

問21. 次のうち所属している学会すべてに○をつけてください。

- | | | |
|------------|-------------------|-------------------|
| 1 日本内科学会 | 9 日本循環器学会 | 17 日本脈管学会 |
| 2 日本外科学会 | 10 日本精神神経学会 | 18 日本高血圧学会 |
| 3 日本老年医学会 | 11 日本整形外科学会 | 19 日本成人病（生活習慣病）学会 |
| 4 日本癌学会 | 12 日本糖尿病学会 | 20 日本認知症学会 |
| 5 日本血液学会 | 13 日本神経学会 | 21 日本動脈硬化学会 |
| 6 日本内分泌学会 | 14 日本腎臓学会 | 22 日本脳卒中学会 |
| 7 日本感染症学会 | 15 日本呼吸器学会 | 23 日本老年精神医学会 |
| 8 日本消化器病学会 | 16 日本リハビリテーション医学会 | |

問22. 次のうち専門医または認定医資格を持っている学会すべてに○をつけてください。

- | | | |
|------------|-------------------|-------------------|
| 1 日本内科学会 | 9 日本循環器学会 | 17 日本脈管学会 |
| 2 日本外科学会 | 10 日本精神神経学会 | 18 日本高血圧学会 |
| 3 日本老年医学会 | 11 日本整形外科学会 | 19 日本成人病（生活習慣病）学会 |
| 4 日本癌学会 | 12 日本糖尿病学会 | 20 日本認知症学会 |
| 5 日本血液学会 | 13 日本神経学会 | 21 日本動脈硬化学会 |
| 6 日本内分泌学会 | 14 日本腎臓学会 | 22 日本脳卒中学会 |
| 7 日本感染症学会 | 15 日本呼吸器学会 | 23 日本老年精神医学会 |
| 8 日本消化器病学会 | 16 日本リハビリテーション医学会 | |

問23. 次の老年学関係の学会のうち所属している学会すべてに○をつけてください。

- | | |
|-------------|----------------|
| 1 日本老年医学会 | 4 日本老年歯科医学会 |
| 2 日本老年社会科学会 | 5 日本老年精神医学会 |
| 3 日本基礎老科学会 | 6 日本ケアマネジメント学会 |

以下の質問は「施設長用」調査票のものと同じです。もしすでにお答えいただいている場合は次の問いに答えしないでください。

問24. 今回の療養病床再編についての考え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

問25. 後期高齢者医療制度改革についての考え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

問26. あなたは総合的機能評価を行なっていますか。（総合的機能評価とは心身のさまざまな機能評価を組み合わせる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

問27. 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

問28. あなたの性別をお答えください。

- 1 男性 2 女性



問29. 医師になって何年ですか。※ 端数切上 例：3年4ヶ月→4年

		年
--	--	---

問30. この施設での勤務年数をお答えください。※ 端数切上 例：3年4ヶ月→4年

		年
--	--	---

問31. 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)。

_____科

ご協力ありがとうございました。後日報告書を希望の場合はカッコに○を記入ください。

報告書送付を希望する ()



利用者用
施設ID

老人保健施設の利用者調査

2008年6月

日本老年医学会

高齢者介護システム検討委員会

この調査票のご記入は、支援相談員の方にお願いいたします

ご記入にあたってのお願い

医療機関から貴施設に転所されて2ヶ月以内の利用者様（最大5名）について、この調査票にご記入ください。記入後は同意書とともにまとめて同封の返信用封筒に入れて投函ください。

なお、来年秋に追跡調査を予定しているため、患者様のID記入欄を設けております。

問1 この調査票に記載された利用者様のID（貴施設での通し番号）を記入してください。

問2 利用者様の生年月日を記入してください。

明治

大正

昭和

問3 利用者様の性別を教えてください。

1 男

2 女

問4 利用者様が入所した年月日を記入してください。

平成

問5 貴施設に移られるまでに利用者様がいた医療機関に入院される前は、利用者様がどちらに
おられましたか。

- 1 自宅（親戚宅も含む）、有料老人ホーム
- 2 病院（療養病床）
- 3 病院（療養病床以外）
- 4 老人保健施設（貴施設含む）
- 5 特別養護老人ホーム、認知症グループホーム



6 その他 ()

問6 現在、特別養護老人ホームに申請中ですか。

- 1 はい 2 いいえ



問7 医療区分について教えてください。(区分の仕方については資料を参照ください)

- 1 医療区分1 2 医療区分2 3 医療区分3 4 非実施

問8 ADL 区分について教えてください。(区分の仕方については資料を参照ください)

- 1 ADL1 2 ADL2 3 ADL3 4 非実施

問9 利用者様の要介護度について教えてください。

- | | | |
|-----------|--------|--------|
| 1 非該当(自立) | 4 要介護1 | 7 要介護4 |
| 2 要支援1 | 5 要介護2 | 8 要介護5 |
| 3 要支援2 | 6 要介護3 | |



