

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 26 年 6 月 4 日現在

機関番号：13802

研究種目：基盤研究(C)

研究期間：2011～2013

課題番号：23590592

研究課題名(和文) 病院の地域連携・退院調整部門における評価指標確立に向けた研究

研究課題名(英文) Establishing Performance Indicators for Regional Liaison and Discharge Planning Department of Hospital

研究代表者

小林 利彦 (Kobayashi, Toshihiko)

浜松医科大学・医学部附属病院・教授

研究者番号：70252187

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,800,000円、(間接経費) 1,140,000円

研究成果の概要(和文)：急性期病院における地域連携室・退院調整部門の役割は極めて重要である。今回、当該部門の客観的評価を行うために、業務内容等の質的評価指標の確立を試みた。医事会計システム、DPC/PDPS関連データ、退院調整患者データベースなどの分析・検討を行った。前方連携(地域連携室業務)では「外来初診患者比率」、「新規入院患者数」、「自医療圏外の患者比率」等が、後方連携(退院調整部門業務)では「在宅復帰率」、「退院調整患者数(担当職員1人当たり)」、「入院日～退院調整依頼日の日数」、「退院調整依頼日～退院日の日数」、「退院調整を行った患者・家族への満足度調査結果」等が、重要な評価指標となりえることが示唆された。

研究成果の概要(英文)：Regional liaison office and discharge planning department play very important roles in acute care hospital. The aim of this study was to establish qualitative performance indicators for work tasks to objectively evaluate these departments. Medical accounting systems, DPC/PDPS-related data, and databases of patients being prepared for discharge were analyzed. Results suggested that important performance indicators could be Percentage of new outpatients, Number of newly admitted patients, Percentage of patients coming from outside the facility's secondary medical area, Percentage of patients discharged to their home, Number of patients being prepared for discharge (per responsible staff member), Days between admission and date of discharge planning request, Days between date of discharge planning request and date of discharge, and Results of satisfaction survey of patients and family members who participated in discharge planning.

研究分野：医師薬学

科研費の分科・細目：境界医学・医療社会学

キーワード：地域連携 退院調整 評価指標 DPC/PDPS

1. 研究開始当初の背景

近年、急性期病院ではDPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System) という包括医療制度推進のもと、入院期間(在院日数)の短縮が余儀なくされている。その結果、病床稼働率は低下し、病院経営層からは新規入院患者の増加が現場に求められるというジレンマがある。入退院患者の回転率を高める上で、病院の入口と出口の機能アップが極めて重要となるが、その運用と管理を任されている部署が地域連携室であり退院調整部門である。

入口という視点では、自院の入院患者がどんな診療科や疾病等で成り立っているか、また、どこの地域から多くの患者が入院してくるかといった分析や検討が重要となる。一方、出口という視点では、入院患者がどのような診療経過をたどり、退院時の転帰・退院先がどのような内訳なのか、退院調整部門が介入した患者層と退院先に及ぼす要因分析などが求められる。ただし、これらの分析・検討に当たっては、病院側の一方的な想いだけでなく、患者側からの評価等も参考にすべきである。

2. 研究の目的

本研究では、病院における入口の調整機能を「前方連携」、退院調整を含む出口の調整機能を「後方連携」と定義して、各連携部門における活動性や成果などを客観的に評価できる指標等の確立を目的とする。

3. 研究の方法

(1) 前方連携の分析

①患者構成・居住地分布・疾病分類

2011年4月～2013年3月のDPC/PDPS関連データを用いて、自院の退院患者構成とその居住地分布を調査した。また、疾病別に患者居住地分布を分析することで、脳卒中や心筋梗塞のように緊急治療を要する疾患と「がん」のような待機性疾患との違いを検討した。なお、DPC/PDPS関連データの分析には、当院が別途契約している(株)girasolのDPC分析ソフト(girasol)を利用した。

②診療経過

2011年4月～2013年3月のDPC/PDPS関連データ(様式1)を利用して、脳卒中患者の入院時意識レベル(JCS [Japan Coma Scale])と、JCS別の早期リハビリテーション介入率ならびにADL(Activities of Daily Living)変化について分析した。なお、早期リハビリテーション介入の定義は「入院後4日以内の脳血管疾患等リハビリテーション料」の算定とし、ADLの評価についてはBI(Barthel Index)値を使用した。

