

回復期病院における急性期病院からの 転入患者の特性と退院先 —— 自宅退院と施設退院の患者特性の比較 ——

齊田綾子,¹ 飯田苗恵,² 鈴木美雪²
大澤幸枝,¹ 牛久保美津子³

要旨

【目的】 標準的な二次医療圏の回復期病院における急性期病院からの転入患者の特性と退院先を明確にし、地域完結型医療を推進するための示唆を得る。【対象と方法】 2007年度の転入患者265人の診療記録の遡及調査を行い、記述統計および退院先により比較検討した。【結果】 対象者は平均76.5歳、脳血管疾患47.1%で、41.6%が入院後に介護保険を申請、91.3%に退院調整がされた。退院先は40.0%が施設、うち18.9%は介護老人保健施設であった。退院先施設が居住地の二次医療圏内である者は77.4%で、介護老人福祉施設では50.0%であった。退院先が自宅か否かの比較では、回復期病棟への入院、紹介元病院での入院期間、入院期間、医療処置の有無、ADL、認知機能、家族員数に有意差が見られた。【結語】 加療に加え、ADL改善、認知症進行防止、介護保険の申請支援、退院調整の情報共有等とともに在宅・生活重視型施設の医療体制整備の必要性が示唆された。(Kitakanto Med J 2013 ; 63 : 109~117)

キーワード：二次医療圏、地域完結型医療、回復期病院、退院調整、高齢者ケア

1. はじめに

厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会が平成17年12月13日に取りまとめた審議報告¹では、介護療養型医療施設について、一定の期限を定めて「在宅復帰・在宅生活支援重視型の施設」や「生活重視型の施設」などへの移行等を図ることとされた。さらに「医療保険との機能分担も含めた療養病床全体の在り方について、厚生労働省としての基本的な考え方を早急に示すことが強く要請された。これを受け、厚生労働省医療構造改革推進本部は、「療養病床の将来像について」²を決定し、医療・介護等の関連施設にまたがる検討や改革が重ねられている。^{3,4}

わが国の医療費適正化対策は推進され、平均在院日数の短縮化と合わせて、「在宅復帰・在宅生活支援重視型の施設」や「生活重視型の施設」への移行を図るなど在宅

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い、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、患者中心の良質な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、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を踏まえたケア提供を検討する必要がある。

平成24年度は6年に1度の診療報酬・介護報酬の同時改定となった。⁵ 今回の改定では、地域完結型医療の実現に向けて、「医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実」が重点課題として明確に示されている。⁶ 日常生活圏である二次医療圏は、都道府県が病床の整備を

1 群馬県富岡市七日市643 公立七日市病院 2 群馬県前橋市上沖町323-1 群馬県立県民健康科学大学 3 群馬県前橋市昭和町3-39-22 群馬大学大学院保健学研究科
平成25年2月13日 受付
論文別刷請求先 〒370-2343 群馬県富岡市七日市643 公立七日市病院 齊田綾子

図るにあたって設定する地域的単位のことであり、基本的な医療が地域で完結できる区域として定められている。⁷つまり、地域で暮らしながら二次医療圏内で医療を受けられる体制整備が進められている。

先行研究におけ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関する調査⁸では、施設へ退院した患者の約7割が回復期・亜急性期・慢性期を担う医療機関（以下、回復期病院と略す）に移行していた。急性期病院の円滑な退院調整のためには、回復期病院の転入患者の受け入れが大変重要な役割をもつ。回復期病院においては、急性期病院やかかりつけ医との前方連携、かかりつけ医や療養病床との後方連携、介護施設や在宅サービス提供機関を含めた地域連携の推進は欠かせない。急性期病院を退院後、どのような特性をもつ患者が回復期病院へ転入し、さらにどのような療養の場へ移行しているのかを明確にすることは、退院先の決定に影響する要因など地域完結型医療の推進に向けた課題の示唆が得られるものと考えられる。

II. 目 的

本研究の目的は、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退院先を明確にし、地域完結型医療の推進に向けた示唆を得ることである。

III. 研究 方 法

1. 対象

対象は、回復期リハビリ病棟を有する A 病院に、2007 年度に急性期病院から転入してきた患者の診療記録である。2007 年度、急性期病院から A 病院に転入した患者は 292 人であった。そのうち死亡 22 人、データ不明者 5 人を除く 265 人の診療記録を対象とした。

