

# Ambulatory Care Sensitive Condition 患者の急性期病院入院後の再入院： DPC データを活用した 入退院支援体制の効果検証

東京科学大学 大学院保健衛生学研究科 ヘルスサービスリサーチ看護学  
町田 亜子 氏

## 研究の背景

高齢者の Ambulatory care sensitive condition (ACSC)による入院は、医療資源の効率的活用や患者の健康維持の観点から、世界的に重要な課題である。ACSCは、プライマリケアの質を示す重要な指標であり、「適切な外来診療により入院回避が可能な疾患群」と定義される<sup>1</sup>。これまでに、かかりつけ医による継続的な介入や地域での多職種連携などがACSC入院の減少に有効であるとされてきた。しかし依然として、高齢者はACSCによる入退院を繰り返す傾向にある。この悪循環を断ち切るために、急性期病院から外来・在宅医療へ円滑に移行するための移行期支援の強化が不可欠である。

しかし、現行の医療制度下で提供されている移行期支援が、高齢患者のACSCによる再入院に及ぼす効果については十分に検討されていない。

## 目的

本研究では、日本の大規模データを用いて、高齢ACSC患者に対する移行期支援の有効性を包括的に検討することとした。

## 方法

本研究は後ろ向きコホート研究として実施した。2022年4月1日から2023年1月31日までのDPCデータと2022年度病床機能報告を結合した独自データセットを用いた。対象は、同期間にACSCを主診断として急性期病院に入院した65歳以上の患者とし、計画入院、過去6か月以内の入院歴、在院日数2日以下、院内死亡例は除外した。

独立変数は入退院支援加算、退院時共同指導、介護連携等指導、診療情報提供書3、訪問看護指示料のいずれかの算定有無とし、従属変数は退院後1-7日、1-14日、1-21日、1-30日、1-60日以内のACSCによる再入院とした。

共変量には、患者特性(性別、年齢、BMI、併存疾患、認知症、人工透析、ICU入室、人工呼吸器、抗糖尿病薬使用、在宅医療利用、介護保険申請状況、入院前の居住場所)、病院特性(設置主体、地域医療支援病院や在宅療養支援病院の承認、病床数、医師・看護職員・退院調整部門職員数)、地域特性(二次医療圏ごとの高齢者割合、65歳以上人口1万人あたりの在宅療養支援診療所数・居宅サービス事業所数)を用いた。

解析では、医師数が3人未満など医療法や診療報酬上

1 Purdy S, et al. *Public Health* 2009;123:169-73.

の基準を満たさない病院、欠損のある症例を除外した。交絡因子の調整には傾向スコアを用い、移行期支援の有無を従属変数、共変量を独立変数とするロジスティック回帰で算出した。再入院との関連は逆確率重み付けを用いたロジスティック分析で評価し、安定化重みを導入して推定の安定性を確保した。共変量のバランスは標準化差で確認し、0.1未満を許容範囲とした。

本研究は本学医学部倫理審査委員会の承認を受けて実施した(承認番号:M2023-113\_2、2024年6月)。

## 結果

解析対象は711病院85,582例で、患者の年齢中央値は82歳(IQR 75–88)、女性は39,916名(46.6%)であった。対象患者の57,127名(66.8%)が移行期支援を受けていた。

ACSCカテゴリ別では、慢性ACSCが48,116名(56.2%)、急性ACSCが28,315名(33.1%)、予防ACSCが9,151名(10.7%)を占め、疾患群別では、うつ血性心不全(37.1%)が最も多く、続いて腎盂腎炎(13.3%)、インフルエンザ・肺炎(10.7%)の順であった。

すべてのカットオフ値において、移行期支援を実施した場合の再入院は、移行期支援を実施しなかった場合よりも低かった(図1)。

全体として、移行期支援あり群は全観察期間において再入院リスクが有意に低下していた。特に退院後7日以内ではオッズ(OR) 0.72(95%CI:0.65–0.78)と効果が顕著であり、14日、21日、30日、60日においても、それぞれ統計学的に有意な低下を認めた(図2)。