③診療実績

2011年4月～2013年3月の1日外来患者数、外来初診患者数、新規入院患者数、病床稼働率、平均在院日数、紹介率、逆紹介率、当日入院患者比率、救急車搬送入院患者比率

などを、医事会計システムならびにDPC/PDPSデータから抽出・計算した。なお、紹介率は診療報酬上の紹介率([紹介患者数+救急車搬入患者数]/[初診患者数-時間外・休日または深夜受診の6歳未満初診患者数])を採用し、逆紹介率は(逆紹介患者数)/(紹介患者数)とした。

(2) 後方連携の分析

①全退院患者の転帰・退院先と退院調整患者の内訳

2011年4月～2013年3月の全退院患者の転帰・退院先を調査し、それらの内容を検討するとともに、在宅への復帰率に関して疾病別の分析・検討を行った。また、同期間、当院の退院調整部門(医療福祉支援センター)に相談依頼があった患者について、患者構成、疾病内容、退院先等を調査しつつ、「入院日～退院調整依頼日」、「退院調整依頼日～退院日」の各日数との関係についても検討した。

②短期の再入院率

2011年4月～2013年3月の退院患者に関して、前回退院後7日以内・1か月以内の再入院患者を抽出するとともに、再入院の理由または原因等について調査した。

③退院支援・退院調整関連の医事算定状況

2012年度の診療報酬請求の実績から、高齢者(65歳以上)における「退院調整加算」、「介護支援連携指導料」、「退院時共同指導料2」、「在宅療養指導管理料」などの算定状況を調査した。

④患者・家族の満足度調査

当院の退院調整部門が介入した患者・家族に対して、退院1か月後にアンケート用紙を郵送し、「退院相談時の説明が分かりやすかったか」、「退院調整部門スタッフの対応に問題がなかったか」などに関して満足度調査を行った。

(5) 倫理的配慮

患者の居住地(郵便番号)を含むDPC/PDPS関連データを用いる各種分析・検討に関しては、浜松医科大学「医の倫理委員会」で当該研究の事前承認(第24-159)を得た。また、患者・家族への満足度調査については、退院調整介入時に、後日アンケート調査を実施することを説明するとともに、匿名記載であること、拒否することが可能である旨の説明を行った。

4. 研究成果

(1) 前方連携の分析

①患者構成・居住地分布・疾病分類

2011年4月～2013年3月(2年間)の退院患者総数は20,564人であり、男性10,927人、女性9,637人、平均年齢53歳、平均在院日数16.2日であった。年度別にみると、2011年度の退院患者数は10,042人であり、患者の居住地は7,131人が西部医療圏、1,619人が中東遠医療圏、390人が志太榛原医療圏であった。一方、2012年度の退院患者数は10,522人(7,468人[西部医療圏]、1,790人[中

東遠医療圏)、390人[志太榛原医療圏])であり、2011年度に比べ患者数として482人(4.8%)増加していたが、自医療圏(西部医療圏)外の患者数比率は各年度28.9%、29.0%と差はなかった。

疾病分類に関しては、DPC/PDPSのMDC06(6桁コード)で010020(くも膜下出血・破裂性脳動脈瘤)、010040(非外傷性頭蓋内血腫[非外傷性硬膜下血腫以外])、010060(脳梗塞)、010070(脳血管障害[その他])を「脳卒中」、050030(急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞)、050050(狭心症・慢性虚血性心疾患)を「心筋梗塞」、010010(脳腫瘍)～180050(その他の悪性腫瘍)のうち悪性腫瘍に関係すると思われる39コードを「がん」と定義した。

「脳卒中」は、2011年度171人(西部:136,中東遠:16,志太榛原5)、2012年度188人(西部:174,中東遠:8,志太榛原3)と患者数の増加は見られたが、中東遠医療圏からの入院患者数は半減し、自医療圏の患者数比率は79.5%から92.5%に著しく増加した。「心筋梗塞」においても、2011年度224人(西部:199,中東遠:23,志太榛原0)、2012年度268人(西部:223,中東遠:34,志太榛原4)と患者数の増加ならびに西部医療圏での患者集中は見られたが、中東遠医療圏からの患者数比率は10.3%(2011年度)から12.7%(2012年度)に増加し、自医療圏の患者数比率は88.8%から83.2%に低下した。一方、「がん」は、2011年度2848人(西部:2040,中東遠:465,志太榛原127)、2012年度2600人(西部:1815,中東遠:516,志太榛原104)と患者数は低下しているが、中東遠医療圏からの患者数比率は16.3%から19.8%に増加した。なお、2年間(2011-2012年度)の西部医療圏平均患者数比率は70.8%であった。

