

との理由から、医療ニーズが少ない患者は早期に退院または転院させるようになっている。

2012（平成24）年の診療報酬改定において、急性期病棟等退院調整加算1（140点）、急性期病棟等退院調整加算2（100点）が加算できるようになった。入院中であって、介護保険法施行令（平成10年法律第412号）第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者が、適切な退院先に退院できるよう、医療機関全体として退院困難な要因を有する患者を抽出する体制を整備し、その上で退院困難な要因を有する患者に対し退院支援計画を策定し、退院・転院後の療養を担う保険医療機関等との連絡調整や適切な介護サービスの導入に係る業務等の退院調整を行う取組みを評価するものである。算定は退院時1回のみで有り、入院期間が通算される再入院に係る退院時には算定できない。他の保健医療機関に転院した場合も含まれるが、死亡退院は含まれない。これにより、急性期病院では、入院時または入院後の早期に退院困難な要因を有する患者を抽出し、早期に介入して退院調整を行ない、退院支援計画を策定するようになった。退院支援計画の目的は上述のとおり、適切な退院先に退院できるようにすることであるが、退院支援のアウトカムとして、適切な退院先に退院できたことが評価されるようにはなっていない。現状では、退院支援計画の策定が目的化している実態があることは否めない。

急性期病院を早期退院後、療養病院に入院する場合、「重症かつ短期」または「軽症かつ長期」に二極分化される。前者は死亡退院が多く、後者は遷延性意識障害、すなわち、日本脳神経外科学会が定義する、(1)自力移動ができない(2)自力摂食ができない(3)排泄(はいせつ)が失禁状態—といった状態が医療によっても改善されずに3カ月以上続く、脳卒中後あるいは交通事故後の患者が多いと言われている。死亡退院となる例が多い「重症かつ短期」の患者を受入れる療養病院では、平均在院日数は短縮化される。このような病院は、看取り機能を担うこととなる。

緩和ケア病棟については、2012（平成24）年の診療報酬改定では、緩和ケア病棟入院料（1日につき）が30日以内の期間は4,791点、31日以上60日以内の期間は4,291点、61日以上の期間は3,291点となり、短期入院が評価されるようになっている。緩和ケア病棟を”Another ICU”と称し、臨死期のがん患者のケアと看取りの機能に移行しつつある。

「軽症かつ長期」の患者や、終末期であるが臨死期ではないがん患者が入院できなくなると、介護保険施設、或いは、自宅または自宅以外の在宅に帰されることになる。

高齢者の場合、一旦は退院し在宅に復帰しても慢性疾患の急性増悪が頻回になり徐々に衰弱する例がある。「軽症かつ長期」の在宅患者の急性期対応を、都度、一般病床で行ない、療養病床では受入れないとすると、急性期病院への入退院の繰り返しが生じる。そのようにして在宅療養を支援する、在宅療養支援病院が近隣に存在する場合には、在宅復帰も可能となる。しかし、在宅療養支援機能を有する病院がない場合に在宅に帰されると、危機に瀕する在宅患者が増加すると考えられる。

急性期病院は短期の急性期医療、緩和ケア病棟は臨死期における短期のケアが評価され、それらの機能が強化されてきている。療養病床の「重症かつ短期」の場合は医療療養病床

における、死亡退院までの短期入院となる。「軽症かつ長期」については、介護療養病床が廃止される時点までに、その受け皿が整備される必要がある。

## (2) 長期入院患者が退院した場合に必要な医療・介護・生活支援ニーズ

初年度の調査対象病院は、753床の急性期 A 総合病院、117床の東京都在宅医療拠点病院モデル事業の B 病院、460床の C 療養病院、251床の D 療養病院であった。

A 総合病院は前項で述べたように、在院日数の短縮化を図り、図 1 のように推移している（同病院ホームページより）。平成 23 年度の在院日数は 13.7 日であった。平成 24 年度より退院支援計画作成による急性期病棟等退院調整加算を算定しており、急性期医療の機能を果たしている。B 病院は、引き続き、在宅患者の急性増悪時の緊急入院を受入れることなどによって、在宅療養支援機能を担っている。一方で、平成 23 年 12 月に 12 床の緩和ケア病棟を開設し、予防、急性期、回復期、終末期を含む総合診療機能を強化している。そのため、本項では、「軽症かつ長期」の入院が残る C 病院及び D 病院において、今後、長期入院患者が退院した場合に必要な医療・介護・生活支援ニーズを検討する。

C 病院では、医療区分 1・ADL 区分 3 の患者が最も多く（把握できている 159 件のデータによる）26.4%であったことから、日常生活動作の介護ニーズが大きいことがわかる。同院の方針は、在院日数を短縮し回転率を上げて病床稼働率を向上するのではなく、療養病床と精神病床を合せ持つことを強みとして、長く安心して入院してもらえることを地域住民に訴求している。開設 28 年の実績があり、比較的富裕層が多い地域住民のニーズに応えており、保険収入外の収入の比重が高いと考えられた。この点では、病院ではあるものの、有料老人ホームの医療機能が強化された施設という性質を持つ。このような病院が「病院」であり続けることが医療制度上、困難となった場合には、「入院」が「施設入所」に転換されることが考えられる。

D 病院は、比較的大きな病院グループに属しており、急性期総合病院の後方病院として位置付けられていることから、急性期治療後に「重症かつ短期」の入院を受け持つ場合と、「軽症かつ長期」の二極分化が顕著であった。短期であれば入院は可能である。D 病院の「軽症かつ長期」患者のニーズは、認知症の専門的ケアであった。

C 病院及び D 病院の調査は、長期入院退院後の患者のニーズを把握するためのプレ調査として、「退院できない理由」を探索するため、医療提供側の情報を収集したものであった。その結果、療養病床等に適切でない長期入院をしている患者は、以下の 2 つのケースに分けられるのではないかという仮説を立てることができた。

- (1) 医療ニーズ、介護ニーズ共に低いが、服薬、測定等の自己管理が必要な慢性疾患、転倒・骨折の危険性がある疾患、日常的な見守りや家事の援助が必要な軽い認知症等があり、家族による支援を得ることが困難なため、在宅に移行できず、入院を継続せざるを得ないケース
- (2) 医療ニーズは高くないが、脳血管障害の後遺症で寝たきりの場合のように、介護ニーズが高く、元の疾患（高血圧、心疾患等）を抱えていて再発の可能性もあるが、家族による支援を得ることが困難なため、在宅に移行できず、また、特別養護老人ホーム等も空床がないなどの理由から入所が困難なため、入院を継続せざるを得ないケース（ホスピスではなく、療養病床でターミナル期を過ごす場合もこのグループに属すると考えられる）。

