

地域基幹病院における複数回入院患者支援の在り方

原田 友見子

キーワード：複数回入院、看護必要度、患者支援、医療と介護の連携

1. はじめに

A病院は一般急性期・地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟・訪問看護ステーションを有し、総合的な急性期医療を提供するだけでなく、回復期にも重点をおいた地域の基幹病院としての役割を担っている。この病院では、昨今、高齢患者が増加しているが、彼らは、急性期治療後に退院し、再入院を繰り返すことが少なくない。

高齢患者は、入院、退院、再入院といった過程で、ADLや認知機能低下等、療養上の問題が悪化することが少なくない。このような入退院を繰り返した後、緊急入院となり、その後、死亡した患者を何度か看取った経験から、複数回入院を繰り返す過程で、患者の療養に必要な支援を適切なタイミングで提供できていない等、ケア過程における患者支援に課題があったのではないかと考えた。

A病院で入院患者の経過を踏まえたケアマネジメント体制を構築するにあたって、必要な患者像を把握する意義は大きいと考え、本研究では、複数回入院患者の実態を看護必要度データから、明らかにした。

また、この患者の状態像を基盤とした支援体制の構築にあたり、医療と介護の連携を実現できる「退院支援フローチャート」を作成した。

2. 研究の対象と方法

2-1. 対象

A病院に2019年4月1日から2022年3月31日の間に入院した患者のうち、2022年3月31日までに退院していない者と小児（15歳未満）・COVID19入院を除いた延べ患者13,744名のDPCデータを対象とした。

2-2. 研究方法

A病院の電子カルテより、対象期間に入院していた患者の年齢、性別、DPCデータ（主傷病名、入院時の血清アルブミン値、介護保険認定の状況）、「重症度、医療・看護必要度」のA項目及びB項目合計得点を分析した。年齢は、高齢者の介護の課題を扱うことから、15歳から64歳以下と65歳から74歳、75歳から85歳、85歳以上の4つの年齢階層別とした。

2-3. 倫理的配慮

本研究の実施にあたっては、兵庫県立大学大学院社会科学研究所に設置されている倫理審査委員会の認証を得て実施した（審査番号2022-0007号）。さらに、A病院倫理委員会の承認を得た。

3. 結果

3-1. A病院を取り巻く外部環境

3-1-1. B医療圏の人口推移

A病院は兵庫県が定める医療計画においてB医療圏に属している。国立社会保障・人口問題研究所の公開データをもとに作成した人口推計では、B医療圏の2020年の高齢化率は27.6%で、その後、人口減少に伴い高齢化率は上昇を続け2045年には34.1%となる見込みである（図1）。



図1： B医療圏の人口推移と高齢化率

国立社会保障・人口問題研究所(2020年度)推計より筆者作成

3-1-2. C市、D市（E区・F区）の人口推移

A病院はC市東部に位置することもあり、D市のE区・F区に隣接していることから、医療圏の異なるD市のE区・F区の住民にも医療を提供している。国立社会保障・人口問題研究所の公開データをもとに作成した人口推計では、C市およびD市のE区・F区の2020年高齢化率は28.4%で、その後、人口減少に伴い高齢化率は上昇を続け2045年には全国平均よりも高い37.4%となる見込みである。

B医療圏よりもC市・D市のE区・F区の高齢化率が高くなっている。医療圏の異なるD市E区・F区からの受療者数が約2割で、地域医療構想で想定されている範囲には差異があった。A病院では、高齢患者の増加に伴い、医療・介護連携体制が求められている（図2）。



図2： C市・D市（E区・F区）の人口推移と高齢化率

国立社会保障・人口問題研究所(2020年度)推計より筆者作成

3-1-3. A 病院の診療圏における医療介護需要予測

2045 年までの A 病院の診療圏である B 医療圏・C 市・D 市 E 区・D 市 F 区における医療介護需要予測では、医療需要は B 医療圏・C 市・D 市 E 区・D 市 F 区ともに 2030 年までは上昇するが、その後は緩やかに減少に転ずると推定されている。

一方、介護需要は 2045 年まで上昇すると推定され、D 市 E 区は介護需要が B 医療圏・C 市・D 市 F 区より高く、2040 年には 2020 年の約 1.6 倍になるとされる。

(図 3)

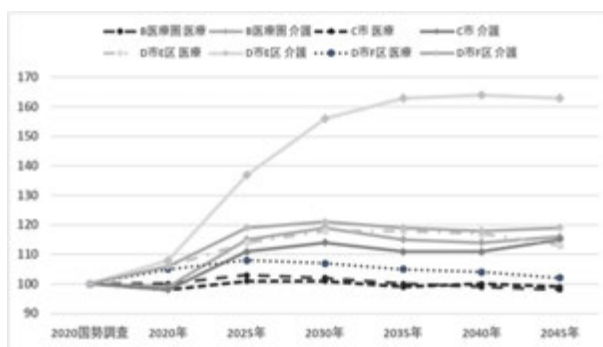


図 3 : B 医療圏・C 市・D 市 E 区・D 市 F 区における医療介護需要予測

出典 : JMAP 地域医療情報システムをもとに筆者作成

3-2. 複数回入院患者の疾患、入院の状況及び「重症度、医療・看護必要度」¹⁾

3-2-1. 主傷病別患者の構成

DPC データの 18 の主要診断群 (MDC) コードを用いて患者の疾病の分析を行なった。全ての年齢層で消化器系、腎・尿路系が多かった。

高齢者において占める割合が多い消化器系は、加齢とともに減少するが、循環器系、呼吸器系、85 歳から外傷の割合が増加していた。また、血液・造血器が 65 歳から 84 歳で増加していた。

