

特定機能病院の地域医療連携センターを利用した患者の追跡調査による 在宅ケアの要因分析

(退院支援 / 在宅ケア / 地域医療連携センター)

中谷久恵*・上岡澄子**・鈴木真貴子**・安部富美子***

大国豊子****・吉岡みち子***・小林祥泰*****

Factor Analysis of Home Care Support by a Follow-up Study of Discharge Planning Patients in The Regional Medical Cooperative Center at The University Hospital

(discharge planning / home care / community medical collaboration center)

Hisae NAKATANI*, Sumiko UEOKA**, Makiko SUZUKI**, Tomiko ABE***,

Toyoko OGUNI****, Michiko YOSHIOKA***, Shotai KOBAYASHI*****

The purpose of this study was to identify relating factors to home care of patients who received discharge planning in The Regional Medical Cooperative Center at The University Hospital. We sent 57 patients a questionnaire to examine their conditions at discharge and post-discharge, and analyzed 27 effective responses. As a result, patients who received care at home were 48.0%, while those who transferred to other hospitals and institutions were 52.0%. They received discharge planning in the 22.3rd day after hospitalization on average. Their motives of discharge planning were doctor recommendation (60.0%) and nurse recommendation (4.0%). Contributing factors to home care were suggested such as 1) having home doctor at hospitalization, and 2) having few medical instruments and medical procedures.

本研究は、特定機能病院における地域医療連携センターの看護職が退院支援を行った患者の在宅支援に関連する要因を明らかにすることを目的とした。57人を対象に、退院時と退院後の状況を把握する質問紙を作成し、郵送法によるアンケート調査と入院カルテから基本情報を収集した。回収した有効調査票27人を分析した結果、在宅療養へ移行した患者は48.0%、病院・施設への転院は52.0%であった。退院支援の相談日までは入院後平均22.3日目に受けており、利用した動機は「主治医の勧め」が60%であり、「看護師の勧め」は4.0%であった。在宅療養を可能にする要因には、入院時に紹介医がいたこと、医療器具の装着や医療処置が少ないことが示された。

I. 緒言

わが国では介護保険制度の制定以降、在宅ケアを推進する政策は一層強化されつつある。要支援と要介護の認定者数が全高齢者(65歳以上)人口に占める割合は、2000年4月の約10%に対し、2003年12月には15%に増

加している¹⁾。認定者が増える割合に対して利用されるサービスが伸び悩んでおり、杉澤ら²⁾は、私的な介護基盤がある世帯や年収の低い世帯で過少利用が多く発生していることを指摘している。在院日数の短縮化によって、十分な療養環境や介護体制が整わない状況で退院を迫られ、介護保険制度の理念やサービスの用途についての説明が不十分なまま在宅療養を開始する者も多いのではないかとと思われる。要介護者や家族が、質の高い療養生活を送るためにも、病院における適切な退院支援を入院早期から行うことが重要である。

特定機能病院に入院する高齢患者は、複数の疾患を合併している場合がほとんどである。家族が期待するほどには回復が望めない場合や、入院による痴呆症状

*地域看護学講座 Department of Community Nursing

**臨床看護学講座 Department of Clinical Nursing

***医学部附属病院看護部

University Hospital Nursing Department

****元地域医療連携センター

University Hospital Regional Medical Cooperative Center (old position)

*****医学部内科学講座 Department of Internal Medicine

の出現や進行が、入院を予想以上に長期化させることもある。そのため、退院が可能な時期になっても家族は医療の継続を希望し、退院への不安や介護への負担から施設や関連病院への転院を希望することもある。このような転院先への社会的入院は待機期間が長く、未だに十分な改善をみていない。Discoll³⁾は、患者と介護者が入院中に受け取った情報の認識に関する分析で、患者の情報を受け取った介護者ほど不安を軽減させ、退院後の医学上の問題発生が少なかったと述べている。患者や家族が納得した退院をするためには、医療者側の十分な説明が必要と思われる。

早期退院に向けた取り組みとしては、退院調整を専門に行う部署を設置し、そこに専門職を配置している病院が増えている^{4) 5)}。横山ら⁶⁾は特定機能病院では広範な情報収集機能を持った退院調整の専門部署が必要であり、病棟との連携を強化し、入院後早期からハイリスク患者への支援を積極的に行っていく必要があると述べている。そこで、本稿では特定機能病院の地域医療連携センターの看護職が、退院における相談や助言、社会資源の調整などを行った患者を対象に、在宅支援に関連する要因を明らかにすることを目的とし、退院後の患者の追跡調査を行った。その結果、在宅ケアを促進していく取り組みの方向性が示唆されたので報告する。

