

医療費抑制と退院支援に関する一考察

－保健医療機関の福祉専門職の役割に焦点を当てて－

野田 秀孝

A study on Healthcare costs by length of stay shortened
－Focusing on Welfare professionals in the health care institutions－

Hidetaka NODA

E-mail: noda@edu-u.toyama.ac.jp

Abstract

To restrain health care costs are in different countries.
Health care cost containment is indicator that emphasis on discharge planning, discharge planning in Japan.
This study analyzes, medical costs and hospital support, social work perspective and the proposal as a way to ensure unbroken for patient health and quality

キーワード：医療計画, 医療費抑制, 退院支援, 退院計画, 地域包括ケアシステム

keywords：Health Plan, Health care costs containment, Discharge support, Discharge planning, Comprehensive community care system

I はじめに

国立社会保障・人口問題研究所は、2017（平成29）年8月1日に「社会保障費用統計平成27年度」を発表し、2015（平成27）年度の社会保障給付費（国民の自己負担分などは除く）が前年度比2.4%増の114兆8596億円で過去最高になったとした。最も伸びが大きかったのは医療分野で、前年度比3.8%増の37兆7千億円に達し、今後の持続的な社会保障制度の構築のために、負担と給付の見直しが急務としている。

最初に退院計画を導入し制度化したのはアメリカ合衆国である。1982年に公的保険制度であるメディケア・メディケイドに、診断群別の包括医療費制度であるDRG/PPSが導入され、同じ診断であれば安い治療で早く退院させる傾向が強まり、治療が不十分なままの退院が社会問題化した。アメリカ病院協会（American Hospital Association）は1983年に「退院計画のガイドライン」（Introduction to Discharge Planning for Hospitals, American Hospital Publishing）を発行し、退院計画について定義をしている（後述）。

我が国においても、医療費抑制と早期退院は1990

年代から盛んに議論されるようになった。二木立は、医療費と入院抑制の関係性を否定している。しかしながら、政府は一貫して、医療費の抑制策として、平均在院日数^(注1)の抑制を行っている。

本研究は、増大している社会保障給付費の中の医療分野に着目し、特に医療費の抑制策として近年、国が力を入れている入院医療費の課題について、地域包括ケアシステムの構築と地域完結型医療^(注2)、それを含んだ退院支援に関し、社会福祉の視点から考察を試み、特に急性期病院における退院支援にソーシャルワークアセスメントの重要性に着目し、アセスメント試案を検討するものである。

尚、本稿の中で、保健医療機関のソーシャルワーカーを、ソーシャルワーカー又は医療ソーシャルワーカーと表記し、診療報酬上で国家資格者として規定されているものを社会福祉士と表記している^(注3)。

II 国民医療費の現状と課題

前出の国立社会保障・人口問題研究所の「社会保障費用統計平成27年度」では、2015（平成27）年の国民医療費は、42兆3644億円であり、国民所得に対する割合は10.91%である。1955（昭和30）年

の国民医療費は2388億円で、国民所得に対する比率は3.42%で、国民皆保険制度が成立した1961（昭和36）年時では、国民医療費は5130億円、国民所得に対する比率は3.19%であった。その後年々増加し、2009（平成21）年に、国民所得に対する比率が10.19%と10%を超え、今日まで増加の一途である。2015（平成27）年の国民医療費の構成割合は、公費（国・地方）38.9%、保険料（事業主・被保険者）48.8%、その他患者負担12.3%であり、1955（昭和35）年の国民医療費の構成割合は、公費（国・地方）15.9%、保険料（事業主・被保険者）45.5%、その他患者負担38.7%であった。国民皆保険制度が導入され、保険料の負担はそれほどの変化はないが、国民の直接的な医療費負担は大きく減ったものの、代わりに公費による負担が増大している。

このような状況の中、国は、高齢者の医療確保に関する法律を根拠に、2006（平成18）年医療費適正化計画を国と都道府県が策定することとし、計画期間を第1期2008（平成20）年から2012（平成24）年度、第2期2013（平成25）年度から2017（平成29）年度として、医療費の抑制について計画的に進めることとしている。

