

2021年4月21日 全8頁

病床不足対策にもなる退院支援の強化

取り組みを見える化し、現状や進捗を評価する必要

政策調査部 研究員 石橋 未来

[要約]

- 新型コロナウイルス感染症にかかった患者が、急性期の入院治療を終えた後、円滑に転院や退院ができない事態が数多く発生した。その一因は、急性期に対応する医療機関と回復期や慢性期に対応する医療機関との連携が不十分であることだけでなく、入院先の医療機関と在宅医療や介護との連携にも大きな課題があるためである。
- 入院先の病院から、地域での在宅医療や介護サービスの利用に切れ目なくつなぐ退院支援は、都道府県が医療計画の中で政策的に進めることになっている。だが、医療と介護を連携させる退院支援に十分取り組んできたとはいえない。
- 医療や介護が必要になっても地域で暮らし続けることができる地域包括ケアシステムの構築が進められており、医療と介護の連携はその中核である。例えば、緊急の治療を終え、入院の必要性がなくなった高齢者が、適切な介護サービスを受けられるようスムーズに退院できるようにすることは、今般の新型コロナウイルス感染症のような新興感染症が発生した際の病床確保策としても意味を持つだろう。

緊急時に病床を確保できる体制構築は引き続きの課題

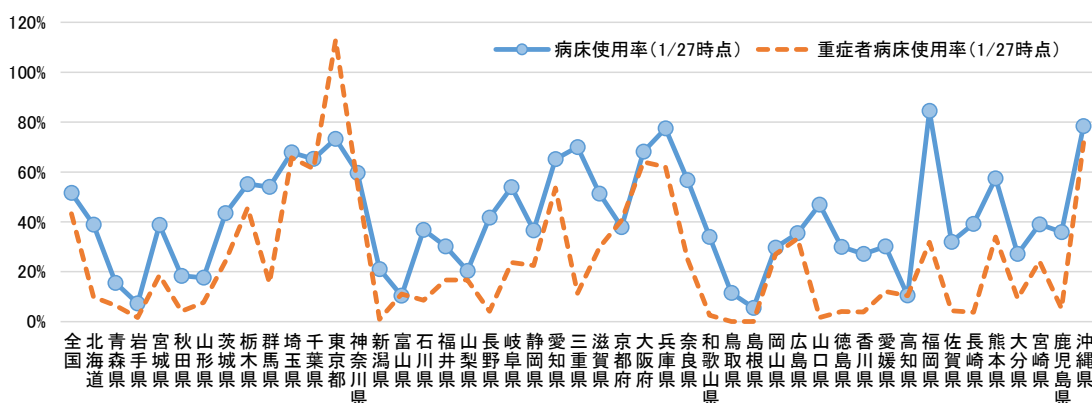
2020年11月下旬以降、新型コロナウイルス感染症の陽性者数が急増して医療提供体制がひっ迫したことから、政府は2021年1月8日に2度目の緊急事態宣言を、地域を限定して発出した。その後、諸外国と比べて人口当たりの病床数が多いにもかかわらず、2020年春と同様に、新型感染症の患者に対応する病床の確保がままならない状況が再び続いた。2021年3月21日に2度目の緊急事態宣言は解除されたが、足下では新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく「まん延防止等重点措置」が実施されている地域があるなど、安定的な医療提供体制の構築は喫緊の課題である。

本稿では、地域医療構想の遅れなどがコロナ禍における病床不足に影響したのと同様に、地域包括ケアシステムの遅れも、高齢者の円滑な退院を妨げるなどして病床不足の一因となった可能性について指摘する。緊急時の病床確保をスムーズに行うには、地域包括ケアシステムの構築を平時から着実に進め、医療・介護の連携を強化しておく必要があることを述べたい。

急性期の病床からスムーズに転院・退院できる仕組みが不可欠

2020年11月下旬から2021年の年明けにかけて新型コロナウイルス感染症の陽性者数が急拡大し、医療提供体制のひっ迫が懸念されたことから、政府は2021年1月8日に、東京、千葉、埼玉、神奈川の1都3県を対象に2度目の緊急事態宣言を発出した。1月14日には、1都3県と同様に、爆発的な感染拡大と深刻な医療提供体制の機能不全の恐れがあるとして、大阪、兵庫、京都、愛知、岐阜、福岡、栃木を含む11都府県を対象地域を拡大した。1月下旬には対象地域を中心に病床使用率が上昇し、病床不足の懸念が2020年の春以来、再び強まった(図表1)。

