

令和3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

円滑な医療・介護連携を推進するための
地域医療連携室の支援に関する調査研究事業
報告書

令和4（2022）年3月
国立大学法人 神戸大学

目次

I. 研究の概要	3
1. 研究の目的.....	3
2. 事業実施の概要.....	3
3. 調査の流れ.....	4
II. ウェブ研修会の開催	5
1. ウェブ研修会.....	5
1. 目的.....	5
2. 内容.....	5
3. 結果.....	6
2. ウェブ研修会の評価と継続.....	6
1. 目的.....	6
2. 方法.....	6
3. 結果.....	8
4. 考察.....	13
3. 退院支援チェックリスト案に対する意見.....	14
1. 目的.....	14
2. 方法.....	14
3. 結果.....	16
4. 考察.....	20
III. 医療介護連携の課題と解決方法・コロナ禍の退院支援の影響	21
1. 目的.....	21
2. 方法.....	21
3. 結果.....	24
4. 考察.....	40
IV. 退院支援チェックリストの実証研究	42
1. 目的.....	42
2. 方法.....	42
3. 結果.....	45

4. 考察.....	53
V. 地域医療連携室の退院支援に係る評価指標案作成の基盤整備.....	54
1. 目的.....	54
2. 方法.....	54
3. 結果.....	57
4. 考察.....	61
VI. まとめ.....	62
1. ウェブ研修会の開催.....	62
2. 医療介護連携の課題と解決方法・コロナ禍の退院支援の影響.....	62
3. 退院支援チェックリストの実証研究.....	63
4. 地域医療連携室の退院支援に係る評価指標案作成の基盤整備.....	63
資料編.....	64
ウェブ研修会.....	64
退院支援チェックリスト.....	74
委員会.....	76

1. 研究の概要

1. 研究の目的

地域包括ケアシステムの構築ならびに推進には医療と介護の連携が不可欠である。円滑な医療・介護連携を推進するために、地域医療連携室が果たす役割は大きく、その中でも、退院支援は地域医療連携室業務の重要な役割のひとつとなっている。このことから退院支援に関連する業務に係る質の向上が求められている。

本事業では、地域医療連携室の業務である退院支援に係るチェックリスト案および業務評価指標案の開発を行うとともに、退院支援業務の課題、またコロナ禍による付加的課題の抽出および解決策案の提示を行う。

本事業により、退院支援に係る課題の解決策の提案は、地域医療連携室業務の質の向上に繋がり、円滑な医療・介護連携の推進に貢献することが期待される。さらに、評価指標案の開発は、同連携室業務の質改善に繋がる仕組みの考案に役立つと考える。

2. 事業実施の概要

本事業では、「ウェブ研修会の開催（研修会の評価・継続性の検討、退院支援チェックリスト案のブラッシュアップ）」「医療介護連携の課題と解決方法・コロナ禍の退院支援の影響」「退院支援チェックリストの実証研究」「地域医療連携室の退院支援に係る評価指標案作成の基盤整備」の調査を実施した。

1) ウェブ研修会の開催

医療介護連携に係る退院支援ウェブ研修会を開催し、参加者を対象として、研修会の評価・継続性の検討、退院支援チェックリスト案のブラッシュアップを実施した。

2) 医療介護連携の課題と解決方法・コロナ禍の退院支援の影響

地域医療連携室を対象に、医療介護連携に係る課題と解決方法およびコロナ禍の退院支援への影響について質問紙調査を実施した。

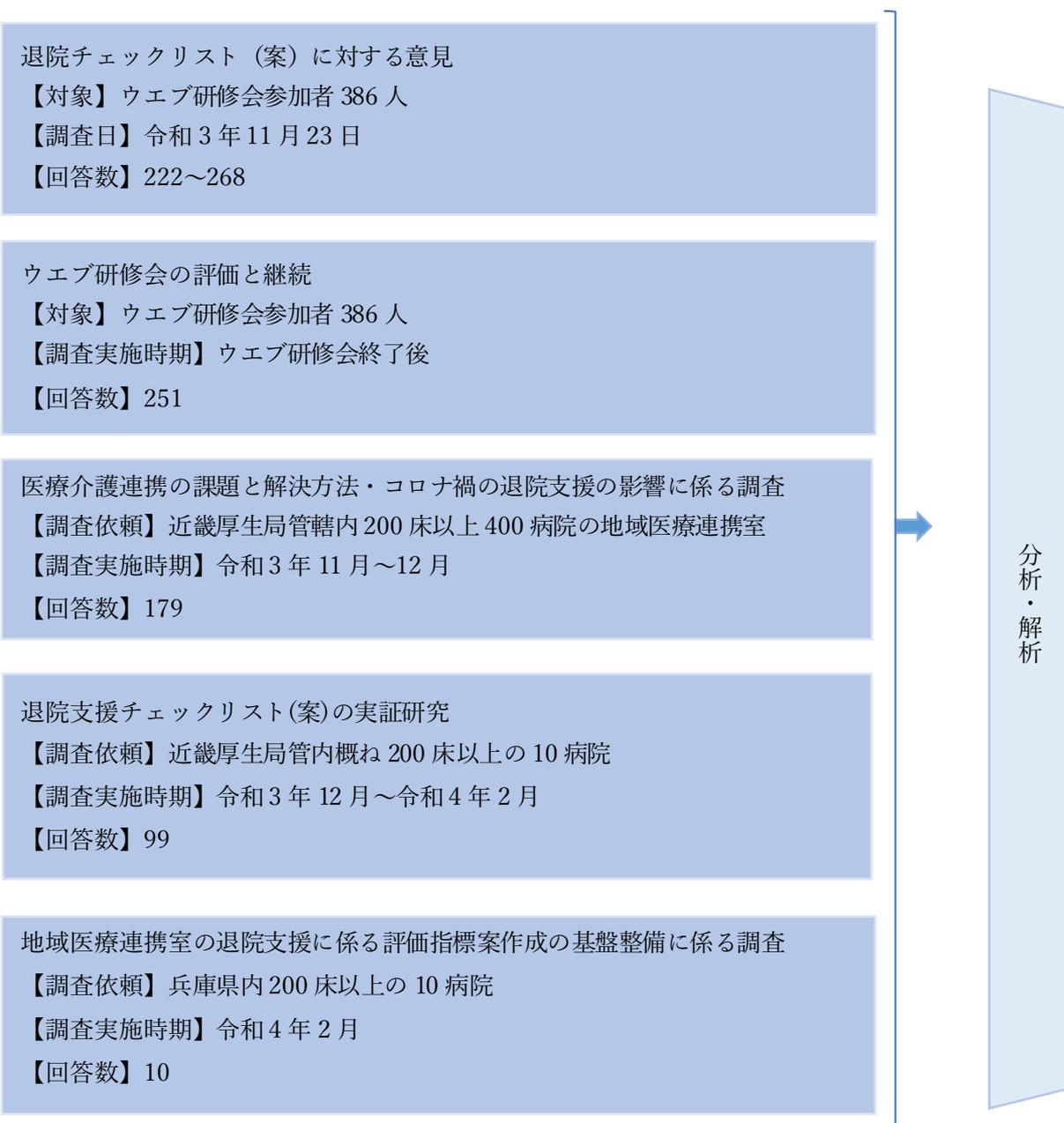
3) 退院支援チェックリストの実証研究

近畿厚生局管内 10 病院において、退院支援の補助ツールとして作成した「退院支援チェックリスト(案)」を用いて実証研究を実施し、有用性を検証した。

4) 地域医療連携室の退院支援に係る評価指標案作成の基盤整備

退院支援を行うための評価指標案を検討するために、既存評価指標（アウトカム指標、プロセス指標、ストラクチャー指標）の整備状況を把握することを目的に調査を実施した。

3. 調査の流れ



II. ウェブ研修会の開催

1. ウェブ研修会

1. 目的

円滑な医療・介護連携の推進には、地域医療連携室の充実は不可欠である。同室の重要な役割のひとつである退院支援において、安心および安全に退院するためには、また予期しない再入院を防ぐためには、円滑な医療介護の連携が求められる。医療と介護の連携に関連するスキルの向上を目指して、「退院支援の現場から、退院支援のあり方を考える」をテーマとし、退院支援に関わる職種、特に地域医療連携室関係者において、日頃の業務を振り返るとともに、退院支援に関わる多くの職種が連携して患者（利用者）に関わることの重要性を認識または再認識することを目的に研修会を開催する。新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止を図る視点から、また with コロナ社会において ICT の活用が注目されていることから、ウェブ開催とした。

2. 内容

研修会の内容を以下に示す。

開会挨拶 川谷 良秀 厚生労働省近畿厚生局 健康福祉部長

基調講演 「医療介護連携とくに退院支援事業において明らかになってきたこと」

河本 慶子 厚生労働省近畿厚生局 健康福祉部 上席地域包括ケア推進官

パネルディスカッション 「退院支援の現場から、退院支援のあり方を考える」

1) 講演 ①看護師の立場から

空山 直子 国立循環器病研究センター 看護部長

②メディカルソーシャルワーカーの立場から

大濱 江美子 大阪市立総合医療センター 入退院センター MSW

③介護支援専門員の立場から

西之坊 篤 きずなケアプランセンター

④行政の立場から

井上 鉄也 丹波市 理事（地域包括ケアシステム担当）

2) 総合討論 司会

宇都宮 宏子 在宅ケア移行支援研究所 宇都宮宏子オフィス 代表

閉会挨拶 岡山 雅信 神戸大学大学院医学研究科 地域医療教育学部門 特命教授

3. 結果

研修会の参加者は386人、職種の内訳は表1に示した。

表1 ウェブ研修会参加者の職種, n(%)

看護師	219 (56.7)
ソーシャルワーカー	90 (23.3)
社会福祉士	33(8.5)
相談員	11(2.8)
精神保健福祉士	8(2.1)
保健師、助産師	6(1.6)
医師	5(1.3)
介護支援専門員	3(0.8)
その他専門職	2(0.5)
その他	9(2.3)

2. ウェブ研修会の評価と継続

1. 目的

新型コロナウイルス感染症の感染拡大により対面による活動が厳しく制限された中で、ICTを活用した研修会が開催されている。医療介護に係る研修会においても、同様に、ウェブを活用した研修会が数多く開催されている。しかし、ウェブを活用した研修会の有用性に関する詳細は明らかとなっていない。そこで、対面による研修会との比較の視点から、ウェブ研修会の有用性について検証する。

2. 方法

1)研究デザイン

自己記入式オンライン質問紙調査

2)対象

ウェブ研修会参加者（地域医療連携室職員等）

3)回答方法

研修会終了後に Google フォームにアクセスしてもらう形で回答を得た。

4)測定項目

基本属性とウェブ研修会に対する評価（全般的評価、対面開催との比較、ウェブ研修会に対する意見）を測定した。

(1)基本属性：年齢、性別、職種

(2)ウェブ研修会に対する評価

- ①全般的評価項目：「日頃の業務に役立つ」「定期的に継続して実施するべきだ」の2項目
- ②対面開催との比較項目：「研修会の内容は日頃の業務に役立つ」「知識スキルが獲得できる」「講演内容が聞き取りやすい」「質問がしやすい」「研修会参加による精神的負担が少ない」「研修会参加による身体的負担が少ない」「研修会に参加しやすい」「コミュニケーションが取りやすい」「人的なネットワークを構築しやすい」の9項目
- ③研修会に対する意見

5)測定方法

基本属性の年齢は、年齢階級別(20歳未満、20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60歳以上)に、性別は男女別に、職種は、医師、看護職（看護師、准看護師）、社会福祉士、精神保健福祉士、保健師、介護支援専門員、介護職員、その他専門職、医療事務職員、その他事務職員、その他の項目別に回答を得た。なお、職種について、その他を選択した場合は、自由記載にて、その内容の回答を得た。

ウェブ研修会の評価のうち、全般的評価項目および対面との比較項目の全11項目は、5 points Likert scale (1-5)にて測定した。1を「まったく思わない」とし、5を「とても思う」として、1から5の項目を選択させた。なお、対面との比較項目については、「ウェブ研修会の経験をもとに、対面の研修会と比較したうえで、ご回答ください。」と前置きをして、回答を得た。ウェブ研修会に対する意見については、自由記載で回答を得た。

6)解析

まず、単純集計として、基本属性、ウェブ研修会の評価の全般的評価項目、および対面との比較項目は頻度と割合を算出した。ウェブ研修会に対する意見については、KJ法を用いて、記載された意見を、代表的な意見とともにまとめた。

さらに、全般的評価項目および対面との比較項目については、平均と標準偏差を算出するとともに、5 points Likert scale の回答に基づいて、回答が4と5は「肯定」として、1、2および3は「以外」と2群に分けて、その比を算出した。

3. 結果

1)回答状況

ウェブ研修会終了後に、251人(回答率65.0%)から回答を得た。

2)基本属性 (表 2)

基本属性について年齢は、40-49歳が103人(41.2%)と最も多く、次に50-59歳が92人(36.8%)と多かった。性別は女性が213人(85.5%)であった。職種は看護職(看護師、准看護師)が155人(62.3%)と最も多く、次いで社会福祉士が69人(27.7%)と多かった。

表 2 基本属性、n(%)

年 齢	
20-29 歳	7 (2.8)
30-39 歳	30 (12.0)
40-49 歳	103 (41.2)
50-59 歳	92 (36.8)
60 歳以上	18 (7.2)
合計	250 (100.0)
性 別	
女性	213 (85.5)
男性	36 (14.5)
合計	249 (100.0)
職 種	
看護職 (看護師、准看護師)	155 (62.3)
社会福祉士	69 (27.1)
介護支援専門員	6 (2.4)
医療事務職員	3 (1.2)
保健師	2 (0.8)
相談員	2 (0.8)
その他事務職員	2 (0.8)
その他専門職	3 (1.2)
その他*	7 (2.8)
合計	249 (100.0)

*医師、薬剤師、精神保健福祉士、地域連携室相談員、地域連携室職員、看護師+社会福祉士、元大学教員 (非医師)

3) ウェブ研修会の評価 (表 3、表 4)

ウェブ研修会に対する評価の回答頻度と割合については、5 points Likert scale(1:まったく思わない、5:とても思う)で、5の回答が最も多かったのは、対面開催との比較の「研修会参加による精神的負担が少ない」(128人、51.2%)「研修会参加による身体的負担が少ない」(159人、63.6%)「研修会に参加しやすい」(164人、66.1%)の3項目であった。4の回答が最も多かった項目は、全般的評価の「日頃の業務に役立つ」(134人、53.6%)「定期的に継続して実施するべきだ」(118人、47.0%)、対面開催との比較の「研修会の内容は日頃の業務に役立つ」(105人、41.8%)「講演内容が聞き取りやすい」(94人、37.6%)の4項目であった。3の回答が最も多かった項目は、対面開催との比較の「知識スキルが獲得できる」(113人、45.0%)「質問がしやすい」(102人、41.0%)「コミュニケーションが取りやすい」(122人、48.8%)「人的なネットワークを構築しやすい」(107人、42.8%)の4項目であった。

ウェブ研修会に対する評価の平均スコアについて、4を超えたのは、全般的評価の「日頃の業務に役立つ」(平均スコア ± 標準偏差、4.24 ± 0.65)と「定期的に継続して実施するべきだ」(4.31 ± 0.70)、対面開催との比較の「研修会参加による精神的負担が少ない」(4.32 ± 0.83)、「研修会参加による身体的負担が少ない」(4.58 ± 0.61)、および「研修会に参加しやすい」(4.59 ± 0.63)の5項目であった。これらの項目のうち、肯定と以外の比が10以上の項目は、「研修会参加による身体的負担が少ない」(肯定/以外=16.9)、および「研修会に参加しやすい」(13.6)の2項目であった。逆に3未満の項目は、対面との比較の「コミュニケーションが取りやすい」(2.80 ± 0.94)と「人的なネットワークを構築しやすい」(2.47 ± 0.97)の2項目であった。これらの項目のうち、肯定と以外の比が0.1以下であった項目は、「人的ネットワークを構築しやすい」(肯定/以外=0.1)の1項目であった。

表3 ウェブ研修会に対する評価：全般的評価と対面との比較、n(%)

	1	2	3	4	5	合計
全般的評価						
日頃の業務に役立つ	0 (0.0)	1 (0.4)	26 (10.4)	134 (53.6)	89 (35.6)	250 (100)
定期的に継続して実施するべきだ	1 (0.4)	2 (0.8)	23 (9.2)	118 (47.0)	107 (42.6)	251 (100)
対面開催との比較						
研修会の内容は日頃の業務に役立つ	2 (0.8)	3 (1.2)	81 (32.3)	105 (41.8)	60 (23.9)	251 (100)
知識スキルが獲得できる	1 (0.4)	12 (4.8)	113 (45.0)	79 (31.5)	46 (18.3)	251 (100)
講演内容が聞き取りやすい	3 (1.2)	10 (4.0)	83 (33.2)	94 (37.6)	60 (24.0)	250 (100)
質問がしやすい	11 (4.4)	28 (11.2)	102 (41.0)	72 (28.9)	36 (14.5)	249 (100)
研修会参加による精神的負担が少ない	1 (0.4)	9 (3.6)	26 (10.4)	86 (34.4)	128 (51.2)	250 (100)
研修会参加による身体的負担が少ない	0 (0.0)	1 (0.4)	13 (5.2)	77 (30.8)	159 (63.6)	250 (100)
研修会に参加しやすい	0 (0.0)	1 (0.4)	16 (6.5)	67 (27.0)	164 (66.1)	248 (100)
コミュニケーションが取りやすい	22 (8.8)	62 (24.8)	122 (48.8)	32 (12.8)	12 (4.8)	250 (100)
人的なネットワークを構築しやすい	46 (18.4)	72 (28.8)	107 (42.8)	18 (7.2)	7 (2.8)	250 (100)

*5 points Likert scale (1:「まったく思わない」、5:「とても思う」)

表4 全般的評価項目と対面との比較項目について、平均、標準偏差、および比

	平均 ± 標準偏差*	肯定/以外†
全般的評価		
日頃の業務に役立つ	4.24 ± 0.65	8.3
定期的に継続して実施するべきだ	4.31 ± 0.70	8.7
対面開催との比較		
研修会の内容は日頃の業務に役立つ	3.87 ± 0.82	1.9
知識スキルが獲得できる	3.63 ± 0.85	1.0
講演内容が聞き取りやすい	3.79 ± 0.89	1.6
質問がしやすい	3.38 ± 1.01	0.8
研修会参加による精神的負担が少ない	4.32 ± 0.83	5.9
研修会参加による身体的負担が少ない	4.58 ± 0.61	16.9
研修会に参加しやすい	4.59 ± 0.63	13.6
コミュニケーションが取りやすい	2.80 ± 0.94	0.2
人的なネットワークを構築しやすい	2.47 ± 0.97	0.1

*5 points Likert scale (1:「まったく思わない」、5:「とても思う」)

†肯定=4+5、以外=1+2+3として比を算出

4) ウェブ研修会に対する意見(表 5)

ウェブ研修会に対する意見（自由記載）の回答があったのは 59 人であった。意見は、「ウェブ研修会に対する全般的な意見」「講演資料に係る意見」「配信方法に係る意見」「継続開催に係る意見」「講演内容に係る意見」「退院支援チェックリストに係る意見」「参加のしやすさに係る意見」「質問方法に係る意見」「関係性に係る意見」「ICT リテラシーに係る意見」「研修会の内容に係る意見」に大別された。

表 5 ウェブ研修会に対する意見

1) ウェブ研修会に対する全般的な意見

- ・政策のことから、現場の現状まで幅広くご講義いただいたので、大変勉強になりました。
- ・とても良い研修だったと思います。明日出勤したら、職場に発信したいと思います。

2) 講演資料に係る意見

- ・資料は事前に手元にあるほうが書き込みしながら聞きやすいと思います。忘れないように見返したいので早めに HP にのせてください。
- ・後日、資料をダウンロードできると認識しておりますが、日々の業務に活用させていただきたく存じます。

3) 配信方法に係る意見

- ・生配信もよいが、録画のほうが、好きな時間に見られるのでよいと感じています。

4) 継続開催に係る意見

- ・開催は大変でしょうが、定期的な開催があれば積極的に参加したいと思いました。
- ・今後も継続して研修会を企画していただきたい。

5) 講演内容に係る意見

- ・他施設の取り組みや実践をお聞きすることで振り返りや今後の取組の参考になりました。
- ・貴重な講演を聞くことができ、良い学びに繋がったと思います。退院支援として意識する部分、軽視していた部分や当施設の弱み、病院側の思考の特徴や在宅側の思いを思い返す時間になりました行政の意向、方針も踏まえての自分の役割も少しわかったような気になりました。自分の理解が浅い部分、もっと知識を入れる必要のある部分、地域の特性も踏まえて抑えるべきことが少し明らかになったように思います。

6) 退院支援チェックリストに係る意見

- ・チェックリストは院内医療職種だけでなく、患者・家族や在宅サービス者とも共有できる内容が簡潔されているのでわかりやすく、入退院支援を進める上で重要な事項を漏れなく確認できると感じました。
- ・入退院支援チェックリストはあくまでチェックリストであり、アセスメントをして活用することを前提にしないと入退院支援ではないと思います。使う側がそのあたりを留意するように配布の際には注意が必要かと感じました。
- ・明日からの退院支援シート作成の参考にさせていただきます。
- ・退院支援チェックリストに基づいたことが患者ケースに応じて記載できるような書くことができれば在宅側も理解できやすい連携となるのだと思いました。日々退院支援に慣れてくると総合的すぎて、指導する立場などになると何をどう説明しようとなるので、そのような場合においても退院支援チェックリストは利用できるのではないかと感じました。

表5 ウェブ研修会に対する意見（つづき）

7) 参加のしやすさに係る意見

- ・子育て中でなかなか研修会に参加する時間を作ることが難しい状況ですが、WEBだと自宅にいる状態で受講できることがとてもありがたく感じました。
- ・会場に出向く必要がなく、自宅から参加できるのはとてもありがたいです。このようなウェブ研修が様々なテーマの研修で行われるようになればと願います。
- ・参加者が広範囲の地域で参加できる点で多くの意見が聞ける点と会場に行くための時間的なロスがないため参加しやすい。

8) 質問方法に係る意見

- ・チャット機能を用いると他者の意見を参考にすることができると思う。
- ・対面研修と異なり、参加者の反応が直ぐに示されて良かった。対面だと周囲を気にして手や声をあげづらいので。

9) 関係性に係る意見

- ・参加はしやすいと思いますが、やはり人と人との出会いが合つての研修の醍醐味もあるとは思っています
- ・WEBでの研修が当たり前になり、地方の田舎に住んでいる私には、自宅で貴重な先生のお話が聴けて、本当にあり難いです。ただ、ディスカッションは人と人の顔が見える、温かさや表情が見える コロナ前の様な、人が集まる環境の方が話しやすいです。
- ・ウェブ研修会では移動時間がないので、業務への支障が少なくていいと思う反面、その場の臨場感や雰囲気が感じにくいので、モチベーションを保つのがしんどくなる時もある。集合研修では、同じ場所で同じ雰囲気を味わいながら、受講者同士の啓発や横のつながりを作れる楽しさや、その場で質問ができモチベーションがあがる。

10) ICTリテラシーに係る意見

- ・ウェブ研修会の申し込みをしたが上手くメールが届かず困ったが何回も問い合わせして参加することができ良かったです。
- ・最初の30分位参加するのに中々画面に出てこなかった。ウェブ研修の仕方がスマホ等の使い方に慣れてないので、変な操作をしそうで、不安でした。

11) 研修会の内容に係る意見

- ・ケーススタディで持っていくと、現場実践しやすく、日頃関わる患者さん利用者さん家族を当てはめてイメージもできるため有効的に学びを活かせる
-

4. 考察

医療介護に係るウェブ研修会を開催することができた。医療介護現場には電子カルテなどのICT(Information and communication technology、情報通信技術)を活用したツールが数多く導入されている。また、多くの従事者が日頃からICTを活用することに慣れている。また、スマートフォンの普及や通信環境の整備が進んだことによって、オンラインによる様々な活動に参加しやすい状況下にある。さらに、コロナ禍のなか、接触制限のため大規模イベントの開催は制約されているため、医療介護従事者が技術や知識を得るためには、オンライン以外の選択肢を探すのが厳しい社会背景がある。一方で、コロナ禍の影響から、オンライン会議システム等のICTが急速に進歩し、容易にオンラインカンファレンスを開催できるようになった。これらの理由により、医療介護従事者を対象とした医療介護連携に係る大規模ウェブ研修会を開催することができたと思われる。

