

要介護高齢者に対する退院支援プロセスへの リハビリテーション職種の関与状況

—急性期病床, 回復期リハビリテーション病床, 療養病床間の比較—

*Rehabilitation Staff Involvement in the Process of Discharge Planning for the Frail
Elderly: Comparison of Acute, Sub-acute and Chronic Care Settings*

川越 雅弘^{1,3)} 備酒 伸彦²⁾ 森山美知子³⁾

MASAHIRO KAWAGOE^{1,3)}, NOBUHIKO BISHU²⁾, MICHIKO MORIYAMA³⁾

¹⁾ National Institute of Population and Social Security Research: Hibiya Kokusai-Building 6F, 2-2-3 Uchisaiwai-cho, Chiyoda-ku, Tokyo, 100-0011, Japan. TEL+81 3-3595-2984, FAX: +81 3-3591-4912 E-mail: kawagoe-masahiro@ipss.go.jp

²⁾ Faculty of Rehabilitation, Kobegakuin University

³⁾ Graduate School of Health Sciences, Hiroshima University

Rigakuryoho Kagaku 26(3): 387-392, 2011. Submitted Dec. 15, 2010. Accepted Feb. 3, 2011.

ABSTRACT: [Purpose] This study aimed to verify whether the involvement of rehabilitation staff in the discharge process of the frail elderly in cooperation with home-care staff had an effect on acute, sub-acute, and chronic care settings. [Subjects and Methods] An anonymous questionnaire was sent by mail to 1,612 nursing care managers in Hyogo Prefecture. The questionnaire investigated the most recent discharge cases and discharge processes handled by nursing care managers. [Results] The results from 783 responses revealed the following: 1) The acute care setting accounted for 65% of hospital settings for the frail elderly, who were discharged home. 2) The frequency of pre-discharge home visit guidance and joint care conference, as well as guidance and advice on post-discharge continuous rehabilitation, was lowest in the acute care setting. 3) The level of involvement of home-care rehabilitation staff in pre-discharge joint care conferences was low in all settings. [Conclusion] Strengthening of cooperation among nursing care managers, hospital rehabilitation staff and home-care rehabilitation staff in the discharge process is particularly required in an acute care settings.

Key words: discharge planning, rehabilitation, nursing care manager

要旨: [目的] 本研究は, 病床区分(急性期病床, 回復期リハビリテーション病床, 療養病床)別に, ①退院支援プロセスへのリハビリテーション専門職(リハ職)の関与状況と, ②在宅ケア関係者との連携状況について調査し, ①と②について, それぞれの病床における課題を明らかにすることを目的とする。[対象と方法] 兵庫県下の介護支援専門員1,612人に無記名自記式質問紙を送付し, 各人が有する直近の退院事例の入院病床, 及び退院支援プロセスを質問した。[結果] 有効回答783事例を分析した結果, 1) 自宅退院要介護者の入院病床は急性期病床が65%を占める, 2) 急性期病床では, 他の病床に比べ, 退院前訪問指導, 退院前合同ケアカンファレンス(退院前合同CC), 退院後のリハ継続に関する指導・助言の実施率が低い, 3) 全病床において, 退院前合同CCへの在宅のリハ職の参加率が低いなどがわかった。[結語] 退院支援プロセスにおける介護支援専門員と病院および在宅のリハ職の連携強化が, 特に急性期病床において必要であると考えた。

キーワード: 退院支援プロセス, リハビリテーション, 介護支援専門員

¹⁾ 国立社会保障・人口問題研究所 企画部: 東京都千代田区内幸町2-2-3 (〒100-0011)
TEL 03-3595-2984 FAX 03-3591-4912

²⁾ 神戸学院大学 総合リハビリテーション学部

³⁾ 広島大学大学院 保健学研究科

I. はじめに

現在、医療費適正化の観点から、入院日数の短縮化が推進されている。しかし、入院患者の67%を占める65歳以上高齢者の退院に関しては、病院側、患者・家族側、地域の受け皿、病院と在宅サービス間をつなぐシステムなどの複数の要因が関係するため、在宅への移行が円滑に進まない場合も多い²⁾。こうした状況の下、円滑な退院と退院後の必要サービスの継続性を確保するための支援、いわゆる「退院支援」の重要性が、現在高まっている。

先行研究によると、高齢者特性からみた退院困難要因として、日常生活動作 (Activities of Daily Living, 以下, ADL)、手段的ADL (Instrumental ADL, 以下, IADL) に障害があること³⁾や、ADL障害を有する者に、不安や困り事を有する割合が高いこと⁴⁾が報告されている。また、退院前後では、療養環境やケア提供体制が大きく変化するため、障害を有した身体を生活環境に適應させることができず、退院後に何らかの生活機能障害を呈している場合も多いとの指摘もある⁵⁾。そのため、退院後の生活機能の維持・向上の観点から、病院や在宅の理学療法士 (PT)、作業療法士 (OT)、言語聴覚士 (ST) (以下, リハ職) が、異なるケア環境への円滑な移行を助けるための、他職種との連携を含めた一連のプロセス、いわゆる退院支援プロセスに対し、積極的に関与することが期待されている。

特に、要介護高齢者が自宅退院する場合、退院後の介護保険下のサービスは、介護支援専門員が作成する介護サービス計画 (以下, ケアプラン) に基づいて提供される形となるため、退院前後での適切なリハ継続が行われるためには、介護支援専門員と病院ならびに在宅のリハ職が連携した上で、ケアプランにリハを適切に位置づける必要がある。

これを制度面から支援すべく、厚生労働省は、退院前訪問指導や、退院後ケアプランへの適切なリハ導入に向けたリハ職による指導・助言、病院関係者と在宅関係者間の退院前合同カンファレンス (以下, 退院前合同CC) の実施などに対して診療報酬上の評価を実施し、2010年4月の診療報酬改定により、退院支援強化の骨格はほぼできあがった状況にある。今後重要なことは、これら退院支援の質の向上を目指すことであり、そのためには、介護支援専門員とリハ職の強固な連携が不可欠となるが、これら連携の実態に関連する研究は少ない⁶⁾。また、実際の退院に際しては、機能やリハ職の配置等が異なる急性期病床、回復期リハ病床、療養病床ごとに、介護支援専門員との連携を含めた退院支援プロセスの実施状況が異なる事が考えられるが、これらを病床区別に検証した論文は見られない。

そこで、本研究では、要介護者の退院事例に最も関与

する介護支援専門員を対象とした質問紙調査により、退院支援プロセスへのリハ職の関与状況、介護支援専門員を含めた在宅ケア関係者との連携状況を調査し、これを上記3種類の病床区別に比較検証した。適切なリハ継続に向けた病床区分毎の課題を明らかにし、今後に向けた対策を検討する上での基礎データを収集することが、本研究の目的である。

II. 対象と方法

1. 対象

兵庫県介護支援専門員協会の各支部長に対しアンケート調査への協力を要請し、同意が得られた支部の所属会員1,612名 (一部、会員以外を含む) を調査対象とした。

2. 方法

対象となる介護支援専門員1,612人に、支部長経由で直接ないし郵送にて、無記名自記式質問紙を配布し、FAXにて回収した。なお、調査期間は平成22年5~7月末である。調査依頼に当たっては、研究目的、研究成果の公表方法、回答のプライバシーの厳守、非参加でも不利益がないことを配布用紙に明記し、回答をもって調査への同意とみなした。

回答者の属性に関しては、基礎職種および所属法人種類を質問した。退院支援プロセスに関しては、各介護支援専門員に、現在の担当者のうち、直近の退院1事例を抽出してもらい、その者の入院病床および病院の退院支援プロセスを質問した。質問項目は、調査対象者である介護支援専門員による把握が可能であること、退院支援の質向上を目指した診療報酬改定で重視された内容であることを考慮し、①退院前訪問指導の有無と参加者、②退院前合同CCの有無と参加者、③病院リハ職による退院後のリハ継続に対する指導助言の有無の3項目を選定した。また、退院時のADLの重症度の差異が、退院支援プロセスに影響を及ぼす可能性が考えられたため、退院時の寝たきり度も併せて質問した。

回収数は809人 (回収率50.2%)、うち退院事例を有さなかった26人を除く介護支援専門員783人の直近退院事例 (783事例) を分析対象とした。また、退院支援プロセスに関しては、急性期病床、回復期リハ病床、療養病床の3群間で比較した。

統計処理にはSPSS ver.15.0J for Windowsを使用し、有意水準は5%未満とした。名義変数に関する検定では χ^2 検定を用い、有意差のあった項目に関しては、さらに、群間のいずれに差異があるかを多重比較するため、ハバーマンの残差分析⁷⁾を行った。順位変数に関する検定ではクラスカル・ウォリス検定を用いた。

III. 結果

回答した介護支援専門員 783 人の基礎資格は、「介護福祉士」52.0%、「看護職」23.0%、「その他」14.2%、「社会福祉士」9.3%の順(表1)、所属法人は、「社会福祉法人」41.9%、「営利法人」24.6%、「医療法人」20.0%の順であった。

自宅退院 783 事例の入院病床は、「急性期病床」65.4%、「回復期リハ病床」22.0%、「療養病床」9.3%の順であった(表2)。

ここで、退院支援プロセス(①退院前訪問指導の有無と参加者、②退院前合同CCの有無と参加者、③病院リハ職による退院後のリハ継続に対する指導助言の有無)の実施状況を、急性期病床、回復期リハ病床、療養病床の3群間で比較した。

まず、退院前訪問指導の実施率をみると、「急性期病床」16.0%、「回復期リハ病床」48.8%、「療養病床」34.2%で、3群間に有意な差がみられた(表3)。さらに、残差分析を実施した結果、実施率は、急性期病床は有意に低く、回復期リハ病床は有意に高かった(いずれも $p < 0.01$)。

