

201001044A

厚生労働科学研究費補助金

政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

（H22－政策－一般－026）

**要介護高齢者の生活機能向上に資する
医療・介護連携システムの構築に関する研究**

平成22年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 川越雅弘

平成23（2011）年3月

目次

I. 総括研究報告

| | |
|---|---|
| 要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究 (川越雅弘) | 1 |
|---|---|

II. 分担研究報告

第1章. 退院時における医療・介護連携

| | |
|---|----|
| 報告1: 要介護高齢者に対する退院支援プロセスの現状とリハビリテーション 継続上の諸課題—入院元病床別にみた検証— (川越雅弘、備酒伸彦、森上 淑美) | 5 |
| 報告2: 自宅退院要介護高齢者に対するケアマネジメントプロセスへの リハビリテーション職の関与効果—第1報— (川越雅弘、備酒伸彦、小森昌彦、三浦禎) | 25 |
| 報告3: フランス在宅入院制度と日本への示唆 —急性期病院の退院支援を中心に— (篠田道子) | 47 |
| 報告4: イギリスの退院支援システムの現状と課題 —医療・介護連携の制度枠組みと従事者の関係に注目して— (白瀬由美香) | 53 |

第2章. 認知症ケアにおける医療・介護連携

| | |
|---|----|
| 報告1: 認知症ケアの現状と介護支援専門員の関与の実態 (川越雅弘、森上 淑美) | 59 |
| 報告2: 認知症ケアにおけるネットワークの有効性 (竹内さをり) | 85 |

第3章. 終末期ケアにおける医療・介護連携

| | |
|--|-----|
| 報告1: 在宅終末期ケアの現状と介護支援専門員の関与の実態 (川越雅弘、森上 淑美) | 93 |
| 報告2: 高齢者の終末期におけるケアの課題 —意思決定能力が低下した高齢者への対応に焦点を当てて— (篠田道子) | 115 |
| 報告3: 高齢者の終末期における医療・介護サービス利用についての分析 (泉田信行) | 121 |
| 報告4: 看取りの場所と「死」の社会的位置づけに関する考察 (孔 相権) | 137 |

| | |
|---|-----|
| 第4章. 医療・介護連携強化に向けた地域での取り組み事例 | |
| 報告1：郡山市における医療と介護の連携強化への試み (原 寿夫) | 145 |
| III. 研究成果に関する一覧表 | 157 |
| IV. 研究成果の刊行物・別刷 | 159 |

研究者一覧（平成 22 年度）

研究代表者：

川越 雅弘（国立社会保障・人口問題研究所企画部 第1室長）

研究分担者

備酒 伸彦（神戸学院大学総合リハビリテーション学部 准教授）

篠田 道子（日本福祉大学社会福祉学部 教授）

竹内 さをり（甲南女子大学看護リハビリテーション学部 講師）

孔 相権（京都大学大学院医学系研究科 特定研究員）

泉田 信行（国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部 第1室長）

白瀬 由美香（国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部 研究員）

研究協力者：

原 寿夫（郡山市医療介護病院 院長）

森上 淑美（兵庫県介護支援専門員協会 会長）

小森 昌彦（兵庫県但馬県民局但馬長寿の郷 理学療法士）

三浦 禎（宮城県リハビリテーション支援センター 作業療法士）

鍋島 史一（福岡県メディカルセンター保健・医療・福祉研究機構 主任研究員）

注. 所属等は平成 23 年 3 月現在のもの。

I . 總括研究報告

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」
総括研究報告書

研究代表者 川越雅弘（国立社会保障・人口問題研究所 室長）

（研究要旨）

質の高い医療・介護サービスをより効率的に提供するためには、医療・介護間の連携強化が重要となる。本研究の目的は、医療・介護連携上の主要課題

- ・課題1：退院患者に対する医療・介護連携（特に、リハ連携）
- ・課題2：認知症高齢者に対する医療・介護連携
- ・課題3：終末期患者に対する医療・介護連携

別に、連携と阻害要因の実態把握を行った上で、制度面や報酬面からみた課題解決策を提言することである。

課題1に関し、北欧では、多職種協働による早期退院支援システムが構築され、平均在院日数の減少や日常生活動作の向上などが有意に図られたとの報告（Langhorne 2004）がある。しかしながら、日本では、継続的なリハの効果評価研究も、また、退院支援プロセスの実態調査（退院支援への介護支援専門員の関与を含む）もほとんど実施されていないのが現状である。本研究では、退院支援プロセス、ならびにアウトカム（退院後の生活機能予後）の実態調査および両者の関係性分析を実施し、アウトカムの改善につながる最適な退院支援プロセスの在り方を提言する。

課題2および課題3に関しては、医療関係者とケアマネ間の連携強化が重要となる。本研究では、認知症および終末期にある高齢者に対するケアマネジメントの実態調査（医療との連携を含む）、個別事例検証、専門医および先進地域におけるヒアリング調査を実施し、連携上の課題抽出と連携強化方法の提示（連携の具体的ルール作り、研修内容の提案）を行う。

初年度（平成22年度）は、これら3課題に対するケアマネジメントの実態調査などを主に実施し、

- 1) 退院前カンファレンス（以下、退院前CC）への在宅リハ職の参加率が低く、リハ継続に関する関係者間の合意形成ができていない
- 2) 退院後のプラン策定において、介護支援専門員がリハ・看護専門職に対し事前相談を実施しているケースでは、非実施者に比べ、有意にリハ・訪問看護サービスを導入している
- 3) 認知症に伴う行動・心理症状（BPSD）を有する高齢者に対し、その主要な悪化要因である薬剤および身体合併症に対するケアマネのチェックが不十分である
- 4) 本人の拒否等の理由により、終末期高齢者への訪問看護サービス導入が低い水準にとどまっている