図表1 新型コロナウイルス感染症患者の病床使用率(2021年1月27日時点)



(注) 病床使用率は患者全体についてであり、重症者病床使用率はそのうち重症者についてである。なお、東京都の重症者については、重症者向けの確保病床数の定義が重症者の定義と整合的でないため計算上の使用率が100%を超えている。東京都独自の基準での重症者病床使用率は64%であった。

(出所) 厚生労働省「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査結果(1月27日0時時点)」より大和総研作成

新型コロナウイルス感染症に対応する病床が不足した一因は、地域医療構想の遅れ、すなわち地域の医療機関の間で機能を分化したり連携したりする体制の構築が不十分だったことにあると考えられる¹。急性期の患者に対応するはずの医療機関で新型コロナウイルス感染症の患者を受け入れなかったり、高度急性期の病床が中等症や軽症の患者で埋まってしまったりしていれば、病床がいくらあっても不足の問題は解消されない。それぞれの地域内で、新型コロナ患者の症状に合わせた適切な入院調整が行われれば、病床不足の問題はかなり緩和されるのではないかと考えられる。

加えて、病床不足の問題を解消するには、急性期を過ぎて回復に向かう患者がスムーズに転院したり、治癒した患者が退院したりできる仕組みも不可欠だ。大阪府の調査では、コロナ患者を受け入れている病院の長期入院患者(20日以上入院)の6割が、「コロナ感染症の症状以外」の理由で入院を継続している実態が明らかになった²。具体的には、転院先が決まらない、新型コロナウイルスが治ってもそれ以外の疾患があるといった理由だ。たしかに、新型コロナウイルスの症状が治っても一定の治療継続が必要だったり、特に高齢者の場合は日常生活動作(ADL)が低下したり

¹ 石橋未来「病床不足の処方箋は病床の再編と連携」大和総研レポート(2020年5月28日)(https://www.dir.co.jp/report/research/policy-analysis/human-society/20200528_021568.html)

² 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部 事務連絡(令和3年3月19日)「新型コロナウイルスに係る後方支援医療機関の確保に関する自治体の実践例や、G-MISの調査項目追加について」別添3(<https://www.mhlw.go.jp/content/000756418.pdf>)

していれば、すぐに退院して自宅に戻るのが難しいケースは少なくないだろう。そこで、こうした患者を受け入れる後方支援医療機関や、退院基準を満たした高齢者を受け入れる高齢者施設を確保するなど、コロナ患者受け入れ病院からの退院支援をこれまで以上に実施すれば、新型コロナ患者用の病床の対応能力を強化できる。

この点、政府は、後方支援医療機関の診療報酬の評価を引き上げ、急性期を過ぎた後も引き続き入院管理が必要な患者を受け入れる病床の確保を進めている³。自治体の中には、さらなる上乘せ補助（「謝金」の支払い）を行って、転院先を確保しようとするところも見られた⁴。また、介護施設に対しても、退院基準を満たした高齢者を受け入れたことで定員を超過するケースについては減算を行わないとする人員基準等の柔軟な取扱いを可能としたほか⁵、臨時的に介護報酬上の評価の引き上げ（当該介護保険施設から入院した者を除く）を行っている⁶。こうした特例措置により、一時的には、急性期を過ぎた後の患者の転院や退院の遅れが解消に向かうかもしれない。

だが長期的には、急性期に対応する医療機関と回復期・慢性期に対応する医療機関の間はもちろん、在宅医療を担う地域のクリニックや介護施設、居宅系の介護サービスを提供する事業者等が緊密に連携して、切れ目のない医療・介護サービスの提供体制を構築することが強く望まれる。医療と介護の連携を平時から強化しておくことは、新型コロナウイルス感染症のような新興感染症が発生した場合に、病床をはじめとする医療資源を効率的に使用することにもつながるだろう。

病床がひっ迫した地域では、医療・介護連携が遅れている可能性

では、都道府県別の医療・介護の連携状況と、コロナ禍の中での病床のひっ迫状況を見てみよう。以下では、主に高齢者の退院に係る医療・介護連携について注目する。

図表 2 は、病床不足の懸念が強まっていた 2021 年 1 月 27 日時点の病床使用率（左軸）と、介護支援連携指導を受けた患者数の状況（2018 年の人口 10 万人当たり算定回数、右軸、逆目盛）である。介護支援連携指導とは、医療機関がケアマネージャーなどと連携して、入院患者が退院した後に必要となる介護サービスを適切に受けることができるように、退院前から説明や指導を行い、退院後のケアプランの作成等につなげるものである。