特に、第1期計画では、入院医療に関しては、平均在院日数を短縮するとして、2006（平成18）年時点で、平均在院に数が最短であった長野県（25.0日）とその他の都道府県の差を9分の3短縮し、平成24年度の平均在院日数を全国平均29.8日とすることを目標として定めた。平均在院日数の推移は、2008（平成20）年度で31.6日、2009（平成21）年度で31.3日、2010（平成22）年度で30.7日、2011（平成23）年度で30.4日、2012（平成24）年度で29.7日となり、結果として、第1期計画中の目標を達成することができたとしている^{（注4）}。

第2期計画では、医療の効率的な提供の目標として、平均在院日数各都道府県の目標（2011（平成23）年の数値からの減少率）を踏まえると、28.6日としている。厚生労働省による「第2期国民医療費適正化計画進捗状況（平成27年度）」では、2013（平成25）年度で29.2日、2014（平成26）年度で28.6日であり、おおむね達成できているとしている。

Ⅲ 医療法改正にみる入院医療の変遷

医療法は、1948（昭和23）年に制定され、1986

（昭和61）年の改正を第1次医療法改正とし、2015（平成27）年の第7次改正までに、様々な改正を重ねてきた。医療法改正の主な点を挙げてみると、1986（昭和61）年の第1次医療法改正では、地域医療計画が導入され、二次医療圏での必要病床数を設定することで、病床の総量を規制するものであった。1993（平成5）年の第2次改正では、特定機能病院及び療養型病床群を制度化し、病院の機能の分類を進め、1998（平成10）年の第3次医療法改正では、地域支援病院の制度化で過疎地域の対策、インフォームド・コンセントの法制化で患者の権利よりである改革を進めた。2001（平成13）年の第4次医療法改正では、病院の機能分類を更に進める療養病床と一般病床の区分の導入、医師の臨床研修必須化が導入され、2007（平成19）年の第5次医療法改正では、地域医療計画の見直しが図られるとともに、地域連携クリティカルパス^{（注5）}導入などを通じて、医療機能の分化・連携の促進、切れ目のない医療、早期の在宅生活移行のための在宅医療の充実が盛り込まれ、入院診療計画書及び退院療養計画書の規定が定められた。2014（平成26）年の第6次医療法改正では、病院機能報告制度と地域医療構想の策定、認定医療法人制度の創設、2015（平成27）年の第7次医療法改正では地域医療連携法人制度の創設と医療法人の経営強化の透明性の確保及びガバナンスの強化などが改正されてきた。

医療法は、第1次医療法改正時より、地域ごとの必要病床数を定めるなど総量規制を進めており、度重なる改正ごとに、病院の機能分類を進め、地域において病院ごとの役割を定め、1人の患者が1つの病院で治療を完結する病院完結型医療から、1人の患者の治療を完結するためには、地域にある機能別の病院を転院していくという地域完結型医療を導入してきている。

