

退院状況の実態に関する研究  
—入院延長の要因の検討—

加藤光寶<sup>1)</sup>, 直成洋子<sup>1)</sup>, 酒井禎子<sup>1)</sup>, 飯田智恵<sup>1)</sup>, 樺沢三奈子<sup>1)</sup>,  
本宮みどり<sup>2)</sup>, 牧 優子<sup>2)</sup>, 小野塚栄子<sup>2)</sup>, 岡田恵子<sup>2)</sup>, 渡辺初美<sup>2)</sup>, 熊木留美<sup>2)</sup>  
1) 新潟県立看護大学 (成人看護学 I), 2) 燕労災病院

A Study on Discharge Situation :  
Factors Involved in the Extention of Hospitalization

Mitsuho Kato<sup>1)</sup>, Yoko Sugunari<sup>1)</sup>, Yoshiko Sakai<sup>1)</sup>, Chie Iida<sup>1)</sup>, Minako Kabasawa<sup>1)</sup>,  
Midori Motomiya<sup>2)</sup>, Yuko Maki<sup>2)</sup>, Eiko Onozuka<sup>2)</sup>, Keiko Okada<sup>2)</sup>,  
Hatsumi Watanabe<sup>2)</sup>, Rumi Kumaki<sup>2)</sup>  
1) Niigata College of Nursing (Adult Health Nursing—Chronic Care Division),  
2) Tsubame Rosai Hospital

キー・ワード: 退院 (discharge), 実態調査 (survey actual conditns),  
要因 (factor), 入院延長 (extention of hospitalization)

### 要旨

本研究は、前年度に引き続き新潟県内の病床数 300 床の中規模病院の 1 病棟において、患者の退院状況の実態を調査し入院延長群と入院非延長群を比較して、入院が延長した要因を明らかにすることを目的とした。

その結果、平均在院日数は入院非延長群 11.4 日 (SD9.9) で、入院延長群 35.2 日 (SD32.9) であった。入院延長群において、家族構成は拡大家族と核家族で約 9 割以上を占めていた、自立度は自立している者が 7 割以上であった。入院延長群の主たる疾患を系統別にみると、内分泌・代謝系、新生物、血液・造血器系などであった。また、入院延長群と入院非延長群の 2 群において、有意な差が認められた要因は、退院時の状況では、医療的な継続処置、その具体的な処置は血糖測定、注射・IVH、創処置、経管栄養・吸引であった。社会的なサポートとしての社会資源の活用については、MSW の介入、ホームヘルパーの介入、ケアマネジャーの介入などであった。

入院から在宅において、MSW は社会福祉の立場から対象者や家族の抱える心理的・社会的問題を解決するように調整や社会復帰の促進を図り、看護職者は地域ケアマネジャーと可能な限り連携を図りケアプランを立案し、ホームヘルパーの協力を得ながらケアを実施していくことが重要であると示唆された。

### 目的

2000 年 4 月介護保険制度が開始して、改正医療法の施行、診療報酬の抜本改革など保健医療を取り巻く環境は大きな変化に遭遇している。近年、臨床現場ではクリティカル・パスの導入や入院期間の短縮化等の変化が起こっており、「患者の退院」ということを考えた時、在院日数の短縮、長期入院の是正、在宅医療の推進など方向性として今後も行なわれていくこととなる。

現実に、退院時に在宅医療の継続が必要なケースが増加しており、対象者を一人の生活者として捉え、地域をも視野に入れ対象者の立場に立った在宅療養や退院後の生活を意識した看護の実践が求められている。

そのためには、対象者の入院時から退院時の生活に注目し、いかに退院の調整を効果的に進めていくか<sup>1) 2)</sup>、また地域との連携を図りサービスの利用や退院支援のシステム化を勧めていくか<sup>3) 4) 5)</sup>が重要な鍵となる。

