

令和2年度
老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

早期地域療養移行支援パス作成に関する調査研究

報 告 書

公益社団法人 全日本病院協会

令和3(2021)年3月

早期地域療養移行支援パス作成に関する調査研究 報告書(概要)

1. 本調査研究の目的

地域包括ケアシステムの構築や地域医療構想の推進を図るにあたり、「退院可能な入院患者の退院・地域移行」がいかに円滑に進むかは、大きなカギとなっているといえる。一方、退院や地域移行は、単に早期に実施されればよいというものではなく、たとえば退院後に介護や生活支援を必要としている患者については、必要なサービスの選択・利用が可能となるような環境整備が、ケアマネジャー等を介して行われる必要がある。このような退院患者のうち、特に退院後も医療的なケアや管理が必要な患者については、当該患者に関する医学上の留意事項が、介護等のサービス提供者にも確実に伝達されることが必要であり、医療・介護関係者の適時適切な情報共有が求められる。

本調査研究事業では、「医療・介護関係者の情報共有」のうち、「入院医療と居宅介護との間の情報共有」を対象として、退院時に要支援・要介護状態にあると考えられる高齢者について、入退院の両時点における、「情報共有シートや地域連携パスの活用の状況」「入退院支援における情報共有シートや地域連携パスの活用のルール化の状況」「情報共有シートや地域連携パスの活用にあたっての課題」等について、「市区町村の取組」と「ルールやパス等を運用する医療・介護側の活用実態」の両面から把握・整理を行った。

そして、これによって抽出された課題をもとに、「情報共有シートや地域連携パスを用いて伝達する情報内容」や「情報共有シートや地域連携パスの伝達時期・伝達先」等の、あるべき姿について検討した。

これらを通じて、地域ごと、あるいは医療機関ごと等に行われている、情報共有シートや地域連携パスを活用した入退院支援や地域移行プロセスの評価指標の構築や、手順の標準化に資する知見を整理することを、本事業の目的とした。

2. 本調査研究の実施内容

本調査研究では、在宅医療・介護連携事業の実施主体であり、地域単位での医療・介護間の情報共有のルール化を行う場合には(ルール・様式等の制定・運用から、域内のルール状況の把握や住民向け広報までを含む)何らかの関与を行っている可能性が高い「市区町村」、退院時に患者の送り出し元となる「病院」、退院後に居宅介護に移行する患者のサービスのコーディネートを中心的に担う「居宅介護支援事業所」の3つを、アンケート調査やインタビュー調査の対象とした。

3. 調査研究の主要結果

(1) 地域をまたぐ入退院の状況

病院向けアンケート調査において、「2020年9月の退院のうち、病院所在地と住所地が同じ市区町村内である患者割合が7割程度未満」と回答した病院の病棟は、41.3%にのぼる。退院調整にあたっては、病院とは異なる市区町村に帰る患者も多いため、市区町村ごとに入退院調整のルールが異なると、多くの病院が、複数ルールへの対応を求められるものと考えられる。

表「住所地が病院と同じ市区町村内である退院患者の割合」別の病棟数(病院調査票)

上段：回答数 下段：割合		退院月：2020年9月 病棟の入院料								退院月：2019年9月	
		急性期一般入院料1	急性期一般入院料2-7	地域一般入院料	地域包括ケア病棟入院料	地域包括ケア入院医療管理料	回復期リハビリテーション病棟入院料	療養病棟入院基本料	その他の入院料	合計	合計
全体		46	67	33	36	33	45	97	4	361	361
退院患者のうち 病院と同じ 市区町村内 の患者割合	1割程度未満	0	0	0	0	0	1	12	1	14	20
	1~3割程度	5	7	1	5	1	1	2	0	22	27
	3~5割程度	8	6	3	2	5	12	8	0	44	38
	5~7割程度	13	13	7	7	4	10	15	0	69	66
	7~9割程度	16	20	14	14	11	13	13	0	101	100
	9割程度以上	2	20	7	6	11	6	35	2	89	85
	無回答	2	1	1	2	1	2	12	1	22	25
(再掲) 7割程度未満	26	26	11	14	10	24	37	1	149	151	
全体		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
退院患者のうち 病院と同じ 市区町村内 の患者割合	1割程度未満	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.2%	12.4%	25.0%	3.9%	5.5%
	1~3割程度	10.9%	10.4%	3.0%	13.9%	3.0%	2.2%	2.1%	0.0%	6.1%	7.5%
	3~5割程度	17.4%	9.0%	9.1%	5.6%	15.2%	26.7%	8.2%	0.0%	12.2%	10.5%
	5~7割程度	28.3%	19.4%	21.2%	19.4%	12.1%	22.2%	15.5%	0.0%	19.1%	18.3%
	7~9割程度	34.8%	29.9%	42.4%	38.9%	33.3%	28.9%	13.4%	0.0%	28.0%	27.7%
	9割程度以上	4.3%	29.9%	21.2%	16.7%	33.3%	13.3%	36.1%	50.0%	24.7%	23.5%
	無回答	4.3%	1.5%	3.0%	5.6%	3.0%	4.4%	12.4%	25.0%	6.1%	6.9%
(再掲) 7割程度未満	56.5%	38.8%	33.3%	38.9%	30.3%	53.3%	38.1%	25.0%	41.3%	41.8%	

合計：41.3%

(2) 医療・介護関係者の情報共有支援に係る広域行政

市区町村に対して、「入院医療と居宅介護間の情報共有の在り方を最も主導していると考えられる主体」が何であるかを単数回答で問うたところ、「自市区町村(単独)」との回答が 19.9%と最も多かった。一方、「都道府県の保健所」との回答も 17.0%にのぼった。特に、人口 30 万人未満の中・小規模の市町村では、複数の市町村を取組圏域とする形で、「複数の市区町村による協議会等」もしくは「都道府県の保健所」が主導しているケースが多いとの回答結果であった。

(1)に示す通り、市町村の境界をこえた入退院や在宅移行が広く行われている中で、小規模の市町村を中心に、「入院医療と居宅介護間の情報共有支援」に係る事務を、広域行政の枠組みで担っている、あるいは都道府県の保健所が担う形で処理している市町村が多いものと考えられる。

表 自市区町村を含む地域において入院医療と居宅介護間の情報共有の在り方を最も主導していると考えられる主体(市区町村調査票、単数回答)

上段：回答市町村数 下段：回答割合	全体	市区町村の人口規模等							地域		
		特別区	政令市	人口30-70万人	人口10-30万人	人口3-10万人	人口1-3万人	人口1万人未満	3大都市圏	地方の大都市圏	大都市圏以外
全体	788	15	14	38	117	282	184	138	248	97	443
1. 自市区町村(単独)	157	6	6	14	26	55	23	27	46	18	93
2. 複数の市区町村による協議会・一部事務組合・広域連合等	89	0	0	2	8	31	28	20	30	10	49
3. 政令市区	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4. 地域自治区・支所等	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5. 他の市区町村	9	0	0	0	0	1	5	3	2	1	6
6. 都道府県の本庁	17	0	0	1	3	6	2	5	5	1	11
7. 都道府県の保健所	134	0	0	3	18	43	39	31	22	5	107
8. 自市区町村の全域または一部を圏域とする地区医師会	45	2	1	5	13	15	7	2	22	6	17
9. 複数の市区町村を圏域とする地区医師会	40	0	0	0	6	16	14	4	15	9	16
10. 都道府県医師会	3	0	0	0	1	1	1	0	1	0	2
11. 医師会以外の職能団体	21	2	0	1	4	9	3	2	8	2	11
12. 自市区町村内にある特定の医療機関	35	0	1	0	6	18	8	2	5	7	23
13. 自市区町村外にある特定の医療機関	12	0	0	0	0	3	2	7	2	1	9
14. 複数の医療機関が参画する合議体(自治体が設置するものを除く)	8	0	0	1	2	0	4	1	4	0	4
15. 市区町村内で、連携や情報共有の在り方があまり統一されておらず、医療機関ごと、介護事業所ごとの対応となっている	144	2	2	8	20	55	32	25	51	23	70
16. その他	25	1	2	1	3	11	6	1	12	6	7
17. わからない	36	2	2	2	5	13	7	5	18	7	11
無回答	13	0	0	0	2	5	3	3	5	1	7
全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
1. 自市区町村(単独)	19.9%	40.0%	42.9%	36.8%	22.2%	19.5%	12.5%	19.6%	18.5%	18.6%	21.0%
2. 複数の市区町村による協議会・一部事務組合・広域連合等	11.3%	0.0%	0.0%	5.3%	6.8%	11.0%	15.2%	14.5%	12.1%	10.3%	11.1%
3. 政令市区	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
4. 地域自治区・支所等	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
5. 他の市区町村	1.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	2.7%	2.2%	0.8%	1.0%	1.4%
6. 都道府県の本庁	2.2%	0.0%	0.0%	2.6%	2.6%	2.1%	1.1%	3.6%	2.0%	1.0%	2.5%
7. 都道府県の保健所	17.0%	0.0%	0.0%	7.9%	15.4%	15.2%	21.2%	22.5%	8.9%	5.2%	24.2%
8. 自市区町村の全域または一部を圏域とする地区医師会	5.7%	13.3%	7.1%	13.2%	11.1%	5.3%	3.8%	1.4%	8.9%	6.2%	3.8%
9. 複数の市区町村を圏域とする地区医師会	5.1%	0.0%	0.0%	0.0%	5.1%	5.7%	7.6%	2.9%	6.0%	9.3%	3.6%
10. 都道府県医師会	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%	0.4%	0.5%	0.0%	0.4%	0.0%	0.5%
11. 医師会以外の職能団体	2.7%	13.3%	0.0%	2.6%	3.4%	3.2%	1.6%	1.4%	3.2%	2.1%	2.5%
12. 自市区町村内にある特定の医療機関	4.4%	0.0%	7.1%	0.0%	5.1%	6.4%	4.3%	1.4%	2.0%	7.2%	5.2%
13. 自市区町村外にある特定の医療機関	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%	1.1%	5.1%	0.8%	1.0%	2.0%
14. 複数の医療機関が参画する合議体(自治体が設置するものを除く)	1.0%	0.0%	0.0%	2.6%	1.7%	0.0%	2.2%	0.7%	1.6%	0.0%	0.9%
15. 市区町村内で、連携や情報共有の在り方があまり統一されておらず、医療機関ごと、介護事業所ごとの対応となっている	18.3%	13.3%	14.3%	21.1%	17.1%	19.5%	17.4%	18.1%	20.6%	23.7%	15.8%
16. その他	3.2%	6.7%	14.3%	2.6%	2.6%	3.9%	3.3%	0.7%	4.8%	6.2%	1.6%
17. わからない	4.6%	13.3%	14.3%	5.3%	4.3%	4.6%	3.8%	3.6%	7.3%	7.2%	2.5%
無回答	1.6%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%	1.8%	1.6%	2.2%	2.0%	1.0%	1.6%

※「市区町村の人口規模等」は、2015 年国勢調査人口による。

※「地域」欄における区分は、2015 年国勢調査人口における「大都市圏」による。すなわち、「3 大都市圏」とは「関東」「近畿」「中京」の各大都市圏(東京都区部およびさいたま・千葉・横浜・川崎・名古屋・京都・大阪・堺の各政令市とその 1.5%通勤圏)に含まれる市区町村を指し、「地方の大都市圏」とは 3 大都市圏に含まれない 8 つの大都市圏(各政令市とその 1.5%通勤圏)に含まれる市町村を指す。

(3) 入院医療・居宅介護の連携のルールへのモニタリング状況

市区町村向けアンケート調査において、「入退院時の情報共有の進め方のルール化や情報提供様式の作成・公表を行っている市区町村」に対し、当該ルールに参加しているか当該情報提供様式を用いている病院・有床診療所・居宅介護支援事業所・地域包括支援センターの割合(普及状況)について問うたところ、「病院・有床診療所／居宅介護支援事業所・地域包括支援センターの別」×「ルールへの参加／様式を用いた情報提供」のいずれについても、「把握している」と回答した市区町村は、30%に満たなかった。

表 情報共有の進め方のルール化や情報提供様式の普及状況の把握の有無(市区町村調査票)

把握内容	把握している市区町村数	構成割合
入院時または退院時の情報共有の進め方のルール化や情報提供様式の作成・公表を行っている市区町村	632	100.0%
1. 自市区町村内の病院・有床診療所のうち、地域で決められた情報共有の進め方のルールに参加している機関のおおよその割合	150	23.7%
2. 自市区町村内の居宅介護支援事業所・地域包括支援センターのうち、地域で決められた情報共有の進め方のルールに参加している事業所のおおよその割合	181	28.6%
3. 自市区町村内の病院・有床診療所のうち、地域で決められた情報提供様式を用いて介護側への情報提供を行っている機関のおおよその割合	94	14.9%
4. 自市区町村内の居宅介護支援事業所・地域包括支援センターのうち、地域で決められた情報提供様式を用いて医療側への情報提供を行っている事業所のおおよその割合	146	23.1%
5. 上記の中に、過去3年以内に把握したことがあるものはない	282	44.6%

一方、これらを「把握している」と回答した市区町村に、おおよその普及状況を問うたところ、「9割程度以上」と回答した市区町村が最も多かった。

表 情報共有の進め方のルール化や情報提供様式の普及状況を把握している市区町村における普及割合(市区町村調査票)

	市区町村数 (構成割合)	参加・情報提供を実施している機関や事業所の割合						無回答
		1割程度未満	1～3割程度	3～5割程度	5～7割程度	7～9割程度	9割程度以上	
1. 自市区町村内の病院・有床診療所のうち、地域で決められた情報共有の進め方のルールに参加している機関のおおよその割合	150 100.0%	7 4.7%	7 4.7%	12 8.0%	18 12.0%	19 12.7%	85 56.7%	2 1.3%
2. 自市区町村内の居宅介護支援事業所・地域包括支援センターのうち、地域で決められた情報共有の進め方のルールに参加している事業所のおおよその割合	181 100.0%	2 1.1%	4 2.2%	6 3.3%	13 7.2%	29 16.0%	123 68.0%	4 2.2%
3. 自市区町村内の病院・有床診療所のうち、地域で決められた情報提供様式を用いて介護側への情報提供を行っている機関のおおよその割合	94 100.0%	6 6.4%	12 12.8%	13 13.8%	9 9.6%	16 17.0%	35 37.2%	3 3.2%
4. 自市区町村内の居宅介護支援事業所・地域包括支援センターのうち、地域で決められた情報提供様式を用いて医療側への情報提供を行っている事業所のおおよその割合	146 100.0%	3 2.1%	4 2.7%	13 8.9%	26 17.8%	31 21.2%	57 39.0%	12 8.2%

入退院時の情報共有の進め方のルール化や情報提供様式の普及状況については、「市区町村内に広く普及しており、それを市区町村も把握している」旨の回答と、「普及状況を市区町村が把握していない」旨の回答とに二分された。また、後者の回答数の方が多いという結果となった。

(4) 入院医療・居宅介護の情報共有ルールの一貫性・独自性

「入院医療と居宅介護間の連携や情報共有の在り方のルール化にあたり、市区町村や地域独自で考慮を要する地域性の有無」を問うたところ、「市区町村/地域独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものはない」と回答したのは、市区町村のうち 73.6%、病院の病棟のうち 75.6%、居宅介護支援事業所のうち 76.9%にのぼり、いずれも「認識しているものがある」との回答を大きく上回った。

表 入院医療と居宅介護間の連携や情報共有の在り方をルール化するにあたり、市区町村独自で考慮を要する地域性の有無(市区町村調査票)

上段：回答市区町村数 下段：回答割合	全体	市区町村の人口規模等							地域		
		特別区	政令市	人口30-70万人	人口10-30万人	人口3-10万人	人口1-3万人	人口1万人未満	3大都市圏	地方の大都市圏	大都市圏以外
全体	788	15	14	38	117	282	184	138	248	97	443
1. 市区町村独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものはない	580	9	9	29	91	206	135	101	174	74	332
2. 市区町村独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものがある	154	5	2	8	19	63	32	25	51	17	86
無回答	54	1	3	1	7	13	17	12	23	6	25
全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
1. 市区町村独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものはない	73.6%	60.0%	64.3%	76.3%	77.8%	73.0%	73.4%	73.2%	70.2%	76.3%	74.9%
2. 市区町村独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものがある	19.5%	33.3%	14.3%	21.1%	16.2%	22.3%	17.4%	18.1%	20.6%	17.5%	19.4%
無回答	6.9%	6.7%	21.4%	2.6%	6.0%	4.6%	9.2%	8.7%	9.3%	6.2%	5.6%

※「市区町村の人口規模等」は、2015年国勢調査人口による。

※「地域」欄における区分は、2015年国勢調査人口における「大都市圏」による。すなわち、「3大都市圏」とは「関東」「近畿」「中京」の各大都市圏(東京都区部およびさいたま・千葉・横浜・川崎・名古屋・京都・大阪・堺の各政令市とその1.5%通勤圏)に含まれる市区町村を指し、「地方の大都市圏」とは3大都市圏に含まれない8つの大都市圏(各政令市とその1.5%通勤圏)に含まれる市町村を指す。

表 入院医療と居宅介護間の連携や情報共有の在り方をルール化するにあたり、地域独自で考慮を要する地域性の有無(病院調査票)

上段：回答数 下段：割合	全体	市区町村の人口規模等							地域		
		特別区	政令市	人口30-70万人	人口10-30万人	人口3-10万人	人口1-3万人	人口1万人未満	3大都市圏	地方の大都市圏	大都市圏以外
全体	361	12	71	56	75	98	35	14	143	64	154
1. 地域独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものはない	273	9	57	50	56	63	29	9	114	49	110
2. 地域独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものがある	48	1	7	3	5	25	3	4	14	6	28
無回答	40	2	7	3	14	10	3	1	15	9	16
全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
1. 地域独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものはない	75.6%	75.0%	80.3%	89.3%	74.7%	64.3%	82.9%	64.3%	79.7%	76.6%	71.4%
2. 地域独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものがある	13.3%	8.3%	9.9%	5.4%	6.7%	25.5%	8.6%	28.6%	9.8%	9.4%	18.2%
無回答	11.1%	16.7%	9.9%	5.4%	18.7%	10.2%	8.6%	7.1%	10.5%	14.1%	10.4%

表 入院医療と居宅介護間の連携や情報共有の在り方をルール化するにあたり、地域独自で考慮を要する地域性の有無(居宅介護支援事業所調査票)

	事業所数	構成割合
全体	350	100.0%
地域独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものはない	269	76.9%
地域独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものがある	37	10.6%
無回答	44	12.6%

病院向け及び居宅介護支援事業所向けのアンケート調査において、入院医療と居宅介護間の連携・情報共有のルールに対する考えを問うたところ、大半のルール内容について、「地域をこえて統一されたルールが望ましい」との回答が、「地域の個別事情に応じたルールが望ましい」との回答よりも多かった。

表 入退院時の入院医療・居宅介護間の連携・情報共有のルール化に対する考え
(病院調査票)

ルールの内容	場面・内容		ルール化の必要性の高さ		地域間でのルールの統一性				差分 (A-B)
			ルール化の必要性が「高い」		地域をこえて統一されたルールが望ましい		地域の個別事情に応じたルールが望ましい		
			回答 病棟数	割合	回答 病棟数	割合 (A)	回答 病棟数	割合 (B)	
全体			361	100.0%	361	100.0%	361	100.0%	0.0%
⑤自事業所がケアプランを作成している利用者の入院を把握した時に、ケアマネジャー等が、入院先の病院・有床診療所に自事業所の利用者である旨を伝達すること	入院支援	様式・伝達内容	263	72.9%	202	56.0%	60	16.6%	39.3%
⑥入院時に、ケアマネジャー等が当該患者について、入院先の病院・有床診療所に伝達すべき情報の内容	入院支援	様式・伝達内容	246	68.1%	178	49.3%	75	20.8%	28.5%
④介護サービスの利用者が入院した時に、病院・有床診療所が、入院の実事をケアマネジャー等に伝達すること	入院支援	様式・伝達内容	233	64.5%	180	49.9%	67	18.6%	31.3%
②病院・有床診療所が、入退院支援の担当部署や担当者の連絡先を公表しておくこと	関係構築		228	63.2%	162	44.9%	75	20.8%	24.1%
⑭退院時に、病院・有床診療所が当該患者について、ケアマネジャー等に伝達すべき情報の内容	退院支援	様式・伝達内容	198	54.8%	139	38.5%	88	24.4%	14.1%
③入院時に、病院・有床診療所が行うべき「退院後の介護保険の利用が見込まれる患者」のスクリーニングの方法	入院支援	情報把握	196	54.3%	132	36.6%	78	21.6%	15.0%
⑦入院時に、ケアマネジャー等が当該患者について、入院先の病院・有床診療所への情報伝達に用いる様式	入院支援	様式・伝達内容	187	51.8%	137	38.0%	84	23.3%	14.7%
⑮退院時に、病院・有床診療所が当該患者について、ケアマネジャー等への情報伝達に用いる様式	退院支援	様式・伝達内容	180	49.9%	119	33.0%	94	26.0%	6.9%
⑧病院・有床診療所が、退院後に介護保険の利用が見込まれる患者に対して行うべき、介護保険申請の支援の方法	退院支援	患者への支援	144	39.9%	110	30.5%	96	26.6%	3.9%
⑪病院・有床診療所から、ケアマネジャー等への退院支援計画の伝達の方法	退院支援	伝達方法	139	38.5%	101	28.0%	88	24.4%	3.6%
⑨退院後に関する本人・家族の希望の聞き取りや、入院医療・居宅介護間での共有の方法	退院支援	情報把握	133	36.8%	89	24.7%	88	24.4%	0.3%
①入院医療(病院・有床診療所)と居宅介護(居宅介護支援事業所・地域包括支援センター等)との関係づくりの方法	関係構築		131	36.3%	75	20.8%	117	32.4%	-11.6%
⑬退院時に、本人・家族に対して、入院医療・居宅介護が連携して行う支援の方法	退院支援	患者への支援	131	36.3%	95	26.3%	100	27.7%	-1.4%
⑫病院・有床診療所から、ケアマネジャー等への退院予定に関する伝達の時期	退院支援	伝達方法	125	34.6%	90	24.9%	87	24.1%	0.8%
⑩退院後の療養環境について病院・有床診療所が行うべき情報収集の内容・方法(居宅調査など).....	退院支援	情報把握	116	32.1%	79	21.9%	92	25.5%	-3.6%
⑦退院後、一定期間を経た後に、ケアマネジャーが行うべきフィードバックの内容・方法	その他	事後対応	101	28.0%	78	21.6%	79	21.9%	-0.3%
⑯退院後に、病院・有床診療所が行うべきフォローアップの内容・方法	その他	事後対応	71	19.7%	48	13.3%	84	23.3%	-10.0%
⑱入退院支援について、傷病別に異なったルールの設定	その他	個別化	39	10.8%	35	9.7%	82	22.7%	-13.0%

表 入退院時の入院医療・居宅介護間の連携・情報共有のルール化に対する考え
(居宅介護支援事業所調査票)

ルールの内容	場面・内容		ルール化の必要性の高さ		地域間でのルールの一貫性				差分 (A-B)
			ルール化の必要性が「高い」		地域をこえて統一されたルールが望ましい		地域の個別事情に応じたルールが望ましい		
			回答 事業所数	割合	回答 事業所数	割合 (A)	回答 事業所数	割合 (B)	
全体			350	100.0%	350	100.0%	350	100.0%	0.0%
④介護サービスの利用者が入院した時に、病院・有床診療所が、入院の事実をケアマネジャー等に伝達すること	入院支援	様式・伝達内容	274	78.3%	204	58.3%	59	16.9%	41.4%
⑤自事業所がケアプランを作成している利用者の入院を把握した時に、ケアマネジャー等が、入院先の病院・有床診療所に自事業所の利用者である旨を伝達すること	入院支援	様式・伝達内容	268	76.6%	200	57.1%	56	16.0%	41.1%
⑥入院時に、ケアマネジャー等が当該患者について、入院先の病院・有床診療所に伝達すべき情報の内容	入院支援	様式・伝達内容	264	75.4%	192	54.9%	58	16.6%	38.3%
②病院・有床診療所が、入退院支援の担当部署や担当者の連絡先を公表しておくこと	関係構築		258	73.7%	185	52.9%	67	19.1%	33.7%
④退院時に、病院・有床診療所が当該患者について、ケアマネジャー等に伝達すべき情報の内容	退院支援	様式・伝達内容	256	73.1%	179	51.1%	72	20.6%	30.6%
⑫病院・有床診療所から、ケアマネジャー等への退院予定に関する伝達の時期	退院支援	伝達方法	253	72.3%	170	48.6%	76	21.7%	26.9%
⑦入院時に、ケアマネジャー等が当該患者について、入院先の病院・有床診療所への情報伝達に用いる様式	入院支援	様式・伝達内容	239	68.3%	174	49.7%	66	18.9%	30.9%
①病院・有床診療所から、ケアマネジャー等への退院支援計画の伝達の方法	退院支援	伝達方法	230	65.7%	162	46.3%	64	18.3%	28.0%
⑮退院時に、病院・有床診療所が当該患者について、ケアマネジャー等への情報伝達に用いる様式	退院支援	様式・伝達内容	229	65.4%	162	46.3%	66	18.9%	27.4%
③退院時に、本人・家族に対して、入院医療・居宅介護が連携して行う支援の方法	退院支援	患者への支援	211	60.3%	139	39.7%	72	20.6%	19.1%
⑨退院後に関する本人・家族の希望の聞き取りや、入院医療・居宅介護間での共有の方法	退院支援	情報把握	205	58.6%	139	39.7%	64	18.3%	21.4%
⑧病院・有床診療所が、退院後に介護保険の利用が見込まれる患者に対して行うべき、介護保険申請の支援の方法	退院支援	患者への支援	195	55.7%	134	38.3%	72	20.6%	17.7%
③入院時に、病院・有床診療所が行うべき「退院後の介護保険の利用が見込まれる患者」のスクリーニングの方法	入院支援	情報把握	193	55.1%	122	34.9%	61	17.4%	17.4%
①入院医療(病院・有床診療所)と居宅介護(居宅介護支援事業所・地域包括支援センター等)との関係づくりの方法	関係構築		191	54.6%	111	31.7%	93	26.6%	5.1%
⑩退院後の療養環境について病院・有床診療所が行うべき情報収集の内容・方法(居宅調査など)	退院支援	情報把握	170	48.6%	107	30.6%	80	22.9%	7.7%
⑯退院後に、病院・有床診療所が行うべきフォローアップの内容・方法	その他	事後対応	126	36.0%	85	24.3%	64	18.3%	6.0%
⑰退院後、一定期間を経た後に、ケアマネジャーが行うべきフィードバックの内容・方法	その他	事後対応	103	29.4%	73	20.9%	70	20.0%	0.9%
⑱入退院支援について、傷病別に異なったルールの設定	その他	個別化	74	21.1%	54	15.4%	60	17.1%	-1.7%

一方、「市区町村/地域独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものがある」との回答の背景としては、下記のように、過疎地等におけるサービス提供や社会資源の少なさを指摘するものや、独居者等で家族・親族の支援を得がたい利用者の多さを指摘するもの等がみられた。

表 入院医療と居宅介護間の連携や情報共有の在り方をルール化するにあたり、
地域独自で考慮を要する地域性の内容に関する主な自由回答

調査票	市区町村/地域独自で考慮を要する特段の地域性の内容
市区町村調査票	<ul style="list-style-type: none"> • 地域の医療・介護サービスが限られているため、現状をふまえて在宅療養の調整が必要。 • 独居、高齢者世帯が多く、キーパーソンとなる家族が町外の場合が多い地域性がある。
病院調査票	<ul style="list-style-type: none"> • 過疎がすすむ地域では活用できるサービス支援が限られる。医療についても普通の通院でさえ難しい所は多い。ある程度のルール化とその地域に合わせた運用が必要と思う。 • 超高齢化がすすんでいる地区のため、ケアマネジャーだけが頼りのこともある。家族が遠方で緊急時(急変時)かけつけられる家族がいないと認知症をかかえた老夫婦も多い。そのためどう対応するか苦慮することがある。
居宅介護支援事業所調査票	<ul style="list-style-type: none"> • 在宅で利用できるサービス、社会資源が少ないため、退院後の生活に向けた準備や調整に時間がかかることがあり、方向性が決まった段階での早めの連絡が必要。 • 小さい市町村は、医師がまだ介護保険を知らなかったり認知症患者を診られなかったりして、なかなか相談や連携にまで話が及ばないことがある。

(5) 地域における入院医療・居宅介護間の情報提供に関する重要度・充足度

居宅介護サービスの利用者の入院に際して行われる居宅介護から入院医療への情報提供について、情報内容ごとに病棟側からみた「重要度」「充足度」と、居宅介護支援事業所側からみた「提供の有無」「業務負担の重さ」を整理した。

その結果、情報の受け手である病棟側にとって「特に重要」である一方、「十分な情報が得られないケースが多い」項目として、「生活困窮の有無」「退院後の家屋希望」「退院後の本人希望」「家族との関係」等が抽出された。一方、情報の送り手である居宅介護支援事業所側にとって、これら項目の情報提供の困難さ・業務負担は、中程度の水準であった。

表 居宅介護サービスの利用者の入院時における居宅介護から入院医療への情報提供に関する重要度・充足度(病棟)、提供実施・業務負担(居宅介護支援事業所)

		【病院調査票】				【居宅介護支援事業所調査票】			
		特に重要と考えている項目		十分な情報が得られないケースが多いと考えている項目		提供している情報の様式に盛り込まれている項目		情報提供が困難あるいは業務負担が大きい項目	
		回答 病棟数	割合	回答 病棟数	割合	回答 事業所数	割合	回答 事業所数	割合
全体		359	100.0%	359	100.0%	350	100.0%	350	100.0%
37.看取りに係る希望	希望	218	60.7%	201	56.0%	47	13.4%	159	45.4%
13.生活困窮の有無	生活・経済状況	266	74.1%	129	35.9%	116	33.1%	70	20.0%
36.退院後の家族希望	希望	293	81.6%	124	34.5%	168	48.0%	73	20.9%
35.退院後の本人希望	希望	285	79.4%	122	34.0%	180	51.4%	71	20.3%
5.家族との関係(疎遠等)	家族・介護者	297	82.7%	96	26.7%	197	56.3%	46	13.1%
16.薬局の利用状況	医療の状況	103	28.7%	94	26.2%	63	18.0%	80	22.9%
15.歯科の受療状況	医療の状況	82	22.8%	90	25.1%	41	11.7%	112	32.0%
29.口腔の状況	ADL・身体状況	179	49.9%	86	24.0%	228	65.1%	62	17.7%
30.アレルギーの有無・内容	ADL・身体状況	223	62.1%	86	24.0%	128	36.6%	74	21.1%
8.虐待リスク	家族・介護者	169	47.1%	80	22.3%	96	27.4%	58	16.6%
14.医科の受療状況	医療の状況	290	80.8%	80	22.3%	233	66.6%	30	8.6%
7.主介護者の状況	家族・介護者	264	73.5%	75	20.9%	220	62.9%	30	8.6%
27.服薬管理の状況	ADL・身体状況	300	83.6%	73	20.3%	273	78.0%	23	6.6%
9.住居の環境	生活・経済状況	285	79.4%	70	19.5%	215	61.4%	30	8.6%
28.栄養状態	ADL・身体状況	228	63.5%	69	19.2%	146	41.7%	39	11.1%
34.認知症以外の精神症状	精神症状	250	69.6%	68	18.9%	199	56.9%	40	11.4%
18.行っている医療処置の内容	医療の状況	287	79.9%	64	17.8%	153	43.7%	69	19.7%
11.生活習慣	生活・経済状況	188	52.4%	62	17.3%	131	37.4%	32	9.1%
3.かかりつけ医/歯科医/薬局/訪問看護等の連絡先	連絡先	246	68.5%	57	15.9%	297	84.9%	33	9.4%
10.生活歴	生活・経済状況	236	65.7%	54	15.0%	239	68.3%	35	10.0%
12.食事の内容	生活・経済状況	206	57.4%	52	14.5%	260	74.3%	25	7.1%
19.診断名	医療の状況	245	68.2%	52	14.5%	254	72.6%	23	6.6%
21.要介護認定の有効期間	介護の状況	189	52.6%	46	12.8%	291	83.1%	12	3.4%
33.認知症の行動・心理症状	精神症状	250	69.6%	45	12.5%	238	68.0%	21	6.0%
32.認知症高齢者の日常生活自立度	精神症状	239	66.6%	37	10.3%	283	80.9%	16	4.6%
4.家族構成図	家族・介護者	274	76.3%	36	10.0%	239	68.3%	22	6.3%
22.要介護認定の申請日	介護の状況	109	30.4%	36	10.0%	119	34.0%	14	4.0%
31.身体障害の状況	ADL・身体状況	252	70.2%	35	9.7%	237	67.7%	13	3.7%
26.食事の介助状況	ADL・身体状況	266	74.1%	33	9.2%	316	90.3%	14	4.0%
6.主介護者が誰なのか	家族・介護者	308	85.8%	32	8.9%	308	88.0%	16	4.6%
2.緊急時連絡先(親族等)	連絡先	270	75.2%	30	8.4%	321	91.7%	21	6.0%
23.介護サービスの利用状況	介護の状況	313	87.2%	29	8.1%	313	89.4%	15	4.3%
25.更衣/入浴/排泄の介助状況	ADL・身体状況	291	81.1%	22	6.1%	328	93.7%	15	4.3%
17.訪問看護の利用状況	医療の状況	230	64.1%	19	5.3%	163	46.6%	11	3.1%
20.要介護度	介護の状況	329	91.6%	17	4.7%	340	97.1%	15	4.3%
24.移動方法	ADL・身体状況	309	86.1%	13	3.6%	320	91.4%	15	4.3%
1.発信者の連絡先	連絡先	232	64.6%	12	3.3%	324	92.6%	15	4.3%
38.その他	その他	14	3.9%	11	3.1%	31	8.9%	15	4.3%

退院後に居宅介護サービスの利用が見込まれる者の退院に際して行われる入院医療から居宅介護への情報提供について、情報内容ごとに居宅介護支援事業所側からみた「重要度」「充足度」と、病棟側からみた「提供の有無」「業務負担の重さ」を整理した。

その結果、情報の受け手である居宅介護支援事業所側にとって「特に重要」である一方、「十分な情報が得られないケースが多い」項目として、「傷病の見通し」「看取り期を判断する目安」「再入院の目安」「受診を勧める目安」「退院後に必要なリハビリテーション」等が抽出された。一方、情報の送り手である病棟側にとって「情報提供上の困難さや業務負担が大きい」項目である「看取り期を判断する目安」「再入院の目安」を除くと、「傷病の見通し」「受診を勧める目安」「退院後に必要なリハビリテーション」が残った。

図表 退院後に居宅介護サービスの利用を予定している者の退院時の入院医療から居宅介護への情報提供に関する重要度・充足度(居宅介護支援事業所)、提供実施・業務負担(病棟)

		【居宅介護支援事業所調査票】				【病院調査票】			
		特に重要と考えている項目		十分な情報が得られないケースが多いと考えている項目		提供している情報の様式に盛り込まれている項目		情報提供が困難あるいは業務負担が大きい項目	
		回答事業所数	割合	回答事業所数	割合	回答病棟数	割合	回答病棟数	割合
全体		350	100.0%	350	100.0%	359	100.0%	359	100.0%
23.傷病の見通し	状態の見通し	267	76.3%	141	40.3%	135	37.6%	94	26.2%
28.看取り期を判断する目安	状態の見通し	213	60.9%	138	39.4%	31	8.6%	166	46.2%
27.再入院の目安	状態の見通し	168	48.0%	124	35.4%	30	8.4%	133	37.0%
26.受診を勧める目安	状態の見通し	215	61.4%	121	34.6%	112	31.2%	47	13.1%
24.ADLの変化の見通し	状態の見通し	236	67.4%	103	29.4%	121	33.7%	82	22.8%
9.退院後に必要なリハビリテーション	医療の状況	285	81.4%	100	28.6%	179	49.9%	47	13.1%
7.退院後に必要な医療処置の内容	医療の状況	309	88.3%	98	28.0%	292	81.3%	43	12.0%
22.認知症以外の精神症状	精神症状	227	64.9%	78	22.3%	165	46.0%	33	9.2%
32.服薬に関する注意	生活上の注意	265	75.7%	73	20.9%	246	68.5%	40	11.1%
10.傷病状態の安定・不安定	身体の状態	292	83.4%	71	20.3%	250	69.6%	38	10.6%
25.要介護認定の見直しの必要性	状態の見通し	149	42.6%	68	19.4%	61	17.0%	50	13.9%
8.退院後に必要な医療サービス(訪問看護等)	医療の状況	264	75.4%	67	19.1%	192	53.5%	34	9.5%
16.口腔の状況	身体の状態	212	60.6%	67	19.1%	221	61.6%	30	8.4%
31.食事に関する注意	生活上の注意	277	79.1%	67	19.1%	249	69.4%	28	7.8%
29.運動に関する注意	生活上の注意	254	72.6%	65	18.6%	215	59.9%	28	7.8%
30.移動に関する注意	生活上の注意	250	71.4%	55	15.7%	242	67.4%	26	7.2%
21.認知症の行動・心理症状	精神症状	223	63.7%	53	15.1%	203	56.5%	30	8.4%
17.アレルギーの有無・内容	身体の状態	187	53.4%	52	14.9%	248	69.1%	11	3.1%
20.認知症の中核症状	精神症状	198	56.6%	51	14.6%	146	40.7%	24	6.7%
6.退院時の処方内容	医療の状況	275	78.6%	47	13.4%	266	74.1%	25	7.0%
15.栄養状態	身体の状態	231	66.0%	46	13.1%	235	65.5%	23	6.4%
3.退院後の診療を担う医療機関の連絡先	連絡先	196	56.0%	45	12.9%	147	40.9%	27	7.5%
5.入院中の治療内容	医療の状況	252	72.0%	43	12.3%	290	80.8%	52	14.5%
2.緊急時連絡先(医療機関の窓口等)	連絡先	148	42.3%	39	11.1%	143	39.8%	21	5.8%
11.身体機能の状況(筋力・麻痺・拘縮等)	身体の状態	280	80.0%	39	11.1%	299	83.3%	27	7.5%
12.移動の状況(歩行・移乗能力等)	身体の状態	261	74.6%	35	10.0%	320	89.1%	20	5.6%
13.更衣/入浴/排泄の状況	身体の状態	244	69.7%	30	8.6%	313	87.2%	17	4.7%
14.食事の状況	身体の状態	252	72.0%	29	8.3%	323	90.0%	21	5.8%
18.身体障害の状況	身体の状態	231	66.0%	28	8.0%	268	74.7%	19	5.3%
19.認知症高齢者の日常生活自立度	精神症状	128	36.6%	25	7.1%	197	54.9%	24	6.7%
4.診断名	医療の状況	285	81.4%	19	5.4%	324	90.3%	17	4.7%
1.発信者の連絡先	連絡先	112	32.0%	11	3.1%	267	74.4%	13	3.6%
33.その他	その他	6	1.7%	11	3.1%	30	8.4%	15	4.2%

4. 提言

① 地域をこえた入退院の存在を前提とした統一性のあるルールづくり

入院医療は、在宅医療と異なり、入院医療機関の所在地と患者住所地とが異なることも多く、入退院支援や入退院時の医療・介護間の情報共有にあたっては、地域の異なる機関間のやり取りが、頻繁に生ずることとなる。入院医療・居宅介護間の連携や情報共有にあたってのルールづくりにあたっては、これを前提とし、異なる市町村間や地域間であっても、一定程度の統一性をもったルールが整備される必要がある。

② 入院医療・居宅介護間の情報共有内容として充実を図るべきもの

情報の受け手側からみた際には「情報としての重要性が高い」一方で「現状で十分な情報が得られにくい」、さらに情報の送り手側からみた際には「情報の収集・発信に伴う業務負担が重くはない」情報内容は、優先的に医療・介護間の情報共有の強化を図るべきものと考えられる。

入院時には、「生活困窮の有無」「退院後の家屋希望」「退院後の本人希望」「家族との関係」といった情報が、居宅介護側から入院医療側に確実に伝達されるよう、留意する必要がある。また退院時には、「傷病の見通し」「受診を勧める目安」「退院後に必要なリハビリテーション」といった情報が、入院医療側から居宅介護側に確実に伝達されるよう、留意する必要がある。上記のような、「市町村間や地域間で統一性をもったルール」には、このような情報内容の伝達を行うことが、盛り込まれるべきである。

③ 地域性を考慮したルール

上記のように、入院医療・居宅介護間の連携や情報共有のルールは、市町村間や地域間で統一性をもたせることが必要である一方、医療・介護資源の多くは偏在しているため、特に資源の乏しい地域においては、利用困難なサービスがあることを踏まえた入退院支援が必要となる。現状、多くの市区町村では、医療・介護資源に関する情報収集・整理・公表を行っている。これを基盤として、医療・介護資源上大きな制約のあるエリアを含む地域(例:過疎地が含まれている二次医療圏)では、当該エリアならではの入退院支援に係る留意事項を、医療・介護・行政間で十分に共有する必要がある。

④ 都道府県の保健所の業務負担の考慮

近年、在宅医療・介護連携推進事業の支援や地域医療構想調整会議の事務局など、地域の医療・介護提供体制の検討・確保に関し、都道府県の保健所にかかる事務負担が増大していると考えられる。衛生行政等の従来業務がある中で、都道府県の保健所の業務負担量については、留意をする必要があると考えられる。

⑤ ルールの普及度合いに関するモニタリング

地域単位で作成された入院医療・居宅介護間の連携や情報共有のルールについて、現状は、「市区町村がルールの地域での普及(浸透)状況を把握しており、かつ普及(浸透)度合いが高い」市区町村と、「市区町村がルールの地域での普及(浸透)状況を把握していない」市区町村との二極分化がみられる状態である。後者に該当する地域では、ルールを策定するのみならず、その普及(浸透)状況をモニタリングし、課題把握や対応を継続的に行うことが求められる。

⑥ 地域の入退院支援ルールに関する評価指標の方向性

上記①～⑤を踏まえる中で、地域の入退院支援ルールに関する評価指標を設定するに当たっては、下記の視点による評価付けが盛り込まれるべきである。

<ルールの普及や地域間の互換性が図られているかの視点>

- ◆ 地域で統一された入退院時の情報共有のルールが整備されているか。
 - ◇ 上記のルールについて、住所地と入院先の医療機関所在地とが離れた患者にも、適用可能なものとなっているか。情報のやり取りを行う医療機関や介護サービス事業所に、(相手方が異なる市区町村にある等のために)複数の異なるルールへの対応を求めるものとなっていないか。
- ◆ 過疎地における医療・介護資源の不足など、特定の地域に限定して存在する課題が可視化されているか。
 - ◇ 特定の地域に限定して存在する課題が、その周辺の地域を含めた行政・医療・介護等の関係者間で共有されているか。
- ◆ 地域の医療機関や介護サービス事業所における上記ルールへの参加度合いがモニタリングされているか。
 - ◇ ルールへの参加度合いが高いか(ルールが地域に普及しているか)。

<必要な情報の伝達が行われているかの視点>

- ◆ 入退院時に医療・介護間で共有する情報のうち、重要度の高い項目が盛り込まれているか。
 - ◇ 特に、入院時に居宅介護側から入院医療側に伝達すべき項目として、「生活困窮の有無」「退院後の家屋希望」「退院後の本人希望」「家族との関係」等が盛り込まれているか。
 - ◇ 特に、退院時に入院医療側から居宅介護側に伝達すべき項目として、「傷病の見通し」「受診を勧める目安」「退院後に必要なりハビリテーション」等が盛り込まれているか。
- ◆ 入退院時に医療・介護間で共有する情報項目について、やりとりされる情報の内容や方法についての標準化が図られているか。
 - ◇ 標準化にあたり、「当該情報の取得・共有を行うべき患者・利用者の判断基準」「各情報項目で記載すべき内容」「情報を伝達すべき時期」が定められているか。

目次

第1章	本調査研究の結論と提言	1
1.	本調査研究の結論	1
2.	提言	11
第2章	調査研究の目的と方法	13
1.	本調査研究の背景・目的	13
2.	調査設計に当たっての視点	15
3.	本調査研究の構成	16
第3章	事前インタビュー調査の結果	21
1.	市町村行政の介護保険担当課に対するインタビュー調査	21
2.	県介護支援専門員協会役員に対するインタビュー調査	22
第4章	アンケート調査の結果	25
1.	アンケート調査の回収状況	25
2.	市区町村調査票の集計結果	26
3.	病院調査票の集計結果	45
4.	居宅介護支援事業所調査票の集計結果	69
附属資料	アンケート調査票	83
	事業実施体制	133

第1章 本調査研究の結論と提言

1. 本調査研究の結論

本調査研究事業では、第2章1. に後述するように、退院時に要支援・要介護状態にあると考えられる高齢者について、入退院の両時点における、「情報共有シートや地域連携パスの活用の状況」「入退院支援における情報共有シートや地域連携パスの活用のルール化の状況」「情報共有シートや地域連携パスの活用にあたっての課題」等について、「市区町村の取組」と「ルールやパス等を運用する医療・介護側の活用実態」の両面から把握・整理を行った。

