

201001013A

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）

療養病床退院後、療養先についての追跡調査（短期・長期追跡）
による必要な社会サービスの検討に関する研究

平成 22 年度 総括研究報告書

研究代表者 松山 真

平成 23(2011)年 5 月

目 次

I. 総括研究報告

療養病床退院後、療養先についての追跡調査（短期・長期追跡）による必要な社会サービスの検討

松山 真

研究要旨	1
A. 研究目的	
B. 研究方法	2
C. 研究結果	3
1. 患者個別追跡調査	
1) 郡山（福島）	
2) 札幌市S病院	6
3) 高知市T病院	8
2. 全体の統計的結果	11
3. 在宅移行ケースの分析	14
4. 老健の分析	15
5. 急性期病院ソーシャルワーカーへの フォーカス・グループインタビュー結果	17
A. 研究目的	18
B. 健康危険情報	19
C. 研究発表	

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）
研究報告書

療養病床退院後、療養先についての追跡調査（短期・長期追跡）による必要な社会サービスの検討

研究代表者 立教大学 コミュニティ福祉学部福祉学科 松山 真
研究分担者 沖縄大学 人文学部福祉文化学科 富樫八郎

（なお、研究分担者は統計分析担当のため、分担報告書はありません）

研究要旨

療養病床の廃止計画の期限が迫る中、療養病床の他施設への転換はなかなか進んでいない。本研究は、経営的観点から病床転換を検討するのではなく、入院患者が新たな療養先を選択しなければならない問題として捉え、ソーシャルワーク的観点から検討を加えた。即ち、ソーシャルワーク固有の視点である「人-環境、相互作用」の観点から、療養病床入院患者の療養先選択を考察した。

具体的には、既に廃止・転換された療養病床を退院した患者の長期追跡調査を行うことにより、どのようなサービスが選択されたのかを明らかにした上で、患者の身体的状態、家族の意向、経済的背景、さらには当該地域における医療・保健・福祉サービスの状況、地域経済や生活スタイルの影響など、環境要因についての情報を幅広く収集することにより、人-環境の相互作用を検討し、サービス選択との関連性から検討を加えた。

調査地域として、札幌市、郡山（福島県）、高知市、沖縄を選定した。選定理由は、療養病床を既に廃止あるいは転換した病院が存在し、研究以前より交流がありインタビュー調査などで協力可能な病院である。これら4地域での病院調査（10病院）を踏まえ、患者個別追跡調査を3病院に依頼、合計142名の患者について退院直後から3年後までの追跡調査を実施した。この調査により、「退院直後」「1年後」「2年後」「3年後」における患者の療養先、身体状況、家族状況などを把握した。また当該病院ソーシャルワーカーあるいは近隣医療機関のソーシャルワーカーに対して、個別あるいはフォーカス・グループインタビューを行い、退院援助を行う中で把握している当該地域における医療・保健・福祉サービスの現状、地域特性、患者及び家族の行動特性などを聴取した。

これらの結果についてさらに考察を深めるため、東京・大阪・神戸において急性期病院のソーシャルワーカーにインタビューし、転院先選択の状況、調査結果についての感想などを聴取した。

A. 研究目的

平成23年度末までに、介護療養病床13万床は全廃、医療療養病床25万床は22万床

に減らし、合計 16 万床の療養病床を削減するという計画が発表され4年目を迎えているが、病床の転換はほとんど進んでいない。21年9月時点における意向調査においては「現状維持」84.9%、「検討中」15.1%であり、「一般病院に転換」が3.6%、「介護療養型老人保健施設」に転換したいとしたのはわずかに0.9%にすぎない。

またその理由について同じく意向調査では、「病院をやめることへの抵抗感」40.0%、「転換後の老健の経営の目処が立たない」20.3%であった。

こうしたことを背景にして、療養病床の今後の在り方について、様々な検討が成されてきている。しかし、そのほとんどは経営的観点からのものであり、経営収支の計算を基にどの施設に転換するのが病院にとって最も経営戦略上有効かというものである。

本研究は、社会福祉の立場からこの問題を捉えようとするところから出発している。療養病床 16 万床の削減が計画されているが、「病床の削減」が問題なのではなく、現在入院している患者 16 万人もの人が退院させられ、新たな療養先を必要とする「人」の問題として捉える。今後医療費高騰を抑制するため政策が提案されるであろうが、その際に現在療養病床に入院している人たちに対する受け皿が準備されなければならない。身体状況や経済状況などがさまざまなこの人たちが必要とするサービス（入所・通所・在宅）を明らかにすることが本研究の目的である。さらには、そらのサービスに適切に結びつき資源が活用される方法を明らかにすることを目的としている。

B. 研究方法

療養病床を廃止した病棟を退院した患者の転帰について長期的に追跡する。即ち、「退院直後の療養先」「1年後の療養先」「2年後の療養先」について追跡調査を行う。「退院直後」は、病床閉鎖に伴い緊急避難的意味合いも持ち療養先が決定されると予測した。その後「1年後」「2年後」「3年後」という時間経過の中で、その人の身体状況や社会的状況に即した療養先選択がなされると予測している。そのため、患者個別追跡調査を行うことにより、長期的な療養先選択の実態を把握し、身体状況などとサービスとの関連を明らかにする。