などの実態を明らかにした。

来年度は、課題1に関し、退院後の生活機能予後のデータ分析、退院支援プロセスとの関係性分析、リハ職とケアマネの連携モデル構築を行う。課題2および3に関しては、事例検証と専門医、看護職へのインタビューを通じた、ケアマネジメントプロセスの改善方法の検討、質評価方法の検討などを行う予定である。

A. 研究目的

質の高い医療・介護サービスをより効率的に提供するためには、医療・介護間の連携強化が重要となる。本研究の目的は、医療・介護連携上の主要課題（課題1：退院患者に対する医療・介護連携（特に、リハ

連携）、課題2：認知症高齢者に対する医療・介護連携、課題3：終末期患者に対する医療・介護連携）別に、連携と阻害要因の実態把握を行った上で、制度面や報酬面からみた課題解決策を提言することである。

B. 研究方法

3 課題に対し、以下の研究を実施した。

(I. 退院時の医療・介護連携)

1. 兵庫県下のケアマネジャー1,612 名を対象としたアンケートを実施し（有効回答 783 名）、各々が有する直近の在宅退院 783 事例について、入院元、病院の退院支援プロセス（退院前訪問指導の実施状況、退院前合同カンファレンス（以下、退院時 CC））、リハ・看護職とケアマネジャーの連携、退院後のケアプラン作成プロセスなどの実態を分析した。
2. フランスの「在宅入院制度」や英国の地域包括ケア（マネジメント含む）の現状を、既存のレポートや現地からの情報収集により整理／分析した。
3. 在宅リハ職とケアマネジャーの連携を図るため、ADL 能力及び機能予後評価表を作成し、現場で試行した。
4. 在宅退院要介護高齢者を対象とした、退院支援プロセスおよび退院後の生活機能予後調査を複数医療機関および複数地域で実施した（退院後のアウトカム評価）。
5. 退院後からリハが継続提供された場合の効果を検証するため、退院患者への訪問リハの効果評価（生活機能予後評価）を実施した。

(II. 終末期ケアにおける医療・介護連携)

1. 兵庫県下のケアマネ 2,598 名を対象としたアンケートを実施し（有効回答 881 名）、直近の死亡例 881 事例について、基本属性（年齢、死亡原因など）、介護の状況、告知の有無、看取りの場所とその変化（死亡 1 ヶ月前と死亡時の場所の変化）、サービス内容、本人・家族へのケアマネジャーの関与状況などの実態を分析した。
2. 先行研究（日本福祉大学終末期ケア研究会報告など）の文献学的調査を実施し、現在の終末期ケアマネジメントの課題と、今後の改善ポイントの整理を実施した。
3. 医療・介護レセプト情報をもとに、終末期における医療費用の消費状況を調査した。

(III. 認知症ケアにおける医療・介護連携)

1. 兵庫県下のケアマネ 2,598 名を対象としたアンケートを実施し（有効回答 235 名）、各ケアマネジャーが有する認知症高齢者（認知症自立度がⅡ以上で、担当から 3 ヶ月以上経過した直近の契約者）の 235 事例を、特に、家族負担感に大きく影響し、かつ、医療従事者とケアマネジャーの連携が効果を発揮する可能性のある BPSD（認知症に伴う行動・心理症状）に関して分析した。なお、BPSD の評価指標としては NPI（Neuropsychiatric Inventory）12 項目を使用した。
2. 認知症ケアの一手法として「アートポスト」を実施し、その効果を事例ベースで検証した。

(倫理面への配慮)

研究の実施にあたっては「疫学研究に関する倫理指針」等に基づき、各所属施設の倫理委員会の承認を得るとともに、研究参加の同意所得や個人情報の保護をはじめ、研究の対象となる個人の人権の保護について十分な配慮を行った。

C. 研究結果

(I. 退院時の医療・介護連携)

1. ①在宅退院要介護者の入院病床は急性期病床が 65% を占める、②急性期病床では、退院前訪問指導、退院前 CC の実施率が、他の病床に比べ有意に低い、③退院前訪問指導が実施された場合のケアマネジャーの同行率は約 9 割である、④退院前 CC への在宅リハ職の参加がほとんどなく、リハ継続に関する病院在宅関係者間の情報伝達や退院後のサービス決定に関する合意形成が不十分である、⑤退院後のプラン策定に関するリハ・看護職への事前相談の実施率は約 5 割である、⑥専門職への事前相談実施者は、非実施者に比べ、プランへのリハ・訪問看護導入の割合が有意に高いなどがわかった。

(II. 終末期ケアにおける医療・介護連携)