そして、これによって抽出された課題をもとに、「情報共有シートや地域連携パスを用いて伝達する情報内容」や「情報共有シートや地域連携パスの伝達時期・伝達先」等の、あるべき姿について検討した。

本報告書では、調査の具体的な手法(第2章)や個々の調査結果(第3章・第4章)等に先立って、本調査研究を通じての主な結果と、それに基づく提言について述べる。

(1) 地域をまたぐ入退院の状況

病院向けアンケート調査において、「2020年9月の退院のうち、病院所在地と住所地とが同じ市区町村内である患者割合が7割程度未満」と回答した病院の病棟は、41.3%にのぼる(図表1)。退院調整にあたっては、病院とは異なる市区町村に帰る患者も多いため、市区町村ごとに入退院調整のルールが異なると、多くの病院が、複数ルールへの対応を求められるものと考えられる。

図表1 「住所地が病院と同じ市区町村内である退院患者の割合」別の病棟数(病院調査票)

※第4章3.(4)の図表47に再掲している。

上段：回答数 下段：割合		退院月：2020年9月 病棟の入院料								退院月：2019年9月	
		急性期一般入院料1	急性期一般入院料2-7	地域一般入院料	地域包括ケア病棟入院料	地域包括ケア入院医療管理料	回復期リハビリテーション病棟入院料	療養病棟入院基本料	その他の入院料	合計	
全体		46	67	33	36	33	45	97	4	361	361
退院患者のうち 病院と同じ 市区町村内 の患者割合	1割程度未満	0	0	0	0	0	1	12	1	14	20
	1~3割程度	5	7	1	5	1	1	2	0	22	27
	3~5割程度	8	6	3	2	5	12	8	0	44	38
	5~7割程度	13	13	7	7	4	10	15	0	69	66
	7~9割程度	16	20	14	14	11	13	13	0	101	100
	9割程度以上	2	20	7	6	11	6	35	2	89	85
	無回答	2	1	1	2	1	2	12	1	22	25
(再掲) 7割程度未満	26	26	11	14	10	24	37	1	149	151	
全体		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
退院患者のうち 病院と同じ 市区町村内 の患者割合	1割程度未満	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.2%	12.4%	25.0%	3.9%	5.5%
	1~3割程度	10.9%	10.4%	3.0%	13.9%	3.0%	2.2%	2.1%	0.0%	6.1%	7.5%
	3~5割程度	17.4%	9.0%	9.1%	5.6%	15.2%	26.7%	8.2%	0.0%	12.2%	10.5%
	5~7割程度	28.3%	19.4%	21.2%	19.4%	12.1%	22.2%	15.5%	0.0%	19.1%	18.3%
	7~9割程度	34.8%	29.9%	42.4%	38.9%	33.3%	28.9%	13.4%	0.0%	28.0%	27.7%
	9割程度以上	4.3%	29.9%	21.2%	16.7%	33.3%	13.3%	36.1%	50.0%	24.7%	23.5%
	無回答	4.3%	1.5%	3.0%	5.6%	3.0%	4.4%	12.4%	25.0%	6.1%	6.9%
(再掲) 7割程度未満	56.5%	38.8%	33.3%	38.9%	30.3%	53.3%	38.1%	25.0%	41.3%	41.8%	

合計：41.3%

(2) 医療・介護関係者の情報共有支援に係る広域行政

市区町村に対して、「入院医療と居宅介護間の情報共有の在り方を最も主導していると考えられる主体」が何であるかを単数回答で問うたところ、「自市区町村(単独)」との回答が 19.9%と最も多かった一方、「都道府県の保健所」との回答も 17.0%にのぼった。特に、人口 30 万人未満の中・小規模の市町村では、複数市町村を取組圏域とする形で、「複数の市区町村による協議会等」もしくは「都道府県の保健所」が主導しているケースが多いとの回答結果であった(図表 2)。

(1)に示す通り、市町村の境界をこえた入退院や在宅移行が広く行われている中で、小規模の市町村を中心に、「入院医療と居宅介護間の情報共有支援」に係る事務を、広域行政の枠組みで担っている、あるいは都道府県の保健所が担う形で処理している市町村が多いものと考えられる。

図表 2 自市区町村を含む地域において入院医療と居宅介護間の情報共有の在り方を最も主導していると考えられる主体(市区町村調査票、単数回答)

※第4章2.(5)の図表 32に再掲している。

上段：回答市町村数 下段：回答割合	全体	市区町村の人口規模等							地域		
		特別区	政令市	人口30-70万人	人口10-30万人	人口3-10万人	人口1-3万人	人口1万人未満	3大都市圏	地方の大都市圏	大都市圏以外
全体	788	15	14	38	117	282	184	138	248	97	443
1. 自市区町村(単独)	157	6	6	14	26	55	23	27	46	18	93
2. 複数の市区町村による協議会・一部事務組合・広域連合等	89	0	0	2	8	31	28	20	30	10	49
3. 政令市の区	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4. 地域自治体・支所等	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5. 他の市区町村	9	0	0	0	0	1	5	3	2	1	6
6. 都道府県の本庁	17	0	0	1	3	6	2	5	5	1	11
7. 都道府県の保健所	134	0	0	3	18	43	39	31	22	5	107
8. 自市区町村の全域または一部を圏域とする地区医師会	45	2	1	5	13	15	7	2	22	6	17
9. 複数の市区町村を圏域とする地区医師会	40	0	0	0	6	16	14	4	15	9	16
10. 都道府県医師会	3	0	0	0	1	1	1	0	1	0	2
11. 医師会以外の職能団体	21	2	0	1	4	9	3	2	8	2	11
12. 自市区町村内にある特定の医療機関	35	0	1	0	6	18	8	2	5	7	23
13. 自市区町村外にある特定の医療機関	12	0	0	0	0	3	2	7	2	1	9
14. 複数の医療機関が参画する合議体(自治体が設置するものを除く)	8	0	0	1	2	0	4	1	4	0	4
15. 市区町村内で、連携や情報共有の在り方があまり統一されておらず、医療機関ごと、介護事業所ごとの対応となっている	144	2	2	8	20	55	32	25	51	23	70
16. その他	25	1	2	1	3	11	6	1	12	6	7
17. わからない	36	2	2	2	5	13	7	5	18	7	11
無回答	13	0	0	0	2	5	3	3	5	1	7
全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
1. 自市区町村(単独)	19.9%	40.0%	42.9%	36.8%	22.2%	19.5%	12.5%	19.6%	18.5%	18.6%	21.0%
2. 複数の市区町村による協議会・一部事務組合・広域連合等	11.3%	0.0%	0.0%	5.3%	6.8%	11.0%	15.2%	14.5%	12.1%	10.3%	11.1%
3. 政令市の区	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
4. 地域自治体・支所等	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
5. 他の市区町村	1.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	2.7%	2.2%	0.8%	1.0%	1.4%
6. 都道府県の本庁	2.2%	0.0%	0.0%	2.6%	2.6%	2.1%	1.1%	3.6%	2.0%	1.0%	2.5%
7. 都道府県の保健所	17.0%	0.0%	0.0%	7.9%	15.4%	15.2%	21.2%	22.5%	8.9%	5.2%	24.2%
8. 自市区町村の全域または一部を圏域とする地区医師会	5.7%	13.3%	7.1%	13.2%	11.1%	5.3%	3.8%	1.4%	8.9%	6.2%	3.8%
9. 複数の市区町村を圏域とする地区医師会	5.1%	0.0%	0.0%	0.0%	5.1%	5.7%	7.6%	2.9%	6.0%	9.3%	3.6%
10. 都道府県医師会	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%	0.4%	0.5%	0.0%	0.4%	0.0%	0.5%
11. 医師会以外の職能団体	2.7%	13.3%	0.0%	2.6%	3.4%	3.2%	1.6%	1.4%	3.2%	2.1%	2.5%
12. 自市区町村内にある特定の医療機関	4.4%	0.0%	7.1%	0.0%	5.1%	6.4%	4.3%	1.4%	2.0%	7.2%	5.2%
13. 自市区町村外にある特定の医療機関	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%	1.1%	5.1%	0.8%	1.0%	2.0%
14. 複数の医療機関が参画する合議体(自治体が設置するものを除く)	1.0%	0.0%	0.0%	2.6%	1.7%	0.0%	2.2%	0.7%	1.6%	0.0%	0.9%
15. 市区町村内で、連携や情報共有の在り方があまり統一されておらず、医療機関ごと、介護事業所ごとの対応となっている	18.3%	13.3%	14.3%	21.1%	17.1%	19.5%	17.4%	18.1%	20.6%	23.7%	15.8%
16. その他	3.2%	6.7%	14.3%	2.6%	2.6%	3.9%	3.3%	0.7%	4.8%	6.2%	1.6%
17. わからない	4.6%	13.3%	14.3%	5.3%	4.3%	4.6%	3.8%	3.6%	7.3%	7.2%	2.5%
無回答	1.6%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%	1.8%	1.6%	2.2%	2.0%	1.0%	1.6%

※「市区町村の人口規模等」は、2015年国勢調査人口による。

※「地域」欄における区分は、2015年国勢調査人口における「大都市圏」による。すなわち、「3大都市圏」とは「関東」「近畿」「中京」の各大都市圏(東京都区部およびさいたま・千葉・横浜・川崎・名古屋・京都・大阪・堺の各政令市とその1.5%通勤圏)に含まれる市区町村を指し、「地方の大都市圏」とは3大都市圏に含まれない8つの大都市圏(各政令市とその1.5%通勤圏)に含まれる市町村を指す。

(3) 入院医療・居宅介護の連携のルールの特ラリング状況

市区町村向けアンケート調査において、「入院時の情報共有の進め方のルール化や情報提供様式の作成・公表を行っている市区町村」に対し、当該ルールに参加しているか当該情報提供様式を用いている病院・有床診療所・居宅介護支援事業所・地域包括支援センターの割合(普及状況)について問うたところ、「病院・有床診療所／居宅介護支援事業所・地域包括支援センターの別」×「ルールへの参加／様式を用いた情報提供」のいずれについても、「把握している」と回答した市区町村は、30%に満たなかった(図表 3)。

一方、これらを「把握している」と回答した市区町村に、おおよその普及状況を問うたところ、「9 割程度以上」と回答した市区町村が最も多かった(図表 4)。

入院時の情報共有の進め方のルール化や情報提供様式の普及状況については、「市区町村内に広く普及しており、それを市区町村も把握している」旨の回答と、「普及状況を市区町村が把握していない」旨の回答とに二分された。また、後者の回答数の方が多いという結果となった。

図表 3 情報共有の進め方のルール化や情報提供様式の普及状況の把握の有無
(市区町村調査票)

※第4章2.(4)の図表 30に再掲している。

把握内容	把握している市区町村数	構成割合
入院時または退院時の情報共有の進め方のルール化や情報提供様式の作成・公表を行っている市区町村	632	100.0%
1. 自市区町村内の病院・有床診療所のうち、地域で取り決められた情報共有の進め方のルールに参加している機関のおおよその割合	150	23.7%
2. 自市区町村内の居宅介護支援事業所・地域包括支援センターのうち、地域で取り決められた情報共有の進め方のルールに参加している事業所のおおよその割合	181	28.6%
3. 自市区町村内の病院・有床診療所のうち、地域で取り決められた情報提供様式を用いて介護側への情報提供を行っている機関のおおよその割合	94	14.9%
4. 自市区町村内の居宅介護支援事業所・地域包括支援センターのうち、地域で取り決められた情報提供様式を用いて医療側への情報提供を行っている事業所のおおよその割合	146	23.1%
5. 上記の中に、過去3年以内に把握したことがあるものはない	282	44.6%

図表 4 情報共有の進め方のルール化や情報提供様式の普及状況を把握している市区町村における普及割合(市区町村調査票)

※第4章2.(4)の図表 31に再掲している。

	市区町村数 (構成割合)	参加・情報提供を実施している機関や事業所の割合						
		1割程度未満	1～3割程度	3～5割程度	5～7割程度	7～9割程度	9割程度以上	無回答
1. 自市区町村内の病院・有床診療所のうち、地域で決められた情報共有の進め方のルールに参加している機関のおおよその割合	150	7	7	12	18	19	85	2
	100.0%	4.7%	4.7%	8.0%	12.0%	12.7%	56.7%	1.3%
2. 自市区町村内の居宅介護支援事業所・地域包括支援センターのうち、地域で決められた情報共有の進め方のルールに参加している事業所のおおよその割合	181	2	4	6	13	29	123	4
	100.0%	1.1%	2.2%	3.3%	7.2%	16.0%	68.0%	2.2%
3. 自市区町村内の病院・有床診療所のうち、地域で決められた情報提供様式を用いて介護側への情報提供を行っている機関のおおよその割合	94	6	12	13	9	16	35	3
	100.0%	6.4%	12.8%	13.8%	9.6%	17.0%	37.2%	3.2%
4. 自市区町村内の居宅介護支援事業所・地域包括支援センターのうち、地域で決められた情報提供様式を用いて医療側への情報提供を行っている事業所のおおよその割合	146	3	4	13	26	31	57	12
	100.0%	2.1%	2.7%	8.9%	17.8%	21.2%	39.0%	8.2%

(4) 入院医療・居宅介護の情報共有ルールの統一性・独自性

「入院医療と居宅介護間の連携や情報共有の在り方のルール化にあたり、市区町村や地域独自で考慮を要する地域性の有無」を問うたところ、「市区町村/地域独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものはない」と回答したのは、市区町村のうち 73.6%、病院の病棟のうち 75.6%、居宅介護支援事業所のうち 76.9%にのぼり、いずれも「認識しているものがある」との回答を大きく上回った (図表 5・図表 6・図表 7)。

図表 5 入院医療と居宅介護間の連携や情報共有の在り方をルール化するにあたり、
市区町村独自で考慮を要する地域性の有無(市区町村調査票)

※第4章2.(5)の図表 35に再掲している。

上段：回答市町村数 下段：回答割合	全体	市区町村の人口規模等							地域		
		特別区	政令市	人口30-70万人	人口10-30万人	人口3-10万人	人口1-3万人	人口1万人未満	3大都市圏	地方の大都市圏	大都市圏以外
全体	788	15	14	38	117	282	184	138	248	97	443
1. 市区町村独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものはない	580	9	9	29	91	206	135	101	174	74	332
2. 市区町村独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものがある	154	5	2	8	19	63	32	25	51	17	86
無回答	54	1	3	1	7	13	17	12	23	6	25
全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
1. 市区町村独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものはない	73.6%	60.0%	64.3%	76.3%	77.8%	73.0%	73.4%	73.2%	70.2%	76.3%	74.9%
2. 市区町村独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものがある	19.5%	33.3%	14.3%	21.1%	16.2%	22.3%	17.4%	18.1%	20.6%	17.5%	19.4%
無回答	6.9%	6.7%	21.4%	2.6%	6.0%	4.6%	9.2%	8.7%	9.3%	6.2%	5.6%

※「市区町村の人口規模等」は、2015年国勢調査人口による。

※「地域」欄における区分は、2015年国勢調査人口における「大都市圏」による。すなわち、「3大都市圏」とは「関東」「近畿」「中京」の各大都市圏(東京都区部およびさいたま・千葉・横浜・川崎・名古屋・京都・大阪・堺の各政令市とその1.5%通勤圏)に含まれる市区町村を指し、「地方の大都市圏」とは3大都市圏に含まれない8つの大都市圏(各政令市とその1.5%通勤圏)に含まれる市町村を指す。

図表 6 入院医療と居宅介護間の連携や情報共有の在り方をルール化するにあたり、
地域独自で考慮を要する地域性の有無(病院調査票)

※第4章3.(7)の図表 65に再掲している。

上段：回答数 下段：割合	全体	市区町村の人口規模等							地域		
		特別区	政令市	人口30-70万人	人口10-30万人	人口3-10万人	人口1-3万人	人口1万人未満	3大都市圏	地方の大都市圏	大都市圏以外
全体	361	12	71	56	75	98	35	14	143	64	154
1. 地域独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものはない	273	9	57	50	56	63	29	9	114	49	110
2. 地域独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものがある	48	1	7	3	5	25	3	4	14	6	28
無回答	40	2	7	3	14	10	3	1	15	9	16
全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
1. 地域独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものはない	75.6%	75.0%	80.3%	89.3%	74.7%	64.3%	82.9%	64.3%	79.7%	76.6%	71.4%
2. 地域独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものがある	13.3%	8.3%	9.9%	5.4%	6.7%	25.5%	8.6%	28.6%	9.8%	9.4%	18.2%
無回答	11.1%	16.7%	9.9%	5.4%	18.7%	10.2%	8.6%	7.1%	10.5%	14.1%	10.4%

図表 7 入院医療と居宅介護間の連携や情報共有の在り方をルール化するにあたり、
地域独自で考慮を要する地域性の有無(居宅介護支援事業所調査票)

※第4章4.(5)の図表 88に再掲している。

	事業所数	構成割合
全体	350	100.0%
地域独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものはない	269	76.9%
地域独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものがある	37	10.6%
無回答	44	12.6%

病院向け及び居宅介護支援事業所向けのアンケート調査において、入院医療と居宅介護間の連携・情報共有のルールに対する考えを問うたところ、大半のルール内容について、「地域をこえて統一されたルールが望ましい」との回答が、「地域の個別事情に応じたルールが望ましい」との回答よりも多かった。

図表 8 入退院時の入院医療・居宅介護間の連携・情報共有のルール化に対する考え
(病院調査票)

※第4章3.(7)の図表 64 に再掲している。

ルールの内容	場面・内容		ルール化の必要性の高さ		地域間でのルールの統一性				差分 (A-B)
			ルール化の必要性が「高い」		地域をこえて統一されたルールが望ましい		地域の個別事情に応じたルールが望ましい		
			回答 病棟数	割合	回答 病棟数	割合 (A)	回答 病棟数	割合 (B)	
全体			361	100.0%	361	100.0%	361	100.0%	0.0%
⑤自事業所がケアプランを作成している利用者の入院を把握した時に、ケアマネジャー等が、入院先の病院・有床診療所に自事業所の利用者である旨を伝達すること	入院支援	様式・伝達内容	263	72.9%	202	56.0%	60	16.6%	39.3%
⑥入院時に、ケアマネジャー等が当該患者について、入院先の病院・有床診療所に伝達すべき情報の内容	入院支援	様式・伝達内容	246	68.1%	178	49.3%	75	20.8%	28.5%
④介護サービスの利用者が入院した時に、病院・有床診療所が、入院の事実をケアマネジャー等に伝達すること	入院支援	様式・伝達内容	233	64.5%	180	49.9%	67	18.6%	31.3%
②病院・有床診療所が、入退院支援の担当部署や担当者の連絡先を公表しておくこと	関係構築		228	63.2%	162	44.9%	75	20.8%	24.1%
⑭退院時に、病院・有床診療所が当該患者について、ケアマネジャー等に伝達すべき情報の内容	退院支援	様式・伝達内容	198	54.8%	139	38.5%	88	24.4%	14.1%
③入院時に、病院・有床診療所が行うべき「退院後の介護保険の利用が見込まれる患者」のスクリーニングの方法	入院支援	情報把握	196	54.3%	132	36.6%	78	21.6%	15.0%
⑦入院時に、ケアマネジャー等が当該患者について、入院先の病院・有床診療所への情報伝達に用いる様式	入院支援	様式・伝達内容	187	51.8%	137	38.0%	84	23.3%	14.7%
⑮退院時に、病院・有床診療所が当該患者について、ケアマネジャー等への情報伝達に用いる様式	退院支援	様式・伝達内容	180	49.9%	119	33.0%	94	26.0%	6.9%
⑧病院・有床診療所が、退院後に介護保険の利用が見込まれる患者に対して行うべき、介護保険申請の支援の方法	退院支援	患者への支援	144	39.9%	110	30.5%	96	26.6%	3.9%
⑪病院・有床診療所から、ケアマネジャー等への退院支援計画の伝達の方法	退院支援	伝達方法	139	38.5%	101	28.0%	88	24.4%	3.6%
⑨退院後に関する本人・家族の希望の聞き取りや、入院医療・居宅介護間での共有の方法	退院支援	情報把握	133	36.8%	89	24.7%	88	24.4%	0.3%
①入院医療(病院・有床診療所)と居宅介護(居宅介護支援事業所・地域包括支援センター等)との関係づくりの方法	関係構築		131	36.3%	75	20.8%	117	32.4%	-11.6%
⑬退院時に、本人・家族に対して、入院医療・居宅介護が連携して行う支援の方法	退院支援	患者への支援	131	36.3%	95	26.3%	100	27.7%	-1.4%
⑫病院・有床診療所から、ケアマネジャー等への退院予定に関する伝達の時期	退院支援	伝達方法	125	34.6%	90	24.9%	87	24.1%	0.8%
⑩退院後の療養環境について病院・有床診療所が行うべき情報収集の内容・方法(居宅調査など)	退院支援	情報把握	116	32.1%	79	21.9%	92	25.5%	-3.6%
⑦退院後、一定期間を経た後に、ケアマネジャーが行うべきフィードバックの内容・方法	その他	事後対応	101	28.0%	78	21.6%	79	21.9%	-0.3%
⑯退院後に、病院・有床診療所が行うべきフォローアップの内容・方法	その他	事後対応	71	19.7%	48	13.3%	84	23.3%	-10.0%
⑯入退院支援について、傷病別に異なったルールの設定	その他	個別化	39	10.8%	35	9.7%	82	22.7%	-13.0%

図表 9 入退院時の入院医療・居宅介護間の連携・情報共有のルール化に対する考え
(居宅介護支援事業所調査票)

※第4章4.(5)の図表 87に再掲している。

ルールの内容	場面・内容		ルール化の必要性の高さ		地域間でのルールの統一性				
			ルール化の必要性が「高い」		地域をこえて統一されたルールが望ましい		地域の個別事情に応じたルールが望ましい		差分 (A-B)
			回答 事業所数	割合	回答 事業所数	割合 (A)	回答 事業所数	割合 (B)	
全体			350	100.0%	350	100.0%	350	100.0%	0.0%
④介護サービスの利用者が入院した時に、病院・有床診療所が、入院の事実をケアマネジャー等に伝達すること	入院支援	様式・伝達内容	274	78.3%	204	58.3%	59	16.9%	41.4%
⑤自事業所がケアプランを作成している利用者の入院を把握した時に、ケアマネジャー等が、入院先の病院・有床診療所に自事業所の利用者である旨を伝達すること	入院支援	様式・伝達内容	268	76.6%	200	57.1%	56	16.0%	41.1%
⑥入院時に、ケアマネジャー等が当該患者について、入院先の病院・有床診療所に伝達すべき情報の内容	入院支援	様式・伝達内容	264	75.4%	192	54.9%	58	16.6%	38.3%
②病院・有床診療所が、入退院支援の担当部署や担当者の連絡先を公表しておくこと	関係構築		258	73.7%	185	52.9%	67	19.1%	33.7%
④退院時に、病院・有床診療所が当該患者について、ケアマネジャー等に伝達すべき情報の内容	退院支援	様式・伝達内容	256	73.1%	179	51.1%	72	20.6%	30.6%
⑫病院・有床診療所から、ケアマネジャー等への退院予定に関する伝達の時期	退院支援	伝達方法	253	72.3%	170	48.6%	76	21.7%	26.9%
⑦入院時に、ケアマネジャー等が当該患者について、入院先の病院・有床診療所への情報伝達に用いる様式	入院支援	様式・伝達内容	239	68.3%	174	49.7%	66	18.9%	30.9%
⑪病院・有床診療所から、ケアマネジャー等への退院支援計画の伝達の方法	退院支援	伝達方法	230	65.7%	162	46.3%	64	18.3%	28.0%
⑤退院時に、病院・有床診療所が当該患者について、ケアマネジャー等への情報伝達に用いる様式	退院支援	様式・伝達内容	229	65.4%	162	46.3%	66	18.9%	27.4%
⑬退院時に、本人・家族に対して、入院医療・居宅介護が連携して行う支援の方法	退院支援	患者への支援	211	60.3%	139	39.7%	72	20.6%	19.1%
⑨退院後に、本人・家族の希望の聞き取りや、入院医療・居宅介護間での共有の方法	退院支援	情報把握	205	58.6%	139	39.7%	64	18.3%	21.4%
⑧病院・有床診療所が、退院後に介護保険の利用が見込まれる患者に対して行うべき、介護保険申請の支援の方法	退院支援	患者への支援	195	55.7%	134	38.3%	72	20.6%	17.7%
③入院時に、病院・有床診療所が行うべき「退院後の介護保険の利用が見込まれる患者」のスクリーニングの方法	入院支援	情報把握	193	55.1%	122	34.9%	61	17.4%	17.4%
①入院医療(病院・有床診療所)と居宅介護(居宅介護支援事業所・地域包括支援センター等)との関係づくりの方法	関係構築		191	54.6%	111	31.7%	93	26.6%	5.1%
⑩退院後の療養環境について病院・有床診療所が行うべき情報収集の内容・方法(居宅調査など)	退院支援	情報把握	170	48.6%	107	30.6%	80	22.9%	7.7%
⑬退院後に、病院・有床診療所が行うべきフォローアップの内容・方法	その他	事後対応	126	36.0%	85	24.3%	64	18.3%	6.0%
⑭退院後、一定期間を経た後に、ケアマネジャーが行うべきフィードバックの内容・方法	その他	事後対応	103	29.4%	73	20.9%	70	20.0%	0.9%
⑯入退院支援について、傷病別に異なったルールの設定	その他	個別化	74	21.1%	54	15.4%	60	17.1%	-1.7%

一方、「市区町村/地域独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものがある」との回答の背景としては、下記のように、過疎地等におけるサービス提供や社会資源の少なさを指摘するものや、独居者等で家族・親族の支援を得がたい利用者の多さを指摘するもの等がみられた。

図表 10 入院医療と居宅介護間の連携や情報共有の在り方をルール化するにあたり、
地域独自で考慮を要する地域性的内容

調査票	市区町村/地域独自で考慮を要する特段の地域性的内容
市区町村調査票 ※第4章2.(5)③に再掲	<ul style="list-style-type: none"> • 地域の医療・介護サービスが限られているため、現状をふまえて在宅療養の調整が必要。 • 独居、高齢者世帯が多く、キーパーソンとなる家族が町外の場合が多い地域性がある。
病院調査票 ※第4章3.(7)②に再掲	<ul style="list-style-type: none"> • 過疎がすすむ地域では活用できるサービス支援が限られる。医療についても普通の通院でさえ難しい所は多い。ある程度のルール化とその地域に合わせた運用が必要と思う。 • 超高齢化がすすんでいる地区のため、ケアマネジャーだけが頼りのこともある。家族が遠方で緊急時(急変時)かけつけられる家族がいないと認知症をかかえた老夫婦も多い。そのためどう対応するか苦慮することがある。
居宅介護支援事業所調査票 ※第4章4.(5)②に再掲	<ul style="list-style-type: none"> • 在宅で利用できるサービス、社会資源が少ないため、退院後の生活に向けた準備や調整に時間がかかることがあり、方向性が決まった段階での早めの連絡が必要。 • 小さい市町村は、医師がまだ介護保険を知らなかったり認知症患者を診られなかったりして、なかなか相談や連携にまで話が及ばないことがある。

(5) 地域における入院医療・居宅介護間の情報提供に関する重要度・充足度

居宅介護サービスの利用者の入院に際して行われる居宅介護から入院医療への情報提供について、情報内容ごとに病棟側からみた「重要度」「充足度」と、居宅介護支援事業所側からみた「提供の有無」「業務負担の重さ」を整理した。

その結果、情報の受け手である病棟側にとって「特に重要」である一方、「十分な情報が得られないケースが多い」項目として、「生活困窮の有無」「退院後の家屋希望」「退院後の本人希望」「家族との関係」等の項目が抽出された。一方、情報の送り手である居宅介護支援事業所側にとって、これら項目の情報提供の困難さ・業務負担は、中程度の水準であった。

図表 11 居宅介護サービスの利用者の入院時の居宅介護から入院医療への情報提供に関する重要度・充足度(病棟)、提供実施・業務負担(居宅介護支援事業所)

※第4章3.(7)の図表 66 に再掲している。

		【病院調査票】				【居宅介護支援事業所調査票】			
		特に重要と考えている項目		十分な情報が得られないケースが多いと考えている項目		提供している情報の様式に盛り込まれている項目		情報提供が困難あるいは業務負担が大きい項目	
		回答 病棟数	割合	回答 病棟数	割合	回答 事業所数	割合	回答 事業所数	割合
全体		359	100.0%	359	100.0%	350	100.0%	350	100.0%
37.看取りに係る希望	希望	218	60.7%	201	56.0%	47	13.4%	159	45.4%
13.生活困窮の有無	生活・経済状況	266	74.1%	129	35.9%	116	33.1%	70	20.0%
36.退院後の家族希望	希望	293	81.6%	124	34.5%	168	48.0%	73	20.9%
35.退院後の本人希望	希望	285	79.4%	122	34.0%	180	51.4%	71	20.3%
5.家族との関係(疎遠等)	家族・介護者	297	82.7%	96	26.7%	197	56.3%	46	13.1%
16.薬局の利用状況	医療の状況	103	28.7%	94	26.2%	63	18.0%	80	22.9%
15.歯科の受療状況	医療の状況	82	22.8%	90	25.1%	41	11.7%	112	32.0%
29.口腔の状況	ADL・身体状況	179	49.9%	86	24.0%	228	65.1%	62	17.7%
30.アレルギーの有無・内容	ADL・身体状況	223	62.1%	86	24.0%	128	36.6%	74	21.1%
8.虐待リスク	家族・介護者	169	47.1%	80	22.3%	96	27.4%	58	16.6%
14.医科の受療状況	医療の状況	290	80.8%	80	22.3%	233	66.6%	30	8.6%
7.主介護者の状況	家族・介護者	264	73.5%	75	20.9%	220	62.9%	30	8.6%
27.服薬管理の状況	ADL・身体状況	300	83.6%	73	20.3%	273	78.0%	23	6.6%
9.住居の環境	生活・経済状況	285	79.4%	70	19.5%	215	61.4%	30	8.6%
28.栄養状態	ADL・身体状況	228	63.5%	69	19.2%	146	41.7%	39	11.1%
34.認知症以外の精神症状	精神症状	250	69.6%	68	18.9%	199	56.9%	40	11.4%
18.行っている医療処置の内容	医療の状況	287	79.9%	64	17.8%	153	43.7%	69	19.7%
11.生活習慣	生活・経済状況	188	52.4%	62	17.3%	131	37.4%	32	9.1%
3.かかりつけ医/歯科医/薬局/訪問看護等の連絡先	連絡先	246	68.5%	57	15.9%	297	84.9%	33	9.4%
10.生活歴	生活・経済状況	236	65.7%	54	15.0%	239	68.3%	35	10.0%
12.食事の内容	生活・経済状況	206	57.4%	52	14.5%	260	74.3%	25	7.1%
19.診断名	医療の状況	245	68.2%	52	14.5%	254	72.6%	23	6.6%
21.要介護認定の有効期間	介護の状況	189	52.6%	46	12.8%	291	83.1%	12	3.4%
33.認知症の行動・心理症状	精神症状	250	69.6%	45	12.5%	238	68.0%	21	6.0%
32.認知症高齢者の日常生活自立度	精神症状	239	66.6%	37	10.3%	283	80.9%	16	4.6%
4.家族構成図	家族・介護者	274	76.3%	36	10.0%	239	68.3%	22	6.3%
22.要介護認定の申請日	介護の状況	109	30.4%	36	10.0%	119	34.0%	14	4.0%
31.身体障害の状況	ADL・身体状況	252	70.2%	35	9.7%	237	67.7%	13	3.7%
26.食事の介助状況	ADL・身体状況	266	74.1%	33	9.2%	316	90.3%	14	4.0%
6.主介護者が誰なのか	家族・介護者	308	85.8%	32	8.9%	308	88.0%	16	4.6%
2.緊急時連絡先(親族等)	連絡先	270	75.2%	30	8.4%	321	91.7%	21	6.0%
23.介護サービスの利用状況	介護の状況	313	87.2%	29	8.1%	313	89.4%	15	4.3%
25.更衣/入浴/排泄の介助状況	ADL・身体状況	291	81.1%	22	6.1%	328	93.7%	15	4.3%
17.訪問看護の利用状況	医療の状況	230	64.1%	19	5.3%	163	46.6%	11	3.1%
20.要介護度	介護の状況	329	91.6%	17	4.7%	340	97.1%	15	4.3%
24.移動方法	ADL・身体状況	309	86.1%	13	3.6%	320	91.4%	15	4.3%
1.発信者の連絡先	連絡先	232	64.6%	12	3.3%	324	92.6%	15	4.3%
38.その他	その他	14	3.9%	11	3.1%	31	8.9%	15	4.3%

退院後に居宅介護サービスの利用が見込まれる者の退院に際して行われる入院医療から居宅介護への情報提供について、情報内容ごとに居宅介護支援事業所側からみた「重要度」「充足度」と、病棟側からみた「提供の有無」「業務負担の重さ」を整理した。

その結果、情報の受け手である居宅介護支援事業所側にとって「特に重要」である一方、「十分な情報が得られないケースが多い」項目として、「傷病の見通し」「看取り期を判断する目安」「再入院の目安」「受診を勧める目安」「退院後に必要なリハビリテーション」等が抽出された。一方、情報の送り手である病棟側にとって「情報提供上の困難さや業務負担が大きい」項目である「看取り期を判断する目安」「再入院の目安」を除くと、「傷病の見通し」「受診を勧める目安」「退院後に必要なリハビリテーション」が残った。

図表 12 退院後に居宅介護サービスの利用を予定している者の退院時の入院医療から居宅介護への情報提供に関する重要度・充足度(居宅介護支援事業所)、提供実施・業務負担(病棟)

※第4章4.(5)の図表 89に再掲している。

	【居宅介護支援事業所調査票】				【病院調査票】			
	特に重要と考えている項目		十分な情報が得られないケースが多いと考えている項目		提供している情報の様式に盛り込まれている項目		情報提供が困難あるいは業務負担が大きい項目	
	回答事業所数	割合	回答事業所数	割合	回答病棟数	割合	回答病棟数	割合
全体	350	100.0%	350	100.0%	359	100.0%	359	100.0%
23.傷病の見通し	267	76.3%	141	40.3%	135	37.6%	94	26.2%
28.看取り期を判断する目安	213	60.9%	138	39.4%	31	8.6%	166	46.2%
27.再入院の目安	168	48.0%	124	35.4%	30	8.4%	133	37.0%
26.受診を勧める目安	215	61.4%	121	34.6%	112	31.2%	47	13.1%
24.ADLの変化の見通し	236	67.4%	103	29.4%	121	33.7%	82	22.8%
9.退院後に必要なリハビリテーション	285	81.4%	100	28.6%	179	49.9%	47	13.1%
7.退院後に必要な医療処置の内容	309	88.3%	98	28.0%	292	81.3%	43	12.0%
22.認知症以外の精神症状	227	64.9%	78	22.3%	165	46.0%	33	9.2%
32.服薬に関する注意	265	75.7%	73	20.9%	246	68.5%	40	11.1%
10.傷病状態の安定・不安定	292	83.4%	71	20.3%	250	69.6%	38	10.6%
25.要介護認定の見直しの必要性	149	42.6%	68	19.4%	61	17.0%	50	13.9%
8.退院後に必要な医療サービス(訪問看護等)	264	75.4%	67	19.1%	192	53.5%	34	9.5%
16.口腔の状況	212	60.6%	67	19.1%	221	61.6%	30	8.4%
31.食事に関する注意	277	79.1%	67	19.1%	249	69.4%	28	7.8%
29.運動に関する注意	254	72.6%	65	18.6%	215	59.9%	28	7.8%
30.移動に関する注意	250	71.4%	55	15.7%	242	67.4%	26	7.2%
21.認知症の行動・心理症状	223	63.7%	53	15.1%	203	56.5%	30	8.4%
17.アレルギーの有無・内容	187	53.4%	52	14.9%	248	69.1%	11	3.1%
20.認知症の中核症状	198	56.6%	51	14.6%	146	40.7%	24	6.7%
6.退院時の処方内容	275	78.6%	47	13.4%	266	74.1%	25	7.0%
15.栄養状態	231	66.0%	46	13.1%	235	65.5%	23	6.4%
3.退院後の診療を担う医療機関の連絡先	196	56.0%	45	12.9%	147	40.9%	27	7.5%
5.入院中の治療内容	252	72.0%	43	12.3%	290	80.8%	52	14.5%
2.緊急時連絡先(医療機関の窓口等)	148	42.3%	39	11.1%	143	39.8%	21	5.8%
11.身体機能の状況(筋力・麻痺・拘縮等)	280	80.0%	39	11.1%	299	83.3%	27	7.5%
12.移動の状況(歩行・移乗能力等)	261	74.6%	35	10.0%	320	89.1%	20	5.6%
13.更衣/入浴/排泄の状況	244	69.7%	30	8.6%	313	87.2%	17	4.7%
14.食事の状況	252	72.0%	29	8.3%	323	90.0%	21	5.8%
18.身体障害の状況	231	66.0%	28	8.0%	268	74.7%	19	5.3%
19.認知症高齢者の日常生活自立度	128	36.6%	25	7.1%	197	54.9%	24	6.7%
4.診断名	285	81.4%	19	5.4%	324	90.3%	17	4.7%
1.発信者の連絡先	112	32.0%	11	3.1%	267	74.4%	13	3.6%
33.その他	6	1.7%	11	3.1%	30	8.4%	15	4.2%

2. 提言

① 地域をこえた入退院の存在を前提とした統一性のあるルールづくり

入院医療は、在宅医療と異なり、入院医療機関の所在地と患者住所地とが異なることも多く、入退院支援や入退院時の医療・介護間の情報共有にあたっては、地域の異なる機関間のやり取りが、頻繁に生ずることとなる。入院医療・居宅介護間の連携や情報共有にあたってのルールづくりにあたっては、これを前提とし、異なる市町村間や地域間であっても、一定程度の統一性をもったルールが整備される必要がある。

② 入院医療・居宅介護間の情報共有内容として充実を図るべきもの

情報の受け手側からみた際には「情報としての重要性が高い」一方で「現状で十分な情報が得られにくい」、さらに情報の送り手側からみた際には「情報の収集・発信に伴う業務負担が重くはない」情報内容は、優先的に医療・介護間の情報共有の強化を図るべきものと考えられる。

入院時には、「生活困窮の有無」「退院後の家屋希望」「退院後の本人希望」「家族との関係」といった情報が、居宅介護側から入院医療側に確実に伝達されるよう、留意する必要がある。また退院時には、「傷病の見通し」「受診を勧める目安」「退院後に必要なリハビリテーション」といった情報が、入院医療側から居宅介護側に確実に伝達されるよう、留意する必要がある。上記のような、「市町村間や地域間で統一性をもったルール」には、このような情報内容の伝達を行うことが、盛り込まれるべきである。

③ 地域性を考慮したルール

上記のように、入院医療・居宅介護間の連携や情報共有のルールは、市町村間や地域間で統一性をもたせることが必要である一方、医療・介護資源の多くは偏在しているため、特に資源の乏しい地域においては、利用困難なサービスがあることを踏まえた入退院支援が必要となる。現状、多くの市区町村では、医療・介護資源に関する情報収集・整理・公表を行っている。これを基盤として、医療・介護資源上大きな制約のあるエリアを含む地域(例:過疎地が含まれている二次医療圏)では、当該エリアならではの入退院支援に係る留意事項を、医療・介護・行政間で十分に共有する必要がある。

④ 都道府県の保健所の業務負担の考慮

近年、在宅医療・介護連携推進事業の支援や地域医療構想調整会議の事務局など、地域の医療・介護提供体制の検討・確保に関し、都道府県の保健所にかかる事務負担が増大していると考えられる。衛生行政等の従来業務がある中で、都道府県の保健所の業務負担量については、留意をする必要があると考えられる。

⑤ ルールの普及度合いに関するモニタリング

地域単位で作成された入院医療・居宅介護間の連携や情報共有のルールについて、現状は、「市区町村がルールの地域での普及(浸透)状況を把握しており、かつ普及(浸透)度合いが高い」市区町村と、「市区町村がルールの地域での普及(浸透)状況を把握していない」市区町村との二極分化がみられる状態である。後者に該当する地域では、ルールを策定するのみならず、その普及(浸透)状況をモニタリングし、課題把握や対応を継続的に行うことが求められる。

⑥ 地域の入退院支援ルールに関する評価指標の方向性

上記①～⑤を踏まえる中で、地域の入退院支援ルールに関する評価指標を設定するに当たっては、下記の視点による評価付けが盛り込まれるべきである。

<ルールの普及や地域間の互換性が図られているかの視点>

- ◆ 地域で統一された入退院時の情報共有のルールが整備されているか。
 - ◇ 上記のルールについて、住所地と入院先の医療機関所在地とが離れた患者にも、適用可能なものとなっているか。情報のやり取りを行う医療機関や介護サービス事業所に、(相手方が異なる市区町村にある等のために)複数の異なるルールへの対応を求めるものになっていないか。
- ◆ 過疎地における医療・介護資源の不足など、特定の地域に限定して存在する課題が可視化されているか。
 - ◇ 特定の地域に限定して存在する課題が、その周辺の地域を含めた行政・医療・介護等の関係者間で共有されているか。
- ◆ 地域の医療機関や介護サービス事業所における上記ルールへの参加度合いがモニタリングされているか。
 - ◇ ルールへの参加度合いが高いか(ルールが地域に普及しているか)。

<必要な情報の伝達が行われているかの視点>

- ◆ 入退院時に医療・介護間で共有する情報のうち、重要度の高い項目が盛り込まれているか。
 - ◇ 特に、入院時に居宅介護側から入院医療側に伝達すべき項目として、「生活困窮の有無」「退院後の家屋希望」「退院後の本人希望」「家族との関係」等が盛り込まれているか。
 - ◇ 特に、退院時に入院医療側から居宅介護側に伝達すべき項目として、「傷病の見通し」「受診を勧める目安」「退院後に必要なリハビリテーション」等が盛り込まれているか。
- ◆ 入退院時に医療・介護間で共有する情報項目について、やりとりされる情報の内容や方法についての標準化が図られているか。
 - ◇ 標準化にあたり、「当該情報の取得・共有を行うべき患者・利用者の判断基準」「各情報項目で記載すべき内容」「情報を伝達すべき時期」が定められているか。

第2章 調査研究の目的と方法

1. 本調査研究の背景・目的

地域包括ケアシステムの構築や地域医療構想の推進を図るにあたり、「退院可能な入院患者の退院・地域移行」がいかに円滑に進むかは、大きなカギとなっているといえる。一方、退院や地域移行は、単に早期に実施されればよいというものではなく、たとえば退院後に介護や生活支援を必要としている患者については、必要なサービスの選択・利用が可能となるような環境整備が、ケアマネジャー等を介して行われる必要がある。このような退院患者のうち、特に退院後も医療的なケアや管理が必要な患者については、当該患者に関する医学上の留意事項が、介護等のサービス提供者にも確実に伝達されることが必要であり、医療・介護関係者の適時適切な情報共有が求められる。

また、要支援・要介護状態にある高齢者の中には、複合的な疾患を抱えながら、入退院を繰り返す者も多い。円滑な退院・地域移行のためには、退院時における支援や情報共有のみならず、入院時点において、退院後を見据えた情報共有を行うことも重要といえる。

2015(平成 27)年度の介護保険法改正により、地域支援事業のうち包括的支援事業の中に位置づけられた「在宅医療・介護連携推進事業」においては、各市区町村が実施(郡市区医師会等への委託を含む)することとされている8つの事業項目の1つとして、「(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援」が盛り込まれている。

この「医療・介護関係者の情報共有の支援」のための1つの取組方策として、入退院支援にあたり、情報共有シートや地域連携パス等を活用した情報共有をルール化することが考えられる。

本調査研究事業では、退院時に要支援・要介護状態にあると考えられる高齢者について、入退院の両時点における、「情報共有シートや地域連携パスの活用の状況」「入退院支援における情報共有シートや地域連携パスの活用のルール化の状況」「情報共有シートや地域連携パスの活用にあたっての課題」等について、「市区町村の取組」と「ルールやパス等を運用する医療・介護側の活用実態」の両面から把握・整理を行った。

そして、これによって抽出された課題をもとに、「情報共有シートや地域連携パスを用いて伝達する情報内容」や「情報共有シートや地域連携パスの伝達時期・伝達先」等の、あるべき姿について検討した。

これらを通じて、地域ごと、あるいは医療機関ごと等に行われている、情報共有シートや地域連携パスを活用した入退院支援や地域移行プロセスの評価指標の構築や、手順の標準化に資する知見を整理することを、本事業の目的とした。

なお、要支援・要介護状態にある高齢者の介護保険サービスの利用形態としては、「介護保険施設や特定施設等において施設系・居住系サービスを受ける」ケースと、「通常の居宅において主に訪問系・通所系サービスを受ける」ケースとがあると考えられる。これらのうち、本調査研究事業では、想定される調整相手の数が多く、情報共有が不足するリスクが大きいと考えられる、後者(通常の居宅において主に訪問系・通所系サービスを主に受ける＝居宅ケアマネを介してケアプランが作成されるケース)を調査対象とし、「医療・介護関係者の情報共有」の中でも、「入院医療と居宅介護との間の情報共有」に着目することとした。