但し、廃止後、入院患者を当該病院の別病棟あるいは関連施設に入院・入所させている場合には、療養先の選択とは言い難いため、療養病床廃止の経過について病院調査を先行して行い、患者個別追跡調査対象とするかどうかを判断した。

患者個別追跡調査については、当該病院にて退院援助を担当したソーシャルワーカーに委託した。理由としては、ソーシャルワーカーは、患者の身体状況はもとより、家族状況や経済状況、さらには医療施設・介護施設・社会福祉施設の整備状況など地域の資源情報に詳しいからである。

(倫理面への配慮)

調査においては、入院していた患者の「病名」「障害状態」「療養先」などの情報が含まれているため、次のように対応することにより、倫理面に配慮した。

- 1) 入院していた患者の、病名、医療処置の状況などが調査項目としてあるため、倫理委員会の審査・承認を得て調査を行うことにした。本調査の計画段階では立教大学に倫理委員会が設置されていなかったが、平成 21 年度末に設置されたため、第 1 号として申請し、審査・承認を得た。
- 2) 立教大学の倫理委員会の承認が間に合わなかった 2 カ所の病院においては、病院独自の倫理委員会において審査していただき承認を得た。残り 1 カ所の病院は、立教大

学倫理委員会の審査結果を病院倫理委員会に諮り、二重の審査を得た。

- 3) 調査は、当該病院において療養病床閉鎖に伴い退院援助を担当したソーシャルワーカーに委託した。患者あるいは家族に対する調査の説明と同意の確認およびカルテやソーシャルワーカー記録から患者状況の把握、調査票への記載を依頼した。調査対象患者には、当該施設が番号を割り振り、調査票はその番号にて管理される。研究代表者の松山には、氏名が無く番号のみが記載された調査票が送付されてくる。番号と患者氏名の照合は、当該施設のソーシャルワーカーしか出来ないようにし、患者の個人情報を守られるようにした。

C. 研究結果

1. 患者個別追跡調査

研究 2 年目において、患者個別追跡調査病院 3 カ所において、それぞれ退院後 2 年目、3 年目の追跡調査を実施した。データを追加し、療養先や状態の変化を把握した。

1) 郡山 (福島)

昨年度の調査に引き続き、退院後 3 年目について「療養先」と「1 年間の変化」について調査を実施した。さらに、調査結果について、特に在宅に移行した患者について、家族状況、経済状況、地域の資源利用状況などを個別に把握するため、退院援助を直接担当したソーシャルワーカーにインタビュー調査を行った。

(1) 基本データ

A. 疾患別 (%)

脳梗塞(含む多発性脳梗塞)	脳出血	アルツハイマー病	脳血管性認知症	クモ膜下出血	糖尿病	パーキンソン症候群	失語症	脳挫傷	その他
43.6	18.2	16.4	12.7	10.9	7.3	7.3	5.5	1.8	

B. 身体状況別 (%)

胃ろう	認知症	吸引	その他	気管切開	肺炎
41.8	30.9	27.3	12.7	7.3	1.8

C. 医療区分別 (%)

1	2	3
65.5	27.3	5.5

(2)療養先および年次推移

(N=55)

転帰先		1年後		2年後		3年後	
自宅	15	自宅	12	自宅	6	自宅	5
						老人保健施設	1
				医療療養病床	1	診療所	1
				特別養護老人ホーム	1	特別養護老人ホーム	1
				その他	1	死亡	1
		死亡	3		3		
		医療療養病床	1	医療療養病床	1	医療療養病床	1
		特養老人ホーム	1	特養老人ホーム	1	特養老人ホーム	1
精神科病院	1	死亡	1		1		
老人保健施設	14	老人保健施設	8	老人保健施設	6	老人保健施設	5
						特養老人ホーム	1
				特養老人ホーム	1	特養老人ホーム	1
		死亡	1		1		
		特養老人ホーム	3	特養老人ホーム	1	死亡	1
		死亡	2		2		
自宅	2	自宅	2	不明	1		
				老人保健施設	1		
医療療養病床	1	医療療養病床	1	医療療養病床	1		
特養老人ホーム	13	特養老人ホーム	12	特養老人ホーム	9	特養老人ホーム	8
				死亡	1		1
		死亡	3				
死亡	1				4		
医療療養病床	7	医療療養病床	5	医療療養病床	3	その他	2
				死亡	1	死亡	1
		死亡	2		2		
		特養老人ホーム	1	特養老人ホーム	1	特養老人ホーム	1
死亡	1				1		
介護療養	4	介護療養	2	介護療養	1	介護療養	1
				特養老人ホーム	1	特養老人ホーム	1
		死亡	2		2		
その他	2	自宅	1	その他	1	福祉施設	1
		死亡	1				1

(3) 居所別・死亡数

順位	居所別	実数 (%)	ケースNo
1	特別養護老人ホーム	5 (33%)	14・16・19・40・53
2	自宅	3 (20%)	3・8・44
2	医療療養病床	3 (20%)	21・28・29
3	精神科病院	1 (6.7%)	6
3	老人保健施設	1 (6.7%)	24
3	介護療養病床	1 (6.7%)	18
3	その他	1 (6.7%)	36
		15 (100%)	