Ⅳ 退院調整と退院支援

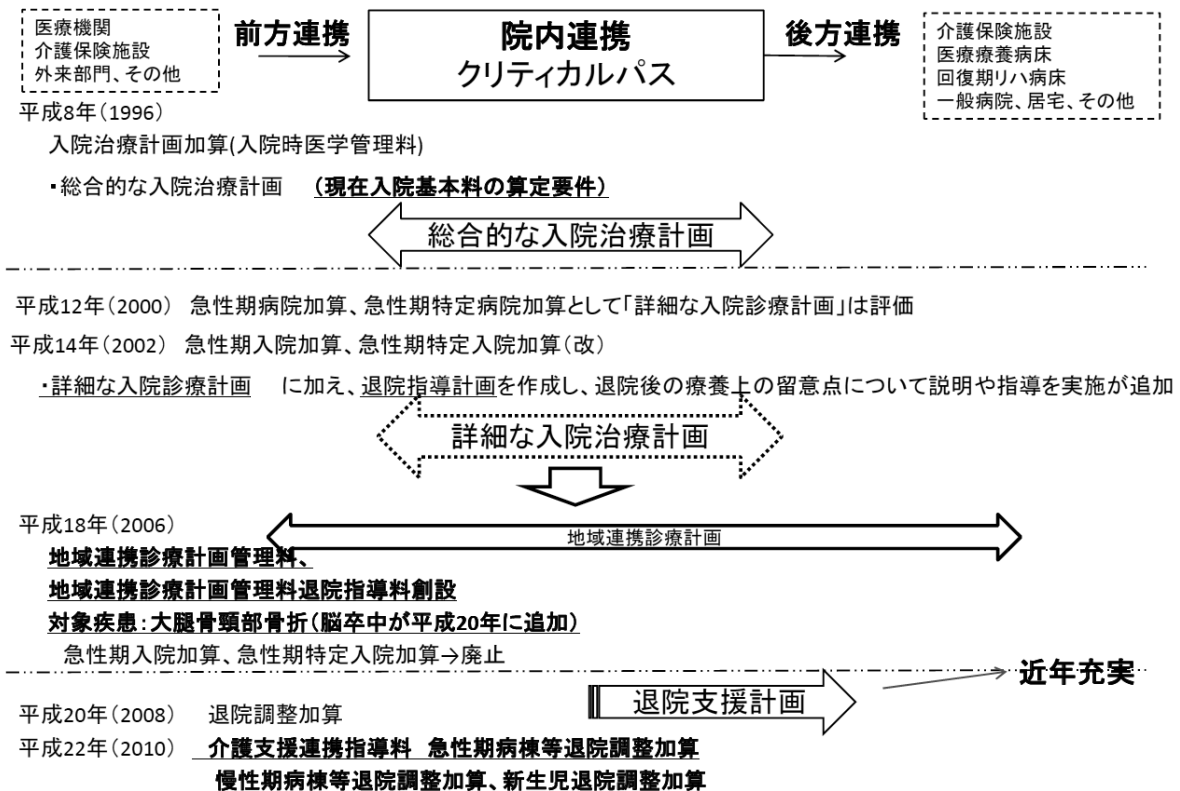
退院調整に関する診療報酬^{（注6）}の変遷は、1996（平成8）年に入院治療計画加算（入院時医学管理料として総合的な入院治療計画（後の入院基本料の算定要件となる）が計上され、その後2000（平成12）年に急性期病院加算・急性期特定病院加算として詳細な入院計画が評価されるようになり、2002（平成14）年急性期入院加算・急性期特定入院加算（改

となり、詳細な入院診療計画に加え、退院指導計画を策定し、退院後の療養上の留意点について説明や指導の実施が追加された。2006（平成18）からは、それまでの総合的な入院治療計画である急性期入院加算・急性期特定入院加算は廃止となり、地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画管理料退院指導料（対象疾患は大腿骨骨折と2008（平成20）年から脳卒中が追加）が創設された。この様な診療報酬の変遷とともに、2007（平成19）年第5次医療計画改正で入院診療計画及び退院療養委計画が規定された。2008（平成20）年には診療報酬として、退院調整加算（退院支援計画書の作成・交付で得られる）が創設。2010（平成22）年介護支援連携指導料、急性期病棟等退院調整加算、慢性期病棟退院調整加算、新生児退院調整加算が創設された（図1）。その後も診療報酬の改定時期ごとに改定が行われている。

2016（平成28）年の診療報酬の改定では、退院調整加算が廃止され、退院支援加算1、退院支援加算2、退院支援加算3が新設された。これまでの退院調整加算は、基本的に平均在院日数で評価するため、平均在院日数が短くなれば、退院までの間に、退院支援や退院調整の構築まで及ばないことも考えられる。退院支援加算では、従来の退院調整加算に基づ

いた上で、施設基準を厳格に化し、退院支援体制そのものを評価する方式となっている。医療機関に退院支援や退院調整の仕組みを根付かせて、在院日数の短縮と地域包括ケアの推進につなげるものと位置付けられている。退院支援加算の施設基準や算定要件に段階が設けられ、退院支援加算1、退院支援加算2、退院支援加算3と算定基準がわかれ、より厳しい基準に適合しているものから高い報酬が算定できる。施設基準や算定要件は、退院支援の専従者を病棟に配置すること、多職種カンファレンスの実施や、院外の医療機関や老人介護施設との密な連携などの体制を整備することとされ、退院後の生活も見据えた退院支援を目指していると考えられる。

社会福祉専門職である社会福祉士が診療報酬上で取りあげられたのは、2010（平成22年）の診療報酬の改定からである。厚生労働省はこの改定時の重点課題「2 病院の勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）」という項目中、重点課題「2-3 地域の医療機関の連携に対する評価について・地域における医療機関の連携に対する評価」の項目で、施設基準として、退院調整部門の設置と、経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていることを条件とした。