また、サービスの提供が患者・利用者の身近な地域で完結するケースが多いと考えられる「在宅医療⇔居宅介護間の連携」に比べ、本調査研究事業で扱った「入院医療⇔居宅介護間の連携」は、入院医療の側が二次医療圏等の広い圏域で展開されることを踏まえると、市町村をまたぐ医療⇔介護の連携が求められるケースが多いことが考えられる。この点を踏まえ、「入院医療⇔居宅介護間の連携」のルール化が、どのような圏域で展開されているのか、病院・居宅介護サービス事業所・市町村・都道府県のそれぞれがどのような関与をしているのか、「広域で統一された連携のルール」と「地域ごとの実情に応じた連携のルール」がどのように使い分けられているのか等について、着目した。

2. 調査設計に当たっての視点

本調査研究では、「入院医療と居宅介護との間の情報共有」にあたっての実態や課題把握にあたり、下記の点を、より「優れた」情報共有のルールや手順であると見なし、調査設計を行った。

- 【運用ルールの網羅性】入退院支援や地域移行に関する情報共有にあたり、「対象患者」「情報の収集・伝達時期」「情報の伝達経路」「受け手から出し手のフィードバック方法」等の運用ルールが、どれだけ網羅的に定められているか。
- 【情報の充実度】入退院支援や地域移行にあたり、受け手が必要としている情報がどれだけ網羅されているか。
- 【情報の適切性】伝達されている情報が正確であるか。具体的であるか。また、受け手となる職種が理解できる書き方となっているか。
- 【普及度合い】実際に地域において、どれだけの病院や介護サービス事業所が運用しているか。
- 【労力】「情報の受け手にあまり必要とされていない一方、出し手の作成負担の重い情報内容」の提供を求めるものとなっているか。
- 【域外患者への対応】入院医療の受療圏と居宅介護の利用圏は異なる（前者の方が一般的に広域）と考えられるが、入院医療機関の所在地と患者住所の自治体が異なる場合も、適切な入退院視点が可能であるか。

また、調査対象とする「情報共有のルール化」の範囲は、下記のように設定した。

- 病院を退院後に、(特定施設や認知症グループホーム等の居住系サービスを除く)居宅介護サービスを利用する退院患者の入退院支援に係る情報共有であること。
- 情報共有シートや地域連携パス等の様式(電子化されたものを含む)と、その運用方法が明文化されて、実際に運用されているものを中心としたが、実態把握にあたっては、明文化されていないルールも、把握対象に含めた。
- 市区町村や二次医療圏等の地域を単位として運用されているルールを念頭に置くが、自治体や地区医師会等が制定・運用しているものだけでなく、病院等が独自に制定・運用しているものも、調査対象に含んだ。
- 退院時に病院側から介護側に伝達される情報だけではなく、入院時や入院中に、円滑な退院に向けて介護側から病院側に伝達される情報も、調査対象に含んだ。
- 脳卒中等の疾患別パスが広く活用されていると考えられる傷病ケースと、高齢者によくみられる、複合的な慢性疾患を抱えながら入退院を繰り返すケースとでは、情報共有の実態や課題、あるべき姿は大きく異なると考えられることから、前者・後者ともに代表的な患者像をいくつか設定し、その患者像ごとに、実態把握や課題整理を行った。

3. 本調査研究の構成

本調査研究では、在宅医療・介護連携事業の実施主体であり、地域単位での医療・介護間の情報共有のルール化を行う場合には(ルール・様式等の制定・運用から、域内のルール状況の把握や住民向け広報までを含む)何らかの関与を行っている可能性が高い「市区町村」、退院時に患者の送り出し元となる「病院」、退院後に居宅介護に移行する患者のサービスのコーディネートを中心的に担う「居宅介護支援事業所」の3つを、アンケート調査やインタビュー調査の対象とした。

(1) インタビュー調査

アンケート調査の設計にあたっての課題意識の構築のため、市町村行政の介護保険担当課、および県介護支援専門員協会役員に対する、インタビュー調査を行った。

主な質問項目は、下記の通りである。

<市町村行政の介護保険担当課へのインタビュー調査項目>

- ◆市町村における入退院支援ルールの策定状況
- ◆市町村を超えたルールの策定に関する必要性
- ◆入退院調整ルールの課題
- ◆市町村行政として可能な関与の範囲

<県介護支援専門員協会役員へのインタビュー調査項目>

- ◆居宅介護支援事業所からみた入院医療との連携・情報共有の実態
- ◆入院医療⇔居宅介護間の情報共有のフォーマット、内容
- ◆地位単位でのルールの策定に関する必要性

(2) アンケート調査

本調査研究では、「市区町村」「病院」「居宅介護支援事業所」の3者に対し、郵送による発送・回収を行うアンケート調査を実施した(実施期間:2020年11月~12月)。

調査対象や配布方法、主な設問内容は、下表の通りである。

① 市区町村に対する調査(市区町村調査票)

全国の市町村(北方領土6村を除く1,718市町村)および23特別区の全数を対象に、紙媒体によるアンケート調査を行った。調査票は、郵便にて発送・回収を行い、「在宅医療・介護連携推進事業について認識をしている職員」による回答を求めた。

主な設問内容は、下記の通りである。

<市区町村調査票の主な設問内容>

- ◆在宅医療・介護連携推進事業の実施主体であるか否か
- ◆在宅医療・介護連携推進事業のうち「現状分析・課題抽出・施策立案」「医療・介護関係者の情報共有の支援」「医療・介護関係者の研修」の取組状況
- ◆当該市区町村を含む地域における「医療と介護との間の情報共有の強化」に取り組む会議体の有無・取組内容
- ◆当該市区町村を含む地域における入退院時の入院医療・居宅介護間の情報共有の進め方のルール化・情報提供様式の作成状況
- ◆当該市区町村における入院医療と居宅介護との間の情報共有の状況

② 病院に対する調査(病院調査票)

全国の病院のうち、下記を満たす計 1,600 施設を抽出し、紙媒体によるアンケート調査を行った。抽出母体となる病院の名簿は、株式会社ケアレビューが、地方厚生局による医療機関リストをもとに、「医療介護情報局(<http://caremap.jp/>)」において作成・提供している「医療機関届出情報」によった。

<病院調査票の抽出区分>

- ◆一般病棟入院基本料の施設届出のある病院
 - ・うち、入退院支援加算の施設届出あり …400 施設(母数:2,987 施設)
 - ・うち、入退院支援加算の施設届出なし …400 施設(母数:1,768 施設)
- ◆地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設届出のある病院 …200 施設(母数:2,621 施設)
- ◆回復期リハビリテーション病棟入院料の施設届出のある病院 …200 施設(母数:1,507 施設)
- ◆療養病棟入院基本料の施設届出のある病院
 - ・うち、入退院支援加算の施設届出あり …200 施設(母数:1,289 施設)
 - ・うち、入退院支援加算の施設届出なし …200 施設(母数:1,733 施設)

各区分からの抽出方法は、「各入院料および入退院支援加算の届出の有無による層化抽出」によった。すなわち、例えば「回復期リハビリテーション病棟入院料の施設届出のある病院」の区分においては、「回復期リハビリテーション病棟入院料の施設届出のある病院」を、「一般病棟入院基本料の届出有無」×「地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出有無」×「療養病棟入院基本料の届出有無」×「入退院支援加算の届出有無」によって 16 区分し、各区分からの抽出率が等しくなるように対象施設を抽出した。

調査票は、郵便にて発送・回収を行った。

主な調査項目は、下記の通りである。なお、下記調査項目のうち、「病院全体に関する設問」については、「入退院支援部門もしくは事務部門の職員」による回答を求めた。また、「指定した病棟に関する設問」については、「抽出区分の入院料を算定する病棟のうち、65 歳以上の退院者が占める割合が最も高い 1 病棟」を調査対象の病棟に指定し、「当該病棟の患者の入退院支援を担当する職員」による回答を求めた。

<病院票の主な設問内容>

【病院全体に関する設問】

- ◇病院の種類、病床規模、施設届出の内容
- ◇入退院支援部門の有無・職員配置等の体制

【指定した病棟に関する設問】

- ◆当該病棟の病床数、入退院者数
- ◆当該病棟の退院患者の住所地構成、入院前・退院後の介護保険サービスの利用(見込み)の有無
- ◆「当該病棟の入退院患者に関する居宅介護側との連携・情報共有の在り方」に関するルール・取り決めの状況
- ◆入退院時に病院と介護支援専門員との間でやりとりする情報の様式や運用上の工夫
- ◆入院医療と居宅介護との間の連携や情報共有の在り方に関する考え
- ◆新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い入院医療と居宅介護との間の連携や情報共有において生じている事態・課題・対応

③ 居宅介護支援事業所に対する調査(居宅介護支援事業所調査票)

全国の居宅介護支援事業所のうち1,000事業所を抽出し、紙媒体によるアンケート調査を行った。抽出母体となる居宅介護支援事業所の調査名簿は、株式会社ケアレビューが、各都道府県による介護事業所リストをもとに、「医療介護情報局(<http://caremap.jp/>)」において作成・提供している「介護サービス情報」によった。

1,000事業所の抽出に当たっては、都市部、農村部のそれぞれから十分な回答数を確保する観点から、全国335の各二次医療圏から、1事業所以上が抽出されるよう、二次医療圏内の事業所数に応じた抽出率の変更を行った(図表13)。各二次医療圏内における調査対象事業所の抽出は、無作為抽出によった。

図表 13 居宅介護支援事業所調査票の対象事業所の抽出数・抽出率

二次医療圏内の 居宅介護支援事業所数	二次医療 圏からの 抽出事業 所数	該当二次 医療圏数	総事業所 数	総抽出数	抽出率
3 ~ 23	1	32	531	32	6.0%
24 ~ 66	2	121	5,356	242	4.5%
67 ~ 130	3	78	7,331	234	3.2%
131 ~ 215	4	62	10,434	248	2.4%
216 ~ 322	5	23	6,130	115	1.9%
323 ~ 450	6	11	4,278	66	1.5%
451 ~ 599	7	5	2,557	35	1.4%
600 ~ 769	8	1	684	8	1.2%
770 ~ 961	9	1	874	9	1.0%
962 ~ 1,174	10	0	0	0	-
1,175 ~ 1,409	11	1	1,214	11	0.9%
合計	-	335	39,389	1,000	2.5%

主な設問内容は、下記の通りである。

<居宅介護支援事業所調査票の主な設問内容>

- ◆併設機関、経営主体、法人の種類
- ◆利用者数、入退院の人数
- ◆医療機関を退院した利用者の、入院先医療機関の所在地構成
- ◆「入退院患者に関する病院・有床診療所側との連携・情報共有の在り方」に関するルール・取り決めの状況
- ◆入退院時に事業所と病院・有床診療所との間でやりとりする情報の様式や運用上の工夫
- ◆入院医療と居宅介護との間の連携や情報共有の在り方に関する考え
- ◆新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い入院医療と居宅介護との間の連携や情報共有において生じている事態・課題・対応

第3章 事前インタビュー調査の結果

1. 市町村行政の介護保険担当課に対するインタビュー調査

(1) 調査対象

M市(関東地方に所在) 介護保険担当課

(2) 回答内容

<M市における退院支援ルールの策定状況>

- ・M市では、在宅医療・介護連携推進事業に位置付けられた「医療・介護関係者の情報共有の支援」の一環として、2019年3月に、市独自の退院支援ルールを策定し、運用している。
- ・この策定の前段階としては、退院前カンファレンスシートの様式を作成し、医療関係者とケアマネジャーとの間で共有する取組を行っていた。
- ・M市において、単独でルールが策定されたのは、策定に当たっては総合病院を含めて議論を行う必要がある中で、地域の病院医師を巻き込むにあたり、市内に限定した方が取り組みやすかったことがある。
- ・また、市が主導したというよりも、M市医師会の病院部会や在宅部会、在宅医療連携拠点の会議での議論が起点となっており、その点でも取組単位が市となるのは必然であった。

<市を超えたルールの策定に関する必要性と現状>

- ・県では、地域ごとの入退院支援ルールの「標準例」を作成しているが、これはあくまでも「標準例」であって、県単位で実際に運用されているルールではない。県内の一部の市町村や圏域で、それぞれが独自にルールを作っている状況である。
- ・M市の病院医師の間では、標準例通りの運用は困難であるとの意見が多かった。県の標準例では、多職種連携のもと、かかりつけ薬局やかかりつけ歯科との連携が含まれている一方、M市の退院支援ルールでは、病院の退院調整担当者やソーシャルワーカー⇄居宅のケアマネジャーの2者のやり取りに絞った形で作成している。実際に、退院調整過程にあたり、入院中から薬局や歯科との調整を行う例は少なく、一旦在宅に戻った後に、本人の希望や必要性に応じて、ケアマネジャーが調整している例が多いのではないかと。
- ・広域的に統一されたルールについては、あった方がよいと思うが、それが実現可能であるかどうかは、地域ごとの取組の成熟度合いによるところが大きいのではないかと。
- ・M市周辺では、最近になって草加保健所が主体となって、管内で統一されたルールの必要性に関する議論が始まったが、管内の他市の中には、保健所との関係づくりが足りていないように見受けられるところもある。
- ・市単独では、市外の医療機関の医師とはコンタクトがとりづらい。広域的に統一されたルールを作

成するには、県や保健所が調整を行うのが望ましいのではないか。

<退院調整ルールの課題と市行政としての限界>

- ・現行の退院支援ルールの課題としては、市単位のルールはできたものの、市内の病院や居宅介護支援事業所の認知度合いが低く、いずれも参加率が3割程度にとどまっていることにある(市がアンケート調査を通じて把握)。
- ・退院支援ルールの運用状況や運用上の課題について、市行政として把握できることは少ない。地域における議論の場においても、医師や介護支援専門員の間で交わされる議論に追いつくのが精一杯であるのが実情である。
- ・実際の現場の動きは、医師会の担当者から話を聞いて把握するといった状況である。例えばルールの適用件数等は、把握できている市町村はきわめて限られるのではないか。

2. 県介護支援専門員協会役員に対するインタビュー調査

(1) 調査対象

県介護支援専門員協会 副理事長

(2) 回答内容

<居宅介護支援事業所からみた入院医療との連携・情報共有の実態>

- ・退院支援に係る病院側の窓口は、病院ごとにバラバラである。加算によっては病棟看護師が調整に当たらねばならないケースもあり、同じ病院でも、地域連携室が窓口になる場合と病棟看護師が窓口となる場合が混在している場合もある。医療側の事情をある程度認識しているケアマネジャーであれば、このような病院の事情がある程度は理解できるが、医療機関併設でない事業所の福祉系のケアマネジャーの場合は、難解と感ずることが多いのではないか。
- ・入院医療⇔居宅介護の情報共有にあたっての様式は、病院ごとにバラバラであることが多い(統一されている様式というのはほとんど見ない)。例えば、退院後に介護老人保健施設に入所しようとする場合に求められる診断書のフォーマットは、施設ごとに異なっており、当初入所を想定していた介護老人保健施設とは別の介護老人保健施設に入所することとなった場合、最初の介護老人保健施設に提出していた診断書が次の施設で使えず、そのたびに診断書作成料がかかるというケースもまみられる。
- ・病院は、「ケアマネジャーと連携し、情報も提供する病院」「ケアマネジャーと連携するが、情報は提供したがる病院」「ケアマネジャーとの連携自体を嫌がる病院」があるように思う。ケアマネジャーとの連携を嫌がる背景には、手間が増える一方で診療報酬上の評価の対象とならないケース

があるのではないか。

- ・また、介護側への情報伝達にあたっては、ケアマネジャーの頭越しに、訪問看護やサービスを提供する事業所(特に医療職)に直接情報を提供する対応をとる病院もある。ケアマネジャーに情報を提供することの意味について、病院側に理解してもらう必要がある。

<入院医療⇔居宅介護間の情報共有のフォーマットについて>

- ・医療機関側や施設側から渡される情報のフォーマットは共通していることが望ましい。但し、医療機関側のフォーマットは電子カルテシステムと連動している場合が多い。電子カルテシステムは、介護で用いている情報システムと比べて医療機関ごとのカスタマイズによるところが大きいので、内容によっては電子カルテシステムの改修を要してしまう。このことが、フォーマットの統一化の障壁になっているのではないか。
- ・医療機関ごとでシステムが異なること自体は、診療科ごとに得意な情報内容や行う検査内容が異なることもあり、ある程度は仕方ないことであると思う。その中で必要となるのは、様々なケースに共通して必要な情報項目を把握し、その部分についてはフォーマットの統一を図ることではないか。

<入院医療⇔居宅介護間の情報共有の内容について>

- ・医療⇔介護間の情報共有については、「受信側が受け取りたい情報」と「発信側が実際に発信している情報」との違いだけでなく、「発信側が発信したい情報」と「受信側が受け取って対応する(できる)情報」との違いも重要である。例えば、医療側が「訪問看護師が看れば中心静脈栄養をつけていても居宅に移行できるはずだ」という発信をしても、介護側としては「常時看護師がいるわけではないため、夜間対応ができない」という話となる。逆に介護側がいくら社会的に「入院が必要な状況」を訴えたとしても、病院側からみれば、医療区分上入院させられない」というケースもある。個々の患者・利用者に関する情報だけでなく、医療・介護間がお互いのスタンダードについて理解することが重要である。
- ・入院医療側には、「療養環境としての入院医療機関と居宅との違い」として、常時看護師がいるわけではないことや、ナースコールがあるわけではないこと等を理解してほしい。その上で、「居宅という療養環境における注意事項」を伝えてほしい。また、居宅での療養を継続するか再入院をするかの判断ポイントや予後予測については、ショートステイのキャンセルを行うか否かに関わるため、また退院後の歩行能力(車いすとなるのか否か等)は、住宅改修の必要性の有無や、退院後の通所の送迎手段に影響し、場合によっては事業所を変える必要が生じる場合もありうるため、それぞれ知りたい情報といえる。
- ・入院医療機関は、退院にあたって薬を出すことはできても、その後の服薬状況や、薬が与えた影響が把握できるわけではない。薬の副作用に気づけないままに、居宅での療養を続けてしまっている利用者も多いのではないか。この点を踏まえて、ケアマネジャーから入院医療機関に返すべきフィードバック情報を明示してほしい。

<地域単位でのルールの策定について>

- ・地方においては、医療資源が乏しいことも多く、例えば専門医療機関に入院する場合は、入院先が離れた場所となることも多い。この場合、ケアマネの退院時カンファレンスへの参加や、入院医療機関側による居宅環境の確認がしにくくなる場合がある。また、広域での移行となると、入院医療機関側が持っている(在宅医療機関や訪問看護ステーションとの)ネットワークの状況もかわる場合がある。
- ・地域で策定した連携のルールに、どのように強制力を持たせるかも課題である。

<アンケート調査について>

- ・併設している施設については、医療機関だけではなく、「訪問看護ステーションとの併設であるか」「医療系の介護保険サービスを提供する事業所との併設であるか」に応じて、持ち込まれる退院ケースや連携上の課題はことなるのではないか。また、緊急時等居宅カンファレンス加算の算定回数
の設問を設けるのであれば、ターミナル加算も加えてはどうか。
- ・入院医療と居宅介護の間には、「明文化されたルール」の他に、「お願い事」ベースで運用される「暗黙のルールが存在する。この部分も明らかにすべきではないか。

第4章 アンケート調査の結果

1. アンケート調査の回収状況

アンケート調査票の回収結果は、図表 14 のとおりである。

図表 14 調査票の回収結果

調査対象	調査対象	発送数	回収数	回収率
市区町村調査票	市町村・特別区	1,741	788	45.3%
病院調査票	病院	1,600	359	22.4%
	一般病棟入院基本料の届出あり、 入退院支援加算の届出あり	400	90	22.5%
	一般病棟入院基本料の届出あり、 入退院支援加算の届出なし	400	64	16.0%
	地域包括ケア病棟入院料または 入院医療管理料の届出あり	200	63	31.5%
	回復期リハビリテーション病棟入院料 の届出あり	200	43	21.5%
	療養病棟入院基本料の届出あり、 入退院支援加算の届出あり	200	52	26.0%
	療養病棟入院基本料の届出あり、 入退院支援加算の届出あり	200	47	23.5%
居宅介護支援事業所 調査票	居宅介護支援事業所	1,000	350	35.0%

注：病院調査票では、下位区分の入院料に応じて、「指定した入院料を算定する病棟のうち1病棟」に関する回答を調査票中で依頼したが、一部に、指定した入院料以外の病棟について回答した病院があり、そのような回答分については、回答内容に応じた区分に再配置して集計した。このため、上の表における下位区分別の回収数は、入院料別集計における回答数とは一部異なっている。

2. 市区町村調査票の集計結果

(1) 回答市区町村の属性

調査に回答のあった市区町村のうち、22.2%が広域行政によって在宅医療・介護連携推進事業の実施主体となっている。また、43.4%が市区町村立の病院・有床診療所を設置している(図表 15)。

図表 15 市区町村における介護保険や市区町村立の医療機関の状況

	市町村数	構成割合
1)介護保険の保険者：全体	788	100.0%
1. 単独の市区町村で介護保険の保険者となっている	698	88.6%
2. 複数の市区町村による一部事務組合・広域連合等が保険者となっている	84	10.7%
無回答	6	0.8%
2)在宅医療・介護連携推進事業の実施主体：全体	788	100.0%
1. 単独の市区町村が実施主体となっている	602	76.4%
2. 複数の市区町村による一部事務組合・広域連合等が実施主体となっている	175	22.2%
無回答	11	1.4%
3)要介護認定審査の事務：全体	788	100.0%
1. 単独の市区町村で要介護認定審査の事務を行っている	426	54.1%
2. 複数の市区町村による広域行政によって要介護認定審査の事務を行っている	346	43.9%
3. 他の自治体に要介護認定審査の事務を委託している	4	0.9%
無回答	12	1.5%
4)市区町村立の病院・有床診療所の有無：全体	788	100.0%
1. 市区町村立の病院・有床診療所(休床中の医療機関を除く)がある	342	43.4%
2. 市区町村立の病院・有床診療所はない、もしくは休床中である	436	55.3%
無回答	10	1.3%

(2) 在宅医療・介護連携推進事業への取組状況

① 在宅医療・介護連携推進事業における「入院医療⇔居宅介護間の情報共有」への取組状況

「在宅医療・介護連携推進事業」において、「入院医療と居宅介護との間の情報共有の支援を行っている」と回答した市町村は 62.9%にのぼり、「在宅医療と居宅介護との間の情報共有」に関する回答割合(68.7%)に近い水準であった(図表 16)。

また、「(在宅医療・介護連携推進事業での取組)とは限定しない設問において」「医療と介護との間の情報共有の強化に取り組む会議体において、「入院医療と居宅介護との間の情報共有の強化」に取り組んでいる」との回答割合(58.4%、図表 17)よりも高い。

同事業では、「在宅医療と居宅介護との連携」に関する取組だけではなく、「入院医療と居宅介護との連携」に関する取組も、広く行われていることがわかる。一方、「入院医療と施設介護との連携」の取組割合は低い。

図表 16 「在宅医療・介護連携推進事業」における「医療・介護関係者の情報共有の支援」に関する取組状況

	市区町村数	構成割合
全体	788	100.0%
1. 行っている	682	86.5%
2. 行っていない	87	11.0%
無回答	19	2.4%

	市区町村数	Aに対する割合	全回答に対する割合
「在宅医療・介護連携推進事業」において「医療・介護関係者の情報共有の支援」に関する取組を行っている (A)	682	100.0%	86.5%
1. 在宅医療と居宅介護との間の情報共有の支援を行っている	541	79.3%	68.7%
2. 入院医療と施設介護との間の情報共有の支援を行っている	219	32.1%	27.8%
3. 入院医療と居宅介護との間の情報共有の支援を行っている	496	72.7%	62.9%
4. 上記3つに関する取組はない	25	3.7%	3.2%

図表 17 「医療と介護との間の情報共有の強化」に取り組む会議体の有無と取組内容

	市区町村数	構成割合
全体	788	100.0%
1. 会議体がある	637	80.8%
2. 会議体はない	136	17.3%
3. わからない	11	1.4%
無回答	4	0.5%

	市区町村数	Aに対する割合	全回答に対する割合
「医療と介護との間の情報共有の強化」に取り組む会議体がある (A)	637	100.0%	80.8%
1. 在宅医療と居宅介護との間の情報共有の強化	504	79.1%	64.0%
2. 入院医療と施設介護との間の情報共有の強化	219	34.4%	27.8%
3. 入院医療と居宅介護との間の情報共有の強化	460	72.2%	58.4%
4. 上記に関する取組はない	32	5.0%	4.1%

また、「在宅医療・介護連携推進事業」における「医療と居宅との間の情報共有の支援」の内容については、下記のような回答がみられた(なお、設問では「入院医療と居宅介護」という限定は設けず、「医療・介護関係者の情報共有の支援」に関する取組概要の記載を求めている)。

- 近隣市町を中心として、医師会等関係団体を含めた、在宅医療・介護連携推進運営協議会を設置しており、その中で情報共有支援についても協議をしている。
- 独居で健康不安のある方等必要な人には「緊急医療情報キット」を配布、キットの中には医療情報シートを入れ、救急搬送時に役立てている。
- 居宅が村外の事業所の為、本人・家族とのつなぎの支援や、直接入院先から施設に入所する方に対して、入所までの手続きを含めた連絡対応の全ての支援等
- 「医療・介護事業所一覧」を作成し、町内の医療機関、介護事業所および広域連合自治体で共有している。
- 入退院支援連携ガイドブックを作成し、入退院時における医療機関とケアマネの情報共有体制の強化を図っている。
- 2市2町で使用する情報共有連携シートを作成、運用ルールを決め、急を要しない情報の授受に使用。
- ICTを活用した情報共有ツールを整備し、医療介護現場で地域包括ケア、多職種連携のためのコミュニケーションツールとして利用されている。医師が患者グループを立ち上げ、関係職種を招待し、各専門職の視点で見た患者情報や訪問時の状態の変化、処方薬の変更などを投稿し、情報共有を図る。
- 医療職と介護職が情報共有を図るためのツールとしてMCS(Medical Care Station、非公開型SNS)の普及に取り組んでいる。
- 在宅患者・利用者の個人情報、サービス提供内容等について、スマートフォンやタブレット端末等で情報を共有できるシステムを構築している。
- インターネットのクラウドサービス上で在宅医療者等に関わる医療、介護専門職が情報共有するシステムを提供している。
- 居宅介護支援事業所が円滑に情報共有・連携ができるように、医療機関側が対応可能な時間帯や方法(ケアマネタイム)をとりまとめて、市内医療機関・居宅介護支援事業所に提供している。
- 主として医療機関・介護保険事業所からの相談をうけ対応支援を行う。必要に応じて関係機関間の連携・調整を行っている。

② 「現状分析・課題抽出・施策立案」に関する取組状況

「病院・診療所の入退院支援担当者の有無の把握」や「窓口の連絡先リストの収集」を行っている（在宅医療・介護連携推進事業によって実施＋同事業以外の枠組みでのみ実施）と回答した市区町村の割合は、自市区町村内の病院・診療所については約60%、近隣市区町村内の病院・診療所については40%強であった（図表18の①～④）。「入退院支援の窓口の連絡先リストの公表」を行っているという回答した市区町村の割合は、自市区町村内の病院・診療所については47.0%、近隣市区町村内の病院・診療所については31.2%であった（図表18の⑧・⑨）。

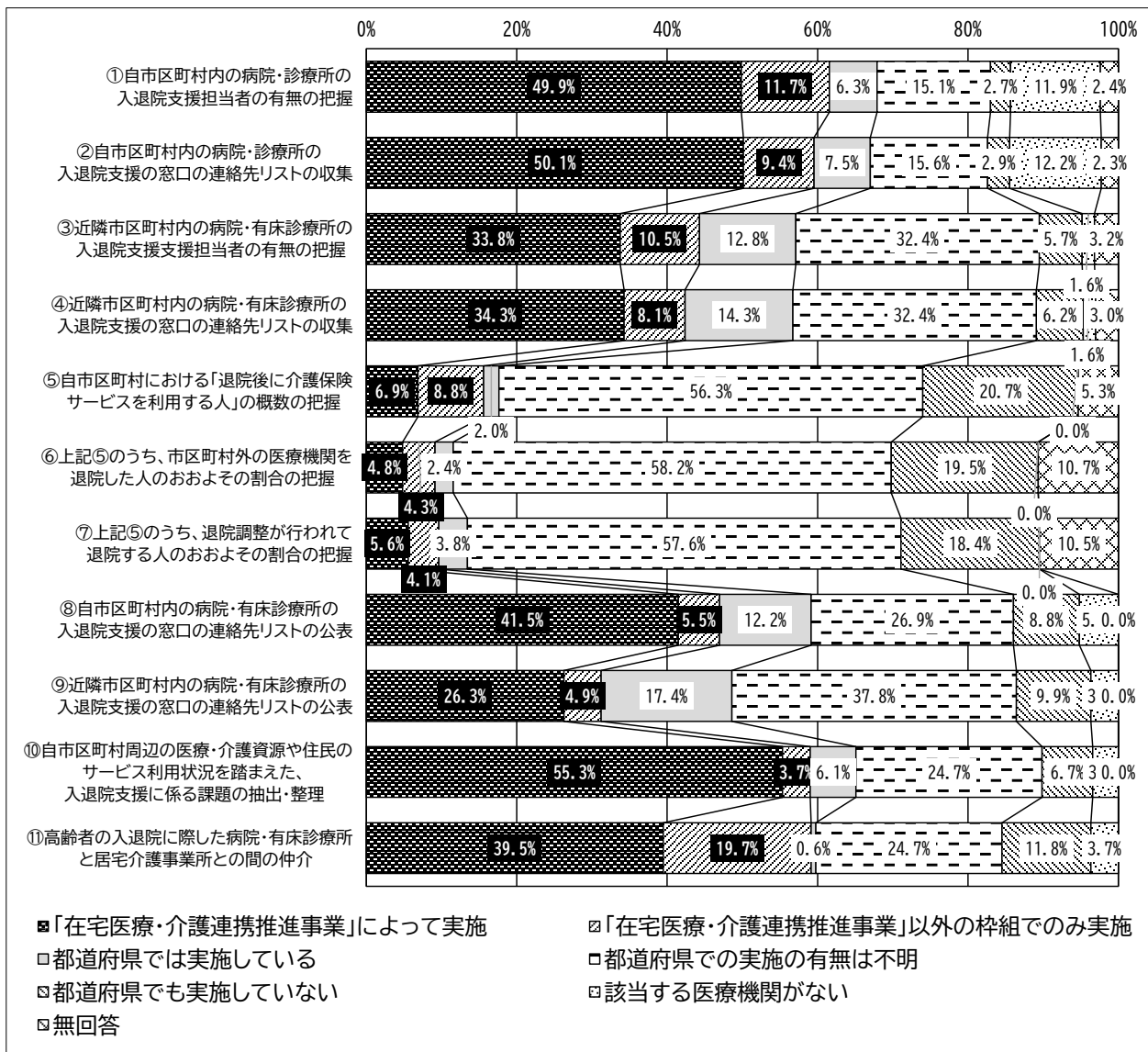
「自市区町村内の医療・介護資源や住民のサービス利用状況を踏まえた、入退院支援に係る課題の抽出・整理」については、59.0%の市区町村が行っていると回答した（図表18の⑩）。

「高齢者の入退院に際した病院・有床診療所と居宅介護支援事業所との間の仲介」については、59.1%の市区町村が行っていると回答した。また、他の取組に比べ、「在宅医療・介護連携推進事業」以外の枠組みでのみ実施している市区町村が多かった（図表18の⑪）。

一方、「自市区町村外の医療機関からの退院者の割合」や「退院後の介護サービスの利用者の概数」等、退院調整や退院後の介護保険の利用に関する、利用実態の数量的な把握までを把握している市区町村は、いずれも20%に満たなかった（図表18の⑤～⑦）。

多くの市区町村は、地域における入退院支援について、「窓口の連絡先リストの収集・整理・公表」と、一定程度の「課題整理」を行っている一方で、地域を越えた患者の流出入状況や、入退院支援の実態を十分に把握できているわけではない。そのため、「医療・介護関係者の情報共有の支援」にあたり、どのような範囲（特に地理的な領域）の医療・介護関係者を支援の対象とするかについて、十分な判断材料が得られていない状況にあるものと考えられる。

図表 18 市町村等における入退院支援や入院医療・居宅介護間の情報共有に関する取組状況



「自市区町村外の医療機関からの退院者の割合」について、それを把握している市区町村(全回答数 788 市区町村中 72 市区町村)による回答は、「1 割程度未満」と「9 割程度以上」とにピークがあり、その間の回答が少ないという両極に分化した回答分布をとった(図表 19)。

図表 19 自市区町村の「退院後に介護保険サービスを利用する人」のうち、市区町村外の医療機関を退院した人のおおよその割合

割合を把握していると回答した市町村数		市区町村数	構成割合
割合を把握していると回答した市町村数		72	100.0%
自市区町村の「退院後に介護保険サービスを利用する人」のうち、 市区町村外の医療機関を退院した人 のおおよその割合	1割程度未満	8	11.1%
	1～2割程度	8	11.1%
	2～3割程度	7	9.7%
	3～4割程度	4	5.6%
	4～5割程度	4	5.6%
	5～6割程度	3	4.2%
	6～7割程度	4	5.6%
	7～8割程度	7	9.7%
	8～9割程度	5	6.9%
	9割程度以上	19	26.4%
無回答	3	4.2%	

「退院調整が行われて退院する人の割合」について、それを把握している市区町村(全回答数 788 市区町村中 76 市区町村)による回答は、「1 割程度未満」と「7～8 割程度」とにピークがあり、その間の回答が少ないという両極に分化した回答分布をとった(図表 20)。

図表 20 自市区町村の「退院後に介護保険サービスを利用する人」のうち、退院調整が行われて退院する人のおおよその割合

割合を把握していると回答した市町村数		市区町村数	構成割合
割合を把握していると回答した市町村数		76	100.0%
自市区町村の「退院後に介護保険サービスを利用する人」のうち、 退院調整が行われて退院する人 のおおよその割合	1割程度未満	7	9.2%
	1～2割程度	2	2.6%
	2～3割程度	2	2.6%
	3～4割程度	3	3.9%
	4～5割程度	5	6.6%
	5～6割程度	4	5.3%
	6～7割程度	7	9.2%
	7～8割程度	17	22.4%
	8～9割程度	13	17.1%
	9割程度以上	13	17.1%
無回答	3	3.9%	

③ 「医療・介護関係者の研修」に関する取組状況

「在宅医療・介護連携推進事業」において、「医療・介護関係者の研修」を行っているとは回答した市区町村の割合は、87.9%であった(図表 21)。研修の内容としては、「入院医療と居宅介護との関係づくりを目的とした研修」を上げた回答が最も多かった(図表 22)。

図表 21 「在宅医療・介護連携推進事業」において「医療・介護関係者の研修」に関する取組の有無

	市区町村数	構成割合
全体	788	100.0%
1. 行っている	693	87.9%
2. 行っていない	80	10.2%
無回答	15	1.9%

図表 22 「在宅医療・介護連携推進事業」における「医療・介護関係者の研修」として行ったことのあるテーマ

	市区町村数	構成割合
「在宅医療・介護連携推進事業」において「医療・介護関係者の研修」に関する取組を行っている	693	100.0%
1. 入院医療と居宅介護との関係づくりを目的とした研修	444	64.1%
2. 入院医療の職員に、居宅介護に関する理解を深めてもらうための研修	229	33.0%
3. 居宅介護の職員に、入院医療に関する理解を深めてもらうための研修	258	37.2%
4. 上記の3つ以外で、入院医療と居宅介護との間の情報共有や連携を強化することを目的とした研修	324	46.8%
5. 上記の4つに関する研修は行ったことがない	90	13.0%

(3) 入院医療・居宅介護間の情報共有の強化に取り組む会議体

「入院医療と居宅介護との間の情報共有の強化」に取り組む会議体のある市区町村は、回答市区町村全体の58.4%(460 市区町村)であった。その設置単位は、単独の市区町村(またはより狭い地域)であるケース(233 市区町村)と、市区町村より広い地域であるケース(210 市区町村)とにほぼ二分される(図表 23)。

その設置単位や設置主体をみると、設置単位が単独の市区町村(またはより狭い地域)である場合は設置主体が市区町村となるケースが多く(175 市区町村)、設置単位が市区町村より広い地域である場合は、設置主体が複数市区町村からなる広域連合等であるケース(80 市区町村)と、都道府県の保健所であるケース(69 市区町村)とに分かれる。また、これとは別に、地区医師会が設置主体となる場合(53 市区町村)もみられる(図表 24)。

図表 23 「医療と介護との間の情報共有の強化」に取り組む会議体の有無と取組内容(再掲)

	市区町村数	構成割合
全体	788	100.0%
1. 会議体がある	637	80.8%
2. 会議体はない	136	17.3%
3. わからない	11	1.4%
無回答	4	0.5%

	市区町村数	Aに対する割合	全回答に対する割合
「医療と介護との間の情報共有の強化」に取り組む会議体がある (A)	637	100.0%	80.8%
1. 在宅医療と居宅介護との間の情報共有の強化	504	79.1%	64.0%
2. 入院医療と施設介護との間の情報共有の強化	219	34.4%	27.8%
3. 入院医療と居宅介護との間の情報共有の強化	460	72.2%	58.4%
4. 上記に関する取組はない	32	5.0%	4.1%

図表 24 「入院医療と居宅介護との間の情報共有の強化」に取り組む会議体の設置主体

会議体を中心となって設置・主催している主体	市区町村数	構成割合	うち会議体の設置単位が自市区町村内	うち会議体の設置単位が自市区町村より広い
会議体において入院医療と居宅介護との間の情報共有の強化に取り組んでいる	460	100.0%	233	210
1. 自市区町村(単独)	189	41.1%	175	5
2. 複数の市区町村による協議会・一部事務組合・広域連合等	87	18.9%	4	80
3. 政令市の区	1	0.2%	1	0
4. 地域自治区・支所等	0	0.0%	0	0
5. 他の市区町村	2	0.4%	0	2
6. 都道府県の本庁	1	0.2%	0	1
7. 都道府県の保健所	72	15.7%	2	69
8. 自市区町村の全域または一部を圏域とする地区医師会	20	4.3%	16	4
9. 複数の市区町村を圏域とする地区医師会	33	7.2%	2	29
10. 都道府県医師会	0	0.0%	0	0
11. 医師会以外の職能団体	3	0.7%	0	3
12. 自市区町村内にある特定の医療機関	7	1.5%	5	2
13. 自市区町村外にある特定の医療機関	4	0.9%	0	4
14. 複数の医療機関が参画する会議体(自治体が設置するものを除く)	2	0.4%	1	0
15. その他	22	4.8%	11	11
16. わからない	0	0.0%	0	0
無回答	17	3.7%	16	0

また、参画主体(設置主体含む)をみると、設置単位が単独の市区町村(またはより狭い地域)である場合は「市区町村」「自市区町村内の特定の医療機関」「地区医師会」「医師会以外の職能団体」等が参画しているケースが多く、設置単位が市区町村より広い地域である場合は、「市区町村や広域連合等」「地区医師会」「特定の医療機関」「都道府県の保健所」「医師会以外の職能団体」等が参画しているケースが多い(図表 25)。

全体としてみると、会議体は、「市区町村行政」「職能団体」「特定の医療機関」で構成されることが多く、うち設置単位が広域である場合には、さらに「都道府県の保健所」が設置、あるいは参画するケースが多くなるといえる。

図表 25 「入院医療と居宅介護との間の情報共有の強化」に取り組む会議体の参画主体

会議体に参画している主体	市区町村数	構成割合	うち会議体の設置単位が自市区町村内	うち会議体の設置単位が自市区町村より広い
会議体において入院医療と居宅介護との間の情報共有の強化に取り組んでいる	460	100.0%	233	210
1. 自市区町村(単独)	318	69.1%	208	100
2. 複数の市区町村による協議会・一部事務組合・広域連合等	120	26.1%	9	104
3. 政令市の区	2	0.4%	2	0
4. 地域自治区・支所等	4	0.9%	4	0
5. 他の市区町村	132	28.7%	6	123
6. 都道府県の本庁	16	3.5%	3	13
7. 都道府県の保健所	203	44.1%	70	28
8. 自市区町村の全域または一部を圏域とする地区医師会	190	41.3%	141	43
9. 複数の市区町村を圏域とする地区医師会	161	35.0%	29	125
10. 都道府県医師会	25	5.4%	17	5
11. 医師会以外の職能団体	224	48.7%	118	97
12. 自市区町村内にある特定の医療機関	283	61.5%	165	107
13. 自市区町村外にある特定の医療機関	137	29.8%	13	121
14. その他	146	31.7%	89	53
15. わからない	0	0.0%	0	0

(4) 地域での入退院時の入院医療・居宅介護間の情報共有の進め方のルール化や情報提供様式の作成状況

① 情報共有の進め方のルール化・様式作成の有無

入退院時の入院医療・居宅介護間の情報共有の進め方のルール化や様式の作成・公表について、「取組の実施がある」との回答した市区町村の割合は、「入院時の居宅介護から入院医療への情報提供様式の作成・公表」が最も多く 74.4%、「入院時の情報共有のルール化」「退院時の情報共有のルール化」「退院時の入院医療から居宅介護への情報提供様式の作成・公表」がそれぞれ 65%強 であった(図表 26 の【再掲】欄)。

これに対し、「情報通信機器を用いて情報提供を行う仕組みの構築」については、入退院のどちらについても、「取組の実施がある」と回答した市区町村の割合は 30%弱 であった。

情報共有の進め方のルール化や様式の作成・公表の 実施主体は、「自市区町村(直営・委託)」「他の市区町村との共同」「都道府県」「その他」に回答が分散 していた(図表 26)。

図表 26 入退院時の入院医療・居宅介護間の情報共有の進め方のルール化・様式作成の有無

取組の内容	市区町村数	自市区町村が直営で実施	自市区町村が外部委託により実施	他の市区町村との共同で実施	都道府県が実施	その他の実施主体が実施	取組の実施なし	【再掲】いずれかの主体により取組の実施あり
①: 入院時の 入院医療・居宅介護間の情報共有の進め方のルール化	788	100	72	161	203	69	256	525
	100.0%	12.7%	9.1%	20.4%	25.8%	8.8%	32.5%	66.6%
②: 入院時の居宅介護から入院 医療への情報提供の様式の作成・公表	788	135	78	163	194	101	198	586
	100.0%	17.1%	9.9%	20.7%	24.6%	12.8%	25.1%	74.4%
③: 上記②のうち、入院時に情報通信機器を用いて居宅介護から入院 医療への情報提供を行う仕組みの構築	788	40	36	49	42	72	543	218
	100.0%	5.1%	4.6%	6.2%	5.3%	9.1%	69.9%	27.7%
④: 退院時の入院医療・居宅介護間の情報共有の進め方のルール化	788	102	70	155	202	72	258	522
	100.0%	12.9%	8.9%	19.7%	25.6%	9.1%	32.7%	66.2%
⑤: 退院時の入院医療から居宅介護への情報提供の様式の作成・公表	788	94	70	144	176	108	268	512
	100.0%	11.9%	8.9%	18.3%	22.3%	13.7%	34.0%	65.0%
⑥: 上記⑤のうち、退院時に情報通信機器を用いて入院医療から居宅介護への情報提供を行う仕組みの構築	788	40	35	44	38	74	553	210
	100.0%	5.1%	4.4%	5.6%	4.8%	9.4%	70.2%	26.6%

② 情報共有の進め方のルールの内容

入退院時の入院医療・居宅介護間の情報共有の進め方のルールの内容について、「盛り込まれている」と回答した市区町村が多かった項目は、情報の「様式・伝達内容」に関する項目である。

これに対し、「退院後のフォローアップやフィードバック等の「事後対応」に関する項目や、傷病別に異なったルールの設定に関する項目は、「盛り込まれている」と回答した市区町村が少なかった（図表 27）。

