

急性期病院における退院支援指標に関する一考察

—DPC (MDC 分類) ・看護必要度による分析—

木村 敦子

キーワード：急性期病院、退院支援、DPC (MDC 分類)、看護必要度

1. はじめに

団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる時代の到来に向けて、社会保障制度を破綻させず維持するためには、高齢者の生活を医療に依存している現状から改善する必要がある、そのため医療経営においては治療を終えた患者を介護に繋ぐことが重要となる。

また、2014(平成26)年6月「医療介護総合確保推進法」が成立し、医療提供体制の確保のために病床機能報告制度¹が開始されることとなった。今後、必要となる入院ベッド(病床)数は、全国で115万～119万床という推定結果を政府がまとめたが、現在の病床数は約135万床であり、1割以上は削減することとなる。そのため、それぞれの地域では、より効率的・効果的な医療提供体制を構築し、病院と地域との相互の連携をはかり、医療は「病院」から「在宅」へ、暮らしを支える医療の推進を目指すことが急務となってきた。

これを受けて「地域医療構想策定ガイドライン」がまとめられ(2015(平成27)年3月)、国および都道府県は、医療提供体制の改革にあたり地域医療介護総合確保基金の活用、必要なデータの情報共有、専門性に配慮した人事等の確保などを行っていく役割を担い、各医療機関は、医療関係者のみならず医療保険者とともに地域における医療・介護サービスのネットワーク化を図るために連携し、当事者間で競争するのではなく協調すべきであるといわれている。また、医療機関は病床機能を行政へ報告する

¹ 医療機関が病棟単位で医療機能の現状と今後の方向を選択し、都道府県に報告する制度。医療機能は高度急性期、急性期、回復期、慢性期に区分されている。

とともに地域に自らの病院の機能を明示し、このことを理解してもらわねばならないことになる。

今後、急性期病院は、地域包括ケアシステム構築において、適正な入院の保障と患者の状態に応じた生活に繋ぐことが求められている。そのためには退院支援は、「患者本位」を軸として治療の保障と尊厳ある自立への支援、すなわち在宅で本人がのぞむ生活を目指すことが不可欠となる。

本稿では、地方都市の公立病院であるA病院を取り上げる。A病院は病床機能区分において急性期病院として役割を担おうとしている。このための課題として、誰に対して、いつ、どのような退院支援が必要であるかを明らかにすることは必須の内容と考えられる。ここでは、この退院支援のあり方を検討するために、A病院に入院している患者のDPC(MDC分類)²・看護必要度³の分析を行い、退院支援に資する内容を考察することを目的とする。

節構成は次の通りである。第2節ではA病院の概要を述べる。第3節ではA病院の2014(平成26)年度の入院患者データを用いて、退院支援に関する分析を行う。第4節では、以上の結果に基づいて考察を行い、第5節でこれらをまとめた総括を述べることとする。

2. A病院の概要

A病院は2011(平成23)年、官民統合により、公立病院から地方独立行政法人機構に移行した。2018(平成30)年には600床の新病院に移転予定である。急性期基幹病院として診療科は24科、病床数394床であり、7対1一般病棟⁴が6病棟295床、NICU15床、GCU27床、小児病棟51床、ICU6床を有している。表1は10年間の活動実績である。

表2は職員数の推移を示している。2014(平成26)年の職員数は735名であり、これは独立行政法人機構に移行した2011(平成23)年の575名から127%増加している。なかでも、14名在籍した内科医が2008(平成20)年には1名にまで減少したが、その後徐々に増加していった。今後も、新病院に向けて職員数は増加していく状況にある。

² DPC(Diagnosis Procedure Combination)は診断群分類手法を意味するが、急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく1日あたり包括支払制度を指すことが一般的である。MDC(Major Diagnostic Category)は主要診断群分類を意味する。DPCは14桁のコードで表され、その上位2桁がMDCに相当する。MDC01(神経系疾患)からMDC18(その他)の18分類ある(表3を参照のこと)。

³ 「重症度、医療・看護必要度」は患者に必要とされる看護量を評価するものであり、本稿ではこれを看護必要度と略す。詳細は3-4節を参照のこと。

⁴ 2006(平成18)年の診療報酬改定において、入院基本料区分に「7対1看護体制」が加わった。

表 1 : A 病院の活動実績

	平成 17年 (2005)	18年 (2006)	19年 (2007)	20年 (2008)	21年 (2009)	22年 (2010)	23年 (2011)	24年 (2012)	25年 (2013)	26年 (2014)
紹介率 (%)	35.1	35.3	43.5	47.7	61.1	73.4	70.7	74.6	76.1	70.7
逆紹介率 (%)	24.6	20.2	25.4	27.7	37.9	46.4	56.0	62.3	60.6	68.1
平均在院日数	15.8	14.3	13.8	13.7	11.1	11.2	11.7	10.6	10.9	10.9
新入院患者数	7,796	8,760	8,229	7,685	7,496	7,865	8,353	8,589	8,870	9,873
入院1日平均患者数	338	343	311	290	229	240	268	250	265	295
外来1日平均患者数	1,034	1,051	996	906	790	796	793	782	824	848
救急患者数	—	17,443	13,499	7,163	6,616	6,912	6,750	7,171	7,076	7,088
救急車受入患者数	—	1,851	1,391	1,110	1,108	1,487	1,935	2,404	2,682	3,075
手術件数	2,557	2,810	2,973	2,727	2,870	3,116	3,390	3,589	4,165	4,185

表 2 : A 病院の職員数の推移

	平成 17年 (2005)	18年 (2006)	19年 (2007)	20年 (2008)	21年 (2009)	22年 (2010)	23年 (2011)	24年 (2012)	25年 (2013)	26年 (2014)
医師	62	60	53	51	52	52	62	75	79	85
看護師	266	272	280	303	305	302	294	311	347	346
その他	50	51	55	61	67	64	63	79	74	80
事務	24	23	23	23	24	25	23	26	22	31
嘱託	88	87	95	91	107	116	133	180	208	193
合計	490	493	506	529	555	559	575	671	730	735

A病院の属する二次医療圏は、3市2町からなる東西に長い地域であり、公立病院が5病院ある。また、民間の脳外科を中心とする2つの急性期病院をはじめ、8つの総合病院がある。次頁の表3は、平成25年度のA病院のDPC(MDC分類)別退院患者件数および二次医療圏域における比率を示したものである。A病院は、地域小児医療センターとして、当圏域の35.3%の小児医療を担っている。また、25.6%の異常妊娠などの産婦人科受け入れと、50.6%の新生児の受け入れを行っている。また、圏域外からの受け入れも行い地域周産期母子センターとしての役割も担っている。

