009) 伊藤 (2009)、高木ら (2009)、津村ら (2010)、坂井ら (2011)、鈴木ら (2011)
- ・量的調査を行っているもの：野嶋ら (1998)、藤野ら (2000)、小山ら (2012)
- ・量的調査と質的調査を行っているもの：野嶋ら (2000b)、橘ら (2009)

出典：筆者作成。

表7 病院の種類別にみた退院の許可が出た場合の入院患者の自宅療養の見通し

単位：％

	2002年	2005年	2008年	2011年	2014年
①					
自宅（在宅）で療養できない					
・総数	27.4	37.5	35.7	30.4	25.9
・特定機能病院	12.8	17.6	18.6	10.9	9.0
・大病院	16.7	20.9	22.2	14.6	10.8
・中病院	24.1	25.5	25.4	18.0	15.6
・小病院	32.8	32.2	31.7	22.8	19.5
・療養病床を有する病院	59.0	51.7	48.6	46.0	39.6
②					
自宅（在宅）療養を可能にする条件／家族の協力					
・総数	43.9	39.8	48.4	38.6	35.7
・特定機能病院	53.6	42.7	51.2	46.4	41.0
・大病院	51.5	41.6	51.4	42.5	37.8
・中病院	44.4	40.5	47.8	41.2	36.3
・小病院	43.0	37.3	44.6	39.0	32.6
・療養病床を有する病院	39.7	39.5	48.4	37.4	35.4

出典：厚生労働省「受療行動調査：結果の概要」(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/34-17b.html>)

内の「病院の種類別にみた退院の許可が出た場合の入院患者の自宅（在宅）療養の見通し」（2002・2005・2008・2011・2014年）に該当する箇所の数値を用いて筆者作成。

注1) 2002・2005年調査では「在宅療養」、2008・2011・2014年調査では「自宅療養」という用語が用いられている。しかし、上記の「在宅療養」と「自宅療養」は、同じ意味で使用されており、本表では「自宅（在宅）療養」とした。

注2) ①では、退院の許可が出た場合の入院患者の自宅（在宅）療養の見通しのうち、「自宅（在宅）で療養できない」と回答があった割合の総数と病院の種類別（特定機能病院、大病院、中病院、小病院、療養病床を有する病院）の数値を掲載した。

注3) ②では、自宅（在宅）療養できない入院患者について、自宅（在宅）療養を可能にする条件を尋ねた際に、「家族の協力」と回答があった割合の総数と病院の種類別（特定機能病院、大病院、中病院、小病院、療養病床を有する病院）の数値を掲載した。

患者と家族の退・転院先の意向

患者氏名： _____

確認時期： 入院時 ・ 入院1ヶ月時点

確認者： 患者本人 ・ 家族 （続柄： _____）

自宅以外

(病院・施設等)

自宅



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

あるいは 不明

表 12 対象事例の基本情報（パイロット調査の結果）

（％）

患者 状 況	性別（n=26）	男性 12（46.2）、女性 14（53.8）
	年齢（n=26）	30歳代 1（3.8）、40歳代 2（7.7）、60歳代 6（23.1） 70歳代 5（19.2）、80歳代 9（34.6）、90歳代 3（11.5）
	主病名（n=26）	<脳関連疾患> 脳梗塞 8（30.8）、脳出血 4（15.4）、その他脳疾患 2（7.7） <骨折関連> 大腿骨転子部骨折 4（15.4）、大腿骨頸部骨折 2（7.7） その他骨折 5（19.2）、大腿骨頭壊死 1（3.8）
	ADLレベル（n=26）	入院時 FIM 52.5±20.9、退・転院時 FIM 87.9±34.5
	退・転院先（n=26）	自宅 18（69.2）、老人保健施設 4（15.4）、一般病院 2（7.7） グループホーム 1（3.8）、急性期病院 1（3.8）
家 族 状 況	家族構成（n=26）	1人暮らし 10（38.5）、2人暮らし 4（15.4） 3～4人暮らし 7（26.9）、5～6人暮らし 5（19.2）
	同居家族員の就労状況（n=43）	<続柄> 配偶者 8（18.6）、子供 13（30.2）、孫 11（25.6） 子供の配偶者 5（11.6）、その他 6（13.9） <就労状況> 就労あり 27（62.8）、就労なし 10（23.3）、未就労者 6（14.0）
	別居家族員の在住・就労状況（n=27）	<続柄> 配偶者 1（3.7）、子供 22（81.5）、その他 4（14.8） <在住状況> 市内 15（55.6）、市外 4（14.8）、県外 7（25.9） 施設入所中 1（3.7） <就労状況> 就労あり 17（63.0）、就労なし 7（25.9）、不明 3（11.1）

出典：筆者作成。

注 1) ADL レベルは、入院時と退・転院時の FIM 合計を平均±標準偏差で表示。これら以外は、事例数を表記した上で、（ ）内には全事例数に占める割合を示した。

注 2) 家族の就労状況は、常勤だけでなく非常勤やパートタイマー等を含めて仕事をしている場合は「就労あり」、何の仕事も就いていない場合は「就労なし」、大学生・高校生・中学生・小学生および小学生未満の場合は「未就労者」、就労状況が不明な場合は「不明」とした。別居家族の居住地は、施設入所中の 1 名を除いて、患者本人の在住市・県からみて、「市内」、「市外」、「県内」かどうかで分類した。

表13-1-1 患者と家族の退・転院先の意向に関わる要因

事例番号	①患者の意向／自宅促進要因	②患者の意向／自宅以外促進要因	③家族の意向／自宅促進要因	④家族の意向／自宅以外促進要因
1		<ul style="list-style-type: none"> 施設入所でも近隣の家族が顔を出してもらえば問題ないという患者の考え方 		<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが要介助レベル 患者の転倒・転落リスク 患者の行動障害 患者の介護を担える家族が不在 豊かな経済力
2	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋内歩行レベルまで改善 福祉サービス利用に対する患者の受け入れがスムーズ 患者をサポートする知人の存在 ケアマネジャーの自宅退院に向けた積極的な動き 		<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋内歩行レベルまで改善 患者をサポートする知人の存在 ケアマネジャーの自宅退院に向けた積極的な動き 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の転倒・転落リスク 患者の介護を担える家族が不在 経済力の余裕のなさ
3	<ul style="list-style-type: none"> 良好な家族関係 	<ul style="list-style-type: none"> 自宅退院への患者の不安 家族に迷惑を掛けたくない患者の思い 家族介護力の不足 主介護者が在宅介護サービス利用に消極的 家屋状況の問題 	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋内歩行レベルまで改善 在宅介護サービス利用に対する患者の受け入れがスムーズ 患者の介護をサポートする家族の存在 良好な家族関係 	<ul style="list-style-type: none"> 家族介護力の不足 主介護者の介護不安 家屋状況の問題
4				<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが要介助レベル 患者の医療行為 患者の介護を担える家族が不在
5	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋外歩行レベルまで改善 		<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋外歩行レベルまで改善 	
6				<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが要介助レベル 患者の行動障害 患者の介護を担える家族が不在

出典:筆者作成。

注1) 患者の退・転院先に関する意向を自宅退院へ促進させる要因を「患者の意向／自宅促進要因、患者の退・転院先に関する意向を自宅以外の転院へ促進させる要因を「患者の意向／自宅以外促進要因」、家族の退・転院先に関する意向を「家族の意向／自宅促進要因」、家族の退・転院先に関する意向を自宅以外の転院へ促進させる要因を「家族の意向／自宅以外促進要因」とした。

注2) 屋内歩行は「最低限、1人で、家の近所を散歩する。補装具・杖の使用は問わない」、屋内歩行は「最低限、1人で、日中、トイレへ行く」ことが可能なレベルを指す（二木1982）。

表13-2 患者と家族の退・転院先の意向に関わる要因

事例番号	①患者の意向／自宅促進要因	②患者の意向／自宅以外促進要因	③家族の意向／自宅促進要因	④家族の意向／自宅以外促進要因
7	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋内歩行レベルまで改善 患者の介護をサポートする家族の存在 		<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋内歩行レベルまで改善 	<ul style="list-style-type: none"> 患者が在宅介護サービス利用に拒否的
8				<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが要介助レベル 患者の医療行為 患者の介護を担える家族が不在
9		<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが要介助レベル 自宅退院への患者の不安 家族へ迷惑を掛けたくない患者の思い 家族介護力の不足 		<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが要介助レベル 患者の転倒・転落リスク 家族介護力の不足 主介護者の介護不安
10	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋外歩行レベルまで改善 		<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋外歩行レベルまで改善 	
11	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋外歩行レベルまで改善 		<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋外歩行レベルまで改善 	
12	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋外歩行レベルまで改善 在宅介護サービス利用に対する患者の受け入れがスムーズ 		<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋外歩行レベルまで改善 患者の介護を担える家族の存在 	
13	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋外歩行レベルまで改善 		<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋外歩行レベルまで改善 	

出典:筆者作成。

注1) 患者の退・転院先に関する意向を自宅退院へ促進させる要因を「患者の意向／自宅促進要因、患者の退・転院先に関する意向を自宅以外の転院へ促進させる要因を「患者の意向／自宅以外促進要因」、家族の退・転院先に関する意向を自宅退院へ促進させる要因を「家族の意向／自宅促進要因」、家族の退・転院先に関する意向を自宅以外の転院へ促進させる要因を「家族の意向／自宅以外促進要因」とした。

注2) 屋内歩行は「最低限、1人で、家の近所を散歩する。補装具・杖の使用は問わない」、屋内歩行は「最低限、1人で、日中、トイレへ行く」ことが可能なレベルを指す（二木1982）。

表13-3 患者と家族の退・転院先の意向に関わる要因

事例番号	①患者の意向／自宅促進要因	②患者の意向／自宅以外促進要因	③家族の意向／自宅促進要因	④家族の意向／自宅以外促進要因
14				<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが要介助レベル 患者の医療行為 患者の行動障害 患者が在宅介護サービス利用に拒否的 自宅退院に向けた家族の準備不足 患者の介護を担える家族が不在 患者に対する拒否的な家族の存在 主介護者の介護不安 家屋状況の問題
15	<ul style="list-style-type: none"> 患者の介護をサポートする家族の存在 	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが要介助レベル 施設入所でも近隣の家族が顔を出してもらえれば問題ないという患者の考え方 患者の家族への気兼ね 家族介護力の不足 		<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが要介助レベル 家族介護力の不足 在宅介護サービスの限界 豊かな経済力 家屋状況の問題
16	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋外歩行レベルまで改善 		<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋外歩行レベルまで改善 	
17	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋外歩行レベルまで改善 		<ul style="list-style-type: none"> 患者の介護を担える家族の存在 	
18		<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが要介助レベル 患者の家族への気兼ね 		<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが要介助レベル 患者の医療行為 患者に対する拒否的な家族員の存在 主介護者の介護不安
19				<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが要介助レベル 患者の医療行為 家族介護力の不足 主介護者の介護不安

出典:筆者作成。

注1) 患者の退・転院先に関する意向を自宅退院へ促進させる要因を「患者の意向／自宅促進要因、患者の退・転院先に関する意向を自宅以外の転院へ促進させる要因を「患者の意向／自宅以外促進要因」、家族の退・転院先に関する意向を自宅以外の転院へ促進させる要因を「家族の意向／自宅促進要因」とした。

注2) 屋外歩行は「最低限、1人で、家の近所を散歩する。補装具・杖の使用は問わない」、屋内歩行は「最低限、1人で、日中、トイレへ行く」ことが可能なレベルを指す（二木1982）。

表13-4 患者と家族の退・転院先についての意向に関わる要因

事例番号	①患者の意向／自宅促進要因	②患者の意向／自宅以外促進要因	③家族の意向／自宅促進要因	④家族の意向／自宅以外促進要因
20	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋外歩行レベルまで改善 		<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋外歩行レベルまで改善 	
21	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋外歩行レベルまで改善 在宅介護サービス利用に対する患者の受け入れがスムーズ 	<ul style="list-style-type: none"> 家屋状況の問題 	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋外歩行レベルまで改善 	<ul style="list-style-type: none"> 入院中における患者のADL改善の伸び悩み 患者の介護を担える家族が不在 家屋状況の問題
22			<ul style="list-style-type: none"> 患者の介護を担える家族の存在 患者の介護をサポートする家族の存在 主介護者が在宅介護サービス利用に積極的 良好な家族関係 家族の意に沿った転院先の確保困難 	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが要介助レベル 患者の医療行為 介護を要する同居家族員の存在 主介護者の介護不安
23	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋内歩行レベルまで改善 		<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋内歩行レベルまで改善 患者の介護をサポートする家族の存在 家族としての情 経済力の余裕のなさ 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の行動障害 患者が在宅介護サービス利用に拒否的 家族介護力の不足 患者に対する拒否的な家族員の存在 家族員間の退・転院先に関する意向の不一致 主介護者の介護不安
24	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋外歩行レベルまで改善 		<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋外歩行レベルまで改善 主介護者が在宅介護サービス利用に積極的 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の医療行為 患者が在宅介護サービス利用に拒否的 患者の介護を担える家族が不在
25	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋外歩行レベルまで改善 		<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋外歩行レベルまで改善 	<ul style="list-style-type: none"> 患者が在宅介護サービス利用に拒否的
26	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋外歩行レベルまで改善 		<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋外歩行レベルまで改善 	

出典：筆者作成。

注1) 患者の退・転院先に関する意向を自宅退院へ促進させる要因を「患者の意向／自宅以外促進要因」、家族の退・転院先に関する意向を自宅以外の転院へ促進させる要因を「家族の意向／自宅以外促進要因」とした。

注2) 屋内歩行は「最低限、1人で、家の近所を散歩する。補装具・杖の使用は問わない」、屋内歩行は「最低限、1人で、日中、トイレへ行く」ことが可能なレベルを指す（二木1982）。

表14 患者と家族の退院先の意向に関わる要因（全26事例の集計結果）

分類	①患者の意向／自宅促進要因	②患者の意向／自宅以外促進要因	③家族の意向／自宅促進要因	④家族の意向／自宅以外促進要因
患者	<p>「身体状況」</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋外歩行レベルまで改善(12例) 患者のADLが屋内歩行レベルまで改善(3例) <p>「サービス利用の姿勢」</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅介護サービス利用に対する患者の受け入れがスムーズ(2例) 福祉サービス利用に対する患者の受け入れがスムーズ(1例) 	<p>「身体状況」</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが要介助レベル(3例) <p>「思い・考え方」</p> <ul style="list-style-type: none"> 自宅退院への患者の不安(2例) 施設入所でも近隣の家族が顔を出してもらえば問題ないという患者の考え(2例) 患者の家族への気兼ね(2例) 家族へ迷惑を掛けたくない患者の思い(2例) 	<p>「身体状況」</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋外歩行レベルまで改善(12例) 患者のADLが屋内歩行レベルまで改善(4例) <p>「サービス利用の姿勢」</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅介護サービス利用に対する患者の受け入れがスムーズ(1例) 	<p>④家族の意向／自宅以外促進要因</p> <p>「身体状況」</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが要介助レベル(10例) 患者の医療行為(7例) 患者の行動障害(4例) 患者の転倒・転落リスク(3例) <p>入院中における患者のADL改善の伸び悩み(1例)</p> <p>「サービス利用の姿勢」</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者が在宅介護サービス利用に拒否的(5例)
家族	<p>「介護力」</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者の介護をサポートする家族の存在(2例) <p>「家族関係」</p> <ul style="list-style-type: none"> 良好な家族関係(1例) 	<p>「介護力」</p> <ul style="list-style-type: none"> 家族介護力の不足(3例) <p>「サービス利用の姿勢」</p> <ul style="list-style-type: none"> 主介護者が在宅介護サービス利用に消極的(1例) 	<p>「介護力」</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者の介護を担える家族の存在(3例) 患者の介護をサポートする家族の存在(3例) <p>「家族関係」</p> <ul style="list-style-type: none"> 良好な家族関係(2例) <p>「サービス利用の姿勢」</p> <ul style="list-style-type: none"> 主介護者が在宅介護サービス利用に積極的(2例) 思い・考え方 家族の意に沿った転院先の確保困難(1例) 家族としての情(1例) 	<p>「介護力」</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者の介護を担える家族が不在(8例) 家族介護力の不足(5例) 「主介護者の介護不安」 主介護者の介護不安(7例) 「家族関係」 患者に対する拒否的な家族員の存在(3例) 「その他」 自宅退院に向けた家族の準備不足(1例) 介護を要する同居家族員の存在(1例) 家族員間の退・転院先に関する意向の不一致(1例)
周辺状況	<p>「サポート体制」</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者をサポートする知人の存在(1例) ケアマネジャーの自宅退院に向けた積極的な動き(1例) 		<p>「サポート体制」</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者をサポートする知人の存在(1例) ケアマネジャーの自宅退院に向けた積極的な動き(1例) 	<p>「制度の不備」</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅介護サービスの限界(1例)
経済状況			<p>「経済力の有無」</p> <ul style="list-style-type: none"> 経済力の有無 豊かな経済力(2例) 経済力の余裕のなさ(1例) 	<p>「経済力の有無」</p> <ul style="list-style-type: none"> 豊かな経済力(2例) 経済力の余裕のなさ(1例)
住環境		<p>「自宅の家屋状況」</p> <ul style="list-style-type: none"> 家屋状況の問題(2例) 		<p>「自宅の家屋状況」</p> <ul style="list-style-type: none"> 家屋状況の問題(4例)

表 15 対象事例の基本情報（本調査の結果）

(%)

	入院時 n=204	入院1ヶ月時 n=183
・性別		
男性	89 (43.6)	78 (42.6)
女性	115 (56.4)	105 (57.4)
・年齢	76.5±13.2	76.9±13.2
・主病名		
脳梗塞	50 (24.5)	47 (25.7)
脳出血	13 (6.4)	12 (6.5)
その他脳関連の疾患	21 (10.3)	18 (9.8)
脊髄損傷	6 (2.9)	5 (2.7)
大腿骨骨折	50 (24.5)	45 (24.6)
胸・腰椎圧迫骨折	26 (12.7)	25 (13.7)
その他骨折	16 (7.8)	12 (6.6)
廃用症候群	8 (3.9)	6 (3.3)
上記以外の疾患	14 (6.9)	13 (7.1)
・ADL レベル (FIM 合計)	56.0±18.5	76.9±13.2
・退・転院先		
自宅	127 (62.3)	112 (61.2)
老人保健施設	35 (17.2)	35 (19.1)
介護療養型医療施設	7 (3.4)	7 (3.8)
有料老人ホーム	8 (3.9)	7 (3.8)
上記以外の病院・施設	6 (2.9)	6 (3.3)
急性期病院(急変・検査)	20 (9.8)	16 (8.7)
死亡	1 (0.5)	0 (0.0)
・家族形態		
配偶者同居+子同居	33 (16.2)	31 (16.9)
配偶者同居+子別居	41 (20.1)	36 (19.7)
配偶者同居+子なし	9 (4.4)	8 (4.4)
配偶者なし+子同居	44 (21.6)	37 (20.2)
配偶者なし+子別居	46 (22.5)	43 (23.5)
配偶者なし+子なし	22 (10.8)	20 (10.9)
配偶者別居+子同居	0 (0.0)	0 (0.0)
配偶者別居+子別居	7 (3.4)	6 (3.3)
配偶者別居+子なし	2 (1.0)	2 (1.1)