問10 利用者様の日常生活自立度(寝たきり度)は、以下のどれに該当しますか。

- 1 ランク J: 何らかの障害などを有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。
- 2 ランク A: 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。
- 3 ランク B: 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ。
- 4 ランク C: 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。
- 5 わからない
- 6 自立

問11 利用者様の認知機能の状態は、以下のどれに該当しますか。

- 1 ランク I: 何らかの障害などを有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
- 2 ランク II: 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
- 3 ランク III: 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。
- 4 ランク IV: 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
- 5 ランク M: 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医を必要とする。
- 6 わからない

7 自立

問12 現在、利用者様に、医師から診断された病気がありますか。以下のうち、あてはまるものすべてに○をつけてください。(たとえば9と13が該当するときには両方とも○をつけてください) [Charlson Index, 1987]

- 0 診断された病気はない
- 1 虚血性心疾患 (心筋梗塞、バイパス術後、PTCA後、狭心症など)
- 2 心不全 (慢性、急性)
- 3 慢性肺疾患
- 4 胃十二指腸潰瘍
- 5 末梢動脈疾患
- 6 軽症の肝疾患
- 7 脳血管障害
- 8 膠原病 (関節リウマチを含む)
- 9 糖尿病
- 10 認知症
- 11 片麻痺
- 12 中等度～重症腎疾患
- 13 組織障害を伴う糖尿病 (腎症、神経症、壊疽、網膜症など)
- 14 5年以内に診断された原発性腫瘍
- 15 白血病
- 16 リンパ腫
- 17 中等症～重症の肝疾患
- 18 転移性腫瘍
- 19 AIDS
- 20 その他 ()



問13 現在、利用者様は次のような状態にありますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

- | | |
|-----------|-------------------------|
| 1 経管栄養 | 7 疼痛管理 |
| 2 気管切開 | 8 人工透析 |
| 3 喀痰吸引 | 9 人工肛門 |
| 4 膀胱カテーテル | 10 中心静脈栄養 (IVH) |
| 5 褥瘡処置 | 11 モニター測定 (心拍・血圧・酸素飽和度) |
| 6 酸素療法 | 12 1～11のどれもない |

問14 利用者様と同居している(同じ敷地内に住んでいる)人は、合計何人ですか。利用者様を含めてお答えください。

--	--

人

問15 利用者様の「お世話を主にしている人（主介護者）」に○をつけてください。利用者様からみた続柄でお答えください。（○は1つ）

- | | |
|---------------------------------|-------------------------|
| 0 親族の主介護者はいない（老人ホームなどに入所の場合を含む） | |
| 1 患者さんの配偶者（内縁を含む） | 9 孫の配偶者 |
| 2 息子（配偶者あり） | 10 兄弟、姉妹 |
| 3 息子（配偶者なし） | 11 その他の親族（ ） |
| 4 娘（配偶者あり） | 12 ホームヘルパー |
| 5 娘（配偶者なし） | 13 家政婦やお手伝いさん |
| 6 息子の妻（嫁） | 14 近隣の人、知人、ボランティア |
| 7 娘の夫（婿） | 15 民生委員、町内会、婦人会の役員 |
| 8 孫 | 16 その他（ ） |

問16 利用者様の「お世話を主にしている人（主介護者）」以外に、日常的に利用者様のお世話や家事を手伝っている人がいますか。

- 1 いる 2 いない

問17 利用者様の自宅は次のどれにあたりますか。（○は1つ）

- 1 一戸建ての持ち家
2 一戸建ての賃貸
3 集合住宅の持ち家
4 集合住宅の賃貸
5 その他（ ）

問18 利用者様は生活保護世帯ですか。

- 1 はい 2 いいえ

問19 利用者様は介護保険自己負担の限度額認定対象者ですか。

- 1 はい（利用者負担第1から第3段階）
2 いいえ（対象外、利用者負担第4段階）
3 わからない

● 記入した日付をご記入ください。

平成

--	--

 年

--	--

 月

--	--

 日





- ご協力まことにありがとうございました。
報告書をお送りさせていただきますので、よろしければご連絡先をご記入ください。(記入は 1 枚のみで結構です)

所属部署：

お名前：



[本調査についての問い合わせ先]

日本老年医学会介護システム検討委員会委員長 高橋龍太郎
(東京都板橋区栄町 35-2 東京都老人総合研究所)

☎ 03-3964-3241 (内3135)

『療養病床の運営に関する調査』ご協力のお願い

相談員（ソーシャルワーカー）様

日本老年医学会 理事長 大内 尉義
同 高齢者介護システム検討委員会委員長 高橋龍太郎

拝啓

残暑厳しいおりから、皆様ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。本年1月に行いました「療養病床の運営に関する調査」へのご協力、ありがとうございます。