より詳細に把握するため、二年目は、医療提供側だけでなく、居住系サービスを提供している事業者には「家庭事情等」の具体的内容について、聴取り調査を行なった。

調査対象は、E 適合高齢者賃貸住宅、F 住宅型・健康型高齢者専用賃貸住宅及び特定施設、及び、G ケアホームの管理者（施設長）または副管理者、或いは、経営者である。

E 住宅は、医療法人が運営している 2 階建て 13 室の住宅である。1 階に訪問介護事業所が併設されており、必要な入居者はこの事業所のサービスを利用している。入居条件が自立または要支援、要介護 1～2 とされており、「早めの住み替え」で入居している例が殆どである。調査時点で認知症のある入居者は殆どいなかった。医療法人の複合対経営の一事業であり、入居者の緊急時は法人内の医療・介護事業所で 24 時間対応が可能である。1 階の訪問介護事業所の当直担当者は、付添いはできないが、急変時に救急車かタクシーを手配し、病院到着前に連絡しておけば、外来窓口が事前受付を済ませ、優先的に診療してもらえる便益がある。自立ではあるが独居には不安がある入居者は、このような安心感を重視している。家賃を支払う経済力が必要である。E 住宅の入居者のニーズは、「日常的な見守り」、「必要時の生活支援」、「緊急時の医療へのアクセス」であった。

F 施設の運営主体は株式会社であり、高専賃と特定施設を合わせ持つことによって、高専賃への「早めの住み替え」後、要介護度が高くなり介護ニーズがあがっても対応可能であるという安心感を入居者に与えている。F 施設の入居者のニーズは、「日常的な見守り」、「日常的な生活支援」、「必要時の介護」であった。特定施設入居者は、「終の棲家として最後まで居住できること」というニーズを持っている。高専賃、特定施設のいずれの場合も、経済力が必要である。

G ケアホームの運営主体は、社会医療法人グループの有限会社である。ケアホームは合計で 14 施設、定員 107 名であった。病院・施設を退院・退所したが、在宅生活を継続できない人が住み慣れた地域で在宅にいるのと同じような生活ができる場所を提供することをコンセプトとして開始した事業である。これらの住宅は病院周辺に集約され、病院のバックアップが身近にあることから、医療ニーズの高い高齢者でも入居可能としている。入居者の状況は、老老介護だったが夫婦のいずれかが介護者として続けられなくなり、自宅があるにも関わらず介護力が不足し在宅生活が困難になった高齢者が多く、療養病院の場合と大きな相違はない。しかし入居経緯を見ると、退院後の入居が 20%であるのに対し、自宅からの入居が 32.2%と多く「早めの住み替え」として選択されていた。F 施設の場合は、首都圏であり、施設が自宅売却支援をして 100%売却できていたが、G ケアホームは地方都市であり、元の自宅は日本家屋の一軒家が殆どのため売却が困難で、空家のまま残っている状況が多かった。ここでも、経済力があることが入居の条件のひとつとなっていた。G ケアホームの入居者のニーズは「日常的な見守り」、「日常的な生活支援」、「緊急時の医療へのアクセス」であった。G ケアホームの特徴は、運営主体の社会医療法人が地域に根ざした複合体経営であり、近隣住民による見守りがなされるコミュニティケアが実現できている点である。

これら居住系サービスでは、いずれも経済力があることが条件となった「早めの住み替え」が行なわれていた。「日常的な見守り」、「日常的な生活支援」、「必要時の介護」、「緊急時の医療へのアクセス」は共通のニーズである。療養病院では、認知症状の進行や、ぎりぎりまで自宅で生活し、骨折、肺炎、脳卒中などで入院後、医療ニーズが高いまま持続しているか、低くなくても独居は不可能、或いは、家族介護力不足で入院継続を余儀なくされている。調査対象の療養病院では、医療給付以外の自己負担リース料などがあり、やはり経済力がなければ入院継続は難しい状況であった。

「医療ニーズは低いが、日常的な見守りと生活支援、一定以上の介護ニーズがある同じような人びと」が別々の場所で生活している理由は、「早めに住み替えて徐々に残存生活機能が低下する」場合と、「ぎりぎりまで自宅での生活を続け、認知症・骨折・肺炎・脳卒中などで入院後、諸処の事情で自宅に帰れない期間が長期化するうちに、医療ニーズは低くなるが残存生活機能が低下する」場合とに分れるためであろう。

この調査結果を踏まえて、三年目の本年（平成 24）度は、ぎりぎりまで自宅での生活を継続し、在宅生活が困難になった場合に焦点を当て、居住系サービスのあり方について、検討することとした。調査対象は、療養病院が少なく、在宅医療及び介護保険の居宅サービスが充実している東京都新宿区とし、充実していてもなお、在宅生活を継続できない事例、及び、その理由、並びに、要介護者のニーズを調査した。

調査対象は、2 箇所の高齢者総合相談センター（地域包括支援センター）とし、主任相談員から合計 10 例の個別事例を聴取り調査した。状況は以下のとおりである。

<表 I-2-1>個別事例調査の対象

ID	性	要介護度	家庭事情等	転居先
1	女	要介護 1	独居で居宅サービスを利用していたが家賃が支払えなくなり、立ち退かなくてはならなくなった。	養護老人ホーム
2	夫婦	夫は要介護 5、妻は要支援 2	老老介護であったが、介護者である妻が要介護者である認知症の夫から暴力を受けるようになり、同居が困難になった。	夫は特養、妻は養護老人ホーム
3	夫婦	夫は要介護 5、妻は要介護 1	老老介護であったが、家族からの虐待があり夫婦ともに介護支援が受けられず、自宅にいられなくなった。経済力もない。	特養待機中。成年後見人は決定済み。
4	男	要介護 1	認知症で、家族関係に問題があり支援が受けられない。今後、虐待される懸念がある。	グループホーム
5	女	未認定、申請中	新宿区営高齢者集合住宅に独居であったが、認知症の進行により在宅生活継続困難な状況になった。	特養待機中
6	女	要介護 3	転倒して要支援から要介護 3 に悪化し、ADL が急速に低下した。経済力がなく、有料老人ホームは断念した。	老健
7	女	要介護 1	認知症で独居、居宅サービスを受けていたが、症状悪化。	介護付き有料老人ホーム
8	男	要介護 1	若年性アルツハイマーで妻の申し出により離婚、妻がそれまでの賃貸住宅を解約して出て行ったため住む家がなくなった。生活保護を受給。	転居先のアパートでグループホーム待機中
9	女	要介護 5	脳梗塞を発症し要介護 1 から 5 に悪化した。独居で居宅サービスを受けていたが、再発の可能性がある、これ以上は在宅継続不可能。	療養病床
10	男	未認定、申請中	末期がんで独居であったが、在宅医の判断で在宅継続を中止。生活保護受給。	病院で死亡

