

1.1.7 まとめ

平成12年4月に介護保険制度が施行されてから平成15年10月までの期間において、奈井江・浦臼町では628人の人が要介護認定を受けた。その628人を対象者とし、平成11年度の福祉データ、平成11年4月～平成15年10月の医療データ、平成12年4月～平成15年10月までの介護データの個票レベルでのデータセットをそれぞれ作成し、さらに個人単位で接合したパネルデータセットを作成し、分析を行った。

パネルデータの分析の利点として、個人レベルでの利用の推移をみることができるが、具体的にみると、平成12年3月に福祉サービスを利用していた155人のうち、125人が翌月の平成12年4月に介護保険サービスを利用したことが明らかになった。一方、翌月平成12年4月に介護保険サービスを利用しなかった30人の中でも15人が、その後、介護保険サービスの利用を徐々に開始していたが、開始時の要介護度が低いことや、全員が居宅サービスから利用を始めていることを踏まえると、これらの人たちは平成12年3月時点では比較的軽度のため、介護保険制度施行時に要介護認定を受けなかった、あるいは申請をしたが「自立」と認定されたと考えることができる。

また、パネルデータにおいて得られた各サービスの費用「福祉費」「医療費」「介護費」を個人ごとに加算して1人当たりの「総額費用」を算出し、その推移をみると、平成11年4月では約16万円であったのが、介護保険施行時の12年4月には約18万円に増加し、その後14年4月までは上昇して約23万円になったが、15年4月には約20万円に低下している。

以上、パネルデータを活用した主な分析結果を挙げたが、ここでは個人単位でのデータセットを作成することで、既存の統計では把握不可能なことについても分析・検証することができた。こうして導かれた結果は、今後の介護・医療施策策定の際の十分な検討資料となり得るであろう。

1. 2 医療と介護の連携および介護サービス適切性に関するヒアリング調査

1.2.1 はじめに

介護保険制度施行以降の医療と介護の連携状況、および介護サービスの適切性を把握するために、在宅における要介護高齢者（サービス利用者）、介護支援専門員、病院や施設の退院時計画作成者にヒアリング調査をする。調査にあたっては、アメリカ、Brandies 大学の Leutz 準教授を招き、同準教授によって開発された質問表を使用する。本質問表は、医療保険の枠内で、介護サービスを提供する Social Health Maintenance Organization (Social HMO)において、医療と介護の関係、および介護サービスの適切性を調査するために開発されたものである。

1.2.2 調査対象と方法

調査の対象は、1) 介護支援専門員 2名、2) 在宅における要介護高齢者（介護サービス利用者）3名、3) 病院と老人保健施設における退院時計画作成者、である。

介護支援専門員と退院時計画作成者には、事前に質問表を配布し、面接時は、質問表に答えてもらう形で、調査を行い、その返答を主任研究者の池上教授が Leutz 準教授に翻訳し、準教授から追加の質問があれば、質問をしてもらうようにした。

また、サービス利用者には、質問表は見せずに調査員が質問を進め、同様にそれを主任研究者が Leutz 準教授に翻訳し、準教授から追加の質問があれば、質問をしてもらうようにした。

なお、在宅の要介護者に対する調査は、身体介護、家事援助、医療機関受診、医学的管理、精神・心理面の支援、介護者の負担などについて、それぞれ介護の必要性、だれからどの頻度で受けているか、介護を受ける時の心配・困難等、さらに主治医と介護支援専門員の関係などを内容としている。

介護支援専門員に対する調査は、担当する利用者における介護上の各課題の重要度評価(3段階)、主治医との関係、施設の退院時計画作成者との関係、および利用者のニーズが自分の専門外である場合に他の介護支援専門員への紹介の有無を内容としている。また、退院時計画作成者には、退院後の行き先の選択方法や早期退院に結びつくサービスの有無、介護支援専門員との連携を内容としている。

