

高齢者サービス供給主体間のネットワーク形成とその課題 ——医療との連携・連結の体制をどのように構築していくか——

合 津 文 雄
Fumio GOZU

はじめに

高齢社会の到来に対応して、高齢者サービス関連諸制度の改革や公的介護保険制度の創設など、日本型介護システム形成のための施策の方向が次々と示され、そのありかたをめぐってさまざまな議論が展開されている。このような状況のもとで、市町村を中心とした各自治体¹⁾では、各種社会資源の整備が年次的・段階的にすすめられているところである。しかし周知のように、国や自治体によって実施される制度施策、限られた財源運用の中で行われる資源整備は、介護を必要とする高齢者の増大に十分対応できているとはいえない。

これに対して、わが国の人口の高齢化現象は確実に進展しているのが実態である。とりわけ、老年人口比率の高い地域の自治体では、介護を必要とする高齢者の増加と、それをかかえる家族等の多様化する介護ニーズへの対応施策の確立が緊急課題としてうけとめられてきた。そして、その状況に対応するための具体的方策として実践されてきたのが、地域に点在する保健・医療・福祉サービス供給主体によるネットワーク形成であった²⁾。

これまで、サービス供給主体の連携の必要性は各領域において提唱されてきたが、現状では、保健・福祉と医療との連携体制を構築するにあたっては大きな課題が残されている。それは、保健や福祉のサービスは行政組織として統括され、そこから提供されるサービスは公的供給システムとして実施されてきたため、自治体の調整機能が比較的容易に作用するのに対し、医療サービスは主として私的供給システムに依拠して発達してきたという経緯によって、多くの場合は公的なネットワークへの動員が困難と考えられている点である³⁾。

公的ネットワークへの医療機関の参画を促進していくためには、住民が享受する社会的な利益に加え、地域内に存在する病院や診療所のそれぞれにもたらされるメリットが、ネットワーク形成の主体者から提案され、参画の動機づけがなされなければならない。さらに、主に診療所に所属する医師を統括し、連絡調整や意志決定を行う組織としての地域医師会の理解と協力も必要となる。本稿は、医療のネットワークへの参画の動機づけの方法を検討するとともに、ネットワーク形成の主体となる自治体の役割について提言すること、そしてそのネットワークがどのように対象者に作用するかを明らかにすることを目的とする。

1 入院機能を有する医療機関への参画の動機づけ

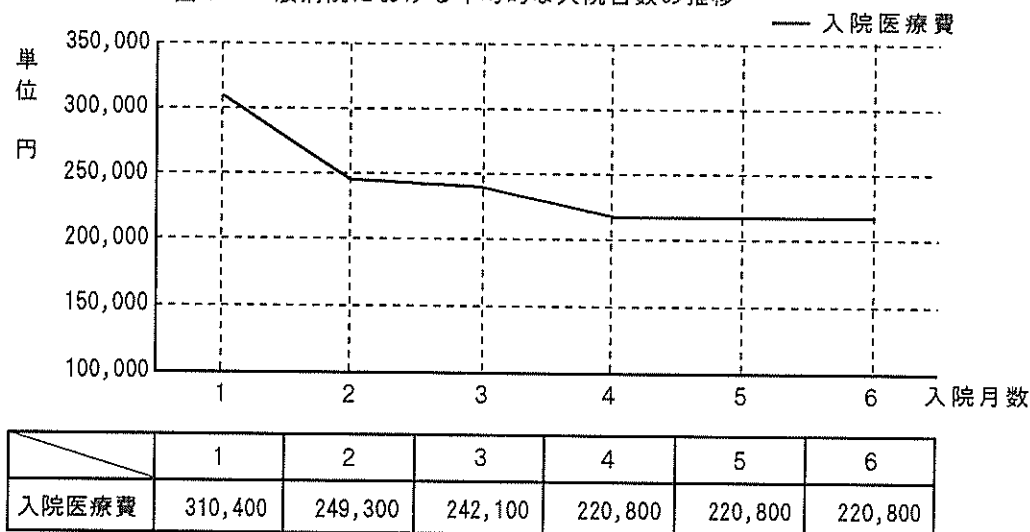
厚生省の推計によると、現在、介護を必要とする高齢者約70万人のうち、約36%を占める25万人が病院への長期入院を余儀なくされているといわれている⁴⁾。わが国の平均入院日数は欧米と比較して非常に長いとされるが、1993(平成5)年の調査時点では、70歳以上の入院患者のうち6ヵ月以上の入院割合は一般病院でも41%にまで達している⁵⁾。

