

## 第Ⅱ章－２ 介護の改善と革新の可能性について

ピュアサポートグループ代表 大浦敬子

### 1. はじめに

介護は革新が生まれにくい分野である。理由としては

- ・医療と違い、現場スタッフに科学的視点を持つものが少ない
- ・医療と違い、学会、研究雑誌等が少なく、情報交換と知恵の蓄積が難しい
- ・革新マインドを持った工業系人材と情報交換の場が少ない
- ・そもそも革新を期待されていない（してはいけないとすら思っている）
- ・アクシデント発生時、革新が原因と指摘されることを恐れている。

ことがあげられる。

また、介護はいわゆる改善活動も優秀な一般企業比べるとはるかに遅れている。これは医療にも言える。その理由は、

- ・医療介護を職業として志した時に「善」業を行いたい思ってくるが、効率化を善と判断していない。
- ・いわゆるサイロ型組織(巨大な井の中の蛙)になってしまい、外部の知恵を取り入れるのが苦手。
- ・アクシデント発生時、効率化が原因と指摘されることを恐れている。
- ・改善活動等の知識を知る機会が少ない

などがあげられる。

共通していえるのは、アクシデントを怖がる風土であり、人命を扱っている以上これを払拭するのは困難である。しかし、それ以外の条件はクリアできるものだろう。

そのために必要なものをひとつ挙げると問われれば、それは介護現場に革新と改善が必要なのだという信念を持った人材の存在である。この人材とはトップのことである。どんなに中間管理職や現場がそれを望んでも、経営者トップがその必要性を感じない限り、革新も改善も始まらない。

新しい何かを導入するには、改善活動ひとつですら、導入にあたり現場の抵抗は必至である。これは工業系の企業でも同じであるように。人はどんなに不満のある現状であっても、それを変えることを嫌う。

革新活動に関しては、今の介護に対する疑問が生まれたとしても、それを変えるだけのアイデアが生まれる土壌の醸成が難しい。

革新が生まれるための土壌を体系化したものに「U理論」がある。この理論では、Uの字の底になる部分である「革新の最初の種を産む人間」の存在が必須である。

医療法人社団大浦会を中心とするピュアサポートグループでは、介護では珍しい革新である「おとなの学校」を生み出した。その理由とは何か。そして、それは継続可能なものなのか。他の企業、法人にも可能なものなのか。また、さらに介護における改善活動に関しても、その可能性と持続させるための仕組み作りについて言及する。

## 2. 「おとなの学校」の新奇性

高齢者介護の世界では、その人らしい人生、その人の望みを中心としたケアプランなど、要介護者中心の介護が求められて久しい。また、それは単なるお世話だけの介護よりも間違いなく良い結果を導き出している。

しかしながら、そこには大きな課題が残されている。それは、要介護者をどうしても特別視し、普通の人間として扱っていないことである。相手が要介護高齢者であり、介護サービスを必要としているという視点から彼らを支援する限り、この壁は乗り越えられない。

「おとなの学校」はこの壁を乗り越えたことにその新奇性をまとめられる。

既存の介護法では、必ず本人に自分が要介護者であることを意識させる。障害を意識させ、それに対する支援があることを理解させるのがケアプランの基本だからだ。これが現状世界の介護の標準的方法となっている。

何故、この方法に誰も疑問を持たなかったのだろうか。絶対に治ることのない障害を理解し、記憶することがいかに精神的負担となるか、人からやる気を奪うかを考えなかったのだろうか。

私たちは、この方法に疑問を持った世界最初の人間たちとなった。そして、その解決方法として、「おとなの学校」を作ったのである。

「おとなの学校」は、「場」の設定を明確にしており、入った瞬間、介護の匂いが全くしないことに人は驚く。多くの要介護者がいるにもかかわらず、である。

それは何故か。おとなの学校は要介護者が自分が要介護であることを忘れる場を作ることを目的としているからだ。

それに最もふさわしい場として、私たちは学校を選んだ。囲われた場所に明確なコンセプトを持った場を設定し、五感を使って、その場を体感させる。この方法はディズニーランドなどのアミューズメントパークで使われる手法と同じである。ある意味確立されたノウハウなので、入り込んだ人たちはアミューズメントパークを楽しむのと同じような心理状態となる。

それ以上に人がこの場にはまる仕組みもある。アミューズメントパークでは、顧客はアトラクションの主人公になるのは難しい。顧客はミッキーマウスにもシンデレラにもなれないからだ。しかし、「おとなの学校」にあっては、人はこの場でそれぞれに主人公になることができる。先生という役であったり、生徒という役であったりしながら。これらの役

柄は、彼らにとって説明不要の慣れ親しんだものであり、容易にその役柄になることが出来る。

そして、自分が要介護者であることを忘れる。彼らは自分が要介護者であると理解する代わりに、自分が学生であると錯覚する。その錯覚が要介護者にやる気を出させ、自分が要介護者だと理解している時よりも、体が動くようになるのである。(現在、「おとなの学校本校」における身体機能の改善については学会誌に投稿中である。)

体が動くようになること、また、認知症になってもできるくらいの簡単な課題を解くことなどから、要介護者は、要介護になって以来得られなかった「可能感」を得る。自分にも出来ることがある。その気分がさらに高齢者を元気にするのだ。毎日体を動かすことが容易になり、それ自身が維持期のリハビリテーションとして機能する。

同時に、彼らは学生気分という、人生の中で最も明るく楽しかった「はず」の気分の中に入り込むことが出来る。それを知れば、わざわざ、高齢で要介護の自分に戻って嫌で悲しい思いをする必要はないのだ。

上記のように、「おとなの学校」は、今までの介護とは概念自身が違うものである。「おとなの学校」が上手く機能し、要介護者を元気にしていくのを見るに、要介護者が要介護状態であることを理解させること自身がやってはならないことと感ぜられる。

もし、それを正面から受け止め、それを乗り越える精神力、知能を持った人たちであれば、自分が要介護者であるという認知には大きな意味があるが、多くの人間はそんなに強くはない。

