

ii. 入院基本料算定状況（医療療養病床）

① 特別入院基本料

- ・ 看護配置基準 25 : 1 に対応できない場合に算定される「特別入院基本料」（人員配置基準なし）を算定している病院は、2.5%であった。病院では医療療養病床 200 床以上の病院を除き、医療療養病床規模が小さいほど算定している医療機関の比率が高いという傾向があった。

② 医療区分・ADL 区分

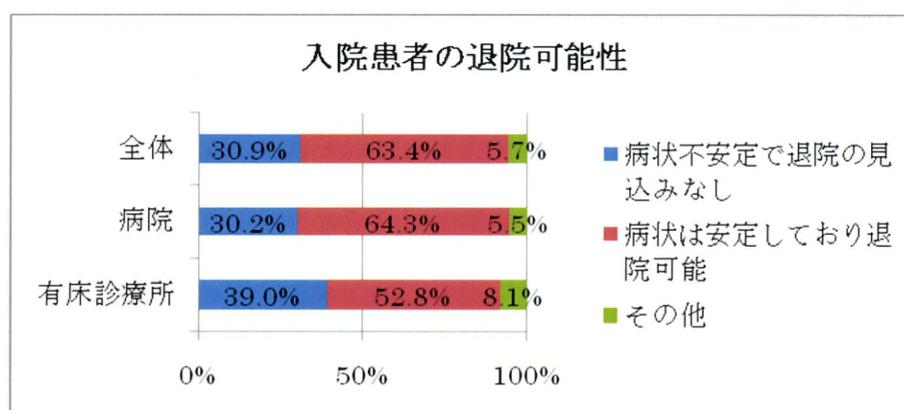
- ・ 医療区分 1 は、病院 41.0%、有床診療所 59.9%、全体で 42.1%であった。中医協が 2005（平成 17）年 11 月に中間報告した医療区分 1 の比率「50.2%」が引用されている。
- ・ 医療区分 1 の患者のうち、ADL3 は 26.0%、ADL2 は 31.5%、ADL1 は 42.5%であった。
- ・ 急性増悪で出来高算定による入院基本料を算定している医療機関の比率は、病院 11.7%、有床診療所 4.6%であった。
- ・ 「認知機能障害加算算定あり」の医療機関は、病院 45.3%、有床診療所 16.8%であった。

iii. 患者の状態

① 退院可能性

- ・ 医療区分 1 の患者のうち病状不安定で退院の見込みのない患者は病院で 30.2%、有床診療所で 39.0%、全体で 30.9%であった。
- ・ 退院可能な患者のうち 70.1%は、在宅での受け入れが困難なため、現実には退院できない状況にあると報告されている。また 30.3%が施設入所待機中である。「在宅での受け入れ困難」との重複を除いた純粋な「施設入居待ち」は 19.7%であった。

図 3-9 「療養病床の再編に関する緊急調査」における入院患者の退院の可能性

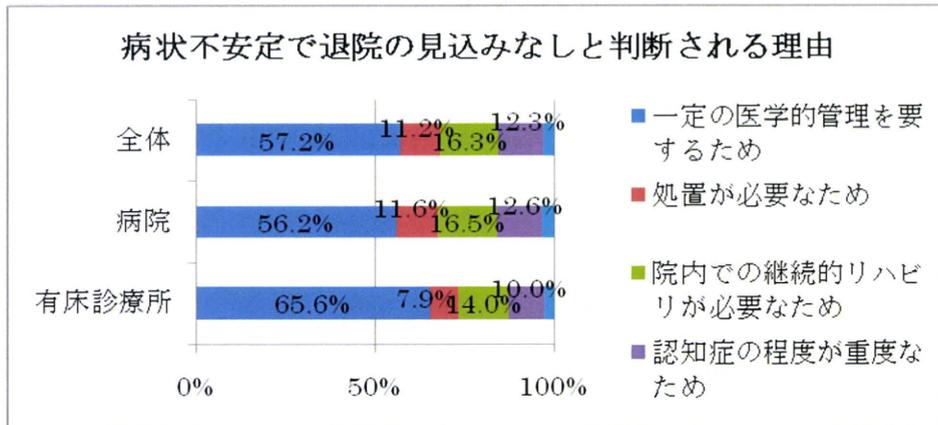


② 退院の見込みがないと判断される理由

- ・ 「一定の医学的管理を要するため」が病院で 57.2%、有床診療所で 65.6%であった。「院内での継続的リハビリが必要なため」が全体で 16.3%、「認知症の程度が重度なた

