

「良質な高齢者医療&ケアの実現に関する研究(フォローアップ研究)」

－社会的入院問題の新展開と政策提言－

研究・調査の概要

平成 18 年度研究と平成 20 年度研究を合わせた研究全体の目的は、良質な高齢者医療&ケアを実現するために、日本の医療提供体制の構造的問題を明らかにし、その問題解決のための政策提言を行うことであった。

平成 18 年度研究では、高齢者の社会的入院に関する総合的な研究・調査を行った。その結果、一般病床における社会的入院の問題は解消していないこと、また近時進められている在院日数の短縮化政策に経営的に対応するために、医療の必要性があるのに早期に退院させる未完退院や、不適切な病床・施設に転院させる不適切な転院等の、新しいタイプの社会的入院問題が発生していることを確認し、良質な高齢者医療の実現に向けて必要な政策提言を行った。

フォローアップ研究である平成 20 年度研究では、高齢者の社会的入院の原因に関する考察を深め、政策提言を精緻化することを目的として、関係者へのインタビューを追加的に行うとともに、平成 18 年度研究における全国実態調査で収集したデータをもとに、2つの分析を行った。

以下、(1) 社会的入院患者を抱える病院の特性に関する分析、(2) 退院支援に従事する回答者の自由記述に関する分析と合わせて、(3) フォローアップ研究を通じて強化された政策提言の順に記述する。

(1) 社会的入院を生みだす病院特性に関する分析

平成 18 年度研究における社会的入院の総合的なレビューで明らかになった病院側の主たる要因は、退院調整機能が不足していることであった。しかし、インタビュー調査では、社会的入院が発生する病院には、看護配置基準が低いことなどのように、一定の特徴があることが示唆された。そこで、実態調査で得られたこれらのデータを基に、社会的入院の発生に関する病院特性を明らかにするための多変量解析を行った。

病院特性として収集した情報は、病床数、平均在院日数、入退院患者数、病床利用率等の入院関連指標、医師数・看護職員数・リハビリテーションスタッフ数などのマンパワー指標、病院所有形態、四病協への加入の有無、病院機能評価の認定状況、看護配置基準・リハ基準などの施設指標、退院支援室の有無、スタッフ状態、退院支援の開始時期などの退院支援機能指標である。さらに、医療密度との関係を見るために、濃沼(2000)が用いた急性期入院医療の生産性の尺度「医療密度」の定義を採用した(図1)。十分なサンプル数の揃った、社会的入院継続、社会的新規入院、不適切な転院の 3 タイプについて、それぞれの社会的入院の有無を決める病院特性を発見するために 2 項ロジスティック回帰分析(ステップワイズ法)を、患者当たりの発生率(例:社会的入院継続=社会的入院継続患者数/入院中患者数)を決める病院特性を発見するために一般の重回帰分析(ステップワイズ法)を用いた。

$$\theta = \frac{\text{全職員数} / \text{入院中患者数}}{\text{一般病床数} \times \text{平均在院日数}}$$

図 1 医療(ケア)密度

【一般病床】

社会的入院継続の有無を決める最も重要な変数は、医療密度 θ (非標準化係数=-351.5、 $p=0.012$)であり、次いで専門病院ダミー(非標準化係数=-1.5、 $p=0.014$)であった(Hosmer & Lemeshow=0.816、Nagelkerke $R^2=0.398$ 、 $N=133$)。つまり、医療密度の高い病院や専門病院では、社会的入院は存在しない可能性が高いことが示唆された。一方、社会的入院継続の発生率を決める病院特性については、残念ながら説明力の高いモデルは発見されなかった(調整済み R^2 は0.046~0.134にとどまり、有意となった変数も安定していない)。

社会的新規入院の場合、その有無を決める病院特性も発生率を決める病院特性を生み出すモデルも説明力が低かった。

不適切な転院の場合、その有無を決める最も重要な変数は、退院調整部門存在ダミー(非標準化係数=1.539、 $p=0.000$)であり、ケアミックス病院タイプダミー(非標準化係数=0.771、 $p=0.056$)と専門病院ダミー(非標準化係数=-1.074、 $p=0.059$)の2つの変数が、5%有意水準では有意ではないが、10%有意水準で有意になった(Hosmer & Lemeshow=0.825、Nagelkerke $R^2=0.322$ 、 $N=144$)。一方、発生率を決める重要な変数は、ケアミックス病院タイプダミー(標準化係数=0.406、 $p=0.000$)と退院前カンファレンス全患者ダミー(標準化係数=0.365、 $p=0.001$)、医療密度(標準化係数=0.257、 $p=0.012$)が有意に認められた(調整済み $R^2=0.424$ 、 $N=90$)。つまり、ケアミックス型病院や、退院前カンファレンスを全患者について行っている医療密度が高い病院ほど、不適切な転院も多いと推定された。

