

要介護高齢者に対する自宅退院支援の現状と課題

国立社会保障・人口問題研究所

室長 川越 雅弘

はじめに

入院医療費の適正化、医療提供体制の効率化の観点から、平均在院日数の短縮化が推進されている。こうした中、円滑な退院を支援する「退院支援」の機能強化が求められている。本稿では、退院支援の機能強化に向けた制度・報酬改正の動向を整理するとともに、要介護高齢者の自宅退院事例調査から見えてきた課題と対策について言及したい。

I 求められる退院支援の機能強化

2011年6月30日に公表された「社会保障・税一体改革成案」で提案されているのは、現行の一般病床を高度急性期、一般急性期、亜急性期病床に分けた上で、現時点の一般病床全体の平均在院日数（約19日）を、2025年には一般急性期病床で9日程度に短縮するというものである。

高齢化の進展に伴い、入院患者の高齢化（入院患者の半数が75歳以上）、家族介護力の低下（高齢者のみ世帯の増加）が進んでいる。長期入院の受け皿となる療養病床数も38.4万床（2005年）が35.7万床（2008年）に減少している。したがって、病院と在宅関係者間の連携をより一層強化し、“高齢者の自宅への早期退院”を支援するシステムを、地域レベルで早急に構築する必要がある。

II 退院支援強化に向けた報酬改定の流れ

平均在院日数の短縮を図るためには、医療機関間、医療機関と介護関係者間の連携強化が必須と

なる。厚生労働省はまず、急性期治療を担う病院とその後の回復期治療等を担う病院間の連携を強化するため、2006年に“地域連携診療計画管理料”や“地域連携診療計画退院時指導料”などの診療報酬を新設した。

さらに、医療機関と介護関係者間の連携強化を図るため、入院中の病院関係者が介護支援専門員に対して退院後の必要サービスを指導する行為を評価する“介護支援連携指導料”、診療所や200床未満の病院が退院後の診療情報を計画管理病院に提供する行為を評価する“地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）”、急性期病棟における高齢者の自宅退院支援を評価する“急性期病棟等退院調整加算”を2010年に、介護支援専門員の退院支援への関与を評価する“退院・退所加算（Ⅰ）（Ⅱ）”を2009年に新設した。2012年の同時改定では、早期退院支援の強化をはかるべく、これら各種加算の算定要件の見直しなどを行った。こうして、急性期入院から自宅退院までの退院支援強化を目的とした報酬設定がほぼ完成したのである。今後問われるのは、“退院支援の質”となる。

III 要介護高齢者への自宅退院支援の現状—退院事例調査から—

昨年10月、静岡県内の全居宅介護支援事業所（971カ所）を対象に、自宅退院患者の入退院時特性、退院支援プロセス、退院後ケアプラン内容等に関する質問紙調査を実施した（回収事業所数：619事業所、回収率63.7%）。本章では、回答事業

所に所属する介護支援専門員1,464人が有する直近の退院1事例（合計1,464事例）に対する退院支援の実態調査の主な結果を示す。

1. 回答者（介護支援専門員）の基礎資格

回答者1,464人の基礎資格をみると、「介護福祉士」が59.8%と最も多く、次いで「看護職」17.6%、「社会福祉士」9.3%の順であった。

2. 入院の状況

1) 入院元の病床種類

入院元の病床種類をみると、「急性期病床」が66.6%と最も多く、次いで「回復期リハビリテーション（以下、リハ）病床」24.6%、「療養病床」4.0%、「その他の病床」3.2%の順であった。

2) 入院原因疾患

入院原因疾患を病床種類別にみると、急性期病床は「悪性腫瘍」15.1%、「肺炎」12.8%、「脳梗塞」8.0%の順、回復期リハ病床は「大腿骨骨折」29.4%、「脳出血」18.3%、「脳梗塞」17.2%の順、療養病床は「脳梗塞」15.5%、「悪性腫瘍」「大腿骨以外の骨折」10.3%の順であった（表1）。

