

提言Ⅳ
**退院後、行き場を見つげづらい高齢者への
退院支援について**

提言Ⅳ 退院後、行き場を見つけづらい高齢者への退院支援について

【提言の背景】

東京都の高齢者人口の割合は、平成27年に24.2%、平成47年には30.7%となり、「都民のおよそ3人に1人が65歳以上の高齢者」という時代をやがて迎えることが見込まれています。また、厚生労働省の患者調査（平成23年）によると、65歳以上の退院患者の平均在院日数は44.8日であり、平成14年の55.1日、平成17年の52.1日、平成20年の49.0日と、その日数はますます短くなってきています。さらには、ライフスタイルの変化等により、疾病構造は、脳血管疾患に限らず、がん、心疾患、糖尿病をはじめとする生活習慣病を中心とするものに変化してきているため、退院支援のあり方も新たなモデルを検討していくことが必要となっています。

こうした状況にあって、東京都では、平成19年度から医療保健政策区市町村包括補助を実施し、在宅療養のしくみを区市町村において整えていくことを推進するとともに、平成25年3月には第5次東京都保健医療計画を改定しました。同計画では、「高齢になっても、障害があっても、その人らしい充実した人生を全うできるような、『在宅療養生活』の実現を目指していくことが必要」としており、「在宅療養支援窓口の設置など、在宅療養に取り組む区市町村の主体的な取組を支援する」、「早期退院支援や地域連携強化による在宅療養生活への円滑な移行を促進する」ことなどを今後の取組みとして挙げています。平成25年度からは東京都在宅療養推進会議のもとに「退院支援部会」も新たに設置されました。平成24年4月からの介護保険法改正においても、地域包括ケアの構築が打ち出されており、「高齢者の退院支援の強化」、そのための「区市町村における取組みへの支援」が重要な課題となっています。

東京都社会福祉協議会では、平成22年度から「退院後、行き場を見つけづらい高齢者への支援の構築プロジェクト」（委員長 太田貞司 神奈川県立保健福祉大学名誉教授）を設置し、3か年にわたる取組みを行ってきました。平成22年度に都内病院、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所を対象に行った実態調査では、「退院相談ケースのうち、いずれの機関も4～5割のケースで支援者が『退院後の行き場を見つけづらい』と感じている」「行き場を見つけづらい要因は1ケースあたり平均3つ以上の要因が重なり合い、必ずしも医療や介護の必要性が高くなくても行き場を見つけづらい実態がある」ということが明らかになりました。その結果をふまえ、プロジェクトでは、平成23年度には区市町村向けに「高齢者退院支援の手引き」を作成しています。

さらに、平成24年度には、「退院後、行き場を見つけづらい高齢者に関する社会資源実態調査」を実施しました。同調査では、一般病床を退院して宿泊機能のある社会資源（介護老人保健施設、介護療養型医療施設、医療療養病床、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、認知症高齢者グループホーム、小規模多機能居宅介護、宿泊デイ）を利用する高齢者のケース（以下、「退院ケース」）への支援の実態を把握し、次のような実情が明らかになりました。

社会資源に一般病床から退院したケースにおける支援の実情

- (1) 介護老人保健施設以外の社会資源でも、退院ケースで在宅生活に移行するケースがみられる。
- (2) 退院ケースの受入れが困難な理由には「医療対応が困難なため」が多く挙げられている。
- (3) 社会資源への退院ケースの多くで本人と家族の意向が異なっている。
- (4) 介護老人保健施設への退院ケースのうち3割は、退院時に退院先が見つからず、「とりあえずの退院」を受け入れている。

こうした調査結果等をふまえて、退院後、行き場を見つけづらい高齢者への退院支援を強化していくためには、区市町村が地域の実情に応じた病院と福祉の連携を推進して退院支援のしくみを構築するとともに、さらに、病院と地域をつなぐ新たな中間的な機能を強化していくことが必要です。そのため、以下の取組みを提言します。

提言Ⅳ－１ 区市町村による退院支援のしくみの構築

多くの高齢者が退院した後の生活を考えるとき、医療と介護を活用した在宅生活に対する不安をもっています。特に家族の介護力が期待できない、経済的に厳しいといった状況にある「退院後、行き場を見つけづらい高齢者」にとって、その不安は一層、大きなものとなります。このような高齢者の不安に対して、地域において医療と介護等の提供を効果的に行う「地域包括ケア」の推進が求められる中で、退院支援の環境を整えていくことが区市町村の役割として求められています。とりわけ医療と介護の連携を推進していく上で、「退院支援」という共通テーマを設定することにより地域の実情に応じた具体的な課題の解決をすすめていくことが期待できます。

