

1. サービス・ニーズとの関係

これまで介護サービスを含む福祉サービスの供給水準に関する研究では、地域的公正の観点から地域のサービス・ニーズと関係づけた分析が行われてきた(神谷 1997; 杉浦 2005)。本稿でも、有料老人ホームの立地要因についてニーズとの関係を検討する。しかし、その前に有料老人ホームに関するニーズの内容を検討するため、社団法人全国有料老人ホーム協会が実施した調査(社団法人全国有料老人ホーム協会産業雇用高度化推進事業推進委員会2005)³⁾から、その入居者特性を明らかにし、その手がかりにしたい。

まず、入居者の家族構成は自立者の4割強が夫婦なのに対して、その残りと要介護者の8割弱は1人で入居している。入居の動機は、「介護が受けられる」が回答者の5割、「サービスや居住環境、健康管理が期待できる」が同3割を占めており、介護やそれ以外のケア、居住環境への期待がうかがわれる。ただし、要介護者では「他の介護施設はすぐに利用できない」という回答も1割強にみられる。また、「子どもがいない・一緒に住めない」が回答者の3.5割、「配偶者がいない」が同3割弱を占めており、子どもや配偶者といった身近な家族との同居を実現できないことを入居のきっかけとする人も多い。

施設の選択時に重視した要素は、「介護サービスの内容」が回答者の5割弱、「立地・周辺環境」が同3.5割、「入居時・入居後の費用」と「居室面積・設備」がそれぞれ3割を占めている。基礎的な介護サービスのほかにやはり居住環境が重視されているが、実際に施設を選ぶ際には費用上の制約も考慮されている。そこで、その支払い方法をみると、入居一時金に関しては回答者の6割強が預貯金、同4割が不動産の売却資金を充てており、退職金と回答した者は少ない。また、毎月の利用費に関しては回答者の6割弱が厚生年金、同3割が共済年金、同3割弱は預貯金で支払っており、国民年金の回答者は2.5割と少ない。

以上から有料老人ホームの入居者は、会社員や公務員、教員などのホワイトカラー職種に就いていた人々であり、現役時に相応額の預貯金や優

良な不動産の取得を実現しているが、身近な家族との同居は実現できずに単身で暮らしていた人々が主体と考えられる。そして、高質なサービスや居住環境に対する需要の高い人々であり、それを満たすことのできる終の棲家として有料老人ホームが選ばれているのであろう。ただし、経済的な不安を抱えながらも、入所待機等の理由で公的な介護施設への入所をすぐに実現できない人など、消極的な理由から入居している人も少なくないと推測される。ゆえに、有料老人ホームの地域的な供給を考察するにあたり、従来の公的な介護施設の研究において注目されてきた福祉に対するニーズ(必要)と、介護等のサービスが付いた高齢者向け住宅に対する需要の両者が考慮されるべきであると考えられる。

そこで、図6に示したモデルを仮説として、その検証を構造方程式モデリングSEM (Structural Equation Modeling) から行うことにする。SEMは、仮説に基づき構築した変数間の関係をモデルとしてデータに当てはめ、その適合度から仮説を検証する手法である(Cadwallader 1986)。モデルはパス図として記述され、実際に観測が可能な変数は四角で、誤差変数は円で示される。また、楕円で示される変数は潜在変数と呼ばれ、因子分析の共通因子に相当する、実際には観測し得ない変数である。これらの変数間の関係は矢印付きの線で示され、因果関係は片方向、相関は両方向の矢印で設定される。

ここでは、先にみた入居者特性を参考に、高齢者の身体ケアの必要に関する指標として要介護・要支援者比率を、同居家族によるサポートの欠如に関する指標として高齢単身世帯比率を、経済的サポートの必要に関する指標として生活保護受給高齢者比率を、また高齢者向け住宅への入居を条件づけるであろう経済的基盤と関係する指標として、その予備軍となる年齢層も含めた中年(50歳以上)の専門技術職従事者比率と管理職従事者比率という職業階層に関する指標を、さらに不動産取得の可能性ならびに売却額を左右する指標として住宅地価を選定し、①生活困窮高齢者の「福祉ニーズ」ならびに②比較的社会階層の高い高齢

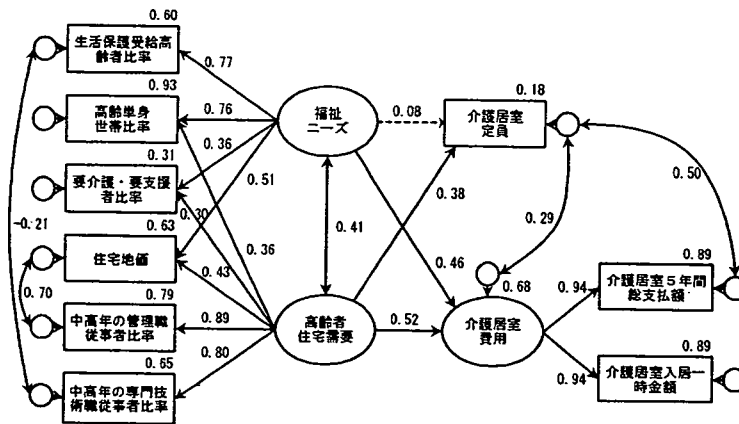


図6 介護居室の地域的供給水準と福祉ニーズ・高齢者住宅需要との関係
 Figure 6 Relationships between welfare and housing needs of elderly and regional supply of rooms for elderly in need of nursing care

者の「高齢者住宅需要」の因子（潜在変数）との関係を設定した。そして、これらの因子と、有料老人ホームの定員供給について特に介護居室を対象に、65歳以上人口100人当たりの③「介護居室定員」と、5年間総支払額ならびに入居一時金額との関係が設定された④「介護居室費用」の因子との間に因果関係を設けた。なお、以上の観測変数には、統計の表章地域の関係上、市区町村別のデータを用いており、介護居室の供給に関してもそれにあわせて集計したデータを用いた。

このモデルを用いて、福祉に対するニーズと高齢者住宅に対する需要が、有料老人ホームの地域的な供給水準に与える影響について検証する。パス経路の設定などの修正を施した上で最終的に得られたモデルが、図6において実線を用いて示したパス図である。その適合度をみると、重回帰分析の決定係数に相当するGFI (Goodness-of-Fit Index) と同自由度調整済み決定係数に相当するAGFI (Adjusted GFI)、全ての観測変数が無相関であるモデルとの相違を示すCFI (Comparative Fit Index) の各値は、0.98と0.94、0.99であり、当てはまりの良いモデルと判断される。また、 χ^2 統計量に基づく適合度の指標であるRMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) の値は0.05であり、これも良好な値である。

そこで、各因子と観測変数との関係を示す係数をみると、要介護・要支援高齢者比率など、直接

的なケアの必要とかかわる一部の係数との値が0.40を下回るものの、多くの係数はそれ以上の値を示しており、決してバランスの悪い結果ではないと考えられる。また、「福祉ニーズ」ならびに「高齢者住宅需要」と「介護居室定員」との係数をみると、「福祉ニーズ」から「介護居室定員」への関係は有意ではなく、「高齢者住宅需要」からの関係は有意ではあるが、重決定係数は0.18と小さかった。他方、「介護居室費用」に対する両因子の係数はともに有意であり、重決定係数も0.68である。ただし、両因子を比べると、「高齢者住宅需要」の影響度がやや強い。

以上の結果から、介護居室の定員供給は、生活困窮高齢者の福祉ニーズとは無相関であり、比較的裕福な高齢者の高齢者住宅に対する需要との関係が指摘される。入居費用に関しても同需要との関係が指摘されるが、こちらは福祉ニーズとの関係も認められる。既述のように、介護保険外の独自サービスや設備に関してさまざまなグレードの施設が提供されている有料老人ホームにおいて、その定員供給と入居費用が入居者の支払能力を勘案して決定されることは、民間事業者が運営主体であることから考え得る結果である。ただし、有料老人ホームも、その多数を占める介護付施設は介護保険の特定施設に位置づけられており、特別養護老人ホームなどの公的介護施設の不足が大都市に顕著であることも考えると、定員は福祉ニ

ーズと無関係に供給される一方、福祉ニーズの高い地域で入居費用も高くなる傾向は、地域的また社会的公正の観点からみて大きな問題であると考えられる。

2. 土地・建物の確保との関係

IV-1において、有料老人ホーム（介護居室）の定員供給は高齢者住宅に対する需要に規定されるが、その影響度は必ずしも強いものではないことが明らかになった。また、有料老人ホームの開設は、都市内において鉄道駅に近接した既成市街地を志向することがすでに明らかになっている。そこで、こうした他の土地利用と競合しやすい立地環境に有料老人ホームが開設されるにあたり、土地・建物をどのように確保しているのかを検討する。そのために、東京都心から40 kmの圏内ならびに施設が比較的多い湘南地域に立地する852の有料老人ホームを対象に、ゼンリンの住宅地図から開設前の土地・建物の用途を明らかにした。

