

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
「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」
分担研究報告書

認知症を有する高齢者の介護サービス受給の差異の検証—文献検討から—

研究分担者 泉田信行（国立社会保障・人口問題研究所 室長）

【研究要旨】

目的：認知症高齢者の介護保険サービス利用について明らかにすること。

方法：文献検討による。本報告では先行研究から認知症高齢者の介護保険サービス利用の実態について記述的に明らかにする。国立情報学研究所の文献情報検索サイトで、「認知症」および「介護」、「痴呆」および「介護」を検索キーとして文献検索を行い、そのうち認知症高齢者の介護サービス利用について記述がある文献を検討の対象とした。

結果：検討対象となった調査・研究は5本であった。調査の方法として、介護保険者からデータを得ているものと、事業所等の介護支援専門員や日本看護協会会員が在職している在宅サービス事業所を通じて調査対象者の紹介を得ているものに分けられた。

介護サービス別の利用状況をまとめると、1) 通所介護の利用回数・利用人数が相対的に多いことは各文献で共通であった。2) 訪問介護の利用回数・利用人数も相対的に多くなっていたが、少ない文献もあった。3) 訪問看護はほとんどの文献で利用回数・利用人数が相対的に少ないサービスであったが、利用回数・利用人数が相対的に多い結果を示す文献もあった。4) 通所リハや短期入所生活介護は文献によって利用回数・利用人数の多寡が異なっていた。

考察・結論：通所介護は認知症の高齢者の介護の現場において最も基本的なサービスとなっているものと考えられた。訪問介護もほぼ同様であると考えられた。一部の文献で通所介護・通所リハが非常に多く用いられていたが、調査対象者を抽出する際に通所介護・通所リハを提供している事業所から紹介された調査対象者が多くなった可能性が考えられた。また、訪問看護サービスの利用が相対的に多くなっている文献についても訪問看護事業所から紹介された調査対象者が多くなった可能性が考えられた。これらの結果は、認知症を有する高齢者であってもケアを提供する事業所ないしはケアマネージャーの違いにより受けるサービスのパターンが異なり得る可能性があることが示唆していると考えられた。

A. 目的

認知症高齢者の介護保険サービス利用について明らかにすること。

B. 方法

文献検討による。本報告では先行研究から認知症高齢者の介護保険サービス利用の実態について記述的に明らかにする。国立情報学研究所の文献情報検索サイトcinii (<http://ci.nii.ac.jp/>)にて、「認知症」および「介護」、「痴呆」および「介護」を検索キーとして文献検索を行い、そのうち認知症高齢者の介護サービス利用について記述がある文献を検討の対象とした。

C. 結果

文献検討の対象となった調査・研究は5本であった。対象となった論文の調査対象者等の情報は表1にまとめられている。各文献においては、100人弱から300人強の範囲にあった。文献1と4では継続的な観察を行っており、前者では6ヶ月間観察が可能であった者、後者では2年間観察が可能であった者、が対象となっていた。

調査の方法としては大きく2群に分けられた。文献3は事業所等の介護支援専門員を通じて調査対象者に調査票を配布し、文献5は日本看護協会会員が在職している〇県内の在宅サービスを提供している機関を通じて調査対象者の紹介を得ていた。その他の文献では市町村（介護保険者）からデータの提供を受けていた。

表2は各文献の調査対象者の属性をまとめたものである。それぞれの文献で全ての項目が報告されているわけではなかった。文献2では要介護認定の状況を本人または家族が回答する形になっているため、標注に無い要支援1～要介護5以外の要介護度を回答した者が107人、無回答が58人と欠損値が多くなっていた。

介護サービスの種類別の利用状況の示し方は月平均利用回数（文献1,4）、利用者数（文献2,3,5）に大別できた。

介護サービス別の利用状況をまとめると以下の通り。通所介護の利用回数・利用人数が相対的に多いことは各文献で共通であった。訪問介護の利用回数・利用人数も相対的に多くなっていたが、少ない文献（文献3）もあった。訪問看護はほとんどの文献で利用回数・利用人数が相対的に少ないサービスであったが、利用回数・利用人数が相対的に多い結果を示す文献もあった（文献5）。通所リハは文献2～4では利用回数・利用人数が相対的に多いサービスであった。短期入所生活介護は文献3,5において利用回数・利用人数が相対的に多いサービスとなっていた。

D. 考察および E. 結論

介護サービス別の利用状況のうち、通所介護は全ての文献で相対的に多く使用されているサービスとなっていた。このため、認知症の高齢者の介護の現場において最も基本的なサービスとなっているものと考えられた。訪問介護もほぼ同様であると考えられた。

この他のサービスについては利用状況が分かっていたが、特徴的なサービス利用状況は文献3,5で見られた。文献3は事業所等の介護支援専門員を通じて、文献5は日本看護協会会員が在職している事業所を通じて調査対象者の紹介を得ていたため、これらの調査方法の特性を反映したのと考えられた。すなわち、文献3では訪問介護がほとんど使用されていない一方、通所介護・通所リハが非常に多く用いられていた。このことは調査対象者を抽出する際に通所介護・通所リハを提供している事業所から紹介された調査対象者が多くなった可能性が考えられた。

日本看護協会会員である者は看護資格を持つ者であると考えられるが、その者が在籍する職場には訪問看護事業所が含まれ得る。このため、文献 5 では訪問看護サービスの利用が相対的に多くなっている結果となった可能性が考えられた。

文献 3,5 とその他の文献での結果の違いは、認知症を有する高齢者であってもケアを提供する事業所ないしはケアマネージャーの違いにより受けるサービスのパターンが異なり得る可能性があることを示唆している。

もちろん、本文献検討の対象となった調査・研究の調査対象地で日本全体の認知症を持つ高齢者に対するケアについての代表性があるとは言えない。それゆえ、さらに継続して認知症を有する高齢者に対するケアの現状を把握し、よりよい認知症ケアにつなげていく必要があると考えられた。

