〈原 著〉

大学病院における高齢者早期退院の阻害要因に関する検討

阿部 庸子¹⁾ 藍 真澄¹⁾ 金子美智子²⁾
 佐原まち子²⁾ 長野宏一朗³⁾ 下門顕太郎¹⁾

要 約 目的：大学病院を含む特定機能病院では社会的入院がもたらす医療資源の損失は非常に大きい、退院後も効果的な医療を患者が受けられることが必要不可欠である。そのため、大学病院における高齢入院患者の早期退院を阻害する要因を明らかにし、今後の政策面・各現場での改善策の検討を目的とした。**方法：**平成 15 年度に全大学病院に退院支援の現状に関するアンケート調査を実施。5 大項目（家族・心理的側面・身体・医療処置・環境）に分類した 34 小項目の質問に対する回答の定量的評価を行い全国の共通傾向や地域差に関する検討を行うとともに、自由記述欄の回答をグラウンデッド・セオリーに則りカテゴリー化し、各病院から寄せられた意見を更に抽出し検討した。**結果：**アンケートの最終回収率は 73.6%（全大学病院 125 カ所中回答 92 件）。全国共通の阻害要因に「家族」「心理的側面」「身体」が挙げられ、特に「家族」で高スコアであった。逆に地域差が認められた要因は「医療処置」「環境」であり、関東で「医療処置」が高スコア、北海道・東北では低スコアであった。また九州・沖縄の「環境」が特に低スコアであった。同時期の厚生統計では、関東の 65 歳以上人口 10 万対病床数が他地方に比べ少なかった。自由記述欄の回答から、「政策的な問題」と「連携の問題」が浮上し、更に「政策的な問題」は「医療費抑制の是非」「医療格差」「連携の機能不全」「その他」に四分類され、「連携の問題」は「チーム医療」「院外との医療連携」に二分された。**結論：**国家規模では医療制度と国民の間の乖離や、医療現場での福祉業務が機能不十分である面が抽出された。また全国共通の傾向や地域差のある要因を捉えることで現在退院を阻害している背景を検討することが出来た。国は現状のモニタリングと同時に医療に関する国民の認識を向上するための啓発活動等が必要である。

Key words：大学病院、早期退院、阻害要因、福祉、アンケート

（日老医誌 2007；44：641-647）

緒 言

大学病院を始めとした特定機能病院には高度専門医療を実施する社会的役割があり、入院治療の終了後に家庭の事情等で退院できないいわゆる社会入院がもたらす医療資源の損失は非常に大きい。また、退院後も効果的な医療および介護を継続して受けられる事が本来の治療目的上重要であり土台であるため、退院支援は必要不可欠なものである。現状ではそれぞれの医療機関が独自に退院支援を画策している状態であり、全国レベルの標準的な退院支援のあり方の検討はこれまで殆どされたことがない¹⁾²⁾。このような背景から、本研究班ではまず現在の

大学病院における退院支援の状況を把握し問題点を明らかにすること及び今後の退院支援のあり方を検討するための基礎資料とするために本研究を行うこととした。

研究方法

下記要領で大学病院の退院支援の現状に関するアンケート調査を実施した。得られた回答について解析するとともに、その背景を調査する目的で平成 16 年医療施設調査（動態調査）の「都道府県別にみた介護保険施設定員数」「65 歳以上人口 10 万に対する療養型病床」の統計を参照し相互の関連について検討した。

1. 調査対象

全国の全大学病院（125 カ所、大学附属病院および教員が配置されている病院を含む）の各退院支援部門

2. 調査方法

郵送による自記式アンケート調査

3. 調査日程

平成 16 年 1 月 28 日発送

1) Y. Abe, M. Ai, K. Shimokado：東京医科歯科大学医学部附属病院老年病内科

2) M. Kaneko, M. Sawara：同 医療福祉支援センター

3) K. Nagano：東京大学医学部附属病院地域医療連携部

受付日：2006. 5. 19、採用日：2007. 5. 22

平成 16 年 3 月 25 日回答期日

4. 調査内容

対象医療機関及びそこに所属する職員の背景を尋ねる質問、退院を阻害すると考えられる要因に関する 34 項目の質問（以下、34 小項目）、そして自由記述欄を提示した。退院を阻害している要因についての 34 小項目に