長期入院を継続する高齢者の多くは、脳血管障害などの慢性疾患によるものであり、入院による継続的な治療を必要としない事例が多い。高齢者自身も、住み慣れた自宅で生活したいという希望をもちながら、家庭における介護力の低下や、介護を支援する保健・福祉サービスの未整備によって、病院に長期にわたって滞在せざるをえない状況となっているといわれている。このような入院の状況を指して「社会的入院」という⁶⁾。

長期入院患者の増加がおよぼす影響は、老人医療費の急増による医療財政の危機であるといわれる⁷⁾が、各地域の病院にもたらされる影響はまったく異質なものである。長期入院患者の増加により、投薬治療が継続される患者によって入院ベッドが占有され、緊急治療を必要とする患者を収容することができなくなる。一般に、医療供給の現場における医師や看護婦の多くは、急性回復型の疾病への治療を医療の本質としてとらえているため、「社会的入院」は、医療供給の本来の目的に合致しないとする傾向が強い。このことに起因して、時として、病院が家族に対して早期の退院を強要するといった事態も生じる。

長期入院が医療供給の現場におよぼす影響に加えて、病院経営に直接的に与える影響はさらに大きい。図1は、一般病院に入院中に必要とされる患者一人当りの医療費について、検査および投薬料を除いた費用の合計を入院期間にそって示したものである。現行の診療報酬

図1 一般病院における平均的な入院日数の推移



(注) 入院中に算定される基本的な医療費とは、入院環境料、看護料、入院時医学管理料を指す。

制度では、長期入院患者の減少を図るために、入院時の医学管理料等が減額されるシステムが採用されているが、図によると、入院2ヵ月目以降医療費は減少し、4ヵ月目には、入院1ヵ月目と比較して約9万円の収入減となるのがわかる⁹⁾。このような実情から、「社会的入院」の増加への対策は、医療供給の現場においても、経営の面からみても、多くの病院がかかえている深刻な課題であるといえる⁹⁾。

高齢者の長期入院そのものの根本的な解決策は、家族の介護力の向上や各種社会資源の整備拡充に求められよう。しかし現状では、在宅介護をささえる物質的、あるいは人的資源の整備拡充が十分になされていないのは明らかである。また、「老人保健福祉計画」による整備目標数値が達成されたと仮定しても、在宅介護24時間を支援することは困難である。そこで、病院みずからの社会資源ネットワークへの参画が必要となるのである。

保健や福祉のサービス供給主体との連結が実現すれば、入院中に看護職や医療ソーシャルワーカーによって把握された、在宅介護の阻害要因に対応するサービスの早期の適用が可能となる。病院を退院する前から、介護の方法や医療器具等の操作方法、緊急時における連絡方法の指導がなされ、退院と同時に、高齢者が在宅で生活するための日常生活用具の貸与や給付、ホームヘルパーの継続的派遣、訪問看護婦による定期訪問などが開始されれば、家族等が行う在宅介護への安心感の提供が可能となるのである。

一方、保健・福祉のサービス供給主体も、病院からの早期の情報提供にしたがって、必要なサービスを迅速かつ的確に提供することができる。入院前と身体状態が変化した高齢者への介護は、家族に大きな不安感をもたらす。この不安感へのなんらかの対応がなされなければ、病院における長期入院患者の減少は期待できないのである。入院機能を有する各医療機関においては、まず、この本質が理解される必要がある。

病院のネットワークへの参画は、直接的には、介護や福祉に関する相談とサービス提供機能を有する組織や、継続的な訪問看護サービスの提供組織の病院への併設などによって実現する。併設という形態が困難な場合にあっては、専門職種や実務レベルの職員による定期的な連絡会や処遇方針の検討会、個別の対象者への共同面接を通じて恒常的な連携を図る手法でネットワークへの参画が可能となる。

