

(第5回「在宅医療とみんながつながる会 講演資料」)

在宅医療への円滑な移行

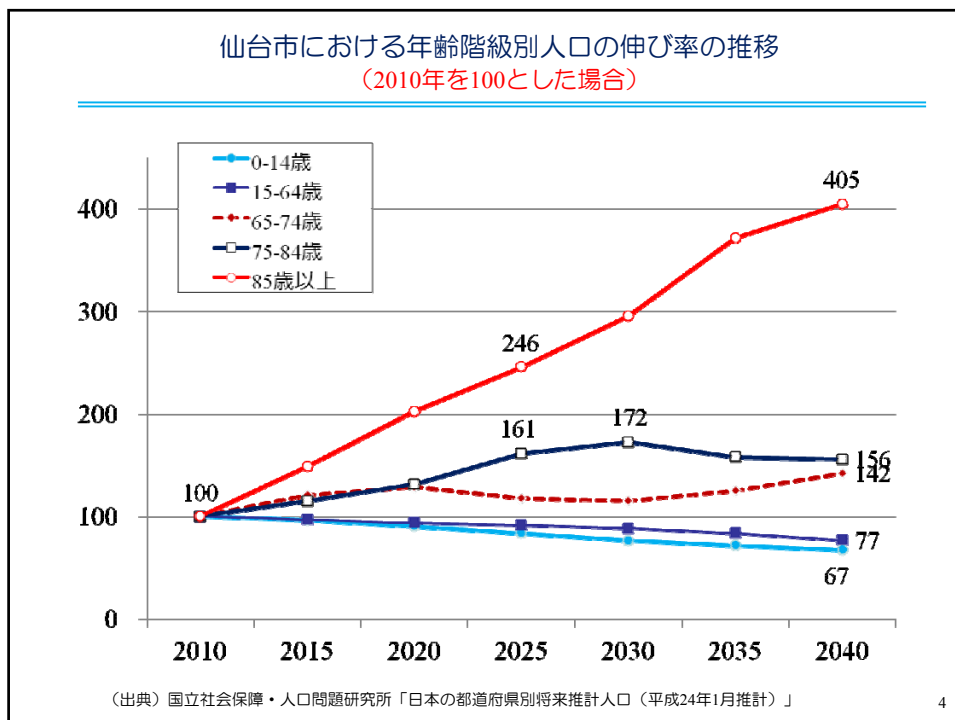
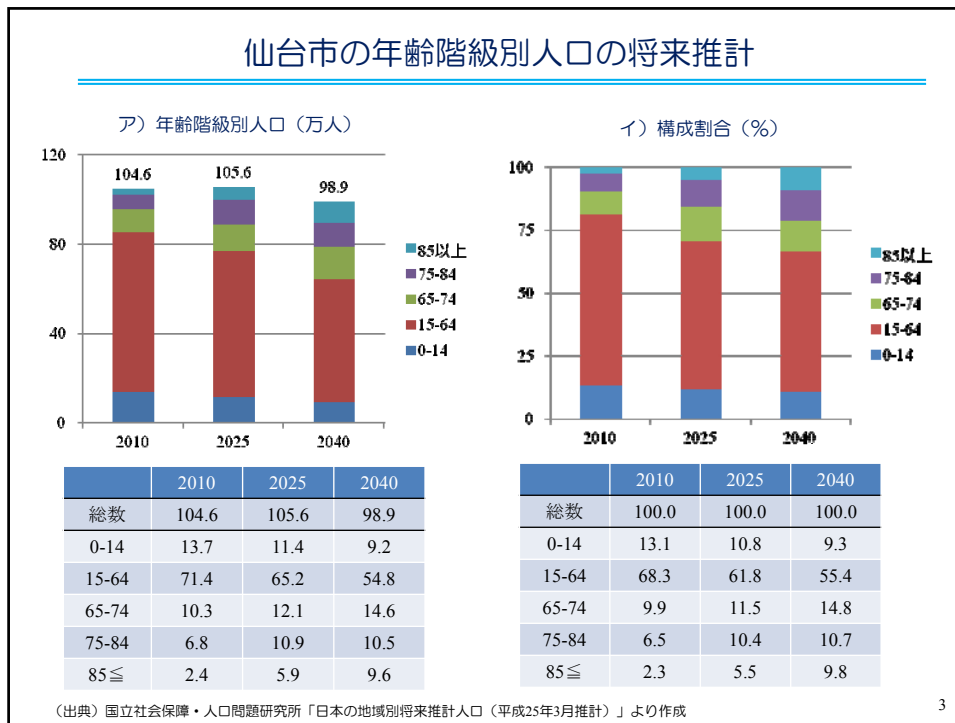
2013年 9月 19日
国立社会保障・人口問題研究所
川越雅弘

