

【論文 4】

イギリスにおける医師・看護師の養成と役割分担

白瀬 由美香

海外社会保障研究

174, 52-63, 2011.3

## イギリスにおける医師・看護師の養成と役割分担

白瀬 由美香

### ■ 要約

イギリスの医師・看護師の資格登録、養成カリキュラムの認定は、国が直接するのではなく、専門職の自己規制を重視したGMC、NMCという団体で行われる。薬剤の取り扱いを除き、医師・看護師の各々の業務を規制する法令はなく、医療機関による雇用契約と労務管理、NHSのクリニカル・ガバナンスを通じて、従事可能な仕事の範囲が決定されている。そのため、看護師による診療行為は処方を除いて法改正せずに可能であり、ナース・プラクティショナーはプライマリ・ケアを中心に普及している。医師と看護師の役割分担の在り方は、資格や養成システムの状況だけでなく、医療機関の機能分担や財政的側面も含めた医療システム全体の影響を受けるのだと示唆された。そして、ブレア、ブラウン政権期の多職種の業務拡大を伴う改革は、単なる医師不足への対応を目指していたのではなく、医療の質の向上への取り組みが同時に進められていた点が重要であった。

### ■ キーワード

GMC、NMC、NHS、イギリス

### I. はじめに

イギリスでは現在、医師・看護師をはじめ、医療に携わる専門職の養成システムと役割分担の再編がなされつつある。1948年以来National Health Service(NHS)は、租税を財源に無料の医療を提供してきたが、労働党のブレア政権が発足した1990年代末の医療は質・量ともに水準が低下していた。医療設備の老朽化、医療従事者の不足、待機時間の長期化などの問題が山積していたことが知られている。そして、医療の質向上に向けて、医学部の定員増加、卒後研修の短縮、外国人医師の受け入れなどの人的資源の確保策が積極的に行われた。さらに、多様な医療従事者の業務拡大や新たな職種の創設が必要であるとされ、医師・看護師の養成システムの改革も進められた(DH, 2000; 近藤, 2004)。

本稿が課題とするのは、こうした時代背景のもとで形成された医師・看護師の役割分担の在り方についての検討である。イギリスでは1970年代末頃よりアメリカに倣ったナース・プラクティショナー(Nurse Practitioner)の活動が始まり、現在は一部の看護師については医師と同様に薬剤を処方することも認められている(江藤, 2010; Jones, 1999)。したがって本稿の検討作業は、アメリカの上級看護師モデルが、異なる医療システムを持つ他国にどのように導入されたのかを示すことになるだろう。また、イギリスの地域看護の分野では、助産師(Midwife)・保健師(Health Visitor)・訪問看護師(District Nurse)は、医師から独立した自律的な専門職として活動してきた伝統があった(Sweet, 2008)。本稿では、ナース・プラクティショナーと、これら伝統的な看護職との活動スタイルの違いを探ることも

念頭において検討を行っていく。

以下、政府刊行物、医師・看護師関連団体の公式文書、医療従事者の実態に関する研究成果などの文献調査に基づいて議論を進めていく。2節では、医師・看護師の資格と養成システム、医療専門職への規制の在り方に関する特徴を紹介する。3節ではまず、ブレア政権期の医師・看護師を取り巻く背景を論じる。そして、病院およびプライマリ・ケアでの役割分担をそれぞれ検討する。4節では、イギリスの医師・看護師の基盤的特徴を踏まえて、医療提供の場ごとに異なる役割分担の在り方を整理し、まとめとする。

## II. 医師・看護師の資格と養成システム

イギリスの医師・看護師の資格登録や管理、養成カリキュラムの認定などのシステムは日本と大きく異なる。中央・地方の行政機関が直接管理するのではなく、法律に基づいて設置された資格管理団体がそれらの責任を果たしている。医師・看護師ともイギリスを構成するイングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランドの4カ国で共通した基準が設けられている。

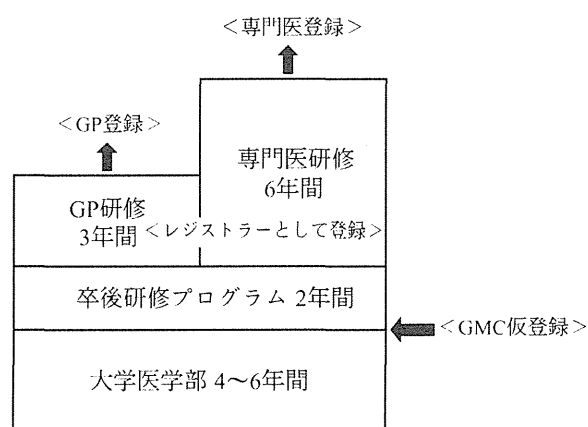
### 1. 医師の資格と養成システム

医師免許の登録、管理、大学の医学教育プログラムの規制、認定をするのは、総合医療審議会(General Medical Council; GMC)である。GMCは1858年医師法(Medical Act 1958)に基づいて設立された。慈善委員会(Charity Commission)の認可を受けた非営利組織であり、医師の登録料・更新料で運営されている。現在の根拠法は1983年医師法で、これまでに何度も修正が加えられているが、基本方針として自己規制を重視して医師の管理を行ってきた。