退院相談窓口や在宅療養推進協議会の設置には、東京都の医療保健政策区市町村包括補助における「在宅療養環境整備支援事業」を活用することができます。区市町村が、こうした包括補助等を積極的に活用し、地域包括ケアの推進と合わせた退院支援のしくみを構築していくことが必要です。

(1) 「在宅療養推進協議会」による地域の実情に応じた医療と介護の連携のためのしくみづくり

～区市町村に望まれる取組み～

退院後、行き場を見つけづらい高齢者への支援の構築プロジェクトでは、平成24年3月に「高齢者退院支援の手引き」を作成し、区市町村による退院支援のしくみづくりを具体的に提案しています。こうしたしくみづくりを区市町村の担当部署とともに、医療機関や地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、介護保険事業者などさまざまな関係機関が相互理解を図り、連携しながらすすめることが重要です。

そのためには、以下の取組みがポイントになります。

① 退院相談窓口の設置

医療連携の担当部署を決めた上、退院相談窓口を地域包括支援センター内や庁舎内に置き、専任の相談員を配置し、高齢者本人・家族からだけでなく、関係機関からも相談を受けられるようにします。そして、この窓口を中心に地域の医療・介護に関わる社会資源の情報を具体的に収集して整理し、関係機関による連携をすすめます。

② 在宅療養推進協議会の設置

地域の実情に応じたしくみづくりをすすめるために、関係機関による協議会を設置します。ここでは、医療と介護の関係機関の相互理解をすすめながら、実務者レベルでの課題を整理し代表者レベルでしくみを決定し、区市町村が①を活用して、普及と推進を図ります。ここで検討するしくみには、入院早期の段階から在宅生活移行に向けた支援を地域の関係機関と病院が連携して行うしくみ（高齢者退院支援チーム）、情報共有をスムーズに行うための連携ツール

の開発などが考えられます。

③ 病院と地域をつなぐ新たな中間的な機能の検討

病院から直接、在宅生活に移行するケースに限らず、社会資源を利用しながら一時的に在宅生活をシミュレーションでき、地域の関係機関のチームアプローチにより病院と地域をつなぐ「中間的な機能」を整備していく必要があります。疾病構造や支援ニーズが多様化する中、中間施設に位置づけられている介護老人保健施設に限らず、宿泊機能を有する多様な社会資源（小規模多機能居宅介護、サービス付高齢者向け住宅、医療療養病床、有料老人ホーム等）がこの中間的な機能を担っていくことが考えられます。