(4) 医療区分 と 退院直後の居所 のクロス表

		退院直後の居所					合計
		自宅	医療療養病床	老人保健施設	特別養護老人ホーム	その他	
医療 区分	1	11	0	13	9	3	36
	2	3	5	1	3	3	15
	3	1	2	0	0	0	3
	NA	0	0	0	1	0	1
合計		15	7	14	13	6	55

退院直後については、「自宅」15名(27.3%)、「老健」14名(25.5%)、「特養」13名(23.6%)、「療養病床」11名(20%)であった。3病院で「自宅」の割合がこれだけ高いのはこの病院のみであった。

「自宅」に退院した者については、男女、医療区分、ADL区分による差異は認められず、女性も多く自宅療養となっている。介護度が4と5の人で53%になり、平均介護度も3.2と軽度の人のみが退院している訳ではなかった。これについては、今後在宅サービス強化によって在宅療養が増えるかどうか分析する必要があり、後に再度分析する。

「老健」「特養」については、通常であれば待機期間が年単位に長期となるが、病棟閉鎖という事態に病院幹部が地域の施設等を回って依頼した事に効果があったと思われる。

療養先の変化をみると、「自宅」では3年後に自宅療養継続・死亡・変化が1/3ずつであった。「老健」では「老健継続」は1/3強であり、「自宅」になる場合もある。「特養」では特養継続か死亡かのどちらかであり変化は無い。「療養病棟」は継続か「特養」となっている。「医療療養」では、死亡率が高い。全体に「特養」への変化はどこからでも起こり、「特養」での死亡率が高くなっている。自宅療養が多いことと、特養が終の棲家として意識されていることが分かる。

医療区分別を見てみると、自宅・老健・特養とも1を中心が大半となっている。

医療療養には1は入院していない。

(5)フォーカス・グループインタビューでの示唆

- ・ 農村部ということもあり、住居の問題はあまりない。介護力と経済力によって療養先が検討される。
- ・ 元々入院中のケアについては自信を持っており、褥瘡を作ることはなく肺炎・感染症もほとんど発生していない。家族からの信頼は厚く、病棟が閉鎖になることで失望感も大きかった。
- ・ 病棟閉鎖後の死亡者が21人と38%になったのは予想外に多い。ケアの違いが出ていると思われる。
- ・ 組織的に施設等への入所受け入れ要請を行った結果、特養などでも優先的に入所させてもらった。
- ・ 病棟の雰囲気が高く、家族同士の交流も多かったので、一人が自宅に帰ると「あの人が帰ったのなら、うちも帰れるのでは」といい意味での連鎖が起きた。看護・ソーシャルワーカーとの信頼関係もあり、その中で自然と家庭介護への関心が高まり、療養先の検討をすることができた。
- ・ 地域にショートステイ専用老健が3カ所あり、ショートというよりも年間では3ヶ月から6ヶ月入所できることもあり、自宅を選ぶ人もいた。
- ・ 病棟の縮小ではなく完全閉鎖であったので、患者家族も入院継続の選択肢が無いことを理解してくれた。
- ・ 医療療養で障害者重度医療制度を利用している場合には、他の病院や施設に移っても自己負担が相当多くなり、経済的に難しい。

2) 札幌市S病院

昨年度の調査に引き続き、退院後2年目について「療養先」と「1年間の変化」について調査を実施した。さらに、転換型老健の対象とならなかった患者の身体状況、家族状況などを個別に把握するため、また在宅に移行した患者の個別状況について、担当ソーシャルワーカーにインタビュー調査を行った。

(1) 基本データ

A,医療区分別(%)

1	2	3
71.2	11.9	15.3

B,疾患別人数

脳梗塞(含む多発性脳梗塞)	高血圧	糖尿病	脳出血	クモ膜下出血	腎不全	てんかん	廃用性症候群
45.8	35.6	28.8	22.0	10.2	10.2	5.1	5.1

C,身体状況別(%)

胃ろう	認知症	肺炎	酸素	IVH	癌	吸引	気管切開	鼻腔栄養	褥瘡処置
37.3	20.3	6.8	3.4	5.1	3.4	3.4	1.7	1.7	1.7

(2) 療養先および年次推移 (N=59)

転帰先		1年後		2年後	
自宅	3	自宅	2	自宅	2
		不明	1	不明	1
医療療養病床	19	医療療養病床	15	医療療養病床 死亡	11 4
		死亡	4		4
老人保健施設	34	老人保健施設	28	老人保健施設	16
				介護療養	4
				医療療養病床	2
				その他	1
				不明	2
				死亡	3
		医療療養病床	2	死亡	2
		介護療養	1	不明	1
		診療所	1	死亡	1
死亡	2		2		
有料ホーム	1	有料ホーム	1	不明	1
福祉施設	1	不明	1	福祉施設	1
死亡	1				

障害者病棟（30床）を廃止し、介護療養の定員を削減（-56床）し、介護療養型老人保健施設（いわゆる新型老健）に転換（60床）している。但し全員新型老健に移行できたわけではないので、新に療養先を検討する患者もいた。

元々医療区分1の患者が70%を超え、脳血管障害が主であったが、酸素、IVH、癌など医療処置の必要な患者が存在していた。調査病院は、地域ニーズに応えようと、併設している医療療養と連動する形で医療サービスを提供しようとしており、「医療

