

特 集

令和4年度（第25回）全国福祉医療施設セミナーを開催

『これからの福祉医療施設の方向性

～令和6年診療報酬・介護報酬同時改正を見据えて～』

令和5年3月7日（火）に令和4年度（第25回）全国福祉医療施設セミナーをオンライン開催し、54施設から約100名が参加しました。

今年度のセミナーは、福祉医療施設が地域のニーズを把握し、社会資源等との連携・協働、施設内にとどまらず地域とつながり続ける実践を展開し、地域の理解を得る取組が求められているなかで、地域共生社会を支える存在であり続けるために、「これからの福祉医療施設の方向性～令和6年診療報酬・介護報酬同時改正を見据えて～」をテーマとし、講義とパネルディスカッションを行いました。

講義では、東洋大学 ライフデザイン学部 生活支援学科 准教授 高野龍昭氏より、医療介護連携における福祉医療施設の役割について、2040年問題や医療・介護の双方における地域生活課題への対応、制度や分野の枠組みを超えてつながることの重要性などについてご講義いただきました。

パネルディスカッションでは、「これからの福祉医療実践を考える～地域共生社会を支える存在であり続けるために～」をテーマとし、各地で顕在化している地域生活課題に対する実践報告を踏まえ、地域における重層的な支援における福祉医療施設の役割、支援過程における課題や関係機関との連携の必要性のほか、受援力が低い方への関わり方などの福祉医療実践の方向性について話し合われました。

以下、本セミナーの概要をご報告します。

（文責：全国福祉医療施設協議会事務局）

医療介護連携における福祉医療施設の役割

～介護保険制度の動向と2040年問題～

東洋大学 ライフデザイン学部 生活支援学科
准教授 高野 龍昭 氏

◆介護保険制度の課題

介護保険制度は、「日本型福祉社会論」の限界が指摘され始めた1980年代以降、家族で介護することが難しいという実態が顕在化し、それを社会的に支援しようという観点から制度が創設され、2000年に施行されました。この制度は、一部の医療サービスを介護保険制度に移したり、医療と介護の連携をよりうまく取れるようにということを意識して作られた側面もあります。

皆さんの仕事の対象者は地域の高齢者だけではありませんが、医療の現場だけにいると、地域の高齢者がどういった現状にあるのかという実感が薄れるということもあろうかと思えます。例えば、退院支援をするときや地域で医療にコンタクト出来ない方々を見つけ出しに行く（アウト・リーチ）ときには、地域の高齢者の実情を知っておく必要があるでしょう。

今の介護保険制度の趣旨になぞらえて、国のデータを少しお示しします。65歳以上の人がある世帯の家族構成について、1990年は39.5%が三世帯同居でしたが、最新の2019年では9.4%に激減しています。そのため、家族での介護が難しいことや、孤立・孤独の問題などが、近年の医療や介護のシステムにも影響を及ぼしているところがあると思います。このよ

うに、高齢者の多くは家族や若い人と一緒に住んでいないということは、医療介護連携を語る上では知っておかなければならない話です。さらに細かく見ると、2019年のデータでは、高齢者のうち、28.8%が1人暮らし、32.3%が高齢者夫婦のみ世帯となっており、約60%が高齢者だけで住んでいるということです。この高齢者のうち約60%の人は、そもそも家族の介護は期待できないということを我々は認識しておく必要があります。

また、少し今回のテーマからは逸れるかもしれませんが、高齢者と未婚の子のみの世帯についても少し触れさせていただきます。この世帯は70～80代の高齢者とその未婚の子がいる世帯のわけですが、この世帯の割合が増えています。この世帯の中には、最近話題の8050問題を抱えた世帯や、もしかしたらお孫さんと高齢者だけで住んでいて、お孫さんが一生懸命高齢者のケアをしているヤングケアラーの問題が潜んでいる可能性があります。そのような世帯が増えているということは、福祉医療施設の皆さんにとっても知っておかなければならないことでしょう。

介護保険制度は施行当初から既に課題が指摘されていました。まず指摘されていたのが、「財政の逼迫」と「要介護高齢者の増加」の2つの問題、さらにこれに併せて、リーマンショックの

前後くらいから「介護人材の確保」が難しくなってきたことが加わったと認識しています。これら3点が相互に影響を及ぼし合うことにより課題は大きくなり、介護保険制度は常にブラッシュアップしていかなければならないという宿命にあります。そして、2012年度以降は介護報酬の改定に合わせて制度そのものも3年ごとという非常に短いスパンで見直しがされる特異な制度になっています。また、少子化や人口減少の動向が介護保険制度全体に影響を及ぼすようになってきています。この構造は基本的には医療保険の課題ともほぼほぼ同一のものだと考えられます。

■財政の逼迫について

2018年、政府がこれから先、介護や医療など社会保障各分野でどのくらい財源が必要になるか推計値を出しました。介護保険の給付費を見ると、2018年は10.7兆円だったところが、2040年には約26兆円になると推計されています。金額で見るとわずか20年の間に2.4倍に膨らみ、高齢者人口や後期高齢者人口の伸び方を大きく上回る医療・介護の費用が増えていくということで、このままでは社会保障で日本の財政が破綻するという意見があります。一方で、それをGDPと比較をすると、介護の費用は2018年から2040年で1.7倍、社会保障費の合計は2.4倍という水準であり、極端に増加するわけではない、という見方が主流です。ただ、昨今のコロナ禍によってGDPが落ち込んでいることも見込むと、今後も議論は続くことになるでしょう。