②診療経過

2011年4月～2013年3月の「脳卒中」患者は359人、平均年齢70歳、平均在院日数20日であり、入院時の意識レベル(JCS)は、100以上が37人、3以下が290人であった。「脳卒中」患者への早期リハビリテーション介入(入院後4日以内の「脳血管疾患等リハビリテーション料」の算定)は、全体として359人中215人(59.9%)に行われていたが、JCS別では、JCS \geq 100で20/37人(54.1%)、JCS=10-30で25/32人(78.1%)、JCS \leq 3で167/290人(57.6%)であった。また、入院時および退院時のADL(BI値)は、全体として49.2(入院時)から61.0(退院時)に改善していた。なお、JCS \geq 100における同変化は8.4(入院時)から11.9(退院時)、JCS=10-30では11.7(入院時)から17.6(退院時)、JCS \leq 3では58.5(入院時)から72.0(退院時)であった。

③診療実績

医事会計システムによる2011-2012年度の1日外来患者数、外来初診患者数、新規入院患者数、病床稼働率、平均在院日数、紹介率、逆紹介率の推移は以下のようであった。

[1日外来患者数]1224人から1237人に微増
[外来初診患者数]18,059人から17,708人に減少

[新規入院患者数]10,672人から11,269人に増加

[病床稼働率]82.0%から83.5%に増加

[平均在院日数]15.4日から14.4日に短縮

[紹介率]68.8%から70.9%に微増。

[逆紹介率]46.2%から46.5%と不変

また、DPC/PDPS関連データによる2012年度の当日入院患者比率は25.8%、救急車搬送入院患者比率は9.6%であった(DPC/PDPSの登録ルールにより、正常分娩患者、精神科患者、歯科口腔外科患者等は含まれていない)。

(2) 後方連携の分析

①全退院患者の転帰・退院先と退院調整患者の内訳

2011-2012年度的全退院患者の転帰は、治療742人、軽快(緩解を含む)16,313人、不変1,356人、増悪10人、死亡711人(3.5%)、その他1,432人であり、その退院先としては、自院の外来18,573人(90.3%)、他院の外来587人(2.8%)、介護施設等含む転院590人(2.9%)、終了742人、その他72人であった。従って、「自院・他院の外来」を在宅復帰と定義すると、当院の在宅復帰率は($[18,573人+587人] / 20,564人 \times 100 = 93.2\%$)となる。なお、疾病別の在宅復帰率は、「脳卒中」が64%であるのに対し、「心筋梗塞」では93%、「がん」では92%であった。

当院の医療福祉支援センターに退院調整依頼があった患者数は、2011年度476人、2012年度616人であり、各年度の退院患者総数の4.7%と5.9%に相当した。2011年度は男性260人、女性216人、平均年齢70.9歳、2012年度は男性337人、女性279人、平均年齢73.8歳であり、依頼患者数の増加とともに対象患者の高齢化傾向が認められた。また、退院調整を依頼された患者の疾病分布としては、がん、脳血管障害、骨折などが上位を占めた。

「入院日～退院調整依頼日」と「退院調整依頼日～退院日」の各日数(平均)は、全体として2011年度が33.0日と17.5日、2012年度が23.1日と19.1日であり、経年的に退院調整依頼までの日数が短くなっている半面、退院調整期間の長期化も疑われた。疾病別の「入院日～退院調整依頼日」と「退院調整依頼日～退院日」の平均日数は、「がん」では2011年度34.8日と15.7日、2012年度27.4日と15.7日、「脳血管障害」では2011年度16.6日と20.3日、2012年度7.2日と22.1日であり、退院調整依頼までの日数は1年間で7-9日短くなっていた。一方、「骨折」における同日数は2011年度25.8日と10.6日、2012年度31.2日と19.7日であり、逆に退院調整依頼までの日数が長期化していた。なお、2011-2012年度の退院調整患者の退院先として、在宅/転院(介護施設等を含む)比は0.64から0.74に増加した。