に強い老健」を目標とされていた。老健には医療区分1のみを入所させ、医療区分2・3は医療療養に転院していたが、老健移行者34名中、2年後までに死亡者が8名(13.6%)であり、老健に残っていた者は16名(47.1%)にとどまり、かなり変化があった。しかし、老健から特養への移動しかなかった郡山に比べ、特養へは0で療養病床への入院が9名(15%)あり、医療的処置が必要とされた医療区分1の人がいたことが分かる。

この調査結果からは、『直後に老健を選択したが移動した人』『老健の対象とならなかった人』を分析することで、新型老健が持つ医療的機能の中身が明らかに出来る可能性があり、後に分析する。

近隣のソーシャルワーカーに集まっていたいただいたフォーカス・グループインタビューでは、

- ・ 札幌市内ではどの病院も療養病床に1/3近く「医療区分1」の患者が現在も入院している。多い病院では60%~70%近く入院している。
- ・ 医療区分1の患者が多いことで、診療報酬上収入が抑えられているが、それでも廃止・転換は進んでいない。
- ・ 政策的に療養病床の廃止が決定した場合、これら大量の「医療区分1」患者の療養先が確保できなくなると危惧している。
- ・ しかし様子見が続いており、経営的観点から転換した病院の経営状況を見定めようという動きになっている。
- ・ 老人ホームは数年単位での待機がある
- ・ 地域特性として、冬の在宅生活が厳しいことから入院、入所希望が強い。
- ・ 札幌中心部を少し離れると、診療圏は車で1時間、2時間となり通院が困難な患者が多い。
- ・ 従って在宅になっても、通所系サービスは利用しにくい。
- ・ 小規模多機能施設が看取りまで行うようになり、都市部では今後退院先の受け皿となる可能性がある。
- ・ 救急病院では不景気の影響から受診抑制が行われている。重度化して救急車で入院する例が増加しているため、転院援助の前に経済的問題や重度化した病状について対応する必要性が多くなっている。入院期間がそれだけ長くなる。
- ・ 回復期リハ病棟がほとんど無い地区があり、急性期後のリハビリが充分でない場合もあることから、療養型病院においてもリハビリ機能はある程度必要となる。
- ・ 回復期リハが無い地区では、在宅におけるリハの意識が薄く、退院後のフォローがなされないことが多く、身体的状態が悪化して急性期に戻ってくる場合が多い。

などを聴くことができた。

3) 高知市 T 病院

昨年度の調査に引き続き、退院後3年目について「療養先」と「1年間の変化」について調査を実施した。さらに、療養先として介護療養または医療療養病床が多く選択されていることについて、地域の経済状況、医療状況を把握するために、高知県医療ソーシャルワーカー協会会長にインタビューを行った。また、患者の個別状況を把握するために、担当ソーシャルワーカーに調査結果に基づいてインタビューを行った。

(1) 基本データ (N=28)

A,性別

男性	女性
10.7	89.3

B,医療区分別

1	2	3
64.3	28.6	7.1

C,疾患別

脳梗塞(含む多発性脳梗)	高血圧	変形性膝関節症	心不全	脳血管性認知症	骨粗鬆症	大腿骨頰部骨折	心房細動	腎不全	パーキンソン症候群	アルツハイマー病	脊髄小脳変性症	失語症	脳出血	うつ病	脳腫瘍	腰椎圧迫骨折	廃用性症候群	てんかん
50.0	25.0	25.0	25.0	14.3	10.7	10.7	10.7	7.1	7.1	7.1	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6

D,身体状況別

認知症	鼻腔栄養	吸引	胃ろう	酸素	癌	肺炎	褥瘡処置
85.7	32.1	21.4	7.1	3.6	3.6	3.6	3.6

2) 療養先および年次推移

転帰先		1年後	2年後	3年後			
介護療養	16	介護療養	9	介護療養	7	介護療養	6
			死亡	2	死亡	1	
			医療療養病床	1	介護療養	1	医療療養病床
		ケアハウス	1	ケアハウス	1	ケアハウス	1
		その他	1	死亡	1		
		死亡	4				
医療療養病床	7	医療療養病床	5	医療療養病床	4	医療療養病床	3
			死亡	1	死亡	1	
		死亡	2				
急性期病院	2	介護療養	1	介護療養	1	介護療養	1
		その他	1	死亡	1		
診療所	2	介護療養	1	介護療養	1	介護療養	1
		診療所	1	死亡	1		
有料ホ	1	介護療養	1	介護療養	1	介護療養	1

女性が90%近くとかなり多い。(郡山56.4%、札幌57.6%)理由は不明である。そのため変形性膝関節症、大腿部頸部骨折、骨粗鬆症などの病名が多い。医療区分は1が6割以上と多いが、病名は、心不全、心房細動、腎不全、脳腫瘍など他の病院ではみられなかった病名がある。大部分が認知症を持ち、さらに他の疾患も持っている患者が多いが、それでも医療区分は1の患者が多い。他の病院では胃瘻が多い(郡山41.8%、札幌37.3%)が、ここでは7.1%に留まっている。逆に鼻腔栄養が32.1%(郡山0、札幌1.7%)と多くなっている。

療養先としては療養型病床が選択されている。老健は0である。高知県は人口10万対病床数において全国1位(2488.5床、全国平均は1256.0床：厚生労働省H21年度)であることがその背景にある。また、病床の供給が多いことから、入院費についても私費請求がほとんどなく最も安価に入院できることが選択理由となっている。東京近郊では通常月に20万円以上であり高額になると50万円以上かかる病院も存在する。高知では私費請求がほとんどなく10万円程度で入院することができる。

