

る。長期的視点に立てば、予防をさらに進めることと、急性期治療への日数制限などを見直し、患者個人に適した治療が病院の判断で可能なように保障する方が良いと思われる。

- 5) 医療療養型病床については、福祉サービスはもちろん老健でも診ることが出来ない合併症あるいは複数の疾患を持った患者に対して対応することが求められる。脳血管障害と痛などを重複している患者、あるいは高次脳機能障害やてんかんなどの後遺症を持つ患者、全身状態の管理が必要な患者などである。医療区分にとらわれず、こうした患者を入院させることができるよう、医療区分の見直しが平行的に行われる必要がある。
- 6) 老人保健施設については、各施設が地域の特性に合わせて特徴を持たせられるようにできると、さらに受け皿となっていく。「医療に強い」「リハビリが多くできる」「在宅サービスと連動する」「中期ステイを行う」などが考えられる。全国一律の基準ではなく、農村部と漁村と都市部では介護者の生活スタイルが全く異なる。雪国などでは季節要因は大きい。地域のニーズに合った在宅療養を推進するために、様々な機能を持つことができるようにする。同時に、老健における医療行為について、特に薬剤については、治療を妨げない仕組みが必要となる。
- 7) 小規模多機能施設については、調査中多くの例を見ることは出来なかったが、札幌市での例では、入所している人たちは歩いて行ける距離に家族がおり、家族の交流を保ちつつ介護負担を軽減できており、今後こうした形のもので出来ると、施設からの受け皿になっていく。しかし、これは都市部に限定されることになる。
- 8) 医療区分の問題は既に多くの指摘があるが、患者に値段を付け、しかもかなりの差を設けたことそのものがもたらしている弊害が大きい。特に「胃瘻とIVH 鼻腔栄養」という栄養の摂取方法が異なるだけで大きな差ができ、療養場所も限定されている。患者の状態にあった栄養法が選択可能なように見直しが必要である。

課題

本研究を通して明らかになった課題としては、

- ・ 医療区分1の患者の行き先が無くなってきている。その受け皿として「宅老所」「老人ホーム」と呼ばれる無認可施設が急増している。医療区分1であっても相当程度の介護が必要な人がおり、その質的な面が危惧される。今後実態把握などが必要と思われた。

B. 健康危険情報

特になし

C. 研究発表

なし

