

健保連海外医療保障

No.87 2010年9月

■トピックス：米国の医療改革

●アメリカ

オバマの医療改革は本当に定着するか？

—2014年の本格実施まで多くの不確定要素—……………池原 学

■特集：社会的入院の解消

●ドイツ

ドイツの社会的入院・連携問題と関連法制……………田中 伸至

●フランス

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

●スウェーデン

“望ましくない”入院の回避・解消

—スウェーデンの試み—……………多田 葉子

■参 考 掲 載 国 関 連 デ ー タ

●ドイツ／フランス／スウェーデン／アメリカ

健保連海外医療保障

No.87 2010年9月

オバマの医療改革は本当に定着するか？

—2014年の本格実施まで多くの不確定要素—

フリー・ジャーナリスト
池原 学
Ikehara Manabu

米国を(準)皆保険体制に向かわせる医療改革パッケージの法制化が3月、実現した。多くの大統領の挑戦を退けてきた100年の懸案の成就である。すでに2014年の本格実施まで“つなぎ”の政策が動き始め、法制定6カ月目の9月23日には先行した民間保険市場改革の一部が実施される。しかし、改革法を取り巻く環境は騒がしい。世論は依然として割れ、保守派は11月の中間選挙に向けて改革法破棄を掲げて盛り上がっている。

患者の保護とアフォーダブルなケア法 (Patient Protection and Affordable care Act = ACA) は、2019年まで10年間に3,200万人 (議会予算局 (CBO) 推計) に保険適用を提供する計画だ。現在83%の65歳未満の保険カバー率は92%、違法移民を除くと94%に改善する。

医療扶助制度メディケイドの対象を連邦貧困基準133% (4人家族で年収3万ドル) に広げる一方、同基準400%の中間層まで保険購入補助を新たに行い、企業から保険が提供されず、自力で保険を購入する余力のなかった零細企業勤労者と個人に保険購入を促す。州単位の「保険市場」(イクスチェンジ) を開いて、最低給付標準を満たす民間保険プランに顧客獲得を競わせる体制を整える計画である。

CBOが10年で1兆ドルを超すと見積もる事業である (当初評価9,380億ドルに、算定漏れ、政策実施費など1,150億ドルが追加された)。

オバマ政権の医療改革サミット (2009年3月5日) から1年余、議会が法案起草に入った6月以降、一貫して米国政治の焦点となり、曲折を重ねた末の「世紀の法制化」である。

上下両院が採択した法案を最終的に一本化し

て投票に諮るのが米国議会の通常の法制化プロセスだが、ACAは上院法案を下院が丸呑み、ヘルスケア・教育予算調整法案 (3月25日通過) として上院法案を修正する非常手段を用いた。

昨年12月末までに法案は両院を通過していたが、1月、民主党が上院補選で議席を失い、通常の法制化コースでは必要な賛成票を確保できなくなった結果の苦肉の策だった。

政権は7月、改革法に基づく最初の政策を始めた。疾患を抱え、民間保険から加入を拒否され、無保険状態にあるハイリスク者専用のプール「既往症状態保険」は、健常者の保険料で良質な保険給付を提供する。個人保険市場で受け入れられても保険料は2~3倍、5倍も珍しくないグループである。皆保険体制を前提に、健康リスクで扱いを変える保険請負を禁じる2014年まで、連邦補助を投じて35万人に対応する計画だ。

現に保険提供している零細企業経営者向けの補助、早期退職者医療給付の高額医療費再保険を通じた大企業向け補助も始まった。

メディケア薬剤給付のゼロ給付ゾーン (ドーナッツ・ホール; 薬剤費2,830~6,440ドル) に

達した高齢者に250ドルの小切手が送られている。来年から段階的なゾーン解消が始まる。

こうした“つなぎ”政策に続いて、9月23日には一連の保険市場改革が導入される。(一部に適用除外の既得権条項)

①生涯通算給付額制限の禁止、②年間給付額制限の制約(2014年に禁止)、③既往症状態の子供の受け入れ拒否・差別の禁止(2014年には成人にも適用を拡大)、④重い疾患を発症した患者に対する保険会社の保険契約無効化の禁止 - の消費者保護策に加えて、⑤成人扶養家族の年齢延長(26歳になるまで)、⑥便益が確認された予防ケアの患者負担ゼロ化も実施に移される。

来年には医療保険会社の運営に枠をはめる医療損失率の実施、改革原資となるヘルスケア産業界フィーの徴収も控えるが、改革支持を固めたいオバマ政権と民主党はメリットを“実感”できるメニューを最初に揃えた。しかし勢いをつけて改革に殺到する思惑に遠い状況がある。保守派が改革法破棄を押し立てて新しい戦線を開いている。

医療政策界の大御所H.J.アーロン(ブルッキングス研究所)とR.D.ライシャワー(アーバン研究所)は法制化の直後、改革支持の立場から「戦いは終わっていない」、実施に万全を期しないと足元をすくわれると警告した(ニューイングランド・ジャーナル・オブ・メディシン3月28日)。

実施規則・指針の策定を含め、保健福祉省長官K.セベリウスによる陣頭指揮の評判は悪くない。カンサス州保険局長、州知事の経験がある。

しかし、複雑な改革の実施に関わる多くの未知数に加えて、司法の挑戦と政治環境の変化が、アーロンらの予測を超える辛さで前途を不安定なものにしている。

1. 違憲訴訟の行方

ACAは連邦議会に認められた権限を逸脱し

ていると、改革直後から保守派が各地で起こしている違憲訴訟は、流れを根底から覆しかねない要素である。20州の司法長官に、自営業者団体(NFIB)らが参加したフロリダ・ペンサコラ連邦裁判所の提訴が代表格だ。連邦法制定に先立って医療保険所持を強要しないと宣言する州法を採択したバージニア州単独の訴訟がまず連邦政府の棄却動議を退け、審理に入ることを決めた。

ACAは、国民個々に医療保険適用の購入を求める個人義務化を制度の基盤とし、義務化を無視するときペナルティーを科す(適用除外あり)。

保険購入は「経済・財政的」な性質を伴い、連邦議会は憲法が認める州間の商業活動に関する管轄権、課税権(ペナルティー)に拠って立法したとするオバマ政権に対して、原告の保守派は揃って「保険購入しない判断は経済活動への加担ではない」「保険を購入しない個人の自由に対する連邦政府の逸脱した介入である」と反論し、州のメディケイド運営の統治権侵害も訴えている。

ありていに言えば、地裁、控訴審レベルの判断は最終的に最高裁の判断を仰ぐ過程である。たとえば、ブッシュ大統領に指名され、保守的な考えを隠さない判事もいる(その逆も)。

連邦議会の州間商業活動に対する管轄権は広く解釈され、議会の決めた社会政策を妨げることを嫌う裁判所の傾向からも、判例に基づけば合憲とされる可能性が高いという。しかし、ロバーツ長官の下で最高裁は「過去数十年でもっとも保守的な裁判所」(A.リプタック、ニューヨーク・タイムス7月25日)である。

2. 個人義務化は機能するか?

「なにもしない」個人の判断に対するペナルティーという反発の仕方は、保守派の「政府の医療乗っ取り」批判とよくマッチしている。

しかし、個人義務化を軸とした保険適用の拡大は、経営者保険提供義務を掲げるクリントン

に対抗したブッシュ・シニアの政策であり、クリントンの医療改革が行き詰まったとき、民主・共和両党の穏健派が超党派で示した打開策だった。

構想を練った医療経済学者M.ポリー（ペンシルバニア大教授）は、今回の民主党計画とブッシュ提案は「驚くほどよく似ている」と振り返っている（2月19日の公共ラジオ放送NPR）。

経営者責任の排除、民間保険の役割の維持、「補助を付けても保険購入を断る人は出てくる」条件の下で皆保険を進める「唯一のロジック」が個人義務化であり、医療費を支払えず“ただ乗り”する現象を防ぐ「責任ある計画」には倫理的な支持があった。そうした考えを否定する変化は「私をハッピーにしない」とコメントしていた。

2月25日、ケーブルテレビ中継の下、両党代表が6時間、改革を論じ合った。最後の衝突への秒読みを告げる討議で、共和党は大統領に迫られ、救急治療で一命を取り留めたが、支払いができない無保険の患者の費用が民間保険料に転嫁される状況は問題と認めた（義務化に代えて、支払いができない患者には保険加入を促す中途半端な解決策が示唆された）。年1回以上、高額な救急医療を用いる割合が2割に及ぶ国である。

多様な健康度、医療ニーズの人々で保険プールを構成し、リスク分散を図ることが公共性の高い医療保険の要である。米国は保険加入の判断を個人にまかせる代わりに、ときに非人道的とさえ映る民間保険の行動を認めてきた。そうした行動を規制するなら、同時に保険プールを広げる政策を進めることが必然の求めになる。

個人義務化を政府の拡張・社会主義医療と嫌う保守派とともに計画に抗った民間保険業界は逆に、求められる規制に比して義務化が緩いことが不満だった。

医療ニーズの高い人だけが保険プールに残る逆選定（逆淘汰）の防止に、年674ドル（完全実施のとき）のペナルティーがどこまで有効か、2006年、連邦医療改革に先駆けて個人義務化

を柱に皆保険に向かったマサチューセッツ州で小さいが看過できない現象が報告されている。

ペナルティー覚悟で無保険状態を選び、医療ニーズが生じたとき加入（保険会社は断れない）、治療が終わると無保険に戻る行動だ。4%に縮んだ無保険者のうちの一部だが、月400ドルの保険料の5.5倍、2,200ドル給付費を発生、保険財政を圧迫している（ブルークロス・ブルーシールド）。患者にとっては（連邦より少し低い）534ドルのペナルティーを支払っても十分“見合う”。

医療改革の個人ペナルティーは2019年1年で110億ドル、通算170億ドルと推計されている。

3. 共和党の多数派奪回

11月の中間選挙が訴訟と並ぶ医療改革の展開を左右する“外的要素”である。1期目の大統領が迎える中間選挙は与党が負けるというのが米国政治の定説。長引く不況と肥大化する財政赤字を前にした今回、議会に対する有権者の苛立ちはことさら強く、現職議員を苦境にさらしている。民主党は4年間に伸ばした勢力を失う。下院ばかりか上院も多数派を失いかねない。

医療改革法破棄の標語が、オバマ大統領に対する攻勢の象徴として保守派を鼓舞している。

8月3日、ミズーリで個人義務化に反対する州法の賛否を問う住民投票があった。「抗議の意思を表明する」象徴的な投票だが71対29と異例の大差になった。常にまして共和党支持者が投票に現れ、民主党支持層が敬遠した結果だった。違憲訴訟も選挙のバネになっている。

僅差でも民主党が両院で多数派を確保すれば、改革は議会の重要な政治命題に残る。

共和党が両院で多数派を奪回しても、法の破棄に直結するわけではない。医療改革法の制定を難しくした上院の60票ルールの壁が、今度は破棄のための法案に立ちふさがる。壁を乗り越えてもオバマ大統領が拒否権を行使する。拒否権を克服するには両院で3分の2の支持票が必要だ。

しかし、少なくとも改革関連予算を搾り、貧血状態に追い込む戦術が可能になる。

共和党の頑なさは募る一方だ。最終的に共和党の全議員が医療改革に反対したが、中間選挙の候補者に選ばれるには保守派の支持が欠かせず、過激に改革反対を誓って擦り寄っている。

ACAを破棄し、段階的、現実的な改革に換えるというのが現在の共和党の方針である。ここではハイリスク者専用保険など一部はメニューに残る可能性がある。

しかし、「オバマ・ケアを完全に破壊し、DNAのかけらも残さない、何も換えない」という提案の投票を求める請願に、共和党下院議員の96%が署名した。渋っていたバイナール院内総務、カンター院内幹事も保守派の圧力に押し切られた。

4. 医療保険業界との関係修復

オバマ大統領は医療保険会社の“理不尽”な行動を是正する観点から医療（保険）改革を説き、民主党リベラル派が民間保険と直接競う公的保険オプションを設けるアイデア（最終的にはオプションを含まない上院法案に）にこだわり続ける状況を見て、保険業界は妥協の余地なしと改革反対に回ったが、法制化が決着した今、連邦、州政府と新しいデリケートな応酬を交している。