1.2.3 ヒアリング調査結果

(1) 介護支援専門員

質問項目	介護支援専門員①	介護支援専門員②
1.ケアマネの期間	平成12年4月、介護保険制度の開始時から	平成13年4月から
2.事業所の種類	町の在宅介護支援センター 町生活福祉課介護支援係、保健センター兼務 (兼務3種)	町の在宅介護支援センター 町おもいやり課保健介護係兼務
3.ケアマネの前の職	町保健師(平成10年から)	町職員(社会福祉士)
4.ケアマネ業務の時間内訳	ケアマネ業務が全体の7割 〔ケアプラン作成 1/3 訪問 1/3 給付管理 1/3 認定関連業務が残りの3割〕	ケアマネ業務が全体の5割 〔ケアプラン作成 1/3 訪問 1/2 連絡調整 1/6〕
5.ニーズの優先順位		町の職員としての訪問調査を1月に10~15件
a.身体介護	高い	中程度
b.家事援助	高い	高い
c.特別なこと	中程度	低い
d.孤独感・退屈感	高い	中程度
e.病院・医院への移動手段の手配	高い	中程度
f.医療以外の移動手段の手配	中程度	低い
g.自宅改造	高い	中程度
h.精神・心理面	高い	中程度
i.医学的管理	高い	中程度
j.介護者の負担軽減	高い	高い

質問項目	介護支援専門員1	介護支援専門員2
6. その他のニーズやニーズがあっても技術が困難なこと	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族関係に関する問題への対応 ・ 本人の希望を家族が理解していない場合の調整 ・ サービス拒否への対応 ・ 痴呆症の場合の服薬管理 ・ 家族ではカバーしきれない部分への対応 ・ 施設入所への希望 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 配食サービスのニーズ ・ 特養への入所希望 ・ お金の問題 ・ 外出（デイサービスを含む）の拒否 ・ 生活全般のQOLの維持
7. サービスの種類と量の組み込み方	<ul style="list-style-type: none"> ・ パンフレットで利用者に説明する。 ・ 通所介護にリハはないので、保健事業のリハ教室で対応している。 	<p>本人の希望、家族の希望、費用、必要性を全体として勘案する。</p>
a. ガイドラインの使用や知識、経験	<p>以前は MDS-HC と CAP s、今は竹内方式のソフト（コンピュータ）を使用</p>	<p>MDS-HC と CAP s</p>
b. サービス選択の際の支援の方法（サービス量による役割の変動の有無）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者や家族の希望を最終的に優先する。 ・ サービス量によってケアマネの役割が大きく変わることはない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 通所リハの定員が少なく、訪問リハがないため調整に苦勞している。 ・ 過度の支援を要求する利用者もいる（サービス量によるわけではない）。 ・ 例え、病院に行って手続きがわからない、お金の支払いができない、など。
8. 施設（入所・ショート）確保の容易さ		<ul style="list-style-type: none"> ・ 町立病院の療養病床があり、入りやすい。 ・ ショートは町外の利用もあり、1カ月前から予定しておく。
9. ニーズを尊重しようとする際の妨げになること、助けになること		<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者のニーズと家族の希望が異なる時 ・ 家族が利用を希望するサービスを利用者が拒否する時。例え、ショートを拒否する利用者には、受診して入院してもらおうこともある。
10. 主治医連携(頻度)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主治医と連絡をとることはほとんどない。 ・ 診療所に医師は1人であり、看護師と連絡することが多い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ほとんどとっていない。

質問項目	介護支援専門員1	介護支援専門員2
a.定期的な連絡	<ul style="list-style-type: none"> 定期的に連絡していない。 	<ul style="list-style-type: none"> 定期的な連絡はない。 利用者を通じて、医師の話（指示）が伝わることがある。
b.連絡をとる場合	<ul style="list-style-type: none"> 病状の確認 痴呆症の利用者の処方薬の確認 意見書の内容確認 	<ul style="list-style-type: none"> 病状が悪化した時に直接連絡することがある。 町立病院は看護師と連絡する。 診療所（2カ所）からは訪問診療もあり、在宅の状況を把握してもらっている。
c.主治医から連絡がある場合	ほとんどない。	ほとんどない。
11.退院時計画作成者との連携(頻度)	<ul style="list-style-type: none"> 病棟の看護師と連絡をとる。 入退院についてはほとんどが家族からの連絡。病院等に退院の見通しを聞き、退院が決まったら連絡をもらう。 総合病院から、前日に退院の連絡がくることもある。 近隣の病院なら、入院中でも病院から連絡がくることがある。 食事の状況等についての情報のやり取りがある。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院に向けて、1 か月位前に看護師から連絡がきて、病状や今後のことについて話をする。
a.退院時計画作成者への情報提供や情報交換		<ul style="list-style-type: none"> 退院時カンファレンスを行う。 看護師から服薬指示があったり、家で車椅子が使えないので、退院前にリハビリ指導などを依頼することがある。 保健師や看護師等に意見を求める。
12.専門外のニーズへの対応		
13.介護保険サービスでニーズが充足するか		
14.他のケアマネへの紹介		<ul style="list-style-type: none"> 自分で勉強して対応する。 ケアマネの変更は事務ごとに変更する。
15.入院した場合の情報入手の方法	家族からの連絡	家族からの連絡
16.介護サービスは変わったか	<ul style="list-style-type: none"> 住民が利用しやすくなった。 サービス量が増えた。 ヘルパー業務の制限ができ、やりにくくなった。 	<ul style="list-style-type: none"> ヘルパーが24時間対応可能になった。 通所リハで個別リハビリを行うようになった。 福祉用具貸与が急増している。 全般的に事業者の質は向上している。 一方、ショートなどは融通がきかない。

