

200718067A

厚生労働科学研究研究費補助金

長寿科学研究事業

療養病床、老人保健施設における急性期医療の引継ぎ構造とスタッフ・
デベロップメントに関する研究
(H19-長寿-一般-016)

平成 19 年度 総括研究報告書

主任研究者 高橋 龍太郎
(東京都老人総合研究所 研究部長)

平成 20(2008)年 4 月

目次

研究組織

I 総括研究報告

療養病床、老人保健施設における急性期医療の引継ぎ構造とスタッフ・デベロップメントに関する研究

1

1. 研究の目的と方法

8

2. 研究の結果

9

2-1. 施設長

9

2-1-1 施設長への調査結果(単純集計)

9

2-1-2 施設長への調査結果(分散分析、およびクロス集計)

34

2-2. 医師

54

2-2-1 医師への調査結果(単純集計)

54

2-2-2 医師への調査結果(分散分析、およびクロス集計)

74

2-3. 利用者

85

2-3-1 利用者への調査結果(単純集計)

85

2-3-2 利用者への調査結果(分散分析、およびクロス集計)

96

II 添付資料

107

III 研究成果の刊行に関する一覧表

130

IV 研究成果の刊行物・別刷

132

研究組織

主任研究者

高橋龍太郎（東京都老人総合研究所 研究部長）

分担研究者

鳥羽 研二（杏林大学医学部高齢医学 教授）

遠藤 英俊（国立長寿医療センター 包括診療部長）

葛谷 雅文（名古屋大学大学院医学研究科老年科学 准教授）

杉原 陽子（東京都老人総合研究所 主任研究員）

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学研究事業)

総括研究報告書

療養病床、老人保健施設における急性期医療の引継ぎ構造とスタッフ・
デベロップメントに関する研究

主任研究者 高橋 龍太郎

(東京都老人総合研究所 研究部長)

研究要旨： 療養病床の施設運営と勤務医師の現状を調査・分析し課題を明らかにするため、日本療養病床協会の協力の下、療養病床 727 施設を対象として施設管理責任者、常勤医師、急性期医療機関からきた高齢利用者の調査を行った。病床数当たり自宅退院などの退院数は施設間で大きな変動を示したが、死亡数は変動幅が小さく施設間の違いを超えて一定の頻度で発生していることが示唆された。療養病床勤務医師の高齢者医療専門科の標榜、関係学会への登録、専門医保有割合は決して高くなかった。利用者調査では、死亡率と強く相関する Charlson Index を求め医療区分との関連を検討したところ有意な関連は認められなかった。療養病床の運営には、地域圏の特性を生かす施設役割の明確化、専門性をもつ人材育成の強化、慢性疾患療養高齢者ケアにおける医療ニーズの明確化と焦点化が必要であると思われる。

A. 研究目的

現在進められている療養病床の再編は、「病院からは『医療の必要性は低い』と言われ、老健施設からは『医療の必要性が高い』と見られ、行き場がない高齢者を増加させるのではないか(毎日新聞 2006 年 7 月 30 日)」との危惧を呼び起こしている。特にここで注意したい点は『医療の必要性』に含まれる2つの側面である。その一つは今後予想される病状変化の出現リスクであり、もう一つは実際に実施する医療の提供頻度である。すでに発症している疾患の治療を中心とする急性期医療とは異なって、複数の慢性疾患とそれによる生活障害を持つ高齢者ではこの両側面が必ずしも平行するものではないが、しかしながら、お互いにオーバーラップしながら出現することも確

かであろう。本研究の目的は、慢性疾患による長期療養中の高齢者ケアに大きな役割を果たしている療養病床の施設運営と勤務医師、高齢利用者の現状を調査・分析し、現在の課題を明らかにすることにある。今年度は、施設長と勤務医師の取り組み姿勢、運営・勤務状況、利用者の状態像に焦点を当てて、スタッフ・デベロップメントの現状と医療ニーズの特徴を探ることとした。

(倫理面への配慮)

研究計画は調査を行う研究機関の外部評価者による倫理委員会の承認を得た上で行われた。施設管理者・勤務医師へのアンケート調査では、匿名性を保障した説明を行い、回答者に不利益が生じないよう配慮した。また、

施設利用高齢者への直接アンケートは行わなかったが、医療情報を含む状態像のデータを登録するため、利用者本人、または家族に研究の趣旨を文書と口頭で説明し、文書で同意を得た。これらは協力を得た各施設の相談援助職によって実施された。

B. 研究方法

日本療養病床協会役員会の承認を経て、2008年1月から2月にかけて協会加盟の727ヶ所の療養病床設置病院(施設)に調査票を送付し、回収した。対象は、各病院(施設)の施設長、各病院(施設)勤務の常勤医師(5名まで)、各病院(施設)の利用者(5名まで)である。施設長への調査では、回収率は23.0%(167/727)であった。医師への調査では、回収率は19.8%(144施設/727施設)で、総数は314票、施設あたりの回答は2.2票であった。利用者の調査では、回収率は16.1%(117施設/727施設)で、総数は481票、施設あたりの回答は4.1票であった。今回回答のあった利用者のうち、67.1%が「医療療養病床」に入院し、31.7%が「介護療養病床」に入院していた。なお、施設長への調査票、常勤の勤務医師への調査票、利用者調査票は本報告書の添付資料として最後に掲載した。

C. 研究結果

施設長の専門の診療科は、内科46%、内科の専門領域である循環器科などの回答16%に対し、老年科・老人科との回答は2%であった。常勤医師の回答でも、それぞれ54%、12%、2%とほぼ同じ傾向であった。常勤医師の所属学会は、「日本内科学会」32%、「日本老年医学会」8%で、専門医・認定医を持っている学会は、それぞれ38%、5%であった。また、

