

## 保健・医療と福祉の連携

見 神 俊 彦

### The cooperation between the preservation of health and the medical treatment and the welfare

Toshihiko Mikami

The public care insurance is begun from 2000 April, in Japan. There are the visiting nurse service and home helps in the provision. The writer thinks that the cooperation between the home helps and the visiting nurse service is essential to make home care service effective.

In this study, it examined the cooperation of the home care service by three advanced nations and the situation of Japan.

The conclusion needs the reform of the administrative system of the medical treatment and the welfare for the purpose in making visiting nurse service and home helps together.

#### はじめに

##### 1. 介護保険

わが国では、高齢者介護サービスの新しい制度として、公的介護保険法が誕生した。2000年の4月1日から実施される。そしてこの保険の運営主体は地方自治体になっているので、目下、全国の市町村は、それぞれの「介護保険事業計画」を策定するにおおわらの状況である。

この介護保険は、先発のドイツの介護保険にならったというけれども、その内容は全く似て非なるものになっている。ドイツの介護保険はすべて保険でできているが、わが国のは半額公費負担になっている。そして被保険者は40歳以上で、要介護者に障害者は含まず、また家族への現金給付は行わないというものである。そのほかにも幾つかの問題点が指摘されて巷間の論議を呼んでいる。<sup>(1)</sup>

そのうえゴールドプランの達成率が低いことから、介護のサービス基盤に不安を感じて、「保険あって介護なし」という声も出ている。現に、介護保険に点数をつければ50点だとか<sup>(2)</sup>、また保険料の徴収の不公平さや、準備態勢が整わないということで、実施延期を求めている市町村もある。<sup>(3)</sup>

このように介護保険の仕組みやサービス基盤の未熟さ、さらに準備態勢の遅れを見ると、2000年からの開設が危ぶまれるのだが、ともかく賽はすでに投げられている。この介護保険はひとまず粛々と発進しなければなるまい。

## 2. 連携の問題

筆者はこの介護保険について、介護サービスの供給システムがどのように変わっているのかという点に興味をもった。そして在宅介護サービスについて見ると、(表1)。今まで訪問看護とホームヘルパーその他の制度が、一方は老人保健法、他方が老人福祉法に分かれていた。

(表1) 介護保険給付の内容

	在宅サービス	施設サービス
要介護者	訪問介護、訪問入浴、 訪問・通所リハビリテーション、 訪問看護、居宅療養管理指導、 日帰り介護、短期入所介護、 痴呆対応型共同生活介護、 有料老人ホーム等における介護、 福祉用具の貸与・購入費の支給、 住宅改修費(手すり、段差解消等) の支給	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特別養護老人ホーム</li> <li>・介護老人保健施設</li> <li>〔療養型病床群</li> <li>・老人性痴呆疾患療養病棟</li> <li>・介護力強化病院(施行後3年間)</li> </ul>
要支援者	同上(痴呆対応型共同生活介護を除く)	—

(資料)「月刊福祉」1998年3月号 p23

つまり保健・医療と福祉の分業、財源は保険と税というシステムである。これが今回の介護保険では連携の形をしている。この訪問看護制度その他を介護保険に取り込んでいること、ケアマネージメントの実施を明記していること、これは在宅介護サービスの場で、改めて連携への道筋をつけていることになる。

ついでにいえば施設に関しては、病院の療養型病床群を特別養護老人ホーム、老人保健施設と並べているのは、名にし負う社会的入院を減らすねらいがあつてのことであろう。いずれにしても、介護保険は医療費の増大をくい止める戦略の一端を受けもっていることは間違いない。

聞くとところによると、47都道府県のうち37府県、指定都市12市のうち8市が福祉、医療の部局を合併して、医療福祉部(局)に統合しているという。これは行政改革の事務見直しによる統合というよりも、高齢化時代の趨勢として、医療と福祉を統合しなければ行政事務が円滑に進まないという事実を符号するものである。

このように見ると、高齢者介護サービスにおいて“連携”あるいは“統合”というのは一つの命題である。連携によって、サービスが変わり向上するという期待がより大きくなる。そこで連携をキーワードにして、まず先進3カ国の高齢者在宅サービスの状況を調べ、次いでわが

国の介護保険のうちホームヘルプ、訪問看護、そしてケアマネジメントから、連携の意義あるいは問題点を探ることにした。

## (1) スウェーデンのエーデル改革

### 1. 医療と福祉との交差

北欧の福祉国家、スウェーデンの高齢者介護サービスの事情を見ることにする。

スウェーデンでは従来、医療ニーズの高い高齢者の看護には、県の職員である看護婦、准看護婦などの医療職員が、県の施設であるナースィングホームや長期療養病棟などの医療施設で対応して来た。これに対して、医療ニーズがそれほど高くない高齢者の介護には、ホームヘルパーなど市に所属する介護職員が、市の施設である老人ホームなどの福祉施設で対応して来た。つまり、看護と介護は別の分野の業務として、対応する職員や施設の所属も異なっていた。

こうしたことは、①医療と福祉のニーズの高い高齢者や障害者が、行政の狭間に陥ってしまい、十分なケアもしくはサービスが受けられない。②行政責任が不明確なために、ニーズに対応した資源の確保が早くできない。③窓口のたらいまわしや、社会的入院の発生原因となる。などの批判が相次いだ。

その結果、1988年の国会では種々の議論をつくして、「安全・安心感」、「人格の尊重」、「選択の自由」という高齢者3原則が確認され、次いで「エーデル改革」が1992年に国会の議決を経て施行された。<sup>(4)</sup>

### 2. エーデル改革

エーデル改革の目的は、高齢者のニーズの増大に対応して、保健・医療と福祉の両分野の資源の有効利用をはかることと、それらのニーズに総合的に応えるために、医療と福祉を統合し、ニーズに適合したケアの提供を可能にすることであった。

改革の主な内容は、①ナースィングホームと長期療養病棟の運営責任を、県から市へ移管する。②高齢者の「特別な住まい」（老人ホーム、サービスハウス、グループホーム、ナースィングホーム）の拡充を市に義務づける。③「特別な住まい」およびデイケアにおける、看護婦による保健・医療サービスの提供を市の責任とする。④県と市が合意すれば、初期医療の在宅医療サービスを市が実施することができる。⑤デイケア事業の実施と拡充を市に義務づける。等である。

社会庁はエーデル改革の影響と結果を次のように報告している。①社会的入院の減少が著明で、入院期間が90年の13日から96年の2日になった。②県と市の責任が明確になり、しかも市に大きな責任がおわされることになったので、サービスやケアが市民の身近な場所で提供できるようになった。

なお今後の課題としては、①「特別な住まい」への転換をはかったナーシングホームの改造が遅れ、相部屋が解消されないで残った。②病院医療、プライマリーケア、「特別な住まい」における保健・医療と福祉サービスの連携が不十分で、高齢者にたいするケアの質と継続性に問題が残った。などが上げられている。(5)