出典：筆者作成。

注) 年齢、ADL レベル (FIM 合計) は平均±標準偏差で表示。これら以外は、事例数を表記した上で、() 内に入院時 204 例、入院 1 ヶ月時 183 例ごとで占める割合を示した。

表 16 配偶者（内縁関係を含む）の就労状況と在住地の関係

(%)

	就労あり	就労なし	合計
同居	21 (22.8)	62 (67.4)	83 (90.2)
別居（市内）	1 (1.1)	1 (1.1)	2 (2.2)
別居（市外）	1 (1.1)	0 (0.0)	1 (1.1)
別居（県外）	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
別居（施設入所）	0 (0.0)	6 (6.5)	6 (6.5)
合計	23 (25.0)	69 (75.0)	92 (100)

出典：筆者作成。

注 1) 2015 年 4 月 1 日～2016 年 1 月 31 日の入院患者（家族不在者を除く）204 例のデータをもとに作成した。

注 2) 在住地は、患者と同居しているか別居しているかどうかで分類した。別居状況は、患者本人の在住市・県からみて、「市内」、「市外」、「県外」かどうかで分類した。施設入所している場合には、別居（施設入所）とした。

表 17 子供（大学生・高校生・中学生・小学生および小学生未満の者を除く）の就労状況と在住地の関係

(%)

	就労あり	就労なし	就労状況不明	合計
同居	54 (15.9)	23 (6.8)	0 (0.0)	77 (22.7)
別居（市内）	94 (27.7)	35 (10.3)	2 (0.6)	131 (38.6)
別居（市外）	52 (15.3)	18 (5.3)	2 (0.6)	72 (21.2)
別居（県外）	25 (7.4)	10 (2.9)	21 (6.2)	56 (16.5)
別居（施設入所）	0 (0.0)	3 (0.9)	0 (0.0)	3 (0.9)
合計	225 (66.4)	89 (26.3)	25 (7.4)	339 (100)

出典：筆者作成。

注 1) 2015 年 4 月 1 日～2016 年 1 月 31 日の入院患者（家族不在者を除く）204 例のデータをもとに作成した。

注 2) 在住地は、患者と同居しているか別居しているかどうかで分類した。別居状況は、患者本人の在住市・県からみて、「市内」、「市外」、「県外」かどうかで分類した。施設入所している場合には、別居（施設入所）とした。

注 3) 音信不通のため、就労状況と在住地の情報がない 5 例は除外した。

表 18 患者と家族の退・転院先の入院時意向および入院 1 ヶ月時意向

(%)

退・転院先の意向	入院時 n=204	入院 1 ヶ月時 n=183
患者の意向=10	143 (70.1)	123 (67.2)
5<患者の意向<10	8 (3.9)	6 (3.3)
患者の意向=5	17 (8.3)	19 (10.4)
0<患者の意向<5	3 (1.5)	1 (0.5)
患者の意向=0	11 (5.4)	13 (7.1)
患者の意向不明	22 (10.8)	21 (11.5)
家族の意向=10	97 (47.5)	110 (60.1)
5<家族の意向<10	29 (14.2)	10 (5.5)
家族の意向=5	29 (14.2)	15 (8.2)
0<家族の意向<5	15 (7.4)	11 (6.0)
家族の意向=0	34 (16.7)	37 (20.2)

出典：筆者作成。

注) 患者の入院時意向と入院 1 ヶ月時の意向および家族の入院 1 ヶ月時の意向の中央値は 10。家族の入院時意向の中央値は 8.3。

表 19 患者と家族の退・転院先の入院時意向および入院 1 ヶ月時意向の推移

(%)

退・転院先の意向の推移	入院時と入院 1 ヶ月に意向が 確認できている患者と家族 n=160
・患者の意向 (入院時→入院 1 ヶ月時)	
自宅へ増加	14 (8.8)
不変	129 (80.6)
自宅以外へ増加	17 (10.6)
・家族の意向 (入院時→入院 1 ヶ月時)	
自宅へ増加	39 (24.4)
不変	100 (62.5)
自宅以外へ増加	21 (13.1)

出典：筆者作成。

表20 患者と家族の退・転院先の意向とそれに関連する要因（Mann-WhitneyのU検定の結果）

	要因	退・転院先の意向	事例数	中央値	有意確率	<参考> 「不明」群
患者の入院時意向	年齢	「自宅 \geq 中央値」群	143	79.0	*	82.0 (n=22)
		「自宅<中央値」群	39	84.0		
	入院時FIM	「自宅 \geq 中央値」群	143	62.0	***	25.5 (n=22)
		「自宅<中央値」群	39	53.0		
患者の入院1ヶ月時意向	年齢	「自宅 \geq 中央値」群	123	78.0	***	80.0 (n=21)
		「自宅<中央値」群	39	85.0		
	入院1ヶ月時FIM	「自宅 \geq 中央値」群	123	101.0	***	26.0 (n=21)
		「自宅<中央値」群	39	82.0		
家族の入院時意向	年齢	「自宅 \geq 中央値」群	102	77.0	***	
		「自宅<中央値」群	102	83.0		
	入院時FIM	「自宅 \geq 中央値」群	102	66.0	***	
		「自宅<中央値」群	102	47.5		
家族の入院1ヶ月時意向	年齢	「自宅 \geq 中央値」群	110	78.0	**	
		「自宅<中央値」群	73	84.0		
	入院1ヶ月時FIM	「自宅 \geq 中央値」群	110	102.0	***	
		「自宅<中央値」群	73	46.0		

出典：筆者作成。

注) 有意確率p値はMann-WhitneyのU検定で算出 ***p<0.001、**p<0.01、*p<0.05、n.s.:有意差なし。

表21 患者の退・転院先の入院時意向とそれに関連する要因 (χ²検定の結果)

要因	「自宅≧中央値」群 n=143	「自宅<中央値」群 n=39	合計 n=182	有意確率	<参考> 「不明」群 n=22
性別	男性 64 (83.1)	13 (16.9)	77 (100)	n.s.	12
	女性 79 (75.2)	26 (24.8)	105 (100)		10
医療行為(入院時)の有無	要する 17 (77.3)	5 (22.7)	22 (100)	n.s.	13
	不要 126 (78.8)	34 (21.2)	160 (100)		9
介護力	常時介護者1人以上 50 (87.7)	7 (12.3)	57 (100)	*	11
	常時介護者1人未満 93 (74.4)	32 (25.6)	125 (100)		11
主介護者の介護不安の有無	あり 59 (69.4)	26 (30.6)	85 (100)	**	20
	なし 84 (86.6)	13 (13.4)	97 (100)		2
患者本人に対する拒否的な 家族員の有無	あり 18 (69.2)	8 (30.8)	26 (100)	n.s.	5
	なし 125 (80.1)	31 (19.9)	156 (100)		17
患者の介護・福祉サービス 利用拒否の有無	あり 46 (76.7)	14 (23.3)	60 (100)	n.s.	3
	なし 97 (79.5)	25 (20.5)	122 (100)		19
主介護者の介護・福祉サー ビス利用に対する積極性	積極的 78 (78.0)	22 (22.0)	100 (100)	n.s.	8
	どちらでもない・消極的 55 (80.9)	13 (19.1)	68 (100)		13
	非該当 10	4	14		1
暮らし向き	恵まれている 23 (82.1)	5 (17.9)	28 (100)	n.s.	7
	普通 82 (78.1)	23 (21.9)	105 (100)		10
	苦しい 38 (77.6)	11 (22.4)	49 (100)		5
住環境の困難の有無	あり 31 (73.8)	11 (26.2)	42 (100)	n.s.	6
	なし 112 (80.6)	27 (19.4)	139 (100)		16
	非該当 0	1	1		0
同居配偶者の有無	あり 61 (84.7)	11 (15.3)	72 (100)	n.s.	11
	なし 82 (74.5)	28 (25.5)	110 (100)		11
同居子の有無	あり 57 (82.6)	12 (17.4)	69 (100)	n.s.	8
	なし 86 (76.1)	27 (23.9)	113 (100)		14
別居子の有無	あり 100 (76.3)	31 (23.7)	131 (100)	n.s.	17
	なし 43 (84.3)	8 (15.7)	51 (100)		5

出典:筆者作成。

(注)有意確率p値はχ²検定で算出 ***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05, n.s.:有意差なし。

()内には、それぞれの要因ごとに「自宅≧中央値」群もしくは「自宅<中央値」群に占める割合(%)を算出した。不明群には非該当を除いたデータ数を表記した。

表22 患者の退・転院先の入院1ヶ月時意向とそれに関連する要因 (X²検定の結果)

要因	「自宅≧中央値」群 n=123	「自宅<中央値」群 n=39	合計 n=162	有意確率	<参考> 「不明」群 n=21
性別					
男性	52 (77.5)	16 (22.5)	68 (100)	n.s.	10
女性	71 (75.5)	23 (24.5)	94 (100)		11
医療行為(入院1ヶ月時)の有無					
要する	16 (76.2)	5 (23.8)	21 (100)	n.s.	13
不要	107 (75.9)	34 (24.1)	141 (100)		8
介護力					
常時介護者1人以上	46 (90.2)	5 (9.8)	51 (100)	**	11
常時介護者1人未満	77 (69.4)	34 (30.6)	111 (100)		10
主介護者の介護不安の有無					
あり	53 (67.1)	26 (32.9)	79 (100)	*	19
なし	70 (84.3)	13 (15.7)	83 (100)		2
患者本人に対する拒否的な家族員の有無					
あり	15 (62.5)	9 (37.5)	24 (100)	n.s.	4
なし	108 (78.3)	30 (21.7)	138 (100)		17
患者の介護・福祉サービス利用拒否の有無					
あり	39 (76.5)	12 (23.5)	51 (100)	n.s.	5
なし	84 (75.7)	27 (24.3)	111 (100)		16
主介護者の介護・福祉サービス利用に対する積極性					
積極的	69 (74.2)	24 (25.8)	93 (100)	n.s.	7
どちらでもない・消極的	46 (80.7)	11 (19.3)	57 (100)		13
非該当	8	4	12		1
暮らし向き					
恵まれている	18 (64.3)	10 (35.7)	28 (100)		3
普通	68 (77.3)	20 (22.7)	88 (100)	n.s.	12
苦しい	37 (80.4)	9 (19.6)	46 (100)		6
住環境の困難の有無					
あり	28 (71.8)	11 (28.2)	39 (100)	n.s.	5
なし	95 (77.2)	28 (22.8)	123 (100)		16
同居配偶者の有無					
あり	57 (89.1)	7 (10.9)	64 (100)	**	11
なし	66 (67.3)	32 (32.7)	98 (100)		10
同居子の有無					
あり	46 (76.7)	14 (23.3)	60 (100)	n.s.	8
なし	77 (75.5)	25 (24.5)	102 (100)		13
別居子の有無					
あり	84 (72.4)	32 (27.6)	116 (100)	n.s.	17
なし	39 (84.8)	7 (15.2)	46 (100)		4

出典:筆者作成。

注)有意確率p値はχ²検定で算出 ***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05, n.s.:有意差なし。

()内には、それぞれの要因ごとに「自宅≧中央値」群もしくは「自宅<中央値」群に占める割合(%)を算出した。不明群には非該当を除いたデータ数を表記した。

表23 家族の退・転院先の入院時意向とそれに関連する要因（ χ^2 検定の結果）

要因	「自宅 \geq 中央値」群 n=102	「自宅<中央値」群 n=102	合計 n=204	有意確率
性別	男性 43(48.3)	46(51.7)	89(100)	n.s.
	女性 59(51.3)	56(48.7)	115(100)	
医療行為(入院時)の有無	要する 9(25.7)	26(74.3)	35(100)	**
	不要 93(55.0)	76(45.0)	169(100)	
介護力	常時介護者1人以上 43(63.2)	25(36.8)	68(100)	**
	常時介護者1人未満 59(43.4)	77(56.6)	136(100)	
主介護者の介護不安の有無	あり 33(31.4)	72(68.6)	105(100)	***
	なし 69(69.7)	30(30.3)	99(100)	
患者本人に対する拒否的な 家族員の有無	あり 11(35.5)	20(64.5)	31(100)	n.s.
	なし 91(52.6)	82(47.4)	173(100)	
患者の介護・福祉サービス 利用拒否の有無	あり 34(54.0)	29(46.0)	63(100)	n.s.
	なし 68(48.2)	73(51.8)	141(100)	
主介護者の介護・福祉サー ビス利用に対する積極性	積極的 58(53.7)	50(46.3)	108(100)	n.s.
	どちらでもない・消極的 36(44.4)	45(55.6)	81(100)	
	非該当 8	7	15	
暮らし向き	恵まれている 15(42.9)	20(57.1)	35(100)	n.s.
	普通 66(57.4)	49(42.6)	115(100)	
	苦しい 21(38.9)	33(61.1)	54(100)	
住環境の困難の有無	あり 18(37.5)	30(62.5)	48(100)	*
	なし 84(54.2)	71(45.8)	155(100)	
	非該当 0	1	1	
同居配偶者の有無	あり 49(59.0)	34(41.0)	83(100)	*
	なし 53(43.8)	68(56.2)	121(100)	
同居子の有無	あり 37(48.1)	40(51.9)	77(100)	n.s.
	なし 65(51.2)	62(48.8)	127(100)	
別居子の有無	あり 75(50.7)	73(49.3)	148(100)	n.s.
	なし 27(48.2)	29(51.8)	56(100)	

出典：筆者作成。

注)有意確率p値は χ^2 検定で算出 ***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05, n.s.:有意差なし。
()内には、それぞれの要因ごとに「自宅 \geq 中央値」群もしくは「自宅<中央値」群に占める割合(%)を算出した。

表24 家族の退・転院先の入院1ヵ月時意向とそれに関連する要因 (X²検定の結果)

要因	「自宅≧中央値」群 n=110	「自宅<中央値」群 n=73	合計 n=183	有意確率
性別				
男性	44 (56.4)	34 (43.6)	78 (100)	n.s.
女性	66 (62.9)	39 (37.1)	105 (100)	
医療行為(入院1ヶ月時)の有無				
要する	13 (38.2)	21 (61.8)	34 (100)	**
不要	97 (65.1)	52 (34.9)	149 (100)	
介護力				
常時介護者1人以上	46 (74.2)	16 (25.8)	62 (100)	**
常時介護者1人未満	64 (52.9)	57 (47.1)	121 (100)	
主介護者の介護不安の有無				
あり	43 (43.9)	55 (56.1)	98 (100)	***
なし	67 (78.8)	18 (21.2)	85 (100)	
患者本人に対する拒否的な家族員の有無				
あり	10 (35.7)	18 (64.3)	28 (100)	**
なし	100 (64.5)	55 (35.5)	155 (100)	
患者の介護・福祉サービス利用拒否の有無				
あり	35 (62.5)	21 (37.5)	56 (100)	n.s.
なし	75 (59.4)	52 (40.9)	127 (100)	
主介護者の介護・福祉サービス利用に対する積極性				
積極的	64 (64.0)	36 (36.0)	100 (100)	n.s.
どちらでもない・消極的	39 (55.7)	31 (44.3)	70 (100)	
非該当	7	6	13	
暮らし向き				
恵まれている	16 (51.6)	15 (48.4)	31 (100)	
普通	66 (66.0)	34 (34.0)	100 (100)	n.s.
苦しい	28 (53.8)	24 (46.2)	52 (100)	
住環境の困難の有無				
あり	20 (45.5)	24 (54.5)	44 (100)	*
なし	90 (64.7)	49 (35.3)	139 (100)	
同居配偶者の有無				
あり	53 (70.7)	22 (29.3)	75 (100)	*
なし	57 (52.8)	51 (47.2)	108 (100)	
同居子の有無				
あり	44 (64.7)	24 (35.3)	68 (100)	n.s.
なし	66 (57.4)	49 (42.6)	115 (100)	
別居子の有無				
あり	79 (59.4)	54 (40.6)	133 (100)	n.s.
なし	31 (62.0)	19 (38.0)	50 (100)	

出典:筆者作成。

注)有意確率p値はχ²検定で算出 ***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05, n.s.:有意差なし。
()内には、それぞれの要因ごとに「自宅≧中央値」群もしくは「自宅<中央値」群に占める割合(%)を算出した。

表 25 変数の定義

<ul style="list-style-type: none"> ・ 退・転院先の意向 	<p>担当 MSW が資料 1 のシートを用いて、患者またはキーパーソンである家族員に確認して得られた数値。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 年齢 	<p>調査時点での患者の年齢。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 性別／男性ダミー 	<p>患者が男性の場合に 1、女性の場合に 0 をとるダミー変数。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ FIM 合計 	<p>患者の FIM 点数（運動項目と認知項目を合計したもの）。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療行為の有無 	<p>経管栄養、酸素療法、気管切開、喀痰吸引、褥瘡の処置、インスリン注射、バルーンカテーテルのうちいずれか 1 つ以上を行っている場合を 1、それ以外の場合を 0 とするダミー変数。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護力／常時介護者 1 人以上ダミー 	<p>介護力は杉山ら（2013）を用いて評価。「常時、介護に専念できる者 1 人分に相当」以上の場合に 1、それ未満の場合に 0 をとるダミー変数。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 主介護者の介護不安の有無 	<p>担当 MSW からみて、主介護者が介護不安を抱えていると判断した場合に 1、それ以外の場合に 0 をとるダミー変数。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者本人に対する拒否的な家族員の有無 	<p>担当 MSW からみて、患者に対して拒否的（同居嫌悪あるいは情緒的関係不良）な家族員がいると判断した場合に 1、それ以外の場合に 0 をとるダミー変数。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 住環境の困難の有無 	<p>担当 MSW がキーパーソンである家族員に対して、患者が住んでいる家屋とその周辺（外から玄関先までのアプローチ）で、段差が問題になるかどうか確認したものをを用いる。問題ありの場合に 1、それ以外の場合に 0 をとるダミー変数。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 同居配偶者の有無 	<p>配偶者（内縁関係を含む）と同居している場合に 1、別居または配偶者不在の場合に 0 をとるダミー変数。</p>

出典：筆者作成。

表 26 患者の退・転院先の入院時意向の規定要因（重回帰分析の結果）

	回帰係数	標準化回帰係数	有意確率
年齢	-0.02	-0.10	n.s.
性別／男性ダミー	0.20	0.04	n.s.
FIM 合計（入院時）	0.04	0.23	**
介護力／常時介護者 1 人以上ダミー	0.82	0.07	n.s.
主介護者の介護不安の有無	-0.15	-0.03	n.s.
定数	7.80		***
N	182		
決定係数	0.11		
自由調整済み決定係数	0.08		
回帰の F 検定	F 値 4.15 有意確率 0.001		

