

I 研究の目的と流れ

1 目的

本調査研究は、介護保険の導入にむけて医療機関を退院する高齢者に適切なケアマネジメントを継続的に提供する仕組みをモデル的に構築し、その課題を検討することを目的とする。

2 背景

介護保険制度下ではケアマネジメント方式が導入されるが、出来るだけ早い時点でニーズを把握することにより、計画的なサービス供給体制の整備による療養環境の向上が期待できる。また、療養開始後も再アセスメントによるサービスの見直しを継続的に行なうことにより、健康悪化に対する予防的な効果はさらに向上するものと思われる。

一方で医療機関においては、これまで渾然一体として供給されてきた急性期と慢性期の医療を区別する動きが加速している。たとえば、特定機能病院と療養型病床群の制定のほか、診療報酬上で入院時医学管理料を平均在院日数 28 日を区分点として設定したり、さらに新看護体系では在院日数の条件のあった 2 対 1 と 2.5 対 1 看護についてはより一層短縮され、それまで条件のなかった 3 対 1、3.5 対 1 看護にもそれぞれ 60 日、90 日という条件が設定されるようになった。

このような急性期病院における在院日数削減の方針から、安易な転院、施設入所の問題が指摘されている¹。この点に関して入院診療計画書の文書化、病診連携がすすめられているが、未だ十分機能しているとは言い難い。特に高齢患者の場合は、急性疾患の発症により新たな介護ニーズが発生することが十分想定されるため、退院時に介護保険と医療保険を適切に組み合わせた資源を活用できるようにケアマネジメントをしていくことが非常に重要になるであろう²。この場合、退院時に地域の介護支援専門員が院内に入ってケアマネジメントすることも想定されるが、医療依存度の高い急性期病院の退院患者に対してタイミングを逃さないマネジメントをするには、病院内に介護支援専門員を置く必要性が指摘されている³。

以上の課題に対し、これまでも院内の退院計画プログラムとして看護職やケースワーカーが職種別に取り組んだ事例は報告されている⁴が、部門を超えた病院全体としてのケアマネジメント機能をどのように導入するか、さらにはどのように退院後の再アセスメントを継続的に行なう体制を確立するかについての体系だった報告はなされていない。

¹ 森山美和子、入院期間の短縮化及び患者・家族の QOL 向上に関する専門的援助の研究—退院患者の分析から—、病院管理 1996(1) 27-37

² 池上直己、介護保険制度と医療機関の対応—超高齢社会における医療提供のあり方をさぐる、社会保険旬報 2007 1999 年 1 月

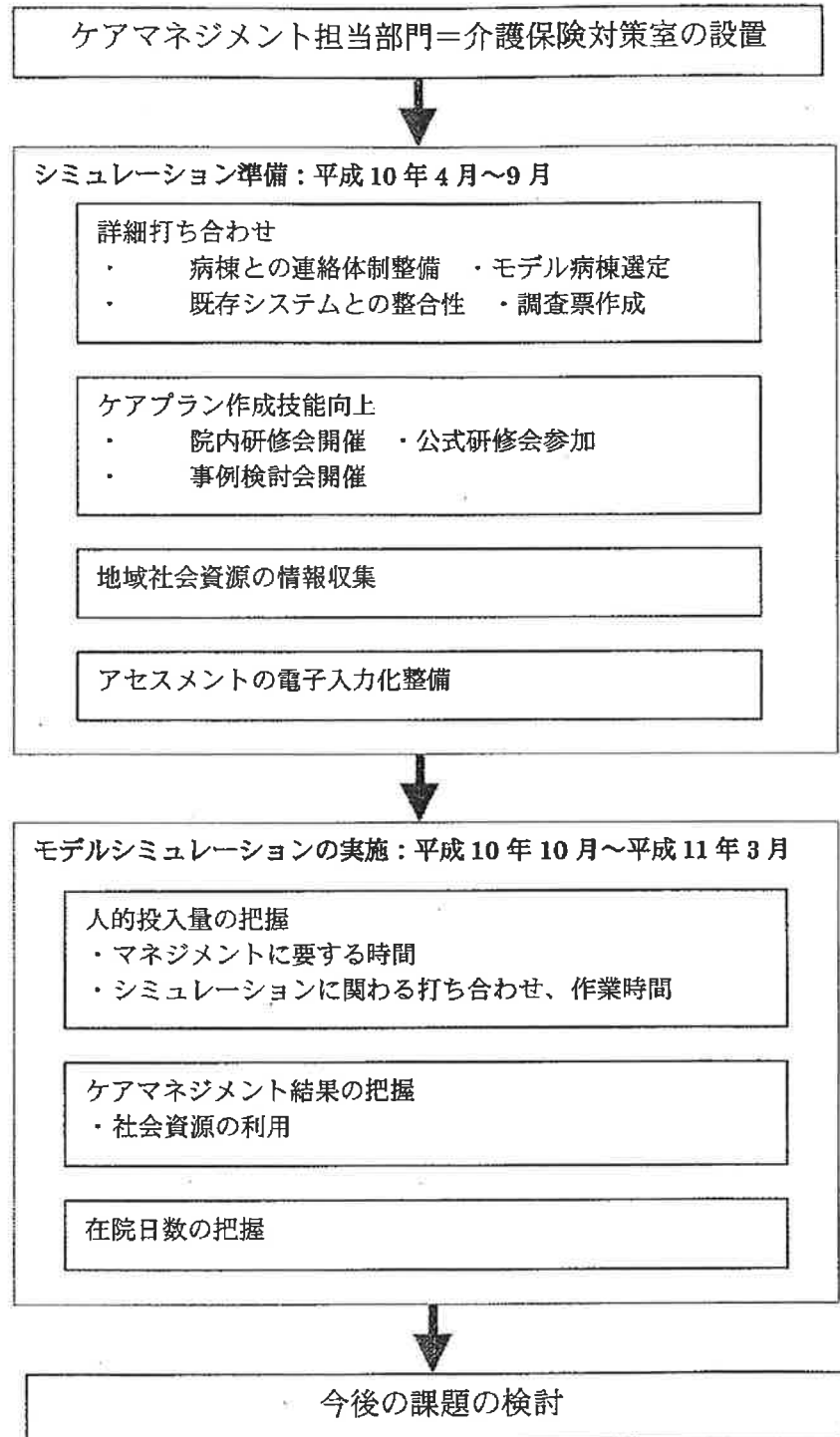
³ 白澤政和、桃田寿津代、大道久、鼎談これからの医療福祉供給体制と退院後ケア、病院 57(12)1998 年

⁴ 堀越由紀子、退院後のケアと社会資源の活用：病院 57(12) 1998 年

⁵ 西山雅則 織田正道、退院後ケアの実践：病院 57(12) 1998 年

3 調査の流れ

調査全体の流れは以下のとおりである。



【研究担当】

石橋 智昭（財団研究員）

山田ゆかり（財団研究員・文責）

【研究協力】

打野 弘子（亀田総合病院看護部・介護保険対策室専任）

川上 悦子（亀田産業株式会社・介護保険対策室兼務）

在宅療養を推進するケアマネジメント手法に関する調査研究事業

平成 11 年 3 月発行

財団法人ダイヤ高齢社会研究財団

〒113-0033 東京都文京区本郷 3-28-8 柴田書店ビル

TEL 03-5802-1631 FAX 03-5802-1620