

## 地域中核病院の自宅退院困難者の退院先とその関連要因

片山陽子\*、矢嶋裕樹\*\*、小野ツルコ\*\*\*

**要旨** 本研究の目的は、地域中核病院で実施している自宅退院困難者のスクリーニングによって困難者であると判断された患者の状態及び退院先の実態を把握し、退院先に影響を及ぼす要因について明らかにすることである。自宅退院困難者スクリーニングにより自宅退院困難者として抽出された患者104名分の自宅退院困難者スクリーニングシートをデータとして分析を実施した。対象を実際の退院先により自宅退院群と自宅外退院群の2群に分割して分析した。自宅退院群は、ADLはJAランクと自立度が高く、入院期間は短く家族構成人数は多い傾向で本人の希望も自宅退院を明らかにしているものが多かった。自宅外退院群は脳血管疾患が多く、ADLはBCランクと自立度の低いものが多く入院期間も長い傾向にあった。退院先に関連した要因は、ADLと家族構成人数と本人の自宅退院への意思表示および看護師の自宅退院に対する判断の4因子であった。

**キーワード**：自宅退院困難者、スクリーニング、地域中核病院

### I. 緒言

現在、日本では在宅介護の支援施策として介護保険法が成立し介護の社会化が図られている。にもかかわらず身体機能の低下が著しい療養者や、医療依存度の高い療養者が在宅療養を望む場合には、家族の介護が不可欠である。しかし、介護に携わる家族介護者が置かれている状況は、核家族化や女性の社会進出が進行している上、超高齢社会に向け介護者自身も高齢化しているなど家族介護力を期待できる状況にはない。

一方、近年医療施策では施設ケアから在宅ケアへ転換が図られており、在宅医療を推進する改定とともに、入院期間の短縮化が推し進められている。1998年の診療報酬改定では、平均在院日数28日以内の一般病棟では入院期間の長期化により入院時医療管理料の通減強化が図られた。つまり患者の入院が長引くにつれ、病院の収入は減る仕組みが強化されたのである<sup>1)</sup>。そのため急性期医療を担う医療機関では以前に増して十分なりハビリ期間は設けられず身体機能が十分に改善しない状態で退院する患者や、医療の高度化や慢性疾患の増加等により医療依存度が高い状態のままで退院せざる得ない患者は増加している状況である。これら

の患者や家族は、自分が置かれている状況や身体状況を勘案し、十分に退院に向けての心理的準備をする時間的猶予が与えられないまま、患者もその家族も自宅退院か施設入所や他の医療機関への転院かなどの退院先を選択しなければならない状況に置かれている。

これらの状況を受けて現在多くの医療機関では、自宅退院に対する困難性を有し、退院援助の必要性が高い患者を抽出するため早期にスクリーニングを実施し、退院援助を必要としている対象に対して適切な退院援助を効果的に実施するためのシステム構築への取り組みがなされている<sup>2) 3)</sup>。このことは医療機関の経営に影響しているにとどまらない。

医療機関での社会的入院を解消し早期退院を実施することは、環境変化による心身状態への影響を受けやすい高齢者にとっては、入院という環境変化の影響を最小限にとどめることが出来る。そして介護保険法など施設ケアから在宅ケアへのシフトを推進する施策は、医療依存度の高い療養者にとっても在宅療養を望む動機づけとなっている。適切な退院援助は、退院を目前に控え心理的な不安を抱えている患者と家族の自己決定を支援する

\* 香川大学医学部看護学科  
〒761-0793 香川県木田郡三木町  
大字池戸1570-1

\*\* 岡山大学大学院医歯学総合研究科  
〒700-8558 岡山市鹿田町2丁目5番1号

\*\*\* 岡山県立大学保健福祉学部看護学科  
〒719-1197 岡山県総社市窪木111

と考える。

例えば、A県下にあるB総合病院では、長期入院となることが予測される脳外科・内科・外科・整形外科に入院している患者の退院が具体的に計画立案される（主治医が患者に対して退院の説明をする）時点、凡そ退院1週間から10日前の時点で「自宅退院困難者スクリーニング表」を用いて病棟の担当看護師がスクリーニングを実施し、抽出された患者に対して退院支援室の相談員（福祉職）とともに退院援助計画を立案し看護介入している。