共通点は、全事例とも独居もしくは家族支援が得られず、在宅継続困難になっていることである。

相違点は、ID5～7は認知症の進行、ADLの低下が顕著なケースである。ID1～4及び8は、要介護者の残存生活機能の低下よりも、むしろ虐待や経済的理由から自宅にいること自体が困難になっている。ID9、10は医療ニーズが高い状態に急変、または、漸次変化している。このような高齢者が、在宅生活を継続していくためには、以下のニーズを満たす必要がある。

- (1) 認知症の進行、ADL低下、高い医療ニーズのある要介護者の24時間の見守り
- (2) 経済力のない人が転居できる住まいの確保
- (3) 急を要する転居への対応（緊急避難的な住まいの可用性）

ID5～7のようにさほど要介護度が高くなく、訪問介護などを利用していても、一人でいる時間帯に転倒したり、脳卒中を発症すると一気に要介護度が上がってしまう。また、認知症が進行して、火の始末、服薬、衛生管理などができなくなり、安全が保てなくなっていく。さらに、家に帰れない、暴れる・騒ぐ、ヘルパーや近隣住民とトラブルを起こすなど、様々な問題が生じる可能性が高まる。ID9～10のように医療ニーズが高い場合も、24時間の見守りと頻回な喀痰の吸引などのケアが必要となる。

ID1～4と8は、経済力がないことや、家族からの虐待を受けていることなどから、生活機能とは関係のない要因で、在宅生活の継続が困難になっている事例である。その上に、ADL低下がかさなってくる。若年性アルツハイマーの場合、介護保険以外のサービスを受けられない場合が多く、在宅を継続するにあたっては条件的にいつそう困難になる。

ID9、10のように医療ニーズが高い場合は、随時の医学的管理の必要性が高まる上、独居もしくは家族支援なしの状況下では急変時の早期発見、早期対応も困難となる。ID9、10は病院が終の棲家になっていた。心身状態、経済状態ともにぎりぎりまで在宅にいるために、切迫した事態に遭遇し危機に瀕する結果となっていると読み取れる。

ID5～7も、いつ転倒し、あるいは脳卒中になり、医療ニーズが高くなるともかぎらない。虐待や経済的困窮も含め、急を要する緊急避難的な転居にも対応可能な住まいの提供が必要となる。被調査対象者によれば、末期がん患者が積極的治療をやめて疼痛管理のみ行ない、急変時も救急車を呼ばず在宅での看取りを希望している場合は、在宅医療と居宅サービスの組合せによって、独居でも最後まで在宅生活を継続できる可能性がある。しかし、脳卒中後の遷延性意識障害等で経管栄養や人口呼吸器が装着されている状態の場合、また進行した認知症の場合には、24時間見守りのない独居は、ほぼ不可能となると考えられる。これは筋萎縮性側索硬化症（ALS）などの神経難病の場合も状況は類似しているとのことであった。症状が進行すると独居は難しくなる。疾患及び病態別に検討する必要があるそうである。

居住系サービスが、これらのニーズを満たし得るならば、経済力があり早めの住み替えで自己解決を図り、長期入院を回避している人びとと同様、必要なケアを受けながら、療養病院以外の在宅へ移行できる可能性が生まれるであろう。

## 2. 「長崎あじさいネットワーク」調査報告

上述の E 住宅や G ケアホームのように、居住系サービスが医療法人の複合体経営の一つの事業として含まれ、当該法人の病院が入居者の医療ニーズを満たす機能を有している場合には、入居者や家族の安心感が得られやすい。しかし、そうではない場合、在宅生活を継続する際の医療ニーズを充足するためには、かかりつけ医の機能が重要になる。

このことから、地域医療 IT 化を図り、病診・病薬連携を強化している「長崎あじさいネットワーク」の調査を行なった。被調査者は、独立行政法人国立病院機構長崎医療センター 木村博典情報管理運営部長であった。

### (1) ネットワーク構築の経緯

長崎医療センターは長崎県大村市にあり、643 床の総合病院である。2011 年度は外来患者数 760.9 名/日、平均在院日数 15.4 日(一般)、病床利用率 90.9%(一般)、紹介率 85.8%、逆紹介率 94.0%、ドクターヘリ出動 546 件/年である。

同センターは、2001 年に病理・内視鏡・画像参照・看護支援・整理検査・重症者監視のシステムを導入移行、段階的に電子カルテシステム(病院情報システム)を拡張してきた。2002 年には病棟オーダーリングシステム、2003 年には外来オーダーリングシステムが導入され、2004 年 3 月には、電子カルテの全面運用開始となった。2004 年 4 月には電子クリニカルパスの運用が始まっている。あじさいネットワークは、2004 年 11 月 15 日から、電子カルテの内容を、医院やクリニックなど、地域のかかりつけ医にも見てもらうシステムとして稼働したものである。2009 年よりクラウドセンターにサーバーを借りるクラウド型になっている。

もともと患者自身が持ち歩く手書きの「連携ノート」は 1991 年から存在していた。かかりつけ医、歯科、薬局、通所リハビリテーション、通所介護、短期入所生活介護、訪問看護、訪問介護、訪問リハビリテーション事業者がそれぞれに記入するようになっていた。あじさいネットワークによって、現在、これが IT 化されつつある。

## (2) あじさいネットワークの意義

あじさいネットワークの目的は、地域医療の質を向上することであり、そのために何をなすべきか、参加する機関が考える。補助金は使わず、参加する診療所（開業医）も会費を拠出している。かかりつけ医が医療の中心で、周りがそれを支援する形をとっている。双方向の情報交換であるが、病院側は基本的にはデータを提供する機能が中心で、かかりつけ医が、病院の電子カルテ情報を、診療所の端末から参照サーバーで閲覧でき、自分が紹介した患者に対して病院がどのような診療を行なっているか確認することができる。当然、事前に同意を得た患者のカルテのみが公開されるよう、セキュリティ管理されている。情報公開が可能な範囲も設定できるようになっている。また、半年以上データが閲覧されない場合には、患者の同意が失効するしくみである。

データの管理は病院側に責任があるが、入院診療前後の在宅生活における患者のヘルスマネジメントは、かかりつけ医と介護保険のケアマネージャーが担うことになる。例えば、在宅患者が診療所を受診し、検査が必要な場合、かかりつけ医は、診療所の端末から病院の CT, MRI などの高額医療機器による画像検査の予約をすることができる。患者は病院で検査を受け、病院の放射線科医が読影し、専門的に判断した報告書を診療所に帰す。患者は診療所で診察を受ける。かかりつけ医が、病院で自分の患者の手術を行なうことも可能である。病院の電子カルテに記録し、診療所に帰って、それを閲覧できる。