まず、最も多かった用途は企業の福利厚生施設（34%）であり、その大半は単身者向け社員寮であった。次に多かった用途は農地・緑地（15%）であり、駐車場（12%）、戸建て住宅・アパート（9%）、ビル・マンション（9%）、工業・運送業用地（7%）、造成地・空地（6%）と続く。このように従前の用途は多様であるが、変化のパターンとしては、①遊休施設等のコンバージョン（建築物の用途転用）により開設された施設と、②低・未利用地の（再）開発として開設された施設に大別でき、その構成比はほぼ半々である。

ただし、そこには図7に示したような地域差がみられる。この図は、老人福祉圏域等を参考に対象地域を17に区分した上で、各地区の施設数を棒の高さで、従前の用途をその構成で示している。この図から、低・未利用地等であった施設の比率は、東京の城西から多摩地域ならびに北のセクターにおいて高いことがわかる。特に、東京の都心周辺と埼玉県中央部（特に川口市）では工業・運送業用地であった施設が、同様に東京の城北と埼玉県の各地区では駐車場、東京の城西から多摩地域と埼玉県東部から千葉県北西部にかけての各地区で

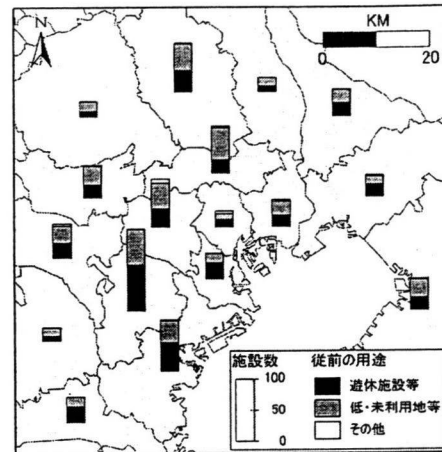


図7 有料老人ホーム開設前の土地・建物用途
Figure 7 Use of land and buildings prior to use for pay nursing homes

（ゼンリン住宅地図により作成）

は農地・緑地であった施設が多い。他方、遊休施設等であった施設は、実数と構成比ともに東京の城南から川崎市・横浜市、湘南地域にかけて、施設が高密度で分布している地域で大きいことがわかる。その大半は企業の単身者向け社員寮であった施設であり、特に川崎市・横浜市の北部にこうした施設が多い。また、鉄道駅との近接性と従前用途との関係を見ると、駅から1 km圏内では遊休施設等であった施設が53%であるのに対して、それ以遠は32%であった。

従前の用途と施設特性との関係を見ると、まず遊休施設等であった施設では自立居室が全定員の7%に満たないが、低・未利用地等であった施設では同19%と多い。ただし、提供施設数は前者が6%（自立居室のみの施設はその半数）、後者でも10%（同7割）と少ない。そこで、介護居室に限定して集計したところ、遊休施設等であった施設は平均の居室面積が16 m²弱で、入居一時金の初期償却率は42%であった。これは、低・未利用地等であった施設と比べて、それぞれ3m²と12ポイント小さい値であった。

以上のように、低・未利用地等に開設された施設は、都心周辺の工業地帯における廃止工場や廃業町工場、郊外における農地や駐車場などの、土地利用の転換過程において発生した各地域の低・未利用地が次の土地利用に変化するにあたり、有

料老人ホームという用途選択がなされた結果と考えられる。他方、遊休施設等であった施設の大半は大手企業の福利厚生施設であり、具体的にはグローバルに事業を展開してきた大手電機メーカー（日立や富士通、NEC、キャノンなど）のグループ企業や金融機関（銀行や生命保険、証券会社）の社員寮であった。

これら日本の主要企業は、バブル経済崩壊後の景気悪化と高齢化の進展に伴う社会保障費の事業主負担の増加により経営体質の改善を迫られており、その対策として企業不動産（CRE）と福利厚生制度の見直しが進められてきた。とりわけ給与住宅は、高いコストに比して必要度の低下が指摘され、提供が縮小されるとともに処分が進められた（産労総合研究所 2000a, b）。そして、給与住宅の中でも単身者向け社員寮などの居室面積の小さい建物は転用の選択肢が限られるため、オーナー（元々の所有企業の場合もあれば、企業が処分した物件を新たに取得した不動産オーナーの場合もある）にとって要介護者向け有料老人ホームへのコンバージョンは、資産の有望な活用策として選択されたと考えられる。

また、介護事業者にとってもコンバージョン物件の賃借により初期投資を低く抑えることができる。このことは、当該施設における入居一時金の初期償却率が低かったことから裏付けられよう。従前の用途が遊休施設等の施設は大手事業者が多く、彼らにとって初期投資が小さいことは、施設数を増やして事業規模を拡大する上で重要である。ゆえに、こうしたコンバージョン物件の多寡が、大手事業者の参入行動を左右し、有料老人ホームの地域的な供給量に大きな影響を与えたと考えられる。

V 結論

本稿では、介護保険の開始以降、営利企業等の民間事業者により急増をみえてきた有料老人ホームについて、その立地特性を全国と都市圏の二つのスケールで分析した。まず、全国レベルの分析からは、介護保険の開始に伴い大都市圏で介護居室

の供給が盛んになったことが明らかになった。特に東京大都市圏に全国定員の約4割が集中しており、その背景として大手事業者の当地域への盛んな参入と事業展開が指摘される。次に東京大都市圏を対象とした分析からは、有料老人ホームは既成市街地に立地する傾向がみられ、特に東京23区の西部から南西のセクターに高密度で集積していることが明らかになった。さらに、入居費用には都心からの距離に応じた、またセクター別の違いがみられた。

こうした有料老人ホームの立地特性は、敷地確保の制約から市街地の外や遠隔地に開設されやすい公的な介護施設とは異なる。そこで、その立地要因についてサービス・ニーズとの関係ならびに開設時の土地・建物確保の可能性から考察した。その結果、介護居室の定員は、生活困窮高齢者の福祉ニーズとは無相関に供給され、富裕高齢者の高齢者住宅需要との関係は指摘されるものの、必ずしも強い関係ではなかった。むしろ、それらの福祉ニーズと需要は入居費用と関係していることが確認された。また、開設時の土地・建物の確保に関しては、遊休施設等のコンバージョンもしくは低・未利用地の（再）開発により土地・建物を確保していることが明らかになった。特に前者の事例は、有料老人ホームが高密度で分布する川崎市・横浜市の北部などに多くみられ、その大半は日本の主要企業が単身社員に提供していた寮を用途転換した施設であった。その背景には、リストラの一環として給与住宅の提供を縮小したい企業と、初期投資を低く抑えることで事業の拡大を図りたい有料老人ホーム大手事業者との間での利害の一致があったと判断される。その結果、コンバージョン物件の地域的多寡が、東京大都市圏における有料老人ホームの供給動向を左右した一因であったと考えられる。

以上の結果に基づいて、近年、日本の大都市において有料老人ホームが急増したことの要因を整理したものが図8である。第1に、団塊の世代の高齢化、特にこれから定年を迎える都市の中間層の存在を要因として指摘できる。日本の人口予測をみると、都市圏における高齢者の増加が予測され

ており、2030年には全高齢者の半数が三大都市圏の、さらにその半数は東京大都市圏の居住者とされる(田原 2007)。そこには、高度経済成長以後、日本の経済を支えてきた中間層が多数含まれており、高齢化する彼らを高齢者住宅に対して高い需要を持つ人々と期待し、多種多様な民間事業者が大都市に参入して有料老人ホームを積極的に開設したと考えられる。

また、介護サービスの充足を図るため、介護事業に対してこのような民間事業者の参入を制度的に促したものが2000年に開始された介護保険であった。しかし、現在でも公的な介護施設は慢性的に不足しており、在宅サービスも介護を抱えた高齢者世帯が支障なく生活するには十分な量とはいえない。さらに、基本的な介護保険のサービスでは、上記の都市中間層が抱える多様な需要を満たすことはできないであろう。そこに、介護保険のサービスに加えて、保険外の独自サービスや充実した居住環境を提供する有料老人ホームの拡大と多様化の要因があったと考えられる。