介護に安心感を提供できるネットワークの実現によって「社会的入院」は減少するとともに、医療本来の目的とされる緊急入院への対応が可能となる。ひいては、経営における安定的な入院収益が確保できるというメリットが病院にもたらされる。

さらに、夜間や休日における相談対応を病院が実施する方法も、長期入院の増加を防ぐ役割を果たすといえる。24時間を通じての救急対応は、地域の医療サービスの供給主体である病院が果たすべき重要な役割であるが、これに加えて行われる相談対応は、高齢者の病状の変化に対する即時的な対応を可能とする。早期治療は早期治癒を意味すると同時に、介護者への安心感の提供という大きな役割を果たすのである。

しかし、サービス供給主体による組織的な連結は、専門職種や実務レベルの職員だけで構築するのは不可能である。形成されたネットワークに一定の理念と安定性、継続性をもたせるためには、自治体による政策レベルでの関与が不可欠となる。具体的な方法として、たとえば、自治体と病院の統括者によって、総合的なサービス供給にあたっての連結のありかたについての対話や契約がなされなければならないし、夜間や休日の相談対応については、必要とされる費用に対する一定額の財政負担も必要となろう¹⁰⁾。病院のネットワークへの参画にあたっては、対象者への安心感を入院中から提供できる体制の構築を中心として、そこから病院にもたらされるメリットについて、ネットワーク形成の主体者である自治体の側から提案され、実践されることが必要であるといえる。

2 ネットワークへの参画がもたらす地域医療組織へのメリット

各地域に点在する診療所は、住民の健康を守ることを目的とし、住民にもっとも身近な医療サービスの供給主体としての役割を担っている。治癒を望めない慢性疾患によって病状や障害が固定し、日常的に介護を必要とする状況に至った高齢者は、一定期間の入院治療が終了した段階で病院から退院する。退院後の高齢者の療養生活は、病院の医師からの紹介によって、診療所の医師を主治医として自宅で継続される場合が多い。在宅を基本とした国の高齢者政策が展開される中で、介護を必要とする高齢者の「かかりつけ医」としての診療所の役割はますます重要となっている。

個人や自治体が運営する診療所では、外来を主体とした診療が実施されているが、そこで業務を行う医師は、外来での診療が不可能な高齢者に対しては、在宅訪問診療によって、療養生活を送る高齢者の居室を診療所の病室としながら、常にその病状を把握していなければならない。定期訪問の際には、家族への介護や看護方法の指導、福祉サービスの紹介が必要となる場合も多い。また、実際に病状の急変が出現した場合には、夜間や休日を通じての緊急の在宅訪問診療も実施しなければならない。

しかし、身近な「かかりつけ医」としての診療所の医師による訪問診療も、組織的な対応としてでなく個人レベルでの活動となるため、高齢者の病状の急変を想定したうえで常に待機し、それを実施するのは不可能であるといえる。もっとも、病状の急変といった緊急時における対応にあたっては、救急指定をうけている病院や休日当番医への搬送が第一に考えられるが、現実には、終末を自宅で迎えたいと希望する高齢者が多いのに加えて、長期間にわたって在宅介護を継続した段階においては、その最期を家庭で看取りたいと願う家族も増加している。このような状況のもとでは、診療所の医師は、みずからの休日を対象者への在宅訪問診療に費やさなければならない例も少なくないという¹¹⁾。

診療所を営む医師の労働過重は、保健・福祉のサービス供給主体との連携によって緩和される。まず、訪問看護ステーションの訪問看護婦や、社会福祉協議会等から派遣されるホー

ムヘルパーとの日常的な連絡体制を確立することで、それぞれの報告によって、高齢者の病状の変化や日常生活の状況を逐次把握できる。また、各種在宅福祉サービスの適用が必要と思われるケースについては、ネットワークの相談窓口となる在宅介護支援センターへの連絡や、職員との同行訪問を実施することによってサービスの提供が可能となる。