常勤勤務医師への調査において現在の施設(病院)に勤務した主な理由が高齢者医療の実践と回答した割合は25.6%にとどまった。

施設長の療養病床再編についての考え方は、「反対」が59%と多数を占め、後期高齢者医療改革についての考え方は、「どちらかという」と反対、または賛成」が合わせて53%と中間的選択肢の回答がめだった。常勤の医師の回答では、それぞれいずれも約10%下回った。

常勤医師の回答において、現在の勤務の継続を希望するものは、高齢者医療で「総合評価の下で行うチーム医療」を重要とあげたものが多く、「他の医師との関係」「看護師との関係」「他職種との関係」が良好で、「悩み」のあるものが少なかった。

在院日数の長い施設は総病床数が多く、総退院率、自宅退院率、急性期病院転院率、他の療養病床転院率、老人保健施設転所率、特養ホーム転所率、その他の施設転所率が低値であったが、死亡退院率については差がみられなかった。病床数当たりでみた退院先人数は施設間の開きが大きかった。最大値を平均値で割った値を求め、退院数の施設間変動指標と考えると、「急性期病院転院数」(8.1)や「死亡退院数」(4.3)は比較的低値で、これら死亡退院や急性期病院への転院は、施設間の違いを超えて一定の頻度で発生していることが示唆された。

施設立地との関連では、住宅散在地域に立地した施設において、施設運営で「在宅復帰を進める」ことを重視している割合が低かった。

介護療養病床の利用者と医療療養病床の利用者との比較において、医療療養病床の利用者では、男性の比較的青い高齢者で「主介

「介護者」は配偶者、急性期病院に入院する前は自宅(ないし有料老人ホーム)にいたもの、そして、生活保護や限度額対象者でないものが多かった。介護療養病床の利用者は息子が介護者であるものが多くみられた。状態像では、医療療養病床の利用者は「医療区分」2、3が多く、「要介護度」は軽く、「認知状態」もより保たれていた。医療処置の内容別では、喀痰の吸引、酸素療法、中心静脈栄養は医療療養病床の利用者で多く、経管栄養施行例は介護療養病床の利用者に多くみられた。

死亡率との関連が明らかになっている併存疾患尺度「Charlson Index」は、介護療養病床の利用者と医療療養病床の利用者とでほぼ同じ水準であり、また、「医療区分」との関連も認められなかった。Charlson Index が高いものでは「特養申請」が多く、「疼痛管理」の頻度が高かった。

D. 考察

今回の調査から、療養病床の施設運営の課題、医師などスタッフ育成の課題、そして、医療ニーズとその受け皿整備という体制の課題が浮かび上がった。

施設運営に関して：施設規模や立地条件、医療型か介護型かなどによって利用者、スタッフの特徴に違いがみられた。施設を取り巻く地域圏の特性を考慮し、行政との調整、医療・介護施設間連携、地域住民支援を組み入れ、施設の役割をたえず更新しながら明確化していくことが施設の有用性を高めるであろうと思われた。

人材育成の課題：欧米においても“Pediatrician”ほどには“Geriatrician”は認知されていないけれども、疾患治療の紹介とは別に高齢患者評価・方針決定の依頼がごく日

常的に行われている状況を考えると、わが国における高齢者医療の専門性の発揮度は不十分といわざるを得ない。一つには、4月から始まった後期高齢者医療制度において機能評価が診療報酬に組み入れられたように、日本老年医学会のような関係学会、療養病床のような関係医療機関、そして、高齢者自身が高齢者医療の専門性を高める努力をさらに強化することが必要であろう。

医療ニーズとその受け皿整備体制の課題：医療ニーズは、処置や器具の装着など医療の実施状況と近いうちに起こりうる状態変化への対応体制とに区別されよう。現在の中心は「医療区分」に典型的に現れているように、処置・器具中心のランク分けである。Charlson (1987)が報告した Charlson Index (併存疾患尺度)は、19の疾患を取り上げ、さらに重み付けをして足し合わせ総合的な併存疾患スコアを計算するものである。すでに一年後の死亡率と強く関連することが示され、近未来の死亡確率も含んだ二つの医療ニーズを合わせて数量化した指標ということができるかもしれない。この Charlson Index のスコアは介護療養病床の利用者と医療療養病床の利用者とで変わらず、「医療区分」のランクとも平行しなかった。また、死亡退院は、施設間の差がもつとも少ない転帰指標であった。これらの結果は、医療の関与が必須である病状の重症化や死亡は「医療区分」のランクと必ずしも平行せずに施設の違いを超えて一定の頻度で起こりうることを示唆する。医療ニーズをさらに明確化するため機能評価に基づいた焦点化が必要であると思われる。

E. 健康危険情報

特記すべきものなし

F. 研究発表

著書

1. 高橋龍太郎:高齢期の疾患の現状と心理的問題:認知症. 高齢期の心理と臨床心理学, 下仲順子編, 培風館, 東京;154-161, 2007.
2. Nagy-Tanaka, E., Ito, M., Takahashi, R.: Bathing In Japanese Care Facilities: A Source of Pleasure or Stress? In: A.L. Comunian & R. Roth (Eds.): International Perspectives in Psychology. Shaker Verlag, Aachen,;395-402, 2007.
3. 遠藤英俊:認知症・アルツハイマー病がよくわかる本—認知症と上手に付き合う, 主婦の友社, 2007.
4. 遠藤英俊、今井真理: 高齢者の芸術療法—認知症介護予防プログラム, 弘文堂, 2007.
5. 井形昭弘、遠藤英俊: 在宅ホスピス緩和ケア 在宅ターミナルのケアマネジメント, 日総研,2007.
6. 遠藤英俊、諏訪免典子: 地域連携クリティカルパスの進め方, ぱる出版, 2007.
7. improvement through an alternative perspective. *Geriatrics Gerontology International*, 7; 201, 2007.
8. Asakawa, Y., Takahashi, R., Yamaguchi, H., Inui, Y., Hashizume, C.: Effect of self-paced resistance training and detraining on knee extension strength in community-dwelling older adults: A pilot study. *Phys. Occup. Ther. Geriatr*, 20; 63-72, 2007.
9. Nagy-Tanaka, E., Maekawa, Y., Yasunaga, S., Takahashi, R.: Care in Japanese residential aged care facilities – residents' and caregivers' perspectives. *International Journal for Human Caring*, in press, 2008.
10. 高橋龍太郎:家族介護と介護の社会化, *Geriat.Med*,45;147-152,2007.
11. 高橋龍太郎:こんな症状を見つけたら1. 「便秘」. *りんくる* 15;42-43,2007.
12. 高橋龍太郎:こんな症状を見つけたら2. 「浮腫」. *りんくる* 16;54-55,2007.
13. 高橋龍太郎:こんな症状を見つけたら3. 「腰痛」. *りんくる* 17;52-53,2007.
14. 高橋龍太郎:こんな症状を見つけたら4. 「息切れ・呼吸困難」. *りんくる* 18;30-31,2007.
15. 高橋龍太郎:こんな症状を見つけたら5. 「めまい」. *りんくる* 19;26-27,2008.
16. 高橋龍太郎:図説高齢者のこころとからだ—5—汗をかく. *ジェロントロジーNEW HORIZON*,19;198-202,2007.
17. 高橋龍太郎:図説高齢者のこころとからだ—6—眠る. *ジェロントロジーNEW HORIZON*,19;204-208,2007.
18. 高橋龍太郎:図説高齢者のこころとからだ