イギリスには現在、医師養成コースを持つ大学が全国に32カ所ある。5年制が最も一般的(24

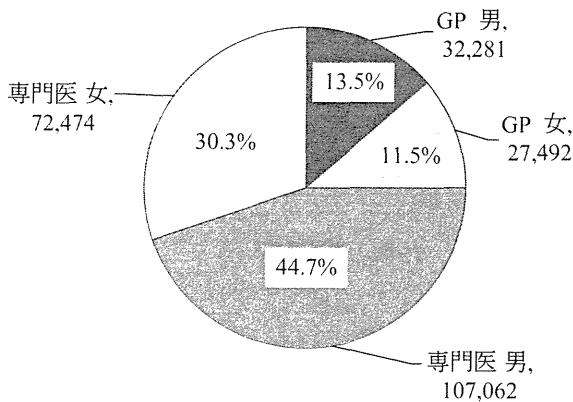
カ所)だが、学士入学者向けの4年制(14カ所)、生命科学系の基礎教育を充実させた6年制(12カ所)もある。イギリスの大学は医学部付属病院を持たず、臨床実習は教育病院(Teaching Hospitals)として位置付けられた近隣の病院で行われる。入学後は数日から数週間の実習が毎年行われ、実地での経験に基づいた教育が重視されている。最終年次には約1年間に渡って複数の診療科で臨床実習が実施される。大学はGMCの基準に沿ったカリキュラムを策定することになっており、教育の質に関する定期的なモニタリング結果は、GMCのホームページで公開されている。

卒後教育については、2005年から「医師養成の現代化」と題した新しいプログラムが開始され、教育目標や教育期間が明確にされた(House of Commons Health Committee, 2008)。医師の国家試験はなく、学士課程を修了すると、GMCに仮登録(Provisional Registration)でき、それから2年間の研修医プログラム(Foundation Programme)に参加する。その後は「レジストラー(Registrar)」という役職で登録され、各自の志望に従って、家庭医であるGP(General Practitioner)は3年間、専門医は6年間の専門分野別研修がある。すべての研修を終了すると、GMCからGP、専門医それぞれ



出所：Tooke, 2008: 36をもとに作成。

図1 医師の卒後研修システム



出所：GMC, 2011をもとに作成。

図2 GMCに登録する医師数

れの認定証(Certificate)が発行され、医師として正式に登録される(図1)。専門医の場合は、その後経験を積むことで、最終的にはコンサルタントと呼ばれる上級医師となるキャリア・パスが開かれている。

GMCによれば現在の医師登録者数は約24万人であり、その4分の1がGPである。女性医師は全体の約4割を占めている(図2)。ただし、この数値はイギリスの医師免許を持つ者の総数であるため、民間医療機関の医師、国外にいる医師なども含まれている。実際にNHSで働く医師は4カ国合わせても登録者の7割弱にすぎない。2009年以降、GMCへの登録は、医師としての登録(registration)、診療に関する免許(license to practice)という2つの要素から構成されている。これは、2012年から予定されている免許更新制の導入に向けた布石であり、専門医団体、患者、雇い主などの見解も交えた業績評価に基づく免許の更新が検討されている(GMC, 2010)。

## 2. 看護師の資格と養成システム

看護師については、看護助産審議会(Nursing & Midwifery Council; NMC)が看護師免許の管理と養成プログラムの認定を行っている。NMCは看護助産令(Nursing & Midwifery Order 2001)に基

づき、United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visitingを引き継いで2002年に設立された。GMCと同様に、看護師が支払う登録料・更新料で運営される非営利組織である。

NMCに登録が義務付けられる免許は、登録看護師(Registered Nurse)、助産師(Midwife)、地域保健専門看護師(Specialist Community Public Health Nurse)、処方者(Prescriber)である<sup>1)</sup>。2011年1月現在の登録状況は、複数の資格を重複して持つ者を含めて、登録看護師が63万8,000人、助産師が2万8,000人、地域保健専門看護師が2万6,000人である<sup>2)</sup>。そのうち約9割が女性である。

### (1) 登録看護師

登録看護師となるには、各地の大学の看護学科で開設されるNMCが認定した3年間のコースを修了する必要がある。既に看護現場で補助職として働いている者や何らかの学士号を持っている者は、履修科目の免除や在学期間の短縮が認められている<sup>3)</sup>。看護師についても「看護師養成の現代化」と称する養成システムの改革が進められている(DH CNO Directorate, 2006)。従来は高等教育機関で看護学のディプロマ(Diploma)を取得すれば、学士号(Degree)はなくても看護師登録が可能であったが、2013年度入学生からはすべてのコースが学士課程となるように改革されつつある。

卒前教育では、在学期間の約半分は実習に従事し、座学と実習合わせて3年間で4,600時間以上のプログラムからなる実践的なカリキュラムである。初年次は全員共通の基礎プログラムを履修し、残り2年間は成人・小児・精神保健・知的障害の4分野から1つを選択し、特定の分野についての専門性を高めていく(NMC, 2004a)。看護師の場合も免許取得の国家試験はなく、コース修了によってNMCへの登録が認められる。

NMCへの登録時にも、上記4分野から選択し

た専門分野が登録される。登録後は毎年76ポンドの登録料を支払い続けなくてはならない。3年ごとに更新があり、要件として過去3年間に少なくとも5日間(35時間)の学習と450時間の臨床経験が求められる。したがって、マネジメントや研究・教育に従事する看護師も、臨床を継続していないと免許の更新ができなくなる。

## (2) そのほかの看護関連免許

助産師は登録看護師と同様に、NMCが認定する3年間のコース修了が要件である(NMC, 2009)。追加的に助産師免許を取る看護師には、1年半で修了するコースが開講されている。助産師についても実習に費やす時間が在学期間の約半分を占めるが、理論の学習についても40%を下回ってはいけないうことになっている。助産師の業務に関しては、NMCの基準や指針が看護師とは異なり、一部の薬剤については処方や投与が認められている。