II. 研究方法

調査対象者は病床数約600床の特定機能病院に入院した患者で、平成14年4月～平成15年9月に地域医療連携センターの看護師により退院支援を受けた患者60人のうち、退院時まで死亡した者を除く57人である。調査方法は、無記名の自記式調査票を作成し郵送法によるアンケート調査と、入院カルテから基本事項のデータ収集を行った。調査時期は平成15年10月～12月である。アンケートによる調査内容は、1) 退院時の状況として 退院支援の相談動機、退院時不安の有無、2) 退院後の状況として 現在の療養場所、退院時と比較した健康状態、寝たきり度(厚生労働省寝たきり判定基準)、介護保険制度認定の有無と要介護度とした。健康状態は、「本院の退院時とくらべて現在の健康状態はいかがですか」という問いで、主観的な回答を求めた。選択肢は「安定した、少し安定した、変化なし、少し悪化した、悪化した」の5択とし、分析では「安定」「変化なし」「悪化」に分類した。入院カルテからは患者の年齢、性別、家族構成、退院先、認知障害(痴呆と意識障害)の有無、在院日数、退院支

援の相談日前後の入院期間、紹介医の有無、医療的処置の有無と種類を転記した。認知障害は看護カルテの痴呆症状のチェック欄に記載があった患者を痴呆ありとし、痴呆以外の意識レベルの低下が記載されていた場合を意識障害ありと判断した。痴呆と意識障害のどちらか一方でも該当した場合を認知障害ありとした。アンケートには記名欄を作り、支障がない場合には記名をして頂くよう依頼し、記名があった患者のみ入院カルテの基本情報を把握した。

本稿における分析対象者は調査時点で療養中の者で、調査票に記名がありカルテからの基本情報を把握できた者とした。分析方法は、調査時点の療養場所別に在宅群と病院施設群の2群に分け、2群間の年齢、性別に差がないことをt検定、²検定により確認し解析を行った。在宅療養の関連要因は、認知障害、医療的処置、退院時不安、紹介医の有無についてMann-WhitneyのU検定を行い、入院日数の比較にはt検定を用いた。データは統計ソフトSPSS 11.5 for Windowsに入力し、危険率5%未満を有意差ありとした。

倫理的配慮として、アンケート用紙に調査目的を記載し、回答は自由意思であること、記名は任意であること、及びプライバシーを遵守することを記載した。

III. 結果

1. 分析対象者の属性

アンケートの回収は45人(78.9%)からあり、そのうち記名があった者は27人で、調査時の死亡者は5人であった。45人のうち、無記名者と死亡者を除く25人を分析対象とした。患者の性別は男性10人(40.0%)、女性15人(60.0%)で、平均年齢は全体が76.2±11.3歳、男性80.8±6.9歳、女性73.1±12.7歳であった。アンケートの回答者は本人による記載が7人、子どもが6人、配偶者と嫁がともに5人、兄弟姉妹が2人の順であり、家族構成は独居5人、夫婦6人、二世帯5人、三世帯7人、四世帯2人であった。

調査時の療養場所は在宅12人(48.0%)、病院11人(44.0%)、施設2人(8.0%)で、退院時と比較すると転院先の病院から自宅に戻った者が4人いた。在宅の12人を在宅群、病院と施設の13人を病院施設群とした。在宅群の平均年齢は72.7±14.7歳、病院施設群は79.4±5.6歳であった。性別では在宅群が男性3人、女性9人、病院施設群が男性7人、女性6人で、2群間に年齢、性別による差はなかった。

退院支援の相談動機(複数回答)は、全体では「主治医の勧め」が最も多く60%、次いで「自主的に来所」

が20%、「病棟看護師の勧め」が4.0%であった。これを2群で比較すると「自主的に来所」が病院施設群では0人に対し在宅群では41.7%と多かった(図1)。

2. 退院後の状況

調査時の健康実態について、退院時と比較した健康状態、寝たきり度、要介護度の3項目から把握した(表1)。健康状態では「安定」が62.5%、「変化なし」が29.2%、「悪化」が8.3%であった。寝たきり度ではJランクが16.0%、Aランクが20.0%、Bランクが36.0%、Cランクが28.0%で、重度の傾向を示すB・Cランクが64.0%を占めていた。介護認定を受けている者は22人おり、不明の1人を除くと要介護5が最も多く12人(57.1%)で、要介護1と2が各3人(14.3%)、要介護3が2人(9.5%)、要介護4が1人(4.8%)、要支援0人であった。寝たきり度と要介護度は、在宅に比べ病院施設群に重い傾向があった。