メールはネットワーク参加 ID を持っている人同士で行なうことができ、メールを簡易紹介状の機能として活用し、病診連携、診診連携が容易にできる。病院での入院治療が必要になれば、かかりつけ医が紹介する。病院側も紹介されてくる患者の情報を早く知りたい場合には、便益がある。入院後は、上述のとおり、入院中の診療情報を紹介したかかりつけ医が閲覧できる。中には毎朝、紹介患者のカルテをチェックし、担当医に助言や質問、確認をするかかりつけ医もいるとのことであった。病院側は、かかりつけ医の診療情報を参照できない。診療情報提供書の形で入ってくる形になる。

退院の目処が立ってくれば、かかりつけ医が患者のケアマネージャーと連携し、在宅復帰後の生活支援体制を整備する。病診連携はすでに 8 年以上の経験が蓄積されているが、介護事業者との連携が課題である。病院における診療情報を介護保険事業所の介護職員に直接、見せても理解できないと考えられ、かかりつけ医を介して、情報を伝達しているのが現状である。

このしくみでは、病院はデータ提供機能のみであるが、結果として、かかりつけ医からの入院患者の紹介が増加している。外来患者数を抑制したい病院にとっては便益がある。参加病院は 17 病院であり、電子カルテは NEC 系、富士通系が約半々であるが、異なるベンダーでありながら SS・MIX で双方のデータが見られるようになっている点が特徴である。患者には「地域 ID」が付与されており、複数の病院で診療を受けるときにひも付けられるようになっている。



更に、調剤薬局でも、薬剤師ひとり一人に ID 付与し、患者の同意書を複数薬剤師に対して登録しておく。薬剤師がカルテを参照できれば薬が変更になった場合、その理由も読み取れて患者に説明できるし、患者が自己判断で服薬していないことを医師に伝えていないような場合には、メールで医師に伝えることができる。

あじさいネットワークにおける、在宅医療・介護で重要な機能は 4 つある。

- ① チーム編成機能
- ② 患者メモ機能・ファイル添付機能
- ③ メッセージ機能
- ④ 連携メール機能

チーム編成機能は、1 人の患者に関わるスタッフをチームとして登録し、チームのメンバーだけがその患者に関する情報を閲覧することができるようにするものである。主治医と副主治医を決めるようになっているが、患者自身が決める場合、病院が決める場合、医師会がコーディネートして決める場合がある。チーム編成は決定された主治医が中心となっていく。かかりつけ医が主治医として登録されることが多い。すなわち、かかりつけ医は、急性期の基幹病院と地域の在宅ケアチームをつなげる機能を担っている。ここに大きな意義がある。

患者メモ機能・ファイル添付機能は、患者に関する情報を記録し、チームメンバーで共有できる機能である。訪問看護記録、画像ファイル、ケアプランなどのファイルを添付可能である。

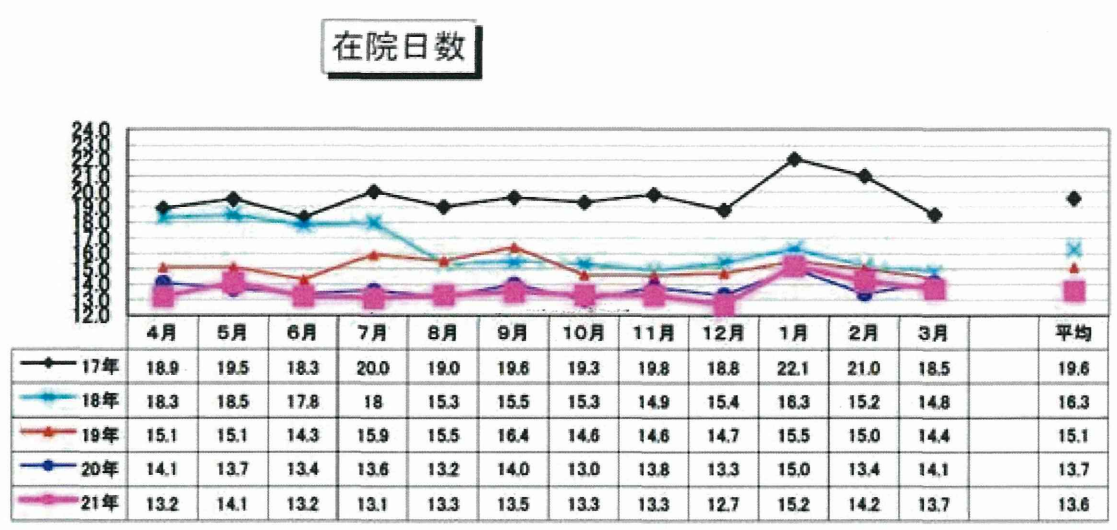
メッセージ機能は、チームメンバーの誰かが情報を書き込んだ場合、メンバー全員に新たな情報が発生した旨のメッセージをメールで通知するものである。