高齢者の病状急変時の対応にあたっては、対処方法について、訪問看護ステーションと日常的に協議がなされていれば、担当の訪問看護婦が緊急の事態に遭遇した場合でも事前の指示に基づいた的確な対応が可能となる¹²⁾。また、複数の高齢者に同時に病状の急変が発生した場合には、訪問を実施した訪問看護婦からの状況報告によって診療の優先度を勘案した順次の訪問が可能となる。ネットワークへの参画によって、診療所の医師による対応の確実性や迅速性も確保されるのである。

これまでの医療組織内の連携は、主として相互の医療機関における患者の紹介関係に基づいて維持されてきている。それは、すでに定期受診を行っている患者の病状や障害の程度によって、あるいは療養生活の場所をどこに定めるかによって、病院から診療所へ、診療所から病院へという形態で実施されてきた。しかし、保健・福祉のサービスの供給現場では、病状の悪化や通院介助者の不在などのために、長期間にわたって通院治療ができない高齢単身世帯や高齢者のみの世帯が数多く存在する。これらの対象者に対しては、保健ならびに福祉のサービス供給主体からの紹介を通じた、診療所の医師による定期的在宅訪問診療が必要となる。保健・福祉のサービス供給主体との連携体制の実現によって、地域内に潜在する新たな医療ニーズが発掘されるのである。

医師が行う在宅訪問診療に対しては、老人保健法ならびに健康保険各法の規定によって一定の診療報酬の支払いが定められている。また、医師の指示に基づいて実施される訪問看護サービスの提供については、訪問看護の指示を行った診療所の医師からも、各保険者に対して訪問看護指示料の請求が可能となるため、社会資源ネットワークへの参画は、診療所の経営にとっても決してマイナス要素とはならないといえる¹³⁾。

これら個別の医療機関にもたらされるメリットは、みずから特定の利益を得ることを目的としない自治体によって、医療機関を統括する組織としての地域医師会に対して提示されなければならない。それは、社会資源ネットワークの形成に理解を示す病院や診療所が個別に保健・福祉のサービス供給主体と連結した場合、特定の医療機関にのみそこから生じる効果が発揮され、各医療機関に公平なメリットがもたらされず、地域の医療組織全体の合意が得られないという結果が予想されるためである。

保健・福祉のサービス供給主体と医療機関の連携や連結を実現するにあたって、各自治体は、地域の医療組織との積極的な対話を通じて社会資源ネットワークへの参画の意識づけを促進するとともに、各医療機関にもたらされるメリットを提示しながらその理解と協力を得るための努力をしていかなければならない。そして、各自治体行政区域内に居住する対象者

が、同等のサービスを等しく利用できるシステムの構築を目的とした実践が展開されていかなければならないのである。

3 保健・医療・福祉の領域、職域をこえた資源の連携

自治体を主体者として、医療の参画を得た社会資源ネットワークは、具体的にどのように連結して在宅介護の支援を実践しているのだろうか。また、そこに所属する人的資源が協働して対象者をささえていくことによって、高齢者やその家族等の生活にはどのような効果もたらされるのだろうか。本稿のむすびとして紹介する事例は、医療と保健・福祉のサービス供給主体と、そこに所属する人的資源による短期間のかかわりの中で、高齢の母のターミナルケアを支援した長野県大町市での実践である¹⁴⁾。

大町市は、保健や福祉の機能と連結した市立病院を拠点組織として、地域の社会資源とのネットワークを形成し、在宅介護における不安要素やニーズに24時間にわたって対応できるサービス供給システムの構築を実践した自治体である¹⁵⁾。病院内には、保健・医療・福祉の総合的なサービス提供を実施するため、介護や福祉の相談機能である在宅介護支援センター、地域医師会や病院と連携した保健機能としての訪問看護ステーション、訪問リハビリテーションや若年層への訪問看護を実施する医療福祉室が併設されている。

