

(2) あじさいネットワークの意義

あじさいネットワークの目的は、地域医療の質を向上することであり、そのために何をなすべきか、参加する機関が考える。補助金は使わず、参加する診療所（開業医）も会費を拠出している。かかりつけ医が医療の中心で、周りがそれを支援する形をとっている。双方向の情報交換であるが、病院側は基本的にはデータを提供する機能が中心で、かかりつけ医が、病院の電子カルテ情報を、診療所の端末から参照サーバーで閲覧でき、自分が紹介した患者に対して病院がどのような診療を行なっているか確認することができる。当然、事前に同意を得た患者のカルテのみが公開されるよう、セキュリティ管理されている。情報公開が可能な範囲も設定できるようになっている。また、半年以上データが閲覧されない場合には、患者の同意が失効するしくみである。

データの管理は病院側に責任があるが、入院診療前後の在宅生活における患者のヘルスマネジメントは、かかりつけ医と介護保険のケアマネージャーが担うことになる。例えば、在宅患者が診療所を受診し、検査が必要な場合、かかりつけ医は、診療所の端末から病院の CT, MRI などの高額医療機器による画像検査の予約をすることができる。患者は病院で検査を受け、病院の放射線科医が読影し、専門的に判断した報告書を診療所に帰す。患者は診療所で診察を受ける。かかりつけ医が、病院で自分の患者の手術を行なうことも可能である。病院の電子カルテに記録し、診療所に帰って、それを閲覧できる。

メールはネットワーク参加 ID を持っている人同士で行なうことができ、メールを簡易紹介状の機能として活用し、病診連携、診診連携が容易にできる。病院での入院治療が必要になれば、かかりつけ医が紹介する。病院側も紹介されてくる患者の情報を早く知りたい場合には、便益がある。入院後は、上述のとおり、入院中の診療情報を紹介したかかりつけ医が閲覧できる。中には毎朝、紹介患者のカルテをチェックし、担当医に助言や質問、確認をするかかりつけ医もいるとのことであった。病院側は、かかりつけ医の診療情報を参照できない。診療情報提供書の形で入ってくる形になる。

退院の目処が立ってくれば、かかりつけ医が患者のケアマネージャーと連携し、在宅復帰後の生活支援体制を整備する。病診連携はすでに 8 年以上の経験が蓄積されているが、介護事業者との連携が課題である。病院における診療情報を介護保険事業所の介護職員に直接、見せても理解できないと考えられ、かかりつけ医を介して、情報を伝達しているのが現状である。

このしくみでは、病院はデータ提供機能のみであるが、結果として、かかりつけ医からの入院患者の紹介が増加している。外来患者数を抑制したい病院にとっては便益がある。参加病院は 17 病院であり、電子カルテは NEC 系、富士通系が約半々であるが、異なるベンダーでありながら SS-MIX で双方のデータが見られるようになっている点が特徴である。患者には「地域 ID」が付与されており、複数の病院で診療を受けるときにひも付けられるようになっている。

更に、調剤薬局でも、薬剤師ひとり一人に ID 付与し、患者の同意書を複数薬剤師に対して登録しておく。薬剤師がカルテを参照できれば薬が変更になった場合、その理由も読み取れて患者に説明できるし、患者が自己判断で服薬していないことを医師に伝えていないような場合には、メールで医師に伝えることができる。

あじさいネットワークにおける、在宅医療・介護で重要な機能は 4 つある。

- ① チーム編成機能
- ② 患者メモ機能・ファイル添付機能
- ③ メッセージ機能
- ④ 連携メール機能

チーム編成機能は、1 人の患者に関わるスタッフをチームとして登録し、チームのメンバーだけがその患者に関する情報を閲覧することができるようにするものである。主治医と副主治医を決めるようになってきているが、患者自身が決める場合、病院が決める場合、医師会がコーディネートして決める場合がある。チーム編成は決定された主治医が中心となっ
て行なう。かかりつけ医が主治医として登録されることが多い。すなわち、かかりつけ医は、急性期の基幹病院と地域の在宅ケアチームをつなげる機能を担っている。ここに大きな意義がある。

患者メモ機能・ファイル添付機能は、患者に関する情報を記録し、チームメンバーで共有できる機能である。訪問看護記録、画像ファイル、ケアプランなどのファイルを添付可能である。