そこで本研究では、在宅療養への移行と継続看護について検討するために、新潟県内の病床数 300 床の中規模病院 (以下 T 病院) の 1 病棟 (以下 A 病棟) における患者の退院状況についての実態を調

査し、入院延長群と入院非延長群を比較して入院が延長した要因を明らかにすることを目的とした。

#### <用語の定義>

入院非延長群：入院時の予定日数より実際の入院日数が延長しなかった対象群。

入院延長群：入院時の予定日数よりも実際の入院日数が延長した対象群。

#### 研究方法

1. 調査対象：T病院A病棟に入院した患者 700 名。
2. 調査期間：2002 年 9 月～2003 年 1 月。
3. 調査方法：2001 年 4 月～2002 年 3 月（1 年間）に退院した患者の診療記録および看護記録により、基礎情報、入院予定や在院日数、退院時の状況、家族背景や社会資源のサポート状況などの項目を含めた調査用紙に基づいてデータを収集した。
4. 分析方法：収集したデータはすべてコンピューター入力し単純集計した上で、統計ソフト SPSS 11.0 for Windows を用いた。入院延長群と入院非延長群に分け、属性別および退院状況別に比較した。また、入院延長の要因を検討するために  $\chi^2$  検定を行い、統計的有意水準は 5%未満とした。
5. 倫理的配慮：病院管理者に研究の趣旨を説明し同意を得て行い、記録から対象者および施設情報が特定されないようプライバシーに配慮した。

#### 研究結果

##### 1. 対象者の背景（表 1）

T病院A病棟に入院し退院した 700 名を対象とした結果、有効回答が得られたのは入院予定日数が明確な 619 名（88.4%）であった。

調査対象者は性別が男性 384 名（62.0%）、女性 235 名（38.0%）であった。年齢は平均年齢 64.2 歳（SD16.8）で、平均在院日数は 21.6 日（SD25.7）であった。家族構成は拡大家族 310 名（51.5%）、核家族 258 名（42.9%）と多く約 9 割を占めており、自立度は自立している者が 425 名（81.6%）であった。また、対象者の主な疾患の系統は、内分泌・代謝系 140 名（22.6%）、新生物 127 名（20.5%）、血液・造血器系 121 名（19.5%）、消化器系 100 名（16.2%）などであった。

表 1. 対象者の背景 n=619

		n	( % )
性別	男性	384	62.0
	女性	235	38.0
年齢		64.2	SD16.8
在院日数		21.6	SD25.7
家族構成 (n=602)	拡大家族	310	51.5
	核家族	258	42.9
	単身	34	5.6
自立度 (n=521)	自立	425	81.6
	要介護	96	18.4
疾患の系統	内分泌・代謝系	140	22.6
	新生物	127	20.5
	血液・造血器系	121	19.5
	消化器系	100	16.2
	腎・泌尿器系	63	10.2
	その他	68	11.0

##### 2. 入院延長群と入院非延長群の群別比較

1) 入院延長群と入院非延長群の属性別比較 (表 2)

調査対象者の性別が、男性は入院延長群 153 名 (57.5%)、入院非延長群 231 名 (65.4%) で、女性は入院延長群 113 名 (42.5%)、入院非延長群 122 名 (34.6%) で、年齢は平均年齢が入院延長群 64.5 歳 (SD16.0)、入院非延長群 63.9 歳 (SD17.3) であった。

また、平均在院日数は入院延長群 35.2 日 (SD32.9) と長く、入院非延長群 11.4 日 (SD9.9) であった。家族構成は、入院延長群、入院非延長群ともに拡大家族が最も多く、核家族、単身の順で、自立度についても入院延長群、入院非延長群ともに要介護に比べ生活自立が圧倒的に多かった。

