都市部中規模急性期病院における高齢患者需要の変化と地域生活への接続課題
― 院内患者構成と職員認識による探索的研究 ―

佐 藤　淳 哉

キーワード：地域包括ケアシステム、急性期病院、高齢者救急、退院支援、地域生活への接続、職員認識、組織的フィードバック

１．研究背景と目的

1-1. 2040 年に向けた高齢患者需要の質的変化

日本の医療提供体制には、将来の医療需要と病床機能を扱う地域医療構想と、高齢者の生活を医療、介護、介護予防、住まい、生活支援によって支える地域包括ケアシステムがある。両者は制度上の焦点が異なるが、患者が地域生活から救急・入院医療へ移り、治療後に再び生活の場へ戻る局面では切り離せない。2026 年の新たな地域医療構想策定ガイドラインは、病床機能だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携、人材確保を含む医療提供体制全体を対象とし、2040 年に向けて、医療・介護の複合ニーズを抱える高齢者の増加と生産年齢人口の減少が同時に進むことを前提としている。そこでは、患者が必要に応じて入院し、適切な医療・介護を受けながら日常生活へ戻ることができる体制の構築が求められている（厚生労働省，2026）。

対象病院が位置する神戸市中央区と隣接する灘区でも、75 歳以上人口の増加が見込まれる。日本医師会地域医療情報システムに掲載された国立社会保障・人口問題研究所の将来推計によると、両区の 75 歳以上人口は 2025 年の 43,196 人から 2040 年には 46,280 人へ 3,084 人（7.1%）増加する。内訳は、中央区が 21,334 人から 23,373 人、灘区が 21,862 人から 22,907 人である。両区の総人口は同期間に 289,549 人から 288,703 人へほぼ横ばいであるため、人口に占める後期高齢者の比重は高まる（日本医師会，2026a，2026b）。

今後は、75 歳以上、特に 85 歳以上人口の増加により、急性疾患と介護ニーズが重なる患者が増えると見込まれる。高齢患者では、複数の慢性疾患、フレイル、認知機能低下、独居や家族介護力の不足が重なり、急性疾患そのものが改善しても、入院前の生活状態へ戻ることが難しい場合がある（松田，2026；種田，2025）。したがって、急性期病院は急変時の受入れと治療だけでなく、入院前の生活を把握し、治療と並行して退院後の療養・介護へつなぐ地域資源として位置づける必要がある（筒井，2020）。

1-2. 高齢者救急における治療と生活の接続

高齢者救急では、誤嚥性肺炎、心不全、尿路感染症等の疾患が多く、疾患治療に加えて、嚥下、栄養、口腔、身体機能、認知機能、服薬、介護力を同時に検討する必要がある。入院を契機に ADL が低下し、在宅復帰が遅れることもあるため、新たな地域医療構想策定ガイドラインは、入院早期からのリハビリテーション、栄養・口腔管理、退院調整、在宅医療・介護との連携を高齢者救急・地域急性期機能の中核に位置づけている（厚生労働省，2026）。

一方、治療終了後も介護力不足や家族支援の不足によって自宅へ戻れず、亜急性期以降の連携に難渋する「出口問題」が指摘されてきた（有賀・塚川，2019）。この問題は、退院先を探す個別調整にとどまらず、急性期医療と長期ケアの役割分担、地域資源の配置、救急搬送、在宅医療・介護との継続的な連携を含む地域マネジメントの課題である（田中，2020；種田，2025）。

急性期病院と地域との連携に関する先行調査では、治療を優先する急性期病院においても、入院前から生活情報を把握すること、患者・家族への意思決定支援の内容を地域と共有すること、地域包括ケアの視点で患者をつなぐ人材を育成することが必要とされた（河合ほか，2024，2026）。また、短い在院日数と治療優先の時間軸のもとでは、職員が退院後の生活を想像しにくい「急性期病院頭」が生じ得ると指摘されている（若林，2020）。これらは、接続課題が制度や退院先の不足だけでなく、職員が患者の生活情報と退院後の結果に接する機会にも関係することを示している。

1-3. 都市部の医療資源分散と急性期病院の役割

都市部では、医療資源が多いことと、必要時に適切な資源へ接続できることは同義ではない。多数の病院が近接する医療圏では、病床や診療科が分散していても、夜間・休日や救急搬送の受入れは、人員、病床、検査、手術、複数診療科の支援を備え

た一部病院へ集中し得る。新たな地域医療構想策定ガイドラインも、大都市型地域では区域全体に医療資源が多くても区域内の偏在が課題となるため、診療実績等の客観的データに基づく役割分担が必要としている（厚生労働省，2026）。地域密着型急性期病院についても、救急の入口と退院後の生活復帰を一体として評価する必要性が論じられている（小川，2024）。

1-4. 先行研究の限界と研究目的

先行研究は、高齢者救急の出口問題、地域医療・介護の連携、急性期病院職員の意識や人材育成をそれぞれ明らかにしてきた。しかし、都市部の同一地域・同一病院について、地域の急性期資源と実際の救急受入、高齢患者の長期的な増加、診療科横断的な内科系症例、内科退院患者の具体的な患者像、職員の地域生活への接続認識を重ねて検討した報告は限られている。特に、地域の資源配置、病院に到達する需要、患者像、職員の認識を同一事例の中で関連づけることは、急性期病院が地域生活への接続を担う際の前提条件を示すうえで重要である。

本研究の目的は、神戸市中央区に位置する都市部中規模急性期病院を対象に、第一に、地域の急性期医療資源と救急受入の分布を示すこと、第二に、高齢患者需要が対象病院の入院患者構成と内科系症例にどのような形で現れているかを記述すること、第三に、職員が高齢者救急と退院後生活への接続をどのように認識し、どの領域を弱いと捉えているかを明らかにすることである。さらに、これらを地域、病院、患者、組織の四つの分析対象として関連づけ、都市部急性期病院における地域生活への接続を検討するための基礎資料を得ることを目的とした。