ここで「自宅退院困難者」とは、疾病や障害により身体機能の低下等があり、自宅退院には計画的な退院援助を必要としている者とする。その際、自宅退院に関してのリスクや困難性を有しているのかを抽出するための「スクリーニングシート」の目的と内容については患者に説明した上で、患者や家族も早期に退院後に向けた準備に取り組むようにしている。また、入院中は医師と看護師が共同で作成したクリニカルパスを使用するなど入院日数の短縮化に取り組んでいる。

B総合病院は、地域における医療の中心的機能を担う530床の総合病院である「地域中核病院」であるため、その地域の急性期医療を担っており、入院患者はB総合病院を退院する時点でも医療処置が必要であったり、病状の変化の可能性があるなど医療依存度が高い状態である場合も多く、B総合病院での短い入院期間の後、他院へ転院の必要な患者も少なくない。このことから、B総合病院の場合、退院時に問題となるのは介護家族や経済状態など、患者の社会的側面よりも身体的状況であることが多いため、「自宅退院困難者スクリーニング表」は患者の病状等身体状況を中心に自宅退院への困難性を抽出することに特徴がある。

現在、脳血管疾患患者の退院状況<sup>2)</sup>や、これらの患者の退院先や退院可能性に影響を及ぼす因子についての研究<sup>3)4)</sup>、福祉職を含めた退院援助の効果<sup>5)</sup>について研究がなされている。また退院援助の必要性に関するスクリーニングシートについても様々に紹介されている<sup>6)7)</sup>。しかしながらスクリーニングシートを用いて自宅退院に対する困難性に着目し、スクリーニングにより抽出された患者の実態やこれらの患者の退院先について明らか

にした研究は少ない。

また、ますます短縮化が進行する入院期間の中で早期にスクリーニングを実施し、適切な退院援助を実施するシステムを構築することは、退院に直面して困惑している患者や家族への支援として重要である。本研究は効果的な退院援助システムの構築へ取り組んでいる地域中核病院を対象としており、スクリーニングにより抽出された患者の現状や課題は現在の日本の医療機関が抱えている課題を、1局面とはいえ反映することが可能と考える。

本研究は地域中核病院で実施している自宅退院困難者のスクリーニングによって困難者であると判断された患者の状態及び退院先の実態を把握し、退院先に影響を及ぼす要因について明らかにすることで適切な退院援助への示唆を得ることを目的とした。

## II. 研究方法

### 1. 研究対象

530床を有するB総合病院において平成17年4月21日～平成17年5月20日の1ヶ月間の全退院患者758名のうち、脳外科、内科、外科、整形外科からの退院患者398名（ただし検査入院目的かつ死亡退院患者を除く）を対象として自宅退院困難者スクリーニングを実施し、自宅退院困難者項目10項目のうち1項目でもチェックされた患者104名を自宅退院困難者として分析対象とした。この自宅退院困難者とは自宅退院が不可能である患者を意味するのではなく、早期に適切な退院援助の必要性が高い患者のことである。

### 2. 調査方法

平成17年4月21日～平成17年5月20日の間に退院支援室に提出された上記104名分の自宅退院困難者スクリーニングシートからデータ収集を実施した。スクリーニングシートからのデータ収集にあたっては患者、主治医、病棟看護師長に了解を得た上で実施した。尚、個人データの取り扱いについては個人が特定されないよう量的に処理をすることや、研究上得られた情報に関して秘守することの説明をし、同意を得た上で実施した。

### 3. 調査内容

表1 自宅退院困難者スクリーニングシート

基本項目(9項目)	自宅困難者項目；スクリーニング項目 (10項目)	看護師の総合判断項目 (1項目)
<患者本人の要因> ・年齢 ・性別 ・疾患 ・ADL レベル ・介護保険認定状況 ・医療処置の有無と内容 ・自宅退院への希望 <家族状況> ・家族構成人数 <入院状況> ・入院日数	<患者本人の病状> ・長期療養が必要な状態 ・意識障害を有する状態 ・悪性新生物の終末期状態 ・その他 <患者本人 ADL レベル> ・ADL レベルの B・C ランク ・屋外移動に介助が必要 ・排泄に介助が必要 <患者本人の介護保険認定状況> ・要介護状態 <患者本人の医療処置実施状況> ・退院後も継続して医療処置が必要 <家族状況> ・65 歳以上で独居	・患者と家族の状況を含めた 自宅退院への困難性に関する 総合的な判断