ここで、自宅で行う退院前訪問指導への、本人・家族、病院と在宅スタッフの職種別参加状況を見る。まず、病院スタッフの参加率をみると、急性期病床では、「看護師」65.9%、「MSW」51.2%、「PT」46.3%、回復期リハ病床では、「PT」89.3%、「OT」61.9%、「MSW」47.6%、療

養病床では、「PT」76.0%、「看護師」56.0%、「OT」「MSW」28.0%の順であった。本人の参加率は、全病床で6割強(62-68%)、家族の参加率は、全病床で8割前後(76-87%)であった。在宅スタッフでは、全ての病床で、介護支援専門員(89-92%)の参加率が高かったが、在宅リハ職の参加率は低位であった。なお、職種別参加率を病床区分間で比較した結果、病院看護師、病院PT、病院OTの3職種の参加率に有意な差がみられた(表4)。さらに、残差分析を実施した結果、病院看護師の参加率は、急性期病床で有意に高く、回復期リハ病床で有意に低いこと、病院PTおよび病院OTの参加率は、急性期病床で有意に低く、回復期リハ病床で有意に高いことがわかった。

次に、退院前合同CCが開催され、かつ、介護支援専門員が参加した率をみると、「急性期病床」54.9%、「回復期リハ病床」73.8%、「療養病床」78.1%、非開催による不参加率は、「急性期病床」34.6%、「回復期リハ病床」13.4%、「療養病床」17.8%と、3群間に有意な差がみら

表3 退院前訪問指導の実施状況(N=757)

	急性期 (N=512)	回復期リハ (N=172)	療養 (N=73)
あり	82人(16.0%)	84人(48.8%)	25人(34.2%)**
なし	399人(77.9%)	84人(48.8%)	45人(61.6%)
不明	31人(6.1%)	4人(2.3%)	3人(4.1%)

*: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$, χ^2 検定

表1 回答者(介護支援専門員)の基礎職種

	人数	構成割合
合計	783人	100.0%
看護職	180人	23.0%
社会福祉士	73人	9.3%
介護福祉士	407人	52.0%
その他	111人	14.2%
未回答	12人	1.5%

注1) その他の内訳は、社会福祉主事20人、ホームヘルパー18人、栄養士15人、歯科衛生士10人、相談員9人、薬剤師8人、リハ職2人、医師・MSW各1人、未記入者27人である。

表2 入院元の病床別にみた退院事例数

	退院事例数	構成割合
合計	783人	100.0%
急性期病床	512人	65.4%
回復期リハ病床	172人	22.0%
療養病床	73人	9.3%
その他・不明	13人	1.7%
未回答	13人	1.7%

注1) 療養病床には、医療療養病床と介護療養病床の両方を含んでいる。

表4 退院前訪問指導への職種別参加率

	急性期 (N=82)	回復期リハ (N=84)	療養 (N=25)
病院医師	22.0%	10.7%	16.0%
病院看護師	65.9%	35.7%	56.0%**
病院PT	46.3%	89.3%**	76.0%**
病院OT	17.1%	61.9%**	28.0%**
病院ST	6.1%	10.7%	0.0%
病院MSW	51.2%	47.6%	28.0%
病院その他	2.4%	4.8%	0.0%
本人	62.2%	67.9%	68.0%
家族	79.3%	86.9%	76.0%
在宅PT	6.1%	0.0%	8.0%
在宅OT	1.2%	1.2%	0.0%
在宅ST	0.0%	0.0%	0.0%
介護支援専門員	89.0%	90.5%	92.0%
在宅その他	29.3%	27.4%	32.0%

*: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$, χ^2 検定

注1) 職種別参加率とは、各病床区分からの自宅退院要介護高齢者に対して実施された退院前訪問指導件数のうち、各職種が参加した割合のこと。例えば、回復期リハ病床では84人に対し退院前訪問指導が実施され、うち75人(89.3%)に対して病院PTが参加したということ。

表5 退院前合同CCへの介護支援専門員の参加状況(N=757)

	急性期 (N=512)	回復期リハ (N=172)	療養 (N=73)
参加	281人(54.9%)	127人(73.8%)	57人(78.1%) **
不参加	7人(1.4%)	10人(5.8%)	0人(0.0%)
開催されず	177人(34.6%)	23人(13.4%)	13人(17.8%)
不明	24人(4.7%)	8人(4.7%)	2人(2.7%)
退院後から関与	18人(3.5%)	4人(2.3%)	1人(1.4%)
未回答	5人(1.0%)	0人(0.0%)	0人(0.0%)

*: p<0.05, **: p<0.01, χ^2 検定

表6 退院前合同CCへの病院/在宅関係者の職種別参加率

	急性期 (N=281)	回復期リハ (N=127)	療養 (N=57)
病院医師	32.0%	42.5%	31.6%
病院看護師	88.3%	77.2%	87.7% *
病院PT	27.4%	76.4%	49.1% **
病院OT	7.5%	51.2%	22.8% **
病院ST	3.9%	15.0%	8.8% **
病院MSW	63.7%	79.5%	64.9% **
病院薬剤師	3.6%	3.9%	3.5%
病院栄養士	2.8%	6.3%	12.3% **
病院その他	1.1%	3.1%	3.5%
本人	55.9%	70.1%	57.9% *
家族	82.6%	91.3%	91.2% *
在宅主治医	1.1%	1.6%	0.0%
在宅看護師	28.8%	17.3%	19.3% *
在宅PT	5.7%	5.5%	14.0%
在宅OT	1.1%	3.1%	0.0%
在宅ST	0.4%	0.0%	0.0%
在宅薬剤師	0.0%	0.0%	0.0%
在宅栄養士	1.1%	0.0%	0.0%
在宅介護職	24.6%	16.5%	33.3% *
在宅その他	21.7%	25.2%	26.3%

*: p<0.05, **: p<0.01, χ^2 検定

注1) 本表は、介護支援専門員が参加した退院前合同CCへの、病院および在宅関係者の職種別参加率をみたものである。

注2) 職種別参加率とは、各病床区分で実施された退院前合同CCへの、職種別参加者の割合のこと。

れた(表5)。さらに、残差分析を実施した結果、急性期病床では、退院前合同CCの非開催率が有意に高かった(p<0.01)。

ここで、介護支援専門員が参加した退院前合同CCへの、本人・家族、病院と在宅スタッフの職種別参加率をみる。まず、病院スタッフの参加率をみると、急性期病床では、「看護師」88.3%、「MSW」63.7%、「医師」32.0%、「PT」27.4%、回復期リハ病床では、「MSW」79.5%、「看護師」77.2%、「PT」76.4%、療養病床では、「看

表7 リハ継続の必要性に関する介護支援専門員への指導・助言の実施状況(N=734)

	急性期 (N=494)	回復期リハ (N=168)	療養 (N=72)
指導・助言あり	33.2%	79.2%	51.4% **
指導・助言なし	60.3%	18.5%	45.8%
未回答	6.5%	2.4%	2.8%

*: p<0.05, **: p<0.01, χ^2 検定

注1) 分析対象は、退院後に対象者と関わった23事例を除く734事例である。

護師」87.7%、「MSW」64.9%、「PT」49.1%の順であった。本人の参加率は、全病床で6割前後(56-70%)、家族の参加率は、全病床で8割強(83-91%)であった。在宅スタッフでは、看護職、介護職がそれぞれ2-3割参加していたが、在宅リハ職の参加率は低位であった。なお、職種別参加率を病床区分間で比較した結果、「病院看護師」「病院PT」「病院OT」「病院ST」「病院MSW」「病院栄養士」、「本人」、「家族」、「在宅看護師」「在宅介護職」で有意な差がみられた(表6)。さらに、残差分析を実施した結果、病院看護師および在宅看護師の参加率は、急性期病床で有意に高く、回復期リハ病床で有意に低いこと、病院PT、病院OT、病院ST、病院MSW、本人、家族の参加率は、急性期病床で有意に低く、回復期リハ病床で有意に高いこと、病院栄養士の参加率は、急性期病床で有意に低く、療養病床で有意に高いこと、在宅介護職の参加率は、回復期リハ病床で有意に低いことがわかった。

次に、退院後のリハ継続の必要性に関する、介護支援専門員への指導・助言の実施率をみると、「急性期病床」33.2%、「回復期リハ病床」79.2%、「療養病床」51.4%で、3群間に有意な差がみられた(表7)。

ところで、退院時のADLの重症度の差異が、退院支援プロセスに影響を及ぼす可能性が考えられる。そこで、退院時の寝たきり度の分布状況をみたが、寝たきり者(ランクBとランクCの合計)の割合は、「急性期病床」44.7%、「回復期リハ病床」32.0%、「療養病床」49.3%と、療養病床が最も多く、回復期リハ病床が最も少なかった。

分布状況を3群間で比較したが、有意な差はみられなかった(表8)。

IV. 考 察

本研究は、介護支援専門員を対象とした質問紙調査により、自宅に退院した要介護高齢者への退院支援プロセスへの病院および在宅リハ職の関与状況、介護支援専門員を含めた在宅ケア関係者との連携状況を調査し、これを急性期、回復期、維持期の入院リハを担う急性期病床、回復期リハ病床、療養病床別に比較し、病床毎の特徴を抽出したものである。その結果、①退院前訪問指導の実施率は、急性期病床で有意に低く、回復期リハ病床で有意に高いこと、②退院前訪問指導を、急性期病床では看護師、MSWが、回復期リハ病床では、PT、OT、MSWが、療養病床では、PT、看護師が中心に実施していること、③退院前合同CCの開催率が、一般病床で有意に低いこと、④退院前訪問指導、退院前合同CCへの在宅リハ職の参加率が非常に低いこと、⑤退院後のリハ継続に対する指導・助言の実施率が、急性期病床で有意に低いこと、⑥退院時のADLの重症度には、病床区分間で差がないことなどがわかった。

