

平成21年6月2日現在

研究種目：基盤研究（C）

研究期間：2007～2008

課題番号：19590523

研究課題名（和文） 亜急性病床における在宅支援のあり方に関する研究

研究課題名（英文） Home Health Care Management in Sub-Acute Stage Sickbed

研究代表者 篠田道子（SHINODA MICHIKO）

日本福祉大学・社会福祉学部・教授

研究者番号：00319302

## 研究成果の概要：

本研究は亜急性期病床の運営状況を調査するとともに、在宅復帰した患者のプロセス評価を行い、在宅ケアマネジメントモデルを検討した。また、類似の制度であるフランス在宅入院の調査結果を比較し、わが国における亜急性期状態にある人への在宅支援を検討した。その結果、病診連携の確立、24時間の医療対応、ハイリスク者に対するプロトコルの共有化など、多職種協働による集中的かつ重層的なケアマネジメントが有効であった。

## 交付額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
2007年度	1,300,000	390,000	1,690,000
2008年度	800,000	240,000	1,040,000
年度			
年度			
総計	2,100,000	630,000	2,730,000

研究分野：社会福祉学

科研費の分科・細目：境界医学・医療社会学

キーワード：亜急性期病床、在宅支援、ケアマネジメント、フランス医療制度、在宅入院

## 1. 研究開始当初の背景

亜急性期病床とは、2004年4月の診療報酬改定で「亜急性期入院医療管理料」を算定する病床として導入された。専任の在宅復帰支援担当者を中心にケアマネジメント機能とリハビリテーション機能を発揮し、多職種協働による院内チームづくりと、地域連携システムを構築しながら在宅復帰を支援するも

ので、その役割は、①回復期にある患者のリハビリテーションと在宅支援、②在宅療養中に急性増悪した患者への後方支援である。

2004年7月1日現在で、亜急性期病床を有する医療機関は324施設、総病床数3,684床である。2005年に四病院団体協議会が行った「亜急性期病床に関する実態調査」（以下、「実態調査」とする）では、一般病床からの

転入が多く、平均在院日数 30 日、在宅復帰率 76%であった。実態は回復期リハビリテーション病棟に近い機能で運営されており、在宅療養の後方支援が発揮されていないことが明らかになった。これは、病院内外における在宅ケアマネジメントの仕組みと、医療と介護の連携システムの未整備が指摘されている。

本研究では、亜急性期病床でのケアマネジメントのプロセスを経時的に評価することで、アセスメントやカンファレンスがいつ、どのようなチーム形態で、誰がコーディネーターとなり、どのように進めているのかについて調査し、在宅ケアマネジメントのあり方について検討する。

さらに、類似の制度であるフランスの在宅入院について、在宅入院機関へヒアリング調査や情報収集を行うことで、わが国における在宅支援の示唆を得る。

在宅入院とは、フランス雇用連帯省「在宅入院に関する通達」によれば、「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。予め限定された期間（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ターにより、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。つまり、患者の居宅を病床とみなし、医療ニーズの高い退院患者（亜急性期状態にある患者）に対し、在宅入院機関が病院の医療チームと個人開業者と協働で在宅支援を行うサービスで、月 30 日を限度に行われる、集中的かつ重層的なケアマネジメントである。

## 2. 研究の目的

(1) A病院における亜急性期病床の運営状況を調査する。

(2) 亜急性期病床における在宅ケアマネジメントモデルを検討する。

(3) フランスの在宅入院機関を訪問し、亜急性期状態にある患者の在宅ケアマネジメントについてヒアリング調査および情報収集を行い、わが国への示唆を得る。

## 3. 研究の方法

(1) 関東地区にあるA病院の亜急性期病床を対象に、2008年4月～2009年1月までの10ヶ月の運営状況を調査する。調査項目は実態調を参考に作成した。

(2) A病院の亜急性期病床から自宅退院した患者 25 人について、ケアマネジメントに基づいたプロセス評価、チームを構成するメンバー、チーム形態を調査し、在宅ケアマネジメントモデルを検討する。チーム形態は連絡モデル・連携モデル・ネットワークモデルの3分類とした。

