

## 在宅医療移行管理のあり方に関する研究

### 【研究要旨】

#### I 目的

本研究では、在宅医療移行のハイリスク患者<sup>1</sup>の在宅医療への円滑な移行システムを「在宅医療移行管理」と称し、在宅医療移行管理が必要な患者像の明確化を行うとともに、在宅医療移行管理の標準サービスパッケージを作成し、モデル事業の実施によりその評価を行うことを目的とした。さらに、在宅医療移行管理システムの全体像を概念化し、当該システムの制度化や診療報酬等施策への反映に向けて課題を整理し、とりまとめを行った。

#### II 方法

##### 1. 在宅医療移行管理システムの仕組みの検討

在宅医療移行管理の標準サービスパッケージを構築するため、前提としての「在宅医療移行管理システム」の定義の明確化を行い、従来の退院支援との相違点などについて検討した。標準サービスパッケージの作成に当たっては、ワーキンググループメンバーにおけるグループインタビューを実施した。

##### 2. 在宅医療移行支援モデル事業の実施

先進的に在宅医療移行管理に取り組んでいる8病院において、当ワーキンググループメンバーで作成・検討した在宅医療移行管理標準サービスパッケージを使用してモデル事業を実施した。

モデル事業の対象者は、①平成19年10月の一ヶ月間に、一般病床に入院した患者、②精神科、小児科、産科以外の患者、③満40歳以上（入院時）の患者の全ての要件を満たす患者とした。この患者に対して、各病院において第一段階アセスメントを実施し、そこでハイリスクと判断された患者について、第二段階アセスメントを実施することで、在宅医療移行管理の対象者を抽出した。次に、その在宅医療移行管理の対象者について、院内（在宅医療移行管理部門職員や病棟）や院外事業者から構成される在宅医療移行支援チームを組織し、対象者本人・家族と情報を共有しながら在宅医療移行の支援を行った。モデル事業の実施期間は平成19年10月～12月とした。

また、モデル事業の結果を補完するため、モデル事業対象医療機関にヒアリング調査を行った。実際に在宅医療移行管理に携わっている主治医、看護師、MSW、ケアマネジャー、ホームヘルパー等の関係者を対象に、在宅医療移行管理システムのあるべき姿を聴取し、標準サービスパッケージの評価および修正を検討するにあたっての参考とした。

さらに、実際に退院した患者・家族を対象とした調査を行い、患者・家族側から見た、在宅医療移行管理の評価を行った。

次ページにモデル事業の実施フローを示す。

---

<sup>1</sup> 本報告書では、高度で複雑な継続的医療が必要な患者や、ADLの低下により退院後の生活様式の再編が必要な患者、家庭介護力が不足している患者等、通常の退院調整が困難である患者を「ハイリスク患者」と称することとする。

### Ⅲ 結果

#### 1. 在宅医療移行管理システムの整理

昨年度の研究結果を踏まえ、在宅医療移行管理システムの概念を以下の通り整理した。特に、従来の「退院支援」との差異および在宅医療移行管理のターゲットとなる対象者については、モデル事業実施に際して強調し、本研究で取り上げる「在宅医療移行管理」の概念を明確化した。

##### ☞ 在宅医療移行管理システムの定義（特に、通常の退院支援との違い）

- 退院の意思がありながら在宅での生活が困難な利用者や家族に対して、必要な支援がもれなく効率的に提供されるための退院支援

##### ☞ 在宅医療移行管理システムのターゲットとなる対象者

- 再入院を繰り返している患者
- 退院後も高度で複雑な継続的医療が必要な患者
- 入院前に比べ ADL が低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者
- 独居あるいは家族と同居であっても必要な介護を十分に提供できる状況にない患者
- 現行制度を利用しての在宅への移行が困難あるいは制度の対象外の患者 等

##### ☞ 在宅医療移行管理システムの実施主体・職種

- 実施主体：①病院職員が中心となって活動する（病棟に担当者を置く、部署を設置する）パターンおよび②在宅医療事業所等の職員が病院に入り病院職員と協働するパターン
- 職種：医師、看護師、MSW、事務職員等