質問項目	介護支援専門員 1	介護支援専門員 2
17.仕事への満足感	<ul style="list-style-type: none"> ・仕事の内容に常に自問自答しながら進めている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・支援業務の中身がうすいと思う。担当は30人くらいが限度。
18.変わってもらいたいこと	<ul style="list-style-type: none"> ・記録やカンファレンスに時間が取られる。時間の余裕がほしい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・報酬額のアップ
19.効率性		
20.サービス事業者との連携	カンファレンスや日常の連絡をしている。	<ul style="list-style-type: none"> ・電話での連絡が多い。 ・カンファレンスも持つが、本人を入れていない。

(2) サービス利用者

属性	ケース1	ケース2	ケース3
性	88歳、女性	74歳、女性	72歳、男性
受けているサービス	要介護1 通所介護(週1回) 通所リハ(週1回)	要介護4 訪問入浴介護 訪問看護(週2回)	要介護2(当初の要介護3から改善) 訪問介護(週2回、受診と散歩) 訪問看護(週1回、注射) 介護ベッドとエアマットの貸与
1.同居者	・長男夫婦と孫(男性)の4人暮らし	・娘と2人暮らし ・15年前に夫と死別	・妻、息子夫婦、孫2人の6人暮らし
2.居住年数	・昭和29年に結婚のため、他の町から転居 ・昭和20年、現住所に移って旅館業を始める	・45年 ・夫と二人で居酒屋を営んでいたが、パーキンソン病になり、8年前に倒れ、店を閉めた	・生まれてから ・家が農家であったが、札幌で13年、苫小牧で12年、単身赴任して、8年前に父親が倒れて町に戻った
3.最近の健康状態 a.最近の変化	・全般的に悪くない ・歩行機能が低下し、よく転ぶ ・夜中にトイレに起きて部屋の前で転ぶことがある。孫が聞きつけて助けてくれる	・比較的落ち着いていると思うが、季節の変わり目に変化がある。また、薬が変わっても変化がある。 ・自分では起きあがれない ・痴呆はないが、たまにボーンとすることがある。	・要介護になった原因は事故 ・杖を使って歩けるようになったし、最近状態の変化や悪化はない

質問項目	ケース1	ケース2	ケース3
b.最近の入院	<ul style="list-style-type: none"> 3年くらい前に転倒したとき、1ヵ月ほど入院した 	<ul style="list-style-type: none"> パーキンソンになった8年前は、札幌の病院に入院。その後平成12年に内科の病院(砂川)に入院。その時から動けなくなる。その後美唄の個人病院に転院し、長期入院。一昨年の2月に退院して、自宅療養になる 	<ul style="list-style-type: none"> 4年前の事故の際に入院
4.日常生活 a.身体介護	<ul style="list-style-type: none"> 入浴のみ通所介護を利用し、他のADLはほとんど自立 トイレには歩行器を利用していく 利尿剤を服用しているので、頻回にトイレに行く(足にむくみがある) 	<ul style="list-style-type: none"> 入浴は一人ではできないので、通所介護を利用 	<ul style="list-style-type: none"> 杖を使って歩いているが、倒れやすい 右手が不自由で、杖を持つのは左手 スプーンを右手で使い食事 着替えは一人だと1時間かかる 起き上がりはベッドにつかまって自分でしている 入れ歯も自分で洗っている
b.家事援助	<ul style="list-style-type: none"> 部屋の掃除は息子がしているが、その他、洗濯や調理等のIADLは嫁がしている 以前、物盗られ妄想があった、嫁は部屋には入らないようにしている 	<ul style="list-style-type: none"> 全て娘が行っている 	<ul style="list-style-type: none"> 全て妻と嫁が行っている
c.特別なこと	<ul style="list-style-type: none"> 部屋に、小さいが夫の仏壇を置いている 	<ul style="list-style-type: none"> ずっと仕事をしていたので趣味がない 猫をかわいがっている。猫の声はハッキリ聞こえる 	<ul style="list-style-type: none"> 昔はマージャンをしていたが、けがをしてからは面倒になった 天気のよい時は自分で外にでる テレビで野球やスポーツをみることが楽しみ

