

<表Ⅱ—1—7 病院の退院調整に関するチェックリスト（案）>

項目	質問	自己評価
リーダーシップと計画	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院支援に関係する職種で構成されたハイレベルの退院支援チームが設置され、主要なステークホルダーが皆関与しているか ・ 当該退院支援チームは、退院支援活動の改善に積極的に関わっているか ・ 当該退院支援チームの構成員には介護者及びすべてのステークホルダー（一次及び二次医療、社会サービス及び住宅、救急医療、主要な臨床医、ボランティア等）が含まれているか ・ リーダーシップは明確な説明責任を伴う十分ハイレベルのものか ・ 退院調整の責任は、関係するスタッフ全員が有すると認識されているか ・ 退院支援チームは、退院調整プロセスをモニターし評価しているか ・ 退院の遅れの最大値についての合意された上限があるか 	
退院政策	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院に関する具体的な方針があるか ・ それはすべてのステークホルダーによって合意されているか ・ 退院に関する方針及びそのプロトコル（実施要綱）の実施は、適切な監査を受けているか ・ 退院支援の実施要綱は、介護者の希望を反映しているか ・ 退院支援の実施要綱には、退院までの段階ごとの大まかな時間経過が含まれているか ・ 退院に関する方針とその手続きは、具体的なアドバイスを含んでいるか ・ 退院支援が遅れたり、重複を防ぐために、退院支援の対象者を選ぶ基準はあるか ・ 退院支援で生じる問題（自己都合による退院、患者自身の選択、退院の拒否など）に対して、適切な対応をする手順書はある ・ 長期ケア紹介に関する患者の選択についての合意された解釈が存在するか。そして、それが文書化され、スタッフや患者に配布されているか ・ 異なる患者グループ（精神疾患、児童、様々な退院場所、早期退院等）に対応する適切なプロトコルが設定されているか 	

項 目	質 問	自己 評価
<p>コミュニケーション及び調整</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院支援を担当するスタッフが病棟ごとに配置されているか。配置されているならば、関係スタッフにはその役割が明確になっているか ・ 連携のとれた退院支援チームによる介入ができていますか ・ 退院支援に関して必要な様々な機能（評価、病床管理、教育、退院促進等）は、どのように運営されているか ・ 中間的なケアサービスへのリンクがどのように調整されているか ・ 退院支援は休日、時間外に関わらず行なっているか ・ 組織ごと、専門分野ごと、施設ごとで連携を取るためのシステムがあるか。システムがあるとすれば、それは機能しているか ・ 退院チェックリストが作成され、公表されているか ・ 退院に関する情報や今後の見通しは、患者及び介護者に伝わるようになっているか ・ コミュニケーション及びモニタリングを支援する適切な IT が利用可能か ・ 患者及び家族に対しての説明は、正確に記録され、矛盾のない情報として伝わっているか ・ 入院から24時間以内に、入院前の状況を知っている介護・福祉サービスと連絡がとれているか ・ 病棟ごとの退院支援担当者は、退院を調整し把握することができているか ・ 医療と介護・福祉サービスで、情報共有のためのシステムはあるか 	
<p>評価</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院調整は入院時点で（あるいは入院前の適切な時期に）開始されているか ・ 暫定的な退院予定日が入院から24時間以内に設定され、定期的に（毎日）見直されているか ・ 退院支援に関する共通の評価ツールがある、もしくは今後設定予定であるか ・ 退院支援に関する共通の評価ツールには、リスクアセスメントも含まれているか 	

項目	質問	自己評価
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院支援に関する共通の評価ツールは、精神的要因についても考慮されているか ・ 退院支援に関する共通の評価ツールは、他の専門施設を必要とする患者には、適切に紹介できる要項を含んでいるか ・ 適切な時期に、退院支援に重要な部署（診断、専門医の意見、薬局等）と連携できているか ・ 評価の完了についての合意された目標時間が存在するか ・ 患者が転退院する場合、暫定的な退院予定日は変更されるのか ・ 長期ケアへの紹介が行われる前に、リハビリテーションの機会が十分追求されているか 	
文書（化）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本的な患者情報が記録されるのは1回だけか ・ 統一された記録様式が確立しているか ・ 患者は今後のケアについての計画書を、退院時点で渡されているか ・ 退院後24時間以内にかかりつけ医に対して、情報提供書が送られているか ・ 主要な症状に関する適切なクリニカルパスが設定されているか ・ 退院支援の困難事例に関して、全国的な基準に基づいたデータ収集がされているか、また、そのデータを踏まえて、評価と対策がされているか ・ 転退院の遅れと、遅れた原因を含むデータが有効に活用されているか 	
データ収集	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院が遅れた理由について、関係スタッフが共有できているか ・ 需要の趨勢及び変動が識別され、サービス計画にリンクされているか ・ 退院支援の予想と、実際の介入結果について評価されているか ・ 在院日数及び再入院率がモニターされているか 	