##### ☞ 在宅医療移行管理システムに必要なツールの種類・内容

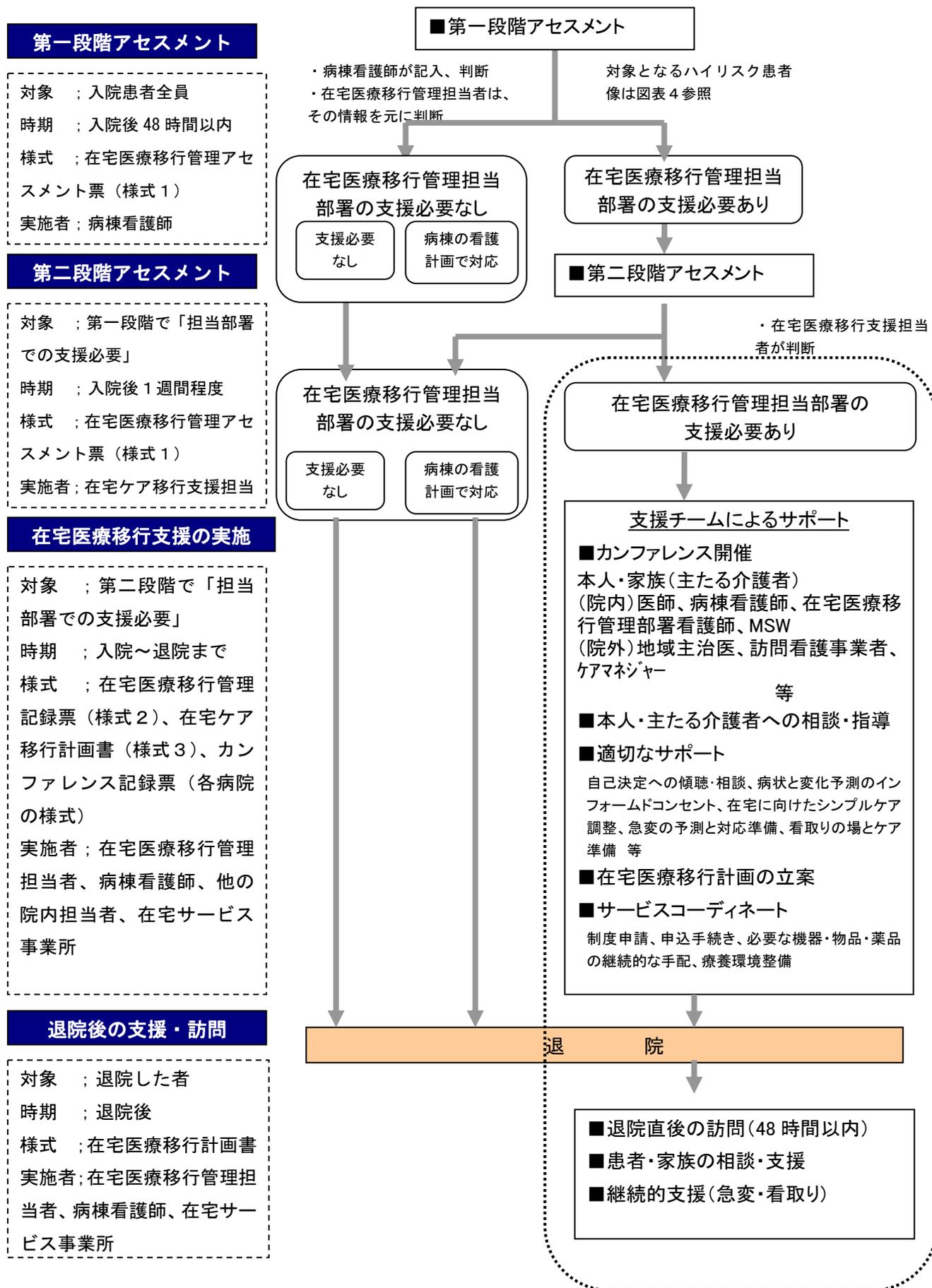
- アセスメントシート、退院支援フローチャート、カンファレンスガイド、情報伝達シート