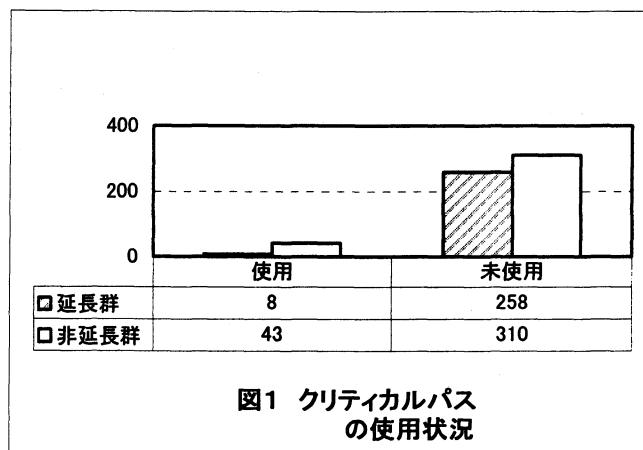
主たる疾患の系統は、入院延長群、入院非延長群ともに内分泌・代謝系が最も多く、新生物、血液造血管系、消化器系、腎・泌尿器系の順であった。

表 2. 入院延長群と入院非延長群の属性別比較

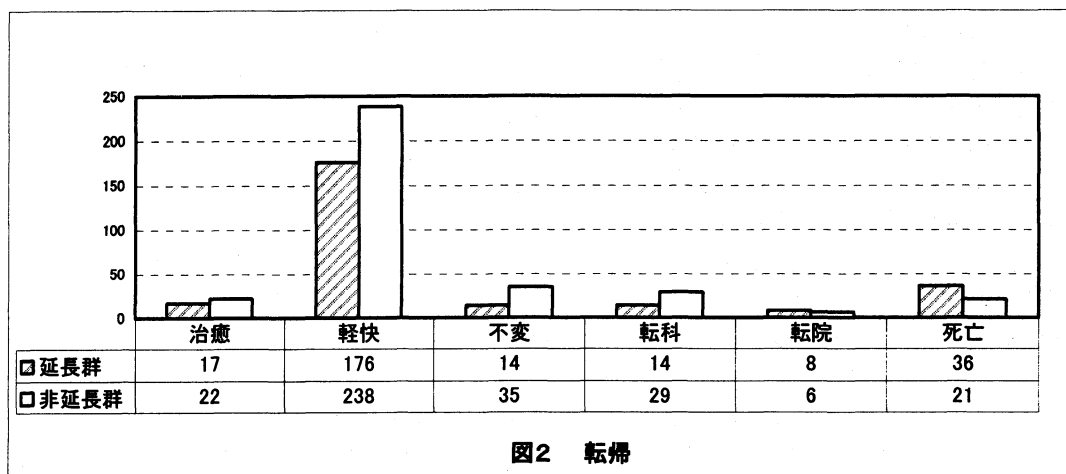
		入院延長群 ( % )		入院非延長群 ( % )	
		266	100.0%	353	100.0%
性別	男性	153	57.5	231	65.4
	女性	113	42.5	122	34.6
年齢(才)		64.5	SD16.0	63.9	SD17.3
在院日数		35.2	SD32.9	11.4	SD 9.9
家族構成	拡大家族	140	52.6	170	48.2
	核家族	103	38.7	155	43.9
	単身	17	6.4	17	4.8
自立度	自立	175	79.5	250	70.8
	要介護	45	20.5	51	14.4
疾患の系統	内分泌・代謝系	66	24.8	74	21
	新生物	54	20.3	73	20.7
	血液・造血管系	54	20.3	67	19.0
	消化器系	37	13.9	63	17.8
	腎・泌尿器系	24	9.0	39	11.0
	その他	31	11.7	37	10.5