1

—内容—

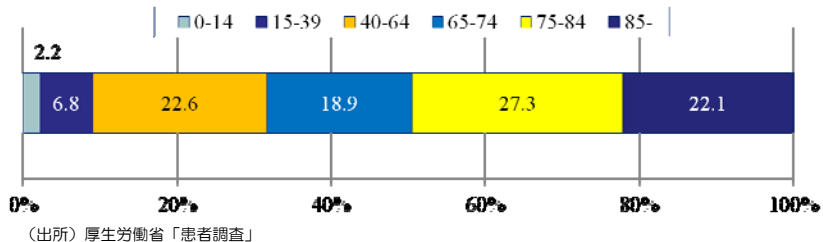
1. 退院支援を取り巻く状況
 - 高齢化の進展／家族介護力の低下
2. 退院支援の機能強化に向けた国の施策の動向
 - 退院支援の機能強化（早期退院支援）
 - ケアマネジメントの機能強化（退院時を含む）
3. 退院支援／退院時ケアマネジメントの現状
 - 退院事例調査より—
4. 退院支援の機能強化に向けた課題

2



高齢化の影響—①入院患者の高齢化／家族機能の低下—

【入院患者の年齢構成（2011年）】



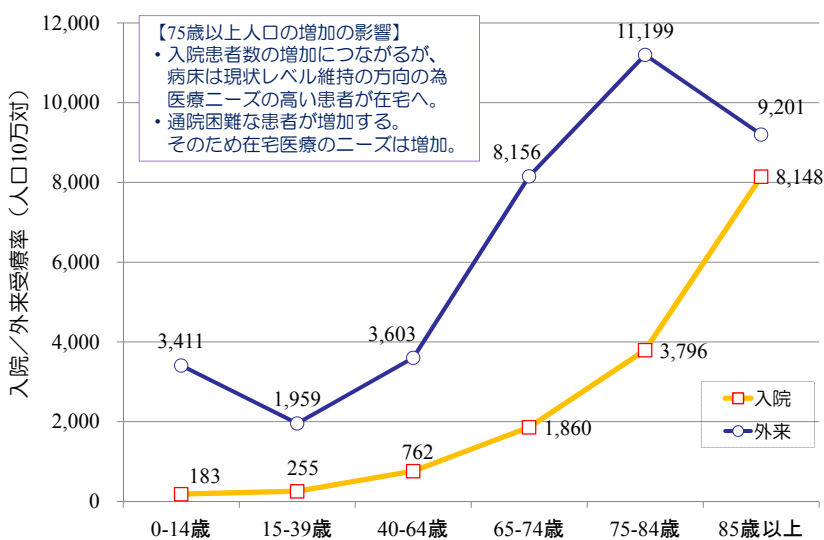
【世帯構造の変化】

	2010	2015	2020	2025
全世帯 (万世帯)	5,184	5,290	5,305	5,244
世帯主75歳以上 (万世帯、%)	731 (14.1%)	882 (16.7%)	1,023 (19.3%)	1,187 (22.6%)
75歳以上の独居 (万人)	269	327	382	447