1. ①要介護 4 以上 43.6%、がんによる死

亡 47.2%、②主介護者は、妻 29.2%、娘 22.5%の順、意思決定のキーパーソンは娘 25.4%、息子 23.5%の順、③告知を受けていた割合は、本人 42.5%、家族 83.6%、④死亡 1ヶ月前の所在は、自宅 68.5%、病院 27.2%に対し、看取りの場所は、自宅 37.3%、病院 58.2%、⑤所在が自宅から病院に変わった理由は「病状の変化」が 78.9%と最も多い、⑥本人・家族からの相談は、「病状の変化」「疼痛」に関するものが多い、⑦死亡後の関わりの実施率は 82.9%、⑧何らかのサービスに不足感ありとケアマネジャーが回答した割合は 54.0%で、特に、訪問介護および訪問看護の不足感が高い、⑨サービス提供の制限理由としては、本人の拒否 36.2%、家族の拒否 35.8%、単位数不足 21.8%、金銭的理由 19.2%の順であったなどを明らかにした。

2. 医療・介護レセプト調査から、終末期にある高齢者でも、認定を受けていない者が半数程度いることがわかった。

(Ⅲ. 認知症ケアにおける医療・介護連携)

1. ①NPI12 項目のいずれかの BPSD を保有する率は 96.8%である、②BPSD のうち、「易刺激性と不安定性」、「妄想」、「不安」、「激越と攻撃性」などの発生率が高い、③3ヶ月間の BPSD の変化の状況は、「変化なし」38.3%、「やや重度化」29.8%、「やや改善」18.3%であった、④BPSD 悪化の要因としては、薬剤や身体合併症の問題が約 6割を占めると先行研究で指摘されているが、これら要因に対するケアマネジャーのチェックが不十分であることを明らかにした。
2. 認知症の方が、適切な時期に介護保険サービスを活用するには、進行していく段階に応じて対応できるよう、本人の状態を経過を追って見つめ、適時適切なサービスにつなげるコーディネーターの関わりが必要になる。進行により悪化する状態だけを見るのではなく、本人が今できることを見極め、支

援が必要なことには具体的な支援策を見出すかかわりが必要である。事例検証を通じて、認知症者とその家族をサポートするうえで、ネットワークのような支援の有効性が確認された。

D. 考察および E. 結論

(Ⅰ. 退院時の医療・介護連携)

1. 退院後のケアプランに、訪問看護やリハサービスを適切に導入するためには、ケアプラン原案作成段階から、事前にリハ・看護職に相談することを徹底することが有用である。
2. 現在のケアマネジャーにとって、利用者の ADL の実行状況の確認はできるが、能力評価や予後評価は困難である。ここを支援するため、在宅リハ職が、退院後に同行訪問を実施し、能力および予後評価を行い。適切な指導・助言を、利用者や家族、ケアマネジャーに対し行うことが非常に有効であり、そのための報酬として、居宅療養管理指導のリハ職版の新設を提案したい。
3. フランスの在宅入院制度では、退院支援と在宅医療は「入院医療の延長線上」として位置づけ、コーディネーター医師と管理看護師がキーパーソンとなって、3つのチームが連携して在宅医療を定着させている。このような取り組みは、多職種・他機関との連携が「点」に留まり、かつ24時間365日対応できずに伸び悩んでいる日本の在宅医療の参考になるものである。わが国には、医療と介護を統合するジェネラリストとしてのケアマネジャーが存在している。この「強み」を入院中から活用し、早い段階からカンファレンスに参加してもらうなど、「面」としての退院支援チームづくりが推奨される。

(Ⅱ. 終末期ケアにおける医療・介護連携)

1. 本人・家族からは、「病状の変化」や「疼痛」に関する相談が多く、また、死亡前 1ヶ月間に、在宅から病院へ入院した事例理由をみると、「病状の変化」が最も多

くなっている。現在、福祉系ケアマネジャーが全体の7割以上を占めているが、これら医療に関する相談や病状変化に適切に対応できる医療との連携体制の構築が、今後の課題と考えた。

2. 先行研究調査から、終末期ケアの満足度は、死亡場所ではなく、どのようなケアを受けてきたのかという、プロセスに影響されるということがわかった。ケアマネジメントのプロセス評価を実施し、質の担保を進めていくことが今後の課題と考えた。

(Ⅲ. 認知症ケアにおける医療・介護連携)

1. 先行研究によると、BPSDを悪化させる要因別割合は、「薬剤によるもの」37.7%、「身体合併症によるもの」23.0%、「家族・介護環境によるもの」10.7%であること、その後の適切な心理社会的介入や薬物介入によって、BPSDの大きく改善したと報告されている。今回の調査から、これらBPSD悪化要因となる薬剤や身体合併症のチェックが、現時点で十分行われているとは言えないことがわかった。アセスメントの項目に、これら情報を追加するとともに、薬剤師や看護職との連携を強化していくことが、今後の課題と考えた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 川越雅弘(2011): 医療・介護連携が求められる背景とは、作業療法ジャーナル, Vol.45, No.2, pp.102-107.
- 2) 篠田道子(2011): フランスにおける長期入院への対応ー在宅入院制度の展開からー, 健保連海外医療保障, No.87, pp.21-28.
- 3) 白瀬由美香(2011): イギリスにおける医師・看護師の養成と役割分担, 海外社会保障研究, No.174, pp.52-63.

