

【論文 6】

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

地域リハビリテーション

6(8), 584-587, 2011.8

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

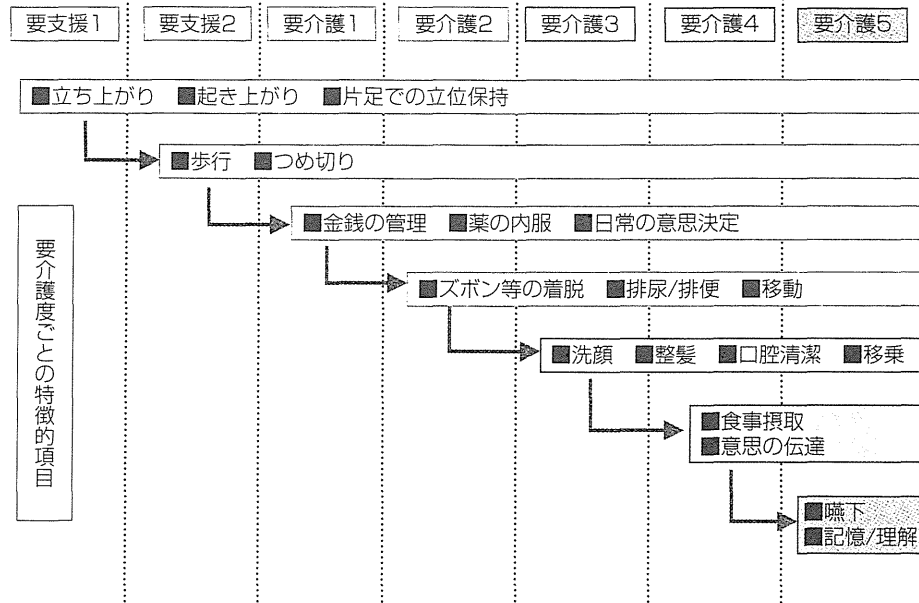


図1 高齢者の機能低下の流れ（概念図）

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、それ自体が“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”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

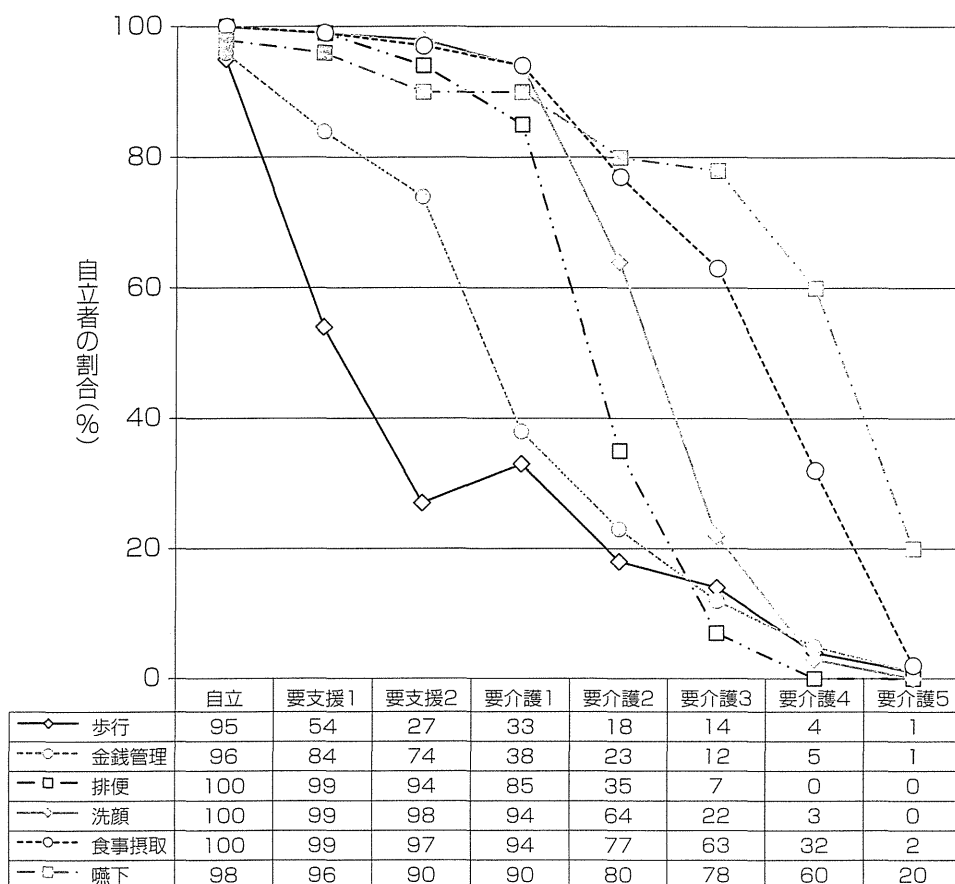


図2 要介護度と主な日常生活行為の自立者割合の関係

(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片足立ちで靴下をはけるか、

③自分で食事の準備をしているか、④1人で食事をするかどうか、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