2. A 病院の概要と選定理由

調査時、A 病院が属する二次医療圏は、1 市 2 町 1 村で、人口は約 8 万人、面積は約 500km²、高齢化率は 27.5% であった。対象の二次医療圏内の医療福祉施設数を表 1 に示した。対象の二次医療圏内は、5 カ所の病院に合計 1,431 床、3 カ所の介護老人保健施設に 280 床を有し、福祉施設では、6 カ所の介護老人福祉施設に 350 床、16 カ所の認知症対応型共同生活介護に 162 床の他、養護老人ホーム、軽費老人ホームを有している。

A 病院は、回復期リハビリテーション病棟を含む 150 床を有する病院である。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テーション病棟に分かれている。コ・メディカルは看護師配置、一般病床：10 対 1、回復期リハビリテーション病棟：3 対 1、ソーシャルワーカー 1 人、リハビリスタッフは理学療法士 13 人、作業療法士 8 人である。リハビリスタッフは病棟への専従

表 1 A 病院が属する二次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		355
感染症病床		4
一般病床と療養病床、介護療養病床を有する病院	1	172
一般病床		94
療養病床		50
介護療養病床		28
一般病床を有する病院*		
一般病床	1	150
精神病床と療養病床、介護療養病床を有する病院	1	660
精神病床		360
療養病床		200
介護療養病床		100
療養病床と介護療養病床を有する病院	1	90
療養病床		48
介護療養病床		42

病院小計	5	1,431
介護老人保健施設	3	280
介護老人福祉施設	6	350
認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	16	162
養護老人ホーム	1	60
軽費老人ホーム	1	60

※は A 病院である。

配置, 必要時, 退院前の家屋調査を行っている。また, 認知症を有する患者に対し院内デイケアを実施している。A 病院における院内デイケアは, 不穏症状などにより常時見守りを必要とする入院患者が, 平日昼間に院内のデイルームで生活し, 2~3 人の専属看護師が対応するシステム⁹である。

A 病院が属する二次医療圏では, 回復期リハビリテーション病棟を有する病院は A 病院が唯一であることから A 病院を対象に選定した。

3. データ収集方法

データ収集方法は, 診療記録の閲覧による遡及的調査である。

4. データ収集項目

対象の診療記録から, 次の項目に関するデータを収集した。項目は, 年齢, 性別, 主疾患, 家族構成, 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), 介護保険制度の利用状況, 医療処置, 患者の住所地医療圏, 紹介元入院期間, 入院病棟, 入院期間, 退院調整の内容等入院中の状況, 退院先施設, 施設の住所地医療圏, とした。認知機能, ADL は入院時の評価の後, 定期的な評価が記録されていたため, 入院時と退院前の最終評価 (以下, 退院時と略す) をデータとした。退院先施設の分類は, 病院, 診療所, 介護老人保健施設, 介護老人福祉施設, 認知症対応型共同生活介護, その他とした。

5. データ収集期間

2008 年 8 月~2008 年 12 月である。

6. 分析方法

記述統計により急性期病院からの転入患者の特性について割合等の傾向を示した。施設への退院については, 退院先の施設機能ごとに, 施設の住所地が患者の住所地の二次医療圏内である割合を算出した。また, 自宅への退院か否かを従属変数, 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。カテゴリー変数については χ^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。分析には, SPSS 18.0 J を用いた。

7. 倫理的配慮

本研究は, 対象病院の医療倫理委員会の承認を得た。データ収集は前述のとおり, 個人が特定されないようデータを厳重に匿名化し, 量的に処理した。対象病院内に研究実施の情報を公開し, 問い合わせ窓口を設置した。

IV. 結 果

1. 転入患者の特性

急性期病院からの転入患者の概要を表 2 に示した。性別は男性 114 人 (43.0%), 女性 151 人 (57.0%), 入院時の平均年齢は 76.5 (SD11.1) 歳, 主疾患は脳血管疾患 125 人 (47.2%), 損傷, 中毒及びその他の外因 91 人 (34.3%), 入院時に医療処置を有する者は 31 人 (11.7%) であった。家族構成では, 独居 44 人 (16.6%), 2 人は 76 人 (28.7%), 住所地が A 病院の属する二次医療圏と同一である者は 224 人 (84.5%) であった。平均入院期間は, 紹介元では