誌上发表

1. Takahashi, R., Asakawa, Y., Hamamatsu, A.: Deaths during bathing in Japan. *J Am Geriatr. Soc.*, 55; 1305-1306, 2007.
2. Kodama, H., Suda, Y., Takahashi, R., Nishimura, M., Izumo, Y., Watanabe, M., Kudo, H., Sasaki, H.: Family relationship for self-care-dependent older people at home. *Geriatrics Gerontology International*, 7; 252-257, 2007.
3. Takahashi, R., Liehr, P.: Nutritional

- ー7ー排泄する. ジェロントロジーNEW HORIZON,19;286-290,2007.
15. 高橋龍太郎: 図説高齢者のこころとからだー8ー聴く. ジェロントロジーNEW HORIZON, 19;292-296,2007.
 16. 高橋龍太郎: Book Review「身体知と言語ー対人援助技術を鍛える」奥川幸子著. 地域リハビリテーション,2;740,2007.
 17. 高橋龍太郎: Book Shelf「身体知と言語ー対人援助技術を鍛える」アイルトンセナから異空間へ. ふれあいケア,13;79,2007.
 18. 高橋龍太郎: 在宅高齢者の介護の質をめぐって. 日本老年医学会雑誌, 45:33-35, 2008
 19. Xi H, Akishita M, Nagai K, Yu W, Hasagawa H, Eto M, Toba K: Potent free radical scavenger, edaravone, suppresses oxidative stress-induced endothelial damage and early atherosclerosis. *Atherosclerosis*,191;281-289,2007.
 20. Tanaka K, Yamada Y, Kobayashi Y, Sonohara K, Machida A, Nakai R, Kozaki K, Toba K: Improved cognitive function, mood and brain blood flow in single photon emission computed tomography following individual reminiscence therapy in an elderly patient with Alzheimer's disease. *Geriatr Gerontol Int*,7;305-309,2007.
 21. 鳥羽研二、井上慎一郎、馬場幸、長谷川浩、寺本信嗣: 嚥下障害と誤嚥性肺炎ー近そうで遠い概念ー. *Jpn J Rehabil Med*,44(2);82-87,2007.
 22. 鳥羽研二: 認知症高齢者に対する医療と介護ー問題点と今後の改革の視点ー. *Geriat.Med*, 45;123-128, 2007.
 23. 平山俊一、菊地令子、井上慎一郎、塚原大輔、末光有美、小林義雄、杉山陽一、長谷川浩、神崎恒一、井上剛輔、鳥羽研二: 超高齢者におけるクレアチニンクリアランス推定式の比較検討. *日本老年医学会雑誌*, 44;90-94, 2007.
 24. 金信敬、鳥羽研二、折茂肇: 太極拳運動実施高齢者の健康関連 QOL 同年代国民標準値との比較. *日本老年医学会雑誌*, 44; 339-344, 2007.
 25. 鳥羽研二: 高齢者の排尿障害・管理の諸問題. *Geriat.Med*,45;393-397,2007.
 26. 鳥羽研二: 認知症高齢者の早期発見 臨床的観点から. *日本老年医学会雑誌*, 44; 305-307, 2007.
 27. 神崎恒一、鳥羽研二: 高齢医学からみた脳卒中. *分子脳血管病*,6;425-431,2007.
 28. 鳥羽研二: 新たな認知症のケアネットワークの構築に向けて. *Geriat.Med*, 45;1073-1076, 2007.
 29. 鳥羽研二: ケアネットワークの構築1) 新しい認知症のケアネットワーク 中核施設: もの忘れセンター. *Geriat.Med*, 45;1089-1092, 2007.
 30. 鳥羽研二、菊地令子、岩田安希子: 転倒ハイリスク者の早期発見における‘転倒スコア’の有用性. *日本臨床*, 65; 597-601, 2007.
 31. Toba K: Risk assessment for falls in the elderly population. *Geriatrics Gerontology International*, 8(Suppl.1); S26-S28, 2008.
 32. Kizaki T, Izawa T, Sakurai T, Haga S, Taniguti N, Tjiri H, Watanabe K, Day NK, Toba K, Ohno H: α_2 -Adrenergic receptor regulates TLR4-induced NF- κ B activation through α -arrestin2. *Immunology*, In press,2008.
 33. Sonohara K, Kozaki K, Akishita M, Nagai

