

財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
2006（平成18）年度在宅医療助成研究完了報告書

研究テーマ：

急性期病院～在宅の継続医療を保障する地域連携システムと
医療ソーシャルワーカー支援評価研究
慢性期病院と在宅間の移行支援を中心に

申請者	杉崎千洋
所属機関・職名	島根大学法文学部・教授
所属機関所在地	島根県松江市西川津町 1060
提出年月日	2008年3月31日
共同申請者	金子 努 県立広島大学保健福祉学部・教授 小野達也 大阪府立大学人間社会学部・准教授

島根・松江からの情報発信

急性期病院～在宅の継続医療を保証する地域連携システムと
医療ソーシャルワーカー支援評価研究報告書

島根大学法文学部	杉崎千洋
県立広島大学保健福祉学部	金子 努
大阪府立大学人間社会学部	小野達也

目次

要旨	1
序 病院再編と地域連携の促進 今後の医療ソーシャルワーカーの重点業務	4
第1部 地域連携の基盤のうえに構築された2つのシステム	10
第1章 調査対象地域と病院 地域連携を積極的に推進	10
第1節 松江市と2病院の概要	
第2節 鹿島病院にみる慢性期病院の今後の方向 院長・副院長インタビューから	
第2章 2つの地域連携システム	15
第1節 急性期病院～慢性期病院～在宅を切れ目なくつなぐ中間ケア	
第2節 在宅療養の継続を支援するシステム 慢性期病院と在宅間の移行支援	
第2部 急性期病院～慢性期病院～在宅を切れ目なくつなぐ 中間ケアシステムと医療ソーシャルワーカー支援評価研究	23
第3章 中間ケアと医療ソーシャルワーカー支援に関する総合的・多面的評価研究 利用者・家族の急性期病院～慢性期病院～自宅退院6ヶ月後の追跡調査より	23
はじめに 地域連携システムの試みを評価	
第1節 調査の対象と方法	
第2節 結果	
第3節 考察とまとめ	
おわりに 規模の大きな都市でも可能	
第4章 初期・短期支援研究	80
第1節 聞き取り調査・研究の目的	
第2節 聞き取り調査の対象	
第3節 聞き取り調査の方法及び実施時期	
第4節 聞き取り調査の項目	
第5節 聞き取り調査の結果	
第6節 考察	
第5章 中間ケアの利用者に対する質的調査報告 - 主体性、生活世界にかかわらせて -	87
第1節 はじめに	
第2節 中間ケアの利用者という課題を考える上での理論的整理	
第3節 調査の概要	
第4節 結果 各期の内容	
第5節 考察	
第6節 中間ケアの提供に関する示唆	
第7節 おわりに	
第3部 在宅療養の継続を支援するシステム評価研究	104
第6章 在宅療養継続支援システムの総合的・多面的評価研究 利用者の在宅～入院時～自宅退院6ヶ月後の追跡調査をもとに	104
はじめに 慢性期病院における短・中期入院医療と在宅支援	
第1節 調査対象の抽出	
第2節 利用者の追跡調査と入退院支援満足度調査の対象と方法	
第3節 利用者の追跡調査と入退院支援満足度調査の結果	
第4節 考察とまとめ	
おわりに 今後の課題	

要旨

序 病院再編と地域連携の促進

今後の医療ソーシャルワーカーの重点業務

【要旨】

今後、慢性期病院は、長期療養に加えて、急性期病院～慢性期病院～在宅の地域連携システムのなかに位置づけられ、比較的短期・中期の入院医療と退院支援、より一層の複合化による多機能の在宅医療の提供が求められる。

島根県松江市にある慢性期病院・鹿島病院と急性期病院・松江赤十字病院を主なフィールドとして実践されている2つ地域連携システム（中間ケアシステム、在宅療養継続支援システム）を対象に、利用者・家族自身の評価も交え、総合的・多面的な視点から、地域連携システム、医療ソーシャルワーカー支援の評価研究を行う。

【キーワード】

地域連携、慢性期病院・医療療養病床、在宅支援、医療ソーシャルワーカー

第1部 地域連携の基盤のうえに構築された2つのシステム

第1章 調査対象地域と病院 地域連携を積極的に推進

【要旨】

松江市の人口は19.5万人で、市内には14の病院がある。松江赤十字病院（730床）は松江二次医療圏の中核的急性期病院、鹿島病院（180床）は慢性期病院+在宅サービス部門の複合体である。人口規模の比較的小さい「顔の見えやすい地域」であることを生かして、松江保健所主催の病病連携推進連絡会の開催、情報提供書の統一、中間ケアシステムづくり、地域連携パスの導入、など重層的な地域連携を構築してきた。各病院の医療ソーシャルワーカーは、地域連携の推進に大きな役割を果たしてきている。

【キーワード】

「顔の見えやすい地域」、重層的な地域連携、保健所、急性期病院、慢性期病院

第2章 2つの地域連携システム

【要旨】

中間ケアシステムの目的は、急性期病院～慢性期病院転院時の待機を典型としたタイムラグの縮小により、利用者の廃用、意欲低下などを防止し、早期に自宅退院をすすめることである。そのために、急性期病院退院前カンファレンスを、急性期病院、慢性期病院、

在宅サービス部門、利用者・家族らが出席して開催、鹿島病院内に中間ケア用ベッドを常時確保、鹿島病院では比較的短期・集中的（2ヶ月程度）な治療、リハビリを行う。

在宅療養継続支援システムの目的は、在宅サービス利用者が、医師を含む支援チームの「24時間応需」体制と慢性期病院での比較的短・中期間の治療・リハビリなどにより、できる限り在宅生活を継続できるようにすることである。

2つのシステム、とくに中間ケアシステムは、松江市における地域連携の蓄積（基盤）のうえに構築されたものである。

【キーワード】

タイムラグ、中間ケアシステム、「24時間応需」、在宅療養継続支援システム

第2部 急性期病院～慢性期病院～在宅を切れ目なくつなぐ

中間ケアシステムと医療ソーシャルワーカー支援評価研究

第3章 中間ケアと医療ソーシャルワーカー支援に関する総合的・多面的評価研究 利用者・家族の急性期病院～慢性期病院～自宅退院6ヶ月後の追跡調査より

【要旨】

中間ケア利用者22名の急性期病院入院～慢性期病院～自宅退院6ヶ月後までの追跡調査をもとに、中間ケアシステムと医療ソーシャルワーカー支援のアウトカム評価などを、総合的・多面的に行った。中間ケア利用者の鹿島病院転院までの平均待機日数は12.7日であり、中間ケア非利用者の57.7%であった。自宅退院率は90.0%と高かった。中間ケア利用者の急性期病院入院費用は、中間ケア非利用者の83.5%であった。医療ソーシャルワーカーからの支援のなかで、利用者、家族、医療ソーシャルワーカーら自身が一致して高い評価をしたのは、退院支援の適切さであった。これらより、中間ケアは、おおむね良好な成果を上げていることが明らかになった。

【キーワード】

中間ケアシステム、医療ソーシャルワーカー、アウトカム評価、待機日数、入院費用

第4章 初期・短期支援研究

【要旨】

中間ケアの初期・短期支援における医療ソーシャルワーカーの役割は、患者および家族との信頼関係を築きながら意思、願いや希望を引き出すこと。場合によっては、関係者に対して代弁する機能を果たしながら、常に患者中心に支援が展開されるよう連絡調整を行うことである。医療機関に入院中は医療ソーシャルワーカーが中心にその役割を果たして

いた。そして、地域を視野に入れた支援体制や仕組みづくりにおいても、医療ソーシャルワーカーはその役割を果たしていた。

【キーワード】

医療ソーシャルワーカー、信頼関係の構築、連絡調整機能、代弁機能

第5章 中間ケアの利用者に対する質的調査報告 主体性、生活世界にかかわらせて

【要旨】

中間ケアは、医療に関するひとつのあらたなシステムである。この方法は利用者側からどのように評価することができるのか。利用者は主体性を発揮することはできているのか。こうしたことを明らかにするために中間ケアの利用者に対してヒアリング調査を実施した。その結果、利用者は中間ケアに関する意識が弱いこと。利用者の生活世界と中間ケアというシステムの間抗争ラインの位置は時期によって違いがあること。介入の時期や方法を考えることにより、主体者の主体性がより発揮できる可能性があることがわかった。

【キーワード】

利用者の主体性、生活世界、システム、抗争ライン

第3部 在宅療養の継続を支援するシステム評価研究

第6章 在宅療養継続支援システムの総合的・多面的評価研究 利用者の在宅～入院時～自宅退院6ヶ月後の追跡調査をもとに

【要旨】

在宅療養継続支援システム利用群（鹿島病院入院。以下、利用群）と対照群（急性期病院入院）との比較により、在宅療養継続支援システムの評価を行った。両群とも入院前に支援チームが形成されていた。利用群の平均在院日数は60.3日で、鹿島病院医療療養病棟の4割程度であった。2群間の自宅退院後4週間以内の再入院、自宅退院後3ヶ月時点、6ヶ月後時点の在宅継続に有意差はなかった。退院時～自宅退院6ヶ月後の、2群間の身体的・精神的状態にも有意差はなかった。利用者の入退院支援満足度は2群とも高く、有意差はなかった。これらより、鹿島病院では、慢性疾患の急性増悪者などに対して、急性期病院とほぼ同程度の治療・リハビリ、退院支援などを提供していることが示唆された。

【キーワード】

在宅療養継続支援システム、短・中期入院、アウトカム評価、対照群との比較

序 病院再編と地域連携の促進 今後の医療ソーシャルワーカーの重点業務

杉崎千洋

(1) 研究の社会的背景 療養病床削減・再編により慢性期病院は大きく変化

1) 在宅ケア重視の慢性期病院でも在院日数は長い

これまで、慢性期病院の多くは長期療養施設としての役割・機能を果たしてきた。病床種類別に見ると、回復期リハビリテーション病床の平均在院日数は4ヶ月であるが、医療療養病床1.2年、介護療養病床では1.7年である(日本医師会総合政策研究機構、2002)。療養病床として重視している機能の1位は、「急性期病院からの受け入れ」で56.6%、2位は「長期療養」52.4%である。「在宅ケアとの連携」は5位中4位で42.9%である。「在宅ケアとの連携」重視の療養病床の平均在院日数は309.2日、中央値は184.1日であり、「長期療養」重視の療養病床の平均在院日数399.9日、中央値323.1日である(池上ら、2005)。「在宅ケアとの連携」重視の在院日数は、「長期療養」重視の在院日数の、平均値では8割弱、中央値でも6割弱である。「長期療養」重視の療養病床よりは短い、特段に大きな差があるわけではない。

急性期病院医療ソーシャルワーカーは、『医療ソーシャルワーカー業務指針』(厚生労働省、2002年)の6業務のなかでは、「退院援助」の実施頻度が相当高い。慢性期病院医療ソーシャルワーカーの実施頻度が高いのは、「心理的・社会的問題の解決・調整援助」である。慢性期病院医療ソーシャルワーカーの実施頻度が急性期病院医療ソーシャルワーカーと比較して高かったのは、6業務以外では、「入院相談」や「病床管理」である(杉崎、2006)。これらは、前記の長期療養施設としての役割・機能を反映していると考えられる。

2) 3つの計画などにより療養病床削減・再編を推進

2006年成立の医療制度改革関連法により、2011年度末までに、13万床ある介護療養病床を廃止することが決まった。厚生労働省「療養病床の将来像について(案)」(2005年)では、25万床ある医療療養病床を15万床に削減し、医療療養病床の一部を老人保健施設やケアハウス、有料老人ホームなどに転換する方針を示した。

2008年度から、これらが本格実施される。その方策の柱の1つは、都道府県医療費適正化計画である。同年を初年度とする5ヶ年計画であるが、政策目標の1つは医療の効率的な提供の推進である。具体的には、2012年時点において、次の2つを達成することが基本となる。

回復期リハビリテーション病棟を除く、医療療養病床の病床数を、一定の算式にもとづき算定した数とする。

平均在院日数は、全国の平均と最短の都道府県との差の1/3を減らす。

この政策目標を達成するために、計画には、療養病床の再編成、医療の機能分化・連携や在宅医療支援の強化などを進めることも明記する（厚生労働省、2007。146-147）。

2008年度から、もう1つの柱である都道府県医療計画も実行される。この計画も5ヶ年計画である。4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）などの地域の医療連携体制を構築し、地域の実情に応じた各医療機関の機能分担や連携の状況を、数値目標を含めて医療計画に明記する（厚生労働省、2007。114-116）。

都道府県は、2007年度に療養病床削減・再編の受け皿づくりでもある地域ケア体制整備構想を策定した。市町村は、これらをもとに2009年度実施の第4期介護保険事業計画を策定する。

療養病床削減・再編により、「医療難民」「介護難民」を急増させるという批判が、医療関係者などから相次いだ。また、この方針の提示や、実施の仕方は、関係団体の意思を反映したのではなく、非常に拙速であった。さらに、療養病床削減・再編の主目的は「社会的入院の是正」ではなく、公的医療費の抑制である。経済財政諮問会議や財務省が2005年以降、強く求めている医療費抑制の数値目標導入を回避するための苦肉の策として、療養病床の削減・再編による医療費抑制政策を選択したのである（二木、2006）という批判もされている。

厚生労働省は、多くの批判を受け、『平成19年版 厚生労働白書』などでは、「医療療養病床を15万床に削減する」という表現を用いなくなった。

3) 中・長期的には療養病床を良質な長期療養施設に転換

一方、わが国の病床数は先進諸国のなかでは非常に多く、その反面、長期療養施設・高齢者施設定員は非常に少ないことはよく知られている。2004年の人口千人対病院急性期医療ベッド数は8.4床、2005年では8.2床であり、前者はOECD加盟28ヶ国中1位、後者も23ヶ国中1位である。しかも、両年とも2位以下とは大きな差がある（OECD、2007）。これに対して65歳以上人口に占める施設ケア利用者比率は、2000年前後では、OECD15ヶ国中12位に留まっている（Huber、2005）。中長期的には、慢性期病院、療養病床を、良質な長期療養施設などに転換していくことは、根拠のあることである。

今後、慢性期病院は、長期療養に加えて、急性期病院～慢性期病院～在宅の地域連携システムのなかに位置づけられ、比較的短期・中期の入院医療と退院支援、より一層の複合体化による多機能の在宅医療の提供が求められるようになると考えられる。すでに地域連携システムのいくつかの先進事例のなかでは、慢性期病院は、こうした方向を目指す機関として機能している。

例えば、地域連携パスを用いた熊本市の連携システム、広島県尾道市の医師を含めた多職種チームによる在宅療養支援システムのなかの慢性期病院がそれに該当する。前者の事例は、2006年診療報酬改訂により、大腿骨頸部骨折地域連携パスに診療報酬がついたこともあり、急速に普及・拡大している。2006年に地域連携パスを「作成、実施している」病院は6%に過ぎなかったが、2007年では21%に急増している。「現在準備中である」も含めると47%にもなる（宮崎ら、2007）。今後、この動きはさらに加速するであろう。

また、日本療養病床協会は、地域支援型慢性期医療拠点を提案している。在宅療養患者が、慢性疾患の急性増悪、軽症の肺炎などの疾患を併発した場合、急性期病院で集中的高度医療を受けるより、慢性期病院で治療を受けたほうが、患者にとっても、医療経済面からも好ましい。そこで、慢性期病院内の地域支援型慢性期病床（仮称）が、在宅療養支援診療所、介護サービス提供機関などと連携し、在宅療養を支援していくというものである（日本療養病床協会、2007）。

こうした状況のなかでは、医療ソーシャルワーカーは、前記のような業務に加え、地域連携の推進に積極的に関わる必要がある（杉崎・金子・小野、2006）。例えば、患者支援のための院内システム、院外ネットワークの構築・運用は、今後の医療ソーシャルワーカーの重点業務となる（杉崎、2006）。

（2）地域連携システム、医療ソーシャルワーカーの実践的・実証的評価研究

これまで、地域連携システム、地域連携システムにおける慢性期病院機能などに関する実践報告は数多くされてきたが、筆者の知る限り、実証的な評価研究は数少ない。野村は、熊本の大腿骨頸部骨折地域連携パス導入により、年度ごとに回復期リハビリテーション病院の在院日数、総在院日数が短縮したと報告している（野村、2007）。また、今村ら（2005）は、同じ熊本において、脳卒中患者の急性期病院～回復期リハビリテーション病院などへの転院時の待機日数が経年的に減少したと報告している。

地域連携システムにおける医療ソーシャルワーカー支援の実証的評価研究となると、さらに限られている。筆者の知る限り、前記の筆者らの研究以外では、阿部ら（2006）の研究がある。一般病院において医療ソーシャルワーカーを紹介・連携部門に配置している病院群は、そうでない病院群より、平均在院日数、病床利用率を向上させていること、さらに医療ソーシャルワーカーのマンパワー数が多いほどそれらの効果が高いことを明らかにした。

これらの研究により、地域連携システム、地域連携システムにおける慢性期病院機能、地域連携における医療ソーシャルワーカーの支援効果が実証的に明らかになった。しかし、見てきたように、調査対象となった病院は、回復期リハビリテーション病院・病棟が多い。また、評価研究の主な指標は、平均在院日数などであることが多い。

前記のように、回復期リハビリテーション病院・病棟は、療養病床のなかでは比較的在

院日数が短い。慢性期病院のなかで、現在の在院日数が長く、今後、比較的短・中期の入院医療と、在宅支援への転換が特に求められているのは医療療養病床（の一部）である。そのため、回復期リハビリテーション病院・病棟を対象とした評価研究を、慢性期病院、療養病床全般に一般化するには限界がある。加えて、評価研究の主な指標として、在院日数中心では不十分であり、患者・家族や専門職などの立場からの評価が不可欠である。

そこで、本研究では、鳥根県松江市にある慢性期病院・鹿島病院（回復期リハビリテーション病床はない）と急性期病院・松江赤十字病院を主なフィールドとして実践されている2つの地域連携システムを調査対象として、患者・家族自身の評価も交え、総合的・多面的な視点から、地域連携システム、医療ソーシャルワーカー支援の評価研究を行う。

（3）2つの地域連携システムを3つの方法により検討

1）急性期病院～慢性期病院～在宅を切れ目なくつなぐ中間ケア

2つのシステムの詳細は後述（第2章）するが、そのポイントと分析方法を整理しておく。

中間ケアの3つのポイント

鹿島病院内に、急性期医療終了後に、治療・リハビリなどを必要とする利用者が入院できる空きベッドを常時数床確保する。

松江赤十字病院などの急性期病院入院後早期に、両病院医療ソーシャルワーカーらが協力して中間ケア利用者を発見・特定する。急性期病院退院前には、急性期病院、慢性期病院、在宅サービスの職員らが参加してカンファレンスを開催し、自宅退院までのケアプランなどを検討する。

鹿島病院では、比較的短期（おおむね2ヶ月程度）の間に、集中的な治療・リハビリなどを行い、自宅退院を支援する。

これらにより、急性期病院～鹿島病院転院までの待機期間を典型としたタイムラグを極力減少させ、意欲低下、廃用発生などを予防し、自宅退院を可能にする。

中間ケアの3つの分析方法

中間ケアアウトカム評価研究 - 量的研究・前方視的研究

中間ケア利用者を自宅退院6ヶ月後まで追跡し、自宅退院率、待機日数、利用者・家族の身体的・精神的・社会的の変化、医療ソーシャルワーカーら支援効果、社会的費用などの指標を用いて、総合的・多面的な評価研究を行う。

初期・短期支援研究 - 質的研究・後方視的研究

中間ケア利用者を対象にした医療ソーシャルワークの初期・短期支援方法、初期ケアプ

ランの他機関医療ソーシャルワーカーとの共有・継承方法などを、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャーへの半構造化面接により聞き取り、考察を加える。

生活世界からみたシステム評価研究 質的研究・後方視的研究

中間ケアは、利用者側からどのように評価することができるのか、利用者は主体性を発揮することができるのかを明らかにするために、中間ケア利用者に対してヒアリング調査を実施する。その結果を、岡村重夫の「主体性の原理」、ハーバマスの「生活世界とシステム」の分析枠を援用し、考察する。

2) 慢性期病院を拠点とした在宅療養継続を支援するシステム

在宅療養継続支援システムの3つのポイント

在宅療養者の状態の悪化を、鹿島病院の医師、ケアマネジャーなどのチームにより早期に発見し、入院の必要がある場合は早急に対応する。

慢性期病院での入院が適切と判断した場合は、鹿島病院で入院治療・リハビリなどを行う。

自宅退院可能な患者には、入院時、場合によっては入院前から自宅退院に向けた支援を開始し、できる限り短・中期間に退院できるようにする。

在宅療養継続支援システム分析方法

在宅療養継続支援システムアウトカム評価研究 量的研究・後方視的研究

基本的には、中間ケアアウトカム評価研究と同じ方法により分析を行う。この研究では、対照群を設定し、在宅療養継続システム利用群との在宅継続率、再入院率、患者の身体的・精神的变化などの比較により、検討を行う。

文献

- 阿部真菜美・加藤由美・関田康慶(2006)「医療ソーシャルワーカーの働きを検証するMSWのコーディネート機能と平均在院日数、病床利用率への影響分析」、『病院』65(10)、838-848
- Huber,M.(2005), *Estimating Expenditure on Long-term Care*, OECD Health Technical Papers.
- 池上直己ほか(2005)『終末期医療・介護サービスの提供および利用の実態に関する調査研究 療養病床における医療・介護に関する調査報告書』13、34-35
- 厚生労働省『平成19年度 厚生労働白書』
- 宮崎久義・武藤正樹・野村一俊「日本におけるクリティカルパスの普及に関する実態調査報告」、『日本医療マネジメント学会雑誌』8(2)、320-324
- 二木立(2006)「療養病床の再編・削減 - 手続き民主主義と医療効率の視点から」、『文化連情報 2006年10月号 二木教授の医療時評(その32)』343、28-35
- 日本医師会総合政策研究機構(2002)『回復期リハ病床/療養病床/老健/特養の機能分担に関する調査研究～入退院(所)分析を中心として』49-50
- 日本療養病床協会・在宅支援に関する検討委員会(2007)「在宅支援の在り方に関する日本療養病床協会の見解 療養病床における在宅支援の在り方について」、『日本療養病床協

- 会ホームページ (<http://www.ryouyo.jp/chairman070622-2.html>)
- 野村一俊 (2007) 「地域連携クリティカルパスの基本と実際」、『日本医療マネジメント学会雑誌』8(3)、408-413
- OECD Health Data 2007
- 杉崎千洋・金子努・小野達也 (2006) 「序」、杉崎千洋・金子努・小野達也 『病院における地域連携と医療ソーシャルワーカーの組織・業務の変化 患者支援のための院内システムと院外ネットワークの構築・運用』1-4
- 杉崎千洋 (2006) 「考察と結論 医療ソーシャルワーカーの組織・業務への示唆と新たな政策・サービス開発」、杉崎千洋・金子努・小野達也 『病院における地域連携と医療ソーシャルワーカーの組織・業務の変化 患者支援のための院内システムと院外ネットワークの構築・運用』5-10
- 杉崎千洋ほか (2006) 「医療ソーシャルワーカー調査結果」、杉崎千洋・金子努・小野達也 『病院における地域連携と医療ソーシャルワーカーの組織・業務の変化 患者支援のための院内システムと院外ネットワークの構築・運用』113-117
- 徳永誠・渡邊進・橋本洋一郎ほか (2004) 「急性期脳梗塞患者の転院待機日数の検討」、『リハビリテーション・医学』41 (12) 880-883

第 1 部 地域連携の基盤のうえに構築された2つのシステム

第 1 章 調査対象地域と病院 地域連携を積極的に推進

杉崎千洋

第 1 節 松江市と 2 病院の概要

(1) 「顔の見える地域」

松江市は鳥根県の県庁所在地であり、人口は 19 万 5,891 人、高齢化率は 23.4%である(いずれも 2007 年 10 月 1 日現在。「鳥根県人口移動調査」)。

鳥根県には 7 つの二次医療圏があるが、松江市は安来市、東出雲町とともに松江二次医療圏を構成している。松江二次医療圏には 20 病院、松江市には 14 の病院がある(2006 年 10 月 1 日現在。厚生労働省『平成 18 年医療施設調査』)。松江市内の主な急性期病院は 3 である。

今回の調査研究の主なフィールドは、松江市内の松江赤十字病院、鹿島病院(医療法人財団 公仁会)である。主に 2 病院が取り組んでいる先進的地域連携システムとその利用者・家族、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャーなどが調査対象である。

表 1-1 松江赤十字病院・鹿島病院基礎データ

	松江赤十字病院	鹿島病院
病床数	730 (実働 710)	180
種別別	一般(急性期) : 630 一般(亜急性期) : 40 精神 : 60	一般(特殊疾患) : 60 療養(介護保険) : 60 療養(医療保険) : 60
平均在院日数	17.5	-
病床種別別	一般(急性期) : 14.7	一般(特殊疾患) : 785.4 療養(介護保険) : 283.4 療養(医療保険) : 153.9
転院患者占有率	16.4	39.1
相談員数	10	11
医療ソーシャルワーカー	4	4
看護職	6	0
ケアマネジャー(専任)	-	7

注 1) 「転院患者占有率」松江赤十字病院は医療社会事業部全転院支援患者に占める鹿島病院への転院支援患者。鹿島病院は全入院患者(ショートステイは除く)に占める松江赤十字病院からの転院患者。

注 2) 病床数、相談員数は 2007 年 12 月末日現在。平均在院日数は 2006 年度 1 年間、転院患者占有率は 2007 年 1 年間。

松江赤十字病院と鹿島病院はともに松江市の北部に位置しており、その診療圏には重なりが多い。

松江赤十字病院は、松江二次医療圏の中核的な急性期病院であり、2007年2月には地域医療支援病院の承認を受けた。鹿島病院は、地域連携などに積極的に取り組んでいる慢性期病院である。在宅サービス部門を併設している複合体でもある。居宅介護支援事業所のほか、訪問看護ステーションや訪問介護、通所リハビリテーションなど、いくつかの事業所を有し、種々のサービスを提供している。

表1-1は2病院の概要を示したものである。病床数は、松江赤十字病院730床、鹿島病院は180床である。松江赤十字病院の病床数は、松江二次医療圏域内では最大である。平均在院日数は、松江赤十字病院急性期病床では14.7日、鹿島病院は病棟により異なるが長期となっている。2病院間の地域連携の度合いを、「転院患者占有率」により説明する。松江赤十字病院から、同病院医療社会事業部の支援を受けて転院する全患者に占める鹿島病院への転院患者は16.4%である。他病院から鹿島病院への全転院患者に占める松江赤十字病院からの転院患者は39.1%である。鹿島病院から見ると、松江赤十字病院からの転院患者は半数に近い。松江赤十字病院から見ると、鹿島病院は、病院別松江赤十字病院の転院患者の受入数では、上位に位置している。

松江赤十字病院の相談員は、医療社会事業部医療社会事業課に所属している。人数は10名で、うちわけは医療ソーシャルワーカー4名、看護職6名である。鹿島病院の相談員は医療ソーシャルワーカーとケアマネジャーである。前者は医療相談部に所属しており、人数は4名である。ケアマネジャーは、併設の居宅介護支援事業所に所属しており、7名がケアマネジメント業務を行っている。

松江赤十字病院の相談員は病棟担当制をとっており、各相談員は1つまたは複数の病棟を担当している。鹿島病院の医療ソーシャルワーカーも同様である。3名がそれぞれ1つの病棟を担当している。1名は地域連携を主な業務としている。

1病院当たりの医療ソーシャルワーカーと看護職を合わせた相談員数は、2病院とも多いと言える。その裏返しとして、これらの相談員一人当たりの担当入院患者(病床)数(病床数/相談員数)は、わが国の病院のなかでは相当少ないと言える。

(2) 地域連携のいくつかの成果

松江赤十字病院と鹿島病院を含む松江二次医療圏内の病院では、地域連携のさまざまな取り組みを行ってきた。当初は2病院間の連携の促進を図っていたが、松江保健所などのリーダーシップにより、徐々に複数の病院間の連携となってきた。

表1-2に、松江二次医療圏、松江赤十字病院と鹿島病院などの地域連携の経過をまとめた。2003年5月には、松江赤十字病院と鹿島病院間で第1回交流会を開催した。その目的は、それぞれの病院が自院の機能紹介を行い、相互理解を深め、地域連携を促進するため

の課題を整理・解決することである。以降、複数回開催している。

病病連携推進連絡会は2004年度に松江保健所が中心となり、松江二次医療圏内の病院に呼びかけ実施した。この連絡会では、各病院の基本的な性格、受け入れ体制、受け入れの方法などの情報交換をしている。同じ地域内にある病院でも、病院相互の理解は十分でないことが判明した。そこでいくつかの課題を設定し、情報交換や共有、課題の解決を図ることにした。この連絡会は2005年度も開催された。

表 1-2 松江二次医療圏、2病院間の地域連携の経過

年月	事項
2003年5月	松江赤十字病院と鹿島病院の第1回交流会
2004年度	松江保健所による病病連携推進連絡会
2006年4月	情報提供書の統一
2006年8月	中間ケア施行
2007年7月	大腿骨頸部骨折地域連携パスの導入

病病連携推進連絡会の成果の1つが、情報提供書の統一である。患者の入院時に紹介元病院から紹介先病院へ受け渡される患者情報提供書の書式は、病院ごとに異なっていた。そのため、紹介先（受け入れ病院）には必要な情報が十分に伝わらず、患者受け入れ後の医療・リハビリなどの提供に支障が生じることがあった。そこで松江保健所と松江二次医療圏域内の急性期病院、慢性期病院の共同のチームをつくり、情報提供書の書式の統一を図った。2006年4月から松江二次医療圏域内の13病院で、この情報提供書が使用されることになった。

中間ケアについては後述する。松江赤十字病院と鹿島病院を含む複数の慢性期病院との間で大腿骨頸部骨折患者の地域連携パスを作成し、2007年7月から利用し始めた。

以上のように、松江二次医療圏内では、さまざまな地域連携の取り組みが行われてきている。松江二次医療圏、松江市の人口規模が比較的小さく、病院数も少ない「顔の見えやすい地域」という特性を生かし、重層的な地域連携をつくりあげてきたと言ってよい。その反面、松江保健所、松江赤十字病院や鹿島病院などの積極的な取り組みがなければ、こうした連携は形成されなかった。院長、副院長をはじめとした各病院の地域連携担当の責任者、担当職員の貢献、協力に負うところが大きい。なかでも医療ソーシャルワーカーは、核となる働きをした（杉崎、2006。小野、2006）ことを強調しておきたい。

第2節 鹿島病院にみる慢性期病院の今後の方向

院長・副院長インタビューから

(1) 地域における慢性期病院の4つの役割

鹿島病院が果たしている役割は、以下の4つである。

地域の慢性期医療依存度の高い人の受け入れ

在宅復帰に向けてのリハビリ機能の充実

在宅医療の展開

終末期医療

については、他病院と比較して、積極的に行ってきた。今後も重度の人を積極的に受け入れていく。は島根県から、回復期リハビリ病棟開設の要請もあり、今後それに応えていく。はゼロからスタートした役割である。この数年力を入れてきており、現在では、月間約60件の訪問診療を行っている。は鹿島病院のなかで最も歴史があるが、レベル的には低いため、今後充実させていく。

4つはどれも重要であり、いずれかが重点というわけではない。それは、この地域内にこれらの役割を果たしている病院がほとんどなく、鹿島病院がいずれの役割も果たしていく必要があるからである。また、競合する病院があまりないということは、鹿島病院を特徴づけるために、診療科目を特化する必要性がないということでもある。今後、4つともに力を入れていく。

慢性期病院の4つの役割を、入院期間の長短という観点から整理する。これまでは、長期間の入院もかまわないという形で患者を診てきた。はそれに該当し、これらの人は今後も長期療養となる。の入院期間は、状況により変わる。

は、短・中期の入院医療となることが多い。現在では、患者は短期間で、しかも医療が若干必要な状況で退院せざるをえない。病院内で医療・リハビリが終結するのではなく、在宅で医療を継続させなければならない。患者が「病院から追い出される」という印象を持たないようにするために、退院後も引き続き診る、病状が悪化した際はただちに入院できるという保証が必要である。その保証がないと、短・中期入院はできなくなる。なお、リハビリによる在宅復帰と在宅医療とはセットである。

(2) 中間ケアの成果と今後

これまでの中間ケア(第2章・第1節で詳述)の経験から、患者を在宅に帰そうと思えば、帰すことができる、ということが分かった。慢性期病院でも、今までそういう気持ちになかったわけではない。患者を帰そうと思っても病院スタッフの気持ちが1つになりき

れていなかった部分があった。また慢性期病院では、入院患者に対するものの考え方が1ヶ月、2ヶ月単位ではなく、年単位でゆっくりしすぎている。多忙を理由にすることなく、「1ヶ月、2ヶ月での退院もある」という気持ちに切り替えて、このシステムに慣れ、取り組む必要がある。中間ケアを当たり前にしていかないといけない。何かきっかけをつくれれば、必ず動き出していこう。

一方で、中間ケアでは、集中的な医療・リハビリなどを行うことから、職員は中間ケア利用者には、他の患者より多くの時間をかけなければならない。現状では、どうしても中間ケア利用者として支援できる人数は、制約されざるを得ない。

(3) 地域連携の課題

後方連携については、老人保健施設との連携に大きな問題がある。連携を図ろうとしても、「回転」の問題があり、前進しない。老人保健施設から特別養護老人ホームというルートが全く機能していない。転換型老人保健施設ができたとしても、この状況は変わらないだろう。今後、老人保健施設の「回転」をよくしていく必要がある。

前方連携に関して言えば、松江赤十字病院との連携は強化されてきた。しかし、診療科により温度差がある。その解消が課題である。

* 本節は下記のインタビューを編集したものである。

実施日 2008年1月29日

場所 鹿島病院(島根県松江市)

話し手 鹿島病院院長 小鯖 覚氏

同副院長 坂之上一史氏

聞き手 杉崎千洋

文献

杉崎千洋(2006)「松江市立病院 複合体でない急性期病院の連携」、「医療法人財団公仁会 鹿島病院 情報交換会開催によるネットワーク構築」、杉崎千洋・金子努・小野達也『病院における地域連携と医療ソーシャルワーカーの組織・業務の変化 患者支援のための院内システムと院内ネットワークの構築・運用』49-58、59-66

小野達也(2006)「島根県松江二次医療圏における病病連携 地域福祉的視点からの報告」、杉崎千洋・金子努・小野達也『病院における地域連携と医療ソーシャルワーカーの組織・業務の変化 患者支援のための院内システムと院内ネットワークの構築・運用』145-151

第2章 2つの地域連携システム

杉崎千洋

第1節 急性期病院～慢性期病院～在宅を切れ目なくつなぐ中間ケア

(1) 中間ケアシステムづくりの背景と経過

1) いくつかのタイムラグ

急性期病院における医療終了後も、継続的な入院医療が必要な患者への医療・リハビリなどの提供には、いくつかのタイムラグが存在している。大別すると、1つは急性期病院～慢性期病院転院までの待機であり、もう1つは急性期病院および慢性期病院における医療・リハビリなどの開始や実施の遅れである。前者の待機期間は、地域、時期などにより異なっている。島根県松江市およびその近郊を例にとると、冬期は2～3ヶ月になることが普通である。一方で、冬季以外は、1週間程度で転院できることも珍しくない。

これらのタイムラグは、場合によっては、利用者・家族、病院の双方に多大な不利益をもたらす。急性期病院における「不必要な入院期間の延長」により、利用者に廃用症候群や感染が発生することは稀ではない。また、急性期病院や慢性期病院に長期間入院することにより、家族の自宅退院の受け入れ意欲が低下し、自宅退院の条件が大きく損なわれることもある。病院、とくに急性期病院では、在院日数の長期化により、経営上の弊害などが生じる。

松江市の松江赤十字病院、鹿島病院では、イギリスにおいて2000年から実施されている中間ケア(Intermediate Care)のコミュニティ病院モデル(2007、杉崎)に示唆を得て、これらの問題の緩和・解決を図ろうと考えた。中間ケアは、直接には膨大な入院待機者を減少させるために、ブレア政権が取り組んだ様々な医療・社会福祉政策・サービスのうちの1つである。その目的は、早期退院の促進、不必要な入院・入所の回避である。この目的を達成するために、医療と社会福祉の間にある「すき間」を埋めるいくつかのサービスを開発・実施してきた。コミュニティ病院モデルは、リハビリなどを必要とする患者の自宅退院までの治療・リハビリなどを、急性期病院だけで行うのではなく、急性期病院～コミュニティ病院で行うというものである。

2) 中間ケアシステムづくりの経緯(表2-1)

杉崎らは、2005年9月にイギリスにおいて中間ケアの現地調査を行った。同年12月に鹿島病院職員を対象にその報告を行った。その後、中間ケア研究会を発足させ、2006年3月に、鹿島病院において第1回研究会を開催した。これには、鹿島病院だけでなく、松江赤十字病院をはじめとした松江市内のいくつかの病院の医師、看護師、医療ソーシャルワーカー

カー、ケアマネジャー、島根大学看護学科教員らが参加した。この場で、松江市内におけるタイムラグの具体例や、その要因などについて議論し、それを緩和・解決するシステムづくりの必要性について大枠で合意した。その後、松江赤十字病院と鹿島病院の医師、医療ソーシャルワーカー、看護師、ケアマネジャーらが中心となり、タイムラグのさらなる要因分析、日本版（島根版）中間ケアのシステムづくり（後述）を行った。そして、同年8月より、試行を開始した。

表 2-1 中間ケアシステムづくりの経緯

年月	事 項
2006年 3月	第1回中間ケア研究会開催
2006年 8月	中間ケア試行開始
2006年 10月	中間ケア評価研究設計終了 (対照群を設定した調査開始)
2006年 12月	中間ケアの利用者を拡大
2007年 7月	大腿骨頸部骨折地域連携パス開始 (本パス利用者を中間ケア利用者を含むことに)

2007年7月には、松江赤十字病院や鹿島病院などとの間で大腿骨頸部骨折地域連携パスの使用が開始された。筆者らは、中間ケア研究会メンバーと協議し、松江市における地域連携パスは基本的に中間ケアと同じであること、中間ケアの調査対象に含めても差し支えないことを確認した。

中間ケア調査は、2008年3月末日までに急性期病院を退院した利用者に対する追跡調査の終了をもって完了となる。追跡は、鹿島病院入院～自宅退院～退院6ヶ月後時点まで行うことから、調査終了は同年秋頃の予定である。中間ケアは、2008年4月以降も継続される予定である。

(2) タイムラグ発生要因と中間ケアシステム

1) 発生要因とシステムのポイント(図2-1)

中間ケア研究会などの場で、前記の大別して2つのタイムラグ発生要因の分析と、それを緩和・解決するための中間ケアシステムに関する議論を重ねた。以下、要因分析とシステムのポイント、利用者の条件、中間ケアの主なプロセスの順に紹介する。ここで紹介する中間ケアのシステムなどは、2007年12月末日現在のものである。

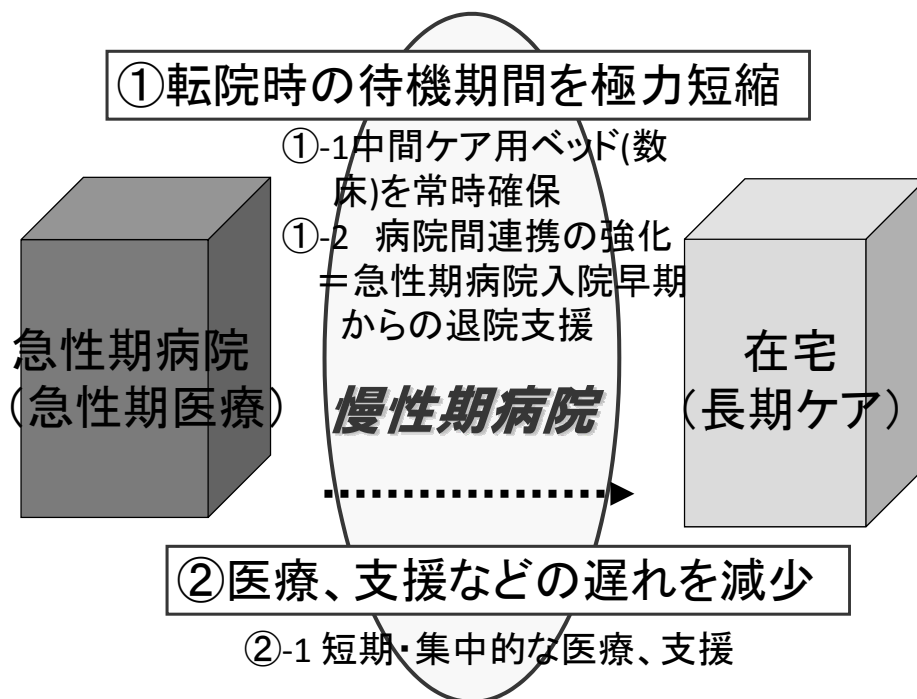


図 2-1 中間ケアシステムのポイント

急性期病院から慢性期病院転院までの待機

これには、さらに2つの要因がある。1つは慢性期病院のベッド不足＝ハード面の問題である。もう1つは、急性期病院における退院支援開始の遅れ＝ソフト面の問題である。ソフト面の問題は、入院早期に退院支援の必要な患者を十分に把握できない。把握後も、病院内連携システムや、院外の慢性期病院をはじめとした他機関との連携が困難、などにより生じている。

前者に対応するために、「いつでも」受け入れ可能なベッドを慢性期病院に数床（当初は原則2床）確保する。後者を緩和・解決するために、急性期病院において早期に中間ケア利用者を発見・特定する。そして、急性期病院退院前カンファレンスを、原則として急性期病院、慢性期病院、在宅サービス部門の三者が出席して開催し、早期に支援目標とケアプランを立案し、それらの共有に努める。