表 3：A 病院の MDC 分類別退院患者件数・二次医療圏における比率（平成 25 年度）

MDCコード・名称	件数	シェア (%)
01 神経系疾患	130	3
02 眼科系疾患	760	20
03 耳鼻咽喉科系疾患	505	26
04 呼吸器系疾患	1,183	17
05 循環器系疾患	67	1
06 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	1,300	12
07 筋骨格系疾患	92	3
08 皮膚・皮下組織の疾患	136	17
09 乳房の疾患	0	0
10 内分泌・栄養・代謝に関する疾患	333	21
11 腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	691	18
12 女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩	866	26
13 血液・造血器・免疫臓器の疾患	147	16
14 新生児疾患、先天性奇形	565	51
15 小児疾患	294	35
16 外傷・熱傷・中毒	279	8
17 精神疾患	11	46
18 その他	72	9
全体	7,431	14

A病院が属する当圏域の DPC 病院を対象とし、横軸を効率性指数、縦軸を複雑性指数、バブルサイズを月平均患者数とした患者構成分析⁵を図 1 に示す。A病院は、効率性指数は 1.22、患者数は 621 人と 1 位であるのに対して、複雑性指数は 0.87 の 9 位であった。

また、病床機能区分⁶の分類により、2014(平成 26)年度のべ患者数(96,623 人)の医療投入額を算出し、高度急性期、急性期、回復期、慢性期に分類した。その結果が図 2 であり、高度急性期患者 31.6%と急性期患者 32.3%を合わせた急性期患者が 63.9%を占め、回復期患者 27.6%と慢性期患者 8.5%を合わせ、今後の病床のあり方を示す病床機能報告制度においては急性期患者には相当しないとされた入院患者の割合は 36.1%と示された。

⁵患者構成分析とは、DPC 診断群を複雑性(患者構成指標)、効率性(在院日数指標)、1月の患者数で計算したものであり、複雑性と効率性は 1.0 を平均として計算される。

⁶地域医療構想策定ガイドラインにおいて示された病床機能の分類方法に基づき、入院基本料相当分とリハビリの一部を除いた一日出来高点数(診療報酬稼働額)を医療資源投入量として、高度急性期 3,000 点以上、急性期 600 点以上、回復期 175 点以上、慢性期 174 点以下とした。

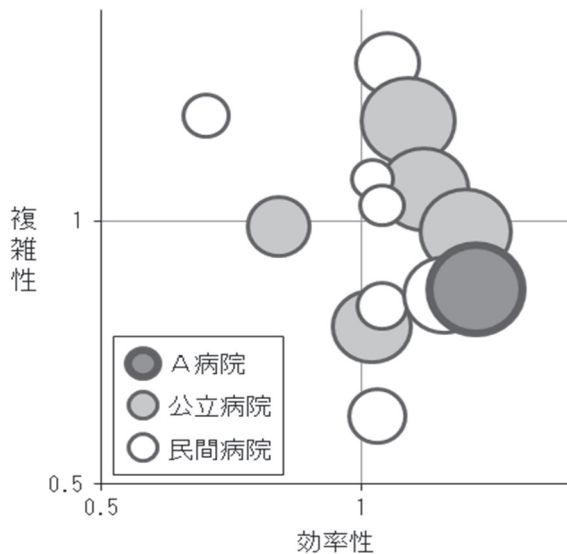


図1：A病院の属する二次医療圏の患者構成分析

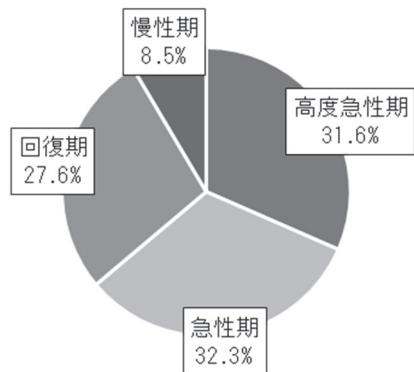


図2：A病院病床機能区分
(2014(平成26)年度)

3. 退院支援に関するA病院の現状分析

本節では、A病院の2014(平成26)年度(2014年4月1日～2015年3月31日)の入院患者8,879人のデータに基づいて、退院支援の指標に関する分析を行う。

3-1. 入院患者数と手術件数

入院患者の平均年齢は42.5歳(最高年齢103歳)であり、年齢別にみると(次頁の図3)、周産期の新生児・小児などを中心とする層(33.1%)、妊産婦等30代を中心とする層(28.7%)、65歳以上の高齢者層(38.2%)の3層に特徴的に分類される。65歳以上の高齢者層の平均年齢をみると75.8歳であった。また、64歳以下の層は主に周産期が中心であることから、A病院は周産期と65歳以上の高齢者が主な入院患者層であることを示していた。本稿では、退院支援に関する分析を行うことを目的に、高齢者層をさらに2つに分け、年齢階層を64歳以下、65～74歳(前期高齢者)、75歳以上(後期高齢者)、の3層に分類した。

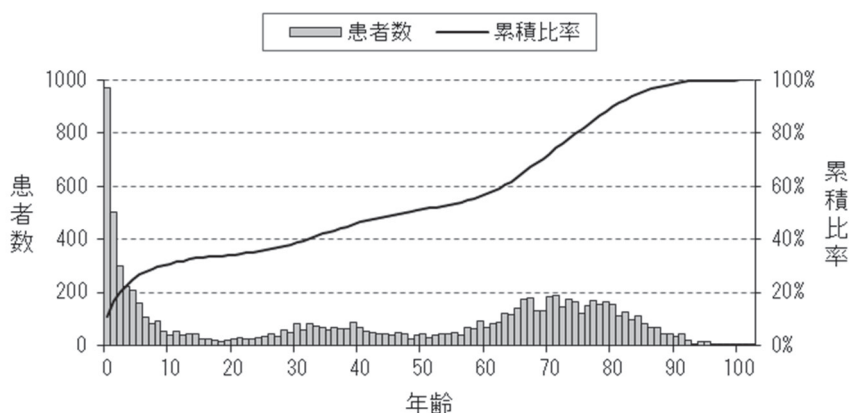


図 3：年齢別入院患者数（2014(平成 26)年度）

表 4 は、診療科別・点数区別に手術件数をまとめたものである。全手術件数は 4,427 件であった。そのうち眼科が 27.8% を占め、さらにその 67.9% は短期手術である水晶体手術が占めていた。次に多い診療科は産婦人科（19.2%）で、その 38.9% を帝王切開術が占めていた。3 番目に多い診療科は外科（13.5%）で、そのうち腹腔鏡下胆嚢摘出術が 12.0%、胃全摘・胃部分切除術等が 8.4% を占め、その他には結腸切除術、胆嚢摘出術、食道悪性腫瘍術、膵頭部切除術などであった。