図表 27 入退院時の入院医療・居宅介護間の情報共有の進め方のルールの内容

情報共有の進め方のルール内容	場面・内容		行っている市区町村数	割合
入院時あるいは退院時の情報共有のルール化 または情報提供様式の作成を行っている市区町村			632	100.0%
7.入院時に、ケアマネジャー等が当該患者について、入院先の病院・有床診療所への伝達に用いる様式	入院支援	様式・伝達内容	495	78.3%
6.入院時に、ケアマネジャー等が当該患者について、入院先の病院・有床診療所に伝達すべき情報の内容	入院支援	様式・伝達内容	455	72.0%
15.退院時に、病院・有床診療所が当該患者について、ケアマネジャー等への伝達に用いる様式	退院支援	様式・伝達内容	407	64.4%
5.自事業所がケアプランを作成している利用者の入院を把握した時に、ケアマネジャー等が、入院先の病院・有床診療所に自事業所の利用者である旨を伝達すること	入院支援	様式・伝達内容	401	63.4%
14.退院時に、病院・有床診療所が当該患者について、ケアマネジャー等に伝達すべき情報の内容	退院支援	様式・伝達内容	396	62.7%
4.介護サービスの利用者が入院した時に、病院・有床診療所が、入院の事実をケアマネジャー等に伝達すること	入院支援	様式・伝達内容	374	59.2%
12.病院・有床診療所から、ケアマネジャー等への退院予定に関する伝達の時期	退院支援	伝達方法	338	53.5%
2.病院・有床診療所が、入退院支援の担当部署や担当者の連絡先を公表しておくこと	関係構築		307	48.6%
9.退院後の生活に関する本人・家族の希望の聞き取りや、入院医療・居宅介護間での共有の方法	退院支援	情報把握	290	45.9%
1.入院医療と居宅介護との関係づくりの方法	関係構築		272	43.0%
8.病院・有床診療所が、退院後に介護保険の利用が見込まれる患者に対して行うべき、介護保険申請の支援の方法	退院支援	患者への支援	271	42.9%
11.病院・有床診療所から、ケアマネジャー等への退院支援計画の伝達の方法	退院支援	伝達方法	262	41.5%
13.退院時に、本人・家族に対して、入院医療・居宅介護が連携して行う支援の方法	退院支援	患者への支援	219	34.7%
3.入院時に、病院・有床診療所が行うべき「退院後の介護保険の利用が見込まれる患者」のスクリーニングの方法	入院支援	情報把握	167	26.4%
10.退院後の療養環境について、病院・有床診療所が行うべき情報収集の内容・方法	退院支援	情報把握	161	25.5%
16.退院後に、病院・有床診療所が行うべきフォローアップの内容・方法	その他	事後対応	81	12.8%
17.退院後、一定期間を経た後に、ケアマネジャーが行うべきフィードバックの内容・方法	その他	事後対応	66	10.4%
18.入退院支援について、傷病別に異なったルールの設定	その他	個別化	13	2.1%
19.その他	その他		29	4.6%

【「その他」の記載例】

- ◆ 関連する診療報酬・介護報酬を記載。
- ◆ 医療機関と介護サービス事業所のルールのため、自治体としては把握していない。
- ◆ 予定入院・日頃からの準備など、「入院前」のルールについても整理している。
- ◆ 入院中、退院前、転院時の連携手順を記載している。

③ 入院時の居宅介護から入院医療への情報提供様式の内容

入院時の居宅介護から入院医療への情報提供様式の内容について、「盛り込まれている」と回答した市区町村が多かった項目は、「連絡先」や「ADL・身体の状況(栄養状態やアレルギー除く)」、「介護の状況(要介護認定の申請日除く)」などであった。

これに対し、「医療の状況」に関する項目は、「盛り込まれている」と回答した市区町村が比較的少なかった(図表 28)。「かかりつけ医/歯科医/薬局/訪問看護等の連絡先」を盛り込むことで、様式に盛り込まずとも、当該医療機関への照会を可能とするような様式としている地域が多いことが考えられる。

図表 28 入院時の居宅介護から入院医療への情報提供の様式に盛り込まれている内容

情報提供様式に含まれている内容	種類	盛り込み ありの市 区町村数	割合
入院時の居宅介護から入院医療への情報提供様式を作成・公表している市区町村		586	100.0%
21. 要介護度	介護の状況	542	92.5%
1. 発信者の連絡先	連絡先	531	90.6%
26. 更衣/入浴/排泄の介助状況	ADL・身体の状況	515	87.9%
25. 移動方法	ADL・身体の状況	512	87.4%
27. 食事の介助状況	ADL・身体の状況	491	83.8%
24. 介護サービスの利用状況	介護の状況	479	81.7%
2. 緊急時連絡先(親族等)	連絡先	476	81.2%
6. 主介護者が誰なのか	家族・介護者	472	80.5%
3. かかりつけ医/歯科医/薬局/訪問看護等の連絡先	連絡先	463	79.0%
28. 服薬管理の状況	ADL・身体の状況	455	77.6%
22. 要介護認定の有効期間	介護の状況	452	77.1%
9. 住居の環境	生活・経済状況	420	71.7%
4. 家族構成図	家族・介護者	414	70.6%
33. 認知症高齢者の日常生活自立度	精神症状	406	69.3%
12. 食事の内容	生活・経済状況	389	66.4%
30. 口腔の状況	ADL・身体の状況	388	66.2%
14. 医科の受療状況	医療の状況	385	65.7%
32. 身体障害の状況	ADL・身体の状況	383	65.4%
34. 認知症の行動・心理症状	精神症状	325	55.5%
10. 生活歴	生活・経済状況	321	54.8%
35. 認知症以外の精神症状	精神症状	321	54.8%
19. 診断名	医療の状況	315	53.8%
18. 行っている医療処置の内容	医療の状況	313	53.4%
7. 主介護者の状況	家族・介護者	293	50.0%
5. 家族との関係(疎遠等)	家族・介護者	271	46.2%
17. 訪問看護の利用状況	医療の状況	267	45.6%
20. 処方されている薬の内容	医療の状況	260	44.4%
36. 退院後の本人希望	希望	232	39.6%
37. 退院後の家族希望	希望	215	36.7%
13. 生活困窮の有無	生活・経済状況	201	34.3%
29. 栄養状態	ADL・身体の状況	199	34.0%
11. 生活習慣	生活・経済状況	197	33.6%
31. アレルギーの有無・内容	ADL・身体の状況	176	30.0%
16. 薬局の利用状況	医療の状況	175	29.9%
23. 要介護認定の申請日	介護の状況	160	27.3%
15. 歯科の受療状況	医療の状況	139	23.7%
8. 虐待リスク	家族・介護者	131	22.4%
38. 看取りに係る希望	希望	78	13.3%
39. その他	その他	96	16.4%

【「その他」の記載例】

- カンファレンスへの参加希望
- 在宅復帰に関するケアマネジャーの見解、必要な要件
- 在宅に必要な要件
- 入院前の本人・家族の意向

④ 退院時の入院医療から居宅介護への情報提供様式の内容

退院時の入院医療から居宅介護への情報提供様式の内容について、「盛り込まれている」と回答した市区町村が多かった項目は、「医療の状況」や「身体の状況(栄養状態やアレルギー除く)」などであった。

これに対し、「状態の見通し」や「生活上の注意」に関する項目は、「盛り込まれている」と回答した市区町村が少なかった(図表 29)。

図表 29 退院時の入院医療から居宅介護への情報提供の様式に盛り込まれている内容

情報提供様式に含まれている内容	種類	盛り込み ありの市 区町村数	割合
退院時の居宅介護から入院医療への情報提供様式を作成・公表している市区町村		512	100.0%
12. 移動の状況(歩行・移乗能力等)	身体の状況	431	84.2%
14. 食事の状況	身体の状況	431	84.2%
4. 診断名	医療の状況	426	83.2%
13. 更衣/入浴/排泄の状況	身体の状況	416	81.3%
1. 発信者の連絡先	連絡先	386	75.4%
16. 口腔の状況	身体の状況	361	70.5%
7. 退院後に必要な医療処置の内容	医療の状況	344	67.2%
5. 入院中の治療内容	医療の状況	297	58.0%
9. 退院後に必要なリハビリテーション	医療の状況	290	56.6%
21. 認知症の行動・心理症状	精神症状	289	56.4%
11. 身体機能の状況(筋力・麻痺・拘縮等)	身体の状況	279	54.5%
18. 身体障害の状況	身体の状況	263	51.4%
3. 退院後の診療を担う医療機関の連絡先	連絡先	261	51.0%
8. 退院後に必要な医療サービス(訪問看護等)	医療の状況	260	50.8%
6. 退院時の処方内容	医療の状況	251	49.0%
22. 認知症以外の精神症状	精神症状	231	45.1%
19. 認知症高齢者の日常生活自立度	精神症状	222	43.4%
10. 傷病状態の安定・不安定	身体の状況	219	42.8%
2. 緊急時連絡先(医療機関の窓口等)	連絡先	217	42.4%
20. 認知症の中核症状	精神症状	202	39.5%
31. 食事に関する注意	生活上の注意	200	39.1%
29. 運動に関する注意	生活上の注意	198	38.7%
15. 栄養状態	身体の状況	196	38.3%
32. 服薬に関する注意	生活上の注意	191	37.3%
30. 移動に関する注意	生活上の注意	188	36.7%
23. 傷病の見通し	状態の見通し	166	32.4%
17. アレルギーの有無・内容	身体の状況	161	31.4%
24. ADLの変化の見通し	状態の見通し	111	21.7%
26. 受診を勧める目安	状態の見通し	61	11.9%
25. 要介護認定の見直しの必要性	状態の見通し	52	10.2%
27. 再入院の目安	状態の見通し	20	3.9%
28. 看取り期を判断する目安	状態の見通し	16	3.1%
33. その他	その他	108	21.1%

【「その他」の記載例】

- 禁忌事項
- 感染症
- 家族への介護指導
- 退院後の生活に関する本人・家族の意向
- 本人の病気に対する受け止め方
- 誤嚥性肺炎の既往、服薬など連携する事業者によって項目が違う

⑤ 情報共有の進め方のルール化や情報提供様式の普及状況の把握

「入退院時の情報共有の進め方のルール化や情報提供様式の作成・公表を行っている市区町村」に対し、当該ルールに参加しているか当該情報提供様式を用いている病院・有床診療所・居宅介護支援事業所・地域包括支援センターの割合(普及状況)について問うたところ、「病院・有床診療所／居宅介護支援事業所・地域包括支援センターの別」×「ルールへの参加／様式を用いた情報提供」のいずれについても、「把握している」と回答した市区町村は、30%に満たなかった(図表 30)。

一方、これらを「把握している」と回答した市区町村に、おおよその普及状況を問うたところ、「9 割程度以上」と回答した市区町村が最も多かった(図表 31)。

入退院時の情報共有の進め方のルール化や情報提供様式の普及状況については、「市区町村内に広く普及しており、それを市区町村も把握している」旨の回答と、「普及状況を市区町村が把握していない」旨の回答とに二分された。また、後者の回答数の方が多いという結果となった。

図表 30 情報共有の進め方のルール化や情報提供様式の普及状況の把握の有無

把握内容	把握している市区町村数	構成割合
入院時または退院時の情報共有の進め方のルール化や情報提供様式の作成・公表を行っている市区町村	632	100.0%
1. 自市区町村内の病院・有床診療所のうち、地域で決められた情報共有の進め方のルールに参加している機関のおおよその割合	150	23.7%
2. 自市区町村内の居宅介護支援事業所・地域包括支援センターのうち、地域で決められた情報共有の進め方のルールに参加している事業所のおおよその割合	181	28.6%
3. 自市区町村内の病院・有床診療所のうち、地域で決められた情報提供様式を用いて介護側への情報提供を行っている機関のおおよその割合	94	14.9%
4. 自市区町村内の居宅介護支援事業所・地域包括支援センターのうち、地域で決められた情報提供様式を用いて医療側への情報提供を行っている事業所のおおよその割合	146	23.1%
5. 上記の中に、過去3年以内に把握したことがあるものはない	282	44.6%

図表 31 情報共有の進め方のルール化や情報提供様式の普及状況を把握している市区町村における普及割合

	市区町村数 (構成割合)	参加・情報提供を実施している機関や事業所の割合						
		1割程度未満	1~3割程度	3~5割程度	5~7割程度	7~9割程度	9割程度以上	無回答
1. 自市区町村内の病院・有床診療所のうち、地域で決められた情報共有の進め方のルールに参加している機関のおおよその割合	150 100.0%	7 4.7%	7 4.7%	12 8.0%	18 12.0%	19 12.7%	85 56.7%	2 1.3%
2. 自市区町村内の居宅介護支援事業所・地域包括支援センターのうち、地域で決められた情報共有の進め方のルールに参加している事業所のおおよその割合	181 100.0%	2 1.1%	4 2.2%	6 3.3%	13 7.2%	29 16.0%	123 68.0%	4 2.2%
3. 自市区町村内の病院・有床診療所のうち、地域で決められた情報提供様式を用いて介護側への情報提供を行っている機関のおおよその割合	94 100.0%	6 6.4%	12 12.8%	13 13.8%	9 9.6%	16 17.0%	35 37.2%	3 3.2%
4. 自市区町村内の居宅介護支援事業所・地域包括支援センターのうち、地域で決められた情報提供様式を用いて医療側への情報提供を行っている事業所のおおよその割合	146 100.0%	3 2.1%	4 2.7%	13 8.9%	26 17.8%	31 21.2%	57 39.0%	12 8.2%

(5) 市区町村における入院医療と居宅介護との間の情報共有の状況

① 入院医療と居宅介護間の情報共有の在り方を最も主導していると市区町村が考える主体

市区町村に対して、「入院医療と居宅介護間の情報共有の在り方を最も主導していると考えられる主体」が何であるかを単数回答で問うたところ、「1.自市区町村(単独)」との回答が19.9%と最も多く、これに「2.複数の市区町村による協議会等」「5.他の市区町村」を加えると、30%を超える結果となった。また、「7.都道府県の保健所」との回答は17.0%であり、これに「6.都道府県の本庁」を加えると、19.2%となった。「9・10.地区医師会」との回答は、圏域が自市区町村にとどまるもの・複数市区町村にまたがるものの合計で10.8%であった。「12・13.特定の医療機関」との回答は、自市区町村の内外合計で6.0%であった。

一方、「15.市区町村内で、連携や情報共有の在り方があまり統一されておらず、医療機関ごと、介護事業所ごとの対応となっている」との回答も、18.3%にのぼった(図表 32)。

市区町村の人口規模別にみると、人口30万人未満の市町村では、特別区や人口30万人以上の市と比べ、「1.自市区町村(単独)」との回答が少ない一方、「2.複数の市区町村による協議会等」や「7.都道府県の保健所」との回答が多かった。小規模な自治体では、広域単位での取組(広域行政もしくは都道府県の保健所による主導)が多くなっているものと考えられる。

図表 32 自市区町村を含む地域において入院医療と居宅介護間の情報共有の在り方を最も主導していると考えられる主体(市区町村による単数回答)

上段：回答市町村数 下段：回答割合	全体	市区町村の人口規模等								地域		
		特別区	政令市	人口30-70万人	人口10-30万人	人口3-10万人	人口1-3万人	人口1万人未満	3大都市圏	地方の大都市圏	大都市圏以外	
全体	788	15	14	38	117	282	184	138	248	97	443	
1.自市区町村(単独)	157	6	6	14	26	55	23	27	46	18	93	
2.複数の市区町村による協議会・一部事務組合・広域連合等	89	0	0	2	8	31	28	20	30	10	49	
3.政令市の区	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
4.地域自治体・支所等	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
5.他の市区町村	9	0	0	0	0	1	5	3	2	1	6	
6.都道府県の本庁	17	0	0	1	3	6	2	5	5	1	11	
7.都道府県の保健所	134	0	0	3	18	43	39	31	22	5	107	
8.自市区町村の全域または一部を圏域とする地区医師会	45	2	1	5	13	15	7	2	22	6	17	
9.複数の市区町村を圏域とする地区医師会	40	0	0	0	6	16	14	4	15	9	16	
10.都道府県医師会	3	0	0	0	1	1	1	0	1	0	2	
11.医師会以外の職能団体	21	2	0	1	4	9	3	2	8	2	11	
12.自市区町村内にある特定の医療機関	35	0	1	0	6	18	8	2	5	7	23	
13.自市区町村外にある特定の医療機関	12	0	0	0	0	3	2	7	2	1	9	
14.複数の医療機関が参画する合議体(自治体が設置するものを除く)	8	0	0	1	2	0	4	1	4	0	4	
15.市区町村内で、連携や情報共有の在り方があまり統一されておらず、医療機関ごと、介護事業所ごとの対応となっている	144	2	2	8	20	55	32	25	51	23	70	
16.その他	25	1	2	1	3	11	6	1	12	6	7	
17.わからない	36	2	2	2	5	13	7	5	18	7	11	
無回答	13	0	0	0	2	5	3	3	5	1	7	
全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
1.自市区町村(単独)	19.9%	40.0%	42.9%	36.8%	22.2%	19.5%	12.5%	19.6%	18.5%	18.6%	21.0%	
2.複数の市区町村による協議会・一部事務組合・広域連合等	11.3%	0.0%	0.0%	5.3%	6.8%	11.0%	15.2%	14.5%	12.1%	10.3%	11.1%	
3.政令市の区	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
4.地域自治体・支所等	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
5.他の市区町村	1.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	2.7%	2.2%	0.8%	1.0%	1.4%	
6.都道府県の本庁	2.2%	0.0%	0.0%	2.6%	2.6%	2.1%	1.1%	3.6%	2.0%	1.0%	2.5%	
7.都道府県の保健所	17.0%	0.0%	0.0%	7.9%	15.4%	15.2%	21.2%	22.5%	8.9%	5.2%	24.2%	
8.自市区町村の全域または一部を圏域とする地区医師会	5.7%	13.3%	7.1%	13.2%	11.1%	5.3%	3.8%	1.4%	8.9%	6.2%	3.8%	
9.複数の市区町村を圏域とする地区医師会	5.1%	0.0%	0.0%	0.0%	5.1%	5.7%	7.6%	2.9%	6.0%	9.3%	3.6%	
10.都道府県医師会	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%	0.4%	0.5%	0.0%	0.4%	0.0%	0.5%	
11.医師会以外の職能団体	2.7%	13.3%	0.0%	2.6%	3.4%	3.2%	1.6%	1.4%	3.2%	2.1%	2.5%	
12.自市区町村内にある特定の医療機関	4.4%	0.0%	7.1%	0.0%	5.1%	6.4%	4.3%	1.4%	2.0%	7.2%	5.2%	
13.自市区町村外にある特定の医療機関	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%	1.1%	5.1%	0.8%	1.0%	2.0%	
14.複数の医療機関が参画する合議体(自治体が設置するものを除く)	1.0%	0.0%	0.0%	2.6%	1.7%	0.0%	2.2%	0.7%	1.6%	0.0%	0.9%	
15.市区町村内で、連携や情報共有の在り方があまり統一されておらず、医療機関ごと、介護事業所ごとの対応となっている	18.3%	13.3%	14.3%	21.1%	17.1%	19.5%	17.4%	18.1%	20.6%	23.7%	15.8%	
16.その他	3.2%	6.7%	14.3%	2.6%	2.6%	3.9%	3.3%	0.7%	4.8%	6.2%	1.6%	
17.わからない	4.6%	13.3%	14.3%	5.3%	4.3%	4.6%	3.8%	3.6%	7.3%	7.2%	2.5%	
無回答	1.6%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%	1.8%	1.6%	2.2%	2.0%	1.0%	1.6%	

※「市区町村の人口規模等」は、2015年国勢調査人口による。

※「地域」欄における区分は、2015年国勢調査人口における「大都市圏」による。すなわち、「3大都市圏」とは「関東」「近畿」「中京」の各大都市圏(東京都区部およびさいたま・千葉・横浜・川崎・名古屋・京都・大阪・堺の各政令市とその1.5%通勤圏)に含まれる市区町村を指し、「地方の大都市圏」とは3大都市圏に含まれない8つの大都市圏(各政令市とその1.5%通勤圏)に含まれる市町村を指す。

② 入退院時の情報提供様式として最も普及していると考えられる様式

市区町村に対して、「入退院時の情報提供様式として最も普及していると考えられる様式」が何であるかを単数回答で問うたところ、「地域の共通様式として作成された様式」（「自市区町村内」「複数市区町村」「都道府県」の合計）を挙げた市区町村は、入院時（居宅介護→入院医療の情報提供）で 50.5%、退院時（入院医療→居宅介護の情報提供）で 33.2%であった。地域の共通様式以外の回答としては、入院時・退院時ともに、「発出側（＝入院時は居宅介護支援事業所等、退院時は病院・有床診療所）の独自様式」を挙げた市区町村が多かった（入院時：23.5%、退院時：41.2%）。

市区町村の認識では、「入院時の居宅介護から入院医療への情報提供様式」としては「地域の共通様式として作成された様式」が最も多く普及している一方、「退院時の入院医療から居宅介護への情報提供様式」としては「発出側（＝入院医療機関）の独自様式」が最も多く普及しているという結果となった。

市区町村の人口規模別にみると、入院時・退院時ともに、特別区や政令市では「地域の共通様式として作成された様式」との回答が少なく、特別区では「わからない」との回答も多かった。また、人口規模の小さい市町村では、「自市区町村内の共通様式」との回答が少なく、「複数の市区町村における共通様式」との回答が多かった（図表 33、図表 34）。

図表 33 自市区町村において、入院時における居宅介護から入院医療への情報提供の様式として、もっとも多く普及していると考えられる様式(市区町村による回答)

上段：回答市町村数 下段：回答割合	全体	市区町村の人口規模等								地域		
		特別区	政令市	人口30-70万人	人口10-30万人	人口3-10万人	人口1-3万人	人口1万人未満	3大都市圏	地方の大都市圏	大都市圏以外	
全体	788	15	14	38	117	282	184	138	248	97	443	
1. 自市区町村内の共通様式として作成された様式	126	3	3	13	25	58	11	13	39	15	72	
2. 複数の市区町村における共通様式として作成された様式	192	0	0	2	17	62	69	42	46	17	129	
3. 都道府県における共通様式として作成された様式	80	0	2	4	12	33	17	12	28	3	49	
4. それぞれの居宅介護支援事業所等（発出側）で用いられている独自様式	185	4	3	7	32	58	47	34	56	29	100	
5. それぞれの病院・有床診療所（受取側）が指定している独自様式	26	0	2	2	2	12	3	5	8	8	10	
6. その他	41	1	1	2	10	10	8	9	13	5	23	
7. わからない	122	6	3	8	17	42	26	20	51	20	51	
無回答	16	1	0	0	2	7	3	3	7	0	9	
【再掲】地域の共通様式として作成された様式（1, 2, 3の合計）	398	3	5	19	54	153	97	67	113	35	250	
全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
1. 自市区町村内の共通様式として作成された様式	16.0%	20.0%	21.4%	34.2%	21.4%	20.6%	6.0%	9.4%	15.7%	15.5%	16.3%	
2. 複数の市区町村における共通様式として作成された様式	24.4%	0.0%	0.0%	5.3%	14.5%	22.0%	37.5%	30.4%	18.5%	17.5%	29.1%	
3. 都道府県における共通様式として作成された様式	10.2%	0.0%	14.3%	10.5%	10.3%	11.7%	9.2%	8.7%	11.3%	3.1%	11.1%	
4. それぞれの居宅介護支援事業所等（発出側）で用いられている独自様式	23.5%	26.7%	21.4%	18.4%	27.4%	20.6%	25.5%	24.6%	22.6%	29.9%	22.6%	
5. それぞれの病院・有床診療所（受取側）が指定している独自様式	3.3%	0.0%	14.3%	5.3%	1.7%	4.3%	1.6%	3.6%	3.2%	8.2%	2.3%	
6. その他	5.2%	6.7%	7.1%	5.3%	8.5%	3.5%	4.3%	6.5%	5.2%	5.2%	5.2%	
7. わからない	15.5%	40.0%	21.4%	21.1%	14.5%	14.9%	14.1%	14.5%	20.6%	20.6%	11.5%	
無回答	2.0%	6.7%	0.0%	0.0%	1.7%	2.5%	1.6%	2.2%	2.8%	0.0%	2.0%	
【再掲】地域の共通様式として作成された様式（1, 2, 3の合計）	50.5%	20.0%	35.7%	50.0%	46.2%	54.3%	52.7%	48.6%	45.6%	36.1%	56.4%	

※「市区町村の人口規模等」は、2015年国勢調査人口による。

※「地域」欄における区分は、2015年国勢調査人口における「大都市圏」による。すなわち、「3大都市圏」とは「関東」「近畿」「中京」の各大都市圏（東京都区部およびさいたま・千葉・横浜・川崎・名古屋・京都・大阪・堺の各政令市とその1.5%通勤圏）に含まれる市区町村を指し、「地方の大都市圏」とは3大都市圏に含まれない8つの大都市圏（各政令市とその1.5%通勤圏）に含まれる市町村を指す。

【「その他」の記載例】

- 厚生労働省の入院時情報提供書
- 介護支援専門員協会が作成している様式

図表 34 自市区町村において、退院時における入院医療から居宅介護への情報提供の様式として、もっとも多く普及していると考えられる様式(市区町村による回答)

上段：回答市区町村数 下段：回答割合	全体	市区町村の人口規模等							地域		
		特別区	政令市	人口30-70万人	人口10-30万人	人口3-10万人	人口1-3万人	人口1万人未満	3大都市圏	地方の大都市圏	大都市圏以外
全体	788	15	14	38	117	282	184	138	248	97	443
1. 自市区町村内の共通様式として作成された様式	62	1	2	10	16	25	1	7	17	11	34
2. 複数の市区町村における共通様式として作成された様式	133	0	0	3	12	37	53	28	27	10	96
3. 都道府県における共通様式として作成された様式	67	0	2	2	10	26	16	11	23	3	41
4. それぞれの居宅介護支援事業所等(発出側)で用いられている独自様式	26	2	2	1	2	4	9	6	8	6	12
5. それぞれの病院・有床診療所(受取側)が指定している独自様式	325	3	4	13	52	124	77	52	99	44	182
6. その他	25	1	1	0	3	7	4	9	6	3	16
7. わからない	136	7	3	9	19	55	23	20	61	20	55
無回答	14	1	0	0	3	4	1	5	7	0	7
【再掲】地域の共通様式として作成された様式(1,2,3の合計)	262	1	4	15	38	88	70	46	67	24	171
全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
1. 自市区町村内の共通様式として作成された様式	7.9%	6.7%	14.3%	26.3%	13.7%	8.9%	0.5%	5.1%	6.9%	11.3%	7.7%
2. 複数の市区町村における共通様式として作成された様式	16.9%	0.0%	0.0%	7.9%	10.3%	13.1%	28.8%	20.3%	10.9%	10.3%	21.7%
3. 都道府県における共通様式として作成された様式	8.5%	0.0%	14.3%	5.3%	8.5%	9.2%	8.7%	8.0%	9.3%	3.1%	9.3%
4. それぞれの居宅介護支援事業所等(受取側)で用いられている独自様式	3.3%	13.3%	14.3%	2.6%	1.7%	1.4%	4.9%	4.3%	3.2%	6.2%	2.7%
5. それぞれの病院・有床診療所(発出側)が指定している独自様式	41.2%	20.0%	28.6%	34.2%	44.4%	44.0%	41.8%	37.7%	39.9%	45.4%	41.1%
6. その他	3.2%	6.7%	7.1%	0.0%	2.6%	2.5%	2.2%	6.5%	2.4%	3.1%	3.6%
7. わからない	17.3%	46.7%	21.4%	23.7%	16.2%	19.5%	12.5%	14.5%	24.6%	20.6%	12.4%
無回答	1.8%	6.7%	0.0%	0.0%	2.6%	1.4%	0.5%	3.6%	2.8%	0.0%	1.6%
【再掲】地域の共通様式として作成された様式(1,2,3の合計)	33.2%	6.7%	28.6%	39.5%	32.5%	31.2%	38.0%	33.3%	27.0%	24.7%	38.6%

※「市区町村の人口規模等」は、2015年国勢調査人口による。

※「地域」欄における区分は、2015年国勢調査人口における「大都市圏」による。すなわち、「3大都市圏」とは「関東」「近畿」「中京」の各大都市圏(東京都区部およびさいたま・千葉・横浜・川崎・名古屋・京都・大阪・堺の各政令市とその1.5%通勤圏)に含まれる市区町村を指し、「地方の大都市圏」とは3大都市圏に含まれない8つの大都市圏(各政令市とその1.5%通勤圏)に含まれる市町村を指す。

【「その他」の記載例】

- ◆ 看護サマリー
- ◆ 病院側のシステム統一が進まず、退院時の様式共通化が進まない。

③ 入院医療と居宅介護間の連携や情報共有の在り方のルール化にあたり市区町村独自で考慮を要する地域性

市区町村に対して、「入院医療と居宅介護間の連携や情報共有の在り方のルール化にあたり市区町村独自で考慮を要する地域性の有無」を問うたところ、19.5%の市区町村が、「市町村独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものがある」と回答した。

一方、市区町村の人口規模別や地域別には、明確な差はみられなかった(図表 35)。

図表 35 入院医療と居宅介護間の連携や情報共有の在り方をルール化するにあたり、市区町村独自で考慮を要する地域性の有無

上段：回答市町村数 下段：回答割合	全体	市区町村の人口規模等							地域		
		特別区	政令市	人口30-70万人	人口10-30万人	人口3-10万人	人口1-3万人	人口1万人未満	3大都市圏	地方の大都市圏	大都市圏以外
全体	788	15	14	38	117	282	184	138	248	97	443
1. 市区町村独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものはない	580	9	9	29	91	206	135	101	174	74	332
2. 市区町村独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものがある	154	5	2	8	19	63	32	25	51	17	86
無回答	54	1	3	1	7	13	17	12	23	6	25
全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
1. 市区町村独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものはない	73.6%	60.0%	64.3%	76.3%	77.8%	73.0%	73.4%	73.2%	70.2%	76.3%	74.9%
2. 市区町村独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものがある	19.5%	33.3%	14.3%	21.1%	16.2%	22.3%	17.4%	18.1%	20.6%	17.5%	19.4%
無回答	6.9%	6.7%	21.4%	2.6%	6.0%	4.6%	9.2%	8.7%	9.3%	6.2%	5.6%

※「市区町村の人口規模等」は、2015年国勢調査人口による。

※「地域」欄における区分は、2015年国勢調査人口における「大都市圏」による。すなわち、「3大都市圏」とは「関東」「近畿」「中京」の各大都市圏(東京都区部およびさいたま・千葉・横浜・川崎・名古屋・京都・大阪・堺の各政令市とその1.5%通勤圏)に含まれる市区町村を指し、「地方の大都市圏」とは3大都市圏に含まれない8つの大都市圏(各政令市とその1.5%通勤圏)に含まれる市町村を指す。

また、その内容については、下記のような回答がみられた。「広域的に統一されたルール」を求める意見が多くみられる一方、「医療・介護資源の地域差を考慮した連携」や「顔の見える関係づくり」における「地域性」について述べた回答もみられる。

- ・ 住民は市町村をまたいでサービスを利用するケースも多々あるため、近隣市町村と同じ様式、ルールであることが望ましい。
- ・ 二次医療圏と住民の生活圏に相違があり、二次医療圏内の施設利用者が少ないため、県単位等の広域でのルール化が必要と考える。
- ・ 都心の自治体では、入院と介護が同一自治体内で解決する訳ではないという地域性がある。
- ・ 入院施設がないため、単独町村のルールを作ったとしても、対応がむずかしい面が出るため作ることが出来ず。
- ・ 医療機関も居宅介護事業所も数が多く統一化が難しい。近隣市町も含め県主導により広域で取り組むことが必要だと感じる。
- ・ 当市は、急性期病院が3ヶ所、精神科病院が2ヶ所、回復期、慢性期が各1ヶ所。計、7ヶ所の病院があるため、問いにあるようなルール化を行うには、それぞれの病院特性への配慮を要する。
- ・ 過疎地域のため、医療・介護の社会資源は限られており、ルール化する必要性を感じない。
- ・ 町内に医療機関は1つだけなので連携が取りやすい関係にある。
- ・ 地域の医療・介護サービスが限られているため、現状をふまえて在宅療養の調整が必要。
- ・ 病床数が少ないため、急に退院が決まり、退院調整を行う余地が無い場合がある。
- ・ 合併前の旧市町の地域ごとに医介連携の特色が残っている。
- ・ 医師会(薬剤師会、歯科医師会)が市内地区により、2医師会にわかれているためそれぞれの医師会と調整が必要。

- おおむね顔の見える関係はできており、これまで電話等である程度連携はとれてきた。ルール化することにより、かえって事務負担が大きくなることのないよう、運用について検討する必要がある。
- 地域によって医療介護資源に偏りがあるため、それを踏まえての連携が必要。
- 顔の見える関係が構築され、独自の繋がりが強い地域と隣接市との関わりが頻繁で新しい連携が必要な地域とで情報共有システムの運用方法や利便性に違いが現れており、各地域の特性に応じたルール構築の必要性を認識している。
- 独居、高齢者世帯が多く、キーパーソンとなる家族が町外の場合が多い地域性がある。

3. 病院調査票の集計結果

(1) 入院料別の回収状況と入院料別集計時の区分

アンケート調査票の回収状況および入院料別集計時の区分を、図表 36 に示す。

病院調査票では、下位区分の入院料に応じて、「指定した入院料を算定する病棟のうち 1 病棟」に関する回答を調査票中で依頼したが、指定した入院料以外の病棟について回答したものがあり、そのような回答分については、回答内容に応じた区分に再配置して集計した。このため、回収数と、入院料別集計における集計対象数とは一部異なっている(図表 36)。

図表 36 病院調査票の回収結果(再掲)と入院料別集計時の区分

入院料	入退院 支援加算	発送数 (A)	回収数 (B)	回収率 (B/A)	集計対象数 (C)	集計対象の率 (C/A)
一般病棟入院基本料	あり	400	91	22.8%	88	22.0%
	なし	400	66	16.5%	58	14.5%
地域包括ケア病棟入院料 /入院医療管理料	—	200	63	31.5%	69	34.5%
回復期リハビリテーション 病棟入院料	—	200	43	21.5%	45	22.5%
療養病棟入院基本料	あり	200	51	25.5%	48	24.0%
	なし	200	47	23.5%	49	24.5%
その他の入院料	—	—	—	—	4	—
合計		1,600	361	22.6%	361	22.6%

(2) 回答病院の属性

① 病院の種類、規模

回答病院の主な属性を、図表 37、図表 38 に示す。なお、病床数は、当該病棟における許可病床数、入院延べ日数、退院者数が全て有効回答であった施設を集計対象とした。

図表 37 回答病院の種類

	施設数	構成割合
全体	361	100.0%
1. 特定機能病院	0	0.0%
2. 地域医療支援病院	37	10.2%
3. 在宅療養支援病院	60	16.6%
4. 救急指定病院	146	40.4%
5. 精神病床が80%以上の病院	3	0.8%
6. どれにもあてはまらない	137	38.0%

図表 38 回答病院の病床規模

(単位：床)

	有効回答施設数	病床数		
		平均値	中央値	標準偏差
許可病床	337	171.9	140.0	134.1
(うち) 一般病床	337	118.5	67.0	124.4
(うち) 療養病床	337	45.1	35.0	55.5

	許可病床数		うち一般病床数		うち療養病床数	
	施設数	構成割合	施設数	構成割合	施設数	構成割合
全体	337	100.0%	337	100.0%	337	100.0%
20-49床	35	10.4%	65	19.3%	72	21.4%
50-99床	83	24.6%	94	27.9%	72	21.4%
100-149床	60	17.8%	41	12.2%	29	8.6%
150-199床	73	21.7%	34	10.1%	13	3.9%
200-399床	64	19.0%	44	13.1%	8	2.4%
400床以上	22	6.5%	14	4.2%	0	0.0%

※許可病床数とその内数がともに有効回答であった施設を集計対象とした。

② 診療報酬上の届出

回答病院の施設としての診療報酬上の届出内容を、図表 39、図表 40 に示す。

図表 39 回答病院における施設としての届出入院料(複数回答)

	施設数	構成割合
全体	361	100.0%
急性期一般入院料1	46	12.7%
急性期一般入院料2～7	67	18.6%
地域一般入院料1～3	33	9.1%
地域包括ケア病棟入院料	36	10.0%
地域包括ケア入院医療管理料	33	9.1%
回復期リハビリテーション病棟入院料	45	12.5%
療養病棟入院基本料	97	26.9%
その他	4	1.1%

図表 40 回答病院における施設としての届出加算(複数回答)

	施設数	構成割合
全体	361	100.0%
1. 入退院支援加算1	130	36.0%
2. 入退院支援加算2	106	29.4%
3. 入退院支援加算3	2	0.6%
4. 地域連携診療計画加算	60	16.6%
5. 入院時支援加算	83	23.0%
6. 上記のうち届け出ているものはない	113	31.3%

③ 入退院支援に係る体制

回答病院のうち 89.2%が、入退院支援を担当する部門(以下、「入退院支援部門」)を設置しているが、20-49床の病院では56.8%、50-99床の病院では81.8%と、小規模の病院では入退院支援部門を」設置する病院の割合は低くなる(図表 41)。

また、入退院支援に従事する職員として、入退院支援部門の社会福祉士を配置している病院は70.9%、入退院支援部門の看護職員を配置している病院は51.5%であった。一方、「入退院支援に専従する職員の配置はない」と回答した病院も9.7%あった(図表 42)。

図表 41 入退院支援を担当する部署の有無

上段：回答数 下段：割合	病院の病床数						全体
	20-49床	50-99床	100-149床	150-199床	200-399床	400床以上	
全体	37	88	62	78	72	24	361
1. 入退院支援を担当する部門を設置している	21	72	60	76	69	24	322
2. 設置していない	15	15	2	1	2	0	35
無回答	1	1	0	1	1	0	4
全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
1. 入退院支援を担当する部門を設置している	56.8%	81.8%	96.8%	97.4%	95.8%	100.0%	89.2%
2. 設置していない	40.5%	17.0%	3.2%	1.3%	2.8%	0.0%	9.7%
無回答	2.7%	1.1%	0.0%	1.3%	1.4%	0.0%	1.1%

図表 42 入退院支援に従事する職員の配置の有無

	施設数	構成割合
全体	361	100.0%
1. 入退院支援を担当する部門に所属する看護職員	186	51.5%
2. 入退院支援を担当する部門に所属する社会福祉士	256	70.9%
3. 入退院支援を担当する部門に所属するその他の職種	78	21.6%
4. 入退院支援を担当する部門以外に所属する入退院調整看護師	36	10.0%
5. 入退院支援を担当する部門以外に所属する社会福祉士	17	4.7%
6. 入退院支援を担当する部門以外に所属するその他の職種	9	2.5%
7. 上記のうち入退院支援に専従する職員の配置はない	35	9.7%

「介護サービスを利用していた患者の入院」および「退院後に介護サービスの利用が見込まれる患者の退院」の際の介護事業所との連絡窓口としては、いずれも85%程度の病院において入退院支援部門が、約20%の病院において患者の入院病棟が、それぞれ担当していた(図表 43)。

担当職種としては、80%弱の病院において社会福祉士が、約40%の病院において入退院に専従する看護師が担当していた(図表 44)。

図表 43 介護サービスを利用していた患者が入院する際の介護事業所との連絡窓口

	施設数	構成割合
a. 担当部門：全体<複数回答>	361	100.0%
1. 入(退)院支援を担当する部門	308	85.3%
2. 当該患者の入院病棟	66	18.3%
3. 上記以外の部門	25	6.9%
b. 担当部門が変わる要因：全体<複数回答>	361	100.0%
1. 患者が入院する病棟に応じて変わる	39	10.8%
2. 患者を担当する診療科に応じて変わる	5	1.4%
3. その他の要因に応じて変わる	24	6.6%
c. 担当職種：全体<複数回答>	361	100.0%
1. 入(退)院支援に専従する看護師	145	40.2%
2. 入(退)院支援に専従する看護師以外の看護職員	104	28.8%
3. 社会福祉士	276	76.5%
4. 上記以外の職種	56	15.5%

図表 44 退院後に介護サービスの利用が見込まれる患者が退院する際の、
介護事業所との連絡窓口

	施設数	構成割合
a. 担当部門：全体<複数回答>	361	100.0%
1. (入)退院支援を担当する部門	307	85.0%
2. 当該患者の入院病棟	75	20.8%
3. 上記以外の部門	21	5.8%
b. 担当部門が変わる要因：全体<複数回答>	361	100.0%
1. 患者が入院していた病棟に応じて変わる	40	11.1%
2. 患者を担当する診療科に応じて変わる	7	1.9%
3. その他の要因に応じて変わる	22	6.1%
c. 担当職種：全体<複数回答>	361	100.0%
1. 入(退)院支援に専従する看護師	130	36.0%
2. 入(退)院支援に専従する看護師以外の看護職員	98	27.1%
3. 社会福祉士	279	77.3%
4. 上記以外の職種	52	14.4%

(3) 調査病棟の概要

① 病棟の種類

病院調査票においては、病棟単位で、入退院支援や居宅介護との連携・情報共有の状況を調査した。
調査病棟における入院料別・入退院支援加算の有無別の病棟数を、図表 45 に示す。

図表 45 調査病棟における入院料別・入退院支援加算の有無別の病棟数

入院料	入退院支援加算		合計
	あり	なし	
一般病棟入院基本料	88	58	146
うち急性期一般入院料1	42	4	46
うち急性期一般入院料2-7	35	32	67
うち地域一般入院料	11	22	33
地域包括ケア病棟入院料			36
地域包括ケア入院医療管理料			33
回復期リハビリテーション病棟入院料			45
療養病棟入院基本料	48	49	97
その他の入院料			4
合計			361

② 病棟の規模と退院者数

調査病棟の許可病床数と1ヶ月の退院者数を、図表 46 に示す。

図表 46 調査病棟の許可病床数、および1ヶ月の退院者数

調査病棟の入院料	有効回答数	(単位：床)			(単位：人)					
		病棟の許可病床数			1ヶ月の退院者数					
		平均値	中央値	標準偏差	2019年9月			2020年9月		
			全体	65歳以上	75歳以上	全体	65歳以上	75歳以上		
				平均値	平均値	平均値	平均値	平均値	平均値	
急性期一般入院料1	46	62.4	48.0	60.4	108.6	80.4	49.7	106.6	79.9	50.6
急性期一般入院料2-7	67	44.9	45.0	12.5	51.1	39.8	28.6	50.4	39.8	27.4
地域一般入院料	33	49.7	51.0	15.7	29.3	24.2	18.0	26.8	22.6	17.5
地域包括ケア病棟入院料	36	44.2	45.0	10.4	38.8	32.6	23.5	39.7	34.0	24.9
地域包括ケア入院医療管理料	33	36.1	33.0	23.9	29.9	26.7	21.2	28.3	23.9	18.5
回復期リハビリテーション病棟入院料	45	48.2	47.0	23.0	18.5	16.9	12.4	18.1	16.7	12.4
療養病棟入院基本料	97	50.6	48.0	22.2	6.6	6.1	4.7	6.6	5.8	4.6
その他の入院料	4	43.3	52.0	22.3	18.0	11.3	7.3	20.3	10.3	6.3

(4) 退院患者の状況

① 退院患者の住所地の範囲

2020年9月の退院のうち、
「病院所在地と住所地とが同じ市区町村内である患者割合が7割程度未満」である病棟は41.3%（図表47）、
「病院所在地と住所地とが同じ二次医療圏内である患者割合が7割程度未満」である病棟は13.3%（図表48）、
「病院所在地と住所地とが同じ都道府県内である患者割合が7割程度未満」である病棟は2.8%（図表49）であった。

退院調整にあたっては、病院とは異なる市区町村に帰る患者も多いため、市区町村ごとに入退院調整のルールが異なると、多くの病院が、複数のルールへの対応を求められるものと考えられる。

また、2019年9月の退院においては、上記の割合はそれぞれ41.8%、16.6%、3.9%であった。

図表 47 「住所地が病院と同じ 市区町村内」である退院患者の割合」別の病棟数

上段：回答数 下段：割合		退院月： 2020年9月									退院月： 2019年9月	
		病棟の入院料									合計	合計
		急性期一般入院料1	急性期一般入院料2-7	地域一般入院料	地域包括ケア病棟入院料	地域包括ケア入院医療管理料	回復期リハビリテーション病棟入院料	療養病棟入院基本料	その他の入院料			
全体	46	67	33	36	33	45	97	4	361	361		
退院患者のうち 病院と同じ 市区町村内 の患者割合	1割程度未満	0	0	0	0	0	1	12	1	14	20	
	1~3割程度	5	7	1	5	1	1	2	0	22	27	
	3~5割程度	8	6	3	2	5	12	8	0	44	38	
	5~7割程度	13	13	7	7	4	10	15	0	69	66	
	7~9割程度	16	20	14	14	11	13	13	0	101	100	
	9割程度以上	2	20	7	6	11	6	35	2	89	85	
	無回答	2	1	1	2	1	2	12	1	22	25	
(再掲) 7割程度未満	26	26	11	14	10	24	37	1	149	151		
全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		
退院患者のうち 病院と同じ 市区町村内 の患者割合	1割程度未満	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.2%	12.4%	25.0%	3.9%	5.5%	
	1~3割程度	10.9%	10.4%	3.0%	13.9%	3.0%	2.2%	2.1%	0.0%	6.1%	7.5%	
	3~5割程度	17.4%	9.0%	9.1%	5.6%	15.2%	26.7%	8.2%	0.0%	12.2%	10.5%	
	5~7割程度	28.3%	19.4%	21.2%	19.4%	12.1%	22.2%	15.5%	0.0%	19.1%	18.3%	
	7~9割程度	34.8%	29.9%	42.4%	38.9%	33.3%	28.9%	13.4%	0.0%	28.0%	27.7%	
	9割程度以上	4.3%	29.9%	21.2%	16.7%	33.3%	13.3%	36.1%	50.0%	24.7%	23.5%	
	無回答	4.3%	1.5%	3.0%	5.6%	3.0%	4.4%	12.4%	25.0%	6.1%	6.9%	
(再掲) 7割程度未満	56.5%	38.8%	33.3%	38.9%	30.3%	53.3%	38.1%	25.0%	41.3%	41.8%		