ついては定量評価を得るために（表 1）のように 5 段階の指標値での回答を求めた。さらに 34 小項目を、質問内容から、家族関係（5 項目）・心理的側面（4 項目）・身体状況（3 項目）・環境（8 項目）・医療処置（14 項目）の 5 つの領域（以下、5 大項目）に分類し（表 2）、得られた回答から求めた地域ごとの指標値の平均を、地域差や全国的傾向を知るために StatView ver.5.0 を用いて検討した。その他、自由記述欄に記載された回答者からの意見（以下、自由記述意見）をグラウンデッド・セオリーの方法でカテゴリー化することで、34 小項目の質問では得られなかった意見を抽出した^{1)~4)}。

表 1 指標内容と指標値

指標内容	指標値
非常にそう思う	5
そう思う	4
どちらでもない	3
あまり思わない	2
全くそう思わない	1

研究結果

アンケートの回収率は 73.6%、有効回答率は 73.6%（全

表 2 退院を阻害している要因を尋ねる 34 の質問と分類領域

質問番号	質問内容	領域
1 2 3 4 7	高齢世帯（夫婦・独居） 未婚の子供（孫）との二人暮らし・日中独居 家族関係が悪いまたは疎遠 本人以外に協力者が居ない 家族の介護力が弱いまたは少ない	家族関係
5 6 8 15	本人・家族の退院や病状の理解が不十分 本人・家族の療養方法に関する知識不足 大学病院志向が強い 本人・家族が介護保険や地域サービスの利用を拒否している	心理的側面
17 32 33	ADL は介護保険に該当しないが生活支援が必要 痴呆がある 廃用による ADL の低下がある	身体状況
9 10 11 12 13 14 16 18	医療処置が問題で適切な受け入れ施設・病院が少ない 長期入院可能な病院や施設が少ない 受け入れ先の待機期間が長い 受け入れ先の入院費用が高い 自宅近くに施設や病院がない 透析長期入院施設が少ない 地域に適切なサービスや利用できる資源が少ない 自宅の構造に問題がある （エレベーターなしの集合住宅・段差の多い家屋構造など）	環境
19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 34	人工呼吸器をつけている 気管切開をしている 褥創処理が必要 胃ろう・鼻腔などの経腸栄養である 酸素療法が必要 頻回の吸引が必要 インシュリンの単位数が多い・注射の回数が多い 尿カテーテルまたは導尿をしている 疼痛管理が必要 IVH などの点滴管理が必要 輸血が適宜必要 MRSA などの感染症がある 複数の診療科にまたがる疾患がある 服用薬剤の種類が多い	医療処置

大学病院 125 カ所のうち有効回答 92 件) であった。回答者の職種は病院により異なり、複数職種で分担したところもあった。回答者の内訳はソーシャルワーカー 54 名、看護師 23 名、医師 4 名、事務 21 名であった。