従って療養先の選択は、基本的に介護療養病棟が選択されている。医療区分が高くなると医療療養に移る。症状の悪化や安定により急性期病院や有料ホームに入院・所しても、最終的には介護療養病棟に入院する。療養病床の空きを他の施設で待機している形である。

療養病床の廃止が政策として決定されてもなお、入院希望が多いことから、廃止あるいは転換はほとんどなく、逆に介護療養病床を増設する病院が未だにある。それだけ需要があるということである。

3) フォーカス・グループインタビューでは

- ・ 高知県は海岸線のわずかな土地が平地で、すぐに山間部になるため、自宅に帰っても

外出することは困難であるし、細い山道を登っていくことになり、入浴サービスなども届きにくい。在宅療養を希望する人は少ない。

- ・ 特養の待機は3年、4年あるいはもっとかかると考えており、現実的ではない。
- ・ 療養病床では、入院費が10万程度であることから、他のサービスよりも安価であり希望する人が多い。重度医療が利用できる場合は医療でも良いが、そうでなければ月10万円以上の負担は厳しい。
- ・ 地域の経済状況があまり良くなく、共働きをしている家庭が多い。家庭で介護は望めない。
- ・ 漁業が主であり、男性が家にいないことが多く、女性の在宅療養は難しい。
- ・ 農家であっても専業農家は少なく、昼間人がいないことが多い。
- ・ 介護療養病床で今でも入院を受けている。病床削減については国の政策は理解しているが、その状況は変えられないという意識が強く、病床転換をする病院はない。
- ・ むしろ、これから介護療養病床にしようという病院があるくらいだ。

3. 全体の統計的結果

サンプル数が少ないので、統計的に意味のある差異はほとんど出ないが、その中でも有意に差があったものを示す。Hは有意に高く、Lは有意に低い。

1) 医療区分別療養先（直後）

	サンプル数	1	2	3	不明
全体	142	67.6	21.1	9.9	1.4
<療養先>					
自宅	18	72.2	22.2	5.6	0.0
医療療養病床	33	15.2 L	48.5 H	36.4 H	0.0
老人保健施設	48	95.8 H	4.2 L	0.0 I	0.0
特別養護老人ホーム	13	69.2	23.1	0.0	7.7
グループホーム	0	0.0	0.0	0.0	0.0
死亡	1	0.0	0.0	0.0	100.0 H
介護療養	20	80.0	15.0	5.0	0.0
有料ホーム	2	100.0	0.0	0.0	0.0
診療所	2	100.0	0.0	0.0	0.0
急性期病院	2	50.0	50.0	0.0	0.0
ケアハウス	0	0.0	0.0	0.0	0.0
福祉施設	1	100.0	0.0	0.0	0.0
精神科病院	0	0.0	0.0	0.0	0.0
不明	0	0.0	0.0	0.0	0.0
その他	2	50.0	50.0	0.0	0.0

医療区分1の患者は、自宅、医療療養、介護療養、老健、特老、を選択できるが、医療療養では少なく、老健では圧倒的に多い。これは、診療報酬のために施設の経営的観点から入院患者を選択していることが現れている。

ADL 区分3	885点	1344点	1740点
ADL 区分2	764点	1344点	1740点
ADL 区分1	764点	1220点	1740点
	医療区分1	医療区分2	医療区分3

(医療療養に適用されている診療報酬点数)

医療区分1の患者はいずれにしても診療報酬単価が低く抑えられており、長期入院が予想される患者の入院は敬遠される。老健における介護報酬も介護度別に定額であるが、医療療養に比べ落差が小さいことから、医療療養と老健が併設されている場合には、経営的観点から医療区分1の患者を老健に集約することが多い。

要介護1	要介護	要介護	要介護	要介護
814 単位	897 単位	1012 単位	1088 単位	1164 単位

医療区分別の療養先については、経営的観点から患者を選別している現実が反映されている。

2) 身体状況別療養先 (直後)

	サンプル数	肺炎	胃ろう	酸素	気管切開	認知症	I/VH	癌	鼻腔栄養	褥瘡処置	吸引				
全体	142	4.2	33.1	2.1	3.5	37.3	2.1	2.8	7	1.4	16.2				
自宅	18	0.0	16.7	0.0	0.0	11.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0				
医療療養病床	33	15.2	h	39.4	6.1	12.1	h	42.4	9.1	h	6.1	12.1	3.0	39.4	H
老人保健施設	48	0.0	39.6	0.0	0.0	20.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.2	I
特養護ホーム	13	0.0	38.5	0.0	0.0	61.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	23.1	
Gホーム	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
死亡	1	0.0	0.0	100	H	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
介護療養	20	5.0	30.0	0.0	5.0	70.0	H	0.0	5.0	25.0	H	5.0	20.0	20.0	
有料ホーム	2	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
診療所	2	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
急性期病院	2	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	50.0	h	0.0	50.0	50.0	
ケアハウス	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
福祉施設	1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
精神科病院	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
不明	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
その他	2	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	H	0.0	0.0	0.0	0.0	