ウェブ研修会の評価は高く、継続的な開催が望まれた。研修会に対する全般的評価（「日頃の業務に役立つ」、「定期的に継続して実施すべきだ」）に対する参加者の回答（5points Likert scale；1：まったく思わない、5：とても思う）のスコアは4以上であったことから、研修会の内容は日頃の業務に役立つ内容として評価され、また、同様の研修会を継続的に開催することを強く希望していると解釈できる。対面開催との比較においても、「研修会の内容は日頃の業務に役立つ」および「知識スキルが獲得できる」のスコアは、それぞれ、3.87と3.63であったことから、対面研修会と比べて、WEB研修会の評価が劣ることはないことがわかった。研修会の内容を充実させることによって、ウェブ研修会でも、知識および技術の習得は十分できると思われる。ウェブ研修会に対する意見のなかにも、研修会の継続開催に係る意見が見られたことから、コロナ禍が収束した後も、ウェブ研修会を継続的に開催することが望ましいと考える。

対面の研修会との比較において、「研修会参加による精神的負担が少ない」、「研修会参加による身体的負担が少ない」、および「研修会に参加しやすい」の回答スコアが4以上であったことから、対面研修会と比較して、WEB研修会は、研修会に対する参加者の身体的アクセスおよび精神的アクセスは優れていると思われる。一方で、「コミュニケーションが取りやすい」および「人的なネットワークを構築しやすい」の回答スコアが3未満であったことから、人の繋がりや構築という視点では、対面に比べてウェブ研修会は劣っていると思われる。ウェブ研修会に対する意見のなかにも、同様に、参加のしやすさに係る意見および関係性に係る意見がみられる。これらのことから、対面研修会と比較して、ウェブ研修会の良い点は参加しやすさなどのアクセスの良さと考えられ、一方で弱点としては、人的ネットワークの構築の難しさと考えられる。

ウェブ研修会は費用面においても優れている。オンラインカンファレンスシステムの契約料やICT環境の整備が必要であるものの、会場使用料が不要で、また開催に係る人件費が低く抑えることができるなどの費用面においても、対面研修会に比べて、ウェブ研修会は優れていると考える。ウェブ研修会への意見において、ICTリテラシーに係る意見があるように、ICT環境への配慮およびICTに慣れる必要があるものの、知識や技術の普及を目的として大規模で研修会を開催する場合には、ウェブ研修会は一つの選択肢になり得ると考える。

3. 退院支援チェックリスト案に対する意見

1. 目的

医療と介護を円滑に進めるためのツールとして退院支援チェックリストを作成した。このリストの使用が想定される地域医療連携室職員を含む医療介護従事者による退院支援チェックリスト(案)に対する全般的な意見および各項目に対する必要性に係る意見を明らかにする。

2. 方法

1)研究デザイン

自己記入式オンライン質問紙調査

2)対象

ウェブ研修会参加者（地域医療連携室職員等）

3)回答方法

事前に、退院支援チェックリスト(案)（図1）を参加者に配布し、研修会の中でZoom ウェビナーの投票機能を用いて回答を得た。

4)測定項目

退院支援チェックリスト(案)に対する全般的意見および各項目の必要性に対する意見を測定した。

(1) 全般的意見：「使い勝手は良いと思う」「チェックすべき項目は見つけやすいと思う」「使用により退院支援は円滑になると思う」「使用で安心して退院支援できると思う」「使用で他部署・他職種との情報共有が上手くいくと思う」の5項目

(2) 各項目の必要性に対する意見：図1に示した18項目

退院支援チェックリスト(案)

*の内容が概ね確認できていれば、済に✓してください。		整理番号・ID	
		記載日	年 月 日
項目			確認
1. 退院に関する希望について、希望する退院先の確認			<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
*退院先(自宅、施設、またはその他)について、十分理解して納得していることを確認する。本人と家族の希望、および本人と家族の希望の一致を確認する。			
2. 現状の病状について正しく認識していることの確認			<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
*現状の病状について、十分理解して納得していることを確認する。本人と家族の認識、および本人と家族の認識の一致を確認する			
3. 今後の病状の見通しを正しく認識していることの確認			<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
*今後の病状について、加齢や病気の進行にともない、どのように病状が変化するかの見通しについて、十分理解して納得していることを確認する。本人と家族の認識、および本人と家族の認識の一致を確認する。			
4. 関係者が不安に思っていることの確認			<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
*本人と家族の不安を確認する。不安に感じている内容(病気の進行、余命、退院後の在宅生活、在宅介護、経済的負担など)を具体的に確認する。			
5. 急変時の対応について関係者の希望の確認			<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
*急変時について、本人と家族の希望を確認する。病状急変時の対応方針の決定の有無を確認する。決まっている場合は在宅または退院先チームと内容が共有されているかを確認する。			
6. 病状が急変したときの対応の取り決めの確認			<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
*病状が急変したときの対応、緊急時の連絡先、緊急時に最終的な意思決定する人などを確認する。			
7. 患者の社会的、経済的な状況において特に注意すべき事項の確認			<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
*介護者、キーパーソン、介護力、独居(昼間・夜間)、経済的困窮、および精神疾患などを患者の社会的・経済的な状況を確認する。生活保護などの社会福祉サービスへの接続を確認する。			
8. 患者の社会的、経済的な状況について在宅職・介護職との共有の確認			<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
*患者の社会的、経済的状況について、在宅または退院先の医療職(在宅医療職など)・介護職と内容が共有されているかを確認する。			
9. 支援、介護の体制に関する状況の把握と今後に向けた調整の確認			<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
*介護者が必要な介護処置を正しく行えるか、介護者にトレーニングの必要があるか、主な介護者の1日のスケジュールの確認、介護に関わる家族の協力の状況、介護に関わる社会資源の状況などを確認する。			
10. 患者の身体・認知状況について注意すべき事項の確認			<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
*患者の身体・認知状況について、ADLの入院前後の変化、理解力や判断力の低下、在宅および施設環境に対応できるADLか否かなどを確認する。			
11. 退院先での転倒事故防止について注意事項の確認			<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
*室内での移動状況(ベッド・布団から起き上げられるか、立ち上がることができるか、歩くことができるか、つかまる場所が必要かなど)、退院後も入院時と同じADLを維持出来るか、排泄の状況、排泄に補助が必要か否か、入浴の状況、入浴に補助が必要か否かなどを確認する。			
12. 食事についての注意事項の確認			<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
*本人・家族・介護者が食事の制限や注意事項を実行できるか、嚥下機能、食形態(食事の大きさ・固さ、とろみ程度)、食事の際の姿勢、食事動作の注意事項などを確認する。			
13. 服薬管理で特に注意すべき事項の確認			<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
*入院前後の薬の種類や服薬の仕方の変更の有無を確認する。薬を処方した医療機関を確認する。服薬の自己管理ができるか、服薬管理の支援者の有無などを確認する。服薬に影響する認知機能の低下を確認する。			
14. 退院後に必要な医療処置の確認			<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
*医療(的)ケアにおける注意すべき事項、医療(的)ケア処置方法(ストーマ、CVポート、褥瘡ケア、血糖測定・インスリン自己注射、在宅酸素療法、吸引、胃ろうなど)について家族・本人による実施ができるかを確認する。講習会・指導の必要性の有無を確認する。医療処置の実施者を確認する。			
15. 在宅医療体制において注意すべき事項の確認			<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
*在宅訪問診療、通院、訪問看護、在宅リハビリテーション、訪問薬剤師、訪問栄養士、1日24時間(特に夜間)の看護体制、ヘルパー、福祉用具、住宅改修の必要性などを確認する。			
16. 退院前カンファレンスの実施の確認			<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
*退院前カンファレンスの実施の有無を確認する。実施した場合は、病院側の参加職種と在宅医療・介護側の参加職種をそれぞれ確認する。			
17. 在宅医療・介護関係者に必要な書類の提供の確認			<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
*退院支援計画書、診療情報提供書、看護情報提供書、リハビリテーション情報提供書、栄養サマリー、自宅の写真や図面などの提供の有無を確認する。			
18. 在宅での生活をイメージして退院支援の確認			<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
*在宅での生活をイメージした在宅支援が出来ていたかを確認する			

図1 事前配布した退院支援チェックリスト(案)

5)測定方法

全ての測定項目は、円滑な退院支援の実施および予期しない再入院の予防の視点から、その必要性について、「とても思う」、「思う」、「どちらでもない」、「思わない」、「まったく思わない」の5項目から一つ選択する形式で測定した。

Zoom ウェビナーの投票機能は同時に質問できる数が10項目であったため、各項目の必要性に対する意見は、項目1~10と項目11~18に分けて測定した。

6)解析

まず、単純集計として、退院支援チェックリスト(案)に対する全般的意見および各項目の必要性に対する意見は頻度と割合を算出した。

さらに、全般的意見は、回答に基づいて、「とても思う」および「思う」の回答を「肯定」として、これら以外の「どちらでもない」「思わない」「まったく思わない」を「以外」として、2群に分けて、その比を算出した。また、各項目の必要性に対する意見は、回答に基づいて、「とても思う」以外の回答を「とても思う以外」として、「とても思う」と「とても思う以外」の2群にわけて、その比を算出した。

3. 結果

1)回答状況

Zoom ウェビナーの投票機能を使用した。このため、回答締め切り時間を統一できないため、回答者数が変動した。全般的意見は222人(回答率71.6%、回答時点での参加者310人)、各項目の必要性に対する意見は、項目1～10が265人(85.5%)、項目11～18が268人(86.5%)であった。

2)全般的意見(表6、表7)

全般的意見は、すべての項目において、「思う」の回答が最も多かった。次に多かった回答は、「チェックすべき項目は見つけやすい」は「とても思う」で、この項目以外は「どちらでもない」であった。肯定(「とても思う」と「思う」の合計)と以外(「どちらでもない」、「思わない」、「および「まったく思わない」の合計)の比は、「チェックすべき項目は見つけやすいと思う」(肯定/以外=5.94)と最も高く、次に「使い勝手は良いと思う」(4.84)であった。

表6 退院支援チェックリスト(案)に対する全般的意見、n(%)

	とても思う	思う	どちらでもない	思わない	まったく思わない	合計
使い勝手は良いと思う	31 (14.0)	153 (68.9)	33 (14.9)	5 (2.3)	0 (0.0)	222 (100)
チェックすべき項目は見つけやすいと思う	33 (14.9)	157 (70.7)	22 (9.9)	10 (4.5)	0 (0.0)	222 (100)
使用により退院支援は円滑になると思う	31 (14.0)	146 (65.8)	35 (15.8)	10 (4.5)	0 (0.0)	222 (100)
使用で安心して退院支援できると思う	27 (12.2)	135 (60.8)	48 (21.6)	11 (5.0)	1 (0.5)	222 (100)
使用で他部署・他職種との情報共有が上手くいくと思う	22 (9.9)	136 (61.3)	50 (22.5)	14 (6.3)	0 (0.0)	222 (100)

表7 全般的意見の回答における「肯定」と「以外」の比

	肯定	以外	肯定/以外*
使い勝手は良いと思う	184	38	4.84
チェックすべき項目は見つけやすいと思う	190	32	5.94
使用により退院支援は円滑になると思う	177	45	3.93
使用で安心して退院支援できると思う	162	60	2.70
使用で他部署・他職種との情報共有が上手くいくと思う	158	64	2.47

*肯定=とても思う+思う/以外=どちらでもない+思わない+まったく思わない

3)各項目の必要性に対する意見(表 8、表 9)

退院支援チェックリスト(案)の各項目の必要性に対する意見について、全 18 項目において、最も多かった回答は「とても思う」または「思う」のいずれかであった。次に多かった項目も、同様に「とても思う」または「思う」のいずれかであった。全項目において、「とても思う」および「思う」と回答した割合はおおよそ 9 割以上を占めていた。

まず、「とても思う」の回答が最も多かった項目は、「1. 退院に関する希望について、希望する退院先の確認」(185、69.8%)、「2. 現状の病状について正しく認識していることの確認」(143、54.0%)、「4. 関係者が不安に思っていることの確認」(140、52.8%)、「5. 急変時の対応について関係者の希望の確認」(132、49.8%)、「6. 病状が急変したときの対応の取り決めの確認」(137、51.7%)、「10. 患者の身体・認知状況について注意すべき事項の確認」(149、56.2%)、「12. 食事についての注意事項の確認」(150、56.0%)、「13. 服薬管理で特に注意すべき事項の確認」(137、51.1%)、「14. 退院後に必要な医療処置の確認」(186、69.4%)、および「18. 在宅での生活をイメージして退院支援の確認」(133、49.6%)の 10 項目であった(表 8)。次に、「思う」の回答が最も多かった項目は、「3. 今後の病状の見通しを正しく認識していることの確認」(137、51.7%)、「7. 患者の社会的、経済的な状況において特に注意すべき事項の確認」(126、47.6%)、「8. 患者の社会的、経済的な状況について在宅職・介護職との共有の確認」(130、49.1%)、「9. 支援、介護の体制に関する状況の把握と今後に向けた調整の確認」(137、51.7%)、「11. 退院先での転倒事故防止について注意事項の確認」(152、56.7%)、「15. 在宅医療体制において注意すべき事項の確認」(136、50.8%)、「16. 退院前カンファレンスの実施の確認」(148、55.2%)、および「17. 在宅医療・介護関係者に必要な書類の提供の確認」(138、51.5%)の 8 項目であった。

次に、「とても思う」/「とても思う以外」の比について、比が 2 以上だった項目は、「1. 退院に関する希望について、希望する退院先の確認」(とても思う/とても思う以外=2.31)と「14. 退院後に必要な医療処置の確認」(2.27)の 2 項目だった(表 9)。次に、比が 1 以上だった項目は、「2. 現状の病状について正しく認識していることの確認」(1.17)、「4. 関係者が不安に思っていることの確認」(1.12)、「6. 病状が急変したときの対応の取り決めの確認」(1.07)、「10. 患者の身体・認知状況について注意すべき事項の確認」(1.28)、「12. 食事についての注意事項の確認」(1.27)、および「13. 服薬管理で特に注意すべき事項の確認」(1.05)の 6 項目であった。逆に、比が 0.5 以下だった項目は、「退院前カンファレンスの実施の確認」(0.47)であった。

表8 退院支援チェックリスト(案)の各項目の必要性に対する意見、n(%)

	とても思う	思う	どちらでもない	思わない	まったく思わない	合計
1. 退院に関する希望について、希望する退院先の確認	185 (69.8)	75 (28.3)	4 (1.5)	0 (0.0)	1 (0.4)	265 (100)
2. 現状の病状について正しく認識していることの確認。	143 (54.0)	110 (41.5)	11 (4.2)	1 (0.4)	0 (0.0)	265 (100)
3. 今後の病状の見通しを正しく認識していることの確認	108 (40.8)	137 (51.7)	19 (7.2)	1 (0.4)	0 (0.0)	265 (100)
4. 関係者が不安に思っていることの確認	140 (52.8)	115 (43.4)	9 (3.4)	1 (0.4)	0 (0.0)	265 (100)
5. 急変時の対応について関係者の希望の確認	132 (49.8)	110 (41.5)	21 (7.9)	1 (0.4)	1 (0.4)	265 (100)
6. 病状が急変したときの対応の取り決めの確認	137 (51.7)	102 (38.5)	23 (8.7)	2 (0.8)	1 (0.4)	265 (100)
7. 患者の社会的、経済的な状況において特に注意すべき事項の確認	122 (46.0)	126 (47.5)	16 (6.0)	1 (0.4)	0 (0.0)	265 (100)
8. 患者の社会的、経済的な状況について在宅職・介護職との共有の確認	120 (45.3)	130 (49.1)	13 (4.9)	2 (0.8)	0 (0.0)	265 (100)
9. 支援、介護の体制に関する状況の把握と今後に向けた調整の確認	117 (44.2)	137 (51.7)	11 (4.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	265 (100)
10. 患者の身体・認知状況について注意すべき事項の確認	149 (56.2)	113 (42.6)	3 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	265 (100)
11. 退院先での転倒事故防止について注意事項の確認	92 (34.3)	152 (56.7)	19 (7.1)	4 (1.5)	1 (0.4)	268 (100)
12. 食事についての注意事項の確認	150 (56.0)	110 (41.0)	6 (2.2)	1 (0.4)	1 (0.4)	268 (100)
13. 服薬管理で特に注意すべき事項の確認	137 (51.1)	121 (45.1)	8 (3.0)	2 (0.7)	0 (0.0)	268 (100)
14. 退院後に必要な医療処置の確認	186 (69.4)	81 (30.2)	1 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	268 (100)
15. 在宅医療体制において注意すべき事項の確認	120 (44.8)	136 (50.7)	10 (3.7)	2 (0.7)	0 (0.0)	268 (100)
16. 退院前カンファレンスの実施の確認	86 (32.1)	148 (55.2)	31 (11.6)	3 (1.1)	0 (0.0)	268 (100)
17. 在宅医療・介護関係者に必要な書類の提供の確認	101 (37.7)	138 (51.5)	27 (10.1)	2 (0.7)	0 (0.0)	268 (100)
18. 在宅での生活をイメージして退院支援の確認	133 (49.6)	107 (39.9)	26 (9.7)	2 (0.7)	0 (0.0)	268 (100)

表9 各項目の必要性に対する意見の回答における「肯定」と「以外」の比

	とても思う	とても思う以外	とても思う/以外*
1. 退院に関する希望について、希望する退院先の確認	185	80	2.31
2. 現状の病状について正しく認識していることの確認。	143	122	1.17
3. 今後の病状の見通しを正しく認識していることの確認	108	157	0.69
4. 関係者が不安に思っていることの確認	140	125	1.12
5. 急変時の対応について関係者の希望の確認	132	133	0.99
6. 病状が急変したときの対応の取り決めの確認	137	128	1.07
7. 患者の社会的、経済的な状況において特に注意すべき事項の確認	122	143	0.85
8. 患者の社会的、経済的な状況について在宅職・介護職との共有の確認	120	145	0.83
9. 支援、介護の体制に関する状況の把握と今後に向けた調整の確認	117	148	0.79
10. 患者の身体・認知状況について注意すべき事項の確認	149	116	1.28
11. 退院先での転倒事故防止について注意事項の確認	92	176	0.52
12. 食事についての注意事項の確認	150	118	1.27
13. 服薬管理で特に注意すべき事項の確認	137	131	1.05
14. 退院後に必要な医療処置の確認	186	82	2.27
15. 在宅医療体制において注意すべき事項の確認	120	148	0.81
16. 退院前カンファレンスの実施の確認	86	182	0.47
17. 在宅医療・介護関係者に必要な書類の提供の確認	101	167	0.60
18. 在宅での生活をイメージして退院支援の確認	133	135	0.99

*とても思う/以外=とても思う/とても思う以外(思う+どちらでもない+思わない+まったく思わない)

4. 考察

退院支援を円滑に進めるために考案した退院支援チェックリスト(案)の全18項目について、すべての項目を退院支援時に確認する必要があると判断された。退院支援チェックリスト(案)の全18項目において、各項目の必要性に対する意見として、おおよそ9割以上の回答が「とても思う」または「思う」のいずれかであった。このことから、確認の必要性の視点では、全18項目の内容は妥当であると考えられる。また、退院支援チェックリスト(案)に対する全般的評価の全5項目で「思う」の回答が最も多かった。これらのことから、考案した退院支援チェックリスト(案)を実証研究で使用できると判断した。

一方で、確認の必要性の認識については、項目間で認識の差がみられた。必要性に対する意見の回答において、「とても思う」/「とても思う以外」の比が、「1. 退院に関する希望について、希望する退院先の確認」と「14. 退院後に必要な医療処置の確認」は2以上に対して、「退院前カンファレンスの実施の確認」は0.5以下であった。円滑な退院支援の実施および予期しない再入院の予防の視点から、必要性に関する質問を行った。このことから、研修会の参加者は、退院先の希望の確認および退院後に必要な医療処置の確認については、確認する必要性が高いと考えている、一方で、必要はあると認識はしているが、退院前カンファレンスの実施の確認については、それほど重要視していないことが推測される。これら以外の項目においても、「とても思う」/「とても思う以外」の比にばらつきはみられる。このように、退院支援で確認が必要と思われる項目に対する必要性の認識にばらつきがみられることは、円滑な退院支援の実施および予期しない再入院の予防の視点から、退院支援チェックリスト(案)の全18項目において、確認作業の優先度が存在する可能性を示唆すると考えられる。

Ⅲ. 医療介護連携の課題と解決方法・コロナ禍の退院支援の影響

1. 目的

円滑な医療・介護連携の推進には、地域医療連携室の充実は不可欠である。同室において、安心および安全な退院、または予期しない再入院の予防を実現するための退院支援が強く求められる。このためには、円滑な医療と介護の連携を実現する必要がある。この視点において、地域医療連携室が抱える課題や同室の取り組みは既に調査され、推奨される取り組みが提案されている。しかし、提案された項目の数は多く、また多岐にわたっている。このため、すべての取り組みを実行することは多くの時間と労力が必要となる。この課題を解決するには、効率的に地域医療連携室業務の質向上につながる仕組みを考案する必要がある。そこで、地域医療連携室業務、とくに退院支援の質向上に関連性の高い課題および取り組みを同定し、同室業務の質を向上させる取り組みの優先順位を明らかにすることを目的に調査を実施する。

一方で、新型コロナウイルス感染症の感染拡大にともない地域医療連携室での退院支援への影響が懸念される。ここでは、前述の目的に加えて、退院支援におけるコロナ禍の影響と解決すべき課題の同定も調査する。

2. 方法

1)研究デザイン

自己記入式オンライン質問紙調査

2)対象

近畿厚生局管内の病院（200床以上）の地域医療連携室

3)回答方法

Google フォームの URL を郵送し、同フォームにアクセスしてもらう形で回答を得た。

4)測定項目

回答者の基本属性、地域医療連携室の体制、医療と介護の連携、退院支援の取り組み等、退院支援に有用な取り組み等、およびコロナ禍による退院支援の影響を測定した。また、公表された情報（近畿厚生局ホームページ；保険医療機関・保険薬局の指定一覧、令和3年9月1日時点）から所在都道府県（福井県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県）および病床数（200-399床、400床以上）は入手した。

(1)基本属性：職種、勤務形態

(2)地域医療連携室の体制：社会福祉士、精神保健福祉士、看護師、医師

(3)医療と介護の連携：「医療と介護の連携は、全般的に上手くいっている」および個別の施設との連携：「病院・在宅療養支援病院との連携は上手くいっている」「介護療養型医療施設との連携は上手くいっている」「診療所・在宅療養支援診療所との連携は上手くいっている」「訪問看護ステーション・訪問看護師との連携は上手くいっている」「介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）との連携は上手くいっている」「介護老人保健施設との連携は上手くいっている」「居宅支援介護事業所との連携は上手くいっている」「地域包括支援センターとの連携は上手くいっている」

(4)既に取り組んでいる退院支援の取り組み等：地域医療連携室の取り組みの項目として8項目（「家族からの情報収集の積極的な取り組み」「患者からの情報収集の積極的な取り組み」「院内多職種での情報共有・カンファレンスの実施の積極的な取り組み」「患者への情報提供の積極的な取り組み」「家族への情報提供の積極的な取り組み」「地域の介護従事者との情報共有の積極的な取り組み」「地域の在宅医療従事者との情報共有の積極的な取り組み」「行政・地域包括支援センターとの情報共有の積極的な取り組み」）、地域医療連携室の課題解決の取り組みの項目として14項目（「専従社会福祉士の確保の積極的な実施」「専従精神保健福祉士の確保の積極的な実施」「専従看護師の確保の積極的な実施」「専従医師の確保の積極的な実施」「書類作成業務の多さの積極的な解消」「連絡業務の多さの積極的な解消」「時間外業務の多さの積極的な解消」「カバーすべき業務の広さの積極的な解消」「担当者のスキルアップの積極的な推進」「院内連携・情報共有の積極的な取り組み」「院外の介護従事者との連携の積極的な取り組み」「院外の在宅医療従事者との連携の積極的な取り組み」「行政・地域包括支援センターとの連携の積極的な取り組み」「患者・家族との関係構築の積極的な取り組み」）、およびICT活用の取り組みの項目として2項目（「オンライン退院前カンファレンスの積極的な導入」「情報共有のためのオンライン会議の積極的な導入」）

