

高齢者福祉における医療制度と介護保険制度

— 社会的入院と介護保険施設を中心に —

General Remarks of Medical Care System and Long-term Care Insurance System in Welfare for the Elderly — Focusing on the Social Hospitalization and Nursing Care Facility Services —

山本浩史^{*1}

Hirofumi YAMAMOTO

要約

本稿は高齢者福祉の立場から、医療制度と介護保険制度における問題点について、先行文献や先行研究等を踏まえ整理することを目的とした。特にその中でも、社会的入院と介護保険施設の現状に着目した。

はじめに

高齢者を取り巻く医療制度と社会福祉制度は、様々な変遷を重ね今日に至っている。例えば医療制度では、1973(昭和48)年に老人医療費の無料化が行われ、これに伴って、いわゆる老人病院が増加した。当時、特別養護老人ホームへの入所は老人福祉法による措置制度であり、その入所には条件や制約があった。そのため、それよりも手続きが簡易で、無料で入院できる老人病院に福祉ニーズが押し寄せ、一部の医療機関に見られた営利的意図も相まって、社会的入院が増加した^{†1)}。これを是正するため、1982(昭和57)年に老人保健法が公布され、老人医療に一部負担金制度が導入された。また翌年には65歳以上の老人慢性疾患の入院患者が6割以上を占め、一般病院よりも医師や看護師の人員基準が低く、そのかわりに介護職員が置かれ、診療報酬が出来高払制ではなく包括診療報酬(定額)制により算定される特別許可老人病院が制度化された。このように老人病院を制度化、あるいは、整理していく流れの中で、1985(昭和60)年、第一次医療法改正により病床数

を規制することが決められた。しかし、この規制前に病床数を増床させようとする、いわゆる、駆け込み増床を行う医療機関も見られ、病床数は増加した。そして、1986(昭和61)年の老人保健法改正により、社会的入院を削減する一つの方策として、高齢者の在宅復帰を支援するための中間施設である老人保健施設が創設された^{†2)}。

その後、特別許可老人病院の一部は、さらに介護職員の配置基準が高い介護力強化病院へと編成された。これらが1992(平成4)年の第二次医療法改正後、病床区分の新設により療養型病床群と称されるようになった。さらに1997(平成9)年の第三次医療法改正により、療養型病床の指定が病院から診療所までに拡大された。この頃には一般病床と療養型病床の両方を有する病院、すなわち、ケアミックス型病院が増加している。そして2000(平成12)年の介護保険法施行により、療養型病床群は、医療保険の病床と介護保険の病床に再編された。これに伴い、翌年の医療法改正により、療養型病床群は療養病床として区分されるようになった。

しかし、2006(平成18)年、厚生労働省(以下、厚

*1 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科
(連絡先)山本浩史 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学
E-Mail: yamahiro@mw.kawasaki-m.ac.jp

労省)は、この療養病床を削減する方針を固め、2011(平成23)年度末までに介護療養型医療施設(以下、介護療養病床)の廃止と現存する医療保険適用の療養病床を15万床にまで削減する方針を決めた。この決定は混乱を招くことになったが、2009(平成21)年の自民党連立政権から民主党への政権交代により、未だ不透明な状況ではあるが、この廃止・削減策は見直されようとしている。これと同様に、2008(平成20)年には老人保健法が廃止され、後期高齢者医療制度が創設されたが、これについても不透明ではあるが、政権交代により見直されようとしている。

次に高齢者における社会福祉制度について整理する。高齢者に対する福祉サービスは、介護保険法施行までは、老人福祉法による措置制度が中心であった。

高齢者福祉施策の変遷を整理すると、まず人口の高齢化に対応していくため、1970(昭和45)年に社会福祉施設緊急整備5カ年計画が策定された。これにより特別養護老人ホームの整備が推進された。さらに1989(平成元)年の高齢者保健福祉十カ年戦略に始まる一連のゴールドプランでは、社会資源整備の量的目標が設定され、これに向けた整備が進められた。そして、措置から契約へと称されるように、社会福祉基礎構造改革の流れのなかで、2000(平成12)年4月に介護保険法が施行された。この介護保険法では「介護の社会化」「措置から契約へ」といったスローガンのもと、高齢者福祉サービスの大部分が介護保険制度へと移行され、新たなサービスも加わるなか、特別養護老人ホームや老人保健施設、そして、上述したように療養病床の一部は介護保険施設として再編成され今日に至っている。

その介護保険施設であるが、ハード面、すなわち、療養環境においては、これまでの多床室から個室が基本となり、ソフト面においては、このような療養環境のなかでユニットケアが取り込まれるようになった。特に指定介護老人福祉施設(以下、特養^{†3)})においては、新たに設立される施設については、全室個室で且つユニットケアを行うことが原則とされた。そして、これに伴うかのように、2005(平成17)年度に行なわれた介護保険法の見直しでは、在宅介護と施設介護における費用負担との公平性の観点から、入所施設の家賃に相当する費用、光熱水費、暖房冷房費、修繕費、備品代等のいわゆるホテルコストと食費等が利用者の自己負担となり、利用者側の経済的負担は増加した。

次に介護保険施設の利用状況であるが、特養においては、措置制度下に置かれていた時と同様に入所申込みをしても、すぐには利用できない状況にある

(以下、入所待ち)。このような状況は、在宅復帰支援施設である介護老人保健施設(以下、老健^{†4)})においても発生している。また、従来から終の棲家と言われるように、特養でその生涯を終える高齢者は多く存在しているが、2006(平成18)年、まず特養に重度化対応加算と看取り介護加算が介護報酬に新設され、これによりターミナルケアが制度化されることになった。さらに、ターミナルケアへの対応は特養以外にも求められ、2008(平成19)年には、前述した廃止策により介護療養病床から老健に転換した介護療養型老健(以下、転換型老健)にターミナルケア加算が創設された。そして、2009(平成21)年に行われた介護報酬の改定では、認知症共同生活介護(以下、グループホーム)にも看取り介護加算が創設され、転換型老健に認められていたターミナルケア加算は一般の老健にも適用されることになった。

以上、高齢者における医療制度と社会福祉制度の概略について整理した。本稿では高齢者福祉の立場から、この両者を高齢者医療福祉と捉え、その一つである、医療制度と介護保険制度に焦点をあて、両者の問題点について先行文献・研究を踏まえながら整理していく。

1. 本稿における医療福祉

本稿の主たる目的ではないが、本稿における医療福祉の立場について若干ではあるが触れておきたい。

医療福祉における概念及び定義については、広義的なものから狭義的に捉えようとするものまであり、学問的課題を抱えている現状がある。まず広義の立場をとるものとして、小田(1997)は医療福祉を様々な生活課題をもつ人々へのサービス提供の原理であると同時に政策や実践を含んだ理念であると説明している¹⁾。つまり、小田は政策と実践を基軸に医療と福祉サービスを提供する原理を医療福祉と定義している。この定義は学術的というよりは、むしろ、実践からの定義と言えよう。次に視川(2000)も医療福祉について、広義には医療保障の一環として、保健・医療サービスと社会保障・社会福祉サービスの連携を図る広範なサービスを総称した概念であると説明している²⁾。ただし、ここでは保健・医療サービスを社会保障とは別なものとして捉えている。しかし、その一方で、疾病は社会性をもったものであり、それゆえに様々な生活問題を引き起こす起点となり、社会福祉の機能として、医療利用における障壁や、疾病によって引き起こされた生活問題を社会的次元で解決する援助として医療福祉が必要となり、その意味において医療福祉を「医療社会福祉」と言い換えてもよいと言及している²⁾。上述の

硯川による説明は広義的であったが、ここでの説明は、医療の中の福祉的課題を医療福祉と捉えており、狭義的な立場に立脚していると言える。

この他にも、広義的且つ実践的な立場から概念を説明しているものとして、宮原(2000)の概念があげられ、次のように説明している³⁾。

「医療と福祉が多くの部分で重なり合いながら、生命を守る医療と生活の向上をはかる福祉が、それぞれの人の生き方を尊重しながら、心をひとつとして、目的を共有して行うことである。その目標は、すべての人々を対象にしてQOLの向上をはかり、ノーマライゼーションを目指すことである」

これによると医療福祉とは、医療と福祉が同じ目的、すなわち、QOLの向上をはかり、ノーマライゼーションを目指すことであるとしている。これは、いわゆる「医学モデル」と「生活モデル」の相互的連携を指していると考えられる。この宮原の説明にある「QOLの向上」であるが、2006(平成17)年11月に出版された、社会保障審議会医療保険部会/医療部会による『平成18年度診療報酬改定の基本方針』においても、基本的な考え方の一つとして患者から見て分かりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する視点が取り上げられている。

一方、狭義の立場から医療福祉を説明しているものであるが、熱田(2002)は、医療福祉は「貧困と病気の悪循環」を基本に社会福祉サービスとして展開され現在に至っていると、この悪循環を課題として取り組むのが保健、医療、福祉の総合化であり、そこに医療福祉という言葉が登場すると説明している⁴⁾。つまり、熱田は医療において発生する福祉課題を「貧困と病気の悪循環」から捉えており、上述した硯川の狭義的説明と同様に医療の中の福祉の立場から医療福祉を捉えていることがわかる。

