

**「ときどき入院、ほぼ在宅」を支えるための
病院の入退院支援連携体制調査**

令和6年3月

一般社団法人 静岡県医師会

◆◆目 次◆◆

1. 調査の概要	1
(1) 調査の背景と狙い	1
(2) 調査の概要	2
2. 病院調査	4
(1) 基礎データ	4
① 入院前の場所	4
② 退院先の場所	5
③ 退院後に在宅医療を必要とする患者の状況	9
④ 在宅医療	12
⑤ 退院調整部門の状況	13
(2) アンケート調査	15
① 入退院支援部門の状況	15
② 入退院支援の状況	23
③ 多職種連携に向けて	28
(3) ヒアリング調査	45
3. 在宅医療介護連携センター等関連機関調査	49
(1) アンケート調査	49
① 回答者の属性	49
② 入退院支援について	52
(2) ヒアリング調査	64
4. アンケート・ヒアリング等からの考察	68
(1) 入退院支援の充実に向けての視点	68
(2) 二次医療圏別等による分析	72
① アンケート調査	72
② ヒアリング調査	78
③ 統計データ	79

1. 調査の概要

(1) 調査の背景と狙い

令和2年度「在宅医療提供体制に係る将来推計調査」及び令和3年度「人生の最終段階の療養場所の選定における意思決定の現状調査」から、円滑な在宅医療への移行や療養場所の選定における病院内の取組の重要性がクローズアップされた。

令和4年度調査においては、「病床機能報告データ等を活用した入退院支援の地域分析調査」を実施し、病院から退院後、患者が希望する場所で療養し、必要な場合には質の高い在宅医療が円滑に提供できる体制の構築に向け、病床機能報告データ等を活用し、医療機関における入退院支援の状況について地域別に分析把握を行った。

本調査は、令和4年度調査において、明らかになった課題をさらに掘り下げ、病院における入退院支援の状況や退院後の在宅医療の提供の実態を把握することで、病院からの退院後、患者が希望する場所で療養し、質の高い在宅医療及び介護が包括的かつ継続的に提供できる体制の構築を目指すための詳細調査である。

(参考) 令和4年度調査の概要

方法	病床機能報告データ等により、入退院の状況、医療機関の退院関連加算の算定状況、退院支援体制、地域の概況など地域の退院支援関連データを整理し、全国と静岡県と比較、二次医療圏別の分析などを行った。
データの項目	・入退院の状況 ・医療機関の退院関連加算の算定状況 ・退院支援体制（地域資源） ・地域の概況
分析結果	・静岡県は「入退院支援加算」などが上位であるが、「介護支援連携指導料」及び「診療情報提供料（Ⅰ）」が下位で、病院と関係機関との連携状況が課題となっている可能性がある。 ・本県は、在宅療養を支えるが全国平均を下回るなど、地域の受け入れ態勢が懸念される。 ・初回の入院時、在宅療養中の急変時、看取り期など入退院の場面別、各地域の実情等の把握が必要である。

(2) 調査の概要

令和4年度の調査では、入退院支援に係る関係機関との連携、地域の受け入れ態勢、入退院の場面別の検討、各地域の実情に応じた検討などが課題として浮き彫りとなった。

「とどき入院、ほぼ在宅」を支えるための病院の入退院支援連携体制調査として、県内の病院、静岡県在宅医療・介護連携コーディネーター等に対して、アンケート調査、ヒアリング調査を実施するとともに、令和4年度の調査を補完する統計データを整理した。

これらのアンケート調査・ヒアリング調査等を通じて、統計データでは十分に見えない具体的な現状や課題や取組の工夫等を把握し、入退院支援の充実に向けた考察を行った。

○アンケート調査

調査対象	県内の病院	静岡県在宅医療・介護連携コーディネーター
調査方法	郵送配布（郵送もしくはW E B 回答）	郵送配布（郵送もしくはW E B 回答）
対象数	138 医療機関	53 人
回答数	92 医療機関	38 人
回答率	66.7%	71.7%
調査期間	令和5年8月～9月	令和5年8月～9月
主な調査項目	・入退院支援部門の状況 ・入退院支援の現状と課題 ・多職種連携、A C P ・今後力を入れていきたいこと	・回答者の属性 ・入退院支援の現状と課題 ・多職種連携、A C P ・地域の現状と課題

○ヒアリング調査

調査対象	静岡県内の病院（入退院支援部門）	静岡県在宅医療・介護連携コーディネーター、ケアマネジャー、訪問看護師
調査方法	オンライン会議もしくは訪問	オンライン会議もしくは訪問
対象数	10 医療機関	11 人
調査期間	令和5年11月～令和6年1月	令和5年11月～令和6年1月
主な調査項目	・入退院支援部門・病棟の状況 ・入院時の情報収集 ・入院患者のA C P ・退院検討時・退院時の連携 ・医療機関・ケアマネジャー・関係機関との連携・情報共有状況 ・再入院を防ぐための課題・方策	・医療介護連携機関やコーディネーターの概況 ・医療・介護関係者から多い相談内容 ・地域における円滑な入退院に向けての取組や工夫 ・地域の入退院支援の課題、再入院を防ぐための課題

○統計データ調査

調査対象	・入院前の場所、退院先の場所 ・退院後に在宅医療を必要とする患者の状況 ・在宅療養支援病院・診療所数 ・退院調整部門設置状況・退院調整部門に勤務する職員数
出典	令和4年度病床機能報告の報告 など

(参考1) アンケート調査を送付した県内の病院

・二次医療圏域別

二次医療圏	賀茂	熱海 伊東	駿東 田方	富士	静岡	志太 榛原	中東遠	西部	合計
医療機関数	6	6	41	12	21	11	16	25	138

(参考2) 静岡県在宅医療・介護連携コーディネーターの状況

・二次医療圏域別

単位：人

二次医療圏	賀茂	熱海 伊東	駿東 田方	富士	静岡	志太 榛原	中東遠	西部	合計
コーディネーター数	2	3	16	2	2	10	14	4	53

・配置先

単位：人

配置区分	地域包括 支援センター	市 町	医療 機関	郡市 医師会	その他	合 計
コーディネーター数	9	22	9	9	4	53

(注1) 市町には直営の地域包括支援センターを含む

(注2) 区分の「その他」は、医療公社(3)、訪問看護ステーション(1)

・職種

単位：人

配置区分	医 師	保健師	看護師 准看護師	社会福 祉士	主任介護支援専門員 介護支援専門員	事務職	合 計
コーディネーター数	1	18	15	9	3	7	53

2. 病院調査

(1) 基礎データ

① 入院前の場所

令和3年4月～令和4年3月の1年間における入院前の場所別の入院患者の状況は、全国、静岡県ともに「家庭からの入院」の割合が最も高い（全国 68.9%、静岡県：70.8%）。二次医療圏別にみると、「家庭からの入院」の割合が最も高いのは「富士」の76.5%、低いのは「賀茂」の64.7%である。

図表 2-1 入院前の場所別の入院患者の状況

二次医療圏	院内の 他病棟から の転棟	家庭 からの入院	他の病院、 診療所 からの転院	介護施設、 福祉施設 からの入院	介護医療院 からの 入院	院内の出生	その他
全国	3,348,270	12,166,722	1,062,606	706,672	8,069	279,347	82,039
静岡県	86,527	324,684	26,012	13,597	246	5,850	1,473
賀茂	1,133	3,924	671	328	0	0	7
熱海伊東	2,038	9,668	755	522	0	12	0
駿東田方	23,262	67,721	6,132	2,457	50	686	598
富士	3,828	24,339	1,772	1,218	49	585	36
静岡	21,460	65,438	4,807	2,981	2	1,567	89
志太榛原	7,579	35,370	2,637	1,602	1	773	5
中東遠	6,786	28,924	3,549	1,500	14	634	37
西部	20,441	89,300	5,689	2,989	130	1,593	701

出典：厚生労働省、「令和4年度病床機能報告の報告結果について」（様式1_病棟票）より集計

図表 2-2 入院前の場所別の入院患者の状況（割合）

二次医療圏	院内の 他病棟から の転棟	家庭 からの入院	他の病院、 診療所 からの転院	介護施設、 福祉施設 からの入院	介護医療院 からの 入院	院内の出生	その他
全国	19.0%	68.9%	6.0%	4.0%	0.0%	1.6%	0.5%
静岡県	18.9%	70.8%	5.7%	3.0%	0.1%	1.3%	0.3%
賀茂	18.7%	64.7%	11.1%	5.4%	0.0%	0.0%	0.1%
熱海伊東	15.7%	74.4%	5.8%	4.0%	0.0%	0.1%	0.0%
駿東田方	23.1%	67.1%	6.1%	2.4%	0.0%	0.7%	0.6%
富士	12.0%	76.5%	5.6%	3.8%	0.2%	1.8%	0.1%
静岡	22.3%	67.9%	5.0%	3.1%	0.0%	1.6%	0.1%
志太榛原	15.8%	73.7%	5.5%	3.3%	0.0%	1.6%	0.0%
中東遠	16.4%	69.8%	8.6%	3.6%	0.0%	1.5%	0.1%
西部	16.9%	73.9%	4.7%	2.5%	0.1%	1.3%	0.6%

出典：厚生労働省、「令和4年度病床機能報告の報告結果について」（様式1_病棟票）より集計

② 退院先の場所

令和3年4月～令和4年3月の1年間における退院患者数は、全国で13,262,502人、静岡県で339,017人である。

静岡県の入院患者総人口千人当たりの「退院患者数」は94.5人と全国と比べてやや低い。二次医療圏でみると、「駿東田方」「西部」で全国を上回っている一方、「熱海伊東」「中東遠」は他圏域と比べて低い。

退院先の場所別の「家庭へ退院」の割合をみると、静岡県は65.2%、全国で64.3%よりもやや高い。二次医療圏別にみると、「西部」が70.4%と最も高く、「賀茂」「駿東田方」「静岡」「中東遠」で他圏域と比べて低い。「駿東田方」「静岡」は「院内の他病棟へ転棟」、「賀茂」は「他の病院、診療所へ転院」「介護老人保健施設に入所」「介護老人福祉施設に入所」「終了（死亡退院等）」、「熱海伊東」は「社会福祉施設・有料老人ホーム等に入所」の割合が他圏域と比べてやや高い。

病床機能別に「家庭への退院」の割合をみると、静岡県は高度急性期・急性期・回復期ともに全国より高い一方、慢性期は低い。二次医療圏別にみると、急性期の「熱海伊東」「富士」「志太榛原」「西部」、回復期の「熱海伊東」「志太榛原」で7割を超えている。

図表 2-3 退院先の場所別の入院患者の状況

	二次医療圏	院内の他病棟へ転棟	家庭へ退院	他の病院、診療所へ転院	介護老人保健施設に入所	介護老人福祉施設に入所	介護医療院に入所	社会福祉施設・有料老人ホーム等に入所	終了（死亡退院等）	その他	退院患者数（※）
患者数	全国	3,614,030	11,360,290	1,053,864	201,184	210,022	20,028	325,092	789,258	92,022	13,262,502
	静岡県	94,410	296,767	24,122	5,666	4,325	744	5,717	22,034	1,676	339,017
	賀茂	1,122	3,477	476	143	100	6	131	602	5	4,338
	熱海伊東	2,055	8,662	712	289	92	0	368	830	18	10,141
	駿東田方	24,534	61,551	5,619	870	675	186	1,374	5,475	762	71,037
	富士	4,108	22,526	1,946	492	331	21	619	1,854	108	26,043
	静岡	23,204	60,088	4,958	1,230	983	55	1,312	4,208	75	68,701
	志太榛原	7,805	31,611	2,398	889	460	74	517	2,119	19	35,968
	中東遠	7,281	25,983	3,049	569	527	145	557	2,304	436	31,266
	西部	24,301	82,869	4,964	1,184	1,157	257	839	4,642	253	91,523
総人口千人当たり患者数	全国	29.2	91.7	8.5	1.6	1.7	0.2	2.6	6.4	0.7	107.1
	静岡県	26.3	82.7	6.7	1.6	1.2	0.2	1.6	6.1	0.5	94.5
	賀茂	18.4	57.1	7.8	2.3	1.6	0.1	2.2	9.9	0.1	71.2
	熱海伊東	20.1	84.6	7.0	2.8	0.9	0.0	3.6	8.1	0.2	99.0
	駿東田方	38.4	96.5	8.8	1.4	1.1	0.3	2.2	8.6	1.2	111.3
	富士	10.9	60.0	5.2	1.3	0.9	0.1	1.6	4.9	0.3	69.4
	静岡	34.0	87.9	7.3	1.8	1.4	0.1	1.9	6.2	0.1	100.5
	志太榛原	17.4	70.3	5.3	2.0	1.0	0.2	1.2	4.7	0.0	80.0
	中東遠	16.2	57.8	6.8	1.3	1.2	0.3	1.2	5.1	1.0	69.5
	西部	29.3	99.8	6.0	1.4	1.4	0.3	1.0	5.6	0.3	110.3

出典：厚生労働省、「令和4年度病床機能報告の報告結果について」（様式1_病棟票）より集計

※退院患者数は「院内の他病棟へ転棟」「終了（死亡退院等）」を除いた値

図表 2-4 退院先の場所別の入院患者の状況（割合）

二次医療圏	院内の 他病棟へ 転棟	家庭へ 退院	他の病 院、診療 所へ転院	介護老人 保健施設 に入所	介護老人 福祉施設 に入所	介護医療 院に入所	社会福祉 施設・有料 老人ホーム 等に入所	終了 (死亡退 院等)	その他
全国	20.5%	64.3%	6.0%	1.1%	1.2%	0.1%	1.8%	4.5%	0.5%
静岡県	20.7%	65.2%	5.3%	1.2%	0.9%	0.2%	1.3%	4.8%	0.4%
賀茂	18.5%	57.4%	7.9%	2.4%	1.6%	0.1%	2.2%	9.9%	0.1%
熱海伊東	15.8%	66.5%	5.5%	2.2%	0.7%	0.0%	2.8%	6.4%	0.1%
駿東田方	24.3%	60.9%	5.6%	0.9%	0.7%	0.2%	1.4%	5.4%	0.8%
富士	12.8%	70.4%	6.1%	1.5%	1.0%	0.1%	1.9%	5.8%	0.3%
静岡	24.1%	62.5%	5.2%	1.3%	1.0%	0.1%	1.4%	4.4%	0.1%
志太榛原	17.0%	68.9%	5.2%	1.9%	1.0%	0.2%	1.1%	4.6%	0.0%
中東遠	17.8%	63.6%	7.5%	1.4%	1.3%	0.4%	1.4%	5.6%	1.1%
西部	20.2%	68.8%	4.1%	1.0%	1.0%	0.2%	0.7%	3.9%	0.2%

出典：厚生労働省、「令和 4 年度病床機能報告の報告結果について」（様式 1_病棟票）より集計

図表 2-5 病床機能別 退院先の場所別の入院患者の状況

病床機能	二次医療圏	院内の他病棟へ転棟	家庭へ退院	他の病院、診療所へ転院	介護老人保健施設に入所	介護老人福祉施設に入所	介護医療院に入所	社会福祉施設・有料老人ホーム等に入所	終了（死亡退院等）	その他
高度急性期	全国	1,727,600	2,843,279	258,701	10,903	12,104	550	27,579	142,644	31,762
	静岡県	55,921	101,271	5,443	692	774	12	834	5,016	85
	賀茂	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	熱海伊東	481	44	40	1	0	0	0	86	0
	駿東田方	14,246	15,246	385	3	25	0	57	1,408	3
	富士	1,025	4,131	380	36	44	1	102	291	5
	静岡	17,420	29,239	1,875	203	206	2	402	1,171	30
	志太榛原	2,507	3,830	184	34	12	0	33	200	1
	中東遠	3,981	8,281	770	59	102	1	97	381	38
	西部	16,261	40,500	1,809	356	385	8	143	1,479	8
急性期	全国	1,713,180	7,391,223	641,846	108,544	126,280	6,754	187,197	369,485	48,949
	静岡県	35,333	171,931	15,977	2,889	2,471	182	3,312	9,293	1,411
	賀茂	917	2,780	353	89	77	0	72	345	5
	熱海伊東	1,392	7,988	569	244	90	0	302	513	3
	駿東田方	9,509	40,906	4,516	412	318	74	873	2,378	754
	富士	2,606	15,879	1,319	161	195	0	276	893	3
	静岡	5,271	26,664	2,543	663	619	30	692	1,605	31
	志太榛原	5,182	26,031	2,058	635	387	0	408	1,375	16
	中東遠	2,992	14,687	1,926	130	229	1	196	634	364
	西部	7,464	36,996	2,693	555	556	77	493	1,550	235
回復期	全国	110,121	917,623	106,997	62,054	52,400	6,367	81,845	76,454	6,597
	静岡県	2,154	20,232	1,878	1,689	823	228	1,263	1,822	133
	賀茂	135	624	93	51	17	6	45	63	0
	熱海伊東	52	557	28	26	0	0	31	3	0
	駿東田方	457	4,944	538	332	250	29	344	411	0
	富士	395	2,264	212	243	58	4	204	149	99
	静岡	297	3,263	340	310	120	22	175	262	13
	志太榛原	116	1,707	103	188	40	11	64	27	0
	中東遠	279	2,881	296	311	157	34	233	359	13
	西部	423	3,992	268	228	181	122	167	548	8
慢性期	全国	54,355	167,522	43,998	19,374	18,862	6,318	27,860	199,185	4,069
	静岡県	913	2,715	750	395	253	322	297	5,900	47
	賀茂	70	73	30	3	6	0	14	194	0
	熱海伊東	130	73	75	18	2	0	35	228	15
	駿東田方	322	455	180	123	82	83	100	1,278	5
	富士	82	252	35	52	34	16	37	521	1
	静岡	127	304	126	53	34	1	32	1,167	1
	志太榛原	0	43	53	32	21	63	12	517	2
	中東遠	29	134	57	69	39	109	31	930	21
	西部	153	1,381	194	45	35	50	36	1,065	2

出典：厚生労働省、「令和4年度病床機能報告の報告結果について」（様式1_病棟票）より集計

図表 2-6 病床機能別 退院先の場所別の入院患者の状況（割合）

病床機能	二次医療圏	院内の 他病棟へ 転棟	家庭へ 退院	他の病 院、診療 所へ転院	介護老人 保健施設 に入所	介護老人 福祉施設 に入所	介護医療 院に入所	社会福祉 施設・有料 老人ホーム等に入 所	終了 (死亡退 院等)	その他
高度急性期	全国	34.2%	56.2%	5.1%	0.2%	0.2%	0.0%	0.5%	2.8%	0.6%
	静岡県	32.9%	59.6%	3.2%	0.4%	0.5%	0.0%	0.5%	2.9%	0.0%
	賀茂	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	熱海伊東	73.8%	6.7%	6.1%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	13.2%	0.0%
	駿東田方	45.4%	48.6%	1.2%	0.0%	0.1%	0.0%	0.2%	4.5%	0.0%
	富士	17.0%	68.7%	6.3%	0.6%	0.7%	0.0%	1.7%	4.8%	0.1%
	静岡	34.5%	57.8%	3.7%	0.4%	0.4%	0.0%	0.8%	2.3%	0.1%
	志太榛原	36.9%	56.3%	2.7%	0.5%	0.2%	0.0%	0.5%	2.9%	0.0%
	中東遠	29.0%	60.4%	5.6%	0.4%	0.7%	0.0%	0.7%	2.8%	0.3%
	西部	26.7%	66.4%	3.0%	0.6%	0.6%	0.0%	0.2%	2.4%	0.0%
急性期	全国	16.2%	69.8%	6.1%	1.0%	1.2%	0.1%	1.8%	3.5%	0.5%
	静岡県	14.6%	70.8%	6.6%	1.2%	1.0%	0.1%	1.4%	3.8%	0.6%
	賀茂	19.8%	59.9%	7.6%	1.9%	1.7%	0.0%	1.6%	7.4%	0.1%
	熱海伊東	12.5%	72.0%	5.1%	2.2%	0.8%	0.0%	2.7%	4.6%	0.0%
	駿東田方	15.9%	68.5%	7.6%	0.7%	0.5%	0.1%	1.5%	4.0%	1.3%
	富士	12.2%	74.4%	6.2%	0.8%	0.9%	0.0%	1.3%	4.2%	0.0%
	静岡	13.8%	70.0%	6.7%	1.7%	1.6%	0.1%	1.8%	4.2%	0.1%
	志太榛原	14.4%	72.1%	5.7%	1.8%	1.1%	0.0%	1.1%	3.8%	0.0%
	中東遠	14.1%	69.4%	9.1%	0.6%	1.1%	0.0%	0.9%	3.0%	1.7%
	西部	14.7%	73.1%	5.3%	1.1%	1.1%	0.2%	1.0%	3.1%	0.5%
回復期	全国	7.8%	64.6%	7.5%	4.4%	3.7%	0.4%	5.8%	5.4%	0.5%
	静岡県	7.1%	66.9%	6.2%	5.6%	2.7%	0.8%	4.2%	6.0%	0.4%
	賀茂	13.1%	60.3%	9.0%	4.9%	1.6%	0.6%	4.4%	6.1%	0.0%
	熱海伊東	7.5%	79.9%	4.0%	3.7%	0.0%	0.0%	4.4%	0.4%	0.0%
	駿東田方	6.3%	67.7%	7.4%	4.5%	3.4%	0.4%	4.7%	5.6%	0.0%
	富士	10.9%	62.4%	5.8%	6.7%	1.6%	0.1%	5.6%	4.1%	2.7%
	静岡	6.2%	68.0%	7.1%	6.5%	2.5%	0.5%	3.6%	5.5%	0.3%
	志太榛原	5.1%	75.7%	4.6%	8.3%	1.8%	0.5%	2.8%	1.2%	0.0%
	中東遠	6.1%	63.1%	6.5%	6.8%	3.4%	0.7%	5.1%	7.9%	0.3%
	西部	7.1%	67.2%	4.5%	3.8%	3.0%	2.1%	2.8%	9.2%	0.1%
慢性期	全国	10.0%	30.9%	8.1%	3.6%	3.5%	1.2%	5.1%	36.8%	0.8%
	静岡県	7.9%	23.4%	6.5%	3.4%	2.2%	2.8%	2.6%	50.9%	0.4%
	賀茂	17.9%	18.7%	7.7%	0.8%	1.5%	0.0%	3.6%	49.7%	0.0%
	熱海伊東	22.6%	12.7%	13.0%	3.1%	0.3%	0.0%	6.1%	39.6%	2.6%
	駿東田方	12.3%	17.3%	6.8%	4.7%	3.1%	3.2%	3.8%	48.6%	0.2%
	富士	8.0%	24.5%	3.4%	5.0%	3.3%	1.6%	3.6%	50.6%	0.1%
	静岡	6.9%	16.5%	6.8%	2.9%	1.8%	0.1%	1.7%	63.3%	0.1%
	志太榛原	0.0%	5.8%	7.1%	4.3%	2.8%	8.5%	1.6%	69.6%	0.3%
	中東遠	2.0%	9.4%	4.0%	4.9%	2.7%	7.7%	2.2%	65.5%	1.5%
	西部	5.2%	46.6%	6.6%	1.5%	1.2%	1.7%	1.2%	36.0%	0.1%

出典：厚生労働省、「令和4年度病床機能報告の報告結果について」（様式1_病棟票）より集計

③ 退院後に在宅医療を必要とする患者の状況

令和3年4月～令和4年3月の1年間における退院後に在宅医療を必要とする患者のうち「退院後1か月以内に自院／他施設が在宅医療を提供する予定の患者」の割合の合計は静岡県で3.3%、全国で5.9%である。二次医療圏別にみると、「賀茂」が10.7%と最も高い。

令和3年度（令和4年度報告結果）と令和2年度（令和3年度報告結果）で人数を比較すると、静岡県は「退院後1か月以内に自院／他施設が在宅医療を提供する予定の患者」が半減し、他の3項目は増加している。

※退院した患者が在宅医療を必要とするか否かについては、各病院の判断によるものであり、「退院後1か月以内に在宅医療の実施予定が不明の患者」が一定程度（例えば、全国で6.4%）存在していることに留意が必要である。

図表 2-7 退院後に在宅医療を必要とする患者の状況

	二次医療圏	退院後1か月以内に在宅医療を必要としない患者（死亡退院含む）	退院後1か月以内に自院が在宅医療を提供する予定の患者	退院後1か月以内に他施設が在宅医療を提供する予定の患者	退院後1か月以内に在宅医療の実施予定が不明の患者
患者数	全国	12,322,648	280,987	545,527	902,598
	静岡県	330,090	3,650	8,296	19,015
	賀茂	3,666	162	366	746
	熱海伊東	10,499	88	332	52
	駿東田方	72,678	874	1,547	1,413
	富士	25,987	363	398	1,149
	静岡	63,219	1,089	1,793	6,808
	志太榛原	31,792	460	614	5,221
	中東遠	31,015	106	1,429	1,020
	西部	91,234	508	1,817	2,606
総人口10万人当たり患者数	全国	99.5	2.3	4.4	7.3
	静岡県	92.0	1.0	2.3	5.3
	賀茂	60.2	2.7	6.0	12.2
	熱海伊東	102.5	0.9	3.2	0.5
	駿東田方	113.9	1.4	2.4	2.2
	富士	69.3	1.0	1.1	3.1
	静岡	92.5	1.6	2.6	10.0
	志太榛原	70.7	1.0	1.4	11.6
	中東遠	68.9	0.2	3.2	2.3
	西部	109.9	0.6	2.2	3.1

出典：厚生労働省、「令和4年度病床機能報告の報告結果について」（様式1_病棟票）より集計

図表 2-8 （参考）退院後に在宅医療を必要とする患者の状況（令和3年度報告）

	二次医療圏	退院後1か月以内に在宅医療を必要としない患者（死亡退院含む）	退院後1か月以内に自院が在宅医療を提供する予定の患者	退院後1か月以内に他施設が在宅医療を提供する予定の患者	退院後1か月以内に在宅医療の実施予定が不明の患者
患者数	全国	12,108,614	306,688	532,142	920,313
	静岡県	313,231	7,511	8,041	15,783
	賀茂	4,123	155	481	254
	熱海伊東	9,870	127	189	4
	駿東田方	68,559	747	1,449	367
	富士	27,542	548	422	858
	静岡	53,606	3,908	1,270	6,209
	志太榛原	25,428	868	912	4,565
	中東遠	32,276	307	1,963	106
	西部	91,827	851	1,355	3,420
総人口10万人当たり患者数	全国	97.4	2.5	4.3	7.4
	静岡県	86.7	2.1	2.2	4.4
	賀茂	66.2	2.5	7.7	4.1
	熱海伊東	95.1	1.2	1.8	0.0
	駿東田方	106.7	1.2	2.3	0.6
	富士	73.0	1.5	1.1	2.3
	静岡	78.0	5.7	1.8	9.0
	志太榛原	56.2	1.9	2.0	10.1
	中東遠	71.4	0.7	4.3	0.2
	西部	110.2	1.0	1.6	4.1

出典：厚生労働省、「令和3年度病床機能報告の報告結果について」（様式1_病棟票）より集計

図表 2-9 退院後に在宅医療を必要とする患者の状況（割合）

二次医療圏	退院後1か月以内に在宅医療を必要としない患者 (死亡退院含む)	退院後1か月以内に自院が在宅医療を提供する 予定の患者数	退院後1か月以内に他施設が在宅医療を提供 する予定の患者	退院後1か月以内に在宅医療の実施予定が 不明の患者
全国	87.7%	2.0%	3.9%	6.4%
静岡県	91.4%	1.0%	2.3%	5.3%
賀茂	74.2%	3.3%	7.4%	15.1%
熱海伊東	95.7%	0.8%	3.0%	0.5%
駿東田方	95.0%	1.1%	2.0%	1.8%
富士	93.2%	1.3%	1.4%	4.1%
静岡	86.7%	1.5%	2.5%	9.3%
志太榛原	83.5%	1.2%	1.6%	13.7%
中東遠	92.4%	0.3%	4.3%	3.0%
西部	94.9%	0.5%	1.9%	2.7%