図表 48 「住所地が病院と同じ 二次医療圏内」である退院患者の割合」別の病棟数

上段：回答数 下段：割合		退院月： 2020年9月									退院月： 2019年9月	
		病棟の入院料									合計	合計
		急性期一般入院料1	急性期一般入院料2-7	地域一般入院料	地域包括ケア病棟入院料	地域包括ケア入院医療管理料	回復期リハビリテーション病棟入院料	療養病棟入院基本料	その他の入院料			
全体	46	67	33	36	33	45	97	4	361	361		
退院患者のうち 病院と同じ 二次医療圏内 の患者割合	1割程度未満	0	1	0	1	0	0	7	0	9	13	
	1~3割程度	0	2	0	0	1	0	0	0	3	6	
	3~5割程度	4	5	1	0	0	2	4	0	16	14	
	5~7割程度	4	3	1	2	2	1	7	0	20	27	
	7~9割程度	21	23	13	8	9	17	9	1	101	89	
	9割程度以上	15	30	17	23	19	23	58	2	187	182	
	無回答	2	3	1	2	2	2	12	1	25	29	
(再掲) 7割程度未満	8	11	2	3	3	3	18	0	48	60		
全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		
退院患者のうち 病院と同じ 二次医療圏内 の患者割合	1割程度未満	0.0%	1.5%	0.0%	2.8%	0.0%	0.0%	7.2%	0.0%	2.5%	3.6%	
	1~3割程度	0.0%	3.0%	0.0%	0.0%	3.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	1.7%	
	3~5割程度	8.7%	7.5%	3.0%	0.0%	0.0%	4.4%	4.1%	0.0%	4.4%	3.9%	
	5~7割程度	8.7%	4.5%	3.0%	5.6%	6.1%	2.2%	7.2%	0.0%	5.5%	7.5%	
	7~9割程度	45.7%	34.3%	39.4%	22.2%	27.3%	37.8%	9.3%	25.0%	28.0%	24.7%	
	9割程度以上	32.6%	44.8%	51.5%	63.9%	57.6%	51.1%	59.8%	50.0%	51.8%	50.4%	
	無回答	4.3%	4.5%	3.0%	5.6%	6.1%	4.4%	12.4%	25.0%	6.9%	8.0%	
(再掲) 7割程度未満	17.4%	16.4%	6.1%	8.3%	9.1%	6.7%	18.6%	0.0%	13.3%	16.6%		

図表 49 「住所地が病院と同じ 都道府県内」である退院患者の割合」別の病棟数

上段：回答数 下段：割合		退院月： 2020年9月									退院月： 2019年9月	
		病棟の入院料									合計	合計
		急性期一般入院料1	急性期一般入院料2-7	地域一般入院料	地域包括ケア病棟入院料	地域包括ケア入院医療管理料	回復期リハビリテーション病棟入院料	療養病棟入院基本料	その他の入院料			
全体	46	67	33	36	33	45	97	4	361	361		
退院患者のうち 病院と同じ 都道府県内 の患者割合	1割程度未満	0	0	0	0	0	0	6	0	6	7	
	1~3割程度	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
	3~5割程度	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	
	5~7割程度	1	1	0	0	0	1	0	0	3	3	
	7~9割程度	5	9	7	0	3	2	3	0	29	32	
	9割程度以上	38	56	24	33	28	39	77	3	298	283	
	無回答	2	1	2	3	2	2	11	1	24	30	
(再掲) 7割程度未満	1	1	0	0	0	2	6	0	10	14		
全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		
退院患者のうち 病院と同じ 都道府県内 の患者割合	1割程度未満	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	6.2%	0.0%	1.7%	1.9%	
	1~3割程度	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.6%	
	3~5割程度	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.2%	0.0%	0.0%	0.3%	0.6%	
	5~7割程度	2.2%	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	2.2%	0.0%	0.0%	0.8%	0.8%	
	7~9割程度	10.9%	13.4%	21.2%	0.0%	9.1%	4.4%	3.1%	0.0%	8.0%	8.9%	
	9割程度以上	82.6%	83.6%	72.7%	91.7%	84.8%	86.7%	79.4%	75.0%	82.5%	78.4%	
	無回答	4.3%	1.5%	6.1%	8.3%	6.1%	4.4%	11.3%	25.0%	6.6%	8.3%	
(再掲) 7割程度未満	2.2%	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	4.4%	6.2%	0.0%	2.8%	3.9%		

② 入院前・退院後に介護保険サービスを利用する患者

急性期一般入院料を算定する病棟では、「入院前から介護保険サービスを利用していた」、あるいは「退院後に介護保険サービスの利用が見込まれる」患者の割合が低い傾向にある(図表 50、図表 51)。

急性期一般入院料を算定する病棟では、入退院調整に当たり、「介護保険を利用する患者と利用しない患者が混在している」傾向が強いと考えられる。

図表 50 入院前から介護保険サービスを利用していた退院患者の割合別の病棟数

上段：回答数 下段：割合		退院月： 2020年9月								退院月： 2019年9月	
		病棟の入院料								合計	合計
		急性期一般 入院料1	急性期一般 入院料2-7	地域一般入 院料	地域包括ケ ア病棟入院 料	地域包括ケ ア入院医療 管理料	回復期リハ ビリテー ション病棟 入院料	療養病棟入 院基本料	その他の入 院料	合計	合計
全体		46	67	33	36	33	45	97	4	361	361
退院患者のうち 入院前から介護 保険サービスを利用 していた患者の割合	1割程度未満	4	4	1	2	1	3	17	1	33	33
	1～3割程度	16	21	4	8	9	9	8	1	68	69
	3～5割程度	12	16	7	6	8	7	10	0	66	63
	5～7割程度	4	11	9	8	11	12	14	0	69	69
	7～9割程度	0	12	8	5	8	8	11	0	52	51
	9割程度以上	0	1	3	3	2	1	26	1	37	33
	無回答	10	2	1	4	2	5	11	1	36	43
(再掲) 3割程度未満		20	25	5	10	2	12	25	2	101	102
全体		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
退院患者のうち 入院前から介護 保険サービスを利用 していた患者の割合	1割程度未満	8.7%	6.0%	3.0%	5.6%	3.0%	6.7%	17.5%	25.0%	9.1%	9.1%
	1～3割程度	34.8%	31.3%	12.1%	22.2%	3.0%	20.0%	8.2%	25.0%	18.8%	19.1%
	3～5割程度	26.1%	23.9%	21.2%	16.7%	24.2%	15.6%	10.3%	0.0%	18.3%	17.5%
	5～7割程度	8.7%	16.4%	27.3%	22.2%	33.3%	26.7%	14.4%	0.0%	19.1%	19.1%
	7～9割程度	0.0%	17.9%	24.2%	13.9%	24.2%	17.8%	11.3%	0.0%	14.4%	14.1%
	9割程度以上	0.0%	1.5%	9.1%	8.3%	6.1%	2.2%	26.8%	25.0%	10.2%	9.1%
	無回答	21.7%	3.0%	3.0%	11.1%	6.1%	11.1%	11.3%	25.0%	10.0%	11.9%
(再掲) 3割程度未満		43.5%	37.3%	15.2%	27.8%	6.1%	26.7%	25.8%	50.0%	28.0%	28.3%

図表 51 退院後に介護保険サービスの利用が見込まれる退院患者の割合別の病棟数

上段：回答数 下段：割合		退院月： 2020年9月								退院月： 2019年9月	
		病棟の入院料								合計	合計
		急性期一般 入院料1	急性期一般 入院料2-7	地域一般入 院料	地域包括ケ ア病棟入院 料	地域包括ケ ア入院医療 管理料	回復期リハ ビリテー ション病棟 入院料	療養病棟入 院基本料	その他の入 院料	合計	合計
全体		46	67	33	36	33	45	97	4	361	361
退院患者のうち 退院後に介護保 険サービスの利用 が見込まれる 患者	1割程度未満	6	7	0	1	1	0	19	3	37	40
	1～3割程度	12	15	5	5	2	4	8	0	51	61
	3～5割程度	12	15	4	6	3	8	8	0	56	48
	5～7割程度	3	8	8	7	10	10	7	0	53	57
	7～9割程度	1	13	7	7	10	15	5	0	58	56
	9割程度以上	0	5	2	5	2	5	42	1	62	48
	無回答	12	4	7	5	5	3	8	0	44	49
(再掲) 3割程度未満		18	22	5	6	3	4	27	3	88	101
全体		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
退院患者のうち 退院後に介護保 険サービスの利用 が見込まれる 患者	1割程度未満	13.0%	10.4%	0.0%	2.8%	3.0%	0.0%	19.6%	75.0%	10.2%	11.1%
	1～3割程度	26.1%	22.4%	15.2%	13.9%	6.1%	8.9%	8.2%	0.0%	14.1%	16.9%
	3～5割程度	26.1%	22.4%	12.1%	16.7%	9.1%	17.8%	8.2%	0.0%	15.5%	13.3%
	5～7割程度	6.5%	11.9%	24.2%	19.4%	30.3%	22.2%	7.2%	0.0%	14.7%	15.8%
	7～9割程度	2.2%	19.4%	21.2%	19.4%	30.3%	33.3%	5.2%	0.0%	16.1%	15.5%
	9割程度以上	0.0%	7.5%	6.1%	13.9%	6.1%	11.1%	43.3%	25.0%	17.2%	13.3%
	無回答	26.1%	6.0%	21.2%	13.9%	15.2%	6.7%	8.2%	0.0%	12.2%	13.6%
(再掲) 3割程度未満		39.1%	32.8%	15.2%	16.7%	9.1%	8.9%	27.8%	75.0%	24.4%	28.0%

(5) 入退院時における入院医療・居宅介護間の連携・情報共有のルール化

① 入退院時における居宅介護側との連携・情報共有のルールの有無

入退院時における居宅介護支援事業所や地域包括支援センター(以降、「居宅介護側」と)との連携・情報共有のルールや取り決めの有無について問うたところ、調査対象病棟の入院料別には、地域一般入院料(78.1%)や療養病棟入院基本料(73.5%)の算定病棟で、また病院の規模別には、病床数の少ない病院ほど、また地域別には、大都市圏の病院において、それぞれ 連携・情報共有のルール・取り決め「なし」との回答割合が高かった(図表 52・図表 53・図表 54)。

図表 52 対象病棟の入院料別 入退院時における居宅介護側との連携・情報共有のルールの有無

上段：回答数 下段：割合	全体	病棟の入院料								
		急性期一般入院料1	急性期一般入院料2-7	地域一般入院料	地域包括ケア病棟入院料	地域包括ケア入院医療管理料	回復期リハビリテーション病棟入院料	療養病棟入院基本料	その他の入院料	
全体	361	46	67	33	36	33	45	97	4	
患者の入退院時の居宅介護側との連携・情報共有のルール	あり	133	22	27	7	19	14	19	25	0
	なし	218	23	35	25	16	18	25	72	4
	無回答	10	1	5	1	1	1	1	0	0
全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
患者の入退院時の居宅介護側との連携・情報共有のルール	あり	36.8%	47.8%	40.3%	21.2%	52.8%	42.4%	42.2%	25.8%	0.0%
	なし	60.4%	50.0%	52.2%	75.8%	44.4%	54.5%	55.6%	74.2%	100.0%
	無回答	2.8%	2.2%	7.5%	3.0%	2.8%	3.0%	2.2%	0.0%	0.0%

図表 53 病院の規模別 入退院時における居宅介護側との連携・情報共有のルールの有無

上段：回答数 下段：割合	全体	病院の規模				
		20-49床	50-99床	100-199	200床以上	
全体	361	37	88	140	96	
患者の入退院時の居宅介護側との連携・情報共有のルール	あり	133	9	25	52	47
	なし	218	26	59	87	46
	無回答	10	2	4	1	3
全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
患者の入退院時の居宅介護側との連携・情報共有のルール	あり	36.8%	24.3%	28.4%	37.1%	49.0%
	なし	60.4%	70.3%	67.0%	62.1%	47.9%
	無回答	2.8%	5.4%	4.5%	0.7%	3.1%

図表 54 地域別 入退院時における居宅介護側との連携・情報共有のルールの有無

上段：回答数 下段：割合	全体	市区町村の人口規模等							地域			
		特別区	政令市	人口30-70万人	人口10-30万人	人口3-10万人	人口1-3万人	人口1万人未満	3大都市圏	地方の大都市圏	大都市圏以外	
全体	361	12	71	56	75	98	35	14	143	64	154	
患者の入退院時の居宅介護側との連携・情報共有のルール	あり	133	0	21	15	27	47	13	10	40	20	73
	なし	218	11	48	39	44	50	22	4	98	41	79
	無回答	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
患者の入退院時の居宅介護側との連携・情報共有のルール	あり	36.8%	0.0%	29.6%	26.8%	36.0%	48.0%	37.1%	71.4%	28.0%	31.3%	47.4%
	なし	60.4%	91.7%	67.6%	69.6%	58.7%	51.0%	62.9%	28.6%	68.5%	64.1%	51.3%
	無回答	2.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

② 入退院時における居宅介護側との連携・情報共有のルール・取り決めの形態

①においてルールや取り決めが「ある」と回答した病棟に、そのルール・取り決めの形態について問うたところ、「1.市区町村よりも広い地域を単位とする地域共通のルール」との回答が 42.9%、「2.市区町村もしくはその一部を単位とする地域共通のルール」との回答が 36.1%であり、「地域共通のルール」を挙げた病棟が多かった。一方、「7.担当者ベースの(明文化されていない約束事を含む)ルール・取り決め」との回答も、21.1%にのぼった。

これを地域別にみると、人口規模の小さい市町村では「市区町村よりも広い地域を単位とする地域共通のルール」との回答割合が高く、人口規模の大きい市町村(但し政令市を除く)では「市区町村もしくはその一部を単位とする地域共通のルール」との回答割合が高かった。また、大都市圏において、「担当者ベースの(明文化されていない約束事を含む)ルール・取り決め」との回答割合が高かった(図表 55)。

図表 55 入院時の連携や情報共有に関するルール・取り決めの形態

上段：回答数 下段：割合	全体	市区町村の人口規模等							地域		
		特別区	政令市	人口30-70万人	人口10-30万人	人口3-10万人	人口1-3万人	人口1万人未満	3大都市圏	地方の大都市圏	大都市圏以外
ルール・取り決めがあると回答した病棟全体	133	0	21	15	27	47	13	10	40	20	73
1. 市区町村よりも広い地域を単位とする、地域共通のルール	57	0	3	6	11	21	9	7	12	8	37
2. 市区町村もしくはその一部の地域を単位とする、地域共通のルール	49	0	5	8	15	17	3	1	12	8	29
3. 自院の設置者を含む法人グループ内で運用されているルール	8	0	3	1	2	2	0	0	6	1	1
4. 自院を含む複数の病院・有床診療所が参加して設定し、居宅介護側に提示しているルール(1-3除く)	6	0	1	1	1	2	1	0	1	1	4
5. 自院が単体で設定し、居宅介護側に提示しているルール	14	0	5	2	0	5	1	1	4	6	4
6. 自院の一部の部門(病棟・診療科等)が設定し、居宅介護側に提示しているルール	6	0	1	1	0	2	2	0	3	1	2
7. 自院の入院支援担当者や居宅介護側の担当者(ケアマネジャー等)との間で交わされる担当者ベースのルール・取り決め(明文化されていない約束事を含む)	28	0	7	2	6	9	2	2	11	5	12
8. 居宅介護側の事業所や運営法人等が設定し、自院側に提示しているルール	3	0	0	1	1	1	0	0	0	0	3
9. その他の形態	3	0	0	0	0	3	0	0	2	1	0
ルール・取り決めがあると回答した病棟全体	100.0%	-	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
1. 市区町村よりも広い地域を単位とする、地域共通のルール	42.9%	-	14.3%	40.0%	40.7%	44.7%	69.2%	70.0%	30.0%	40.0%	50.7%
2. 市区町村もしくはその一部の地域を単位とする、地域共通のルール	36.8%	-	23.8%	53.3%	55.6%	36.2%	23.1%	10.0%	30.0%	40.0%	39.7%
3. 自院の設置者を含む法人グループ内で運用されているルール	6.0%	-	14.3%	6.7%	7.4%	4.3%	0.0%	0.0%	15.0%	5.0%	1.4%
4. 自院を含む複数の病院・有床診療所が参加して設定し、居宅介護側に提示しているルール(1-3除く)	4.5%	-	4.8%	6.7%	3.7%	4.3%	7.7%	0.0%	2.5%	5.0%	5.5%
5. 自院が単体で設定し、居宅介護側に提示しているルール	10.5%	-	23.8%	13.3%	0.0%	10.6%	7.7%	10.0%	10.0%	30.0%	5.5%
6. 自院の一部の部門(病棟・診療科等)が設定し、居宅介護側に提示しているルール	4.5%	-	4.8%	6.7%	0.0%	4.3%	15.4%	0.0%	7.5%	5.0%	2.7%
7. 自院の入院支援担当者や居宅介護側の担当者(ケアマネジャー等)との間で交わされる担当者ベースのルール・取り決め(明文化されていない約束事を含む)	21.1%	-	33.3%	13.3%	22.2%	19.1%	15.4%	20.0%	27.5%	25.0%	16.4%
8. 居宅介護側の事業所や運営法人等が設定し、自院側に提示しているルール	2.3%	-	0.0%	6.7%	3.7%	2.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.1%
9. その他の形態	2.3%	-	0.0%	0.0%	0.0%	6.4%	0.0%	0.0%	5.0%	5.0%	0.0%

③ 入退院時における居宅介護側との連携・情報共有の地域共通のルールづくりを主導した主体

①において「地域共通のルール」が「ある」と回答した病棟に、そのルールづくりを最も主導した主体について問うたところ、「自院のある市区町村」との回答が 34.0%で最多であり、次いで「都道府県の保健所」を挙げた回答が多かった(29.1%)(図表 56)。

図表 56 入退院時における居宅介護側との連携・情報共有の地域共通のルールづくりを主導した主体

	病院数	構成割合
地域共通のルールがあると回答した病棟全体	103	100.0%
1. 自院	3	2.9%
2. 自院のある市区町村	35	34.0%
3. 自院のある市区町村とは別の市区町村	2	1.9%
4. 都道府県の本庁	4	3.9%
5. 都道府県の保健所	30	29.1%
6. 市区町村の全域または一部を圏域とする地区医師会	8	7.8%
7. 複数の市区町村を圏域とする地区医師会	3	2.9%
8. 都道府県医師会	0	0.0%
9. 医師会以外の職能団体	3	2.9%
10. 自院と同じ市区町村内にある自院以外の特定の医療機関	1	1.0%
11. 自院とは異なる市区町村にある特定の医療機関	0	0.0%
12. 複数の医療機関が参画する合議体（自治体が設置するものを除く）	5	4.9%
13. その他	6	5.8%
14. わからない	1	1.0%
無回答	2	1.9%

④ 入退院時における入院医療機関側との連携・情報共有のルールの内容

①においてルールや取り決めが「ある」と回答した病棟に、そのルール・取り決めの内容について問うたところ、「ルール・取り決めがある」と回答した病棟が多かった項目は、情報の「様式・伝達内容」に関する項目である。これに対し、退院後のフォローアップやフィードバック等の「事後対応」に関する項目や、傷病別に異なったルールの設定に関する項目は、「ルール・取り決めがある」と回答した病棟が少なかった。また、入院支援に関する項目と退院支援に関する項目とでは、入院支援に関する項目の方が、「ルール・取り決めがある」と回答した病棟が多かった。

次に、各ルール・取り決めについて、自院の適用(遵守)度合いについて問うたところ、「適用割合が8割程度以上」との回答の割合が高かったのは、「入院時に病院が行うべき「退院後の介護保険の利用が見込まれる患者」のスクリーニングの方法」(「ルール・取り決めがある」82件に対し67件(81.7%))、「病院が、ケアマネジャー等への退院予定に関する伝達の時期」(同81.3%)などであった。

居宅介護側の遵守度合いについては、遵守割合が「8割程度以上」と回答の割合が高かったのは、「入院時に、ケアマネジャー等が当該患者について、入院先の病院への伝達に用いる様式」(同56.3%)、「退院時に本人・家族に対して入院医療・居宅介護間が連携して行う支援の方法」(同53.3%)などであった(図表57)。

図表 57 入退院時の入院医療・居宅介護間の情報共有のルール・取り決めの
ある項目とその遵守度合い

情報共有の進め方のルール内容	場面・内容		ルール・取り決め「あり」		自院側の適用(遵守)割合が「8割程度以上」		入退院調整を行う居宅介護側の遵守割合が「8割程度以上」	
			回答数(A)	割合	回答数(B)	割合(B/A)	回答数(C)	割合(C/A)
入院時あるいは退院時の情報共有のルール・取り決めがあると回答した病棟			133	100.0%				
1.入院時に、病院が行うべき「退院後の介護保険の利用が見込まれる患者」のスクリーニングの方法	入院支援	情報把握	82	61.7%	67	81.7%		
2.介護サービスの利用者が入院した時に、病院が、入院の事実をケアマネジャー等に伝達すること	入院支援	様式・伝達内容	98	73.7%	65	66.3%		
3.自事業所がケアプランを作成している利用者の入院を把握した時に、ケアマネジャー等が、入院先の病院に自事業所の利用者である旨を伝達すること	入院支援	様式・伝達内容	91	68.4%			41	45.1%
4.入院時に、ケアマネジャー等が当該患者について、入院先の病院に伝達すべき情報の内容	入院支援	様式・伝達内容	96	72.2%			51	53.1%
5.入院時に、ケアマネジャー等が当該患者について、入院先の病院への伝達に用いる様式	入院支援	様式・伝達内容	96	72.2%			54	56.3%
6.病院が、退院後に介護保険の利用が見込まれる患者に対して行うべき、介護保険申請の支援の方法	退院支援	患者への支援	67	50.4%	54	80.6%		
7.退院後の生活に関する本人・家族の希望の聞き取りや、入院医療・居宅介護間での共有の方法	退院支援	情報把握	82	61.7%	61	74.4%	39	47.6%
8.退院後の療養環境について、病院が行うべき情報収集の内容・方法	退院支援	情報把握	57	42.9%	35	61.4%		
9.病院から、ケアマネジャー等への退院支援計画の伝達の方法	退院支援	伝達方法	67	50.4%	48	71.6%		
10.病院から、ケアマネジャー等への退院予定に関する伝達の時期	退院支援	伝達方法	75	56.4%	61	81.3%		
11.退院時に、本人・家族に対して、入院医療・居宅介護が連携して行う支援の方法	退院支援	患者への支援	75	56.4%	57	76.0%	40	53.3%
12.退院時に、病院が当該患者について、ケアマネジャー等に伝達すべき情報の内容	退院支援	様式・伝達内容	98	73.7%	72	73.5%		
13.退院時に、病院が当該患者について、ケアマネジャー等への伝達に用いる様式	退院支援	様式・伝達内容	95	71.4%	70	73.7%		
14.退院後に、病院が行うべきフォローアップの内容・方法	その他	事後対応	36	27.1%	24	66.7%		
15.退院後、一定期間を経た後に、ケアマネジャーが行うべきフィードバックの内容・方法	その他	事後対応	25	18.8%			8	32.0%
16.入退院支援について、傷病別に異なったルールの設定	その他	個別化	6	4.5%				
17.その他	その他		3	2.3%	2	66.7%	3	100.0%

(6) 入退院時における入院医療・居宅介護間の情報提供様式

① 入院時に病棟が居宅介護事業所等から提供される情報の様式

居宅介護サービスを利用している患者の入院時に、病棟が居宅介護支援事業所等から提供される情報の様式として、「最も多く提供されるもの」について問うたところ、「各居宅介護支援事業所等で用いられている独自様式」を挙げた回答が、44.9%にのぼった。一方、「単一の市区町村内の共通様式」を挙げた回答が 19.9%あり、これに「複数の市区町村における共通様式」「都道府県における共通様式」を加えると、46.5%にのぼった。

これを地域別にみると、人口10万人未満の市において、「各居宅介護支援事業所等で用いられている独自様式」を挙げた回答が少ない(図表 58)。

図表 58 居宅介護サービスの利用している患者の入院時に、病棟が居宅介護支援事業所等から提供される情報の様式(当該病棟に最も多く提供されるもの)

上段：回答数 下段：割合	全体	市区町村の人口規模等							地域		
		特別区	政令市	人口30-70万人	人口10-30万人	人口3-10万人	人口1-3万人	人口1万人未満	3大都市圏	地方の大都市圏	大都市圏以外
全体	361	12	71	56	75	98	35	14	143	64	154
1. 単一の市区町村内の共通様式として作成された様式	72	3	17	14	18	16	4	0	33	9	30
2. 複数の市区町村における共通様式として作成された様式	58	1	4	7	9	19	13	5	14	6	38
3. 都道府県における共通様式として作成された様式	38	1	8	2	6	15	5	1	18	4	16
4. それぞれの居宅介護支援事業所等(発出側)で用いられている独自様式	162	6	36	28	37	39	10	6	66	38	58
5. 自院(受取側)が指定している独自様式	9	0	2	3	2	2	0	0	6	2	1
6. その他	12	0	2	0	2	4	2	2	4	1	7
無回答	10	1	2	2	1	3	1	0	2	4	4
全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
1. 単一の市区町村内の共通様式として作成された様式	19.9%	25.0%	23.9%	25.0%	24.0%	16.3%	11.4%	0.0%	23.1%	14.1%	19.5%
2. 複数の市区町村における共通様式として作成された様式	16.1%	8.3%	5.6%	12.5%	12.0%	19.4%	37.1%	35.7%	9.8%	9.4%	24.7%
3. 都道府県における共通様式として作成された様式	10.5%	8.3%	11.3%	3.6%	8.0%	15.3%	14.3%	7.1%	12.6%	6.3%	10.4%
4. それぞれの居宅介護支援事業所等(発出側)で用いられている独自様式	44.9%	50.0%	50.7%	50.0%	49.3%	39.8%	28.6%	42.9%	46.2%	59.4%	37.7%
5. 自院(受取側)が指定している独自様式	2.5%	0.0%	2.8%	5.4%	2.7%	2.0%	0.0%	0.0%	4.2%	3.1%	0.6%
6. その他	3.3%	0.0%	2.8%	0.0%	2.7%	4.1%	5.7%	14.3%	2.8%	1.6%	4.5%
無回答	2.8%	8.3%	2.8%	3.6%	1.3%	3.1%	2.9%	0.0%	1.4%	6.3%	2.6%

② 退院時に病院が居宅介護事業所等に提供する情報の様式

退院後に居宅介護サービスの利用が見込まれる患者の退院時に、病院が居宅介護支援事業所等に提供している情報の様式として、「最も多く使用しているもの」について問うたところ、「自院で用いられている独自様式」を挙げた病院が最も多く、71.2%にのぼった(図表 59)。

「自院で用いられている独自様式」を挙げた病院のうち、「共通様式を採用することは困難」と回答した病院は 47.9%であり(図表 60)、そのうち 77.2%の病院が、その要因として「情報システムを共通様式に対応させることが困難」であることを挙げた(図表 61)。

図表 59 退院時に、病院が居宅介護支援事業所等に提供している情報の様式
(当該病棟で最も多く使用しているもの)

	病棟数	構成割合
全体	361	100.0%
1. 単一の市区町村内の共通様式として作成された様式	32	8.9%
2. 複数の市区町村における共通様式として作成された様式	15	4.2%
3. 都道府県における共通様式として作成された様式	11	3.0%
4. 自院(発出側)で用いられている独自様式	257	71.2%
5. それぞれの居宅介護支援事業所等(受取側)が指定している独自様式	12	3.3%
6. その他	23	6.4%
無回答	11	3.0%

図表 60 病院が居宅介護支援事業所等に提供する情報の様式として
共通様式を採用することが困難であるか

	病棟数	構成割合
自院(発出側)の独自様式を使用していると回答した病棟	257	100.0%
1. 共通様式を採用することは困難である	123	47.9%
2. 共通様式を採用することは困難ではない	130	50.6%
無回答	4	1.6%

図表 61 共通様式を採用することが困難な理由

	病棟数	構成割合
共通様式を採用することは困難であると回答した病棟	123	100.0%
1. 情報システムを共通様式に対応させるのが困難	95	77.2%
2. ケアマネジャー等に伝達したい項目の中に、共通様式に盛り込まれていないものがある	23	18.7%
3. 共通様式の中に、記載が困難、あるいは手間のかかるものがある	22	17.9%
4. その他の理由	16	13.0%

「自院で用いられている独自様式」を挙げた病院のうち、「共通様式を採用することは困難」と回答した病棟について、病院の規模別及び地域別にみると、地域別には特段の傾向を見出すことができなかったが、病院の規模別には、病床数が多い病院の病棟ほど、「共通様式を採用することは困難」との回答割合が高かった（図表 62）。

図表 62 病院が居宅介護支援事業所等に提供する情報の様式として
共通様式を採用することが困難であるか

（病院の規模別）

上段：回答数 下段：割合	全体	病院の規模			
		20-49床	50-99床	100-199床	200床以上
全体	257	23	55	111	68
1. 共通様式を採用することは困難である	123	3	22	54	44
2. 共通様式を採用することは困難でない	130	20	32	54	24
無回答	4	0	1	3	0
全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
1. 共通様式を採用することは困難である	47.9%	13.0%	40.0%	48.6%	64.7%
2. 共通様式を採用することは困難でない	50.6%	87.0%	58.2%	48.6%	35.3%
無回答	1.6%	0.0%	1.8%	2.7%	0.0%

（地域別）

上段：回答数 下段：割合	全体	市区町村の人口規模等							地域		
		特別区	政令市	人口30-70万人	人口10-30万人	人口3-10万人	人口1-3万人	人口1万人未満	3大都市圏	地方の大都市圏	大都市圏以外
全体	257	5	54	41	58	68	21	10	5	54	41
1. 共通様式を採用することは困難である	123	2	19	22	31	34	10	5	2	19	22
2. 共通様式を採用することは困難でない	130	3	35	17	26	33	11	5	3	35	17
無回答	4	0	0	2	1	1	0	0	0	0	2
全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
1. 共通様式を採用することは困難である	47.9%	40.0%	35.2%	53.7%	53.4%	50.0%	47.6%	50.0%	40.0%	35.2%	53.7%
2. 共通様式を採用することは困難でない	50.6%	60.0%	64.8%	41.5%	44.8%	48.5%	52.4%	50.0%	60.0%	64.8%	41.5%
無回答	1.6%	0.0%	0.0%	4.9%	1.7%	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.9%

③ 退院時の病棟から居宅介護側への情報提供様式の内容

居宅介護サービスの利用が見込まれる患者の退院時に、病棟が居宅介護支援事業所等に提供している情報の様式について、「医療の状況」や「身体の状態」に関する項目は、「含めている」と回答した病棟が多かった。これに対し、「状態の見通し」に関する項目は、「含めている」と回答した病棟が少なかった。

これを、「地域における情報提供様式の作成の状況」に関する市区町村調査票の回答内容と比較すると、「様式に含まれている」と回答した市区町村が少なかった（40%弱、図表 29）「生活上の注意」に関する項目が、病棟からの回答では「様式に含めている」との回答が 65%前後にのぼる（図表 63）など、若干の相違点もみられた。

図表 63 居宅介護サービスの利用が見込まれる患者の退院時に、病棟が居宅介護支援事業所へ提供している情報の内容

情報提供様式に含めている内容	種類	病棟数	割合	(市区町村調査票の再掲) 地域の情報提供様式として「盛り込みあり」と回答した市区町村	
				割合	割合
全体		361	100.0%	512	100.0%
4. 診断名	医療の状況	326	90.3%	426	83.2%
14. 食事の状況	身体の状態	325	90.0%	431	84.2%
12. 移動の状況（歩行・移乗能力等）	身体の状態	322	89.2%	431	84.2%
13. 更衣/入浴/排泄の状況	身体の状態	315	87.3%	416	81.3%
11. 身体機能の状況（筋力・麻痺・拘縮等）	身体の状態	300	83.1%	279	54.5%
7. 退院後に必要な医療処置の内容	医療の状況	294	81.4%	344	67.2%
5. 入院中の治療内容	医療の状況	291	80.6%	297	58.0%
1. 発信者の連絡先	連絡先	268	74.2%	386	75.4%
6. 退院時の処方内容	医療の状況	268	74.2%	251	49.0%
18. 身体障害の状況	身体の状態	268	74.2%	263	51.4%
10. 傷病状態の安定・不安定	身体の状態	251	69.5%	219	42.8%
31. 食事に関する注意	生活上の注意	250	69.3%	200	39.1%
17. アレルギーの有無・内容	身体の状態	248	68.7%	161	31.4%
32. 服薬に関する注意	生活上の注意	247	68.4%	191	37.3%
30. 移動に関する注意	生活上の注意	242	67.0%	188	36.7%
15. 栄養状態	身体の状態	236	65.4%	196	38.3%
16. 口腔の状況	身体の状態	221	61.2%	361	70.5%
29. 運動に関する注意	生活上の注意	216	59.8%	198	38.7%
21. 認知症の行動・心理症状	精神症状	204	56.5%	289	56.4%
19. 認知症高齢者の日常生活自立度	精神症状	197	54.6%	222	43.4%
8. 退院後に必要な医療サービス（訪問看護等）	医療の状況	193	53.5%	260	50.8%
9. 退院後に必要なリハビリテーション	医療の状況	179	49.6%	290	56.6%
22. 認知症以外の精神症状	精神症状	166	46.0%	231	45.1%
3. 退院後の診療を担う医療機関の連絡先	連絡先	148	41.0%	261	51.0%
20. 認知症の中核症状	精神症状	147	40.7%	202	39.5%
2. 緊急時連絡先（自院の窓口等）	連絡先	143	39.6%	217	42.4%
23. 傷病の見通し	状態の見通し	135	37.4%	166	32.4%
24. ADL の変化の見通し	状態の見通し	121	33.5%	111	21.7%
26. 受診を勧める目安	状態の見通し	113	31.3%	61	11.9%
25. 要介護認定の見直しの必要性	状態の見通し	62	17.2%	52	10.2%
28. 看取り期を判断する目安	状態の見通し	32	8.9%	16	3.1%
27. 再入院の目安	状態の見通し	31	8.6%	20	3.9%
33. その他	その他	31	8.6%	108	21.1%

(7) 入院医療と居宅介護との間の連携や情報共有の在り方

① 入退院時の入院医療・居宅介護間の連携・情報共有のルール化に対する考え

入退院時の入院医療・居宅介護間の連携・情報共有のルール化について、その内容別に「ルール化の必要性の高さ」についての考えを問うた結果を、図表 64 に示す。

「ルール化の必要性が高い」との回答が多かったのは、「様式・伝達内容」に関する項目や「伝達方法」に関する項目であった。これに対し、退院後のフォローアップやフィードバック等の「事後対応」に関する項目や、傷病別に異なったルールの設定に関する項目を挙げた病棟は少なかった。

「地域間でのルールの統一性」については、大半の項目について、「地域をこえて統一されたルールが望ましい」との回答が、「地域の個別事情に応じたルールが望ましい」との回答を上回り、ルールの統一性を志向する回答が多く、また「ルール化の必要性が高い」との回答が多い項目ほど、その傾向が顕著であった。

但し、「入院医療と居宅介護との関係づくりの方法」や「退院後に入院医療機関が行うべきフォローアップの内容・方法」「入退院支援について傷病別に異なったルールの設定」については、「地域の個別事情に応じたルールが望ましい」との回答が「地域をこえて統一されたルールが望ましい」との回答を上回り、ルールの地域個性を志向する回答が多かった。

図表 64 入退院時の入院医療・居宅介護間の連携・情報共有のルール化に対する考え

ルールの内容	場面・内容		ルール化の必要性の高さ		地域間でのルールの統一性				差分 (A-B)
			回答 病棟数	割合	地域をこえて統一された ルールが望ましい		地域の個別事情に応じた ルールが望ましい		
全体			361	100.0%	361	100.0%	361	100.0%	0.0%
⑤自事業所がケアプランを作成している利用者の入院を把握した時に、ケアマネジャー等が、入院先の病院・有床診療所に自事業所の利用者である旨を伝達すること	入院支援	様式・伝達内容	263	72.9%	202	56.0%	60	16.6%	39.3%
⑥入院時に、ケアマネジャー等が当該患者について、入院先の病院・有床診療所に伝達すべき情報の内容	入院支援	様式・伝達内容	246	68.1%	178	49.3%	75	20.8%	28.5%
④介護サービスの利用者が入院した時に、病院・有床診療所が、入院の事実をケアマネジャー等に伝達すること	入院支援	様式・伝達内容	233	64.5%	180	49.9%	67	18.6%	31.3%
②病院・有床診療所が、入退院支援の担当部署や担当者の連絡先を公表しておくこと	関係構築		228	63.2%	162	44.9%	75	20.8%	24.1%
④退院時に、病院・有床診療所が当該患者について、ケアマネジャー等に伝達すべき情報の内容	退院支援	様式・伝達内容	198	54.8%	139	38.5%	88	24.4%	14.1%
③入院時に、病院・有床診療所が行うべき「退院後の介護保険の利用が見込まれる患者」のスクリーニングの方法	入院支援	情報把握	196	54.3%	132	36.6%	78	21.6%	15.0%
⑦入院時に、ケアマネジャー等が当該患者について、入院先の病院・有床診療所への情報伝達に用いる様式	入院支援	様式・伝達内容	187	51.8%	137	38.0%	84	23.3%	14.7%
⑤退院時に、病院・有床診療所が当該患者について、ケアマネジャー等への情報伝達に用いる様式	退院支援	様式・伝達内容	180	49.9%	119	33.0%	94	26.0%	6.9%
⑧病院・有床診療所が、退院後に介護保険の利用が見込まれる患者に対して行うべき、介護保険申請の支援の方法	退院支援	患者への支援	144	39.9%	110	30.5%	96	26.6%	3.9%
⑪病院・有床診療所から、ケアマネジャー等への退院支援計画の伝達の方法	退院支援	伝達方法	139	38.5%	101	28.0%	88	24.4%	3.6%
⑨退院後に関する本人・家族の希望の聞き取りや、入院医療・居宅介護間の共有の方法	退院支援	情報把握	133	36.8%	89	24.7%	88	24.4%	0.3%
①入院医療(病院・有床診療所)と居宅介護(居宅介護支援事業所・地域包括支援センター等)との関係づくりの方法	関係構築		131	36.3%	75	20.8%	117	32.4%	-11.6%
③退院時に、本人・家族に対して、入院医療・居宅介護が連携して行う支援の方法	退院支援	患者への支援	131	36.3%	95	26.3%	100	27.7%	-1.4%
⑫病院・有床診療所から、ケアマネジャー等への退院予定に関する伝達の時期	退院支援	伝達方法	125	34.6%	90	24.9%	87	24.1%	0.8%
⑩退院後の療養環境について病院・有床診療所が行うべき情報収集の内容・方法(居宅調査など)	退院支援	情報把握	116	32.1%	79	21.9%	92	25.5%	-3.6%
⑦退院後、一定期間を経た後に、ケアマネジャーが行うべきフィードバックの内容・方法	その他	事後対応	101	28.0%	78	21.6%	79	21.9%	-0.3%
⑥退院後に、病院・有床診療所が行うべきフォローアップの内容・方法	その他	事後対応	71	19.7%	48	13.3%	84	23.3%	-10.0%
⑧入退院支援について、傷病別に異なったルールの設定	その他	個別化	39	10.8%	35	9.7%	82	22.7%	-13.0%

② 入院医療と居宅介護間の連携や情報共有の在り方をルール化するにあたり地域独自で考慮を要する地域性

病棟に対して、「入院医療と居宅介護間の連携や情報共有の在り方のルール化にあたり地域独自で考慮を要する地域性の有無」を問うたところ、13.3%の病棟が、「地域独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものがある」と回答した。

地域別には、人口 1 万人未満や 3-10 万人といった 人口規模の小さい市町村、および大都市圏以外で、この割合が高かった (図表 65)。

図表 65 入院医療と居宅介護間の連携や情報共有の在り方をルール化するにあたり、地域独自で考慮を要する地域性の有無

上段：回答数 下段：割合	全体	市区町村の人口規模等							地域		
		特別区	政令市	人口30-70万人	人口10-30万人	人口3-10万人	人口1-3万人	人口1万人未満	3大都市圏	地方の大都市圏	大都市圏以外
全体	361	12	71	56	75	98	35	14	143	64	154
1. 地域独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものはない	273	9	57	50	56	63	29	9	114	49	110
2. 地域独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものがある	48	1	7	3	5	25	3	4	14	6	28
無回答	40	2	7	3	14	10	3	1	15	9	16
全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
1. 地域独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものはない	75.6%	75.0%	80.3%	89.3%	74.7%	64.3%	82.9%	64.3%	79.7%	76.6%	71.4%
2. 地域独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものがある	13.3%	8.3%	9.9%	5.4%	6.7%	25.5%	8.6%	28.6%	9.8%	9.4%	18.2%
無回答	11.1%	16.7%	9.9%	5.4%	18.7%	10.2%	8.6%	7.1%	10.5%	14.1%	10.4%

また、「地域独自で考慮を要する特段の地域性」に関する自由記載としては、下記のように、過疎地等におけるサービス提供や社会資源の少なさを指摘するものや、独居者等で家族・親族の支援を得がたい利用者の多さを指摘するものがみられる。

- ルール化は必要だが、郡部と市部、他県では、保険者の対応やサービス量に違いがあることを念頭に入れる。各医療機関の特性を踏まえる。上記内容を踏まえ、お互いが臨機応変に対応することが必要であると共通認識することが重要。
- 過疎がすすむ地域では活用できるサービス支援が限られる。医療についても普通の通院でさえ難しい所は多い。ある程度のルール化とその地域に合わせた運用が必要と思う。
- へき地(山間部)における、介護サービスの限界について知っておく必要がある。
- 公共交通機関がない地区が多くあること。サービス提供エリアの限定があること。地区によって使えるサービスや回数に制限があること。
- 地域の特性として 1 次産業が多く家族の仕事の理解は必要。社会資源が限られているため活用、利用できないサービスも多い。
- 独居者が多いので、縁故情報や ACP について必須とする。
- 超高齢化がすすんでいる地区のため、ケアマネジャーだけが頼りのこともある。家族が遠方で緊急時(急変時)かけつけられる家族がいないと認知症をかかえた老夫婦も多い。そのためどう対応するか苦慮することがある。
- 独居、身よりなし、生保、後見人不在などの方が多地域性あり。

③ 入院時の居宅介護から入院医療への情報提供に関する重要度・充足度(病棟)、提供実施・業務負担(居宅介護支援事業所)

図表 66 に、居宅介護サービスの利用者の入院に際して行われる居宅介護から入院医療への情報提供について、情報内容ごとに病棟側からみた「重要度」「充足度」と、居宅介護支援事業所側からみた「提供の有無」「業務負担の重さ」を整理した結果を示す。

その結果、情報の受け手である病棟側にとって「特に重要」である一方、「十分な情報が得られないケースが多い」項目として、「生活困窮の有無」「退院後の家屋希望」「退院後の本人希望」「家族との関係」等の項目が抽出された。一方、情報の送り手である居宅介護支援事業所側にとって、これら項目の情報提供の困難さ・業務負担は、中程度の水準であった。

入院時の居宅介護から入院医療への情報提供にあたり、これらの項目は、優先的に充実が求められる項目であると考えられる。

図表 66 居宅介護サービスの利用者の入院時の居宅介護から入院医療への情報提供に関する重要度・充足度(病棟)、提供実施・業務負担(居宅介護支援事業所)