司法と政治の不確実を横目だろうかがいながら、改革を軌道に乗せる交渉が進んでいる。

ほぼ無条件、保険会社の裁量次第だった個人保険プランの保険料引上げが、厳しい点検にさらされている。2月、カリフォルニアの最大39%の引上げ計画に目をとめたオバマ政権が集中砲火を浴びせた。前年の2ケタに続く引上げで、本社からの指示に地域担当の責任者も抵抗した計画だが、見渡せば各地で似た動きがあり、保険料計画のチェックの波が広がっている。

個人保険市場は州の管轄だが、医療改革は、不合理な保険料引上げ計画には連邦政府が保険会社に理由の開示を求めることができる権限を

入れた。州の監視態勢強化へ連邦補助も始まる。

ドル箱の個人保険に対する価格統制に反発しながら、2014年には公的な保険「市場」（イクスチェンジ）に活動の場が移る市場であり、調和がとれていれば新しいビジネス・モデルもやぶさかではない。補助を得て保険購入する1,500万人の新規顧客とリスク・プール改善を前提に、規制にも柔軟な保険会社の姿勢がある。

連邦貧困基準400%（4人家族8.8万ドル）を超える所得があり、補助対象外の500万人を含め2,900万人がイクスチェンジを利用する。

医療改革法の詳細を決める実施規則・指針の交渉次第で、医療保険業界は保守派の改革法破棄に立ち向かう雰囲気さえ醸している。

攻防の焦点は医療損失率（MLR）である。保険料収入に対する保険給付支払い比率を指し、改革法は、2011年から個人・零細企業向けは80%以上、最低基準に届かないときは加入者に還元するよう指示している（中・大企業向けプランのMLRは85%）。

しかし、専任看護師による慢性疾患患者の管理指導、電話相談の費用は給付に含めるか、不正対策の成果はどう計上するか、費目の定義と経費の計算法次第で数値は変わり、収益率に跳ね返る。

MLR80%の指針の一律の厳格な運用は、保険の提供に混乱を生みかねない。60～65%のMLRで経営してきた保険会社が少なくない。

州保険局長の全国組織NAICの行う提案を踏まえて保健福祉省が決定する手はずである。

5. ヘルスケア産業は“我慢”できるか

ついに成功した医療改革は、ヘルスケア産業界が一定の犠牲を吞んで支持を具体化したことがこれまでと異なる際立った特徴であり、難しい法制化を支える力だった。

医療保険業界が例外となったが、オバマ政権に真っ先に近づき、ヘルスケア産業界を挙げた協議の場を用意したのはこの業界だった。

これまでヘルスケア産業界は前線で強力な布

陣を敷いて改革に立ちふさがってきた。市場に委ねる医療システムのなか、医療費はGDP成長率を年平均2.5ポイント、メディケアはこの10年2.8ポイント上回る増加率を続けてきた。高成長を妨げる改革に、産業界は挙げて抵抗してきた。

しかし、GDP比率は17%にまで肥大化、重い医療費負担の歪みがいよいよ顕著になるなかで「潮時」という暗黙の合意が広がった。多くの無保険者を抱える状況を解消するときである、と。

今回、オバマ政権と上院民主党のヘルスケア産業界を敵に回さない戦略が、産業界のこうした状況判断と噛み合った。

産業界には譲歩して過度な踏み込みを牽制する思惑もあった。病院グループは、経済指標で算定する年次改定率から「生産性改善効果」を削る措置を呑んだ。年0.25%から1.60%に拡大される割引に伴うメディケア医療費の抑制（10年1,126億ドル）が改革財源に充てられる。再入院、院内感染率が高い病院に対する減額制度、画像診断支払いの見直しを含め貢献総額は1,566億ドルに及ぶが、許容範囲を超えるメディケア医療費の伸びに対する減額措置の対象から逃れ（2019年まで）、非営利病院の要件強化も見送らせた。

メディケア薬剤給付のゼロ給付ゾーンにおける薬価の50%値引きなど、製薬業界は10年間850～1,050億ドルの貢献を約束したが、民主党の基本政策だった政府の薬価交渉権を撤収させた。

保険適用の拡大は、病院にとって支払いの滞る無保険患者の減少を、製薬業界にとって薬剤需要を意味する。しかし、「損のない取引」にいつまで満足するか保証の限りではない。

製薬業界団体PhRMAのロビー活動を指揮する理事長ビリー・トーザンが2月、唐突に辞意を表明した。前下院エネルギー商業委員長、密接な関係にあった共和党を振りきって改革支持に業界をまとめた実力者だが、改革貢献に譲歩しすぎたという不満がくすぶっていたと言われ

ている。

病院の生産性調整割引は10年後、15%の病院を赤字に追い込むとの予測がある。いずれ約束のなし崩しへ猛烈なロビー活動が始まるだろう。医療保険財政庁（CMS）保険数理部が費用抑制計画の信頼性を疑う論拠の1つである。

保険、医療機器、製薬業界には適用拡大の“顧客増”に応じてフィーも賦課するが（保険の10年間600億ドルなど総額1,070億ドル）、製品売価格への転嫁を制限する規定はない。少なくとも当初、医療費を直接強く抑えこむ仕掛けがないのも医療改革の特徴である。

6. 未知のインセンティブ

医療改革の法制化は米国政治史上のトピックであっても、医療政策としては温和な計画である。煎じ詰めれば、公的補助で国民の10%に個人・零細企業向けの保険購入を促進する、補助を得ても購入できない層はメディケイドで吸収する計画である。保険規則の規制もこの領域に集中する。

中・大企業が提供する保険の下の45%の国民が肌で感じる変化は限られている（相対的に恵まれた層でも、従業員へ費用転嫁は進み、保険提供率は落ちているから、安全保障としての改革は重要だし、無保険者の支払われない医療費のツケが減り、保険料軽減効果も見込めるが）。

補助を得て保険購入する従業員を出す企業（従業員50人以上）に対するペナルティー（2019年1年で110億ドル、通算570億ドル）以外、任意な雇用ベースの民間保険が主体となる体系に手をつけられない選択は、ヘルスケア産業への緩い要件とともに民主党リベラル派の不満である。

すべてオバマ政権のプラグマティックな対応の産物だが、結果として民主党が伝統的に頼ってきた価格統制、市場規制の手法は限られ、インセンティブによって医療の体質転換を図る考え方に傾斜させた。重い疾患の患者管理に関わる一連の診療提供者を通じた包括的な定額支払

いなど、効果的、効率的に医療を提供して生み出す節減が診療提供者グループの“報奨”になる仕組みが目指される。

多様な支払い包括化が実験プロジェクトとして模索され、メディケアは効果的なアイデアを取り込んでいく。CMSは議会の承認なしに進める裁量を与えられた支払い「イノベーション・センター」を10年間100億ドルの予算で展開する。

議会予算局（CBO）はあくまで実験と突き放すが、コーディネーションの強化など供給システム再編へ導く支払い方式が意識され、各地で病院による提携する医師の囲い込みの反応が起こっている。

出来高払制から包括支払いへの移行と供給システムの再編は1990年代のマネジド・ケア運動でも試みられたが、受診規制の色の濃い手法に対する反発とともに立ち消えになった。

今回は、給付支払い否認に対するアピール手続きなど患者保護を整備する医療改革のなかで進められる。拡張志向に染まった米国の医療供給文化は変わるか、民主、共和党政権を通じた努力が結実したケアの質報告、質に応じた支払い調整（ペイ・フォー・パフォーマンス）、オバマ政権が医療改革に先行投資した医療情報技術普及策や有効性比較研究の推進とセットで評価されることになる。

何周もの周回遅れで米国の皆保険は緒に付いたが、同時に始まるインセンティブ主体の体質転換の試みは、公的規制の手法が制度疲労を起こしている日欧にとって新鮮に映るかもしれない。

メディケア・アドバンテージ・プラン（民間保険）に対する過剰な支払いの減額も医療改革の重要な財源（10年間1,356億ドル）になるが、質に応じて5～10%のボーナスをつける質評価システムを入れ、競わせる体制に入る。

企業ベースの医療給付では、健康管理に留意し設定された目標をクリアした従業員に対する保険料軽減などで報奨の限度を30%に広げる。いろんなインセンティブが散りばめられている。

7. 独立した医療費監視機構

インセンティブ・ベースの効率化の誘導と並行して、医療改革は対照的に厳格な医療費動向の監視機構を入れる。

メディケア医療費が目標増加率を超えると見込まれるとき、15人の専門家グループが歳出削減策の具体案を示し、議会に受け入れるか、代案策定を迫る「独立支払い諮問理事会」（IPAB）である。2014年に設立される。最初の2年間は実績に基づいて設定するが、2018年以降、目標は1人当たりGDP成長率+1%に固定される。+2.8%が最近10年の実績であることから、3分の1に圧縮すれば社会もなんとか呑み込もうという宣言を意味している。

受給資格、保険料、給付内容、患者負担の制度設計は議会の専権事項に残されたが、党派を超えて多くの議員が嫌っており、2019年までIPABの対象外になる病院は別に、医師、製薬・医療機器業界が転覆を狙う条項である。

議会は諮問機関MedPACの勧告を黙殺してきた。反対する医療セクターが議会に働きかけ、肝入りの議員が動く。ロビー活動が効果的な典型的な場だった。利害グループの攻勢を遮断する仕組みを説くJ.D.ロックフェラー上院議員の提案を、（前）行政管理予算局長P.R.オルザグが後押しして改革法にねじ込んだ。オルザグは、「連邦準備制度理事会（FRB）以来の議会からの権限委譲」、医療費抑制最大の仕掛けと表現している。

8. 財政・医療費影響の読み方

雇用と景気回復に期待が集中するとき、10年間で1兆ドルを投じる政策を強行したことが医療改革に対する世論の支持低迷の一因であった。

しかし、過度な財政出動と財政赤字が批判される制約下の法制化は“離れ業”を生んだ。財政赤字を出さない皆保険政策の推進である。

改革は最初の10年、メディケア歳出削減、

ヘルスケア産業界フィー、年収25万ドル以上に対するメディケア給与税の引上げ(と課税対象の拡大)で、財政赤字を加えることなく保険適用を拡大する(1,430億ドルの節減効果を見込んだ当初推計は5月に修正)。しかし、IPABもフルに稼働する次の10年には1兆ドル規模の赤字削減効果を期待できると議会予算局(CBO)は予測している。

政治経済学者U.ラインハート(プリンストン大)は、2003年のメディケア薬剤給付(MMA)の制度化を引き合いに、その意義を「巨大な連邦の義務的制度が同年代にいかなる痛みも与えることなく、次代、次次代につけを残して通過する日々は終わった」と刺激的に表現し、CBO評価の精度はともかく「MMAの財政計画のように無責任なものになることはなさそう」とコメントした(3月24日、NYタイムス・ブログEconomix)。

MMA制度化の当事者で、今、医療改革を無責任な財政出動と批判する共和党に対する揶揄である。

これに対して、新たに保険適用を得るグループの医療需要から、医療改革は2019年までに総医療費を通算3,110億ドル、0.9%増やし、GDP比を0.2ポイント乗せるというCMS保険数理部の推計は、共和党がさかんに引用する計画の問題点である。政治から独立して機能する保険数理部は、費用増加はもっと膨らむのではないと疑っている。

リベラル派の立場を鮮明にするノーベル経済学者J.グルーバー(MIT)の反論は、CMS分析の通り医療費増に結果しても割安、と簡明だ。

6.6%の年間医療費増加率に6分の1を加えるだけで、15%も保険カバーを増やせる。しかも医療改革は給付の改善と安定も実現する。2019年の医療費は460億ドル増えるが、単身者の保険費用に年5,000ドルを要するとき、1人800ドル(460億ドル/3,400万人)で済ませる計画だ。だから「医療改革は医療費問題を解決することはないが、正しい方向への歴史的な、費用効果的なステップである」(ニューイングランド・

ジャーナル・オブ・メディシン6月3日)。

9. 世論の反応

NYタイムスのD.レオンハートは、医療改革とは「30年以上にわたって広がってきた経済的不均衡に対する連邦政府最大の攻撃」「医療システムを超えた、レーガンの時代を打ち切ろうという入念な努力」だから激しい反発を買ったのだと説明している(3月23日、Economic Scene)。

保守派運動の先頭に立つ「ティー・パーティー」支持者の、医療保険を購入できない人に政府が補助する必要はないという断言は、この見方を裏打ちする。NYタイムスの意識調査(4月14日)に、一般有権者は49対45と割れたが、保守派活動家の85%は経済的不均衡を緩和する連邦補助(富の再分配)に反対、支持は12%にすぎなかった。医療改革関連の設問で保守派の考え方の違いがもっとも明快に現れた回答だった。