従来、福祉施設の開設において大都市圏における最大の問題は、土地・建物の確保が難しいこととされてきた。しかし、有料老人ホームは既成市街地の近接性に優れた環境に開設されており、こうした立地自体がその充実した居住環境を構成する要素とされてきた。有料老人ホームが既成市街地に土地・建物を確保できた理由としては、大都市圏人口の変化に伴う不動産需要の変化に加えて、企業が低稼働・未利用の不動産の処分を進め、遊休地・遊休施設が多数発生したことが指摘される。その利活用策の一つとして、一部に投資ファンド運営会社の関与もみられるなど、有望視されたものが有料老人ホームの開設であった。

その中でも企業の福利厚生施設が有料老人ホームにコンバージョンされた事例が目立っていた。企業の福利厚生施設は、近年、企業で導入が進んだCRE戦略において、コア事業には関連しない、賃貸やアウトソーシングを前提とすべき領域に位置づけられ、大企業によって東京大都市圏を中心に処分が進められた。同時に、それを促した要因が、高齢化による社会保険の事業主負担の増大、

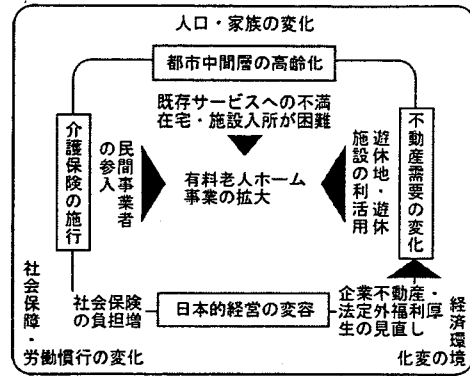


図8 大都市圏における近年の有料老人ホーム事業拡大の要因

Figure 8 Driving forces for expansion of pay nursing home supply in metropolitan areas in recent years

それを受けての法定外福利厚生制度の見直しであった。企業の法定外福利厚生とは、その企業で働く従業員のみが享受できるベネフィットのことである(橋木 2005)。従来、大企業では優秀な従業員を確保し、勤労意欲や忠誠心を高めるために相応の法定外福利厚生費を払っており、年功序列・終身雇用とともに日本の経営を支える重要な制度であった。しかし、近年、その見直しが進められ、なかでも費用負担の大きい給与住宅の提供が削減の対象とされたのである。

つまり、近年の大都市圏における有料老人ホーム事業の拡大は、大都市圏における需要の集中・拡大ならびに介護保険の施行というサービスの需要と供給に直接関わる要因に加えて、大企業におけるCREの再編により、大都市圏の既成市街地において有料老人ホームの開設に適した土地・建物が発生したこと、さらにその背景にはグローバル・スケールでの経済環境の変化や、ナショナル・スケールでの社会保険・労働慣行の変化と関連した日本の経営の変容という要因があると考えられる。特にこれらの要因は、従来の公的な介護施設の供給を扱った研究においては指摘されてこなかったものである。

最後に、本稿で得られた知見に基づいて有料老人ホーム事業の問題点を指摘するならば次の2点をあげることができる。まず1点目の問題は、有料老人ホームの供給は非計画的にならざるを得ない

ことである。2006年に介護付有料老人ホームが総量規制の対象となり、その供給量は大きく落ち込んだ。これは、それまでの民間事業者による無計画かつ地域的偏在を伴った供給行動に一定の歯止めをかける試みであったが、結果的に住宅型の有料老人ホームや高齢者専用賃貸住宅など、他のタイプの高齢者住宅に供給がシフトしただけであった。むしろ、この分野全体に影響を及ぼした出来事は、これまでの企業リストラを通じて高齢者住宅の開設に適した単身社員寮等のCREが底を尽き始めていることや、2008年のサブプライム問題をきっかけに土地・建物の流動化が減速したことであった。本稿の分析においても、有料老人ホーム（介護居室）の地域的定員は、開設に適した立地環境における遊休地・遊休施設の発生状況に左右されることが示唆された。つまり、高齢者住宅の供給は、不動産取引の活性化という経済の動向に大きく左右されるといえる。

2点目は、社会経済的格差の拡大とも関係する問題であり、有料老人ホームには、定員供給もさることながら、入居費用に大きな地域差が存在することの問題性である。公的な介護施設の定員が伸び悩みをみせる中で大きく増加した有料老人ホームは、現在、選択的な施設ではなく、行き場のない高齢者の受け皿としてセーフティーネットの役割をはからずも果たしている。IVでも指摘したように、有料老人ホームは、入居者の中に他の施設へすぐには入所できないことを理由とする者が少なからず含まれており、中継施設としての役割を担っている（仲田 2005）。また、大都市の都心・都心周辺部には、生活保護を受給するなどの生活困窮高齢者が多数存在しているが、介護が必要になった場合、公的な介護施設の圧倒的な不足から、自治体の窓口で有料老人ホームへの入居を紹介されるケースも多いことが報道されている⁴⁾。

ただし、これらの人々が入居する施設は、経済的負担や退去時の解約の不安から、入居一時金が無料か低額の施設が選ばれたり、毎月の費用が生活保護の受給費内に収まる施設に限られるため、本稿で明らかになった都市近郊や地方圏といった概して入居価格が低い地域の施設に限定される可

能性が高い。そうであれば、高齢者の経済的条件により、住み慣れた地域での生活継続が左右されるのであり、冒頭で述べた改正介護保険の目指すところに抵触する問題であろう。また、そうした入居先には無届け施設も少なからずあるといわれており⁵⁾、行政の目が行き届かず、入居者への虐待やトラブルが発生するなど、「貧困ビジネス」の温床になっているとの見方もある。本稿の分析では、有料老人ホームの入居費用は地域の高齢者所得（支払い能力）に応じて設定される傾向が確認されたが、生活困窮高齢者が多く、福祉ニーズの多い地域で入居費用が高いことも明らかになった。このことは、既述のように地域的・社会的な不公正であり、公的介護施設の不足が大都市圏に顕著であることとあわせて大きな問題である。

介護保険の導入により民間事業者の介護事業への参入が促進されてきたが、入所型施設の供給においては、関連法令に基づく制約もあり、もっぱら居住系サービスへの参入となった。中でも有料老人ホームの供給は、他の居宅サービスと同様に、民間事業者の主導により大都市圏で急速に拡大した。このように有料老人ホームの供給範囲は地理的に大きく限定されるものの、大都市圏では公的な介護施設が慢性的に不足しており、改正介護保険が謳うように有料老人ホームの供給拡大はその緩和策として期待できなくもない。ただし、上記のように、その供給量は時々の経済状況から影響を受けやすいことと、保険対象外である入居費用には大きな地域差が生じるという問題が伴う。特に後者の問題は、社会階層により入居者を選別する働きがあるため、生活困窮高齢者の周縁化を社会的・地理的に強化してしまうことが危惧される。

本稿は、高齢化する都市中間層に向けて主に供給される有料老人ホームを対象に考察を進めてきたが、その結果は大都市における生活困窮高齢者の居住問題⁶⁾を逆照射するものでもある。冒頭でも述べたように、近年の社会保障改革は、社会保障費拡大の限界に端を発しており、特に公的な福祉施設や福祉住宅は費用上の制約から供給の鈍化が見込まれている。それに替わる供給主体として民間の事業者が期待されているが、必ずしも問題

解決の処方箋にはならないであろう。生活困窮高齢者の居住問題は今後ますます拡大することが予想される。それへの取組みが必要であることを指摘して、本稿を締め括りたい。

付 記

本稿の作成には、平成19・20年度厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）「医療・介護制度における適切な提供体制の構築と費用適正化に関する実証的研究（H19-政策-一般-024）」（主任研究者 泉田信行（国立社会保障・人口問題研究所））からの補助を受けた。なお、本研究の骨子は、2008年10月の日本地理学会秋季学術大会高齢者の地理学研究グループ例会（於岩手大学）において発表した。

（2009年4月2日受付 2009年7月4日受理）

注

- 1) 老人福祉法第29条による。
- 2) 5年間支払総額は、入居一時金のうち初期償却額に、それを除いた分の月当たりの償却額と毎月の使用料6ヶ月分を足した金額である。ゆえに、償却年数が5年を上回る場合、5年間支払総額が入居一時金を下回ることがある。
- 3) 社団法人全国有料老人ホーム協会が、2004年度に有料老人ホームを運営する事業者（574件）とその従事者（6,176人）および入居者（7,684人）を対象に実施した調査であり、入居者調査に関しては125事業者の3,058人から回答を得ている。
- 4) NHKクローズアップ現代「介護つき住宅の落とし穴」（2009年2月3日放送）による。
- 5) 2009年3月に火災により10名が死亡した群馬県渋川市の無届け施設では、東京都区内に住民票をおく生活保護受給者が多く入居していた。
- 6) 地理学からこの問題にアプローチした研究としては、西（2005）や稲田（2005）がある。