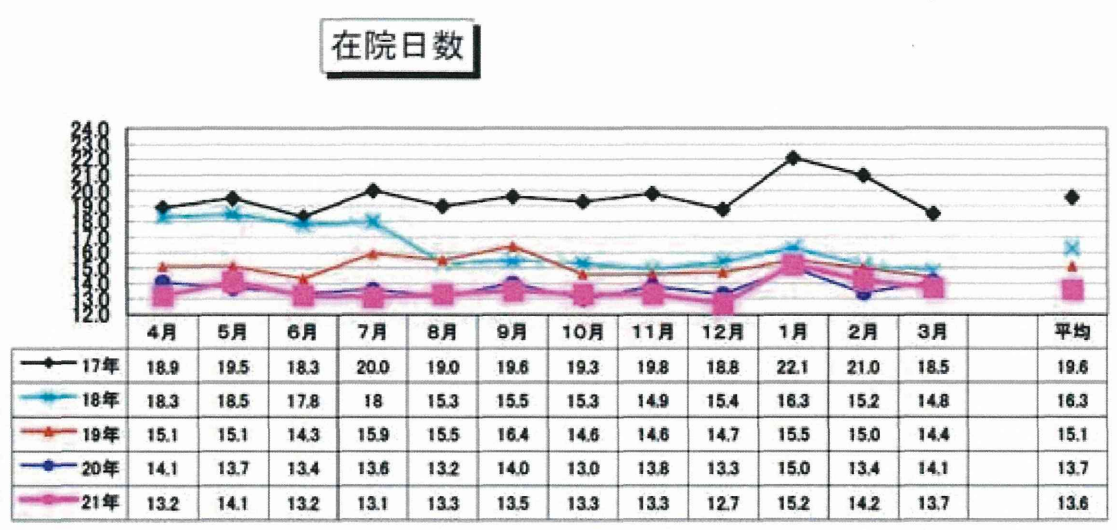
メッセージ機能は、チームメンバーの誰かが情報を書き込んだ場合、メンバー全員に新たな情報が発生した旨のメッセージをメールで通知するものである。

連携メール機能とは、目バー同士、またはその他の専門家にメールを用いて連絡・相談・報告などが迅速にできるようにしたものである。

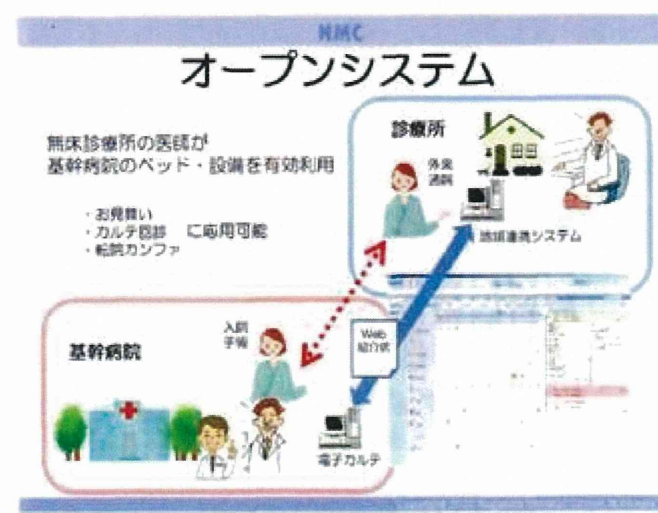
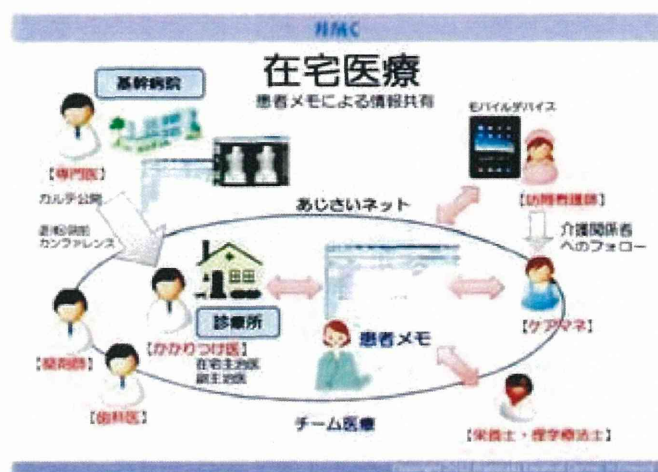
このようなネットワークは、長崎県では長崎市に「ドクターズネット」が、大村市に「あじさいネットワーク」がある。長崎市の「ドクターズネット」のしくみに IT を活用したのが「あじさいネットワーク」である。医師会単位で二次医療圏ごとに地域連携ネットワークを構築するのが良い、というのが木村部長の見解であった。三次医療圏にまたがると、競合する病院がでてしまう。競合せず機能分化、役割分担して協働するのでなければ、連携はうまく機能しない。

あじさいネットワークが目的とする「地域全体の医療の質の向上」が実現しつつあるのか否かについては、今後、科学的分析と定量的評価が必要である。評価指標は、紹介患者数、紹介率の推移、医療費、合併症の発生率、糖尿病治療（インスリン導入率）のアウトカムとして HbA1c の値など様々な指標がありえる。一般住民 400 名を対象とした調査では、88.8%が、診療所の患者 112 名を対象とした調査では、97.3%が地域連携に賛成であると回答している（2010 年 11 月調査）。連携によって、できるだけ長く、安心して在宅生活を継続できることは、地域住民のニーズに応えるものであろう。

<図 I-2-2> A 病院の平均在院日数の経緯



(出典) 木村部長提供資料より





第Ⅱ章 在宅医療、在宅介護の推進

第Ⅱ章－1 退院調整の推進と在宅医療・介護

九州大学大学院医学研究院 教授 尾形裕也

1. 医療・介護提供体制の長期ビジョン

2008年11月に公表された「社会保障国民会議最終報告」は、わが国の社会保障全体の長期的な改革の方向性を展望した報告書である。その中で、医療・介護政策の基本的な考え方としては、「「選択と集中」の考え方に基づいて、病床機能の効率化・高度化、地域における医療機能のネットワーク化等を図る」ことが述べられている。これ自体は、従来の政策の基本的な方向性を踏襲したものであり、特段目新しいものではない。同会議最終報告における新機軸は、むしろその医療・介護費用将来推計（シミュレーション）にある。

