



JRI news release

医療と介護の連携に関する海外調査研究

International Survey on Integration of Medical and Social Care for the Elderly

カナダ・ドイツ・フランス・ノルウェー

Canada, Germany, France, Norway

2003 年 10 月 24 日

株式会社日本総合研究所

研究事業本部

<http://www.jri.co.jp/>

(会社概要)

株式会社 日本総合研究所は、情報システム・コンサルティング・シンクタンクの3機能により顧客価値共創を目指す知識エンジニアリング企業です。システムの企画・構築、アウトソーシングサービスの提供に加え、内外経済の調査分析・政策提言等の発信、経営戦略・行政改革等のコンサルティング活動、新たな事業の創出を行うインキュベーション活動など、多岐にわたる企業活動を展開しております。

名 称:株式会社 日本総合研究所 (<http://www.jri.co.jp>)

創 立:1969年2月20日

資本金:100億円

従業員:3,429名

社 長:奥山 俊一

理事長:柿本 寿明

東京本社:〒102-0082 東京都千代田区一番町16番 TEL 03-3288-4700(代)

大阪本社:〒550-0013 大阪市西区新町1丁目5番8号 TEL 06-6534-5111(代)

< 医療と介護の連携に関する海外調査研究チームメンバー >

研究事業本部

主任研究員	長谷川 有紀子	(リーダー	ドイツ担当)
主任研究員	前田 恵美	(メンバー	カナダ担当)
研究員	入山 泰郎	(メンバー	ノルウェー担当)
研究員	岡元 真希子	(メンバー	フランス担当)

< 全体編集担当、報告書のご希望・お問合せ先 >

研究事業本部

主任研究員	長谷川 有紀子	Tel.03-3288-4634	hasegawa.yukiko@jri.co.jp
主任研究員	矢ヶ崎 紀子	Tel.03-3288-4645	yagasaki.noriko@jri.co.jp

全体構成(目次)

第1章 調査概要

1. 調査の背景と目的	1
2. 研究調査内容	2
3. 調査対象国の選定	5
4. 調査研究方法	6
5. 研究体制	7

第2章 全体のまとめと日本への示唆

1. 各国への医療・介護の連携の状況	9
2. 日本の現状と今後の展望	13
Executive Summary	17

第3章 各国編

1. カナダ	25
1-1. 医療・介護の政策的位置付け	25
1-2. 医療・介護の提供体制	27
1-3. 医療・介護の連携状況	33
1-4. 医療・介護の連携における課題	39
2. ドイツ	43
2-1. 医療・介護の政策的位置付け	43
2-2. 医療・介護の提供体制	44
2-3. 医療・介護の連携状況	53
2-4. 医療・介護の連携における課題	60
3. フランス	65
3-1. 医療・介護の政策的位置付け	65
3-2. 医療・介護の提供体制	67
3-3. 医療・介護の連携状況	76
3-4. 医療・介護の連携における課題	83
4. ノルウェー	89
4-1. 医療・介護の政策的位置付け	89
4-2. 医療・介護の提供体制	91
4-3. 医療・介護の連携状況	99
4-4. 医療・介護の連携における課題	107
(参考)調査対象諸国の概況	111

* 本報告書の全文は下記の URL よりダウンロードできます。

<http://www.jri.co.jp/consul/cluster/data/iryoufukushi/renkei2003.htm>

(以下、報告書より抜粋)

調査概要(第1章より)

1. 調査の背景と目的

これまでわが国では医療は病院・診療所、介護は介護施設・介護サービス事業者という別個の提供主体により提供されてきた。しかし、超高齢化社会を迎えるにあたって、とくに高齢者ケアを考えた場合、医療ケアが終了した後も引き続き身体的・精神的ケアを必要とすることが多く、医療から介護ケアに移る際に、両者が分断されることなく連続的に提供されることが求められる。また、慢性疾患を抱えながら介護ケアを受けている場合、日頃から医療的な観察が欠かせない。そのためにも医療・介護の一体的な提供が望まれる。