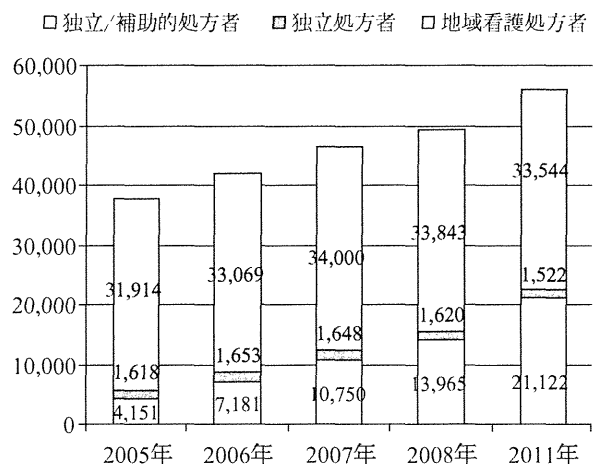
地域保健専門看護師とは、保健師や学校看護師を指し、主に公衆衛生活動に従事する看護師のことである。登録看護師取得後に少なくとも1年間、大学院レベルの教育を受けることとされ、カリキュラムの一環として処方に関する科目も履修する(NMC, 2004b)。そのため、地域保健専門看護師は、地域看護処方者(Community Practitioner Nurse Prescribers)という免許も同時に取得でき、一部の薬剤を処方することができる<sup>4)</sup>。看護師の処方が最初に認められたのは、保健師など地域看護の領域であり、1999年から全国で実施されている。

処方者には上記も含めいくつかあるが、近年増加しているのが独立/補助的処方者(Independent/Supplementary Prescribers)を両方取得する免許である<sup>5)</sup>。独立処方者は2002年に導入され、現在は医師と同じ範囲の薬剤を各自の判断で処方することができる<sup>6)</sup>。補助的処方者は医師が作成

した診療管理計画(Clinical Management Plan)に基づく処方が可能であり、2003年から養成が始まった。これらの免許の取得は、3年以上の臨床経験と大学卒業相当の学歴を要件としている<sup>7)</sup>。NMCの認定を受けた養成コースには通学制と通信制の両方があり、通学の場合は26日間のスクーリングと12日間の実習が最低基準とされている。標準的な受講期間は3~6カ月程度であり、仕事を続けながら免許の取得ができる。処方者についても国家試験はなく、コースの修了試験に合格すればNMCに登録できる(NMC, 2006)。2005年から2011年にかけて独立/補助的処方者は4,000人から2万人へと増加し、処方者数も全体で50%近くも伸びている(図3)。

以上のNMCに登録する免許は、いずれも登録看護師と同じく3年ごとに更新が必要であり、その間に必要な臨床経験と研修の基準を満たさなければならない。

他方、イギリスには「ナース・プラクティショナー」として活動する看護師がいるものの、NMCが免許を与える正式な資格ではない。確かに継続教育の一環として、専門看護師や上級看護師を養成するコースも開設されている。けれども、



出所：NMC, 2008およびNMC渉外担当者Craig Turton氏からの情報をもとに作成。

図3 処方者数の推移

それらは各々の大学や大学院の認定資格であり、NMCによって資格名称やカリキュラムは統一されていない。そのため、これらの認定資格を持つ看護師がどれくらいの規模で存在するのかについても正確には把握できていない。

NMCは2005年によく「上級ナース・プラクティショナー(Advanced Nurse Practitioner)」免許の創設に向けて動き出した。それに先駆けてイギリス看護協会(Royal College of Nursing; RCN)は、ナース・プラクティショナーの定義付けを試み、最近も養成システムの整備を提言する報告書をまとめている(Ball, 2005; Ball, 2006; RCN, 2010)。保健省も『信頼・保証・安全：21世紀の医療専門職の規制』において、患者の安全という観点から、ナース・プラクティショナーを規制する枠組みを設けるよう強く求めている(DH, 2007: 37)。だが、現在のところ議論はまとまっておらず、実現はいつになるのかわからない。ナース・プラクティショナーと類似した職種である、診療行為に従事するフィジシャン・アシスタント(Physician Assistant)養成は2009年から始まっている(白瀬, 2010)。それとの差別化をどう図るかという点からもナース・プラクティショナー資格の整備が望まれるところである。

### 3. 医療専門職への規制と業務範囲の設定

先に述べたように、診療や診察に従事する看護師は1970年代末から普及し始めた。しかし、「ナース・プラクティショナー」という国家資格はなく、NMCが看護師の診療行為について規制を行っているのは処方に関する事柄だけである。これはイギリスの医療専門職の業務範囲に関する規制の在り方が如実に表れている。

医師・看護師をはじめとした医療専門職の業務内容を具体的に規制する法律はイギリスにはない。医師への規制は伝統的に自己規制のみに委ねられていた。そして、医師以外の医療専門

職も、GMCに倣った資格管理団体を形成し、専門職による自己規制を推進してきた。1990年代以降のGMCは、行政や患者などを含めた多面的な規制の在り方へと変質したと言われているが(石垣, 2010)、それでも依然として法律によって専門職の業務を規定することには至っていない。各団体が専門職としての指針(Guidance)や行動規範(code of conduct)を示すことによって、患者の安全を第一として、自己規制を行うように促す仕組みとなっている(DH, 2007)。そして、医療規制審議会(Council for Healthcare Regulatory Excellence; CHRE)が職種別の団体間の調整を図っている。