【論文 7】

求められる「退院支援」の機能強化

川越 雅弘

月刊福祉

94, 46-47, 2011.10

求められる 「退院支援」の機能強化

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・税一体改革案」

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。



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の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

川越雅弘

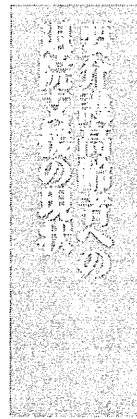
国立社会保障・人口問題研究所
企画部第1室長

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、帝人株式会社に在宅医療事業部、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。

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。



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。



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。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ない。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。

【論文 8】

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

社会政策

3(3), 68-77, 2012.1

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のが問題となる。

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⁽¹⁾。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、サービスを運営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)

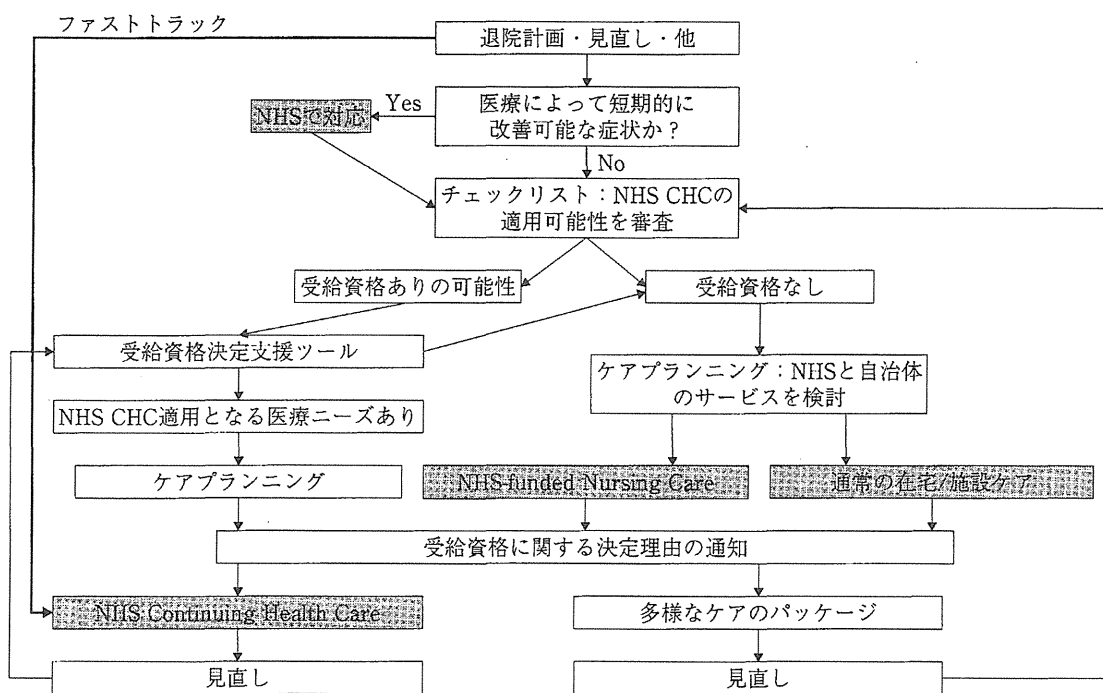
病院からの退院は、かねてより医療・介護の連携不足が露呈しがちな領域であり、1990年頃には、退院により継続的な治療やリハビリテーションが中断され、適切な生活支援サービスもなく、患者は放置されるような事例が多発していた。具体的には以下のような問題が積み重なり、事態を深刻化させていた [Glasby et al., 2004, 62]。

- ・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



(出所) DH [2009a] 18をもとに作成。

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⁽³⁾。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]。