現在の日本の法規制では、医療は医療法人を中心とした非営利法人、介護は社会福祉法人や民間事業者が提供しており、一部の例外を除き、医療・介護それぞれの分野で別個の法人を設立しない限り、両者のサービスを同じ経営者が提供することはできない。また、医療法人設立の手続きや許認可は厳しく、新規に医療分野に参入するにはハードルが高い。医療・介護両分野のサービスを手がける「複合体」も存在するものの、多くは医療法人が母体となって進めている。しかし、介護保険を機に、それまで医療の一分野であった介護療養、訪問看護などは医療と介護の中間的機能として位置付けられるようになり、医療と介護の連携をより強化するようになったとともに、訪問看護においては民間企業の参入も許されるようになるといった動きが見られるようになった。

こういった現状を背景に、医療・介護を総合的・複合的に提供することに対して、海外先進諸国の法規制や実態はどうなっているかについて、現地調査や事例研究を含めながら調査研究を行い、その結果を報告書(全114ページ)にまとめた。

2. 調査研究内容

(1) 医療と介護の連携における制度的制約

医療と介護を総合的・複合的に提供することに関して、制度的に両者がどのように区分されているかを調査するとともに、各国の法規制や慣行上の制約を調査した。

また、現行の法規制に落ち着くまでに、どのような変遷があったか、過去に克服された問題点を探るとともに、現状での問題点や課題についても分析した。

(2) 連携の形態の分析

上記の法規制を踏まえて、医療と介護の連携の仕方として、どのような形がとられているかを把握するとともに、どのような組織構成や人員配置となっているかについて調査した。

3. 調査対象国の選定

本調査では、医療・介護の連携において特色のある取り組みや制度改革をしている国を中心に、またこれまで国内の調査研究では取り上げられることが少なかった国にも注目して、調査対象国を選定した。各国の特色や選定理由は下記のとおりである。

(1) カナダ

高齢者が病院、施設、在宅サービスを組み合わせて利用する際に看護師など専門職がひとつの窓口を通して判定するサービス窓口の一元化の試みが始まっている。医療と介護が別々ではなく一体化して推進しているため、サービス提供の際に、病院・施設と在宅サービスがパートナーシップを樹立しやすく継続的援助がしやすいシステムで注目される。

(2) ドイツ

1 法人による複合的サービス提供が認められている。但し、病院部門で医業以外のサービスを提供することはできないため、部門を分けて提供。とくに 6 大公益法人がいずれも医療・介護・リハビリなどを複合的に提供している。

(3) フランス

法的には医療と介護は別体系であり、医療も提供する高齢者入所施設は医療・介護の両方の認可を取る必要がある。しかし一方で、長期療養ができる病院もある。病院のほうが介護療養型医療施設よりも自己負担が少なくて済む日本に比べて、フランスでも病院に長期滞在すると家賃相当部分を支払わなくてはならない。費用の面では、医療をカバーする公的医療保険と介護をカバーする個別自立手当(APA)があり、費用分担している。

要介護高齢者の入所する介護施設では介護(県)と医療(疾病保険)との両方の認可、予算を受けて運営してきたが、近年は制度改革により財源を一本化する予定である。

(4) ノルウェー

北欧諸国ではこれまで県が医療を、市が介護をという提供主体の分担が行なわれてきた。財源も別になっており、これらの連携にさまざまな工夫をこらしている。また、2002 年 1 月に病院の権限が国へ移るなどの医療制度改革があり、その影響が注目される。

4. 調査研究方法

(1) 文献調査

医療・介護の連携に関する先行研究を調査し、海外での状況について整理した。

(2) ヒアリング調査と事例研究

対象各国の省庁、医療・介護機関などを対象にしたヒアリング調査を実施した。現地調査の中で連携の具体的事例を取り上げ、事例ごとのメリット・デメリットを、経営者側からみた場合、利用者側