1. 小項目別回答結果

34 の質問に対する全国平均及び地域ごとの回答指標値の平均値 (±標準誤差) を (表 3) に示した。

表 3 34 小項目に対する地域別の指標値平均 ± 標準誤差

質問番号	全国	北海道・東北	関東	中部	近畿	中国・四国	九州・沖縄
1	4.25±0.07	4.71±0.18	4.26±0.11	4.27±0.27	4.07±0.17	4.33±0.29	4.08±0.19
2	3.84±0.08	3.57±0.30	3.87±0.11	4.18±0.18	3.29±0.29	4.11±0.26	4.00±0.17
3	4.40±0.08	4.71±0.18	4.35±0.14	4.55±0.16	4.43±0.20	4.44±0.24	4.17±0.17
4	4.38±0.08	4.57±0.20	4.53±0.11	4.45±0.21	4.07±0.31	4.33±0.24	4.17±0.17
5	4.04±0.08	3.86±0.34	4.00±0.14	4.09±0.16	3.86±0.28	4.33±0.17	4.25±0.13
6	3.82±0.08	3.57±0.30	3.82±0.13	3.91±0.16	3.64±0.27	4.00±0.17	3.92±0.23
7	4.26±0.06	4.14±0.14	4.21±0.09	4.36±0.15	4.29±0.13	4.44±0.24	4.25±0.13
8	3.89±0.10	4.43±0.30	3.87±0.13	4.36±0.15	3.79±0.32	3.22±0.36	3.83±0.27
9	4.44±0.08	4.57±0.30	4.79±0.07	4.09±0.25	4.00±0.18	4.56±0.29	4.00±0.33
10	4.51±0.08	4.57±0.30	4.64±0.11	4.45±0.21	4.36±0.20	4.56±0.24	4.25±0.22
11	4.30±0.08	3.67±0.42	4.56±0.10	4.55±0.16	4.21±0.19	4.22±0.32	3.67±0.26
12	3.64±0.11	2.67±0.33	4.36±0.11	3.64±0.20	3.29±0.27	2.89±0.20	2.75±0.28
13	3.78±0.09	3.07±0.37	4.03±0.13	4.09±0.21	3.71±0.19	4.00±0.29	3.00±0.25
14	3.54±0.11	3.00±0.52	3.72±0.16	3.45±0.28	3.62±0.29	3.89±0.26	2.91±0.32
15	3.00±0.10	2.71±0.42	3.13±0.15	2.91±0.25	2.86±0.28	3.25±0.37	2.83±0.24
16	3.45±0.09	3.43±0.30	3.41±0.13	3.64±0.24	3.38±0.21	3.89±0.31	3.17±0.27
17	3.78±0.07	4.00±0.22	3.67±0.12	4.00±0.23	3.57±0.17	4.00±0.17	3.92±0.15
18	3.78±0.07	4.00±0.00	3.79±0.08	3.55±0.16	3.64±0.27	4.00±0.24	3.83±0.24
19	4.46±0.09	4.43±0.30	4.56±0.12	4.45±0.21	4.38±0.27	4.00±0.37	4.58±0.23
20	4.34±0.09	3.71±0.47	4.64±0.10	4.27±0.20	4.00±0.32	4.11±0.35	4.33±0.26
21	3.42±0.10	3.00±0.44	3.69±0.16	3.09±0.25	3.23±0.26	3.11±0.31	3.50±0.20
22	3.41±0.10	3.00±0.38	3.44±0.15	3.27±0.14	3.69±0.29	3.22±0.32	3.50±0.29
23	3.49±0.09	2.86±0.34	3.87±0.12	3.09±0.21	3.31±0.29	3.11±0.39	3.50±0.23
24	4.34±0.08	4.43±0.37	4.46±0.12	4.36±0.24	3.85±0.25	4.33±0.17	4.42±0.23
25	3.71±0.10	3.86±0.34	3.87±0.17	3.55±0.21	3.38±0.27	3.33±0.33	3.92±0.19
26	3.07±0.09	2.86±0.46	3.00±0.13	3.00±0.19	3.15±0.25	2.89±0.26	3.50±0.23
27	3.79±0.09	3.71±0.47	3.90±0.13	3.64±0.24	3.77±0.20	4.00±0.29	3.50±0.23
28	4.03±0.10	3.57±0.37	4.46±0.13	3.73±0.20	3.77±0.28	3.33±0.47	4.00±0.28
29	4.14±0.10	3.83±0.17	4.35±0.15	3.64±0.36	4.15±0.22	4.11±0.35	4.08±0.29
30	4.14±0.10	3.60±0.51	4.32±0.14	4.09±0.25	4.23±0.20	4.11±0.35	3.73±0.30
31	3.84±0.09	3.29±0.42	3.89±0.14	4.00±0.23	3.85±0.19	4.00±0.37	3.73±0.27
32	4.19±0.08	4.00±0.22	4.10±0.12	4.18±0.18	4.38±0.21	4.33±0.33	4.25±0.28
33	3.43±0.10	3.43±0.43	3.33±0.15	3.73±0.33	3.23±0.26	3.67±0.33	3.50±0.26
34	3.48±0.10	2.57±0.37	3.67±0.14	3.64±0.24	3.69±0.31	3.33±0.37	3.17±0.27

表 4 5 大項目別に対する地域別の指標値平均 ± 標準誤差

	家族関係	心理的側面	身体状況	環境	医療処置
北海道・東北	4.34±0.20	3.64±0.34	3.81±0.29	3.62±0.32	3.48±0.39
関東	4.24±0.11	3.71±0.14	3.70±0.13	4.16±0.11	4.01±0.14
中部	4.36±0.19	3.82±0.18	3.97±0.25	3.93±0.21	3.70±0.23
近畿	4.03±0.22	3.54±0.28	3.73±0.21	3.78±0.23	3.75±0.26
中国・四国	4.33±0.25	3.70±0.27	4.00±0.28	4.00±0.27	3.64±0.34
九州・沖縄	4.13±0.17	3.71±0.22	3.89±0.23	3.45±0.27	3.82±0.25
全国	4.23±0.07	3.69±0.09	3.80±0.08	3.93±0.09	3.83±0.09