零細企業の保険購入を支える制度ができると説明しても、無保険者率27%(610万人)のテキサスこそ皆保険政策が恩恵になると語りかけても、届きそうにない自己責任の原則である。

「持てる者と持たざる者のギャップを埋める道具に政府を使う」と語ってホワイトハウス入りした大統領にとって、不況が、無保険者を救う医療改革をためらわせる理由になるわけもなかった。

しかし、国のコースを変える政策志向は、2008年の選挙で自信を喪失していた保守派を再結集した。ティー・パーティー支持者の92%が「オバマの政策は社会主義の方向」と見ている(一般有権者でも52%)。凡庸に2期8年をつとめるより果敢な4年でありたいと医療改革を押し切った大統領は今、政治的資本を使い尽くした消耗状態にある。

改革メリットを実感できる政策のアピール効果か、それでも医療改革に対する世論の支持は、4~7月に46-41-48-50%と改善の兆を示

している。カイザー・ファミリー財団(KFF)の調査で賛否の差は7月に15ポイントに広がった。

しかし調査は、いわゆるデス・パネルの恐怖物語をいまだ36%が信じていることも明らかにした。医療改革法を通じて「政府官僚が末期医療の進め方を差配する委員会が設けられる」というデマは昨年夏に流布、事実無根と説明されてきた。複雑な改革で、基本的な要素でさえ間違った受けとめが目立つが、ありえないデス・パネル風説の受け入れは、反発の感覚的な性質を示唆している。改革に批判的な高齢者の間では今も55%がデス・パネルを語る(支持派でも17%)。

10. 2012年の大統領選挙

ハーバード大のベテラン政治学者T.スコボルによれば、巨大な社会制度が激しい軋轢を生むのは特別なことではない。今では人気の社会保障年金も、メディケアも、法制化後不安定な時を経て、定着するまで20～30年を要した(ヘルス・アフェアーズ2010年7月)。

2014年の本格実施前、2012年の大統領選挙が医療改革の命運を決めることになる。共和党が政権に戻れば改革法の破棄に向かうだろう。

スコボルはそのうえで、オバマが再選され改革が生き残っても、共和党の攻勢に民主党が妥協、富の再配分効果の減圧など医療改革を“損なう微妙な努力”が重ねられていく展開に言及している。大統領選挙まで2年、対立は激化するが、その後は“薄められた医療改革”で折り合う。保守的だが、ひとたび制度が始まると、政府が提供する便益でも受け入れる、米国民の功利的な性向を見据えた予測である。

増税は論外、メディケア歳出削減も撤回させるスタンスを維持しながら、責任ある財政運営を進めることは非現実的であり、共和党も妥協せざるを得なくなるという見立てに立った“現実的な”見方で、保守派は怒りそうだ。

しかし、全体に給付水準を下げて計画規模を

抑える妥協は可能でも、保守派が問題にする個人の保険適用義務は計画の柱であり、妥協しにくい。興味深いことに、既往症を抱える人も保険会社に受け入れを義務化する提案にはティー・パーティー支持者の59%が賛成している(一般有権者は81%)。しかし、個人義務化なしの保険市場規制ではビジネスが成り立たない。

オバマ政治に対する反発の主因が富の再配分に舵を切りなおす方針にあるにしても、医療改革への反応は経済的な損得勘定で説明しきれない側面も多い。読み解くには文化論的な作業が必要になりそうだ。たとえばS.ハンチントンが『分断されるアメリカ』で「根っからの個人主義」「プロテスタントの信仰と似た政治的な信条」と描いた米国のナショナル・アイデンティティーである。

そうだとすれば、“プロフェッサー・オバマ”の一流の説得力をもってしても反対派に割って入ることは難しい。

それでも理性的な議論は可能である。

NYタイムスの調査で、原理主義的な保守派であるはずのティー・パーティー支持者に見出した意外な認識は、「社会保障年金とメディケアは税で支える価値がある」だった。62%が同意した(反対33%)。50歳以上が多いグループだとしても、歳出を支配する2制度の擁護と、政府の肥大化、財政赤字、赤字を嫌う原則はどう調和するのか。

「個人の自由」から個人義務化に反発するグループは、ペンシルバニア大ポーリー教授の説明にどう答えるのか。

そうした点検と確認だけでも合意形成の緒になるはずだが、議論を深める環境は米国の医療政治から消えて久しく、駆け引きが支配している。

P.ライアン下院議員は、財政規律のとれた政治の回復を訴える「共和党の台頭するスター」(P.ベイコンJr.、ワシントン・ポスト8月2日)だが、メディケア削減は不可避という主張に、共和党幹部は「世論を気にして」(ライアン)潰

しにかかった。医療損害賠償訴訟を抑えれば防衛医療は減るという主張を、まるで医療費抑制の“埋蔵金”のように用いている。

保守原理主義の立場から財政赤字を追加したメディケア薬剤給付を批判するティー・パーティー活動家は少なくないが、オバマ改革の破棄とセットにする意見としては台頭しない。

100年をかけて法制化された医療改革が迷走を始めれば、せっかく始まったインセンティブを軸に効率化を促進する米国医療の体質転換の取り組みもまた割引かれることになる。

2006年に個人義務化を軸に医療改革を先行させたマサチューセッツは、保険適用の拡大に成功したが、二段ロケットを装着しないと軌道に乗せられないことが明らかになっている。費用抑制の難問を棚上げした“安易な”合意だったツケである。

しかし、秋の知事選へ向けた政治の季節とあって多様な問題が多様に論じられたが、7月31日に議会最終日、必要に迫られると保険加入、済ませると保険を抜け、ペナルティー支払いする対応を制限する公開加入期間の指定へ段階的に進むことを盛り込んだヘルスケア法案が通過、8月10日、パトリック知事が署名した。

民主党が嫌い、共和党が支持する協会保険プラン（日本の組合健保）を限定的に取り込み、零細企業経営者グループは「零細企業にとって過去20年で最大の法的支援」と喜んだ。給付設計も工夫して10%の保険料軽減効果を期待している。

保険料引上げ計画の申請に際して、保険会社は保険料の88%が医療給付に充てられる証明が必要になる。今年、知事は州内の保険各社の保険料計画の大半を拒否して、訴訟に発展するなど険しい対立があった。その收拾策である。営利保険会社のない州だが、連邦医療改革で、個人・小グループ保険は80%と定められ、なお柔軟な対応が求められているMLRの、きわめて高い標準を州保険プラン協会は受け入れ、「基礎の医療費動向」に議論を絞る環境形成を目指している。

出来高払い医療から離脱する具体案策定、合意形成に向けた議論は「政治の年に不向き」と棚上げされたから、今回は二段ロケットのブースターほど、「来年の最優先課題」への対応をみるまで結論は控えるべきだが、連邦医療改革の指針になった州は合意を探る道筋を示しているかもしれない。

ただし、そんな示唆は大声の前にかき消されてしまうのが、2014年の本格実施に向けて動き出した8月前半の米国医療改革をとりまく政治状況である。

【追記】 9月第2週、議会は中間選挙前の最後の仕事に戻った。夏休み中、地元に戻った民主党議員の説明も効なく、8月のKFF世論調査の医療改革支持は43%、不支持45%と再び逆転してしまった。改革に反対票を投じた下院民主党34人（賛成は219人）の中には、“自立した行動”のアピールを選挙戦略の軸に据える議員さえ出ている。

医療改革を中間選挙の争点から外したい民主党と、そうはさせないと攻勢に出る共和党の対照的な姿勢が目立っている。

医療保険業界は、改革法破棄を唱える共和党候補に全面的に肩入れする会社と、両党に当距離外交をとる会社に割れている。

ドイツの社会的入院・連携問題と関連法制

国家公務員共済組合連合会
病院部・旧令病院部次長
田中 伸至
Tanaka Shinji

ドイツには、社会的入院（病床誤用、Fehlbelegung）に対し、病院診療の補完性要件の法定・医学的根拠の要求とその事前事後のチェック、診療報酬包括化から成る規律体系が存在する。介護保険の導入のほか、これらの規律も平均在院日数の短縮に効果があったことが窺われる。一方、このことが、給付の種類と提供機関の種類とが連結される形で機能分化された医療提供体制の下、転退院時の連携問題（Schnittstellenprobleme）を顕在化させる。連携問題には、保険者側と医療側との契約により診療マネジメントを診療行程に組み込む手法などが対応する。

1. はじめに—「社会的入院」問題の展開

わが国における「社会的入院」は、法令等に明確な定義はないものの、主に、医療の必要はないが介護を要する高齢者が医療提供施設に長期間入院すること、ないし、医療の必要がなくなった後も入院を継続することと理解されてきたといつてよいであろう¹⁾。こうした社会的入院は、1970年代、老人福祉施設が不足する一方でいわゆる老人病院が介護を要する高齢者の受け皿となってきたことに起因する。そして、高齢者が点滴や経管栄養などの不必要な医療を受ける一方、適切な介護が行われないことが問題となってきた。これに対し、特例許可老人病院や老人保健施設、老人訪問看護の導入、診療報酬の包括化、療養型病床群の設定、一般病床と療養病床の分離、介護保険制度の創設、療養病床の再編など約30年にも及ぶ一連の政策対応が積み重ねられてきた²⁾。上掲の意味での「社

会的入院」の解消は、まだ相当の時間を要するにしても、政策対応としては終盤に入ったといえるかもしれない。

しかし最近、「社会的入院」をより広く「不適切な入退院」と定義し、改めて問題把握と政策対応を検討する研究が現れた³⁾。そこでは、伝統的な社会的入院のほか、不適切な転院（退院先が不適切である場合）、未完退院（入院医療の必要があるにもかかわらず退院する場合）等も対象とされる。医療機関の機能分化が進み機能連携が大きな課題となる今、こうした「社会的入院」概念の更新は時宜を得たものと評価できる。そして、かかる問題把握の更新を通じて、政策課題はさらに、機能分化した医療提供施設等との間の入院・転退院のあり方や地域における医療連携体制の構築⁴⁾手法如何⁵⁾に展開し、再構成されることになろう。

そこで本稿は、比較制度論の観点から、厳格な機能分化を基盤とする医療提供体制下で機能連携を目指すドイツにおける問題と関連法制の

整理を行い、政策課題に対する法制度の配置状況に係る対照群の獲得を試みる⁶⁾。整理は、法制の建て方や導入経緯によらず、問題局面の別に応じて行う。病床誤用と連携問題である。なお、検討対象は2010年5月末のものとし、整理の簡素化のため医科のみを扱う。

2. ドイツにおける「社会的入院」と連携問題

(1) 病床誤用

わが国の伝統的な「社会的入院」に相当するのが、病床誤用(Fehlbelegung von Krankenhausbetten)である。本来外来で診療されるべき患者が入院している場合や医療上必要な期間より長く入院を継続する場合をいい、病院診療の必要のない要介護者の入院も含まれる⁷⁾。

ドイツの公的医療保険の被保険者は病院診療への給付請求権を持ち、病院診療には、完全入院(vollstationär Krankenhausbehandlung)、部分入院(teilstationär-)、入院前後診療(vor- und nachstationär-)、病院外来(ambulant-)が含まれる(社会法典第5編(Sozialgesetzbuch Fünftes Buch-SGB V)39条1項1文)。完全入院診療の請求には、外来など他の診療形態では治療目的が達せられない場合に限る旨の要件が付され、入院前に病院による審査が必要とされる(同項2文。病院診療の補完性)。そこで、こうした要件に適合しない事例が病床誤用として法的に把握される。

(2) 連携問題

病床誤用に対しては、後述のとおり(3. 病床誤用と関連法制)、病院診療の要件設定やその事前事後のチェック、診療報酬の包括化といった法政策が採用されており、相当抑制的な仕組みが存在する。このため、医学的に入院の必要がなければ患者は退院されなければならないのであるが、このことが転退院における別の問題を引き起こす。連携問題(Schnittstellenprobleme)である⁸⁾。

ドイツの公的医療保険では、外来や入院、リハビリテーションといった医療機能がそれを提供する機関と結び付けられた形で、それぞれ給付として位置づけられている(同編39条、40条、73条、108条、111条等参照)。給付の種類と給付提供機関の種類の間で截然と機能分化されており、一つの給付の終了が当該機関からの退院等に直結しやすい。給付・提供機関間の接続部(Schnittstelle)での連携が不適切ならば、患者は次の段階の医療や介護を受けるまで待機を強いられるなど⁹⁾、医療の質が損なわれる¹⁰⁾。ここに、連携問題が顕在化する¹¹⁾。