さて、前回の調査より半年経過し、ご協力いただいた利用者様の転帰について、追跡調査を実施したいと考えております。（前回ご協力いただきました利用者様のIDにつきましては同封いたしました同封した調査票をご参照ください）お忙しい中まことに恐縮ですが、ご協力賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

なお、本調査は日本慢性期医療協会（旧：日本療養病床協会）の了承と協力の下に実施しております。

末筆ではありますが、皆様のご多幸、ご発展を心よりお祈りいたします。

敬具

1 調査対象

協力いただいた利用者様

2 回答方法

裏面の調査票に、各利用者様のID番号と、各利用者の転帰について（当てはまる項目の口にチェックをいれてください）ご記入ください。なお、回答後はFAX（Fax：03-3579-4776）あるいは郵送（同封の返信用封筒をご使用ください）にて平成20年8月末日までにご返送ください（切手不要）。

3 プライバシー保護について

本調査に回答された情報に関しては、個人名が特定できないよう、回答と個人の名前を切り離して統計的に処理いたします。個人情報・回答を外部へ漏えいすることはありません。研究以外の目的でデータを使用することはありません。

4 本調査への協力について

この調査は強制ではありません。協力を希望されない場合は無理に協力する必要はありません。そのことによって不利益を受けることは一切ありません。

5 お問い合わせ先

日本老年医学会 高齢者介護システム検討委員会委員長 高橋龍太郎

（東京都老人総合研究所 〒173-0015 東京都板橋区栄町35-2）

Tel：03-3964-3241（内線3135高橋、または、内線3136 寛（かけひ）） Fax：03-3579-4776

調査票

施設名 _____

① ID(貴施設でのカルテ番号)

<転帰> 退院日 2008年 月 日

- 死亡退院 自宅(子供さんや親族の家も含む)退院 急性期病院へ転院
他の療養病床へ転院 老健へ転所 特養ホームへの転所 現在も当施設に入院中
その他 ()

② ID(貴施設でのカルテ番号)

<転帰> 退院日 2008年 月 日

- 死亡退院 自宅(子供さんや親族の家も含む)退院 急性期病院へ転院
他の療養病床へ転院 老健へ転所 特養ホームへの転所 現在も当施設に入院中
その他 ()

③ ID(貴施設でのカルテ番号)

<転帰> 退院日 2008年 月 日

- 死亡退院 自宅(子供さんや親族の家も含む)退院 急性期病院へ転院
他の療養病床へ転院 老健へ転所 特養ホームへの転所 現在も当施設に入院中
その他 ()

④ ID(貴施設でのカルテ番号)

<転帰> 退院日 2008年 月 日

- 死亡退院 自宅(子供さんや親族の家も含む)退院 急性期病院へ転院
他の療養病床へ転院 老健へ転所 特養ホームへの転所 現在も当施設に入院中
その他 ()

⑤ ID(貴施設でのカルテ番号)

<転帰> 退院日 2008年 月 日

- 死亡退院 自宅(子供さんや親族の家も含む)退院 急性期病院へ転院
他の療養病床へ転院 老健へ転所 特養ホームへの転所 現在も当施設に入院中
その他 ()

※なお、他施設、他病院に転院し、その後戻られた場合も、転院時点で退院とみなしてご記入ください。

『老人保健施設の運営に関する調査』ご協力のお願い

相談員（ソーシャルワーカー）様

日本老年医学会 理事長 大内 耐義
同 高齢者介護システム検討委員会委員長 高橋龍太郎

拝啓

寒さ厳しい折から、皆様ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。昨年5月に行いました「老人保健施設の運営に関する調査」へのご協力、ありがとうございました。

さて、前回の調査より約半年経過し、ご協力いただいた利用者様の転帰について、追跡調査を実施したいと考えております。（前回ご協力いただきました際ご記入いただいた利用者様のIDにつきましては同封いたしました調査票をご参照ください）お忙しい中まことに恐縮ですが、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

なお、本調査は全国老人保健施設協会の了承と協力の下に実施しております。

末筆ではありますが、皆様のご多幸、ご発展を心よりお祈りいたします。

敬具

1 調査対象

協力いただいた利用者様

2 回答方法

前回ご協力いただきました際ご記入いただいた各利用者様のIDに振られた番号の欄に、各利用者様の転帰について（当てはまる項目の口にチェックをいれてください）ご記入ください。なお、回答後はFAX（Fax：03-3579-4776）あるいは郵送（同封の返信用封筒をご使用ください）にて平成21年1月末日までにご返送ください（切手不要）。