項 目	質 問	自己 評価
退院	<ul style="list-style-type: none"> ・ 早期の転退院を支援する特別な準備はあるか ・ 以下の要因が管理され、退院の遅れにつながらないことを保証するメカニズムがあるか：設備、患者情報、薬剤、退院書簡、コミュニティサービスの立ち上げまたは再開、家の準備、引越し、移送、届け出られた介護者、問題が起こった場合の指名連絡を含むフォローアップの手はず ・ 病院スタッフは退院支援スタッフ・手順書・退院パスなどを通じて、退院支援に関する情報を入手することができるか ・ 退院ラウンジ（ないしは同等の退院相談窓口）が利用可能か、また、全ての部局によって有効に利用されているか ・ 病棟運営会議が、退院支援に有効な時期と頻度で開催されているか ・ 薬剤の調剤手続きが、退院の遅れを防ぐよう適切に行われているか 	
教育訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院調整に関連する全てのスタッフに、教育及び訓練の機会が利用可能となっているか ・ トレーニングのセッションは6か月の間隔で繰り返されるよう適切に設定されているか 	

<注>

(注1) OECD Health Data 2012によれば、2010年現在の先進諸国の平均在院日数は次の通りである。カナダ7.7日(2009年)、フランス5.7日、ドイツ9.5日、イタリア6.7日(2009年)、日本18.2日(一般病床)、イギリス7.7日、アメリカ4.9日(2009年)、OECD全平均7.1日。

(注2) 近年、社会保障審議会医療部会等の場において、一般病床の切り分け論が、「急性期病床群(仮称)」の導入という形で問題提起され、論議を呼んだ。結局、同部会の下に設置された「急性期医療に関する作業グループ」によって、「一般病床の機能分化の推進についての整理」が2012年6月に取りまとめられたが、そこでは、急性期病床群という形ではなく、「地域において、それぞれの医療機関の一般病床が担っている医療機能(急性期、亜急性期、回復期など)の情報を把握し、分析する。その情報をもとに、地域全体として、必要な医療機能がバランスよく提供される体制を構築していく仕組みを医療法令上の制度として設ける」ことで合意を得ている。その後、「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」が設置され、具体的な病床機能情報の報告制度のあり方について検討が行われている。

(注3) Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL, Discharge Planning from Hospital to Home (Review), *The Cochrane Library 2010, Issue 1* によれば、

「高齢入院患者に対する適切な discharge plan の実施は、在院日数の縮減及び再入院率の低下という効果を有する」ことが、英、米、加、豪、仏、デンマークの21の先行調査研究から示される結論である。一方、discharge planning の、死亡率、その他の outcome 指標、医療費に対する効果については、必ずしも明らかではない(uncertain)、とされている。

<参考資料>平成24年4月診療報酬改定における退院調整の評価

【重点課題2-3(医療介護連携等の推進/地域移行の促進)-②】

効果的な退院調整の評価

骨子【重要課題2-3】

第1 基本的な考え方

1. 効果的な退院調整を行うため、退院調整部門を強化し、早期の退院を評価する。
2. 地域移行を推進するため、病名、入院時の症状、退院後に必要となる診療内容や訪問看護等の在宅療養支援その他必要な事項を地域連携診療計画のように連携医療機関と確認した文書を患者に提供し、説明をした場合については、更に評価を行う。
3. 退院後に介護保険への円滑な移行を図るため、身体機能等に関する総合的な機能評価の充実を図る。

第2 具体的な内容

1. 入院7日以内に退院困難者の抽出を行うこと及び医療機関が抽出した患者以外にも先行研究から明らかになった退院困難者については、調整を行うことを明確化する。また、算定している入院料ごとに早期退院患者に係る退院加算を手厚く評価する。

(新)	<u>退院調整加算1</u>	イ	14日以内	340点
		ロ	30日以内	150点
		ハ	31日以上	50点
(新)	<u>退院調整加算2</u>	イ	30日以内	800点
		ロ	31日以上90日以内	600点
		ハ	91日以上120日以内	400点
		ニ	121日以上	200点