からみた場合の双方の視点からの分析を試みた。

なお現地調査の日程と対象は下記のとおりである。

図表 1 現地インタビュー調査の実施状況

地域・期間	往訪先
カナダ (トロント) 2002 年 10 月 17 日 ～ 23 日	<官公庁> オンタリオ州保健省 Ministry of Health Ontario トロント市ケアセンター Community Care Access Centre <介護施設等> リハビリ病院 Toronto Rehabilitation Institute 高齢者ホーム Providence Centre 高齢者ホーム CarefreeLodge 医療・介護の複合体 West Park Healthcare Centre 介護に関する政策提言を行う NPO Care Watch Toronto
ドイツ (ボン、 フランクフルト) 2002 年 9 月 20 日 ～ 25 日	【ボン】 <官公庁> 連邦保健省 Bundesministerium für Gesundheit <介護施設等> 公益団体、労働者福祉団体 Interkulturelle Altenhilfe, AWO 【フランクフルト】 <官公庁> ヘッセン州社会庁 Hessisches Sozialministerium <介護施設等> 公益団体、パリテート本部 Haus der Parität 介護の複合体 Haus-aja, Sozial Pädagogisches Zentrum e.V. 医療・介護の複合体 Hufeland-Haus Evangelischer Verein für innere Mission
フランス (パリ、 トゥールーズ) 2002 年 10 月 7 日 ～ 11 日	【パリ】 <官公庁> 保健省福祉監査局 (I.G.A.S) <介護施設等> 高齢者ホーム Domus Vivendi Tiers Temps Paris 痴呆性高齢者ホーム Domus Vivendi Eleusis 在宅介護サービス事業者 Domus Vivendi Ascaide Aide à Domicile 医療・介護サービス提供会社 Santé & Retraite 社 【トゥールーズ】 <官公庁> 県保健福祉局(D.D.A.S.S) <介護施設等> 高齢者ホーム Oree de Bouconne 高齢者ホーム Residence Henri IV 高齢者ホーム Residence Marguerite
ノルウェー (オスロ、 リンゲリーケ、 リーエル) 2002 年 10 月 21 日 ～ 25 日	【オスロ】 <官公庁> 社会保健局市サービス担当 Social- og helsedirektoratet kommunale tjenester 社会保健局介護サービス担当 Social- og helsedirektoratet pleie og omsorgs tjenester オスロ市サゲネ・トーショーブ区役所 Oslo kommune Bydel Sagene-Torshov <介護施設等> サービスホーム Bjølsen servicehjem 病院 Volvat Medisinske Senter 【リンゲリーケ】 <官公庁> リンゲリーケ市家族福祉部 Ringerike kommune Familie og velferd <介護施設等> ナーシングホーム Hønefoss sykehjem 介護住宅 Hovomsorgsbolig 病院 Ringerikesykehus 【リーエル】 <介護施設等> 住宅協同組合 Hallingstادتunet Borettslag

全体のまとめと日本への示唆(第2章より)

1. 各国の医療・介護の連携の状況

医療・介護の連携の取り方としては、医療・介護サービスインフラの一体的整備、医療・介護の両施設を有する複合体、あるいは介護施設における医療化、病院から在宅復帰するまでの過渡期のケアを行う中間施設、医療・介護に携わるスタッフ相互の連携などがあげられる。以下ではこの4つの視点に基づいて、各国の状況を概観する。

医療・介護インフラの整備

政策的にみると、カナダでは、1995年に医療と介護の財源がともに各州に移転され、州が自らの計画にもとづき医療・介護の整備を進めることができる。さらに州の中をいくつかのブロックに分け、各地域ごとに地域医療福祉委員会を設置し、地域にあった医療保健・福祉政策を展開している。また、高齢者が医療・介護サービスを利用する場合に、そのサービスの選択や調整を行う窓口の一本化が進められている。その代表的機関として、施設サービスと在宅サービスを一元的に扱い、ケースマネジメントを行う地域ケアセンター(CCAC)があげられる。ここに退院間近の患者やその家族などから連絡が入り、どのような医療・介護サービスを提供するのが最適かといったアセスメントが行われる。