(3) パリ市内の在宅入院機関へヒアリング調査を行うと共に、在宅支援に関連する有益な情報を収集する。具体的には、以下の内容について調査を行った。

①施設概要（ベッド数や職員配置等）、②主な指標（患者数、平均在院日数、自宅死亡率、1ヶ月以内再入院率、満足度）③主なサービス、④費用、⑤在宅ケアマネジメントの実際、⑥地域連携システムのつくり方。

## 4. 研究成果

(1) A病院における亜急性期病床の運用状況は以下の通りである。亜急性期入室患者：41人（男9人・女32人）、平均年齢：79.5歳、平均在院日数：29.5日、在宅復帰率82%であった。前方連携は、在宅からの入室が最も多く、48.8%、急性期病院からの入室は33.3%であった。疾患別では、骨折や腰痛などが70%を占め、脳梗塞、パーキンソン病、脱水と続いた。転帰は、軽快80%、不変6%、増悪が14%であった。退院後1ヶ月以内の再入院率は0%であった。本調査結果は2005年の実態調査をほぼ同じ結果である。

ただし、回復期リハビリテーションに近い機能ではあるが、在宅からの急性増悪患者が48.8%を占めるなど、後方支援の機能も果たしていることは注目すべきである。これは、ケアマネジャーとの連携効果である。また、亜急性期病床に入室する患者は良性疾患が多く、転帰は比較的良好である。しかし、高齢患者が多いことから、入室中に合併症を併発し、一般病床へ転床した患者は11%にのぼった。

(2) 亜急性期病床の在宅ケアマネジメントモデルの検討：自宅退院した患者25人について、入院から退院までの1ヶ月間の支援経過とチーム形態について、ケアマネジメントのプロセスに沿って調査した。

①スクリーニング：スクリーニング基準により、医師・看護師・MSWの3者が、3日以内にスクリーニングを行った。

②入室時アセスメント：入室後1週間は医学モデルでのアセスメントとし、治療を優先させる。治療やリハビリの方針、入院期間や退院先の検討を行う。チーム構成メンバーは医師・看護師・在宅復帰支援担当者・MSW・PT・OTである。チーム形態は、医師を中心とした連絡モデルである。

③中間アセスメント：2週間目からは在宅復帰支援担当者を中心に生活モデルでのアセスメント（高齢者総合評価：CGA）と、患者と家族を交えたカンファレンスを行い、院内在宅支援チームを形成した。カンファレンスでは、在宅復帰後の目標を具体的に立て、住宅改修や福祉機器の導入など環境整備の有無と対策を講じた。チームメンバーは、医師・看護師・在宅復帰支援担当者・MSW・PT・OT・薬剤師・栄養士で、チーム形態は連携モデルである。

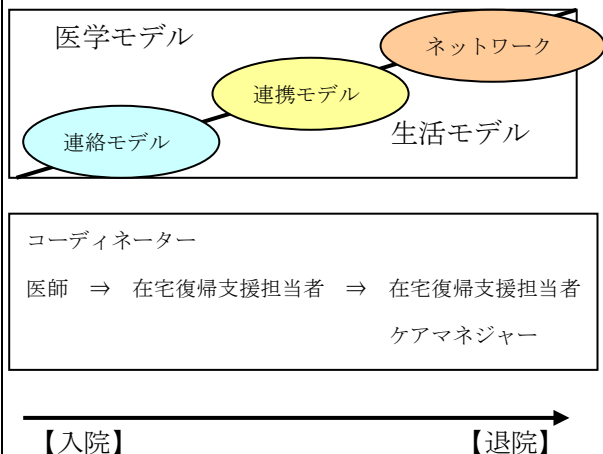
④退院前カンファレンス：在宅復帰支援担当者が中心となって、ケアプランを作成し、退

院前カンファレンスを行う。病院内外の在宅支援チームを形成した。メンバーは、医師・看護師・在宅復帰支援担当者・MSW・ケアマネジャー、訪問看護師等である。チームの形態はネットワークモデルである。