急性期病院および慢性期病院における医療・リハビリなどの開始や実施の遅れ

主な要因は、利用者の目標、とくに退院先や退院時期の目標が不明確であり、適切なケアプランが立案・実施できないことである。

その緩和・解決のために、急性期病院退院前、慢性期病院入院前に、自宅退院を目標として設定する。慢性期病院では、その達成のために、リハビリや自宅退院支援を比較的短期（2ヶ月程度）の間に、集中的に行う。

2) 中間ケアシステム利用者の条件

条件の第1は、利用者の医学的状態である。急性期病院において「専門的治療」終了後も、一定期間、継続的な入院治療・リハビリなどが必要な方である。その中心は、リハビリ適用者、および廃用症候群が発生しているか、その予防が必要な方である。

第2は、自宅退院可能と思われる利用者である。自宅のある場所は、鹿島病院在宅サービス部門のサービス提供範囲（松江市北部）に限定する。それは、自宅退院後も鹿島病院から手厚い在宅サービスを受けられるようにするためである。なお、利用者の年齢、医療区分、要介護度は問わない。ケアマネジャーは、鹿島病院居宅介護支援事業所以外の職員でもよい。

中間ケアを実施する急性期病院について付言しておく。中間ケアのリーダーシップをとってきた急性期病院は、松江赤十字病院である。中間ケア試行のなかで、中間ケアの目的やシステムを説明した上で、利用者・家族、急性期病院職員の了解が得られれば、他の急性期病院入院患者も対象とすることにした。

3) 中間ケアの主なプロセス（図2-2。章末に掲載）

急性期病院入院後できる限り早時に中間ケア利用者になるかどうかを判断
利用者の情報提供ルートは主に2つである。

急性期病院入院前に鹿島病院と関わりのある利用者に関しては、従前より、急性期病院入院後に、鹿島病院ケアマネジャーが、急性期病院医療ソーシャルワーカーらに情報提供書を送付していた。中間ケアでも、その情報提供書をもとに、担当医師、医療ソーシャルワーカーらにより、中間ケアが必要かどうかを判断する。

急性期病院入院前まで鹿島病院と関わりのない利用者に関しては、次のとおりである。急性期病院医療ソーシャルワーカーらが、電子カルテ調査、医師の回診同行などにより、中間ケア利用者になる可能性のある患者を発見・特定する。

鹿島病院に速やかに連絡

中間ケア利用者になり得ると判断した場合は、すみやかに鹿島病院入院相談係である医療ソーシャルワーカーに連絡をする。鹿島病院で毎朝(随時)開催される入院判定会議で、中間ケア利用者として受け入れるかどうかを協議する。

退院前カンファレンスを開催

中間ケア利用者となることが決まった場合は、早期に、急性期病院において退院前カンファレンスを開催する。カンファレンスには、原則として急性期病院、鹿島病院、在宅サービス部門の三者が出席する。できる限り利用者・家族も参加する。そして、自宅退院を目標としたケアプランの立案などをする。

鹿島病院への転院は「専門的治療」が終わった段階

鹿島病院転院後も医師、医療ソーシャルワーカー、病棟職員だけでなく、ケアマネジャー

らの在宅サービス担当職員も出席の上、定期的にカンファレンスを開催し、ケアプランの実施状況の確認・修正などを行う。

鹿島病院でも退院前カンファレンスを開催

鹿島病院医師、医療ソーシャルワーカー、病棟職員、ケアマネジャー、訪問系・通所系サービス担当者、利用者・家族らが出席し、カンファレンスを開催する。そして、自宅退院、自宅退院後のケアプランの立案・修正などを行う。

第2節 在宅療養の継続を支援するシステム 慢性期病院と在宅間の移行支援

(1) 在宅療養継続支援システム導入の背景と経緯

1) 24時間の訪問診療体制が必要

以前、鹿島病院では、ケアマネジャーが医師にADL自立度の低い利用者の訪問診療要請をしても、月に1、2回しか訪問できなかった。そこで、2002年頃より宅直制度を採るようになり、「24時間往診応需」を可能にした。

昼間は、訪問担当医師、訪問看護師などが対応をする。夜間は、毎夜、医師・看護師各1名が宅直の担当となる。訪問診療などの依頼があったときは、鹿島病院から医師・看護師双方に連絡が入る。医師・看護師は、一旦、病院に集合し、利用宅に出向く。先に、訪問看護師やケアマネジャーなどが訪問し、対応している場合もある。

それ以前は、鹿島病院の在宅サービス利用者の病状が悪化した場合（脱水など）は、急性期病院に入院していた。しかし、それらの利用者は鹿島病院に入院するようになり、それに比例して鹿島病院の入院患者数が増えてきた。また、訪問診療などの在宅サービスが整備されてくれば、自宅退院ができる利用者が増加し、病床管理がしやすくなることもわかってきた。以前は、急性期病院の医師が主治医という利用者が多かったが、自宅に近い鹿島病院の医師を主治医に望むようになってきた。

2006年4月に、訪問診療担当可能な医師が1名増となり、4名体制となった。2007年からは、近隣の開業医の廃業もあり、訪問診療が増えた。2007年1月には、1ヶ月当たり訪問件数は約30であったが、2007年後半には約60件となった。

2) システムのポイントと慢性期病院の利点

システムポイントは、以下の3点である。

在宅サービス利用者の状態の悪化を、鹿島病院の医師、ケアマネジャーなどのチームにより早期に発見し、訪問診療などの対応を早期に行う。

入院の必要があり、医師が鹿島病院での入院が適切と判断した場合は、鹿島病院で入院治療・リハビリなどを行う。

自宅退院が可能な場合は、入院時、場合によっては入院前から、自宅退院に向けた支

援を開始し、短・中期間で退院できるようにする。その一環として、入院後1～2週の間にかンファレンスを開催する。カンファレンスには、できる限り在宅サービス部門の職員も参加する。

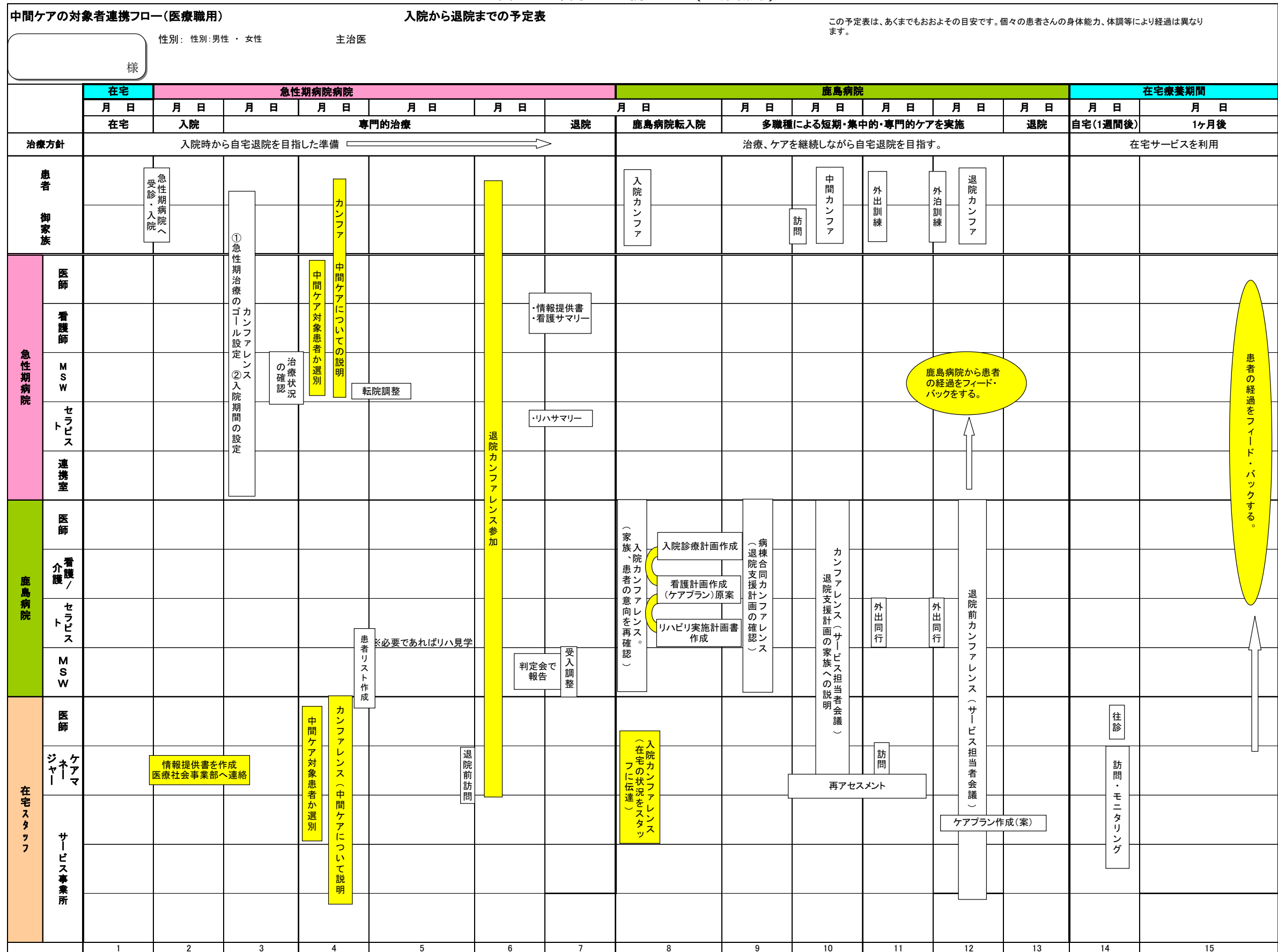
急性期病院の利点としては、大型医療機器などを使用し、確定した診断や、高度な手術・治療が可能であることが挙げられる。鹿島病院などの慢性期病院の利点としては、利用者・家族を長年看てきていることから、状況を把握しており、治療・リハビリや退院支援がしやすいということが挙げられる。例えば、増悪前のADLレベルなどを認識しているため、以前のレベルに戻すという目標設定、そのための支援などを行いやすい。

在宅療養継続支援システムは、慢性期病院のこうした利点を最大限生かせるシステムであると言えよう。

文献

杉崎千洋(2007)「コミュニティ病院モデル評価研究 高齢者リハビリテーションの多面的評価とこれからの方向」、杉崎千洋ほか『平成16年度～平成18年度科学研究費補助金研究成果報告書 イギリスにおける医療・福祉サービス連携による質確保と予算管理システムに関する研究』28-44

図 2-2 中間ケア連携フロー（医療職用）



作成：鹿島病院

第2部 急性期病院～慢性期病院～在宅を 切れ目なくつなぐ中間ケアシステムと 医療ソーシャルワーカー支援評価研究

第3章 中間ケアと医療ソーシャルワーカー支援に 関する総合的・多面的評価研究

- 利用者・家族の急性期病院～慢性期病院～自宅退院6ヶ月後の
追跡調査より -

杉崎千洋

はじめに 地域連携システムの試みを評価

医療・介護提供体制の再編は、病院、診療所、介護保険施設などのネットワークづくり、すなわち地域連携の構築なしにはすすめられない。地域連携は、2000年以降、医療におけるキーワードの1つになっている。地域連携の先駆的実践の1つである熊本市における地域連携パスの取り組みは、2006年診療報酬改訂により点数化（大腿骨頸部骨折地域連携パス作成・運用）され、全国に急速に拡大した。近年では、地域連携パスが地域連携の「代名詞」になっている感さえある。

大腿骨頸部骨折地域連携パスは、主に急性期病院～回復期リハビリ病院の連携促進をターゲットとしている。最近では、脳卒中、糖尿病など、多くの地域連携パスが開発・実施されている。それらは、主に急性期病院～診療所の連携を視野に入れたものである（岡田、2007）。いずれにしても、地域連携パスの発想は疾患別に支援の組み立てを行うというものである。

今後、地域連携をさらにすすめるには、各地で取り組まれている、異なる特徴をもつ事例の評価を行い、それらの成果のエビデンスを示す必要がある。これにより、各地域、病院などが、それぞれの実情に合った取り組みを選択できる条件を整えることができる。

本章では、島根県松江市で取り組まれている急性期病院～慢性期病院～在宅を切れ目なくつなぐ地域連携システム、中間ケアを取り上げ、そのシステムとそこでの医療ソーシャルワーカー支援の評価研究を行う。中間ケアは、第1部・第2章で紹介したように、主に急性期病院・松江赤十字病院と、慢性期病院（在宅サービス部門併設）・鹿島病院により、実践されている。松江市は比較的規模の小さな都市であり、病院職員相互の「顔が見えやすい」という利点を生かして、地域連携を促進してきた。中間ケアは、そうした基盤の上に構築されたシステムである。

中間ケアの目的は、急性期病院～慢性期病院転院までの待機を典型とする医療・介護などの提供のタイムラグを極力少なくし、利用者の意欲低下、廃用発生などを予防し、自宅退院を可能にすることである。ポイントは、以下のとおりである。

鹿島病院内に、急性期医療終了後も入院治療・リハビリなどを必要とする利用者を受け入れる空きベッドを常時数床確保する。利用者の年齢、疾患・障害などは問わない。急性期病院入院後早期に、両病院医療ソーシャルワーカーらが協力して中間ケア利用者を発見・特定する。急性期病院退院前には、急性期病院、慢性期病院、在宅サービスの職員らが参加してカンファレンスを開催し、自宅退院までのケアプランなどを検討する。

鹿島病院では、比較的短期（おおむね2ヶ月程度）の間に、集中的な治療・リハビリなどを行い、自宅退院を支援する。

鹿島病院には、現時点では回復期リハビリ病床はなく、中間ケアは主に医療療養病床で実施されている（後述）。

以下の中間ケアシステムと医療ソーシャルワーカー支援の評価は、中間ケア利用者・家族の急性期病院入院～慢性記病院～自宅退院6ヶ月後までの追跡調査をもとに、総合的・多面的に行う。また、評価は主にアウトカム評価とする。今回の調査設計に当たっては、イギリスにおける中間ケア（コミュニティ病院モデル）アウトカム研究（Youngら、2005）を参照した。

主な評価の柱は、以下の通りである。

在院日数、待機日数は短縮したか？

自宅退院率、在宅継続率は増加したか？ 再入院率は減少したか？

利用者の身体的・精神的・社会的状態の改善・維持がされたか？

利用者・家族の抑うつは軽減されたか？

利用者やその家族は、病院におけるサービス、退院支援に満足したか？

医療ソーシャルワーカーらの支援は、利用者・家族、関係職種・機関などに対して効果的であったか？

急性期病院、慢性期病院、在宅サービスの社会的費用は減少したか？

当初は、中間ケア利用者群と対照群との比較により、評価研究を行う予定だった。しかし、対照群の利用者数が少なかったため、今回は中間ケア利用者群のみを対象とした分析を行う（後述）。そのため、前記の7つの評価の柱のうちの中間ケア非利用者（モデル）との比較・検討ができたのは、のみであった。

第1節、第2節で述べたように、松江赤十字病院の相談員は、医療ソーシャルワーカーと看護職である。以下では、松江赤十字病院の相談員だけを指すとき、あるいはそれに加えて他病院ソーシャルワーカーを指すときは、「医療ソーシャルワーカーら」と表すことにする。

本調査は現在も継続中であり、2008年秋まで行う予定である。さらなる分析を加えて、

再度報告を行う予定である。

第1節 調査の対象と方法

(1) 調査の対象

中間ケア（試行）は、2006年8月に開始した。中間ケア利用者の条件などは第2章・第1節を参照されたい。同年10月には対照群を設定し、2群間の比較・検討ができるよう調査体制を整備した。対照群は、医学的状态、居住地などは中間ケア利用者とはほぼ同じであるが、急性期病院入院後、同病棟の回復期リハビリ病棟などに移動し、その後、同病棟から自宅退院した利用者である。

2007年7月からは、松江赤十字病院と鹿島病院などとの間で、大腿骨頸部骨折地域連携パスを導入・利用するようになった。松江市では、地域連携パスは、中間ケアとはほぼ同じ方法で運用していることから、地域連携パス利用者を中間ケア調査対象者に含めることにした。

中間ケア開始～2007年12月末日までの中間ケア利用者（地域連携パス利用者を含む。以下も同じ）と対照群を調査対象とする予定であったが、対照群は3名、そのうち調査可能であったのは2名にすぎなかった（図3-1）。そのため、今回は中間ケア利用者のみを対象とした分析を行うことにした。

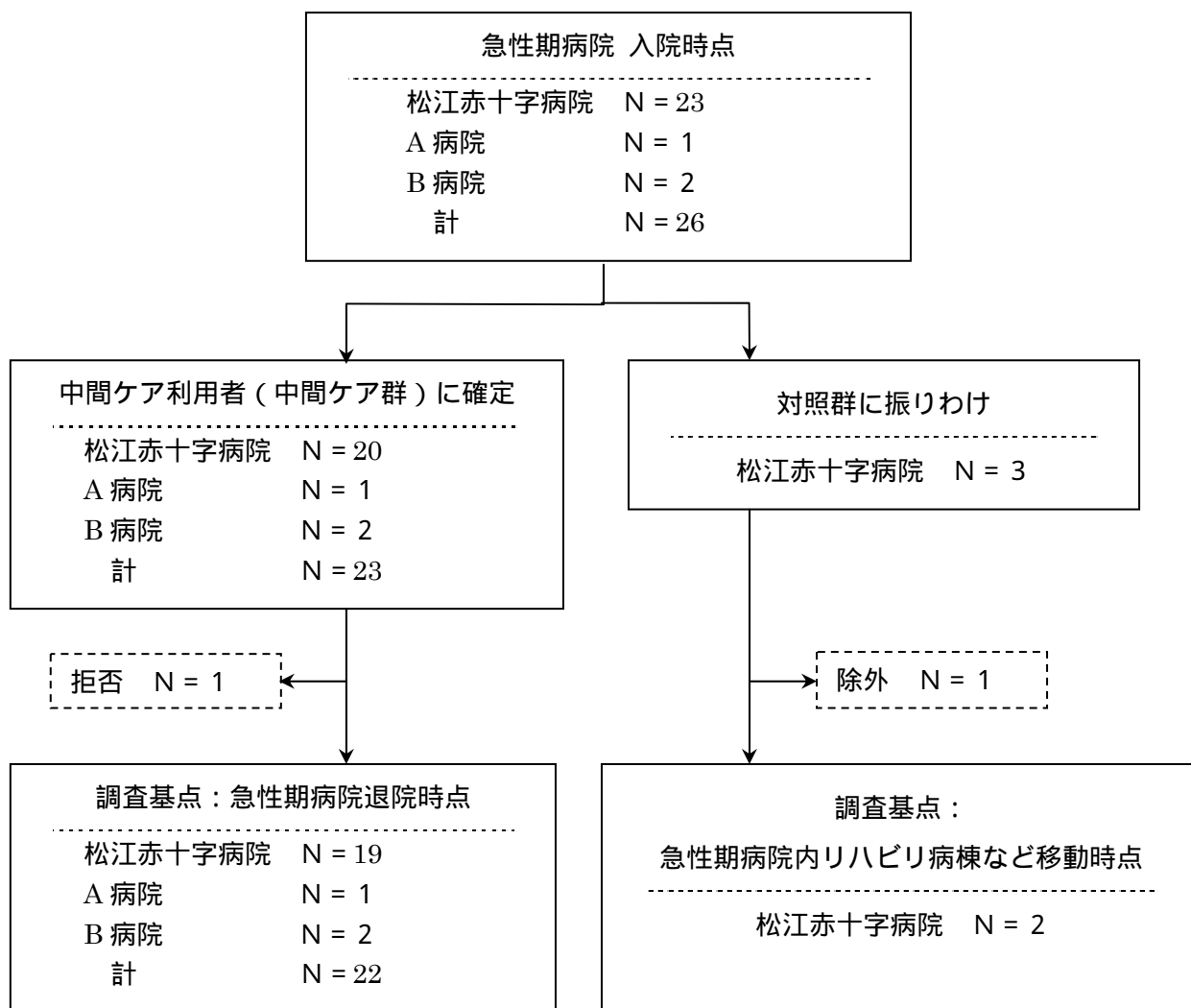
調査基点は急性期病院退院時点とし、急性期病院入院～急性期病院退院・鹿島病院入院～自宅退院6ヶ月後時点までを調査した。また、前記のように、本調査は現在も継続中である。今回、自宅退院6ヶ月後時点まで経過していない調査対象者に関しては、2008年1月末日現在までの状況を調査した。

2006年8月～2007年12月末日までの中間ケア全利用者は24名であった。このうち、1名は調査拒否、もう1名は中間ケア利用者に準ずる利用者であったため、22名を調査対象とした。後者の利用者は、急性期病院入院中の退院予定先は遠方であったため、中間ケアの支援は行わなかった。しかし、鹿島病院入院後に退院先が変更（松江市内）となり、中間ケア利用者となった。

図3-2は、中間ケア調査対象者22名全員の2008年1月末日までの各調査時点の状況を示したものである。同時点までに自宅退院6ヶ月後時点までの追跡調査が終了した利用者は13名、同日現在「追跡中」＝調査継続中は9名であった。終了者13名のうち、4名は追跡途中で調査対象から「除外」となった。自宅退院後6ヶ月後時点まで追跡調査が可能であったのは、9名のみであった。うち1名は、鹿島病院入院中に急性期病院に再入院となり、中間ケアは一旦中断した。その後、鹿島病院に再度入院し、中間ケアを再開し、自宅退院した。なお、この利用者に関しては、急性期病院入院～鹿島病院における初回カンファレンスまでは初回入院時を調査対象期間とした。鹿島病院初回カンファレンス後～自

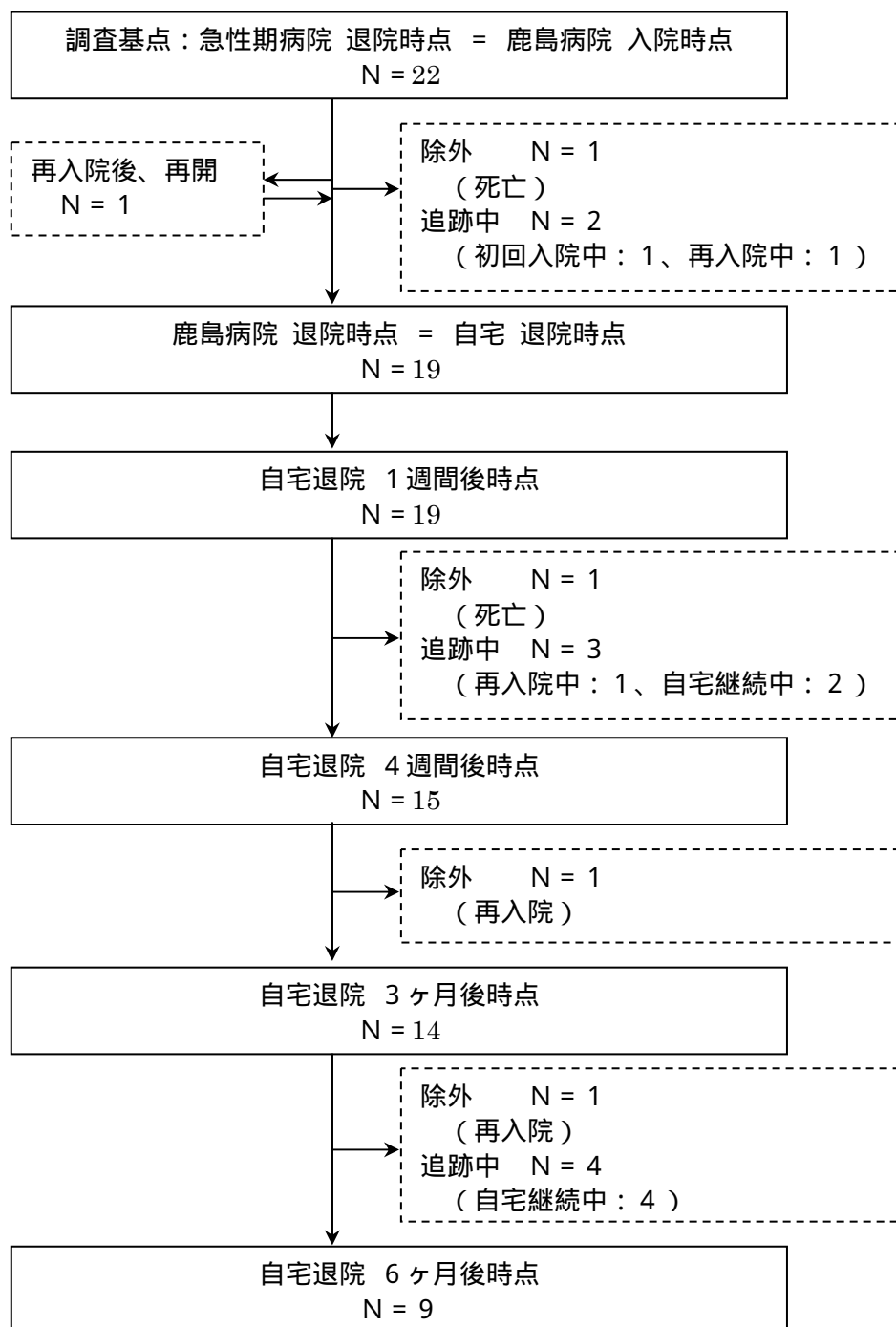
宅退院後6ヶ月については、鹿島病院への再度の入院後を調査対象期間とした。

「除外」となった4名のうち2名は「死亡」、残りの2名は「再入院」であった(図3-2)。「再入院」とは、自宅退院後、各時点までに急性期病院、鹿島病院などに入院し、その後、自宅退院6ヶ月後時点まで入院を継続していた状態を指す。なお、鹿島病院退院後に一旦入院したものの、鹿島病院から自宅退院6ヶ月後時点までの間に自宅に戻った場合は、「再入院」とはせず、追跡対象とした。



注) 2005年8月~2007年12月末日までに急性期病院を退院した中間ケア群と対照群の全員。各N数は2008年1月末日現在

図3-1 時点別中間ケア利用者（中間ケア群）と対照群の人数



注) 2005年8月～2007年12月末日までに急性期病院を退院した中間ケア利用者全員。
各N数は2008年1月末日現在

図3-2 中間ケア利用者の調査時点と調査対象者

利用者の入院先は、急性期病院では松江赤十字病院を含め3病院（図3-1）、慢性期病院は鹿島病院のみ、自宅退院後の居宅介護支援事業所は鹿島病院を含めた3事業所であった（後述）。また、大腿骨頸部骨折地域連携パス利用者は4名であった。

調査対象者22名のうちの何名かは部分的に調査データの収集ができない場合があった。その主な理由は以下の4点である。

調査体制上の理由により、2名の調査データはごく一部しか収集できなかった。また、同様の理由により、急性期病院におけるデータ収集がほとんどできない利用者も1名存在した。

利用者本人に回答を求める調査（抑うつ、入院サービス満足度）では、利用者の病状、認知症状の程度などにより回答を得られないことがあった。

利用者・家族、医療ソーシャルワーカーらが回答した調査票に欠損があった場合である。欠損が調査項目の一部である場合は、有効な回答部分は、分析対象とした。しかし、尺度化された調査票の場合（抑うつ、入院サービス満足度、医療ソーシャルワーカーら支援効果など。詳細は後述）は、欠損は調査項目の一部であっても、得点化できなくなるため、その尺度に関する回答のすべてを無効とした。

利用者の社会的活動の調査（後述）では、親族・友人などとの対面、電話などによる交流頻度を調査した。別居子との交流頻度も調査したが、別居子がいない場合は、非該当とし、この分析対象から除外した。

各調査項目・指標ごとの有効回答数は、調査結果を参照されたい。

（2）調査項目と指標（表3-1）

1）調査基点における中間ケア利用者・家族の基本属性

急性期病院退院時の年齢、性別、家族構成、主介護者の続柄を調査した。

2）急性期病院・鹿島病院・自宅退院後に関する基礎的事項

急性期病院に関しては入院先、入院時主病名、入院目的と医療内容、急性期病院入院前居所、入院前鹿島病院との関わりを調査した。鹿島病院に関しては、入院後の転帰、退院時主介護者の介護力の総合評価を調査した。

介護力総合評価は、次のように行った。「介護力十分あり群」は、主介護者は64歳以下、健康または健康でないが介護に支障はない、就労していないまたは就労しているが介護に支障はない、のいずれにも該当する場合とした。「介護力不十分群」は、主介護者は年齢にかかわらず健康でなく介護に支障がある、やはり年齢にかかわらず就労しており介護に支障がある、のいずれかに該当する場合とした。「中間群」は、「介護力十分あり群」と「介護力不十分群」の中間とした。

自宅退院後については、担当の居宅介護支援事業所の情報を収集した。

3) 急性期病院・鹿島病院における利用者へのサービス

急性期病院に関しては、退院前カンファレンスの開催の有無を調査した。開催した場合は、カンファレンス出席職種、合意事項の情報を収集した。鹿島病院での初回カンファレンス、入院中カンファレンス、退院前カンファレンスの開催の有無を調査した。開催された場合は、初回カンファレンス、退院前カンファレンスについては、出席職種と合意事項について調査した。入院中カンファレンスに関しては、開催数を調査した。

4) 在院日数、待機日数など

在院日数は、急性期病院と鹿島病院のそれぞれについて調査した。

待機日数は、鹿島病院への入院申込日～入院日までの日数のことである。申込日の入院を待機「1日」とした。入院申し込み日は、急性期病院から鹿島病院への入院申し込み時に添付される利用者の情報提供書記載日とした。医療ソーシャルワーカーなどからの電話などによる入院申し込み日、家族の鹿島病院事前訪問日などとすることもできるが、前記としたのは全利用者の記録が残っているからである。

サービス利用までの日数に関しては、急性期病院入院～医療ソーシャルワーカーからの初回面接までの日数、急性期病院入院～退院前カンファレンス開催、同左～退院までの日数を算出した。鹿島病院に関しては、入院～退院前カンファレンスまでの日数、同左～退院までの日数をそれぞれ計算した。

5) 自宅退院率、再入院率、在宅継続率

自宅退院率は、中間ケア利用者に占める鹿島病院から自宅退院できた利用者の比率とした。鹿島病院入院中に中間ケアを中断し、急性期病院に再入院などした利用者のその後の状況も含め検討した。再入院率は、退院者に占める自宅退院後4週間以内の再入院者の比率とした。再入院者の鹿島病院退院～再入院までの日数も算出した。再入院の理由は、診療報酬調査専門組織DPC評価分科会(2005)の「計画的再入院」、「予期された再入院」、「予期せぬ再入院」の3つに区分した。自宅退院4週間以内に複数の再入院がある場合は、初回再入院のみ理由を調査した。

在宅継続率は、鹿島病院から自宅に退院した利用者に占める退院3ヶ月、6ヶ月後時点の居所が自宅の利用者の比率とした。自宅退院後に再入院などをした利用者は、それぞれの時点において自宅で生活していれば在宅継続、各時点まで継続して自宅以外の場所を居所にしていれば在宅非継続とした。

6) 利用者の身体的・精神的・社会的状態

A D Lは、旧厚生省の「障害老人の日常生活自立度(寝たきり)判定基準」を用いて評

価した。「J」よりも軽度の状態を「自立」とし、5区分とした。認知症状は、旧厚生省の「痴呆性老人の日常生活自立度の判定基準」を用いて評価した。「J」よりも軽度の状態を「自立」とし、6つに区分した。要介護度は「自立」,「要支援1」と「要支援2」を合わせた「要支援」,「要介護1」と「2」を合わせた「要介護軽度」,「要介護3」を「要介護中度」,「要介護4」と「5」を合わせた「要介護重度」の5つに区分した。これらは、急性期病院と鹿島病院の退院時、自宅退院後1週間、3ヶ月、6ヶ月の時点の状況を把握した。

医療区分は、厚生労働省の3区分を用いて評価した。評価は鹿島病院入院時と退院時に行った。

社会的状態は、外出頻度、社会的活動の状況、交流頻度の3つについて回答を求めた。外出頻度は、1週間のうち「4日以上」,「1~3日」,「外出なし」の3区分とし、それぞれ2点、1点、0点とした。社会的活動の項目は、調査対象地域の特性を考慮し、農村部の高齢者の社会活動を調査した岡本ら(2005)を参照にした。「仕事(農作業を含む)」,「家事」,「地域の活動(町内会・自治会・老人クラブなど)」,「自分の趣味や娯楽」の4つを調査し、1週間のそれぞれの参加・実施状況について「はい」,「いいえ」で回答を求めた。「はい」は1点、「いいえ」は0点とし、4~3点を「活動多」,2~1点を「活動中」,0点を「活動無」とした。交流頻度は、小林ら(2005)を参照にして、1週間の「別居子」,「親戚」,「友人・知人」との直接的な「面会」,「電話による会話」を調査した。回答は、「面会」に関しては「毎日会った」,「時々会った」,「会わなかった」,「電話による会話」は「毎日話した」,「時々話した」,「話さなかった」とした。それぞれ2点、1点、0点とし、「面会」と「電話による会話」を合わせて12~9点を「交流多」,8~5点を「交流中」,4点以下を「交流少」とした。

社会的状態は、利用者の急性期病院入院前1ヶ月以内の状態のよいとき、自宅退院1週間後、3ヶ月後、6ヶ月後の各時点の調査をした。

7) 利用者・家族の抑うつ状態

「高齢者抑うつ尺度(GDS)短縮版」(矢富、1994)により評価した。これは15項目から構成されており、それぞれに対して「はい」,「いいえ」を回答する。うつ症状を表わす回答に1点、否定する回答に0点を与えた。10点以上は「うつ状態」,9~5点は「うつ傾向」,4点以下は「抑うつなし」に区分した(高橋、1999)。調査は急性期病院および鹿島病院退院時、鹿島病院退院後1週間、3ヶ月、6ヶ月時点に行った。

8) 利用者・家族の入院サービス満足度

利用者の入院サービス満足度調査は、「HPS-Q13」(尾藤ら、2005)を用いて行った。これは13項目から構成されており、「非常にそう思う」=4点、「そう思う」=3点、「どちらとも言えない」=2点、「あまりそう思わない」=1点、「まったくそう思わない」=0点のい

ずれかの回答を求めた。13項目は3つの下位カテゴリーから成っているが、それぞれを0～100点に得点化した（尾藤、2002）。利用者には、入院期間や退院支援に関する独自の3項目についても調査した。これらは、前記の5件法（この場合は5点～1点）によって回答を求めた。

家族の入院サービス満足度は、京極ら（2006）の「医療ソーシャルワーカー支援効果指標」のうち、「利用者・家族に対して」の効果の6項目を用いて評価した。回答は、利用者への調査と同様の5件法（5点～1点）により回答を求めた。加えて利用者の入院サービス満足度と同様、入院期間の退院支援に関する独自3項目についても、5件法（5点～1点）により評価を求めた。

利用者、家族の入院サービス満足度ともに、急性期病院、鹿島病院について調査した。

9) 医療ソーシャルワーカーからの支援効果

京極ら（2005）の「医療ソーシャルワーカー支援効果指標」により評価した。これは、13項目から構成されている。「非常にそう思う」=4点、「そう思う」=3点、「どちらとも言えない」=2点、「あまりそう思わない」=1点、「まったくそう思わない」=0点から1つを選択するよう求めた。これらは「利用者・家族に対して」、「院内に対して」、「地域に対して」、「その他」の4つの下位カテゴリーから構成されている。それぞれの下位カテゴリーが0～100点となるよう得点化した。

加えて入院期間、退院支援などに関する独自の3項目の調査を、前記と同様の5件法（5点～1点）により行った。

京極らの13項目＋独自3項目を合わせた16項目の中から、利用者からみて医療ソーシャルワーカーらの貢献が特にあったと思われる上位3項目を調査した。家族の入院サービス満足度調査の9項目の中から、家族からみて医療ソーシャルワーカーらの貢献が特にあったと思われる上位3項目についても回答を求めた。また、京極らの13項目から、医療ソーシャルワーカーらの貢献が特にあったと思われる上位3項目の回答を、医療ソーシャルワーカーら自身に求めた。

調査は、急性期病院、鹿島病院それぞれについて行った。

10) 社会的費用

個人、支払い機関から、病院、居宅介護支援事業所などへの実際の支払い金額の情報を、利用者ごとに、保険給付、保険給付外、自己負担に区分した上で収集した。

急性期病院入院中は入院医療費用、鹿島病院入院中は鹿島病院入院費用と急性期病院外来医療費用、自宅退院～退院6ヶ月後までは急性期病院、鹿島病院の外来医療費用、在宅介護・医療サービス費用を収集した。また、急性期病院と鹿島病院の再入院医療費用情報も収集した。なお、在宅医療費用に関しては、医療保険による訪問看護費用のみ情報収集できた。

各期間の医療費用、介護費用とその総計、急性期病院および鹿島病院入院期間中の1日当たりの各費用を算出した。

表 3-1 中間ケア評価指標一覧

調査項目	指標	領域 : 下位カテゴリー	項目数	得点 (最低 →最高)	区分数	調査時点または 調査期間
利用者 サービス	独自指標	カンファレンス開催 出席者 合意事項 開催回数(鹿島のみ)	1 1 1	—	—	急性期病院退院時、鹿島病院入院時・入院中・退院時
	在院日数、 待機日数など	在院日数	-	—	—	急性期病院・鹿島病院入院～退院
		待機日数	-	—	—	鹿島病院入院申し込み～入院
サービス利用 までの日数		入院～医療ソーシャル ワーカーから初回面接(急性 期病院のみ) 入院～退院前カンファレ ンス開催 退院前カンファレンス開 催～退院	—	—	—	急性期病院・鹿島 病院入院中
自宅退院率、 再入院率、 在宅継続率	自宅退院率	自宅退院 再入院後などの自宅退院	—	—	—	鹿島病院退院後、 急性期病院再入院 後など
	再入院率	再入院 理由別再入院	—	—	—	自宅退院4週間以 内
	在宅継続率	-	—	—	—	自宅退院3ヶ月後、 6ヶ月後
利用者の身体的・ 精神的・社会的 状態	障害老人の日常 生活自立度 (寝たきり度) 判定基準 (厚生省)	ADL	—	—	5	急性期病院・鹿島 病院退院時、自宅 退院1週間後、3ヶ 月後、6ヶ月後
	痴呆性老人の日常 生活自立 度判定基準 (厚生省)	認知症状	—	—	6	急性期病院・鹿島 病院退院時、自宅 退院1週間後、3ヶ 月後、6ヶ月後
	要介護度 (厚生労働省)	要介護状態	—	—	5	急性期病院・鹿島 病院退院時、自宅 退院1週間後、3ヶ 月後、6ヶ月後

前ページから続く	医療区分 (厚生労働省)	医療ニーズ	—	—	3	鹿島病院入院時、 退院時	
	独自指標	社会的状態 外出頻度 社会的活動 対面による交流頻度 電話による交流頻度	1 4 3 3	— 0→4 0→6 0→6	3 3 3 3	急性期病院入院前 1ヶ月以内、自宅退 院1週間後・3ヶ月 後・6ヶ月後	
	利用者・家族 のうつ状態	高齢者抑うつ 尺度(GDS)短 縮版(矢富、 1994)	抑うつ	15	0→15	3	急性期病院・鹿島 病院退院時、自宅 退院1週間後・3ヶ 月後・6ヶ月後
	利用者・家族の入院サービス満足度	利用者:HPS -Q13(尾藤ら、 2005) +独自指標	入院サービス満足度 (コミュニケーション) (利便性) (全体的満足感) +入院期間・退院支援	13 (7) (3) (3) 3	0→100 0→100 0→100 1→5	—	急性期病院・鹿島 病院退院時
		家族:京極ら 効果指標 (京極ら、 2006)+ 独自指標	医療ソーシャルワーカー 支援効果のうち利用者・家 族に対する効果 +入院期間・退院支援	6 3	1→5 1→5	—	急性期病院・鹿島 病院退院時
医療ソーシャルワーカー ら支援効果	京極ら効果 指標(京極ら、 2006)+ 独自指標	医療ソーシャルワーカー 支援効果 (利用者・家族に対して) (院内に対して) (地域に対して) (その他) +入院期間・退院支援	13 (6) (2) (3) (2) 3	0→100 0→100 0→100 0→100 1→5	—	急性期病院・鹿島 病院退院時	
社会的費用	診療報酬 介護報酬 自己負担	病院入院時 自宅退院後在宅サービス 外来 再入院	—	—	—	急性期病院入院 中、鹿島病院入院 中、自宅退院～ 6ヶ月後	

(3) 調査方法

1) 中間ケア利用者・家族の基本属性、急性期病院・鹿島病院・自宅退院後に 関する基礎的事項

利用者・家族の基本属性、急性期病院入院先と入院時主病名、入院目的、医療内容、入院前居所、入院前鹿島病院との関わりは、2006年12月以降、定期的に外部調査員（看護師有資格者1名）が松江赤十字病院を訪問し、診療録などから情報収集をした。松江赤十字病院以外の急性期病院に入院した利用者は、鹿島病院ソーシャルワーカーを介して各病院医療ソーシャルワーカーより情報収集した。これらの情報は、急性期病院および鹿島病院入退院日、入院後の転帰などのデータとともに中間ケア利用者データベースとして一括管理し、毎月数回更新している。

鹿島病院退院時の主介護者の介護力の総合評価のもとになる介護者の年齢、健康状態などは、鹿島病院担当医療ソーシャルワーカーが診療録などから情報を得た。

2) 急性期病院・鹿島病院における利用者へのサービス、在院日数・待機日数など

入退院日は前記の方法で調査した。カンファレンス開催日・出席者・開催回数、急性期病院医療ソーシャルワーカーら初回面接日、鹿島病院への入院申し込み日（情報提供書の記載日）は、以下の方法により情報を得た。