このシミュレーションでは、将来の医療・介護サービス提供体制のあり方を「改革シナリオ」という形で展望しつつ、それぞれのシナリオについての費用を推計している。その際、「選択と集中」を進め、機能分化を推進する（たとえば、在院日数を短縮し、病床数を削減する）「改革シナリオ」は、従来であれば、それらを通じて「医療費適正化」を図るという政策目標と密接に関連していた。ところが、このシミュレーションにおいては、それとは全く逆の方向性が示されている。つまり、「選択と集中」や機能分化を進める改革シナリオの方が、そうでない場合（「現状投影シナリオ」と呼ばれる）に比べ、医療・介護費用は高くなる可能性が高い、とされているのである。これは、医療・介護政策上の本来の意味での「政策選択肢」が初めて本格的な形で示されたものと受けとめることができよう。医療・介護提供サイドとしても、こうした問題提起に対して（賛否いずれにせよ）どのように応えるかが問われているといえる。

その後、民主党政権下で、いわゆる「税と社会保障の一体改革」を目指して、2011年6月に公表された「医療・介護に係る長期推計」も、基本的には、上述したシミュレーションを基にしたものとなっている。表1に示した同推計の改革シナリオにおいては、目標年次である2025年における「一般急性期」病床については、平均在院日数9日、病床数46万床が想定されている。平均在院日数9日程度というのは、現在の一般病床の平均在院日数（18日台）の1/2の水準であり、現在の欧米諸国（1週間以内）の水準には及ばないものの、かなり近づいた状態であるといえる（注1）。また、病床数もそれに伴い、大幅な削減が見込まれている。

こうした「効率化・重点化」シナリオの方がなぜ費用がかかるのかと言えば、そこには少なくとも次の2つの要因が考えられる。1つは、在院日数が半減した急性期病床については、現在のような手薄な人員配置はありえず、（1病床当りないしは1日当りで見たと）資源の集中投入が求められるということである。確かに病床数は削減されるが、病床当りの

人員配置は現在を大幅に上回ったものとならざるを得ない。また、そうでなければ、9日というような短い平均在院日数は達成しがたい。第2に、これだけ在院日数が短くなると、従来「入院」していた多くの患者が退院して、地域に帰って行くことになる。これらの患者は、退院後も一定の医療・介護ニーズを有しており、その「受け皿」が問題となる。表1においては、そのことは介護施設の増加とあわせ、特に居住系サービス（特定施設及びグループホーム）の倍増という形で示されている。在院日数の短縮及び病床数の削減のためには、それを支える病院及び地域の医療・介護マンパワーの増加が必要であり、そのことは全体の医療・介護費用を増大させる可能性が高いということを意味しているのである。

<表Ⅱ-1-1>医療・介護に係る長期推計（2011年6月）

医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み					
パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算		地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 15～16日程度 30万人/月	【高度急性期】 18万床 70%程度 15～16日程度 25万人/月	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急 15日程度 高度急性 19-20日程度 一般急性 13-14日程度 亜急性中等 75日程度 亜急性中等 57-58日程度 長期ケア 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 70%程度 9日程度 109万人/月	【一般急性期】 35万床 70%程度 9日程度 82万人/月	【地域一般病床】 24万床 77%程度 19～20日程度
亜急性期・回復期リハ等		152万人/月	【亜急性期等】 35万床 90%程度 60日程度 16万人/月	【亜急性期等】 26万床 90%程度 60日程度 12万人/月	29万人/月
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
(入院小計)	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設	92万人分	161万人分	131万人分		
特養	48万人分	86万人分	72万人分		
老健（老健+介護療養）	44万人分	75万人分	59万人分		
居住系	31万人分	52万人分	61万人分		
特定施設	15万人分	25万人分	24万人分		
グループホーム	16万人分	27万人分	37万人分		

(注1) 医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。
(注2) 「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。
ここでは、地域一般病床は、概ね人口6～7万人未満の自治体に暮らす者(今後2000～3000万人程度で推移)100人当たり1床程度の整備量を仮定。