質問項目	ケース1	ケース2	ケース3
d.孤独感・退屈感	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日中一人でいることはほとんどない ・ 子どもや親戚の訪問が時々ある ・ 部屋にひ孫の写真を飾っている ・ 友人・知人など尋ねてくる人はほとんどいない ・ さびしいということは感じていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日中一人でいることはほとんどない ・ ねこをかわいがっている 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 一人でいることはほとんどないので、寂しいと思うことはない
e.病院・医院への移動手段	<ul style="list-style-type: none"> ・ 週1回の病院受診(内科、整形外科、循環器科)には、息子の車で送ってもらう ・ 通所介護、通所リハは送迎を利用 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2週間に1回、医師が来る 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 週3回、町立の診療所に注射に行く(血液の循環をよくする注射)。その際は嫁が送ってもらう ・ 隣町まで散髪にいくが、その際は息子の車で行く
f.医療以外の目的での移動手段	<ul style="list-style-type: none"> ・ 5年前に住宅改修して、歩行器で移動できるようにした ・ トイレに段差はない ・ へやには段差がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 車椅子スロープがあるが、あまり外に出たがらない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ トイレ、風呂、廊下に手すりをつけた
g.自宅改造	<ul style="list-style-type: none"> ・ うつ症状があり、孫が気にかけてよく部屋を訪れる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ スロープは取り付けたが、使用はほとんどない 	
h.精神・心理面	<ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿と整形外科の薬を1日3回服用 ・ 嫁が1回分ずつわけておく ・ 週1回受診している 	<ul style="list-style-type: none"> ・ パーキンソンだけならまだいいが、いろいろ他の疾病のことを考えると不安になる 	
i.医学的管理		<ul style="list-style-type: none"> ・ 先生には直接言いにくいですが、病院の薬剤師には相談しやすい。その薬剤師が先生にも伝えてくれている 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 町立の診療所に通っているが、いろいろな話もできるし、安心できる ・ 冬はかぜをひかないように気をつけている

質問項目	ケース1	ケース2	ケース3
j.介護負担の軽減	<ul style="list-style-type: none"> ・ 嫁は膠原病があり、介護負担がある ・ 今年9月に1回3日間短期入所を利用した ・ 夜中に騒ぐ人や病状の重い人がいて、気にいらなかつたので、その後利用していない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者はほぼ寝たきりであり、娘は、ADL、IADL等のすべてにおいて介護している ・ 「背中がちよつとかゆい」との訴えがよくあり、常に側にいる ・ 介護者の気晴らしはテレビをみることぐらい 	<ul style="list-style-type: none"> ・
5.介護保険サービスの利用	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全て介護保険で利用 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全て介護保険で利用 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全て介護保険で利用 (?)
6.介護支援専門員 a.選び方	<ul style="list-style-type: none"> ・ 役場に相談して、役場の人にした。役場の方が信頼できる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 役場に相談して、決めてもらった 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 役場から訪問してきてくれた
b.名前の認知	<ul style="list-style-type: none"> ・ 顔も名前も十分に認識している 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 顔も名前も十分に認識している 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 顔も名前も十分に認識している
c.連絡方法の認知	<ul style="list-style-type: none"> ・ 必要な時は嫁が電話する 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 娘が電話で連絡する 	<ul style="list-style-type: none"> ・ めったにないが、自分で電話する ・ 月1回は来てくれるので、その時に話す
d.サービスを決定する際の意向把握	<ul style="list-style-type: none"> ・ 話を聞いてくれる ・ サービス利用後も、楽しかったかなど様子を聞いてくれる ・ 通所リハでのリハビリを紹介されたが、どっちがよいかよく分からない。通所介護の方がよく話を聞いてくれるので、雰囲気がい 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 何にでも相談にのってくれる ・ 通所介護に行けたらよいのに、という話をしている 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 何でも相談する ・ 血圧を測って、サービスについて聞いてくれる ・ 医師と話したことは看護師にも話している
7.サービス開始の問題の有無	<ul style="list-style-type: none"> ・ 問題はなかつた ・ 入浴できるといふことでスムーズに利用を決めた 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特にな 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ない