(5)退院支援に有用な取り組み等：地域医療連携室の取り組みの項目として8項目（『「家族からの情報収集の積極的な取り組み」は役立つと思う』『「患者からの情報収集の積極的な取り組み」は役立つと思う』『「院内多職種での情報共有・カンファレンスの実施の積極的な取り組み」は役立つと思う』『「患者への情報提供の積極的な取り組み」は役立つと思う』『「家族への情報提供の積極的な取り組み」は役立つと思う』『「地域の介護従事者との情報共有の積極的な取り組み」は役立つと思う』『「地域の在宅医療従事者との情報共有の積極的な取り組み」は役立つと思う』『「行政・地域包括支援センターとの情報共有の積極的な取り組み」は役立つと思う』）、地域医療連携室の課題解決の取り組みの項目として14項目（『「専従社会福祉士の確保の積極的な実施」は役立つと思う』『「専従精神保健福祉士の確保の積極的な実施」は役立つと思う』『「専従看護師の確保の積極的な実施」は役立つと思う』『「専従医師の確保の積極的な実施」は役立つと思う』『「書類作成業務の多さの積極的な解消」は役立つと思う』『「連絡業務の多さの積極的な解消」は役立つと思う』『「時間外業務の多さの積極的な解消」は役立つと思う』『「カバーすべき業務の広さの積極的な解消」は役立つと思う』『「担当者のスキルアップの積極的な推進」は役立つと思う』『「院内連携・情報共有の積極的な取り組み」は役立つと思う』『「院外の介護従事者との連携の積極的な取り組み」は役立つと思う』『「院外の在宅医療従事者との連携の積極的な取り組み」は役立つと思う』『「行政・地域包括支援センターとの連携の積極的な取り組み」は役立つと思う』『「患者・家族との関係構築の積極的な取り組み」は役立つと思う』）、およびICT活用の取り組みの項目として2項目（『「オンライン退院前カンファレンスの積極的な導入」は役立つと思う』『「情報共有のためのオンライン会議の積極的な導入」は役立つと思う』）

(6)コロナ禍による退院支援の影響

5)測定方法

基本属性の職種は、社会福祉士、精神保健福祉士、看護師、医師、およびその他の5区分から、勤務形態は、「専従」、「兼務（非専従）」、および「わからない」の3区分から回答を得た。その他を選択した場合は、自由記載にて、その内容の回答を得た。

地域医療連携室の体制は、各職種について、「専従」、「兼務（非専従）」、および「所属していない」の3区分から回答を得た。

医療と介護の連携の全9項目は、5 points Likert scale (1-5)にて測定した。1を「まったく思わない」とし、5を「とても思う」として、1から5の項目を選択させた。

既に取り組んでいる退院支援の取り組み等は、地域医療連携室の取り組みの8項目、地域医療連携室の課題の取り組みの14項目、およびICT活用の取り組みの2項目から、それぞれ既の実施している項目を選択（複数選択可）することで回答を得た。すべて実施していない場合は、「すべて該当しない」の項目を選択させた。

退院支援に有用な取り組み等の全24項目は、5 points Likert scale (1-5)にて測定した。1を「まったく思わない」とし、5を「とても思う」として、1から5の項目を選択させた。

コロナ禍による退院支援の影響については、自由記載で回答を得た。

6)解析方法

まず、単純集計として、コロナ禍による退院支援の影響以外の全測定項目は、回答の頻度と割合を算出した。コロナ禍による退院支援の影響については、KJ法を用いて、記載された意見を、代表的な意見とともにまとめた。

また、医療と介護の連携および退院支援に有用な取り組み等は、平均と標準偏差を算出したのちに、5 points Likert scale の回答に基づいて、回答が4と5は「肯定」に、また1、2および3は「以外」に、それぞれ区分して、この2群の比を算出した。

次に、医療介護の連携と有用な取り組みの関連を明らかにするために、医療と介護の連携の「医療と介護の連携は、全般的に上手くいっている」の回答に基づいて、回答が4と5は、「上手くいっている」に、また1、2および3は「上手くいっている以外」に、それぞれ区分して、退院支援に有用な取り組み等についての各項目の2群間比較を行い、粗オッズ比と95%信頼区間を算出した。さらに、既に取り組んでいる退院支援の取り組み等および地域医療連携室の体制で調整して、調整オッズ比と95%信頼区間も算出した。

さらに、コロナ禍による退院支援の影響の解析以外について、病床数に基づいて、200-399床の病院と400床以上の病院に区分して、サブ解析を行った。また、地域医療連携室の従事者および退院支援に有用な取り組み等はカイ二乗検定を用いて、また医療と介護の連携、退院支援の取り組み等についてはその平均値を unpaired t-検定を用いて、病床区分別の比較を行った。

統計学的有意水準は5%とした。多重比較には、Bonferroni法で補正を行った。

3. 結果

1)回答状況(表 10)

調査は令和3年11月から12月に実施され、回答は、179施設(回答率44.8%)であった。所在都道府県で、最も多かったのが大阪府70(39.1%)、次いで兵庫県57(31.8%)であった。病床は、200-399床109(64.9%)で、400床以上が59(35.1%)で、最大は1086で、最小は200であった。

表10 対象施設の所在府県と病床数、n(%)

所在府県	
福井県	6 (3.4)
滋賀県	6 (3.4)
京都府	19 (10.6)
大阪府	70 (39.1)
兵庫県	57 (31.8)
奈良県	15 (8.4)
和歌山県	6 (3.4)
合計	179 (100.0)
病床数	
200-399床	109 (64.9)
400床以上	59 (35.1)
合計	168 (100.0)

2) 回答者の職種 (表 11)

回答者の職種について、割合が最も多かったのは看護師71人(39.9%)であった。勤務形態について、専従の割合は64.3%から82.1%の間であった。

表11 回答者の職種、n(%)

		専従	兼務	不明
社会福祉士	56 (31.5)	46 (82.1)	10 (17.9)	0 (0.0)
精神保健福祉士	37 (20.8)	30 (81.1)	7 (18.9)	0 (0.0)
看護師	71 (39.9)	51 (71.8)	16 (22.5)	4 (5.6)
その他	14 (7.9)	9 (64.3)	4 (28.6)	1 (7.1)
合計	178 (100.0)	136 (76.4)	37 (20.8)	5 (2.8)

3)地域医療連携室の体制(表 12)

地域医療連携室の専従従事者で、最も多かったのは社会福祉士125人(70.2%)で、次いで看護師111人(62.4%)であった。専従医師は8人(4.5%)であった。

表 12 地域医療連携室の従事者、n(%)

	専従	兼務	所属なし	合計
社会福祉士	125 (70.2)	21 (11.8)	32 (18.0)	178 (100.0)
精神保健福祉士	63 (35.4)	24 (13.5)	91 (51.1)	178 (100.0)
看護師	111 (62.4)	25 (14.0)	42 (23.6)	178 (100.0)
医師	8 (4.5)	78 (43.8)	92 (51.7)	178 (100.0)

4)医療と介護の連携に対する評価 (表 13)

医療と介護の連携の回答頻度と割合について、全般的評価(「医療と介護の連携は、全般的に上手くいっている」)では、最も多かったのは4の90人(50.6%)で、次に3の73人(41.0%)であった。施設別評価では、いずれの施設においても、最も多かったのは4で、病院・在宅療養支援病院が96(53.9%)、介護療養型医療施設が74(41.6%)、診療所・在宅療養支援診療所が87(48.9%)、訪問看護ステーション・訪問看護師が108(60.7%)、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)が87(48.9%)、介護老人保健施設83(46.6%)、居宅支援介護事業所99(55.6%)、地域包括支援センター88(49.4%)であった。

全般的評価および施設別評価の5 points Likert scale の平均は、すべての項目で3台であった。全般的評価は 3.46 ± 0.68 (平均 \pm 標準偏差)であった。また、施設別評価で、最も平均が高かったのは、訪問看護ステーション・訪問看護師で 3.77 ± 0.68 であった。

5 points Likert scale の回答に基づいて2群に分けて「上手くいっている」と「上手くいっている以外」の比について、全般的評価は1.09で、個別評価で2以上であったのは、訪問看護ステーション・訪問看護師で2.42であった。逆に、1未満であったのは、介護療養型医療施設で0.84であった。

表 13 医療と介護の連携に対する評価、n(%)

	1	2	3	4	5	平均(SD)	上手くいっている /いっている以外*
全般的評価	2 (1.1)	10 (5.6)	73 (41.0)	90 (50.6)	3 (1.7)	3.46 (0.68)	1.09
施設別評価							
訪問看護ステーション・訪問看護師	0 (0.0)	7 (3.9)	45 (25.3)	108 (60.7)	18 (10.1)	3.77 (0.68)	2.42
病院・在宅療養支援病院	2 (1.1)	7 (3.9)	65 (36.5)	96 (53.9)	8 (4.5)	3.57 (0.70)	1.41
居宅支援介護事業所	1 (0.6)	12 (6.7)	62 (34.8)	99 (55.6)	4 (2.2)	3.52 (0.68)	1.37
診療所・在宅療養支援診療所	3 (1.7)	14 (7.9)	65 (36.5)	87 (48.9)	9 (5.1)	3.48 (0.78)	1.17
地域包括支援センター	1 (0.6)	15 (8.4)	67 (37.6)	88 (49.4)	7 (3.9)	3.48 (0.73)	1.14
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	4 (2.2)	16 (9)	63 (35.4)	87 (48.9)	8 (4.5)	3.44 (0.81)	1.14
介護老人保健施設	2 (1.1)	18 (10.1)	65 (36.5)	83 (46.6)	10 (5.6)	3.46 (0.80)	1.09
介護療養型医療施設	7 (3.9)	15 (8.4)	75 (42.1)	74 (41.6)	7 (3.9)	3.33 (0.84)	0.84

1:連携がまったく上手くいっていないと思わない、5:連携がとても上手くいっている思う

* 上手くいっている=4+5、上手くいっている以外=1+2+3として、その比を算出

5) 退院支援の取り組み等の実施状況（表 14）

地域医療連携室の取り組みについて、最も多かったのは「家族からの情報収集の積極的な取り組み」の161(90.4%)で、次いで多かったのは「患者からの情報収集の積極的な取り組み」の157(88.2%)であった。地域医療連携室の課題解決の取り組みについては、最も多かったのは「院内連携・情報共有の積極的な取り組み」の131(73.6%)で、次いで多かったのは「患者・家族との関係構築の積極的な取り組み」の109(61.2%)であった。ICT活用の取り組みについては、最も多かったのは「情報共有のためのオンライン会議の積極的な導入」の87(48.9%)であった。

表 14 退院支援の取り組み等の実施状況、n(%)

地域医療連携室の取り組み	
家族からの情報収集の積極的な取り組み	161 (90.4)
患者からの情報収集の積極的な取り組み	157 (88.2)
院内多職種での情報共有・カンファレンスの実施の積極的な取り組み	153 (86.0)
患者への情報提供の積極的な取り組み	140 (78.7)
家族への情報提供の積極的な取り組み	133 (74.7)
地域の介護従事者との情報共有の積極的な取り組み	119 (66.9)
地域の在宅医療従事者との情報共有の積極的な取り組み	110 (61.8)
行政・地域包括支援センターとの情報共有の積極的な取り組み	109 (61.2)
すべて該当しない	2 (1.1)
地域医療連携室の課題解決の取り組み	
院内連携・情報共有の積極的な取り組み	131 (73.6)
患者・家族との関係構築の積極的な取り組み	109 (61.2)
担当者のスキルアップの積極的な推進	95 (53.4)
院外の在宅医療従事者との連携の積極的な取り組み	91 (51.1)
行政・地域包括支援センターとの連携の積極的な取り組み	86 (48.3)
院外の介護従事者との連携の積極的な取り組み	84 (47.2)
専従社会福祉士の確保の積極的な実施	73 (41.0)
時間外業務の多さの積極的な解消	70 (39.3)
カバーすべき業務の広さの積極的な解消	60 (33.7)
書類作成業務の多さの積極的な解消	55 (30.9)
専従看護師の確保の積極的な実施	52 (29.2)
連絡業務の多さの積極的な解消	52 (29.2)
専従精神保健福祉士の確保の積極的な実施	30 (16.9)
専従医師の確保の積極的な実施	9 (5.1)
すべて該当しない	8 (4.5)
ICT活用の取り組み	
情報共有のためのオンライン会議の積極的な導入	87 (48.9)
オンライン退院前カンファレンスの積極的な導入	58 (32.6)
すべて該当しない	76 (42.7)

6)退院支援の取り組み等に対する有用性の認識 (表 15、表 16)

地域医療連携室の取り組みの回答は、全8項目で5の回答が最も多く、回答割合が最も高かった項目は「院内多職種での情報共有・カンファレンスの実施の積極的な取り組み」(102、57.3%)で、次いで「家族からの情報収集の積極的な取り組み」(101、56.7%)であった。また、地域医療連携室の課題解決の取り組みの回答は、全14項目で5の回答が最も多く、回答割合が最も高かった項目は「患者・家族との関係構築の積極的な取り組み」(110、61.8%)で、次いで「担当者のスキルアップの積極的な推進」(109、61.2%)および「院内連携・情報共有の積極的な取り組み」(109、61.2%)であった。一方で、ICT活用の取り組みの回答は、全2項目で4の回答が最も多く、回答割合が最も高かったのは「情報共有のためのオンライン会議の積極的な導入」(66、37.1%)であった。

地域医療連携室の取り組みの全8項目は、5 points Likert scale の平均スコアが4を超えていた。最も高かった項目は、「院内多職種での情報共有・カンファレンスの実施の積極的な取り組み」(平均±標準偏差、4.47 ± 0.71)で、次いで「患者への情報提供の積極的な取り組み」(4.30 ± 0.74)であった。地域医療連携室の課題解決の取り組みの全14項目は、「専従社会福祉士の確保の積極的な実施」(3.93 ± 1.02)、「専従精神保健福祉士の確保の積極的な実施」(3.62 ± 1.05)、および「専従医師の確保の積極的な実施」(3.61 ± 1.03)の3項目以外は4を超えていた。最も高かった項目は、「院内連携・情報共有の積極的な取り組み」(4.51 ± 0.72)で、次いで高かった項目は「患者・家族との関係構築の積極的な取り組み」(4.50 ± 0.72)であった。ICT活用の取り組みの全2項目は、すべて3台であった。

肯定と以外の比が10以上の項目は、「院内多職種での情報共有・カンファレンスの実施の積極的な取り組み」(肯定/以外=10.9)、「患者・家族との関係構築の積極的な取り組み」(10.9)、および「院内連携・情報共有の積極的な取り組み」(10.1)の3項目であった。逆に3未満の項目は、「専従社会福祉士の確保の積極的な実施」(2.0)、「専従精神保健福祉士の確保の積極的な実施」(1.19)、「専従看護師の確保の積極的な実施」(2.6)、「専従医師の確保の積極的な実施」(1.0)、「カバーすべき業務の広さの積極的な解消」(2.9)、「オンライン退院前カンファレンスの積極的な導入」(2.1)、「情報共有のためのオンライン会議の積極的な導入」(2.2)の7項目であった。なお、1未満の項目はなかった。

7) 医療介護連携の評価と退院支援の取り組み等の有用性の認識の関連(表 17)

医療と介護の連携（「医療と介護の連携は、全般的に上手くいっている」）の5 points Likert scale の回答が4または5と退院支援に有用な取り組み等の関連について、関連のあった項目は、地域医療連携室の取り組みでは、「患者からの情報収集の積極的な取り組み」(粗オッズ比、95%信頼区間：3.07、1.20-7.83；調整オッズ比、95%信頼区間：2.96、1.15-7.61)、「患者への情報提供の積極的な取り組み」(4.46、1.70-11.7；4.27、1.58-11.5)、「家族からの情報収集の積極的な取り組み」(5.56、1.79-17.3；5.13、1.62-16.2)、「家族への情報提供の積極的な取り組み」(8.06、2.28-28.5；7.36、2.06-26.3)、「院内多職種での情報共有・カンファレンスの実施の積極的な取り組み」(4.93、1.34-18.1；3.73、0.97-14.4)、および「地域の介護従事者との情報共有の積極的な取り組み」(4.39、1.38-13.9；3.43、1.05-11.2)の5項目で、地域医療連携室の課題の取り組みでは、「担当者のスキルアップの積極的な推進」(3.18、1.08-9.33；3.03、1.03-8.95)、「院外の在宅医療従事者との連携の積極的な取り組み」(4.17、1.58-11.0；3.52、1.28-9.68)、「行政・地域包括支援センターとの連携の積極的な取り組み」(3.49、1.45-8.38；2.87、1.17-7.05)、および「患者・家族との関係構築の積極的な取り組み」(4.93、1.34-18.1；4.82、1.30-17.9)の4項目であった。

表 15 退院支援の取り組み等に対する有用性の認識、n(%)

	1	2	3	4	5
地域医療連携室の取り組み					
患者からの情報収集の積極的な取り組み	0 (0.0)	1 (0.6)	23 (12.9)	60 (33.7)	94 (52.8)
患者への情報提供の積極的な取り組み	0 (0.0)	2 (1.1)	24 (13.5)	70 (39.3)	82 (46.1)
家族からの情報収集の積極的な取り組み	1 (0.6)	1 (0.6)	19 (10.7)	56 (31.5)	101 (56.7)
家族への情報提供の積極的な取り組み	0 (0.0)	1 (0.6)	20 (11.2)	68 (38.2)	89 (50.0)
院内多職種での情報共有・カンファレンスの実施の積極的な取り組み	1 (0.6)	1 (0.6)	13 (7.3)	61 (34.3)	102 (57.3)
地域の介護従事者との情報共有の積極的な取り組み	1 (0.6)	1 (0.6)	16 (9.0)	73 (41.0)	87 (48.9)
地域の在宅医療従事者との情報共有の積極的な取り組み	1 (0.6)	1 (0.6)	17 (9.6)	70 (39.3)	89 (50.0)
行政・地域包括支援センターとの情報共有の積極的な取り組み	1 (0.6)	2 (1.1)	25 (14)	75 (42.1)	75 (42.1)
地域医療連携室の課題解決の取り組み					
専従社会福祉士の確保の積極的な実施	4 (2.2)	9 (5.1)	47 (26.4)	53 (29.8)	65 (36.5)
専従精神保健福祉士の確保の積極的な実施	7 (3.9)	12 (6.7)	67 (37.6)	48 (27.0)	44 (24.7)
専従看護師の確保の積極的な実施	2 (1.1)	4 (2.2)	43 (24.2)	53 (29.8)	76 (42.7)
専従医師の確保の積極的な実施	5 (2.8)	15 (8.4)	68 (38.2)	47 (26.4)	43 (24.2)
書類作成業務の多さの積極的な解消	1 (0.6)	5 (2.8)	28 (15.7)	64 (36.0)	80 (44.9)
連絡業務の多さの積極的な解消	1 (0.6)	9 (5.1)	29 (16.3)	61 (34.3)	78 (43.8)
時間外業務の多さの積極的な解消	3 (1.7)	7 (3.9)	35 (19.7)	58 (32.6)	75 (42.1)
カバーすべき業務の広さの積極的な解消	4 (2.2)	8 (4.5)	34 (19.1)	59 (33.1)	73 (41.0)
担当者のスキルアップの積極的な推進	1 (0.6)	1 (0.6)	16 (9.0)	51 (28.7)	109 (61.2)
院内連携・情報共有の積極的な取り組み	1 (0.6)	1 (0.6)	14 (7.9)	53 (29.8)	109 (61.2)
院外の介護従事者との連携の積極的な取り組み	2 (1.1)	2 (1.1)	24 (13.5)	60 (33.7)	90 (50.6)
院外の在宅医療従事者との連携の積極的な取り組み	1 (0.6)	2 (1.1)	22 (12.4)	58 (32.6)	95 (53.4)
行政・地域包括支援センターとの連携の積極的な取り組み	3 (1.7)	1 (0.6)	25 (14)	63 (35.4)	86 (48.3)
患者・家族との関係構築の積極的な取り組み	1 (0.6)	2 (1.1)	12 (6.7)	53 (29.8)	110 (61.8)
ICT 活用の取り組み					
オンライン退院前カンファレンスの積極的な導入	2 (1.1)	10 (5.6)	46 (25.8)	63 (35.4)	57 (32.0)
情報共有のためのオンライン会議の積極的な導入	3 (1.7)	8 (4.5)	44 (24.7)	66 (37.1)	57 (32.0)

*5 points Likert scale (1: 「役に立つとまったく思わない」～5: 「役に立つととても思う」)

表 16 退院支援の取り組み等に対する有用性の認識について、平均、標準偏差、および比

	平均 ± 標準偏差*	肯定/以外†
地域医療連携室の取り組み		
患者からの情報収集の積極的な取り組み	4.39 ± 0.73	6.4
患者への情報提供の積極的な取り組み	4.30 ± 0.74	5.9
家族からの情報収集の積極的な取り組み	4.43 ± 0.75	7.5
家族への情報提供の積極的な取り組み	4.38 ± 0.70	7.5
院内多職種での情報共有・カンファレンスの実施の積極的な取り組み	4.47 ± 0.71	10.9
地域の介護従事者との情報共有の積極的な取り組み	4.37 ± 0.72	8.9
地域の在宅医療従事者との情報共有の積極的な取り組み	4.38 ± 0.73	8.4
行政・地域包括支援センターとの情報共有の積極的な取り組み	4.24 ± 0.78	5.4
地域医療連携室の課題解決の取り組み		
専従社会福祉士の確保の積極的な実施	3.93 ± 1.02	2.0
専従精神保健福祉士の確保の積極的な実施	3.62 ± 1.05	1.1
専従看護師の確保の積極的な実施	4.11 ± 0.92	2.6
専従医師の確保の積極的な実施	3.61 ± 1.03	1.0
書類作成業務の多さの積極的な解消	4.22 ± 0.85	4.2
連絡業務の多さの積極的な解消	4.16 ± 0.91	3.6
時間外業務の多さの積極的な解消	4.10 ± 0.96	3.0
カバーすべき業務の広さの積極的な解消	4.06 ± 0.99	2.9
担当者のスキルアップの積極的な推進	4.49 ± 0.73	8.9
院内連携・情報共有の積極的な取り組み	4.51 ± 0.72	10.1
院外の介護従事者との連携の積極的な取り組み	4.31 ± 0.83	5.4
院外の在宅医療従事者との連携の積極的な取り組み	4.37 ± 0.79	6.1
行政・地域包括支援センターとの連携の積極的な取り組み	4.28 ± 0.85	5.1
患者・家族との関係構築の積極的な取り組み	4.50 ± 0.72	10.9
ICT活用の取り組み		
オンライン退院前カンファレンスの積極的な導入	3.92 ± 0.95	2.1
情報共有のためのオンライン会議の積極的な導入	3.93 ± 0.95	2.2

*5 points Likert scale (1:「まったく思わない」～5:「とても思う」)、†肯定=4+5、以外=1+2+3として、その比を算出

表 17 医療介護連携の評価と退院支援の取り組み等の有用性の認識の関連

	粗 OR(95%CI)*	調整 OR(95%CI) †
地域医療連携室の取り組み		
患者からの情報収集の積極的な取り組み	3.07 (1.20-7.83)	2.96 (1.15-7.61)
患者への情報提供の積極的な取り組み	4.46 (1.70-11.7)	4.27 (1.58-11.5)
家族からの情報収集の積極的な取り組み	5.56 (1.79-17.3)	5.13 (1.62-16.2)
家族への情報提供の積極的な取り組み	8.06 (2.28-28.5)	7.36 (2.06-26.3)
院内多職種での情報共有・カンファレンスの実施の積極的な取り組み	4.93 (1.34-18.1)	3.73 (0.97-14.4)
地域の介護従事者との情報共有の積極的な取り組み	4.39 (1.38-13.9)	3.43 (1.05-11.2)
地域の在宅医療従事者との情報共有の積極的な取り組み	3.47 (1.19-10.1)	2.65 (0.87-8.10)
行政・地域包括支援センターとの情報共有の積極的な取り組み	3.27 (1.35-7.89)	2.4 (0.95-6.05)
地域医療連携室の課題解決の取り組み		
専従社会福祉士の確保の積極的な実施	2.91 (1.52-5.55)	1.57 (0.74-3.34)
専従精神保健福祉士の確保の積極的な実施	0.83 (0.46-1.50)	1.01 (0.53-1.93)
専従看護師の確保の積極的な実施	2.12 (1.08-4.16)	1.82 (0.90-3.67)
専従医師の確保の積極的な実施	1.43 (0.79-2.59)	1.49 (0.82-2.72)
書類作成業務の多さの積極的な解消	1.50 (0.71-3.18)	1.40 (0.66-3.00)
連絡業務の多さの積極的な解消	0.81 (0.39-1.65)	0.85 (0.41-1.76)
時間外業務の多さの積極的な解消	1.52 (0.77-3.00)	1.24 (0.61-2.53)
カバーすべき業務の広さの積極的な解消	1.61 (0.82-3.16)	1.74 (0.85-3.58)
担当者のスキルアップの積極的な推進	3.18 (1.08-9.33)	3.03 (1.03-8.95)
院内連携・情報共有の積極的な取り組み	1.93 (0.67-5.57)	1.63 (0.55-4.82)
院外の介護従事者との連携の積極的な取り組み	3.27 (1.35-7.89)	2.47 (0.99-6.17)
院外の在宅医療従事者との連携の積極的な取り組み	4.17 (1.58-11.0)	3.52 (1.28-9.68)
行政・地域包括支援センターとの連携の積極的な取り組み	3.49 (1.45-8.38)	2.87 (1.17-7.05)
患者・家族との関係構築の積極的な取り組み	4.93 (1.34-18.1)	4.82 (1.30-17.9)
ICT 活用の取り組み		
オンライン退院前カンファレンスの積極的な導入	1.56 (0.83-2.92)	1.48 (0.76-2.91)
情報共有のためのオンライン会議の積極的な導入	2.05 (1.07-3.91)	1.90 (0.96-3.74)

