

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

大都市圏における在宅医療患者の退院後 30 日以内の再入院に影響する医療施設要因

研究分担者 光武 誠吾（東京都健康長寿医療センター研究所 研究員）

研究代表者 石崎 達郎（東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長）

研究要旨

高齢の在宅医療患者にとって、退院直後の再入院は、体調変化や療養環境の急激な変化を伴うことから心身への負担は大きく、有害事象の発生リスクも高めるため、再入院の予防は重要である。退院直後の再入院の発生と個人要因（特定の疾患等）との関連を検討した研究は多いが、医療施設要因との関連を検討した研究は少ない。本研究は、入院前に訪問診療を受けていた高齢患者を対象に、在宅医療の提供体制の観点から退院直後の再入院予防策を検討するため、東京都後期高齢者医療広域連合から提供されたレセプトデータを用いて、在宅医療患者の退院後 30 日以内の再入院に及ぼす個人要因及び医療施設要因（入院受入れ施設の病床数、在宅医療提供施設の病診区分及び在宅療養支援診療所／在宅療養支援病院「在支診／在支病」の有無、入院受入れ施設と在宅医療提供施設の関係）を分析した。分析対象者は、在宅医療患者のうち、平成 25 年 9 月～平成 26 年 7 月に入院し、退院後に入院前と同じ施設から在宅医療を受けた 7,213 名（平均年齢 87.0±6.0 歳、女性：69.5%）である。退院後 30 日以内に再入院した患者の割合は 11.2%であった。多重ロジスティック回帰分析の結果、男性、悪性新生物の有病、緊急入院利用が、退院後 30 日以内の再入院と正の関連を示した。医療施設要因では、在宅医療提供施設が在支診／在支病である場合（調整済オッズ比：0.205、95%信頼区間：0.175-0.239）、入院医療施設が 200 床以上の病院である場合（調整済オッズ比：0.447、95%信頼区間：0.309-0.646 vs. 診療所）が再入院抑制と関連していた。在支診／在支病のような 24 時間対応可能な在宅医療の提供体制は、退院直後の再入院を抑制する要素（往診など）を包含している可能性が示唆された。在支診／在支病による訪問診療が再入院抑制に働く機序を明らかにする必要がある。

A. 研究目的

訪問診療を利用する高齢の在宅医療患者にとって、退院直後の再入院は体調変化や療養環境の急激な変化を伴うことから心身への負担は大きく、有害事象の発生リスクも高まるため、再

入院をできるだけ回避する必要がある。

退院直後の再入院予防策を検討する上で、再入院発生の危険因子を把握することが重要である。先行研究では、退院直後の再入院の発生を高める個人要因として、高齢や特定の疾患の有

病、ADL 障害などが示されてきた。しかし、退院直後の再入院の発生を説明するには、個人要因だけでは不十分であり、医療施設の要因など、多面的に再入院発生の危険因子を検討することが求められている。

多くの在宅医療患者は退院後も在宅医療が必要とされるため、再入院の危険因子を検討する際は、入院受入れ施設や在宅医療提供施設の施設要因を含めた検討が必要である。先行研究では、看護師配置が多い入院受入れ施設や高齢者ケアに関わるサービス提供体制（デイケアや訪問サービスの有無など）が充実している施設では退院直後の再入院リスクが低かったことを示している。しかし、在宅医療患者を対象にした先行研究や、退院後に関与する訪問診療を提供する医療施設の施設要因と退院直後の再入院との関連を検討した先行研究は少ない。

わが国の在宅医療体制の構築に必要な要素として、在宅での急変時に 24 時間対応できる在宅医療の提供体制の整備や入院受入れ施設と在宅医療提供施設における退院支援などが挙げられる。診療報酬制度上の施設基準では、在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院（在支診／在支病）は 24 時間対応可能な在宅医療の提供体制を整備していることが求められている。24 時間対応可能な在宅医療の提供体制は、退院直後の再入院の抑制効果が見込まれるが、在宅医療提供施設が在支診／在支病であるかどうか退院直後の再入院に関連しているかどうか明らかとされていない。

本研究では、高齢の在宅医療患者における退院直後の再入院予防策を検討するため、東京都後期高齢者医療広域連合から提供を受けたレセプトデータを用いて、在宅医療患者における退院後 30 日以内の再入院の発生に関連する、個人要因（性、年齢、医療費負担割合、慢性疾患、在院日数、緊急入院の利用、退院準備サービスの利用）及び医療施設要因（入院受入れ施設の病