出典：中央保険医療協議会総会平成23年2月2日退院調整（医療介護連携）資料

図1 退院調整に関係する診療報酬の変遷

その後の診療報酬改定においても、社会福祉士が、診療報酬上の算定基準や施設基準に含まれる項目は増え、2016(平成28)年の診療報酬改正では、中規模一般急性期病院の退院支援に関する評価の充実では、退院支援の更なる推進を図るため、保健医療機関における退院支援の積極的な取り組みや医療機関の連携を推進するために評価を行うとして、退院支援・地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が、加算対象の病棟に専任で配置されていることなどを条件に大幅に加算される改定を行っている。

社会福祉士などの専門職が、医療機関で期待される役割は、在宅復帰を支援すること。要介護者等の介護サービスや各種社会資源をコーディネートすること、要介護者等のニーズに合わせた地域の社会資源を開発・調整・要介護者等を支える地域づくりを推進すること、要介護者やその家族等が抱える生活課題の解決を図ることなどがあげられる。

V 医療ソーシャルワーカー業務指針と退院支援

アメリカ病院協会(American Hospital Association)は1983年に「退院計画のガイドライン」(Introduction to Discharge Planning for Hospitals, American Hospital Publishing)を発行し、前文で、「前略～退院計画が重要なのは、患者・家族が適切に意思を決定することを促進するからであり、更に入院期間と医療費の増加を削減することにも寄与できる～後略」とし、退院計画を「患者とその家族が退院後の適切なケア・プランを作るのを助けるために利用可能でなくてはならない、部門を超えた病院全体のプロセス」を定義している。更に退院計画は、医療費抑制にも寄与できるとしながら、退院という事柄が、患者・家族にとって、入院よりも脅威や不安を感じさせるものであり、入院中から治療や看護を継続させるためだけのものではなく、退院に伴う心理・社会的ニーズに注意を向けるためにも必要であるとしている。

退院計画を導入した背景としては、人口の高齢化、慢性疾患の増加、家庭介護力の低下、病院医療費、ナーシングホームの費用の高騰、在宅ケアの進展があげられる。

このような問題に対し、退院計画を導入し、医師、看護師、ソーシャルワーカーなど各職種の役割分担や連携方法などを標準化・システム化し、すべての

入院患者に対して適切な援助を行えるように、組織的に対応するものが退院支援ととらえることができる。

退院計画を含む退院支援とは、ミクロの視点では病院の経営上の効率化であり、マクロの視点では医療費抑制である。その上で、患者への医療の継続性という質の面の確保という課題に対応するものであると考えることができる。

1989(平成元)年厚生労働省(現厚生労働省)は医療ソーシャルワーカー業務指針を発表している(2002(平成14)年に改正)。医療ソーシャルワーカーは、病院をはじめとした診療所、介護老人保健施設(当時)、精神障害者社会復帰施設(当時)、保健所、精神保健福祉センター等、精神保健を含む様々な保健医療機関に配置されているソーシャルワーカーであると捉え、業務の範囲は、病院等において管理者の監督の下に次のような業務を行うとして、(1)療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助、(2)退院援助、(3)社会復帰援助、(4)受信・受療援助、(5)経済的問題の解決、調整援助、(6)地域活動の6項目とされている。

業務の方法は、(1)個別援助に係る業務の具体的展開、(2)患者の主体性の尊重、(3)プライバシーの保護、(4)他の保健医療スタッフ及び地域の関係機関との連携、(5)受診・受療援助と医師の指示、(6)問題の予測と計画的対応、(7)記録の作成等とされている。

医療ソーシャルワーカーの業務は、多様で幅広い内容となっているが、病院の機能分化が進み、病院完結型医療から地域完結型医療の移行している現在では、どの機能を担う病院でもこれまでより、短く速い退院が促進されるようになってきている。その為、医療ソーシャルワークの業務は集約的・限定的になってきていると考えられる。病院完結型ではなく地域完結型医療では、病院という限定された施設内の業務だけではなく、地域という人の生活場面での援助を見据えた業務が求められていると考えられる。

当然、医療ソーシャルワーカーの業務も、病院を退院した先の支援まで見据えた業務になっていくてはならない。診療報酬の改定等にみられる社会福祉士の施設基準や配置基準は、退院支援や地域連携にかかわるものが多いが、医療ソーシャルワーカー業務指針に示された業務が、保健医療機関においてすでに解決されている問題ではなく、これらも問題