出典：厚生労働省、「令和4年度病床機能報告の報告結果について」（様式1_病棟票）より集計

図表 2-10 （参考）退院後に在宅医療を必要とする患者の状況（令和3年度報告、割合）

二次医療圏	退院後1か月以内に在宅医療を必要としない患者 (死亡退院含む)	退院後1か月以内に自院が在宅医療を提供する 予定の患者数	退院後1か月以内に他施設が在宅医療を提供 する予定の患者	退院後1か月以内に在宅医療の実施予定が 不明の患者
全国	87.3%	2.2%	3.8%	6.6%
静岡県	90.9%	2.2%	2.3%	4.6%
賀茂	82.2%	3.1%	9.6%	5.1%
熱海伊東	96.9%	1.2%	1.9%	0.0%
駿東田方	96.4%	1.1%	2.0%	0.5%
富士	93.8%	1.9%	1.4%	2.9%
静岡	82.5%	6.0%	2.0%	9.6%
志太榛原	80.0%	2.7%	2.9%	14.4%
中東遠	93.1%	0.9%	5.7%	0.3%
西部	94.2%	0.9%	1.4%	3.5%

出典：厚生労働省、「令和3年度病床機能報告の報告結果について」（様式1_病棟票）より集計

④ 在宅医療

在宅療養支援病院は静岡県内で 23 施設、在宅療養支援診療所は静岡県内で 358 施設あり、人口 10 万人当たりでは、全国と比べて少ない。二次医療圏（人口 10 万人当たり）でみると、在宅療養支援診療所の機能強化型連携は「熱海伊東」、従来型は「静岡」「賀茂」が多い。

図表 2-1-1 在宅療養支援病院・診療所数

(医療施設数)

二次医療圏	在宅療養支援病院				在宅療養支援診療所			
	合計	機能強化 型単独	機能強化 型連携	従来型	合計	機能強化 型単独	機能強化 型連携	従来型
全国	1,603	214	429	960	14,754	213	3,383	11,158
静岡県	23	3	12	8	358	6	72	280
賀茂	2	1	0	1	9	0	0	9
熱海伊東	1	0	1	0	18	0	12	6
駿東田方	7	2	2	3	58	1	18	39
富士	2	0	1	1	18	2	4	12
静岡	2	0	2	0	105	1	14	90
志太榛原	2	0	1	1	33	0	9	24
中東遠	4	0	3	1	35	2	4	29
西部	3	0	2	1	82	0	11	71

(人口 10 万人当たりの数)

二次医療圏	在宅療養支援病院				在宅療養支援診療所			
	合計	機能強化 型単独	機能強化 型連携	従来型	合計	機能強化 型単独	機能強化 型連携	従来型
全国	1.29	0.17	0.35	0.78	11.91	0.17	2.73	9.01
静岡県	0.64	0.08	0.33	0.22	9.97	0.17	2.01	7.80
賀茂	3.28	1.64	0.00	1.64	14.78	0.00	0.00	14.78
熱海伊東	0.98	0.00	0.98	0.00	17.57	0.00	11.72	5.86
駿東田方	1.10	0.31	0.31	0.47	9.09	0.16	2.82	6.11
富士	0.53	0.00	0.27	0.27	4.80	0.53	1.07	3.20
静岡	0.29	0.00	0.29	0.00	15.37	0.15	2.05	13.17
志太榛原	0.44	0.00	0.22	0.22	7.34	0.00	2.00	5.34
中東遠	0.89	0.00	0.67	0.22	7.78	0.44	0.89	6.45
西部	0.36	0.00	0.24	0.12	9.88	0.00	1.33	8.55

出典：厚生局届出施設数（R3.3.31 時点）

⑤ 退院調整部門の状況

令和3年4月～令和4年3月の1年間における退院調整部門を設置している病院の割合は静岡県で73.4%、全国で74.6%である。二次医療圏別にみると、「富士」が91.7%と最も高い一方、「熱海伊東」「駿東田方」「西部」は7割を下回っている。

図表 2-12 退院調整部門設置状況

二次医療圏	退院部門設置あり	退院部門設置なし	無回答	合計
全国	5,189	1,770	1	6,960
静岡県	102	37	0	139
賀茂	5	1	0	6
熱海伊東	4	2	0	6
駿東田方	28	13	0	41
富士	11	1	0	12
静岡	16	6	0	22
志太榛原	8	3	0	11
中東遠	12	2	0	14
西部	18	9	0	27

出典：厚生労働省、「令和4年度病床機能報告の報告結果について」（様式1_施設票）より集計

図表 2-13 退院調整部門設置状況（割合）

二次医療圏	退院部門設置あり	退院部門設置なし	無回答
全国	74.6%	25.4%	0.0%
静岡県	73.4%	26.6%	0.0%
賀茂	83.3%	16.7%	0.0%
熱海伊東	66.7%	33.3%	0.0%
駿東田方	68.3%	31.7%	0.0%
富士	91.7%	8.3%	0.0%
静岡	72.7%	27.3%	0.0%
志太榛原	72.7%	27.3%	0.0%
中東遠	85.7%	14.3%	0.0%
西部	66.7%	33.3%	0.0%

出典：厚生労働省、「令和4年度病床機能報告の報告結果について」（様式1_施設票）より集計

退院調整部門に勤務する職員数について看護職員をみると、静岡県内で「看護職員_専従（実人数）」は214人、「看護職員_専任（常勤換算数）」は107.0人で、退院患者10万人当たりの職員数は「看護職員_専従」が全国と比べてやや多い。MSWについては、静岡県内で「MSW_専従（実人数）」は220人、「MSW_専任（常勤換算数）」は113.9人で、退院患者10万人当たりの職員数は、「MSW_専従」で全国と比べて少ない。

図表 2-14 退院調整部門に勤務する職員数

	二次医療圏	医師_専従 (実人数)	医師_専任 (常勤換算数)	看護職員_専従 (実人数)	看護職員_専任 (常勤換算数)	MSW_専従 (実人数)		MSW_専任 (常勤換算数)	
							うち社会福祉士		うち社会福祉士
職員数	全国	132	531.5	7,255	4,621.0	10,712	9,176	4,870.3	4,278.5
	静岡県	6	16.1	214	107.0	220	174	113.9	87.4
	賀茂	0	0	2	3.0	5	2	2.0	1.0
	熱海伊東	0	0	2	5.0	4	4	6.0	6.0
	駿東田方	1	5.5	53	16.1	43	39	22.1	20.1
	富士	5	1	19	5.8	34	28	5.8	4.0
	静岡	0	5.5	54	16.2	47	33	14.8	11.0
	志太榛原	0	1.1	20	8.5	31	19	12.0	6.0
	中東遠	0	0	32	17.5	22	15	13.6	7.6
	西部	0	3	32	34.9	34	34	37.6	31.7
総人口10万人当たり職員数	全国	0.11	0.43	5.86	3.73	8.65	7.41	3.93	3.45
	静岡県	0.17	0.45	5.96	2.98	6.13	4.85	3.17	2.44
	賀茂	0.00	0.00	3.28	4.93	8.21	3.28	3.28	1.64
	熱海伊東	0.00	0.00	1.95	4.88	3.91	3.91	5.86	5.86
	駿東田方	0.16	0.86	8.31	2.52	6.74	6.11	3.46	3.15
	富士	1.33	0.27	5.06	1.55	9.06	7.46	1.55	1.07
	静岡	0.00	0.80	7.90	2.37	6.88	4.83	2.17	1.61
	志太榛原	0.00	0.24	4.45	1.89	6.90	4.23	2.67	1.33
	中東遠	0.00	0.00	7.11	3.89	4.89	3.33	3.02	1.69
	西部	0.00	0.36	3.86	4.20	4.10	4.10	4.53	3.82
退院患者10万人当たり職員数	全国	1.00	4.01	54.70	34.84	80.77	69.19	36.72	32.26
	静岡県	1.77	4.75	63.12	31.56	64.89	51.32	33.60	25.78
	賀茂	0.00	0.00	46.10	69.16	115.26	46.10	46.10	23.05
	熱海伊東	0.00	0.00	19.72	49.30	39.44	39.44	59.17	59.17
	駿東田方	1.41	7.74	74.61	22.66	60.53	54.90	31.11	28.30
	富士	19.20	3.84	72.96	22.27	130.55	107.51	22.27	15.36
	静岡	0.00	8.01	78.60	23.58	68.41	48.03	21.54	16.01
	志太榛原	0.00	3.06	55.60	23.63	86.19	52.82	33.36	16.68
	中東遠	0.00	0.00	102.35	55.97	70.36	47.98	43.50	24.31
	西部	0.00	3.28	34.96	38.13	37.15	37.15	41.08	34.64

出典：職員数は、厚生労働省、「令和4年度病床機能報告の報告結果について」（様式1_施設票）より集計

退院患者数は、厚生労働省、「令和4年度病床機能報告の報告結果について」（様式1_病棟票）より集計、死亡退院を除く

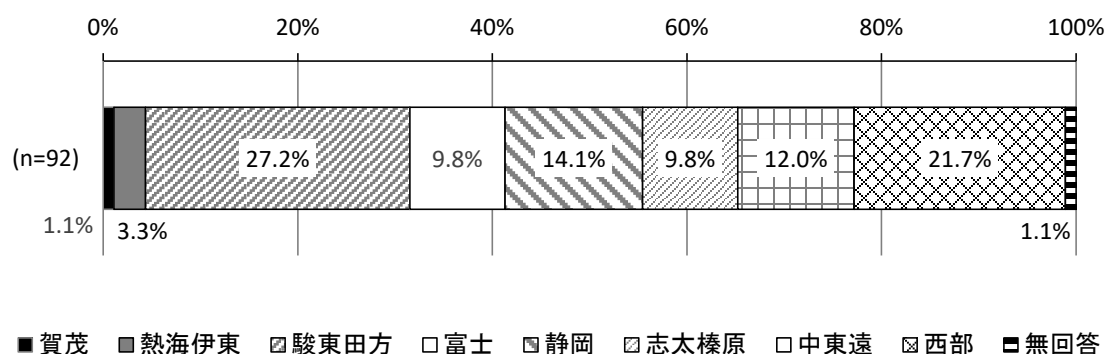
(2) アンケート調査

① 入退院支援部門の状況

ア 回答医療機関の所在圏域

回答医療機関の所在圏域は、「駿東田方」が 27.2%、「西部」が 21.7%、「静岡」が 14.1%などとなっている。

図表 2-15 回答医療機関の所在圏域（単数回答）

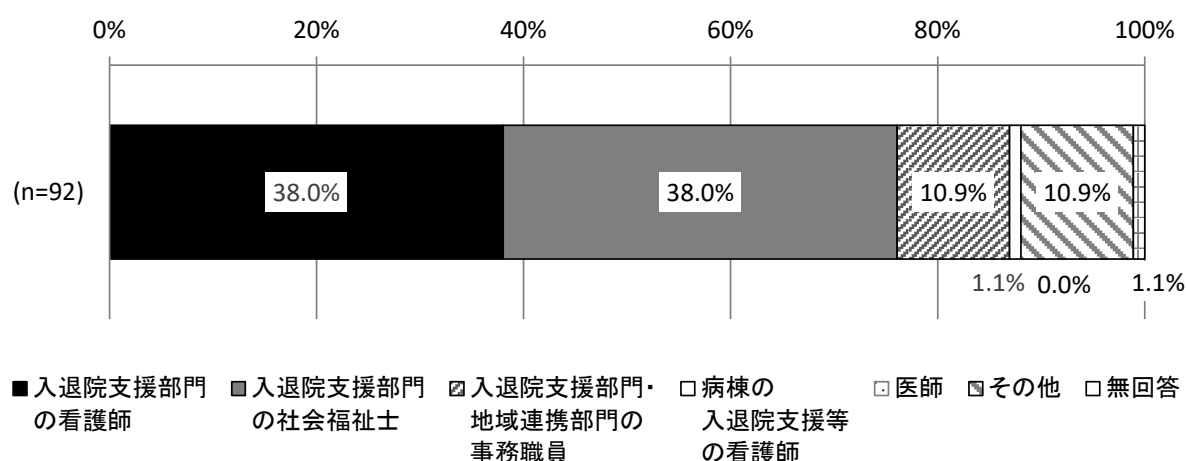


イ 回答者の属性

問2 ご回答者について（○は1つ）

回答者の属性は、「入退院支援部門の看護師」、「入退院支援部門の社会福祉士」の割合が高く、それぞれ 38.0%である。次いで、「入退院支援部門地域連携部門の事務職員（10.9%）」、「その他（10.9%）」、「病棟の入退院支援等の看護師（1.1%）」である。

図表 2-16 回答者の属性（単数回答）



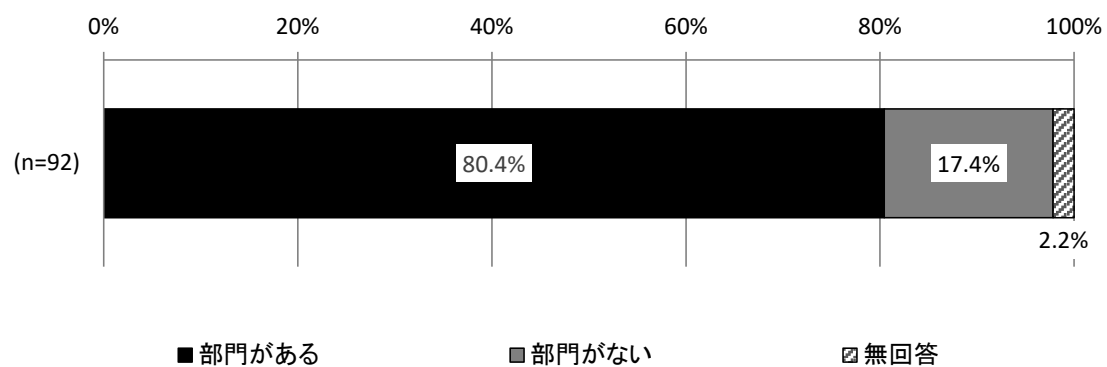
ウ 院内の入退院支援部門*の有無

*入退院支援加算を算定する「入退院支援及び地域連携業務を担う部門」

問3 院内の入退院支援部門について（○は1つ）

院内の入退院支援部門の有無は、「部門がある」のが80.4%、「部門がない」が17.4%である。

図表 2-17 院内の入退院支援部門の有無（単数回答）



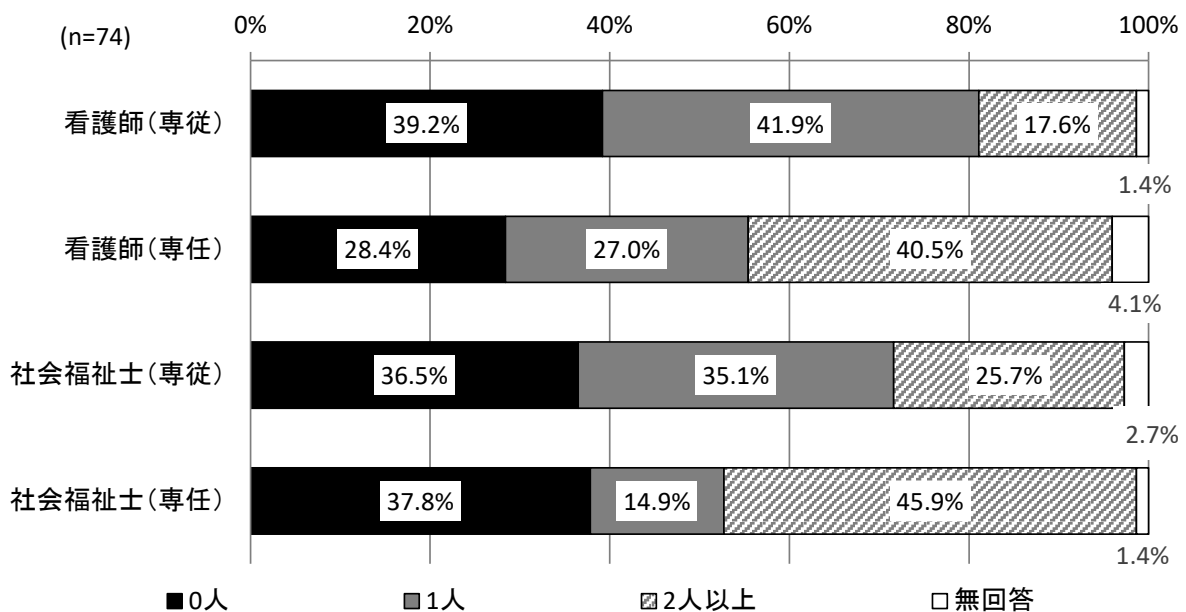
エ 入退院支援部門の専門職の職員数

問4 入退院支援部門の専門職の職員数（人数をご記入ください。4か所）

入退院支援部門がある病院に、各専門職の人数を尋ねたところ、「0人」の割合は、「看護師（専従）」で39.2%、「看護師（専任）」で28.4%、「社会福祉士（専従）」で36.5%、「社会福祉士（専任）」で37.8%であった。

また、平均人数は、「看護師（専従）」で1.3人、「看護師（専任）」で2.2人、「社会福祉士（専従）」で1.9人、「社会福祉士（専任）」で1.9人であった。

図表 2-18 入退院支援部門の専門職の職員数(数値回答) 単位：人



図表 2-19 入退院支援部門の専門職の職員数(数値回答) 単位：人

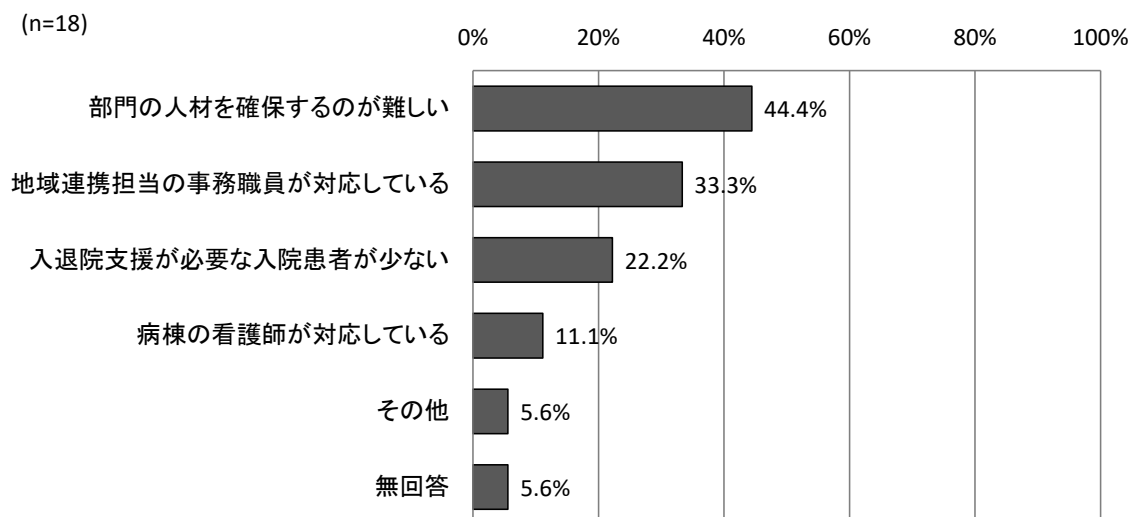
	平均	最大値	最小値	標準偏差
看護師_専従 (n=74)	1.3	12.0	0.0	2.4
看護師_専任 (n=74)	2.2	16.0	0.0	3.1
社会福祉士_専従 (n=74)	1.9	9.0	0.0	2.3
社会福祉士_専任 (n=74)	4.4	9.0	0.0	2.8

オ 入退院支援部門がない理由

問5 入退院支援部門がない理由（あてはまるものすべてに○）

入退院支援部門がない病院に、ない理由を尋ねたところ、「部門の人材を確保するのが難しい」の割合が最も高く 44.4%である。次いで、「地域連携担当の事務職員が対応している（33.3%）」、「入退院支援が必要な入院患者が少ない（22.2%）」である。

図表 2-20 入退院支援部門がない理由（複数回答）



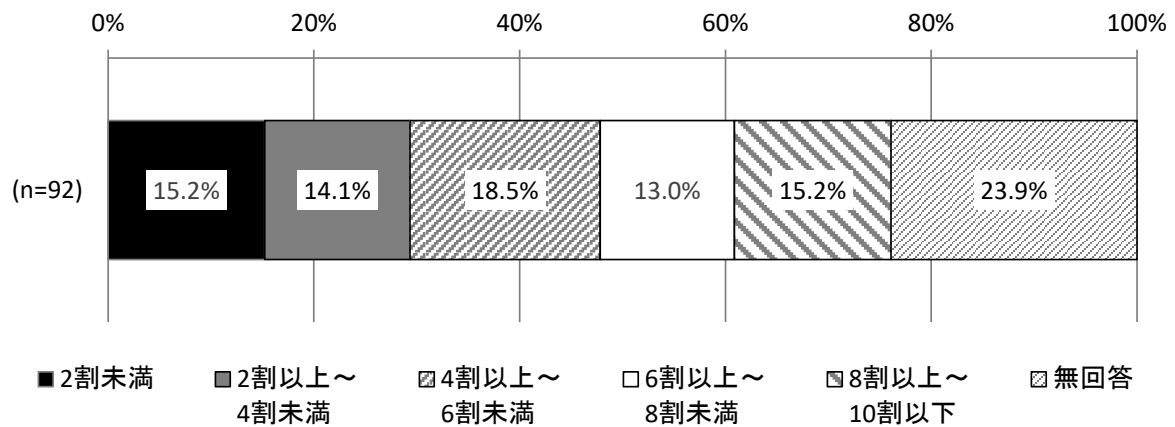
カ 退院支援必要者の割合

問 6 退院支援必要者の割合（数字を記入）

退院支援必要者の割合の分布は、「4割以上 6割未満」の割合が最も高く 18.5%である。次いで、「2割未満（15.2%）」、「8割以上 10割以下（15.2%）」である。

平均値は 4.4 割、最小値は 0 割、最大値は 9 割、標準偏差は 2.8 である。

図表 2-2 1 退院支援必要者の割合（数値回答）



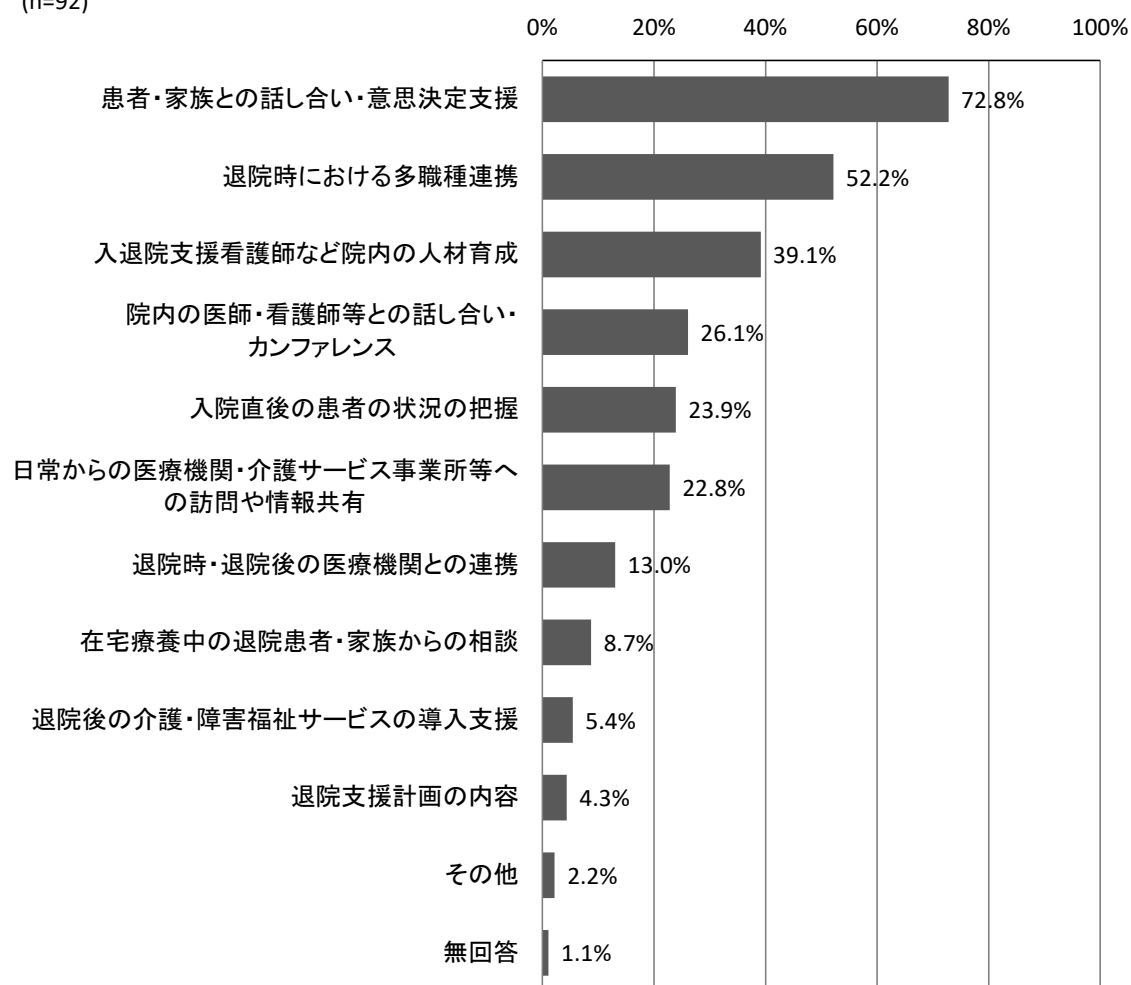
キ 入退院支援部門で今後、力を入れていきたいこと

問7 入退院支援部門で今後、力を入れていきたいこと（特に充実を図りたいこと3つまで○）

入退院支援部門で今後、力を入れていきたいことについて尋ねたところ、「患者家族との話し合い・意思決定支援」の割合が最も高く 72.8%である。次いで、「退院時における多職種連携（52.2%）」、「入退院支援看護師など院内の人材育成（39.1%）」である。

図表 2-2 2 入退院支援部門で今後、力を入れていきたいこと（最大3つまで回答）

(n=92)



ク 入退院支援専門職が学びたいこと

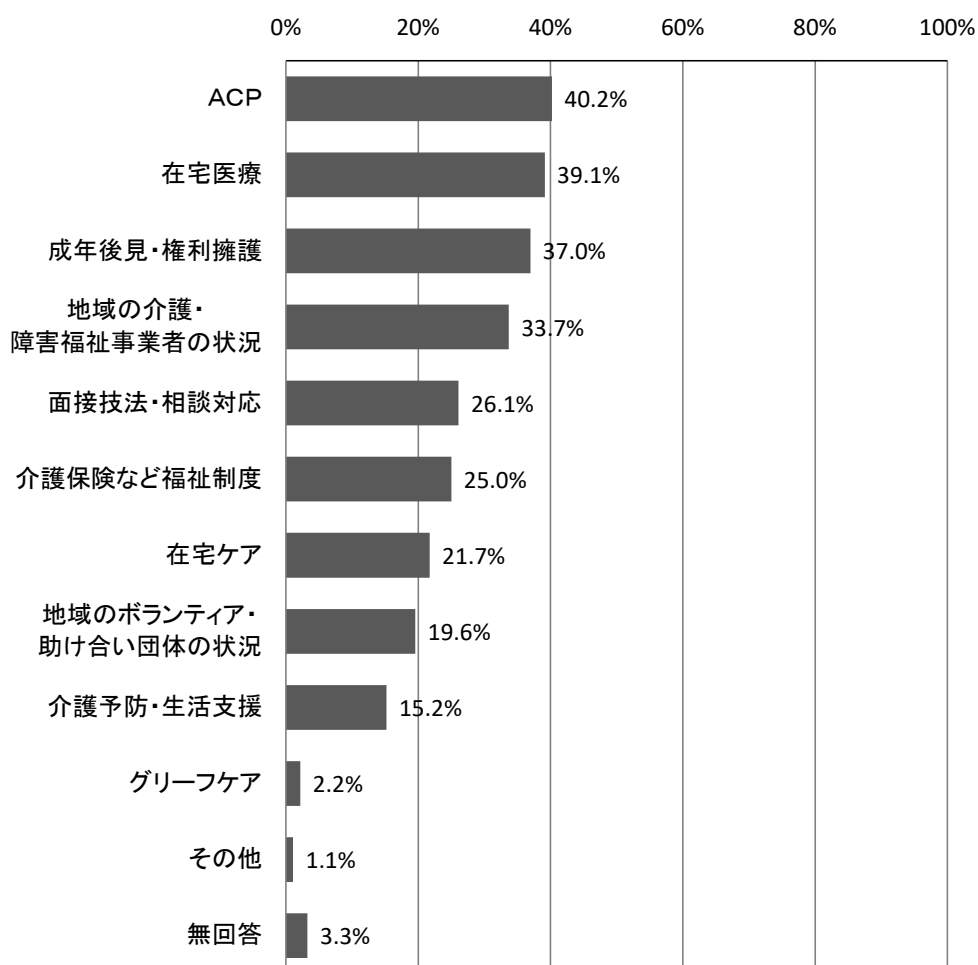
問8 入退院支援専門職が学びたいこと（特に学びたいこと3つまで○）

入退院支援専門職が学びたいことについて尋ねたところ、「ACP」の割合が最も高く 40.2%である。次いで、「在宅医療（39.1%）」、「成年後見・権利擁護（37.0%）」である。