	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)
	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)
	循環器系の疾患 (心疾患)	6 (2.3)
家族構成	独居	44 (16.6)
	2 人	76 (28.7)
	3 人以上	138 (52.1)
	不明	7 (2.6)
医療処置	あり	31 (11.7)
住所地医療圏	A 病院と同一医療圏	224 (84.5)
紹介元入院期間	平均±標準偏差 (日)	30.1±26.6
	分布範囲 (日)	2~202
A 病医院入院期間	平均±標準偏差 (日)	81.4±54.1
	分布範囲 (日)	2~415

() 内の数字は%

30.1 (SD26.6) 日で、A 病院では 81.4 (SD54.1) 日であった。

2. 転入患者の入院の状況

急性期病院からの転入患者の ADL の評価を表 3 に示した。入院時の評価では、準寝たきりランク A 以上の自立をしている者は 17 人 (6.4%) であった。また、寝たきりランク B2 は 129 人 (48.7%)、寝たきりランク C2 は 63 人 (23.8%) の順であった。退院時の評価では、準寝たきりランク A 以上の自立をしている者は 51 人 (19.2%) であった。寝たきりランク B1 が 88 人 (33.2%)、寝たきりランク B2 77 人 (29.1%) の順であった。

急性期病院からの転入患者の認知機能の評価を表 4 に示した。入院時に認知症がない者は 111 人 (41.9%) であり、約 6 割は何らかの認知機能の障がいを持っていた。入院時と退院時の評価の変化は全てのランクでほぼ同数であった。

急性期病院からの転入患者の介護保険制度の利用状況を表 5 に示した。介護保険制度への申請なしは、入院時 170 人 (64.2%) から退院時 60 人 (22.6%) に減少した。申請中は、16 人 (6.0%) から 68 人 (25.7%) 増加した。要介護認定は、79 人 (29.8%) から 137 人 (51.7%) へ増加した。退院時の要介護度 (要支援 1～要介護 5) の内訳では、

表 3 転入患者の ADL の評価 n=265

ランク		入院時		退院時	
		(人)	(%)	(人)	(%)
生活自立	J1	0	0.0	1	0.4
	J2	0	0.0	0	0.0
準寝たきり	A1	1	0.4	7	2.6
	A2	16	6.0	43	16.2
寝たきり	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	100.0	265	100.0

障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) 判定基準による。

表 4 転入患者の認知機能の評価 n=265

ランク	入院時		退院時	
	(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	0.0
不明	3	1.1	3	1.1
計	265	100.0	265	100.0

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準による。

要介護 3 が 42 人 (30.7%)、要介護 2 が 28 人 (20.4%)、要介護 1 が 23 人 (16.8%) の順であった。

退院調整の内容等入院中の状況は、リハビリスタッフによる家屋調査が実施された者は 45 人 (17.0%)、院内のデイケアに参加した者は 62 人 (23.4%)、退院経過用紙への記載は 242 人 (91.3%) にあり、平均記載回数は 5.6 (SD5.8) 回であった。

3. 転入患者の退院先

急性期病院からの転入患者の退院先を表 6 に示した。退院先は自宅 159 人 (60.0%)、施設 106 人 (40.0%) であった。施設のうち、病院 41 人 (38.7%)、介護老人保健施設 50 人 (47.2%)、介護老人福祉施設 8 人 (7.6%)、認知症対応型共同生活介護 3 人 (2.8%) 等であった。

4. 退院先の施設住所地在患者住所地の二次医療圏と同一である率

急性期病院からの転入患者で自宅以外の何らかの施設に退院した者について、患者住所地の二次医療圏と施設住所地の二次医療圏との関係を表 7 に示した。施設へ退院した者のうち、A 医療圏が住所地の患者は、85 人、A 医療圏と隣接する B 医療圏、C 医療圏が住所地の患者は、それぞれ 13 人、8 人であった。A 病院から施設へ退院し