表5 65歳以上人口10万に対する介護保険施設
定員 (平成16年医療動態より)

	介護保険施設定員 (病床数)	65歳以上人口 10万対 (人)
全国	755 229	3 107
北海道・東北	108 682	3 296
関東	169 855	2 477
中部	130 539	3 082
近畿	126 415	3 031
中国・四国	102 430	3 839
九州・沖縄	117 308	3 809

2. 大項目別回答結果

5つの領域ごとの全国平均及び地域ごとの回答指標値の平均値 (±標準誤差) を (表4) に示した。

3. 小項目についての検討

34小項目を個別に見た結果、関東における質問9「医療費医療処置が問題で適切な受け入れ施設・病院が少ない」が特に 4.79 ± 0.07 と高スコアであり、次いで北海道・東北における質問1「高齢世帯 (夫婦・独居)」が 4.71 ± 0.18 、質問3「家族関係が悪いまたは疎遠」が 4.71 ± 0.18 と高スコアであった。

逆に低スコアであった項目には質問34「服用薬剤が多い」(北海道・東北で 2.57 ± 0.37)、質問12「受け入れ先の入院費用が高い」(北海道・東北で 2.67 ± 0.33)、質問15「本人・家族が介護保険や地域サービスの利用を拒否している」(北海道・東北で 2.71 ± 0.24 、九州・沖縄で 2.83 ± 0.42) などが挙げられた。

全国の中でも特に高スコアであった関東での質問9に対する回答を検討するため、厚生労働省のホームページに掲載されていた「都道府県別にみた介護保険施設定員数」「65歳以上人口10万対療養病床数」を参考にしたところ (表5) のように、関東において、介護保険施設の定員は他地域に比べ多いものの65歳以上人口10万に対する療養型病床が少ないことが分かった。質問9の地域別の平均指標値と65歳以上人口10万対療養病床数を比較したところ (図1) のように負の相関が得られた⁵⁾。

4. 大項目についての検討

「家族関係」「心理側面」「身体状況」の3大項目が全国的に共通した傾向を認めた。退院阻害要因の傾向として、「家族関係」が全国的に高スコア (より大きな阻害要因) であり全国平均の指標値が 4.23 ± 0.07 であった。逆に「心理的側面」が 3.69 ± 0.09 、「身体状況」が 3.80 ± 0.08 と全国的に低スコアであった。

一方で、「環境」及び「医療処置」の2領域には退院阻

質問9の指標値の平均値

図1 地域別65歳人口10万対療養病床数 (療養病床数は平成16年医療動態より)

関東・北海道東北・中部・近畿・九州沖縄の療養病床数の数と質問9に関する指標値は反比例しているのがわかる。その一方で、中国四国においてのみ、その傾向は共有されていない。

害要因として大きな地域差があることが分かった。「環境」領域が関東で高スコア (4.16 ± 0.11) であったのに対し、九州・沖縄で特に低スコア (3.45 ± 0.27) であった。また、「医療処置」領域が関東では高スコア (4.01 ± 0.14) であったのに対し、北海道・東北では低スコア (3.48 ± 0.39) であった。

5. 自由記述意見の結果

自由記述意見をカテゴリー化したところ (表6)、退院を阻害する要因として34小項目に対する回答では得られなかった阻害要因が抽出された。発足して間もない医療連携室の活動により地域との連携が進みつつある一方、今後の課題として、地域の病院との連携がまだ十分ではなく逆紹介がスムーズに行われていない、ソーシャルワーカーの配置が十分でなく効果的な退院支援ができない、旧来からの医局と関連病院との関係が強く地域医療連携室が十分に機能できないことなどの問題が指摘されている。また、医療費に関しても、転院時の移送にかかわる費用や、療養型病床での自己負担分の増加が大学病院からの退院支援を阻害しているという意見もあった。

考 察

今回の調査における回答率73.6%は自記式アンケート調査としては高率であり、特定機能病院における高齢患者の早期退院に関しては全国的に関心が持たれている状況がうかがわれた。調査結果から大学病院の早期退院を阻害する因子として従来から指摘されていた要因が確認されたが、その他に、阻害要因として認識される要因