質問項目	ケース1	ケース2	ケース3
8.介護保険サービス以外のサービス受給	<ul style="list-style-type: none"> ・特にない 	<ul style="list-style-type: none"> ・考えたことがない ・どのようなサービスがあるのかわからない 	<ul style="list-style-type: none"> ・考えたことがない ・特に必要ないと思う
9.サービスへの信頼感	<ul style="list-style-type: none"> ・通所介護は信頼して任せられる 	<ul style="list-style-type: none"> ・信頼している。 ・アドバイスをしっかりしてくれている ・他の地域はどのようなものがあるかわからない 	<ul style="list-style-type: none"> ・よいと思う
10.介護保険の利用者負担について	<ul style="list-style-type: none"> ・利用料は安いと思う ・支払っている分は十分にサービスを受けている ・もっと安くなってもサービス量は増やさないとと思う 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護サービスの料金は交通費ぐらいという印象を持っている。年金で間に合っている 	<ul style="list-style-type: none"> ・適当だと思う ・今のところサービスを増やすことは考えていない。自分の機能も向上してきている
11.サービスを受けて良かった点、嫌な点	<ul style="list-style-type: none"> （良）お風呂に入って、体操もできる ・嫌な思いはしたことがない ・通所介護でもあまり友人はいない。人の中に入るのは好きではない 	<ul style="list-style-type: none"> （良）訪問入浴を受け、お風呂にはいれること 	<ul style="list-style-type: none"> （良）ヘルパーと散歩にできるが、話しながら楽しんでる
12.介護保険で十分か	<ul style="list-style-type: none"> ・十分 	<ul style="list-style-type: none"> ・とりあえず十分 ・短期入所には興味がある ・「ちよっとかゆい」等の訴えがあるので、短期入所は難しいとは思いますが、精神状態が不安定になるときとかと考えると面倒に感じる 	<ul style="list-style-type: none"> ・今のところ十分

質問項目	ケース1	ケース2	ケース3
13. 家族の介護負担	<ul style="list-style-type: none"> ・ 嫁を中心に、息子も孫も協力的 ・ 病院は、隣の市の労災病院に通っており、息子が送り迎えのほか、医師との話もしている ・ 嫁は膠原病のため、負担感がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 寝返りのためにも側にいる必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主介護者の妻は、介護の傍ら自分で野菜やメロン作りをしたり、週2～3回老人大学に通っており、ゆとりをもっている（本人は、介護は適当に行っているから、と言う） ・ 嫁は、受診に通う際に車で送っている
14. 主治医とCM	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険の利用を紹介してくれたのは整形外科の医師だが、介護支援専門員との連絡はないと思う 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険当初からケアマネと看護師に相談している。ケアマネの方が相談しやすい。医師との連携はスムーズにしていると思う 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師から介護については聞かれない ・ おそらく看護師から伝わっていると思う
15. 介護保険サービス全体の質について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 大変良いと思う 	<ul style="list-style-type: none"> ・ よく分らない。この程度だと思えばとても良い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ とてもよいと思う。5段階の評価で言えば5