2) 入院延長群と入院非延長群の退院状況別比較

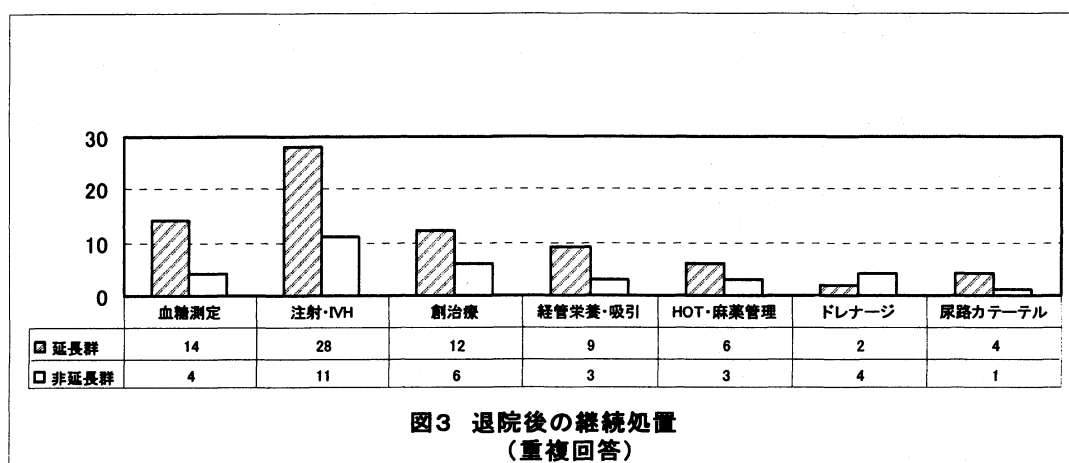
入院中のクリティカルパスの使用状況については、入院延長群、入院非延長群ともに使用が少なく、未使用が 8 割以上を占めていた。



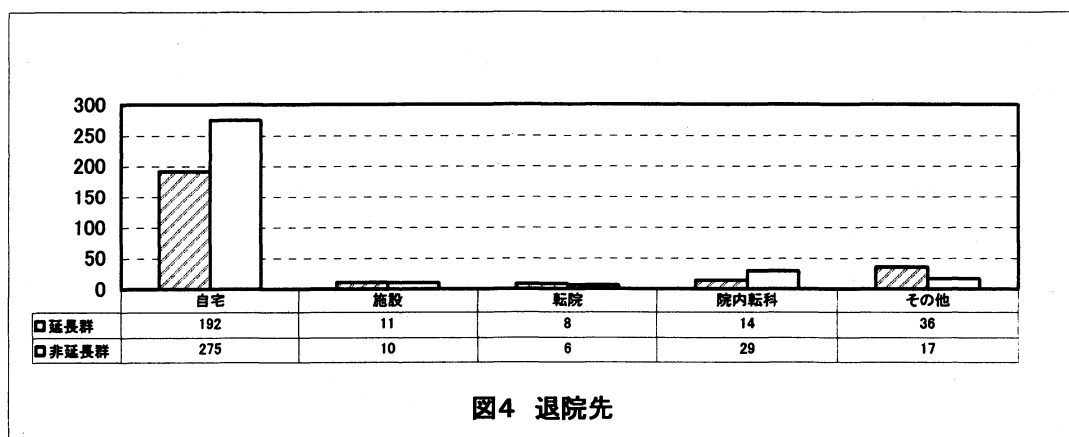
退院後の介護状況に関連すると予測される項目の転帰については、入院延長群、入院非延長群ともに軽快が最も多く、次いで入院延長群では死亡、入院非延長群では不変であった。