め」が全体で12.3%となっている。

図3-10 「療養病床の再編に関する緊急調査」における退院の見込みがない理由



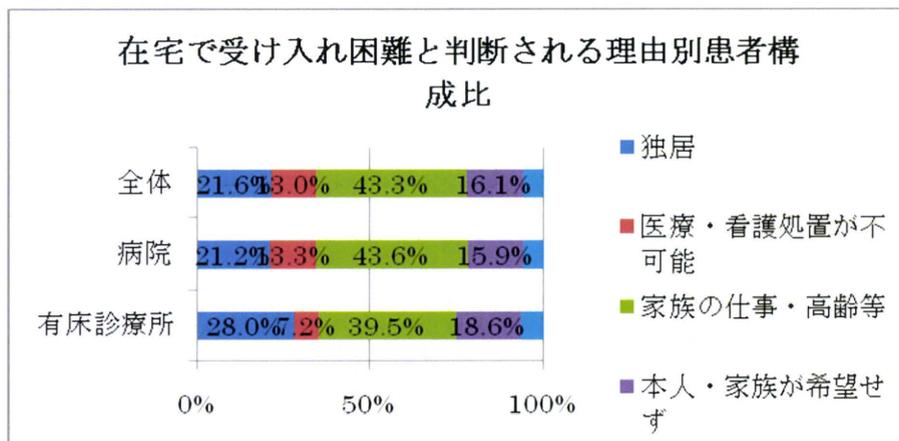
③ 在宅受け入れ困難な理由

・ 「家族はいるが、仕事・高齢等により介護できない」が43.4%、「独居のため」が21.6%、「家族があり、人手もあるが、本人や家族が希望していない」が16.1%であった。「喀痰吸引、胃瘻の管理、経鼻経管栄養、留置カテーテル等の医療・看護処置が在宅ではできないため」は13.0%であった。

④ 待機中の施設

・ 特別養護老人ホーム37.0%、老人保健施設33.6%、介護療養病床8.5%、特定施設4.6%であった。有床診療所では病院よりも特別養護老人ホームや特定施設の待機が多かった。
 ・ 待機中の理由は「希望するほかの施設が満床で、受け入れが困難なため」が81.8%と多かった。

図3-11 「療養病床の再編に関する緊急調査」における在宅での受け入れが困難な理由



⑤ 処置等の状況

・ 医療療養病床・医療区分1の患者のうち、喀痰吸引は11.3%、胃瘻の管理は10.5%、

経鼻経管栄養は8.8%の患者に対して行われていた。胃瘻の管理と経鼻経管栄養とが同時に行われるケースはほとんどないので、医療区分1であっても少なくとも2割以上の患者が何らかの処置を受けていると推察される、と報告されている。

- ・ また、病院より有床診療所のほうがこれらの処置患者の比率が高い傾向がみられた。
- ・ 「医療区分1に分類すべきでないとする処置」を自由記述としたところ、喀痰吸引（特に毎日5回以上のもの）、胃瘻の管理、経鼻経管栄養、排泄・転倒・見守り、徘徊等以外の認知症及びせん妄、留置カテーテル類ほかが挙げられたと報告されている。

iv. 診療報酬請求点数の請求状況

1 医療機関当り診療報酬請求点数は、前年同月に比べて概ね10%以上のマイナスとなった、と報告されている。

v. 要求事項

「報告概要」には次の3点が要求事項として記述されている。

- ・ 医療区分1の患者の約4割は、病状面からは退院可能であるが、現実には在宅・施設での介護サービスが未整備なための「介護難民」である。→本来は医療保険対応ではなく、介護保険対応のケースである。次期介護保険事業計画を待たずに、受入体制を整備すべきである。
- ・ 医療区分1の患者の約2割には、医師の指示のもと看護師の業務独占である対応が行われており、現状の介護保険施設における医療対応からして退院を迫ることで「医療難民」となる。→介護保険施設における医療のあり方が整備されるまで、医療区分の妥当性を見直すべきである。
- ・ 今般の診療報酬改定によって、医療療養病床は約10%の減収になった。このまま「医療難民」「介護難民」になりかねない患者さんを抱え続けることは不可能である。→診療の継続性を確保するための措置を講ずるべきである。