3. 退院時の患者特性－要介護度－

退院時の要介護度を病床種類別にみると、急性期病床は「要介護4」18.7%、「要介護3」16.8%の順、回復期リハ病床は「要介護2」23.3%、「要介護1」21.9%の順、療養病床は「要介護4」「要介護5」22.4%の順であった。ここで、重度要介護者（要介護4以上）の割合をみると、「急性期病床」35.2%、「回復期リハ病床」24.7%、「療養病床」

44.8%と、療養病床からの退院者の要介護度は他の病床に比べて重度であった。

4. 退院支援プロセス

1) 介護支援専門員の担当時期

介護支援専門員が入院前から担当していた割合（＝要介護者の入院割合）を病床種類別にみると、「急性期病床」67.0%、「回復期リハ病床」38.9%、「療養病床」53.4%であった。これを入院原因疾患別にみると、「肺炎」が83.7%と最も多く、次いで「消化器疾患」72.2%、「心疾患」67.9%、「呼吸器疾患」67.1%の順であった。

2) 退院前訪問指導の実施状況

退院前訪問指導の実施率を病床種類別にみると、「急性期病床」13.1%、「回復期リハ病床」46.9%、「療養病床」34.5%であった。

退院前訪問指導への専門職の参加率を病床種類別にみると、急性期病床では「看護師」75.0%、「介護支援専門員」56.3%、「理学療法士（PT）」32.0%の順、回復期リハ病床では「PT」87.0%、「介護支援専門員」73.4%、「OT」60.9%の順であった。

3) 退院前ケアカンファレンス（以下、退院前CC）の実施状況

介護支援専門員が参加した退院前CCの実施率を病床種類別にみると、「急性期病床」58.8%、「回復期リハ病床」73.6%、「療養病床」75.9%であった。

退院前CCへの病院専門職の参加率を病床種類別にみると、急性期病床では「看護師」93.4%、「MSW」55.1%、「医師」39.6%の順、回復期リハ

表1. 病床種類別にみた入院原因疾患

	総数 (n=1,464)	急性期病床 (n=975)	回復期リハ (n=360)	療養病床 (n=58)
第1位	大腿骨骨折 12.2%	悪性腫瘍 15.1%	大腿骨骨折 29.4%	脳梗塞 15.5%
第2位	悪性腫瘍 11.3%	肺炎 12.8%	脳出血 18.3%	他の骨折 悪性腫瘍 10.3%
第3位	脳梗塞 10.6%	脳梗塞 8.0%	脳梗塞 17.2%	
第4位	肺炎 10.0%	消化器疾患 7.4%	他の骨折 10.6%	肺炎 8.6%
第5位	他の骨折 7.0%	心疾患 7.3%	脊椎障害 4.2%	脳出血 大腿骨骨折 8.2%

病床では「看護師」81.1%、「PT」78.5%、「MSW」62.3%の順、療養病床では「看護師」90.9%、「MSW」52.3%、「PT」45.5%の順であった。在宅ケア関係者の参加率を病床種類別にみると、急性期病床では「訪問看護師」29.1%、「介護職」22.2%、回復期リハ病床では「介護職」16.6%、療養病床では「訪問看護師」36.4%、「介護職」27.3%の順で、在宅サービスに従事するリハ職やかかりつけ医の参加率は低位であった（図1）。

4) 退院前CCでの看護／リハ継続の必要性に関する指導の実施状況

退院前CCでの看護継続の必要性に関する指導の実施率を病床種類別にみると、「急性期病床」68.8%、「回復期リハ病床」46.0%、「療養病床」70.5%、リハ継続の必要性に関する指導の実施率をみると、「急性期病床」52.2%、「回復期リハ病床」89.8%、「療養病床」70.5%であった。

5) ケアプランへの看護／リハ導入に関する事前相談の実施状況および専門職の判断状況

ケアプランへの訪問看護導入に関する専門職への事前相談率を病床種類別にみると、「急性期病床」52.1%、「回復期リハ病床」39.2%、「療養病床」48.3%であった。相談実施時の専門職の判断状況をみると、「導入すべき」46.4%、「出来れば