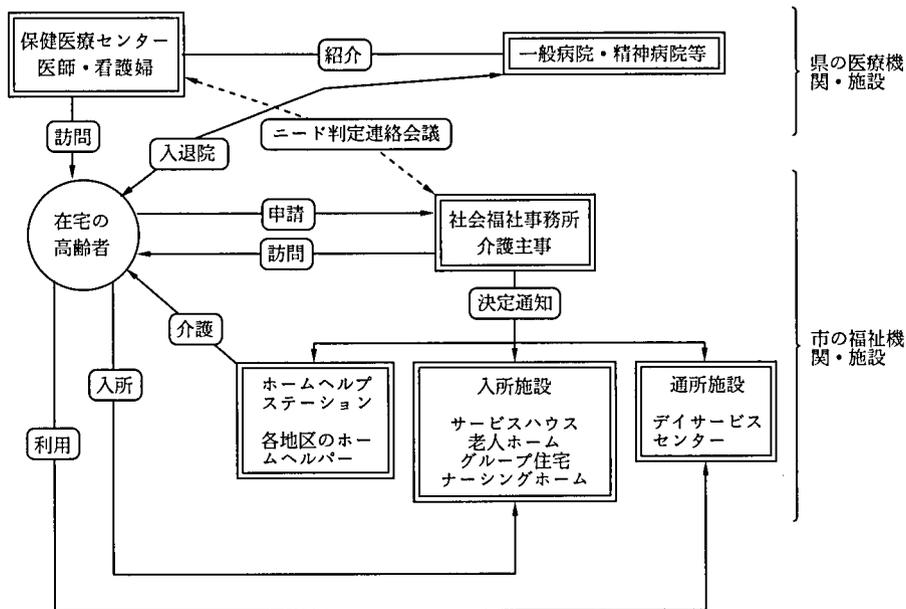
### 3. エーデル改革と連携

周知のとおり、スウェーデンは1980年代に入ってから、社会福祉政策のシフトを在宅介護サービスを充実する方向に変えた。もともと社会福祉はすべて公共的の制度として行われ、その財源は税である。介護関連の法律には、保健医療サービス法（1983）と社会サービス法（1982）があるが、それぞれエーデル改革に向けて所要の改正を行っている。

そしてこの改革は高齢者が必要としている初期医療と介護サービスを市に一元化することで、それまで頻発していた二重責任にもとづく混乱を回避することができた。またいわゆる社会的入院による医療資源の非効率な利用を是正することもできたのである。

ストックホルム市において、高齢者向けの介護・医療サービスがどのように供給されているかを見てみよう。(図1)(6)

(図1) ストックホルム市における介護供給体制



(資料出所) 厚生省高齢者介護対策本部事務局監修『新たな高齢者介護システムの確立について』(ぎょうせい, 1995年) 159ページ。

市内を幾つかのブロックに分け、そのブロックごとに設置されている社会福祉事務所の介護

主事が、ニーズの把握と判定を通してケアプランを作成し、さまざまなサービスを提供している。ホームヘルプサービスが必要なときには、ホームヘルプステーションへ通知をする。医学上の専門的な判断が必要な場合は、県の管轄下にある保健医療センターの医師や看護婦との間で「ニーズ判定連絡会議」がもたれる。いうなればこれがケアマネジメントのスウェーデン版である。

この仕組みの中で提供されるサービスの種類には、入院サービス、ナーシングホーム、老人ホームサービスのほか、医師による診察、病院、保健医療センター、訪問医療看護があり、そして在宅福祉サービスとしてホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイサービスがある。そのほかに安全アラーム、送迎サービス、障害者住宅改造、補助器具、薬サービスがある。そしてこれらを利用する場合には、一定の受益者負担が課せられる。

(図1)にホームヘルプステーションがあるが、これはホームヘルプ活動の際の拠点になるところで、地区によっては老人ホームに拠点をおいたりしている。必要があって、便利な所が選ばれている。ホームヘルプサービスは日中はもちろんだが、夕方6時から夜10時半までのイブニング・パトロールと10時から翌朝9時までのナイト・パトロールが行われ、スタッフはこのオフィスから発進する。

#### 4. エーデル改革の評価

ホームヘルプサービスは、プライマリー・ケアを受け持つ県と日常的な生活援助を担当する市とが両輪になって進めている。今まではそれぞれが別々に機能していたのが、現在のようなパトロール方式になり、またケアマネジメントによって、両部門の連携とスタッフの意志疎通が改善されて来たという。

ケアプランは医師、地域看護婦、理学療法士、実際に在宅サービスに従事しているケアスタッフなどが合同のミーティングをもって決める。主に地域看護婦が中心になって在宅者のケアプランを立てる。ただし病院から退院してくる人がケアの対象になる場合が多いので、病院とこの地域ケア部門とのコミュニケーションが問題になっている。<sup>(7)</sup>

このようにエーデル改革は高齢者部門における福祉と医療の統合であった。福祉と医療を市に一元化することであった。しかし医療サービスは県の担当、生活援助の社会サービスは市の責任で提供するので、その連携がうまくいかず、地域看護婦とヘルパーがばらばらに動いているという例がある。

ある地域看護婦は、“彼女たちはお互いをよく知らない。週に一度、合同ミーティングを持つようになったが、うまくいかない。他に2週間に一度、医師も参加する合同ミーティングがある。ホームヘルパーたちはあまり発言しない。しゃべるように励ましても、専門的アイデンティティが弱く、気後れして意見を言おうとしない。”と述べている。

市と県との連携の悪さは深刻な問題であり、さらに地域看護婦とホームヘルパーのコミュニケーションにも問題があるという。一方では前述したように、エーデル改革の成果として連携が深まっているという報告もある。これはどちらを評価するかということではなくて、エーデル改革によって前進はしたものの、なおパーソナルな問題が残るということであろう。

エーデル改革はスウェーデンの行政改革としてはベストの選択であっただろう。システム変革としてこれ以上が望めなかったとしたら、医療は県、介護は市という分業では、それを両輪にして協力しあうより外はない。

また地域看護婦とホームヘルパーのコミュニケーションにしても、それぞれの資格（ホームヘルパーは資格を問わない、看護婦は有資格）、経験の違いが大きければ、協力関係が必要な仕事の場でのヘルパーのコンプレックスは大きくなるだろう。ちなみにホームヘルプの仕事は若い人に人気がなく、社会的にも評価が低い。そのため離職率が高く、2年も経つと止める人が多いという。<sup>(8)</sup>

このように考えると、在宅サービスの質を向上させるため、地域看護婦とホームヘルパーが連携し、肩を組んで仕事をするためには、何らかの新しいシステムを作らなければならない。それは資格、給与、研修、コンビネーションなどのパーソナルな面でのシステム開発だが、このような点についてのスウェーデンの対応が問題として残ると思われる。

## (2) イギリスのコミュニティケア

### 1. 社会福祉制度

イギリスでは1978年に、「ボランティア組織の将来」という報告書がまとめられた。これは作成委員会の議長の名前をとって「ウエルフunden報告」<sup>(9)</sup>と呼ばれている。その報告はボランティア組織による社会福祉供給の実態に分析の焦点をおいているが、その前提となる社会福祉供給システム全般についても述べている。