2. 学会発表

- 1) 内田美穂、中野穰、大瀧俊夫、芝本宏美、川越雅弘(2011): 退院支援プロセスへの介護支援専門員の関与とケアプランへのリハビリテーション・訪問看護サービス導入の現状ー兵庫県介護支援専門員協会会員へのアンケート調査からー, 第10回近畿介護支援専門員研究大会兵庫大会、神戸ポートピアホテル、神戸、2011.2.27.
- 2) 三田純子、川井雅子、小林治子、森本あゆみ、川越雅弘(2011): BPSDの発生状況と介護支援専門員の対応ー認知症ケアの確立をめざしてー, 第10回近畿介護支援専門員研究大会兵庫大会、神戸ポートピアホテル、神戸、2011.2.27.
- 3) 辻村広美、山野敬子、天ヶ瀬延代、黒田ますみ、川越雅弘(2011): 在宅終末期の利用者および家族への介護支援専門員の関与の実態ー兵庫県介護支援専門員協会会員へのアンケート調査からー, 第10回近畿介護支援専門員研究大会兵庫大会、神戸ポートピアホテル、神戸、2011.2.27.
- 4) 山野敬子、辻村広美、天ヶ瀬延代、黒田ますみ、川越雅弘(2011): 在宅終末期の利用者および家族への支援体制とサービス受給状況の実態ー兵庫県介護支援専門員協会会員へのアンケート調査からー, 第10回近畿介護支援専門員研究大会兵庫大会、神戸ポートピアホテル、神戸、2011.2.27.

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

Ⅱ. 分担研究報告

第1章

退院時における医療・介護連携

要介護高齢者に対する退院支援プロセスの現状と
リハビリテーション継続上の諸課題
－入院元病床別にみた検証－

研究代表者 川越雅弘（国立社会保障・人口問題研究所 室長）
研究分担者 備酒伸彦（神戸学院大学 准教授）
研究協力者 森上淑美（兵庫県介護支援専門員協会 会長）

【研究要旨】

本研究は、入院元病床（急性期病床、回復期リハビリテーション（以下、リハ）病床、療養病床）別に、①退院支援プロセスの現状と同プロセスへのリハ職の関与状況、②在宅ケア関係者（介護支援専門員を含む）との連携状況、③退院後ケアプランへのリハサービス導入状況について調査し、①～③について、各病床における課題を明らかにすることを目的とする。

今回、兵庫県下の介護支援専門員 1,612 名に無記名自記式質問紙を送付し、各人が有する直近の退院事例の入院元病床、退院支援プロセス、退院後ケアプランへのリハ導入状況を質問した。有効回答 783 事例を分析した結果、

- 1) 自宅退院要介護者の入院元病床は急性期病床が 65% を占める
- 2) 退院時の ADL の重症度（寝たきり度）は、各病床区分ともほぼ同じである
- 3) 入院原因疾患の第 1 位は、急性期病床では「肺炎」、回復期リハ病床、療養病床は「脳梗塞」である（急性期病床では、廃用症候群の退院者が多い可能性がある）
- 4) 急性期病床では、退院前訪問指導、退院前合同ケアカンファレンス（退院前合同 CC）、退院後のリハ継続に関する指導・助言の実施率が有意に低い
- 5) 全ての入院元病床において、退院前合同 CC への在宅のリハ職の参加率が低い
- 6) 急性期病床を退院した本人、家族、介護支援専門員は、他の病床に比べ、退院後のリハ継続の必要性に対する意識が低い
- 7) 退院後のケアプランへのリハ導入率をみると、訪問系リハは、急性期病床 19.3%、回復期リハ病床 32.0%、療養病床 27.4%、通所リハは、急性期病床 17.2%、回復期リハ病床 35.5%、療養病床 28.8% と、急性期病床退院者へのリハ導入率が、他の病床に比べ有意に低い

などがわかった。

以上の結果から、特に、急性期病床退院者に対する介護支援専門員とリハ職の連携強化が必要であることがわかったが、そのための対策として、①退院前合同 CC への参加、②退院後の自宅における訪問指導と ADL 能力および予後評価、③本人・家族への療養指導、④ケアプラン策定に対する介護支援専門員への指導・助言、⑤一定期間後（退院後 3 ヶ月）のモニタリングの実施を算定要件にした、在宅のリハ職（病院のリハ職が行う事も可）に対する居宅療養管理指導料の新設が必要と考えた。

A. はじめに

現在、医療費適正化の観点から、入院日数の短縮化が推進されている。しかし、入院患者の67%を占める65歳以上高齢者の退院に関しては、病院側、患者・家族側、地域の受け皿、病院と在宅サービス間をつなぐシステムなどの複数の要因が関係するため、在宅への移行が円滑に進まない場合も多い²⁾。こうした状況の下、円滑な退院と退院後の必要サービスの継続性を確保するための支援、いわゆる「退院支援」の重要性が、現在高まっている。

先行研究によると、高齢者特性からみた退院困難要因として、日常生活動作 (Activities of Daily Living、以下、ADL)、手段的ADL (Instrumental ADL、以下、IADL) に障害があること³⁾や、ADL障害を有する者に、不安や困り事を有する割合が高いこと⁴⁾が報告されている。また、退院前後では、療養環境やケア提供体制が大きく変化するため、障害を有した身体を生活環境に適応させることができず、退院後に何らかの生活機能障害を呈している場合も多いとの指摘もある⁵⁾。

そのため、退院後の生活機能の維持・向上の観点から、病院や在宅の理学療法士 (PT)、作業療法士 (OT)、言語聴覚士 (ST) (以下、リハ職) が、異なるケア環境への円滑な移行を助けるための、他職種との連携を含めた一連のプロセス、いわゆる退院支援プロセスに対し、積極的に関与することが期待されている。