注1) 自宅退院への希望：患者のみでなく、患者本人及び家族の意向をあわせた希望

注2) 看護師の総合判断項目：「支援・援助があれば自宅退院が可能」と「支援・援助があっても自宅退院は非常に困難」の2者択一。

収集したデータは表1に示した通り、自宅困難者スクリーニングシートの全項目である基本項目9項目、自宅困難者項目10項目及び看護師の総合判断項目1項目の合計20項目と、実際の退院先を含めた全21項目とした。実際の退院先については後日、確認をした。

自宅退院困難者スクリーニング項目（以下、スクリーニング項目）とは、基本項目の各項目における困難な状況を抽出している項目設定であり基本項目と対比している。殊にスクリーニングシートが在院日数の短縮化と共に、退院先に自宅を選択した場合には退院後の外来通院が困難である場合に訪問診療などの必要性の判定が必要であることを勘案し、退院後の通院の困難性の判断に活用する目的で屋外歩行という項目をあえてADLレベル以外に加えており、また介護量に直接影響を及ぼすとされる排泄の介助の有無などの項目を設定している。そしてスクリーニング項目はその患者の状態により1項目のみで困難者として抽出され

る患者と、一人の患者で複数の項目がチェックされてくる場合とがある。

#### 4. 分析方法

本研究では実際の退院先に基づき、対象を自宅退院群72名と自宅外退院群32名（施設入所と医療機関転院）の2群に分割して以下の分析を実施した。

第1は、自宅退院群と自宅外退院群の特性を比較するために、基本項目9項目と看護師の総合判断項目1項目について、また自宅退院困難者項目10項目について $\chi^2$ 検定及びt検定を実施した。

第2に、退院先に関連する要因を明らかにするために、患者の基本項目である年齢、性別、主疾患、障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準（以下、ADLレベル）、介護保険認定の状況、医療処置の実施状況、入院期間、家族構成人数、本人の自宅退院への希望、看護師の自宅退院への判断を独立変数とし、実際の退院先である自宅退院と自宅外退院を従属変数とした多重ロジスティック回帰分析を実施した。

表2 退院先別の基本項目の比較

		退院先と要因との関連		
		自宅退院群	自宅外退院群	有意差
		N=72 人数(%)	N=32 人数(%)	
性別	男性	35(48.6)	9(28.1)	p<0.05
	女性	37(51.4)	23(71.9)	
年齢	平均	74.4(±14.0)	78.0(±13.6)	n.s
主疾患	悪性新生物	15(20.8)	4(12.5)	-
	脳血管疾患	11(15.3)	11(34.4)	
	呼吸器疾患	7(9.7)	1(3.1)	
	骨折	10(13.9)	8(25.0)	
	難病	3(4.2)	0(0.0)	
	認知症	2(2.8)	2(6.3)	
	他	24(33.3)	6(18.8)	
ADL	Jランク	20(27.8)	1(3.1)	-
	Aランク	31(43.1)	4(12.5)	
	Bランク	21(29.2)	18(56.3)	
	Cランク	0(0.0)	9(28.1)	
介護保険 認定	無	45(62.5)	10(31.3)	p<0.01
	有	27(37.5)	22(68.8)	
医療処置	無	41(56.9)	19(59.4)	n.s
	有	31(43.1)	13(40.6)	
家族構成	独居	7(9.7)	11(34.4)	p<0.05
	2人世帯	20(27.8)	5(15.6)	
	3人以上	45(62.5)	16(50.0)	
入院期間	平均入院 期間	40.0(±47.2)	60.59(±40.9)	n.s
	20日未満	34(47.2)	6(18.8)	p<0.05
	20日以上	38(52.8)	26(81.2)	
看護師の 判断	自宅退院 可能	63(87.5)	19(59.4)	p<0.01
	自宅退院 困難	9(12.5)	13(40.6)	
自宅退院 希望	希望あり	60(83.3)	17(53.1)	p<0.01
	希望なし	12(16.7)	15(46.9)	

注1) 性別、介護保険認定、医療処置、家族構成、看護師の判断  
本人の自宅退院希望 :  $\chi^2$ 検定  
年齢、入院期間 : t検定  
疾患、ADLの項目:0値のデータが存在するため検定未実施  
注2) その他 主疾患 : 肝炎、糖尿病、リウマチ等