##### ☞ 在宅医療移行管理システムに期待する効果

- 在院期間の適正化（在宅率増加、再入院率減少等）
- 利用者の QOL 向上
- 在宅復帰支援業務スキルの向上、他機関との医療連携の活性化

次ページに、作成した標準サービスパッケージのフローを示す（モデル事業結果を受けて修正した箇所を含む）。

図表 1 在宅医療移行管理システムの標準サービスパッケージのフロー（修正版）



## 2. 在宅医療移行支援モデル事業

### (1) 調査対象者の状況

モデル事業実施施設（8 病院）から得られたアセスメントシート（様式1）（3,298 票）について集計を行った。

第一段階アセスメント（在宅医療移行管理担当部署）において、「在宅医療移行管理担当部署が中心となり対応」と判断されたのは、全体の 8.6%にあたる 285 人であり、第二段階（アセスメント）において最終的に「在宅医療移行管理担当部署が中心となり対応」と判断されたハイリスク患者は、全体の 6.3%にあたる 209 人であった。なお、第一段階アセスメント対象者は、様式1の記載がない者も含めると全病院で 3,813 人おり、それに対するハイリスク患者の割合は 5.5%であった。また、そのうち在宅医療移行管理記録票（病院票）の記載があった患者は 104 人であった。残り 105 人については、モデル事業対象外もしくは調査票記載なしという状況であった。

性別・年齢別に比較すると、全入院患者に対して、在宅医療移行ハイリスク者の方が高齢者の占める割合が大きく、特に女性においてその傾向は顕著であった。また、在宅医療移行ハイリスク者では移動要介助、排泄要介助の者が全入院患者に対してかなり多くなっている。コミュニケーション障害も、前者は後者に対して保有する割合が高い。さらに、在宅医療移行ハイリスク者は、高齢者世帯や独居、介護者不在、日中独居世帯なども多くなっている。

### (2) アセスメント時における病棟と在宅医療移行担当部署との判断の差異の状況

第一段階アセスメントにおける病棟看護師と在宅医療移行支援担当者間の判断については、以下のような差が見られた。つまり、病棟看護師が「支援担当部署が対応（在宅医療移行ハイリスク患者）」と判断した患者のうち、在宅医療移行支援担当者も同様の判断をした患者は 73.7%、病棟看護師が「病棟等が対応」と判断して在宅医療移行支援担当者も同様の判断をした患者は 70.3%、病棟看護師が「支援不要」と判断して在宅医療移行支援担当者も同様の判断をした患者は 92.9%となり、一致度は高くなっていた（ $\kappa$ 係数 0.699）。

図表 2 第一段階における病棟看護師と支援担当者の判断の違い

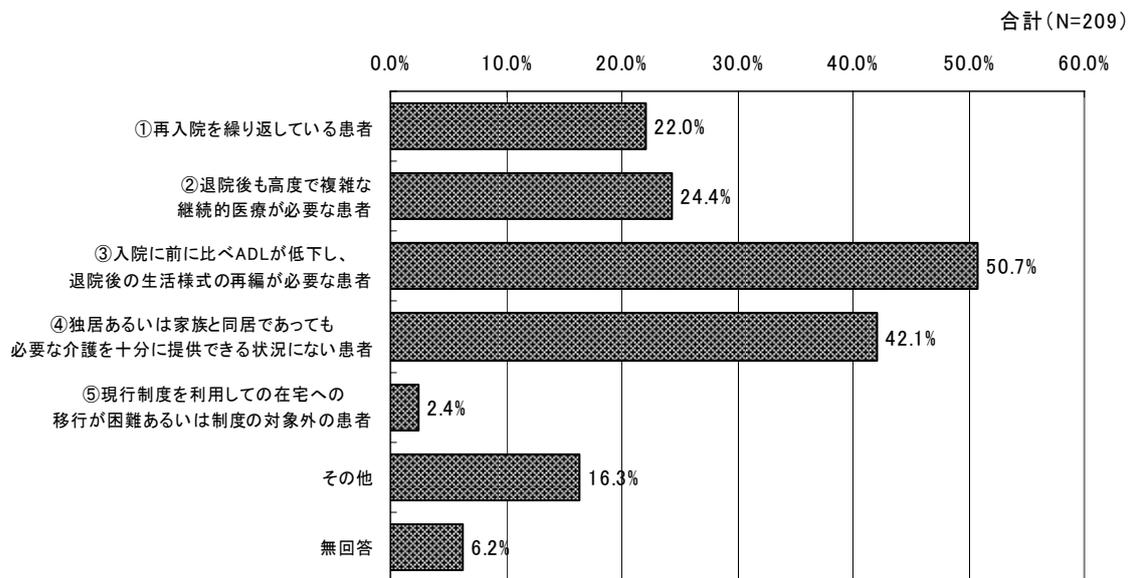
支援担当者 病棟看護師	1.支援担当部署 が対応		2 病棟等が対応		3.不要		計		Kappa p-value
	n	%	n	%	n	%	n	%	
1.支援担当部署が対応	160	<b>73.7</b>	41	18.9	16	7.4	217	100.0	<u>0.699</u> <0.001
2.病棟等が対応	92	16.8	384	<b>70.3</b>	70	12.8	546	100.0	
3.不要	17	0.7	149	6.4	2173	<b>92.9</b>	2339	100.0	
計	269	8.7	574	18.5	2259	72.8	3102	100.0	