④ 医療・介護関係者間を調整する業務に従事する人材の育成

医療と介護の連携のためのしくみを地域の実情に応じて構築した上、そのしくみに基づきながら、連携を推進するための人材の育成が重要になります。

上記のような区市町村における退院支援のしくみを構築していくプロセスは、次のような流れによるすすめ方が想定されます。

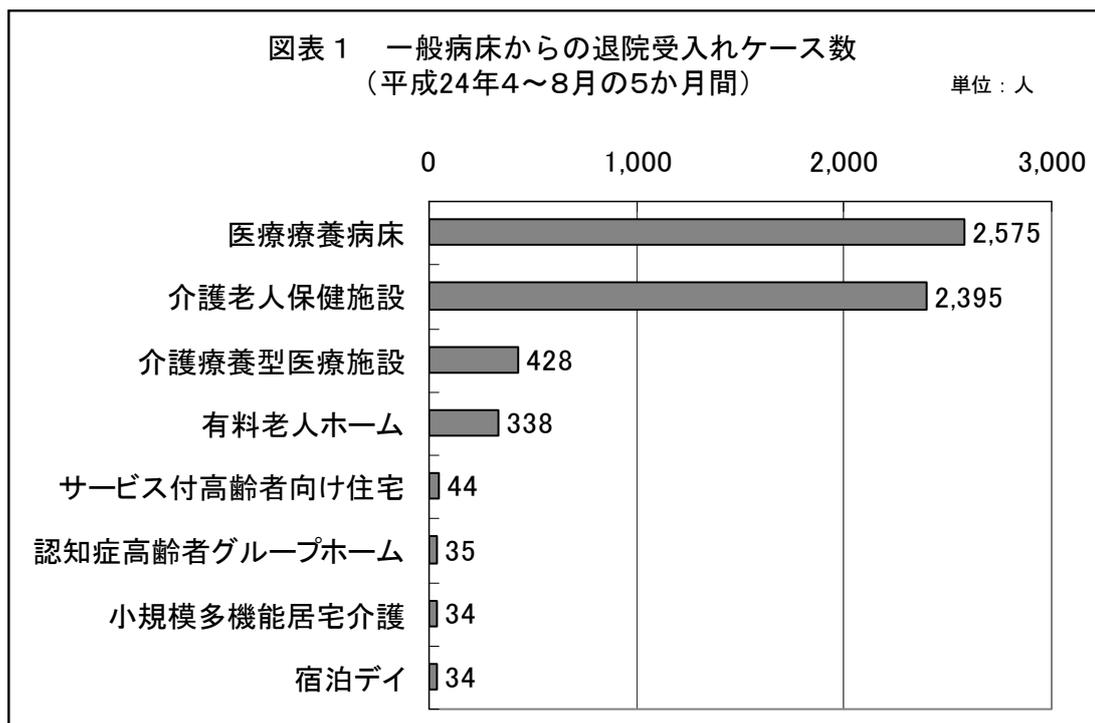
区市町村における退院支援のしくみづくりの工程表



(2) 地域の高齢者の退院後の受入れ先となっている社会資源と地域の関係機関との連携の推進

～区市町村に望まれる取組み～

平成24年度に実施した「退院後、行き場を見つけづらい高齢者に関する社会資源実態調査」では、一般病床を退院後、在宅生活に直接移行せずに、何らかの社会資源を利用している高齢者の実態を把握しました。平成24年4月から8月までの間に入所した方で病院から直接、退院した方の数を尋ねたところ、図表1のような受入数となっています。



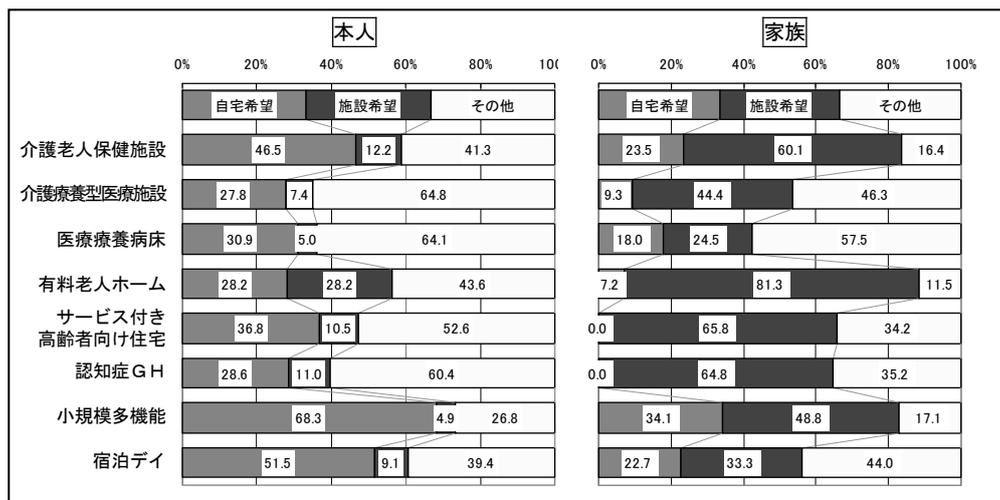
基本的には上位2つの社会資源においてケースが多くなっていますが、それ以外の社会資源にも退院後に利用している高齢者がいることがわかります。こうした状況の中で、地域の高齢者が入院した後、必ずしも在宅に戻っていないケースがある実情を区市町村段階でも在宅療養推進会議や地域包括ケア会議において把握しておくことが必要と考えられます。地域の高齢者が病院や在宅以外のどこの社会資源にいるのかを把握した上で、その社会資源と地域の機関が連携し、在宅生活の移行を見据えた支援を行っていくことが求められます。