松江赤十字病院は外部調査員（看護師有資格者2名。以下も同じ）が診療録、医療ソーシャルワーカーら記録から情報収集し、調査票に転記した。他の急性期病院は、担当医療ソーシャルワーカーが医療ソーシャルワーカー記録などから調査票に転記した。鹿島病院に関しては、担当医療ソーシャルワーカーが診療録、医療ソーシャルワーカー記録から情報を収集し、調査票に転記した。

松江赤十字病院、鹿島病院の調査は2007年9月と2008年1月に行った。他急性期病院は随時行った。

3) 自宅退院率、再入院率、在宅継続率

鹿島病院からの退院先は利用者データベースで把握した。自宅退院後4週間以内の再入院は、担当ケアマネジャーが診療録、ケアマネジャー記録などから調査票に転記した。再入院の理由は、担当ケアマネジャーが診療録、ケアマネジャー記録などから医師の診断名などを収集し、それを診療報酬調査専門組織DPC評価分科会（2005）の「再入院理由の具体例」に照らし合わせて3つに分類した。

在宅継続の有無については、担当ケアマネジャーが、自宅退院後3ヶ月、6ヶ月時点の居所をケアマネジャー記録より調査し、調査票に転記した。この調査は鹿島病院では2008年2月に行った。他居宅介護支援事業所では、随時行った。

4) 利用者の身体的・精神的・社会的状態の変化

A D L、認知症状、要介護度、医療区分（鹿島病院のみ）は、松江赤十字病院退院時に関しては、外部調査員が診療録、医療ソーシャルワーカーらの記録より情報収集し、調査票に転記した。松江赤十字病院以外の急性期病院では、各病院医療ソーシャルワーカーが医療ソーシャルワーカー記録などから情報収集し、調査票に転記した。鹿島病院退院時および自宅退院後は、担当医療ソーシャルワーカーとケアマネジャーが診療録、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー記録より情報収集し、調査票に転記した。

松江赤十字病院および鹿島病院に関しては、2007年9月、2008年1・2月に調査を実施した。他病院、他居宅介護支援事業所は随時調査を行った。

利用者の社会的状態のうち、急性期病院入院前1ヶ月以内の状態のよいときは、鹿島病院医療ソーシャルワーカーが病院退院時に利用者または家族に調査票を手渡し、利用者らに記入していただいた後回収した。鹿島病院退院1週間後、3ヶ月後、6ヶ月後時点に関しては、担当ケアマネジャーが利用者・家族に調査票を手渡し、記入後回収した。

5) 利用者・家族の抑うつ

利用者・家族の抑うつ状態は、松江赤十字病院においては、退院約1週間前に医療ソーシャルワーカーらが利用者・家族に調査票を手渡し、記入していただいた後、調査票を回収した。他の急性期病院退院時に関しては、鹿島病院入院後に鹿島病院担当医療ソーシャルワーカーが調査票を利用者・家族に手渡し、記入していただいた後回収した。鹿島病院退院時に関しては、担当医療ソーシャルワーカーが利用者・家族に調査票を直接手渡し、記入していただいた後回収した。自宅退院1週間後、3ヶ月後、6ヶ月後時点は、担当ケアマネジャーが利用者宅を訪問し、利用者・家族に調査票を手渡し、記入していただいた後回収した。ただし、中間ケア利用者の何人かは各調査時点において調査を実施できなかったため、後日、鹿島病院担当医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャーなどにより調査票を利用者・家族に手渡し、記入していただいた後回収した。

利用者への調査は、自分で回答できる方に限って調査を実施した。自力で調査票に記入できない場合は、利用者が口頭で回答し、家族らが調査票に回答を記入した。家族の抑うつ状態調査では、基本的に入院中に頻回に見舞いに来られる家族に回答していただくようにした。また、急性期病院退院時～自宅退院後6ヶ月までの調査は、毎回同一人物に回答していただくよう依頼した。

6) 利用者・家族の入院サービス満足度

急性期病院および鹿島病院退院時に、担当医療ソーシャルワーカーらが利用者・家族に調査票と返信用封筒（切手貼り付け済み）を直接手渡し、後日、島根大学杉崎研究室に郵送していただくよう依頼した。利用者への調査は、口頭での回答を含め、自分で回答できる方にだけに実施した。

調査票には、入院サービス満足度の調査結果を各病院の職員が直接目にする事のない旨を明記した。急性期病院でこの調査ができなかった利用者・家族は、鹿島病院入院後に鹿島病院担当医療ソーシャルワーカーが調査票と返信用封筒を直接手渡し、回答後、杉崎研究室宛に送付していただくよう依頼した。

7) 医療ソーシャルワーカーらの支援効果

急性期病院、鹿島病院退院時に担当医療ソーシャルワーカーらが、支援効果に関して自己評価をした。

8) 社会的費用

急性期病院、鹿島病院の医療費用は、外部調査員が診療報酬請求明細書（レセプト）から情報収集し、調査票に転記した。自宅退院後の介護費用は、外部調査員が介護報酬請求明細書、給付管理票より情報を把握し、調査票に転記した。急性期病院の医療費用は、松江赤十字病院のみ調査できた。居宅介護支援事業所が鹿島病院以外の利用者に関しては、今回は情報収集できなかった。

自宅退院後の社会的費用に関しては、鹿島病院退院～退院3ヶ月後、3ヶ月後～6ヶ月目に分けて計算した。ただし、医療・介護費用は、半月単位でしか把握できないため、3ヶ月目と6ヶ月目に関しては、それらの日以降を含む半月分の費用を計算した。

これら調査は、いずれも2007年9月と2008年1・2月に行った。

(4) 主な分析方法

1) 在院日数、待機日数など

中間ケア利用者の平均待機日数（B）と、中間ケア利用者を除く、他病院から鹿島病院への入院（転院）患者の平均待機日数（D）を比較した（表3-2）。鹿島病院では、訪問診療などを行っている在宅患者が急変した場合などは、優先的に入院受け入れをしている。しかし、他病院からの入院（転院）患者は、以前から、入院申し込みをした全患者を入院判定会議にかけ、そこで入院可となった患者については入院申し込み順に入院を受け付けていた。そのため両者の比較は、中間ケア利用者と、中間ケア非利用者との待機日数の比較とみなすことができる。

次に、中間ケア利用者と中間ケア非利用者の急性期病院、急性期病院と鹿島病院を合わ

せた総平均在院日数の比較を行った。中間ケア非利用者の在院日数は、表 3-2 の方法によりモデル計算した。加えて、中間ケア利用者と非利用者の（モデル）待機日数、（モデル）在院日数の比較を、表 3-2 の方法により行った。

表 3-2 中間ケア利用者・非利用者在院日数計算および両者の比率算出方法

中間ケア利用者平均在院日数のうちわけ

$$\begin{aligned} & \text{急性期病院平均在院日数 (A) - 平均待機日数 (B)} \\ & = \text{急性期病院平均集中的治療日数 (C) と仮定} \end{aligned}$$

中間ケア非利用者モデル平均在院日数の計算

$$\begin{aligned} & \text{急性期病院平均集中的治療日数 (C) + 中間ケア以外の患者平均待機日数 (D)} \\ & = \text{中間ケア非利用者モデル平均在院日数 (E)} \end{aligned}$$

中間ケア利用者・非利用者の総平均在院日数の計算

$$\begin{aligned} & \text{中間ケア利用者総平均在院日数 (G)} \\ & = \text{急性期病院平均在院日数 (A) + 鹿島病院平均在院日数 (F)} \\ & \text{中間ケア非利用者モデル総平均在院日数 (H)} \\ & = \text{中間ケア非利用者モデル平均在院日数 (E) + 鹿島病院平均在院日数 (F)} \end{aligned}$$

中間ケア利用者・非利用者の在院日数・待機日数の比率の計算

$$\begin{aligned} & \text{中間ケア利用者急性期病院平均在院日数 / 中間ケア非利用者急性期病院モデル平均在院日数} \\ & \text{中間ケア利用者総平均在院日数 / 中間ケア非利用者モデル総平均在院日数} \end{aligned}$$

2) 自宅退院率、再入院率、在宅継続率

鹿島病院から自宅への退院率を、鹿島病院からの直接の退院と、鹿島病院入院中に中間ケアを中断し、急性期病院などへの再入院後中間ケアを再開するために鹿島病院に入院、その後退院した場合に分けて、それぞれ算出した。

自宅退院後 3 ヶ月と 6 ヶ月時点の在宅継続率を算出した。

3) 利用者の身体的・精神的・社会的状態の変化

急性期病院退院時と鹿島病院退院時の ADL、認知症状、要介護度を比較し、1 区分以上軽度化していれば「改善」、変化がない場合は「維持」、1 区分以上重度化していれば「悪化」とし、利用者に占めるそれぞれの比率を計算した。次に、鹿島病院退院時～自宅退院 1 ヶ月後、鹿島病院退院時～3 ヶ月後、鹿島病院自宅退院時～6 ヶ月後の状態を比較し、前記と同様の方法で「改善」、「維持」、「悪化」の比率を算出した。

医療区分に関しては、鹿島病院入院時と退院時の状態を比較し、前記と同様に「改善」、「維持」、「悪化」の比率を算出した。

利用者の社会的状態の変化に関しては、外出頻度、社会的活動状況、交流頻度の急性期病院入院前 1 ヶ月以内の状態のよい時の状況と自宅退院 1 週間後、入院前 1 ヶ月以内の状態のよい時と 3 ヶ月後、入院前 1 ヶ月以内の状態のよい時と 6 ヶ月後とをそれぞれ比較し、

やはり前記と同様に、「改善」、「維持」、「悪化」の比率を算出した。

4) 利用者・家族のうつ状態の変化

利用者のADL、認知症状、要介護度の変化と同様の分析をした。

5) 利用者・家族の入院サービス満足度

急性期病院、鹿島病院それぞれについて、3つの下位カテゴリ間の比較を行った。

6) 医療ソーシャルワーカーら支援効果

急性期病院、鹿島病院それぞれで、医療ソーシャルワーカーら支援効果の3つの下位カテゴリ間の比較を行った。

入院期間・退院支援に関する利用者、家族、医療ソーシャルワーカーらの間の評価の比較を行った。これも急性期病院、鹿島病院それぞれについて行った。

7) 社会的費用

前記1)(表3-2)で算出した中間ケア利用者と中間ケア非利用者の平均(モデル)在院日数、平均待機日数に、中間ケア利用者・非利用者の1日当たり平均(モデル)入院費用を乗じて、両者の急性期病院、鹿島病院入院費用、それらの合計を算出し、比較を行った。その際、非利用者待機期間中の1日当たり医療費用と、中間ケア利用者待機期間の1日当たり医療費用は同じと仮定した。

(5) 倫理的配慮

調査に当たっては、松江赤十字病院倫理委員会、鹿島病院院長宛に、調査目的、対象と方法、データ収集と集計の方法などを書面で提出し、承諾を得た。調査対象者の診療録などに記載してある個人情報扱う調査員らは、それぞれの病院長宛に氏名を届け出た。他機関に関しては、担当医療ソーシャルワーカーらに中間ケアの実践と調査の説明を行い、協力を得た。

調査対象者、家族には、主治医、担当医療ソーシャルワーカーらが、中間ケアの実践と調査の目的と方法、個人情報の保護、結果の公表、調査による不利益や同意の撤回などについて、書面と口頭で説明し、同意を得られた場合は、同意書に署名していただいた。調査は、同意を得られた方のみを実施した。

調査票などは、調査責任者(杉崎)が厳重に管理した。

第2節 結果

(1) 調査基点における中間ケア利用者・家族の基本属性

中間ケア利用者の平均年齢は79.1歳であった。性別で見ると、男性64.7%、女性35.3%であった。また、主介護者は配偶者が一番多く全体の47.0%、次に息子または娘が29.4%であった(表3-3)。

表3-3 利用者・家族の基本属性

項目	カテゴリー	度数(%)または平均(標準偏差)
年齢	平均(標準偏差)	79.1 (8.0)
性別	男性	11 (64.7)
	女性	6 (35.3)
家族構成	単身世帯	4 (23.5)
	夫婦のみ	2 (11.8)
	二世帯世帯	7 (41.2)
	三世帯世帯以上	4 (23.5)
	その他	0 (0.0)
	不明	0 (0.0)
主介護者	親	0 (0.0)
	配偶者	8 (47.0)
	息子または娘	5 (29.4)
	婿または嫁	2 (11.8)
	孫	0 (0.0)
	ヘルパー・家政婦など	1 (5.9)
	その他	1 (5.9)
	不明	0 (0.0)

N = 17

(2) 急性期病院・鹿島病院・退院先に関する基礎的事項

入院先急性期病院は、「松江赤十字病院」が86.4%、「A病院」が4.5%、「B病院」が9.1%であった。入院時主病名は、「骨折」が多かったが、他は多様であった。入院目的と医療内容では、「治療及びリハビリ」が90.9%で、「治療」のみが9.1%であった。「急性期病院入院前居所」は、すべて「自宅」だった。

また、鹿島病院入院後の転帰は、「自宅退院」が81.9%、「入院中」が4.5%、「急性期病院再入院」が9.1%、「死亡」が4.5%であった。

鹿島病院退院時の主介護者の介護力をみると、「中間群」が59.1%が一番多く、次に「介護力不十分群」が22.7%であった。また、居宅介護支援事業所は、「鹿島病院」が59.2%、それ以外の事業所が18.1%であった（表3-4）。

表3-4 利用者の入院先急性期病院とその前後の状況

項目	カテゴリー	度数(%)
急性期病院	松江赤十字病院	19 (86.4)
	A病院	1 (4.5)
	B病院	2 (9.1)
急性期病院 入院時主病名	A L S	1 (4.5)
	栄養失調	1 (4.5)
	誤嚥性肺炎	2 (9.2)
	胆管炎	1 (4.5)
	腸重積	1 (4.5)
	脳梗塞	1 (4.5)
	脳出血	1 (4.5)
	膿胸	1 (4.5)
	左脛骨、腓骨骨折	1 (4.5)
	左大腿骨頸部骨折	2 (9.2)
	左大腿骨転子部骨折	3 (13.9)
	左内果骨折	1 (4.5)
	腰椎圧迫骨折	1 (4.5)
	腰椎化膿性脊椎炎	1 (4.5)
	腰部脊柱狭窄症	2 (9.2)
気管支喘息	1 (4.5)	
急速進行性糸球体腎炎	1 (4.5)	
入院目的と医療内容	治療、リハビリ	20 (90.9)
	治療	2 (9.1)
急性期病院入院前居所	自宅	22 (100.0)
	その他	0 (0.0)
急性期病院入院前 鹿島病院との関わり	あり	4 (18.2)
	なし	18 (81.8)
鹿島病院入院後の転帰	自宅退院	18 (81.9)
	入院中	1 (4.5)
	急性期病院再入院	2 (9.1)
	死亡	1 (4.5)
鹿島病院退院時 主介護者の介護力総合 評価	介護力十分あり群	2 (9.1)
	中間群	13 (59.1)
	介護力不十分群	5 (22.7)
	その他	0 (0.0)
	非該当	2 (9.1)
居宅介護支援事業所	鹿島病院	13 (59.2)
	C事業所	1 (4.5)
	D事業所	3 (13.6)
	なし	2 (9.1)
	非該当	3 (13.6)

N = 22

(3) 急性期病院・鹿島病院における利用者へのサービス

1) 急性期病院退院前カンファレンスには3区分の職種がほぼ出席

急性期病院における退院前カンファレンス開催状況を表3-5に示した。「開催した」が76.5%であった。

表3-5 急性期病院退院前カンファレンス開催

項目	カテゴリー	度数(%)
カンファレンス開催	開催した	13 (76.5)
	開催しなかった	4 (23.5)

N=17

急性期病院退院前カンファレンス出席者及び合意事項について、表3-6に示した。「鹿島病院医療ソーシャルワーカー」は、いずれのカンファレンスにも出席していた。「担当ケアマネジャー」、「患者」、「家族」の出席も多かった。区分別出席平均職種数は、「急性期病院」が3.2職種、「鹿島病院」が2.7職種、「在宅サービス」が0.5職種であった。カンファレンス開催があった場合はいずれも、「鹿島病院での支援目標と支援計画」の合意ができていた。また、「在宅における支援目標と支援計画」を合意事項としてあげたのは38.5%であった。

表3-6 急性期病院退院前カンファレンス出席者及び合意事項

項目	カテゴリー	度数(%)または平均(標準偏差)
出席者 (重複回答)	急性期病院医師	10 (76.9)
	急性期病院病棟看護師	10 (76.9)
	急性期病院リハビリ職員	10 (76.9)
	急性期病院医療ソーシャルワーカーら	12 (92.3)
	鹿島病院医師	0 (0.0)
	鹿島病院病棟看護師	12 (92.3)
	鹿島病院病棟リハビリ職員	10 (76.9)
	鹿島病院医療ソーシャルワーカー	13 (100.0)
	在宅支援担当医師	0 (0.0)
	担当ケアマネジャー	7 (53.8)
	訪問看護師	0 (0.0)
	訪問リハビリ職員	0 (0.0)
	訪問介護職員(ヘルパー)	0 (0.0)
	通所リハビリ職員	0 (0.0)
	通所介護職員	0 (0.0)
	福祉用具担当職員	0 (0.0)
	患者	7 (53.8)
	家族	10 (76.9)
	近隣住民・友人	0 (0.0)
	その他	1 (7.7)

区分別出席 平均職種数	急性期病院	3.2	(1.2)
	鹿島病院	2.7	(0.5)
	在宅サービス	0.5	(0.5)
合意事項 (重複回答)	急性期病院からの退院支援目標と支援計画	0	(0.0)
	鹿島病院での支援目標と支援計画	13	(100.0)
	在宅における支援目標と支援計画	5	(38.5)
	合意できたことはなかった	0	(0.0)
	その他	0	(0.0)

N = 13

2) ケアマネジャーは鹿島病院初回カンファレンスにもほぼ出席

鹿島病院における初回カンファレンス開催状況を表 3-7 に示した。すべての利用者に対してカンファレンスが開催されていた。

表 3-7 鹿島病院初回カンファレンス開催

項目	カテゴリー	度数(%)
カンファレンス開催	開催した	20 (100.0)
	開催しなかった	0 (0.0)

N=20

鹿島病院での初回カンファレンスの出席者及び合意事項を表 3-8 に示した。初回カンファレンスには、鹿島病院「医師」、「病棟看護師」、「病棟担当リハビリ職員」、「医療ソーシャルワーカー」の、全職種が出席していた。「患者」、「家族」の出席も比較的多かった。その反面、在宅サービスに関わる職種の参加は少なかった。初回カンファレンスでは、全利用者の「入院中の支援目標と支援計画」について合意できていた。在宅時に関する合意ができていたのは、わずかであった。

表 3-8 鹿島病院初回カンファレンス出席者及び合意事項

項目	カテゴリー	度数(%)または 平均(標準偏差)
出席者 (重複回答)	鹿島病院医師	20 (100.0)
	鹿島病院病棟看護師	20 (100.0)
	鹿島病院病棟担当リハビリ職員	20 (100.0)
	鹿島病院医療ソーシャルワーカー	20 (100.0)
	在宅支援担当医師	1 (5.0)
	担当ケアマネジャー	13 (65.0)
	訪問看護師	0 (0.0)
	訪問リハビリ職員	0 (0.0)
	訪問介護職員(ヘルパー)	0 (0.0)
	通所リハビリ職員	0 (0.0)
	通所介護職員	0 (0.0)
	福祉用具担当職員	0 (0.0)
	患者	13 (65.0)
	家族	17 (85.0)
	近隣住民・友人	0 (0.0)
その他	12 (60.0)	
区分別出席	鹿島病院	4.0 (0.0)
平均職種数	在宅サービス	0.7 (0.6)
合意事項 (重複回答)	入院中の支援目標と支援計画	20 (100.0)
	退院支援の目標と支援計画	6 (30.0)
	在宅における支援目標と支援計画	1 (5.0)
	合意できたことはなかった	0 (0.0)
	その他	2 (10.0)

N = 20

鹿島病院入院中におけるカンファレンス開催回数の平均を表 3-9 に示した。利用者一人当たり平均 5.4 回開催されていた。

表 3-9 鹿島病院入院中カンファレンス

カテゴリー	平均(回)	標準偏差
カンファレンス開催回数	5.4	1.6

N = 19

3) 鹿島病院退院前カンファレンスにも患者・家族の多くが出席

鹿島病院における退院前カンファレンス開催状況を表 3-10 に示した。初回カンファレンスと同様、すべての利用者に対して退院前カンファレンスが開催されていた。

表 3-10 鹿島病院退院前カンファレンス開催

項目	カテゴリー	度数(%)
カンファレンス開催	開催した	19 (100.0)
	開催しなかった	0 (0.0)

N = 19

鹿島病院における退院前カンファレンスの出席者及び合意事項を表 3-11 に示した。鹿島病院の「医師」、「病棟看護師」、「医療ソーシャルワーカー」は、開催された退院前カンファレンスすべてに出席していた。「患者」、「家族」の出席も多かった。退院前カンファレンスでは、全員「在宅における支援目標と支援計画」の合意がされていた。

表 3-11 鹿島病院退院前カンファレンス出席者及び合意事項

項目	カテゴリー	度数(%)または平均(標準偏差)
出席者 (重複回答)	鹿島病院医師	19 (100.0)
	鹿島病院病棟看護師	19 (100.0)
	鹿島病院病棟担当リハビリ職員	18 (94.7)
	鹿島病院医療ソーシャルワーカー	19 (100.0)
	在宅支援担当医師	2 (10.5)
	担当ケアマネジャー	17 (89.5)
	訪問看護師	3 (15.8)
	訪問リハビリ職員	6 (31.6)
	訪問介護職員(ヘルパー)	6 (31.6)
	通所リハビリ職員	8 (42.1)
	通所介護職員	4 (21.1)
	福祉用具担当職員	5 (26.3)
	患者	13 (68.4)
	家族	17 (89.5)
	近隣住民・友人	0 (0.0)
その他	7 (36.8)	
区分別出席 平均職種数	鹿島病院	3.9 (0.0)
	在宅サービス	2.7 (0.6)
合意事項 (重複回答)	在宅における支援目標と支援計画	19 (100.0)
	合意できたことはなかった	0 (0.0)
	その他	6 (31.6)

N = 19

(4) 在院日数、待機日数など

1) 中間ケアにより待機日数は 42.3%減少

病院ごとの平均在院日数を表 3-12 に示した。急性期病院での平均在院日数は 48.0 日、鹿島病院では、57.6 日であった。

表 3-12 平均在院日数

カテゴリー	平均(日)	標準偏差
急性期病院在院日数 (N=22)	48.0	39.9
鹿島病院在院日数 (N=19)	57.6	22.1

中間ケア利用者の鹿島病院入院申込日から実際に鹿島病院に入院するまでの待機日数は、平均 12.7 日であった(表 3-13)。待機日数を算出できた中間ケア利用者 20 名のうち、1 名を除く 19 名全員が鹿島病院にある 3 つの病棟のうち医療療養病棟に入院していた。

今回の中間ケア調査対象期間は、2006 年 8 月～2007 年 12 月であった。それと多くの期間重なる 2007 年 1 月～12 月までの、他病院～鹿島病院医療療養病棟への転院患者(中間ケア利用者を除く)は 51 名であった。その平均待機日数は 22.0 日であった(表 3-13)。これは中間ケア非利用者の待機日数と見なすことができる。中間ケアにより待機日数は 9.3 日短縮したことになる。

また、中間ケア非利用者に対する中間ケア利用者の待機日数の比率は、57.7%であった(表 3-14)。

表 3-13 平均待機日数

カテゴリー	平均(日)	標準偏差
中間ケア利用者の待機日数 (N=20)	12.7	7.6
中間ケア非利用者の待機日数(医療療養病棟) (N=51)	22.0	19.7

表 3-14 中間ケア利用者与非利用者の待機日数の比率

	比率
中間ケア利用者 / 中間ケア非利用者(医療療養病棟)	57.7

中間ケア利用者:N=20、中間ケア非利用者:N=51

病院でのカンファレンス等のサービス利用までの平均日数を、表 3-15 に示した。急性期病院に入院してから医療ソーシャルワーカーからの初回面接日までの日数は、25.0 日で、その初回面接日から急性期病院を退院するまでの日数は、31.0 日であった。また、鹿島病院

に入院してから退院前のカンファレンス開催日までの日数は、53.2日であった。

表 3-15 サービス利用までの平均日数

カテゴリー	平均 (日)	標準 偏差
急性期病院入院～病院医療ソーシャルワーカーからの初回面接日までの日数(N=17)	25.0	31.7
急性期病院医療ソーシャルワーカーからの初回面接日～退院までの日数 (N=17)	31.0	27.2
急性期病院入院～退院前カンファレンス開催日までの日数 (N=13)	55.1	44.0
急性期病院退院前カンファレンス開催日～退院までの日数 (N=13)	6.6	5.5
鹿島病院入院日～退院前カンファレンス開催日までの日数 (N=18)	53.2	22.9
鹿島病院退院前カンファレンス開催日～退院までの日数 (N=18)	5.2	2.5

2) 中間ケアにより総在院日数は 8.2%減少

図 3-3 に中間ケア利用者と非利用者の待機日数などをもとに計算した急性期病院（モデル）平均在院日数、総（モデル）平均在院日数を示した。急性期病院在院日数は、中間ケア非利用者 47.0 日、非利用者 56.3 日であった。中間ケアにより 9.3 日短縮したことになる。総平均在院日数は、中間ケア利用者 104.6 日、非利用者 113.9 日であった。

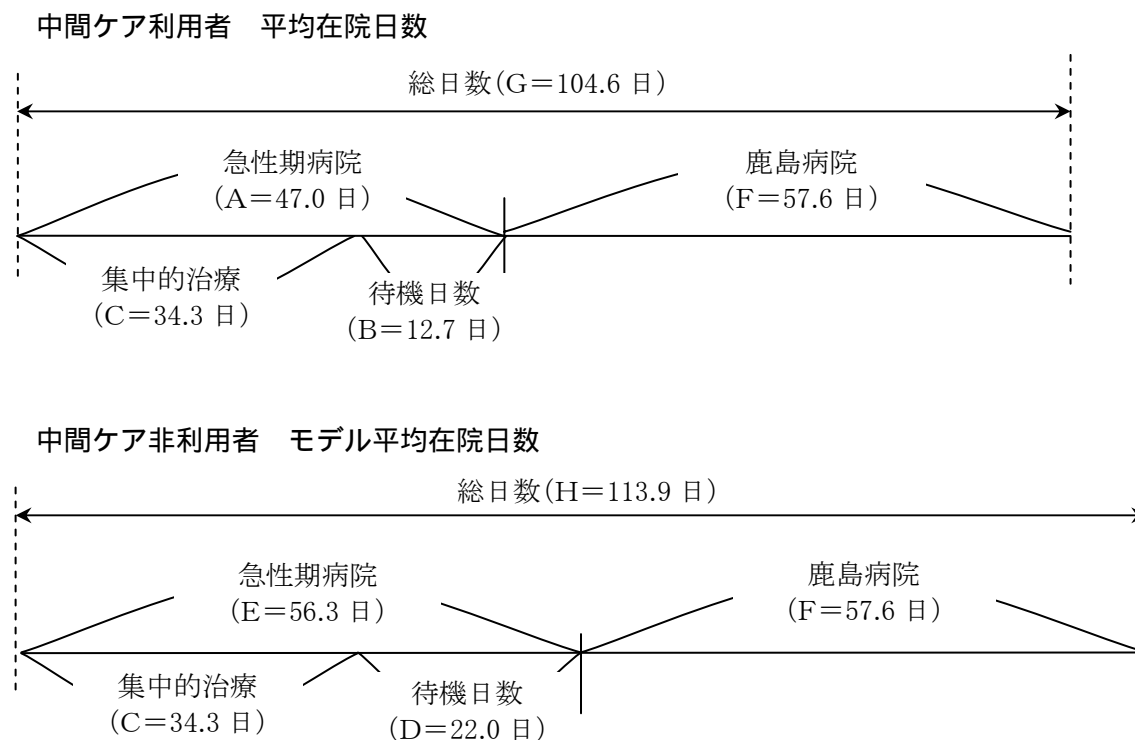


図 3-3 中間ケア利用者・非利用者 平均（モデル）在院日数の比較

中間ケア利用者と非利用者の平均在院日数の比率を表 3-16 に示した。集中的治療と待機の日数をあわせた急性期病院における在院日数の比率は 83.5%であった。また、急性期病院と鹿島病院をあわせた総在院日数の比率は 91.8%であった。

表 3-16 中間ケア利用者・非利用者の平均在院日数の比率

	急性期病院			鹿島病院	合計
	集中的治療	待機	小計		
中間ケア利用者 /中間ケア非利用者	100.0	57.7	83.5	100.0	91.8

(5) 自宅退院率、再入院率、在宅継続率

1) ほぼ全員が自宅退院

鹿島病院入院後の転帰と自宅退院率を表 3-17 に示した。鹿島病院初回入院時の自宅退院率は 90.0%であった。また、鹿島病院入院時に中間ケアを中断して急性期病院などへ再入院後、再度鹿島病院に入院し、中間ケアを再開した後の自宅退院率は 95.0%であった。

表 3-17 鹿島病院入院後の転帰と自宅退院率

項目	カテゴリー	度数(%)
鹿島病院初回入院時	自宅退院	18 (90.0)
	再入院	2 (10.0)
鹿島病院初回入院時 + 急性期病院などへの再入院後	自宅退院	19 (95.0)
	再入院中	1 (5.0)

N=20

鹿島病院から自宅退院後 4 週間以内の再入院率は、10.0%であった(表 3-18)。「再入院あり」の 2 名はすべて「予期せぬ再入院」であった(表 3-19)。

鹿島病院退院から再入院までの日数は、平均 9.0 日であった(表 3-20)。

表 3-18 自宅退院 4 週間以内再入院率

項目	カテゴリー	度数(%)
再入院	あり	2 (10.0)
	なし	18 (90.0)

N=20

表 3-19 自宅退院 4 週間以内再入院区分

項目	カテゴリー	度数(%)
再入院区分	計画的再入院	0 (0.0)
	予期された再入院	0 (0.0)
	予期せぬ再入院	2 (100.0)

N=2

表 3-20 鹿島病院退院～再入院までの平均日数

	平均(日)	標準偏差
鹿島病院退院～再入院までの平均日数(標準偏差)	9.0	0.7

N=2

2) 退院後 3 ヶ月、6 ヶ月時点の在宅継続率は高い

自宅退院後の転帰と在宅継続率を表 3-21 に示した。鹿島病院から自宅退院した利用者(中間ケアを中断し、急性期病院再入院。その後中間ケアを再開して自宅退院した利用者も含む)のうち、今回の調査対象期間中に自宅退院 3 ヶ月、6 ヶ月時点まで追跡できた利用者の在宅継続率は、それぞれ 87.5%、75.0%であった。

表 3-21 自宅退院後の転帰と在宅継続率

項目	カテゴリー	度数(%)
退院後 3 ヶ月時点 (N=16)	在宅継続	14 (87.5)
	それ以外	2 (12.5)
退院後 6 ヶ月時点 (N=12)	在宅継続	9 (75.0)
	それ以外	3 (25.0)

自宅退院後の転帰が在宅継続以外の利用者の状況を表 3-22 に示した。3 ヶ月時点で在宅継続できなかった利用者 2 名のうち 1 名が「死亡」で、もう 1 名が「病院」への再入院であった。また、6 ヶ月時点で在宅継続できなかった利用者 3 名のうち 1 名は「死亡」で、あと 2 名は「病院」への再入院であった。

表 3-22 自宅退院後の転帰が在宅継続以外の利用者の状況

項目	カテゴリー	度数(%)
退院後 3 ヶ月時点 (N=2)	死亡	1 (50.0)
	病院(急性期と慢性期)	1 (50.0)
	施設	0 (0.0)
	その他	0 (0.0)
	不明	0 (0.0)
退院後 6 ヶ月時点 (N=3)	死亡	1 (33.3)
	病院(急性期と慢性期)	2 (66.7)
	施設	0 (0.0)
	その他	0 (0.0)
	不明	0 (0.0)

(6) 利用者の身体的・精神的・社会的状態

1) 鹿島病院入院中に利用者の多くは「改善」、その6割は退院6ヶ月後まで「維持」各時点でのADLを表3-23に示した。急性期病院退院時で最も多いのが「B」で、全体の58.9%で半数以上を占めていた。鹿島病院退院から日数が経過するにつれ、「自立」「J」「A」の占める割合が増えていた。

また、各時点での認知症状を表3-24に示した。急性期病院退院時から日数が経過するにつれ、「自立」の割合が増え、鹿島病院退院6ヶ月後時点では、全体の62.5%であった。

各時点での要介護度を表3-25に示した。「要支援」及び「要介護軽度」が全体の半数以上を占めていた。

表 3-23 時点別 A D L

	度数(%)						
	自立	J	A	B	C	不明	総数
急性期病院 退院時	0 (0.0)	1 (5.9)	3 (17.6)	10 (58.9)	3 (17.6)	0 (0.0)	17 (100.0)
鹿島病院 退院時	0 (0.0)	4 (21.1)	6 (31.6)	6 (31.6)	3 (15.7)	0 (0.0)	19 (100.0)
退院1週間後	1 (5.6)	7 (38.9)	4 (22.2)	4 (22.2)	2 (11.1)	0 (0.0)	18 (100.0)
3ヶ月後	0 (0.0)	5 (38.4)	4 (30.8)	2 (15.4)	2 (15.4)	0 (0.0)	13 (100.0)
6ヶ月後	0 (0.0)	2 (25.0)	2 (25.0)	2 (25.0)	2 (25.0)	0 (0.0)	8 (100.0)

表 3-24 時点別認知症状

	度数(%)							
	自立	I	II	III	IV	M	不明	総数
急性期病院 退院時	10 (58.8)	0 (0.0)	2 (11.8)	2 (11.8)	3 (17.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	17 (100.0)
鹿島病院 退院時	10 (52.5)	4 (21.1)	4 (21.1)	1 (5.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	19 (100.0)
退院1週間後	10 (55.5)	3 (16.7)	5 (27.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	18 (100.0)
3ヶ月後	7 (53.8)	2 (15.4)	3 (23.1)	1 (7.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	13 (100.0)
6ヶ月後	5 (62.5)	2 (25.0)	1 (12.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (100.0)

表 3-25 時点別要介護度

	度数(%)							
	自立	要支援	要介護 軽度	要介護 中度	要介護 重度	申請また は再申 請中	不明	総数
急性期病院 退院時	1 (5.9)	0 (0.0)	2 (11.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (82.4)	0 (0.0)	17 (100.1)
鹿島病院 退院時	2 (10.5)	4 (21.1)	6 (31.5)	1 (5.3)	5 (26.3)	1 (5.3)	0 (0.0)	19 (100.0)
退院1週間後	2 (11.1)	5 (27.8)	6 (33.3)	0 (0.0)	4 (22.2)	1 (5.6)	0 (0.0)	18 (100.0)
3ヶ月後	0 (0.0)	5 (38.5)	6 (46.1)	0 (0.0)	2 (15.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	13 (100.0)
6ヶ月後	0 (0.0)	2 (25.0)	3 (37.5)	0 (0.0)	2 (25.0)	0 (0.0)	1 (12.5)	8 (100.0)

急性期病院退院時から、鹿島病院退院時までのADL、認知症状、要介護度の変化を図3-4に示した。ADLは「改善」、認知症状は「維持」が最も多かった。要介護度は、いずれも同じ比率であった。

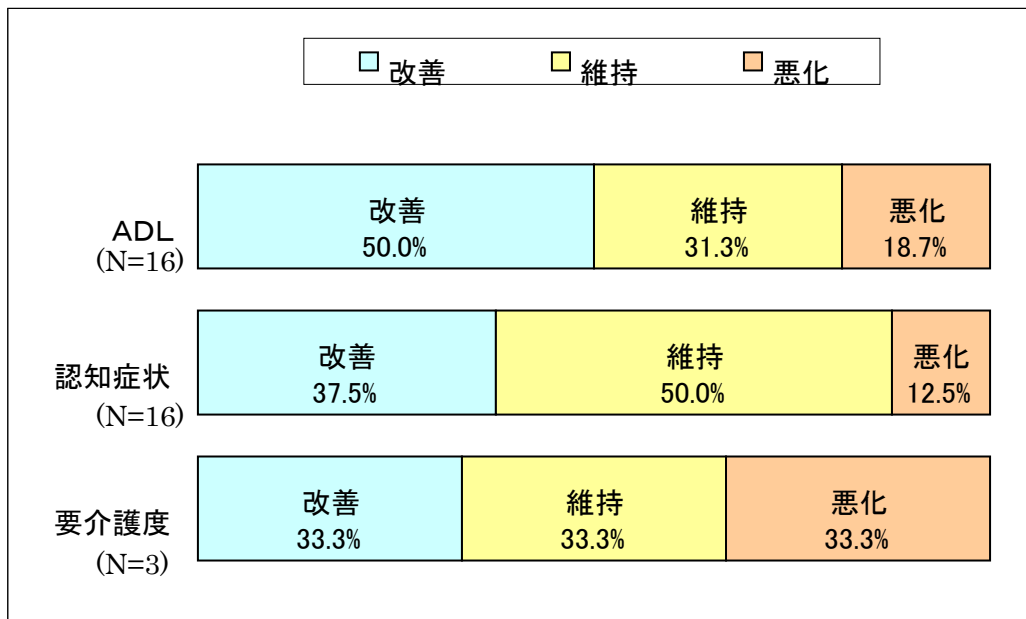


図 3-4 急性期病院退院時～鹿島病院退院時 状態変化

鹿島病院退院時から各時点までのADLの変化を、図3-5に示した。鹿島病院退院時から退院後3ヶ月は、「改善」、「維持」が46.2%であった。6ヶ月後は、「改善」が25.0%、「維持」が62.5%、「悪化」が12.5%であった。

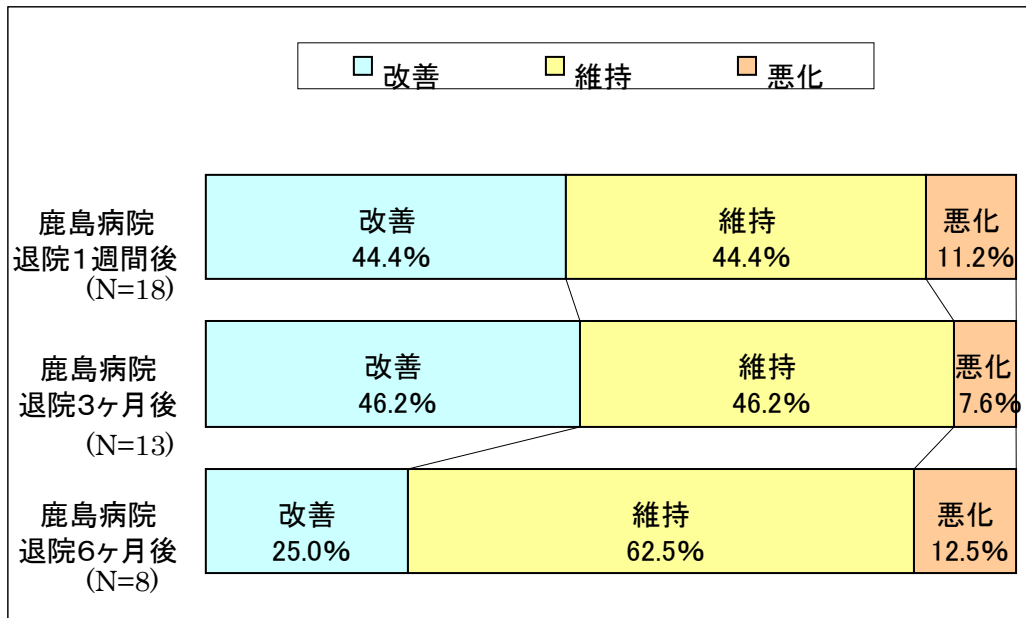


図3-5 鹿島病院退院後 ADLの変化

鹿島病院退院時から各時点までの認知症状の変化を、図3-6に示した。どの時点においても「維持」が最も多かった。

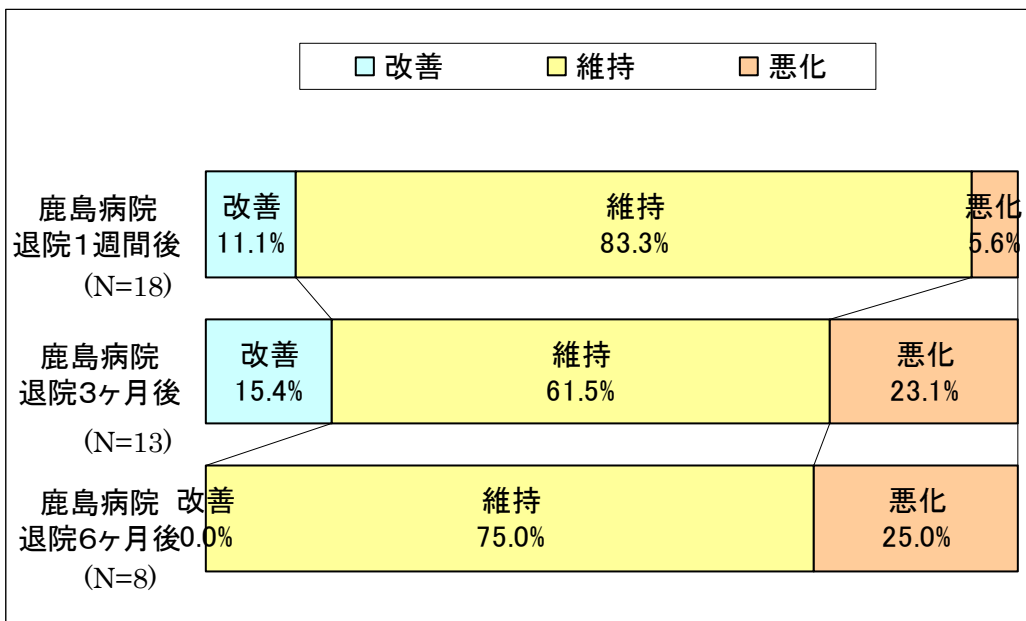


図3-6 鹿島病院退院後 認知症状の変化

鹿島病院退院時から各時点までの要介護度の変化を、図 3-7 に示した。鹿島病院退院時から退院 6 ヶ月後では、「改善」が 25.0%、「維持」が 62.5%、「悪化」が 12.5%であった。

