

スウェーデンにおける医療と介護の機能分担と連携

—エーデル改革による変遷と現在—

伊澤 知法

■ 要約

日本では高齢者医療・介護をめぐる大きな制度改革が行われているが、医療・介護が連携したサービスを提供できるかどうかは鍵である。スウェーデンでは、エーデル改革以来医療・介護の機能分担、連携体制等の構築と修正が積み重ねられてきた。本稿では、エーデル改革を中心にスウェーデンにおける医療と介護の機能分担と連携に関する改革の変遷を辿り、日本の制度のあり方へのインプリケーションについて考察する。スウェーデンでは、長期ケアについて看護師レベルまでの医療を一元的に提供するとともに、看護師が連携の中心になることで、高齢者ケアの質を高めるとともに、医療の効率性を高めることに成功した。他方、医師の関与が足りないことが課題としてあがっており、これを解決するための法改正が行われた。日本でも、看護師までの医療は介護と一体的に提供し、その際、在宅医療への医師の関与を高める意味でも、連携の中核として看護師の徹底的な活用が必要である。また、現在の「在宅」、「施設」という区分は将来的に再整理していくべきである。

■ キーワード

スウェーデン、高齢者医療・介護の連携、エーデル改革、訪問看護、訪問診療

I はじめに —本稿のねらい—

日本では、社会保障(とりわけ社会福祉)に関する各国比較を行う際には、スウェーデンの事例が引き合いに出されることが多い。実際、スウェーデンと日本とは統治機構・財源面では違いが大きく単純比較には馴染まない部分も多いが、サービス内容面からは学ぶべきところが少なくない。

日本では高齢者の医療・介護をめぐる大きな制度改革が行われている。ファイナンス面・制度面では、75歳以上の高齢者を対象とする独立した保険制度の創設や都道府県を単位とする広域連合の創設など、重要な改革も含まれている。しかし、「医療」、「介護」というサービス供給面が大きな意味を持つ社会保障サービスにおいては、介護保険適用の療養病床を廃止し、医療保険適用の療養

病床を医療必要度の高い者に対するものに絞り込むとともに、医療必要度の低い者については老人保健施設あるいは特定施設(有料老人ホームやケアハウス等)への転換を促すという改革内容の方が、よりインパクトが大きい。この改革の正否のポイントは、在宅(特定施設を含む)に居る高齢者に対し、いかに医療・介護を適切な連携のもとに提供できる体制を構築できるかという点にある。診療報酬や介護報酬における対応、医療制度改革に伴う病床転換支援金等の確保、そして何よりこれまで在宅医療に取り組んできた関係者の知識・経験の蓄積により、上記体制の確保に向けた要素は出そろったと考える。

他方で、これまでにない思い切った方向転換である上に、現場でのサービスのあり方をドラスティックに変えるものであるが故に、果たして考え

られているとおりに上手くいくのかとの不安もある。スウェーデンでは、エーデル改革以来、医療と介護との機能分担の推進・最適な連携体制の模索が行われてきた。いわば「一日の長」があるスウェーデンの取組みについて、サービス内容面から制度を考察することで、何か日本に対するインプリケーションを引き出せないだろうか。本稿ではこうした問題意識のもとに、スウェーデンにおける高齢者医療・介護制度の一大改革であったエーデル改革とその後の改革の動向について考察するとともに、日本制度のあり方に対するインプリケーションについて論じる。

II エーデル改革の概要とそのねらい

スウェーデンの高齢者医療・介護政策を語る上で、1992年のエーデル改革の意義・影響の理解を避けて通ることはできない。また、日本の介護保険制度導入の影響やその後の課題に関し、スウェーデンとの比較で論じようとする際には、エーデル改革の目指したものとその限界・その後の課題を踏まえておく必要がある。

エーデル改革とはどのような改革であったかを論ずる前に、その前提となるスウェーデン社会保

障の制度体系について、簡単に説明しておきたい。スウェーデンでは、対人社会サービスは税（地方所得税）を基本とし、保健医療に関してはランスティング（日本の県に相当する広域自治体）、社会福祉（高齢者介護、障害者ケアや保育）に関してはコミューン（日本の市町村に相当する基礎的自治体）が、それぞれ財源措置（ファイナンス）・サービスの供給（デリバリー）のいずれについても法的に究極的責任を負っている。ランスティングについては、ほぼ保健医療を国民に提供するために存在する自治体といっても過言ではなく、社会福祉などコミューンの責任とされる行政サービスとの重複はない（なお、社会保障における国の主な役割は、年金、両親手当等の現金給付の支給である）。したがって、両地方自治体は垂直的・上下の関係ではなく、水平的・対等な関係にある（表参照）。

1. エーデル改革以前のスウェーデン医療・介護の状況

次に、エーデル改革のねらいが何であったのかをクリアなものにするために、それ以前のスウェーデンにおける医療・介護の状況について概観する。

スウェーデンは先進国では高齢化が早かった国であり、高齢化率が1950年代には既に10%を超

表 社会保障制度の実施主体と主なサービス等

実施主体	国	ランスティング	コミューン
規模	全国	広域	基礎的単位
主な財源 ¹⁾	社会保険料	地方所得税 (平均約10%)	地方所得税 (平均約20%)
主なサービス	現金給付 (年金、両親手当、 児童手当等)	保健医療	対人社会サービス (高齢者介護、障害者ケア、 保育等) ²⁾
主な法律	社会保険法	保健医療法	社会サービス法

注：1) 児童手当は全額国庫負担で財源措置されているなど、社会保険料のみで現金給付の費用すべてが賄われているわけではない。また、ランスティング・コミューンのサービスの財源として、所得税のほかに、地方政府間の平衡交付金、利用者からの利用料などがある。