特に、要介護高齢者が自宅退院する場合、退院後の介護保険下のサービスは、介護支援専門員が作成する介護サービス計画 (以下、ケアプラン) に基づいて提供される形となるため、退院前後での適切なリハ継続が行われるためには、介護支援専門員と病院ならびに在宅のリハ職が連携した上で、ケアプランにリハを適切に位置づける必要がある。

これを制度面から支援すべく、厚生労働省は、退院前訪問指導や、退院後ケアプランへの適切なリハ導入に向けたリハ職による指導・助言、病院関係者と在宅関係者間の退院前合同CCの実施などに対して診療報酬上の評価を実施し、2010年4月の診療報酬改定により、退院支援強化の骨格はほぼできあがった状況にある。今後重要なことは、これら退院支援の質の向上を目指すことであり、そのためには、介護支援専門員とリハ職の強固な連携が不可欠となるが、これら連携の実態に関連する研究は少ない⁶⁾。また、実際的な退院に際しては、機能やリハ職配置等が異なる急性期病床、回復期リハ病床、療養病床ごとに、介護支援専門員との連携を含めた退院支援プロセスの実施状況が異なる事が考えられるが、これらを病床区分別に検証した論文は見られない。

そこで、本研究では、要介護者の退院事例に最も関与する介護支援専門員を対象とした質問紙調査により、退院支援プロセスへのリハ職の関与状況、介護支援専門員を含めた在宅ケア関係者との連携状況を調査し、これを上記3種類の病床区分別に比較検証した。適切なリハ継続に向けた病床区分毎の課題を明らかにし、今後に向けた対策を検討する上での基礎データを収集することが、本研究の目的である。

B. 対象および方法

1. 対象

兵庫県介護支援専門員協会の各支部長に対しアンケート調査への協力を要請し、同意が得られた支部の所属会員 1,612 名（一部、会員以外を含む）を調査対象とした。

2. 方法

対象となる介護支援専門員 1,612 名に、支部長経由で直接ないし郵送にて、無記名自記式質問紙を配布し、FAX にて回収した。なお、調査期間は平成 22 年 5～7 月末である。調査依頼に当たっては、研究目的、研究成果の公表方法、回答のプライバシーの厳守、非参加でも不利益がないことを配布用紙に明記し、回答をもって調査への同意とみなした。

回答者の属性に関しては、基礎職種および所属法人種類を質問した。退院支援プロセスに関しては、各介護支援専門員に、現在の担当者のうち、直近の退院 1 事例を抽出してもらい、その者の入院病床および病院の退院支援プロセスを質問した。質問項目は、調査対象者である介護支援専門員による把握が可能であること、退院支援の質向上を目指した診療報酬改定で重視された内容であることを考慮し、①退院前訪問指導の有無と参加者、②退院前合同カンファレンス（以下、退院前合同 CC）の有無と参加者、③病院リハ職による退院後のリハ継続に対する指導助言の有無の 3 項目を選定した。また、退院時の ADL の重症度の差異が、退院支援プロセスに影響を及ぼす可能性が考えられたため、退院時の寝たきり度も併せて質問した。

回収数は 809 名（回収率 50.2%）、うち退院事例を有さなかった 26 名を除く介護支援専門員 783 名の直近退院事例（783 事例）を分析対象とした。また、退院支援プロセスに関しては、急性期病床、回復期リハ病床、療養病床の 3 群間で比較した。

統計処理には SPSS ver.15.0J for Windows を使用し、有意水準は 5%未満とした。名義変数に関する検定では χ^2 検定を用い、有意差のあった項目に関しては、さらに、群間のいずれに差異があるかを多重比較するため、ハバーマンの残差分析⁷⁾を行った。順位変数に関する検定ではクラスカル・ウォリス検定を用いた。

C. 結果

1. 回答者の主な属性 (n=783)

回答した介護支援専門員 783 名の基礎資格は、「介護福祉士」52.0%、「看護職」23.0%、「その他」13.9%、「社会福祉士」9.3%の順（表 1）、所属法人は、「社会福祉法人」41.9%、「営利法人」24.6%、「医療法人」20.0%の順であった。

表 1. 回答者（介護支援専門員）の基礎職種

| | 看護師 | 社会福祉士 | 介護福祉士 | その他 | 未回答 | 合計 |
|--------|------|-------|-------|------|-----|-------|
| 人数 (人) | 180 | 73 | 407 | 111 | 12 | 783 |
| 割合 (%) | 23.0 | 9.3 | 52.0 | 14.2 | 1.5 | 100.0 |

2. 入院元病床 (n=783)

自宅退院 783 事例の入院元病床は、「急性期病床」65.4%、「回復期リハ病床」22.0%、「療養病床」9.3%の順であった（表 2）。

表 2. 入院元病床

| | 急性期病床 | 回復期リハ病床 | 療養病床 | その他不明 | 未回答 | 合計 |
|--------|-------|---------|------|-------|-----|-------|
| 人数 (人) | 512 | 172 | 73 | 13 | 13 | 783 |
| 割合 (%) | 65.4 | 22.0 | 9.3 | 1.7 | 1.7 | 100.0 |

3. 入院元病院と介護支援専門員の所属法人の関係 (n=783)

入院していた病院と、居宅介護支援事業所の法人の関係をみると、「同一または系列法人」11.1%、「同一でも系列でもない」88.3%であった。これを法人種類別にみると、同一又は系列法人率は、「医療法人」36.7%、「その他」16.7%、「社会福祉法人」2.7%、「営利法人」1.0%であった（表 3）。