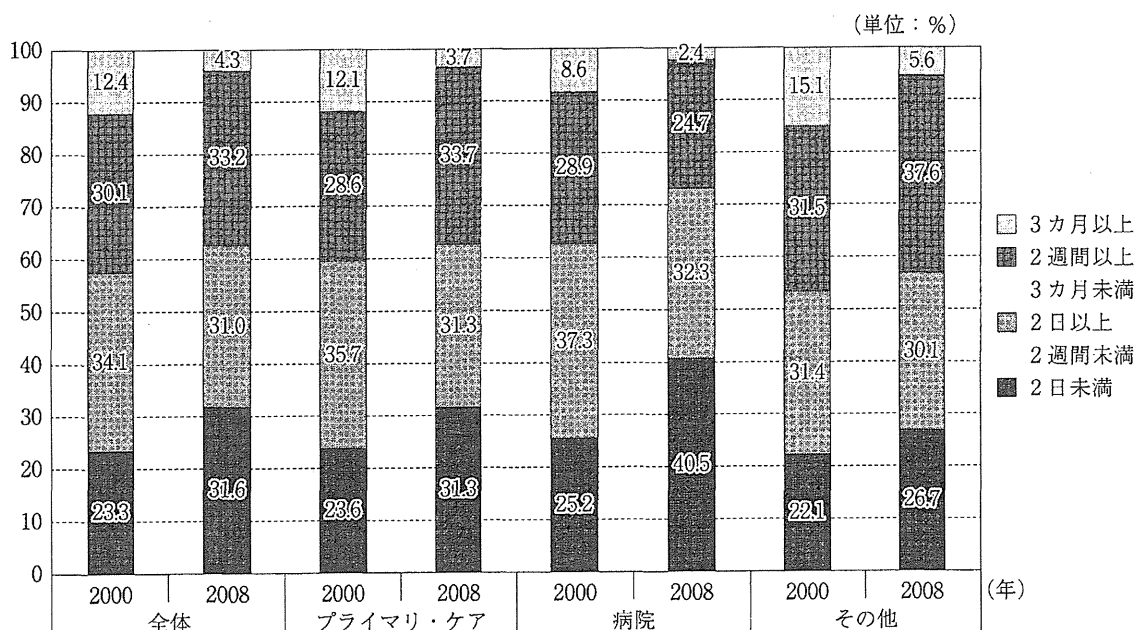
2007年に定められた NHS Continuing Health Care (NHS CHC) は、病院以外の場所にいる継続的な医療ニーズがある要介護者に対して、NHSが医療・介護双方のサービス費用を負担するケア・パッケージである。したがって、所得や貯蓄に応じた課金のある社会福祉サービスとは違い、身体介護や福祉用具などについても利用者には費用負担が発生しない。ナーシングホーム、ホ

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）



(出所) DH [2003a] および NHS Information Centre [2010a] をもとに作成。

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

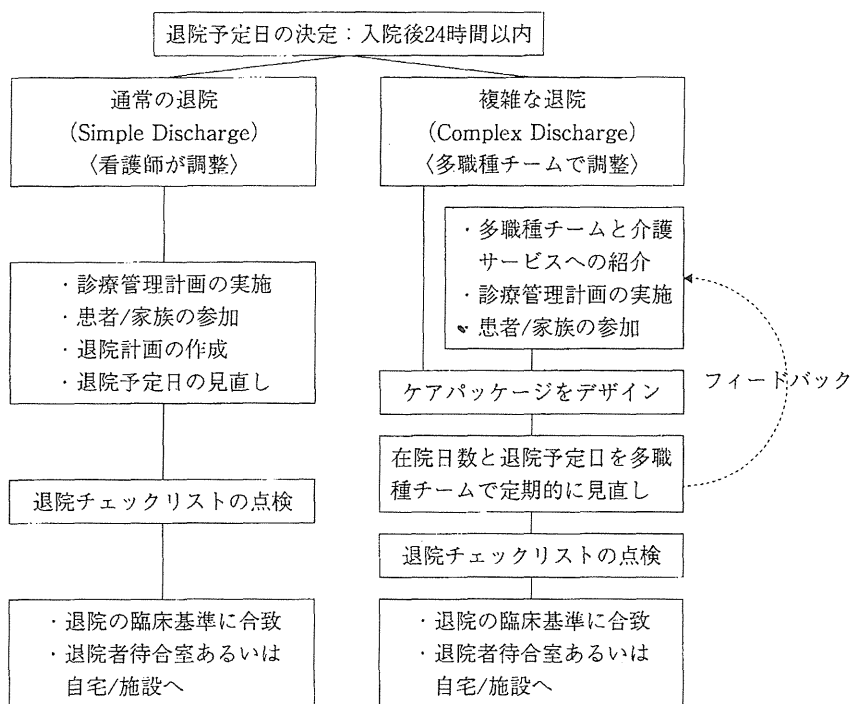
以上のような制度間の調整がなされたことで、

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⁽⁸⁾ [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⁽¹⁰⁾。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⁽¹¹⁾。通常退院では、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リ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⁽¹²⁾。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⁽¹³⁾。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⁽¹⁴⁾が特徴的である。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]⁽¹⁵⁾。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⁽¹⁶⁾。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うものであった。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