そして、「おとなの学校」が、他の介護施設と決定的に違うのは、ここは「未来がある」というメッセージに溢れていることである。今まで、高齢者介護、高齢社会を語る時、人は彼らの未来について思いを馳せたことがあるだろうか。

人は未来がなければ生きてはいけない動物である。未来があるから頑張れる。それは現役世代の誰もが知っていることではないだろうか。同様に高齢者にも未来は必要なのだ。もちろん、要介護者にとっても。そうであるにもかかわらず、どんな豪華な有料老人ホームにも、真面目な施設にも、未来は感じられない。

人の人生を丸抱えする介護というサービス産業において、最も大切なのは、未来の提供ではないだろうか。そして、今までの介護は、最も大切なものを抜きにして行われていたのではないか。

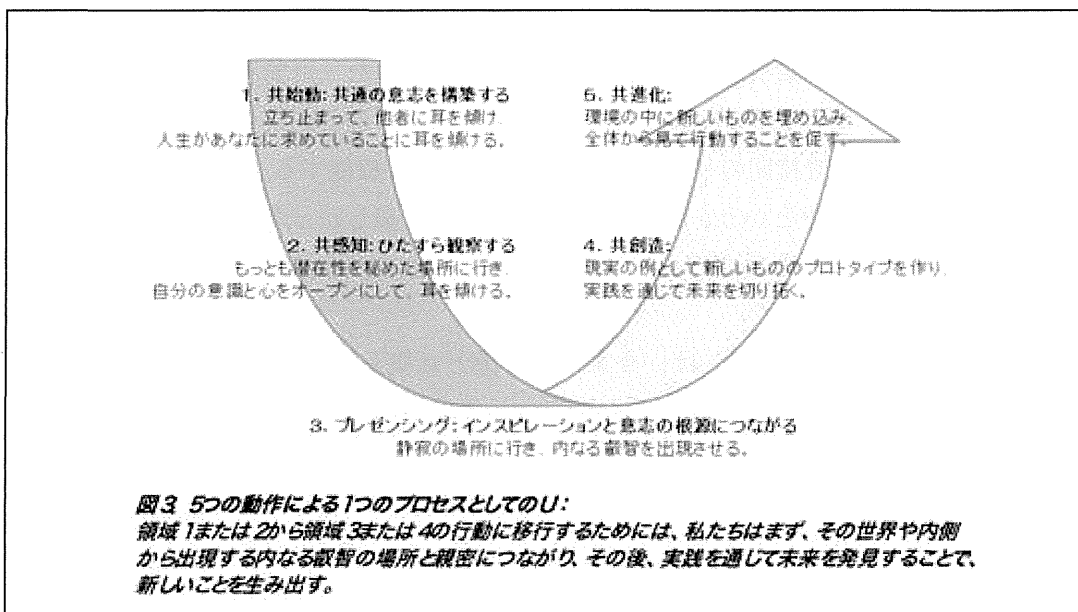
少なくとも、「おとなの学校」が出来た今、より多くの介護事業者が未来の必要性を感じ、それぞれに未来を創造する工夫を始めて欲しいと熱望する。

この「おとなの学校」の概念の違いを理解し、それを発展させる人間は一体どのような人たちなのだろうか。

### 3. 「おとなの学校」が生まれた理由

「おとなの学校」が生まれた理由を説明するのに有用な理論がある。U理論である。  
参考 URL ; [www.theoryU.com](http://www.theoryU.com)

#### <図Ⅱ-2-1>U理論概要



「おとなの学校」は、「今までの介護は不幸の再生産ではないか」という現状に対する辛辣なアンチテーゼから始まる。そして、図のごとくに現場で起こることをひたすら観察し、それを「インスピレーションと意志の根源につなげ」たことで思いついたものだ。

U理論は現在沢山のケース、データを元にその有用性は証明されている。「インスピレーションと意志の根源につながる」部分は、残念ながら一人の頭の中で行われるので、その人材が無いところに、創造的な仕事は生まれない。

#### 4. 「おとなの学校」を生んだ創造性は持続可能か

現在「おとなの学校」は、フランチャイズ方式で拡大するところまで来た。しかし、拡大することと、創造性を維持することは全くの違う課題である。ここでは、拡大ではなく、創造性は、介護という仕事の中で持続可能かについて、私見を述べる。

現在、最も「おとなの学校」の取り組みに興味を示しているのは、幸か不幸か厚生労働省ではなく、経済産業省である。昨年は、新奇性ある事業、サービス産業のひとつとして、また、雇用を生み出す仕事として取り上げられた。その後、政権が変わっても政府のプレゼンテーションの中で将来性ある事業として取り上げられている。

ここにひとつの答えがある。厚生労働省の考え方が変わらない限り、現場で新しい取り組みが生まれ続けるのは難しい。厚生労働省は新奇性は求めているからだ。厚生労働省を頂点とする医療介護福祉業界では、現場の辛さを改善も革新もない状態で良くしようとするが、そんなことはどんな産業の中でも起こったことはない～できないことである。

松下幸之助は、「経費の3%カットはできないが、30%カットは容易に出来る。」と言ったそうだ。これは、問題解決策は現状の延長線上にはなく、革新の発生においてのみ可能だということ語った言葉である。

それからいけば、現状維持するためにすべての仕組みが作られる現在の医療介護の考え方が変わらない限り、革新が生まれる土壌は作れない。ただ、当グループのように、自然発生的（野生的）に革新する萌芽が生まれることが偶発的に起こるだけだ。偶発なので、数には限りがある。

では、ここに生まれた革新の萌芽はその後どう成長していくのだろうか。U理論としては、さらに新しいコトがUの字を繰り返すことで出来るはずである。しかし、私はここに大きな摩擦を感じる。そもそも、医療介護福祉を志す人間たちは、その資質として、革新を望まない。革新とはある種の闘いであるが、医療介護福祉を志す人々の多くは闘いを好まないからだ。自分で医療介護行為を行い、人に喜んでもらうのを至上の喜びとし、そこに働く意義を感じているので、「この仕事の開発が世界を変え、沢山の人を幸せにするのだ」という広い視野を求めている人は少ない。