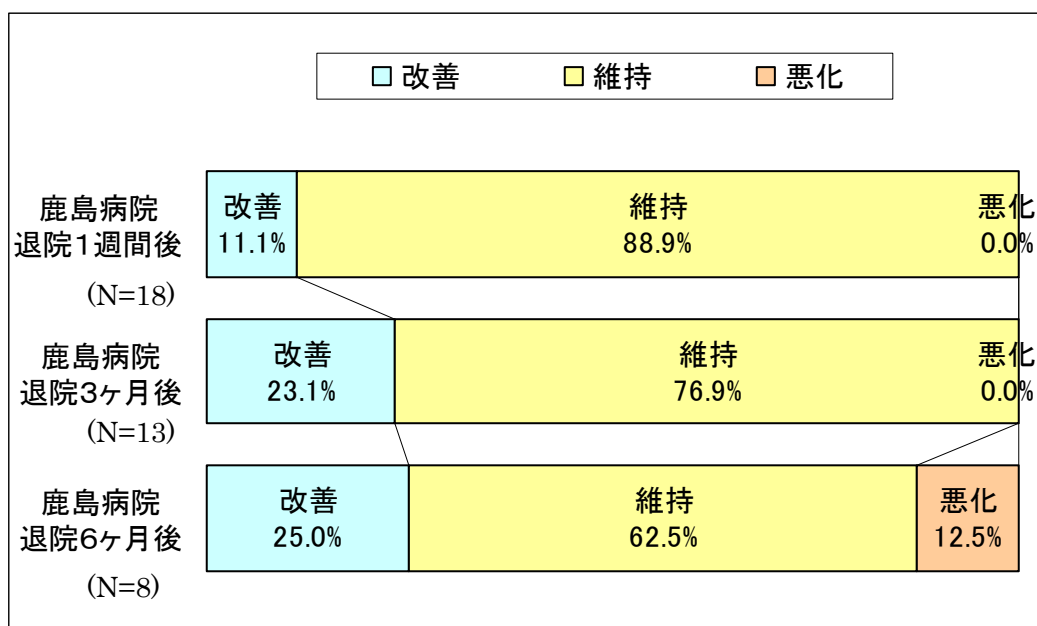


図 3-7 鹿島病院退院後 要介護度の変化

2) 医療区分は4割が改善

鹿島病院入院時と、退院時の医療区分を表 3-26 に示した。入院時は「区分1」が 31.6%、「区分2」が 57.9%、「区分3」が 10.5%であった。退院時は、「区分1」が 73.7%、「区分2」が 15.8%、「区分3」が 10.5%であった。

表 3-26 時点別医療区分

時 点	度数(%)			
	区分1	区分2	区分3	総数
鹿島病院入院時	6 (31.6)	11 (57.9)	2 (10.5)	19 (100.0)
退院時	14 (73.7)	3 (15.8)	2 (10.5)	19 (100.0)

また、鹿島病院入院時から退院時までの、医療区分の変化を、図 3-8 に示した。「改善」が 42.1%で、「維持」が 57.9%であった。

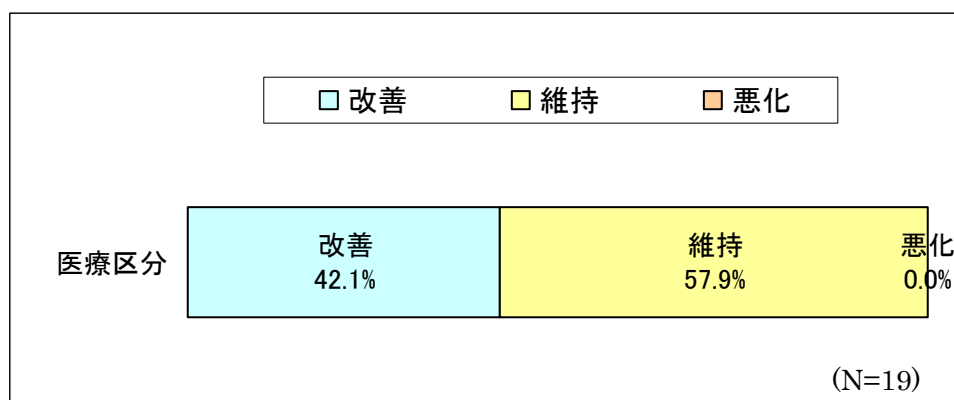


図 3-8 鹿島病院入院時～退院時 医療区分の変化

3) 退院 6 ヶ月後も外出頻度は 8 割が「維持」、社会的活動と交流頻度は「悪化」が多い各時点での利用者の外出頻度を表 3-27 に示した。鹿島病院退院 6 ヶ月後には、急性期病院入院前（急性期病院入院前 1 ヶ月以内の状態のよい時）と同じくらいの外出頻度となっていた。

また、各時点での社会的活動状況を表 3-28 に、交流頻度を表 3-29 に示した。鹿島病院退院後、徐々に社会的活動が多くなる一方で、交流頻度の少ない人が増え、退院後 6 ヶ月では、71.4%と全体の 3 分の 2 以上となっていた。

表 3-27 時点別外出頻度

時 点	度数(%)			
	4日以上	1～3日	外出なし	総数
急性期病院入院前	8 (53.3)	4 (26.7)	3 (20.0)	15 (100.0)
鹿島病院退院 1 週間後	5 (33.3)	5 (33.3)	5 (33.3)	15 (99.9)
3 ヶ月後	4 (50.0)	3 (37.5)	1 (12.5)	8 (100.0)
6 ヶ月後	3 (42.9)	3 (42.9)	1 (14.2)	7 (100.0)

表 3-28 時点別社会的活動状況

時 点	度数(%)			
	活動多	活動中	活動無	総数
急性期病院入院前	3 (20.0)	10 (66.7)	2 (13.3)	15 (100.0)
鹿島病院退院 1 週間後	2 (13.3)	10 (66.7)	3 (20.0)	15 (100.0)
3 ヶ月後	1 (12.5)	6 (75.0)	1 (12.5)	8 (100.0)
6 ヶ月後	1 (14.3)	4 (57.1)	2 (28.6)	7 (100.0)

表 3-29 時点別交流頻度

時 点	度数(%)			
	交流多	交流中	交流少	総数
急性期病院入院前	1 (6.7)	8 (53.3)	6 (40.0)	15 (100.0)
鹿島病院退院 1 週間後	2 (13.3)	3 (20.0)	10 (66.7)	15 (100.0)
3 ヶ月後	1 (12.5)	4 (50.0)	3 (37.5)	8 (100.0)
6 ヶ月後	0 (0.0)	2 (28.6)	5 (71.4)	7 (100.0)

急性期病院入院前（急性期病院入院前1ヶ月以内の状態のよい時）から鹿島病院退院後の各時点の外出頻度の変化を、図3-9に示した。急性期病院入院前から鹿島病院退院6ヶ月後では、「維持」が83.3%、「悪化」が16.7%であった。

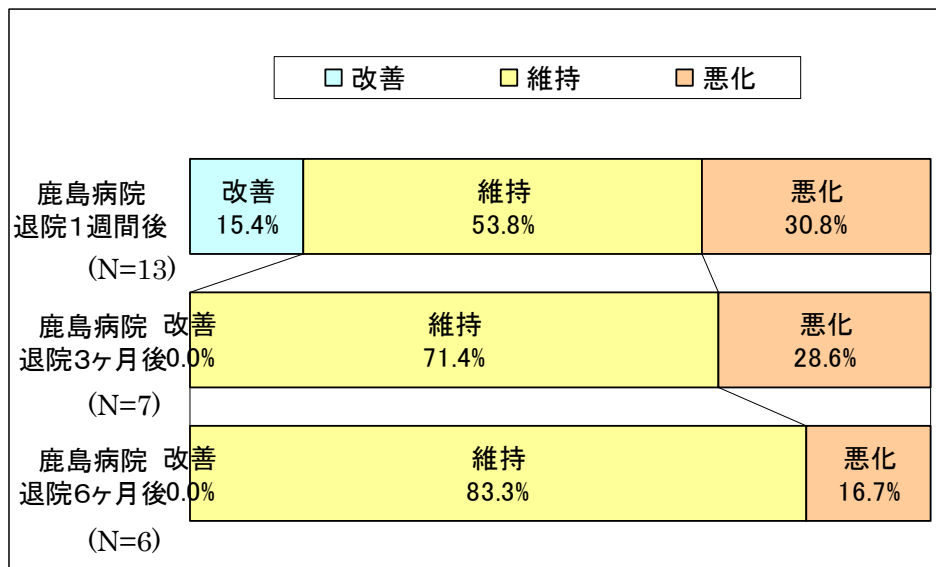


図3-9 鹿島病院退院後 外出頻度の変化

急性期病院入院前（急性期病院入院前1ヶ月以内の状態のよい時）から鹿島病院退院後の各時点の社会的活動状況の変化を、図3-10に示した。急性期病院入院前から鹿島病院退院6ヶ月後は、「改善」が16.7%、「維持」が33.3%で、「悪化」が50.0%であった。

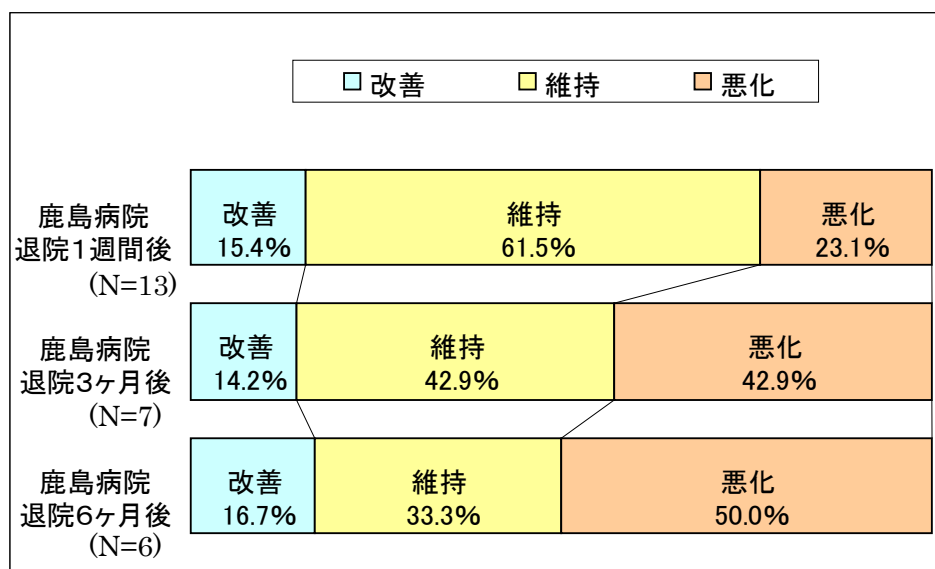


図3-10 鹿島病院退院後 社会的活動状況の変化

急性期病院入院前（急性期病院入院前1ヶ月以内の状態のよい時）から鹿島病院退院後の各時点の交流頻度の変化を、図3-11に示した。急性期病院入院前から鹿島病院退院1週間後は、「改善」もみられたが、6ヶ月後には、「改善」はなく、「維持」が33.3%で、「悪化」が66.7%であった。

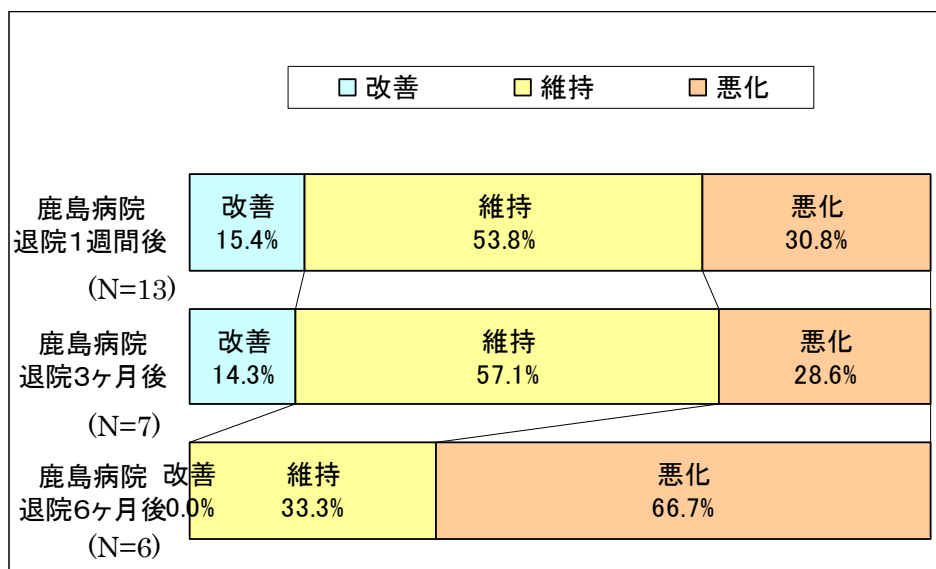


図3-11 鹿島病院退院後 交流頻度の変化

(7) 利用者・家族の抑うつ状態

各時点での、利用者の抑うつ状態を表3-30に示した。急性期病院退院時は、「うつ状態」が一番多く全体の41.7%であったが、日数経過とともに徐々に「抑うつなし」が多くなった。鹿島病院退院6ヶ月後では、「抑うつなし」が一番多く、全体の80.0%であった。

表3-30 時点別利用者の抑うつ

時 点	度数(%)			総数
	抑うつなし	うつ傾向	うつ状態	
急性期病院退院時	4 (33.3)	3 (25.0)	5 (41.7)	12 (100.0)
鹿島病院退院時	4 (28.6)	9 (64.3)	1 (7.1)	14 (100.0)
退院1週間後	5 (38.5)	5 (38.5)	3 (23.0)	13 (100.0)
3ヶ月後	5 (62.5)	3 (37.5)	0 (0.0)	8 (100.0)
6ヶ月後	4 (80.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	5 (100.0)

各時点での、家族の抑うつ状態を表 3-31 に示した。急性期病院退院時は、「抑うつなし」が 50.0%、「うつ傾向」が 35.7%、「うつ状態」が 14.3%であった。鹿島病院退院 6 ヶ月後では、「抑うつなし」が 57.1%、「うつ傾向」が 42.9%、「うつ状態」が 0.0%となっていた。

表 3-31 時点別家族の抑うつ

時 点	度数(%)			
	抑うつなし	うつ傾向	うつ状態	総数
急性期病院退院時	7 (50.0)	5 (35.7)	2 (14.3)	14 (100.0)
鹿島病院退院時	7 (46.7)	7 (46.7)	1 (6.6)	15 (100.0)
退院 1 週間後	8 (53.3)	6 (40.0)	1 (6.7)	15 (100.0)
3 ヶ月後	4 (50.0)	3 (37.5)	1 (12.5)	8 (100.0)
6 ヶ月後	4 (57.1)	3 (42.9)	0 (0.0)	7 (100.0)

急性期病院退院時から鹿島病院退院時の利用者と家族の抑うつの変化を図 3-12 に示した。利用者本人、家族ともに、「維持」が最も多かった。

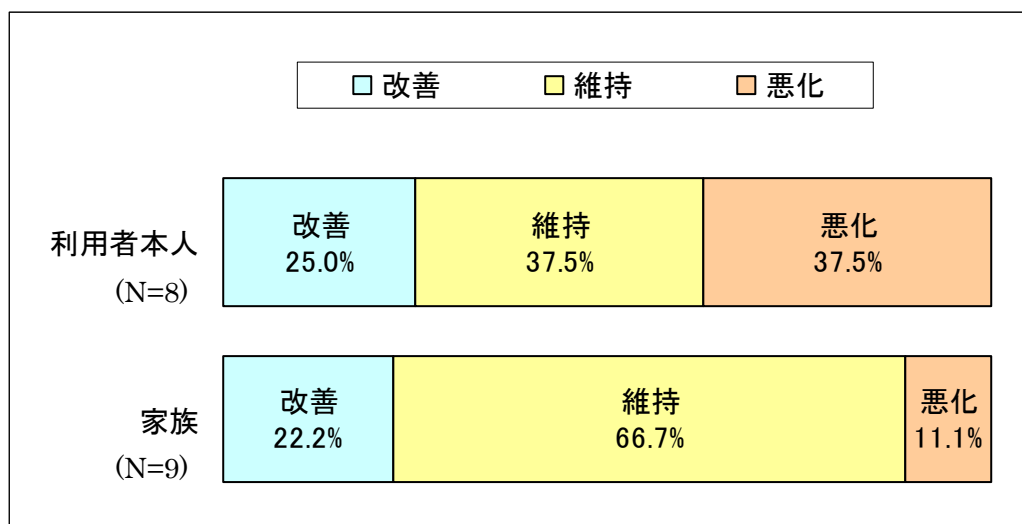


図 3-12 急性期病院退院時～鹿島病院退院時 抑うつの変化

鹿島病院退院時から各時点の利用者本人の抑うつの変化を図 3-13 に示した。鹿島病院退院後 3 ヶ月後時点では「改善」37.5%、6 ヶ月後時点では 60.0%と「改善」が多くなり、「悪化」が少なくなった。

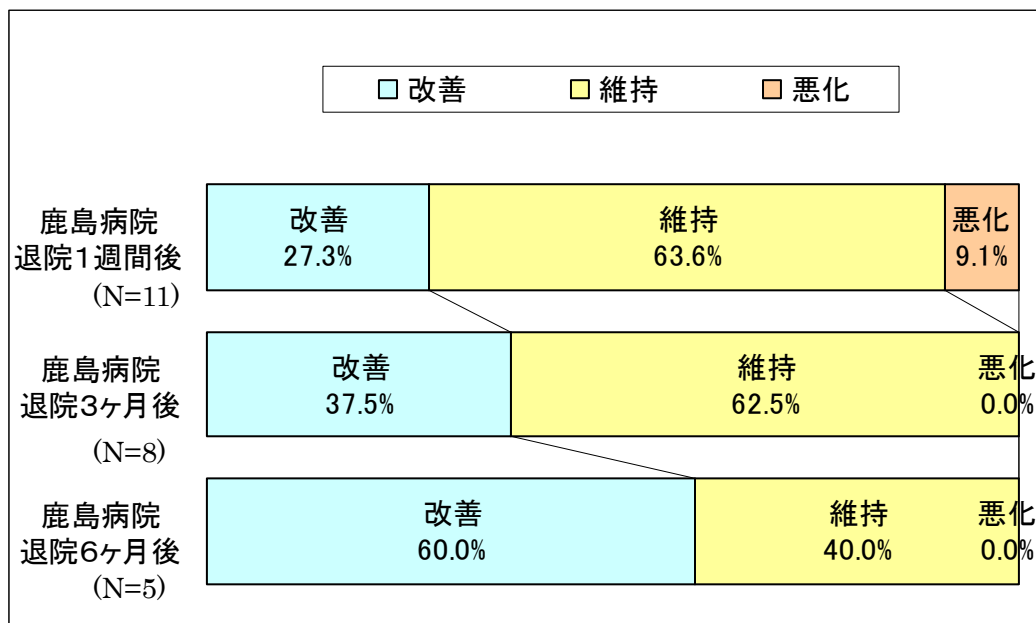


図 3-13 鹿島病院退院後 利用者本人の抑うつの変化

鹿島病院退院時から各時点の家族の抑うつの変化を図 3-14 に示した。退院 3 ヶ月後時点では「改善」28.6%、退院 6 ヶ月後時点では 14.3%と日数が経過するにつれ、「改善」の割合が少なくなり、「維持」の割合が大幅に増えた。

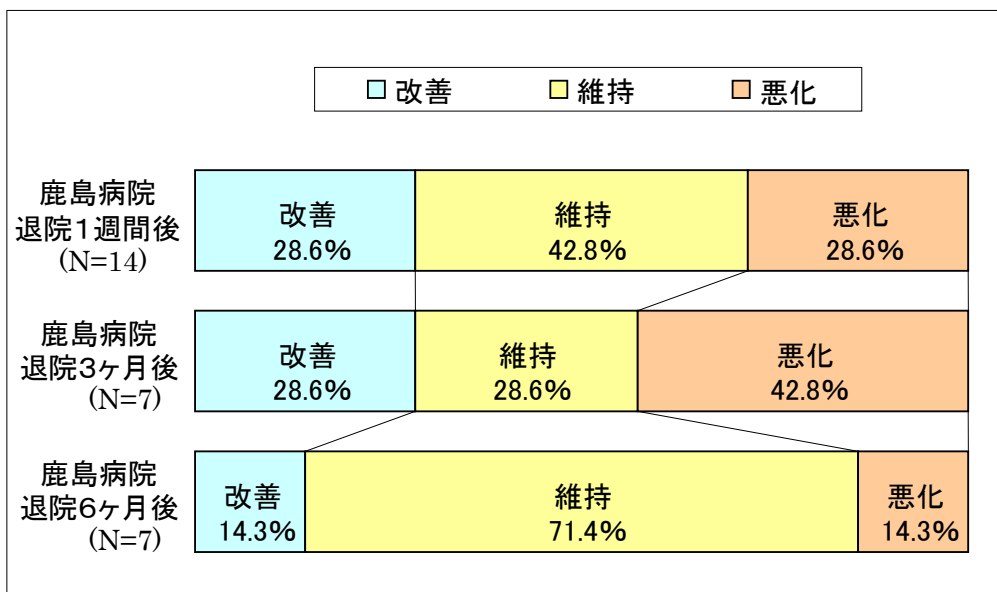


図 3-14 鹿島病院退院後 家族の抑うつの変化

(8) 利用者・家族の入院サービス満足度

1) 急性期病院、鹿島病院とも利用者の退院支援の満足度は高い

利用者本人の急性期病院入院サービス満足度を表 3-32 に示した。全項目の平均は 4.0(5 点満点)であった。 の医療・看護、 の全体的な満足度、 の退院支援の満足度に 関わる項目では比較的高かった。 食生活、 入院期間、 退院決定から退院までの期間 に関しては、満足度はやや低かった。

利用者本人の鹿島病院入院サービス満足度を表 3-33 に示した。全項目の平均は 5 点満点 で 3.9 であった。 のスタッフのケア、 の退院支援はともに 4.2 と比較的高かった。

の入院サービスの全体評価に関する満足度は、やや低かった。

表 3-32 利用者の急性期病院入院サービス満足度全項目の平均(標準偏差)

項 目	平均	標準偏差
① スタッフ(病院職員)は私が安心できるように対応していた	4.1	1.0
② スタッフ(病院職員)は私の意見を十分にくみとっていた	4.1	1.0
③ スタッフ(病院職員)は私の要望にすばやく答えていた	3.8	0.9
④ スタッフ(病院職員)には遠慮せず何でも話すことができた	3.8	0.9
⑤ スタッフ(病院職員)は私の健康に十分気配りをしていた	4.0	1.0
⑥ スタッフ(病院職員)は親身になって私のケアをしていた	4.2	1.0
⑦ ナースコールへの対応は十分満足のいくものであった	4.2	1.0
⑧ またこの病院に入院しようと思う	4.1	1.1
⑨ この病院への入院を家族や知人にもすすめたいと思う	4.2	0.9
⑩ 入院中安心して入院生活を送ることができた	4.2	1.0
⑪ トイレやふる場などの共用設備を気持ちよく使用できた	4.2	0.5
⑫ 病室や病棟内の設備に不満を感じることはなかった	3.8	1.1
⑬ 入院中の食生活に十分満足した	3.7	0.8
⑭ 入院期間は必要な医療を受けるには十分な長さであった	3.5	1.1
⑮ 退院が決まってから実際に退院するまでの時間はちょうどよかった	3.5	1.3
⑯ スタッフ(病院職員)の退院に向けての支援は適切だった	4.4	0.5
全 体	4.0	1.0

N=13

表 3-33 利用者の鹿島病院入院サービス満足度全項目の平均（標準偏差）

項 目	平均	標準偏差
① スタッフ（病院職員）は私が安心できるように対応していた	4.1	0.6
② スタッフ（病院職員）は私の意見を十分にくみとっていた	4.2	0.5
③ スタッフ（病院職員）は私の要望にすばやく答えていた	4.0	0.6
④ スタッフ（病院職員）には遠慮せずに何でも話すことができた	4.1	0.6
⑤ スタッフ（病院職員）は私の健康に十分気配りをしていた	4.1	0.5
⑥ スタッフ（病院職員）は親身になって私のケアをしていた	4.2	0.5
⑦ ナースコールへの対応は十分満足のいくものであった	3.6	0.6
⑧ またこの病院に入院しようと思う	3.5	0.8
⑨ この病院への入院を家族や知人にもすすめたいと思う	3.5	0.7
⑩ 入院中安心して入院生活を送ることができた	4.1	0.5
⑪ トイレやふる場などの共用設備を気持ちよく使用できた	4.0	0.8
⑫ 病室や病棟内の設備に不満を感じることはなかった	3.4	1.0
⑬ 入院中の食生活に十分満足した	3.8	0.7
⑭ 入院期間は必要な医療を受けるには十分な長さであった	3.9	0.5
⑮ 退院が決まってから実際に退院するまでの時間はちょうどよかった	4.0	0.6
⑯ スタッフ（病院職員）の退院に向けての支援は適切だった	4.2	0.4
全 体	3.9	0.7

N=13

2) 家族も退院支援の満足度は高い

利用者の家族の急性期病院入院サービス満足度を表 3-34 に示した。全項目の平均は 5 点中 3.6 であった。退院支援の満足度が最も高かった。

表 3-34 家族の急性期病院入院サービス満足度全項目の平均（標準偏差）

項 目	平均	標準偏差
① 患者が安心して療養生活を送れるようになった	4.0	0.9
② 患者への適切な医療が継続・確保された	3.8	1.3
③ 医療費などの自己負担が軽減した	3.1	1.0
④ 家族が安心して患者と関われるようになった	3.9	1.0
⑤ 家族が疲弊状態から解放された	3.4	1.0
⑥ 患者・家族が社会参加できるようになった	3.0	0.9
⑦ 入院期間は必要な医療を受けるには十分な長さであった	3.4	1.0
⑧ 退院が決まってから実際に退院するまでの時間はちょうどよかった	3.0	1.0
⑨ 退院に向けての支援は適切だった	4.3	0.7
全 体	3.6	1.1

N=14

利用者の家族の鹿島病院入院サービス満足度を表 3-35 に示した。全項目の平均は 5 点中 3.9 であった。「患者が安心して療養生活を送れるようになった」、「患者への適切な医療が継続・確保された」、「退院に向けての支援は適切だった」が 4.1 と最も高かった。

表 3-35 家族の鹿島病院入院サービス満足度全項目の平均（標準偏差）

項 目	平均	標準偏差
① 患者が安心して療養生活を送れるようになった	4.1	0.6
② 患者への適切な医療が継続・確保された	4.1	0.8
③ 医療費などの自己負担が軽減した	3.2	0.9
④ 家族が安心して患者と関われるようになった	4.0	0.6
⑤ 家族が疲弊状態から解放された	3.9	0.8
⑥ 患者・家族が社会参加できるようになった	3.5	1.0
⑦ 入院期間は必要な医療を受けるには十分な長さであった	4.0	0.4
⑧ 退院が決まってから実際に退院するまでの時間はちょうどよかった	4.0	0.4
⑨ 退院に向けての支援は適切だった	4.1	0.8
全 体	3.9	0.8

N=15

家族からみた急性期病院における医療ソーシャルワーカーらの貢献を表 3-36 に示した。

「患者が安心して療養生活をおくれるようになった」と思う人の割合が一番多かった。続いて「患者への適切な医療が継続・確保された」、「退院に向けての支援は適切だった」が多かった。

表 3-36 家族からみた急性期病院医療ソーシャルワーカーらの貢献（上位 3 位）

項 目	1位	2位	3位
① 患者が安心して療養生活を送れるようになった	4 (33.4)	3 (27.2)	0 (0.0)
② 患者への適切な医療が継続・確保された	3 (25.0)	1 (9.1)	4 (36.3)
③ 医療費などの自己負担が軽減した	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
④ 家族が安心して患者と関われるようになった	1 (8.3)	1 (9.1)	3 (27.3)
⑤ 家族が疲弊状態から解放された	1 (8.3)	2 (18.2)	1 (9.1)
⑥ 患者・家族が社会参加できるようになった	0 (0.0)	1 (9.1)	0 (0.0)
⑦ 入院期間は必要な医療を受けるには十分な長さであった	0 (0.0)	1 (9.1)	0 (0.0)
⑧ 退院が決まってから実際に退院するまでの時間はちょうどよかった	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
⑨ 退院に向けての支援は適切だった	3 (25.0)	2 (18.2)	3 (27.3)

N=12

家族からみた鹿島病院における医療ソーシャルワーカーの貢献を表 3-37 に示した。急性期病院と同様、「患者が安心して療養生活をおくれるようになった」と思う人の割合が一番多かった。

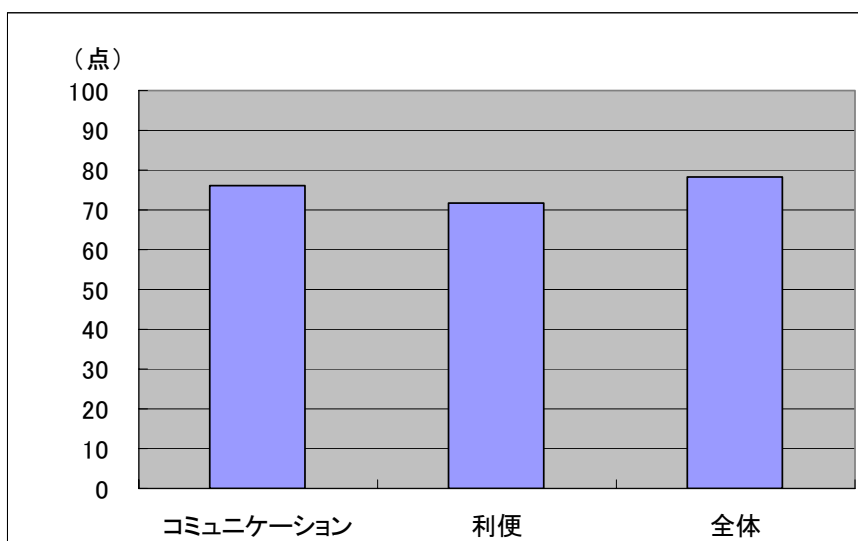
表 3-37 家族からみた鹿島病院医療ソーシャルワーカーの貢献（上位 3 位）

項 目	1位	2位	3位
① 患者が安心して療養生活を送れるようになった	5 (45.4)	4 (36.3)	0 (0.0)
② 患者への適切な医療が継続・確保された	4 (36.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
③ 医療費などの自己負担が軽減した	0 (0.0)	1 (9.1)	0 (0.0)
④ 家族が安心して患者と関われるようになった	0 (0.0)	1 (9.1)	3 (27.3)
⑤ 家族が疲弊状態から解放された	0 (0.0)	1 (9.1)	2 (18.1)
⑥ 患者・家族が社会参加できるようになった	0 (0.0)	1 (9.1)	1 (9.1)
⑦ 入院期間は必要な医療を受けるには十分な長さであった	1 (9.1)	0 (0.0)	1 (9.1)
⑧ 退院が決まってから実際に退院するまでの時間はちょうどよかった	1 (9.1)	0 (0.0)	1 (9.1)
退院に向けての支援は適切だった	0 (0.0)	3 (27.3)	3 (27.3)

N=11

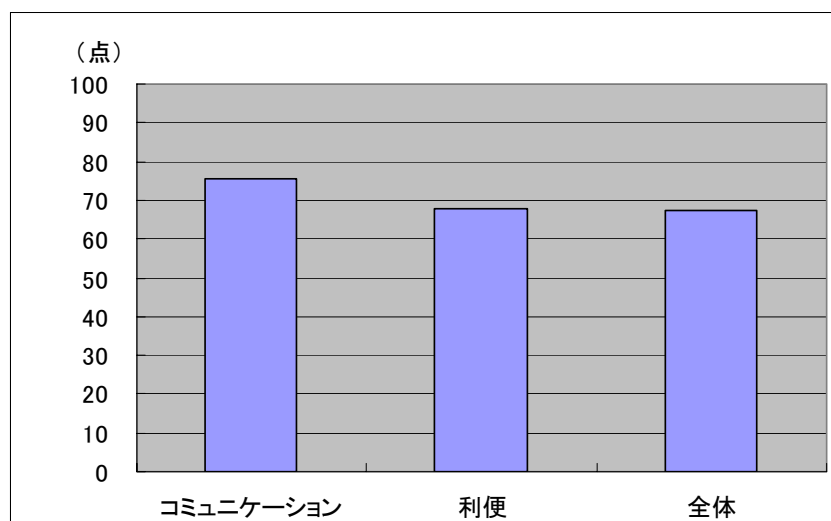
3) 急性期病院、鹿島病院ともコミュニケーションの満足度が最も高い

利用者本人の 3 つの下位カテゴリー別の急性期病院入院満足度を図 3-15 に、利用者本人の鹿島病院入院満足度を図 3-16 に示した。急性期病院、鹿島病院とも、いずれの下位カテゴリーでも 70 点前後であった。



N=13

図 3-15 利用者の下位カテゴリー別急性期病院入院満足度



N=13

図 3-16 利用者の下位カテゴリ別鹿島病院入院満足度

(9) 医療ソーシャルワーカーらの支援効果

1) 患者・家族の社会参加効果は少ない

急性期病院医療ソーシャルワーカーらの支援効果を表 3-38 に示した。全項目の平均は 5 点満点で 3.5 であった。「患者への適切な医療が継続・確保された」、「退院に向けての支援は適切だった」の評価が高く、「医療費などの自己負担が軽減した」、「患者・家族が社会参加できるようになった」、「地域の『生活力』『福祉力』が強化された」の評価が低かった。

鹿島病院医療ソーシャルワーカーの支援効果を表 3-39 に示した。全項目の平均は 5 点満点で 3.8 であった。「家族が安心して患者と関われるようになった」、「必要な医療を受けるのに十分な入院期間を確保できた」、「職種間連携、チーム医療の実施がスムーズになった」、「治療計画・看護計画がスムーズに遂行された」の評価が高く、「医療費などの自己負担が軽減した」、「家族が疲弊状態から解放された」、「患者・家族が社会参加できるようになった」が比較的低かった。

急性期病院における医療ソーシャルワーカーらの貢献を表 3-40 に示した。「患者への適切な医療が継続・確保された」と思う人の割合が 50.0% と一番多かった。また、「家族が疲弊状態から解放された」と思う人も多かった。

鹿島病院における医療ソーシャルワーカーの貢献を表 3-41 に示した。「必要な医療を受けるのに十分な入院期間を確保できた」と思う人の割合が一番多かった。また、「職種間連携、チーム医療の実施がスムーズになった」と思う人も多かった。

表 3-38 急性期病院医療ソーシャルワーカーらの支援効果の全項目の平均（標準偏差）

項 目	平均	標準偏差
① 患者が安心して療養生活を送れるようになった	4.0	0.8
② 患者への適切な医療が継続・確保された	4.3	1.0
③ 医療費などの自己負担が軽減した	2.8	0.4
④ 家族が安心して患者と関われるようになった	3.6	0.9
⑤ 家族が疲弊状態から解放された	3.2	0.8
⑥ 患者・家族が社会参加できるようになった	2.9	0.5
⑦ 必要な医療を受けるのに十分な入院期間を確保できた	3.8	0.8
⑧ 退院が決まってから実際に退院するまでの時間はちょうどよかった	3.8	1.0
⑨ 退院に向けての支援は適切だった	4.0	0.8
⑩ 職種間連携、チーム医療の実施がスムーズになった	3.6	0.8
⑪ 治療計画・看護計画がスムーズに遂行された	3.5	0.8
⑫ 地域の機関間の連携の実現・強化につながった	4.3	0.8
⑬ 地域の医療・福祉関係者の連携がスムーズになった	3.6	0.7
⑭ 地域の「生活力」「福祉力」が強化された	2.9	0.4
⑮ 多様な社会資源の活用・拡充・開発につながった	3.1	0.6
⑯ 医療・福祉・介護などの費用全体の節減につながった	3.0	0.4
全 体	3.5	0.9

N=16

表 3-39 鹿島病院医療ソーシャルワーカーらの支援効果の全項目の平均（標準偏差）

項 目	平均	標準偏差
① 患者が安心して療養生活を送れるようになった	3.9	0.3
② 患者への適切な医療が継続・確保された	4.1	0.5
③ 医療費などの自己負担が軽減した	3.6	0.7
④ 家族が安心して患者と関われるようになった	3.8	0.6
⑤ 家族が疲弊状態から解放された	3.5	0.6
⑥ 患者・家族が社会参加できるようになった	3.4	0.7
⑦ 必要な医療を受けるのに十分な入院期間を確保できた	4.1	0.4
⑧ 退院が決まってから実際に退院するまでの時間はちょうどよかった	3.9	0.4
⑨ 退院に向けての支援は適切だった	3.9	0.6
⑩ 職種間連携、チーム医療の実施がスムーズになった	4.1	0.6
⑪ 治療計画・看護計画がスムーズに遂行された	4.1	0.5
⑫ 地域の機関間の連携の実現・強化につながった	3.7	0.7
⑬ 地域の医療・福祉関係者の連携がスムーズになった	3.7	0.7
⑭ 地域の「生活力」「福祉力」が強化された	3.5	0.7
⑮ 多様な社会資源の活用・拡充・開発につながった	3.7	0.7
⑯ 医療・福祉・介護などの費用全体の節減につながった	3.9	0.5
全 体	3.8	0.6

N=18

表 3-40 急性期病院医療ソーシャルワーカーらの貢献（上位3位）

項 目	1位	2位	3位
① 患者が安心して療養生活を送れるようになった	1 (6.3)	0 (0.0)	2 (12.5)
② 患者への適切な医療が継続・確保された	8 (50.0)	3 (18.8)	1 (6.3)
③ 医療費などの自己負担が軽減した	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
④ 家族が安心して患者と関われるようになった	1 (6.3)	3 (18.8)	3 (18.8)
⑤ 家族が疲弊状態から解放された	4 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
⑥ 患者・家族が社会参加できるようになった	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
⑦ 必要な医療を受けるのに十分な入院期間を確保できた	0 (0.0)	2 (12.5)	0 (0.0)
⑧ 退院が決まってから実際に退院するまでの時間はちょうどよかった	0 (0.0)	1 (6.3)	2 (12.5)
⑨ 退院に向けての支援は適切だった	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
⑩ 職種間連携、チーム医療の実施がスムーズになった	0 (0.0)	2 (12.5)	2 (12.5)
⑪ 治療計画・看護計画がスムーズに遂行された	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
⑫ 地域の機関間の連携の実現・強化につながった	2 (12.5)	4 (25.0)	4 (25.0)
⑬ 地域の医療・福祉関係者の連携がスムーズになった	0 (0.0)	1 (6.3)	2 (12.5)
⑭ 地域の「生活力」「福祉力」が強化された	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
⑮ 多様な社会資源の活用・拡充・開発につながった	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
⑯ 医療・福祉・介護などの費用全体の節減につながった	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

N=16

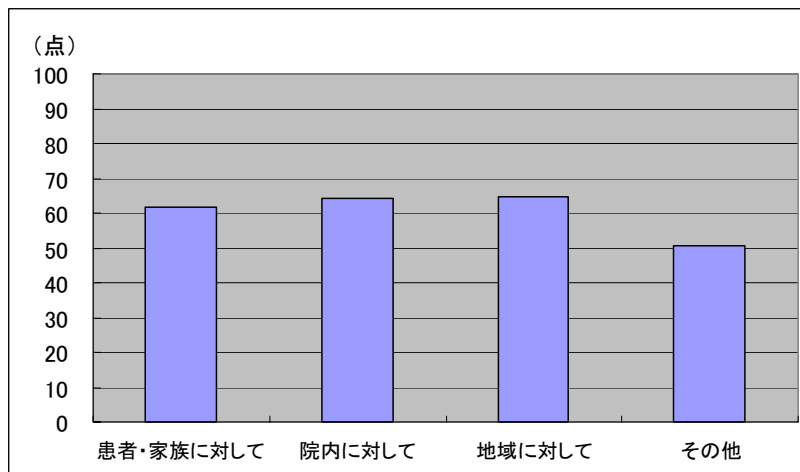
表 3-41 鹿島病院医療ソーシャルワーカーらの貢献（上位3位）

項 目	1位	2位	3位
① 患者が安心して療養生活を送れるようになった	2 (11.1)	1 (5.6)	0 (0.0)
② 患者への適切な医療が継続・確保された	1 (5.6)	1 (5.6)	2 (11.1)
③ 医療費などの自己負担が軽減した	1 (5.6)	1 (5.6)	0 (0.0)
④ 家族が安心して患者と関われるようになった	1 (5.6)	0 (0.0)	4 (22.2)
⑤ 家族が疲弊状態から解放された	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
⑥ 患者・家族が社会参加できるようになった	0 (0.0)	1 (5.6)	1 (5.6)
⑦ 必要な医療を受けるのに十分な入院期間を確保できた	5 (27.8)	2 (11.1)	1 (5.6)
⑧ 退院が決まってから実際に退院するまでの時間はちょうどよかった	1 (5.6)	1 (5.6)	2 (11.1)
⑨ 退院に向けての支援は適切だった	1 (5.6)	2 (11.1)	1 (5.6)
⑩ 職種間連携、チーム医療の実施がスムーズになった	4 (22.2)	4 (22.2)	2 (11.1)
⑪ 治療計画・看護計画がスムーズに遂行された	2 (11.1)	1 (5.6)	1 (5.6)
⑫ 地域の機関間の連携の実現・強化につながった	0 (0.0)	1 (5.6)	0 (0.0)
⑬ 地域の医療・福祉関係者の連携がスムーズになった	0 (0.0)	2 (11.1)	2 (11.1)
⑭ 地域の「生活力」「福祉力」が強化された	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.6)
⑮ 多様な社会資源の活用・拡充・開発につながった	0 (0.0)	1 (5.6)	0 (0.0)
⑯ 医療・福祉・介護などの費用全体の節減につながった	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.6)