質問項目	ケース1	ケース2	ケース3
<p>その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 夜間幻覚があることがある。誰か来た、何か作っている、などと言う。孫が心配を気にしている ・ ヘルパーの利用は考えていない ・ 旅館業が忙しかった時、使用人がたくさんいたので、家族だけの生活がしたい ・ 日中は部屋のドアをあけておき、呼ばれたらすぐに聞こえるようにしている ・ ずっと在宅で暮らしていきたい ・ 庭で草取りをしていて転んだことがあり、以来息子に庭に出ることを止められている ・ ベッドで生活していることが多く、何もしたくないと思う ・ 日中は一人でビデオをみていることが多い。孫がとってきてくれる ・ 白内障で手術をした。視力は低下している。家の中の段差は見えるが、物が二重に見えたり、ゆがんで見えたりする。真正面は見えるが、周りだけだめ。 ・ 本が好きで、今もめがねをかけて1日30分くらい本を読む ・ うつ症状と言われたが、精神科の受診はしていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 居間に介護ベッドを置いて、ほとんど寝たきりの生活 ・ 調子の良い時は目をあけているが、調子の悪い時は目をつぶって寝ている ・ 寂しいというようなことは言わない。猫に話しかけたりしている ・ 限度額を超えてまで、介護保険を利用しようとは思わない ・ 半日の通所介護を利用したいが、そのようなサービスがない ・ 短期入所を利用しようとは思わない。病院の介護の延長というイメージがある 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 4年前、強い風が吹いてビニールハウスの鉄骨が崩れて頭にぶつかった ・ 痛みやびびれがあり、薬を多く飲んでる。痛みがある時は座薬を使用 ・ リハビリを診療所でしている ・ 夏はリハビリとして外を散歩しているが、冬は保健センターの自転車をこぎたいと思う ・ 寝る前に睡眠剤を服用しているの ・ で、夜中の排泄はおまるを使用している ・ 床ずれが出来て、エアマットを借りている。体位変換したり処置をして治した ・ その際、つめがはがれて歩けなくなつた。今もまだ痛む ・ 診療所でのリハビリは週1回 ・ 子どもが、道内に3人いる。伊達にいる娘のところにも、時々泊まりに行く 	

質問項目	ケース1	ケース2	ケース3
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ (部屋に化粧品が置いてあるが今は化粧はしない ・ (きちんと服を着て、指輪をしている) 昔からおしゃれで、装飾品も良いものを持っていた。ほとんど分けてしまった 		

(3) 退院時計画作成者

1. 職種	国保病院	老人保健施設
<p>1. 職種</p>	<p><面談 3人></p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護職 (看護師 2人 (A,B)、保健師 1人 (C)) ・看護師は主に退院時計画を作成している。 ・保健師は主に転院調整を行っている。 	<p><面談 1人></p> <ul style="list-style-type: none"> ・支援相談員、ソーシャルワーカー ・ケアマネではない。施設サービス計画は看護師が作成している。
<p>2. 退院時計画作成への関わり 兼業の場合、退院時計画作成にかか る時間配分</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・A 看護師は 10 年以上退院時計画の作成に関わっている。 ・B 看護師は 3 年退院時計画に関わっている。病院勤務は 9 年。退院時計画に関わる業務が徐々に増えてきていて 1~3 割ぐらい。 ・C 保健師は今年 4 月より退院時計画に関わる。それまでは保健センターに 10 年、在宅支援センター 3 年、行政に 1 年、病院研修企画者を 1 年経験している。業務の割合は 1 割ぐらい (他 9 割は入院の受け入れに関わる業務)。 ・もともと A 看護師が 1 人で退院時計画を作成していたが、丁寧に関わることが必要とのことで、3 年前から B 看護師を担当にあてることとした。C 保健師は対外的な窓口。 	<ul style="list-style-type: none"> ・全体業務の 40~50% くらい。
<p>3. 具体的な内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時から退院時のことを考えるようにし、早めに動くことを心がけている。担当の看護師が主治医から留意点を聞き、さらに患者・家族の希望を踏まえ、退院した後の方向性を検討する。在宅の希望があれば、在宅支援センターと連携をとる。 ・不安なく家へ帰ることができるように、直接自宅に行って確かめることがある。また、人間関係を築く上でも有効だと考えている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・老健はずっとしている場所と捉えている人が多いが、ミドルステイの場所ということを入所者には念頭に置いてもらって、入院時から退院時計画を立てている。 ・ソーシャルワーカー、看護師、ケアワーカー (社会福祉士) 等 4 人でクリティカルパスを作成する。

