

亜急性期医療体系政策方向



ソンチャンヒョン 保健福祉部医療体系改善チーム長

1. はじめに

我が国の医療供給体系は飛躍的に発展して来た。医療機関で医療サービスを提供する基本的な基盤が用意されて、成熟期で入ったと評価できる。

しかし、今後の本格化する人口高齢化、慢性疾患増加、需要者の欲求多様化など手強い挑戦課題が私たち前に置かれている。このような環境変化に対応して今後の医療体系の発展方向を多様な課題があるが、本稿では亜急性期医療サービスを主題に私たちの医療体系が進むべき方向を論議する。

1) 亜急性期医療サービスの概念

‘亜急性期医療’に対して我が国では現在まで法律的、制度的定義がない。学界でも明確な用語の合意があるようでもない。それにもかかわらず概念的に亜急性期医療を定義して見れば、‘急性期医療サービス以後に提供される医療的サービス’を総称している。例えば、リハビリ医療サービス、重度手術後の処置などがこの領域に含まれる。

外国では急性期以後 (post acute care)、亜急性期 (subacute) などの用語が使われている (National Association of Subacute/Postacute care; NASPAC, 2005)。概して急性期サービス以後に提供されるサービスを総称するが狭い意味では入院段階で提供される急性期処置以後の医療的サービスを中心に論議されたり、外来サービスとホームケアまで包括した意味で使われるなど意味が多様だ。

2) 医療サービスの連続性

あるべき論議の核心はサービスの連続性 (continuum of care) である。サービスの連続性は急性期医療サービスと以後の亜急性期医療サービス、長期療養サービスが連続して成り立たなければならないし、費用効果的に提供されなければならないという意味である。アメリカは最近患者の要求または状態にこととして一番相応しい急性期以後サービス提供を目標でサービス連続性の原則を設定する努力を行っている。イギリスの Intermediate Care、オーストラリアの Transitional Care などもサービスの連続性と費用効果的な資源の活用のために運営される制度である。

2. 亜急性期医療サービスに対する需要増加と我が国の現実

1) 亜急性期医療サービス需要増加

高齢化による高齢期人口増加は医療体系に多い影響を及ぼす。高齢期人口はかなりの慢性疾患を持っている。2011年高齢期実態調査によれば、65歳以上人口中 88.5%が慢性疾患を持っており、2件以上の疾患を持っている人は 68.3%にのぼる。

慢性疾患問題を論議する際、主に軽度慢性疾患を論議する機会が多いが、実際にはこれは次のように区分される。図 1のように適切な支援と自己管理が必要な慢性患者は 70-80%を占め、複合傷病に罹患して積極的管理が必要な複合慢性患者グループも存在する。

前者には主に持続的な投薬と自己管理が重要で、複合慢性患者の場合はよほど高い水準の亜急性期医療サービスが要求される。例えば完治後の癌患者、手術処置以後の心血管患者などがこの領域に属する。癌患者の場合、2001年から 2005年まで 54%だった5年生存率は64%に上昇し