文 献

- 秋元二郎 2006. 有料老人ホーム・資金調達のた
めの投資ファンド活用研究 投資ファンド活
用のための基礎知識. シニアビジネスマーケット
20 : 60-66.
- 浅川澄一 2008. 有料老人ホームに地殻変動一住
宅型が特定施設（介護付）に追いつく。いい
住まいいいシニアライフ 85 : 13-23.
- 伊佐地大輔・上野 淳 2006. 有料老人ホーム居
住者の生活展開と生活領域の広がりに関する研
究. 日本建築学会計画系論文集 601 : 39-45.
- 稲田七海 2005. 生活保護受給者の地域生活と自
立支援一釜ヶ崎におけるサポーターハウスの
取り組み一. 季刊Shelter-less 27 : 82-102.
- 浦 良一・川嶋雅章・宇田 淳・小塩智也・武田
昌子・伊佐地大輔・加藤義全・山崎忠雄 1995.
ケア付き高齢者集合住宅に関する研究. 明治大
学科学技術研究所紀要 34 : 197-308.
- 小川裕子 1998. 有料老人ホーム入居者の加齢・
健康状態と通院・食事・入浴生活の変化 民間
有料老人ホームにおける開設後15年間の入居者
の生活の変化に関する研究 その1. 日本建築学
会計画系論文集 507 : 87-94.
- 加藤佐千子 2007. E有料老人ホーム入居高齢者の
自己効力感と食生活・身体状況・活動状況・生
活意識との関連. 京都ノートルダム女子大学研
究紀要 37 : 1-14.
- 神谷浩夫 1997. 地域的公正と地域問題に関する
覚え書き. 金沢大学文学部地理学報告 8 : 53-59.
- 産労総合研究所 2000a. 社宅・独身寮の管理・運
営の実態に関する調査 (1) 社宅 社有社宅の廃
止・縮小と借上げ社宅への切り替えすすむ. 労
務事情 959 : 38-53.
- 産労総合研究所 2000b. 社宅・独身寮の管理運営
の実態に関する調査 (2) 独身寮 若者の独身寮
離れ 寮の廃止や外部委託をあげる企業が多い.
労務事情 960 : 41-53.
- 社団法人全国有料老人ホーム協会産業雇用高度化
推進事業推進委員会 2005. 『有料老人ホーム
業における雇用をめぐる現状と問題点、対応策
の検討～従業者・事業者・入居者調査結果から
の考察～』社団法人全国有料老人ホーム協会.
- 杉浦真一郎 2005. 『地域と高齢者一福祉介護サ

- サービスの需給空間』古今書院。
- 須藤康夫 2006. 有料老人ホームの歴史と今後の展望 (前編). あいおい基礎研review 1 : 82-94.
- 瀧澤真智子 2001. 有料老人ホーム入居者の幸福感に関する研究—特に幸福感をもたらす要因との関係に着目して—. 人間科学論究 9:103-113.
- 竹嶋祥夫 1993. 立地条件の違いによる高齢者の外出行動に関する研究. 老年社会科学 15:15-29.
- 橋本俊詔 2005. 『企業福祉の終焉—格差の時代にどう対応すべきか』中央公論新社.
- 田原裕子 2007. 引退移動の動向と展望—団塊の世代に注目して—. 石川義孝編著『人口減少と地域—地理学的アプローチ』43-67. 京都大学学術出版会.
- 仲田勝美 2005. 介護付有料老人ホームの有する施設機能に関する研究—指定特定施設入所者生活介護S苑の入退所の実態からみた現状と課題—. 聖隷クリストファー大学社会福祉学部紀要 4 : 35-44.
- 西 律子 2005. 大都市における単身高齢者のエイジングと居住継続に関する一考察—東京都文京区シルバーピア入居者の事例—. 地理学評論 78 : 48-63.
- 島山輝雄 2004. 介護保険制度導入に伴うデイサービスセンターの立地とサービス空間の変化—藤沢市の事例—. 地理学評論 77 : 503-518.
- 島山輝雄 2005. 介護保険通所型施設の立地と施設選択時における決定条件—武蔵野市の事例—. 人文地理 57 : 332-346.
- 平井 誠 2004. 御宿町における有料老人ホーム入居者の属性と前住地. 人文学研究所報 37 : 67-75.
- 宮澤 仁 2003. 関東地方における介護保険サービスの地域的偏在と事業者参入の関係—市区町村データの統計分析を中心に—. 地理学評論 76 : 59-80.
- 山本健児・沼尾波子 2002. 介護保険制度をめぐる地域格差. 神野直彦・金子 勝編著『住民による介護・医療のセーフティーネット』203-246. 東洋経済新報社.
- 梁 明玉 2007. 有料老人ホーム居住者の主観的幸福感—子どもとの関係性に着目して—. 日本家政学会誌 58 : 623-632.
- Cadwallader, M. 1986. Structural models in human geography. *Progress in Human Geography* 10: 24-47.

<著者略歴> 宮澤 仁 (みやざわ ひとし)

1971年 神奈川県生まれ。東北大学助手を経て、現在 お茶の水女子大学大学院人間文化創成科学研究科准教授。国立社会保障・人口問題研究所特別研究官。博士 (理学)。専門は、都市地理学、福祉地理学、地理情報システムなど。主な著書『地域と福祉の分析法—地図・GISの応用と実例—』(編著, 2005年 古今書院)。

病床区分別にみた病床運営および 退院先とのリハビリテーション連携状況の差異

川越雅弘¹⁾ 小森昌彦²⁾ 備酒伸彦³⁾

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所
- 2) 兵庫県理学療法士会
- 3) 神戸学院大学総合リハビリテーション学部

理 学 療 法 兵 庫

第 15 号 別冊
平成21年12月発行

《報 告》

病床区分別にみた病床運営および退院先との リハビリテーション連携状況の差異

川越雅弘¹⁾ 小森昌彦²⁾ 備酒伸彦³⁾

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所
- 2) 兵庫県理学療法士会
- 3) 神戸学院大学総合リハビリテーション学部

要 旨

本研究の目的は、病床区分別の病床運営および退院後のリハビリテーション(以下、リハ)連携の現状と課題を明らかにすることである。そこで、今回、一般、回復期リハ、療養のいずれかの病床を有する、兵庫県下の全病院を対象にアンケート調査を実施した。その結果、1) 一般病床を有する病院の約半数は一般病床のみの構成であるのに対し、回復期リハ病床、療養病床を有する病院の約7割は一般病床も保有していた、2) 回復期リハ病床ではほぼ全ての病院がリハ3職種を配置していたが、一般病床、療養病床では、理学療法士だけの配置が約3割を占め、また、約4割には言語聴覚士の配置がなかった、3) 一般病床、療養病床の約3割は、退院前訪問指導を全く実施していなかった、4) 退院後もリハ継続が必要な患者割合は、各病床区分とも約5割であった、5) 退院先の医療機関、介護施設へのリハ関連情報の提供率は、一般病床約6割、回復期リハ病床約9割、療養病床約7割、ケアマネジャーへのリハ関連情報の提供率は、一般病床約4割、回復期リハ病床約7割、療養病床約5割であった。

退院前後は、療養環境が大きく変化することから、在宅の状況を踏まえた上でのリハの継続性確保が、病院側にも在宅サービス提供側にも求められる。そのためには、退院前訪問指導の実施率向上、ケアマネジャーとの連携強化による初期ケアプランへの訪問リハビリテーションの適切な反映、退院直後からの訪問リハビリテーションの実施率向上が重要である。

<キーワード>

病床区分、リハビリテーション、連携、退院支援

はじめに

厚生労働省は、医療制度改革の中で、急性期から維持期・在宅までの切れ目のない包括的なサービス提供体制の構築を推進している¹⁾。こうした流れの中、リハビリテーション(以下、リハ)には非常に重要な役割を期待されているが、医療から介護への移行部分において、連携が十分には機能していないという指摘も多い²⁾。

こうしたなか、2009年の介護報酬改定において、医療から介護へのリハ移行を円滑にするため、①通所リハにおける短時間、個別のリハの評価の新設、②短期集中リハ実施加算点数の増額、③訪問看護ステーションからのリハ職による訪問の要件緩和、などが導入された。このように、医療と介護におけるリハ連携強化が、行政サイドによる制度改正や報酬改定という手法を使って進められているが、これらの仕組みが機能するためには、現場サイドが課題を認識し、主体的に解決していくことが重要である。そのためには、リハ連携の現状と課題を把握することが必要となるが、このような視点の論文は少ない³⁾。