以上、実践的な立場から医療福祉を説明したのものには、大きくわけて2つの立場があった。すなわち、社会保障の立場から医療福祉を説明しようとするものと、医療のなかの福祉的課題から医療福祉を説明しようとするものである。しかし、両者に共通した点は、医療と福祉の連携や統合化であり、これが共通認識として存在していることがうかがえる。

次に学術的な立場から医療福祉について説明したものを取り上げたい。

まず岡本(1997)は、医療と福祉が連携・融合・合体したような分野ないし領域に学問が成立するかどうかについては議論があるが、両者は人間の生命や健康および生活にかかわりをもつ分野として古くから多くの共通点を持ち、形態はともあれ、相互的

に協力・連携を持ちながら発展してきた領域だと説明している⁵⁾。しかし、医療はその基盤である医学に見られるように、主として物理学、化学等の自然科学の諸成果に準拠し展開されており、他方の社会福祉は元来、個人的動機を出発点とする人間の生活困難に一定の対応を行なう営為であり、やがてこれらの問題が個人や小集団が行なう援助活動へと成熟化させ、社会全体の課題として対象化せざるをえない段階へと到達し、社会現象としての社会福祉事象は普遍性、責任性、公共性をおびるに従い、社会科学の対象として研究されるようになったと説明している⁶⁾。岡本は両者をこのように説明したうえで、保健学を例に取り上げ、その保健は疾病の予防や健康増進等をはかることを目標とし、医学や福祉学等とも深いかわり合いと幅広い活動領域を持ち、実践においては、自然科学から人文科学、さらには社会科学の所見までを導入しているとしている。このような保健学の対象認識の方法には固有のものがあり、医療福祉についても方法の共有化に向け、医療も社会福祉も新たな努力をしなければならないと指摘している⁶⁾。岡本は、直接的に医療福祉を定義しているわけではないが、医療福祉が学問として確立していないことを示唆している。一方、硯川(2002)は、医療福祉の対象が利用者の日常生活や政策、施策等であり、さらに専門的援助過程が、法律学、政治学、行政学、経済学、社会学等の社会科学のみならず、哲学、心理学、宗教学等の人文科学、さらには医学、看護学、保健学、福祉工学、家政学、住居学等の自然科学の知識や技術も必要としているという現実を重視し、課題解決にふさわしい研究方法を組み立てる必要があることを指摘しており、学際的立場から医療福祉について言及している⁷⁾。この硯川の言及は江草(1997)が言う、医療福祉を学ぶ学生が総合的に学ばなければならない知識であると考えられ⁸⁾、川崎医療福祉大学の特色を表しているようにも思われる。

次に宮原(2000)は、川崎医療福祉大学で示された「医療福祉学」は、「医療福祉」、「医療」、「社会福祉」の3要素からなり、「ケアマネジメント」、「治療」、「援助」の固有機能を総合的に活かしたものが医療福祉学であると説明している³⁾。宮原は実践的立場から具体的機能により医療福祉学を説明しており、実践学としての医療福祉学の姿が見えてくる。

また岡本(1997)は、医療福祉の学問性を次の3点により整理している⁹⁾。

- ①医療の理論から社会福祉をとらえる立場
- ②社会福祉の立場から医療をとらえる立場
- ③両者の関連性を基軸にしてとらえる立場

これについては、硯川(2002)も医療福祉学には、次の3つの考え方があるとしている¹⁰⁾。

- ①医療と福祉が並存している
- ②医療のなかでの福祉実践(医療ソーシャルワーク)
- ③医療と福祉が統合的に人のわずらわしさへの対応をすること

岡本と硯川の整理には違いがあるが、本稿は岡本の言う②と③の立場で執筆することになる。つまり、後述する社会福祉というマクロ的視点に立脚し、医療制度と介護保険を考察する立場である。しかしながら、貴田(2009)が高齢者医療においては、患者にとって医療と福祉には境がないと指摘し¹¹⁾、吉岡(2008)も医療と介護は分けられないと指摘し¹²⁾、江草(1997)が、本来、医療は福祉的なものであり、高齢者や障害者にとっては、医療サービスと福祉サービスが必要であり、両者が協力することを一歩すすめて統合の段階まで高められなければならないと言及しているように¹³⁾、両者を分けて捉えるつもりはない。

最後に社会福祉についてであるが、憲法第25条2項による社会保障の立場から、社会福祉をその一部とした捉え方もあるが、ここでは狭義の立場ではなく、広義の立場から社会福祉を捉えることにする。その社会福祉の概念であるが、大きくわけて目的概念と実体概念があり、さらに後者は広義概念と狭義概念にわけられる。

まず目的概念とはウェルビーイング、ノーマライゼーションに見られる福祉理念の実現であり、上述した宮原の言う医療福祉の目指す目標が包括される。次に実体概念であるが、まず広義概念をわかりやすく説明すれば、すべてを社会福祉として包括的に捉える立場であり、憲法第25条の具現化、つまり、文化的で最低限度の生活を国家が保障する諸サービスである医療、社会福祉制度をはじめ、教育、雇用、公衆衛生等であり、少し範囲を広げて、インフォーマルな社会資源による実践やサービスを含む場合がある。一方、狭義概念であるが、社会福祉法に規定される社会福祉事業を中心としたフォーマルな社会資源を指す。

以上、若干ではあるが、医療福祉及び社会福祉の概念について整理した。本稿では、医療制度や介護保険を社会福祉の目的概念と広義の実体概念による立場から捉え、上述した岡本の言う②と③の視点により考察する。

2. 問題の所在

現在、高齢者医療福祉においては様々な問題や課題が存在している。その中でも、依然として解決し

ない問題に社会的入院がある。これを解決するために介護保険施設が存在するのであるが、その介護保険施設においても入所待ちの問題がある。

2.1. 医療機関における社会的入院

一般的に社会的入院とは医療の必要性がないにもかかわらず、家族事情等のやむを得ない理由により医療機関に入院を継続している状態を言い、このことから医療の福祉化が生じた¹⁴⁾。Jacqueline(1986)の言葉を借りれば高齢者ニーズの医療化である¹⁴⁾。つまり、医療機関が本来の目的ではない福祉機能を補完する結果となったのである。山路(2003)は、この背景には日本の医療制度と社会福祉制度の構造的問題があることを指摘している¹⁵⁾。このことは、前述したとおりである。しかし、印南(2009)は社会的入院を「不適切な入院」と定義し、次のように再整理している¹⁶⁾。

- ①社会的入院継続(入院医療を継続する必要性がなくなった(小さくなった)のに、社会的な(非医学的な)理由によって入院を継続すること)
- ②社会的新規入院(医学的な必要性がないにもかかわらず、病院に新入院をするケース)
- ③不適切な転院(入院医療を継続する必要性がなくなったため退院するが、本来退院すべき先(在宅や介護保険施設、あるいは、療養病床)ではない先に退院すること)
- ④未完退院(入院医療を継続する必要があるのに、社会的な理由(診療報酬による在院日数の短縮化等)により退院するケース)
- ⑤社会的再入院(不適切な転院ないし未完退院を行い、病状が悪化したりして、入院医療の必要性が生じ、再入院すること)

まず①は、上述したような従来から言われてきた社会的入院を指しており、②についても、医療機関を社会福祉施設の代用として利用するケース、すなわち、医療の福祉化を指している。しかしながら印南は、③不適切な転院と④完治しない状態で退院する未完退院、そして、これらより生じることになる⑤社会的再入院の3つを新たに社会的入院の類型に加えており、社会的入院には、これらが複合的に組み合わさったものが多いと指摘している。この印南の5類型化は社会的入院を的確に捉えており、社会的入院の複雑さを物語っていると言えよう。特に④については、川淵(2008)も患者が完治せず退院を迫られている可能性、特に「計画的再入院」や「予期せぬ再入院」が統計的に有為に見て増えていると懸念している¹⁷⁾。

また③や④のようなケースでは、患者にもその家

族にも大きな負担を与えることになる。例えば森山(1998)は、患者や家族は医師から直前に退院の話を持ちかけられ、あわてて退院先を決定することになるが、多くの家族は医療の専門家ではないので、患者の機能に見合った施設よりも、とにかく受け入れてくれる施設を探すことになると指摘している¹⁸⁾。ここに患者側から派生する③の一因が存在する。また吉岡(2008)も指摘するように、一般的に介護療養病床も医療保険の療養病床も、特養や有料老人ホーム、老健も皆同じものだと思われることがあり、時として医師さえ、それを理解できていないことがあると指摘している¹⁹⁾。このようなことから、一般的に各介護保険施設の役割や機能が理解されていないことがうかがえ¹⁶⁾、これについても③における一因であると考ええる。

