

機関番号：22304  
 研究種目：基盤研究（C）  
 研究期間：2008～2010  
 課題番号：20592670  
 研究課題名（和文）二次医療圏における地域完結型ケア、回復期病院が中継する生活の場への療養行程モデル  
 研究課題名（英文）Region-based total medical care in a secondary medical service area: the care process model for return to ordinary life relayed by recovery phase hospitals  
 研究代表者  
 飯田 苗恵（IIDA MITSUE）  
 群馬県立県民健康科学大学・看護学部・講師  
 研究者番号：80272269

研究成果の概要（和文）：標準的な二次医療圏の回復期病院に焦点をあて、急性期病院からの転入患者の特性と回復期病院からの退院先を明確にすることを目的とし、診療録による遡及的調査の後、退院先を従属変数とし比較検定を行った。年齢（介護保険適用による階層化）、認知機能、ADL、医療処置の有無に有意差が見られ、居住地医療圏に有意差が見られなかったことから、介護保険適用、生活自立度および患者の医療ニーズが退院先に影響していると考えられた。

研究成果の概要（英文）：In order to identify the characteristics of patients transferred from acute phase hospitals and also their usual destinations after discharge from recovery phase hospitals, we conducted a retrospective study of the patients' medical records and performed a comparative test using the destination as a dependent variable, focusing on a standard recovery phase hospital in a secondary medical service area. There were significant differences in the age (stratified by application of Insurance of the Elderly Care), cognitive function, ADL and history of receiving medical procedures, but no significant differences in the medical service areas that the subjects lived in. Therefore, it is considered that application of Insurance of the Elderly Care, degree of self-support for living, and medical needs of patients are important factors affecting the patients' destinations after discharge.

交付決定額

（金額単位：円）

	直接経費	間接経費	合計
2008年度	800,000	240,000	1,040,000
2009年度	800,000	240,000	1,040,000
2010年度	700,000	210,000	910,000
年度			
年度			
総計	2,300,000	690,000	2,990,000

研究分野：在宅看護

科研費の分科・細目：看護学・地域・老年看護学

キーワード：二次医療圏、回復期病院、退院調整、退院支援、退院先、医療計画、療養行程

1. 研究開始当初の背景

厚生労働省医療改革推進本部は、2011年3

月までに介護療養型医療施設を廃止、医療療養病床も削減する方針を出しており、在院日

数の短縮化と合わせて、わが国の医療費抑制政策は推進され、在宅医療へと傾斜している。国は政策目的に沿って診療報酬を改定するため、医療機関は政策に沿った対応を行わなければ経営が困難となる。したがって、診療報酬の改定に伴って、地域の医療・福祉施設の機能分担は、変更を余儀なくされる。このような状況のもと、良質な患者中心のケアを提供するためには、単独の医療機関内のケア提供だけで考えるのでは不十分であり、各地域の保健・医療・福祉の機能分担を踏まえた地域全体でのケア、すなわち、地域ごとに社会資源の有効活用に基づいた良質なケアの提供方法を検討する必要がある。

日常生活圏である二次医療圏は、基本的な医療が完結できる区域として定められている。二次医療圏の急性期医療を提供する中核病院の退院調整について調査では、退院調整患者で施設へ退院した者の約7割が回復期・慢性期の入院を担う医療機関に退院していた。また、統計的検討の結果、退院調整に要する日数は、患者の医療処置管理の有無、地域施設の機能別病床数の量的な充足状況、退院先施設の病床利用率や在院日数の影響が示唆された。急性期病院の円滑な退院調整のためには、回復期病院の受け入れが重要だと考える。回復期病院の受け入れを良好に保つためには、退院後どのような生活の場へ移行しているのかを明確にする必要がある。

## 2. 研究の目的

地域ごとに社会資源の有効活用に基づいた良質なケアの提供方法を検討するために、標準的な二次医療圏の回復期病院に焦点をあて、急性期病院からの転入患者の特性と回復期病院からの退院先を明確にし、回復期病院が中継する生活の場までの療養行程を検討することである。

## 3. 研究の方法

対象の医療圏域は、構成市町村が1市2町1村で、調査時の人口は約8万人、面積は約500km<sup>2</sup>、高齢化率は27.5%である。A病院は、回復期リハビリ病棟を含む150床有する病院である。

調査時のA病院の病棟の状況・ケアの特徴は以下のものであった。病棟は、約50床ずつの3病棟に別れ、主に急性期、慢性期の各病棟と脳卒中、大腿骨骨折の患者が多い回復期リハビリ病棟に分かれている。地域連携室には医療ソーシャルワーカーが1名、リハビリスタッフは理学療法士13名、作業療法士8名で、病棟への専従リハビリスタッフの配置、退院前の家屋訪問・調査を行っている。また、認知症を有する患者については、院内デイケアを実施している。