以下、退院支援プロセスの項目別に、病床区分間の差異に関する結果の解釈、ならびに今後の課題について述べる。

まず、退院前訪問指導であるが、この行為に対する報酬として、退院前訪問指導料(410点)の算定が認められている。ただし、対象は、入院期間が1月を超えると見込まれる患者となっているため⁸⁾、急性期病床の場合、算定対象者が少ないことが予想される。また、急性期病床は、リハ職の配置人員が乏しいとの指摘や報告^{9,10)}もあり、退院前訪問指導にリハ職のマニパワーを割く人員的な余裕がない可能性が高い。一方、回復期リハ病床の場合、ほとんどの病院でリハ3職種が配置され、かつ、MSWの病棟専従配置率も、他の病床に比べて高い¹⁰⁾。これら職種の配置状況の差異が、両者の退院前訪問指導の実施率(急性期病床16.0%、回復期リハ病床48.8%)の差異につながっていると推察した。

河井らは、退院前訪問のメリットとして、①自宅でのADL状況の確認、介護指導、住宅改修など、安全な在宅療養をサポートできる、②介護支援専門員を始め、住宅改修の業者などの関係者が一同に揃うことで、患者の問題点や留意点の情報を共有できる、③在宅生活に対する不安緩和に加え、本人・家族の主体的参加も期待できる点を挙げている¹¹⁾。

介護支援専門員を対象とした調査¹²⁾によると、ケアプランにリハを適切に導入できない理由として、“第1位：地域のリハ資源の不足”、“第2位：医師は必要と判断したが、本人・家族が断ったから”、“第3位：介護支援専

表8 退院時寝たきり度(N=757)

	急性期 (N=512)	回復期リハ (N=172)	療養 (N=73)
自立	1.4%	0.6%	0.0%
ランクJ	11.7%	8.7%	9.6%
ランクA	35.4%	50.0%	34.2%
ランクB	28.1%	22.1%	32.9%
ランクC	16.6%	9.9%	16.4%
不明・未回答	6.8%	8.7%	6.8%

*: p<0.05, **: p<0.01, クラスカル・ウォリス検定

門員自身のリハに関する知識が不十分であるから”となっている。この結果から、ケアプランにリハを適切に位置づけるためには、本人・家族との合意形成が非常に重要であることが伺える。また、退院後に提供される直接的なリハや本人・家族に対する療養指導・介護指導の効果をあげる上でも、本人・家族の主体的な関与が重要となろう。河井らの調査結果からみても、退院前訪問指導は、これらを果たす上で、非常に有効な手段と言える。

退院前訪問指導の実施率を上げるためには、①現行の診療報酬をあげる、②特に、急性期病床におけるリハ職の配置を手厚くするなどの制度見直し、報酬見直しを図っていく必要があると考える。

次に、退院前合同CCであるが、急性期病床では、カンファレンスそのものを開催していない割合(34.6%)が有意に高かった。また、病院スタッフの参加職種も、看護師とMSWが中心で、リハ3職種の参加率は、「PT」27.4%、「OT」7.5%、「ST」3.9%と、他の病床に比べて有意に低く、在宅のリハ職の参加も、「PT」5.7%、「OT」1.1%、「ST」0.4%と低位であった。また、退院後のリハ継続の必要性に対する指導・助言の実施率も有意に低い。実施率の低下要因として、他の病床に比べ、退院患者のADLが軽度であるといった可能性も考えられたため、退院時の寝たきり度を他の病床と比較したが、寝たきり者の割合は、回復期リハ病床よりも12.7ポイントも高く(急性期病床44.7%、回復期リハ病床32.0%)、この可能性は低いと考えた。以上の結果から、急性期病床では、要介護高齢者の退院後のリハ継続の必要性に対する病院リハ職の評価と在宅リハ職への申し送り、ならびに本人・家族・介護支援専門員・在宅関係者への評価結果の説明と合意形成が十分には行えていないと考えた。

急性期病床との退院前合同CCを積極的に実施している尾道市医師会の片山らは、「退院前合同CCは、患者本位の医療を実現するために必要な転換手法であるとともに、患者さんや家族からの医療評価につながる重要プロセスでもある」と指摘するとともに、その効果の一つとして、連携病院である尾道市立市民病院の退院前合同CC数が増加するとともに、平均在院日数は短縮し、かつ、

紹介率は著明に上昇していると報告している¹³⁾。

介護支援専門員を対象とした前述の調査¹²⁾によると、ケアプランにリハを適切に導入できた理由として、“第1位:本人・家族のリハ導入に対する意向が強かったから”、“第2位:退院・退所時のケアカンファレンスがうまくいったから”、“第3位:外部のリハ担当者との連携がうまくとれているから”となっている。

退院前合同CCも、退院前訪問指導と同様、本人・家族を交えた病院・在宅関係者間の情報共有と合意形成の場と言える。急性期病床においては、退院前訪問指導の実施率は16.0%に過ぎなかったが、退院前合同CCの開催率は54.9%であった。自宅訪問による指導の実施は難しいが、在宅関係者を交えて院内で行う会議であれば開催しやすいことが、両者の数字の違いであると考えた。急性期病床の場合、自宅の療養環境などに関する情報を介護支援専門員などから収集し、退院後の生活を見据えた院内リハを実施するとともに、病院リハ職が退院前合同CCに必ず参加し、退院後のリハ継続の必要性について、関係者間での合意形成を図ることが、適切なりハ継続を図るための現実的な対策であると思われた。

ここで、本研究の限界点について言及する。

1点目は、本研究の回答者の代表性である。今回の調査対象者は、兵庫県介護支援専門員協会会員を中心とした1,612人であるが、これは兵庫県の介護支援専門員数3,709人(2010年調査)の約4割であり¹⁴⁾、回収率は50.2%あるものの、回答者属性に偏りがある可能性がある。そこで、回答者の基礎職種の分布状況を、全国ベース調査¹⁵⁾と比較した。同調査における介護支援専門員の基礎資格は、「介護福祉士」50.0%、「看護職」24.3%、「社会福祉士」7.0%などであった。本調査におけるこれら3職種の割合は、それぞれ52.0%、23.0%、9.3%であり、全国調査とほぼ同じであった。また、回復期リハ病床における退院前訪問指導の実施率は、先行研究⁹⁾で54%となっているが、本研究でも49%であり、ほぼ一致していた。以上の結果から、部分的な検証ではあるが、本研究結果には代表性があると考えた。

2点目は、退院支援プロセスの実施率への要因分析が不十分である点である。調査対象者を介護支援専門員としたため、退院要介護者の入院元である病院や病床のリハ職の配置状況、退院支援プロセスに対する院内方針などの情報は収集出来ていない。この部分に関しては、リハ職の配置状況等に関する先行研究や指摘事項をもとに考察する形としたが、これら先行研究の結果に代表性がなければ、考察内容に齟齬がある可能性は否定できない。

本研究では、急性期病床、回復期リハ病床、療養病床の、各々から自宅退院される要介護者の退院支援プロセスに対する、病院リハ職の関与状況の実態の把握を試みた。ただし、退院前訪問指導や退院前合同CCといった退院支援プロセスは、円滑な在宅への移行と、適切なり

ハ継続の確保を通じて、退院後の生活機能予後の改善を図るための手段である。本研究では、退院支援プロセスの病床種類別にみた特徴と課題を整理したが、退院支援プロセスの改善が、退院後のリハ継続率やリハ継続のアウトカムに相当する退院後の生活機能予後に及ぼす影響については言及できていない。今後、多施設共同研究により、これら課題に対する検討をすすめる所存である。

謝辞 本研究は、厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業))の一部として実施したものである。調査にご協力頂いた兵庫県介護支援専門員協会(会長:森上淑美)の会員の皆様、政策提言研究会の皆様に、心よりお礼申し上げます。

引用文献

- 1) 厚生労働省統計情報部:平成20年度患者調査の概況, 2009, pp3-4.
- 2) 森山美知子, 済生会山口総合病院看護部:ナーシング・ケースマネジメント—退院計画とクリティカルパス—, 医学書院, 東京, 2005, pp2-18.
- 3) 斎藤博子:退院困難の要因に関する研究, 病院管理, 2007, 44(4): 363-370.
- 4) 永田智子, 村岡幸代:高齢患者が退院前・退院後に有する不安・困り事とその関連要因, 病院管理, 2007, 44(4): 323-335.
- 5) 全国訪問リハビリテーション研究会:訪問リハビリテーション実践テキスト, 青梅社, 東京, 2010, pp74-75.
- 6) 浜村明徳:医療から介護への移行と課題, PTジャーナル, 2008, 42(8): 639-647.
- 7) 竹原卓真:SPSSのスズメ1-2要因の分散分析をすべてカバー, 北大路書房, 京都, 2007, pp203-207.
- 8) 社会保険研究所:平成22年4月版医科診療報酬点数表, 東京, 2010, p151.
- 9) 日本リハビリテーション病院・施設協会:高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン, 青海社, 東京, 2008, pp22-29.
- 10) 川越雅弘, 小森昌彦, 備酒伸彦:病床区分別にみた病床運営および退院先とのリハビリテーション連携状況の差異, 理学療法兵庫, 2009, 15: 35-42.
- 11) 河井美代子, 大矢ルミ子, 山崎里恵・他:自宅退院へのチームアプローチ—退院前訪問を実施して, 大津市民病院雑誌, 2007, 8: 44-50.
- 12) 有限会社中間法人日本介護支援専門員協会:介護支援専門員(ケアマネジャー)の医療的ケアの知識向上のための調査研究事業, 平成20年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分), 2009, pp51-53.
- 13) 片山 壽:父の背中地域医療「尾道方式」の神髄—カンファレンスがつくる地域包括ケアシステム—, 社会保険研究所, 東京, 2009, pp200-201.
- 14) 厚生労働省統計情報部:平成20年介護サービス施設・事業所調査, 2010, p368.
- 15) 株式会社三菱総合研究所:居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書, 2010, p15.

