

C. 研究結果—事例検証—

1. 事例1 (70歳代、男性)

1) 事例の概要

(1) 基本属性

・家族構成：妻と二人暮らし ・主介護者：妻

(2) 入退院の経過

2010年8月に排尿障害が出現し泌尿器科を受診。導尿を行ったが発熱が生じ入院となる。以前から脊柱管狭窄症の持病があり、歩行は不安定であったが、今回の入院により、歩行がさらに困難となる。移動時に加え、それ以外の日常生活にも介助を要する状態となる。

同月中旬に、一般病床から自宅に退院した。入院期間は9日間。退院日に認定申請され、要介護3の認定を受けられた。

(3) 入院前と退院後の自立度の変化

表4.入院前と退院後の自立度の変化

	寝たきり度	認知症自立度	要介護度
入院前	ランクJ	自立	なし
退院後	ランクA	自立	要介護3

2) リハ職の関与状況

(1) 日常生活に対する希望・要望

ご本人の希望は「なるべく家族の世話になりたくない」、ご家族の希望は「なるべく自分のことは自分で安全にして欲しい」であった。

(2) 目標とする生活

活動面では、①屋内での歩行の安定性を向上させること、②トイレまでの移動をより安全に行えるようにすること、③一日中ベッド上にいる生活から、少しでもベッドから出る生活に変えることを、また、社会参加面では、通所リハで外出する機会を確保することを目標とした。

(3) 入院前及び退院直後のADL能力の評価とそのポイント

入院前のADLは自立していたが、退院直後は馬蹄形の歩行器を使って屋内を移動していた。左右方向のバランスも悪く、妻の介助が必要な状態であった。トイレはベッドサイドのポータブルトイレを使用、立位も手で何か把持するものがあれば可能であったがふらつきが見られた。また、腰のふらつきがあるとの訴えもあった。一日中ベッドで過ごしている生活の様子。低い市販のベッドを使用しており、立ち上がりに介助も必要であった。

身体機能では、大腿四頭筋の筋力の低下があるものの、立位を保つ筋力は保たれている。立位のふらつきの原因は殿筋の筋力低下によるものと考えた。殿筋の筋力低下が歩行バランス能力の低下にも大きく関与している。上肢の筋力は保たれているので、現在の下肢筋力でも手や腕を使って体を支えれば歩行は可能と判断した。

脊柱管狭窄症の症状として足部のしびれはあるが、足部の筋力に低下はなく深部感覚の障害も見られない。

ADL能力低下の主な原因は、脊柱管狭窄症による運動麻痺や感覚障害によるものというより、長期間の臥床による下肢筋力、特に殿筋群の筋力の低下（廃用性）によるものと考えた。また、電動ベッドを導入し立ち上がりやすい高さに設定すればベッドからの立ち上がりは自立すると判断した。

(4) 退院後のADL機能予後評価とそのポイント

退院後のADL能力低下は廃用性による筋力低下によるもので、特に殿筋群の筋力低下が原因と考えた。筋力低下が殿筋群に限局されているので、複数要因による機能低下に比較すると機能回復は容易である。また、立ち上がり自立することで、ベッドから離れる事が容易になり、日常での活動性の確保がリハ効果を高めると考えた。

専門職による集中的なりハ（週に2～3回程度）が可能であれば1～2ヶ月程度で移動能力の回復が見込まれるが、現在の活動性の低さと訪問リハなどの関わりが週1回程度に限定されることが予測されるので、立位保持、歩行能力の改善には3ヶ月程度の期間が必要と判断した。

(5) リハ導入で期待される効果／導入しなかった場合のリスク

今のADL機能の低下は限局された部分の筋力低下によるものであるが、今後ベッド上での生活が続くことで、歩行能力や体力の低下等の廃用症候群が進行し、他の身体機能に支障をきたす可能性が高い。また、この生活がつづくことで、寝たきりのリスクが高くなる。現在の状態で、適切なリハサービスが導入されれば歩行能力のアップが期待できると判断した。

運動麻痺ではなく、入院中の長期臥床による廃用性の機能低下が歩行に影響している。まずは生活環境を整えて、動きやすくし、リハ専門職の介入で心臓に負担のないリハを行うことで、筋力アップと体力の回復、それに伴う歩行能力アップが期待できると判断した。

(6) 療養上の指導内容とそのポイント

指導内容は①電動ベッドの導入、②訪問リハの導入、③寝室をトイレの近くに移動、④トイレ内に手すり設置、⑤日中はベッドではなく、居間に移動してイスに座って過ごすことを提案した。

「動けないので動かない」「動きにくいので動きたくない」という消極的な気持ちが本人にあることを考慮して、本人には「何が原因で立てないのか、歩けないのか」を評価を通じて伝えた。さらに、「今はまだ、まだ限られた部分の筋力低下」で動きにくくなっていることと、保たれている機能があること、リハによってどの程度までの回復が期待できそうかといった見通しを示し、本人のモチベーションを高めた。これにより、リハに対するモチベーションが高まり、当初消極的であったりハの導入を受け入れて頂いた。

リハについては、できれば通所リハなどの外出を伴うリハサービスが望ましかったが、本人の「外に出たくない」という気持ちが強く、まずは訪問リハの導入からはじめ、機会を見て通所リハへの移行を目指すことをケアマネジャーと相談した。

トイレまでの移動やトイレ内での動作が自立できるように、部屋をトイレの近くに移動し、手すりを設置するなど、「動きやすい」環境作りを図った。

(7) 退院後の生活機能の状況とその評価

指導後、訪問リハを希望され、ケアマネジャーが調整したのも、事業所の定員が空かず、訪問リハを断念。そこで、通所リハに切り替えて、現在通所中である。

歩行は安定しており、屋内での歩行器歩行は自立となった。トイレまで移動し導尿を行う行為も自立し、排泄はトイレで自立して行っている。日中の過ごし方として、寝室に椅子を置いて座って時間を過ごすことが多く、居間までは出ていない。屋外移動以外のADLはほぼ自立である。歩行器で廊下を往復する練習は自主訓練として続けている。

介護認定の更新の際には要支援2の判定がでた。本人は不服で再申請の手続き中である。退院直後が要介護3であったので大きな改善が見られた。

当初通所は難しいと考えていたが、本人の希望で通所リハに現在通っている。理学療法士の提案で気持ちの変化があった様子。部屋の移動と手すりの設置、歩行機能向上でトイレ動作が自立するようになった。「やる気」を引き出すアプローチ、専門的なりハによる機能向上、住環境の整備、これらが生活機能の改善につながった。ただ、未だに寝室から出ることがな