表 3. 入院していた病院と介護支援専門員の所属法人の関係

| | 同一／系列法人 | | 同一／系列以外 | | 合計 | |
|-----------|---------|-------|---------|-------|-----|--------|
| | N | % | n | % | n | % |
| 総数 | 88 | 11.2% | 691 | 88.3% | 783 | 100.0% |
| 社会福祉法人／社協 | 9 | 2.7% | 320 | 96.4% | 332 | 100.0% |
| 営利法人 | 2 | 1.0% | 191 | 98.5% | 194 | 100.0% |
| 医療法人／医療生協 | 61 | 36.7% | 105 | 63.3% | 166 | 100.0% |
| その他 | 14 | 16.7% | 70 | 83.3% | 84 | 100.0% |

注 1.横計には、同一／系列法人であったか否かの質問に回答がなかった 4 人のデータを含んでいる。

注 2.縦計には、所属法人が未回答であった 7 人のデータを含んでいる。

4. 入院元病床別にみた患者の入院時特性の差異 (n=757)

入院元病床が、急性期病床、回復期リハ病床、療養病床のいずれかであった 757 名の、入院時特性の差異を病床種類別にみる。

まず、入院前の寝たきり度をみると、寝たきり者（ランク B またはランク C）の割合は、「急性期病床」29.3%、「回復期リハ病床」16.3%、「療養病床」34.2%と、療養病床が最も寝たきり者が多かった（表 4）。

入院原因疾患をみると、急性期病床は、「肺炎」17.8%、「骨折（大腿骨以外）」8.8%、「心疾患」8.4%の順、回復期リハ病床は、「脳梗塞」27.9%、「大腿骨骨折」23.3%、「脳出血」12.8%の順、療養病床は、「脳梗塞」21.9%、「骨折（大腿骨以外）」19.2%、「肺炎」15.1%の順であった（表 5）。

表 4. 入院前の寝たきり度

| | 対象者数 (人) | 構成割合 (%) | | | | | |
|---------|-------------|----------|------|------|------|------|------|
| | | 自立 | J | A | B | C | 未回答 |
| 合計 | 757 | 9.1 | 19.4 | 27.5 | 17.4 | 9.4 | 17.2 |
| 急性期病床 | 512 | 6.3 | 19.3 | 27.9 | 18.0 | 11.3 | 17.2 |
| 回復期リハ病床 | 172 | 16.9 | 21.5 | 28.5 | 13.4 | 2.9 | 16.9 |
| 療養病床 | 73 | 11.0 | 15.1 | 21.9 | 23.3 | 11.0 | 17.8 |

表 5. 入院原因疾患 (%)

| | 合計 (N=757) | 急性期病床 (N=512) | 回復期リハ病床 (N=172) | 療養病床 (N=73) |
|-------|---------------|------------------|--------------------|----------------|
| 脳出血 | 5.8 | 2.9 | 12.8 | 9.6 |
| 脳梗塞 | 14.0 | 8.2 | 27.9 | 21.9 |
| 大腿骨骨折 | 11.8 | 8.0 | 23.3 | 11.0 |
| 他の骨折 | 10.2 | 8.8 | 10.5 | 19.2 |
| 肺炎 | 14.5 | 17.8 | 4.7 | 15.1 |
| 心疾患 | 7.4 | 8.4 | 4.7 | 6.8 |
| 高血圧症 | 1.6 | 1.8 | 0.0 | 4.1 |
| 糖尿病 | 4.0 | 4.1 | 2.9 | 5.5 |
| 関節症 | 1.2 | 1.0 | 1.2 | 2.7 |
| 呼吸器疾患 | 4.8 | 6.3 | 1.7 | 1.4 |
| 脊椎障害 | 2.0 | 1.4 | 4.1 | 1.4 |
| 廃用症候群 | 2.2 | 1.8 | 2.3 | 5.5 |
| 悪性腫瘍 | 4.9 | 6.3 | 2.3 | 1.4 |

注. 網がけは、各病床別にみた入院原因疾患の上位 3 疾患である。

5. 入院元病床別にみた患者の退院時特性の差異 (n=757)

入院元病床が、急性期病床、回復期リハ病床、療養病床のいずれかであった 757 名の、退院時特性の差異を病床種類別にみる。

まず、退院時の要介護度をみると、急性期病床は、「要介護 2」20.7%、「要介護 3」20.3%、「要介護 1」18.0%の順、回復期リハ病床は、「要介護 2」「要介護 3」26.2%、「要介護 4」16.9%の順、療養病床は、「要介護 4」24.7%、「要介護 2」「要介護 5」16.4%の順であった (表 6)¹。

次に、退院時の寝たきり度をみると、寝たきり者 (ランク B またはランク C) の割合は、「急性期病床」44.7%、「回復期リハ病床」32.0%、「療養病床」49.3%と、療養病床が最も寝たきり者が多かった (表 7)。

次に、退院時の認知症自立度をみると、急性期病床は、「自立」22.3%、「ランク I」21.9%、「ランク II」21.3%の順、回復期リハ病床は、「自立」26.7%、「ランク I」「ランク II」25.6%の順、療養病床は、「ランク II」24.7%、「自立」「ランク I」21.9%の順であった (表 8)。