表 4：診療科別・点数区別手術件数（2014(平成 26)年度）

	1,000点 未満	1,000～ 2,999点	3,000～ 5,999点	6,000～ 9,999点	10,000点 以上	合計
内科	9	5	133	68	229	444
小児科	3	14	18	3	39	77
外科	7	13	33	119	421	593
産婦人科	7	104	75	5	661	852
整形外科	6	21	41	25	167	260
泌尿器科	3	19	14	20	272	328
眼科	5	31	15	39	1,144	1,234
救急医学科	9	3	2	0	3	17
耳鼻咽喉科	8	65	58	90	32	253
皮膚科	0	2	8	0	4	14
小児外科	2	19	39	115	79	254
放射線科	0	3	0	1	96	100
脳神経外科	0	0	0	0	0	0
精神科	0	0	0	0	0	0
麻酔科	1	0	0	0	0	1
合計	60	299	436	485	3,147	4,427

3-2. MDC 分類別分析

DPC 対象の入院患者は 7,464 人（入院患者全体の 84.0%）であった。図 4 は、入院患者数を MDC 分類別・年齢階層別に示したものであり、MDC04(呼吸器系)、MDC06(消化器系)、MDC12(女性生殖器系)の順に多かった。また、65～74 歳の層と 75 歳以上の層においては、ともに MDC06(消化器系)、MDC04(呼吸器系)、MDC11(腎・尿路系)の順に多く、合計人数はそれぞれ 781 人、430 人、335 人であった。さらに、65 歳以上の層が占める割合は、MDC06(消化器系)では 61.2%、MDC07(筋骨格系)と MDC11(腎・尿路系)ではそれぞれ 57.3%、57.4%と過半数を占めていた。

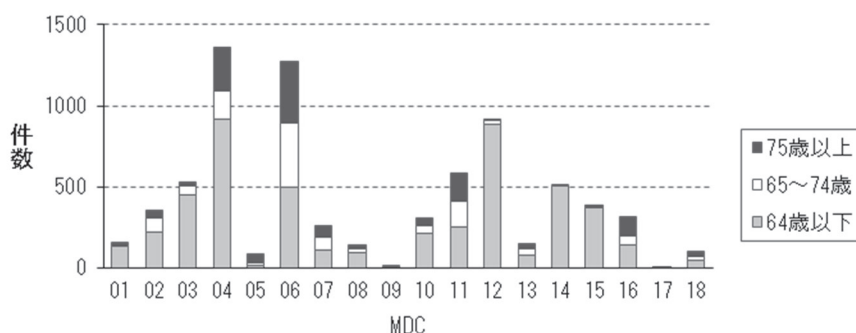
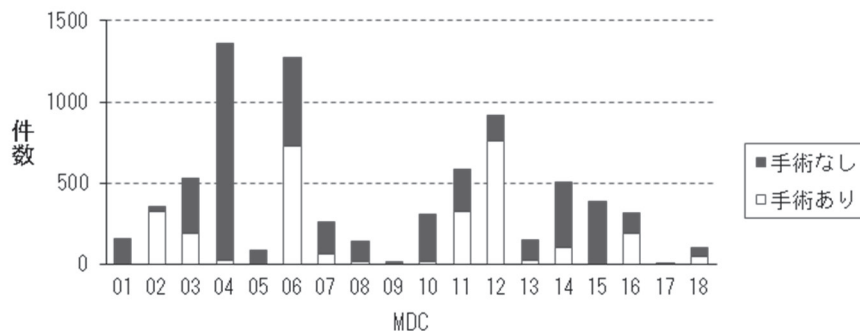


図 4 : MDC 分類別・年齢階層別入院患者数

図 5 は、入院患者全体および 65 歳以上の患者について、患者数を MDC 分類別・手術有無別に示したものである。いずれにおいても、MDC04(呼吸器系)の患者のほとんどが手術を行わず、MDC06(消化器系)では手術を行う患者が過半数を占めていた。手術を行った 65 歳以上の患者数は、MDC06(消化器系)、MDC11(腎・尿路系)、MDC02(眼科系)の順に多かった。

(入院患者全体)



(65 歳以上)

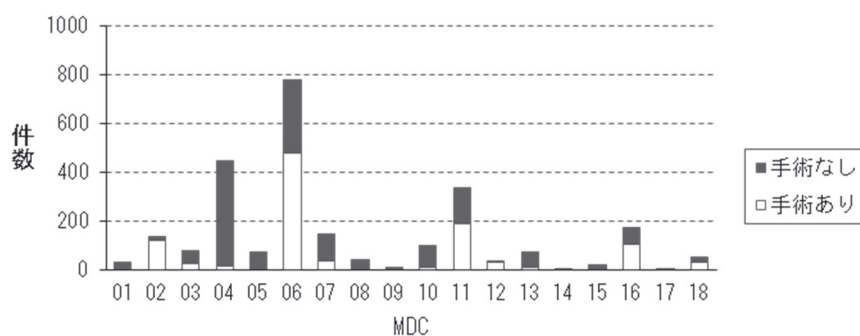


図 5 : MDC 分類別・手術有無別入院患者数

表 5 は、MDC 分類別・年齢階層別に平均在院日数を示している。入院患者全体の平均在院日数は 12.1 日、65 歳以上については 15.6 日であった。年齢階層で比較すると、MDC05(循環器系)では 64 歳以下が最も長かったが、それ以外の MDC 分類 (小児・女性を除く) では、64 歳以下よりも 65 歳以上の方が長くなっていた。その差が特に大きいのは MDC01(神経系)、MDC16(外傷系)、MDC07(筋骨格系)であった。

表 5 : MDC 分類別平均在院日数

MDC	全体	①64歳以下	②65～74歳	③75歳以上	②-①	③-①
01 神経	9.5	6.2	32.6	19.0	26.4	12.8
02 眼科	9.2	8.8	10.4	9.0	1.6	0.2
03 耳鼻科	5.8	5.4	8.0	7.1	2.6	1.7
04 呼吸器	9.1	6.7	14.8	13.4	8.1	6.6
05 循環器	19.5	27.2	18.3	17.4	-8.9	-9.8
06 消化器	13.5	11.0	14.8	15.3	3.8	4.3
07 筋骨格	20.7	14.6	19.0	32.5	4.4	17.9
08 皮膚	8.4	6.3	12.1	13.6	5.8	7.3
09 乳房	15.0	8.5	20.4	10.3	11.9	1.8
10 内分泌	12.7	10.2	16.8	19.0	6.5	8.8
11 腎・尿路	10.6	8.6	10.9	13.3	2.3	4.7
12 女性	14.0	14.1	10.4	8.9	-3.8	-5.2
13 血液	17.5	16.4	18.4	18.8	2.0	2.4
14 新生児	16.0	15.9	—	—	—	—
15 小児	6.2	6.1	—	—	—	—
16 外傷	20.0	11.0	24.9	28.1	13.9	17.1
17 精神	2.3	2.0	—	3.0	—	1.0
18 その他	18.2	13.1	24.4	20.9	11.3	7.8
総計	12.1	10.2	14.9	16.6	4.7	6.5