<算定要件>

退院調整加算1

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般）、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料を算定している患者が退院した場合に算定する。
- ② 医療機関全体として退院困難な要因を有する患者を抽出する体制を整備し、その上で入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手していること。
- ③ 退院困難な要因を有する患者については、できるだけ早期に患者家族と退院後の生活について話し合い、関係職種と連携して退院支援計画を作成し、計画に基づき、退院・転院後の療養を担う保険医療機関等との連絡調整や適切な介護サービスの導入に係る業務等の退院調整を行っていること。
- ④ 退院時共同指導料と同時に算定する場合には、連携医療機関と患者が在宅療養にむけて必要な準備を確認し、患者に対して文書により情報提供すること。

退院調整加算2

- ① 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟）、有床診療所療養病床入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は特定入院基本料を算定している患者が退院した場合
- ②～④ 退院調整加算1と同様。

[施設基準]

- ① 病院の場合は以下の基準をすべて満たしていること。
 - イ 当該保険医療機関内に、退院調整に関する部門が設置されていること。
 - ロ 当該部門に退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。
 - ハ 専従の看護師が配置されている場合にあつては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあつては専任の看護師が配置されていること。
- ② 診療所の場合は、退院調整を担当する専任の者が配置されていること。

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。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。

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が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じられる。

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。

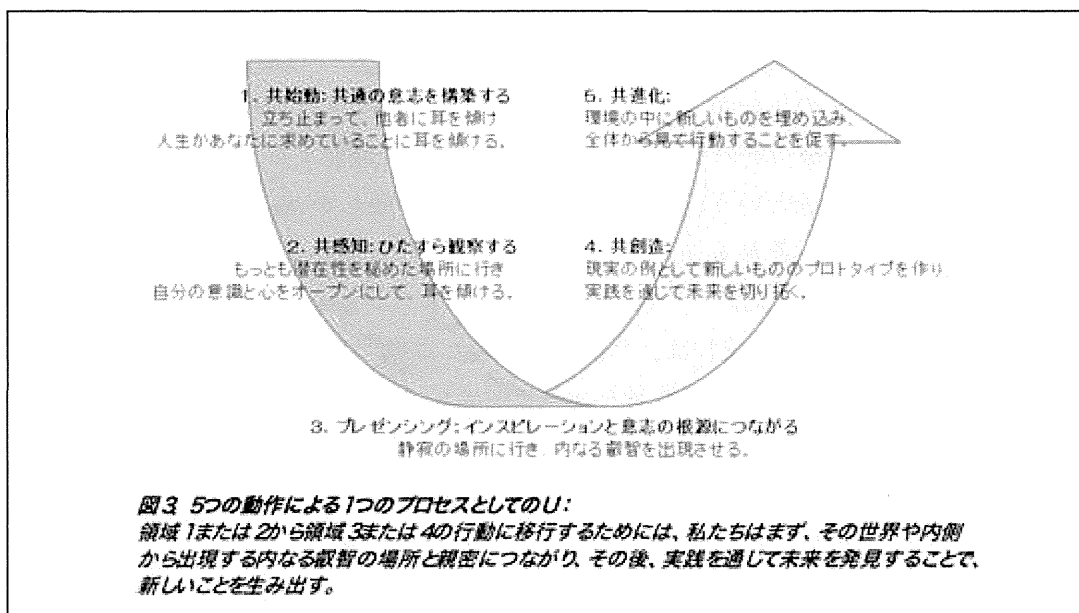
少なくとも、「おとなの学校」が出来た今、より多くの介護事業者が未来の必要性を感じ、それぞれに未来を創造する工夫を始めて欲しいと熱望する。

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

<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で、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が出来るだけでずい分介護現場は変わる。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け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。

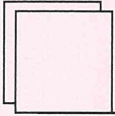
そもそも、この国には、超高齢社会を賄うだけの医療介護人の数は既に存在しない。一定量の施設、病院が無くなるまで、人材不足は続く。そして、将来は病院や施設など大型の箱物で24時間体制の医療介護を今のように長期間受けられるなど、夢のまた夢になるのは想定外の真ん中の未来である。(それが当居住系サービス研究会の存在意義でもある。)

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いつまでもいることである。



第Ⅲ章 海外調査報告

第三章－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、責任者のフロンソワ氏、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ⁱ

(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

ⁱ 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うよい。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