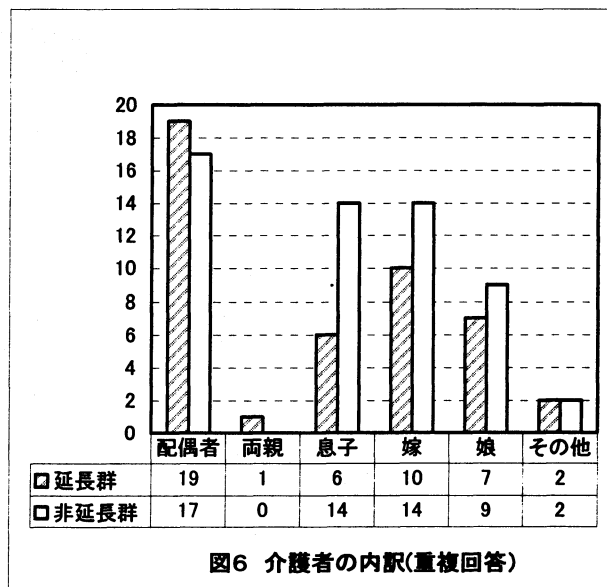
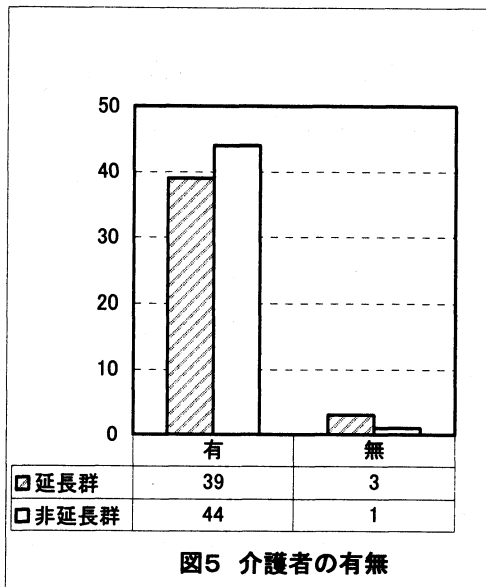
退院後の医療的な継続処置は、注射・IVH、創治療、血糖測定、経管栄養・吸引、HOT・麻薬管理の順で入院延長群、入院非延長群ともに同じ傾向を示していた。



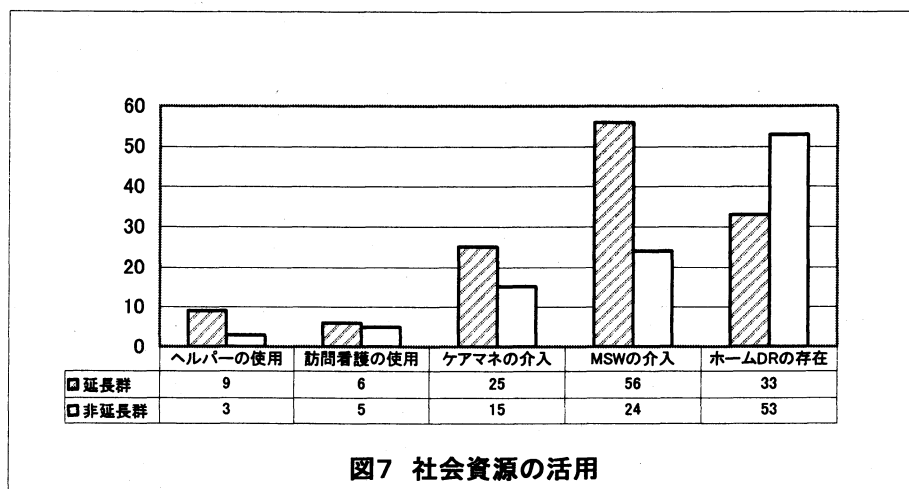
退院先としては、入院延長群、入院非延長群ともに自宅が大多数を占め、院内転科、施設、転院の順であった。



介護者の有無については、入院延長群、入院非延長群ともに介護者有が多く、無は1～3名で、その内訳は配偶者が多く、次いで嫁、息子や娘の順であった。



社会資源の活用については、入院延長群ではMSWの介入、ホームドクターの存在、ケアマネジャーの介入の順で、入院非延長群ではホームドクターの存在、MSWの介入、ケアマネジャーの介入の順であった。