		【病院調査票】				【居宅介護支援事業所調査票】			
		特に重要と考えている項目		十分な情報が得られないケースが多いと考えている項目		提供している情報の様式に盛り込まれている項目		情報提供が困難あるいは業務負担が大きい項目	
		回答 病棟数	割合	回答 病棟数	割合	回答 事業所数	割合	回答 事業所数	割合
全体		359	100.0%	359	100.0%	350	100.0%	350	100.0%
3.7.看取りに係る希望	希望	218	60.7%	201	56.0%	47	13.4%	159	45.4%
13.生活困窮の有無	生活・経済状況	266	74.1%	129	35.9%	116	33.1%	70	20.0%
3.6.退院後の家族希望	希望	293	81.6%	124	34.5%	168	48.0%	73	20.9%
3.5.退院後の本人希望	希望	285	79.4%	122	34.0%	180	51.4%	71	20.3%
5.家族との関係(疎遠等)	家族・介護者	297	82.7%	96	26.7%	197	56.3%	46	13.1%
16.薬局の利用状況	医療の状況	103	28.7%	94	26.2%	63	18.0%	80	22.9%
15.歯科の受療状況	医療の状況	82	22.8%	90	25.1%	41	11.7%	112	32.0%
29.口腔の状況	ADL・身体状況	179	49.9%	86	24.0%	228	65.1%	62	17.7%
30.アレルギーの有無・内容	ADL・身体状況	223	62.1%	86	24.0%	128	36.6%	74	21.1%
8.虐待リスク	家族・介護者	169	47.1%	80	22.3%	96	27.4%	58	16.6%
14.医科の受療状況	医療の状況	290	80.8%	80	22.3%	233	66.6%	30	8.6%
7.主介護者の状況	家族・介護者	264	73.5%	75	20.9%	220	62.9%	30	8.6%
2.7.服薬管理の状況	ADL・身体状況	300	83.6%	73	20.3%	273	78.0%	23	6.6%
9.住居の環境	生活・経済状況	285	79.4%	70	19.5%	215	61.4%	30	8.6%
2.8.栄養状態	ADL・身体状況	228	63.5%	69	19.2%	146	41.7%	39	11.1%
34.認知症以外の精神症状	精神症状	250	69.6%	68	18.9%	199	56.9%	40	11.4%
18.行っている医療処置の内容	医療の状況	287	79.9%	64	17.8%	153	43.7%	69	19.7%
11.生活習慣	生活・経済状況	188	52.4%	62	17.3%	131	37.4%	32	9.1%
3.かかりつけ医/歯科医/薬局/訪問看護等の連絡先	連絡先	246	68.5%	57	15.9%	297	84.9%	33	9.4%
10.生活歴	生活・経済状況	236	65.7%	54	15.0%	239	68.3%	35	10.0%
12.食事の内容	生活・経済状況	206	57.4%	52	14.5%	260	74.3%	25	7.1%
19.診断名	医療の状況	245	68.2%	52	14.5%	254	72.6%	23	6.6%
21.要介護認定の有効期間	介護の状況	189	52.6%	46	12.8%	291	83.1%	12	3.4%
3.3.認知症の行動・心理症状	精神症状	250	69.6%	45	12.5%	238	68.0%	21	6.0%
3.2.認知症高齢者の日常生活自立度	精神症状	239	66.6%	37	10.3%	283	80.9%	16	4.6%
4.家族構成図	家族・介護者	274	76.3%	36	10.0%	239	68.3%	22	6.3%
2.2.要介護認定の申請日	介護の状況	109	30.4%	36	10.0%	119	34.0%	14	4.0%
31.身体障害の状況	ADL・身体状況	252	70.2%	35	9.7%	237	67.7%	13	3.7%
2.6.食事の介助状況	ADL・身体状況	266	74.1%	33	9.2%	316	90.3%	14	4.0%
6.主介護者が誰なのか	家族・介護者	308	85.8%	32	8.9%	308	88.0%	16	4.6%
2.緊急時連絡先(親族等)	連絡先	270	75.2%	30	8.4%	321	91.7%	21	6.0%
2.3.介護サービスの利用状況	介護の状況	313	87.2%	29	8.1%	313	89.4%	15	4.3%
2.5.更衣/入浴/排泄の介助状況	ADL・身体状況	291	81.1%	22	6.1%	328	93.7%	15	4.3%
17.訪問看護の利用状況	医療の状況	230	64.1%	19	5.3%	163	46.6%	11	3.1%
2.0.要介護度	介護の状況	329	91.6%	17	4.7%	340	97.1%	15	4.3%
24.移動方法	ADL・身体状況	309	86.4%	13	3.6%	320	91.4%	15	4.3%
1.発信者の連絡先	連絡先	232	64.6%	12	3.3%	324	92.6%	15	4.3%
38.その他	その他	14	3.9%	11	3.1%	31	8.9%	15	4.3%

④ 入院医療・居宅介護間の連携や情報共有にあたっての課題

病棟に対して、「入院医療・居宅介護間の連携や情報共有にあたっての課題」について問うたところ、45.7%の病棟が、「担当ケアマネジャーや居宅介護支援事業所ごとの、入院患者に関する情報提供のばらつきが大きい」ことを挙げた(図表 67)。

図表 67 入院医療と居宅介護との間の連携や情報共有にあたっての大きな課題

	病棟数	構成割合
全体	359	100.0%
1. 過去にやり取りを行ったことのないケアマネジャーや居宅介護支援事業所との連携や情報共有にあたり、連絡がつきにくい	59	16.4%
2. 担当ケアマネジャーや居宅介護支援事業所ごとの、入院患者に関する情報提供の内容のばらつきが大きい	164	45.7%
3. 担当ケアマネジャーや居宅介護支援事業所ごとに、情報共有の方法や様式が異なり、業務が非効率となりやすい	59	16.4%
4. 近隣の居宅介護支援事業所や地域包括支援センターとの間で連携や情報共有の在り方をルール化しているが、ルールに参加していない事業所等との連携や情報共有が行いにくい	25	7.0%
5. 患者の傷病や状態像に応じて、必要な情報共有の内容が大きく異なるため、標準化が図りにくい	115	32.0%
6. その他	31	8.6%

(8) 新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う入院医療・居宅介護連携への影響

① 居宅介護サービスの利用者の入院に対する影響

新型コロナウイルス感染症の拡大以前と比べ、居宅介護サービスを利用している高齢者の調査病棟への入院に対して生じている事態や課題について問うたところ、「居宅介護サービスを利用している高齢者の入院にあたり、居宅介護側との連携や情報共有が困難となった時期がある」との回答割合が56.5%にのぼり、「居宅介護サービスを利用している高齢者について、入院の受入を要請されても、受入ができないことが増えた時期がある」との回答も25.2%にのぼった。

これらの割合は、「急性期一般入院料 2-7」や「療養病棟入院基本料」の病棟で比較的低いが、急性期の病棟ほど高い(あるいは低い)といった一貫した傾向を示すわけではない(図表 68)。また、地方別には、感染者数(やその人口比)が多い南関東においてむしろ低く、影響は全国的にみられる(図表 69)。

図表 68 新型コロナウイルス感染症の拡大以前と比べ、現在、居宅介護サービスを利用している高齢者が調査病棟に入院することについて、生じている事態や課題(病棟の入院料別)

上段：回答数 下段：割合	全体	病棟の入院料							
		急性期一般入院料 1	急性期一般入院料 2-7	地域一般入院料	地域包括ケア病棟入院料	地域包括ケア入院医療管理料	回復期リハビリテーション病棟入院料	療養病棟入院基本料	その他の入院料
全体	361	46	67	33	36	33	45	97	4
1. 居宅介護サービスを利用している高齢者の入院の受入を要請されることが2割以上減った月がある	73	11	14	7	11	6	9	14	1
2. 居宅介護サービスを利用している高齢者の入院の受入を要請されることが2割以上増えた月がある	32	4	5	4	5	4	3	7	0
3. 居宅介護サービスを利用している高齢者について、入院の受入を要請されても、受入ができないことが増えた時期がある	91	16	15	10	9	9	13	19	0
4. 居宅介護サービスを利用している高齢者の入院にあたり、居宅介護側との連携や情報共有が困難となった時期がある	204	32	34	21	23	24	31	39	0
5. その他の事態・課題	12	1	2	0	0	2	1	6	0
全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
1. 居宅介護サービスを利用している高齢者の入院の受入を要請されることが2割以上減った月がある	20.2%	23.9%	20.9%	21.2%	30.6%	18.2%	20.0%	14.4%	25.0%
2. 居宅介護サービスを利用している高齢者の入院の受入を要請されることが2割以上増えた月がある	8.9%	8.7%	7.5%	12.1%	13.9%	12.1%	6.7%	7.2%	0.0%
3. 居宅介護サービスを利用している高齢者について、入院の受入を要請されても、受入ができないことが増えた時期がある	25.2%	34.8%	22.4%	30.3%	25.0%	27.3%	28.9%	19.6%	0.0%
4. 居宅介護サービスを利用している高齢者の入院にあたり、居宅介護側との連携や情報共有が困難となった時期がある	56.5%	69.6%	50.7%	63.6%	63.9%	72.7%	68.9%	40.2%	0.0%
5. その他の事態・課題	3.3%	2.2%	3.0%	0.0%	0.0%	6.1%	2.2%	6.2%	0.0%

図表 69 新型コロナウイルス感染症の拡大以前と比べ、現在、居宅介護サービスを利用している高齢者が調査病棟に入院することについて、生じている事態や課題(地方別)

上段：回答数 下段：割合	全体	地方									
		北海道	東北	北関東	南関東	北陸・甲信越	東海	近畿	中国	四国	九州・沖縄
全体	361	24	28	24	65	24	29	63	27	18	59
1. 居宅介護サービスを利用している高齢者の入院の受入を要請されることが2割以上減った月がある	73	3	4	5	14	4	8	17	3	3	12
2. 居宅介護サービスを利用している高齢者の入院の受入を要請されることが2割以上増えた月がある	32	5	2	2	6	3	2	8	0	0	4
3. 居宅介護サービスを利用している高齢者について、入院の受入を要請されても、受入ができないことが増えた時期がある	91	8	4	5	13	9	10	28	2	2	10
4. 居宅介護サービスを利用している高齢者の入院にあたり、居宅介護側との連携や情報共有が困難となった時期がある	204	16	17	12	28	16	19	39	19	6	32
5. その他の事態・課題	12	0	1	1	1	2	2	1	1	2	1
全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
1. 居宅介護サービスを利用している高齢者の入院の受入を要請されることが2割以上減った月がある	20.2%	12.5%	14.3%	20.8%	21.5%	16.7%	27.6%	27.0%	11.1%	16.7%	20.3%
2. 居宅介護サービスを利用している高齢者の入院の受入を要請されることが2割以上増えた月がある	8.9%	20.8%	7.1%	8.3%	9.2%	12.5%	6.9%	12.7%	0.0%	0.0%	6.8%
3. 居宅介護サービスを利用している高齢者について、入院の受入を要請されても、受入ができないことが増えた時期がある	25.2%	33.3%	14.3%	20.8%	20.0%	37.5%	34.5%	44.4%	7.4%	11.1%	16.9%
4. 居宅介護サービスを利用している高齢者の入院にあたり、居宅介護側との連携や情報共有が困難となった時期がある	56.5%	66.7%	60.7%	50.0%	43.1%	66.7%	65.5%	61.9%	70.4%	33.3%	54.2%
5. その他の事態・課題	3.3%	0.0%	3.6%	4.2%	1.5%	8.3%	6.9%	1.6%	3.7%	11.1%	1.7%

「居宅介護サービスを利用している高齢者について、入院の受入を要請されても、受入ができないことが増えた時期がある」ことの背景としては、職員数の不足によるものよりも、感染者の発生や発生懸念、感染者受入に伴う入院の受入・抑制を挙げる回答が多かった(図表 70)。

図表 70 「居宅介護サービスを利用している高齢者について、入院の受入を要請されても、受入ができないことが増えた時期がある」ことの背景

	病院数	構成割合
居宅介護サービスを利用している高齢者について、入院の受入を要請されても、受入ができないことが増えた時期がある	91	100.0%
a. 職員や入院患者に感染者が生じ、入院の受入を停止・抑制する必要が生じた	26	28.6%
b. 感染者を受け入れる病床の確保のため、通常の入院の受入を停止・抑制する必要が生じた	23	25.3%
c. 感染の発生・拡大を防止するため、入院の受入患者数を抑制した	47	51.6%
d. 感染者の治療への従事のために、通常の業務から外れる職員が多く、職員の数不足した	6	6.6%
e. 家庭事情等で出勤できない職員が多く、職員の数不足した	4	4.4%
f. その他の背景	9	9.9%

「居宅介護サービスを利用している高齢者の入院にあたり、居宅介護側との連携や情報共有が困難となった時期がある」ことの背景としては、大半の回答が、「面会や立入の制限などにより、外部の職員が参加するカンファレンスを十分に行えなかった」ことを挙げた(図表 71)。

図表 71 「居宅介護サービスを利用している高齢者の入院にあたり、居宅介護側との連携や情報共有が困難となった時期がある」ことの背景

	病院数	構成割合
居宅介護サービスを利用している高齢者の入院にあたり、居宅介護側との連携や情報共有が困難となった時期がある	204	100.0%
a. 面会や立入の制限などにより、外部の職員が参加するカンファレンスを十分に行えなかった	195	95.6%
b. 設備や通信環境上の問題から、web 会議等の情報通信機器によるやり取りを十分に行えなかった	59	28.9%
c. 操作の習熟度の問題から、web 会議等の情報通信機器によるやり取りを十分に行えなかった	30	14.7%
d. 介護サービスを利用している高齢者の予期せぬ入院が増えた	15	7.4%
e. その他の背景	1	0.5%

② 居宅介護サービスの利用が見込まれる高齢者の退院に対する影響

新型コロナウイルス感染症の拡大以前と比べ、退院後に居宅介護サービスの利用が見込まれる高齢者の調査病棟からの退院に対して生じている事態や課題について問うたところ、「居宅介護サービスの利用が見込まれる高齢者が退院するにあたり、介護側との連携や情報共有が困難となった時期がある」との回答割合が58.4%にのぼり、「居宅介護サービスの利用が見込まれる高齢者について、退院調整を行っても、受入先が確保できずに退院させられないことが増えた時期がある」との回答も36.3%にのぼった。

前者の割合は、「急性期一般入院料 2-7」や「療養病棟入院基本料」の病棟で比較的低い¹⁾が、急性期の病棟ほど高い(あるいは低い)といった一貫した傾向を示すわけではない(図表 72)。また、地方別には、感染者数(やその人口比)が多い南関東においてむしろ低く、影響は全国的にみられる(図表 73)。

図表 72 新型コロナウイルス感染症の拡大以前と比べ、居宅介護サービスの利用が見込まれる高齢者が調査病棟を退院することについて、生じている事態や課題(病棟の入院料別)

上段：回答数 下段：割合	全体	病棟の入院料							
		急性期一般入院料 1	急性期一般入院料 2-7	地域一般入院料	地域包括ケア病棟入院料	地域包括ケア入院医療管理料	回復期リハビリテーション病棟入院料	療養病棟入院基本料	その他の入院料
全体	361	46	67	33	36	33	45	97	4
1. 居宅介護サービスの利用が見込まれる高齢者の退院が2割以上減った月がある	41	7	5	5	7	5	6	6	0
2. 居宅介護サービスの利用が見込まれる高齢者の退院が2割以上増えた月がある	21	3	3	2	3	4	2	4	0
3. 居宅介護サービスの利用が見込まれる高齢者について、退院調整を行っても、受入先が確保できずに退院させられないことが増えた時期がある	131	19	26	13	19	11	20	23	0
4. 居宅介護サービスの利用が見込まれる高齢者が退院するにあたり、介護側との連携や情報共有が困難となった時期がある	211	32	33	22	23	23	34	43	1
5. その他の事態・課題	13	2	4	0	0	1	1	5	0
全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
1. 居宅介護サービスの利用が見込まれる高齢者の退院が2割以上減った月がある	11.4%	15.2%	7.5%	15.2%	19.4%	15.2%	13.3%	6.2%	0.0%
2. 居宅介護サービスの利用が見込まれる高齢者の退院が2割以上増えた月がある	5.8%	6.5%	4.5%	6.1%	8.3%	12.1%	4.4%	4.1%	0.0%
3. 居宅介護サービスの利用が見込まれる高齢者について、退院調整を行っても、受入先が確保できずに退院させられないことが増えた時期がある	36.3%	41.3%	38.8%	39.4%	52.8%	33.3%	44.4%	23.7%	0.0%
4. 居宅介護サービスの利用が見込まれる高齢者が退院するにあたり、介護側との連携や情報共有が困難となった時期がある	58.4%	69.6%	49.3%	66.7%	63.9%	69.7%	75.6%	44.3%	25.0%
5. その他の事態・課題	3.6%	4.3%	6.0%	0.0%	0.0%	3.0%	2.2%	5.2%	0.0%

図表 73 新型コロナウイルス感染症の拡大以前と比べ、居宅介護サービスの利用が見込まれる高齢者が調査病棟を退院することについて、生じている事態や課題(地方別)

上段：回答数 下段：割合	全体	地方									
		北海道	東北	北関東	南関東	北陸・甲信越	東海	近畿	中国	四国	九州・沖縄
全体	361	24	28	24	65	24	29	63	27	18	59
1. 居宅介護サービスの利用が見込まれる高齢者の退院が2割以上減った月がある	41	2	3	3	5	2	3	12	1	2	8
2. 居宅介護サービスの利用が見込まれる高齢者の退院が2割以上増えた月がある	21	2	1	0	4	1	1	7	2	0	3
3. 居宅介護サービスの利用が見込まれる高齢者について、退院調整を行っても、受入先が確保できずに退院させられないことが増えた時期がある	131	8	9	6	27	12	10	27	5	5	22
4. 居宅介護サービスの利用が見込まれる高齢者が退院するにあたり、介護側との連携や情報共有が困難となった時期がある	211	10	19	14	30	17	20	42	15	8	36
5. その他の事態・課題	13	1	1	2	1	0	2	0	3	2	1
全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
1. 居宅介護サービスの利用が見込まれる高齢者の退院が2割以上減った月がある	11.4%	8.3%	10.7%	12.5%	7.7%	8.3%	10.3%	19.0%	3.7%	11.1%	13.6%
2. 居宅介護サービスの利用が見込まれる高齢者の退院が2割以上増えた月がある	5.8%	8.3%	3.6%	0.0%	6.2%	4.2%	3.4%	11.1%	7.4%	0.0%	5.1%
3. 居宅介護サービスの利用が見込まれる高齢者について、退院調整を行っても、受入先が確保できずに退院させられないことが増えた時期がある	36.3%	33.3%	32.1%	25.0%	41.5%	50.0%	34.5%	42.9%	18.5%	27.8%	37.3%
4. 居宅介護サービスの利用が見込まれる高齢者が退院するにあたり、介護側との連携や情報共有が困難となった時期がある	58.4%	41.7%	67.9%	58.3%	46.2%	70.8%	69.0%	66.7%	55.6%	44.4%	61.0%
5. その他の事態・課題	3.6%	4.2%	3.6%	8.3%	1.5%	0.0%	6.9%	0.0%	11.1%	11.1%	1.7%

「退院調整を行っても、受入先が確保できずに退院させられないことが増えた時期がある」ことの背景としては、職員数の不足によるものよりも、感染者の発生や発生懸念に伴う、退院先による受入の停止・抑制を挙げる回答が多かった(図表 74)。

図表 74 「居宅介護サービスを利用している高齢者について、入院の受入を要請されても、受入ができないことが増えた時期がある」ことの背景

	病院数	構成割合
居宅介護サービスの利用が見込まれる高齢者について、退院調整を行っても、受入先が確保できずに退院させられないことが増えた時期がある	131	100.0%
a. 受入先に感染者が生じ、受入先の退院患者の受入が停止・抑制された	44	33.6%
b. 感染の発生・拡大を防止するため、受入先の退院患者の受入が停止・抑制された	83	63.4%
c. 受入先に職員数の不足が生じ、退院患者の受入が停止・抑制された	17	13.0%
d. 感染の発生・拡大を防止するため、自院からの退院患者の受入を拒否された	33	25.2%
e. その他の背景	8	6.1%

「居宅介護サービスの利用が見込まれる高齢者が退院するにあたり、介護側との連携や情報共有が困難となった時期がある」ことの背景としては、大半の回答が、「面会や立入の制限などにより、外部の職員が参加するカンファレンスを十分に行えなかった」ことを挙げた(図表 75)。

図表 75 「居宅介護サービスを利用している高齢者の入院にあたり、居宅介護側との連携や情報共有が困難となった時期がある」ことの背景

	病院数	構成割合
居宅介護サービスの利用が見込まれる高齢者が退院するにあたり、介護側との連携や情報共有が困難となった時期がある	211	100.0%
a. 面会や立入の制限などにより、外部の職員が参加するカンファレンスを十分に行えなかった	201	95.3%
b. 設備や通信環境上の問題から、web 会議等の情報通信機器によるやり取りを十分に行えなかった	57	27.0%
c. 操作の習熟度の問題から、web 会議等の情報通信機器によるやり取りを十分に行えなかった	28	13.3%
d. その他の背景	4	1.9%

4. 居宅介護支援事業所調査票の集計結果

(1) 回答事業所の属性

① 事業所の属性(併設機関、経営主体、関連・系列法人)

居宅介護支援事業所調査票に回答した事業所の属性(併設機関、経営主体、関連・系列法人)を図表 76 に示す。

図表 76 回答した居宅介護支援事業所の属性

	事業所数	構成割合
1) 併設している機関等<複数回答>	350	100.0%
病院	42	12.0%
有床診療所	6	1.7%
無床の一般診療所	21	6.0%
歯科診療所	4	1.1%
訪問看護ステーション	41	11.7%
介護老人福祉施設	55	15.7%
介護老人保健施設	33	9.4%
介護医療院	7	2.0%
特定施設	8	2.3%
認知症グループホーム	29	8.3%
地域包括支援センター	24	6.9%
上記以外の事業所	160	45.7%
併設しているものはない(独立事業所)	50	14.3%
2) 経営主体<単数回答>	350	100.0%
地方公共団体	3	0.9%
社会福祉協議会	28	8.0%
社会福祉法人(社会福祉協議会以外)	71	20.3%
医療法人	74	21.1%
社団・財団法人	8	2.3%
協同組合	10	2.9%
営利法人(会社)	136	38.9%
特定非営利活動法人(NPO)	8	2.3%
その他	5	1.4%
無回答	7	2.0%
3) 関連法人・系列法人<複数回答>	350	100.0%
地方公共団体	3	0.9%
社会福祉協議会	24	6.9%
社会福祉法人(社会福祉協議会以外)	80	22.9%
医療法人	55	15.7%
社団・財団法人	8	2.3%
協同組合	11	3.1%
営利法人(会社)	86	24.6%
特定非営利活動法人(NPO)	5	1.4%
その他	11	3.1%

② 事業所の利用者数や入退院に係る状況

居宅介護支援事業所調査票に回答した事業所の利用者数や入退院に係る状況を図表 77 に示す。

図表 77 事業所の利用者数や入退院に係る状況

	事業所数	平均値	中央値
2019年9月1日現在の居宅介護支援の利用者数	299	83.7	72.0
うち、2019年4月～8月に医療機関からの退院があった人数(実人数)	299	9.5	6.0
うち、2019年9月～10月に医療機関への入院があった人数(実人数)	299	5.6	3.0
2020年9月1日現在の居宅介護支援の利用者数	299	85.5	73.0
うち、2020年4月～8月に医療機関からの退院があった人数(実人数)	299	9.6	5.0
うち、2020年9月～10月に医療機関への入院があった人数(実人数)	299	5.9	4.0

(2) 退院前の医療機関の所在地

2020年4-8月に医療機関を退院した居宅介護支援事業所の利用者について、入院していた医療機関の地域と、自事業所の地域とが同じである利用者の割合について問うた結果を、図表78に示す。

「同じ市区町村内の医療機関からの退院者の割合が7割程度未満」である事業所は29.7%、
 「同じ二次医療圏内の医療機関からの退院者の割合が7割程度未満」である事業所は28.6%、
 「同じ都道府県内の医療機関からの退院者の割合が7割程度未満」である事業所は18.9%であった。

また、いずれの地域単位でみたときも、「同じ地域内の医療機関からの退院者の割合が「9割程度以上」と回答した事業所が最も多かったが、次に多かった回答は「1割程度未満」であり、二極分化する傾向がみられた。居宅介護支援事業所の立地によっては、同一地域内に入院医療機関が少なく、退院後の利用者の大半が、他地域の医療機関からの退院者である事業所がある可能性

図表 78 入院していた医療機関の地域と、自事業所の地域とが同じである利用者の割合別の居宅介護支援事業所数

上段：回答数 下段：割合		退院時期：2019年4-8月			退院時期：2020年4-8月		
		「同じ地域」の範囲			「同じ地域」の範囲		
		市区町村 内	二次医療 圏内	都道府県 内	市区町村 内	二次医療 圏内	都道府県 内
全体		350	350	350	350	350	350
退院した利用者の うち居宅介護支援 事業所と「同じ地 域」内の医療機関 を退院した者の割 合	1割程度未満	50	57	46	52	61	44
	1～3割程度	22	23	10	23	20	12
	3～5割程度	9	5	4	8	5	4
	5～7割程度	20	16	4	21	14	6
	7～9割程度	47	33	17	41	27	14
	9割程度以上	149	155	213	165	177	229
	無回答	53	61	56	40	46	41
(再掲) 7割程度未満		101	101	64	104	100	66
全体		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
退院した利用者の うち居宅介護支援 事業所と「同じ地 域」内の医療機関 を退院した者の割 合	1割程度未満	14.3%	16.3%	13.1%	14.9%	17.4%	12.6%
	1～3割程度	6.3%	6.6%	2.9%	6.6%	5.7%	3.4%
	3～5割程度	2.6%	1.4%	1.1%	2.3%	1.4%	1.1%
	5～7割程度	5.7%	4.6%	1.1%	6.0%	4.0%	1.7%
	7～9割程度	13.4%	9.4%	4.9%	11.7%	7.7%	4.0%
	9割程度以上	42.6%	44.3%	60.9%	47.1%	50.6%	65.4%
	無回答	15.1%	17.4%	16.0%	11.4%	13.1%	11.7%
(再掲) 7割程度未満		28.9%	28.9%	18.3%	29.7%	28.6%	18.9%

(3) 入退院時における入院医療・居宅介護間の連携・情報共有のルール化

① 入退院時における入院医療機関側との連携・情報共有のルールの有無

居宅介護サービスを利用している利用者が入院する際や、退院後に居宅介護サービスの利用が見込まれる患者が退院する際の、入院先の医療機関との連携や情報共有のルールや取り決めの有無について問うたところ、連携・情報共有のルール・取り決め「なし」との回答割合(50.6%)が、「あり」との回答割合(41.7%)を上回った(図表 79)。

図表 79 入退院時における入院医療機関側との連携・情報共有のルールの有無

	事業所数	構成割合
全体	350	100.0%
ルール・取り決めがある	146	41.7%
ルール・取り決めはない	177	50.6%
無回答	27	7.7%

② 入退院時における入院医療機関側との連携・情報共有のルールの形態

①においてルールや取り決めが「ある」と回答した病棟に、そのルール・取り決めの形態について問うたところ、「市区町村よりも広い地域を単位とする地域共通のルール」との回答が40.4%、「市区町村もしくはその一部を単位とする地域共通のルール」との回答が44.5%であり、病院調査票における病棟の回答と同様、「地域共通のルール」を挙げた事業所が多かった。一方、「担当者ベースの(明文化されていない約束事を含む)ルール・取り決め」との回答は、7.5%であった(図表 80)。

図表 80 入院時の連携や情報共有に関するルールル・取り決めの形態

	事業所数	構成割合
ルール・取り決めがある	146	100.0%
市区町村よりも広い地域を単位とする、地域共通のルール	59	40.4%
市区町村もしくはその一部の地域を単位とする、地域共通のルール	65	44.5%
貴事業所の運営主体を含む法人グループ内で運用されているルール	6	4.1%
複数の病院・有床診療所が参加して設定し、介護側に提示しているルール(上記3つを除く)	2	1.4%
病院・有床診療所が単体で設定し、介護側に提示しているルール	6	4.1%
病院・有床診療所の一部の部門(病棟・診療科等)が設定し、介護側に提示しているルール	1	0.7%
病院・有床診療所の入院支援担当者や貴事業者側の担当者(ケアマネジャー等)との間で交わされる担当者ベースのルール・取り決め(明文化されていない約束事を含む)	11	7.5%
貴事業所が単体で設定し、病院・有床診療所側に提示しているルール	7	4.8%
貴事業所の運営法人等が設定し、病院・有床診療所側に提示しているルール	3	2.1%
その他の形態	11	7.5%

③ 入退院時における入院医療機関側との連携・情報共有のルールの内容、遵守度合い

①においてルールや取り決めが「ある」と回答した居宅介護支援事業所に、そのルール・取り決めの内容について問うたところ、「ルール・取り決めがある」と回答した事業所が多い項目は、情報の「様式・伝達内容」に関する項目であった。これに対し、退院後のフォローアップやフィードバック等の「事後対応」に関する項目や、傷病別に異なったルールの設定に関する項目は、「ルール・取り決めがある」と回答した事業所が少なかった。また、入院支援に関する項目と退院支援に関する項目とを比べると、入院支援に関する項目の方が、「ルール・取り決めがある」と回答した事業所が多かった。

次に、各ルール・取り決めについて、入院医療機関側の遵守度合いについて問うたところ、「遵守割合が8割程度以上」との回答割合が高い項目は、「退院後に病院が行うべきフォローアップの内容・方法」（「ルール・取り決めがある」20件に対し18件(90.0%)）、「病院が、退院後に介護保険の利用が見込まれる患者に対して行うべき介護保険申請の支援の方法」（同76.9%）などであった。

自事業所の適用（遵守）度合いについては、「適用割合が8割程度以上」との回答割合が高い項目は、「退院後一定期間を経た後に、ケアマネジャーが行うべきフィードバックの内容・方法」（同92.3%）、「入院時にケアマネジャー等が患者について入院先に伝達すべき情報の内容」（同82.4%）などであった（図表81）。

図表 81 入退院時の入院医療・居宅介護間の情報共有のルール・取り決めの
ある項目とその遵守度合い

情報共有の進め方のルール内容	場面・内容		ルール・取り決め「あり」		入退院調整を行う病院・診療所側の遵守割合が「8割程度以上」		自事業所の適用（遵守）割合が「8割程度以上」	
			回答数（A）	割合	回答数（B）	割合（B/A）	回答数（C）	割合（C/A）
入院時あるいは退院時の情報共有のルール・取り決めがあると回答した事業所			146	100.0%				
1.入院時に、病院が行うべき「退院後の介護保険の利用が見込まれる患者」のスクリーニングの方法	入院支援	情報把握	57	39.0%	36	63.2%		
2.介護サービスの利用者が入院した時に、病院が、入院の事実をケアマネジャー等に伝達すること	入院支援	様式・伝達内容	88	60.3%	51	58.0%		
3.自事業所がケアプランを作成している利用者の入院を把握した時に、ケアマネジャー等が、入院先の病院に自事業所の利用者である旨を伝達すること	入院支援	様式・伝達内容	119	81.5%			97	81.5%
4.入院時に、ケアマネジャー等が当該患者について、入院先の病院に伝達すべき情報の内容	入院支援	様式・伝達内容	125	85.6%			103	82.4%
5.入院時に、ケアマネジャー等が当該患者について、入院先の病院への伝達に用いる様式	入院支援	様式・伝達内容	131	89.7%			104	79.4%
6.病院が、退院後に介護保険の利用が見込まれる患者に対して行うべき、介護保険申請の支援の方法	退院支援	患者への支援	52	35.6%	40	76.9%		
7.退院後の生活に関する本人・家族の希望の聞き取りや、入院医療・居宅介護間での共有の方法	退院支援	情報把握	66	45.2%	40	60.6%	42	63.6%
8.退院後の療養環境について、病院が行うべき情報収集の内容・方法	退院支援	情報把握	37	25.3%	26	70.3%		
9.病院から、ケアマネジャー等への退院支援計画の伝達の方法	退院支援	伝達方法	55	37.7%	38	69.1%		
10.病院から、ケアマネジャー等への退院予定に関する伝達の時期	退院支援	伝達方法	57	39.0%	33	57.9%		
11.退院時に、本人・家族に対して、入院医療・居宅介護が連携して行う支援の方法	退院支援	患者への支援	58	39.7%	38	65.5%	40	69.0%
12.退院時に、病院が当該患者について、ケアマネジャー等に伝達すべき情報の内容	退院支援	様式・伝達内容	79	54.1%	50	63.3%		
13.退院時に、病院が当該患者について、ケアマネジャー等への伝達に用いる様式	退院支援	様式・伝達内容	77	52.7%	49	63.6%		
14.退院後に、病院が行うべきフォローアップの内容・方法	その他	事後対応	20	13.7%	18	90.0%		
15.退院後、一定期間を経た後に、ケアマネジャーが行うべきフィードバックの内容・方法	その他	事後対応	13	8.9%			12	92.3%
16.入退院支援について、傷病別に異なったルールの設定	その他	個別化	4	2.7%				
17.その他	その他		2	1.4%	2	100.0%	1	50.0%

(4) 入退院時における入院医療・居宅介護間の情報提供様式

① 入院時に居宅介護事業所が入院医療機関に提供する情報の様式

居宅介護サービスを利用している利用者の入院時に、居宅介護支援事業所が入院先の医療機関に提供している情報の様式として、「最も多く使用しているもの」について問うたところ、「単一の市区町村内の共通様式として作成された様式」を挙げた事業所が最も多く(30.9%)、これに「複数の市区町村における共通様式」「都道府県における共通様式」との回答を加えると、59.7%にのぼった。

一方、「自事業所で用いられている独自様式」を挙げた回答は 22.9%であるが(図表 82)、そのうち共通の様式の採用が「困難である」と回答した事業所は、18.8%にとどまった(図表 83)。

図表 82 入院前からの居宅介護サービスの利用者の入院時に、居宅介護支援事業所が入院医療機関に提供している情報の様式(当該事業所で最も多く使用しているもの)

	事業所数	構成割合
全体	350	100.0%
1. 単一の市区町村内の共通様式として作成された様式	108	30.9%
2. 複数の市区町村における共通様式として作成された様式	58	16.6%
3. 都道府県における共通様式として作成された様式	43	12.3%
4. 自事業所(発出側)で用いられている独自様式	80	22.9%
5. それぞれの病院・有床診療所が(受取側)が指定している独自様式	13	3.7%
6. その他	29	8.3%
無回答	19	5.4%

図表 83 居宅介護支援事業所が入院医療機関に提供する情報の様式として共通様式を採用することが困難であるか

	事業所数	構成割合
自事業所(発出側)の独自様式を使用していると回答した事業所	80	100.0%
1. 共通様式を採用することは困難である	15	18.8%
2. 共通様式を採用することは困難ではない	63	78.8%
無回答	2	2.5%

図表 84 共通様式を採用することが困難な理由

	事業所数	構成割合
共通様式を採用することは困難であると回答した事業所	15	100.0%
1. 情報システムを共通様式に対応させるのが困難	8	53.3%
2. 病院・有床診療所に伝達したい項目の中に、共通様式に盛り込まれていないものがある	1	6.7%
3. 共通様式の中に、記載が困難、あるいは手間がかかるものがある	5	33.3%
4. その他の理由	4	26.7%

② 退院時に居宅介護事業所が入院医療機関から提供される情報の様式

退院後に居宅介護サービスの利用を予定している者の退院時に、居宅介護支援事業所が入院医療機関から提供される情報の様式として、「最も多く提供されるもの」について問うたところ、「各入院医療機関で用いられている独自様式」を挙げた回答が、66.3%にのぼった(図表 85)。

図表 85 退院後に居宅介護サービスの利用を予定している者の退院時に、居宅介護支援事業所が入院医療機関から提供される情報の様式(当該事業所に最も多く提供されるもの)

	事業所数	構成割合
全体	350	100.0%
単一の市区町村内の共通様式として作成された様式	38	10.9%
複数の市区町村における共通様式として作成された様式	25	7.1%
都道府県における共通様式として作成された様式	20	5.7%
貴事業所(受取り側)が指定している独自様式	9	2.6%
それぞれの病院・有床診療所(発出側)で用いられている独自様式	232	66.3%
その他	12	3.4%
無回答	14	4.0%

③ 入院時の居宅介護支援事業所から入院医療への情報提供様式の内容

居宅介護サービスの利用者が入院する際に、居宅介護支援事業所が入院医療機関に提供している情報の様式について、「含めている」と回答した居宅介護支援事業所が多かった項目は、「連絡先」や「ADL・身体の状況(栄養状態やアレルギー除く)」、「介護の状況(要介護認定の申請日除く)」などであった。これに対し、「医療の状況」に関する項目は、「含めている」と回答した事業所が比較的少なかった(図表 86)。

これらは、「地域における情報提供様式の作成の状況」に関する市区町村調査票の回答内容とほぼ同様の傾向である。

図表 86 入院前から居宅介護サービスを利用している利用者が入院する際に、居宅介護支援事業所が入院医療機関へ提供している情報の様式に含めている内容

情報提供様式に含めている内容	種類	回答事業所数	割合	(市区町村調査票の再掲) 地域の情報提供様式として「盛り込みあり」と回答した市区町村	
				割合	割合
全体		350	100.0%	586	100.0%
21. 要介護度	介護の状況	340	97.1%	542	92.5%
26. 更衣/入浴/排泄の介助状況	ADL・身体の状況	328	93.7%	515	87.9%
1. 発信者の連絡先	連絡先	324	92.6%	531	90.6%
2. 緊急時連絡先(親族等)	連絡先	321	91.7%	476	81.2%
25. 移動方法	ADL・身体の状況	320	91.4%	512	87.4%
27. 食事の介助状況	ADL・身体の状況	316	90.3%	491	83.8%
24. 介護サービスの利用状況	介護の状況	313	89.4%	479	81.7%
6. 主介護者が誰なのか	家族・介護者	308	88.0%	472	80.5%
3. かかりつけ医/歯科医/薬局/訪問看護等の連絡先	連絡先	297	84.9%	463	79.0%
22. 要介護認定の有効期間	介護の状況	291	83.1%	452	77.1%
33. 認知症高齢者の日常生活自立度	精神症状	283	80.9%	406	69.3%
28. 服薬管理の状況	ADL・身体の状況	273	78.0%	455	77.6%
12. 食事の内容	生活・経済状況	260	74.3%	389	66.4%
19. 診断名	医療の状況	254	72.6%	315	53.8%
4. 家族構成図	家族・介護者	239	68.3%	414	70.6%
10. 生活歴	生活・経済状況	239	68.3%	321	54.8%
34. 認知症の行動・心理症状	精神症状	238	68.0%	325	55.5%
32. 身体障害の状況	ADL・身体の状況	237	67.7%	383	65.4%
14. 医科の受療状況	医療の状況	233	66.6%	385	65.7%
30. 口腔の状況	ADL・身体の状況	228	65.1%	388	66.2%
7. 主介護者の状況	家族・介護者	220	62.9%	293	50.0%
9. 住居の環境	生活・経済状況	215	61.4%	420	71.7%
35. 認知症以外の精神症状	精神症状	199	56.9%	321	54.8%
5. 家族との関係(疎遠等)	家族・介護者	197	56.3%	271	46.2%
36. 退院後の本人希望	希望	180	51.4%	232	39.6%
37. 退院後の家族希望	希望	168	48.0%	215	36.7%
17. 訪問看護の利用状況	医療の状況	163	46.6%	267	45.6%
18. 行っている医療処置の内容	医療の状況	153	43.7%	313	53.4%
20. 処方されている薬の内容	医療の状況	150	42.9%	260	44.4%
29. 栄養状態	ADL・身体の状況	146	41.7%	199	34.0%
11. 生活習慣	生活・経済状況	131	37.4%	197	33.6%
31. アレルギーの有無・内容	ADL・身体の状況	128	36.6%	176	30.0%
23. 要介護認定の申請日	介護の状況	119	34.0%	160	27.3%
13. 生活困窮の有無	生活・経済状況	116	33.1%	201	34.3%
8. 虐待リスク	家族・介護者	96	27.4%	131	22.4%
16. 薬局の利用状況	医療の状況	63	18.0%	175	29.9%
38. 看取りに係る希望	希望	47	13.4%	78	13.3%
15. 歯科の受療状況	医療の状況	41	11.7%	139	23.7%
39. その他	その他	31	8.9%	96	16.4%

(5) 入院医療と居宅介護との間の連携や情報共有の在り方

① 入退院時の入院医療・居宅介護間の連携・情報共有のルール化に対する考え

入退院時の入院医療・居宅介護間の連携・情報共有のルール化について、「ルール化の必要性の高さ」についての考えを問うたところ、「ルール化の必要性が高い」との回答が多かったのは、「様式・伝達内容」に関する項目や「伝達方法」に関する項目であった。これに対し、退院後のフォローアップやフィードバック等の「事後対応」に関する項目や、傷病別に異なったルールの設定に関する項目を挙げた事業所は少なかった。

「地域間でのルールの統一性」については、大半の項目について、「地域をこえて統一されたルールが望ましい」との回答が、「地域の個別事情に応じたルールが望ましい」との回答を上回り、ルールの統一性を志向する回答が多かった。また、「ルール化の必要性が高い」との回答が多い項目ほど、その傾向が顕著であった(図表 87)。

図表 87 入退院時の入院医療・居宅介護間の連携・情報共有のルール化に対する考え

ルールの内容	場面・内容		ルール化の必要性の高さ		地域間でのルールの統一性				差分 (A-B)
			ルール化の必要性が「高い」		地域をこえて統一されたルールが望ましい		地域の個別事情に応じたルールが望ましい		
			回答 事業所数	割合	回答 事業所数	割合 (A)	回答 事業所数	割合 (B)	
全体			350	100.0%	350	100.0%	350	100.0%	0.0%
④介護サービスの利用者が入院した時に、病院・有床診療所が、入院の事実をケアマネジャー等に伝達すること	入院支援	様式・伝達内容	274	78.3%	204	58.3%	59	16.9%	41.4%
⑤自事業所がケアプランを作成している利用者の入院を把握した時に、ケアマネジャー等が、入院先の病院・有床診療所に自事業所の利用者である旨を伝達すること	入院支援	様式・伝達内容	268	76.6%	200	57.1%	56	16.0%	41.1%
⑥入院時に、ケアマネジャー等が当該患者について、入院先の病院・有床診療所に伝達すべき情報の内容	入院支援	様式・伝達内容	264	75.4%	192	54.9%	58	16.6%	38.3%
②病院・有床診療所が、入退院支援の担当部署や担当者の連絡先を公表しておくこと	関係構築		258	73.7%	185	52.9%	67	19.1%	33.7%
④退院時に、病院・有床診療所が当該患者について、ケアマネジャー等に伝達すべき情報の内容	退院支援	様式・伝達内容	256	73.1%	179	51.1%	72	20.6%	30.6%
⑫病院・有床診療所から、ケアマネジャー等への退院予定に関する伝達の時期	退院支援	伝達方法	253	72.3%	170	48.6%	76	21.7%	26.9%
⑦入院時に、ケアマネジャー等が当該患者について、入院先の病院・有床診療所への情報伝達に用いる様式	入院支援	様式・伝達内容	239	68.3%	174	49.7%	66	18.9%	30.9%
⑪病院・有床診療所から、ケアマネジャー等への退院支援計画の伝達の方法	退院支援	伝達方法	230	65.7%	162	46.3%	64	18.3%	28.0%
⑮退院時に、病院・有床診療所が当該患者について、ケアマネジャー等への情報伝達に用いる様式	退院支援	様式・伝達内容	229	65.4%	162	46.3%	66	18.9%	27.4%
⑬退院時に、本人・家族に対して、入院医療・居宅介護が連携して行う支援の方法	退院支援	患者への支援	211	60.3%	139	39.7%	72	20.6%	19.1%
⑨退院後に関する本人・家族の希望の聞き取りや、入院医療・居宅介護間での共有の方法	退院支援	情報把握	205	58.6%	139	39.7%	64	18.3%	21.4%
⑧病院・有床診療所が、退院後に介護保険の利用が見込まれる患者に対して行うべき、介護保険申請の支援の方法	退院支援	患者への支援	195	55.7%	134	38.3%	72	20.6%	17.7%
③入院時に、病院・有床診療所が行うべき「退院後の介護保険の利用が見込まれる患者」のスクリーニングの方法	入院支援	情報把握	193	55.1%	122	34.9%	61	17.4%	17.4%
①入院医療(病院・有床診療所)と居宅介護(居宅介護支援事業所・地域包括支援センター等)との関係づくりの方法	関係構築		191	54.6%	111	31.7%	93	26.6%	5.1%
⑩退院後の療養環境について病院・有床診療所が行うべき情報収集の内容・方法(居宅調査など)	退院支援	情報把握	170	48.6%	107	30.6%	80	22.9%	7.7%
⑯退院後に、病院・有床診療所が行うべきフォローアップの内容・方法	その他	事後対応	126	36.0%	85	24.3%	64	18.3%	6.0%
⑰退院後、一定期間を経た後に、ケアマネジャーが行うべきフィードバックの内容・方法	その他	事後対応	103	29.4%	73	20.9%	70	20.0%	0.9%
⑱入退院支援について、傷病別に異なったルールの設定	その他	個別化	74	21.1%	54	15.4%	60	17.1%	-1.7%

② 入院医療と居宅介護間の連携や情報共有の在り方をルール化するにあたり地域独自で考慮を要する地域性

居宅介護支援事業所に対して、「入院医療と居宅介護間の連携や情報共有の在り方のルール化にあたり地域独自で考慮を要する地域性の有無」を問うたところ、10.6%の市区町村が、「地域独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものがある」と回答した(図表 88)。

図表 88 入院医療と居宅介護間の連携や情報共有の在り方をルール化するにあたり、地域独自で考慮を要する地域性の有無

	事業所数	構成割合
全体	350	100.0%
地域独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものはない	269	76.9%
地域独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものがある	37	10.6%
無回答	44	12.6%

また、その内容については、下記のような回答がみられた。

- 在宅で利用できるサービス、社会資源が少ないため、退院後の生活に向けた準備や調整に時間がかかることがあり、方向性が決まった段階での早めの連絡が必要。
- 往診可能な医療機関が極端に少ない。
- 病院の管轄する地域が広く、8市町村に及んでいる。距離もかなり離れている。また圏域外へ入院するケースもあり、どこまで統一したルールにできるか。
- 入院ベッドのある病院が少ない。ケースワーカー不在の病院がある。
- 小さい市町村は、医師がまだ介護保険を知らなかったり認知症患者を診られなかったりして、なかなか相談や連携にまで話が及ばないことがある。
- クリニックの医師が主治医の場合、土日祝、夜間などの対応が、有床病院と連携関係にない場合が多い。
- 町単位でのクリニックの医師の高齢化も進み、会議等に集まる事さえも難しいようだ。
- 狭い地域(人口減少、超高齢化問題あり)でありながら病院が多く、全ての病院に介護事業所があり、横のつながりが大事。
- 国民年金者が多いこと、土間の自宅、山間地域。

