

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 28 年 6 月 3 日現在

機関番号：13101

研究種目：挑戦的萌芽研究

研究期間：2012～2015

課題番号：24653136

研究課題名(和文)急性期病院における患者特性を考慮した退院支援のあり方

研究課題名(英文) Discharge support in consideration of the patient characteristics in acute care hospitals

研究代表者

鈴木 一郎 (SUZUKI, Ichirou)

新潟大学・医歯学総合病院・准教授

研究者番号：80179192

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,800,000円

研究成果の概要(和文)：医療の機能分化を図り地域の介護福祉資源との効率的な連携システムを構築するため、急性期病院における退院支援の標準化を目指す4つの研究、すなわち(1)入院患者の退院リスクスクリーニングの統計学的解析、(2)入院患者の退院後の療養環境の分析、(3)地域の医療介護資源分析、および(4)大学病院の退院支援部署の機能評価、を行った。

退院支援は極めて個別性が高く、類型化等による標準化は困難であり、患者の社会的環境と地域の医療介護資源に関する詳細かつ最新の情報をもとに、個別介入を行う必要があるが、それを実現するための各種データ収集と分析手法および病院機能別の退院支援業務の標準化が必要である。

研究成果の概要(英文)：In order to promote differentiation of medical care and create an efficient cooperation system of care and welfare resources, four studies was conducted aimed at standardization of hospital discharge support in acute care hospitals. Studies consist of 1.Statistical analysis of discharge risk screening, 2.Analysis of patient's care environment after discharge, 3.Analysis of regional medical and healthcare resources and 4.Evaluate function of discharge support in university hospitals.

Because of very high individuality for discharge support of each patients, standardization by type, etc. is difficult. Therefore, it is important to carry out individual intervention on the basis of a detailed and up-to-date information about the social environment of the patient and the regional medical and healthcare resources. There is a need for standardization of various types of data collection and analysis techniques, and discharge support intervention according to hospital function.

研究分野：地域医療連携学

キーワード：退院支援 退院調整 在宅支援 医療資源 地域医療 医療連携 医療介護福祉 急性期病院

1. 研究開始当初の背景

効率的な地域完結型医療を実現するため、現在多くの病院では医療連携および退院支援担当部署を設置し、他の医療介護機関との連携や在宅移行のための退院支援という資源投入を行っている。しかしその資源投入に見合う効果が得られているかは明らかではなく、退院支援の標準的な方法も確立していない。

そこで、患者背景をより詳細に分析し、また退院後の医療介護福祉資源の分析により、退院支援の対象を明らかとし、とりわけ在院日数が低下するなか、多数の患者の退院支援を効率的に行う必要がある急性期病院における退院支援の標準化につなげる研究を着想した。

2. 研究の目的

医療の機能分化や介護福祉との連携を進めるため、急性期病院では、医療資源を効率的に投入し、地域の医療介護福祉施設との適切な連携による早期退院とその後の安心な療養生活を送るためのバックアップを行うことが重要かつ緊急の課題である。近年多くの病院で、退院支援担当部署が設置され早期退院に向けた様々な退院支援が行われるようになってきた。しかし、退院支援の質や量に関する検討は国内外ともほとんどなされておらず、どのような患者にどのくらい、どのような支援が必要かは明らかではない。本研究は、入院患者の医学的・社会的特性と必要とされる退院支援内容との関連性、在宅医療に関わる医療介護福祉資源の地域分析を行うことにより、退院支援の必要度を明らかとし、退院支援の標準化を目指すことを目的とする。

3. 研究の方法

研究目的のため、以下(1)から(4)の研究を行った。

(1) 全入院患者の退院リスクスクリーニングデータ分析を行い、リスクスコア値および個別項目が退院困難リスクとどのように関連するかにつき統計学的に分析した。

(2) 全入院患者および退院支援介入患者の退院後の療養環境につき分析した。

(3) 地域の医療介護資源について各種データやアンケート調査をもとに分析した。これについては、研究期間中に地域医療構想および地域包括ケア構築という施策が打ち出され地域の病床転換が始まったため、病床機能報告データによる地域病床に関する分析も行った。