援護の対象となった高齢者は98歳の女性である。昭和30年代に夫に先立たれたのち、市内で小さな雑貨店を営んできたが、大型店の進出によって客足も少なくなり、5年ほど前に店を閉じた。同居している長女と次女を除いて、長男は市内の農地開拓地域へ転居し新築して独立、次男は対象世帯の近所に居住したものの次男の妻と長女との折り合いが悪いためほとんど交流がない状態であった。69歳の長女は、長年勤務した紡績工場を退職したのち持病の関節リウマチが悪化し、身体障害者手帳の最重度である1級を所持していた。最近までは杖歩行による外出も可能であったが、家の中での移動も困難となり車椅子を使用する状態となっていた。長女より1歳下の次女は家業の雑貨店を手伝ってきたが、店を閉じてからうつ症状を訴え、神経科への通院を開始して服薬とカウンセリングをうける生活を続けてきた。長女、次女ともに結婚歴はなく、30年間にわたって3人で生計を維持してきた。高齢である母は、日常生活における身辺処理も比較的自力で可能な状態にあった。

この世帯では、次女が中心となって食事の準備や姉の移動介助を行ってきたが、隣町の病院にある神経科を受診した際は、母や姉の介助が非常に負担になると話していたという。しかし一方で、彼女自身の存在価値は、母と姉の身辺介助を行うことによって保たれてきたともいえる。この世帯とのかかわりは、通院していた神経科の医師から紹介をうけて、次女が在宅介護支援センターを訪れた日からはじまる。

「先月の中ごろから母が風邪をひいてしまい、それから寝たきりの状態となっている。近所の開業医の先生に時々かかってきたが今回はまだ往診もお願いしていない。食事もほとん

どできなくなり、おむつの種類や使用方法もわからないので教えてほしい。」という。「介護相談協力員」である地区民生委員に当該世帯の状況を確認したうえで、在宅介護支援センターの看護婦が対象世帯を訪問することとした。

相談から2日後、在宅介護支援センター看護婦が訪問した段階では、母は和式布団に臥床し、長期間入浴もしていない状況で、清拭や着替えも行われておらず体中垢にまみれている状態であった。看護婦は清拭と更衣を実施したが、その際、背中と踵に褥瘡の形成が確認された。応急処置を行い福祉事務所に連絡、当日中にギャッジベッドとエア・マットの貸与を受けた。しかし、全身に浮腫もみられ一般状態も不良であったため、訪問看護の制度や他の在宅福祉サービスの説明をしたところ長女、次女の強い希望が得られた。

翌日、訪問看護ステーションの訪問看護婦と在宅介護支援センターのソーシャルワーカーが同行して訪問したが、母は、脱水と全身浮腫、褥瘡も多発して下肢の硬直も著しい状態であった。また、食事ほとんど摂取できず、栄養状態も不良で全身の脱力感が強く衰弱していた。本人は小声で「体がだるくて動かされると痛い家においてほしい。なんとかしてほしい。」という。また、家族からも「身体の痛みを訴えるため食事摂取ができない。どうしてよいかはわからないが家で看護したい。」との申し出がある。

このような状態に至って約2週間、長女、次女から親族への連絡もされておらず、親族による当該世帯への訪問もされていなかった。長男と次男がこの世帯から独立する際、財産の相続を放棄したために交流が途絶えているようである。

母の病状は急迫しており、全面的な介護と看護が必要であったが、介護者の心身状態から基本的な介護そのものが困難な状況であった。そこで、ソーシャルワーカーと訪問看護婦によって関係機関への連絡が行われ、次のような方法で介護の支援が開始された。第一に、かかりつけの主治医による週1回の在宅訪問診療を実施する、第二に、診療を行う医師の指示に基づいて、訪問看護ステーションからの訪問看護を週3回実施する、第三に、病状が安定するまでのあいだ、在宅介護支援センターの看護婦と保健センターの保健婦による週1回づつの訪問を実施するとし、各職員の毎日の引継ぎにあたっては連絡ノートが作成された。さらに、病状が安定した段階ではホームヘルパーの派遣も想定されたため、社会福祉協議会の主任ヘルパーによる訪問面接も実施された。

夜間や休日中の病状の急変にあたっては、主治医からの指示により、家族からの連絡は市立病院へ行くことが確認された。訪問看護婦から、在宅介護支援センターの24時間対応にあたる当直看護婦へ状況報告がなされ、緊急時の対応の際は、当直看護婦からその日の当番となる訪問看護婦に連絡されるよう事前の協議が行われた。これらと並行して、福祉事務所の担当者と在宅介護支援センターのソーシャルワーカーによって、長男と次男への援助協力の働きかけも行われていったのである。