3. 病床誤用と関連法制

ドイツではかつて、平均在院日数が比較的長く¹²⁾、病床誤用が少なからず発生していた¹³⁾。その発生原因としては、①施設介護や在宅介護が不十分であったこと、②連携不足、③一日当り定額制診療報酬による在院日数を延ばすインセンティブの存在などが指摘されよう¹⁴⁾。こうした状況に対し、次のように重層的な法政策が採用されてきた。

(1) 介護保険の導入と病床削減

まず介護需要への対応として、介護保険制度の創設が挙げられる¹⁵⁾。介護保険法案¹⁶⁾提出時、約45万人の要介護者が介護ホームに入所していたほか、約120万人が居宅で生活していた¹⁷⁾。しかし、介護可能な家族の減少や独居者の増加等により、家族介護に依存するシステムは危機に瀕していた¹⁸⁾。一方、公的医療保険は、病院診療での疾患治療に伴う介護のほか、在宅看護や医学的リハビリテーションも給付対象としていたが、それらの給付が尽きると介護需要の大部分はカバーされなかった。このため、急性期医療等が終了し医療提供が不可能・不要となったものの介護が必要な場合に、サービスの空隙が生じる状況があった¹⁹⁾。そこで、1995年に介護保険制度が導入され、同時に、不要となる病床や診療部門の削減と介護部門への転換

を図るため、州病院計画で認める病床数からの誤用分の削減等の措置が採られた²⁰⁾。介護保険導入後は、要介護を理由とする社会的入院はほとんど生じていないと伝えられる²¹⁾。

(2) 保険医による入院指示・病院医の入院審査と 病院診療の補完性要件・医学的根拠の要求

医療側での入院に係る規律も病床誤用を防止する作用を持つ。かかる規律として、二重の入院審査手続きがあり、病院診療の要件が審査される。

第一の手続きとして、開業保険医による病院診療の指示(Einweisung)がある(同編73条2項1文7号)。保険医には病院診療の必要性についての検討が求められ(病院診療指針²²⁾4条)、特に、入院診療の指示は外来診療では十分でない場合に限定される(同編73条4項、同指針4条3項)。そして、被保険者が止むを得ない理由なくして医師の指示に記載された病院と異なる他の病院を選択した場合は、超過料金を支払わなければならないこととされる(同編39条2項)。

第二に、前述の完全入院請求権の成立要件についての病院による審査がある。完全入院は、他の形態の病院診療では治療目的が達せられない場合にのみ認められ、病院がこれを審査する(同条1項2文)。審査に当たる病院医は、入院指示をした保険医の判断には拘束されない²³⁾。

完全入院請求権は、もっぱら医学的な根拠に基づいてのみ認められると解されている。診断所見に基づき外来診療で足りる症例については、他の適切な施設の不足のため一時的に入院継続せざるを得ない場合であっても、疾病金庫は入院費用を引き受ける必要はないとされる²⁴⁾。

(3) 診療報酬包括化

入院開始後に社会的入院の発生を抑止する作用を持つ規律として、病院診療報酬の包括化²⁵⁾も挙げられる。病院側に医学的に必要のない入院を継続する経済的な誘因を与えないからである。

かつては患者一日定額制と実費補填原則が採用されていたが、1993年施行の医療保障構造法(Gesundheitsstrukturgesetz-GSG)において、一症例当り包括報酬、特別報酬、診療科別療養費・基礎療養費の複合方式による診療報酬制度に置き換えられた。その後、2000年施行の医療保険改革法(GKV-Gesundheitsreformgesetz)により、2003年から診断群分類(Diagnosis Related Groups-DRG)に基づく症例包括払い方式が導入された。当初は、病院の選択によることとされ、2004年以降はすべての病院に拘束的に適用することとされた(病院財政法(Krankenhausfinanzierungsgesetz-KHG)17b条4項、6項)²⁶⁾。症例分類は年々拡大・細分化され、現在のDRGのカタログには約1,200種類が収載されている。入院期間が一定の下限期間を下回る場合には減算が、上限期間を上回る場合には一日当り定額制による加算が行われる²⁷⁾。

(4) 医療審査機関による審査

さらに、(2)、(3)の規律を担保する仕組みとして、医療審査機関(Medizinischer Dienst der Krankenkassen-MDK)による審査(Überprüfung)がある。医療審査機関は、各州において疾病金庫州連合会、州農業疾病金庫及び代替金庫による共同事業として運営される(社会法典第5編278条2項)。入院診療やリハビリテーションの必要性に係る審査に加え、介護保険の要介護審査も含め広範な医学的審査等の業務を担う²⁸⁾。病床誤用に関する審査には、二種類ある。

第一は、個別症例審査である²⁹⁾。疾病金庫は、入院診療の必要性に疑義がある場合は、当該給付の要件、種類又は範囲について医療審査機関による審査を求めることを義務づけられている(同編275条1項1文)。審査は、疾病金庫に診療報酬請求が到達してから6週間以内に開始されなければならない(同条1c項2文)。審査に際し、医療審査機関の医師³⁰⁾は、病院内に立ち入り、診療文書を閲覧し被保険者を診察することができる(同編276条4項)。病院は被保険

者の診断・所見等のデータを医療審査機関の要求に応じ引き渡す義務を負う(同条2項1文)。審査により疾病金庫の疑義を支持する鑑定が得られた場合、疾病金庫は支払いを拒否することができる。ただし、審査が診療報酬を減額する結果に至らなかった場合は、疾病金庫は病院に300ユーロ支払わなければならない(同編275条1c項3文)。

第二は、無作為抽出検査に基づく審査である³¹⁾。病院財政法は、病院経営体に対し、①入院診療の必要のない患者を入院させないこと(primäre Fehlbelegung)、②一日定額診療報酬については入院の必要なくなった患者の入院を継続しないこと(sekundäre Fehlbelegung)、③経済的理由に基づく早すぎる転退院を行わないこと、④症例包括払い方式において関連規定を遵守することを義務づける(17c条1項³²⁾)。疾病金庫は、医療審査機関を通じて、これらの義務の遵守如何を無作為抽出検査により審査することができる。病院は医療審査機関が診療文書を利用できるようにし、必要な情報を提供しなければならない。また、審査に当たる医療審査機関の医師には、病院に立ち入る権限が認められる(同条2項)。疾病金庫は、審査結果に基づき、過多・過少の過誤払いの原因と範囲を確認しなければならない。過誤払いによる差額調整方法については、病院側と疾病金庫等の合意により、包括的な清算方法又は個別清算が採用される³³⁾。症例包括払い方式における症例分類(Kodierung)にいわゆるアップコーディングなど重大な不注意があった場合には、病院は差額に加え、追加的に同額を疾病金庫に支払わなければならない(Strafzahlung, 同条3項)。当事者が審査結果や清算に同意しない場合は、調停委員会に調停を求めることができる(同条4項)。手続や審査基準については、疾病金庫中央連合会及びドイツ病院協会から、審査手続の共同勧告(Gemeinsame Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17cKHG)が公表されており、その遵守が求められている。

なお、DRG症例包括払い方式の導入により、

②の審査の存在意義は基本的に乏しくなっているという³⁴⁾。

4. 連携問題と関連法制

以上のように、病院診療の給付に際し医学的な根拠が求められ、事前事後の審査が行われる。さらに、診療報酬の包括化により、病院には入院を早期に終わらせる誘因が働く。平均在院日数は一貫して緩やかに減少し続けており、政策効果が窺われる³⁵⁾。しかし、このことは前述のとおり(2.(2))、連携問題が重要課題となる所以でもある。

給付間の接続部は、外来-入院、緊急外来-入院、入院-外来、入院-リハビリテーション、入院-介護に存在する³⁶⁾。病床誤用が抑制される状況では、後三者での連携問題(後方連携)が重要であろう。連携問題には、診療マネジメントの手法が用意される。

(1) 診療マネジメント請求権と医療ソーシャルワーク

診療マネジメントの実施を確保するための法的手法の第一は、被保険者に対する診療マネジメント請求権(Anspruch auf ein Versorgungsmanagement)の付与である(社会法典第5編11条4項1文)³⁷⁾。病院等の給付提供機関は、適切な給付の接続(sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten)に注意して、相互に所要の情報を交換することとされる(同項2文)。マネジメントには、介護施設の参加と介護相談員³⁸⁾との協働が求められる(同項4文、5文)。また、その実施には、被保険者の同意と事前の情報提供が必要である(同項6文)

マネジメントの内容は、疾病金庫州連合会と州病院協会等が締結する契約に規定される(同項7文)。たとえば、バイエルン州の契約³⁹⁾では、入院中に接続するリハビリテーション⁴⁰⁾が必要であることが判明した場合は、早期にリハビリテーションの機会につき助言がされなければ

ならない旨規定される⁴¹⁾。助言内容は、受給可能なりハビリテーションや施設の情報などである⁴²⁾。助言の目的は、シームレスなりハビリテーションへの移行のため、患者にリハビリテーションの必要を説明し、患者の準備を援助するところにある⁴³⁾。老人医学的リハビリテーション (geriatrischen Rehabilitation) については、特に移行手続きが規定されている⁴⁴⁾。入院中に介護保険給付への接続が必要であると認識された患者についても、同様の目的から助言されなければならない旨規定される⁴⁵⁾。さらに、病院、リハビリテーション施設、介護施設間の連携を規律する協定もある。そこでは、入院治療やリハビリテーションの実施中に、その後の介護が問題となることが判明した場合には、患者や家族に介護保険による給付について助言し、早期の介護給付申請を支援することとされる。介護金庫は介護施設の一覧表を作成し、病院やリハビリテーション施設はその診療圏内の介護施設とコンタクトを保つことなども規定される⁴⁶⁾。

また、他の多くの州では、州病院法において、病院に対し、医療ソーシャルワーク部門 (Sozialer Krankenhausdienst, Sozialdienst im Krankenhaus など) を置き、患者の相談・援助に当たるよう求めており、病院組織の面からも診療マネジメントの確保を図っている⁴⁷⁾。

(2) 統合診療

ドイツでは、公的医療保険や介護保険に参加する様々な医療機関等を疾病や地域に応じて包括的に組織化するため、構造的治療プログラムや家庭医中心診療など、新たな診療形態が導入されてきている⁴⁸⁾。中でも統合診療 (Integrierte Versorgung) は、後方連携のための診療マネジメントも予定する診療形態である (同文)。

統合診療では、家庭医診療、専門医診療、病院診療、介護施設などさまざまな給付分野や診療科の医療機関等が参加しネットワーク組織を構成することができる (同編140a条1項)。この形態への被保険者の参加は任意である (同条

2項)。診療組織は、疾病金庫と個々の保険医、その団体、医療センター、許可病院などが契約を締結することにより、構築される (同編140b条1項)。契約当事者は、医学的知見と医学の進歩における一般的に認識された水準に適合する診療を提供することを保障しなければならない (同条3項3文)。この規定は、給付の接続部、すなわち入院 - 外来、入院 - リハビリテーション、入院 - 介護間における診療マネジメントを要求するものと理解されている (同編11条4項7文参照)⁴⁹⁾。

たとえば、機能連携が不可欠な脳卒中治療を対象とする統合診療として、大学病院とリハビリテーション施設により、急性期、入所・外来のリハビリテーション、定期的アフターケアを提供するものがある。大学病院の神経科医が診療マネジメントを担当し、リハビリテーションを組織化するとともに、退院後1週間以内にアフターケアを担当する協力開業医を斡旋するという⁵⁰⁾。また、急性期からアフターケアまでの診療計画 (患者パス) を文書化することをうたうものもある⁵¹⁾。

2008年12月31日現在で、6,407件の統合診療契約が登録されているが、病院とリハビリテーション施設が参加するものは714件、病院、リハビリテーション施設、開業医が参加するものは182件に止まっている⁵²⁾。また、2007年4月1日以降に締結された契約1,424件のうち、介護施設が参加するものはわずか35件に過ぎない⁵³⁾。連邦政府は、連携問題の克服のためには、一般的な疾患についての包括的な契約や可能な限り幅広い疾病をカバーする地域的な契約などが増える必要があるとの認識を示している⁵⁴⁾。

