

**提言 I 退院後、行き場をみつけづらい
高齢者への支援の構築**

提言Ⅰ 退院後、行き場をみつけづらい高齢者への支援の構築

【提言の背景】

1 大都市固有の行き場を見つけづらい要因

今回の調査により、高齢者相談のおよそ4割～5割について、相談担当者が退院後に行き場を見つけづらいと感じている実態が明らかになりました。病院や地域の現場において、高齢者の退院支援がスムーズに行えていない状況を映し出していると言えます。また、行き場を見つけづらい高齢者の中でも、半数が家族と同居していること、半数以上が医療の必要性は低いが簡易な処置が必要な「医療区分1」であること、そして、6割～7割が生活保護ではないが介護に十分なお金を使えない経済状況にある世帯であるなど、これまで想定されていた行き場を見つけづらい高齢者とは違った実態が浮き彫りとなりました。

こうした背景には、介護保険制度をはじめとする各種制度の課題や一人ひとりの状態に対応した退院支援システムが未成熟であることなど様々な要因が考えられますが、それらに加え、以下のような大都市東京ならではの特有な要因が存在することが考えられます。

2 大都市における世帯状況と家族機能

大都市特有な要因の一つに、世帯規模の小ささが挙げられます。国勢調査では、1世帯あたりの人数は東京都が2.06人（平成22年）と全国で最も少なく、また、65歳以上の人口のうち、一人暮らし高齢者率は21.7%（平成17年）となっています。こうした世帯規模の小ささは、本人と一緒に退院後の行き先を考えてくれる人の少なさや自宅で介護や見守りを行なう家族の少なさに直結し、行き場を見つけづらい状況が生まれやすいと考えられます。さらに、就業人口数が多く、家族がいても介護が出来ない状況や地域のつながりの希薄さも行き場を見つけづらくしていると思われます。

3 大都市における住まいの状況

都内では、必要な人数に対し、施設の絶対数が足りていません。施設を建設するための広いスペースが見つからない上に、見つかったとしても土地代が高いため、福祉施設や高齢者住宅等の整備が進んでいません。

また、胃ろうやインスリンなどの簡易な医療処置であっても、介護職の対応が困難ため、施設や高齢者住宅等での受入れが難しい状況があります。さらに、経済的にゆとりのない世帯にとって受入れ先施設も居住費部分が高く、在宅でも必要なサービスを十分に利用できない状況が見られています。

提言 1-1 地域包括ケアシステムにおける医療と福祉の連携による退院支援の確立

◆医療と福祉の連携による退院支援の現状と課題

《医療と福祉の連携不足》

多くの病院で退院相談を行なう部署が設置されてきており、また、在宅生活の調整が必要なケースについては、病院の退院カンファレンスに徐々に地域包括支援センターや居宅介護支援事業所も参加するようになってきています。

しかし、現実には、医療サイドと福祉サイドの情報共有が十分に出来ているとは言いがたい場面も見られます。病院側からは「入院前の地域生活の情報はなかなか手に入れづらい」、地域側からは「問合せをしないと情報がこないことがある。気づいたら退院していたケースもある」という声も聞かれています。

また、医療と福祉の連携を深めていく際にネックとなっていたのが、在宅生活に対する医療サイドと福祉サイドの捉え方の違いでした。「医療関係者がより地域生活に対する理解を深めることも必要」「視野が福祉のみにしか広がらない専門家もいる現状がある」という回答もあり、互いの領域に対する理解が進んでいないために、視点の違いを生かすことができず、行き詰っています。

疾病や身体的な機能を中心に見る医療サイドと社会的な環境の中での本人の生活を中心に見る福祉サイドとでは、視点が違って当然です。専門職が様々な視点から退院に向けた議論を行い、本人の想いを尊重しながら、互いの理解をすり合わせていくことが重要です。