③ 退院時の入院医療から居宅介護への情報提供に関する重要度・充足度(居宅介護支援事業所)、提供実施・業務負担(病棟)

図表 89 に、退院後に居宅介護サービスの利用が見込まれる者の退院に際して行われる入院医療から居宅介護への情報提供について、情報内容ごとに居宅介護支援事業所側からみた「重要度」「充足度」と、病棟側からみた「提供の有無」「業務負担の重さ」を整理した結果を示す。

その結果、情報の受け手である居宅介護支援事業所側にとって「特に重要」である一方、「十分な情報が得られないケースが多い」項目として、「傷病の見通し」「看取り期を判断する目安」「再入院の目安」「受診を勧める目安」「退院後に必要なりハビリテーション」等が抽出された。一方、情報の送り手である病棟側にとって「情報提供上の困難さや業務負担が大きい」項目である「看取り期を判断する目安」「再入院の目安」を除くと、「傷病の見通し」「受診を勧める目安」「退院後に必要なりハビリテーション」が残った。

退院時の入院医療から居宅介護への情報提供にあたり、これらの項目は、優先的に充実が求められる項目であると考えられる。

図表 89 退院後に居宅介護サービスの利用を予定している者の退院時の入院医療から居宅介護への情報提供に関する重要度・充足度(居宅介護支援事業所)、提供実施・業務負担(病棟)

		【居宅介護支援事業所調査票】				【病棟調査票】			
		特に重要と考えている項目		十分な情報が得られないケースが多いと考えている項目		提供している情報の様式に盛り込まれている項目		情報提供が困難あるいは業務負担が大きい項目	
		回答事業所数	割合	回答事業所数	割合	回答病棟数	割合	回答病棟数	割合
全体		350	100.0%	350	100.0%	359	100.0%	359	100.0%
23.傷病の見通し	状態の見通し	267	76.3%	141	40.3%	135	37.6%	94	26.2%
28.看取り期を判断する目安	状態の見通し	213	60.9%	138	39.4%	31	8.6%	166	46.2%
27.再入院の目安	状態の見通し	168	48.0%	124	35.4%	30	8.4%	133	37.0%
26.受診を勧める目安	状態の見通し	215	61.4%	121	34.6%	112	31.2%	47	13.1%
24.ADLの変化の見通し	状態の見通し	236	67.4%	103	29.4%	121	33.7%	82	22.8%
9.退院後に必要なりハビリテーション	医療の状況	285	81.4%	100	28.6%	179	49.9%	47	13.1%
7.退院後に必要な医療処置の内容	医療の状況	309	88.3%	98	28.0%	292	81.3%	43	12.0%
22.認知症以外の精神症状	精神症状	227	64.9%	78	22.3%	165	46.0%	33	9.2%
32.服薬に関する注意	生活上の注意	265	75.7%	73	20.9%	246	68.5%	40	11.1%
10.傷病状態の安定・不安定	身体の状態	292	83.4%	71	20.3%	250	69.6%	38	10.6%
25.要介護認定の見直しの必要性	状態の見通し	149	42.6%	68	19.4%	61	17.0%	50	13.9%
8.退院後に必要な医療サービス(訪問看護等)	医療の状況	264	75.4%	67	19.1%	192	53.5%	34	9.5%
16.口腔の状況	身体の状態	212	60.6%	67	19.1%	221	61.6%	30	8.4%
31.食事に関する注意	生活上の注意	277	79.1%	67	19.1%	249	69.4%	28	7.8%
29.運動に関する注意	生活上の注意	254	72.6%	65	18.6%	215	59.9%	28	7.8%
30.移動に関する注意	生活上の注意	250	71.4%	55	15.7%	242	67.4%	26	7.2%
21.認知症の行動・心理症状	精神症状	223	63.7%	53	15.1%	203	56.5%	30	8.4%
17.アレルギーの有無・内容	身体の状態	187	53.4%	52	14.9%	248	69.1%	11	3.1%
20.認知症の中核症状	精神症状	198	56.6%	51	14.6%	146	40.7%	24	6.7%
6.退院時の処方内容	医療の状況	275	78.6%	47	13.4%	266	74.1%	25	7.0%
15.栄養状態	身体の状態	231	66.0%	46	13.1%	235	65.5%	23	6.4%
3.退院後の診療を担う医療機関の連絡先	連絡先	196	56.0%	45	12.9%	147	40.9%	27	7.5%
5.入院中の治療内容	医療の状況	252	72.0%	43	12.3%	290	80.8%	52	14.5%
2.緊急時連絡先(医療機関の窓口等)	連絡先	148	42.3%	39	11.1%	143	39.8%	21	5.8%
11.身体機能の状況(筋力・麻痺・拘縮等)	身体の状態	280	80.0%	39	11.1%	299	83.3%	27	7.5%
12.移動の状況(歩行・移乗能力等)	身体の状態	261	74.6%	35	10.0%	320	89.1%	20	5.6%
13.更衣/入浴/排泄の状況	身体の状態	244	69.7%	30	8.6%	313	87.2%	17	4.7%
14.食事の状況	身体の状態	252	72.0%	29	8.3%	323	90.0%	21	5.8%
18.身体障害の状況	身体の状態	231	66.0%	28	8.0%	268	74.7%	19	5.3%
19.認知症高齢者の日常生活自立度	精神症状	128	36.6%	25	7.1%	197	54.9%	24	6.7%
4.診断名	医療の状況	285	81.4%	19	5.4%	324	90.3%	17	4.7%
1.発信者の連絡先	連絡先	112	32.0%	11	3.1%	267	74.4%	13	3.6%
33.その他	その他	6	1.7%	11	3.1%	30	8.4%	15	4.2%

④ 入院医療・居宅介護間の連携や情報共有にあたっての課題

居宅介護支援事業所に対して、「入院医療・居宅介護間の連携や情報共有にあたっての課題」について問うたところ、29.1%の事業所が、「過去にやり取りを行ったことのない病院・有床診療所との連携や情報共有にあたり、連絡がつきにくい」ことを挙げた(図表 90)。

図表 90 入院医療と居宅介護との間の連携や情報共有にあたっての大きな課題

	事業所数	構成割合
全体	350	100.0%
過去にやり取りを行ったことのない病院・有床診療所との連携や情報共有にあたり、連絡がつきにくい	102	29.1%
病院・有床診療所ごとの、退院者に関する情報提供の内容のばらつきが大きい	83	23.7%
担当者や医療機関ごとに、情報共有の方法や様式が異なり、業務が非効率となりやすい	48	13.7%
近隣の病院や有床診療所との間で連携や情報共有の在り方をルール化しているが、ルールに参加していない医療機関との連携や情報共有が行いにくい	25	7.1%
利用者の傷病や状態像に応じて、必要な情報共有の内容が大きく異なるため、標準化が図りにくい	31	8.9%
その他	22	6.3%
無回答	39	11.1%

(6) 新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う入院医療・居宅介護連携への影響

① 居宅介護サービスの利用者の入院に対する影響

居宅介護支援事業所に対し、新型コロナウイルス感染症の拡大以前と比べ、居宅介護サービスを利用している高齢者の入院に対して生じている事態や課題について問うたところ、「居宅介護サービスを利用している高齢者の入院にあたり、病院・診療所側との連携や情報共有が困難となった時期がある」との回答割合が68.6%にのぼり、「居宅介護サービスを利用している高齢者について、入院が必要となっても、入院の要請ができない、あるいは受け入れを断られる事態が増えた時期がある」との回答も21.4%にのぼった(図表 91)。

前者の背景としては、「病院・診療所が、高齢者であるか否かを問わず、入院の受入を停止・抑制していた」との回答が、44.0%と最も多かった(図表 92)。後者の背景としては、その大半が、「面会や立入の制限などにより、カンファレンスに参加できなかった」ことを挙げた(図表 93)。

図表 91 新型コロナウイルス感染症の拡大以前と比べ、現在、居宅介護サービスを利用している高齢者が調査病棟に入院することについて、生じている事態や課題

	事業所数	構成割合
全体	350	100.0%
1. 介護サービスを利用している高齢者について、入院が必要となっても、入院の要請ができない、あるいは受け入れを断られる事態が増えた時期がある	75	21.4%
2. 介護サービスを利用している高齢者が入院するにあたり、病院・診療所側との連携や情報共有が困難となった時期がある	240	68.6%
3. その他の事態・課題	12	3.4%

図表 92 入院の要請ができない、あるいは受け入れを断られる事態が増えた背景

	事業所数	構成割合
介護サービスを利用している高齢者について、入院が必要となっても、入院の要請ができない、あるいは受け入れを断られる事態が増えた時期がある	75	100.0%
a. 病院・診療所が、高齢者であるか否かを問わず、入院の受入を停止・抑制していた	33	44.0%
b. 病院・診療所が、高齢者の入院の受入を停止・抑制していた	19	25.3%
c. 自事業所の利用者に感染が発生し、自事業所の利用者の入院の受入が断られた	2	2.7%
d. 感染拡大の恐れから利用者と接触できず、入院の要請ができなかった	14	18.7%
e. 家庭事情等で出勤できない職員が多く、利用者への対応が滞った	2	2.7%
f. その他の背景	14	18.7%

図表 93 入院にあたり、病院・診療所側との連携や情報共有が困難となった背景

	事業所数	構成割合
介護サービスを利用している高齢者について、入院が必要となっても、入院の要請ができない、あるいは受け入れを断られる事態が増えた時期がある	240	100.0%
a. 面会や立入の制限などにより、カンファレンスに参加できなかった	229	95.4%
b. 設備や通信環境上の問題から、web会議等の情報通信機器によるやり取りを十分に行えなかった	40	16.7%
c. 操作の習熟度の問題から、web会議等の情報通信機器によるやり取りを十分に行えなかった	27	11.3%
d. 利用者の予期せぬ入院が増えた	17	7.1%
e. その他の背景	6	2.5%

② 居宅介護サービスの利用が見込まれる高齢者の退院に対する影響

居宅介護支援事業所に対し、新型コロナウイルス感染症の拡大以前と比べ、退院後に居宅介護サービスを利用する高齢者の退院に対して生じている事態や課題について問うたところ、「病院・診療所側との連携や情報共有が困難となった時期がある」との回答割合が 52.9%にのぼった。一方、「病院側から打診があっても、居宅等での受け入れ体制が確保できずに、退院できないことが増えた時期がある」との回答は、8.3%であった(図表 94)。

前者の背景としては、その 99.5%が、「面会や立入の制限などにより、カンファレンスに参加できなかった」というものであった(図表 95)。

図表 94 新型コロナウイルス感染症の拡大以前と比べ、居宅介護サービスの利用が見込まれる高齢者の退院について、生じている事態や課題

	事業所数	構成割合
全体	350	100.0%
1. 退院後に介護サービスを利用する高齢者の退院が2割以上減った月がある	15	4.3%
2. 退院後に介護サービスを利用する高齢者の退院が2割以上増えた月がある	17	4.9%
3. 退院後に介護サービスを利用する高齢者について、病院側から打診があっても、居宅等での受け入れ体制が確保できずに、退院できないことが増えた時期がある	29	8.3%
4. 退院後に介護サービスを利用する高齢者が退院するにあたり、病院・診療所側との連携や情報共有が困難となった時期がある	185	52.9%
5. その他の事態・課題	8	2.3%

図表 95 病院・診療所側との連携や情報共有が困難となった背景

	事業所数	構成割合
退院後に介護サービスを利用する高齢者が退院するにあたり、病院・診療所側との連携や情報共有が困難となった時期がある	185	100.0%
a. 面会や立入の制限などにより、カンファレンスに参加できなかった	184	99.5%
b. 設備や通信環境上の問題から、web会議等の情報通信機器によるやり取りを十分に行えなかった	19	10.3%
c. 操作の習熟度の問題から、web会議等の情報通信機器によるやり取りを十分に行えなかった	11	5.9%
d. その他の背景	0	0.0%

附属資料 アンケート調査票

厚生労働省 令和 2 年度老人保健健康増進等事業 【調査実施機関:全日本病院協会】
 早期地域療養移行支援パス作成に関する調査研究

市区町村調査票

※特に記載がない限り、2020 年 9 月 1 日現在の状況についてご回答ください。
 ※各設問の()内には、数値をご回答ください。該当するものがない場合は「0」を、数値がわからない場合は「-」をご記入ください。
 ※本調査票中、「市区町村」の「区」は東京 23 区を指します。政令市においては、「市区町村」=市と見なしてご回答ください。

問 1 ご回答責任者の所属・氏名等についてご回答ください。

1) 市区町村名	<input type="text"/>	都・道・府・県	<input type="text"/>	市・区・町・村
2) ご回答責任者の部署名	<input type="text"/>			
3) ご回答責任者の氏名	<input type="text"/>			
4) ご連絡先電話番号	()-()-()			

問 2 貴市区町村における介護保険や市区町村立の医療機関の状況についてご回答ください。

1) 介護保険の保険者 (当てはまる番号 1 つに○)	01. 単独の市区町村で介護保険の保険者となっている 02. 複数の市区町村による一部事務組合・広域連合等が保険者となっている
2) 在宅医療・介護連携推進事業の実施主体 (当てはまる番号 1 つに○)	01. 単独の市区町村が実施主体となっている 02. 複数の市区町村による一部事務組合・広域連合等が実施主体となっている
3) 要介護認定審査の事務 (当てはまる番号 1 つに○)	01. 単独の市区町村で要介護認定審査の事務を行っている 02. 複数の市区町村による広域行政によって要介護認定審査の事務を行っている 03. 他の自治体に要介護認定審査の事務を委託している
4) 市区町村立(※)の病院・有床診療所の有無 (当てはまる番号 1 つに○) ※注:「市区町村立」には、貴市区町村が参加している一部事務組合立の医療機関や、貴市区町村が設立団体に含まれている地方独立行政法人の医療機関を含みません。	01. 市区町村立の病院・有床診療所(休床中の医療機関を除く)がある 02. 市区町村立の病院・有床診療所はない、もしくは休床中である

※問3～5では、市町村が取り組むこととなっている「在宅医療・介護連携推進事業」について、貴市区町村の状況をお伺いいたします。

問3 「在宅医療・介護連携推進事業」のうち、「現状分析・課題抽出・施策立案」に関する取組についてお伺いいたします。

取組の内容		貴市区町村または一部事務組合・広域連合が実施している		貴市区町村および一部事務組合・広域連合では実施していない			該当する医療機関がない		
		「在宅医療・介護連携推進事業」によって実施	「在宅医療・介護連携推進事業」以外の枠組でのみ実施	都道府県では実施している	都道府県での実施の有無は不明	都道府県でも実施していない			
貴市区町村内の病院・有床診療所の	①：入退院支援担当者の有無の把握	01	02	03	04	05	06		
	②：入退院支援の窓口の連絡先リストの収集	01	02	03	04	05	06		
近隣市区町村内の病院・有床診療所の	③：入退院支援担当者の有無の把握	01	02	03	04	05	06		
	④：入退院支援の窓口の連絡先リストの収集	01	02	03	04	05	06		
⑤：貴市区町村における「退院後に介護保険サービスを利用する人」の概数の把握		01	02	03	04	05			
⑥：⑤の人のうち、市区町村外の医療機関を退院した人のおおよその割合の把握		01 ⇒2)にもご回答ください	02 ⇒2)にもご回答ください	03	04	05			
⑦：⑤の人のうち、退院調整が行われて退院する人のおおよその割合の把握		01 ⇒3)にもご回答ください	02 ⇒3)にもご回答ください	03	04	05			
2) 【1)-⑥で01または02を選択した場合】 貴市区町村の「退院後に介護保険サービスを利用する人」のうち、市区町村外の医療機関を退院した人のおおよその割合 (当てはまる番号1つに○)									
01. 1割程度未満		02. 1～2割程度		03. 2～3割程度		04. 3～4割程度		05. 4～5割程度	
06. 5～6割程度		07. 6～7割程度		08. 7～8割程度		09. 8～9割程度		10. 9割程度以上	
3) 【1)-⑦で01または02を選択した場合】 貴市区町村の「退院後に介護保険サービスを利用する人」のうち、退院調整が行われて退院する人のおおよその割合 (当てはまる番号1つに○)									
01. 1割程度未満		02. 1～2割程度		03. 2～3割程度		04. 3～4割程度		05. 4～5割程度	
06. 5～6割程度		07. 6～7割程度		08. 7～8割程度		09. 8～9割程度		10. 9割程度以上	

4) 医療・介護の資源状況等の情報を活用した下記の取組に関する、貴市区町村(または加入する一部事務組合・広域連合)や都道府県での実施の有無についてご回答ください。(当てはまる番号各1つに○)					
取組の内容	貴市区町村または一部事務組合・広域連合が実施している		貴市区町村および一部事務組合・広域連合では実施していない		
	「在宅医療・介護連携推進事業」によって実施	「在宅医療・介護連携推進事業」以外の枠組でのみ実施	都道府県では実施している	都道府県での実施の有無は不明	都道府県でも実施していない
①：貴市区町村内の病院・有床診療所の入退院支援の窓口の連絡先リストの公表	01	02	03	04	05
②：近隣市区町村内の病院・有床診療所の入退院支援の窓口の連絡先リストの公表	01	02	03	04	05
③：貴市区町村周辺の医療・介護資源や住民のサービス利用状況を踏まえた、入退院支援に係る課題の抽出・整理	01	02	03	04	05
④：高齢者の入退院に際した病院・有床診療所と居宅介護事業所との間の仲介	01	02	03	04	05

問4 「在宅医療・介護連携推進事業」のうち「医療・介護関係者の情報共有の支援」に関する取組についてお伺いいたします。

1) 貴市区町村(または加入する一部事務組合・広域連合)では、「在宅医療・介護連携推進事業」において「医療・介護関係者の情報共有の支援」に関する取組を行っていますか。(当てはまる番号1つに○)	
01. 行っている ⇒2)3)にもご回答ください	02. 行っていない
2) 【1)で01を選択した場合】貴市区町村の「在宅医療・介護連携推進事業」の中に、下記のテーマに関する取組はありますか。(当てはまる番号全てに○)	
01. 在宅医療と居宅介護との間の情報共有の支援	02. 入院医療と施設介護との間の情報共有の支援
03. 入院医療と居宅介護との間の情報共有の支援	04. 01・02・03に関する取組はない
3) 【1)で01を選択した場合】「医療・介護関係者の情報共有の支援」に関する取組の概要を記載ください。	

問5 「在宅医療・介護連携推進事業」のうち「医療・介護関係者の研修」についてお伺いいたします。

1) 貴市区町村(または加入する一部事務組合・広域連合)では、「在宅医療・介護連携推進事業」において「医療・介護関係者の研修」に関する取組を行っていますか。(当てはまる番号1つに○)	
01. 行っている ⇒2)にもご回答ください	02. 行っていない
2) 【1)で01を選択した場合】貴市区町村で実施している「在宅医療・介護連携推進事業」において、下記のテーマに関する研修を行ったことがありますか。(当てはまる番号全てに○)	
01. 入院医療(病院・有床診療所)と居宅介護(居宅介護支援事業所・地域包括支援センター等)との関係づくりを目的とした研修	
02. 入院医療(病院・有床診療所)の職員に、居宅介護に関する理解を深めてもらうための研修	
03. 居宅介護(居宅介護支援事業所・地域包括支援センター等)の職員に、入院医療に関する理解を深めてもらうための研修	
04. 01・02・03以外で、入院医療と居宅介護との間の情報共有や連携を強化することを目的とした研修	
05. 01・02・03・04に関する研修は行ったことがない	

問6 貴市区町村を含む地域における、「医療と介護との間の情報共有の強化」に取り組む会議体の有無やその取組内容についてお伺いいたします。

1) 貴市区町村を含む地域には、地域の様々な主体が参画し、「医療と介護との間の情報共有の強化」に取り組む会議体(※)がありますか。(当てはまる番号1つに○)

※注：医療と介護間の情報共有にあたってのルール作りや「顔の見える関係づくり」などに取り組む会議体を指しており、個々の患者・利用者に関する事例検討会等は含みません。

- | | | |
|----------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 01. 会議体がある
⇒2)にもご回答ください | 02. 会議体はない
⇒問7にお進みください | 03. わからない
⇒問7にお進みください |
|----------------------------|---------------------------|--------------------------|

2) 【1)で01を選択した場合】 1)の会議体の中に、下記のテーマについて取り組んでいるものはありますか。(当てはまる番号全てに○)

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| 01. 在宅医療と居宅介護との間の情報共有の強化 | 02. 入院医療と施設介護との間の情報共有の強化 |
| 03. 入院医療と居宅介護との間の情報共有の強化 | 04. 01・02・03に関する取組はない |
- ⇒03に○をした場合は、3)4)5)にもご回答ください。03に○をしていない場合は、問7にお進みください

3) 【2)で03を選択した場合】 「入院医療と居宅介護との間の情報共有の強化」の取組のある会議体(複数の会議体がある場合は、もっとも活動が活発なもの)は、どのような地域単位で設置されたものですか。(当てはまる番号1つに○)

- | | |
|-----------------------|-------------------|
| 01. 貴市区町村よりも狭い単位で設置 | 02. 貴市区町村単位で設置 |
| 03. 貴市区町村よりも広い単位で設置 | 04. 01~03以外の単位で設置 |
| 05. 決まった地域単位があるわけではない | |

4) 【2)で03を選択した場合】 3)の会議体を、中心となって設置・主催している主体はどれですか。(当てはまる番号1つに○)

- | | | |
|-----------|------------------------------------|--------------------------------|
| 行政 | 01. 貴市区町村(単独) | 02. 複数の市区町村による協議会・一部事務組合・広域連合等 |
| | 03. 政令市の区 | 04. 地域自治区・支所等 |
| | 05. 他の市区町村 | 06. 都道府県の本庁 |
| 職能団体 | 08. 貴市区町村の全域または一部を圏域とする地区医師会 | |
| | 09. 複数の市区町村を圏域とする地区医師会 | 10. 都道府県医師会 |
| | 11. 医師会以外の職能団体 | |
| 医療機関等 | 12. 貴市区町村内にある特定の医療機関 | |
| | 13. 貴市区町村外にある特定の医療機関 | |
| | 14. 複数の医療機関が参画する合議体(自治体が設置するものを除く) | |
| | 15. その他 ⇒その主体:[] | |
| 16. わからない | | |

5) 【2)で03を選択した場合】 4)で挙げた主体以外に、3)の会議体に参画している主体はどれですか。(当てはまる番号全てに○)

- | | | |
|-----------|------------------------------|--------------------------------|
| 行政 | 01. 貴市区町村(単独) | 02. 複数の市区町村による協議会・一部事務組合・広域連合等 |
| | 03. 政令市の区 | 04. 地域自治区・支所等 |
| | 05. 他の市区町村 | 06. 都道府県の本庁 |
| 職能団体 | 08. 貴市区町村の全域または一部を圏域とする地区医師会 | |
| | 09. 複数の市区町村を圏域とする地区医師会 | 10. 都道府県医師会 |
| | 11. 医師会以外の職能団体 | |
| 医療機関等 | 12. 貴市区町村内にある医療機関 | |
| | 13. 貴市区町村外にある医療機関 | |
| | 14. その他 ⇒その主体:[] | |
| 15. わからない | | |

問7 貴市区町村を含む地域における、入退院時の入院医療・居宅介護間の情報共有の進め方のルール化や情報提供様式の作成の状況について、お伺いいたします。

1) 「医療・介護関係者の情報共有の支援」に係る下記の取組について、貴市区町村を含む地域における実施の有無や実施主体についてお答えください。（当てはまる番号全てに○）							
		貴市区町村が直営で実施	貴市区町村が外部委託により実施	他の市区町村との共同で実施	都道府県が実施	その他の実施主体が実施	取組の実施なし
入院時の連携・情報共有	①:入院時の入院医療・居宅介護間の情報共有の進め方のルール化(例:入院支援ルール)	01	02	03	04	05	06
	②:入院時の居宅介護から入院医療への情報提供(例:入院時情報提供シート)の様式の作成・公表	01	02	03	04	05	06
	③:②のうち、入院時に情報通信機器を用いて居宅介護から入院医療への情報提供を行う仕組みの構築	01	02	03	04	05	06
退院時の連携・情報共有	④:退院時の入院医療・居宅介護間の情報共有の進め方のルール化(例:退院支援ルール)	01	02	03	04	05	06
	⑤:退院時の入院医療から居宅介護への情報提供(例:退院時情報提供シート)の様式の作成・公表	01	02	03	04	05	06
	⑥:⑤のうち、退院時に情報通信機器を用いて入院医療から居宅介護への情報提供を行う仕組みの構築	01	02	03	04	05	06

2) 【1)-①②④⑤の1つ以上で01～05に○を付けた場合】入院時や退院時の入院医療・居宅介護間の情報共有の進め方のルールとして盛り込まれている内容について、ご回答ください。(当てはまる番号全てに○)

日常的な関係構築	01. 入院医療(病院・有床診療所)と居宅介護(居宅介護支援事業所・地域包括支援センター等)との関係づくりの方法 02. 病院・有床診療所が、入退院支援の担当部署や担当者の連絡先を公表しておくこと
入院支援	03. 入院時に、病院・有床診療所が行うべき「退院後の介護保険の利用が見込まれる患者」のスクリーニングの方法 04. 介護サービスの利用者が入院した時に、病院・有床診療所が、入院の事実をケアマネジャー等に伝達すること 05. 自事業所がケアプランを作成している利用者の入院を把握した時に、ケアマネジャー等が、入院先の病院・有床診療所に自事業所の利用者である旨を伝達すること 06. 入院時に、ケアマネジャー等が当該患者について、入院先の病院・有床診療所に伝達すべき情報の内容 07. 入院時に、ケアマネジャー等が当該患者について、入院先の病院・有床診療所への伝達に用いる様式
退院支援	08. 病院・有床診療所が、退院後に介護保険の利用が見込まれる患者に対して行うべき、介護保険申請の支援の方法 09. 退院後の生活に関する本人・家族の希望の聞き取りや、入院医療・居宅介護間での共有の方法 10. 退院後の療養環境について、病院・有床診療所が行うべき情報収集の内容・方法(居宅調査など) 11. 病院・有床診療所から、ケアマネジャー等への退院支援計画の伝達の方法 12. 病院・有床診療所から、ケアマネジャー等への退院予定に関する伝達の時期 13. 退院時に、本人・家族に対して、入院医療・居宅介護が連携して行う支援の方法 14. 退院時に、病院・有床診療所が当該患者について、ケアマネジャー等に伝達すべき情報の内容 15. 退院時に、病院・有床診療所が当該患者について、ケアマネジャー等への伝達に用いる様式
その他	16. 退院後に、病院・有床診療所が行うべきフォローアップの内容・方法 17. 退院後、一定期間を経た後に、ケアマネジャーが行うべきフィードバックの内容・方法 18. 入退院支援について、傷病別に異なったルールの設定 19. その他 →その内容:[]

3) 【1)-②で01～05に○を付けた場合】入院時の居宅介護から入院医療への情報提供の様式に盛り込まれている内容について、ご回答ください。(当てはまる番号全てに○)

連絡先	01. 発信者の連絡先 02. 緊急時連絡先(親族等) 03. かかりつけ医/歯科医/薬局/訪問看護等の連絡先
家族・介護者	04. 家族構成図 05. 家族との関係(疎遠等) 06. 主介護者が誰なのか 07. 主介護者の状況 08. 虐待リスク
生活・経済状況	09. 住居の環境 10. 生活歴 11. 生活習慣 12. 食事の内容 13. 生活困窮の有無
医療の状況	14. 医科の受療状況 15. 歯科の受療状況 16. 薬局の利用状況 17. 訪問看護の利用状況 18. 行っている医療処置の内容 19. 診断名 20. 処方されている薬の内容
介護の状況	21. 要介護度 22. 要介護認定の有効期間 23. 要介護認定の申請日 24. 介護サービスの利用状況
ADL・身体状況	25. 移動方法 26. 更衣/入浴/排泄の介助状況 27. 食事の介助状況 28. 服薬管理の状況 29. 栄養状態 30. 口腔の状況 31. アレルギーの有無・内容 32. 身体障害の状況
精神症状	33. 認知症高齢者の日常生活自立度 34. 認知症の行動・心理症状 35. 認知症以外の精神症状
希望	36. 退院後の本人希望 37. 退院後の家族希望 38. 看取りに係る希望 39. その他 →その内容:[]

4) 【1)~5)で 01~05 に○を付けた場合】 退院時の入院医療から居宅介護への情報提供の様式に盛り込まれている内容について、ご回答ください。(当てはまる番号全てに○)

連絡先	01. 発信者の連絡先	02. 緊急時連絡先(医療機関の窓口等)
	03. 退院後の診療を担う医療機関の連絡先	
医療の状況	04. 診断名	05. 入院中の治療内容
	06. 退院時の処方内容	07. 退院後に必要な医療処置の内容
	08. 退院後に必要な医療サービス(訪問看護等)	09. 退院後に必要なリハビリテーション
身体の状態	10. 傷病状態の安定・不安定	11. 身体機能の状況(筋力・麻痺・拘縮等)
	12. 移動の状況(歩行・移乗能力等)	13. 更衣/入浴/排泄の状況
	14. 食事の状況	15. 栄養状態
	16. 口腔の状況	17. アレルギーの有無・内容
	18. 身体障害の状況	
精神症状	19. 認知症高齢者の日常生活自立度	20. 認知症の中核症状
	21. 認知症の行動・心理症状	22. 認知症以外の精神症状
状態の見通し	23. 傷病の見通し	24. ADL の変化の見通し
	25. 要介護認定の見直しの必要性	26. 受診を勧める目安
	27. 再入院の目安	28. 看取り期を判断する目安
生活上の注意	29. 運動に関する注意	30. 移動に関する注意
	31. 食事に関する注意	32. 服薬に関する注意
	33. その他 →その内容:[]

5) 【1)~①②④⑤の1つ以上で 01~05 に○を付けた場合】 貴市区町村を含む地域で取り決められた入退院時の入院医療・居宅介護間の情報共有の進め方のルールや情報提供様式の普及状況について、貴市区町村が過去3年以内に把握したことがあるものをご回答ください。(当てはまる番号全てに○)

01. 貴市区町村内の病院・有床診療所のうち、地域で取り決められた情報共有の進め方のルールに参加している機関のおおよその割合 ⇒6)にもご回答ください
02. 貴市区町村内の居宅介護支援事業所・地域包括支援センターのうち、地域で取り決められた情報共有の進め方のルールに参加している事業所のおおよその割合 ⇒7)にもご回答ください
03. 貴市区町村内の病院・有床診療所のうち、地域で取り決められた情報提供様式を用いて介護側への情報提供を行っている機関のおおよその割合 ⇒8)にもご回答ください
04. 貴市区町村内の居宅介護支援事業所・地域包括支援センターのうち、地域で取り決められた情報提供様式を用いて医療側への情報提供を行っている事業所のおおよその割合 ⇒9)にもご回答ください
05. 01~04 の中に、過去3年以内に把握したことはない ⇒問8にお進みください

6) 【5)で 01 を選択した場合】 貴市区町村内の病院・有床診療所のうち、地域で取り決められた情報共有の進め方のルールに参加している機関のおおよその割合 (当てはまる番号1つに○)

01. 1割程度未満 02. 1~3割程度 03. 3~5割程度 04. 5~7割程度 05. 7~9割程度 06. 9割程度以上

7) 【5)で 02 を選択した場合】 貴市区町村内の居宅介護支援事業所・地域包括支援センターのうち、地域で取り決められた情報共有の進め方のルールに参加している事業所のおおよその割合 (当てはまる番号1つに○)

01. 1割程度未満 02. 1~3割程度 03. 3~5割程度 04. 5~7割程度 05. 7~9割程度 06. 9割程度以上

8) 【5)で 03 を選択した場合】 貴市区町村内の病院・有床診療所のうち、地域で取り決められた情報提供様式を用いて介護側への情報提供を行っている機関のおおよその割合 (当てはまる番号1つに○)

01. 1割程度未満 02. 1~3割程度 03. 3~5割程度 04. 5~7割程度 05. 7~9割程度 06. 9割程度以上

9) 【5)で 04 を選択した場合】 貴市区町村内の病院・有床診療所のうち、地域で取り決められた情報提供様式を用いて医療側への情報提供を行っている事業所のおおよその割合 (当てはまる番号1つに○)

01. 1割程度未満 02. 1~3割程度 03. 3~5割程度 04. 5~7割程度 05. 7~9割程度 06. 9割程度以上

病院調査票

※特に記載がない限り、2020年9月1日現在の状況についてご回答ください。

※各設問の()内には、数値をご回答ください。該当するものがない場合は「0」を、数値がわからない場合は「-」をご記入ください。

※本調査票中、「市区町村」の「区」とは、東京23区を指します。貴院が政令指定都市内にある場合は、本調査中の「市区町村」は、「市」と読み替えてご回答ください。

※問4以降については、貴院のうち、

(**名簿で指定の入院料を印字**)

を算定する病棟(以下、「調査病棟」と表記)についてご回答ください。該当する病棟が複数ある場合は、65歳以上の退院者が占める割合が最も高い1病棟を選んでください。

問1 ご回答責任者の所属・氏名等についてご回答ください。

1) 病院名	
2) ご回答責任者の部署名	
3) ご回答責任者の氏名	
4) ご連絡先電話番号	()-()-()

問2 貴院の属性についてご回答ください。

1) 病院の種類 (当てはまる番号全てに○)	01. 特定機能病院 03. 在宅療養支援病院 05. 精神病床が80%以上の病院	02. 地域医療支援病院 04. 救急指定病院 06. 01~05のどれにも当てはまらない
2) 許可病床数	許可病床数:()床 うち一般病床数:()床	うち療養病床数:()床
3) 貴院が届け出ている入院料等の種類 (当てはまる番号全てに○)	01. 急性期一般入院料1 03. 地域一般入院料1~3 05. 地域包括ケア入院医療管理料 07. 療養病棟入院基本料 09. 介護療養病床	02. 急性期一般入院料2~7 04. 地域包括ケア病棟入院料 06. 回復期リハビリテーション病棟入院料 08. 01~07以外の医療保険の入院料
4) 貴院が届け出ている加算の種類 (当てはまる番号全てに○)	01. 入退院支援加算1 03. 入退院支援加算3 05. 入院時支援加算	02. 入退院支援加算2 04. 地域連携診療計画加算 06. 01~05のうち届け出ているものはない

問3 貴院の入退院支援に係る体制についてご回答ください。

<p>1) 入退院支援を担当する部署の有無 (当てはまる番号1つに○)</p>	<p>01. 入退院支援を担当する部門(地域連携室、入退院支援室など)を設置している 02. 設置していない</p>	
<p>2) 入退院支援に専従する職員の配置の有無 (配置している職種の番号全てに○)</p>	<p>01. 入退院支援を担当する部門に所属する看護職員 02. 入退院支援を担当する部門に所属する社会福祉士 03. 入退院支援を担当する部門に所属するその他の職種 04. 入退院支援を担当する部門以外に所属する入退院調整看護師 05. 入退院支援を担当する部門以外に所属する社会福祉士 06. 入退院支援を担当する部門以外に所属するその他の職種 07. 01~06のうち入退院支援に専従する職員の配置はない</p>	
<p>3) 介護サービスを利用していた患者が入院する際の、介護事業所との連絡窓口</p>	<p>①担当部門 (※) (当てはまる番号全てに○)</p>	<p>01. 入(退)院支援を担当する部門 02. 当該患者の入院病棟 03. 01・02以外の部門 ⇒具体的に:[]</p>
	<p>※複数の選択肢に○をした場合、何に応じて担当部門が変わるのかをお答えください。(当てはまる番号全てに○)</p>	
	<p>01. 患者が入院する病棟に応じて変わる 02. 患者を担当する診療科に応じて変わる 03. その他の要因に応じて変わる ⇒具体的に:[]</p>	
	<p>②担当職種 (当てはまる番号全てに○)</p>	<p>01. 入(退)院支援に専従する看護師 02. 01以外の看護職員 03. 社会福祉士 04. 01~03以外の職種 ⇒具体的に:[]</p>
<p>4) 退院後に介護サービスの利用が見込まれる患者が退院する際の、介護事業所との連絡窓口</p>	<p>①担当部門 (※) (当てはまる番号全てに○)</p>	<p>01. (入)退院支援を担当する部門 02. 当該患者の入院病棟 03. 01・02以外の部門 ⇒具体的に:[]</p>
	<p>※複数の選択肢に○をした場合、何に応じて担当部門が変わるのかをお答えください。(当てはまる番号全てに○)</p>	
	<p>01. 患者が入院していた病棟に応じて変わる 02. 患者を担当する診療科に応じて変わる 03. その他の要因に応じて変わる ⇒具体的に:[]</p>	
	<p>②担当職種 (当てはまる番号全てに○)</p>	<p>01. (入)退院支援に専従する看護師 02. 01以外の看護職員 03. 社会福祉士 04. 01~03以外の職種 ⇒具体的に:[]</p>

<問4以降のご回答に当たってのお願い>

※問4以降については、貴院のうち、「本調査票の1ページ目上部に記載の入院料」を算定する病棟（以下、「調査病棟」と表記）についてご回答ください。該当する病棟が複数ある場合は、65歳以上の退院者が占める割合が最も高い1病棟を選んでください。

※問4以降の回答は、調査病棟の患者の入退院支援を担当する職員の方がご回答ください。

問4 調査病棟の概要について、ご回答ください。

1) 調査病棟の名称		2) 調査病棟の許可病床数	() 床
------------	--	---------------	-------

問5 調査病棟の1か月間の入院延べ日数、および退院者数についてご回答ください。

	2019年9月	2020年9月
1) 入院延べ日数	() 日	() 日
2) 退院者数（転棟、死亡退院を除く）	() 人	() 人
① 2)のうち退院時に65～74歳であった患者	() 人	() 人
② 2)のうち退院時に75歳以上であった患者	() 人	() 人

問6 調査病棟からの1か月間の退院者数のうち、下記に該当する者のおおよその割合についてご回答ください。

1) 退院患者のうち、住所が貴院と同じ市区町村内である患者の割合（当てはまる番号各1つに○）			
①2019年9月の退院者	01. 1割程度未満	02. 1～3割程度	03. 3～5割程度
	04. 5～7割程度	05. 7～9割程度	06. 9割程度以上
②2020年9月の退院者	01. 1割程度未満	02. 1～3割程度	03. 3～5割程度
	04. 5～7割程度	05. 7～9割程度	06. 9割程度以上
2) 退院患者のうち、住所が貴院と同じ二次医療圏（※）内である患者の割合（当てはまる番号各1つに○） ※二次医療圏に含まれる市区町村については、別紙参考資料「各二次医療圏に含まれる市区町村の一覧」をご参照ください。 また、(1つの市が複数の二次医療圏に分かれる川崎市を除き)1)でお答え頂いた、「住所が貴院と同じ市区町村内である患者」も含めた割合でお答えください。			
①2019年9月の退院者	01. 1割程度未満	02. 1～3割程度	03. 3～5割程度
	04. 5～7割程度	05. 7～9割程度	06. 9割程度以上
②2020年9月の退院者	01. 1割程度未満	02. 1～3割程度	03. 3～5割程度
	04. 5～7割程度	05. 7～9割程度	06. 9割程度以上
3) 退院患者のうち、住所が貴院と同じ都道府県内（※）である患者の割合（当てはまる番号各1つに○） ※1)や2)でお答え頂いた、「住所が貴院と同じ市区町村内や二次医療圏内である患者」も含めた割合でお答えください。			
①2019年9月の退院者	01. 1割程度未満	02. 1～3割程度	03. 3～5割程度
	04. 5～7割程度	05. 7～9割程度	06. 9割程度以上
②2020年9月の退院者	01. 1割程度未満	02. 1～3割程度	03. 3～5割程度
	04. 5～7割程度	05. 7～9割程度	06. 9割程度以上
4) 退院患者のうち、入院前から介護保険サービスを利用していた患者の割合（当てはまる番号各1つに○）			
①2019年9月の退院者	01. 1割程度未満	02. 1～3割程度	03. 3～5割程度
	04. 5～7割程度	05. 7～9割程度	06. 9割程度以上
②2020年9月の退院者	01. 1割程度未満	02. 1～3割程度	03. 3～5割程度
	04. 5～7割程度	05. 7～9割程度	06. 9割程度以上

5) 【1)で 01 を選択した場合】 1)でお答えいただいた入退院支援のルールにおいて、入院時や退院時の入院医療・居宅介護間の情報共有の進め方として盛り込まれている内容や、実際に適用（遵守）されている度合いについて、ご回答ください。

		ルール・取り決めの有無		調査病棟での適用(遵守)度合い			貴院と入退院調整を行う居宅介護側の適用(遵守)度合い		
		(当てはまる番号各1つに○)		(当てはまる番号各1つに○)			(当てはまる番号各1つに○)		
ルールの内容		01	02	11	12	13	21	22	23
		取り決めあり	取り決めなし	8割程度以上のケースで適用	3～8割程度のケースで適用	3割程度未満のケースで適用	8割程度以上のケースで遵守	3～8割程度のケースで遵守	3割程度未満のケースで遵守
入院支援	①入院時に、病院が行うべき「退院後の介護保険の利用が見込まれる患者」のスクリーニングの方法	01	02	11	12	13			
	②介護サービスの利用者が入院した時に、病院が、入院の事実をケアマネジャー等に伝達すること	01	02	11	12	13			
	③自事業所がケアプランを作成している利用者の入院を把握した時に、ケアマネジャー等が、入院先の病院に自事業所の利用者である旨を伝達すること	01	02				21	22	23
	④入院時に、ケアマネジャー等が当該患者について、入院先の病院に伝達すべき情報の内容	01	02				21	22	23
	⑤入院時に、ケアマネジャー等が当該患者について、入院先の病院への情報伝達に用いる様式	01	02				21	22	23
退院支援	⑥病院が、退院後に介護保険の利用が見込まれる患者に対して行うべき、介護保険申請の支援の方法	01	02	11	12	13			
	⑦退院後に関する本人・家族の希望の聞き取りや、入院医療・居宅介護間での共有の方法	01	02	11	12	13	21	22	23
	⑧退院後の療養環境について病院が行うべき情報収集の内容・方法(居宅調査など)	01	02	11	12	13			
	⑨病院から、ケアマネジャー等への退院支援計画の伝達の方法	01	02	11	12	13			
	⑩病院から、ケアマネジャー等への退院予定に関する伝達の時期	01	02	11	12	13			
	⑪退院時に、本人・家族に対して、入院医療・居宅介護が連携して行う支援の方法	01	02	11	12	13	21	22	23
	⑫退院時に、病院が当該患者について、ケアマネジャー等に伝達すべき情報の内容	01	02	11	12	13			
⑬退院時に、病院が当該患者について、ケアマネジャー等への情報伝達に用いる様式	01	02	11	12	13				
その他	⑭退院後に、病院が行うべきフォローアップの内容・方法	01	02	11	12	13			
	⑮退院後、一定期間を経た後に、ケアマネジャーが行うべきフィードバックの内容・方法	01	02				21	22	23
	⑯入退院支援について、傷病別に異なったルールの設定	01	02						
	⑰その他[内容:]	01	02	11	12	13	21	22	23

問8 入退院時に、貴院とケアマネジャー等との間でやりとりしている情報の様式や運用上の工夫について、お伺いいたします。

1) 入院前から居宅介護サービスを利用している患者が調査病棟に入院する際に、貴院がケアマネジャー等から提供される情報（例：入院時情報提供シート）の様式として、もっとも多いものはどれですか。（最もよく当てはまる番号1つに○）

- 01. 単一の市区町村内の共通様式として作成された様式
- 02. 複数の市区町村における共通様式として作成された様式
- 03. 都道府県における共通様式として作成された様式
- 04. それぞれの居宅介護支援事業所等（発出側）で用いられている独自様式
- 05. 貴院（受取側）が指定している独自様式
- 06. その他 ⇒その様式：[]

2) 退院後に居宅介護サービスを利用が見込まれる患者が調査病棟を退院する際に、貴院がケアマネジャー等に提供している情報（例：退院時情報提供シート）の様式として、もっとも多いものはどれですか。（最もよく当てはまる番号1つに○）

- 01. 単一の市区町村内の共通様式として作成された様式 ⇒5) にお進みください
- 02. 複数の市区町村における共通様式として作成された様式 ⇒5) にお進みください
- 03. 都道府県における共通様式として作成された様式 ⇒5) にお進みください
- 04. 貴院（発出側）で用いられている独自様式 ⇒3) にもお答えください
- 05. それぞれの居宅介護支援事業所等（受取側）が指定している独自様式 ⇒5) にお進みください
- 06. その他 ⇒その様式：[] ⇒5) にお進みください

3) 【2)で 04 を選択した場合】 退院後に居宅介護サービスを利用が見込まれる患者が調査病棟を退院する際に、貴院がケアマネジャー等に提供している情報（例：退院時情報提供シート）について、貴院の独自様式ではなく、共通様式を採用することは困難ですか。（当てはまる番号1つに○）

- 01. 困難である ⇒4) にお進みください
- 02. 困難ではない ⇒5) にお進みください

4) 【3)で 01 を選択した場合】 3)について、共通様式を採用することが困難な理由は何ですか。（当てはまる番号全てに○）

- 01. 電子カルテシステム等の情報システムを共通様式に対応させるのが困難
- 02. ケアマネジャー等に伝達したい項目の中に、共通様式に盛り込まれていないものがある
- 03. 共通様式の中に、記載が困難、あるいは手間のかかるものがある
- 04. その他の理由 ⇒その内容：[]

