

急性期病院における患者の主観的退院時期評価とその関連要因

實金 栄 二宮一枝 小野ツルコ*

要旨 本研究は急性期病院を自宅退院する患者に対し、医療者と患者間の退院時期の認識のずれが生じない退院支援について示唆を得るために、患者の主観的退院時期評価とその関連要因を明らかにすることである。対象は急性期病院入院中の自宅退院が決定した患者113名。関連があると考えられた身体的・精神的・社会的健康および退院に対する認識を独立変数とし、主観的退院時期評価を従属変数とした多項ロジスティック回帰分析を行なった。結果、主観的退院時期評価をどちらかという早い（早い群）が17人、適当（適当群）が89人、どちらかという遅い（遅い群）が7人であった。早い群には既往歴が無いと抑うつ感、遅い群には在院日数が関連していた。このことより、退院時期を早いとする患者には既往歴が無いことによる療養経験の少なさから考えると考えられる課題および抑うつ感の軽減を図るような退院支援が必要であるとの示唆を得た。

キーワード：急性期病院 退院時期評価 退院支援

1. 序文

わが国の医療を取り巻く環境は急速な少子高齢化の進行、疾患構造の変化（慢性疾患から老人性退行性疾患へ）を背景に、医療技術の飛躍的進歩（高度で多様な医療サービスの提供）、国民の医療に対する意識の変化など著しく変化している¹⁾。中でも国民医療費の国民所得に対する割合の増加²⁾、社会的入院や在院日数が他国に比べ長いことが問題とされ、在院日数の短縮化が課題とされている³⁾。このような環境変化に対し医療法や介護保険法の改正施行のみならず在宅サービスの整備・推進や診療報酬による経済的誘導もあり⁴⁾、保健医療福祉サービスの提供体制は変化している。

在院日数短縮化は医療サービスの効率的・効果的な提供が不可欠であるため、医療の質の向上にもつながっている⁵⁾。また在宅（住み慣れた場）での療養は、それまでの生活を大きく変えることなく療養が行える等の優れた点がある⁶⁾。しかしながら、家族の機能や家族員の役割変化、家族間の扶養意識の変化等により、病院外での療養が難しいと言わざる

を得ない場合もある⁷⁾。継続ケアの環境整備が不十分なままに退院することによる、再入院率の増加、合併症発症の増加、それに伴う医療費の増加、また患者の満足感の低下といった課題がある⁸⁾。このような課題に対し、効率的・効果的な入院治療、スムーズな在宅療養への継続の為にインフォームドコンセントがなされ、入院計画・退院計画の立案、クリティカルパスの導入などにより、在院日数の短縮をはかり、患者・家族の参加による意思決定に基づいた医療の提供を目指しているところである。

このような状況のなかで、看護が大きな役割を果たしていると考えられる退院支援に関する研究についてみると、退院支援が必要な患者のハイリスクスクリーニング票の開発⁹⁾や退院支援過程の分析¹⁰⁾ ¹¹⁾、退院支援者・組織の機能や役割¹³⁾について明らかにされ効果も評価¹⁴⁾ ¹⁵⁾されている。しかしながら、退院支援がなされたにもかかわらず、やっぱり退院が不安という患者¹⁶⁾や追い出されたと感じている患者¹⁷⁾、換言するならば心理的な退院準備がなされていない患者への支援が残された課題であると

考える。島内ら¹⁸⁾は「病院等の施設から家庭へ療養の場がスムーズに移行し、効率的効果的な継続ケアが提供され、退院後に再入院することなく、患者のクオリティオブライフを維持向上していくには、入院直後から、退院後の生活を考えた目標を立てて退院計画を進めていくことが必要であり、退院時に精神的、身体的、社会的な準備がどれだけ出来ているかに大きく影響されるだろう」と、精神的準備の必要性を述べている。また医療者と患者の退院についての認識のずれ^{19) 20)}があり、患者がどのように退院を認知しているか理解を深めながら心理的な退院準備を支援する必要があると考える。先行研究では認識のずれ²¹⁾や退院基準の違い²²⁾の報告、コミュニケーションの一致度²³⁾や入院や退院時説明の理解度²⁴⁾、医師による情報提供と退院の受け入れ²⁵⁾をみたものがある。しかしながら患者自身が退院時期をどのように認知して評価しているのか、その関連要因について検討したものはない。そこで退院時期に対する患者の主観的評価とその関連要因を明らかにし、患者が満足する退院支援への示唆を得ることを目的とし本調査を行なった。