床数、在宅医療提供施設の病診区分及び在支診／在支病の有無、入院受入れ施設と在宅医療提供施設の関係）を明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

1. 使用データと用語の定義について

東京都後期高齢者医療広域連合より提供を受けた医科・DPC レセプトデータ（平成 25 年 9 月～平成 26 年 8 月診療分、1,350,132 人）を使用する。在宅医療の提供ありは、診療報酬点数表の「C001 在宅患者訪問診療料」、または「C003 在宅がん医療総合診療料」が算定された場合とした。入院は、「退院調整加算」が算定可能な「入院基本料（精神病棟への入院は除く）」を算定された場合とした。退院日は、退院後に在宅医療が最初に提供された日から遡り最も新しい時点で、「入院基本料（精神病棟への入院は除く）」が算定された日とした。退院後 30 日以内の再入院は、退院後 2 日目から 30 日目の間に「入院基本料」及び「特定入院料」が算定された場合とした。なお、退院後 1 日目に「入院基本料」及び「特定入院料」が算定され、その翌々日には算定されなかった場合は、一度目の入院に属する「入院基本料」が退院日の翌日に請求された、あるいは「在宅患者訪問診療料」及び「在宅がん医療総合診療料」が退院日の前日に請求されてしまった可能性を考え、再入院と見なさなかった。

2. 分析対象者について

対象者は、平成 25 年 9 月から平成 26 年 7 月の間に在宅医療を受けた者のうち、同期間内に入院し、退院後 30 日以内に入院前と同一施設から在宅医療を受けた 75 歳以上 8,066 名とした。分析対象者の絞り込み方法を図 1 に示す。医療機関コードから、在宅医療提供施設のある都道府県を特定した。東京都、埼玉県、千葉県、神奈

川島以外の施設から在宅医療を受けた 110 名は、東京都内に住んでいないと想定し、分析対象者から除外した。次に、入院年月日が、平成 25 年 9 月から平成 26 年 7 月の間にない、退院日より前にない、記載がないため、特定できなかった 339 名を除外した。入院受入れ施設と在宅医療提供施設の病院規模を類型化するため、厚生労働省の地方厚生局が各医療施設の病床数などを発表している「保険医療機関のコード内容一覧表」を基に、清水らが作成した「全国保険医療機関（病院・診療所）一覧」と本研究の分析データセットを医療機関コード（キー変数）で結合した。分析データセットと「全国保険医療機関（病院・診療所）一覧」が結合しなかった 404 名を除外し、残る 7,213 名を分析対象者とした。

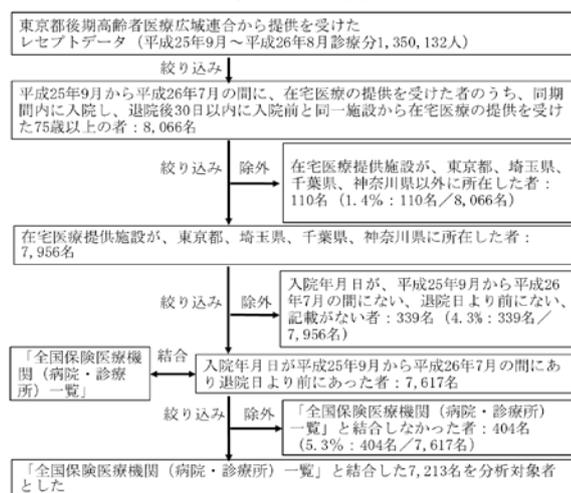


図1. 分析対象者の絞り込みフロー

3. 個人要因について

レセプトデータより、性別、年齢、レセプト種別コード、診療行為コード、医療機関コード、入院年月日、実施年月日を抽出した。レセプト種別コードから医療費の自己負担割合 1 割の者と 3 割の者に分けた。先行研究で示された退院直後の再入院の発生に関わる疾患を参考に、高齢者で有病率の高い 8 疾患の有無（糖尿病、認知症、関節症／脊椎障害、うつ病、慢性閉塞性肺疾患、虚血性心疾患、脳血管疾患、悪性新生物）を特定した。糖尿病、認知症、関節症／脊椎障害、