看護職員による毎日の訪問が継続され、ほぼ1週間が経過した段階で、長男、次男がそれ

ぞれ1回、当世帯を訪れた。とりわけ次男は、母の病状が急迫していること、関係機関による訪問対応が毎日行われていることに驚きをもった。その後、次男とその妻が毎日この世帯を訪れて、家族とともに母の介護や看護を行うようになっていった。

相談初日から15日目の早朝、次女から市立病院に連絡が入った。母の状態が急変してほとんど意識がない状態であるという。即刻、当直の看護婦から訪問看護婦の自宅に連絡がされた。訪問看護婦、在宅介護支援センターの看護婦が緊急訪問を行い、かかりつけの主治医も到着したが、対象者である母は家族や親族が見守る中で息を引き取られた。

この事例における対象世帯への支援活動は、わずか15日という短い期間で終結した。しかし、在宅での介護は年単位にわたって行われる場合も少なくない。介護が長期化するケースでは、さらに多くの関係機関と人的資源が対象世帯とかかわりをもつことになる。

おわりに

介護を必要とする高齢者は、疾病や障害の重症度などにかかわらず、また、臥床期間の長短にかかわらず、常に病状の急変の可能性を有している。高齢者の心身状態の変化に即時的に対応できるのは、地域の医療サービスの供給主体としての病院や診療所とそこに所属する医師や看護婦である。在宅で介護を行う家族等を、その状況に応じて継続的に支援できるのは、保健や福祉のサービス供給主体とそこで活動する人的資源である。そして自治体は、これらの資源が即時的に連携して的確なサービスを提供し、地域住民に安心感を提供できるネットワークを形成していかなければならない。

住民が安心感をもって生活できる地域社会とは、介護を必要とする高齢者が長年にわたって住み慣れた自宅で家族とともに生活することができ、同居する家族等が24時間安心して介護を行うことができ、かつ、地域内で行われる住民福祉活動がより充実したものとして実践される条件が整えられた地域をいう。さらには、保健・医療・福祉にわたる各領域の関係機関や住民を含めた地域内のあらゆる資源が、自治体と協働して新たな課題に取り組んでいけるような地域を指しているのである。そして、それを実現するためのもっとも基本的な施策展開が、医療の参画を積極的に推進し、高齢者の病状の急変といった緊急時にも対応できる体制を有した、高齢者サービス供給主体間のネットワークの形成なのである。

対象となる高齢者やその家族等の日常生活は、サービス供給主体の側から断片的にとらえることはできない。地域に点在する保健・医療・福祉サービス供給主体の組織的な連結と人的資源の連携による対応は、家族が行う在宅介護を支援し、自宅でその最期を迎えたいという高齢者の願いを実現するとともに、家族や親族の扶養意識の変化を生みだし、そこにかかわるさまざまな人びとの自己実現を果たしていくのである。