- K,Hasegawa H,Kuzuya M,Yokote M,Toba K:
White matter lesions as a feature of
cognitive impairment,low vitality,and other
symptoms of the geriatric syndrome in the
elderly. *Geriatr Gerontol Int*,In press,2008.
34. 神崎恒一、村田久、菊地令子、杉山陽一、
長谷川浩、井形昭弘、鳥羽研二: 活力度
指標の信頼性、妥当性および、活力度指
標と加齢、運動との関連性に関する検討,
日本老年医学会雑誌, In press,2008.
35. 梅本充子、中島朱美、遠藤英俊、津田理
恵子: 介護予防に資する地域における回
想法の研究, 日本看護福祉学会雜
誌 ,13(1);45-47, 2007.
36. Tsuzuku S,Kajioka T, Endo H, Abbott RD,
Curb JD, Yano K : Favorable effects of
non-instrumental resistance training on
fat distribution and metabolic profiles in
healthy elderly people. *Eur J Appl Physiol*
99; 549-555 2007.
37. 遠藤英俊、三浦久幸、佐竹昭介、来島修
志: アルツハイマー病の作業療法・精神
療法,*Clinical Neuroscience* 25;188-190
2007.
38. 遠藤英俊: 地域で認知症を支える—改正
介護保険と認知症— 向老学研考—日本
向老学学会学会誌—,7;11-65 2007.
39. 遠藤英俊:認知症ケアにおける医療と福祉
の連携,月刊総合ケア, 17;18-23 2007.
40. 遠藤英俊:アルツハイマー病—基礎研究か
ら予防・治療の新しいパラダイム—, 日本
臨牀, 66(1);457-461 2008.
41. 遠藤英俊、鳥羽研二:認知症の非薬物療法,
Annual Review 神経 2008 ;83-90 2008.
42. Kuzuya M, Ando F, Iguchi A, Shimokata H:
Age-specific change of prevalence of
metabolic syndrome: Longitudinal
observation of large Japanese cohort.
Atherosclerosis,191; 305-312, 2007.
43. Kuzuya M, Ando F, Iguchi A, Shimokata H:
No association between rs7566605 variant
and being overweight in Japanese. *Obesity*
(Silver Spring),15; 2531-2534, 2007.
44. Izawa S, Enoki H, Hirakawa Y, Masuda Y,
Iwata M, Hasegawa J, Iguchi A, Kuzuya M:
Lack of body weight measurement is
associated with mortality and
hospitalization in community-dwelling frail
elderly. *Clin Nutr*, 26; 764-770, 2007.
45. Kuzuya M, Izawa S, Enoki E, Okada K,
Iguchi A: Is serum albumin a good marker
for malnutrition in the physically impaired
elderly ? *Clin Nutr*, 26; 84-90, 2007.
46. Enoki H, Kuzuya M, Masuda Y, Hirakawa Y,
Iwata M, Hasegawa J, Izawa S, Iguchi A:
Anthropometric measurements of
mid-upper arm as a mortality predictor for
community-dwelling Japanese elderly: The
Nagoya Longitudinal Study of Frail Elderly
(NLS-FE). *Clin Nutr.*, 26; 597-604, 2007.
47. Enoki H, Hirakawa Y, Masuda Y, Iwata M,
Hasegawa J, Izawa S, Iguchi A, Kuzuya M,
Association between feeding via
percutaneous endoscopic gastrostomy
and low level of caregiver burden. *J Am
Geriatr Soc.*, 55; 1484-1486, 2007.
48. Kuzuya M, Enoki H, Iwata M, Hasegawa J,
Hirakawa Y: J-shaped relationship
between resting pulse rate and all-cause
mortality of community-dwelling older
people with disabilities. *J Am Geriatr Soc*,
56; 367-368, 2008.

49. Kuzuya M, Hirakawa Y, Suzuki Y, Iwata M, Enoki H, Hasegawa J, Iguchi A: Association of unmet needs for medication support and all-cause hospitalization among community-dwelling disabled elderly. *J Am Geriatr Soc*, in press, 2008.
50. Kuzuya M, Ando F, Iguchi A, Shimokata H: Glutathione peroxidase 1 Pro198Leu variant contributes to metabolic syndrome in men in a large Japanese cohort. *Am J Clin Nutr*, in press, 2008.

1. 研究の目的と方法

現在、医療費増加の抑制や介護保険制度の安定化を図る目的で、「医療の必要性」の高低と内容を重視した療養病床再編計画、および、後期高齢者医療制度が実施段階に入っている。これらの改革によって慢性疾患の療養や生活の援助を必要としている虚弱・要介護高齢者の動揺や生活の不安定化を引き起こすとの危惧もある。日本老年医学会は、これまでも高齢者医療の進歩と老年医学の発展に寄与するために活動してきたけれども、この度のこのような動向についても大きな関心を持ち、意見表明や提言を行ってきた。今回の調査は、療養病床利用高齢者と施設を対象とする調査の一部として、日本療養病床協会の協力の下、施設長、勤務医師、利用者を対象として2008年1月から2月にかけて実施されたものである。慢性期高齢者医療の課題、特に医療の必要性の状況を、急性期医療機関経由の利用者の前向き調査と施設代表・勤務医師への高齢者医療取り組み状況調査を通して明らかにし、今後の施策に対して有用な情報を提供したいと思っている。なお、本調査は、厚生労働省長寿科学総合研究事業の科学研究費補助金の助成を受け、当研究班のメンバーが主要な構成員である日本老年医学会介護システム検討委員会名で実施されたものである。

<本調査の目的>

利用者調査では、療養病床利用高齢者の医療ニーズの現状を把握するため、医療処置数に加え、複合多疾患状態の包括統計量を調べ、後日、その後の転帰について追跡調査を行う予定である。施設長と勤務医師を対象とした調査では、学習・研究・研修状況や連携体制、包括的機能評価など高齢者医療の専門性拡充に向けた施設・医師の取り組み状況、スタッフの配置と退職率などを調べ、これらの変数と在宅復帰率、死亡率、急変発生率(急性期病院転院)との関連を分析する。これらの調査を通じて、高齢者医療の基本である状態像の包括的評価と焦点化された対応の重要性、および、複合多疾患をもつ高齢者医療の専門性に立脚した医療提供が利用者の転帰やスタッフの定着と関わる要因であることを示したいと考える。