表 6. 退院時の要介護度

| | 対象者数 (人) | 構成割合 (%) | | | | | | 未回答 |
|---------|-------------|------------|----------|----------|----------|----------|----------|-----|
| | | 要支援 1-2 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 | |
| 合計 | 757 | 2.0 | 16.2 | 21.5 | 21.1 | 17.3 | 14.1 | 6.7 |
| 急性期病床 | 512 | 3.3 | 18.0 | 20.7 | 20.3 | 16.4 | 14.6 | 6.6 |
| 回復期リハ病床 | 172 | 2.3 | 9.3 | 26.2 | 26.2 | 16.9 | 11.6 | 7.6 |
| 療養病床 | 73 | 1.4 | 20.5 | 16.4 | 15.1 | 24.7 | 16.4 | 5.5 |

表 7. 退院時の寝たきり度

| | 対象者数 (人) | 構成割合 (%) | | | | | 未回答 |
|---------|-------------|----------|------|------|------|------|-----|
| | | 自立 | J | A | B | C | |
| 合計 | 757 | 1.1 | 10.8 | 38.6 | 27.2 | 15.1 | 7.3 |
| 急性期病床 | 512 | 1.4 | 11.7 | 35.4 | 28.1 | 16.6 | 6.8 |
| 回復期リハ病床 | 172 | 0.6 | 8.7 | 50.0 | 22.1 | 9.9 | 8.7 |
| 療養病床 | 73 | 0.0 | 9.6 | 34.2 | 32.9 | 16.4 | 6.8 |

表 8. 退院時の認知症自立度

| | 対象者数 (人) | 構成割合 (%) | | | | | | 未回答 |
|---------|-------------|----------|------|------|------|-----|-----|------|
| | | 自立 | I | II | III | IV | M | |
| 合計 | 757 | 23.2 | 22.7 | 22.6 | 15.6 | 4.0 | 2.0 | 9.9 |
| 急性期病床 | 512 | 22.3 | 21.9 | 21.3 | 17.2 | 4.1 | 2.5 | 10.7 |
| 回復期リハ病床 | 172 | 26.7 | 25.6 | 25.6 | 10.5 | 2.3 | 0.6 | 8.7 |
| 療養病床 | 73 | 21.9 | 21.9 | 24.7 | 16.4 | 6.8 | 1.4 | 6.8 |

¹ ただし、要介護度は、認定申請段階の状態を反映したものであり、申請時期によっては、退院時点の状態を反映したものとは言えない点に留意が必要である。

6. 病床種類別にみた退院支援プロセスの差異 (n=757)

退院支援プロセス (①退院前訪問指導の有無と同行者、②退院前合同 CC の有無と参加者、③病院リハ職による退院後のリハ継続に対する指導助言の有無) の実施状況を、3 群間で比較した。

まず、退院前訪問指導の実施率をみると、「急性期病床」16.0%、「回復期リハ病床」48.8%、「療養病床」35.6%で、3 群間に有意な差がみられた (表 9)。さらに、残差分析を実施した結果、実施率は、急性期病床は有意に低く、回復期リハ病床は有意に高いことが示された (いずれも $p<0.01$)。

ここで、職種別同行率 (退院前訪問指導実施者に占める職種別同行者数の割合) をみると、病院スタッフの同行率は、急性期病床では、「看護師」65.9%、「MSW」51.2%、「理学療法士 (以下、PT)」46.3%、回復期リハ病床では、「PT」89.3%、「作業療法士 (以下、OT)」61.9%、「MSW」47.6%、療養病床では、「PT」76.0%、「看護師」56.0%、「OT」「MSW」28.0%の順であった。在宅スタッフ (本人・家族含む) では、全ての病床で、介護支援専門員 (89-92%)、家族 (76-87%)、本人 (62-68%) の同行率が高かったが、在宅リハ職の同行率は低位であった。なお、職種別同行率を 3 群間で比較した結果、「病院看護師」「病院 PT」「病院 OT」の 3 職種で有意な差がみられた (表 10)。

表 9. 退院前訪問指導実施率

| | 急性期病床 (N=512) | 回復期リハ (N=172) | 療養 (N=73) | |
|-----------|------------------|------------------|--------------|----|
| 退院前訪問指導あり | 82 人(16.0%) | 84 人(48.8%) | 25 人(34.2%) | ** |
| 退院前訪問指導なし | 399 人(77.9%) | 84 人(48.8%) | 45 人(61.6%) | |
| 不明 | 31 人(6.1%) | 4 人(2.3%) | 3 人(4.1%) | |

*:P<0.05, **:P<0.01、

表 10. 退院前訪問指導への職種別にみた同行率

| | 急性期 (N=82) | 回復期リハ (N=84) | 療養 (N=25) | |
|---------|---------------|-----------------|--------------|----|
| 病院医師 | 22.0% | 10.7% | 16.0% | |
| 病院看護師 | 65.9% | 35.7% | 56.0% | ** |
| 病院 PT | 46.3% | 89.3% | 76.0% | ** |
| 病院 OT | 17.1% | 61.9% | 28.0% | ** |
| 病院 ST | 6.1% | 10.7% | 0.0% | |
| 病院 MSW | 51.2% | 47.6% | 28.0% | |
| 病院その他 | 2.4% | 4.8% | 0.0% | |
| 本人 | 62.2% | 67.9% | 68.0% | |
| 家族 | 79.3% | 86.9% | 76.0% | |
| 在宅 PT | 6.1% | 0.0% | 8.0% | |
| 在宅 OT | 1.2% | 1.2% | 0.0% | |
| 在宅 ST | 0.0% | 0.0% | 0.0% | |
| 介護支援専門員 | 89.0% | 90.5% | 92.0% | |
| 在宅その他 | 29.3% | 27.4% | 32.0% | |