以上の統計解析には、統計ソフトSPSS Ver.11.5 J for Windows. を使用した。

### Ⅲ. 結果

#### 1. 対象者の属性

対象者の退院先と属性の関連をみた。実際の退院先は「自宅」「施設入所」「医療機関転院」の3つに分類されるが、本研究では「施設入所」と「医療機関転院」を合わせて自宅外退院群とし、対象104名を自宅退院群と自宅外退院群の2群とした。自宅退院群と自宅外退院群の基本項目の比較は表2である。

平均年齢は自宅退院群が74.4±14.0歳、自宅外退院群が78.0±13.6歳であり有意差は認められなかった。性別は自宅外退院群の女性が32名中23名(71.9%)と多かった(p<0.05)。

疾患は自宅退院群72名中、悪性新生物が最も多く15名(20.8%)であり、次いで脳梗塞11名(15.3%)骨折10名(13.9%)であった。自宅外退院群32名中では、脳梗塞が最も多く11名(34.4%)であり、次に骨折8名(25.0%)であった。

ADLレベルは自宅退院群72名中、準寝たきり状態に相当するAランク31名(43.1%)、自立に相当するJランク20名(27.8%)とJAランクで72名中の約7割を占めていた。一方、自宅外退院群32名中では、寝たきり状態で屋内生活に介助が必要であるBランク18名(56.3%)、終日ベッド上での生活を要するCランク9名(28.1%)と32名中の8割以上がBCランクであり、ことにCランクの患者は全員が自宅外退院群であった。

介護認定については、自宅外退院群32名中の10名(31.3%)が認定無しであるが、この11名のほぼ全員が介護認定の申請中であった。医療処置の実施状況には有意差が見られなかった。

平均入院期間は、自宅外退院群のほうが61.0(±40.9)日と自宅退院群40.0(±47.2)日より長期ではあるが、統計的な有意差は見られなかった。現在のB総合病院の平均在院日数は皮膚科、耳鼻科、眼科など比較的短期間の入院が多い診療科も含めると病院全体では20日である。この20日を境界として2群間を比較すると、入院期間20日未満は自宅退院群が72名中34名(47.2%)と自宅外退院群32名

中6名(18.8%)に比べて有意に多かった( $p<0.05$ )。

家族構成をみると、自宅外退院群に独居が32名中11名(34.4%)と多かった( $p<0.05$ )。しかしながら自宅退院群と自宅外退院群ともに3人以上世帯が最も多かった。

看護師の判断として、退院援助を実施し社会資源等の調整が出来れば自宅退院は可能であると判断するものは、自宅退院群は72名中63名(87.5%)、自宅外退院群は32名中19名(59.4%)と有意差が認められた( $p<0.01$ )。

また、本人が自宅退院の希望を示したものは自宅退院群72名中60名(83.3%)であり、自宅外退院群32名中17名(53.1%)と有意差が認められた( $p<0.01$ )。これは言い換えれば、53.1%の患者は本人が自宅退院を希望しながらも現実には自宅外へ退院していることを表している。スクリーニング実施時、本人の意志を確認する際に本人は家族との話し合いの上で意見を述べるという状況であることから、この場合の自宅退院の希望は本人及び家族の意向と考えられるが、患者と家族の意見が常に一致しているとは言えず、意見が異なった場合どちらの意向が強く反映しているかなどは不明である。

以上をまとめると、自宅退院困難者として抽出された患者のうち自宅退院した群の特性は、悪性新生物が多く、ADLレベルはJAランクと自宅外退院群と比較すると自立度が高く、入院期間は平均40日前後とB総合病院の平均在院日数である20日を境界とした場合、在院日数以内に退院している割合が約半数を占めているなど、入院期間が短いものが多い傾向にある。また家族構成人数は多い傾向にあり、これらの状況から看護師は退院援助を実施することにより自宅退院が可能であると判断しているとともに本人の希望も自宅退院を明らかにしているものが多い。一方、自宅外退院群は脳血管疾患が多く、ADLレベルはBCランクと自立度の低いものも多く入院期間も長い傾向にある。そして本人は自宅退院への希望を示していても自宅退院へつなげていない状況が明らかになった。