表 5 転入患者の介護保険制度の利用状況 n=265

項目	入院時		退院時	
	(人)	(%)	(人)	(%)
なし	170	64.2	60	22.6
申請中	16	6.0	68	25.7
要介護認定	79	29.8	137	51.7
要支援 1	12	15.2	8	5.8
要支援 2	5	6.3	9	6.6
要介護 1	12	15.2	23	16.8
要介護 2	20	25.3	28	20.4
要介護 3	17	21.5	42	30.7
要介護 4	9	11.4	16	11.7
要介護 5	4	5.1	11	8.0

介護保険制度の要介護認定による。

表 6 転入患者の退院先 n=265

退院先	人	%
自宅	159	60.0
施設	106	40.0
病院	41	38.7
有床診療所	1	0.9
介護老人保健施設	50	47.2
介護老人福祉施設	8	7.6
認知症対応型共同生活介護	3	2.8
その他	3	2.8

表7 退院先の施設機能ごとの居住地医療圏内率

n=159

患者住所地		退院先施設		退院先施設の種類の内訳					
住所地医療圏	患者数	住所地医療圏	患者数	病院	診療所	介護老人保健施設	介護老人福祉施設	認知症対応型共同生活介護	その他
計			106(100.0)	41(100.0)	1(100.0)	50(100.0)	8(100.0)	3(100.0)	3(100.0)
A	85	A	74(69.8)	22(53.7)		44(88.0)	4(50.0)	2(66.7)	2(66.7)
		B	4(3.8)	1(2.4)			3(37.5)		
		C	1(0.9)					1(33.3)	
		D	5(4.7)	5(12.2)					
		F	1(0.9)	1(2.4)					
B	13	A	8(7.5)	6(14.6)		1(2.0)			1(33.3)
		B	4(3.8)	3(7.3)		1(2.0)			
		E	1(0.9)	1(2.4)					
C	8	A	4(3.8)	2(4.9)		1(2.0)	1(12.5)		
		C	4(3.8)		1(100.0)	3(6.0)			
居住地医療圏内率			82(77.4)	25(61.0)	1(100.0)	48(96.0)	4(50.0)	2(66.7)	2(66.7)

A は対象病院の二次医療圏、B および C は隣接する二次医療圏、D および E は隣接しない二次医療圏、F は他県である。

居住地医療圏内率は、患者の住所地の二次医療圏と退院先の施設住所地の二次医療圏が同一である者の割合である。

患者の住所地と同一の施設住所地に、 を印した。

単位は人、() 内は%を表す。

た者のうち、施設住所地の二次医療圏が、患者住所地の二次医療圏と同一であった者は82人(77.4%)であった。退院先の施設住所地が患者住所地の二次医療圏と同一である率が低い施設は、介護老人福祉施設50.0%、病院61.0%、認知症対応型共同生活介護66.7%等であった。

5. 退院先による転入患者の特性の比較

退院先が自宅か施設かによる転入患者の特性の比較を表8に示した。有意差がみられたのは、入院病棟が回復期病棟への入院か否か、紹介元病院の入院期間、A病院の入院期間、入院時の医療処置の有無、退院時の医療処置の有無、入院時ADL、退院時ADL、入院時の認知機能、退院時の認知機能、家族構成が独居か独居以外か、家族構成が3人以上かそれ以外かであった。

V. 考 察

回復期病院における急性期病院からの転入患者の特性は、平均年齢76.5歳、主疾患では脳血管疾患が125人(47.2%)、損傷、中毒及びその他の外因91人(34.3%)となっていた。超高齢社会における高齢者の健康問題は、健康上に問題を引き起こしている疾患を治療するといったアプローチだけでなく、疾患や障がいをもちながら生活をするうえで生じる健康上の問題をいかに解決、または緩和していくかという視点からのアプローチも必要となる。在院日数の短縮化が迫られている急性期病院の現状にあつては、疾患の治療が最優先であり、複数の疾患や障がい絡み合う高齢者が、必要な支援を受けながら生活を再構築していく過程には、回復期病院への転入が

