

[看護研究]

## 退院を困難にする要因と在院日数の関連性について

尾道市立市民病院 看護部 地域医療連携室

岡野加奈子, 福本佳子

**要 旨** 2023 年度, 当院を退院した患者 5130 名の平均在院日数は 14.2 日で, 1700 名の患者に退院支援を行っている。退院支援の必要がなかった患者の平均在院日数は 12.4 日で, 退院支援を実施した患者の平均在院日数は 23 日だった。

当院では入院後 3 日以内に退院困難な要因を抽出して入院時面談を実施している。その中では独居や高齢者世帯が増加し, 遠方の家族の支援が受けられず在院日数が延長する事例もみられた。本研究は退院支援を実施した患者の在院日数の延長について退院困難な要因の項目とその項目数の増加が関連しているのではないかと考え, 2023 年度一年間の実績を後方視的に分析することにした。

その結果, 退院困難な要因が抽出された患者は要因がひとつであっても在院日数は延長していた。退院困難な要因の個数の増加と在院日数の増加は比例しなかったが要因の内容のうち介護提供困難や ADL 低下, ARI の項目が在院日数に大きく影響をしていることが明らかになり, 今後の円滑な退院支援の一助にしたいと考えた。

**Key words** : 退院困難な要因, 退院支援, 在院日数

### はじめに

厚生労働省は団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目処に, 高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう, 地域の包括的な支援やサービス提供体制の構築を推進している<sup>1)</sup>。国の方針である在院日数短縮の流れに伴い患者に限られた期間に適切な医療を受け, 退院後も安定した生活を送ることができるように入院前から退院支援に取り組む必要がある。

当院では 2014 年から入院支援センター, 2016 年

からは在宅療養支援室を開設しており, 双方が協働して可能な限り入院前から退院支援に取り組んでいる。高齢化率が 36% を超えている尾道市<sup>2)</sup>にある当院では独居や高齢者世帯が増加し, 在院日数が延長する事例も見られる。

矢田らは退院調整看護師が早期介入, 入院時面談をすることで患者の意思決定支援を後押しできること, 患者個別の状況を把握でき, 多職種への介入が早期に行われ, 必要な支援を調整することができることを報告している<sup>3)</sup>。当院では入院時面談でこれま

---

The relationship between factors that make discharge difficult and length of hospital stay  
Onomichi Municipal Hospital Nursing Department  
Regional Medical Cooperation Office  
Kanako Okano, Yoshiko Fukumoto

での生活状況や社会資源の活用状況、今後の意向を把握して病棟看護師、院内での多職種カンファレンスで情報を共有している。また必要に応じて地域の多職種、行政と連携することで必要な社会資源の活用に繋げているが退院支援に困難さを感じるがあった。面談をする中で退院困難な要因項目が複数抽出されることがあるが、在院日数の延長に影響していたかは明確になっていない。2015～2023年度の医学中央雑誌を「退院支援」「退院困難な要因」で検索したところ先行研究は33件あり、その中で退院困難な要因の項目数に着目した研究は見受けられない。そこで抽出された退院困難な要因の項目とその項目数が在院日数にどのように影響しているのか、過去一年間の実績を後方視的に分析することで今後の円滑な退院支援の一助にしたいと考えた。

#### 対象と方法

1. 研究デザイン：量的研究
2. 研究対象者：退院支援計画書を作成し支援した患者
3. 研究期間：2023年4月1日～2024年3月31日
4. データ収集
  - 1) 基礎データとして対象の性別・年齢の抽出をする。
  - 2) 退院困難な要因の個数別平均在院日数を抽出する。

