

201201010B

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 22～24 年度 総合研究報告書

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.

報告1：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) .....	11
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) .....	17
報告3：カンファレンスの評価－退院時カンファレンスに焦点を当てて－ (篠田道子、木村圭佑、宇佐美千鶴) .....	23
報告4：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 (篠田道子、宇佐美千鶴) .....	31
報告5：ケアマネジメント（ケアマネジャー）に求められるものと教育 －高齢者ケアとりハビリテーションの視点から－ (備酒伸彦) .....	37
報告6：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) .....	45
報告7：認知症の人に対する医療・介護サービス提供上の諸問題 (沖田裕子、竹内さをり) .....	55
報告8：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) .....	61
報告9：認知症ケアにおけるアートワークの有効性 (竹内さをり) .....	67
報告10：看取りの場所と「死」の社会的位置付けに関する考察 (孔相権) .....	75
報告11：在宅看取りにおける看護・介護負担に関する考察 (孔相権) .....	83
報告12：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) .....	93

報告 13：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) .....	99
報告 14：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) .....	105
報告 15：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) .....	115
報告 16：認知症にかかるサービスの利用に関する一検討 (泉田信行) .....	131
報告 17：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) .....	139
Ⅲ. 研究成果に関する一覧表 .....	147
Ⅳ. 研究成果の刊行物・別刷 .....	149

## 研究者一覧（平成 22～24 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】

（平成 22 年度）

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）

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）

（平成 23 年度 追加）

逢坂 悟郎（兵庫県立リハビリテーション西播磨病院リハビリテーション科 部長）

兼子 芳文（姫路市保健所地域リハビリテーション支援センター 作業療法士）

藤井 幸（姫路市保健所地域リハビリテーション支援センター 理学療法士）

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）

谷 隆博（社団法人日本作業療法士協会理事）

沖田 裕子（特定非営利活動法人認知症の人とみんなのサポートセンター代表）

鎌石 佐織（水光会地域総合ケアセンター 介護支援専門員）

小山 樹（株式会社ジェネラス代表取締役 理学療法士）

竹森 史江（株式会社ジェネラス 作業療法士）

大浦 由紀（株式会社セラピット代表取締役作業療法士）

吉田 泰輔（株式会社セラピット 理学療法士）

安倍 浩之（有限会社ふらむはあとリハビリねっと代表取締役 理学療法士）

小林 裕和（有限会社ふらむはあとリハビリねっと 理学療法士）

横山 みずえ（有限会社ふらむはあとリハビリねっと 介護支援専門員）

(平成 24 年度 追加)

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)  
柴 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. 所属等は各年の 3 月末時点のもの。

# 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」  
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り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。

## 【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)

### 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. 退院支援／退院時ケアマネジメント実態調査

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（滋賀県、静岡県でも同様の調査を実施）。

##### 2. 国内外の先行研究調査

###### 1) 諸外国の制度分析

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。

###### 2) 国内の文献検索

「退院支援プロセスへのリハ専門職の関与

とその効果」に関する国内研究レビューを行うため、医学中央雑誌 WEB 版 Ver.4.0 で検索可能な 1983 年以降の全論文のうち、退院支援プロセスへのリハ専門職の関与とその効果」に関連する 247 の原著論文を抽出し、そのうち 121 論文を分析した。

###### 3) 海外の文献検索

「退院支援プロセスへのリハ専門職の介入効果」に関する海外研究レビューを行うため、PubMed に掲載されている全期間の論文のうち、退院支援プロセスへのリハ専門職の介入に関する 27 の原著論文を抽出し、分析した

##### 3. 退院時 CC 実態調査

退院時 CC への参与観察を通じたカンファレンスの定量的評価、ならびにリハ専門職を対象とした「カンファレンス自己評価」調査を実施した。

##### 4. 自宅退院要介護者に対する介護支援専門員と医療職間のリスク評価の差異の検証

退院時 CC に参加する病院の看護師／リハ職、ケアマネジャーを対象に、同一症例に対するリスク評価（現状評価および予後評価）の差異を検証した。

##### 5. 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を実施し、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。

##### 6. 退院後のケアマネジメントプロセスへのリハ専門職の介入効果評価

ケアマネジャーと在宅サービスに従事するリハ専門職が協働で退院後のケアマネジ

メントを実施した群 32 名と、ケアマネジャー単独の退院後ケアマネジメントを受けた群 46 名について、退院後 1 週間と 3 ヶ月後の ADL やケアプラン内容の経時変化を比較検証した。

#### 7. 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」を作成した。

#### 8. 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、ケアマネジメントスキルの向上を目指した「退院患者を対象とした地域ケア会議」の運営方法の検討と試行を実施した。

### (Ⅱ. 認知症ケアにおける医療・介護連携)

#### 1. 認知症ケアマネジメント実態調査

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（認知症自覚度が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 NPI12 項目を使用した。