必要な場合が多いということであろう。

転入患者は、入院時、何らかの認知機能の障がいや有している者が約6割、ADLは屋内での生活がおおむね自立をしている者が17人(6.4%)であり、9割以上が介助を要していた。家族構成では独居44人(16.6%)、2人が76人(28.7%)であり、合わせて120人(45.3%)となる。このような転入患者が入院中に受けた支援では、院内デイケア⁹⁻¹²に関する情報提供と参加の促し、リハビリスタッフの病棟への専従配置によるケアおよび家屋調査、多職種による退院に向けてのカンファレンス等に関する経過記録の記載と情報共有が確認された。介護保険制度の利用では、申請をしていない者が入院時170人(64.2%)から退院時60人(22.6%)となっており、入院中に転入患者の約4割が新たに介護保険制度への申請を行ったことになる。急性期病院からの転入患者に対するケアでは、加療とともにADL改善へのケア、認知症進行防止へのケア、介護保険制度の利用への支援、退院調整の情報共有が次なる療養の場への移行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退院先は、6割が自宅、4割が施設であった。退院先が自宅か施設かによる転入患者の特性の比較では、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、家族構成などに有意差がみられた。平成20年度の診療報酬改定で新設された「退院調整加算」は、平成24年度の改定により入院基本料ごとに分けられ、入院期間によって報酬が細分化された。¹³算定要件には「入院7日以内に患者の入院している病棟等において退院困難な要因を有している患者を抽出

表 8 退院先による患者特性の比較

患者特性	合計	退院後の移行先				P
		自宅		自宅以外		
		人	%	人	%	
退院年齢						
～39歳	1	1	0.4	0	0.0	n.s.
40～64歳	36	23	8.7	13	4.9	
65歳～	228	135	50.9	93	35.1	
20～29歳	1	1	0.4	0	0.0	n.s.
30～39歳	0	0	0.0	0	0.0	
40～49歳	1	1	0.4	0	0.0	
50～59歳	26	17	6.4	9	3.4	
60～69歳	26	16	6.0	10	3.8	
70～79歳	91	54	20.4	37	14.0	
80～89歳	99	61	23.0	38	14.3	
90～99歳	21	9	3.4	12	4.5	
100歳～	0	0	0.0	0	0.0	
性別						
男性	114	63	23.8	51	19.2	n.s.
女性	151	96	36.2	55	20.8	
入院病棟						
回復期リハビリテーション病棟	200	129	48.7	71	26.8	*
上記以外	65	30	11.3	35	13.2	
傷病						
循環器系の疾患 (脳血管疾患)	125	71	26.8	54	20.4	n.s.
上記以外	140	88	33.2	52	19.6	
骨折	91	52	19.6	32	12.1	n.s.
上記以外	174	100	37.7	74	27.9	
紹介元入院期間						
14日以内	51	33	12.5	18	6.8	*
15～30日以内	129	85	32.1	44	16.6	
31～60日以内	63	33	12.5	30	11.3	
61～90日以内	14	5	1.9	9	3.4	
91～179日以内	6	3	1.1	3	1.1	
180日以上	2	0	0.0	2	0.8	
入院期間						
30日以内	39	27	10.2	12	4.5	**
31～60日以内	63	47	17.7	16	6.0	
61～90日以内	68	41	15.5	27	10.2	
91～179日以内	86	40	15.1	46	17.4	
180日以上	9	4	1.5	5	1.9	
入院時の医療処置						
あり	31	7	2.6	24	9.1	***
なし	234	152	57.4	82	30.9	
退院時の医療処置						
あり	24	5	1.9	19	7.2	***
なし	241	154	58.1	87	32.8	
入院時のADL						
J1～A2	58	53	20.0	5	1.9	***
B1～C2	207	106	40.0	101	38.1	
退院時のADL						
J1～A2	139	115	43.4	24	9.1	***
B1～C2	126	44	16.6	82	30.9	
入院時の認知機能						
なし～II a	159	115	43.4	44	16.6	***
II b～M	103	43	16.2	60	22.6	
退院時の認知機能						
なし～II a	154	117	44.2	37	14.0	***
II b～M	108	41	15.5	67	25.3	
家族構成						
独居	44	20	7.5	24	9.1	*
上記以外	221	139	52.5	82	30.9	
配偶者あり	57	35	13.2	22	8.3	n.s.
上記以外	208	124	46.8	84	31.7	
3人以上	138	92	34.7	46	17.4	*
上記以外	127	67	25.3	60	22.6	

*** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05, n.s. 有意差なし

すること(退院調整スクリーニング)」が必須化され、「退院困難な要因」として9つの要因が明確にされている。9つの要因には、①悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかである、②緊急入院である、③介護保険が未申請の場合、④入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要である(必要であると推測される)、⑤排泄に介助を要する、⑥同居者の有無にかかわらず、必要な介護を十分に提供できる状況にない、⑦退院後に医療処置(胃ろう等の経管栄養法を含む)が必要、⑧入退院を繰り返している、⑨その他患者の状況から判断して①～⑧に準ずると認められる場合、がある。¹⁴ これらの要因と照らし合わせてみると、「認知機能低下」、「ADL低下」、「医療処置あり」により自宅退院の割合が少ないという結果は、退院調整を要する要因と一致していた。また、「独居・家族構成2人以下」により自宅退院の割合が少ないという結果も、必要な介護を十分に提供できる状況にないと考えられ、一致するといえる。以上のことから、急性期病院からの転入患者の自宅退院を可能とする要因には、本人のセルフケア能力および家族介護力に関連があると考えられた。また、紹介元病院の入院期間、A病院での入院病棟、A病院の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・医療的管理が複雑でないことが自宅退院を可能にする要因と示唆される。今後、自宅へ退院する者への医療・介護支援体制を充実していくことで、自宅へ退院する者の増加が見込まれ、地域完結型医療の推進を後押しできると考える。

退院先の施設は、病院41人(38.7%)、有床診療所1人(0.9%)、介護老人保健施設50人(47.2%)であり、医療機関への退院が92人(86.8%)を占めた。これは、急性期病院からの転入者は退院後も何らかの医療的管理を要する患者が多いことを示す結果であると考えられる。退院先の施設のうち、介護老人保健施設への退院が約半数を占めている。介護老人保健施設では、医療処置を要する者を受け入れていることが、転入患者の退院先施設として多いことへの1つの要因と考える。介護老人保健施設における医療処置を要する者の受け入れに関する調査結果¹⁵をみると、「人工呼吸器をつけている」「中心静脈栄養をしている」「人工透析をしている」は約80%~90%が受け入れていないものの、「喀痰吸引の必要がある」「胃ろう・腸ろうをしている」「インスリンを投与している」は90%以上が受け入れている。このことから、回復期病院における医療処置を要する者の退院先として、療養型医療施設の他に介護老人保健施設が加わり、退院先の選択肢が広がったと考えられる。A病院から退院した者の退院先施設の住所地が患者の住所地の二次医療圏内であった率は約8割であった。退院先の施設住所地が患者住所

地の二次医療圏と同一である率が低い施設は、病院61.0%、介護老人福祉施設50.0%、認知症対応型共同生活介護66.7%であり、A病院の退院先施設における生活重視型施設の量的な充足については、さらに高齢者人口の急速な増加が見込まれる今後の大きな課題といえる。

標準的な二次医療圏の回復期病院において、急性期病院からの転入患者の特性と退院先による比較を行い、地域完結型医療の推進には、加療に加え、ADL改善へのケア、認知症進行防止へのケア、介護保険制度の利用への支援、退院調整の情報共有等とともに在宅や生活重視型施設への医療体制を整備する必要性が示唆された。

VI. 研究の限界

本研究は、標準的な二次医療圏内における回復期病院を対象としており、わが国の地域医療計画を踏まえた地域完結型医療の推進における回復期病院でのケアのあり方に資すると考える。しかし、一施設を対象とした週及的調査であるため、調査項目に限界がある。

謝 辞

本研究にご協力いただきました対象病院の職員の皆様に感謝申し上げます。

本研究は、科学研究費補助金(基盤研究(C)課題番号20592670)の助成を受けた研究の一部である。

文 献

1. 厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会：平成18年度介護報酬改定に関する審議報告。(H17年12月13日) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/dl/s1213-4b.pdf>
2. 厚生労働省医療構造改革推進本部：療養病床の将来像について。(H17年12月21日) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/dl/s1228-2e.pdf>
3. 厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会：第41回資料1療養病床再編に伴う介護報酬等の見直しに係る諮問案について。(H18年6月28日) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/06/dl/s0628-7b.pdf>
4. 厚生労働省：第4章これからの健康づくりと医療～医療構造改革の目指すもの～。平成19年版厚生労働白書。2007：97-101。
5. 山田雅子。平成24年度診療報酬・介護報酬改定 退院支援はどう変わる？退院調整看護師が知っておきたい診療報酬・介護報酬改定のポイント。Nursing Today 2012；27(3)：66-71。
6. 山内真恵。平成24年度診療報酬・介護報酬改定 退院支援はどう変わる？診療報酬改定で期待すること。Nursing Today 2012；27(3)：72-74。
7. 医療法。第5章医療提供体制の確保第2節医療計画。第30条の4。 <http://law.e-gov.go.jp/cgi-bin/strsearch.cgi>
8. 飯田苗恵，牛久保美津子，牛込三和子ら。二次医療圏中核