3) 退院困難な要因の項目毎の平均在院日数を抽出する。

#### 5. データ分析方法

退院支援計画書の退院困難な要因の各項目について要因の数・各項目が在院日数に影響しているのか分析する。

#### 6. 用語の操作上の定義

退院困難な要因：2023年度の診療報酬の入退院支援加算の算定要件に定められた退院支援計画書の15項目。

#### 結果

##### 1. 対象者の年齢別・男女別の人数（図1）

##### 2. 対象者の状態

##### 1) 退院困難な要因の個数別平均在院日数

困難要因が1個は433名（25.4%）で在院日数は18日、2個は700名（41.2%）で在院日数は25日、3個は417名（24.5%）で在院日数は26日、4個は106名（6.2%）で在院日数は23日、5個は34名（2%）で在院日数は30日、6個は8名（0.4%）で在院日数は25日、7個は2名（0.1%）で在院日数は26日であった（図2）。

##### 2) 退院困難な要因の項目別平均在院日数

困難要因の同居者の介護にかかわらず、必要な介護を十分に提供できる状況にない症例（以下介護提供困難と略す）は37名で在院日数は30日、

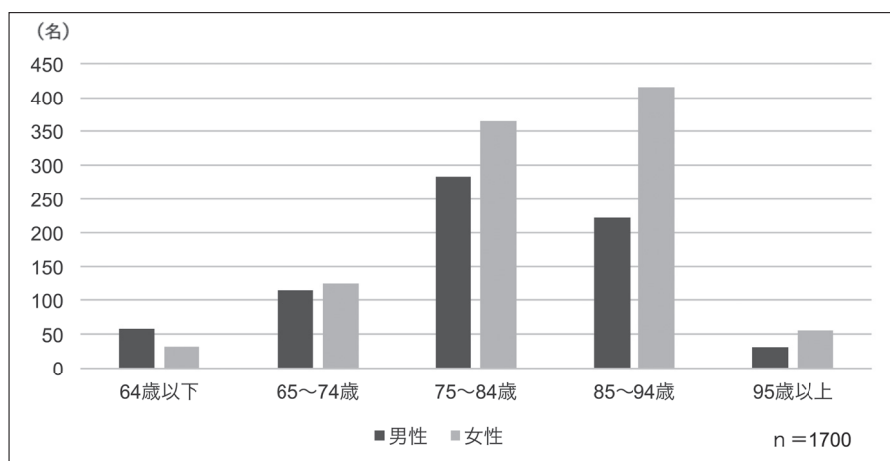


図1 対象者の年齢別・男女別の人数

入院前に比べて日常生活動作が低下し、退院後の生活様式の再編成が必要な症例(以下 ADL 低下)は 946 名で在院日数は 27 日、誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 (以下 ARI) は 78 名で在院日数

は 27 日、緊急入院は 1283 名で在院日数は 24 日、介護保険未申請は 388 名で在院日数は 24 日、排泄に介護を要する症例は 224 名で在院日数は 24 日だった (図 3)。