いずれにしても、財政的な問題は大きな課題であることには違いなく、このことは医療分野においても同じだと受け止めておいてください。

■要介護高齢者の増加について

要介護高齢者の数は高齢者人口の増え方を超えるスピードで増えてきています。特に近年は認知症の高齢者に対してどのように対応するかが課題になっています。

介護保険が始まった2000年には要介護認定者数は218万人でした。2021年には684万人となっており、約3倍に増えています。さらに、2040年には872万人に増えるとの推計値が出ており、このままかなりのスピードで増え続けるということを理解しておいてほしいと思います。

これに関連して理解しておかなければならないのが「2040年問題」です。これは、全国的な傾向を知ることも重要ですが、各都道府県・各市町村・各日常生活圏域によって相当な差があることを踏まえることが大切です。自分たちが仕事をしている地域でどのような問題が起こりそうか、高齢者がこのように増えて、そのなかに低所得の人が多ければ何をどうしたら良いのかということ意識するとよいでしょう。例えば、要介護認定者数を2020年と2040年で比べて見ると、後期高齢者人口の伸び方が激しい沖縄県・神奈川県・埼玉県は全国の増加率を大きく上回り、元々過疎化や高齢化が進んでいた島根県・高知県・秋田県では全国の増加率を下回る水準となっています。また、同じ都道府県の中でも、埼玉県皆野町や東京の檜原村では、



東洋大学 ライフデザイン学部 生活支援学科
准教授 高野 龍昭 氏

要介護認定者数は横ばいまたはすでに減少局面に入っています。地域内でのニーズに関して地域格差が相当出てくるのが2040年だということです。

■介護人材の確保について

医療分野でも看護師や医師の確保というのは大きな社会問題になっているのですが、介護分野についても介護職員の確保の問題があります。

厚生労働省が発表したデータで見ると、2019年には211万人の介護職員がいて、2040年には280万人の介護職員が必要になると推計されており、これから先69万人増やさなければならぬ計算になります。一方、それ以前のデータを見ると、2016年は約190万人で、2016年から2019年の3年間で20万人増えています。ただ、3年間で20万人増えたからこの先2040年の69万人が確保できるという話にはならないことに注意が必要です。つまり、20～64歳人口そのものが激減するという推計が出ていますので、働き手になる年代の人口が減るなか、介護職員を増やし続けることができるかという課題があるわけです。

◆2040年問題

その「2040年問題」の話の前に、一旦話を戻して、「2025年問題」の地域差について概観します。まず、介護保険制度の問題で言うと、年代別の要介護認定を受ける人の比率（認定率）が、75歳以上で32%、85歳以上で58%となっており、この75歳以上の人口が増えるので、介護ニーズの急増などが社会問題化すると言われていたのが2025年問題です。

一方、「2040年問題」についての私の問題意識は、「すべての世代の人口が減少する中で、85歳以上人口だけが増え続ける現象」を「2040

年問題」だととらえている点にあります。つまり、85歳以上の人は増加するのに対して、支え手が減っていく、このことをどうするかという問題というわけです。

ちなみに、医療分野でのデータを見てみると、やはり年齢階層が後ろになればなるほど入院するリスクなどは高いのですが、医療のリスクがあるからと言ってもどうぞ入院してください、今後は病床を増やします、というわけにはいかないので、ではどうするのかという課題があります。

85歳以上人口だけが増え続け、その人たちを医療・介護従事者として支える、あるいは税や保険料の負担者として支える年代の人口が減少していくという問題に対してどうするかが2021年の介護保険制度改正頃から主要な議論の下地になってきました。これは医療の問題も同じと考えられます。

一方で、過疎地域では広いエリアで山間部に高齢者が点在しているという構造になっているので、介護サービスや医療提供の中で「訪問する」「迎えに行く」ということをどのようにうまく実施するのが、地域の医療・介護を考えるときに大事な視点となります。

地域医療構想で2025年以降の必要量と定められた病院機能は、現状と比べると高度急性期・急性期が多すぎる、回復期が足りないという状況です。リスクの高い後期高齢者人口が急増しているので、全部を病院で吸収するわけにはいかないというのが今の医療政策の動きと言って良いと思います。その動きの中で「在宅医療等」という枠があります。この在宅医療等の定義付けは、特養、老健、グループホーム、サ高住、自宅などで医療を受けるものとなっています。つまり、高齢者に関しては、特養、老健、グループホーム、サ高住、自宅などで慢性期で受けるような医療を提供しなければいけなくなる

傾向が強まり、その方たちはほとんどがケアマネジャーが関わり、介護サービスを利用している可能性があるわけですから、この在宅医療等の現場の中で医療介護連携は間違いなく必要であり、医療機関の経営を考える上でもとても重要な機能になってくるだろうと思います。

また、看取りや終末期の話は医療機関や医療従事者の力を借りながらも、介護の分野でやらざるを得ない流れになっています。今、人生会議やACPは、終末期の医療介護をどう受けるかという議論だけになっているように思います。そうではなく、ACPは死が近づいてくるなか、これからこういう人生を歩みたい、こういう暮らしをしたいということを中心に話し合いながら、本人の意識を確認していくことが本来の姿であり、そのなかで医療や介護をどのように受けるのか、ということも明らかにしていくものだと思います。