一方ドイツでは、病院やリハビリ施設の開設計画は各州が、介護需要計画については各市町村が立てるため、必ずしも一体的な整備がなされていない。財源的には医療保険と介護保険に分かれているが、同じ疾病金庫がその両方を取り扱っている。いずれの保険から出すかという判断は医師(開業医や家庭医)が判断し、たとえば眼鏡や車椅子、介護機器も治療上必要と医師が判断すれば医療保険から出される仕組みとなっている。しかし、一旦介護保険から給付されるようになると(要介護状態と認定されると)、また医療保険に戻すことには疾病金庫側が難色を示すことが多いという。

フランスでは、医療施設については国によって整備が進められる一方で、介護サービスについては県の管轄となっている。また、財源についても医療と介護で別々となっており、前者は疾病保険、後者は県の公費や国の拠出金、老齢年金金庫の補助金などから出される。こういった整備・管轄体制や財源についてはドイツに類似している。なおフランスでは医療・介護のサービスの整備や調整を一元的に実施する機関として医療福祉組織委員会(全国レベルと地方レベルがある)が1991年に設置された。

ノルウェーの場合は看護(ナースিংホーム、訪問看護)・介護サービス(介護施設、ホームヘルプ)は市にゆだねられていることもあって、高齢者の看護や介護サービスは、市が一体的に提供している。なお、医療のプライマリケアは市が責任を負っているが、公立病院については国が設置主体で、運営は5つの保健地域ごととなっている。

医療・介護の複合体

同一経営主体(あるいは系列やグループ)で同時に医療サービス・介護サービス両方を提供して

いる場合がこれである。病院と介護ホームを隣接して所有しているというケースが各国ともまみられた。しかしこういった複合型施設では医療施設の医師が介護施設の入所者も診たり、看護・介護スタッフへのアドバイスをするといった連携はあるものの、入所者が相互の施設間を移動することはあまりなく、むしろ地域のほかの施設との連携がはかられている。日本の複合体にみられる、病院退院患者の受け皿としての介護施設という関係はほとんどみられない。

たとえば、カナダの場合、前述の介護分野の施設サービスと在宅サービスを一元的に扱い、そのサービス提供とケースマネジメントを行う機関である CCAC が、介護の各サービスに連続性をもたせようとして設置された機関でありながら、医療と介護の連携を阻んでしまっているという状況がある。複合体のなかで、リハビリテーション病院から療養型病院に転院する場合には、患者にとって連続性のある形で円滑なサービス提供が可能であるが、療養型病院からロングタームケア施設に入所する場合には、CCAC の審査を受けなければならず、医療機関同士のときのように円滑な連携を行うことが難しい状況である。特に、CCAC は公的機関であり、現在まったくケアを受けていない人を優先して介護施設に入所させるという方針をとっているため、既に療養型病院でケアを受けている人がロングタームケア施設に入所する優先順位は低くなってしまい、必ずしも同じ複体内の施設に入所できるという保証はない。

また、複合体自体についての評価も各国まちまちであり、複合体のメリットを事業者、利用者ともに評価しているカナダに対し、ドイツでは、高齢者を同じところに囲い込みゲッター化につながるとして危惧する声も聞かれた。

介護施設における医療的ケア

同一経営主体の施設間の連携といった面ではあまり強いものはみられなかった反面、介護施設自体が医療的機能をもつケースがみられた。たとえばドイツでは医師を常駐させている介護施設もあり、その医師が専属で利用者のプライマリケアを行っている。また、フランスでは高齢者介護施設自体の医療化が進められつつあり、高齢者アパート、高齢者ホームなどの施設で介護のみならず医療的ケア（看護）も受けられるように、医療用病床を設けるようになりつつある。看護師や看護スタッフを配置し、要介護度が進んだ高齢者に対してより手厚いケアを提供できるようになっている。さらに、ノルウェーではナースィングホームに医師と看護師の配置が義務付けられており（但し常駐の義務はない）、医療ケアが提供可能となっている。同様にカナダでもナースィングホームや老人ホームでは介護のみならず医療的ケアも提供されている。