2.2. 介護保険施設における現状

表1は、厚労省が調査した2009(平成21)年12月現在における特養の入所申込状況である。これを見

ると「在宅者」よりも「在宅でない者」の申込みが多い。表2がその内訳となるが、「在宅でない者」が入院・入所している施設のなかで、もっとも多いのが老健である。在宅復帰支援を担う老健に特養待機者が入所していると言うことは、その入所期間が長期化し、通過施設である老健が特養化してしまうことにもつながる。これにより、在宅復帰を目的とする利用者の受け入れができなくなる可能性もあり、老健に入所待ちが生じることになる。

次に待機場所として多いのが医療機関である。個々の詳細な病状等はわからないが、介護療養病床と合わせると約6万4千人の患者が特養への入所待ち待機者として入院していることになる。ただし、介護療養病床の場合は、病床廃止に伴う転床も含まれていると考えられる。

3番目に待機者が多いのはグループホームである。このグループホームは介護保険における地域密着型サービスの一つとされ、要支援2または要介護1以上の認知症である者(その者の認知症の原因となる

表1 特別養護老人ホームの入所申込者の状況 (単位:万人)

	要介護1～3	要介護4～5	計
全 体	24.3 (57.6%)	17.9 (42.4%)	42.1 (100%)
うち在宅の 被保険者	13.1 (31.2%)	6.7 (16.0%)	19.9 (47.2%)
うち在宅でな い被保険者	11.1 (26.4%)	11.1 (26.4%)	22.3 (52.8%)

※出所:厚労省(2009(平成21)年12月集計)より筆者が作成した。
 ※各都道府県で把握している特養の入所申込者の状況を集計したものであり、調査時点は都道府県によって異なっている。

表2 要介護度別,入院,入所施設等別,内訳表

	不明	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
入所申込者数	791	52,941	78,657	110,372	99,806	78,719	421,259
在宅者		32,897	43,955	54,486	41,251	26,088	198,677
在宅でない者	791	20,017	34,702	55,886	58,555	52,631	222,582
医療機関		4,049	6,652	11,616	14,399	17,145	53,861
介護療養型		447	843	1,886	2,778	4,569	10,523
老健		5,954	12,407	20,424	19,648	13,259	71,692
養護老人ホーム		446	467	542	395	172	2,022
軽費老人ホーム		914	648	406	205	98	2,271
グループホーム		2,091	3,189	4,125	2,702	1,120	13,232
有料老人ホーム		596	787	853	737	441	3,414
不明・その他	791	5,520	9,709	16,034	17,686	15,827	65,567

※出所:厚労省(2009(平成21)年12月集計)より筆者が作成した。

疾患が急性の状態にある者を除く)に対し、その共同生活を営むべき住居において、主として入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話を行う施設である。1ユニットの定員も5人以上9人以下とされ、少人数による家庭的な環境のなかでケアが行なわれている。このグループホームは介護保険施設とは異なり、NPO法人等の非営利法人だけではなく、営利法人である株式会社も経営に参入でき、そのため施設数は多い。しかし、有料老人ホームと同様、入所時に高額な一時金が必要となる場合があり、住居費等も介護保険施設と比べ割高である。このことも、グループホームから特養への入所申込みが多い要因となっていると考えられるが、特養、そして、老健にも空室がないため、一時的にグループホームを利用しているケースがあると推察される。

表1及び表2について考察してきたが、上述した施設から特養への申込みが多いということは、それぞれが特養に入所するための待機場所となっていることを示している。言い換えれば、その施設機能や役割から見て、本来の目的ではない事情で各施設に入所しているケースが存在していることを表わしている¹⁷⁾。

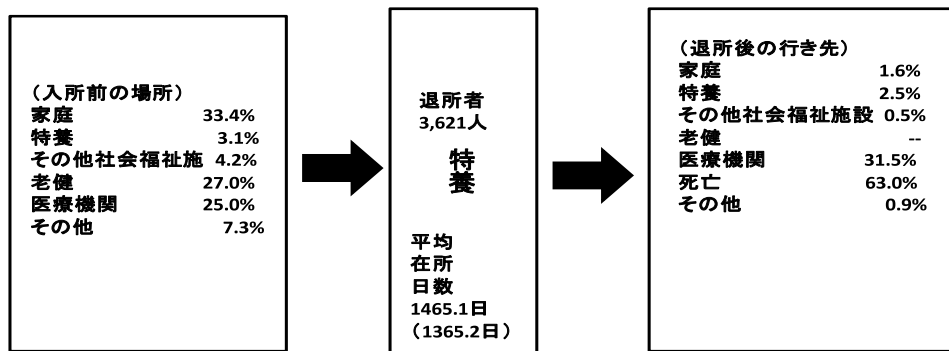
さらに厚労省の2007(平成19)年『介護サービス施設・事業所調査結果の概況・退所者の入退所の経路』(図1)を見ると、入所経路で一番多い場所は、まず特養では「家庭」からの33.4%であり、老健では「医療機関」からの53.5%、介護療養病床では「医療機関」からの77.5%となっている。このデータからは一見、スムーズな入所の流れを見ることができる。しかし、特養の入所経路において「家庭」の次に多いのが「老健」からの27%であり、「医療機関」からの入所が25%である。これは、表2の結果を裏付けている。

次に退所先を見ると、特養では「死亡」が63.0%となっており、終の棲家としての役割が見えてくる。一方、老健では「医療機関」からの入所が45.3%を占めているが、このうち再度、医療機関に入院したケースが32.3%存在している。さらに「家庭」からの入所が34%あるが、その中で家庭から家庭へと復帰した率は21.2%となっている。つまり、これらのデータは老健における在宅復帰率の低さを表している。これには様々な原因もあるが、「医療機関」からの入所が多く、そして、「医療機関」への退所(再入院)が多いということは、その中には同じ利用者が、医療機関と老健を循環しているケースが存在していることを示唆している。このような状況は、介護療養病床においても見受けられ、「医療機関」からの入院が多く、「医療機関」への退所(再入院)と

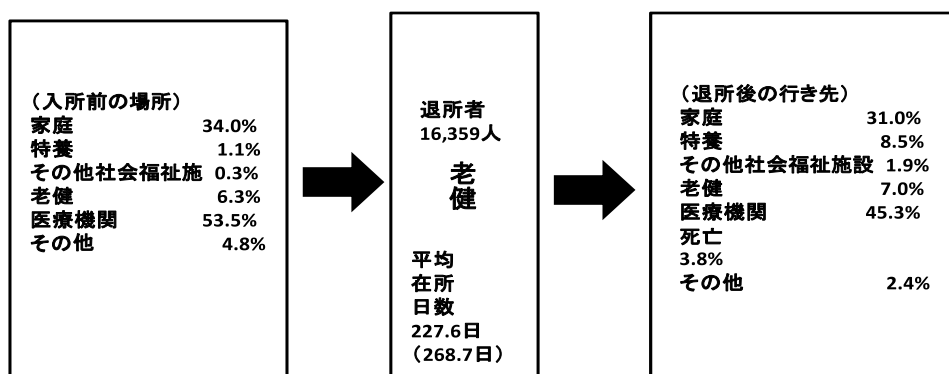
「死亡」が32.6%と同率になっている。

上述のような循環において、特に問題となるケースが報告されたのは、二木(1989)『保健・医療・福祉複合体 — 全国調査と将来予測』であった。これは、経営戦略による「囲い込み」を指摘したものであるが、その報告の中でもっとも悪質なものとされたのは、病院と特別養護老人ホームとの「キャッチボール」であった²⁰⁾。具体的には、当時の特別養護老人ホームは措置制度であったが、その利用者が病院に入院しても3カ月以内であれば、その施設には措置費が支払われていた。この仕組みを利用し、入院の不必要な高齢者を母体病院に3カ月間入院させ、診療報酬と措置費を二重取りしていたケースを二木は指摘した²¹⁾。しかし、このような「キャッチボール」は老人保健施設においても見られた。現在の老健もそうであるが、本来、老人保健施設は治療施設ではなく、療養及び維持期リハビリテーションの場である。このことから、利用者の病状悪化や、新たな発病等があり施設で対応できない場合は、協力病院への受診、あるいは入院となる。しかしながら、老人保健法下にあった当時、老人保健施設の入所期間は3カ月間が基準とされ、6カ月間を超えると診療報酬である老人保健施設療養費が逡減される仕組みであった。このことから、6カ月間は老人保健施設に入所させるが、これを超える前に同じ法人の医療機関に転院させることで、老人保健施設における入所期間をリセットさせ、再度、老人保健施設に入所させるといったことが一部で行なわれた。このやり取りは卓球に例えられ「ピンポン」と称されたように、ここにも「囲い込み」が存在していた。このような現状を二木(2000)は、川上武の「福祉の医療化」を取り上げ¹⁸⁾、老健や特養が母体病院の延長、あるいは、後方支援に位置付けられ、医療が優先される結果、本来の社会福祉施設が追求すべき「福祉ケア」が軽視されてしまうことを懸念した。しかし、その一方で二木は、「囲い込み」は複合体の各施設サービスの質が一定水準を保っている場合には、必ずしも利用者の不利益にはならず、逆に利用者の安心感を高める側面もあることも指摘している²²⁾。つまり、経営だけを優先させた転院は問題であるが、一貫した利用者本位のトータルケアまでも否定しているわけではないことがわかる。