<本調査の調査方法>

日本療養病床協会役員会の承認を経て、協会加盟の727ヶ所の療養病床設置病院(施設)に調査票を送付し、回収した。対象は、各病院(施設)の施設長、各病院(施設)勤務の常勤医師5名、各病院(施設)の利用者5名で、利用者調査については、各病院(施設)勤務の相談員(MSW)に記入を依頼した。本人あるいは代諾可能な家族に書面で同意を得た。

2. 研究の結果

2-1 施設長

2-1-1. 施設長への調査結果(単純集計)

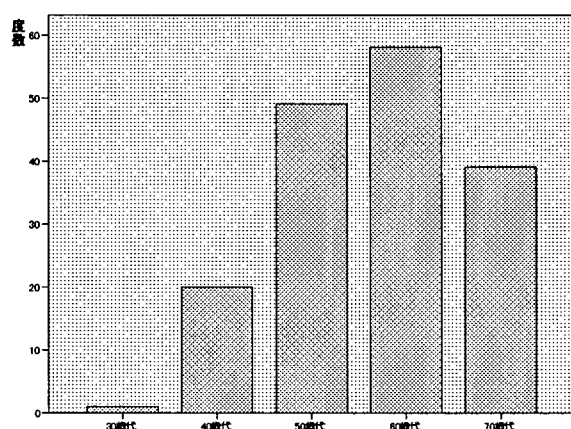
回収率は 23.0%(167/727)であった。なお、各設問ごとに、記入もれ、不備のある回答は除外した。

以下、本報告書の最後に掲載した調査票の質問にそって記述する。

1.あなたの年齢をお答えください。

(1. 20 歳代 2. 30 歳代 3. 40 歳代 4. 50 歳代 5. 60 歳代 6. 70 歳以上)

施設長の年齢は、「60 歳代」34.7%が最も多く、以下、「50 歳代」29.3%、「70 歳以上」23.4%であった。「20 歳代」はみられなかった。



	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
30歳代	1	.6	.6	.6
40歳代	20	12.0	12.0	12.6
50歳代	49	29.3	29.3	41.9
60歳代	58	34.7	34.7	76.6
70歳以上	39	23.4	23.4	100.0
合計	167	100.0	100.0	

2.あなたの性別をお答えください。

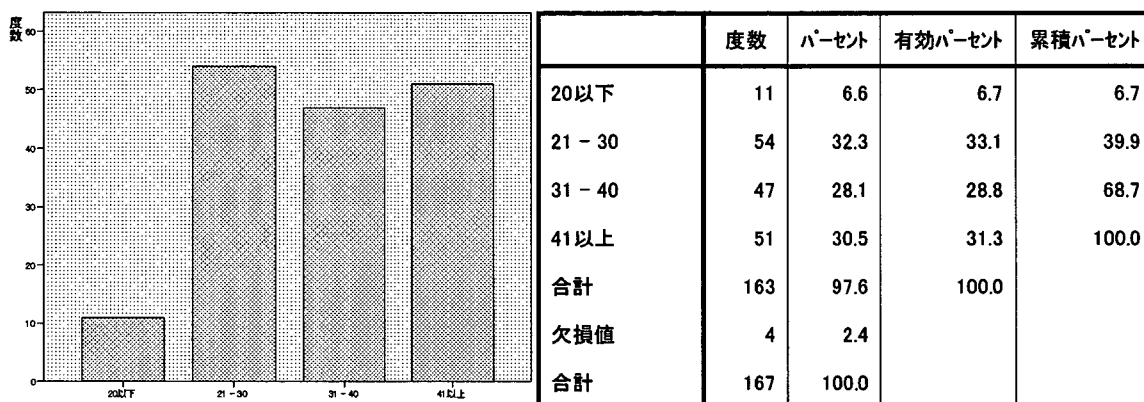
(1. 男性 2.女性)

施設長の性別は、「男性」が 94.6%、「女性」が 5.4%であった。

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
男性	158	94.6	94.6	94.6
女性	9	5.4	5.4	100.0
合計	167	100.0	100.0	

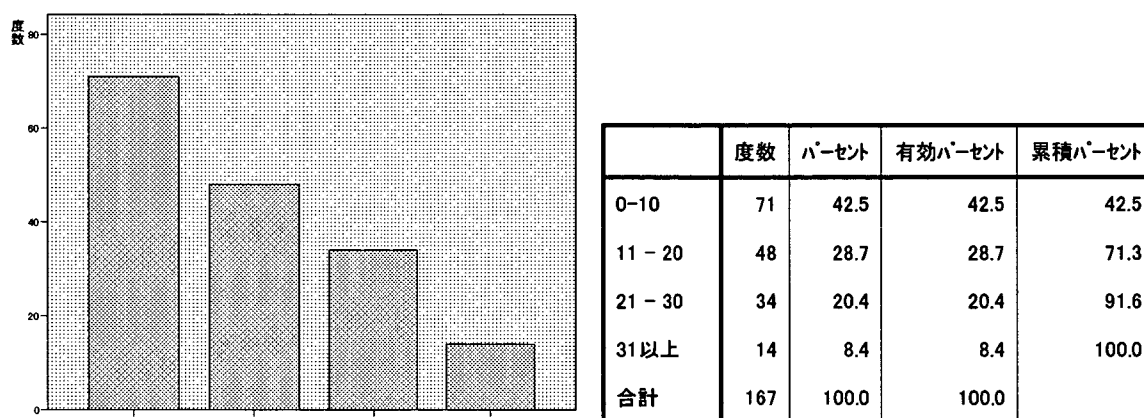
3. 医師になって何年ですか。(医師でない場合は、職種をお答えください。)

施設長の医師経験年数は、平均 35.3 年(最小値 5 年、最大値 65 年)であった。「21-30 年」32.3%が最も多く、以下、「41 年以上」30.5%、「31-40 年」28.1%であった。医師以外の職種は 4 例あり、「社会福祉士」1 例、「事務職」3 例であった。