質問項目	国保病院	老人保健施設
<p>a. 関わるべき患者の選定と割合</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・症状が安定している人、一応退院をしようとする人全員に計画を立てている。 ・退院しても家族の受け入れが困難な人、不安に思う人を中心に作成する。長いつきあいなので、家族ぐらゐみで調整する。 ・6ヵ月療養の診療報酬改定があったため、退院支援のための多大な努力が必要になった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・全員に対して行っているわけではない。長期入所中の人(特養待機者)については、退院時計画を作らない。 ・1ヵ月に1~3人が退所していく。 ・現在、52床あり、シヨートは4床程度確保している。
<p>4. 退院後の行き先として、在宅か施設かをどのように選ぶか</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・すべての状況を鑑みて、家族の意思と患者自身の意思が一致するように調整する。 ・家族に意思決定させるためのアプローチが大変。 	
<p>5. 患者が介護保険を受けているか、担当の介護支援専門員がいるかを知っているか</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ほとんどわかる。わからなければ在宅支援センターと連携する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅介護支援センター(ケアマネ)に相談に行く。
<p>6. 患者が介護保険を受けていない場合、給付手続きの手助けをするか</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・代行支援を行う。 ・外来でわかることが多い。 ・今年5人くらい(そのうち2人は療養病床への入院を希望) 	(ありえない)
<p>7. 患者が入院する前に在宅サービスを受けていた場合、そのケアプランを見たか</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・近いので届けてもらったり、見に行ったりする。 ・意見書を見ることはない。必要性を感じない。 ・何か必要があればヘルパーも含め、10~15分で集まることができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・プラン自体はあまり見ることがない。 ・在宅のケアマネがたまに来る。 ・実際に在宅サービスを受けている人の自宅に伺い、緊急性(今すぐ入所したいかどうか)を聞く。老健を理解してくれない人もおり、苦勞する。 ・会議というほどでもないが、各スタッフによる相談によって入所を決定する。

質問項目	国保病院	老人保健施設
8.早期退院に結びつくサービス	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護が大変有効である。訪問看護に引き継ぐので円滑に退院している。 ・入浴・排泄・食事も重要であり、ヘルパーの役割も重要である。 ・在宅においては、ちょっとした動作介助や声かけが重要な場合があり、それがなければ退院を躊躇する場合もある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・短期入所、通所サービスは必要と考えている。 ・ヘルパーを使いたい、デイサービスを使いたいと考えている人に、在宅での試験外泊を行ったりもする。
9.介護支援専門員との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・頻繁に連携している。 ・ケアマネから電話が来た時は窓口になる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院日が決まったとき、具体的な動きに向けケアマネと家族を交えて会議を行う。 ・直接ケアマネというよりも、支援センターに相談する。
10.よく連絡をとる介護支援専門員はいるか 退院直後のケアを専門にしている 介護支援専門員はいるか	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランの変更をお願いすることもある。お互いに協力し、信頼関係を築く。 ・1つの事例を大事にしなが、次の事例に進むようにしている。 ・連携がうまくとれるように努力している。 ・関わるスタッフは全員、それぞれ得意、不得意の分野があり、判断が難しい部分は専門家と相談するようにしている。 	
11.早期退院の妨げ	<ul style="list-style-type: none"> ・介護者のちよつとの見守りがなかったり、近所に親族がいないことなど。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人、施設、家族の三者が一体となって退院は成り立つが、ここで、家族が退所に後ろ向きになると退所できなくなることがある。
12.施設への入所待ちとその対応	<ul style="list-style-type: none"> ・30名程度。以前に比べ減少した。 ・問題としては、要介護4でも入所できなかつたり、在宅の点数が高く、要介護2,3でも施設へ入れようとする傾向がある。 ・施設でリハをやると軽くなっているのに、要介護度に反映されていない。 	

1.2.4 まとめ

医療と介護の連携においては、中核に存在し、中心的な役割を果たしている職種と、周辺に存在し、必要に応じて追加的な情報やアドバイス、サービスをそれぞれ提供する職種に分かれていた。前者は、居宅においては介護支援専門員と訪問看護師、施設においては入退所に関わる看護師とソーシャルワーカーであった。一方、後者は通所サービスの職員、病棟の看護師、理学療法士、作業療法士、および医師等であった。

