

厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)
「将来の医療需要を踏まえた外来及び在宅医療の提供体制の構築のための研究」
分担研究報告書(令和4年度)

効率的・効果的な入院外医療の提供体制の検討

研究分担者 町田 宗仁(国立保健医療科学院国際協力研究部)
研究代表者 今村 知明(奈良県立医科大学公衆衛生学講座)
研究分担者 野田 龍也(奈良県立医科大学公衆衛生学講座)

研究要旨

療養病床等での入院医療から在宅医療への移行を進めている現場の取組について、都市部の事例3件、過疎地等農山漁村地域の事例4件を取材した。急性期病棟と同様に療養病棟においても、入院直後から、疾病の治療見込みや退院可能性時期について、関係するスタッフで療養計画を議論し作成する病院は、積極的に退院に結びつけている様子が伺えた。この流れを院内で作るためには、①病気の治療に注力する臓器別専門家の医師と、②総合診療医的視点を持つ、治療後の生活を考慮した療養計画を立てる医師の、2チームにすることが、より退院支援の動きを後押しするのではないかと考えられた。退院後、入院の契機となった原疾患以外の軽度な病状についても、入院中の主治医等スタッフが診るという安心感があれば、本人、家族、福祉系施設スタッフが、退院患者さんを受け入れやすいと考えられた。そのためには、病院の規模によらず、②の視点を持つ医師を病院が育成、雇用するインセンティブが必要ではないかと考えられた。急性期病院においても、退院直後に在宅医療に移行することを念頭に置いた、慢性期医療の視点からの治療やリハビリテーションが望まれる。また、医療面ではなく、退院後の生活の支援体制が取れることで、療養病床等からの退院が可能となる高齢者の事例もあり、医療以外のアプローチも要すると考えられた。

A. 研究目的

地域医療構想策定ガイドライン(平成29年3月31日付け医政発0331第57号厚生労働省医政局長通知別添)においては、「平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータによる療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者の70%を在宅医療等で対応する患者数として見込むこととする。」とされており、退院患者さんが行き場のない状態になることを回避しつつ、入院医療から在宅医療の移行の推進を、地域で目指すことを促している。また、在宅医療と外来医療を合わせた入院外医療における効率的な医療機能の分化・連携の推進も、

厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会などで議論されている。

令和4年度の本分担班では、まず療養病床等入院医療から在宅医療への移行の取組の実態について、ヒアリングを通じて情報収集することを目的とした。

B. 研究方法

令和4年4月から令和5年3月までの間、医療資源の豊富な都市部の事例3件、過疎地等農山漁村地域の事例4件(400床の病院、診療所)を取材した。年度当初の、各所訪問前に分担班内で整理した論点は、以下の3点であり、現場

からの答えを得るべく、ヒアリングを進めた。

- ① 療養病棟に医療区分1で入院中、かつ、在宅医療への移行が困難な患者さんが、現場感覚としてどの程度いるか。
- ② 医療区分1で退院後、外来に移行できる人は、現場感覚としてどの程度いるか。
- ③ 在宅医療側の受け皿は、どのように作られるのか。

(倫理面への配慮)

個人情報を取り扱わなかった。

C. 研究結果

都市部、過疎地等地域の双方から聞かれた、共通する事項を以下お示しする。

1. 「医療区分1」の患者さんの動向など

「7割退院」が提唱された時期から比べると、療養病床入院患者のうち、医療区分1の割合が、

社会問題となるほど多くないのかもしれない。療養病床入院料1算定患者さんのうち、平成30年度は、診療報酬として療養病床入院料を算定している医療機関のうちの8割以上を占める、療養病床入院料1（医療区分2・3の割合が80%以上）のうち医療区分1が9.6%、令和2年度は9.2%に過ぎない（図1 令和2年度入院医療等の調査（病棟票））。療養病床のある取材先でも、医療区分1の入院はごく少数であり、退院後の療養環境の準備が出来れば、退院可能では、との声が殆どであった。また、医療保険を利用した入院と、介護保険も組み合わせた在宅医療と、比較をしたら入院のほうが安く済む事例があること、家庭の事情など何らかの理由で介護保険が使えず介護サービスが受けられないこと等が、結果として療養病床に入院を続ける要素になり得るとの指摘もあり、レセプトの請求項目では見えてこない、入院継続の様々な要素が考えられる。