「おとなの学校」は拡大するにあたり、この理念を濃密なまま広げることの難しさに直面している。外に、ではなく、内部の空洞化が起こる危機に瀕しているからだ。

結局、U理論の一番底であるインスピレーションと意志の根源につながった人間以外にそれを伝えていくことは難しく、どこかに歪みや取り違えを生じる。それほどに、革新的活動、創造とは医療介護福祉とは程遠いものなのである。

しかしながら、「おとなの学校」は現在も、最初のインパクトほどではないにせよ、創造性を維持し続けている。

どうやってそれを行っているか。実は、産業界とのコラボレーションにおいてである。介護が楽になる家具の開発や、建物のリノベーションなど、介護業界ではない人たちとの

連携が始まりつつある。介護はその意味で全く革新も改善も行われて来なかったのも、ちょっとした産業界の知識が入れば、爆発的に改善が進む可能性を秘めている。その可能性を産業界も理解しており、トロイのように堅ろうな要塞たる医療介護分野への参入を虎視眈々と狙っている。彼らの知恵は医療介護業界にとって新鮮である。多いにコラボレーションすべきだと考える。

問題は、それを医療介護業界人が望むかどうかだ。

改善活動を本校で行ったところ、5s（整理整頓清潔清掃しつけ）どころか、半年くらいは2s（整理整頓）のみで終わる。2sが出来ただけでずいぶん介護現場は変わる。ところが、同じことを医療分野で行おうとした瞬間、現場からの丁寧な拒否に合う。それほど、他からの介入を嫌がるのが、医療介護の姿であり、それを良いと盲信する人々を変えることは容易ではない。

このようなこう着状態にある人たちを変えるよりも、どんどん周辺事業で革新を起こしたほうが効率的だと私は考える。医療介護人も、厚生労働省も、時代の流れから取り残されれば良い。

それを誰がするかは問題ではない、世の中が良くなっていけば良いだけだ。

筆者は厚生労働省以外の省庁から、「活動するにあたって、何が問題か」を尋ねられることがしばしばある。時として、個人的に厚生労働省内部の人間からも尋ねられる。そのような時には、自由度の無さを挙げることにしているが、元々医療介護で働く人々の資質を考えると、このこう着状態が関係者の安住の地であることに間違いはなく、これ以上、ここに変化を求めようとは思わない。

ただ、革新的活動に対して、邪魔はして欲しくないものである。この世の中をいつまでも不幸なままにするから。

同様に、革新も改善活動も望まない医療介護人には、変わらなくて良いので、革新、改善活動の邪魔はしないで欲しいと伝えたい。それが現状の限界である。人は自分が解る範囲でしか物事を考えられない。未だ無いものを作り出すこと＝創造、革新を理解出来るほど賢くはないのだ。

実際、産業界では改善活動を円滑に行うために全くの素人ばかりで行うテストプラントを作るのが常道であるが、医療介護においては、それぞれに国家資格を持った人間しか行為を行えないので、まっさらな気持ちで行うテストプラントは作れない。

それでも、周辺事業で革新は続けられる。「インスピレーションと意志の根源につながる」個人を通して。革新活動はそれに向いた資質の人間たちの手で行うべきだと考える。

## 5. 医療介護の持続的改善活動の可能性

とはいえ、医療介護現場自身にもより良くなっていく仕組みが欲しい。そこで当グループは、日本生産性本部が主催する「日本経営品質賞」を目指すことを選択した。

これは、顧客の視点から経営を見直し、自己革新を通じて、顧客の求める価値を創造し続ける組織を表彰する制度である。

すでに医療分野でも数件、この賞を受賞している。2011年度の「川越胃腸病院」そして、2012年度は、「福井県済生会病院」が受賞した。特に2012年度の受賞団体は福井県済生会病院のみであった。これは、医療分野で既に日本経営品質賞への取り組みが始まっているだけでなく、他分野以上に経営の品質に関して関心が高まっていることを示唆している。

日本経営品質賞 URL ; <http://www.jqaward.org/>

私がこの仕組みを選んだのは、地道にこれを目指しただけで、現場での革新活動が行われるからである。少なくとも受賞した組織では、現場で革新活動が常態化している。もちろん、コロンブスの卵的なものではないが、それでも十分に上を向いて働くことが可能だ。人は、明るい未来がなくては生きてはいけない。仕事も、現状がどうであるかではなく、明るい未来があれば、今日頑張ることは不可能ではない。

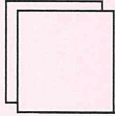
そもそも、この国には、超高齢社会を賄うだけの医療介護人の数は既に存在しない。一定量の施設、病院が無くなるまで、人材不足は続く。そして、将来は病院や施設など大型の箱物で24時間体制の医療介護を今のように長期間受けられるなど、夢のまた夢になるのは想定外の真ん中の未来である。(それが当居住系サービス研究会の存在意義でもある。)

それでも上を向いて頑張れる何かが組織には必要である。

それが、自ら行う革新活動であると私は信じている。私には～私自身が医師であるにもかかわらず～革新を好まず、変わろうとしない人たちの気持ちは解らない。百歩譲って彼らの論理に従うとしても、現状の延長線上に今と同じ未来がないことは理性と知性で理解してもらいたいと願うものである。

その上で、何故、革新、改善が必要か問われれば、その答えは、「勝ち組とは自らハードルをあげられる組織」だからだ。前述の如く、今医療介護業界は淘汰の時代に入ってきた。ダーウィンが語った如く、自然淘汰は行われる。

「残るのは、最も強い種でもなく、最も大きな種でもない。最も、環境に適応した種である。」そして、革新的組織にとって環境適応とは、自ら未来を創造する立ち位置に続けることである。