導入すべき」19.9%、「必要なし」29.1%、「未回答」4.7%であった。

次に、ケアプランへのリハ導入に関する専門職への事前相談率を病床種類別にみると、「急性期病床」42.6%、「回復期リハ病床」79.7%、「療養病床」53.4%であった。相談実施時の専門職の判断状況をみると、「導入すべき」42.8%、「出来れば導入すべき」36.3%、「導入の必要なし」16.1%、「未回答」4.9%であった。

6) ケアプランへのサービス導入状況

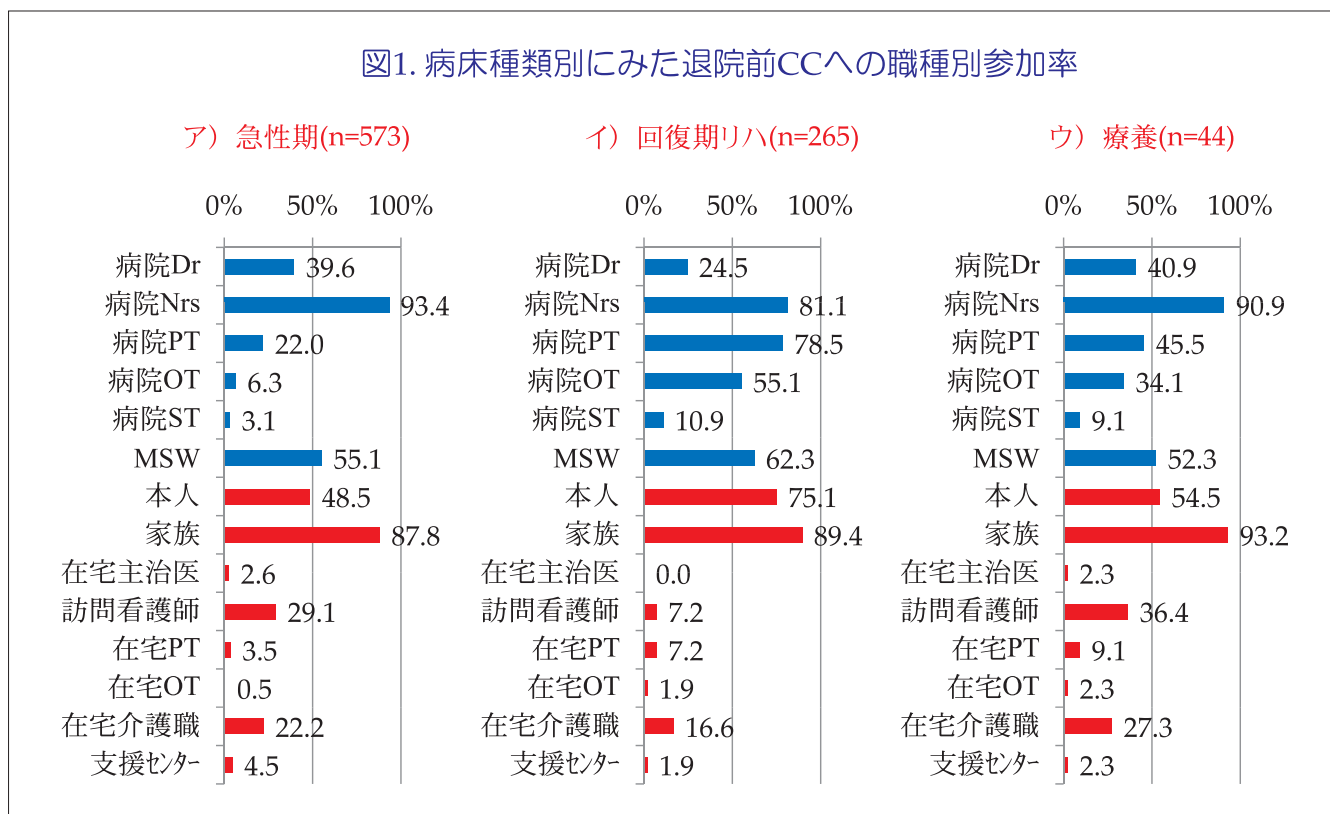
ケアプランへのサービス導入率を病床種類別にみると、急性期病床では「福祉用具」68.6%、「訪問介護」35.9%、「訪問看護」35.2%、「通所介護」34.3%の順、回復期リハ病床では「福祉用具」69.2%、「通所介護」46.4%、「通所リハ」38.3%、「訪問介護」25.0%の順、療養病床では「福祉用具」69.0%、「訪問看護」39.7%、「訪問介護」「通所介護」34.5%の順であった。