現在では、特別養護老人ホーム及び老人保健施設も介護保険サービスとなっており、上述のような事例は見受けられない。しかし、印南が指摘するような、医療機関における診療報酬の在院日数制限による介護保険施設等への転院が存在している可能性はある。

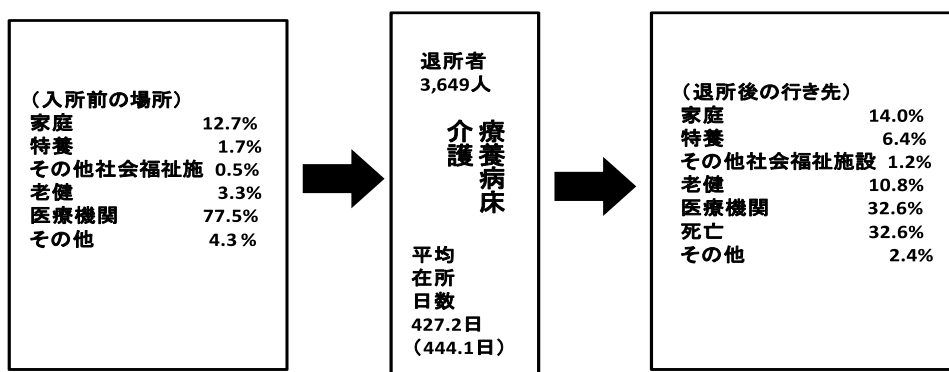


「特養における退所者の入所経路」



医療機関	→医療機関	32.3%
家庭	→家庭	21.2%
家庭	→医療機関	8.0%

「老健における退所者の入所経路」



医療機関	→医療機関	28.7%
医療機関	→死亡	26.8%
家庭	→家庭	6.7%

「介護療養病床における退所者の入所経路」

図1 介護サービス施設・事業所調査結果の概況・退所者の入所経路
 出所:厚労省2007(平成19)年「介護サービス施設・事業所調査結果の概況・退所者の入所経路」より筆者が作成した。
 ()内は2006(平成18)年の数値である。
 各施設の退所者を100とした割合により算出されている。

2.3. 入所させたいニーズ

家族が要介護高齢者を介護保険施設等に入所させたいニーズが、依然として高い背景には様々な要因が存在する。例えば佐藤(2009)は、本人にとっては住み慣れた在宅の方がいいが、家族にとっては大変であり、施設の方が安心といった考え方があることを指摘している²³⁾。これを裏付けるかのように横関ら(2006)の調査によれば^{†9)}、家族による特養への入所申込み理由で一番多かったのは「介護し続けることに自信がない」であり、全体の7割を占めていた²⁴⁾。この問題の本質には、在宅福祉サービスの不十分さがあることは、よく指摘されていることである。しかしながら、この背景には、家族それぞれの生活を維持、継続させたいといった思いがあると考える。最近では、老老介護の問題や無縁も含む高齢者の独居における問題もあるのだが、父母、あるいは、祖父母等の高齢者が健在な間は、その家族は各々の生活を営むことができる。しかし、そのいずれかが患者となり、その治療が長期化、あるいは、長期にわたり介護が必要な状態となった場合、要介護高齢者には身体上もしくは生活面に制約が生じる。しかしながら、要介護高齢者のみに留まらず、このことが、他の家族の生活にも影響を及ぼし、これまでの各々における生活を一転させてしまうことがある。それは、介護の程度や認知症の有無等にもよるが、上述のような状態にある要介護高齢者を居宅で一人にしておくことはできない。よって家族の誰かが少なくとも見守らなければならなくなる。例えば、その家族が少しばかりの外出をしようとしても、要介護高齢者を居宅に残し外出することはできず、介護に束縛されることになる。介護を要する期間が短期間であったり、明確であれば、家族で介護をして行くことができるかも知れない。しかし、高齢者介護の場合は、それがいつまで続くのか、誰にも予測することはできない。このような時、在宅福祉サービスを活用し、家族介護に依存せず在宅生活が継続できればいいのだが、介護保険制度では、その介護度により給付額には上限があり、一日24時間、365日を完全にケアできるものではない。このことから、在宅福祉サービスの充実が求められる。しかし、前述した横関ら(2006)の調査では、今後どのような在宅サービスがあれば、在宅での介護期間を延ばせるのかという問いに対し、通所系サービスや訪問系サービスではなく、ショートステイと答えた者が64.3%あったことを報告している²⁴⁾。これは言葉が適切でないが、要介護高齢者を預けたい家族のニーズがここにはあり、このようなニーズを充足できるシステムが求められていると言える。しかし、介護

保険による給付では、そのショートステイ(短期入所生活介護及び療養介護)も利用できる日数には上述と同様に制限がある。このようなことから、居宅よりも安心して継続的に預けられる施設へ入所させたい家族のニーズが生じる。また多くの要介護高齢者の場合、その程度は別として、医療的ケアを必要とすることがある。このような場合においても家族にとって、居宅よりも安心できる医療機関や施設への入所を望むことになる。

以上のような背景が、在宅ではなく医療機関への入院、あるいは、老人福祉施設や介護保険施設、有料老人ホーム等に入所させたいといった家族ニーズを生み、施設入所の需要を増やす要因となっていると考える。しかし、公的サービスである介護保険施設においては、前述したとおり入所待ちの状況があり、有料老人ホームを利用したい場合、社会福祉施設ではないため、ある一定以上の所得がなければ利用できない。これらのことから家族としては、まずは施設機能や環境、施設サービスの質に関係なく、とにかく入所できる施設へ入所させることが最優先となる。このことがさらなる問題を生み出している。

高齢者医療福祉における問題点について整理してきたが、高齢者医療福祉には数々の課題や問題が存在している。その一つに印南が指摘する③、④の問題が医療にはあり、これに関連して介護保険施設においては、各々の施設機能が果たせていない現状があった。このような現状を改善するためには、まずは医療機関から介護保険施設入所までの有機的な施設連携を構築することが必要であると考えられる。

3. 問題解決へのアプローチ

3.1. 近年における政策の動向

問題解決へのアプローチを展開する前に、医療制度における診療報酬改定から近年の政策動向について整理しておきたい。

まず2006(平成18)年度に行われた医療法改正と診療報酬の改定に伴って、厚労省老健局老人保健課長及び保険局医療課長の連名による通知が出されている²⁵⁾。これに記されている「見直しの趣旨」には、次のような記述がある。

「医療保険においては、急性期及び回復期の状態に対応し、主として身体機能の早期改善を目指したりハビリテーションを行い、他方、介護保険においては、維持期の状態に対応し、主として身体機能の維持及び生活機能の維持・向上を目指したりハビリテーションを行うものであること」

この文脈はリハビリテーションを主眼に述べられ

ているが、医療保険では急性期と回復期を担い、介護保険は維持期における役割を担うことが改めて明記されている。さらに患者に対しては、次のような配慮が医療機関に求められている。

「急性期及び回復期のリハビリテーションの終了については、個々の患者の状態に応じて医学的に判断するとともに、医師により維持期のリハビリテーションに移行することが適当と判断された場合には、医療機関と居宅介護支援事業者との連携の確保、介護保険サービスの紹介等、医療保険と介護保険の連携を強化することにより、維持期のリハビリテーションに計画的かつ速やかに移行できるよう配慮すること」

ここでは、医療機関におけるリハビリテーションが終了した後、必要に応じて、介護保険の維持期リハビリテーションへ移行することが求められている。そして、その具体策として「医療保険のリハビリテーション実施に当たっての医療機関における留意事項」のなかで、次のような取り組みが求められている。

「平素より、地域の介護保険サービス事業者等の福祉サービス資源について把握を行うこと」、「入院患者が急性期及び回復期のリハビリテーションを終了し、退院するにあたっては、入院患者の状態や意向等を踏まえ、退院後の調整に努めること。特に維持期のリハビリテーションとの継続性に配慮し、在宅に復帰する者に対して、居宅介護支援事業者との調整等について支援を行うこと」

医療機関においては、日頃から当該地域の介護保険サービスを把握し、リハビリテーションの実施と在宅復帰支援において、医療保険と介護保険の連携を視野に入れ、支援していくことが求められていることがわかる。

次に2008(平成20)年度の診療報酬改定では、緊急課題の一つとして「質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点」が取り上げられ、特に在宅医療の推進が対策として位置付けられた²⁶⁾。また大腿部頸部骨折(接合術及び人工骨頭置換術等)を対象としていた地域連携診療計画(以下、連携パス)においては、脳卒中(急性発症及び増悪)が新たに加えられ、診療報酬により評価されることになった。これは、急性期病院を経て亜急性期・回復期病院を退院後、通院医療・在宅医療を担う病院や診療所、あるいは、リハビリテーション等の医療系サービスを担う介護サービス事業所までも含めた連携を行うことにより、退院後も切れ目ない医療・介護サービスを提供することを診療