¹⁾ 重症度、医療・看護必要度とは、「入院患者へ提供されるべき看護の必要量」を測定するツールである。

表 1 : 複数回入院時主傷病名別基本構成

複数回入院	全体		15歳～64歳		65歳～74歳		75歳～84歳		85歳以上	
	N = 6,498		N = 1,372		N = 1,719		N = 2,323		N = 1,084	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
性別										
男性	3707	57.0	840	61.2	1044	60.7	1287	55.4	536	49.4
女性	2791	43.0	532	38.8	675	39.3	1036	44.6	548	50.6
入院時主傷病名 (MDC)										
脳神経系 (MDC01)	195	3.0	41	3.0	48	2.8	62	2.7	44	4.1
眼科系疾患 (MDC02)	87	1.3	25	1.8	18	1.0	37	1.6	7	0.6
耳鼻科系疾患 (MDC03)	148	2.3	55	4.0	38	2.2	45	1.9	10	0.9
呼吸器系疾患 (MDC04)	338	5.2	34	2.5	56	3.3	108	4.6	140	12.9
循環器系疾患 (MDC05)	652	10.0	78	5.7	137	8.0	257	11.1	180	16.6
消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患 (MDC06)	2079	32.0	448	32.7	669	38.9	710	30.6	252	23.2
筋骨格系疾患 (MDC07)	228	3.5	50	3.6	44	2.6	95	4.1	39	3.6
皮膚・皮下組織の疾患 (MDC08)	56	0.9	8	0.6	15	0.9	22	0.9	11	1.0
乳房の疾患 (MDC09)	142	2.2	69	5.0	24	1.4	41	1.8	8	0.7
内分泌・栄養・代謝に関する疾患 (MDC10)	138	2.1	20	1.5	33	1.9	58	2.5	27	2.5
腎・尿路系疾患及び男性生殖系疾患 (MDC11)	1236	19.0	283	20.6	314	18.3	458	19.7	181	16.7
女性生殖系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩 (MDC12)	101	1.6	33	2.4	37	2.2	31	1.3	0	0.0
血液・造血器・免疫臓器の疾患 (MDC13)	425	6.5	34	2.5	153	8.9	199	8.6	39	3.6
新生児疾患、先天性奇形 (MDC14)	5	0.1	2	0.1	3	0.2	0	0.0	0	0.0
外傷・熱傷・中毒 (MDC16)	381	5.9	81	5.9	52	3.0	129	5.6	119	11.0
精神疾患 (MDC17)	15	0.2	13	0.9	0	0.0	2	0.1	0	0.0
その他 (MDC18)	111	1.7	19	1.4	33	1.9	37	1.6	22	2.0
その他	161	2.5	79	5.8	45	2.6	32	1.4	5	0.5

3-2-2. 基本属性

複数回入院患者は 6,498 名 (47.3%) であった。男性 3,707 名 (57.0%) 女性 2,791 名 (43.0%) で男性が多かった。平均年齢 72.4 歳 (標準偏差 14.23) で最年少は 15 歳で最高齢は 102 歳であった。

15 歳から 64 歳は 1,372 名 (21.1%)、65 歳から 74 歳は 1,719 名 (26.5%)、75 歳から 84 歳は 2,323 名 (35.7%)、85 歳以上は 1,084 名 (16.7%) であった。複数回入院患者の約 8 割が高齢者であった。

3-2-3. 入院回数の動向

入院回数は、1 回入院が 52.7% で最も多く、次いで 2 回入院が 21.2%、3 回入院が 10.5% であった。1 回入院では、女性 (52.5%) が男性 (47.5%) より多いが、2 回目以降、すなわち、複数回入院全体では女性 (43.0%) より男性 (57.0%) の方が多かった。

入院回数は、1 回から最大 36 回であった。3 年間延べ入院患者の入院回数の平均が 1.90 回であるのに対し、複数回入院患者の入院回数は平均 2.81 回であった。

3-2-4. 癌患者の動向

日本における主な死因の第1位が癌であることから、癌罹患率を分析したところ、65歳から74歳が34.6%で最も多く、75歳から84歳においても29.1%が癌患者であった。

入院割合が高い消化器系では、65歳から74歳で50.1%が癌患者であり、その後は加齢とともに減少しているが、高齢患者の3割以上が癌患者であった。次いで入院患者が多い、腎・尿路系では、65歳から74歳の48.4%が癌患者であり、さらに、75歳から84歳の55.5%、85歳以上でも35.4%が癌患者であった。

3-2-5. 死亡患者の動向

死亡患者の9割以上が高齢者であり、内訳は65歳から74歳が27.4%、75歳から84歳が31.4%。85歳以上が32.0%であった。高齢者の死亡入院契機傷病名は、65歳から74歳では癌が5割以上と最も多く、次いで呼吸器系、消化器系、敗血症、循環器系であった。75歳から84歳においても癌が最も多かったが、次いで呼吸器系、消化器系、循環器系、敗血症であった。85歳以上になると、呼吸器系が最も多くなり、次いで、癌、神経系、循環器系、敗血症となっていた。

3-2-6. 介護保険認定状況について

介護保険制度における要介護認定（以下、介護認定）のデータ収集が可能であったことから、2020年4月1日から2022年3月31日までの2年間の延べ患者8,834名の入院回数と介護認定状況（要支援・要介護）を分析した。