(4) 全国保険医団体連合会による「医療療養病床入院患者に関する実態調査」(2006(平成18)年11月実施)

ア. 目的

「2006(平成18)年7月の診療報酬改定から4ヶ月が経過した時点で、医療療養病床の実態がどうなっているのか、医療区分は妥当なのか、区分1の診療報酬がこのままで良いのか、今後の対応をどうするか」等を把握することを目的として実施された。報告書に「国に対する意見」が含まれていることから、日本医師会の調査と同様、診療報酬改定の影響をデータで提示し、政策への反論の裏付けとすることが目的であると考えられる。

イ. 調査対象及び方法

都道府県保険医協会の協力を得て、医療療養病床を有する病院及び有床診療所に対し、2006

(平成 18) 年 11 月 1 日現在の状況についてアンケート調査を実施した。回答した医療機関は 809、調査対象となった医療療養病床総入院患者数は、24,919 人であった。

ウ. 調査内容

調査対象医療機関に関する調査項目は、入院基本料、特別入院基本料、介護保険移行準備病棟等、許可病床数、医療療養病床総入院患者数などである。

患者に関する調査項目は、医療区分・ADL 区分の診療報酬改定前後の変化、医療区分 1 の患者状態、行先(退院先)とそれが決まらない理由、医療療養病床の今後の対応等である。調査の視点は、基本的に日本医師会によるものと同じである。

エ. 調査結果

調査結果は、以下のとおり報告されている(以下は抜粋)。

i. 医療機関の概要

入院基本料を算定している病院は 472、有床診療所は 163、特別入院基本料を算定している病院は 12、有床診療所は 17 であった。介護保険移行準備病棟は 3(有床診療所は該当なし)、回復期リハビリ病棟は 44(有床診療所は該当なし)などとなっている。

ii. 患者に関する調査結果

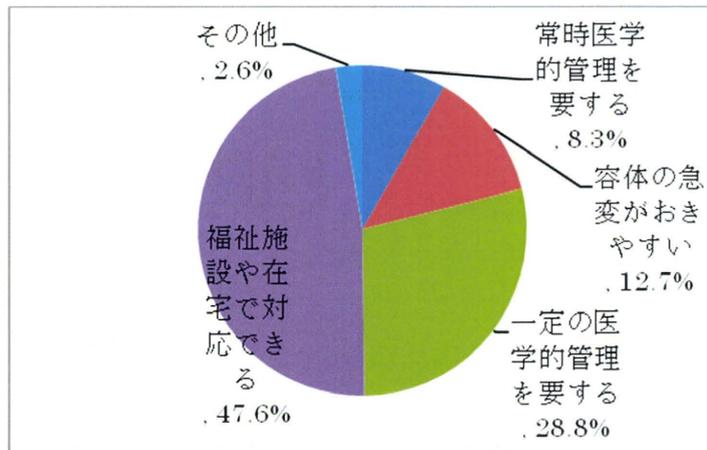
① 医療区分・ADL 区分の変化

- ・ 病院は、医療区分 1 の割合が大幅に減少(16.7%減)し、医療区分 2・3 の割合が大幅に増加していた(区分 2 が 7.0%増、区分 3 が 9.7%増)。医療区分 2・3 の患者の割合が 8 割を超える病院は、133 病院であった。
- ・ 有床診療所では、医療区分の比率は殆ど変化がなかった。療養病床の収入は大幅に低下している。「今後も医療療養病床のまま」とする有床診療所は、54.0%にとどまった。

② 11 月 1 日現在で医療療養病床に入院する医療区分 1 の患者状態

- ・ 「病状が不安定で、常時医学的管理を要する」患者の割合は、全体で 8.3%である。
- ・ 「病状は安定しているが、容態の急変がおきやすい」患者の割合は、全体で 12.7%である。
- ・ 「容態急変の可能性が低い、一定の医学的管理を要する」患者の割合は、全体で 28.8%である。
- ・ 「容態急変の可能性は低く、福祉施設や在宅で対応できる」患者の割合は、全体で 47.6%である。