一方で、在宅医療移行支援担当者の第一段階（入院から概ね 48 時間以内）と第二段階（入院から概ね 1 週間）における判断の一致度についてみると、 $\kappa$ 係数は 0.420 であり、両時点間の判断の一致度は低くなっていた。これは、第一段階アセスメントと第二段階アセスメントの間に、患者の病状の変化や手術等の影響があると考えられる。

### (3) 在宅医療移行ハイリスク者の状況

第二段階で「在宅医療移行ハイリスク者」と判断された 209 名の患者について、その理由についてみると、「③入院前に比べ ADL が低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者」(50.7%) が最も多く、次いで、「④独居あるいは家族と同居であっても必要な介護を十分に提供できる状況にない患者」(42.1%) であった。

図表 3 第二段階で専門部署がハイリスク者と判断したその理由（複数回答）



これを年齢階級別にみると、「入院前に比べ ADL が低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者」について、65 歳未満で 34.6%、65～75 歳未満で 46.7%、75 歳以上で 55.5%の患者が該当しており、年齢が高いほど当てはまる結果が見られている。また、「独居あるいは必要な介護を十分に提供できる状況にない患者」についても、75 歳以上では 46.7%と高かった。

一方、「再入院を繰り返している患者」や、「退院後も高度で複雑な継続的医療が必要な患者」については、若年層のほうが該当する割合が高い傾向が見られた。

入院の状態別に見ると、再入院の患者においては「再入院を繰り返している患者」が 41.5%となっている。一方で、緊急入院で入院してきた患者については、「入院前に比べ ADL が低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者」が 53.3%と多くなっている。

これを家庭環境別にみると、「独居・介護者不在」「高齢者世帯」「日中独居」などの患者では、「独居あるいは必要な介護を十分に提供できる状況にない患者」という理由が最も多くなっているが、「その他」（つまり家族と同居）の患者では、「入院前に比べ ADL が低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者」という理由が最も多く、支援が必要な理由に差がみられた。

なお、支援が必要な理由にいくつ該当したかをみると、「1つ」が 49.8%、「2つ」が 27.3%、「3つ以上」が 16.7%であった。

### (4) 在宅医療移行管理の状況

第二段階（アセスメント）で在宅医療移行管理ハイリスク者と判断された 209 名のうち、様式 2-1（在宅医療移行管理記録票）を回収することができた 104 名について、その状況を分析した。

入院期間については、「50日以上」(23.1%)が最も多かった。平均は37.5日(標準偏差21.4)となっており、モデル事業実施病院の平均在院日数と比較すると、入院期間が長い患者が多いことから、これらの在宅医療移行管理ハイリスク者については、退院するまでに支援の時間が長くかかると考えられる。

