

「良質な高齢者医療 & ケアの実現に関する研究」

- 社会的入院問題の新展開と政策提言 -

研究 調査の概要

本研究 調査は、「良質な高齢者医療 & ケアの提供の実現」に向けて、現在の日本の医療 & ケア提供体制が持つ本質的な問題を明確にし、それらに対する具体的な解決策を提言する目的で行った。そのために、本研究は2つのアプローチを採用した。第一は、日本の医療 & ケア提供における病理的な現象である、いわゆる社会的入院の実態把握とその原因分析を通じて、本質的な問題に迫る方法である。第二は、高齢者医療の理念、ケアの基本理念に照らして、現状の問題点を把握する方法である。具体的には、(1)社会的入院に関する学術文献の総合的レビューから出発し(Step1)、高齢者医療の理念を軸に、(2)国内施設に対する訪問インタビュー調査、および米英の施設や関係団体に対する訪問インタビュー調査を行って、定性的な問題を把握した(Step2)。その後、(3)調査票に基づく実態調査によって、問題を定量的に把握し(Step3)、総合的な考察を通じて、(4)高齢者医療 & ケアに関する本質的な問題を抽出し、問題解決としての政策提言を考案した(Step4)。

本研究 調査の結果は、(1)社会的入院問題の実態把握、(2)高齢者医療の理念からみた問題点、(3)本質的な問題と政策提言の3つにまとめることができる。

(1) 社会的入院問題の実態把握

第一の社会的入院問題については、総合的レビュー、国内施設への訪問インタビュー、調査票による実態把握の3つを通して検討し、学術的のみならず、定性的・定量的な実態把握を含め総合的な知見をまとめた。

実態調査の結果、ストックとしての社会的入院患者は一般病床に約 17 万人 (全高齢患者の 38.1%)、療養病床に約 15 万人 (全高齢患者の 51.0%)、合計約 32 万人存在すると推計された。その主たる理由は、介護力不足、介護忌避・入院継続希望、介護施設不足、高齢者の医療 & ケアに関する理念と医療・介護保険制度に関する理解不足であった。ほぼ同様の理由で、在宅療養・介護施設の代替として、一般病床に年間約 36 万人、療養病床に年間約 16 万人が、社会的に新規に入院していること(社会的新入院)が判明した。介護保険制度の実施後も、これだけの社会的入院患者が存在することは、問題の深刻さを物語っている。

さらに、入院医療の必要性が小さくなり、在宅療養・施設介護が可能であるにもかかわらず、一般病床から年間約 71 万人、療養病床から年間約 10 万人が不適切な先へ転院(不適切な転院)していた。また、入院医療の必要性があるにもかかわらず、一般病床から年間約 24 万人、療養病床から年間約 6 万人が未完のまま退院(未完退院)しており、さらにこれらを原

因とする再入院もかなりの数に上ることが判明した。

伝統的な意味での社会的入院が、介護保険制度の実施後も依然として存在すること、また在院日数短縮化政策によって不適切な転院や未完退院が生じ、症状が悪化した者が再入院するという新たな問題（社会的入院の新展開）が発生していることを確認した。

社会的入院の本質は、数の上で過剰な一般病床と療養病床が、不足がちな福祉施設の代替施設として、介護保険制度の実施後も依然として利用されていることにある。

なお、社会的入院患者が介護施設に入所した場合、約 1 兆 4700 億円の医療費が適正化されると推計された。

(2) 高齢者医療の理念からみた問題点

高齢者医療においては、高齢者の特徴から考える必要がある。高齢者は、ADL が既に低下しており複数疾患を持つ可能性が高く、完治が期待できない（治療効果が低い）ことも多い。したがって、高齢者医療においては、過剰な延命処置や疾病の完治を目指すのではなく、患者の QOL の維持・回復を第一義に考える必要があり、そのためには複数の専門職から構成されるチームによって、高齢者の ADL、精神機能、社会的環境を考慮した総合的な医療 & ケアを提供する必要がある。また、ケアの基本理念として、自己決定、残存能力の活用、サービスの継続性が重視されるべきである。このような考えに基づき、国内施設への訪問インタビュー調査と実態調査を行った。