2) 現金給付ではあるが、社会扶助はコミューンが実施している。また、社会保障関係以外でコミューンが行う主なサービスとして、学校教育(高校レベルまで)や公共交通の運営などがある。

出典：筆者作成

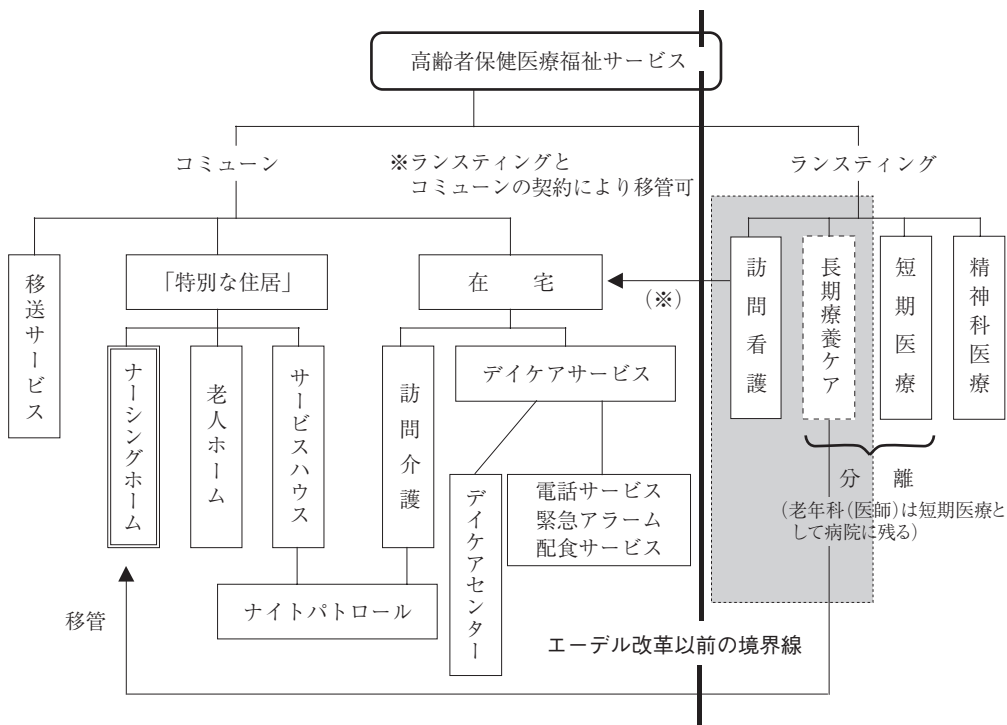
え、1980年代には17%に達していた(なお、その後比較的安定して推移してきている)¹⁾。介護保険導入前の日本のように、社会福祉サービスの供給不足に起因する医療・介護間の供給量の極端なアンバランスは生じていなかった。しかし、前述のとおり「ランスタング＝保健医療」、「コミュニン＝社会福祉」という供給サイドの明確な切り分けが、日本と同様に、社会的入院患者(ベッドブロッカー)という問題を生んでいた(1990年3月で急性期病床の15%を占めた²⁾)。これは、社会福祉に責任を持つコミュニンには、病院における入院医療が終わった後も高齢者を病院から引き受けるインセンティブがなかったことと、入院に対する患者自己負担額の方がコミュニンの運営する高齢者福祉施設に対する利用者サービス負担額よりも低く、利用者に医療施設にとどまろうという誘引が働いたという主に2点の理由によりもたらされていた。

こうした事態に対し、① 高度成長から安定・低成長下へと経済基調が変化する中で、限られた医療資源を有効かつ効率的に使用する、② サービスを受ける高齢者のQOLの向上を図るという観点から、制度改革が必要とされた。

2. エーデル改革の概要

医療や介護のようなサービス提供制度の改革を行うにあたっては、財源構造を含む制度面からのアプローチと、具体的なサービス提供のあり方という供給面(機能面)からのアプローチの両面があると考えられる。エーデル改革では、サービスの実施主体(財源問題を含む)に関する制度面での対応と、サービス提供のあり方そのものに変革を加えるという機能面での対応が同時に行われた。

具体的には、次のとおりである(図参照)。



出典：齊藤 1994, p153をもとに、筆者加筆修正

図 エーデル改革の概要

- ① それまでランスタングが行う「医療」に属していた約540の長期療養病院/地域療養ホームなど(約3万1,000床)をナーシングホームという形でコミュニティに移管した。
- ② ナーシングホームの移管に伴い、そこでのサービスに従事していた看護師以下の医療関係職種その他のランスタングの職員もコミュニティの職員へ身分移管した。ただし、医師についてはコミュニティに身分移管はされなかった。
- ③ ナーシングホームの位置づけを、医療施設から、老人ホーム・サービスハウスとともに社会サービス法上の「特別な住居」に変更し、これら3つの施設系サービスを「住居系サービス」に変更した³⁾。
- ④ 「特別な住居」における医療の提供をコミュニティの責任とした。ただし、医師がかかわるような医療の責任は引き続きランスタングに残された。
- ⑤ こうした改革により、ナーシングホームを含む「特別な住居」における高齢者向けの医療・介護のサービス内容・利用者負担等をコミュニティ単位で一元化した。また、ランスタングが運営していたデイケアの運営もコミュニティに移管した。
- ⑥ 医学的に病院から退院可能と判断された高齢者に関し、コミュニティ側が適切なサービスを用意できないために病院にとどまらざるを得ない場合、その分の費用(入院費)をコミュニティがランスタングに対し支払わなければならないようにし、コミュニティに対して高齢者引き受けのインセンティブを与えた。