く、ベッド中心の生活である。日常の過ごし方には未だ課題は残り、機能低下のリスクはまだ残っている。この改善が、今後の課題である。

表 5-1. 退院後の ADL 機能予後とリハビリ導入の必要性に関する評価票【事例 1】

評価日：2010年9月10日、 評価者：小森（職種：PT）

任意番号	1	性別	男性	年齢	70歳代	要介護度	要介護3
------	---	----	----	----	------	------	------

退院後に目標とする生活－活動面－	退院後に目標とする生活－社会参加面－
<ul style="list-style-type: none"> ・屋内での歩行の安定性を向上させる。 ・トイレまでの移動をより安全にする。 ・一日中ベッド上にいる生活から、少しでもベッドから出る生活にする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・通所リハビリで外出する機会を確保したい

日常生活に対する希望・要望（ご本人）	日常生活に対する希望・要望（ご家族）
なるべく、世話になりたくない	なるべく自分のことは自分で安全にしてもらいたい

(能力評価区分) 1:自立 2:見守り 3:一部介助 4:全介助	入院前、退院直後の能力レベル評価		今後の機能予後予測		リハビリ導入による改善/維持可能性 (◎:大きく改善、○:改善、-:維持)
	入院前	退院直後	最終到達自立度	到達時期(カ月)	
評価日	8月頃	9/10	-	-	-
1.歩行	1	3	2	3	○
2.屋内移動	1	3	2	3	○
3.屋外移動	1	3	3	3	-
4.階段昇降	-	-	-	-	-
5.移乗	1	3	2	3	○
6.入浴	2	4	3	3	○
7.トイレ動作	1	4	2	3	○
8.整容	1	1	1		-
9.更衣	1	3	2	2	-
10.排尿	1	2	2	2	-
11.排便	1	2	2	2	-
12.食事摂取	1	1	1	1	-
13.失禁(1:なし,2:尿のみ,3:便のみ,4:両方)	1	1	1	1	-

【リハビリ導入で期待される主な効果/導入しなかった場合のリスク（デメリット）】

- ・ベッド上での生活が続くことで、歩行能力や体力の低下が進み、寝たきりのリスクが高くなる。現在の状態であれば歩行能力のアップが期待できる。
- ・運動麻痺より入院中の廃用性の機能低下の方が歩行に影響している。まずは生活環境を整えて、動きやすくし、リハビリテーションの専門職の介入で心臓に負担のないリハビリを行い、体力の回復とそれに伴う歩行能力アップを期待します。

【療養上の留意点/家族介護を実施する上での留意点－ご本人・ご家族の方へ－】

寝ているのではなく、椅子に座る時間を増やしたり、日中は居間で過ごすなどして、ベッドから離れる時間を作る。

表 5-2. 生活機能モニタリング票【事例 1】

任意番号	1	性別	男性	年齢	70 歳代	介護度	要介護 3
項目名		評価区分 (該当する数字を、右の項目評価欄に記入)	ケアマネジャー評価				
			退院 1 週後 (8/20)	退院 1 月後 (9/24)	退院 3 月後 (11/17)		
IADL	1	買い物	1.自立して「している」 2.見守りを受けながら「している」 3.一部介助を受けながら「している」 4.全介助をうけながら「している」 5.これらの行為を行っていない (していない)	5	5	5	
	2	食事の支度		5	5	5	
	3	家事		5	5	5	
	4	金銭の管理		3	3	3	
	5	遠方外出		5	5	5	
ADL 等	1	歩行 (45m 以上)	1.自立して、45m 以上歩行している。 (杖や歩行器、装具を使用してもよい) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない 6.車椅子で 45m 以上自走している	4	1	1	
	2	屋内移動	1.自立(介助や見守りなしに移動をしている。 車椅子や杖などの移動手段は問わない)	4	1	1	
	3	屋外移動	2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない	4	4	3	
	4	階段昇降 (1 段分)	1.自立(介助や見守りなしに 1 段の階段昇降をしている) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない	5	5	5	
	5	車椅子と ベッド間の 移乗	1.自立(ベッド上の起き上がり動作から車椅子への移乗ま での一連の動作を見守りや介助なしにしている) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない (※一連動作で、見守りと一部介助が混在する場合はよ り重度の方(この場合は一部介助)で評価下さい)	4	2	1	
	6	入浴	1.自立(入浴の一連動作を見守りや介助なしにしている) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない	4	4	3	
	7	トイレ動作	1.自立(トイレに関する一連の動作(トイレへの出入り、便座 に座る、衣服の上げ下げ、トイレットペーパーの使用等)を 見守りや介助なしにしている。手すり使用は可) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない (※見守りと一部介助が混在する場合、一部介助で評価)	4	3	1	
	8	整容 (洗面、整髪、 歯磨き、髭剃 り)	1.自立(使用物品を用意し、整容の行為をしている) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない (※整髪は見守りだが、洗面は一部介助の場合、より重 度の方(一部介助)で評価)	1	1	1	
	9	更衣	1.自立(更衣に関する一連の動作(服を着る、ボタンをとめ る等)を見守りや介助なしにしている) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない (※見守りと一部介助が混在する場合、一部介助で評価)	3	1	1	
	10	排便コントロール	1.失禁なし。必要な座薬の使用や浣腸もできる。 2.座薬や浣腸の使用に介助を要したり、時に失禁する。 3.1-2 以外	3	3	1	
	11	排尿コントロール	1.失禁なし。昼夜ともコントロール可能。尿集器使用もできる。 2.時に間に合わず失敗する。尿集器使用に介助を要す。 3.1-2 以外	3	3	3	
	12	食事摂取	1.自立(届く範囲に食物をセットすれば、適度な時間内に 食事をしている。調味料をかけるなども含む) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない	1	1	1	
	13	寝たきり度	1.自立 2.J1 3.J2 4.A1 5.A2 6.B1 7.B2 8.C1 9.C2	1	1	1	

項目名		評価区分 (該当する数字を、右の項目評価欄に記入下さい)	1週間後 (8/20)	1月後 (9/24)	3月後 (11/17)
外出頻度等	1 買い物	(評価日を含めた1週間の状況) 1.週4日以上 2.週2-3日 3.週1日 4.週に1日もなし	4	4	4
	2 散歩		4	4	4
	3 友人と会う		4	4	4
	4 日中活動性		3	2	2
移動手段	1 屋内移動	1.独歩 2.手すり・伝え歩き 3.床上移動 4.T字杖 5.多脚杖 6.歩行器 7.シムカー 8.装具 9.車椅子自走 10.車椅子介助 11.その他	11	6	1,6
	2 屋外移動		10	10	10
認知機能	1 短期記憶	1.できる(思い出せる) 2.できない	1	1	1
	2 日常の意思決定	1.できる 2.特別な場合以外は可 3.日常的に困難 4.できない	1	1	1
	3 意思の伝達	1.できる 2.時々できる 3.ほとんどできない 4.できない	1	1	1
	4 認知症自立度	1.自立 2.I 3.IIa 4.IIb 5.IIIa 6.IIIb 7.IV 8.M	1	1	1