【引用文献】

- 1.筒井孝子 (2004)「介護保険下の介護サービス評価に関する変化-痴呆性高齢者に提供された介護サービスと経年的変化-」『厚生指標』 Vol.51,No.1,pp.1-6.
- 2.東京都福祉保健局 (2007)『東京都在宅高齢者実態調査 (専門調査) 報告書』
<http://www.metro.tokyo.jp/INET/CHOUSA/2009/04/60j4k300.htm>
(平成 25 年 3 月 20 日アクセス)
- 3.中井康貴・中山慎吾・古瀬徹 (2012)「在宅認知症高齢者の介護・医療サービス利用:家族介護者が感じる困難・負担感」『厚生指標』 Vol.59,No.11,pp.23-29.
- 4.東野定律 (2010)「地域における認知症高齢者の福祉用具サービス利用評価とその効果に関する研究」『経営と情報』 Vol.23,No.1,pp.105-115.
- 5.人見裕江・中村陽子・小河孝則・畝博・森千佳・浜田美穂・岩崎尚子・郷木義子・岡京子・徳山ちえみ・谷垣静子・宮林郁子・浦上克哉・稲光哲明・矢倉紀子 (2002)「在宅痴呆性高齢者の介護負担感と介護保険サービス利用に関する研究」『米子医学会雑誌』 Vol.53,pp.90-98.
- 6.平野隆之・奥田佑子・笹川修・藤田欽也・中島民恵子 (2007)「都市自治体における認知症高齢者の介護保険サービスパッケージ分析」『厚生指標』 Vol.54,No.11,pp.1-8.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

表 1：検討対象となった文献の調査対象

文献番号	報告者	刊行年	対象地域	対象者	サンプルサイズ
1	筒井	2004	3市町村	介護保険制度の施行後、居宅で介護サービス提供を受けた痴呆性高齢者(問題行動あり群・問題行動無し群)である。介護保険制度開始の6ヶ月後に認定更新のために再申請を行った者のうち、転居せず同一地域で6ヶ月間居宅で生活していた者	333人
2	東京都福祉保健局	2007	12市区町村	島嶼圏を除く12圏域から選んだ12市区町村から住民基本台帳により無作為抽出した在宅高齢者5,000人を対象に平成20年1月から3月にかけて郵送による「在宅高齢者実態調査」を実施し、3,462人から回収。回答結果から認知症である可能性のある648人を抽出し、郵送調査で回答が無かった1,538人と合わせて、2,186人及びその家族を対象にし、訪問による調査「在宅高齢者実態調査(専門調査)」を実施し、970世帯から有効票を回収。このうち、MMSE(Mini-Mental State Examination)によるスクリーニングを行い、得点が23点以下であった者。	250人
3	中井・中山・古瀬	2012	1市町村	2010年9月現在で介護保険を利用している在宅認知症高齢者(認知症自立度Ⅱ以上)と同居している主介護者。事業所等の介護支援専門員を通して調査票を配布し、主介護者が記入して返送。認知症高齢者の認知症自立度等については事業所用の記入用紙を用意し、介護支援専門員が記入後、返送。調査協力が得られたのは、居宅介護支援事業所16ヶ所、地域包括支援センター1ヶ所、小規模多機能生活介護事業所2ヶ所。	139人
4	東野	2010	1市町村	要支援・要介護認定された65歳以上のうち、医師の診断において認知症を有する高齢者とその家族。そのうち2年間にわたり継続的に調査を行って、協力が得られたもの	137人(うち福祉用具サービス利用者:49人、非利用者:88人)
5	人見他	2002	〇県内	何らかの介護保険による在宅サービスを6ヶ月以上利用している、在宅痴呆性高齢者(痴呆症状を有し、在宅で6ヶ月以上療養している高齢者)を介護している家族を対象とした。日本看護協会会員が在職している〇県内の在宅サービスを提供している機関152施設に在宅痴呆性高齢者の介護者の紹介を依頼した。63施設から協力が得られた。	95人
6	平野他	2007	15保険者	2004年10月の保険者向け給付実績情報データ及び認定情報をリサーチして利用。(※要介護認定を受けており、かつ、サービス利用があるものとなる。)	50,434人(うち、動ける認知症:13,237人、寝たきり認知症:12,916人)