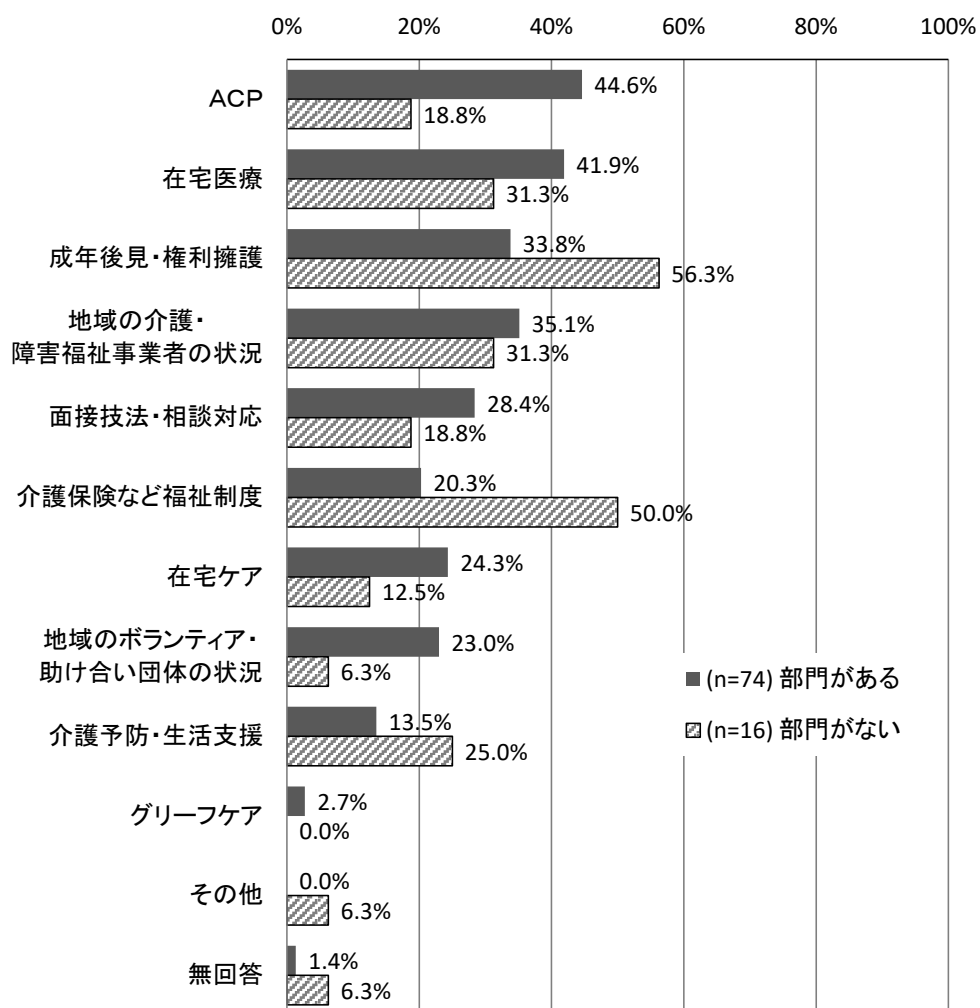
退院支援部門の有無別でみると、部門がない医療機関は「成年後見・権利擁護」、「介護保険など福祉制度」の割合が高い。

図表 2-2 3 入退院支援専門職が学びたいこと（最大3つまで回答）

(n=92)



図表 2-24 退院支援部門の有無別入退院支援専門職が学びたいこと（最大3つまで回答）



② 入退院支援の状況

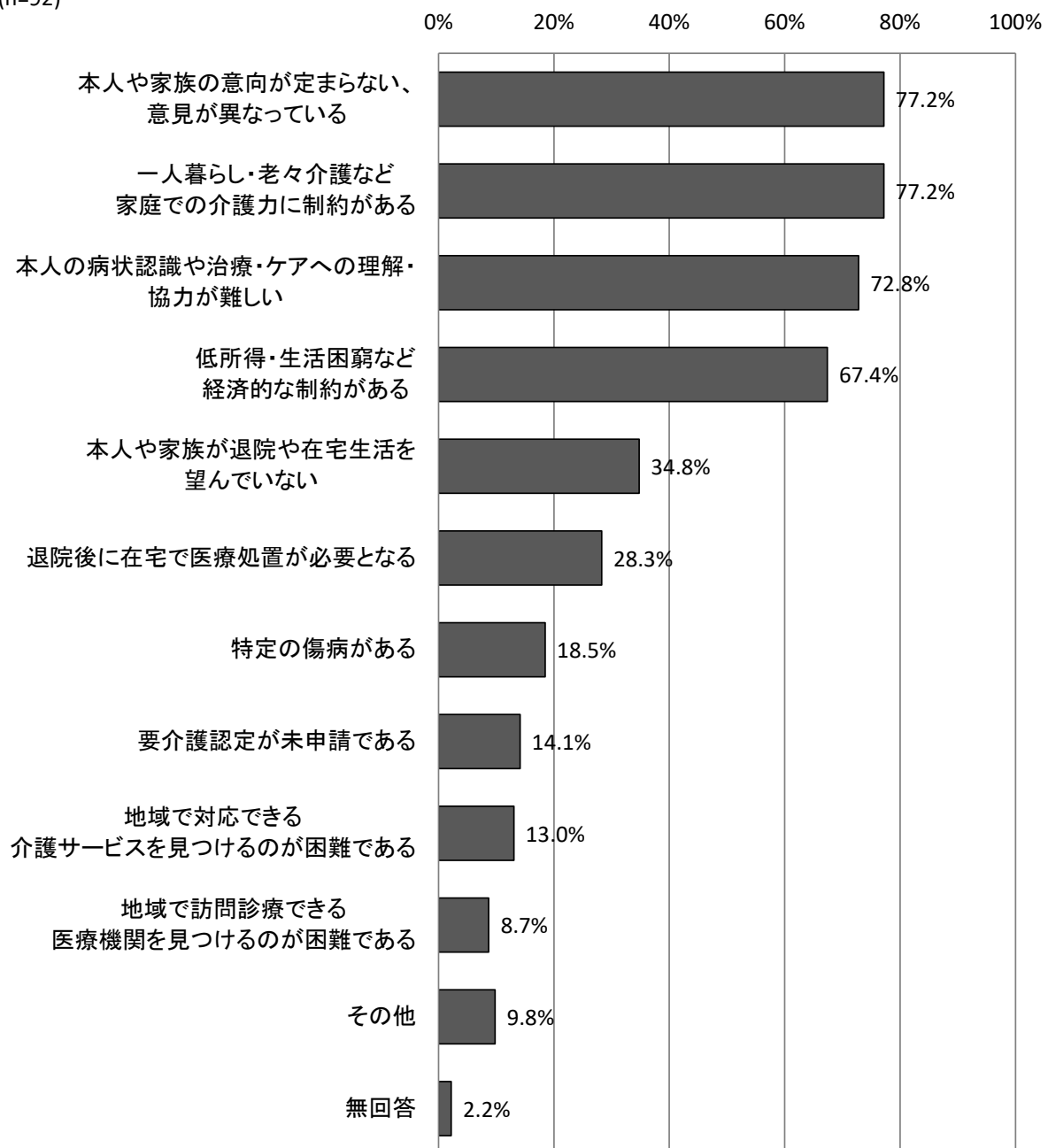
ア 退院支援が難しくなりやすい患者のタイプ

問9 退院支援が難しくなりやすい患者のタイプ（あてはまるものすべてに○）

退院支援が難しくなりやすい患者のタイプを尋ねたところ、「本人や家族の意向が定まらない、意見が異なっている」、「一人暮らし老々介護など家庭での介護力に制約がある」の割合が最も高く、それぞれ 77.2%である。次いで、「本人の病状認識や治療ケアへの理解協力が難しい（72.8%）」、「低所得生活困窮など経済的な制約がある（67.4%）」である。

図表 2-2 5 退院支援が難しくなりやすい患者のタイプ（複数回答）

(n=92)



図表 2-26 退院支援が難しくなりやすい患者のタイプ（主な回答）

【高齢独居身寄りのない方】

- ・ 高齢独居で、家族も遠方だったり疎遠だったり、直接支援いただけないケースが増えている。
- ・ 身寄りのない方、認知症などで意思決定の推測が困難な方など、退院後の療養先を決定しにくい。
- ・ 施設入所の保証人が見つけれないケース

【低所得生活困窮】

- ・ 高齢者独居、身寄りなし、金銭面で生活保護は受けられないが収入が少ない、年金が少ない高齢者、高額な薬剤を使っている、合併症が多い。
- ・ 資金面で退院先選定の調整が難しいケース

【本人、家族の理解・家族介護力】

- ・ 本人が自宅退院を希望しているが、家族の受け入れが悪く、退院支援が困難となることが多い。
- ・ 本人の病識欠如に加え、家族の病状理解が困難なケース
- ・ 他の家族と意見のすり合わせが出来ない（ベースには経済的課題、認知的な課題、対応力など課題が見受けられる場合）。

【本人家族に発達障害の方、認知症の方がいる】

- ・ おそらく発達障害のある子（キーパーソン）と高齢患者の意思決定支援
- ・ 現状、病状を受け止めができていないと、退院先、療養場所、今後の暮らし方など決めることができない。
- ・ 意思表示はできるが、医療者からみると適切な判断をすることができない場合

【医療依存度の高い方】

- ・ 腹水のコントロールが難しい、創処置、VAC 両方を受け入れできる施設が限られる。

【問題行動のある方】

- ・ 精神疾患、高次脳機能障害、学習障害、人格障害等の原因を問わないが、他者への攻撃性（暴言）、過度の期待、実現困難なこだわりがある方
- ・ 問題のある認知症（他害、大声など）

【地域資源の不足】

- ・ 各地域において、介護保険の在宅サービスが充実してきたことを感じているが、常時サービスが介入できるわけではないので、単身生活や老々介護の環境下でサービス以外の時間の過ごし方に課題やリスクを抱えるケースが多い。
- ・ 往診医、訪問看護の少なさの現状があり、在宅へ移行するむずかしさがある。

【その他】

- ・ 介護保険認定までの日数が大幅に延長しており、有期限病棟へ未申請で入棟された場合の支援が難しくなっている。
- ・ 在宅対応が難しい、介護施設入所も医療行為があってできないとのことで、当院に申し込みされるので、退院を考える患者、家族は少ない。
- ・ 外国人との価値観のズレ（日本はなんでも面倒をみていると思っている）

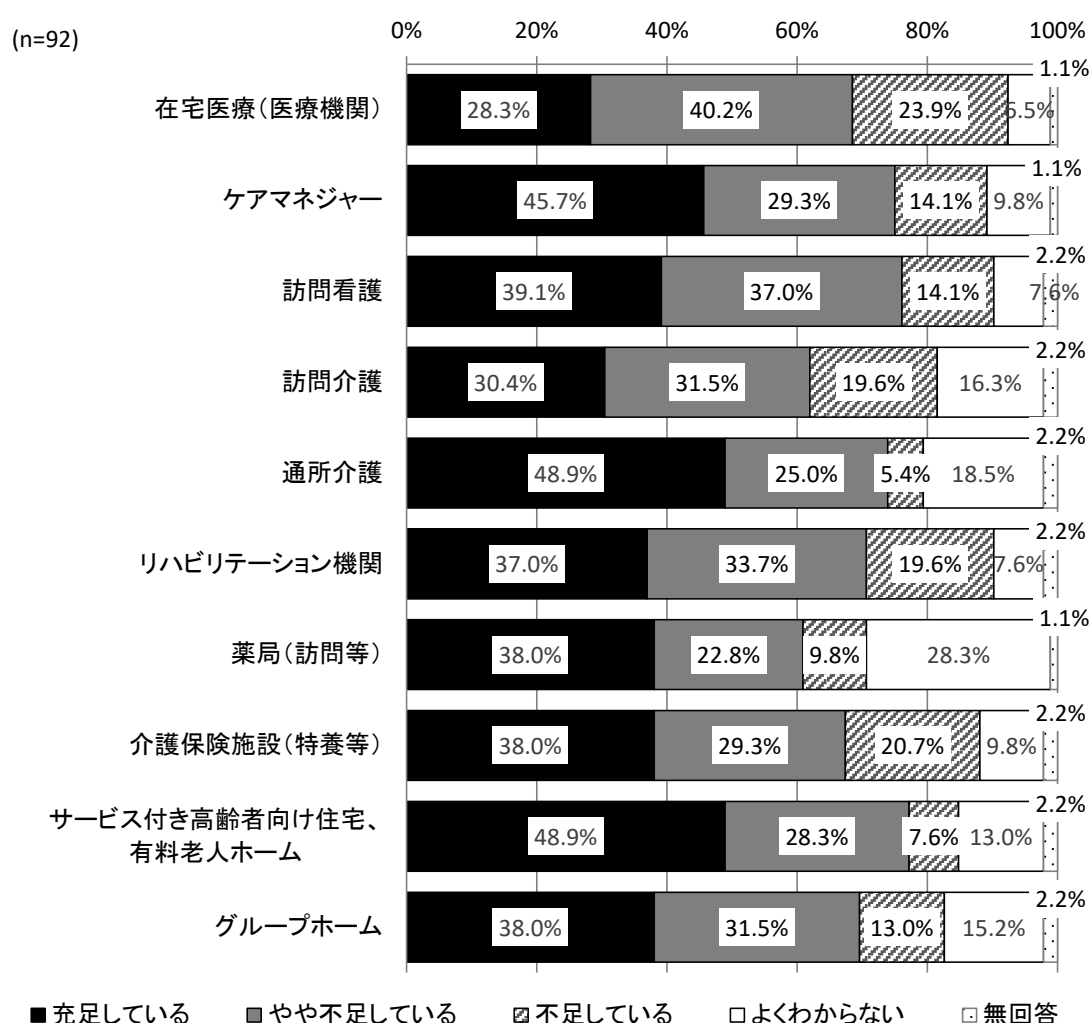
イ 患者の退院にあたり、需要と供給のバランスについて

問 1 0 患者の退院にあたり、需要と供給のバランスについて（それぞれ 1 つずつ○）

患者の退院にあたり、需要と供給のバランスについて、「充足している」の割合に着目すると、「通所介護」「サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム」における割合が最も高く 48.9%である。次いで、「ケアマネジャー（45.7%）」である。

一方で、「やや不足している」、「不足している」の割合の合計に着目すると、「在宅医療（医療機関）」における割合が最も高く 64.1%である。次いで、「リハビリテーション機関（53.3%）」、「訪問看護（51.1%）」、「訪問介護（51.1%）」である。

図表 2-27 患者の退院にあたり、需要と供給のバランスについて（それぞれ単数回答）



ウ 入院直後の患者の情報提供について、かかりつけ医やケアマネジャーに求めること

問 1 1 入院直後の患者の情報提供について、かかりつけ医やケアマネジャーに求めること

図表 2-28 入院直後の患者の情報提供について、
かかりつけ医やケアマネジャーに求めること（主な回答）

【情報の内容】

- ・ 家族構成、ADL、収入、今までの治療、本人の思い等
- ・ 入院前の在宅での様子、ADL のわかるものの情報提供を頂けると助かる。
- ・ 病歴とフォローについて薬剤調整状況
- ・ 入院前に患者がどこに通院していたのか、既往に何があり、現在薬の処方は何が出ているのか、横断的に整理していただくと大変ありがたい。
- ・ ご家族が最終的にどこですごしたいのか確認をとっているか（方針が決まっているか）。
- ・ 生活歴、家族歴、在宅でどのような生活をされていた方か、疾患の理解や今後の意向など（聴取していれば）
- ・ 在宅生活を希望してくる本人への支援内容（協力者不足の時、どのような、どこまで支援していたか？お盆の情報、今後の見通し、ACP など）
- ・ 在宅での生活状況や、大切にしていたこと、意向を教えてください。
- ・ 家族の意向をひとつにまとめてほしい。

【提供のタイミング・体制】

- ・ 入院直後の情報は詳細でなくても良いので、迅速に提出していただきたい。可能であれば入院前などに提出いただきたい。
- ・ 当院はリハビリ病院で、急性期病院からの転院での入院がほとんどなので、転院時に速やかにケアマネジャーから入院前の情報を得ることができている。

【その他】

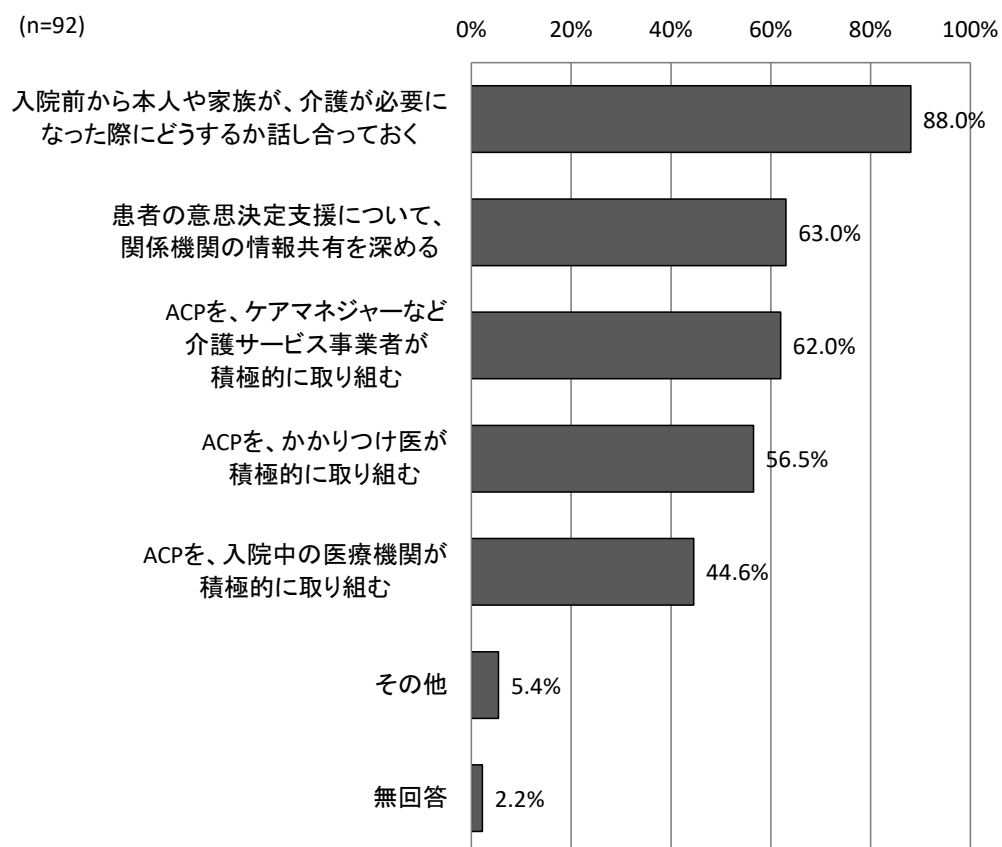
- ・ 情報提供を頂ける CM、事業者が特定されている。

エ 退院に際して、本人や家族の意思を反映させるために、充実する必要があること

問 1 2 退院に際して、本人や家族の意思を反映させるために、充実する必要があること
(あてはまるものすべてに○)

退院に際して、本人や家族の意思を反映させるために、充実する必要があることについて尋ねたところ、「入院前から本人や家族が、介護が必要になった際にするか話し合っておく」の割合が最も高く88.0%である。次いで、「患者の意思決定支援について、関係機関の情報共有を深める（63.0%）」、「ACP を、ケアマネジャーなど介護サービス事業者が積極的に取り組む（62.0%）」である。

図表 2-29 退院に際して、本人や家族の意思を反映させるために、
充実する必要があること（複数回答）



③ 多職種連携に向けて

ア 退院前カンファレンスにおけるケアマネジャーの参加率

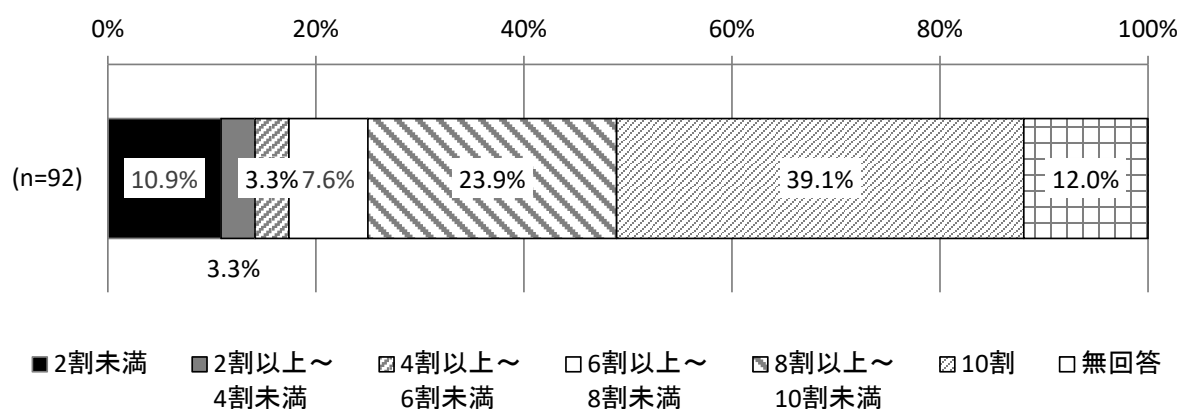
問 1 3 退院前カンファレンスにおけるケアマネジャーの参加率（ケアマネジャーがいる場合）

新型コロナウイルス感染症の流行前の退院前カンファレンスにおけるケアマネジャーの参加割合の分布は、「10 割」の割合が最も高く 39.1%である。次いで、「8 割以上 10 割未満（23.9%）」、「2 割未満（10.9%）」である。

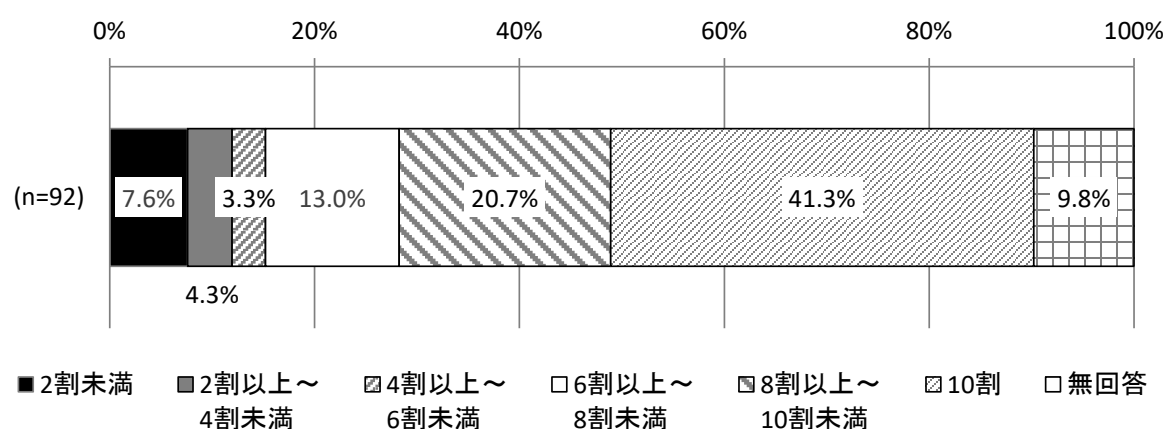
平均値は 7.7 割、最小値は 0 割、最大値は 10 割、標準偏差は 3.3 である。

令和 5 年 5 月以降の退院前カンファレンスにおけるケアマネジャーの参加割合と比べても大きな違いはみられない。

図表 2-3 0 退院前カンファレンスにおけるケアマネジャーの参加率
新型コロナウイルス感染症の流行前（数値回答）



図表 2-3 1 退院前カンファレンスにおけるケアマネジャーの参加率
令和 5 年 5 月以降（数値回答）



イ オンラインを利用したカンファレンスへのケアマネジャー参加の課題

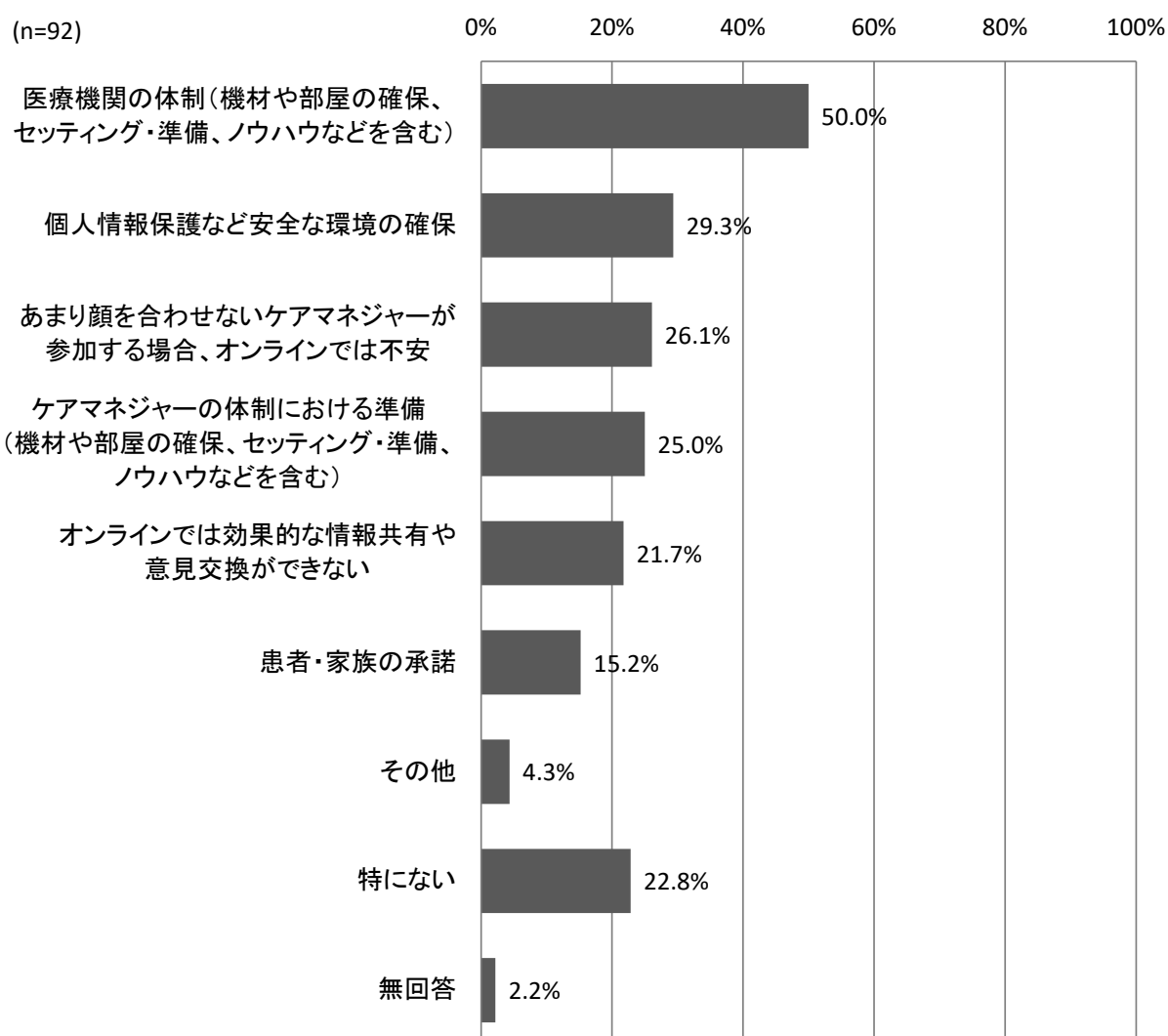
問 1 4 オンラインを利用したカンファレンスへのケアマネジャー参加の課題

(あてはまるものすべてに○、最も多いもの1つに◎)