3 プライバシー保護について

本調査に回答された情報に関しては、個人名が特定できないよう、回答と個人の名前を切り離して統計的に処理いたします。個人情報・回答を外部へ漏えいすることはありません。研究以外の目的でデータを使用することはありません。

4 本調査への協力について

この調査は強制ではありません。協力を希望されない場合は無理に協力する必要はありません。そのことによって不利益を受けることは一切ありません。

5 お問い合わせ先

日本老年医学会 高齢者介護システム検討委員会委員長 高橋龍太郎

（東京都老人総合研究所 〒173-0015 東京都板橋区栄町35-2）

Tel：03-3964-3241（内線3135高橋、または、内線3136 箕（かけひ）） Fax：03-3579-4776

調査票

施設名

	ID(貴施設での利用者番号)
①	
②	
③	
④	
⑤	

⑥ <転帰> 退所日 2008/2009年 月 日

- 死亡退所 自宅(子供さんや親族の家も含む)退所 急性期病院へ転院
療養病床へ転院 他の老健へ転所 特養ホームへの転所 現在も当施設に入所中
その他 ()

⑦ <転帰> 退所日 2008/2009年 月 日

- 死亡退所 自宅(子供さんや親族の家も含む)退所 急性期病院へ転院
療養病床へ転院 他の老健へ転所 特養ホームへの転所 現在も当施設に入所中
その他 ()

⑧ <転帰> 退所日 2008/2009年 月 日

- 死亡退所 自宅(子供さんや親族の家も含む)退所 急性期病院へ転院
療養病床へ転院 他の老健へ転所 特養ホームへの転所 現在も当施設に入所中
その他 ()

⑨ <転帰> 退所日 2008/2009年 月 日

- 死亡退所 自宅(子供さんや親族の家も含む)退所 急性期病院へ転院
療養病床へ転院 他の老健へ転所 特養ホームへの転所 現在も当施設に入所中
その他 ()

⑩ <転帰> 退所日 2008/2009年 月 日

- 死亡退所 自宅(子供さんや親族の家も含む)退所 急性期病院へ転院
療養病床へ転院 他の老健へ転所 特養ホームへの転所 現在も当施設に入所中
その他 ()

※なお、他施設、他病院に転院し、その後戻られた場合も、転所時点で退所とみなしてご記入ください。

2. 研究成果の刊行に関する一覧表

1. Nagy-Tanaka, E., Maekawa, Y., Yasunaga, S., Takahashi, R.: Care in Japanese residential aged care facilities – residents' and caregivers' perspectives. *International J Human Caring*; 12(3):57-64, 2008
2. 高橋龍太郎: 高齢者ケアと高齢者総合機能評価(GCA). 明日の在宅医療第 4 巻, 高齢者ケアと在宅医療: 113-136, 中央法規出版2008
3. 高橋龍太郎, 笥佐織: 長期療養高齢者と高齢者医療を担う医師の役割. *日本老年医学会雑誌*; 46: 134-136, 2009
4. Sugihara, Y., Sugisawa, H., Shibata, H. and Harada, K. : Productive roles, gender, and depressive symptoms: Evidence from a national longitudinal study of late-middle-aged Japanese. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 63B(4), P227-P234, 2008
5. 鳥羽研二: 介護予防に対する医療関係者の役割. *BONE22(4)*; 487-493, 2008

3. 研究成果の刊行物・別刷

1. 長期療養高齢者と高齢者医療を担う医師の役割

高橋龍太郎 寛 佐織

要約 目的：慢性期高齢者医療の課題、特に医療の必要性と人材育成の状況を、急性期医療機関経由の患者の前向き調査と施設代表・勤務医師への調査を通じて明らかにし、今後の長期療養高齢者医療と高齢者医療を担う医師の役割について考察する。**対象と方法：**日本療養病床協会加盟の727施設を調査対象とし、これらの施設の施設管理責任者、常勤勤務医師5名、急性期医療機関からきた高齢者5名に対して調査を行った。**結果と考察：**167施設の施設長、144施設の医師、117施設の患者情報について回答を得た。施設の立地条件によって、「在宅復帰を進める」ことを重視している割合に差があり、地域特性を踏まえた高齢者医療システムの構築が望まれていることが示唆された。また、医師の高齢者医療の専門性を示す指標として、施設長・勤務医師の専門診療科(自由記述)、所属学会、老年学関連所属学会、専門医・認定医保持学会を調べたところ、高齢者医療関連学会への参加、それらの専門医・認定医保持割合は、内科関連の回答と比較して高くなく、高齢者医療を担う医師の専門性の強化と人材育成が求められていると思われた。医療の必要性について、一年後の死亡率との関連が明らかになっている Charlson Index と医療保険療養病床における診療報酬基準である医療区分との関連は全く認められなかった。病床当たりの患者の転帰を求めると、死亡退院と急性期病院への転院の発生率は、施設間の差が少なく一定の頻度で発生していることが示された。今後、医療の必要性の合理的基準を明確化するため、包括的な機能評価に基づいた課題の焦点化を組み込むといった取り組みが必要であろう。**結論：**今後の高齢者医療における医師の専門性発揮と医療の必要性の再考という課題が明らかとなった。