そこで、今回、兵庫県理学療法士会のご協力のもと、

退院後のリハスタッフの継続関与の実態把握を目的に、兵庫県下の病院(一般病床、回復期リハ病床、療養病床のいずれかを有する病院)を対象としたアンケート調査を実施した。

本稿では、病床区分(一般病床、回復期リハ病床、療養病床)別にみた、病床運営および退院後のリハ連携の差異について報告する。

対象および方法

1. 調査対象

一般、回復期リハ、療養のいずれかの病床を有する、兵庫県下の全病院を調査対象とした。

2. 調査方法および調査時期

調査方法は、自己記入式質問紙による郵送調査法を用いた。実施に際し、アンケート用紙に、本調査の趣旨、データ公表に関する留意点等を記載した文書(共同研究者である兵庫県理学療法士会の会長との連名)を添付し、調査への協力を依頼した。下記に示す調査内容は、全病床でほぼ同じ形としたが、一部の回答項目(加算算定対象など)に差異があるため、アンケート用紙は病床区分

毎に3種類用意した。

調査対象数は、一般病床を有する病院（以下、一般保有病院）247、回復期リハ病床を有する病院（以下、回復期保有病院）36、療養病床を有する病院（以下、療養保有病院）154で、有効回収数は、一般保有病院73（回収率：29.6%）、回復期保有病院23（回収率：63.9%）、療養保有病院38（回収率：24.7%）であった。調査時期は2009年2月2日現在（一部項目は1月中）で、未回答者の未回答理由については調査していない。

3. 調査内容

本アンケートの主な調査内容は以下の通りである。

- 1) 病院概要：開設主体，許可病床数，併設事業
- 2) 運営状況：リハ科専従医師の配置，職種別（理学療法士（以下，PT），作業療法士（以下，OT），言語聴覚士（以下，ST））にみたリハスタッフ数，リハ届け出状況（心大血管疾患，脳血管疾患，運動器，呼吸器），病棟専従医療ソーシャルワーカー（以下，MSW）の有無，平均在院日数，リハ実施日数
- 3) 入院患者の状況：入院患者数，傷病別リハ必要患者の構成割合
- 4) 退院後の受け皿機関との連携状況：1ヶ月の退院患者数，退院先，退院後のリハ継続の状況，ケアマネジャー（以下，ケアマネ）の退院時ケアカンファレンス（退院時CC）への参加状況，地域連携クリティカルパス（以下，CP）の有無，退院先への情報提供担当，退院に向けた活動状況，退院先の医療機関・介護施設およびケアマネへのリハ関連情報の提供方法および各種情報交換会の有無

結 果

1. 開設主体／サービス提供形態／リハスタッフ配置の差異

開設主体は，医療法人立が最も多く，回復期保有病院，療養保有病院の約8割，一般保有病院の約6割を占めていた。一般保有病院では，他に比べて自治体立が多く，約3割を占めていた。

他の病床区分の保有率は，一般保有病院が約5割，回復期保有病院が約8割，療養保有病院が約7割と，回復期保有病院，療養保有病院は，高率で複数の病床区分を有していた。

リハ3職種の配置率は，一般病床が約5割，療養病床が約6割に対し，回復期リハ病床は9割強であった。一般病床，療養病床の約3割はPTのみの配置であった（表1）。

2. 病床稼働状況と退院先の差異

平均在院日数の平均値は，一般病床26.7日，回復期リハ病床88.5日，療養病床254.7日，病床稼働率の平均値は，一般病床80.6%，回復期リハ病床89.6%，療養病床

89.5%であった。

在宅退院率の平均値は，一般病床52.8%，回復期リハ病床72.0%，療養病床34.3%，介護保険3施設への退所率の平均値は，一般病床29.3%，回復期リハ病床24.1%，療養病床42.7%であった（表2）。

3. 入院中のリハおよび退院後の継続リハ必要者の差異

入院患者に占めるリハ必要者割合の平均値は，一般病床56.5%，療養病床73.7%であった。リハ必要者のうち，各傷病が占める割合の平均値をみると，脳血管疾患は一般病床22.2%，回復期リハ病床57.6%，療養病床37.8%，骨折は一般病床26.2%，回復期リハ病床28.7%，療養病床15.7%，廃用症候群は一般病床22.1%，回復期リハ病床7.2%，療養病床28.7%であった。退院患者に占めるリハ継続必要者割合の平均値は，一般病床47.8%，回復期リハ病床50.4%，療養病床54.4%であった（表3）。

4. 退院支援および他医療機関との診療連携状況の差異

退院支援をほぼ全例に実施している割合の平均値をみると，外泊練習は一般病床17.8%，回復期リハ病床52.2%，療養病床13.2%，退院前訪問指導は一般病床12.3%，回復期リハ病床56.5%，療養病床21.1%で，一般病床，療養病床の約3割は，退院前訪問指導を実施していなかった。

退院前CCへのケアマネ参加状況の平均把握率は，一般病床54.8%，回復期リハ病床82.6%，療養病床65.8%で，平均参加率は，一般病床30.3%，回復期リハ病床41.6%，療養病床36.0%であった。

CPの使用率は，脳血管疾患で，一般病床35.6%，回復期リハ病床82.6%，療養病床39.5%，大腿骨頸部骨折で，一般病床38.4%，回復期リハ病床69.6%，療養病床39.5%であった（表4）。

5. 退院先／ケアマネへのリハ情報提供方法の差異

退院先の医療機関・介護施設へのリハ情報の平均提供率は，一般病床65.2%，回復期リハ病床86.8%，療養病床73.7%で，提供方法は，書面送付のみが一般病床75.6%，回復期リハ病床74.8%，療養病床59.3%と最も多かった。

ケアマネへの平均提供率は，一般病床38.7%，回復期リハ病床65.9%，療養病床54.5%で，提供方法では，病院内での口頭伝達（CC以外およびCC経由）が，一般病床の46.7%，回復期リハ病床の36.0%，療養病床の40.0%を占めていた（表5）。

表1 病床区別にみた開設主体/サービス提供形態/スタッフ配置の差異¹⁾

	一般 (n=73)		回復期 (n=23)		療養 (n=38)	
	n	%	n	%	n	%
1.開設主体						
医療法人	43	58.9	18	78.3	31	81.6
自治体	20	27.4	2	8.7	3	7.9
その他	10	13.7	3	13.0	4	10.5
2.他の病床区分の保有状況						
当該病床のみ ²⁾	35	47.9	5	21.7	11	28.9
他の病床区分を保有 (内訳)	38	52.1	18	78.3	27	71.1
一般病床を保有	—	—	16	69.9	25	65.8
回復期リハ病床を保有	17	23.3	—	—	9	23.7
療養病床を保有	30	41.1	10	43.5	—	—
3.介護事業の併設状況						
併設あり (主な事業の内訳)	52	71.2	22	95.7	31	81.6
特養	14	19.2	6	26.1	12	31.6
老健	27	37.0	15	65.2	16	42.1
訪問リハ	27	37.0	11	47.8	15	39.5
通所リハ	31	42.5	14	60.9	25	65.8
居宅介護支援	26	35.6	12	52.2	19	50.0
4.リハスタッフ						
PT+OT+ST	39	53.4	22	95.7	21	55.3
PT+OT	6	8.2	1	4.3	4	10.5
PT+ST	7	9.6	0	0.0	1	2.6
PTのみ	21	28.8	0	0.0	12	31.6
5.MSW³⁾						
全病棟に専従者を配置	16	22.5	13	56.5	9	23.7
一部病棟に専従者を配置	9	12.7	0	0.0	5	13.2
専従者なし(非専従者)	46	64.8	10	43.5	24	63.2

注1) 複数の病床区分を持つ病院が区分毎に回答した場合は、該当病床区分毎に計上している。

2) 一般の場合は一般病床のみを、回復期の場合は回復期リハ病床のみを有する病院のこと。

3) 一般2病院に無回答があったため、ここでは有効回答(N=71)に占める割合を示している。

表2 病床区別にみた病床稼働状況と退院先の差異

	一般	回復期	療養
	(n=73)	(n=23)	(n=38)
	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD
1. 病床稼働状況 ¹⁾			
平均在院日数 (日)	26.7 ± 24.1	88.5 ± 27.8	254.7 ± 278.2
病床稼働率 (%)	80.6 ± 16.7	89.6 ± 5.7	89.5 ± 12.7
2. 退院先 (%) ²⁾			
在宅	52.8 ± 21.8	72.0 ± 11.0	34.3 ± 25.5
回復期リハ病床	12.4 ± 16.8	—	0.3 ± 1.6
療養病床	14.0 ± 14.2	9.1 ± 8.9	—
特養・老健	15.3 ± 12.5	15.0 ± 6.7	42.7 ± 26.3
その他	5.4 ± 7.8	3.9 ± 5.2	10.2 ± 17.3