OR：オッズ比、CI：信頼区間、5 points Likert scale (1：「まったく思わない」～5：「とても思う」)

*医療と介護の連携について、「上手くいっている以外」(1、2 または 3) に対する「上手くいっている」(4 また 5) の比

† 専従職種の確保以外は取り組みの実施の有無で調整、専従職種の確保は取り組みの実施の有無および専従職種の有無で調整

8) コロナ禍による退院支援の影響(表 18)

回答は131人からあった。これらの記載は、コロナ禍による退院支援に対する影響として、(1)面会制限による患者・家族との情報共有の困難さに関連する意見、(2)退院前カンファレンスなどカンファレンス開催の困難さに係る意見、(3)接触機会低減による介護職等多職種との情報共有の困難さに関連する意見、(4)面会制限による早期退院希望に対する調整時間の不足に関連する意見、(5)試験外出・試験外泊実施困難による退院計画の作成の困難さに関連する意見、(6)連絡に係る業務量の増加に関連する意見、(7)受入施設の見学困難による退院調整の困難さに関連する意見、(8)PCR検査等コロナ感染症関連の負担に関連する意見、(9)オンライン環境整備の不備に関連する意見、および(10)オンライン環境整備による業務の効率化に関連する意見の10項目に集約された。

表 18 コロナ禍による退院支援の影響

面会制限による患者・家族との情報共有の困難さ
・面会困難により、家族との面談の機会が失われ、家族が患者の状態を把握できず、意思決定支援をより困難にした。
・面会制限やそれに伴う病棟看護師とのコミュニケーションが薄くなり、退院時の患者の様子が家族のイメージとかけ離れていて、不信感を抱かれ、適した療養環境を理解してもらえないことが多い。
・家族の面会制限があり、情報収集が難しい面があり困る事例がある。患者の状態を家族が把握できていない。
退院前カンファレンスなどカンファレンス開催の困難さ
・対面しての退院前カンファレンスの制限により、患者の状態が伝わりにくい中で在宅設定の場面が生まれたこと。
・退院前カンファレンスやリハビリ見学が入院中1回程度、少人数でしか開催できず情報共有がし難い。
・退院前カンファレンスもなかなか対面でできず（オンラインの整備も追いつかず）地域との連携がとりにくかった。
接触機会低減による介護職等多職種との情報共有の困難さ
・ケアマネジャーや各事業所の来院が減り、退院調整において書類のやり取りだけでは情報の行き違い等が生じる。
・ケアマネが来院を控えることもあり、退院前に十分な情報共有をすることができない場合も多い。
面会制限による早期退院希望に対する調整時間の不足
面会できないことで、ターミナルの方の早期退院希望が増え、調整の時間が以前に比べて短くなっていること。
試験外出・試験外泊実施困難による退院計画の作成の困難さ
・退院前の体験外出、体験外泊を制限しているため、退院可能かの査定がしにくい。
・以前は退院前の取り組みとして、外泊を行ったり、入院中に支援者と顔合わせをしたり等行ってきたが、面会や外泊の制限により、医療者・患者・家族全ての立場において、不安の高い退院となっている。
連絡に係る業務量の増加
・カンファレンスの開催準備に手間がかかるようになった。
・面会禁止としているため患者の現状等を気にして電話連絡をしてくる患者の対応に時間が取られる
・電話対応が増えた。

表 18 コロナ禍による退院支援の影響（つづき）

受入施設の見学困難による退院調整の困難さ

- ・施設の内見学が出来ず、本人のイメージが湧かないまま、退院支援をしてしまった。
 - ・退院前の施設見学、外泊体験ができず、患者様の退院への心理的負担が重い。施設担当者が直接患者様本人と面談いただく機会を設けられなかった時もあり、診療情報提供書やサマリー、口頭のみでの情報伝達は限界があると思われる。
 - ・退院先の見学や体験入所が困難で いきなり入所が不安で退院定着の困難増・施設の内見学が出来ず、本人のイメージが湧かないまま、退院支援をしてしまった。
 - ・退院前の施設見学、外泊体験ができず、患者様の退院への心理的負担が重い。施設担当者が直接患者様本人と面談いただく機会を設けられなかった時もあり、診療情報提供書やサマリー、口頭のみでの情報伝達は限界があると思われる。
 - ・退院先の見学や体験入所が困難で いきなり入所が不安で退院定着の困難増
-

受入施設との調整の困難さ

- ・受け入れに消極的な施設があり、調整に時間を要する事がある。
 - ・地域包括病床が、コロナ対応で制限があるため、今までよりも、自宅退院を選択すり方が増えた
 - ・元々入院していた病院や介護施設に戻る際にコロナ検査の実施が必要になり煩雑でスムーズに戻るのに支障がある。
-

PCR 検査等コロナ感染症関連検査の負担に関連する意見

- ・コロナ下での受け入れの可否は施設側にあり陰性証明を求められる場合が多く、その検査代が患者様負担になり経済的に苦しい患者様の不利益になることがある。
 - ・転院や施設に戻る時に、PCR 検査が必須で、退院前日と当日に、患者と家族の体調管理の問診票の提出を求められた。
-

オンライン環境整備の不備

- ・市町村によって、介護保険認定調査がオンラインでできないところがあり不便でした。
 - ・オンライン面会やオンライン会議を推進したいが、費用面での弊害がありオンラインが進まない。
 - ・オンラインにて会議やカンファレンスが行われるようになったが、各種カンファレンスなどの活発な利用に至るには、機器の数量的な問題や接続の不便さ、会議室の確保などの点から思うように展開はできず、現状も新たな進展はない
-

オンライン環境整備による業務の効率化

- ・コロナ禍での良い点は、個人情報扱わない連携会議等が、オンラインで開催できるようになったため、移動時間の削減や会議の効率化ができた。
 - ・よい面としては、リモートで医療介護連携ができるようになり、遠方であるためにできなかった連携ができるようになったことがある。
 - ・当院では、オンラインカンファレンスは実施できていないが、リモート面会・リモートカンファレンスを通じて、患者さんの状態を把握して頂き、退院調整に生かしています。
 - ・退院前カンファレンスや連携会議がオンラインで開催できるようになりました。来院していただいていた時より集まりやすくなっています。
-

9)病床区分別(200-399床と400床以上)の比較

(1)地域医療連携室の体制(表19)

地域医療連携室の体制について、精神保健福祉士の専従割合は、200-399床(30、27.8%)に比べて、400床(29、49.2%)の方が高かった(カイ二乗検定、 $p=0.002$)。これ以外は、病床区分別に地域医療連携室の体制に差は認めなかった。

表19 病床区分別、地域医療連携室の従事者、n(%)

	200-399床				400床以上				p値*
	専従	兼務	所属なし	合計	専従	兼務	所属なし	合計	
社会福祉士	72 (66.7)	13 (12.0)	23 (21.3)	108 (100.0)	45 (76.3)	6 (10.2)	8 (13.6)	59 (100.0)	0.397
精神保健福祉士	30 (27.8)	12 (11.1)	66 (61.1)	108 (100.0)	29 (49.2)	11 (18.6)	19 (32.2)	59 (100.0)	0.002
看護師	62 (57.4)	17 (15.7)	29 (26.9)	108 (100.0)	43 (72.9)	4 (6.8)	12 (20.3)	59 (100.0)	0.103
医師	5 (4.6)	41 (38.0)	62 (57.4)	108 (100.0)	3 (5.1)	32 (54.2)	24 (40.7)	59 (100.0)	0.111

*カイ二乗検定(有意水準は Bonferroni 補正にて、 $0.05 \div 4=0.013$)

(2)医療と介護の連携に対する評価(表20)

医療と介護の連携に対する評価について、全般的評価は、200-399床(平均±標準偏差、 3.43 ± 0.71)と400床以上(3.49 ± 0.65)に差は認めなかった(unpaired t-検定、 $p=0.559$)。同様に、施設別評価においても病床区分別で差は認めなかった。

(3)退院支援の取り組み等の実施状況(表21)

退院支援の取り組み等の実施状況について、地域医療連携室の取り組み、地域医療連携の課題解決の取り組み、およびICT活用の取り組みのいずれの項目においても病床区分別で差は認めなかった。

(4)退院支援の取り組み等に対する有用性の認識(表22)

退院支援の取り組み等に対する有用性の認識について、地域医療連携室の取り組み、地域医療連携の課題解決の取り組み、およびICT活用の取り組みのいずれの項目においても病床区分別で差は認めなかった。

(5)医療介護連携の評価と退院支援の取り組み等の有用性の認識の関連(表23)

医療と介護の連携：「医療と介護の連携は、全般的に上手くいっている」(5 points Likert scale の回答が4または5)と退院支援に有用な取り組み等の関連について、関連のあった項目は、200-399床では、地域医療連携室の取り組みの「患者への情報提供の積極的な取り組み」(粗オッズ比、95%信頼区間：5.07、1.34-19.18；調整オッズ比、95%信頼区間：6.02、1.54-23.6)、「家族からの情報収集の積極的な取り組み」(6.16、1.28-29.64；6.24、1.29-30.1)、「家族への情報提供の積極的な取り組み」(6.94、1.46-33.0；6.67、1.37-32.4))、およびICT活用の取り組みの「オンライン退院前カンファレンスの積極的な導入」(1.46、0.67-3.2；3.24、1.11-9.52)の4項目であった。一方で、400床以上では、地域医療連携室の課題解決の取り組みの「カバーすべき業務の広さの積極的な解消」(3.2、0.86-11.9；4.25、1.02-17.7)の1項目であった。

表 20 病床区分別、医療と介護の連携に対する評価、n(%)

	200-399 床 (n=108)							400 床以上 (n=59)							p 値†
	1	2	3	4	5	平均 (SD)	いっ てい る/ 以外*	1	2	3	4	5	平均 (SD)	いっ てい る/ 以外*	
全般的評価	1 (0.9)	9 (8.3)	43 (39.8)	53 (49.1)	2 (1.9)	3.43 (0.71)	1.04	1 (1.7)	1 (1.7)	26 (44.1)	30 (50.8)	1 (1.7)	3.49 (0.65)	1.11	0.559
施設別評価															
訪問看護ステーション・訪問看護師	2 (1.9)	6 (5.6)	42 (38.9)	52 (48.1)	6 (5.6)	3.50 (0.77)	1.16	0 (0.0)	1 (1.7)	19 (32.2)	37 (62.7)	2 (3.4)	3.68 (0.57)	1.95	0.121
病院・在宅療養支援病院	5 (4.6)	12 (11.1)	41 (38.0)	43 (39.8)	7 (6.5)	3.32 (0.93)	0.86	2 (3.4)	3 (5.1)	31 (52.5)	23 (39.0)	0 (0.0)	3.27 (0.09)	0.64	0.704
居宅支援介護事業所	2 (1.9)	11 (10.2)	40 (37.0)	49 (45.4)	6 (5.6)	3.43 (0.82)	1.04	1 (1.7)	3 (5.1)	22 (37.3)	30 (50.8)	3 (5.1)	3.53 (0.75)	1.27	0.442
診療所・在宅療養支援診療所	0 (0.0)	5 (4.6)	28 (25.9)	64 (59.3)	11 (10.2)	3.75 (0.70)	2.27	0 (0.0)	2 (3.4)	12 (20.3)	38 (64.4)	7 (11.9)	3.85 (0.66)	3.21	0.382
地域包括支援センター	3 (2.8)	9 (8.3)	34 (31.5)	56 (51.9)	6 (5.6)	3.49 (0.84)	1.35	1 (1.7)	7 (11.9)	26 (44.1)	23 (39.0)	2 (3.4)	3.31 (0.79)	0.74	0.165
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	2 (1.9)	8 (7.4)	36 (33.3)	55 (50.9)	7 (6.5)	3.53 (0.80)	1.35	0 (0.0)	9 (15.3)	26 (44.1)	21 (35.6)	3 (5.1)	3.31 (0.79)	0.69	0.087
介護老人保健施設	1 (0.9)	7 (6.5)	34 (31.5)	65 (60.2)	1 (0.9)	3.54 (0.68)	1.57	0 (0.0)	5 (8.5)	25 (42.4)	26 (44.1)	3 (5.1)	3.46 (0.73)	0.97	0.481
介護療養型医療施設	1 (0.9)	8 (7.4)	43 (39.8)	51 (47.2)	5 (4.6)	3.47 (0.74)	1.08	0 (0.0)	7 (11.9)	22 (37.3)	28 (47.5)	2 (3.4)	3.42 (0.75)	1.03	0.688

1:連携がまったく上手くいっていないと思わない、5:連携がとても上手くいっていると思う、*いっている:上手くいっている=4+5、以外:上手くいっている以外=1+2+3としてその比を算出、†unpaired t-検定(平均値を比較、有意水準は Bonferroni 法補正にて、 $0.05 \div 9 = 0.006$)

表 21 病床区分別、退院支援の取り組み等の実施状況、n(%)

	200-399 床 (n=108)	400 床以上 (n=59)	p 値*
地域医療連携室の取り組み			
家族からの情報収集の積極的な取り組み	97 (54.5)	50 (28.1)	0.335
患者からの情報収集の積極的な取り組み	83 (46.6)	46 (25.8)	0.870
院内多職種での情報共有・カンファレンスの実施の積極的な取り組み	98 (55.1)	54 (30.3)	0.865
患者への情報提供の積極的な取り組み	78 (43.8)	46 (25.8)	0.417
家族への情報提供の積極的な取り組み	92 (51.7)	51 (28.7)	0.825
地域の介護従事者との情報共有の積極的な取り組み	70 (39.3)	42 (23.6)	0.402
地域の在宅医療従事者との情報共有の積極的な取り組み	60 (33.7)	42 (23.6)	0.048
行政・地域包括支援センターとの情報共有の積極的な取り組み	63 (35.4)	38 (21.3)	0.443
すべて該当しない	0 (0.0)	2 (1.1)	0.054
地域医療連携室の課題解決の取り組み			
院内連携・情報共有の積極的な取り組み	38 (21.3)	29 (16.3)	0.078
患者・家族との関係構築の積極的な取り組み	14 (7.9)	16 (9.0)	0.023
担当者のスキルアップの積極的な推進	23 (12.9)	25 (14)	0.004
院外の在宅医療従事者との連携の積極的な取り組み	6 (3.4)	2 (1.1)	0.531
行政・地域包括支援センターとの連携の積極的な取り組み	33 (18.5)	20 (11.2)	0.657
院外の介護従事者との連携の積極的な取り組み	33 (18.5)	16 (9.0)	0.641
専従社会福祉士の確保の積極的な実施	45 (25.3)	22 (12.4)	0.581
時間外業務の多さの積極的な解消	37 (20.8)	20 (11.2)	0.962
カバーすべき業務の広さの積極的な解消	49 (27.5)	40 (22.5)	0.005
書類作成業務の多さの積極的な解消	81 (45.5)	42 (23.6)	0.593
専従看護師の確保の積極的な実施	52 (29.2)	29 (16.3)	0.901
連絡業務の多さの積極的な解消	54 (30.3)	34 (19.1)	0.345
専従精神保健福祉士の確保の積極的な実施	56 (31.5)	27 (15.2)	0.452
専従医師の確保の積極的な実施	67 (37.6)	37 (20.8)	0.931
すべて該当しない	3 (1.7)	4 (2.2)	0.217
ICT 活用の取り組み			
情報共有のためのオンライン会議の積極的な導入	28 (15.7)	24 (13.5)	0.049
オンライン退院前カンファレンスの積極的な導入	44 (24.7)	34 (19.1)	0.037
すべて該当しない	0 (0.0)	0 (0.0)	0.049

*カイ二乗検定(有意水準は Bonferroni 補正にて、 $0.05 \div 27=0.002$)

表 22 病床区分別、退院支援の取り組み等に対する有用性の認識、n(%)

	200-399 床 (n=108)							400 床以上(n=59)							p 値 †
	1	2	3	4	5	平均 (SD)	肯定/ 以外*	1	2	3	4	5	平均 (SD)	肯定/ 以外*	
地域医療連携室の取り組み															
患者からの情報収集の積極的な取り組み	0 (0.0)	1 (0.9)	13 (12.0)	39 (36.1)	55 (50.9)	4.37 (0.73)	6.71	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (11.9)	19 (32.2)	33 (55.9)	4.44 (0.70)	7.43	0.548
患者への情報提供の積極的な取り組み	0 (0.0)	2 (1.9)	13 (12.0)	44 (40.7)	49 (45.4)	4.30 (0.75)	6.20	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (13.6)	23 (39.0)	28 (47.5)	4.34 (0.09)	6.38	0.721
家族からの情報収集の積極的な取り組み	0 (0.0)	1 (0.9)	11 (10.2)	37 (34.3)	59 (54.6)	4.43 (0.71)	8.00	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (11.9)	17 (28.8)	35 (59.3)	4.47 (0.70)	7.43	0.673
家族への情報提供の積極的な取り組み	0 (0.0)	1 (0.9)	12 (11.1)	40 (37.0)	55 (50.9)	4.38 (0.72)	7.31	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (10.2)	25 (42.4)	28 (47.5)	4.37 (0.67)	8.83	0.953
院内多職種での情報共有・カンファレンスの実施の積極的な取り組み	1 (0.9)	1 (0.9)	8 (7.4)	36 (33.3)	62 (57.4)	4.45 (0.75)	9.80	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (6.8)	23 (39.0)	32 (54.2)	4.47 (0.63)	13.75	0.856
地域の介護従事者との情報共有の積極的な取り組み	1 (0.9)	1 (0.9)	8 (7.4)	45 (41.7)	53 (49.1)	4.37 (0.74)	9.80	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (10.2)	25 (42.4)	28 (47.5)	4.37 (0.67)	8.83	0.983
地域の在宅医療従事者との情報共有の積極的な取り組み	1 (0.9)	1 (0.9)	10 (9.3)	46 (42.6)	50 (46.3)	4.32 (0.76)	8.00	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (8.5)	22 (37.3)	32 (54.2)	4.46 (0.08)	10.80	0.256
行政・地域包括支援センターとの情報共有の積極的な取り組み	1 (0.9)	1 (0.9)	14 (13.0)	43 (39.8)	49 (45.4)	4.28 (0.80)	5.75	0 (0.0)	1 (1.7)	9 (15.3)	29 (49.2)	20 (33.9)	4.15 (0.74)	4.90	0.320
地域医療連携室の課題解決の取り組み															
専従社会福祉士の確保の積極的な実施	3 (2.8)	7 (6.5)	28 (25.9)	34 (31.5)	36 (33.3)	3.86 (1.05)	1.84	1 (1.7)	1 (1.7)	15 (25.4)	15 (25.4)	27 (45.8)	4.12 (0.97)	2.47	0.120
専従精神保健福祉士の確保の積極的な実施	5 (4.6)	10 (9.3)	42 (38.9)	25 (23.1)	26 (24.1)	3.53 (1.10)	0.89	1 (1.7)	1 (1.7)	21 (35.6)	18 (30.5)	18 (30.5)	3.86 (0.94)	1.57	0.048
専従看護師の確保の積極的な実施	1 (0.9)	4 (3.7)	25 (23.1)	32 (29.6)	46 (42.6)	4.09 (0.94)	2.60	1 (1.7)	0 (0.0)	14 (23.7)	16 (27.1)	28 (47.5)	4.19 (0.12)	2.93	0.536
専従医師の確保の積極的な実施	2 (1.9)	11 (10.2)	40 (37.0)	26 (24.1)	29 (26.9)	3.64 (1.05)	1.04	2 (3.4)	4 (6.8)	23 (39.0)	16 (27.1)	14 (23.7)	3.61 (1.03)	1.03	0.865

5 points Likert scale (1: 「まったく思わない」～5: 「とても思う」)、*肯定=4+5、以外=1+2+3 として比を算出、† unpaired t-検定(有意水準は Bonferroni 補正にて、 $0.05 \div 24 = 0.002$)

表 22 病床区分別、退院支援の取り組み等に対する有用性の認識、n(%) (つづき)

	200-399 床 (n=108)							400 床以上 (n=59)							p 値 †
	1	2	3	4	5	平均 (SD)	肯定/ 以外*	1	2	3	4	5	平均 (SD)	肯定/ 以外*	
書類作成業務の多さの積極的な解消	1 (0.9)	3 (2.8)	14 (13.0)	37 (34.3)	53 (49.1)	4.28 (0.86)	5.00	0 (0.0)	1 (1.7)	11 (18.6)	22 (37.3)	25 (42.4)	4.20 (0.80)	3.92	0.586
連絡業務の多さの積極的な解消	1 (0.9)	7 (6.5)	14 (13.0)	36 (33.3)	50 (46.3)	4.18 (0.96)	3.91	0 (0.0)	1 (1.7)	11 (18.6)	21 (35.6)	26 (44.1)	4.22 (0.81)	3.92	0.763
時間外業務の多さの積極的な解消	3 (2.8)	3 (2.8)	21 (19.4)	34 (31.5)	47 (43.5)	4.10 (0.99)	3.00	0 (0.0)	3 (5.1)	11 (18.6)	19 (32.2)	26 (44.1)	4.15 (0.91)	3.21	0.746
カバーすべき業務の広さの積極的な解消	3 (2.8)	5 (4.6)	21 (19.4)	34 (31.5)	45 (41.7)	4.05 (1.03)	2.72	1 (1.7)	2 (3.4)	10 (16.9)	20 (33.9)	26 (44.1)	4.15 (0.94)	3.54	0.512
担当者のスキルアップの積極的な推進	1 (0.9)	1 (0.9)	9 (8.3)	32 (29.6)	65 (60.2)	4.47 (0.77)	8.82	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (8.5)	16 (27.1)	38 (64.4)	4.56 (0.65)	10.80	0.461
院内連携・情報共有の積極的な取り組み	1 (0.9)	1 (0.9)	7 (6.5)	30 (27.8)	69 (63.9)	4.53 (0.74)	11.00	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (6.8)	20 (33.9)	35 (59.3)	4.53 (0.63)	13.75	0.984
院外の介護従事者との連携の積極的な取り組み	1 (0.9)	2 (1.9)	15 (13.9)	34 (31.5)	56 (51.9)	4.31 (0.85)	5.00	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (11.9)	22 (37.3)	30 (50.8)	4.39 (0.70)	7.43	0.563
院外の在宅医療従事者との連携の積極的な取り組み	1 (0.9)	2 (1.9)	14 (13.0)	36 (33.3)	55 (50.9)	4.31 (0.84)	5.35	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (8.5)	20 (33.9)	34 (57.6)	4.49 (0.65)	10.80	0.163
行政・地域包括支援センターとの連携の積極的な取り組み	1 (0.9)	1 (0.9)	13 (12.0)	39 (36.1)	54 (50.0)	4.33 (0.80)	6.20	1 (1.7)	0 (0.0)	9 (15.3)	22 (37.3)	27 (45.8)	4.25 (0.84)	4.90	0.549
患者・家族との関係構築の積極的な取り組み	1 (0.9)	1 (0.9)	7 (6.5)	29 (26.9)	70 (64.8)	4.54 (0.74)	11.00	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (6.8)	20 (33.9)	35 (59.3)	4.53 (0.63)	13.75	0.919
ICT 活用の取り組み															
オンライン退院前カンファレンスの積極的な導入	2 (1.9)	8 (7.4)	30 (27.8)	38 (35.2)	30 (27.8)	3.80 (0.99)	1.70	0 (0.0)	2 (3.4)	12 (20.3)	21 (35.6)	24 (40.7)	4.14 (0.86)	3.21	0.029
情報共有のためのオンライン会議の積極的な導入	2 (1.9)	7 (6.5)	29 (26.9)	38 (35.2)	32 (29.6)	3.84 (0.99)	1.84	1 (1.7)	1 (1.7)	12 (20.3)	23 (39.0)	22 (37.3)	4.08 (0.90)	3.21	0.120

5 points Likert scale (1: 「まったく思わない」～5: 「とても思う」)、*肯定=4+5、以外=1+2+3 として比を算出、† unpaired t-検定(有意水準は Bonferroni 補正にて、 $0.05 \div 24 = 0.002$)