それによると、社会福祉供給システムには4種類あり、ボランティア組織、家族、友人、隣人などによるインフォーマルなネットワーク。営利企業によって提供される市場メカニズム。それから政府、自治体による公的な社会サービスである。これらが独自の役割を果たしながら、多元主義的な供給システムを維持していこうというのが報告書の立場である。そして現在のイギリスでは、公的機関による社会サービスとインフォーマル・ネットワークによる援助システムが、最も重要な役割を果たしている。

公的社会サービスには児童、障害者をはじめ、高齢者のための介護サービスも含まれている。そこで高齢者がどのような援助を、主として誰から受けているかを見た、ハントの調査結果によると<sup>(10)</sup>、例えば入浴に際して介助を必要とする高齢者の場合、主としてホームヘルパーや

訪問看護婦などの公的システムから援助を受けるものが1割程度、同居家族からの援助が6割、別居している親族からの援助が2割弱、友人からの援助が5%となっている。これは今でも公的システムの比重と、インフォーマルシステムの比重が逆転するとは考えられない。わが国と同様に、イギリスでもインフォーマルシステムの役割は大きい。

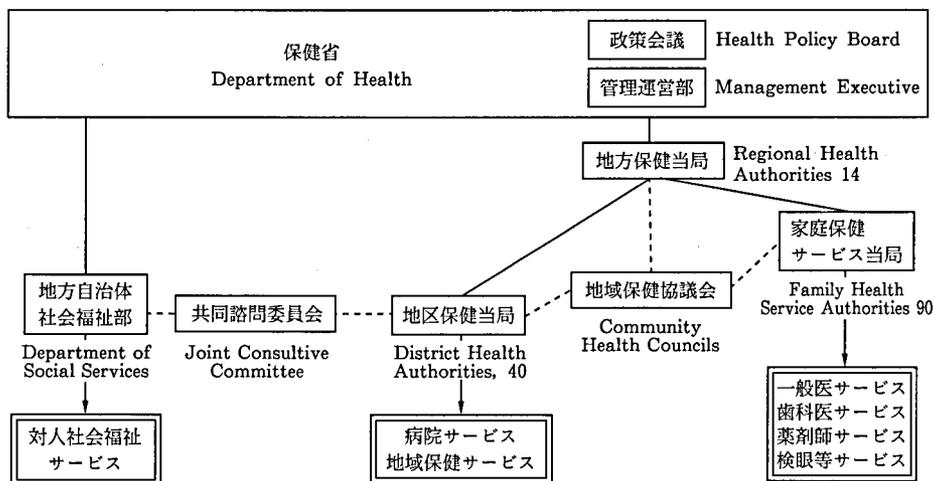
## 2. 医療保障制度

イギリスでは公的サービスとして国民に必要な医療を提供する国民保健サービス（National Health Service 略称NHS）が1948年から行われている。最近では民間の医療保険も増加しているが、国民の大多数はNHSを利用している。

NHSは当初から、次のような基本原則にもとづいて運営されている。①必要とするすべての人に無料で医療を提供する。②患者は、自由に医師を選択できる。③医師は、自由に患者を選び、自由に私費診療ができる。④患者は、家庭医の紹介を通して病院の医療を受ける。このうち無料医療の原則については、制度発足後すぐに患者負担が導入されているので、決して無料医療とはいえない。

NHSの管理機構を見ると、医療サービスは大きく3つの部門に分けられる。家庭医（一般医）サービス、病院の専門医療サービス、そして地域保健サービスである。（表2）<sup>(11)</sup>

（表2）国民保健サービスの管理機構（イングランド）



資料出所：中西範幸訳・バトラー著『イギリスの医療改革』勁草書房、1994年、等。

家庭医のほとんどはグループで診察している。グループ診療の場合、しばしば保健センターが拠点になる。また地区保健当局は、その地区の病院医療と、訪問看護婦や保健婦の活動、母子保健事業、ナーシングホームや保健センターの運営などの地域保健活動に責任をもっている。

在宅ケアを有効に実施するためには、保健医療と地方自治体が主管する福祉との連携は避けて通れない課題である。そのため(表2)にあるように、地区保健当局と自治体の福祉部との間で「共同諮問委員会」が設けられ、高齢者や障害者などの医療や福祉については、連携をはかり、共同で事業を進める仕組みになっている。

### 3. コミュニティケア<sup>(12)</sup>

1990年に、NHSの公的枠組みを緩め、市場原理を導入して活動の効率を高め、サービス内容を改善するために、「NHS・コミュニティケア法」が成立した。これによって、医療と福祉との連携について、単に特定の事業について相互に協力するだけでなく、サービス全般の長期的な課題についても両者が共同で計画を作成することを求められている。

このコミュニティケアはわが国では「在宅ケア」に相当する概念にあたるが、“住み慣れたコミュニティにおいてケアを受ける”ということがポイントで、むしろわが国の「地域福祉」という考えに近い。そして保健及び福祉サービスの目的は、病院でしか提供できない治療や、看護を必要とする者は別にして、それ以外の者すべてに、コミュニティにおけるケアを提供しようとするものである。

さかのぼって、コミュニティケアの発展に決定的な役割を果たしたのが、1968年に発表された「シーボーム報告」<sup>(13)</sup>である。この報告は「コミュニティに立脚した、効果的な家庭志向サービスを行う部局を、地方自治体に新たに設置すること。また、住民の誰もがそのサービスを受けられるようにすべきこと」を勧告した。この提案にもとづいて70年に「地方自治体社会サービス法」が制定され、72年には社会福祉を主管する地方自治体社会福祉部が設けられることになった。

コミュニティケアの内容を見ると、施設ケアではシェルタード・ハウジング、レジデンシャル・ホームさらにナーシング・ホーム、またNHSの老人病院でのケアがある。そして在宅サービスでは、ホームヘルプサービス、給食サービス、デイケアサービスなどがあり、またNHSが行う訪問看護サービスがある。その種類については日本の場合とあまり違いのないことがわかる。

### 4. ケアマネジメントと連携

1993年にはコミュニティケア法が改正されて、社会福祉サービス部のケア・マネージャーが、高齢者のためにケア・プランを作成することが義務づけられた。その段階で医療関係者と社会福祉サービス関係者が必要に応じて連携することが定められている。

ケアマネジメントのプロセス<sup>(14)</sup>はアセスメント、ケアの計画策定、サービスの提供、監視、再検討などであるが、それはネットワークを構成する部局間の調整の面と、クライアントに対

するサービスの質的な向上を図っていくうえで極めて重要である。そこで「ケース協議会」が設置され、これはフィールドワーカーのミーティングの場であり、定期的に関開くものとされた。この協議会は、フィールドワーカーであるソーシャルワーカー、ホームヘルプオーガナイザー、地区福祉委員、一般医、保健婦、地域看護婦などで構成される。主としてケアマネジメントに携わるのは、ソーシャルワーカーと地域看護婦である。