注1) ここでの平均在院日数は、各病院の平均在院日数の平均と標準偏差である。病床数による重み付けを行った平均ではない。病床稼働率も同じである。

注2) 死亡や急変退院を除く退院先の割合である。

表3 病床区別にみた入院中および退院後のリハ必要者割合と入院患者の傷病/退院後のリハ継続提供者の差異

	一般	回復期	療養
	(n=73)	(n=23)	(n=38)
	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD
1. リハ必要者割合 (%) ¹⁾	56.5 ± 21.6	—	73.7 ± 17.4
2. 傷病 (%)			
心疾患	4.2 ± 11.4	—	2.7 ± 4.4
脳血管疾患	22.2 ± 17.1	57.6 ± 20.0	37.8 ± 22.0
骨折	26.2 ± 18.4	28.7 ± 15.1	15.7 ± 15.6
その他の整形外科疾患	17.2 ± 16.5	6.5 ± 11.4	8.9 ± 10.1
廃用症候群	22.1 ± 17.8	7.2 ± 7.4	28.7 ± 21.0
その他	8.0 ± 12.8	—	6.2 ± 14.2
3. 継続リハ必要者割合 (%) ²⁾	47.8 ± 26.2	50.4 ± 25.5	54.4 ± 27.0
4. 提供者 (%)			
自法人または系列法人	38.7 ± 27.4	39.5 ± 21.9	30.5 ± 24.1
他法人	26.1 ± 21.9	33.6 ± 16.1	25.1 ± 22.4
不明	35.2 ± 28.4	26.9 ± 21.4	44.3 ± 31.3

注1) リハ必要者割合とは、リハスタッフがリハを必要と判断した患者の、入院患者に占める割合のこと。一部無回答があったため、有効回答は一般 68 病院、療養 35 病院である。回復期リハは、リハを目的に入院しているため、リハ必要者割合に関する質問自体を行っていない。

2) 継続リハ必要者割合とは、退院後も引き続き、リハスタッフによるリハを必要と判断した患者の、退院患者に占める割合のこと。

表4 病床区別にみた退院支援/連携状況の差異

	一般 (n=73)		回復期 (n=23)		療養 (n=38)	
	n	%	n	%	n	%
1. 外泊練習						
ほぼ全例に実施	13	17.8	12	52.2	5	13.2
一部に実施	55	75.3	11	47.8	24	63.2
実施していない	5	6.8	0	0.0	9	23.7
2. 退院前訪問指導						
ほぼ全例に実施	9	12.3	13	56.5	8	21.1
一部に実施	41	56.2	10	43.5	19	50.0
実施していない	23	31.5	0	0.0	11	28.9
3. 退院前CCへのケアマネ 参加把握率と参加率 ¹⁾						
把握	40	54.8	19	82.6	25	65.8
不明	33	45.2	4	17.4	13	34.2
参加率 (%)	30.3 ± 21.1		41.6 ± 33.4		36.0 ± 21.6	
4. 脳卒中CP						
使用中	26	35.6	19	82.6	15	39.5
作成中 (現在は未使用)	8	11.0	2	8.7	6	15.8
作成予定なし	39	53.4	2	8.7	17	44.7
5. 大腿骨頸部骨折CP						
使用中	28	38.4	16	69.6	15	39.5
作成中 (現在は未使用)	6	8.2	1	4.3	5	13.2
作成予定なし	39	53.4	6	26.1	18	47.4

注1) ケアマネ参加率とは、退院患者に対して入院中に実施されたカンファレンスに、ケアマネジャーが参加した割合のこと。参加率は、参加状況を把握している病院の平均±標準偏差である。

考 察

本研究は、病床区分（一般病床、回復期リハ病床、療養病床）別の、病床運営および退院後のリハ連携の実態を明らかにすることを目的に実施したものである。その結果、他の病床区分や介護サービスの保有率、リハスタッフの配置状況、退院前訪問指導の実施率、退院先の医療機関・介護施設やケアマネへのリハ情報提供状況などの実態と、病床区分間の差異が明らかになった。以下、その概要と解釈を述べる。

1. 他病床区分および介護サービスの保有状況

他病床区分の保有率をみると、回復期保有病院が約8割、療養保有病院が約7割に対し、一般保有病院は約5割と低かった。入院経路をみると、一般病床では「家庭」

92%⁹⁾、回復期リハ病床では「院内他病棟」41.1%⁹⁾、療養病床（介護）では「医療機関」77.5%⁷⁾である。これら患者ニーズに対応した結果、回復期保有病院、療養保有病院の一般病床保有率が約7割に達したと思われる。一方、一般保有病院では、退院後の患者の受け皿となる回復期リハ病床や療養病床を保有する病院と、一般病床のみで運営する病院が半々に分かれていた。

次に、主な介護サービスの保有率をみると、他病床区分同様、回復期保有病院が最も高く、逆に、一般保有病院が最も低かった。退院経路をみると、一般病床では「家庭」88%⁹⁾、回復期リハ病床では「家庭」約7割、「転院・転棟」「老健・特養」約1割⁹⁾、療養病床（介護）では「家庭」約1割、「特養・老健」約2割、「医療機関」

表5 病床区分別にみた退院先/ケアマネへのリハ情報提供方法の差異

	一般	回復期	療養
	(n=73)	(n=23)	(n=38)
	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD
1. 退院先の医療機関・介護施設へのリハ情報提供率と提供方法 (%)			
①提供率	65.2 ± 32.1	86.8 ± 20.8 ¹⁾	73.7 ± 17.4 ¹⁾
②提供方法 ²⁾			
相手先で口頭伝達	0.5 ± 2.7	6.1 ± 21.5	2.3 ± 10.3
病院で口頭伝達	5.1 ± 9.4	4.8 ± 9.0	10.0 ± 16.3
書面送付&電話伝達	10.4 ± 22.9	11.5 ± 19.3	17.0 ± 29.9
電話伝達(書面なし)	6.3 ± 14.3	2.4 ± 4.2	9.1 ± 15.6
書面のみ	75.6 ± 30.7	74.8 ± 29.4	59.3 ± 36.1
その他	2.0 ± 10.7	0.4 ± 2.1	2.3 ± 9.1
2. ケアマネへのリハ情報提供率と提供方法 (%)			
①提供率	38.7 ± 34.2	65.9 ± 28.2 ¹⁾	54.5 ± 38.0
②提供方法 ³⁾			
相手先で口頭伝達	1.5 ± 6.9	1.3 ± 3.4	1.8 ± 7.3
病院で口頭伝達(CC以外)	27.8 ± 30.6	21.7 ± 28.7	24.5 ± 31.2
病院内CCで口頭伝達	18.9 ± 21.8	14.3 ± 20.6	15.5 ± 20.2
書面送付&電話伝達	7.4 ± 18.5	13.5 ± 22.7	9.8 ± 19.1
電話伝達(書面なし)	8.8 ± 14.2	6.1 ± 16.7	7.3 ± 14.0
書面のみ	32.2 ± 37.4	39.6 ± 36.0	37.7 ± 40.0
その他	3.4 ± 14.3	3.5 ± 10.3	3.3 ± 12.2

注1) 提供率に対する有効回答は、回復期リハ22病院(無回答1)、療養37病院(無回答1)である。

2) 有効回答は、一般70病院(無回答1、情報非提供2)、療養35病院(情報非提供3)である。

3) 有効回答は、一般64病院(無回答2、情報非提供6)、療養33病院(情報非提供5)である。

「死亡」約3割⁷⁾である。サービス種類別保有率をみると、回復期保有病院では、「老健」約7割、「通所リハ」約6割、「訪問リハ」「居宅介護支援」約5割、療養保有病院では、「通所リハ」約7割、「居宅介護支援」約5割、「老健」「訪問リハ」約4割、「特養」約3割であったが、これらサービスも、退院患者のニーズに対応した結果と考えられた。

2. リハスタッフの配置状況

リハ3職種の配置状況をみると、回復期リハ病床ではほぼ全ての病院で3職種を配置、一般病床、療養病床では、3職種配置は約5割で、約3割はPTのみ配置、約1割はPTとOTの配置であった。また、一般病床、療養病床の約4割にはSTの配置がなかった。

ところで、厚生労働省の調査⁹⁾によると、嚥下ができない者の割合は、医療療養25%、介護療養33%である(入院患者ベース)。療養病床の入院患者特性からみた、リハスタッフ配置の妥当性の検証が必要と思われた。