を抱えながら、早期に退院・転院を迫られる患者に多大な荷重をかけているとも考えられ、医療ソーシャルワーカーの業務指針という業務の初心を見つめながら、今日的な課題である所属機関が担ってきた機能や役割を相対的には、他の保健医療機関に分散させ、更には近接領域の福祉分野などにも分散させているという課題に対して、関係する分野の社会資源を巻き込みながら問題解決への道筋を模索していくという業務へと進化していると考えられる。

医療法改正の方向性や診療報酬改正の方向性は、国民医療費の抑制という大きな課題と向き合い、そのための一つの方法として地域完結型医療や地域包括ケアの方向性に沿っているものと考えられる。福祉専門職が保健医療の中での専門性を発揮するには、その業務が、病院内業務に限定されるものではなく、地域包括ケアを見据えた業務として評価されていかなければならないものであるといえる。

VI 退院支援におけるソーシャルワークアセスメントの重要性

政府の医療費抑制政策に伴って医療機関は平均在院日数の短縮を求められており、患者本人、家族共に病状を理解し受け止め、今後のことをじっくり考える余裕がある状況ではない。地域完結型医療では、急性期病院から一般病院、リハビリ専門病院、療養病院、在宅療養へと転退院を繰り返しながら、今後の療養生活を考えることになる。病状や治療経過、入院施設の地理的な条件など様々な問題を解決しながら、医療機関を転々とすることになりかねない。転退院の準備や調整に膨大な労力と時間を使うことになると考えられるし、そもそもそのような知識が一般的に知られているとはいいがたい状況である。その為、専門的な知識を伴った支援が必要になる。

また、厚生労働省によると、1994(平成6)年に急性期病院の平均在院日数は34日であったが2006(平成18)年には19.2日と大幅に短縮されている。その間に、診療報酬などで医療機関に対し、在院日数が短くすれば報酬面で優遇するなどの制度を導入するなど誘導が行われている^(注7) おうとすると、問題の解決まで援助を行う前に退院というその医療機関での援助の終了を迎えることになる。患者・家族にとっては問題解決していないが、一医療機関に所属するソーシャルワーカーにとっては終了となり、

その際の援助は退院支援として行われる。

短い期間で退院支援を行うには、入院患者をスクリーニングし、ハイリスク群の発見と抽出を行うシステムと組織内連携と院内クリティカルパスの徹底が不可欠である。ソーシャルワーカーの役割としては、アセスメントを正確に徹底的に行い、問題や課題を明確にし、退院までに明らかになったものを次の相談援助を行う専門職と連携していくことであると考えられる。そこで専門的援助そのものが終了してしまうと、患者・家族の問題は解決されずに放置されることとなる。

アセスメントは、情報収集し、その情報を分析し、検討したうえで行われるソーシャルワークの一連の援助過程の中でも重要な部分を占めている。その重要な部分を短い期間で行うためには、明確な分析手法が必要である。一般にアセスメントツールを活用すると、見かけ上はアセスメントができていように見えるが、援助過程上のアセスメントは、ツールでは問題の全体像、潜在的ニーズや真のニーズを理解し、総合的なアセスメントを行うことは難しいと考えられる。よって本稿では、ツールの紹介ではなく、入院時のアセスメント、特に急性期病院での入院時を想定して分析方法の検討を行うこととする。

アセスメントに向けて収集しなければならない情報は、基本的に生活課題や問題に関すること、生活課題や問題の始まりと経過、生活課題や問題が生活に及ぼす影響、生活課題や問題に対する患者・家族の感情と対処法などの一連の事実、それらの事実に対して起きる患者・家族の感情、患者家族の持っている社会資源、患者家族のおかれている社会環境などと考えられる。

これらは、患者・家族の身体精神的機能、患者・家族の身体精神的能力、患者・家族の社会性、患者・家族の環境、患者・家族の社会的環境に分類できる。この分類した情報を分析する際に、ストレングス(強み)に着目し整理すると図2のように整理できる。

課題や問題の要因を横軸に人要因や環境要因として並べ、患者・家族の持つ強さや弱さをストレングス視点として縦軸に表す、そこに情報を図に表してみると、それぞれの情報が複雑に絡み合いながらも、全体像として把握できると考えられる。患者・家族の課題や問題を全体的に把握することが重要であり、長期的なニーズから、短期的にはどのような支援や