◆2024年度介護保険制度改正の動向

さて、医療機関の方々にも介護保険制度の大枠は知っておいていただかないと、医療介護連携を考える際にうまくいかないだろうと思います。

介護保険は3年ごとに見直しがあります。今回は2024年度法改正で、その法案が今国会に提出されています。2015年度制度改正は非常に大きいものだったのですが、2018年度、2021年度は小規模なものでした。2024年度の改正がどうなるか注目されたのですが、恐らくさほどに大規模なものにはならないようです。しかしながら、2021年度改正では介護の分野でもデータヘルス改革が強調されてきました。その介護でのデータヘルス改革では「LIFE」という取り組みが現場で求められています。これは医療分野で言うところのデータ提出事業と思ってください。介護報酬の加算の種別ごとに、

データの提出が求められ、フィードバックデータを受けて、介護の質や心身機能の維持・改善に繋げていこうという仕組みです。将来的には医療と介護のデータを連結させていこう、お互いに共有し合っていこうという方向性があります。

また、2021年度には社会福祉法も同時に改正され、重層的支援体制整備事業という世代や属性を問わない相談や支援をしなければいけない、丸ごと関わられるようにするという事業が創設されてきています。これは現段階では市町村の任意事業なのですが、今後重要視されることになるでしょう。この重層的支援体制整備事業のバックグラウンドとして、「地域共生社会づくり」という政策課題が示されています。これには2つの意味があります。1つ目は「高齢者介護、障害福祉、児童福祉、生活困窮者支援などの制度分野の枠を超えること」です。制度の縦割りの中で連携を図らない、お互いに情報も共有しない、お互いの枠を超えていないために8050問題やヤングケアラー問題、医療介護連携がうまくいっていなかった、とりわけ2000年代に入ってからそのような状況が続いてきたため、それを見直そうというものです。2つ目は「支える側と支えられる側という従来を超えて関係を超えること」です。この2つをこれから先構築していこうというのが、地域共生社会という政策的な意味合いだと理解しておいた方が良いでしょう。

さて、2月10日に国会に提出された「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案（全社法案）」では、国民健康保険法や介護保険法など様々な法律を束ねて一括審議されます。介護分野に関わる法改正事項は「医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施すること

とし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける」と「医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する」の2点だと言ってよいでしょう。

この改正点のポイントとしては、行政の持っている医療や介護のデータベース、医療機関がデータ提出事業で積み上げているデータ、介護事業所が提出しているデータ(LIFE)を連結して分析もできるという体制がいずれ作られていくということと、2024年4月から居宅介護支援事業所のケアで介護予防支援事業者の指定を受けられることができるということ、介護実践現場でのICT・DX化を推し進めていくこと、所得に応じた保険料の負担について今よりももっと傾斜をつけること、などがあります。

また、介護保険料の2割負担と3割負担の対象者の線引きの議論、老健や介護医療院における4人部屋の室料負担の議論については結論が出ておらず、今年の夏までに結論を出すということに留まっています。

◆医療介護連携の課題

厚労省が示している「地域完結型の医療・介護提供体制の構築」に関する資料があり、この構想がうまくいくようにさまざまに制度改正が行われるだろうと思っています。

この構想の中では、特定機能病院や高度急性期病院などは一般病院から紹介・逆紹介され、日常的な医療は一般的な病院と診療所、介護サービス事業所などが連携し合いながら、入院や退院、訪問診療などを含め、地域内での医療を提供することとなっています。そのためにも医療・介護情報基盤整備をして、今後はデータを共有し活用しながら、医療介護連携を行っていかなければ、平均在院日数を短くするなど

という目標がなかなか達成しづらいということが起きてくると予測されます。

2021年度の介護報酬改定から、ケアマネジャーが高齢者の医療機関受診の際に同席し、日常的な生活状況を医師に伝えたり、医師からケアマネジャーに介護サービスの利用方法や留意事項などの助言をもらったり、情報交換することに対して、介護報酬で居宅介護支援事業所に加算が付くようになりましたが、あまり活かされていません。もちろん、中には本人の同意が得られないために同席出来ないということもありますが、ケアマネジャー側の意識の中に病院へ行くのは敷居が高い、医師に怒られるのではないか、などという問題もあります。このような点から、ケアマネジャー側・介護サービス側は、医療機関との連携を難しいと感じてしまっているところもあります。ただ、医療と介護で情報交換をすることで、在宅で状態を悪化させずに暮らすことができる支援の1つになるだろうと思っています。

また、2018年度の介護報酬改定の際には、入院時情報連携加算や退院・退所加算の要件等が強化されています。入退院時の情報連携やカンファレンスへの参加だけが医療介護連携ではありませんが、こうした加算により、ケアマネジャー側からもアプローチしやすくなってきているということ、ぜひ知っておいていただくと良いと思います。

国が調査をしている「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究報告書」(2019年)によると、ケアマネジャー側が利用者の入院時の情報提供において困難と感じた点は、「利用者が入院したことがすぐわからなかった」「医療機関から情報提供を求められなかった」「医療機関の連携窓口や担当者がわからなかった」という回答が多かったとなっています。また、同じ調査で退院時連携に

ついてケアマネジャーと医療機関に困難と感じている点を聞いたところ、両者ともトップの回答は急な退院日の連絡となっています。この点は、入院時からケアマネジャーと医療機関でこの先どうしようかということをお話しておかなければいけないと思います。一方で、2番目に多い回答が日程調整が難しいとなっており、退院日の相談などがスムーズに図れていないことが見られます。ただ、この点については今後オンラインを使うことが多くなってくるだろうと思っています。