また、ACSCのカテゴリ別では異なる傾向がみられた。急性ACSCと予防ACSCでは、退院後早期から一貫して再入院リスクの低下が認められ、60日まで0.8台を維持し

図1

退院後日数別における全体の実再入院率

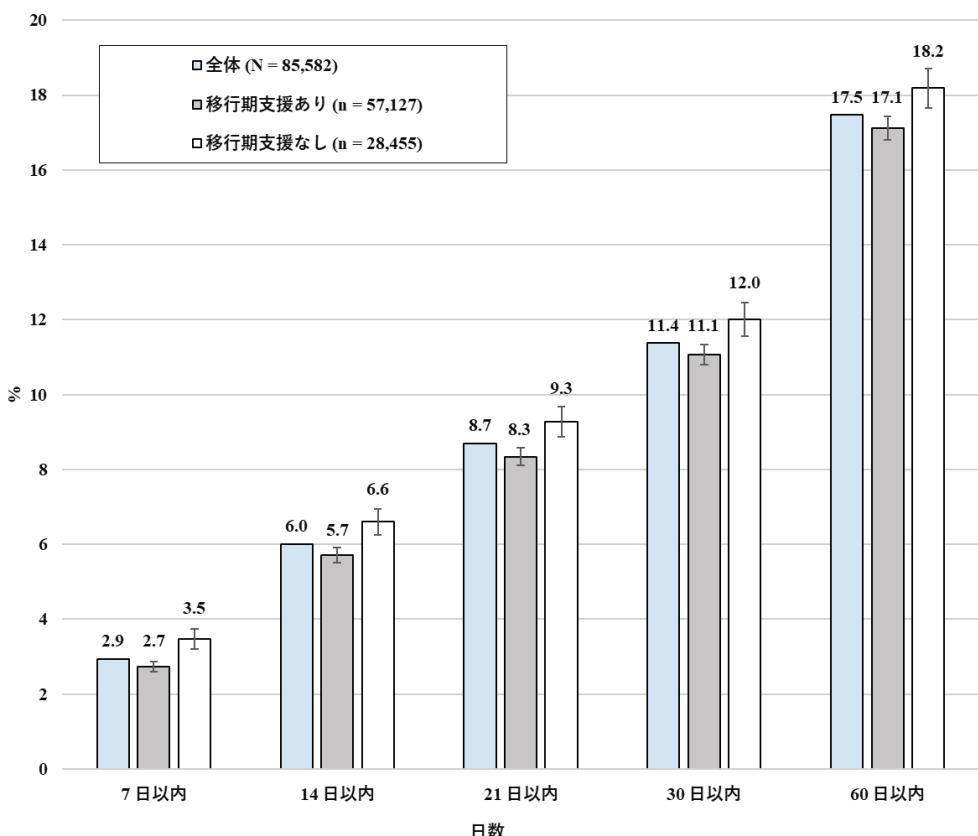
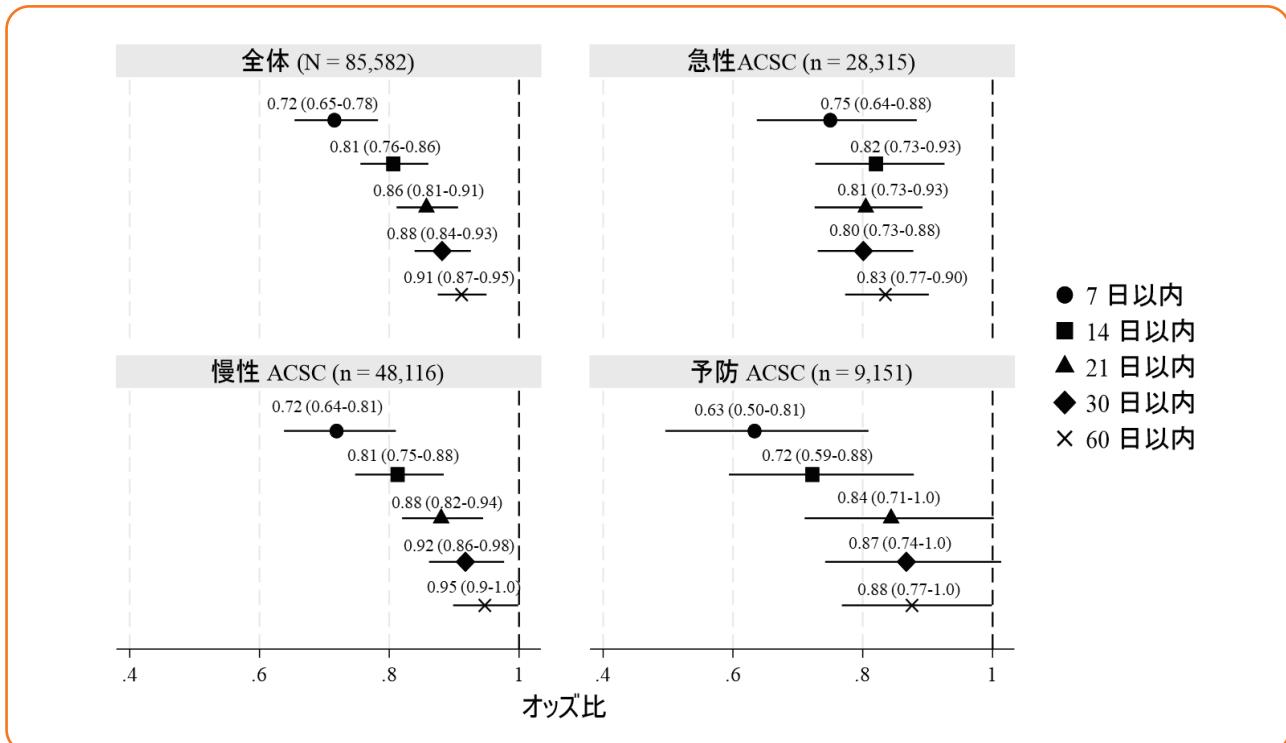