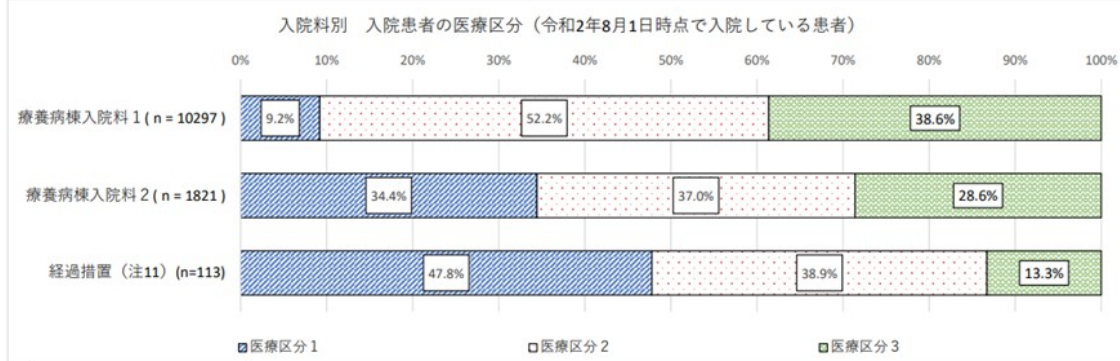
医療区分1で入院している患者さんの中には、医療を要するというよりも、帰る家がない（長期

図1

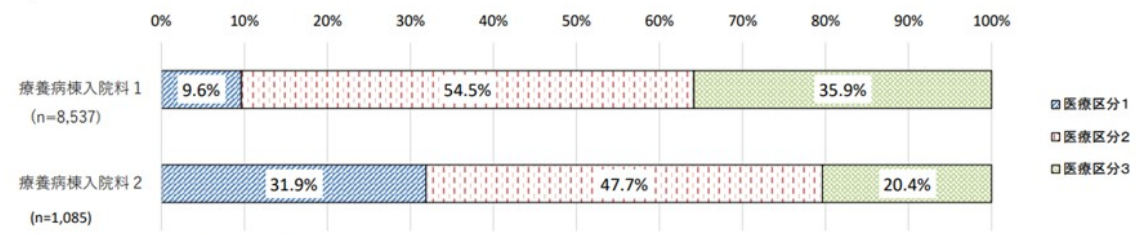
中央社会保険医療協議会総会（第493回）令和3年10月27日資料 総-1-2より

療養病床入院料ごとの医療区分

○ 入院患者の医療区分をみると、区分2・3の患者は、療養病床入院料1では全体の約9割、療養病床入院料2では全体の約7割を占めた。



参考：平成30年度調査



出典：令和2年度入院医療等の調査（病棟票）

入院中に家を売却処分した)、自宅における「介護力」が期待できない、退院後の独居生活には日常生活の支援を要するといった、社会福祉的な要素を抱える人がそれなりにいるのではないかと、その意見も聞かれた。

地域によっては、ケアマネージャーが退院後の通院支援等、献身的に関わることで、独居生活でも在宅医療、外来医療を受けられる環境がどうにか維持できている事例もあった。

2. 療養病棟の患者さんの在宅医療移行に向けた病院での取り組み

取材先については、①今後の地域のニーズを考慮して、これから在宅医療を取り組み始めようとする病院、②急性期病棟入院患者と同様に入院直後から、疾病の治療見込みや退院可能性時期について、関係するスタッフで療養計画のディスカッションをする病院、の大きく二つに状況が別れていた。後者②の病院では、患者さんを積極的に退院できる状況に導いている様子が伺えた。②の病院で試みられている取り組みなどは、下記のとおりだった。

- ・ 戻る先の家庭環境、人間関係はさておき、まずは患者さんご本人の希望はどうか、確認できる限り確認すること。
- ・ 退院先について、最初から在宅か施設か、医療者側が先入観を持たずに、希望を聞く。
- ・ 医療者側、患者家族側や受け入れ先が納得する形で調整し、医学的な理由以外で、早々に再入院しない方策を考える。
- ・ 退院先の居宅に受け皿がなければ、どうすれば受け皿となりうる資源が利用できるか、MSW や地域のケアマネージャーを中心として、徹底的に調べる。

退院に向けた準備段階では、コロナ禍で普及が進んだ Web 会議により、患者さん本人、ご家族、退院後のサービス提供者の三者で、納得を行くまで方針の打合せを重ねる取り組みを始めた医療機関も複数あった。