ここで本稿のテーマに照らし重要な点をいくつか指摘しておきたい。第1に、「特別な住居」における医療の提供については保健医療法によるコミュニティの義務として明確に位置づけられた。また、コミュニティへ人的医療資源が移管された結果、「特別な住居」における看護師レベルまでの医療・介護の連携は深まった。他方で、第2に、「医療」

というサービス面から見た場合には、それまでランスタングという一組織で完結していたサービスが、ランスタングとコミュニティという2つの組織で担われるようになった。第3に、在宅の高齢者への訪問看護に関しては徹底を欠き、コミュニティ・ランスタング間の契約に基づき、ランスタングからコミュニティへの移管ができることとされるにとどまった⁴⁾。第4に、医師についてコミュニティへの移管がなされなかったこともあり、ランスタングが責任を持つ医療とコミュニティが責任を持つ医療の範囲との間の線引きが曖昧となった。例えば、コミュニティが医師の診療が必要な患者を病院から引き継いだ後の責任関係などが曖昧となった。

III スウェーデン政府によるエーデル改革の評価と現状の課題認識

このように制度面・機能面ともに「大改革」⁵⁾の名に値するエーデル改革は所期の目的を達成したのであろうか。また、改革に伴う課題、あるいは改革後に生じた新たな課題はないのか。スウェーデン政府の評価や現状の課題認識等について、政府レポートなどをもとに考察する。

1. スウェーデン政府等によるエーデル改革の評価とその後の課題認識

スウェーデン政府は保健福祉庁(Socialstyrelsen)⁶⁾にエーデル改革の影響をモニターし、評価することを命じた。同庁では、5年間に亘る分析・評価、各種レポートの公表を経て、1996年に最終報告書(Socialstyrelsen, 1996)を公表した。ここでは、主に最終報告書に基づき、スウェーデン政府等によるエーデル改革に対する評価やその後の課題認識をまとめてみる⁷⁾。

(1) 改革の成果面

最終報告書等では、改革による成果面について

次のように分析している。

- 病院における入院医療の劇的な構造変革と、これによる急性期病床や老年科病床における社会的入院患者(ベッドブロッカー)の大幅な減少が見られた⁸⁾。また、退院までの待機期間が短縮されるとともに⁹⁾、急性期病床における平均在院日数が短縮された¹⁰⁾。社会的入院患者の引受けに関するコミュニティの経済的インセンティブ(コミュニティがランスタングに入院費を支払う制度)の導入が、成功の主な理由である。
- 受け皿となるコミュニティにおける高齢者向け住居(社会サービス法上の「特別な住居」など)が整備されたことが、こうした進展を可能とした基盤である。「特別な住居」におけるすべての責任がコミュニティに移管され、コミュニティで総合的な計画ができるようになったため、円滑な退院と地域への移行が可能となった。並行して、個室化が進むなど、「特別な住居」における居住環境の向上も図られた¹¹⁾。
- コミュニティによる医療サービス面では、各コミュニティに医療責任看護師(Medicinskt Ansvar Sjuksköterska:MAS)を置くことが義務づけられるとともに、コミュニティの看護師数が充実した¹²⁾。ナーシングホームが急性期病床における社会的入院患者の主な受け皿となった。
- こうしたプロセスにより、1992年から94年の2年間で、急性期病床において17%のベッド削減、老年科病床において30%のベッド削減がもたらされた¹³⁾。

(2) 改革による影響・問題面

最終報告書等では、改革による影響・問題面について次のように分析している。

- 急性期医療における平均在院日数の短縮化の結果、終末期の患者に対する高度な医療的ケアがナーシングホームで行われるようになるなど、ナーシングホームにおける負担が重くなってきて

いる¹⁴⁾。また、全体として、「特別な住居」への入所者の要介護状態は重くなる傾向にある。

- 他方で、1990年代末から「特別な住居」における定員数が削減されてきている。この結果、在宅での訪問看護など訪問サービスの重要性が増してきている。また、在宅の高齢者に対するホームヘルプサービスが、よりケアニーズの高い高齢者を支えるために使われるようになってきている¹⁵⁾。
- この結果、ニーズが相対的に低い在宅の高齢者は他の方法(特に家族からのケア)に頼ることになってきている。
- 在宅の高齢者に対する訪問看護に関しては、ランスタングとコミュニティという2つの行政機関に責任が分立している結果、サービスの継続性・連携が上手く図られていないという結果を生じている。特に、適切なりハビリテーションの提供が不足している¹⁶⁾。

2. 在宅医療をめぐるスウェーデン政府による課題認識とその背景の考察

1996年の最終レポートから7年経った2003年4月に、スウェーデン政府はエーデル改革をレビューするために高齢者医療ケア委員会(Äldrevårdsutredningen)を組織した。同委員会は、2004年6月に政府報告書「一貫した在宅ケア」(SOU, 2004)を公表した。同報告書の題名から、スウェーデン政府がエーデル改革後の最大の課題として、「在宅における医療・介護の一貫性」を重視していることが読み取れる。これは裏を返せば、「特別な住居」においてはコミュニティの責任による一貫した医療・介護サービスが提供されており、その質に関しても一定の評価がなされているとも言える¹⁷⁾。

他方、特に早期退院後の在宅におけるリハビリテーションの提供がコミュニティ・ランスタングの両者の間に落ちてしまい、不十分なものになってし

まっている。また、エーデル改革後、在宅高齢者に対する訪問医療（医師が行う訪問診療および看護師が行う訪問看護）を増やす必要性が生じているにもかかわらず、特に、訪問診療による医師の関与の不足が課題となっている。こうした点は、主にエーデル改革において医療・介護を「ランディング＝医療」と「コミュニケーション＝社会福祉」という行政組織による整理（制度論的整理）から、サービスの対象者となる高齢者（患者）およびサービス提供のあり方に基づく整理（機能論的整理）への変更を指向しながら、在宅医療に関しては徹底を欠いた点から生じていると考えられる。したがって、エーデル改革の流れに添って素直に考えれば、改革の方向性としては、機能論的整理を進める（すなわち、在宅医療・介護についてもコミュニケーションにサービスを一元化する）というものになる。