連携メール機能とは、メンバー同士、またはその他の専門家にメールを用いて連絡・相談・報告などが迅速にできるようにしたものである。

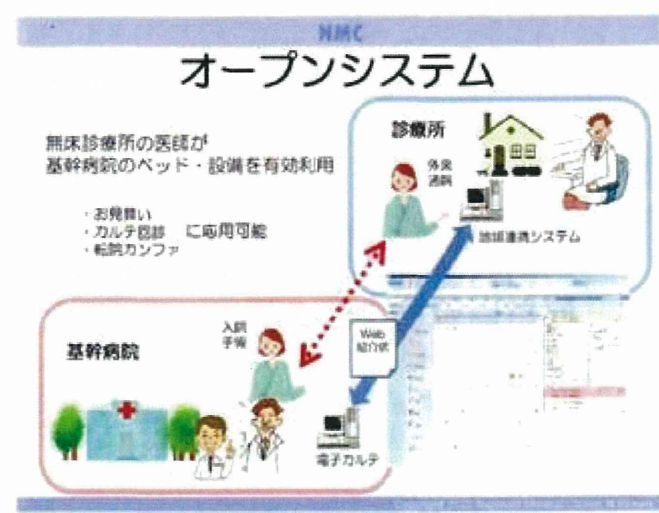
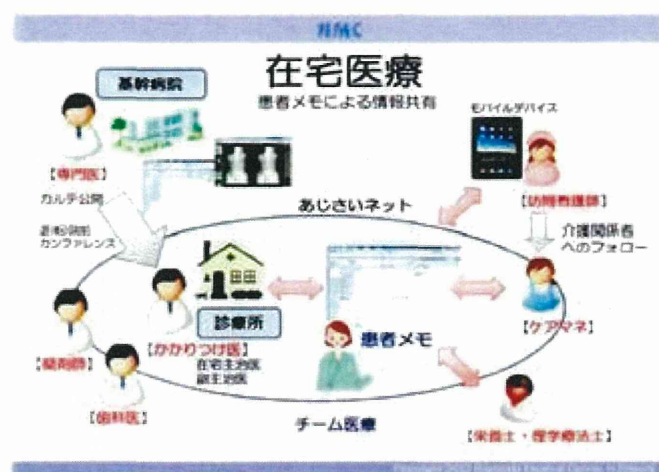
このようなネットワークは、長崎県では長崎市に「ドクターズネット」が、大村市に「あじさいネットワーク」がある。長崎市の「ドクターズネット」のしくみに IT を活用したのが「あじさいネットワーク」である。医師会単位で二次医療圏ごとに地域連携ネットワークを構築するのが良い、というのが木村部長の見解であった。三次医療圏にまたがると、競合する病院がでてしまう。競合せず機能分化、役割分担して協働するのであれば、連携はうまく機能しない。

あじさいネットワークが目的とする「地域全体の医療の質の向上」が実現しつつあるのか否かについては、今後、科学的分析と定量的評価が必要である。評価指標は、紹介患者数、紹介率の推移、医療費、合併症の発生率、糖尿病治療（インスリン導入率）のアウトカムとして HbA1c の値など様々な指標がありえる。一般住民 400 名を対象とした調査では、88.8%が、診療所の患者 112 名を対象とした調査では、97.3%が地域連携に賛成であると回答している（2010 年 11 月調査）。連携によって、できるだけ長く、安心して在宅生活を継続できることは、地域住民のニーズに応えるものであろう。

<図 I-2-2> A 病院の平均在院日数の経緯



(出典) 木村部長提供資料より





## 第Ⅱ章 在宅医療、在宅介護の推進

---

## 第Ⅱ章－１ 退院調整の推進と在宅医療・介護

九州大学大学院医学研究院 教授 尾形裕也

### 1. 医療・介護提供体制の長期ビジョン

2008年11月に公表された「社会保障国民会議最終報告」は、わが国の社会保障全体の長期的な改革の方向性を展望した報告書である。その中で、医療・介護政策の基本的な考え方としては、「「選択と集中」の考え方に基づいて、病床機能の効率化・高度化、地域における医療機能のネットワーク化等を図る」ことが述べられている。これ自体は、従来の政策の基本的な方向性を踏襲したものであり、特段目新しいものではない。同会議最終報告における新機軸は、むしろその医療・介護費用将来推計（シミュレーション）にある。

このシミュレーションでは、将来の医療・介護サービス提供体制のあり方を「改革シナリオ」という形で展望しつつ、それぞれのシナリオについての費用を推計している。その際、「選択と集中」を進め、機能分化を推進する（たとえば、在院日数を短縮し、病床数を削減する）「改革シナリオ」は、従来であれば、それらを通じて「医療費適正化」を図るといふ政策目標と密接に関連していた。ところが、このシミュレーションにおいては、それとは全く逆の方向性が示されている。つまり、「選択と集中」や機能分化を進める改革シナリオの方が、そうでない場合（「現状投影シナリオ」と呼ばれる）に比べ、医療・介護費用は高くなる可能性が高い、とされているのである。これは、医療・介護政策上の本来の意味での「政策選択肢」が初めて本格的な形で示されたものと受けとめることができよう。医療・介護提供サイドとしても、こうした問題提起に対して（賛否いずれにせよ）どのように応えるかが問われているといえる。

その後、民主党政権下で、いわゆる「税と社会保障の一体改革」を目指して、2011年6月に公表された「医療・介護に係る長期推計」も、基本的には、上述したシミュレーションを基にしたものとなっている。表1に示した同推計の改革シナリオにおいては、目標年次である2025年における「一般急性期」病床については、平均在院日数9日、病床数46万床が想定されている。平均在院日数9日程度というのは、現在の一般病床の平均在院日数（18日台）の1/2の水準であり、現在の欧米諸国（1週間以内）の水準には及ばないものの、かなり近づいた状態であるといえる（注1）。また、病床数もそれに伴い、大幅な削減が見込まれている。

こうした「効率化・重点化」シナリオの方がなぜ費用がかかるのかと言えば、そこには少なくとも次の2つの要因が考えられる。1つは、在院日数が半減した急性期病床については、現在のような手薄な人員配置はありえず、（1病床当りないしは1日当りを見た）資源の集中投入が求められるということである。確かに病床数は削減されるが、病床当りの

人員配置は現在を大幅に上回ったものとならざるを得ない。また、そうでなければ、9日というような短い平均在院日数は達成しがたい。第2に、これだけ入院日数が短くなると、従来「入院」していた多くの患者が退院して、地域に帰って行くことになる。これらの患者は、退院後も一定の医療・介護ニーズを有しており、その「受け皿」が問題となる。表1においては、そのことは介護施設の増加とあわせ、特に居住系サービス（特定施設及びグループホーム）の倍増という形で示されている。入院日数の短縮及び病床数の削減のためには、それを支える病院及び地域の医療・介護マンパワーの増加が必要であり、そのことは全体の医療・介護費用を増大させる可能性が高いということを意味しているのである。

<表Ⅱ-1-1>医療・介護に係る長期推計（2011年6月）

医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み				
パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度		
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 15～16日程度 30万人/月	【高度急性期】 18万床 70%程度 15～16日程度 25万人/月
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急 性 15 日程度 高度急性 19-20日程度 一般急性 13-14日程度 亜急性中等 75 日程度 亜急性中等 57-58日程度 長期ケア 190 日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 70%程度 9日程度 109万人/月	【一般急性期】 35万床 70%程度 9日程度 82万人/月
亜急性期・ 回復期リハ等		182万人/月	【亜急性期等】 35万床 90%程度 60日程度 16万人/月	【亜急性期等】 26万床 90%程度 60日程度 12万人/月
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度	
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度	
（入院小計）	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度
介護施設 特養 老健（老健+介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分	
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分	

(注1) 医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。  
(注2) 「地域一般病床」は、高度急性期の1/5と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。  
ここでは、地域一般病床は、高齢人口5～7万人未満の自治体に暮らす者(今後2000～3000万人程度で推移)100人当たり1床程度の整備量を仮定。