こうした現状から、次の取組みが求められます。

(1) 各関係機関における退院支援機能の強化 ～国、東京都において望まれる取組み～

医療と福祉の連携を進めていくためには、それぞれの機関の退院支援機能をさらに強化していく必要があります。各機関がそれぞれの業務をこなすことに精一杯な状況では、連携は上手く進みません。病院のMSWの人員配置を充実していくことや地域包括支援センターの包括的継続的ケアマネジメント機能（入退院の相談や個々のケアマネジャーの支援）をより強化していくことが求められます。

(2) 病院と地域の福祉関係者による退院支援に関わる日常的な情報交換

～区市町村、東京都において望まれる取組み～

また、連携が上手く進まない大きな要因の一つに顔の見える関係が作れていないことが挙げられています。互いの顔が見えないために、今後、誰とどのような連携をとって退院支援を進めていったら良いか具体的な方向性が見えづらい状況となっています。また、ケース以外の場面では、互いの領域を知ることの出来る研修会の開催等も有効です。区市町村によっては、退院支援に関係する機関の定期的な情報交換会を設けている地域もあります。

(3) 医療と福祉の連携のためのツールの開発と積極的な活用

～病院、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、区市町村において望まれる取組み～

連携のためのツールは「地域連携パス」などがありますが、病診連携が中心となって、医療と福祉の連携に十分には活用されていません。ツールを使用することで、情報の齟齬が少なくなるとともに、様々な機関と連携を図ることができ、スムーズな退院支援を行えます。こうしたツールを様々な機関が積極的に活用していくことが望まれます。また、各区市町村がツールの開発と積極的な使用を働きかけていくことも重要です。

(4) 退院支援連携チームのモデルづくり

～国、東京都において望まれる取組み～

各領域での退院支援機能の強化、関係機関の顔の見える関係作り、連携ツールの普及が行なわれても、それらが全体として一人の高齢者の支援に結びつかなければなりません。3で提案した連携ツールと連動した形で、どのような場合に、どの時点で、どの専門職と連携をとるべきか、といった退院支援のための道筋（モデル）をつくり、広く周知していくことが重要と言えます。

こうしたモデルを作ることにより、連携のための基礎が作られ、医療と福祉の協働した幅広い視点による支援へと発展していきます。

(5) 退院時の病院と地域の連携を促す介護・診療報酬の加算項目の見直し

～国において望まれる取組み～

現行の診療報酬・介護報酬における病院と地域の連携を促す加算は、アンケートでも算定に必要な書類が煩雑なため、実際に連携していても算定していないという声がみられました。報酬改定にあたって、より算定しやすいしくみが求められます。

提言 1-2 病院と地域をつなぐ新たな中間的な機能の確立

◆病院から在宅へ。退院移行の現状と課題

《退院支援期間の短縮化に伴う行き場の見つけづらさ》

近年では、国民の医療費の適正化が目指され、DPC対応病院の増加など急性期病床における在院日数の縮減が進んでいます。

それに伴い、退院支援を行える期間が短くなっており、本人の意向を尊重した十分なアセスメント、施設や住まい探し、在宅生活のためのコーディネートの時間がとれなくなっています。調査結果からも、退院支援で困難だったことに「退院支援を行う期間の短さ」を挙げている地域包括支援センターや居宅介護支援事業所が多く見られました。

また、介護保険の認定審査のみならず、成年後見制度や生活保護制度等については、申請から決定までに時間がかかるため、その間、本人は入院し続けることも出来ず、地域に戻ることも出来ないという、行き場を見つけづらい状況に追い込まれてしまいます。

《医療関係者と福祉関係者の協働アセスメント機会の不足》

また、連携が重要ということが言われている一方、上記の退院支援期間の短さも相俟って、医療関係者と福祉関係者が協働して本人の在宅生活等のアセスメントを行う時間や機会を設けることが難しくなっています。

また、現状では病院という限られた環境の中でのアセスメントしか出来ておらず、在宅の環境下での本人のADLや家族の介護状況などのアセスメントは出来ていません。本人や家族にとっても、退院後のイメージが出来ない状態で在宅に戻ることもあります。