これらを総合すると、医療密度が高い病院には、社会的入院継続患者が存在しない可能性が高いということ、また退院支援を積極的に行っている病院は不適切な転院も多いということが判明した。医療密度と社会的入院の関係は、ある程度予想された結果であるが、退院調整機能が強いと、適切性はともかく、病院が患者を退院させていることが示唆されたことになる。

【療養病床】

療養病床のほとんど(87.7%)に社会的入院継続患者が存在する。そのため、社会的入院の有無については、有意なモデルは見つからなかった。一方、発生率の決定要因としては、前期高齢者に関して有意なモデルが発見された。100床当り総看護職員数(標準化係数=-0.411、 $p=0.000$)と退院支援機能に関する3つのダミー変数である(調整済み $R^2=0.395$ 、 $N=129$)。一般病床では医療密度 θ が有意な変数であったが、療養病床では、その部分的な変数が有意になっており、療養病床における医療密度の指標自体に改善の余地がある可能性がある。

社会的新規入院についての有無の分析では、有意なモデルは見つからず、発生率に関しては、前期高齢者について、退院支援開始時期ダミー(標準化係数=0.660、 $p=0.002$)が有意であった(調

整済み $R^2=0.402$ 、 $N=45$)。また、全体、後期高齢者では、退院支援機能に関する3つのダミー変数が抽出された。在宅介護を行っている家族が、外来で社会的新規入院を希望し、病院側がそれを受け入れている可能性が示唆されたことになる。

療養病床からの不適切な転院については、その有無を決めるのは、平均在院日数が短い(非標準化係数=-0.005、 $p=0.034$)病院、看護配置基準が 25:1 ないし特別(非標準化係数=1.299、 $p=0.051$)な病院、退院前カンファレンスを全ケース行っている病院(非標準化係数=1.538、 $p=0.011$)ということが示唆された(Hosmer & Lemeshow=0.105、Nagelkerke $R^2=0.295$ 、 $N=88$)。発生率に関するモデルは、非常に当てはまりがよく(調整済み $R^2=0.834$ 、 $N=28$)、看護配置基準 25:1 の病院(標準化係数=-0.460、 $p=0.003$)、家族も交えて退院前カンファレンスを行っている病院(標準化係数=-0.550、 $p=0.001$)、病床数の少ない病院(標準化係数=-0.323、 $p=0.003$)に、不適切な転院患者の発生率が高いことが示唆された。

これらを総合すると、療養病床では、前期高齢者に関しては、ストックとしての社会的入院(社会的入院継続)もさることながら、フローとしての社会的入院にも着目する余地が大きい。不適切に転院させたり、社会的に新規に入院させたりしている可能性があり、それは看護マンパワーの手薄な病院であることが示唆されたことになる。

(2) 自由記述回答に関する分析

平成 18 年度研究における社会的入院に関する実態調査では、退院支援部門や患者相談室の看護師、MSWらに、定量的調査では言い足りない部分を自由記述欄に回答してもらった。この自由記述の部分は相当な分量に上り、かつ有益な情報が含まれていると判断したため、平成 20 年度のフォローアップ研究では、この自由記述回答についても分析(整理・分類・考察)を行った。

自由記述全体の件数は 1,473 件で、うち当事者の問題点や要因に関するものが 1,197 件、制度の改善に関する提案が 276 件であった。前者の問題点や要因に関する件数 1,197 件のうち、患者・家族に関するものは 335 件、病院に関するものが 194 件、老健・特養に関するものが 362 件、在宅医療・訪問看護等に関するものが 182 件、その他制度・システム上の問題に関するものが 124 件であった。最も記述数の多かったのは老健・特養に関するもので、次いで患者・家族、制度上の提案、病院、在宅医療・訪問看護、その他制度上の問題点であった。

自由記述の分析から、病院からみた社会的入院の発生要因モデル、家族介護力の不足を理由とする社会的入院の類型、病院からみた社会的入院の発生の構図の 3 つが得られた。本概要では、第一の病院からみた社会的入院の発生要因モデルのみについて記述する。

一般病床と療養病床の双方を合わせた病院から問題を捉えた場合、最も記述件数が多かったのは、老健・特養が特定の医療処置を必要とする患者の受け入れを選別したり拒否したりしていることである。これに関する記述は、一般病床 97 件、療養病床 81 件で合計 178 件に上った。内容別にみると、胃ろう・経管栄養が最も多く受け入れを拒否されており、次いで気管切開、インスリン、酸素、吸引、認知症と続く。なお、病院の中でみると、療養病床にも患者選別拒否がある。