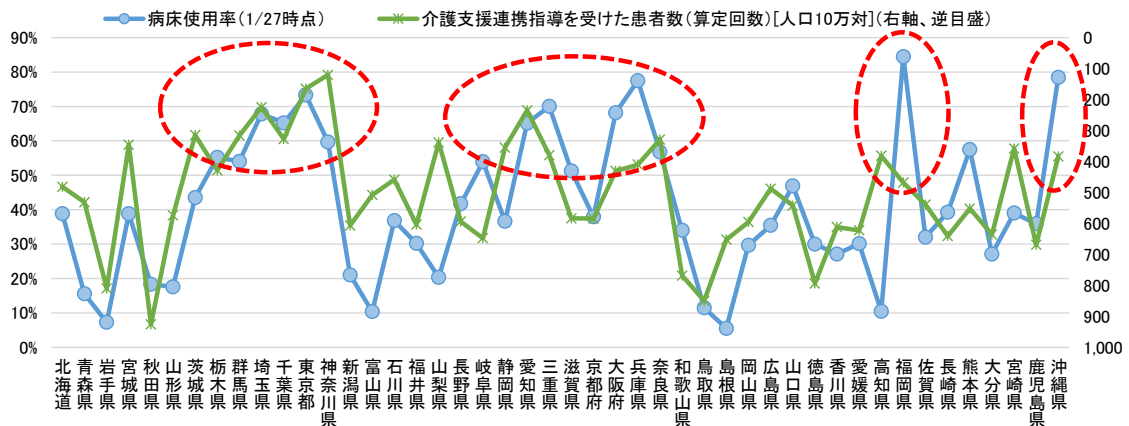
³ 厚生労働省保健局 医療課 事務連絡（令和 2 年 12 月 15 日）「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その 31）」（<https://www.mhlw.go.jp/content/000705761.pdf>）、厚生労働省保険局医療課 事務連絡（令和 3 年 1 月 22 日）「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その 34）」（<https://www.mhlw.go.jp/content/000725849.pdf>）参照。

⁴ 東京都では 2020 年 12 月 15 日から 2021 年 3 月 31 日までを対象期間に、患者 1 名につき 18 万円の支給を行った（<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/kansen/kouhoushienn.files/jigyougaiyou.pdf>）。

⁵ 厚生労働省老健局 高齢者支援課 認知症施策・地域介護推進課 老人保健課 事務連絡（令和 2 年 12 月 25 日）「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて（第 17 報）」（<https://www.mhlw.go.jp/content/000712957.pdf>）参照。

⁶ 厚生労働省老健局 高齢者支援課 認知症施策・地域介護推進課 老人保健課 事務連絡（令和 3 年 2 月 16 日）「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて（第 18 報）」（<https://www.mhlw.go.jp/content/000739480.pdf>）参照。