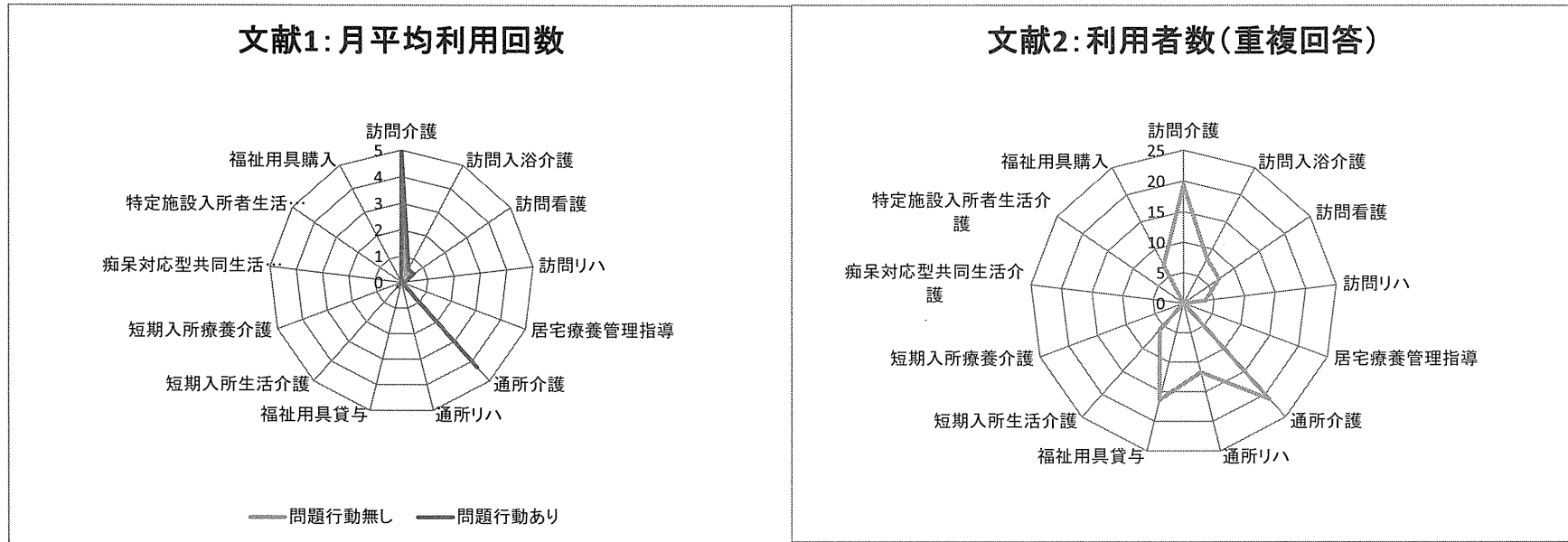
出所：各文献の記述から泉田が作成

表 2 : 検討対象となった文献の調査対象の属性

文献 番号	サンプル中 の男女比	年齢						要介護度								認知症自立度・痴呆度
								要支援			要介護					
		60~64	65~69	70~74	75~79	80~84	85~	要支援	1	2	1	2	3	4	5	
1	121:212	-	-	-	-	-	-	96	-	-	81	51	42	39	35	-
2	89:161	-	74		115		61		13	12	18	19	11	7	5	-
3	36:97	1		16		115		-	-	-	-	-	-	-	-	Ⅱa: 19、Ⅱb: 54、Ⅲa: 37、 Ⅲb: 12、Ⅳ: 10、M: 1
4	43: 94	(平均年齢)福祉サービス利用あり: 82.6歳、 利用無し: 83.3歳						5	-	-	35	45	25	15	12	-
5	29:65	1	10		82		0	-	-	12	14	25	19	23	日常生活に支障なし: 12 誰かが注意していれば支障なし: 19 時々介護が必要: 27 恒に介護が必要: 36	