#### 2. 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。

#### 3. 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。

#### 4. 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。

#### 5. 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。

#### 6. 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。

#### 7. 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. 終末期ケアマネジメント実態調査

兵庫県下のケアマネジャー 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. 死亡終了者に関するケアマネジャーの受け持ち状況調査

滋賀県のケアマネジャーを対象としたアンケート調査により、ケアマネジャーの死亡終了者の受け持ち状況の実態を調査した。

## 3. 病院での看取り事例に対する入院前

### 1ヶ月間のケアマネジメントの実態調査

滋賀県のケアマネジャー員が有する病院看取り事例を対象とした調査により、入院前1ヶ月間におけるケアマネジャーによる諸症状の観察状況及び急変可能性の予測の実態を調査した。

## 4. 在宅看取りにおける看護・介護負担に関する考察

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の家族を対象にアンケート調査を実施した。

## 5. 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。

## 6. 先行研究調査

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。

## 7. 海外動向調査

フランスにおける終末期ケアの基本法と関連制度を概説し、尊厳死法と呼ばれる「レオネッティ法」の理念や延命治療の差し控え・中止にかかる意思決定の手続きを整理した。さらに、緩和ケア提供体制の整備状況やサービス内容などを紹介しながら、フランスの終末期ケアの強み、弱み、限界を整理しつつ、わが国の終末期ケアの課題

を整理した。

## 8. サービス受給状況調査

医療・介護レセプトの情報をもとに、終末期における医療費用の消費状況を調査した。

## 9. 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. ケアマネジメントに求められるものと教育に関する考察

わが国と北欧の高齢者ケアの実地調査を通して、「ケアマネジメントの必要性」、「ケアマネジメントに関わる人材に求められる要件」と「ケアマネジメント関わる人材への教育」について考察した。

### 2. 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。

### 3. 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。

### 4. 退院支援の現状と課題解決に向けた取り組み—実践報告—

我が国の病院における退院支援および介護支援専門員との連携の現状を調査し、その課題解決へ向けた取り組みについて考察した上で、兵庫県下の保健所による二次圏域コーディネーター化活動および病院・在

宅ケア連携のための実践活動状況をまとめた。

## 5. 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。

## 6. 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。

## 7. 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。

## 8. 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. 退院支援／退院時ケアマネジメント実態調査

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。

#### 2. 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。

#### 3. 退院後のケアマネジメントプロセスへのリハ専門職の介入効果評価

ケアマネジャー単独による退院支援群と、リハ職との協働マネジメント群の退院 1 週間後と 3 ヶ月後の患者特性の変化を比較した結果、ADL 得点、歩行の自立度、うつ得点が、協働マネジメント群で有意に改善していた。また、退院後 3 ヶ月後の介護サービスの受給状況に有意差はないが、内容別にみたりハ実施率は協働ケアマネジメント群で有意に増加していた。

### (Ⅱ. 認知症ケアにおける医療・介護連携)

#### 1. 認知症ケアマネジメント実態調査

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. 認知症者のサービス利用状況調査

全体では、通所介護の利用割合が70%と極めて高かった。また、認知症高齢者の日常生活自立度がランクⅢ以上では、通所介護および福祉用具貸与の利用割合が高かった。通所介護、訪問介護、福祉用具貸与などのサービスが中心で、医療系のサービス、特にリハサービスの導入率が低かった。

## 3. 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）。

## 4. 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。

## 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。

## （Ⅲ.終末期ケアにおける医療・介護連携）

### 1.終末期ケアマネジメント実態調査

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・介護サービス受給状況調査

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。

### 3. 介護支援専門員の死亡終了者の受け持ち状況調査

介護支援専門員 1 名当たりの過去 1 年間の死亡終了者数の平均は 3.5 名であった。死亡終了者数の構成割合を、担当した介護支援専門員の基礎資格別にみると、「介護福祉士」が 45.5%で最も多く、次いで「看護職」23.1%、「社会福祉士」13.9%の順であった。

### 4. 病院での看取り事例に対する入院前

1 ヶ月間のケアマネジメントの実態調査入院時の主病名は「がん」36.0%、「その他」21.6%、「肺炎」19.6%、「心疾患」14.2%、「脳卒中」6.6%の順であった。

各症状の入院前 1 ヶ月間での発生率は、「食欲低下」「体重減少」「飲水不可・誤嚥」「浮腫・腹部膨満」などが多かった。また、介護支援専門員の未確認率は「呼吸の不規則性」「脈の速度」「尿量の減少」などで多かった。

