

A法人における病院退院後の訪問サービス利用者の実態 と今後の課題

大 長 佳 史

キーワード：地域包括ケアシステム、訪問看護、訪問リハビリテーション、
看護必要度、医療介護連携

1. はじめに

団塊の世代が後期高齢者となる 75 歳に達し、医療や介護の需要が急増することが見込まれている。しかし、厚生労働省による地域医療構想においては、少子高齢化の進展と人口減少を踏まえ、病院病床数の実質的な削減である見直しが推進され、これに伴う在宅医療等の充実を目指す方針が示されている。

この在宅医療に関しては、第1回県民モニターアンケート「介護に関する意識」の調査結果からは、「あなたは、人生の最終段階をどこで過ごしたいですか。」の問いに対して、「自宅」48.5%、「介護施設」13.2%、「医療機関」10.4%と「自宅」で過ごすことを希望されている方が半数を占めている。

しかし、同時に、「家族に介護の負担はかけたくない」という意識も強く、「あなたご自身が介護の必要な状態となった場合、どのような介護を望みますか。」の問いに対して、「自宅での家族による介護」は 5.2%と低く、「家族に依存せずに生活ができるような介護サービスがあれば自宅での介護」は 43.5%と半数近くを占めている。

今後、独居世帯や高齢者夫婦世帯が増えていく中、家族の介護力がなくても医療・介護サービスを利用して在宅で暮らせる環境づくりが求められている。このために、わが国では2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもと、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを最期まで継続できるよう、地域包括ケアシステムの構築を目指している。

地域包括ケアシステム下において人々は、病院と地域（在宅または施設）を行き来することが考えられ、治す医療ではなく、治らなくとも住み慣れた地域で可能な限り生活を送ることが出来るように、医療介護連携を実施する方向にパラダイムシフトが

求められている。

こういった状況下において、地域での生活の継続を支援する訪問看護ステーションの役割や期待は更に大きくなっていくと予測される。しかし、訪問看護ステーションが対象とする患者は、複数の慢性疾患をもつ Multimorbidity 患者であり、自宅での療養継続の困難さや病気の進行による看取り等のための入所等、継続的な利用を予測することができない状況にある。このため、訪問看護ステーションでは、こういった不測の事態を考慮した経営が求められている。

本稿の目的は、今後、地域包括ケアシステムにおいて、在宅生活を支援するという重要な役割を担う訪問看護ステーションの経営の安定化のために、現時点で訪問看護ステーションの利用者の属性、その特徴を分析することで、患者の状況に合わせたサービス提供のための方策を検討することである。

これは、退院時に、いかなる条件を持った患者が訪問看護、訪問リハビリテーション、あるいは両方のサービスを利用していたかという利用者像が明らかになれば、入院時から、退院時に必要となるサービスを準備し、在宅での医療、看護、リハニーズを充足できるための方策を検討していくことができるからである。このことは、今後の地域包括ケアシステムの要として期待される訪問看護ステーションの運営の指針を見出せるものとする。

2. 対象

2-1. 研究対象

2021 年 4 月 1 日から 2024 年 3 月 31 日までの A 法人病院の入院患者で自宅退院後、A 法人訪問看護ステーションを利用した 90 人を対象とした。

2-2. A 法人の概要

2-2-1. A 法人病院の現状

A 法人病院は兵庫県姫路市で 1963 年に外科病院(20 床)としてはじまり、病床数を段階的に拡大し、2003 年に現在地へ移転した。移転後も、病床を拡大し、2017 年には社会医療法人として認可された。2023 年には地域医療支援病院の認定を受け、現在は、急性期一般病棟 346 床（急性期一般入院料 1）、HCU8 床（ハイケアユニット入院管理

料1)、SCU12 床(脳卒中ケアユニット入院医療管理料)、回復期リハビリテーション病棟40床(回復期リハビリテーション病棟入院料1)の計406床で構成されている。

表1：2021年～2023年度診療実績

	2021 年度	2022 年度	2023 年度
入院患者数	6,465 人	7,121 人	8,812 人
救急車受入数	4,057 人	5,096 人	6,026 人
手術件数	8,855 件	10,158 件	10,340 件
平均在院日数(一般病棟のみ)	11.0 日	12.7 日	11.8 日
在宅復帰率	95.40%	95.80%	95.60%

2-2-2. A法人訪問看護ステーションの実態

A法人訪問看護ステーションは、A法人病院の敷地内に2019年に居宅介護支援事業所と同時に開設された。同敷地内のA法人入院中であれば退院前から病室への訪問、また病棟スタッフと情報共有を行い、早期から信頼関係の構築が出来ることを強みとしている。訪問範囲は半径8km圏内を対象に訪問している。

開設以降、利用者、スタッフともに年々増加し、利用者は2021年度188人から、2023年度は252人に、提供回数も10,619回から、14,861回と増加している。これに伴い看護師は、5.2人から、6.6人へ、PT、OTも5.4人から7.9人と増加した(表2)。

A法人訪問看護ステーションの対象エリアは、図1に示した。姫路市西部から、太子町全域、たつの市の一部をカバーし、介護保険制度における要介護認定者推定人口7,658人が対象となる。

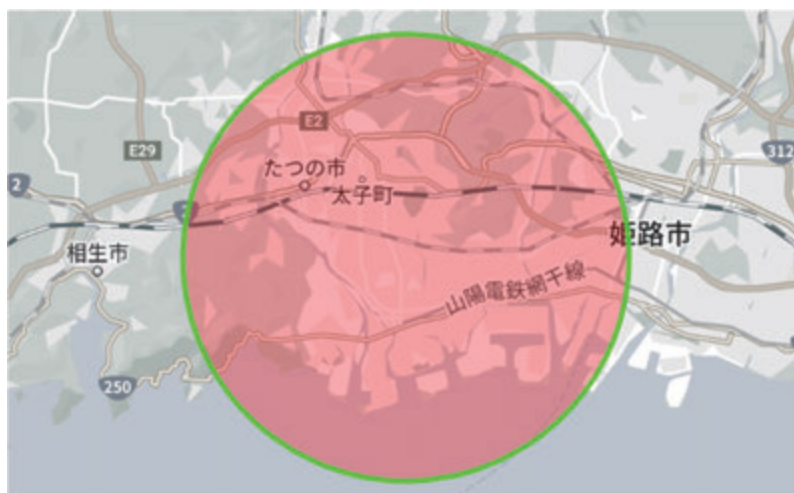


図1：訪問看護ステーションが対象としているエリア

表 2：2021 年～2023 年度訪問実績

	2021 年度	2022 年度	2023 年度
利用者人数	188 人	234 人	252 人
提供回数	10,619 回	12,639 回	14,861 回
看護師人数（常勤換算）	5.2 人	5.6 人	6.6 人
PT・OT 人数（常勤換算）	5.4 人	6.5 人	7.9 人