出典：筆者作成。

注）有意確率 p 値は重回帰分析で算出 ***p<0.001、**p<0.01、*p<0.05、n.s.：有意差なし。

表 27 患者の退・転院先の入院 1 ヶ月時意向の規定要因（重回帰分析の結果）

	回帰係数	標準化回帰係数	有意確率
年齢	-0.05	-0.21	*
性別／男性ダミー	-0.54	-0.09	n.s.
FIM 合計（入院 1 ヶ月時）	0.03	0.21	*
介護力／常時介護者 1 人以上ダミー	0.91	0.14	n.s.
主介護者の介護不安の有無	-0.20	-0.03	n.s.
同居配偶者の有無	1.15	0.19	*
定数	9.53		***
N	162		
決定係数	0.19		
自由調整済み決定係数	0.15		
回帰の F 検定	F 値 5.71 有意確率 0.000		

出典：筆者作成。

注）有意確率 p 値は重回帰分析で算出 ***p<0.001、**p<0.01、*p<0.05、n.s.：有意差なし。

表 28 家族の退・転院先の入院時意向の規定要因（重回帰分析の結果）

	回帰係数	標準化回帰係数	有意確率
年齢	-0.03	-0.09	n.s.
性別／男性ダミー	-0.22	-0.03	n.s.
FIM 合計（入院時）	0.09	0.41	***
医療行為（入院時）の有無	-1.48	-0.15	*
介護力／常時介護者 1 人以上ダミー	1.63	0.20	**
主介護者の介護不安の有無	-0.64	-0.08	n.s.
住環境の困難の有無	-0.52	-0.06	n.s.
同居配偶者の有無	1.35	0.18	**
定数	3.72		n.s.
N	204		
決定係数	0.40		
自由調整済み決定係数	0.37		
回帰の F 検定	F 値 15.8 有意確率 0.000		

出典：筆者作成。

注) 有意確率 p 値は重回帰分析で算出 ***p<0.001、**p<0.01、*p<0.05、n.s.：有意差なし。

表 29 家族の退・転院先の入院 1 ヶ月時意向の規定要因（重回帰分析の結果）

	回帰係数	標準化回帰係数	有意確率
年齢	-0.03	-0.11	n.s.
性別／男性ダミー	0.22	0.03	n.s.
FIM 合計（入院 1 ヶ月時）	0.06	0.45	***
医療行為（入院 1 ヶ月時）の有無	-0.58	-0.05	n.s.
介護力／常時介護者 1 人以上ダミー	1.86	0.21	**
主介護者の介護不安の有無	-0.46	-0.06	n.s.
患者本人に対する拒否的な家族員の有無	-2.36	-0.21	**
住環境の困難の有無	-0.62	-0.06	n.s.
同居配偶者の有無	1.14	0.14	*
定数	4.05		n.s.
N	183		
決定係数	0.42		
自由調整済み決定係数	0.39		
回帰の F 検定	F 値 13.8 有意確率 0.000		

出典：筆者作成。

注）有意確率 p 値は重回帰分析で算出 ***p<0.001、**p<0.01、*p<0.05、n.s.：有意差なし。

表 30 同居配偶者の有無と家族 APGAR（家族機能）スコアの関係

	同居配偶者あり n=64	同居配偶者なし n=104
家族 APGAR スコア 中央値	8.5	7.5

出典：筆者作成。

注 1) 有意確率 $p < 0.001$ (統計：Mann-Whitney の U 検定)。

注 2) 2015 年 4 月 1 日～2016 年 1 月 31 日の入院患者（家族不在者を除く）204 例のデータをもとに作成した。無回答 36 例を除いて算出した。

表 31 同居配偶者の有無と家族の協力度の関係

(%)

	同居配偶者あり	同居配偶者なし
家族の積極的な姿勢あり	61 (73.5)	68 (56.2)
家族の積極的な姿勢なし	22 (26.5)	53 (43.8)
合計	83 (100)	121 (100)

出典：筆者作成。

注 1) 有意確率 $p < 0.05$ (統計： χ^2 検定)。

注 2) 2015 年 4 月 1 日～2016 年 1 月 31 日の入院患者（家族不在者を除く）204 例のデータをもとに作成した。

表 32 入院時における患者と家族の退・転院先の意向

(%)

		患者の意向			合計
		自宅	自宅 or 自宅以外 自宅以外	不明	
家族 の 意 向	自宅	69 (58.5)	0 (0)	2 (1.7)	71 (60.2)
	自宅 or 自宅以外 自宅以外	10 (8.5)	7 (5.9)	12 (10.2)	29 (24.6)
	上記以外	14 (11.9)	2 (1.7)	2 (1.7)	18 (15.3)
合計		93 (78.9)	9 (7.6)	16 (13.6)	118 (100)

出典：筆者作成。

注 1) 2014 年 6 月 1 日～2014 年 11 月 30 日の退・転院患者から、急変・検査等の医学的理
で転院した患者（17 例）を除いた 118 例を対象とした。本表は、これらの患者と家
族の入院時における退・転院先の意向ごとに集計したものである。

注 2) 表内の数値は事例数であり、() 内には全 118 例に占める割合を示した。

注 3) 「自宅」は自宅を希望した、「自宅 or 自宅以外」は自宅か自宅以外かで迷っていた、
「自宅以外」は自宅以外を希望した、「不明」は意向を尋ねても確認できなかった場合
を指している。「上記以外」には、家族の意向の確認ができなかった場合や意向を確
認する家族がいなかった場合が含まれている。太枠の囲いは、本調査で対象にした
事例であることを示している。

表 33 対象事例の基本情報

(%)

性別 (n=24)	男性 15 (62.5)、女性 9 (37.5)
年齢 (n=24)	40 歳代 1 (4.2)、60 歳代 1 (4.2)、70 歳代 9 (37.5) 80 歳代 11 (45.8)、90 歳代 2 (8.3)
主病名 (n=24)	<脳関連疾患> 脳梗塞 5 (20.8)、脳出血 5 (20.8)、硬膜下血腫 4 (14.3) 脳炎 1 (4.2)、水頭症 1 (4.2)、脳動脈 1 (4.2) <骨折関連> 大腿骨頸部骨折 2 (8.3)、胸腰椎圧迫骨折 1 (4.2) 胸椎圧迫骨折 1 (4.2)、骨盤骨折 1 (4.2) <廃用症候群> 肺炎後の廃用症候群 1 (4.2)、術後の廃用症候群 1 (4.2)
ADL レベル (n=24)	入院時 FIM 43.5±18.2 退・転院時 FIM 63.0±29.1
在院日数 (n=24)	86.3±36.8
退・転院先 (n=24)	自宅 10 (41.7)、老人保健施設 8 (33.3)、一般病院 2 (8.3) 医療型療養病棟 1 (4.2)、介護療養型医療施設 1 (4.2) 精神病院 1 (4.2)、有料老人ホーム 1 (4.2)

出典：筆者作成。

注) ADL レベル (入院時と退・転院時の FIM 合計) と在院日数は、平均±標準偏差で表示。これら以外は、事例数を表記した上で、() 内には全事例数に占める割合を示した。

表 34 退・転院患者（2014 年 6～11 月）の性別、年齢、主病名、ADL 状況、在院日数、退・転院先

(%)

	意向不一致群 n=10	意向不明群 n=14	その他群 n=94
・性別			
男性	5 (50.0)	10 (71.4)	38 (40.4)
女性	5 (50.0)	4 (28.6)	56 (59.6)
・年齢	81.0±6.6	78.4±11.1	73.6±12.4
・主病名			
脳梗塞	1 (10.0)	4 (28.6)	22 (23.4)
脳出血	1 (10.0)	4 (28.6)	16 (17.0)
その他脳関連の疾患	4 (40.0)	3 (21.4)	3 (3.2)
脊髄損傷・脊髄症	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (4.3)
大腿骨骨折	1 (10.0)	1 (7.1)	23 (24.5)
胸・腰椎圧迫骨折	2 (20.0)	0 (0.0)	10 (10.6)
その他骨折	1 (10.0)	0 (0.0)	7 (7.4)
腰椎・膝股関節の術後	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (4.3)
廃用症候群	0 (0.0)	2 (14.3)	1 (1.1)
その他	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (4.3)
・ADL レベル			
入院時 FIM (合計)	56.1±17.5	34.5±12.8	62.5±16.2
退・転院時 FIM (合計)	81.4±28.9	49.8±21.7	99.4±21.9
・在院日数	83.7±30.9	88.2±41.6	78.6±41.1
・退・転院先			
自宅	6 (60.0)	4 (28.6)	81 (86.2)
自宅以外	4 (40.0)	10 (71.4)	13 (13.8)

出典：筆者作成。

注 1) 表 32 の患者の意向が「自宅」で、家族の意向が「自宅 or 自宅以外」と「自宅以外」10 例を意向不一致（＝「患者と家族の入院時意向が異なった事例」）群とした。患者の意向が「不明」で、家族の意向が「自宅」と「自宅 or 自宅以外」および「自宅以外」14 例を意向不明（＝「患者の入院時意向が把握できなかった事例」）群とした。さらに、これらを除いた 94 例をその他群とした。

注 2) 年齢と ADL レベル（入院時と退・転院時の FIM 合計）および在院日数の数値は、平均±標準偏差で表記した。これら以外は、事例数を表記した上で、() 内に意向不一致群 10 例、意向不明群 14 例、その他群 94 例ごとで占める割合を示した。

表 35 患者と家族の退・転院先の入院時意向と最終的な退・転院先との関連

(%)

		患者の意向			合計
		自宅	自宅 or 自宅以外 自宅以外	不明	
家族の意向	自宅	自宅 66 (95.6) 自宅以外 3 (4.3)	—	自宅 2 (100.0) 自宅以外 0 (0.0)	71
	自宅 or 自宅以外 自宅以外	自宅 6 (60.0) 自宅以外 4 (40.0)	自宅 0 (0) 自宅以外 7 (100)	自宅 2 (16.7) 自宅以外 10 (83.3)	29
	上記以外	自宅 13 (92.9) 自宅以外 1 (7.1)	自宅 2 (100) 自宅以外 0 (0)	自宅 0 (0.0) 自宅以外 2 (100.0)	18
合計		93	9	16	118

出典：筆者作成。

注 1) 表 32 と同様の 118 例を対象としており、これらの患者と家族の入院時の退・転院先の意向の組み合わせごとに、実際の退・転院先を集計したものである。太枠の囲いは、本調査で対象にした事例であることを示している。

注 2) 表内の数値は事例数であり、() 内にはそれぞれの意向の組み合わせごとでの退・転院先割合を示した。

表36-1 事例の状況 — 「患者と家族の入院時意向が異なった事例」と「患者の入院時意向が把握できなかった事例」

事例1～10：「患者と家族の入院時意向が異なった事例」
 事例11～24：「患者の入院時意向が把握できなかった事例」
 ※下線部は入院時に確認した退・転院先の意向を表している

事例番号	入院中の意向の変化（患者）	入院中の意向の変化（家族）	自宅促進要因	自宅以外促進要因	介護者数	自宅退院困難基準	退・転院先
1	なし (自宅)	あり (自宅or自宅以外⇒自宅)	<ul style="list-style-type: none"> 介護者の介護経験 患者と家族の関係が好転化 	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLがベッド上生活自立レベル 患者の医療行為 介護者数の不足 介護者の介護疲れ・不安 	0.5	該当	自宅
2	あり (自宅⇒自宅or自宅以外⇒自宅以外)	あり (自宅or自宅以外⇒自宅以外)	<ul style="list-style-type: none"> 介護者数の充足 介護者の介護経験 施設入所先の費用支払いに対する不安 施設申し込みの遅れ（回復期リハビリテーション病棟入院基本料の算定日数上限以内に施設へ移ることが困難である） 	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが全介助レベル 患者の転院希望（入院途中より） 患者の依存的な面 介護者の介護疲れ 患者と家族の関係不良 家族間での退・転院先についての意向のズレ 	0	非該当	自宅 (施設入所待ち)
3	なし (自宅)	あり (自宅or自宅以外⇒自宅)	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが屋外歩行レベルまで改善 患者の介護サービス利用に対する了解（入院前は利用拒否があった） 	<ul style="list-style-type: none"> 住環境の問題 経済的な余裕（経済的に居住系施設への入所が可能である） 	1	非該当	自宅
4	あり (自宅⇒自宅希望が消失)	あり (自宅or自宅以外⇒自宅⇒自宅以外)	<ul style="list-style-type: none"> なし 	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが全介助レベル 患者の医療行為 患者への転倒・転落対策 患者の自宅退院希望の消失（入院途中より） 介護者数の不足 住環境の問題 	0	該当	老人保健施設
5	なし (自宅)	あり (自宅or自宅以外⇒自宅)	<ul style="list-style-type: none"> 介護者数の充足 介護者の積極的な姿勢（医師や知り合いに介護のことについて相談している） 患者と家族のこれまでの関係性（患者から家族へ感謝の言葉がある） 	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLがベッド上生活自立レベル 介護者の介護不安 患者への転倒・転落対策 住環境の問題 	0.5	非該当	自宅

出典：筆者作成。

注1) 介護者数については、介護者不在の状態を0人、就労等で介護者が一部の時間帯しか介護できない状態を0.5人、常時1人の介護者がいる状態を1人、常時介護者1人とサポートしてくれる副介護者がいる状態を1.5人以上でカウントした。患者のADLレベルは、退・転院時のものを表記し、二木（1982）の基準「屋外歩行」「屋内歩行」「ベッド上生活自立」「全介助」に沿って分類した。

注2) 患者の医療行為の有無については、時間的な変化がみられる事例もあったことから、その場合（入院当初）または（入院途中より）確認したものをののかを表記した。

表36-2 事例の状況 — 「患者と家族の入院時意向が異なった事例」と「患者の入院時意向が把握できなかった事例」

事例番号	入院中の意向の変化（患者）	入院中の意向の変化（家族）	自宅促進要因	自宅以外促進要因	介護者数	自宅退院困難基準	退・転院先
6	あり (自宅⇒家族や病院スタッフの判断に一任)	あり (自宅or自宅以外⇒自宅)	・介護者の介護経験 ・介護者による介護サービスの積極的利用	・患者のADLがベッド上生活自立レベル ・患者の行動障害 ・介護者数の不足 ・介護者の介護疲れ	1.5	該当	自宅
7	あり (自宅⇒自宅or自宅以外)	あり (自宅or自宅以外⇒自宅以外)	・介護者数の充足	・患者のADLが全介助レベル ・患者への転倒・転落対策 ・患者と家族の関係不良	0.5	非該当	老人保健施設
8	なし (自宅)	あり (自宅or自宅以外⇒自宅)	・患者のADLが屋外歩行レベルまで改善 ・介護者以外の家族の介護経験	・なし	1	非該当	自宅
9	あり (自宅⇒不明)	あり (自宅or自宅以外⇒自宅⇒自宅以外)	・介護者を支援する家族体制の強さ ・介護者以外の家族の介護経験 ・施設入所先の費用支払いに対する不安	・患者のADLが全介助レベル ・患者への転倒・転落対策 ・患者の行動障害 ・患者の依存的な面 ・過去の経験（患者にアルコール問題があった） ・介護者数の不足 ・介護者の介護不安 ・介護者の介護経験なし	1.5	該当	老人保健施設
10	あり (自宅⇒自宅or自宅以外⇒自宅以外)	あり (自宅or自宅以外⇒自宅以外)	・介護者数の充足 ・介護者の介護経験	・患者のADLがベッド上生活自立レベル ・患者の転院希望（入院途中より） ・患者の介護サービス利用に対する抵抗 ・介護者の介護疲れ・不安 ・家族に迷惑を掛けたくない介護者の思い ・患者と家族の関係不良 ・ケアマネジャーの見解（自宅退院に消極的な発言がある）	1	非該当	介護療養型医療施設
11	なし (不明)	なし (自宅以外)	・なし	・患者のADLが全介助レベル ・患者の医療行為 ・介護者数の不足 ・家族の医療・介護施設に対する理解	1	該当	一般病院

出典：筆者作成。

注1) 介護者数については、介護者不在の状態を0人、就労等で介護者が一部の時間帯しか介護できない状態を0.5人、常時1人の介護者がいる状態を1人、常時介護者1人とサポートしてくれる副介護者がいる状態を1.5人以上でカウントした。患者のADLレベルは、退・転院時のものを表記し、二木（1982）の基準「屋外歩行」「屋内歩行」「ベッド上生活自立」「全介助」に沿って分類した。

注2) 患者の医療行為の有無については、時間的な変化がみられる事例もあつたことから、その場合（入院当初）または（入院途中より）確認したもののかを表記した。

表36-3 事例の状況 — 「患者と家族の入院時意向が異なった事例」と「患者の入院時意向が把握できなかった事例」

事例番号	入院中の意向の変化（患者）	入院中の意向の変化（家族）	自宅促進要因	自宅以外促進要因	介護者数	自宅退院困難基準	退・転院先
12	なし (不明⇒自宅以外)	なし (自宅以外)	なし	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが全介助レベル 患者の行動障害 介護者数の不足 過去の経験（自宅に患者を引き取ったことがあるが、家族が限界を感じた経験がある） 	1.5	該当	老人保健施設
13	なし (不明)	なし (自宅以外)	なし	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLがベッド上生活自立レベル 患者の行動障害 介護者数の不足 患者と家族の関係不良 	1.5	該当	有料老人ホーム
14	あり (不明⇒自宅)	あり (自宅⇒自宅or自宅以外⇒自宅)	患者のADLが屋外歩行レベルまで改善	<ul style="list-style-type: none"> 患者の精神状態の不安定さ 介護者の介護不安 	1	非該当	自宅
15	なし (不明)	なし (自宅以外)	なし	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが全介助レベル 患者の行動障害 介護者数の不足 介護者の健康問題 	0	該当	老人保健施設
16	あり (不明⇒自宅)	あり (自宅or自宅以外⇒自宅以外)	患者の医療行為不要（入院途中より）	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが全介助レベル 介護者数の不足 経済的な事情（介護者が仕事を辞められない） 住環境の問題 	1	該当	老人保健施設 (将来的には自宅を検討)
17	あり (不明⇒自宅以外)	なし (自宅以外)	なし	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが全介助レベル 患者の医療行為 患者の転院希望（入院途中より） 介護者数の不足 	0	該当	一般病院
18	なし (不明)	なし (自宅以外)	介護者数の充足	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが全介助レベル 患者の医療行為 介護者の健康問題 	1	非該当	医療型療養病棟

出典：筆者作成。

注1) 介護者数については、介護者不在の状態を0人、就労等で介護者が一部の時間帯しか介護できない状態を0.5人、常時1人の介護者がいる状態を1人、常時介護者1人とサポートしてくれる副介護者がいる状態を1.5人以上でカウントした。患者のADLレベルは、退・転院時のものを表記し、二木（1982）の基準「屋内歩行」「屋外歩行」「ベッド上生活自立」「全介助」に沿って分類した。