本研究では、①地域単位の急性期医療資源と救急受入、②病院単位の高齢患者需要と診療科横断的な内科系症例、③患者単位の内科退院患者像、④職員・組織単位の認識を順に記述する。この多面的な記述枠組みを図１に示す。



図１：本研究の多層的な記述枠組み

２．研究方法

2-1. 研究対象および研究資料

本研究の対象病院は、神戸市中央区に位置する神戸赤十字病院である。同院は、成人の救急・急性期医療を担い、周辺に複数の急性期病院が近接する都市部に立地する一方、院内では高齢患者と診療科横断的な内科系症例の増加が課題として認識されていた。このため、都市部における医療資源の分散と実際の救急受入、院内患者構成、職員の地域生活への接続認識を同一事例で検討できる中規模急性期病院として選定した。資料には、兵庫県「令和 6 年度病床機能報告」、対象病院の 2012～2025 年度年齢別入院集計および 2023～2025 年度院内業務集計、2025 年度 DPC 退院患者調査の様式 1 データ、ならびに 2026 年 4 月実施の職員アンケートを用いた。これらの性質が異なる資料は、因果推論や病院間の優劣判定ではなく、多面的に記述するために用いた。

2-2. 地域・救急受入データ

神戸医療圏における急性期医療資源の分散状況は、井上（2024）が DPC 算定病床数の施設別シェアから算出した Herfindahl-Hirschman Index（HHI）を参照した。HHI は各施設のシェアの二乗和で表され、値が小さいほど医療資源が多数施設に分散していることを示す。

同集計では、神戸医療圏の HHI は 0.038、DPC 算定病床数は 8,549 床、急性期病院数は 69 病院であった。資料に示された医療圏のうち、札幌（0.018）、大阪市（0.022）、横浜（0.027）に次いで低かった。

救急受入環境は、兵庫県が公表した令和 6 年度病床機能報告から、神戸市中央区・灘区に所在し、成人の一般救急・急性期医療を担う病院を対象に検討した（兵庫県, 2026）。三次救急専用、小児専門、産婦人科主体、泌尿器科専門等の専門特化病院を除外し、12 病院を分析対象とした。病床数、医師数、看護師数、手術総数、夜間・休日受診患者数、救急車受入件数および地域包括病床の有無を抽出した。病床数は一般病床の最大使用病床数、医師数・看護師数は常勤者数と非常勤者の常勤換算数の合計を用いた。夜間・休日受診患者数は、休日受診患者数と夜間・時間外受診患者数の合計とした。病院間の順位づけを目的としないため、対象病院以外の病院名は匿名化した。比較対象 12 病院の匿名化した明細を参考資料２に示す。

2-3. 対象病院の入院患者構成と内科系症例

対象病院の内科は、特定の臓器別専門診療科に一義的に振り分けにくい内科系症例の入院を担当している。これには、診断が確定していない症例、高齢者を中心とした多疾患併存による複合病態例、ならびに院内に専門医が不在の内科系専門領域の症例が含まれる。また、主病態の臓器・領域が特定されている場合でも、各領域の一般的な内科疾患については、高度な専門的治療や手技を必要としない限り、内科が引き続き入院診療を担当することがある。

対象病院では、高齢患者を含む複合的な内科系入院需要に継続的に対応するため、内科のみがこれらの症例を担当するのではなく、院内の基準に基づき、他診療科も主担当を担う診療科横断的な分担体制をとっている。本研究における「内科系症例」は、この分担体制のもとで内科または他診療科が主担当となった症例を指す。これは、標準化された診断分類や患者複雑性の指標ではなく、診療科横断的な業務需要を表す院内指標である。

対象病院の 2012～2025 年度の年齢別入院集計から、80 歳以上入院患者数と全入院患者に占める割合の推移を確認した。また、2023～2025 年度の院内業務集計から、総入院患者数、内科系症例の総数と割合、内科および他診療科の担当数を集計した。なお、院内業務集計による内科系症例総数と、退院時診療科を内科として抽出した DPC 患者数とは、集計定義が異なる。

2-4. 2025 年度内科退院患者

2025 年度の内科系症例 871 例のうち、院内の振り分け基準により内科が主担当となり、退院時診療科が内科であった DPC 対象患者 427 例を分析した。他診療科が主担当となった 444 例は、同一条件で内科退院患者として抽出できないため、詳細 DPC 分析の対象外とした。入院時年齢、DPC 退院患者調査における主傷病名（DPC 様式 1 に登録された主傷病名）、救急車搬送の有無および在院日数を分析し、80 歳未満群と 80 歳以上群に分けて比較した。年齢と在院日数は中央値および四分位範囲、救急車搬送は人数と割合で示した。DPC 様式 1 に登録された主傷病名の表記に基づき、臨床的に近い傷病を探索的に病名群へ整理し、病名群別の症例数、平均年齢および平均在院日数を算出した。病名群の臨床的整理は、対象病院に勤務する医師である筆者が行った。この病名群は ICD-10 または DPC の標準分類ではなく、本研究における探索的な臨床分類である。

2-5. 職員アンケート

職員アンケートは 2026 年 4 月 26～30 日に実施した。救急業務に関わる医師 56 名、看護師（救急外来、病棟を含む）28 名、地域連携室職員 26 名、計 110 名を対象とした。Google フォームを用いた無記名質問票を作成し、院内メールで QR コードを配布して任意に回答を求めた。