Key words：人材育成、療養病床、老人科医、専門医、医療の必要性

(日老医誌 2009; 46: 134-136)

はじめに

現在進められている療養病床再編計画は、介護保険制度の安定化と医療費の増加抑制を目的としている。再編の基本的考え方は「医療の必要性」の重視であり、医療と介護の複合型である介護保険療養病床を廃止するという方針がこのことを象徴している。利用する高齢者からみれば、「医療の必要性」とはすぐに対応が必要というニーズばかりでなく、複数の慢性疾患による病態に対応する専門性への期待、起こりうる合併症や機能障害発生子想なども含んでおり、「医療の必要性」の精密化は脆弱・要介護高齢者に動揺と生活の不安定化を引き起こすかもしれない。また、医師を中心とする医療側においては、高齢者医療は臓器疾患系に整備された専門医制度の

流れから逸脱したものに映るかもしれない。高齢者医療において重要な「慢性性」への対応を基本とする医学体系は決して成熟していないし、医師集団としても強靱ではない。

以上の点を踏まえ、慢性期高齢者医療の課題、特に医療の必要性と人材育成の状況を、急性期医療機関経由の患者調査と施設代表・勤務医師への調査を通じて考察することとした。

対象と方法

日本療養病床協会の協力の下、協会加盟の全国の介護保険療養病床、医療保険療養病床の全数、727施設を調査対象とした。これらの施設の、①施設管理責任者に対してスタッフ育成と施設運営状況を、②常勤勤務医師に対して専門性と学習状況、医療業務実施状況、他職種との連携、仕事の満足度などを、③急性期医療機関からきた高齢者の状態像把握調査を行った。なお、③については、各対象者あるいは対象者の家族の同意の下、各施設

の相談援助職を通じて調査を行った。分析方法は、一元配置分散分析、およびクロス集計 (χ^2 乗分析) を用いた。

結果と考察

<回収率>

施設長の回収率は、23.0% (167施設/727施設)であった。勤務医師では19.8% (144施設/727施設)、総数は314票、施設あたりの回答は2.2票であった。患者調査の回収率は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。

<地域ごとの療養病床の施設運営の課題>

療養病床に求められている役割の一つに、地域における在宅医療支援機能があり、フレキシビリティの高い在宅医療連携体制をとることが要求されている。さらに、65歳以上人口10万対療養病床等の病床数を都道府県別にみると、最も多い高知県と最も少ない宮城県では約6.8倍の差があるなど¹⁾、療養病床数は地域差が激しく、各地域特性に合わせた運営方針をとる必要がある。今回の調査結果において、都市部などの人口密度の高い「住宅密集地域」と比べ、人口密度の低い「住宅散在地域」に立地した施設では、施設運営において「在宅復帰を進める」ことを重視している割合が低いことが示された ($P < 0.05$)。これは、療養病床の運営においては、施設を取り巻く地域圏の特性を考慮することが重要であることを示しているものと思われる。高齢者医療を担う医師も、地域圏の特性を考慮し、行政との調整、医療・介護施設間連携まで、幅広い視野が必要と考えられる。

<医師など人材育成の課題>

医師の高齢者医療専門性の指標として、自由記述による施設長・勤務医師の専門診療科を調べたところ、専門の診療科を老年科・老人科など高齢者医療関連の回答をしたものの割合は施設長、勤務医師共に約2%で、内科と回答したものの1/20以下であった。これは日本老年医学会会員数 (2007年11月末現在6,404人) の日本内科学会会員数 (2008年1月末現在95,825人) に対する比率6.7%よりも低く、現在療養病床に勤務する医師が、自分の医療専門性、医学専門領域を老人医療、老年医学と考えているものは多くないことが示された。欧米においても「Pediatrician (小児科医)」に比べれば「Geriatrician (老人科医)」の認知度は低いけれども、診療において高齢患者の占める割合が高くその状況認識も広く受け入れられている状況を考えると、わが国の高齢者医療における専門性の発揮度、専門性の普及度は不十分であると思われる。

一方、勤務医師が現施設への就職理由に「高齢者医療の実践」を挙げたものは、「日本老年医学会」への所属・専門医資格保有割合が高いという結果が得られ ($p < 0.001$)、高齢者医療の関係学会の学会活動に対する期待の大きさがうかがえた。