注2) 患者の医療行為の有無については、時間的な変化がみられる事例もあつたことから、その場合（入院当初）または（入院途中より）確認したもののかを表記した。

表36-4 事例の状況 — 「患者と家族の入院時意向が異なった事例」と「患者の入院時意向が把握できなかった事例」

事例番号	入院中の意向の変化（患者）	入院中の意向の変化（家族）	自宅促進要因	自宅以外促進要因	介護者数	自宅退院困難基準	退・転院先
19	あり (不明⇒自宅)	あり (自宅or自宅以外⇒自宅)	<ul style="list-style-type: none"> 患者の医療行為不要（入院途中より） 介護者数の充足 患者と家族のこれまでの関係性（家族から患者へ感謝の言葉がある） 	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが全介助レベル 介護者の体調を心配している周囲の家族の存在 	0.5	非該当	自宅
20	あり (不明⇒自宅or自宅以外)	あり (自宅or自宅以外⇒自宅以外)	<ul style="list-style-type: none"> 過去の経験（施設申し込みを検討したことがあるが、家族の患者へのかわいそうという気持ちから申し込みをしなかった） 	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが全介助レベル 患者への転倒・転落対策 患者の行動障害 介護者数の不足 患者の介護サービス利用に対する抵抗 患者と家族の関係不良 住環境の問題 	0.5	該当	老人保健施設
21	なし (不明)	なし (自宅以外)	<ul style="list-style-type: none"> 介護者数の充足 	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLがベッド上生活自立レベル 患者の行動障害 介護者の介護不安 	1.5	非該当	老人保健施設
22	あり (不明⇒自宅)	あり (自宅or自宅以外⇒自宅)	<ul style="list-style-type: none"> 周囲の家族の意見（自宅に連れて帰った方が良いと言われている） 介護者以外の家族による介護サービスの積極的利用 	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLが全介助レベル 患者への転倒・転落対策 介護者数の不足 	0.5	該当	自宅
23	なし (不明)	なし (自宅)	<ul style="list-style-type: none"> 介護者数の充足 介護者の介護経験 介護者による介護サービスの積極的利用 	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLがベッド上生活自立レベル 患者への転倒・転落対策 患者の行動障害 	0.5	非該当	自宅
24	なし (不明)	あり (自宅or自宅以外⇒自宅以外)	<ul style="list-style-type: none"> 介護者数の充足 	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLがベッド上生活自立レベル 患者への転倒・転落対策 患者の行動障害 介護者の健康問題 介護者の介護不安 	1.5	非該当	精神病院

出典：筆者作成。

注1) 介護者数については、介護者不在の状態を0人、就労等で介護者が一部の時間帯しか介護できない状態を0.5人、常時1人の介護者がいる状態を1人、常時介護者1人とサポートしてくれる副介護者がいる状態を1.5人以上でカウントした。患者のADLレベルは、退・転院時のものを表記し、二木（1982）の基準「屋外歩行」「屋内歩行」「ベッド上生活自立」「全介助」に沿って分類した。

注2) 患者の医療行為の有無については、時間的な変化がみられる事例もあつたことから、その場合（入院当初）または（入院途中より）確認したもののかを表記した。

表 37 変数の定義

<p>・退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事の有無</p>	<p>自宅退院後の患者と家族の「不安・困り事」(永田ら 2007)について、退院計画における多職種チームが退院後を想定して評価した内容と、退院後の実際の内容を比較した際、退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事があった場合に1、なかった場合に0をとるダミー変数。</p>
<p>・医療・介護サービス計画の変更箇所数</p>	<p>自宅退院時と退院後の医療・介護サービス計画を比較した際、退院後のサービスが変更になっていた数(患者のADL改善等の理由で、サービス利用の必要性がなくなり中止した場合は含めない)。</p>
<p>・退院計画に対する患者の満足度</p>	<p>伊藤(2000)が作成した退院計画に対する患者満足度の評価尺度の合計点数を、質問項目数の12で割った値(平均値)。</p>
<p>・自宅退院後の患者の生活満足度増減</p>	<p>自宅退院後の患者のWHO/QOL26の数値から自宅退院前(自宅退院日が確定した時点)のWHO/QOL26の数値を引いたもの。WHO/QOL26は、田崎ら(2007)の日本語版を使用して評価。</p>
<p>・年齢</p>	<p>自宅退院後調査時点での患者の年齢。</p>
<p>・性別／男性ダミー</p>	<p>患者が男性の場合に1、女性の場合に0をとるダミー変数。</p>
<p>・自宅退院時 FIM 合計</p>	<p>自宅退院時点での患者のFIM点数(運動項目と認知項目を合計したもの)。</p>
<p>・経済状況／生活保護受給ダミー</p>	<p>患者が生活している世帯が生活保護を受給している場合に1、受給していない場合に0をとるダミー変数。</p>
<p>・自宅退院後の不安・困り事の有無</p>	<p>自宅退院後の患者と家族の「不安・困り事」(永田ら 2007)を、1つでも確認した場合に1、全く確認しなかった場合に0をとるダミー変数。</p>

出典：筆者作成。

表 38 自宅退院患者（2014 年 11 月～2015 年 10 月）の性別、年齢、主病名、ADL 状況、
家族形態、経済状況、自宅退院後 3 ヶ月経過した時点での居場所

(%)

	調査実施群 n=112	調査未実施群 n=67
・性別		
男性	61 (54.5)	36 (53.7)
女性	51 (45.5)	31 (46.3)
・年齢	74.6±14.2	74.0±12.3
・主病名		
脳梗塞	25 (22.3)	17 (25.3)
脳出血	13 (11.6)	2 (3.0)
その他脳関連の疾患	11 (9.8)	3 (4.5)
大腿骨骨折	31 (27.7)	11 (16.4)
胸・腰椎圧迫骨折	9 (8.0)	11 (16.4)
その他骨折	10 (8.9)	15 (22.4)
上記以外の疾患	13 (11.6)	8 (11.9)
・自宅退院時 FIM	104.8±17.7	102.3±18.5
・家族形態		
単独世帯	30 (26.8)	30 (44.8)
夫婦世帯	29 (25.9)	20 (29.9)
2 世代・3 世代世帯	52 (46.4)	16 (23.9)
その他の世帯	1 (0.9)	1 (1.5)
・経済状況		
生活保護受給あり	14 (12.5)	13 (19.4)
生活保護受給なし	98 (87.5)	54 (80.6)
・退院 3 ヶ月後の居場所		
自宅	112 (100.0)	42 (62.7)
病院（再入院）	0 (0.0)	19 (28.4)
施設入所	0 (0.0)	2 (3.0)
死亡	0 (0.0)	3 (4.5)
追跡困難	0 (0.0)	1 (1.5)

出典：筆者作成。

注) 年齢、自宅退院時 FIM（運動項目と認知項目の合計）は平均±標準偏差で表示。これら以外は、事例数を表記した上で、() 内に調査実施者 112 例、調査未実施者 67 例ごとで占める割合を示した。

表 39 自宅退院後調査で確認・評価した項目の集計結果

(%)

自宅退院後調査で 確認・評価した項目	集計結果 (n=112)
・退院計画チームが評価していた 以外の不安・困り事の有無	<ul style="list-style-type: none"> ・退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事 あり 52 (46.4) ・退院計画チームが評価していた以外の不安・困り事 なし 60 (53.6)
・医療・介護サービス計画の 変更箇所数	変更箇所数 0 76(67.9) 変更箇所数 1 21(18.8) 変更箇所数 2 11 (9.8) 変更箇所数 3 3 (2.7) 変更箇所数 4 1 (0.9)
・ケアマネジャーの関与 (自宅退院してから調査時点 までの間)	<ul style="list-style-type: none"> ・関与あり 68 (60.7) ・関与なし 44 (39.3)
・退院計画に対する患者の満足度	3.0±0.4【最大値：3.9、最小値：1.3】
・自宅退院後の患者の生活満足度 増減	0.1±0.4【最大値：0.8、最小値：-1.0】

出典：筆者作成。

注) 退院計画に対する患者の満足度と自宅退院後の患者の生活満足度増減は、平均±標準偏差で表記した。【 】内には、それぞれの平均値のうち、最大値と最小値を記した。

表 40 医療サービスと介護サービスの変更理由

医療サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・入院中にはみられなかった新たな病状出現により変更 (4) ・通院困難なため往診へ変更 (2) ・内服薬の副作用がみられたため変更 (1) ・通院先医師より勧められたため変更 (1) ・通院先医師の対応の悪さのため変更 (1)
介護サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉用具が合わず変更 (9) ・住環境の不備による変更 (7) ・介護者の負担軽減のため変更 (6) ・患者の体を動かす機会を増やすため変更 (5) ・患者の家事動作の不具合による変更 (4) ・患者の ADL 悪化による変更 (3) ・リハビリテーション充実のため変更 (3) ・サービスの必要性が乏しく変更 (2) ・サービス回数不具合による変更 (3) ・ケアマネジャーより勧められたため変更 (2) ・その他の理由で変更 (2)

出典：筆者作成。

注) 表 39 のサービス計画の変更あり 36 例の医療サービスと介護サービスの変更理由をまとめたものであり、() 内には該当事例数を表記している。

表 41 医療・介護サービス計画の変更箇所数の規定要因（重回帰分析の結果）

	回帰係数	標準化回帰係数	有意確率
退院計画チームが評価していた 以外の不安・困り事の有無	0.75	0.45	***
年齢	0.01	0.14	n.s.
性別／男性ダミー	-0.07	-0.04	n.s.
自宅退院時 FIM 合計	0.00	-0.01	n.s.
経済状況／生活保護受給ダミー	0.18	0.07	n.s.
自宅退院後の不安・困り事の有無	0.19	0.09	n.s.
定数	-0.54		n.s.
N	112		
決定係数	0.29		
自由調整済み決定係数	0.25		
回帰の F 検定	F 値 7.02 有意確率 0.000		

出典：筆者作成。

注）有意確率 p 値は重回帰分析で算出 ***p<0.001、**p<0.01、*p<0.05、n.s.：有意差なし。

表 42 退院計画に対する患者の満足度の規定要因（重回帰分析の結果）

	回帰係数	標準化回帰係数	有意確率
退院計画チームが評価していた 以外の不安・困り事の有無	-0.32	-0.38	***
医療・介護サービス計画の変更 箇所数	-0.11	-0.22	*
年齢	-0.00	-0.09	n.s.
性別／男性ダミー	-0.04	-0.05	n.s.
自宅退院時 FIM 合計	-0.01	-0.20	*
経済状況／生活保護受給ダミー	-0.29	-0.23	**
自宅退院後の不安・困り事の有無	0.07	0.07	n.s.
定数	3.89		***
N	112		
決定係数	0.37		
自由調整済み決定係数	0.32		
回帰の F 検定	F 値 8.59 有意確率 0.000		

出典：筆者作成。

注）有意確率 p 値は重回帰分析で算出 ***p<0.001、**p<0.01、*p<0.05、n.s.：有意差なし。

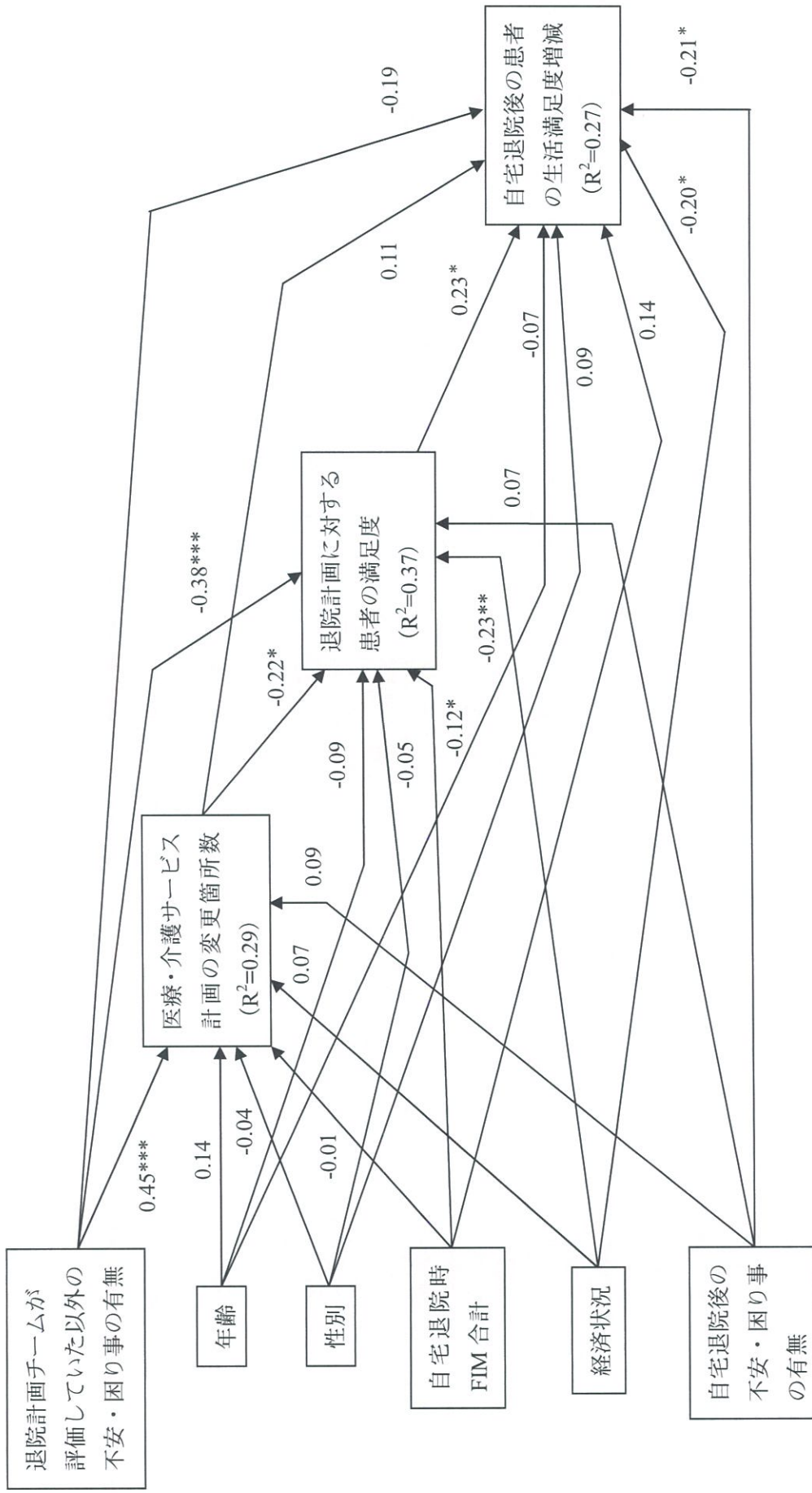
表 43 自宅退院後の患者の生活満足度増減の規定要因（重回帰分析の結果）

	回帰係数	標準化回帰係数	有意確率
退院計画チームが評価していた 以外の不安・困り事の有無	-0.14	-0.19	n.s.
医療・介護サービス計画の変更 箇所数	0.05	0.11	n.s.
退院計画に対する患者の満足度	0.20	0.23	*
年齢	-0.00	-0.07	n.s.
性別／男性ダミー	0.07	0.09	n.s.
自宅退院時 FIM 合計	0.00	0.14	n.s.
経済状況／生活保護受給ダミー	-0.22	-0.20	*
自宅退院後の不安・困り事の有無	-0.18	-0.21	*
定数	-0.52		n.s.
N	112		
決定係数	0.27		
自由調整済み決定係数	0.21		
回帰の F 検定	F 値 4.71 有意確率 0.000		

出典：筆者作成。

注) 有意確率 p 値は重回帰分析で算出 ***p<0.001、**p<0.01、*p<0.05、n.s.：有意差なし。

図9 パス・ダイアグラム



出典：筆者作成。

注1) 矢印の数値（パス係数）は、表 41～43 の標準化回帰係数であり、* $p < 0.05$ 、** $p < 0.01$ 、*** $p < 0.001$ であることを表している。

注2) ここでの「不安・困り事」とは、自宅退院後の生活を送る中で、患者と家族が不安を感じていたり、困っていたりすることを指している。

表44 自宅退院後調査実施前のMSW部門が果たしている役割の現状と課題

	実際に行っていること (○印)	行っていないが必要があると認識していること (☆印)	MSWとして評価されていること (○印) / されたいこと (☆印)
(1) 对患者	<ul style="list-style-type: none"> ○状況把握のための情報収集 ○意向の確認 ○社会資源の情報提供と活用支援 ○周囲の関係者との合意形成を図る ○身の回り援助(買い物、金銭管理等) ○住居の確保と整備に向けた支援 ○アセスメント 	<ul style="list-style-type: none"> ☆MSW支援計画の書面化 ☆医療・介護知識に関する定期的な学習 ☆患者会の開催 ☆就労援助スキル向上 ☆自宅退院後の状況把握 ☆正確な予後予測の把握とそれを踏まえた対応 	<ul style="list-style-type: none"> ○経済的支援や社会資源の案内→退院困難要因の軽減 ○意向の把握 ○複雑な患者背景への対応 ○家族との関係調整 ○周囲の関係者との合意形成に向けた支援 ☆専門的アセスメントにもとづいた介入
(2) 对家族	<ul style="list-style-type: none"> ○状況把握のための情報収集 ○意向の確認 ○アセスメント ○社会資源の情報提供と活用援助 ○周囲の関係者との合意形成を図る ○患者本人との関わり方についての説明 	<ul style="list-style-type: none"> ☆MSW支援計画の書面化 ☆医療・介護知識に関する定期的な学習 ☆家族会の開催 ☆患者本人の意向を伝える方法の工夫 ☆自宅退院後の状況把握 ☆正確な予後予測の把握とそれを踏まえた対応 	<ul style="list-style-type: none"> ○経済的支援や社会資源の案内→退院困難要因の軽減 ○意向の把握 ○患者本人との関係や家族内関係の調整 ○周囲の関係者との合意形成に向けた支援 ☆専門的アセスメントにもとづいた介入
(3) 对院内スタッフ	<ul style="list-style-type: none"> ○MSW支援に必要な情報収集 ○多職種間の情報交換・共有 ○MSWアセスメント内容の伝達 ○患者と家族のニーズへの対応依頼 ○周囲の関係者との合意形成を図る 	<ul style="list-style-type: none"> ☆他職種理解の機会の創設 ☆MSW業務の専門性の伝達 ☆患者や家族との感情的な行き違いに對するフォロー 	<ul style="list-style-type: none"> ○多職種協働の取りまとめ ○地域関係機関との連絡調整 ☆MSWという職種への理解
(4) 对病院組織	<ul style="list-style-type: none"> ○病院理念に沿った支援の実施 ○病院経営を意識した退・転院支援の実施 ○質を意識した退・転院支援の実施 ○患者と家族満足への貢献 ○社会資源活用による未収金の防止 ○MSWの貢献内容の伝達 	<ul style="list-style-type: none"> ☆MSW業務の専門性の伝達 	<ul style="list-style-type: none"> ○病院理念の具現化 ○病院経営を意識した退・転院支援 ○未収金の防止 ☆MSWという職種への理解 ☆MSWの貢献内容の理解
(5) 对地域関係者	<ul style="list-style-type: none"> ○患者や家族との橋渡し ○院内スタッフとの橋渡し ○社会資源に関する資料の整理と充実 	<ul style="list-style-type: none"> ☆地域関係機関への定期的な訪問 ☆社会資源の未知なる部分の把握 	<ul style="list-style-type: none"> ○患者や家族の状況のリアルタイムな伝達 ○院内スタッフへの橋渡し役 ○地域関係機関との連絡調整役 ☆退・転院困難患者への対応力
(6) 对地域ネットワーク	<ul style="list-style-type: none"> ○地域ネットワーク構築に向けた働き掛け 	<ul style="list-style-type: none"> ☆地域ネットワークの形成(孤立防止支援ネットワークなど) ☆地域関係機関との定期的な交流 	<ul style="list-style-type: none"> ☆地域ネットワーク構築に向けた働き掛け
(7) 对社会全体	<ul style="list-style-type: none"> ○患者実態の発信 	<ul style="list-style-type: none"> ☆ソーシャルアクションにつなげる実践の充実 	<ul style="list-style-type: none"> ○患者実態の発信 ☆発信内容に対する共感的な理解