うつ病、慢性閉塞性肺疾患については、傷病名（ICD-10）とその関連処方薬が、同月内・診断後 1 ヶ月以内に入院外レセプトデータで発生した場合に、『疾患あり』とした。また、関連処方薬による同定が難しい疾患（虚血性心疾患、脳卒中、悪性新生物）については、傷病名がある場合（疑い病名は除く）に、『疾患あり』とした。在院日数については、入院年月日と退院日から算出し、『2 週間未満』と『2 週間以上』に分けた。緊急入院利用の有無については、保険診療において、「緊急に入院を必要とする重症患者」を対象に算定される「救命救急入院料」または「救急医療管理加算」を平成 25 年 9 月～平成 26 年 8 月のうちに 1 回でも算定された場合に、『緊急入院の利用あり』とした。平成 26 年 8 月現在の診療報酬制度で、退院準備に係るサービス（以下退院準備サービスと略す）利用の有無については、退院時計画作成または退院前自宅訪問が保険診療の算定要件に含まれる「退院調整加算」、「介護支援連携指導料」、「退院前訪問指導料」、「退院時共同指導料 1・2」が、入院期間に算定された場合に、『退院準備サービスの利用あり』とした。

4. 医療施設要因について

「全国保険医療機関（病院・診療所）一覧」の病床数から、入院受入れ医療施設を『診療所』、『病院（200 床未満）』、『病院（200 床以上）』の 3 つに分類した。「全国保険医療機関（病院・診療所）一覧」の病診区分から、在宅医療提供施設を『診療所』と『病院』の 2 つに分けた。在宅医療提供施設が在支診／在支病であるかどうかは、退院後、在支診／在支病から「在宅時医学総合管理料」、「特定施設入居時等医学総合管理料」、「在宅がん医療総合診療料」が算定された場合に、その患者が在宅医療を受けた施設を『在支診／在支病に該当』と定義した。入院受入れ施設と在宅医療提供施設の関係については、入院

受入れ施設と在宅医療提供施設の医療施設コードが同一だった場合に、『同一施設』とした。

5. 分析方法

各個人要因と各医療施設要因における退院後30日以内の再入院割合の比較は、 χ^2 検定で行った。退院後30日以内の再入院と各個人要因と各医療施設要因との関連は、退院後30日以内の再入院の有無を目的変数、各個人要因と各医療施設要因を説明変数として強制投入した多重ロジスティック回帰分析で検討した。分析には、IBM社のSPSS23.0を用いた。統計学的有意水準は有意確率5%とした。

6. 倫理規定

本研究は東京都後期高齢者医療広域連合の個人情報審査会での承認（平成27年6月30日承認）と東京都健康長寿医療センターの研究部門倫理委員会の承認（平成26年度承認番号55）を得て実施した。

C. 研究結果

分析対象者7,213名（平均年齢 87.0 ± 6.0 歳、女性：69.5%、医療費負担1割：88.8%）の個人要因及び医療施設要因を表1に示した。退院後30日以内の再入院割合は11.2%だった。慢性疾患については、脳血管疾患の有病割合（44.3%）が最も高く、次いで虚血性心疾患の有病割合（34.7%）が高かった。在院日数が2週間以上の者は57.3%、緊急入院を利用した者は18.0%、退院準備サービスを利用した者は12.1%だった。医療施設要因は、入院受入れ施設は200床未満の病院（68.3%）が多く、在宅医療提供施設は診療所（87.7%）が多く、在支診／在支病は71.5%、入院受入れ施設と在宅医療提供施設が同一施設だった割合は14.0%だった。

表2は、個人要因と医療施設要因毎で、退院後30日以内の再入院割合を比較した結果を示

した。個人要因では、退院後30日以内の再入院割合が有意に高かったのは、男性

（ $p=0.001$ ）、悪性新生物の有病者（ $p<0.001$ ）、緊急入院を利用した者（ $p<0.001$ ）だった。医療施設要因では、退院後30日以内の再入院割合が有意に低かったのは、入院受入れ施設が200床以上の病院だった場合（ $p<0.001$ ）と在宅医療提供施設が在支診／在支病であった場合だった（ $p<0.001$ ）。

表3は、全ての個人要因と医療施設要因を強制投入した多重ロジスティック回帰分析の結果を示した。退院後30日以内の再入院は、個人要因では、男性、悪性新生物の有病、緊急入院の利用有で正の関連が認められた。医療施設要因では、入院医療施設が200床以上の病院であること（調整オッズ比（aOR）：0.447, 95%信頼区間（95%CI）：0.309-0.646, $p<0.001$ vs. 診療所）、在宅医療提供施設が在支診／在支病であること（aOR：0.205, 95%CI：0.175-0.239, $p<0.001$ ）が退院後30日以内の再入院抑制と関連していた。