(3) 高齢者の退院ケースにおける本人と家族の意向を調整するしくみづくり

～病院、地域包括支援センター、社会資源、区市町村に望まれる取組み～

平成 24 年度に実施した「退院後、行き場を見つけづらい高齢者に関する社会資源実態調査」では、それぞれの社会資源に一般病床からの退院受入れケース 985 ケースの個別の状況をうかがっています。その一つに、「退院受入れケースにおける高齢者本人の希望と家族の希望」をうかがったところ、図表 2 のように、その希望に大きな開きがあることがわかりました。

図表 2 退院受入れケースにおける高齢者本人と家族の希望 単位：%



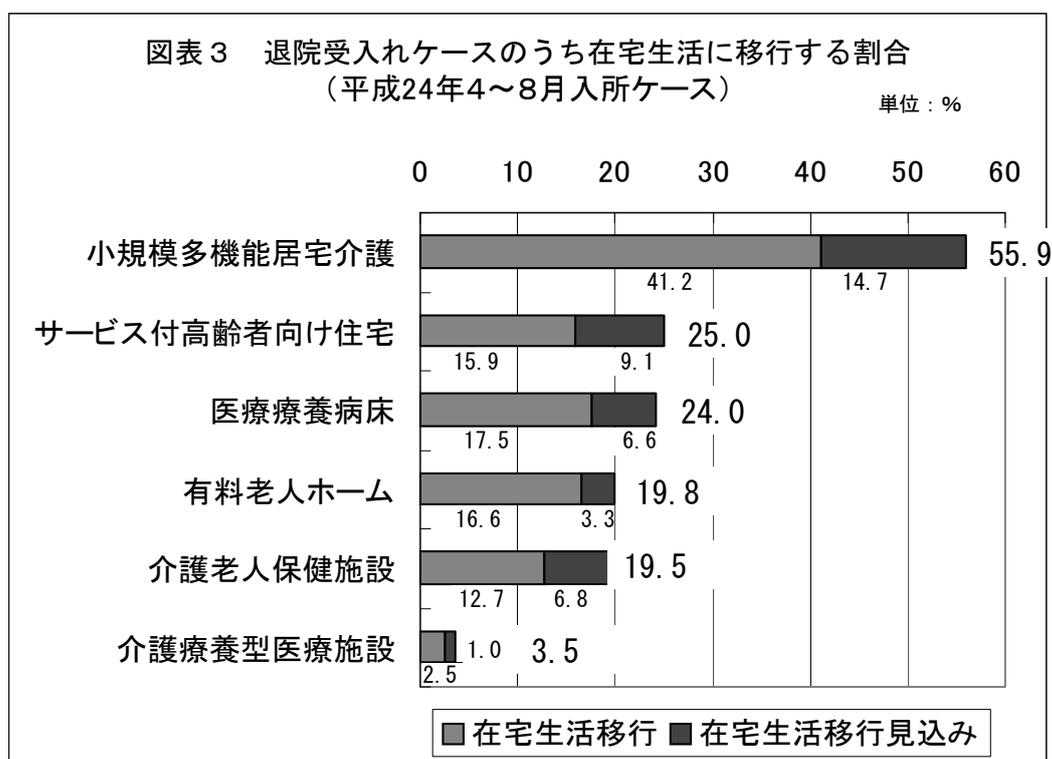
この結果からは、例えば、介護老人保健施設において、今後の高齢者本人の生活場所について本人は 46.5% が「自宅」を希望しているのに対して、家族は「自宅」が 23.5% にとどまり、60.1% の家族が「施設」を希望しているといった結果がみられます。これは、他の社会資源でも同様に大きな開きとしてみられました。

退院時にこのように、本人と家族の間で意向に大きく開きがあることは、支援のめざすべき方向が定まらず、その後の支援に大きな影響を及ぼすことが考えられます。そのため、在宅生活の可能性に関わるアセスメント、適切な情報提供や在宅生活のイメージづくりなどを含めた「本人と家族の意向を調整するしくみ」を構築していく必要があります。それは、いずれかの機関に責任があるというよりも、地域において関係機関が連携しながら構築していく必要があると考えられます。