表6 自由記述意見からの抽出阻害要因のカテゴリー化

政策的な問題	医療費抑制の是非	<ul style="list-style-type: none"> ○在院日数の短縮化が、長期展望に基づいた支援を阻害している ○診療報酬、在院日数短縮が先行しすぎて、患者・家族が取り残されてしまう ○転院後の患者の療養費負担が増加する ○転院するにも費用がかかる ○厚生労働省は特定機能病院、急性期医療とは何かわかるように国民に説明してほしい ○各医療機関の機能や役割を明確にし、患者や家族にわかりやすく伝えてもらいたい 	チーム医療	<ul style="list-style-type: none"> ○患者や家族に対して、地域や在宅で支援できる情報を病院から発信していく必要がある ○退院援助の知識のない Dr が患者を送りたがらない ○退院支援におけるソーシャルワーカーとナースの業務分担が必要 ○退院支援をスムーズに進めるにはソーシャルワークアセスメントが必要 ○退院調整リンクナースの設置 ○患者家族を交えた話し合いがもっと必要 ○個性の対応が困難なために各診療科で対応できない ○Dr・Nsも退院支援についても気付きをもてるようなシステム作りが必要 ○院内スタッフが「退院支援」を共有できるシステムやマニュアルの作成が必要 ○全職種を統合した総合的な連携がない
	医療格差	<ul style="list-style-type: none"> ○受け入れ機関、サービス提供機関の質や技術・知識を高めるための啓蒙活動が必要 ○MRSA キャリアの患者さんの転院先が少ない、受け入れを広げていく (Dr 学会を通して) 必要がある ○病院以外の地域の医療施設、福祉施設の受け入れ能力に地域差がある ○療養型病床とのギャップが大きすぎる ○転院先の医療体制の落差に患者は不満 ○診療所での対応可能なレベルと大学病院側は考えていても、地域の診療所側は対応できないと判断する ○離島に住んでいる患者さんで地域に専門性の高い病院がないと退院を妨げる要因になることがある ○地域により医療格差が大きい ○医療依存度の高い患者の行き場がない 		<ul style="list-style-type: none"> ○かかりつけ医に対してスムーズに逆紹介ができない ○医師会との公的な連携はない ○地域医師会による病診連携システムがあるが大学病院は蚊帳の外 ○4つの地域医師会にまたがっており連携が困難 ○医師会有志からなる在宅 Dr ネットとの連携が始まったばかり ○年1回県内医師会との意見交換会を開催しているが効果的とはいえない ○医師会、地域機関 (福祉・保健所等) との連携は進みつつあるが、課題は多い ○病院対病院の連携が不十分 ○特別に決まった病院との連携はない ○入院受け入れの連携は整っていない ○大病院同士の連携は図られていない ○関連の病院には Dr の出張病院が多いため医師同士で連絡をとっている ○関連病院との連携は医師間で比較的うまくいっている様子 ○診療科毎の病院間ネットワークが存在し今のところ有効である ○医局を中心とした連携はある ○医局のつながりでの連携のみ ○県連病院への転院は主治医同士が連絡する ○周辺地域の医療機関の間でも連携の取りやすい所とそうでない所がある ○殆どが検査・MRI・CT 等の紹介目的の連携になっている ○県内各職種ごとの連携はあるが、病院全体での連携にはいたってない ○役割分担した県内全体の連携コーディネートが必要になっている ○医療連携の窓口を設置する急性期病院が増えてきているが、退院支援での連携は不十分 ○多くの病院で地域連携室を立ち上げているところ ○連携には自治体他、在宅関連のスタッフの意見を取り入れることが大切 ○院内・病診・病病・施設間の連絡調整会議の設置が必要 ○市・障害福祉課・保健所などを中心に関係者が顔を見て関わられるように機会をつくるなど努力している ○在宅支援サービスとの良好な連携は個々の努力で成り立っている
	連携の機能不全	<ul style="list-style-type: none"> ○連携拠点となる総合病院がいくつかあり、それぞれが独自のネットワークを持っている、しかし地域全体でうまく連携できているとはいえない ○開業医との連携を図ろうにも、診療報酬の裏付けがなければ、いずれかに費用の負担を強いるか、ボランティア的な行為にならざるを得ず連携しにくい ○医療連携室は発足したばかりで、まだ殆ど機能していない ○人員削減で退院支援を行うソーシャルワーカーを雇用してもらえない ○地域医師会のシステムとして定着しているが、病院独自の医療連携は模索中 ○医局のつながりで転院させている 		連携の問題
	その他	<ul style="list-style-type: none"> ○福祉・医療保険の各制度が受けられないため退院できない患者さんへの制度の整備が必要 ○介護保険を受けられないが、よりサポートを要する人の支援 (制度) 不足 ○介護保険適用外の患者さんへの政策的配慮を望む (特に身体障害者法) ○患者さんの人権を守れるシステムの構築が必要 		院外との医療連携
連携の問題	チーム医療	<ul style="list-style-type: none"> ○退院支援目的で患者のリストアップツールがあるとよい ○入院時スクリーニング基準化などの導入が必要 ○退院調整スクリーニング票の活用が望まれる ○ソーシャルハイリスク群のスクリーニングシステムの確立 ○入院後リスクアセスメントを行う日本式シートの開発が必要 ○早期オーダリングシステムの開発が必要 ○転院先の情報収集+データベース化は不可欠 ○院内連携不足 情報を共有することが大切 ○転院を目的とした各機関アクセス可能なデータベースの作成 ○生活モデルの視点での退院支援の標準化が必要 ○退院後の生活をゴールとする支援視点の教育が大切 ○退院支援に携わるスタッフレベル (力量) の標準化 (底上げ) 教育システムが重要 		