問2 「退院1週間後」と「3ヵ月後」の医療・介護サービス受給状況評価

項目名	評価区分 (該当する数字を、右の項目評価欄に記入下さい)	1週間後 (8/20)	3ヵ月後 (11/17)
1.外来でのリハ	1.あり 2.なし 3.不明	2	2
2.訪問介護	1.あり 2.なし	2	2
3.訪問看護 (PT,OT,STによる)	1.あり 2.なし →「1.あり」の場合、1週間あたりの回数	2 ()回	2 ()回
4.訪問リハ	1.あり 2.なし →「1.あり」の場合、1週間あたりの回数	2 ()回	2 ()回
5.通所介護(リハ職 配置あり)	1.あり 2.なし →「1.あり」の場合、1週間あたりの回数	2 ()回	2 ()回
6.通所介護(上記以外)	1.あり 2.なし		
7.通所リハ	1.あり 2.なし →「1.あり」の場合、1週間あたりの回数	2 ()回	1 (1)回
【リハ内容】※リハで行っている内容全ての番号を右欄に記入。 1.筋力増強運動 2.可動域訓練 3.バランス練習 4.起居・立位動作練習 5.移動動作練習 7.ADL練習 8.IADL練習 9.福祉用具アドバイス 10.住宅改修アドバイス 11.家族への介護助言・指導 12.その他		なし	1,4,5

問3 家族の方の介護の状況についてご回答下さい(独居の場合記入不要)。

項目名	評価区分 (該当する数字を、右の項目評価欄に記入下さい)	1週間後 (8/20)	3ヵ月後 (11/17)
主たる介護者の 介護負担感	1.非常に強い 2.まあまあ強い 3.どちらとも言えない 4.あまりない 5.ほとんどない	2	4
家族介護日数	※毎日の場合「7」と右欄に記入下さい	7	3
家族介護時間 (実施日について)	1.ほとんど終日 2.半日程度 3.2-3時間程度 4.必要時に手をかす程度	2	4

3ヵ月後評価 不可理由	1.入院(月 日)	2.介護保険施設・居住系施設に入所(月 日)
	3.死亡(月 日、理由:)	
	4.担当事業所変更	
	5.その他(理由:)	

2. 事例2 (90歳代、女性)

1) 事例の概要

(1) 基本属性

・ 家族構成：長男夫婦と三人暮らし ・ 主介護者：嫁

(2) 入退院の経過

2010年9月に自宅洗面所で転倒し、右大腿部を打撲。近隣の外科診療所を受診後、経過観察をしていたが、その後、左足部の痛みも出現したことから、当該診療所より近隣病院の紹介を受け、同年9月21日に入院するに至った。

入院中はリハビリ室にて歩行訓練を行ったが、身体が後方に倒れ、思うように下肢を振り出せず、平行棒内での歩行も困難であったことから、院内は介助による車いすでの移動であった。

11月1日に家族と主治医とで面談し、自宅退院の準備が整い次第退院することとなり、約2ヶ月後の11月20日に自宅退院となった。

入院前までは骨粗鬆症、脊柱管狭窄症の持病があったものの、自覚症状はなく日常生活も自立した生活を送っていたが、退院時には、上肢支持での起き上がりや短時間の座位保持、食事での一部動作以外は介助を要する状態となる。

(3) 入院前と退院後の自立度の変化

表6. 入院前と退院後の自立度の変化

	寝たきり度	認知症自立度	要介護度
入院前	自立	自立	なし
退院後	B2	I	要介護4

2) リハ職の関与状況

(1) 日常生活に対する希望・要望

ご本人の希望は「入院前と同じように、あまり家族に迷惑をかけずに自立した日常生活を送りたい」、ご家族の希望は「転倒して骨折などしないよう、安全に暮らしてほしい。低下した体力を取り戻してほしい」であった。

(2) 目標とする生活

活動面では、嫁の介助により、屋内歩行を継続し長期入院により低下したADL能力の改善を目指す。また、社会参加面では、通所系サービスの利用により外出機会を確保し、筋力や持久力の低下を予防することを目標とした。

(3) 入院前及び退院直後のADL能力の評価とそのポイント

93歳と高齢であるが、入院前のADLは自立していた。自宅の床面はフローリングで滑りやすい上、靴下を常用していたことから、滑ってバランスを崩したものと思われる。

退院時には転倒後の打撲に起因する下肢の痛みは消失し、脊柱管狭窄症の自覚症状もない状態であるが、全身的な筋力低下が著明。介助により立位へ誘導すると重心が後方へ傾いていくが、それを上手く修正することができない(立位バランスの低下)。正面から上肢を支え介助により歩行を誘導すると、重心を前方に移動できず、下肢を振り出せない状況がみられる。このような状況から、立ち上がり困難、歩行時には主介護者の後方からの介助に依存しており、上肢で体重を支持するなど重心を前方に移動しながら歩行する機会がない。

この移動を中心とした ADL 能力低下は長期入院による廃用症候群に起因するものと思われる。本人の移動をサポートするための屋内動線上への手すりの取り付けを行った上で、主介護者の見守りと部分介助により、歩行量を確保すること。また、通所サービスの利用により、耐久力の向上を図ることで、2~3 か月後には、屋内移動が見守りで可能となり、それに伴い自宅トイレの使用も可能となると思われる。

(4) 退院後の ADL 機能予後評価とそのポイント

本人は自立志向が強く、できることは自分で行いたいと考えている。また、主介護者が 1 日を通じて本人につき添える環境にある。ADL 能力の低下の主要因は廃用性によることから、適切な環境調整（主に屋内動線上の手すりの設置）と介助者の見守りと部分介助、通所介護サービスの利用を通じて、耐久力の向上がはかられば、2~3 ヶ月後には、屋内移動、トイレ動作の自立を中心に ADL の改善が見込まれる。

(5) リハ導入で期待される効果／導入しなかった場合のリスク

段差昇降や歩行中の方向転換、立ち上がりの際など立位バランスを崩しやすい場面での転倒リスクはあるが、本人の意欲、家族の介護力を考えると、適切な住環境改善により ADL の改善、特に屋内移動およびトイレ動作の改善が期待できる。

また、十分な見守りが可能な通所サービス（デイケアである必要はない）の利用により、立位バランス訓練、歩行訓練等を通じて、耐久力の改善が期待できる。

(6) 療養上の指導内容とそのポイント

ご高齢であり長期入院により低下した筋力や持久力、歩行に伴うバランス能力の改善には時間を要することを伝えた。ただし、本人の生活意欲は高いことから、介護者は過介護を避け、本人の行う活動を見守り、危険を伴うと予測された時だけ手を差し伸べることに徹すること、生活動線上に手すりを取り付けるなど住環境改善を行うことで、見守りが容易になることを伝えた。