(4) 42国立大学病院のアンケート調査から、同等の機能を持つと考えられる大学病院(特

定機能病院)の医療連携・退院支援部門の機能につき評価した。

4. 研究成果

(1) 全入院患者の退院リスクスクリーニングデータ分析

研究者の施設では2006年から7日以上全入院患者に対して退院困難を抽出するための退院計画スクリーニング票を運用している。項目としては、年齢(65歳以上)、主疾患(脳血管障害、心不全、慢性腎不全、難病、脱水、肺炎、慢性呼吸不全、骨折のいずれか)、家族構成(独居)、入院形態(緊急入院)、入院理由(リハ目的)、入院前の居場所(自宅以外や施設)、退院希望先(自宅以外や施設)、治療の継続(退院後の医療処置として気管吸引、経管栄養、褥瘡処置、人工呼吸器、在宅酸素療法、在宅IVH等がある)、日常生活自立度(A1からC2)、便尿失禁(終日介護が必要)、コミュニケーション(いずれの方法によっても意思疎通が困難)、役割遂行(年齢に応じた過程・社会的役割が不能)、および介護力の不足(専任、代行や協力者の不在)、の13項目である。入院後7日以内にスクリーニングを行い、一つでもチェックがある場合は病棟にて退院支援介入の有無を判断、またスコアが3点以上の場合には、病棟の判断によらず退院支援部署で介入を検討することとしている。このスクリーニング法が高度急性期病院における退院リスクを判定する方法として妥当につき検証した。

① 対象と方法

対象は4,536枚(名)の退院計画スクリーニング票のうち、重複や記載不備等を除いた2,761枚(名)である。

入院期間別のリスクスコア、スコア値による入院日数およびスクリーニング項目毎の入院日数と長期入院者の割合につき有意差検定を行い、また長期入院患者を目的変数としたロジスティック回帰分析を行った。

② 結果

入院期間を7日から30日、31日から60日および61日以上3群に分け分散分析を行ったところ、3群間の平均リスクスコア値には有意の差を認めた($p < 0.001$)。

次に、リスクスコア値について0,1,2と3以上、および0,1,2,3と4以上の2群に分けた場合の平均入院日数をみたところいずれの分け方でもt検定により2群間には有意差を認めた($p < 0.001$)。

個々のリスクスクリーニング項目のチェックの有無による平均入院期間および60日以上の長期入院患者の割合をみたところ、平均入院期間では、年齢、家族構成および退院先以外の項目には有意差($p < 0.001$)があり、長期入院患者の割合では、居場所、コミュニケ

ーション、役割遂行、介護力不足の項目で有意差 ($p < 0.001$) を認めた (表 1).

スクリーニング項目ごとの、長期入院者の割合

スクリーニング項目	チェック	n	長期入院者 n	%	P
年齢	有り	1,140	76	6.7	NS
	無し	1,621	101	6.2	
主疾患	有り	290	29	10.0	< 0.01
	無し	2,471	148	6.0	
家族構成	有り	178	10	5.6	NS
	無し	2,583	167	6.5	
入院形態	有り	579	44	7.6	NS
	無し	2,182	133	6.1	
入院理由	有り	11	3	27.3	< 0.01
	無し	2,750	174	6.3	
居場所	有り	85	13	15.3	< 0.001
	無し	2,676	164	6.1	
退院先	有り	34	5	14.7	< 0.05
	無し	2,727	172	6.3	
治療継続	有り	76	10	13.2	< 0.05
	無し	2,685	167	6.2	
自立度	有り	378	35	9.3	< 0.05
	無し	2,383	142	6.0	
失禁	有り	101	13	12.9	< 0.01
	無し	2,660	164	6.2	
コミュニケーション	有り	28	7	25.0	< 0.001
	無し	2,733	170	6.2	
役割遂行	有り	112	16	14.3	< 0.001
	無し	2,649	161	6.1	
介護力不足	有り	38	8	21.1	< 0.001
	無し	2,723	169	6.2	
合計		2,761	177	6.4	

表 1. スクリーニング項目ごとの長期入院者の割合

表 2 に長期入院患者を目的変数としたロジスティック回帰分析の結果を示す. 13 項目のうち、居場所、コミュニケーションおよび介護力不足の 3 項目が長期入院リスクに寄与することがわかった.