の中に地域差が認められるものがあることが判明した。

「家族関係」は全国的に共通した高齢患者の早期退院を阻害する大きな要因と考えられた。以前より指摘されている核家族化問題や高齢単独世帯の増加に伴う介護者の不在、キーパーソンの不在が今回の調査で抽出されたものと思われる。一方3世代世帯が多いとされる東北や中部地方での在院日数⁶⁾が他地域より比較的に長いことから、介護者の不在以外にも住宅事情や同居に対する地域的な意識の特性も今後検討する価値があると考えられた。これまで多くの調査で阻害要因として指摘された「心理的側面」「身体状況」は、今回の調査からは全国的に阻害要因になっていなかった。この2分野の個別質問の数が多分野に比べ少なかったため、回答者の考えをはかりきれなかった可能性が考えられる。

地域差があるという結果が出た大項目が2つあった。

「環境」要因としての退院後受け入れ先の不足について、関東で高スコアであったのに対し、九州・沖縄で特に低スコアであった。実際関東では、高齢患者の退院後収容先として考えられる療養型病床の数が少なく、九州・沖縄では療養型病床数が多いので、この調査結果は理解可能である。この結果は同時に全国で最も長い九州・沖縄の在院日数は受け入れ先の療養型病床以外の要因が関係していることを示している。これに対して、中国・四国では、療養型病床は他地域に比べむしろ多いにもかかわらず、「環境」要因を在院日数が延びる原因として挙げる大学病院が多かった。中国・四国の場合は、上記2地域のように受け入れ先の病床数との関係で単純に説明できない。中国・四国では県民所得に対する一人あたりの医療費の割合が他地域に比べ高く、療養病床数が多いにもかかわらず大学病院からの転院がスムーズにいかないこともその一因となっている可能性がある^{7)~9)}。有効な医療を効率よく提供できるようになるためにも、地域特異的な要因を今後さらに検討する必要がある。

「医療処置」による退院困難性にも地域差が認められた。関東では退院阻害要因としてこのスコアが高く、北海道では低かった。この地域差の原因についても今後の分析を待たねばならないが、関東では在院日数が北海道より短いので、気管切開や中心静脈栄養などの医療処置から離脱できていない患者を退院させようとする可能性が大きくなるのではないかと考えられる。実際、個別の自由記述意見でこのことを指摘した大学病院が複数あった。療養型病床に比し、介護保険施設においてはMRSAや気管切開などの医療行為を理由とした入院制限がより行われる傾向にある¹⁰⁾。現在、療養型病床は減少・廃止の方向にあるが、高度先進医療を行う病院の在院日数を

減らすことはますます困難となると予想される。

今回の調査では、以前から認識されている核家族化に伴うキーパーソン・介護者の不在が大学病院の退院阻害要因であることがわかった一方、「環境」や「医療処置」などに関しては地域差がみられ、さらに検討を要することが判明した。「医療処置」などに関しては、現在進められている療養型病床の減少・廃止が大学病院からの退院を阻害する可能性が考えられる。