また、通所サービスの利用により、積極的に立位を取る練習や歩行練習に取り組むことで、歩行能力や持久力の早期改善が期待できることを伝えた。

(7) 退院後の生活機能の状況とその評価

退院直後は歩行、屋内移動、トイレ、整容、更衣に介助を要する状態であったが、3 ヶ月後には、歩行が見守りで可能となり、屋内移動、トイレ、整容、更衣は自立に至った。

また、寝たきり度もランク B2 からランク A1 に大きく改善した。

この改善要因は、本人の自立志向が高かったこと、住環境改善により主介護者が介護負担感を増加させずに見守り、軽介助に徹することができたこと。通所サービスの利用により、歩行能力、耐久力の改善に積極的に取り組んだことによると考えられる。

表 7-1. 退院後の ADL 機能予後とリハ導入の必要性に関する評価票【事例 2】

評価日：2010 年 11 月 10 日、 評価者：三浦（職種：OT）

任意番号	2	性別	女性	年齢	93 歳	要介護度	要介護 4
------	---	----	----	----	------	------	-------

退院後に目標とする生活－活動面－	退院後に目標とする生活－社会参加面－
・妻の介助により、屋内歩行を継続し、長期入院により低下した ADL 能力の改善を目指す。	・通所系サービスの利用により外出機会を確保し、筋力や持久力の低下を予防する。

日常生活に対する希望・要望（ご本人）	日常生活に対する希望・要望（ご家族）
入院前と同じように、あまり家族に迷惑をかけずに自立した日常生活を送りたい	転倒して骨折などしないよう、安全に暮らして欲しい また、長期入院で低下した体力を取り戻して欲しい

(能力評価区分) 1:自立 2:見守り 3:一部介助 4:全介助	入院前、退院直後の能力レベル評価		今後の機能予後予測		リハ導入による改善/維持可能性 (◎:大きく改善、 ○:改善、 -:維持)
	入院前	退院直後	最終到達自立度	到達時期(カ月)	
評価日	9月末	11/25	3/25	2/25	-
1.歩行	1	4	3	3	○
2.屋内移動	1	4	3	3	○
3.屋外移動	1	4	4	4	-
4.階段昇降	1	4	3	3	○
5.移乗	1	3	1	1	◎
6.入浴	1	4	4	4	-
7.トイレ動作	1	4	2	3	○
8.整容	1	3	1	1	○
9.更衣	1	2	1	1	○
10.排尿	1	1	1	1	-
11.排便	1	1	1	1	-
12.食事摂取	1	1	1	1	-
13.失禁(1:なし,2:尿のみ,3:便のみ,4:両方)	1	1	1	1	-

【リハ導入で期待される主な効果/導入しなかった場合のリスク（デメリット）】

- ・段差昇降や歩行中の方向転換、立ち上がりの際など立位バランスを崩しやすい場面での転倒のリスクがありますが、立位バランス訓練、歩行訓練により杖又は歩行器使用での歩行能力の改善、手すりを利用しての屋内歩行の改善、長期入院で低下した持久力の改善が期待できます。
- ・ただし、現在の介助歩行では上肢の支持で体重を支えながら歩行する機会（再学習）がなく、嫁の後方介助に依存した状態が続くことが考えられます。

【療養上の留意点/家族介護を実施する上での留意点－ご本人・ご家族の方へ－】

- ・ご高齢であり長期入院により低下した筋力や持久力、歩行に伴うバランス能力の改善には時間を要すると思います。ただし、退院後、ベッド上での生活ではなくリビングで過ごすなど、ご本人の生活意欲も高いことから、手すりの取り付け等の住環境を改善することで、より活動的な日常生活を送ることができると思います。
- ・また、通所サービスでの十分な見守りが可能な環境で積極的に立位をとる練習や歩行練習に取り組まれることで、歩行能力や持久力の早期改善が期待できます。

表 7-2. 生活機能モニタリング票【事例 2】

任意番号		2	性別	女性	年齢	93 歳	介護度	介護度 4	要介護 4		
項目名			評価区分 (該当する数字を、右の項目評価欄に記入)				ケアネジヤ評価				
							退院 1 週後 (11/25)	退院 1 月後 (12/20)	退院 3 月後 (2/21)		
IADL	1	買い物	1.自立して「している」				5	5	5		
	2	食事の支度	2.見守りを受けながら「している」				5	5	5		
	3	家事	3.一部介助を受けながら「している」				5	5	5		
	4	金銭の管理	4.全介助をうけながら「している」				5	5	5		
	5	遠方外出	5.これらの行為を行っていない (していない)				5	5	5		
ADL 等	1	歩行 (45m 以上)	1.自立して、45m 以上歩行している。 (杖や歩行器、装具を使用していてもよい) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない 6.車椅子で 45m 以上自走している				3	2	2		
	2	屋内移動	1.自立(介助や見守りなしに移動をしている。 車椅子や杖などの移動手段は問わない)				3	2	1		
	3	屋外移動	2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない				5	5	3		
	4	階段昇降 (1 段分)	1.自立(介助や見守りなしに 1 段の階段昇降をしている) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない				5	5	5		
	5	車椅子と ベットの間の 移乗	1.自立(ベット上の起き上がり動作から車椅子への移乗ま での一連の動作を見守りや介助なしにしている) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない (※一連動作で、見守りと一部介助が混在する場合はよ り重度の方(この場合は一部介助)で評価下さい)				5	5	5		
	6	入浴	1.自立(入浴の一連動作を見守りや介助なしにしている) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない				3	3	3		
	7	トイレ動作	1.自立(トイレ使用に関する一連の動作(トイレへの出入り、便座 に座る、衣服の上げ下げ、トイレットペーパーの使用等)を 見守りや介助なしにしている。手すり使用は可) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない (※見守りと一部介助が混在する場合、一部介助で評価)				3	1	1		
	8	整容 (洗面、整髪、 歯磨き、髭剃 り)	1.自立(使用物品を用意し、整容の行為をしている) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない (※整髪は見守りだが、洗面は一部介助の場合、より重 度の方(一部介助)で評価)				3	1	1		
	9	更衣	1.自立(更衣に関する一連の動作(服を着る、ボタンをとめ る等)を見守りや介助なしにしている) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない (※見守りと一部介助が混在する場合、一部介助で評価)				3	3	1		
	10	排便コントロール	1.失禁なし。必要な座薬の使用や浣腸もできる。 2.座薬や浣腸の使用に介助を要したり、時に失禁する。 3.1-2 以外				1	1	1		
	11	排尿コントロール	1.失禁なし。昼夜ともコントロール可能。尿集器使用もできる。 2.時に間に合わず失敗する。尿集器使用に介助を要す。 3.1-2 以外				2	1	1		
	12	食事摂取	1.自立(届く範囲に食物をセットすれば、適度な時間内に 食事をしている。調味料をかけるなども含む) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない				1	1	1		
	13	寝たきり度	1.自立 2.J1 3.J2 4.A1 5.A2 6.B1 7.B2 8.C1 9.C2				7	5	4		