### 3. 入院延長の要因の検討 (表3)

入院延長群と入院非延長群の2群において、 $\chi^2$ 検定の結果、有意な差が認められた要因は、退院時の状況においては、医療的な継続処置 ( $p < .001$ ) であった。その具体的な処置は血糖測定 ( $p < .01$ )、注射・IVH ( $p < .001$ )、創処置 ( $p < .05$ )、経管栄養・吸引 ( $p < .05$ ) であった。また、社会的なサポート体制としての社会資源の活用においては、MSWの介入 ( $p < .0001$ )、ホームヘルパーの介入 ( $p < .05$ )、ケアマネジャーの介入 ( $p < .05$ ) であった。

表3 入院延長の要因

		入院 延長群		入院 非延長群		検定
		n	(%)	n	(%)	
クリティカルパスの使用	有	8	3.0	43	12.2	
	無	258	97.0	310	87.8	
転帰	治癒	17	6.4	22	6.2	
	軽快	176	66.2	238	67.4	
	不変	14	5.3	35	9.9	
	転科	14	5.3	29	8.2	
	転院	8	3.0	6	1.7	
	死亡	36	13.5	2	5.9	
継続処置	有	59	22.2	31	9.1	* * *
	無	207	77.8	321	90.9	
血糖測定	有	14	8.6	4	1.9	* *
	無	148	91.4	207	98.1	
注射・IVH	有	28	16.8	11	5.1	* * *
	無	139	83.2	203	94.9	
創処置	有	12	7.5	6	2.8	*
	無	149	92.5	206	97.2	
経管栄養・吸引	有	9	5.7	3	1.4	*
	無	150	94.3	209	98.6	
麻薬・HOT	有	6	4.5	3	1.4	
	無	151	95.5	207	98.6	
ドレーン・尿カテーテル	有	6	3.8	5	2.4	
	無	152	96.2	207	97.6	
退院先	自宅	192	84.6	275	85.9	
	施設	11	4.8	10	3.1	
	転院	8	3.5	6	1.9	
	院内転科	14	6.2	29	9.1	
	その他	2	0.9	0	0	
介護者	有	39	92.9	44	97.8	
	無	3	7.1	1	2.2	
主な介護者	配偶者	19	41.3	17	30.4	
	両親	1	2.2	0	0	
	息子	6	13.0	14	25.0	
	嫁	10	21.7	14	25.0	
	娘	7	15.2	9	16.1	
	その他	3	6.5	2	3.6	
ホームヘルパーの介入	有	9	6.2	3	2.2	*
	無	135	93.8	134	97.8	
訪問看護の使用	有	6	4.1	5	3.0	
	無	139	95.9	159	97.0	
ケアマネジャーの介入	有	25	17.0	15	9.0	*
	無	122	83.0	152	91.0	
MSWの介入	有	56	46.7	24	18.2	* * *
	無	64	53.3	108	81.8	
ホームドクターの存在	有	33	15.4	53	20.0	
	無	181	84.6	212	80.0	

 $\chi^2$ 検定\*  $p < 0.05$ \* \*  $p < 0.01$ \* \* \*  $p < 0.001$

## 考察

近年、在宅医療や在宅ケアに関する研究が多く見られるようになってきており、その中でも在宅ケアへの移行や継続に関する要因を分析した報告がある<sup>6)~11)</sup>。しかし、がん、ターミナル、神経難病や脳血管障害などの事例に焦点を当てたものに限られている。

現在、急速な高齢化や医療費削減の目的で在院日数の短縮が進められている<sup>12)</sup>。が、日本の一般病床における平均在院日数は、2000年の調査において、30.4日であり<sup>13)</sup>新潟県の一般病床における平均在院日数は22~24日で、全国平均よりも短期になっている。A病棟の平均在院日数は21.2日とやや短くなっていった。しかし、A病棟の平均在院日数を入院非延長群と入院延長群で比較すると、入院非延長群352名の平均在院日数が11.4日に対し、入院延長群266名の平均在院日数は35.2日と長くなっており、日本の一般病床の平均在院日数をかなり上回っていた。