以上より、リスクスコアの高い患者を介入対象とすることは妥当であり、また個別の項目として独居や介護力不足といった社会的要因が高い退院困難リスクとなることが明らかとなった.

長期入院者を目的変数とした、ロジスティック回帰分析

説明変数	オッズ比	SE	z	P	95%信頼区間	
主疾患	1.32	0.32	1.17	0.243	0.83	2.12
入院理由	3.16	2.40	1.51	0.131	0.71	14.04
居場所	2.44	0.91	2.38	0.017	1.17	5.07
退院先	0.60	0.37	-0.62	0.413	0.18	2.02
治療継続	1.43	0.53	1.00	0.317	0.69	3.19
自立度	1.00	0.24	0.00	0.996	0.62	1.60
失禁	1.04	0.40	0.10	0.917	0.49	2.22
コミュニケーション	2.90	1.49	2.08	0.038	1.06	7.94
役割遂行	1.43	0.51	1.13	0.257	0.75	2.89
介護力不足	2.75	1.29	2.15	0.031	1.10	6.89

n=2761, Pseudo R²=0.0241

表 2. 長期入院患者を目的変数としたロジスティック回帰分析

図 1 は、高スコアと長期入院リスク 3 項目 (居場所、コミュニケーションと介護力不足) の集合関係を示したもので、両者の積集合 (スコアの閾値を 3 とした場合は 104 名、4 とした場合は 80 名) は極めて高い退院困難リスク集団といえる.

本研究のような退院リスクスクリーニングデータを統計学的に分析した研究は皆無であり、退院リスクスクリーニングの妥当性に根

拠を与えると同時に、今後は個々のスクリーニング項目、特に社会的要素につきより精緻な項目設定を行う研究が必要である.

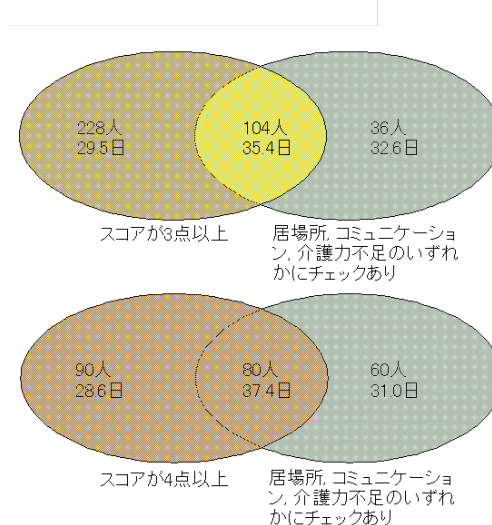


図 1. グループ毎の平均入院期間

(2) 全入院患者および退院支援介入患者の退院後の療養環境

① 対象と方法

2007 年度から 2014 年度の全入院患者 (7 日以上) の退院先について年時推移も含めて分析した.

② 結果

8 年間通年の退院先は、自院通院 69.3%、自宅 15.0%、他院通院 7.4%、転院 6.7%、施設 0.5%、その他 1.0%であった. 年時推移で見ると、転院が経年的に微増を示す以外に有意な変化は認めない. 紹介受診がほとんどで、その 90% の退院先が自宅であるにもかかわらず、70% の患者は退院後に大学病院外来を受診し、経年的な推移をみても紹介元やかかりつけ医への逆紹介が進んでいないことがわかる (図 2).

2006 年度の退院支援部署における医療ソーシャルワーカーの配置は 2 名であったがその後順次増員を図り 2014 年度には 9 名となり、それに伴って介入数も増加している. この期間に平均在院日は 22.2 日 (2006 年) から 17.6 日 (2014 年) と約 20% の短縮を認めているが、転院については 2013 年の時点でほぼ全転院に介入しており連携部署の適切な介入により、スムーズな転院が行われた結果として転院数の増加と在院日数の低下につながったことが示唆される. なお、退院支援のマンパワーがほぼ充足した 2011 年以降も退院支援依頼は年々増加しており、退院支援部署による支援を要する社会的要因による退院困難事例が増加していることが示唆される.