3. 方法

3-1. A 法人病院の入院患者の基本属性、疾病、看護必要度の現状に関する調査

A 法人病院が実施する患者の状況を明らかにするため、DPC データ（様式 1、EF ファイル、H ファイル）、FIM 得点を用いて調査した。まず様式 1 から基本属性として、性別、年齢、入院期間、Multimorbidity の該当項目として、医療資源病名、併存病名を集計した。EF ファイルからは、各入院患者の診療点数の合計を算出した。これを地域医療構想策定ガイドラインの地域医療構想における区分に沿って、医療資源投入量で、3000 点以上、600 点以上 3000 点未満、175 点以上 600 点未満、175 点未満の 4 つに分類した。H ファイルからは、入退院時の重症度、医療・看護必要度を集計した。

3-2. A 法人訪問看護ステーション利用者の基本属性等に関する調査

A 法人病院の退院患者で退院後、A 法人訪問看護ステーション利用者の状況を明らかにするため、3-1 の DPC データ（様式 1、EF ファイル、H ファイル）、FIM 得点に加えて、介護情報（要介護度、同居家族、予後）を用いて調査した。これらにより、A 法人訪問看護ステーションの利用者の現状を明らかにした。

3-3. データ分析方法

本研究における研究対象は A 病院を 2021 年 4 月から 2024 年 3 月に退院した患者のうち、DPC 対象かつ看護必要度評価対象、もしくは回復期リハビリテーション病棟対象の患者 90 人とした。

研究方法は、対象患者の DPC データから抽出したデータ（年齢、性別、入院期間、

医療資源病名、併存病名、診療単価、看護必要度得点)、FIM 得点をもとに、訪問看護利用者、訪問リハビリ利用者、看護・リハビリ併用の利用者との関係については、一元配置分散分析、多重比較法を行った。

Multimorbidity パターンの分析方法は、調査対象 (22,359 人) の医療資源病名、併存病名を ICD-10 でコーディングしたのち MDC コードに変換した。

3-4. 倫理的配慮

本研究は兵庫県立大学大学院社会科学研究科研究倫理委員会 (承認番号 2024-0009)、および社会医療法人三栄会の承認を得て、実施した。

4. 分析結果

4-1. A 法人病院の入院患者の現状

4-1-1. 入院患者の現状

1) 基本属性

のべ患者数は 22,359 人で、男性が 12,873 人 (57.6%)、女性が 9,486 人 (42.4%) と男性が多かった。平均年齢は、 70.6 ± 17.1 歳であり、高齢者が主な対象であった。入院期間は平均 13.1 ± 22.1 日だった (表 3)。

表 3 : 入院患者の基本属性

患者数	男性	女性	年齢	入院期間 (日)
22,359	12,873(57.6%)	9,486(42.4%)	70.6 ± 17.1	13.1 ± 22.1

2) 多疾患併存数について

分析対象者の多疾患併存数を表 4 に示した。1 疾病のみは 3,328 人 (14.9%) で、2 疾患は 4,667 人 (20.9%)、3 疾患以上は 14,354 人 (64.2%) で半数以上の患者は 3 疾患以上を併存していた (図 2)。

表 4 : 入院患者の多疾患併存数

患者数	1 疾患のみ	2 疾患	3 疾患以上
22,359	3,328(14.9%)	4,667(20.9%)	14,354(64.2%)

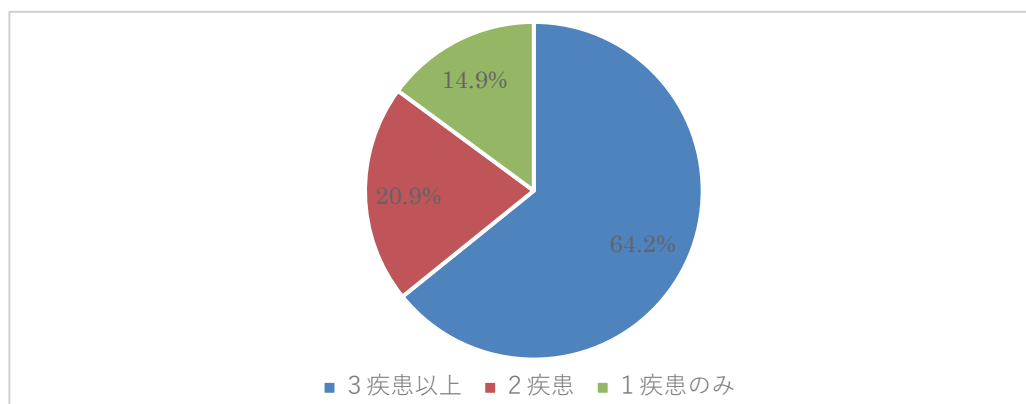


図 2：入院患者の多疾患併存数（割合）

3）入院患者の第 1 医療資源傷病名について

様式 1 から、Multimorbidity の該当項目として、調査対象の第 1 医療資源傷病名を ICD-10 でコーディングしたのち、MDC コードに変換し、集計した（図 3）。循環器系疾患（05）が 4,213 人と最も多く、次いで神経系疾患（01）が 3,752 人、外傷・熱傷・中毒（16）が 3,179 人であった。上位 3 つの項目で全体の約半数近くを占めていた。

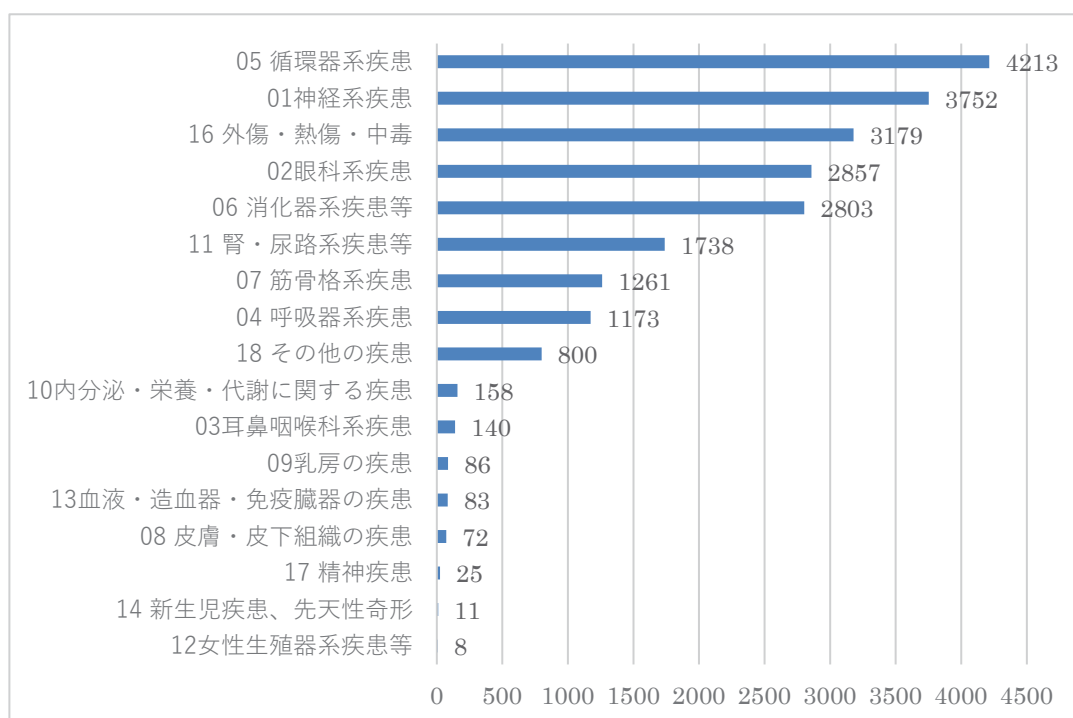


図 3：入院患者の第 1 医療資源傷病名（MDC）

4-1-2. A法人訪問看護ステーションの利用者

1) 基本属性

2021年4月から2024年3月に退院した患者のうち、A法人訪問看護ステーション利用に繋がった全利用者数は90人、男性が46人（51.1%）、女性が44人（48.9%）であった。平均年齢は 80.0 ± 7.9 歳で入院期間は平均 42.1 ± 36.8 日でサービス開始までの日数は平均 10.7 ± 18.7 日であった。