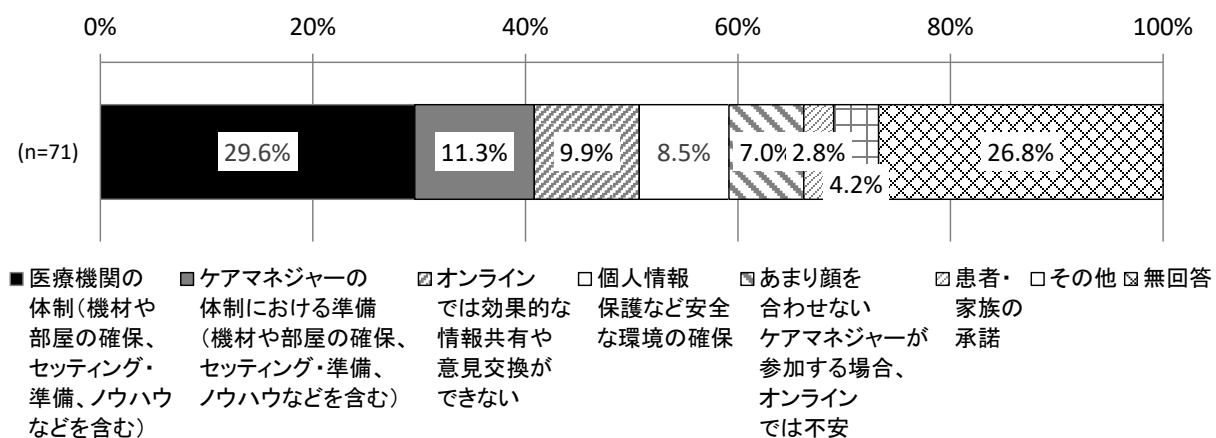
オンラインを利用したカンファレンスへのケアマネジャー参加の課題について尋ねたところ、「医療機関の体制（機材や部屋の確保、セッティング準備、ノウハウなどを含む）」の割合が最も高く 50.0%である。次いで、「個人情報保護など安全な環境の確保（29.3%）」、「あまり顔を合わせないケアマネジャーが参加する場合、オンラインでは不安（26.1%）」である。

課題のうち最も多いものをみても、「医療機関の体制（機材や部屋の確保、セッティング準備、ノウハウなどを含む）」の割合が最も高く 29.6%である。

図表 2-3 2 オンラインを利用したカンファレンスへの
ケアマネジャー参加の課題（複数回答）



図表 2-3 3 オンラインを利用したカンファレンスへの
ケアマネジャー参加の課題（最も多いもの：単数回答）

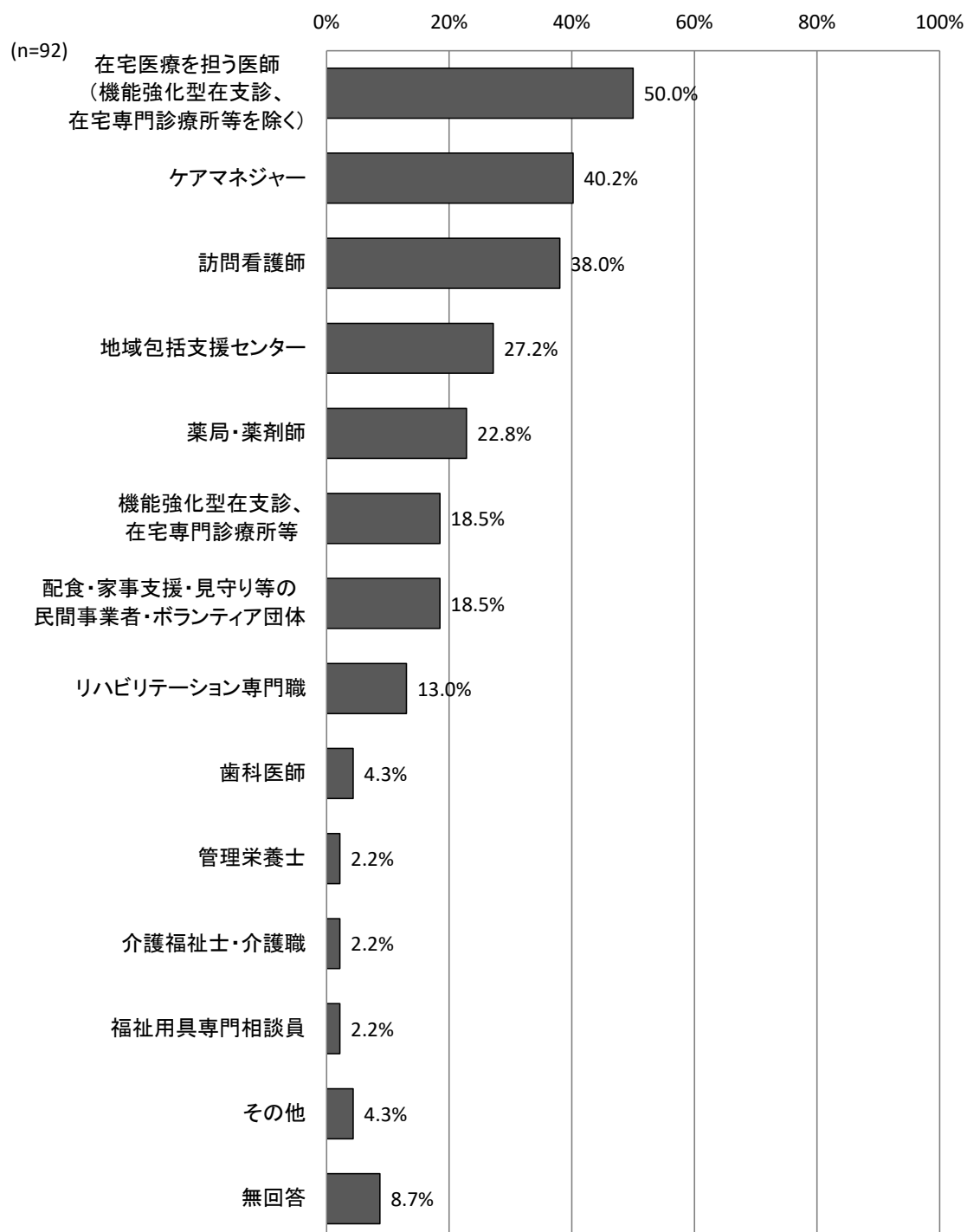


ウ 退院に向けた相談先として、これまでより連携を深めたい院外の専門職や機関

問 1 5 退院に向けた相談先として、これまでより連携を深めたい院外の専門職や機関
(特に充実させたい専門職機関を3つまで○)

退院に向けた相談先として、これまでより連携を深めたい院外の専門職や機関について尋ねたところ、「在宅医療を担う医師（機能強化型在支診、在宅専門診療所等を除く）」の割合が最も高く 50.0%である。次いで、「ケアマネジャー（40.2%）」、「訪問看護師（38.0%）」である。

図表 2-3 4 これまでより連携を深めたい院外の専門職や機関（最大3つまで回答）



エ かかりつけ医との効果的な連携

問 1 6 かかりつけ医との効果的な連携について、好事例をお教えてください。

図表 2-35 かかりつけ医との効果的な連携に関する好事例（主な回答）

【かかりつけ医の対応】

- ・ 病院として、在宅退院について不安が強く、迷っていたが、かかりつけ医側から、自宅での関わり方や過ごし方を教えていただき、直接、患者家族、ケアマネジャー等と一緒に話し合いをすることで、情報共有ができ、安心して送り出す（退院）ことができた。
- ・ 診療所より入院リハビリが必要な患者を紹介いただき、入院リハビリ終了後に自宅へ復帰し診療所へかかることになった。
- ・ 自宅退院後、訪問診療に入ってもらい、日常の診察をしてもらい、体調変化時等、入院が必要な場合等に当院へ紹介してもらうこと
- ・ かかりつけのクリニックでは無かったが、自宅での看取りを家族が希望され、早急に対応頂いた。結果、自宅に帰り2日で亡くなられたが、往診を含め家族が安心して看取りが出来た事で大変助かった。

【ネットワーク・連携システム】

- ・ 訪問診療をされている医師とネットワークを組み、終末期の看者さんが一時的にでも帰ることができやすい「賀茂地区在宅医療ネットワーク」を構築し、運用を図っている。このネットワークの利用により、在宅に帰られる看者様が増えたと同時に、訪問診療医や訪看、ヘルパー等の業務負担や精神的負担の軽減がはかられている。
- ・ 地域で取り組みバックベッドシステムにて入院可能性のある方の情報を事前に共有し、有事の際にスムーズな入院につながった。
- ・ 地域連携パスを活用し、退院時に前もって情報提供をしている。必要時、看護やリハのサマリーも提供している。

【情報共有・顔の見える関係づくり】

- ・ 医師同士が情報交換をし、電話等で医療情報（細かな内容）を提供することで連携がとれるケースあり。
- ・ 退院前カンファレンスにかかりつけ医が参加してくれた。カンファレンス後に、患者と対面し、退院前から顔の見える関係を作った。
- ・ 診療所の医師と当院の医師連携部門の職員（事務看護師 MSW）が直接顔を合わせる連絡会を年1回行っており、顔の見える関係づくりを図っている。

オ 退院後のかかりつけ医との連携における課題

問 1 7 退院後のかかりつけ医との連携について、課題があれば教えてください。

図表 2-3 6 退院後のかかりつけ医との連携における課題（主な回答）

【連携体制】

- ・ 退院時カンファレンス等、ICT など利用し、かかりつけ医が参加して頂ける体制が構築できれば理想であるが、病院 Dr とかかりつけ医の時間調整が困難であること
- ・ 退院後どのような生活しているかが見えてこない部分。再入院の可能性もあるので、上手く連携をとっていきたい。
- ・ クリニックの体制や方針がわからないと連携しにくい。連携を深めるような機会が少ない。

【情報共有】

- ・ 退院前カンファレンスに、かかりつけ医が参加してくれるととても助かる。お忙しいとは思いますが、参加をお願いしたい。
- ・ タイムリーな情報共有の仕方
- ・ 紙面（情報提供書）でのやり取りが主となっており、一方通行の連絡となっていることが多い。
- ・ 診療時間外に連絡がとれない。対応できる処置に限界がある。求める処置がしてもらえない。

【対応できる医療機関の不足】

- ・ 胸水、腹水貯留で抜水が必要な方、緩和治療で、疼痛が強く、オピオイド等持続点滴投与が必要な方などの場合、対応していただける診療所等が限られている。
- ・ 中山間地域では、かかりつけ医を自宅（患者）近くで探すことが難しい時がある。

【その他】

- ・ 紹介して受診するよう説明してもかかりつけ医に行っていないことがある。

カ 入退院により、かかりつけ医が替わるケース

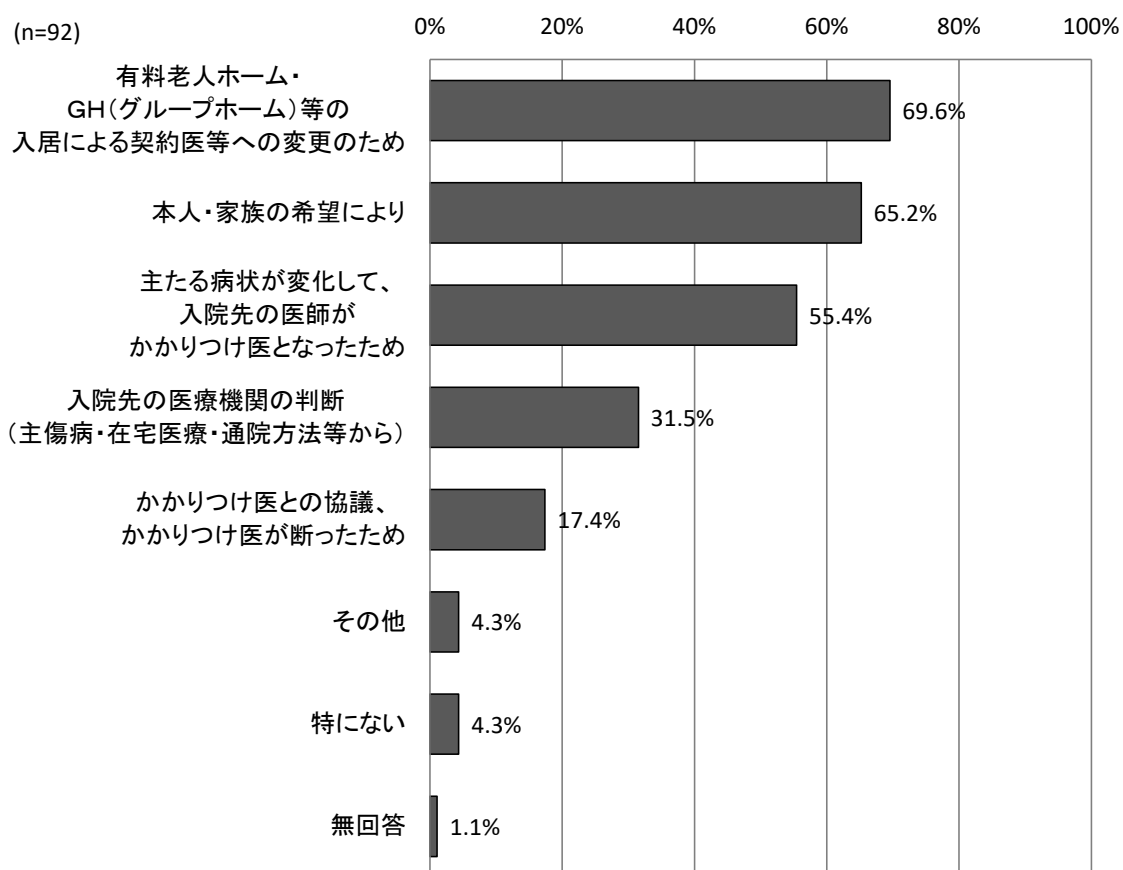
問 1 8 入退院により、かかりつけ医が替わるケース

(あてはまるものすべてに○、最も多いもの1つに◎)

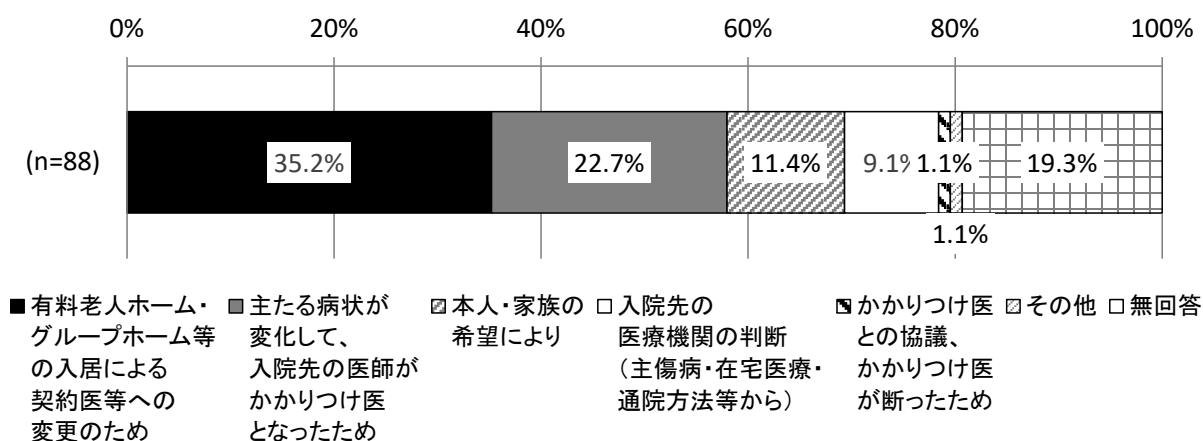
入退院により、かかりつけ医が替わるケースについて尋ねたところ、「有料老人ホームGH（グループホーム）等の入居による契約医等への変更のため（69.6%）」、「本人家族の希望により（65.2%）」、「主たる病状が変化して、入院先の医師がかかりつけ医となったため（55.4%）」の割合が高い。

最も多いものについても、「有料老人ホームGH（グループホーム）等の入居による契約医等への変更のため」の割合が最も高く 35.2%である。次いで、「主たる病状が変化して、入院先の医師がかかりつけ医となったため」が 22.7%となっている。

図表 2-3 7 入退院により、かかりつけ医が替わるケース（複数回答）



図表 2-38 入退院により、かかりつけ医が替わるケース（最も多いもの：単数回答）



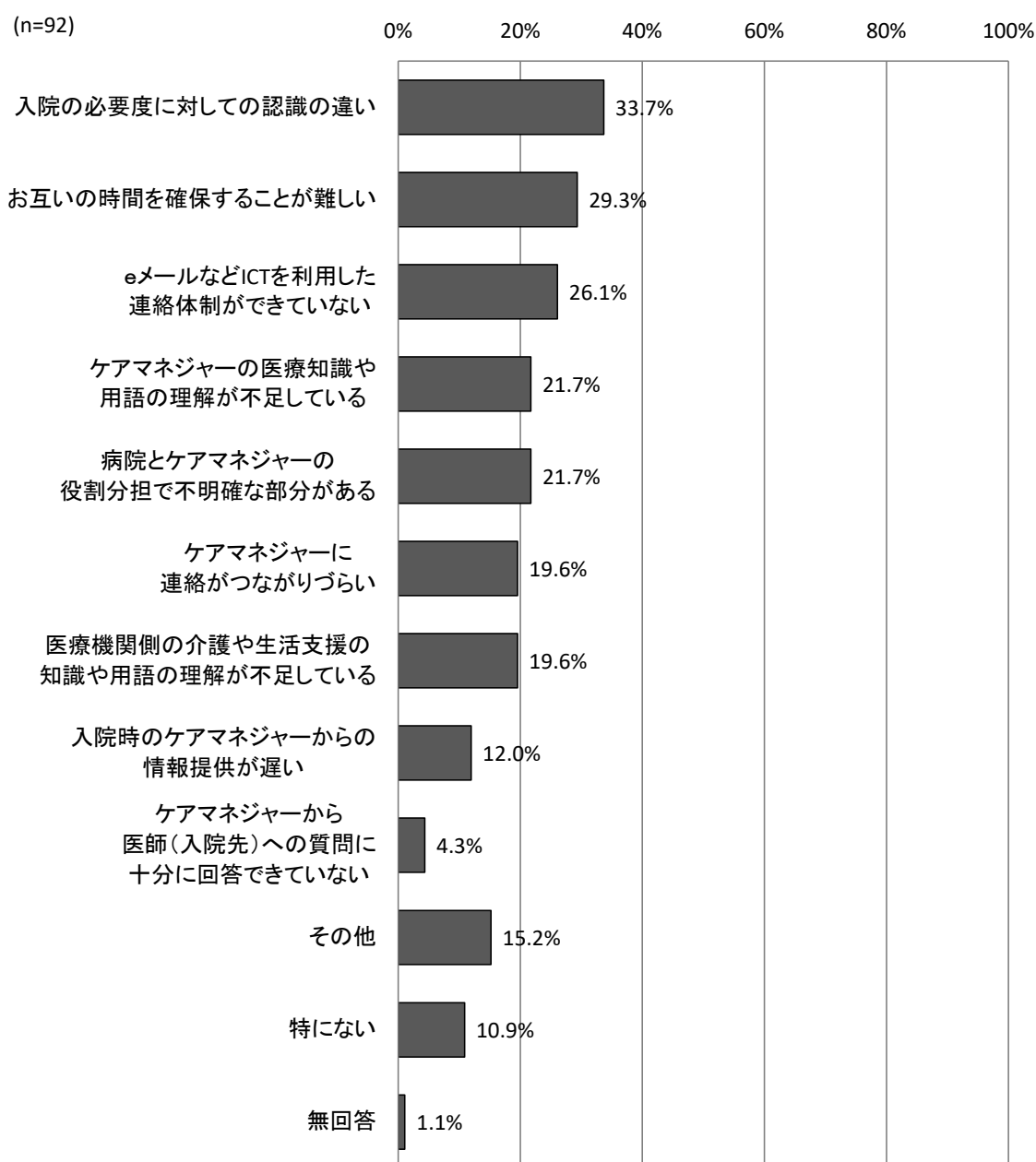
キ ケアマネジャーとの連携における課題

問 1 9 ケアマネジャーとの連携における課題（主なこと 3 つまで○）

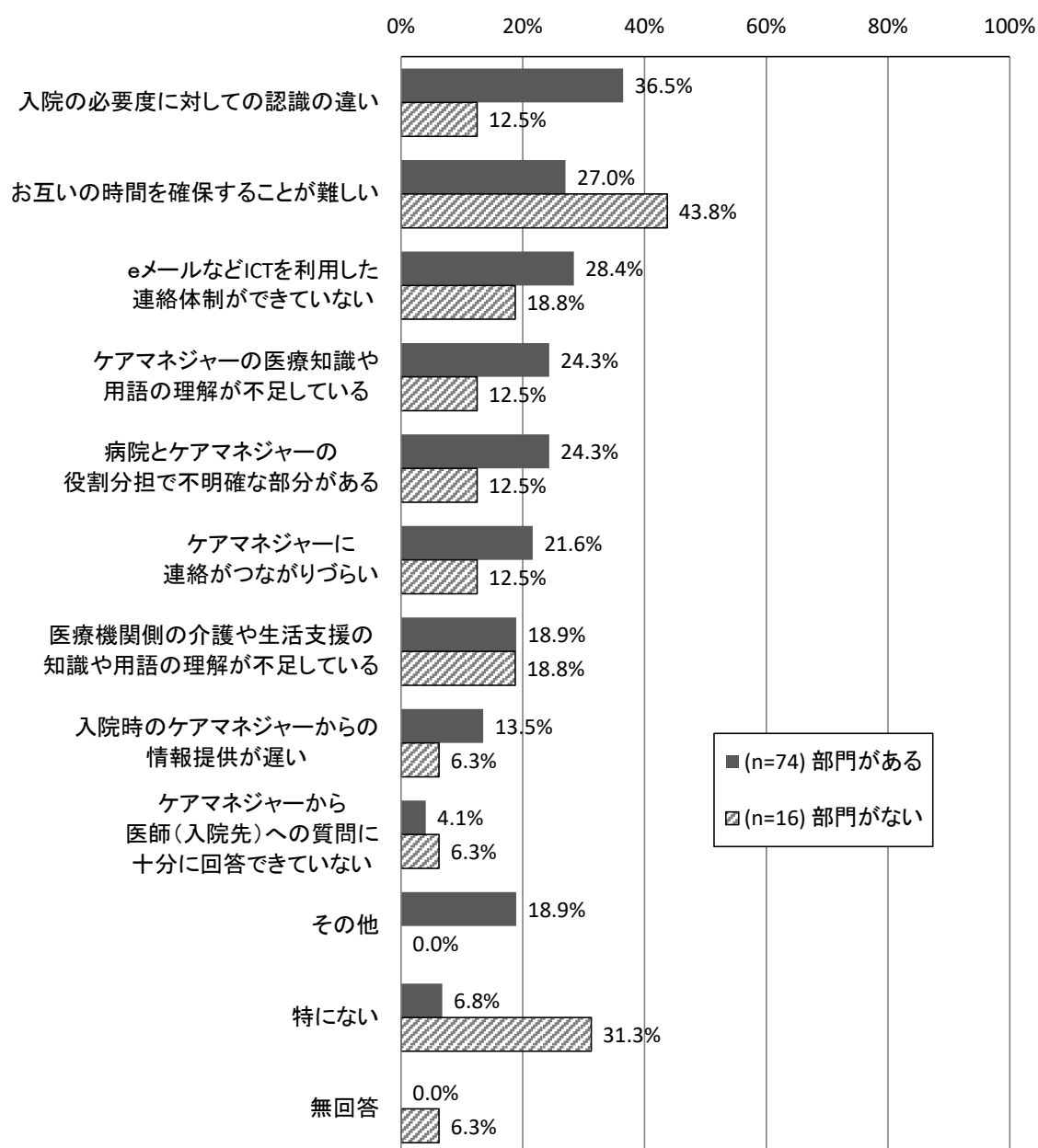
ケアマネジャーとの連携における課題について尋ねたところ、「入院の必要度に対しての認識の違い（33.7%）」、「お互いの時間を確保することが難しい（29.3%）」、「eメールなど ICT を利用した連絡体制ができていない（26.1%）」などの割合が高い。

入退院支援部門がない医療機関は、「お互いの時間を確保することが難しい」の割合が特に高い。

図表 2-3 9 ケアマネジャーとの連携における課題（最大 3 つまで回答）



図表 2-40 入退院支援部門の有無別
ケアマネジャーとの連携における課題（最大3つまで回答）



図表 2-4 1 ケアマネジャーとの連携における課題（主な回答）

【退院に向けた調整】

- ・ 医療が必要な利用者（患者）に関し、介護保険サービス外の医療系サービスが必要な場合、どこまでケアマネジャーに介入してもらえるか。実際は訪看と連携をとるケースが多い。
- ・ 高齢、独居者、認知症の方等、生活環境や医療的サポートなどの問題で、入院治療で解決できることばかりではない。入院の適応や退院までの短期間での調整に更に理解してもらえるとありがたい。

【入院についての認識】

- ・ 入院の必要性の判断が、医療機関と在宅側で認識の違いを感じる。（例：介護力の問題等の社会的入院）
- ・ ケアマネさんがこまると、入院されてもらえないか、という相談（社会的入院の依頼）
- ・ 「入院させてほしい」という事前連絡が入退院室あてに入り、こちらに電話を頂いても困ると伝えても家族がそのつもりで受診、医師から入院の必要性はないとされ、トラブルになる。
- ・ 入院の必要性の面に関して、食事摂取量等が減少し不安等の不明確な理由により、入院を希望するケースが多い。

【ケアマネジャーの技量】

- ・ ケアマネジャーにより、介入速度、状況に差がある。
- ・ ケアマネジャー一人ひとりの力量に差があり、対応に苦慮することがある。

【情報共有】

- ・ 電話 FAX のみでのやり取りとなっている。
- ・ お互いの領域に関する知識や考え方、必要とする情報の共有の仕方が難しい。

【その他】

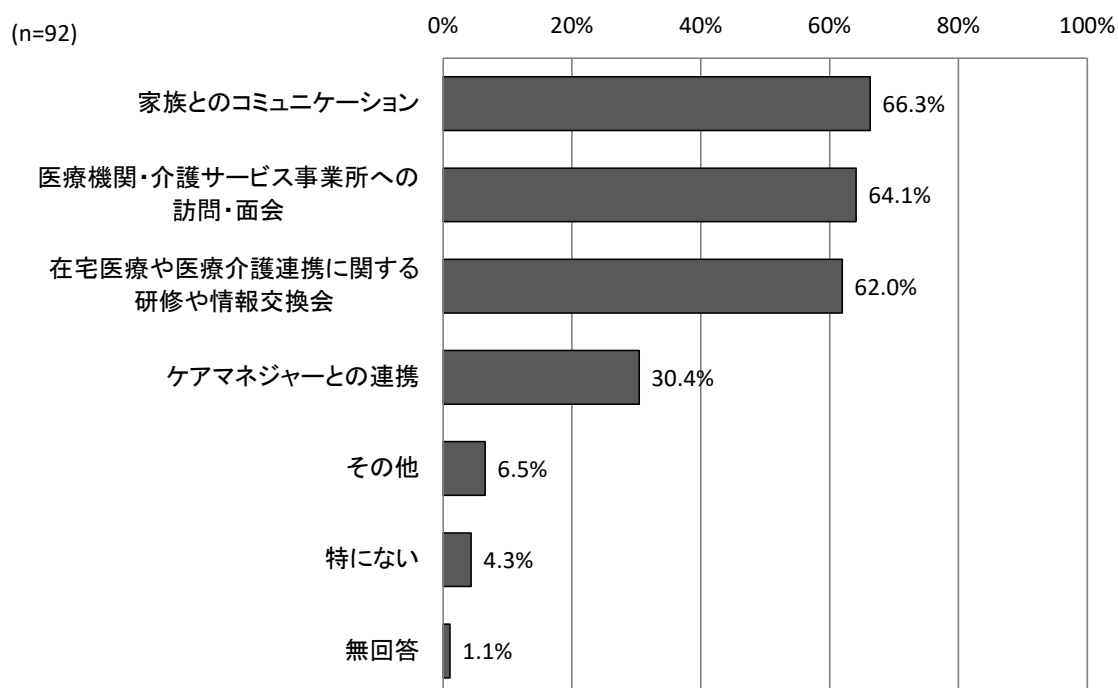
- ・ 圧倒的にマンパワー不足と感じている。

ク 新型コロナウイルス感染症の影響で減少した入退院支援

問 2 0 新型コロナウイルス感染症の影響で減少した入退院支援（あてはまるものすべてに○）

新型コロナウイルス感染症の影響で減少した入退院支援について尋ねたところ、「家族とのコミュニケーション（66.3%）」、「医療機関介護サービス事業所への訪問面会（64.1%）」、「在宅医療や医療介護連携に関する研修や情報交換会（62.0%）」の割合が高い。