- いた [井上, 2008, 122; 長澤, 2009, 57-58]。
- (5) 1999年の Coughlan 裁判と2006年の Grogan 裁判がよく知られている [DH, 2009a, 50-53]。
- (6) 2007年9月末までは、この料金設定は医療ニーズに応じて3段階に分かれていた。現在は原則として全国一律の金額であるが、旧料金体系で高位に位置付けられ、引き続き同様のニーズがある者については、146.30ポンドが支給されている。
- (7) なお、施設で雇用される看護師は、直接的な看護業務に従事するほか、利用者のニーズに応じた療養計画の作成、管理、モニタリング、ケアスタッフの指導などを行う [DH, 2009b]。
- (8) 家族介護者については、2009年に初めて全国調査が実施され、イングランドには約500万人の介護者がいると見積もられ、家族等による介護を受ける人々の63%が65歳以上の高齢者である [NHS Information Centre, 2010d]。介護者の役割は重要な論点であるが、本稿の課題の範囲を超えることから、別稿で議論することとしたい。
- (9) 現況では病院が単独で作成したものが多いが、例えば Oxfordshire では、地域内のすべての NHS 関連組織と自治体が共同で退院支援方針を発表している [Community Health Oxfordshire Clinical Quality and Governance Group, 2010]。
- (10) 保健省の退院指針は、1963年、1989年、1995年にそれぞれ発表され、現在は2003~2004年の指針に基づいている [Glasby, 2003; DH, 2003b; 2004]。
- (11) 患者の症状に応じて、予定日の決定が48時間まで延長される場合もある。
- (12) ただし一部の精神病院やホスピスでは、ソーシャルワーカーを直接雇用している例はある。
- (13) 2006年に Community Matron として雇用される看護師は366人であったが、2009年には1663人に増加した [NHS Information Centre, 2010c]。
- (14) 現在はすべての医療関連専門職は、国が定める知識と技術の枠組みによって構成されたコンピテンシーを基盤とする資格へと改革されつつある。それに伴い、各職種の職務範囲や性格付けが今後は変化すると予想されている [Copnell, 2010]。
- (15) 1980年代までのイギリスでは病院・自宅・施設のいずれにおいても、身体介護の担い手は主に看護師であり、ホームヘルプ事業は、掃除や洗濯、調理などもっぱら家事援助のみを提供した。サービス対象が重度者に絞り込まれて行く中で、ホームヘルプが「ホームケア (Home Care)」または「身体介護 (Personal Care)」へと名称もサービス内容も変化したのは90年代以降であった [Social Services In-

spectorate, 1987]。

- (16) 現在も准看護師であるのは、派遣やパートを含め NHS で働く看護職約40万人のうち8000人弱である [NHS Information Centre, 2010c]。

引用文献

- ADASS (Association of Directors of Adult Social Services), 2010, *Carers as Partners in Hospital Discharge*.
- Age Concern, 2009, *NHS Continuing Healthcare and NHS-funded Nursing Care*, factsheet 20.
- 青木由美恵, 2009, 「イギリスの高齢者医療福祉サービスの現状と課題——中間ケアに関する文献検討から」『横浜看護学雑誌』2(1):1-8.
- Boseley, S., 2010, "Hospitals face penalties for discharging patients too soon," *The Guardian*, 8 June 2010.
<http://www.guardian.co.uk/politics/2010/jun/08/hospitals-lansley-penalty-patient-readmissions> 2011年1月23日アクセス
- Bridgen, P. and J. Lewis, 1999, *Elderly People and the Boundary between Health and Social Care 1946-91: Whose Responsibility?*, The Nuffield Trust.
- Community Health Oxfordshire Clinical Quality and Governance Group, 2010, *Joint Adult Discharge Policy*.
- Copnell, G., 2010, "Modernizing allied health professions careers: Attacking the foundations of the professions?," *Journal of Interprofessional Care*, 24(1):63-69.
- CSCI (Commission for Social Care Inspection), 2006, *Living Well in Later Life: A Review of Progress against the National Service Framework for Older People*.
- DH (Department of Health), 2001, *NHS Funded Nursing Care in Nursing Homes: What it means for you*.
- , 2003a, *Community Care Statistics 2001-02: Referrals, Assessments and Packages of Care for adults*.
- , 2003b, *Discharge from Hospitals: Pathway, Process and Practice*.
- , 2004, *Achieving Timely 'Simple' Discharge from Hospital: A Toolkit for the Multi-disciplinary Team*.
- , 2008, *The National Education and Compe-*