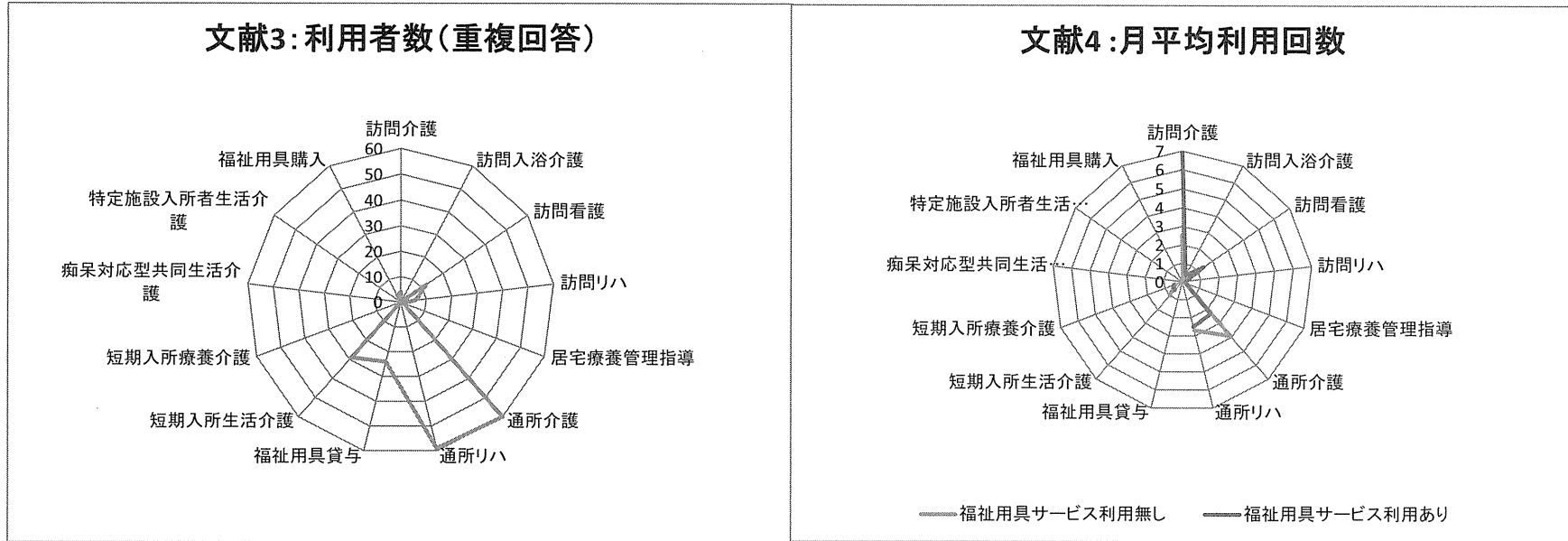
出所：各文献の記述から泉田が作成

図1：文献別のサービス別利用状況（出所：各文献の記述から泉田が作成）



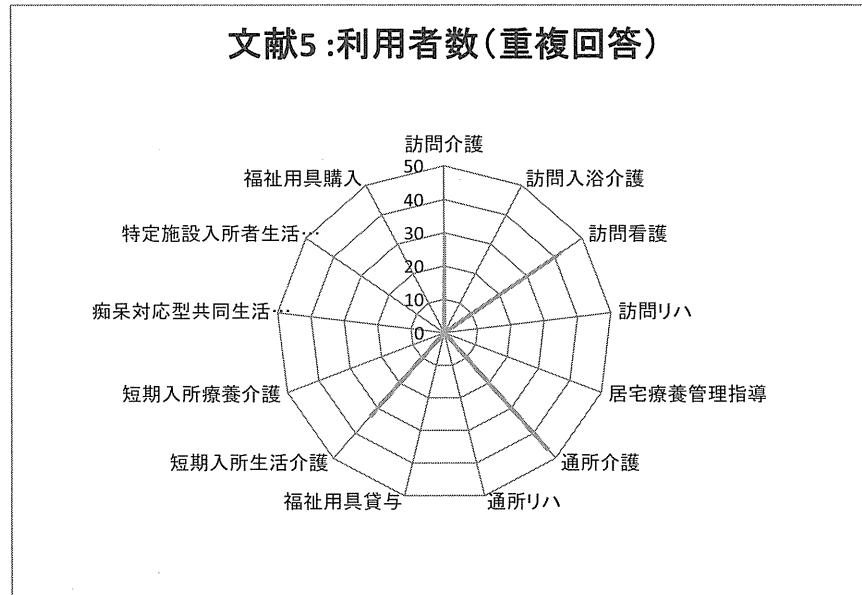
注：短期入所以上に分類されていなかったため、ここでは短期入所療養介護である可能性のある利用者も短期入所生活介護にまとめている。

図1(続): 文献別のサービス別利用状況(出所: 各文献の記述から泉田が作成)



注: 通所介護には認知症対応型通所介護を含む

図1 (続) : 文献別のサービス別利用状況 (出所: 各文献の記述から泉田が作成)



Ⅲ. 研究成果の刊行に関する 一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表（平成 22-24 年度）

	発表者 氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版 年月
【平成 22 (2010) 年度】						
1	篠田道子	フランスにおける長期入院への対応－在宅入院制度の展開から－	健保連海外医療保障	87	21-28	2010 9
2	川越雅弘	医療・介護連携が求められる背景とは	作業療法ジャーナル	45(2)	102-107	2011 2
3	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	174	30-41	2011 3
4	白瀬由美香	イギリスにおける医師・看護師の養成と役割分担	海外社会保障研究	174	52-63	2011 3
【平成 23 (2011) 年度】						
5	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との関与状況－急性期病床、回復期リハビリテーション病床、療養病床間の比較－	理学療法科学	26(3)	387-392	2011 6
6	川越雅弘	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	地域リハビリテーション	6(8)	584-587	2011 8
7	川越雅弘	求められる「退院支援」の機能強化	月刊福祉	94	46-47	2011 10
8	白瀬由美香	イギリスにおける退院支援システムと医療・介護の連携	社会政策	3(3)	68-77	2012 1
【平成 24 (2012) 年度】						
9	備酒伸彦	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	理学療法学	39(4)	245-248	2012 6
10	川越雅弘	要介護高齢者に対する自宅退院支援の現状と課題	静岡県医師会報	1493	6-9	2012 9
11	篠田道子	フランス終末期ケアの動向とわが国への示唆	日本福祉大学社会福祉論集	127	1-17	2012 9
12	備酒伸彦	北欧ケアと日本のケア	地域リハビリテーション	7(9)	770-772	2012 9
13	竹内さをり	北欧と日本の認知症ケア	地域リハビリテーション	7(10)	863-866	2012 10
14	川越雅弘	医療・介護制度の今後の行方－地域包括ケアシステム構築に向けた改正のポイント－	かけはし	83	2-3	2012 11
15	備酒伸彦	「自立」とは何か	訪問リハビリテーション	2(5)	269-274	2012 12
16	篠田道子	ケースメソッド教育を用いた多職種連携教育の学習評価の検討－演習直後の調査と修了生の追跡調査から－	日本福祉大学社会福祉論集	128	印刷中	2013 3

IV. 研究成果の刊行物・別刷

【論文 1】

フランスにおける長期入院への対応

－在宅入院制度の展開から－

篠田 道子

健保連海外医療保障

87, 21-28, 2010.9

フランスにおける長期入院への対応 —在宅入院制度の展開から—

日本福祉大学教授
篠田 道子
Shinoda Michiko

フランスでは長期入院を回避するシステムとして、在宅入院制度が効果をあげている。この制度の特徴は、病院チーム、在宅入院チーム、個人開業者による三つ巴連携により、退院を促進し、在宅生活へと軟着陸させるシステムである。特に医師の関与を高めることで、強固な病診連携を構築している。連携のコーディネーターは在宅入院機関のコーディネート医師と管理看護師である。本稿では、在宅入院制度の売りである、早期退院を可能にする3つの医療チームの連携方法、患者・家族の安心感を高めるシステムについて紹介する。本制度は、伸び悩んでいるわが国の在宅医療・訪問看護の参考になるものである。

はじめに

わが国で社会的入院が表面化したのは、老人医療費の自己負担分が無料化された1970年代である。何をもちて社会的入院とするのか、すなわち社会的入院の定義は時代の変遷とともに変わってきている。厚生労働省は介護保険制度の発足後の2001年に、「介護を主たる原因として6カ月以上一般病棟に入院している方を社会的入院とする」とし、社会的入院の受け皿として介護療養型医療施設を創設したと公言している¹⁾。ここでは、「6カ月以上の長期入院」を社会的入院としている。さらに、厚生労働省は2006年に「社会的入院の解消」として、療養病床の再編を発表し、2011年度末までに介護療養型医療施設を廃止し、医療型療養病床に一本化する政策を打ち出した。さらに、「医療区分1」のように、「医療の必要性が低い状態」を社会的入院とし、診療報酬を大幅に引き下げ、退院を促進するように誘導した。政権交代後、民

主党はこの政策を凍結することをマニフェストに掲げており、厚生労働相は2010年9月8日の衆議院厚生労働委員会で、11年度末の廃止は困難と判断し、12年度以降も猶予期間を設けて存続させる方針を示した。