表 23 病床区分別、医療介護連携の評価と退院支援の取り組み等の有用性の認識の関連

	200-399 床		400 床以上	
	粗 OR(95%CI)*	調整 OR(95%CI)†	粗 OR(95%CI)*	調整 OR(95%CI)†
地域医療連携室の取り組み				
患者からの情報収集の積極的な取り組み	2.97 (0.87-10.1)	2.91 (0.85-9.99)	8.18 (0.92-72.9)	8.38 (0.88-79.4)
患者への情報提供の積極的な取り組み	5.07 (1.34-19.2)	6.02 (1.54-23.6)	10.0 (1.14-87.4)	7.53 (0.81-70.4)
家族からの情報収集の積極的な取り組み	6.16 (1.28-29.6)	6.24 (1.29-30.1)	8.18 (0.92-72.9)	6.21 (0.63-61.4)
家族への情報提供の積極的な取り組み	6.94 (1.46-33.0)	6.67 (1.37-32.4)	N/A	N/A
院内多職種での情報共有・カンファレンスの実施の積極的な取り組み	2.64 (0.64-10.8)	2.35 (0.56-9.86)	N/A	N/A
地域の介護従事者との情報共有の積極的な取り組み	2.64 (0.64-10.8)	2.24 (0.53-9.51)	N/A	N/A
地域の在宅医療従事者との情報共有の積極的な取り組み	3.55 (0.9-13.9)	2.87 (0.7-11.7)	5.00 (0.52-47.7)	2.00 (0.16-24.3)
行政・地域包括支援センターとの情報共有の積極的な取り組み	2.62 (0.84-8.14)	2.08 (0.64-6.77)	5.80 (1.11-30.2)	3.80 (0.67-21.6)
地域医療連携室の課題解決の取り組み				
専従社会福祉士の確保の積極的な実施	3.45 (1.5-7.96)	1.64 (0.62-4.37)	1.36 (0.44-4.21)	0.99 (0.27-3.62)
専従精神保健福祉士の確保の積極的な実施	0.64 (0.3-1.37)	0.95 (0.41-2.17)	0.77 (0.27-2.20)	0.52 (0.15-1.76)
専従看護師の確保の積極的な実施	2.24 (0.94-5.32)	1.76 (0.70-4.41)	0.96 (0.30-3.10)	0.84 (0.24-2.90)
専従医師の確保の積極的な実施	1.16 (0.54-2.46)	1.20 (0.55-2.60)	1.85 (0.66-5.19)	1.85 (0.62-5.46)
書類作成業務の多さの積極的な解消	1.05 (0.38-2.88)	0.98 (0.35-2.73)	2.7 (0.71-10.23)	2.60 (0.68-9.94)
連絡業務の多さの積極的な解消	1.05 (0.41-2.67)	1.07 (0.42-2.76)	0.75 (0.21-2.69)	0.90 (0.24-3.38)
時間外業務の多さの積極的な解消	0.95 (0.4-2.28)	0.68 (0.27-1.74)	2.46 (0.71-8.54)	2.30 (0.64-8.30)
カバーすべき業務の広さの積極的な解消	1.16 (0.49-2.71)	1.1 (0.45-2.68)	3.2 (0.86-11.92)	4.25 (1.02-17.7)
担当者のスキルアップの積極的な推進	1.28 (0.37-4.46)	1.17 (0.33-4.15)	N/A	N/A
院内連携・情報共有の積極的な取り組み	1.33 (0.34-5.24)	1.27 (0.32-5.07)	3.6 (0.35-36.8)	2.84 (0.26-31.2)
院外の介護従事者との連携の積極的な取り組み	2.39 (0.82-6.93)	2.1 (0.71-6.27)	8.18 (0.92-72.91)	3.86 (0.40-37.6)
院外の在宅医療従事者との連携の積極的な取り組み	2.93 (0.95-8.99)	2.86 (0.87-9.37)	N/A	N/A
行政・地域包括支援センターとの連携の積極的な取り組み	3.34 (0.99-11.3)	2.94 (0.86-10.13)	5.8 (1.11-30.2)	4.42 (0.80-24.3)
患者・家族との関係構築の積極的な取り組み	4.03 (0.80-20.4)	4.34 (0.85-22.2)	N/A	N/A
ICT 活用の取り組み				
オンライン退院前カンファレンスの積極的な導入	1.46 (0.67-3.2)	3.24 (1.11-9.52)	2.46 (0.71-8.54)	2.13 (0.58-7.87)
情報共有のためのオンライン会議の積極的な導入	2.04 (0.91-4.57)	2.05 (0.90-4.68)	2.46 (0.71-8.54)	2.09 (0.57-7.63)

OR：オッズ比、CI：信頼区間、N/A: not available、5 points Likert scale (1:「まったく思わない」～5:「とても思う」)

*医療と介護の連携について、「上手くいっている以外」(1、2 または 3) に対する「上手くいっている」(4 また 5) の比

†専従職種の確保以外は取り組みの実施の有無で調整、専従職種の確保は取り組みの実施の有無および専従職種の有無で調整

4. 考察

医療と介護の連携に対する地域医療連携室職員の認識は、連携が「どちらかと言えば上手くいっている」から「どちらでもない」の間であった。医療と介護の連携に対する全般的評価のスコアは 3.46 ± 0.68 (5 points Likert scale、1:まったく上手くいっていない、5:とても上手くいっている)で、肯定/以外比(回答4と5と回答1、2、および3の比)は1.09であったことから、多くの地域医療連携室において、医療と介護の連携が上手くいっているとは言い難い状況にあると思われる。この状況の改善のためには、効率的に連携を推進する活動が必要と考える。

個別の施設については、他の施設と比較して、訪問看護ステーション・訪問看護師との連携が上手くいっている。一方で、介護療養型医療施設とは上手くいっていない。訪問看護ステーション・訪問看護師の施設個別評価のスコア(平均±標準偏差; 3.77 ± 0.68)は、施設別評価の中で最も高く、また、肯定/以外比(2.42)も唯一2以上であった。一方で、介護療養型医療施設のスコア(3.33 ± 0.84)で最も低く、さらに肯定/以外比(0.84)は唯一1未満であった。今回の調査は200床以上の病院で実施された。連携の機会の多さなどが要因で、個別の施設の視点では、病院と訪問看護ステーション・訪問看護師との連携がより進んでいることが推測できる。さらに、他の施設との連携の違いを分析することで、医療と介護の連携を効率的に進めるための課題の解明につながる可能性はある。

退院支援の取り組み等について、地域医療連携室において、患者、家族、および院内との情報共有や関係構築は積極的に行われていた。調査項目は令和2年度老人保健健康増進等事業:円滑な医療・介護を推進するための地域医療連携室の支援に関する調査研究事業報告書で提案された退院支援に係る地域医療連携室の取り組みや課題解決の取り組みに基づいて作成されている。本調査結果において、積極的な取り組みとして、家族からの情報収集(90.4%)、患者からの情報収集(88.2%)、および院内多職種での情報共有・カンファレンスの実施(86.0%)の3項目が8割以上の地域連携室で実施されていた。また、残りの患者、家族、および院内に関連する項目についても、患者・家族との関係構築(61.2%)以外は、患者への情報提供(78.7%)、家族への情報提供(74.7%)、および院内連携・情報共有(73.6%)も7割台であった。さらに、これらの項目が上位をほぼ独占したことから、地域医療連携室において、患者と家族を含む院内における退院支援の積極的な取り組みは十分に実施されていることが明らかとなった。一方で、本調査において、院外との連携に係る全6項目について、積極的に取り組んでいると回答した地域医療連携室は4~6割であった(地域の在宅医療従事者との情報共有、66.9%;地域の在宅医療従事者との情報共有、61.8%;行政・地域包括支援センターとの情報共有、61.2%;院外の在宅医療従事者との連携、51.1%;行政・地域包括支援センターとの連携、48.3%;院外の介護従事者との連携、47.2%)。このことから、院外に対する取り組みについては改善の余地が残っていると考えられる。

医療介護の連携を効率的に推進するためには、院外の医療介護従事者および行政・地域包括ケアセンターとの連携を優先的に取り組む必要がある。本調査において、「医療介護の連携は、全般的に上手くいっている」(5 points Likert scaleの回答が4または5)と関連があった取り組みは、「患者からの情報収集」(調整オッズ比、95%信頼区間:2.96、1.15-7.61)、「患者への情報提供」(4.27、1.58-11.5)、「家族からの情報収集」(5.13、1.62-16.2)、「家族への情報提供」(7.36、2.06-26.3)、「院内多職種での情報共有・カンファレンスの実施」(3.73、0.97-14.4)、「担当者のスキルアップ」(3.03、1.03-8.95)、「患者・家族との関係構築」(4.82、1.30-17.9)、「地域の介護従事者との情報共有」(3.43、1.05-11.2)、「院外の在宅医療従事者との連携」(3.52、1.28-9.68)および「行政・地域包括支援センターとの連携」(2.87、1.17-7.05)の9項目であった。このうち、患者、家族、および院内に関連するのが6項目で、院外に関連するのが3項目であった。こ

これらの項目は、地域医療連携室において、それぞれの項目の積極的な取り組みの実施の有無に関わらず、連携が上手くいっている地域医療連携室職員が、医療介護の円滑な連携を実現するために有用な取り組みであると認識していると解釈できる。その効果を検証する必要があるが、効率的に医療介護の連携を進めるためには、連携が上手くいっている地域医療連携室の意見を採用することは妥当だと思われる。したがって、円滑な医療介護連携を推進するために、院内関連6項目と院外関連3項目を優先的に取り組む必要があると考える。院内関連6項目のうち、「患者・家族との関係構築」「担当者のスキルアップ」以外の項目は既に多くの地域医療連携室で積極的に取り組まれている。一方で、院外関連3項目（地域の介護従事者との情報共有、院外の在宅医療従事者との連携、および行政・地域包括支援センターとの連携）の同室での積極的な取り組みの頻度は高くない。このことから、院外の医療介護従事者および行政・地域包括ケアセンターとの連携の積極的な取り組みは、円滑な医療介護の連携を実現するための優先課題と考える。また、医療介護連携を推進する視点から、担当者のスキルアップについては、院外との連携や患者・家族との関係構築をテーマに実施することが望ましいと思われる。

コロナ禍による退院支援の影響について、コロナ感染症拡大対策のための接触機会低減が退院支援に甚大な影響をもたらしていた。調査結果でのコロナ禍による退院支援の影響として、集約された11項目の意見のうち、「面会制限による患者・家族との情報共有の困難さ」、「退院前カンファレンスなどカンファレンス開催の困難さ」、「接触機会低減による介護職等多職種との情報共有の困難さ」、「面会制限による早期退院希望に対する調整時間の不足に関連する意見」、「試験外出・試験外泊実施困難による退院計画の作成の困難さ」、および「受入施設の見学困難による退院調整の困難さ」の6項目が感染拡大対策の接触機会低減に関連する内容であった。また、この課題を補うための電話やオンラインでの対応が現場で求められたことから、連絡に係る業務量の増加およびオンライン環境整備の不備に関連する意見の2項目に影響が広がったと考えられる。また、コロナ感染症感染拡大の影響として、「受入施設との調整の困難さに関連する意見」および「PCR検査等コロナ感染症関連検査の負担」の意見から、感染拡大により受入施設の減少および受入時条件の厳格化などの影響があったと推測される。一方で、本調査では、「オンライン環境整備による業務の効率化」に関連する意見も抽出された。以前から、退院支援の現場でICTを活用した取り組みが推奨されてきた。しかし、環境整備等の不備によりICT活用の普及が進んでいなかった現状を、コロナ禍下の社会情勢によって、急速に普及したことが、この意見が抽出された要因と思われる。接触機会低減策としてのICT活用が、結果として、退院支援業務の効率化をもたらしたとも考えられる。このように、コロナ感染拡大対策の接触機会低減は退院支援の要諦となっている情報共有の在り方に影響をもたらし、直接および間接的にコロナ禍による退院支援に影響をもたらしたと思われる。今後は、接触機会が少ない中でも、言葉を換えれば、少ない接触で、効率的な情報共有の在り方を模索することが大きな課題になるとと思われる。

施設の病床数に応じて、医療介護の連携を効率的に推進するための優先課題が変わる可能性がある。病床区分別のサブ解析において、「医療介護の連携は、全般的に上手くいっている」(5 points Likert scale の回答が4または5)と関連があった取り組みは、200-399床では、「患者への情報提供の積極的な取り組み」「家族からの情報収集の積極的な取り組み」「家族への情報提供の積極的な取り組み」および「オンライン退院前カンファレンスの積極的な導入」の4項目で、400床以上では、「カバーすべき業務の広さの積極的な解消」のみであった。患者・家族への情報提供および家族への情報提供は全体の解析でも関連を認めたが、200-399床での「オンライン退院前カンファレンスの積極的な導入」および400床以上での「カバーすべき業務の広さの積極的な解消」は病床区分別の解析によって関連が同定された。解析数に限界のあるサブ解析の結果ではあるが、これらの結果は病床区分別に優先課題が異なることを示唆している。病院機能別の優先課題を今後検討する必要があると考える。

IV. 退院支援チェックリストの実証研究

1. 目的

円滑な医療・介護連携の推進には、地域医療連携室の充実は不可欠である。同室の重要な役割のひとつとして退院支援があげられる。その退院支援において、安心および安全な退院、また予期しない再入院の防止には、円滑な医療介護の連携が求められる。退院支援を実施する上で、病院と在宅医療・介護関係者が適切に連携する退院支援を入院早期から開始して、医療と介護の両方のサービスを確保し、本人・家族の意向に沿った施設・在宅療養を安心してスタートできるよう支援することが重要と考える。

これを受けて、令和2年度老人保健健康増進等事業：円滑な医療・介護を推進するための地域医療連携室の支援に関する調査研究事業にて、退院支援に関連する課題解決の一助とすべく、退院支援の補助ツールとして「退院支援チェックリスト(案)」が作成された。このチェックリストは、地域医療連携室を中心に、院内の病棟部門と多職種とが協働して、在宅医療・介護関係者と適切に連携できるよう、同室の職員が使用することを想定して作成されている。しかし、同報告書で提案されたチェックリストが実用に耐えるかについてはわかっていない。

そこで、実際にこのチェックリストを使用し、その有用性を検証することを目的に調査を実施する。

2. 方法

1)研究デザイン

後ろ向きコホート研究

2)対象

(1)選択基準

以下の基準をすべて満たす症例を対象とした。

- ①近畿厚生局管内の病院（概ね200床以上）の入院症例
- ②2021(令和3)年10月1日～10月31日の間に退院した症例
- ③地域医療連携室が退院支援に関わった症例

(2)対象症例数

目標対象症例数は10施設100症例（1施設当たり10症例）とした。

(3)対象症例数の算定根拠

算定根拠となる先行研究がないため、登録期間中に選択基準を満たした患者に対して悉皆的に、各施設で10例を登録することとした。

(4)登録方法

選択基準を満たす症例を連続的に登録する。

3)測定項目

以下に示す項目を測定した。

(1)基本属性

- ①患者情報：年齢、性別、主な病名、介護度
- ②地域医療連携室情報：退院支援での連携職種、退院先施設等

(2)評価項目

①問題の発生

- i)退院までの退院支援に係る問題の発生
- ii)退院1か月以内の問題の発生

- ②使用に係る評価項目：使いやすさ：「使い勝手は良かったと思う」、利便性：「チェックすべき項目は見つけやすかったと思う」、退院支援の円滑さ：「使用により退院支援は円滑になると思う」、安心感：「使用で安心して退院支援できると思う」、および情報共有：「使用で他部署・他職種との情報共有は上手くいくと思う」の5項目

(3)退院支援チェックリスト(案)の各項目の確認 (表 24)

表 24 退院チェックリスト (案) の 18 項目

-
1. 退院に関する希望について、希望する退院先の確認
 2. 現状の病状について正しく認識していることの確認。
 3. 今後の病状の見通しを正しく認識していることの確認
 4. 関係者が不安に思っていることの確認
 5. 急変時の対応について関係者の希望の確認
 6. 病状が急変したときの対応の取り決めの確認
 7. 患者の社会的、経済的な状況において特に注意すべき事項の確認
 8. 患者の社会的、経済的な状況について在宅職・介護職との共有の確認
 9. 支援、介護の体制に関する状況の把握と今後に向けた調整の確認
 10. 患者の身体・認知状況について注意すべき事項の確認
 11. 退院先での転倒事故防止について注意事項の確認
 12. 食事についての注意事項の確認
 13. 服薬管理で特に注意すべき事項の確認
 14. 退院後に必要な医療処置の確認
 15. 在宅医療体制において注意すべき事項の確認
 16. 退院前カンファレンスの実施の確認
 17. 在宅医療・介護関係者に必要な書類の提供の確認
 18. 在宅での生活をイメージして退院支援の確認
-

4)測定方法

基本属性について、主な病名は、脳血管疾患、認知症、がん、循環器疾患、呼吸器疾患、およびその他の選択肢から、また、介護度は、申請なし、要支援1、要支援2、要介護1、要介護2、要介護3、要介護4、および要介護5の選択肢から回答を得た。

地域医療連携室情報について、退院支援での連携職種は、病棟看護師、医師、ケアマネジャー、訪問看護師、およびその他の選択肢から、また、退院先施設等は、病院、老人保健施設、特別養護老人ホーム、在宅、およびその他の選択肢から回答を得た。その他の場合は、その内容を自由記載で入手した。

評価項目について、主要調査項目である退院支援において、退院までの問題の発生は、「なし」または「あり」の選択肢から回答を得た。「あり」の場合は、その内容を自由記載で入手した。また、使用に係る評価項目は、5区分（まったく思わない、思わない、どちらでもない、思う、およびとても思う）から回答を得た。ただし、使用に係る評価項目については、退院支援チェックリストの使用者ひとりにつき1回の回答とした。副次的項目である退院1か月以内の問題発生は、「なし」または「あり」の選択肢から回答を得た。「あり」の場合は、服薬に関連する内容、医療行為に関連する内容、医療事故に関連する内容、予期しない再入院、およびその他の選択肢から回答を得た。その他の場合は、その内容を自由記載で入手した。その他の項目の退院支援チェックリスト(案)(18項目)の各項目の確認は、退院支援チェックリスト(案)(図2)を用いて、「した」または「していない」の選択肢から回答を得た。

退院支援チェックリスト(案)

整理番号・ID		整理番号・ID
記載日	年月日	
*の内容が概ね確認できていれば、済に✓してください。		
項目	確認	
1. 退院に関する希望について、希望する退院先の確認	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
*退院先(自宅、施設、またはその他)について、十分理解して納得していることを確認する。本人と家族の希望、および本人と家族の希望の一致を確認する。		
2. 現状の病状について正しく認識していることの確認	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
*現状の病状について、十分理解して納得していることを確認する。本人と家族の認識、および本人と家族の認識の一致を確認する		
3. 今後の病状の見通しを正しく認識していることの確認	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
*今後の病状について、加齢や病気の進行にともない、どのように病状が変化するかの見通しについて、十分理解して納得していることを確認する。本人と家族の認識、および本人と家族の認識の一致を確認する。		
4. 関係者が不安に思っていることの確認	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
*本人と家族の不安を確認する。不安に感じている内容(病気の進行、余命、退院後の在宅生活、在宅介護、経済的負担など)を具体的に確認する。		
5. 急変時の対応について関係者の希望の確認	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
*急変時について、本人と家族の希望を確認する。病状急変時の対応方針の決定の有無を確認する。決まっている場合は在宅または退院先チームと内容が共有されているかを確認する。		
6. 病状が急変したときの対応の取り決めの確認	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
*病状が急変したときの対応、緊急時の連絡先、緊急時に最終的な意思決定する人などを確認する。		
7. 患者の社会的、経済的な状況において特に注意すべき事項の確認	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
*介護者、キーパーソン、介護力、独居(昼間・夜間)、経済的困窮、および精神疾患などを患者の社会的・経済的な状況を確認する。生活保護などの社会福祉サービスへの接続を確認する。		
8. 患者の社会的、経済的な状況について在宅職・介護職との共有の確認	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
*患者の社会的、経済的な状況について、在宅または退院先の医療職(在宅医療職など)・介護職と内容が共有されているかを確認する。		
9. 支援、介護の体制に関する状況の把握と今後に向けた調整の確認	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
*介護者が必要な介護処置を正しく行えるか、介護者にトレーニングの必要があるか、主な介護者の1日のスケジュールの確認、介護に関わる家族の協力の状況、介護に関わる社会資源の状況などを確認する。		
10. 患者の身体・認知状況について注意すべき事項の確認	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
*患者の身体・認知状況について、ADLの入院前後の変化、理解力や判断力の低下、在宅および施設環境に対応できるADLが否かなどを確認する。		
裏あります		
整理番号・ID		整理番号・ID
11. 退院先での転倒事故防止について注意事項の確認	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
*室内での移動状況(ベッド・布団から起き上がれるか、立ち上がることができるか、歩くことができるか、つかまる場所が必要かなど)、退院後も入院時と同じADLを維持出来るか、排泄の状況、排泄に補助が必要か否か、入浴の状況、入浴に補助が必要か否かなどを確認する。		
12. 食事についての注意事項の確認	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
*本人・家族・介護者が食事の制限や注意事項を実行できるか、嚥下機能、食形態(食事の大きさ・固さ、とろみの程度)、食事の際の姿勢、食事動作の注意事項などを確認する。		
13. 服薬管理で特に注意すべき事項の確認	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
*入院前後の薬の種類や服薬の仕方の変更の有無を確認する。薬を処方した医療機関を確認する。服薬の自己管理ができるか、服薬管理の支援者の有無などを確認する。服薬に影響する認知機能の低下を確認する。		
14. 退院後に必要な医療処置の確認	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
*医療(的)ケアにおける注意すべき事項、医療(的)ケア処置方法(ストーマ、CVポート、褥瘡ケア、血糖測定・インスリン自己注射、在宅酸素療法、吸引、胃ろうなど)について家族・本人による実施ができるかを確認する。講習会・指導の必要性の有無を確認する。医療処置の実施者を確認する。		
15. 在宅医療体制において注意すべき事項の確認	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
*在宅訪問診療、通院、訪問看護、在宅リハビリテーション、訪問薬剤師、訪問栄養士、1日24時間(特に夜間)の看護体制、ヘルパー、福祉用具、住宅改修の必要性などを確認する。		
16. 退院前カンファレンスの実施の確認	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
*退院前カンファレンスの実施の有無を確認する。実施した場合は、病院側の参加職種と在宅医療・介護側の参加職種をそれぞれ確認する。		
17. 在宅医療・介護関係者に必要な書類の提供の確認	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
*退院支援計画書、診療情報提供書、看護情報提供書、リハビリテーション情報提供書、栄養サマリー、自宅の写真や図面などの提供の有無を確認する。		
18. 在宅での生活をイメージして退院支援の確認	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
*在宅での生活をイメージした在宅支援が出来ていたかを確認する		

図2 退院支援チェックリスト(案)

5)解析方法

まず、単純集計として、年齢は年齢階級別の頻度と割合を、その他の項目は回答頻度と割合を算出した。つぎに、退院支援チェックリスト(案)の各項目の確認について、クローンバッハ α 係数を算出した。また、退院支援チェックリスト(案)各項目の確認と問題の発生のクロス集計を行い、その後、退院支援チェックリスト(案)の各項目について、各項目と退院までの退院支援に係る問題の発生との関連について、「あり」に対する「なし」の粗オッズ比と95%信頼区間を算出した。また、退院1か月後以内の問題発生との関連については、「不明」を「あり」と扱い、「あり」と「不明」に対する「なし」の粗オッズ比と95%信頼区間を算出した。これらについて、さらに、有意な関連を認めた項目に対して、多重ロジスティクス回帰分析を用いて、調整オッズ比と95%信頼区間を算出した。有意水準は5%とした。

6)匿名化の方法（個人情報取り扱い）

カルテ番号、氏名、および住所など個人を特定できる情報は、本研究において取り扱わない。このため、必要がないことから、本研究において匿名化の実施は行わない。

7)倫理的配慮

カルテ番号、氏名、および住所など個人を特定できる情報は、本研究において取り扱わないため、本研究において匿名化の実施は行わなかった。

必要があれば、実施施設において、臨床研究倫理委員会の承認（県立丹波医療センター研究倫理委員会承認；丹医第1280号等）を得た後に、調査を実施した。

3. 結果

1)対象者の属性（表25）

調査は令和3年12月から令和4年2月に実施され、調査対象者として10施設99症例の登録があった。対象者の年齢は、80-89歳(40、40.4%)が最も多く、性別は男性41(41.4%)および女性58(58.6%)であった。主な病名は、がん(21、21.1%)が最も多かった。介護度は、申請なし(19.2%)、申請中(15、15.2%)、要介護3(17、17.2%)の順で多かった。退院支援での連携職種は、病棟看護師(91.9%)、医師(80、80.8%)の順で多かった。退院先の施設等は、在宅(52、52.5%)、病院(21、21.2%)の順で多かった。

表 25 対象者の属性 (n=99)、n(%)