訪問看護利用者は38人（42.2%）で男性20人、女性18人とほぼ均等であった。平均年齢は 78.0 ± 8.4 歳であった。入院期間は平均 29.1 ± 32.4 日と短く、開始までの日数は平均 8.3 ± 13.7 日であった。

訪問リハビリ利用者は33人（36.7%）で、男性17人、女性16人とほぼ均等であった。平均年齢は 81.5 ± 6.2 歳であった。入院期間は平均 57.7 ± 40.4 日で開始までの日数は平均 16.5 ± 24.5 日であった。

看護・リハビリ併用の利用者は19人（21.1%）で男性9人、女性10人であった。平均年齢は 81.4 ± 8.8 歳であった。入院期間は平均 41.2 ± 27.1 日で、開始までの日数は平均 5.3 ± 11.9 日であった（表5）。

表5：A法人 訪問看護ステーション 属性

	利用者数	男性	女性	年齢（歳）	入院期間（日）	訪問開始（日）
全体	90	46	44	80.0 ± 7.9	42.1 ± 36.8	10.7 ± 18.7
訪問看護	38	20	18	78.0 ± 8.4	29.1 ± 32.4	8.3 ± 13.7
訪問リハ	33	17	16	81.5 ± 6.2	57.7 ± 40.4	16.5 ± 24.5
看護・リハ	19	9	10	81.4 ± 8.8	41.2 ± 27.1	5.3 ± 11.9

2) 多疾患併存数

1疾病のみは全体を通して1名（1.1%）のみであった。ほぼ全ての利用者は2疾患以上を併存していた（表6）。

表6：A法人 訪問看護ステーション 多疾患併存数

	利用者数	1疾患のみ	2疾患	3疾患以上
全体	90	1（1.1%）	17（18.9%）	72（80.0%）
訪問看護	38	1（2.6%）	6（15.8%）	31（81.6%）
訪問リハ	33	0（0%）	7（21.2%）	26（78.8%）
看護・リハ	19	0（0%）	4（21.1%）	15（78.9%）

3) 第1医療資源傷病名

様式1からはMultimorbidityの該当項目として、調査対象の第1医療資源傷病名をICD-10でコーディングしたのちMDCコードに変換したものを集計した(図4)。

全利用者は、外傷・熱傷・中毒(16)が21人と最も多く、次いで神経系疾患(01)および消化器系疾患等(06)がそれぞれ17人であった。最も少なかったのは皮膚・皮下組織の疾患(08)と精神疾患(17)、その他の疾患(18)で、それぞれ1人ずつであった。

訪問看護利用者は、消化器系疾患等(06)が15人と最も多く、次いで呼吸器系疾患(04)が8人であった。

訪問リハビリ利用者は、外傷・熱傷・中毒(16)が11人と最も多く、次いで神経系疾患(01)が10人であった。

看護・リハビリ併用の利用者は、外傷・熱傷・中毒(16)が7人と最も多く、次いで腎・尿路系疾患等(11)が4人であった(表7)。

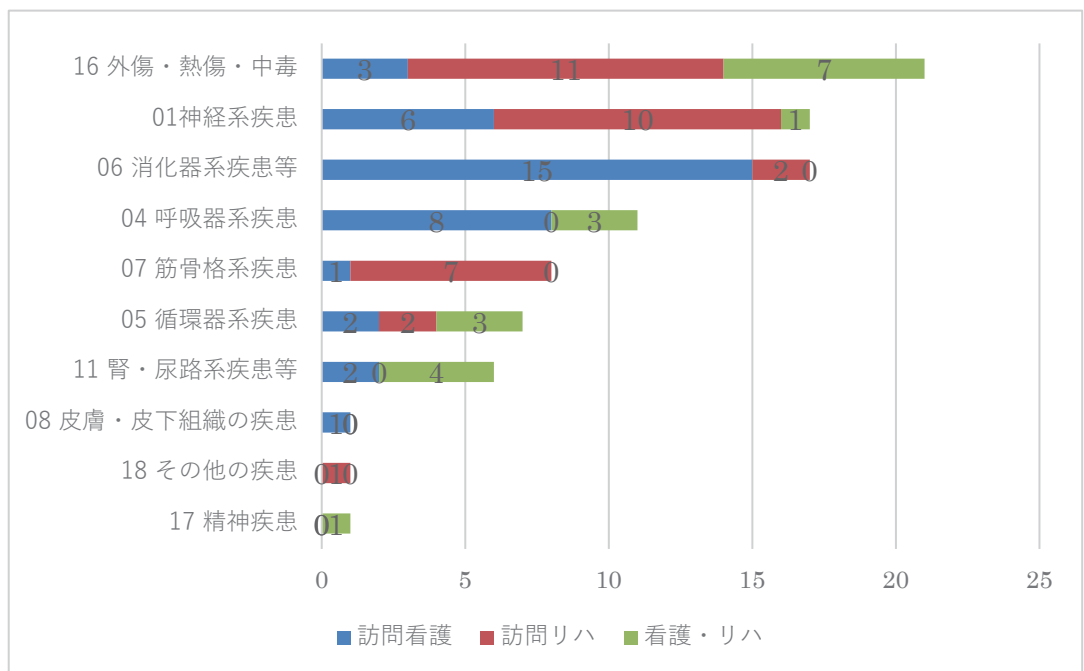


図4:A法人 訪問看護ステーション 第1医療資源傷病名(MDC)

表 7：利用サービス別 第1 医療資源傷病名（MDC）

	訪問看護	訪問リハ	看護・リハ
01 神経系疾患	6(15.8%)	10(30.3%)	1(5.3%)
04 呼吸器系疾患	8(21.1%)	0(0%)	3(15.8%)
05 循環器系疾患	2(5.3%)	2(6.1%)	3(15.8%)
06 消化器系疾患等	15(39.5%)	2(6.1%)	0(0%)
07 筋骨格系疾患	1(2.6%)	7(21.2%)	0(0%)
08 皮膚・皮下組織の疾患	1(2.6%)	0(0%)	0(0%)
11 腎・尿路系疾患等	2(5.3%)	0(0%)	4(21.1%)
16 外傷・熱傷・中毒	3(7.9%)	11(33.3%)	7(36.8%)
17 精神疾患	0(0%)	0(0%)	1(5.3%)
18 その他の疾患	0(0%)	1(3.0%)	0(0%)