2. 方法

1) 調査対象

急性期入院加算の算定要件である平均在院日数17日以下を満たすA総合病院（500床で救命救急センターを併設）の内科病棟に入院中の患者を対象とした。ただし質問内容の理解が困難と考えられる認知症や質問紙への記入が困難と思われる麻痺等の障害を持つ患者を除く自宅退院の患者とした。対象者の選定は対象が入院している病棟の看護師長に依頼した。133名の協力を得られたが、欠損値のない113名を分析対象とした。調査期間は平成18年6月1日から9月30日。

2) 調査内容

基本属性として性、年齢、既往歴、在院日数を調査した。

関連要因は健康レベルの改善を退院の時期と考え、世界保健機構の健康の定義と生活の質の定義を参考に、身体的・精神的・社会的健康と退院に対する認識の4要素から構成した（図1）。

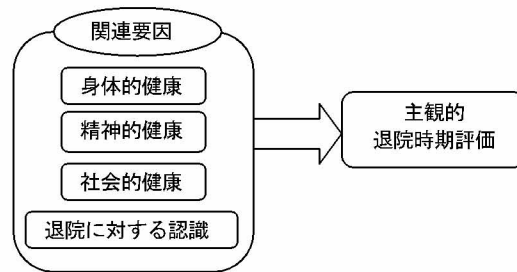


図1 研究枠組

身体的要因として疾病分類（ICD-10に準拠）、退院時の日常生活動作（障害老人の日常生活自立度判定基準。以降「ADL」とする）、退院後も継続する医療処置内容を調査した。

精神的要因は森本ら²⁶⁾の病気や障害をもちながら生活する入院患者のストレスやストレス認知を評価する病気関連不安認知と、坂野ら²⁷⁾の気分調査票を用いて調査した。病気関連不安認知は5因子（病気・症状悪化、医療の質の不確実性、生活制限・縮小、家族・友人関係の変化、目的・価値喪失）15項目からなり心配ない0点、時々心配1点、常に心配2点とし得点が高いほどストレス認知していると評価する。気分調査票は5因子（緊張と興奮、爽快感、疲労感、抑うつ感、不安感）40項目からなる状況とのかかわりの中で変動している気分状態を査定する尺度であり、まったく当てはまらない0点、あまり当てはまらない1点、少し当てはまる2点、非常に当てはまる3点とし得点が高いほどその気分状態であると評価する。

社会的要因は世帯区分（厚生労働省の国民生活基礎調査による世帯構造に準拠）、生計中心者（本人または本人以外）を調査した。

退院に対する認識は、森山ら²⁸⁾の高齢者の社会的入院発生の構造モデルを基に、退院時の不安²⁹⁾や退院を阻害する要因^{30) 31)}を参考に、病院の退院支援担当者、共同研究者らと検討し①自宅でも行わなければならない医療処置があった場合、それを行う自信がない（以後「医療処置の自信のなさ」とする）②病院は病気が治癒するまで患者を入院させるべきだ（以後「入院治療に対する認識」とする）③他の人では代行できない仕事や家庭内（家事・育児・介護など）、地域（自治会、サークルへの参加）の役割を私は持っている（以後「役割」とする）④私が収入を得る為には、退院しなければならない

(以後「収入の責任」とする) ⑤入院前の良かったときと同程度くらいまでに病気や症状が回復した(以後「症状の回復」とする) ⑥家族は私が今退院することを、不安に思っていたり負担に思っていたりするのではないか(以後「家族への負担感」とする)の6項目の質問を独自に作成した。そして回答を、思わない・あまり思わない・少し思う・思う、の4件法で求めそれぞれ0~3点を与え得点化した。