## 2. 自宅退院困難者スクリーニング項目からみ

### た対象の困難性

スクリーニング項目としてチェックされた項目の分布状況は表3である。自宅退院群72名中、長期

表3 退院先別の自宅退院困難者項目の抽出状況

		退院先と抽出項目の関連		
		自宅退院群	自宅外退院群	有意差
		N=72 人数(%)	N=32 人数(%)	
病状	長期療養が必要な状態	33(45.8)	12(37.5)	n.s
	意識障害を有する状態	6(8.3)	8(25.0)	$p<0.05$
	悪性新生物の終末期	13(18.1)	4(12.5)	n.s
	その他	20(27.8)	8(25.0)	n.s
ADL	Bランク	21(29.2)	18(56.3)	$p<0.05$
	Cランク	0(0.0)	9(28.1)	—
	屋外移動介助が必要	34(47.2)	23(71.9)	$p<0.05$
	排泄行動介助が必要	25(34.7)	24(75.0)	$p<0.05$
	介護保険認定有り	27(37.5)	22(68.8)	$p<0.01$
	医療処置の必要有り	31(43.1)	12(37.5)	n.s
65歳以上かつ独居		7(9.7)	9(28.1)	n.s

注) 各項目ごとに $\chi^2$ 検定

ADLランクCランク:0値のデータが存在するため検定未実施

療養を必要とする者は33名(45.8%)おり、その他に悪性新生物の終末期の状態に有る者が13名(18.1%)であった。一方、自宅外退院群32名中では長期療養を必要とする者が12名(37.5%)おり、他に悪性新生物の終末期の状態に有る者が4名(12.5%)であった。そして意識障害を有する状態である者は自宅退院群72名中6名(8.3%)、自宅外退院群32名中8名(25.0%)であり自宅外退院群が有意に多かった( $p<0.05$ )。「他の疾患群」として記載されていたものは、病状変化があり頻回な観察を要する状態であることや、骨折での治癒過程でリハビリが必要な状況などの記載が見られた。

屋外歩行に介助を要するものが、自宅外退院群32名中23名(71.9%)であり、同じく排泄に介助を要するものも24名(75.0%)と自宅外退院群が有意に多いことが認められた( $p<0.05$ )。

退院後も継続して医療処置を必要とする者は、自宅退院群72名中31名(43.1%)、自宅外退院群32名中12名(37.5%)と統計的な有意差は見られなかった。

65歳以上でかつ独居である者は、自宅退院群72名中7名(9.7%)、自宅外退院群32名中9名(28.1%)自宅外退院群が有意に多いことが認められた( $p<0.05$ )。

表4 退院先(自宅退院・自宅外退院)を従属変数としたロジスティック回帰分析

説明変数	回帰係数	オッズ比	95%信頼区間
年齢	-0.07	0.93	0.87- 1.00
性別(男性: 1, 女性: 2)	0.78	2.18	0.17-27.87
主疾患: 悪性新生物			
脳血管疾患	-1.29	0.28	0.01- 6.71
呼吸器疾患	-2.25	0.11	0.01-10.11
骨折	0.25	1.28	0.10-16.32
難病	-22.00	0.00	0.00-
認知症	-1.77	0.17	0.00-13.84
その他	-0.74	0.48	0.03- 7.47
ADLレベル: Jランク			
Aランク	2.53	12.52	0.24-657.72
Bランク	5.74	311.3**	4.47-21681.15
Cランク	28.21	1.79	0.00-
介護保険認定(無: 0, 有: 1)	-0.29	0.75	0.08- 7.50
医療処置の有無(無: 0, 有: 1)	-0.41	0.66	0.12- 3.60
入院期間	-0.01	1.00	0.98- 1.02
家族構成: 独居世帯			
2人暮らし世帯	-2.68	0.07*	0.01- 0.95
3人以上世帯	-3.26	0.04**	0.01- 0.39
本人の自宅退院への意思表示 (自宅退院希望無: 0, 希望有: 1)	-2.07	0.13*	0.02-0.82
看護師の自宅退院への判断 (自宅退院可能: 0, 自宅退院困難: 1)	2.28	9.73*	1.48-63.93

\*p &lt; 0.05    \*\*p &lt; 0.01

注) その他 主疾患 : 肝炎、糖尿病、リウマチ等

これらの結果から、自宅退院困難者としてスクリーニングで抽出された項目すなわち対象の困難性についてみると、疾患状態は退院先には関わりなく2群ともに長期療養が必要な状態や悪性新生物の終末期の状態を有しており、退院後の医療処置の実施状況も2群ともに約4割の患者が医療処置を要していることが明らかとなった。一方、対象の困難性について退院先別でADLレベルは異なる特性が認められた。自宅退院群と比較して自宅外退院群のADLレベルはBCランクと低く、殊に屋外移動や排泄行動に介助を要するものが多いことが明らかとなった。