このような現状に対し、病院と地域をつなぐ中間的な機能（病院から地域に退院する際に、本人が徐々に在宅生活に慣れていくためのもので、在宅生活に対するイメージと実際とのギャップを埋めるための機能）を確立することが求められます。

(1) 退院時の病院と在宅をつなぐ新たな中間的な機能の創設

～国、東京都において望まれる取組み～

今回の調査では、中間施設を求める声が多くありました。しかし、都内では、新たに施設を増設創設していくことは難しい現状があります。むしろ、既存の住まい（施設や高齢者住宅等）を活用しながら、病院と地域をつなぐ「中間的な機能」を新しく創設していくことが求められます。

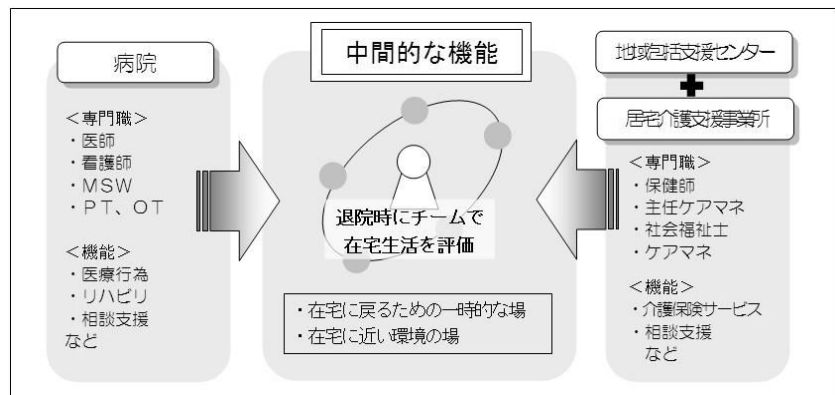


図 退院時に病院と在宅をつなぐ中間的な機能

調査からは、中間的な機能として、一時的に退院できる場所であるとともに、在宅生

活を評価できる、あるいは、在宅生活のシミュレーションが出来る場を求めている声が多く見られました。そのことから、様々な設備が整えられた環境ではなく、より自宅に近い環境で本人が一定期間過ごす場としての機能が求められると言えます。例えば、病院の近くにアパートを借り上げ、そこを中間的な機能の場として活用することも一つの方法として考えられます。

さらに、病院と地域の専門職が集まり、協働して、本人を評価する場所としても活用させることが大切です。単なる一時的に退院できる場所ではなく、各専門職が集う退院支援の中核として位置づけていくことが求められます。

(2) 入院中における外泊時の介護保険サービスの利用

～国、東京都において望まれる取組み～

現状でも、長期で入院していた方などの場合は、退院する前に自宅へ外泊することがありますが、入院中は介護保険制度が利用できないため、訪問介護や訪問看護を利用した上での生活状況を確認してみたり、住宅改修や福祉用具を利用して生活が出来るかどうかについて十分なアセスメントが出来ていません。

入院中に本人が退院後の生活課題を確認するためにお試し外泊を積極的に利用できるよう、介護保険制度を改善していくなど、入院中の外泊機能をより充実させていくことが望まれます。

提言 1-3 広域による退院支援機能の確立

《求められる広域からの支援機能》

「広域の行政機関にもっと介入して欲しい」「困難ケース専門の相談窓口を作って欲しい」。現場の支援者だけでは、行き詰っている現状を解きほぐすことが困難なケースが見られています。

地域によっては、基幹型の地域包括支援センターを区市町村が運営することにより区市町村内の地域包括支援センターのバックアップ機能の役割を担っていますが、全都的な仕組みにはなっていません。また、区市町村を超える圏域からの退院、或いは、入院の際の情報がスムーズに入っていない状況が見られています。