### 第Ⅲ章 海外調査報告

---



### 第Ⅲ章－1 フランスにおける Hospitalisation A Domicile (HAD)の調査報告

早稲田大学人間科学学術院 教授 植村 尚史

早稲田大学人間科学学術院 助教 大島 千帆

#### はじめに

厚生労働科学研究費行政政策研究事業「居住系サービス提供体制のあり方に関する研究」の一環として、2013年2月14日、イヴリーヌ県南エリアにおいて Hospitalisation A Domicile (以下「HAD」という。)を展開する Korian グループのパリ 17 区にある事務所を訪問し、責任者のフロソワ氏、コーディネイト医師のアルバート氏、現地の HAD 及びリハビリ施設の担当者エルドガン氏及びバルゲル氏の4名と面談し、フランスにおける HAD の概要及び Korian グループが展開する HAD の事業内容についてヒアリングを行った。

HAD は、住居における入院という意味で、我が国では一般に「在宅入院制度」と訳されている。基本的に、急性期病院とかりハビリ施設で治療を受けた後に、患者が自宅で医療的あるいは半医療的な治療・ケアを継続的に受けるのが HAD であり、療養型病院への入院の代替手段といえることができる。フランスも日本と同様に在院日数の短縮化が大きな課題となっており、急性期病院からの早期退院と亜急性期の在宅医療の普及という観点から、在宅で入院並の医療を提供する HAD という手法が注目されるようになってきている。しかし、在宅で効率的に医療を提供することは容易ではなく、HAD も、患者が特定の地域に集中している、パリなど都市部とその近辺に限られているようである。

患者が一カ所に集まっているというメリットは、居住系サービスの場合も同様であり、HAD のような医療提供システムと居住系サービスを組み合わせることで、急性期病院からの退院後の受け皿としての居住系サービスの位置づけを明確化し、早期退院の促進に貢献することができるのではないかとというのが、今回の訪問調査の趣旨である。我が国では、HAD のような仕組みは制度化されておらず、医療法制上もクリアすべき問題が多い。しかし、亜急性期や終末期の医療を担っている病院と居住系サービスとの連携によって、現行制度の枠内、あるいは部分的な特例措置を設けることで、HAD と同様の医療を提供し効果を上げることができる。今回の調査の趣旨は、居住系サービスのひとつのモデルとして、HAD のようなサービスの形態に関する検討を行うための材料としようというものである。

## 1. HAD の位置づけと医療内容<sup>1</sup>

### (1) HAD の位置づけ

前述のように、HAD は、我が国では「在宅入院制度」と訳されている。1970 年の病院法によって導入されたもので、現在の基本的な枠組みは、2000 年の雇用連帯省通達によって定められている。他の国における代用病院のように、老人ホーム等の施設を病院の代替として使用する制度とは異なり、患者の住んでいる住居で入院と同様の医療を行うところにその特徴がある。我が国の制度に置き換えれば、訪問医療ということになる。「入院」という言葉が使われている理由は、入院した場合と同様の医療が居宅において受けられるというところに特徴があるからである。HAD の対象となる患者は、どうしても入院が必要な急性期の患者ではなく、しかし、かかりつけ医のもとで医療的な管理を受けていれば足りる患者でもない、その中間に位置する患者ということができる。我が国でよく使われる区分でいえば、亜急性期の患者と終末期の患者がそれに該当するといっていよう。

では、なぜフランスで HAD のような仕組みが取り入れられるようになったのだろうか。フランスでも我が国同様に、入院期間の短縮化ということが重要な課題となっている。それは、単に医療費の削減ということではなく、限られた医療資源を集中的に使おうということであり、できる限り住み慣れた住居で暮らし続けたいという患者の希望に添うものでもある。HAD の位置づけを我が国の標準的なクリティカル・パスに置き換えて考えてみると、その役割が明確になる。

我が国で一般的に考えられているクリティカル・パスの例では、急性期には、手術や集中的な化学療法を行うために急性期病院に入院するが、病状が回復、または安定し、在宅での生活が可能になる慢性期までの、亜急性期・回復期は、療養病床、回復期リハビリ病床等のある病院に転院する。そこでの治療を経て、慢性期になると、在宅で、かかりつけ医の訪問または通院による医療を受け、訪問看護、訪問介護等のサービスを受けて生活する、そして、終末期において、在宅での生活が困難になると、再び入院し、そこで最後を迎える、というのが一般的なクリティカル・パスのモデルと考えられている。HAD は、このクリティカル・パスの中で、主に、亜急性期・回復期と終末期の医療を、入院によらずに提供する。ただし、集中的な医療的リハビリテーションが必要な場合は、専門の施設があり、そこを経て HAD に移行するという場合がある。その流れを示しているのが図-2 である。もちろん、HAD を経ないで、在宅療養に移行できるケースも存在し、HAD=急性期病院の退院の受け皿というわけではないが、我が国の一般的なクリティカル・パスのモデルと比べれば、亜急性期・回復期及び終末期の医療を、在宅で提供することによって、医療費の効率的使用と患者の「できるだけ在宅で」という希望の両方を実現しようという試

<sup>1</sup> ここでの報告の内容は、基本的に現地調査によって得られた情報に基づいており、地域によって異なる場合があることに留意されたい。

みということができらるだろう。

退院後の受け皿という機能だけでなく、必要性の少ない入院を減少させるという役割も HAD は果たしている。在宅療養中の患者の病状が悪化した場合、かかりつけ医の判断と HAD の医師の判断により、必要があれば入院ではなく HAD を選択することもできる。在宅で最期を迎えたいという患者の希望がある場合、HAD は終末期の医療としても機能する。その患者が在宅介護サービスを受けているような場合、入院であればそのサービスは中断されるが、HAD の場合、介護サービス等を継続しながら、それを連携する形で医療を提供していくことが可能になる。

HAD は、在宅「入院」という言葉が示すように、訪問医療と異なり、ある事業者が、ある地域で HAD を展開する場合に、対象となる患者数（病床数）の上限が定められる。その地域において HAD が何床分必要かということについては地域保険庁が判断し、事業者を公募する。事業を行うのは、民間の会社であってもかまわない。地域保険庁は、事業者の申請内容を見て HAD を行う機関として許可するかどうかを決める。自由開業性ではなく、許可制であり、地域の許可病床数は地域保険庁が管理している。