65歳から74歳の介護認定率は入院回数に比例して高まり、要支援2と要介護3、要介護5の認定割合が増えていた。

前期高齢者であっても要介護認定を受けている患者は、入院回数が増えるほど、要介護度が高くなる傾向があった（図4）。

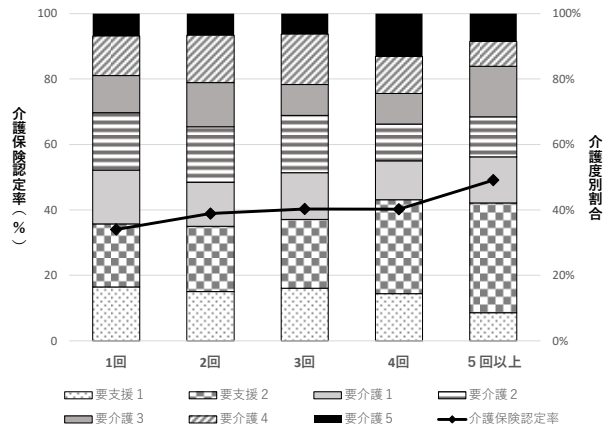


図4： 65歳から74歳の入院回数別要介護と認定率

75歳から84歳の介護認定率は、入院回数が増えるほど、高まる傾向にあり、要支援2と要介護1、要介護5にその傾向が示されていた。(図5)

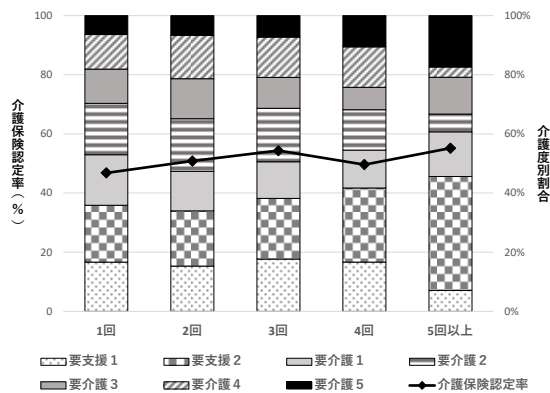


図5： 75歳から84歳の入院回数別要介護度と認定率

85歳以上の介護認定率は3回入院回までが入院回数に比例して高まるが、4回以降は減少に転じた。複数回入院患者の約7割が認定を受けていた。また、要支援1と要支援2、要介護5が高まる傾向にあり、認定を受けている患者は、入院回数が増えるほど、要介護度も高くなっていった(図6)。

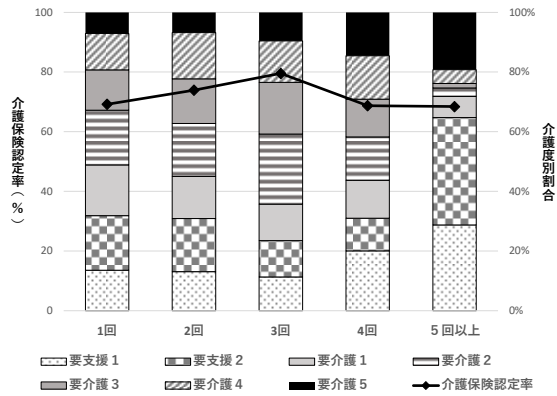


図6： 85歳以上の入院回数別要介護度と認定率

3-2-7. 複数回入院高齢者の入院回数別退院転帰

自宅退院の割合は、年齢が上がり、入院回数が増えると減少していた。85歳以上では、施設入所と死亡割合が増える傾向が顕著であった。（図7）

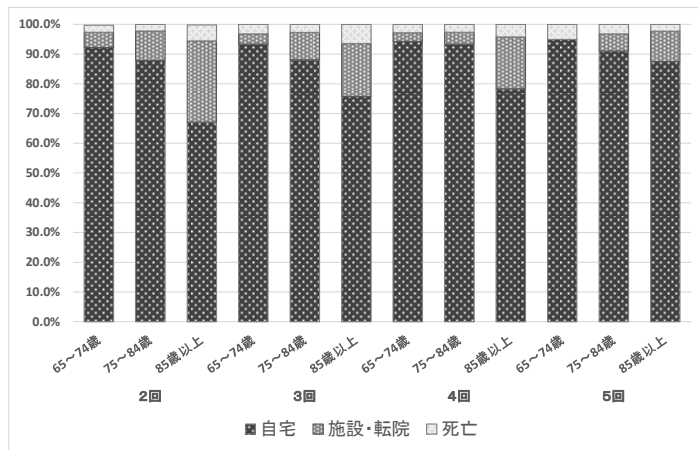


図7： 高齢者の入院回数別の退院転帰

3-2-8. 患者の「重症度、医療・看護必要度（看護必要度）」²⁾の推移等

看護必要度の評価入力、診療実績をレセプト電算処理システム用コードから入力している。ただし、2020年の診療報酬改定において、看護職の負担軽減を理由に看護必要度B項目の患者の状態に関する「根拠となる記録」が不要となったことで、A病院においても看護必要度B項目の「根拠となる記録」は必須ではなくなった。

このため病態や状態変化時には、患者の反応や日常生活動作の状況等について看護記録を記載しているが、経時的な変化が読み取りにくい状況にある。

3-2-9. 複数回入院の看護必要度A得点について

看護必要度のA得点は、「医療行為の実施の有無」について評価することから、退院時に1点以上となることは、在宅療養においても医療的管理が必要な状態であることを意味するが、複数回入院患者において、退院時看護必要度A得点を入院回数および年齢区分の要因を用いた分散分析の結果、入院回数のみ有意差がみられた。

また、入院回数の増加とともに退院時の看護必要度A得点の平均値も高くなる傾向があった。（表2）

²⁾ 「重症度、医療・看護必要度」（以下、看護必要度と略す）のA項目は「医療行為の実施の有無」について、看護必要度B項目は、患者のADLや意識障害・認知機能低下等の療養上の世話に関する看護の必要量を評価するとされる。このことから、看護必要度は患者の状態に応じた臨床像を病棟管理など看護マネジメントに利用できることを期待して開発された。