今年度始まった後期高齢者医療制度において高齢者総合機能評価が診療報酬に組み入れられたことは画期的であり、日本老年医学会をはじめとする関係学会、日本療養病床協会をはじめとする関係医療機関組織が、高齢者医療を担う医師の人材育成と専門性を高める努力をさらに行うことが必要であると思われる。

<長期療養高齢者における医療ニーズの課題>

療養病床の再編計画では、「医療の必要性」の少ない「社会的入院」を減らすため、療養病床の病床数の削減が行われようとしている。医療保険療養病床の「医療の必要性」に関する現在の基準は、「医療区分」に示されている医療処置や器具使用と疾患によるランク分けである。複数の慢性疾患とそれによる生活障害を持つ高齢者の「医療の必要性」とは、現在の医療処置の実施状況だけでなく、今後予想される病状変化の出現リスクとその変化への対応体制も含まれる。今回の調査においては、「医療の必要性」に含まれる、この複数の慢性疾患という面を重視して「医療区分」との関連を調べた。Charlson (1987) が報告したCharlson Index (併存疾患尺度) は1年後の死亡率と関連することが示されており²⁾、近い将来の死亡確率という医療ニーズを数量化した指標である。Charlson Index と「医療区分」、そして「ADL区分」や要介護度との関連を検討したが、「医療区分」を含めCharlson Index との関連は全く認められなかった。

一方、施設ごとに違う病床数を考慮して、施設特性と患者の転帰との関連をみてみると、総病床数の多い施設では自宅退院率が低値であったが ($p < 0.05$)、死亡退院率について総病床数の多少は影響していなかった。病床数当たりの年間退院数は施設によって大きな違いがみられたため、調査対象施設における最大値を平均値で割った値を求め、退院率の施設間変動の指標としたところ、「他の療養病床転院数」は43.1倍と施設間の違いが極めて大きく、「老人保健施設入所率」「特別養護老人ホーム入所率」「その他の施設退院率」もすべて10.0倍を超えていた。すなわち、これらの施設への病床当たり年間退院率は施設間の差が極めて大であることを示している。一方、「急性期病院転院率」(8.1倍) や「死亡退院率」(4.3倍) は比較的低値にとどまり、病床あたりの死亡退院数はもっとも施設間の少ない転帰指標であった (表1)。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

表1 患者の年間退院率(退院数/病床数)と施設間の差異

	平均値 (A)	最大値 (B)	退院率の 施設間差異 (B/A 倍)
死亡退院率	0.35	1.5	4.3
自宅退院率	0.53	9.0	17.0
急性期病院転院率	0.26	2.1	8.1
他の療養病床転院率	0.13	5.6	43.1
老人保健施設入所率	0.17	3.3	19.4
特別養護老人ホーム入所率	0.11	1.5	13.6
その他の施設退院率	0.11	3.1	28.2

一定の頻度で発生していることが示唆された。これらの結果より、「医療区分」のランクでは必ずしも評価できない病状の重症化・急変や死亡は医療の関与が必須であり、施設の特性を問わず発生していることが示唆され、今後、医療の必要性の合理的基準を明確化するため、包

括的な機能評価に基づいた課題の焦点化を組み込むといった取り組みが必要であろう。

結 論

高齢者医療を担う医師の専門性を発揮するためにも、地域圏毎の施設役割を考慮に入れた対応、専門性の普及・強化、「医療の必要性」の明確化へ向けた機能評価に基づく包括的焦点化が必要であると思われた。

文 献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成18年度 医療施設(動態)調査・病院報告の概況。
- 2) Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR: A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis 1987; 40 (5): 373-383.

Care in Japanese Residential Aged Care Facilities: Residents' and Caregivers' Perspectives

Edit Nagy-Tanaka, PhD, Yoshifumi Maekawa, MSc, and Ryutaro Takahashi, MD, PhD

Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

Sachiko Yasunaga, MSc
Meiji Gakuin University

Abstract

This study examined residents' and caregivers' conceptualization of quality of life (QOL) and quality of care (QOC). Resident interviews and caregiver questionnaire surveys were conducted based on the facet approach. Data were analyzed by multidimensional scaling. Apart from domains of QOL and QOC identified in western studies, a new aspect, bathing, was distinguished. Residents perceived bathing as a pleasant activity, while caregivers perceived it as nursing. Residents also distinguished between emotional, perceptual, and cognitive elements of psychological responses to care but caregivers did not. Differences in basic conceptualization might explain perception gaps and difficulties in providing suitable care for residents.

Key Words: Quality of life, quality of care, residential aged care facilities, residents' and caregivers' conceptualization, perception gap, facet approach, multidimensional scaling techniques

Introduction

In the past, Japan was a strongly family-based society, where members of the extended family took care of each other. Caring and honoring were basic concepts of the Japanese culture (Rosenmayr, 1982). However, recent changes in family structure, with the increase of nuclear families and a higher proportion of women working outside the home, have necessitated housing many elderly in residential aged care facilities. Nevertheless, the care in these facilities does not always meet the needs of the elderly, partly due to the care staff's lacking awareness of the residents' needs and preferences.