## （2）HAD の提供する医療内容

我が国の療養病床等における医療と比べて、HAD の大きな特徴は、医師は直接治療行為は行わず、カルテ等によって病状を診断し、治療の方針を決めるだけであるということである。そのため、HAD における医師は、コーディネイト医師と呼ばれる。しかも、コーディネイト医師は、患者の症状の変化に応じた日常の具体的な治療方法の指示も行わない。そのような指示は、コーディネイト看護師の役割である。コーディネイト看護師は患者の病状を管理し、その状況と患者の希望に基づいて具体的な治療計画を構築する。コーディネイト看護師の指示に従って、具体的な医療（治療及びケア）を行うのは主に訪問する看護師である。

HAD は以下のような手続きを経て開始される。HAD の申請は、病院の医師またはかかりつけ医が行う。申請があった場合、HAD のコーディネイト医師が HAD が必要かどうかを判断する。治療計画は、HAD のコーディネイト医師、病院の医師、かかりつけ医の 3 人が話し合って決める。病院からではなく、在宅から HAD に移行する場合は、かかりつけ医と HAD のコーディネイト医師で話し合って決める。患者を診察し、具体的な治療及びケアの計画を作成するのは、コーディネイト看護師である。HAD で受け入れが決まると、患者が入院中であっても、コーディネイト看護師が病院に赴いてどのような治療・ケアが必要かを判断して、治療計画を決定する。決定後、おおむね 24 時間から 48 時間で人員・機材の配置等の準備ができる。退院から HAD に移行することが決まると、少なくとも 48 時間後には自宅で治療が受けられるようになる。

HAD からの「退院」の判断もコーディネイト医師が行う。カルテ等をもとに、あくまでも医療技術的な側面からの必要性で判断される。一般的な在宅療養＝かかりつけ医のサポートの下で、訪問看護等の提供で十分であると判断されれば「退院」となる。患者の生活上のサポートが受けられるかどうかは判断の材料にはならない。介護等のサポートが必要な場合は、ヘルスネットワーク等の他のシステムでサービスを受けることになる。

HAD が提供する医療は多岐に及んでいる。HAD の対象となる疾患には、精神疾患を唯一の例外として、限定がなく、提供する医療の内容も、急性期病院でなければ提供できない医療以外の医療はすべて HAD によって提供できるといってよい。点滴、注射、胃瘻等の経腸栄養管理、褥瘡の処置、包帯の取り替えなどにとどまらず、モルヒネ、ガス等による疼痛の緩和や癌等に対する化学療法も対象になっており、これらもコーディネイト医師の治療方針の下で、コーディネイト看護師が処方し、訪問看護師が実施する。

フランスでは、終末医療に関しては、非常に複雑な場合を除き、患者の希望で在宅で過ごす場合が多い。したがって、終末期に医療が必要な場合には HAD によって提供されることが多い。しかし、医療技術的なケアは必要ないという場合は、ヘルスネットワークなどのシステムで、緩和ケアや終末期ケアに適した看護師と心理療法士が対応し、ホームドクターがそれをフォローするという形で対応している場合もある。

3 年ほど前から HAD が老人ホームで行うこともできるようになった。これは、老人ホームでは夜間の看護師がいなかったり老人ホームの医師が緩和ケアの専門ではないということがあり、老人ホームで最後まで生活することができない場合があったためである。HAD が入ることで、最後まで老人ホームで暮らすことが可能になる。2012 年の 11 月からは、障がい者施設でも HAD が行えるようになった。

### (3) 費用

HAD は、保険診療として認められた医療であり、その費用は全額医療保険（公的医療保険及び補足的医療保険）から支払われる。費用には、施術料だけでなく、事務費、使用する薬剤費、自宅で過ごすために必要な機材のレンタル料、療法士のセラピー費用なども含まれる。したがって、基本的には、患者負担は発生しない。ただし、おむつ代等は医療費には含まれないので自己負担となる。保険の給付は現物給付となっていて、かかった費用は、HAD の機関が月ごとに疾病金庫に請求する。

費用の計算方法は、疾病とか介護状況によって、実施すべき基本の行為の組み合わせが決まっていて、この患者がこれに当たるということを HAD のコーディネイト医師が決めると、費用が決まる。医療技術的に負荷が高い行為が含まれると費用は高くなり、基本的な行為だけだと安い。

また、1 日目から 4 日目まで、5 日目から 10 日目まで、11 日目から 20 日目まで、21 日

日から 30 日目まで、31 日目以降というように期間によって費用は異なっている。長期になるほど料金が下がる。ただし、ケア をするレベルが上がると、1 日目から計算し直す。

一般的に、入院と同じ医療を行えば、非効率である HAD の費用は入院の場合より高くなると考えられる。しかし、HAD では医師による治療行為は必要ないという割り切りをしており、このため、HAD 全体の費用の中で、Doctor's Fee に相当する部分は低く抑えることが可能で、入院の場合よりも安い費用で医療が提供できるというわけである。

#### (4) 居住系サービスと HAD

前述のように、HAD は、我が国のクリティカル・パスでいえば、おおむね亜急性期と終末期の医療を担当しているということができる。我が国では、亜急性期の概念は曖昧であり、亜急性期の医療のための入院が長期の入院につながるケースが多いのが現実である。また、終末期は複雑な医療が必要であると考えられており、ほとんどの人が最後を病院で迎えるという現実がある。これは、特別養護老人ホームなど介護を提供することを目的としている施設に入所している場合も同様である。