Ⅳ 退院事例調査からみえてきた課題と対策

退院事例調査からみえてきた課題を2点挙げる。

1点目は、急性期病床と介護支援専門員間の連携強化による円滑な退院支援を如何に実現するか

図1. 病床種類別にみた退院前CCへの職種別参加率



である。本調査からわかった、1点目に関連する主な事実としては、

- ①急性期病床から直接自宅に退院する者が全体の約7割を占めていた。
- ②急性期病床退院者への退院前訪問指導の実施率は約1割と、病院スタッフによる自宅環境把握や自宅環境下での日常生活行為の確認はほとんど行われていなかった。
- ③急性期病床からの約3割に、退院前CCが実施されていなかった。
- ④退院前CCに在宅主治医やリハ職はほとんど参加していなかった。

などが挙げられる。

急性期病床の場合、平均在院日数も短く、多忙なため、退院支援に十分な時間やスタッフを割く余裕がないと思われる。平均在院日数の短縮化がさらに進めば、これら傾向が強まるだけでなく、入院中の看護やリハの提供、退院患者指導などが完結しないままの退院が増加する可能性は高い。今後、①病院の看護と訪問看護師、病院のリハ職と在宅サービスに従事するリハ職の連携強化（申し送り機能の強化）、②入院早期での介護支援専門員から病院への入院時情報提供の促進、③介護支援専門員から病院への退院後の状況に関する情報のフィードバック（病院の退院支援の質向上への貢献）などを進め、退院支援の質を高めつつ、急性期病床が安心して退院させられる環境を、在宅ケア関係者主導で構築していく必要があると考える。

2点目は、退院患者に対する退院後のケアマネジメント力の強化である。本調査からわかった、2点目に関連する主な事実としては、

- ①肺炎、心疾患による入院患者の7-8割は要介護者の入院であった。
- ②脳梗塞による入院患者の約4割は要介護者の入院であった。
- ③回復期リハからの退院患者に対する看護の継続性に関する指導の実施率、ケアプランへの訪問看護の導入率は、他の病床に比べて低かった。

などが挙げられる。

現在、介護支援専門員の約7割を福祉系の基礎資格者が占めており、今後その割合は年々増加すると見込まれている。肺炎、心疾患、脳梗塞など

の医療リスクのマネジメント方法（医療専門職への適切な連絡・報告を含む）の強化を図り、これら疾患による入院をできるだけ減らすための方法を、医療専門職と介護支援専門員間で検討、構築していく必要があると考える。

謝辞

本調査は、静岡県地域医療再生計画(全県域版)「静岡県在宅医療推進センター事業」の一部として実施したものである。調査にご協力頂いた静岡県内の居宅介護支援事業所、ならびに同事業所の介護支援専門員の皆様にご心よりお礼申し上げます。なお、調査結果の詳細については、静岡県在宅医療体制整備・推進協議会-退院支援システム検討部会の「退院時ケアマネジメントの実態調査報告書」(本号同封)を参照頂きたい。

川越雅弘（かわごえまさひろ）氏ご略歴

1985年3月	大阪大学工学部応用物理学科卒業
1987年3月	大阪大学大学院工学研究科前期課程応用物理学専攻修了
1987年4月～	川崎製鉄株式会社
1990年8月～	帝人株式会社
1997年1月～	株式会社経営総合研究所
1998年4月～	日本医師会総合政策研究機構
2005年11月～	国立社会保障・人口問題研究所室長 (現職)
2012年2月	広島大学大学院保健学研究科博士課程 後期保健学専攻修了