イギリスの訪問看護は、目標を同じくするホームヘルプサービスとは別に、独自に運営されている。看護婦は、通常、一般開業医あるいはそのグループといっしょに、地区の看護チームの一員として働いている。看護婦はヘルスケアだけに従事するのだが、他の保健医療職員を査察したり、ケアの質をモニターしたり、他の支援サービスを加えるよう交渉したりすることもある。なお地区看護婦による初回訪問を申請するのは、一般開業医、ソーシャルワーカー、ホームヘルプ・オーガナイザーと患者の家族である。

また多くの病院は、高齢患者の入退院の調整のために、連携役となる看護婦を設置している。その具体的な役割には、退院時に必要とされる各種資源について、地域のさまざまな機関との情報交換がある。しかしこのような連携は全国的になされているわけではない。多くの患者は在宅ケアが確保されるなどの、必要なサービスの提供を受けられないまま退院させられるという危険性もある。

そしてホームヘルパーは、単なる家事提供者から、より対人的な身辺ケアを提供する援助者に移行するにつれて、その地位を改善する動きが徐々にではあるが行き渡ってきた。その結果、彼女たちはホームヘルパーではなく、「在宅ケアワーカー」と一般に呼ばれるようになった。このように社会における評価とその名称が、ホームヘルパー採用をある程度容易にしてきた。ヘルパーの採用は、大部分が当該地区の広報や口コミによって行われている。その転職率は例年40%程度である。<sup>(15)</sup> このように看護婦は基本的に医療ケアに従事しており、ホームヘルパーはより広範囲なサービスを提供しているため、ホームヘルプと訪問看護のプログラムの間の調整、連携はあまり問題になっていないようである。さらに、看護婦は業務過重の傾向があるため、ホームヘルプオーガナイザーまたはソーシャルワーカーに個別のケアマネジメントを任せることにはほとんど抵抗を示さない。

#### (4) ドイツの介護保険

##### 1. 高齢者医療制度

ドイツの高齢者医療は、年金受給者医療保険（Krankenversicherung der Rentner 略称KVdR）という仕組みで行われている。これは特別な医療保険制度ではなくて、一般の公的医療保険制度のなかで、年金受給者（高齢者）については、財政面等で一般被保険者と区分した

取り扱いになっているものである。

そこで公的年金受給者は原則として医療保険の強制被保険者となる。ただし現役時代の医療保険加入期間の長短によって、強制加入の枠から外れる人があり、その人たちには任意加入の制度がある。この任意加入の条件は厳しい。しかしドイツの社会保障は世代間連帯が基礎になっており、現役時代に拠出義務を果たしていることが、受給資格要件として欠かせない条件である。94年7月現在、強制被保険者は年金受給者の30%である。<sup>(16)</sup>

次に、年金受給者は強制被保険者も任意加入者も、自由に疾病金庫 (Krankenkasse) を選んで加入する。現役時代と同じ疾病金庫に引き続き加入する人が多い。この疾病金庫は地域、産業、企業、職業等によって8種類に分かれている。地区疾病金庫は一定の地域を管轄する疾病金庫で、他の種類の疾病金庫に該当しない人が加入する。なお年金受給者にたいする保険給付は、原則として一般被保険者と同じである。

年金受給者医療保険の財源は、年金受給者の保険料と一般被保険者の連帯保険料の2つから成っている。前者は、年金額に一般被保険者の平均保険料率を掛けた額で、それを年金受給者と本人が折半負担する。本人に企業年金などの公的年金に準じるものがある場合、また労働所得がある場合は、加入している疾病金庫が定めている割合で保険料が課せられる。一方、連帯保険料は全国一律の連帯保険料率を基礎賃金 (日本の標準報酬に当たる) に掛けた額である。各疾病金庫における収入額と給付額との過不足については、全疾病金庫間で財政調整をする。

次に (表3) は、一般被保険者と年金受給者の入院給付費、入院件数の推移を示したものである。これを見ると、いずれにおいても年金受給者の給付額の増加傾向が著しい。

(表3) 入院給付費、入院件数の推移—一般被保険者と年金受給者の比較 (旧西ドイツ地域)

	被保険者1人当たり入院給付費			被保険者100人当たり入院件数			1件当たり入院日数
	計	一般被保険者	年金受給者	計	一般被保険者	年金受給者	
	DM	DM	DM	件	件	件	日
1975	523	442	723	19.7	9.7	18.9	20.3
1980	720	549	1,135	21.5	11.6	23.3	18.0
1985	968	678	1,663	23.5	12.6	28.2	16.8
1986	1,027	714	1,787	24.0	12.8	29.2	16.4
1987	1,070	737	1,876	24.6	13.4	30.2	16.0
1988	1,104	751	1,952	25.1	13.6	31.3	15.5
1989	1,100	751	1,938	25.0	13.5	31.8	15.1
1990	1,213	813	2,194	25.2	13.5	32.8	14.8
1991	1,265	851	2,292	25.4	13.6	33.7	14.5

資料出所 : Kassenärztliche Bundesvereinigung, Grunddaten zur Kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1992, S. F6・F7

このように主に年金受給者の医療費の増大が影響して、90年代に入ってから医療給付費が全

般に急増した。それに応じて一般被保険者の保険料率が引き上げられ、93年には史上最高の13.4%を記録した。<sup>(17)</sup>

政府はこのような状況に対応して、病院費用、薬剤費用をはじめさまざまな費用抑制策を講じてきているが、いちじるしい効果は見られない。これはわが国はもとよりスウェーデン、イギリスにおいても同様で、国民医療費の抑制は先進国に共通する課題である。

## 2. 高齢者の介護システム

ドイツの高齢者のうち、要介護者数は1990年現在、165万人（総人口の2.1%）で、そのうち120万人が在宅、45万人が老人ホームなどの施設で介護を受けている。年齢階層別の要介護率は、60歳未満は0.6%、60～79歳では5%、80歳以上が20%となっている。そして在宅要介護者120万人を介護する者の4分の3は女性で、その6割が60歳以上であった。さらに2010年には高齢者人口の増加とともに、要介護者数も25万人ほど増えて、190万人に達するだろうといわれている。<sup>(18)</sup>

こうした要介護者に対する在宅サービスについては、従来は医療保険の給付として、①在宅介護のための現物給付またはそれに代わる金銭給付。②介護者の休暇または病気などで、介護ができないときの代替休暇。③在宅看護給付（通例、1疾病につき4週間を限度とする基本介護、治療上の処置および家事援助）。④補助用具の支給。⑤要介護状態となるのを回避するための医学的予防処置などがある。

また連邦社会扶助法（Bundessozialhilfegesetz）では、特別な生活状態にある要介護者、ないし介護者にたいする種々の給付を規定している。例えば、①施設介護。②補助用具。③要介護状態における在宅介護として、介護者の相当な支出の償還、および特別な介護力を調達するための費用の引き受け。④要介護状態の重度化に応じた介護手当の給付。⑤家政管理のための家事援助などである。