報告書においても、在宅の高齢者に対するリハビリテーションの提供、在宅で訪問看護を受けている者に対する医師の訪問診療（医師の関与）は不十分であると結論づけた上で、改善方策として、①在宅における訪問看護がコミュニケーションによって実施されるように法的に位置づけること、②引き続き医師による医療提供はランディングの責任とする（医師の雇用はランディングに残す）が、在宅の長期療養患者に関してコミュニケーションが医師の訪問診療を行わせられるようにすること、を提言した。

IV 今後の改革の見通し

1. 高齢者医療・高齢者ケア十カ年国家戦略

エーデル改革以来の各種報告書・現状分析レポート、特に、政府報告書（「一貫したケア」）をベースに、2006年4月22日、スウェーデン政府は法案「高齢者医療・高齢者ケア十カ年国家戦略」（Regerngen, 2006）¹⁸⁾をスウェーデン国会に提出した。同法案は、同年5月30日に原案どおり可決・成立した。これは、エーデル改革以来の本格的な改

革であり、法律名にあるように今後の中期的な高齢者医療・介護制度の方向性を定めるものである。

法律の内容は、社会サービス法の改正などの法律事項のみでなく、新たな社会投資や住宅政策にかかわる新たな委員会の設置など、幅広い内容を持つものである。その主な内容は次のとおりである（医療・介護の連携以外の内容も含むが、高齢者介護政策という観点からはいずれも重要なので、これらの内容も記しておく）。

（目的）

高齢者医療・ケア分野において、今後充実を図る6分野を定め、10年間で100億SEK（約1,500億円）の予算投入を含む十カ年の国家戦略を定めるものである¹⁹⁾。

（主な内容）

(1) 最も病状が重い者に対するより良い医療とケアの提供

- 訪問看護に関し、コミュニケーションが将来的に責任を持つようにする（コミュニケーションへの一元化）とともに、在宅および「特別な住居」で行われる医療に医師がよりかかわるようにする（立法措置）
- 定期的な使用薬剤の見直し
- 認知症ケアの質を向上させるための特別な投資（調査研究やケア技法の開発などに2億SEK（約30億円） など

(2) 住宅の保障

- 「特別な住居」や高齢者向けの社会施設の建設を促進するための国の補助金を創設（2.5億SEK（約37.5億円））
- 「特別な住居」への入所を決定したコミュニケーションが遅滞なく当該措置を実行する責任を持つようにする措置（立法措置。コミュニケーションが「特別な住居」の提供ができない場合、レーン行政庁²⁰⁾等に報告する義務を

コミュニティに課す。また、コミュニティは国に対して料金を支払わなければならない)

- 高齢者夫婦が、「特別な住居」において同居できることを保証
- 「高齢者住宅委員会 (Senior housing delegation)」を設置し、高齢者に関連する住宅(「特別な住居」を含む)について、調査・分析(2006年5月24日に設置済。2007年8月末および2008年8月末までに2つの中間報告を作成、2009年12月31日までに最終報告を作成)

(3) 社会的ケア

- 高齢者に対するボランティアなケア(老老介護を含む)に対するサポート
- 高齢者ケアにおける食事・栄養のあり方の重視 など

(4) 国レベルでの平等と地域レベルでの発展の実現

- 高齢者医療・ケアに関するナショナルセンターの創設(特に、認知症関連)
- 高齢者医療・ケアに関するクオリティ登録制度
- 国によるサービス利用者調査 など

(5) 予防措置

- 高齢者をケアする親族へのサポート強化
- 67歳以上の高齢者に対して、ニードテストを経ることなく、コミュニティが週数回提供できるようにすること(転倒転落等のアクシデントを避けるための予防的なホームヘルプサービス)(新規立法。1.5億SEK(22.5億円))など

(6) サービス従事者

- 継続的能力開発
- 将来的に、法律により最低限の能力レベルを設定 など

2. 高齢者医療・介護の連携再構築に向けた動き

本稿のテーマに照らすと、1の(主な内容)(1)

の下線を引いた部分が注目される。訪問医療については、医師が行う訪問診療と看護師が行う訪問看護の2つに関する改革に区分されており、このうち、前者については今回の法律により手当てされたが、後者については今回の法律には含まれなかった(しかしながら、スウェーデン政府は2006年中に訪問看護の責任をコミュニティに一元化するための立法措置を行うことを表明しており、イルヴァ・ヨハンソン医療・高齢者福祉担当大臣は、より具体的に同年秋を目処として法案を提出する意向を示している)。

まず、今回の法律で対応された訪問診療に関する改正内容について概観する。医師はエーデル改革によってもコミュニティに移管されず、ランスティングにとどまったため、医師レベルの医療提供(訪問診療等)は現在でもランスティングの責任である。ここで、医師がコミュニティと連携し、訪問診療等を行っていけば何の問題も生じないわけであるが、純粹医療に特化してきたランスティングは、貴重な医師という人的資源を地区診療所での初期医療に集中させることを選択し、在宅の高齢者に対し、訪問診療等により医師を積極的に関与させようとはしてこなかった。医師側にしても、効率性が追求され、初期医療での仕事量が増える中で、「特別な住居」を含む在宅患者に対する訪問診療を行う余裕はない。