このような現状に対応するため、広域において以下の取組みが求められます。

(1) 広域における支援機能の整理とシステム化 ～国、東京都において望まれる取組み～

広域からの支援を構築していくにあたり、まず、広域支援として必要な機能を整理する必要があります。調査結果では、困難ケースへの調整機能、他の区市町村に入退院する際の病院や地域の関係機関の情報、連携ツールの開発・普及との回答が多くありましたが、これらを現場の実態に即して整理していく必要があります。

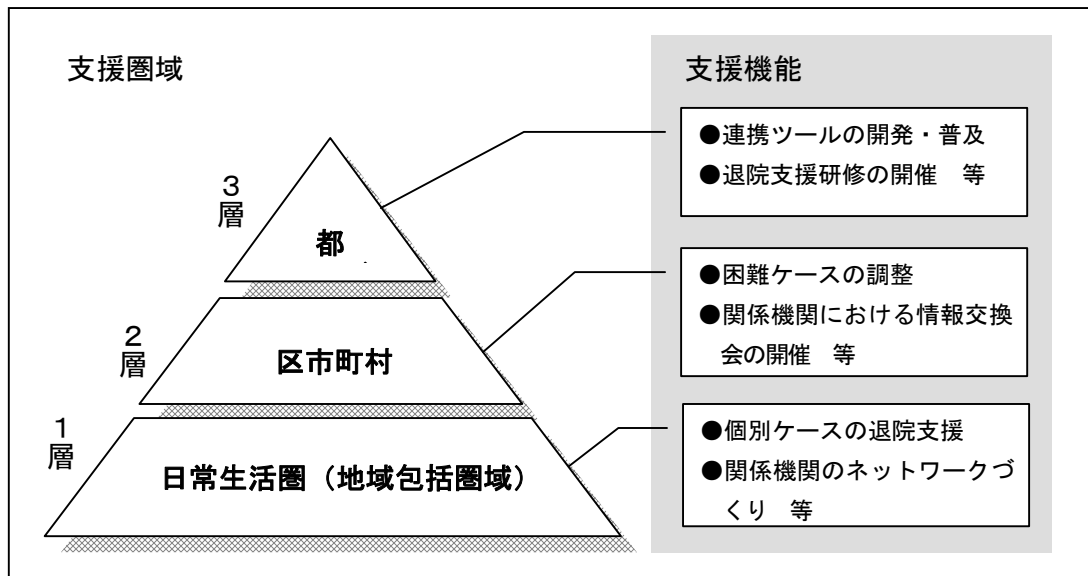
また、広域支援を行っていく際に重要となるのが、圏域の設定です。今回の調査結果から求められる圏域を設定し、それぞれに求められる支援機能を次ページの図のように整理してみました。

まず、地域包括支援センターの圏域である日常生活圏域（1層）では個別の退院支援と関係機関とのネットワーク作りが求められます。

区市町村の段階（2層）では、病院や地域包括支援センターなどの困難ケースの調整にあたる機能と各関係機関の専門職が顔の見える関係を作ることの出来る情報交換会等を開催していく役割が求められます。

そして、都レベル（3層）では現場の専門職がより支援を円滑に行なうための研修の開催や連携ツールの開発・普及等が求められます。

図 圏域ごとに見た退院支援のための支援機能



(2) 認知症やがんの高齢者に対応した新たな退院支援モデルの構築

～国、東京都において望まれる取組み～

今回の調査で、行き場を見つけづらい高齢者の疾患として「認知症」や「がん」が多く見られました。これまで、治療やリハビリのプロセスがある程度、明確な脳卒中の疾患と異なり、認知症やがんの高齢者を対象とした退院支援モデルはあまり開発されてきていません。

脳卒中をモデルにした連携パスでは、いつ、どの時点で、どのような関わりが必要となるのかという時間軸に応じた関わりが重要な情報となりますが、認知症やがんは、いつ、どの時点でどのような支援が必要になるのかを見定めることが極めて困難です。

そのため、生活情報を含む幅広い情報を継続的にチームの中で共有しながら、本人ができること、支援が必要なことについて、本人を含むチームで評価していく必要があります。そのため、新しい退院支援のモデルの構築が求められています。