5) 退院後に居宅介護サービスを利用が見込まれる患者が調査病棟から退院する際に、貴院がケアマネジャー等に提供している情報の様式に盛り込まれている内容について、ご回答ください。（当てはまる番号全てに○）

連絡先	01. 発信者の連絡先	02. 緊急時連絡先（貴院の窓口等）
	03. 退院後の診療を担う医療機関の連絡先	
医療の状況	04. 診断名	05. 入院中の治療内容
	06. 退院時の処方内容	07. 退院後に必要な医療処置の内容
	08. 退院後に必要な医療サービス（訪問看護等）	09. 退院後に必要なリハビリテーション
身体の状態	10. 傷病状態の安定・不安定	11. 身体機能の状況（筋力・麻痺・拘縮等）
	12. 移動の状況（歩行・移乗能力等）	13. 更衣/入浴/排泄の状況
	14. 食事の状況	15. 栄養状態
	16. 口腔の状況	17. アレルギーの有無・内容
	18. 身体障害の状況	
精神症状	19. 認知症高齢者の日常生活自立度	20. 認知症の中核症状
	21. 認知症の行動・心理症状	22. 認知症以外の精神症状
状態の見通し	23. 傷病の見通し	24. ADL の変化の見通し
	25. 要介護認定の見直しの必要性	26. 受診を勧める目安
	27. 再入院の目安	28. 看取り期を判断する目安
生活上の注意	29. 運動に関する注意	30. 移動に関する注意
	31. 食事に関する注意	32. 服薬に関する注意
	33. その他 ⇒その内容：[]

6) 入退院時の貴院とケアマネジャー等との間の情報共有について、調査病棟において行っている運用上の工夫について、ご回答ください。（当てはまる番号全てに○）

01. 入退院時の情報共有について、情報通信機器を用いたデータのやりとりを行っている
⇒用いている機器やシステム： []
02. ケアマネジャー等に伝達する情報提供シートを、貴院の他のシステムやツールと連携させることで、作成の省力化を図っている
03. 入退院時の情報共有にあたり、「やりとりすべき情報内容の標準化」を図っている
⇒標準化の方法： []
04. 患者の傷病や状態像に応じて、記載を省略してよい情報項目を定める等の方法で、作成の省力化を図っている
05. その他
⇒具体的に： []

問9 入院医療と居宅介護との間の連携や情報共有の在り方について、お考えをお伺いいたします。

1) 入退院時の入院医療・居宅介護間の情報共有に関する以下の事項に関する「ルール化の必要性の高さ」「地域間でのルールの統一性」について、調査病棟における入退院支援の実態と最も合うものをご回答ください。		ルール化の 必要性の高さ (当てはまる番号 各1つに○)			地域間での ルールの統一性 (当てはまる番号 各1つに○)		
ルールの内容		11	12	13	21	22	23
		必要性が高い	どちらともいえない	必要性は低い	地域をこえて統一され たルールが望ましい	どちらともいえない	地域の個別事情に 応じたルールが望ましい
関係構築	①入院医療(病院・有床診療所)と居宅介護(居宅介護支援事業所・地域包括支援センター等)との関係づくりの方法	11	12	13	21	22	23
	②病院・有床診療所が、入退院支援の担当部署や担当者の連絡先を公表しておくこと	11	12	13	21	22	23
入院支援	③入院時に、病院・有床診療所が行うべき「退院後の介護保険の利用が見込まれる患者」のスクリーニングの方法	11	12	13	21	22	23
	④介護サービスの利用者が入院した時に、病院・有床診療所が、入院の事実をケアマネジャー等に伝達すること	11	12	13	21	22	23
	⑤自事業所がケアプランを作成している利用者の入院を把握した時に、ケアマネジャー等が、入院先の病院・有床診療所に自事業所の利用者である旨を伝達すること	11	12	13	21	22	23
	⑥入院時に、ケアマネジャー等が当該患者について、入院先の病院・有床診療所に伝達すべき情報の内容	11	12	13	21	22	23
	⑦入院時に、ケアマネジャー等が当該患者について、入院先の病院・有床診療所への情報伝達に用いる様式	11	12	13	21	22	23
退院支援	⑧病院・有床診療所が、退院後に介護保険の利用が見込まれる患者に対して行うべき、介護保険申請の支援の方法	11	12	13	21	22	23
	⑨退院後に関する本人・家族の希望の聞き取りや、入院医療・居宅介護間での共有の方法	11	12	13	21	22	23
	⑩退院後の療養環境について病院・有床診療所が行うべき情報収集の内容・方法(居宅調査など)	11	12	13	21	22	23
	⑪病院・有床診療所から、ケアマネジャー等への退院支援計画の伝達の方法	11	12	13	21	22	23
	⑫病院・有床診療所から、ケアマネジャー等への退院予定に関する伝達の時期	11	12	13	21	22	23
	⑬退院時に、本人・家族に対して、入院医療・居宅介護が連携して行う支援の方法	11	12	13	21	22	23
	⑭退院時に、病院・有床診療所が当該患者について、ケアマネジャー等に伝達すべき情報の内容	11	12	13	21	22	23
	⑮退院時に、病院・有床診療所が当該患者について、ケアマネジャー等への情報伝達に用いる様式	11	12	13	21	22	23
その他	⑯退院後に、病院・有床診療所が行うべきフォローアップの内容・方法	11	12	13	21	22	23
	⑰退院後、一定期間を経た後に、ケアマネジャーが行うべきフィードバックの内容・方法	11	12	13	21	22	23
	⑱入退院支援について、傷病別に異なったルールの設定	11	12	13	21	22	23

2) 貴院の周辺地域において、入院医療と居宅介護間の連携や情報共有の在り方をルール化するにあたり、地域独自で考慮を要する地域性の有無やその内容について、ご回答ください。（当てはまる番号1つに○）

01. 地域独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものはない
 02. 地域独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものがある

⇒その内容：

[]

3) 入院前から居宅介護サービスを利用している患者が調査病棟に入院する際に、貴院がケアマネジャー等から提供される情報として、特に重要と考えている項目について、ご回答ください。（当てはまる番号全てに○）

連絡先	01. 発信者の連絡先	02. 緊急時連絡先（親族等）	
	03. かかりつけ医/歯科医/薬局/訪問看護等の連絡先		
家族・介護者	04. 家族構成図	05. 家族との関係（疎遠等）	
	06. 主介護者が誰なのか	07. 主介護者の状況	08. 虐待リスク
生活・経済状況	09. 住居の環境	10. 生活歴	11. 生活習慣
	12. 食事の内容	13. 生活困窮の有無	
医療の状況	14. 医科の受療状況	15. 歯科の受療状況	16. 薬局の利用状況
	17. 訪問看護の利用状況	18. 行っている医療処置の内容	19. 診断名
介護の状況	20. 要介護度	21. 要介護認定の有効期間	22. 要介護認定の申請日
	23. 介護サービスの利用状況		
ADL・身体状況	24. 移動方法	25. 更衣/入浴/排泄の介助状況	26. 食事の介助状況
	27. 服薬管理の状況	28. 栄養状態	29. 口腔の状況
	30. アレルギーの有無・内容	31. 身体障害の状況	
精神症状	32. 認知症高齢者の日常生活自立度		33. 認知症の行動・心理症状
	34. 認知症以外の精神症状		
希望	35. 退院後の本人希望	36. 退院後の家族希望	37. 看取りに係る希望
	38. その他 ⇒その内容：[]		

4) 入院前から居宅介護サービスを利用していた患者が調査病棟に入院する際に、ケアマネジャー等から提供される情報として、十分な情報が得られないケースが多いと考えている項目について、ご回答ください。（当てはまる番号全てに○）

連絡先	01. 発信者の連絡先	02. 緊急時連絡先（親族等）	
	03. かかりつけ医/歯科医/薬局/訪問看護等の連絡先		
家族・介護者	04. 家族構成図	05. 家族との関係（疎遠等）	
	06. 主介護者が誰なのか	07. 主介護者の状況	08. 虐待リスク
生活・経済状況	09. 住居の環境	10. 生活歴	11. 生活習慣
	12. 食事の内容	13. 生活困窮の有無	
医療の状況	14. 医科の受療状況	15. 歯科の受療状況	16. 薬局の利用状況
	17. 訪問看護の利用状況	18. 行っている医療処置の内容	19. 診断名
	20. 処方されている薬の内容		
介護の状況	21. 要介護度	22. 要介護認定の有効期間	23. 要介護認定の申請日
	24. 介護サービスの利用状況		
ADL・身体状況	25. 移動方法	26. 更衣/入浴/排泄の介助状況	27. 食事の介助状況
	28. 服薬管理の状況	29. 栄養状態	30. 口腔の状況
	31. アレルギーの有無・内容	32. 身体障害の状況	
精神症状	33. 認知症高齢者の日常生活自立度		34. 認知症の行動・心理症状
	35. 認知症以外の精神症状		
希望	36. 退院後の本人希望	37. 退院後の家族希望	38. 看取りに係る希望
	39. その他 ⇒その内容:[]		

5) 退院後に居宅介護サービスの利用が想定される患者が調査病棟を退院する際に、ケアマネジャー等へ提供している情報に関して、特に業務負担が大きい、あるいは情報提供が困難と考えている項目について、ご回答ください。（当てはまる番号全てに○）

連絡先	01. 発信者の連絡先	02. 緊急時連絡先（貴院の窓口等）	
	03. 退院後の診療を担う医療機関の連絡先		
医療の状況	04. 診断名	05. 入院中の治療内容	
	06. 退院時の処方内容	07. 退院後に必要な医療処置の内容	
	08. 退院後に必要な医療サービス（訪問看護等）	09. 退院後に必要なリハビリテーション	
身体状況	10. 傷病状態の安定・不安定	11. 身体機能の状況（筋力・麻痺・拘縮等）	
	12. 移動の状況（歩行・移乗能力等）	13. 更衣/入浴/排泄の状況	
	14. 食事の状況	15. 栄養状態	
	16. 口腔の状況	17. アレルギーの有無・内容	
	18. 身体障害の状況		
精神症状	19. 認知症高齢者の日常生活自立度	20. 認知症の中核症状	
	21. 認知症の行動・心理症状	22. 認知症以外の精神症状	
状態の見通し	23. 傷病の見通し	24. ADLの変化の見通し	25. 要介護認定の見直しの必要性
	26. 受診を勧める目安	27. 再入院の目安	28. 看取り期を判断する目安
生活上の注意	29. 運動に関する注意	30. 移動に関する注意	31. 食事に関する注意
	32. 服薬に関する注意		
	33. その他 ⇒その内容:[]		

6) 入院医療と居宅介護との間の連携や情報共有にあたり、調査病棟において大きな課題と考えているものについて、ご回答ください。（当てはまる番号全てに○）

01. 過去にやり取りを行ったことのないケアマネジャーや居宅介護支援事業所との連携や情報共有にあたり、連絡がつきにくい
02. 担当ケアマネジャーや居宅介護支援事業所ごとの、入院患者に関する情報提供の内容のばらつきが大きい
03. 担当ケアマネジャーや居宅介護支援事業所ごとに、情報共有の方法や様式が異なり、業務が非効率となりやすい
04. 近隣の居宅介護支援事業所や地域包括支援センターとの間で連携や情報共有の在り方をルール化しているが、ルールに参加していない事業所等との連携や情報共有が行いにくい
05. 患者の傷病や状態像に応じて、必要な情報共有の内容が大きく異なるため、標準化が図りにくい
06. その他
⇒具体的に:

[]

問 10 新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、入院医療と居宅介護との間の連携や情報共有において生じている事態や課題、対応についてお伺いいたします。

1) 新型コロナウイルス感染症の拡大以前と比べ、現在、居宅介護サービスを利用している高齢者が調査病棟に入院することについて、生じている事態や課題について、ご回答ください。（当てはまる番号・記号全てに○）
※本問において、「感染」とは新型コロナウイルスへの感染を指します。

01. 居宅介護サービスを利用している高齢者の入院の受入を要請されることが2割以上減った月がある
⇒時期: a. 3月以前 b. 4月 c. 5月 d. 6月 e. 7月 f. 8月 g. 9月以降

02. 居宅介護サービスを利用している高齢者の入院の受入を要請されることが2割以上増えた月がある
⇒時期: a. 3月以前 b. 4月 c. 5月 d. 6月 e. 7月 f. 8月 g. 9月以降

03. 居宅介護サービスを利用している高齢者について、入院の受入を要請されても、受入ができないことが増えた時期がある
⇒受入ができない/できなかった背景:

- a. 職員や入院患者に感染者が生じ、入院の受入を停止・抑制する必要が生じた
- b. 感染者を受け入れる病床の確保のため、通常の入院の受入を停止・抑制する必要が生じた
- c. 感染の発生・拡大を防止するため、入院の受入患者数を抑制した
- d. 感染者の治療への従事のために、通常の業務から外れる職員が多く、職員の数不足した
- e. 家庭事情等で出勤できない職員が多く、職員の数不足した
- f. その他の背景:[]

04. 居宅介護サービスを利用している高齢者の入院にあたり、居宅介護側との連携や情報共有が困難となった時期がある
⇒困難となった背景:

- a. 面会や立入の制限などにより、外部の職員が参加するカンファレンスを十分に行えなかった
- b. 設備や通信環境上の問題から、web 会議等の情報通信機器によるやり取りを十分に行えなかった
- c. 操作の習熟度の問題から、web 会議等の情報通信機器によるやり取りを十分に行えなかった
- d. 介護サービスを利用している高齢者の予期せぬ入院が増えた
- e. その他の背景:[]

05. その他の事態・課題

⇒内容:

[]

2) 新型コロナウイルス感染症の拡大以前と比べ、居宅介護サービスの利用が見込まれる高齢者が調査病棟を退院することについて、生じている事態や課題について、ご回答ください。（当てはまる番号・記号全てに○）
※本問において、「感染」とは新型コロナウイルスの感染を指します。

01. 居宅介護サービスの利用が見込まれる高齢者の退院が2割以上減った月がある

⇒時期: a. 3月以前 b. 4月 c. 5月 d. 6月 e. 7月 f. 8月 g. 9月以降

02. 居宅介護サービスの利用が見込まれる高齢者の退院が2割以上増えた月がある

⇒時期: a. 3月以前 b. 4月 c. 5月 d. 6月 e. 7月 f. 8月 g. 9月以降

03. 居宅介護サービスの利用が見込まれる高齢者について、退院調整を行っても、受入先が確保できずに退院させられないことが増えた時期がある

⇒退院させられない/させられなかった背景:

- a. 受入先に感染者が生じ、受入先の退院患者の受入が停止・抑制された
- b. 感染の発生・拡大を防止するため、受入先の退院患者の受入が停止・抑制された
- c. 受入先に職員の不足が生じ、退院患者の受入が停止・抑制された
- d. 感染の発生・拡大を防止するため、貴院からの退院患者の受入を拒否された
- e. その他の背景:[]

04. 居宅介護サービスの利用が見込まれる高齢者が退院するにあたり、介護側との連携や情報共有が困難となった時期がある

⇒困難となった背景:

- a. 面会や立入の制限などにより、外部の職員が参加するカンファレンスを十分に行えなかった
- b. 設備や通信環境上の問題から、web会議等の情報通信機器によるやり取りを十分に行えなかった
- c. 操作の習熟度の問題から、web会議等の情報通信機器によるやり取りを十分に行えなかった
- d. その他の背景:[]

05. その他の事態・課題

⇒内容:

[]

3) 新型コロナウイルス感染症の拡大以降、入退院に係る居宅介護との連携や情報共有を確保するために、調査病棟において講じられている工夫について、ご記載ください。

※調査票は、これにて終了です。ご回答いただき、ありがとうございました。

早期地域療養移行支援パス作成に関する調査研究

居宅介護支援事業所調査票

※特に記載がない限り、2020年9月1日現在の状況についてご回答ください。

※各設問の()内には、数値をご回答ください。該当するものがない場合は「0」を、数値がわからない場合は「-」をご記入ください。

※本調査票中、「市区町村」の「区」とは、東京23区を指します。貴事業所が政令指定都市内にある場合は、本調査中の「市区町村」は、「市」と読み替えてご回答ください。

問1 ご回答責任者の所属・氏名等についてご回答ください。

1) 事業所名	
2) ご回答責任者の部署名	
3) ご回答責任者の氏名	
4) ご連絡先電話番号	()-()-()

問2 貴事業所の属性についてご回答ください。

1) 併設している機関等 (当てはまる番号全てに○)	01. 病院	02. 有床診療所	03. 無床の一般診療所
	04. 歯科診療所	05. 訪問看護ステーション	06. 介護老人福祉施設
	07. 介護老人保健施設	08. 介護医療院	09. 特定施設
	10. 認知症グループホーム	11. 地域包括支援センター	12. 01~11以外の事業所
13. 併設しているものはない(独立事業所)			
2) 経営主体 (当てはまる番号1つに○)	01. 地方公共団体	02. 社会福祉協議会	03. 社会福祉法人(02以外)
	04. 医療法人	05. 社団・財団法人	06. 協同組合
	07. 営利法人(会社)	08. 特定非営利活動法人(NPO)	09. その他
3) 関連法人・系列法人 (当てはまる番号全てに○)	01. 地方公共団体	02. 社会福祉協議会	03. 社会福祉法人(02以外)
	04. 医療法人	05. 社団・財団法人	06. 協同組合
	07. 営利法人(会社)	08. 特定非営利活動法人(NPO)	09. その他

問3 貴事業所の利用者数や入退院に係る状況についてご回答ください。

1) 2019年9月1日現在の居宅介護支援の利用者数	()人
2) 1)のうち、2019年4月~8月に医療機関からの退院があった人数(実人数)	()人
3) 1)のうち、2019年9月~10月に医療機関への入院があった人数(実人数)	()人
4) 2020年9月1日現在の居宅介護支援の利用者数	()人
5) 4)のうち、2020年4月~8月に医療機関からの退院があった人数(実人数)	()人
6) 4)のうち、2020年9月~10月に医療機関への入院があった人数(実人数)	()人

問4 医療機関を退院した貴事業所の利用者のうち、下記に該当する者のおおよその割合についてご回答ください。

1) 退院した利用者のうち、貴事業所と同じ市区町村の医療機関を退院した利用者の割合（当てはまる番号各1つに○）			
①2019年4月～8月の退院者	01. 1割程度未満 04. 5～7割程度	02. 1～3割程度 05. 7～9割程度	03. 3～5割程度 06. 9割程度以上
②2020年4月～8月の退院者	01. 1割程度未満 04. 5～7割程度	02. 1～3割程度 05. 7～9割程度	03. 3～5割程度 06. 9割程度以上
2) 退院した利用者のうち、貴事業所と同じ二次医療圏（※）内の医療機関を退院した利用者の割合（当てはまる番号各1つに○） ※二次医療圏に含まれる市区町村については、別紙参考資料「各二次医療圏に含まれる市区町村の一覧」をご参照ください。また、(1つの市が複数の二次医療圏に分かれる川崎市を除き)1)でお答え頂いた、「貴事業所と同じ市区町村内の医療機関を退院した利用者」も含めた割合でお答えください。			
①2019年4月～8月の退院者	01. 1割程度未満 04. 5～7割程度	02. 1～3割程度 05. 7～9割程度	03. 3～5割程度 06. 9割程度以上
②2020年4月～8月の退院者	01. 1割程度未満 04. 5～7割程度	02. 1～3割程度 05. 7～9割程度	03. 3～5割程度 06. 9割程度以上
3) 退院した利用者のうち、貴事業所と同じ都道府県内（※）の医療機関を退院した利用者の割合（当てはまる番号各1つに○） ※1)や2)でお答え頂いた、「貴事業所と同じ市区町村内や二次医療圏内の医療機関を退院した利用者」も含めた割合でお答えください。			
①2019年4月～8月の退院者	01. 1割程度未満 04. 5～7割程度	02. 1～3割程度 05. 7～9割程度	03. 3～5割程度 06. 9割程度以上
②2020年4月～8月の退院者	01. 1割程度未満 04. 5～7割程度	02. 1～3割程度 05. 7～9割程度	03. 3～5割程度 06. 9割程度以上

問5 入退院患者に関する病院・有床診療所との間の連携や情報共有のあり方に関する「ルール・取り決め」について、お伺いいたします。

1) 貴事業所では、居宅介護サービスを利用している利用者が入院する際や、退院後に居宅介護サービスの利用が見込まれる患者が退院する際の、入院先の病院や有床診療所との連携や情報共有について、病院・有床診療所との間で何らかのルールや取り決めを設けていますか。最も入退院に伴う連携の頻度が高い病院・診療所とのルール・取り決めについてご回答ください。（当てはまる番号1つに○）

01. ルール・取り決めがある ⇒2)~5)にもお答えください 02. ルール・取り決めはない ⇒問6にお進みください

→ 2) 【1)で 01 を選択した場合】 1)でお答えいただいた入退院時の連携や情報共有に関するルール・取り決めの名称をご回答ください。まった名称がなければ、「ルールの名称なし」とご回答ください。

→ 3) 【1)で 01 を選択した場合】 1)でご回答いただいた入退院時の連携や情報共有に関するルール・取り決めは、どのような形態のものですか。（当てはまる番号全てに○）

01. 市区町村よりも広い地域を単位とする、地域共通のルール ⇒4)にもお答えください

02. 市区町村もしくはその一部の地域を単位とする、地域共通のルール ⇒4)にもお答えください

03. 貴事業所の運営主体を含む法人グループ内で運用されているルール

04. 複数の病院・有床診療所が参加して設定し、介護側に提示しているルール
 (01・02のような地域共通のルールや、03のような法人グループのルールを除く)

05. 病院・有床診療所が単体で設定し、介護側に提示しているルール

06. 病院・有床診療所の一部の部門（病棟・診療科等）が設定し、介護側に提示しているルール

07. 病院・有床診療所の入院支援担当者と貴事業者側の担当者（ケアマネジャー等）との間で交わされる担当者ベースのルール・取り決め（明文化されていない約束事を含む）

08. 貴事業所が単体で設定し、病院・有床診療所側に提示しているルール

09. 貴事業所の運営法人等が設定し、病院・有床診療所側に提示しているルール

10. その他の形態 ⇒具体的に：[]

→ 4) 【3)で 01・02 を選択した場合】 1)でお答えいただいた入退院支援のルールづくりを、最も主導した主体はどれですか。（最もよく当てはまる番号1つに○）

貴事業所 01. 貴事業所（単体） 02. 貴事業所の運営主体

行政

03. 貴事業所のある市区町村

04. 貴事業所のある市区町村とは別の市区町村

05. 都道府県の本庁

06. 都道府県の保健所

職能団体

07. 市区町村の全域または一部を圏域とする地区医師会

08. 複数の市区町村を圏域とする地区医師会

09. 都道府県医師会

10. 医師会以外の職能団体

医療機関等

11. 貴事業所と同じ市区町村内にある特定の医療機関

12. 貴事業所とは異なる市区町村にある特定の医療機関

13. 複数の医療機関が参画する合議体（自治体が設置するものを除く）

14. その他 ⇒その主体：[]

15. わからない

5) 【1)で 01 を選択した場合】 1)でお答えいただいた入退院支援のルールにおいて、入院時や退院時の入院医療・居宅介護間の情報共有の進め方として盛り込まれている内容や、実際に適用（遵守）されている度合いについて、ご回答ください。

		ルール・取り決めの有無		貴事業所での適用(遵守)割合			貴事業所と入退院調整を行う病院・有床診療所の遵守割合		
		01	02	11	12	13	21	22	23
ルールの内容		取り決めあり	取り決めなし	8割程度以上のケースで適用	3〜8割程度のケースで適用	3割程度未満のケースで適用	8割程度以上のケースで遵守	3〜8割程度のケースで遵守	3割程度未満のケースで遵守
入院支援	①入院時に、病院が行うべき「退院後の介護保険の利用が見込まれる患者」のスクリーニングの方法	01	02				21	22	23
	②介護サービスの利用者が入院した時に、病院が、入院の事実をケアマネジャー等に伝達すること	01	02				21	22	23
	③自事業所がケアプランを作成している利用者の入院を把握した時に、ケアマネジャー等が、入院先の病院に自事業所の利用者である旨を伝達すること	01	02	11	12	13			
	④入院時に、ケアマネジャー等が当該患者について、入院先の病院に伝達すべき情報の内容	01	02	11	12	13			
	⑤入院時に、ケアマネジャー等が当該患者について、入院先の病院への情報伝達に用いる様式	01	02	11	12	13			
退院支援	⑥病院が、退院後に介護保険の利用が見込まれる患者に対して行うべき、介護保険申請の支援の方法	01	02				21	22	23
	⑦退院後に関する本人・家族の希望の聞き取りや、入院医療・居宅介護間での共有の方法	01	02	11	12	13	21	22	23
	⑧退院後の療養環境について病院が行うべき情報収集の内容・方法(居宅調査など)	01	02				21	22	23
	⑨病院から、ケアマネジャー等への退院支援計画の伝達の方法	01	02				21	22	23
	⑩病院から、ケアマネジャー等への退院予定に関する伝達の時期	01	02				21	22	23
	⑪退院時に、本人・家族に対して、入院医療・居宅介護が連携して行う支援の方法	01	02	11	12	13	21	22	23
	⑫退院時に、病院が当該患者について、ケアマネジャー等に伝達すべき情報の内容	01	02				21	22	23
	⑬退院時に、病院が当該患者について、ケアマネジャー等への情報伝達に用いる様式	01	02				21	22	23
その他	⑭退院後に、病院が行うべきフォローアップの内容・方法	01	02				21	22	23
	⑮退院後、一定期間を経た後に、ケアマネジャーが行うべきフィードバックの内容・方法	01	02	11	12	13			
	⑯入退院支援について、傷病別に異なったルールの設定	01	02						
	⑰その他[内容:]	01	02	11	12	13	21	22	23

問6 貴事業者の利用者が入院する(あるいは、退院後に貴事業所の利用者となる)時に、貴事業所と病院・有床診療所との間でやりとりしている情報の様式や運用上の工夫について、お伺いいたします。

1) 入院前から居宅介護サービスを利用している貴事業所の利用者が入院する際に、貴事業所が病院・診療所に提供している情報(例:入院時情報提供シート)の様式として、もっとも多いものはどれですか。
(最もよく当てはまる番号1つに○)

- | | |
|------------------------------------|---------------|
| 01. 単一の市区町村内の共通様式として作成された様式 | ⇒4) にお進みください |
| 02. 複数の市区町村における共通様式として作成された様式 | ⇒4) にお進みください |
| 03. 都道府県における共通様式として作成された様式 | ⇒4) にお進みください |
| 04. 貴事業所(発出側)で用いられている独自様式 | ⇒2) にもお答えください |
| 05. それぞれの病院・有床診療所が(受取側)が指定している独自様式 | ⇒4) にお進みください |
| 06. その他 ⇒その様式:[] | |

2) 【1)で04を選択した場合】入院前から居宅介護サービスを利用している貴事業所の利用者が入院する際に、貴事業所が病院・診療所に提供している情報(例:入院時情報提供シート)について、貴事業所の独自様式ではなく、共通様式を採用することは困難ですか。(当てはまる番号1つに○)

- | | |
|------------------------|-------------------------|
| 01. 困難である ⇒3) にお進みください | 02. 困難ではない ⇒4) にお進みください |
|------------------------|-------------------------|

3) 【2)で01を選択した場合】2)について、共通様式を採用することが困難な理由は何ですか。
(当てはまる番号全てに○)

- | |
|---|
| 01. 情報システムを共通様式に対応させるのが困難 |
| 02. 病院・有床診療所に伝達したい項目の中に、共通様式に盛り込まれていないものがある |
| 03. 共通様式の中に、記載が困難、あるいは手間のかかるものがある |
| 04. その他の理由 ⇒その内容:[] |

4) 入院前から居宅介護サービスを利用している貴事業所の利用者が入院する際に、貴事業所が病院・診療所へ提供している情報の様式に盛り込まれている内容について、ご回答ください。(当てはまる番号全てに○)

連絡先	01. 発信者の連絡先	02. 緊急時連絡先(親族等)
	03. かかりつけ医/歯科医/薬局/訪問看護等の連絡先	
家族・介護者	04. 家族構成図	05. 家族との関係(疎遠等)
	06. 主介護者が誰なのか	07. 主介護者の状況
		08. 虐待リスク
生活・経済状況	09. 住居の環境	10. 生活歴
	11. 生活習慣	
	12. 食事の内容	13. 生活困窮の有無
医療の状況	14. 医科の受療状況	15. 歯科の受療状況
	16. 薬局の利用状況	
	17. 訪問看護の利用状況	18. 行っている医療処置の内容
	19. 診断名	
	20. 処方されている薬の内容	
介護の状況	21. 要介護度	22. 要介護認定の有効期間
	23. 要介護認定の申請日	
	24. 介護サービスの利用状況	
ADL・身体状況	25. 移動方法	26. 更衣/入浴/排泄の介助状況
	27. 食事の介助状況	
	28. 服薬管理の状況	29. 栄養状態
	30. 口腔の状況	
	31. アレルギーの有無・内容	32. 身体障害の状況
精神症状	33. 認知症高齢者の日常生活自立度	
	34. 認知症の行動・心理症状	
	35. 認知症以外の精神症状	
希望	36. 退院後の本人希望	37. 退院後の家族希望
	38. 看取りに係る希望	
	39. その他 ⇒その内容:[]	

5) 退院後に居宅介護サービスの利用を予定している利用者が退院する際に、病院・診療所から貴事業所に提供されている情報（例：退院時情報提供シート）の様式として、もっとも多いものはどれですか。（最もよく当てはまる番号1つに○）

- 01. 単一の市区町村内の共通様式として作成された様式
- 02. 複数の市区町村における共通様式として作成された様式
- 03. 都道府県における共通様式として作成された様式
- 04. 貴事業所（受取り側）が指定している独自様式
- 05. それぞれの病院・有床診療所（発出側）で用いられている独自様式
- 06. その他 ⇒その様式:[]

4) 入退院時の貴事業所と病院・有床診療所との間の情報共有について、貴事業所が行っている運用上の工夫について、ご回答ください。（当てはまる番号全てに○）

- 01. 入退院時の情報共有について、情報通信機器を用いたデータのやりとりを行っている
⇒用いている機器
やシステム: []
- 02. 病院・有床診療所に伝達する情報提供シートを、貴事業所の他のシステムやツールと連携させることで、作成の省力化を図っている
- 03. 入退院時の情報共有にあたり、「やりとりすべき情報内容の標準化」を図っている
⇒標準化
の方法: []
- 04. 利用者の傷病や状態像に応じて、記載を省略してよい情報項目を定める等の方法で、作成の省力化を図っている
- 05. その他
⇒具体的に: []

問7 入院医療と居宅介護との間の連携や情報共有の在り方について、お考えをお伺いいたします。

1) 入退院時の入院医療・居宅介護間の情報共有の進め方に関する以下の事項について、「ルール化の必要性の高さ」「地域間でのルールの統一性」について、貴事業所における業務の実態と最も合うものをご回答ください。		ルール化の 必要性の高さ (当てはまる番号 各1つに○)			地域間での ルールの統一性 (当てはまる番号 各1つに○)		
ルールの内容		11 ルール化の 必要性が高い	12 どちらともいえない	13 ルール化の 必要性は低い	21 地域をこえて統一され たルールが望ましい	22 どちらともいえない	23 地域の個別事情に応じ たルールが望ましい
関係構築	①入院医療(病院・有床診療所)と居宅介護(居宅介護支援事業所・地域包括支援センター等)との関係づくりの方法	11	12	13	21	22	23
	②病院・有床診療所が、入退院支援の担当部署や担当者の連絡先を公表しておくこと	11	12	13	21	22	23
入院支援	③入院時に、病院・有床診療所が行うべき「退院後の介護保険の利用が見込まれる患者」のスクリーニングの方法	11	12	13	21	22	23
	④介護サービスの利用者が入院した時に、病院・有床診療所が、入院の事実をケアマネジャー等に伝達すること	11	12	13	21	22	23
	⑤自事業所がケアプランを作成している利用者の入院を把握した時に、ケアマネジャー等が、入院先の病院・有床診療所に自事業所の利用者である旨を伝達すること	11	12	13	21	22	23
	⑥入院時に、ケアマネジャー等が当該患者について、入院先の病院・有床診療所に伝達すべき情報の内容	11	12	13	21	22	23
	⑦入院時に、ケアマネジャー等が当該患者について、入院先の病院・有床診療所への情報伝達に用いる様式	11	12	13	21	22	23
退院支援	⑧病院・有床診療所が、退院後に介護保険の利用が見込まれる患者に対して行うべき、介護保険申請の支援の方法	11	12	13	21	22	23
	⑨退院後に関する本人・家族の希望の聞き取りや、入院医療・居宅介護間での共有の方法	11	12	13	21	22	23
	⑩退院後の療養環境について病院・有床診療所が行うべき情報収集の内容・方法(居宅調査など)	11	12	13	21	22	23
	⑪病院・有床診療所から、ケアマネジャー等への退院支援計画の伝達の方法	11	12	13	21	22	23
	⑫病院・有床診療所から、ケアマネジャー等への退院予定に関する伝達の時期	11	12	13	21	22	23
	⑬退院時に、本人・家族に対して、入院医療・居宅介護が連携して行う支援の方法	11	12	13	21	22	23
	⑭退院時に、病院・有床診療所が当該患者について、ケアマネジャー等に伝達すべき情報の内容	11	12	13	21	22	23
	⑮退院時に、病院・有床診療所が当該患者について、ケアマネジャー等への情報伝達に用いる様式	11	12	13	21	22	23
その他	⑯退院後に、病院・有床診療所が行うべきフォローアップの内容・方法	11	12	13	21	22	23
	⑰退院後、一定期間を経た後に、ケアマネジャーが行うべきフィードバックの内容・方法	11	12	13	21	22	23
	⑱入退院支援について、傷病別に異なったルールの設定	11	12	13	21	22	23

2) 貴事業所の周辺地域において、入院医療と居宅介護間の連携や情報共有の在り方をルール化するにあたり、地域独自で考慮を要する地域性の有無やその内容について、ご回答ください。(当てはまる番号1つに○)

01. 地域独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものはない

02. 地域独自で考慮を要する特段の地域性として認識しているものがある

⇒その内容:

[]

3) 入院前から居宅介護サービスを利用している利用者が入院する際に、貴事業所が病院・有床診療所に提供している情報として、特に業務負担が大きい、あるいは情報提供が困難と考えている項目について、ご回答ください。(当てはまる番号全てに○)

連絡先	01. 発信者の連絡先	02. 緊急時連絡先(親族等)	
	03. かかりつけ医/歯科医/薬局/訪問看護等の連絡先		
家族・ 介護者	04. 家族構成図	05. 家族との関係(疎遠等)	
	06. 主介護者が誰なのか	07. 主介護者の状況	08. 虐待リスク
生活・経済 状況	09. 住居の環境	10. 生活歴	11. 生活習慣
	12. 食事の内容	13. 生活困窮の有無	
医療の 状況	14. 医科の受療状況	15. 歯科の受療状況	16. 薬局の利用状況
	17. 訪問看護の利用状況	18. 行っている医療処置の内容	19. 診断名
	20. 処方されている薬の内容		
介護の 状況	21. 要介護度	22. 要介護認定の有効期間	23. 要介護認定の申請日
	24. 介護サービスの利用状況		
ADL・身 体の状況	25. 移動方法	26. 更衣/入浴/排泄の介助状況	27. 食事の介助状況
	28. 服薬管理の状況	29. 栄養状態	30. 口腔の状況
	31. アレルギーの有無・内容	32. 身体障害の状況	
精神症状	33. 認知症高齢者の日常生活自立度		34. 認知症の行動・心理症状
	35. 認知症以外の精神症状		
希望	36. 退院後の本人希望	37. 退院後の家族希望	38. 看取りに係る希望
	39. その他 ⇒その内容:[]		

4) 退院後に居宅介護サービスを利用することが予定されている者の退院時に、病院・有床診療所側から提供される情報として、特に重要と考えている項目について、ご回答ください。（当てはまる番号全てに○）

連絡先	01. 発信者の連絡先	02. 緊急時連絡先（医療機関の窓口等）
	03. 退院後の診療を担う医療機関の連絡先	
医療の状況	04. 診断名	05. 入院中の治療内容
	06. 退院時の処方内容	07. 退院後に必要な医療処置の内容
	08. 退院後に必要な医療サービス(訪問看護等)	09. 退院後に必要なリハビリテーション
身体の状態	10. 傷病状態の安定・不安定	11. 身体機能の状況(筋力・麻痺・拘縮等)
	12. 移動の状況(歩行・移乗能力等)	13. 更衣/入浴/排泄の状況
	14. 食事の状況	15. 栄養状態
	16. 口腔の状況	17. アレルギーの有無・内容
	18. 身体障害の状況	
精神症状	19. 認知症高齢者の日常生活自立度	20. 認知症の中核症状
	21. 認知症の行動・心理症状	22. 認知症以外の精神症状
状態の見通し	23. 傷病の見通し	24. ADL の変化の見通し
	25. 要介護認定の見直しの必要性	
	26. 受診を勧める目安	27. 再入院の目安
	28. 看取り期を判断する目安	
生活上の注意	29. 運動に関する注意	30. 移動に関する注意
	31. 食事に関する注意	
	32. 服薬に関する注意	
	33. その他 ⇒その内容:[]

5) 退院後に居宅介護サービスを利用することが予定されている者の退院時に、病院・有床診療所側から提供される情報として、十分な情報が得られないケースが多いと考えている項目について、ご回答ください。（当てはまる番号全てに○）

連絡先	01. 発信者の連絡先	02. 緊急時連絡先（医療機関の窓口等）
	03. 退院後の診療を担う医療機関の連絡先	
医療の状況	04. 診断名	05. 入院中の治療内容
	06. 退院時の処方内容	07. 退院後に必要な医療処置の内容
	08. 退院後に必要な医療サービス(訪問看護等)	09. 退院後に必要なリハビリテーション
身体の状態	10. 傷病状態の安定・不安定	11. 身体機能の状況(筋力・麻痺・拘縮等)
	12. 移動の状況(歩行・移乗能力等)	13. 更衣/入浴/排泄の状況
	14. 食事の状況	15. 栄養状態
	16. 口腔の状況	17. アレルギーの有無・内容
	18. 身体障害の状況	
精神症状	19. 認知症高齢者の日常生活自立度	20. 認知症の中核症状
	21. 認知症の行動・心理症状	22. 認知症以外の精神症状
状態の見通し	23. 傷病の見通し	24. ADL の変化の見通し
	25. 要介護認定の見直しの必要性	
	26. 受診を勧める目安	27. 再入院の目安
	28. 看取り期を判断する目安	
生活上の注意	29. 運動に関する注意	30. 移動に関する注意
	31. 食事に関する注意	
	32. 服薬に関する注意	
	33. その他 ⇒その内容:[]

6) 入院医療と居宅介護との間の連携や情報共有にあたり、貴事業所が大きな課題と考えているものについて、ご回答ください。（最もよく当てはまる番号1つに○）

- 01. 過去にやり取りを行ったことのない病院・有床診療所との連携や情報共有にあたり、連絡がつきにくい
- 02. 病院・有床診療所ごとの、退院者に関する情報提供の内容のばらつきが大きい
- 03. 担当者や医療機関ごとに、情報共有の方法や様式が異なり、業務が非効率となりやすい
- 04. 近隣の病院や有床診療所との間で連携や情報共有の在り方をルール化しているが、ルールに参加していない医療機関との連携や情報共有が行いにくい
- 05. 利用者の傷病や状態像に応じて、必要な情報共有の内容が大きく異なるため、標準化が図りにくい
- 06. その他

⇒具体的に：

[

]

問8 新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、入院医療と居宅介護との間の連携や情報共有において生じている事態や課題、対応についてお伺いいたします。

1) 新型コロナウイルス感染症の拡大以前と比べ、現在、介護サービスを利用している高齢者が病院に入院することについて、生じている事態や課題について、ご回答ください。（当てはまる番号・記号全てに○）

※本問において、「感染」とは新型コロナウイルスへの感染を指します。

01. 介護サービスを利用している高齢者について、入院が必要となっても、入院の要請ができない、あるいは受け入れを断られる事態が増えた時期がある

⇒入院ができない/できなかった背景：

- a. 病院・診療所が、高齢者であるか否かを問わず、入院の受入を停止・抑制していた
- b. 病院・診療所が、高齢者の入院の受入を停止・抑制していた
- c. 貴事業所の利用者に感染が発生し、貴事業所の利用者の入院の受入が断られた
- d. 感染拡大の恐れから利用者とは接触できず、入院の要請ができなかった
- e. 家庭事情等で出勤できない職員が多く、利用者への対応が滞った
- f. その他の背景：[

]

02. 介護サービスを利用している高齢者が入院するにあたり、病院・診療所側との連携や情報共有が困難となった時期がある

⇒困難となった背景：

- a. 面会や立入の制限などにより、カンファレンスに参加できなかった
- b. 設備や通信環境上の問題から、web 会議等の情報通信機器によるやり取りを十分に行えなかった
- c. 操作の習熟度の問題から、web 会議等の情報通信機器によるやり取りを十分に行えなかった
- d. 利用者の予期せぬ入院が増えた
- e. その他の背景：[

]

03. その他の事態・課題

⇒内容：

[

]

2) 新型コロナウイルス感染症の拡大以前と比べ、退院後に介護サービスを利用する高齢者の退院について、生じている事態や課題について、ご回答ください。（当てはまる番号全てに○）

01. 退院後に介護サービスを利用する高齢者の退院が2割以上減った月がある

⇒時期: a. 3月以前 b. 4月 c. 5月 d. 6月 e. 7月 f. 8月 g. 9月以降

02. 退院後に介護サービスを利用する高齢者の退院が2割以上増えた月がある

⇒時期: a. 3月以前 b. 4月 c. 5月 d. 6月 e. 7月 f. 8月 g. 9月以降

03. 退院後に介護サービスを利用する高齢者について、病院側から打診があっても、居宅等での受け入れ体制が確保できず、退院できないことが増えた時期がある

⇒受け入れ体制が確保できない/できなかった背景:

- a. 居宅介護サービスの提供が停止し、退院後に必要な介護を受けられる見通しが立たなかった
- b. 退院直後の利用者の居宅介護サービスの利用を断られ、退院後に必要な介護を受けられる見通しが立たなかった
- c. 訪問診療・訪問看護等の提供が停止し、退院後に必要な在宅医療を受けられる見通しが立たなかった
- d. 退院直後の利用者の訪問診療・訪問看護等の利用を断られ、退院後に必要な在宅医療を受けられる見通しが立たなかった
- e. 当該高齢者の家族や同居者が、感染拡大に伴う入院や仕事の形態の変化等の事情から、不在にすることが多くなり、家族介護が困難となった
- f. その他の背景:
[]

04. 退院後に介護サービスを利用する高齢者が退院するにあたり、介護側との連携や情報共有が困難となった時期がある

⇒困難となった背景:

- a. 面会や立入の制限などにより、カンファレンスに参加できなかった
- b. 設備や通信環境上の問題から、web会議等の情報通信機器によるやり取りを十分に行えなかった
- c. 操作の習熟度の問題から、web会議等の情報通信機器によるやり取りを十分に行えなかった
- b. その他の背景:[]

05. その他の事態・課題

⇒内容:

[]

3) 新型コロナウイルス感染症の拡大以降、入退院に係る病院・診療所との連携や情報共有を確保するために、貴事業所において講じられている工夫について、ご記載ください。

※調査票は、これにて終了です。ご回答いただき、ありがとうございました。

事業実施体制

「早期地域療養移行支援パス作成に関する調査研究」

事業実施体制

【事業検討委員会】

委員長 木下 毅 公益社団法人全日本病院協会常任理事
医療法人愛の会光風園病院理事長

副委員長 土屋 繁之 医療法人慈繁会土屋病院理事長

委員 江澤 和彦 倉敷スイートホスピタル理事長

委員 本庄 弘次 医療法人弥生会本庄内科病院理事長

委員 仲井 培雄 医療法人社団和楽仁芳珠記念病院理事長

委員 西村 勇人 医療法人社団芙蓉会二ツ屋病院理事長

委員 進藤 晃 医療法人財団利定会大久野病院理事長

委員 田中 圭一 医療法人笠松会有吉病院理事長

特別委員 栃本 一三郎 上智大学総合人間科学部社会福祉学科教授

事業担当副会長 美原 盤 公益財団法人脳血管研究所美原記念病院院長

【業務一部委託先】

みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部
村井昂志、羽田 圭子、山田大輔、種田 郁子

【事務局】

公益社団法人全日本病院協会 企画業務課 久下、山崎

【事業検討委員会開催日時】

第1回 2020年8月24日(月) 16時～18時30分

第2回 2020年10月24日(土) 16時～18時

第3回 2021年3月6日(土) 18時～20時

不許複製 禁無断転載

令和2年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)

早期地域療養移行支援パス作成に関する 調査研究事業 報告書

発行日 2021年3月

発行者 公益社団法人全日本病院協会

住 所 〒101-8378

東京都千代田区神田猿樂町 2-8-8 住友不動産猿樂町ビル 7F

電話 03-5283-7441(代)