国は医療保険制度の破綻を防ぐための医療経済の抑制政策として診療報酬の引き下げや在院日数の短縮化等を行い、病院の機能分化を推進した。社会の高齢化に伴い、大学病院で高度医療を受ける高齢者はますます増加すると考えられる。高齢者を先端医療の恩恵から切り捨てることなく、医療経済の破綻を防ごうとするならば、病院間の役割分担がスムーズに行われていくように制度を整備していくことが不可欠である。同時に、変化し続ける制度に対応した適切な退院支援を行うためには地域医療連携室の充実化が必要であり、そこには医療者の視点と、社会福祉の視点をもつソーシャルワーカーの存在が望ましい。退院支援の本来の目的は、特定機能病院における在院日数の短縮のためのものではなく、患者に対する効果的な医療の継続と安全な生活を保証することである。この意味から、退院阻害の要因を今後も詳しく検討することは、非常に重要であると考えられる。

謝辞

東京医科歯科大学医学部附属病院老年病内科金子英司先生をはじめ、お忙しい中アンケートの回答にご協力下さった皆様に深謝いたします。なお、本検討は、長寿医療研究委託事業15公-3（主任研究者 長野宏一郎先生）として行った「高齢者の退院支援の標準化に関する研究」の分担研究として行ったものです。

文 献

- 1) 大内尉義、村嶋幸代：退院支援 東大病院医療社会福祉部の実践から、杏林堂、2002。
- 2) 三毛美予子：ソーシャルワーカーの調査方法としてのグラウンデッド・アプローチ、ソーシャルワーク研究 2002; 27 (4): 18-27。
- 3) 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 質的研究への誘い、引文堂、2003。
- 4) 三毛美予子：生活再生にむけての支援 大学病院のソーシャルワーカーによる退院援助とは何か、社会福祉実践理論研究 2000; 9: 101-118。
- 5) 厚生労働大臣官房統計情報部：平成16年医療施設調査（動態調査）病院報告（都道府県編）2006。
- 6) 厚生労働省保険医療課包括医療推進係：平成18年中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織各分科会資料。

- 7) 内閣府：平成 15 年度国民経済計算.
- 8) 厚生労働大臣官房統計情報部：平成 10 年国民生活基礎調査.
- 9) 厚生労働大臣官房統計情報部：平成 16 年国民生活基礎調査.
- 10) 高橋龍太郎, 山口 昇, 河合秀治, 峰廻攻守, 大塚宣夫,

荒井由美子ほか, 日本老年医学会高齢者介護システム検討委員会：介護の質を計る物差しの提言と実用化への展望—日本老年医学会教育認定施設, 老人保健施設, 療養型医療施設の多施設共同調査—. 日老医誌 2002; 39: 28-34.

Studies on factors related to delayed discharge of elderly patients from university hospitals

Yasuko Abe¹⁾, Masumi Ai¹⁾, Michiko Kaneko²⁾, Machiko Sawara²⁾, Kouichiro Nagano³⁾ and Kentaro Shimokado¹⁾

Abstract

Purpose: To elucidate factors associated with delayed discharge of elderly patients from university hospitals in Japan.

Methods: Questionnaires were sent to all 125 Japanese university hospitals during the period from January, 18 through March, 25, 2004. Thirty-four possible reasons for the delayed discharge were analyzed.

Results: Family issues were the most common reason for delayed discharge nationwide. Medical treatment was a factor in delayed discharge in metropolitan areas where university hospitals were under pressure to reduce the mean hospital stay. The lack of chronic beds was identified as a factor associated with delayed discharge. However, the low quality of care at institutes in rural areas may possibly cause delayed discharge, despite adequate number of chronic beds.

Conclusions: Despite the Japanese government encouraging the care of elderly people at home, the present study shows that the leading cause of delayed discharge is that families cannot accept elderly patients directly from university hospitals. Even if the number of chronic beds were to increase, the quality of care provided would not be adequate to allow a smooth transition of elderly patients from university hospitals to such chronic beds in some areas.

Key words: *University hospital, Delayed discharge, Barrier factors, Welfare, Questionnaire*
(Nippon Ronen Igakkai Zasshi 2007; 44: 641-647)

-
- 1) Department of Geriatrics and Vascular Medicine, Tokyo Medical and Dental University
 - 2) Medical Treatment Welfare Support Center, Tokyo Medical and Dental University
 - 3) Department of Medical Social Service and Welfare, The University of Tokyo Hospital