医療介護連携、特に在宅での医療介護連携をどのように進めていけば良いのかということも難しい話です。高齢者福祉や障害者福祉で高レベルな実践をしているデンマークの“Re-ablement（リエイブルメント）”という取り組みを紹介します。“Re-ablement”とは「再び自分でできるようにする」ことを意味します。デンマークではこの政策が法律で全自治体に義務付け、具体的な実施方法は各自治体に委ねられています。例えば、ある自治体では、作業療法士が退院直後の患者さんの自宅を訪問し、在宅生活のアセスメントを行い、介護スタッフや訪問介護員などに自宅で上手く生活できるように助言をしながら一緒に関わり、しばらくすると作業療法士は離れていくというような方法を取っているところが多いようです。日本でいう医療介護連携のもとに医療機関から地域に出かけていくという話です。日本の場合、診療報酬の手当てがしっかりとつかないと難しい話でもありますが、自宅に出かけていくチームを作って、在宅サービスの担当者、行政、医療従事者が一緒に在宅の高齢者に関わり続けるということをやっているところもあるので、日本でもこういうことをやれると良いと思います。

地域包括ケアシステムという言葉が、介護保険の世界では2010年代から、医療保険の世界

では恐らく地域包括ケア病棟が誕生した2014年ぐらいから強調されてきたと思います。医療介護連携を考える際に近年注目されている考え方が医療経済学分野で提唱されている「ケアサイクル論」です。高齢者に病状悪化などが起きると、まず急性期病院に行き、次に回復期病院へ、そこから退院して在宅あるいは施設で暮らします。また、一方だけでなく、急性期に行かず回復期へ行ったり、回復期から介護の場に戻ったりもします。長谷川俊彦先生の研究では、男性は3～5回、女性は5～7回このサイクルを回ると言われています。医療介護連携は一人の患者さんが一回で終わるわけではありません。地域内で急性期と回復期の「病病連携」の体制を作ることも大切ですし、病院と診療所の「病診連携」を作りつつ、「医療介護連携」で長期ケアを支えるといった、様々な方向性で医療介護連携を考えていかなければなりません。

低所得者の方は健康を害しやすいということは千葉大学の近藤克則先生の研究なども注目されています。患者・高齢者の生活環境全体を整えるためにも介護従事者と医療従事者の連携も必要になってきているわけです。

医療介護連携における介護の機能とは、私は「入院を防ぐ」「再入院を防ぐ」「施設入所を防ぐ」ことにあると考えています。これは介護の現場だけではできないことで、医療との連携が非常に重要だと思っています。本日は、医療の現場からも介護のサポートをいただくことで、患者の逆紹介なども増え、地域の信頼も高まって、医療機関としても得をするということをご理解いただければ幸いです。

パネルディスカッション

これからの福祉医療実践を考える ～地域共生社会を支える存在で あり続けるために～

司 会 林 泰広 氏(神奈川県医療福祉施設協同組合 理事長)
コメンテーター 田島 誠一 氏(東京YWCAヒューマンサービスサポートセンター 理事長)
パネリスト 前田 裕生 氏(社会福祉法人仁生社 メディカルプラザ江戸川 相談員)
浜田 ふき代 氏(社会福祉法人恩賜財団済生会 神奈川県済生会湘南平塚病院
医療ソーシャルワーカー)

◆趣旨説明(林 泰広 氏)

我が国の社会構造は主として少子高齢化の進行で大きく変容してきており、今後もさらに変化を重ねていきます。それに伴って地域社会のあり方も随分変わり、地域共生社会という概念も生まれました。

我々福祉医療施設の中核的な活動である無料低額診療事業が制度化されたのが1951年で、既に70年以上が経過していますが、昨今のコロナ禍によって我が国の社会は必ずしも豊かではないということが露呈しました。現在でも生活に困窮している様々な人がたくさんいるという事実をふまえ、福祉医療施設の役割は時代に即して営まれなくてはなりません。

我々福祉医療施設が地域共生社会を支えていく存在となるためには、まず地域ニーズを把握すること、さらに社会資源等と連携・協働していくこと、加えて施設内に留まらずに、地域と連携する実践を展開して、この事業の理解を深めていくことが鍵となると考えています。

本パネルディスカッションでは、はじめに福

祉医療施設の役割や実践の方向性といった総論的な話を伺い、続いて現場で実践を重ねていらっしゃる二人のパネリストより地域生活課題に対する具体的な実践と課題についてご報告をいただきます。これらを通じてこれからの福祉医療実践について考えていきたいと思います。

◆導入説明(田島 誠一 氏)

我々の福祉医療と言われる分野は「医療保護施設」と「無料低額診療事業施設」という2つの施設群から構成されています。医療保護施設は生活保護法によって規定され、厚労省の統計では64施設となっています。無料低額診療事業施設は社会福祉法によって規定され、厚労省の統計で1358施設(うち、病院診療所が732施設、老人保健施設が626施設)です。

福祉医療の源流についてご紹介します。昭和20年代から社会保障の諸制度が始まり、昭和36年には国民皆保険が実現し、医療が受けられる体制を作ってきました。しかし、それまで