出典：「保健医療ソーシャルワークプログラム事例分析：ワークシート」（高山2012）を用いて筆者作成。
 注）本表の「MSWとして評価されていること（○印）/されたいこと（☆印）」は、MSWとして評価されていること（○印）と評価されたいこと（☆印）を略したものである。

表 45 退院計画チームの評価漏れがあった不安・困り事項目と MSW からみて入院中に評価可能だったと思われる不安・困り事項目

(%)

不安・困り事項目	退院計画チームの 評価漏れがあった項目	MSW からみて 入院中に評価可能だった と思われる項目
体調・病状	15 (13.4)	0 (0.0)
治療の方針・見通し	16 (14.3)	1 (0.9)
通院・受診	4 (3.6)	2 (1.8)
緊急時の対応	9 (8.0)	4 (3.6)
食事・排泄・入浴等	10 (8.9)	4 (3.6)
家事	2 (1.8)	1 (0.9)
経済面	5 (4.5)	2 (1.8)
家族の介護負担	3 (2.7)	1 (0.9)
住まい・住宅改修	12 (10.7)	4 (3.6)
今後の療養場所	5 (4.5)	4 (3.6)
食事内容	6 (5.4)	0 (0.0)
在宅サービスの内容	12 (10.7)	5 (4.5)
服薬	4 (3.6)	3 (2.7)
介護保険等の手続き	1 (0.9)	1 (0.9)
介護用品の手配	7 (6.3)	3 (2.7)
医療処置	0 (0.0)	0 (0.0)
医療機器や薬剤の手配	1 (0.9)	0 (0.0)

出典：永田ら（2007）の「不安・困り事」項目を用いて筆者作成。

注）表内の数値は事例数であり、（ ）内には自宅退院後調査を実施した全 112 例に占める割合を示した。

表 46 MSW からみて評価漏れが生じたと思われる理由

項目	具体的な理由
家族評価が不十分だった (8)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族介護力を過大評価していた (3) ・ 同居家族がいるから大丈夫だと思っていた (3) ・ 家族対応力を過大評価していた (1) ・ 家族の介護負担を見落としていた (1)
患者の ADL 状況の評価が不十分だった (6)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の夜間・排泄関連動作の把握が不十分だった (3) ・ 患者の ADL 状況に合わせた環境設定ができていなかった (2) ・ 患者の ADL 状況に合わせた介護サービスの設定ができていなかった (1)
患者の IADL 状況の評価が不十分だった (6)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の IADL (通院や買い物) 状況の把握が不十分だった (3) ・ 患者の服薬状況の把握が不十分だった (3)
患者のサービス利用に関わる状況の評価が不十分だった (6)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護サービス利用の必要性を見落としていた (3) ・ 介護サービス利用による患者へ及ぼす影響を見落としていた (1) ・ 患者の介護サービスの利用拒否を見落としていた (1) ・ 緊急支援サービス利用の必要性を見落としていた (1)
家屋状況の評価が不十分だった (4)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家屋状況の把握が不十分だった (4)
患者と家族の経済状況の評価が不十分だった (2)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の経済的な不安感を十分把握できていなかった (1) ・ 患者だけでなく家族全体の経済状況の把握が不十分だった (1)
患者の情報収集が不十分だった (2)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の認知機能低下への不安感を十分把握できていなかった (1) ・ 在院日数が短く患者の情報収集が不十分であった (1)
地域特性の評価が不十分だった (1)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院先の地域特性の把握が不十分だった (1)

出典：筆者作成。

注) () 内の数値は項目数を示している。

表47 自宅退院後調査実施後のMSW部門が果たしている役割の現状と課題

	実際に行っていること (○印)	行っていないが必要があると認識していること (☆印)	MSWとして評価されていること (○印) / されたいこと (☆印)
(1) 对患者	<ul style="list-style-type: none"> ○状況把握のための情報収集 ○意向の確認 ○アセスメント ○社会資源の情報提供と活用支援 ○周囲の関係者との合意形成に向けた支援 ○身の回り援助 (買い物、金銭管理等) ○住居の確保と整備に向けた支援 ○自宅退院後の状況把握 ○正確な予後予測の把握とそれを踏まえた対応 	<ul style="list-style-type: none"> ☆MSW支援計画の書面化 ☆医療・介護知識に関する定期的な学習 ☆患者会の開催 ☆就労支援スキルの向上 ☆中・長期的な視点を含めたアセスメントの実施 ☆自宅退院後フォローの実施 ☆家屋評価実施の必要性判断への関与 	<ul style="list-style-type: none"> ○経済的支援や社会資源の案内 ○意向の把握 ○複雑な患者背景への対応 ○家族との関係調整 ○周囲の関係者との合意形成に向けた支援 ○専門的アセスメントにもとづいた介入 ☆自宅退院直後だけでなく中・長期的な視点にもとづいた介入 ☆自宅退院後の生活の安定を目指した介入
(2) 对家族	<ul style="list-style-type: none"> ○状況把握のための情報収集 ○意向の確認 ○アセスメント ○社会資源の情報提供と活用支援 ○周囲の関係者との合意形成に向けた支援 ○患者本人との関わり方についての説明 ○自宅退院後の状況把握 ○予後予測の把握とそれを踏まえた対応 	<ul style="list-style-type: none"> ☆MSW支援計画の書面化 ☆医療・介護知識に関する定期的な学習 ☆家族会の開催 ☆患者本人の意向を伝える方法の工夫 ☆家族を表面的に捉えるのではなく深く含めて捉える工夫 ☆中・長期的な視点を含めたアセスメントの実施 ☆自宅退院後フォローの実施 ☆家屋評価実施の必要性判断への関与 	<ul style="list-style-type: none"> ○経済的援助や社会資源の案内 ○意向の把握 ○患者本人との関係や家族内関係の調整 ○周囲の関係者との合意形成に向けた支援 ○専門的アセスメントにもとづいた介入 ☆自宅退院直後だけでなく中・長期的な視点にもとづいた介入 ☆自宅退院後の生活の安定を目指した介入
(3) 对院内スタッフ	<ul style="list-style-type: none"> ○MSW支援に必要な情報収集 ○職種間の情報交換・共有 ○MSWAセスメント内容の伝達 ○患者と家族のニーズへの対応依頼 ○周囲の関係者との合意形成を図るための調整 ○患者や家族との感情的な行き違いに対するフォロー 	<ul style="list-style-type: none"> ☆他職種理解の機会の創設 ☆MSW業務の専門性の伝達 ☆中・長期的な視点を含めたアセスメント内容の伝達 	<ul style="list-style-type: none"> ○多職種協働の取りまとめ ○地域関係機関との連絡調整 ☆MSWという職種への理解
(4) 对病院組織	<ul style="list-style-type: none"> ○病院理念に沿った支援の実施 ○病院経営を意識した退・転院支援の実施 ○質を意識した退・転院支援の実施 ○患者と家族満足への貢献 ○社会資源活用による未収金の防止 ○MSWの貢献内容の伝達 	<ul style="list-style-type: none"> ☆MSW業務の専門性の伝達 ☆自宅退院後フォローが組織的な取り組みになるような働き掛け 	<ul style="list-style-type: none"> ○病院理念の具現化 ○病院経営を意識した退・転院支援 ○未収金の防止 ☆MSWという職種への理解 ☆MSWの貢献内容への理解
(5) 对地域関係者	<ul style="list-style-type: none"> ○患者や家族との橋渡し ○院内スタッフとの橋渡し ○社会資源に関する資料の整理と充実 	<ul style="list-style-type: none"> ☆地域関係機関への定期的な訪問 ☆社会資源の未知なる部分の把握 	<ul style="list-style-type: none"> ○患者や家族の状況のリアルタイムな伝達 ○院内スタッフへの橋渡し役 ○地域関係機関との連絡調整役 ☆退・転院困難患者への対応力
(6) 对地域ネットワーク	<ul style="list-style-type: none"> ○地域ネットワーク構築に向けた働き掛け 	<ul style="list-style-type: none"> ☆地域ネットワークの形成 (孤立防止支援ネットワークなど) ☆地域関係機関との定期的な交流 ☆自宅退院後の地域ネットワークの点検・評価 	<ul style="list-style-type: none"> ☆地域ネットワーク構築に向けた働き掛け ☆地域ネットワークの点検・評価者としての役割
(7) 对社会全体	<ul style="list-style-type: none"> ○患者実態の発信 	<ul style="list-style-type: none"> ☆ソーシャルアクションにつなげる実践の充実 	<ul style="list-style-type: none"> ○患者実態の発信 ☆発信内容に対する共感的な理解

出典：「保健医療ソーシャルワークプログラム事例分析：ワークシート」（高山2012）を用いて筆者作成。

注）本表の「MSWとして評価されていること (○印) / されたいこと (☆印)」は、MSWとして評価されていること (○印) と評価されたいこと (☆印) を略したものである。

表48 事例の基本情報

事例番号	仮名	年齢	性別	主病名	既往歴	自宅退院時FIM	世帯構成 (主介護者の続柄)
1	a	80歳代	女性	左大腿骨頸部基部骨折	心不全、肺炎、関節リウマチ 甲状腺機能低下症、腸閉塞 胸椎圧迫骨折、外反母趾、胃潰瘍	109点 【運動78点＋認知31点】	長男との2人暮らし (主介護者：長男)
2	b	80歳代	男性	左膝蓋骨骨折	慢性閉塞性肺疾患(→在宅酸素を 実施)、脳出血、高血圧 高脂血症、胆石	114点 【運動82点＋認知32点】	妻との2人暮らし (主介護者：妻)
3	c	60歳代	男性	骨盤骨折	症候性てんかん、ラクナ梗塞	101点 【運動71点＋認知30点】	妻、長女との3人暮らし (主介護者：妻)
4	d	60歳代	男性	胸腰椎圧迫骨折	痙攣発作、アルコール性肝硬変 アルコール依存症、誤嚥性肺炎 脳挫傷、慢性硬膜下血腫、貧血	107点 【運動76点＋認知31点】	妻との2人暮らし (主介護者：妻)
5	e	60歳代	男性	右大腿骨転子部骨折	関節リウマチ、パーキンソン病 骨粗鬆症、両下肢深部静脈血栓症	95点 【運動66点＋認知29点】	1人暮らし (主介護者：なし)
6	f	60歳代	男性	脳出血	脳梗塞、高血圧、糖尿病	20点 【運動13点＋認知7点】	妻、母、次男との4人暮らし (主介護者：妻)
7	g	70歳代	女性	多発骨折	高血圧	101点 【運動71点＋認知30点】	長女夫婦、孫との4人暮らし (主介護者：長女)
8	h	80歳代	男性	右大腿骨頸部骨折	脳梗塞、脳出血、高血圧、狭心症 胃十二指腸潰瘍、大腸潰瘍 直腸癌、両側総腸骨動脈瘤 脂質異常症、前立腺肥大	70点 【運動49点＋認知21点】	妻との2人暮らし (主介護者：妻)
9	i	80歳代	女性	肋骨骨折	脳梗塞、高血圧、帯状疱疹 うつ病	101点 【運動71点＋認知30点】	1人暮らし (主介護者：なし)

出典：筆者作成。

注) 「主病名」欄には再入院前の入院先であるB病院入院に至った主な病名、同じく「自宅退院時FIM」欄には再入院前の入院先であるB病院から自宅退院した時のFIM点数を表記した。FIM点数は、運動項目と認知項目の合計点数を示した上で、【 】内には運動項目と認知項目それぞれの点数を表記した。

表49 再入院前の医療・介護サービスの利用状況

事例番号	医療サービス	介護サービス	介護保険 要介護認定	ケアプラン作成者
1	通院 (内分泌内科、整形外科、呼吸器科、循環器科)	手すりレンタル、シャワーチェア購入 配食サービス	要支援2	地域包括支援センター職員
2	通院 (呼吸器内科、脳神経外科、循環器科)	デイケア週2回	要介護2	ケアマネジャー
3	通院 (脳神経外科、整形外科)	デイケア週3回、歩行器貸与、手すり貸与	要介護2	ケアマネジャー
4	通院 (神経内科、内科)	なし	なし	なし
5	通院 (神経内科)	訪問介護週3回、配食サービス週7回、歩行器貸与 手すり貸与、シャワーチェア購入、浴槽台購入	要支援2	ケアマネジャー
6	往診 (内科)、訪問マッサージ週2回	訪問看護週1回、訪問介護週4回、通所介護週4回 車椅子貸与、ベッド貸与、スロープ貸与	要介護5	ケアマネジャー
7	通院 (整形外科、神経内科、耳鼻科)	バスチェア購入	要介護2	なし
8	通院 (泌尿器科、消化器科、呼吸器科、脳神経外科)	訪問リハビリ週2回、訪問介護週2回、ベッド貸与 L字手すり貸与、サイドレール貸与 ポータルブルトイレ購入、住宅改修 (手すり設置 ・段差解消)	要介護3	ケアマネジャー
9	通院 (内科)	訪問リハビリ週2回、訪問介護週1回 福祉用具 (ベッド、手すり、踏み台) レンタル	要介護4	ケアマネジャー

出典：筆者作成。

表 50 調査協力者の基本属性

事例番号	回答者 (患者との関係)	特性
1	長男	50 歳代、男性
	地域包括支援センター職員	ケアマネジャー2 年・介護福祉士 5 年・訪問介護（ヘルパー）5 年経験あり、女性
2	妻	70 歳代、女性
	ケアマネジャー	ケアマネジャー3 年・看護師 11 年経験あり、女性
3	妻	60 歳代、女性
	ケアマネジャー	ケアマネジャー14 年、社会福祉協議会（社会福祉主事）6 年経験あり、男性
4	妻	50 歳代、女性
5	本人	60 歳代、男性
	ケアマネジャー	ケアマネジャー1 年・医療ソーシャルワーカー11 年・病院事務職 22 年経験あり、男性
6	妻	50 歳代、女性
	ケアマネジャー	ケアマネジャー5 年、看護師 10 年経験あり、男性
7	長女	50 歳代、女性
8	妻	70 歳代、女性
	ケアマネジャー	ケアマネジャー13 年・医療ソーシャルワーカー7 年・介護士 2 年経験あり、女性
9	長女	60 歳代、女性
	ケアマネジャー	ケアマネジャー10 年・看護師 13 年・医療ソーシャルワーカー1 年・在宅支援センター1 年、女性

出典：筆者作成。

表 51 自宅退院患者（2014 年 11 月～2015 年 10 月）の性別、年齢、主病名、ADL 状況、
家族形態、経済状況

(%)

	再入院あり群 n=23	再入院なし群 n=150
・性別		
男性	19 (82.6) 【6 (66.7)】	76 (50.7)
女性	4 (17.4) 【3 (33.3)】	74 (49.3)
・年齢	73.7±10.9 【73.8±10.9】	74.5±14.0
・主病名		
脳梗塞	7 (30.4) 【2 (22.2)】	34 (22.7)
脳出血	1 (4.3) 【0 (0.0)】	14 (9.3)
その他の脳関連疾患	1 (4.3) 【0 (0.0)】	13 (8.7)
大腿骨骨折	3 (13.0) 【2 (22.2)】	39 (26.0)
胸・腰椎圧迫骨折	5 (21.7) 【2 (22.2)】	14 (9.3)
その他骨折	3 (13.0) 【2 (22.2)】	17 (11.3)
上記以外の疾患	3 (13.0) 【1 (11.1)】	19 (12.7)
・自宅退院時 FIM	96.3±23.6 【91.8±29.3】	105.3±16.5
・家族形態		
単独世帯	11 (47.8) 【3 (33.3)】	46 (30.7)
夫婦世帯	8 (33.3) 【4 (44.4)】	39 (26.0)
2 世代・3 世代世帯	4 (17.4) 【2 (22.2)】	63 (42.0)
その他の世帯	0 (0.0) 【0 (0.0)】	2 (1.3)
・経済状況		
生活保護受給あり	7 (30.4) 【1 (11.1)】	19 (12.7)
生活保護受給なし	16 (69.6) 【8 (88.9)】	131 (87.3)

出典：筆者作成。

注 1) 2014 年 11 月～2015 年 10 月に B 病院より自宅退院した患者（自宅退院後に施設入所
や死亡した患者、追跡できなかった患者は除く）のうち、自宅退院後 3 ヶ月以内に
再入院した患者を再入院あり群、再入院しなかった患者を再入院なし群に含めた。

注 2) 年齢と自宅退院時 FIM（B 病院より自宅退院した時点の FIM 合計点数）は、平均±
標準偏差で表記した。これら以外は、事例数を表記した上で、（ ）内に再入
院あり群 23 例、再入院なし群 150 例ごとで占める割合を示した。

注 3) 【 】内には、再入院あり群 23 例のうち、インタビュー調査の協力が得られ
た 9 事例における事例数を表記した上で、（ ）内に全 9 事例に占める割合を
示した。