3-3. MDC06(消化器系)の分析

前節では、65歳以上の入院患者はMDC06(消化器系)が特に多く、また過半数が手術を行っていたことが示された。これは、退院支援の現状を把握する上でMDC06の入院患者に注目することが重要であると考えられる。そこで、本節と次節では主にMDC06の入院患者について分析を行う。

次頁の表6は、年齢階層別にMDC06の入院患者数、平均在院日数、医療資源投入量についてまとめたものである。手術患者数は729人で年齢階層による差はみられなかったが、手術なし患者数は548人で64歳以下が45.1%を占めた。

手術患者の平均在院日数は15.4日であったが、64歳以下が11.8日であるのに対して65～74歳は18.3日、75歳以上は16.4日と差がみられた。一方、手術なし患者の平均在院日数は10.9日で、64歳以下が10.2日、65～74歳が10.0日であるのに対して、75歳以上は13.3日であった。また、一日あたりの医療投入額は64歳以下が最も多いが、手術患者の入院全体に要した投入額については、65歳以上が64歳以下の1.23～1.35倍となっていた。

表 6 : MDC06 の年齢階層別入院患者数、平均在院日数、医療投入額

	入院患者数			平均在院日数(日)		
	手術有	手術無	全体	手術有	手術無	全体
64歳以下	249	247	496	11.8	10.2	11.0
65～74歳	229	167	396	18.3	10.0	14.8
75歳以上	251	134	385	16.4	13.3	15.3
全体	729	548	1277	15.4	10.9	13.5

	1日平均医療投入額(円)			手術患者の一入院医療投入額(円)			
	手術有	手術無	全体	術前	術日	術後	入院全体
64歳以下	88,199	46,218	67,293	80,218	415,989	345,003	841,210
65～74歳	68,891	42,786	57,882	112,829	516,942	502,184	1,131,956
75歳以上	73,488	42,009	62,532	91,451	465,213	477,398	1,034,063
全体	77,069	44,143	62,939	94,330	464,650	439,963	998,942

図 6 は MDC06 手術患者の在院日数分布、図 7 は MDC06 手術なし患者の在院日数分布である。累積割合が 50.0%と 80.0%になった在院日数は、手術患者が 11 日と 22 日であるのに対し、手術なし患者は 7 日と 15 日であった。

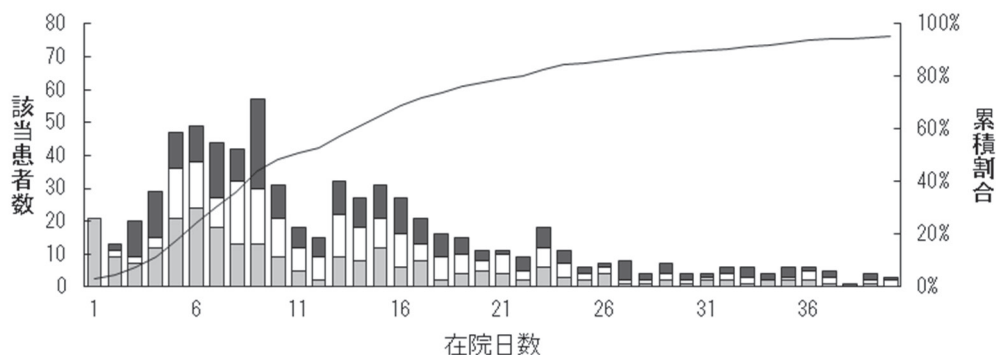
また、MDC06 の 65 歳以上のべ患者数について、図 2 と同様に病床機能区分を行ったところ、高度急性期 15.1%、急性期 40.6%を合わせた 55.7%が急性期患者であり、回復期と慢性期を合わせて 44.3%が急性期に相当しない割合として示された（入院患者全体ではそれぞれ 55.7%、36.1%であった（図 2））。

3-4. 看護必要度による分析

看護必要度は、DPC で評価されにくい患者の重症度を推計し、これを看護サービスの投下量として測定できる尺度として利用されてきた。すなわち、看護サービス提供を患者の状態データを用いて推定する看護を可視化できる測定ツールとして活用されている。

本節では、看護必要度 A 得点、B 得点のデータを用いて、退院支援に関する A 病院の現状分析を行う。ここで A 得点、B 得点とは、看護の必要度を構成する医療や看護サービスの量やその内容を測定するもので、A 得点は医療サービスに関連が強いモニタリング及び処置などに関する 7 項目、B 得点は看護における療養上の世話に強い関連がある患者の状況等を示す 7 項目から構成されている。現在、診療報酬における一般病棟の入院基本料の 7 対 1 申請の届出要件として、A 項目 2 点以上かつ B 項目 3 点以上のものが 15%以上とされている（以下、これを重症度基準割合と称する）。

(手術患者)



(手術なし患者)

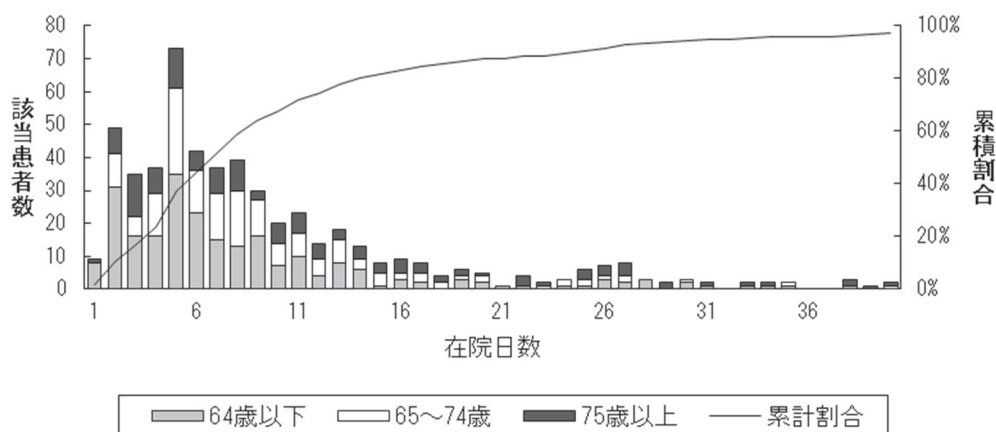


図 6 : MDC06 入院患者の在院日数分布

次頁の図 7 は、7 対 1 一般病床対象患者の月別看護必要度の A 得点、B 得点と重症度基準割合を示したものである。看護必要度の A 得点、B 得点とも季節性の変動はなく、月平均は A 得点 1.1、B 得点 3.6 であった。重症度基準割合の月平均は 21.9% であり、月別では 10 月が最も高い 24.8% であった。