病院から見た問題で次に件数が多かったのは、老健・特養が不足しているというもので、一般病床 55 件、療養病床 42 件、合計 97 件である。平成 18 年度研究における社会的入院の実態調査では、介護施設の不足は社会的入院の理由別発生要因の第 3 位にあげられていたが、主観的にみた場

合の要因としての重要性が確認されたことになる。この第二の施設不足と第一の特定患者の受け入れ拒否とを合わせると 275 件となる。自由記述の件数で見ると、病院からみた退院阻害要因としては、患者・家族の要因ではなく、老健・特養側の要因が重要であると考えられた。

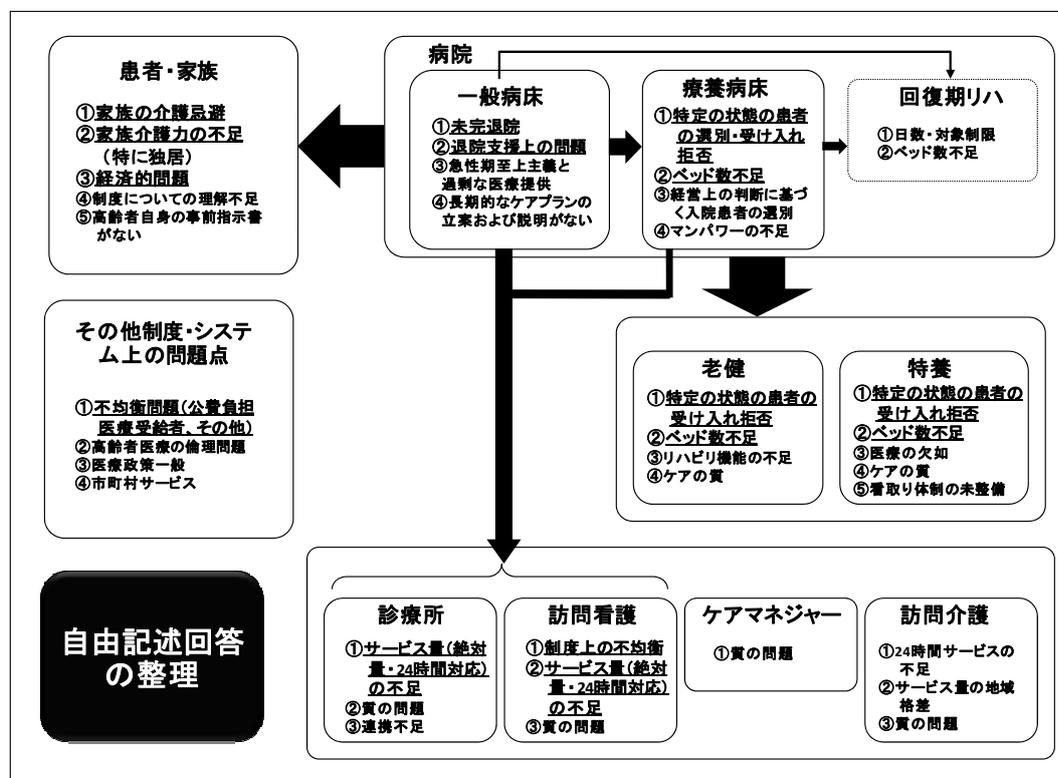


図 2 自由記述回答の分析から得られた社会的入院の発生要因モデル(自由記述回答モデル)

しかし、患者・家族の要因に関する件数が少ないわけではない。自由記述の件数でいえば、第三に家族の介護忌避(一般病床 38 件・療養病床 52 件=計 90 件)、第四に家族介護力の不足(一般病床 64 件・療養病床 21 件=計 85 件)、第五に経済的問題(一般病床 54 件・療養病床 25 件=計 79 件)があげられるので、これらの 3 つの要因を合わせると 254 件となり、老健・特養側の要因の記述件数に近づくことになる。さらに、第 8 位の要因で、患者・家族の制度に関する理解不足(一般病床 31 件・療養病床 19 件=計 50 件)があげられているので、こららを合計すると 304 件となり、老健・特養側の要因よりも多くなる。

(3) 政策提言

病院特性に関する多変量解析および自由記述回答の分析を通じて、平成 18 年度研究で提示した政策提言を強化した。主たる内容は 5 つある。

①高密度ケア加算を創設する

たとえば、図 1 であげた医療(ケア)密度の式に基づき、病院ごとに医療密度を計算し、医療密度の高い病院(病棟)には高密度ケア加算として一定の評価を与える。病床過剰は社会的入院問題のみならず日本の医療提供体制の最大の問題であるが、病床削減を診療報酬上のインセンティブとして初めて組み込むことになれば、病床削減に向けた大きな一歩になる可能性がある。