### 3. 退院先に関連する要因

ロジスティック回帰分析は退院先(自宅退院または自宅外退院)に、どの要因が関連しているのかを明らかにすると共に、その影響の大きさを検討することが可能となる。このことから、退院先

を従属変数としたロジスティック回帰分析を実施した。結果は表4である。

独立変数10因子のうち退院先に有意に関連していた変数は、4変数であった。そのうち家族構成で2人暮らし世帯(0.07: 95%信頼区間0.01-0.95以下同じ)と3人以上世帯(0.04: 0.01-0.39)及び本人の自宅退院への希望(0.13: 0.02-0.82)の3因子は自宅退院を促進するように影響していた。つまり介護者となり得る家族が存在していること、本人及び家族が自宅退院への希望を意志表示していることが自宅退院を促進する方向に影響していた。

次に自宅退院を阻害し自宅外退院へ影響していた因子は、ADLレベルのBランク(311.3: 95%信頼区間4.47-21681.15以下同じ)と看護師の困難性の判断(9.73: 1.48-63.93)の2因子であった。ADLレベルがBランクという屋内生活にも何らかの介助が必要な状態であると自宅退院は困難となる

方向へ作用していた。看護師の自宅退院が困難であるとする判断は、実際の自宅外退院と強く関連していた。また、表3に示したモデルの説明率は53.83%であった。

#### IV. 考察

##### 1. 自宅へ退院した患者の特性

対象の平均年齢は退院先に関わらず70歳代であり、特に自宅外に退院した患者の平均年齢は78歳と先行研究<sup>2)4)</sup>に比べて若干高い状況であるが、高齢化率の高い地方都市の人口動態を反映しているものと考えられる。退院先と年齢についての関係は先行研究<sup>8)9)</sup>により結果は一様ではないが、本研究では年齢による退院先への影響は認められず、ともに高齢である状況であった。

また、自宅に退院した患者は、自宅外に退院した患者と比較しADLレベルは自立度が高く、家族構成人数が多く入院期間が短い。今回は家族構成人数のみを調査項目としたため世帯構造の内容は不明であるが、高齢化が進行している日本の状況を勘案すると自宅退院群の2人世帯の大部分は老夫婦2人世帯であるとも推察され本研究においても老老介護の状態が推察される。自宅へ退院している患者はADLレベルは高いけれども、疾患では悪性新生物が多く、スクリーニングされた困難性から見ても長期療養を必要としていたり、終末期である者も多く、また退院後も医療処置を継続して必要とする患者も約4割存在するなど医療依存度の高い状況にある。

自宅へ退院する場合、病状の管理や医療処置の実施も患者本人もしくは家族介護者に委ねられていることが多い。高齢の患者や介護者は、短い入院期間の中で病状変化の大きい終末期の患者の病状管理や、医療処置の管理について対処しなければならない状況に直面していると考えられる。これら医療依存度の高い状態を勘案した場合、ADLレベルは高くても医療専門職のいない自宅という場所を選択することの困難性と退院準備の必要性について看護師は十分把握しておく必要がある。看護師は患者と家族が置かれている状況と直面している課題を分析し、自宅での療養生活に必要な訪問看護などの支援が受けられるように調整する

必要がある。

また、自宅へ退院した患者のADLレベルは、自宅外退院群と比較して自立度が高いとはいえBランクの患者が3割存在していた。Bランクは屋内生活に何らかの介助を要する状態であり、家族介護者の身体介護を必要としていることが想定される。そのために住環境を調整し、家族介護を支援する社会サービスを導入する必要性が示唆された。

##### 2. 自宅外へ退院した患者の特性

自宅外へ退院した患者は、年齢が高く、ADLレベルは低く、独居である者も約3割と家族からの支援を受けにくい状況であるものが多かった。先行研究<sup>10)11)</sup>でも身体機能レベルが低下し、ADLレベルが低下するほど自宅退院が困難であることは明らかとされており、本研究の結果も同様であった。ADLレベルはCランクが自宅外へ退院しており、屋外移動や排泄行動に介助が必要である場合には自宅での療養生活を選択することは困難な状況が明らかである。現在は老人介護保健施設等への入所には、介護保険の要介護1以上の認定を受けていることが必要であり、申請中を含めるとほぼ全員が介護保険の認定を受けていることは当然の結果である。