こうした事態を改善するために、今回保健医療法が改正され次のような立法措置がとられる(2007年1月1日施行)。第1に、「特別な住居」を含む在宅患者に対する医師レベルでの医療提供責任がランスティングにあることを明確化する。第2に、医師による在宅での医療提供のあり方(提供の範囲、内容等)について、ランスティングはコミュニティと契約を結ばなければならないことにする。第3に、ランスティングが契約に反し、適切な医療を提供しない場合には、コミュニティに自ら医師を雇用し、必要な医療を患者に提供する権利を与える²¹⁾。第4に、コ

ミュンによる医師の雇用に要した費用はランスタングが補償しなければならないこととする。

次に、今回の改正には入れ込まれなかった訪問看護に関する改正である。現在考えられている改革の方向性は、現行制度における原則と例外を入れ替え、訪問看護のプライマリな責任をコミュニティに変更するものである。すなわち、① 訪問看護の提供責任主体をランスタングからコミュニティに変更する、② コミュニティとランスタングの間で契約が成立した場合には、訪問看護の提供責任をコミュニティからランスタングに移管することを可能とする、というものである²²⁾。

3. 改革内容に対する考察

ここで、改革の内容(方向性)について考察を加える。まず、訪問看護をコミュニティに一元化する、すなわちプライマリな責任主体をコミュニティとする方向性については必然であると考えられる。エーデル改革の結果、病院における入院医療が終了した高齢者に対する医療・介護の提供責任はコミュニティであると整理した以上、在宅医療についてもコミュニティの責任とするのが一貫した制度のあり方である。実際、「特別な住居」における看護師レベルまでの医療はコミュニティが提供しているのであり、在宅についてcare(介護)とcure(訪問看護)が分断されたのはあくまで改革の際の関係者の都合に過ぎない。現場の実例を挙げれば、ストックホルム市近郊のシグチューナコミュニティ(ストックホルムランスタングで唯一、訪問看護を実施しているコミュニティ)では、既に在宅サービスは看護師が中心となってケアワーカー、OT、PTなどと一緒にチームを編成しており、訪問看護と訪問介護が同一の枠組みの中で提供されるに至っている。

次に、訪問看護以外の初期医療(地区診療所レベルでの医療)の位置づけ、とりわけ、医師の身分移管の可否についてである。制度論的に考えた場合、地区診療所レベルで一貫していた医師・看

護師による医療を再び分断することになるので、それならば、地区診療所ごと初期医療はすべてコミュニティに一元化するのが望ましいという考え方も成り立つ。また、実際そういう実験がかつて時限的に行われていた(奥村 2000, p112, 127。なお、先に現場の実例として挙げたシグチューナコミュニティも実験が行われていたコミュニティである)。エーデル改革の際も含め、医師がコミュニティに移管されない最大の理由は、医師という職種をめぐる政治的な問題(ランスタングの職員ではなくコミュニティの職員とするかどうか)であるが、他方で、純粋に機能論から考えてみた場合に、上記の実験の結果、医師自体がどこに属しているかがサービスの提供のあり方にはあまり影響を与えていないという経験が得られたのではないかと考えられる。高齢者医療・介護に関しては、病院における入院医療と初期医療の結びつきよりも、コミュニティという地域を核として、コミュニティが提供する高齢者医療・介護と初期医療の結びつきの方が強くなってきたものと考えられる。すなわち、現行のランスタングによる制度的結びつき(財源関係や雇用関係など)よりも、現場実態にあった機能的な結びつきの方が強くなったということである。また、コミュニティに看護師が移管され(そして医師は移管されなかった)結果、「特別な住居」を含む在宅での日常的な医療・介護の中心となったのは看護師である。医師は後方で真に医師にしかできない医療的なチェック、医療的指示などに携わることになり、この体制が合理的なものであると評価されたと考えられる²³⁾。

したがって、極めて合理的に割り切って考えれば、プライマリケア医をその意思に反してまで無理やりコミュニティに移管する必然性は乏しい。そして、「医師が必ず在宅訪問診療にかかわらなければならないよう義務づけ(ランスタングとコミュニティの契約)」を行い、「コミュニティには究極的強制手段(コミュニティ自らによる医師の雇用)」を与え、「ランスタ

ングには医師を訪問診療にかかわらせる経済的インセンティブを与える(自ら調達できる医師より高いコストでコミュニンが医師を調達した場合、経済的ロスが生じる)』ようにする、という今回の改正は、現場実態に即した効果的な改革といえる。

最後に、本改革の結果として、リハビリが果たして改善されるのかどうかについては、疑問なしとしない。病院医療における在院日数の短縮化はリハビリの病院からの外部化を意味し、ショートステイを経て、在宅等での訪問リハビリの提供ということになる。このため、エーデル改革の際にはナーシングホームで働いていたOT、PTなどもコミュニンに移管されており、今後、在宅の訪問看護もコミュニンに一元化されていけば、在宅におけるリハビリを含め、比較的軽度の患者に対するリハビリは改善されるだろう。しかしながら、在宅に容易に復帰できないような重度の患者の場合、本当に訪問リハビリのみで対応しきれぬのかは疑問である。スウェーデンでは日本の老人保健施設のような位置づけの施設はなく、こうした者を対象とするショートステイ型の施設(いわゆる中間施設)のあり方については、スウェーデンもまだ明確な方向性を見出していないように思われる。

V 考察—日本へのインプリケーション—

最後に、スウェーデンにおける高齢者医療・介護に関する改革の状況から、日本の現状に対しどのようなインプリケーションが得られるか考察してみたい。

第1に、どのような観点から高齢者医療・介護の連携のあり方を整理するかである。スウェーデンのこれまでの経験に鑑みれば、「制度面」ではなく「機能面」から整理した方が良いと考える。すなわち、ファイナンスといった制度面から先に整理していくのではなく、患者やサービスが提供される地域・現場の実態を中心にサービスのあり方を組