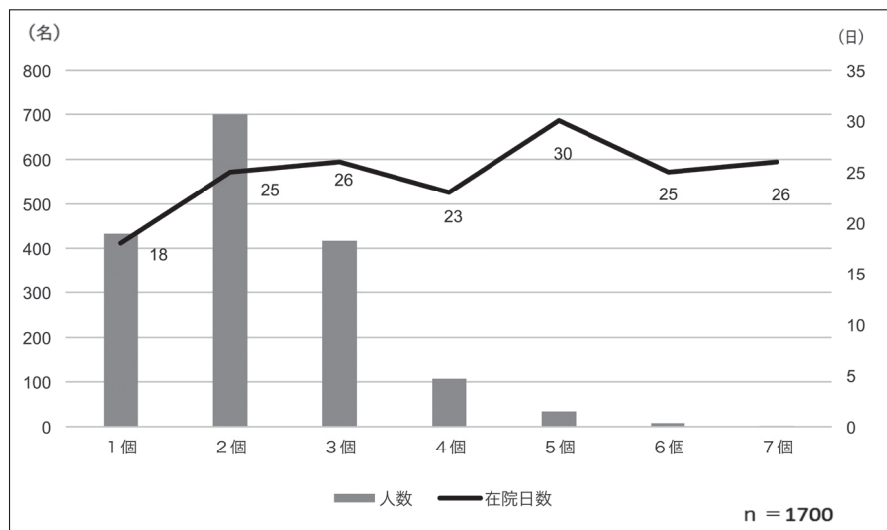


図 2 退院困難な要因の個数別平均在院日数

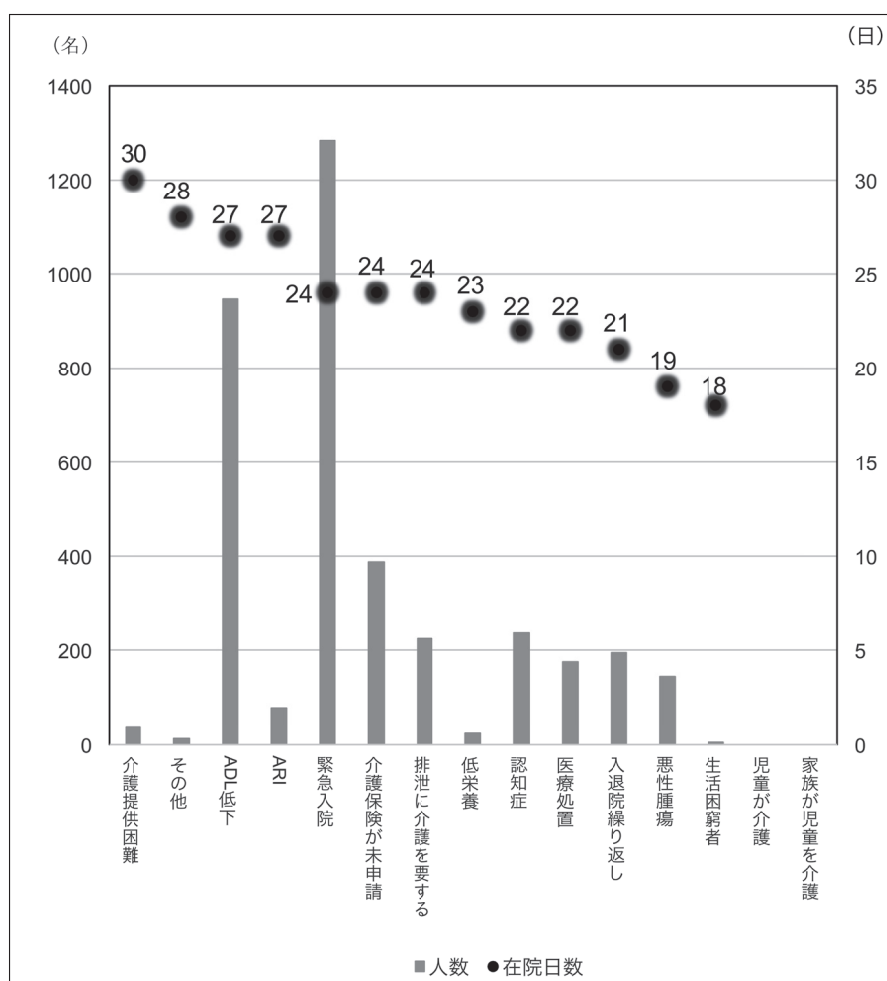


図 3 退院困難な要因の項目別平均在院日数

## 考 察

退院困難な要因の個数と在院日数を見てみると、要因が1個でもあると在院日数は増加しているが、要因の個数による単純な増加ではなく、その要因の内容が影響していることが考えられる。藤村らも「何らかの要因が重なった場合に退院調整が困難になる」と述べており<sup>4)</sup>、個数のみならず要因の内容や組み合わせが日数に影響していたと考える。