【注】

- 1) 一般に「自治体」という場合は、都道府県や市町村などの普通地方公共団体と、特別区や地方公共団体の組合を含む特別地方公共団体を包括するが、本稿では、サービス供給主体間のネットワーク形成を主題としているので、本稿の記述において「自治体」または「自治体行政区域」という用語を使用する場合は、もっとも基礎的な地方公共団体である市町村とその行政区を指している。
- 2) 地域福祉のネットワーク形成は、自治体レベルの実践だけでなく、1970年代以降は研究分野においても重要視されてきた。牧里毎治「地域福祉のサービス体系」（福祉士養成講座編集委員会編『地域福祉論（改訂社会福祉士養成講座7）』中央法規出版、1992年）84頁は、「地域福祉研究における主要な柱となるキー概念として注目されるが、それは、地域福祉の内容構成のひとつとしてでなく、地域福祉の本質、固有性に迫る分析概念として精緻化しなければならないものとして考えられてきたからである。……これまでネットワークとして明確に意識して使用されてきたわけではないが、地域福祉および地域活動の中では類似した用語として、連絡調整、連携が用いられてきた。これらの用語は、ネットワーク、ネットワーキングにきわめて近似した用語であって、ネットワークは、地域福祉にとって古くからの関心事であったといえよう。」としている。
- 3) この点について、白澤政和『[老人保健福祉計画] 実現へのアプローチサービスの利用促進に向けて一』中央法規出版、1994年、54頁は、「老人保健福祉計画」の策定にあたって、保健・福祉サービスと本来必ず重複しなければならない医療サービスの検討が欠落している理由のひとつとして、保健や福祉サービスは主として公的な供給システムのもとで実施されるが、医療サービスの供給は私的なシステムに依拠しており、両者を統合しては議論しにくいと述べている。なお、医療機関の開設主体には、国および自治体、組合、医療法人、社会福祉法人などさまざまなものがあるが、都道府県知事や市町村長を開設者とするいわゆる自治体病院は、それぞれの地方自治体の一般会計の中で運営されていると理解される場合が多い。しかし、地方自治体が経営する水道事業、工業用水道事業、軌道事業、自動車運送事業、電気・ガス事業、病院事業などは、地方公営企業法第2条の適用をうけており、その経理および会計については、同法第17条以下の財務の規定により特別会計を設けることとされているため、独立採算を基本とした公営による企業としての位置づけを有している。
- 4) 厚生省情報統計部「寝たきり高齢者数等の将来推計」による推計値である。
- 5) 「平均在院日数の国際比較」（厚生省大臣官房政策課編『社会保障入門（平成8年度版）』中央法規出版、1996年所収）96頁によると、1990年における日本の平均在院日数は38.1日であるのに対して、アメリカ9.1日、フランス12.4日などとなっており、欧米と比較して長期にわたっているのがわかる。なお、日本における長期入院患者数については、

厚生省情報統計部「平成6年患者調査」を参照されたい。

- 6) 「社会的入院」の内容と実情については、岡本祐三『医療と福祉の新時代』日本評論社、1993年、71頁以下、白澤・前掲書、55頁、福田志津枝・古橋エツ子編著『私たちの生活と福祉』ミネルヴァ書房、1996年、112頁などを参照。
- 7) 1987年6月の厚生省「国民医療総合対策本部中間報告」は、国民医療費の増大による医療財政の危機は、老人医療費の急増によるものであるとしており、その原因は、老人の入院が増加しているのに加えて、入院期間6ヵ月以上の長期入院患者、すなわち在宅や施設での受け入れ基盤に欠ける「社会的入院」の大半が老人であるためであるとしている。なお、近年における「社会的入院」の増加と国民医療費の関連を具体的に試算した論文としては、二本立「老人の社会的入院と医療費の推計」(『社会保険旬報』社会保険研究所、No.1891、1995年11月号)がある。
- 8) 病院への入院時に必要とされる最小限度の医療費を計算した場合、入院環境料、看護料、入院時医学管理料がその対象となる。入院環境料は、入院1日につき1,510円を診療報酬として算定できるが、看護料は30日以内の場合1日につき4,400円、30日を超えた場合には1日につき4,300円となる。入院時の医学管理料は、入院初日から14日までが5,450円、15日から30日が3,550円、2ヵ月まで2,500円、3ヵ月まで2,260円、6ヵ月まで1,550円と減額されていく。さらに、入院から1年6ヵ月を経過した場合の算定額は980円となる。図1は、これらの合計の推移を月ごとに示したものである。詳細については、厚生省保険局医療課・厚生省老人保健福祉局老人保健課編『医科点数表の解釈(平成8年4月版)』社会保険研究所、1996年を参照。
- 9) 1995年10月31日、全国自治体病院開設者協議会など9団体によって開催された「自治体病院財政危機突破全国大会」では、全国の自治体病院のうち67%が赤字病院で、1993年度の累積赤字は約8億円に達していると報告された。その原因は、高度・特殊・先駆的医療や不採算医療を担当しているためであると説明されている。『病院新聞』第1411号参照。ここでいう不採算医療とは、救急医療や「社会的入院」を余儀なくされる患者に対する医療提供を指している。なお、『平成6年病院経営実態調査報告』全国自治体病院協議会、1995年では、国立および大学病院を除く全国の病院のうち、74.1%は赤字経営であることが報告されている。
- 10) たとえば、本稿第3で紹介する長野県大町市では、在宅介護支援センターの24時間対応として市立病院の当直看護婦が行う夜間・休日相談にあたって、一般会計より病院事業会計へ1994年度決算では2,683,698円、1995年度決算で2,744,118円の繰出を行っている。1999年度末までに全国10,000ヵ所の整備が予定されている在宅介護支援センターは、「在宅老人福祉対策事業の実施及び推進について」(平成2年8月27日老福第167号、厚生省社会局長通知)によって制度化され、1994年10月の老人福祉法の改正において「老