N=18

2) 急性期病院では地域、鹿島病院では院内に対する効果大

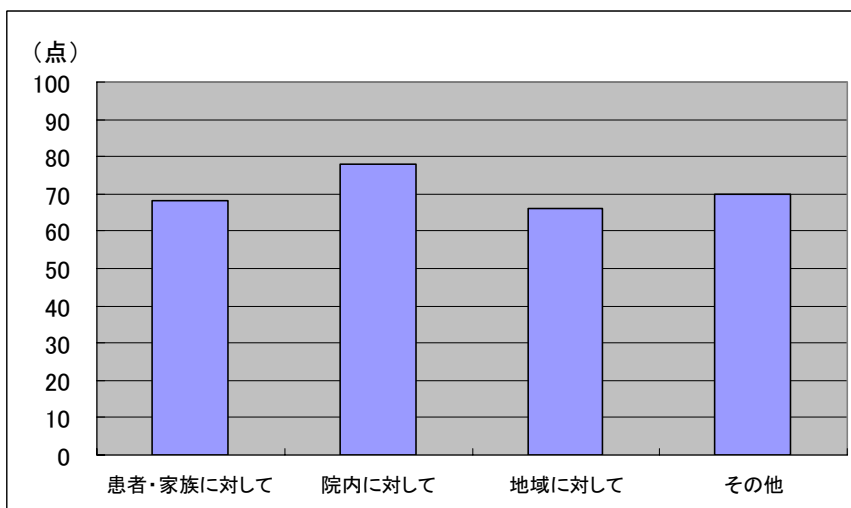
急性期病院医療ソーシャルワーカーらの支援効果を図 3-17 に示した。4 カテゴリーのいずれもが 50～60 点台であり大きな差はなかった。そのなかでは、「地域に対して」が最も高く、「その他」が最も低かった。



N=16

図 3-17 急性期病院医療ソーシャルワーカーら下位カテゴリー別支援効果

鹿島病院医療ソーシャルワーカーの支援効果を図 3-18 に示した。いずれも 60～70 点台であった。4 カテゴリーのなかでは「院内に対して」が最も高く、「地域に対して」が最も低かった。



N=18

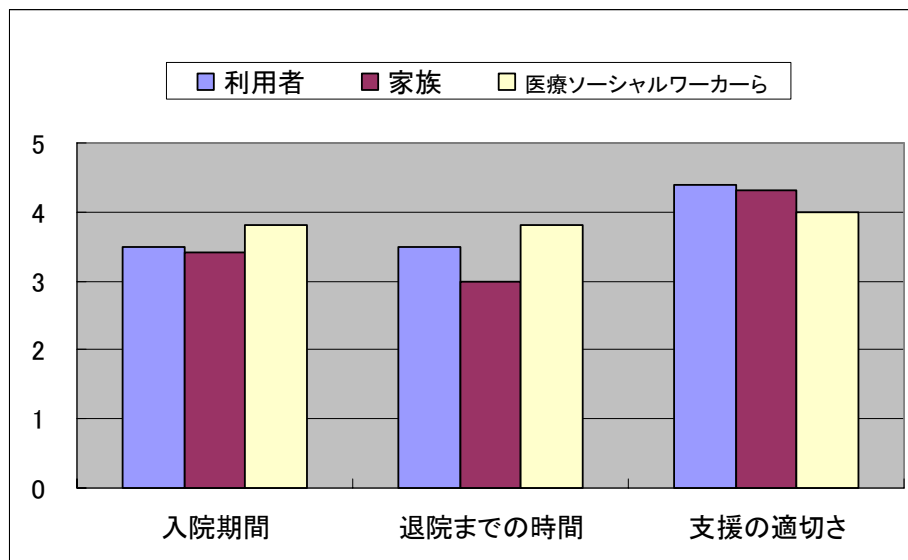
項目 その他 = 「多様な社会資源の活用・拡充・開発につながった」
 「医療・福祉・介護などの費用全体の節減につながった」

図 3-18 鹿島病院医療ソーシャルワーカー下位カテゴリー別支援効果

(10) 利用者・家族、医療ソーシャルワーカーらの支援評価の比較

1) 急性期病院の「退院までの時間」の評価に若干の差

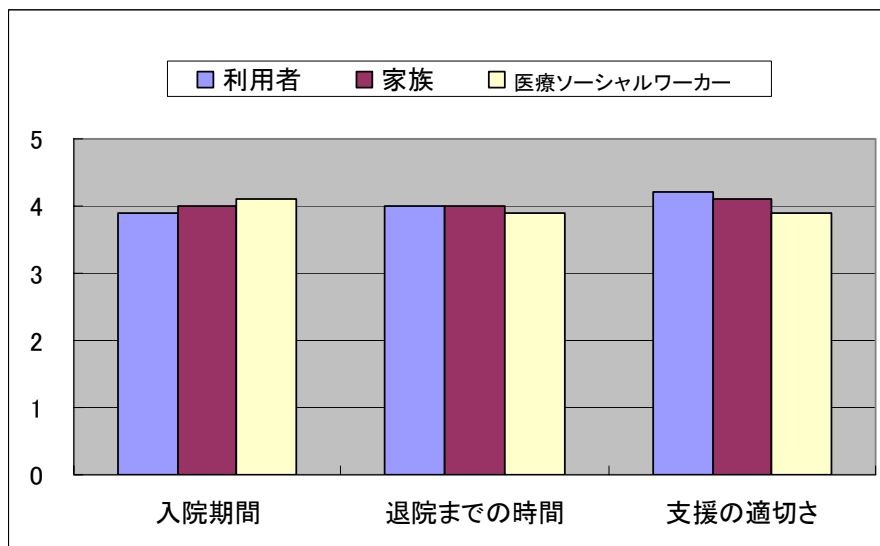
急性期病院における「入院期間」、「退院までの時間」、「支援の適切さ」の評価の比較を図3-19に示した。「支援の適切さ」は、利用者、家族、医療ソーシャルワーカーらともに、ほぼ満足していた。「入院期間」、特に「退院までの時間」では、家族と医療ソーシャルワーカーらの間に若干の満足度の差がみられ、家族は他の二者よりやや低い評価をしていた。



利用者=13、家族=14、医療ソーシャルワーカーら=16

図3-19 急性期病院における退院支援などへの評価の比較

鹿島病院における「入院期間」、「退院までの時間」、「支援の適切さ」の評価の比較を図3-20に示した。利用者、家族、医療ソーシャルワーカーらともに、ほぼ同じ点数であり、おおむね満足していた。また、「入院期間」と「退院までの時間」では、利用者、家族とも急性期病院より慢性期病院のほうの点数が、やや高かった。

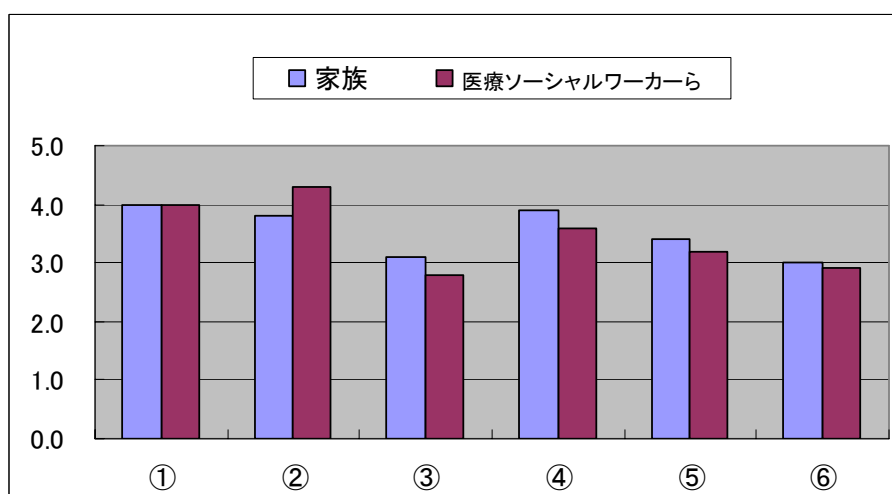


利用者=13、家族=15、医療ソーシャルワーカー=18

図 3-20 鹿島病院における退院支援などへの評価の比較

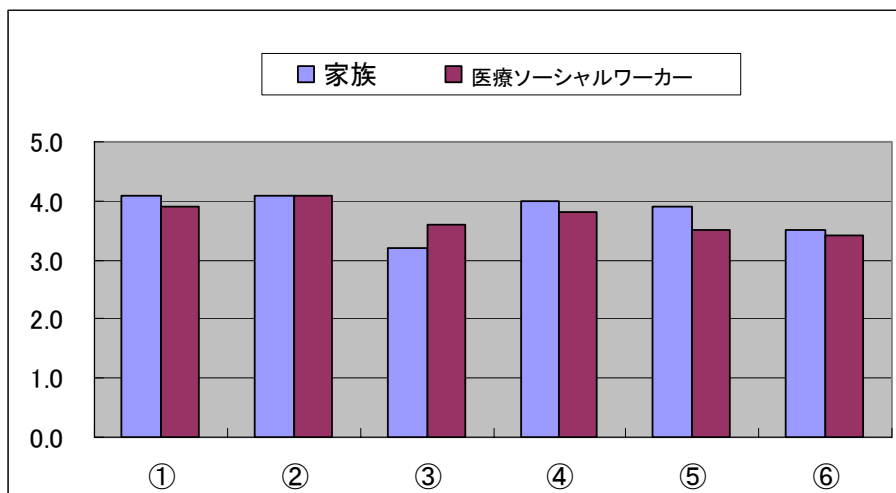
2) 家族と医療ソーシャルワーカーらともに自己負担軽減の評価は低い

急性期病院と鹿島病院それぞれに、家族と医療ソーシャルワーカーらの支援評価の比較を図 3-21、図 3-22 に示した。両病院とも家族と医療ソーシャルワーカーらの評価はいずれの項目においてもほぼ一致していた。急性期病院では「患者が安心して療養生活を送れるようになった」、「患者への適切な医療が継続・確保された」はともにやや高く、「医療費などの自己負担が軽減した」はともにやや低い評価であった。鹿島病院では、「患者が安心して療養生活を送れるようになった」、「患者への適切な医療が継続・確保された」、「家族が安心して患者と関われるようになった」の評価がともに高く、やはり「医療費などの自己負担が軽減した」の評価がともに低かった。



家族=14、医療ソーシャルワーカーら=16

図 3-21 急性期病院 家族・医療ソーシャルワーカーらの支援評価の比較



家族=15、医療ソーシャルワーカー=18

項目

- 患者が安心して療養生活を送れるようになった
- 患者への適切な医療が継続・確保された
- 医療費などの自己負担が軽減した
- 家族が安心して患者と関われるようになった
- 家族が疲弊状態から解放された
- 患者・家族が社会参加できるようになった

図 3-22 鹿島病院 家族・医療ソーシャルワーカーの支援評価の比較

(11) 社会的費用

1) 一人当たりの社会的総費用は約 451 万円

急性期病院入院費用、鹿島病院入院費用等の社会的費用を表 3-42 に示した。総費用の平均は、約 451 万円であった。そのうち医療費用の平均は約 428 万円、介護費用の平均は約 23 万円であった。医療費用のうち、急性期病院での費用の平均は約 263.5 万円、鹿島病院での費用の平均は約 164.5 万円であった。

表 3-42 社会的費用

カテゴリー	平均	標準偏差
急性期病院入院分		
保険給付分	2,439,137.1	2,356,585.0
保険給付外分	16,492.6	30,458.1
自己負担分	40,171.2	34,732.0
小計	2,495,800.9	2,392,650.9

(前ページから続く)

鹿島病院入院分		
保険給付分	941,541.8	450,550.9
保険給付分(療養費)	110,490.1	55,135.8
保険給付外分	1,896.8	4,110.4
小計	1,053,928.6	503,872.3
鹿島病院入院中急性期病院外来分		
保険給付分	5,186.5	11,099.9
保険給付外分	470.6	1,288.8
自己負担分	23.5	64.4
小計	5,680.6	11,286.9
鹿島病院退院後急性期病院外来分		
保険給付分	60,466.5	233,336.8
保険給付外分	288.2	1,152.9
自己負担分	752.9	2,992.8
小計	61,507.6	237,481.9
鹿島病院退院後鹿島病院外来分		
保険給付分	79,278.2	204,572.8
保険給付分(療養費)	0.0	0.0
保険給付外分	0.0	0.0
小計	79,278.2	204,572.8
鹿島病院退院後急性期病院再入院分		
保険給付分	71,440.0	210,590.4
保険給付外分	314.7	1,075.4
自己負担分	1,040.4	2,963.6
小計	72,795.1	214,105.3
鹿島病院退院後鹿島病院再入院分		
保険給付分	465,165.3	901,382.2
保険給付分(療養費)	45,626.4	86,774.6
保険給付外分	1,097.8	3,222.1
小計	511,889.5	988,149.8
鹿島病院退院後介護・医療サービス分		
保険給付分	232,912.9	321,241.5
保険給付外分	0.0	0.0
小計	232,912.9	321,241.5
総費用		
医療費用計	4,280,880.5	2,760,663.9
介護費用計	232,912.9	321,241.5
小計	4,513,793.5	2,926,346.6
総費用		
急性期病院計	2,635,784.2	2,433,533.8
鹿島病院計	1,645,096.4	1,132,137.5
在宅サービス計	232,912.9	321,241.5
合計	4,513,793.5	2,926,346.6

N=17

単位：円

また、急性期病院入院費用、鹿島病院入院費用、鹿島病院入院中の急性期病院外来費用の一日当たりの平均費用を表 3-43 に示した。

急性期病院入院時の一日当たりの平均医療費用は 43,810.6 円、鹿島病院入院時の一日当たりの平均医療費用は 17,307.3 円であった。

表 3-43 1 日当たりの医療費用

カテゴリー	平均	標準偏差
急性期病院入院分		
保険給付分	42,776.2	14,724.0
保険給付外分	349.0	787.9
自己負担分	685.4	187.2
小 計	43,810.6	15,025.7
鹿島病院入院分		
保険給付分	15,441.4	5,097.1
保険給付分（療養費）	1,840.6	588.6
保険給付外分	25.3	61.8
小 計	17,307.3	5,615.8
鹿島病院入院中急性期病院外来分		
保険給付分	142.7	265.2
保険給付外分	20.5	56.8
自己負担分	1.0	2.8
小 計	164.2	279.3

N=17

単位：円

2) 中間ケアにより入院費用を 11.8%削減

(4) で算出した平均(モデル)在院日数と、平均待機日数、ここで算出した 1 日当たりの医療費用から、中間ケア利用者と非利用者の急性期病院と鹿島病院を合わせた入院医療(モデル)費用を算出した(表 3-44)。中間ケア利用者が約 305.5 万円、中間ケア非利用者が約 346 万円であった。

また、中間ケア利用者と非利用者の急性期病院と鹿島病院を合わせた入院医療(モデル)費用の比率を表 3-45 に示した。中間ケア非利用者に対する中間ケア利用者の比率は、88.2%であった。中間ケアにより 11.8%の費用節減が可能であったことになる。

表 3-44 中間ケア利用者・非利用者の入院医療(モデル)費用の比較

カテゴリー	急性期病院			鹿島病院	合計
	集中的治療	待機	小計		
中間ケア利用者	1,502,703.60	556,394.60	2,059,098.20	996,900.50	3,055,998.70
中間ケア非利用者	1,502,703.60	963,833.20	2,466,536.80	996,900.50	3,463,437.30

単位:円

表 3-45 中間ケア利用者・非利用者の入院医療（モデル）費用の比率

	急性期病院			鹿島病院	合計
	集中的治療	待機	小計		
中間ケア利用者 / 中間ケア非利用者	100.0	57.7	83.5	100.0	88.2

第3節 考察とまとめ

(1) 中間ケア利用者の特徴と在院日数

利用者の平均年齢は79.1歳であり、その多くは高齢者と思われた。急性期病院入院時主傷病名は、骨折系、呼吸器系疾患が多かったが、他は多様であった。入院目的と医療内容の多くが「治療とリハビリ」であった。これらより、中間ケア利用者は、回復期リハビリ病棟入院患者と同様、リハビリの提供が主な目的の1つになっているが、傷病などの点でより広範囲の利用者を対象としていることが示された。

鹿島病院退院時の主介護者の介護力は、「介護力十分あり群」、「中間群」が約7割を占めていた。このことは、急性期病院において中間ケアの利用者を発見・特定するにあたり、医療ソーシャルワーカーらは、中間ケアの目標である自宅退院可能な利用者を、家族介護力を含め、的確にアセスメントしていたことを示唆している。

中間ケア利用者の、急性期病院における平均在院日数は48.0日、鹿島病院では57.6日であった。松江赤十字病院急性期病床の平均在院日数は14.7日、全病床でも17.5日であり、中間ケア利用者はその3倍強であった。鹿島病院において、中間ケア利用者の多くが入院する医療療養病棟の平均在院日数は153.9日であり、中間ケア利用者はその約1/3であった（松江赤十字病院、鹿島病院の平均在院日数は2006年度）。中間ケアのポイントの1つである、鹿島病院において比較的短期の入院医療と提供するという計画は、ほぼ踏襲されていた。

(2) 急性期病院退院前カンファレンスの実際

急性期病院における退院前カンファレンスは、76.5%の利用者で実施されていた。急性期病院、慢性期病院の職員だけでなく、多くの場合、在宅サービス部門職員、利用者・家族も出席していた。合意事項は、主には「鹿島病院での支援目標と支援計画」であり、「在宅における支援目標と支援計画」まで合意できたのは4割程度であったことが確認できた。

急性期病院退院前カンファレンス開催率、各職種の出席が高かったのは、参加により、急性期病院、慢性期病院、在宅サービス部門の職員に、支援目標・計画の共通認識が生まれ、その後の支援を効果的にすすめる原動力の1つにもなっていることを、出席者が認識

できたからであると考えられる。また、利用者・家族が今後の療養や生活に見通しをもてるようになり、出席した職員がその場でそのこと了解できたためと考えられる。

(3) 急性期病院入院～医療ソーシャルワーカーらの初回面接までの日数

急性期病院入院～病院医療ソーシャルワーカーらの初回面接日までの平均日数は 25.0 日、急性期病院医療ソーシャルワーカーらの初回面接日～退院までの日数は 31.0 日であった。中間ケア利用者の平均在院日数は 48.0 日であり、そのほぼ中間日に医療ソーシャルワーカーらが初回面接日を行い、その後約 1 ヶ月で退院したことになる。

表 3-46 は、中間ケア利用者を含む三者の入院～初回面接～退院までの日数を比較したものである。島根医科大学附属病院（現島根大学医学部附属病院）は、松江市に近い島根県出雲市にある特定機能病院である。名城病院（名古屋市）は、退院支援システムを構築している病院である。いずれも急性期病院である点は共通している。

平均在院日数は、中間ケア利用者と島根医科大学ではほぼ同じ、名城病院は両者より 1 割程度長かった。入院～初回面接までの平均日数は、中間ケア利用者では 25.0 日、島根医科大学 22.3 日、名城病院 22 日と、在院日数が最長の名城病院が最も短く、在院日数の最も短い中間ケア利用者が三者のなかでは最も長かった。初回面接～退院までの日数は、中間ケア利用者では 31.0 日、島根医科大学 26.4 日と、中間ケアがやや長かった。

いずれも、利用者は医療ソーシャルワーカーらによる退院支援が必要であり、要介護状態にある方が多かった（中谷ら、2005。小林、2006）。そのため、病状がある程度安定し、退院支援が必要との判断をするまでに、一定程度の日数を要する。一方で、中谷ら（2005）が島根医科大学の現状に関して指摘しているように、退院支援システムの未整備により、そうした利用者の発見・特定が遅れた可能性もある。地域、調査時期、利用者の状態などが異なるため、厳密な比較はできなが、上記を見る限り、中間ケア利用者が入院した急性期病院では、中間ケアを含む退院支援の必要な利用者の発見・特定のツールやシステムの整備に課題を残している可能性がある。

(4) 待機日数、在院日数の減少

中間ケア利用者の平均待機日数は 12.7 日であり、中間ケア非利用者の平均待機日数 22.0 日と比較すると 42.3%減少していた。中間ケア利用者の待機日数が減少したのは、中間ケアシステムによると考えられる。具体的には、急性期病院における中間ケア利用者の発見・特定のツールやシステムの開発・利用による退院支援の遅れの改善、もう 1 つは、鹿島病院に中間ケア用ベッドを常時数床確保していることによると考えられる。ただし、中間ケア用ベッドは、満床であることも多く、その場合は新規利用者を受け入れられないため、待機日数は長期化する。また、急性期病院と鹿島病院との間で中間ケア利用者像をめぐり、

若干の意見の違いがあり、その一致のために待機日数が延びることもあった。これらの要因を1つずつ解決していけば、待機日数をさらに減少させられる可能性がある。

表3-47は、中間ケア利用者と熊本市の脳卒中患者らの待機日数を比較したものである。熊本市の待機日数は最短で4.3日、最長でも7.3日であり、中間ケア利用者の待機日数の約3～4割である。この待機日数の短さは、地域連携パスの開発・利用、病院間ネットワークの構築など、熊本市で先駆的に実践されてきた地域連携システムの成果によるものと考えられる。ただし、表3-48に見られるように、熊本市の病院病床数は全国平均の2倍弱であり、病床「過多」となっている。病床数だけが、待機日数を決定するわけではない。しかし、人口対の入院を必要とする患者数、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設などの定員数はほぼ同じと仮定した場合、病院病床数が多ければ、スムーズに入院でき、待機日数を短くできる可能性は非常に高い。

同じく表3-48に見られるように、松江市の病床数も全国平均の1.5倍程度であり、熊本市ほどではないが、相当多いことも事実である。

粗い比較であるが、これらのことから、前記の中間ケア利用者の待機日数を減少させる要因を1つずつ除外していけば、待機日数をより短縮できる可能性があると考えられる。

表3-46 入院～初回面接～退院までの平均日数の比較

	在院 日数	入院日～ 初回 面接日	初回 面接日～ 退院日
中間ケア利用者	48.0	25.0	31.0
島根医科大学地域医療連携センターによる退院支援患者	49.1	22.3	26.4
名城病院医療ソーシャルワーカーによる退院支援患者(2004年度)	56	22	(23)

出所) 中谷ら(2005)3、小林(2006)759

注) 名城病院の「初回面接日～退院日」は「退院支援期間」

表3-47 待機日数の比較

地 域 連 携	待機日数
中間ケア	12.7
急性期病院～熊本機能病院(1999年度)	7.3
同 上 (2002年度)	4.3
国立熊本病院～A病院 (2003年)	6.6
国立熊本病院～B病院 (2003年)	5.8

出所) 今村ら(2005)401、徳永ら(2004)881

表 3-48 松江市、熊本市の人口 10 万対病院病床数

	総数(順位)	一般病床	療養病床
全 国	1,273.1(一)	713.0	274.1
松江市	1,879.4(一)	1,150.5	290.9
熊本市	2,163.1(6)	1,134.0	606.9
島根県	1,641.7(14)	900.3	371.8
熊本県	1,966.7(3)	880.4	577.1

資料) 厚生労働省『平成 18 年医療施設調査』。

松江市分は上記と『平成 17 年国勢調査』より計算。

注) 順位: 熊本市は 54 都市(16 大都市 + 38 中核市)中。

島根県・熊本県は 47 都道府県中。

中間ケア利用者の平均在院日数は、中間ケア非利用者平均モデル在院日数と比較して、急性期病院では 16.5%、急性期病院と鹿島病院をあわせた総在院日数でも 8.2%減少させることができた。中間ケアにより、待機日数だけでなく、総在院日数も短縮可能であることが示された。前記のように待機日数をより短縮できれば、急性期病院在院日数、総在院日数ともに、さらに短縮できる可能性があると言えよう。

(5) 高い自宅退院率、在宅継続率

中間ケア利用者の自宅退院率は、90.0%であった。鹿島病院に入院後、急性増悪などにより中間ケアを中断し、急性期病院に再入院した後に中間ケアを再開した利用者では 95.0%であった。ほとんどの利用者は、当初の支援目標どおり自宅退院していた。自宅退院後の在宅継続率は、退院後 3 ヶ月時点では 87.5%、6 ヶ月時点では 75.0%であり、ともに高い比率を保っていた。これらのことは、中間ケア利用者の決定方法が適切であり、しかもその後の急性期病院および鹿島病院における医療・リハビリや退院支援の提供が適切であったことを示していると言えよう。

一方で、在宅継続できなかった利用者は、退院後 3 ヶ月時点では 12.5%、6 ヶ月時点では 25.0%存在していた。その理由は、「死亡」と「病院」への入院であった。これらの在宅中断には、回避できた可能性があるのか、あるいはそうでないかは不明であり、その検討は今後の課題である。

(6) 利用者の身体的・精神的・社会的状態と利用者・家族の抑うつの変化

多くの中間ケア利用者の ADL、認知症状、要介護度は、鹿島病院入院中に、急性期病院入院前よりも「改善」するか、その状態を「維持」していた。自宅退院 1 週間後、3 ヶ月後、6 ヶ月後でも、9 割前後の利用者が、退院時 ADL、要介護度を「改善」または「維持」させていた。認知症状は、自宅退院 3 ヶ月後、6 ヶ月後時点では、1/4 が「悪化」し

ていた。

社会的状態のうち外出頻度は、自宅退院後の時間の経過に従い、急性期病院入院前の状態に戻る利用者が増加していた。しかし、社会的活動状況と交流頻度は、時間の経過に従い、入院前より「悪化」する利用者の比率が増加していた。

利用者の抑うつ状態は、時間が経過するにつれて「改善」するが多かった。家族の抑うつは、自宅退院後3ヶ月時点では「悪化」が4割と目立ったが、自宅退院後6ヶ月時点では「改善」と「維持」をあわせると8割を超えていた。

全体として、利用者の身体的・精神的状態、利用者・家族の抑うつ状態は、鹿島病院入院中および自宅退院後も比較的安定していたと言ってよい。これに対して社会的状態は、外出頻度以外は「悪化」していた。利用者の身体的・精神的状態や、利用者・家族の抑うつ状態が比較的安定していたのは、中間ケアや自宅退院後のサービス・支援によるところが大きいと考えられる。

今回は、鹿島病院退院時の在宅サービス利用状況は調査しなかった。中間ケア利用者の鹿島病院退院前カンファレンスの2割に通所介護職員が、4割に通所リハビリ職員が出席していたことから考えると、利用者の半数近くが通所系サービスを利用していたと見ることができる。このことから、自宅退院後も、利用者の外出頻度が比較的「維持」されていたのは、通所介護や通所リハビリによる部分が大きいと考えられる。その一方で、利用者の身体的・精神的状態は比較的安定していたにもかかわらず、社会的活動状況や交流頻度の「悪化」が比較的多かった。このことは、病院、とくに鹿島病院における退院前カンファレンスや、自宅退院後のケアプランの内容を、利用者の社会関係や社会参加の維持・向上という観点から再検討する必要があることを示唆している。

(7) 医療ソーシャルワーカーらの支援評価と利用者・家族による評価

急性期病院、鹿島病院ともに退院「支援の適切さ」に関する利用者、家族、医療ソーシャルワーカーら自身の評価は比較的高かった。利用者・家族の退院「支援の適切さ」の評価は、病院職員全体に対するものであり、医療ソーシャルワーカーらだけに限定したものではない。しかし、退院支援を中心的に担う職種の1つが医療ソーシャルワーカーらであることを考えると、この評価のうちのいくらかは医療ソーシャルワーカーらへの評価とみて差し支えない。

急性期病院医療ソーシャルワーカーらの自己評価によると、「地域に対して」の支援効果は、比較的高かった。鹿島病院においては、「院内に対して」の支援効果が高かった。前者に関しては、鹿島病院や鹿島病院居宅介護支援事業所、他の居宅介護支援事業所などの地域連携を構築し、前進させたことが大きく影響していると考えられる。後者は、医療ソーシャルワーカーが中心となり、中間ケアシステムづくりを、病棟を含む病院内職員に働きかけ、その成果が見られるようになってきたことが大きいと考えられる。

このことより、医療ソーシャルワーカーらは、個別援助だけではなく、地域連携システムづくりのために、地域や病院内に対して働きかけることが重要であると自ら考えていることが示唆された。中間ケアシステムを含む松江市における地域連携の実践に直接参加したことも、こうした評価をするようになった一因になったと考えられる。

(8) 社会的費用の節減

中間ケア利用者の急性期病院入院費用は約 201 万円、中間ケア非利用者（モデル）では約 248 万円であった。急性期病院と鹿島病院の合計では、中間ケア利用者は約 305 万円、中間ケア非利用者（モデル）は約 346 万円であった。中間ケアにより、急性期病院だけでは 16.5%、2 病院を合わせると 11.8%の費用節減をしていたことになる。このことより、中間ケアは、これまで見てきた種々の成果を上げているだけでなく、費用節減も同時に果たしていることが明らかになった。

(9) 本研究の限界

第 1 は、中間ケア調査対象者は 22 名であり、大量観察という点では限界があることである。とくに自宅退院後 3 ヶ月時点、6 ヶ月時点の調査対象者は一桁台であることから、今回の分析結果をもって、中間ケアの中期的スパンの評価を確定することはできない。

第 2 は、中間ケア利用者と非利用者との比較方法である。在院日数、社会的費用に関する比較は、中間ケア非利用者モデルとの比較であり、それがどの程度非利用者の現実を反映しているかに関しては、慎重に検討しなければならない。また、その他の項目・指標では、対照群との比較・検討はできなかった。

第 3 は、部分的に、信頼性、妥当性の検証されていない尺度を用いたことである。利用者の社会的状態や、医療ソーシャルワーカーらの支援効果に関しては、筆者が検索した限りでは、信頼性、妥当性の検証された尺度は見当らなかった。前者については先行研究を参考して、筆者が独自に作成した。後者は、京極ら（2006）の「医療ソーシャルワーカー支援効果指標」を用いた。また、いくつかの独自指標も用いた。さらに、厚生省「障害老人の日常生活自立と（寝たきり度）判断基準」、「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」、「要介護度」、「医療区分」は、松江赤十字病院、鹿島病院の臨床において実際に活用されているために、今回の調査で用いることにした。しかし、厳密な意味で信頼性、妥当性が検証されているわけではない。

おわりに 規模の大きな都市でも可能

以上、中間ケア利用者・家族の急性期病院～慢性期病院～自宅退院後 6 ヶ月時点までの

追跡調査をもとに、中間ケアと、そこでの医療ソーシャルワーカーの支援評価、主にはアウトカム評価を、総合的・多面的に行ってきた。これらの検討により、中間ケアはほぼ当初の計画どおり実施されており、利用者・家族にとっても、医療ソーシャルワーカーらの専門職にとっても、病院経営や社会的費用の節減という観点からも、おおむね良好な成果が得られていることが明らかになった。

第1部・第1章で述べたように、中間ケアのフィールドである松江市の人口は約20万人であり、病院数も十数である。病院職員同士の「顔のみえやすい地域」である。しかし、そうした比較的規模の小さい地域であっても、中間ケアなどの実施前は、利用者の退院支援などに関する共通の認識が形成されていたとは言い難い状況もあった。中間ケアシステムづくりを行う過程で、支援開始や転院のタイミング、情報提供の方法などに関する共通認識ができてきたという面があるのも事実である。

大都市や中核都市などには、同一中学校区内にでさえ複数の大規模病院が存在している。そうした地域では、病院職員が直接顔をあわせて地域連携をすすめるには、不利な面があるのは確かである。しかし、中間ケアの例が示しているように、規模の小さな都市であっても、以前から十分な連携があったわけではない。限られた病院間の連携からはじまり、次第に地域全体に拡大していったのである。大都市や中核都市などにおいても、日常的につながりのある病院間において、まず地域連携を進め、そこを核に複数の病院が参加して地域連携システムを形成していくことができれば、中間ケアあるいは、類似のシステムを導入することは、十分可能であると考えられる。

中間ケアシステム調査は、現在も継続中である。調査終了は、2008年秋頃の予定である。その後、調査対象者数を増加させ、より精度の高い分析を行う予定である。

今回は、全般的に不十分な分析しかできなかった。急性期病院入院～医療ソーシャルワーカーによる初回面接までの日数、待機日数を除いては、他の研究結果との比較もできなかった。これらの不十分な点へのアプローチは、急性期病院退院前カンファレンス開催の有無とその後の利用者の状態との関連、在宅継続の要因分析などと合わせて、今後の課題としたい。

文献

- 尾藤誠司・鈴鴨よしみ・福原俊一(2005)「入院患者用患者満足度の開発 下位尺度と項目の再設定と再検証：HPSQ-25 から HPSQ-13 へ」、『医療マネジメント学会誌』6(2)、423-428
- 尾藤誠司(2002)「入院患者用満足度尺度の開発～概念設定から質問紙票作成と妥当性検証までのプロセスの紹介～」、『メディカル・クォール』96、26-29
- 今村隆志・徳永誠・渡邊進ほか(2005)「脳卒中患者の転院待機日数の年次推移」、『病院』64(5)400-403
- John Young et al (2005) *Final Report for the Department of Health: A Multi-Centre Study to Evaluate Community Hospital Care for Older People (The 'PATCH' study)*
- 小林江里香・杉原陽子・深谷太郎・秋山弘子・Jersey Liang「配偶者の有無と子どもとの距離が高齢者の友人・近隣ネットワークの構造・機能に及ぼす効果」、『老年社会科学』

26(4)、438-450

- 小林哲朗 (2006) 「医療ソーシャルワーカーの働きを検証する エビデンスを指向した医療ソーシャルワーク」、『病院』65(9)、758-762
- 京極高宣・村上須賀子ほか (2006) 『財団法人在宅医療助成勇美記念財団 2005 年度在宅医療助成調査研究報告書 わが国の在宅医療における医療ソーシャルワーカー実践事例の調査研究 医療ソーシャルワーカーの国家資格化と養成カリキュラムのあり方を求めて』67
- 中谷久恵・上岡澄子・鈴木真貴子ほか (2005) 「特定機能病院の地域医療連携センターを利用した患者の追跡調査による在宅ケアの要因分析」、『島根医科大学紀要』27、1-5
- 岡田晋吾 (2007) 「はじめに」、『岡田晋吾編『地域連携パスの作成術・活用術』、医学書院、1-2
- 岡本秀明・岡田進一・白澤政和 (2005) 「農村部における高齢者の社会活動と生活満足度との関連 社会活動に対する参加意向に着目して」、『社会福祉学』46(1)、63-73
- 診療報酬調査専門組織 DPC 評価分科会 (代表 松田晋哉) (2005) 「再入院に係わる調査について」
- 高橋龍太郎 (1999) 「うつ病のスクリーニング」、『小澤利夫・江藤文夫・高橋龍太郎『高齢者の生活機能評価ガイド』医歯薬出版、43-50
- 徳永誠・渡邊進・橋本洋一郎 (2004) 「急性期脳梗塞患者の転院待機日数の検討」、『リハビリテーション医学』41(12)、880-883
- 矢富直美 (1994) 「日本老人における老人用うつスケール (GDS) 短縮版の因子構造と項目特性の検討」、『老年社会科学』16(1)、29-36

第4章 初期・短期支援研究

金子 努

第4章では、中間ケアに携わる医療ソーシャルワーカー及び介護支援専門員（以下、ケアマネジャーとする）を対象に実施した聞き取り調査をもとに、中間ケアの初期・短期支援における医療ソーシャルワーカーの役割・機能について検討する。

中間ケアの導入に当たっては、一人の患者が入院から転院を経て在宅に復帰するまでをマネジメントすること、一連のプロセスに存在する「危険」（制度・機関を越えて移動するとき）を無事移動できるように支援すること、が期待された。中間ケアシステムを整備していくに当たり、医療ソーシャルワーカーが、どのように中間ケアシステムづくりへ参加・関与しているか、そして、機関間の連携ができるようどの段階からどのような支援を開始しているかを明らかにすることで、中間ケアの初期・短期段階での支援、その継承・共有方法を検討する。

第1節 聞き取り調査・研究の目的

中間ケアでは、急性期病院から在宅間移行の待機期間短縮による患者の廃用、意欲低下などの予防、慢性期病院での比較的短期・中期の入院医療と在宅医療との連携が期待される。

この聞き取り調査・研究では、次の4点を目的とした。

- (1) 長期療養患者を対象とした、中間ケアの評価研究とそこでの医療ソーシャルワーカーの役割・機能を明らかにすること
- (2) 医療ソーシャルワークの初期・短期支援方法、初期プランの他機関医療ソーシャルワーカー等との共有、継承方法を明らかにすること
- (3) 限られた在院日数の中でも実行可能な初期ケアプランの支援目標設定、その後のケアプラン共有・継承が可能な条件を検討すること
- (4) 早期発見と介入・支援システムの評価研究とそこでの医療ソーシャルワーカーの役割・機能を明らかにすること

第2節 聞き取り調査の対象

聞き取り調査では、医療ソーシャルワーカーおよびケアマネジャーを対象に行った。

まず、医療ソーシャルワーカーおよびケアマネジャーが共に携わった中間ケア活用事例を選定した。中間ケア活用事例については、この調査・研究の目的に合致する事例、特に中間ケアを利用して慢性期病院を退院し、一定期間以上在宅療養を継続させている患者と

その患者のうち、医療依存度が比較的高く、在宅生活の満足度も高い患者を対象事例とした。

その上で、その事例に携わった(1)医療ソーシャルワーカー(松江赤十字病院の医療社会事業課スタッフ4人、鹿島病院の医療相談部スタッフ4人)そして(2)ケアマネジャー4人(医療法人財団 公仁会 やまゆり居宅介護支援事業所所属)を対象に行った。

第3節 聞き取り調査の方法及び実施時期

選定された事例の基本情報、支援計画及び支援計画記録等を参考に、聞き取り調査を実施した。聞き取り調査は、半構造化面接法(一人60分程度)により実施した。

調査の実施の時期は、8月下旬から8月末の期間(実日数3日)で行った。

第4節 聞き取り調査の項目

聞き取り調査の項目は表4-1の通り設定した。医療ソーシャルワーカーの経験年数と保有資格について調べたが、今回の調査では対象者の数が限られていたため、経験年数、保有資格による差異は確認できなかった。

なお、経験年数及び保有資格の状況は次の通りである。

<経験年数及び保有資格の状況>

医療ソーシャルワーカーの経験年数

...2年～15年未満

医療ソーシャルワーカーの保有資格

...社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、看護師

ケアマネジャーの経験年数...2年～7年未満

ケアマネジャーの保有資格...社会福祉士、介護福祉士、看護師、保健師

表4-1 聞き取り調査項目

1. 医療ソーシャルワーカーへの聞き取り項目
医療ソーシャルワーカーの経験年数
医療ソーシャルワーカーの保有資格(バックグラウンドとなる基礎資格)
担当部署・担当業務と他の医療ソーシャルワーカーの担当業務との違い
担当中間ケアケース本人への介入時の留意点と介入の視点
担当中間ケアケース家族への介入時の留意点、視点
院内での関係職種、関係部署調整を図る上での留意点と難しさを感じている点
院外での関係職種、関係部署調整を図る上での留意点と難しさを感じている点
ケアマネジャーのかかわりとの違い
(参考資料) 担当中間ケアケースの支援計画、支援記録

2. ケアマネジャーへの聴き取り項目
 ケアマネジャーの経験年数
 ケアマネジャーの保有資格（バックグラウンドとなる基礎資格）
 担当中間ケアケース本人への介入時の留意点と介入の視点
 担当中間ケアケース家族への介入時の留意点、視点
 関係職種、関係部署調整を図る上での留意点と難しさを感じている点
 医療ソーシャルワーカーのかかわりとの違い
 （参考資料）担当中間ケアケースの居宅サービス計画、支援記録

第5節 聞き取り調査の結果

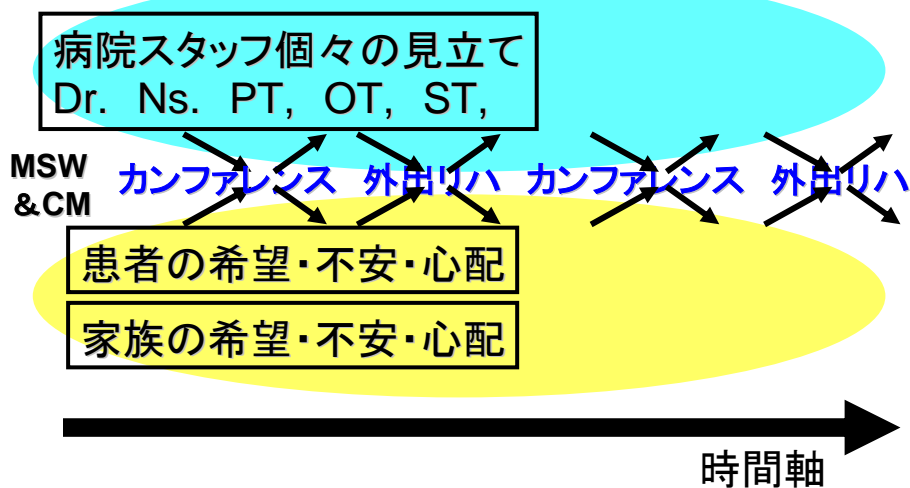
まず、(1)「長期療養患者を対象とした、中間ケアの評価研究とそこでの医療ソーシャルワーカーの役割・機能を明らかにすること」についてみると、医療ソーシャルワーカーが、患者および家族の意思・意向を明確化し、把握した患者および家族の意思・意向を関係スタッフ等へ反映させていた。そして、情報の共有化、共通認識作りに向けて、さまざまな連絡調整を行っていた。