退院困難な要因の項目別の平均在院日数（以下項目別平均在院日数と略す）で最も長かったのは介護提供困難で30日だった。この理由として家族関係の希薄化や在宅サービスの調整に時間を要したと考える。実際に退院調整を行う中で必要な介護を充分受けることができない状況で自宅退院を望む事例があり、家族間の意向のすりあわせや社会資源の活用に時間を要した。藤村らは高齢化や核家族化が進行することでの高齢世帯の増加や、家族関係の希薄化はますます進行していくと予測している。同時に在院日数短縮により、退院調整・退院支援の必要がより一層高まると考えられると報告している<sup>4)</sup>。患者・家族が望む調整をするためにはお互いの思いを傾聴し尊重することが大切であり、私たちは普段から社会資源の情報を収集し、その人にあったケアが提供できるよう情報交換しておくことが必要となる。その情報を患者・家族に提供し社会資源を選択できることで、患者・家族が安心して満足できる退院支援に繋がるのではないかと考える。

ADL低下の項目別平均在院日数は27日と退院支援を行った患者の平均在院日数より4日長かった。当院では入院早期よりリハビリテーションを開始してADL低下を予防しているが、在院日数は延長している。黒田らは「退院時ADL能力低下群では在院日数が延長することが明らかとなった」と述べている<sup>5)</sup>。高齢者は入院による活動制限でADLが低下して治療が終了した時点で入院前の生活が出来なくなっていることもあり、元のADLに回復するまでに時間を要する現状がある。そのため予定していた療養先が変更になり、在院日数にも影響することが少なくない。早期退院の為には入院時面談やケアマネジャーとの連携、そして、退院先で求めら

れるADLを確認し、多職種カンファレンス等で情報共有しながら退院調整を行う必要があると考える。

ARIの項目別平均在院日数は27日で、退院支援を行った患者の平均在院日数より4日長かった。誤嚥性肺炎は慢性的に反復することも多く、経過中に次第に嚥下機能が低下し経口摂取困難となり、食事内容の変更、栄養ルートの検討が必要になり在院日数が延長すると考える。寺本らは肺炎で入院した患者の75%は70歳以上であり、そのうち80.1%が誤嚥性肺炎と報告している<sup>6)</sup>。今後も高齢の誤嚥性肺炎患者は増加し、在院日数にも影響すると考える。早期からカンファレンス等を活用し、多職種で連携することで、問題点を抽出し解決に取り組む必要があると考える。

緊急入院の項目別平均在院日数は24日で、退院支援を行った患者の平均在院日数より1日長かった。突然に発症した疾病、外傷などで緊急手術や検査が必要な場合も少なくない。緊急入院時には入院センターと連携・協働して入院時面談を行う体制が構築されており、早期から介入し問題点を抽出している。しかし入院による心理・精神面への影響、環境の変化や医療処置等の影響もありADL低下、せん妄や認知機能が低下することも多く在院日数が延長したと考える。

精神面へのサポート、環境・身体面へのケア、早期離床・リハビリテーションが必要となる。今後も病棟や多職種と情報共有し社会資源の担当者と連携を密にとることが早期退院にむけた支援に繋がると考える。

介護保険未申請の項目別平均在院日数は24日で、退院支援を行った患者の平均在院日数より1日長かった。入院時に入院センターで介護保険の有無を確認し、その時点で必要と推測された患者については患者・家族に相談し、状況に応じて介護保険の申請をしている。しかし入院中の病態変化により予測された退院先が変更になり急遽介護保険の認定が必要になった場合、そこから申請、認定調査となるため在院日数が延長したと考える。日頃から患者の状態について病棟と情報共有し、申請するタイミン

グを逃さないことが必要である。

排泄に介護を要する項目別平均在院日数は24日で、退院支援を行った患者の平均在院日数より1日長かった。身体機能や認知機能の低下により、他者の介助が必要になることや、治療のために尿道カテーテルを留置し、カテーテル抜去後に尿閉をきたすこともあり、在院日数が延長すると考える。当院では排尿ケアチーム（CST）の介入により多職種と連携して排尿に関する問題を解決できるよう支援している。横山は「急性期病院では、在院日数の短縮化が益々進み、排尿自立支援を療養先で継続させていくためには、病院と療養先の効果的な排泄ケア情報連携が求められる」と述べている<sup>7)</sup>。排泄介助を非日常的なものと認識し、家族や療養先と細かな情報を共有していくことが必要と考える。