求められる「退院支援」の機能強化

川越雅弘

国立社会保障・人口問題研究所
企画部第1室長

かわごえまさひろ ▶ 大阪大学工学部卒業。川崎製鉄株式会社、帝人株式会社在宅医療事業部、日本医師会総合政策研究機構主席研究員などを経て、2011年4月より現職。主な著書に『個室・ユニットケアの老人病院』（共著、法研、2003年）など。

入院医療費の適正化、医療提供体制の効率化の観点から、平均在院日数の短縮化が推進されている。

こうしたなか、円滑な退院を支援する「退院支援」の機能強化が求められている。本稿では、要介護者に対する退院支援に焦点を当て、退院支援の現状と課題を整理するとともに、今後の方向性について考えてみたい。

2011年6月30日に公表された「社会保障・税一体改革成案」

医療提供体制 見直しの方向性

で提案されているのは、現行の一般病床を高度急性期病床と一般急性期病床に分けたうえで、現時点の一般病床全体の平均在院日数（約19日）を、2025年には一般急性期病床で9日程度に短縮するというものである。

厚生労働省の患者調査によると、2008年10月時点の病院入院患者133・3万人のうち65歳以上が66・7%を占める。したがって、病院と在宅関係者間の連携をより一層強化し、高齢者の早期退院を支援するシステムを、地域レベルで早急に構築する必要がある。

退院支援強化に向けた報酬改定の流れ

平均在院日数の短縮を図るためには、医療機関間、医療機関と介護関係者間の連携強化が必須となる。厚生労働省はまず、急性期治療を担う病院とその後回復期治療を担う病院間の連携を強化するため、2006年に、地域連携診療計画管理料や、地域連携診療計画退院時指導料などの診療報酬を新設した。

さらに、医療機関と介護関係者間の連携強化（退院支援の強化）を図るため、要介護者が入院して

いる病院の関係者が介護支援専門員に対して退院後の必要サービスを指導する行為を評価する。介護支援連携指導料、診療所や200床未満の病院が退院後の診療情報を計画管理病院に提供する行為を評価する。地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）、急性期病棟における高齢者の自宅退院支援を評価する。急性期病棟等退院調整加算を2010年に新設した。また、介護支援専門員の退院支援への関与を評価する。退院・退所加算（Ⅰ）（Ⅱ）を2009年の介護報酬改定で新設した。

こうして、急性期入院から自宅

退院までの退院支援強化を目的とした報酬設定がほぼ完成したのである。今後問われるのは、退院支援の質、となる。

要介護高齢者への退院支援の現状

現時点で、要介護高齢者の退院支援に関する調査はほとんど行われていない。そこで、介護支援専門員へのアンケートにより、要介護者の退院の流れ、入退院時の特性、退院支援プロセスを調査した。

その結果、①自宅退院要介護者の入院元病床は急性期病床が約65%を占める、②入院原因疾患の第1位は、急性期病床では「肺炎」、回復期リハビリテーション病床、療養病床では「脳梗塞」である、③急性期病床では、退院前訪問指導、病院関係者と在宅関係者が参加して行う退院前合同ケアカンファレンス（以下、退院前CC）、退院後のリハビリテーション（以下、リ

ハ）継続に関する指導・助言の実施率が有意に低い、④急性期病床を退院した利用者／家族のリハ継続に対する意識が、他の病床からの退院者に比べ有意に低い、⑤退院前CCに、介護支援専門員は高率で参加しているものの、在宅関係者（特に、主治医、リハ専門職）の参加率が非常に低位であることなどがわかった。

退院支援の強化に向けて

特設「リハビリテーション療養病床から

先行研究によると、高齢者特性からみた退院困難要因として、日常生活動作（ADL）、手段的ADL（IADL）に障害があることや、ADL障害を有する者に、不安や困りごとを有する割合が高いことが報告されている。また、退院前後では、療養環境やケア提供体制が大きく変化するため、障害を有した身体を生活環境に適應させることができず、退院後に何ら

かの生活機能障害を呈している場合も多いとの指摘もある。特に、要介護高齢者の場合、さまざまな基本動作やADLに障害を有した状態での退院となるため、自宅環境下での生活機能評価と、必要性に応じた適切なリハ提供（療養環境調整、家族介護指導を含む）が求められる。

日本介護支援専門員協会が実施した調査によると、ケアプランにリハを適切に導入できた理由として、「第1位：本人・家族のリハ導入に対する意向が強かったから」「第2位：退院前CCがうまくいったから」「第3位：外部のリハ担当者との連携がうまくとれているから」となっている。退院後ケアプランに適切にリハを位置づけるためには、リハ継続の必要性に関する本人や家族への説明と同意取得の強化、病院や在宅のリハ専門職と介護支援専門員間の連携強化が重要となる。

これを具現化するための最も重要な場が「退院前CC」である。現在は、病院関係者と介護支援専門員、本人・家族の参加が中心で、在宅の主治医、看護師、リハ専門職の参加率が低い状況にある。

平均在院日数が一層短縮されれば、病院による退院支援も困難化する。退院後の受け皿となる在宅関係者が退院前CCに積極的に参加し、安心して退院できる仕組みを構築しなければならぬ。退院前CCを、在宅関係者が主体となつて運営するくらいの意識改革が今後必要であろう。

※ 川越雅弘、備酒伸彦、森山美知子「要介護高齢者に対する退院支援プロセスへのリハビリテーション職種の間与状況—急性期病床、回復期リハビリテーション病床、療養病床間の比較—」理学療法科学、26(3)、387-392頁、2011年。

地域包括ケアにおける介護予防とリハビリテーションのあり方

川越雅弘*

地域包括ケアシステムの定義と介護予防の位置づけ

地域包括支援センターの創設など、地域包括ケアに関連する制度見直しに大きな影響を与えた「高齢者介護研究会（2003年3月設置）」は、その報告書の中で、地域包括ケアシステムを、「要介護高齢者の生活をできる限り継続して支えるための、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとする様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組み」と定義した¹⁾。

その後、地域包括ケアの実現に向けた検討にあたっての論点を整理するために設立されたのが地域包括ケア研究会であるが、同研究会では、住宅の整備も加えたかたちで、地域包括ケアシステムを「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制のこと」と再定義している²⁾。

また、地域包括ケアシステムを構成する要素として、①医療、②介護、③予防、④生活支援、⑤住宅を挙げ、各要素別に、今後の取り組みの方向性を提示している³⁾(表1)。介護予防は、これら5要素の1つという位置づけとなっている。

表1 地域包括ケアシステムの5つの構成要素別にみた今後の取り組みの方向性

① 医療との連携強化	・24時間対応の在宅医療、訪問看護、リハビリテーションの充実強化
② 介護サービスの充実強化	・特養などの介護拠点の緊急整備 ・24時間対応の在宅サービスの強化
③ 予防の推進	・できる限り要介護状態とならないための予防の取り組みや自立支援型の介護の推進
④ 多様な生活支援サービスの確保や権利擁護	・さまざまな生活支援（見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護）サービスの推進
⑤ 住み続けることができる高齢者住宅の整備	・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備 ・持ち家のバリアフリー化の推進

(文献3), p19を一部改変)

介護予防の目的とは

介護予防の目的は、「どのような状態にある者であっても、生活機能の維持・向上を積極的に図り、要支援・要介護状態の予防及びその重症化の予防、軽減により、高齢者本人の自己実現の達成を支援すること」⁴⁾である。生活機能の維持・向上を図ることを通じて、最終的に、高齢者本人の自己実現の達成を支援することが、介護予防の目的であるが、この考えは、地域支援事業における一次予防や二次予防対象者だけでなく、要支援者や要介護者にも通じる共通概念と理解する必要がある。

これら目的を達成するため、地域支援事業、予防給付、介護給付に関係するサービス提供者（マネジ

* かわごえまさひろ／国立社会保障・人口問題研究所 企画部第1室長 (☎100-0011 東京都千代田区内幸町2-2-3 日比谷国際ビル6F)

表2 状態像別にみたネガティブ回答上位10項目(75~84歳)

認定非申請 (N=8,064)		要支援 (N=519)		要介護1 (N=308)	
項目名	ネガティブ 回答率 (%)	項目名	ネガティブ 回答率 (%)	項目名	ネガティブ 回答率 (%)
第1位	片足立ち 45.7	片足立ち	84.6	片足立ち	88.3
第2位	転倒不安 44.7	階段昇降	81.1	階段昇降	79.5
第3位	階段昇降 42.4	転倒不安	76.7	バスでの外出	76.6
第4位	億劫さ 34.8	椅子立上り	64.0	転倒不安	75.3
第5位	疲れ 32.1	億劫さ	58.2	友人宅訪問	70.8
第6位	一人食事 30.2	バスでの外出	56.3	買物	66.2
第7位	食事準備 28.6	外出低下	53.0	貯金出入れ	65.3
第8位	外出低下 27.7	疲れ	50.5	食事準備	64.3
第9位	日付認識 21.1	友人宅訪問	47.0	椅子立上り	60.1
第10位	固い物 21.0	一人食事	46.6	請求書支払	55.5

メント担当者を含む)には、自らが提供しているサービスを、「生活機能の維持・向上が図られたか」の視点から定期的に点検・評価し、その過程で明らかになった課題の解決に取り組むといったマネジメントサイクル(plan〔計画〕→do〔実行〕→check〔点検・評価〕→action〔改善〕)を繰り返しながら、サービスの質の向上を継続的に目指す役割が求められている。

高齢者の生活機能の特徴

介護予防では、①日常生活行為の多くが自立している地域支援事業対象者が要支援・要介護状態に移行する、②要支援者が要介護状態に移行する、③要介護者がより重度な状態に移行することをできるだけ防ぐこと、が求められる。これを実現するためには、まず、状態像に応じた高齢者の生活機能の実態を把握しておく必要がある。