年齢		退院支援での連携職種	
90歳以上	13 (13.1)	病棟看護師	91 (91.9)
80-89歳	40 (40.4)	医師	80 (80.8)
70-79歳	28 (28.3)	ケアマネジャー	65 (65.7)
60-69歳	7 (7.1)	訪問看護師	28 (28.3)
50-59歳	5 (5.1)	その他	48 (48.5)
50歳未満	4 (4.0)	退院先施設等	
N/A	2 (2.0)	在宅	52 (52.5)
性別		病院	21 (21.2)
男性	41 (41.4)	特別養護老人ホーム	7 (7.1)
女性	58 (58.6)	老人保健施設	4 (4.0)
主な病名		その他	15 (15.2)
脳血管疾患	12 (12.1)		
認知症	8 (8.1)		
がん	21 (21.2)		
循環器疾患	13 (13.1)		
呼吸器疾患	12 (12.1)		
その他	49 (49.5)		
介護度			
申請なし	19 (19.2)		
申請中	15 (15.2)		
要支援1	5 (5.1)		
要支援2	2 (2.0)		
要介護1	6 (6.1)		
要介護2	8 (8.1)		
要介護3	17 (17.2)		
要介護4	12 (12.1)		
要介護5	10 (10.1)		
N/A	5 (5.1)		

2)退院支援に関連した問題の発生（表 26）

退院支援において、退院までの問題の発生については、「あり」が61（61.6％）で、「なし」が38（38.4％）であった。また、退院後1か月以内の問題の発生については、「あり」が17（17.2％）、なしが67（67.7％）、および不明が15（15.2％）であった。

表 26 退院支援における問題発生状況（n=99）、n（％）

退院までの問題発生	
あり	61 (61.6)
なし	38 (38.4)
退院後1か月以内の問題発生	
あり	17 (17.2)
なし	67 (67.7)
不明	15 (15.2)

3)退院支援チェックリスト（案）の使用に係る評価(表 27)

退院支援チェックリスト（案）の使用者は44人であった。使用に係る評価について、全5項目において、「どちらでもない」の回答が最も多く、「思う」の回答が次に多かった。

表 27 退院支援チェックリスト（案）の使用に係る評価項目、n（％）

	まったく 思わない	思わない	どちらでも ない	思う	とても思う	合計
使い勝手はよかった	0 (0.0)	8 (18.2)	23 (52.3)	12 (27.3)	1 (2.3)	44 (100.0)
項目は見つけやすかった	0 (0.0)	6 (13.6)	21 (47.7)	15 (34.1)	2 (4.5)	44 (100.0)
使用により退院支援は円滑になる	0 (0.0)	8 (18.2)	19 (43.2)	15 (34.1)	2 (4.5)	44 (100.0)
使用で安心して退院支援できる	1 (2.3)	3 (6.8)	22 (50.0)	16 (36.4)	2 (4.5)	44 (100.0)
使用で他部署・多職種との情報共有は上手くいく	0 (0.0)	7 (15.9)	20 (45.5)	16 (36.4)	1 (2.3)	44 (100.0)

4)退院支援チェックリスト(案)の各項目の確認(表 28)

退院支援チェックリスト(案)の各項目について、「1. 退院に関する希望について、希望する退院先の確認」(98、99.0%)「7.患者の社会的・経済的な状況において特に注意すべき事項の確認」(96、97.0%)「2. 現状の病状について正しく認識していることの確認」(94、94.9%)「4.関係者が不安に思っていることの確認」(94、94.9%)の4項目は9割以上の症例で項目の確認が行われていた。一方で、「16. 退院前カンファレンスの実施の確認」(44、44.4%)は50%以下であった。また、「6.病状が急変したときの対応の取り決めの確認」(62、62.6%)「5.急変時の対応について関係者の希望の確認」(68、68.7%)「14. 退院後に必要な医療処置の確認」(69、69.7%)「15. 在宅医療体制において注意すべき事項の確認」(69、69.7%)の4項目は7割以下であった。

退院支援チェックリスト(案)の各項目の確認について、全18項目の回答のクロンバッハ α 係数は0.82であった。

表 28 退院支援チェックリスト各項目の確認状況 (n=99)、n (%)

1. 退院に関する希望について、希望する退院先の確認	98 (99.0)
2. 現状の病状について正しく認識していることの確認	94 (94.9)
3. 今後の病状の見通しを正しく認識していることの確認	85 (85.9)
4. 関係者が不安に思っていることの確認	94 (94.9)
5. 急変時の対応について関係者の希望の確認	68 (68.7)
6. 病状が急変したときの対応の取り決めの確認	62 (62.6)
7. 患者の社会的・経済的な状況において特に注意すべき事項の確認	96 (97.0)
8. 患者の社会的・経済的な状況について在宅職・介護職との共有の確認	89 (89.9)
9. 支援、介護体制に関する状況の把握と今後に向けた調整の確認	82 (82.8)
10. 患者の身体・認知状況について注意すべき事項の確認	96 (97.0)
11. 退院先での転倒事故防止について注意事項の確認	86 (86.9)
12. 食事についての注意事項の確認	81 (81.8)
13. 服薬管理で特に注意すべき事項の確認	87 (87.9)
14. 退院後に必要な医療処置の確認	69 (69.7)
15. 在宅医療体制において注意すべき事項の確認	69 (69.7)
16. 退院前カンファレンスの実施の確認	44 (44.4)
17. 在宅医療・介護関係者に必要な書類の提供の確認	84 (84.8)
18. 在宅での生活をイメージして退院支援の確認	84 (84.8)

5)問題の発生と退院支援チェックリスト(案)各項目の確認の関連(表 29、表 30、表 31、表

32)

退院支援チェックリスト(案)の各項目別、退院までの問題発生について、「確認した」の中で、問題発生なしの割合が、最も高かったのは「4.関係者が不安に思っていることの確認(58、61.7%)」で、他の全ての項目は5割から6割であった。逆に、「確認していない」の中で、問題発生ありの割合が、最も高かったのは「4.関係者が不安に思っていることの確認」(3、60.0%)、次いで「3.今後の病状の見通しを正しく認識していることの確認」(6、42.9%)であった。退院支援チェックリスト(案)各項目別、退院1か月以内の問題発生について、「確認した」の中で、問題発生なしの割合が、最も高かったのは「9.支援、介護体制に関する状況の把握と今後に向けた調整の確認」(60、73.2%)で、ほとんどの項目が7割前後であった。逆に、「確認していない」の中で、問題発生ありの割合が、最も高かったのは「4.関係者が不安に思っていることの確認」(3、60.0%)であった。

退院支援チェックリスト(案)各項目との退院までの問題発生の関連について、全18項目中で、「5.急変時の対応について関係者の希望の確認」(粗オッズ比、95%信頼区間：0.33、0.12-0.86)、「15.在宅医療体制において注意すべき事項の確認」(0.35、0.13-0.93)、および「17.在宅医療・介護関係者に必要な書類の提供の確認」(0.20、0.04-0.92)の3項目は、単回帰分析(粗オッズ比)にて、問題発生「なし」と負の有意な関連を認めた。この3項目による多重ロジスティクス回帰分析では、「5.急変時の対応について関係者の希望の確認」(調整オッズ比、95%信頼区間：0.30、0.11-0.82)のみ有意な負の関連を認めた。

退院支援チェックリスト(案)各項目の確認と退院後1か月以内の問題発生の関連について、全18項目中で、「3.今後の病状の見通しを正しく認識していることの確認」(粗オッズ比、95%信頼区間：4.85、1.47-16.00)「4.関係者が不安に思っていることの確認」(9.43、1.01-88.2)の2項目は、単回帰分析(粗オッズ比)にて、問題発生「なし」と正の有意な関連を認めた。この2項目による多重ロジスティクス回帰分析では、2項目とも有意な関連は認めなかった。

表 29 退院支援チェックリスト(案)各項目別、退院までの問題発生、n(%)

	確認した			確認していない		
	発生なし	発生あり	合計	発生なし	発生あり	合計
1. 退院に関する希望について、希望する退院先の確認	59 (60.2)	39 (39.8)	98 (100.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
2. 現状の病状について正しく認識していることの確認	56 (59.6)	38 (40.4)	94 (100.0)	4 (80.0)	1 (20.0)	5 (100.0)
3. 今後の病状の見通しを正しく認識していることの確認	52 (61.2)	33 (38.8)	85 (100.0)	8 (57.1)	6 (42.9)	14 (100.0)
4. 関係者が不安に思っていることの確認	58 (61.7)	36 (38.3)	94 (100.0)	2 (40.0)	3 (60.0)	5 (100.0)
5. 急変時の対応について関係者の希望の確認	36 (52.9)	32 (47.1)	68 (100.0)	24 (77.4)	7 (22.6)	31 (100.0)
6. 病状が急変したときの対応の取り決めの確認	33 (53.2)	29 (46.8)	62 (100.0)	27 (73.0)	10 (27.0)	37 (100.0)
7. 患者の社会的・経済的な状況において特に注意すべき事項の確認	58 (60.4)	38 (39.6)	96 (100.0)	2 (66.7)	1 (33.3)	3 (100.0)
8. 患者の社会的・経済的な状況について在宅職・介護職との共有の確認	51 (57.3)	38 (42.7)	89 (100.0)	9 (90.0)	1 (10.0)	10 (100.0)
9. 支援、介護体制に関する状況の把握と今後に向けた調整の確認	49 (59.8)	33 (40.2)	82 (100.0)	11 (64.7)	6 (35.3)	17 (100.0)
10. 患者の身体・認知状況について注意すべき事項の確認	57 (59.4)	39 (40.6)	96 (100.0)	3 (100.0)	0 (0.0)	3 (100.0)
11. 退院先での転倒事故防止について注意事項の確認	51 (59.3)	35 (40.7)	86 (100.0)	9 (69.2)	4 (30.8)	13 (100.0)
12. 食事についての注意事項の確認	46 (56.8)	35 (43.2)	81 (100.0)	14 (77.8)	4 (22.2)	18 (100.0)
13. 服薬管理で特に注意すべき事項の確認	50 (57.5)	37 (42.5)	87 (100.0)	10 (83.3)	2 (16.7)	12 (100.0)
14. 退院後に必要な医療処置の確認	39 (56.5)	30 (43.5)	69 (100.0)	21 (70.0)	9 (30.0)	30 (100.0)
15. 在宅医療体制において注意すべき事項の確認	37 (53.6)	32 (46.4)	69 (100.0)	23 (76.7)	7 (23.3)	30 (100.0)
16. 退院前カンファレンスの実施の確認	24 (54.5)	20 (45.5)	44 (100.0)	36 (65.5)	19 (34.5)	55 (100.0)
17. 在宅医療・介護関係者に必要な書類の提供の確認	47 (56.0)	37 (44.0)	84 (100.0)	13 (86.7)	2 (13.3)	15 (100.0)
18. 在宅での生活をイメージして退院支援の確認	49 (58.3)	35 (41.7)	84 (100.0)	11 (73.3)	4 (26.7)	15 (100.0)

表 30 退院支援チェックリスト(案)各項目別、退院1か月以内の問題発生、n(%)

	確認した				確認していない			
	発生なし	不明	発生あり	合計	発生なし	不明	発生あり	合計
1. 退院に関する希望について、希望する退院先の確認	67 (68.4)	14 (14.3)	17 (17.3)	98 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
2. 現状の病状について正しく認識していることの確認	65 (69.1)	14 (14.9)	15 (16.0)	94 (100.0)	2 (40.0)	1 (20.0)	2 (40.0)	5 (100.0)
3. 今後の病状の見通しを正しく認識していることの確認	62 (72.9)	10 (11.8)	13 (15.3)	85 (100.0)	5 (35.7)	5 (35.7)	4 (28.6)	14 (100.0)
4. 関係者が不安に思っていることの確認	66 (70.2)	14 (14.9)	14 (14.9)	94 (100.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	3 (60.0)	5 (100.0)
5. 急変時の対応について関係者の希望の確認	44 (64.7)	11 (16.2)	13 (19.1)	68 (100.0)	23 (74.2)	4 (12.9)	4 (12.9)	31 (100.0)
6. 病状が急変したときの対応の取り決めの確認	41 (66.1)	10 (16.1)	11 (17.7)	62 (100.0)	26 (70.3)	5 (13.5)	6 (16.2)	37 (100.0)
7. 患者の社会的・経済的な状況において特に注意すべき事項の確認	67 (69.8)	13 (13.5)	16 (16.7)	96 (100.0)	0 (0.0)	2 (66.7)	1 (33.3)	3 (100.0)
8. 患者の社会的・経済的な状況について在宅職・介護職との共有の確認	62 (69.7)	12 (13.5)	15 (16.9)	89 (100.0)	5 (50.0)	3 (30.0)	2 (20.0)	10 (100.0)
9. 支援、介護体制に関する状況の把握と今後に向けた調整の確認	60 (73.2)	9 (11.0)	13 (15.9)	82 (100.0)	7 (41.2)	6 (35.3)	4 (23.5)	17 (100.0)
10. 患者の身体・認知状況について注意すべき事項の確認	65 (67.7)	15 (15.6)	16 (16.7)	96 (100.0)	2 (66.7)	0 (0.0)	1 (33.3)	3 (100.0)
11. 退院先での転倒事故防止について注意事項の確認	62 (72.1)	9 (10.5)	15 (17.4)	86 (100.0)	5 (38.5)	6 (46.2)	2 (15.4)	13 (100.0)
12. 食事についての注意事項の確認	56 (69.1)	9 (11.1)	16 (19.8)	81 (100.0)	11 (61.1)	6 (33.3)	1 (5.6)	18 (100.0)
13. 服薬管理で特に注意すべき事項の確認	61 (70.1)	10 (11.5)	16 (18.4)	87 (100.0)	6 (50.0)	5 (41.7)	1 (8.3)	12 (100.0)
14. 退院後に必要な医療処置の確認	47 (68.1)	13 (18.8)	9 (13.0)	69 (100.0)	20 (66.7)	2 (6.7)	8 (26.7)	30 (100.0)
15. 在宅医療体制において注意すべき事項の確認	48 (69.6)	9 (13.0)	12 (17.4)	69 (100.0)	19 (63.3)	6 (20.0)	5 (16.7)	30 (100.0)
16. 退院前カンファレンスの実施の確認	32 (72.7)	4 (9.1)	8 (18.2)	44 (100.0)	35 (63.6)	11 (20.0)	9 (16.4)	55 (100.0)
17. 在宅医療・介護関係者に必要な書類の提供の確認	56 (66.7)	13 (15.5)	15 (17.9)	84 (100.0)	11 (73.3)	2 (13.3)	2 (13.3)	15 (100.0)
18. 在宅での生活をイメージして退院支援の確認	61 (72.6)	10 (11.9)	13 (15.5)	84 (100.0)	6 (40.0)	5 (33.3)	4 (26.7)	15 (100.0)

表 31 退院までの問題発生と退院支援チェックリスト（案）各項目の確認との関連

	粗 OR(95%CI)*	調整 OR(95%CI)
1. 退院に関する希望について、希望する退院先の確認	N/A	—
2. 現状の病状について正しく認識していることの確認	0.37 (0.04 - 3.43)	—
3. 今後の病状の見通しを正しく認識していることの確認	1.18 (0.38 - 3.71)	—
4. 関係者が不安に思っていることの確認	2.42 (0.39 - 15.2)	—
5. 急変時の対応について関係者の希望の確認	0.33 (0.12 - 0.86)	0.30 (0.11 - 0.82)
6. 病状が急変したときの対応の取り決めの確認	0.42 (0.17 - 1.02)	—
7. 患者の社会的・経済的な状況において特に注意すべき事項の確認	0.76 (0.07 - 8.71)	—
8. 患者の社会的・経済的な状況について在宅職・介護職との共有の確認	0.15 (0.02 - 1.23)	—
9. 支援、介護体制に関する状況の把握と今後に向けた調整の確認	0.81 (0.27 - 2.40)	—
10. 患者の身体・認知状況について注意すべき事項の確認	N/A	—
11. 退院先での転倒事故防止について注意事項の確認	0.65 (0.18 - 2.27)	—
12. 食事についての注意事項の確認	0.38 (0.11 - 1.24)	—
13. 服薬管理で特に注意すべき事項の確認	0.27 (0.06 - 1.31)	—
14. 退院後に必要な医療処置の確認	0.56 (0.22 - 1.39)	—
15. 在宅医療体制において注意すべき事項の確認	0.35 (0.13 - 0.93)	0.56 (0.18 - 1.71)
16. 退院前カンファレンスの実施の確認	0.63 (0.28 - 1.43)	—
17. 在宅医療・介護関係者に必要な書類の提供の確認	0.20 (0.04 - 0.92)	0.26 (0.04 - 1.47)
18. 在宅での生活をイメージして退院支援の確認	1.96 (0.58 - 6.68)	—

OR:オッズ比、CI:信頼区間、N/A: not available、*「あり」に対する「なし」のオッズ比

表 32 退院後1か月以内の問題発生「なし」と退院支援チェックリスト（案）各項目の確認との関連

	粗 OR(95%CI)	調整 OR(95%CI)
1. 退院に関する希望について、希望する退院先の確認	N/A	—
2. 現状の病状について正しく認識していることの確認	3.36 (0.53 - 21.2)	—
3. 今後の病状の見通しを正しく認識していることの確認	4.85 (1.47 - 16.0)	3.52 (0.97 - 12.8)
4. 関係者が不安に思っていることの確認	9.43 (1.01 - 88.2)	4.33 (0.39 - 48.2)
5. 急変時の対応について関係者の希望の確認	0.64 (0.25 - 1.64)	—
6. 病状が急変したときの対応の取り決めの確認	0.83 (0.34 - 1.99)	—
7. 患者の社会的・経済的な状況において特に注意すべき事項の確認	1.00 (0.00 - 0.00)	—
8. 患者の社会的・経済的な状況について在宅職・介護職との共有の確認	2.30 (0.61 - 8.59)	—
9. 支援、介護体制に関する状況の把握と今後に向けた調整の確認	3.90 (1.32 - 11.5)	—
10. 患者の身体・認知状況について注意すべき事項の確認	1.05 (0.09 - 12.0)	—
11. 退院先での転倒事故防止について注意事項の確認	4.13 (1.23 - 13.9)	—
12. 食事についての注意事項の確認	1.43 (0.49 - 4.11)	—
13. 服薬管理で特に注意すべき事項の確認	2.35 (0.69 - 7.96)	—
14. 退院後に必要な医療処置の確認	1.07 (0.43 - 2.66)	—
15. 在宅医療体制において注意すべき事項の確認	1.32 (0.54 - 3.26)	—
16. 退院前カンファレンスの実施の確認	1.52 (0.64 - 3.61)	—
17. 在宅医療・介護関係者に必要な書類の提供の確認	0.73 (0.21 - 2.49)	—
18. 在宅での生活をイメージして退院支援の確認	3.98 (1.27 - 12.4)	—

OR:オッズ比、CI:信頼区間、N/A: not available、*「あり」に対する「なし」のオッズ比

4. 考察

退院支援チェックリスト(案)は円滑な医療介護の連携の実現に寄与する可能性がある。実際の症例において、全18項目中5項目は実際に確認された割合が7割以下であったが、残り13項目は8割以上で確認されていた。退院支援チェックリスト(案)の使用に係る評価についても、全5項目で、有用性について「どちらでもない」または「思う」の回答が多かった。このことから、退院支援チェックリスト(案)の項目は現状に即した内容になっていると思われる。また、内的整合性を評価するクローンバッハ α 係数が0.82と高いことから、内容的にも妥当性に問題はないと判断される。

退院支援チェックリスト(案)の各項目と退院1か月以内の問題発生との関連で、多重ロジスティクス回帰分析では有意な関連は認めなかったが、単回帰分析にて、2項目(「3.今後の病状の見通しを正しく認識していることの確認」「4.関係者が不安に思っていることの確認」)で関連を認めた。本調査の研究デザインが後ろ向きコホート研究であるため、思い出しバイアスに留意する必要がある。しかし、安心および安全な退院、または予期しない再入院の防止に向けた円滑な医療介護の連携に密接に関連する退院1か月以内の問題発生と関連する項目が退院チェックリスト(案)に含まれていた意義は大きいと考える。妥当性の高い研究デザインによる検証は必要と思われるが、本調査で使用した退院支援チェックリスト(案)が円滑な退院支援の実現に役立つツールとなりえると考えられる。

「急変時の対応について関係者の希望の確認」が必要な症例は退院支援における退院までの問題が発生しやすい。本調査において、多重ロジスティクス回帰分析において、問題発生と唯一、負の関連を認めた(確認されていると問題が起きることが多い)項目が「急変時の対応について関係者の希望の確認」であった。この理由についての詳細な検証は必要と思われる。しかし、このような症例においては、様々関係者との連絡および調整が必要になることが予想される。確認内容には、急変時について本人と家族の希望の確認、病状急変時の対応方針の決定の有無の確認、および決定している場合は在宅または退院先チームと内容が共有されていることの確認が含まれる。これらの作業を円滑に進めるためには相当な労力が費やされることは想像に難くない。急変時の対応について関係者の希望を確認する必要がある症例においては、必要性が生じた時点で、できるだけ早く関係者と連絡を取り、退院支援を円滑に進める努力を行う必要があると考える。

「今後の病状の見通しを正しく認識していることの確認」および「関係者が不安に思っていることの確認」は退院支援の中で優先的に確認することが望ましい。本調査において、これらの項目は、多重ロジスティクス回帰分析では有意な差を認めなかったが、単回帰分析にて正の関連が認められた(確認されていると問題が起きないことが多い)。これらの確認作業の具体的な内容には、「今後の病状について、加齢や病気の進行にともない、どのような病状が変化するかの見通しについて、十分理解して納得していることを確認する」「本人と家族の認識、および本人家族の認識の一致を確認する」「本人と家族の不安を確認する」「不安に感じる内容(病気の進行、余命、退院後の在宅生活、在宅介護、経済的負担など)を具体的に確認する」が含まれる。患者本人や家族の思いが揺れ動く中で、また、制約された調整時間の中で、病状の見通しの認識または関係者の不安を確認するのは難しい作業であると思われる。ただ、本調査において、それぞれの項目の確認実施割合は85.9%および94.9%で、ほとんどの症例で項目は確認されていた。この高い実施割合は、現場の職員が円滑な退院支援を実現するために尽力していることの証と考える。とは言え、確認を怠ると退院後に問題が発生する可能性が高いことから、多くの調整時間や労力が必要と思われる病状の見通しの認識や不安の確認は、安心および安全な退院、また予期しない再入院の防止に向けた退院支援を円滑に実施する上では、必須事項と言っても過言ではないと考える。

本研究結果に基づいて作成した退院支援チェックリストを別(資料編)に示す。ご活用いただければ幸いです。

V. 地域医療連携室の退院支援に係る評価指標案作成の基盤整備

1. 目的

地域包括ケアシステムの推進を実現するために、地域医療連携室の果たす役割は大きい。このことから、地域医療連携室の質をどのように評価し、また向上させるかは重要な課題である。この課題を解決するためには、地域医療連携室の役割、とくに退院支援を評価できる指標の基盤整備が必要と考える。退院支援に係る既存評価指標（アウトカム指標、プロセス指標、ストラクチャー指標）を利用して、医療・介護・生活の3つの側面に対応できる退院支援を行うための評価指標案を検討するために、既存評価指標の整備状況を把握することを目的に調査を実施する。

2. 方法

1)研究デザイン

クロスセクショナルスタディ

2)対象

兵庫県内の病院 10 施設（二次医療圏域に基づいた任意抽出）

3)回答方法

郵送にて質問紙を送付して回答を得た。

4)測定項目

測定項目は先行事例に基づいて作成した。具体的には、「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要になる実施可能な施策に関する研究」研究報告書(平成 28 年度厚生労働科学研究)および「地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況および先進事例等に関する調査研究事業」報告書(平成 28 年度老人保健健康増進等事業)に基づいて在宅医療・介護連携推進支援事業データ分析研修会(平成 31 年 3 月、厚生労働省)にて、国が示している在宅医療あるいは在宅医療・介護連携に係る指標例に基づいて、個別の病院における地域医療連携室の機能を評価できる内容に変更して、アウトカム指標（7 項目）、プロセス指標（23 項目）、およびストラクチャー指標（21 項目）に分けて、測定項目を設定した。測定項目は表 33、表 34、および表 35 に示す。

表 33 アウトカム指標

退院患者の生活満足度
 退院患者の退院支援に関する満足度
 退院前に関わった従事者[病院従事者等]満足度
 退院後に関わった従事者[ケアマネジャー等]満足度
 退院支援の困難事例の発生数または発生率
 退院患者の予期しない再入院数または再入院率
 退院した要介護高齢者の在宅療養数または在宅療養率