退院時期に対する患者の主観的評価は「早すぎる」「どちらかという早い」「適当」「どちらかという遅い」「遅すぎる」で回答を求めた。

3) 調査方法

調査は個室で30分程度の個別面接質問紙調査を行った。その後、病気関連不安認知、気分調査票、退院に対する認識の自記式質問紙を渡し30分後に研究者が病室にて回収を行なった。

4) 分析方法

(1) 関連要因を独立変数とし、主観的退院時期評価を従属変数とした多項ロジスティック回帰分析を行った。

(2) 独立変数としての関連要因の抽出は、主観的退院時期評価と関連要因を χ^2 検定及びKruskal Wallis検定で検討した。そして $p < .10$ を独立変数としての採択水準とした。

統計的分析はすべてSPSS10.0J for Windowsを使用した。

5) 倫理的配慮

本研究は平成17年12月1日に岡山県立大学倫理委員会の承認を得た。患者には文書をもって研究目的、プライバシーの保護について説明し、同意書への署名を得た。

3. 結果

1) 基本属性

対象者の性は男性61人(54.0%)、女性52人(46.0%)、年齢は平均62.6(SD=15.4)歳、既往歴がある者は80人(70.8%)、在院日数は平均19.8(SD=19.2)日であった。(表1)

表2 主観的退院時期評価と疾病分類

	合計	早い群 n=17	適当群 n=87	遅い群 n=7
感染症及び寄生虫症	9 (8.0)	0 (0.0)	7 (7.8)	2 (22.2)
新生物	20 (17.7)	2 (10.0)	16 (80.0)	2 (10.0)
血液及び造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	1 (0.9)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)
内分泌、栄養および代謝疾患	17 (15.0)	2 (11.8)	15 (88.2)	0 (0.0)
耳および乳様突起の疾患	1 (0.9)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
循環器系の疾患	23 (20.4)	6 (26.1)	16 (69.6)	1 (4.3)
呼吸器系の疾患	10 (8.8)	0 (0.0)	9 (90.0)	1 (10.0)
消化器系の疾患	21 (18.6)	3 (14.3)	18 (85.7)	0 (0.0)
皮膚及び皮下組織の疾患	4 (3.5)	1 (25.0)	2 (50.0)	1 (25.0)
泌尿器系の疾患	4 (3.5)	0 (0.0)	4 (100.0)	0 (0.0)
症状、徴候および異常臨床所見	1 (0.9)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)
損傷、中毒及びその他の外因の影響	2 (1.8)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

表1 基本属性

性	男	61 (54.0)
	女	52 (46.0)
年齢	M±SD	62.6±15.4
既往歴	有	80 (70.8)
	無	33 (29.2)
在院日数	M±SD	19.8±19.2

2) 主観的退院時期評価

主観的退院時期評価は、「早すぎる」または「遅すぎる」はなく、「どちらかという早い」17人(15.0%)、「適当」89人(78.8%)、「どちらかという遅い」7人(6.2%)だった。このため今後の分析は「どちらかという早い」を早い群、「適当」を適当群。「どちらかという遅い」を遅い群とした。

3) 主観的退院時期評価の関連要因の検討

(1) 身体的要因

疾病分類は循環器系疾患が23人(20.4%)と最も多く、次いで消化器系疾患、新生物、内分泌、栄養および代謝疾患が10%以上であった。 χ^2 検定にてp値が.045であったが、クロス表に0値があるため疾病分類に主観的退院時期評価による有意差があるとは言えない(表2)。

退院時のADLは障害なしと生活自立(J1:交通機関等を利用して外出できると、J2:となり近所へなら外出できる)の者しかおらず、対象者はADLが自立していたと言える。ADLによる主観的退院時期評価に有意差はみられなかった(表3)。