22

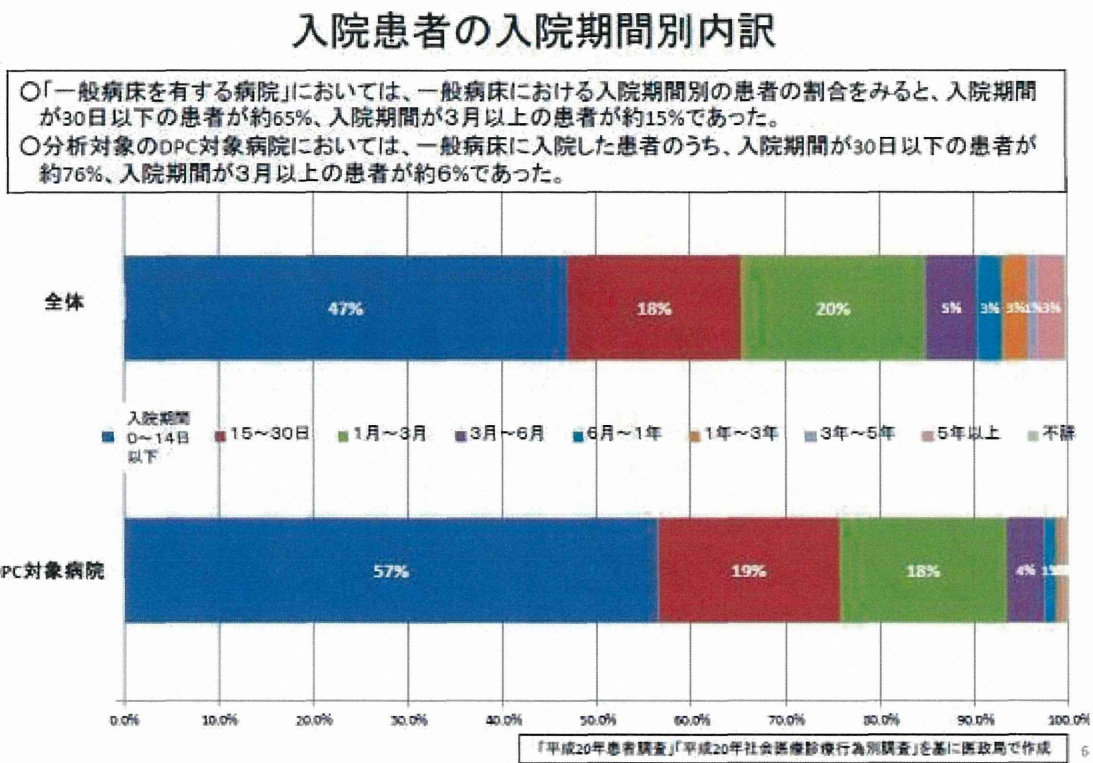
(出典) 内閣官房・社会保障改革に関する集中検討会議（第十回）配布資料

こうした医療・介護サービスの提供体制に関する「長期ビジョン」の基本的な考え方は、自公政権下における「社会保障国民会議最終報告」と、民主党政権下における「医療・介護に係る長期推計」において共通のものとなっており、「政権交代」からは独立した、ある程度「安定的」なビジョンを構成しているものと考えられる。

2. 居住系サービスの展開と課題

以上述べてきたように、急性期医療の確立と、居住系サービスを中心とした在宅医療、在宅介護の拡充は表裏一体の関係にある。一方、日本の一般病床については、急性期医療だけではなく、回復期医療や慢性期医療等、その他のさまざまな病床機能が混在しており、上述したような医療・介護サービス提供体制の「長期ビジョン」を実現するためには、急性期医療の切り分け及び確立が重要な政策課題となっている（注2）。一般病床における入院患者の入院期間別構成を見ると、入院期間が2週間以内の患者の割合は全体で47%と5割を切っており（DPC対象病院に限れば57%）、入院期間が3月を超える患者も相当数いる（約15%）ことがわかる（図Ⅱ-1-2）。

<図Ⅱ-1-2>一般病床入院患者の入院期間別内訳



こうした状況を改め、本格的な急性期医療を確立するためには、在院日数の短縮化に応じた適切な「受け皿」を用意する必要がある。その場合、近年の欧米諸国の動向等を踏まえれば、伝統的な入院、入所施設とともに、「住まい」を基本としつつ、必要なサービスを柔軟に付加した形態の居住系サービスに対するニーズが高まることが予想される。また、今後の超少子・高齢社会においては、何らかの形での「集住 (collective living)」を図っていかなければ、医療・介護システムの持続可能性は保証しがたい。その背景には、単にコ

スト負担の増大のみならず、サービス提供におけるマンパワー不足という人材確保面における制約がある。今後、欧米諸国における assisted living facilities 等の居住系サービスのあり方について検討を深めるとともに、その早急な拡充を図っていく必要がある。

2011年における高齢者の居住の安定確保に関する法律（高齢者居住安定確保法）の一部改正による「サービス付き高齢者向け住宅」制度の新設は、こうしたニーズを背景としたものと考えられる。その後、「サービス付き高齢者向け住宅」は、補助金等の後押しもあり、順調に増加を続け、2013年3月末現在、その登録総数は全国ですでに10万戸（3,300棟）を超えるに至っている（図Ⅱ-1-3）。