だからといって、医療専門職の業務を規定するものが何も無い訳ではない。医師も含めて、NHSで雇用される職員については、誰がどのような業務に従事可能かを雇い主である医療機関が規定してきた。特定の業務に対してその専門職が十分な対処能力を持つかどうかを保証するのは、雇い主の重要な役割であるとCHRE(2009)も指摘している。そして、技能に見合った業務の配分、複雑な仕事の管理、技能の向上への適切なサポートなどを確保することは、雇い主の義務であるという。具体的には、雇い主は「職務記述書」(job description)を用い、特定の業務行う上で必要な知識、技能、特質などを規定する。採用された専門職は職務記述書の範囲内で業務に従事し、NHSのクリニカル・ガバナンスや医療機関の人事管理システムを通じて、医療の質は保たれると考えられている(CHRE, 2009: 6-7)。

他方、薬剤の取り扱いについては、薬事法や関連する法令によって制限が設けられている。特に規制医薬品は、薬物乱用法(Misuse of Drugs Act)や薬物乱用規制(Misuse of Drugs Regulations)に基づいて、国で定められた職種しか扱うことができない。そうしたことから、処方に関する部分のみは、資格管理団体が免許を発行し、管

理することになっている。医療専門職の業務への規制がこのような仕組みであったために、薬剤の処方をしていない限り、看護師がナース・プラクティショナーとして診療に従事することも可能だったのである。

### Ⅲ. 医師と看護師の役割分担

#### 1. ブレア、ブラウン政権期の医師・看護師を取り巻く状況

ブレア政権は、医療の質の向上のため、GDP比7%程度であった医療費を欧州諸国の平均である10%水準に引き上げ、医療従事者の確保に積極的に取り組んできた(DH, 2000)。その理由の1つは、EUが定める最長でも週48時間以内という労働時間制限をNHSも遵守しなければならず、医師の労働時間の短縮が不可避だったからである。さらに、前政権までの長年の医療費抑制は医療従事者の給与にもおよび、より良い労働環

境を求めてNHSから流出する者が増加していたからであった(近藤, 2004)。続くブラウン政権期には、養成システム改革を通じて、医療チームを再編し、質の向上を目指したことが特筆される(DH, 2008)。

医師に関してなされた改革では、先述の新しい研修医プログラムの導入による研修期間の明確化と短縮、医学部の定員増加や養成課程の多様化、そして外国人医師の活用などが挙げられる。これらを通じて3年間で医師数を1万人増加させるという目標が設定された。最終的に2009年には、イングランドのNHSで働く医師数は、2000年の1.5倍程度にまで増加し、約13万人となった(表1)。

看護師については、看護管理の責任者として看護師長(Modern Matron)、臨床でのエキスパートとしてナース・コンサルタント(Nurse Consultant)などの役職がNHSに設けられ、上級レベルの看護師への処遇改善がなされた。このようにマ

表1 NHSの医師数の推移(イングランドのみ、常勤換算)

	1999年	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年
コンサルタント	20,909	21,680	22,558	24,229	25,758	27,549	28,995	29,995	30,776	31,966	33,875
専門医	1,289	1,333	1,356	1,524	1,723	1,958	2,185	2,411	2,552	2,695	3,020
専門医(新課程)										361	2,600
医師	3,258	3,764	3,999	4,672	4,700	4,817	4,816	5,163	5,275	5,122	2,820
レジストラー	11,822	11,953	12,370	12,740	13,708	15,811	16,979	17,837	29,788	33,838	36,235
シニア・ハウス・オフィサー	14,464	14,918	15,233	16,468	17,942	19,785	20,816	18,182	5,358	2,023	1,535
研修医2年目								3,687	4,811	5,474	5,984
研修医1年目、ハウス・オフィサー	3,494	3,634	3,676	3,933	3,960	4,228	4,618	4,866	5,189	6,016	6,465
病院プラクティショナー	191	183	181	205	205	211	198	178	168	178	155
診療助手	1,502	1,387	1,446	1,183	976	859	713	578	490	634	543
その他病院スタッフ	942	818	761	679	577	442	326	173	158	127	66
GP	26,879	26,947	27,043	27,248	27,932	28,567	29,467	31,194	31,321	30,988	32,426
GPレジストラー	1,475	1,597	1,811	1,907	2,153	2,454	2,435	2,190	2,409	3,055	3,659
合計	86,225	88,213	90,435	94,787	99,634	106,680	111,548	116,454	118,297	122,478	129,383

注1: コンサルタントには公衆衛生医も含まれる。

2: 病院プラクティショナー(Hospital Practitioner), 診療助手(Clinical Assistant), その他病院スタッフは、専門医資格のないGPや歯科医師などが務めている。

出所: NHS Information Centre, 2010aおよび2010bをもとに作成。

表2 NHSの看護師・助産師数の推移(イングランドのみ、常勤換算)

	1999年	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年
ナース・コンサルタント			130	315	449	609	697	758	790	810	918
看護師長							1,544	1,901	2,067	5,066	5,045
地域看護師長								351	571	1,422	1,559
マネジャー	4,566	4,584	5,228	5,442	6,372	7,542	6,601	6,683	7,105	7,055	7,861
地域保健専門看護師	21,545	21,366	20,920	20,550	20,837	20,744	20,180	19,371	18,763	18,328	17,937
診療所看護師	10,689	10,711	11,163	11,998	12,967	13,563	13,793	14,616	14,554	13,962	13,582
登録看護師	187,142	196,091	205,754	219,861	231,588	241,254	248,639	250,741	251,054	256,145	262,648
准看護師	19,522	16,574	15,590	13,977	13,781	12,057	10,242	8,780	7,980	6,945	6,222
登録助産師	17,876	17,662	18,048	18,119	18,444	18,854	18,949	18,862	19,298	19,639	20,236
不明			501	1,022	454	817	892				
合計	261,340	266,987	277,334	291,285	304,892	315,440	321,537	322,062	322,182	329,372	336,007