ドイツでは社会福祉の分野では、伝統的に非営利の民間社会福祉団体（労働者福祉団体。プロテスタント、カトリック系の宗教団体。赤十字社。ユダヤ人福祉センター。中小の社会福祉団体が加盟するパリティッシュ福祉団体の6団体）が、サービス供給の担い手として主導的役割を果たしてきた。これを補い、あるいはこれを支援する形で、国および医療を主管する州、社会福祉を主管する地方自治体がかかわっている現状である。在宅サービス供給システムにおいても、同じくその民間社会福祉団体がイニシアティブをとって展開してきた。

またこれらの福祉団体は、病院や各種の入所施設、通所施設を経営するとともに、訪問看護・介護サービスの提供や、ホームヘルパーの養成も行っており、施設福祉および在宅福祉の主要な担い手となっている。

なお施設ケアについては、入所施設としてケア付住宅（Altenwohnheim）、老人ホーム

(Altenheim)、老人介護ホーム (Altenpflegeheim) がある。そして施設への入退所については、わが国の措置制度に当たるものはなく、民営、公営、営利・非営利いずれの施設についても契約方式が取られている。また通所施設としてはデイケアホーム (Tagespflegeheim)、デイケアセンター (Altentagesstätte)、退院後のリハビリのための通所クリニック (Tagesklinik) が設けられている。<sup>(19)</sup>

こうした入所施設、通所施設、在宅サービスに関する利用者負担は、原則として全額自己負担である。その結果、ドイツでは施設入所者の約8割が費用負担の重みから、何らかの社会扶助給付 (生活保護) を受けているという。利用者が費用負担のために自己財産を失って、多くの者が屈辱を忍んでいるといわれている。しかもこのことから地方自治体の社会扶助費が増大して、財政的にも早急な対応が求められている。そしてこれが介護保険を開設する一因でもあった。

### 3. 介護保険とソーシャルステーション

ドイツの介護保険法は、高齢化に伴う老人医療費の増大に対する方策として、1994年に成立した。在宅サービスは95年4月1日から、施設サービスは96年7月からそれぞれ開始されている。

この被保険者は疾病保険に入っている者すべてが加入する強制保険で、保険料は月収の1.7%である。このうち年金受給者、被用者は1.2%を負担する。自営者は全額自己負担である。サービス給付は高齢者だけでなく、20歳以上であれば、障害者を含め誰でも受給できる。

要介護者は、介護保険の運営者である介護金庫 (Pflegekasse) にサービスの申請をする。すると金庫は、第三者機関であるメディカルサービス (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung 略称 MDK) に認定を依頼する。これを受けて、MDKの医師は申請者の自宅を訪問し、面接調査をする。このMDKは介護専門職を加えず、医師ひとりで介護認定をしているので、その判断が身体的・医学的判断に傾きがちになっているという批判がある。

(表4)は、介護金庫によって決定された在宅サービス供給の内容である。

これを見ると、現金給付が多いのが特徴になっている。この中で代替給付とは、家族が休暇をとって、介護を専門家に代わってもらうことである。また要介護の等級で介護Ⅰ級は中度 (身辺介護や食事や動作に関して、少なくとも毎日1度は介助を必要とし、さらに家事援助に対して、週に数度の介助が必要)。介護Ⅱ級は重度 (介護Ⅰ級の介助を、少なくとも毎日3度は必要とし、さらに家事援助に対して、週に数度の介助が必要)。介護Ⅲ級は最重度 (24時間を通して、したがって夜間も介助を必要とし、家事援助に対して、週に数度の介助が必要) を示す。またそれぞれの介護に対して、介護費用の限度額が細かく定められている。<sup>(20)</sup>

これらのサービスの供給は、非営利組織のソーシャルステーションと営利組織の民間ケア会

(表4) 在宅介護の介護等級と給付の現状

(単位: 件、%)

	等級Ⅰ	等級Ⅱ	等級Ⅲ	計
現物給付	9.3	10.6	8.3	9.9
現金給付	75.1	62.7	56.6	65.8
コンビネーション給付	10.8	14.8	20.1	14.3
デイケア・ナイトケア	0.2	0.4	0.5	0.3
ショートステイ	1.4	2.7	3.8	2.5
休暇時の代替給付	3.2	8.8	10.7	7.3
計	100.0	100.0	100.0	100.0
	(390, 967)	(627, 947)	(181, 120)	(1, 200, 430)
	<32.6>	<52.3>	<15.1>	<100.0>

(注) この他に「待に過酷」が396件あり、いずれも現物給付を受給。

(資料) AOK-Bundesverband, Statistische Information, Reihe 7, Feb. 1996.

(出所) 土田武史「第二段階に入ったドイツ介護保険」『週刊社会保障』Vol.50 No.1904 96. 9. 16号, (株)法研。

社によって行われる。どちらを選ぶかは、利用者の自由である。このうちソーシャルステーションについていえば、これは主に高齢者を対象にする地域の介護・看護サービスの複合拠点で、1970年代のドイツのホームケアサービスの再組織化を契機に始まった。

ソーシャルステーションは法制上は各州の法によって運営されている。それは病院入院率、入院日数を削減、短縮するために、在宅ケアを発展させる必要があり、今までの地域看護と介護とを統合しなければならなかったのである。また地域間の格差を補正するというねらいもあった。そして実際の業務は、各自治体が責任をもって進めている。

ソーシャルステーションは次のタイプに分類できる。①看護型：直接サービスをする。スタッフは看護婦中心、経営主体は教会系。②紹介カウンセリング型：間接に事業委託をする。スタッフは事務職とソーシャルワーカー中心。経営主体は福祉団体。③看護福祉統合型：①と②を統合したもの。スタッフは看護婦とソーシャルワーカーとセラピスト。経営主体は多様である。

ベルリン市を見ると<sup>(21)</sup>、スタッフは少ない所で12人、多いところで100人くらいとさまざまである。その資格もまちまちで、無資格の人から大学院卒の人まで混在している。ヘルパーは臨時採用、請負的な報酬である。そして訪問看護婦とヘルパーとの連携不足が問題になっている。そのことは病院スタッフと在宅スタッフとの間にも見られる。また一般医とのチームワーク不足も目立っているという。

これは、訪問には医師の指示が必要で、医師がアセスメントすることになっているが、医師にはそうする時間が少ない。やむなくステーションの主任看護婦と医師との共同アセスメントという形態を取り、事実上ケアの内容を決めるのは主任であるという事情もある。

ドイツでは古くからソーシャルステーションが設けられていたが、その活動の中心は医療保険による地域看護婦の訪問看護であった。70年代になってそれが再組織されて、介護保険に引

き継がれ、ステーションが在宅サービスの要になった。しかし問題は職員不足で、特にヘルパーの不足が甚だしい。医療関係のパワーがしっかりしているのにくらべると、介護のマンパワーは質量ともに劣っている。この点に連携の基本的な問題があるといえる。