医療処置内容や処置数による主観的退院時期評価に有意差は見られなかった(表4、表5)。

表3 主観的退院時期評価と日常生活動作

	早い群 n=17	適当群 n=87	遅い群 n=7	P値
障害なし	15(14.6)	83(80.6)	5(4.9)	.145
生活自立	0(0.0)	2(100.0)	1(0.0)	
J1: 交通機関等を利用して外出できる	2(25.0)	4(50.0)	2(25.0)	
J2: となり近所へなら外出できる				
χ^2 検定				

表4 主観的退院時期評価と医療処置内容

	早い群 n=17	適当群 n=87	遅い群 n=7	p値
内服	13(13.1)	79(79.8)	7(7.1)	.175
吸入	1(20.0)	3(60.0)	1(20.0)	.270
自己血糖測定	0(0.0)	3(100.0)	0(0.0)	.485
自己注射	0(0.0)	6(100.0)	0(0.0)	.230
χ^2 検定				

表5 主観的退院時期評価と医療処置数

	早い群 n=17	適当群 n=87	遅い群 n=7	p値
0	3(23.1)	10(76.9)	0(0.0)	.136
1	14(15.6)	70(77.8)	6(6.7)	
2	0(0.0)	6(85.7)	1(14.3)	
3	0(0.0)	3(100.0)	0(0.0)	
χ^2 検定				

(2) 精神的要因

病気関連不安認知は主観的退院時期評価による有意差はみられなかった。しかしながら早い群は他群に比べ病気関連不安認知の平均値が最も高く、下位因子では病気・症状の悪化、目的・価値喪失の平均値が高かった。遅い群は、医療の質の不確実性、生活制限・縮小の平均値が最も高かった(表6)。

気分では爽快感以外は適当群より他群の平均値が高かった。疲労感では主観的退院時期による有意差が見られる傾向(p=.090)があり、抑うつ感の主観的退院時期評価による有意差(p=.035)があった(表6)。

表6 主観的退院時期評価と病気関連不安認知、気分

	早い群 n=17	適当群 n=87	遅い群 n=7	p値
病気関連不安認知	8.24	6.46	7.86	.231
病気・症状悪化	2.88	2.21	2.14	.187
医療の質の不確実性	.71	.69	1.14	.906
生活制限・縮小	1.47	1.42	1.86	.754
家族・友人関係の変化	1.00	.80	1.00	.467
目的・価値喪失	2.18	1.35	1.71	.271
気分				
緊張と興奮	13.41	12.07	13.43	.230
爽快感	19.88	21.02	20.29	.594
疲労感	15.06	12.92	15.29	.090
抑うつ感	14.53	10.99	12.71	.035
不安感	18.12	14.96	16.71	.125

Kruskal Wallis 検定

(3) 社会的要因

世帯区分・生計中心者に主観的退院時期評価による有意差はみられなかった。退院を阻害する要因として独り暮らし世帯があるが、早い群には独り暮らし世帯はなかった(表7)。

生計中心者においては、遅い群はすべての患者が本人と回答していた(表8)。

表7 主観的退院時期評価と世帯区分

	早い群 n=17	適当群 n=87	遅い群 n=7	p値
夫婦のみ世帯	8(21.1)	27(71.1)	3(7.9)	.458
夫婦と子どもの世帯	1(4.3)	21(91.3)	1(4.3)	
3世代	3(17.6)	14(82.4)	0(0.0)	
夫婦と親世帯	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)	
独り暮らし世帯	0(0.0)	18(90.0)	2(10.0)	
その他	5(35.7)	8(57.1)	1(7.1)	
χ^2 検定				

表8 主観的退院時期評価と生計中心者

	早い群 n=17	適当群 n=87	遅い群 n=7	p値
本人	11(14.7)	57(76.0)	7(9.3)	.370
本人以外	6(15.8)	32(84.2)	0(0.0)	
χ^2 検定				