居住系サービスのあり方として、医療・介護のニーズを有する高齢者が、ターミナルまで住み続けることができるということを目標とするならば、高齢者の症状の変化に合わせて、必要な医療が入院レベルで提供できるだけのスタッフの配置が必要になる。しかし、現実にそのような配置をすれば、それは病院と同様のコストがかかることになってしまう。そのような場合に、地域において HAD のような仕組みが存在するならば、それと連携し、生活支援を中心としたサービスと組み合わせ提供していくことでターミナルまで住み続けられる居住系サービスの提供が可能となる。一方、HAD のようなサービス提供主体の側からみても、居住系サービスにおいて、一定数の患者が確保されていれば、効率的なサービス展開が可能となり、経営的にもプラスとなる。

フランスにおいて、老人ホームや障がい者施設においても HAD が実施されるようになったことは、対象者が集積している施設における HAD の効率性が証明された結果とみることもできる。フランスはイギリスのように高齢者住宅が公的施策として進められているわけではないが、老人ホームは、住居部分は自己負担、介護・医療サービスは公的サービスという組み合わせで成り立っているところが多く、我が国における特定施設に類似している。老人ホームには嘱託医や看護師が配置されているが、亜急性期や終末期の医療をカバーできるだけの人員配置にはなっておらず、そのような疾患や状況に適した人材が配置されているわけでもない。この点は、我が国の特別養護老人ホームや特定施設も同様である。

高齢者の病状は常に変化する。特に終末期は、24 時間の定期巡回看護など在宅での療養では対応することが困難な医療サービスを必要とする場合がある。高齢者施設や居住系サービスが住居であることを考えれば、自宅で最期を迎えたいという居住者の希望を叶える

ためには、終末期に必要となる医療の提供体制を整えておく必要がある。しかし、その場合だけ対応できるようにするために常時必要な人員を配置しておくことは効率的ではない。そのようなサービスは「外付け」で対応する方が効率的であるが、既存の訪問サービスではそのような状況に対応することができるものがない。この結果、これまでは、多くの老人ホームや特定施設で、終末期は結局入院をせざるをえないという結果になっていた。しかし、フランスでは、HADの老人ホームでの展開によって、最期まで老人ホームでという希望が実現することになった。それは、施設側からすれば、最期までそこで過ごせるという「価値」を付加したことになり、HADの側からすれば、安定的な「病床」を確保したことになり、居住者、施設、HADの3者にとって、Win-Winの関係が成り立っているということができる。このように、高齢者施設や高齢者住宅にHADを提供することによって、事業の効率性等の問題から普及が進まなかった地方都市などへもHADが広がっていくことが期待できるのではないかと考えられる。

## 2. 訪問先である Korian グループの展開している HAD の事業概要

### (事業形態)

HADの紹介論文等では、公立病院協会傘下の急性期病院はHADの支部を有することが義務づけられているとされている<sup>ii</sup>が、逆は必ずしも真ならずで、Korianグループは病院を持たない民間事業体である。グループで展開している事業は、リハビリ施設とHADである。

### (対象疾患)

前述のように、HADの対象となる疾患には限定がなく、精神疾患以外のあらゆる疾患が対象となるが、HADの提供組織によって、人員の配置等の理由から対象外としている疾患が存在する。Korianグループでは、出産に関する医療が対象外となっている。その理由は、出産に関しては助産師等の特別な医療関係者や保育者等が必要になるためである。このグループでは、対象地域の特質から、高齢者の病気と介護を中心に行っている。

### (対象地域、規模)

HADは対象地域と病床にあたる対象者数の上限が決められていて、その範囲内で医療行為を行う。このグループは、イヴリーヌ県南エリアを対象としており、60床分がキャパシティとなっている。2004年から許可を得ている。

<sup>ii</sup> 例えば、篠田道子「フランスにおける医師と看護師の役割分担」海外社会保障研究 No.174 p39

### (従事者体制)

HAD は体制上は入院と同様であり、24 時間、毎日医療を提供している。看護師も夜勤体制を敷いている。スタッフとしては、コーディネイト医師 2 名、コーディネイト看護師 2 名、ケアのチームとして、看護師 17 名、介護士 8 名が所属している。その他の療法士などは、契約職員である。その他、心理的社会的ケアを行うために、ソーシャルワーカー 2 名、心理療法士 2 名が所属している。

### (内部の役割分担と連携)

コーディネイト医師とコーディネイト看護師の役割は、HAD の医療に適した患者かどうかの診断と基本的な治療方針は医師が決定し、具体的にどのようなケアが必要かの評価とケアの計画づくり等はコーディネイト看護師が行うという分担になっている。

週に 2 回は、コーディネイト医師、コーディネイト看護師、ソーシャルワーカー、心理療法士が集まって状況を確認し、ケアの方針について審議する。必要に応じて、実際に自宅に行っている看護師も加わる。このような会合によって、治療方針が決定、改定される。その情報はかかりつけ医にも送られる。この他、患者の病状を把握し、調整、引き継ぎを行うため、ケアのチームは日常的に会議を開催している。

### (情報の共有)

カルテは患者の自宅におかれ、訪問した看護師等が必要な情報を書き入れる。コーディネーション関係書類は電子情報化されており、コーディネイト医師等はパスワードを使ってアクセスすることができる。パートナーの中に外部の専門医がいるが、自分の担当の患者にはアクセスできるようになっている。今後、訪問する看護師等にタブレットを持たせて、現場で必要なデータを入力したり、写真を撮ったり、処方箋を出力したりできるようにしようという計画がある。

### (提供している医療・ケアの内容)

緩和医療・サポートケア、モルヒネ、ガス等による痛みの緩和、在宅酸素療法、複雑な包帯、絆創膏の取り替え（褥瘡などの処置）、点滴、注射、胃瘻等の経腸栄養管理、癌等の化学療法後の処方<sup>iii</sup>、骨折などの後のリハビリ、神経疾患のリハビリ、治療教育、社会的、心理的問題への対処、失禁などへのケア など行為別費用の割合の大きいものは以下のとおりである。

|           |        |
|-----------|--------|
| 緩和ケア      | 29.9%  |
| 複雑な包帯、絆創膏 | 26.90% |
| おむつ、失禁の世話 | 15.90% |