図表2 新型コロナの病床使用率が高い地域では介護支援連携指導が行われていない傾向

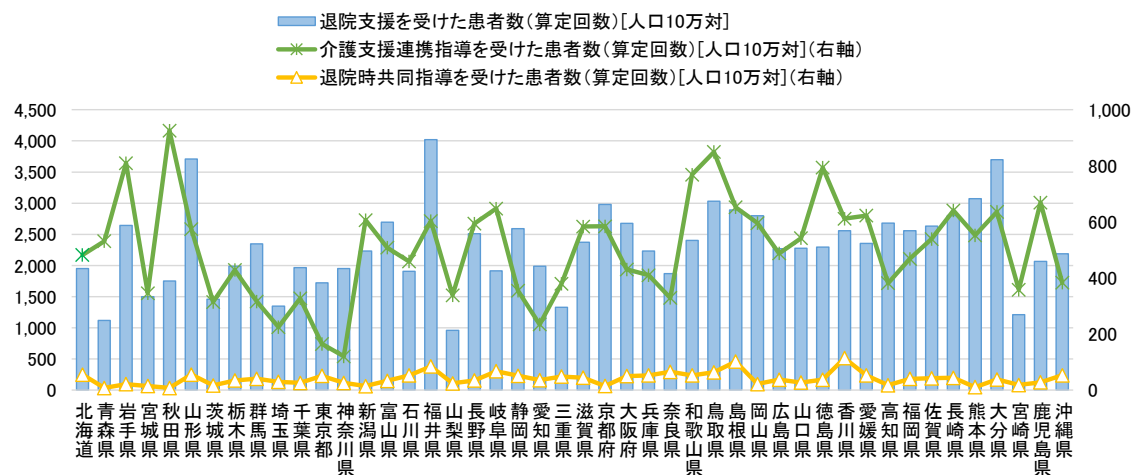


(注) 福島県は除く。

(出所) 厚生労働省「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査結果（1月27日0時時点）」「地域包括ケア『見える化』システム」より大和総研作成

図表からは、病床使用率が50%を超えるなどコロナ禍に対応する病床がひっ迫した地域では、介護支援連携指導があまり行われていない（医療機関による介護支援連携指導料の算定回数が少ない）傾向が確認できる。介護支援連携指導を受けた患者数は、高齢化が進む地域ほど多いなど年齢構成の差の影響も考えられる点に留意すべきだが、図表3に示したように介護支援連携指導を受けた患者数が少ない地域では、退院支援に係るその他のサービス利用者数もそう多くない⁷。平時から医療と介護の連携が十分に行われていない地域では、新型感染症患者の退院がスムーズではなかった可能性があるのではないかと。

図表3 急性期に対応する医療機関からの退院支援に係る連携状況（2018年）



(注) 福島県は除く。

(出所) 厚生労働省「地域包括ケア『見える化』システム」より大和総研作成

⁷ 図表3に示した「退院支援」とは、急性期治療を終えた患者が、退院して地域の病院・施設や自宅などで安心して療養が継続できるように、患者やその家族に対して入院早期から専門職が連携して行う支援のこと。また、「退院時共同指導」とは、入院患者が退院後に安心して療養生活を送ることができるよう、患者の同意を得て、入院医療機関の医師と退院後の在宅療養を担う専門職（社会福祉士なども含む）が共同で行う説明及び指導のこと。

これまでの医療・介護連携

医療と介護の連携については、医療や介護が必要になったとしても、国民の60%以上が終末期の療養場所として自宅を望んでいることなどを背景に、医療と介護の双方から推進されてきた⁸。しかし、医療と介護の両方を必要とする高齢者の急増が見込まれる中では、地域医療の提供体制と介護サービスの提供体制とを同時に見直すことが求められることから、2014年6月に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（医療介護総合確保推進法）が成立した。そのための財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）も創設され、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じて、地域における医療及び介護の総合的な確保が推進されてきた。

地域包括ケアシステムとは、住み慣れた地域で医療・介護だけでなく、予防・住まい・生活支援が一体的に提供される仕組みのことであり、政府は2025年を目途に構築を進めている。日常の生活支援などに地域の支え合いも活用することで、限りある医療・介護資源を効率的に活用しつつ、自宅での生活を長く続けたいという高齢者の希望を叶えようというものだ。地域包括ケアシステムを実現するには、地域における医療・介護の連携が不可欠であるのは明らかだろう。

医療・介護の連携強化が求められる中、2018年に第7次医療計画（2023年度までの6年間）と第7期介護保険事業（支援）計画（2020年度までの3年間）が同時にスタートした。その際の計画作成に当たっては、関係者による協議の場を設置することや、病床の機能分化・連携に伴って生じる在宅医療等の新たなサービスの必要量に関して、医療・介護、双方の計画の整合性を確保することなどが、それ以前の計画以上に重視された。

退院支援に係る医療・介護連携の課題

第7次医療計画では、需要の増大が見込まれる在宅医療の提供体制を着実に整備するため、在宅医療の4つの医療機能（退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）ごとに整備目標を計画に記載し、目標達成に向けた進捗状況を評価することが重要とされた。そのための指標例も、4つの医療機能ごとに指針で示された。