医療・介護の中間施設

各国の医療費抑制の動きの中で、患者はより早期に病院から退院するようになってきている。退院後の患者の在宅復帰までの受け皿となるのが医療・介護の中間施設とでもいうべき病院や施設の存在である。医療から介護に移る際の過渡的ケアを担う施設として位置づけられる。医療費抑制の方向にある各先進諸国において、入院日数の短縮化が一気に進められている中、まだ医療ケアが必要だが退院を余儀なくされたり、介護施設や在宅に復帰するにはリハビリが必要であるといった高齢者が増えつつある。そういった高齢者の受け入れ先として中間施設の重要性は各国で認識

されつつあり、その代表的なものが医療的色彩の濃いリハビリ病院・施設や療養型病院である。

たとえばカナダではリハビリ病院、療養型病院を併せもつところでは医師も抱え、その入院期間も一般の病院に比べ長期となっている。

ドイツでも予防・リハビリ施設があり、急性期を過ぎ、退院した後に回復・リハビリのために入所できる施設が増加しつつある。ただし、こういった施設は全年齢層を対象にしているため、高齢者に特化していない。高齢者の疾患やその治療期間は特有なものであることから、ドイツでは近年、老年科医療の必要性を認識し、老年科専門の医療機関がまだ少ないものの整備途上にある。

フランスでは病院における中期滞在があり、回復期リハが行われるほか、回復の見込みの薄い要介護高齢者には日本同様、長期療養病床がある。また、地域によっては回復期施設と呼ばれるリハ専門施設もあり、いずれも医療施設となっている。

ノルウェーの場合は介護の責任は市にあり、市が退院患者の受入先を速やかに見つけられない場合、退院できるまでに回復した患者が病院に継続して入院するのにかかる費用は市が負担しなくてはならない。完全に治癒し、介護施設や在宅に戻れるのであれば問題ないが、まだリハビリなど医療的ケアが必要な患者の一時的な受け皿が必要となる。こういった受入先としてリハビリセンターや介護ホテルなどを市が整備したり、ナーシングホームのショートステイを活用している。

医療・介護スタッフの連携

医療機関から介護施設へ（あるいは中間施設を介在させて）スムーズに移行するためには、その患者の病歴・現在の容態などの情報をはじめ、どのようなケアが行われてきたか、今後どういったケアが必要かといったケア上の情報などの受け渡しが必要なファクターとなる。

また、介護施設に入所している高齢者が次第に要介護度を増していくことは必至であり、そういった高齢者をケアしていくためには、介護サイドのみならず医療サイドからの適切なアドバイスも必要であり、相互の密な連携が求められる。

今回の調査国において共通にみられたのは、介護施設に入所している高齢者は一人一人かかりつけ医をもっており、その医師が週1回などのペースで往診に来て、看護・介護スタッフと打ち合わせていくといった連携である。連携があると言える反面、週1回のみで、しかも短時間の往診では十分なケア方針などを提案していくこともできず、また日ごろの変化は付き添っている看護・介護スタッフしかわからず、結局医師は薬の処方をしていくだけにとどまるといった話も多く聞かれた。

医師が常駐していたり、近接の医療機関を有している複合施設などでは医療スタッフと介護スタッフ間の密な連携がとられているものの、両者が物理的に離れている場合は、上記のように必ずしも密接な連携がとられているとはいえない。またフランスの高齢者施設の契約医はマネジメントの担当であり、直接入居者を診ずにマネジメントを担当するため、かかりつけ医と施設の契約医との連携は弱いという印象を受けた。