印南(2009年)は社会的入院を、「入院医療の必要性が小さいのに入院を継続している状態」と定義し、一般病床も含め全国に32万人の社会的入院患者がいると報告している(内訳は、一般病床の入院患者が17万人、療養病床は15万人)。ここでは社会的入院を、6カ月という長期入院でなくても、医療の必要性が低いのに病院に入院し続ける状態とし、さらに社会的入院を、「不適切な入退院の5類型」^{註1)}に分類し、最も多いタイプは、社会的入院継続(退院遅延)であると指摘している²⁾。

社会的入院の英訳は、研究社新英和大辞典第5版によれば、social hospitalizationであるが、これに該当するフランス語は存在しない。ただし、社会的入院を「長期入院」と定義する

のであれば、長期入院が可能な、長期療養病床 (hospitalisation en services de soins de Long durée) がある。わが国の療養病床に相当するもので、要介護高齢者が長期間入院している。

一方、高齢者の長期入所施設として、老人ホーム (maison de retraite) というわが国の特別養護老人ホームに相当する施設や、認知症グループホーム、高齢者集合アパート、民間ケア付き住宅などが複数存在している。長期療養病床と長期入所施設の区分は曖昧であり、いずれもホテルコストが徴収されるので、入所費用は高くなりがちである^{注2)}。

私に与えられたテーマは、フランスにおける長期入院と再入院を回避するシステムとして効果をあげている、在宅入院制度 (Hospitalization a Domicile : HAD) の概要、早期退院と在宅生活への軟着陸を異なる3つの医療チームで行う、という三つ巴連携を紹介する。また、パリ公立病院協会附属在宅入院連盟へのヒアリング調査と、当該連盟が発行している「2008年活動レポート」の結果を踏まえて現状と課題を報告し、わが国への示唆を考察する。

1. フランスの医療・介護制度の概要

(1) フランスにおける高齢化の現状

表1に示すように、フランスの高齢化率 (総人口に占める65歳以上の人口の割合) は、2005年は16.6%であり (日本20.1%、ドイツ18.8%)、2050年には27.1%に達する (日本39.6%、ドイツ28.4%)。少子化が顕著でないことから、わが国と比較すると穏やかな上昇である。平均寿命は2009年の時点で、男性77.8歳、女性

84.5歳と長寿である (日本 男性79.59歳、女性86.44歳)。

フランス人は子どもと同居する習慣がなく、ほとんどが独居または夫婦のみの世帯である。2006年、60歳以上の死亡者の70%が医療機関で死亡し、自宅での死亡は25%を占める (INSEEの死亡届より推計)。

(2) フランスの医療制度

フランスはわが国と同様に国民皆保険を原則とする社会保険制度である。職域ごとに分化された医療保険制度があり、加入者の職業形態により、被用者一般制度、特別制度、非被用者制度 (自営業者や聖職者など) さまざまな制度がある。このうち一般制度に国民の80%が加入している。地域保険がないため、退職後も現役時代に加入していた制度に継続して加入することになる。保険者は疾病金庫 (Caisse) である。

フランスは保険料と目的税である一般社会拠出金 (Contribution Sociale Generalisee : CSG) による社会保険方式である。2000年1月に普遍的医療給付 (converture medicale universelle : CMU) を導入して国民皆保険を徹底した。CMUとは、国や公的保険、補足的医療保険組織が共同出資したもので、医療保険に加入できない低所得者や無保険者にも、同等の医療サービスを無料で受けられるようにしたもので、2006年にはCMUの加入者は500万人にも達している³⁾。

フランスは自己負担割合が高く設定されているが、この自己負担分をカバーする非営利組合による補足給付が発達しており、国民の93%は何らかの相互扶助組合などに加盟している。ただし、給付範囲は公的保険の自己負担分に限

表1 フランスの高齢化率の推移

(千人、%)

年	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
総人口	60496	61535	62339	62954	63407	63712	63850	63787	63523	63116
高齢者人口	10049	10399	11856	13119	14311	15445	16274	16849	16849	17114
高齢化率	16.6	16.9	19.0	20.8	22.6	24.2	25.5	26.4	26.7	27.1

出典：国連「World Population Prospects : The 2004 Revision」の中位推計

られ、公的保険がカバーしない医療サービスは対象としていない。

「医療保険に関する2004年8月13日の法律」により、かかりつけ医制度が導入された（施行は2005年7月1日）。かかりつけ医を通じて適正な受診行動を促すものであり、これにより16歳以上の被保険者と被扶養者は、所属する疾病金庫にかかりつけ医を指定し通知することになった。2006年6月には、被保険者の77%がかかりつけ医を持ち、そのうち99.6%は一般医から選ばれている。

(3) フランスの介護制度

フランスでも高齢化に伴い、要介護高齢者の長期入院や老人医療費の高騰が問題となり、医療と介護で分離している法律や制度を統合した、新しい介護制度が検討されていた。1991年以降に全国でモデル事業が実施され、それを受けて1997年1月に依存的特別給付(Prestation Spécifique Dépendence : PSD)が導入された。PSDは社会扶助としての位置づけで、実施主体は県、財源は租税を充てた。この制度では、老年学的自立能力判定表(Autonomie Gérontologique-Groupes Iso-Ressources : AGGIR)という全国一律の判定基準を採用し、6段階に分類するという、わが国の要介護認定に類似したシステムが導入された。

しかし、利用に当たっては以下のような問題が指摘されていた。①資産調査による所得制限が義務付けられたため、低所得者に限定された、②重度な要介護者に限定した、③介護施設は給付対象外とした、④県によって給付格差が生じた、など課題が多かったため、利用者が伸び悩み、早くから制度改革を期待する声が強かった。

このような課題をクリアするために、PSDの代わりに個別自律手当(Allocation Personnalisée D'autonomie : APA)が、2001年3月に議会に提出され、2002年1月1日から実施された。