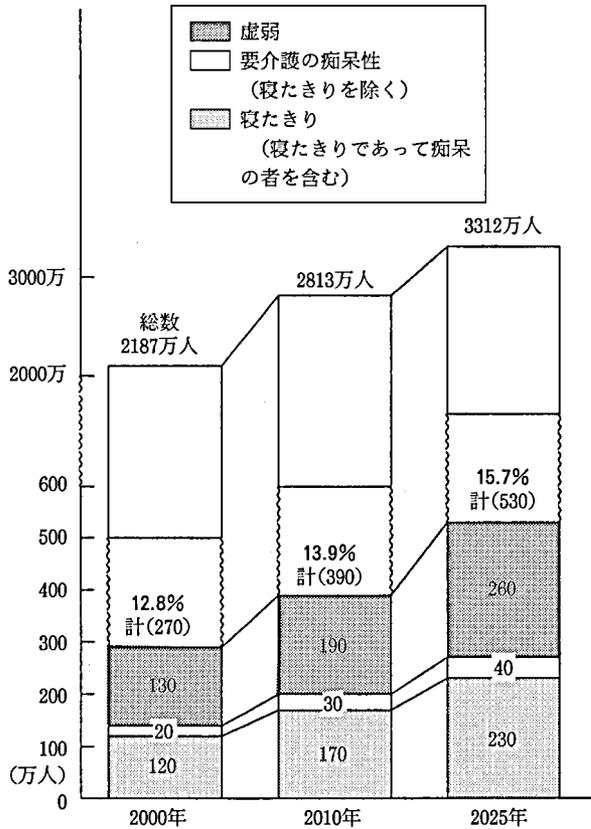
### (4) 日本の在宅介護サービス

#### 1. ホームヘルプサービス

わが国の要介護高齢者数は、1995年に111万2千人であり、その推計は(図2)のようになる。

このうち寝たきり期間が3年以上の者が53.0%、寝たきり者を介護する者の85.1%が女性で、

(図2) 全高齢者人口(65歳以上)の中で寝たきり・痴呆症・虚弱高齢者の将来推計



50%以上が60歳を越えていた。高齢者介護における家族、特に女性の苦難は増大する。(22)

また高齢者介護の社会的コストの推計を見ると(厚生省高齢者介護対策本部)、1993年は3.5兆円で、家族介護が60%、施設サービス(病院を含む)が35%、在宅サービスが5%である。これが2000年には7.7兆円になり、在宅サービスは15%に増え、家族介護は45%、施設サービスは40%になるという。つまりゴールドプラン、介護保険が成立してもなお、要介護高齢者の半数近くは家族介護の手にゆだねられていることになる。

ホームヘルプサービスはデイケア、ショートステイとともに、在宅サービスの3本柱といわれている。また医療サイドの訪問看護サービスも大きな役割を果たしている。この外に食事、入浴、補助用具、緊急通報サービスなどがあり多様な形態となっている。そしてこれらサービスの供給主体は、市町村の公的サービス、社会福祉協議会の

(資料) 厚生省大臣官房統計情報部「国民生活基礎調査」「社会福祉施設等調査」「患者調査」「老人保健施設実態調査」から推計。

(出所) 厚生白書・平成9年版に加筆。「ドイツ介護保険の現場」p78

非営利民間サービス、シルバービジネスとして市場原理によるものが中心で、特に市町村の社会福祉協議会の役割が目立っている。

現在、ホームヘルパーの確保は、ゴールドプランでの17万人という達成目標があることと、それが介護保険の基盤整備につながることから、各自治体は重点的に整備に努めている。1996年、11万8336名で派遣対象世帯の総数は36万9173世帯である（国民の福祉の動向）。ただヘルパーの身分は、ほとんどが非常勤の嘱託、または登録ヘルパーで、常勤の正規職員は少ない。

ヘルパーは午前、午後に各1軒の利用者宅を訪れる。1カ所に約2時間とどまる滞在型のサービスで、食事の支度、食事・入浴・排泄、高齢者との話し合いなどをする。また、96年頃から24時間巡回介護が広まってきた。1カ所の滞在時間は15分程度と短い。早朝や夜間も含めて、数時間おきに高齢者の様子を確認、排泄の世話などをする。このように家事援助と介護サービスが中心だが、滞在型と巡回型を組み合わせる利用法が注目されている。なお重度の高齢者には、訪問看護サービスがつくことがあるが、訪問看護婦は週に1~2回しか来ない。そんなとき、ヘルパーには訪問看護婦との連携や、医療的な介護に関する知識が求められる。

すでに保健・医療と福祉の各サービスを総合的に調整、推進することを目的に、各市町村におかれている「高齢者サービス調整チーム」とホームヘルプ事業が連携をとることが定められている。さらに1992年には、ホームヘルプオーガナイザー（主任）が、看護婦、ソーシャルワーカーと連携し、パートヘルパー等とチームを組んでサービスを提供する、チーム方式推進事業が創設されている。

## 2. 訪問看護サービス

これは1991年の老人保健法改正によって創設されたもので、ドイツなどとくらべるといかに歴史が浅い。在宅の寝たきりの高齢者などが、かかりつけの医師、あるいは訪問看護ステーションへ申し込んで、医師の指示のもとで、看護婦の訪問看護をうけることをいう。その療養費は医療保険で支払われるが、これが今度は介護保険に変わることになる。

厚生省の「訪問看護統計調査」<sup>(23)</sup>によると、1997年末、訪問看護ステーションは2,360カ所で、前年より49.1%増加している。これはゴールドプランの目標値5,000カ所の47.2%という低い達成率である。まだホームステーションを開設していない市町村が、全体の68.9%あるというから、目標達成は厳しい状況である。開設者別では、医療法人が55.5%で最も多く、医師会がこれに続き、あとは社会福祉法人、地方自治体、看護婦会などの順である。

従事者数は12,357人、そのうち常勤は6,336人、非常勤は6,021人である。また1カ所当たりの常勤換算従事者数は4.4人であった。職員は看護婦が74.9%で最も多く、次いで准看護婦、保健婦の順で、理学療法士、作業療法士をあわせて5.2%という状況である。

利用者数は92,622人で、前年より52.3%増えている。これは看護センターの増設に比例して

いる。平均年齢は81.4歳と高齢で、うち女60.3%、男39.7%であった。利用者の34.5%は痴呆のある寝たきり者で、主な傷病は「循環器系の疾患」が54.2%で、次いで「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「神経系の疾患」となっている。また利用者の27.5%がホームヘルプサービスを併用している。

この点を、名古屋市の「なごやかヘルプ事業」（ホームヘルプ）で調査した。1998年8月、ホームヘルプサービスとして3,207世帯を訪問している。そのうち訪問看護を併用しているものが400世帯（12.5%）であった。ところが、ホームヘルプと訪問看護とはほとんど交差しておらず、両者は平行して家庭に入っている。

「名古屋市高齢者療養サービス事業団」で調べると、全市で訪問看護センターは32カ所あるが、主として病院あるいは開業医からの引き継ぎケースが多い。申請手続きは医師から各地区の訪問看護センターへ紹介され、そして活動が始まる。“正直の所、福祉とはかかわりがない”という。それではホームヘルプの第一線ではどうなのかと、M区福祉事務所を訪ねた。