医療 & ケアの不適切性

実態調査の結果、胃ろう造設、気管切開、人工呼吸器、尿道留置カテーテル、人口透析について、本人・家族の意思を確認していない、在院日数短縮化のために実施する、かえって入院が長期化した、転院・転所の必要性が増したりする等の問題点が発見された。

施設の不適切性

実態調査の結果、一般病床の約半数(46.5%)、療養病床の 8 割強(86%)の患者が高齢者であった。高齢者の医療 & ケアの理念から考えると、高齢者に対しては QOL の維持・向上や生活重視の観点から、複数の専門職種がチームとなり医療 & 介護の総合的ケアを提供することが重要となる。

しかし、一般病床は、急性期治療を提供するための施設であるため、生活機能を考慮した設備をそもそも整備していない。逆に、介護老人福祉施設（特養）は、要介護度が高い重度要介護者のための専用施設であり医療機能がない。その中間の介護老人保健施設（老健）は、在宅復帰を目指しリハビリを行う中間施設であるが、職員配置の関係（利用者 100 名に対し医師 1 名）をみても、医療機能は不十分である。さらに、療養病床は、高齢者が療養する環境としては居室環境が狭く、食堂やホール等がなく、特養と比較すると好ましくないとはいえよう。

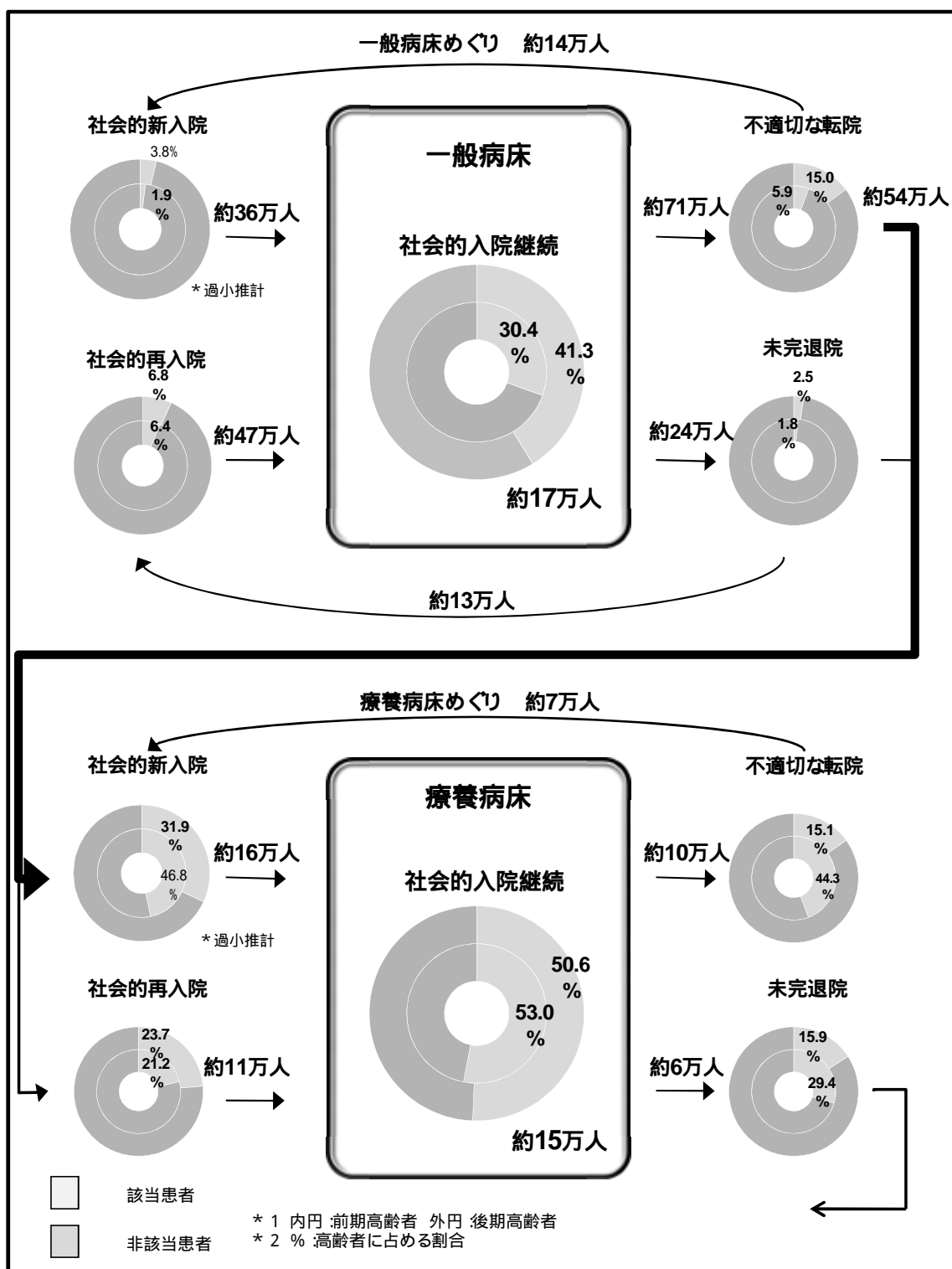


図 1 社会的入院総括図

(3) 本質的な問題と政策提言

社会的入院問題の原因究明を通じて、また高齢者医療の理念に現状を照らして把握された、日本の医療&ケア提供体制に潜む本質的な問題は6つに集約できる(図参照)。