②短期の再入院率

2011年4月～2013年3月の退院患者の中で、前回退院後7日以内の再入院患者は505人(同期間の退院患者の2.5%)であり、1か月以内の再入院患者は1,733人(同期間の退院患者の8.4%)であった。7日以内の再入院患者505人のDPCコード(14桁)のうち、診断群分類の件数として3例以上あるものは329人(全体の65.1%)であった。その多くは悪性腫瘍患者であり、化学療法あるいは放射線治療の計画的入院症例と考えられた。また、白内障手術(前回と反対側の手術)や悪性腫瘍手術に対する計画的入院、先天的代謝疾患に対する酵素補充療法、続発性血小板減少症に対する計画的治療などが多くを占めた。前回入院時の治療等に起因すると思われる合併症患者は、4例に過ぎなかった。

③退院支援・退院調整関連の医事算定状況

2012年度の退院患者のうち、65歳以上の高齢者は4,528人(43.0%)であった。その中で、退院支援・退院調整関連項目の医事算定状況は、退院調整加算(14日以内)33件(0.7%)、退院調整加算(15日以上30日以内)16件(0.4%)、退院調整加算(31日以上)4件(0.1%)、介護支援連携指導料50件(1.1%)、退院時共同指導料29件(0.2%)、退院時リハビリテーション指導料33件(0.7%)、精神科退院指導料10件(0.2%)、退院前在宅療養指導管理料2件(0.0%)、在宅療養指導管理料24件(0.5%)などであった。

④患者・家族の満足度調査

2011年8月～2012年2月に、医療福祉支援センターが退院調整を行った患者・家族を調査対象とした。退院時に後日アンケート調査を行う旨を事前説明し、退院1か月後にアンケート用紙を郵送した。なお、アンケート送付時に死亡が確認されている患者、および独居等の超高齢者でアンケート回答が困難と考えられる患者は除外した。

アンケートの送付は165人に実施し95人(57.6%)から回答を得た。患者の年齢は70歳以上が65%を占め、入院時診療科は内科36人、脳神経外科22人、整形外科18人、外科15人、その他4人であった。なお、アンケート回答の78.9%(75人)は家族からの回答であった。また、自宅を生活場所としている患者は退院直後36%であったが、アンケート送付時(退院1か月後)には31%に低下していた。

医療福祉支援センターのスタッフによる説明に対して、「患者・家族の意向を聴いてくれたか?」に「はい」が81%、「説明は分かりやすかったか?」に「はい」が78%と比較的高評価であった。さらに、「退院支援・退院調整に対する総合的評価」で「まあまあ良かった」より上の回答、「退院調整部門のスタッフ対応への評価」で「だいたい満足」より上の回答は各々89%、90%であった。

(3) 考察

病院の入口(前方連携)として、病床管理、疾病管理、顧客管理の視点で考えてみると、本研究結果から見えてくるのがいくつか

ある。当院では、年間平均10,000人ほどの患者が平均在院日数16日で入退院を繰り返している。単純計算すれば、 $10,000 \text{人} \times 16 \text{日} / 365 \text{日} = 438 \text{人}$ の患者が平均して日々在院していることになる。これを地域の基幹病院で考えると、500床ほどで平均在院日数15日程度の病院が比較的多い。これをベッド回転で考えると $365 \text{日} / 15 \text{日} = 24$ (回転)となり、病院経営層が安心できる?病床稼働率を85%($500 \text{床} \times 0.85 = 425 \text{床}$)と仮定すると、 $425 \text{人} \times 24 = 10,200 \text{人}$ の新規入院患者が必要な計算となる。ここで言う「新規入院患者」とは、各々が全く異なる患者というわけではなく、入院登録がなされた患者総数であり、化学療法等の繰り返し入院では複数カウントされる。病院の診療実績等において、入院延べ患者数などをフォローしている施設も少なくないが、急性期病院で最も重要な病床管理指標は新規入院患者数であると考えられる。新規入院患者を増やす上で、病院の入口を担う地域連携室が考えておくべきことは、入院確率の高い患者を確保することである。化学療法の継続や悪性腫瘍患者のターミナル等による(リピーターとしての)新規入院より、自院にとって全く初診の患者入院が一定数あることが望ましい。当然のことではあるが、救急車搬送による来院患者や開業医等からの紹介患者は、初診患者比率や当日入院比率が高い傾向にある。