み立てるべきである。その後どう制度を構築するか検討するのが良い。したがって、訪問看護・訪問介護・訪問リハビリテーションといった日々必要とされる看護師レベルまでの医療・介護サービスは、一体となって提供されるべきであると考ええる。日本で、療養病床の転換が進むとともに、高齢化(特に後期高齢者の増加)に伴うサービスニーズの高まりを在宅中心で対応していくためには、これまで療養病床で抱え込んでいた看護師等の医療スタッフをいかにして円滑に介護と連携させつつ、在宅サービスに振り向けていけるかが最大のポイントである。また同時に、医療保険側では、難病患者、ガンの疼痛管理を必要とする患者等への訪問看護(スウェーデンではランスティングが対応)について、整備を進める必要がある。

第2に、医師レベルでの医療をいかに在宅(在宅化された介護施設を含む)に関与させるかである。スウェーデンのサービス提供体制で注目しているのは、看護師の役割である。エーデル改革に伴い、結果的にはあるが医療における看護師の自立性が増すことで、大幅なコスト上昇をもたらすことなく高齢者が在宅(「特別な住居」を含む)で生活をできるだけ長く続けることを可能にした。同時に、在宅等が症状の重い者も最後まで看取る場に変容した。また、初期医療・病院における入院医療では、財源の増加が困難な中、医師が真に診るべき医療に特化することで、医療の効率性を高めてきた。そして、特に医療ニーズの高い者についてはナーシングホームで看護師が中心に看っており、医師については地区診療所等のプライマリケア医(家庭医と呼ばれることもある)が訪問診療を行っている。在宅の場合も、看護師(訪問看護)がサービスの中核という構図は同じである。日本でも在宅医療の効率的な展開を図るといふ観点から、看護師の有効な活用を図るとともに、医師は初期医療・病院における入院医療を問わず医師ならではの診療に特化することが検討されてよい。

実際、スウェーデンでは医療・介護の接点(時としてマネジメント面でも)として、看護師が中間層として存在することが、在宅等での円滑な医療・介護の提供を可能にしている。また、医師の活動をより高度な医療面に集中することにより、医療のパフォーマンスが上げられれば、現在相当にハードな医師の労働状況も改善され、結果的に在宅医療に対する医師の関与の可能性も高めることができると考える。

第3に、上記を踏まえて、在宅・施設における医療・介護サービスを、どのように構築していくかである。既にスウェーデンでは日本でいう施設系サービスはなく、社会サービス法上は「特別な住居」があるのみである。また、スウェーデンでは施設基準といったものも存在せず、サービスは24時間常駐する医療・介護スタッフが存在するか否かによって区分される。在宅で可能な限り訪問看護・訪問介護等を提供し、インテンシブな医療・介護が必要となった際に、最後の看取りまでの短い時期(6カ月から1年程度)を過ごす場へと「特別な住居」が変容してきている。この結果、老人ホームとナーシングホームの性格が近づきつつある。他方で、比較的介護ニーズが低い高齢者に対するサービスハウスは、日中にスタッフが施設内にはいるが24時間対応でないため、サービスの類型上は在宅の訪問看護・訪問介護と同じ位置づけである。このように、在宅での訪問サービスと内容が重複するサービスハウスについては、在宅での訪問サービスが進展するに伴い、ストックホルム市などの都市部を中心に定員が減らされてきた。しかし、「特別な住居」の供給量が減った結果、在宅での生活に不安を訴える高齢者が移る場所が少なくなり、また、これを支える家族の負担も重くなってきているため、高齢者等が不満を募らせつつある。スウェーデン政府はこうした不安・不満の声に応え、「特別な住居」の供給量を将来的に増やしつつ、比較的介護ニーズが低い高齢者向けに、医療・介

護を内包しないシニア住宅(したがって、社会サービス法上の「特別な住居」ではない)を受け皿として整備する方向で検討している。そして、シニア住宅における医療・介護の提供は、訪問看護・訪問介護によることになるとと思われる。スウェーデンでは、「自宅・シニア住宅」と「特別な住居」の役割分担をより明確化する方向ですすむものと考えられる。

今後、日本で療養病床がケアハウス等に転換されて行った場合、「施設とは何か」、「在宅とは何か」という問いが生じてくる。個室化され、家賃(ホテルコスト)も負担し、看取りまで行う終の棲家であるとしたら、それは在宅と位置づけるべきではないか。上記で述べたスウェーデンと同じような道を日本でもたどるとすれば、施設という概念を維持する実益も、在宅という概念を「自宅」に限る実益も乏しい(日本でも既にグループホームは在宅扱いである)。現行のような「施設」か「在宅」かという区分ではなく、まず、サービス体系を看護師レベルまでの医療を内包し24時間対応するサービスなのか否かで大きく二分すべきである。前者は、15万床残される医療保険適用の療養病床が担うことになると思われる(ただし、この場合、医師レベルの医療も内包されることになる)。後者をさらに、24時間対応の介護サービスを提供するかどうかで区分する。24時間対応型の主な担い手としては現在の特別養護老人ホームが想定される。こうした24時間対応の施設では、在宅ではケアできないような症状の重い高齢者に対するサービスに集中化すべきである。そして、24時間対応の医療・介護までは必要ではない者については、療養病床から転換されたケアハウス等も含めた在宅を中心に対応すべきである。スウェーデンにおけるシニア住宅の方向と同様に、医療・介護は外部から導入(訪問看護等)ということになる。スウェーデンでも、政策の方向として、過度な自宅での医療・介護の推進から自宅ではないという意味での施設系(シ