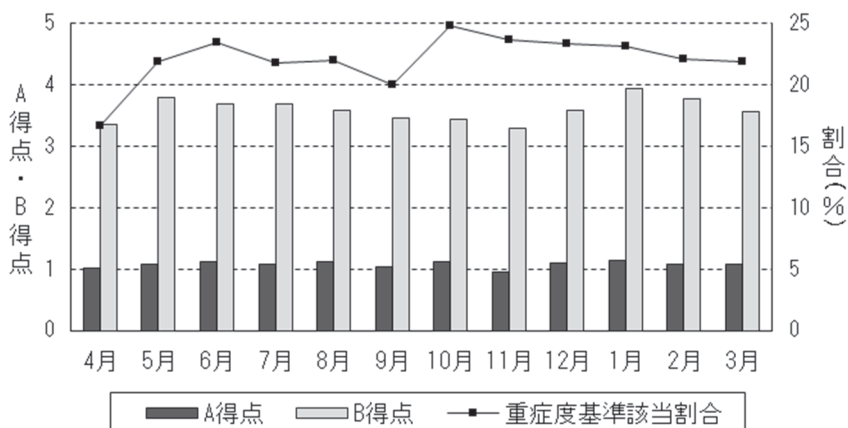


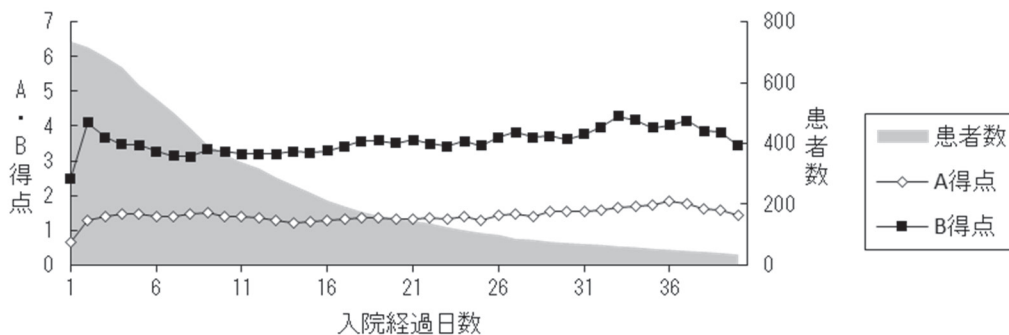
図7：月別看護必要度のA得点、B得点と重症度基準該当割合

図8は、MDC06の65歳以上患者について、入院経過日数ごとの患者数、看護必要度のA得点、B得点の平均値を示している。患者数が入院当初の25.0%にまで減少するのに要した日数は、入院患者全体では18日、手術患者は20日、手術なし患者は12日であった。

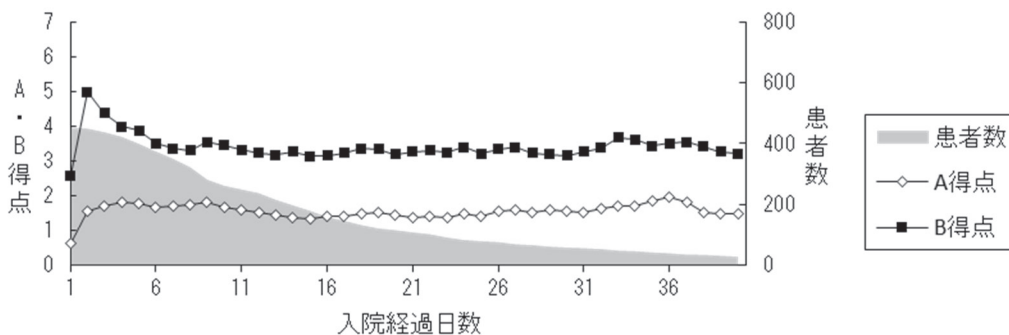
A得点、B得点の推移から、入院患者全体と手術患者の曲線は同じ傾向であった。入院患者全体でみると、A得点は9日目の1.5点をピークに14日目に1.2点まで下がり、その後36日目に1.8点となった。

またB得点は2日目の4.1点をピークに8日目に3.1点まで下がり、その後33日目に4.3点となった。一方、手術なし患者においてはA得点、B得点とも上昇傾向にあり、A得点の最小は1日目の0.6点、最大は38日目の1.9点であり、B得点の最小は1日目の2.3点、最大は33日目の6.5点であった。

(MDC06 全体) 平均在院日数 15.0 日



(MDC06 手術有) 平均在院日数 17.3 日



(MDC06 手術無) 平均在院日数 11.3 日

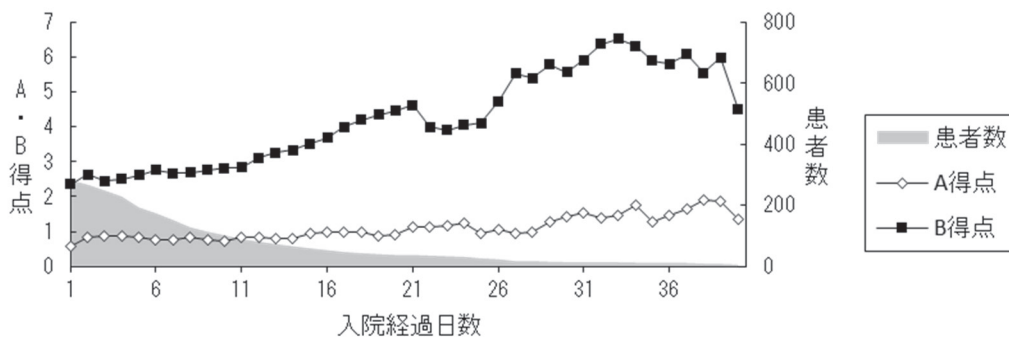


図 8 : MDC06 の入院経過日数別 A 得点、B 得点の推移 (65 歳以上)

表 7 : MDC06 の手術有無別 A 得点、B 得点 (65 歳以上)

	件数	最大A得点	最小A得点	最小A得点 のときの B得点	最大B得点	最小B得点	最小B得点 のときの A得点
手術有	453	3.2(2.0)	0.4(0.8)	2.5(3.2)	7.9(3.3)	1.5(2.6)	0.9(1.2)
手術無	283	1.2(1.2)	0.6(1.0)	2.6(3.4)	3.8(3.8)	2.4(3.4)	0.8(1.1)
全体	736	2.4(2.0)	0.5(0.9)	2.6(3.3)	6.3(4.0)	1.8(2.9)	0.8(1.2)