出所：NHS Information Centre, 2010cをもとに作成。

ネジメント面、臨床面で看護部門のリーダーとして処遇される者は毎年着実に増加している。イングランドの看護師・助産師の総数は10年間で1.3倍になり、33万人超となった(表2)。

看護師という職業集団の内部でも改革は行われていた。1990年代にかけて進められた養成システム改革「プロジェクト2000」によって、見習い修業的な看護教育は徐々に廃止され、大学での教育がなされるようになった。そして、看護師が医師のように自律的な規制・管理を基礎とする専門職への転換が図られる上で、RCNの働きも大きかった(Jones, 1999)。こうした積み重ねが、看護師による薬剤処方拡大するなど、活躍の場が広がる素地になっていたといえる。

また、医療システム上の要因として、医療の質を保つための基盤となるNational Service Framework(NSF)が策定されたこと、NICE(National Institute for Health & Clinical Excellence)という組織が診療ガイドラインを作成するなど、治療法の標準化が図られたことも挙げられる。同時に、質の評価を行うHealthcare Commission(現在のCare Quality Commission)が設置され、医療機関のパフォーマンスが監視されることになった。これら機関の存在は、第一に一般国民の医療の

質への信頼を回復させることにつながった。さらに、かつては圧倒的な知識・技能を持つことで医師だけが担っていた診療行為に対して、医師以外の者による参入が拡大されることを、間接的に促したのではないかと考えられる。

こうした政治的・社会的な変化を受け、看護師の業務拡大で医師の労働時間短縮を補うことが現実的な問題として議論されることになった。ロンドンの病院では、研修医の労働時間の短縮をカバーするため、ナース・プラクティショナーを採用し、夜間に病状が急変した際の対応チームを設けたところもあるという(Hamilton-Fairley et al, 2009)<sup>8)</sup>。

ただし、ここで考慮しなければならないのは、医師と看護師との給与水準の格差である。処方者免許を持つような上級レベルの看護師であっても、平均年収は4万ポンド程度(俸給表Band7)である。他方、GPやコンサルタントの平均年収は約10万ポンド、レジストラーは6万ポンド弱である。研修医でさえも2年目には4万ポンドを超える収入を得ている(NHS Information Centre, 2010d)。EUの労働時間制限をめぐる議論で特に問題になったのは、研修医の長時間労働であった。穿った見方をすれば、当時の政策で看護師



に期待されていたのは、人件費の面でもまさに研修医の代わりとなる診療業務の担い手だったのでないかと推察される。

## 2. 病院における役割分担

イギリスの医療機関には明確な機能分担があり、病院は急性期の患者への専門的な治療に特化している。病院では、コンサルタントを中心にした多職種からなる医療チームで行動する。そのため各々がチーム内で分担する役割も明確化されており、プライマリ・ケア従事者のように独立して判断しなければならない場面は限られている。医療従事者の業務は、病院内における役職、職務記述書で示された内容に加え、医療チーム内での相互評価に基づいて、範囲が決まることになる。

病院の看護師の大部分は一般の登録看護師であるが、例外的なのは救急部門である。救急では、看護師がトリアージや処置をするだけでは

なく、ナース・プラクティショナーが医師と同様に患者の診断や治療を行っている。ほかの部門と違い、限られたスタッフで多様な傷病の患者を扱う必要があることから、処方者免許を持つ看護師が救急部門で果たす役割は自ずと大きなものになる。

しかし、それ以外の部門では、看護師が診断に携わる機会は必ずしも多くない。病院では基本的な治療方針はコンサルタントが決めるため、看護師が自ら診断したり、処方したりする必要があるのは、医師の不在時に病状が急変した場合など非常に限られている。その上、ナース・プラクティショナーが患者のアセスメントをするようになると、研修医の訓練機会が奪われるという指摘もある(Wilson et al, 2007)。

処方に関しては、病院は「患者群別指示書(Patient Group Directions; PGD)」という特定の薬剤の提供・投与の方法を記載した文書を発行し、緊急時など必要な場合には、免許のない者でも

表3 退院支援に関する役割分担

役職	担当業務の例	職種
看護・助産・サービス改善部長	退院支援システム全体に関する最高責任者	看護師
診療部長	医師が円滑に退院支援を行えるよう環境整備	医師
担当コンサルタント	患者のパスの医学的側面に関する説明責任	医師
コンサルタント	患者の退院後10日以内にサマリーを作成	医師
医師	診断結果に基づく退院日時の決定とレビュー	医師
当直の看護師マネジャー	1時間ごとに患者の状態をモニタリング	看護師
看護師長	退院報告書を毎週レビュー、成績改善に取り組む	看護師
病棟マネジャー	患者・家族への治療計画の説明と病棟看護師の管理	看護師
病棟看護師	退院計画の実施、継続ケアの要否を確認 福祉サービス、プライマリケアチームへの引継	看護師
その他の医療専門職	患者が必要な他サービスへ退院予定の連絡	PT, OTなど
退院コーディネーター	患者・家族・多職種チーム間の調整を図る	看護師
退院支援チーム (Integrated Discharge Team)	病棟スタッフのサポート、継続ケアに関する助言 リハビリテーションに関するアセスメント ウェイティングリストや転院の管理	多職種
薬剤師	退院後に服用する薬剤の用意	薬剤師