(4) 退院に対する認識

退院に対する認識のうち、適当群は医療処置の自信のなさ、収入の責任、症状の回復の平均値が最も高かった。早い群は入院治療に対する認識、家族への負担感の平均値が最も高かった。遅い群は役割の平均順位が最も高かった。症状の回復(p=.078)と家族への負担感(p=.099)は主観的退院時期評価による有意差が見られる傾向があった(表9)。

表9 主観的退院時期評価と退院に対する認識

	早い群 n=17	適当群 n=87	遅い群 n=7	p値
医療処置の自信のなさ	1.35	1.62	1.00	.250
入院治療に対する認識	2.24	1.85	2.00	.425
役割	1.71	1.71	2.14	.634
収入の責任	.65	1.03	1.00	.390
症状の回復	2.12	2.37	1.71	.078
家族への負担感	1.12	.58	1.00	.099
Kruskal-Wallis 検定				

以上の結果より主観的退院時期評価の関連要因として疲労感、抑うつ感、症状の回復、家族への負担感の4項目を独立変数として採択することとした。また先行文献より、悪性疾患が退院を阻害する要因³⁰⁾として明らかになっているため疾病分類を新生物とそれ以外の2群とし、基本属性の性、年齢、既往歴と在院日数の5項目を追加し、計9項目を独立

表 10 主観的退院時期評価の関連要因

	早い群 n=17			遅い群 n=7		
	オッズ比	95%信頼区間	p 値	オッズ比	95%信頼区間	p 値
性別(男/女)	2.517	0.710- 8.930	.153	1.789	0.241-13.265	.569
年齢(1 歳ごと)	0.993	0.947- 1.042	.777	0.996	0.935- 1.061	.900
既往歴(有/無)	6.180	1.001-38.172	.050	0.651	0.097- 4.373	.659
在院日数(1 日ごと)	1.016	0.977- 1.055	.427	1.046	1.004- 1.089	.030
疾患(新生物/その他)	4.946	0.633-38.647	.128	3.694	0.311-43.930	.301
疲労感(1 点ごと)	0.842	0.642- 1.104	.214	1.177	0.813- 1.704	.389
抑うつ感(1 点ごと)	1.291	1.011- 1.647	.040	0.977	0.688- 1.389	.897
症状回復(1 点ごと)	0.709	0.349- 1.440	.341	0.479	0.189- 1.213	.120
家族負担(1 点ごと)	1.633	0.928- 2.876	.089	1.289	0.556- 2.988	.554

多項ロジスティック回帰分析

変数に採択した。

4) 主観的退院時期評価の関連要因

適当群を基準とした主観的退院時期評価を従属変数としロジスティック回帰分析では、早い群には既往歴が無いことと抑うつ感が、遅い群では在院日数が長いことが関連していた(表10)。

4. 考察

1) 身体的要因

対象者は8割が主観的退院時期評価を適当としていた。安部ら³²⁾の特定機能病院内の退院後に行った調査で「退院の時期が適切だったか」の問いに対して6割が同意していないという報告や、平成17年受療行動調査³³⁾での在宅療養できると答えた患者が57.2%という報告から、本調査の対象者は退院時期を適当と考えているものが多かったと言える。また対象者の退院時のADLはほぼ自立しており、退院後も行う医療処置のほとんどが内服であり客観的医療依存度が高くなかったことから、患者と医療者の退院時期の認識の違いが少なかったと考えられる。

2) 精神的要因

病気関連不安認知に主観的退院時期評価による有意差はみられなかった。しかし、適当群より、他群の方が平均値は高かった。気分においてはストレスや不快であると考えられる、緊張と興奮、疲労感、抑うつ感、不安感は適当群より、他群の方が平均値は高く、抑うつ感では有意差がみられた。また有意差はみられなかったが、適当群はよい気分であることを示す爽快感の得点が他群より高かった。

このことより、退院時期を適当と評価していない患者は、客観的医療依存度も高くなく医療従事者が可能であるとして退院に対し、病気・症状の悪化に対するストレスを認知し不快である気分を持ちながら退院を迎えようとしていると言える。よ