診療科別にみると退院支援介入が多い診療科は整形外科、救急センター、神経内科、精神科、消化器外科の順であり、また支援介入の多い診療科のうち、整形外科、救急および脳神経外科の 3 科は転院支援が 60% 以上を占め、

他の診療科では転院支援は30-40%であり在宅支援が50%以上であった(図3)。整形外科と脳神経外科は術後リハビリ目的での転院支援が多く、また救急センターについては救急搬送患者の後方支援が多かった。

介入が多く在宅支援の比率が高い神経内科につき当該科単独でデータ分析したところ、全科の転院比率が6.7%であったものが、神経内科のそれは22.3%と極めて転院が多い。また、7日以上入院の全科平均介入率が22.6%であるのに対して神経内科では61.6%と極めて介入率が高い。退院支援介入した神経内科疾患をみると、神経難病が40%、脳血管障害が30%を占め、神経難病は主に在宅支援、脳血管障害はリハビリ目的の転院支援が多い。すなわち、神経内科では2/3の入院患者が転院調整を要する脳血管障害あるいは在宅支援を必要とする神経難病であり、特に神経難病は高度医療機関に患者が集中する傾向があり、高度急性期病院が退院支援資源を投入すべき疾患群といえる。

医療・経営マネジメントの観点から病院情報システムに保存された各種のデータ分析が盛んに行われているが、本研究の結果から今後は退院先などの医療連携にかかるデータの精緻な記録と分析により、効率的な退院支援を行うエビデンスを得る研究への発展が期待される。

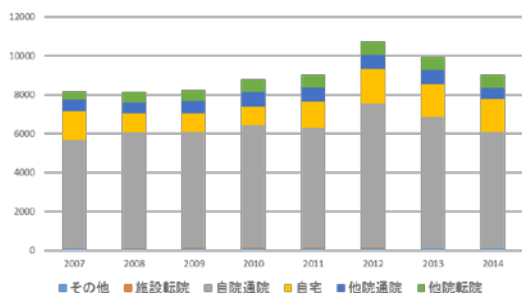


図2. 全入院患者の退院先(実数)

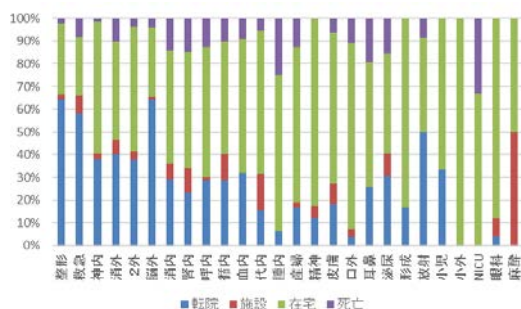


図3. 介入患者の診療科別転帰(2014)

(3) 地域の医療介護資源について

① 対象と方法

新潟県内における医療介護資源につき、アンケート調査および既存資料により分析を行った。このうち、診療所や介護資源については新潟県¹⁾および厚生労働省²⁾のデータを、また病院については独自に各施設の詳細な診

療機能や入院受入条件等の連携に係わる情報を主とした詳細アンケートを研究期間にわたって毎年5月に施行した。また、研究期間中に地域医療構想および地域包括ケアシステム構築という国の施策が打ち出され、2014年度から病床機能報告制度が開始されたため、上記アンケートデータとともに病床機能報告の公開データ(2014年度分)³⁾による地域病床に関する分析も加えた。

② 結果

1) 新潟県の在宅医療ならびに療養介護資源

新潟県の7医療圏別の在宅医療資源をみると、緩和ケア、IVH管理、腹膜透析、人工呼吸、気管切開、人工肛門・膀胱に対応できる診療所は10%以下で地域偏在も著しい(表3)。