今回の研究から在院日数は要因の個数による単純な増加ではないが、項目数に限らず一つでも退院困難な要因があるとなかった人に比べて在院日数は延長しており、その要因の内容が大きく影響していることが明らかになった。また内容によっては退院支援を行った患者の平均在院日数が最大30日～最少18日で日数に幅がある。加藤らは退院支援に重要なことは患者の情報を多角的に知る、患者・家族の退院後の生活を大切にす、退院調整看護師と病棟看護師とで協働する意識を持つ、早期から社会資源の担当者と協働すること等と報告している<sup>8)</sup>。

退院調整をする中で経過中に新たに発生する問題、意向の変化により転院の受け入れが決まった後でも療養先の変更を希望されることがある。また次の療養場所が決まっても受け入れまでの待機時間が長くなることもある。そのような状況であっても患者・家族に寄り添いその人にとっての最善を探求し続けることが重要であると考えられる。

### まとめ

今回は単純に退院困難な項目数の増加が在院日数に影響していなかったが、項目の組み合わせが在院日数の延長に影響していることが示唆された。因子分析をすることで退院困難な要因の項目ごとの繋がりを見いだすことが今後の課題である。

### 引用・参考文献

- 1) 厚生労働省 我が国の人口について。  
<https://www.mhlw.go.jp>. (2024年6月1日閲覧)
- 2) 広島県市町別高齢化率  
<https://www.pref.hiroshima.lg.jp/uploaded/attachment/541882.xlsx>. (2024年6月1日閲覧)
- 3) 矢田有佑, 谷山牧, 山下留理子: 退院調整看護師が認識する「入院前からの退院支援」の効果と課題, 国際医療福祉大学学会誌 第27巻1号, P43-51, 2022
- 4) 藤村史穂子, 上林美保子, 蘇武彩加他: 退院支援・退院調整に関わる医療機関の看護職が感じる困難とその対処, 岩手県立大学看護学部紀要17, P1-11, 2015
- 5) 黒田大智, 山下裕, 岩田晋: 慢性呼吸器疾患予定外入院患者における退院時ADL能力低下の予測因子 愛知県理学療法学会誌 第36巻第一号, P10-15, 2024年
- 6) Teramoto S, Fukuchi Y, Sasaki H, Sato K, Sekizawa K, Matsuse T, High incidence of aspiration pneumonia in community- and hospital-acquired pneumonia in hospitalized patients: a multicenter, prospective study in Japan, J Am Geriatr Soc, 2008, 56, 577- 579.
- 7) 横山剛志: 地域在住要支援・要介護高齢者における排尿ケアのエビデンス構築に関する研究, 国立長寿医療研究センター, 2018年
- 8) 加藤由香里: 患者と家族の思いに沿った退院支援 その2—先駆的に退院支援を実施している退院調整看護師及び地域資源担当者の退院支援における関わりから—, 岐阜県立看護大学紀要 第21巻1号, P151-162
- 9) 藤沢まこと, 渡邊清美, 加藤由香里他: 退院支援の資質向上に向け病棟看護師が取り組む課題の検討, 岐阜県立看護大学紀要 第20巻1号, 2020
- 10) 西向秀代, 青柳芳重, 小松和人: 地域包括ケア

システム時代に病院経営に貢献できる退院支援体制の改善, 日赤医学 第69巻第2号, 2018

- 11) 川嶋元子, 森昌美他: 病棟看護師の退院支援と現状と課題 - 患者が地域へ安心して戻るために - 聖泉看護研究, Vol.4.P.29-38, 2015