(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(平成25年1月推計)」

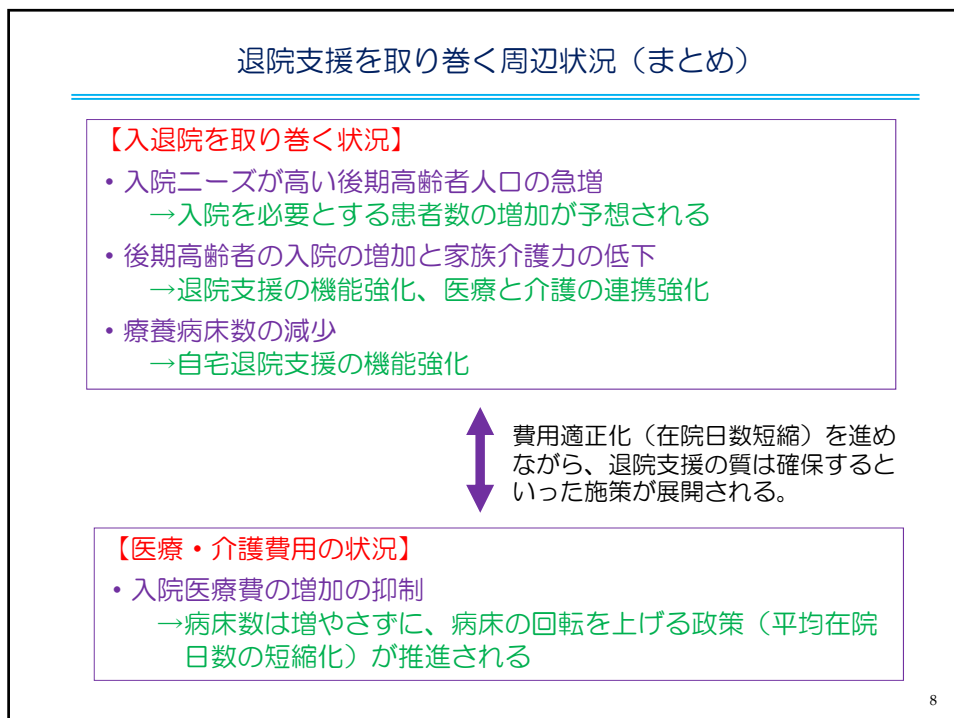
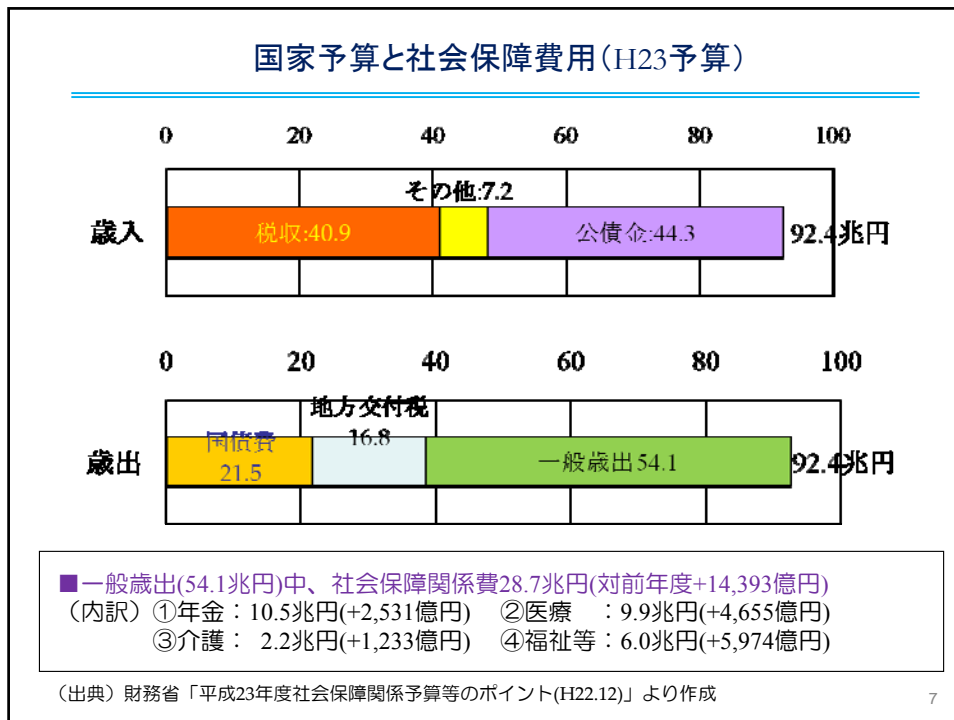
5

高齢化の影響—②入院／在宅医療ニーズの増大—



(出所) 厚生労働省「平成20年患者調査(1日調査)」

6



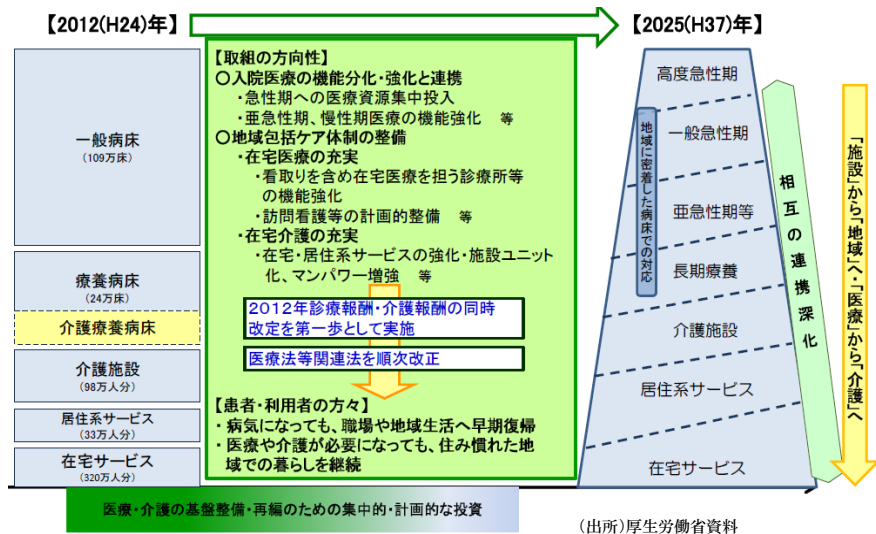
2. 退院支援の機能強化に向けた国の施策の動向

- ・退院支援の機能強化（早期退院支援）
- ・ケアマネジメントの機能強化

9

医療・介護機能の再編について（将来像）

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築する。



0

効果的な退院調整の評価(診療報酬)

1. 基本的考え方

- ①退院調整部門を強化し、早期の退院を評価する。
- ②医療機関間の「退院支援計画」の共有を促進する。
- ③介護保険への円滑な移行を図るため、身体機能等の評価の充実を図る。