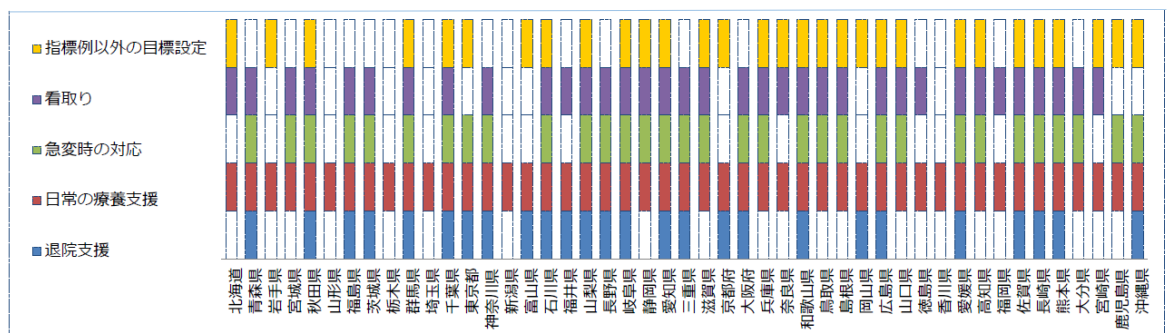
4つの医療機能の中でも退院支援は、病院完結型の医療から、地域包括ケアシステムが目指す地域完結型の医療へつなぐ要であるため、着実な体制整備が必要である⁹。だが、実際の取り組みには地域差が見られる。第7次医療計画では、退院支援に関する数値目標と達成に向けた施

⁸ 例えば、2011～2012年にかけて実施された在宅医療連携拠点事業（医療行政を担当する厚生労働省医政局の政策）や、同じ頃に実施された地域ケア多職種協働推進等事業（介護保険や老人保健を担当する厚生労働省老健局の政策）など。

⁹ 退院支援における医療・介護連携の難しさとして、病院の医療職には、患者の入院前の生活や退院後の地域資源に関する情報を得る機会が十分ではなく、また、介護関係者の側にも、病院の機能分化や退院の決定プロセスを十分に理解する機会がないことなどが挙げられる。

策の記載が必須でなかったこともあり¹⁰、退院支援に関する目標を設定したのは26の都府県にとどまった（図表4）。

図表4 在宅医療の4機能に関する目標設定の状況（一つ以上の目標項目を設定しているもの）



医政局地域医療計画課調べ

※ 別表11（平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知）に基づき医政局地域医療計画課にて分類を行った。そのため、二次医療圏における退院支援ルールの策定等は、「指標例以外の目標設定」として取り扱っている。

※ 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院については、指標例において「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」にまたがる項目として示しており、目標として設定されている場合は、いずれの項目にも該当するとして取り扱っている。

※ 在宅療養支援歯科診療所については、指標例において、「日常の療養支援」「急変時の対応」にまたがる項目として示しており、目標として設定されている場合は、いずれの項目にも該当するとして取り扱っている。

（出所）厚生労働省「在宅医療の中間見直しに向けた検討について」第9回 在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ資料（2019年9月6日）より抜粋。

また、介護が必要な高齢者の入退院時に医療機関の関係者とケアマネージャーなどの介護関係者が連携するためには、それぞれの役割や手順などを定めた退院支援ルールを策定しておくことが有効だが（当該ルールの策定は図表4で示されている「指標例以外の目標設定」に含まれる）、そうしたルールを在宅医療圏域（地域医療構想区域とほぼ同じ）全てで策定したのは15都県のみであった。

さらに、退院支援に関する目標を設定した前述の26都府県についても、設定されたのはほとんどが「退院支援を実施している診療所・病院数」や「退院支援担当者を配置している診療所・病院数」などのストラクチャー指標であり、「退院支援（退院調整）を受けた患者数」や「介護支援連携指導を受けた患者数」などのプロセス指標（実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関の連携体制を測る指標）を挙げたところはわずかであった。医療サービスを提供する物的・人的資源や組織体制などを測るストラクチャー指標で目標を達成したとしても、実際はあまり実施されていないというケースがあることは十分に考えられる。

この点、2020年度に行われた第7次医療計画の中間見直しにおいて、第8次となる次期医療計画（2024～29年度）では在宅医療の提供体制を評価する指標として、アウトカム指標の設定を検討してはどうかとの意見が挙げられた。ストラクチャー指標やプロセス指標の数字を達成することに傾倒すれば、地域ごとに目指す医療・介護連携の最終的な姿を見失いやすくなるという懸念があるからである。ただ、地域の目指すべき理想像を数値化するアウトカム指標の設定

¹⁰ 地域の実情に応じて設定する必要があることから、原則記載となったのは、日常の療養支援の目標項目のうち、「訪問診療を実施している診療所・病院数」と、その達成に向けた施策であり、それ以外の医療機能については可能な限り設定することとされた。