4-2. 入院患者の医療資源投入量

4-2-1. 入院患者の診療報酬点数

対象のべ患者 23,056 人の診療報酬が 3000 点以上であったのは 13,953 人(60.5%)、600 点以上 3000 点未満は 7,795 人(33.8%)、175 点以上 600 点未満は 961 人(4.1%)、175 点未満は 347 人(1.5%) であった。平均値は 8215.2±12671.3 点、中央値は 4226 点であった（図 5）。

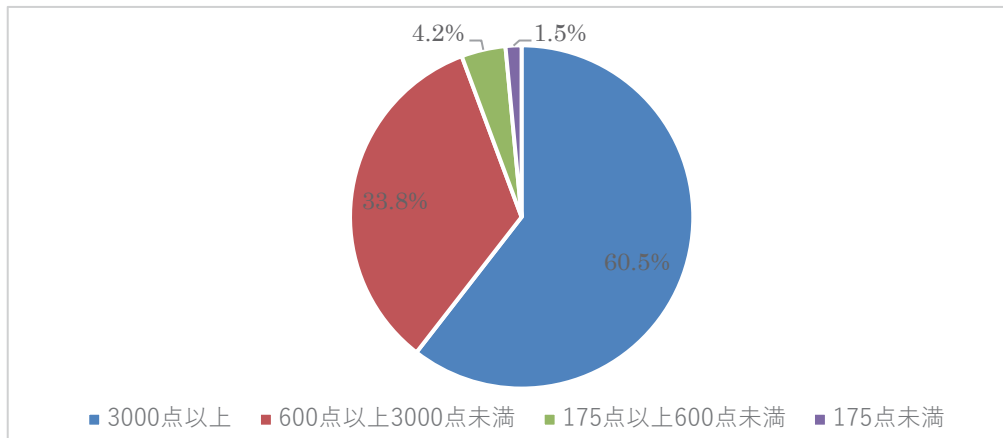


図 5：入院患者の診療報酬点数

4-2-2. A法人訪問看護ステーション利用者の診療報酬点数

対象者 90 人の診療報酬点数が 3000 点以上だったのは、18 人 (20.0%)、600 点以上 3000 点未満は 52 人 (57.8%)、175 点以上 600 点未満は 16 人 (17.8%)、175 点未満は 4 人 (4.4%) であった。平均値は 2523.0 ± 5213.1 点、中央値は 1481 点であった。

訪問看護利用者 38 名で診療報酬が 3000 点以上であったのは、12 人 (31.6%)、600 点以上 3000 点未満は 20 人 (52.6%)、175 点以上 600 点未満は 6 人 (15.8%) であった。平均値は 3692.8 ± 7611.4 点、中央値は 1583 点であった。

訪問リハビリ利用者 33 人の診療報酬が 3000 点以上は 4 人 (12.1%)、600 点以上 3000 点未満は 17 人 (51.5%)、175 点以上 600 点未満は 8 人 (24.2%)、175 点未満は 4 人 (12.1%) であった。平均値は 1461.0 ± 1198.2 点、中央値は 1313 点であった。

訪問看護・リハビリ併用の利用者 19 名の診療報酬が 3000 点以上は 2 名 (10.5%)、600 点以上 3000 点未満は 15 名 (79.0%)、175 点以上 600 点未満は 2 名 (10.5%) であった。平均値は 2028.1 ± 2331.9 点、中央値は 1314 点であった (図 6)。

一入院あたりの医療費 (食事を除く) をみると、全体では対象者 90 人において、平均値は $2,217,519 \pm 1,945,026$ 円、中央値は 1,674,220 円であった。

訪問看護利用者では平均値は $1,587,441 \pm 1,538,838$ 円、中央値は 944,765 円であった。訪問リハビリ利用者では平均値は $3,044,760 \pm 2,377,009$ 円、中央値は 2,893,560 円であった。訪問看護・リハビリ併用の利用者では平均値は $2,040,887 \pm 1,164,816$ 円、中央値は 2,398,640 円であった (図 7)。

次に 2021 年度から 2023 年度の医療資源投入量、一入院あたりの医療費について、多重比較を行った結果を表 8 に示した。一入院あたりの医療費は、訪問リハが訪問看護より有意に高かったが、その他の群では有意差はなかった。

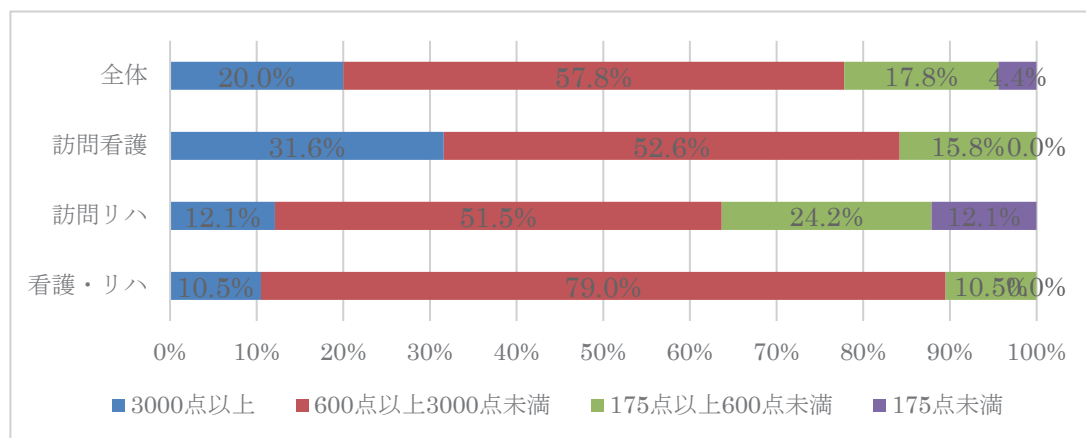


図 6 : A 法人 訪問看護ステーション 医療資源投入量

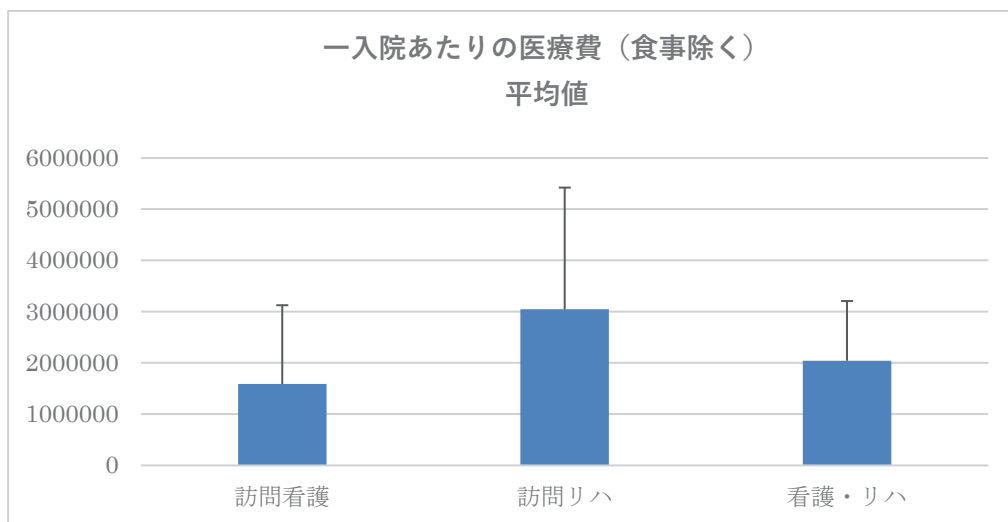


図7：利用サービス別一入院当たりの医療費の比較

表8：医療資源投入量 一入院あたりの医療費 多重比較を行った結果

	サービス	n	平均値	標準偏差
医療資源投入量	サービス全体	90	2523.0	5213.2
	訪問看護	38	2028.1	2331.9
	訪問リハ	33	1461.0	1198.2
	看護・リハ	19	3692.8	7611.4
一入院あたりの医療費 (食事を除く)	サービス全体	90	2217518.9	1945025.7
	訪問看護	38	1587441.1	1538838.2
	訪問リハ	33	3044760.0	2377009.1
	看護・リハ	19	2040887.4	1164816.6