退院調整加算1 (新設) 【一般病棟等の場合】

14日以内	340点
30日以内	150点
31日以上	50点

【主な要件】

- ・入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手する。

地域連携加算

300点 (新設)

【内容】

入院時の症状、標準的な入院期間、退院後に必要とされる診療等の事項を記載した退院支援計画を作成し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、当該患者の治療を担う別の医療機関と共有した場合に（入院医療機関が）算定する。

(出所) 中医協「個別改訂項目について」,2012.2.10を一部改正

11

医療ニーズの高い患者への対応(診療報酬)

1. 基本的考え方

- ①医療ニーズの高い患者の円滑な地域への移行と、訪問看護の柔軟な提供を促進する。

退院時共同指導料2 (要件変更)

300点
(変更なし)

【内容】

入院医療機関の医師又は看護師が、退院後の療養を担う保険医療機関の医師、もしくは当該保険医の指示を受けた看護師、又は訪問看護ステーションの看護師と共同して、退院後の療養上必要な説明や指導を患者に対し実施した場合に（入院医療機関が）算定する。

訪問看護基本療養費 (Ⅲ)

8,500円
(新設)

【内容】

特定疾病等の入院患者が試験外泊する時に訪問看護を提供した場合に（訪問看護ステーションが）算定する。

特別訪問看護指示 加算 (要件変更)

100点
(変更なし)

【内容】

急性増悪、終末期、退院直後等の事由により、週4回以上の頻回の訪問看護の必要性を認め、特別訪問看護指示書を訪問看護ステーションに交付した場合に（主治医が）算定する。

(出所) 中医協「個別改訂項目について」,2012.2.10を一部改正

12

ケアマネジャーと病院スタッフの連携強化(介護報酬)

1. 基本的考え方

- ①医療との連携強化の観点から、現行の各種加算の見直しを行う。
- ②緊急時カンファレンスへの参加を評価する。

医療連携加算	150単位/月	退院・退所加算 I	400単位/月
		退院・退所加算 II	600単位/月
入院時情報連携加算 I	200単位/月		
入院時情報連携加算 II	100単位/月	退院・退所加算	300単位/回

注。加算 I は病院等に訪問し、情報提供を行った場合に、加算 II は訪問以外の方法で情報提供を行った場合に算定する。

注。入院等期間中に3回まで算定可能。

(出所) 介護給付費分科会「平成24年度介護報酬改定について」,2012.1.25を一部改変

13

自宅環境下での生活行為向上支援の強化 —通所の役割の明確化とケアマネジャーとの協働の強化—

リハビリテーションマネジメント加算 (要件変更)	230単位/月 (変更なし)
-----------------------------	-------------------

【要件の変更点】

- ・通所リハ事業所に、月4回以上通所していること。
- ・新規利用者について、利用開始後1月までの間に利用者の居宅を訪問し、居宅における利用者の日常生活の状況や家屋の環境を確認した上で、居宅での日常生活能力の維持・向上に資するリハビリテーション提供計画を策定すること。

ケアマネジャーが策定する計画と通所リハが策定する計画が、「自宅環境下での生活行為向上」の視点で一致しているかが問われる。
(サービス担当者会議が機能しているか?)

生活機能

心身機能・構造

- 運動機能
- 栄養・口腔機能
- 認知機能 等

- #### 活動 (している活動、 できる活動)
- IADL
 - ADL など

参加

- 家族との関わり
- 社会との関わり
- 役割
- コミュニケーション など

(出所) 介護給付費分科会「平成24年度介護報酬改定について」,2012.1.25を改変

14

ケアマネジメントの機能強化

15

地域包括支援センターに期待される役割・機能

【地域包括支援センター（コーディネートの主体）の役割の拡張と明確化】

- 地域包括ケアを提供するには、地域住民のニーズに応じて医療・介護・福祉サービスを適切にコーディネートし、適時に供給する体制が必要となる。また、その主体としては、地域包括支援センターが期待される。
- 地域包括支援センターと各分野との関係においては、①介護予防（予防支援計画及び事業所の個別の支援計画の関係）、②認知症ケア、③リハビリテーションのそれぞれの分野における地域包括支援センターのコーディネート機能の在り方についても検討する必要があるのではないか。