とくに看護必要度におけるB得点は、患者のADLや意識障害・認知機能低下等の療養上の問題を評価するが、これは介護保険制度における要介護認定の評価項目と類似しており、医療現場だけでなく、介護現場で馴染みのある評価内容となっている。

表 2 : 退院時看護必要度 A 得点と入院回数、年齢区分、分散分析

入院階数	データの個数	合計	平均	分散
1回目	3	1.636667	0.545556	0.035342
2回目	3	2.111111	0.703704	0.072647
3回目	3	2.438333	0.812778	0.05086
4回目	3	2.534286	0.844762	0.251135
5回目	3	3.322667	1.107556	0.059323
6回目	3	3.8645	1.288167	0.065095
年齢				
65歳から74歳	6	5.149123	0.858187	0.036271
75歳から84歳	6	6.483274	1.080546	0.086691
85歳以上	6	4.275167	0.712528	0.228555

変動要因	変動	自由度	分散	観測された分散比	P-値	F 境界値
行	1.100973	5	0.220195	3.3535	0.048892	3.325835
列	0.412194	2	0.206097	3.138798	0.087508	4.102821
誤差	0.656611	10	0.065661			
合計	2.169779	17				

退院時看護必要度 A 得点と退院時看護必要度 B 得点との関係について、データ解析として妥当な 75 歳から 84 歳について相関関係を分析したところ、最終回の入院で退院時の看護必要度 A 得点が高ければ、退院時看護必要度 B 得点も高い傾向があった。(表 3)

表 3 : 退院時看護必要度 A 得点と退院時看護必要度 B 得点の相関関係

	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	7回目	8回目	9回目	10回目
ALL	0.25									
2回入院	0	0.19								
3回入院	0.04	-0.02	0.23							
4回入院	0.05	-0.02	-0.13	0.42						
5回入院	-0.08	0	0.12	0.13	0.12					
6回入院	-0.23	-0.15	-0.3	-0.56	0.06	0.85				
7回入院	-0.64	-0.12	-0.14	-0.22	-0.55	0.07	0.57			
8回入院	-0.38	-0.97	0.56	0.41	0.29	-0.36	-0.39	0.29		
9回入院	0.85	0.64	0.46	-0.26	-0.51	-0.82	-0.47	-0.73	-0.65	
10回入院	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

3-2-10. 複数回入院患者の看護必要度 B 得点

複数回入院患者の主傷病名別に入院時看護必要度 B 得点と退院時看護必要度 B 得点の平均の差を t 検定で分析した。この結果、74 歳以下では、退院時 B 得点が入院時 B 得点より有意に低下していた。すなわち、ADL や認知機能低下等による療養上の問題は入院時と比較すると改善傾向にあった。

一方、75 歳以上では、退院時 B 得点の有意な低下を認めず、療養上の問題が残されたまま退院している状況を示していた。

また、85歳以上では、他の年齢区分と比較して、入院時と退院時得点がともに高い傾向にあった。（表4）

表4： 複数回入院患者の主傷病名別の入院時と退院時の看護必要度B得点

	15歳～64歳		65歳～74歳		75歳～84歳		85歳以上	
	入院時得点	退院時得点	入院時得点	退院時得点	入院時得点	退院時得点	入院時得点	退院時得点
脳神経系 (MDC01)	4.09	3.02	4.07	4.08	5.19	5.4	5.72	6.93
眼科系疾患 (MDC02)	0.92	0.56	1.05	0.16	1.83	1.86	0.51	0.14
耳鼻科系疾患 (MDC03)	0.43	0.21	0.91	1.18	1.40	1.55	4.50	5.00
呼吸器系疾患 (MDC04)	3.69	3.35	3.80	3.50	4.48	4.43	5.93	6.67
循環器系疾患 (MDC05)	1.56	1.34	2.24	3.01	2.64	2.36	4.32	4.15
消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患 (MDC06)	1.72	1.04	1.72	1.23	1.97	1.86	3.49	3.46
筋骨格系疾患 (MDC07)	0.84	0.68	1.79	0.77	1.89	2.20	4.23	4.60
皮膚・皮下組織の疾患 (MDC08)	1.25	0.75	2.83	1.73	3.59	2.45	6.18	5.81
乳房の疾患 (MDC09)	0.40	0.47	0.00	0.29	1.46	1.97	3.25	2.75
内分泌・栄養・代謝に関する疾患 (MDC10)	1.90	1.60	2.76	2.48	3.53	3.63	4.81	5.07
腎・尿路系疾患及び男性生殖系疾患 (MDC11)	0.53	0.78	0.82	1.06	1.46	1.90	3.46	3.88
女性生殖系疾患及び産婦科疾患・異常妊娠分娩 (MDC12)	0.51	0.39	0.78	0.94	1.61	1.51		
血液・造血器・免疫臓器の疾患 (MDC13)	1.05	0.61	2.03	1.94	1.54	1.79	2.94	3.61
新生児疾患、先天性奇形 (MDC14)	0.00	0.00	4.33	2.33				
外傷・熱傷・中毒 (MDC16)	1.71	2.22	4.09	2.66	5.28	3.96	6.89	6.48
精神疾患 (MDC17)	4.00	4.00			1.50	1.50		
その他 (MDC18)	2.23	1.76	2.40	2.12	4.64	4.61	5.59	6.09
その他	1.28	1.08	1.60	1.37	1.75	1.90	5.80	6.20
中央値	1.26	0.91	2.03	1.73	1.89	1.97	4.50	5.00
平均値	1.56	1.32	2.18	1.81	2.69	2.64	4.50	4.72
標準偏差	1.23	1.13	1.30	1.10	1.43	1.24	1.62	1.81
有意差 (入院時得点と退院時得点)	P<0.01		P<0.05		N.S		N.S	