表52-1 再入院に至った期間と主病名およびその理由

事例番号	退院後から再入院までの期間	再入院時の主病名	回答者	再入院に至った主な理由
1	3週間ぐらい	心機能の低下	長男	<p>[不規則な生活と内服管理の不備]</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院中は、定期的な運動・リハビリや水分摂取のコントロールが半強制的になされ、規則的な生活を送ることができていた。家に帰ってくる、自分がよっぽど意識しないと、運動はしない、寝たきり、コーヒーとかお茶も自由に飲んでしまい、水分摂取量のコントロールが難しくなり、体に水分が溜まってしまふ。 内服管理も、全然できていなかった。入院先で、薬をほとんど飲んでいなかったことが原因だと言われた。本人に聞くと「飲んで」という返事だったので、本人の言うことを鵜呑みにしていた。本人に任せきりにするのではなく、家族も関わる必要があったのではないか。
2	82日	肺炎	妻	<p>[退院後のケア体制の不備]</p> <ul style="list-style-type: none"> 退院する前は、aさんはかなり歩けていたが、病院の24時間体制のケアがあつての元気であつて、退院後に周りのケアがあればあの状態が保てていたかもしれぬ。家に帰られた時に、aさんの力と息子さんの力のバランスがうまくとれていなかったのではないか。 <p>[体調管理の不備]</p> <ul style="list-style-type: none"> はじめはインフルエンザ。風邪をひいて熱が出たものだから、急患で受診をして、検査をしたらインフルエンザの菌が出た。それからお薬をもらつて、日に日に熱が下がつてきたが、食欲が落ちてきた。＜中略＞病院に相談したら、「食欲がなくなつたら、すぐに来て下さい」と言われ、4日ぐらいいしてから診察に行つたら、肺炎だと言われ入院した。 インフルエンザになつたのは、寒い日に松の木を剪定していたことが原因ではないかと思う。＜中略＞キュウリやナスやトマトを植えたり、花を植えたり、木を切つたりすることが好きで、自分の仕事だと決めているところがある。
3	43日	左大腿骨転子部骨折	妻	<p>[デイケアへの参加]</p> <ul style="list-style-type: none"> もともと肺の疾患があつて、低肺機能であるところに、インフルエンザに罹患してしまつて入院になった。集団のところ（デイケア）に行かれていたので防ぎようがなかった。 <p>[不慮の事故]</p> <ul style="list-style-type: none"> デイサービスへ行くのに（送迎の）車を待っていて、並んで立っていたんですね。そしたら、私と反対の方にふわつといつたらしくつて、歩行器を持っていたので私も安心して。そしたら、逆の方へ倒れてしまつた。よくは分らないのですが、バランスを崩したのかなど。

出典：筆者作成。

注) 再入院に至った主な理由：() 内に、調査協力者からのコメントをコード化したものを表記した上で、それぞれに関連深いコメントを列記した。表内の () は、内容を分かりやすくするために前後の文脈から言葉を補足したものである。

表52-2 再入院に至った期間と主病名およびその理由

事例番号	退院後から再入院までの期間	再入院時の主病名	回答者	再入院に至った主な理由
3	43日	左大腿骨転子部骨折	ケアマネ ジャー	〔不慮の事故〕 ・ 不可抗力というか事故ということですね。デイサービスの送迎場所まで行く時に転んでしまっ て、その時に奥さんも付いておられたようなので、決して目を離してまっただこと もないです。 〔アルコールの多飲〕 ・ 痙攣発作によって、椅子から滑り落ちてしまい、それが原因で本人が腰痛を訴えていたので、 ここで圧迫骨折をしたんじゃないかな。 ・ 医師から本人には、今回の痙攣発作はアルコールが原因ですよと言われている。
4	49日	腰椎圧迫骨折	妻	〔これまでの生活習慣〕 ・ 骨にプレートをくっつけていたが、それによって骨が崩れたことで手術が必要になり、再入 院することになった。退院後に転倒した記憶はなく、これまでの喫煙によって、骨がぐずぐ ずになっていたことが原因ではないか。
5	28日	右大腿骨転子部骨折 の再手術	ケアマネ ジャー	〔不慮の出来事〕 ・ (右大腿骨転子部骨折の) 手術をした時の金具が外れてしまっ、これがいつ生じたとい うのはどうなんだろうね。病院の整形外科の医師もいつかは把握していないよ、それが 手術後早々なのか、それとも退院されて何らかの力が働いてそんなふうになっ、それが うことなのかは分からない。
6	90日	尿路感染症	妻	〔活動量の変化に応じた栄養摂取量の調整不足〕 ・ 血液検査とかをしてもらったんですけど、「栄養が足らない」状態になっていてと言われた んですよ。それで、抵抗力が低下していたものだから、普通だと尿路感染で抗生剤を3日打っ たら、抵抗力があればそこで何とか初回菌をやっつけて、自分で治ろうとするものがあるん だけ、それが原因でしようという話だったんです。 ・ デイサービスへ行くとかは最初考えていなかった。ただ、デイサービスに行くことによって、 お風呂入ったり、リハビリしたり、そういうことを私が考えていなかった。B病院から言われ たことは、寝たきりの状況を想定したものであり、寝たきりの状態だけであれば栄養量は保 てたかもしれないけど、動くとなるとそれだけ分は消費するため、その分栄養量を増やす必 要があったのではないか。

出典：筆者作成。

注) 再入院に至った主な理由：〔 〕内に、調査協力者からのコメントをコード化したものを表記した上で、それぞれに関連深いコメントを列記した。
表内の () は、内容を分かりやすくするために前後の文脈から言葉を補足したものである。

表52-3 再入院に至った期間と主病名およびその理由

事例番号	退院後から再入院までの期間	再入院時の主病名	回答者	再入院に至った主な理由
6	90日	尿路感染症	ケアマネ ジャー	〔在宅サービスの限界〕 ・在宅で関われるのは限度があるんで、（ケースによっては）24時間365日職員が必ずいて連携もとれる施設とか病院でフォローしてもらった方がいいと思うし。 〔住環境の不備〕 ・布団から立ち上がろうとした時に、調子の悪かった左足があがらなくて、そのまま尻もちをついた、そういう状態です。 ・病院からは、「テーブルと椅子の生活の方がいい」、「布団よりもベッドの方が楽しんでよう」と言われていましたが、私の家は地べたの生活でしたもんで。ただ、ベッドがなくても、自分もいるので何とかかなるかなという思いもありました。
7	62日	多発骨折	長女	〔腸機能の低下と水分摂取不足〕 ・最初は直腸癌。腸が悪いのかな。これまで2回出血して救急車で運ばれているしね。 ・もともと水分は摂らない人で、夏であろうと冬であろうと、ご飯とお風呂の時に少しお茶を飲む程度。それ以外は全く飲まない。水分摂取量は十分でなかったように思います。
8	39日	腸閉塞	妻	〔腸機能の低下と水分摂取不足〕 ・直腸癌をオペされているので、そういう方は（腸閉塞に）なりやすいと聞いていた。 ・リステクを助長するというと、本人さんがもともと水分を摂りたがらない。便通が悪い人だと便が硬くなってしまふ。強いて言うると、奥さんが勧めても、本人さんが「いらん、いらん」という方なので、水分は摂れていないかというのは、原因と言えれば原因ですかね。
9	77日	左大腿骨骨折	長女	〔内服薬の影響〕 ・トイレから出た時に、なんかもうわけが分からなくなっちゃったって言うんですけど。本人の話を聞く限りでは、内服薬の影響で急に体の力が抜けてしまふんじゃないでしょうか。パタンと思いきり倒れたと言っていました。
			ケアマネ ジャー	〔自己認識の不足〕 ・ご自身の中で心の力や体の力が緩やかに低下している自覚がなかったことが、転倒やアクシデントにつながっていたのかと認識しています。

出典：筆者作成。

注）再入院に至った主な理由：〔 〕内に、調査協力者からのコメント内容をコード化したものを表記した上で、それぞれに関連深いコメントを列記した。表内の（ ）は、内容を分かりやすくするために前後の文脈から言葉を補足したものである。

表53-1 再入院に至った主な理由とそれに対するB病院側の対応・認識

事例番号	再入院に至った主な理由	B病院側からの説明の有無	B病院退院時の看護サマリー内容との関連
1	[不規則な生活と内服管理の不備]	<ul style="list-style-type: none"> 水分を制限した方がいいよという指導は特になかった<長男>。 	<ul style="list-style-type: none"> 「内服自己管理を開始し、間違いなく内服できている」という入院中の記載があるが、退院後には本人管理ができておらず、入院中と退院後では半ヤップがみられた。
1	[退院後のケア体制の不備]	<ul style="list-style-type: none"> 病院の方からも、家族に対して「訪問看護を週1回でもいいので利用してもらおうといいですね」といったアドバイスをしてもらえるよかったのではないかと思う<ケアマネジャー>。 	<ul style="list-style-type: none"> 記載なし。
2	[体調管理の不備]	<ul style="list-style-type: none"> 今回は骨折のリハビリで入院したので、そういった(呼吸器疾患を予防するための)説明はなくて当たり前だと思っている<妻>。 	<ul style="list-style-type: none"> 記載なし。
3	[不慮の事故]	<ul style="list-style-type: none"> スタッフの方には、家の中での本人の動作を評価してもらいました。ここはこういのがあった方がいいですねということを教えてもらいました。家屋内の動作時の留意点も聞きました。家屋外については、歩行者を使うと歩きやすいですよという説明はあったが、転倒予防に関するところは記憶がない<妻>。 	<ul style="list-style-type: none"> 「車椅子使用しており転倒の恐れがある。ブレーキ、フットレストを忘れないようにする」という記載があるのみ。屋外での歩行者使用についての記載はない。
4	[アルコールの多飲]	<ul style="list-style-type: none"> 退院時に飲酒についての指導はなかったと思いますが、ないですね。ただ、言われたとしても難しいですね<妻>。 	<ul style="list-style-type: none"> 「酒量が増え焼酎1升を昼夜にわたって飲酒する日が続いた。〇〇病院に1ヶ月入院したが、脱落した経験もある」という記載があるのみ。飲酒への指導についての記載はない。
5	[これまでの生活習慣]	<ul style="list-style-type: none"> いや、そういう話はしたことがない。(胃粗鬆症について) まるっきし意識はなかったですね<本人>。 	<ul style="list-style-type: none"> 記載なし。
6	[活動量の変化に応じた栄養摂取量の調整不足]	<ul style="list-style-type: none"> B病院から言われたことは、寝たきりの状況を想定したものであり、寝たきりの状態だけでは栄養量は保てたかもしれないけれど、動くとなるとそれだけ分は消費するため、その分栄養量を増やす必要があったのではないかと<妻>。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の経管栄養に関する留意事項に関しては、「季節により、水分量を増やす必要あり、かかりつけ医と相談していくよう指導する」という記載があるのみ。活動量の変化についての記載はない。

出典：筆者作成。

注) 「B病院側からの説明の有無」では、表52の再入院に至った主な理由に対して、B病院入院中にどのような説明があったかどうかを調査協力者に尋ねて得られたコメントを明記した。「B病院退院時の看護サマリー内容との関連」では、B病院退院時の看護サマリー内に、再入院に至った主な理由に関する記載があったかどうかを確認した上で、記載内容から読み取れる内容を記載した。なお、再入院に至った主な理由のうち、事例2の「デイケアへの参加」、事例5の「不慮の出来事」は除外した。いずれも、B病院入院中に予想することが不可能な内容であると考えたからである。

表内の()は、内容を分かりやすくするために前後の文脈から言葉を補足したものである。

表53-2 再入院に至った主な理由とそれに対するB病院側の対応・認識

事例番号	再入院に至った主な理由	B病院側からの説明の有無	B病院退院時の看護サマリー内容との関連
6	[在宅サービスの限界]	<ul style="list-style-type: none"> ・ 移乗に関してとか、そういったところをメインに申し送りをされておき、ご家族の介護指導を一生懸命されていたように思います。それ以外にも、介護の負担とか、奥さんのこととか、胃腸の定期交換のことですとか、誤嚥性肺炎を起こさないために行っているリハのことですとかケアマネジャー> 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「家族の介護における精神的不安」に関する記載あり。これは、「在宅サービスの限界」による家族介護負担を踏まえた内容だと思われる。
7	[住環境の不備]	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院からは、「テーブルと椅子の生活の方がいい」、「布団よりもベッドの方が楽でしょう」と言われていました、私の家は地べたの生活でしたもんで<長女>。 ・ 病院スタッフに対しては、退院の直前で私の家に連れて帰ることは伝えましたが、本人はあくまでも一人暮らしを希望していたもので、<中略>家族としては、一人暮らしをさせるかどうか最後まで悩んでいたもので、病院スタッフの皆さまも最終的に帰るのか、あんまりよく分かっていなかったかもしねえ<長女>。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「立ち上がりや歩行時にふらつきあり」という記載があるのみで、住環境についての記載はない。 ・ 「独居のため転倒時や緊急時の対応に不安あり」という、患者本人宅へ退院することを想定した記載があるのみで、長女宅へ一時的に連れて帰るといふ情報が病院スタッフ間で十分共有・検討できていなかったことが考えられる。
8	[腸機能の低下と水分摂取不足]	<ul style="list-style-type: none"> ・ 腸に関わることについて、何も聞いていない<妻>。 ・ B病院からは、不意のふらつきがあるので転倒のリスクがあることと、とろみが必要であることの説明はありましたが、それ以外はありませんでした<ケアマネジャー>。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 記載なし。
9	[内服薬の影響]	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院からは説明はなかったように思いますが<長女>。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「薬の飲み忘れあり」という記載があるのみで、影響についての記載はない。
9	[自己認識の不足]	<ul style="list-style-type: none"> ・ そういった話は、病院側からはうかがっていません<ケアマネジャー>。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「転倒の危険がある」という記載はあるものの、転倒リスクに対する自己認識力が低下していることについての記載はない。

出典：筆者作成。

注) 「B病院側からの説明の有無」では、表52の再入院に至った主な理由に対して、B病院入院中にどのような説明があったかどうかを調査協力者に尋ねて得られたコメントを明記した。「B病院退院時の看護サマリー内容との関連」では、B病院退院時の看護サマリー内に、再入院に至った主な理由に関する記載があったかどうかを確認した上で、記載内容から読み取れる内容を記載した。なお、再入院に至った主な理由のうち、事例2の「デイケアへの参加」、事例5の「不慮の出来事」は除外した。いずれも、B病院入院中に予想することが不可能な内容であると考えたからである。

表内の（ ）は、内容を分かりやすくするために前後の文脈から言葉を補足したものである。

表54-1 再入院に至るまでの経過

事例番号	回答者	退院直前期	在宅導入期 (自宅退院後1ヶ月未満)	在宅安定期 (自宅退院後1ヶ月以降)
1	長男	<p>[良くなったことでの安心感]</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院する前の状態にある程度戻ったかなという印象。リハビリとかでも、手押し車が押せている状態。あー良くなったなという印象でした。 	<p>[突然の病状悪化]</p> <ul style="list-style-type: none"> 退院したばかりの頃は、買い物にも一緒に行ったりしていました。 退院後1週間～10日の時期に、本人が「胸が苦しい」と言い出した。 退院後2週間で、足がパンパンに腫れ、そこらに傷ができて、体液のようなものが出始めて、病院受診することになりました。受診した結果、「経過観察する」よう言われ、利尿剤が処方されました。 退院後3週間で、状況が改善しないため、再度受診したところ、入院することになりました。 	<div style="background-color: #cccccc; width: 100%; height: 100%;"></div>
1	地域包括支援センター職員	<p>[体調不良への懸念]</p> <ul style="list-style-type: none"> 長い間座っているのがつらそうでした。aさんに対して、情報の聞き取りをしていた時に、途中ですごく嫌そうな顔をされていたので、体がつらいのかなというのを感じ取れたので、早々に引き揚げた記憶があります。 	<p>[ケア体制不備による病状悪化]</p> <ul style="list-style-type: none"> 再入院される直前は、足が浮腫んで1日に1Lぐらいの体液が出ているような感じで、家中がベタベタになっていました。息子さんから、「入院してしまっただ」と連絡があった時は、やっぱりそうなってしまっただかという思いがありました。 息子さんが「自分がみるから大丈夫」と言われていたが、この時点で訪問看護とかを入れることができなければ、管理をもう少ししっかりでできていたのではないかと。 	<div style="background-color: #cccccc; width: 100%; height: 100%;"></div>
2	妻	<p>[順調な印象]</p> <ul style="list-style-type: none"> 杖とか使わずに、普通に歩いていました。退院する時は、異常なしで帰ってきました。 	<p>[順調な印象]</p> <ul style="list-style-type: none"> 全然問題ない。デイケアの職員からも、「以前より元気になったね」と言われていた。酸素をしているのがたまにきずだけけれど、私よりしっかり歩いていましたし、頭も口もしっかりしていた。 	<p>[体調管理の不備による病状悪化]</p> <ul style="list-style-type: none"> 退院してからずっと正常だった。ただ、健康な人でもあんな寒い日に外出したら、風邪引くと思う。

出典: 鮫島ら(2002)の「退院直前期」、「在宅導入期」、「在宅安定期」を用いて筆者作成。
 注) []内に、調査協力者からのコメント内容をコード化したものを表記した上で、それぞれに関連深いコメントを列記した。
 表内の()は、内容を分かりやすくするために前後の文脈から言葉を補足したものである。

表54-2 再入院に至るまでの経過

事例番号	回答者	退院直前期	在宅導入期 (自宅退院後1ヶ月未満)	在宅安定期 (自宅退院後1ヶ月以降)
2	ケアマネ ジャー	〔順調な印象〕 ・わりとお元気で、リハビリの意欲もあって、帰ってからもデイケアの利用の予定があったので、予定通り行って下さるだろうという印象。	〔順調な印象〕 ・(退院直前期と) お変わりない感じでしたね。やる気もあって、続けて下さっていたので。	〔突然の病状悪化〕 ・ここも(退院直前期や在宅導入期と) 変わらない。ただし、インフルエンザにかかって、入院したのが4月初旬でした。 ・定期的に春だったので、もう少しで乗り切れると思っていました。最後の最後でかかってしまったという思いがありました。
3	妻	〔順調な印象〕 ・骨を折る前に近いぐらいいにはなつた。	〔順調な印象〕 ・以前はお風呂の掃除や洗濯物を入れたりしてもらっていたんですね。それはもういいかなって。危ないから辞めてもらって、自分のことだけやってもらうようにしました。退院直前期とあまり変わり変わらなかった気がします。	〔順調な印象〕 ・入院するまでは変わりなかったと思います。
3	ケアマネ ジャー	〔順調な印象〕 ・基本的なことはしっかりできておられたので、あとはいかに在宅で長く生活していくのかということです。この状態をキープできればいいところですね。	〔順調な印象〕 ・住宅改修を(病院の) 指示通りやって、環境も整っていたおかげもあり、順調だったんですけど。このままいければいいなという思いました。	〔順調な印象〕 ・1ヶ月を超えた後も、ご家族皆様でサポートされており、特に奥様が仕事をされながら献身的に介護されており、それほど変わりない印象でした。
4	妻	〔順調な印象〕 ・自立度は高いと思いました。	〔順調な印象〕 ・お酒を飲まずにやっていた。順調だったです。食欲もあって、3食ご飯を2膳ずつ食べていました。飲まないといすごい食欲なんですよ。それと睡眠も規則正しいんですねよ、飲まないといと。	〔生活習慣の悪化〕 ・仕事の開始前後からお酒が始まって。最初はビールだったけど、1週間後から焼酎が始まった。 ・仕事を辞めるかどうかの葛藤が始まった時から、(飲酒量が) 徐々に増えてきて、決断をしてさらに増えた。<中略>飲み始めたらセーブが効かない。

出典: 鮫島ら(2002)の「退院直前期」、「在宅導入期」、「在宅安定期」を用いて筆者作成。
注) []内に、調査協力者からのコメント内容をコード化したものを表記した上で、それぞれに関連深いコメントを列記した。表内の()は、内容を分かりやすくするために前後の文脈から言葉を補足したものである。