医療的処置を必要としている患者は8人で、経管栄養3人、膀胱留置カテーテル3人、胃瘻3人、酸素吸入1人、点滴1人、人工呼吸器1人、インスリン注射1人であった。病院施設群ではこれらの医療的処置を1人で複数必要としている患者が5人おり、在宅群では1人で、胃瘻であった。

3. 療養場所の決定に影響する要因

療養場所の決定に影響する要因として認知障害、退院時の不安、医療的処置、紹介医の有無について2群間で比較した(表2)。認知障害と退院時の不安には差がなかったが、医療的処置を必要とする患者は病院施設群に多く(p < 0.05)、入院時に紹介医がいた場合は在宅で療養している者が多かった(p < 0.05)。

地域医療連携センターが介入した時期を、平均在院日数と相談日前後の入院期間から把握した(表3)。平

表1 現在の療養場所別による患者の健康実態

単位：人(%)

項目	現在の療養場所		全体	
	在宅	病院・施設		
健康状態 ^{注1}	安定	8(66.7)	7(58.3)	15(62.5)
	変化なし	3(25.0)	4(33.3)	7(29.2)
	悪化	1(8.3)	1(8.3)	2(8.3)
計	12(100)	12(100)	24(100)	
寝たきり度 ^{注2}	J	4(33.3)	0	4(16.0)
	A	3(25.0)	2(15.4)	5(20.0)
	B	4(33.3)	5(38.5)	9(36.0)
	C	1(8.3)	6(46.2)	7(28.0)
	計	12(100)	13(100)	25(100)
要介護度	1	2(22.2)	1(8.3)	3(14.3)
	2	2(22.2)	1(8.3)	3(14.3)
	3	1(11.1)	1(8.3)	2(9.5)
	4	1(11.1)	0	1(4.8)
	5	3(33.3)	9(75.0)	12(57.1)
	計	9(100)	12(100)	21(100)

注1：退院時との比較

注2：厚生労働省寝たきり判定基準

均在院日数は全体の平均が49.1日で、最短が9日、最長が124日であった。相談日までの入院期間は入院後22.3日、相談後から退院までは26.4日であった。在宅群と病院施設群で比較すると。平均在院日数は在宅群が43.3日、病院施設群が53.5日であった。相談日までの入院期間は在宅群21.5日、病院施設群22.8日で、相談日以後の入院期間では在宅群21.8日、病院施設群29.9日であった。いずれも2群間に差はないが、病院施設群は在宅群と比べ相談までの期間と在院日数が長い傾向にあった。

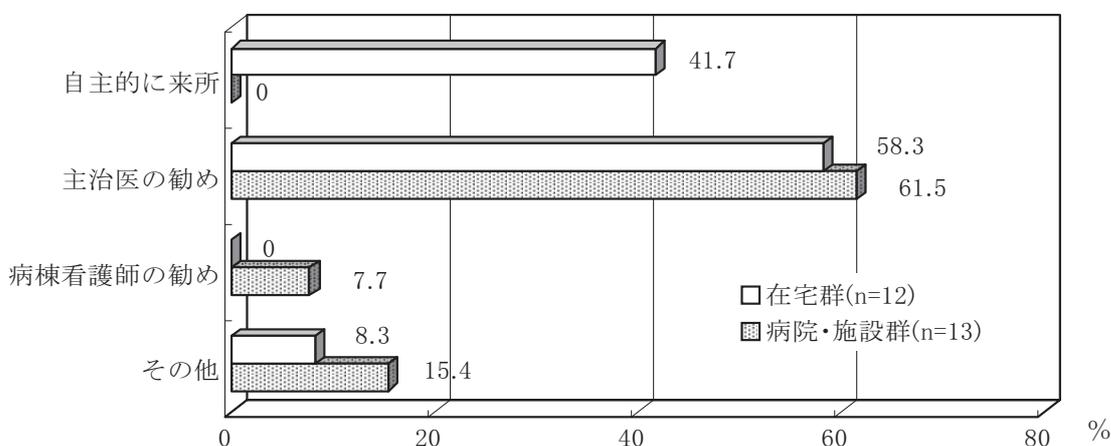


図1 退院支援の相談動機 (複数回答)