って退院支援の必要性はただ単に医療依存度からだけで評価されるものではなく、患者が退院後の病気・病状をどのように認識しどのような気分を抱いているかにも着目し、評価していく必要があると考える。

3) 社会的要因

世帯区分、生計中心者による主観的退院時期評価に有意差はみられなかった。しかしながら、遅い群は全員が生計中心者を本人と回答していた。医療費の高額化と自己負担額の増加もあり、本人が生計中心者である場合は特に入院医療費の負担は大きいものと考えられる。経済的役割を担えるよう、すこしでも早く退院したいと考える患者が当然いるだろう。退院支援においては早すぎる退院による病状の悪化、再入院を予防する必要がある。よって早すぎる退院を希望する患者をスクリーニングし支援することも退院支援では必要と考える。

4) 退院に対する認識

退院に対する認識においては症状の回復と家族への負担感について有意差のみられる傾向にあった。早い群においては、適当群より入院治療に対する認識と家族への負担感が最も高い。早い群の世帯区分を見てみると一人暮らしのものはおらず、何らかの同居家族がいる。また病気・症状悪化得点も他群より高かったことより、病気・症状の悪化のストレスを持ち、家族に対し負担をかけるのではないかと認識しているのではないかと考える。このことから、独居や家族介護者がいないことが項目に含まれているハイリスクスクリーニング票が多いが、退院支援においてはただ単に家族介護者の有無だけでなく、患者の家族に対しどのような思いを持っているかをも含め評価し支援の必要性を判断する必要がある。

また入院治療に対して、病院は病気が治癒するまで患者を入院させるべきだとする認識が早い群は他

群より平均値が高くこの患者の認識と、医療者側の入院でなければ治療できない状態ではない状態を退院とする認識とにずれが生じていると考えられる。日本においては、一施設で急性期から慢性期までの医療を提供していた背景があり、社会通念として、病気が治癒するまでは入院とする認識が存在すると考えられる。よって、これまで一施設で担ってきた、回復期や慢性期の療養を、場を変えても継続して受けられることを早期から紹介し、退院後の療養の場を共に考え準備していくことが必要である。

5) 主観的退院時期評価の関連要因

主観的退院時期評価の関連要因として、早い群においては、既往歴が無い、抑うつ感が。遅い群には在院日数が関連していた。

既往歴が無いことは療養経験の少なさとも考えられ、大竹ら³⁴⁾が「ADLが自立していても在宅療養に対する自信がない場合は退院を希望しない」と報告しているように、早い群は療養経験の少なさから在宅療養に対する自信がなかったのではないかと考えられる。また丸橋³⁵⁾は「気になる症状や予後への不安がある場合には、回復感が低くなり、これらの側面が精神的健康度に影響しているとする」と述べているが、本調査においても早い群は他群に比べ、有意差はなかったが病気関連不安認知が高く、抑うつ感は有意に高かったことから同様の結果がみられたと言える。

これまでの病院は複数人の病室が多かったため患者同士が病気や療養体験を交わすことによって、療養の工夫・励みにつながり、療養経験が少ないことによる課題の一部は解決されてきていたのではないだろうか。また在宅療養に向けての試験外出・外泊、医療処置技術の習得をするための十分な時間があつたことも、退院時の課題、退院支援の必要性を減少させていたのではないだろうか。しかしながら近年では在院日数短縮だけでなく個室化、過度の個人情報保護に対する配慮等により退院支援の必要性が一層生じてきたと考える。失われた患者同士の交流、短くなった医療処置技術習得時間の代替になるケアが必要と考える。

遅い群の関連要因は在院日数であった。遅い群の7名は健康障害の原因精査2例、悪性腫瘍の鑑別診断と治療3例、心不全による術後1例、喘息の改善と悪化を繰り返し1例であり、病名が診断されておらず原因精査や鑑別診断を目的としており、診断後