提言Ⅳ－２ 病院と地域をつなぐ中間的な機能の強化

平成24年度に実施した「退院後、行き場を見つけづらい高齢者に関する社会資源実態調査」では、介護老人保健施設に限らず、その他の社会資源においても退院受入れケースで在宅生活に移行するケースがみられました（図表3）。そこで行われている支援は、リハビリによる自立支援だけでなく、入所直後からの在宅復帰後までのイメージづくり、試験外泊、家族への介護方法や介護サービス等の相談・情報支援となっています。在宅生活に移行した後の生活のイメージを高齢者本人も家族も見通せないことが、前述の本人と家族の意向の相違にもつながっています。また、医療ニーズもふまえながら生活課題をアセスメントし、在宅生活の環境を整えていくためには、本人・家族を交えた医療と福祉の双方の視点が重要になります。

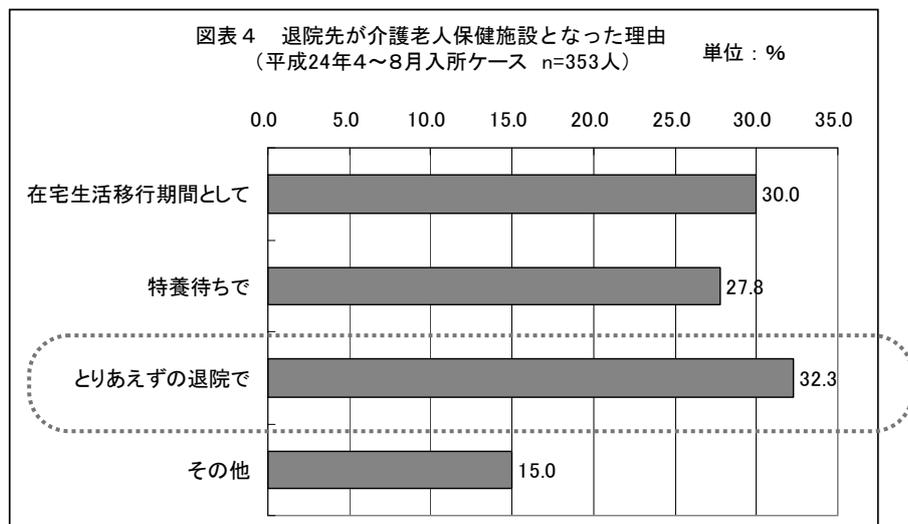
したがって、病院、社会資源、地域の関係機関の連続した支援を構築することにより、病院と地域をつなぐ機能を強化していくことが必要であり、介護老人保健施設に限らず、宿泊機能を有する社会資源を積極的に活用していくことが求められます。



(1) 介護老人保健施設における在宅生活移行支援のためのケアマネジメントの確立

～病院、介護老人保健施設、地域の関係機関に望まれる取組み～

介護老人保健施設では、退院受入れケースのうち、図表4のようにおよそ3割が「退院時に行き先が決まらず、とりあえず介護老人保健施設に入所」（以下、「とりあえずの退院」）したケースとなっています。この「とりあえずの退院」ケースにおける具体的な高齢者像



を分析してみると、次のような特徴があることがわかりました。

「とりあえずの退院」における高齢者像

- (1) 「とりあえずの退院」ケースは、それ以外のケースに比べて高齢者本人と家族の意向に大きな開きがあり、本人が自宅に帰ることを希望している家族は7.0%にとどまっている。
- (2) 「とりあえずの退院」ケースは、それ以外のケースに比べて在宅生活をめざして訓練している割合が9.6%にとどまっている。
- (3) 「とりあえずの退院」ケースは、それ以外のケースに比べて、リハビリモデルのある脳血管疾患以外の「心疾患」「認知症」などの疾病の割合が高い。

特に「とりあえずの退院」は、退院時に介護老人保健施設に入所することでその後、どこをめざすのかが明確になっていないケースです。したがって、在宅生活移行に向けた評価（アセスメント）は不可欠であり、そのための病院や地域の関係機関からの情報提供も必要となってきます。その上で、在宅生活をめざすための支援プログラム（例・試験外泊や在宅生活に向けたイメージづくりと具体的な支援を地域の関係機関とともに実施する）の開発が必要となってきます。全国老人保健施設協会では「新全老健版ケアマネジメント方式R4システム」を導入しています。在宅復帰をめざして利用者の状態を的確かつ段階的にアセスメントすることに力点を置いた方式であり、こうしたケアマネジメントを強化することが必要です。