3. 退院後の「受け皿側」が安心する要素

1) 退院後も医師等病院に気軽に相談ができる

退院後、入院の契機となった原疾患以外の軽度な病状(※)についても、在宅医療の提供者が入院していた医療機関の場合、入院中の主治医等スタッフが、ワンストップサービスのまずは相談に乗る、診てくれるという安心感が持てると、本人、家族、受け入れ施設スタッフが、在宅医療への移行を受け入れやすいのでは(何かあったら相談して、と患者家族等に病院側が言える)、という話題は複数の医療機関において話題に上った。

(※ 例えば、イレウスで入院、手術後退院した患者さんが、在宅で軽度の肺炎になった場合)

2) 医師の退院支援のチームに対する信頼度合い

医師がどれだけ、退院支援のチームを信頼して、かつ、患者さんの療養環境のコーディネートをする責任を負えるかが重要である。医師が療養方針の全てを決めようとせず、看護、理学療法、栄養、MSW 部門などチームメンバーが有する患者情報から療養状況を把握した上で、療養計画を多職種で作る環境を、いかに病院組織として醸成できるかが課題である。

3) 総合診療医的視点を持つ医師の雇用

特に急性期医療にかかわる医師や、臓器別専門診療を担う医師は、病気を治すことが主なミッションであり、患者さんの退院後の生活像まで考える余裕がないことが十分に考えられる。

中規模病院(200~400床程度)では、①臓器別専門医と、②総合診療医や老年病診療科のような視点を持つ、治療後の生活や療養環境を考慮した診療計画を立てる医師の二本立てチーム構成にすることが、より退院支援の動きを後押しするのではないかとという声も聞かれ、実際に実践している病院もあった(図2 地方都市の中核病院の事例から)。②の素養を持つ医師を病院が育成する、ないし、採用するためのインセンティブを持たせるのはどうかとの意見があった。

図2

地方都市の中核病院の事例から

- 急性期医療を終えて、直ぐに在宅に移行するケースもある。病気を治療する医師が、退院後の生活にまで視野を拡げた診療計画を立てることは、難しいのではないかと。
- ①臓器別専門家である医師が病気の治療の治療に注力し、②総合診療医的視点を持つ、治療後の生活や療養を考慮した療養計画を立てる医師の、2チームにすることが、より退院支援の動きを後押しするのではないかと。



また、小規模病院（200床以下）では、地域が求める医療ニーズを徹底的に把握し、仮に長期療養が見込まれる場合であっても、退院できる可能性を医師が諦めないこと、まずはお試しで退院、しかし在宅医療への移行が厳しい場合は、すぐに再入院が出来ることを、患者さんや家族に示せることが重要であるとして、実践している施設もあった。

大学医局人事で病院に赴任した「①臓器別専門医」が主治医となった場合、かつ、その医師が退院後の患者さんの療養環境に興味がない場合、退院支援チームの活動になかなか協力的ではない、との声もある。医師派遣元の医局に、期待する派遣医師像を伝えたいところではあるが、伝えたら医師派遣が取りやめになる可能性もあり、病院側としては、赴任医師に退院支援や在宅医療に関わらせることを躊躇せざるを得ない事情もある。

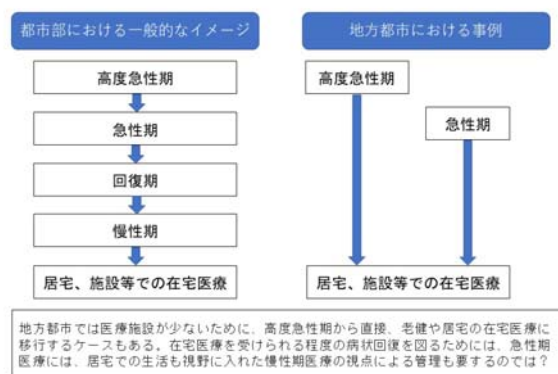
4) 急性期病棟における慢性期医療の必要性

一般的な「地域包括ケア」のイメージとしては、地域にコミュニティーといった受け皿があり、医療密度については高度急性期、急性期、回復期、慢性期、在宅医療と、段階を踏んだ在宅医療への移行をすることになっている。しかし過疎地など資源が限られている地域では、都市部の高度急性期病棟から直接、地域の小規模病院ないし老人保健施設に転退院するケースもある（図3 急性期医療から在宅医療への移行）。患者さんを受け入れる医療者側としては、高度急性期病棟ではあっても、高齢者の在宅療養支援も視野に入れたリハ

ビリテーションや栄養指導など全身管理が行われると、患者さんの病状安定がより図れて、隊員が早まるのでは、との意見もあった。見方によっては、高度急性期病棟への入院期間が長くなればなるほど、高齢者のニーズに沿ったサービスが提供されない期間も長くなり、在宅医療への移行や社会復帰までの時間を要するとの意見も出た。