中心静脈栄養法、気管切開、吸引、肺炎などを医療療養病床でみていることは、医療区分3に該当する患者を優先している実態を表している。対して介護療養病床では、認知症で鼻腔栄養の患者が多いことが分かる。胃瘻増設患者が、医療療養、老健、特養、介護療養それぞれで3割を超えており、特に医療療養でも4割近い患者がいる。胃瘻増設のみであれば医療区分は1であるが、今回調査では、医療区分1は57.4%、区分2は27.7%、区分3が12.8%であり、胃瘻だけではなく認知症を持ち（19.1%）肺炎を併発し（8.5%）、気管切開をし（8.5%）、吸引が必要な者（29.8%）は、医療療養に集中していた。

	サンプル数	自宅	医療療養病床	老人保健施設	特別養護老人ホーム	グループホーム	死亡	介護療養
全体	142	12.7	23.2	33.8	9.2	0.0	0.7	14.1
【身体状況】								
肺炎	6	0.0	83.3 H	0.0	0.0	0.0	0.0	16.7
胃ろう	47	6.4	27.7	40.4	10.6	0.0	0.0	12.8
酸素	3	0.0	66.7	0.0	0.0	0.0	33.3 H	0.0
気管切開	5	0.0	80.0 H	0.0	0.0	0.0	0.0	20.0
認知症	53	3.8	26.4	18.9 I	15.1	0.0	0.0	26.4 h
IVH	3	0.0	100.0 H	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
癌	4	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	25.0
鼻腔栄養	10	0.0	40.0	0.0 I	0.0	0.0	0.0	50.0 H
褥瘡処置	2	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0
吸引	23	0.0	56.5 H	8.7 I	13.0	0.0	0.0	17.4
その他	14	14.3	21.4	35.7	0.0	0.0	0.0	21.4

肺炎で重症な場合、酸素、気管切開、IVH、癌、褥瘡処置、吸引が必要な患者については、医療療養を選択している。あるいは選択せざるを得ない。老健は胃瘻は選択できるが、他の場合には選択するのは困難である。

	サンプル数	第1希望	第1希望でないが満足	仕方なし
全体	142	28.2	27.5	33.1
自宅	18	88.9 H	0.0 I	11.1
医療療養病床	33	51.5 H	18.2	15.2 I

老人保健施設	48	2.1	L	47.9	H	37.5
特別養護老人ホーム	13	15.4		15.4		53.8
グループホーム	0	0.0		0.0		0.0
死亡	1	0.0		0.0		0.0
介護療養	20	20.0		25.0		45.0
有料ホーム	2	0.0		50.0		50.0
診療所	2	0.0		50.0		50.0
急性期病院	2	0.0		0.0		100.0
ケアハウス	0	0.0		0.0		0.0
福祉施設	1	0.0		100.0		0.0
精神科病院	0	0.0		0.0		0.0
不明	0	0.0		0.0		0.0
その他	2	0.0		0.0		100.0

自宅に戻ることができた者は自分の希望であった者が 9 割近くいたが、他に行き先が無く帰った者も 1 割いた。老健は希望する者が極端に低い。これは自己負担が増えることが理由である。介護療養も第一希望は低い。逆に、医療療養は重度医療を利用する者は自己負担が少ないことと医療の中にいられることから第一選択になる。

4. 在宅移行ケースの分析

本調査において、直後に自宅に退院したのは、郡山の 15 名、札幌の 3 名、計 18 名。1 年後に自宅に移ったのは郡山の 3 名であった。これらは、療養病床という長期入院を想定していた病棟からの退院であることを考えると、今後の可能性を探る上で重要と思われるので、詳細に分析を加えてみたい。

1) 医療区分別

医療区分	1	2	3
人数	16	4	1

2) ADL 区分別

ADL 区分	1	2	3
人数	8	8	5

3) 介護区分別

介護区分	1	2	3	4	5	6	不明
人数	1	2	3	4	6	2	3

医療区分は 1 が多いが、これは『医療的に重度でないから帰ることができた』というよりも、医療・ADL 区分の軽い者の受け入れ先が少ないことから自宅に戻ったと考える。介護区分が重い者が多いことから、必ずしも「軽い」のではない。

4) 特記事項およびヒアリングより

自宅療養は、郡山で直後に 15 名いたが、1 年後 3 名が施設入所、2 年後 4 名死亡、2 名施設入所したため、自宅療養継続は 6 名になったが、3 年後もその 6 名は自宅療養を継続している。1 年後に自宅療養となったのは 3 名であり、その中で 1 名が施設入所、2 名は 3 年後も自宅療養を継続している。

施設等に入所した理由については、以下のとおりである。

- ・ 認知症が悪化し妄想が出現し、在宅管理が困難になった
- ・ 特別養護老人ホームが新設され、順番が来た
- ・ 介護者が透析導入となり介護の継続が困難になった
- ・ 長男が要介護状態となり、二人の介護は困難であり特養に入所
- ・ 自身が透析導入となり、通院が困難なため医療療養に入院
- ・ 長期のショートステイを利用しながら単身生活をしていたが、要介護度が支援 2 となったため介護保険サービスを利用できなくなり、障害者施設に入所