	最大A得点を 達成した入 院経過日数 (日)	最大A得点 から最小に なるのに要 した日数 (日)	最小A得点 から退院ま での日数 (日)	最大B得点を 達成した入 院経過日数 (日)	最大B得点 から最小に なるのに要 した日数 (日)	最小B得点 から退院ま での日数 (日)
手術有	3.5(4.2)	4.7(5.9)	9.0(13.1)	3.6(4.7)	5.1(6.1)	8.7(12.8)
手術無	2.2(4.0)	1.4(3.7)	7.7(8.1)	3.7(6.4)	2.1(4.6)	5.5(5.8)
全体	3.0(4.1)	3.5(5.4)	8.5(11.5)	3.6(5.4)	3.9(5.7)	7.4(10.8)

()内は標準偏差

表 7 は、MDC06 の 65 歳以上患者について、入院期間を、入院初日から A 得点が最大になるまでの期間、A 得点が最大となった日から最小になるまでの期間、最小になった日から退院日までの期間、の 3 期間に分割したものであり、B 得点についても同様の結果を掲載している。

A 得点については、手術の有無に関わらず、A 得点が最小になってから退院するまでの期間が入院期間の過半数を占めており、B 得点についても、最小になってから退院するまでの期間が入院期間のおよそ半分に等しかった。また、B 得点が最小になったときの A 得点の平均は 1 点を下回っていた。

表 8 は、MDC06 手術患者の年齢階層別の A と B 得点の平均値を示した⁷。この表より、平均在院日数は年齢階層によって変わるものの、退院前日の B 得点の平均値を除いて、入院期間中の A 得点と B 得点の変化については年齢階層による差はみられなかった。入院期間全体の A 得点の平均値は 1.6 点であり、入院初日と退院前日は 1 点以下であった。

ここで A 得点の減少は、入院中に提供されるべき看護の必要量のうち、医療におけるモニタリングや処置がなくなることを意味するが、A 得点にはモニタリングが含まれるため、状態観察のために心電図モニターが退院まで装着されていることがある。

そこで、A 得点が 1 点以下になる時点に注目し、MDC06 手術患者に関する結果を表 9

⁷本節の分析は入院期間中の A 得点、B 得点の情報がすべて得られた患者 736 人を対象としている。そのため、表 6 と平均在院日数が異なっている。

表 8 : MDC06 手術患者の年齢階層別 A 得点、B 得点の平均値

	平均 術日	平均在 院日数	入院期間全体		入院初日	
			A平均	B平均	A平均	B平均
64歳以下	3.3	13.6	1.7	3.1	1.0	3.1
65～74歳	3.7	18.6	1.7	3.0	0.6	2.0
75歳以上	3.0	16.1	1.4	3.9	0.6	3.1
全体	3.3	16.3	1.6	3.4	0.7	2.7

	術日		術翌日		退院前日	
	A平均	B平均	A平均	B平均	A平均	B平均
64歳以下	2.9	7.1	2.8	6.4	0.8	1.6
65～74歳	2.9	7.3	2.7	5.6	0.6	1.3
75歳以上	2.7	7.4	2.6	6.2	0.6	2.9
全体	2.8	7.3	2.7	6.0	0.7	2.0

に示す。A 得点が 1 点以下になった患者の割合は 90.0%であるが、表 8 の結果と比較すると、該当患者の平均在院日数は入院患者全体のそれと大きな差はなかった。A 得点が 1 点以下になってから退院するまでの期間は、64～75 歳は入院期間の 48.1%、75 歳以上は 54.5%であった。

表 9 : MDC06 手術患者の年齢階層別・A 得点が 1 以下になる入院経過日数および B 得点

	A得点1以下 になった患 者割合 (%)	該当患者の 平均在院日 数(日)	A得点1以下 になった平 均入院経過 日数(日)	A得点が1以 下になった ときのB平均
64歳以下	85.1	13.6	7.4	2.1
65～74歳	90.7	18.9	9.8	2.4
75歳以上	92.9	16.7	7.6	3.5
全体	90.0	16.6	8.3	2.8

注：「A 得点 1 以下になった入院経過日数」は、術日以降はじめて A 得点が 1 点以下になった日を意味する。

3-5. まとめ（小括）

これまでの分析を通して、以下の点が明らかになった。

1. 入院患者は、新生児・小児（構成割合 33.1%）、高齢者（同 38.2%）、その他の 3 群から構成されていた。一方、A 病院は、周産期医療と 7 対 1 一般病床と 2 つの機能をもっていた。
2. 7 対 1 一般病床は急性期患者が想定されているが、A 病院では療養上の世話を要する高齢患者群の占める割合が高かった。退院支援のあり方を検討する上で

急性期病床に入院している高齢患者群の実態を明らかにする必要があることがわかった。

3. 高度急性期、急性期の特徴とされる手術は短期滞在手術である水晶体再建術などの眼科が最も多かった。次いで、多かったのは帝王切開術などの産婦人科、胃切徐術などの消化器外科であった。また、複雑性指数は 0.87 であり、A病院の属する二次医療圏の中では低い値であった。
4. 65 歳以上の患者の疾患は、MDC 分類別に MDC06(消化器系)が最も多く、このうち過半数が手術を行っていた。次に MDC04(呼吸器系)が多かったが、そのほとんどは手術を行っていなかった。
5. 65 歳以上高齢患者群の平均在院日数は 15.8 日であった。特に、64 歳以下と比べると、MDC07(筋骨格系)の 75 歳以上は 17.9 日長く、MDC16(外傷系)の 65 歳～74 歳は 13.9 日、75 歳以上は 17.1 日長かった。
6. MDC06 患者の平均在院日数は手術なし患者は 65～74 歳は 10.0 日、75 歳以上は 13.3 日であり、手術患者は 65～74 歳は 18.3 日、75 歳以上は 16.4 日であった。いずれも 64 歳以下よりも長く、また医療投入額についても 65 歳以上の患者が高かった。
7. MDC06 の 65 歳以上患者の最小 A 得点は 0.5 であり、その時の B 得点は 2.6 であった。また、A 得点が最小となった日から退院するまでの期間が入院期間の過半数を占めていた。さらに、75 歳以上は、A 得点が 1 以下になった時の B 得点が 3.5 と高い値であった。
8. MDC06 の 65 歳以上の患者の A 得点、B 得点の平均値を入院経過日数で見ると、ともに一旦、下がるが再上昇し、35 日を過ぎて最大となった。特に、手術なし患者の B 得点は 33 日目に 6.5 となっていた。