また、療養介護資源につき医療圏別に当該医療圏の1施設あたりの人口数を調べたところ、全国との数値比較で以下の特徴を認めた。

- ・訪問介護: いずれの医療圏も全国平均以下
- ・訪問看護: 魚沼、新潟と県央圏域では平均以上、他はほぼ平均だが佐渡圏域は極めて不足
- ・訪問入浴: 新潟圏域で不足
- ・老健: 全医療圏で全国平均かそれ以上
- ・療養病床: 魚沼圏域で不足、他は充足
- ・特養: いずれの医療圏も全国平均以上
- ・通所介護: 全医療圏で全国平均かそれ以上

すなわち、いずれの医療圏でも施設系は比較的充足しているが、居宅系サービスは全体的な不足と地域偏在を認めた(表4)。

2) 新潟県の入院医療資源

現在、新潟県では精神科単科を除く108病院、21,754床(休床除く)が稼動しており、その内訳はDPC I群1、II群3、III群24病院、また稼動病床数で見ると、100床未満30、100-199床44、200-299床13、300-399床10、400-499床5、500床以上6病院となっている。全国との比較ではDPC病院は病院数、病床数とも少なく、また小規模病院も少ない傾向である。また、46病院(42%)、11,945床(55%)はいわゆる公的病院で公的医療への依存度が高い。H26年度病床機能報告制度のまとめ⁴⁾、および新潟県内の108病院から提出された個々の医療機関データ³⁾では全国的に回復期区分が少ないことが指摘されているが、新潟県は全国より更に低い値となっている。ちなみに回復期区分とした病棟の入院基本料区分は、回復期リハ12、急性期7、地域包括ケア3、療養2である。6年を経過した日における病床の機能の予定(2020年予定)で機能区分変更ありとした病院が24(22%)ある。これら24病院の病床転換パターンとしては、半数以上の13病院は急性期から回復期への転換、その他、慢性期から回復期が3、急性期や回復期から慢性期が3、逆に慢性期や回復期から急性期が2病院ある。調査時点の2014年7月は、

亜急性期病棟廃止の移行期であり、この時点で地域包括ケア入院料を算定している施設は4病院124床に過ぎないが、アンケート調査では、18病院553床が同入院管理料を算定しており、その多くは機能区分報告で急性期から回復期への転換を予定している病院であった。すなわち、急性期から回復期への転換を予定していると報告した病院の多くは報告の時点ですでに予定されていた急性期・亜急性期から地域包括ケア病棟へのpost acute目的の転換であることがわかる。現状で必ずしも急性期から回復期機能への移行は進んでおらず、H26年度に新設された地域包括ケア病床は全病床の4%と少数であり、かつ地域のsub/post acuteの受け皿とはなっていない。

次いで、「退院調整部門の設置状況」をみると、新潟県内108病院のうち、退院調整部門を有する病院は78(72%)で、スタッフとしては看護師を配置する病院が60(56%)、MSWが75(69%)であった。なお、MSWの総数157.5名中、社会福祉士有資格者は132.9名(84%)であった。退院調整部門をもたない施設の多くは、小規模の慢性期病院や限定疾患を扱う自院完結型病院だが、DPC病院でもⅡ群1施設を含む4施設(14%)が退院調整部門を持たないなど、地域や施設により退院調整資源には大きな差がある。

地域医療構想では、地域医療構想調整会議での協議をふまえて医療機関の自主的な取り組みや相互の協議により必要病床の取れんを期待している、新潟県では2020年予定で病床転換を予定している病院が1/4に満たないこと、その1/4についても多くはすでに予定された転換であること、また地域医療構想に関する情報が全くない報告初年度においては提出データの自院への影響を危惧する等、様子見という対応をした医療機関が多いことがうかがえる。H26年度病床機能報告制度のまとめ⁴⁾では、初年度の提出データにつき医療機能の誤選択(特に回復期)や特定機能病院の96%が高度急性期であったこと等の問題点を指摘しているが、今後は病床区分のより明確な定義やレセプトデータによる病棟毎のデータ収集などにより更に精緻なデータ集積を行ってゆく必要がある。