まず、需要サイドからみると(1)介護施設に入所するには要介護認定が必要であるが、入院は医師の判断一つで可能なこと(入院の容易性)、(2)在宅療養・介護施設より先病院を志向するという家族・患者の病院志向があること、および早期退院が望ましいことを理解せず、介護保険制度の利用が遅れるという理念・制度に対する理解不足があることの2つがある。一方、供給サイドからみると(3)そもそも一般病床・療養病床が過剰であり、介護施設が不足していること、(4)入退院判断の社会的妥当性を確保する仕組みがないこと(入退院判断の不適切性)、(5)医療&ケアの内容の適切性が確保されていないこと、(6)施設自体が高齢者医療&ケアに不適切であることの4つがあった。これらの6つの問題に対し、3つのカテゴリーに基づく、8つの政策を提言した。

まず、保険者機能の強化の観点から

- (1)退院証明書制度の活用と入院審査・退院審査の導入によって、入院の容易性を引き下げ、入退院の判断の社会的妥当性を確保する仕組みを設ける
- (2)要介護認定時等に延命処置等に対する、高齢者本人の意思確認制度を導入して、医療&ケアの適切性を図る
- (3)被保険者への啓蒙・教育によって、患者・家族の病院志向を是正し、高齢者医療の理念や介護保険制度に対する理解を深めることを提案した。

次に、現行制度の強化の観点からは、

- (4)病院機能評価と診療報酬の連動によって、医療&ケアの内容の適切性を図り、合わせて入退院判断の社会的妥当性を確保する
- (5)療養担当規則の改正と違反に対する罰則規定の導入によって、不適切な入退院と転院、未完退院を防止する
- (6)在宅療養へのインセンティブ付与により、病院より先在宅療養、施設介護を選択するような制度設計にし、患者・家族の病院志向を是正することをあげた。

そして、医療&ケア提供体制に関する根本的な問題である病床過剰・介護施設の不足問題の解決策としては、施設体系の部分最適化を前提にした議論ではなく、むしろ高齢者医療&ケアを総合的に提供するための施設の統合単純化を掲げ、

- (7)急性期病床の創設
- (8)医療介護複合施設の導入を提案した。