ニア住宅・「特別な住居」)への揺り戻しの過程にある。スウェーデン以上に高齢化し、後期高齢者の増加も見込まれる日本において、ケアハウス等の整備を図っておくのは必要な政策である。

第4に、リハビリテーションと日本の老人保健施設についてである。スウェーデンには老人保健施設に該当する中間施設はない。在院期間の短縮化と在宅中心のサービスを実現するためには、中間施設による適切なリハビリテーションの提供が欠かせない要素となる。老人保健施設が、在宅復帰支援のためのリハビリテーションを行う施設として、本来の役割を十分に果たすことが必要である。

最後に、療養病床の転換・再編により、医療と介護の境目が明確になることに伴い生じて来るであろう、サービスの供給責任者²⁴⁾の責任をどう考えるかという論点について述べておきたい。高齢者介護に関し、日本では長らく措置制度のもとで、財源不足がもたらす供給側の事情に基づくサービス運営が行われてきた(その分のサービスを医療が肩代わりしてきた)ためか、サービスを必要とする者に対するサービス供給者(提供者ではない)の責務とは何であるかという理論的な検討・詰めが行われていないように感じられる。今回の改正で、在宅における医療は医療保険者が、介護は介護保険者が供給責任を持つという方向性は明らかになったが、供給責任者が供給の必要性(ニーズ)に対しどこまでの責任を負うものであるのかという点については、まだ明確になっていないと考えられる。エーデル改革とのアナロジーでより具体的にいえば、社会的入院を解消したとして、病院医療の必要性がない者については、誰が、どのような形で、必要なサービスに対する最終的供給責任を持つのであろうか。例えば、介護保険側のサービス不足から病院に患者がとどまった場合、介護に係る費用を肩代わりしている医療保険者が介護保険者に対し費用の求償権を持つことは、今後、理論的に許されるのかどうか。逆に、入院医

療が終わったという医療的判断の下で地域に戻された患者に対し医療保険側から必要な医療が提供されなかった場合、患者は誰に訴えればよいのだろうか。医師法上、医師に応召義務があるとしても、それは、個々具体的なサービス提供者としての責任ではあっても、サービス供給者としての責任ではない。これまでは、療養病床というグレーゾーンがある中で曖昧なままに上手く対応してきたわけであるが、在宅医療の供給量が足りないために新たな社会的入院が急性期医療に生じるという事態が生じないよう、供給主体の責任範囲について、この際、理論的整理をきっちり行っておく必要があるように思われる。

注

- 1) ただし、80歳以上の高齢者の割合は増え続けており、今後も増大することが予想されている。これに伴う医療・介護サービスのニーズ増大にどう対応するか(どうファイナンスするか)がスウェーデン政府にとって重要な課題となっている。
- 2) Socialstyrelsen, 1996, p59.
- 3) この結果、ナースিংホームにおいても、食費・住居費などを負担することになるとともに、サービスに対する利用料もサービスハウスなどと同等になった。
- 4) 全290コミュニティのうち、訪問看護が実施されているのは158コミュニティ(2005年10月1日現在)である。
- 5) 奥村は「この改革は約5万5千人の職員の異動、208億クローナかけた今世紀(筆者注：20世紀)最大の行政改革」(奥村 2000, p114)と、エーデル改革の統治機構改革としての一面を鋭く指摘している。
- 6) 英語名では、The National Board of Health and Welfareと訳される。スウェーデン語のニュアンスに従えば「社会庁」と訳す方が適切であり、実際そのように訳す者も多い。本稿では、医療が主要テーマのひとつになっていることもあり、社会庁では日本でいう社会福祉しかカバーしていないとのニュアンスを与えかねないので、英語名表記をベースとした「保健福祉庁」を採用する。他の論文等で社会庁とあるものは、保健福祉庁と同じ組織のことである。なお、このほか社会保障関係の代表的な外庁としては、「社会保険庁」(かつてはRFV (Riksförsäkringsverket)と呼ばれたが、現在はFörsäkringskassanである)があるが、これは国の社会保険を担当する組織であり、保健福祉庁(社会庁)とは全く別組織である。