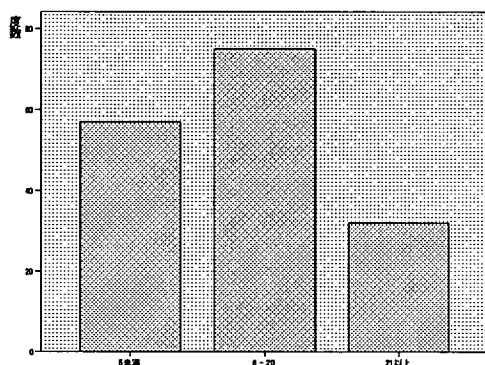
4. 貴施設(医療機関)での勤務年数をお答えください。

現施設での勤務年数の平均は15.8年(最小値1年、最大値47年)であった。「0-10年」42.5%が最も多く、以下、「11-20年」28.7%、「21-30年」20.4%であった。



5.施設長に就任して何年ですか。

施設長に就任してからの勤務年数の平均は11.6年(最小値1年、最大値47年)であった。「6-20年」44.9%が最も多かった。



	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
5未満	57	34.1	34.8	34.8
6-20	75	44.9	45.7	80.5
21以上	32	19.2	19.5	100.0
合計	164	98.2	100.0	
欠損値	3	1.8		
合計	167	100.0		

6.ご専門の診療科をお答えください。(内科あるいは消化器科など書き方は自由です)

専門の診療科は、「内科」が 75 人(46%)と最も多く、内科の専門領域である「循環器科」などの回答も 25 人(16%)みられた。一方、「老年科・老人科」との回答はわずか 4 人(2%)にすぎなかった。

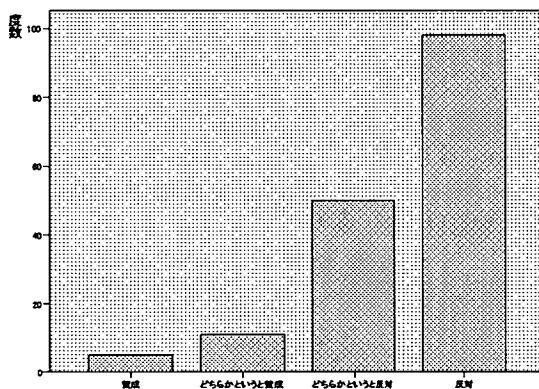
	度数		度数
内科	75	老年科・老人科	4
外科	20	皮膚科	3
精神科	10	呼吸器科	3
循環器科	8	放射線科	2
消化器科	7	産婦人科	1
神経内科	7	泌尿器	1
整形外科	6	心療内科	1
脳神経外科	6	総合診療科	1
リハビリテーション科	5	麻酔科	1

合計:161

7. 今回の療養病床再編についての考え方は次のどれに近いですか。

- (1. 賛成 2. どちらかという賛成 3. どちらかという反対 4. 反対)

施設長の療養病床再編についての考え方は、「反対」が58.7%で、一方、「賛成」、「どちらかという賛成」の回答も約一割みられた。

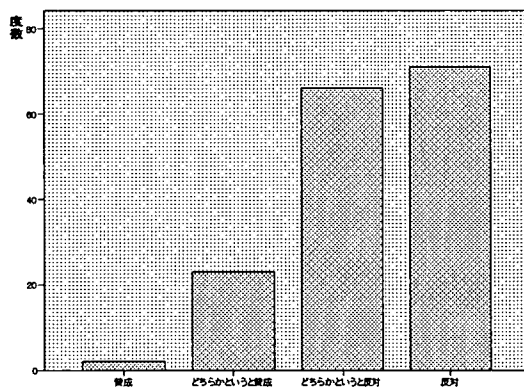


	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
賛成	5	3.0	3.0	3.0
どちらかという賛成	11	6.6	6.7	9.8
どちらかという反対	50	29.9	30.5	40.2
反対	98	58.7	59.8	100.0
合計	164	98.2	100.0	
欠損値	3	1.8		
合計	167	100.0		

8. 後期高齢者医療制度改革についての考え方は次のどれに近いですか。

- (1. 賛成 2. どちらかという賛成 3. どちらかという反対 4. 反対)

施設長の後期高齢者医療改革についての考え方は、「どちらかという反対」39.5%、「どちらかという賛成」13.8%を合わせると53.3%と療養病床再編に比べて中間的選択肢の回答がめだつた。



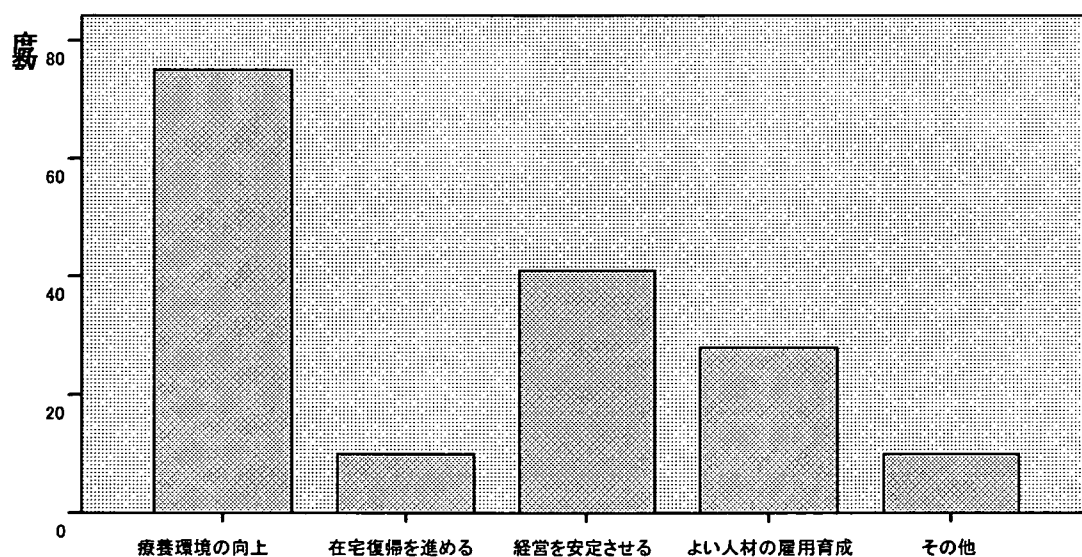
	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
賛成	2	1.2	1.2	1.2
どちらかという賛成	23	13.8	14.2	15.4
どちらかという反対	66	39.5	40.7	56.2
反対	71	42.5	43.8	100.0
合計	162	97.0	100.0	
欠損値	5	3.0		
合計	167	100.0		