2008年6月30日でのAPAの受給者数は194万人にのぼり、前年度比4.4%の増加となった。全受給者のうち在宅は67万5千人(61.7%)、施

設は41万9千人(38.3%)である。受給者の伸び率は、前年度比で在宅5.8%、施設2.2%である。最重度者であるGIR1は全受給者数の8%と少なく、軽度者のGIR4が44%を占めている。ただし、施設入所では、GIR1と2で60%を占めている⁴⁾。

2. 在宅入院制度の概要

在宅入院制度(Hospitalization à Domicile : HAD)とは1970年12月31日病院法によって導入されたもので、2000年5月30日の雇用連帯省通達(以下、「通達」)によって基本的な枠組みが定められている。本通達によれば「HADとは、患者・家族の同意のもと、病院勤務医および開業医により処方される患者の居宅における入院である。あらかじめ限定された期間に(ただし、患者の状態に合わせて更新可能)、医師およびコメディカル職のコーディネートにより、継続性を要する治療を居宅で提供されるサービス」と定義されている。

医療ニーズの高い退院患者に対して、在宅入院機関が病院チームと地域の個人開業者と三つ巴の連携をしながら、在宅ケアへ軟着陸させるシステムであり、多職種チーム同士による集中的ケアマネジメントである(図1)。在宅入院機関は病診連携の中核的役割を担い、個人開業者

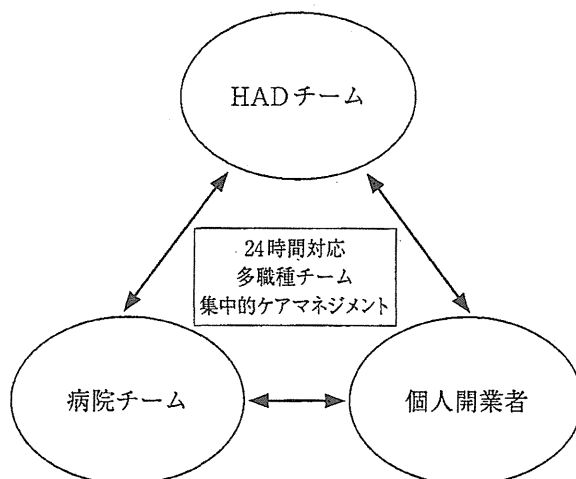


図1 HADを中心とした三つ巴連携

との関係を強化し、家庭復帰を支援する。在宅入院の目的は、在院日数を短縮し、再入院を回避しつつ、患者の在宅生活を支援するものである。精神科を除くあらゆる診療科を対象とする。公立病院協会傘下の急性期病院は、在宅入院機関の支部を併設することが義務づけられ、地方病院局は、病院の入院を代替する在宅入院をより一層発展させるよう通達している。

2008年末でのHADの設置数は265カ所で、フランス全国土をカバーしている。1999年の時点では、68カ所であったことから10年間で約4倍になっている。設置主体の3分の2がNPO法人など非営利団体、残りの3分の1が民間企業などの営利法人である。

2008年からは、入院の有無に関わらず、在宅生活者は希望すれば利用できるようになり、老人ホームや高齢者集合アパートなども居宅として位置づけられるなど、対象者や利用要件を緩和し、在宅ケアを支える担い手として存在感を發揮している。

3. パリ公立病院協会附属在宅入院連盟の2008年活動レポートより

パリ公立病院協会附属在宅入院連盟とは、パリ市内最大のHAD組織で、10%のシェアを占める。筆者は2006年にもここを訪れてヒアリング調査を行い、2002年活動レポートを入手し、その内容を紹介した⁵⁾。今回は2008年活動レポートをもとにヒアリング調査した内容をまとめた。

(1) 2008年の活動概要

2008年の総入院日数は延べ28万4141日で前年比-0.2%である。総入院件数は1万2774件で前年比+4.2%である。1日の平均患者数は777人で、平均在院日数は22.2日、ここ数年は横ばいである(表2)。

入院患者の内訳は、成人患者69%、周産期患者24%、小児患者が7%であるが、ここ数年周産期と小児が微増している。対象疾患・状態は、がんの終末期、抗がん剤投与など化学療法、産前産後ケア、神経難病が多い。在宅死亡率は25%である。

患者の平均年齢は65歳で、周産期と小児を除く成人患者に限定すると71歳で、うち3分の1が75歳以上である。

(2) コーディネート医師と管理看護師が多職種チームの調整役

全職員数は632名で、うち医療職が479名(医師10名、管理看護師40名含む)、事務職員106名、その他という構成である。14チームでパリとその近郊をカバーしている。3交代で24時間365日対応している。医療チームは、医師、看護師、ソーシャルワーカー、薬剤師、理学療法士、作業療法士、看護助手、介護員、心理療法士など多職種で構成される^{注3)}。コーディネーターは、医師または管理看護師^{注4)}である。人件費率は52%で、ここ数年55%前後で推移している。

HADは前述したように、病院チームと個人開業者との三つ巴連携であり、連携のイニシア

表2 パリ公立病院在宅入院連盟の3年間の活動状況(2006～2008年)

	2006年	2007年	2008年	07/08年比
入院件数	12405	12233	12774	+ 4.2%
1日平均患者数	763	780	777	- 0.03%
平均在院日数	22.4	23.3	22.2	- 0.4%
入院日数実績	278785	285063	284414	- 0.2%