- 7) 最終報告書のほか、奥村 2000, 井上 2003 を参考にした。
- 8) 急性期病床に関しては、15% (1990年3月) から改革実施直後には、7% (1992年3月) まで減少していた。老年科病床に関しては、20.8% (1992年3月) から12.7% (1996年1月) に減少していた (Socialstyrelsen, 1996, p59)。最新のデータ (2004年9月29日段階) では、病床による区分がないものであるが、1,155人 (全患者の6.1%) が社会的入院患者であるとされる (SKL, 2005, p5)。
- 9) 急性期病床に関しては、中央値が13日 (1990年3月) から6日 (1992年3月) に短縮され、さらに2日 (1996年1月) となった。老年科病床では、中央値が36日 (1992年3月) から9日 (1996年1月) に短縮された (Socialstyrelsen, 1996, p59)。
- 10) 内科の平均在院日数が7.5日 (1990年) から4日 (2002年) に短縮されている (Socialstyrelsen, 2004)。また、エーデル改革前の長期療養ベッドの平均在院日数は223.6日 (1991年) であったが (Socialstyrelsen, 2002, p189)、エーデル改革の結果、改革後も病院医療に残った老年科の平均在院日数 (80歳以上の者) は、21.5日 (1993年) へと短縮し、さらに12.5日 (2003年) に短縮されている (Socialstyrelsen, 2005)。
- 11) なお、居住環境の向上には、80年代後半から行われた国庫補助の果たした役割が大きい。
- 12) コミューンが雇用する看護師総数に関して、エーデル改革直前の193人 (1991年) から直後には8,244人 (1992年) に増加し、直近では10,600人 (2004年) である (いずれも非常勤を含む) (井上 2003, 153, Socialstyrelsen, 2005, p42)。
- 13) なお、90年 (エーデル改革前) に約9万8,000床であったものが、2004年には約2万6,000床に減少 (約73%減) している。ただし、これはエーデル改革による約3万1,000床分のランスタングからコムニオンへの移管や、1995年精神保健福祉改革の影響もすべて含まれた場合である。こうした影響をできるだけ除外するために、基準年を1992年 (エーデル改革後) にとり、各診療科の病床減を見ると次のとおり。内科：14,106床 (1992年) ⇒ 10,145床 (2004年) (約28%減)、外科：15,367床 (1992年) ⇒ 8,031床 (2004年) (約48%減)、老年科：7,983床 (1992年) ⇒ 2,036床 (2004年) (約74%減)、精神科11,846床 (1992年) ⇒ 4,488床 (2004) (約62%減) (Socialstyrelsen, 2004, 2005, 2006)。こうした病床数の減少は、継続的に続いており、エーデル改革の直接的な影響のみならず、同改革を契機として、医療自体の効率性が高まってきたことが伺われる。
- 14) なお、ナーシングホームでのサービスは看護師が中心であり、医師の関与は定期的な診療、救急時の対応など限定的なものである。施設長も看護師のケースが多い。
- 15) 1993年には80歳以上の者のうち23%がホームヘルプサービスを受けていたが、2003年には20%に低下している。他方、ホームヘルプサービス受給者の20%は月50時間以上のホームヘルプサービスを受けている。このことは、在宅においてもインテンシブなケアがニーズの高い者に対して、集中的に行われるようになってきていること (サービスの重点化) を意味する (Socialstyrelsen, 2005)。
- 16) 例えば、脳卒中患者の予後について2001年から2年間行った調査では、4年前に行われた同種の調査に対し、多くの患者は在宅復帰しているが、30%はリハビリが不足していた。60%は近親者の介護に多くを依存しており、6時間以上独りでいられる者は30%しかいない。すなわち、在宅で医療的に重い症状の患者が診られている現状があり、退院後のケアが必要となっている (Socialstyrelsen, 2005)。
- 17) ただし、コムニオンにより提供される医療は、初期医療の範疇に属する訪問看護であり、急性増悪の場合や入院医療が必要なケースなどには病院 (急性期医療) に移送されている点、ガンの疼痛管理のように高度な医療が必要な場合には、病院附属や地区診療所附属の高等訪問看護チームが対応している点に注意を要する。
- 18) スウェーデン語の法律原題には十カ年という期間に関する単語は入っていないが、スウェーデン政府による法律の内容説明において今後10年間の国家戦略を定めるものとされているとともに、法律に伴い行われる各種施策において10年間で100億SEK (約1,500億円) の予算投入が行われる予定であるため、「十カ年国家戦略」と訳すことにした。
- 19) 1SEK = 15円として計算。なお、現在、高齢者介護関係に使われている額は約800億SEK (約1兆2,000億円) (2005年) である。
- 20) ランスタングと同じ行政単位 (=レーン) に置かれる国の行政機関である。
- 21) 雇用する医師の対象としては、民間 (プライベート) のプライマリケア医が想定されると考えられる。当該ランスタングからというのはさすがに考えにくい。したがって、ストックホルム市や大都市近郊のコムニオンであれば、こうした規定が活用される可能性もあるが、北部などプライベートが発達していないところでの実効性については、若干疑問が残る (ただし、コムニオン・ランスタング間で契約を結ぶことになるので、ランスタングに対するプレッシャー効果は、その時点で十分あるとも考えられる)。
- 22) 筆者の社会省担当者に対するインタビューによる。
- 23) 例えば、シグチューナコムニオンで聞いた事例では、

症状が安定している高齢者(患者)の場合, 医師の訪問診療は2週間に1回程度である。なお, 急性増悪などの場合は, もちろん対応できる場合には在宅で対応するが, やはり病院に移送せざるを得ないケースも多いとのことであった。注17も参照。

- 24) 本稿では, サービスを現実に提供する者を「提供者」とし(医療でいえば医療機関), 現物として自らサービスを提供することまでは求められないが(外部購入も可), 供給する責任を有する者を「供給者」(医療でいえば保険者)と整理した。例えばファイナンスの面では, 供給者は責任を有するが提供者は有しないなど, 両者の責任や法的立場はかなり異なるからである。日本では, 時として, 両者を厳密に切り分けずに議論が進んでいるように思われる。

参考文献

- 井上誠一 2003『高福祉・高負担国家 スウェーデンの分析』中央法規
奥村芳孝 2000『新スウェーデン高齢者福祉最前線』筒井書房
斉藤弥生 1994「エーデル改革の政治経済学」岡沢憲美・

- 奥島孝康編『スウェーデンの経済』早稲田大学出版部
Lansitngförbundet, 2002, “Medicinskt färdigbehandlade patienter inom sluten somatisk sjukhusvård 22 maj 2002”
Regeringen, 2006, “National utvecklingsplan vård och omsorg om äldre (Prop. 2005/06: 115)”
SKL, 2005, “Utskrivningsklara patienter inom sluten somatisk sjukhusvård 29 september 2004”, Sveriges Kommuner och Landsting
Socialstyrelsen, 1996, “Ädelreformen Slutrapport”
Soicalstyrelsen, 2002, “Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2002”
Socialstyrelsen, 2004, “Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2003”
Socialstyrelsen, 2005, “Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2004”
Soicalstyrelsen, 2006, “Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2005”
SOU, 2004, “Sammanhållen hemvård (SOU 2004: 68)”

(いざわ・ともり) 在スウェーデン日本国大使館
一等書記官)