図3

急性期医療から在宅医療への移行



5) 在宅医療を担う医師等に関すること

主に都市部では、入院医療を引き継ぐ、患者さんの退院先における在宅医療を担う医師の存在が、受け皿側も安心する、在宅医療移行促進の一つの要素であるが、病院側にとって、そのような医師がどこで開業しているか、どういった医療を提供しているか、といったデータベースのようなものがあると、病院側も、在宅移行に向けた準備がしやすくなると思われた。在宅医療を標榜していても、医師の元来の専門分野しか診ないケースもあるとのことで（例：消化器が専門の医師は、消化器系や消化器がんの緩和ケアのみを診る）、データベースによりミスマッチが避けられる。

また、在宅医療を担当する医師、看護師が、在宅療養患者さんの疾患の専門的な事項を、遠隔医療を活用して、患者さんのいる場所から直接、専門とする病院側の医師に相談できるシステムがあると、在宅医療提供側としては便利なのは、との声も聞かれた。

D. 考察

「B. 研究方法」に示した下記三項目について、どのような知見が得られたかを整理する。

① 療養病棟に医療区分1で入院中、かつ、在宅医療への移行が困難な患者さんが、現場感覚としてどの程度いるか。

療養病床数につき、2017年から2020年にかけて、約3万5千床減少している(表1)。かつ、図1に示すように、療養病棟の中で大勢を占める、療養病棟入院基本料1を算定する医療機関では、医療区分1の患者さん自体が1割を切っており、医療区分1の患者さんが、医療保険以外のサービスを受ける流れになってきていると考えられる。

表1 療養病床数の動向

	平成17年 (2005年)	平成20年 (2008年)	平成23年 (2011年)	平成26年 (2014年)	平成29年 (2017年)	令和2年 (2020年)
療養病床数	359,230	339,358	330,167	328,144	325,228	289,114
人口10万対病床数	281.2	265.8	258.3	258.2	256.2	229.2

令和3年医療施設(動態)調査・病院報告の概況 統計表1より

ヒアリングでも意見が出たように、医療区分1で退院できない人のうち、医療面よりも、日常生活の支援を要している事例も一定数あり、社会福祉的な支援があることで、より退院に導ける可能性はある。

② 医療区分1で退院後、外来に移行できる人は、現場感覚としてどの程度いるか。

こちらは①とも関連するが、外来受診に移行できるということは、退院して生活をする場所が存在し、コストも考えた上で生活が成立することである。そのため、医療区分1の患者さんが退院できない事情を、患者本人、家族、支援が出来るサービス提供者などと、一つずつ解決することが必要と考えられる。よって、入院医療から外来へ移行する患者需要の推計のためには、退院できない様々なアナログ的要素が存在することを、考慮する必要がある。

③ 在宅医療側の受け皿は、どのように作られるのか。(そのためには、何が必要か)

1) 退院後の安心感を生み出すために

退院後も地域で診てくれて、心理的ハードルが低く相談が出来る、入院時の主治医や往診医師の存在が、退院を後押しする可能性がある。病院医師に関しては、退院後の生活についても考えて療養計画を立て、慢性期医療も提供できる、老年病科や総合診療医的視点を持つ医師の育成や雇用をするインセンティブが、病院側には必要と考えられる。

2) 退院後の患者さんの支援体制

入院中に、地域の医師、訪問看護、ケアマネージャーなども巻き込んだ、地域として退院後の患者さんの要する医療から福祉、生活の支援に関することまでを議論する、「高齢者支援チーム」のようなものが出来ると、よりよい退院支援に繋がると考えられる。

E. 結論

今年度は主に、入院医療から在宅医療への移行を進めることに繋がるような現場の取り組みについて、ヒアリング調査を行った。患者さん本人、家族、在宅医療におけるサービス提供者が、安心して入院医療から在宅医療に切り替えられる要素があることが、外来も含めた入院外医療の需要を増やすことに繋がるのが考えられた。

謝辞 本分担研究を実施するにあたり、以下の皆様と、その同僚の皆様にご協力をいただきました。この場を借りて、厚く御礼を申し上げます(五十音順)。

池端幸彦様、一戸和成様、大浦誠様、菅野哲也様、小坂鎮太郎様、佐方信夫様、品川俊治様、白石吉彦様、杉浦弘明様、中橋毅様、松田俊太郎様、松原六郎様

また、図の作成に当たりましたは、池端幸彦様のご指導を賜りましたこと、重ねて御礼申し上げます。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし