

201201010A

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 24 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 川越雅弘

平成 25(2013)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: 退院後ケアプランへの訪問リハビリテーションの新規導入への関連因子 (川越雅弘)	9
報告2: 「入院時情報提供書」の作成 (川越雅弘)	25
報告3: 「地域ケア会議」の運営方法の検討 (川越雅弘)	29

第2章. 認知症ケアにおける医療・介護連携

報告1: 認知症対策における医療・介護の連携—イギリスの取り組みからの示唆— (白瀬由美香)	39
報告2: スウェーデンにおける認知症ケアの実際 (竹内さをり、備酒伸彦)	49
報告3: 認知症ケアの課題—通所リハ利用者の事例分析を通じて— (谷川良博)	55
報告4: 認知症患者に対する訪問支援の課題—当院の取り組みを通じて— (岩本昌子)	65
報告5: 外来認知症患者に対する心理行動障害の発症を予防するための作業療法の 取り組み (村井千賀)	73
報告6: 認知症を有する高齢者の介護サービス受給の差異の検証—文献検討から— (泉田信行)	85
報告7: 「日常生活状況等に関する情報提供書」の作成 (川越雅弘、村井千賀)	93

第3章. 終末期ケアにおける医療・介護連携

報告1: 在宅看取り患者の特性およびサービス受給状況 (孔 相権、川越雅弘)	97
---	----

第4章. 医療・介護連携強化策の検討－多職種協働、教育、教材開発ほか－	
報告1：高齢者介護の質に関する考察 －介護従事者の意識、北欧との比較、哲学者との対話を通して－ (備酒伸彦)	103
報告2：ケースメソッド教育を用いた多職種連携教育の学習効果 (篠田道子、宇佐美千鶴)	113
報告3：要介護高齢者の誤嚥を防ぐ食事支援 (鍋島史一)	119
報告4：誤嚥防止に向けた姿勢・環境のあり方 (栄健一郎)	139
報告5：在宅医療受給者に対する主治医とケアマネジャーの連携状況 (川越雅弘)	147
報告6：テキスト「疾患の観察ポイントと医療連携－脳卒中－」の作成 (川越雅弘)	153
Ⅲ. 研究成果に関する一覧表	187
Ⅳ. 研究成果の刊行物・別刷	189

研究者一覧（平成 24 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 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 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 室長）

【研究協力者】

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）
北村 立（県立高松病院 副院長）
村井 千賀（県立高松病院 作業療法士）
岩本 昌子（兵庫県立リハビリテーション西播磨病院 作業療法士）
谷川 良博（東郷外科はつらつデイケア 作業療法士）
栄 健一郎（適寿リハビリテーション病院リハビリテーション部 部長）
長倉 寿子（関西総合リハビリテーション専門学校 副校長）
本多 朋仁（医療法人かおり会 理事長）
今井 悟（滋賀県介護支援専門員連絡協議会 会長）
山内 和江（滋賀県介護支援専門員連絡協議会 理事）
兼高 さおり（滋賀県介護支援専門員連絡協議会 理事）
中村 雅美（滋賀県介護支援専門員連絡協議会 事務局）
日永 めぐみ（滋賀県看護協会訪問看護ステーション 所長）
高橋 一郎（越前市福祉保健部長寿福祉課 課長）
桶谷 耕一（越前市福祉保健部長寿福祉課介護保険室 室長）
小玉 昭子（越前市地域包括支援センター 所長）
松井 一人（ほっとリハビリシステムズ 代表）
紅野 勉（医療法人池慶会池端病院 部長）

注. 所属等は平成 25 年 3 月現在のもの。

I . 総括研究報告

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」
平成 24 年度 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、退院患者（課題 1）、認知症高齢者（課題 2）、終末期にある高齢者（課題 3）に対する医療・介護連携の実態とその阻害要因を分析した上で、制度面や報酬面からみた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活動（ADL）の向上が図られたとの報告があるが（Langhorne, 2004）、日本ではこれら研究は行われていない。本研究では、退院支援プロセスの実態調査やリハビリテーション専門職（リハ職）と介護支援専門員（以下、ケアマネジャー）の協働マネジメントの効果評価を通じて、最適な退院支援プロセスのあり方を提言した。課題 2 及び 3 に関しては、医療関係者とケアマネジャー間の連携強化が重要となる。本研究では、認知症及び終末期高齢者へのケアマネジメントの実態調査、事例検証、専門医及び先進地域におけるヒアリング調査、認知症高齢者への多職種協働マネジメントの推進などを実施し、連携上の課題抽出と連携強化方法の提示を行った。

一年目(平成 22 年度)は、上記 3 課題に関するケアマネジメントの実態調査を実施し、1.在宅サービスに従事するリハ職との退院時連携が不十分、2.認知症に伴う行動・心理症状（BPSD）の悪化要因である薬剤の服薬状況の確認が不十分、3. 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。

二年目(平成 23 年度)は、課題 1 に関し、リハ職とケアマネジャーの協働ケアマネジメントを実践し、通常退院者と退院後 ADL 及びケアプラン内容の変化を比較し、1. 協働群で有意に退院後 ADL が改善、2.協働群ではケアプランにおけるリハ実施量が有意に増加していること、課題 2 に関し、ケアプラン内容や ADL 等を調査し、1.訪問介護や通所介護などの福祉系サービスが中心、2.自宅での活動性が低位で、近隣との関わりもほとんどないこと、課題 3 に関し、特に非がん患者の場合、状態変化をケアマネジャーがイメージできていないため、訪問看護の導入が不十分となっているなどを明らかにした。

最終年度(平成 24 年度)は、課題 1 に関しては事例をさらに収集し、退院後の ADL 予後改善の観点からみた最適なリハ職とケアマネジャー間の協働マネジメント方法を提案した。課題 2・3 に関しては、これまでの調査から判明した課題改善策（地域ケア会議の試行、認知症高齢者に対する多職種協働の推進、主治医と介護支援専門員間の情報提供書の作成など）を行い、その評価も踏まえた形で、医療・介護連携を促進するための具体的方法論の提言を行った。また、医療職とケア職、ケアマネジャー間の連携を強化のため、ケア提供上の課題の整理、ならびに連携強化のための教育方法、各種教材の作成などを実施した。

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

本年度は、以下の研究を実施した。

（Ⅰ. 退院時の医療・介護連携）

1. 退院後のケアプランへの訪問リハの新規導入要因の検討

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データをもとに、退院後のケアプランへの訪問リハ導入群と非導入群間の要因の差異を検証した。

2. 入院時情報提供書の作成

滋賀県のケアマネジャーおよび退院調整看護師と検討を重ねた上で、要介護高齢者が入院した際に、ケアマネジャーから病院に情報を提供するための「入院時情報提供書」を検討した。

3. 退院患者を対象とした「地域ケア会議」の運営方法の検討および試行

国が現在検討を進めている「地域ケア会議」の検討内容を参考に、福井県越前市にて、地域ケア会議検討委員会を立ち上げ、平成23年7月から地域ケア会議の進め方に関する検討を実施、平成1-2月に4退院事例のデモ会議を開催した。

（Ⅱ. 認知症ケアにおける医療・介護連携）

1. 認知症対策に関する海外動向調査

わが国の今後の認知症対策プログラムを実施する上でモデルの一つと見なされているイギリスに着目し、医療・介護連携の観点から、その特色を整理した。特に、2009年に発表された「認知症国家戦略（Living

well with dementia: A National Dementia Strategy）」とその後の施策の変遷、実施状況を中心に分析を行った。

2. 北欧における認知症ケアの調査

本年9月、スウェーデンストックホルム市内の認知症ケア関連機関を訪問し、担当者へ①施設概要、②認知症に対する支援の特徴、③教育システムについてインタビューを行った。

3. 通所リハに通院している認知症高齢者に対する認知症ケアの課題抽出

研究協力者が勤務する通所リハに通所している認知症事例を5つ挙げ、それぞれMMSE、N-ADL、介護度についての評価、生活状況、サービス利用の経過、患者の変化を整理し、ケースを通じた課題の検討を行った。

4. 認知症患者に対する訪問支援の課題抽出

研究協力者が勤務する医療機関に通院している認知症患者13名に対し、作業療法士による自宅訪問支援を実施し、そのうち3例について介入の内容と介入前後の変化について検討した。

5. 外来認知症患者のBPSD発症予防に向けた作業療法の取り組みおよび課題抽出

平成24年9月15日～平成25年1月15日の間に、研究協力者が勤務する医療機関等に外来通院している認知症患者28名の患者特性を整理するとともに、認知症患者やその家族が必要としている支援内容、ならびに作業療法士としての役割について検討した。また、その役割を適切に果たすための制度面からみた支援のあり方についても検討した。

6. 主治医への情報提供書の作成

月1回程度の外来通院では、主治医は認知症高齢者の生活状況や健康状態、医学的リスク状況がなかなか把握できない。そこで、専門職を交えながら、ケアマネジャーから主治医への情報提供書の内容検討および試行を石川県かほく市にて実施した。

(Ⅲ. 終末期ケアにおける医療・介護連携)

1. 在宅看取り患者の特性およびサービス受給状況に関する調査

在宅医療を展開している医療法人〇の在宅医療・看護・介護サービスを利用し、在宅で亡くなった方を対象に、患者特性およびサービス受給状況の実態を調査した。

(Ⅳ. 医療・介護連携強化策の検討)

1. 高齢者介護の質に関する考察

要介護高齢者へ向けたケアサービスの質向上を目的として、①高齢者介護に従事する職員の意識に関する調査、②北欧ケアとわが国のケアの比較による高齢者介護の質に関する考察、③哲学者との対話による高齢者介護の質に関する考察を実施した。

2. ケースメソッド教育を用いた多職種連携教育の学習評価

日本福祉大学大学院医療・福祉マネジメント研究科で2008～2010年の3年間にケースメソッド演習を受講した1年生86名を対象に、4回の演習直後に「授業評価アンケート」(演習の満足度評価と自由記述を求める5つの設問で構成)を実施し、ケースメソッド教育を用いた多職種連携教育の学習効果を検証した。

3. 要介護高齢者の誤嚥を防ぐ食事支援のあり方の整理および課題の考察

摂食・嚥下評価およびリハビリテーションの概要および口腔ケアの重要性について整理した上で、平成15、16年度に著者らが島根県で調査した、要介護高齢者の食べる機能についての実態分析を通じて、現状を明らかにし、食べる機能の評価の重要性および専門医との連携の必要性を考察した。

4. 誤嚥防止に向けた姿勢・環境のあり方の整理

要介護高齢者の食事場面に直接関わるケア職が「良い姿勢とはどんな姿勢か」、「悪い姿勢とはどんな姿勢か」を見て分かる一覧を作成すると同時に「良い姿勢はなぜ誤嚥しにくいのか」、「悪い姿勢はなぜ誤嚥しやすいのか」についての理解を促すことを

目的に、「誤嚥防止に向けた姿勢・環境のあり方」をまとめた。

5. 脳卒中患者に対するケアマネジャーの観察ポイントと医療連携方法の整理

脳卒中患者に対するリスクの的確な把握と事実関係の報告、医療職との連携強化を図るためのテキストを作成した。

6. 在宅医療受給患者に対する主治医とケアマネジャー間の連携状況調査

在宅医療受給者に対する主治医とケアマネジャー間の実態をアンケートにより調査した。

C. 研究結果

(Ⅰ. 退院時の医療・介護連携)

1. 退院後のケアプランへの訪問リハの新規導入要因の検討

退院後のケアプランへの訪問リハ導入群と非導入群間の要因の差異を検証した結果、①退院後の要介護度、②退院時の寝たきり度、③退院時の認知症自立度、④ケアプランへのリハ導入に対するリハ専門職の指導の実施の4項目が、訪問リハ新規導入の有無と有意な関係を示すことがわかった。

(Ⅱ. 認知症ケアにおける医療・介護連携)

1. 認知症対策に関する海外動向調査

イギリスでは、①認知症への意識向上、②早期診断と早期介入、③質の高いケアへの取り組みを中心課題とした「認知症国家戦略」を2009年に発表したが、様々な課題(認知症診断トレーニングを受けた家庭医の不足など)が明らかとなったため、その対策を強化していることがわかった(認知症フレンドプロジェクト、認知症カフェやメモリークリニックの推進など)。

2. 北欧における認知症ケアの調査

スウェーデンにおける認知症ケアとして、①対象者のことを十分理解するための情報収集や情報把握に力を入れている
②対象者個々が望む活動に対する時間をもてている。また、その担当スタッフも決定されている
③ケアスタッフが、認知症に対する支援の

考えを明確に持っており、その内容は認知症の状態に応じたものである

④ケアスタッフがそれぞれの機関の役割や自らの果たすべき役割を理解しているなどの特徴があった。また、教育システムも市や区、機関ごとに設けられており、ケアスタッフ自身が研修に前向きに参加し、知識、技術を高めたいと希望していることが分かった。

3. 通所リハに通院している認知症高齢者に対する認知症ケアの課題抽出

事例検討から、以下の課題が抽出された。

- ①医学知識が必要である
- ②骨折や脳卒中などの発症前の状態・情報を持ち、伝える人が必要である
- ③住宅改修の知識（認知症のタイプ別の理解、生活上の予後予測）が必要である
- ④チームリーダーは適宜交代があり得る
- ⑤介護職やケアマネジャーが認知症の人の行動背景を考えようとするきっかけを創る必要がある。
- ⑥家族支援においては、1事業所では対応できないケースが増えている。

4. 認知症患者に対する訪問支援の課題抽出

介入後、活動性の向上、BPSD や介護負担が軽減した症例を認めた。また、外来場面での本人陳述や家族の評価と実際の生活状況の乖離が訪問により明らかとなり、適切に家族や介護保険サービスに連携し得た症例も認めた。

5. 外来認知症患者のBPSD発症予防に向けた作業療法の取り組みおよび課題抽出

対象は男性9名、女性19名の計28名、平均年齢は79.0±7.8歳であった。疾患名では、アルツハイマー型認知症（AD）が最も多く17名（60.7%）で、軽度認知機能低下（MCI）は3名（3.6%）であった。

介護度では、未申請者が7名（25.0%）であった。

受診のきっかけは、家族・親戚からの相談が最も多く17名（60.7%）、次いで他院からの紹介6名（21.4%）であった。

相談内容は、認知症の治療と今後の対応方法が最も多く14件（50.0%）、BPSDに対する治療が2件（7.1%）であった。

作業療法士による指導内容は自宅での家事などの役割や趣味、好きな手仕事に関すること、デイサービスでのプログラムについての助言が最も多く各14件（50.0%）、家族指導10件（35.7%）、環境調整6件（21.4%）、セルフケアに関すること5件（17.9%）であった。具体的サービス利用状況は、通所介護・リハを利用15件（53.6%）、作業療法士による精神科訪問看護7件（25.0%）、外来作業療法6件（21.4%）、デイサービス拒否やサービス利用なし4件（14.3%）であった。

（Ⅱ.終末期ケアにおける医療・介護連携）

1. 在宅看取り患者の特性およびサービス受給状況に関する調査

対象者28名のうち、男性は17名（60.7%）、女性は11名（39.3%）であった。平均年齢は、全体では73.6歳、男性では69.7歳、女性では79.7歳であった。平均在宅日数は、全体では245.5日、男性では79.4日（最短5日、最長752日）、女性では525.0日（最短6日、最長2,303日）であった。要介護度別にみると、全体では要介護1および5が最も多く（各25.0%）、要介護3が最も少なかった（7.1%）。性別に見ると、最も多かったのは男性では要介護5（41.2%）、女性では要介護2（54.5%）であった。

サービス受給状況をみると、利用したサービスとして多かったのは、訪問看護（92.9%）、福祉用具貸与（53.6%）、訪問診療（50.0%）であった。サービスの組み合わせを見てみると、3つ以上組み合わせている利用者は約6割であった。組み合わせとして多かったのは、訪問看護+訪問診療（17.9%）、訪問看護+福祉用具貸与+訪問診療（14.3%）であった。

(IV. 医療・介護連携強化策の検討)

1. 高齢者介護の質に関する考察

特別養護老人ホーム、デイサービスに勤務する介護職員 196 名と比較対象群として教員免許更新研修参加者 171 名を対象に、介護に関する意識調査を実施した結果、介護職員が自らのサービスや、所属する施設のサービスに必ずしも満足しておらず、そうでありながら具体的な改善策を見いだせない状況にあることがわかった。

また、「行為の自立」と「決定の自立」という視点から北欧ケアとわが国のケアを比較観察した結果、北欧ケアにおいては、要介護当事者が自ら決定することにケアの主眼が置かれているのに対して、わが国では行為を助けることに焦点を当てたケアが行われていることに双方の相違を見た。

2. ケースメソッド教育を用いた多職種連携教育の学習評価

86 人の院生から回答を得た（有効回答 100%）。自由記述の内容分析を行った結果、178 項目が抽出され、ポジティブな項目が 163 と多かった。「その他」と「ネガティブな項目」を除いた 152 項目を分析対象とした。その結果、17 のサブカテゴリと、9 つのカテゴリに分類し、さらに 2 つの構造化名に整理した。項目数の多かったカテゴリは、「視野の広がり」、「実践への後押し」、「内省の促進」、「コミュニケーションの鍛錬」であった。

3. 在宅医療受給患者に対する主治医とケアマネジャー間の連携状況調査

在宅療養支援診療所の医師は、届け出を行っていない医師に比べ、在宅医療患者に関わるケアマネジャーとの連携が良好であった。

D. 考察および E. 結論

(I. 退院時の医療・介護連携)

1. 高齢者の場合、廃用性機能低下による ADL 能力の低下と廃用性機能低下の進行という悪循環が、健康寿命の短縮、寝たきりの発生の原因となってい

ることは明らかである。脳血管障害などにより、明らかな運動機能障害を来している場合は、利用者・家族の意向や介護支援専門員の判断により、退院時にリハが導入されやすい環境にあり、結果的に廃用性機能低下への対応もある程度はなされているが、肺炎など運動機能障害が顕著でない場合、廃用性機能低下への対応が不十分であることは否めない。退院後のケアプランに、リハサービスを適切に導入するためには、適切はリハ導入を果すためには、リハ専門職が退院支援プロセスに適切に関与することが重要である。

(II. 認知症ケアにおける医療・介護連携)

1. 我が国の認知症ケアにおいては、認知症ケアに必要な個をみる支援を実践するための、従事者数の充足、ケアスタッフの認知症ケアに対する意識や知識の向上、ケアスタッフが自らの職務に対する役割認識の醸成、教育、研修機会の提供が必要であると考えられた。
2. 外来場面での本人陳述や家族の評価と実際の生活状況の乖離が訪問により明らかとなり、適切に家族や介護保険サービスに連携し得た症例も認められた。特に重度の精神・行動症状を有する事例や拒否が強い事例については、多職種との同時訪問や、担当者の技術向上が必要である。家族や介護者に対する支援も含めた、包括的な生活行為向上を支援するためには、作業療法士による訪問支援を含め、多職種との連携をより緊密にとることが不可欠であり、情報共有を含めた連携システムの構築が課題である。
3. 認知症高齢者やその家族の、日常の対応に関する指導助言ができるコメディカルチームの関与は重要であると考えられた。また、初診時介護未申請の者も多く、介護保険を利用前に BPSD を予防するため在宅での生活行為を維持する支援が重要であると考えられた。

4. 認知症高齢者へのサービスとして、通所介護は最も基本的なサービスとなっているものと考えられた（訪問介護もほぼ同様）。

（Ⅲ.終末期ケアにおける医療・介護連携）

1. 在宅看取り患者に対するサービス受給状況をみると、利用したサービスとして多かったのは、訪問看護（92.9%）、福祉用具貸与（53.6%）、訪問診療（50.0%）であった。サービスの組み合わせを見てみると、3つ以上組み合わせている利用者は約6割であった。組み合わせとして多かったのは、訪問看護+訪問診療（17.9%）、訪問看護+福祉用具貸与+訪問診療（14.3%）であった。

（Ⅳ.医療・介護連携強化策の検討）

1. あらためてわが国ケアと北欧ケアを比較すると、自立支援に向けた技術、即ち身体の介助についてはわが国ケアの技量が勝っているといえることができる。一方、自律支援、即ち心理の介助については残念ながらわが国においてはほとんど手付かずという状況にある。このようなネジレともいえる現状が、結果的に介護の質を低いレベルで押しとどめ、また、介護従事者の意欲を低めていることは否めない。今後、高齢者介護の質を「自律支援」の視点からも検討し、具体的な介護技術に高めていくことが望まれる。
2. 「連携力は教育なしには身につかない」ことを認識し、多職種連携教育の教育プログラム・方法を開発する必要性がある。すでにイギリス専門職連携推進センターでは、このような認識に立って、国家レベルで連携教育を進めている。わが国においても、近い将来、何らかの連携教育を受けた学部卒業生が半数になることが予想される。「高度専門職職業人」の養成を目指している保健医療福祉系大学院は、連携教育を受けた人々のリカレント教育の担い手になることが期待されている。連携教育の

方法はいくつかあるが、2年間という短い時間で、効率よく「良質な体験」を重ねるには、ケースメソッドのように、一定の評価が得られている教育プログラム・方法は有益であると考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 備酒伸彦(2012): 高齢者ケアに関わる理学療法士はなにをなすべきか・なにができるか, 理学療法学, 39(4), 245-248.
- 2) 川越雅弘(2012): 要介護高齢者に対する自宅退院支援の現状と課題, 静岡県医師会報, 1493, 6-9.
- 3) 篠田道子(2012): フランス終末期ケアの動向とわが国への示唆, 日本福祉大学社会福祉論集, 127, 1-17.
- 4) 備酒伸彦(2012): 北欧ケアと日本のケア, 地域リハビリテーション, 7(9), 770-772.
- 5) 竹内さをり(2012): 北欧と日本の認知症ケア, 地域リハビリテーション, 7(10), 863-866.
- 6) 川越雅弘(2012): 医療・介護制度の今後の行方—地域包括ケアシステム構築に向けた改正のポイント—, かけはし, 83, 2-3.
- 7) 備酒伸彦(2012): 「自立」とは何か, 訪問リハビリテーション, 2(5), 269-274.
- 8) 篠田道子(2012): ケースメソッド教育を用いた多職種連携教育の学習評価の検討—演習直後の調査と修了生の追跡調査から—, 日本福祉大学社会福祉論集, 128 (印刷中) .

2. 学会発表

- 1) 竹内さをり, 沖田裕子ほか: 若年認知症の社会参加を支援するアセスメントおよびコーディネート手法の開発, 第13回日本認知症ケア学会大会, アクトシティ浜松, 浜松市, 2012.5.20

- 2) 川越雅弘：理学療法士に期待される役割と課題－地域包括ケア構築に向けて－，第 47 回日本理学療法士学会大会専門領域研究部会生活環境支援特別講演，神戸ポートピアホテル，2012.5.25.
- 3) 塩田繁人，川越雅弘ほか：かほく郡市認知症ネットワークづくり勉強会からみえた地域の課題，第 46 回日本作業療法学会，シーガイヤコンベンションセンター，宮崎市，2012.6.15.
- 4) 川越雅弘：一般病床からの自宅退院要介護高齢者に対する退院支援プロセスの現状と課題－複数地区での検証－，第 50 回日本医療・病院管理学会学術総会，学術総合センター，東京，2012.10.19.
- 5) 宇佐美千鶴，篠田道子：ケースメソッド教育を用いた多職種連携教育の学習評価の検討，第 5 回日本保健医療福祉連携教育学会学術集会，神戸学院大学ポートアイランドキャンパス，神戸，2012.10.7.
- 6) 山内和江，日永めぐみ，兼高さおり，今井 悟，森本清美，中村雅美，川越雅弘：「退院時ケアマネジメント」調査結果の課題から取り組みへ～資質向上に向けて～，第 12 回近畿介護支援専門員研究大会奈良大会，奈良県橿原文化会館，2013.2.17.
- 7) 兼高さおり，山内和江，今井 悟，森本清美，川越雅弘：同一退院事例に対する医療職と介護支援専門員とのリスク認識の差異～調査結果から～，第 12 回近畿介護支援専門員研究大会奈良大会，奈良県橿原文化会館，2013.2.17.

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

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 24 年度分担研究報告書

退院後ケアプランへの訪問リハビリテーションの新規導入への関連因子

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】

ケアプラン原案の作成段階からリハ専門職が関与する仕組みを構築することが、円滑な退院支援、必要なリハ継続を保障するために必要である。

本研究は、介護支援専門員を対象とした質問紙調査により、自宅に退院した要介護高齢者への退院後ケアプランへの訪問リハの新規導入要因を明らかにすることを目的としたものである。

今回、先行研究をもとに、①居宅介護支援事業所の所在地におけるリハ資源の整備状況、②介護支援専門員の属性、③利用者属性、④ケアプランへの利用者／家族／介護支援専門員のリハ導入意向、⑤退院後ケアプラン作成プロセスへのリハ専門職の関与状況の5領域に関する項目と、退院後のケアプランへの訪問リハの新規導入の有無との関係を見た。その結果、単変量解析では、介護支援専門員の基礎資格、入院原因疾患が脳卒中／心疾患／呼吸器疾患に該当、退院時の要介護度、退院時の寝たきり度、入退院時の寝たきり度の変化、利用者／家族／介護支援専門員のケアプランへのリハ導入に対する意向、退院前訪問指導の有無、退院前 CC への利用者／家族／介護支援専門員の参加の有無、ケアプランへのリハ導入に対するリハ専門職の指導の有無が有意な関係を示した。

さらに、多変量解析により他の要因を調整した結果、①退院後の要介護度、②退院時の寝たきり度、③退院時の認知症自立度、④ケアプランへのリハ導入に対するリハ専門職の指導の実施の4項目が、訪問リハ新規導入の有無と有意な関係を示すことがわかった。4項目のうち、①～③は利用者特性である。したがって、適切はリハ導入を果たすためには、リハ専門職が退院支援プロセスに適切に関与することが重要である。

以下、本研究から見えてきた課題を2つ述べる。

1点目は、廃用性機能低下への適切な対応である。

高齢者の場合、廃用性機能低下による ADL 能力の低下と廃用性機能低下の進行という悪循環が、健康寿命の短縮、寝たきりの発生の原因となっていることは明らかである。

脳血管障害などにより、明らかな運動機能障害を来している場合は、利用者・家族の意向や介護支援専門員の判断により、退院時にリハが導入されやすい環境にあり、結果的に廃用性機能低下への対応もある程度はなされているが、肺炎など運動機能障害が顕著でない場合、廃用性機能低下への対応が不十分であることは否めない。これらのことから、廃用性機能低下は退院時にリハ専門職が必ず対応すべき症候群であるという認識をもつべきである。

2点目は、退院時ケアマネジメントの標準化への支援である。円滑な退院支援を実現するためには、介護支援専門員の基礎資格に関わらず、適切な判断の下、必要なサービスが導入されるといった、退院時ケアマネジメントの標準化を図る必要がある。そのため、リハ専門職が利用者の状態や予後を適切に評価した上で、ケアプランにリハを適切に位置づけるための支援を行うといった仕組みの導入と、その行為を評価する報酬設定が必要である。

A. 目的

ケアプランへのリハ導入への関連要因に関する先行研究の分析から、

- ①ケアプランへのリハ導入への関連要因としては、「居宅介護支援事業所の所在地におけるリハ資源の整備状況」「介護支援専門員の属性」「利用者特性」「利用者、家族、介護支援専門員のリハ導入に関する意向」「介護支援専門員とリハ専門職との連携状況」などが考えられる。
- ②全ての論文が対象としているのは、在宅療養中の要介護者に対するケアプランであり、退院後に策定されるケアプランへのリハ導入の関連要因を扱った論文は存在しない。
- ③退院後のリハとしては、訪問リハ、通所リハ、通所介護における機能訓練などがあるが、このうち、研究対象となっているのは「訪問リハ」のみである。
- ④関連要因分析は、ほとんどが記述統計までである。また、統計的推計を用いた論文も、介護支援専門員の属性といった 1 要因分析であり、他の複数の関連要因との相互関係を分析した研究（多変量解析）は行われていない、
などがわかった。

そこで、本稿では、介護支援専門員を対象とした質問紙によるデータ、ならびに居宅介護支援事業所の所在地のリハ資源の整備状況に関するデータをもとに、介護支援専門員が策定する退院後のケアプランへの訪問リハの新規導入への関連要因を分析し、退院支援プロセスへのリハ専門職の介入方法の検討（仮説の提唱）を行うこととした。

なお、本研究の目的は以下の 2 点である。

- ①退院後に策定されるケアプランへの訪問リハの新規導入に関連する要因とその影響度を明らかにする。
- ②退院支援プロセスへのリハ専門職の介入ポイントに関する示唆を得る。

B. 方法

1. 研究デザイン

本研究は、自記式質問紙調査による、ケースコントロール研究である。

2. 対象者

兵庫県介護支援専門員協会の各支部長に対し質問紙調査への協力を依頼し、同意が得られた支部に所属する会員 1,612 名（一部支部では非会員を含む）の全員を調査対象とした。

3. データ収集方法

本研究では、退院後のケアプランへの訪問リハの新規導入の有無と複数の関連要因の関係性を分析する。そのため、退院後のケアプラン内容、並びに関連要因に関するデータが必要となる。

関連要因としては、先行研究から、①居宅介護支援事業所の所在地におけるリハ資源の整備状況、②介護支援専門員の属性、③利用者特性、④利用者、家族、介護支援専門員のリハ導入に対する意向、⑤介護支援専門員とリハ専門職の連携状況の 5 つの要素が考えられた。このうち、②～⑤に関しては、介護支援専門員に対する質問紙調査のデータを用いることとした。

居宅介護支援事業所の所在地におけるリハ資源の整備状況に関しては、同事業所の所在地における在宅介護サービス受給者 1 万人当たりの、訪問リハ事業所数を指標とした。ただし、訪問リハ事業所数に関するデータは、厚生労働省が 2008 年に調査した二次医療圏別にみた、医療機関が実施主体である訪問リハ事業所数（厚生労働省, 2010b）のデータしかないので、今回はこの数字を用いた。また、在宅介護サービス受給者に関しては、兵庫県から提供を受けた、二次医療圏別にみた在宅介護サービス受給者数のデータを用いた。

4. 独立変数として分析に用いた変数名

居宅介護支援事業所の所在地におけるリハ資源の整備状況に関しては、同事業所が所在する二次医療圏における在宅介護サービス受給者 1 万人当たりの訪問リハ事業所数を変数として用いた。

介護支援専門員の属性に関しては、介護支援専門員の基礎資格、所属法人での訪問リハ事業の実施の有無の 2 項目を用いた。

利用者特性に関しては、入院原因疾患、退院時の要介護度、退院時の寝たきり度、退院時の認知症高齢者の日常生活自立度（以下、認知症自立度）、入退院時の寝たきり度の変化の有無の 5 項目を用いた。

利用者、家族、介護支援専門員のリハ導入に対する意向に関しては、「必要なし」「あまり必要なし」「やや必要」「非常に必要」「確認していない」の 5 択の回答を用いた。なお、利用者、家族の意向は、介護支援専門員からみた評価とした。

介護支援専門員とリハ専門職の連携状況に関しては、退院前訪問指導の有無、退院前 CC への利用者、家族、介護支援専門員の参加の有無、退院後のケアプランへのリハ導入の必要性に対するリハ専門職による指導の有無の 5 項目を用いた。

5. 分析方法

退院後のケアプランへの訪問リハ新規導入の有無と、各独立変数間の関連を検討するため、名義尺度に対しては χ^2 検定、順序尺度に対しては Mann-Whitney の U 検定、比率尺度には t 検定を用いた単変量解析を実施した。その上で、抑制因子の存在を考慮し、有意水準が 10% 未満の項目を独立変数の候補とした。

次に、単変量解析にて、候補として選択された各独立変数の数値とそれに対するオッズ比の自然対数をグラフ化し、直線関係にあるか否かの確認を行い、非直線の変数に関しては、カテゴリー区分の変更を行った。

次に、多重共線性の存在を確認するため、独立変数間の相関分析及び分散増幅因子 (variance inflation factor : VIF) の検証を行い、多重共線性が疑われた変数を削除した (Katz, 1999 ; 内田, 2011)。

最後に、退院後のケアプランへの訪問リハ新規導入の有無を従属変数、上記の手続きを経て選定された変数を独立変数とした多重ロジスティック解析 (強制投入法) を実施した。

統計処理には SPSS 15.0J for Windows を使用し、有意水準は 5% 未満とした。モデルの適合度の評価には、Hosmer-Lemeshow の検定を用いた (対馬, 2008)。

6. 倫理的配慮

調査に先立って、兵庫県介護支援専門員協会会長に対し、研究目的、調査内容、成果の公表方法について説明し、研究協力に関する了承を得た。その後、役員会に諮り、協会として研究に協力する旨の同意を得た。

質問紙送付に関しては、当該協会の同意が必要なことから、支部長会議で研究目的、調査内容、成果の公表方法について説明し、研究協力に同意を得た支部を調査対象地区とした。

質問紙の配布方法に関しては、①支部長から介護支援専門員に質問紙を直接配布する方法 (手渡し)、②各支部から会員である介護支援専門員に対して郵送のいずれかの方法を支部長の意向に添って実施した。

対象者には、研究概要、意義、目的、回答のプライバシーの厳守、研究成果の学会等での公表の際の留意事項、非参加でも不利益がないことを明記した依頼文書を質問紙と一緒に渡し、FAX による回答をもって調査への同意とみなした。

質問紙を郵送する際、対象者の住所や名前を記載した宛名シールの作成及び郵送手続きは各支部の協会関係者が直接実施し、研究者には個人情報把握できないようにした。

また、質問紙は無記名とするとともに、個人や施設が特定されるような項目は設定しなかった。また、得られたデータは統計的に処理し、研究の目的以外には使用しないことを依頼文書に明記した。

調査で得られたデータファイルは、パスワード管理するとともに、ネットワークにつながっていないサーバーにて分析した。また、質問紙は施錠式保管庫で1年間保管した後、シュレッダー処理を行った。

本調査では、各介護支援専門員が現在担当している要介護者のうち、直近の退院1事例に関する調査とした。退院事例の特性に関しては、個人が特定できないよう、入院原因疾患や要介護度、寝たきり度などの最低限の項目に留めた。また、質問紙の項目数は出来るだけ最小となるよう努めた。

調査への協力は自由意思であること、参加しない場合でも何ら不利益は生じない旨を依頼文書に明記した。

研究成果は、厚生労働科学研究費の研究報告書、関連学会での発表や学術誌への投稿によって公表するが、得られたデータは統計処理し、個人が特定されることはない旨を、依頼文書に明記した。

なお、本研究に関しては、神戸学院大学ヒトを対象とする研究等倫理委員会の承認を受けた（承認番号 HEB100526-1）。

C. 結果

1. 回収状況及び分析対象

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783名の介護支援専門員が有する783事例から、入院前から訪問リハを導入していた88事例、独立変数に関する質問のいずれかに欠損があった286事例を除く409事例を分析対象とした（有効回答率25.4%）。

2. 退院後のケアプランへの訪問リハ導入状況

分析対象409名への退院後ケアプランへの訪問リハ導入状況をみると、「導入あり（以下、導入群）」75名（18.3%）、「導入なし（以下、非導入群）」334名（81.7%）であった。

3. ケアプランへの訪問リハ導入と各関連要因の関係（単変量解析）

1) 介護支援専門員の所在地におけるリハ資源の整備状況と訪問リハ導入の関係

介護支援専門員の所在する二次医療圏における在宅介護サービス受給者1万人当たり訪問リハ事業所数は、「導入群」 4.6 ± 1.9 カ所、「非導入群」 4.5 ± 1.9 カ所と、二群間に有意差はみられなかった（ $p=0.637$ ）。

表1 訪問リハ導入の有無と介護支援専門員の所在地のリハ資源の整備状況の関係

	導入群 (n=75)	非導入群 (n=334)	p 値
	Mean±SD	Mean±SD	
在宅介護サービス受給者1万人当たり 訪問リハ事業所数（カ所）	4.6 ± 1.9	4.5 ± 1.9	0.637

Note; t検定

2) 介護支援専門員の属性と訪問リハ導入の関係

介護支援専門員の属性との関係を見ると、介護支援専門員の基礎資格 (p=0.050)、介護支援専門員の所属法人での訪問リハ事業の実施の有無 (p=0.857) との間に有意差はみられなかった。

表2 訪問リハ導入の有無と介護支援専門員の属性の関係

	導入群(n=75)		非導入群(n=334)		p 値
	n	%	n	%	
所属法人での訪問リハ事業実施の有無					
実施	19	25.3	88	26.3	0.857
非実施	56	74.7	246	73.7	
介護支援専門員の基礎資格					
医療系の基礎資格保有者	29	24.2	91	75.8	0.050
福祉系の基礎資格保有者	46	15.9	243	84.1	

Note; χ^2 検定

医療職 120 名の内訳は、看護職 103 名、栄養士 10 名、薬剤師 3 名、歯科衛生士 4 名、福祉職 289 名の内訳は、介護福祉士 202 名、社会福祉士 44 名、ホームヘルパー10 名、社会福祉主事 12 名、相談員 8 名、その他 13 名である。

3) 利用者特性と訪問リハ導入の関係

利用者特性との関係を見ると、入院原因疾患では、「脳卒中」で有意に訪問リハ導入率が高く (p<0.001)、心疾患 (p=0.027) 及び呼吸器疾患患者 (p=0.046) では有意に低かった。

退院時の要介護度 (p<0.001)、退院時の寝たきり度 (p=0.001)、入退院時の寝たきり度の変化 (p<0.001) は、訪問リハ導入と有意な関係にあったが、認知症自立度¹との間には有意差はみられなかった (p=0.053)。

¹ 厚生労働省による認知症高齢者の日常生活自立度の各ランクの定義は以下の通り。

- ・ランクⅠ：何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している
- ・ランクⅡ：日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立できる
- ・ランクⅢ：日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがみられ、介護を必要とする
- ・ランクⅣ：日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする
- ・ランクⅤ：著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする

表3 訪問リハ導入の有無と患者属性の関係

	導入群(n=75)		非導入群(n=334)		p 値
	n	%	n	%	
入院原因疾患 ^a					
脳卒中					
該当	31	41.3	56	16.8	<0.001***
非該当	44	58.7	278	83.2	
肺炎					
該当	5	6.7	50	15.0	0.057
非該当	70	93.3	284	85.0	
大腿骨骨折					
該当	9	12.0	40	12.0	0.995
非該当	66	88.0	294	88.0	
他の骨折					
該当	8	10.7	37	11.1	0.918
非該当	67	89.3	297	88.9	
心疾患					
該当	1	1.3	29	8.7	0.027*
非該当	74	98.7	305	91.3	
悪性腫瘍					
該当	3	4.0	17	5.1	0.692
非該当	72	96.0	317	94.9	
呼吸器疾患					
該当	0	0.0	17	5.1	0.046*
非該当	75	100.0	317	94.9	
糖尿病					
該当	2	2.7	15	4.5	0.474
非該当	73	97.3	319	95.5	
廃用症候群					
該当	3	4.0	5	1.5	0.157
非該当	72	96.0	329	98.5	
関節症					
該当	1	1.3	5	1.5	0.915
非該当	74	98.7	329	98.5	
高血圧症					
該当	0	0.0	6	1.8	0.242
非該当	75	100.0	328	98.2	
退院時要介護度 ^b					
要支援 1・2	0	0.0	14	4.2	<0.001***
要介護 1	7	9.3	70	21.0	
要介護 2	15	20.0	80	24.0	
要介護 3	20	26.7	83	24.9	
要介護 4	16	21.3	52	15.6	
要介護 5	17	22.7	35	10.5	
退院時寝たきり度 ^b					
自立	0	0.0	3	0.9	0.001**
ランク J	4	5.3	43	12.9	
ランク A	26	34.7	152	45.5	
ランク B	30	40.0	96	28.7	
ランク C	15	20.0	40	12.0	
退院時認知症自立度 ^b					
自立	22	29.3	79	23.7	0.053
ランク I	23	30.7	77	23.1	
ランク II	18	24.0	99	29.6	
ランク III	10	13.3	64	19.2	
ランク IV	2	2.7	12	3.6	
ランク M	0	0.0	3	0.9	
入退院時の寝たきり度の重度化 ^a					
なし	45	60.0	126	37.7	<0.001***
あり	30	40.0	208	62.3	

Note; *:P<0.05, **:P<0.01, ***:P<0.001, a: χ^2 検定, b:Mann-Whitney の U 検定