た。大型病院で急性期がん手術を終えたのち、かなり多数の患者に対する急性期以後の医療サービスが必要な状況である。

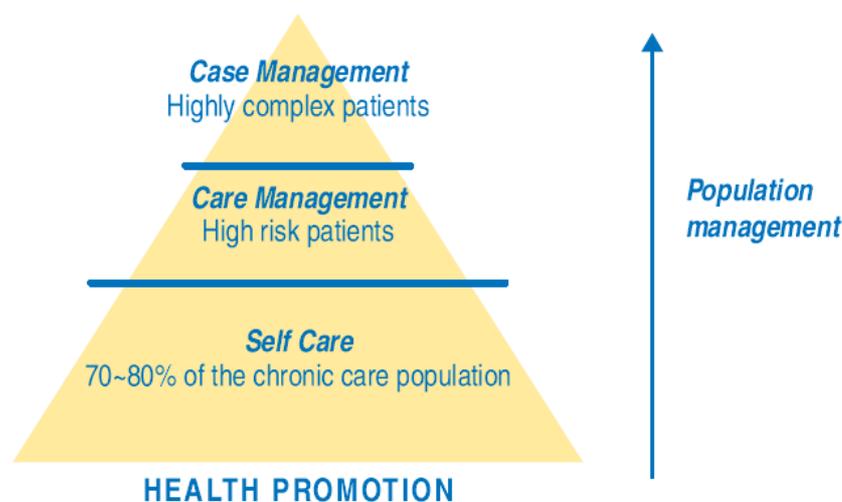


그림 1. 국면별 만성질환의 종류

자료: 일차의료 및 공중보건 토론회, 유원섭, 2013

図 1. 局面別慢性疾患の種類

2) 我が国の制度現況

我が国の医療機関は医院、病院、総合病院、療養病院に区分される。急性期以後の医療サービスを提供する機関で療養病院制度を運営している。療養病院は 30以上の療養病床を取り揃えた医療機関を言い、療養病床とは長期入院が必要な患者を対象に医療行為をするために設置した病床を意味する。

その対象で老人性疾患、慢性疾患及び手術後または傷害後の回復期間にある患者を対象と判断して定義している(医療法第3条など)。」

しかし亜急性期医療サービスを急性期サービス以後の一連の後続サービスを皆包括する概念だと言う時、療養病院が亜急性期医療サービスをすべて担当するのは難しい。むしろ現実的に療養病院を含んだ多様な病院級医療機関が複合慢性疾患患者またはリハビリ治療などの機能を遂行していると思わなければならないだろう。

3. 今後の政策方向

1) 亜急性期医療サービス機能活性化・多様化

最近療養病院が急激に増加したが、亜急性期医療サービスが活性化したと評価するのは難しい。むしろもっと積極的な亜急性期医療サービスを提供する機能強化が必要との声が高い。

代表的な亜急性期医療サービスとしてリハビリサービスを例にあげることができる。リハビリ医学の場合、急性期段階から連続的に必要なサービスを提供して成果を高められる分野である。またリハビリのみならず痴ほう、ホスピスなど需要が特定化する分野から亜急性期医療サービス機能を活性化する必要がある。

2) 多様な機関間の協力・連携体系強化

亜急性期医療サービス提供のためには患者の状態と要求によって、局面別に連続的なサービスの関係が重要である。そのためには急性期医療サービスを主に担当する機関と亜急性期医療サービスを担当する機関間の協力が必要である。亜急性期サービス関係が必要な患者に対する退院計画樹立など多様な連携が必要である。

日本の場合、2000年代以後医療機関間協力診療のための体系強化のために脳卒中、がん、糖尿病など、主要疾患に対する連続的ケア (seamless care) 計画を地域医療計画に含めている。我が国も連続的サービス提供のために急性期病院と亜急性期病院、亜急性期病院と療養施設などの間の協力サービスモデルを公式化する必要がある。

3) 亜急性期医療サービスの質確保のためのインフラ亜急性期医療サービス領域は医師だけでなくチーム間協力を通じての包括的サービス提供が重要である。例えばリハビリサービスの場、専門医と看護師、作業治療師などがチームでサービスを提供する。このような特性を反映した専門人材の養成と補償体系が用意する必要がある。

高齢期、複合疾患が増える状態なので高齢期患者をよく扱える専門人力に対する教育養成体系の改善必要性も検討する必要がある。また今年から療養病院に対する医療機関認証制度が義務化されたので今後の評価と補償体系を連携するための方案も論議する必要がある。

4) 費用効果性向上のための制度改善

一方、療養病院と療養施設間の役割分担の明確化が必要との声が高い。最近監査院も入院が不必要な患者の療養病院入院を減らして療養施設との役割を適切に分担することが勧告されている。

療養病院はさらに専門化した亜急性期医療サービス提供機関として発展するための方案模索の必要があり、そのためには現在の数価体系が積極的な回復のための医療サービス提供よりは慢性期患者の長期入院を助長することにならないかの検討が必要であろう。慢性期患者の長期入院は患者側の要因によっても、供給者側の要因によっても発生する。長期入院が医学的に不可避な場合を除いて、不必要な長期入院を適切に管理するための政策を用意する必要がある。療養施設も医療・健康管理サービスをどのように統合的に提供するかの検討が必要である。

政策的には亜急性期医療の範囲を入院サービスに対する論議にするか、外来と地域社会まで包括するかは別途の検討が必要であるが、費用効果性の次元では入院よりは家庭で外来を利用しながら亜急性期医療サービスを提供することが望ましいと考えられる。