**p<0.01

4-3. 2021 年度から 2023 年度の入退院時の重症度、医療・看護必要度

2021 年度から 2023 年度の入退院時の重症度、医療・看護必要度を分析した結果（表 9）、病院全体の A 項目の入院時の平均点数が 1.63 点、退院時に 0.48 点と減少していた。B 項目は、入院時の平均点数が 2.88 点から退院時には 1.93 点へと減少していたが、C 項目は入院時の 0.16 点から、退院時の 0.23 点へとわずかに増加傾向が示された。

訪問看護利用者 35 人においては、A 項目が 1.69 点から 0.86 点と減少し、B 項目も 2.57 点から 1.11 点へと減少していた。しかし、C 項目は若干の増加 (0.09 点から 0.14 点) していた。訪問リハビリ利用者 11 人は、A 項目が 2.00 点から 0.00 点へと大幅に減少し、B 項目も 4.73 点から 0.27 点へと大幅に減少していた。C 項目 0.18 点から 0.00 点と全て減少していた。訪問看護・リハビリ併用の利用者 14 人は、A 項目が 1.36 点から 0.36 点へと減少、B 項目も 4.21 点から 2.36 点へと減少、C 項目は 0.14 点から 0.00 点へと減少していた。

2021 年度から 2023 年度の入院、退院時の重症度、医療・看護必要度得点においては、入院時の B 項目得点が訪問リハビリ利用者は訪問看護よりも有意に高かったが、その他では差がなかった。退院時には、訪問看護利用群の A 項目得点は訪問リハより、有意に高かった。C 項目においては、サービス利用群別に入院時、退院時ともに有意な差は示されなかった。

表 9：入退院時の利用サービス別「重症度、医療・看護必要度」得点の比較

サービス	n	入院時		退院時	
		平均値(SD)	多重比較	平均値(SD)	多重比較
A 項目	病院全体	12585	1.63(1.543)	0.48(0.957)	
	1.訪問看護	35	1.69(1.508)	0.86(1.125)	2*<
	2.訪問リハ	11	2.00(2.374)	0(0)	
	3.看護・リハ	14	1.36(1.445)	0.36(0.610)	
B 項目	病院全体	12585	2.88(2.975)	1.93(2.845)	
	1.訪問看護	35	2.57(2.578)	1.11(1.753)	<2*
	2.訪問リハ	11	4.73(2.416)	0.27(1.505)	
	3.看護・リハ	14	4.21(2.455)	2.36(3.411)	
C 項目	病院全体	12585	0.16(0.457)	0.23(0.533)	
	1.訪問看護	35	0.09(0.368)	0.14(0.487)	
	2.訪問リハ	11	0.18(0.386)	0(0)	
	3.看護・リハ	14	0.14(0.350)	0(0)	

*p<0.05

4-4. 回復期リハビリテーション病棟の入退棟時のFIM得点

病院全体のFIM得点は^{注1}、入棟時 68.7 点から退棟時 89.6 点と 20.9 点、増加していた。運動項目は、入棟時 43.9 点から退棟時 62.7 点と 18.8 点、増加していた。認知項目は、入棟時 25.1 点から退棟時 27.6 点と 2.5 点、増加していた。

訪問看護利用者 3 人の FIM 得点は 21.0 点増加し、運動項目の増加が大きかった。全体と比較すると入退院時の FIM 点数は低い傾向であった。

訪問リハビリ利用者 22 人の FIM 合計点数は 22.2 点増加し、運動項目での増加が顕著であった。入院、退院時ともに FIM 点数は高い傾向を示していた。

訪問看護・リハビリ併用の利用者 5 名の FIM 合計点数の増加は 10.2 点で、他のグループに比べると改善幅は小さかった(表 10)。

2021 年度から 2023 年度の入退棟時の FIM 得点について、一元配置分散分析を行ったが、入棟時、退棟時とも退院後の利用サービス別の有意差はなかった。

表 10：退院後サービス別の入退院時の FIM 得点の比較

	サービス	n	入棟時		退棟時	
			平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
FIM 合計	病院全体	894	68.7	5.026	89.6	6.392
	訪問看護	3	48.0	21.213	69.0	27.797
	訪問リハ	22	75.3	22.632	97.5	19.949
	看護・リハ	5	64.8	18.605	75.0	23.401
運動項目	病院全体	894	43.9	3.516	62.7	4.718
	訪問看護	3	30.7	15.151	46.0	22.106
	訪問リハ	22	48.5	19.435	69.1	15.992
	看護・リハ	5	37.8	12.998	47.6	17.258
認知項目	病院全体	894	25.1	1.680	27.6	1.866
	訪問看護	3	17.3	12.229	23.0	7.789
	訪問リハ	22	26.8	6.919	28.3	6.490
	看護・リハ	5	27.0	6.693	27.4	6.437

^{注1} 2021 年度から 2023 年度の入退棟時の FIM 得点病院全体の数値は月平均のものを集計したものである。

4-5. 退院後の介護サービス利用状況

1) 要介護度

全利用者の平均介護度は 2.07 であった。訪問看護利用者 38 名の平均介護度は 1.92 で全体の平均よりも若干、低い傾向を示していた。訪問リハビリ利用者 33 名は、平均介護度は 2.08 で全体の平均とほぼ同じであった。割合も全体と同様で、要介護 1 と要介護 2 の利用者が多かった。看護・リハビリ併用の利用者 19 名の平均介護度は 2.34 と、全体および他のサービス利用者の平均よりも高かった。

訪問看護の内訳は、要支援 1 と要介護 3 が 8 人 (21.1%)、要介護 1 が 7 人 (18.4%)、要介護 2 が 6 人 (15.8%)、要介護 4 が 4 人 (10.5%)、要支援 2 が 3 人 (7.9%)、要介護 5 が 2 人 (5.3%) となっていた。

訪問リハの内訳は要介護 2 が 8 人 (24.2%)、要介護 1 と要介護 4 が 6 人 (18.2%)、要介護 3 が 5 人 (15.2%)、要支援 2 が 4 人 (12.1%)、要支援 1 が 3 人 (9.1%)、要介護 5 が 1 人 (3.0%) となっていた。