図表 2-4 2 新型コロナウイルス感染症の影響で減少した入退院支援（複数回答）

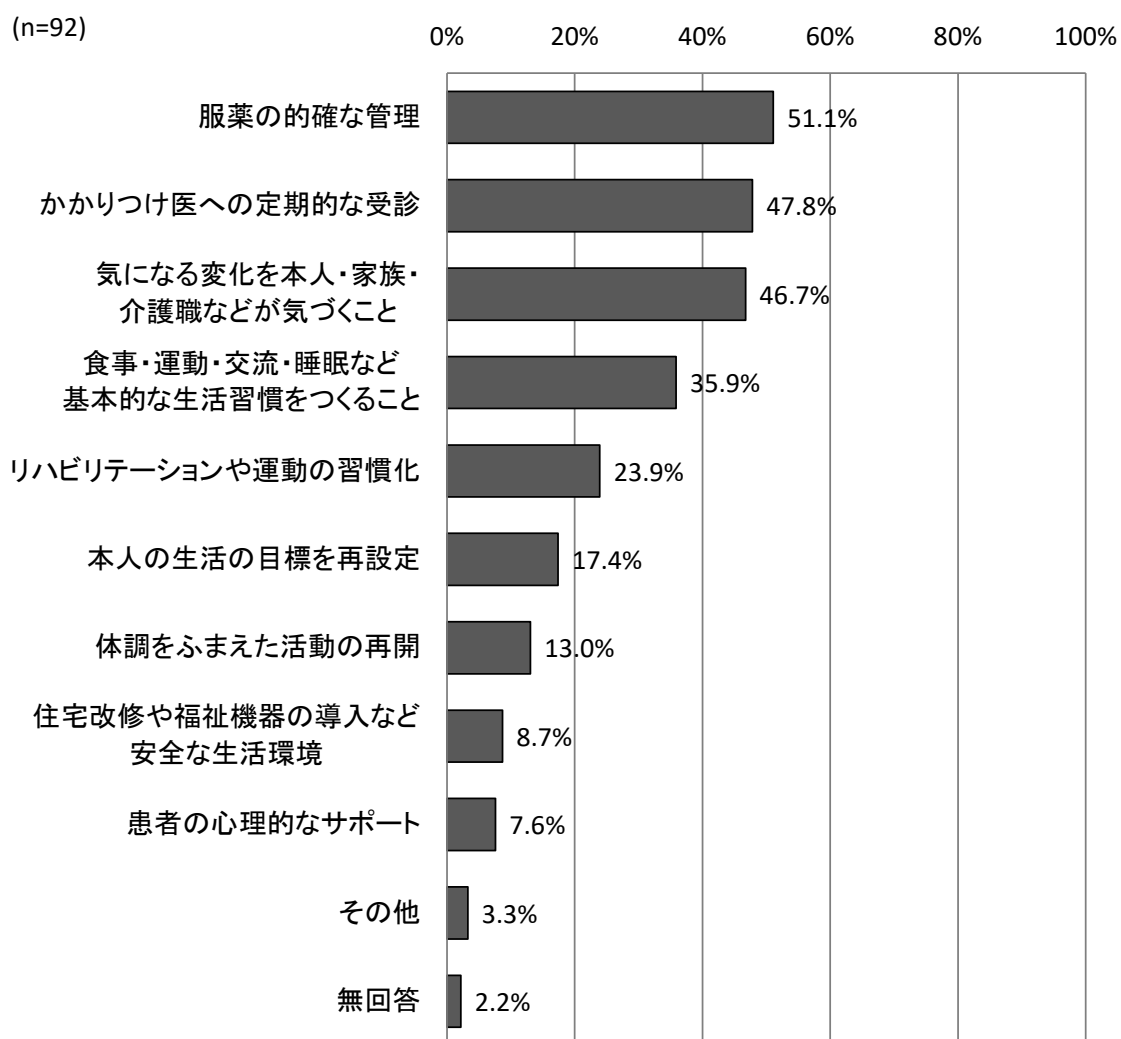


ケ 在宅での療養生活を支え再入院を防ぐための課題

問 2 1 在宅での療養生活を支え再入院を防ぐための課題
(特に改善が必要な課題、3つまで○)

在宅での療養生活を支え再入院を防ぐための課題について尋ねたところ、「服薬の的確な管理（51.1%）」、「かかりつけ医への定期的な受診（47.8%）」、「気になる変化を本人・家族・介護職などが気づくこと（46.7%）」の割合が高い。

図表 2-4 3 在宅での療養生活を支え再入院を防ぐための課題（3つまで回答）

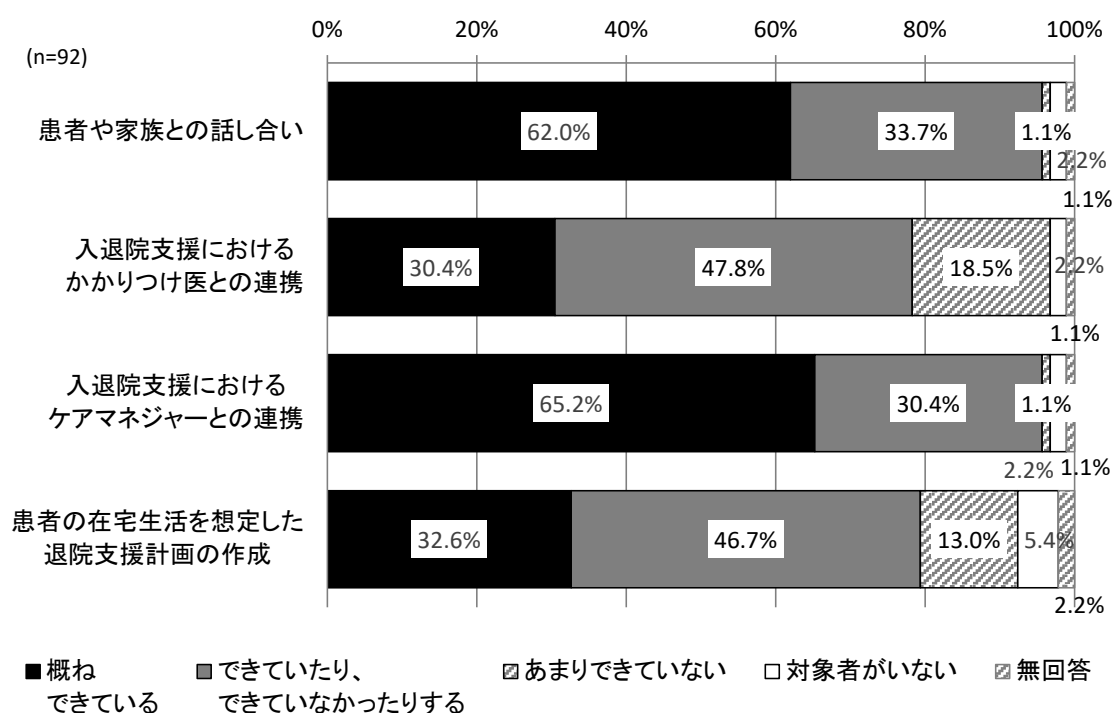


コ 入退院支援に関する状況について

問 2 2 入退院支援に関する次の状況について（それぞれ1つずつ○）

入退院支援に関する次の状況について、「概ねできている」の割合の合計に着目すると、「入退院支援におけるケアマネジャーとの連携（65.2%）」、「患者や家族との話し合い（62.0%）」で高く、「入退院支援におけるかかりつけ医との連携（30.4%）」、「患者の在宅生活を想定した退院支援計画の作成（32.6%）」で低い。

図表 2-4 4 入退院支援に関する状況について（それぞれ単数回答）



サ 円滑な入退院支援に向けた多職種連携に関する気付きや意見

問 2 3 円滑な入退院支援に向けた多職種連携について、お気づきの点やご意見をご回答ください。

図表 2-4 5 円滑な入退院支援に向けた多職種連携に関する気付きや意見（主な回答）

【個別支援の方向性の共有の場】

- ・ 院内と院外の多職種が患者のサポートについて情報共有できる場が必要と考える。
- ・ Drをはじめ、病棟職員全員と情報共有をしていくことが大切な為、カンファレンスの時間を確保ができればと思う。
- ・ 介護保険のようなサービス担当者会議が開催できればよいが、何処が主催するか、会議の調整等、大変なことが多く、現実的に会議開催ができない。
- ・ 退院前カンファレンスの充実
- ・ 入院時からアセスメントし、院外の支援者と情報共有していく。
- ・ 入院時より、Dr、Ns、MSW、セラピスト、家族、患者で退院後について方向性を確認している。目標を持ってその他に合わせたリハビリを行い、スムーズな退院、在宅療養を目指している。
- ・ 院外だけでなく、院内の多職種連携を大切にしていく。

【情報連携】

- ・ 入所、入院、退院、退院時の共通書式や要介護認定申請時の病院－看者家族－役所の連絡表を作成することで、スムーズな連携が図りやすくなると思う。
- ・ 近い将来、診療情報（電子カルテ）の共有など、ICT ツールを使用した連携の効率化ができるとよい。
- ・ 様々な ICT 支援ツールがリリースされているが、導入機関の問題もあり、あまり実用的な利用となっていない。効果的な支援が出来るよう ICT ツールの活用を模索していきたい。
- ・ 病院側から出すサマリーが在宅部門に対して有効的なものではないように思う。病院間でも統一したらどうか。

【日頃からの連携】

- ・ とにかく日お互いの仕事を理解し、感謝しあうこと
- ・ 頃から良い人間関係を保つこと
- ・ 見解の統一が難しいのだと思う。（職種により状態の受け止め方による差がある）
- ・ コロナ以降、連携を再開するにどのようにしていけばいいか足踏みをすることがある。今後は顔の見える関係作りを行って行く必要を感じている。
- ・ 多職種（看護師、MSW、ケアマネジャー、訪問看護師）と一緒に研修やグループワークなどできる機会があったらよいと感じる。

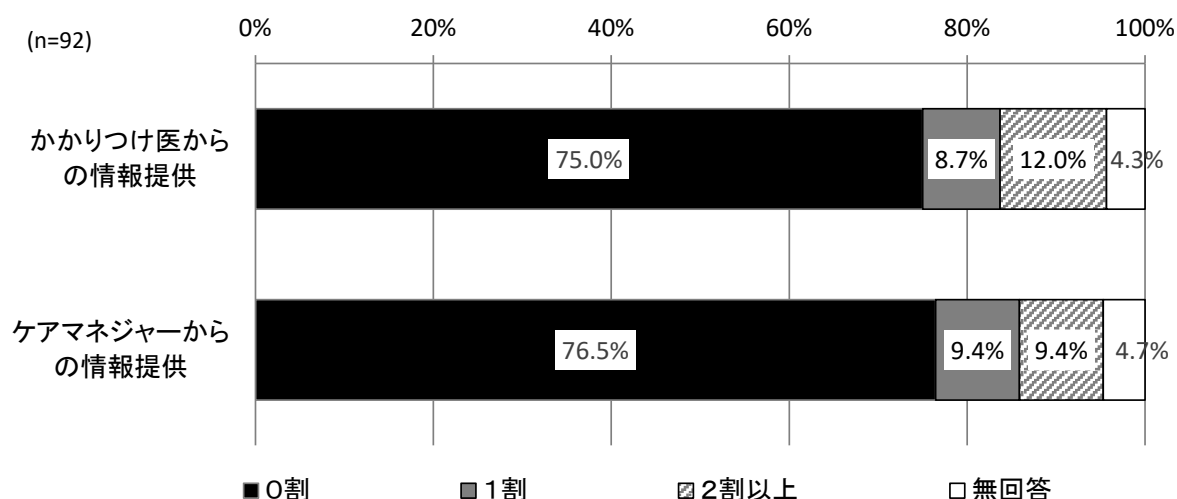
シ 退院患者について、職種間の情報共有のためのＩＣＴツールの利用状況

問 2-4 退院患者について、病院診療所介護事業所等の多職種間の情報共有のためのＩＣＴツールをどの程度、利用していますか。

退院患者について、多職種間の情報共有のためのＩＣＴツールの利用状況の割合の分布は、かかりつけ医から情報提供を受ける際については、「0割」の割合が最も高く 75.0%である。次いで、「2割以上（12.0%）」、「1割（8.7%）」である。

また、ケアマネジャーから情報提供を受ける際については、「0割」の割合が最も高く 76.5%である。次いで、「1割（9.4%）」、「2割以上（9.4%）」である。

図表 2-4 6 退院患者について、多職種間の情報共有のための
ＩＣＴツールの利用状況（数値回答）

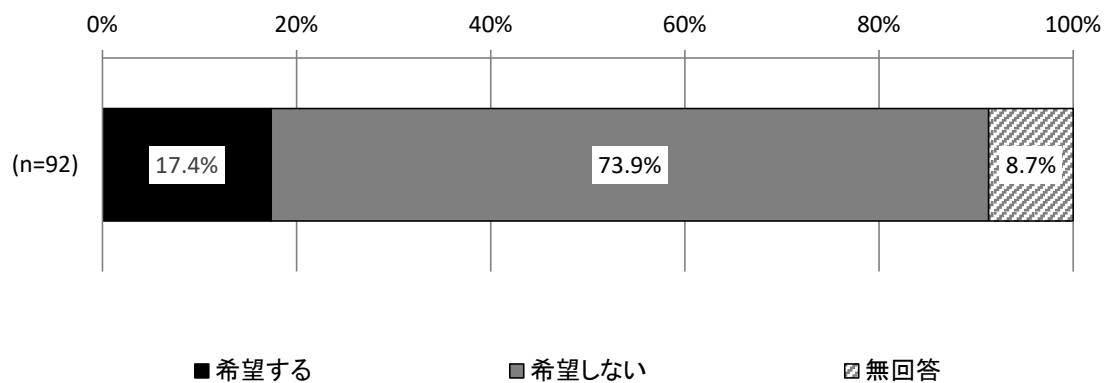


ス 「シズケア＊かけはし」の機能の説明の希望

問 2 5 情報連携のための I C T 支援ツール「シズケア＊かけはし」の機能の説明を希望しますか。（1
つに○）

「シズケア＊かけはし」の機能の説明は、「希望する」が 17.4%となっている。

図表 2-4 7 「シズケア＊かけはし」の機能の説明の希望（単数回答）



(3) ヒアリング調査

病院へのヒアリング調査による、入退院支援に関する現状と課題、具体的な工夫、提案などの主な意見は次のとおりである。

①患者・家族の意思決定支援・ACP

【現状と課題】

- ・治療方法の選択、退院後の住まいなど、本人の意思決定が重要である。本人の意思や家族の考えをふまえて、地域の医療提供体制も含めてメリットやデメリットを整理して、本人・家族・関係する専門職等と話し合っている。関係者でゴールを共有しないと大きなパワーが発生しない。
- ・急な入院が多いので治療が優先したり、普段から話し合っていないで確認ができない患者もいる。意思については入院前後で変わってもよいので、元気なうちから各自がいざというときのことを考える必要がある。
- ・入院中に短期で回復する患者は、ACPへの関心も薄れてしまいやすい。そういう方には、かかりつけ医からACPを促していただきたい。

【具体的な工夫】

- ・本人や家族が迷うときは、治療、病状、経済環境、家族のことなど、何に悩んでいるか問題を整理している。そのうえで、揺れ動き気持ちを支えていきたい。
- ・看護師より、手術をすることによる生活の変化等について説明している。
- ・どこまでの医療を望むか等、また、誰の意思なのか確認する「意思決定書」を病院独自で作成している。

【提案事項】

- ・健診時、救急医療情報キットの配布時などは、ACPのきっかけとしてよい機会と思う。

②入院時の情報収集

【現状と課題】

- ・ケアマネジャーからの情報は、ふだんの生活で大切にしていること、家庭の状況など、その人の入院前の状況がわかり、非常に参考になる。

【具体的な工夫】

- ・入退院支援フローをつくり、入院時から院内で運用している。これにより、入退院支援の必要性の判断、本人の意思決定能力、退院後の住まいなどに応じた、支援内容や体制を標準化できている。
- ・入院時の情報提供書に、ACPについてのチェック項目を入れている。
- ・病棟看護師が患者に確認することをまとめたシートを作成している。

③退院準備期・退院時の多職種連携

【現状と課題】

- ・退院支援は、院内だけでするものではない。ケアマネジャーをはじめ様々な人の力がなければ、充実したものとならない。退院前カンファレンスにあたっては、病棟看護師と入退院支援室だけでなく、医師やリハビリテーション専門職、外来看護師、栄養士、薬剤師等、また、病棟によっては医事課やケースワーカーも入る。
- ・医師は病気に関する説明がメインとなりがちで、患者の手術後や退院後の生活に関してはあまり説明しない。
- ・病院の退院支援部門とケアマネジャーとは電話でのやり取りが多い。片手間になってしまっているときがある。

- ・食事や栄養に関する質問を受ける。栄養素別の摂取量など複雑なことを尋ねられることが結構あり、栄養士との連携の必要性を感じている。

【具体的な工夫】

- ・傷病ごとに医療機関向け、家族向けそれぞれに地域連携パスを作成している。入院中の治療のステップや退院後の課題や姿を1枚に簡潔にまとめていて、病院・かかりつけ医・家族が同じ認識を持ちやすい。
- ・退院にあたっては、ケアマネジャーと一緒に1週間サイクルの支援体制を丁寧に検討している。その際、リハビリテーション、福祉用具など多職種の参加を得ている。
- ・できる限り、医師からの説明時（IC）には入退院支援担当の看護師が同席している。看護師は、患者の表情等をみて、患者が医師の説明を理解しているかどうかを確認している。
- ・見守りサポートの民間事業者、介護タクシー、配食、中山間地域ではご近所も含めて、多様な支援が必要であり、その情報も集めている。

【提案事項】

- ・多職種連携、退院前カンファレンスなどで ICT が活用できないか。
- ・過去に医師が説明したことなどを、高齢者の行き先（自宅や施設、病院等）に持って行けるようなツールがあるとよい。

④丁寧な対応が必要な患者への支援

【現状と課題】

- ・退院後も在宅での医療が必要な患者が増えている。
- ・身元引受人をお願いできる人、支援をお願いできる家族が減少している。
- ・経済的に困窮し、身寄りもなく、寝たきりの状況で、さらに、地域包括支援センターの関わりもない方について、市民から相談があり、市や包括と調整をして受け入れた。このような複合的な課題を抱えたケースが増えている。
- ・子どもがいても、縁を切っている方も増えており、成年後見の申し立てが必要な場合でも、申立人がいないケースが多い。その場合、市長申し立てを行うこととなる。ただし、手続きに時間がかかり、退院先調整が難しくなる。弁護士や司法書士等に相談することもある。

【具体的な工夫】

- ・退院前訪問指導、退院後訪問指導を行って、トイレや廊下など住宅の環境を確認したり、家族の医療的な処置を確認したりしている。
- ・不安のある患者の場合は、医療連携室の退院支援看護師が、退院後の状況を電話で聞き取ったり、外来時に同席している。
- ・水分や塩分の制限について、医師に厳格に管理が必要かを確認している。在宅で厳格な管理が難しい人も多く、細かくすると一切自己管理を止めてしまう人もいる。一律に禁止をするのではなく、その人の生活全体をみて相談に乗っている。

【提案事項】

- ・限られた入院期間では何もかも退院後の療養生活の準備ができない。このため、在宅療養に支援が必要な人をスクリーニングして、退院後も支援をしている。例えば、外来の初回にどのような状況かを確認して、必要に応じて在宅療養の支援内容を修正している。また、外来がなかったり、日程が空いてしまう場合は、担当の病棟看護師が電話をして在宅での療養状況を確認している。
- ・医療依存度の高い方は、入退院支援看護師が訪問看護と一緒に自宅を訪問し、入院中に病院で実施して

いた医療処置が自宅でもできているか確認している。病院の職員が訪問すると家族や患者は安心する。

⑤再入院を防ぐために

【現状と課題】

- ・本人の判断で服薬を中止してしまうケースがある。訪問看護や訪問薬剤管理指導は、週 1・2 回の訪問で、日々の服薬を促すことが不十分である。
- ・入院中は規則正しい生活を送るが、退院後に自由になると基本的な生活ができなくなるといった方も多くいる。
- ・退院後、従来の楽しめた趣味や活動ができなくなる人も多くいる。本人が在宅生活でやりがいを持てるものを獲得できれば生活が充実して、不活動や廃用にならず、再入院を防げると思う。
- ・認知症やパーキンソン病等の進行性の疾患がある方について、家族やかかりつけ医等が患者の日々の変化に早めに気付くことができれば、再入院を防ぐことができたというケースは多々ある。
- ・誤嚥性肺炎で入院した方が、入院中に ST による嚥下リハビリテーションで改善しても、ST のいる訪問看護や訪問リハがあまりなく、退院後に自宅でのリハビリテーションができずに再入院となる方は多い。

【具体的な工夫】

- ・心不全を患った方の場合、退院時に、病院が「心不全管理ノート」を作成する。ケアマネジャーや在宅医師等はそれを確認することで、どういうことに気を付けるべきか理解できている。

【提案事項】

- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護などがあれば、毎日、服薬確認ができる。夜間の介護なども対応できる。

⑥在宅療養・みとり

【現状と課題】

- ・終末期を在宅で過ごす方で、本人の急変にあわてて、入院となる方がいる。
- ・がん患者について、病気の経過や見通しについて事前説明をする。不安になったり、急な痛みがあるときは、まずは電話で相談することを勧める。疼痛コントロールは丁寧に行う必要がある。

【具体的な工夫】

- ・在宅療養者について、在宅の診療所と連携して事前登録制で、在宅で医療の必要度が上がったり、自宅で介護ができなくなったりした場合の患者の受入を 24 時間 365 体制で行っている。

○病院内の体制・人材育成

【現状と課題】

- ・入退院支援担当が担当病棟を持ち、日々、患者・家族・医師・看護師等とコミュニケーションをとっている。
- ・入退院支援や地域医療連携室の担当は 2 年程度で異動となる。このような入退院支援や地域がわかる人材を病棟に増やしていくことが重要と考えている。現時点では各病棟や診療科に入退院支援担当を経験した看護師を配置できている。

【具体的な工夫】

- ・入退院支援担当の看護師が病棟で孤立してしまわないように、相談室の看護師がフォローをしている。
- ・訪問看護の経験のある看護師が病棟看護師を教育
- ・院内の退院支援の認定看護師制度を導入
- ・市役所の国保年金課（医療制度）、介護保険課などから室員がレクチャーを受けている。地域の施設・回復

期病院、療養病棟の方に来ていただいて、話を聞いている。

【提案事項】

- ・新型コロナウイルス感染症で病院に家族がこなくなり、家族とコミュニケーションにブランクがあったり、応対経験が少ない看護師が増えている。患者や家族も多様であり面接技法や相談対応の方法についても学ぶべきである。

○医療機関・ケアマネジャー・関係機関との連携の基盤づくり

【現状と課題】

★顔の見える

- ・地域の医療・介護・福祉の従事者が一堂に会す連携会議に参加している。

【具体的な工夫】

- ・病院が診療所の後方支援として、訪問診療を受けている患者の急変時や訪問診療医の不在時の対応等を行い、訪問診療医の負担軽減を図る在宅医療ネットワークを構築している。
- ・月に1回、支援担当の看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター、訪問看護ステーションの看護師などが集まって事例検討会を開催している。
- ・地域包括支援センターやケアマネジャーのところに出向き、地域のニーズを把握して、病院として何ができるかを考えている。
- ・医師・看護師・学生・地域包括支援センター・ケアマネジャーなどの研修を行ったり、研修会場を提供して、できるだけ様々な関係者に来院してもらい、そこで病院の職員と話し合う機会をつくっている。

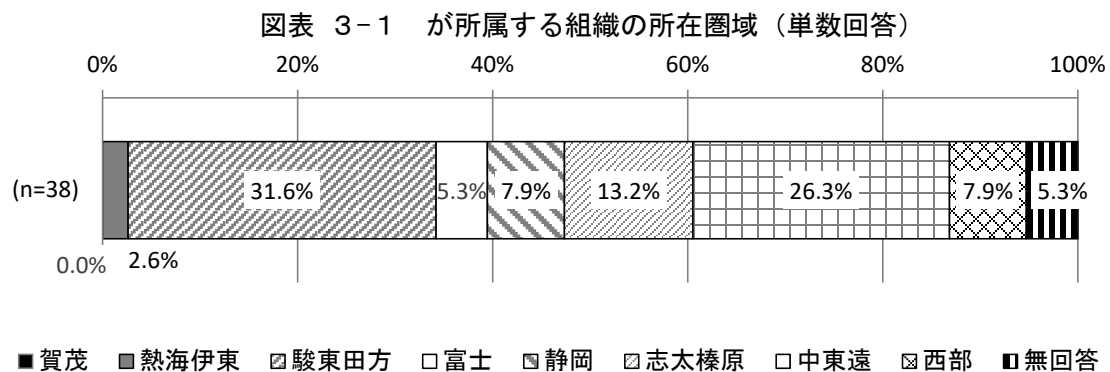
3. 在宅医療介護連携センター等関連機関調査

(1) アンケート調査

① 回答者の属性

ア 回答者が所属する組織の所在圏域

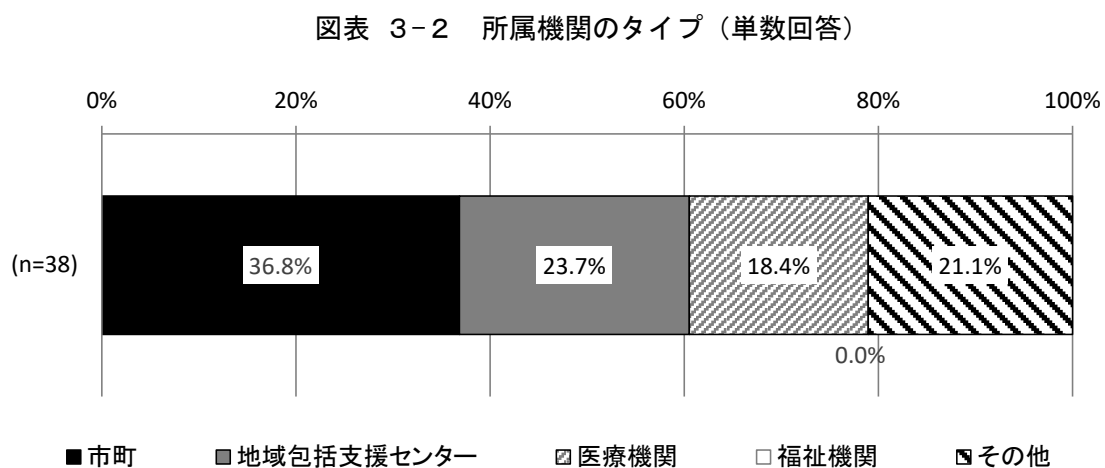
回答者が所属する組織の所在圏域は、「駿東田方」の割合が 31.6%、「中東遠」が 26.3%、「静岡」が 13.2%などとなっている。