ここでは、筆者が島根県A市で行った調査結果や全国データをもとに、高齢者の生活機能の特徴を整理する。

1. 認定非申請～要介護1の生活機能の特徴⁵⁾

島根県A市の2006年度健診受診高齢者を対象に、基本チェックリスト30項目^{注)}と介護認定データのマッチングを行い、高齢者特性(性・年齢・要介護度)と生活機能の関係をみた。

表2に、75~84歳の認定非申請～要介護1におけ

る、ネガティブ回答率(例えば、「転倒に対する不安は大きいですか」の質問に対し、「はい」と回答した者の割合)の上位10項目を示すが、その特徴としては、

①「片足立ちで靴下がはけない」「転倒に対する不安が大きい」「手すりや壁を伝わらないと階段が昇れない」は、非該当～要介護1のすべてにおいて上位を占めている

②「バス・電車での一人での外出をしていない」は、非申請では圏外、要支援では第6位、要介護1では第3位と、要支援段階から急激に実行率が低下している

③「以前楽にできたことが今では億劫に感じる」「わけもなく疲れた感じがする」など、うつ関連項目が、非申請や要支援で上位に挙がっている(逆に、要介護1では圏外)

④「友人宅を訪ねていない」は、非該当では圏外、要支援では第9位、要介護1では第5位と、要介護1段階から急激に実行率が低下しているなどが挙げられる。軽度障害(要支援～要介護1)の段階から、運動器障害に起因した日常生活行為が障害されるとともに、活動範囲の縮小や社会とのかわりの減少、生活意欲の低下(うつ傾向)が生じていることがわかる。

2. 認定調査項目からみた要介護者の生活機能の特徴⁶⁾

厚生労働省資料をもとに、要介護度と各認定調査

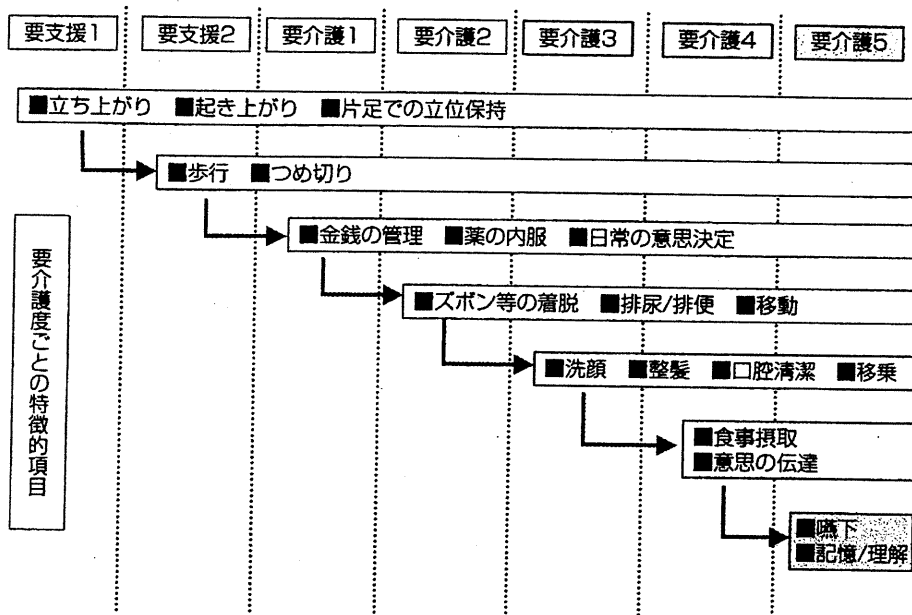


図1 高齢者の機能低下の流れ (概念図)

項目(2群〔移動〕～6群〔意思疎通〕)の非自立者割合(「できる」「自立」以外の項目になった者が占める割合)の関係をみた。

ここで、非自立者割合が50%以上の項目をみると、要支援1では、「立ち上がり」「片足での立位保持」「起き上がり」が、要支援2ではさらに「歩行」「つめ切り」が、要介護1ではさらに「薬の内服」「金銭の管理」などが、要介護2ではさらに「ズボン等の着脱」「移動」「排尿」などが、要介護3ではさらに「洗顔」「口腔清潔」「移乗」などが、要介護4ではさらに「意思の伝達」「食事摂取」「短期記憶」が、要介護5ではさらに「嚥下」「場所の理解」などが挙げられた(図1)。図2に、要介護度と主な認定調査項目(歩行、金銭管理、排便、洗顔、食事摂取、嚥下)の自立者割合の関係を示す。

介護予防におけるリハビリテーションに期待される役割と課題

1. 介護予防におけるリハの目的の再認識

介護予防では、関係するすべてのサービスに対し、「在宅における日常生活行為の実行状況を高める」ための支援、いわゆる生活行為向上支援が求められる。目指しているのは「している活動を増やすこと」で

ある。「できる活動を増やすこと」は、それ自身が「目的」ではなく、あくまで実行状況改善のための「手段」の一つであるとの認識が必要である。また、「在宅での実行状況」とであるという認識も重要である。この目的に照らせば、通所サービスも、「在宅での実行状況」を確認したうえで、通所で何ができるかを考えることが求められることになる。目的・目標設定の仕方一つで、サービス提供者の行動・思考パターンやサービスの評価方法が影響されてしまう。「提供しているサービスには何が期待されているのか」を常に意識しておくことが重要である。

2. 生活機能の特徴に応じたリハサービス提供の強化

図2をみると、「歩行」は要支援段階から、「金銭管理」は要介護1から、「排便」は要介護2から、「洗顔」は要介護3から、「食事摂取」は要介護4から、「嚥下」は要介護5から急激に機能低下するのがわかる。

したがって、要支援～軽度要介護者に対しては、訪問リハや通所リハが積極的に関与し、歩行機能や活動範囲の拡大を図るようなサービス関与を強化すべきである。また、排泄機能は要介護2、3から低下するが、排泄機能低下は、在宅での療養を困難化

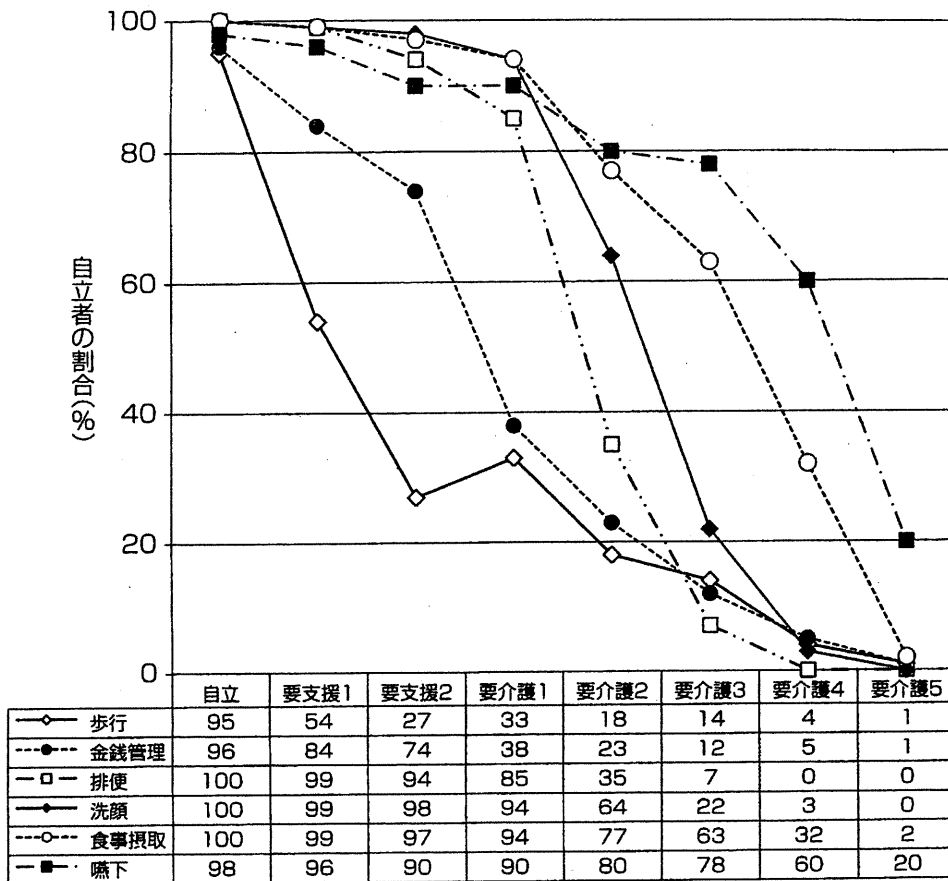


図2 要介護度と主な日常生活行為の自立者割合の関係

(文献6), pp81-82より筆者作成)

させる。中度要介護者に対しては、排泄に関係する一連の行為の実行状況を高めるようなサービス関与が求められる。重度要介護者の場合、食事摂取や嚥下機能の低下が顕著となる。摂食・嚥下機能の適切な評価に基づく、安全な食事摂取方法の検討、食事形態の適切な選択など、さまざまな視点からの実行状況の改善支援が求められる。

中重度者になると、リハだけではなく、管理栄養士や介護職との役割分担や連携強化も求められる。“実行状況の改善”の観点から、関係者間の役割分担を検討し、その中で、リハ職として役割をきっちりこなしていくこと、また、役割の範囲を拡大していくよう努力していく姿勢が重要である。

注)A市では、厚生労働省が提示している25項目に、独自に5項目
①請求書の支払いをしているか、②片足立ちで靴下がはけるか、

③自分で食事の準備をしているか、④1人で食事をする人が多いか、⑤1日3食摂っているかを追加し、計30項目のデータを収集している。

文献

- 1) 老人保健福祉法制研究会：高齢者の尊厳を支える介護。法研，2003
- 2) 地域包括ケア研究会：地域包括ケア研究会報告書—今後の検討のための論点整理—。平成20年度老人保健健康増進等事業。三菱UFJリサーチ&コンサルティング，2009
- 3) 厚生労働省老健局：地域包括ケア推進指導者養成研修（中央研修）テキスト，2010
- 4) 厚生労働省老健局：介護予防に関する事業の実施に向けての実務者会議資料（平成17年10月27日），2005
- 5) 川越雅弘：生活機能維持・向上に向けたサービスの効果評価方法の提案—アセスメントの活用方法とその具体例。地域リハ 3：883-888，2008
- 6) 厚生労働省：介護認定審査会委員テキスト2006，2006