表 34 プロセス指標

退院支援（退院調整）を受けた患者数
 介護支援連携指導を受けた患者数
 退院時共同指導を受けた患者数
 退院後訪問指導料を受けた患者数
 訪問診療を受けた患者数または訪問診療の実績回数
 訪問歯科診療を受けた患者数または訪問歯科診療の実績回数
 訪問看護利用者数または訪問看護の実績回数
 訪問薬剤管理指導を受けた者の数または訪問薬剤管理指導の実績回数
 小児の訪問看護利用者数
 往診を受けた患者数
 在宅ターミナルケアを受けた患者数
 看取り数（死亡診断のみの場合を含む）
 在宅死亡者数
 退院支援に関する研修、住民向け普及啓発等の実施回数
 退院支援に関する研修、ケアマネジャー向け連絡・交流会等の実施回数
 入院時情報提供率
 退院調整率
 介護支援連携指導料算定患者数または算定割合
 入院時情報連携加算算定患者数または算定割合
 退院退所加算算定患者数または算定割合
 在宅療養・介護の希望患者数または希望割合
 在宅看取りの希望患者数または希望割合
 退院前カンファレンスの実施患者数または実施割合

表 35 ストラクチャー指標

連携する退院支援担当者を配置している関連診療所・病院数
連携する退院支援を実施している関連診療所・病院数
連携する介護支援連携指導を実施している関連診療所・病院数
連携する退院時共同指導を実施している関連診療所・病院数
連携する退院後訪問指導を実施している関連診療所・病院数
連携する在宅療養支援診療所・病院数または医師数
連携する訪問診療を実施している診療所・病院数
連携する訪問看護事業者数または従事者数
連携する小児の訪問看護を実施している訪問看護事業者数
連携する歯科訪問診療を実施している診療所・病院数
連携する在宅療養支援歯科診療所数
連携する訪問薬剤管理指導を実施する薬局・診療所・病院数
連携する往診を実施している診療所・病院数
連携する在宅療養後方支援病院
連携する24時間体制を取っている訪問看護ステーション数または従事者数
連携する在宅看取り（ターミナルケア）を実施している診療所・病院数
連携するターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数
連携する居宅介護支援事業者数
連携する介護老人保健施設数
連携する通所介護の事業者数
連携する訪問介護の事業者数

5)測定方法

各測定項目に対して、「既に集計資料（統計資料等）として貴施設で存在している」（以下、「資料あり」）、「情報は入手しているが、集計はしていない（しようと思えば集計することができる）」（以下、「入手のみ」）、「および「情報は入手していない（情報がないので集計できない）」（以下、「情報なし」）の3つの選択肢から回答を得た。

6)解析

各項目測定項目の回答数と頻度を算出した。

3. 結果

1)回答状況

調査は令和4年2月に実施され、全10施設から回答を得た（回答率100%）。

2)アウトカム指標(表36)

アウトカム指標の回答について、「資料あり」の回答があった項目は、「退院支援の困難事例の発生数または発生率」（2、20.0%）、「退院患者の予期しない再入院数または再入院率」（1、10.0%）、および「退院後に関わった従事者[ケアマネジャー等]満足度」（1,10.0%）の全7項目中3項目であった。「入手のみ」の回答があった項目は、「退院支援の困難事例の発生数または発生率」（4、40.0%）、「退院患者の予期しない再入院数または再入院率」（4、40.0%）、および「退院した要介護高齢者の在宅療養数または在宅療養率」（5、50.0%）の3項目であった。

「情報なし」の回答割合が9割以上は、「退院後に関わった従事者[ケアマネジャー等]満足度」（9、90.0%）、「退院患者の生活満足度」（9、90.0%）、「退院患者の退院支援に関する満足度」（10、100.0%）、および「退院前に関わった従事者[病院従事者等]満足度」（10、100.0%）の4項目であった。

3)プロセス指標（表37）

プロセス指標の回答について、「資料あり」の回答割合が7割以上であった項目は、「退院支援（退院調整）を受けた患者数」（10、100.0%）「介護支援連携指導を受けた患者数」（10（100.0%）、「退院時共同指導を受けた患者数」（10、100.0%）、「介護支援連携指導料算定患者数または算定割合」（10（100.0%）、「退院前カンファレンスの実施患者数または実施割合」（9、90.0%）、「退院支援に関する研修、ケアマネジャー向け連絡・交流会等の実施回数」（9、90.0%）、「退院後訪問指導料を受けた患者数」（8、80.0%）、および「退院支援に関する研修、住民向け普及啓発等の実施回数」（7、70.0%）の全23項目中8項目であった。一方で、「情報なし」の回答割合が7割以上であった項目は、「往診を受けた患者数」（9、90.0%）、「退院退所加算算定患者数または算定割合」（8、80.0%）、「訪問歯科診療を受けた患者数または訪問歯科診療の実績回数」（8、80.0%）、「訪問薬剤管理指導を受けた者の数または訪問薬剤管理指導の実績回数」（8、80.0%）、「在宅療養・介護の希望患者数または希望割合」（8、80.0%）、「在宅看取りの希望患者数または希望割合」（8、80.0%）、および「在宅死亡者数」（7、70.0%）の7項目であった。

4)ストラクチャー指標（表38）

ストラクチャー指標の回答について、「資料あり」の回答割合が5割以上の項目はなかった。一方で、「情報なし」の回答割合が7割以上であった項目は、「連携する歯科訪問診療を実施している診療所・病院数」（9、90.0%）、「連携する在宅療養支援歯科診療所数」（8、80.0%）、「連携する退院後訪問指導を実施している関連診療所・病院数」（7、70.0%）、「連携する訪問薬剤管理指導を実施する薬局・診療所・病院数」（7、70.0%）、および「連携する在宅療養後方支援病院」（7、70.0%）の全項目中5項目であった。

表 36 アウトカム指標の回答頻度と割合、n(%)

	資料あり	入手のみ	情報なし	合計
アウトカム指標				
退院支援の困難事例の発生数または発生率	2 (20.0)	4 (40.0)	4 (40.0)	10 (100.0)
退院患者の予期しない再入院数または再入院率	1 (10.0)	4 (40.0)	5 (50.0)	10 (100.0)
退院後に関わった従事者[ケアマネジャー等]満足度	1 (10.0)	0 (0.0)	9 (90.0)	10 (100.0)
退院した要介護高齢者の在宅療養数または在宅療養率	0 (0.0)	5 (50.0)	5 (50.0)	10 (100.0)
退院患者の生活満足度	0 (0.0)	1 (10.0)	9 (90.0)	10 (100.0)
退院患者の退院支援に関する満足度	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (100.0)	10 (100.0)
退院前に関わった従事者[病院従事者等]満足度	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (100.0)	10 (100.0)

資料あり：既に集計資料（統計資料等）として貴施設で存在している、入手のみ：情報は入手しているが、集計はしていない（しようと思えば集計することができる）、情報なし：情報は入手していない（情報がないので集計できない）

表 37 プロセス指標の回答頻度と割合、n(%)

	資料あり	入手のみ	情報なし	合計
プロセス指標				
退院支援（退院調整）を受けた患者数	10 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (100.0)
介護支援連携指導を受けた患者数	10 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (100.0)
退院時共同指導を受けた患者数	10 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (100.0)
介護支援連携指導料算定患者数または算定割合	10 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (100.0)
退院前カンファレンスの実施患者数または実施割合	9 (90.0)	1 (10.0)	0 (0.0)	10 (100.0)
退院支援に関する研修、ケアマネジャー向け連絡・交流会等の実施回数	9 (90.0)	0 (0.0)	1 (10.0)	10 (100.0)
退院後訪問指導料を受けた患者数	8 (80.0)	1 (10.0)	1 (10.0)	10 (100.0)
退院支援に関する研修、住民向け普及啓発等の実施回数	7 (70.0)	0 (0.0)	3 (30.0)	10 (100.0)
小児の訪問看護利用者数	4 (40.0)	2 (20.0)	4 (40.0)	10 (100.0)
訪問看護利用者数または訪問看護の実績回数	4 (40.0)	1 (10.0)	5 (50.0)	10 (100.0)
退院調整率	3 (30.0)	5 (50.0)	2 (20.0)	10 (100.0)
訪問診療を受けた患者数または訪問診療の実績回数	3 (30.0)	1 (10.0)	6 (60.0)	10 (100.0)
入院時情報提供率	3 (30.0)	1 (10.0)	6 (60.0)	10 (100.0)
看取り数（死亡診断のみの場合を含む）	2 (20.0)	4 (40.0)	4 (40.0)	10 (100.0)
入院時情報連携加算算定患者数または算定割合	2 (20.0)	2 (20.0)	6 (60.0)	10 (100.0)
退院退所加算算定患者数または算定割合	2 (20.0)	0 (0.0)	8 (80.0)	10 (100.0)
訪問歯科診療を受けた患者数または訪問歯科診療の実績回数	1 (10.0)	1 (10.0)	8 (80.0)	10 (100.0)
往診を受けた患者数	1 (10.0)	0 (0.0)	9 (90.0)	10 (100.0)
在宅ターミナルケアを受けた患者数	0 (0.0)	4 (40.0)	6 (60.0)	10 (100.0)
在宅死亡者数	0 (0.0)	3 (30.0)	7 (70.0)	10 (100.0)
訪問薬剤管理指導を受けた者の数または訪問薬剤管理指導の実績回数	0 (0.0)	2 (20.0)	8 (80.0)	10 (100.0)
在宅療養・介護の希望患者数または希望割合	0 (0.0)	2 (20.0)	8 (80.0)	10 (100.0)
在宅看取りの希望患者数または希望割合	0 (0.0)	2 (20.0)	8 (80.0)	10 (100.0)

資料あり：既に集計資料（統計資料等）として貴施設で存在している、入手のみ：情報は入手しているが、集計はしていない（しようと思えば集計することができる）、情報なし：情報は入手していない（情報がないので集計できない）

表 38 ストラクチャー指標の回答頻度と割合、n(%)

	資料あり	入手のみ	情報なし	合計
ストラクチャー指標				
連携する介護老人保健施設数	4 (40.0)	5 (50.0)	1 (10.0)	10 (100.0)
連携する退院支援を実施している関連診療所・病院数	4 (40.0)	4 (40.0)	2 (20.0)	10 (100.0)
連携する訪問看護事業者数または従事者数	4 (40.0)	4 (40.0)	2 (20.0)	10 (100.0)
連携するターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数	4 (40.0)	4 (40.0)	2 (20.0)	10 (100.0)
連携する退院支援担当者を配置している関連診療所・病院数	4 (40.0)	3 (30.0)	3 (30.0)	10 (100.0)
連携する 24 時間体制を取っている訪問看護ステーション数または従事者数	4 (40.0)	3 (30.0)	3 (30.0)	10 (100.0)
連携する居宅介護支援事業者数	4 (40.0)	3 (30.0)	3 (30.0)	10 (100.0)
連携する通所介護の事業者数	4 (40.0)	2 (20.0)	4 (40.0)	10 (100.0)
連携する訪問介護の事業者数	4 (40.0)	2 (20.0)	4 (40.0)	10 (100.0)
連携する訪問診療を実施している診療所・病院数	3 (30.0)	5 (50.0)	2 (20.0)	10 (100.0)
連携する在宅看取り（ターミナルケア）を実施している診療所・病院数	3 (30.0)	5 (50.0)	2 (20.0)	10 (100.0)
連携する往診を実施している診療所・病院数	3 (30.0)	1 (10.0)	6 (60.0)	10 (100.0)
連携する在宅療養支援診療所・病院数または医師数	2 (20.0)	5 (50.0)	3 (30.0)	10 (100.0)
連携する小児の訪問看護を実施している訪問看護事業者数	2 (20.0)	5 (50.0)	3 (30.0)	10 (100.0)
連携する介護支援連携指導を実施している関連診療所・病院数	2 (20.0)	2 (20.0)	6 (60.0)	10 (100.0)
連携する退院時共同指導を実施している関連診療所・病院数	2 (20.0)	2 (20.0)	6 (60.0)	10 (100.0)
連携する退院後訪問指導を実施している関連診療所・病院数	1 (10.0)	2 (20.0)	7 (70.0)	10 (100.0)
連携する訪問薬剤管理指導を実施する薬局・診療所・病院数	0 (0.0)	3 (30.0)	7 (70.0)	10 (100.0)
連携する在宅療養後方支援病院	0 (0.0)	3 (30.0)	7 (70.0)	10 (100.0)
連携する在宅療養支援歯科診療所数	0 (0.0)	2 (20.0)	8 (80.0)	10 (100.0)
連携する歯科訪問診療を実施している診療所・病院数	0 (0.0)	1 (10.0)	9 (90.0)	10 (100.0)

資料あり：既に集計資料（統計資料等）として貴施設で存在している、入手のみ：情報は入手しているが、集計はしていない（しようと思えば集計することができる）、情報なし：情報は入手していない（情報がないので集計できない）

4. 考察

既存評価指標について、多くの指標が整備されていない。本調査において、既存資料において提案されている指標のなかで、7割以上の施設が「既に集計資料（統計資料等）として施設に存在している」と回答した項目はプロセス指標(全23項目)の7項目のみで、残りの他の項目は4割以下であった。つまり、多くの項目が、「情報は入手しているが、集計はしていない（しようと思えば集計することができる）」または「情報は入手していない（情報がないので集計できない）」のいずれかの回答であった。さらに、7割以上の施設で「情報は入手していない（情報がないので集計できない）」と回答のあった項目は、アウトカム指標(全7項目)の4項目、プロセス指標(全23項目)の7項目、およびストラクチャー指標(全21項目)の5項目で、計16項目であった。これは全51項目の約3割を占めた。現状で、指標の整備を試みた場合は、多くの指標について、施設の情報を整理したのちに集計するか、または新たに情報を入手する必要があることは明らかで、施設に相当な負担が発生することが予想される。このことから、指標を整備し、その上で、退院支援を行うための評価指標案の作成には時間と労力が必要となり、その作成は容易ではないと思われる。このため、実態に即した形での評価指標項目の見直しに加えて、日頃の業務のなかで、指標に係る情報を入手できる仕組みを設ける必要があると考える。

VI. まとめ

以下に、箇条書きでまとめを示す。

1. ウェブ研修会の開催

1. ウェブ研修会

- ・医療介護に係るウェブ研修会を 386 人の参加を得て、開催することができた。

2. ウェブ研修会の評価と継続

- ・ウェブ研修会の評価は高く、継続的な開催が望まれた。
- ・対面研修会と比べて、ウェブ研修会の良い点は参加しやすさなどのアクセスの良さと考えられ、一方で弱点は、人的ネットワークの構築の難しさと考えられる。
- ・ウェブ研修会は費用面においても優れている。知識や技術の普及を目的とした大規模研修会を開催する場合には、ウェブ研修会は一つの選択肢になり得る。

3. 退院支援チェックリスト案に対する意見

- ・退院支援を円滑に進めるために考案した退院支援チェックリスト(案)の全 18 項目は、すべての項目を退院支援時に確認する必要があると判断された。
- ・必要性の認識にばらつきがみられた。円滑な退院支援の実施および予期しない再入院の予防の視点から、項目毎に、確認作業の優先度が存在する可能性が示唆された。

2. 医療介護連携の課題と解決方法・コロナ禍の退院支援の影響

- ・医療と介護の連携に対する地域医療連携室職員の認識は、連携が「どちらと言えば上手くいっている」から「どちらでもない」の間であった。
- ・個別の施設については、他の施設と比較して、訪問看護ステーション・訪問看護師との連携が上手くいっている。一方で、介護療養型医療施設とは上手くいっていない。
- ・退院支援の取り組み等について、地域医療連携室において、患者、家族、および院内との情報共有や関係構築は積極的に行われていた。
- ・医療介護の連携を効率的に推進するためには、院外の医療介護従事者および行政・地域包括ケアセンターとの連携を優先的に取り組む必要がある。
- ・医療介護連携を推進する視点から、担当者のスキルアップについては、院外との連携や患者・家族との関係構築をテーマに実施することが望ましい。
- ・コロナ禍による退院支援の影響について、コロナ感染症拡大対策のための接触機会低減が退院支援に甚大な影響をもたらしていた。今後は、少ない接触で、効率的な情報共有の在り方を模索することが大きな課題になるとと思われる。

- ・施設の病床数に応じて、医療介護の連携を効率的に推進するための優先課題が変わる可能性がある。病院機能別の優先課題を今後検討する必要がある。

3. 退院支援チェックリストの実証研究

- ・実証研究の結果、本調査で使用した退院支援チェックリスト(案)は現状に即した内容であり、内容的にも妥当性に問題はないと判断された。
- ・退院1か月以内の問題発生との関連が推測される項目が退院支援チェックリスト(案)に含まれていた。円滑な退院支援の実現に役立つツールとなりえると考ええる。
- ・「急変時の対応について関係者の希望の確認」が必要な症例は退院支援における退院までの問題が発生しやすい。必要性が生じた時点で、できるだけ早く関係者と連絡を取り、退院支援を円滑に進める努力を行う必要があると考える。
- ・「今後の病状の見通しを正しく認識していることの確認」および「関係者が不安に思っていることの確認」は退院支援の中で優先的に確認することが望ましい。これらの項目は、退院1か月以内の問題発生に抑制的に働く可能性が示唆されたことから、安心および安全な退院、また予期しない再入院の防止に向けた退院支援を円滑に実施する上では、必須事項と言っても過言ではないと考える。
- ・本研究結果に基づいて、退院支援チェックリストを提示した。ご活用いただければ幸いである。

4. 地域医療連携室の退院支援に係る評価指標案作成の基盤整備

- ・既存評価指標について、多くの指標が整備されていない。
- ・実態に即した形での評価指標項目の見直しに加えて、日頃の業務のなかで、指標に係る情報を入手できる仕組みを設ける必要がある。

資料編

ウェブ研修会

医療介護連携に係る退院支援ウェブ研修会実施要領
テーマ：「退院支援の現場から、退院支援のあり方を考える」

1. 目的

円滑な医療・介護連携の推進には、地域医療連携室の充実は不可欠です。同室の重要な役割のひとつである退院支援において、安心および安全に退院するためには、また予期しない再入院を防ぐためには、円滑な医療介護の連携が求められます。

この実現に向けて、「令和3年度老人保健健康増進等事業円滑な医療・介護連携を推進するための地域医療連携室の支援に関する調査研究事業」を実施しています。この度、この事業の一つとして、「退院支援の現場から、退院支援のあり方を考える」をテーマに研修会を開催します。この研修会は、退院支援に関わる職種、特に地域医療連携室において、自身の日頃の業務を振り返るとともに、退院支援に関わる多くの職種が連携して患者（利用者）に関わることの重要性を認識または再認識することを目的とします。

一方、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響から with コロナ社会の中で ICT の活用が注目されています。ウェブを活用することにより、遠隔地からの参加が容易となることから、研修会はウェブ開催といたしました。

研修会の趣旨をご理解いただき、様々な地域から多くの方に参加していただき、研修会を通して交流の輪を広げるとともに、円滑な医療介護連携に係る知識と経験の共有を通して、地域医療連携室職員をはじめとして退院支援に関わる皆さまの日頃の業務に役立てば幸いです。多くの方々のご参加をお待ちしております。

2. 場所

ZOOM ビデオ・ウェビナー

3. 日時

日時：11月23日(火) 13:00~15:30

時間：2時間30分

4. 対象

人数：400人程度

地域医療連携室の職員（病院の規模は問わない、近畿厚生局管内病院）

病院で退院支援に関わっている方

（地域医療連携室の職員と同職員がお声がけする人など）

5. 内容：

1) あいさつ（5分）：近畿厚生局 健康福祉部長 川谷 良秀

2) 基調講演（15分）：健康福祉部 上席地域包括ケア推進官 河本 慶子

地域包括ケアシステム推進に向けた退院支援に係る諸問題

3) パネルディスカッション

「退院支援の実際から、退院支援のあり方を考える」

(1)講演 (15分×4人) : 実際の紹介

①看護師の立場から :

国立循環器病研究センター 看護部長 空山 直子

②メディカルソーシャルワーカーの立場から :

大阪市立総合医療センター 入退院センター MSW 大瀨 江美子

③介護支援専門員の立場から : きずなケアプランセンター 西之坊 篤

④行政の立場から : 丹波市 理事 井上 鉄也

(2)総合討論 (60分)

①導入 (5分) :

在宅ケア移行支援研究所宇都宮宏子オフィス代表 宇都宮宏子
(診療報酬、(入)退院支援のあり方など説明)

②講演に対する質疑応答 (30分) : 司会 同上 宇都宮宏子

③投票機能を用いた退院チェックリストに係る質問と回答への講評
(25分) : 事務局担当 (岡山担当)

4)あいさつ (5分) : 神戸大学大学院地域医療教育学部門特命教授 岡山雅信

5)オンライン質問紙調査のお願い (5分)

6. 登録方法

ZOOMの登録URLから参加申込(11月20日〆切)

*登録フォームに、研修会での質問項目記入欄を設ける。

7. その他

退院チェックリスト(案)は事前配布する。

令和3年11月吉日

医療介護連携に係る退院支援ウェブ研修会開催のお知らせ
テーマ：「退院支援の現場から、退院支援のあり方を考える」

謹啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、円滑な医療・介護連携の推進には、地域医療連携室の充実は不可欠です。同室の重要な役割のひとつである退院支援において、安心および安全に退院するためには、また予期しない再入院を防ぐためには、円滑な医療介護の連携が求められます。この実現に向けて、「令和3年度老人保健健康増進等事業円滑な医療・介護連携を推進するための地域医療連携室の支援に関する調査研究事業」を実施しています。この度、この事業の一つとして、「退院支援の現場から、退院支援のあり方を考える」をテーマとし、退院支援に関わる職種、特に地域医療連携室において、自身の日頃の業務を振り返るとともに、退院支援に関わる多くの職種が連携して患者（利用者）に関わることの重要性を認識または再認識することを目的に研修会を開催します。一方、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響から with コロナ社会の中でICTの活用が目立っています。ウェブを活用することにより、遠隔地からの参加が容易となることから、研修会はウェブ開催といたしました。

研修会の趣旨をご理解いただき、様々な地域から多くの方に参加していただき、研修会を通して交流の輪を広げるとともに、円滑な医療介護連携に係る知識と経験の共有を通して、地域医療連携室職員をはじめとして退院支援に関わる皆さまの日頃の業務に役立てば幸いです。関係者の方々に広くお声がけいただき、多くの方々のご参加をお待ちしております。

謹白

日時：令和3年11月23日(火・祝) 13:00~15:30 (受付開始 12:30~)

場所：オンライン形式 (Zoom Video Webinar)

参加登録：下記 URL または QR コードからお申し込みください。

https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN_xtY6K12jRNCTaMkOF9aAzQ



登録バ切：令和3年11月20日(土)

対象：退院支援に関わる職種 (地域医療連携室、介護老人福祉施設、介護老人保健施設の職員など)

内容：開会挨拶 川谷 良秀 厚生労働省近畿厚生局 健康福祉部長

基調講演 「医療介護連携とくに退院支援事業において明らかになってきたこと」

河本 慶子 厚生労働省近畿厚生局 健康福祉部 上席地域包括ケア推進官

パネルディスカッション 「退院支援の現場から、退院支援のあり方を考える」

(1) 講演 ①看護師の立場から 空山 直子 国立循環器病研究センター 看護部長

②メディカルソーシャルワーカーの立場から

大濱 江美子 大阪市立総合医療センター 入退院センター MSW

③介護支援専門員の立場から 西之坊 篤 きずなケアプランセンター

④行政の立場から

(2) 総合討論 司会 宇都宮 宏子 在宅ケア移行支援研究所 宇都宮宏子オフィス 代表

閉会挨拶 岡山 雅信 神戸大学大学院医学研究科 地域医療教育学部門 特命教授

主催：円滑な医療・介護連携を推進するための地域医療連携室の支援に関する調査研究事業委員会
(委員長：岡山 雅信 神戸大学大学院医学研究科 地域医療教育学部門)

連絡先：円滑な医療・介護連携を推進するための地域医療連携室の支援に関する調査研究事業事務局

TEL：078-382-6732 E-mail：dcme@med.kobe-u.ac.jp 荒木 (神戸大学大学院地域医療教育学部門内)

令和3年度 老人保健健康増進等事業

医療介護連携に係る退院支援ウェブ研修会

退院支援の現場から、 退院支援のあり方を考える

日時

令和3年 **11**月**23**日 **火・祝**

13:00~15:30(受付12:30~)

会場

オンライン形式 Zoom Video Webinar

※当日の開催内容を録画させていただきます。予めご了承ください。

対象

退院支援に関わる職種
(地域医療連携室職員など)

参加費 **無料**

Program (敬称略)