自宅に退院した患者に比べて自宅外へ退院した患者の入院期間が長かった理由として、自宅外への退院は、すなわち他の医療機関や施設などの退院先施設に入所となるため退院先施設への入所(または入院)が可能となるまで待つ必要がある。このため、入院期間が長くなったとも考えられる。現在、老人保健施設等はその入所を待機している者が多く、希望しても即座には入所できない状況である。筆者らの経験するところでは、実際には患者や家族の希望とは関わりなく施設側の都合により退院先を選択せざるを得ない状況も見受けられる。こうした状況を解消する手立ては今のところなく、当面は医療機関においては、患者の状態に応じた適切な施設選択のためにも常に周辺施設の最新情報を入手し連携するという役割機能が求められる。また看護職の立場からは、患者と家族が退院に向けて十分なコミュニケーションがとれるように支援していくことが求められよう。

##### 3. 退院先へ関連する要因の分析

退院先に関連したのは、ADLレベルと家族構成人数と本人の自宅退院への意思表示及び看護師の自宅退院への判断であった。

本研究では家族介護者の有無や介護力は明らかではなく、家族構成人数を調査対象としたため実際に家族介護が可能な状況であるか否かについては、明確ではない。しかしながら、ADLレベルの低下や病状変化が大きく医療処置を有しているなど医療依存度の高さを有している患者が自宅で生活するためには家族からの何らかの支援が必要であり、家族構成人数もひとつの指標となることが理解できる。今回、家族構成人数の多さが自宅退院へ関連していたことから、ADLレベルと退院先の関係において家族構成人数が交互作用を及ぼしていることも検討したが、有意な関係は認められず、ADLレベルと家族構成人数は各々直接退院先に影響を及ぼしていることが明らかになった。このことから、家族構成員が協力してADLレベル介助を支援するということで自宅退院が促進されるわけではなく、家族間のコミュニケーションの促進により自宅退院へ向けての意思決定がなさるのではないかと考えられた。

本研究の結果ではADLレベルが低いほど自宅外へ退院している結果であった。これは他の研究結果と同様の知見である<sup>4)</sup>。すなわち入院期間が短縮され十分なりハビリ期間を設けられない上に、患者の高齢化により障害を受けたADLレベルの十分な回復を、急性期医療を担う医療機関での短い入院期間中に望むことは困難性が高いと予測される。入院早期から退院時のADLレベルを予測することで、患者や家族は退院時の生活イメージを構築することが可能となり、家族の介護力や社会資源の利用可能性を判断することにより、退院先への意思決定を促進し準備を進めることが可能となる。先行研究<sup>4)12)</sup>ではADLレベルの評価尺度としてBarthel Indexを用いているが今回は厚労省障害老人の日常生活自立度判定基準を用いた。この尺度は4段階の評価尺度で使用が簡便であるため、この評価尺度においても先行研究と一致した結果を得たことは臨床現場での利用可能性が高まったと考えてよいであろう。

そして看護師が自宅退院へ困難性が高いと判断

していることが実際の自宅外への退院に関連していることは、看護師の判断の有用性を示唆していると言える。今回は看護師の総合的判断であり、その判断基準や科学的根拠に課題を残しているため今後さらに根拠性を高めることにより、退院援助の質の向上につながるであろう。自宅退院を困難にする要因については先行研究と同様の知見が得られ、地域性などを考慮しても自宅退院に関する課題は現在の日本の医療現場には共通の課題があることが理解できる。今回、自宅退院困難者スクリーニングシートを活用したことによって身体状況や医療処置の実施状況など患者の要因と、家族構成人数そして患者本人と看護師の自宅退院への意志や判断などの要因と退院先との関連について明らかにすることができた。しかしながら、退院先と各要因における今回のモデルでの説明率は約54%であることから、退院先へ関連する要因は今回示した以外に、患者と家族の人間関係や家族の介護意志や健康状態、患者・家族の疾病や障害に対する受容の状況、利用可能な社会資源の存在など複雑な要因が関連していることが考えられる。