5. おわりに—ドイツの社会的入院・連携問題と関連法制の特徴

最後に、ドイツの社会的入院・連携問題と関連法制の特徴について、わが国のそれら⁵⁵⁾と対比しつつ簡単な要約を試みる (表参照)。

第一に、病床誤用と連携問題とは、密接な関

係にあることである。病院における入院診療の必要性につき医学的根拠を求め厳格に運用すればするほど、患者の次の居場所の確保が急迫の課題となるからである。わが国もこうした問題の相を共有する。ただし、ドイツでは、給付の種類と給付提供機関の種類が連結される形で截然と機能分化されるとともに、入院診療の補完性が法定され、医学的理由以外の理由では入院診療の給付請求権が認められないため、両問題とも法的に把握しやすい状況にある。なお、ドイツの平均在院日数は他の欧米諸国と同水準にまで短縮しており、病床誤用の方はほぼ解消可能な状況に至っていると評価できよう。

第二の特徴は、病床誤用に対する整然とした重厚な規律体系の存在である。まず、大前提として、病院診療の補完性要件が法定されている。その上で、入院を行うかどうかにつき開業保険医による入院指示の手続きと病院医の入院審査により二重のチェックがかかる。さらに、DRG症例包括診療報酬により、入院期間の長期化が経済的に抑制される。そして、疾病金庫が医療審査機関(MDK)を通じて入院の医学的必要性やDRGのコーディングに対する審査を行い、規律の実効性を確保する。一方、わが国でも診療報酬上、DPC包括評価方式と通減制の組合せによる対応は行われているが⁵⁶⁾、ドイツのような病院診療の補完性は法定されておらず⁵⁷⁾、入院審査システムも確立されていない。

第三に、連携問題について、疾病金庫側と医療機関側との契約により診療マネジメントを診療行程にインストールしようとしている点が挙げられる。被保険者に診療マネジメントに対する給付請求権を附与し、その内容を州レベルでの集团的契約や統合診療における個別契約に委ねる手法である。また、多くの州の病院法では、病院はソーシャルワーク部門を設置することとされている。これに対し、わが国では、医療機関が都道府県等からの支援を受けつつ、主体的に医療連携体制を構築していくことが求められており、保険者の関与は明確には位置づけられていない。医療計画制度や診療報酬⁵⁸⁾点数区分・

算定要件において機能分担・機能連携の実例やモデルが提示され、地域連携クリティカルパスの導入が強く推奨される。地域の医療連携体制は医療計画により公表され、個々の診療行程は地域連携クリティカルパスにより患者に情報提供される道筋がつけられている。

これらを俯瞰すると、ドイツでは病床誤用について個別的な対応で足りる段階に入る一方、連携問題が大きな政策課題となっているが、わが国では、社会的入院の解消と医療連携体制の構築が同時に対処されるべき問題群として残っている、との対比を示すことができる。また、ドイツでは病床誤用に対する整然とした規律体系が整備されており、平均在院日数の短縮が進んできたことが窺われるが、わが国では診療報酬上の対応が中心となっている。連携問題に対する法制度については、ドイツでは保険者と医療側の契約により診療マネジメントを保険給付に組み込む手法が柱であるのに対し、わが国では医療機関等による医療連携体制構築を医療計画を始めとする多様な法制度により支援・誘導しようとしている、と整理することができよう。

表 ドイツと日本の社会的入院・連携問題と関連法制の比較

問題群	規律局面	ドイツ	日本
機能分化	給付と提供機関の機能分化	<ul style="list-style-type: none"> ○給付と給付提供機関とが連結する形で機能分化 ○介護サービス確保と医療供給量適正化 ○病床削減・転換 ○病院診療の補完性要件の法定、入院診療給付請求権に係る医学的根拠の要求 ○開業保険医による入院指示 ○病院医の入院審査 	<ul style="list-style-type: none"> ○療養の給付、保険医療機関ともに法律上単一で非分化(健康保険法63条1項各号、3項、65条等) ○介護保険制度の導入 ○老人保健施設の創設、療養病床の分化、再編等 ○保険医療機関による病状に応じた適切な入院(療担規則11条1項)、保険医による入院指示の要件(療養上の必要等。療担規則20条7号)、家庭事情等による退院困難な場合の保険者への通知(10条1号)
	社会的入院 ／病床誤用	<ul style="list-style-type: none"> ○DRG症例包括診療報酬 <p>(急性期平均在院日数OECD, Health Data 2010.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○DPC包括評価方式 ○期間に応じた診療報酬(通減制、算定上限日数設定) <p>34.4日(1994年) → 18.8日(2008年)</p>
連携問題	医療提供者の参加による連携構想作成	<ul style="list-style-type: none"> ○MDK個別症例審査、無作為抽出審査 	<ul style="list-style-type: none"> ○診療報酬請求審査、減点査定
	連携構想の実現確保	<ul style="list-style-type: none"> ○診療マネジメント請求権、州レベルでの契約によるリハビリテーション内容の具体化(たとえば、リハビリテーションや介護への移行の助言、介護給付申請の支援、病院・リハビリテーションと介護施設とのコンタクト等)、病院での医療ソーシャルワーク部門の設置 ○統合診療による診療マネジメント(たとえば、急性期を担当する病院の医師によるリハビリテーションの組織化、アフターケアを担当する開業医の斡旋、診療計画の文書化) 	<ul style="list-style-type: none"> ○医療法の努力・配慮義務 ○医療計画による努力内容の指針化 ○医療計画における機能分担の記載(4疾病5事業、地域連携クリティカルパス) ○医療計画収載医療機関に対する診療報酬上の評価(退院時共同指導料、地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料等) ○医療計画と医療提供体制施設整備交付金等との連動 ○医療機能情報の共有 ○圏域別の医療計画作成 ○事前協議制による病床優先配分
	地域性等の反映		

著者作成

注

- 1) 「社会的入院」の定義やモデルのレビューを取り扱う近時の文献として、水口由美「社会的入院に関する総合的レビューとその要因モデルの構築」慶応SFCジャーナル8巻2号(2008年)161頁ないし176頁、印南一路『「社会的入院」の研究』(東洋経済新報社、2008年)3頁ないし41頁参照。
- 2) これらの政策対応を短観した近時の文献として、土田武士「医療と介護の連携」土田武士・田中耕太郎・府川哲夫編著『社会保障改革—日本とドイツの挑戦—』(ミネルヴァ書房、2008年)82頁ないし90頁参照。
- 3) 印南・前掲書(注1)参照。同書は、「不適切な入院」として5類型(社会的入院継続、社会的新規入院、不適切な転院、未完退院、社会的再入院)を設定し(14頁ないし22頁)、問題把握の更新を行う。
- 4) 医療法1条、30条の4第2項2号。
- 5) わが国における医療連携体制構築の法的手法の配置状況や作用を整理する試みとして、田中伸至「地域における医療連携体制構築の法的手法(1) —脳卒中治療を例に—」法政理論(新潟大学)43巻1号(2010年)1頁ないし44頁、同「同(2・完)」同誌同巻2号(2011年発行予定)掲載予定参照。
- 6) ドイツにおける医療提供体制の概要と特徴につき、田中伸至「ドイツ医療提供体制の法的構造 —機能分化・適正配置・機能連携—」健保連海外医療保障82号(2009年)1頁ないし9頁参照。
- 7) BT-Drucksache 13/5182, S. 1.
- 8) Quaas, M./Zuck, R., Medizinrecht, 2. Aufl. 2009, S. 671.
- 9) 例えば、本来連続すべき急性治療とリハビリテーションの間、リハビリテーションと介護との間で、無用な待機や休止が発生する(連邦保健省ウェブサイト<http://www.bmg.bund.de/cln_178/nn_1168278/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/R/Glossarbereich-Rehabilitation.html>参照)。
- 10) ドイツの医療制度については、従前から、急性期や疾病の一側面に偏した医療、専門分野間の連携の欠落、硬直的な診療システムが問題点として指摘されていた。Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung, Die Ausführliche Zusammenfassung des Gutachtens 2000/2001 Band III, S.19.
- 11) 連携問題を医療過誤問題に位置づけ、その発生箇所ごとに整理する文献として、Huster, S. / Kaltenborn, M. (Hrsg.), Krankenhausrecht, 2010, S. 439-444参照。
- 12) 介護保険を導入する直前の1994年の急性期入院平均在院日数は11.2日であった。OECD Health Data 2010<http://www.irdes.fr/EcoSante/Download/OECDHealthData_FrequentlyRequestedData.xls>参照。
- 13) BT-Drucksache 13/5182, S. 1. 1988年当時(旧西独内)、病床誤用は全病床の約17%であったとされる。
- 14) 松本勝明『社会保障構造改革 —ドイツにおける取組みと政策の方向—』(信山社、1998年)113頁参照。
- 15) ドイツの介護保険を解説する邦語文献として、松本勝明『ドイツ社会保障論Ⅲ —介護保険—』(信山社、2007年)参照。
- 16) Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz - PflegeVG)により、社会法典に第11編介護保険 (Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung) が追加された。
- 17) BT-Drucksache 12/5262, S. 1, 62.
- 18) BT-Drucksache 12/5262, S. 64.
- 19) BT-Drucksache 12/5262, S. 63.
- 20) 介護保険法(PflegeVG)14条により改正された病院財政法(KHG)3条3項、9条3a項、17a条。BT-Drucksache 12/5262, S. 53. 介護保険導入時の病院計画制度や社会的入院の解消方策を解説する邦語文献として、松本・前掲書(注14)105頁ないし117頁参照。
- 21) 土田・前掲論文(注2)81頁。
- 22) Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Krankenbehandlung (Krankenhausbehandlungs - Richtlinien). 社会法典第5編92条1項6号に基づき連邦共同委員会が策定する指針であり、保険医はこれに従わなければならない。Bundesministerium für Arbeit und Soziales, (Hrsg.), Übersicht über

- das Sozialrecht, 2010/2011 S. 221.
- 23) Quaas, M./Zuck, R., a.a.o., S. 666.
 - 24) BSG GS, B. v. 25. 9. 2007-GS 1/6 in: SGB 2008, 295.; Quaas, M./Zuck, R., a.a.o., S. 669.
 - 25) Bundesministerium für Arbeit und Soziales, a.a.o., S. 264ff. 病院診療報酬制度に関する近時の邦語文献として、松本勝明『ドイツ社会保障論Ⅰ—医療保険—』（信山社、2003年）101頁ないし115頁、藤本健太郎「ドイツにおけるDRGシステムの導入状況」社会保険旬報2277号（2006年）10頁ないし16頁、松田晋也「ドイツの医療制度と診断群分類」社会保険旬報2286号（2006年）28頁ないし37頁、ドイツ医療保障制度に関する研究会編『ドイツ医療関連データ集【2009年版】』（医療経済研究機構、2010年）121頁ないし123頁参照。
 - 26) ただし、精神科医療には適用されない（病院財政法17b条1項2文）。
 - 27) 2010年病院包括診療報酬協定（Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2010（Fallpauschalenvereinbarung 2010-FPV 2010））1条2項、3項。
 - 28) 医療審査機関の業務概要につき、MDKウェブサイト<<http://www.mdk.de/317.htm>>参照。
 - 29) 審査制度の概説として、Bundesministerium für Arbeit und Soziales, a.a.o., S. 278ff.; Quaas, M./Zuck, R., a.a.o., S. 673ff.; Huster, S. /Kaltenborn, M. (Hrsg.), a.a.o., S. 201.参照。
 - 30) MDKには2008年末、全土で約7,000人の職員が従事し、そのうち医師は約2,000人である。医療審査機関中央会（MDS）ウェブサイト<<http://www.mds-ev.de/2410.htm>>参照。
 - 31) 審査制度の概説として、Quaas, M./Zuck, R., a.a.o., S. 719-721; Huster, S. /Kaltenborn, M. (Hrsg.), a.a.o., S. 203.、MDKウェブサイト<<http://www.mdk.de/1321.htm>>、同<<http://www.mdk.de/1322.htm>>参照。
 - 32) 病院診療の補完性原則を規定する社会法典第5編39条1項2文と表裏一体をなす。Quaas, M./Zuck, R., a.a.o., S. 720.
 - 33) 審査に要する費用が審査による是正額に見合わないことから、包括的な清算方式が推奨される。Quaas, M./Zuck, R., a.a.o., S. 721.
 - 34) ただし、入院期間が一定の上限を超え一日当たり定額加算が行われるケースでは、②の審査の存在意義が認められる。Quaas, M./Zuck, R., a.a.o., S. 720.
 - 35) 2008年の急性期入院平均在院日数は7.6日であった。他方、日本は18.8日、フランス5.2日、イギリスは7.1日、アメリカ5.5日であった。なお、ドイツにおける平均在院日数の減少傾向は介護保険導入前から観察されている。OECD, Health Data 2010<http://www.irdes.fr/EcoSante/Download/OECDHealthData_FrequentlyRequestedData.xls>参照。
 - 36) Huster, S. /Kaltenborn, M. (Hrsg.), a.a.o., S. 439-444.
 - 37) 診療マネジメント請求権は、2007年の公的医療保険競争強化法（GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz）により導入された。なお、後述のとおり、マネジメントの内容は州レベルの契約において規定されるが、それらの契約は同請求権の導入以前から締結されており、診療マネジメントの実施は給付提供機関の義務となっていた。たとえば、注41、注44、注45、注46に掲げる契約参照。
 - 38) 社会法典第11編7a条参照。
 - 39) バイエレン州の契約が最も詳細に規定しているように見受けられる。
 - 40) 医学的リハビリテーションは、公的医療保険競争強化法により2007年4月1日以降義務的給付とされた。給付は、社会法典第5編111条の供給契約を締結したリハビリテーション施設で提供され、通所が入所に優先する（同編40条1項、2項）。リハビリテーション給付の概説として、Bundesministerium für Arbeit und Soziales, a.a.o., S. 196-198参照。
 - 41) 社会法典第5編112条1項に基づく112条2項5号に係る契約—病院診療からリハビリテーションへのシームレスな移行（Vertrag gemäß § 112 Abs. 1 SGB V zu § 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V-Nahtloser Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation—）2条1項。
 - 42) 社会法典第5編112条1項に基づく112条2項5号に係る契約5条。
 - 43) 社会法典第5編112条1項に基づく112条2項5号に係る契約2条2項。
 - 44) 手続きの概要は次のとおりである。病院は、老人医学的リハビリテーションの申請書を疾病金庫に伝達することとされ、その際、