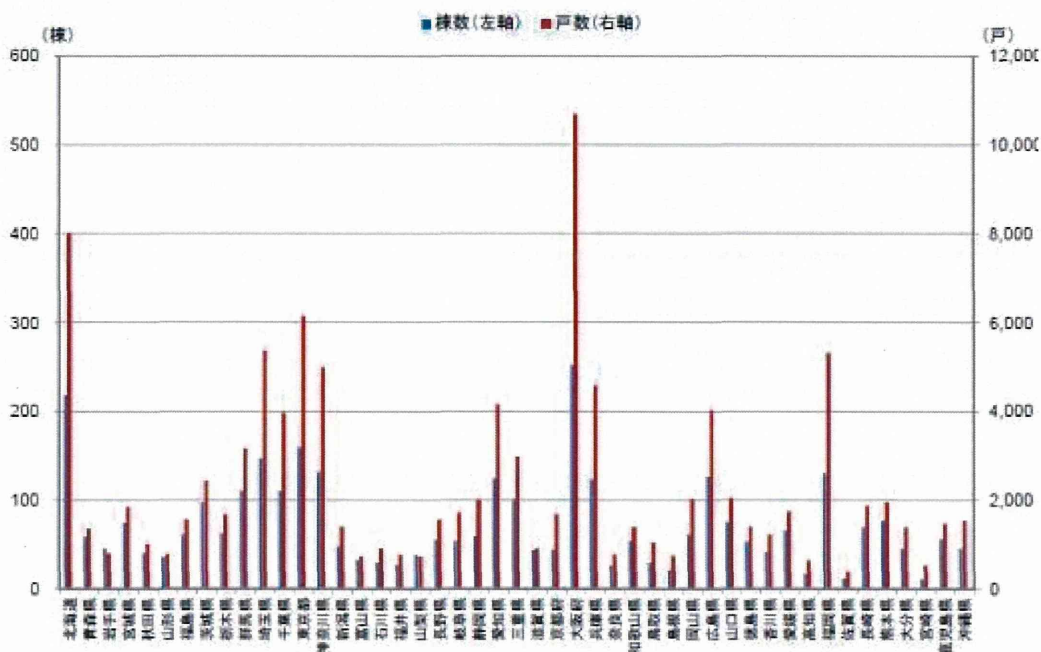
<図Ⅱ-1-3>サービス付き高齢者向け住宅の登録状況



(出典)「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム」による。図Ⅱ-1-3,4も同様。一方、図Ⅱ-1-4に示したように、都道府県別登録数を見ると、かなりの地域差が見られる。一般に大都市部に比べると地方では登録数が少ない傾向が見られる。また、開設主体別に見ると、株式会社が56%を占め、次いで医療法人(15%)、有限会社(14%)、社会福祉法人(7%)となっており、営利法人が多数を占めている。

＜図Ⅱ－1－4＞サービス付き高齢者向け住宅の都道府県別登録状況（平成25年3月末）

サービス付き高齢者向け住宅の都道府県別登録状況(H25.3末時点)



サービス付き高齢者向け住宅において実際に提供されているサービスの内容を表Ⅱ－1－5に示した。これを見ると、制度が要求する必須要件である「状況把握・生活相談サービス」が100%の住宅で提供されているのは当然としても、それ以外のサービスは、「食事の提供サービス」の94%を除き、必ずしも十分に提供されているとは言いがたい状況にあることがわかる。しかしながら、今後、居住者の高齢化が進行する中で、付加的なサービスに対するニーズが急速に拡大することが予想される。とりわけ「外付け」の医療・介護サービスの確保は重要な課題となつてこよう。上述したように、開設主体別に見ると、医療法人や社会福祉法人立のサービス付き高齢者向け住宅は少数に留まっており、医療機関や介護施設との連携が大きな課題である。その場合、付加的サービスの内容を消費者に対してわかりやすく開示するとともに、提供されるサービスの質を評価し、その結果を開示する仕組みを構築することが急務であると考えられる。米国 Medicare における Nursing Home Compare や Home Health Compare 等を参考にしつつ、日本におけるサービス評価、情報開示の体制整備が望まれる。

＜表Ⅱ－1－5＞サービス付き高齢者向け住宅において提供されるサービス（平成24年8月調査）

有効回答数：2,065件

	提供する		提供しない	
	実数	割合	実数	割合
状況把握・生活相談サービス	2,065	100%	-	-
食事の提供サービス	1,949	94%	116	6%
入浴等の介護サービス	1,075	52%	990	48%
調理等の家事サービス	1,125	55%	940	46%
健康の維持増進サービス	1,284	62%	781	38%

※ 併設施設等からサービスが提供されているケースが含まれている場合がある。

3. 退院調整機能の強化

一方、急性期病院の側においては、いわゆる退院調整（discharge planning）機能が重要である。discharge planning については、入院直後からの退院調整及び退院後のフォローアップを適切に実施すれば、在院日数の短縮及び再入院率の低下に効果があることが国際的な文献レビューからも明らかにされており（注3）、今後わが国においてもその強化を図っていく必要がある。一般病床を有する病院における退院調整支援担当者の配置状況を見ると、平成20年時点では35%に留まっているが、退院調整支援担当者配置による在院日数短縮については、わが国においても一定の効果が認められている（表Ⅱ－1－6）。