イギリスにおける退院支援システムと医療・介護の連携

白瀬 由美香

本稿は、新労働党政権期のイギリスにおける医療・介護連携について、急性期病院からの退院支援システムに注目し、制度間の調整施策とサービス従事者の位置付けを検討した。この時期の施策は、制度の基本枠組みを維持したまま、NHS、社会福祉サービスに経済的インセンティブを与え連携を促した点に特徴があり、退院遅延事例の減少、介護アセスメント期間の短縮が実現された。多職種チームでのケースマネジメントでは、医療・介護双方の知識・技能を持つ地域看護師の重要性が高まり、家庭医等の役割を再検討する可能性が示唆された。また、介護職には国家資格がなく、看護助手等の医療補助職と共通の職業訓練で養成されることが明らかになった。さらに、新設の上級医療補助職は従来の専門職資格との業務内容、給与水準の違いが問題となりうると指摘された。これらの状況は総じて、介護よりも医療が中心に置かれた地域包括ケアの形成を示していた。

キーワード 地域包括ケア 多職種連携 退院支援 NHS イギリス

1 はじめに

本稿は、主として1997年から2010年までの労働党政権期のイギリスを題材に、医療・介護連携に関する政策を専門職の位置付けに注目して検討することを課題としている。

イギリスにおいて医療と介護の境界領域に関する役割分担や連携の問題は、歴史的に根深いものであると言われている [Bridgen et al, 1999, 17-24; Lewis, 2001]。医療は国営の National Health Service (NHS) によって無料で提供されるのに対して、介護は地方自治体の社会福祉サービス (Personal Social Services) として運営され、資力調査に基づく利用者の自己負担がある。そのため、要介護者への継続的なケア提供に際し、看護師が携わるか介護職員が携わるかで、NHS と地方自治体のどちらが責任を持つかが問題となる。

また、医療と介護は運営主体が異なるだけでなく、地域組織が管轄する圏域も異なる場合があり、円滑な連携は長年難しい状況に置かれていた。

連携に関して、本稿が特に注目するのは、急性期病院からの退院にまつわる支援体制である。退院支援をめぐる医療・介護連携の問題は、主として高齢者ケアの問題として取り扱われてきたと言える。現在のところ65歳以上の高齢者は人口の16%程度であるが、公的な介護サービス利用者では70%近くを高齢者が占めている。また、2009年度を見ても NHS 病院の入院患者の約45%が60歳以上であり、高齢者の場合、退院後の地域での受け入れ体制が整わず、平均在院日数が長くなりがちだという問題がある [NHS Information Centre, 2010a; 2010b; ONS, 2010]。退院支援システムの構築は、医療・介護サービス間の調整が最も求められる場として重要な政策課題であった。

退院支援をめぐる問題点・論点を整理した先駆

的な著作としては Glasby [2003] がある。労働党政権期の医療・介護連携では、制度の枠組みは大きく変更せずに、「中間ケア (Intermediate Care)」や「統合ケア (Integrated Care)」等のコンセプトで両者をつなぎ、切れ目のないサービス提供に取り組んできたことが知られている。それらのさまざまな施策、地域での取り組みに関する研究は枚挙にいとまがない [Peck et al, 2002; Ham et al, 2009; Dickinson et al, 2010 など]。日本でもイギリスの中間ケアや退院支援システムは注目を集め、詳細な検討もなされている [青木, 2009; 井上, 2008; 児島, 2007; 長澤, 2006; 杉崎, 2010 など]。しかし、導入された退院支援システムの下で、医療・介護従事者がどのように連携をするのか、その際にどのような問題がありうるのかという点については、議論の余地が残されているように思われる。

そこで本稿は、上記の先行研究をはじめ、英国保健省や関連機関の報告書やガイドライン、実態調査に基づく研究成果などの文献に基づいて、退院支援に関する医療・介護連携の現状と課題について、多職種間の関係を中心に考察を行うこととしたい。以下、第2節では、退院時の連携を進めるためになされた、制度間の調整方策とその成果と限界を指摘する。第3節は、現行の退院支援システムと多職種チームにおける専門職間の関係、専門職と補助職との関係について検討し、連携上の課題を探る。第4節では、労働党政権期の改革による医療・介護連携の特性を位置付けてまとめとする。

2 退院時の医療・介護連携

(1) 医療・介護制度間の調整

医療・介護制度間で連携を促進するための調整が必要とされた理由の1つは、先述のように別の主体によって運営される医療と介護の間では、サービスを提供する組織が異なることから、双方の意思疎通が難しかったことが挙げられる。そのため制度間の調整においては、NHSと地方自治体との間で連絡体制と責任の所在とを明確化し、早

期退院を促す財政面でのインセンティブを付与することが行われた。介護側の受け入れ体制の不備による退院の遅れに罰金を課す一方で、重度の要介護者へのサービスは介護も含めて包括的に医療側が費用負担をする形になっていた。

(a) コミュニティケア (退院遅延) 法 (Community Care [Hospital Discharge] Act)

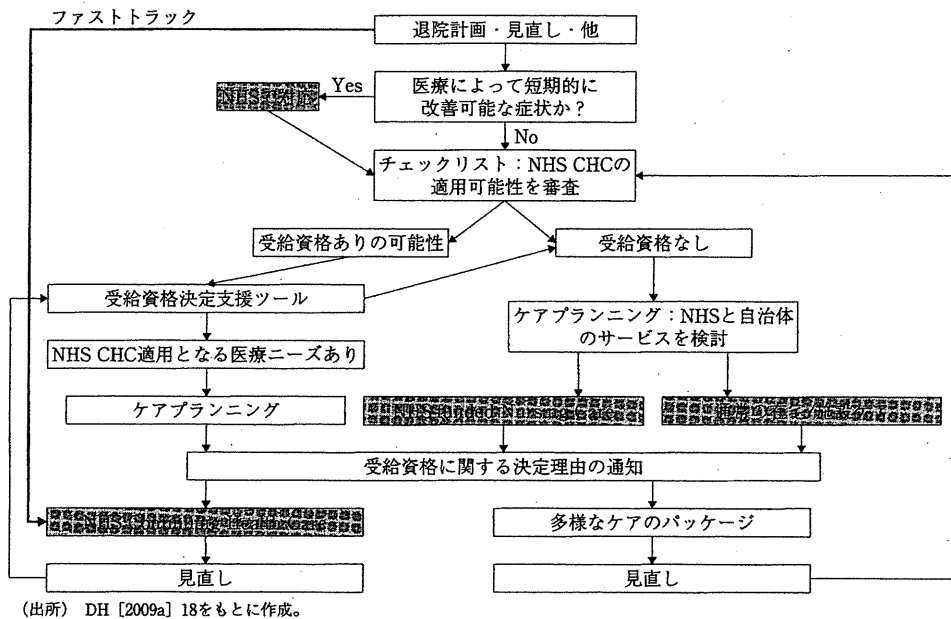
病院からの退院は、かねてより医療・介護の連携不足が露呈しがちな領域であり、1990年頃には、退院により継続的な治療やリハビリテーションが中断され、適切な生活支援サービスもなく、患者は放置されるような事例が多発していた。具体的には以下のような問題が積み重なり、事態を深刻化させていた [Glasby et al, 2004, 62]。

- ・病院から一般医 (GP, General Practitioner) への連絡は書面のみ。
- ・病院スタッフと自治体ソーシャルワーカーとの間で役割分担に関する理解不足と頻繁なトラブルが発生。
- ・ホームヘルプ等の在宅サービス依頼は退院後に手続きが始まる。
- ・退院時期等に関して病院スタッフと患者とのコミュニケーション不足。

また、入院までのウェイティングリストの問題解決も、この時期の重要課題の1つであった。特に高齢者の入院費用は1人につき1日あたり144ポンドに相当すること、ロンドンでの不必要な入院に伴う費用は総額で80万ポンドにも上ることなどが調査から明らかになった [Glasby, 2003, 11-13]。こうした数値の裏付けとともに、病床の利用実態が示されたことで、急性期病床の利用効率改善を目指し、特に高齢者をターゲットとして政策的な取り組みが開始されるに至った。

2003年に成立したコミュニティケア (退院遅延) 法は、社会福祉サービスの不備による退院の遅れに対して、地方自治体に課金をする制度である⁽²⁾。患者の入院中に、病院から自治体に要介護状態にあると思われる者の退院予定日等の情報が伝えられると、自治体は退院予定日からすぐに在宅もしくは施設ケアが提供できるように準備を進める。もしそれが自治体の都合により間に合わない

図1 NHS Continuing Healthcareの受給決定プロセス



場合は、病院に対して1日につき100ポンドを支払うという仕組みである。当初は急性期病院のみが対象であったが、2006年の改正後はリハビリテーション病院や中間ケア施設についても同様の措置が適用されることになった。⁽⁴⁾

(b) NHSによる継続的なケア提供

重度の医療ニーズを持つ退院患者に誰が責任を持つのかという問題は、1990年代初頭に政府の苦情処理制度を通じて明るみに出た。そこで1995年に保健省は各地の医療当局に向けた継続ケアの指針を策定した。だが、受給資格認定基準が厳しすぎるとして不服を申し立てる重要な裁判事例があり、⁽⁵⁾最終的に2007年に全国的な統一基準が策定されるに至った [Age Concern, 2009, 33-38]。