（平成20年度 地域ケア研究会報告書）

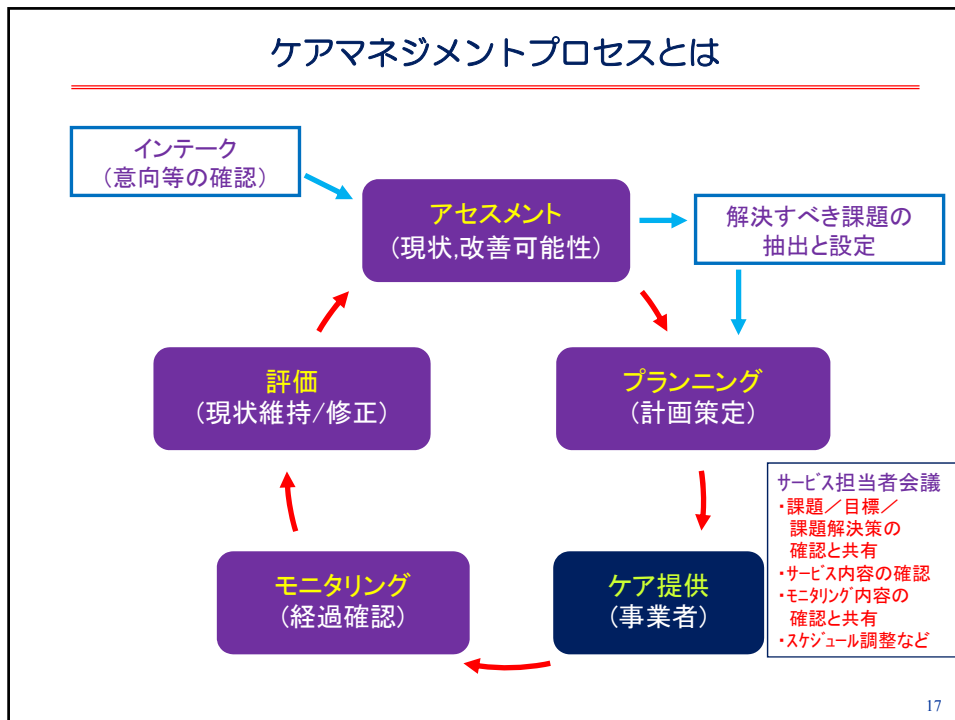
【地域包括支援センターの機能】

- 個別ケースを支援する包括的・継続的ケアマネジメント等を効果的に実施するために、医療や介護等の多制度・多職種連携を高める地域ケア会議等の機能強化が必要との指摘もある。

（平成21年度 地域ケア研究会報告書）

（出典）厚生労働省「地域包括支援センター全国担当者会議（2010.6.15）資料4」より引用

16



介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と
今後のあり方に関する検討会における
議論の中間的な整理

平成25年1月7日

介護支援専門員（ケアマネジャー）の
資質向上と今後のあり方に関する検討会

18

ケアマネジメントの質の向上に向けて—抜粋—

I アセスメントの重要性と課題抽出プロセスの明確化

- アセスメントは、「**解決すべき課題**」を把握するための**重要プロセス**である。
- 課題や目標を導き出したプロセスを明らかにすることは**、介護支援専門員のアセスメント能力を高めるために重要である。
- これにより、サービス担当者会議において「**考え方の共有**」がなされ、その結果、サービス内容の検討が円滑に進むことが期待される。
- 利用者の生活全般の解決すべき課題(ニーズ)をどのような考えで導き出したかを明確にするため、**課題抽出のための新たな様式の活用を進める**。