は健康保険等があった一部の工場労働者を除いて、多くの国民が医療をうまく受けられない状況もありました。その中で我々の前身でもある医療保護事業や施療事業は社会保障の中の大きな部分を占めていました。例えば、明治40年に全国の社会事業452のうち15%の67施設が医療社会事業で、当時は社会福祉事業の真ん中にいました。古くはハンセン病療養所(現在残っているのは1か所のみ)から始まり、1番多いのは結核の療養所から始まった医療機関です。

現在、当時のハンセン病や結核と並べられるような生活的な健康課題、またはもっと幅広い生活課題とは、生計困難者、女性、子ども、障害者、高齢者、こもりびと(引きこもりの人)、民族問題などがあります。さらに「受援力の弱い人」、本来は介護保険などを使って支援を受けた方が良いのに、8050問題など、援助を受けられる力を出せない人がたくさんいるということも大きな問題だろうと思っています。その中で、我々は福祉と医療が一体となったサービスを提供しているわけです。

かつての福祉は、無料低額診療事業でも「生計困難者に対して」と書いてあるように、貧困に着目した対応を取ってきています。社会福祉制度全体が、1990年の八法改正まではお金がない人を対象としていました。さらに対象者の属性ごとの縦割りの制度に分かれており、行政サービスに当てはまらない人もおり、それではいけない、縦割りではなく重層化あるいは包括化する対応をしていこうという流れになっています。

福祉医療実践をするにあたって、ご紹介したのは、2021年4月の社会福祉法改正についてです。重層的支援体制整備事業を創設することで、まず包括的な相談支援体制の構築を目指す、次に制度別に縦割りだった国の財政支援の仕組みを一体化させる、となっています。重層的支援体制整備事業の全体イメージ図が厚

労省から出ていますが、より具体的に言うと、「断らない相談支援」でアウトリーチなどを通じた継続的な支援や多機関協働により、困っている人たちが社会に参加できるような「参加支援」をしたり、それを地域で支えるために「地域づくりに向けた支援」をしたりするために、医療機関ができることはたくさんあります。入り口は健康相談や健診事業でもなんでも良いのです。地域の民生委員や多くのNPO関係者などにも知ってもらうことが大切だと思っています。

地域共生社会が実現するためには、狭い意味での福祉関係者だけでは絶対に出来ませんし、我々も含めて幅広い福祉関係者だけでも出来ません。地域住民や関係機関が加わって、成長して発展していかなければいけないと思います。

例えば、私が地元で四苦八苦していたフードパントリーを若手の自営業者たちが作ったNPO法人が発展的に引き受けてくれました。このように若い世代が成長して我々を乗り越えてやっていってくれているのはとてもうれしいですし、そういうことが福祉医療施設でも出来るだろうと私は思っています。

◆実践報告① 外国籍の方に対する支援や課題について

(社福) 仁生社 メディカルプラザ江戸川
相談員 前田 裕生氏

■病院概要

所在地は東京都江戸川区の小岩。令和3年の外国人が多い市町村ランキングにおいて、江戸川区は約3万7000人で全国2位でした。また、隣接する葛飾区は10位、千葉県市川市は20位であり、外国人が多い地域です。そのため、時には千葉県在住の外国人患者の相談を受けるこ

とも多くありますし、茨城から通院されていた方も過去にはいらっしゃいました。無料低額診療事業の利用を希望される外国人患者の国籍は、古くは紅茶の輸入で、また近年はIT産業の担い手として、江戸川区と結びつきの強いインド、スリランカ、パキスタン、バングラデシュなど南アジアの方々を中心に様々な国籍の外国人患者の相談を受けています。過去にはアメリカ国籍の方や、現在は紛争地域であるウクライナの方々の相談も受けたことがあります。

当院は入院棟と外来棟が同一法人でありながら別医療機関として、建物自体も150mほど離れて立っており、薬の処方もそれぞれの建物で行えるなど、独立しています。

■相談の流れ

無料低額診療事業の外国人相談の窓口は、外来の相談員である私が担当しています。相談元は日本国際社会事業団 (ISSJ)、難民支援協会 (IAR)、北関東医療相談会 (アミーゴ) がほとんどであり、それらの協力機関から社会福祉協議会を通じて相談を受けています。相談件数は年平均で延べ約40人、実人数では約15人の相談を受けてきました。

具体的な事業利用可否は、一般的な患者の場合は、社会福祉協議会から依頼を受けた後、フェイスシートと医療情報を含めた患者情報をいただき、それを各診療科の医師に相談し、決定します。対応可であれば各支援団体に、不可であれば社会福祉協議会に返事をします。それぞれの相談元にはあらかじめ当院所定の特別診療券を配布してあるため、受診時にそれを持参し、支援団体職員の同行のもと来院してもらっています。

稀に個人や他の医療機関から相談を受けることもあります。その際は一度本人もしくは関係者より、いずれかの支援団体に相談し、上記の

一般的な流れへ促しています。その理由としては、当院では無料低額診療事業の対象者を難民あるいはそれに準ずる外国人の方であって、かつ医療の必要があっても経済的な理由等により適切な医療にかかれぬ方としており、単なる不法滞在や不法就労の外国人患者の対応を含むものではありませんので、そのスクリーニング機能を各支援団体をお願いしています。しかし、現実にはこの流れに収まり切らない事例も存在します。