- 病院における退院調整に要する日数に影響する要因. 日本プライマリケア学会誌 2007; 30(4): 337-343.
9. 齊田綾子, 大澤幸枝, 桐山勝枝ら. 入院患者に対する院内デイケアでの生活支援と個別対応リハビリテーション介入の効果. 第5回日本医療福祉学会全国学術大会学術報告論文集 2010: 23-30.
 10. 大澤幸枝. 認知症患者や高次脳機能障害患者の看護—院内デイケア導入の効果. 第37回日本看護学会論文集「看護管理」 2006: 100-102.
 11. 大澤幸枝, 内堀絹代, 田中聡一. 認知症を伴う入院患者対応の取り組み—院内デイケア導入5年目を迎えて—. 第4回日本医療福祉学会全国学術大会学術報告論文集 2009: 5-13.
 12. 齊田綾子, 大澤幸枝, 櫻井 智ら. 入院患者の機能的自立度に対する院内デイケア効果の量的解析—リハビリに院内デイケアを併用すると有意に機能的自立度が向上する—. 日本老年看護学会第17回学術集会抄録集 2012: 234.
 13. 厚生労働省保険局医療課: H24年度診療報酬改定の概要. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/iryuhoken15/dl/h24-01-03.pdf>
 14. 医学通信社編: A238 退院調整加算. 診療点数早見表 2012年4月版. 2012: 124-125.
 15. 医療経済研究機構: 平成22年度老人保健健康増進等事業 医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査【介護保険施設】報告書. 2010: 3-5.

Characteristics of Patients at a Recovery-care Hospital Transferred from Acute-care Hospitals and their Discharge Destinations : Comparison of the Patients' Characteristics between Discharges to Home and to Non-home

Ayako Saida,¹ Mitsue Iida,² Miyuki Suzuki,²
Yukie Osawa¹ and Mitsuko Ushikubo³

1 Nanokaichi Public Hospital, 643 Nanokaichi, Tomioka, Gunma 370-2343, Japan

2 Gunma Prefectural College of Health Sciences, 323-1 Kamioki-machi, Maebashi, Gunma 371-0052, Japan

3 Gunma University Graduate School of Health Sciences, 3-39-22 Showa-machi, Maebashi, Gunma 371-8514, Japan

Objective : The aim of the present study was to clarify the characteristics of patients at recovery-care hospitals in an average secondary medical region transferred from acute-care hospitals and their discharge destinations, in order to promote region-based total medical care. **Participants and Methods :** A retrospective survey was conducted using the medical records of 265 patients transferred in fiscal 2007 and the data were investigated stratified by discharge destination using descriptive statistics. **Results :** The mean age of the patients was 76.5 years. Of the total, 47.1% had cerebrovascular diseases, 41.6% applied for long-term care insurance, and 91.3% received discharge planning. The discharge destination was an institution for 40.0% of the patients, including a health care facility for 18.9% of these patients. Patients whose non-home discharge destinations were located within the secondary medical region for their residences accounted for 77.4%, and those who went to a welfare facility accounted for 50.0%. Comparison of the patient characteristics between home and non-home discharge destinations revealed significant differences in the admission rate to a recovery-care ward, length of hospitalization at the original hospital, total length of hospitalization, medical treatment, activities of daily living (ADL), cognitive function, and number of family members. **Conclusion :** It is necessary to improve home care support services and other institutions, as well as improve the ADL, prevent progression of dementia, provide support for long-term care insurance application and share patients' information among in-hospital staff, in addition to providing medical treatment. (Kitakanto Med J 2013 ; 63 : 109~117)

Key words : secondary medical region, region-based total medical care, recovery-care hospital, discharge planning, elderly care