医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会⁵⁾では新潟県の2025年病床数は現状の2割減と推計しているが、逆に1割不足とする予測もある⁶⁾。地域医療構想策定ガイドライン⁷⁾における病床推計では、急性期は医療資源投入量、慢性期は受療率の地域差取れん、としているが、将来の受療率推計や在宅移行をどのように見込むか等々、将来の病床予測には不確定要素やバイアス要因が多数ある。

本研究から、地域の医療介護資源の分析により、地域や医療機関毎の効率的な連携システムを個別構築する必要性が示唆される、今後は病床機能報告制度やレセプトデータ等、更に精緻なデータ分析により、地域毎に限ら

れた資源による効率的な連携体制を築く分析を進めてゆく必要がある。

緩和ケア	医療用麻薬によるがん疼痛治療	がんにもとまう精神症状のケア	下越	新潟	県央	中越	魚沼	上越	佐渡
			21%	18%	13%	21%	27%	34%	32%
			6%	7%	8%	7%	8%	13%	5%
在宅医療	往診		75%	65%	67%	77%	341%	80%	84%
	在宅患者訪問診療		61%	54%	49%	71%	59%	76%	42%
	在宅患者訪問看護・指導		18%	17%	9%	21%	22%	22%	5%
	在宅時医学総合管理		20%	32%	15%	37%	27%	54%	11%
	在宅がん医療総合診療		11%	16%	4%	17%	22%	23%	5%
	在宅患者訪問点滴注射管理指導		17%	20%	15%	24%	33%	24%	0%
	訪問看護指示		51%	52%	43%	68%	55%	66%	32%
	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理		6%	6%	4%	8%	2%	10%	5%
	在宅患者訪問薬剤管理指導		1%	5%	3%	8%	4%	7%	0%
	在宅患者訪問栄養食事指導		1%	2%	3%	3%	6%	4%	0%
	救急搬送診療		4%	6%	4%	8%	4%	11%	0%
	退院時共同指導		1%	11%	1%	6%	6%	17%	0%
在宅療養	退院前在宅療養指導管理		1%	3%	0%	1%	4%	5%	0%
	在宅自己注射指導管理		59%	48%	45%	57%	51%	80%	58%
	在宅酸素療法指導管理		46%	37%	37%	53%	45%	58%	21%
	在宅中心静脈栄養指導管理		4%	11%	3%	8%	8%	18%	0%
	在宅人工呼吸器指導管理		0%	1%	0%	1%	0%	1%	0%
	在宅人工呼吸器指導管理		10%	8%	5%	13%	10%	15%	5%
	在宅分装薬経管栄養指導管理		10%	13%	13%	10%	16%	22%	26%
	在宅自己導尿指導管理		10%	13%	11%	14%	16%	25%	21%
	在宅持続経口呼吸療法指導管理		21%	27%	27%	27%	24%	24%	5%
	在宅寝たきり患者処置指導管理		32%	29%	31%	35%	45%	47%	42%
	在宅悪性腫瘍患者指導管理		1%	9%	5%	6%	10%	17%	0%
	在宅自己疼痛管理指導管理		3%	4%	0%	4%	8%	8%	0%
	在宅気管切開患者指導管理		10%	8%	9%	12%	10%	15%	0%
	在宅肺高血圧症患者指導管理		0%	1%	0%	0%	2%	1%	0%
診療内容	点滴の管理		58%	50%	51%	66%	63%	61%	53%
	中心静脈栄養		7%	13%	3%	12%	14%	21%	5%
	腹膜透析		0%	1%	1%	3%	0%	2%	0%
	酸素療法		44%	33%	33%	54%	47%	57%	32%
	経管栄養		41%	37%	44%	57%	45%	64%	53%
	褥瘡の管理		44%	29%	47%	59%	43%	62%	32%
	疼痛の管理		24%	26%	23%	33%	33%	43%	5%
	レスピレーター(人工呼吸器)		14%	8%	5%	10%	6%	16%	0%
	モニター測定(血圧・心拍等)		11%	9%	7%	17%	12%	16%	5%
	人工肛門の管理		14%	11%	9%	19%	10%	25%	0%
	人工膀胱の管理		4%	4%	1%	5%	2%	8%	0%
	尿カテーテル		42%	32%	39%	52%	49%	52%	32%
	気管切開部の処置		17%	14%	16%	20%	22%	29%	0%
	在宅ターミナルケアの対応		27%	26%	25%	37%	33%	45%	26%
病院			41%	48%	36%	51%	47%	57%	37%
診療所			14%	20%	15%	30%	33%	26%	5%
訪問看護ステーション			41%	41%	43%	61%	49%	56%	21%
居宅介護支援事業所			24%	30%	15%	31%	35%	49%	16%
薬局			30%	29%	23%	34%	33%	44%	26%
バス	バス対応		28%	21%	1%	19%	8%	17%	0%