項目名		評価区分 (該当する数字を、右の項目評価欄に記入下さい)	1 週後 (11/25)	1 月後 (12/20)	3 月後 (2/21)
外出頻度等	1 買い物	(評価日を含めた1週間の状況) 1.週4日以上 2.週2-3日 3.週1日 4.週に1日もなし	4	4	4
	2 散歩		4	4	4
	3 友人と会う		4	4	4
	4 日中活動性		2	2	2
移動手段	1 屋内移動	1.独歩 2.手すり・伝え歩き 3.床上移動 4.T字杖 5.多脚杖 6.歩行器 7.シバーカー 8.装具 9.車椅子自走 10.車椅子介助 11.その他	2	2	2,4
	2 屋外移動		11-	11	11
認知機能	1 短期記憶	1.できる(思い出せる) 2.できない	1	1	1
	2 日常の意思決定	1.できる 2.特別な場合以外は可 3.日常的に困難 4.できない	2	2	2
	3 意思の伝達	1.できる 2.時々できる 3.ほとんどできない 4.できない	1	1	1
	4 認知症自立度	1.自立 2.I 3.IIa 4.IIb 5.IIIa 6.IIIb 7.IV 8.M	2	2	2

問2 「退院1週間後」と「3ヵ月後」の医療・介護サービス受給状況評価

項目名	評価区分 (該当する数字を、右の項目評価欄に記入下さい)	1 週間後 (11/25)	3 ヵ月後 (2/21)
1.外来でのリハ	1.あり 2.なし 3.不明	2	2
2.訪問介護	1.あり 2.なし	2	2
3.訪問看護7 (PT,OT,STによる)	1.あり 2.なし →「1.あり」の場合、1週間あたりの回数	()回	()回
4.訪問リハ	1.あり 2.なし →「1.あり」の場合、1週間あたりの回数	()回	()回
5.通所介護(リハ職 配置あり)	1.あり 2.なし →「1.あり」の場合、1週間あたりの回数	()回	(2)回
6.通所介護(上記以外)	1.あり 2.なし	2	2
7.通所リハ	1.あり 2.なし →「1.あり」の場合、1週間あたりの回数	()回	()回
【リハ内容】※リハで行っている内容全ての番号を右欄に記入。 1.筋力増強運動 2.可動域訓練 3.バランス練習 4.起居・立位動作練習 5.移動動作練習 7.ADL練習 8.IADL練習 9.福祉用具アドバイス 10.住宅改修アドバイス 11.家族への介護助言・指導 12.その他			1,2,3,4,5,7,9

問3 家族の方の介護の状況についてご回答下さい(独居の場合記入不要)。

項目名	評価区分 (該当する数字を、右の項目評価欄に記入下さい)	1 週間後 (11/25)	3 ヵ月後 (2/21)
主たる介護者の 介護負担感	1.非常に強い 2.まあまあ強い 3.どちらとも言えない 4.あまりない 5.ほとんどない	3	4
家族介護日数	※毎日の場合「7」と右欄に記入下さい	7	0
家族介護時間 (実施日について)	1.ほとんど終日 2.半日程度 3.2-3時間程度 4.必要時に手をかす程度	1	4

3ヵ月後評価 不可理由	1.入院 ()月()日	2.介護保険施設・居住系施設に入所 ()月()日
	3.死亡 ()月()日、理由: ()	
	4.担当事業所変更	
	5.その他(理由: ())	

D. 考察およびE. 結論

本研究は、自宅退院要介護高齢者の、退院後の生活機能の維持・向上を図るために、介護支援専門員とリハビリテーション職（以下、リハ職）の具体的連携方法を検討するとともに、生活機能予後からみた連携効果を評価することを目的とするものである。

さて、本年度に実施した兵庫県内の介護支援専門員が有する退院事例調査からみえてきた課題の改善策を検討するため、介護支援専門員やリハ職へのインタビューを実施した。その結果、退院後の生活機能の維持・向上を図るためのリハ継続性確保の実現に向けては、介護支援専門員と在宅リハ職の協働作業、具体的には、

- 1)退院後訪問指導の実施（本人、家族、介護支援専門員、リハ職が同席した形で）
- 2)本人が目標とする生活スタイルの確認、および関係者間での共有化
- 3)日常生活に対する本人と家族の希望・要望の確認、および関係者間での共有化
- 4)自宅における日常生活動作（ADL）の能力評価と生活機能予後評価の実施
- 5)療養上の指導・助言の実施（リハ職から本人・家族へ）
- 6)リハの視点からみたケアプランへのリハ導入の必要性の判断および助言
- 7)退院後の生活機能の途中経過（退院1ヶ月後）の関係者間での確認と再指導の実施

が必要であるという結論に至った。

そこで、今回、上記 1)~7)を実現するためのモデル研究の流れ図を検討するとともに、研究支援のための帳票類（①退院後のADL機能予後とリハ導入の必要性に関する評価票、②生活機能モニタリング票）案の作成を行い、一部地域（兵庫県A地区、宮城県B町ほか）でモデル検証を開始した。

本報告では、現在調査が完了した事例のうち、2事例を紹介した。現在、介護支援専門員及びリハ職を交えた事例検討を随時進めているが、そこから

- 1)生活機能の能力評価、予後評価はリハ職にしか行えず、これら評価があることで、介護支援専門員は安心してプラン作成や利用者・本人との関わりを持つことが出来るというメリットがある（ケアマネジメントの補完機能として有用）。
- 2)利用者・家族には入院前からの生活スタイルがあり、退院後もそれを維持したいという意向が強い。これら意向を十分考慮した上での指導・助言が必要である。

などがわかった。

【引用文献】

- 1) 中医協：医療介護の連携について（リハビリテーション）、第186回中医協総会（平成23年2月2日開催）資料No.総-2-1、2011.
- 2) 中医協：医療介護の連携について③（退院調整）、第186回中医協総会（平成23年2月2日開催）資料No.総-2-3、2011.
- 3) 障害者福祉研究会編：「ICF 国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－」、中央法規出版、2003
- 4) Widén Holmqvist L, von Koch L, Kostulas V, et al.: A randomized controlled trial of rehabilitation at home after stroke in southwest Stockholm. Stroke, 1998, 29(3): 591-597.
- 5) Kawagoe M, Kajiya S, Mizushima K, Yamasaka H et al.: Effect of Continuous Home-visit Rehabilitation on Functioning of Discharged Frail Elderly, Journal of Physical Therapy Science, 2009, 21(4), 343-348.
- 6) Morris JN, Fries BE, et al.: MDS Cognitive Performance Scale, J Gerontol. 1994, 49(4): 174-82...
- 7) 山内慶太、池上直己：介護保険下での痴呆の評価方法に関する研究-Cognitive Performance Scale (CPS) の信頼性と妥当性-、老年精神医学雑誌、10(8)、943-952、1999.
- 8) Fillenbaum GG: Screening the elderly. A brief instrumental activities of daily living measure. J Am Geriatr Soc.; 1985, 33(10):698-706.
- 9) Mahoney FI, Barthel DW: Functional Evaluation: The Barthel Index. Md State Med J, 1965, 14(2): 61-65.
- 10) Brooks R.: EuroQol: the current state of play. Health Policy, 1996, 37(1): 53-72.
- 11) Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al.: Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res, 1983, 17(1): 37-49.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

- 1) 川越雅弘：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、2011.
- 2) 内田美穂、中野穰、大瀧俊夫、芝本宏美、川越雅弘：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－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－、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年2月27日.