イ 所属機関のタイプ

問2 コーディネーターの所属機関のタイプ（○は1つ）

コーディネーターの所属機関のタイプは、「市町」の割合が最も高く 36.8%である。次いで、「地域包括支援センター（23.7%）」、「医療機関（18.4%）」である。

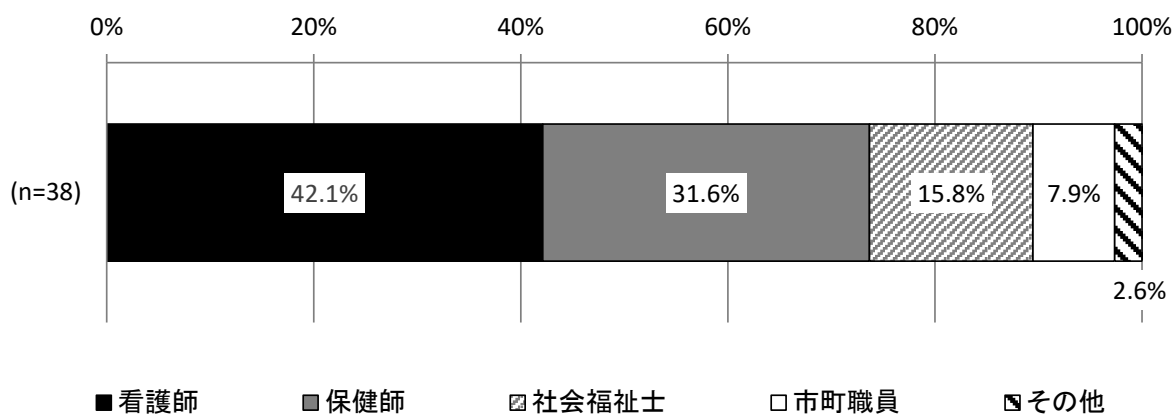


ウ 基礎資格

問3 コーディネーターの基礎資格（○は主なもの1つ）

コーディネーターが保有する基礎資格は、「看護師」の割合が最も高く 42.1%である。次いで、「保健師（31.6%）」、「社会福祉士（15.8%）」である。

図表 3-3 基礎資格（単数回答）

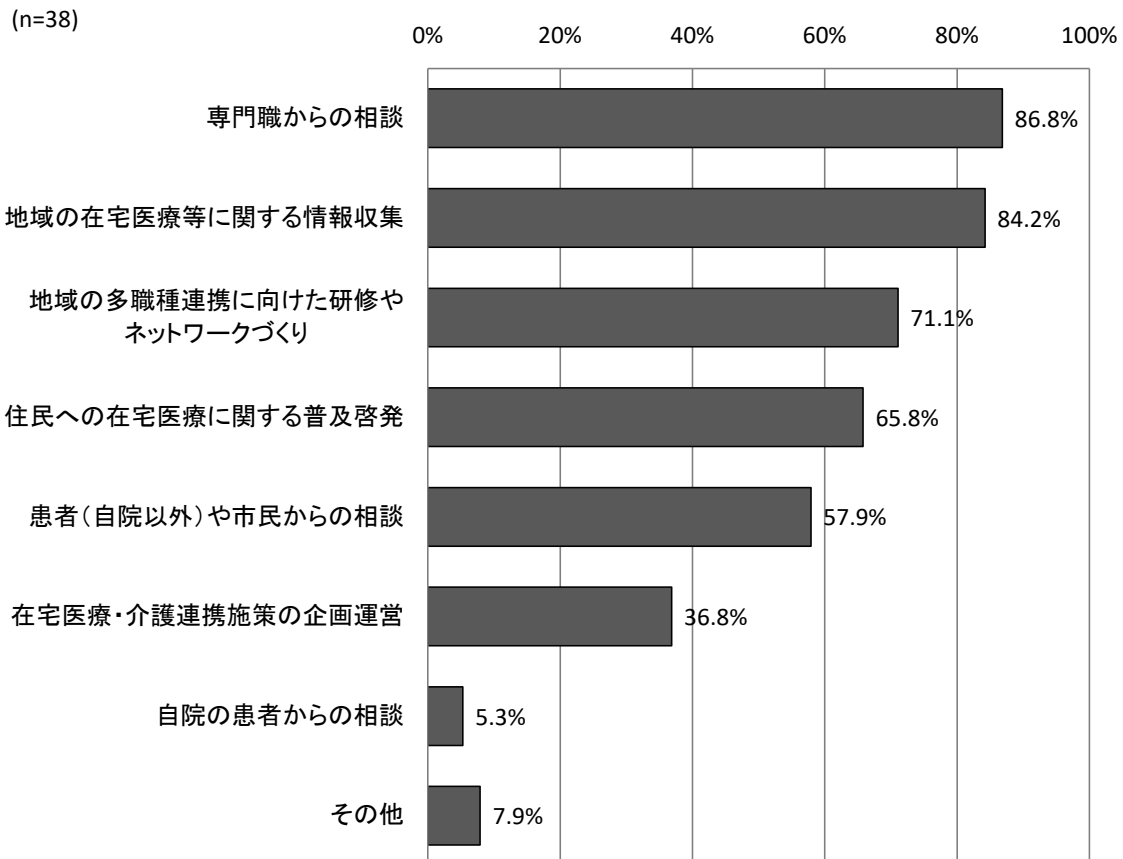


エ 担当業務

問4 コーディネーターの在宅医療介護連携に関する担当業務（あてはまるものすべてに○）

コーディネーターの在宅医療介護連携に関する担当業務は、「専門職からの相談（86.8%）」、「地域の在宅医療等に関する情報収集（84.2%）」、「地域の多職種連携に向けた研修やネットワークづくり（71.1%）」、「住民への在宅医療に関する普及啓発（65.8%）」などとなっている。

図表 3-4 担当業務（複数回答）



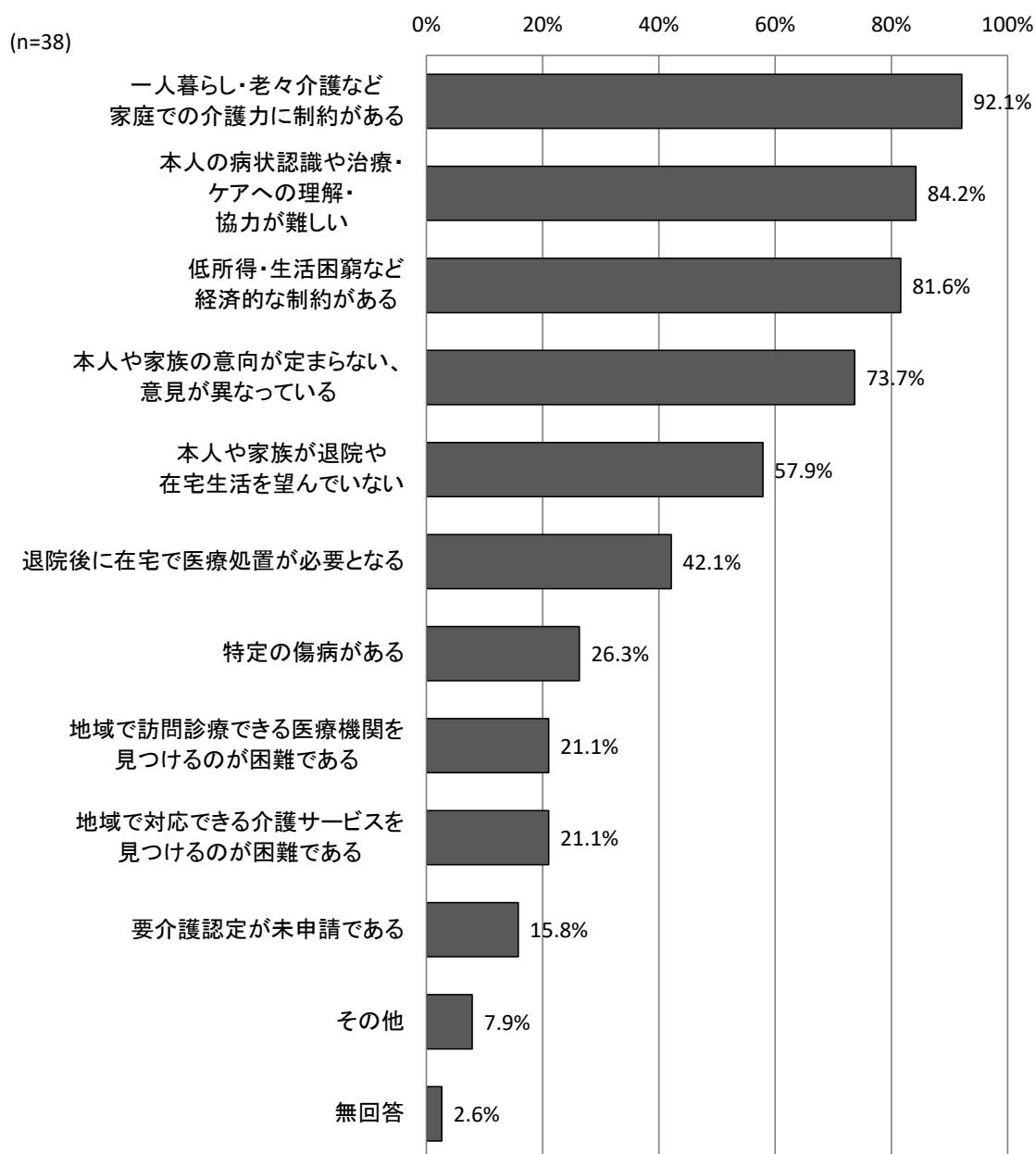
② 入退院支援について

ア 退院支援が難しくなりやすい患者のタイプ

問5 退院支援が難しくなりやすい患者のタイプ（あてはまるものすべてに○）

退院支援が難しくなりやすい患者のタイプについて尋ねたところ、「一人暮らし・老々介護など家庭での介護力に制約がある（92.1%）」、「本人の病状認識や治療ケアへの理解・協力が難しい（84.2%）」、「低所得生活困窮など経済的な制約がある（81.6%）」、「本人や家族の意向が定まらない、意見が異なっている（73.7%）」などの割合が特に高い。

図表 3-5 退院支援が難しくなりやすい患者のタイプ（複数回答）



図表 3-6 退院支援が難しくなりやすい患者のタイプ（主な回答）

【独居身寄りのない方】

- ・ 身寄りがない独居高齢者（家族関係が疎遠、崩壊を含む）
- ・ とくに、一人暮らし高齢者であると、服薬や食事面で在宅生活を維持することが支障となるケースが多い。

【低所得・生活困窮】

- ・ 所得が少ないために、適切な治療や入院ができなかったり、サービス利用ができなかったことで状態が悪化してしまう。

【本人・家族理解、家族介護力】

- ・ 自宅に帰る場合も、サービス利用受け入れを渋られる。その状況で無責任に帰ることもできず、対応に苦慮する。
- ・ 自宅がすでにごみ屋敷で介護保険サービスが入らない。自費サービスは高額
- ・ 介護者が認知症
- ・ 特に家族間、親族間の関係性が悪いケースでは、合意形成に時間を要する。又は、合意形成が困難となり、なかなか支援がすすまなかったことがある。特に、兄弟姉妹間の不仲が多くみられる。
- ・ 主治医からの病状説明が十分でなく、本人家族が現状を認識されていない、明らかに余命が短そうなケースでは、意思決定支援が難渋する。

【医療依存度の高い方】

- ・ 医療依存度が高く、その医療を在宅療養でも望まれる方
- ・ 外来通院で透析を受けられる所がなかなか見つからず、見つかっても介護タクシーの利用が自費となって経済的に大変だった。

【地域資源の不足】

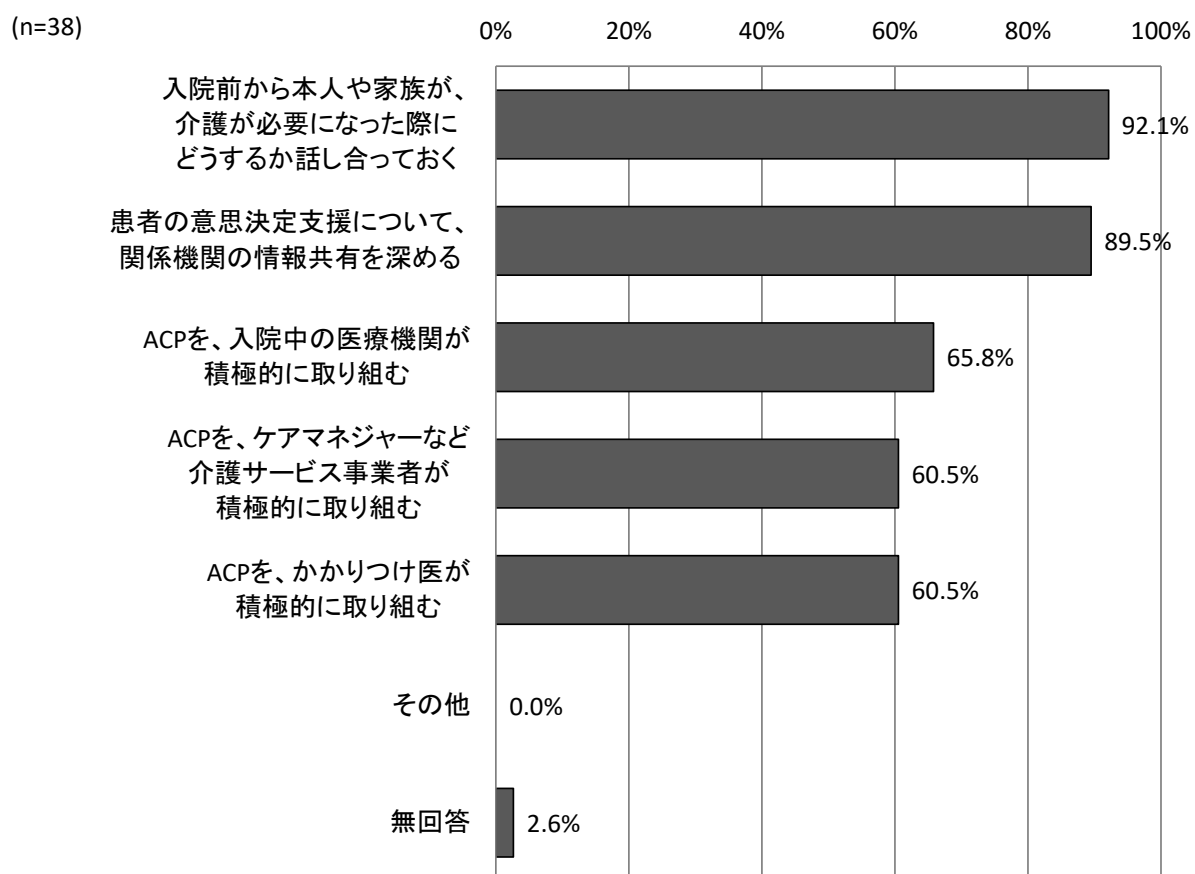
- ・ 在宅への協力を頂ける医師が少なく、退院後のフォローが手薄状態
- ・ 山間部に住んでいる方は、使えるサービスが限られる。理解協力が難しく、独居で低所得など、重なっていく程難しく感じる。

イ 本人や家族の意思を反映させるために、充実する必要があること

問 6 退院に際して、本人や家族の意思を反映させるために、充実する必要があること
(あてはまるものすべてに○)

退院に際して、本人や家族の意思を反映させるために、充実する必要があることについて尋ねたところ、「入院前から本人や家族が、介護が必要になった際にどうするか話し合っておく（92.1%）」、「患者の意思決定支援について、関係機関の情報共有を深める（89.5%）」をはじめ、各項目で回答率が高い。

図表 3-7 本人や家族の意思を反映させるために、
充実する必要があること（複数回答）



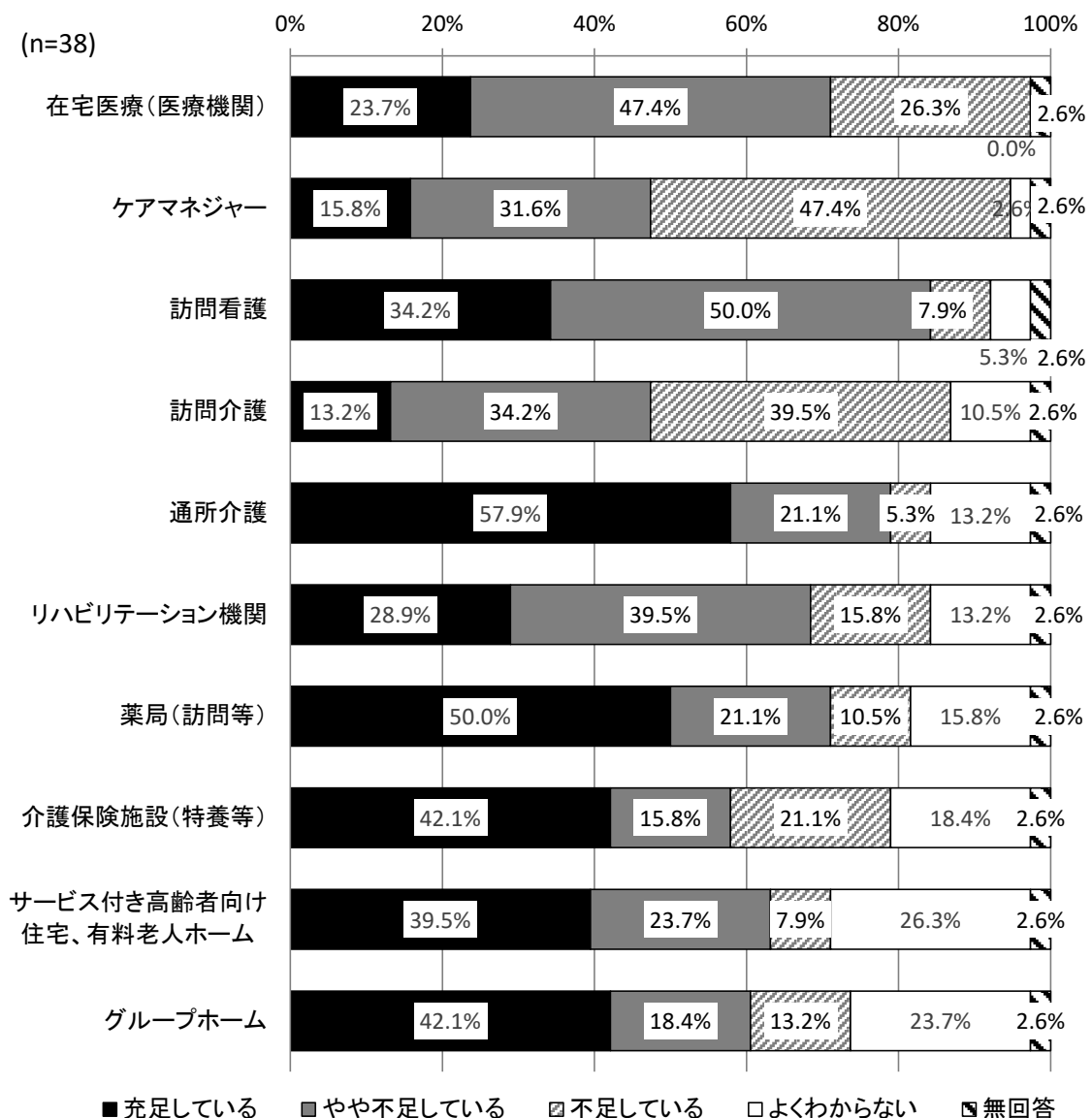
ウ 地域資源の需要と供給のバランス

問7 患者の退院にあたり、地域資源の需要と供給のバランス（それぞれ1つずつ○）

患者の退院にあたり、需要と供給のバランスについて、「充足している」の割合に着目すると、「通所介護」における割合が最も高く 57.9%である。次いで、「薬局（訪問等）」（50.0%）、「介護保険施設（特養等）」（42.1%）、「グループホーム（42.1%）」である。

一方で、「不足している」をみると、「ケアマネジャー」における割合が最も高く 47.4%である。次いで、「訪問介護（39.5%）」、「在宅医療（医療機関）」（26.3%）」である。

図表 3-8 地域資源の需要と供給のバランス（それぞれ単数回答）

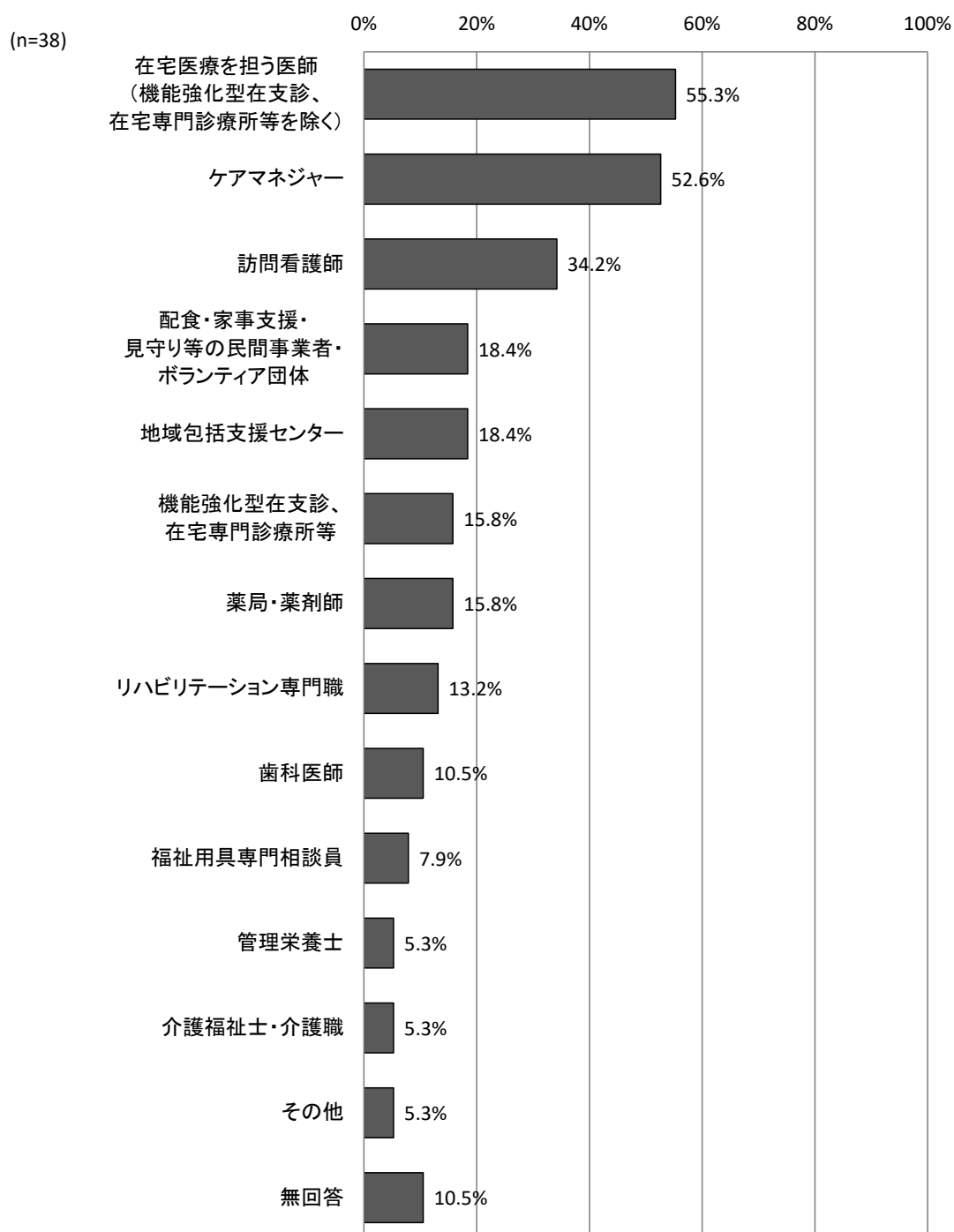


エ これまでより連携を深めたい院外の専門職や機関

問 8 退院に向けた相談先として、これまでより連携を深めたい院外の専門職や機関
(特に充実させたい専門職機関を3つまで○)

退院に向けた相談先として、これまでより連携を深めたい院外の専門職や機関について尋ねたところ、「在宅医療を担う医師（機能強化型在支診、在宅専門診療所等を除く）」の割合が最も高く 55.3%である。次いで、「ケアマネジャー（52.6%）」、「訪問看護師（34.2%）」である。

図表 3-9 これまでより連携を深めたい院外の専門職や機関（最大3つまで回答）



オ 入院先の医療機関とかかりつけ医との効果的な連携

問 9 入院先の医療機関とかかりつけ医との効果的な連携について、好事例をお教えてください。

図表 3-10 入院先の医療機関とかかりつけ医との効果的な連携の好事例（主な回答）

【病診連携】

- ・ 市内の在宅医の先生方とは常に交流があり、お互い顔が見える関係にある。入院や在宅復帰に向けた調整、施設調整が必要な患者様の紹介、逆紹介はある。
- ・ ガン末期の方の看取りをかかりつけ医が「やれることは少ないけど、それでも良ければ」と本人の意思を第一にして引き受けてくれた。
- ・ 入院が必要な時に、かかりつけ医が医療機関へ連絡してくれ、退院したら元のかかりつけ医に情報提供が出され、時々入院、ほぼ在宅が実現できたケース
- ・ Dr 同士でつながると話が早く、支援者間の目標が 1 つになる。

【入院中の多職種連携】

- ・ 終末期患者が在宅に帰るにあたり、病院の主治医、在宅診療医師、訪問看護師、病棟看護師、リハビリテーション担当、患者家族、福祉用具業者等、患者に関わった人と今後在宅で患者に関わる人が集まって退院カンファレンスを実施された。
- ・ レスパイト入院。入院中に、自宅では困難であった（家族間のコミュニケーション不足にて）ACP をかかりつけ医、NS、訪看、ケアマネ同席で家族と病院で実施。病院側から主治医、NS、RH、薬剤師、栄養士も同席し、話し合うことで（2 回実施）今後の方向性を決定することができた。

カ 入院先の医療機関とケアマネジャーとの連携

問 1 0 入院先の医療機関とケアマネジャーとの効果的な連携について、好事例をお教えてください。

図表 3-1 1 入院先の医療機関とケアマネジャーとの連携の好事例（主な回答）

【カンファレンス】

- ・ 入院時カンファレンスの開催。入院時から退院を見据えた連携で、退院がスムーズだった。
- ・ 退院前にカンファレンスを行うことで、退院後の支援計画を作りやすくしている。また、カンファレンスの時以外でも、情報交換しやすくなっている。
- ・ 急性期→回復期→在宅と患者様の心身の状態に合わせて効果的なタイミングでカンファレンスを行っている。本人、ご家族の意向を考慮し、必要があれば、NS、リハスタッフの自宅訪問も行う。

【入院前からの連携】

- ・ 外来通院中から連携し、家族と一緒に ACP 等、進めていた。入院後、再確認の上、その後の療養場所の選択などスムーズに行えた。
- ・ 独居、身寄りがない人の手術入院に関して、入院前から地域包括支援センターと患者支援室が協力して支援方法を検討した。

【情報連携】

- ・ 「医療と介護の連携シート」を活用し、ケアマネから必要な情報を医師に伝えたりしている。
- ・ 不足の情報はシズケアのセキュアメールや情報共有システムを利用して情報の共有をしている。
- ・ 退院時に医療機関がシズケアで在宅チームを作成し、情報共有や連携しやすい体制を作っている場合がある。