4. 退院支援に関する考察

4-1. 分析から明らかにされた退院指標

第 3 節で A 病院の現状を分析し、高齢患者の退院支援の指標として、以下の 4 点の示唆を得た。第 1 の点は、病院機能からみると、A 病院は周産期医療と 7 対 1 一般病床と 2 つの機能をもっているが、なかでも 7 対 1 一般病床は、急性期に高齢患者群の占める割合が高いため、高齢患者を対象とした退院支援が主となることを認識する必要があることがわかった。すなわち、支援にあたっては、高齢という特性を理解し、

単に疾病の治癒を指標とするだけでなく、終末期の生活をいかにしたいかといった患者の人生のあり方にそった退院を検討していくことが重要と考えられた。

第2の点は、疾患、手術からみると、A病院では疾患として、消化器、呼吸器、泌尿器が多いことがわかった。これは高齢者の特性である肺炎のリスクが大きいことを示唆していた。松田(2015)は「入院総数は2030年(平成42)年まで増加するが特に肺炎(約90%増)、骨折(約80%増)脳血管疾患(約70%増)の疾患が著増する。また、高齢患者の進んだ地域ではすでに高齢者の肺炎が救急搬送例で最も多くなっている」と述べており、呼吸器疾患の増加は今後も予想すべきと考えられた。

また、他の疾患と比較して高齢者の入院が長期化している筋骨格・外傷疾患に対しては、患者固有の退院後の生活課題について丁寧にアセスメントする必要があることが示唆された。

さらに、手術を受けた患者においては、胃切徐術などの消化器の手術が多いこと、手術を受けない患者に比べ在院日数が長くなっていたのは、療養上の世話を必要としていることと推察されることから、これらの支援を在宅で受けるための準備を地域での医療介護連携によって検討していく必要がある。

また急性期病院として、DPCの複雑性指数の上昇を目指していく中で、高齢者の手術の増加と高度な手術における侵襲の増大が考えられる。そのためには、早期の回復をめざした院内でのリハビリテーションの開始などの準備がなされねばならない。

第3の点は、看護必要度の分析から、A得点0.5点・B得点2.6点をメルクマールとした在宅に向けた支援時期を設定するという院内のパスを確立することである。つまり、この指標を基に、回復期機能を持つ医療機関への連携を入院時より行うことである。A病院においても高村(2013)が示したものと同様に、A得点、B得点とその推移に注目し、医療ケアを必要とするA得点が最小となる時が退院の時期の目安となると考えられた。

MDC06の65歳以上患者のA得点、B得点の平均値は入院日数が経過するとともに一旦下がるが、その後再上昇し、35日を過ぎて最大となった。特に高齢になるほどB得点は高くなり、手術を受けていない患者は、在院日数が長くなるほど大きく上昇していた。これらの結果は、B得点に注目することで退院支援をさらに早めに着手する必要があることを示していた。

第4の点は、平均在院日数からみると、高齢患者群の平均在院日数は15.8日であり、特にMDC07(筋骨格系)の75歳以上、MDC16(外傷系)の65歳～74歳および75歳以上は64歳以下の2.2～2.5倍となっていた。これらは退院支援の指標とされるべきもので

第3の点でも看護必要度 A 得点、B 得点のメルクマールを述べたが、これらの看護必要度の値をもとに退院支援に取り組むことで、A病院における在院日数の標準化と適正化がすすむものとなると考える。

以上の示唆に基づいて、急性期病床から在宅や回復期病床への移行を改善することは、病院側と患者側にとってメリットとなると考える。病院側のメリットとして急性期病床の業務に専念できる、医療関係者は、医療・看護が提供する技術やケアが混在せず集中できる点が挙げられる。

すなわち、より高度で専門的な医療の提供ができ、看護の専門性も高めることができる。そして医師・看護師の業務の負担軽減につながる。一方、患者のメリットとしても治療が終了したあとの生活のしづらさに早く対応することで、合併症を併発せず早期に生活の場に帰ることができる。

しかし、これらを実現するためには2つの問題があると考えられる。一つ目の問題は、「わざわざ転院しなくても元気になるまでおいてほしい」という望みを持つ患者がいることである。この点については、「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第1次報告」（平成27年6月15日）の「患者の視点から見た医療提供体制改革の推進」によると、「昨年成立した医療介護総合確保推進法においては、国民は、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない。」とされている（医療法6条の2第3項）。

また、加藤(2011)は「退院支援は、まずは患者や家族が、退院支援を通じて一定のレベルの納得や安心を得ているかが問題であり、それがクリアされて初めて機能連携なり資源配分などの議論が可能になるのではないだろうか」と述べている。すなわち、患者が覚悟し、納得することで、回復への利益としてとらえられるように、地域の医療機関全体で、患者に説明と理解を得る取り組みが重要であると考えられる。

二つ目の問題は、スムーズな転院ができるシステム作りが確立していないことと回復期病床が少ないことである。その対策として、具体的には、A病院で現在、運用されている地域連携パス（大腿骨パス）などのさらなる拡大や高齢者の誤嚥性肺炎を対象とした高齢者肺炎パスやB得点の高い患者を対象とした在宅支援パスなど、患者が在宅にたどりつけるような地域連携パスの新規作成に取り組むことと、受け皿となる回復期・療養期病床が増加することが重要である。

4-2. トータルサポート

猪飼(2013)は、病院の世紀の終焉すなわち健康戦略の転換の時代がもたらすインパ

クトは、「健康」概念の意味の転換が起こること、保険サービスの相対的な役割が高まること、そしてこれら2つのインパクトが総合的に作用する過程で形成される新たな健康システムの生成が促されること、の3つを挙げている。

筆者は、ここ数年にわたり地域包括システムという課題を突き付けられている。このことの原点には、個人の複合的なニーズとそこからくる健康の概念があり、団塊の世代が後期高齢者になる10年後に彼らの生き方が尊重できるかということで課題の達成度が評価されると考える。

筒井(2013)は「米国、英国で推進されているセルフケアは、ケアの主体が患者自身であるという堅固な基盤によって成立している。それに対して日本は、情報の非対称性によって、高齢者自らのものでなくできるだけ受給することが重要視されている」と述べている。すなわち、医療完結型の時代の中での「入院したら医者任せ言われるとおりにする」という医療に対する受け身の日本特有の文化が強く残っている中で、セルフケアを軸とした医療・介護に改革し、高齢者自身にも大きな行動変容を求めていかなければいけない。つまり、「自助」を基本として共助、互助を伸ばしていくことがカギとなる。