⑤モニタリング・評価：退院後1ヶ月以内に自宅訪問し、目標達成度、サービスの実施状況、患者・家族の満足度、新たなニーズの有無を調査し、さらに、退院後1ヶ月の同一疾患による再入院についても調査した。その結果、80%が満足と回答し、再入院率は0%であった。これは、亜急性期病床の対象者は良性疾患が多いことも影響している。

このように、亜急性期病床における在宅ケアマネジメントは、医学モデルから生活モデルへ緩やかにモデルチェンジし、チームの形態は、連絡モデル～連携モデル～ネットワークモデルへと変化する（図参照）。コーディネーターは医学モデル・連絡モデルでは医師が、生活モデル・連携モデルでは在宅復帰支援担当者が適任である。ただし、ケアマネジャーがいる場合は、院外でのコーディネーターはケアマネジャーとなるため、コーディネーターは2人となり、重層的なケアマネジメントが展開される。モデルチェンジに有効なツールはアセスメントとカンファレンスであった。

図 亜急性期病床の在宅ケアマネジメント



まとめとして、入院から退院後1ヶ月のプロセスを経時的に分析した結果、在宅ケアマネジメントモデルには、以下の条件が必要なことが明らかになった。

- ①スクリーニングによる早期入室
- ②患者・家族のアセスメントやカンファレンスへの主体的参加。
- ③入室後1週間で病状は回復するため、その時点で生活モデルでのアセスメントを行う（アセスメントツールとして、CGA や ICF が有効）。
- ④カンファレンスによる、情報交換、目標の共有化、役割分担。
- ⑤住宅改修など環境整備。
- ⑥退院後1ヶ月以内のモニタリング（目標達成度、サービスの実施状況、満足度、新たなニーズの有無）によるアウトカム評価。

ケアマネジメントのプロセスを愚直に踏むこと、患者の病状が回復したら早期に生活モデルでのアセスメントとカンファレンスを行う。チーム形態は、連絡モデルから連携モデルへ徐々にモデルチェンジを図り、在宅復帰支援担当者を中心とした多職種協働のチームを形成することが重要である。

(3) パリ公立病院協会附属在宅入院連盟(NPO 法人)へ、在宅入院の現状についてヒアリング調査を行った。さらに、有識者へのインタビューやフランス統計局へ情報収集を行い、有意義な調査データを入手した。

- ①施設概要(2002年度活動レポートより)
  - ・ベッド数:800床(フランス医療計画では2008年度までに1200床まで増床する予定)
  - ・対象疾患:癌の終末期、抗癌剤などの化学療法、産前・産後ケア、小児科、神経難病が多い。
  - ・職員配置:医師10人、管理看護師40人、看護師250人、看護助手100人、理学療法士や作業療法士、管理栄養士、薬剤師、心理臨床士などが650人
  - ・チーム体制:17チームに編成し、パリ市内とその近郊をカバーしている。多職種チーム

構成が原則である。

・看護師の勤務体制:1日7時間勤務、8~10件の訪問をする。1件の訪問時間は平均45分以内。

#### ②主な指標

- ・患者数:実人数で8000人
- ・平均在院日数:18.3%
- ・自宅死亡率:12%
- ・同一疾患による再入院率:3~4%(ただし、終末期を除く)
- ・患者満足度:国立医療機関評価機構(ANAES)による適正マニュアルに基づいた評価を受けている。その結果は、大変満足している67.6%、満足している30.6%であり、両者を合わせると98%が満足していると回答している。

#### ③主なサービス

在宅入院の対象者は新生児から高齢者と幅広く、精神疾患以外のすべての疾患とほとんどの治療をカバーする。医療に特化したサービスであり、身体介護は社会扶助を利用する。主なサービスは、化学療法、抗生物質投与、疼痛緩和、人工栄養、ガーゼ交換、リハビリテーション、治療経過観察、リスクを伴う産前産後ケア、終末期ケア、輸血、人工呼吸、家庭復帰訓練など。

#### ④提供されるケアの分類

ア)一時的ケア:高度複雑な技術を要するケア。患者の状態は不安定であるが、ケア提供期間を予め計画できる。訪問頻度は多い。抗癌剤による化学療法など。

イ)継続ケア:ケア提供期間が予め計画できない。高度複雑な技術を要するケア、看取りウ)リハビリテーションケア:ケア提供期間が予め計画できる。産前・産後、亜急性期のケア。