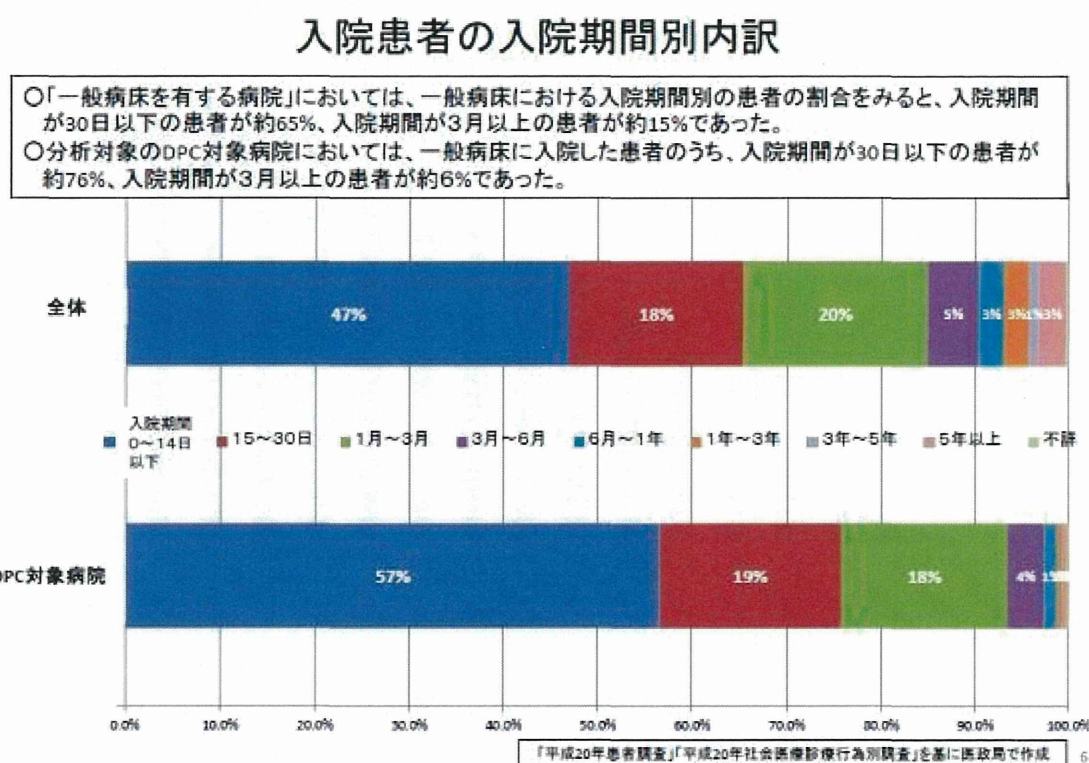
(出典) 内閣官房・社会保障改革に関する集中検討会議（第十回）配布資料

こうした医療・介護サービスの提供体制に関する「長期ビジョン」の基本的な考え方は、自公政権下における「社会保障国民会議最終報告」と、民主党政権下における「医療・介護に係る長期推計」において共通のものとなっており、「政権交代」からは独立した、ある程度「安定的」なビジョンを構成しているものと考えられる。

## 2. 居住系サービスの展開と課題

以上述べてきたように、急性期医療の確立と、居住系サービスを中心とした在宅医療、在宅介護の拡充は表裏一体の関係にある。一方、日本の一般病床については、急性期医療だけではなく、回復期医療や慢性期医療等、その他のさまざまな病床機能が混在しており、上述したような医療・介護サービス提供体制の「長期ビジョン」を実現するためには、急性期医療の切り分け及び確立が重要な政策課題となっている（注2）。一般病床における入院患者の入院期間別構成を見ると、入院期間が2週間以内の患者の割合は全体で47%と5割を切っており（DPC対象病院に限れば57%）、入院期間が3月を超える患者も相当数いる（約15%）ことがわかる（図Ⅱ-1-2）。

<図Ⅱ-1-2>一般病床入院患者の入院期間別内訳

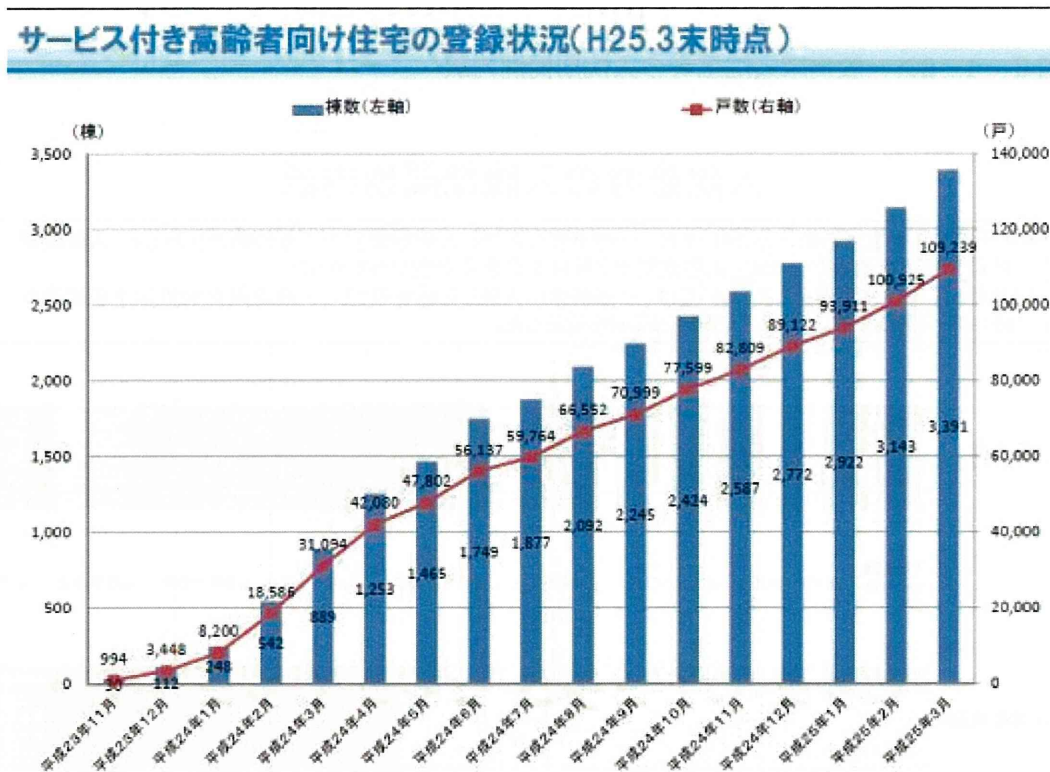


こうした状況を改め、本格的な急性期医療を確立するためには、在院日数の短縮化に応じた適切な「受け皿」を用意する必要がある。その場合、近年の欧米諸国の動向等を踏まえれば、伝統的な入院、入所施設とともに、「住まい」を基本としつつ、必要なサービスを柔軟に付加した形態の居住系サービスに対するニーズが高まることが予想される。また、今後の超少子・高齢社会においては、何らかの形での「集住 (collective living)」を図っていかなければ、医療・介護システムの持続可能性は保証しがたい。その背景には、単にコ