9.貴施設(病院)運営で重視している事は次のうちどれですか。あなたにとって優先されるものの番号を選び○をつけてください。(○は1つ)

- (1. 療養環境を向上させる 2. 在宅復帰を進める 3. 経営を安定させる 4. 良い人材を雇用・育成する 5.その他)

施設長の施設運営において優先される考えは、「療養環境を向上させる」が44.9%で最も多く、続く「経営を安定させる」24.6%に比べ20ポイント上回った。「その他」では、「利用者や家族の方に安心してもらえる医療の提供」、「質の高い医療を提供する」など、医療の充実を図る回答があった。「経営を安定させる」ことなくして施設運営はあり得ないといった意見もあり、選択に苦慮したという回答もみられた。「在宅復帰を進める」は6.0%と低値にとどまった。

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
療養環境の向上	75	44.9	45.7	45.7
在宅復帰を進める	10	6.0	6.1	51.8
経営を安定させる	41	24.6	25.0	76.8
良い人材の雇用育成	28	16.8	17.1	93.9
その他	10	6.0	6.1	100.0
合計	164	98.2	100.0	
欠損値	3	1.8		
合計	167	100.0		

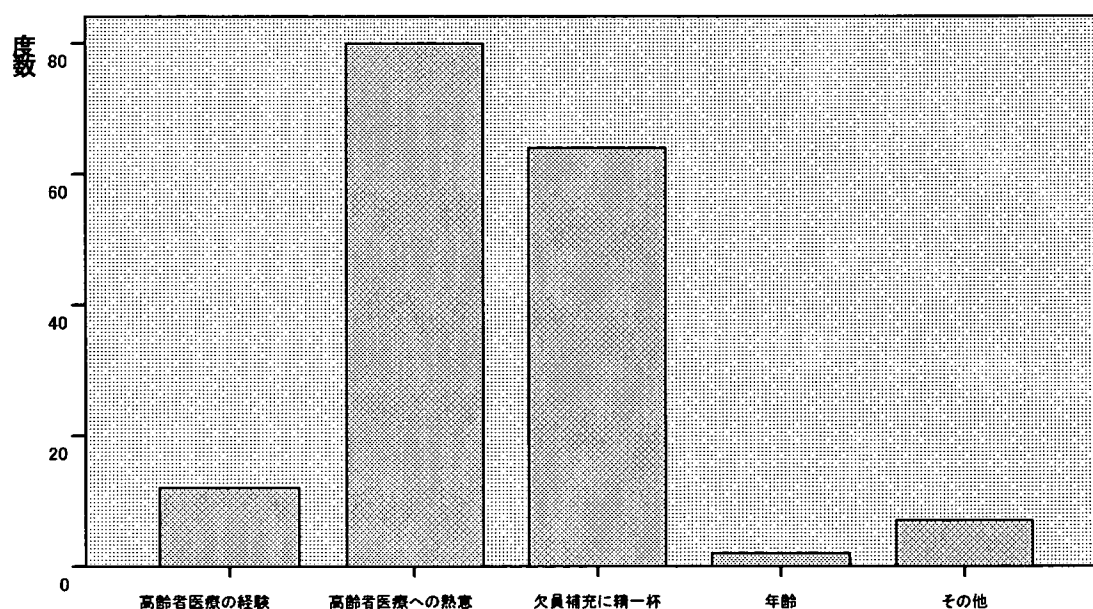


10.職員(医師)の採用にあたって優先しているものの番号を選び○をつけてください。(○は1つ)

- (1. 高齢者医療やチーム医療の経験 2. 高齢者医療への熱意・意欲 3. 欠員補充に精一杯 4. 年齢 5.その他)

施設長の職員(医師)の採用において優先される考えは、「高齢者医療への熱意・意欲」47.9%と、「欠員補充に精一杯」38.3%の二つに二分された。「その他」の回答には、前者(高齢者医療への熱意・意欲)を重視したいが実情は後者(「欠員補充に精一杯)である、といった記述もみられた。その他、「地域医療に貢献熱意のある人」、「医療技術者としてのレベルとパーソナリティ」、「充実させたい科の医師」という回答もみられた。

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
高齢者医療の経験	12	7.2	7.3	7.3
高齢者医療への熱意・意欲	80	47.9	48.5	55.8
欠員補充に精一杯	64	38.3	38.8	94.5
年齢	2	1.2	1.2	95.8
その他	7	4.2	4.2	100.0
合計	165	98.8	100.0	
欠損値	2	1.2		
合計	167	100.0		



11. 療養病床に勤務する職員(医師)のために行なっている事業をあげてください。(該当するものすべてに○)

(1.医師の研修・生涯学習に対する支援 2.医師の生活に対する支援 3.基幹病院、専門医療機関との連携 4.その他 5.行なっていない)

職員(医師)のために行っている事業としては、「基幹病院、専門医療機関との連携」53.0%(88/166)が最も多く、「医師の研修・生涯学習に対する支援」51.8%(86/166)が続いた。「その他」では、「学会出席、専門医資格認定の支援」などの学習支援や、「気持ちよく働いて頂けるよう常に配慮する」、「育児、介護支援」といった、労働環境の整備に関する意見が含まれていた。