次に、(2)「医療ソーシャルワークの初期・短期支援方法初期プランの他機関医療ソーシャルワーカー等との共有、継承方法を明らかにすること」では、患者が急性期病院入院中から転院先病院のスタッフと在宅復帰後のケアマネジャー等がカンファレンスに参加し、在宅復帰に向けた共通認識作りと役割分担を医療ソーシャルワーカーが調整しながら進めていた。特に、急性期病院と慢性期病院とでは、患者の置かれた状況が異なり、それぞれの果たすべき役割と機能も異なってくる。

また、患者の置かれた状況によっても目指すゴールも異なってくるので、自ずと設定する期間や介入の時期も異なる。医療ソーシャルワーカーは、患者の置かれた状況とそのニーズに応じて、柔軟に対応し、連絡調整を行っていた。

そして、(3)「限られた在院日数の中でも実行可能な初期ケアプランの支援目標設定、その後のケアプラン共有・継承が可能な条件を検討すること」については、院内カンファレンスの頻回実施とその調整、患者および家族の不安を含めた意思の確認とその反映を行っていた。医療ソーシャルワーカーは、患者および家族との面接を通して、できるだけ具体的に不安や心配していること、そして希望を聴き取り、医療スタッフ側の診断ベースの見立て（現状評価と回復評価）との擦り合わせを行っていた。図4-1に示したのは、カンファレンスで話し合ったことを実際に自宅へ外出しやってみて（外出リハ）確認し、外出リハの結果を再度カンファレンスに反映させていく過程である。ともすると病院内のリハビリで終わってしまいがちであるが、実際に退院後生活する予定の場所でやってみての結果を病院内リハビリに反映させることでより実際的な取り組みになると同時に、患者および家族の不安が解消され、具体的な退院後の生活像を持てるようになる。

擦り合わせの過程とMSW



by T.KANEKO

11

図 4-1 擦り合わせの過程と医療ソーシャルワーカー・ケアマネジャー

最後に、(4)「早期発見と介入・支援システムの評価研究とそこでの医療ソーシャルワーカーの役割・機能を明らかにすること」については、急性期病院、慢性期病院共に、患者の入院中は医療ソーシャルワーカーが中心となって連絡調整を行い、患者が退院し在宅へ復帰後はケアマネジャーが中心となって連絡調整を行っていた。そのため、医療ソーシャルワーカーは、入院中から居宅介護支援事業所のケアマネジャーと密な連絡を取りながら、支援が一貫して継続的に行われるようにしていく必要がある。そして、退院後はケアマネジャーを通じて患者の情報を入手し、随時病院スタッフへ情報を提供することも、病院スタッフにとっては患者の退院後の生活を把握する重要なことであるとの指摘があった。

第6節 考察

第1項 中間ケア成功の秘訣

聞き取り調査を通して、中間ケア成功の秘訣は、次の5点にまとめることができる。

患者・家族の在宅で生活する意思が明確であり、患者・家族の願う在宅生活を実現することを目標とする。

期間が設定されているから見通しを持ってがんばれるということ。

入院前の生活を退院後継続できるよう、入院中から在宅復帰に向け配慮した治療・リハビリテーション・ケアを実施すること。

患者・家族の希望に応える個別的で柔軟な対応、そして時機を逃さず適時に適切な対応すること。

関係者・関係機関の共通認識づくりと連携を徹底すること。

2ヶ月という限られた期間内で退院に結びつけるためには、事前の情報収集とその共有化が重要である。と同時に、患者本人の意思、家族（介護者）の意思、自宅に戻りたいという意思を明確にすることが何より重要であるとの指摘があった。また、聞き取り調査の中で、中間ケア活用事例とその他の退院支援事例との違いについて質問すると、中間ケア活用事例は、患者本人および家族の在宅復帰に向けた意志が明確で、しかも在宅復帰という共通の目標に向けて患者本人および家族、関係者が協同して取り組めるため、その他の支援事例と比較し取り組みやすいとの答えが複数聞かれた。

今回の聞き取り調査で取り上げられた事例では、専門職側の当初の見立てとは異なり、予想以上に回復した事例が複数あった。中には、患者本人の強い希望が原動力となり、胃ろうから経口摂取に状態が改善した事例もあった。「自分の好きなものを自分の口で食べたい」という当たり前の願いや希望を病院スタッフがそのまま受けとめ、栄養士や言語療法士などの多職種連携によりその希望を実現している。しかも、それを可能にしたのは、集約的で、柔軟な対応であった。

医療ソーシャルワーカーは、患者の希望を引き出し、それを共有する上で重要な機能を果たしていた。本人・家族の思いを医療チームへつなぐ手だてとしては、カンファレンスがある。しかし、そのカンファレンスで患者および家族が思いや意思を表明しづらいときには、別に話を聞く場を設定して、不安などの思いや意思を医療ソーシャルワーカーが把握し、その上で関係スタッフに反映できるように連絡調整していた。

ところで、中間ケアを取り組んだ波及効果として、病院内の部署間のつながりや人のつながりが強化され、中間ケア以外の患者のことも、情報を共有し、一緒に取り組む関係が築きやすくなったとの意見もあった。これは、中間ケアの取り組みを通して、共通の目標に向けて連携して取り組むことの具体的なイメージをそれぞれの部署や職種が持てるようになり、さらに目標を達成した成功体験が関係者に正のイメージをもたらした結果ではないかとの評価が、医療ソーシャルワーカー側でだされていた。

第2項 情報の共有と連携の方策

病院内・外での関係職種、関係部署の情報の共有と連携の方策については、様々な工夫が求められる。病院では効率よく情報を共有するための道具として電子カルテの導入や様々な書式等開発と活用が行われている。しかし、電子カルテや各種書式による情報の共有には問題点や限界がある。問題点としては、データを入力する（ないしは記載する）人によってズレが生じる点である。書き方や書いてあることに対する人の認識・理解には違いがある。従って、直接コミュニケーションを介しての確認が重要となる。同じ用語を使っ

ていても人によって使い方が異なったり、解釈が異なることもある。従って、用語の使い方を含め、標準化のための研修などを徹底することが重要だ。

そして、限界については、限られた紙面に記載する文字や文書にあらわれないことをどのように関係者間で共有するかである。この点についても、直接コミュニケーションを介しての確認が重要となる。

医療ソーシャルワーカーは、こうした関係者間の直接のコミュニケーションを随時行いながら連絡調整を図り、共通認識作りを図っている。

患者の退院後の生活を支援するためには、多様な機関や人の支援が必要となる。自院以外の地域の診療所や病院、施設、その他の介護サービス事業者などで、情報を共有するためには、それを可能とするツール（情報提供書、患者カード、連携パス等）を開発・活用することが重要となる。この場合も、用語の統一や解釈を共有することが求められる。例えば、患者の食事の状況を表す用語に「きざみ食」があるが、病院や施設によって「きざみ食」の意味するところが微妙に異なり、一緒ではない。このように同じ用語を使えば、支援が継続されその質が確保されるかというところではないのである。鹿島病院の医療ソーシャルワーカーは、こうした状況を踏まえ、各病院、施設を実際に訪問し、用語とその意味しているものを直接見て確認し擦り合わせを行っていた。訪問しコミュニケーションを図りながら確認することで、いわゆる「顔の見える」関係が築かれ、それが連携をさらに可能にする。

その他、中間ケアを可能にするための地域の社会資源の連携や仕組みづくりに向けた取り組みも多様に行っていた。地域にある医療・介護・福祉資源マップを作成し、継続して最新の情報を集約し更新する取り組みや、まや、地域のかかりつけ医との交流会を開催するなどの取り組みを通して、定期的に情報交換の場を持ち、研修会、勉強会を通じた顔の見える関係づくりを進めていた。さらには、圏域内の病院、施設、行政との連携を具体的に進めるために、各病院の機能、方針、有する資源などを公開する取り組みも重要である。

以上のような取り組みは、現在、介護保険分野で言われている地域包括ケア体制の整備にも結びつくものであり、学ぶべき点が多い。

第3項 小括

中間ケア活用事例を通して、医療ソーシャルワーカーの役割・機能を検討した。中間ケアを可能とするためには、患者および家族の意思、願いや希望の把握とその調整、患者および家族の意思、願いや希望に基づくゴールの設定、ゴールを達成するための支援チームの組織化、支援チーム内の共通認識作りと共通認識に基づく取り組みの展開、在宅支援チームへの円滑な移行、が必要である。医療ソーシャルワーカーは、それぞれの場面でその役割と機能を果たしていた。

医療ソーシャルワーカーの特徴は、患者および家族との信頼関係を築きながら意思、願

いや希望を引き出し、場合によっては、関係者に対して代弁する機能を果たす点にある。そして、退院に向けた支援が、常に患者中心に展開されるよう連絡調整を図る点にあると言えよう。

また、こうした機能は、一見するとケアマネジャーと共通しておりその違いが見えにくい。が、患者のいる場所によって異なると考えられる。医療機関に入院中は医療ソーシャルワーカーが中心にその機能を果たし、退院後の在宅生活ではケアマネジャーが中心にその機能を果たす。そして、地域を視野に入れた仕組みづくりにおいても、医療ソーシャルワーカーはその役割・機能を発揮していた。これらの取り組みは、直接診療報酬上の算定対象になっていないことから目立ちにくい。が、患者および家族、そして病院が機能していく上でも重要なものであり、医療ソーシャルワーカーの活躍が今後ますます期待されるものと考えられる。

第5章 中間ケアの利用者に対する質的調査報告 主体性、生活世界にかかわらせて

小野達也

第1節 はじめに

中間ケアは、病院の入・退院に関わるひとつのあらたなシステムということができる。医療という点からいえば、それは退院促進や在院期間の短縮という目標を持つものである。松江市で行われている試みは、急性期病院と慢性期病院とを結びつけ、さらに退院した後の在宅生活までも視野に入れた実践である。これは現在の医療制度改革に関する具体的な方向性を示すものである。

しかし以上のことは、「提供サイド」の視点・思惑である。利用者にとっての中間ケアとはどのようなものであるのか。一般的には入院期間が短くなり、在宅での期間が長くなるというのであれば、それはその人の生活にとってプラスということができるかもしれない。だが、入院期間の長短はあくまでも指標のひとつに過ぎない。入院期間が短いことが、そのまま好ましいとは言い切れない。早い退院は利用者にとって本当に適切なものとなっているか。「医療難民」を意味しているのではないのか。また入院中の内容がどのようなものかも、利用者にとっては重大事である。入院から在宅復帰まで彼/彼女らはどのように位置づけられ、それは当事者にとってはどのような意味を持っているのか。

利用者は中間ケアというシステムの客体であるのか、それとも中間ケアを受けながらイニシアチブを発揮する主体であるのか。本報告の目的は、利用者にとって中間ケアがどのようなものであるのかを探ることである。ただし、この件に対して、中立的な立場にたつのではない。現状がどのようなものかを明らかにしたうえで、利用者が客体に終わらず、主体性を維持、調達するとはどういうことかを検討する。またその観点から、中間ケアというシステムに対する示唆を考える。こうした立場性は、分析の視点から引き出されている。

以下ではまず、調査を実施するうえでの理論的な整理をして、分析の視点を考える。次いで、中間ケアの利用者に対する聞き取り調査の概要と結果を示す。その上で、分析の視点を中心とする検討を行い、中間ケアに対する示唆を考える。

第2節 中間ケアの利用者という課題を考える上での理論的整理

ここで取り上げる論点は2つある。ひとつは岡村理論（岡村重夫）の主体性にかかわる問題。もうひとつが生活世界とシステムという、ハーバーマスが示した考え方である。この2点は、いずれも中間ケアとその利用者の関係を考える上で基本的な視座を提供してく

れる。

(1) 岡村重夫の主体性について

岡村の社会福祉固有の視点とは次のようなものである⁽¹⁾。

人間は社会生活をするうえで、避けることのできない社会生活上の要求を持っている。これが7種類の「基本的要求」である。そして、個人はこの基本的要求を「社会制度」を利用することによって、充足している。「生活というのは、生活者たる個人と生活環境としての社会制度との相互連関の体系」(岡村:83)である。このときの個人と社会制度とのつながりが「社会関係」である。岡村は、この社会関係こそ生活の本質的な条件だと言う。社会制度には、それぞれ固有の機能がある。その機能を遂行するために社会制度は、それを利用しようとする個人に対して役割を課す。つまり個人の側から言えば、社会制度を利用しようとするれば、その社会制度が求める役割を果たさなくてはならない。これにより社会制度は固有の機能を実現し、個人の側は基本的要求を充足することができる。(岡村:86)

だが、これは社会制度が個人に向かって要求するという、社会関係のひとつの側面にしか過ぎない。もう一方に、専門分化した社会制度との多くの社会関係を自分のものとして統合調和する別の側面がある。前者を社会関係の客体的側面、後者を社会関係の主体的側面と呼ぶ。社会関係の客体的側面はそれぞれの社会制度によって規定されている。それに対して社会関係の主体的側面は社会制度の側からは把捉できない。この社会関係の主体的側面が「社会福祉固有の視点」である。つまり社会制度の方から個人を捉えるのではなく、個人のほうから社会制度との関係を考えていく視点である。

人間は社会制度に一方的に規定されるだけの存在ではなく(規定はされるが)、そこでの「多数の社会関係を、矛盾のないものとしながら、社会制度の中から自分に都合のよいものを選択したり、時にはこれを変革するように働きかけて」(岡村:99)いく。こうした点を「主体性の原理」としている。

岡村の考え方は医療という社会制度の中間ケアと、それを利用する個人の間を関係を考えるための視点を与えてくれる。個人は社会制度に規定されることで、その社会制度の提供する機能により基本的要求を満たすことができるが、そのままでは社会制度の客体としての個人に過ぎない。社会制度との関係でどのように主体性を発揮できるかが課題となる。

(2) システムと生活世界という考え方

ハーバーマスは社会を生活世界とシステムという観点から捉えている⁽²⁾。生活世界とは、「『いつもすでに』そこにおいてコミュニケーション的行為がなされる地平である」(ハーバーマス 1981 = 1987 : 17)。人間の社会文化的な生活形式に固有なコミュニケーション的行為に際して、了解を可能とするコンテクストを形成し、そのための資源を供給する地平の総体を意味する(豊泉 2000 : 119)。コミュニケーションの了解行為のもととなる暗黙の資源があるのが生活世界である。つまり暗黙知の世界であり、日常生活の世界である。

システムは、近代になって分化が進展してくる。それは、貨幣媒体にもとづく経済と権力関係から進行する国家的組織に結実する。貨幣媒体や権力媒体は、言語による合意形成過程を回避してシステム統合を進める。システムは部分に還元することのできない全体である。近・現代はこのシステムが発展した社会である。ある意味合理的で便利な社会といえることができる。システムの求めに人びとが応えることで、社会がシステムの的に統合される。

しかし、そのシステムが「コミュニケーション的に構造化された生活世界」に侵入してきている。ハーバーマスはこれを「生活世界の植民地化」と呼ぶ。これが進行すると生活世界という留め金がはずれ、文化、社会、人格がバラバラになってしまう、つまり社会統合ができない。

ハーバーマスはこの状況にコミュニケーション的合理性を發揮することで対抗することを主張する。制御の資源であるシステム、了解の資源である生活世界、この両者の間に抗争ラインが敷かれるのである(豊泉 2000 : 159)。福祉国家により、日常的なコミュニケーションまでシステムが進入し、生活世界の物象化が進行した。まさにそのことによって、システムと生活世界の接点で、あらたな抗争が発生している。これはマクロな状況というよりも、ミクロな状況で生じていることである。

この考え方を敷衍して中間ケアを考えれば、その利用者の生活世界とのかかわりの中にある種の抗争ラインを見ることができよう。その抗争ラインには、医療が提供する中間ケアとその利用者の関係が示されているが、それはどのような状況なのか。そこには、医療上の必要と利用者の要求という問題が絡み合っている。この中間ケアという実践において、生活世界の植民地化を越える方向性は、どのように考えられるのであろうか。(図 5-1、および 5-2)

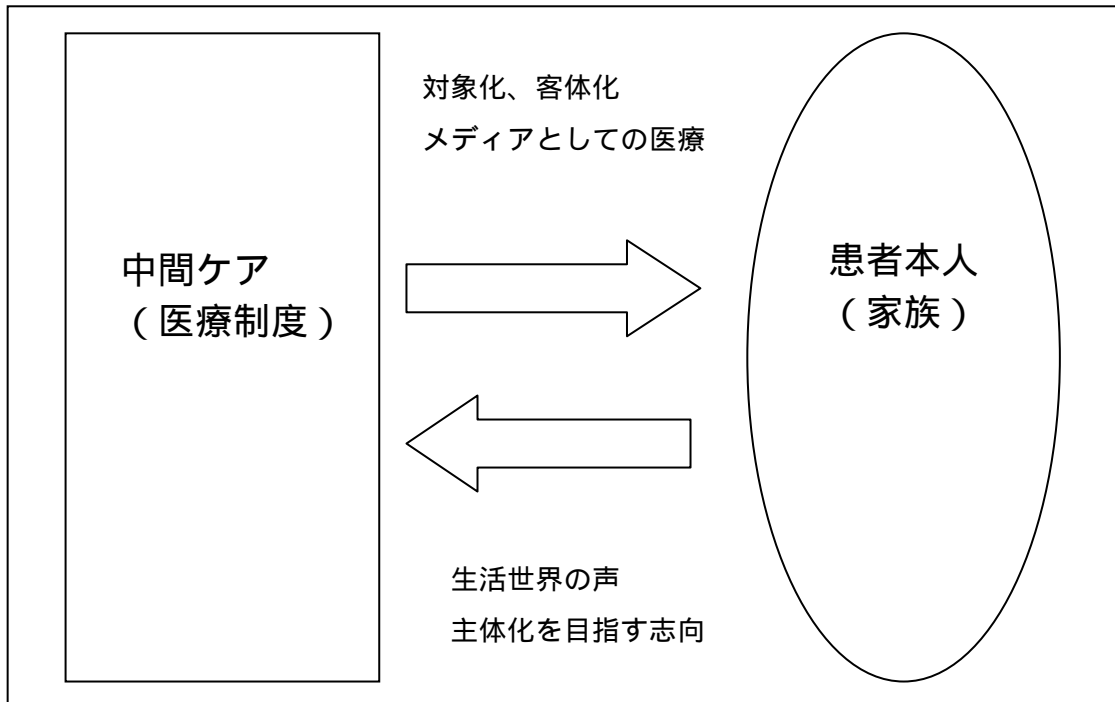


図 5-1 システムと利用者

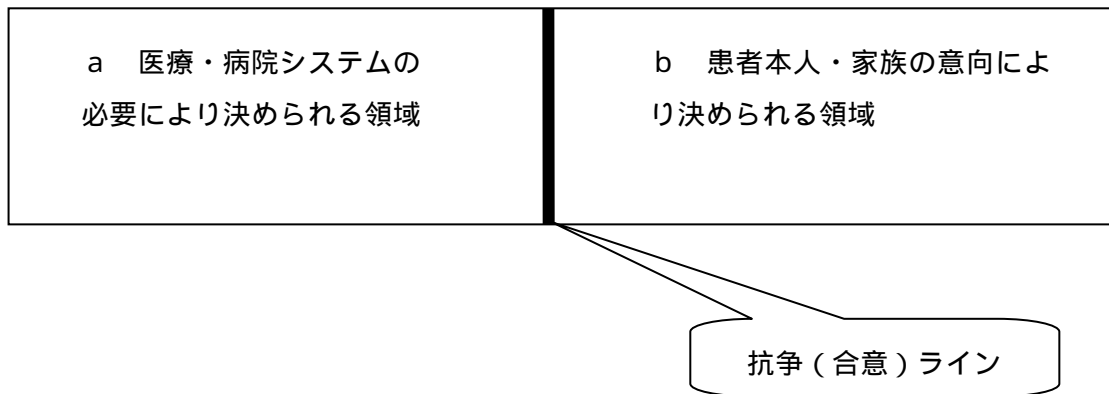


図 5-2 システムと生活世界の抗争 (合意) ライン

第3節 調査の概要

(1) 調査方法

急性期病院（松江赤十字病院）から慢性期病院（鹿島病院）に転院し、中間ケアを使って在宅生活に戻った方にインタビュー調査を行った。急性期病院への入院から、在宅に戻るまでの経緯、入院中や在宅時の処置や処遇、さまざまな場面での意思決定やコミュニケーションということについての半構造化インタビューである。調査対象は4組。調査時期は2007年8月である。8月7日に1ケース、8日に1ケース、9日に2ケースの聞き取りをしている。この4組は、鹿島病院から紹介された。中間ケアの利用者で今回の調査に同意していただいた方々である⁽³⁾。

当初は、利用者本人に話を聞こうとしたが、結果的には身内の介護者や身近にいる家族が主たる話し手となった。分析にはその内容をデータとして扱うことにした。これは、本人が入院中の事柄について整理して話すことが困難であったこと（よく覚えていない、忘れた）話し手となった人々は本人の身近におり、代弁者的な役割もしており、状況を（かなり）把握していたためである。本人が発言する場合もあったものの、補助的な内容にとどまっている。3つのケースは本人と配偶者が同席し、配偶者が主たる話し手となり、1ケースは本人の娘からの聞き取りで、本人は同席していない。本人と家族のあいだのコンフリクトなども存在する可能性があるが、この方法ではその点についての聞き取りに影響があった可能性を否定することはできない。

調査は各家庭で行い、落ち着いた雰囲気の中で話をうかがうことができた。それぞれの家庭まで鹿島病院のMSWに案内していただき、引き合わせが終わったところでMSWは席をはずした。今回の報告では個人情報であることを考慮して、誰がどの発言をしたのかについてイニシャル等は出していない。

インタビュー時間はおおむね1時間であった。インタビューは許可を得てレコーダーに録音し、テープ起こしをしてテキストにした。分析はこのインタビューのテキストをもとにして行った。

(2) 時期区分

分析では、内容を以下の4つの時期に分けて整理してある。

期 急性期 急性期病院に入院している時期（松江赤十字病院）

期 転院期 急性期病院から慢性期病院へ転院する間の時期（松江赤十字病院から鹿島病院へ）

期 慢性期 慢性期病院に入院している時期（鹿島病院）

期 在宅期 慢性期病院を退院し、在宅生活をしている時期（鹿島病院から在宅へ）それぞれの時期の特徴は（図 5-3）のように整理することができる。

期の転院期は、明確な時期区分が難しいが急性期病院で退院・転院のことが話題になり、結果的に慢性期病院に移るまでのあいだの経緯やそれに関する思いを取り上げた。期についても、慢性期病院からの退院と在宅生活の継続という時期区分が考えられるが、今回の調査ではその両者の違いが明確ではなく、この間をひとつの時期として扱った。

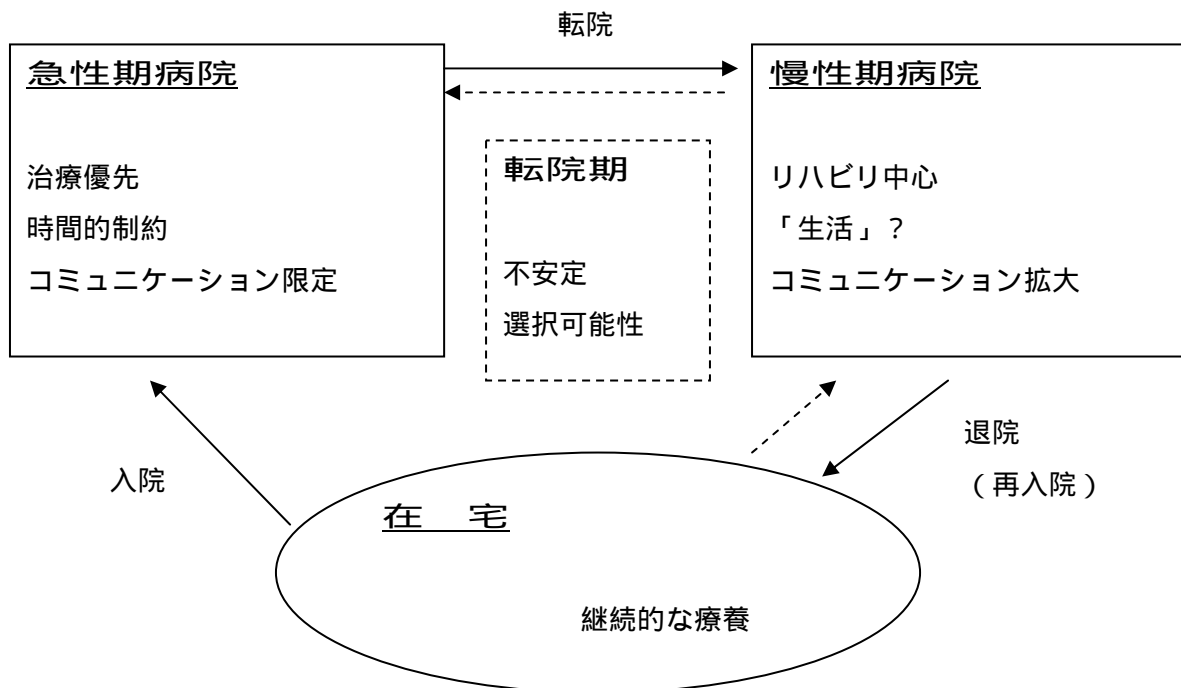


図 5-3 中間ケアというシステムと生活世界

(3) 「中間ケア」の調査という意味合い

今回は中間ケアの調査であるが、中間ケアとして具体的に何をどのようにしたのかということについて話をうかがった方々は十分に把握していない面がある。何が中間ケアなのか明確でないことについて話を聞くのが難しいために、入院中から在宅生活にかけて包括的な内容を聞いている。したがって、今回の内容は「客観的には、中間ケアを受けた利用者（に関わる人たち）が、そのことについてどのように受け取っているのか、ということの主観的に語っていただいたもの」である。そのために今回の内容が一般的な入、退院の語りとどのような異同があるかについて結論を出すことはできない。そうした限定を持つ調査である。

第4節 結果 各期の内容

(1) 期 急性期

1) 印象

病院や入院時の印象については、肯定的なものと批判的なものが両方認められた。

「居心地は悪くない」、「親切にしてくれた」、あるいは医療の対応などについて「さすがだなあ」という声があった。特に最後のものは、手術の時期についての要望を出した際の対応についての評価である。具体的なことを指しての評価なので真実味がある。

しかし、その一方で「融通がきかない」、「雰囲気が硬い」、「事務的な感じ」。病院の規模の大きさ、厳格な手続きなどについてそれを信頼感なり、安心感なりとしてみるよりも使いにくく、親しみにくいものというほうに傾いている。その一つの象徴として入院手続きに時間がかかったために「はじめの印象はいやなところ」という第一印象が出されていた。

2) 医療関係者とのコミュニケーション

医療関係者とのコミュニケーションについても両面の意見が出た。

病気の説明については、「説明はきちんとしてくれる」、「病気の説明は、はっきり言ってくれる」、「治療内容については医師が積極的にいろいろ言ってくれる」。これは医師以外のスタッフに対して特に明確である。「看護師からは丁寧に説明してもらえた」、「いつも相談にのってくれる医療ソーシャルワーカー」、「話を聞いてくれる雰囲気がある」。

だが、うまくいかない場面もある。「医師とは緊張する」、「多くの医師がいて戸惑う」、「忙しそうで医師に聞くことができない、あまり言うのも悪い」。中には、不信感に近いような声もある。説明のおりに医師から「自分たちもサラリーマンだから」という発言があり、なぜそのようなことを言うのが驚いた、という状況である。また看護師と話していて、退院後の生活に話がおよび「この人を家に連れて帰ったら赤ん坊より悪くて、どうする」と言われ落ち込んだという語りもあった。

3) 要求や思いのずれ

利用者側から思いを伝えたりすることができる場合もある。例えば病院側に「ちゃんとよくならなければ、家にはつれて帰れない」と伝えた。これは家に帰れる条件を利用者のほうで設定している。ただ、利用者側が一枚岩と言うわけでもない。本人と介護者する家族の思いにズレが出ることもある。「本人は早く帰りたいが、私は...」。

4) 驚くこと/あたりまえのこと

病院側からは積極的に評価できることが、利用者側からは当たり前のことがある。例え

ば、医師が本人が歩いている姿を見て喜んだが、家族からすれば「入院前は普通に歩いていた」ので、そんなことは当たり前だと感じていた。

逆に病院からすれば当たり前のことが、利用者側にすればなぜそうするのが疑問なこともある。病室について、ある日いつもの病室に行ってみると「突然部屋が替わっていて、驚いた」と言う経験が話された。病院からすれば、何らかの必要に応じて部屋替えを当たり前のこととしてしたのだろうが、利用者側からすれば、「毎日行っていたので、替わるよ、とひと言言ってくれば」という思いが残るものであった。

(2) 期 転院期

急性期病院から慢性期病院へ転院する時期であり、いくつかの選択肢の中での意思決定が迫られる。先行きに関して不安や動揺も現れている。

1) 転院の必要の認識

急性期病院にずっといることができないということについて、自分に言い聞かせるように語っている。急性期病院に長くはいられないのは「今頃はそういうシステム」、「ここは救急病院だから」(長くいることができない)。

急性期病院を出た後についてどうするかは、さまざまな人に話をしている。

「退院後の行き先を息子や友人に聞く」、「医師やMSWに相談」、「主治医、リハビリの医師、MSWと話す」、「MSWに(思いを)受け止めてもらう」。この先のことについて何かしなければならぬという思いからの行動である。

2) 急性期病院(松江赤十字病院)への思い

先のことと関わらせてこれまでいた松江赤十字病院に対する希望が出される。

病院を出なくてはならないことを知りつつも、できればこのままいさせてほしいという思いがある。「日赤にいさせてほしい」「日赤にいたかったが、病院の性格上無理といわれ、納得する」。

また、いるのは無理にせよ、ほかの方法の提案もした。「通いでのリハビリができないか」という相談をしたが、断られる」。こうしたことから利用者の松江赤十字病院に対する信頼感といえるものを見ることができる。

3) 転院時の不安

先行きのことについての不安が出されている。

「(福祉)施設入所をしなくてはならないか」と思い、動揺、「施設は費用が高いのではないか」。

退院してから次の場に行くまでの「間」のことについての言及もある。「退院してもすぐ

次の病院に入れなかったらどうするか」 「次の病院に入れるまで、日赤にいさせてほしい」。

特に話し手が主たる介護者であるので、転院への対応は本人よりも深刻な問題である可能性がある。それが次の介護への不安として語られる。

4) 介護への不安

高齢者による「老老介護」であるという不安。女性であるので「お父さんを一人で、立ち上がらせることができない」。

病院から退院すれば「赤ん坊よりも手がかかる」といわれ、落ち込んでしまう。

5) 転院先の提示と決定

では、慢性期病院への転院は利用者からすればどのように進んだのか。

基本的には、日赤からの提示を受けて意思決定をしている。「日赤から鹿島病院はどうですかと言われる。近いので願ったり、かなったり」 「いい病院がありますよ、と言われて」 「日赤から転院後の選択肢をいくつか示されて、鹿島病院に決定」。

ただ、スムーズにいったケースばかりではなく、また、積極的に鹿島病院へ、という選択だけだったわけでもない。「病院を替わるという話を家族の頭越しに本人にされて、声を荒げてしまった」 「日赤への通いのリハビリを断られたので、鹿島病院へ」 「特別養護老人ホームへの入居には待機があるので鹿島病院へ行く」 。最初の声を荒げてしまった原因は、転院ということがかなり複雑な問題をはらんでいて、家族間でも問題になっていたのに、それを直接本人に言われてしまったという背景があった。最後のケースでは、「鹿島病院に入った時点で老人ホームへの申請をしよう」と考えていた。結果的には、鹿島病院に来ているが、さまざまな事情や思惑がある。

ただし、鹿島病院の機能に対してはほぼ共通したものがある。「リハビリ病院としての鹿島病院」 「2ヶ月、とりあえず鹿島病院へ、リハビリのために」 「本人が、早くリハビリをして歩きたいという希望」 。つまり、リハビリを行っている場という期待である。

(3) 期 慢性期

慢性期病院である鹿島病院では、コミュニケーションという面から見れば増大がある。

1) 印象

鹿島病院の印象は肯定的に語られていた。

「居心地がいい、打ち解けている」、「行くのにも雰囲気的に、億劫に感じなかった」、「親近感を持った」。こうした感想の要因として「小さい病院、家庭的という特性」、また「スタッフが和やか」といったことがあげられていた。

2) 医療関係者とのコミュニケーション

これも、肯定的なものである。

「複数のコミュニケーションを取れる人がある」、「コミュニケーションはすごくあった」。その要因としては聞いてくれる雰囲気があった。「話せる雰囲気があった」、「聞きたいことがあれば聞いてくださいと」。それは親しみやすさとつながっている。「親身に聞いてくれる」、「親戚の病院のよう」。そこには単なる情報のやり取りだけでなく「気持ちを伝えられる人がある」。

3) 治療などに関する説明や決定に関して

これは人によって評価が分かれていた。

鹿島病院の入院時に「丁寧な説明」があった、「リハビリの説明は受けた」。だが、中間ケアに関して、同意はした、ものの病院の治療方法についての特別の説明はなかった、という声もある。

4) 合同カンファレンスについて

鹿島病院では時に当事者を交えた医療スタッフの合同カンファレンスを行っている。これに対する声も出ていた。その評価はおおむね肯定的であった。

「2～3回あった。話は大体わかった」、「カンファレンスによって今の状態がわかるのありがたい」、「何をしているのかが良くわかる」。

またそうしたときは医療の専門職に取り囲まれることになるのだが、そうしたとき「専門職の人たちと話しにくいということはなかった」⁽⁴⁾。

5) 入院の効果、リハビリ

鹿島病院に対する期待としてあがっていたリハビリについてだが、家族からすればその印象は芳しいものばかりではない。

リハビリについては「入院は長くなっても歩けるようにしてほしい」という希望があり、鹿島病院では「打ち解けた感じでリハビリが行われている」という評価がある。

他方で「リハビリが少なくイメージが違った」、「寝たきりの人ばかりで、やはり家には帰れないと思った」、「(入院する)前の状態に近いかというと、そうじゃない場合が多かった」という語りがあった。最後のものは別にして、中間ケアで行っていることと家族が主観的に受け止めていることのあいだに、齟齬があるように感じられる。これは、リハビリをやっている場面を見ていないということも考えられる。「毎日病院へは行きました。(しかしリハビリの時には)なかなか遭遇しないから」。

6) 抱え込む課題

病院に対して、次のような要望、課題もあげられた。

「困惑したのは同室者がうるさい人だったりすること」、「病室は3～4回替わる」、「コミュニケーションが取れる同室者がいない」、「見舞いに来るための交通の不便さ」、「ある医療処置への悔い(やらなければ良かったかもしれない)」。こうした課題は正面から誰かに話す機会はそれほどないと考えられる。それでも入院中に利用者が抱え込むものとして示しておきたい。

(4) 期 在宅期

この時期の聞き取りはそれほどできていないが、在宅の特徴を示すものもいくつかある。

1) 退院のタイミング

いつ退院するかはリハビリを中心とする回復の状態による、ということはわかりやすい。「(リハビリも)もうここ(病院)ですることはない」、「リハビリのめどがつき、家につれて帰れると思った」。

このほかに食事のことに触れる人もいた。「食事のめどがついた」。逆に入院中は最後まで食欲が出ずに、「最後まで点滴でした」というケースもあった。

これは介護者側の視点で、本人の意向が明確に出されたもの「本人は帰る気が満々」もある。ただ、こう明確に語られなくても在宅への志向はいろいろな場面で顔を出す。たとえば、転院のときに関係者は鹿島病院に行くことがわかっているが本人は「ここから帰れるもんだと」思っていて、鹿島についたときも「ここはどこだ」というやり取りがあったりする。あるいは、正月に介護者がよければ退院の許可を出すと医師が言った時、本人から「帰ろう」という意思表示が出される、これらを見ればやはり在宅への思いは強いもの

とわかる。

気になる発言として、「退院までの段階的な説明がなかったという」ものがあった。これが事実かどうかよりも、利用者側が少なくともこう受け取っていたことには留意したい。

2) 家に帰る

家に帰ったことについて、肯定的な思いが出される。

「家にいることで感じが変わる。気分的によくする」、「もうだめかな、と思ったが、帰れて喜び」、「はじめ日赤を出るときは寝たきりになるかと思っていた」。

3) 在宅での介護、リハビリ

「車イスは断って、使っていない」、「通所リハビリが楽しみ、毎日でもいい」。

ただ、一度家に帰ったからといってその状態が続くのではない。「退院後も何度か鹿島病院に再入院。里帰りのよう」。

あるいは、在宅生活と入院時のギャップを感じる場面もある。往診に来てくれた医師スタッフ（鹿島病院）が、本人が歩くのを見て「歩いていて往診の医師や看護師にびっくりされる。もともと歩けていたのに」。ここには何を当たり前とするか、在宅と医療現場の違いが出ている。

(5) 共通

1) 言ったり、言わなかったり

自己抑制の例。病室を「こちらから替えてくださいなんて一言も言わないですよ。そんなわがままはね、言わない」。「この人にこれぐらいのことは言っても、言ったらだめだばな、とかそれぐらいのことはわかまえているつもり」。

「(本人は)病院の中にいなければならないんで、私が言ったことで本人がいやな思いをするのは私もいやだったので...もう言わなかった」

歩いて驚かれ、新聞を読んで驚かれ「もともとできたのに病院で(できないようになった)」それが、またできたことに対して驚かれることに、驚く。

同じことがおきても、文脈による解釈の違いがある。急性期病院での部屋替えをネガティブに語る人はいたが、慢性期病院について同じことがあってもネガティブに語られていない。

第5節 考察

(1) 中間ケアに対して

利用者にとっての中間ケアとはなんだろうか。少なくとも今回の調査からいえることは、利用者は中間ケアの意味づけを獲得していないのではないかということである。中間ケアへの意識が乏しく、それが何であるかという理解も弱い。しかし、結果としてそうした場合も中間ケアを使って自宅まで戻っている。この意識と実際のギャップ。

(2) 急性期と慢性期のコミュニケーション

急性期病院と慢性期病院はその目的が異なる。急性期の場合には医療リスクがより高いため医療というシステムが優先になることは一般的に考えられる。しかし、その場合でも生活世界からの声を発揮する場面があるのか。あるいはそうした領域があるのか。これは検討すべき課題である。

(3) システムと生活世界の抗争ライン

はじめに見たように、システムと生活世界とのあいだに抗争ラインを考えることができる。これを、中間ケアとその利用者の関係に援用して考察することができる。これを行うことで、中間ケアを単に医療側からの視点で捉えることで終わりにするのではなく、利用者にとっての中間ケアを考えることができる。急性期・慢性期・在宅と切れ目のないサービス提供を行うことは、提供者サイドからの考えだとすれば、生活世界からはそうした場面において、いかに利用者側の主体性を発揮できるのか、イニシアチブが取れるのかが課題となる。

ラインの変動

医療システムの必要・主導によりモノゴトが決められる領域と利用者（家族）の意向により決められる領域のあいだに抗争ラインがある。前述の4つの時期ごとにラインの位置は異なっている（図5-4を参照）。ただしこの抗争ラインの位置は、固定したものではなく変化する。新たな出来事、方針、状況、言説などが生まれることによりその位置が変わると考えられる。医療への信頼性が揺らぐような言説が生まれることで、ラインの位置が変化する。これはシステムと生活世界がダイナミックにせめぎあっている姿を現している。