適切なリハビリテーション施設を推薦することができる。疾病金庫は、当該申請につき決定を行い、病院から通知された転院予想日に基づき、リハビリテーション施設と患者受入れについて合意する。リハビリテーション施設は、リハビリテーションの効果の見込みがない場合、48時間以内に元の病院に当該患者を戻すことができる(社会法典第5編112条1項に基づく112条2項5号に係る契約の補足協定5条(Ergänzungsvereinbarung zum Vertrag gem. § 112 Abs. 1 SGB V zu § 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V-Nahtloser Übergang von der Krankenhausbehandlung zur geriatrischen Rehabilitation-))。また、リハビリテーション移行後、急性期医療の必要が生じた場合には、リハビリテーション施設と病院は、再入院とリハビリテーションへの再移行の時期について合意することとされる(同協定6条)。

- 45) 社会法典第5編112条1項に基づく112条2項5号に係る契約—病院診療から介護へのシームレスな移行(Vertrag gemäß § 112 Abs. 1 SGB V zu § 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V-Nahtloser Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Pflege-) 3条。さらに、病院は介護給付申請書を要介護審査を行う医療審査機関(MDK)に伝達することとされる(4条)。

また、社会法典第11編7条2項2文も、病院等の給付提供機関に対し、患者に要介護状態が認められる場合には、その同意を得て、要介護審査が迅速に行われるよう、直ちに介護金庫に連絡する義務を課している。

- 46) 社会法典第11編実施法10条に基づく協定(Vereinbarung gemäß Artikel 10 Abs. 1 des Gesetzes zur Ausführung des Elften Buchs (XI) Sozialgesetzbuch Soziale Pflegeversicherung (AGPflegeVG) vom 7. April 1995) 3条。
- 47) たとえば、バーデン・ヴュルテンベルク州病院法(Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg (LKHG)) 31条、ラインラント・プファルツ州病院法(Landeskrankenhausgesetz (LKG)) 26条、チューリンゲン州病院法(Thüringer Krankenhausgesetz (ThürKHG)) 19a条1項。
- 48) 新たな診療形態に関する近時の邦語文献と

して、田中伸至「かかりつけ医機能の制度設計における検討課題—フランス及びドイツの制度とわが国への示唆—」法政理論40巻2号(2007年)189頁ないし200頁、同「ドイツにおける医療提供体制の改革」けんぼれん77号(2008年)8頁ないし12頁、田中耕太郎「ドイツにおける高齢者ケアの新たな展開」健保連海外医療保障79号(2008年)1頁ないし9頁参照。

- 49) Huster, S./Kaltenborn, M. (Hrsg.), a.a.o., S. 446ff.
- 50) マインツ大学報道発表2005年12月14日<http://zope.verwaltung.uni-mainz.de/presse/mitteilung/2005/2005_12_14_schlaganfall/showArticle_dhtml>参照。
- 51) ヴェツラー病院パンフレット<www.klinikum-wetzlar-braunfels.de/dokumente/flyer_schlaganfall.pdf>参照。
- 52) Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V, Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004-2008, S. 15, S. 21. なお、開業医のみが参加する契約が1,932で約30%を占め、病院のみが参加する契約も1,001となっている。
- 53) Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V, a.a.o., S. 39-41. 35件のうち、メクレンブルク・フォアポンメルン州の契約が20件を占める。
- 54) BT-Drucksache 16/11990, S. 2.
- 55) わが国における連携問題と関連法制につき、田中(伸)・前掲論文(注5)参照。
- 56) ドイツの症例包括払い方式では、入院が一定期間を超えた場合、一日当たり定額加算が行われる。わが国のDPC包括評価方式は一日当たり定額払いであるが、その額は一定期間経過後逡減する。両方式による入院継続抑制効果は、これらの一定期間、加算額ないし逡減額の設定に依存する。診療報酬支払方式自体としては、不要な入院継続に対する作用に優劣があるわけではない。松田晋哉「DPCを用いた支払方式」社会保険旬報2357号(2008年)16頁ないし21頁参照。
- 57) 健康保険法は、療養の給付の内容として、「診察」や「居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護」、「病院又は

診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護」等を列記するが(63条1項各号)、各号の事項を個別的な給付と位置付ける規定はなく、入院の補完性を定める規定もない。

また、被保険者が保険者から療養の給付として受け得る診療の内容には保険医療機関及び保険医療養担当規則による制約があり、同規則に適合しない診療は療養の給付に該当しないと解される(最二小判昭和61年10月17日判時1219号58頁)、同規則は、保険医の診療の具体的指針として、「入院の指示は、療養上必要があると認められる場合に行う」こと(20条7号イ)や「単なる疲労回復、正常分べん又は通院の不便等のための入院の指示は行わない」こと(同号ロ)を定め、保険医療機関に対し、入院を患者「の病状に応じて適切に行う義務(11条1項)や患者の家庭事情等による退院困難な場合の保険者への通知義務を課す(10条1号)が、外来診療や在宅療養に対する入院診療の補完性は明記していない。

- 58) ドイツの診療マネジメントに相当する連携活動を評価する診療報酬点数区分として、退院時共同指導料1、同2(診療報酬の算定方法(平成22年3月5日厚生労働省告示69号による改正後の平成20年3月5日厚生労働省告示59号)別表第一医科診療報酬点数表B004、B005)、地域連携診療計画管理料(同表B005-2)、地域連携診療計画退院時指導料(I)(同表B005-3)、同(II)(同表005-3-2)等がある。これらにより評価される行為は、健康保険法63条1項各号のいずれに位置付けられるかは不明であるが、療養の給付制度は医療機関の医療連携に係る先進的取組みを診療報酬改定を通じて柔軟に給付に取り入れ、保険医療機関に普及させていくことが可能な法的枠組みとなっていると評価ができる。また、ここに医療連携体制の構築への保険者側の関与の機会を見出すこともできよう。

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。何をもっ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か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か月以上の長期入院」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か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」^{注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、バ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 Gériatologique-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、③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

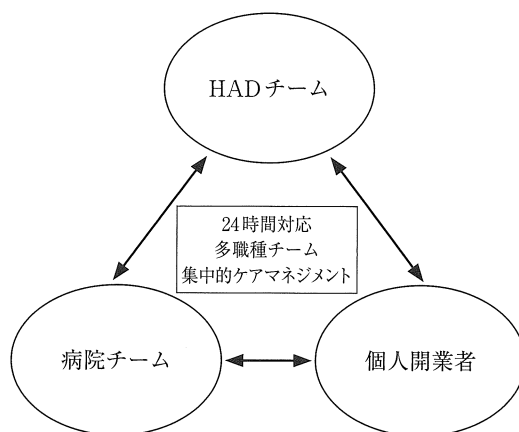


図1 HADを中心とした三つ巴連携

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発揮している。

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%

チエヴはHADのコーディネート医師と管理看護師である。以下に、コーディネート医師と管理看護師の役割について紹介する。

- i) コーディネート医師：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ト医師への情報提供、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
- ・痛、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業者や在宅サービス事業者引き継ぐ。

サービスのアウトカム評価を定期的に受け、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、補足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 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めば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.

“望ましくない”入院の回避・解消

—スウェーデンの試み—

ルンド大学助手

多田 葉子

Tada Yoko

本稿では、スウェーデンの保健医療・社会サービス制度の中でも、特に社会的入院と関連のある1990年代の三大改革について概略を紹介し、どのように問題を把握し、解決策を講じたかについて論じる。さらに、“望ましくない”入院についての国家指標について、最近の例を紹介し、今後どのような手段を講じる必要があるかのヒントとしたい。いずれにせよ、問題を社会構造論的に把握することがその出発点であるとする。

1. 出発点：社会構造論的「社会的入院」の理解

言うまでもないが「社会的入院」とは、社会構造的に生み出された不必要な入院現象を指している。すなわち、医学的見地から必要であると判断されれば、あるいは何らの根拠があり社会規範に合致すると考えられるならば、入院は「社会問題」ではない。では、「社会問題」としての入院とはどういう現象を指しているのだろうか？

「社会問題」という用語は、個人の社会規範から逸脱した行動様式から引き起こされる現象を指すこともあるが、ここで言う「社会問題」は、社会システム上引き起こされたと考えられるシステム上の失策・欠点などを指している。例えばエーデル改革のきっかけとなった「社会問題」としての入院とは、①高齢者の医療と介護の責任分担が不明確であったために、②医療治療を終えた高齢者の受け皿が不足していたために、③医療および介護の費用と人材が適材適所に配分されていなかったために、④医療と介護を統合するという概念がなかったために、医療的に

は入院している必要のない高齢者が医療施設に入院し続けていたという現象を指している。結果として、住環境からかけ離れた場で生活を余儀なく強いられた高齢者が存在することになった。このように複数の社会制度が複合要因となり、市民としての高齢者がその結果、“望ましくない状況”に置かれたのである。社会的入院とは、単に入院医療費が介護費用にとって代わり、医療費を圧迫している状況を指しているのではない。

スウェーデンの公的に刊行された社会保障関連レポートを概観すると、社会保障サービスは「社会問題」を構造論的に理解し、解消することを目指していると言えよう。社会庁(Socialstyrelsen)が刊行している『社会レポート(2006年版)』(参考文献1)には、その冒頭でこの点について、以下のように明確に述べられている。すなわち、「スウェーデンの公的な社会レポートの前提条件にあるのは、社会問題は主として構造的な要因によって引き起こされるという考えである。そして、国にはこうした問題を予防し、解決する責務があると考えられる。ここで問題となっているのは個人の“望ましく

ない”行動様式ではなく、“望ましくない”社会状況である。」(参考文献1, p.19) 社会的入院のような医療制度問題も、こうした社会問題の例外でないことは言うまでもない。

一方で、社会問題という概念と同時に、最近用いられるようになってきている用語として「ソーシャル・エクスクルージョン (social utestängning)」という概念がある。これは、一個人あるいは一グループが社会のいろいろな側面から除外されている現象を指している。この現象は、一つの社会問題が徐々に複合的な問題を生み出していくプロセスの結果生じる。「社会問題」という概念が、どちらかと言えば、一分野の静的な状態を指し示している一方で、「ソーシャル・エクスクルージョン」という概念はむしろ、複合的でダイナミックなプロセスを指している。従来、この用語は、貧困問題に関して用いられてきたが、最近では様々な社会問題から複合的に生み出される社会的な“孤立 (utanförskap)” (例えば労働市場、政治生活、余暇活動やその他の社会参加ができない状況) を指す用語として用いられているようだ。(参考文献1, p.19-20)

「社会的入院」を例に挙げれば、病院や施設に「住み続ける」ことを余儀なくさせられるために、家族生活はもとより、その他の社会生活が困難になることは容易に想像できよう。したがって「社会的入院」という問題は、その要因を社会構造論的に理解すると同時に、その結果生じた“ソーシャル・エクスクルージョン”を理解し、多角的に対応策を練る必要がある。