表2 療養場所の決定に影響する要因

要因		療養場所			Z値
		在宅	病院・施設	全体	
認知障害 (n=25)	痴呆なし	9(75.0)	5(38.5)	14(56.0)	-1.764
	痴呆	2(16.7)	5(38.5)	7(28.0)	
	意識障害	1(8.3)	3(23.1)	4(16.0)	
退院時不安 (n=22)	あり	11(100)	9(81.8)	20(90.9)	-1.449
	なし	0	2(18.2)	2(9.1)	
医療器具 (n=25)	あり	1(8.3)	7(53.8)	8(32.0)	-2.388*
	なし	11(91.7)	6(46.2)	17(68.0)	
紹介医 (n=25)	あり	9(75.0)	3(23.1)	12(48.0)	-2.544*
	なし	3(25.0)	10(76.9)	13(52.0)	

Mann-Whitney の U 検定 * $p < .05$

IV. 考 察

1. 在宅ケアを促進する要因

特定機能病院の地域医療連携センターに所属する看護師が行った退院支援により、在宅療養へつながった患者は48.0%で、病院や施設への転院は52.0%であった。平均在院日数では、病院施設群が53.5日に対し、在宅群は43.3日で10日ほど少なく、相談日から退院までの入院期間も8日ほど短縮している。この背景には、地域医療連携センターでの支援が在宅療養における患者や家族の心理面や身体面、療養環境面の整備を促進する機能を有しているからではないかと思われる。

在宅療養へ移行した患者の特徴としては、入院時に紹介医がいたこと、要介護度や寝たきり度が重度であっても医療的処置の少ないことが在宅療養を可能にする要因として示された。大学病院が特定機能病院としての使命を強化するため、紹介医の導入が保険点数に反映され、制度面でも積極的に病院の機能強化が推進さ

れている。しかし、杉澤ら⁷⁾が行った60歳以上の1755人に対する調査では、「紹介医導入は困る」人が51.3%おり、「どんな病気やケガでも大病院を選択」する人は18.5%もいる。この背景には複数疾患の罹患による大病院指向や高度医療を重視する傾向があげられるが、診療所にかかりつけ医を持つ場合には、疾患を持たない人と同程度に大病院の選択傾向が抑制されていることも報告している。寝たきりや医療的処置を必要としている患者の場合、かかりつけ医は24時間の緊張を強いられるため重度の患者が敬遠されることもある。家族の立場では深夜のトラブルや急変時の不安、ドクターコールへの遠慮もあると思われ、かかりつけ医を持たない傾向がさらに助長されていくことも懸念される。重度や医療的処置の必要な患者が在宅療養を行うには、急変時に対応可能な医療機関の確保や病診連携や診診連携による24時間体制の整備、医療的処置を有する患者を受け入れるショートステイ枠の拡大、訪問看護の積極的活用などにより、医療面の充実をふまえた社会資源を整備していくことが急務である。

2. 部署や職種間をつなぐ院内連携の充実

平均在院日数は49.1日で、相談を受けるまでの入院期間は22.3日であった。厚生労働省の病院調査⁸⁾によると、平成14年度の一般病床における平均在院日数は29.2日となっており、本調査の対象患者は在院日数や相談日までの期間が長い傾向にあるといえる。専任の退院調整者が配置されている部署の支援上の課題には、病棟から依頼を受ける時期が遅いことが指摘されている⁹⁾。その背景には、治療が終了し退院の時期が決まって初めて家族側から問題が提起されることがあるとしている。地域医療連携センターの存在を外来や病棟でPRし、医療者や患者・家族が退院支援の意義を理解できる広報活動も重要と思われる。入院直後から患者や家族が訪れやすいよう門戸を開き、病棟と連携した相談機能を充実させていくことが課題である。