病院にとって、開業医など紹介元施設のデータとともに、来院患者の居住地分布は重要な情報と考える。一般的に、病院からの直線距離だけでなく、山や川などの地理的障壁、交通の便などにより、来院患者のアクセス量は大きく異なってくる。また、競合病院との位置関係によっても、自院の患者居住地分布は大きく変化するため、地域連携室におけるマーケティング調査としての意味合いも大きい。また、2010年4月から、DPC関連データ(様式1)に患者居住地の郵便番号が登録されたことで、従前よりGIS(Geographic Information System)を使った分析等が容易になった。実際、今回の分析結果から、大学病院として極めて広域に入院患者が居住していることが明らかになった反面、その分布状況は疾病により大きく異なっていることも判明した。「がん」では専門的治療を求め遠方からの患者が少なくないが、「脳卒中」や「心筋梗塞」では、入院患者の居住地分布は比較的近隣に限られていた。その理由として、疾病の特殊性により緊急治療を要する「脳卒中」や「心筋梗塞」と、時間的余裕があり入院先を選択できる「がん」との違いなどが考えられる。全国には、「脳卒中」や「心筋梗塞」等で広域搬送が必要な地域(離島など)も未だ少なくないが、東海道沿線は比較的恵まれているものと思われる。また、この種の患者動向は、地域における専門診療科・専門医の有無により大きく変化するため、経年的な観察も重要となる。今回の分析でも、

隣接する二次医療圏(中東遠医療圏)からの患者動向は経年的に大きく変化した。いずれにせよ、疾病の特殊性により、治療の「緊急性」と「専門性」は患者動向に大きく影響を与えるので、各病院には地域におけるポジショニング(機能・役割)を明確にする必要がある。

入院後の診療経過等に関する各種検討は、今回、紙面の関係で省略する。

病院の出口(後方連携)に関して検討する上で、最初に押さえておくべきことは退院患者の「転帰」である。医療者にしてみると、患者の疾病が、退院時に「治癒」「軽快」「不変」「増悪」「死亡」のいずれとなったかは重大な関心事であるが、地域連携室や退院調整部門の職員にとっては、疾病自体の転帰より「退院先」が関心事となる。具体的には、自院の外来、他院の外来、一般病院への転院、療養型病院・介護系施設への転院、在宅医療などが退院先として存在する。在宅復帰率としての明確な定義はないが、「自院の外来+他院の外来」を在宅とすると、当院では在宅復帰率が93%であった。なお、厚労省による2012年度調査(DPCデータ4月-12月)では、同定義による在宅復帰率は全国平均83.8%であった。

退院調整部門では在宅復帰できない患者が相談対象となりやすいが、当院における2011年度、2012年度の退院調整患者数は各々476人、616人であり、当該年度の退院患者総数の4.7%、5.9%に相当した。一般に、退院調整患者比率(退院調整患者数/退院患者総数)と在宅復帰率は逆相関すると考えられるが、どちらも退院調整部門にとっては重要指標である。厚労省による各種調査や国立大学医療連携・退院支援関連部門連絡協議会のアンケート調査などによると、急性期病院における退院調整患者比率は5-10%であり、入院病床100床あたり平均1人のスタッフ(退院調整看護師またはMSW[Medical Social Worker]等)が配置されている。例えば、500床(稼働率85%)で平均在院日数15日の急性期病院を想定すると、 $500 \times 0.85 \times 365/15 = 10341$ 人の退院患者が居り、その中で5-10%(517-1034人)に退院調整依頼がある。これを5人(100床当たり1人)のスタッフで担当すれば、1人当たりの年間対応患者数は103-206人、1か月当たりで8.6-17.2人となる。当院の場合、2012年度は、613床で常勤換算5.5人のスタッフ(看護師2.5人、MSW3人)のもと、616人の退院調整を行った。100床あたり0.9人のスタッフで、1人当たり年間112人の退院調整を行ったことになる。退院調整スタッフの適正配置数に関して、本来、病床数より対応患者数で評価されるべきとは考えるが、当該部門を新たに整備する際の目安としては「病床数当たり」も分かりやすい。看護師とMSWの人員比率、役割分担等に関しては、現在、医療を必要とする患者の退院調整が増していることを考えると、当該部門のリ-

ダーとなるべき退院調整看護師の育成と専従・専任配置が先ずは望まれる。ただし、行政サービスや各種制度等に関しては、MSWの方が知識や経験も豊富なので、チーム内での役割分担は自ずと出来上がるものと思われる。