区には「高齢者相談窓口」があって、福祉事務所の職員であるソーシャルワーカーが相談を受けている。ここへホームヘルプの申請が出ると、ワーカーは家庭訪問をして調査をし、ヘルプの必要があれば協議のうえ決定する。そしてケースを区社会福祉協議会のホームヘルプセンターへ送致する。訪問看護の併用が必要なら、ソーシャルワーカーが区内の訪問看護センターへ連絡を取る。そこでホームヘルパーに、訪問看護の看護婦と連携があるかとたずねると、“よほど重度のケースでないと、顔をあわせることがない”ということであった。ケアマネージメントはそれぞれの所で協議をして決めている。

連携については、「名古屋市ホームヘルプサービス事業事務取扱要領」、「在宅療養支援事業実施要綱」に、それぞれ“連携システム”、“調整会議”の項でこれをうたっている。しかし現状はすでに見たとおり、これらが十分機能しているとはいえない。

### 3. ケアマネージメント

新しい介護保険では、介護給付の受給手続きとして、要介護認定とケアプランの作成が義務づけられている。そして介護給付の対象となる介護サービスは、在宅サービスがホームヘルプサービス、デイサービス、訪問看護サービスをはじめ12種類。施設サービスは特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床群等の療養介護施設への入所サービスである。

また被保険者は、自らの意思に基づき、ケアプラン（介護サービスの提供に関する計画）の作成をケアプラン作成機関に依頼できる。その機関では専門家が被保険者や家族の相談に応じ、ケアプランを作成のうえ、実際のサービス利用につないでいく、としている。

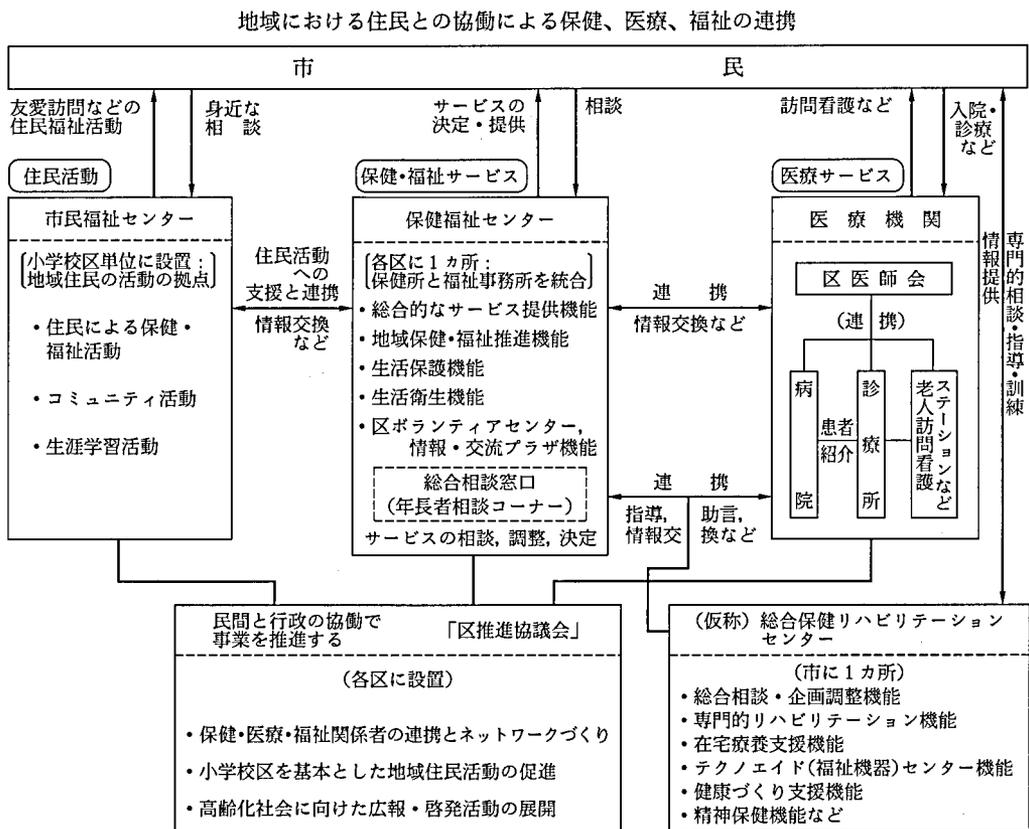
このようにケアマネージメントは、ケアを統括するケアマネージャー（ソーシャルワーカー、保健婦等～介護支援専門員）が、要介護者のニーズを総合的に評価し、最も適切なサービスの

組み合わせ（ケア・パッケージ）を「ケア・プラン」の形で処方し、各種の保健・医療そして福祉サービスを連携して提供する仕組みである。この場合、ケアマネジメントのねらいとして、①要介護者ができる限り自立して自宅で生活が続けられること。②個人のニーズにあわせてサービスを提供すること。③保健・医療さらに福祉サービス、公的・私的サービスなど、提供できるすべてのサービスが連携して総合的なケア・パッケージを提供すること。その他がある。(24)

ここで行政改革によって、地域社会を基盤に保健、医療、福祉のシステムを変革した、北九州市の目指す「地域福祉システム」を取り上げてみたい。北九州市は1993年4月に「北九州市高齢化社会対策総合計画」を策定し、すでに保健局と福祉局を統合して保健福祉局を設置している。

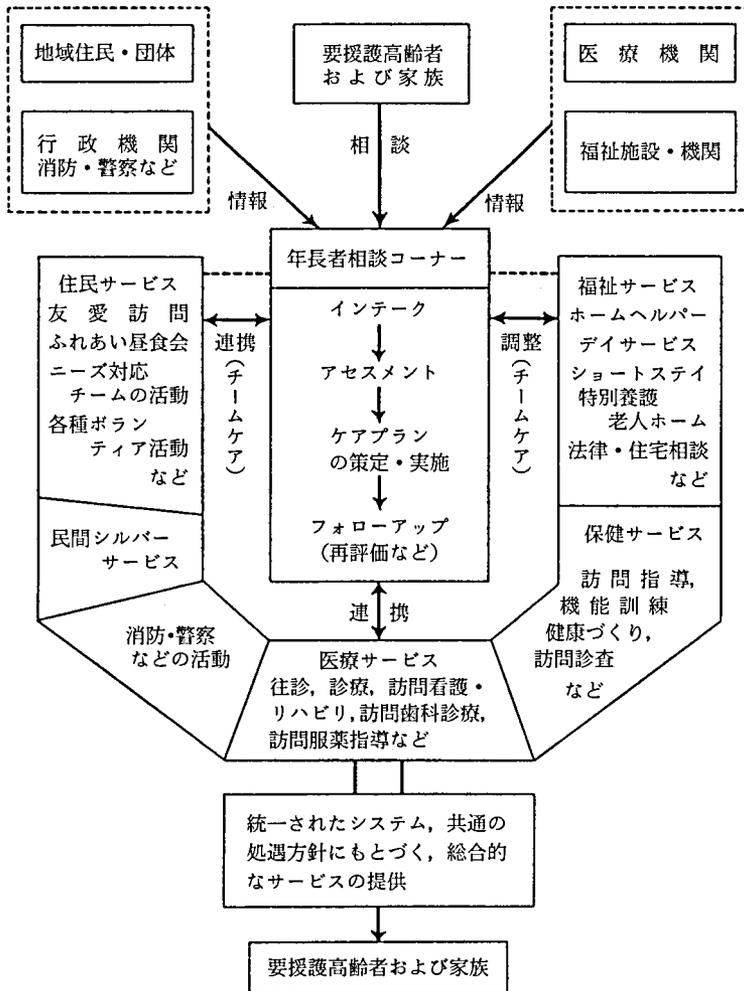
(図3)は、市全体を「小学校区」、「行政区」、「市」レベルの3層構造にして、それぞれのレベルで保健・医療・福祉関係者と地域住民・団体・行政機関がネットワークを構築し、地域社会全体で、高齢者の在宅での生活を支援していくシステムを作っている。(25)