質問項目は、本研究において、職員が高齢者救急を急性期病院の役割としてどのように捉え、退院後生活、地域職種、退院支援および組織的情報共有をどの程度認識しているかを探索的に把握する目的で、研究者が独自に作成した。これらに関する 10 項目を 5 件法（1～5 点）で尋ね、職種、職位、地域連携研修への参加歴を属性として把握し、自由記述欄を設けた。質問票の全項目を参考資料 1 に示す。既存の検証済み尺度ではなく、自己評価による探索的質問票である。有効回答 72 名（回答率 65.5%）を分析対象とし、全体の記述統計に加えて、職種別・職位別の平均値を参考

値として記述した。自由記述は、2 つの設問ごとに内容の類似性に基づいて主な論点を探索的に整理し、1 つの記述に複数の内容が含まれる場合は重複して分類した。

2-6. 分析方法と倫理的配慮

連続データは平均値と標準偏差、または中央値と四分位範囲で示し、人数に関するデータは人数と割合で示した。救急車受入件数と病院機能指標との関係は、Pearson の相関係数による単相関分析を用いて探索的に確認した。職員アンケートの 5 件法得点は、探索的分析として連続変数に近似して扱い、各項目の平均値と標準偏差を算出した。「退院後の生活を意識している」と「退院後の生活を知る機会がある」、「入院早期から退院支援・地域連携を開始する流れが院内で共有されている」と「周辺地域との情報共有が組織的な仕組みとして機能している」の各組合せについて、同一回答者内の得点差を対応のある t 検定で確認した。欠測は項目ごとに除外し、各項目は回答の得られた者を分母として集計した。対応のある比較は両項目に回答した者のみを対象とした。検定は両側とし、$p<0.05$ を統計学的に有意とした。解析には Microsoft Excel の分析ツールを用いた。職種別・職位別の結果は群間差を検定せず参考値として示した。地域連携研修への参加歴が「あり」の者と「なし」の者について、＜設問 1＞「地域包括ケアシステムについて説明できる」の平均得点を Welch の t 検定により探索的に比較し、「わからない」と回答した者は比較から除外した。

本研究は、兵庫県立大学および神戸赤十字病院の倫理審査承認を得て実施した。

職員アンケートは任意参加とし、個人を特定しない集計データとして分析した。

地域比較では、対象病院以外の病院名を匿名化した。

３．結果

3-1. 中央区・灘区 12 病院の救急受入と病院機能

本研究が病床機能報告から抽出した中央区・灘区の比較対象 12 病院では、夜間・休日受診患者は計 45,383 人/年、救急車受入は計 25,669 件/年であった。このうち地域包括病床を有しない 4 病院が、夜間・休日受診 35,293 人（77.8%）、救急車受入 18,342 件（71.5%）を占めた（図２）。

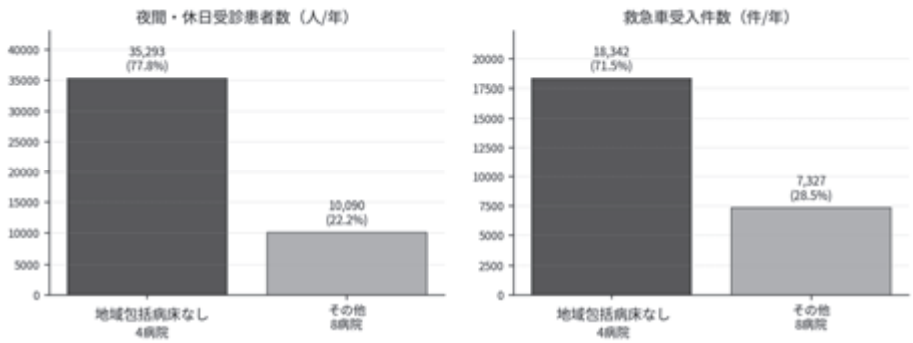

図２：中央区・灘区の 12 病院における夜間・休日受診患者数と救急車受入件数

（注：三次救急専用、小児専門、産婦人科主体、泌尿器科専門等の専門特化病院を除外した。）

（出所：兵庫県（2026）「病床機能報告（令和６年度）神戸圏域」を基に筆者作成）

救急車受入件数は、看護師数（r=0.828, p<0.001）、手術総数（r=0.780, p=0.003）、病床数（r=0.730, p=0.007）、医師数（r=0.605, p=0.037）と正の相関を示した（表１）。

この結果から、都市部では急性期病床が多数施設に分散していても、夜間・休日の診療や救急車受入は、病棟、検査、手術、診療科、人員配置を含む診療体制を備えた一部病院に多く担われると考えられる。

表１：救急車受入件数と病院機能指標の相関（n=12 病院）

病院機能指標	Pearson の r	p 値	解釈上の注意
看護師数（人）	0.828	<0.001	病院規模・病棟稼働等の代理指標を含む
手術総数（件/年）	0.780	0.003	急性期診療量との相関であり因果関係ではない
病床数（床）	0.730	0.007	施設機能・病床構成の差を未調整
医師数（人）	0.605	0.037	多重比較補正なし

（出所：兵庫県（2026）「病床機能報告（令和６年度）神戸圏域」を基に筆者作成）

3-2. 80 歳以上入院患者の増加

対象病院の 80 歳以上入院患者は、2012 年度の 1,625 人から 2025 年度の 2,461 人へ 836 人（51.4%）増加した。全入院患者に占める割合は 21.7%から 33.7%へ 12.0 ポイント上昇し、入院患者構成の高齢化が進行していた。

この結果から、総入院患者数の増加とは別に、対象病院の入院患者構成に占める高齢患者需要が持続的に高まっていると考えられる。

3-3. 内科系症例と 2025 年度内科退院患者

内科系症例は、2023 年度 796 例、2024 年度 800 例、2025 年度 871 例であった。同期間の総入院患者数は 7,413 人、7,273 人、7,305 人とほぼ横ばいであったが、総入院患者に占める割合は 10.7%、11.0%、11.9%と上昇した（表２）。2025 年度の 871 例のうち、427 例（49.0%）は内科が主担当となり、444 例（51.0%）は院内の振り分け基準により他診療科が主担当となった。以下の DPC 分析は、退院時診療科が内科であった前者 427 例を対象とした。