*:P<0.05, **:P<0.01、

注. 職種別同行率とは、退院前訪問指導実施者に占める職種別同行者数の割合のこと。

次に、退院前合同 CC が開催され、かつ、介護支援専門員が参加した率をみると、「急性期病床」54.9%、「回復期リハ病床」73.8%、「療養病床」78.1%、非開催による不参加率は、「急性期病床」34.6%、「回復期リハ病床」13.4%、「療養病床」17.8%と、3 群間に有意な差がみられた（表 11）。さらに、残差分析を実施した結果、急性期病床では、退院前合同 CC の非開催率が有意に高いことが示された（ $p<0.01$ ）。

表 11. 退院前合同 CC への介護支援専門員の参加状況

| | 急性期 (N=512) | 回復期リハ (N=172) | 療養 (N=73) | |
|---------|----------------|------------------|--------------|----|
| 参加 | 281 人(54.9%) | 127 人(73.8%) | 57 人(78.1%) | ** |
| 不参加 | 7 人(1.4%) | 10 人(5.8%) | 0 人(0.0%) | |
| 開催されず | 177 人(34.6%) | 23 人(13.4%) | 13 人(17.8%) | |
| 不明 | 24 人(4.7%) | 8 人(4.7%) | 2 人(2.7%) | |
| 退院後から関与 | 18 人(3.5%) | 4 人(2.3%) | 1 人(1.4%) | |
| 未回答 | 5 人(1.0%) | 0 人(0.0%) | 0 人(0.0%) | |

*:P<0.05, **:P<0.01

表 12. 退院前合同 CC への職種別参加状況

| | 急性期 (N=281) | 回復期リハ (N=127) | 療養 (N=57) | |
|--------|----------------|------------------|--------------|----|
| 病院医師 | 32.0% | 42.5% | 31.6% | |
| 病院看護師 | 88.3% | 77.2% | 87.7% | * |
| 病院 PT | 27.4% | 76.4% | 49.1% | ** |
| 病院 OT | 7.5% | 51.2% | 22.8% | ** |
| 病院 ST | 3.9% | 15.0% | 8.8% | ** |
| 病院 MSW | 63.7% | 79.5% | 64.9% | ** |
| 病院薬剤師 | 3.6% | 3.9% | 3.5% | |
| 病院栄養士 | 2.8% | 6.3% | 12.3% | ** |
| 病院その他 | 1.1% | 3.1% | 3.5% | |
| 本人 | 55.9% | 70.1% | 57.9% | * |
| 家族 | 82.6% | 91.3% | 91.2% | * |
| 在宅主治医 | 1.1% | 1.6% | 0.0% | |
| 在宅看護師 | 28.8% | 17.3% | 19.3% | * |
| 在宅 PT | 5.7% | 5.5% | 14.0% | |
| 在宅 OT | 1.1% | 3.1% | 0.0% | |
| 在宅 ST | 0.4% | 0.0% | 0.0% | |
| 在宅薬剤師 | 0.0% | 0.0% | 0.0% | |
| 在宅栄養士 | 1.1% | 0.0% | 0.0% | |
| 在宅介護職 | 24.6% | 16.5% | 33.3% | * |
| 在宅その他 | 21.7% | 25.2% | 26.3% | |

*:P<0.05, **:P<0.01

注 1) 職種別参加率とは、介護支援専門員が参加した退院前合同 CC への、職種別参加者数の割合のこと。

ここで、職種別参加率（介護支援専門員が参加した退院前合同 CC への、職種別参加者数の割合）をみると、病院スタッフの参加率は、急性期病床では、「看護師」88.3%、「MSW」63.7%、「医師」32.0%、「PT」27.4%、回復期リハ病床では、「MSW」79.5%、「看護師」77.2%、「PT」76.4%、療養病床では、「看護師」87.7%、「MSW」64.9%、「PT」49.1%の順であった。在宅スタッフ（本人・家族含む）では、全ての病床で、家族（83-91%）、本人（56-70%）の参加率が高く、看護職、介護職も 2-3 割参加していたが、在宅リハ職の参加率は低位であった。なお、職種別参加率を 3 群間で比較した結果、病院の「看護師」「PT」「OT」「ST」「MSW」「栄養士」、在宅の「本人」「家族」「看護師」「介護職」で有意な差がみられた（表 12）。

最後に、退院後のリハ継続の必要性に対する指導・助言の有無をみると、「あり」55.6%で、これを病床別にみると、「急性期病床」33.2%、「回復期リハ病床」79.2%、「療養病床」51.4%で、3 群間に有意な差がみられた（表 13）。

表 13. 退院後のリハ継続の必要性に対する病院リハ職による指導・助言の実施状況（N=734）

| | 合計 (N=734) | 急性期 (N=494) | 回復期リハ (N=168) | 療養 (N=72) | |
|---------|---------------|----------------|------------------|--------------|----|
| 指導・助言あり | 45.5% | 33.2% | 79.2% | 51.4% | ** |
| 指導・助言なし | 49.3% | 60.3% | 18.5% | 45.8% | |
| 未回答 | 5.2% | 6.5% | 2.4% | 2.8% | |

*:P<0.05, **:P<0.01、分析対象は、退院後に対象者と関わった 23 事例を除く 734 事例である。