表54-3 再入院に至るまでの経過

事例番号	回答者	退院直前期	在宅導入期 (自宅退院後1ヶ月未満)	在宅安定期 (自宅退院後1ヶ月以降)
5	本人	<p>[不安と期待の気持ち]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・痛みが激しかったものだから、本当に治ったのかなという思いはあなかった。このまま治っていくのかなという思いがあったことや、早くに家へ帰りたいという思いもあり、「痛い」とは病院職員に伝えましたが、深刻さまでは伝えませんでした。 	<p>[痛みに耐えながらの生活]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・痛みを除けば、まあまあこんなものかなと思っていた。ひどいとも思っていないかった。ただ、痛みが日に日に強くなって、地獄でした。 	
5	ケアマネ ジャー	<p>[順調な印象]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・屋外歩行訓練をされたり、買い物訓練をされたりしていたので、退院に向けて順調に訓練が進んでいる印象でした。eさんも家でやりたいし、やれるという意向も示されていましたからね。 	<p>[痛みに耐えながらの生活]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・随分痛みを訴えることが多かったですね。 ・なかなか厳しいなという感じはありました。eさんはすごく家で過ごしたいという気持ちはあったようですが、ヘルパーさんが週3回入っていて、それでは何とかがやっていたのです。シャワーを浴びるのもつらいとおっしゃっていましたからね。 	
6	妻	<p>[順調な印象]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院するちよつと前ぐらいから、しつかりしてきたという感じがあったものでありますから。 ・退院する時は、全てを納得した上で言ったら変ですけど、私も後悔しなくなるといふ思いがありました。言語聴覚士の方からも、食事内容の指導があったりして、説明を受けた時は、割と「何とかやれるわ」、 「そんなに難しくくない」という感じでした。 	<p>[順調な印象]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人の状態は落ちていきました。1ヶ月を過ぎようとしたぐらいから、デイサービス（を利用しよう）ということになった気がしますが、定かではありませぬ。 	<p>[突然の病状悪化]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・レスパイト入院するまでは、何もなかったんですよ。＜中略＞入院してからは、だんだん本人がひ弱になってきたよな気がしましたが、夜から翌日にかけて、熱が出てお腹が痛いと言いだしたので、看護師さんに来てもらって、熱下げの薬や座薬で様子を見てもらって、その後、看護師さんにまた来てもらって、その時、熱が高かったのもあったのですが、その時に熱が高かったのもあったので、滴してもらいました。おしっこもあまり出ていなくなりましたよ。翌日、先生が往診にみえて、「抗生剤で熱が下がらなければ、入院を考えましょう」と言われました。

出典：鮫島ら(2002)の「退院直前期」、「在宅導入期」、「在宅安定期」を用いて筆者作成。
 注) []内に、調査協力者からのコメント内容をコード化したものを表記した上で、それぞれに関連深いコメントを列記した。
 表内の()は、内容を分りやすくするために前後の文脈から言葉を補足したものである。

表54-4 再入院に至るまでの経過

事例番号	回答者	退院直前期	在宅導入期 (自宅退院後1ヶ月未満)	在宅安定期 (自宅退院後1ヶ月以降)
6	ケアマネ ジャー	<p>[家族介護負担への懸念]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・正直PEGもやっけていて、ようやく気持ちも閉じてという状態だったので。期待できるのはベッド上での家族との触れ合いかなと思っていました。 ・家族がどこまで持つのかというのは心配でした。 	<p>[危機的な状況からの脱出]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初めは良かったです。ただ、退院半月後ぐらいに、奥さんの頑張っていた緊張の糸が切れ、「もう大変」という訴えがありました。 ・そこで、(奥さんの一林)1日の何時間を自由にできるように、リハができるデイサービスを週2回で案内したところ、受け入れてくれたんです。そうしたら、リハをして発語が良くなってきたり、手も動くようになってきたという事で、週4回になった経過があります。 	<p>[突然の病状悪化]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・再入院するまでは、(在宅導入期に導入したケアプランを)継続してやっていたんです。 ・抗生剤など必要な時に医療を使えば何とか在宅で暮らせるレベルだろうと思っていたのですが、数日間全然熱が引かなかったため、(病院で)フオローしてもらいましうという話になりました。
7	長女	<p>[1人暮らしへの不安]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・以前のように1人暮らしするのは大丈夫かなというのではありません。本人宅を出るとものすごい坂があると、その坂の上り下りができないうとコンビニとかにも買い物に行くのもきついかかと。 ・しゃかんだりもできないし、足腰もしつかりしていけないという印象がありました。 	<p>[長女宅での生活の大変さ]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(長女宅には)昔から何泊かしており、慣れた場所であったこともあり、やれやれという感じだった。ただ、大変だったと思います。椅子に座っていても、お尻が痛くなってきたり、と座っていられない状態でした。とにかくすぐに横になりたがる感じでした。 	<p>[長女宅での生活の大変さ]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地べたの生活に少し慣れたというか、自分のリズムができてきた印象がありましたね。最初(在宅導入期)は、トイレも私が一緒に行くようにしていたが、この時期は一人で行くようになっていましたね。 ・ただ、環境の良い病院から、いきなり畳中心の生活ですから、母にとっては大変だったかもしれないですね。＜中略＞立ち上がり動作一つとっても大変だったと思います。
8	妻	<p>[順調な印象]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・あんだだけ歩けるようになったし、ほんじゃ大丈夫だなんて。(自宅の)トイレっていったって、すぐにそこだもんで、退院してもいいなって。 ・本人の介護についても、このぐらいならできるかなって。 	<p>[順調な印象]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家ではポーターブルトレを使っていました。病院の時と同じようにしてもらって、帰ってもらったんだわ。本人がTVを観ている間に、1時間ぐらいであれば、買い物で家を空けても大丈夫でした。今まで通りの変わらないう感じでした。 	<p>[突然の病状悪化]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・10月の頭ぐらいから、「胸が苦しい」、「胃が痛い」といった訴えがみられました。普段はあんまりこういうことを言わない人なので、余計にこっちはえーかなと思っていました。 ・これはいかんかなと思ったのは(再入院の)2~3日前でした。痛みの訴えが強くなり、ご飯も「いらん、いらん」って言いだしたもんで。これは医者に行かないかと、ケアマネジャーさんにも聞いて。

出典: 鮫島ら(2002)の「退院直前期」、「在宅導入期」、「在宅安定期」を用いて筆者作成。
 注) []内に、調査協力者からのコメント内容をコード化したものを表記した上で、それぞれに関連深いコメントを列記した。
 表内の()は、内容を分かりやすくするために前後の文脈から言葉で補足したものである。

表54-5 再入院に至るまでの経過

事例番号	回答者	退院直前期	在宅導入期 (自宅退院後1ヶ月未満)	在宅安定期 (自宅退院後1ヶ月以降)
8	ケアマネ ジャー	<p>〔順調な印象〕</p> <ul style="list-style-type: none"> 脳梗塞に骨折に帯状疱疹ですから、結構ご負担がかかったと思います。そんな中で、本人さん非常に頑張られていましたし、その成果がリハビリに出て、つたい歩きレベルではありますけど、そのままで良くなれば自宅でいけそうかなという印象でした。 	<p>〔順調な印象〕</p> <ul style="list-style-type: none"> 今回からヘルパーを入れて入浴介助をお願いしました。＜中略＞ヘルパーからは、浴槽の跨ぎの際に少し介助が必要かなといった情報は聞いていました。何とかやれそうかなという印象でした。ご飯を食べられており、お通じも出ていたよなので、順調な印象でした。 	<p>〔突然の病状悪化〕</p> <ul style="list-style-type: none"> いつもと違うなと思っただのは、再入院の2日前でした。水っぽい嘔吐があって、少し前から食欲がなくなってきた感じ、どうしたらいいのかと奥さんより相談がありました。その2日後に、もともとどうかかどう予定だったので、午前中に訪問させていただき、話をその場で聞いて、病院に受診することを勧めました。
9	長女	<p>〔順調な印象〕</p> <ul style="list-style-type: none"> 杖使って歩いていましたね。家に帰るにあたって、心配はなかったです。 	<p>〔順調な印象〕</p> <ul style="list-style-type: none"> 問題はありませんでした。何も思いません。ぐらいい普通だったように思います。 	<p>〔度重なる転倒〕</p> <ul style="list-style-type: none"> 本人からは、夜間トイレに起きた時に、ふらつとしてベッドの柵に胸を打ったという相談がありました。その後、転倒したという話は聞いていません。この時も、夜のトイレだったように思います。
9	ケアマネ ジャー	<p>〔1人暮らしへの不安〕</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院される前は、1人で生活してらっしゃって、横になってる姿を目にするのがあり、あちが痛くてこちが痛くてなかなか動けないというところも含めて、心配だなというところがあったので、それに比べて（病院で）24時間見守りを受けながら動くということ、安心して生活されている印象を受けました。 退院前カンファレンスでは、本人は以前の生活でそのままでもいいという認識が強かったですけれど、家族や医療・介護関係者と一緒だった周りからすると、この機会を捉えて何とかサービスを入れて、少しでも安心を担保したいというのがありますね。 	<p>〔サービス計画修正による混乱〕</p> <ul style="list-style-type: none"> iさんの場合は、1つずつのサービスを導入して納得していただくというペースをペースだっただけで、細切れでサービスを導入していったので、計画修正したというのが事実ですね。デイサービスを体験しながら、デイサービスを入れていったりという感じでした。ただ、本人に説明したことのがなく、iさんにとってはサービスが随時入っていくイコール頭の中はクシャクシャ状態という感じだったように思います。 	<p>〔サービス計画修正による混乱〕</p> <ul style="list-style-type: none"> 訪問介護事業所の変更やシヨートの新たな利用もあり、在宅導入期と変わらない状況が続いていたように思います。

出典: 鮫島ら(2002)の「退院直前期」、「在宅導入期」、「在宅安定期」を用いて筆者作成。
 注) []内に、調査協力者からのコメント内容をコード化したものを表記した上で、それぞれに関連深いコメントを列記した。
 表内の()は、内容を分かりやすくするために前後の文脈から言葉を補足したものである。

表55 再入院についての患者またはケアマネジャーの認識

事例番号	回答者	再入院についての認識	コメント
1	長男	予測外	予測していなかった。家に帰ることで水分摂取のコントロールができていなかったことに気が付いていなかった。
1	地域包括支援センター職員	予測を超える	徐々に悪くなるかもしれないという思いはあった。ただ、すぐに再入院ということではなく、体調が悪くなりかけた時に、何らかのサービスのつなげていければと思っていました。
2	妻	予測内	あーやっぱりという感じ。あまりびびりもしなかった。
2	ケアマネジャー	予測内	もともと肺の疾患があり、詳しくは聞いていないが、過去に入院を繰り返しているため。あとは、ご家族がすぐに異変に気付いて病院に連れて行ってくださるということですかね。
3	妻	予測外	不自由なので、この先どうのかなというのではありません。もっと動けなくなるのかなというのではありませんが、入院どうのこのうのこのうのは考えていませんでした。
3	ケアマネジャー	予測を超える	あるとすれば転倒ですよ。ある程度動けることや、昼間独居と聞いており、洗濯物の取り入れもされているという話だったので、そういう時に転んでしまうのではないかと思っていた。時期としては予想外、早いなという感じでした。
4	妻	予測を超える	焼酎が始まった段階で、量が増えたなという時は本人に「そんなに飲まないで」、「また救急車呼ばないといけなくなるよ」と言いました。ただ、こんなに早く救急車に運ばれるとは思わなかった。
5	本人	予測外	自分がまた入院するとは思っていませんでした。
5	ケアマネジャー	予測外	B病院から退院して、私が担当する段階では、こういった形での再入院は全然予測していませんでした。良くなると退院ということでしたからね。
6	妻	予測外	おしっここが出なくてどうしようかと。何が起きたのか分からないし。
6	ケアマネジャー	予測外	想定外でした。尿路感染は想定内でしたが、主病名が尿閉という部分で予測できなかった。
7	長女	予測外	今回のようなことで、入院するとは思っていませんでした。
8	妻	予測外	全く予想していませんでした。
8	ケアマネジャー	予測を超える	常に、急な痩せがないか、あと便通が途絶えることがないかを定期訪問の時にチェックしていました。ただ、その時に変動がみられたので、再入院のリスクはないとはいえないなと思っていました。
9	長女	予測外	全くついていなかったです。
9	ケアマネジャー	予測内	1人暮らしがギリギリラインになっている可能性があるねということで、今回の再入院までに、特養の申し込みとショートの利用ということで、そこまでつないだんですけれども。

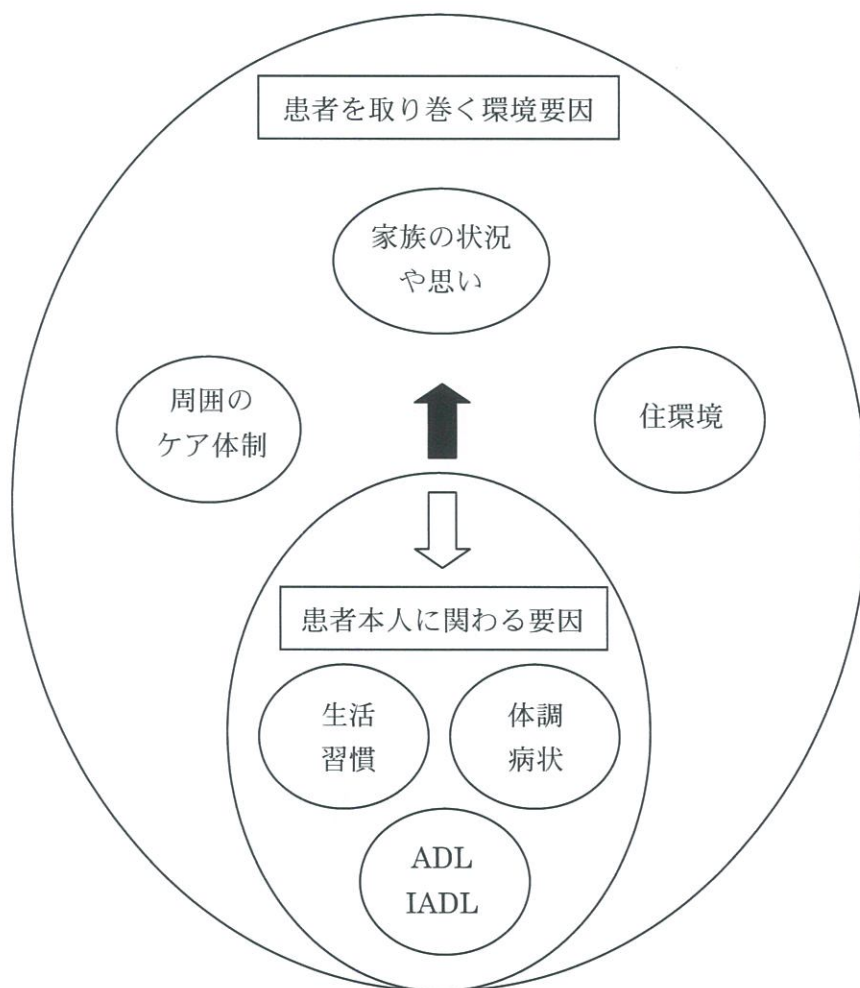
出典：中西(2012a)の「予測外」、「予測内」、「予測を超える」を用いて筆者作成。

表56 事例一コード・マトリックス

事例番号	回答者	再入院に至った主な理由	B病院からの説明	看護サマリーの記載	退院直前期	在宅導入期	在宅安定期	再入院の認識
1	長男 ケアマネ	不規則な生活と内服管理の不備 退院後のケア体制の不備	なし なし	記載不十分 記載なし	良くなったことでの安心感 体調不良への懸念	突然の病状悪化 ケア体制不備による病状悪化	- -	予測外 予測を超える
2	妻 ケアマネ	体調管理の不備 デイケアへの参加	なし -	記載なし -	順調な印象 順調な印象	順調な印象 順調な印象	体調管理の不備による病状悪化 突然の病状悪化	予測内 予測内
3	妻 ケアマネ	不慮の事故 不慮の事故	なし なし	記載不十分 記載不十分	順調な印象 順調な印象	順調な印象 順調な印象	順調な印象 順調な印象	予測外 予測を超える
4	妻	アルコールの多飲	なし	記載不十分	順調な印象	順調な印象	生活習慣の悪化	予測を超える
5	本人 ケアマネ	これまでの生活習慣 不慮の出来事	なし -	記載なし -	不安と期待の気持ち 順調な印象	痛みに耐えながらの生活 痛みに耐えながらの生活	- -	予測外 予測外
6	妻 ケアマネ	活動量の変化に応じた栄養摂取量の調整不足 在宅サービスの限界	なし あり	記載不十分 記載あり	順調な印象 家族介護負担への懸念	順調な印象 危機的な状況からの脱出	突然の病状悪化 突然の病状悪化	予測外 予測外
7	長女	住環境の不備	あり	記載不十分	1人暮らしへの不安	長女宅での生活の大変さ	長女宅での生活の大変さ	予測外
8	妻 ケアマネ	腸機能の低下と水分摂取不足 腸機能の低下と水分摂取不足	なし なし	記載なし 記載なし	順調な印象 順調な印象	順調な印象 順調な印象	突然の病状悪化 突然の病状悪化	予測外 予測を超える
9	長女 ケアマネ	内服薬の影響 自己認識の不足	なし なし	記載不十分 記載不十分	順調な印象 1人暮らしへの不安	順調な印象 サービス計画修正による混乱	度重なる転倒 サービス計画修正による混乱	予測外 予測内

出典:佐藤(2008)の「事例一コード・マトリックス」と鮫島ら(2002)の「退院直前期」、「在宅導入期」、「在宅安定期」、および中西(2012a)の「予測外」、「予測内」、「予測を超える」を用いて筆者作成。

図 10 再入院の理由や経過に対する患者または家族側とケアマネジャー側の認識の異同



出典：筆者作成。

注 1) □→ は患者または家族側の認識が向きやすい方向、■→ はケアマネジャー側の認識が向きやすい方向であることを示している。

注 2) 患者本人に関わる要因として生活習慣、体調・病状、ADL（日常生活動作）・IADL（手段的日常生活動作）、患者を取り巻く環境要因として家族の状況や思い、周囲のケア体制、住環境をあげているが、これらが全てではない。他にも様々な要因をあげることができるが、紙面のスペース上代表的な要因のみを示した。

表 57 転院制約要因①～⑤の評価基準

①医療行為を要する

患者が経管栄養、酸素療法、気管切開、喀痰吸引、褥瘡の処置、インスリン注射、バルーンカテーテルのうちいずれか1つ以上を行っている。

②転倒・転落対策を講じている

患者の認知面低下により、離床感知器使用、ベッド4点柵使用、ベッド使用困難のうちいずれか1つ以上を行っている。加えて、これらの該当理由が、患者の転倒・転落リスクの軽減目的であることが条件となる。