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

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」
平成 22 年度分担研究報告書

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－

研究分担者 篠田道子（日本福祉大学 教授）

【研究要旨】

本稿では、フランスの在宅入院制度を概観し、早期退院を可能にする3つのチームの「面」での連携方法、在宅生活に軟着陸する多職種・他機関との連携システムについて紹介する。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。

A. 研究目的

日本では、入院医療費適正化の観点から、平均在院日数の短縮化を目指した政策、具体的には、「退院支援」に関係する医療機関や介護支援専門員（以下、ケアマネジャー）に対する報酬評価をここ数年間進めてきたが、平均在院日数の短縮化はあまり進んでいないのが現状である。

この解決策を検討する上で、参考になるのが、フランスの在宅入院制度である。そこで、本稿では、フランスの在宅入院制度を概観し、早期退院を可能にする3つのチームの「面」での連携方法、在宅生活に軟着陸する多職種・他機関との連携システムについて紹介する。

B. 研究方法

本研究は、フランスの医療政策、介護政策などに関する文献や資料、および実地調査から得られた情報をもとに、制度の概要を紹介するとともに、日本における退院支援の現状を踏まえた上で、フランスの在宅入院制度の日本への示唆を提示する。

C. 結果

1. フランス在宅入院制度の概要

1) HAD の定義と施設数

在宅入院制度（Hospitalisation a Domicile : HAD）とは、1970年12月31日病院法によって導入されたもので、2005年5月30日の雇用連帯省通達（以下「通達」）によって、基本的な枠組みが定められている。本通達によれば、「HADとは、患者・家族の同意のもと、病院勤務医および開業医により処方される患者の居宅における入院である。あら

かじめ限定された期間に（ただし、患者の状態に合わせて更新可能）、医師およびコメディカル職のコーディネートにより、継続性を要する治療を自宅で提供するサービス」と定義されている。表1に、HADの対象および対象外の患者像を示す。

HADは入院医療の一環であり、退院しても入院と同じレベルの医療が受けられる。医療ニーズの高い退院患者に対して、在宅入院機関（NPO法人が多い）が病院チームと地域の個人開業者と三つ巴連携をしながら、「面」としての連携を形成して、在宅ケアへ軟着陸させるシステムであり、多職種チーム同士による集中的ケアマネジメントである。

在宅入院機関は病診連携の中核的役割を担い、個人事業者との関係を強化し、在宅復帰を支援する。2008年末のHADの設置数は265ヶ所で、フランス全土をカバーしている。1999年では68ヶ所であったことから、10年間で約4倍になっている。急性期病院の在院日数を短縮し、早すぎる退院による再入院を回避し、円滑に在宅生活に軟着陸させるためにはHADを普及させる、という政策をフランス政府が掲げたことで増加したものである（公立病院協会傘下の急性期病院は、HADの支部を併設することが義務づけられている）。

2008年のフランス急性期病院の平均在院日数は5.3日、パリ市内のHADの平均在院日数は22.2日である。退院からサービス提供までの待ち時間はほとんどなく、希望すれば退院日からサービスが提供される。

表1. 在宅入院の対象者

ケア区分	対象者
①一時的ケア	高度複雑な技術を要するケアのこと。 患者の状態は不安定であるが、ケア提供期間はあらかじめ計画できる（創傷ケア、化学療法など）
②継続的ケア	ケア提供期間があらかじめ計画できない。 高度複雑な技術を要する場合もある。 患者の状態は進行性が多い（終末期ケアを含む）
③リハビリケア	あらかじめケア提供期間の計画が可能。 神経・整形外科など急性期治療を終えた段階が多い

※在宅入院の対象外

- ①コーディネートを必要とせず、単一・単職種によるケア行為のみが必要な患者
- ②介護に近い看護（清拭、入浴介助、排泄介助、口腔ケア、フットケアなど）を必要とする患者
- ③医療機器のみの使用を目的とする患者
- ④精神科で医療機関入院対象患者

2) HAD のキイパーソンは、コーディネート医師と管理看護師

HAD のキイパーソンは、コーディネート医師と管理看護師である。以下、両者の役割をまとめた。

コーディネート医師は、病院医師または開業医から提出された治療指針を参考に、医学的な見地から在宅入院の適応について検討し、HAD の処方箋を作成する。病院医師と開業医の調整役となり、病診連携の調整役を担う。特に病院医師の関心が低いので、彼らが積極的に関与するように働きかける。具体的には、情報提供、カンファレンスへの参加、プロトコール作成の関与、開業医やコメディカルへの相談・助言などである。

管理看護師は、日本のケアマネジャーに相当する役割を担う。アセスメント～ケアプラン作成～サービスの調整を多職種とともに行う。個別自立手当（日本の介護保険に該当するが、社会扶助としての位置づけである）が併給されている場合は、開業看護師や介護サービス事業者と連携をとり、医療と介護が一体的に提供できるように調整する。表2に、在宅入院の内容を示す。

病状が安定したり、患者のセルフケア能力が高まって自己管理できるようになれば、HAD の役割を終えて個人事業者や在宅サービス事業者に引き継ぐ。HAD は入院医療の一環であることから、早期終了が求められている。短い期間であっても、患者・家族の満足度は高く、フランス国立医療機関評価機構（ANAES）が2002年度に行った「患者満足度評価」では、大変満足している67.6%、満足している30.6%という高い評価を得ている。

表2. 在宅入院の内容

内容	実施率 (%)
■複雑な包帯交換（褥瘡・潰瘍・火傷）	31%
■ハイリスク妊娠、産前・産後観察	16%
■終末期ケア・疼痛緩和	9%
■経管栄養、ストーマ栄養	9%
■治療経過観察、術後経過観察	8%
■化学療法	8%
■重度ナーシング	5%
■心理的・社会的ケア、患者教育	4%

(出典) HAD 2008 活動レポートより

D. 考察—日本への示唆—

退院支援や病診連携が円滑にいかないのは、医療機関と地域のサービス事業者との硬直的な連携や、遅い退院支援、開業医のソロプラクティス（単独診療）指向など、システムに問題があるといえる。患者が高齢化して、治癒が期待できないこと、社会的問題を複数抱えていることから、短い在院日数の中で、医師を中心としたチームではこのような問題は解決できない。また、病診連携は医師同士の「点」レベルの連携に留まっており、地域社会資源の実践力を活用するという「面」として連携システムが作られていない。「点」としての連携は脆弱であり、「面」として効果をあげている HAD の取り組みを参考しつつ、わが国への示唆をまとめる。