②入退院の適切性審査を強化する

病院特性分析結果のもう一つの意義は、入退院の適切性そのものをチェックする必要性が示唆されたことである。入退院の適切性を確保するには種々の方法があるが、医療介護複合施設への入院に際しては、介護保険のケアプラン同様に、患者・家族を交えて中長期的なケアプランの立案を義務化し、保険者へ提出させることにすべきである。

③在宅医療・介護への積極的な経済的インセンティブを付与する（自己負担率 5%）

在宅療養を行う者に対する積極的な経済的インセンティブを付与することが政策として考えられる。最も有力だと思われるのは、在宅医療・訪問看護についての利用者自己負担を現行の 30%から 5%へ一気に引き下げることである。

④Living Will と死への準備教育を制度化する

平成 18 年度研究では、要介護認定の時に延命処置等に関する意思を確認する制度の導入を提言としてあげたが、平成 20 年度研究ではさらにそれを一歩進めて、国民全員に 60 歳になったら Living Will を記入することを義務づけ、また特定健診時に死への準備教育を受けるよう制度化することを提案したい。

⑤地域ヘルスケアコーディネーターを創設する

病院や介護保険施設が収入を最大化するよう行動しているにも関わらず、地域のヘルスケアシステム全体をコーディネートする者が存在しないために、社会的入院継続や不適切な転院などの問題が生じていることが自由記述の分析で明らかになった。そこで、「地域ヘルスケアコーディネーター」を創設し、地域のヘルスケアシステム全体をコーディネートするようにすることを提案する。

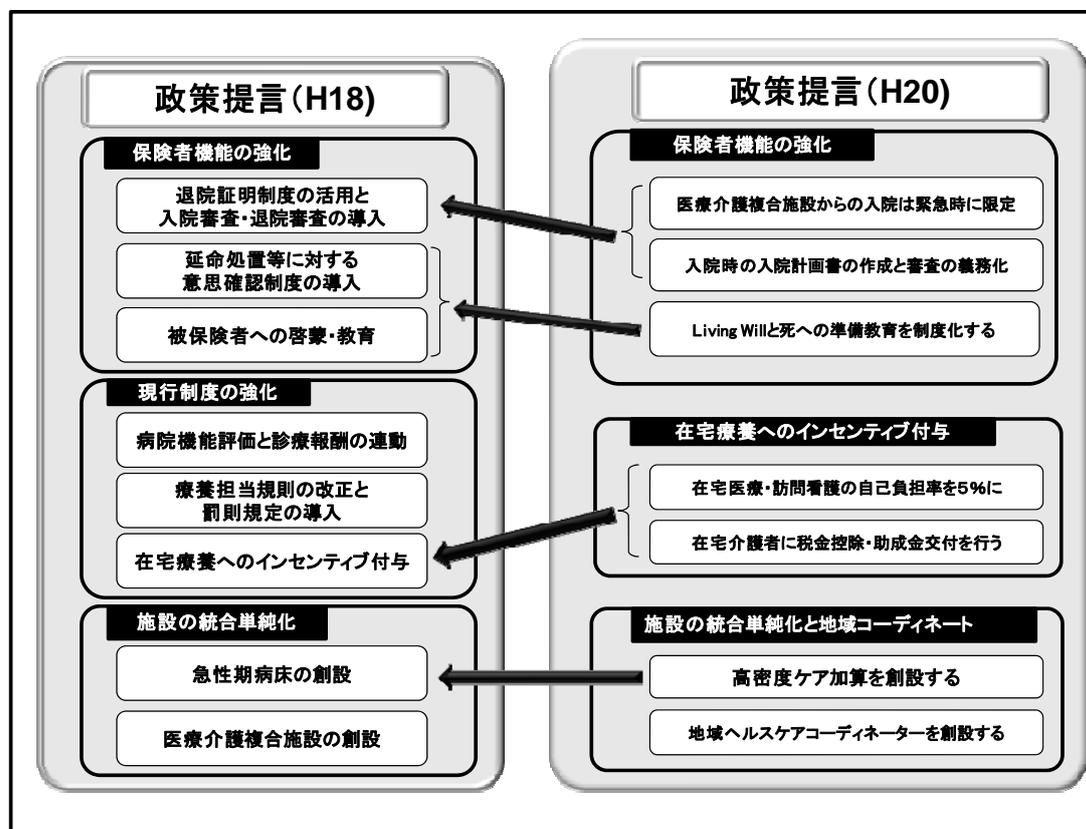


図 3 良質な高齢者医療&ケアを実現するための政策提言