出所：Nottingham University Hospitals NHS Trust, 2010をもとに作成。

処方薬が利用できるような措置を講じている。そのため、処方免許の取得は病院では必ずしも必要とされていない。近年の研究から、病院における処方者の存在は、持病がある入院患者の血糖値管理や疼痛管理には有効であり、医師とのコミュニケーションの円滑化や協働の推進、同僚の看護師への教育効果もあると評価されている(Stenner et al, 2008)。EUの規制に対応し、医師の労働時間を短縮しなければならないこともあり、チームとしてのサービス供給量を維持するため、今後は病院でも処方のできる看護師が増加する可能性はある。

病院内での医師・看護師の役割を明示した事例として、ここでノッティンガム大学病院トラストの退院支援システムを取り上げたい。退院支援は入院待機者問題解決に向けたブレア政権期の重点施策であり、各地の病院でシステム整備が進められた。入退院の調整については、疾患別のクリティカルパスに加え、表3のように退院支援全般に関する役割分担と責任の所在が示されている。患者の診断・診察は基本的に医師の仕事であり、退院に関する決定の最終責任を負うのはコンサルタントである。しかし、大部分のケースについては、診療管理計画に基づいて、看護師が患者の病状を管理し、入退院に関する必要な連絡や調整もすべて執り行うようになっている。退院患者の約20%は、継続的な医学的管理が必要であるなどの理由で、多職種からなる退院支援チームによるサポートが必要であるといわれている(DH, 2004)。そうした場合に、連携のイニシアティブをとるのも看護師の役割である。

### 3. プライマリ・ケアにおける役割分担

NHSでは長年、医療を受けるにはまず家庭医であるGPに登録することが必要であった。しかし現在は、必ずしもGPに直接登録する形ではな

い。多くの診療所では複数の医師がグループ診療を行っており、患者は診療所やヘルスセンターの単位で登録をする<sup>9)</sup>。サービス提供の継続性を重視しているため、担当のGPは決まっているが、もし不在でも同じ診療所内のほかのGPにかかることができる。あるいは、診療所看護師(Practice Nurse)の診察を受けることもできる。

独立/補助的処方者免許を取得した者の約4割が診療所看護師だとの調査結果もある(Courtenay et al, 2007)。診療所看護師は診療の補助やトリアージを担っているだけではなく、自らの診察室を持ち、診察や診断を行うナース・プラクティショナーとして働く者もいる。とりわけ移民の多い都市部では、急激な住民数の増加にGPの配置が間に合わないこともあり、処方のできる看護師がGP不足を補っている場合もある。

例えばロンドン南部のWandsworth地区には、「看護師主導のヘルスセンター(Nurse-led Health Centre)」がある。ここは、管理責任者を含め2人のナース・プラクティショナー、その助手であるヘルスケア・アシスタント1人、事務スタッフ数名で運営されている。非常勤職員としてGPが2人、心理療法士が1人いる。ナース・プラクティショナーは、診察・診断・処方・処置から検査依頼や病院などへの紹介まで、GPとほぼ同様の業務に従事している。非常勤GPの採用は、子育て中の女性医師の活用という側面もある。

また、医療へのアクセス手段を拡大する取り組みでも、看護師が主要な役割を担っている。軽症患者を対象に、登録・予約なしで看護師の診察が受けられるウォークインセンターという施設がある。市中の薬局に併設されたもの、ヘルスセンターの中に夜間診療所として設けられたもの、病院の救急部門に隣接したものなどがあり、これも都市部を中心に増加している。さらに、NHSダイレクトという24時間対応の看護師による電話相談のサービスもあり、救急時の

対処法やセルフケアに関する助言を行っている。

プライマリ・ケアには、診療所やヘルスセンターで働く診療所看護師のほかに、助産師や保健師や訪問看護師がいる。助産師や保健師、訪問看護師は20世紀初頭より地域で独立して活動する看護職であった。それに対して、診療所看護師は、1960年代に保健師や訪問看護師を診療所に配置する試みから発展した経緯を持つ(Sweet, 2008)。

だが、保健師は現在、公衆衛生活動に専従しており、個人の疾病を治療するような業務にはほとんど従事していない。保健師や訪問看護師は地域看護処方者の免許も持つが、実際にはほとんど処方を行っていないとの調査結果もある(Courtenay et al, 2007)。在宅での看護についても、高度な医療的知識・技能が求められる場合には、訪問看護師では対応できないため、特定分野の専門看護師が派遣されるようになりつつある。診療所看護師が看護職における1つの専門家集団となった現在、保健師や訪問看護師の自律的な活動の在り方にも変化が見られる。

#### IV. まとめ

イギリスの医師・看護師を特徴付けるのは、薬剤の処方に関する事柄を除いて、業務範囲を規制する法令が無いという点であった。資格管理団体による患者の安全確保を目的とした自己規制を専門職に促す枠組みが基礎となり、具体的な業務内容の設定は雇用契約と労務管理に任されていた。さらに医療の質を確保するNHSのクリニカル・ガバナンスを通じて、誰がどの業務に従事するか、各々の役割分担が決定されていた。