在宅療養が可能になった郡山の 18 名について、在宅介護の状況について担当ソーシャルワーカーを通じてヒアリングを行った結果、次のようなことが判明した。

- ・ 郡山市で調査病院周辺には、ショートステイ専用老人保健施設が 3 カ所あり、ショートステイの利用が比較的容易であること
- ・ ショートステイの名目であるが、空きがあれば最大限に活用できることから、年間に 3・4 月程度入所することができる。
- ・ 調査病院においても、退院した人のショートステイを実施しており、家族の介護状況に応じて入院をさせている。

ショートステイを活用しながら、自宅と施設を数ヶ月単位で行き来していた人が 11 人いた。短い人で月に 4・5 日から 7 日程度を毎月繰り返し、長い人は農繁期あるいは冬場に入所するなどしていた。短い人でも年間換算 2 ヶ月から 3 ヶ月程度入所できている。他の 4 名中 3 名は 1 年後に入所しており、介護サービス利用状況が把握できていなかった。

自宅か入院（施設）かの二者択一的な選択ではなく、基本的には自宅療養でありながら、定期的あるいは必要に応じて入所・入院できるという方法をとることで、自宅療養が可能になることが示唆された。

札幌で自宅療養を選択した 3 名について詳細にみると以下のとおりであった。

- ・ 61 歳、53 歳、57 歳といずれも若かった。全員脳血管障害であり介護サービスを利用することは可能であった。
- ・ 2 名（57 歳、53 歳）は女性で、自宅に帰ることが第一希望であった。
- ・ 1 名（61 歳男性）は、クモ膜下出血であったが障害は軽度、退院可能な状態であった。家族が退院に向けた話し合いに応ぜず、入院が続いていた。病床が老健に転換されることで対象外となったためようやく家族が引き取ったが、その後連絡がとれずどこで療養しているかは不明。

5. 老健の分析

札幌において、『直後に老健を選択したが移動した人』『最初から老健の対象とならなかった人』を分析することで、新型老健が持つ医療的機能の中身が明らかに出来る可

能性があるので詳細に分析した。

老健移行者 34 名中、2 年後までに死亡者が 8 名 (13.6%) であり、老健に残っていた者は 16 名 (47.1%) にとどまり、かなり変化があった。

1) 老健を選択しなかった者

医療区分別療養先 (%)

	医療療養	老健	介護療養	その他
1	11.9	78.6	0	9.5
2	71.4	14.3	0	14.3
3	100.0	0	0	0

医療療養に重い患者が、老健に軽い患者が移動している。老健ではなく医療療養を選択した患者を医療区分でみると (下表)、医療区分だけで選択している訳ではない。

	1	2	3
医療療養	5	5	8

医療区分 1 の 5 名をみると、

- ・ 脳梗塞に胆管癌と糖尿病
- ・ 脳梗塞に脳腫瘍と糖尿病
- ・ 視床出血に胃がんによる胃切除
- ・ アルコール性髄鞘変性症
- ・ 認知症・廃用性症候群に慢性閉塞性肺疾患

と、基礎疾患の他に治療の必要な疾患を持っていた。これらは医療区分だけで分類してしまうと、医療を継続することが困難になりかねない患者達である。

医療区分 2 の患者をみても

- ・ 精髄小脳変性症と認知症
- ・ 脳梗塞に関節リウマチと糖尿病
- ・ 脳梗塞に腎臓癌と膵炎と突発性血小板減少性紫斑病
- ・ 脳梗塞に認知症と易出血傾向
- ・ 脳梗塞にパーキンソン症候群

という、複数の疾患を持っていた。医療管理が必要である。

2) 老健を選択したが途中で移動した者

直後には老健を選択したものの、1 年後あるいは 2 年後に老健から移動した者の理由をみると

- ・ 脳梗塞後遺症により高次脳機能障害が残り、リハ目的で老健に入所したものの、障害受容ができず自宅に戻る希望が強く聞き入れなかった。
- ・ 脳出血 84 歳。摂食不良で栄養状態が悪化。区分 1 にて老健入所したが、その後胃癌が発見され医療療養へ入院となった。区分 1 でなければ病院にて発見できた可能性有り。
- ・ 地理的に自宅から近い介護療養病床への入院が可能となった
- ・ 脳梗塞により症候性てんかんの後遺症。入所後発作あり医療療養へ
- ・ 脳梗塞に慢性腎不全、心不全、糖尿病を持ち、老健入所後 2 ヶ月で摂食不

可となり医療療養へ

このような状況であり、1 ケース以外は、疾患の悪化により医療的管理が必要となり医療療養と転院していた。

2. 急性期病院ソーシャルワーカーへのフォーカス・グループインタビュー結果

調査計画の中には入っていなかったが、療養型病院への入院を依頼している立場となる急性期病院のソーシャルワーカーに、療養型への入院依頼についての現状についてインタビューすることにした。そもそも療養型病床に入院している患者が一定のスクリーニングを経て入院しているはずであり、その群の特徴を明らかにしたいと考えたからである。

インタビューは、東京・大阪・神戸にて実施した。急性期のみを病床を持つ病院で、介護保険創設（2000年）以前より勤務している医療ソーシャルワーカーに依頼した。地域的な偏りも考慮し、出来る限り離れた地域にある病院を選択した。（東京であれば、山手線内、大田区、多摩地区など）その結果、次のような実態について聴取できた。これらは、東京・大阪・神戸の地域差はなく、どの地域においても指摘されたことであった。