在宅復帰率が疾病の種類により異なるように、退院調整患者の疾病と退院先にも一定の傾向が認められる。実際、今回の定義での在宅復帰率は、「脳卒中」64%、「心筋梗塞」93%、「がん」92%であった。心筋梗塞患者では「他院の外来」を退院先とする比率が12%と高く、循環器科など専門開業医への逆紹介等が多い状況が示唆されたのに対し、「がん」患者に対する逆紹介や地域連携パス等の活用は未だ遅れているものと思われた。なお、当院の退院調整部門が介入した患者では、がん、脳血管障害、骨折、呼吸器疾患、循環器疾患などの疾病が上位を占めた。「がん」に関しては、在宅復帰率は高いものの、入院患者総数が多いため上位に位置したものと考ええる。「骨折」の多くは高齢者の大腿骨近位部骨折であるが、当院では脊椎疾患の手術を多く行っており、同疾患の退院調整患者も相当数含まれている。呼吸器疾患の多くには誤嚥性肺炎が関与しているが、近年、高齢化に伴う疾病分布の変化は退院調整部門の業務にも大きく影響を与えている。今回の疾病分類の中には認知症が含まれていないが、認知症を主疾患とする入院患者がほぼ皆無なだけであり、実際には退院調整依頼がある高齢者の10-20%は確実に軽度認知症患者であると推察される。

退院調整部門の業務指標として、入院日～退院調整依頼日(依頼までの日数)と退院調整依頼日～退院日(転帰までの日数)は重要である。当院では全体として、2011年度、2012年度の「依頼までの日数」と「転帰までの日数」は、各々33.0日と17.5日、23.1日と19.1日であった。退院調整患者のうち「骨折」の分類には脊椎手術症例が少なからず含まれており、他の疾病とは異なり「依頼までの日数」と「転帰までの日数」が延長していたが、全体平均としては「依頼までの日数」が約10日間短くなっていた。その理由としては、入院患者全員に行っている「退院支援スコア」評価による退院困難患者の早期把握と、退院調整部門スタッフによる病棟カンファレンスへの参画などが考えられる。ただし、当院の「退院支援スコア」に関しては、「問題行動がある認知症」に重みが置かれている反面、軽度の認知症患者が把握できない問題点もあり、書式の再検討が望まれている。

退院調整を行った患者の退院先として、2011年度から2012年度にかけて「在宅」が微増した。厚労省による「在宅医療に関する国民のニーズ」調査によれば、2008年度の時点で、日本人の23%は「自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい」、29.4%は「自宅で療養して、必要になれば

ば緩和ケア病棟に入院したい」、10.9%は「自宅で最後まで療養したい」との結果であった。その内容を見て、日本人の63%が在宅医療を希望していると即断するのは乱暴だが、可能な範囲で在宅あるいは自宅に居たいとする日本人が多いのは事実である。当院の退院調整部門では、地域連携パスなどを除けば、介護系施設などを含む転院を安易に勧めることは避けている。患者・家族の意向を重視したことで「在宅」への退院が微増したものと考えるが、継続的な努力と地域としてさらなる環境整備が必要である。いずれにせよ、「在宅」退院調整率（「在宅」退院調整患者数/退院調整患者総数）あるいは「在宅」/「転院」比率（「在宅」退院調整患者数/「転院」退院調整患者数）などは、今後、退院調整部門における重要指標になりえると考えられる。

紙面の関係で、DPC/PDPSに絡んだ細かいルール説明や、診療報酬請求における各種算定項目、患者満足度調査等の分析・検討は省略する。

最後に、本研究課題である「病院の地域連携・退院調整部門における評価指標」を以下に提案する。当然のことながら、現在進行形の課題や議論も多く、社会保険制度の変更などにより新たな評価指標が求められる可能性もある。今後、関係学会・研究会等での継続的な議論を行い、現場にとって有意義な評価指標の確立を目指す予定である。

病院の地域連携・退院調整部門における評価指標（案）

〔前方連携〕

- 1) 外来初診患者比率=外来初診患者数 / 外来患者総数
- 2) 紹介率・逆紹介率・紹介患者の返書記載率
- 3) 救急車搬送件数・救急車入院比率（新規入院患者数に対する比率）
- 4) 新規入院患者数
- 5) 自医療圏外の患者比率=自医療圏外からの入院患者数 / 入院患者総数
- 6) 平均在院日数・病床稼働率
- 7) 地域連携パス（脳卒中・大腿骨近位部骨折・がん・他）の活用件数
- 8) 病院案内・広報誌等の発行枚数