本稿は、医師と看護師の役割分担を各地での実際の取り組みをもとに検討した。その結果、医療が提供される場によって、役割分担の仕方

は異なることが見て取れた。病院では、医師・看護師は、多職種からなる医療チームの構成員として、自ら診療に携わる者もいれば、人と人、サービスとサービスをつなぐことに貢献する者もいるなど、多様な形で業務を分担し合っていた。チーム・リーダーであるコンサルタントが作成した診療管理計画に従い、各々の知識や技能に応じた業務が割り当てられ、常にチームとして医療に従事するという役割分担であった。退院支援システムでは、病棟看護師が患者や家族、他部門との連絡・調整を担うキーパーソンであることが示されていた。円滑に医療を提供するために、業務の隙間や部門の隙間を埋める作業が看護師によってなされている点は、診療面での技能や専門性の高さだけでなく、看護師の役割の重要性を表している。

他方、プライマリ・ケアの専門職は、かつては多くのGPが単独で開業し、保健師や訪問看護師も地域で自律的な活動をするなど伝統的に単独行動であった。それはある意味で明確に役割分担をしていたともいえるが、各々が自律的ではあったものの互いの連携はなかった。けれども現在はその構図から大きく変化した。GPは診療所看護師をはじめ多様なパートナーシップのもとで、相互に補完し合いながら、診療を行っている。さらに、病院の早期退院が進み、主たる療養の場が地域に移行するにつれて、在宅の患者に対しても医療面での高い専門性が求められるようになった。すなわち、プライマリ・ケアの医師・看護師は、単独でも行動できる専門性・自律性の高さを持つと同時に、病院から地域まですべてを包括するチームの一員として、患者の治療過程の一部を担うようになった。

以上のことから、医師・看護師の役割分担のあり方は、資格や養成システムの改革だけではなく、医療機関の機能分担や財政状況なども含めた医療システム全体の影響を受け、変化する

ものなのだと考えられる。イギリスの場合は、法令による業務内容の規定が無いことから、なおさら柔軟に変化するるのであろう。ここで注目すべき点は、ブレア、ブラウン政権期になされた改革は、単なる医師不足への対応だけを目指していたのではなかったことである。医療の質の向上という大きな目標があったことを見逃してはならない。患者を待たせず、できるだけ早く適切な処置をするため、医師でなくとも対応可能なことは、ほかの職種に任せることも、総体としての質の確保には必要であった。看護師が担うことになった業務には、連絡や調整、マネジメントもあれば、処方など診療行為の一部もあったということなのだ。

とはいえ本稿は、医師・看護師の養成と役割分担に関して、現在の制度の状況を中心に検討し、変化の背景となった歴史的展開については、十分に考察することができなかつた。養成システムの変遷を丹念に追いながら、医師・看護師の役割分担のあり方をNHS改革の流れの中にさらに明確に位置付けて行く作業が必要となろう。また、資格管理団体であるGMCやNMCの保健省との関係、国民との関係を、労働党政権期の消費者主義的な政策に引き寄せて検証することも課題である。それらによりイギリスの医師・看護師関係の相対化が可能となるだろう。

#### 付 記

本稿は、平成22年度・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)による研究成果の一部である。

注

- 1) 現在は准看護師の養成は廃止され、継続教育によって登録看護師への転換が図られているが、引き続き准看護師のまま勤務を続ける者もいる。詳細は表4参照。
- 2) NMC渉外担当者Craig Turton氏からのメールによる。NMCは2008年度以降、登録者数に関する統計を公表していない。
- 3) フルタイムで在学する場合は休学期間を含めても5年以内に修了しなくてはならない。パートタイムでの履修も可能であり、その場合は7年以内に修了となる。
- 4) なお、訪問看護の専門看護師も(Specialist Practitioner: District Nursing)、カリキュラムに保健師と同じ処方者養成科目が含まれているため、資格取得と同時に地域看護処方者として登録できる。
- 5) 処方者免許の内容および導入の経緯については、白瀬(2011)が詳述している。
- 6) ただし、実際に処方するのは自分の専門とする診療分野に限られている。
- 7) 養成コースへの入学には雇い主の推薦が必要なものもあり、Courtenay & Carey (2007)の調査によれば、処方免許を取得しているのは臨床経験20年以上の看護師が多い。
- 8) 看護師が診察・診断に従事するには、教育訓練期間・内容が不十分だという声はいまだに根強いのも事実である(Knight, 2008; Wilson et al, 2007)。
- 9) ヘルスセンターは複合的な機能を持つプライマリ・ケアの医療機関である。グループ診療所がその中心となるが、規模に応じて検査設備、リハビリ施設、薬局などを備えている場合もある。

#### 参考文献

- Ball, J, 2005, *Maxi Nurses: Advanced and Specialist Nursing Roles*, RCN.
- Ball, J, 2006, *Nurse Practitioners 2006*, RCN.
- CHRE, 2009, *Advanced Practice: Report to the four UK Health Departments*.
- Courtenay, M., Carey, M, 2007, "Nurse independent prescribing and nurse supplementary prescribing practice: national survey", *Journal of Advanced Nursing*, 61(3): pp.291-299.
- DH, 2000, *The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform*.
- DH, 2004, *Achieving Timely 'Simple' Discharge from Hospital: A Toolkit for the Multi-disciplinary Team*.
- DH, 2007, *Trust, Assurance and Safety: the Regulation of Health Professionals in the 21st Century*, Cm7013.
- DH, 2008, *A High Quality Workforce: NHS Next Stage*