相談の動機は「主治医の勧め」が6割を占め、「自立的に来所」した者も2割いたが、「病棟看護師の勧め」

表3 療養場所別の平均在院日数と相談日前後の入院期間

単位:日数

入院期間	全体 (n=23)		療養場所				検定 ^{注)}
			在宅群 (n=10)		病院施設群 (n=13)		
	平均	SD	平均	SD	平均	SD	
在院日数	49.1	29.8	43.3	22.5	53.5	34.6	n.s
入院から相談までの日数	22.3	19.2	21.5	19.0	22.8	20.1	n.s
相談から退院までの日数	26.4	17.5	21.8	8.6	29.9	21.8	n.s

注) 在宅群と病院施設群の t 検定

は1割にも満たなかった。石垣¹⁰⁾は、医療の受け手の向上に貢献する役割を看護職がどう果たしていくかが問われている時だと述べている。またCannaby¹¹⁾は、退院患者のプロセスを改善していくためのバリアは複雑な要素が絡み合い相互に依存しあっているが、協力しあうチームワークこそが重要な要素であったと報告している。家族の状況や退院後の介護上の課題などは、看護職による情報収集や看護診断が生かされる分野であり、継続看護の意識を高め、チームケアによる退院計画の策定を積極的に推進していくことが必要である。高齢者や慢性疾患患者、障害者が増加の一途をたどる今日、患者や家族を対象に医師や看護師、コメディカルスタッフが相互に連携しあい、意図的に情報収集をしていく退院支援への関心と意欲的な専門職のアプローチが求められている。

3. 研究の限界

本研究はカルテに記載された患者データのプライバシー保護の面から、調査票に記名があった回答者のみを分析対象とした。返却された45人の調査票のうち27人(57.4%)から記名があり、データの信頼性を高める目的で死亡者を除いたため、分析対象者は25人となった。統計的な処理には限界があり、在宅群と病院施設群の十分な特徴が反映できたかが課題である。今後はさらに事例数を加え、分析を重ねていく必要がある。

V. 結 語

1. 特定機能病院の地域医療連携センターに所属する看護師が行った退院支援により、在宅療養へ移行した患者は48.0%で、病院や施設への転院は52.0%であった。
2. 医療的処置を必要とする患者は病院施設群に多く($p < 0.05$)、入院時に紹介医がいた場合は在宅で療養している者が多かった($p < 0.05$)。
3. 平均在院日数は49.1日、入院から相談まで平均22.3日であった。在宅群に比べ病院施設群は、平均在院日数と相談までの期間がともに長期化する傾向にあった。
4. 退院支援の相談動機は「主治医の勧め」が60.0%、「自主的に来所」が20.0%で、「病棟看護師の勧め」が4.0%であった。

謝 辞

本研究を実施するにあたり、ご協力頂きました患者と介護者の皆様、関係機関の皆様に深謝致します。

本稿は、平成15年度財団法人島根医科大学医学教育研究振興財団助成研究において行った調査の一部である。

引用文献

- 1) 平成16年度版厚生労働白書「介護サービスの利用について」厚生労働省監修, 204-205, 2004.
- 2) 杉澤秀博, 深谷太郎, 杉原陽子他: 介護保険制度下における在宅介護サービスの過少利用の要因, 日本公衛誌, 49(5), 425-436, 2002.
- 3) Andres Discoll: Management post-discharge care at home: an analysis of patients' and cares' perceptions of information received during their stay in Hospital, Journal of Advanced Nursing, 31(5), 1165-1173, 2000.
- 4) 倉田和枝: 地域へつなげる病院の活動 - 退院調整専門看護婦の取り組み: 保健婦雑誌, 54(3), 190-195, 1998.
- 5) 栗原知女: 病院との連携窓口としての看護相談室, 訪問看護と介護, 3(9), 637-643, 1998.
- 6) 横山梓, 村嶋幸代, 永田智子他: 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), 53-61, 2001.
- 7) 杉澤秀博, 杉原陽子, 金恵京他: 高齢者における医療機関選択に関連する要因, 日本公衛誌, 47(11), 915-923, 2000.
- 8) 厚生統計協会: 国民衛生の動向, 51(9), 190-195, 2004.
- 9) 宇都宮宏子: 特定機能病院における地域連携と専任の退院計画調整看護師の役割, 看護展望, 29(9), 22-30, 2004.
- 10) 石垣靖子: 早期退院計画システムのモデル化 - パイロット・スタディと今後の課題, 看護, 49(12), 55-66, 1997.
- 11) Ann-Marie: Identifying barriers to improving the process of discharging patients from hospital, Primary Health Care Research and Development, 4, 49-56, 2003.