- tence Framework for Assistant Critical Care Practitioners.*
- , 2009a, *The National Framework for NHS Continuing Healthcare and NHS Funded Nursing Care.*
- , 2009b, *NHS Continuing Healthcare and NHS-funded Nursing Care: Public Information Booklet.*
- , 2010, *NHS Continuing Healthcare Practice Guide.*
- Dickinson, H. and J. Glasby, 2008, "Not throwing out the partnership agenda with the personalisation bathwater," *Journal of Integrated Care*, 16(4): 3-8.
- Glasby, J., 2003, *Hospital Discharge: Integrating Health and Social Care*, Radcliffe Medical Press.
- Glasby, J. and R. Littlechild, 2004, *The Health and Social Care Divide: The Experiences of Older People*, Policy Press.
- , 2009, *Direct Payments and Personal Budgets: Putting Personalisation into Practice*, Policy Press.
- Ham, C., 2009, *Health Policy in Britain*, 6th edition, Palgrave.
- Ham, C. and J. Oldham, 2009, "Integrating health and social care in England: lessons from early adopters and implications for policy," *Journal of Integrated Care*, 17(6): 3-9.
- 井上恒男, 2008, 「病院ケアから地域ケアへ——英国の高齢者退院促進政策に学ぶ」『同志社政策科学研究』10(2): 113-125。
- 児島美都子, 2007, 『イギリスにおける中間ケア政策——病院から地域へ』学術出版会。
- Lewis, J., 2001, "Older People and the Health -Social Care Boundary in the UK: Half a Century of Hidden Policy Conflict," *Social Policy & Administration*, 35(4): 343-359.
- Manthorpe, J., S. Martineau, J. Moriarty, S. Hussein, and M. Stevens, 2010, "Support workers in social care in England: a scoping study," *Health and Social Care in the Community*, 18(3): 316-324.
- Miers, M. and K. Polland, 2009, "The role of nurses in interprofessional health and social care teams," *Nursing Management*, 15(9): 30-35.
- 長澤紀美子, 2006, 「イギリス高齢者ケアにおける医療と福祉の連携・協働政策の展開」『高知女子大学紀要』55: 13-29。
- , 2009, 「ブレア労働党政権以降のコミュニティケア改革: 高齢者ケアに関わる連携・協働と疑似市場における消費者選択」『海外社会保障研究』169: 54-70。
- NHS Employers, 2010, *Pay Circular (AforC) 2/2010: Changes to NHS Terms and Conditions of Service Handbook (amendment 17).*
- NHS Information Centre, 2009, *NHS Staff Table 1998-2008.*
- , 2010a, *Community Care Statistics 2008-09: Social Services Activity Report, England.*
- , 2010b, *Hospital Episode Statistics: Headline Figures 2009-10.*
- , 2010c, *NHS Non-Medical Bulletin 1999-2009.*
- , 2010d, *Survey of Carers in Households 2009/10.*
- Nursing Management*, 2010, "High impact actions: discharge planning," 17(3): 12-16.
- ONS (Office for National Statistics), 2010, "UK's population ageing less likely rapidly than other countries," *Population Trends* 142.
- Peck, E., P. Gulliver and D. Towell, 2002, "Governance of partnership between health and social services: the experience in Somerset," *Health and Social Care in the Community*, 10, 331-338.
- Russell, M., B. Roe, R. Beech and W. Russell, 2009, "Service developments for managing people with long-term conditions using case management approaches, an example from the UK," *International Journal of Integrated Care*, 9: 1-10.
- Social Services Inspectorate, 1987, *From Home Help to Home Care: An Analysis of Policy Resources and Service Management*, Department of Health & Social Security.
- 杉崎千洋, 2010, 『医療・社会福祉連携による早期退院・地域移行促進と不必要な入院・入所回避策研究』平成19年度~21年度科学研究費補助金・研究成果報告書。
- Wild, D. et al., 2010, *Residential care home workforce development: the rhetoric and reality of meeting older residents' future care needs*, Joseph Rowntree Foundation.

(しらせ ゆみか: 国立社会保障・人口問題研究所)

【論文 9】

高齢者ケアに関わる理学療法士は
なにをなすべきか・なにができるか

備酒 伸彦

理学療法学

39(4), 245-248, 2012.6