医師は介護サービスの利用、入退所の決定などいずれの場面においても直接的な役割を果たしていなかった。面接した在宅の利用者のなかで、介護サービスの利用について医師と相談した者はいなかった。実際の退院時計画は、病棟の看護師や施設のソーシャルワーカーが、必要に応じて介護支援専門員との連携で作成していた。

しかし、介護場面で看護師が医療との連携を果たしていたため、医師との直接の連携が必要な場合以外は、不自由をしていなかった。それは、在宅では訪問看護師、施設では病棟看護師であった。看護師は一般に医師から必要な情報を容易に入手しており、医療の提供を受けることについても支障は指摘されなかった。一方、介護支援専門員が医師に直接連絡することは、たとえ看護師の資格を有する場合でも、訪問看護師として同時に利用者に接していない場合を除いてなかった。

在宅の介護支援専門員は、医師以外との連携においては中心的な役割を果たしており、病院の看護師は介護支援専門員にさえ伝えれば、関係する居宅サービス事業者全員に伝わる、という安心感があつた。また、病院に連絡する介護支援専門員は、病院職員にもよく周知されており、連携は円滑に行われていた。

次に、介護サービスの適切性について、在宅の要介護者、および介護者から聴取した範囲では、満足しているという評価を得た。通所サービスについては、リハビリテーションの内容、他の利用者との交流、利用時間等についての注文はあつたが、大きな課題ではなかった。利用料の自己負担額は、利用の障壁として認識されていないようであった。介護者からは介護上の負担についての訴えはなかつたが、1例は客観的には大きな負担であるという印象を受けた。

なお、退院・退所後の行先として自宅を選べない場合、本地域には高齢者住宅の戸数が少なく、また民間経営の高齢者住宅がないため、都市部に比較すると、施設不足に陥る傾向があると考えられた。介護サービスの充実とともに、今後の介護環境整備上の課題であるといえる。

以上は、限られた調査対象から得られた結果である。在宅の要介護者の選定については、奈江井町・浦臼町に依頼したので、問題のあるような事例は選ばれなかったと推測される。また、インタビューに応じたケアマネジャーやサービス提供者は全体と比べてレベルが高かった可能性がある。さらに奈江井町・浦臼町は狭い地域社会を形成しているので、連携体制の確立が容易であった可能性がある。

以上を総括すると、全般的には介護保険は適切に機能し、医療保険との連携も円滑に行われていた。アメリカの **Social HMO** と異なり、日本の介護保険には財源的に独立しているため、地域における提供体制を整備することが可能であったと推測される。したがって、連携を強化するために、2つの保険を統合する必要性はないといえよう。残された問題は、施設の不足と、迅速な介護サービスの導入が必要な亜急性期における対応である。

1. 2 付属資料

医療と介護の連携および介護サービス適切性 に関するヒアリング調査 面接調査項目

(1) 介護支援専門員

1. どのくらいの期間、介護支援専門員として働いていますか？
2. 現在働いているのは、どのような職種の居宅介護支援事業所ですか？
3. 介護支援専門員になる前は何をされておりましたか？ 現在兼業の場合、その職種は何ですか？
4. 介護支援専門員としての仕事内容のうち、何にどれだけの時間を使っていますか？（例：患者との面談・サービス内容の選択肢の提示、ケアプラン作成、各サービス機関との連絡調整、事務処理・レセプト。兼業の場合は、約何%の時間を介護支援専門員としての仕事に割り当てていますか。）
5. 多くの介護保険利用者が直面する問題やニーズをこの表に示しています。この中で、介護支援専門員として3段階（高・中・低）に優先順位をつけるとすれば（絶対必要、必要、時間があれば等）どうなりますか？

	高い	中程度	低い
身体介護（衣服の着脱、寝起き、入浴）			
家事援助（料理、買い物、掃除、洗濯）			
利用者にとって特別なこと（例：植木やペットの世話）			
孤独感・退屈感に対応すること			
病院・医院への移動手段の手配			
医療以外の目的で外出するときの移動手段の手配（例：教会へ行く）			
自宅改造（例：浴室に手すりをつける）、歩行器などの手配			
精神・心理面での支援			
医学的管理（例：服薬の管理）			
介護者の負担の軽減（ショートステイなどを考慮しているか）			

6. この表に含まれていない利用者のニーズで、あなたがニーズを満たそうと心がけていることはありますか？またニーズがあるとわかっているが、どうしてあげることもできないことはありますか？