Early western studies on quality of life (QOL) and quality of care (QOC) adopted

an expert model, i.e., an assessment made by researchers, doctors, or administrators based on the assumption that due to their frailty and disability, the elderly would not be able to assess the care they receive (Applebaum, Straker, & Geron, 2000; Bowers, Fibich, & Jacobson, 2001). The earlier emphasis on the clinical aspects of care (e.g., Minimum Data Set) often did not assess quality in a way that was meaningful to the residents (Bowers et al.). Therefore, in recent research there is an agreement that evaluation of care must include the residents' own appraisal (Applebaum et al.; Kane et al., 2003; Paulus & Jans, 2005). The expert model is still in use in Japan, where quality inspections of residential care are carried out by the facility itself, or by an independent third-party evaluator, but the residents' own perception of care and life in these facilities is almost never examined.

Existing resident satisfaction scales are from western cultures with varying contents and length. Different domains have been

identified to be relevant for QOL of older people in nursing homes, such as autonomy and choice, safety, help and assistance, interaction with others, communication, food, environment, activities and time schedule, medical and nursing services, caregivers empathy and patience, and dignity and respect (Davis, Sebastian, & Tschetter, 1997; Grau, Chandler, & Saunders, 1995; Paulus & Jans, 2005; Soberman, Murray, Norton, & van Maris, 2000). However, the grouping of items and names of those groups of domains might vary across studies. Bowers et al. (2001) found in their study that nursing home residents conceptualized quality of care in three ways: care-as-service, care-as-relating, and care-as-comfort. For care-as-service, residents focused on instrumental aspects of care, such as efficiency, competence, and value. For care-as-relating, residents emphasized the affective aspects of care, such as friendship and reciprocity with their caregivers. Finally, for care-as-comfort, residents defined quality as care that responded to their bodily cues, thus allowing them to maintain their physical comfort.

It has also been found by previous studies that residents and caregivers evaluate differently the care provided (Berlowitz, Du, Kazis, & Lewis, 1995; Mittal et al., 2007; Nagy-Tanaka, 2007) but the reasons for such discrepancy are not quite clear. Care setting characteristics, caregiver characteristics, or job satisfaction and involvement of caregivers have been identified as possible influencing factors by different studies.

Considering that evaluation is a complex activity, involving perceptual, cognitive, and emotional elements (Kuller, 1991; Nagy, 1998), it is not surprising to find perception gaps between residents and caregivers. Furthermore, most existing studies adopt a quantitative approach utilizing quantitative measures by standardized scales and using standard statistical procedures. Others measure observable behavior and count frequencies of the occurred behavior (Lawton, 1994; Rabins, Kasper, Kleinman, Black, & Patrick, 1999). Many researchers aggregate all items to obtain an overall satisfaction score with the underlying assumption that satisfaction is a unidimensional concept (Chou, Boldy, & Lee, 2001). However, recently it has been recognized that satisfaction is best represented by a multidimensional model; the structure of those evaluations and the underlying conceptual systems reflected in subjects' responses have not been studied based on the facet approach nor analyzed by multidimensional scaling techniques.

Although there is a strong agreement for the need to collect data directly from the el-

derly in QOL and QOC assessments, there seems to be a lack of adapted instruments, especially those that are culture-sensitive, and difficulty in interpreting results because of different instruments and analysis methods (Paulus & Jans, 2005). Therefore, the first aim of the study was to examine, by adopting the facet approach, whether the same domains of QOL and QOC as identified in western literature (e.g., physical environment, meals, nursing) are perceived by Japanese subjects. The second aim was to compare the conceptual systems of residents and caregivers regarding QOL and QOC in residential aged care facilities in Japan, utilizing multidimensional scaling techniques.

Methods

Subjects

Individual structured interviews with 69 residents were carried out in five nursing homes in Tokyo. The study was approved beforehand by the ethical committee of Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology. Data were collected from all residents who gave their consent to be in-

cluded in the study. Consent was also obtained from the families of the subjects. The interviews took, on average, 45 minutes. In some cases the interviews could not be completed on the same day but had to be divided in several occasions, due to the cognitive impairment and/or the resident's mental state on that day. Five residents had to be excluded from the analysis due to insufficient or unreliable answers. Thus, 64 residents were included in the data analysis. The mean age of the residents was 84.1 years and they had been living in the nursing home an average of 5 years. Approximately two thirds were female (69%) and two-thirds had some degree of dementia (66%). The characteristics of the subjects can be seen in Table 1. The distribution of residents according to level of dementia can be seen in Table 2.