<sup>iii</sup> 化学療法実施後の副作用に対する薬物療法についても、決められた処方に沿って行う場合は担当看護師の判断で対応することが可能である。また、化学療法のフォローアップだけでなく、HAD の処方での化学療法を行うこともある。

### (連携している事業者)

急性期病院、リハビリセンターなどの医療機関、一般医、専門医、療法士等と常に連携している。

### (2012年の統計データ)

累積実施日数 17 981 件

入院件数 376 件

患者数 240 名

患者 1 人あたり入院件数 1.57<sup>iv</sup>

平均入院日数 74.92 日<sup>v</sup>

1 日あたりの患者数 49.13 人

死亡件数 36 件

患者の年齢

49 歳以下 7%

50 ～ 69 歳 24%

70 ～ 99 歳 68%

99 歳以上 1%

## 3. 日本の医療制度に対する示唆

### (1) 新たなクリティカル・パスの導入

先に述べたように、急性期病院の入院期間は長くても 10 日程度にとどめ、亜急性期、回復期は、療養病床、回復期リハビリ病床等のある病院に転院し、その後は、在宅で、訪問または通院による医療を受け、訪問看護、訪問介護等のサービスを受けて生活するというクリティカル・パスが提案されている。しかし、現実には、回復期リハビリテーション病床は少なく、療養病床では入院期間が長くなることや政策的に抑制の方向にあって、このようなクリティカル・パスを経て在宅療養に移行する患者は、急性期病院の退院患者の 10 数%にすぎないとの調査結果もある。<sup>vi</sup> 急性期病院から在宅療養へ直接移行することには患者や家族にとって不安が大きい。また、かかりつけ医による医療と訪問看護、介護等のサービスの提供は必ずしも一体的に行われておらず、在宅療養の体制は整っていないがたい。急性期病院の平均在院日数が長くなる背景には、このような事情が存在する。

<sup>iv</sup> 1 人の患者が 1 年間に入退院を繰り返す場合があるため、1 よりも大きくなっている。

<sup>v</sup> この年は特に長かったとのこと。通常の年は、30～35 日程度

<sup>vi</sup> 「居住系サービス研究会」における川越国立社会保障・人口問題研究所室長の報告



また、病状の悪化等による再入院の可能性も大きい。終末期においては、自宅で終末期を迎えたいという希望は多いにもかかわらず、ほとんどの人が病院で最期を迎えるというのが現状である。これも、現在の在宅療養の体制では、急激に変化する終末期の病状には対応できないためである。一方、長期入院が常態となっているとされる療養病床における入院患者の実態調査によれば、8割の患者が週1回以上の医師の治療を必要としておらず、常時医学的管理を必要とする患者も1割程度しかいない。<sup>vii</sup> このように、在宅療養体制の不備と、患者や家族の不安が、在宅で生活できる患者を病院に閉じ込め、長期入院の原因になっているということができる。

急性期病院には、退院計画を作成し、在宅療養に円滑に移行できるように、かかりつけ医等と連携することが義務づけられている。しかし、受け取る側の在宅療養支援体制をみると、在宅支援といっても外来診療にウェイトを置かざるを得ない一般開業医が中心であり、介護保険で行われる訪問看護、訪問介護等のサービスと一体的なマネジメントが行われるような体制にはなっていないなど課題が多い。もちろん、患者の多くは急性期病院から退院して円滑に在宅療養に移行することが可能であり、終末期においても在宅を継続できる状態の患者も多い。しかし、現在の在宅療養支援体制では退院が難しい患者が存在することは確かであり、それが、そのような状況にない患者・家族にまで不安を拡大させ、入院の長期化につながっていることも否定できない。

一般に考えられているクリティカル・パスでは、急性期病院退院後も医療ニーズの高い患者は回復期のリハビリテーション病院などに入院し、その後在宅に移行することになっているが、在宅療養支援体制に不安がある以上、回復期が長引き、長期入院が可能な療養型病院にニーズが減少することは期待できない。こうした事情を考えると、亜急性期・回復期の医療ニーズの高い患者に対しては、病院ではなく、在宅側でそれに対応できる医療提供体制を整え、在宅での療養に対する不安をなくしたうえで、一般的な在宅療養に円滑に移行できるようにしておくことが、早期退院の促進のためには有効であるということができる。また、終末期についても、在宅側の医療提供体制の不備から入院せざるを得ない状況が生じている現状を考えると、終末期医療に精通した医療スタッフと24時間の訪問看護体制を整えた医療提供組織があれば、入院し高度な延命治療を望む場合を除き、終末期の入院を極力避けることが可能になる。

このように考えると、HADのように、急性期病院からの退院直後や終末期などに限って、対象者数や期間を限定して、在宅での集中的な医療を提供できる体制を整え、それをクリティカル・パスに位置づけておくことは、望まない入院を減らし、円滑に在宅療養に移行することを促進する上で、きわめて有効な方法であるということができる。

---

<sup>vii</sup> 厚生労働科学研究費行政政策研究事業「居住系サービス提供体制のあり方に関する研究」平成22年度報告書 分担研究報告書「第3章 長期入院患者の「受け皿」としての居住系サービスの可能性に関する研究」参照

## (2) 医師、看護師の業務範囲の見直し

HADの特徴は、急性期病院での医療以外は、医師による直接の治療行為も診断さえも必要としないという考え方に基づいているということにある。これは、看護業務の独立性を抜きにしては考えられない。この点を考慮しないと、直ちに我が国にHADのような仕組みを導入するというわけにはいかない。

フランスで看護業務の独立性が確立されてきた背景には、フランスにおける医師と看護師の役割分担に関する長い歴史が存在する。フランスでは、医療の高度化とともに、医師の業務は急性期の困難な患者の治療に集中していき、一方で看護師の担当分野が専門化していくことで、慢性期の定型的な医療は専門看護師が担うようになっていった。この結果、看護師は病院において医師の補助的な役割をするだけでなく、クリニックを開業したり訪問看護を行ったりしている。開業看護師は、医師の処方に基づいて「療養上の世話」を行うことになっているが、看護師の判断に基づいて医師の処方を変更してもらうなど、実質的に急性期病院からの退院後の継続的な疾患の治療を行うことができるようになっている。