II サービス担当者会議の機能強化

- 居宅サービス計画の**原案の内容について、多職種による専門的な見地からの議論を行い**、より質の高い原案への修正を図っていくことが重要。

III モニタリングにおける適切な評価の推進

- 短期目標の達成状況を総括し、ケアプランの適切な見直しに資するよう**、評価のための新たな様式の活用を図る。

19

ケアマネジメントのスキル向上に向けて

1. 「課題認識」が重要

ただし、課題を認識するためには「現在の姿」と「今後の姿」の両方の評価が必要。

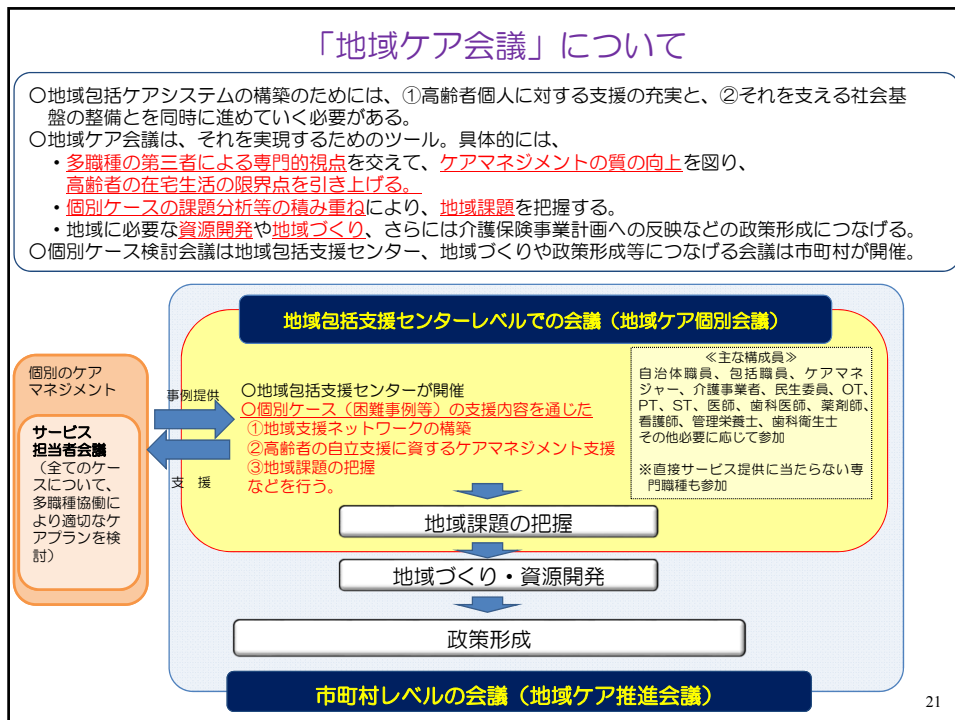
2. 「課題分析」が重要

生活障害を引き起こしている「根本原因」を追及し、その根本原因を除去するための具体的な対策の検討が必要。

事業所ベースで事例検討会（リハ職や看護師が参加）を開催し、課題認識や課題分析に対し、専門職から助言や指導を受けることが有用。
（マネジメントスキル向上を目的とした会議）

ただし、事業所ベースでの実施は困難

20



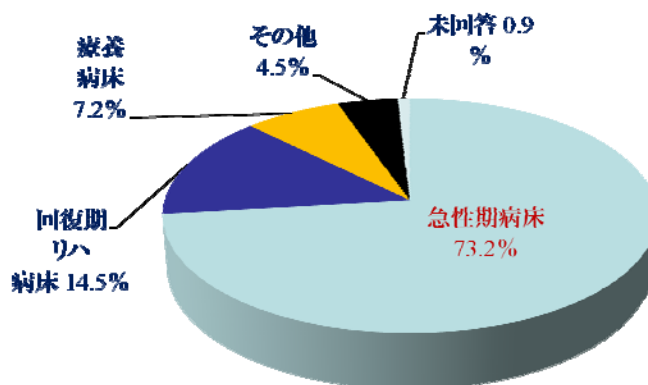
3. 退院支援／退院時ケアマネジメントの現状

—退院事例調査（n=678）—

22

結果1：入院元病床

- 自宅退院した要介護者の入院元病床は、急性期病床が73.2%を占めていた。
- 回復期リハ病床からの退院者は全体の14.5%であった。



23

結果2-1：入院時の患者特性—入院原因疾患—

- 急性期病床では[肺炎][心疾患]、回復期リハでは[脳梗塞][大腿骨骨折]、療養病床では[大腿骨骨折][脳出血][心疾患]の入院が多かった。

	総数 (n=678)	急性期病床 (n=496)	回復期リハ (n=97)	療養病床 (n=49)
第1位	肺炎 13.4%	肺炎 16.1%	脳梗塞 26.8%	大腿骨骨折 12.2%
第2位	心疾患 10.3%	心疾患 12.1%	大腿骨骨折 19.6%	脳出血 12.2%
第3位	大腿骨骨折 9.4%	悪性腫瘍 7.9%	脳出血 14.4%	心疾患 12.2%
第4位	脳梗塞 8.1%	大腿骨骨折 7.5%	その他の骨折 8.2%	肺炎 10.2%
第5位	悪性腫瘍 6.9%	消化器疾患 6.3%	肺炎 4.1%	その他の骨折 8.2%

24

結果3-1：退院支援プロセス－患者情報の収集状況－

- 患者情報収集の実施率は、[症状・病状][ADL]ともに約9割であった。
- 情報入手先は[症状・病状][ADL]とも看護師,MSWからが多かった。
- ADLに関する情報収集元は[看護師]63.1%に対し,[リハ職]は23.8%であった。

◆情報収集の実施率

	総数 (n=678)	急性期病床 (n=496)	回復期リハ (n=97)	療養病床 (n=49)
症状・病状	88.6%	87.5%	91.8%	93.9%
ADL	86.7%	86.1%	86.6%	91.8%

◆情報の入所先（複数回答）

	医師	看護師	リハ職	MSW	その他
症状・病状	19.8%	68.9%	10.1%	52.7%	12.5%
ADL	9.4%	63.1%	23.8%	41.8%	14.6%

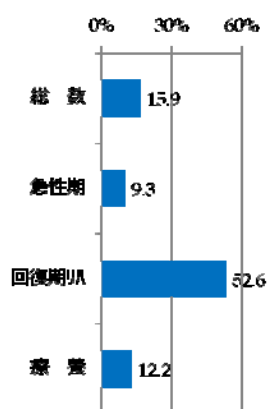
注. 数字は、情報収集があった[症状・病状]は601人、[ADL]は588人に対する割合である。