複数回入院患者において、入院時の看護必要度B得点と退院時の看護必要度B得点の差を入院回数および年齢区分の要因を用いて分散分析をおこなった結果、入院回数と看護必要度B得点には、依存関係があったが、年齢区分による差は認められなかった（表5）。

表5： 入院時と退院時の看護必要度B得点差と入院回数・年齢区分、分散分析

入院回数	データの個数	合計	平均	分散
1回目	3	0.95	0.316667	0.126657
2回目	3	0.301111	0.10037	0.100033
3回目	3	0.11375	0.037917	0.025816
4回目	3	-0.07143	-0.02381	0.01096
5回目	3	-0.88833	-0.29611	0.158893
6回目	3	1.752	0.584	0.161728
7回目	3	-1.2075	-0.4025	0.076956
8回目	3	-1.50667	-0.50222	0.518959
年齢				
65歳から74歳	8	1.089905	0.136238	0.201631
75歳から84歳	8	-0.17965	-0.02246	0.15523
85歳以上	8	-1.46732	-0.18341	0.329473

分散分析表						
変動要因	変動	自由度	分散	観測された分散比	P-値	F 境界値
行	2.853053	7	0.407579	2.924282	0.04153	2.764199
列	0.408718	2	0.204359	1.466229	0.264153	3.738892
誤差	1.951284	14	0.139377			
合計	11.47203	26				

3-2-11. 栄養状態について

低栄養は、たんぱく質及びエネルギー欠乏状態を指し、低栄養リスクの評価は栄養指標である血清アルブミン値、BMI や体重減少及び食事摂取量等によって評価・判定されることが多い。

そこで、複数回入院患者の入院時血清アルブミン値を入院回数及び年齢区分別で分散分析した結果、入院回数と血清アルブミン値は依存関係にあるが、年齢区分による差がないことがわかった。（表 6）

表 6： 入院時血清アルブミン値と入院回数・年齢区分、分散分析

入院回数	データの個数	合計	平均	分散
1 回	3	10.86	3.62	0.0289
2 回	3	10.69	3.56333333	0.02543333
3 回	3	10.55	3.51666667	0.00093333
4 回	3	10.39	3.46333333	0.00413333
5 回	3	10.33	3.44333333	0.00143333
6 回	3	10.48	3.49333333	0.07613333
7 回	3	10.48	3.49333333	0.01763333
8 回	3	10.47	3.49	0.1089
9 回	3	9.27	3.09	0.0063
10 回	3	11.12	3.70666667	0.04643333
11 回以上	3	12.11	4.03666667	0.03903333
年齢				
65歳から74歳	11	39.61	3.60090909	0.06218909
75歳から84歳	11	38.85	3.53181818	0.06127636
85歳以上	11	38.29	3.48090909	0.09154909

分散分析表						
変動要因	変動	自由度	分散	観測された分散比	P-値	F 境界値
行	1.51941818	10	0.15194182	4.81798789	0.00137506	2.34787757
列	0.07980606	2	0.03990303	1.2653022	0.30378864	3.49282848
誤差	0.63072727	20	0.03153636			
合計	2.22995152	32				

また、入院時血清アルブミン値と退院時の看護必要度 B 得点について、データ解析として妥当な 75 歳から 84 歳について相関関係を分析したところ、入院時の血清アルブミン値が低いと退院時の看護必要度 B 得点が高い傾向が認められ、特に 7 回以降は強い負の相関関係があった。（表 7）

表 7： 入院時のアルブミン値と退院時看護必要度 B 得点の相関関係

	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	7回目	8回目	9回目	10回目
ALL	-0.35									
2回入院	-0.28	-0.38								
3回入院	-0.24	-0.23	-0.33							
4回入院	-0.39	-0.22	-0.23	-0.45						
5回入院	-0.24	0.1	-0.74	-0.43	-0.48					
6回入院	0.59	0.22	0.53	-0.6	0.35	-0.07				
7回入院	-1	0.21	-0.66	-0.99	-0.28	1	-0.91			
8回入院	-0.17	0.91	-0.25	NA	0.93	1	-0.33	-0.99		
9回入院	-0.19	-0.98	0.42	NA	NA	-0.99	-1	-0.59	-0.97	
10回入院	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

3-2-12. 退院フローチャートの作成

3-2-11 までの分析の結果、高齢者の疾病構造が変化し慢性疾患を複数抱えながら長期間、病気と共存しながら生活をしていることがわかった。このことから、A 病院を退院する患者のために行うべき支援を示した、「退院支援フローチャート」(図 8) を作成した。