表1 A病院医療圏内の医療福祉施設数

項目	施設数	病床数
一般病床と感染症病床を有する病院	1	359
一般病床と療養病床、介護療養病床を有する病院	1	172
精神病床と療養病床、介護療養病床を有する病院	1	660
療養病床と介護療養病床を有する病院	1	90
介護老人保健施設	3	280
介護老人福祉施設	6	350
養護老人ホーム	1	60
経費老人ホーム	1	60
認知症対応型共同生活介護	16	162
身体障害者療護施設	1	70

調査時の対象二次医療圏内の医療福祉施設数を表1に示した。A病院を除いて、4所の病院に合計1281床を有し、3カ所の介護老人保健施設に280床、6カ所の介護老人福祉施設に350床等を有している。

対象は、回復期リハ病棟を有するA病院に、急性期病院から転入してきた患者の診療録である。調査項目は、患者特性、入・退院時心身の状態と退院先入院中の状況、入院期間、退院先施設の機能、居住地医療圏、退院先施設医療圏とした。分析は、項目ごとに基本統計により整理した。さらに、退院後の移行先を従属変数、患者特性等を独立変数とし、各変数の分布を確認後、必要に応じて階層化し、比較検定を行った。独立変数は、年齢、性別、主疾患、世帯構成数、認知機能（認知症高齢者の日常生活自立度判定基準）、ADL（障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準）、医療処置、居住地医療圏、紹介元入院期間、入院病棟、入院期間とした。分析には、SPSS 18.0 Jを用いた。

倫理的配慮は、A病院内の倫理審査会にて承認を得、院内に研究実施の情報を公開、問い合わせ窓口を設置した。

## 4. 研究成果

2007年、急性期病院からの転入者は、292名、うち死亡22名、データ不明者5名を除く265名について集計した。

表2 転入患者の概要

項目	人 (%)
性別 男性	114(43.0)
女性	151(57.0)
年齢 平均±標準偏差(歳)	76.5±11.1
分布範囲(歳)	22~96
疾患 循環器系の疾患	
脳血管疾患	125(47.2)
心疾患	6(2.3)
損傷,中毒及びその他の外因	91(34.3)
筋骨格系及び結合組織の疾患	29(10.9)
同居人単独世帯	44(16.6)
2人	76(28.7)
3人以上	138(52.1)

## (1) 転入患者の特性(表2)

性別は女性 57.0%、男性 43.0%、平均年齢は入院時 76.5 (SD11.1) 歳、主疾患は脳血管疾患 47.1%、世帯構成数は単独世帯 16.6%、2人 28.7%、退院時医療処置を有する者は 13.2%、居住地が対象医療圏内者は 84.5%であった。平均在院日数は紹介元では 30.1(SD26.6)日、対象病院では 81.4 (SD54.1)日であった。

## (2) 入院の状況(表3・表4・表5)

ADLは、入院時 B2 48.7%、C2 23.8%の順、退院前の最終チェックでは B1 33.2%、B2 29.1%であった。認知機能は、入院時と退院時での変化はほとんどなかった。介護保険は申請なしが入院時 64.2%、退院時 22.6%であった。

入院中、リハビリチームによる家屋調査を実施した者は 17.0%、院内のデイケアに参加した者は 23.4%、退院経過用紙への平均記載回数は 5.6 (SD5.8) 回であった。

表3 入院中のADLの変化

	入院時		退院前最終	
	(人)	(%)	(人)	(%)
J1	0	0	1	0.4
J2	0	0	0	0
A1	1	0.4	7	2.6
A2	16	6	43	16.2
B1	41	15.5	88	33.2
B2	129	48.7	77	29.1
C1	15	5.7	13	4.9
C2	63	23.8	36	13.6
計	265	100	265	100

表4 入院中の認知機能の変化

	入院時		退院前最終	
	(人)	(%)	(人)	(%)
なし	111	41.9	107	40.4
I	24	9.1	23	8.7
II a	24	9.1	24	9.1
II b	56	21.1	56	21.1
III a	22	8.3	26	9.8
III b	15	5.7	15	5.7
IV	10	3.8	11	4.2
M	0	0	0	0
不明	3	1.1	3	1.1
計	265	100	265	100

表5 介護保険の申請状況

	入院時		退院前	
	(人)	(%)	(人)	(%)
なし	170	64.2	60	22.6
申請中	16	6	27	10.2
調査済み			41	15.5
要支援1	12	4.5	8	3
要支援2	5	1.9	9	3.4
要介護1	12	4.5	23	8.7
要介護2	20	7.5	28	10.6
要介護3	17	6.4	42	15.8
要介護4	9	3.4	16	6
要介護5	4	1.5	11	4.2
計	265	100	265	100