D. 考察

本研究は、東京都の高齢な在宅医療患者における悉皆性の高い大規模なデータを用いて、退院後30日以内の再入院発生に関連する医療施設要因を検討したわが国最初の研究である。在宅医療患者の約8人に1人は、退院後30日以内に再入院しており、個人要因を調整しても、入院受入れ施設が200床以上の場合、在宅医療提供施設が在支診／在支病の場合が再入院抑制に関連していた。

在宅医療提供施設が在支診／在支病である場合はそうでない場合に比べ、退院後30日以内の再入院の発生割合は15%程度であった（aOR：0.205, 95%CI：0.175-0.239）。在宅医療提供施設が在支診／在支病である場合は、そうでない場合よりも、入院が必要な急変時に往診や訪問

看護による対応などで退院直後の再入院の発生を抑制していると推察される。しかし、本研究では、在支診／在支病における患者の急変時の対応を把握していないため、この推察を裏付ける根拠は得ていない。今後は、在宅医療患者の退院直後の再入院予防策を具体的に検討するため、在支診／在支病における患者の急変時の対応（往診や訪問看護など）を把握し、在支診／在支病による訪問診療が再入院抑制に働く機序を明らかにする必要がある。

入院受入れ施設が 200 床以上の病院である場合は、有床診療所である場合より、退院後 30 日以内の再入院の発生割合は半分程度であった（aOR: 0.447, 95%CI:0.309-0.646）。有床診療所が地域で果たす役割は、緊急時や終末期医療への対応と報告されているため、大規模病院よりも緊急患者や終末期患者を入院で受け入れている可能性がある。緊急入院を必要とする症状が不安定な患者や終末期患者のような重症患者は再入院しやすいため、有床診療所からの退院患者は、大規模病院からの退院患者よりも再入院しやすい集団だったと考えることができる。しかし、レセプトデータで疾患の重症度を把握することは困難であり、有床診療所と大規模病院における入院患者の疾患の重症度を比較した先行研究は不足しているため、これ以上の言及は難しい。今後は、疾患の重症度などの要因を含め、有床診療所と大規模病院における退院患者の再入院の発生機序を把握する必要がある。

個人要因については、男性、悪性新生物の有病、緊急入院の利用が、退院後 30 日以内の再入院割合の高さと関連した。悪性新生物を有する者で退院直後の再入院の発生が多いことは、DPC データによる再入院の実態調査と同様の結果である。緊急入院を利用したことのある者は、そうでない者よりも全身状態が不安定と考えられる。退院時計画作成の際に、このような退院直後の再入院の発生を高める個人要因を把握して

おくことは、将来の再入院の危険性を予測する上で有用な情報になろう。また、退院直後の再入院の危険因子を有する在宅医療患者に対しては、入院時から、再入院を予防するような対策が必要である。現行の保険診療では、在宅復帰困難者には、退院準備サービスの提供が認められているが、その主な目的は、入院早期の円滑な在宅復帰であり、退院直後の再入院予防は主眼に置かれていないように思われる。これを裏付けるように、本研究では退院準備サービスの利用は、退院後 30 日以内の再入院抑制とは関連していなかった。退院などの療養場所の変化やケアの提供者が変わる前後のケアは移行期ケアと呼ばれ、諸外国では、移行期ケアの質を確保する移行期ケアプログラムは退院直後の再入院を抑制すると報告されている。石崎は、わが国で移行期ケアプログラムを導入する場合、退院前は、①病棟訪問、②入院医療に関する情報収集、③退院後に必要となる療養体制の整備、退院後は、④退院後のフォローアップ、⑤退院後の訪問指導、移行期全体を通じて、⑥ケアマネジャーとの情報交換と⑦医療・介護サービス提供者との意見交換が必要としている。平成 30 年 3 月現在、退院準備サービスの「退院調整加算」を改良した「退院支援加算」は、入院医療に関する情報収集や退院後に必要となる療養体制の整備、ケアマネジャーとの情報交換の要素を含むが、退院後のフォローアップや退院後の訪問指導に関する要素は含まれていない。診療報酬制度上、退院後のフォローアップや訪問指導を含むパッケージプログラムを開発し、退院前後の時期にパッケージとして提供する体制づくりを構築することで、再入院抑制が期待される。