1) 退院支援は「入院医療の延長線上」であり、チームの連携をシステム化する

急性期病院における退院支援は「入院医療の延長線上」として位置づけ、在宅ケアに軟着陸するための「つなぎ」とし、早い段階から病院チームと在宅ケアチームが協働で退院支援を展開するシステムが必要になる。フランスでは「つなぎ」を担うのが、HAD という組織である。日本の在宅医療は、開業医のソロプラクティス指向が強く、病診連携や介護との連携は弱く、24時間365日の対応はできない状況である。ケアマネジャーも、入院中から病院チームと連携をとることは敷居が高く、病院チームと在宅チームを束ねるマネジメント能力は十分とはいえない。そもそも病院というのは、入院させたならば、責任をもって退院してもらおう責務がある。したがって、退院支援は病院チームからの積極的なアプローチが求められる。

HAD に近い組織としては、「退院調整室」または「地域医療連携室」であろう。ここが、拠点となって、病院チームと在宅チームの「つなぎ」役となり、入院早期からの介入を組織的かつ計画的に進めていくことが求められる。その際、医師の関与をどうするかである。

とかく、病診連携は医師同士の連絡レベルにとどまることが多い。HAD は、病院勤務医と開業医の調整を行うコーディネーター医師が存在したが、わが国にはこのような医師は存在しない。また、病診連携をケアマネジャーに任せるのも負担が大きい。それであれば、「退院調整室」または「地域医療連携室」の医師、看護師、医療ソーシャルワーカーがコアチームを形成して、チームで「つなぎ」役を担うことが現実的である。大切なことは、各々が単独で関わるのではなく、チームを単位として組織的に退院支援を展開することである。

2) ケアマネジャーという「強み」を活用する

一方で、日本ならではの「強み」もある。医療と介護の連携のキーパーソンであるケアマネジャーが存在している。フランスにはケアマネジャーという職種は存在しないため、HAD の管理看護師がその役割を担っている。HAD の入院期間は 22 日なので、その後の役割は開業看護師が引き継いでいる。

ケアマネジャーは患者自身が選択し、入院前～退院前後～退院後と長い期間担当するため、担当者の変更で発生する手続きコストが減少する。さらに患者・家族とのエモーショナルな関係を築けるメリットがある。システムだけ作ってもチーム（患者・家族含む）は動かない。特に意思決定に関わる場面では、価値観や情緒的な感情の共有が求められる。とかく、急性期医療の現場は人手不足と在院日数の短縮化で疲弊している。患者・家族とのエモーショナルな関係が築けていない状況で、退院支援を進めざるを得ない。ここにケアマネジャーの「強み」を発揮してもらおうが、その場面としてはカンファレンスが有効である。

3) 入院時カンファレンスからチームによる目標の共有と合意形成

川越他の研究では、急性期病院での退院前合同カンファレンスの開催率は 54.9% という結果である。カンファレンスは、本人・家族を交えた病院チーム・在宅チームの情報共有と合意形成だけに留まらず、前述したようにエモーショナルな感情や価値観の共有化を図る唯一の場である。

急性期病院では明確な退院規準はなく、一般的に「入院医療の必要性が低くなった状態」で退院を勧めている。医療の必要性はあるが、必ずしも入院医療で対応する必要はなく、在宅医療・外来医療で十分としている。しかし、患者・家族は入院医療でなるべく医療問題を解決して欲しいと考えているため、医療従事者と患者・家族間にはギャップがある。このような状況を避けるためには、入院時に「入院医療の必要性が低くなったら退院」という目標を確認し、具体的な状態像を病院チームだけでなく、患者・家族、在宅チーム（代表者としてケアマネジャーが参加）が共有しなければならない。したがって、入院カンファレンスからメンバー全員が目標を共有化して、合意形成するという作業が必要になる。まさに、チームは「一日にして成らず」である。

E. 結論

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。

【参考文献】

- 1) 篠田道子 (2008) : フランスにおける医療・介護ケアシステムの動向－在宅入院制度による集中的ケアマネジメントを中心に－. 海外社会保障研究、NO.162, pp.29-42.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

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」
平成 22 年度分担研究報告書

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—

研究分担者 白瀬由美香（国立社会保障・人口問題研究所 研究員）

【研究要旨】

本研究は、イギリスにおける急性期病院からの退院患者への支援システムについて、現状と課題を検討し、医療・介護連携の構造を明らかにすることを目的としている。1997 年から 2010 年までの労働党政権期の政策展開や医療・介護従事者の関係を中心に文献調査を行った。

この時期に実施された退院支援システムを整備し、医療・介護連携を促す政策は、従来からの大きな制度枠組みは維持したまま、制度間の調整、従事者の協働を図ろうとするものであった。制度間の調整には一定の成果があり、介護サービスのアセスメント完了までの期間が短縮したが、再入院も増加するなど連携には限界があった。そのことから、本研究は今後の連携の促進に向けた糸口として特に従事者の関係に注目して考察を行った。その結果、病院での退院調整、地域でのケースマネジメントのどちらについても、看護師が連絡・調整の場面で重要な役割を担っていることが明らかになった。ただし、地域でのケースマネジメント担当の看護師と家庭医との関係、病棟看護師と看護助手などの補助職との関係をはじめ、役割分担の在り方や給与水準に関して今後も議論すべき点は数多く残されていた。これらの状況を踏まえて退院支援システムをとりまく医療・介護連携を概観すると、制度間の調整のしかた、従事者の養成や処遇を含めた役割分担いずれの面でも、医療が中心に置かれているように見受けられた。すなわち、医療と介護が対等な形で連携するというよりは、急性期医療を主軸に置きつつ、プライマリケアやコミュニティケアでそれをいかに補完するかという観点から、地域包括ケアが形成されていることが示された。

A. 研究目的

本研究は、イギリスにおける急性期病院からの退院患者への支援システムについて、現状と課題を検討し、イギリス型の医療・介護連携の構造を明らかにすることを目的としている。その際に、制度枠組みの在り方と同時に従事者間の関係に注目して考察を行うことで、医療・介護連携をより重層的に捉えることを目指している。

本研究が注目する退院支援をめぐる医療・介護連携の問題は、ブレア、ブラウン労働党政権期の重要な政策課題であった。退院支援システムの構築は、医療・介護サービス間の調整が最も求められる場として、高齢者ケアの問題とセットで取り扱われてきた。現在のところ 65 歳以上の高齢者は人口の 16%程度であるが、公的な介護サービス利用者では 70%近くを高齢者が占めている。また、2009 年度を見ても NHS 病院の入院患者の約 45%が 60 歳以上であり、高齢者の場合、退院後の地域での受け入れ体制が整わず、平均在院日数が長くなりがちだという問題がある。こうした状況下で、医療と介護の連携がどのようになされていたのかを本研究は検討する。