しかし、たとえばカナダの例にみられるように、ケースマネジメントやケースカンファレンスを導入している国もあった。一人の高齢者についてどのような医療・介護ケアを提供していくのが好ましいかについて医療・介護の両面からディスカッションを行い、アセスメントを行っている。

連携状況のまとめ

いずれの国においても、連携を促進するにあたっての共通の前提となっているのは、高まる医療費の抑制であり、そのため病院の入院日数を減らす、病床数を減らすなどの政策がとられ、介護施設あるいは在宅ケアへの移行が進められている。とくにカナダではドラスティックな病床削減により入院ができない待機患者が出始めており、受け皿が不十分なまま退院させられる高齢者の増加などが問題視されはじめている。また、ノルウェーでも病床の数が少なく、入院の待機者リストが長くなっており、病床数不足の受け皿として介護サービスが期待されている状況である。

このように入院日数や病床数の削減を背景として病床数が不足している状況が調査対象各国でみられ、入院待機者等に対応するために、一層、中間施設や介護サービスといった受け皿が必要となっている。このため、各国では中間施設や介護サービスの供給量を拡充するための取り組みがなされている。

しかし、医療から介護へのサービスの連続性を確保するという利用者本位の観点は、まだ十分ではないように見受けられた。例えば、いずれの国においても、介護施設においては必ずしも常駐の医師を配置していない。上で掲げた中間施設として機能しているナーシングホームにおいても医師は常勤ではない。入所者が入所前からかかっていた「かかりつけ医」が時折施設を訪問するが、医療的ケアは日常的ではない。看護師がいる施設であれば看護師が医療ケアのかなりの部分を行い、日々の状況を医師に報告しケア上の助言を求めるといった形を多くの場合とっている。

2. 日本の現状と今後の展望

前述のように、調査対象各国においては、医療サービスと介護サービスが、利用者本位の観点から連続性をもって十分に提供されているとは必ずしも言えず、各国とも連携を模索している。翻って、わが国の現状と今後を展望すると、以下のことが指摘できる。

医療・介護インフラの一体的整備状況

財源としては、今回調査を行った国同様、わが国の医療・介護はそれぞれ医療保険・介護保険と別々になっている。また病院計画については県の、介護サービスについては市町村ごとの管轄になっており、ドイツに類似している。しかし、訪問看護や介護老人保健施設などは介護保険に含まれるため、市町村の管轄にあり、看護と介護は一体的に整備が進められていると言えよう。

複合体にみられる医療・介護の連携

医療と介護の複合体は、一般的には、同じ敷地内あるいは近隣に病院、中間施設、介護施設等を複合的に配置しており、場合によっては、外来患者用に交通利便性の高い場所にクリニック等を開設している。このため、利用者にとっては、サービスを受けるための居所の移動が身近で完了し、同じ事業者が一環してケアしてもらえることへの安心感が生じるというメリットがある。また、事業者の側からみると、こうした一貫性のあるサービス提供がマーケティング上の魅力となるとともに、医師・看護師・PT・OT等の専門職に多様な職場を提供できることや、必要物資を共同購入するなどの運営上の効率化のメリットがある。また、日本にある複合体の多くは自グループ内の施設間の連携が

比較的行われており、シームレスなケアの提供がある程度なされているといってもよいⁱ。

わが国の場合、他先進諸国に比べ、病院数および病床数が多い反面、医療従事者数が少ないことが指摘されている。量的に充実しているハード施設を、限られた人材で効率的に活用して経営を行うためにはこのような複合的経営は適している。また、医療から介護まで一貫してサービスを提供できるということは利用者にとっても安心でき魅力的なものであり、地域での生き残り戦略の一つとなりうる。

介護施設における医療機能

わが国の介護施設の一つである特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)においては、医師の配置が義務付けられており、他国でみられたような、かかりつけ医による往診とは異なる。しかし、一方で、有料老人ホーム、介護付き住宅など、自立あるいは比較的軽度の要介護高齢者が暮らす施設では、医師の配置は義務付けられてない。そのため、入所者の要介護度が進んだ場合、その医療的ケアをどうするかといった問題は必ず生じよう。すでに医療的ケアを行うことのできる特別養護老人ホーム以外の施設においても、内部に医療的ケアを置かずとも、近隣の医療機関との密接な連携を保つことが求められよう。