- Review.
- DH CNO Directorate, 2006, *Modernising Nursing Careers: setting the direction*.
- 江藤美和子, 2010, 「諸外国の看護裁量権②: オーストラリア, イギリス, カナダ, タイ, 韓国におけるNPの裁量権と活動」『インターナショナルナースingleレビュー』33(1): pp.47-51.
- GMC, 2010, *Revalidation: the way ahead, Consultation Document*.
- GMC, 2011, *List of Registered Medical Practitioners ? statistics*, [http://www.gmc-uk.org/doctors/register/search\\_stats.asp](http://www.gmc-uk.org/doctors/register/search_stats.asp) (2011年2月5日閲覧)
- Hamilton-Fairley, D, Hendron, A, Okumuga, C, "Creating teams for acute clinical services", *Nursing Standard*, 16(3): pp.26-29.
- House of Commons Health Committee, 2008, *Modernising Medical Careers*, Third Report of Session 2007-08, vol.1, Report, together with formal minutes.
- 石垣千秋, 2010, 「英国ブレア政権下における医療専門職規制の「近代化」: 規制主体の変化を中心に」『医療と社会』20(3): pp.251-262.
- Jones, M. (ed.) 1999, *Nurse Prescribing: Politics to Practice*, Bailliere Tindall.
- Knight, R, 2008, "Should primary care be nurse led?", *BMJ*, 337: pp.659.
- 近藤克則, 2004 『「医療費抑制の時代」を超えて—イギリスの医療・福祉改革』医学書院.
- McGee, P. (ed.) 2009, *Advanced Practice in Nursing and the Allied Health Professions*, Wiley-Blackwell.
- 水木麻衣子・高橋都・甲斐一郎, 2010, 「看護師の処方権導入に関する文献研究: 利害関係者の視点から」『社会技術研究論文集』社会技術研究会, 7: pp.222-231.
- NHS Information Centre, 2010a, *NHS Staff Medical & Dental Bulletin 1999-2009*.
- NHS Information Centre, 2010b, *General & Personal Health Services England 1999-2009*.
- NHS Information Centre, 2010c, *NHS Staff Non-Medical Bulletin 1999-2009*.
- NHS Information Centre, 2010d, *NHS Staff Earnings Estimates December 2010*.
- NMC, 2004a, *Standards of Proficiency for Pre-registration Nursing Education*.
- NMC, 2004b, *Standards of Proficiency for Specialist Community Public Health Nurses*.
- NMC, 2006, *Standards of Proficiency for Nurse and Midwife Prescribers*.
- NMC, 2008, *Statistical Analysis of the Register*.
- NMC, 2009, *Standards for Pre-registration Midwifery Education*.
- Nottingham University Hospitals NHS Trust, 2010, *Discharge and Transfer Policy and Procedure*.
- RCN, 2010, *Advanced Nurse Practitioners: an RCN guide to the advanced nurse practitioner role, competencies and programme accreditation*.
- 白瀬由美香, 2010 「英国におけるPhysician Assistant導入とチーム医療」『日本外科学会雑誌』111(1): pp.61-65.
- 白瀬由美香, 2011 「英国における看護師の職務拡大: 看護師による医薬品の処方に関する検討」『社会政策』(近刊).
- Stenner, K., Courtenay, M, 2008, "The role of inter-professional relationships and support for nurse prescribing in acute and chronic pain", *Journal of Advance Nursing*, 63(3), pp.276-283.
- Sweet, H., 2008, *Community Nursing and Primary Health-care in Twentieth-Century Britain*, Routledge.
- Tooke, J, 2008, *Aspiring to Excellence*, Modernising Medical Careers Inquiry.
- Willson, J., Bunnell, T, 2007, "A review of the merits of the nurse practitioner role", *Nursing Standard*, 21(18): pp.35-40.
- (しらせ・ゆみか 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部研究員)

【論文 5】

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—

川越 雅弘

理学療法科学

26(3), 387-392, 2011.6

## 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<sup>1,3)</sup> 備酒 伸彦<sup>2)</sup> 森山美知子<sup>3)</sup>

MASAHIRO KAWAGOE<sup>1,3)</sup>, NOBUHIKO BISHU<sup>2)</sup>, MICHIKO MORIYAMA<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> 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

<sup>2)</sup> Faculty of Rehabilitation, Kobegakuin University

<sup>3)</sup> 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

<sup>1)</sup> 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

<sup>2)</sup> 神戸学院大学 総合リハビリテーション学部

<sup>3)</sup> 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<sup>1)</sup>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<sup>2)</sup>。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<sup>3)</sup>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<sup>4)</sup>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応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<sup>5)</sup>。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<sup>6)</sup>。また、実際的な退院に際しては、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、これらを病床区分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種類の病床区分別に比較検証した。適切なり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 $\chi^2$ 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<sup>7)</sup>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」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%)

\*:  $p<0.05$ , \*\*:  $p<0.01$ ,  $\chi^2$ 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%

\*:  $p<0.05$ , \*\*:  $p<0.01$ ,  $\chi^2$ 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,  $\chi^2$ 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,  $\chi^2$ 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,  $\chi^2$ 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<sup>8)</sup>、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<sup>9,10)</sup>もあり、退院前訪問指導にリハ職のマン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<sup>10)</sup>。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<sup>11)</sup>。

介護支援専門員を対象とした調査<sup>12)</sup>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る。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<sup>13)</sup>。

介護支援専門員を対象とした前述の調査<sup>12)</sup>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、適切なリ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<sup>14)</sup>、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<sup>15)</sup>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、全国調査とはほぼ同じであった。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<sup>5)</sup>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、適切なリ

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、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のススメ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:父の背中の中地域医療「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.