【その他】

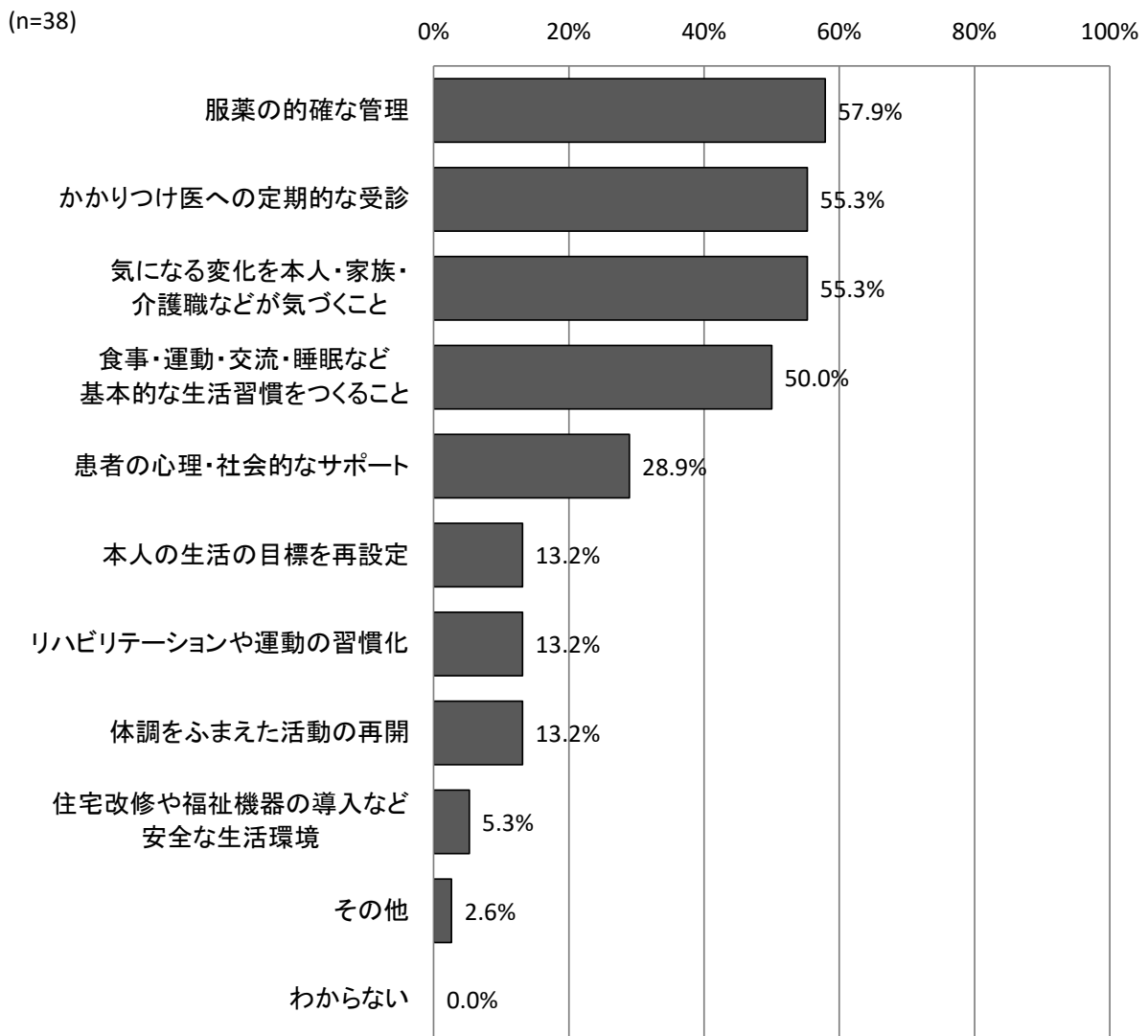
- ・ 病状的に帰るなら今しかないと、急に退院になるケースは、家族の不安が大きいが、ケアマネジャーが「大丈夫だよ、帰ってきたらちゃんとサポートするから帰っておいで」と言ってくれて、無事に退院をすることができた。（入院中から積極的にかかわってくれることがありがたい）

キ 在宅での療養生活を支え再入院を防ぐための課題

問 1 1 在宅での療養生活を支え再入院を防ぐための課題（特に改善が必要な課題、3つまで○）

在宅での療養生活を支え再入院を防ぐための課題について尋ねたところ、「服薬の的確な管理（57.9%）」、「かかりつけ医への定期的な受診（55.3%）」、「気になる変化を本人・家族・介護職などが気づくこと（55.3%）」、「食事・運動・交流・睡眠など基本的な生活習慣をつくること（50.0%）」の割合が高い。

図表 3-1 2 在宅での療養生活を支え再入院を防ぐための課題（最大3つまで回答）

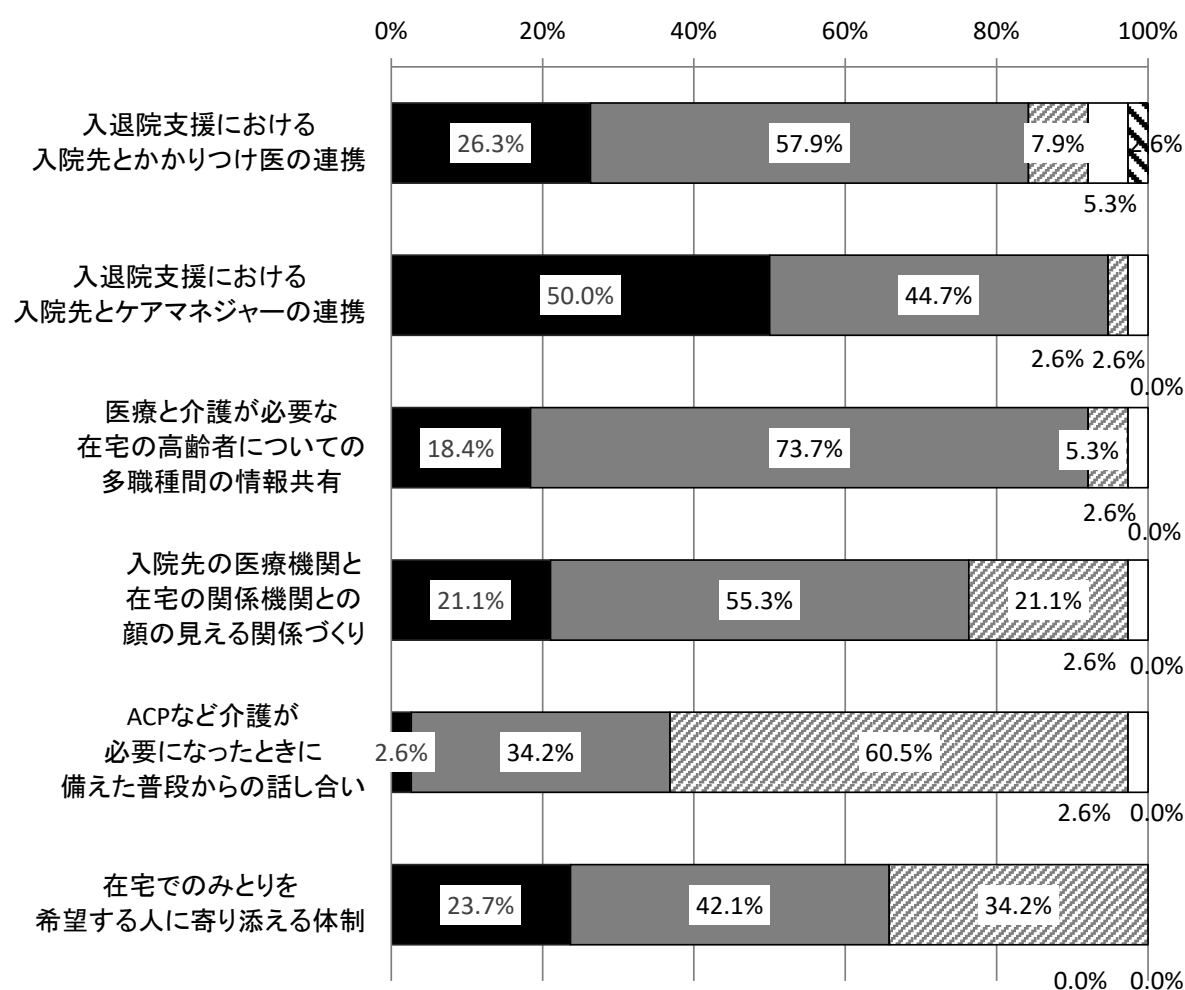


ク 高齢者の入退院に関する地域の状況

問 1 2 高齢者の入退院に関する地域の状況について（それぞれ1つずつ○）

高齢者の入退院に関する地域の状況について、「あまりできていない」の割合に着目すると、「ACP など介護が必要になったときに備えた普段からの話し合い」における割合が最も高く 60.5%である。次いで、「在宅で」のみとりを希望する人に寄り添える体制（34.2%）、「入院先の医療機関と在宅の関係機関との顔の見える関係づくり（21.1%）」である。

図表 3-13 高齢者の入退院に関する地域の状況（それぞれ単数回答）



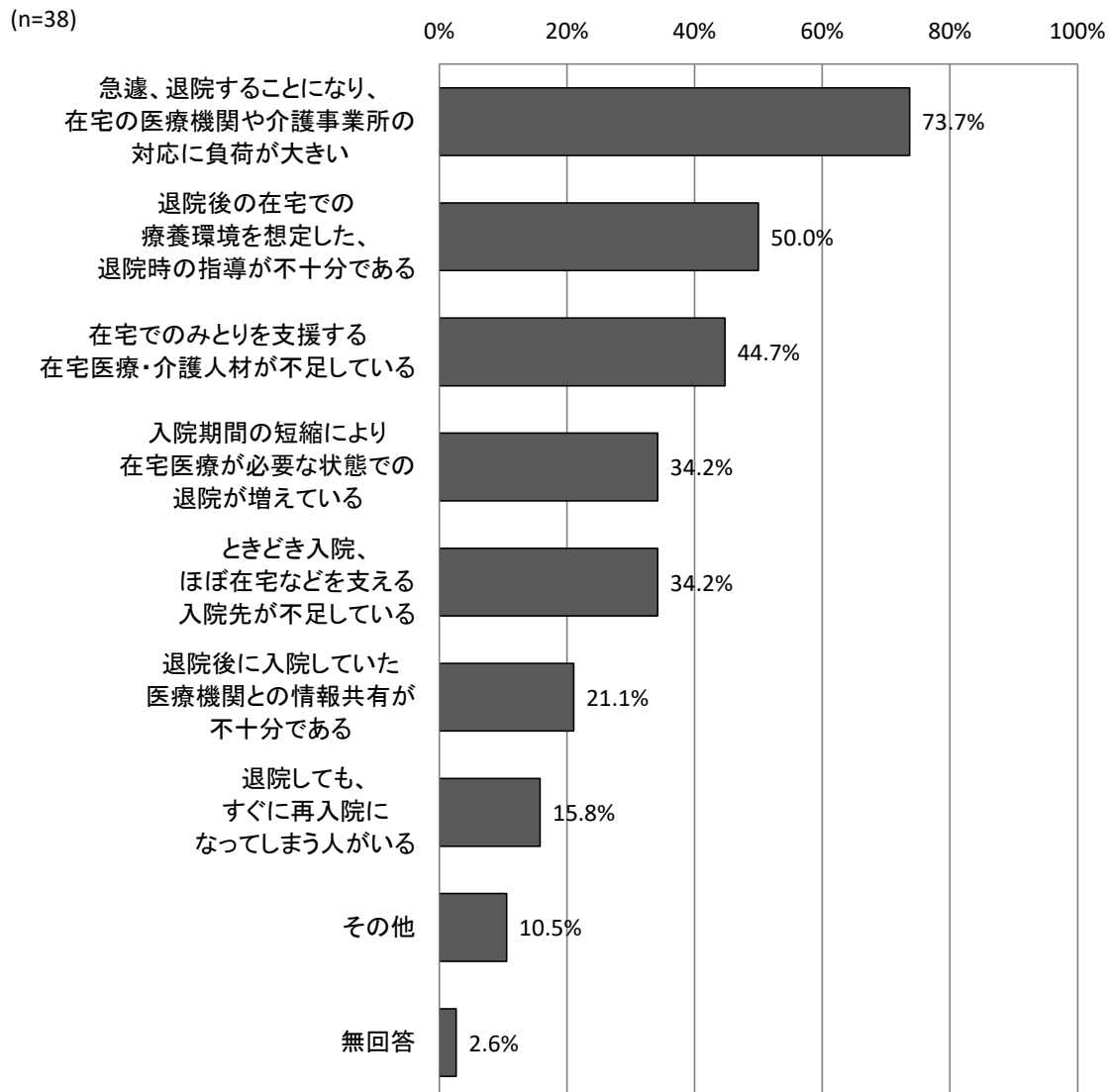
■ 概ねできている ■ できていたり、できていなかったり ▨ あまりできていない □ わからない ▩ 無回答

ケ 入退院支援や在宅療養に関する地域の課題

問 1 3 入退院支援や在宅療養に関する地域の課題（特に大きな課題 3 つまで○）

入退院支援や在宅療養に関する地域の課題について尋ねたところ、「急遽、退院することになり、在宅の医療機関や介護事業所の対応に負荷が大きい」の割合が最も高く 73.7%である。次いで、「退院後の在宅での療養環境を想定した、退院時の指導が不十分である（50.0%）」、「在宅でのみとりを支援する在宅医療・介護人材が不足している（44.7%）」である。

図表 3-14 入退院支援や在宅療養に関する地域の課題（最大 3 つまで回答）



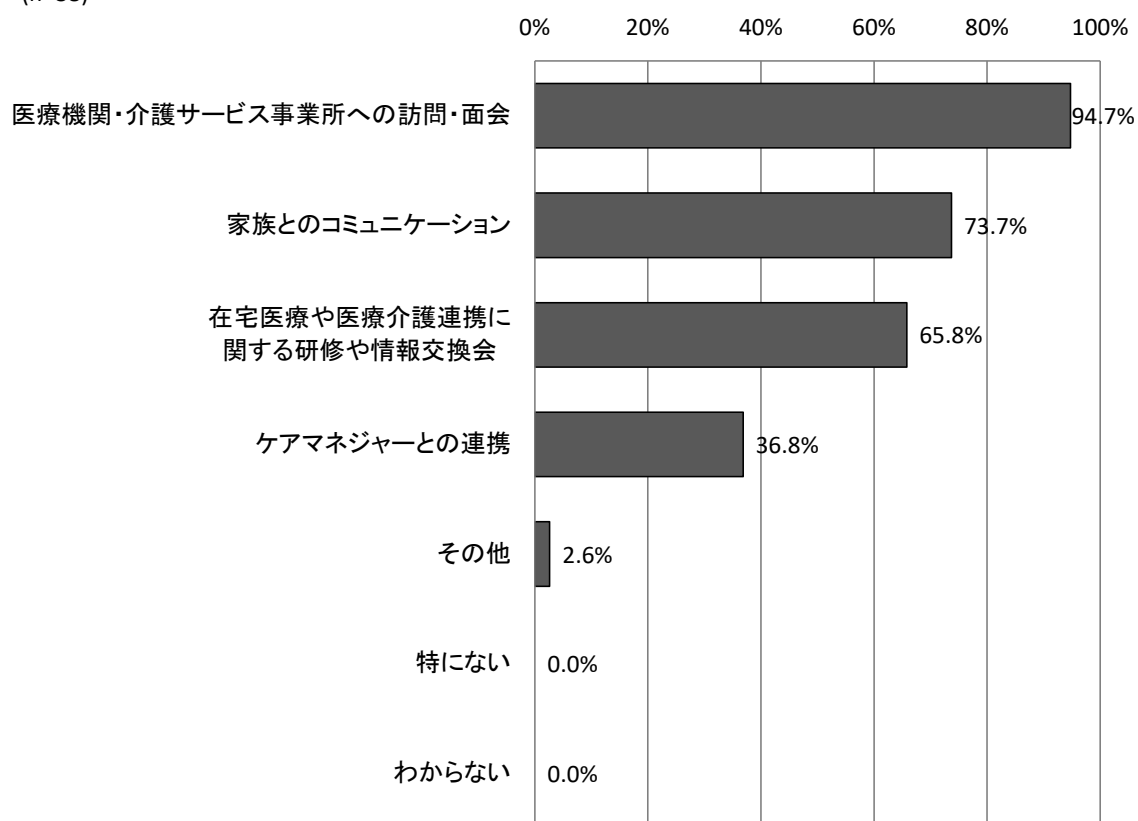
コ 新型コロナウイルス感染症の影響で減少した入退院支援

問 1 4 新型コロナウイルス感染症の影響で減少した入退院支援（あてはまるものすべてに○）

新型コロナウイルス感染症の影響で減少した入退院支援について尋ねたところ、「医療機関介護サービス事業所への訪問面会」の割合が最も高く 94.7%である。次いで、「家族とのコミュニケーション（73.7%）」、「在宅医療や医療介護連携に関する研修や情報交換会（65.8%）」である。

図表 3-15 新型コロナウイルス感染症の影響で減少した入退院支援（複数回答）

(n=38)



サ 円滑な入退院支援に向けた多職種連携に関する気づきや意見

問 1 5 円滑な入退院支援に向けた多職種連携について、お気づきの点やご意見がございましたらご回答ください。

図表 3-16 円滑な入退院支援に向けた多職種連携に関する気づきや意見（主な回答）

【連携推進に向けたポイント】

- ・ 関係者で顔の見える関係作りが重要であると思う。それをもとに、必要な情報共有が行われていけば良いと思う。また、積極的な関わりにも期待していきたい。
- ・ 有機的な連携、タイムリーな情報共有、それらをうまくつなげていくコーディネーターとしての支援者の育成が大切と思う。
- ・ 一次医療圏における入退院支援では、医療機関と在宅介護との連携はとれている。二次医療圏になると、在宅復帰を目指すコーディネーター役の支援者が負担が一気に増す。（状態把握、情報共有、サービス調整、通院支援）二次医療圏の入院先病院が地域の事情（資源量、課題）を把握してもらえようになりたい。
- ・ 入院時より、退院後の本人希望、入院前の患者の ADL の把握、家族力、生活環境の把握を行う。病気の治療をしただけでは在宅には戻れない患者が多い。

【情報共有体制】

- ・ 情報連携に不足がある。シズケア＊かけはし等の ICT を活用していく。
- ・ 入院時、在宅からの情報提供がタイムリーに行えていない。（ケアマネジャーからの入院時、情報提供の活用）

【病診連携】

- ・ かかりつけ医が知らない間に入院しているケースがある。
- ・ 在宅診療ができる医師が少ないため、退院後の主治医選択に苦慮している。

【連携に向けた姿勢】

- ・ 自分の専門性を相対化でき、多様な価値観を受け入れる姿勢が必要ではないか。
- ・ 医療職（訪問看護）と福祉職（ケアマネジャー）が連携がとれない事例がある。例）「私たちは医療なので、介護は介護で」などと言われ、支援体制が一体的ではないなど。
- ・ 病棟スタッフ（Dr も含め）自宅で生活することの具体的な困難さに視点を置けず、多職種で連携することの必要性を十分理解できていないケースがまだまだある。

【研修等】

- ・ 多職種が集まって、研修や共有する場が増えると良い。
- ・ 病院側が在宅介護のしくみに対する知識の不足があり、一方的な依頼が多々ある。

(2) ヒアリング調査

在宅医療介護連携センター等へのヒアリング調査による、入退院支援に関する現状と課題、具体的な工夫、提案など主な意見は次のとおりである。

○患者・家族の意思決定支援・ACP

【現状と課題】

- ・在宅に戻って、どんな生活をしていきたいと思っているのか、患者・家族・病院で共有されていないケースがある。
- ・ACPは住民に浸透していないと感じる。また、かかりつけ医は一定の理解を得ているが、急性期病院の医師にも広げていかなければならないと考えている。
- ・病院からの退院に向けた説明の仕方について、改善するべき点があると思われる。退院時に、病院から「●●しなければまた入院することになる」などといった説明を聞かされるため、在宅生活は難しいというイメージを持ち、施設に入所する傾向にある。
- ・ケアマネジャーからACPの話題を、患者や家族に持ち出すことが難しい。
- ・ACPの重要性はかなり浸透してきているので、どういうタイミングで具体的にどう支援すればよいのかを学ぶ勉強会を希望する。

【具体的な工夫】

- ・住民啓発を目的に、「平穏死を考える集い」と題して、各地域で医師による講演・グループワークを行う取組をしている。

【提案事項】

- ・市町と連携したACP普及の取組
- ・主治医が本人や家族に検討するようにと助言をすると、ケアマネジャーから話を持ち掛けやすい。
- ・壮年期の人が自身の両親の介護や終末期に関わる中で、命のことに目が行き始めるので、そのタイミングで考える機会があるとよい。健康なときから目を向けることが大切である。

○入院時の情報収集

【現状と課題】

- ・医療機関では、家族、キーパーソン、生活状況、利用しているサービスなどの情報を必要としている。
- ・入院時のケアマネジャーから入院先の情報提供は、入退院支援加算の要件であり、行われている。ただし、ケアマネジャーが入院を知らないことがある。本人や家族がケアマネジャーについて入院先に伝えないことが原因である。
- ・入院時情報提供書があまり提出されていないと病院側が感じている。
- ・ケアマネジャーから送る情報が病棟に届いていないと感じることがある。多くのケアマネジャーが、利用者の情報のどの情報がどのように病院内で活用されるか把握できていない。

【提案事項】

- ・ICTを活用した入院時情報提供書の提出

○退院準備期・退院時の多職種連携

【現状と課題】

- ・病院の医師が病状だけで在宅が無理と判断しているケースがある。多職種が支えれば、もっと在宅ができることを病院側に理解してほしいと思うことがある。
- ・病棟看護師は多忙であり、勤務日時も一定でないため、連携に難しさを感じることもある。
- ・病院内の医師と多職種連携の課題があり、医師が急に退院を判断し、急遽その準備をしなければならない時がある。
- ・かかりつけ医、ケアマネジャー、薬剤師など多職種が退院前カンファレンスに参加できない。
- ・退院前カンファレンスで決めたことを守らない医療機関がある。例えば退院時に病院から持参としたカテーテルキットがないことなどがある。医師からの指示書が出されておらず、訪問看護が対応できないケースがある。
- ・回復期病棟からの退院で困ることはほぼない。本人や家族が考える時間、ケアマネジャーが調整する時間を得ることができ、在宅生活も順調と感じる。
- ・サービス付き高齢者向け住宅について、医療保険の適用、特定の訪問系・通所系サービスの利用、指定医をかかりつけ医とすることなどが、事実上、入居の条件となっていることがある。

【具体的な工夫】

- ・訪問診療を担う医師の大半がシズケア＊かけはし活用しており、その医師を中心とした在宅医療・介護に関わる専門職も活用している。

【提案事項】

- ・退院日に看護サマリーやリハビリサマリーを書面でいただくことが多い。退院前にこのような情報をいただけると、退院後にもっと生かせると思う。
- ・ケアマネジャーや家族に、退院後の療養生活のポイントの指示、例えば、食事のカロリーや水分摂取量、運動の制限の有無などを伝えていただけるとありがたい。また、通所介護や訪問リハビリテーション等への指示、退院後に注意をするポイントなどを医師から情報提供いただけるとよい。

○退院直後の支援

【現状と課題】

- ・退院前後状況が変わるので、本人・家族の生活意欲をもう1度、見直す必要がある。患者が意欲を取り戻し、動き出しの判断や背中を押すことが大事である。医療的な判断を病院から十分にいただくとともに、支援者がアセスメントをしながら背中を押していく。そこでは医療機関と支援者の情報共有が重要である。
- ・患者や家族は退院時に、在宅生活での気を付けるべきことについて伝えられているが、そこですべてを理解することは難しく、在宅に戻った後の生活に落とし込むことも容易ではない。退院後の患者指導や家族指導も充実する必要がある。
- ・回復期リハビリテーション病棟では充実したリハビリテーションが行われたが、退院後に一気に運動量が減ってしまう状況がある。回復期リハビリテーションのセラピストは在宅の環境を確認して方法を提案してくれているが、意欲を維持することが困難で、廃用性症候群になってしまう傾向がある。本人の意欲を維持するような支援が必要。

【提案事項】

- ・入院先の医師や看護師には訪問看護が入ると効果的なケースを、ねたきりや医療ケア以外でも知ってほしい。入院により落ちた体力を戻していくために、また、そうした中で介護力や予後をふまえながら、生活、食、服薬を整えていくことに効果がある。

○再入院を防ぐために

【現状と課題】

- ・精神疾患や認知機能の低下、本人が行きたがらないなど、かかりつけ医への定期的な受診が難しいことを実感している。服薬管理もできていないと感じる。適切な身体的な変化を把握できずに緊急入院ということが多くなっている。
- ・サービス拒否をする方は、誰の目も入らず、気付いた時には再入院が必要になるケースがある。
- ・入院先では支援が経済的にどのくらい影響があるかは、あまり理解されていない。サービス利用の提案を受けても、その費用を賄えない。この辺が在宅側と病院の間で温度差を感じるところである。
- ・生活困窮者で介護力がないと、支援が難しくなり、見守りレベルということになってしまう。

【具体的な工夫】

- ・これまでは訪問看護師が服薬管理をしていることが多かったが、専門的に薬剤師に関わっていただく方が効果的な事例が出てきている。

【提案事項】

- ・入退院を繰り返す人は、早めに訪問看護につなげることが重要である。訪問看護師は身体的な観察をすることで、ちょっとした不具合に早めに気づいて早めの受診につなげることができる。また、訪問看護師が家の中に入ることによって、きちんとした生活をしなければという家族と本人の意識が高まる。
- ・在宅で、活動の制限を過剰にしてしまつて機能低下している場合もあれば、がんばりすぎることもある。気が付いた人が訪問看護師をはじめ医療職に相談すると病気との兼ね合いについてアセスメントをするきっかけになる。

○在宅での療養期の医療

【現状と課題】

- ・医療処置が必要なまま自宅に帰る方が増えている。
- ・ちょっとした体調を崩したときに入院するところがないとは感じる。圧迫骨折で安静する必要があるが入院するほどではない人の受入先がない。
- ・地域包括ケア病棟のレスパイト入院はまだまだで、病状が安定している人を前提としている病棟もある。
- ・訪問診療等が一部の医師に集中している傾向がある。
- ・末期がんの方の退院は、特に慌ただしくなる。がんの痛みが辛いため入院したが、上手くコントロールすることができたら患者は自宅に戻ることを望む。

【具体的な工夫】

- ・在宅医療を担う医師は非常に多忙なため、直接、ケアマネジャーから連絡を取るの難しい。医師との連携部署や担当者がある医療機関とは、とても連携がしやすい。

【提案事項】

- ・診療所の医師にも積極的に在宅医療にかかわってほしいと思う。
- ・介護となるとまずは介護保険の検討といわれているが、がん末期、難病などは医療保険の利用が効果的である。

○病院内の体制・人材育成

【現状と課題】

- ・病棟の専門職（看護師）は病院外のことはあまり理解していない傾向がある。
- ・退院支援部門の職員の異動が早い病院がある。また、医師に意見をなかなか言いづらいのではないかな。
- ・退院して外来になると、一切対応しない退院支援部門がある。

【提案事項】

- ・医師、入退院支援担当者、病棟看護師をはじめ医療機関の職員が、在宅や地域の理解を深めるべき。
- ・病棟看護師にもケアマネジャーに対する理解、介護保険の知識、ケアマネジャーと連携しようと思う気持ちなどを持っていただきたい。

○医療機関・ケアマネジャー・関係機関との連携の基盤づくり

【現状と課題】

- ・多職種連携を進めるためには、普段からの顔の見える関係づくりが必要である。

【具体的な工夫】

- ・様々な意見交換会を実施している。（急性期病院と医師会、地域包括ケア病棟間、病院と医師会とケアマネジャー、病院相談員と地域など）
- ・意見交換会の中で紹介した相談事例を、持ち帰って病院内で事例検討したケースがある。
- ・医師会に、多職種連携を目的とした「在宅医療部会」を開催しており、そこには診療所医師や病院の医師、病院看護師、MSW、訪問看護ステーション、ケアマネジャー等が参加している。
- ・病院の看護師と訪問看護ステーションの看護師でネットワークをつくり、顔の見える関係づくりに取り組んでいる。
- ・在宅医療・介護連携推進支援センターが多職種連携を目的とした勉強会を年に5回程度開催している。