報酬により評価したものであった。このような流れの中、翌年2009(平成21)年度の介護報酬改定においても、特に医療との連携や認知症ケアの充実が求められており、次のように説明されている²⁷⁾。

「介護が必要となっても住み慣れた地域で自立した生活を続けることができるよう、医療から介護保険でのリハビリテーションを移行するにあたり、介護保険によるリハビリテーションの実施機関数やリハビリテーションの内容の現状等を踏まえ、医療と介護の継ぎ目のないサービスを効果的に利用できるようにする観点からの見直しを行う」

ここでも上述と同様にリハビリテーションを中心に医療と介護の機能分化・連携の推進があげられており、診療報酬の改定だけでなく、介護報酬の改定においても、医療と介護の連携が念頭に置かれていることがわかる。さらに2010(平成22)年度診療報酬改定では、改定における視点の一つとして、医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点があげられており、在宅医療、訪問看護、介護関係者を含めた多職種間の連携等が目指されている²⁸⁾。

まず、この改定において重点課題の一つとされる病院勤務医の負担軽減策(医療従事者の増員に努める医療機関への支援)として、地域の医療機関の連携に対する評価が診療報酬に創設されている。これは、勤務医の労働条件や労働環境の悪化から、雇用されている医療機関を退職することにより発生する医師不足を解消するための対策であり、具体的には退院調整に係る評価として、診療報酬に急性期病棟等退院調整加算の創設されている。これは、急性期治療を受け、病状の安定が見込まれた患者に対し、必要に応じて医療と介護が切れ目なく提供されるよう、介護保険サービスの活用も含め支援する観点から創設されたものである。資料からは読み取れないが、これにより、医療機関からの早期退院を促し、医師の負担軽減を図ろうとするねらいがうかがえる。

この他にも医療機関が入院中の患者の在宅復帰に際し、居宅介護支援事業所等と共同して指導した場合に算定できる介護支援連携指導料等も創設されている。これは、医療・介護関係職種の連携に対する評価であり、医療機関従事者と地域の介護支援専門員が共同し、退院後の介護サービス等との調整に対する診療報酬の評価である。

以上、近年における政策の動向について、診療報酬改定を中心に整理した。ここで整理した動向からは、医療機能の分化と医療と介護との連携が目指されていることがわかった。しかしながら、その背景

には医療の効率化といった第一義的な目的があり、また、勤務医の離職防止策としての目的もあることがうかがえた。

3.2. クリティカルパス

前述した「問題の所在」では、高齢者医療福祉における問題として社会的入院、そして、医療機関と介護保険施設との連携が有機的に行なわれていないことを取り上げ言及してきた。ここからは、このような問題改善へのアプローチについて述べていきたい。

例えば、家族のある高齢患者が、印南が指摘するような医療制度の限界により退院しなければならないケースがあるとす。この時、家族は医療機関や主治医に対し、不満や不信を抱くことがある。主治医より転院を言い渡された家族は、その医療機関に医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）等が配置され、相談できればいいのだが、その体制がなければ、家族は不安や不満を抱える中、家族自身で次の転院先を探すことになる。筆者も介護保険施設に勤務していた時には、このような家族を多く見てきた。しかし、医療機関や介護保険施設の役割、機能までを理解している家族は少なく、前述したように、施設機能に関係なく、とにかく入所できる施設を退院期限までに探さなければならないことになる。このような問題を解決させていくためには、まずは医療機関内に相談部門、あるいは、地域連携室等の設置とMSWの専門職等の配置が求められる^{†10)}。そして、もう一つには急性期医療から回復期・慢性期医療、そして、介護保険サービスへの連携をわかりやすくしたクリティカルパス（以下、パス）への取り組みが求められる。

現在、多くの医療機関ではパスが導入されている。このパスとは、当該医療機関における疾病ごとの入院から退院までの治療行程を示した治療計画表であり、実務及び診療報酬上においては入院診療計画書とも称されている。森山（1998）はパスをよりよい退院と患者のセルフケア能力向上に向け、効果的な回復をめざし、入院中のケアを効率よく組み立てたケアの流れであると説明し²⁹⁾、退院計画とパスの導入により、退院にあたっての患者や家族の不安が激減したことを報告している³⁰⁾。筆者も両親が別々の医療機関に入院することになり、それぞれの医療機関から渡されたパスを見ることになった。確かに従来の漠然として見えなかった医療から、患者側にも見える医療となり、見えない時に比べ治療過程がわかりやすくなったと言える。しかしながら、それは個別的に立てられたものではなく、その当該医療機関における疾患等の一般的で且つ標準的な治療行程

を示したものであり、実際には、個々の状態には当てはまらないこともあった。このことからパスとは、あくまで当該医療機関における標準治療行程をわかりやすく患者側に示した目安であると言える。

しかし、このようなパスでは、述べてきたような治療後の不安や医療福祉の連携に対する高齢患者、家族の理解不足を埋めることはできない。そこで、当該医療機関で完結する疾病別のパスではなく、急性期医療から介護保険サービスまでつながるパスが必要となる。これにより、高齢患者本人も家族にとっても、急性期医療の役割、次につながる回復期、慢性期医療、そして、療養介護等の役割が明確となり、印南が言う不適切な転院の改善と患者側の転院に対する不安、不満解消につながる。さらに、退院後の生活を早い段階から模索していくことが可能となる。この一貫したパスのモデルとして、田城（2009）は、竹田総合病院における一貫パスの取り組みを取り上げている^{†11)}。

同院は患者へのケアには、法人内の各機関の意思疎通が必要であるが、職員には自分の施設でのケアしか見えず、また他施設でのケアの内容についても理解しておらず、患者の転院などで意思疎通を欠く場合があったことを省察している³¹⁾。ここに発症（急性期）から回復期、在宅介護または施設介護までを一貫して閲覧できるパスを作成する必要が生じたと説明している³¹⁾。このような背景から一貫パスを作成することにより、それぞれの施設での医療・介護の役割を明確にし、各施設の職員に相互理解を深めさせ、連携を円滑にすることにより、患者中心の医療と介護が行われることを目指した³¹⁾。これは、前述した二木の言う同法人内におけるトータルケアの構築であり、患者側にも大きなメリットとなる。しかし、この取り組みは同じ法人内での連携であり、このような連携が地域においても求められる。それが次に述べる、連携パス導入による医療・福祉の連携、すなわち包括的ケアシステムの構築である。

3.3. 地域連携の構築

医療・介護における連携の必要性については、前述した政策動向の中でも見ることができたが、次に記す2006（平成18）年の「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」により改正された、医療法第一条の二の2の条文においても、これを見ることができる。

「医療は、国民自らの健康の保持増進のための努力を基礎として、医療を受ける者の意向を十分に尊重し、病院、診療所、介護老人保健施設、調剤を実施する薬局その他の医療を提供す

る施設（以下「医療提供施設」という。）、医療を受ける者の居宅等において、医療提供施設の機能（以下「医療機能」という）に応じ効率的に、かつ、福祉サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図りつつ提供されなければならない」

この医療法改正では、都道府県地域医療計画制度も見直され、その中で連携パスによる医療機能の分化と連携の推進が目指され、切れ目のない医療を提供する体制が求められた。つまり、上述の条文からもうかがえるように、退院後における医療サービス及び福祉サービスとの連携が求められている。特に医療提供施設の中には老健も含まれており、老健も含む医療機能の分化と効率化が求められている。

前述したように2006（平成18）年度の診療報酬改定において、連携パス等を活用した、医療機関間で診療情報が共有される体制への評価として、診療報酬に地域連携診療計画管理料及び地域連携診療計画退院時指導料が創設された。これらの背景には、改定における基本的な考え方の一つである、質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点があった。しかし、ここでは入院時に連携パスにもとづいた計画書と退院時に立てる療養計画書を患者及び家族に説明し、退院時に連携医療機関に診療情報提供書を送付することが条件とされただけで、形式的なものとなっていた。これが2008（平成20）年度の診療報酬改定では、計画書を作成する計画管理病院と退院後の治療を担う連携保険医療機関との間で共有する計画書の作成が求められた。そして、これとあわせて、地域連携診療計画に係る情報交換のための会合が定期的開催され、診療情報の共有、あるいは、計画の評価や見直しが適切に行われること等も要件とされた。ただし、その対象疾患は大腿骨頸部骨折と脳卒中に限定されている。この他にも、退院時共同指導料2においては、当該患者が入院する医療機関の医師が退院後の在宅医療を担う医療機関の医師、看護師等、歯科医師、歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等、または居宅介護支援事業所の介護支援専門員のうち3者以上と共同して指導を行った場合に算定できる加算、いわゆる多職種連携加算が創設される等、診療報酬により連携強化の体制が整備された^{†12)}。