介護支援専門員が急変の可能性があるとと思っていた割合を疾患別にみると、「がん」で高く、脳卒中で低かった。

### 5. 在宅看取りにおける看護・介護負担に関する考察

死因ががんであった患者のサービス受給期間は、老衰などが死因の事例と比較して受給期間が圧倒的に短い傾向にあった。

看護・介護負担感では、オムツ介助やトイレ介助などの排せつ介助、入浴介助、移動介助などの負担感が大きかった。医療負担感は看護・介護負担感よりも負担感が大きかった。

## (IV. 医療・介護連携強化策の検討)

### 1. ケアマネジメントに求められるものと教育に関する考察

多職種協働が可能な人材育成に向け、「マネジメント学 1 (対人業務としてのマネジメント)」、「マネジメント学 2 (評価と解釈)」といった技術分野に加えて、従来のケア人材養成では重視され

てこなかったリテラシー分野に注目し、「他者の理解 1 (ケア提供者から見た利用者)」「他者の理解 2 (ケア利用者から見た提供者)」「他者の理解 3 (ケア提供者から見たケア提供者)」といった内容を含んだ教育プログラムが必要であると考えた。

### 2. 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。

### 3. 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 のサブカテゴリーと、9 つのカテゴリーに分類し、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ーは、「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。

### 4. 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

### (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. 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。

### (Ⅲ. 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。

## E. 結論

現在のケアマネジメントの課題は、①病状や症状、ADLに対する予後のイメージがないため、課題が適切に認識できていない、②生活上困っていることを支援するという意識が強く、課題が生じた根本原因を追求できていない点である。これを解決するためには、ケアプラン原案段階において、看護師やリハ職がケアマネジメントを側面支援する形（予後予測を含めたアセスメント支援、課題分析支援、課題解決のための具体策の提示）に変えていく必要があると考える（多職種協働マネジメントの仕組みへの転換）。

また、認知症者を含めた退院支援を強化するためには、「退院後に介護支援専門員と専門職が同行訪問を行い、自宅環境下でのケア方針決定や本人・家族への指導・助言を行う」ことを退院支援プロセスの標準

業務とすべきと考える。

また、円滑な早期退院の実現に向けて、①退院前 CC の方法論の標準化、②退院後の訪問指導の強化（多職種によるケア方針決定）、③予後予測を入れたケアプラン様式の導入、④地域ケア会議の推進が重要であると考えた。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 篠田道子(2010): フランスにおける長期入院への対応－在宅入院制度の展開から－, 健保連海外医療保障, 87, 21-28.
- 2) 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, 45(2), 102-107.
- 3) 篠田道子(2011): フランスにおける意思と看護師の役割分担, 海外社会保障研究, 174, 30-41.
- 4) 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, 174, 52-63.
- 5) 川越雅弘, 備酒伸彦, 森山美知子(2011): 要介護高齢者に対する退院支援プロセスへのリハビリテーション職種の関与状況－急性期病床, 回復期リハビリテーション病床, 療養病床間の比較－, 理学療法科学, 26(3), 387-392.
- 6) 川越雅弘(2011): 地域包括ケアにおける介護予防とリハビリテーションのあり方, 地域リハビリテーション, 6(8), 584-587.
- 7) 川越雅弘(2011): 求められる「退院支援」の機能強化, 月刊福祉, 94(11), 46-47.
- 8) 白瀬由美香(2012): イギリスにおける退院支援システムと医師・介護の連携, 社会政策, 3(3), 68-77.
- 9) 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, 理学療法科学, 39(4), 245-248.
- 10) 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.
- 11) 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.
- 12) 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.
- 13) 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.
- 14) 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.
- 15) 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.
- 16) 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) 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－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、2011.2.27.
- 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－認知症ケアの確立をめざして－, 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－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一、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一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一、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.
- 5) 辻村広美、山野敬子、川越雅弘: 主病名別にみた終末期の利用者及び家族への介護支援専門員の相談支援の実態～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 11 回近畿介護支援専門員研究大会滋賀大会、滋賀県立文化産業交流会館、2012.2.19.
- 6) 山内和江、兼高さおり、川越雅弘: 退院後のケアプランへの訪問看護導入状況及び関連要因～退院事例調査から～、第 11 回近畿介護支援専門員研究大会滋賀大会、滋賀県立文化産業交流会館、2012.2.19.
- 7) 兼高さおり、山内和江、川越雅弘ほか: 退院支援プロセスの現状と介護支援専門員の関与の実態～退院事例調査から～、第 11 回近畿介護支援専門員研究大会滋賀大会、滋賀県立文化産業交流会館、2012.2.19.
- 8) 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
- 9) 川越雅弘: 理学療法士に期待される役割と課題一地域包括ケア構築に向けて一、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.
- 10) 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、シーガイアコンベンションセンター、宮崎市、2012.6.15.
- 11) 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一複数地区での検証一、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.
- 12) 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.
- 13) 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.
- 14) 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

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」  
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居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と思われる（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コーディネートが必要とせず、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、コーディネーター医師と管理看護師

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

コーディネーター医師は、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