(図3) 地域福祉システム



(資料)「論争」高齢者福祉 1998年 日本評論社 p127

(図4) ケアマネジメントシステム



(資料)「論争」高齢者福祉 1998年 日本評論社 p128

そして各区に保健所と福祉事務所の統合した「保健福祉センター」を設置し、住民の保健福祉活動を支援するとともに、保健婦とソーシャルワーカーが一緒に常駐し、総合相談機能とサービス調整機能をもった「年長者相談窓口」を設けている。(図4) これがケアマネジメントの中核であり、また関係者との情報・連携のための窓口機関になっている。

この改革は、現段階ではまだ試行錯誤を重ねているが、高齢者ケアの現場は大きくそして確実に変わりつつあるという。

## おわりに

わが国の介護保険は、高齢者の在宅介護サービスの目的を、高齢者の自立支援としている。しかし考えてみると、在宅介護とはいうものの、それは人により、死に至る、ゆるやかなターミナルケアでもある。そして多くの人は病院で死ぬことより、自宅で亡くなりたいと願っていることも事実である。どうしたらわが家で死ぬか。病気にもよるが、それには在宅介護サービス、つまりターミナルケアを充実することが欠かせない要件である。

その在宅サービスは24時間ケアを基本にすることが必要である。そして24時間ケアの中心は、どちらかといえば訪問看護婦の役割がホームヘルパーより大きい。そして両者が連携して初めて効果的なターミナルケアが期待できる。しかしわが国では残念ながら、医療も看護も病院中心で、在宅医療、訪問看護はようやく緒についたばかりである。そして今、介護保険の中で、ホームヘルプとの連携が大きな課題になっている。

インフォーマルケアの限界が篤といわれているとき、筆者の身近に植物人間で自宅で亡くなった者がいる。市という街ながら、訪問看護もホームヘルプも乏しく、6年間、医師の指導をときおり受けるほかは、ひたすらに家族がターミナルケアを看取った。

保健・医療と福祉の連携を考えると、まず第一に、それらの基盤整備を進めることが前提である。そして連携は口で唱えるよりも、現場で人がかかわりあうこと、交差すること、肩を組むことが原点である。それには北九州市の例のように、思い切って福祉と医療を統合することが最も効果的である。

そして適切なケアプランをもって、ソーシャルワーカー、保健婦も看護婦、ホームヘルパーも一緒に、チームを組んで仕事ができるように、行政の縦割りシステムを新しく作り変えることが大事である。具体的には、訪問看護センターとホームヘルプセンターを統合することから、在宅24時間サービスが始まるといえよう。こうして保健・医療と福祉が、高齢者にとって連携した、生への頼みの綱になることを期待したい。

## 注

- (1) 「月刊福祉」1998年3月号。岡本裕三「公的介護保険のすべて」朝日カルチャーセンター、1995年。地域福祉情報「公的介護保険を探る」ジャパン通信社、1996年を参照。
- (2) 「月刊福祉」1998年3月号 p15, シンポジウムで新聞各社論説委員の発言。
- (3) 中日新聞、平成10年11月29日「スコープ」、年金生活者の月額保険料が、5段階で2000円からの差があることが波紋を呼ぶ。
- (4) 仲村優一他編「世界の社会福祉」① 旬報社、1998年。II 高齢者 p76～p92を参照。
- (5) 上掲書 p87～p90。

- (6) 足立正樹編著「各国の社会保障」法律文化社, 1998年 p43~p44.
- (7) 木下康仁著「福祉社会スウェーデンと老人ケア」勁草書房, 1994年 p53.
- (8) 上掲書 p16~p22. アブラハム・モンク著「在宅ケアの国際比較」中央法規出版, 1992年 p124では、ヘルパーの離職率は年間25%で、ストックホルムだと60%になるという.
- (9) 隅谷三喜男他編「福祉サービスと財政」中央法規出版, 1988年 p267. The Joseph Rowntree Memorial Trust and Carnegie United Kingdom Trust, The Future of Voluntary organization, Groom Helm, 19-78.
- (10) 上掲書 p269. Hunt, A., The Eldery at Home, HMSO, 1978.
- (11) 井上英夫他編「高齢者医療保障」労働旬報社 1995年, p183. 及び岡本裕三「医療と福祉の新時代」日本評論社, 19-94年 p171~172を参照.
- (12) 上掲書「高齢者医療保障」p185~186.  
「高齢化社会と在宅ケア」ジュリスト 1993年4月 有斐閣 p222~227を参照.
- (13) 前掲書「各国の介護保障」p13, Seebohm Committee, Report of the Committee on Local Authority and Allied Personal Services, HMSO, 1968.
- (14) ケアマネジメントについては次の物を参照した. 前掲書「高齢者医療保障」P186, P196. 全国社会福祉協議会社会福祉研究情報センター編「老人介護マンパワー政策の国際比較」中央法規出版 1992年 p119~122. 濱野一郎他編「パッチシステム-イギリスの地域福祉改革」全国社会福祉協議会 1988年 p202.
- (15) 前掲書「在宅ケアの国際比較」P86~P87. 前掲書「医療と福祉の新時代」p171~172.
- (16) 前掲書「高齢者医療保障」P241.
- (17) 上掲書 P242.
- (18) 上掲書 P248.
- (19) 前掲書「ジュリスト-高齢社会と在宅ケア」p235~p237.
- (20) 河端修「ドイツ介護保険の現場」労働旬報社 1997年、p90~p92.
- (21) 上掲書 p148~p153.
- (22) 厚生省編「平成9年版 厚生白書」ぎょうせい p111.
- (23) 厚生省大臣官房統計情報部「平成9年訪問看護統計調査の概況」厚生省 1998年. 前掲書「医療と福祉の新時代」p176~180参照.
- (24) 広井良典「医療保険改革の構想」日本経済新聞社 1997年 p162.
- (25) 岡本裕三編「論争-高齢者福祉」日本評論社 1998年 p126~127.