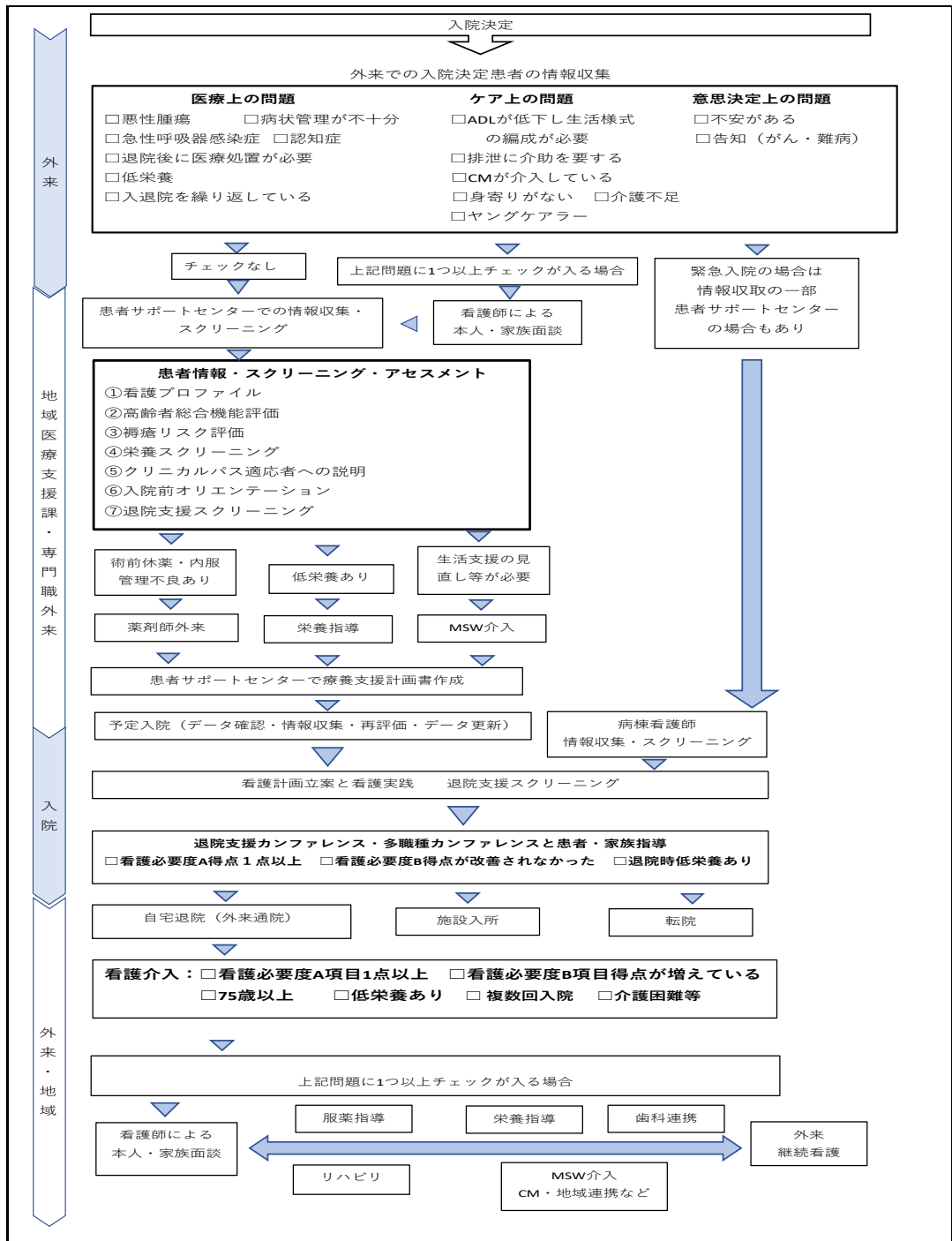


図8： 出典：田淵典子『患者の生活を切らない支援に向けて「退院支援フローチャート」』をもとに筆者作成

4. 考察

4-1. 複数回入院患者の疾病構造からみた歯科及び栄養に関わる支援の必要性

複数回入院患者は消化器系、腎・尿路系の患者が全年齢層で上位を占めていた。入院割合が高い消化器系高齢者で約3割、腎・尿路系では約5割が癌患者であった。75歳以上では、循環器系が増加し、85歳以上になると、消化器系は減少し、循環器系、呼吸器系と外傷が増加していた。

また、死亡時の入院契機傷病名は、65歳から84歳では癌が最も多く、以下、呼吸系、消化器系、敗血症、循環器系であったが、85歳以上では呼吸器系が最も多くなり、次いで癌、神経系、循環器系、敗血症の割合であった。

以上のことから、高齢者は、癌などの慢性疾患に老化が伴って神経系や運動器の障害等により身体的、精神的機能が低下しながら、感染症などを契機として、入院となる傾向があることが推察された。

高齢者の肺炎の多くは誤嚥性肺炎で死亡者も多いが、山谷(2019)は、栄養状態の低下をチェックし、栄養を補充することは肺炎予防に繋がると述べている。また、米山(2013)は、高齢者の肺炎の重症化を防ぎ、QOLをあげるのに口腔ケアが重要で、口腔ケアを継続することで要介護者の誤嚥性肺の発症を予防できたり、認知機能の低下をある程度抑えたりすることができ、生活と介護の質を高めると述べている。A病院には、敷地内にユニバーサル歯科が併設されており、一般歯科診療所では治療が困難な障害を持った患者にも対応できる。このことは、近隣の他病院にはない強みであることから、外来における認知症高齢者などへの積極的な歯科連携が望まれる。

一方、複数回の入退院を繰り返す患者は、入院時の血清アルブミン値が低いと退院時の看護必要度B得点が高まる傾向が示された。これは、前回や前々回の退院後の在宅療養時に適切な栄養管理ができず、低栄養状態を機に感染症やサルコペニアの状態となり、入院してしまっているものと考えられた。つまり、入院中の栄養管理だけでは、在宅では栄養管理ができず、低栄養状態になっていたことを示していた。古明地(2016)は、高齢者の低栄養状態を予防し、改善することが、その後の生命予後および入院リスクの発生を予防できる可能性があるとして述べている。また芝崎

(2019)は、患者の栄養状態と看護必要度の得点変化から、低栄養患者を発見する指標として、看護必要度が有効であると述べていることから、看護師や管理栄養士といった多職種が看護必要度を共通の指標として利活用することで、患者の状態変化を逃さずにアプローチできると考える。このためには、退院指導に看護必要度B得点

を用いて栄養指導の必要性の有無を判断し、必要と認められた患者に対しては、病院から地域への退院の際に栄養管理に関する支援について協働する仕組みを構築しなければならないことを示している。