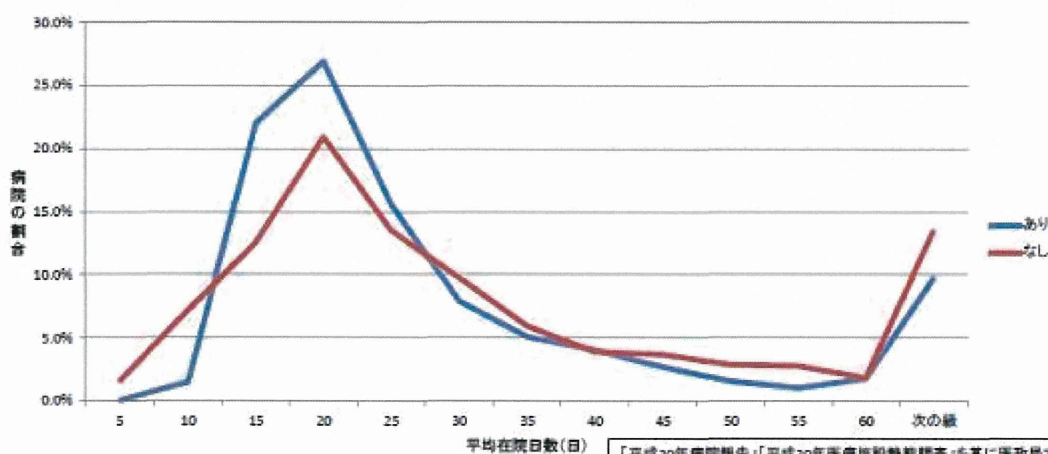
<図Ⅱ—1—6>一般病床を有する病院における退院調整支援担当者の配置と在院日数

退院調整支援担当者の有無別の平均在院日数

- 「一般病床を有する病院」においては、退院調整支援担当者を有する病院の割合は、約35%。
- 退院調整支援担当者を有する病院の平均在院日数は、退院調整支援担当者を有しない病院に比べて約2日短い。

退院調整支援担当者あり
2,099病院(34.8%)

対象病院	平均在院日数(日)
体制あり(2,099)	17.2日
体制なし(3,929)	19.0日
全体(6,028)	18.0日



平成24年4月の診療報酬改定においては、「効果的な退院調整を行うため、退院調整部門を強化し、早期の退院を評価する」として、早期退院患者に係る退院加算を手厚く評価する方向で入院料ごとの退院調整加算の見直しが行われている（参考資料）。今後、病院の退院調整機能を強化していくことは、病院経営戦略上の喫緊の課題であるといえる。

現行の診療報酬評価においては、Process 及び Structure 評価が中心となっている（入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手、関係職種との連携、退院・転院後の療養を担う保険医療機関等との連絡調整、退院調整部門の設置、専従の看護師または社会福祉士の配置等）。これらは、取りあえず、退院調整部門を強化し、早期退院を促すためには、やむを得ない評価項目であると考えられる。しかしながら、今後、退院調整の内容や「質」を高めていくためには、これらの要件に加え、一定の Outcome 指標を取り入れるべきであろう。たとえば、退院後の療養場所としての「在宅」への「復帰率」や退院調整の効果を測定するための「再入院率」を評価に取り入れることが考えられる。

イギリス NHS の Discharge from hospitals : pathway, process and practice, Department of Health, 2003.においては、退院調整に関する基本的な考え方として、①多くの病院入院患者は、入院及び入院によって自立を失うことを恐れ、できる限り早期に以

前の生活に復帰することを望んでおり、それを支援するために、あらゆる努力がなされるべきであること、②急性期病院は、他の保健医療サービス、社会福祉サービス、あるいは住宅制度によっては効果的に提供できないサービスの提供に限って使われるべきであること、という原則が示されている（平成23年度報告書第6章を参照）。これは、しばしば「在宅」での療養を、入院治療終了後の「受け皿」と捉えがちなわが国の一般的な風潮とは好対照を成す考え方である（本章第1節においても、慣用にならない、カギ括弧付きで「受け皿」と表記している）。つまり、一般の人々にとっては、「在宅」での生活こそが「常態」なのであり、「在宅」は決して入院治療の「受け皿」などではない。むしろ逆に「入院」していることこそが「異常な」状態なのであって、「在宅」への早期復帰はしごく当然なこととなる。このように当たり前のことが無視され、「在宅」が「受け皿」などと呼ばれてきたところに、はしなくも「病院化社会」の病理が表われているといえよう。今後、入院治療における「退院調整」の質を高めることによって、患者の総入院日数が短縮され、早期の在宅復帰が実現することが期待される。

<退院調整チェックリスト案>

欧米諸国においては、退院調整（discharge planning）機能の重要性はつとに認識されており、すでに多くの先行研究文献の蓄積がある。また、これを推進していくため、病院側が備えるべき体制や運営方法等についての自己点検評価表ないしはチェックリストが策定、公表され、活用されている。日本においても、今後退院調整を進めていくためには、こうしたチェックリストを策定し、病院が活用していくことが望ましい。

ここでは、そのうち、早くから discharge planning を進めてきたイギリス NHS (National Health Service：国民保健サービス) における自己点検評価ツール表（2003年）を訳出し、その日本の病院への適用可能性について検討した。同表においては、①リーダーシップと計画、②退院政策、③コミュニケーション及び調整、④評価、⑤文書（化）、⑥データ収集、⑦退院、⑧教育及び訓練といった広範な分野にわたって具体的なチェックリスト項目が示されている（平成23年度報告書第6章を参照）。

しかしながら、訳出した自己点検評価ツール表は、あくまでもイギリスの NHS 病院対応のものであり、そのままの形で日本の病院に適用するのは不適切であったり、一部改変しないと適用しにくい部分もあった。そこで、福岡県における代表的な急性期病院の1つである飯塚病院の協力を得て、当該自己点検評価ツール表の各項目について、日本の現状を踏まえた疑問点の指摘を含む評価及び修正を行った。具体的には、飯塚病院の退院患者の退院調整に関与している医師、看護師、MSW 等に対して、NHS の自己点検評価ツール表を示し、これに対する飯塚病院の状況を踏まえた評価及び意見を求めた。そして、それを踏まえた新たな修正チェックリスト案を作成した。全体として、NHS の自己点検評価ツール表は日本においても十分適用可能な有益なものであるという評価であり、それに基づき作成した今回の退院調整チェックリスト案は、日本の病院の実態を踏まえた実行可能な提案となっているものと思われる。今後、このチェックリストを実際に適用し、病院の自己点検評価に活用するとともに、各病院の状況の相互比較を行うことが考えられよう。