4. アンケート・ヒアリング等からの考察

(1) 入退院支援の充実に向けての視点

アンケート、ヒアリングから、入退院支援における現状の把握と課題について、関係機関との連携に着目しながら取組の視点を整理した。

入院前 ～普段からの A C P ～

- ・入院時や退院後に患者の価値観や意向に沿った医療・ケアを行うために、A C P・意思決定支援は欠かせない。
- ・入院時は傷病の状況、心身機能、生活環境の大きな変化に不安を持ち戸惑いがちで、場合によっては判断能力が大きく低下することもある。このため、入院する前の元気なうちから各自がいざというときのことを考えることが重要で、医療機関と行政が連携した A C P 普及の取組が必要である。

(取組例)

- ・病院が行政と連携をして、入院時や退院時から利用しやすい人生会議手帳を作成し、普及を図る。
- ・高齢者クラブ、自治会など身近な地域で、A C P の普及啓発を図る。
- ・介護保険の第 1 号被保険者になる際、後期高齢者医療の加入時、親が入退院した際、退職時など機会をとらえて、A C P の啓発を行う。

入院時 ～迅速な情報収集とアセスメント～

- ・入退院支援において、入院時の迅速な情報収集と、的確なアセスメントが出発点となる。
- ・本人、家族、かかりつけ医、ケアマネジャーなどから、迅速に情報を収集する必要がある。既往歴や服薬などの医療面はもとより、本人の意向や生活歴、家族やキーパーソンの状況、介護保険サービス等の利用状況、経済環境など総合的に情報収集を図ることが望ましい。
- ・短時間で情報収集を行う必要があり、効率的に、かつ、どの担当者が携わっても一定の情報が収集できる体制をつくる必要がある。特に、高度急性期・急性期病棟では、関係者から医療機関へ、医療機関の受付から病棟へとスムーズな情報の流れをつくる必要がある。

(取組例)

- ・圏域共通の入院時情報提供書、病院における情報収集フォーマット等を作成・活用する。
- ・病院内で、入退院支援フローをつくり、入院時から院内で運用する。本人の意思決定能力、家庭や経済的な状況、傷病の状況、退院後の住まいなどをふまえて、退院支援の必要性を判断し、退院に向けた支援内容や体制を標準化する。
- ・どこで亡くなりたいか、どこまでの医療を望むか、また、誰の意思なのかを確認するために、入院時情報提供書に記入欄を設けたり、「意思決定書」を作成・活用したりする。
- ・かかりつけ医やケアマネジャーなどが ICT を活用して、入院時情報提供書を病院に提出するシステムを運用する。

- ・傷病ごとに医療機関向け、家族向けそれぞれに地域連携パスを作成し、病院・かかりつけ医・家族が入院中の治療のステップや退院後の課題や姿について同じ認識を持てるようにする。

入院中 ～退院後の生活を見据えた準備～

- ・入院中の患者の意思決定支援にあたっては、傷病や心身機能など医療面だけではなく、本人の意思、退院後の生活や社会との関わり、家庭や地域の環境など生活の視点も含めて、検討を支えていくことが必要である。必要に応じて自宅を訪問して状況を確認することも効果的である。
- ・病院内の医師、看護師、リハビリテーション専門職、薬剤師、栄養士などの多職種連携はもとより、必要に応じて在宅での療養を支えるかかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護師や薬剤師等との連携が求められる。より多くの専門職が退院前カンファレンスに参加したり、入院時・退院時の情報共有を進めていくことが効果的である。
- ・退院にあたって患者・家族が、傷病の状況、今後の在宅療養、退院後の生活での留意点等について十分な理解を支援する必要がある。
- ・病院で行っていることを家庭で継続することが難しいケースがある。本人の意欲や能力、退院後の家庭生活を想定して、退院後の傷病の管理・食事・服薬・運動・リハビリテーションなどの方法を考え、その準備をする必要がある。
- ・回復期病棟を活用して、在宅生活を想定した医療やリハビリテーションを提供するとともに、その期間に本人や家族等が在宅生活を具体的に考え、様々なサービス利用も含めて在宅の療養環境を整えていくことが効果的である。

(取組例)

- ・退院準備期・退院時を A C P のスタートととらえて、終活ノートの作成・普及に取り組む。入院中の担当医から A C P の必要性を本人・家族等に伝え、病棟の退院支援看護師・入退院支援担当職員・ケアマネジャー等につなげていく。
- ・I C T を活用して、退院前カンファレンスへの多職種の参加を図る。
- ・医師からの説明や退院前カンファレンス時に入退院支援担当の看護師等が同席し、患者や家族等が医師や専門職の説明を十分理解できるようにサポートをする。
- ・退院前訪問指導、退院後訪問指導を行って、トイレや廊下など住宅の環境を確認したり、家族の医療的な処置を確認したりしている。
- ・入院中もしくは退院日に本人宅を訪問し、傷病、住まいの（段差・風呂等）、介護力など療養環境を確認し、必要な支援を考え、指導する。
- ・退院後の在宅生活に向けて、ケアマネジャーと一緒に 1 週間サイクルの支援体制を検討する。必要に応じて、リハビリテーション、福祉用具など多職種の参加を得る。

退院後 ～ときどき入院、ほぼ在宅の実現に向けて～

- ・医療処置が必要なまま自宅に帰る方が増えており、退院後の外来や訪問による医療の提供体制の充実を図るとともに、介護保険サービスにおいても、医療処置に対応できる体制の充実を図る必要がある。
- ・限られた入院期間では何もかも退院後の療養生活の準備ができない。このため、在宅療養に支援が必要な人をスクリーニングして、退院後の訪問指導、外来での確認などを行うことが効果的である。例えば、外来の初回にどのような状況かを確認して、必要に応じて在宅療養の支援内容を修正している。また、外来がなかったり、日程が空いてしまう場合は、担当の病棟看護師が電話をして在宅での療養状況を確認している。
- ・適切な服薬、食事、運動、室内環境などができていない人が再入院になりやすいため、医師、薬剤師、栄養士、リハビリテーション専門職、ヘルパーや家事支援者など、在宅療養を支える地域の専門職や支援者チームが、効果的に活動していく体制をつくる必要がある。
- ・がん、心不全、肺炎など傷病に応じて、安心して在宅での療養生活を過ごし、気になる変化を把握し対応していく体制をつくる必要がある。
- ・施設か在宅かという2択でなく、ときどき入院、ほぼ在宅が実現できるように、地域包括ケア病棟の役割の1つである在宅で療養する患者等の受入機能について、その活用を図っていく。

(取組例)

- ・外来の初回にどのような状況かを確認して、必要に応じて在宅療養の支援内容を修正する。また、担当の病棟看護師が自宅に電話をして療養状況を確認する。
- ・医療依存度の高い方は、入院していた医療機関の看護師と訪問看護と一緒に自宅を訪問し、入院中に病院で実施していた医療処置が自宅でもできているか確認する。
- ・近年の制度改正・報酬改定等をいかしながら、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師、地域包括ケア病棟、地域包括医療病棟の「在宅で療養をする患者等の受入機能」の充実、リハビリテーション・栄養・口腔の連携体制の構築、栄養ケア・ステーションなど新たな事業や取組について地域で情報共有・意見交換を行い、その活動をバックアップする。
- ・がん末期の方は、安心して在宅での療養生活を過ごせるように、24時間対応の相談、きめ細やかな疼痛コントロール、急変時の対応体制などを構築する。
- ・心不全の方は、体調の変化への気づき、運動量や水分調整などの管理など、主治医からの指示を的確に関係者が情報共有していく体制を構築する。
- ・在宅療養者について、診療所の紹介のもと病院に事前登録を行い、医療の必要度が上がったり、自宅で介護ができなくなったりした場合に入院を受け入れる。

支援体制の充実 ～病院・地域それぞれのパワーアップと顔の見える関係づくり～

- ・家族や近所での介護力が以前ほど期待できなくなり、日常での療養が必要な高齢者が増加する中、病院が入退院支援部門を設置し、在宅での看護、社会保障制度や福祉施策などの知見を有し、近隣の医療機関や福祉事業所などのネットワークをつくっていく人材を配置していくことは、円滑な入退院支援に不可欠である。
- ・病院の中で、医師、入退院支援担当職員、病棟看護師など職員が、在宅や地域の理解を深める機会を設けることが必要である。同時に、ケアマネジャーなど福祉関係者が病院や医療の理解を深める機会をつくることも必要である。
- ・在宅医療・介護連携推進事業が介護保険の地域支援事業に位置付けられ、各市町で入退院支援・日常の療養支援・急変時の対応・看取りの4つの場面ごとに取組が求められており、同事業の活用を図る。
- ・訪問診療など在宅医療の受入体制の充実に向け、訪問診療を行うかかりつけ医の負担軽減等を図る必要がある。
- ・多職種連携を進めるためには、普段からの顔の見える関係づくりが基礎となる。
- ・複合的な課題、家族の介護力の低下、身元引受人をお願いできる人が減少している中、各種社会保障制度やインフォーマルな支援を含めて、退院後の療養環境づくりを図る必要がある。
- ・中山間地域においては、医療・介護保険サービスなど基礎的な提供体制の確立を目指していくべきである。その地域の医療機関や介護保険サービス事業所などの地域資源に応じた役割分担と連携が求められる。

(取組例)

- ・病院は、退院支援の認定看護師制度を設ける、訪問経験のある専門職の知見を共有するなど、院内の人材育成を図る。
- ・病棟の入退院支援担当の看護師が孤立してしまわないように、入退院支援室の看護師がフォローをするとともに、病棟間の入退院支援担当看護師のネットワークを作り、相談しやすい環境をつくる。
- ・病院から地域の関係機関を訪問したり、病院で地域の関係機関の会議や研修会を開催するなど、顔を合わせる機会を設ける。
- ・診療所による在宅医療を推進するために、診療所からの相談対応、かかりつけ医機能や在宅医療の制度に関する研修、総合診療医の育成、医療機関の相互支援体制の構築などを図る。
- ・デイサービス・ショートステイ・特別養護老人ホームなど介護保険サービスにおける医療処置が必要な人への対応体制の充実を図る。
- ・市町の在宅医療・介護連携推進事業と連携し、在宅医療研修、多職種連携のグループワーク、ＡＣＰの普及啓発等に参加・運営支援を行う。
- ・入退院支援加算の連携機関（病院、診療所、歯科、薬局、居宅支援事業所、訪問看護ステーション、介護保険施設等）との定期的な面談を入退院支援に活かしていく。連携機関の数を増やし、対象を広げていくとともに、栄養・ケアステーション、サービス付き高齢者向け住宅、ＮＰＯやボランティア団体なども含め、顔の見える関係をつくり、円滑な入退院支援について話し合い・協働をしていく。
- ・介護者や身元保証人不在、生活困窮や生活保護、複合的な課題への対応などは、市町、地域包括支援センター、社会福祉協議会、法律事務所、ボランティア団体、民間事業所等との連携を図る。

(2) 二次医療圏別等による分析

上記アンケート及びヒアリングの結果をふまえ、二次医療圏等に着目して分析する。

アンケート調査については、一定の回収数を確保できた医療機関アンケートについて分析をする。ただし、賀茂は1件、熱海伊東は3件の回答にとどまっているため、この2つの圏域の集計結果は掲載を見送った。

統計データについては、厚生労働省の地域包括ケア「見える化」システムを利用して、二次医療圏別のデータを整理した。

なお、市町村については、介護保険事業計画の在宅医療・介護連携推進事業において4つの場面別の課題整理や目標の検討を求められ、「入退院支援」も4つの場面の1つに位置付けられており、各市町村のデータを活用していくことも効果的である。

① アンケート調査

ア 入退院支援部門で今後、力を入れていきたいこと

すべての圏域で「患者・家族との話し合い・意思決定支援」が過半数となっている。「退院時における多職種連携」は富士、志太榛原、「入退院支援看護師など院内の人材育成」は西部、「入院直後の患者の状況の把握」は静岡、「日常からの医療機関・介護サービス事業所等への訪問や情報共有」は富士で他の圏域と比べて割合が高い。

	回答者数	患者・家族との話し合い・意思決定支援	退院時における多職種連携	入退院支援看護師など院内の人材育成	院内の医師・看護師等との話し合い・カンファレンス	入院直後の患者の状況の把握	日常からの医療機関・介護サービス事業所等への訪問や情報共有
全体	92	72.8%	52.2%	39.1%	26.1%	23.9%	22.8%
駿東田方	25	88.0%	48.0%	28.0%	32.0%	20.0%	20.0%
富士	9	66.7%	66.7%	33.3%	33.3%	11.1%	44.4%
静岡	13	53.8%	38.5%	38.5%	15.4%	46.2%	30.8%
志太榛原	9	55.6%	66.7%	44.4%	33.3%	11.1%	22.2%
中東遠	11	81.8%	54.5%	45.5%	9.1%	9.1%	27.3%
西部	20	75.0%	50.0%	50.0%	30.0%	30.0%	15.0%

* 全体が2割以上の選択肢を掲載

イ 退院支援が難しくなりやすい患者のタイプ

圏域で大きな違いはみられない。富士は「本人や家族の意向が定まらない、意見が異なっている」など3項目で100.0%となっている。

	回答者数	本人や家族の意向が定まらない、意見が異なっている	一人暮らし・老々介護など家庭での介護力に制約がある	本人の病状認識や治療・ケアへの理解・協力が難しい	低所得・生活困窮など経済的な制約がある	本人や家族が退院や在宅生活を望んでいない	退院後に在宅で医療処置が必要となる
全体	92	77.2%	77.2%	72.8%	67.4%	34.8%	28.3%
駿東田方	25	76.0%	76.0%	64.0%	60.0%	40.0%	36.0%
富士	9	100.0%	100.0%	77.8%	100.0%	55.6%	11.1%
静岡	13	69.2%	69.2%	76.9%	61.5%	38.5%	30.8%
志太榛原	9	88.9%	55.6%	77.8%	77.8%	0.0%	44.4%
中東遠	11	81.8%	90.9%	72.7%	81.8%	36.4%	36.4%
西部	20	80.0%	75.0%	85.0%	45.0%	30.0%	15.0%

* 全体が2割以上の選択肢を掲載

ウ 患者の退院にあたり、需要と供給のバランスについて（「不足している」の割合）

中東遠の「医療機関」、志太榛原の「訪問看護」、富士の「リハビリテーション機関」「介護保険施設（特養等）」で「不足している」が4割を超えている。

	回答者数	医療機関	ケアマネジャー	訪問看護	訪問介護	通所介護
全体	92	23.9%	14.1%	14.1%	19.6%	5.4%
駿東田方	25	28.0%	12.0%	28.0%	32.0%	12.0%
富士	9	33.3%	33.3%	0.0%	33.3%	0.0%
静岡	13	7.7%	15.4%	0.0%	7.7%	0.0%
志太榛原	9	33.3%	22.2%	44.4%	22.2%	11.1%
中東遠	11	45.5%	18.2%	9.1%	18.2%	9.1%
西部	20	10.0%	0.0%	0.0%	5.0%	0.0%

	回答者数	リハビリテーション機関	薬局（訪問等）	介護保険施設（特養等）	サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム	グループホーム
全体	92	19.6%	9.8%	20.7%	7.6%	13.0%
駿東田方	25	12.0%	12.0%	8.0%	4.0%	12.0%
富士	9	55.6%	11.1%	66.7%	22.2%	33.3%
静岡	13	23.1%	7.7%	7.7%	0.0%	0.0%
志太榛原	9	33.3%	22.2%	33.3%	0.0%	33.3%
中東遠	11	18.2%	18.2%	18.2%	9.1%	9.1%
西部	20	5.0%	0.0%	15.0%	10.0%	10.0%

エ 退院に向けた相談先として、これまでより連携を深めたい院外の専門職や機関

各圏域で最も割合が高い項目をみると、駿東田方、志太榛原、西部は「在宅医療を担う医師」、富士は「ケアマネジャー」と「訪問看護師」、静岡は「在宅医療を担う医師」と「ケアマネジャー」、中東遠は「訪問看護師」の割合が最も高い。この他、「薬局・薬剤師」は志太榛原、中東遠、「機能強化型在宅診療、在宅専門診療所等」は富士、「配食・家事支援・見守り等の民間事業者・ボランティア団体」は西部で他の圏域と比べて割合が高い。

	回答者数	在宅医療を担う医師	ケアマネジャー	訪問看護師	地域包括支援センター	薬局・薬剤師	機能強化型在宅診療、在宅専門診療所等	配食・家事支援・見守り等の民間事業者・ボランティア団体
全体	92	50.0%	40.2%	38.0%	27.2%	22.8%	18.5%	18.5%
駿東田方	25	60.0%	52.0%	36.0%	32.0%	20.0%	12.0%	20.0%
富士	9	55.6%	77.8%	77.8%	33.3%	0.0%	44.4%	0.0%
静岡	13	38.5%	38.5%	30.8%	15.4%	23.1%	15.4%	7.7%
志太榛原	9	55.6%	22.2%	44.4%	22.2%	44.4%	22.2%	22.2%
中東遠	11	27.3%	9.1%	54.5%	27.3%	45.5%	9.1%	9.1%
西部	20	60.0%	40.0%	20.0%	30.0%	10.0%	25.0%	35.0%

* 全体が15%以上の選択肢を掲載

オ ケアマネジャーとの連携における課題

富士の「入院の必要度に対する認識の違い」「eメールなどICTを利用した連絡体制ができていない」、志太榛原の「入院の必要度に対する認識の違い」「お互いの時間を確保することが難しい」で4割を超えている。

	回答者数	入院の必要度に対する認識の違い	お互いの時間を確保することが難しい	eメールなどICTを利用した連絡体制ができていない	ケアマネジャーの医療知識や用語の理解が不足している	病院とケアマネジャーの役割分担で不明確な部分がある	ケアマネジャーに連絡がつながりづらい	医療機関側の介護や生活支援の知識や用語の理解が不足している
全体	92	33.7%	29.3%	26.1%	21.7%	21.7%	19.6%	19.6%
駿東田方	25	28.0%	36.0%	32.0%	16.0%	28.0%	24.0%	24.0%
富士	9	55.6%	33.3%	44.4%	33.3%	33.3%	33.3%	0.0%
静岡	13	38.5%	15.4%	23.1%	7.7%	23.1%	0.0%	15.4%
志太榛原	9	44.4%	44.4%	22.2%	22.2%	22.2%	11.1%	22.2%
中東遠	11	27.3%	18.2%	18.2%	18.2%	18.2%	27.3%	36.4%
西部	20	30.0%	35.0%	20.0%	35.0%	10.0%	20.0%	15.0%

*全体が15%以上の選択肢を掲載

カ 再入院を防ぐための課題

富士の「気になる変化を本人・家族・介護職などが気づくこと」、中東遠の「かかりつけ医への定期的な受診」、西部の「服薬の的確な管理」が6割以上となっている。

	回答者数	服薬の的確な管理	かかりつけ医への定期的な受診	気になる変化を本人・家族・介護職などが気づくこと	食事・運動・交流・睡眠など基本的な生活習慣をつくること	リハビリテーションや運動の習慣化
全体	92	51.1%	47.8%	46.7%	35.9%	23.9%
駿東田方	25	48.0%	52.0%	56.0%	32.0%	24.0%
富士	9	55.6%	44.4%	66.7%	22.2%	22.2%
静岡	13	53.8%	38.5%	38.5%	38.5%	23.1%
志太榛原	9	44.4%	55.6%	44.4%	33.3%	22.2%
中東遠	11	27.3%	63.6%	45.5%	45.5%	27.3%
西部	20	60.0%	40.0%	40.0%	45.0%	25.0%

*全体が2割以上の選択肢を掲載

キ 入退院支援に関する状況（「概ねできている」の割合）

「概ねできている」の割合をみると、「入退院支援におけるケアマネジャーとの連携」では西部、「患者の在宅生活を想定した退院支援計画の作成」では富士と駿東田方で、他の圏域と比べて低い。

	回答者数	入退院支援におけるケアマネジャーとの連携	患者や家族との話し合い	患者の在宅生活を想定した退院支援計画の作成	入退院支援におけるかかりつけ医との連携
全体	92	65.2%	62.0%	32.6%	30.4%
駿東田方	25	60.0%	60.0%	20.0%	24.0%
富士	9	66.7%	66.7%	11.1%	33.3%
静岡	13	76.9%	69.2%	38.5%	30.8%
志太榛原	9	88.9%	66.7%	44.4%	33.3%
中東遠	11	81.8%	63.6%	45.5%	45.5%
西部	20	50.0%	60.0%	45.0%	30.0%

② ヒアリング調査

医療機関・コーディネーターへのヒアリングにおいて、地域の状況として、次のような回答を得ている。

- ・訪問系の医療・介護サービスが不足している。中でも訪問介護が特に不足している。（賀茂）
- ・グループホームが不足しており、特別養護老人ホームや精神病院に入らざるを得ない方がいる。（賀茂）
- ・ケアマネジャーがかなり不足している。ヘルパーも減少してきている。（熱海伊東）
- ・療養病床、介護保険施設等が不足しており、隣市で利用している。（熱海伊東）
- ・転入者が多く、家族介護力が弱かったり、生活困窮者が多い地区がある。（熱海伊東、駿東田方）
- ・訪問診療・訪問看護・訪問介護が少ないと感じている。訪問介護事業所が地区内に 1 つもないところがある。（駿東田方）
- ・ケアマネジャーが不足している。（駿東田方、富士、志太榛原）
- ・市内に訪問診療を行う診療所がなく、隣市の診療所によって支えられている。（富士）
- ・在宅への訪問介護士が限られ、独居、認知症、みとりをはじめ課題を多岐に抱えている方に対応できる熟練したヘルパーの人材が育てづらい。（静岡）
- ・訪問看護について事業者数は増えているが、小規模が多く、お願いしても受けてもらえないことがある。（静岡）
- ・FAX で入院時情報提供書の提出が禁止されている。（静岡）
- ・中山間地では訪問診療、訪問看護、訪問介護などの人材不足が続いている。（静岡）
- ・24 時間の対応体制も不十分である。特別養護老人ホームが不足している。（志太榛原）
- ・山間地では居住系・施設サービスが不足している。（中東遠、西部）
- ・ヘルパーが不足している。通所介護において、カテーテルや吸引など医療処置がある人への対応が難しい。（中東遠）
- ・中山間地では、在宅での受入が難しかったり、施設では医療管理ができずに、当院に入院という方がいる。（西部）
- ・外国人の高齢者で身寄りがない方の相談もあったりする。（西部）

③ 統計データ

ア 推計人口

2023 年 12 月に公表された国立社会保障・人口問題研究所、「日本の地域別将来推計人口」について、二次医療圏のデータを整理した。

人口について 2020 年と比べると、2050 年は全圏域で減少し、特に賀茂、熱海伊東で減少幅が大きい。

・推計人口

単位：人

	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
静岡県	3,633,202	3,510,509	3,385,506	3,253,591	3,115,777	2,973,451	2,828,823
賀茂	59,546	53,880	48,606	43,624	38,891	34,465	30,512
熱海伊東	99,699	93,919	87,869	81,850	75,853	70,052	64,552
駿東田方	640,096	609,111	584,012	557,794	530,723	503,123	475,079
富士	373,497	361,003	347,994	333,932	319,006	303,262	286,793
静岡	693,389	673,766	649,978	624,853	598,680	572,318	546,205
志太榛原	452,533	435,559	418,290	400,122	381,413	362,185	342,917
中東遠	465,839	455,052	442,999	429,588	415,057	399,302	382,872
西部	848,603	828,219	805,758	781,828	756,154	728,744	699,893

・2020 年を 100 とした場合の人口の推移

	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
静岡県	100	97	93	90	86	82	78
賀茂	100	90	82	73	65	58	51
熱海伊東	100	94	88	82	76	70	65
駿東田方	100	95	91	87	83	79	74
富士	100	97	93	89	85	81	77
静岡	100	97	94	90	86	83	79
志太榛原	100	96	92	88	84	80	76
中東遠	100	98	95	92	89	86	82
西部	100	98	95	92	89	86	82

出典：2020 年は、総務省、「国勢調査」

2025 年以降は、国立社会保障・人口問題研究所、「日本の地域別将来推計人口」（2023 年推計）

イ 高齢者人口

高齢者人口について 2020 年と比べると、2050 年は賀茂、熱海伊東で減少、駿東田方、静岡、志太榛原でほぼ横ばい、富士、中東遠、西部でやや増加する見通しである。

・高齢者人口の推計

単位：人

	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
静岡県	1,084,282	1,108,546	1,114,812	1,127,525	1,160,445	1,150,540	1,120,306
賀茂	27,486	25,856	24,038	22,504	21,149	19,034	16,809
熱海伊東	44,341	44,068	42,880	42,526	42,454	40,337	37,527
駿東田方	191,236	194,427	195,415	198,460	204,139	201,677	194,055
富士	107,239	110,694	112,128	114,769	118,903	117,927	114,787
静岡	209,628	212,211	212,327	214,621	220,200	216,768	210,431
志太榛原	138,021	140,875	140,887	140,590	143,476	142,348	138,756
中東遠	129,336	135,039	136,896	137,614	142,279	143,353	142,034
西部	236,995	245,376	250,241	256,441	267,845	269,096	265,907

・2020 年を 100 とした場合の高齢者人口の推移

	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
静岡県	100	102	103	104	107	106	103
賀茂	100	94	87	82	77	69	61
熱海伊東	100	99	97	96	96	91	85
駿東田方	100	102	102	104	107	105	101
富士	100	103	105	107	111	110	107
静岡	100	101	101	102	105	103	100
志太榛原	100	102	102	102	104	103	101
中東遠	100	104	106	106	110	111	110
西部	100	104	106	108	113	114	112

出典：2020 年は、総務省、「国勢調査」

2025 年以降は、国立社会保障・人口問題研究所、「日本の地域別将来推計人口」

ウ 介護保険サービス等

地域包括ケア「見える化」システムを利用して、介護保険サービスの利用状況を把握した。介護保険サービスにおいては利用状況と提供体制に関連があり、地域の介護資源を検討する際の参考データとして整理をした。各圏域の性別や年齢構成の違いを補正した、高齢者（第1号被保険者）1人あたり介護保険サービスの利用状況（給付月額）について、サービス別に分析した結果は次のとおりである。

静岡県は「訪問介護」の利用が全国と比べて少なく、特に志太榛原、中東遠、西部での利用が少ない。「訪問看護」についても、静岡県は全国と比べて少なく、特に賀茂、富士、志太榛原で少ない。「通所介護」については、静岡県は全国と比べて多く、特に中東遠で多い。「介護老人福祉施設」については、静岡県は全国と比べてやや多く、特に賀茂、中東遠、西部で多い。ただし、富士は全国を下回っている。

・第1号被保険者1人あたり給付月額（性年齢等調整済値）

単位：円

	訪問介護	訪問看護	通所介護	通所リハビリ テーション	短期入所 生活介護
全国	1,767	568	3,352	949	861
静岡県	1,086	407	3,639	956	927
賀茂	1,780	302	3,555	786	964
熱海伊東	1,740	368	2,873	519	818
駿東田方	1,435	466	2,925	852	940
富士	1,216	301	4,002	999	889
静岡	1,360	508	3,795	886	988
志太榛原	876	242	4,040	1,056	915
中東遠	580	454	4,368	909	722
西部	695	412	3,452	1,154	1,009

	認知症対応型 共同生活介護	特定施設入居者 生活介護	介護老人福祉 施設	介護老人保健 施設
全国	1,408	1,162	3,797	2,636
静岡県	1,362	919	3,914	2,944
賀茂	646	775	4,590	2,569
熱海伊東	1,306	2,337	3,481	2,629
駿東田方	1,188	1,074	3,598	2,699
富士	1,074	996	3,083	2,974
静岡	2,047	987	3,920	2,789
志太榛原	1,112	971	3,541	3,267
中東遠	1,376	541	4,473	2,879
西部	1,267	621	4,425	3,203

出典：「介護保険総合データベース」および総務省、「住民基本台帳人口・世帯数」 令和3年時点

「ときどき入院、ほぼ在宅」を支えるための
病院の入退院支援連携体制調査

令和6年3月

一般社団法人 静岡県医師会

(調査協力機関：三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社)