には続けて治療を検討する者であった。このため、入院期間も長くなっていたと考えられる。

5. 結語

現在は退院支援においてはハイリスクスクリーニング票を用いてスクリーニングされた患者は専門部署への紹介がなされ、計画的組織的な退院支援が行われている。しかしながら、よくみられるハイリスクスクリーニング票では疾患やADL・医療処置の有無、退院先（施設か自宅か）、介護力などにより判断するものが多い。ハイスクリーニング票にあるような客観的ハイリスク項目に該当しないが、退院時期の評価に医療者との間にずれのある患者は抑うつ感を持ち、家族への負担感を感じていた。スクリーニング票でハイリスクとスクリーニングされなかった患者の中には、心理面のアセスメントが不十分で支援を受けられないまま退院していく患者がいる可能性がある。このため患者に最も長い時間寄り添いケアを行なっている病棟看護師には、現行のハイリスクスクリーニング票による評価だけでは難しい患者の心理面のアセスメントを行い、退院支援の必要性を評価することが重要であると考えられる。

今後の課題としては、この度は自宅退院する患者を対象としたが、急性期病院から他の医療機関・介護保険施設への転院・転所が増加してきているため、退院施設別にみた退院時期評価について検討していく必要がある。また今後症例数を増やし、疾病分類や障害の程度や受容の状態なども含め検討していく必要がある。

付記

本研究をまとめるにあたり、ご協力いただきました患者様、ならびにA総合病院の皆様にご心より感謝申し上げます。本研究は岡山県立大学大学院保健福祉学研究科看護学専攻（博士前期課程）学位論文に加筆・修正を加えたものであり、当研究科の香川幸次郎先生のご指導を賜り深く感謝いたします。

注1：特定機能病院、「療養病床のみの病院」を除いた一般病院で、病床数が500床以上の病院。

文献

- 1) 川村佐和子（2003）、在宅看護論、日本看護協会出版会
- 2) 平成16年度国民医療費の概況

- <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kiryohi/04/index.html> 2007/01/16
2006/8/25更新
- 3) 平成17年版厚生労働白書
- <http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wpdocs/hpax200501/b0198.html> 2007/1/16
- 4) 社会保険研究所：動向（1998）：日本版DRG/PPS急性期入院定額払いの試行10病院でスタート、社会保険旬報、2003、6-7
- 5) 島内節ら（1997）、早期退院を可能にするケア・マネジメント、看護、49（12）、67-79
- 6) 木下由美子編集（2000）、在宅看護論、医歯薬出版
- 7) 杉本正子ら（2003）、在宅看護論 実践をこたばに、ヌーヴェルヒロカワ
- 8) 中澤堅次（2004）、在院日数短縮の効果を検証する、看護、56（5）、57-61
- 9) 乗越千枝ら（2000）、一急性期病院におけるディスプレイプランニングの必要性判断のためのスクリーニング票の開発、日本在宅ケア学会誌、4（1）、47-53
- 10) 本道和解ら（1999）、退院に対する家族の意思決定過程の分析、日本看護学会論文集第30回地域看護、113-115
- 11) Kathryn H.Bowles et al（2003）、Hospital Discharge Referral Decision Making: A Multidisciplinary Perspective、Applied Nursing Research、16（3）、134-143
- 12) Margaret J. Bill et al（2000）、A Professional-Patient Partnership Model of Discharge Planning With Elders Hospitalized With Heart Failure、Applied Nursing Research、13（1）、19-28
- 13) 大竹まり子ら（2004）、山形大学医学部付属病院における退院困難事例の特徴と地域医療連携センター退院支援部門の役割に関する検討、山形医学、22（1）、57-69
- 14) 横山梓ら（2001）、一国立大学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）、53-59
- 15) 安部富美子ら（2004）、特定機能病院医療連携部門における退院マネジメント業務の評価、日本看護学会論群集第35回看護管理、286-288
- 16) 本道和解（2000）、スムーズな退院を阻む要因とその対策、看護展望、25（3）、17-21
- 17) 奥村元子（2002）、診療報酬からみた退院支援、保健の科学、44(2)、100-105
- 18) 島内節ら（1997）、早期退院を可能にするケア・マネジメント、看護、49（12）、67-79
- 19) 村山由美ら（1997）、退院療養計画の策定を効果的に行う 医師をはじめとする医療職種間の連携から、看護実践の科学、11、18-22
- 20) 東美智子（1999）、患者の理解を得るために、看護管理、9（4）255-262
- 21) 森山美知子ら（1994）、高齢者の社会的入院を発生させる要因の検討（第1報）、病院管理、31（3）、5-13
- 22) 福島道子ら（1998）、ディスプレイ・プランニングの取り組み—第2報：退院ニーズ内容等の患者・家族と看護婦の相違—、日本看護学会論文集第29回地域看護、121-123
- 23) 森山美知子ら（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）、27-35
- 24) 尾崎新ら（1985）、要入院疾患患者の退院に伴う治療と生活の不安に関する分析、看護学雑誌、49（9）、993-999
- 25) 瀬田克孝ら（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
- 26) 森本美智子、高井研一、中嶋和夫、病気や生活に関する不安認知が入院患者の精神的健康に及ぼす影響、日本看護研究学会誌、28（2）、51-58、2005
- 27) 坂野雄二、福井知美、熊野宏昭ほか、新しい気分調査票の開発とその信頼性・妥当性の検討、心身医学、34（8）、629-636、1994
- 28) 森山美知子、高齢者の社会的入院を発生させる要因の検討（第1報）、病院管理、31（3）、5-13、1994
- 29) 水野啓子、小林京子、ハイリスク状態で不安が大きい患者の退院指導、看護実践の科学、22（12）、33-38、1997
- 30) 谷亀光則、大本和子、国光登志子ほか、長期