入院期間の短縮化が推し進められようとしている中で、患者と家族は退院を前に退院に向けてどのように意思決定をし、選択していけばよいのか困惑しているのが事実である。スクリーニングの更なる改善が求められるが、それとともに患者と家族にとって最も身近な存在である看護師は、退院にはスクリーニングでは抽出しきれない複雑な要因が関係していることを自覚し、退院に直面し困惑している患者と家族が十分なコミュニケーションがとれ、主体的に意思決定が行えるように支援していく役割が求められている。

## VI. 今後の課題

本研究は1医療機関を対象としていること、またその医療機関が作成したスクリーニングシートを活用していることから、結果を他の医療機関に一般化することには限界がある。今後は、事例数を増やして、本研究の結果を検証していくことが必要であろう。

次に、今回家族については構成人数が介護力を反映する指標として要因に挙げたが、退院には家

族の人間関係や介護への意欲、経済力、環境など複雑な要因が関連していると思われる。本研究の調査項目においても自宅退院への希望確認の際本人と家族の意見の相違があることも推察されるが今回明らかとなっていない。今後、家族機能はじめ退院に関連するであろう要因について更に検討を進めていく必要がある。

## VI. 文献

- 1) 渡辺裕子著 (2003). 家族看護学を基盤とした在宅看護論特 (概論編). 第2版: 日本看護協会出版会. 59-59.
- 2) 太田和美、佐藤めぐみ、加藤光寶 (2001). 介護保険導入における脳血管障害患者の退院状況. 新潟県立看護短期大学紀要、7巻、85-91.
- 3) 渡辺美鈴、河野公一、西浦公朗、斉藤昌久 (1996). 一般病院と老人病院の長期入院患者の特性と退院の可能性に関する比較検討. 老年社会科学、18 (1)、32-40.
- 4) 近藤克則、安達元明 (1999). 脳卒中リハビリテーション患者の退院先決定に影響する因子の研究. 日本公衛誌、46 (7)、542-549.
- 5) 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)、70-78.
- 6) 千葉由美、設楽美佐子、乗越千枝、中澤典子 (2002). 退院計画におけるケア介入の標準化に関する研究. 日本在宅ケア学会誌、6 (1)、51-60.
- 7) 乗越千枝、島内節、友安直子他 (2000). 急性期病院におけるディスチャージ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)、47-63.
- 8) Lehmann Jk, Delateur, BJ, Fowler RS, Jr, et al. (1975) Stroke rehabilitation: Outcome and prediction. Arch Rhys Med Rehabil、56、383-389.
- 9) 中村桂子、荒記俊一、二木立 他 (1987). 脳卒中患者における自宅退院率低下とその要因. 総合リハ、15、453-458.
- 10) 近藤克則、太田正 (1995). 脳卒中早期リハ

ビリテーション患者のBarthel Indexの経時的変化. 臨床リハ、4、986-989.

- 11) 二木立 (1983). 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、11、895-899.
- 12) Grenger CV, Dewis LC et al. (1979) Stroke rehabilitation: Analysis of repeated Barthel Index measures. Arch Phys Med Rehabil、77、10-13.

## Home Discharge from Hospitals and Related Factors among Patients

YOKO KATAYAMA\*, YUKI YAJIMA\*\*, TSURUKO ONO\*\*\*

\* *Department of Nursing, Faculty of Medicine, Kagawa University,  
1750-1 Ikenobe, Miki-cho, Kita-gun, Kagawa Prefecture 761-0793, Japan*

\*\* *Department of Public Health, Graduate School of Medicine, Dentistry and Pharmaceutical Sciences, Okayama University  
5-1 2-chome, Shikata-cho, Okayama 700-8558, Japan*

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

### Abstract

A local core hospital includes screening of discharged patients having difficulty after discharge. Therefore, the purpose of this study was to explore the status of patients having difficulty with home discharge and to identify factors associated with a choice of discharge destinations. Of 398 patients receiving screening, 104 completed the screening sheets and were judged as having difficulty. They were divided into two groups according to their actual discharge destinations: the home discharge group (n=72) and the non-home discharge group (n=32). Analyses based on the screening sheets showed that those in the home discharge group were ranked higher in ADL, had shorter hospital stays, and had larger families and a desire for home discharge. Also, there were more cerebrovascular patients in the non-home discharge group. In fact, it appears that factors associated with discharge destination were the ADL function, family size, and patient desire.

**Keywords:** home discharge, patient screening, local core hospital.