表２：総入院患者数と診療科横断的な内科系症例の推移

年度	総入院患者数（人）	内科系症例（例）	割合（%）
2023	7,413	796	10.7
2024	7,273	800	11.0
2025	7,305	871	11.9

（出所：神戸赤十字病院 2023～2025 年度院内業務集計を基に筆者作成）

DPC 分析の結果、内科退院患者 427 例の年齢中央値は 77 歳（四分位範囲 62～87 歳）、在院日数中央値は 9 日（4～15.5 日）で、救急車搬送は 250 例（58.5%）であった。80 歳以上は 192 例（45.0%）を占め、同群の救急車搬送は 136 例（70.8%）、在院日数中央値は 12 日（7～21 日）であった。80 歳未満群では救急車搬送 48.5%、在院日数中央値 6 日（2.5～12 日）であった（表３）。

表３：2025 年度内科退院患者の概要

指標	全体 (n=427)	80 歳未満 (n=235)	80 歳以上 (n=192)
年齢、中央値［IQR］（歳）	77［62～87］	65［52～73.5］	88［84～92］
在院日数、中央値［IQR］（日）	9［4～15.5］	6［2.5～12］	12［7～21］
救急車搬送、n（%）	250（58.5）	114（48.5）	136（70.8）

（注：2025 年度中に内科を退院した DPC 対象患者。IQR＝四分位範囲。本表は病院全体の入院患者構成を示すものではない。）

（出所：神戸赤十字病院 2025 年度 DPC 退院患者調査（様式 1）を基に筆者作成）

内科退院患者 427 例の DPC 退院患者調査における主傷病名（DPC 様式 1 に登録された主傷病名）を、臨床的に近い病名群に整理した結果を表４に示す。主要病名群の症例数、平均年齢および平均在院日数は次のとおりであった。

表４：2025 年度内科退院患者の主要病名群、平均年齢および平均在院日数

病名群	症例数（例）	平均年齢（歳）	平均在院日数（日）
呼吸器感染症	53	80.3	13.1
誤嚥性肺炎	40	87.7	21.1
めまい・神経筋疾患	38	73.7	8.7
尿路感染症・腎盂腎炎・尿管結石	37	76.6	14.6
脱水・腎機能障害・電解質異常	34	75.5	9.4
皮膚軟部組織感染症・関節感染症	24	79.5	33.5
心不全	18	85.5	17.8

（注：2025 年度中に内科を退院した DPC 対象患者 427 例のうち、主要病名群を示した。病名群は、DPC 退院患者調査における主傷病名（DPC 様式 1 に登録された主傷病名）を、対象病院に勤務する医師である筆者が臨床的に整理した。）
（出所：神戸赤十字病院 2025 年度 DPC 退院患者調査（様式 1）を基に筆者作成）

誤嚥性肺炎は平均年齢 87.7 歳、平均在院日数 21.1 日、心不全は 85.5 歳、17.8 日であり、高齢かつ入院が長期化しやすい病名群であった。皮膚軟部組織感染症・関節感染症の平均在院日数は 33.5 日で、主要病名群の中で最も長かった。

内科系症例の割合上昇と、2025 年度 871 例のうち 444 例を他診療科が主担当としていたことから、特定の臓器別専門診療科に一義的に振り分けにくい症例への対応が、内科単独ではなく診療科横断的な業務需要として現れていると考えられる。

また、80 歳以上群で救急車搬送割合と在院日数が高く、誤嚥性肺炎や心不全等が高齢であったことは、急性期治療に加えて、嚥下・栄養管理、ADL 低下やせん妄への対応、介護力の評価、家族調整、退院先選定を同時に要する患者が含まれることと整合する。

3-4. 職員アンケート

対象 110 名中 72 名から有効回答を得た（回答率 65.5%）。職種別では、医師 29/56 名（51.8%）、看護師 25/28 名（89.3%）、地域連携室職員 18/26 名（69.2%）であった。看護師は回答時に救急外来看護師と救急病棟看護師を区分していないため、両者を合算した。回答者 72 名の職種および職位の分布は表５のとおりであった。こ

のうち、地域連携研修への参加歴は、あり 22 名（30.6%）、なし 37 名（51.4%）、わからない 13 名（18.1%）であった（表６）。

表５：職員アンケート回答者の職種・職位

属性	区分	n	%
職種	医師	29	40.3
	看護師	25	34.7
	地域連携室職員	18	25.0
職位	管理職	18	25.0
	管理職以外	54	75.0

表６：地域連携研修への参加歴

属性	区分	n	%
地域連携研修	参加歴あり	22	30.6
	参加歴なし	37	51.4
	わからない	13	18.1

各項目の全体の記述統計を表７に、職種別・職位別の記述統計を表８に示す。表７のとおり、＜設問 2＞「高齢者救急の受入れは急性期病院の重要な役割の一つである」（4.17±0.75 点）と＜設問 3＞「退院後の生活を意識している」（4.14±1.09 点）が高かった。一方、＜設問 7＞「退院後の生活を知る機会がある」（2.44±1.05 点）が最も低く、＜設問 10＞「地域との情報共有が組織的に機能している」（2.88±0.95 点）と＜設問 8＞「地域の医療・介護職種の仕事を理解している」（2.96±0.98 点）も 3 点を下回った。役割認識と退院後生活への意識は高い一方、退院後を知る機会と組織的情報共有の自己評価は相対的に低かった。また、表８のとおり、各項目の記述統計では職種別・職位別に異なる傾向が認められた。