スト負担の増大のみならず、サービス提供におけるマンパワー不足という人材確保面における制約がある。今後、欧米諸国における assisted living facilities 等の居住系サービスのあり方について検討を深めるとともに、その早急な拡充を図っていく必要がある。

2011年における高齢者の居住の安定確保に関する法律（高齢者居住安定確保法）の一部改正による「サービス付き高齢者向け住宅」制度の新設は、こうしたニーズを背景としたものと考えられる。その後、「サービス付き高齢者向け住宅」は、補助金等の後押しもあり、順調に増加を続け、2013年3月末現在、その登録総数は全国ですでに10万戸（3,300棟）を超えるに至っている（図Ⅱ—1—3）。

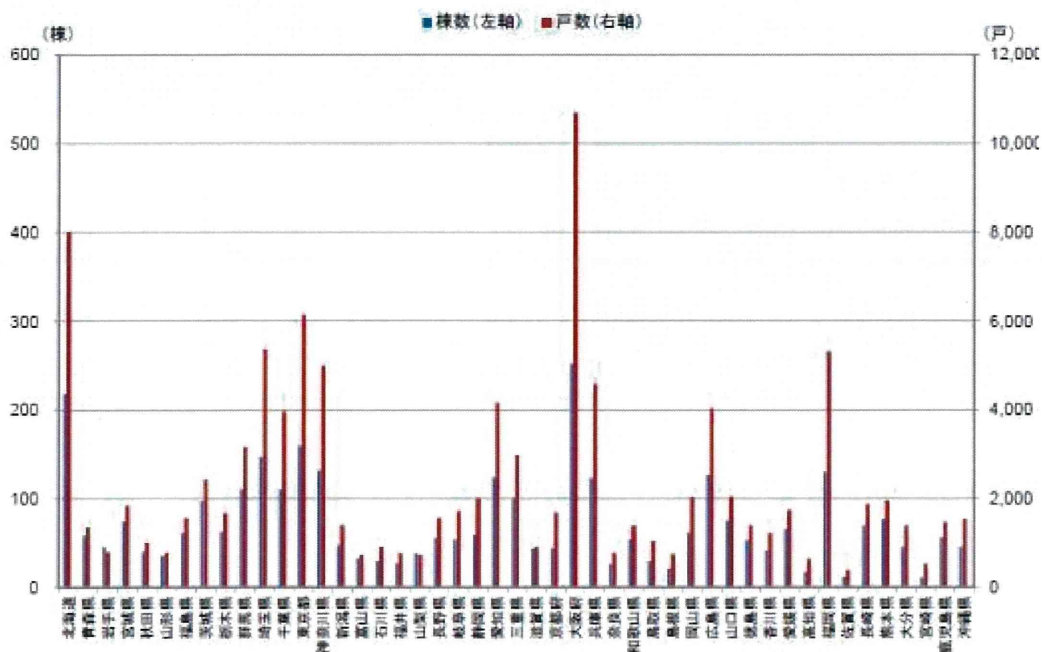
<図Ⅱ—1—3>サービス付き高齢者向け住宅の登録状況



(出典)「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム」による。図Ⅱ—1—3, 4も同様。一方、図Ⅱ—1—4に示したように、都道府県別登録数を見ると、かなりの地域差が見られる。一般に大都市部に比べると地方では登録数が少ない傾向が見られる。また、開設主体別に見ると、株式会社が56%を占め、次いで医療法人(15%)、有限会社(14%)、社会福祉法人(7%)となっており、営利法人が多数を占めている。

＜図Ⅱ—1—4＞サービス付き高齢者向け住宅の都道府県別登録状況（平成25年3月末）

サービス付き高齢者向け住宅の都道府県別登録状況(H25.3末時点)



サービス付き高齢者向け住宅において実際に提供されているサービスの内容を表Ⅱ—1—5に示した。これを見ると、制度が要求する必須要件である「状況把握・生活相談サービス」が100%の住宅で提供されているのは当然としても、それ以外のサービスは、「食事の提供サービス」の94%を除き、必ずしも十分に提供されているとは言いがたい状況にあることがわかる。しかしながら、今後、居住者の高齢化が進行する中で、付加的なサービスに対するニーズが急速に拡大することが予想される。とりわけ「外付け」の医療・介護サービスの確保は重要な課題となつてこよう。上述したように、開設主体別に見ると、医療法人や社会福祉法人立のサービス付き高齢者向け住宅は少数に留まっており、医療機関や介護施設との連携が大きな課題である。その場合、付加的サービスの内容を消費者に対してわかりやすく開示するとともに、提供されるサービスの質を評価し、その結果を開示する仕組みを構築することが急務であると考えられる。米国 Medicare における Nursing Home Compare や Home Health Compare 等を参考にしつつ、日本におけるサービス評価、情報開示の体制整備が望まれる。



＜表Ⅱ－1－5＞サービス付き高齢者向け住宅において提供されるサービス（平成24年8月調査）

有効回答数:2,065件

	提供する		提供しない	
	実数	割合	実数	割合
状況把握・生活相談サービス	2,065	100%	-	-
食事の提供サービス	1,949	94%	116	6%
入浴等の介護サービス	1,075	52%	990	48%
調理等の家事サービス	1,125	55%	940	46%
健康の維持増進サービス	1,284	62%	781	38%

※ 併設施設等からサービスが提供されているケースが含まれている場合がある。

### 3. 退院調整機能の強化

一方、急性期病院の側においては、いわゆる退院調整（discharge planning）機能が重要である。discharge planning については、入院直後からの退院調整及び退院後のフォローアップを適切に実施すれば、在院日数の短縮及び再入院率の低下に効果があることが国際的な文献レビューからも明らかにされており（注3）、今後わが国においてもその強化を図っていく必要がある。一般病床を有する病院における退院調整支援担当者の配置状況を見ると、平成20年時点では35%に留まっているが、退院調整支援担当者配置による在院日数短縮については、わが国においても一定の効果が認められている（表Ⅱ－1－6）。