本研究には 4 つの限界点がある。第 1 に、東京都の在宅医療患者における悉皆性の高いデータを用いたが、在支診／在支病などの在宅医療資源には地域差が生じているため（都道府県別 65 歳以上人口 1,000 人あたりの在支診／在支病

数:0.12~0.77、東京都:0.47)、他の都道府県に外挿することは難しい。第2に、レセプトデータは研究用に採取されたデータではなく、医療費請求に関するシステム上で用いることを目的としたデータであるため、傷病名から同定した疾患に関する感度には課題がある。傷病名から同定した疾患の有無について、関連処方薬による裏付けで、その感度が高まるように努めたが、悪性新生物、脳血管疾患、虚血性心疾患は、傷病名から疑い病名を除いて同定したため、他の疾患よりも同定方法の感度が低い。疾患の有無と退院後30日以内の再入院との関連は、今後も検討を重ねる必要がある。第3に、退院後2日目から30日目の間に発生した再入院を退院後30日以内の再入院と定義した点である。退院後1日目に再入院し、その翌日までに退院もしくは死亡した症例を再入院と見なしていないため、少ない症例とは考えるが、この症例分だけ再入院割合が過小評価されている。第4に、本研究の再入院には計画的な再入院も含まれている点である。悪性新生物に対する計画的な化学療法による再入院によって、悪性新生物の有病と再入院の発生割合の高さに有意な関連が出やすいようなバイアスが生じた可能性がある。しかし、対象者が後期高齢者であり、退院後に在宅医療を受けていたことを考慮すると、この影響は少ないと考える。

E. 結論

本研究では、個人要因を調整しても、在宅医療提供施設が在支診/在支病の場合に退院後30日以内の再入院を抑制していた。在支診/在支病のような24時間対応できる在宅医療の提供体制には、再入院を抑制する要素が含まれている可能性が示唆された。今後は、在支診/在支病による訪問診療が再入院抑制に働く機序を明らかにする必要がある。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新薬登録

該当なし

3. その他

該当なし

表 1. 分析対象者の個人要因及び医療施設要因 (n=7, 213)

		n	%
個人要因			
性別	男性	2, 198	30. 5
	女性	5, 015	69. 5
年齢階級	75-79歳	888	12. 3
	80-84歳	1, 629	22. 6
	85-89歳	2, 215	30. 7
	90歳以上	2, 481	34. 4
医療費負担割合	1割負担	6, 402	88. 8
	3割負担	811	11. 2
慢性疾患の有無			
糖尿病	無	6, 187	85. 8
	有	1026	14. 2
認知症	無	5, 293	73. 4
	有	1, 920	26. 6
関節症/脊椎障害	無	5, 236	72. 6
	有	1, 977	27. 4
うつ病	無	6, 512	90. 3
	有	701	9. 7
慢性閉塞性肺疾患	無	6, 164	85. 5
	有	1049	14. 5
虚血性心疾患	無	4, 713	65. 3
	有	2, 500	34. 7
悪性新生物	無	5, 782	80. 2
	有	1, 431	19. 8
脳血管疾患	無	4, 016	55. 7
	有	3, 197	44. 3
在院日数	2週間未満	3, 078	42. 7
	2週間以上	4, 135	57. 3
緊急入院の利用 ^a	無	5, 918	82. 0
	有	1, 295	18. 0
退院準備サービスの利用 ^b	無	6, 343	87. 9
	有	870	12. 1
医療施設要因			
入院受入れ施設	診療所	618	8. 6
	病院 (200床未満)	4, 930	68. 3
	病院 (200床以上)	1, 665	23. 1
在宅医療提供施設	診療所	6, 329	87. 7
	病院	884	12. 3
在支診/在支病 ^c	非該当	2, 059	28. 5
	該当	5, 154	71. 5
入院受入れ施設と在宅医療提供施設の関係	異施設	6, 202	86. 0
	同一施設	1, 011	14. 0
退院後30日以内の再入院	無	6, 403	88. 8
	有	810	11. 2