チヱはHADのコーディネーター医師と管理看護師である。以下に、コーディネーター医師と管理看護師の役割について紹介する。

- i) コーディネーター医師：病院勤務医またはかかりつけ医から提出された治療指針をもとに、前述した雇用連帯省通達に基づいて在宅入院の適応について検討する。HADの入院患者の医学的アセスメントに関与し、チームアプローチに協力する。サービス実施中は、病院勤務医とかかりつけ医との連携が義務付けられている。
- ii) 管理看護師：日本のケアマネジャーに相当する役割を担う。ソーシャルワーカーとともに居宅を訪問しアセスメントを実施。医師（病院勤務医またはかかりつけ医）の処方に基づいてケアプランを作成する。患者・家族の同意を得てサービスの調整を行う。詳細な個別プラン（リハビリテーション計画や疼痛コントロール計画など）については、担当の職種が作成する。本人・家族、医師、コメディカルの調整役である。また、APAが併給されている人については、開業看護師や介護サービス事業者と連携をとり、医療と介護が一体的に提供できるように調整する。

(3) 病院勤務医の積極的な関与による病診連携

フランスでも病院勤務医の病診連携や在宅医療への関与が低く、退院支援はHADに任せる傾向がみられた。しかし、前述した通達には病院勤務医の責務が明文化され、病診連携への積極的な関与が義務付けられている。以下に通達内容を紹介する。

- ・在宅入院関連業務担当医師を病院組織から選出する
- ・在宅入院コーディネーター医師への情報提供、協力、連携を行う
- ・在宅入院スタッフと共同で、治療方針、ケアプランを作成する
- ・入院時および再入院時の患者のフォローを行う
- ・癌、心疾患、神経疾患等の専門的治療につい

て意見を述べる

- ・プロトコールの指導
- ・かかりつけ医、在宅入院スタッフへの教育

(4) 提供されているケアと質の評価

在宅入院の対象者は新生児から高齢者と幅広く、精神疾患以外のすべての疾患とほとんどの治療をカバーする。医療に特化したサービスであり、身体介護のようなものは含まれない。身体介護が必要な場合は、管理看護師がケアプランに位置付け、介護サービス事業者や個人開業者にサービスを依頼する。退院からサービス提供までの待ち時間はほとんどなく、希望すれば退院日からサービスが提供される。

ケア内容では、包帯交換やガーゼ交換が一番多く31%、ハイリスク出産のモニタリング11%、終末期ケア（含む疼痛管理）9%、術後管理8%、化学療法、産後ケア、重度患者の観察、経腸栄養のケアなどがそれぞれ5%である。ここには分類されていないが、病状観察、安否確認、患者指導などはこれらに付随するサービスとして提供されている。

管理看護師はケアプランに基づいたサービスの調整やモニタリングを行う。症状が安定したり、セルフケア能力が高まって自己管理できるようになれば、HADの役割を終えて個人開業者や在宅サービス事業者を引き継ぐ。

サービスのアウトカム評価を定期的を受け、質を担保している。国立医療機関評価機構（ANAES）による適正マニュアルに基づいた評価を受け、認証されている。また、2002年度に108人の患者を対象に「満足度調査」を行った。その結果は、大変満足している67.6%、満足している30.6%という高い評価を得ている。

(5) 診療報酬と自己負担

HADは入院医療の一環であり、医療費の支払いは2006年1月よりフランス版DPCである、医療行為別入院診療報酬（Tarification al 'Activite : T2A）による1日当たりの定額支払いである。T2Aは主傷病、副傷病、介護度コー

ド、カルノフスキー指数^{注5)}などを合わせてコーディングされ、1800のカテゴリーに分類され、さらに31のプライスカテゴリーに分けている。平均すると一人当たり169ユーロ/日の保険給付となる。一番安いのが正常分娩で60ユーロ/日、一番高いのが終末期ケア550ユーロ/日である。高額な薬剤(抗癌剤など)は出来高で請求できる。

HADの成人患者は、長期慢性疾患(affectation de longue durée: ALD)が8割を占める。ALDとは、がん、神経性疾患、腎不全、糖尿病など長期療養が必要で、かつ医療費が高額になる疾病で、自己負担分が免除される。

4. まとめとわが国への示唆

前述したように社会的入院はわが国独自の用語であり、これに該当するフランス語は見当たらない。しかし、医療の必要性が低いのに、長期療養病床等に長期間入院しているという事実はある。フランスは日本と同様に医療へのアクセスが良く、補給給付が発達しているため、入院費などの自己負担が低く抑えられているなど、長期入院ができる環境がある。ただし、所得に応じた自己負担を求められるため、高所得者ほど自己負担が多く、ホテルコストも高齢者入所施設とほぼ同額になることから、入院へのインセンティブは弱い。

しかし、なにより長期入院を選択しない理由は、フランス人の強い在宅指向である。多くのフランス人は、病気や障害を持っても住み慣れた自宅での生活を継続したいと思っている。施設で提供される管理的で集団を一括りにしたサービスを好まない。このような個人の願いを叶える制度の枠組みがあり、HADもその一つである。

以下にHADから学ぶわが国への示唆をまとめた。

(1) 三つ巴連携による集中的ケアマネジメントで在宅生活へ軟着陸

HAD、病院チーム、個人開業者の3つのチー

ムによる集中的ケアマネジメントにより、退院から在宅生活の軟着陸を目指している。退院時は患者・家族の不安が最も高くなる時期である。フランス急性期病院の平均在院日数は13日と短く、不安に十分対応できるだけの時間も人もない。

HADは入院医療の一環であり、退院しても入院と同じレベルの医療が受けられ、かつ費用も無料になる人が多い。HAD、病院、かかりつけ医や看護師など個人開業者の三つ巴連携による集中的ケアマネジメントは、患者・家族の安心感をもたらす。特に医師同士の連携で、HADのコーディネーター医師が果たす役割は大きい。入院から退院まで継続して関わり、さらにHADの利用期間中も病診連携の要として調整機能を発揮する。前述した通達では、病院勤務医の責務が明文化され、在宅入院関連業務担当医師を選出する、在宅入院スタッフと共同で治療方針やケアプランを作成するなど、病診連携への積極的な関与を義務付けている。