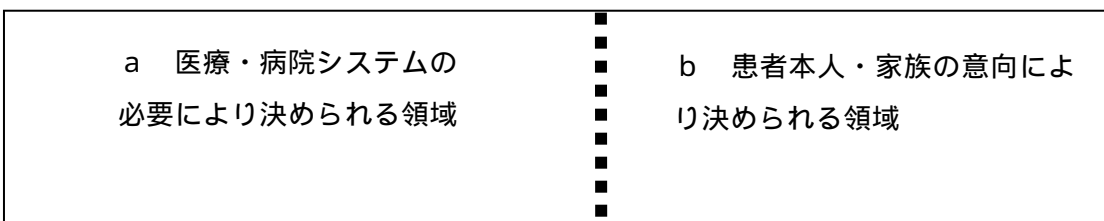
第 期 急性期

医療システムの専門性が優位



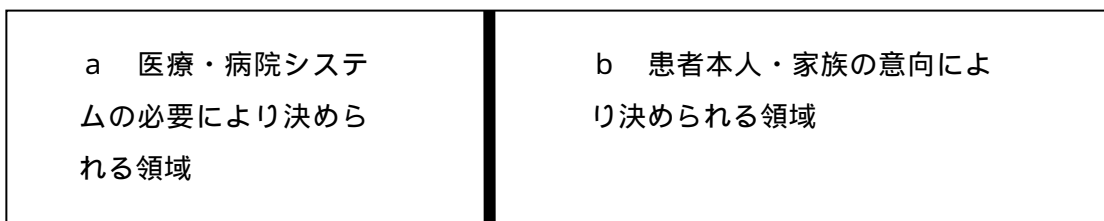
第 期 転院期

ここでの抗争ラインはあいまい 患者本人・家族は不安定



第 期 慢性期

患者本人・家族とシステムとのあいだのコミュニケーションは増える



第 期 在宅期

患者本人・家族の生活がイニシアチブ

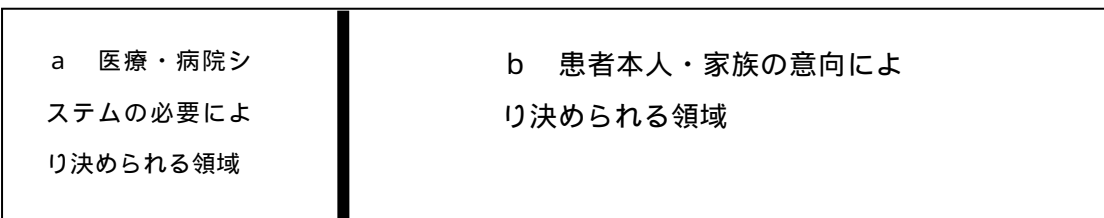


図 5-4 各期の抗争ライン

状況による変化

一般的には、図 5-4 のようなラインの位置取りとなるだろう。急性期は、医療的リスクが高いので医療システムが優位となる。ここでは病院側の主導によって進められることが多い。医師の忙しそうな姿もあり、コミュニケーションをとることも難しい。この状況で利用者が話すことを気後れする、というような発言があった。しかし、そうした中でもインフォームドコンセントのように制度的に確保された生活世界からの要求を出す機会はある。また、手術時期についての要望を聞いてもらった(と利用者が理解している)例もあった。また、直接の医療的行為とは異なる生活レベルのことになると理解のしかたに多様さが見られる。たとえば、病室が突然変わるということに対して、ある利用者(家族は)率直に驚いている。こうした行為自体、抗争ラインに何らかの影響を及ぼす可能性を孕む。直接クレームとなることは多くないが、何らかの要望や不満的なことを抱えながら在院している。

これが次第に変化する。転院期では後述のように抗争ラインがあいまいになるが、慢性期では利用者の意向により決められる領域が増え、在宅ではこれがさらに拡大する。

第 期の慢性期ではコミュニケーションの双方向性が増し、医療スタッフとの合同の機会もある。生活世界からの意向を反映しやすくなる。ただし、すべてのことを病院側に伝えているのではないことも前述のとおりである。

また、期の在宅期でも、利用者(この場合は生活者)の意向が全面的に展開しているのではない。往診やりハビリ、在宅医療などにより医療システムとのかかわりでの生活である。それでも、こうしたことを肯定的に語れる状態は、利用者側の主体性が発揮されていることに関連しているだろう。

第 期の抗争ライン

この転院期は、利用者のイニシアチブを發揮しやすい時期である。何らかの意思決定が求められている。ただ、利用者(家族)側も、積極的な選択の機会というよりも不安で、動揺を持った状態となる。慎重な対応が必要な時期。そこを意識しないとバランスが崩れ、コンフリクト(的なこと)が発生する器具がある。たとえば、家族の頭越しに転院について話した例などはそれに当たるだろう。家族側がラインを設定しようとしているのに、そこに強引に介入しようとしたことによるものと解釈できる。よりよい援助ということで考えれば、この場面は支援的な関係のもち方が重要となるだろう。ここでは、情報提供、選択肢の提示により利用者は意思決定を行っていった。不安な気持ちを受け止めつつ、主体性の發揮を促すことが求められる。

また、ここで中間ケアという方法との出会いがあるはずだが、それほど印象深く語られていない。この時期に、さらに意識的な働きかけが必要だろう。

この時期の抗争ラインはあらかじめ決めておくよりも、個々のケースに応じて明確にし

ていくことがひとつの方法かもしれない。不安が強い場合、それほどない場合。選択肢が多い場合、多くない場合など。

中間ケアでの抗争ライン

中間ケアは病院と在宅生活のあいだにあり、利用者・家族の意向をどのように反映できるものかは、中間ケアを評価するうえで重要な鍵となる。しかし、中間ケアでの抗争ラインの形成は今回の調査ではわかりにくいものであった。それは、ひとつは利用者が中間ケアへの意識がさほどなく、そこに対してどのように対するのかが見えにくかったためである。中間ケアはより間接的に作用していた、といえるのかもしれない。慢性期病院でのコミュニケーションを見れば、利用者の意向を反映する基礎的な条件が備わっているとは考えられるが、それが中間ケアによるものかどうかは判然としない。直接的に影響があるより、間接的のほうが難しい問題がある。あまり意識に上らないうちに、利用者はそのシステムの中に入り込んでしまう。自分では主体的に決めていると思っても、それがシステムの構造により規定されているのかもしれない。

第6節 中間ケアの提供に関する示唆

調査を通して、中間ケアに対する示唆もいくつか得られた。

利用者への説明

中間ケアを提供する上で、利用者にもその内容と方法などについて、より丁寧にわかりやすく話したほうが良いと考えられる。それだけでも、いくつかの誤解的なことは解消できよう。

転院期への着目

転院期は利用者にとって不安な時期であった。この時期により厚いサポートがあれば、利用者はより主体的な選択をすることができよう。これは、急性期病院と慢性期病院ともにかかわってくる問題である。

目的の重要さ

中間ケアは提供サイドでは目的が明確だが、利用者にとって何のための中間ケアか、という点が曖昧である。この目的を一致できれば、利用者にとっても動機が高まり、中間ケアの総合的な効果も高まると考えられる。

家族（介護者）の位置

今回のインタビューでは、本人よりも家族が話し手となった。中間ケアの成否は本人はもちろんだが、家族の役割が非常に大きくなると考えられる。例えば、家に帰ったときにどうなるかは、介護者となる家族の方が具体的に考えている。中間ケアのうえで家族が果たす役割を整理していく必要がある。

コミュニケーションの意味

コミュニケーションがうまくいく、いかないと評価が大きく変わってくる。コミュニケーションへの配慮は、中間ケアの全体にわたって欠かすことはできない。

第7節 おわりに

今回の調査のケースの数は少なく、分析も十分に行われていない面がある。その中で考察し、言及できることを述べたという限界を持つ報告である。さまざまな課題は、今後の宿題とさせていただきたい。

インタビューにご協力いただいた皆様、松江赤十字病院、鹿島病院に感謝の意を表します。

注

- (1)以下は、岡村重夫（1983）『社会福祉原論』全国社会福祉協議会より。ページ数も同書のもの。
- (2)以下は、ユルゲン・ハーバーマス（1981 = 1987）『コミュニケーション的行為の理論（下）』未来社。および、吉田傑俊他編（1995）『ハーバーマスを読む』大槻書店、豊泉周治（2000）『ハーバーマスの社会理論』世界思想社、などによる。
- (3)2008年1月に、2ケースの補足調査を行ったが、今回の報告にはこれは反映されていない。
- (4)これは筆者も同席したことがあるが、確かに威圧的な雰囲気ではなく、利用者本人、家族からの質問も出ていた。

第3部 在宅療養の継続を支援するシステム評価研究

第6章 在宅療養継続支援システムの 総合的・多面的評価研究 利用者の在宅～入院時～自宅退院6ヶ月後の 追跡調査をもとに

杉崎千洋

はじめに 慢性期病院における短・中期入院医療と在宅支援

慢性期病院、医療療養病床はこれまで長期療養を中心に提供してきた。直接的には療養病床削減・再編により、これに加えて新たな方向を模索しなければならなくなった。

今後の選択肢の一つとして、比較的短期・中期の入院医療と在宅医療の提供があると考える。利用者・家族は、「馴染み」の病院、職員から、適切な医療・介護サービスなどを受けられることができれば、大きな安心感を得ることができるのではないだろうか。序で述べたように、日本療養病床協会も、慢性期病院内の地域支援型慢性期病床（仮称）が、在宅療養支援診療所、介護サービス提供機関などと連携し、在宅療養を支援していく地域支援型慢性期医療拠点を提案している（日本療養病床協会、2007）。

全国的には、こうしたシステム構築をしている慢性期病院はまだ少なく、その評価研究もほとんどないと思われる。また、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャーなどの相談・支援職の支援評価もほとんどされていない。

そこで、島根県松江市・鹿島病院の在宅療養継続支援システムと、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャーなどの支援の総合的・多面的評価を行う。このシステムは、第1部・第2章で紹介したが、そのポイントは以下の通りである。

在宅療養者の状態の悪化を、鹿島病院の医師、ケアマネジャーなどのチームにより早期に発見し、入院の必要がある場合は早急に対応する。

慢性期病院での入院が適切と判断した場合は、鹿島病院で入院治療・リハビリなどを行う。

自宅退院可能な患者には、入院時、場合によっては入院前から自宅退院に向けた支援を開始し、短・中期間で退院できるようにする。

評価は、鹿島病院ケアマネジャーがケアマネジメントを担当している在宅サービス利用者を、在宅療養継続支援システム利用群と対照群に分け、2群間の比較により行う。対照群は、在宅療養継続支援システム利用群と入院時傷病などの状態はほぼ同じであるが、急

性病期病院に入院した利用者である。2群の利用者とも、在宅～入院時～自宅退院後6ヶ月後時点までを追跡する。評価の主な柱は以下の通りである。 はプロセス評価とアウトカム評価、 ～ はアウトカム評価である。

入退院時の利用者へのサービス

在院日数、サービス利用までの日数

自宅退院4週間後時点までの再入院率

自宅退院3ヶ月、6ヶ月後時点の在宅継続率

利用者の自宅退院時～自宅退院4週間後・3ヶ月後・6ヶ月後の身体的・精神的状態の変化

入退院支援に関する利用者の満足度

本章の構成は、課題設定ののち、第1節で調査対象とその抽出方法、抽出結果について述べる。第2節で利用者の追跡調査と入退院満足度調査の対象と方法について説明し、第3節でその結果を記す。第4節では、調査結果の考察とまとめを行う。

第1節 調査対象の抽出

(1) 調査対象

鹿島病院による訪問診療を含む在宅サービス利用者で、2005年7月1日～2007年6月末日までに病院に入院し、その後自宅退院した利用者のうち、次のいずれの条件にも該当する利用者を調査対象とした。

今回の入院前から鹿島病院ケアマネジャーがケアマネジメントを担当している利用者。主治医（訪問診療担当医）は、鹿島病院医師でも、開業医などでもよい。

自宅～病院入院～自宅退院という経過を辿った利用者。入院先はいずれの病院でもよい。

入院した病院は1ヶ所のみであり、連続して複数の病院に入院（転院）していない。

入院時の状態が「重篤」でない利用者。加えて「検査目的の入院」でない利用者。

調査対象期間内に、同一利用者の前記条件を満たす入院が複数回あるときは、期間内の初回入院のみを調査対象とした。

の条件設定をしたのは、入院前の支援も調査対象とするからである。 は、複数の病院に連続して入院した場合は、在宅療養継続支援システム利用群または対照群のいずれにも分類できないからである。

は最も重要な条件である。2群間の比較により、鹿島病院在宅療養継続支援システムやそこでの医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャーらの支援の評価を行うには、2群の利用者をできる限り等質にしなければならないからである（後述）。

調査対象の抽出は、第1次と第2次に分けて行った。

(2) 条件 に該当する利用者の抽出 第1次抽出

1) 2つのリストを照合

鹿島病院居宅サービス(予防給付、介護給付の両方)の2006年7月1日~2007年6月末日までの全利用者リストと鹿島病院居宅介護支援事業所が作成・管理するケアプラン作成依頼者リストとを用いて、この期間内に病院に入院し、その後自宅に退院した全利用者を抽出した。

前記12ヶ月間の居宅サービス全利用者リストは、鹿島病院電子カルテを管理する業者よりファイルの提供を受けた。これには、鹿島病院介護保険居宅サービスを利用した全利用者氏名、住所、利用サービスの種類などが月別に記載されていた。このデータは、利用者の氏名(五十音順)により並び換えた後に紙媒体に印刷した。ケアプラン作成依頼者リスト(紙媒体)には、月別に鹿島病院ケアマネジャーがケアマネジメントを担当している全利用者の全ての入退院や他の状況の変化が記載されている。

鹿島病院居宅介護支援事業所ケアマネジャー(6名)が、前記の2つのリストを照合し、各ケアマネジャーが担当している利用者の入院の有無、入院があった場合は期間内の全ての入院に関する入院先病院名、入退院日を調査した。ただし、2006年7・8月分のケアプラン作成依頼者リストは廃棄されていたため、ケアマネジャーの記憶、鹿島病院診療録とケアマネジャー記録(いずれも電子カルテで管理)などに依拠して抽出した。

これらの作業は、2007年8月~9月に行った。

2) 45名を抽出

居宅サービス全利用者の実人数は332名であった(表6-1(a))。このうち、の条件に合致する利用者は62名であった。うち鹿島病院に入院した利用者は17名、鹿島病院以外の慢性期病院に入院した利用者は1名であった。残りの44名は急性期病院に入院していた(いずれも実人数)。なお、鹿島病院以外の慢性期病院に入院した利用者1名は在宅療養継続支援システム利用群、対照群のいずれにも分類できないため、調査対象から除外した(表6-1(b))。

61名中、条件に該当しない利用者は10名であった。これらは、今回の入院後に鹿島病院ケアマネジャーが担当することになった利用者であった。に該当しない利用者(連続して複数の病院に入院していた利用者)は9名であった。

すなわち、61名中、条件に該当しない利用者は実人数では16名であり、他の45名がとの条件に該当する利用者であった。うちわけは、鹿島病院入院利用者13名、急性期病院入院利用者32名であった(表6-1(c))。

表 6-1 調査対象者の抽出

抽出条件	合計	鹿島病院 入院	急性期 病院入院
2006年7月～6月の鹿島病院居宅サービス全利用者(a)	332	—	—
自宅～病院入院～自宅退院の利用者(b)	61	17	44
入院前から鹿島病院ケアマネジャーが担当、初回入院(c)	45	13	32
重症度は「生命の危険は少ない」(d)	35	13	22
追跡調査・入退院支援調査対象者(e)	22	7	15

単位:人

(3) 条件の「重篤」度の判断 第2次抽出

1) 判断に用いる指標は不明確

事前の鹿島病院ケアマネジャー(2名の管理職。以下も同じ)への聞き取りにより、急性期病院に入院した利用者には「重篤」な方や「検査入院」の方が多いが、鹿島病院に入院した利用者のなかにはそれらの方ほとんどないことが判明していた。「検査入院」の利用者の把握は容易であるが、「重篤」度の判断は困難である。個別の疾患の重症度を判断する臨床的基準は多数開発されている。例えば、呼吸器疾患であれば肺炎(石田、2005)、COPD(松本ら、2001)などがある。しかし、今回の対象者の入院時傷病名、基礎疾患・障害は様々である。そうした患者の「重篤」度を判断する基準は、筆者が検索した限り見あたらなかった。

2) 基礎疾患・障害、重症度などを把握

鹿島病院ケアマネジャーと意見交換をし、鹿島病院、急性期病院に入院した利用者の以下のA～Cの状態を把握し、いずれの指標が「重篤」度を判断するのに適しているかを検討することにした。そして、A～Cのなかで最も適した指標により、鹿島病院入院者の「重篤」度を把握し、それとほぼ等質の利用者(「重篤」でない利用者)のみを急性期病院入院者から抽出し、調査対象とすることにした。

入院時傷病の重症度は、厚生労働省『平成17年患者調査』(2005)を参照し、以下(C)の5つに区分した。

A. 基礎疾患や障害: 主なもの2つまで(1つでも可)

例: 認知症、慢性腎不全、糖尿病など

B. 今回の入院時の主な傷病名: 主なもの2つまで(1つでも可)

例: 脱水症、急性気管支炎など

C. 今回の入院時の主な傷病の重症度

1. 生命の危険がある

2. 生命の危険は少ないが、入院治療やリハビリ、手術を要する

3. 生命の危険は少ないが、利用者の社会的・環境的条件も考慮し、入院治療やリハビリを要する（2.より重症度は軽い）

4. 検査入院

5. その他

加えて、「重篤」度の判断基準には用いないが、在院日数も把握した。

調査対象は、前記5条件のうち に合致する62名の利用者全員とした。各担当ケアマネジャー（6名）が、鹿島病院診療録、ケアマネジャー記録に記載されている医師による診断名などの情報を収集し、調査票に転記した。在院日数は、第1次抽出により収集した入退院日より算出した。

これらの作業は、2007年10月に行った。

（4）基礎疾患・障害、入院時傷病、重症度などの調査の結果

1）慢性期病院に入院した利用者の重症度は限定的

利用者の入院先病院を改めて表6-2に示した。慢性期病院が71.0%、急性期病院が29.0%であった。

表 6-2 利用者の入院先病院

項目	度数(%)
慢性期病院	44 (71.0)
急性期病院	18 (29.0)

N = 62

利用者の基礎疾患・障害名と入院時の傷病名は、主なもの2つまでを調査した。いずれも非常に多様であり、1つの基礎疾患・障害、入院時傷病に該当する利用者は、1名しかない場合が多かった。そこで、基礎疾患・障害、入院時傷病とも、主なもの2つのうち1つ目のみ、しかもそれぞれの上位3位までを表に整理することにした（表6-3）。

基礎疾患・障害は、慢性期病院入院、急性期病院入院の利用者とも、「脳梗塞・脳出血」が多かった。急性期病院入院者は、「悪性腫瘍」や「腰椎圧迫骨折」がそれに続いて多かった。慢性期病院入院者では、前記の他は、いずれの基礎疾患・障害も、該当する利用者は1名ずつしかいなかった。

入院時傷病は、慢性期病院入院者では、「脱水」、「生活不活発病」が多かった。急性期病院入院者では、「脳梗塞・脳出血」、「肺炎」、「悪性腫瘍」が多かった。

表 6-3 利用者の基礎疾患・障害と入院時傷病名（上位 3 位）

項目	順位	慢性期病院入院(人)	急性期病院入院(人)
基礎疾患・障害	1	脳梗塞・脳出血（5）	脳梗塞（5）
	2	-	悪性腫瘍（骨、肺、脳腫瘍）（3）
	3	-	腰椎圧迫骨折（3）
入院時傷病	1	脱水（6）	脳梗塞・脳出血（5）
	2	生活不活発病（3）	肺炎（5）
	3	-	悪性腫瘍（肺、膀胱腫瘍）（3）

利用者の重症度を表 6-4 に示した。「生命の危機がある」利用者が急性期病院では全体の 25.0%であったが、慢性期病院ではいなかった。急性期病院と慢性期病院では、急性期病院の利用者のほうが重症であった（ $p < .05$ ）。

表 6-4 利用者の重症度

項目	度数(%)		検定
	慢性期病院入院	急性期病院入院	
生命の危険がある	0 (0.0)	11 (25.0)	* }
入院治療やりハビリ、手術を要する	8 (44.4)	24 (54.5)	
患者の社会的・環境的条件も考慮し、入院治療やりハビリを要する	10 (55.6)	8 (18.2)	
検査入院	0 (0.0)	1 (2.3)	
その他	0 (0.0)	0 (0.0)	

***: $p < .001$ **: $p < .01$ *: $p < .05$ N=18 N=44

2008 年 2 月末現在入院を継続している 1 名と、退院日不明の 1 名を除く 60 名の平均在院日数を表 6-5 に示した。慢性期病院の平均在院日数は 54.0 日、急性期病院の平均在院日数は 29.6 日であった。慢性期病院入院者と急性期病院入院者の平均在院日数には、有意差はみられなかった。

表 6-5 利用者の平均在院日数

	平均(日)	標準偏差	検定
慢性期病院入院 (N=18)	54.0	51.7	} n.s.
急性期病院入院 (N=42)	29.6	24.4	

***: $p < .001$ **: $p < .01$ *: $p < .05$

2) 重症度を指標に

基礎疾患・障害、入院時傷病ともに、慢性期病院入院の利用者と急性期病院入院の利用者とは、若干の違いがあった。しかし、基礎疾患・障害、入院時傷病ともに非常に多様であり、これにより利用者の「重篤」度を判断することはできないと考えられる。

これに対して、利用者の重症度は、慢性期病院入院者と急性期入院者とは有意差があった。そこで、「重篤」度を判断する基準として、利用者の重症度のみを用いることとした。慢性期病院入院の利用者の重症度は、全員生命の危険は少ないが「入院治療やりハビリ、手術を要する」、または生命の危険は少ないが「社会的・環境的条件も考慮し、入院治療やりハビリを要する」のいずれかであった。そこで、急性期病院に入院した利用者のうち調査対象とするのは、これらの重症度の利用者とした。

これにより、慢性期病院(鹿島病院)入院の利用者とほぼ同等の「重篤」度の利用者を、急性期病院入院の利用者のなかから抽出できると考えられる。しかし、重症度をほぼ同じにコントロールしても、背景にある基礎疾患・障害などと合わせて検討しない限り、厳密な意味では等質とは言えない面がある。今回は、そこまではできなかった。

それでも慢性期病院(鹿島病院)において、急性期病院に入院した重症度がほぼ等質の利用者が受けた医療・リハビリ、退院支援などと何ら遜色のないサービスを提供できることが実証されれば、本調査の目的はおおむね達成したことになるのではないかと考える。

前記A～Cを調査した62名のうち、前記5条件のなかの～と～の条件に該当する利用者45名のなかから、全員生命の危険は少ないが「入院治療やりハビリ、手術を要する」、「社会的・環境的条件も考慮し、入院治療やりハビリを要する」の利用者を抽出したところ、35名が該当した。このうち鹿島病院に入院した利用者は13名(在宅療養継続支援システム利用群)、急性期病院に入院した利用者(対照群)は22名であった(表6-1(d))。これらの利用者が入院した急性期病院数は3であった。

第2節 利用者の追跡調査と入退院支援満足度調査の対象と方法

(1) 同意手続きと調査の対象

前節で述べた35名の対象者に、在宅～入院時～自宅退院6ヶ月後までの追跡調査、入退院支援満足度調査を行うために郵送調査を実施した。利用者の自宅に、調査協力依頼文書、同意書、入退院支援満足度に関する質問紙、返信用封筒(切手貼り付け済み)を送付した。調査協力依頼文には、院長名、調査責任者名(筆者)を入れ、調査に同意していただける場合は、同意書と質問紙を返送していただく旨を記した。

調査は、2007年12月20日～28日に実施した。質問紙などを回収できたのは、11名分であった。回収数が少なかった理由としては、依頼が年末の多忙な時期と重なったことが大きいと考え、再度調査依頼をすることにした。

再依頼は、2008年1月16日～1月28日に、未回収であった25名全員に実施した。調査責任者名の入った再度の調査協力依頼文、前回と同じ3種類の文書と返信用封筒（切手貼り付け済み）を利用者宅に送付した。送付直後に、担当ケアマネジャーから利用者の自宅に協力依頼の電話をした。ただし、本人死亡の場合など、協力依頼しにくいとケアマネジャーが判断した場合は、依頼の対象外とした。

再依頼により、新たに12名から質問紙などを回収した。前回と合わせると35名中23名（65.7%）から質問紙などを回収した。このうち、22名は調査協力依頼に同意していただけだ。1名は協力拒否であった。質問紙の有効回答率は100%（22/22名）であった。22名中鹿島病院に入院した利用者＝在宅療養継続支援システム利用群は7名、急性期病院に入院した利用者＝対照群は15名であった（表6-1(e)）。

（2）調査項目と指標（表6-6）、分析方法

1）利用者の入院時などの状況

基礎疾患・障害名、入院時傷病名、重症度、入退院日を調査した。

2）退院時の利用者・家族の基本属性

利用者の年齢、性別、家族構成、主介護者の続柄、介護力総合評価を調査した。

介護力総合評価は、次のように行った。「介護力十分あり群」は、主介護者は64歳以下、健康または健康でないが介護に支障はない、就労していないまたは就労しているが介護に支障はない、のいずれにも該当する場合とした。「介護力不十分群」は、主介護者は年齢にかかわらず健康でなく介護に支障がある、やはり年齢にかかわらず就労しており介護に支障がある、のいずれかに該当する場合とした。「中間群」は、「介護力十分あり群」と「介護力不十分群」の中間とした。

3）入退院時における利用者へのサービス

利用者の今回の入院前1ヶ月以内の比較的状态のよいときの主治医、支援チーム、病状（状態）悪化時の発見・認識者など、担当ケアマネジャーと入院先病院との入院前情報交換・カンファレンスの有無を調査した。また、退院前カンファレンス・情報交換の開催の有無、カンファレンスを開催した場合は、カンファレンス出席職種、カンファレンスの成果に関する情報を収集した。

カンファレンスの成果に関しては、上原ら（2007）の「ケア会議の過程評価」により調査した。これは、ケア会議（カンファレンス）で議論された内容を、5領域（項目）から評価するものであり、各領域（項目）の成果の有無を回答する。

病院から自宅への退院時の在宅サービス利用状況についても調査した。

4) 在院日数、サービス利用までの日数

今回の入院時の在院日数を調査した。

サービス利用までの日数に関しては、担当ケアマネジャーと入院先病院との入院前情報交換・カンファレンス開催～入院までの日数、入院～退院前カンファレンス・情報交換開催、同左～退院までの日数を算出した。

5) 再入院率、在宅継続率

再入院率は、調査対象者に占める自宅退院後4週間以内の再入院者の比率とした。再入院者の病院退院～再入院までの日数も算出した。再入院の理由は、診療報酬調査専門組織DPC評価分科会(2005)の「計画的再入院」、「予期された再入院」、「予期せぬ再入院」の3つに区分した。自宅退院4週間以内に複数の再入院がある場合は、初回再入院の理由のみを調査した。

在宅継続率は、調査対象者に占める退院3ヶ月、6ヶ月後時点の居所が自宅の利用者の比率とした。自宅退院後に再入院などをした利用者は、それぞれの時点において自宅で生活していれば在宅継続、各時点まで継続して自宅以外の場所を居所にしていれば(例えば、継続入院)在宅中断とした。中断の場合は、その理由を調査した。

6) 利用者の身体的・精神的状態

ADLは、旧厚生省の「障害老人の日常生活自立度(寝たきり)判定基準」を用いて評価した。「J」よりも軽度の状態を「自立」とし、5区分とした。認知症状は、旧厚生省の「痴呆性老人の日常生活自立度の判定基準」を用いて評価した。「J」よりも軽度の状態を「自立」とし、6つに区分した。要介護度は「自立」、「要支援1」と「要支援2」を合わせた「要支援」、「要介護1」と「2」を合わせた「要介護軽度」、「要介護3」を「要介護中度」、「要介護4」と「5」を合わせて「要介護重度」の5つに区分した。これらは、病院入院前1ヶ月以内の状態のよいとき、病院退院時、自宅退院4週間、3ヶ月、6ヶ月後の時点の状況を把握した。

7) 利用者の入退院支援満足度

入退院の前後に鹿島病院職員による支援の有無を尋ねた。支援を受けた場合は、支援や説明の適切さについて、「非常にそう思う」=5点、「そう思う」=4点、「どちらとも言えない」=3点、「あまりそう思わない」=2点、「まったくそう思わない」=1点の、いずれかに該当するかの回答を求めた。

表 6-6 在宅療養継続支援システム評価指標一覧

評価の種類	調査項目	指標	領域 下位カテゴリー	項目数	得点 (最低 → 最高)	区分数	調査時点 または調査期間
プロセス+アウトカム評価	利用者サービス	独自指標	支援サービス 主治医 チーム形成・メンバー 病状悪化の発見・認識者、 主治医への情報提供者	1 2 3	- - -	- - -	病院入院前1ヶ月 以内
		独自指標	カンファレンス開催 出席者	1 1	- -	- -	病院入院前後、 退院前
		ケア会議の過程評価（上原ら、2007）	成果（退院前のみ）	5	-	-	
		独自指標	在宅サービス利用	1	-	-	退院時
アウトカム評価	在院日数など	在院日数		-	-	-	病院入院～退院
		サービス利用 までの日数	入院前情報交換・カンファ レンス～入院 入院～退院前カンファ レンス・情報交換開催 退院前カンファレンス・ 情報交換開催～退院	-	-	-	病院入院前・入院中
	再入院率、 在宅継続率	再入院率	再入院 理由別再入院	-	-	-	自宅退院4週間以 内
		在宅継続率	-	-	-	-	自宅退院3ヶ月後、 6ヶ月後
	利用者の身体的・精神的状態	障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準（厚生省）	A D L	-	-	5	病院入院前1ヶ月以内、病院退院時、自宅退院4週間後、3ヶ月後、6ヶ月後
		痴呆性老人の日常生活自立度判定基準（厚生省）	認知症状	-	-	6	病院入院前1ヶ月以内、病院退院時、自宅退院4週間後、3ヶ月後、6ヶ月後
		要介護度（厚生労働省）	要介護状態	-	-	5	病院入院前1ヶ月以内、病院退院時、自宅退院4週間後、3ヶ月後、6ヶ月後
	利用者の入退院 支援満足度	独自指標	入退院支援	2	1→5	-	病院入院時、退院時

(3) 調査の方法

利用者の入院先、基礎疾患・障害名、入院時傷病名、重症度、入退院日、入退院支援満足度の調査方法は前記の通りである。他の項目は、鹿島病院担当ケアマネジャーが診療録、ケアマネジャー記録などから情報収集し、調査票に転記した。

再入院の理由は、担当ケアマネジャーが診療録、ケアマネジャー記録などから医師による診断名などを収集し、それを診療報酬調査専門組織 DPC 評価分科会（2005）の「再入院理由の具体例」に照らし合わせて3つに分類した。

カンファレンスの成果に関しては、担当ケアマネジャーが上原ら（2007）の「ケア会議の過程評価」の具体例を参照して、その有無を回答した。

これらの調査は2008年2月に行った。

(4) 比較方法

在宅継続支援システム利用群と対照群の比較を行った。検定には、²検定、t検定を用いた。

いくつかの調査項目・指標に関しては、以下のように集計した後に比較・検討を行った。

前記の再入院の理由のうち、「予期せぬ再入院」を「回避できた可能性のある再入院」とし、再入院者に占める「回避できた可能性のある再入院」の比率を算出した。

病院入院前1ヶ月以内の状態のよいとき～退院時、病院退院時と自宅退院4週間後、3ヶ月後、6ヶ月後時点それぞれのADL、認知症状、要介護度を比較し、1区分以上軽度化していれば「改善」、変化がない場合は「維持」、1区分以上重度化していれば「悪化」とした。そして、2群間の「改善」+「維持」の比率を比較した。

(5) 本調査研究全般の倫理的配慮

鹿島病院院長に、書面で調査目的、対象と方法、データ収集と集計方法とそれに携わる個人名などを報告し、承認を得た。利用者追跡調査、入退院支援満足度調査の調査対象は、書面による同意を得た利用者のみとした。書面には、調査の目的、対象と方法、データ取り扱い方法、結果の公表、同意の有無による不利益がないこと、同意の撤回が可能であることなどを記した。

対照群の利用者が入院した急性期病院医療ソーシャルワーカーらに、調査目的と調査対象・方法などを説明し、今回の調査実施への了解を求めた。急性期病院が保有・管理する個人情報を利用しないことなどから、調査実施を了解していただいた。

第3節 利用者の追跡調査と入退院支援満足度調査の結果

(1) 利用者の入院時などの状況

在宅療養継続支援システム利用群と対照群の利用者の基礎疾患・障害と入院時の傷病名を表6-7に示した。

表6-7 利用者の基礎疾患・障害と入院時傷病名

カテゴリー	項目	度数(%)	
		在宅療養継続支援システム利用群	対照群
基礎疾患・障害 (その1)	関節リウマチ	1 (14.3)	0 (0.0)
	高血圧症	1 (14.3)	4 (26.3)
	脳血管性痴呆	1 (14.3)	0 (0.0)
	脳梗塞	1 (14.3)	0 (0.0)
	閉塞性動脈硬化症	1 (14.3)	0 (0.0)
	便秘症	1 (14.3)	0 (0.0)
	慢性心不全	1 (14.3)	0 (0.0)
	脊椎間狭窄症	0 (0.0)	1 (6.7)
	前立腺肥大	0 (0.0)	1 (6.7)
	多発性脳梗塞	0 (0.0)	1 (6.7)
	胆管結石	0 (0.0)	1 (6.7)
	脳梗塞後遺症	0 (0.0)	1 (6.7)
	慢性肝不全	0 (0.0)	1 (6.7)
	慢性硬膜下血腫	0 (0.0)	1 (6.7)
	腰椎圧迫骨折	0 (0.0)	1 (6.7)
	腰痛症	0 (0.0)	1 (6.7)
	腰部脊柱管狭窄症	0 (0.0)	1 (6.7)
老人性認知症	0 (0.0)	1 (6.7)	
基礎疾患・障害 (その2)	うつ病	1 (14.3)	1 (6.7)
	そううつ病	1 (14.3)	0 (0.0)
	便秘症	1 (14.3)	0 (0.0)
	慢性心不全	1 (14.3)	1 (6.7)
	高血圧症	1 (14.3)	1 (6.7)
	狭心症	0 (0.0)	1 (6.7)
	甲状腺機能低下症	0 (0.0)	1 (6.7)
	骨粗鬆症	0 (0.0)	1 (6.7)
	強皮症	0 (0.0)	1 (6.7)
	認知症	0 (0.0)	2 (13.2)
	脳梗塞後遺症	0 (0.0)	1 (6.7)
	変形性膝関節症	0 (0.0)	1 (6.7)
	慢性腸閉塞	0 (0.0)	1 (6.7)
	両膝人工関節	0 (0.0)	1 (6.7)
	その他	2 (28.5)	2 (13.2)

入院時傷病名 (その1)	生活不活発病	2 (28.6)	0 (0.0)
	脱水	3 (42.8)	0 (0.0)
	脳血管性痴呆	1 (14.3)	0 (0.0)
	右下腿潰瘍治療	1 (14.3)	0 (0.0)
	圧迫骨折	0 (0.0)	2 (12.9)
	一過性脳虚血発作	0 (0.0)	1 (6.7)
	胸水貯留	0 (0.0)	1 (6.7)
	誤えん性肺炎	0 (0.0)	1 (6.7)
	骨折	0 (0.0)	1 (6.7)
	胆管炎	0 (0.0)	1 (6.7)
	胆管結石	0 (0.0)	1 (6.7)
	腸閉塞	0 (0.0)	1 (6.7)
	尿路感染症	0 (0.0)	1 (6.7)
	脳梗塞	0 (0.0)	1 (6.7)
	慢性肝不全	0 (0.0)	1 (6.7)
	腰部脊柱管狭窄症	0 (0.0)	1 (6.7)
	両変形性膝関節症	0 (0.0)	1 (6.7)
	その他	0 (0.0)	1 (6.7)
	入院時傷病名 (その2)	慢性心不全	1 (14.3)
硬膜外膿胞		0 (0.0)	1 (6.7)
その他		6 (85.7)	14 (93.3)
		N=7	N=15

在宅療養継続支援システム利用群と対照群の利用者の重症度を表 6-8 に示した。在宅療養継続支援システム利用群の利用者はすべて生命の危険は少ないが「患者の社会的・環境的条件も考慮し、入院治療やりハビリを要する」であった。対照群では、生命の危険は少ないが「入院治療やりハビリ、手術を要する」利用者が全体の 80.0%であった。在宅療養継続支援システム利用群と対照群では、利用者の重症度に有意差があった ($p<.001$)。

表 6-8 利用者の重症度

項目	度数(%)		検定
	在宅療養継続支援システム利用群	対照群	
入院治療やりハビリ、手術を要する	0 (0.0)	12 (80.0)	***
患者の社会的・環境的条件も考慮し、入院治療やりハビリを要する	7 (100.0)	3 (20.0)	

***: $p < .001$ **: $p < .01$ *: $p < .05$

N=7

N=15

(2) 退院時の利用者・家族の基本属性

利用者の平均年齢は、在宅療養継続支援システム利用群が 86.4 歳、対照群が 83.6 歳であった。性別でみると、在宅療養継続支援システム利用群が男性 28.6%、女性 71.4%、対照群が男性 60.0%、女性 40.0%であった。在宅療養継続支援システム利用群では、主介護者は「婿または嫁」が全体の 42.9%であった。また対照群では、主介護者は「配偶者」、「婿または嫁」がどちらも全体の 40.0%であった。

在宅療養継続支援システム利用群と対照群を比較すると、基本属性では統計的有意差はみられなかった(表 6-9)。

表 6-9 利用者・家族の基本属性(病院退院時)

カテゴリー	項目	度数(%)または平均(標準偏差)		検定
		在宅療養継続支援システム利用群	対照群	
年齢	平均(標準偏差)	86.4 (7.5)	83.6 (7.6)	n.s.
性別	男性	2 (28.6)	9 (60.0)	n.s.
	女性	5 (71.4)	6 (40.0)	
家族構成	単身世帯	0 (0.0)	0 (0.0)	n.s.
	夫婦のみ	0 (0.0)	2 (13.3)	
	二世帯世帯	3 (42.9)	5 (33.3)	
	三世帯世帯以上	4 (57.1)	8 (53.3)	
	その他	0 (0.0)	0 (0.0)	
	不明	0 (0.0)	0 (0.0)	
主介護者	親	0 (0.0)	0 (0.0)	
	配偶者	2 (28.6)	6 (40.0)	
	息子または娘	2 (28.6)	3 (20.0)	
	婿または嫁	3 (42.9)	6 (40.0)	
	孫	0 (0.0)	0 (0.0)	
	ヘルパー・家政婦など	0 (0.0)	0 (0.0)	
	その他	0 (0.0)	0 (0.0)	
	不明	0 (0.0)	0 (0.0)	
主介護者 介護力 総合評価	介護力十分あり群	1 (14.3)	5 (33.3)	n.s.
	中間群	3 (42.9)	6 (40.0)	
	介護力不十分群	3 (42.9)	4 (26.7)	
	不明	0 (0.0)	0 (0.0)	

***:p<.001

** :p<.01

* :p<.05

N=7

N=15

(3) 入退院時における利用者へのサービス

1) 対照群の主治医は開業医が多い

在宅時（入院前1ヶ月以内の比較的状态のよいとき）の主治医や支援チームについて表6-10に示した。主治医は、在宅療養継続支援システム利用群では、鹿島病院医師の比率が高く、対照群では、医院医師（開業医）の比率が高かった。また、両群を比較したところ、有意差がみられた（ $p<.05$ ）。チームの形成状況は、両群とも「支援目標や支援計画の一致がほぼできている」の比率が一番高かった。

また、形成されたチームのメンバーは、両群とも「在宅サービス」に関わる職員の比率が高かった。両群を比較したところ、チームの形成状況やチームの区分別職種数では、いずれも有意差はみられなかった。

2) 対照群の悪化の発見・認識者で多いのは家族・親族など

在宅時、病状悪化の発見・認識者は、在宅療養継続支援システム利用群では、「主治医」と「主治医以外」がともに、42.9%であった。「主治医以外」とは、「家族・親族、近隣住民など」であった。対照群では、「主治医以外」の比率が最も高く、80.0%であった。主治医以外とは、「家族・親族、近隣住民など」や、「担当ケアマネジャー」、「鹿島病院医師」、「鹿島病院の医師、ケアマネジャー以外の職員」であった（表6-11）。

病状の悪化の発見・認識者が主治医以外の場合の主治医への悪化の情報提供者は在宅療養継続支援システム利用群では「家族・親族、近隣住民など」、対照群では、「担当ケアマネジャー」が最も多かった。在宅療養継続支援システム利用群で、ケアマネジャーと入院前情報交換・カンファレンスを実施していたのは85.7%であった。対照群では、80%が実施していた。

両群を比較したところ、悪化の発見・認識者、入院前情報交換・カンファレンス実施状況において、統計的有意差はみられなかった。

3) 担当ケアマネジャーは全退院前カンファレンスに出席

退院前カンファレンス・情報交換の実施状況を表6-12に示した。在宅療養継続支援システム利用群では、「実施した」が71.4%、「実施していない」が14.3%であった。対照群では、「実施した」が20.0%、「実施していない」が80.0%であった。

両群を比較したところ、退院前カンファレンス・情報交換開催状況において差がみられ、在宅療養継続支援システム利用群に「実施した」が多かった（ $p<.01$ ）。

表 6-10 利用者の入院前の支援チーム

カテゴリー	項目	度数(%)または平均(標準偏差)		検定
		在宅療養継続支援システム利用群	対照群	
主治医	鹿島病院医師	5 (71.4)	2 (13.3)	*
	その他の病院医師	1 (14.3)	2 (13.3)	
	医院医師(開業医)	1 (14.3)	11 (73.3)	
	主治医なし	0 (0.0)	0 (0.0)	
	その他	0 (0.0)	0 (0.0)	
	不明	0 (0.0)	0 (0.0)	
チーム形成状況	支援目標や支援計画の一致がほぼできている	5 (71.4)	12 (80.0)	n.s.
	形式的なチームはあるが、支援目標や支援計画は一致できていない	0 (0.0)	1 (6.7)	
	チームは形成されていないが他職種との情報交換は可能	2 (28.6)	2 (13.3)	
	チームは形成されていないし、情報交換もできない	0 (0.0)	0 (0.0)	
	その他	0 (0.0)	0 (0.0)	
	不明	0 (0.0)	0 (0.0)	
チームのメンバー (重複回答)	主治医	4 (80.0)	10 (76.9)	
	病棟看護師	0 (0.0)	0 (0.0)	
	病院(病棟)リハビリ職員	0 (0.0)	0 (0.0)	
	病院ソーシャルワーカー	0 (0.0)	0 (0.0)	
	担当ケアマネジャー	5 (100.0)	11 (84.6)	
	訪問看護師	1 (20.0)	1 (7.7)	
	訪問リハビリ職員	0 (0.0)	1 (7.7)	
	訪問介護職員(ヘルパー)	1 (20.0)	1 (7.7)	
	通所リハビリ職員	0 (0.0)	3 (23.1)	
	通所介護職員	5 (100.0)	7 (53.8)	
	福祉用具担当職員	3 (60.0)	6 (46.2)	
	近隣住民・友人	0 (0.0)	0 (0.0)	
	警察・消防職員など	0 (0.0)	0 (0.0)	
	その他	1 (20.0)	0 (0.0)	
不明	0 (0.0)	0 (0.0)		
区分別 平均職種数	病院	0.8 (0.8)	0.8 (0.8)	n.s.
	在宅サービス	3.0 (3.0)	2.3 (2.3)	n.s.
	近隣住民・友人	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	
	警察・消防職員など	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	