看護・リハビリ併用者の内訳は、要介護 1 が 6 人 (31.6%)、要介護 2 が 5 人 (26.3%)、要介護 4 が 3 人 (15.8%)、要介護 3 と要介護 5 が 2 人 (10.5%)、要支援 2 が 1 人 (5.3%) となっていた。

利用者の大半は要介護 1 と要介護 2 と比較的、軽度から中等度が多い傾向であった (表 11)。

表 11：要介護別退院後利用サービス

	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
全体	11(12.2%)	8(8.9%)	19(21.1%)	19(21.1%)	15(16.7%)	13(14.4%)	5(5.6%)
訪問看護	8(21.1%)	3(7.9%)	7(18.4%)	6(15.8%)	8(21.1%)	4(10.5%)	2(5.3%)
訪問リハ	3(9.1%)	4(12.1%)	6(18.2%)	8(24.2%)	5(15.2%)	6(18.2%)	1(3.0%)
看護・リハ	0(0.0%)	1(5.3%)	6(31.6%)	5(26.3%)	2(10.5%)	3(15.8%)	2(10.5%)

2) 世帯構成

世帯構成は、夫婦のみ世帯 40 人 (44.4%)、核家族 23 人 (25.6%)、単独世帯 14 人 (15.6%)、息子夫婦と同居 7 人 (7.8%)、三世帯 5 人 (5.6%)、施設 2 人 (2.2%) であった。

訪問看護利用者 38 人においては、夫婦のみ世帯が 19 人 (50.0%) と多く、核家族

8 人 (21.1%)、単独 6 人 (15.8%)、息子夫婦 4 人 (10.5%)、三世帯 1 人 (2.6%) と続いていた。

訪問リハビリ利用者 33 人は、夫婦のみ世帯が 16 人 (48.5%) とほぼ半数となっており、次いで、核家族 7 人 (21.2%)、単独 6 人 (18.2%)、息子夫婦 1 人 (3.0%)、三世帯 2 人 (6.1%)、施設 1 人 (3.0%) となっていた。

看護・リハビリ併用の利用者 19 人は、核家族が 8 人 (42.1%) で多く、次いで、夫婦のみ世帯 5 人 (26.3%)、単独 1 人 (5.3%)、息子夫婦 2 人 (10.5%)、三世帯 2 人 (10.5%)、施設 1 人 (5.3%) となっていた。(表 11)

世帯別にみると、夫婦のみ世帯 40 人で多く利用されていたのは、訪問看護 19 人 (47.5%) で、次いで訪問リハ 16 人 (40.0%)、訪問看護と訪問リハ 5 人 (12.5%) と続いていた。

核家族 23 人で多く利用されていたのは、訪問看護 8 人 (34.8%)、訪問看護と訪問リハ 8 人 (34.8%) が同数で、次いで訪問リハ 7 人 (40.0%) であった。

単独世帯 14 人で多く利用されていたのは、訪問看護 7 人 (50.0%) で、次いで訪問リハ 6 人 (42.9%)、訪問看護と訪問リハ 1 人 (7.1%) と続いていた。

息子夫婦と同居 6 人で多く利用されていたのは、訪問看護 3 人 (50.0%) で、次いで訪問看護と訪問リハ 2 人 (33.3%)、訪問リハ 1 人 (16.7%) と続いていた。3 世帯 5 人では、訪問リハ 2 人 (40.0%)、訪問看護と訪問リハ 2 人 (40.0%) が同数で、次いで訪問看護 1 人 (20.0%) であった。施設 2 人は、訪問リハが 1 人 (50.0%)、訪問看護と訪問リハが 1 人 (50.0%) であった。

3) 予後

全利用者は、軽快が 12 人 (13.3%)、維持 36 人 (40.0%)、悪化 42 人 (46.7%) であった。軽快者 12 人のうち、8 人が訪問リハ利用者で 66.7% を占めていた。維持 36 人のうち、半数の 18 人が訪問リハ利用者で、次いで訪問看護利用者が 12 人となっていた。悪化した者 42 人のうち、28 人 (66.7%) が訪問看護利用者であった。

この訪問看護利用者 38 人を詳しくみると、軽快 4 人 (10.5%)、維持 6 人 (15.8%)、悪化 28 人 (73.7%) で悪化の割合が高かった。訪問リハビリ利用者 33 人は、軽快 8 人 (24.2%)、維持 18 人 (54.5%)、悪化 7 人 (21.2%) で維持の割合が高かった。看護・リハビリ併用の利用者 19 人は、軽快 0 人 (0%)、維持 12 人 (63.2%)、悪化 7 人 (36.8%) で訪問看護利用者は、訪問リハ利用者よりも、有意に悪化した者の割合が高かった。

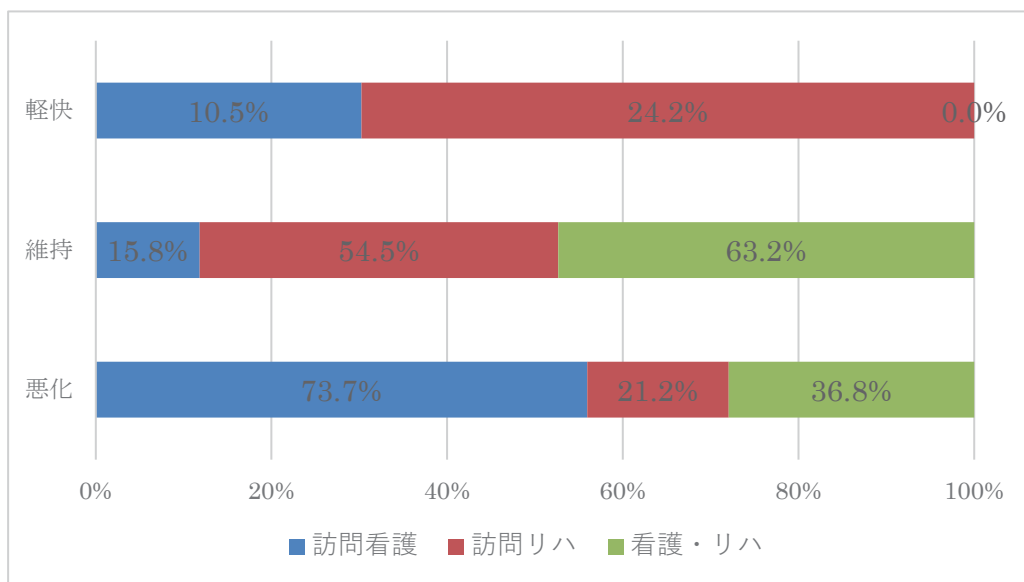


図 8 : A 法人 訪問看護ステーション 利用者予後

4) 利用サービス別要介護度、家族構成、予後の比較（まとめ）

次に 1)～3) の項目について、各項目を比較したものを表 12 に示した。
一元配置分散分析を行った結果を表 12 に示した。要介護度、家族構成別に有意な違いは見られなかった。予後では、訪問看護の利用者は、訪問リハの利用者よりも悪化の割合が有意に高かった。