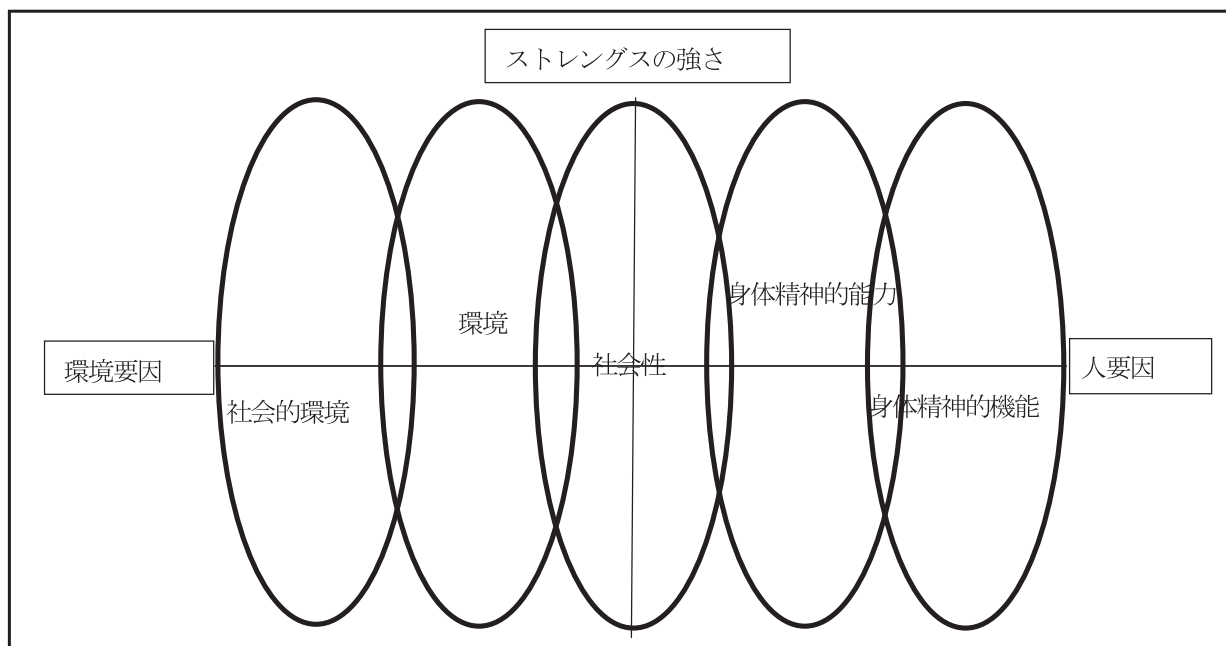


図2 アセスメントの分析方法試案

患者・家族のストレングス（強み）や弱みも含めた援助が必要かを導き出す視点が必要である。分析結果から、患者・家族の全体像を想定しながら、長期的なニーズが充足できるように退院支援に向けて、方針や対処法を検討し、その検討結果を次の援助者につなげていくことが退院支援には不可欠な要素であると考えられる。

Ⅶ 考察と今後の展望

2003（平成15）年、閣議決定により急性期入院医療についての包括医療が導入された。これはアメリカで導入されている疾患ごとの1入院（1回の入院ごと）定額制であるDRG/PPS（Diagnosis Related Group/Prospective Payment System）制度と違い、疾患ごとの一日定額制度のことでDPC/PDPS（Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System）制度といい、入院が伸びても、診療報酬が極端に下がるわけではなく収入がある程度維持されるもので日本独自のものである。当然ながら必要以上に入院が長くなれば医療機関の収入は減ることとなる。当初は特定機能病院に導入されたものであるが、その対象は段階的に拡張されている。厚生労働省によると、2003（平成15）年度の対象病院は82であったが、2017（平成29）年度の対象病院（予定も含む）は1664となっている。このことは医療機関にとって、DPC/PDPS制度は、収入面

も含めて有利であると判断されているものと考えられる。このような制度も、医療費抑制の流れの中で、平均在院日数の短縮に向けた一つの方法と考えることができる。

平均在院日数は、厚生労働省の統計においても地域差が顕著に表れている。地域における医療機関数や福祉施設を含んだ基盤整備の差等多様な要因が考えられるが、このような地域差は容易に一般化できるものではない。単純に平均在院日数が短くなったからといって、医療費が抑制されると考えるのは早計と思われる。国民医療費が増大していく中、我が国の平均在院日数は他の先進国よりも長いとされてきているが、医療費抑制を入院医療費だけに求めることは、国民に多大な負担を強いることになりかねない。