#### ④費用

医療保険の対象であるため、疾病金庫から支払われる。定額制で以下のサービス内容を含む。

- ・往診、訪問診療、外来診療
- ・医療処置やケア
- ・検査
- ・産科テレメディシン・胎児モニタリング
- ・医療移送
- ・医薬品、器材、ディスポ製品、寝具など
- ・医療用食品

#### ⑤在宅ケアマネジメントの実際

このように在宅入院は多職種協働による集中的ケアマネジメントであり、病院内外の2つのチームによる重層的ケアマネジメントである。フランスにはケアマネジャー制度はないため、コーディネーターとしての位置づけであり、資格化はされていない。在宅入院におけるコーディネーターは、医師または管理看護師が担当している。在宅入院の医師と開業医の病診連携が構築されているのも

患者や家族にとって安心である。

アセスメントは、管理看護師と MSW がペアになり、患者の居宅にて 24 時間～72 時間以内に生活モデルでのアセスメントを行う。その後ケアプランを作成して、患者に交付する。

管理看護師はプロトコルに基づいたサービスが提供されているか、定期的にモニタリングを行う。患者のセルフケア能力が高まり、自己管理できるようになれば、在宅入院の役割を終え、個人開業の看護師や在宅サービス事業者を引き継ぐ。

#### ⑥地域連携システムのつくり方

病院・在宅入院機関・個人開業者（開業看護師・開業理学療法士など）とのネットワークモデルで対応する。コーディネーターは在宅入院機関の医師または管理看護師である。在宅入院は医療サービスに特化しているため、介護サービスについては、公益団体が提供するホームヘルプサービスを利用する。

フランスは医療と介護は別々に提供されている。また、ケアマネジャーという資格もないため、開業看護師が医療と介護の橋渡しをしているのが現状である。在宅入院機関の管理看護師は、開業看護師と看護連携を築きながら、看護サービスを一体的に提供している。

以上、わが国の在宅支援のあり方について、フランスの在宅入院から得られる示唆は以下の通りである。

①亜急性期にある患者であっても、病診連携により円滑に在宅医療にシフトしている。その中心的な役割を担う機関が在宅入院である。わが国は在宅医療の基盤が脆弱で、24 時間対応の在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションは伸び悩んでいる。また、小規模であるがゆえ、医療ニーズの高い患者を 24 時間支えるのは限界があり、病院の後方支援が必要である。

②24 時間医師や看護師による医療サービスが保証されていること（2 交替勤務）。

③ケアコーディネーターである医師・看護師が高い調整能力を発揮していること。

④リスクの高い疾患や処置のプロトコルが準備され、多職種が共有していること。

⑤退院から在宅サービス開始までの待ち時間が少ないこと。

⑥病院スタッフ、在宅入院機関、個人開業者（医師・看護師・薬剤師など）が協働して集中的なケアマネジメントを行っていることである。

#### 5. 主な発表論文等

（研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線）

〔雑誌論文〕（計 4 件）

①篠田道子：フランスにおける医療・介護ケアシステムの動向－在宅入院制度における集中的ケアマネジメントを中心に－、海外社会保障研究、第 162、P29-42、2008. 査読無

②篠田道子：フランスの医療・介護の現状を課題、健保連海外医療保障、NO. 79、P10-14、2008. 査読なし

③篠田道子：フランスの高齢者介護制度－日本との比較－、大阪保険医雑誌、NO. 507、P18-21、2009 年 3 月号. 査読なし

④篠田道子：退院支援における院内チームと地域連携システムづくり－急性期後は生活モデルへのチェンジを、多職種の力を信じてチームケア体制を整備－、新・医療連携、第 4 号、P3-5、2008. 査読無

〔図書〕（計 1 件）

①篠田道子：改訂 質の高いケアマネジメント、中央法規出版、2008、P100.

#### 6. 研究組織

##### (1) 研究代表者

篠田道子 (SHINODA MICHIKO)

日本福祉大学・社会福祉学部・教授

研究者番号：00319302