13:00~ 開会挨拶 川谷 良秀 厚生労働省高齢厚生局 健康福祉部長

13:05~ 基調講演:「医療介護連携とくに退院支援事業において明らかになってきたこと」
河本 慶子 厚生労働省高齢厚生局 健康福祉部 上座地域包括ケア推進官

13:20~ パネルディスカッション:「退院支援の現場から、退院支援のあり方を考える」

- (1) 講演 ①看護師の立場から 空山 直子 国立循環器病研究センター 看護部長
②メディカルソーシャルワーカーの立場から
大瀧 江美子 大阪市立総合医療センター 入退院センター MSW
③介護支援専門員の立場から 西之坊 篤 きずなケアプランセンター
④行政の立場から

14:20~ (2) 総合討論 司会 宇都宮 宏子 在宅ケア移行支援研究所 宇都宮宏子オフィス 代表

15:20~ 閉会挨拶 岡山 雅信 神戸大学大学院 地域医療教育学部門 特命教授

申込方法

右のQRコードまたは下記URLにアクセスし、事前にご登録ください。

https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN_xtY6KI2jRNCTaMk0F9aAzQ

※登録完了後メールが届きます。登録完了のメールが届かない場合は、お問い合わせください。

登録〆切:11月20日(土)



主催者

円滑な医療・介護連携を推進するための地域医療連携室の支援に関する調査研究事業委員会

問い合わせ先

円滑な医療・介護連携を推進するための地域医療連携室の支援に関する調査研究事業事務局(神戸大学大学院 地域医療教育学部門内)

TEL:078-382-6732 メールアドレス:dcme@med.kobe-u.ac.jp

医療介護連携とくに退院支援事業において 明らかになってきたこと



ひと、
 暮らし、
 みらいのために

厚生労働省 近畿厚生局 健康福祉課
 地域包括ケア推進課
 上座地域包括ケア推進官
 河本 優子

本日の予定

1. 老人保健健康増進等事業
2. 医療介護連携(退院支援)に係る事業支援
3. 過去の事業報告より

厚生労働省 老人保健健康増進等事業

1. 補助の対象となる事業

高齢者の介護、介護予防、生活支援、老人保健及び健康増進等に関わる先駆的、実践的な事業に対して補助を行い、老人保健福祉サービスの一層の充実や介護保険制度の基盤の安定化に資することを目的とする補助金事業であって、以下に掲載する公募テーマの内容を実施する事業。

2. 補助の対象となる団体

- 都道府県又は市町村(特別区、一部事務組合及び広域連合を含む)
- 厚生労働大臣が特に必要と認めた法人

地域包括ケアシステム



地方厚生(支)局の概要

各地方厚生(支)局の管轄エリア



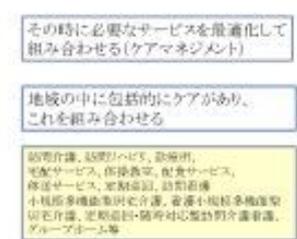
地方厚生(支)局の主な業務



人がケアに合わせる仕組み



人にケアを合わせる仕組み



地域包括ケアシステム推進に向けた取り組み

- 地域包括ケアシステム構築に向けた近畿厚生局の取り組み

1. 地域生活の中でニーズを持つ、あらゆる人の、あらゆる生活上の課題を、あらゆる資源や方法を活用して、包括的にケアしていくとする仕組み
2. 対象となる方のこれまでの生活を理解した上で、その人の固有の生活を継続していくことができるようにするための、柔軟で多様なサービスを提供
3. できるだけ今の場内で最適なサービス資源の組み合わせを提供することで、そこから移動しなくてもよい支援を考えていく

継続性・柔軟性・多様性と、地域資源の組み合わせ最適化

＜人がケアに合わせるのではなく、人にケアを合わせる仕組み＞

本日の予定

1. 老人保健健康増進等事業
2. 医療介護連携(退院支援)に係る事業支援
3. 過去の事業報告より

厚生労働省
平成30年度老人保健健康増進等事業

遠隔型ケア提供者アンケート

【目的】高齢者の介護、介護予防、生活支援、老人保健及び健康増進等に關する先端的、試行的な事業等に対し、助成を行い、そして、老人保健福祉センターの「病の克服や介護保険制度の適正な運営に資することを目指す。

【事業名】病院支援の事例分析による在宅医療・介護への移行を移行のための「遠隔型ケア」を取り入れた在宅医療・介護支援の創出に関する調査研究事業

【事業実施目的】遠隔型ケアにおいて、介護職の関与を取り入れた在宅医療・介護支援を推進し行動力のある介護者を養成。

調査方法について

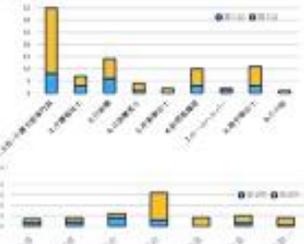
調査時期	調査対象施設(121)
調査実施日	2018年 10月1日(金) 10月2日(土) 10月3日(日)
調査対象施設	121施設(病院10、介護施設10、介護付有料老人ホーム10、介護サービスセンター10、訪問看護ステーション10、訪問介護サービスセンター10、訪問看護ステーション10、訪問介護サービスセンター10、訪問看護ステーション10、訪問介護サービスセンター10)
調査実施場所	調査対象施設(121)

調査対象施設(121)の内訳

施設種別	施設数	施設数(%)
病院	10	8.3%
介護施設	10	8.3%
介護付有料老人ホーム	10	8.3%
介護サービスセンター	10	8.3%
訪問看護ステーション	10	8.3%
訪問介護サービスセンター	10	8.3%
訪問看護ステーション	10	8.3%
訪問介護サービスセンター	10	8.3%
訪問看護ステーション	10	8.3%
訪問介護サービスセンター	10	8.3%

ワークショップ(第1回、第2回)

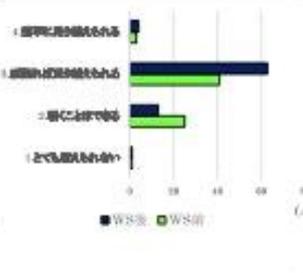
【参加者】 122名
 ①介護職 44名(ケアマネージャー、主任介護支援専門員、介護支援専門員、種長員、介護福祉士、ケアヘルパー2名)
 ②在宅医療 26名(理学療法士、作業療法士、言語療法士、看護師)
 ③ファシリテーター(近畿地域包括ケア対策員) 13名(臨床医、法曹、介護士、大卒者、介護士、介護士、介護士、介護士、介護士、介護士、介護士、介護士、介護士)
 ④ケアアドバイザー(在宅地域包括ケア推進員) 25名(医師、大卒者、理学療法士、言語療法士、介護士、介護士、介護士、介護士、介護士、介護士、介護士、介護士、介護士、介護士、介護士、介護士、介護士、介護士、介護士、介護士、介護士)



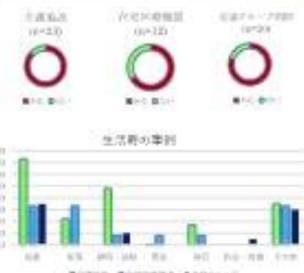
医療と介護に懸念はあると感じていますか?



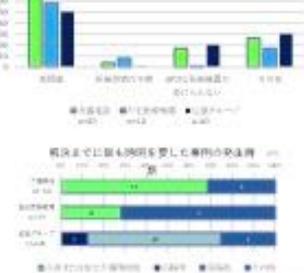
懸念があると感じたら、どのような対応の場ですか?



病院から退院して1ヶ月以内の事例(例になったこと、困ったこと(事例の有無))



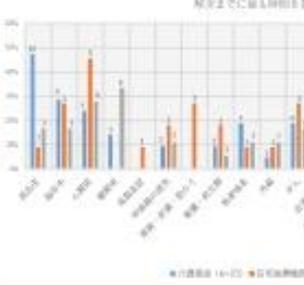
医療関係の事例



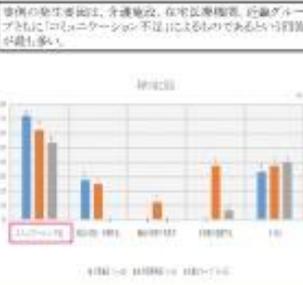
解決までに最も時間を要した事例による患者・利用者への影響



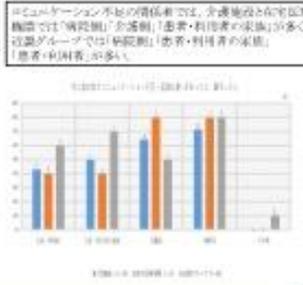
事例に関する傷病・患者の状態



事例の発生要因



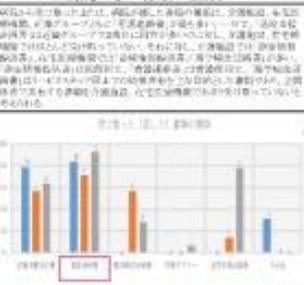
コミュニケーション不足の関係者



コミュニケーション不足の要因



退院時の病院からの指示書(病院からの書類の種類)



施設入居をうまく促すためのチェックリスト(Ⅱ) 23項目

項目	実施状況	内容	実施担当者	実施時期
1. 入居希望者の希望する入居施設を把握し、その施設の特徴や入居条件を把握する。				
2. 入居希望者の希望する入居施設の入居条件を把握し、その施設の特徴や入居条件を把握する。				
3. 入居希望者の希望する入居施設の入居条件を把握し、その施設の特徴や入居条件を把握する。				
4. 入居希望者の希望する入居施設の入居条件を把握し、その施設の特徴や入居条件を把握する。				
5. 入居希望者の希望する入居施設の入居条件を把握し、その施設の特徴や入居条件を把握する。				

施設入居に向けて関係者と連携するためのチェックリスト(Ⅲ) 53項目

項目	実施状況	内容	実施担当者	実施時期
1. 入居希望者の希望する入居施設の入居条件を把握し、その施設の特徴や入居条件を把握する。				
2. 入居希望者の希望する入居施設の入居条件を把握し、その施設の特徴や入居条件を把握する。				
3. 入居希望者の希望する入居施設の入居条件を把握し、その施設の特徴や入居条件を把握する。				
4. 入居希望者の希望する入居施設の入居条件を把握し、その施設の特徴や入居条件を把握する。				
5. 入居希望者の希望する入居施設の入居条件を把握し、その施設の特徴や入居条件を把握する。				

施設入居後の経過について実施するチェックリスト(Ⅳ) 43項目

項目	実施状況	内容	実施担当者	実施時期
1. 入居希望者の希望する入居施設の入居条件を把握し、その施設の特徴や入居条件を把握する。				
2. 入居希望者の希望する入居施設の入居条件を把握し、その施設の特徴や入居条件を把握する。				
3. 入居希望者の希望する入居施設の入居条件を把握し、その施設の特徴や入居条件を把握する。				
4. 入居希望者の希望する入居施設の入居条件を把握し、その施設の特徴や入居条件を把握する。				
5. 入居希望者の希望する入居施設の入居条件を把握し、その施設の特徴や入居条件を把握する。				

高齢・身体等個人上の状況に応じて実施するチェックリスト(Ⅴ) 31項目

項目	実施状況	内容	実施担当者	実施時期
1. 入居希望者の希望する入居施設の入居条件を把握し、その施設の特徴や入居条件を把握する。				
2. 入居希望者の希望する入居施設の入居条件を把握し、その施設の特徴や入居条件を把握する。				
3. 入居希望者の希望する入居施設の入居条件を把握し、その施設の特徴や入居条件を把握する。				
4. 入居希望者の希望する入居施設の入居条件を把握し、その施設の特徴や入居条件を把握する。				
5. 入居希望者の希望する入居施設の入居条件を把握し、その施設の特徴や入居条件を把握する。				

**厚生労働省
令和2年度老人保健健康増進等事業**

認知症調査地域推進協会の実施要領等①

- 【目的】**
高齢者の介護、介護予防、生活支援、老人保健及び福祉増進等に関係する関係者、行政的な事業等に対し、実施を行い、もって、老人保健福祉サービスの一部の充実や介護保険制度の適正な運営に資することを目的とする。
- 【事業名】**
介護保険・介護支援事業所等における認知症調査推進協会の実施に関する調査研究事業
- 【事業実施目的】**
平成28年度・令和元年度事業より認知症に関する取組を強化し、チェックリストを作成した。更にチェックリスト調査のブラッシュアップおよび、関係機関との連携のために、認知症調査推進協会の取組等を実施し、対象者の意見を収集する。

調査概要	
調査年度	令和2年度(2021年度)
調査実施地域	北海道、青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、富山県、石川県、福井県、山梨県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県、福岡県、佐賀県、長門県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県
調査実施施設(調査対象)	介護保険施設
調査実施期間	令和2年度
担当部署	認知症

事業協会の取組状況

取組状況	
認知症調査実施地域数	47都道府県(100%)
認知症調査実施施設数	2,871施設(100%)
認知症調査実施施設数(調査対象)	2,871施設(100%)
認知症調査実施施設数(調査対象外)	0施設(0%)
認知症調査実施施設数(調査対象外)	0施設(0%)
認知症調査実施施設数(調査対象外)	0施設(0%)

チェックリスト素案(2021年3月4日版)

1. 施設に関する事項について(10)
 2. 現状と今後の見通しについて(15)
 3. 介護者の対応、連携について(4)
 4. 患者の社会的、経済的状況について(8)
 5. 文書、介護の体制について(3)
 6. 患者の身体・認知状況について(1)
 7. 施設での転倒事故防止について(3)
 8. 食料・栄養管理について(1)
 9. 感染予防について(2)
 10. 施設に必要な医療処置について(3)
 11. 施設内感染予防について(2)
 12. 在宅での生活に対するイメージ(1)
- ✓ 最も重要な関係者がいるべき目標
 - ✓ 設備と現状が一致していることが重要
 - ✓ 具体化、確認しておくことが重要
 - ✓ 該当した場合は暫時的な対応、再見が必要
 - ✓ 不足する内容については施設までにサービス下配が必要
 - ✓ 施設員へのチェックリスト
 - ✓ 施設員への教育の場への提供
 - ✓ 医療職と介護職の両者の協力に注意
 - ✓ 季節的に対応を調整
 - ✓ 施設員に対し研修を調整
 - ✓ 必要な関係者、書籍を参照
 - ✓ 病院側が意識することが重要

参考資料

- 平成21年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
平成21年度介護保険・介護支援事業所等における認知症調査推進協会の取組に関する調査研究事業
認知症調査推進協会の取組に関する調査研究事業
- 平成21年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
認知症調査推進協会の取組に関する調査研究事業
認知症調査推進協会の取組に関する調査研究事業
- 平成21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
認知症調査推進協会の取組に関する調査研究事業
認知症調査推進協会の取組に関する調査研究事業
- 平成21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
認知症調査推進協会の取組に関する調査研究事業
認知症調査推進協会の取組に関する調査研究事業

退院支援チェックリスト

*の細目内容を参考に確認作業を進めてください。

確認日の記入をお勧めします。

患者番号・ID	
確認開始日	年 月 日

項 目	確 認 日
1. 退院に関する希望について、希望する退院先の確認	/
* 退院先（自宅、施設、またはその他）について、十分理解して納得していることを確認する。本人と家族の希望、および本人と家族の希望の一致を確認する。	
2. 現状の病状について正しく認識していることの確認。	/
* 現状の病状について、十分理解して納得していることを確認する。本人と家族の認識、および本人と家族の認識の一致を確認する	
3. 今後の病状の見通しを正しく認識していることの確認	/
* 今後の病状について、加齢や病気の進行にともない、どのように病状が変化するのかの見通しについて、十分理解して納得していることを確認する。本人と家族の認識、および本人と家族の認識の一致を確認する。	
4. 関係者が不安に思っていることの確認	/
* 本人と家族の不安を確認する。不安に感じている内容（病気の進行、余命、退院後の在宅生活、在宅介護、経済的負担など）を具体的に確認する。	
5. 急変時の対応について関係者の希望の確認	/
* 急変時について、本人と家族の希望を確認する。病状急変時の対応方針の決定の有無を確認する。決まっている場合は在宅または退院先チームと内容が共有されているかを確認する。	
6. 病状が急変したときの対応の取り決めの確認	/
* 病状が急変したときの対応、緊急時の連絡先、緊急時に最終的な意思決定する人などを確認する。	
7. 患者の社会的、経済的な状況において特に注意すべき事項の確認	/
* 介護者、キーパーソン、介護力、独居（昼間・夜間）、経済的困窮、および精神疾患などを患者の社会的・経済的な状況を確認する。生活保護などの社会福祉サービスへの接続を確認する。	
8. 患者の社会的、経済的な状況について在宅職・介護職との共有の確認	/
* 患者の社会的、経済的状況について、在宅または退院先の医療職(在宅医療職など)・介護職と内容が共有されているかを確認する。	
9. 支援、介護の体制に関する状況の把握と今後に向けた調整の確認	/
* 介護者が必要な介護処置を正しく行えるか、介護者にトレーニングの必要があるか、主な介護者の1日のスケジュールの確認、介護に関わる家族の協力の状況、介護に関わる社会資源の状況などを確認する。	
10. 患者の身体・認知状況について注意すべき事項の確認	/
* 患者の身体・認知状況について、ADLの入院前後の変化、理解力や判断力の低下、在宅および施設環境に対応できるADLか否かなどを確認する。	

裏あります

項目	確認日
11. 退院先での転倒事故防止について注意事項の確認	/
* 室内での移動状況（ベッド・布団から起き上がれるか、立ち上がることができるか、歩くことができるか、つかまる場所が必要かなど）、退院後も入院時と同じADLを維持出来るか、排泄の状況、排泄に補助が必要か否か、入浴の状況、入浴に補助が必要か否かなどを確認する。	
12. 食事についての注意事項の確認	/
* 本人・家族・介護者が食事の制限や注意事項を実行できるか、嚥下機能、食形態（食事の大きさ・固さ、とろみの程度）、食事の際の姿勢、食事動作の注意事項などを確認する。	
13. 服薬管理で特に注意すべき事項の確認	/
* 入院前後の薬の種類や服薬の仕方の変更の有無を確認する。薬を処方した医療機関を確認する。服薬の自己管理ができるか、服薬管理の支援者の有無などを確認する。服薬に影響する認知機能の低下を確認する。	
14. 退院後に必要な医療処置の確認	/
* 医療(的)ケアにおける注意すべき事項、医療(的)ケア処置方法（ストーマ、CVポート、褥瘡ケア、血糖測定・インスリン自己注射、在宅酸素療法、吸引、胃ろうなど）について家族・本人による実施ができるかを確認する。講習会・指導の必要性の有無を確認する。医療処置の実施者を確認する。	
15. 在宅医療体制において注意すべき事項の確認	/
* 在宅訪問診療、通院、訪問看護、在宅リハビリテーション、訪問薬剤師、訪問栄養士、1日24時間(特に夜間)の看護体制、ヘルパー、福祉用具、住宅改修の必要性などを確認する。	
16. 退院前カンファレンスの実施の確認	/
* 退院前カンファレンスの実施の有無を確認する。実施した場合は、病院側の参加職種と在宅医療・介護側の参加職種をそれぞれ確認する。	
17. 在宅医療・介護関係者に必要な書類の提供の確認	/
* 退院支援計画書、診療情報提供書、看護情報提供書、リハビリテーション情報提供書、栄養サマリー、自宅の写真や図面などの提供の有無を確認する。	
18. 在宅での生活をイメージして退院支援の確認	/
* 在宅での生活をイメージした在宅支援が出来ていたかを確認する	

留意事項

- ・この退院支援チェックリストは、退院支援の進捗状況の把握または退院時の支援作業の総括表として活用することを推奨します。
- ・各項目の実施に際しては、既存の退院支援ツールを活用することをご考慮ください。
- ・各項目の実施時期は、施設の実情に合わせて、臨機応変に対応してください。

委員会

委員名簿

委員長	岡山雅信	神戸大学大学院医学研究科特命教授
委員	味木和喜子	兵庫県健康福祉部健康局長
	宇都宮宏子	在宅ケア移行支援研究所宇都宮宏子オフィス 代表
	木原裕	関西医科大学名誉教授
	見坂恒明	神戸大学大学院医学研究科特命教授
	合田建	神戸大学大学院医学研究科助教
	空山直子	国立循環器病研究センター看護部長
	高山佳洋	八尾市保健所長
	中村肇	淀川キリスト教病院老人保健施設長
	西村英祥	大阪赤十字病院救急科主任部長
	藤岡秀英	神戸大学大学院経済学研究科教授
	八幡晋輔	製鉄記念広畑病院総合内科部長

このほかオブザーバーとして厚生労働省近畿厚生局が委員会に参加した。

委員会開催状況

- | | |
|-----------------|-----------------------|
| 1. 第1回委員会 | 令和3年8月30日(月) オンライン開催 |
| 2. 第2回委員会 | 令和3年9月30日(木) オンライン開催 |
| 3. ウェブ研修会打ち合わせ会 | 令和3年10月11日(月) オンライン開催 |
| 4. 第3回委員会 | 令和3年11月29日(月) オンライン開催 |
| 5. 第4回委員会 | 令和4年1月21日(金) オンライン開催 |

令和3年8月30日

「円滑な医療・介護連携を推進するための地域医療連携室の支援に関する調査研究事業」
第1回委員会

次 第

1. 場 所：
 オンライン
2. 日 時：
 令和3年8月30日(月) 11時00分～12時00(予定)
3. 内 容：
 - 1) あいさつ
 - 2) 新規委員の紹介
 - 3) 打ち合わせ会の振り返り(資料なし)
 - 4) ウェブ研修会の開催について
 - (1)開催方法(資料1)
 開催時期、開催内容(講師の選定等)、募集方法の検討
 - (2)質問票(資料2、参考資料1)
 質問項目の検討
 - 5) 実証研究の実施について
 - (1)退院支援チェックリストブラッシュ(資料3、参考資料2-5)
 退院支援チェックリストブラッシュ方法の検討
 - (2)実施方法(資料4)
 - 6) 地域医療連携室の退院支援に係る評価指標案作成の基盤整備について
 - (1)評価指標の検討(資料5、参考資料6)

令和3年9月30日

「円滑な医療・介護連携を推進するための地域医療連携室の支援に関する調査研究事業」
第2回委員会

次 第

場 所：

オンライン

日 時：

令和3年9月30日(木) 16時00分～17時00分(予定)

内 容：

1. あいさつ
2. 第1回議事録の確認(資料1)
3. 事業の経緯(資料2)
4. 事業内容の検討
 - 1) ウェブ研修会の評価と継続性(資料3-1、3-2)
 - 2) 医療介護連携の課題と解決方法・コロナ禍の退院支援の影響(資料4)
 - 3) 退院支援チェックリストの実証研究の実施(資料5)
 - 4) 退院支援チェックリストブラッシュ(資料6-1~6)
 - 5) 地域医療連携室の退院支援に係る評価指標案作成の基盤整備(資料7)
5. その他

令和3年10月11日

「円滑な医療・介護連携を推進するための地域医療連携室の支援に関する調査研究事業」
ウェブ研修会打ち合わせ会

次 第

場 所：

オンライン

日 時：

令和3年10月11日(月) 18時00分～19時00分(予定)

内 容：

1. 第2回委員会での議論の内容の確認(参考資料1、参考資料2)
2. プログラムの内容および講師の選定(資料1)
3. 開催日時の決定

令和3年11月29日

「円滑な医療・介護連携を推進するための地域医療連携室の支援に関する調査研究事業」
第3回委員会

次 第

場 所：

オンライン

日 時：

令和3年11月29日(月) 13時00分～14時00分(予定)

内 容：

1. あいさつ
2. 第2回議事録の確認(資料1)
3. 調査結果の報告
 - 1) ウェブ研修会の開催
 - ① 退院支援チェックリスト案に係る質問の回答結果(資料2-1、2-2、2-3)
 - ② ウェブ研究会の評価と継続性の調査途中結果(資料3-1、3-2、WEB供覧)
 - 2) 医療介護連携の課題と解決方法・コロナ禍の退院支援の影響に係る調査途中結果(資料4、WEB供覧)
4. 事業内容の検討
 - 1) 退院支援チェックリストの実証研究の実施(資料5-1、5-2、5-3)
 - 2) 地域医療連携室の退院支援に係る評価指標案作成の基盤整備(資料6)
5. その他

令和4年1月21日

「円滑な医療・介護連携を推進するための地域医療連携室の支援に関する調査研究事業」
第4回委員会

次 第

場 所：

オンライン

日 時：

令和4年1月21日(金) 15時00分～16時00分(予定)

内 容：

1. あいさつ
2. 第3回議事録の確認(資料1)
3. 調査結果の報告
 - 1)医療介護連携の課題と解決方法・コロナ禍の退院支援の影響に係る調査結果(資料2-1、資料2-2)
 - 2)退院支援チェックリストの実証研究の実施状況(資料3)
4. 事業内容の検討
 - 1)地域医療連携室の退院支援に係る評価指標案作成の基盤整備(資料4)
5. その他