また連携パスの取り組みは、診療報酬では上述の2疾患に限定されるが、医療計画においては、患者やかかりつけ医、地域における医療機関が疾病別（癌、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の4疾病）、あるいは、事業別（小児救急医療、周産期医療、救急

医療、災害医療、へき地医療の5事業）に医療連携ネットワークを結ぶツールとして連携パスが取り入れられている。これは武藤（2009）が指摘するように、従来の第一次医療から第三次医療に連なるピラミッド型の医療体制ではなく、水平の医療連携ネットワーク体制への取り組みだと言える³²⁾。

当時の担当厚労官僚であった栄畑（2007）も、中長期的な医療費適正化対策の一つの柱である長期入院への対策として、医療機関の機能分化と連携、在宅医療の推進が必要であり、その一つの取り組みとして、連携パスの活用を取り上げている³³⁾。その内容としては、一つの地域内において複数の医療機関が疾病別に診療ネットワークを形成し、その中で特定の患者に対し治療開始から終了までの全体的な治療計画を共有し、各医療機関が連携しながら治療を進めていく手法の必要性を指摘している³³⁾。

しかしながら、以前より徳永ら（2006）は、「パスは1日ごとに検査、治療、看護、指導等を詳しく設定するのに対し、連携パスは急性期病院入院からリハビリテーション病院の退院までを1枚にまとめたオーバービューパスであるが、連携施設間で共有すべき重要事項のみが記載してあるに過ぎないため、連携パスにより連携の問題がすべて解決するものではない」³⁴⁾ことを指摘している。つまり、連携パスは連携構築のためのツールではあるが、それが連携の全てではないと言うことである。このような指摘がある中、この連携パスを駆使し、地域連携を構築しているモデルとして、青森県（図2）と広島県尾道市医師会の「尾道方式」（図3）による取り組みがある^{†13)}。

まず青森県における取り組みであるが、同県健康福祉政策課・包括ケア推進グループが中心となり2005（平成17）年度から地域の健康・医療・福祉関係者の役割分担やサービスの連携内容を定めた「地域連携パス標準化モデル」を開発した。そして、八戸圏域と下北圏域の2圏域をモデルに住民が医療機関から安心して、円滑に地域生活に戻り、早期に社会復帰できるようにすることを目的に実施している。特に2007（平成19）年度からは「青森圏域脳卒中地域連携パス作成検討委員会」を設置し、脳血管疾患を中心に連携パスの取り組みを推進している。このように青森県の場合、医療を中心とした疾患別による連携構築が目指されており、特に高齢者に焦点を合わせた取り組みというわけではない。しかし、高齢者に多い脳卒中への連携パス構築の取り組みは、高齢者福祉における医療・福祉の連携において大いに参考となる。

この青森県の特徴であるが、圏域内における患者

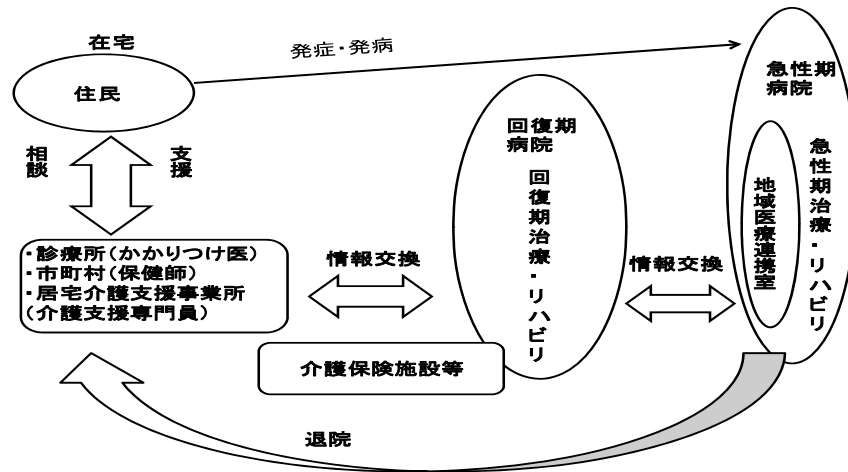


図2 青森県
厚労省ホームページの資料及び青森県庁ホームページを参考に筆者が作成した。

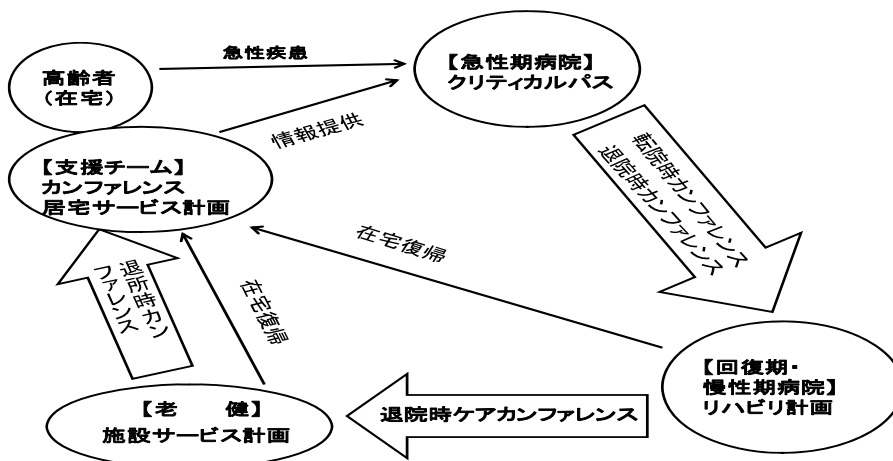


図3 「尾道方式」
厚労省ホームページの資料及び尾道市医師会ホームページを参考に筆者が作成した。

用とサービス提供者用の急性期→回復期→維持期までの一貫した連携パスを作成している点である(図4)。青森県はこの効果として、医療福祉のサービス提供者が地域の資源を有効活用し、適時適切な保健・医療・福祉サービスが提供できること。患者側にとっては、自分自身の状況を理解し、提供されているサービスが確認でき、療養生活全体を見渡すことができると説明している³⁵⁾。そして、この効果を引き出すためには、各機関の機能に応じたサービスの提供と、サービスの質の向上、利用者(患者)の意識啓発、関係者の認識共有が必要であることを指摘している³⁵⁾。特に3つ目の指摘は、徳永らと同様に、地域連携の構築においては、パスだけ存在してもそれにより連携が構築できるわけではなく、カンファレンス等を通じた関係者の認識共有が重要であることを示唆している。そのカンファレンスを重視しているのが「尾道方式」である。

「尾道方式」の特徴は、各段階において常にケアカンファレンスが行われ、そこには内部職員だけでなく、担当する主治医や介護支援専門員が継続に参加している点である。そして、患者側への説明が懇切丁寧に行われている点である。現在、このような同じ法人内の職員に留まらず、他機関の多職種が協働し、これらが急性期医療から在宅復帰までを継続的にかかわる取り組みが求められていると考える。

以上、連携パスを活用した取り組みについてモデルを例に見てきた。しかしながら、一方で政策上におけるパス及び連携パスの取り組みは、医療機能の分化と効率化、つまり、医療を中心に考えられた連携であった。また一般的にパスそのものは、疾病における標準的行程であり、連携パスも含め、施設サービス計画や居宅サービス計画等のケアプランのような個性が反映されたものではない。本来ならば個別の状態や社会的事情を加味し作成されたパスが理

病期	急性期				回復期				維持期
場所	急性期の病院				リハビリのできる病院				在宅 施設
日数	入院	3日	7日	14~21日 (転院)	入院	30日	60日	90日 (退院)	
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> 急性期の合併症がない 再発がない 積極的にリハビリできる 				<ul style="list-style-type: none"> 在宅復帰できる 身の回りのことが自分でできる 				<ul style="list-style-type: none"> 在宅で生活できる機能を維持できる
点滴・薬	点滴があります 薬を服用します 服薬指導があります								
検査	状態を調べるため採血、レントゲン、CT、MRIなどの検査があります				状態を調べるため採血、レントゲン、CT、MRIなどの検査があります				
リハビリ	入院時からベッドでリハビリが開始されます。	リハビリ室でリハビリをします。自分で座位ができます。			これまでの成果をチェックします	状態によってア・車椅子で生活できます。イ・つかまり立ちができます。ウ・杖歩行ができます。			<ul style="list-style-type: none"> 必要がある場合は、リハビリのできる最寄りの診療所、老健などに通院、通所してリハビリをします。
食事	<ul style="list-style-type: none"> 状態に合わせて食事がとれます 状態によって管や点滴から栄養をとることもあります 退院前に栄養指導があります 				<ul style="list-style-type: none"> 状態に合わせて自分で食事がとれます 退院前に栄養指導があります 				
清潔	身体を拭きます	シャワーできます	入浴できます	入浴できます					
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ベッド上で 状態によって管が入ります 	<ul style="list-style-type: none"> 車いすですぐトイレに行き排泄できます。 			<ul style="list-style-type: none"> 自分で排泄できます 				
説明・連絡	病気と今後の療についての説明があります	退院先の医師や看護師等の関係者と面談して退院準備をします			今後の治療について説明があります。介護保険の説明があります	退院先の医師や看護師、ケアマネジャー等の関係者と面談して退院準備をします			今後の治療について説明があります。 ・ケアマネジャーと必要なサービスを相談します
担当	主治医	看護師	理学療法士	主治医	看護師	理学療法士	かかりつけ医	ケアマネジャー 訪問看護師	