25

結果3-2：退院支援プロセス－退院前訪問指導－

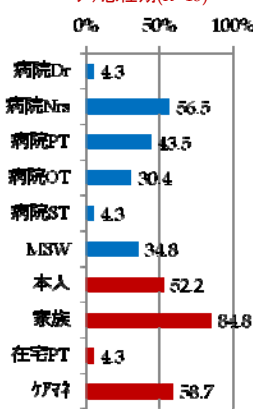
- 退院前訪問指導実施率は、[急性期]9.3%、[回復期リハ]52.6%、[療養]12.2%。
- 急性期は病院看護師、回復期リハは病院PT/OTの参加率が高かった。
- 在宅関係者はケアマネの参加率は6-7割だが、リ職の参加率は低位であった。

【退院前訪問指導実施率】

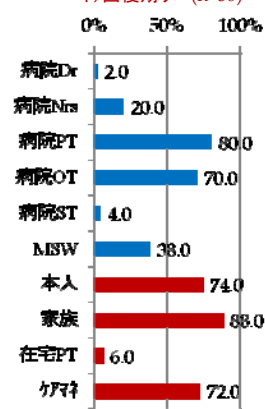


【退院前訪問指導開催時の職種別にみた参加率】

ア)急性期(n=46)



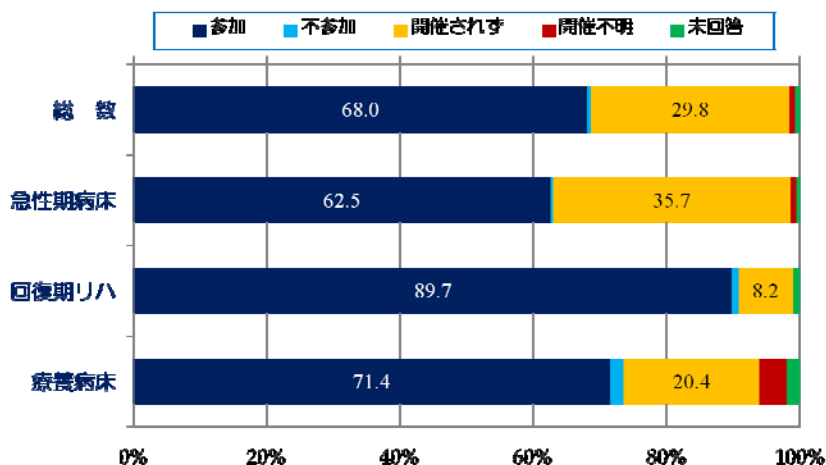
イ)回復期リハ(n=50)



26

結果3-3：退院支援プロセス－退院前ケアコンファレンス①－

- 退院前CCへのケアコンファレンスの参加率は、[急性期]62.5%、[回復期リハ]89.7%、[療養]71.4%であった。
- 退院前CC未開催率は[急性期]35.7%、[回復期リハ]8.2%、[療養]20.4%であった。

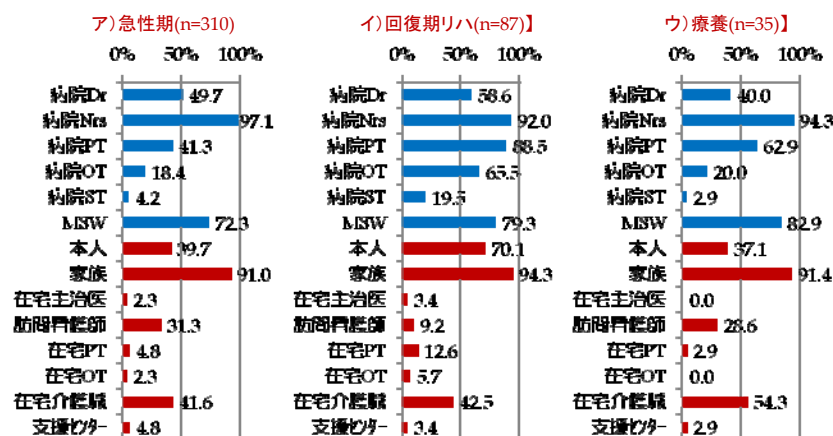


27

結果3-4：退院支援プロセス－退院前ケアコンファレンス②－

- 退院前CCへの病院PTの参加率は、[急性期]41.3%、[回復期リハ]88.5%、[療養]62.9%と、急性期病床での参加率が低い状況であった。
- 退院前CCへの在宅主治医、リハ職の参加率は低位であった。

【退院前CC開催時の職種別に参加率】



28

結果3-5：退院支援プロセス－退院前ケアカンファレンス③－

- 継続の必要性に関する指導実施率は、[通院]85.0%、[看護]68.1%、[リハ]62.0%であった。
- 看護継続に関する指導実施率は[急性期]が最も高く、[療養][回復期リハ]の順、リハ継続は[回復期リハ]が最も高く、次いで[療養][急性期]の順であった。