現在、わが国では、多くの場合、施設内でのケアが難しくなると、病院など医療施設に移すことになる。また、いよいよということになると、病院に移し、そこで息を引き取ることが多い。しかし先進諸国の多くでみられたように、医療の必要性がなくなればまた介護施設に戻って暮らすことができるとともに、最期もここで迎えることができるということが、医療費の抑制のみならず、入所者本人の満足感を高めることにつながるものと思われる。

中間的施設である介護老人保健施設や療養型病床

わが国でも他の先進諸国同様、高齢化が進展する中で、医療費の抑制も調査対象各国と同様の課題である。医療機関は他国同様、その機能を分化させる必要があるとともに、急性期については入院日数の短縮が進められつつある。一方で、退院後にリハビリなどが必要な高齢者の受け皿としての中間的施設の整備も他国同様求められ、すでに介護老人保健施設、療養型病床などがこういった機能を果たしつつあるといえる。

医療・介護における人的連携

日本の場合もカナダなどと同じようにケアマネジメントが行われるが、ここで調整されるサービスは介護保険から給付されるものがほとんどであり、病院など医療ケアは含まれない。しかし、日本の場合、ほかの国と異なり、訪問看護、療養型病床、介護老人保健施設といったサービスも介護保険から給付されるため、すでに介護保険サービス自体が医療サービスとのミックスになっているといえる。

わが国における展望

以上みてきたように、わが国は今回の調査国に比べ、比較的医療・介護の連携が進められている

ⁱ 日本の複合体における医療・介護の連携状況については、弊社の自主研究『保健・医療・福祉の複合的サービス展開に関する研究』(2001.5)および、財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会からの受託研究『医療・介護施設の複合化に関する調査報告書』(1999.3)、『医療・介護サービスの提供体制に関する研究報告書』(2000.3)に詳しい。

ように思われる。その理由の一つに、これまで数多くあった病院が医療費抑制の中で、療養型病床や介護老人福祉施設など介護施設に転換しているため、受け皿となっていることがあげられる。しかし、一方で、医療従事者の数が少なく、ケアの質の面では他先進諸国に遅れをとっている。

現在、医療費抑制に向けて、病院数・病床数の削減あるいは介護型施設への転換が促進されつつある。このような中で、早晚わが国でも、他先進諸国のように病院数・病床数が非常に少なくなり、医療ケアが必要にもかかわらず、退院を余儀なくされる高齢者が増える可能性がある。また、諸外国同様、高齢者夫婦のみ、あるいは高齢者一人暮らし世帯が増えつつあり、子供が同居して世話をするという世帯は減りつつある。

こういった状況下で、限りある資源を有効に活用していくためには、諸外国の取り組みを参考にしながら、日本型の医療・介護の複合的経営を模索していくことが必要と思われる。

一方、複合的経営をすることにより、患者・利用者の囲い込みや高齢者のゲッター化(姥捨て山)することが懸念されている。そのような事態を防ぐためには地域の他資源との連携、地域住民や地域の在宅高齢者への開放、情報の開示などが求められる。入所施設がデイサービス・デイケアも提供することはすでに行われているが、本調査で訪れたフランスの施設の中には、地域の開業医を施設に招いて紹介する機会を定期的に設けることによって、地域での信頼を高め、新規入居者の紹介の糸口としているところもあった。また、ノルウェーの施設の中には、職員やボランティアとして障害者を積極的に受け入れているところもあった。このように、地域社会へ貢献する姿勢を示すことが今後は求められるのである。

(抜粋は以上)

* 本報告書の全文は下記の URL よりダウンロードできます。

<http://www.jri.co.jp/consul/cluster/data/iryofukushi/renkei2003.htm>