わが国は国民の病院指向が強く、医療従事者も急性期病院の医療の方が優れていると思うなど、在宅医療への理解不足が根底にある。また、病院と在宅をつなぐケアマネジャーは、医師(特に病院勤務医)との連携不足をあげている。病院と在宅をつなぐ診療報酬と介護報酬を手厚くするなど、円滑な連携のための方策を講じてはいるが、医師間の調整は難しい。ケアマネジャーは連携の要ではあるが、病診連携、退院支援、在宅医療など医療に関わる連携は負担が大きい。在宅医療の調整に医師自ら関与する、医師が在宅医療に関心を持つという仕組みづくりがないとスムーズな退院支援は難しい。

フランスはわが国のようなケアマネジャーが位置付けられていない、医療と福祉サービスが別々に提供されている、医師が在宅医療に関心がないなど、多くの課題はあるが、住み慣れた自宅で生活したいという望みを叶えるフレームワークを、国が創り出して、医療従事者が追従している。

(2) 退院基準をチームで共有化し、退院調整者を中心としたシステムづくりを

退院が遅延する理由の一つに、退院基準が曖昧で、医師一人の判断で決められている現状がある。退院基準は個々の患者の状態によって異なる、医学は不確実性があるので、一律に基準を設けるのは困難であるという意見がある。しかし、社会的入院を「入院医療の必要性が小さくなった状態」とすると、個々の患者について「入院医療の必要性が小さくなった状態」を判断するのは、それほど難易度が高いとは思えない。また、医師一人で決定するのではなく、チームで決定することで、医師の負担感は軽減し、かつ多職種が意思決定に協力すれば、患者・家族にも納得が得られやすい。

HADは三つ巴連携が基本であるため、病院勤務医が一人で退院を決定するのではなく、コーディネーター医師や管理看護師、かかりつけ医が関与し、チームで決定している。退院支援は院内チームと院外チームの連携とシステムづくりである。そこには両者をつなぐコーディネーターが必要になる。フランスではHADがその役割を担っているが、わが国では、退院調整部門または退院調整者がその任にあたっている。ただし、組織的な位置づけが弱く、かつ配置義務はないため、各医療機関の裁量に任されている。

入院させたならば、責任を持って退院させる、自宅に戻すという責務が医療機関にはあると思う。退院調整部門や地域連携室を設置すると、医療従事者は多忙なあまり、その部門に丸投げする傾向がある。すべての職員が関与するのは現実的ではないが、主治医や病棟看護師が退院調整部門と協働で退院支援を進めていくシステムづくりが求められる。そのためには、フランスのようにトップ(国)が明確な理念やフレームワークを提示すべきと思う。また、病院長などマネジメント業務を担う者が明確な理念を打ち出して欲しい。

わが国は医療へのアクセスが良く、かつ医師の裁量権が大きいことから、入口(入院基準)

も出口(退院基準)も医師一人で判断する傾向がある。フランスHADは、病院勤務医が一人で判断する仕組みを変え、多職種チームによる退院決定を大切にしている。医療・福祉の国家資格は30を超え、かつ高度専門化している。医師のパートナーとして十分耐えうるだけの教育を受けている。多職種を信じて、共に退院支援を創るシステムづくりが求められる。

注

- 1) 社会的入院を「不適切な入退院の5類型」にまとめている。①社会的入院継続(退院遅延):入院医療を継続する必要がなくなったのに、社会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のに病院に新規に入院すること、③不適切な転院:本来退院すべき先(在宅や介護保険施設等)で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、社会的な理由によって退院すること、⑤社会的再入院:不適切な転院ないし未完退院を行い、患者の状態が悪化したりして、退院後1ヵ月以内に再入院すること。
- 2) 施設個別自律手当(施設APA)が適用される老人ホームでは、「介護サービス」に該当する部分のみが対象となる。「医療・看護サービス」は疾病保険から給付され、「ホテルコスト」は自己負担となるが、低所得者の場合は、社会扶助(aide sociale)が適用される。ただし、社会扶助が適用されるのは、県と施設間で協定を交わした施設に限定される。
- 3) 公衆衛生法典では、HADの人員基準を以下のように定めている。HADの職員は、組織と契約を交わした者であるが、同じく契約を交わした個人開業者であってもよい。患者6名に対し、最低1名以上の常勤者を配置すること(ただし、この最低人員基準には、介護士またはリハビリスタッフを含めない)。医師を除く全職員の半数以上は看護師資格保持者でなければならない。さらに、30床以上の許可を受けた組織は、管理看護師1名以上配置すること。
- 4) 管理看護師:フランスでは看護師免許を取得した後、一定期間の実務経験を積みば3つの専門看護資格(新生児、麻酔、手術)が取得可能で

ある。管理看護師に進むには、4年の実務経験後に、「ケア管理職コース」「マネジメントコース」「教育管理職コース」のいずれかを選択して、10カ月以上履修する。専門看護師資格は必須条件ではない。看護をより専門化していくか、あるいは管理職化していくかの選択の違いである。

- 5) カルノフスキー指数:ホスピス等で使われる介護度ツールで、患者の日常生活動作の指標でもある。100(正常)から90、80、70、60、50、40、30、20、10、0(臨死期、生命に危機に関わる変化が急速に進行する)と、10点刻み11段階で評価する。

参考文献

- 1) 中央社会保険医療協議会 基本問題小委員会 会議事録(2001年4月18日)。
- 2) 印南一路(2009):『『社会的入院』の研究 高齢者医療最大の病理にいかに対処すべきか』。東洋経済新報社。
- 3) Steffen M (CNRS-Grenoble University) (2010):The French health care system:Liberal universalism. Journal of Health Politics, Policy and Law 35(3), P353-387.
- 4) 篠田道子(2009):フランス介護制度の動向と日本への示唆。健保連海外医療保障、P15-21.
- 5) 篠田道子(2008):フランスにおける医療・介護ケアシステムの動向-在宅入院制度による集中的ケアマネジメントを中心に。海外社会保障研究、NO.162、P37-38.