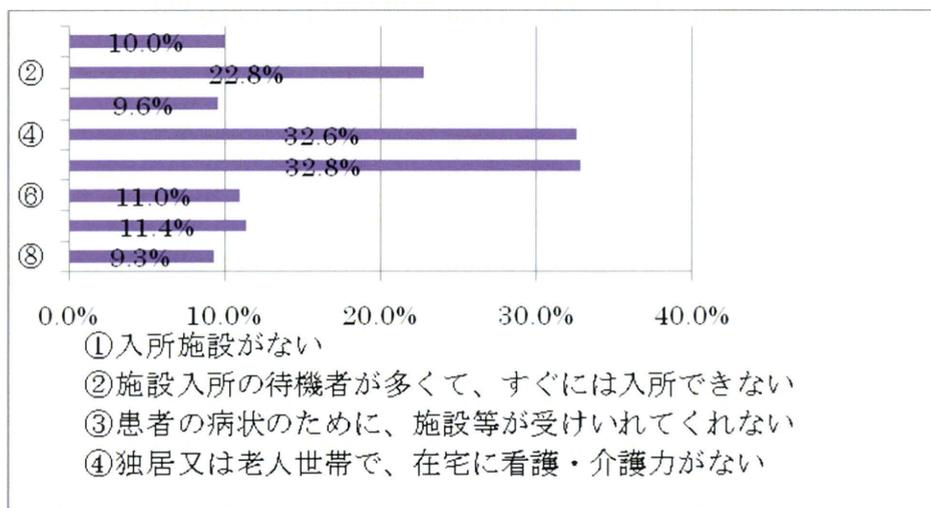
図3-12 「医療療養病床入院患者に関する実態調査」における
医療区分1の患者の状態



③ 「福祉施設や在宅で対応できる」患者について

- ・ 病院で47.7%、有床診療所で63.3%、全体で48.4%の患者が「行き先が決まっていない」という回答であった。
- ・ その理由は、病院では、「独居又は老人世帯で在宅の看護・介護力がない (32.3%)」、「家族が在宅への受入を拒否する (32.3%)」、「施設入所の待機者が多くすぐには入所できない (24.0%)」の順であった。有床診療所では、「家族が在宅への受入を拒否する (39.5%)」、「独居又は老人世帯で在宅の看護・介護力がない (37.8%)」、「本人が望まない (21.8%)」の順であった。

図3-13 「医療療養病床入院患者に関する実態調査」における行き先が
決まっていない患者の理由



iii. 医療療養病床を今後どうするかについて

- ・ 病院では、「医療療養病床のまま (72.2%)」、「回復期リハ病棟、亜急性期病棟、障害者施設等への転換 (12.1%)」、「老人保健施設 (10.4%)」、「迷っている (27.8%)」であった。
- ・ 有床診療所では、「医療療養病床のまま (54.0%)」、「迷っている (38.7%)」、「一般病床へ転換 (22.1%)」であった。

iv. 国に対する意見

- ・ 「2000 (平成 12) 年の介護保険制度施行からわずか 6 年で、十分な検討を一切せず突然、介護療養病床を廃止することを決定し、これによる患者や医療機関に対する措置の詳細は今後検討されるという傍若無人な対応に、怒りと困惑の声が寄せられている」と記述されている。「介護難民が増えて行く場所に困っており (中略)、老人をターゲットとした棄民政策であり、今後全ての国民にのしかかってくる重要な問題である」とも言っている。
- ・ 医療療養病床については、「医療区分 1 の診療報酬を人員配置に応じた適切な水準に引き上げること、区分 2・3 の範囲を大幅に拡充し、入院医療が必要な患者が退院せざるを得なくならないようにすべきとの意見が寄せられている」としている。
- ・ 有床診療所については、「入院料は低く、入院医療そのものが継続できない。有床診療所の入院料の引き上げを求める声が寄せられている」とされている。
- ・ 「地方の病院を中心に看護師不足が広がっていることから、「7:1 入院基本料について病院単位から病棟単位の届出にすべき」、「看護師比率の緩和」、「複数屋金、72 時間の緩和」を求める声が寄せられている」とされている。

v. 考察

報告書には、考察として以下の点が挙げられている。

- ・ 医療区分 1 の半分が引き続き入院医療の必要性がある。
- ・ 施設不足や在宅での介護・医療サービスの整備不十分なため病的には退院可能な患者が退院できない状況である。
- ・ 在宅医療や施設で実施できる医療には限度があり、療養病床が地域医療に果たしている重要性があらためてわかった。
- ・ 有床診療所では、収支構造は悪化する可能性が高い。
- ・ こうしたことから、医療区分の見直し、施設や在宅の基盤整備を早急に行い、費用の心配なく必要な医療・介護・福祉が公的に受けられるようにすること。
- ・ 介護療養病床全廃」計画を白紙に戻すこと。