〔後方連携〕

- 1) 退院調整部門の職員数（100床当たり・常勤換算）
- 2) 看護師 / MSW 比率=（退院調整部門の常勤換算）看護師数 / MSW 数
- 3) 在宅復帰率=退院先が自院外来・他院外来の退院患者数 / 退院患者総数
- 4) 退院調整患者数（担当職員1人当たり・常勤換算）
- 5) 退院調整患者比率=退院調整患者数 / 退院患者総数
- 6) 「在宅」退院調整率=「在宅」退院調整患者数 / 退院調整患者総数
- 7) 「在宅」/「転院」比率=「在宅」退院調整患者数 / 「転院」退院調整患者数
- 8) 「入院日～退院調整依頼日」の日数
- 9) 「退院調整依頼日～退院日」の日数
- 10) 退院前カンファレンスの実施率（退院調整患者における実施率）
- 11) 退院調整加算の算定件数（14日以内・15日以上30日以内・31日以上）
- 12) 退院時共同指導料2の算定件数・介護支援連携指導料の算定件数
- 13) 予期しない短期再入院率=7日以内の予期しない再入院患者数 / 再入院患者総数
- 14) 退院調整を行った患者・家族への満足度調査結果

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕（計2件）

- ①小林利彦、長野宏一郎、櫃本真幸、藤田伸輔、川崎浩二、退院支援・退院調プロセスにおける医療情報活用の潮流、医療情報学、査読無、33巻(suppl)、2013、172-173
- ②小林利彦、木村通男、病院内医療情報のフル活用を目指して-院内 Raw データの有効活用-、医療情報学、査読有、32巻、2012、27-34

〔学会発表〕（計10件）

- ①小林利彦、地域包括ケアシステムにおける急性期病院地域連携室の役割、第21回日本慢性期医療学会・第3回アジア慢性期医療学会、2013年11月14日、東京
- ②小林利彦、アンケート調査報告(教育・研究・広報部門)、第10回国立大学医療連携・退院支援関連部門連絡協議会、2013年7月19日、仙台
- ③小林利彦、鈴木一郎、池上俊彦、小竹美千穂、長野宏一郎、石井征輝、森口はるな、石井理恵、鈴木裕介、内藤純子、塩川ゆり、櫃本真幸、橋本一晃、小手川雄一、吉良潤一、中島直樹、川崎浩二、松本武浩、国立大学医療連携部門の現状と今後～「日本医療連携研究会-国立大学部門」の活動から～（6）当該部門の学問体系化に向けた課題、平成24年度大学病院情報マネジメント部門連絡会議、2013年2月7日、新潟
- ④小林利彦、地域医療機関のDPC関連データを集約化してできること-静岡県 Nakama Project の分析報告から-、第50回日本医療・病院管理学会学術総会、2012年10月19日、東京
- ⑤小林利彦、退院支援に関するインターネット調査の結果報告、第14回日本医療マネジメント学会学術集会、2012年10月12日、佐世保
- ⑥小林利彦、橋本一晃、小手川雄一、石井征輝、塩川ゆり、小竹美千穂、医療連携・退院支援部門の可能性を追求する(8)-当該部門の学問体系化に向けた課題-、第14回日本医療マネジメント学会学術集会、2012年10月12日、佐世保
- ⑦小林利彦、療養型病院のアンケート調査からみた転院時必要情報の標準化の試み、第23回日本老年医学会東海地方会、2012年10月6日、名古屋
- ⑧小林利彦、アンケート調査結果(教育・研究・広報部門)、第9回国立大学医療連携・退院支援関連部門連絡協議会、2012年7月20日、東京
- ⑨小林利彦、工藤ゆかり、大学病院の地域マネジメントの現状と今後の展望-医療連携・退院支援関連部門の学問体系化に向けて-、平成23年度大学病院情報マネジメント部門連絡会議、2012年1月19日、松山
- ⑩小林利彦、二次医療圏内のDPC関連データの集約化・分析から見えること-静岡県西部・中東遠医療圏に注目して-、第49回日本医療・病院管理学会学術総会、2011年8月20日、東京

6. 研究組織

(1) 研究代表者

小林 利彦 (KOBAYASHI Toshihiko)
 浜松医科大学・医学部附属病院・教授
 研究者番号：70252187