Furthermore, a questionnaire with exactly the same questions was administered to 122 caregivers at the same five nursing homes. The caregivers had been working at the present work place approximately 4 years. About two thirds were female (64%) and the largest age group was that of under 35

Table 1
Characteristics of the Respondents

	Residents	Caregivers
Number	64	122
Gender		
Male	20 (31%)	37 (30%)
Female	44 (69%)	78 (64%)
No reply	0 (0%)	7 (6%)
Age	Mean: 84.1 years	<35 years = 75 (61%) 36 - 55 years = 35 (29%) 56 years < 8 (7%) No reply: 4 (3%)
Mean length of residence/work	5.0 years	3.9 years
Dementia		
Yes	42 (66%)	
No	21 (33%)	N/A
No reply	1 (1%)	

Table 2
Subjects' Level of Dementia*

Level	Description	Number/Percent of Residents
Independent	Completely independent in every day living	12 (19%)
I	Non-dementia	9 (14%)
	Independent living is possible	
II	No care is necessary	26 (41%)
	Dementia symptoms not apparent	
III	Independent living with support is possible	15 (23%)
	Slight difficulties with orientation	
IV	Mild dementia	1 (1.5%)
	Some difficulties with every day living	
M (medical)	Impaired memory	0
	Severe dementia	

* According to the Japanese independence scale of the Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare. Note: Data from one resident (1.5%) is missing.

years old (61%) (see Table 1).

Facet Approach

In the present study the facet approach was adopted. According to this approach, facets are the basic conceptual units into which an area of interest is broken down. These are the contents of the research defined before hand. The facets consist of a number of elements, which are a list of components, describing the variations within any facet (Brown, 1985; Canter, 1983, 1985). From the reviewed literature it has become evident that QOL and QOC scales are concerned with certain domains (aspects) of institutional living. Among those that were identified in western studies, the following have been found relevant for the study of QOL and QOC in Japanese nursing homes: physical environment, everyday living, meals, leisure activities, care/nursing, dignity/respect, and relationships/communication. These elements make up the domains of QOL and QOC in nursing homes facet. Another area of interest of the present research is how residents and caregivers think and feel about these QOL and QOC domains. Therefore, psychological re-

sponses to the above domains have been chosen as a further facet in the present study. Based on previous research on the three-component model of evaluation, the perception of the above aspects of institutional living and care as being provided (perceptual component), the possibility to control those aspects (cognitive component), and feelings towards those aspects of institutional living and care (emotional component) have been selected as the elements of the psychological responses facet.

Instrument Construction

Once the facets and their elements are identified, they can be arranged in a mapping sentence, which is a concise way of specifying the components of research area and the relationship between them using normal language (Brown, 1985). From this mapping sentence (Figure 1) questions can be constructed by combining one element from each facet into a sentence.

For example, from the combination of element 1 of Facet A (provision) and element 4 of Facet B (leisure activities) a profile, such as A1B4, can be constructed, from which the following question can be derived, "Are there leisure activities in this facility?" Similarly, combining element 2 of Facet A (control) with element 3 of Facet B (meals) will result in profile A2B3, from which the following question for the residents can be generated, "Can you eat as much as you want?" Another question for the same A2B3 profile, i.e., a combination of control and meals, can be, "Can you eat at any time you wish?" Respectively, the same questions for the caregivers will be, "Can the residents eat as much as they want?" and "Can the residents eat at any time they wish?" Since several questions for the same combination were possible to construct, altogether 44 questions were generated for the present study. Nine questions covered the environment, 10 covered every

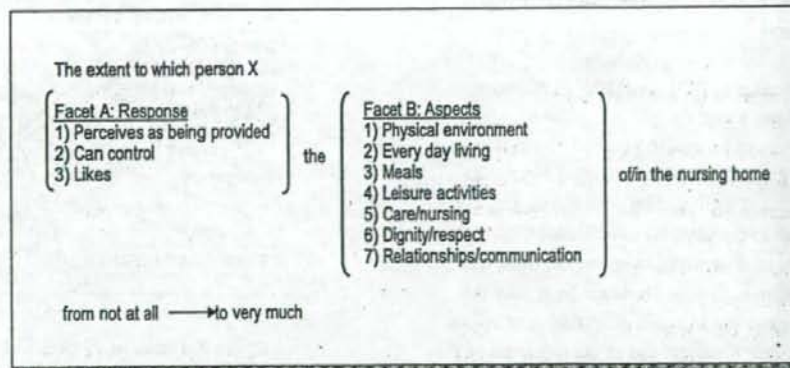


Figure 1. Mapping sentence for the study on residents' and caregivers' conceptualization of QOL and QOC in nursing homes.