③行動障害を有する

患者の認知面低下により、幻視・幻聴、妄想、昼夜逆転、暴言・暴行、介護への抵抗 徘徊、独語、火の不始末、不潔行為、異食行動、性的問題行動のうちいずれか1つ以上が認められる。

④経済的困難あり

B 病院 MSW 部門で協議した上で、経済的な理由で転院先探しに支障が出ている、または支障が出ることが予想される状態と判断された事例であることが条件となる。

⑤保証人なし

患者の入院・入所契約に必要な保証人をお願いできる人がいない。

出典：筆者作成。

注) ①～⑤はいずれも入院中の状態で評価し、入院途中で変動があった場合には、変動後の状態で評価する。

表 58 変数の定義

<ul style="list-style-type: none"> ・ 転院先「患者または家族の第 1 希望でなかった」 	<p>転院先が、患者または家族の第 1 希望でなかった場合に 1、第 1 希望であった場合に 0 をとるダミー変数。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療行為を要する 	<p>表 57 の①医療行為を要するの評価基準に該当する場合に 1、それ以外の場合に 0 をとるダミー変数。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 転倒・転落対策を講じている 	<p>表 57 の②転倒・転落対策を講じているの評価基準に該当する場合に 1、それ以外の場合に 0 をとるダミー変数。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 行動障害を有する 	<p>表 57 の③行動障害を有するの評価基準に該当する場合に 1、それ以外の場合に 0 をとるダミー変数。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 経済的困難あり 	<p>表 57 の④経済的困難ありの評価基準に該当する場合に 1、それ以外の場合に 0 をとるダミー変数。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 保証人なし 	<p>表 57 の⑤保証人なしの評価基準に該当する場合に 1、それ以外の場合に 0 をとるダミー変数。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 年齢 	<p>転院時点での患者の年齢。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 性別／男性ダミー 	<p>患者が男性の場合に 1、女性の場合に 0 をとるダミー変数。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 転院時 FIM 合計 	<p>転院時点での患者の FIM 点数（運動項目と認知項目を合計したもの）。</p>

出典：筆者作成。

表 59 転院患者（2008 年 4 月～2016 年 3 月）の性別、年齢、主病名、ADL 状況、在院日数、転院先

(%)

	転院制約要因あり群 n=258	転院制約要因なし群 n=245
・性別		
男性	111 (43.0)	63 (25.7)
女性	147 (57.0)	182 (74.3)
・年齢	80.4±10.6	82.7±9.3
・主病名		
脳梗塞	78 (30.2)	48 (19.6)
脳出血	28 (10.9)	20 (8.2)
くも膜下出血	7 (2.7)	3 (1.2)
その他脳関連の疾患	14 (5.4)	9 (3.7)
脊髄損傷	7 (2.7)	5 (2.0)
大腿骨骨折	62 (24.0)	92 (37.6)
胸・腰椎圧迫骨折	15 (5.8)	30 (12.2)
その他骨折	9 (3.5)	11 (4.5)
腰椎の術後	2 (0.8)	0 (0.0)
廃用症候群	36 (14.0)	27 (11.0)
・ADL レベル		
入院時 FIM	38.7±12.7	48.0±14.4
転院時 FIM	55.2±21.7	75.2±24.0
・在院日数	80.7±34.7	78.4±35.5
・転院先		
療養型病院	53 (20.5)	28 (11.4)
一般病院	20 (7.8)	5 (2.0)
老人保健施設	142 (55.0)	166 (67.8)
特別養護老人ホーム	5 (1.9)	8 (3.3)
有料老人ホーム	19 (7.4)	20 (8.2)
グループホーム	8 (3.1)	5 (2.0)
ケアハウス	0 (0.0)	8 (3.3)
その他	11 (4.3)	5 (2.0)

出典：筆者作成。

注) 年齢と ADL レベル（入院時と転院時の FIM 合計）および在院日数は平均±標準偏差で表示。これら以外は、事例数を表記した上で、() 内に転院制約要因あり群 258 例、転院制約要因なし群 245 例ごとで占める割合を示した。

表 60 医師が転院を指示した日から転院までの期間

	転院制約要因あり n=258	転院制約要因なし n=245
医師が転院を指示した日から転院までの期間	50.4±31.6 日	35.0±20.8 日

出典：筆者作成。

注) 有意確率 $p < 0.001$ (統計：t 検定)。数値は平均±標準偏差で表示。

表 61 受け入れ不可の病院・施設ありとなしの割合

(%)

	転院制約要因あり	転院制約要因なし
受け入れ不可の病院・施設あり	93 (36.0)	23 (9.4)
受け入れ不可の病院・施設なし	165 (64.0)	222 (90.6)
合計	258 (100)	245 (100)

出典：筆者作成。

注) 有意確率 $p < 0.001$ (統計： χ^2 検定)。

表 62 患者または家族の第 1 希望の転院先とそれ以外の転院先の割合

(%)

	転院制約要因あり	転院制約要因なし
第 1 希望の転院先	132 (51.2)	191 (81.2)
それ以外の転院先	126 (48.8)	46 (18.8)
合計	258 (100)	245 (100)

出典：筆者作成。

注) 有意確率 $p < 0.001$ (統計： χ^2 検定)。

表 63 転院先「患者または家族の第 1 希望でなかった」の規定要因（ロジスティック回帰分析）

	回帰係数	オッズ比	有意確率
医療行為を要する	0.83	2.28	**
転倒・転落対策を講じている	0.62	1.86	*
行動障害を有する	0.53	1.70	*
経済的困難あり	0.65	1.92	*
保証人なし	1.25	3.49	*
年齢	-0.01	1.00	n.s.
性別／男性ダミー	0.19	1.22	n.s.
転院時 FIM	0.00	1.00	n.s.
(定数)	-0.32		n.s.
N	503		
-2 対数尤度	597.57		
Nagelkerke 決定係数	0.13		
尤度比のカイ 2 乗検定	カイ 2 乗値 48.60 有意確率 0.000		

出典：筆者作成。

注) 有意確率 p 値は重回帰分析で算出 ***p<0.001、**p<0.01、*p<0.05、n.s.：有意差なし。



【自宅退院困難基準】

- ① 屋内歩行ならびに日中・夜間の排泄関連動作が介助を要する状態にもかかわらず、常時介護者が不在。
- ② 日中の排泄関連動作が介助を要する状態にもかかわらず、介護者が1人未満。
- ③ 起坐・坐位保持動作が介助を要する状態にもかかわらず、介護者が1.5人未満。

<患者本人の希望> 自宅退院 転院 不明
 <家族の希望> 自宅退院 転院 不明

- <屋内歩行>
- 自立 (独歩 杖 歩行器 つたい歩き) 要介助
 - <日中排泄関連動作>
 - トイレ (自立 要介助) ポータブルトイレ (自立 要介助)
 - オムツ (自立 要介助) 尿器 (自立 要介助)
 - <夜間排泄関連動作>
 - トイレ (自立 要介助) ポータブルトイレ (自立 要介助)
 - オムツ (自立 要介助) 尿器 (自立 要介助)
 - <起坐・坐位保持動作>
 - 自立 要介助

※ 下記の原則に従って評価を実施して下さい。

- ① 患者の(潜在)能力ではなく、自宅の日常生活での実行を想定してします。
- ② 「自立」とは、患者が介助・監視および指示(促し)なしに、1人で自発的に、安全に、安定して、各動作を行っている場合に限ります。
- ③ 場所や時刻により、自立度が異なる時は、低い方を選択します。

<介護者>

本人との関係 (_____) ⇒ (_____) 人

0人：介護者不在の状態。
 0.5人：就労等で介護者が一部の時間帯しか介護できない状態。
 1人：常時1人の介護者がいる状態。
 1.5人以上：常時介護者1人とサポートしてくれる副介護者がいる状態。

<ADL予後予測>

歩行：
 排泄：
 起坐・坐位保持：

【転院制約要因】

- ① 医療行為を要する。
- ② 転倒・転落対策を講じている。
- ③ 行動障害を有する。
- ④ 経済的困難あり。
- ⑤ 保証人なし。

<医療処置>

- 経管栄養 酸素療法 気管切開 喀痰吸引
- 褥瘡の処置 インスリン注射 B.カテーテル

<転倒・転落対策>

- 離床感知器使用 ベッド4点柵使用
- ベッド使用困難

理由：

<行動障害>

- 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言・暴行
- 介護への抵抗 徘徊 独語 火の不始末
- 不潔行為 異食行動 性的問題行動

<経済的困難>

<保証人>

<その他>

FIM 運動 (_____) 点、認知 (_____) 点

評価日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

評価者： _____ 職種 (_____)

表 64 MSW による転院制約要因の早期把握率

(%)

	取り組み前	取り組み後
3 日以内に把握	29 (58.0)	43 (78.2)
4 日以後に把握 or 把握自体できず	21 (42.0)	12 (21.8)
合計	50 (100)	55 (100)

出典：筆者作成。

注 1) 有意確率 $p < 0.05$ (統計： χ^2 検定)。

注 2) 取り組み前の期間を 2009 年 2 月 1 日～同年 3 月 31 日、取り組み後の期間を 2009 年 6 月 1 日～同年 7 月 31 日とした。

表 65 MSW が初めて面談を行うまでの期間

	取り組み前 n=32	取り組み後 n=27
入院日から MSW が退・転院に関わる面談を初めて行った日までの期間	34.6±22.2 日	27.0±18.9 日

出典：筆者作成。

注 1) 有意差なし (統計：t 検定)。数値は平均±標準偏差で表示。

注 2) 2008 年 4 月 1 日～2009 年 3 月 31 日の転院患者データ (取り組み前)、および取り組み開始日の 2009 年 4 月 6 日以降に入院し 2010 年 3 月 31 日までに転院した患者データ (取り組み後) を用いて分析を行った。ここでの転院患者は、急変・検査等の医学的理由で転院した患者を除いた上で、転院制約要因を有する患者に限定した。

表 66 患者または家族の第 1 希望の転院先とそれ以外の転院先の割合

(%)

	取り組み前	取り組み後
第 1 希望の転院先	13 (40.6)	19 (70.4)
それ以外の転院先	19 (59.4)	8 (29.6)
合計	32 (100)	27 (100)

出典：筆者作成。

注 1) 有意確率 $p < 0.05$ (統計： χ^2 検定)。

注 2) 表 65 と同じ転院患者データを用いて分析を行った。

表 67 取り組み前後の転院患者データ一覧表

(%)

	取り組み前 n=32	取り組み後 n=27
・性別		
男性	13 (40.6)	12 (44.4)
女性	19 (59.4)	15 (55.6)
・年齢	80.8±12.0	81.1±11.3
・主病名		
脳梗塞	8 (25.0)	5 (18.5)
脳出血	5 (15.6)	1 (3.7)
その他脳関連の疾患	1 (3.1)	1 (3.7)
大腿骨骨折	11 (34.3)	8 (29.6)
胸・腰椎圧迫骨折	3 (9.4)	1 (3.7)
廃用症候群	3 (9.4)	8 (29.6)
その他	1 (3.1)	3 (11.1)
・ADL レベル		
入院時 FIM	38.0±13.7	36.9±9.6
転院時 FIM	52.3±22.6	48.9±16.4
・転院制約要因		
医療行為を有する	8 (25.0)	13 (48.1)
転倒・転落対策を講じている	15 (46.9)	15 (55.6)
行動障害を有する	17 (53.1)	12 (44.4)
経済的困難あり	4 (12.5)	6 (22.2)
保証人なし	2 (6.3)	1 (3.7)
・在院日数	89.3±36.7	69.2±34.7
・医師が転院を指示した日 から転院日までの期間	62.4±36.7	40.9±24.7
※【 】内は第1希望の転院先に 移れた事例に限定した数値	【68.6±33.8】	【46.2±26.1】
・転院先		
療養型病院	44 (20.9)	24 (12.1)
一般病院	16 (7.6)	4 (2.0)
老人保健施設	119 (56.4)	133 (66.8)
有料老人ホーム	4 (1.9)	8 (4.0)
その他	15 (7.1)	15 (7.5)

出典：筆者作成。

注) 年齢、ADL レベル (入院時と転院時の FIM 合計点数)、在院日数、医師が転院を指示した日から転院日までの期間は平均±標準偏差で表示。これら以外は、事例数を表記した上で、() 内に取り組み前 32 例、取り組み後 27 例ごとで占める割合を示した。

表 68 伊賀市社協・田邊寿氏へのインタビュー調査結果の概要

質問①

- 2 つの報告書（伊賀市社会福祉協議会 2009；伊賀市社会福祉協議会 2010）の内容に沿って、地域福祉あんしん保証事業を立ち上げた（地域福祉あんしん保証推進委員会が発足したのが2010年9月、事業説明会は2011年2月に実施）。いくつか相談を受けているケースはあるが、今のところ、利用契約までに至ったケースは0である。相談の内容としては、将来のリスクに備えてのものが多く、相談者の大半がケアマネジャーや障害者相談支援センターの方達からである。
- 上記事業は、社協が保証人になるわけではなく、保証人に求められる役割に対して、様々な社会資源をコーディネートしていこうとするものである。これによって、保証人がいなくても、病院・施設への入院・入所等が、スムーズにできることを目指している。
- 保証事業をみんなで進めるための取り組み（情報提供・学習や協議・連携の場づくりなど）だけでなく、保証人をめぐる問題を解決するための取り組み（法・慣習を変える働き掛けや保証人支援の仕組みづくりなど）も併せて行っている。
- 民生委員から保証人がいなくて困っているといった相談を受けていたことや、行政や社協の職員が保証人になっている現状があるという話を聞いていたことから、何とかしたいという思いがあった。その頃、ちょうど厚生労働省の社会福祉推進事業が始まったため、それに手をあげることにした。

質問②

- 1) 医的侵襲行為（検査、投薬、注射、手術等）の同意
 - どういう医療や手術を受けるかということは、一身専属の権利であるため、法的には保証人が決めることはできないというのが定説であり、今のところ本人確認してもらえないと思われる。
- 2) 入院・入所費用の未収金に対する責任
 - 日常生活自立支援事業または成年後見制度を利用すれば、利用者に入院・入所費用を賄える資力がある限り、未収金が発生することはない。もし資力が不足している場合には、生活保護や障害者医療等の制度の活用を検討する。借金がある場合には、債務整理や自己破産といった法的手続きを検討することで、利用者の経済状況を再構築していくことが可能だと考える。
 - 全国社協は、「自分ひとりで契約などの判断をすることが不安な方やお金の管理に困っている方など」を、日常生活自立支援事業の対象者としてあげている。伊賀市社協でもこれに即した運用をしており、緊急性の高いケースであれば、早急に対応するようにしている。しかし、これらの対象者にどこまでの方を含めるのかは、各社協の判断によって異なっているのが現状であり、地域によって利用件数に差が生じているようであるが、伊賀市（人口：10万人規模）の150件という数は、全国的にみても多い方だと思う。
- 3) 身の回り支援（日用品の購入など）
 - 具体的にどのようなことが必要なのかを整理し、既存の事業・サービスを活用していくのか、それとも新たな事業・サービスを創設していくのかを検討する必要があると考え

ている。

4) 次の転院先の確保

○利用者本人（本人の判断能力が低下している場合には後見人等）の意向を確認しつつ、MSW やケアマネジャー等と連携をとることで、対応可能だと考える。

5) 葬儀や遺留金品処理、および埋葬といった死後対応

○エンディングノートを作成してもらい、または遺言や死後事務委任契約の利用も考えられるが、それらの執行を誰に受託するのか。適当な方がいなければ、社協が受託することも、考えていく必要があるのではないか。

6) 緊急連絡先

○法人後見を何件か受けていることもあり、すでに社協が緊急連絡先になっているケースが存在する。現在は、社協職員個人（後見受任者）が、夜間休日の緊急連絡先になっているが、今後こうしたケースが増えてくれば、組織的な対応も検討する必要があると考えている。

質問③

○施設・器物破壊に対する責任、他の入院・入所患者や職員を傷つけた場合の責任。

出典：筆者作成。

注）本結果は2011年2月時点の状況をまとめたものである。

表 69 常滑市社協・山下圭一氏へのインタビュー調査結果の概要

質問①

- 社協として、保証人になるようなことはしていないが、日常生活自立支援事業で通帳の保管・管理をしたりすることで、保証人と同様の役割を果たす旨を、病院・施設側に伝えるようにしている。それでも、社協だけだと心もとないため、身元保証会社を付けてほしいと言われることもある。
- 日常生活自立支援事業の対象者は、イメージ的に狭そうに見えるが、対象規定が曖昧であることから、その解釈を広げることで、対象者を幅広くカバーすることが可能である。また、契約や利用までに時間がかかると使いづらいものになってしまうため、常滑市社協では、1か月以内には利用開始できるようにしている。借金がある場合にも、消費者金融から家賃・税金の滞納まで多様なものがあるが、内容に即した対応をするようにしている。場合によっては、弁護士や司法書士に相談することもある。
- 3市1町の広域（人口：30～40万人）で実施しているが、日常生活自立支援事業は80ケースぐらい受任している。そのうち、20ケース強が病院・施設に入院・入所しているが、10ケースぐらいに身寄りがない。ただし、生活保護を受給されているケースも含まれており、生活保護も受けていなくて身寄りがないのは2～3ケースである。
- ある病院 MSW より、「保証人がいない患者が緊急入院したが、転院先が見つからない。どうしたらいいのか」という相談を受けたことが、この取り組みを始めたきっかけである。

質問②

- 1) 医的侵襲行為（検査、投薬、注射、手術等）の同意
 - 病院・施設側から、事前に本人同意を得てもらうようお願いしている。この点は社協では責任を負えない。
- 2) 入院・入所費用の未収金に対する責任
 - 未収金に対する責任は負えないにしても、日常生活自立支援事業で通帳の保管・管理をすることで、滞りなく支払いすることは可能だと考える。
- 3) 身の回り支援（日用品の購入など）
 - 病院・施設側に、日用品等の購入のためのお金を預けることで、対応できているのが現状である。病院・施設側で対応してもらえない場合には、社協で対応することも考える。
- 4) 次の転院先の確保
 - 病院・施設側で、対応してもらうようお願いしている。
- 5) 葬儀や遺留金品処理、および埋葬といった死後対応
 - 葬儀等死去に伴う一連の行為は、親族にお願いするのが原則であるが、親族の連絡先が不明な場合には、社協が特例として対応せざるを得ないのが現状である。遺留金処理については、弁護士等に依頼することもある。
- 6) 緊急連絡先
 - 社協が、緊急連絡先になることがある。日曜・祝日等の休みの際にも、自分（山下氏一林）が電話に出るようにしている。

質問③

○ケアプランといった様々な書類へのサインが求められることが多い。

出典：筆者作成。

注) 本結果は2011年2月時点の状況をまとめたものである。

正誤表

下記の通り、誤記がありましたので、訂正いたします。

正誤箇所	誤	正
第7章第2節 2. 本研究で得られた新たな 7つの知見 p.128：上から4行目	っている。具体的には、以下の 3点である。	っている。具体的には、以下の <u>7</u> 点である。