入院・治療・療養・退院といったプロセスを考えると、的確な診断と適切な治療方法の選択する能力を実行する能力、患者負担をかけない治療法の実行能力、医療過誤や合併症のリスクを回避する能力などが医療機関には求められる。加えて、他の医療機関との連携能力、福祉をはじめとした他分野との連携能力などがそろって、平均在院日数の短縮は達成されるべきである。

保健医療機関で活躍する福祉専門職としての医療ソーシャルワーカー・社会福祉士は、その専門性を退院支援で発揮するには、少なくとも医療ソーシャルワーカー業務指針に示された業務内容を遂行する

能力が求められ、更には地域の様々な分野との連携能力や調整能力が求められていくと考えられる。その際に、連携する援助職が理解でき、援助が継続できるようなアセスメントが必要であり、アセスメントを綿密に行うことが求められる。安易にアセスメントツールを開発することは、ソーシャルワーク援助にとっては必ずしも最善ではない。それはツールを利用することによって、患者・家族の課題や問題の全体性を見落とす危険性につながると考えられるからであるが、他のソーシャルワーカーや専門職に説明のできる科学的根拠を持ったアセスメントは必要である。今回、アセスメントの試案として示したものは、急性期病院での退院支援で必要とされる要素を取り込み、それらを他のソーシャルワーカーや専門職からも見えるようにした試案である。このような方法をもって、アセスメントが説明できるようになれば、患者・家族の全体像を網羅し、その上で今後必要とされる支援や援助を想定しながら、連携を強化し、切れ目のない支援体制を構築していくことが可能になると考えられる。このようなことができて初めて、保健医療機関の中に、ソーシャルワーカーが福祉専門職としての位置づけがされ専門職として認識され役割を果たせるものと考えられる。

注

注 1) 厚生労働省の統計に用いられる平均在院日数病床利用率と関連して、患者がどれくらいの期間入院しているかをみる指標として「平均在院日数」がある。

これには、「病院報告」から計算されるものと、「患者調査」の「退院患者票」から計算されるものがある。

「病院報告」から計算されるもの

平均在院日数＝

$\frac{\text{年(月)間在院患者延数}}{\text{年(月)間新入院患者数} + \text{年(月)間退院患者数}}$

$1/2 \times [\text{年(月)間新入院患者数} + \text{年(月)間退院患者数}]$

新入院・退院患者とは、その対象期間中に、新たに入・退院した患者をいい、入院したその日に退院あるいは死亡した患者も含む。

「患者調査」から推計されるものは、「退院患者票」の「入院年月日」と「退院年月日」から直接差引き計算により在院日数を求め、その平均値を計算する。

注 2) 地域完結型医療とは

第 5 次医療法改正の時に導入され推進され始めた、医療機能の分化連携（「医療連携」）を推進することにより急性期から回復期在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供されるとされるもの。出典：厚生労働省「地域包括ケアシステム研究会報告書平成22年 3 月」

注 3) 保健医療機関で働くソーシャルワーカーの標記について、厚生労働省の医療施設（動態）調査報告の病院の従事者数において、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士の国家資格者と共に、医療社会従事者数も報告されており、総称を表すために、社会福祉士という表記を限定的にしている。

注 4) 厚生労働省「第一期医療費適正化計画の実績に関する評価（実績評価）平成26年10月」より

注 5) 厚生労働省平成18年度医療制度改革関連資料によると、クリティカルパスとは、良質な医療を効率的、かつ安全、適正に提供するための手段として開発された診療計画表のこと。地域連携クリティカルパスとは、急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるものと定義している。

注 6) 厚生労働省によると、診療報酬とは、保健医療機関及び保険薬局が保健医療サービスに対する対価として受け取る報のこと。厚生労働大臣が中央保険医療協議会の議論を踏まえて決定する。2年に1回改訂される。

注 7) OECD「Health Data 2010」

参考文献

二木立『日本の医療費—国際比較の視覚から』医学書院 1995年 p 25-39

手島陸久『退院計画 病院と地域を結ぶ新しいシステム』中央法規 1996年 p12-37

二木立『医療費改革と病院』勁草書房 2004年 p 145-175

『社会保障費用統計平成27年度』国立社会保障・人口問題研究所 2017年

『医療制度改革における平均在院日数とは何か』立法と調査(257) 84-98 2006-07参議院事務局 2006年

(2017年10月20日受付)

(2017年12月20日受理)