B. 研究方法

本研究は、主として1997年から2010年までの労働党政権期のイギリスにおける政策展開、従事者間の関係を対象として文献調査を行う。英国保健省や関連機関の報告書やガイドライン、実態調査に基づく研究成果などの文献に基づいて、退院支援に関する医療・介護連携の現状と課題について、従事者間の関係を中心に考察を進める。なおイギリスの連合王国を構成する4ヶ国では、医療・介護制度の連携状況はそれぞれ異なることから、本研究は主にイングランドを扱う。

(倫理面への配慮)

本研究はイギリス政府等の公的機関の刊行物および内外の公刊された文献資料に基づく研究であり、特に該当しない。

C. 研究結果

1. 退院時の医療・介護連携の枠組み

医療と介護の間では、サービスを運営する組織が異なることから、双方の意思疎通が難しかった。そのため制度間の調整においては、NHSと地方自治体との間で連絡体制と責任の所在とを明確化し、早期退院を促す財政面でのインセンティブを付与することが行われた。コミュニティケア（退院遅延）法によって、介護側の受け入れ体制の不備による退院の遅れに罰金を課す一方で、NHS Continuing Health Careで重度の要介護者へのサービスは介護も含めて包括的に医療側が費用負担をする形になっていた。

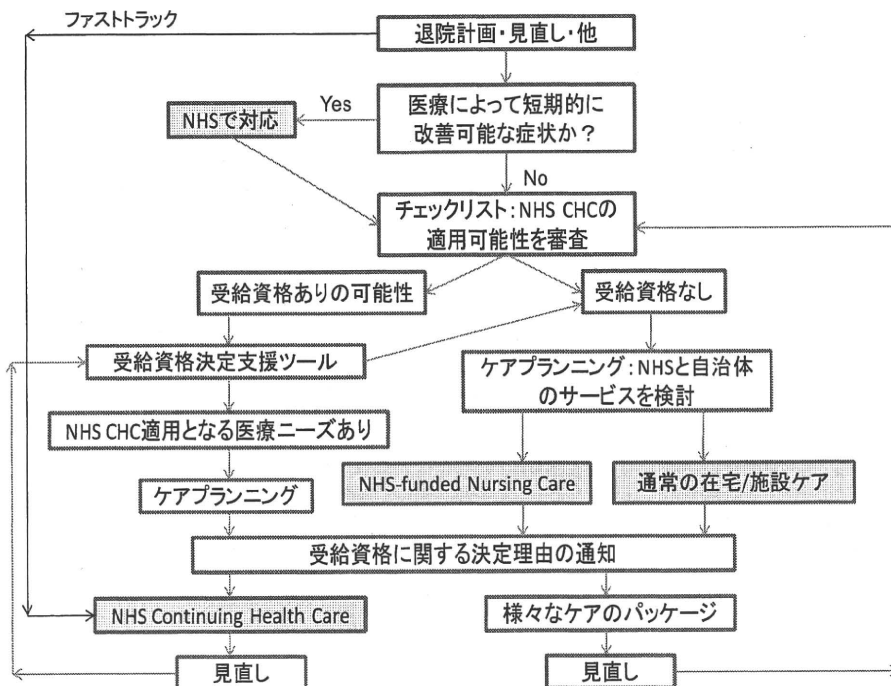
2. 退院支援の実践状況

退院支援の実践においては、まず保健省が示す退院プロセスの指針がある。病院外との連携が不可欠な複雑なケースに的確に対処するため、指針に従って患者のおよそ80%を占める通常の退院プロセスを確実に行うことが目指されていた。そして各地の病院は、単独であるいは地域の関連機関との連名で退院支援方針（Discharge Policy）や退院後を含めた地域連携パス（Discharge Pathways）を作成している。

3. 退院支援による医療・介護連携促進の成果と限界

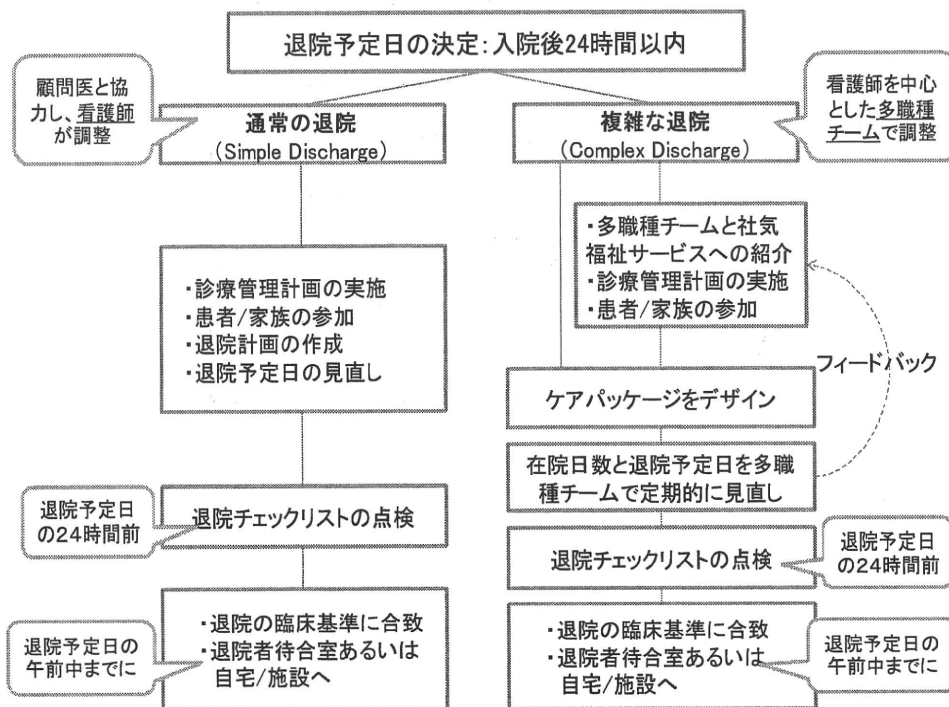
2000年代の介護サービスのアセスメント所要期間を見ると、2008年度には病院からの申請の場合は2日未満でアセスメントが完了した者も約4割いるなどの改善が見られた。プライマリケアやその他の機関からの申請と比べても、病院の改善は著しい。しかしその一方で、退院後28日以内の緊急再入院はこの10年間で50%以上増加し、退院時の病院からのサポートに対して家族介護者のおよそ半数が満足していない。中間ケアの普及は地域によってばらつきが大きく、現場での実質的な連携には限界があった。そのことから、連携促進のため、地域内の医療・介護予算の統合やサービス提供組織の合併など「統合ケア」を目指す方策が一部で試みられた。

図1 NHS Continuing Healthcare の受給決定プロセス



出典：DH, 2009, *The National Framework for NHS Continuing Healthcare and NHS Funded Nursing Care*, p.18 をもとに作成

図2 標準的な退院プロセス



出典：DH, 2004, *Achieving Timely 'Simple' Discharge from Hospital: A Toolkit for the Multi-disciplinary Team*, p.13 をもとに作成。