表3. 新潟県の医療圏毎の在宅医療資源(対応可能な診療所を%で示す)

	下越	魚沼	県央	佐渡	上越	新潟	中越	全県	全国
訪問介護	4,894	2,811	6,176	4,472	5,202	5,316	5,833	5,558	3,990
訪問看護	24,470	18,225	15,646	32,604	20,437	18,138	21,292	19,653	18,235
訪問入浴	24,470	54,675	33,526	31,302	71,530	102,782	70,974	57,883	58,319
訪問リハ		109,351	234,683	62,604	143,060	185,008	425,845	197,768	
居宅介護支援事業所	3,337	3,645	3,911	1,841	2,725	3,023	3,434	3,143	31,880
老健	18,352	36,450	21,335	12,521	19,075	22,562	30,418	22,819	31,586
同定員	199	311	239	157	206	226	258	230	380
同通所リハ定員	795	1,342	866	711	929	1,067	1,186	1,017	
療養病床(病院)	55,057	109,351	78,228			115,630	85,169	107,784	77,291
同病床数	742	5,755	1,029			1,509	955	1,463	1,665
療養病床(診療所)			234,683				425,845	118,661	
同病床数			18,053				42,585	103,183	
居宅療養管理指導料						925,038	141,948	593,305	
短期入所療養介護						462,519		118,661	24,485
短期入所生活介護	6,117	7,290	7,570	5,691	5,722	6,086	8,350	8,574	14,051
同定員	923	567	339	316	265	242	394	299	
特養	12,235	10,414	13,038	8,943	11,445	12,501	13,737	12,233	18,848
同定員	176	168	185	105	148	185	181	173	261
通所リハ						925,038	237,321	18,633	
同定員						92,504	23,732		
通所介護	3,441	4,050	3,847	2,846	2,833	2,927	3,769	3,247	3,527
同定員	126	152	148	115	108	119	153	128	
特定福祉用具販売	16,941	12,955	12,352	7,826	11,005	15,417	15,209	13,878	16,200
療養病床+特養+老健	83	107	94	63	96	95	96	92	

表4. 新潟県の介護資源(人口/施設数)

(4) 特定機能病院における退院支援機能

① 対象と方法

国立大学医療連携・退院支援関連部門連絡協議会参加42国立大学病院の2006から2014年度のアンケートによる部門数値データにつき分析した

② 結果

42施設の退院支援患者数について、2014年度は266~2,690、平均は1,157件で、ほぼ正規分布を示す(図4)。ボリュームゾーンは2010~11年度は500~1,000件であったものが2012~14年度は1,000~2,000件に移動している。2006から2014年度の9年間の推移に

については、全体的には中央値でみると 06 年度の 284 人が 13 年度には約 4 倍の 1,073 人となり、経年的な増加傾向がみられるが、2012 年度以降は高止まりとなっている (図 5)。施設毎にみるといずれの年度でも最低と最高の間には 10 倍以上の開きがあり、病床数や平均在院日数を考慮しても連携・退院支援部署の介入率は未だ施設間で大きく異なる。

本研究では、10 年余の歴史しかない大学病院における退院支援機能の現状分析を行い、経時的に退院支援を要する患者への介入ができる体制が整ってきているものの施設間差が大きい現状を明らかとした。