表 12 : 利用サービス別要介護度、家族構成、予後の比較

	要介護度	家族構成						予後		
	平均値	夫婦のみ	核家族	単独	息子夫婦	三世帯	施設	軽快	維持	悪化
訪問看護	1.92	19 (50.0%)	8 (21.1%)	6 (15.8%)	4 (10.5%)	1 (2.6%)	0 (0%)	4 (10.5%)	6 (15.8%)	28 (73.7%)
訪問リハ	2.08	16 (48.5%)	7 (21.2%)	6 (18.2%)	1 (3.0%)	2 (6.1%)	1 (3.0%)	8 (24.2%)	18 (54.5%)	7 (21.2%)
看護・リハ	2.34	5 (26.3%)	8 (42.1%)	1 (5.3%)	2 (10.5%)	2 (10.5%)	1 (5.3%)	0 (0%)	12 (63.2%)	7 (36.8%)

**p<0.01

5. 考察

5-1. 訪問看護ステーションの利用者となった患者の特徴

A 法人の訪問看護サービスを利用していた者は、全体平均 80.0 歳よりも、78.0 歳が平均であり、若かった。また、入院期間は 29.1 日で、訪問開始までの日数は 8.3 日と全体の 10.7 日よりも短かった。

このことは、訪問看護の利用者が比較的早期にサービスを開始していたことを示していた。また、訪問看護では重症度、医療・看護必要度の C 項目は 0.09 点から、0.14 点と増加していたことから、特定の医療・看護ニーズが新たに発生し、これに合わせて訪問看護が提供されていたことが示唆された。具体的には退院後に訪問看護ステーションを利用したのは、消化器系疾患や呼吸器系疾患など、継続的な医療管理が必要な疾患を抱えていたからであった。これらの疾患は、退院後も引き続き医療ケアが必要であり、訪問看護を利用していたと考えられた。

また、退院時の看護必要度の A 得点が他のサービス利用者よりも有意に高かった。このことから患者が自宅での生活を維持するための専門的な看護ケアを必要としていることが推察された。具体的には在宅酸素療法を必要とする呼吸器疾患の患者やストーマの管理が必要とする消化器系疾患の患者は、訪問看護の利用が必須となっていたことを示していた。

予後に関しては、悪化が 7 割以上を占めていた。要因として、癌の末期によるケースが挙げられる。第 1 医療資源傷病名 (MDC) のデータより、消化器系疾患を抱える利用者の約半数が末期癌であり、在宅看取りのため訪問看護が利用されていたことが推測された。つまり訪問看護サービスの利用者は、病院と情報共有を行いながら、自宅での療養環境を早期に調整することが必要であったといえる。

また利用者はかなり高齢の者が多く、家族の負担軽減のために訪問看護の利用が選択されていることは、独居や高齢夫婦のみの世帯で利用率が 15.8%と 50.0%と示されていたことから明らかである。

5-2. 訪問リハビリテーション利用者となった患者の特徴

訪問リハビリテーションの利用者の平均年齢は、81.5 歳で、全体平均 80.0 歳より高く、入院期間は 57.7 日と、全体の 42.1 日よりも長かった。これは、訪問リハビリを必要とした利用者の入院期間は他のサービス利用者よりも長くなることを示唆して

いる。

退院後に訪問リハビリテーションを利用する理由は、主に神経系疾患や外傷を抱えているため、退院後も運動機能の継続的なリハビリテーションが必要だからといえるが、訪問リハによって、自宅での生活が継続できていたともいえる。

つまり、訪問リハビリテーション利用者は、長期入院が必要なケースが多いが、それでも早期退院のためには、訪問リハビリテーションを利用しなければならない患者であったと推察される。自宅でリハビリを継続することで入院期間を短縮し、患者の早期社会復帰を促しているともいえる。

予後に関しては、訪問リハビリテーション利用者における軽快の割合が他のサービス利用者と比較して最も高かった。これは、骨折といった、受傷直後は一時的に ADL が低下する疾患を抱える患者が多く含まれていることが要因であると考えられる。

訪問リハ利用者の入院時の看護必要度の B 得点が 4.73 点と他のサービス利用者よりも高い傾向が示されていたが、退院時の看護必要度の B 得点が 0.27 点まで改善している。

A 法人の訪問看護ステーションでは、改善結果を持続させながら、自宅での生活を整えるために訪問リハビリテーションを利用するといった使い方がなされていた。これは退院直後できるだけ早期に訪問リハビリを導入することは、退院直後の機能低下を防止するために効果的と（三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社, 2017）されている研究成果からも有益な利用法であったといえる。

このように訪問リハビリテーションは、病院から自宅へ移行し、生活を安定させるために重要な役割を果たしていると考えられた。

5-3. 訪問看護・訪問リハビリテーション併用利用となった患者の特徴

訪問看護・訪問リハビリ併用の利用者は、平均年齢が 81.4 歳と、全体平均 80.0 歳より高く、入院期間は 41.2 日と全体平均 42.1 日とほぼ同程度であるが、訪問開始までの日数が 5.3 日と最も短かった。これは、A 法人で複合的なケアが必要な利用者が迅速にサービスを受けていることを示唆しているものと考えた。

看護必要度の得点からは、A 項目 1.15 点、C 項目 0.14 点と他のサービスグループと同様に改善が見られたが、B 項目は 1.85 点の改善であり、他の項目に比べて低い傾向であった。

訪問看護・訪問リハビリ併用の利用者は、複数の疾患を抱え、医療とリハビリの両

方が必要な状態と推察された。具体的な臨床像からは、慢性腎不全や慢性心不全などの腎・尿路系疾患や循環器系疾患を有する患者が多く、退院後も継続した医療ニーズに対応するため、看護とリハビリの両方の支援が不可欠であった。

このことは、看護必要度の得点が 2.72 点と非常に高く、とくに A 項目得点が 0.36 点と専門的な看護とリハビリテーションの必要性が示されていたことから明らかであった。また、介護度が他のサービス利用者と比較して高く、核家族の比率も高かった。

さらに、訪問看護のみの利用者と比較すると、入院期間が 41.2 日と長かった。これは、これ以上の入院が難しくなったため、退院後すぐに訪問看護と訪問リハビリを開始し、退院後の生活へ円滑な移行を図り、再入院を防ぐために、看護とリハビリスタッフが連携してケアを提供しなければならなくなったものと考えられた。

5-4. 訪問看護ステーションのサービス利用別患者の状態からみた、地域との連携方法

本研究の結果から、A 法人の退院者の入院時の「看護必要度」の A 項目は平均 1.63 点から退院時には 0.48 点まで減少しており、これは急性期を経て、患者の状態が安定化し、退院に向けた準備が進行していたことを示していたが、一方で A 法人の訪問看護サービス利用者の A 項目得点は 1.69 点から 0.86 点と減少はしていたが、他のサービス利用者より、有意に高かった。

これは、訪問看護を利用していた患者が臨床像からも、退院後も引き続き医療ケアが求められていることを示していた。このようなことから考えると、訪問看護利用者の「看護必要度」データを基に、再入院のリスクが高い患者を特定できれば、訪問看護利用者を迅速に抽出でき、A 項目が高い状態で退院した患者に対して、定期的なモニタリングと迅速な対応をうることで再入院を防ぐことが期待できる。