3. 退院前訪問指導の実施状況

複数の回復期リハ病床からの自宅退院患者94名に対する大阪府の調査⁹⁾によると、入院中の指導実施率は、「家族への介護指導」84.0%、「退院前CC」79.8%、「外泊練習」77.7%、「福祉用具相談」61.7%、「住宅改修相談」57.4%の順で、「退院前訪問指導」が33.0%と最も低かった(患者数ベース)。また、日本リハビリテーション病院・施設協会の調査⁹⁾によると、対象742名に対する入院中の指導実施率は、「外泊練習」61%、「退院前訪問指導」54%

であった。

退院前訪問指導の効果に関し、大阪府の調査では、退院前訪問指導を実施した事例の約7割は、住宅改修が適合しているのに対し、現場に出向かない形での相談対応のみでは、適合率は約5割であったと報告している⁹⁾。

また、松木は、退院前訪問指導のスタッフ側のメリットとして、①生活のイメージをつかみやすい、②病棟での設定が実生活に近づく、③病棟へのフィードバック、④より細かな情報が入る、の4点を、また、患者や家族側のメリットとして、①退院後の生活予測ができる、②患者の意欲向上、③住宅改修のアドバイスや介護指導が受けられる、④家族が共に生活する存在として認識できる、の4点を挙げている¹⁰⁾。

今回の調査では、退院後も継続的なりハが必要な患者の平均割合は、一般病床47.8%、回復期リハ病床50.4%、療養病床54.4%であった。退院患者の少なくとも半数程度には、リハの円滑な継続の観点から退院前訪問指導が必要と思われるが、一般病床や療養病床では、約3割の病院は退院前訪問指導を全く実施していなかった。

光田らは、退院前訪問指導が、①回復ニーズへの対応②ADLと生活様式の再構築、③家庭生活への移行、の3つのプロセスから構成されていると述べている¹¹⁾。退院前後では、療養環境が大きく変化することから、自宅という場での生活の再構築が求められる。Peter Langhorneは、多職種協同による早期退院支援と、退院後からの在宅リハビリテーション提供を実施したランダム化比較試験のメタ解析を実施し、早期退院支援群において、ADL介助量の減少、サービス満足度の向上、長期ケア施設のリスク軽減などが認められたと報告している¹²⁾。退院前後の円滑化を図るための行為として、退院前訪問指導と退院直後からの訪問リハビリテーションが果たす役割は大きい。今後、退院前訪問指導の実施率の向上を目指す必要がある。

4. 脳卒中患者に関するリハ情報の提供方法

退院先の医療機関、介護施設へのリハ関連情報の提供率は、一般病床約6割、回復期リハ病床約9割、療養病床約7割で、その方法としては、「郵送、患者・家族への手渡しなどの方法による書面送付（口頭伝達なし）」が約6-7割を占めていた。

ケアマネへのリハ関連情報の提供率は、一般病床約4割、回復期リハ病床約7割、療養病床約5割で、その方法としては「書面送付（口頭伝達なし）」が約3-4割、「相手先から来てもらって口頭で情報を提供（CC以外）」が約2-3割、「相手先から来てもらって、CCの場で情報を提供」が約1-2割を占めていた。介護報酬上で、ケアマネの退院時支援強化が打ち出されており、その影響でケアマネが一般病床を訪問しているものと思われた。大阪府の調査⁹⁾によると、一般病床からの脳卒中退院患

者のうち、約4割は在宅へ、約25%は回復期リハ病床へ、約15%は療養病床へ、約1割は特養・老健へ、約1割は死亡退院であったと報告されている。また、回復期リハ病床退院患者の約6割は在宅へ、約25%は療養病床へ、約15%は老健・特養へ、約5%は死亡退院となっている。患者の流れからすると、「一般病床→在宅」、「一般病床→回復期リハ病床→在宅」が多い。一般病床の平均在院日数がさらに短縮されると、在宅でも回復期状態の患者への適切なサービス提供が求められる。

現在の介護給付の実態をみると、リハ提供は非常に低い水準に止まっている。せっかく、回復期リハにより、ADL等の改善が図られたとしても、その後のリハ継続が不十分であれば、再び機能が低下する可能性も高い。一般、ないし回復期リハ病床関係者と、在宅療養を支援する関係者間の連携強化が強く求められる。

謝 辞

本研究は、厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（研究代表者：泉田信行）の一部として実施したものである。調査にご協力いただいた社団法人兵庫県理学療法士会（会長：梶平 司氏）の皆様、病院関係者の皆様に対し、心よりお礼申し上げます。

文 献

- 1) 厚生労働省：平成19年版厚生労働省白書一医療構造改革の目指すもの一。東京、2009、pp114-124。
- 2) 川越雅弘：我が国における医療と介護の機能分担と連携。海外社会保障研究 156：4-19、2006。
- 3) 高齢者リハビリテーション研究会：高齢者リハビリテーションのあるべき方向。2004。
- 4) 浜村明德：医療から介護への移行と課題。PTジャーナル 42(8)：639-647、2008。
- 5) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成17年患者調査、2007。
- 6) 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会・国立保健医療科学院施設科学科：回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書。2009。
- 7) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成19年介護サービス施設・事業所調査結果の概要。2009。
- 8) 大阪府健康福祉部：脳卒中地域リハビリテーション支援実践モデル事業報告書。pp67-70、2007。
- 9) 日本リハビリテーション病院・施設協会：リハビリテーションの効果的な実施に関する検討事業（医療保険から介護保険への円滑な移行検討事業）報告書。平成19年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）。2008。
- 10) 松木秀行：ホームエヴァリュエーション一退院前訪

- 問指導一. 理学療法学 28(3) : 137-140, 2001.
- 11) 光田美智, 菊池恵美子 : 退院前訪問指導プロセスにおける作業療法の役割に関する研究 : 9名の作業療法士に対する調査の分析. 日本保健科学学会誌 10(4) : 256-262, 2008.
 - 12) Langhorne P, Taylor G, et al. : Early supported discharge services for stroke patients : a meta-analysis of individual patients' data. Lancet 365(9458) : 501-506, 2005.

投稿論文

地域住民の受診動向、医療連携の現状分析 — 中頓別町国民健康保険病院と旭川医科大学病院を事例として —

住友和弘* 泉田信行** 野口晴子***
菊池潤**** 長谷部直幸*****

【要 旨】

大学病院に求められる機能は、大学病院を取り巻く環境によって大きく影響を受ける。このため、旭川医科大学の経営の安定化、ひいては地域での高度医療の安定的な確保のために、受療圏における医療需要動向を包括的に把握することが重要となる。

そこで本研究では、旭川医科大学病院にも住民が受診している中頓別町を事例に取り上げ、地域住民の受療動向と医療連携の実態をデータに基づいて把握し、今後近隣地域から旭川医科大学病院が提供することを期待される医療サービスについて検討した。

分析にあたって、中頓別町より5年間分の国民健康保険審査支払用業務データを匿名化した上で提供を受け、個人の受診行動を匿名のまま継続的に把握できるデータセットを構築して利用した。

分析の結果、北海道北部の住民の受診行動や医療連携の実態は、地域の医療機関の診療能力や診療態度によって大きく変わり得ること、それにより旭川医科大学病院が受け入れる患者の態様も変わり得ることが明らかにされた。

旭川医科大学病院がその機能をより発揮するためには地域の医療需要の動向を詳細に把握した上で地域医療機関との連携を重視する必要がある。

キーワード 医療連携、プライマリ・ケア、医療機関経営

1. 緒 言

医療（保険）制度の持続可能性について、財政面と人的資源面の両面から、議論の焦点になっている。財政面の課題は、高い経済成長率が望めないこと、世界的にも高い国債・地方債残高が将来の財政の硬直性をもたらすと考えられていること、が背景にあると考えられる¹⁾。これらの結果、財政におけるプライマリ・バランスの黒字化達成のために2011年までに毎年

2,200億円の社会保障費が削減されることとなっていた。この結果、2002年、2006年の診療報酬改定は診療報酬本体もマイナスとなった。

他方、人的資源面からの持続可能性は少子化および高齢化による。少子化は次世代の労働力が実数として減少することを意味する。医療・福祉分野は、機械化すなわち労働を資本で置き換えること、によって生産性を向上させることは他産業と比較して難しい分野であり、少子化による人的資源縮小の影響を受けやす