■支援から見えた課題

①事前のスクリーニングが必要だが、そのための情報収集が難しい。入国管理局はもう少し医療情報開示に協力的であってほしい。

ある日突然、外国人男性が複数名の友人と覚しき男性を引き連れて、来院。「自分には心臓に疾患があり治療が必要であると母国で診断されていた。しかし自分は難民であり、お金も保険証もない。同じシェルターに住む人からこちらの病院に相談すれば無料で治療してもらえると聞いた。診てもらいたい。」と言われました。

そこで私が面談し、「事情は承知したが、一度入国管理局に相談し、各支援団体を通じて再度依頼してもらいたい」とお伝えすると、その日は帰宅されました。しかし、その後どこからも連絡はなく数ヶ月過ぎた頃、救急外来の看護師より「ここ数ヶ月、身元不明の外国人患者が救急で来院するが、支払いもせず、連絡先も分からない」との相談がありました。調べてみると、名前や容貌が件の外国人男性と類似しており、同様の行為をかなり以前から繰り返している可能性があることが分かりました。さらにその患者は無保険の外国人患者にも寛容な対応をする医師が当直の日を狙って来院しているようでした。

次回、件の外国人患者が来院した場合の対応

について相談し、「日中に相談員と相談してからでなければ診察は出来ない」と対応することとしました。一定期間を過ぎた頃、件の外国人患者が受診したので、医師に事前の相談の通りの対応をしてもらい、再度私が面談しました。すると本人から「日本で複数回の逮捕歴があり入国管理局には相談しづらい」と話があり、せめて支援団体には相談してから来てもらいたいと伝えたところ、以降来院することはなくなりました。

この事例は極端なケースでは有りますが、医療情報を含めて本人の社会的な情報が非常に乏しい事が多く、また、本人の口伝による所が多く、事実誤認の場合も度々見受けられます。また、最近では、無料低額診療事業の対象として対応して良いのか考えさせられる背景をもつ外国人患者も増えてきています。具体的にいうと違法薬物の使用・販売で刑事罰を受けた患者です。

このような現状から考えると、事前に信頼性の高い患者情報の収集が重要なのは間違いないところですが、一番情報を持っている入国管理局は個人情報の管理が徹底しており、最低限必要な医療情報さえ手に入れない事があります。

②乗り越えられないランゲージバリアと病院に対する認識の違い

当院では外国人患者本人の語学能力に関わらず、原則として支援団体職員の同行をお願いしています。当院でも自動翻訳機の導入を進めてはいますが、翻訳機や友人家族の通訳では、医師の話を正確に伝えきれないケースがあります。翻訳機のスペックにもよりますが、医療用語等の専門用語までは網羅できていないことや、操作に手間がかかること、日本語堪能でも家族や友人では責任をもって正確に医師の話を本人に伝える力量が不足していることがあります。また、支援団体に同席をお願いする理由の

一つとして、本人が希望する診療サービスと実際に当院で提供できるものに大きな隔たりがある場合は、支援団体の方に本人へ日本の医療事情を説明してもらっています。

具体的には、一人の医師で複数の診療科目の診察を一度に診てもらいたい。検査はせず、薬だけを長期でもらいたい。いつでも希望するときに診察をしてもらいたいなど、医療資源が乏しい国では、一人の医師が何でも診ていたり、定期検査を省いて長期の処方をしていたりするところもあるようで、その母国の病院に対するイメージをそのまま日本の医療機関に投影する患者さんも多くいらっしゃいます。

③エスカレートする要望への対応

医師との関係性も患者本人の病状も良好で関係者全員が安心していたある日、当該患者が家族を連れて来院し、「発熱しているから診てもらいたい」と要望されました。新型コロナウイルス感染症の感染拡大初期ではありましたが、その際は何と対応しました。その後、その患者の要望は益々膨らんでいき、頻回に家族の治療を希望したり、入国管理局に提出する書類の内容にも要望を言ったり、入院してからは病院食や同室患者やネット環境に関してクレームを言い、最終的には個室で特別食での対応を希望されました。紹介元の支援団体の方に来てもらい、指導をお願いする事になりました。

この事例も極端なケースではありますが、実際に健康診断に類する診療や知人の診療を希望されることはありますし、技術的な治療の限度や金銭的にも一般常識を超えた支援要望もあります。

④終わりが見えない支援

外国人患者の方には、食生活の違いやストレスなどにより、高血圧、不眠、腰痛などの慢性

疾患を抱える患者さんも多く、薬がなければ日常生活に支障をきたすまで悪化している方もいます。そうした患者にとって、定期通院は欠かせませんが、中には10年以上にわたり、無料低額診療事業の対象のままになっている方もいます。2～3年でも長いと思いますが、10年以上仮放免状態となるとやはり非常識な感じが否めません。当院としてもどこまで診れば良いのか、援助の終わりが全く見通せないことは大きな問題だと思っています。もちろん90%以上の患者さんは1～2年で治療が終わるか転院するかでケースが終了するのが一般的ではありますが、最近はこのような例外的なケースも発生しています。

⑤突然支援の梯子が外れてしまう

終わりが見えない支援に繋がる恐れのある患者の受け入れには慎重に対応しています。多くは期間限定あるいは近く難民事業部（RHQ）の保護が見込まれる患者を中心に相談受けています。しかし、新たな問題として、RHQの保護を受けている期間中に日本人と結婚してしまうケースが見られるようになりました。RHQの保護を受けている患者が日本人と結婚すると、本人と婚姻関係にある人に医療費の支払い義務が生じ、RHQの保護は打ち切りとなります。本人は社会保険には加入出来ず、国民健康保険の資格を得ることも難しく、婚姻関係にある人物がよほど経済的な余裕がない限りは、定期的に高額な医療費用を自費で支払う事は不可能になります。当院でもその負担を受ける事は難しいので、早晩に婚姻関係の破綻が予想される事となります。