提言Ⅰ-4 大都市東京における退院後の行き場の確立

専門職の連携や広域からの退院支援、また、退院支援のための中間的な機能を創設したとしても、場として退院後の行き先がなければ、退院後の高齢者の支援の構築には至りません。調査からも、特別養護老人ホームや老人保健施設、在宅では訪問看護の絶対量が足りないという回答が多く見られました。そうした不足している施設や在宅サービスの量の確保が求められています。

調査結果では、退院後の行き場を見つけづらい状況として、次の4つの課題が明らかになりました。

《医療対応を行なうことの出来る行き場が少ない》

特に、意見が多かったのが、医療区分1に対応した高齢者の行き場に関するものでした。医療区分の中では最も医療的な処置の必要性が低いため、診療報酬上の点数が低くなります。一方、福祉施設では、介護職が医療的な対応が出来ないため、受入れ数を伸ばすことが難しい状況となっています。

《生活保護ではないが、経済的に余裕のない方の行き場がない》

経済的に余裕のない方の行き場にも深刻な状況が見られます。調査結果から浮き彫りになったのは、家族と同居で収入はあるものの、介護に十分なお金を使う余裕のない世帯の行き場を見つけづらい状況でした。生活保護世帯であれば、自宅でも施設でも日常生活を送るための最低限のサービスを利用できますが、生活保護でないために十分なサービスを受けられない状況となっています。

《要介護度が高い高齢者の行き場を見つけづらい》

調査結果では、要介護度の高い方の行き場を見つけづらい状況が見られました。骨折等での入院のため、要介護度が急激に上昇し、自宅での生活が困難になる方もいます。また、在宅に戻っても、適切な生活環境が整わず、再入院になるなど入退院を繰り返している方も見られます。

《常時、見守りが必要な高齢者の行き場がみつけづらい》

一人暮らし、或いは家族と一緒にあっても、家族が働いていて、見守る人がいないことによって行き場を見つけづらい状況が見られます。

以上の状況に対して、次のような新たな施策が求められます。

(1) 特養や老健施設における簡易な医療対応が必要な方の受入れ拡大

～国、東京都において望まれる取組み～

医療的な処置の必要性が低い「医療区分1」に対応した施設や住まいの整備が求められています。現状でも、特別養護老人ホームや老人保健施設、ショートステイにて、胃ろうやインシュリンの管理の必要な方、特に、認知症など自己管理のできない方の受入れを行なっていますが、人員配置もあり、受入数を伸ばせない状況にあります。

(2) 経済的な余裕のない高齢者に対応した施設や住まいの整備

～国、東京都において望まれる取組み～

生活保護世帯ではないが経済的なゆとりのない高齢者の行き場の構築が求められています。経済的に余裕のない方が利用することの出来る施設としては、特別養護老人ホームが挙げられますが、近年は個室化が進み特別養護老人ホームでも金額が高くなっていたり、そうでない施設は郊外の自宅から遠いところでないときぎがない状況となっています。

所得はそれほど低くないものの介護に十分なお金を使用することが出来ない世帯に対する経済的な支援策も喫緊な課題となっています。

(3) 退院直後、一時的にサービスを増やすなど制度の柔軟な対応

～国、東京都において望まれる取組み～

入院前と退院後で状態が大きく変化している場合など、在宅生活が安定するまでに数週間～数か月程度かかることがあります。そのため、退院直後の介護ニーズは一時的に増える傾向にありますが、現行の介護保険制度では通常のプランにそったサービス提供しか出来ません。退院直後、生活が安定するまでの間、一時的にサービスを増やすなどサービスを柔軟に利用できる仕組みが求められます。

(4) 地域住民も含めた退院後の見守りのための場づくり

～区市町村、区市町村社協において望まれる取組み～

常時、見守りが必要な状況に対応できるサービスの構築が難しい現状があります。専門職と本人、本人に関係する地域住民により退院後の生活を見守る体制を作っていくことも必要となります。