は容易ではなく、具体的な指標の候補については現段階では示されていない¹¹。

このように、地域包括ケアシステムの実現のための、病院から地域につなぐ退院支援については、現在の医療計画の中でそれを評価する指標を設定している地域が少ないことに加え、設定されている場合も指標の中心は体制を有している診療所や病院の「数」にとどまっている地域がほとんどのため、政策目標への進捗を十分には測定できないという問題がある。また、進捗状況の測定は、前出図表 3 で示した退院支援に係る連携状況（プロセス指標）さえ確認すればよいわけではなく、質の高い退院支援の取り組みが現場に浸透し、各地域が目指しているアウトカムにつながっているかどうかの評価が必要である。

もちろん、他地域と比べて退院支援に係るサービスを受けた患者数が少ない都道府県には、少なくとも退院支援の実績に関する具体的な数値目標の設定がまずは求められるだろう。特にコロナ禍で病床不足に直面した地域では、地域包括ケアシステムの確立に向けた取り組みが、新型コロナウイルス拡大時の病床調整能力を高めることにもなると期待される。

医療・介護の連携強化に向け、現状を把握し進捗を評価する必要

2025 年に向けて地域包括ケアシステムの実現が目指されており、医療・介護の連携はその中核である。だが、退院支援に注目すれば、都道府県がそれに積極的に取り組んできた様子は窺えない。先述の通り、第 7 次医療計画の中で退院支援に関する目標を設定したのは、47 都道府県の半分強にすぎない 26 都府県だった。目途としてきた 2025 年までの地域包括ケアシステムの実現は厳しい状況といえるが、医療・介護の連携を中心とした体制構築に向けた不断の取り組みが必要である。

そこで、医療・介護連携の強化を一段と進めて、地域の在宅医療や介護サービスの利用に切れ目なくつなげる退院支援を実現するため、第 8 次医療計画においては、まずは「退院支援（退院調整）を受けた患者数」などの定量的なプロセス指標の設定を必須化することが考えられる。もちろん、本来は、地域でどのような姿を目指すのかといったアウトカムを明確にし、そのためには何が必要かという因果関係を逆にたどって指標を設定し、達成状況の評価を定期的に行うことが望ましい。第 8 次医療計画の策定に向けてはアウトカム指標の具体的な候補が示される予定である。ただ、退院支援によって退院後の生活満足度がどの程度改善したかなどの主観的要素を含むアウトカムは、指標の設定だけでなく数値化して測定することは簡単ではない。だからといって曖昧なアウトカム指標にとどまれば、現場で取り組む関係者の感覚からは遠く離れた目標になりかねず、医療・介護の連携がますます遅れる懸念がある。

そのため、まずは地域の退院支援がどの程度実施されているかなど、数値化が可能なプロセスやアウトプットに関する指標を用いて現状の把握や進捗状況の評価を確実に行うべきだろう。

¹¹ 住民（患者・利用者）の客観的状态（居所など）はレセプト情報等から把握できるものもあるが、主観的状态（主観的幸福・生活満足など）はレセプト等の既存統計では把握が難しい場合が多い。在宅医療及び医療・介護連携に関する WG では、生きがいや人生会議（ACP）などが候補となりうるのではないかと意見が挙がっている。

全国で統一されたプロセス指標が出そろえば、他の地域との比較による課題の抽出や先進事例・優良事例の横展開も行いやすくなる。

おわりに

述べてきたように、地域包括ケアシステムを実現するため退院支援に積極的に取り組むことは、再び懸念が強まっている病床不足の問題への対応にもなると考えられる。新興感染症等の感染拡大時における医療に関しては、第 8 次医療計画の記載事項として位置付けられる予定となり、各都道府県には基本指針を基に、感染拡大時に機動的に医療需要に対応できる計画の策定が求められる。次期医療計画をより実効性の高いものとするためにも、退院支援には重点的に取り組むべきだろう。急性期を脱した患者、特に入院による ADL の低下等が懸念される高齢者がスムーズに転院、退院して地域での療養や生活を継続できるようにすれば、限りある医療資源を効率的に活用できるようになる。

住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる医療・介護の提供体制を確立することは、コロナ禍のような非常時における医療提供体制のレジリエンスを高めるという意味も持つ。医療・介護の連携を着実に推進するとともに、それに向けた取り組みを見える化することが求められるだろう。