表７：職員アンケート各項目の記述統計（1〜5 点）

No.	項目	n	平均	SD
1	地域包括ケアシステムを説明できる	72	2.62	1.16
2	高齢者救急の受入れは急性期病院の重要な役割の一つである	72	4.17	0.75
3	退院後の生活を意識している	70	4.14	1.09
4	高齢者対応が続くと専門性・やりがいを感じにくい*	72	2.83	1.15
5	地域生活につなげることにやりがいを感じる	71	3.63	0.83
6	日々の仕事で地域とのつながりを実感する	72	3.39	0.91
7	退院後の生活を知る機会がある	72	2.44	1.05
8	地域の医療・介護職種の仕事を理解している	72	2.96	0.98
9	早期から退院支援を始める流れが共有されている	72	3.49	0.82
10	地域との情報共有が組織的に機能している	72	2.88	0.95

（注：高得点ほど同意が強い。*＜設問 4＞のみ、高得点が専門性・やりがいの低下方向を示す。欠測は＜設問 3＞が２名、＜設問 5＞が１名。）

表８：職員アンケート各項目の職種別・職位別記述統計

No.	医師	看護師	地域連携室職員	管理職	管理職以外
1	2.83±1.20 (n=29)	2.60±1.08 (n=25)	2.33±1.19 (n=18)	3.67±1.03 (n=18)	2.28±0.98 (n=54)
2	4.21±0.73 (n=29)	4.04±0.84 (n=25)	4.28±0.67 (n=18)	4.44±0.78 (n=18)	4.07±0.72 (n=54)
3	4.24±0.87 (n=29)	4.44±0.71 (n=25)	3.50±1.63 (n=16)	4.39±0.85 (n=18)	4.06±1.16 (n=52)
4	3.10±1.11 (n=29)	2.80±1.29 (n=25)	2.44±0.92 (n=18)	3.00±1.41 (n=18)	2.78±1.06 (n=54)
5	3.45±0.83 (n=29)	3.76±0.78 (n=25)	3.76±0.90 (n=17)	3.94±0.87 (n=18)	3.53±0.80 (n=53)
6	3.10±0.94 (n=29)	3.24±0.72 (n=25)	4.06±0.80 (n=18)	3.56±0.92 (n=18)	3.33±0.91 (n=54)
7	2.52±1.06 (n=29)	2.48±0.96 (n=25)	2.28±1.18 (n=18)	2.61±1.04 (n=18)	2.39±1.05 (n=54)
8	2.90±0.98 (n=29)	2.92±0.95 (n=25)	3.11±1.08 (n=18)	3.11±1.08 (n=18)	2.91±0.96 (n=54)
9	3.34±0.81 (n=29)	3.56±0.82 (n=25)	3.61±0.85 (n=18)	3.33±0.97 (n=18)	3.54±0.77 (n=54)
10	2.86±0.88 (n=29)	2.80±0.96 (n=25)	3.00±1.08 (n=18)	2.39±0.98 (n=18)	3.04±0.89 (n=54)

注：数値は平均値±標準偏差（有効回答数）。職種別・職位別の群間検定は行っておらず、参考値として示した。＜設問 3＞は 2 名、＜設問 5＞は 1 名の欠測がある。＜設問 4＞のみ、高得点が専門性・やりがいの低下方向を示す。

表９：職員アンケートにおける認識項目間の同一回答者内比較

比較した項目	n	平均値（前者／後者）	平均差［95%信頼区間］	検定結果
退院後生活への意識／退院後生活を知る機会	70	4.14／2.47	1.67［1.35～2.00］点	t（69）=10.29, p<0.001
院内の早期退院支援フロー／地域との組織的情報共有	72	3.49／2.88	0.61［0.35～0.87］点	t（71）=4.74, p<0.001

（注：平均値は両項目に回答した者に限定した。平均差は前者－後者で算出した。＜設問３＞に欠測２名があるため、＜設問３＞・７の比較対象は 70 名であり、＜設問７＞の平均値は表７の全回答者平均 2.44 点ではなく 2.47 点となる。）

＜設問 3＞「退院後の生活を意識している」と＜設問 7＞「退院後の生活を知る機会がある」、および＜設問 9＞「院内の早期退院支援フロー」と＜設問 10＞「地域との組織的情報共有」の対応のある比較を表９に示す。前者の平均差は 1.67 点（t（69）=10.29, p<0.001）、後者の平均差は 0.61 点（t（71）=4.74, p<0.001）であった。

表８のとおり、職種別では、「日々の仕事で地域とのつながりを実感する」は地域連携室職員 4.1 点、医師 3.1 点、看護師 3.2 点であった。

職位別では、＜設問 1＞「地域包括ケアシステムを説明できる」は管理職 3.67 点、管理職以外 2.28 点であった。一方、＜設問 10＞「地域との情報共有が組織的に機能している」は管理職 2.39 点、管理職以外 3.04 点であった（表８）。これらは群間検定を行っていない記述統計であり、職種・職位による差を確定するものではない。地域連携研修への参加歴がある 22 名の＜設問 1＞「地域包括ケアシステムについて説明できる」の平均得点は 3.27±1.28 点であり、参加歴がない 37 名の 2.27±0.96 点より高かった（Welch の t 検定、p=0.003）。

自由記述の有効回答は、高齢者救急患者への対応に関する＜設問 11＞が 29 件、病院が地域でよりよい役割を果たすために必要な事項に関する＜設問 12＞が 28 件であった。＜設問 11＞では、認知症・せん妄患者への対応と意思決定支援、独居・身寄りのない患者や家族支援の不足、退院・転院調整に関する記述が多かった。＜設問 12＞では、地域の医療・介護機関との継続的な連携、病院機能の明確化と地域への発信、早期の退院・転院調整、院内外の情報共有などが必要とされた（表１０）。

表１０：職員アンケート自由記述の主な内容

主な論点	＜設問 11＞課題・経験	件数	＜設問 12＞必要事項	件数
認知症・せん妄患者への対応と意思決定支援	認知症やせん妄により、治療内容の説明、同意形成、身体抑制、急変時の治療方針の決定が難しい。本人の意思を確認できない場合や、家族の意向との調整に難渋する事例が記載された。	15	倫理カンファレンスなどによる多職種での検討、老年医療に関する専門機能、職員の知識向上が必要とされた。	3
独居・身寄りのない患者と家族支援の不足	独居、身寄りなし、キーパーソン不在、家族が高齢または遠方であることにより、意思決定、金銭管理、帰宅支援、退院先の確保が困難となっていた。	15	退院支援・地域連携部門の人員確保や、地域の医療・介護職を含めて早期に支援を検討する体制が必要とされた。	2
退院・転院調整と地域生活への移行	受入先の確保、家族の意向、医療処置を必要とする患者の施設受入れなどにより、退院・転院調整に時間を要することが記載された。一方、状態改善後に地域へ戻せた経験もみられた。	10	急性期治療後の早期転院・施設復帰、後方支援病院との連携、バックトランスファー、入院早期からの退院調整が必要とされた。	6
地域職種・地域資源との連携	地域の医療機関が担える機能が分からないこと、ケアマネジャーや訪問看護師と関係を築く機会が少ないこと、入退院時に連絡が取れないことが挙げられた。	4	診療所、訪問診療、訪問看護、ケアマネジャー、介護施設、後方支援病院等との継続的な連携や、顔の見える関係づくりが必要とされた。	14
情報共有と退院後を見据えた支援	生活情報が少ない患者では救急外来から病棟への引継ぎが難しいこと、入院時から退院後を見据えた話し合いが行われにくいこと、退院支援の不足が再搬送・再入院につながる可能性が記載された。	3	地域職種を含む早期カンファレンス、退院前後の生活情報の共有、診療情報提供書や返書の充実、院内外で情報を循環させる仕組みが必要とされた。	6
院内の多職種連携と支援体制	急変や合併症、褥瘡、吸引・経管栄養を要する患者への対応など、急性期病院内での対応上の負担が記載された。	3	院内多職種間の情報共有、地域連携部門の人員確保、中堅看護師の確保、訪問看護機能などの体制整備が必要とされた。	5
急性期病院としての役割と地域への発信	治療によって状態を改善させ地域へ戻せた経験がある一方、救急搬送や入退院を繰り返す患者への対応が課題として記載された。	2	高齢者救急を可能な限り受け入れること、地域ニーズに応じた急性期医療を担うこと、病院の特色や対応可能な機能を地域へ発信することが求められた。	8

注：＜設問 11＞の自由記述 29 件、＜設問 12＞の自由記述 28 件を、研究目的に照らして内容の類似性に基づき探索的に整理した。1 つの回答に複数の内容が含まれる場合は重複して分類したため、各列の件数の合計は自由記述回答数を上回る。

以上から、同一回答者内の比較では、＜設問 3＞「退院後の生活を意識している」の得点が＜設問 7＞「退院後の生活を知る機会がある」より 1.67 点高く、＜設問 9＞「院内の早期退院支援フロー」の得点が＜設問 10＞「地域との組織的情報共有」より 0.61 点高かった。これは介入前後の変化や実際の行動を示すものではないが、職員が退院後生活の重要性や院内の退院支援を比較的高く評価する一方、退院後の経過を把握する機会と院外との組織的情報共有を相対的に低く評価していることを示す。

４．考察

4-1. 多層的記述からみた高齢者救急における都市部急性期病院の役割

本研究の結果を、患者、職員・組織、病院、地域の順に整理する。患者単位では、内科退院患者の 80 歳以上群で救急車搬送割合と在院日数が高く、誤嚥性肺炎、心不全、感染症等がみられた。職員・組織単位では、高齢者救急を急性期病院の重要な役割と捉える一方、退院後の経過を知る機会と地域との組織的情報共有の評価は相対的に低かった。病院単位では、対象病院における 80 歳以上入院患者と診療科横断的な内科系症例の割合が上昇していた。地域単位では、中央区・灘区 12 病院のうち、地域包括病床を有しない 4 病院が、夜間・休日受診患者数の 77.8%、救急車受入件数の 71.5%を占めた。

これらの所見から、対象病院のように地域包括病床を有しない急性期病院であっても、特定の臓器別専門診療科に一義的に振り分けにくい高齢の内科系症例を受け入れ、院内で診療科横断的に分担することは、都市部の高齢者救急を支える役割の一つと位置づけられる。その意義は、急性期病院が退院後の療養機能を院内に保有することではなく、急性期治療を担いながら患者を適切な地域資源へ接続する点にある。ただし、本研究は一病院の探索的記述であり、地域包括病床を有する病院との比較や、この体制の患者転帰への効果を検証したものではない。

4-2. 受入機能を地域生活へ接続する組織的条件

この役割を継続的に担うには、内科系症例を院内で受け入れる体制だけでなく、急性期治療の入口から地域生活への出口までをつなぐ組織的な仕組みが必要である。職員が退院後生活を重視していても、患者の生活情報と退院後結果が院内へ戻らなければ、診療や退院支援の成果を確認し、次の支援へ反映することが難しい。したがって、本研究でみられた課題は職員個人の意識不足というより、退院後結果を把握し、院内外で共有する情報循環の弱さとして捉える必要がある。

職務特性モデルでは、自分の仕事が他者に重要な影響を与えていると理解できることと、仕事がどのような結果をもたらしたかを知ることが、仕事の意味や成果の理解を高め、動機づけにつながるとされる（Hackman & Oldham, 1976）。また、支援を受けた相手への具体的な効果を知ることは、働き手の努力や成果を高め得る（Grant, 2008）。本研究の結果からは、職員への理念の周知だけでなく、自院で提供された支援が患者の地域生活にどのような結果をもたらしたかを確認できる仕組みが課題として示された。

また、柴田ら（2026）は、高齢者ケアに従事する医療・ケア職 398 名の 2 時点調査から、専門性と利用者に関する知識からなる職務遂行能力が高まるほど、仕事を通じて他者に良い影響を与えられるという感覚が強まる可能性を示した。対象は急性期病院職員ではないため直接一般化できないが、患者の生活背景と退院後結果を知ることを、高齢患者を地域生活へつなぐ職務遂行能力の一部として位置づける視点を与える。

地域連携研修への参加者では、非参加者よりも地域包括ケアシステムを説明できるという自己評価が高かった。この結果は、研修が地域包括ケアに関する理解を支える可能性を示している。ただし、研修参加歴ありは管理職 13/18 名（72.2%）、管理職以外 9/54 名（16.7%）であり、管理職としての経験や情報に接する機会の影響を除外できない。また、横断調査による自己評価であるため、研修参加が理解を向上させたという因果関係を示すものではない。

この課題に対応する方策として、退院後訪問で得られた情報、再入院・再搬送の情報、地域側からの評価を院内へ戻す仕組み、地域職種を含む事例検討、生活情報を扱う教育を整備し、得られた情報を次の診療、退院支援、教育、組織評価へ用いることが考えられる。医療・介護では、制度、財源、組織目的が異なる複数の主体が患者の生活を支えるため、連携を個々の職員の善意や努力のみに委ねることはできない。高齢患者の地域生活への接続を、地域連携部門のみが担う業務ではなく、病院全体の診療の質に関わる共通課題として位置づける必要がある。そのため院内では、高齢患者の地域生活への接続を特定の診療科や部門のみの課題とせず、診療科、看護部門、地域連携部門が共通の目標と情報を持ち、それぞれの専門性を生かしながら部門間で切れ目なく支援をつなげる仕組みとして設計する必要がある。同時に、院外との関係においても、特定の組織が一方的に責任を負うのではなく、患者の状態や生活課題に応じて、誰がどの段階を担うかを共有することが求められる。

地域連携研修についても、参加者数を増やすだけでなく、研修で得た知識を事例検討、退院後フィードバック、部門間の役割分担へ接続することが重要である。これにより、地域包括ケアに関する知識を個人の自己評価にとどめず、特定の専門診療科に帰属しにくい患者を地域生活へつなぐ組織能力へ変換することが課題となる。

本研究は、これらの取組の実行可能性や介入効果を検証していない。したがって、今後は、退院後情報の還流や地域職種との事例検討が、職員の行動、地域との情報共有、再搬送、再入院、退院後生活等にどのような変化をもたらすかを検討する必要がある。

4-3. 研究の限界

第一に、本研究は一病院とその周辺地域を対象とする探索的記述研究であり、他地域・他病院への一般化には限界がある。12 病院の比較は施設機能や患者構成を調整しておらず、救急車受入件数との相関から因果関係を判断することはできない。

第二に、使用した資料は対象範囲と年度が異なり、同一患者集団を追跡したものではない。内科系症例は院内運用に基づく業務指標であり、DPC 分析も内科退院患者 427 例に限られる。病名群も探索的分類で、併存疾患、ADL、認知機能、介護度、退院先、再入院を評価していない。

第三に、職員アンケートは独自作成の未検証尺度による任意回答であり、職種別回答率にも差があった。職種別・職位別集計は群間検定を行っておらず、地域連携研修への参加歴と＜設問 1＞の比較も職位等を調整していない探索的分析である。自由記述の分類も探索的整理である。また、横断的研究のため、研修や組織的フィードバックが職員行動や患者転帰を改善する因果関係は検証していない。

５．結論

神戸医療圏では急性期病床が多数の病院へ分散する一方、中央区・灘区の救急受入は一部病院に多くみられた。対象病院では、80 歳以上入院患者と診療科横断的な内科系症例の割合が上昇していた。対象病院のような都市型の急性期病院が、特定の臓器別専門診療科に一義的に振り分けにくい高齢の内科系症例を受け入れ、診療科横断的に分担することは、都市部の高齢者救急を支える役割の一つと位置づけられる。

一方、職員は、高齢者救急の受入れを急性期病院の重要な役割と認識し、退院後の生活も意識していたが、退院後の経過を知る機会と地域との組織的情報共有の評価は相対的に低かった。本研究は、都市部急性期病院における高齢患者需要、院内患者構成および職員認識を多面的に記述し、急性期の受入機能を地域生活への接続につなげるうえで、患者の生活情報と退院後結果を院内へ還流させ、診療、退院支援、事例検討、教育、組織評価へ用いる仕組みが課題となることが示唆された。

ただし、本研究は単一施設を対象とした探索的研究であり、地域生活への接続がどの場面で途切れ、その背景にどのような組織的要因が存在するかまでは明らかにしていない。今後、地域の実務者の視点を加えて接続過程を具体的に検討することにより、本研究で示された課題をさらに明らかにする必要がある。

謝辞

本稿をまとめるにあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科の丸山洋三准教授、木下隆志教授、貝瀬徹教授、井出健二郎教授には終始丁寧かつ熱心なご指導を賜りました。心より感謝申し上げます。また、医療マネジメントコースおよび介護マネジメントコースの先生方、ならびに同期の皆様には、多くの学びと支援をいただきました。重ねて御礼申し上げます。さらに、本研究の職員アンケートにご協力いただいた神戸赤十字病院の職員の皆様、ならびに資料の提供および確認にご協力いただいた関係部署の皆様に、深く感謝申し上げます。

参考文献

[1] Grant, A. M. (2008). The significance of task significance: Job performance effects, relational mechanisms, and boundary conditions. *Journal of Applied Psychology, 93*(1), 108-124. https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.1.108

[2] Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1976). Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance, 16*(2), 250-279. https://doi.org/10.1016/0030-5073(76)90016-7

[3] Shibata, Y., Sakuma, T., & Haraguchi, Y. (2026). Facilitating task capabilities acquisition enhances perceived prosocial impact: The mediating mechanism of moral self-efficacy. *Journal of Business Ethics*. Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s10551-026-06355-z

[4] 有賀徹・塚川敏行(2019)「救急医療の『出口問題』について―医療の機能分化と連携、地域包括ケア推進のもとで―」『日本臨床救急医学会雑誌』第 22 巻第３号、pp.429-435。

[5] 井上貴裕(2024)「二次医療圏別 HHI」『令和６年度 トラの穴 第３回講義資料（経営学）』、p.45（2024 年８月 17 日配布）。

[6] 小川聡子(2024)「大都市地域密着型急性期中小病院の立場からの検討」『病院』第 83 巻第 12 号、pp.974-979。

[7] 河合のり子・尾ノ井美由紀・大花正也ほか(2024)「多職種を対象とした『地域医療連携』に関する意識調査（第一報）―2023 年度地域医療連携講演会参加者アンケート結果より―」『天理医学紀要』第 27 巻第２号、pp.69-82。

［8］河合のり子・尾ノ井美由紀・大花正也ほか(2026)「多職種を対象とした『地域医療連携』に関する意識調査（第二報）―2040 年を志向した急性期病院の役割と地域との医療連携課題―」『天理医学紀要』第 29 巻第１号、pp. 43-56。
［9］厚生労働省(2026)『新たな地域医療構想策定ガイドライン』厚生労働省医政局(2026 年７月２日)。
［10］田中裕之(2020)「高齢者救急システムをどう地域で構築すべきか？」『日本老年医学会雑誌』第 57 巻、pp. 142-148。
［11］種田憲一郎(2025)「Policies toward coordinating acute medical care and long-term care in Japan」『保健医療科学』第 74 巻第１号、pp. 53-59。
［12］筒井孝子(2020)『筒井孝子論考集 地域包括ケアシステムの理論と政策』カイ書林。
［13］松田晋哉(2026)「地域医療構想と地域包括ケアシステムの到達点と課題」『医療と社会』第 35 巻第４号、pp. 450-463。
［14］若林稲美(2020)「地域に根差した急性期病院としての役割」『日本赤十字看護学会誌』第 20 巻第１号、pp. 159-160。

引用ホームページ

［1］兵庫県(2026)「病床機能報告（令和６年度）神戸圏域」
https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/byousyoukinouhoukoku/r6/koube.html
（2026 年７月 27 日アクセス）
［2］日本医師会(2026a)「地域医療情報システム：兵庫県神戸市中央区」
https://www.jmap.jp/cities/detail/city/28110（2026 年７月 26 日アクセス）
［3］日本医師会(2026b)「地域医療情報システム：兵庫県神戸市灘区」
https://www.jmap.jp/cities/detail/city/28102（2026 年７月 26 日アクセス）

参考資料１　職員アンケート質問票

対象属性：職種、職位、地域連携に関する研修への参加歴。＜設問 1～10＞は、「1＝全くそう思わない」から「5＝とてもそう思う」までの 5 件法で回答を求めた。

1. 地域包括ケアシステムについて説明できる。
2. 高齢者救急患者の受け入れは、急性期病院が地域包括ケアの中で担う重要な役割の一つである。
3. 高齢者救急患者を診るとき、入院中の治療だけでなく、退院後の生活を意識している。
4. 高齢者救急患者への対応が続くと、急性期医療者としての専門性、やりがいを感じにくくなる。
5. 高齢者救急患者を地域生活につなげることに、医療者としてのやりがいを感じる。
6. 日々の仕事を通して、地域とのつながりを実感している。
7. 患者が退院後に地域でどう生活しているかを知る機会がある。
8. 地域の医療機関、介護事業所、ケアマネジャー、地域包括支援センターなどの仕事を理解している。
9. 入院早期から退院支援・地域連携を開始する流れが院内で共有されている。
10. 周辺地域との情報共有は、組織的な仕組みとして（個人ではなく）機能している。
11. 高齢者救急患者への対応で、うまくいったこと、または、困っていることは何ですか。（自由記載）
12. 神戸赤十字病院が地域の中でよりよい役割を果たすために、必要だと思うことは何ですか。（自由記載）

参考資料２　比較対象 12 病院の概要（匿名化）

病院 ID	地域包括病床	病床数（床）	医師数（人）	看護師数（人）	手術総数（件/年）	夜間・休日受診患者数（人/年）	救急車受入件数（件/年）
A 病院	無	718	437.5	762.2	9,273	18,034	8,149
B 病院	無	328	136.0	249.0	3,539	7,116	3,563
神戸赤十字病院	無	295	100.8	230.5	3,849	5,604	3,607
C 病院	無	888	730.5	664.5	9,666	4,539	3,023
D 病院	有	80	10.9	32.0	465	3,006	1,694
E 病院	有	145	24.0	66.9	335	2,880	2,226
F 病院	有	286	81.8	198.8	2,778	2,817	2,123
G 病院	有	58	10.2	43.0	0	624	405
H 病院	有	164	41.4	96.0	2,877	454	247
I 病院	有	113	22.4	76.8	0	309	0
J 病院	有	144	7.0	76.9	0	0	319
K 病院	有	53	9.0	40.9	0	0	313

注：病床数は分析に用いた一般病床の最大使用病床数である。医師数・看護師数は常勤者数と非常勤者の常勤換算数の合計である。夜間・休日受診患者数は休日受診患者数と夜間・時間外受診患者数の合計である。対象病院以外の病院名は匿名化した。

（出所：兵庫県（2026）「病床機能報告（令和６年度）神戸圏域」を基に筆者作成）