◆通院／看護／リハ継続の必要性に関する退院前CCでの指導「あり」の割合

	総数 (n=461)	急性期病床 (n=310)	回復期リハ (n=87)	療養病床 (n=35)
通院	85.0 %	85.2%	92.0%	62.9%
看護	68.1 %	70.3%	62.1%	68.6%
リハ	62.0 %	54.5%	88.5%	57.1%

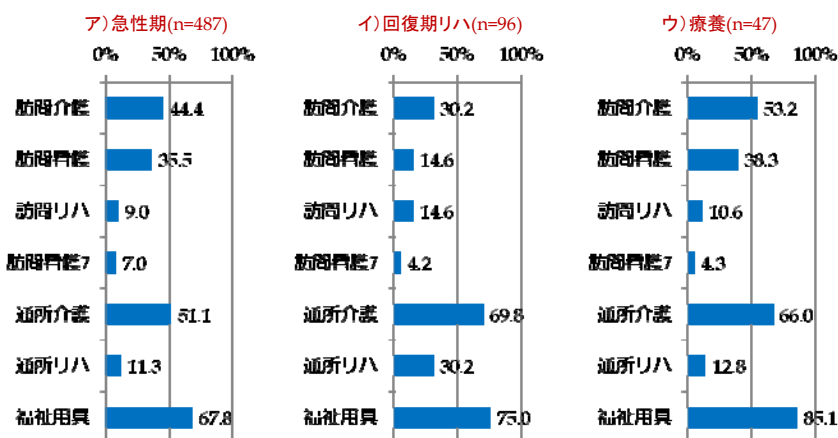
注. 数字は、退院前CCが開催された事例に対する指導の実施率である。

29

結果3-6：退院時ケアマネジメント－サービス導入状況－

- 急性期および療養からの退院者の約4割に訪問看護が導入されていた。一方、回復期リハ退院者への訪問看護導入率は2割弱であった。
- 訪問リハ(医療機関)導入率は回復期リハで最も高かった。

【ケアプランへのサービス導入状況】



30

4. 退院支援機能強化に向けた課題

31

本研究で見えてきた課題と対策

◆テーマ①：急性期病床との連携強化による円滑な退院支援の実現

本研究でわかった事実	課題と対策
<ul style="list-style-type: none"> ○急性期病床から直接自宅に退院するケースが全体の7割を占めていた。 ○急性期への入院原因疾患は[肺炎][心疾患]などが多かった。 ○症状・病状やADLに関する情報は看護師から入手している割合が高かった。 ○退院前訪問指導の実施率は9.3%と、病院関係者による自宅環境把握や生活動作の確認はほとんど行われていなかった。 ○急性期からの退院者の約4割に対し、退院前CCが開催されていなかった。 ○退院前CCへの看護師の参加率は高いものの[病院リハ職]の参加率は半数程度であった。また、[在宅リハ職]の参加率は低位であった。 ○ケアプランへのリハ/訪問看護導入に関する事前相談率は約5割であった。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ケアマネジャーから病院への情報提供の強化 <ul style="list-style-type: none"> ・入院早期での情報提供の促進と退院支援計画への反映 →情報提供書のFormatの検討が必要。 2. 病院リハ職との連携強化 <ul style="list-style-type: none"> ・廃用性機能低下に対する対応力の強化 ・ADL等の予後のイメージの獲得 →退院前CCへの病院リハ職の参加依頼の強化と、廃用性機能低下に対する専門職の意見収集の強化。 3. 病院看護師との連携強化 <ul style="list-style-type: none"> ・肺炎、心疾患などのリハ管理方法（適切な連絡・報告を含む）の強化 ・症状等の予後のイメージの獲得 →観察項目、ポイントの整理、医療職への緊急連絡のトリガーの整理が必要。 4. 病院の退院支援の質の向上への貢献 <ul style="list-style-type: none"> ・退院後の状況の病院へのFeedbackの強化

32

退院支援／退院時ケアマネジメントの機能強化に向けて

■平均在院日数がさらに短くなると...

- 入院早期からの退院支援計画の策定が求められる。
- 入院患者への看護・リハに時間がとられ、退院前訪問などが困難化。
- 入院中の、退院に向けた患者指導が完結しなくなる。
- 医療的な問題を抱えた状態での退院患者が増える。
- 回復期（ADLの改善可能性が高い）段階での退院患者が増える。



■お互いの強みを生かす連携の構築

- 病院専門職の強み：医学的観察レベルが高い。予後予測ができる。
- ケアマネの強み：入院前の生活、療養環境、退院後の生活が成り立つための要件を知っている。

■病院専門職の役割の明確化（ケアマネジメントの側面支援）

- 自宅環境下での看護やリハの継続の必要性の適切な判断
- 病状／症状、ADLの予後予測支援
- 生活場面での具体的な観察ポイントの提示、どのような状態が生じた場合に医療職に相談すればよいかといった具体的指示の実施

33