1事例あたりの調整期間(在宅移行までに調整等を要した期間)は、「10~30日未満」(37.5%)が最も多く、次いで「50日以上」(31.7%)であった。平均は37.5日間(標準偏差25.3)であり、入院期間中、継続した支援が必要になっている状況がうかがわれる。また、1事例あたりの調整回数(院内カンファレンス、院外合同カンファレンス、他機関との連絡・調整、患者への指導・相談、家族への連絡・相談等)は、「10~20回未満」(39.4%)が最も多く、次いで「10回未満」(34.6%)であった。平均は15.4回(標準偏差10.4)であった。

在宅ケア移行にかかった支援・調整時間をみると、合計調整時間は「180~300分未満」、「300分以上」がともに31.7%と多くなっている。平均は255.1分(標準偏差159.3)であり、1人あたり4.25時間かかっている。調整時間は、比較的短い患者から、長い患者(300分以上)など、時間には幅があった。

対象患者の退院の可否については、「当初の計画通り退院することができた」が最も多く、44.2%を占めていた。「当初の計画から遅れたが退院することができた」患者は23.1%、「当初の計画より早く退院することができた」は7.7%みられた。また、「退院できなかった」という患者も12.5%みられた。患者の退院後の行き先についてみると、退院時は53.8%の患者が「自宅」へ退院していた。

#### (5) 在宅医療移行支援計画書の状況

様式1において、「在宅医療移行ハイリスク患者」とされた209名のうち、様式3「在宅医療移行管理計画書」の記入がみられたのは83名(39.7%)であった。

計画書の情報共有についてみると、本人・家族と情報を共有していたのは、86.7%で、家族のほうが割合が高かった。院内スタッフは、情報共有者未記入の2例を除いて、全て情報共有者に含まれている。中でも、病棟看護師・医師の割合が高く、次いで専門部署の看護師、ソーシャルワーカーであった。院外と情報共有できていたのは約6割で、ケアマネジャーがもっとも多く、次いで訪問看護師であった。その他の中では「地域包括支援センター」が8例と多く、院外医師やホームヘルパーより多かった。院外の職種との連携の必要性がなかった場合と、連携を要したが計画書を共有しなかった場合とがあると考えられた。

また、目標、問題点、入院中の計画は比較的記載されていたが、退院後の計画が記載されているものは57例(68.7%)にとどまった。計画の記載状況を見ると、病棟の看護計画と類似のもの、「サービスの必要性を検討する」など具体性に欠けるものなども多く見られた。比較的詳細に書かれているものでも、実施予定時期が書かれているものは少なく、それが実際に実施されたか、どのように計画が変更されたかについてまで記載されているものはさらに少なかった。

#### (6) 在宅医療移行管理システムの効果

本モデル事業の効果として、モデル事業実施病院の担当者から以下の点が挙げられた。

患者・家族への効果としては、「入院中に調整しなければならない事や、退院への目処が少し見えるようになってきた事例もみられるなど、在宅医療の可能性を広げることができるようになった。

## 研究要旨

た。」「様々な指導を家族と共にスケジュールを作成し、実施している。この経過の中で、家族は不安を表出し、技術習得にあわせて自信も獲得していくように思う。」が挙げられ、周辺医療機関、在宅サービス事業所等への効果としては、「入院早期からの情報交換や連携を図ることで、在宅療養に対してのスムーズな受け入れ体制が整ってきていると思われる。」などの効果が見られている。また、病院職員への効果として、「アセスメント票を記入することで「支援の必要な理由」や、退院計画書の認識は記入作業を行う中で深まったと考えられる。」「多職種のスタッフを交えた病棟カンファレンスへの参加や病棟訪問により、スタッフが退院後の生活を想定した問題について考えられるようになった。」などの意見が挙げられていた。

### (7) 患者・家族側からの評価

本モデル事業では、モデル事業の在宅医療移行管理の対象となり、実際に退院できた患者・家族を対象として、アンケート調査を行った。アンケート調査は、退院時に患者・家族に病院から手渡し、退院後1ヶ月程度を目安に、調査事務局に返送してもらうように依頼した。患者調査に回答が得られたのは、38人であった。退院した患者の性別は、男性19人、女性19人であった。年齢別にみると、女性の方が高齢の患者が多くなっていた。