そこで、A病棟の入院延長群の主たる疾患を系統別にみると、内分泌・代謝系が最も多く次いで新生物、血液・造血器系、消化器系、腎・泌尿器系などの慢性疾患や悪性疾患で寛解や再発を繰り返す疾患の特徴がみられた。このことより、慢性疾患患者は再燃による疾病や生活の自己コントロールが必要となるため入院期間を要したものと考えられる。また、悪性疾患患者は、化学療法や放射線療法の治療を受け骨髄抑制などの副作用が生じ疾病コントロールが必要となり入院が延長したものと推察される。

今後の動向として、在院日数の短縮化がさらに進めば、患者の疾病コントロールは患者・家族の自己管理に委ねられる部分が多くなることが予測される。そのため、病院側の取り組みとして、治療により入院延長がある場合、医師の助言を得ながらクリティカル・パスの導入および推進や退院後の疾病コントロールを含めた生活指導を検討していく必要があると考える。また、病院看護職者は入院早期から退院計画に取り組み、退院支援に関しての認識を高めていくことが大切であると思われる。そして、看護相談機能をもっと充実させるため、退院調整と看護相談を行なう窓口を設置するなどの取り組みが必要であろう。

退院困難のハイリスクとして、先行研究の報告では、医療処置の継続や日常生活能力が低いことが指摘されている<sup>14) 15)</sup>。今回、A病棟では退院時の状況では、「医療的な継続処置」が関連していた。具体的には血糖測定、注射・IVH、創処置、経管栄養・吸引であった。近年、科学の発達で高度医療をもたらす疾病や治療の特性から、生活の管理と共に継続管理に必要な医療処置を行なうことが必要になったためと思われる。今後は、継続治療がある場合の対応と生活自立のレベルに見合う支援について、具体的に退院指導に含めていく必要があると考える。また、医療ニーズが高く在宅療養をする患者に対して、医療処置を継続するための訪問看護やホームドクターの紹介等の支援が不可欠である。

退院後の社会的なサポートとしての社会資源の活用については、入院が延長した者は退院先が自宅で「MSWの介入」、「ケアマネージャーの介入」、「ホームヘルパーの介入」を要していた。古矢が<sup>16)</sup>在宅療養導入・継続のための社会資源の活用の情報提供について報告しているように、入院から在宅への移行において、MSWは社会福祉の立場から対象者や家族の抱える心理的・社会的問題を解決するように調整や社会復帰の促進を図り、看護職者は地域ケアマネージャーと可能な限り連携を図りケアプランを立案し、ホームヘルパーの協力を得ながらケアを実施していくことが重要であると考えられる。

患者のQOLを高めるために患者を取り巻く他職種間が共通認識をもち連携することの重要性について報告されている<sup>17) 18)</sup>。この地域においては、医療と地域の福祉・介護領域との連携を図るために、地域ケアカンファレンスや事例検討会が定期的に行なわれている。今後もそのような機会を継続させ、継続看護における連携システムの構築を課題として、在宅療養支援の継続状況や効果を把握することが必要である。

## 結論

今回、A病棟の退院の状況について調査し、入院延長の要因を検討した結果、以下の結論を得た。

1. A病棟の平均在院日数は入院非延長群11.4日(SD9.9)に比べ、入院延長群が35.2日(SD32.9)であった。
2. 入院延長群の主たる疾患を系統別にみると、内分泌・代謝系、新生物、血液造血器系などで、悪

性疾患や慢性疾患などの寛解や再発を繰り返す疾患の特徴がみられた。

3. 入院延長の要因は、退院時の状況では、医療的な継続処置が関連し、具体的な処置としては血糖測定、注射・IVH、創処置、経管栄養・吸引が関連していた。また、社会的なサポートとしての社会資源の活用については「MSWの介入」、「ケアマネージャーの介入」、「ホームヘルパーの介入」であった。