在院日数の短縮化が図られるなか、地域の管理栄養士らとの多職種協働を実現することが入退院の繰り返しを予防する対応策となりうると考える。

4-2. マネジメントツールとしての看護必要度

複数回入院患者は、入院を繰り返すにしたがって、看護必要度 A 得点と B 得点が高くなっていった。しかも、75 歳以上の患者は、看護必要度 B 得点が高いまま退院していることもわかった。

このことは、多くの高齢患者は療養上の問題を抱えたまま退院し、入院を繰り返していることを表していた。とくに 75 歳から 84 歳では、入院時の血清アルブミン値が低いと、退院時の看護必要度 B 得点が高い傾向にあった。看護必要度 B 得点を用いて栄養管理を必要とする患者をスクリーニングしていく必要が示唆された。

入院回数ごとの看護必要度得点の分析からは、最終回の入院では、看護必要度 A 得点が高いと、看護必要度 B 得点が高くなる傾向があった。これは、医療の必要性だけでなく、自立度が低い状態での入院となっていることを示しており、入院に際して、特段の配慮が必要であることを示していた。

高村(2013)は、看護必要度 B 項目は患者の年齢や病態によっては入院経過を経ても高いまま推移する傾向があると述べているが、年齢が高くなればなるほど、この傾向は顕著となり、結果として、高年齢層の自宅退院割合が減少していることも関連するものと考えられた。

要介護度との関係からは、複数回入院患者の年齢が高くなり、入院回数が増えるほど、認定率も要介護度も上昇していた。これは、医療だけでなく介護への連携が必須となっていることを表しており、医師や看護師だけでなく、リハビリ、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー、地域の訪問看護師、ケアマネジャー、ホームヘルパー等が協働で患者を支援していかなければならないことを示していた。

このような支援を必要とする患者の抽出と、これらの患者の支援にあたっては、看護必要度 B 得点を経時的に評価し、外来や地域資源との情報共有が求められる。さらに、患者に対して、筒井(2022)は、入院中の B 項目の情報は、患者にとっては退院後の生活を入院前と同様の生活に戻すための貴重な内容が含まれていると述べているが、患者に、入院中の看護必要度の B 得点を示すことで、患者がセルフマネ

ジメントを行いやすい環境を整備することも期待される。Porter(2010)は、自分の健康管理に積極的に加わることは、医療価値を向上させる競争を実現させるとし、とくに慢性疾患の自己管理を取り入れている患者はアウトカムが良く、コストも低いと述べている。石塚ら(2012)は、再入院は、患者の状態に応じた退院時指導、医療のフォローアップ体制の調整、医療者間の情報伝達の促進が高齢者の再入院の予防策として有効であると述べている。

以上のことから、看護必要度のB得点は、患者がセルフマネジメント能力の向上や、治療過程に参画する際のメルクマールとなるだけでなく、患者への医療や看護、介護サービスを提供する指標となる、マネジメントツールとして利活用できると考える。

4-3. 院内及び地域との多職種協働システムの構築

A病院の入院患者の47.3%が複数回入院であり、平均2.81回入院していた。また75歳以上では、複数回入院を繰り返す過程で入院時看護必要度B得点が退院時には有意に低下していなかった。さらに、高年齢になるほど介護認定率と要介護度が高くなる傾向があり、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者が入退院を繰り返している現状が示された。

この結果からは、「看護必要度A得点1点以上」「看護必要度B得点の増加」「75歳以上」「低栄養」は、複数回入院患者における医療や看護サービスの介入のメルクマールとなることが示唆された。とくに、退院時に入院中のケアを継続し、患者の予後を向上させるためには、本研究で提案した「退院支援フローチャート」を用いた多職種協働が必要となる。

筒井(2022年)は、システム化された多職種協働を実現するためには、「組織の構成と役割を明確にする」と述べており、看護師だけでなく、多職種との協働に際しては、それぞれの役割を明確にすることが求められる。また、複数回入院への予防としては、初回入院時から、退院後の在宅療養とその後の高齢者の疾病構造の変化を踏まえたセルフマネジメントへの支援も重要となる。

さらに複数回入院患者は、慢性疾患と老化に伴う神経系や運動器の障害等をもつことが多いため、セルフマネジメントが重要である。このセルフマネジメントを実現させるためには、患者自らが疾病を理解し、自らの意思で自らのケアに参加できる環境を地域全体で整備していかなければならない。

看護必要度を活用して患者の状態変化を捉えることで、病院だけでは完結されない課題を地域資源と協働でケアを継続する必要性があることから、A病院の医療と介護の連携強化が望まれる。

5. おわりに

本研究では、複数回入院患者の実態を入院回数別の看護必要度の得点の特徴から明らかにし、これらの患者の予後を改善するためには、地域の医療、介護資源との連携が必要となることがわかった。これは、地域医療構想で目指されている「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」体制への移行と文脈を同じくするものである。

今後は、看護必要度が病院だけでなく、地域全体での共通評価指標として活用され、医療と介護の連携体制づくりを進めることが、地域包括ケアシステムにおけるA病院が果たす役割といえる。

しかし、現時点では利活用に向けた具体的な検討は不十分であることから、この効果的な方法を検討することが今後の課題といえ、この解決こそが地域包括ケアシステムを深化させるものとなると考える。

謝辞

本稿を作成するにあたり、兵庫県立大学大学院社会科学研究所の小山秀夫特任教授、筒井孝子教授、貝瀬徹教授、木下隆志教授に熱心かつ丁寧に指導賜り、深く感謝申し上げます。

また、兵庫県立大学大学院社会科学研究所専門職課程の医療・介護マネジメントコースでご教授いただきました教員、講師の先生、そして同期の皆様方には多くのご支援と温かく励まして頂きましたことを重ねて御礼申し上げます。