「入院中の想像と比べて、退院後の生活はいかがですか」の問に対して、全体として「思っていたより大変だった」が16人と最も多く、「思っていたより大変ではなかった」が12人と続いている。「想像通りだった」は10人であった。

## IV 考察

### 1. 在宅医療移行管理の概要

本研究では、在宅医療移行管理の標準サービスパッケージを作成し、モデル事業の結果も踏まえて標準サービスパッケージを評価し、在宅医療移行管理の枠組みを構築した。在宅医療移行管理は、従来行われていた通常の退院支援とは異なり、在宅医療移行を主として担当する者が、悪化や再入院の可能性が高い「在宅医療移行ハイリスク者」を入院後のできるだけ早期に把握して、院内の医師、看護師、MSW や在宅サービス事業所と在宅医療移行支援チームを構成して、ハイリスク者の在宅医療移行にあたることとなる。

具体的な手順は、入院後早期に一次評価として第一段階のアセスメントを行い、1週間程度経過した時期に二次評価として第二段階のアセスメントを実施する。その上で在宅医療移行ハイリスク者を特定し、在宅医療移行支援チームで在宅医療移行計画を作成して、退院およびその後の療養に向けた支援を行う。在宅医療へ移行した後は、患者の状態等の評価を行い、ハイリスク者の在宅医療へのスムーズな移行を達成することを目指すものである。

なお、本研究の結果を踏まえ、在宅医療移行ハイリスク者を以下のように整理した。

図表4 在宅医療移行ハイリスク者の状態像

①	再入院を繰り返している患者
②	退院後も高度で複雑な継続的医療が必要な患者
③	入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者
④	独居あるいは家族と同居であっても必要な介護を十分に提供できる状況にない患者
⑤	現行制度を利用しての在宅への移行が困難あるいは制度の対象外の患者

これらハイリスク者を特定した上で、本人・家族の意思確認・調整等を行い、在宅医療移行担当者のもと、院内職員と在宅サービス事業所の職員が協働して在宅医療移行支援を行う。病院側では、本人の病状予測等の説明や、居宅で実施可能なシンプルケアへの切り替え等を実施し、在宅サービス事業所では退院先を訪問して介護者状況を確認したり、退院当日の調整や不安への対応、継続的なサービス実施等を行って、患者の在宅療養をサポートすることとなる。

なお、在宅医療移行管理を行う上では、その枠組みおよび実際に在宅医療移行を行う職員の質を確保するためにも、院内に在宅医療移行支援部門を設置し、在宅医療移行管理者を配置して在宅医療移行管理を行うことが必要と考えられる。在宅医療移行支援部門では、当該病院の在宅医療移行管理の質を管理し、業務指針や内容を整備することが必要となる。また、当該部門の長としては、看護師や社会福祉士等として、中堅クラスとされる5年程度の業務経験を持つことが必要と考えられる。在宅医療移行に当たっては、退院後に患者が利用する在宅サービス事業所との連携も必要となるため、在宅医療業務（訪問看護等）に従事した経験がある者が望ましく、また、在宅医療移行についての研修を終了していることが望ましいと考えられる。

## 2. 標準サービスパッケージの評価

### (1) 在宅医療移行ハイリスク者の状況

退院困難で在宅医療移行管理が必要になる状態像としては、最も多いのが「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要」であり、さらに「独居あるいは家族と同居であっても、必要な介護を十分に提供できる状況にない」「退院後も高度で複雑な継続的医療が必要」など、各種要因が複合的に関与しているケースが多く見られている。

最も多くみられた、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者」は、特に日中独居の者、75歳以上の者等で多くなっていた。高齢者においては、入院前のADLと退院見込み時のADLを比較すると、入院前の状態にまでの回復は見込めないことが多く、かつ日中独居状態であれば家庭内介護者も不在となるため、在宅医療移行ハイリスク者となる可能性が高くなると考えられる。