<表Ⅱ-1-7 病院の退院調整に関するチェックリスト (案) >

項目	質問	自己評価
リーダーシップと計画	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院支援に関係する職種で構成されたハイレベルの退院支援チームが設置され、主要なステークホルダーが皆関与しているか ・ 当該退院支援チームは、退院支援活動の改善に積極的に関わっているか ・ 当該退院支援チームの構成員には介護者及びすべてのステークホルダー（一次及び二次医療、社会サービス及び住宅、救急医療、主要な臨床医、ボランティア等）が含まれているか ・ リーダーシップは明確な説明責任を伴う十分ハイレベルのものか ・ 退院調整の責任は、関係するスタッフ全員が有すると認識されているか ・ 退院支援チームは、退院調整プロセスをモニターし評価しているか ・ 退院の遅れの最大値についての合意された上限があるか 	
退院政策	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院に関する具体的な方針があるか ・ それはすべてのステークホルダーによって合意されているか ・ 退院に関する方針及びそのプロトコル（実施要綱）の実施は、適切な監査を受けているか ・ 退院支援の実施要綱は、介護者の希望を反映しているか ・ 退院支援の実施要綱には、退院までの段階ごとの大まかな時間経過が含まれているか ・ 退院に関する方針とその手続きは、具体的なアドバイスを含んでいるか ・ 退院支援が遅れたり、重複を防ぐために、退院支援の対象者を選ぶ基準はあるか ・ 退院支援で生じる問題（自己都合による退院、患者自身の選択、退院の拒否など）に対して、適切な対応をする手順書はある ・ 長期ケア紹介に関する患者の選択についての合意された解釈が存在するか。そして、それが文書化され、スタッフや患者に配布されているか ・ 異なる患者グループ（精神疾患、児童、様々な退院場所、早期退院等）に対応する適切なプロトコルが設定されているか 	

項目	質問	自己評価
コミュニケーション及び調整	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院支援を担当するスタッフが病棟ごとに配置されているか。配置されているならば、関係スタッフにはその役割が明確になっているか ・ 連携のとれた退院支援チームによる介入ができていますか ・ 退院支援に関して必要な様々な機能（評価、病床管理、教育、退院促進等）は、どのように運営されているか ・ 中間的なケアサービスへのリンクがどのように調整されているか ・ 退院支援は休日、時間外に関わらず行なっているか ・ 組織ごと、専門分野ごと、施設ごとで連携を取るためのシステムがあるか。システムがあるとすれば、それは機能しているか ・ 退院チェックリストが作成され、公表されているか ・ 退院に関する情報や今後の見通しは、患者及び介護者に伝わるようになっているか ・ コミュニケーション及びモニタリングを支援する適切な IT が利用可能か ・ 患者及び家族に対しての説明は、正確に記録され、矛盾のない情報として伝わっているか ・ 入院から 24 時間以内に、入院前の状況を知っている介護・福祉サービスと連絡がとれているか ・ 病棟ごとの退院支援担当者は、退院を調整し把握することができているか ・ 医療と介護・福祉サービスで、情報共有のためのシステムはあるか 	
評価	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院調整は入院時点で（あるいは入院前の適切な時期に）開始されているか ・ 暫定的な退院予定日が入院から 24 時間以内に設定され、定期的に（毎日）見直されているか ・ 退院支援に関する共通の評価ツールがある、もしくは今後設定予定であるか ・ 退院支援に関する共通の評価ツールには、リスクアセスメントも含まれているか 	

項 目	質 問	自己 評価
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院支援に関する共通の評価ツールは、精神的要因についても考慮されているか ・ 退院支援に関する共通の評価ツールは、他の専門施設を必要とする患者には、適切に紹介できる要項を含んでいるか ・ 適切な時期に、退院支援に重要な部署（診断、専門医の意見、薬局等）と連携できているか ・ 評価の完了についての合意された目標時間が存在するか ・ 患者が転退院する場合、暫定的な退院予定日は変更されるのか ・ 長期ケアへの紹介が行われる前に、リハビリテーションの機会が十分追求されているか 	
文書（化）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本的な患者情報が記録されるのは1回だけか ・ 統一された記録様式が確立しているか ・ 患者は今後のケアについての計画書を、退院時点で渡されているか ・ 退院後24時間以内にかかりつけ医に対して、情報提供書が送られているか ・ 主要な症状に関する適切なクリニカルパスが設定されているか ・ 退院支援の困難事例に関して、全国的な基準に基づいたデータ収集がされているか、また、そのデータを踏まえて、評価と対策がされているか ・ 転退院の遅れと、遅れた原因を含むデータが有効に活用されているか 	
データ収集	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院が遅れた理由について、関係スタッフが共有できているか ・ 需要の趨勢及び変動が識別され、サービス計画にリンクされているか ・ 退院支援の予想と、実際の介入結果について評価されているか ・ 在院日数及び再入院率がモニターされているか 	