***:p<.001 ** :p<.01 * :p<.05

N=7

N=15

表 6-11 入院前病状悪化時の対応

カテゴリー	項目	度数(%)		検定
		在宅療養継続支援システム利用群	対照群	
悪化の発見・認識者	主治医	3 (42.9)	3 (20.0)	n.s.
	主治医以外	3 (42.9)	12 (80.0)	
	不明	1 (14.2)	0 (0.0)	
主治医以外の悪化の発見・認識者 (重複回答)	鹿島病院医師	0 (0.0)	0 (0.0)	
	他病・医院医師	0 (0.0)	1 (8.3)	
	担当ケアマネジャー	0 (0.0)	2 (16.7)	
	鹿島病院の医師、ケアマネジャー以外の職員	0 (0.0)	2 (16.7)	
	他機関の医師以外の職員	0 (0.0)	0 (0.0)	
	家族・親族、近隣住民など	3 (100.0)	12 (100.0)	
	警察・消防職員など	0 (0.0)	0 (0.0)	
	その他	0 (0.0)	1 (8.3)	
	不明	0 (0.0)	0 (0.0)	
主治医への悪化の情報提供者 (重複回答)	鹿島病院医師	0 (0.0)	0 (0.0)	
	他病・医院医師	0 (0.0)	0 (0.0)	
	担当ケアマネジャー	1 (33.3)	9 (75.0)	
	鹿島病院の医師、ケアマネジャー以外の職員	0 (0.0)	0 (0.0)	
	他機関の医師以外の職員	0 (0.0)	0 (0.0)	
	家族・親族、近隣住民など	3 (100.0)	8 (66.7)	
	警察・消防職員など	0 (0.0)	0 (0.0)	
	その他	0 (0.0)	0 (0.0)	
	不明	0 (0.0)	0 (0.0)	
ケアマネジャーとの入院前情報交換・カンファレンスの有無	実施した	6 (85.7)	12 (80.0)	n.s.
	実施していない	0 (0.0)	3 (20.0)	
	不明	1 (14.3)	0 (0.0)	

***:p<.001 **p<.01 *p<.05

N=7

N=15

表 6-12 退院前カンファレンス・情報交換開催

	度数(%)			検定
	実施した	実施していない	不明	
在宅療養継続支援システム利用群(N=7)	5(71.4)	1(14.3)	1(14.3)	** (不明を除く)
対照群(N=15)	3(20.0)	12(80.0)	0(0.0)	

***:p<.001 **p<.01 *p<.05

退院前カンファレンス・情報交換の出席者と成果を表 6-13 に示した。在宅療養継続支援システム利用群では、「入院先病院医師」、「入院先病院看護師」、「担当ケアマネジャー」が常に出席していた。「通所介護職員」の出席の比率も高かった。対照群では、「入院先病院医師」、「担当ケアマネジャー」、「家族」が常に出席していた。両群の区分別職種数を比較したところ、有意差はみられなかった。

カンファレンスの成果としては、両群とも「利用者・家族らの生活の多面的理解」の比率が高かった。

4) 全員が退院時在宅サービスを利用

回答のあった利用者 13 名の退院時在宅サービスの利用状況を表 6-14 に示した。両群とも通所系サービスの利用の比率が一番高かった。

(4) 在院日数、サービス利用までの日数

1) 在宅療養継続支援システム利用群の在院日数のバラツキは大きい

在宅療養継続支援システム利用群と対照群の利用者 22 名の平均在院日数を表 6-15 に示した。在宅療養継続支援システム利用群の平均在院日数は 60.3 日、対照群は 21.9 日であった。在宅療養継続支援システム利用群と対照群を比較すると、在院日数に統計的有意差はみられなかった。

2) サービス利用までの日数にも有意差はない

ケアマネジャーとの入院前情報交換・カンファレンス開催を実施した 18 名のうち、実施日が不明の 2 名を除いた 16 名の開催日から入院までの平均日数は、在宅療養継続支援システム利用群が 14.6 日、対照群が 7.5 日であった。また、両群を比較したところ、有意差はみられなかった(表 6-16)。

退院前カンファレンス・情報交換開催を実施した 8 名の入院から開催日までの平均日数は、在宅療養継続支援システム利用群が 78.8 日、対照群が 19.7 日であった。また、両群を比較したところ、有意差はみられなかった(表 6-17)。

退院前カンファレンス・情報交換開催を実施した 8 名の開催日から退院日までの平均日数は、在宅療養継続支援システム利用群が 18.2 日、対照群が 9.7 日であった。両群を比較したところ、有意差はみられなかった(表 6-18)。

表 6-13 退院前カンファレンス・情報交換の出席者と成果

カテゴリー	項目	度数(%)または平均(標準偏差)		検定
		在宅療養継続支援システム利用群	対照群	
退院前カンファレンス・ 情報交換出席者 (重複回答)	入院先病院医師(主治医)	5 (100.0)	3 (100.0)	
	入院先病院看護師	5 (100.0)	2 (66.7)	
	入院先病院リハビリ職員	4 (80.0)	0 (0.0)	
	入院先病院ソーシャルワーカー	3 (60.0)	2 (66.7)	
	在宅担当医師	0 (0.0)	0 (0.0)	
	担当ケアマネジャー	5 (100.0)	3 (100.0)	
	訪問看護師	0 (0.0)	1 (33.3)	
	訪問リハビリ職員	0 (0.0)	0 (0.0)	
	訪問介護職員(ヘルパー)	0 (0.0)	0 (0.0)	
	通所リハビリ職員	0 (0.0)	0 (0.0)	
	通所介護職員	4 (80.0)	0 (0.0)	
	福祉用具担当職員	3 (60.0)	0 (0.0)	
	患者	0 (0.0)	0 (0.0)	
	家族	4 (80.0)	3 (100.0)	
	近隣住民・友人など	0 (0.0)	0 (0.0)	
	警察・消防職員など	0 (0.0)	0 (0.0)	
	その他	1 (20.0)	0 (0.0)	
	不明	0 (0.0)	0 (0.0)	
区分別 平均職種数	病院	3.4 (0.8)	2.3 (0.9)	n.s.
	在宅サービス	2.4 (0.8)	1.3 (0.5)	n.s.
	利用者・家族・近隣住民・友人など	0.8 (0.4)	1.0 (0.0)	n.s.
	警察・消防職員など	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	
退院前カンファレンス・ 情報交換成果 (重複回答)	利用者・家族らの生活の多面的理解	4 (80.0)	3 (100.0)	
	当事者の参画(本人の意図を反映)	0 (0.0)	0 (0.0)	
	チームによる支援計画の作成	4 (80.0)	0 (0.0)	
	連携方法の具体化	3 (60.0)	2 (66.7)	
	相互理解によるネットワーク形成	3 (60.0)	1 (33.3)	
	その他	0 (0.0)	0 (0.0)	
	成果はなかった	0 (0.0)	0 (0.0)	

***:p<.001 **p<.01 *p<.05

N=5

N=3

表 6-14 退院時在宅サービス利用状況

項目	度数(%)	
	在宅療養継続支援システム利用群	対照群
訪問診療（医師による往診）	3 (60.0)	3 (37.5)
上記以外の訪問系サービス	0 (0.0)	3 (37.5)
通所系サービス	4 (80.0)	6 (75.0)
短期入所	0 (0.0)	0 (0.0)
その他	2 (40.0)	0 (0.0)
在宅サービス非利用	0 (0.0)	0 (0.0)
不明	0 (0.0)	0 (0.0)
	N=5	N=8

表 6-15 利用者の平均在院日数

	平均(日)	標準偏差	検定
在宅療養支援継続システム利用群(N=7)	60.3	43.8	n.s.
対照群 (N=15)	21.9	11.9	

***:p<.001 **:p<.01 *:p<.05

表 6-16 入院前情報交換・カンファレンス開催から入院までの日数

	平均(日)	標準偏差	検定
在宅療養継続支援システム利用群(N=5)	14.6	27.2	n.s.
対照群 (N=11)	7.5	8.6	

***:p<.001 **:p<.01 *:p<.05

表 6-17 入院から退院前カンファレンス・情報交換開催までの日数

	平均(日)	標準偏差	検定
在宅療養継続支援システム利用群(N=5)	78.8	43.7	n.s.
対照群 (N=3)	19.7	10.9	

***:p<.001 **:p<.01 *:p<.05

表 6-18 退院前カンファレンス・情報交換開催から退院までの日数

	平均(日)	標準偏差	検定
在宅療養継続支援システム利用群(N=5)	18.2	21.5	n.s.
対照群(N=3)	9.7	6.6	

***:p<.001 **:p<.01 *:p<.05

(5) 再入院率、在宅継続率

1) 自宅退院4週間後時点までの再入院に有意差はない

自宅退院後4週間以内の再入院率は、在宅療養継続支援システム利用群では28.6%、対照群では13.3%であった。両群を比較したところ、有意差はみられなかった(表6-19)。

在宅療養継続支援システム利用群の「再入院あり」の1名、対照群で「再入院あり」の2名は「予期せぬ再入院」であった(表6-20)。再入院の多くは「回避できた可能性のある再入院」と考えられる。

病院退院から再入院までの日数は、在宅療養支援継続システム利用群では平均26.0日、対照群では平均18.0日であった(表6-21)。

表6-19 自宅退院4週間以内再入院率

	度数(%)		検定
	あり	なし	
在宅療養継続支援システム利用群	2(28.6)	5(71.4)	n.s.
対照群	2(13.3)	13(86.7)	
	N=7	N=15	

***:p<.001 **p<.01 *p<.05

表6-20 自宅退院4週間以内再入院区分

	度数(%)		
	計画的再入院	予期された再入院	予期せぬ再入院
在宅療養継続支援システム利用群	0(0.0)	1(50.0)	1(50.0)
対照群	0(0.0)	0(0.0)	2(100.0)
	N=2	N=2	

表6-21 退院から再入院までの平均日数

	平均(日)	標準偏差
在宅療養継続支援システム利用群(N=2)	26.0	2.0
対照群(N=2)	18.0	1.0

2) 自宅退院3ヶ月、6ヶ月後時点の在宅継続率は両群とも高い

自宅退院後の在宅継続率を表6-22に示した。在宅継続率は、退院後3ヶ月時点において両群とも100.0%であった。退院後6ヶ月時点では、在宅療養継続支援システム利用群が85.3%、対照群が93.3%であった。2群間の退院後3ヶ月時点、6ヶ月時点の在宅継続に有意差はなかった。

表 6-22 在宅継続率

カテゴリー	項目	度数(%)		検定
		在宅療養継続支援システム利用群	対照群	
退院後3ヶ月時点	自宅	7 (100.0)	15 (100.0)	} n.s.
	その他	0 (0.0)	0 (0.0)	
退院後6ヶ月時点	自宅	6 (85.7)	14 (93.3)	} n.s.
	その他	1 (14.3)	1 (6.7)	
		N=7	N=15	

***:p<.001 **p<.01 *p<.05

自宅退院後3ヶ月時点、6ヶ月時点において在宅を中断した利用者の中断理由を表6-23に示した。6ヶ月時点で在宅を中断した利用者は両群ともそれぞれ1名であったが、中断理由は「病院」または「施設」への入院または入所であった。

表 6-23 在宅中断の理由

カテゴリー	項目	度数(%)	
		在宅療養継続支援システム利用群	対照群
退院後6ヶ月時点	死亡	0 (0.0)	0 (0.0)
	病院(急性期と慢性期)	0 (0.0)	1 (100.0)
	施設	1 (100.0)	0 (0.0)
	その他	0 (0.0)	0 (0.0)
	不明	0 (0.0)	0 (0.0)
自宅後3ヶ月後時点		N=0	N=0
自宅後6ヶ月後時点		N=1	N=1

(6) 利用者の退院時～退院4週間後・3ヶ月後・6ヶ月後の身体的・精神的状態の変化

1) 各時点における身体的・精神的状態

在宅療養支援システム利用群の各時点でのADLを表6-24、認知症状を表6-25、要介護度を表6-26に示した。ADLは入院前1ヶ月以内(入院前1ヶ月以内の状態のよいとき)では、「J」が14.2%、「A」、「B」、「C」がそれぞれ28.6%であったが、退院6ヶ月後では、「A」が28.6%、「B」が57.1%、「C」が14.3%であった。

また、認知症状は入院前1ヶ月以内(入院前1ヶ月以内の状態がよいとき)では、「自立」が14.3%であったが、退院後ではどの時点でも0.0%であった。

要介護度は、退院後6ヶ月では、「要介護重度」の比率が一番高く、71.4%であった。

表 6-24 在宅療養継続支援システム利用群の状況 A D L

	度数(%)						
	自立	J	A	B	C	不明	総数
入院前	0	1	2	2	2	0	7
1ヶ月以内	0.0	14.2	28.6	28.6	28.6	0.0	100.0
病院退院時	0	0	3	3	1	0	7
	0.0	0.0	42.9	42.9	14.2	0.0	100.0
退院4週間後	0	0	3	2	2	0	7
	0.0	0.0	42.8	28.6	28.6	0.0	100.0
3ヶ月後	0	0	3	2	2	0	7
	0.0	0.0	42.8	28.6	28.6	0.0	100.0
6ヶ月後	0	0	2	4	1	0	7
	0.0	0.0	28.6	57.1	14.3	0.0	100.0

表 6-25 在宅療養継続支援システム利用群の状況 認知症状

	度数(%)							
	自立	I	II	III	IV	M	不明	総数
入院前	1	1	2	2	1	0	0	7
1ヶ月以内	14.3	14.3	28.6	28.6	14.3	0.0	0.0	100.1
病院退院時	0	1	2	4	0	0	0	7
	0.0	14.3	28.6	57.1	0.0	0.0	0.0	100.0
退院4週間後	0	1	2	4	0	0	0	7
	0.0	14.3	28.6	57.1	0.0	0.0	0.0	100.0
3ヶ月後	0	1	2	4	0	0	0	7
	0.0	14.3	28.6	57.1	0.0	0.0	0.0	100.0
6ヶ月後	0	1	2	4	0	0	0	7
	0.0	14.3	28.6	57.1	0.0	0.0	0.0	100.0

表 6-26 在宅療養継続支援システム利用群の状況 要介護度

	度数(%)							総数
	自立	要支援	要介護 軽度	要介護 中度	要介護 重度	申請ま たは再 申請中	不明	
入院前	0	1	1	2	3	0	0	7
1ヶ月以内	0.0	14.3	14.3	28.6	42.8	0.0	0.0	100.0
病院退院時	0	1	0	2	4	0	0	7
	0.0	14.3	0.0	28.6	57.1	0.0	0.0	100.0
退院4週間後	0	1	0	2	4	0	0	7
	0.0	14.3	0.0	28.6	57.1	0.0	0.0	100.0
3ヶ月後	0	1	0	1	5	0	0	7
	0.0	14.3	0.0	14.3	71.4	0.0	0.0	100.0
6ヶ月後	0	1	0	1	5	0	0	7
	0.0	14.3	0.0	14.3	71.4	0.0	0.0	100.0

対照群の各時点でのADLを表6-27、認知症状を表6-28、要介護度を表6-29に示した。入院前1ヶ月以内（入院前1ヶ月以内の状態のよいとき）では、「J」が46.6%、「A」が40.0%、「B」、「C」がそれぞれ6.7%であったが、退院6ヶ月後では、「J」が33.3%、「A」が40.1%、「B」、「C」が13.3%であった。

認知症状は、退院6ヶ月後に入院前1ヶ月以内（入院前1ヶ月以内の状態のよいとき）に近い状態に戻った。また要介護度は、退院6ヶ月後では「要支援」が20.0%、「要介護軽度」が53.3%、「要介護重度」が26.7%であった。

表6-27 対照群の状態の変化 ADL

	度数(%)						総数
	自立	J	A	B	C	不明	
入院前	0	7	6	1	1	0	15
1ヶ月以内	0.0	46.6	40.0	6.7	6.7	0.0	100.0
病院退院時	0	2	11	0	2	0	15
	0.0	13.3	73.4	0.0	13.3	0.0	100.0
退院4週間後	0	3	10	0	2	0	15
	0.0	20.0	66.7	0.0	13.3	0.0	100.0
3ヶ月後	0	5	8	0	2	0	15
	0.0	33.3	53.4	0.0	13.3	0.0	100.0
6ヶ月後	0	5	6	2	2	0	15
	0.0	33.3	40.1	13.3	13.3	0.0	100.0

表6-28 対照群の状態の変化 認知症状

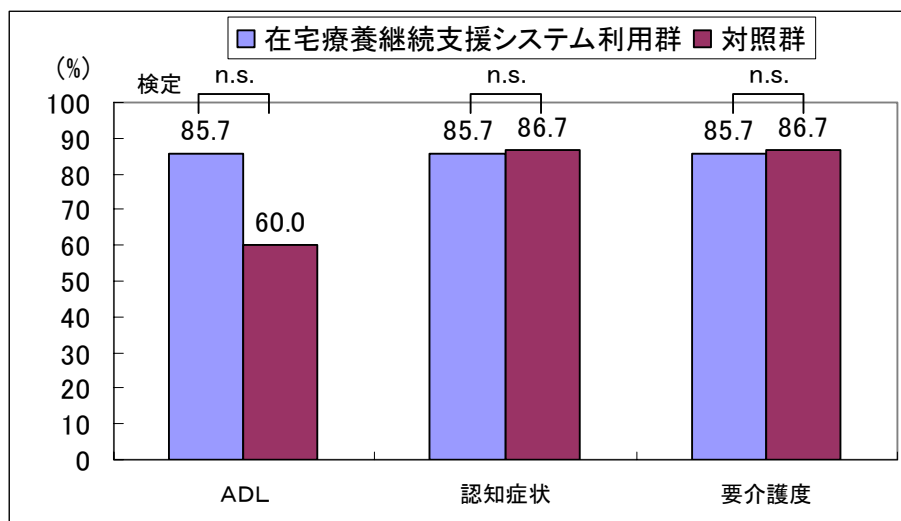
	度数(%)						不明	総数
	自立	I	II	III	IV	M		
入院前	3	4	6	2	0	0	0	15
1ヶ月以内	20.0	26.7	40.0	13.3	0.0	0.0	0.0	100.0
病院退院時	3	4	5	2	1	0	0	15
	20.0	26.7	33.3	13.3	6.7	0.0	0.0	100.0
退院4週間後	3	4	6	1	1	0	0	15
	20.0	26.7	39.9	6.7	6.7	0.0	0.0	100.0
3ヶ月後	3	4	6	2	0	0	0	15
	20.0	26.7	40.0	13.3	0.0	0.0	0.0	100.0
6ヶ月後	2	4	8	1	0	0	0	15
	13.3	26.7	53.3	6.7	0.0	0.0	0.0	100.0

表 6-29 対照群の状態の変化 要介護度

	度数(%)							総数
	自立	要支援	要介護 軽度	要介護 中度	要介護 重度	申請 または 再申請中	不明	
入院前	0	6	6	0	2	1	0	15
1ヶ月以内	0.0	40.0	40.0	0.0	13.3	6.7	0.0	100.0
病院退院時	0	5	6	1	3	0	0	15
	0.0	33.3	40.0	6.7	20.0	0.0	0.0	100.0
退院4週間後	0	4	7	1	3	0	0	15
	0.0	26.7	46.6	6.7	20.0	0.0	0.0	100.0
3ヶ月後	0	4	7	1	3	0	0	15
	0.0	26.7	46.6	6.7	20.0	0.0	0.0	100.0
6ヶ月後	0	3	8	0	4	0	0	15
	0.0	20.0	53.3	0.0	26.7	0.0	0.0	100.0

2) 2群の入院前～退院時の身体的・精神的状態の変化はほぼ同じ

入院前1ヶ月以内(入院前1ヶ月以内の状態のよいとき)から病院退院時までの、在宅療養継続支援システム利用群と対照群のADL、認知症状、要介護度の状態が「改善」+「維持」の利用者の比率を図6-1に示した。在宅療養継続支援システム利用群のADLでは85.7%であった。対照群では60.0%と、在宅療養継続支援システム利用群と比べると低かった。認知症状と要介護度では、両群の比率はほぼ同じであった。ADL、認知症状、要介護度とも、2群間の入院1ヶ月前(入院前1ヶ月以内の状態のよいとき)から退院時の状態の変化に有意差はなかった。



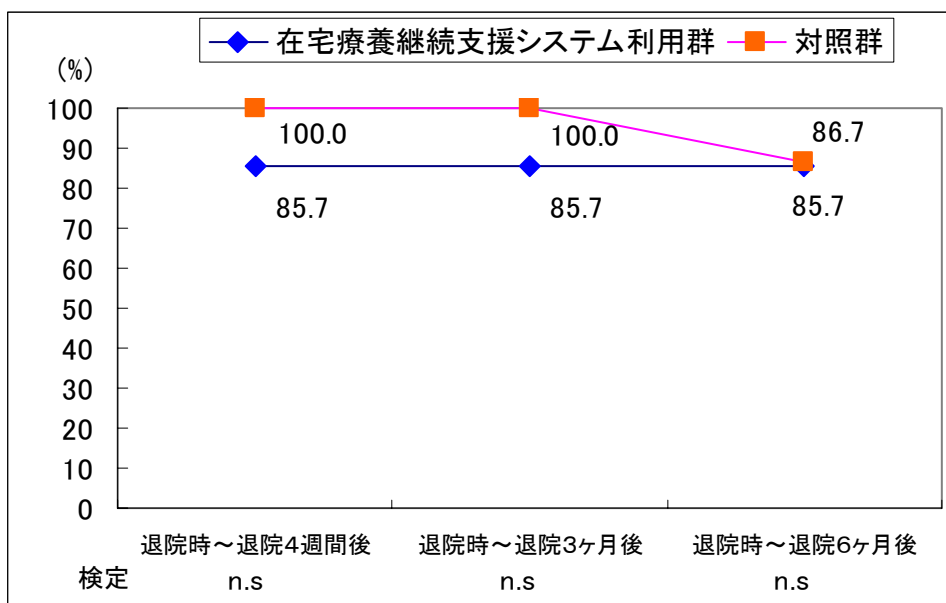
在宅療養継続支援システム利用群(N=7)、対照群(N=15)

***:p<.001 ** :p<.01 * :p<.05

図 6-1 入院1ヶ月前～退院時の状態が「改善」+「維持」の利用者の比率

3) 退院時～自宅退院6ヶ月後時点までの変化に2群間の差はない

病院退院時から各時点までのADLの「改善」+「維持」の利用者の比率を、図6-2に示した。在宅療養継続支援システム利用群は、退院時から退院4週間後、3ヶ月後、6ヶ月時点まで、すべて85.7%で変化はみられなかった。対照群では、退院3ヶ月まで100.0%であったが、退院6ヶ月後では86.7%と低下していた。また、いずれの時点でも両群間のADLに有意差はなかった。

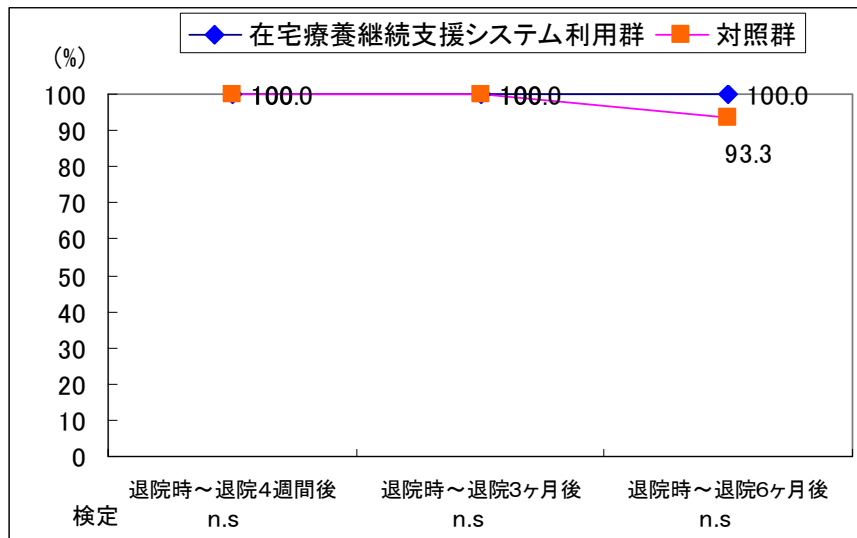


在宅療養継続支援システム利用群(N=7)、対照群(N=15)

***:p<.001 ** :p<.01 * :p<.05

図6-2 退院後の時点別ADL「改善」+「維持」の利用者の比率

病院退院時から各時点までの認知症状の「改善」+「維持」の利用者の比率を、図6-3に示した。在宅療養継続支援システム利用群は、退院時から退院4週間後、3ヶ月後、6ヶ月後時点、すべて100.0%で比率に変化はみられなかった。対照群では、退院3ヶ月後まで100.0%であったが、退院6ヶ月後では、93.3%に低下していた。いずれの時点でも、2群間の認知症状に有意差はなかった。

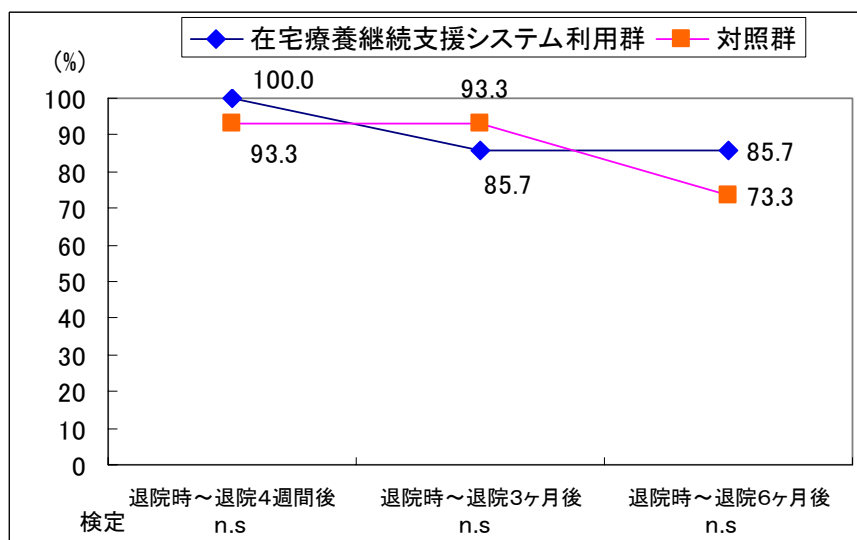


在宅療養継続支援システム利用群(N=7)、対照群(N=15)

***:p < .001 ** :p < .01 * :p < .05

図 6-3 退院後の時点別認知症状「改善」+「維持」の利用者の比率

病院退院時から各時点までの要介護度の「改善」+「維持」の利用者の比率を、図 6-4 に示した。在宅療養継続支援システム利用群は、退院時から退院 4 週間後は 100.0%であったが、それ以降は 85.7%と低くなった。対照群では、退院 3 ヶ月まで 93.3%であったが、退院 6 ヶ月後では 73.3%と低下していた。また、いずれの時点でも両群間の要介護度に有意差はなかった。



在宅療養継続支援システム利用群(N=7)、対照群(N=15)

***:p < .001 ** :p < .01 * :p < .05

図 6-4 退院後の時点別要介護度「改善」+「維持」の利用者の比率

(7) 利用者の入退院支援満足度

入退院前後の鹿島病院職員の支援の状況を表 6-30 に示した。在宅療養継続支援システム利用群では、入院前後、退院前後とも利用者全員が支援を受けていた。対照群では、入院前後に 80.0%、退院前後に 66.7%の利用者が支援を受けていた。

表 6-30 入退院前後の鹿島病院職員の支援

カテゴリー	項目	度数(%)	
		在宅療養継続支援システム利用群	対照群
入院前後	支援を受けた	7 (100.0)	12 (80.0)
	支援は受けていない	0 (0.0)	3 (20.0)
	不明(憶えていない)	0 (0.0)	0 (0.0)
	その他	0 (0.0)	0 (0.0)
退院前後	支援を受けた	7 (100.0)	10 (66.7)
	支援は受けていない	0 (0.0)	4 (26.7)
	不明(憶えていない)	0 (0.0)	0 (0.0)
	その他	0 (0.0)	0 (0.0)
		N=7	N=15

鹿島病院職員から入院前後の支援を受けていた利用者の支援満足度を表 6-31 に示した。5 点満点中、療養継続支援システムでは平均が 4.1 点、対照群では平均が 4.4 点であった。両群に有意差はみられなかった。

表 6-31 病院入院時の説明や支援の適切さ

	平均	標準偏差	検定
在宅療養継続支援システム (N=7)	4.1	0.3] n.s.
対照群 (N=12)	4.4	0.5	

同じく鹿島病院職員に退院前後の支援を受けていた利用者の支援の満足度を表 6-32 に示した。5 点満点で在宅療養継続支援システムでは平均が 4.3 点、対照群では平均が 4.1 点であった。両群に有意差はみられなかった。

表 6-32 退院に向けての支援の適切さ

	平均	標準偏差	検定
在宅療養継続支援システム (N=7)	4.3	0.5] n.s.
対照群 (N=10)	4.1	0.7	

第4節 考察とまとめ

(1) 在宅療養継続支援システム利用者の特徴

在宅療養継続支援システム利用群（追跡調査の対象となった22名）は、平均年齢86.4歳、家族構成は全員2世代世帯以上であった。主介護者の介護力総合評価は、「中間群」、「介護力不十分群」がほとんどであった。基礎疾患は循環器系が多く、入院時傷病名は脱水、生活不活発病が多かった。重症度は、「生命の危険が少ない」状態であった。

平均在院日数は60.3日であったが、バラツキが多かった。鹿島病院の2006年度1年間の平均在院日数は、医療療養病棟153.9日、介護療養病棟283.4日、特殊疾患病棟では785.4日であった。在宅療養継続支援システム利用群の平均在院日数は、医療療養病棟の約4割、特殊疾患病棟では1割以下であった。

これらより、在宅療養継続支援システム利用群の入院理由は、慢性疾患の急性増悪などであり、高度な治療・手術、検査などを必要としない状態で、在院日数も比較的短・中期であることが示された。

(2) 支援チームと入院時および退院時サービス

在宅療養継続支援システム利用群の主治医には、鹿島病院医師が多かったが、対照群では開業医が多かった。チームの形成状況は両群とも比較的良好で、チームメンバーも主治医、担当ケアマネジャー、通所系サービス職員など、ほぼ同じであった。これらのことから、両群の入院前の支援体制に差はなかったと言える。在宅療養継続支援システム利用群のチームメンバーの多くは鹿島病院職員であり、チームを形成しやすい条件下にある。対照群のチームメンバーの所属は異なっており、チーム形成にやや不利であると思われるが、情報や認識の一致などができた良好なチームが形成されていた。

入院前病状悪化の発見・認識者は、両群とも主治医の場合とそうでない場合とがあり、有意差はなかった。主治医以外の悪化の発見・認識者としては、両群とも家族・親族などが多かった。悪化の発見・認識者が、主治医以外の場合の主治医への悪化の情報提供者は、在宅療養継続支援システム利用群では家族・親族などが多かった。対照群ではそれに加え、担当ケアマネジャーの場合が多かった。担当ケアマネジャーと入院先病院との入院前情報交換・カンファレンスの実施率は両群とも高く、有意差はなかった。これらの状況から、両群とも入院前のサービス・支援の提供は適切にされていたと言える。これは前記の入院前支援チームの形成状況によるところが大きいと考えられる。

退院前カンファレンス・情報交換の開催は、在宅療養継続支援システム利用群のほうが対照群より有意に多かった。開催の場合、出席者は、両群とも主治医、担当看護師、担当

ケアマネジャー、家族などと、ほぼ同じ構成であった。両群とも、退院前カンファレンス・情報交換開催による成果が見られた。2群とも、入院前支援チームの形成状況はほぼ同じであったし、退院前カンファレンス・情報交換の要となるケアマネジャーの所属は鹿島病院であった。このことから、退院前カンファレンス・情報交換を開催できたかどうかは、在宅支援者側の要因よりも、利用者の要因（疾病・障害などの程度）、入院先の急性期病院の要因（開催の必要性の判断など）によるところが大きいと考えられる。

両群とも、医療ソーシャルワーカーは、入院時の支援には関わっていなかった。退院時カンファレンス・情報交換には出席することがあった。在宅～入院時、退院時は主にケアマネジャーが担当し、入院中は主に医療ソーシャルワーカーが担当するという役割分担がされていると考えられる。

（３）入院～退院前カンファレンス・情報交換開催～退院までの日数

両群の在院日数に有意差はなかった。入院～退院前カンファレンス・情報交換開催、同左～退院にも有意差はなかったが、平均日数は、対照群より、在宅療養継続支援システム利用群のほうが長い傾向にあった。また、在宅療養継続支援システム利用群のなかでは、入院～退院前カンファレンス・情報交換開催までの日数のバラツキがとくに大きかった。入院～退院前カンファレンス・情報交換開催の短縮が可能であれば、在院日数をより短縮できる可能性がある。そのためには、退院前カンファレンス・情報交換が入院後一定期間以上経過して開催された利用者の分析をする必要がある。その理由は、利用者の治療・リハビリなどに時間を要し、退院の見通しをもちにくかったために、比較的時間が経過してからカンファレンス・情報交換を開催したためであるのか、あるいは退院前カンファレンス・情報交換開催の準備などが遅れたためであるのかの検討は、今後の課題である。

（４）在宅療養継続支援システムの短期的評価 入院による変化と再入院率

利用者の入院前1ヶ月以内の状態の良いとき～病院退院時の状態の変化を比較したところ、ADL、認知症状、要介護度のいずれにおいても2群間に有意差はなかった。ただし、比率で見た場合、対照群より、在宅療養継続支援システム利用群に、ADLの「改善」＋「維持」者が多かった。

自宅退院後4週間以内の再入院率は、両群とも10%から20%台であり、2群間に有意な差はなかった。再入院した利用者の再入院の理由は、多くが「回避できた可能性のある再入院」であった。ただし、再入院の理由の詳細な分析は行えなかったために、回避できた可能性が高かったのか、低かったかについては不明である。

これらより、鹿島病院における在宅療養継続支援システム利用者への治療・リハビリ、退院支援などと、対照群が急性期病院において受けたそれらとはほぼ同等であったと考え

られる。

(5) 在宅療養継続支援システムの中期的評価 自宅退院後6ヶ月時点までの変化

自宅退院後3ヶ月時点の在宅継続率は、両群とも100%であった。6ヶ月時点では、両群とも90%前後であった。2時点ともに、両群間の在宅継続に有意差はなかった。

退院時～自宅退院4週間後、3ヶ月後、退院6ヶ月後のADL、認知症状が「改善」+「維持」の利用者の比率は、すべての時点において9割あるいはそれ以上と、相当高かった。要介護度においては、両群とも「改善」+「維持」の利用者比率は若干低下していた。ADL、認知症状、要介護度ともに、3つの時点における両群間の「改善」+「維持」者に有意差は見られなかった。

これらより、中期的なスパンから見た場合、対照群と同様、在宅療養継続支援システム利用群には、退院時の状態を「維持」、場合によっては「改善」した利用者が比較的多かったと言える。その要因としては、2群の利用者とも入院時傷病は「生命の危険は少ない」状態であったことがあると考えられる。また、前記の鹿島病院入院中のサービス・支援が、中期的にも影響したと考えられる。さらには、自宅退院後の主治医や担当ケアマネジャーなどによる支援が適切だったことも要因の1つと考えられる。

(6) 入退院支援満足度

鹿島病院職員から入退院支援を受けた利用者の、入退院支援に対する満足度は高かった。入院時、退院時とも、2群間に有意差は見られなかった。

在宅療養継続支援システム利用者が、鹿島病院入退院時の支援に満足した要因としては、支援内容に加え、医師、ケアマネジャー、医療ソーシャルワーカーをはじめとした鹿島病院職員と利用者・家族との間に一定期間以上の関わりがあり、それが比較的良好であったこともあるのではないかと推察される。

(7) 全体的評価

カンファレンス開催などを指標としたプロセス評価、再入院率、在宅継続率、利用者の身体的・精神的状態の変化、入退院支援満足度などを指標としたアウトカム評価から見る限り、以下のように結論づけることができる。鹿島病院では、高度な治療・手術、検査を必要としない程度の慢性疾患の急性増悪者などに対して、急性期病院に入院したほぼ等質の状態の利用者が、急性期病院で受ける治療・リハビリ、退院支援などほぼ同水準のサービス・支援を提供していることが明らかになった。また、それらと連動して、適切な在宅

医療・サービスを提供していることが明らかになった。

(8) 本研究の限界

第1は、調査対象者の少なさである。今回の追跡調査、入退院支援満足度調査の対象者は、個人情報保護の観点から、同意を得られた利用者のみとした。その結果、全体で22名、在宅療養継続支援システム利用群では7名となった。統計的分析には限界があり、今回の結果に、在宅療養継続支援システム利用群と対照群の特徴を、どの程度反映できたかについて考慮する必要がある。

第2は、在宅療養継続支援システム利用群の調査対象者には、対照群よりやや軽症の利用者が多かったことである。本章・第1節で見たように、追跡調査、入退院支援満足度調査の協力依頼をした利用者は、在宅療養継続支援システム利用群、対照群ともに、生命の危険は少ないが「入院治療やリハビリ、手術を要する」利用者と、同じく「患者の社会的・環境的条件を考慮し、入院治療やリハビリを要する」利用者の両方であった。結果的に、同意をいただいた在宅療養継続支援システム利用群の利用者は、全員「患者の社会的・環境的条件を考慮し、入院治療やリハビリを要する」利用者となった。重症度のやや異なる2群の比較をもって、在宅療養継続支援システム利用群が、対照群とほぼ同等のサービス・支援を受けていたと言えるかどうかについては、慎重に検討しなければならない。

おわりに 今後の課題

在宅療養継続支援システム利用群と、その対照群を、在宅～入院時～自宅退院後6ヶ月時点まで追跡し、両群を比較することにより、在宅療養継続支援システムの総合的・多面的評価を行ってきた。慢性期病院、医療療養病床が、地域連携システムのなかに位置づけられ、比較的短・中期の入院医療と在宅支援の提供をすることにより、利用者におおむねプラスの影響をもたらすことができるということを、根拠をもって示すことができた。

今後は、調査対象者数を増やし、分析を重ねていくことが課題となる。また、在宅療養継続支援システムと同様または類似の実践をしている慢性期病院の情報収集・分析、今回の調査結果との比較・検討などにより、慢性期病院、医療療養病床の今後の指針となる地域連携システムのあり方（選択肢）を示すことが課題となる。

文献

- 石田直(2005)「市中肺炎診療の新ガイドライン その改訂の主なポイント 重症度の判定と治療の基準」、『化学療法の領域』21(12)、1782-1785
- 厚生労働省(2005)「病院入院(奇数)票」,「用語の解説」,『平成17年患者調査』
- 松本強・宮城征四郎(2001)「COPD 急性増悪の初期評価と入院の決定 救急室における COPD 急性増悪の適切な初期評価より入院適応の判断まで」,『医学のあゆみ』196(9),

675-680

日本療養病床協会・在宅支援に関する検討委員会(2007)「在宅支援の在り方に関する日本療養病床協会の見解 療養病床における在宅支援の在り方について」、日本療養病床協会ホームページ (<http://www.ryouyo.jp/chairman070622-2.html>)

診療報酬調査専門組織 DPC 評価分科会(代表 松田晋哉)(2005)「再入院に係わる調査について」

上原久(2007)「評価の技術」、野中猛・高室成幸・上原久『ケア会議の技術』中央法規、110-123

調査協力への謝辞

本調査研究を実施するに当たり、松江赤十字病院、鹿島病院などの職員の皆さまには、多大なご協力をいただきました。心よりお礼申し上げます。また、調査にご協力いただきました中間ケアシステム、在宅療養継続支援システムの利用者のご家族の皆さまに深謝いたします。

助成への謝辞

本調査研究は、「財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団」、「平成19年度科学研究費補助金 基盤研究(B)『医療・社会福祉連携による早期退院・地域移行促進と不必要な入院・入所回避策研究』(課題番号19930128)」の助成による成果です。記して感謝申し上げます。

研究組織と執筆分担

研究組織

代表者	杉崎千洋	島根大学法文学部
共同研究者	金子 努	県立広島大学保健福祉学部
	小野達也	大阪府立大学人間社会学部

執筆分担

杉崎千洋	序、第1章、第2章、第3章、第6章
金子 努	第4章
小野達也	第5章

急性期病院～在宅の継続医療を保障する
地域連携システムと医療ソーシャルワーカー
支援評価研究
慢性期病院と在宅間の移行支援を中心に

発行日	2008年3月31日発行
連絡先	杉崎千洋（代表者） 〒690-8504 島根県松江市西川津町 1060 島根大学法文学部社会文化学科福祉社会教室 E-mail sugisaki@soc.shimane-u.ac.jp
印刷	黒潮社 〒690-0841 島根県松江市向島町 182-3

背表紙

急性期病院）在宅の継続医療を保证する地域連携システムと医療ソーシャルワーカー支援評価研究報告書

二〇〇八年三月