「患者用クリティカルパス」

施設名	急性期病院					リハビリ病院					診療所: 施設名		
	入院当日	2日目	7日目	8日目	退院日 14日目	4週 28日目	8週 56日目	8週~	退院 60日目	2週間後	1ヶ月後	6ヶ月後	
目標	<ul style="list-style-type: none"> 麻痺・感覚障害・構音障害などの憎悪を起さない 高血圧・糖尿病・高脂血症悪化しない 肺炎や心不全などの心肺合併症を起さない 不安の表出がで軽減される 		<ul style="list-style-type: none"> 脳梗塞の再発を起さない 患者のADLに応じたりハビリができる 転倒・転落を起さない 筋力低下や麻痺側の縮を起さない 転院や退院に対しての心構えができる 		アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> 安心して在宅に移行できる ADLが自立できる 歩行できる 			<ul style="list-style-type: none"> ADLが自立した生活を送ることができる 残存機能を維持できる 				
患者様ご家族への説明	<ul style="list-style-type: none"> 医師から説明(病態、入院治療計画、地域連携バス) 入院オリエンテーション 地域連携バスについての説明と同意サイン 		<ul style="list-style-type: none"> 退院に向けての相談 			<ul style="list-style-type: none"> 医師から説明(入院治療計画、地域連携バス) 	<ul style="list-style-type: none"> 試験外泊説明 家族指導 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅生活指導 	<ul style="list-style-type: none"> 家族の介護支援 				
橋渡し窓口介護保険等	<ul style="list-style-type: none"> 地域連携バス該当について地域医療室橋渡し担当に連絡 入院について介護支援専門員に連絡が済んでいるか 施設入所者に関しては退院後のベッドの確保が可能かどうか(ケアマネジャーに確認) 		<ul style="list-style-type: none"> 地域医療室橋渡し担当へ連絡 介護保険申請や区分変更の必要性の確認 最終的な退院先、環境の確認 退院時の移動の手段の確認 看護情報提供書作成 リハビリ情報提供書 各種必要書類の確認 医師、看護師、家族、ケアマネ、リハ担当者とのカンファレンス開催 			<ul style="list-style-type: none"> 退院時情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> 退院前カンファレンス サービス担当者会議 	<ul style="list-style-type: none"> 退院時情報提供書作成 各種必要書類作成 急性期病院への情報提供 最終的な退院先、環境の確認 看護情報提供書作成 退院時の移動手段の確認 					

「連携機関用パス」

図4 高齢者福祉における医療制度と介護保険制度

想的である。しかし、一般的にパス及び連携パス自体は、個別の社会的事情や家族事情、生活環境等ま

でを、その視野に入れ作成されていない。このことについて、MSWである佐原(2000)は、医療提供

側のパターンリズムによる，一方的によかれとの思いからパスを導入するのではなく，できる限り患者家族の意向を取り入れたパス作りが必要であることを指摘している³⁶⁾．また多くのパス及び連携パスは標準的な治療行程が記されたものであるため，行程通りに進行しない，あるいは，パスに書かれていないことが行われると患者側に不安が生じる場合がある^{†14)}．よって，患者側への懇切丁寧な説明が行われることが重要であり，患者本人，家族らが気軽に質問，相談できる体制の構築が必要である．

このような課題を抱える中，岡山県では次のような取り組みが展開されようとしている．それは「プライマリ・ケア地域連携パスシート」と呼ばれるパスを活用した岡山方式である³⁷⁾．この特色は疾患別シートではなく，あらゆる疾病や障害を対象とし，医療職と福祉職が連携をとるため，病名や治療内容等が記される医療情報のシートだけでなく，生活状況や趣味，社会参加の状況等を記すシートの2枚を活用している．このような個別性を加味した連携パスの取り組みも始まろうとしている．

おわりに

高齢者医療福祉における問題について，医療制度

と介護保険制度を取り上げ整理してきた．その中で，医療機関と介護保険施設間において有機的な連携が構築できていないことが問題点として浮かび上がった．しかし，このような問題は介護保険制度の施行時から発生したものではない．特に社会的入院については，1970年代から存在してきたものであり，40年経過した現在においても，この問題は解決ができていないということになる．この解決のためには医療福祉の有機的な連携構築が必要不可欠であるが，政策に見られた医療との連携では，医療の効率化に重点が置かれ，またその取り組みは，先駆的地域での実践となっている．社会資源における地域格差や偏在はあるが，モデル例のような連携構築が各市町村レベルでの取り組みとして一般化されれば，取り上げてきた問題が，少しでも改善できる可能性はあると考える．

今回，本稿で取り上げた問題が，高齢者福祉を取り巻く全ての問題ではない．しかし，その人が暮らす地域，すなわち，生活圏において，医療福祉の社会資源が有機的に連携し，老いを支える仕組みが構築されなければ，本当の意味で，高齢者を社会で支えることはできないと考える．

注

- †1) 岡本(1996)は，医療機関経営者の徹底的な医師，看護師削減，私費による付添婦の大量導入，点滴漬け，検査漬け，寝かせきり，ベッドしぼり等の実態があったことを指摘している³⁸⁾．
- †2) 中間施設とは，医療から在宅復帰までの支援において，老健がその中間に位置することから中間施設と呼ばれ，あるいは，医療機能と福祉機能の両面を持ち合わせていることから中間施設と称されることがある．
- †3) 介護保険サービスの種別としては，指定介護老人福祉施設であるが，介護保険法第86条「第四十八条第一項第一号の指定は，厚生労働省令で定めるところにより，老人福祉法第二十条の五に規定する特別養護老人ホームであって，その入所定員が三十人以上であるものの開設者の申請があったものについて行う」とあるように，老人福祉法による特別養護老人ホームであるものが，都道府県知事に介護保険法指定の申請ができ，認可されたものが指定介護老人福祉施設となることから二重の施設基準が存在している．また現在においても，虐待等による保護が行われていることから措置施設としての特別養護老人ホームが制度として存在している．しかしながら，多くの施設では，従来から使用してきた特別養護老人ホームの施設種別を使用している．本稿では，指定介護老人福祉施設を特養と記すことにする．
- †4) 老人保健施設は旧老人保健法にもとづく施設であったが，介護保険法の成立により，根拠法についても介護保険法へ移行された．本稿では，介護保険法下の介護老人保健施設を老健と記す．
- †5) 本来，社会福祉施設で担うはずの役割が担えず，医療機関が，その受け皿として福祉機能を果たしている状態を医療の福祉化と言う．
- †6) 印南は，社会的入院の本質的な原因を医療側と患者側のそれぞれから見た3大要因を【医療側】①家族の介護力不足 ②介護忌避 ③介護施設不足【患者側】①患者の身体機能(ADLとの低下，経管栄養等)精神機能(認知症等により家族負担の増加) ②医療保健福祉システムの理解不足 ③信条(福祉を利用したくない)及び不安をあわせた病院への心理的依存を取り上げ，医療側①と②は家族側に問題があり，③では社会資源の整備不足を指摘している³⁹⁾．また森山(1998)は，退院を困難にする要因として①病院側の要因 ②患者側の要因③家族の要因 ④地域の受け皿の要因 ⑤それらの要因をつなぐシステムの要因で整理している．特に③については住環境，家族員の有無，人間関係，介護力の問題，経済力，扶養に対する家族と患者との考え方の不一致を指摘し，④については，その地域における社会資源の量