松田(2013)は「高度高齢者社会では、医療・介護ニーズの高い高齢者の在宅ケアのニーズが増大する。しかもそうした高齢者のニーズは複合的である医療と介護の両方を評価するケアマネジメントであり、かつ対象者のリスクを評価した上で予防的にサービスを配置するケアマネジメントが必要となる。このような高齢者に対して質の高いケアマネジメントを提供することが重要な課題となる。」と述べ、具体的には、現在、病棟の看護師が行っている看護計画立案そのものであると述べている。すなわち、医療現場におけるケアマネジメント能力は看護師に求められている。そして医療の場から生活の場に繋ぐ使命も新たに求められていると考える。

このように、急性期病院として、入院の必要な住民が入院でき治療が終われば、すぐ地域に帰れることが重要となる。その具体的な方法として、院内に存在する外来から新入院までのボトルネックをすべて検証し解消することが重要である。

さらに大きな課題は、情報の共有と活用である。そこで、予定入院の際、外来診療時に情報を取り円滑な入院を徹底することは、患者の安心とともに病棟看護師に過度な負担をかけることのない仕組みづくり、すなわちPFM方式(Patient Flow Management)が有効であると考えられる。同時にこの方式による円滑な入院は、病床稼働率の安定、病院経営の安定に寄与する。

しかし、情報の共有と活用ができない時には、患者が置き去りにになってしまうこと

が危惧される。情報の共有と活用ができる環境整備をすることで、院内連携を推進し外来から入院さらに退院というプロセスにおけるボトルネックの解消ができると考える。そのためには、院内連携においてチームビルディングを成功させること、すなわち意見のぶつかり合いを恐れず、ぶつかり合いで発生するコンフリクトこそがチームの最大のメリットである化学反応を生み出すと捉えてチーム医療を成功させなければいけない。チーム医療の成功は、職員の満足度を高め、ひいては、患者満足度の向上、経営の改善と好循環を生み出していくと考える。

また、宇都宮(2014)は、退院支援とは「患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながら、どこで療養するか、どのような生活を送るか自己決定するための支援」と定義している。このことは、自助が基本となり医療から地域へ、また地域から医療へつなぐことである。つまり医療から地域および介護への流れが、病院主体の患者の移動になってはならないと考える。そのため、患者に関わる医療者は、尊厳ある自立への支援を基軸とし最良の方法を見いださなければならないと考える。

4-3. A病院の課題と展望

A病院は小児、周産期医療を重点とし、がん拠点病院としてがん事業に取り組むとともに、成人疾患においては消化器・呼吸器疾患等に取り組んでいる。今後、少子高齢化・一般病院が多いという外部環境により、周産期のシェアの減少と高齢者の入退院の繰り返しが予測される。この予測をもとに地域でのニーズの変化を受けとめ、地域における医療機関とどのように連携していくかが課題である。

桜澤(2014)は「①診療行為指標における手術件数及び全身麻酔手術件数が多くなるほど、②患者数指標における退院患者数が多くなるほど、重症度・看護必要度が高い患者が増加することが明らかになった」と述べている。これらのことより、急性期病院は、高齢者を含めた手術件数の増加と重症度、医療・看護必要度のさらなる高得点化が予測される。

A病院の展望としては、第1に、急性期患者、特に高齢患者の入院を担うにあたり、高齢者の複合したニーズに対応できるよう院内連携を充実させ退院支援の質を向上させることが必要であると考え。第2に、高齢者の独居など社会的ハイリスク患者が増加する中、地域住民の調子の悪くなった時の緊急対応のニーズが年々増加している。これに対して、救急システムの整備などにより安心感が与えられる急性期病院となることがA病院の使命である。そして、A病院が、二次医療圏域で担う役割を軸に、公

的医療機関として地域住民だけではなく地域の医療・介護現場が求めていることを実現することも使命であると考えます。

5. おわりに

本稿では、社会情勢の変化、医療介護制度の変化を受けたA病院における退院支援の指標について取り組んだ。急性期の医療的ケアの指標となるA得点が0または1点になった時点からB得点が再上昇しないように退院支援を行うことが必要であることが明らかになった。

2025年問題が叫ばれており、今後10年間はより一層変化が激しくなる中、患者情報の共有化、多職種カンファレンスにおける連携が必須となる。また、看護必要度に基づいた測定から見えるものと同時に、これには反映されない患者のケアニーズがある。これらを看護実践として患者情報の共有化を図ること、また、二次利用として、情報の見える化によりアウトカム評価を行い、病院管理・看護管理を行うことが、今後の課題と考える。

謝辞

本論文の作成にあたり、熱心かつご丁寧な指導により最後まで導いてくださいました、兵庫県立大学大学院経営研究科の小山秀夫教授、筒井孝子教授、鳥邊晋司教授、藤江哲也教授に深く感謝いたします。そして、A病院のご協力ご指導をいただいた皆様に心よりお礼申し上げます。最後に、医療マネジメントコース5期生の皆様と共に学び、多くの刺激と示唆をいただいたことに感謝いたします。

参考文献（引用文献を含む）

- [1] 猪飼周平(2013)『病院の世紀の理論』有斐閣。
- [2] 宇都宮宏子(2014)『看護がつながる在宅療養移行支援』日本看護協会出版会。
- [3] 加藤由美(2011)「患者を見据えた退院支援の体系化」『日本医療・病院管理学会誌』48(4)、p. 187。
- [4] 高村洋子(2013)「急性期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』3(1)、pp. 313-330。
- [5] 桜澤邦男(2014)「重症度・看護必要度に影響を与える病院管理指標に関する考察」『日本医療マネジメント学会雑誌』15(2)、pp. 130-133。

- [6] 筒井孝子(2013)「アウトカム評価とその根拠となる看護記録の考え方:「看護必要度」のさらなる活用に向けて」『看護管理』23(7)、pp. 540-546。
- [7] 筒井孝子(2014)『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略—integrated careの理論とその応用—』中央法規出版。
- [8] 福原麻希(2015)「チーム医療を成功に導く鍵とは—チームを機能させる「チームビルディング」」『病院』74(2)、pp. 129-132。
- [9] 真下綾子(2015)「急性期病院における人員配置システム構築のための概念モデル—DPCコードと看護必要度の紐づけ—」『日本医療マネジメント学会雑誌』15(4)、pp. 256-259。
- [10] 松田晋哉(2015)「看護として2015年をどうとらえ対応することが大切か」『看護展望』40(1)、pp. 14-19。

引用ホームページ

- [1] 第5回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会(平成27年6月15日)
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/chousakai.html>
(2015年8月9日アクセス)
- [2] 平成27年度第2回入院医療等の調査・評価分科会(平成27年5月29日)
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000087173.html>
(2015年8月9日アクセス)
- [3] 厚生労働省「地域医療構想」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850.html>
(2015年7月30日アクセス)
- [4] 病院情報局
<http://hospia.jp/> (2015年8月2日アクセス)