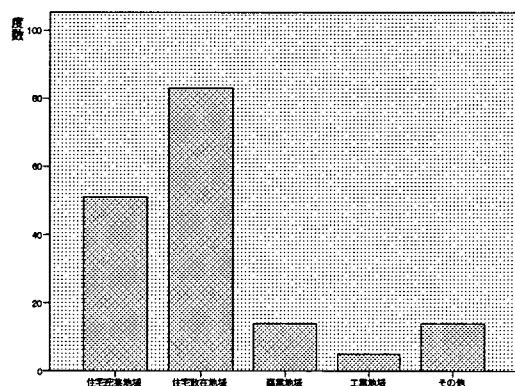
	合計	パーセント
基幹病院、専門病院との連携	88	53.0
医師の研修・生涯学習への支援	86	51.8
医師の生活に対する支援	40	25.0
行っていない	24	15.0
その他	10	6.3
合計	160	100

(複数回答)

12. 貴施設(病院)はどのようなところに立地していますか。(○は1つ)

(1.住宅密集地域 2.住宅散在地域 3.商業地域 4.工業地域 5.その他)

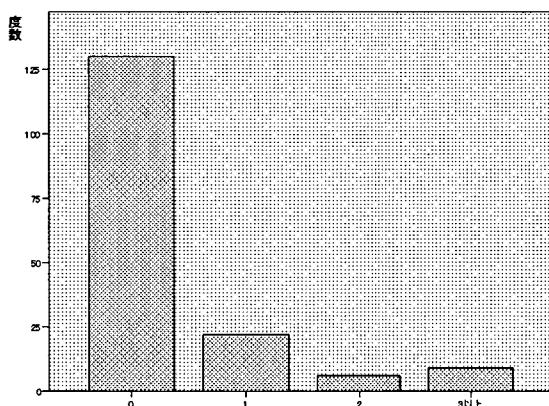
施設の立地は、「住宅散在地域」49.7%で最も多く、「商業地域」「工業地域」が「住宅密集地域」同様人口密度の多い地域と考え、都市部と郊外地域とでほぼ半数ずつを占めていた。「その他」には、「人里はなれた山中」、「僻地」などの回答があった。



	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
住宅密集地域	51	30.5	30.5	30.5
住宅散在地域	83	49.7	49.7	80.2
商業地域	14	8.4	8.4	88.6
工業地域	5	3.0	3.0	91.6
その他	14	8.4	8.4	100.0
合計	167	100.0	100.0	

13. 同一法人内で、貴施設(病院)以外に療養病床を持つ施設(病院)は他にいくつありますか。他にない場合は、0とご記入ください。

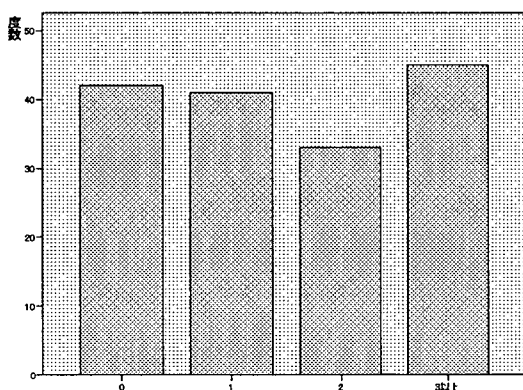
今回回答のあった施設では、77.8%(130/167)の施設では所属する法人がほかに療養病床をもっていなかった。一方、「3か所以上」も5.4%にみられた。



	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
0	130	77.8	77.8	77.8
1	22	13.2	13.2	91.0
2	6	3.6	3.6	94.6
3以上	9	5.4	5.4	100.0
合計	167	100.0	100.0	

14. 貴施設から車で10分圏内に、療養病床を持つ施設(病院)は他にいくつありますか。ない場合は、0とご記入ください。

今回回答のあった施設では、そのうち26.9%の施設において車で10分圏内に「3か所以上」の療養病床施設(病院)があった。2ヶ所の施設も含めると、約半数ではかなり療養病床設置の密な地域にあるといえよう。



	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
0	42	25.1	26.1	26.1
1	41	24.6	25.5	51.6
2	33	19.8	20.5	72.0
3以上	45	26.9	28.0	100.0
合計	161	96.4	100.0	
欠損値	6	3.6		
合計	167	100.0		

15.貴施設(病院)には、認知症高齢者に対応する病棟あるいはユニットはありますか。

(1 ある 2 ない)

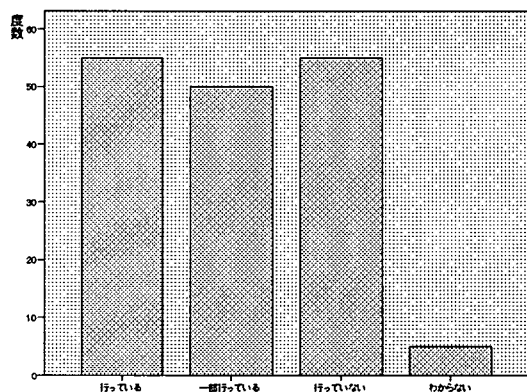
認知症高齢者に対応する病棟あるいはユニットを有する施設は、23.4%であった。

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
ある	39	23.4	23.4	23.4
ない	128	76.6	76.6	100.0
合計	167	100.0	100.0	

16.貴施設(病院)では総合的評価法を行なっていますか。(総合的評価法とはさまざまな機能評価を組み合わせて医療ケアを決定していく手法のことです)

(1 行なっている 2 一部行なっている 3 行なっていない 4 わからない)

総合的評価法を取り入れている施設は、「行っている」との回答が32.9%の施設からあり、徐々にではあるが機能評価が浸透しつつあることをうかがわせる。



	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
行っている	55	32.9	33.3	33.3
一部行っている	50	29.9	30.3	63.6
行っていない	55	32.9	33.3	97.0
わからない	5	3.0	3.0	100.0
合計	165	98.8	100.0	
欠損値	2	1.2		
合計	167	100.0		