- 的な問題、地域における世間の目を取り上げている⁴⁰⁾。
- †7) 例えば、一般的な特養と老健及び介護療養病床の「人員、設備及び運営に関する基準」を比較すると、3施設ともユニット型の場合のベッド面積はいずれも13.2m²以上とされているが、ユニット化されていない既存型施設では、特養では一人当たりの床面積は10.6m²以上である。しかし、老健では一人当たりの床面積は8m²以上、介護療養病床では、療養病床の一人当たりの床面積は内法による測定で6.4m²以上とされている。名称であるが特養では居室、老健では療養室と称されており、このことから特養が生活施設であることがわかる。また人員面で特養は医師は常駐ではなく嘱託医であり、看護師の数も老健より少ない。このように、それぞれに基準が異なっている。
 - †8) 川上、小坂(1991)によれば、福祉の医療化とは、「社会施策・社会事業の一環として本来福祉として扱うべきものを医療に転嫁し代替してきた施策」であると説明している⁴¹⁾。
 - †9) 横関らの調査は、ある県が把握していた入所待機者約9,300人(2003年10月・サービス利用者全体の約27%)のうち、200人以上の利用者をもつ33カ所の居宅介護支援事業所を調査時(2004年9月)に利用していた者で、かつ担当介護支援専門員が同月中旬に訪問する予定であったケース(n479)を調査したものである。
 - †10) 医療機関においてMSWが法的根拠にもとづき配置されていたのは、社会福祉法第2条に規定される第二種社会福祉事業「生計困難者のために、無料又は低額な料金で診療を行う事業」を行っている医療機関であり、それ以外の医療機関では任意に配置されている職種であった。しかし、近年では、(財)日本医療機能評価機構における評価基準において、相談機能の項目が設定され、患者や家族の相談窓口の設置とその担当者(MSW、PSWが望ましい)の有無が問われ、あるいは、2008(平成20)年度の診療報酬改定では、退院調整加算の算定要件に退院調整に関する経験を有する専従の看護師または社会福祉士1名以上が配置されていることが要件とされ、医療機関に社会福祉士が置かれていることが評価されている。
 - †11) 竹田綜合病院は福島県会津若松市にある財団法人の病院であり、一般病棟、精神科病棟も含む1,035床の地域支援病院である。
 - †12) 退院時共同指導料1は、在宅療養診療所またはそれ以外の診療所等が算定でき、当該患者が入院している医療機関に赴いて入院医療機関と共同して退院指導を行った場合に算定できる診療報酬である。
 - †13) 竹田綜合病院の取り組みや青森県及び尾道方式は、厚労省モデルとして取り上げている⁴²⁾。
 - †14) 金子(2004)もパスには個別性が配慮されにくいことを指摘し⁴³⁾、患者の状態等により治療行程からはずれた場合、パリアンス・シートに挙げることになっていると説明している⁴³⁾。その原因には術前併存疾患の悪化、術後合併症の発生、患者の希望等があり、医療従事者要因には、指示の出し忘れ、検査・処置のし忘れ等、病院システム要因には、必要物品、または備品不足、医療従事者の不足等、社会的要因には、退院後の後方施設の問題等があるとされている⁴⁴⁾。しかし、それは患者側に示されるツールというよりは、医療側の集積資料等として扱われることが多い。このような事象に対する、患者への丁寧な説明や対応等が求められる。

文 献

- 1) 小田兼三：第2章 医療福祉学の原理，第1編 医療福祉の歴史と原理．小田兼三・竹内孝仁編，医療福祉学の理論，中央法規，20，1997．
- 2) 硯川眞旬：第1章 医療の目的と医療福祉の概念．医療福祉学，みらい，18，2002．
- 3) 宮原伸二：老いを支える医療福祉，第2版，三輪書店，12，2000．
- 4) 熱田一信：第2章 医療と医療福祉．田中晴人・熱田一信編，ミネルヴァ書房，23，2002．
- 5) 岡本民夫：第3章 医療福祉学の学問性，第1編 医療福祉の歴史と原理，小田兼三・竹内孝仁編，医療福祉学の理論，中央法規，29，1997．
- 6) 岡本民夫：第3章 医療福祉学の学問性，第1編 医療福祉の歴史と原理，小田兼三・竹内孝仁編，医療福祉学の理論，中央法規，29-30，1997．
- 7) 硯川眞旬：第1章 医療の目的と医療福祉の概念．医療福祉学，みらい，37，2002．
- 8) 江草安彦：高齢化時代の医療福祉，改定版，山陽新聞社，169-170，1997．
- 9) 岡本民夫：第3章 医療福祉学の学問性，第1編 医療福祉の歴史と原理，小田兼三・竹内孝仁編，医療福祉学の理論，中央法規，33，1997．
- 10) 硯川眞旬：第1章 医療の目的と医療福祉の概念．医療福祉学，みらい，35，2002．
- 11) 貴田岡博史：第5章 医療難民を救済する在宅医療．平井愛山・神津仁他編，医療再生はこの病院・地域に学べ，洋泉

- 社, 110, 2009 .
- 12) 吉岡充: 第1章『介護療養病床の廃止』問題とは何か. 吉岡充, 村上正泰編, 高齢者医療難民, PHP 研究所, 27, 2008 .
- 13) 江草安彦: 高齢化時代の医療福祉, 改定版, 山陽新聞社, 167-174, 1997 .
- 14) Jacqueline Azzarto, Medicalization of the problems of the Elderly, *Health and Social Work*, vol.11, No.3, 189-195 (第14章 高齢者問題の医療化, ステファン・M・ローズ編, 白澤政和, 渡部律子, 岡田進一監訳: ケースマネジメントと社会福祉, ミネルヴァ書房, 254-265, 1997 .)
- 15) 山路克文: 医療・福祉の市場化と高齢者問題, ミネルヴァ書房, 148-150, 2003 .
- 16) 印南一路: 社会的入院の研究, 東洋経済新報社, 13-22, 2009 .
- 17) 川淵孝一: 医療再生は可能か, ちくま書店, 37, 2008 .
- 18) 森山美知子: 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, 第1版, 医学書院, 3, 1998 .
- 19) 吉岡充: 第1章『介護療養病床の廃止』問題とは何か. 吉岡充, 村上正泰編, 高齢者医療難民, PHP 研究所, 28, 2008 .
- 20) 二木立: 保健・医療・福祉複合体, 第1版, 医学書院, 42, 1998 .
- 21) 二木立: 保健・医療・福祉複合体, 第1版, 医学書院, 2, 1998 .
- 22) 二木立: 介護保険と医療改革, 勁草書房, 42, 2000 .
- 23) 佐藤幹夫: ルポ高齢者医療, 岩波新書, 225, 2009 .
- 24) 関真奈美・近藤克則・杉本浩章: 特別養護老人ホーム入所待機者の実態に関する調査, 社会福祉学, 第47巻第1号, 日本社会福祉学会, 63, 2006 .
- 25) 厚労省通知, 老老発第1225003, 保医発第1225001 (平成18年12月25日).
- 26) 厚労省保険局医療課資料, 平成20年度診療報酬改定について .
- 27) 厚労省資料, 福祉・介護人材確保対策に関する説明会参考資料3, 平成21年度介護報酬改定の概要, 1-2 .
- 28) 厚生労働省医療課資料, 平成22年度診療報酬改定の概要 (医科診療報酬).
- 29) 森山美知子: 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, 第1版, 医学書院, 27, 1998 .
- 30) 森山美知子: 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, 第1版, 医学書院, 18, 1998 .
- 31) 田城孝雄: 2-3 地域医療支援病院における循環器地域連携クリティカルパスの実践. 日本疾病管理研究会監修, 武藤正樹, 田城孝雄, 森山美知子, 池田俊也編集, 地域連携クリティカルパスと疾病ケアマネジメント, 中央法規, 69-80, 2009 .
- 32) 武藤正樹: 1-3 新たな地域医療計画と4 疾患地域連携クリティカルパス. 日本疾病管理研究会監修, 武藤正樹, 田城孝雄, 森山美知子, 池田俊也編集, 地域連携クリティカルパスと疾病ケアマネジメント, 中央法規, 18, 2009 .
- 33) 栄畑潤: 医療保険の構造改革 — 平成18年改革の軌跡とポイント —, 法研, 86-87, 2007 .
- 34) 徳永誠・渡邊進・平野照之・平田好文・橋本洋一郎・山永裕明: 脳梗塞の診療情報提供書における記載項目 — 地域連携クリティカルパス作成時における調査 —, リハビリテーション医学, 日本リハビリテーション医学学会, 43, 835, 2006 .
- 35) 青森県庁ホームページ <http://www.pref.aomori.lg.jp/welfare/health/u02-renkeipath.html> (参照年月日: 2010年2月8日)
- 36) 佐原まち子: ソーシャルワーカー業務とクリティカル・パス. 笹鹿美帆子, 菅野由貴子編, チームで取り組むクリティカル・パス, 日本看護協会出版会, 227-232, 2000 .
- 37) 山陽新聞 (日刊), 2010 (平成22) 年3月28日, 第31面記事 .
- 38) 岡本祐三: 高齢者医療と福祉, 岩波新書, 72, 1996 .
- 39) 印南一路: 社会的入院の研究, 東洋経済新報社, 152, 208-209, 2009 .
- 40) 森山美知子: 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, 第1版, 医学書院, 8-9, 1998 .
- 41) 川上武・小坂富美子: 医療改革と企業化, 勁草書房, iv, 1991 .
- 42) 厚労省ホームページ: 2005 (平成17) 年10月「新しい医療計画の作成に向けた都道府県と国の懇談会 (第2回)」資料3 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/10/s1024-8.html> (参照年月日: 2008年2月8日)
- 43) 金子努: 第9章 医療ソーシャルワークとケアマネジメント, 杉本敏夫監修, 杉本敏夫・岡田和敏, 医療ソーシャルワーク, 久美, 174-176, 2004 .
- 44) 関戸仁・永野靖彦・三浦靖彦・窪田徹・遠藤格・渡会伸治・嶋田紘: クリニカルパスにおけるバリエーション分析の有用性, 日消外会誌35(2), 日本消化器外科学会, 235, 2002 .