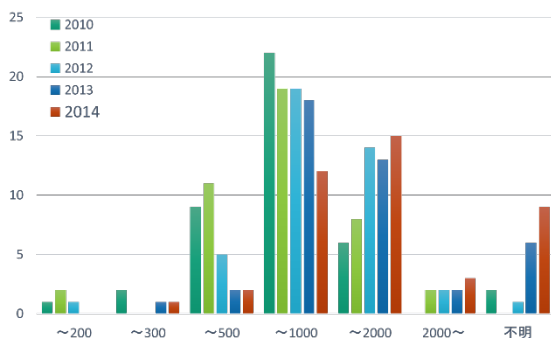


図 4. 全国国立大学病院の退院支援患者数

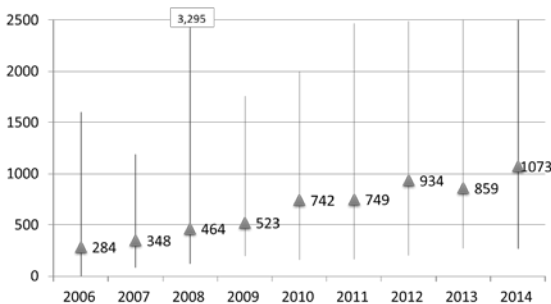


図 5. 退院支援患者数の年次推移 (▲は中央値)

(5) 今後の退院支援の標準化に向けて

研究 (1) (2) (3) では退院支援は患者の社会的背景、医療的背景および地域の医療介護資源等による個別性が極めて高いこと、また、研究 (4) では同等の医療機能をもつ病院間でも退院支援機能には大きな差異がある現状を明らかとした。本研究結果をふまえて、今後は更に精緻なリスクスクリーニングと地域資源分析の標準手法の開発、および病院機能毎の退院支援業務の標準化に向けた研究を展開してゆきたい。

<引用文献>

- ① 新潟県, サービス種類別事業所 (施設) 一覧
<http://www.pref.niigata.lg.jp/kourei/1195661808229.html>
- ② 厚生労働省, 介護サービス施設・事業所調査
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2.html>

- ③ 新潟県平成 26 年度病床機能報告制度の結果について
<http://www.pref.niigata.lg.jp/fukushihoken/1356816917235.html>
- ④ 第 10 回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000092685.html>
- ⑤ 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第 1 次報告～医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たって～
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/houkokusyol.pdf>
- ⑥ 病院情報局
<http://hospia.jp/wp/archives/245>
- ⑦ 地域医療構想策定ガイドライン
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000088511.pdf>
(①～⑦ : 2016 年 4 月 20 日アクセス)

5. 主な発表論文等

[学会発表] (計 5 件)

- ① 鈴木一郎, 地域包括ケアを支える情報ネットワーク構築に向けて、第 12 回国立大学医療連携・退院支援関連部門連絡協議会、2015 年 7 月 10 日 浜松アクティビティ・コンgresセンター (静岡県・浜松市)
- ② 鈴木一郎, 神経内科医療における MSW 介入の現状と課題、第 56 回日本神経学会学術大会、2015 年 5 月 22 日 新潟コンベンションセンター朱鷺メッセ (新潟県・新潟市)
- ③ 鈴木一郎, 地域連携パスの今、これから一療をつなぐパスから生活を支援するパスへ、第 23 回脳血管障害新潟地域連携パス研究会、2015 年 3 月 3 日 ユニゾンプラザ (新潟県・新潟市)
- ④ 鈴木一郎, 地域包括ケア時代の情報マネジメントと大学病院の役割—地域連携部門の立場から—、平成 26 年度大学病院情報マネジメント部門連絡会議、2015 年 2 月 12 日 岐阜グランドホテル (岐阜県・岐阜市)
- ⑤ 鈴木一郎, 医療連携・退院支援部門の可能性を追求する、第 14 回日本医療マネジメント学会学術大会、2012 年 10 月 12 日 アルカス SASEBO (長崎県・佐世保市)

[その他]

鈴木一郎, 病床機能報告制度—初年度データからみえること—、日本医療連携研究会 News Letter vol.3、2015 年
<https://sites.google.com/site/jsrhc2014/news-letter>

6. 研究組織

(1) 研究代表者

鈴木 一郎 (SUZUKI, Ichirou)
新潟大学・歯学総合病院・准教授
研究者番号 : 80179192