#### 本研究の限界と今後の課題

今回は診療記録および看護記録よりの情報をもとに調査したため、在宅療養の導入や維持に関する要因の検討はできていない。今後、長期入院延長の事例について具体的に分析していく必要があると考える。

#### 引用文献

- 1) 西出紀美, 谷口優子. 看護相談機能を活用し退院調整を行い在院日数の短縮を図る. 私立堺病院医学雑誌 2001 4巻; 71-76.
- 2) 本道 AND 子, 徳藤直子, 川村佐 AND 子. 退院調整における看護判断の過程に関する研究. 東京保健科学学会誌 2001 4巻1号; 12-21.
- 3) 坂本真理子. 現行の在宅援助サービス導入に見る特徴—必要な早期の問題把握と援助の枠づくり—. 愛知県立看護大学紀要 1996 VoL. 2 ; 89-94.
- 4) 桂 敏樹, 渡部由実, 平塚朝子他. 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 1999 2 (1); 11-20.
- 5) 宮田延子, 梅原美智, 松下延子他. 在宅ケアニーズと看護のシステム化. 教育医学 2000 46巻3号; 1034-1045.
- 6) 鈴木 AND 子, 江川幸二, 谷亀光則他. 在宅ケア移行を実現する要因 ターミナル 10 事例の検討. 在宅医療 2001 32号; 39-43.
- 7) 末木忍, 倉野かおり, 枘田三枝子. 在宅療養移行に向けての援助の有効性 介護者のコーピングを促進させる関わり. 日本看護学会論文集 2000 30回 (地域看護); 9-11.
- 8) 牛込三 AND 子, 江澤 AND 江, 小倉朗子他. 神経難病における在宅療養継続に関連する要因の研究. 日本公衆衛生雑誌 2000 47巻第3号; 204-215.
- 9) 樋口京子, 田川義勝, 下田信明他. 在宅療養者の日常生活活動に影響を及ぼす要因の分析 住環境 社会的交流状況 介護者の介護役割意識に焦点を当てて. 国際医療福祉大学紀要 1998 3巻; 57-69.
- 10) 倉持雅代. 癌のターミナル期を在宅で過ごす為の要因. 神奈川県立看護教育大学校事例研究集録 1999 22巻; 21-24.
- 11) 市原多 AND 香子, 田村綾子, 横山さゆり. 事例からみた脳血管障害患者の在宅療養を可能にする要因の検討 臨床看護 1999 25巻3号; 391-394.
- 12) 岩下清子. 診療報酬による在院日数短縮の誘導. 看護 1998 50 (5); 115-120.
- 13) 厚生統計協会編集. 厚生の指標, 国民衛生の動向. 東京: 厚生統計協会, 2002: 189-190.
- 14) 島内 節. 早期退院と継続ケアを可能にするケアプラン・システム・マネジメントに関する研究. 厚生科学研究補助金 (医療技術評価総合研究事業) 報告書, 1998.
- 15) 森山美 AND 知子. 入院期間の短縮化および患者家族の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 1996 33 (1); 27-37.
- 16) 古矢香里. 在宅療養の導入・継続を支える看護職の役割 在宅療養が円滑に継続される3事例を通して. 神奈川県立看護教育大学校研究集録 1999 22巻; 67-71.
- 17) 正野逸 AND 子, 正野逸 AND 子, 大田直実. 在宅で終末期まで療養していた患者の看護職と医師による療養評価. QOL在宅ケア学会誌 1999 3巻1号; 78-86.
- 18) 橋本恵 AND 美子, 正野逸 AND 子, 大田直実. 終末期まで在宅で療養していた患者の苦痛や介護上の困難に対する看護職・医師・介護職の対応と療養評価. 千葉看護学会会誌 2001 7巻1号; 50-58.