- 1) 急性期病院から退院する際、自宅以外の病院・施設選択については、ほとんどがソーシャルワーカーに任されている。急性期病院側も回復期リハ・療養病棟・老人保健施設においても窓口はソーシャルワーカーである。
- 2) 転院・入所において、入院基準あるいは入所基準となっているのは、医療区分あるいはADL区分である。
- 3) 特に療養病院の受け入れ基準は、診療報酬と連動して明確になっている。
- 4) 医療区分1と3では、診療報酬点数に2倍以上の差があるため、医療区分2および3の患者については受け入れが容易であるが、1の患者については受け入れ先を探すことが困難になる。
- 5) 介護療養病床は、新規入院を受け入れることが困難であり、結果的に区分1の患者の行き先はかなり苦勞することになる。
- 6) 老健はいわゆる丸めの報酬であるため、薬価の高い薬などを服用している患者は敬遠される。あるいは、60日・90日処方をした後に、薬を持参するよう指示されることが多い。最もひどい場合には、90日経過した時点で一旦退所させた上で急性期病院を受診させさらに90日処方を依頼されることもある。
- 7) 抗がん剤や抗認知症薬などを服用している場合には、服用の中止を打診されたこともあった。
- 8) 医療療養への転院では、IVH（中心静脈栄養法）にすることを求められ（医療区分3に該当）、老健等では胃瘻にすることを求められる。患者個人の状態でこれらの治療法が選択されるというよりも、今後の療養先を決定した上で、受け入れられる治療法を選択することになってしまう。
- 9) 入院相談の段階で、これらの条件についての情報を詳細に求められ、条件に合わない入院相談に行くことが出来ない。
- 10) 急性期病院としては、在宅に戻ることが困難な場合に、医療機関か老健か福祉施設かをまず決定し、その入院・入所条件に患者の状態を合わせていくという考え方がなる。患者の希望や身体的状態によって選択するという考え方はできなくなっている。
- 11) （特殊な地域として）大阪摂津地区には、救急センターを持つ急性期病院が多くあり、救急治療に取りかかるまでの時間がかなり早い。そのため、後遺症もあまり重

度にならず、急性期病院から在宅に戻る例が多い。療養型に依頼することはほとんどない。

A. 結論

本調査は、『平成 23 年度末までに療養病床の大幅な削減を行う』という国の方針のあまりに大きな影響を鑑み、削減された病床から出される患者の新たな受け皿となりうるサービスを特定することを目的に開始した。政権与党が交代することにより「療養病床の廃止の廃止」となったが、医療費高騰の抑制策について対案が出された訳ではなく、今後高齢者医療費抑制についての議論が再燃することは必至である。その場合、長期入院の抑制が主眼となり、療養病床の在り方についても再度見直されるであろう。今後のサービスの重点をどこに置くのかについて政策的な提言を行うことにより、本研究の結論としたい。

療養病床の必要性については、高知のみならず、関東近県においても未だに介護療養病床の増設を行う医療機関が存在し、需要はあるとみななければならない。療養病床という名称や形を変えたとしても、その機能は求められており、施設サービスを大幅に削減させることは、大きな混乱をもたらす。

医療サービス、保健サービス、福祉サービスそれぞれが独立して担当して

- 1) 介護療養あるいは医療療養病床に入院中の患者であっても、在宅療養に切り替える可能性があることが判明した。すなわち、郡山での調査結果で明らかになったことである。「施設サービス利用で入所か、在宅サービスの活用によって在宅療養か」という二者択一的な選択肢の中から選択するのではなく、その中間的療養方法を見いだすことが可能である。郡山で療養病床廃止後に在宅療養を選択した人たちは、年間を通じて施設入所あるいは病院への入院を数ヶ月単位で保障されていた。生活スタイルに合わせて、月に 7 日であるとか、農繁期あるいは冬期は入所など、柔軟なショートステイの活用がみられた。ショートステイ専用老人保健施設が地域に 3 か所存在することと、病院も柔軟に受け入れを行っていた。在宅介護を長期に可能にするために、生活スタイルに合わせて無理をさせない体制がつけられていた。
- 2) 個々の患者の生活スタイルに合わせて、介護サービスをアレンジするのは介護支援専門員の業務であるが、介護者の生活全体の中で、医療サービス、保健サービス、介護サービスの全体を見渡して調整することが必要になってくる。介護支援専門員は法的に介護サービスの活用に限定されるため、必ずしも全体の調整ができるとは限らない。特に、入院中から介護者に関わり、家族関係や経済状況、地域のさまざまな資源を把握し、全体を調整する役割を病院のソーシャルワーカーが担っていた。
- 3) 病院のソーシャルワーカーが、入院中の患者にその専門性を生かして関わることで、退院を目的とした援助ではなく、生活全体の在り方とその人の生き方を援助することが出来、その過程で在宅療養を自然な形で選択することができていた。病院ソーシャルワーカーの能力の向上と活用を図るべきと考える。
- 4) 社会的経済状況から、急性期病院への受診抑制が起きており、治療効果が上がりにくくなっている。大阪摂津地区は特殊な地域であるが、むしろ急性期治療をできるだけ早期に提供することにより、後遺障害を軽減することが可能と思われる。長期的に考えれば、急性期治療に集中的に投資することで医療費の抑制が可能と思われる。