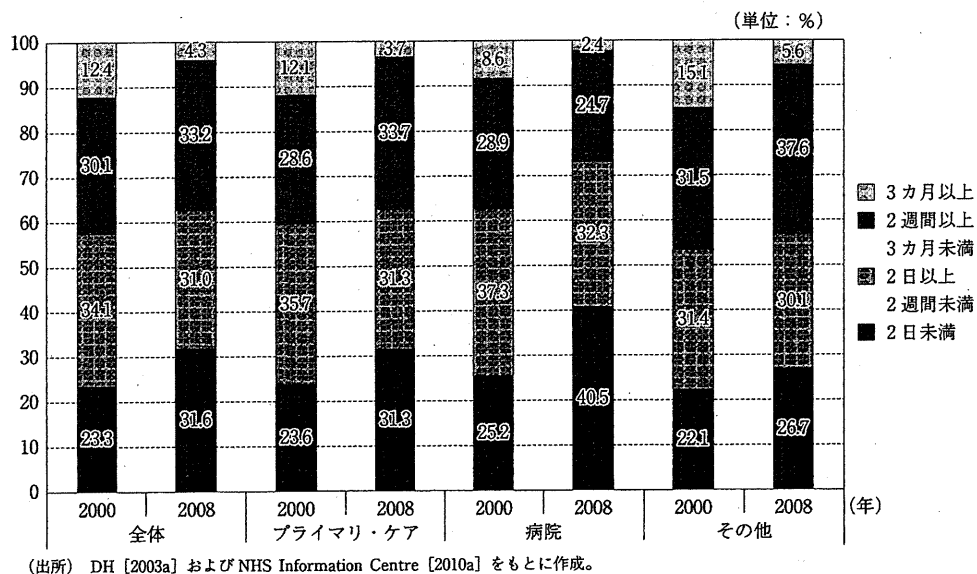
2007年に定められた NHS Continuing Health Care (NHS CHC) は、病院以外の場所にいる継続的な医療ニーズがある要介護者に対して、NHSが医療・介護双方のサービス費用を負担するケア・パッケージである。したがって、所得や貯蓄に応じた課金のある社会福祉サービスとは違い、身体介護や福祉用具などについても利用者には費用負担が発生しない。ナーシングホーム、ホ

スピス、自宅など、さまざまな場所でのサービスが想定されている。たとえば、自宅で NHS CHC を受ける場合は、訪問看護師や作業療法士等によるケア、入浴・衣服の着脱・洗濯などが含まれる。施設の場合は、住居費、食費を含めたケア施設の代金すべてを NHS が支払う。

この制度の受給資格の判定は、図1のプロセスを経る。退院予定日が決定し、症状が安定した患者について、NHS CHC の適用可能性が審査される。判定基準は、特定の疾病や症状、身体状態、ケア提供者や提供場所を問わない。けれども、患者のニーズ全体を通じて、第一に必要なのが医療ということが最も重視される点である。一度資格を得たら、医療・介護費用は全額 NHS によって支払われる。ただし、症状が変化した場合、費用負担の方式が変わる可能性がある。最初のニーズ見直しは3カ月後であり、その後少なくとも1年に1回見直しが行われる。

また、終末期の看取りなど迅速な判断が求められるケースでは、受給資格の決定プロセスで「ファストトラック」が適用となる。その判断は、患者の診断や治療に携わる医師または看護師が行う。

図2 65歳以上高齢者の介護サービス利用申請時のアセスメント所要期間（申請元別）



受給資格が認められた者は、在宅・施設・ホスピスのいずれで最期を迎える場合でも NHS による費用負担で医療・介護を受けることができる。

他方、NHS CHC が適用とならない場合は、NHS-funded Nursing Care もしくは通常の社会福祉サービスの利用が検討される。

NHS-funded Nursing Care は、2001年10月に導入された。法律上、社会福祉サービスには看護師によるケアは含まれないため、入居施設が看護師を雇用してもその費用を地方自治体が支払うことはない。だが、NHS CHC が適用されなかったけれども、ナーシングホームに入居し、看護師によるサービスを受けることが必要だと認定された者については、NHS から施設に対して看護師の人件費が補助される。2010年度は、看護が必要な入居者1人につき108.70ポンド支払うことになっていた。⁽⁶⁾ なお、NHS-funded Nursing Care が適用される入居者は、看護を除いた施設でのケア費用について、資力調査に基づく自己負担をすることになる。⁽⁷⁾

(2) 制度間調整の成果と限界

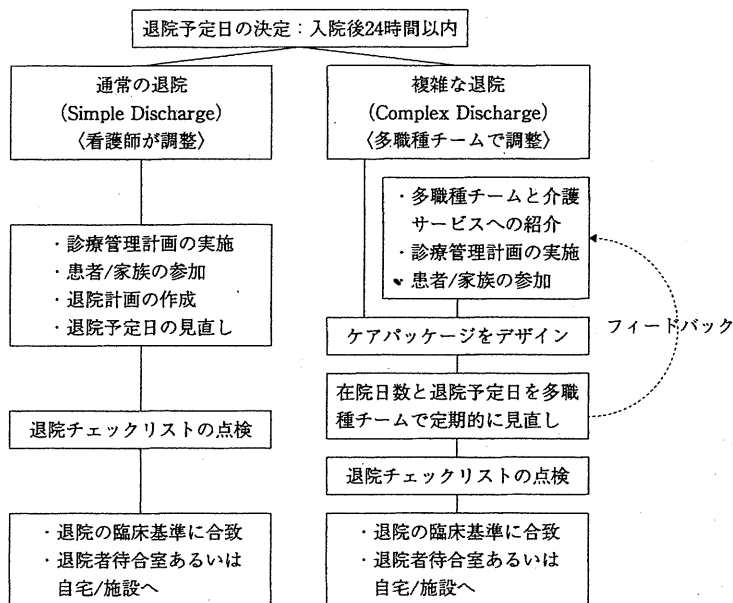
以上のような制度間の調整がなされたことで、

医療・介護の連携に変化はあったのだろうか。たとえば、介護サービスのアセスメント所要期間は2000年度には申請元を問わずほぼ同様の傾向であり、申請日またはその翌日にアセスメントが完了したのは2割強に過ぎなかった。だが、2008年度には病院からの申請の場合は、4割が2日未満で、合計で7割強が2週間未満でアセスメントを終えている(図2)。どの申請元についても全般的に所要期間は短縮されているものの、プライマリケアやその他からと比べると、病院については改善が著しいことがわかる。

事実この間、2000年から2008年にかけて平均在院日数は、60~74歳は10.5日から7.1日へ、75歳以上は15.9日から11.0日に短縮されている[NHS Information Centre, 2010b, 4]。退院遅延ケースも、2001年から2005年にかけて全体で60%以上減少したと言われている[井上, 2008, 122; 長澤, 2009, 58; CSCI, 2006, 9]。

しかしながら、退院後28日以内の緊急再入院はこの10年間で50%以上増加したとの指摘もある[Boseley, 2010]。2007年にロンドンで実施された調査によれば、患者や家族には退院が早すぎるように受け止められている場合もあり、退院時の

図3 現在の標準的な退院プロセス



(出所) DH [2004] 13をもとに作成。

病院からのサポートに対して、家族介護者のおよそ半数が満足していない [ADASS, 2010, 15]。

長澤 [2009, 65] が指摘するように、退院患者を受け入れる中間ケアの普及は地域によってばらつきが大きく、現場での実質的な連携には限界があった。そのため2005年以降に並行して進められたのは、地域における医療・介護サービス運営組織の統合であった。たとえば、高齢者や精神保健に関するケアサービスでは、Torbayなどいくつかの地域で、プライマリケアと社会福祉サービスを予算面でも人的側面でも統合した「ケアトラスト」が形成され、成果を挙げている [Ham et al., 2009]。けれども現在、連立政権はNHSの地域組織のあり方に大幅な改革をしようとしており、ケアトラストの先行きは不透明である。それに対して、次節で検討する従事者の関係性のあり方は、これまで必ずしも議論が十分に尽くされていなかったというだけでなく、組織体制がどのように変化しようとも、重要性を持ち続ける論点であると思われる。

3 多職種チームによる退院支援

(1) 退院支援システム

退院支援の実践においては、現在は各病院が単独であるいは地域の関連機関との連名で退院支援方針 (Discharge Policy) や退院後を含めた地域連携パス (Discharge Pathways) を作成している⁽⁹⁾。図3は保健省が示した退院プロセスの指針である。病院外との連携が不可欠な複雑なケースに的確に対処するため、患者のおよそ80%を占める通常の退院プロセスを確実に行うことが意図されていた [DH, 2004, 6]。

NHSの病院の平均在院日数は6日を切っており、退院予定日は原則として入院後24時間以内に決定される。通常の退院では、上級の専門医である顧問医 (Consultant) と協力し、主に看護師が診療管理計画 (Clinical Management Plan) に基づく患者の病状管理をし、退院までに必要な手続きを行う。それに対して、退院後にも継続的な医学的管理が必要であり、多様な対応が求められる複雑な退院ケースについては、看護師を中心と

表1 退院支援に携わる多職種チーム

	病院	プライマリケア	コミュニティケア
医師	顧問医, 専門医	一般医 (GP)	
看護師	病棟看護師 専門看護師 退院調整看護師	訪問看護師, 保健師 地域精神保健看護師 専門看護師 Community Matron	
その他	理学療法士 作業療法士 栄養士, 食事療法士	理学療法士 作業療法士	ソーシャルワーカー ケアサービス事業者

(出所) Community Health Oxfordshire Clinical Quality and Governance Group [2010] および DH [2003b: 2004] をもとに作成。

した多職種チームによる退院支援が行われる。最近の傾向としては、患者や家族介護者の意向を反映した退院計画を作成することが重視されている。

(2) 多職種チームを構成する専門職

NHS CHC のガイドラインの定義によれば、退院支援・継続ケアに係わる多職種チームは、①複数の異なる医療専門職あるいは②医療専門職およびコミュニティケアのアセスメント従事者から構成される [DH, 2010, 47-48]。したがって、複数の職種からなる病院のスタッフのみで多職種チームを構成する場合、プライマリケアやコミュニティケアに従事する専門職が含まれる場合の両方がありうる。とはいえ多くの場合は、病院の退院支援チームと自治体のソーシャルワーカーによって編成されている。