以下、この二つの概念を念頭に置きながら、スウェーデンにおける“望ましくない”入院対策について概観する。

2. 1990年代初頭の問題認識

1990年代初頭、日本同様スウェーデンでもバブルが崩壊し、社会経済は困惑した。その結果、社会保障、とりわけ医療・介護・社会サービスに関して、限りある財源でいかにニーズに

対応していくかという議論が起こった。焦点は、生産性及び効率性であった。スウェーデンでは従来、医療に関しては初期医療から病院医療に至るまで広域自治体である県の権限とされておき、一方で社会サービスについては、基礎自治体であるコミューンの権限であった¹⁾。県とコミューンのこうした権限分担は、以前から議論の対象になってきたが、1990年代の経済状況を背景にして、ますますこの議論が活発となった。

1990年代初頭、財源および人的資源は、緊急医療及び長期療養医療に集中していた。また県とコミューンの権限配分は、社会サービス上のケア付住宅の提供や通院医療の発展を妨げていると考えられた。その結果、適切なサポートやサービスがあれば家で暮らすことが可能と考えられる多くの人々が、医療施設で過ごすという“病院収容 (hospitalisera)”すなわち社会的入院といえる結果を招いた。(参考文献2, p.16)

社会庁は、当時の問題の所在を、以下のようにとまとめている。社会構造論的に問題を把握していると言えよう。

- ① コミュニと県の協力関係の欠如。
- ② 社会サービスと医療の統合の欠如あるいは不足。
- ③ コミュニにおける医療提供能力の不足。
- ④ コミュニ業務への医者への支援の不足
- ⑤ 継続性の欠如。
- ⑥ リハビリの不足、及び補助器具へのアクセス不足。(参考文献2, p.16)

社会経済の状況が追い風となって、以上の社会構造的な問題認識を踏まえ、一連の改革が実行された。一連の改革は高齢者の社会的入院の解消のみならず、若年者・労働人口の医療についても適切な自治レベルでの医療・サービス提供が見直され、従って“望ましくない”入院についても改革の対象となった。改革の骨子は、県とコミューンの権限配分を見直し、コミューンも医療提供自治体としての役割を担うという点であった。

改革は法律の改正のみならず、国と自治体連合会（県及びコミューン）が合意形成することにより、あるいは国会が「国家行動計画」を決議することによって実行された。その際、国の補助金が重要な役割を担っていった。（参考文献2, p.16）

以下、本稿のテーマ「社会的入院」に沿って、改革の中でも三大改革について簡略に紹介する。

3. エーデル改革 - Ädelreformen

1992年に開始されたエーデル改革は、1990年代最大の医療・介護・社会サービス改革となった。改革の趣旨は、それまで責任分担が不明確であった高齢者医療・介護について、医者レベルの医療については従来通り県が、それ以外の医療・介護についてはコミューンへ移譲するというものであった。改革は当該県とコミューンの合意に基づいて進められたため、医療・介護サービスの中でどの分野をどのようにいつ移譲していくかは、地域によって異なっている。

権限の移譲に伴いコミューンはより多くの財源を必要とすることになったが、これは県地方所得税率を切り下げ、コミューン地方所得税率を引き上げることによってまかなわれた。また、高齢者が病院からコミューンの社会サービスへなるべく早く移行することを促進するために、病院で医者レベルの治療が終了した高齢者については、コミューンにその入院費用を支払う義務を課した。コミューンにとっては入院費用を払うよりも社会サービスへ移行する方が財政的に好ましいため、社会サービスへの迅速な移行を促進し、結果として社会的入院を長引かせることを阻止すると考えられた。この医療治療完了者の入院費支払い義務制度によって、コミューンは何らかの適切な社会サービスを用意しなければならなくなった。この制度によって医者レベルの治療を完了した高齢者は、しばしばコミューンのショートステイに一定期間在住し、その後適切なケア付住宅に移るかあるいは

訪問看護等を駆使して自宅での生活が可能であれば、自宅に戻るようになった。

結果として、3万3,000の長期療養病床が、3,000床の認知症高齢者のグループホームが、県からコミューンに移譲された。コミューンはまた認知症高齢者のための200のデイケアならびに、130ユニットの訪問看護（医者レベルを除く）についても責任を負うことになった。（参考文献2, p.17）

4. 障害者医療・介護改革 - Handikappreformen

エーデル改革に続いて、1994年には障害者のケア付住宅や日常生活の援助についても、コミューンの権限を強化する改革が開始した。知的障害者の介護についてはエーデル改革同様に、地方所得税税率を変更することによって財源も県からコミューンへ移行した。機能障害者に関しては、LSS 法およびLASS法²⁾という新しい法律によって、コミューンがケア付住宅の提供及び日常生活の援助を行うことが明らかになった。LSS 法では、この制度の適用を受けることができる基準を示し、またパーソナル・アシスタントのみならず、ショートステイの利用、その他のケア付住宅に入居し必要な日々のサービスを受けることができるとされた。就労年齢の人たちは、デイ・アクティビティについても提供される旨明記された。（参考文献4）

スウェーデンでは社会サービス及び保健医療を規定する法律は、それぞれ社会サービス法（SOL）、保健医療法（HSL）である。市民は、原則としてこの二つの法律に基づいて、保健医療サービスや社会サービスを受けることになるが、障害を持った人の中でも特に必要があれば、LSS法の適用を受けることになった。とりわけニーズが高い場合で、週に20時間以内のパーソナル・アシスタントを必要とする場合は、コミューンからその資金援助を受けることができたようになった。さらに週に20時間以上のパーソナル・アシスタントを必要とする場合には、

20時間を超える部分についてLASS法の適用を受けて、パーソナル・アシスタントを利用するための資金援助を国（社会保険事務所）から受けることになった³⁾。

パーソナル・アシスタント制度は、マスメディアのみならず研究者にもとりわけ取上げられている制度であり、この障害者改革の目玉であったといえよう。それはこの制度が、障害者の立場をユニークな方法で強化したからだろう。パーソナル・アシスタントとは、重度の機能障害を負っている人に提供され、その個人特有のニーズに応えるサポートである。従ってアシスタントの業務内容は、その個人ができるだけ通常の日常生活を送れるようにサポートすることであり、サポートの詳細が法律や公的規定等によって決められているわけではない。パーソナル・アシスタントは、コミュニケーションに紹介を頼むこともできるが、コミュニケーション（及び社会保険）による資金援助によって、自らが雇用者となってパーソナル・アシスタントを雇うこともできる。（参考文献4）機能障害を負った人が、自ら雇用者になれるという点が、画期的といえよう。

5. 精神医療・介護改革 - Psykiatrireformen

次いで1995年には、精神医療改革が実行され、精神疾患により機能低下状態にあり、日常生活が困難である者に対して、コミュニケーションがケア付住宅及び日常生活の援助を行うことになった。この改革によって、コミュニケーションがケア付住宅および就労機会を提供しかつこれらを発展させる責務がある旨が明確化された。（なおここでいう就労活動とは、デイケアのような形式も含んでいる。）エーデル改革及び障害者改革同様に、県とコミュニケーションの所得税率が調整されることで財源がまかなわれた。この結果、精神医療の約15%の財源が県からコミュニケーションへ移行された。（参考文献2, p.17）

これら1990年代の三大改革に引き続いて、2000年代前半には、「高齢者政策に関する国家

行動計画」、「障害者政策に関する国家行動計画」、「保健医療政策発展のための国家行動計画」などが相次いで提示され、保健医療制度および社会サービス制度の構造的な改革が進められた。

6. 1990年代～2005年・改革の成果

簡略にまとめるならば、1990年代・2000年代前半の医療・介護制度の構造的改革によって、「脱施設化」が促進したといえよう。脱施設化とは、病院での“望ましくない”滞在（＝社会的入院）の解消のみならず、介護施設そのものも居住空間へと改革する試みであった。例えば高齢者について言えば、施設介護が大幅に減少した。この間、病院を含む施設の病床数はほぼ半減したと報告されている。また同時期、ほぼ全ての高齢者及び身体障害者の施設介護が廃止され、その多くはケア付住宅に取って代わった。同時に、住宅改造補助金等が住環境改善に寄与し、通常の住居の便利さが増した。高齢者や障害者が、自宅に住み続けることが可能になっていった。（参考文献2, p.24）

一方で、この間の高齢者の介護環境・住環境改善は、保健医療制度の構造改革のみによって可能になったのではないと考えられる。何らかの機能低下にもかかわらず、あるいは何らかの長期疾病にもかかわらず、高齢者はますます健康的な生活を送ることが可能になっている。身体機能の大幅な低下に伴い補助器具を必要とする高齢者は減少してきている。多くの高齢者は80才以上になって初めて日々の介護を必要するようになってきている。住環境の改善は、こうした高齢者の自立した自宅での生活を支える重要な要素と考えられている。住環境の便利性を高めることで、ひいては高齢者がアクティブで様々な社会生活に参加することを可能にしている。すなわち、ソーシャル・エクスクルージョンを回避することに繋がっているのである。（cf. 参考文献2, p.24）

さらに、医学の進歩も高齢者の社会的入院の

回避、さらに通常生活の維持に役立っていることは言うまでもない。例えば、1990年代以降、白内障治療は日帰手術がごく一般的になってきている。股関節やひざの手術は80才以上の高齢者についても、良好な結果が期待できるようになってきている。視力及び身体が自由が効くということは、日々の生活をこなすのに大変重要な要素である。従って、視力や身体が行動範囲を支える補助器具の開発・改良は、社会サービスや介護を必要とする必要としないにせよ、高齢者の自立生活をさらに支えることになった。(参考文献2, p.24)

2001年の規定改定によって、65才を迎える前に、パーソナル・アシスタント制度の適用を受けている場合は、そのままパーソナル・アシスタント制度を利用し続けることができるようになった。このような改正も追い風となって、高齢者の自宅での生活がますます可能になってきたと考えられる。(参考文献2, p.25)

障害者政策についても1994年以降にスタートした改革により、コミュニオンが主たる介護サービス提供者ということになった。この結果、障害者政策について、コミュニオンは多大な責任を負うことになった。コミュニオンは従来、社会サービス各分野に関して責任を負ってきたが、1990年代以降最も急発展したコミュニオンの介護・社会サービスは、障害者政策であった。(参考文献2, p.25)

パーソナル・アシスタント制度は、複数の研究結果によってプラスの効果があったと評価されている。この制度によって、個人の選択の自由が強化され、個人の生活への影響力が広がり、生活の質が向上したと報告されている。(参考文献3, p.7-8)

精神医療・介護改革については、今後の改善点を残しながらも、一定の効果が認められている。すなわちこの改革によって、①病院(精神科)での入院治療を終えた人たちは、より良い住環境及び生活状態を得ることができた、②コミュニオンが当該介護・サービスの対象グループについて、その規模や主たるニーズについて認

識できた、③住環境だけではなく、ディケア、リハビリ、就労など様々なサポートが展開した、④精神科と社会サービスの協力が促進された、などである。(参考文献5, p.8-9)すなわち、ソーシャル・エクスクルージョン回避にプラスの効果があったと評価された。

以上に紹介したスウェーデンの経験が教示することは、社会的入院の解消のためには、保健医療制度のみならず社会サービス制度を抜本的に改革する必要がある、ということである。改革に際して、問題を社会構造論的に把握すること、そしてその社会問題が複合的にさらなる問題を生み出し、それによって個人(市民)にいかなる不都合—例えばソーシャル・エクスクルージョンのような—が生じているか、それを解消するにはどのように社会構造を抜本的に改良していくべきかを議論する必要がある。

7. “回避可能な入院医療 (undvikbar slutenvård)”

2005年以降の動きを追ってみると、「優れた保健医療(God vård)」の提供を目指して、さらに様々な試みがされている。「優れた保健医療」という用語は、2000年半ばに社会庁が導入した概念であり⁴⁾、その前提条件として、①知識に基づいた、かつ適切な保健医療、②安全な保健医療、③患者本位の保健医療、④効率的な保健医療、⑤機会均等な保健医療、⑥適時に提供される保健医療、が挙げられている。2009年には「優れた保健医療のための国家指標(Nationella indikatorer för God vård)」が初めて提示された。この指標によって、保健医療の構造的な検証のための一歩が踏み出された。2009年時点の国家指標には、24分野について合計28の保健医療に関する指標が示されている。これらの指標は今後も追加・修正されていく計画である。2009年時点の国家指標を見てみると、これらの指標は総括して、「優れた保健・医療」のプロセス・結果・費用について重要な見方を教示している。(参考文献6, p.3-7)