* 中頓別町立国民健康保険病院院長

** 国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部第1室長

*** 国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部第2室長

**** 国立社会保障・人口問題研究所企画部第2室研究員

***** 旭川医科大学医学部内科学講座循環・呼吸・神経病態内科学分野教授

い²⁾。他方、医療・福祉分野のサービスに対するニーズは高齢化により強まる。これらの影響もあり、地域においては医療崩壊とも呼ばれる医師不足現象が発生していると言われている³⁾。医師不足は基本的に公務員準拠による報酬であり、弾力的な運用ができない公立病院において顕著である^{4),5)}。さらに、公立病院は2007年末に総務省が示した『公立病院改革ガイドライン』によって効率的な運営や病床利用率が70%に満たない場合には診療所化を含む抜本的な改革が求められ、存立自体が危ぶまれている。

旭川医科大学が立地する北海道は公立病院によって医療提供が確保されている。『医療施設調査』⁶⁾によれば2005年時点において公立病院の病床の割合は全国平均で15.37%であるのに対して北海道では17.35%であり、全国平均とそれほどの差がある状況には見えない。しかしながら、北海道についてより詳細に二次医療圏別に見た場合、病院が集中する札幌二次医療圏以外では公立病院のシェアは非常に大きい地域があり⁷⁾、公立病院の動向の影響を相対的に受けやすい状態になっている。例えば、中頓別町が立地する宗谷二次医療圏では一般病床のうち84.04%が公立病院によるものであり、近隣の上川北部二次医療圏では85.26%となっている。

このような場合、ある地域において公立病院が医師を確保できずに診療機能が低下することは、近隣地域の病院のみならず、当該地域の中核である大学病院の運営に対しても影響を及ぼすこととなる。たとえば地域住民のプライマリ・ケアを担う公立病院が廃院となれば、住民は必然的に近隣地域の病院や中核病院へと押し出され、疾病の重篤度とは無関係に近隣地域の医療資源に対し過剰需要が発生する。その結果、大学病院などの中核病院は、そうした病院が本来担うべき高次医療を安定的に供給するという役割を果たせなくなる。すなわち、住民に対するプライマリ・ケアは地域の公立病院が、高次医療は中核病院がそれぞれ担うというシステムが機能不全を起こす可能性がある。

他方、地域の公立病院が廃院となれば、住民の一部は受診のための機会費用が高まることにより受診を断念する可能性も考えられる。機会費用とは経済学の用語で、何かひとつを選択する場合にあきらめなければならぬものの価値を示す。ここでは、住民が医療機関を受診するために、家事や就業をあきらめなければ

ならない時間の価値や受診のために必要な交通費などのうち、価値が最大のものを指す。受診するための医療機関までの距離が遠くなれば、受診のために失われるものの価値が大きくなるため、受診しないことを選択する患者も出てくる。とりわけ、身近な医療機関を喪失することは、体力のない高齢者、乳幼児、あるいは重篤な患者や慢性疾病を抱えた患者などにとっては、ただでさえ稀少なプライマリ・ケアへのアクセシビリティを奪われることになり、健康状態を損なう結果につながらないとも限らない。

医療機関の診療圏についてはこれまでも研究されてきた^{8),9)}、また旭川医科大学病院の診療圏や地域における役割についても幾つかの先行研究がある^{10),11),12)}。これらの研究は大学病院受診者の中でみた各地域の患者、という位置づけになっている。しかしながら、大学病院が高次医療を安定的に提供していくためにも、また住民の健康を考える上でも、当該地域における医療機関の包括的な動向とその中で大学病院の位置づけの変化を把握し、医療機関間におけるより適切な連携関係をいかに構築すべきかを検討する必要がある。

2. 目 的

本研究では、前節で述べたような問題意識による分析の試みとして、旭川医科大学病院の受療圏の一部を構成する枝幸郡中頓別町の国民健康保険業務データを用いて、中頓別町における旭川医科大学病院への受診動向がどのように変化しているかを実証的に検討し、旭川医科大学病院の地域医療との関わり方の今後のあり方について検討を行うことを目的とする。

3. 方 法

本研究では、枝幸郡中頓別町から提供を受けた国民健康保険業務データを用いて分析を行った。国民健康保険業務データは、医療機関から国民健康保険連合会へレセプトとして請求された情報の一部がパンチ入力により磁気化され保存されているものである。このため、レセプトデータのもつ属性を持ちつつもその情報が完全に利用できるわけではない。しかし、患者の受診行動は完全に把握できるため、診療圏の分析に必要な情報は得ることができた。以下においては、国民健康保険業務データという言葉とレセプトデータという言葉と同義で扱っている。

中頓別町への利用申請に基づいて町より提供を受ける際に、個々の被保険者については匿名化された状態で提供を受けた。このため、個人を特定することはできない状態であった。よって、資料として既に匿名化されている情報のみを用いて分析を行ったこととなる。ただし、受診履歴については同一個人が連結可能な形で匿名化したことにより、同一個人の受診履歴を包括的に把握することが可能となっている。

本稿では2003年度から2007年度までの5年分のデータを分析の対象とした。ただし、各年度は3月-2月ベースである。例えば、2003年度は2003年3月から2004年2月となる。傷病名は各年5月診療分のみ社会保険表章116分類による大分類の傷病名が記載されている。他方、受診した医療機関の診療科名については5年分について記載されている。

このデータを入院外と入院にわけて分析の対象としたが、入院外受診については一個人一月の受診ごとに把握した。他方、入院については医療経済学分野で利用されているエピソード単位で分析を行った。

業務データのレコードがレセプト単位で生成されているため、1レコードでは入院の経過が全て追えない可能性がある。業務データから入院エピソードを作成することにより、一回の入院の開始から転院も含めて入院の終了まで追跡することが可能になると考えられた。また、転院もエピソード単位でデータを追跡しないと観察できない事象であると考えられた。

業務データからエピソードデータを作成する方法は既に構築されてきた^{13),14)}。一月単位で情報が発生する請求書情報を受診が開始されてから終了するまでの期間についてその内容を集計する行為である。具体的には、次のステップを経る。業務データの利用可能な期間において、ある個人のレセプトの有無を毎月ごとに確認する。この際に、入院と外来を区別して観察することも可能である。すると様々な受診パターンが観察されることとなる。

図1において、医療機関を受診した場合には横軸を左から右に一月単位で時間が進むとする。ある年の1月から7月までを観察しているものとする。ある個人がある月から別の月にかけて受診した場合、図中で点線の間を双頭の矢印で結ぶとする。例えば、個人Aは2月から6月まで受診をしていることを意味する。他に受診していなければ、この個人の5ヶ月間の一連の

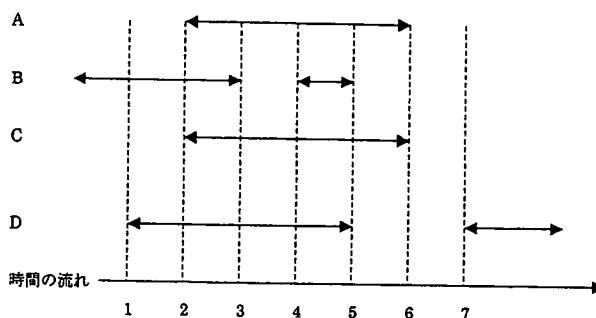


図1 エピソードデータの概念

受診はひとつの傷病の診療開始から終了までを表しているものとし、エピソードと呼ばれることになる。エピソード単位で受診日数、医療費、傷病名や受診医療機関のリストが集計され、分析に使用される。

このエピソードの構成方法には本質的に2つの難点がある。ひとつは「他に受診がない」ことをどのように確認するかである。図1の個人Bのように観察期間より前に受診がある場合などにはエピソードの情報が欠落することになる。個人Bのケースは経済学では左打ち切りとも言われる。左打ち切りのケースが存在することにより、観察開始時点を含むエピソードの数が多くなる。このようなケースの取り扱い方法は経済学におけるひとつのトピックであるが、技術的になりすぎるため本稿では触れないこととする。

もうひとつの難点は、「ひとつのエピソードが真にひとつのエピソードであるか」という点である。例えば、同一月に異なる医療機関に外来受診する場合には異なる傷病による可能性が高い。この難点为了避免のために、本稿では入院、ないしは入院と前後する外来受診についてのみエピソード化する。

先に触れた個人Bのケースは第1の難点に分類されるやや別の困難も含んでいる。すなわち、観察期間内の個人Bの医療機関受診に時間的間隔がある場合に、どこまでをひとつの連続したエピソードと捉えるか、という点である。3ヶ月間隔が空いたとしてもがんの手術後の定期検査などの場合のようにひとつの傷病の診療開始から終了までの一連の受診と見なすべきケースもあり得る。本稿では1ヶ月受診間隔が空いた場合には別のエピソードと見なしている。これは最も基本的な分類方法であると考えられる。