また、今回、ハイリスク者を選定するにあたっては、第一段階アセスメントを病棟看護師と在宅医療移行担当部署の看護師が実施し、その結果をもとに、第二段階アセスメントを在宅医療移行担当部署の看護師が実施した。

第一段階における病棟看護師と在宅医療移行支援部門の看護師との間の判断は概ね一致していた( $\kappa=0.699$ )が、在宅医療移行支援部門での第一段階と第二段階の判断はやや一貫性が低くなっていた( $\kappa=0.420$ )。また、第一段階で病棟看護師の評価により「病棟等で対応」や「支援不要」と考えられていたにも関わらず、最終的に在宅医療移行管理の対象となった患者も見られて

## 研究要旨

おり、第一段階の病棟による評価のみで判断するのではなく、在宅医療移行支援担当部署において、病棟からの情報を元に、第一段階、第二段階のアセスメントを実施し、最終的にハイリスク者を抽出することの必要性が明らかとなった。

### (2) 在宅医療移行支援のプロセス

本研究では、標準サービスパッケージを作成するにあたり、昨年度事業の結果を踏まえるとともに、実際に病院で在宅医療移行支援を実施している看護師を対象としたグループインタビューを実施し、経験的に有効性のある「適切なサポート」を討議した。その結果は、

- ①意思決定への傾聴・相談
- ②病状と変化予測のインフォームドコンセント(IC)
- ③在宅に向けたシンプルケア調整
- ④急変の予測と対応
- ⑤看取りの場とケア準備

の 5 要素にまとめられる。また退院調整が十分でない退院後の生活が不安定で退院後すぐの再入院も生じるという問題が指摘された。在宅医療移行への支援が必要な患者について、モデル事業の結果から上記 5 要素の状況を俯瞰すると、これらの患者は以下のような深刻なニーズを有し、在宅医療移行へ向けた支援が必要であることが明らかになった。

## 3. 今後の課題

### (1) 在宅医療移行管理の概念および手順の普及

在宅医療移行管理を推進するにあたっては、病院職員・在宅サービス事業所職員ともに、従来の退院支援との相違（ハイリスク者に対して在宅医療移行チームが重点的に関与する）を十分に認識することが必要である。また、より広く普及するためには、一連の具体的な手順・方法・書式等を具体例を盛り込んだマニュアル等の作成も必要と考えられる。

### (2) 患者および家族との調整について

在宅医療移行管理の対象となるハイリスク患者は、特に入院前に比べて ADL が低下している場合など、早期退院を促されることに不安を抱いている者も多い。よって、単に退院を目的とするのではなく、患者の退院後の「在宅療養＝生活」に対する支援を行う必要性を認識し、患者・家族と退院後の生活イメージを共有しながら、退院に向けた準備ができるようにすることが重要である。また、病院内では簡単に行えた処置でも、家庭に戻るとそのまま適用できない場合もある。このため、シンプルケアへの切り替えなど、患者・家族あるいは家庭環境の視点に立った具体的な方法を周知・共有していく必要があり、これらの具体的な方法について共有していくことが求められる。

### (3) 病院と在宅サービス事業所との連携の促進

実際に在宅医療移行管理を行うにあたっては、入院中から在宅サービス事業所と十分に連携を図り、入院中に行うこと／退院直後に行うこと／退院後（1ヶ月程度）に行うことなどをお互い明確化し、患者・家族の不安をとりのぞき、病院と在宅サービス事業所が一体となってチームで対応することが重要である。このため、病院側と在宅サービス事業所によるカンファレンスや在

在宅医療移行計画書の作成等の実践上の方法・工夫については、研修機会等で共有していくことが重要であり、病院担当者のみならず、在宅サービス事業所・居宅介護支援事業所等においても研修機会の確保が重要と考えられる。

在宅医療移行支援が積極的に機能し始めれば、在宅への退院患者は増える。その人たちの 24 時間ケアを地域でどう支えるか、医療の必要性の高い患者のケア、主たる介護者の休息(レスパイト)入院を受ける医療機関、訪問看護、ショートステイ、デイケアなどの地域サービスを活用した、幅広い在宅支援の仕組みを地域社会と行政でつくる必要がある。