2009年に示された指標の中に、“回避可能な保健医療”という“望ましくない”入院について興味深い指標が示されている。この概念は、保健医療の質について、上記①知識に基づいた、かつ適切な保健医療」にとりわけ関連がある。“回避可能な保健医療”という指標は、初期医療や予防医療など通院医療等の範疇で、特別な疾病状態に関して、効率、アクセス、及び適切な処置がされているかを判定しようとするものである。この概念の前提となっているのは、いくつかの疾病状態について、通院医療において適切な処置がされていれば、疾病状態がより重体になることを回避でき、したがって不必要な入院を避けることができるという考えである。従って、“回避可能な入院医療”という指標は、いくつかの疾病について、入院の状況を示すことによって成り立っている。通院時の処置が入院に反映されるとして選び出された疾病は、慢性のあるいは長期にわたる疾病であり、貧血、喘息、糖尿病、高血圧、心不全、慢性閉塞性肺疾患、血管けいれんである。さらにいくつかの急性疾患については、適時に適切な処置が行われれば、入院を防げられる可能性が高いとして、入院回避可能な疾病として取上げられている。これらに含まれるのは、出血を伴う胃かいよう、下痢、てんかん発作、女性の骨盤内炎症性疾患、腎盂炎、耳鼻咽喉の感染症である。(参考文献6, p.31, p.62)

ここでスウェーデンの公的医療制度について簡略に説明する必要があるだろう。スウェーデンでは初期医療から病院医療、さらには高度医療に至るまで、主に公的な機関すなわち県によって提供されている。初期医療はコミュニン内に通常いくつか設置されている地域診療所で提供され、病院は各県に設置されている。高度医療については、原則として複数の県が、大学病院のような研究教育機関を持つ病院を運営することで成り立っている。スウェーデンの市民は、緊急を要する急性の病気でない限り、まず最初の医療アクセスとして地域診療所での診察を受け、医師が必要と判断すれば、そこから病

院へとレミス Remiss (紹介) される。このレミス制度では、患者の状態から病院医療を必要とすると判断される際だけでなく、地域診療所がどのように治療にあたるべきか判断が困難な場合にその判断を求めることもある。従って地域診療所からのレミス後、疾病・病状によってはそのまま病院で治療を受ける場合もあるが、場合によっては、病院の専門科からレミスへの回答 (remiss svar) として、診断と治療方針が示され、それに従って初期医療の場で治療が進められる場合もある。もちろん、必要に応じて、病院の専門科からその他の専門科へさらにレミスされることもあるし、地域診療所の医師が、複数の専門科へレミスを送る場合もある。患者が望めば、地域診療所に全ての診察書・診断書や検査結果を送りまとめることができる。そうしない場合でも、医療機関での検査結果や診断書は、患者が合意すれば、公的医療関係者は入手し読むことができる。このレミス制度によって、医療提供は、初期医療から高度医療に至るまで、一つのケア・チェーンで結ばれることになる。従って、不必要な再検査は回避され、診断できる専門医を求めて患者自身がドクターショッピングするというようなことはない。なお、患者はセカンド・オピニオンを求めることも可能である。

すなわち、話を元に戻せば、初期医療、病院医療、高度医療それぞれの役割が明らかであり、かつレミス制度による協力関係が十分に機能しており、かつそれぞれがその責務を十分に果たしていれば、“望ましくない”入院医療は極力回避できると考えられる。さらに1990年代の経験や、予防という観点から考えれば、社会サービスと保健医療の協力関係をさらに進め、それぞれの責務遂行をより潤滑にすることも、不必要な入院医療回避に役立つと考えられる⁵⁾。もちろん初期医療から高度医療に至るまでのケア・チェーンや、社会サービスと保健医療サービス間のサービス・チェーンには、必然的にグレーゾーンがあり、100%それを取り扱うことができるとは考えられないし、一定のグ

レーズンが存在することで、個々人の症状や生活状況に合った対応をすることができるという利点もあると考えられる。従って議論には注意を要するだろう。

現在、“回避可能な入院医療”は、上述疾病について、人口10万人に対する病院専門科・延べ入院回数で示されている。社会庁のホームページ(参考文献7)には、2008年と2003年の県ごとの数値が示されているが、全国値としての“回避可能な入院医療”は、減少傾向にある。県毎の比較で注意すべきことは、そもそも疾病の入院率について地域間差異が必ず存在する点である。これは疾病の発症率そのものの差異かもしれないし、診断方法によるかもしれないし、あるいは病院の入院容量も左右すると考えられる。従って、入院回数率の高い県が、“回避可能な入院医療”対策について必ずしも後れを取っていると判断することはできない。あくまでも、対策の余地があるかもしれないことを示すにすぎない。重要なことは、県間の比較をすることで、入院回数率が比較的高い県が“回避可能な入院医療”対策について見直すきっかけづくりにあるだろう。実際2003年に入院回数率が他県よりもやや突出していた県において、2008年にはより全国平均に近づいた様子が読み取れる。またこの比較では男女別や年齢別の数値を出すこともでき、県がどの層をターゲットにして、通院医療で予防・治療を充実すべきか考える際に役立っているようだ。

上記の統計は、全国オープン比較(nationella öppna jämförelser)の一部である。現在社会庁によって社会サービス及び保健医療における質及び効率性の向上のために、科学的あるいは経験的な根拠に基づきさまざまな指標が示され、広範囲でこの比較を展開している。これらの指標は、政策を議論する際の重要なファクトであり、構造的に問題を議論するきっかけとなる。これらの指標のさらなる精緻化を興味深く見守る必要があるだろう。

注

- 1) 基礎自治体であるコミューン(kommun)は現在290、広域自治体である県は(Landsting 18, region2)合計20ある。県とコミューンは、県がコミューンを指導するというような上下関係にあるのではなく、異なる業務を遂行する同等の地位にある自治体である。
- 2) lagen(1993:387) om stöd och service (LSS)、lagen (1993:389) om assistansersättning (LASS)
- 3) 原則として、LSS法によるサービスは、SOLやHSLによる社会サービスや保健医療を補うと考えられる。(参考文献3, p.54)
- 4) 「優れた保健医療」の指標を割り出す作業は、北欧理事会(Nordiska Ministerradet)のプロジェクト、さらにOECDのプロジェクトHCQI-project (Health Care Quality Indicators)とも関連している。OECDのプロジェクトは、保健医療の質について国際的な比較指標を割り出すことにある。(参考6, p.14-15)
- 5) 現在のところ、スウェーデンにおける“回避可能な保健医療”の試みとしては、ケア・チェーンのみが該当している。

参考文献

1. Socialstyrelsen (2006). Social rapport. 2006. Stockholm
2. Socialstyrelsen (2010). Lägesrapport 2010 Folkhälsa Hälso- och sjukvård Individ- och familjeomsorg Stöd och service till personer med funktionsnedsättning. Stockholm
3. Socialstyrelsen (1997). Handikappreformen : slutrapport. 1997. Stockholm
4. Regeringskansliet, LSS och LASS <http://www.regeringen.se/sb/d/3206>, (2010-08-12参照)
5. Socialstyrelsen (1999). Psykiatrireformen : årsrapport. [1999], Valfärd och valfrihet? : slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform. Stockholm
6. Socialstyrelsen (2009). Nationella indikatorer för God vård.
7. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2008, <http://192.137.163.40/epcjm/f/pres.aspx>, (2010-08-13参照)

1. 基本情報

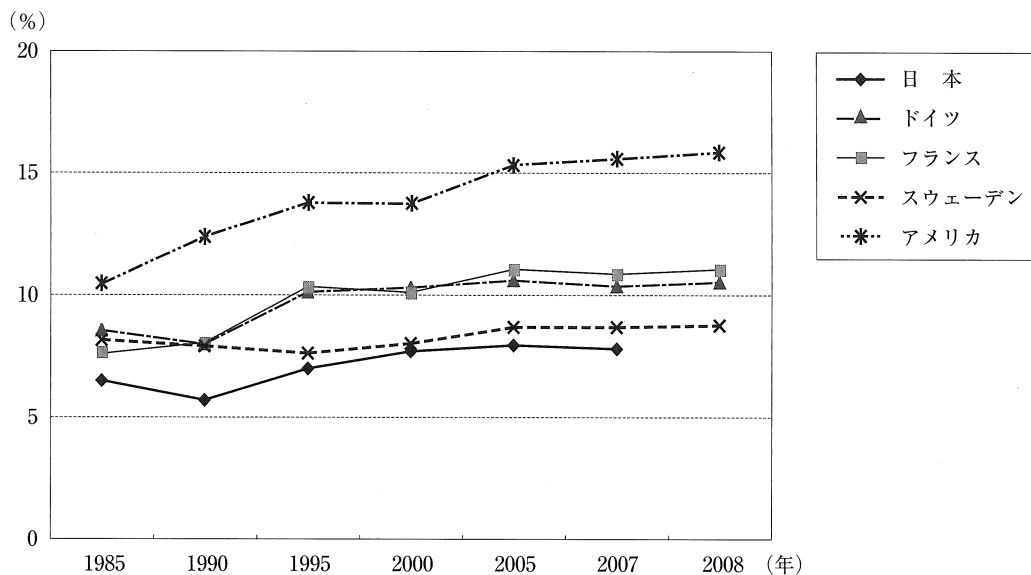
(09年)	日本	ドイツ	フランス	スウェーデン	アメリカ	
総人口(千人)	127,395	82,807	62,149	9,301	307,212	
高齢化率(%)	22.8	20.3	16.6	17.9	12.8	
合計特殊出生率	1.37(08年)	1.38(08年)	2.00(08年)	1.91(08年)	2.09(08年)	
平均寿命(年)	男79.3/女86.1 (08年)	男77.6/女82.7 (08年)	男77.8/女84.5	男79.4/女83.4	男75.3/女80.4 (07年)	
失業率(%)	3.9(07年)	8.6(07年)	8.1(07年)	6.2(07年)	5.5(04年)	
社会保障費対GDP(%)	18.6	26.8	29	29.4	15.4	
医療費対GDP(%)	8.1(07年)	10.5(08年)	11.2(08年)	9.4(08年)	16(08年)	
国民負担率 (国民所得比) (%)	(A) + (B)	39.0	52.4	61.2	64.8	34.9
	租税負担率(A)	21.5	30.4	37.0	47.7	26.4
	社会保障負担率(B)	17.5	21.9	24.2	17.1	8.5

(注) 1. 社会保障費対GDPは各国05年の数値。

2. 国民負担率については、日本は10年度見通し。諸外国は07年の数値。

出所：OECD Health Data 2010, 財務省HP.

2. 医療費対GDPの推移



出所：OECD Health Data 2010.

3. 医療提供体制

		(08年)	日本	ドイツ	フランス	スウェーデン	アメリカ
平均在院日数(急性期)			18.8	7.6	5.2	4.5 (07年)	5.5
病床数	医療施設	急性期	1,040,271 (8.1)	464,288 (5.7)	223,696 (3.5)	2,303 (05年) (0.3)	800,418 (07年) (2.7)
		長期	356,877 (2.8)	— —	98,000 (1.5)	2,303 (05年) (0.3)	28,002 (07年) (0.1)
		精神	349,321 (2.7)	39,072 (0.5)	57,141 (0.9)	4,461 (07年) (0.5)	78,601 (07年) (0.3)
		その他	9,502 (0.1)	171,060 (2.1)	61,819 (1.0)	— —	38,178 (07年) (0.1)
	介護施設	741,775 (5.8)	799,059 (07年) (9.7)	535,056 (8.4)	— —	1,648,608 (5.4)	
医療関係者数	医師	274,992 (2.2)	292,129 (3.6)	— —	32,495 (06年) (3.6)	740,867 (2.4)	
	歯科医師	96,690 (0.8)	63,485 (0.8)	— —	7,541 (0.8)	— —	
	薬剤師	186,052 (1.5)	49,904 (0.6)	— —	6,605 (06年) (0.7)	— —	
	看護師	1,218,332 (9.5)	877,000 (10.7)	— —	98,378 (06年) (10.8)	— —	

(注) 下段のカッコ内は人口千人当たり。

出所：OECD Health Data 2010.

4. 掲載国通貨円換算表 (2010年8月末現在)

(単位 円)

ドイツ、フランス (1ユーロ)	スウェーデン (1スウェーデン・クローネ)	アメリカ (1ドル)
108.41	11.8	85.56

健康保険組合連合会

〒107-8558 東京都港区南青山1-24-4
TEL:03-3403-0928 FAX:03-5410-2091
E-mail:shahoken@kenporen.or.jp