## (3) 退院後の移行先(表6)

自宅 60.0%、病院 15.5%、有床診療所 0.4%、介護老人保健施設 18.9%、介護老人福祉施設 3.0%、グループホーム 1.1%、その他 1.1%であった。退院後、自宅以外の施設へ移行した者のうち、施設医療圏が、居住地の医療圏内であった者は 77.4%であった。

表 6 退院後の移行先

退院先	人	%
自宅	159	60.0
施設	106	40.0
病院	41	15.5
有床診療所	1	0.4
介護老人保健施設	50	18.9
介護老人福祉施設	8	3.0
グループホーム	3	1.1
その他	3	1.1

#### (4) 退院後の移行先による比較

カテゴリー変数については $\chi^2$ 検定、パラメトリックな連続変数についてはt検定、ノンパラメトリックな連続変数および順序変数については Mann-Whitney の U 検定、Kruskal-Wallis の検定を用い、 $p < 0.05$  を有意差ありとした。

退院後の移行先が自宅、自宅以外での比較で有意差がみられた特性は、紹介元入院期間 ( $p=0.021$ )、入院病棟：回復期病棟への入院か否か ( $p=0.013$ )、入院時の認知機能 ( $p=0.000$ ) 入院時 ADL ( $p=0.000$ )、入院期間 ( $p=0.004$ )、退院時医療処置の有無 ( $p=0.000$ )、退院時の認知機能 ( $p=0.000$ )、退院時 ADL ( $p=0.000$ )、世帯構成数：独居か否か ( $p=0.031$ )、世帯構成数：3人以上か2人以下か ( $p=0.021$ ) であった。

退院後の移行先が自宅、病院、老人保健施設、施設での比較で有意差がみられた特性は、年齢：介護保険適応による階層化 ( $p=0.046$ )、入院時の認知機能 ( $p=0.000$ )、入院時 ADL ( $p=0.000$ )、入院期間 ( $p=0.027$ )、退院時医療処置の有無 ( $p=0.000$ )、退院時の認知機能 ( $p=0.000$ )、退院時 ADL ( $p=0.000$ ) であった。

#### (5) まとめ

急性期病院からの転入患者の特性は、年齢、主疾患、世帯構成数など典型的な高齢者像であった。入院の状況では、院内デイケア、家屋調査、退院経過記録の記載が確認され、ADLの改善、認知症の進行が少なく、約4割が新たに介護保険の申請を行っていた。退院後の移行先は、6割が自宅、4割が施設、移行先施設の二次医療圏が居住地の二次医療圏内であった率は約8割であった。急性期病院からの転入患者は、加療とともにADL改善へのケア、認知症進行防止へのケア、

介護保険活用への支援、退院経過の情報共有が生活の場への復帰を支えていると考えられた。

急性期病院からの転入患者の自宅退院者の特性は、患者の年齢や疾患の有意差はなく、認知機能、ADL、医療処置の有無、世帯構成数などに有意差がみられたことから、本人の生活自立度及び家族介護力に関連があると考えられた。紹介元入院期間、入院病棟、入院期間に有意差がみられたことから、疾患からの回復が速やかで、治療・管理が複雑でないことが考えられた。自宅を含めた各移行施設による特性は、年齢(介護保険適応による階層化)、認知機能、ADL、医療処置の有無に有意差がみられたこと、居住地医療圏による差がみられなかったことから、患者の医療ニーズおよび生活自立度と施設機能との関連が移行先に影響していると考えられた。

#### 5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕(計0件)

〔学会発表〕(計1件)

飯田苗恵, 齋田綾子, 大澤幸枝, 佐々木馨子, 牛久保美津子: 回復期病院を中継した急性期病院の転入患者の生活の場までの療養行程, 第14回日本在宅ケア学会学術集会, 2010年1月, 東京都

#### 6. 研究組織

##### (1) 研究代表者

飯田 苗恵 (IIDA MITSUE)  
群馬県立県民健康科学大学・看護学部・講師  
研究者番号: 80272269

##### (2) 研究分担者

長谷川 喜代美 (HASEGAWA KIYOMI)  
静岡県立大学・看護学部・准教授  
研究者番号: 90313949

鈴木 美雪 (SUZUKI MIYUKI)

群馬県立県民健康科学大学・看護学部・講師  
研究者番号: 90554402

##### (3) 連携研究者

牛久保 美津子 (USHIKUBO MITSUKO)  
群馬大学・医学部・教授  
研究者番号: 90213412