退院支援業務の従事者を所属別・職種別に挙げると表1のようになる。退院決定のプロセスで、多職種間の調整業務の実質的な担い手は看護師である。看護師による調整の仕方には、病院ごとに独自の取り組みがある。たとえば、イギリス中東部の病院では、多職種チームのメンバーを5人から3人に減らし、退院プロセスの全行程をそのチームで管理するのではなく、調整業務にだけ特化させる試みをしている。別の病院では、地域の関連機関とのコンピューター・ネットワークの形成によって、最新の情報を随時共有できるようにしたという事例もある [Nursing Management, 2010, 12-16]。

また、退院患者への継続的なりハビリテーションや訪問看護が必要な場合は、退院調整担当の看護師からプライマリケアの各部門担当者に連絡がなされる。プライマリケアで活動する理学・作業療法士や訪問看護師も、事前に患者の自宅の設備状況を確認し、退院カンファレンスに参加することもある。

福祉関係者との連携という点では、現在は急性期病院で直接雇用されるソーシャルワーカーはほとんどいない。そのため、患者の入院から24時間以内に退院予定日が決まると、病院は即座に社会福祉サービス部のソーシャルワーカーに連絡をする。ほとんどのソーシャルワーカーは地方自治体の職員であり、退院カンファレンスや日常的なアセスメントのたびに担当する患者のいる病院を訪問する。ソーシャルワーカーは、介護だけでなく住宅や所得保障なども含めたケースマネジメントを行う。そのため NHS CHC や NHS-funded Nursing Care の適否についても、プライマリケアを構成する諸サービスや病院と交渉・調整する役割を担っている。

ケースマネジメントに関しては、ソーシャルワーカーに加えて、医療ニーズの高い要介護者を支援する Community Matron (CM) という上級看護師も2004年以降、普及しつつある。CM は、継続的なケアを受ける人々に対して、医療・介護サービスの調整をするだけでなく、自らもサービス提供に従事する。患者や家族への看護・介護方法の指導も行うことで、症状の安定・改善を図って

いる [Russell et al, 2009]。

では、CM が医療・介護サービス間の調整役を担うのに対して、今後の GP はどのような役割を担うのだろうか。退院支援や継続ケアの決定プロセスを見ても、看護職が中心的な役割を果たし、家庭医である GP はほとんど登場しない。他方、現在の連立政権は、登録患者へのサービス予算を各々の GP に配分し、医療資源の配分と患者の健康管理をさせる仕組みへと改革しようとしている。今後、改革が実現したときに、GP が CM とどのような協力関係を持つのか、またソーシャルワーカーとの関係はどう変化するのか。これは、地域での包括的なケア提供という観点から、今後の専門職の役割分担を検討する際に、引き続き注視すべき点であると言える。

(3) 専門職と補助職との関係

現在の NHS のスタッフ構成は、医師が 1 割程度であるのに対して、看護師が 3 割、理学療法・作業療法などの専門療法士等が 1 割であり、残りを臨床に係わる補助職と事務スタッフがそれぞれ 20 数% ずつ占めている [NHS Information Centre, 2009]。

医師・歯科医師を除く NHS 職員は、すべての職種を通じて、資格と職業上の能力や経験に基づく 9 段階の職位段階表があり、それにしたがって給与額が決定される。イギリスでは、各々の医療従事者が携わる業務の範囲は、法律ではなく、職務記述書で決定され、医師以外の職種にも診察や診断への従事が認められる点特徴的である⁹⁴⁾。看護師や理学療法士などの国家資格取得者は職位 5 に位置付けられ、年収は 2 万 1700～2 万 7500 ポンドとされている。診断・診察など高度な業務への従事を認められた者、教育やマネジメント業務に従事する者はそれよりも高位に位置付けられる。看護助手や医療技師等の補助員についても、義務教育修了のみか職業訓練や経験を積んでいるかによって、職位 1～4 までの段階がある。

病院、施設、在宅のいずれの場所においても、身体介護に従事しているのは、主として Health Care Assistant や Social Care Support Worker

などと呼ばれる医療・福祉補助職である [DH, 2001]⁹⁵⁾。こうした介護業務の従事者は、National Vocational Qualification (NVQ) のレベル 2 または 3 に相当する医療・介護両分野共通カリキュラムの職業訓練を受けており、NHS だと職位 2 または 3 に該当する。介護サービスの場合は民間事業者が雇用するため、給与水準は一律に定められていない。また、補助職の名称や役割分担についても、組織によって異なるため、その仕事内容や職業的な位置付けには、現状では不明確な点が多く残されている [Manthorpe et al, 2010]。

それに対して、国家資格を持つ看護師は、どちらかといえば医療的な処置と医療・介護サービスの調整業務に従事している [Miers et al, 2009]。また、ケアホームなど施設の介護職員に対して、看護・介護技術の指導をする役割も担っている。介護職員はある程度は職業訓練を受けているが、入居者への医療的な配慮に関する知識や技能は、看護師には及ばない。看護師の指導による施設職員のケア技術向上の取り組みは、医療職と介護職との結びつきを強化するだけでなく、病院への入院・再入院の減少にもつながると期待されている [Wild et al, 2010]。

さらに、新たな補助職として、NHS 職員の職位 4 に位置する Assistant Critical Care Practitioner という臨床助手も 2008 年に創設された。この資格は、看護に限らずあらゆる医療専門職の臨床上の補助業務を担うことが想定され、NVQ ではレベル 4 に相当する。学士課程ではないものの、高等教育機関での 2～3 年間の教育が要件であり、Health Care Assistant の上位職種に位置付けられる [DH, 2008]。

補助職の教育システム整備は好ましいことであるけれども、臨床助手は正規の国家資格保有者との役割分担のあり方に問題を引き起こすことが懸念される。イギリスでは准看護師の養成が廃止され、継続教育プログラムによって現在働いているほとんどが登録看護師の国家資格を持つ⁹⁶⁾。看護師になる場合も、高等教育機関での 3 年間の教育 (学士課程修了) が要件となっており、教育年数では臨床助手と看護師との違いはほとんどない。

しかし、給与水準は臨床助手のほうが看護師よりも下位とされる。したがって、国家資格職と補助職との業務の差別化をどこで図るのが問われることになる。

4 おわりに

ここまでの検討をもとに、労働党政権期の医療・介護連携の特徴をまとめるとすれば、制度・従事者のいずれについても、医療がサービス提供の中心にあり、介護はそれに従属するような形で位置付けられていたと言える。

先行研究でも指摘されていたように、この時期の医療・介護連携は従来からの大きな制度枠組みは維持したまま、制度間の調整、従事者の協働を進めるといったものであった。たとえば、コミュニティケア（退院遅延）法は、病床の効率的利用を主眼として、退院患者の受け入れ体制が整わない場合に地方自治体が NHS に罰金を支払う制度であった。また、重度要介護者の介護費用を NHS が負担する NHS CHC は、医療を中心としたケア・パッケージを構成しやすくするための方策だと見ることができる。このように制度間の関係は、介護に対して医療が優位に置かれていることを示していた。

そして、従事者についても、医療が介護を主導するような関係が見てとれた。病院での退院調整、地域でのケースマネジメントのどちらについても、看護師がコーディネーターとして重要な役割を担っていた。医療と介護の両方の知識・技能を持つという点で、ソーシャルワーカーよりも、看護師である CM がイニシアティブをとることが期待されていた。また、ソーシャルワーカーは国家資格であるものの、それ以外の介護に関する職業には資格制度がある訳ではなく、介護職の養成も医療補助職と共通したものになっていた。そのため、医師・看護師などの医療従事者の補助的な役割を果たす存在として、介護従事者が相対的に下位に位置付けられているように見受けられた。

こうした状況から、イギリスにおける地域包括ケアのあり方は、今のところ医療を主体に構成さ

れていると見ることができる。医療・介護連携に関する議論の展開を振り返ってみても、「中間ケア」や「統合ケア」の概念は、医療側から介護との連携を模索するアプローチであった。本稿では詳述しなかったが、地域のサービス提供組織に関しても、医療と介護を統合したケアトラストは、医療サービスを母体として編成されている [Ham et al, 2009]。そもそも高齢者向け介護サービスは十分に給付されていないとも言われており [CSCI, 2006]、介護を中心に位置付けた連携アプローチは、現行制度の枠組みのもとでは難しかったのだと思われる。

とはいえ、本稿は退院支援システムを中心に医療と介護の連携を捉えてきたため、医療ニーズの高い患者へのサービス提供にばかり目が向きがちであった点は否めない。地域で暮らし続ける多くの高齢者に対して、日常的な医療と介護の連携はどのようになされているのかについても、一層の検討を加える必要がある。現在進められている医療・介護制度改革の動向を視野に入れ、イギリス型地域包括ケアの展開について、引き続き検討を重ねていかなければならない。医療と介護の関係性は、これらの点をあわせた再検証によって、より明確に描写されることになるだろう。

【付記】 本稿は厚生労働省科学研究費補助金・政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」（研究代表者 川越雅弘）の成果の一部である。

注

- (1) なおイギリスの連合王国を構成する4カ国では、医療・介護制度の連携状況はそれぞれ異なることから、本稿は主にイングランドを扱う。
- (2) コミュニティケア（退院遅延）法の内容と評価に関しては、長澤 [2006] および井上 [2008] を参照。
- (3) ただしロンドンの特別区を中心に48の自治体については120ポンドと定められている。
- (4) この制度の導入とほぼ同時期に、中央政府は地方自治体に対して、介護サービス供給体制の整備に関する特別補助金の支給を開始し、地域での中間ケア施設の増加による医療・介護連携の促進を目指して