- 入院患者の退院阻害因子の研究、在宅医療、5
(5) 37-42、1999
- 31) 新田章子、織田忍、阿部俊子、退院がすすまない理由と対応策、Expert Nursing、20
(15)、118-121、2004
- 32) 安部富美子ら (2004)、特定機能病院医療連携部門における退院マネジメント業務の評価、日本看護学会論文集第35回看護管理、286-288
- 33) 厚生労働省：平成17年受療行動調査の概況
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/05/index.html>、2006/8/31更新、アクセス2006/12/17
- 34) 大竹まり子、田代久男、齋藤明子ほか、山形大学附属病院における退院困難事例の特徴と地域医療連携センター退院支援部門の役割に関する検討、山形医学、22 (1)、57-69、2004
- 35) 丸橋佐和子、特定機能病院退院後の中高年齢患者の心身の健康状態と関連要因に関する研究、日本保健医療行動科学会年報、15、199-219、2000

Subjective assessment of time of discharge by patients at acute hospitals and related factors

Sakae Mikane, Kazue Ninomiya, Tsuruko Ono*

Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University, 111 Kuboki, Soja-shi, Okayama, 719-1197, Japan

**Department of Nursing, Faculty of Nursing, Kansai University of Social Welfare, 380-3 Arata, Akou-shi, Hyogo, 678-0255, Japan*

Abstract

The objective of this study was to identify factors related to the subjective assessment of time of discharge by patients being discharged from acute hospitals in order to determine support methods for preventing differences in perception of the time of discharge between doctors and patients. Interviews and a questionnaire survey were conducted on 113 patients admitted to acute hospitals for whom discharge was decided. Patients subjectively evaluated their time of discharge as rather early (early group; n=17 (15%)), appropriate (appropriate group; n=89 (78.8%)), or rather late (late group; n=7 (6.2%)). Multiple logistic regression analysis using physical, mental, and social well-being in addition to perception of discharge as independent variables and the subjective assessment of time of discharge as the dependent variable revealed associations between the early group and depression as well as absence of history of illness, and between the late group and duration of hospitalization. Therefore, for patients who perceive their time of discharge as being early, it is necessary to elucidate the problems caused by the absence of history of illness and the subsequent lack of experience receiving care, and to provide support for alleviating depression at the time of discharge.

Keywords : acute hospital, assessment of time of discharge, discharge planning