最後になりますが、多大なご支援を頂きました職場の皆様にはこの場を借りて心より感謝申し上げます。

引用文献

- [1] Porter, M. E. (2004): 山本雄士訳 (2009) 『医療戦略の本質』 日経 BP 社。P455
- [2] 石塚裕美子他 (2012) 「内科病棟における循環器・呼吸器疾患を有する高齢者の計画外再入院の分類と、再入院予防の検討」『日本地域看護学会』 Vol. 24

No.2 P14。

- [3] 芝崎美保（2019）「急性期病院の低栄養における「重症度・医療、看護必要度」の経時的変化に関する研究-GNRI 栄養評価を用いて-『商大ビジネスレビュー』9 巻 2 号、PP. 190。
- [4] 高村洋子（2013）「急性期病院の看護必要度からマネジメント課題を考える」『商大ビジネスレビュー』P328。
- [5] 田淵典子（2017）「患者の生活を切らない支援にむけて」『看護』第 69 巻第 2 号通巻 913 号 P82。
- [6] 筒井孝子（2022a）『ナーシング・トランスフォーメーション』日本ヘルスケアテクノ株式会社、P31。
- [7] 筒井孝子（2022b）『ナーシング・トランスフォーメーション』日本ヘルスケアテクノ株式会社、P60。
- [8] 山谷陸雄（2019）「誤嚥性肺炎の予防における口腔ケアおよび歯科診療の重要性」『老年歯学』第 34 巻. 第 3 号. P362-363。
- [9] 米山武義（2013）「口腔ケア・口腔リハビリは高齢者の命を救う：絶対に忘れてはいけない口腔からの感染予防」『目で見る WHO』52. P12。
- [10] 古明地夕佳（2016）「在宅サービス利用高齢者における低栄養状態と予後に関する研究」『32608 第 32 号』P46。

引用ホームページ

- [1] 国立社会保障・人口問題研究所ホームページ
<https://www.ipss.go.jp/>（2022 年 5 月 22 日アクセス）
- [2] 日本医師会 地域医療情報サイト
<http://jmap.jp/>（2022 年 5 月 22 日 アクセス）
- [3] 病院情報局 <https://hospia.jp/>（2022 年 5 月 22 日アクセス）

参考文献

- [1] 大塚賀政昭（2016）「日本における医療介護連携の課題と展望-integrated care の理論をもとに-」『保健医療科学』Vol. 65 No. 2 P127-135。
- [2] 片山寛次（2015）「がん悪液質の病態と管理」『日本静脈経腸栄養学会雑誌』308(4)P917-922。
- [3] 高齢者に対する適切な医療提供の指針『厚生労働省科学研究費補助金（長寿科

- 学総合研究事業) 高齢者に対する適切な医療提供に関する研究 (H22-長寿-指定-009) 研究班。
- [4] 塩田美佐代 (2020) 「できる外来看護師とは-これからの外来看護にもとめられるもの」『看護展望』第 45 巻第 5 号 P10-22。
 - [5] 杉山みち子 (2021) 兵庫県立大学大学院 MBA 第 31 回 (通算) 医療・介護 マネジメントセミナー『栄養ケア・マネジメントと 報酬改定』講義資料。
 - [6] 高田ゆかり (2020) 「情報共有、患者受け持ち制に取り組み、求められる力をつける」『看護展望』第 45 巻第 5 号 28-33。
 - [7] 竹田幹雄 (2017) 「医療・介護の連携強化に向けたケアマネジメント体制のあり方-多職種による新たな連携システムの検討-」 vol. 66 No. 6 P650-657。
 - [8] 田中滋他 (2019) 『2040 年：多元的社会における地域包括ケアシステム-「参加」と「協働」でつくる包摂的な社会-』平成 30 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業。
 - [9] 筒井孝子 (2012) 「日本の地域包括ケアシステムにおけるサービス提供体制の考え方-自助・互助・共助の役割分担と生活支援サービスのありかた-」『季刊・社会保障研究』Vol. 47. No. 4。
 - [10] 筒井孝子 (2016) 「地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略」中央法規。
 - [11] 筒井孝子 (2017) 『地域包括ケアシステムの深化』中央法規。
 - [12] 筒井孝子監修 (2020) 『看護必要度第 8 版』日本看護協会出版会。
 - [13] 筒井孝子 (2022a) 『マンガでわかる最新看護必要度』ヴィクソンインターナショナル株式会社。
 - [14] 筒井孝子 (2022b) 『病院・介護保険運営管理概論-社会保障制度改革における医療、介護、福祉制度の動向-』講義資料。
 - [15] 筒井孝子 (2022c) 兵庫県立大学大学院 MBA 第 32 回 (通算) 医療・介護マネジメントセミナー『診療報酬改定とこれからの病院経営』講義資料。
 - [16] 西井穂他 (2019) 「管理栄養士による看護必要度項目に関わる情報活用の実態に関する研究」『日本臨床看護マネジメント学会誌』Vol. 1 P26-34。
 - [17] 長谷川敏彦 (2016a) 「ケアサイクル論-21 世紀の予防・医療・介護統合ケアの基礎理論-」『社会保障研究』vol. 1, No1, P 57-74。

参考ホームページ

- [1] 健康長寿ネット
<https://www.tyojyu.or.jp/net/> (2022年5月5日アクセス)
- [2] 厚生労働省ホームページ
<https://www.mhlw.go.jp/index.html> (2022年5月31日アクセス)
- [3] 自治体通信 ONLINE
<https://www.jt-tsushin.jp/> (2022年5月5日アクセス)
- [4] 総務省自治行政局
https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/jichi_gyousei/index.html
(2022年5月22日アクセス)
- [5] 兵庫県ホームページ
<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/documents/kenniki023higasiharima.pdf>
(2022年7月15日アクセス)