また、入院中の「看護必要度」データを活用し、患者がどのような経過で退院を迎えるかがわかれば、これに応じたケアプランを立案できることから、訪問看護ステーションとしては、これに基づいた早期介入がより具体化できる。

「看護必要度」は、患者に提供されるべき看護の必要性を図る指標として、筒井らにより開発された測定ツールで 2002 年に診療報酬の要件として導入され、2008 年には 7 対 1 入院基本料の届出要件となり、2014 年より「重症度、医療・看護必要度」と名称変更された。急性期患者の特性を評価する項目とされ、病院の管理指標の中でも重要な資料となっている（太田、2023）。

一方、開発当初「患者に必要な看護量を推定する」ツールであったはずの看護必要

度の評価項目は診療報酬改定のたびに見直され、2024 年の診療報酬改定では 7 対 1 入院基本料の B 項目が評価基準から除外されたことで、より「急性期らしさ」を評価する指標と考えられているが、わが国においては、患者状態を連続して捉えることができる唯一の指標となっている。

本研究から、訪問看護ステーションの利用者は、ほとんどの利用者が Multimorbidity であることが示され、従来の疾病別のパスを利用した支援プロセスは陳腐化する可能性もある。しかし、在院日数の短縮化が進められる中、病院と地域との往来は活発化すると考えられる。

田中（2020）は、従来の「病院完結型」から地域で治し、支える「地域完結型」への転換を目指すとき、患者のケアサイクルは単一施設の「入院中」にとどまらず、「入院前」から「退院後」までの全体を捉えることが不可欠である。しかし、実際には入院前と退院後に共通で利用できるツールがないため、医療から介護、病院から自宅へ生活の場が移るたびに情報にずれが生ずることがあると示している。

また、田中（2023）は、病診連携や医療・介護連携にタイムリーな情報連携が重要とされているが、様々な様式で重複した内容となっている。そこで、効率的・効果的な情報共有のために、患者像とその変化を容易に把握できる情報ツールとして、看護必要度が有用としている。これは、看護必要度は、各項目のアセスメント前提が明確であるため、評価者によるばらつきが低減することが可能であるほか、評価結果から患者（利用者）状態を推測することが容易だからである。

すでに松原（2023）は、『看護必要度を訪問看護ステーションに導入することで、在宅にいる利用者がどのような予後や経過を辿るのが予測でき、必要な地域に必要なタイミングで、必要な医療資源を投資することができ、どの時点で多職種の担当者会議をすればよいか、どの時点でどのようなサービスをいれたらよいか、訪問看護としてはどのくらいのケア量になるかなどの予後予測が出来るようになる』と示している。

このように病院と訪問看護ステーションが看護必要度を活用することで、スムーズな医療介護連携が推進されると考える。

筒井（2023）は、変化しつづける患者に対応するには、提供者間の連携だけでは不十分で患者の生活家庭での多職種によるケアの統合が必要となると述べているが、Multimorbidity 患者は、繰り返す入院により徐々に日常生活における自立度は低下する。このため、入院前の患者状態や生活背景を考慮して、退院時ゴールを早期に設定し、多職種で共有して連携することが重要となる。よって、病院と訪問看護ステーションがゴールを共有するためのツールとして、看護必要度を活用していくことが効果

的な利用方法といえる。

看護必要度の評価は、看護師のみならず多職種による評価が可能とはいえ、その理解と実践は未だ不十分であり、病院以外の施設や地域のサービス提供者に対する看護必要度の正しい理解を進めることからはじめ、看護必要度を用いた連携を進めていくことが地域との連携の第一歩となると考える。

6. おわりに

本研究では、A 法人病院から退院後に訪問看護ステーションを利用する患者の特性を患者の疾病、基本属性や世帯構成、看護必要度の得点推移等を用いて分析し、訪問看護ステーションの利用サービス別の特徴を明らかにした。この結果、A法人訪問看護ステーションでは、利用者の属性や退院時の状況から、患者の状況に合わせたサービスを概ね提供されており、現場の臨床的知見による優れたマネジメントがなされているものと考えられた。

しかし、訪問看護ステーションの利用者も事業所も増加が予想され、持続可能な運営と質の高いケアの提供の両方を成立させるためには、患者の状態を正確に把握し、入院から、在宅まで一貫して利用することで患者のケアの向上に寄与するというエビデンスを明示していかなければならないことがわかった。

地域包括ケアシステム下で入院、退院、在宅、また入院を繰り返すという、ケアの継続体を構築する過程でA法人が果たす役割を明確化し、その価値を高めていくためには、看護必要度をツールとした患者のケア支援を実現し、優れた支援がなされていることを地域の人々に示す努力が求められる。

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科 筒井孝子教授、木下隆志教授、貝瀬徹教授より、終始適切なお指導を深く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科医療・介護マネジメントコースでご教授いただきました教員、講師の先生方、そして同期の皆様には多くの支援と刺激を頂きました。重ねて御礼申し上げます。

参考文献（引用文献を含む）

- [1] 太田圭洋(2023)「病院経営者が考える看護必要度の問題点と提言」『病院』82 巻3号、P238-241
- [2] 川越雅弘(2019)「リハビリテーション職に期待される役割と課題」、総合リハビリテーション Vol. 47 No. 4、P305-311
- [3] 高橋亮太(2019)「プライマリケアにおける Multimorbidity の現状と課題」、日本プライマリ・ケア連合学会誌、42、P213-219
- [4] 田中典子(2020)「文献レビューによる『看護必要度』の臨床看護マネジメント活用における現状と課題」、『商大ビジネスレビュー』10巻2号、P173-191
- [5] 田中祐子(2023)「情報連携ツールとしての「重症度、医療・看護必要度」の利活用の提案」、カイ書林、P107-111
- [6] 筒井孝子、嶋森好子監修(2020)『看護必要度第8版』日本看護協会出版会
- [7] 筒井孝子(2019)『地域包括ケアシステムの深化』、中央法規出版株式会社
- [8] 筒井孝子(2022)『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
- [9] 筒井孝子(2022)『マンガでわかる 最新 看護必要度』、ヴェクソンインターナショナル、P149-154
- [10] 松原健治(2023)「病院と地域をつなぐー看護必要度を用いた医療と介護の新たな挑戦ー」、カイ書林、P84-89
- [11] 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社(2017)「平成28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 地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションのあり方に関する調査研究事業 報告書」、P40

参考ホームページ（引用ホームページを含む）

- [1] 一般社団法人全国訪問看護事業協会「令和5年度訪問看護ステーション数調査結果」訪問看護ステーション基本情報
<https://www.zenhokan.or.jp/new/topic/basic/>(2024年1月10日アクセス)
- [2] 厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム」<https://mieruka.mhlw.go.jp/>
(2024年7月4日アクセス)
- [3] 厚生労働省「第140回社会保障審議会介護給付費分科会資料 訪問リハビリテーション（参考資料）」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001164600.pdf>

(2024 年 8 月 2 日アクセス)

〔4〕 地域医療情報システム

<https://jmap.jp/> (2024 年 7 月 4 日アクセス)

〔5〕 兵庫県「第 1 回県民モニターアンケート「介護に関する意識」の調査結果」

<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kk04/documents/r5-1kekka.pdf>

(2024 年 7 月 18 日アクセス)