このような事態が起きる背景には、「日本人と結婚すると簡単に保険資格が得られる」との不正確な情報が出回っていることなどがあります。関係機関の方たちには、オーバーステイ等

で仮放免期間中の方には、今一度日本の難民制度の規定を説明し、理解の促進につなげてもらいたいと思っています。

■まとめ

私が近年現場で感じた疑問や課題をお伝えしましたが、いずれの問題も入国管理局だけで解決できるものではありませんし、もちろん医療機関や支援団体だけでも解決出来る問題ではありません。解決には長い時間と労力が不可欠ですので、まずはその第一歩としてこれらの問題に関わる各関係機関が垣根を越えて話し合いが出来る環境を作る必要があると思います。

◆実践報告② ホームレス 巡回相談の実態と課題

(社福) 恩賜財団済生会
神奈川県済生会湘南平塚病院
医療ソーシャルワーカー 浜田 ふき代氏

■病院概要

所在地は神奈川県平塚市で、JR東海道線の平塚駅から歩いて約12分、タクシーでは約3分という交通アクセスの良い場所にあります。また、近くには市役所や消防署、警察署、大きなショッピングモールなどがあります。

一般病棟42床、回復期リハビリテーション病棟88床、地域包括ケア病棟46床の合計176床で構成されています。関連施設には、介護老人保健施設、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、デイサービスなどがあります。

平塚市の総人口は25万6,976人、そのうち65歳以上の高齢者は7万2,492人であり、高齢化率は28.2%です。市内の病院は9か所、診療所は188か所、歯科診療所は138か所あり、

病床数の合計は2,391床です。当院の近隣には3か所の急性期病院があり、受診や転院について日々連携を図っています。

■平塚市ホームレス巡回

平塚市のホームレスの人数は神奈川県内で横浜市、川崎市に次いで3番目です。

平塚市は平成14年「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法」の施行を受け、当初は神奈川県と合同で巡回相談を実施していました。平成18年度以降は平塚市が単独で月2回の巡回相談を実施し、平成27年に「生活困窮者自立相談支援事業」が開始された後は、平塚市はホームレス巡回を含めて平塚市社会福祉協議会にこの事業を委託しました。

当院のホームレス巡回は、高齢のホームレスの方が増え、医療面の支援を行うために、もともと平塚市で実施していたホームレス巡回に、平成22年より同行することになったのが始まりです。

3か月に1回のペースで平塚市、平塚市社会福祉協議会と合同でホームレス巡回相談を実施しています。平塚市福祉総務課の職員、平塚市社会福祉協議会の職員、NPO法人巡回ボランティアの方、当院からは医師、看護師、ソーシャルワーカーが同行します。1回に訪問する件数は都度異なりますが、平均して8人から10人訪問しています。2班に分かれて市内の居住地を訪問し、医師によるバイタルチェックや問診を行ったり、市の職員や社協職員からは最近の生活の様子、仕事の様子、困っていることはいかなどを伺ったりしています。

ご本人から体調不良のあるところを聞き取りして、必要に応じて診察をします。ホームレスの方々は、食事はできあいの総菜やカップラーメンなど簡単に済ませることも多いようです。また、飲酒や喫煙などの習慣がある方も多く、

生活習慣は決して良いとは言えない状況が多く見られます。訪問時にバイタル測定をすると血圧が高かったり、腰やひざの痛みを訴えたりする方も多くあります。病状的に受診が必要な方には、ソーシャルワーカーより当院の無料低額診療についてご案内し、後日受診につながるように市役所や社協と連携をとっていきます。

■実態の調査

このように、巡回相談中に当院への無料低額診療の受診を勧めても、ホームレスの方々は受診に消極的な場合が多く、実際に受診に繋がるケースは一部です。そこで過去5年分の実際の合同ホームレス巡回の延べ人数および実人数を調査しました。

まず、疾患別には、胃潰瘍、喘息、高血圧などの内科的疾患が9人で半数を占めており、肩の痛み、腰痛、手首の痛みなどの整形疾患は6人、鼠経ヘルニア、皮膚潰瘍などその他の疾患は3人でした。

つぎに、過去5年間で巡回した人数と、実際に受診した人数についてです。過去5年間で合同巡回した延べ人数は187人、そのうち受診した人数は114人でした。実人数では、合同巡回した人数が44人で、そのうち受診した人数は18人で、全体の約4割でした。

最後に、年度で比較すると、巡回中に受診の必要性があり受診を勧めた人数は平成29年27人、平成30年20人、令和1年21人、令和2年25人、令和3年20人で、平均22.6人でした。そのうち受診したのは平成29年8人、平成30年5人、令和1年9人、令和2年8人、令和3年6人で、平均7.2人でした。ちなみに受診した方のうち、一番多い方で5年間のうち25回受診し、一番少ない方で1回のみ受診でした。

過去5年間で受診に繋がったケースの割合は、年度ごとにばらつきはあるものの平均4割

で全体の半数以下でした。市と社会福祉協議会によって、事前に巡回訪問をして体調不良の様子が見られる方を抽出し、その上で当院が同行して巡回相談を実施していますが、全ての方が受診につながる訳ではなく、そのうちの一部であることがわかりました。また、受診を勧めて以降、複数回にわたり受診して通院継続する方もいますが、巡回相談を実施しても一度も受診しない方もいることがわかりました。

巡回の際にホームレスの方から「他人の世話にはなりたくない」「信用できない」などに関わり自体を拒まれることもあります。訪問時に声をかけても出てきてくれない方もいますが、普段接する機会が少ない医師や看護師が訪問することで、感謝してくださる方もいます。しかし「もともと病院が好きではない」「病院は敷居が高い」と受診を躊躇する姿も見受けられます。実際に体調不良であっても我慢をして受診せず、重症になってから緊急受診や入院をせざるを得なくなる場合もあります。

■事例紹介

60代男性、市内でホームレス生活を送っている方。昨年末、NPOボランティアが定期巡回中に居住地で体調不良の本人を発見し、ボランティアにより救急要請、市内のA病院へ搬送され、入院となりました。入院と同時に生活保護申請、のちに受理されました。本人、市役所、社協にて相談の上、市内の無料低額宿泊所へ退院しましたが、1泊のみで自主退居され、もとのホームレス生活に戻られました。その後食欲不振、黄疸の症状あり、胆石が見つかり、オペ適用であるものの、受診せず未治療のままです。2月訪問時、本人宅を訪問するも不在で会うことができませんでした。今後は引き続き、市役所と社協にて定期巡回を継続して、その後の状態観察をしていくとのことでした。当院として

も、引き続き情報共有をしつつ、必要に応じて巡回相談の中で医療的介入を行っていかれたらと思っています。

■まとめ

ホームレスの人数は平塚市をはじめ、全国的に減少傾向にあると言われていています。平塚市においても平成19年1月実施のホームレスの実態に関する全国調査にて122人が確認されたのをピークに、平成31年1月には32人と、その数はピーク時の約4分の1まで減少しています。その一方で、高齢のホームレスや長期化することで体調が悪化し、医療機関に入院することにより、ホームレスを脱する例も近年増加しているようです。また市の職員の方からの情報によると、近年では住所不定の方の中にはネットカフェなど、今までの路上生活とは異なる場所で生活を維持する方も少なくなく、実態調査の目が行き届かない現状もあるようです。

今後ホームレスの方の高齢化が進む中で、医療的な支援は今後も必要になることが予測されます。受診につながるためには、当事者自身が受診する意思を持つことが大切です。

当院では過去に、あらかじめ診察券を作成して、巡回当日にホームレスの方へ渡していました。しかし、ここ最近は新しいホームレスの方の数も少なく、新たに診察券を渡す機会はほとんどありません。既に渡している方に話を伺うと、身分証明書代わりやお守り代わりに肌身離さず持っているという声も聞かれています。

ホームレスの方々は経済面、家族背景などさまざまな理由により、やむを得ずホームレスとしての生活を選んできた方も少なくありません。体調が悪くても我慢してしまったり、「迷惑かけて悪いから」と遠慮したりして、受診せずそのままにしてしまっているケースもあります。いざというときに受診しやすく、軽症のう

ちに受診につながり、本人らしい生活が続けていけるように引き続き支援していきたいと思えます。そのためにも、今後診察券の配布を再開しつつ、お互いに顔の見える関係を築いていけたらと考えています。

◆まとめ(田島 誠一氏)

経済状況や国籍によって治療機会が奪われるというのは、社会的にもあってはならないことです。社会保障制度や健康保険制度がない時に、無料診療所などという名前で医療費をもらわずに、町の先生たちあるいは大学の医師たちが始めた事業が、我々福祉医療施設の始まりなので、そのことを思い出したいと思います。

本シンポジウムを通じて、国の政策の中で悩んでいる人たちがいるのを、ただ目の前のことだけに立ち向かっていけばいいわけではないと改めて思いました。

無料低額診療事業を継続している中で、減免をしつつ公助へつなぐ支援ができないケースも出てきています。これは我々の動きをもう一つ新しいステージに引き上げる必要があるのだろうと思っています。

医療ソーシャルワークの先駆者である浅賀ふささんは、目の前で困っている人を助けることを一生懸命やるミクロのソーシャルワークだけでなく、困っている人たちを生み出している世の中を少しでも変えるような働きかけをするマクロのソーシャルワークも重要で、ソーシャルワーカーは「社会改善の水先案内人」だと言っています。この言葉を思い返したいと思えます。

目の前の人のことを地域に出向いて一生懸命救う、ホームレスや外国籍で困っている人を救う、さらにそれが生まれてくる根本を少しでも変えるために何かできることがあるのではないかと考えています。行政や社協の担当者に困っている人たちの現状や無料低額診療事業のことをきちんと伝えていくのも私たちの役割です。

私が毎月のように小さな勉強会を開いているのですが、そこで日本で困難な暮らしをしている外国人について取り上げたいと思っています。実際に外国籍の若い母親で日本語が話せないで、子どもが学校を休んで通訳をしていて、子どもの勉強が遅れて困っているという相談を受けて、食料を渡すなどの援助したことがあります。そういう困りごとが身近にあるのだというのを伝えていきたいですし、皆さんにも目を向けていただけると幸いです。



パネルディスカッションの様子