HADは、このような看護業務の拡大を背景として成立しているもので、亜急性期における医療を、実質的に看護師が担当し、医師は直接患者を診察したり治療したりはしないということで、費用を抑えることができるということに特徴がある。この点では、病院における医療が中心で、看護師は医師の補助者であって、医師の細かな指示の下でなければ治療行為を行うことができないという仕組みができあがっている我が国において、HADのような制度をそのまま導入することは難しいといわざるを得ない。

しかし、訪問看護の実態をみると、医師の「包括的指示」の下で、患者の病状に応じた柔軟な対応が行われており、医師の処方に基づき単独で様々な処方を行うことができる「特定看護師」の実現に向けての検討も進んでいる。「特定看護師」を病棟の婦長等に限定せず、訪問看護師に積極的に拡大するとともに、実態に応じた単独業務の実施を認めていくことで、医師と看護師の役割を根本的に変更することなくHADと同様の医療提供体制を整えていくことは不可能ではないと考えられる。

現在の、医師と看護師等の他の医療専門職との役割分担は、医療が病院や診療所でのみ行われることを前提としたものであり、在宅医療を普及させようという今後の医療提供体制のあり方を考えるならば、役割分担の見直しは避けて通ることができない。その場合、HADのあり方は大いに参考となるのではないだろうか。

## (3) 医療と介護の連携

病院に入院している患者は、通常の生活を自力で行うことが、身体的、精神的に困難な場合が多く、狭い意味の医療行為だけでなく、療養上の世話といわれる「介護」サービス

も受けている。HAD は、入院の場合と同様のサービスを提供するものであるから、入院の場合と同様に、「医療」だけでなく「介護」サービスも、これに付随する範囲で提供している。「医療」と「介護」のサービスは、訪問する看護師が提供しているが、その他に、療法士によるセラピー、ソーシャルワーカーによる家族や近隣との関係調整、心理士によるカウンセリング等も、必要に応じて提供される。これらのサービスのマネジメントは、コーディネイト医師の包括的な指示の下で、コーディネイト看護師によって行われている。

我が国では、在宅で療養生活をおくる患者に対しては、かかりつけ医の診療、訪問看護、訪問介護、訪問リハビリテーション等が提供されるが、これらは、医療保険によるものと介護保険によるものに分かれており、医療保険によるサービスのマネジメントは医師によることが建前であり、介護保険によるサービスは介護支援専門員（ケアマネージャー）によって行われている。ケアマネージャーは、制度的にも、現実にも、医療に関するサービスマネジメントを行うことはできず、医療と介護の一体的なマネジメントは、医師がケアマネージャーも兼務しているというような特別な場合を除いては、実現困難な状況にある。また、各制度のサービスメニューはあってもその地域では提供できないものもあるため、実際には利用できないというようなことも起こっている。入院中は、医療に加えて療養上の世話ということで介護サービスを受けられた患者が、在宅になると、後者が介護保険によって提供されるサービスであることから、必要かつ適切なサービスを受けられないということが生じる。これが、患者の退院を遅らせることにつながっている。

このような点でも、亜急性期と終末期に限ってでも、HAD のような医療と介護のサービスを一体的に提供できる機関が存在し、統一的なマネジメントが確保されるということは、早期退院の促進と在宅療養の普及のために、きわめて重要であると考えられる。

#### （４）居住系サービスと HAD との連携

居住系サービスに求められる役割には、急性期病院からの退院の「受け皿」となることや終末期へ対応が含まれる。急性期病院からの退院直後の亜急性期や終末期においては、病状が急に変化する場合があります、24 時間の看護体制が必要になる。平成 24 年度から、24 時間の巡回訪問看護・介護が介護保険の給付対象となったが、そのような事業を実施している事業体は少なく、在宅で 24 時間の看護サービスを受けられるケースは少ない。一方、居住系サービスの側でそのような体制を整えることは、入居者を亜急性期から終末期に特定しない限り、非効率となり費用が拡大することになる。様々な状態の入居者が存在することが、居住系サービスが「在宅」に近い存在であることにつながるとすれば、特定の状態にある入居者のみに特化することは好ましいこととは言えない。前述のように、医療・介護ニーズ、特に医療ニーズの大きい入居者に対しては、「外付け」のサービスを活用することが適切であるが、現実には、居住系サービスと連携して医療サービスを提供するという仕

組みはできあがっておらず、個別の関係で連携が成り立っているところがあるにすぎない。一部の病院では、病院の近くで居住系サービスを展開し、そこを退院後の受け皿として、病院の医療スタッフが訪問医療も併せて提供することで医療を確保するという形態の居住系サービスを展開しているところがある。このような形態もひとつの方法ではあるが、入居者側からみれば選択肢が限られてしまう。

前述のように、居住系サービスと HAD の連携は、HAD の経営上もメリットがある。我が国において、HAD のような医療提供体制を検討するに際しては、居住系サービスの普及という観点も併せて検討していくことが望まれる。

## おわりに

今回の調査は、わずか 1 日で、1 カ所のみでの訪問であり、HAD についてのごく一部しか調べることができなかったが、HAD の実際の業務を担っている人達から、具体的な説明を聞くことができ、多くのことを学ぶことができた。長期入院の是正は、各国共通の課題であり、フランスの HAD はヨーロッパ諸国や OECD などの国際機関でも注目されている。人口高齢化の進展と疾病構造の変化の中で、医療は病院で受けるものから日常生活の中で提供されるものになりつつある。急性期から如何にしてスムーズに日常に復帰するかが、医療にとって重要な要素となっている。HAD はそうした要請に一つの答えを用意してくるものということができる。この仕組みをそのまま我が国に適用することは難しいかもしれないが、制度の枠内であっても、同様の効果が期待できる仕組みをつくっていくことは可能である。HAD に関する調査研究の蓄積が、我が国における制度化へつながっていくことを期待したい。