項 目	質 問	自己 評価
退院	<ul style="list-style-type: none"> ・ 早期の転退院を支援する特別な準備はあるか ・ 以下の要因が管理され、退院の遅れにつながらないことを保証するメカニズムがあるか：設備、患者情報、薬剤、退院書簡、コミュニティサービスの立ち上げまたは再開、家の準備、引越し、移送、届け出られた介護者、問題が起こった場合の指名連絡を含むフォローアップの手はず ・ 病院スタッフは退院支援スタッフ・手順書・退院パスなどを通じて、退院支援に関する情報を入手することができるか ・ 退院ラウンジ（ないしは同等の退院相談窓口）が利用可能か、また、全ての部局によって有効に利用されているか ・ 病棟運営会議が、退院支援に有効な時期と頻度で開催されているか ・ 薬剤の調剤手続きが、退院の遅れを防ぐよう適切に行われているか 	
教育訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院調整に関連する全てのスタッフに、教育及び訓練の機会が利用可能となっているか ・ トレーニングのセッションは6か月の間隔で繰り返されるよう適切に設定されているか 	

<注>

(注1) OECD Health Data 2012によれば、2010年現在の先進諸国の平均在院日数は次の通りである。カナダ7.7日(2009年)、フランス5.7日、ドイツ9.5日、イタリア6.7日(2009年)、日本18.2日(一般病床)、イギリス7.7日、アメリカ4.9日(2009年)、OECD全平均7.1日。

(注2) 近年、社会保障審議会医療部会等の場において、一般病床の切り分け論が、「急性期病床群(仮称)」の導入という形で問題提起され、論議を呼んだ。結局、同部会の下に設置された「急性期医療に関する作業グループ」によって、「一般病床の機能分化の推進についての整理」が2012年6月に取りまとめられたが、そこでは、急性期病床群という形ではなく、「地域において、それぞれの医療機関の一般病床が担っている医療機能(急性期、亜急性期、回復期など)の情報を把握し、分析する。その情報をもとに、地域全体として、必要な医療機能がバランスよく提供される体制を構築していく仕組みを医療法令上の制度として設ける」ことで合意を得ている。その後、「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」が設置され、具体的な病床機能情報の報告制度のあり方について検討が行われている。

(注3) Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL, Discharge Planning from Hospital to Home (Review), *The Cochrane Library 2010, Issue 1* によれば、

「高齢入院患者に対する適切な discharge plan の実施は、在院日数の縮減及び再入院率の低下という効果を有する」ことが、英、米、加、豪、仏、デンマークの21の先行調査研究から示される結論である。一方、discharge planning の、死亡率、その他の outcome 指標、医療費に対する効果については、必ずしも明らかではない(uncertain)、とされている。

＜参考資料＞平成24年4月診療報酬改定における退院調整の評価

【重点課題2-3(医療介護連携等の推進/地域移行の促進)-②】

効果的な退院調整の評価

骨子【重要課題2-3】

第1 基本的な考え方

1. 効果的な退院調整を行うため、退院調整部門を強化し、早期の退院を評価する。
2. 地域移行を推進するため、病名、入院時の症状、退院後に必要となる診療内容や訪問看護等の在宅療養支援その他必要な事項を地域連携診療計画のように連携医療機関と確認した文書を患者に提供し、説明をした場合については、更に評価を行う。
3. 退院後に介護保険への円滑な移行を図るため、身体機能等に関する総合的な機能評価の充実を図る。

第2 具体的な内容

1. 入院7日以内に退院困難者の抽出を行うこと及び医療機関が抽出した患者以外にも先行研究から明らかになった退院困難者については、調整を行うことを明確化する。また、算定している入院料ごとに早期退院患者に係る退院加算を手厚く評価する。

(新)	退院調整加算1	イ	14日以内	340点
		ロ	30日以内	150点
		ハ	31日以上	50点
(新)	退院調整加算2	イ	30日以内	800点
		ロ	31日以上90日以内	600点
		ハ	91日以上120日以内	400点
		ニ	121日以上	200点

<算定要件>

退院調整加算1

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般）、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料を算定している患者が退院した場合に算定する。
- ② 医療機関全体として退院困難な要因を有する患者を抽出する体制を整備し、その上で入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手していること。
- ③ 退院困難な要因を有する患者については、できるだけ早期に患者家族と退院後の生活について話し合い、関係職種と連携して退院支援計画を作成し、計画に基づき、退院・転院後の療養を担う保険医療機関等との連絡調整や適切な介護サービスの導入に係る業務等の退院調整を行っていること。
- ④ 退院時共同指導料と同時に算定する場合には、連携医療機関と患者が在宅療養にむけて必要な準備を確認し、患者に対して文書により情報提供すること。

退院調整加算2

- ① 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟）、有床診療所療養病床入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は特定入院基本料を算定している患者が退院した場合
- ②～④ 退院調整加算1と同様。

【施設基準】

- ① 病院の場合は以下の基準をすべて満たしていること。
 - イ 当該保険医療機関内に、退院調整に関する部門が設置されていること。
 - ロ 当該部門に退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。
 - ハ 専従の看護師が配置されている場合にあっては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあっては専任の看護師が配置されていること。
- ② 診療所の場合は、退院調整を担当する専任の者が配置されていること。