図2

移行期支援と再入院の関連に関する逆確率重み付けロジスティック回帰分析結果



ていた。一方、慢性ACSCでは退院後7日以内で明らかな低下を示したが、その後徐々に上昇し、60日では有意差が縮小していた。

## 考察

本研究により、急性期病院での移行期支援はACSCを有する高齢患者の再入院リスクを軽減することが示唆された。ACSCカテゴリ別では傾向が異なり、慢性ACSCでは効果が退院後早期に限られる一方、急性および予防ACSCでは60日まで持続していた。

急性期病院における移行期支援は、入院から退院までのプロセスにおいて、病院・次の療養先・患者および家族の間の連続性を確保する仕組みとして機能している可能性がある。先行研究でも、かかりつけ医や訪問看護師との情報共有やケアの継続が再入院予防に寄与することが示されており、本研究は実臨床データを用いた包括的検討として、その知見を補完・強化するものである。

また、再入院リスク低下のパターンはACSCカテゴリ別に異なる傾向が見られたが、これは疾患の特性が影響しているものと考えられる。慢性ACSCでは疾患の特性上、再入院を完全に回避することは困難だが、連携強化により計画的な入院への移行を促せる可能性がある。一方で、急性および予防ACSCは急性炎症性疾患であるため、十分な治療過程を経ずに早期退院を行わない限り、再入院の可能性は低いと推察される。

## 結論

本研究は、日本の大規模データを用いて、急性期病院での移行期支援がACSCを有する高齢患者の再入院リスクを有意に低減することを明らかにした。ACSCによる高齢者の繰り返しの入院を防ぐためには、急性期病院・次の療養先・患者および家族の三者間の円滑なコミュニケーションを確保し、ケアの継続性を確保する急性期病院の移行期支援が不可欠である。