(2) 介護老人保健施設以外の社会資源における在宅生活移行支援のためのケアマネジメントの確立

～病院、社会資源、地域の関係機関に望まれる取組み～

介護老人保健施設以外の社会資源においても、前述の図3のように、退院受入れケースに在宅生活に移行するケースがみられます。特に小規模多機能居宅介護、サービス付高齢者向け住宅、医療療養病床、有料老人ホームにおいてその割合が高くなっており、これらは退院後、一時的に

「在宅生活に近い泊まり」を経験しながら退院後、在宅生活へ徐々に移行していく機能を果たしていたり、医療療養病床のように一定程度の医療への不安の解消が求められていることがわかります。

中間施設としての機能を持つ介護老人保健施設に限らず、これらの社会資源が積極的に病院と地域をつなぐ中間的な機能を果たしていくことが必要であり、そのためには、在宅生活移行支援ケースにおけるケアマネジメントを確立していくことが求められます。

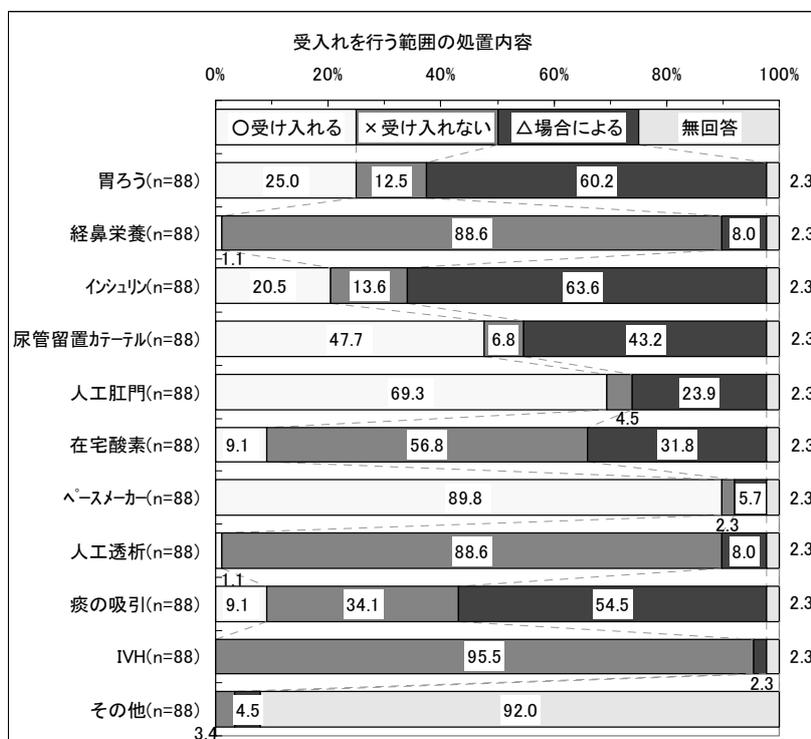
(3) 退院ケースを受入れることができるための社会資源における医療対応の強化

～国、社会資源に望まれる取組み～

実態調査では、それぞれの社会資源に退院受入れケースにおいて「入所を断わるときの理由」を尋ねたところ、全ての社会資源において「医療対応が困難なため」が第1位の理由となっています。これは、医療療養病床においても同様の結果がみられました。例えば、介護老人保健施設に入居中は医療保険の適用が制限されるため、施設は介護報酬から薬代をまかなわなければなりません。そのため、入院時に服用していた高額な薬を利用することができないため、介護老人保健施設では経営上、受入れが難しくなるという課題があります。

また、医療対応の内容によって受入れ状況は異なっています。介護老人保健施設では、図表5のように、5割以上の施設が「胃ろう」「インシュリン」「痰の吸引」は条件を整えば受入れができるとしていますが、「経鼻栄養」「人工透析」「IVH」はほとんどの施設で受入れが困難となっています。こうした医療対応別に受入れ条件を整えていくための医療対応の強化が望まれます。

図表5 介護老人保健施設において受入れ可能な医療対応



退院後、行き場を見つけづらい高齢者への支援の構築プロジェクトでは、以下の報告書等を公表しています。
『退院後、行き場を見つけづらい高齢者～医療と福祉をつなぐ新たなシステムの構築を目指して～』（平成23年6月）
『高齢者 退院支援の手引き』（平成24年3月）
『退院後、行き場を見つけづらい高齢者 社会資源実態白書』（平成25年3月）