a: 平成25年9月から平成26年8月間の緊急入院の利用

b: 入院中における「退院調整加算」、「介護支援連携指導料」、「退院前訪問指導料」、「退院時共同指導料1・2」算定の有無

c: 在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院

表 2. 個人要因と医療施設要因毎の退院後 30 日以内の再入院割合の比較

		n	%	p value ^d
個人要因				
性別	男性	288	13.1	0.001
	女性	522	10.4	
年齢階級	75-79歳	99	11.1	0.398
	80-84歳	197	12.1	
	85-89歳	255	11.5	
	90歳以上	259	10.4	
医療費負担割合	1割負担	705	11.0	0.100
	3割負担	105	12.9	
慢性疾患の有無				
糖尿病	無	699	11.3	0.653
	有	111	10.8	
認知症	無	610	11.5	0.188
	有	200	10.4	
関節症/脊椎障害	無	596	11.4	0.503
	有	214	10.8	
うつ病	無	739	11.3	0.331
	有	71	10.1	
慢性閉塞性肺疾患	無	680	11.0	0.197
	有	130	12.4	
虚血性心疾患	無	532	11.3	0.830
	有	278	11.1	
悪性新生物	無	607	10.5	<0.001
	有	203	14.2	
脳血管疾患	無	459	11.4	0.547
	有	351	11.0	
在院日数	2週間未満	337	10.9	0.514
	2週間以上	473	11.4	
緊急入院の利用 ^a	無	612	10.3	<0.001
	有	198	15.3	
退院準備サービスの利用 ^b	無	715	11.3	0.757
	有	95	10.9	
医療施設要因				
入院受入れ施設	診療所	74	12.0	<0.001
	病院 (200床未満)	609	12.4	
	病院 (200床以上)	127	7.6	
在宅医療提供施設	診療所	697	11.0	0.118
	病院	113	12.8	
在支診/在支病 ^c	非該当	488	23.7	<0.001
	該当	322	6.2	
入院受入れ施設と在宅医療提供施設の関係	異施設	683	11.0	0.148
	同一施設	127	12.6	

a: 平成25年9月から平成26年8月間の緊急入院の利用

b: 入院中における「退院調整加算」、「介護支援連携指導料」、「退院前訪問指導料」、「退院時共同指導料1・2」算定の有無

c: 在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院

d: χ^2 検定、統計学的有意水準：有意確率5%

表 3. 個人要因及び医療施設要因と退院後 30 日以内の再入院の発生との関連 (n=7, 213)

		調整済み オッズ比 ^d	95%信頼区間			p value ^d
個人要因						
性別	女性	1.000				
	男性	1.226	1.036	-	1.451	0.018
年齢階級	75-79歳	1.000				
	80-84歳	1.069	0.817	-	1.398	0.628
	85-89歳	1.020	0.787	-	1.322	0.883
	90歳以上	0.890	0.686	-	1.155	0.381
医療費負担割合	1割負担	1.000				
	3割負担	1.150	0.911	-	1.452	0.239
慢性疾患の有無	無	1.000				
	有	0.930	0.744	-	1.163	0.524
認知症	無	1.000				
	有	0.929	0.778	-	1.110	0.419
関節症/脊椎障害	無	1.000				
	有	0.967	0.812	-	1.151	0.705
うつ病	無	1.000				
	有	1.004	0.767	-	1.316	0.975
慢性閉塞性肺疾患	無	1.000				
	有	1.140	0.924	-	1.406	0.222
虚血性心疾患	無	1.000				
	有	0.982	0.835	-	1.155	0.823
悪性新生物	無	1.000				
	有	1.390	1.158	-	1.668	<0.001
脳血管疾患	無	1.000				
	有	0.937	0.802	-	1.094	0.410
在院日数	2週間未満	1.000				
	2週間以上	1.064	0.908	-	1.247	0.445
緊急入院の利用 ^a	無	1.000				
	有	1.684	1.403	-	2.022	<0.001
退院準備サービスの利用 ^b	無	1.000				
	有	0.971	0.764	-	1.235	0.811
医療施設要因						
入院受入れ施設	診療所	1.000				
	病院 (200床未満)	0.844	0.608	-	1.173	0.313
	病院 (200床以上)	0.447	0.309	-	0.646	<0.001
在宅医療提供施設	診療所	1.000				
	病院	0.869	0.616	-	1.227	0.425
在支診/在支病 ^c	非該当	1.000				
	該当	0.205	0.175	-	0.239	<0.001
入院受入れ施設と 在宅医療提供施設の関係	異施設	1.000				
	同一施設	0.970	0.688	-	1.368	0.863

a:平成25年9月から平成26年8月間の緊急入院の利用

b:入院中における「退院調整加算」、「介護支援連携指導料」、「退院前訪問指導料」、「退院時共同指導料1・2」実施の有無

c:在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院

d:全要因を強制投入した多重ロジスティック回帰分析、統計学的有意水準：有意確率5%