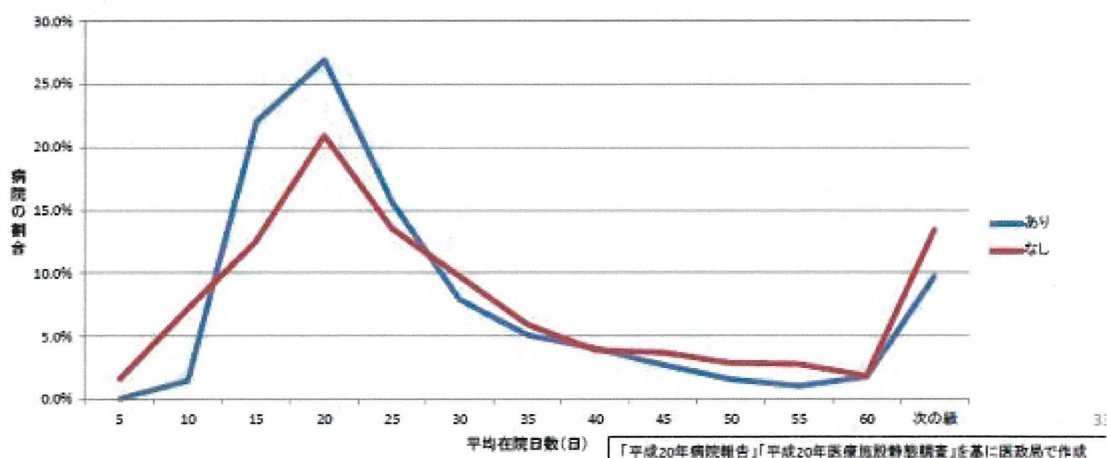
<図Ⅱ-1-6>一般病床を有する病院における退院調整支援担当者の配置と在院日数

## 退院調整支援担当者の有無別の平均在院日数

- 「一般病床を有する病院」においては、退院調整支援担当者を有する病院の割合は、約35%。
- 退院調整支援担当者を有する病院の平均在院日数は、退院調整支援担当者を有しない病院に比べて約2日短い。

退院調整支援担当者あり  
2,099病院 (34.8%)

対象病院	平均在院日数(日)
体制あり(2,099)	17.2日
体制なし(3,929)	19.0日
全体(6,028)	18.0日



平成24年4月の診療報酬改定においては、「効果的な退院調整を行うため、退院調整部門を強化し、早期の退院を評価する」として、早期退院患者に係る退院加算を手厚く評価する方向で入院料ごとの退院調整加算の見直しが行われている（参考資料）。今後、病院の退院調整機能を強化していくことは、病院経営戦略上の喫緊の課題であるといえる。

現行の診療報酬評価においては、Process 及び Structure 評価が中心となっている（入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手、関係職種との連携、退院・転院後の療養を担う保険医療機関等との連絡調整、退院調整部門の設置、専従の看護師または社会福祉士の配置等）。これらは、取りあえず、退院調整部門を強化し、早期退院を促すためには、やむを得ない評価項目であると考えられる。しかしながら、今後、退院調整の内容や「質」を高めていくためには、これらの要件に加え、一定の Outcome 指標を取り入れるべきであろう。たとえば、退院後の療養場所としての「在宅」への「復帰率」や退院調整の効果を測定するための「再入院率」を評価に取り入れることが考えられる。

イギリス NHS の Discharge from hospitals : pathway, process and practice, Department of Health, 2003.においては、退院調整に関する基本的な考え方として、①多くの病院入院患者は、入院及び入院によって自立を失うことを恐れ、できる限り早期に以

前の生活に復帰することを望んでおり、それを支援するために、あらゆる努力がなされるべきであること、②急性期病院は、他の保健医療サービス、社会福祉サービス、あるいは住宅制度によっては効果的に提供できないサービスの提供に限って使われるべきであること、という原則が示されている（平成23年度報告書第6章を参照）。これは、しばしば「在宅」での療養を、入院治療終了後の「受け皿」と捉えがちなわが国の一般的な風潮とは好対照を成す考え方である（本章第1節においても、慣用にならない、カギ括弧付きで「受け皿」と表記している）。つまり、一般の人々にとっては、「在宅」での生活こそが「常態」なのであり、「在宅」は決して入院治療の「受け皿」などではない。むしろ逆に「入院」していることこそが「異常な」状態なのであって、「在宅」への早期復帰はしごく当然なこととなる。このように当たり前のことが無視され、「在宅」が「受け皿」などと呼ばれてきたところに、はしなくも「病院化社会」の病理が表われているといえよう。今後、入院治療における「退院調整」の質を高めることによって、患者の総入院日数が短縮され、早期の在宅復帰が実現することが期待される。

## <退院調整チェックリスト案>

欧米諸国においては、退院調整（discharge planning）機能の重要性はつとに認識されており、すでに多くの先行研究文献の蓄積がある。また、これを推進していくため、病院側が備えるべき体制や運営方法等についての自己点検評価表ないしはチェックリストが策定、公表され、活用されている。日本においても、今後退院調整を進めていくためには、こうしたチェックリストを策定し、病院が活用していくことが望ましい。

ここでは、そのうち、早くから discharge planning を進めてきたイギリス NHS（National Health Service：国民保健サービス）における自己点検評価ツール表（2003年）を訳出し、その日本の病院への適用可能性について検討した。同表においては、①リーダーシップと計画、②退院政策、③コミュニケーション及び調整、④評価、⑤文書（化）、⑥データ収集、⑦退院、⑧教育及び訓練といった広範な分野にわたって具体的なチェックリスト項目が示されている（平成23年度報告書第6章を参照）。

しかしながら、訳出した自己点検評価ツール表は、あくまでもイギリスの NHS 病院対応のものであり、そのままの形で日本の病院に適用するのは不適切であったり、一部改変しないと適用しにくい部分もあった。そこで、福岡県における代表的な急性期病院の1つである飯塚病院の協力を得て、当該自己点検評価ツール表の各項目について、日本の現状を踏まえた疑問点の指摘を含む評価及び修正を行った。具体的には、飯塚病院の退院患者の退院調整に関与している医師、看護師、MSW 等に対して、NHS の自己点検評価ツール表を示し、これに対する飯塚病院の状況を踏まえた評価及び意見を求めた。そして、それを踏まえた新たな修正チェックリスト案を作成した。全体として、NHS の自己点検評価ツール表は日本においても十分適用可能な有益なものであるという評価であり、それに基づき作成した今回の退院調整チェックリスト案は、日本の病院の実態を踏まえた実行可能な提案となっているものと思われる。今後、このチェックリストを実際に適用し、病院の自己点検評価に活用するとともに、各病院の状況の相互比較を行うことが考えられよう。