人介護支援センター」として法定化された老人福祉施設である。介護を必要とする高齢者やその家族等からの在宅介護に関する総合的な相談に24時間体制で応じ、その状況に適した多様なサービスが適宜うけられるよう、各種サービスの実施機関との連絡調整を行うことを目的として、終日機能する特別養護老人ホーム、老人保健施設、医療機関等に併設すべき旨が規定されている。1996年3月末現在、全国に2,421ヵ所整備されているが、この施設は、保健・医療・福祉のサービス提供の拠点となる施設に、介護や福祉の相談機能を併設して、運営母体となる施設と機能的に連携したサービス供給を24時間体制で展開することを意図して創設されたものである。ネットワークをより確実なものにするためには、自治体からの一定の財政支出も必要となる。

- 11) 矢島嶺『家で生きる』銀河書房、1993年、149-151頁を参照。
- 12) たとえば、「指定老人訪問看護及び指定訪問看護の事業に係る人員及び運営に関する基準について」（平成6年9月9日老健第268号・保発第101号、厚生省老人保健福祉局長・厚生省保健局長通知）では、訪問看護ステーションに医師が指示書を交付するにあたっては、緊急時あるいは不在時の対応方法について具体的に記載すべき旨が定められている。また、主治医との月1回の連絡会の開催も義務づけられている。この規定を有効に活用すれば、医師と訪問看護婦による対象者への緊急対応の事前協議などが可能となる。厚生省老人保健福祉局監修『老人保健関係法令通知集（平成7年度版）』第一法規出版、1996年、1749-1762頁参照。
- 13) 厚生省保険局医療課・厚生省老人保健福祉局老人保健課編・前掲書によると、医師による在宅訪問診療については月1回22,000円、訪問看護指示料は1回につき5,000円を診療報酬として算定できるとされており、ネットワークへの参画は診療所の医師の収入にも寄与するといえることができる。
- 14) 1995年2月2日から16日にかけて、大町市のネットワークが対応した事例である。なお、大町市の在宅介護支援センターは、市立病院併設型としては全国初の設置である。
- 15) 市立大町総合病院を中心として形成された大町市の在宅介護支援システムおよび社会資源ネットワークの形成過程、ならびにその成果などについては、以下の文献を参照されたい。①加留部豊「在宅介護支援センターを見るー長野県市立大町総合病院ー」（厚生省保険局国民健康保険課監修『国民健康保険』国民健康保険中央会、1992年11月号所収）、②合津文雄「在宅要介護老人を中心とした保健・医療・福祉サービスのシステム化とネットワーク形成についてー市立病院併設型在宅介護支援センター・老人訪問看護ステーション・医療福祉室設置の取組みを通じてー」（同志社大学社会福祉学会編『同志社社会福祉学第7号』同志社大学社会福祉学会、1993年）、③同「在宅介護支援センターとのネットワーキング・老人訪問看護ステーションとの機能的連携」（『月刊総合ケア』医歯薬出版、vol. 5, No. 3）、④曾根原耕平「市立病院併設在宅介護支援センターと保健・

医療・福祉のネットワーク」(全国社会福祉協議会編『在宅介護支援センター運営ガイド』全国社会福祉協議会, 1995年)、⑤合津文雄・傘木敬江「大町市訪問看護ステーション設立の経緯と現状」(『長野医報』長野県医師会, No.398, 1995年8月号所収)、⑥菊池信子「高齢者在宅介護支援システム」(『ジュリスト増刊一福祉を創る』有斐閣, 1995年)、⑦丸山芳美「保健婦と一緒に広報活動を」(『医療'95』メヂカルフレンド社, vol.11, No.12)。