(5) 4 調査の比較・検討

ア. 調査目的の違い

診療報酬改定作業の主体である中医協自身の調査の目的は、「予定される診療報酬体系見直しの影響評価を行うため、見直し前の慢性期入院医療の患者像及び分布の実態を把握すること」であった。医療経済研究機構は、厚生労働省より老人保健事業推進費等補助金を受けており、調査目的を「療養病床のサービス提供体制・内容や連携状況を、施設の機能（提供側）と患者の属性やサービス利用実態（利用者側）との両面から把握することにより、その性質や機能の違いを明らかにすること」とし、中医協同様、診療報酬改定の妥当性を裏付けるためのデータの収集であったと考えられる。

一方、日本医師会と全国保険医団体連合会は、診療報酬改定後にその影響を把握するためのデータ収集を行い、日本医師会は、政府に対する「要望事項」を、全国保険医団体連合会は「国に対する意見」を明示しており、政策への反論の裏付けとすることが目的であったと考えられる。

イ. 調査対象及び方法の違い

中医協の調査対象は、療養病棟入院基本料を算定している病棟、療養型介護療養施設サービス費を算定している病棟、特殊疾患療養病棟入院料（1,2）を算定している病棟のいずれかを有する病院であり、有床診療所は含まれていない。調査対象患者は調査対象病院におけるこれらの病棟に在院中のすべての入院患者であった。医療経済研究機構の調査では、医療保険・介護保険の療養病床を持つ病院が対象で、中医協同様、有床診療所は対象とされていない。調査対象患者は、医療保険適用及び介護保険適用の療養病床入院患者であった。

一方、日本医師会及び全国保険医団体連合会は、病院及び有床診療所を調査対象医療機関とし、有効回答医療機関の医療療養病床に入院していた医療区分1の患者が調査対象とされた。医療区分1の患者が調査対象とされた理由は明示されていないが、患者比率が高く、経営面で診療報酬改定の影響を最も大きく受ける区分であるためと考えられる。

調査方法は、いずれの調査でも、調査票送付によるアンケート調査であった。

ウ. 調査内容（調査項目）の違い

中医協は、調査対象病院の属性については、病院規模、一般病床併設の有無、地域を調査項目とし、患者特性については、基本情報、記憶、コミュニケーション聴覚などの12項目で医療ニーズに関するものが殆どである。医療経済研究機構は、施設属性については、施設の概要、提供している関連サービス、入院と退院について調査しており、介護ニーズが当該施設の関連サービスで充足される可能性についての示唆が得られる項目が含まれている。患者特性については、患者基本属性、現在の患者の状況、退院の見込みが調査項目となっており、施設及び患者の両方について医療保険適用と介護保険適用の場合の違いを明らかにすることによって、

「医」のニーズを持つ患者と「介」のニーズを持つ患者が（両方のニーズを持つ患者を含め）、いずれの施設に入院しているかの実態を把握する視点が含まれている。しかし「住」のニーズに関する調査項目は含まれていない。

一方、日本医師会は、医療機関に関する調査項目として開設者、病床数等、入院基本料算定状況、診療報酬請求点数、患者状況に関する調査項目として退院可能性、退院の見込みがないと判断される理由、在宅受け入れ困難な理由等であり、中医協及び医療経済研究機構による調査との差異は、診療報酬改定前後の診療報酬請求点数の変化、及び、退院後の患者の受け皿に関する調査項目などが含まれていることである。本調査においても、「医」及び「介」のニーズに関する調査項目はあるが、「住」のニーズに関する項目はない。全国保険医団体連合会の調査対象医療機関に関する調査項目は、入院基本料、特別入院基本料などで、患者に関する調査項目は、医療区分・ADL区分の診療報酬改定前後の変化、医療区分1の患者状態などである。調査の視点は基本的に日本医師会によるものと同じと考えられる。

中医協は、ほぼ「医」のニーズに関する調査項目に限定し、医療経済研究機構は「介」のニーズに及ぶ調査を含めているのに対し、日本医師会と全国保険医団体連合会は、「医」のニーズが小さくとも「介」ニーズは大きいという想定のもとに、調査項目を設計していると考えられた。また経営危機により医療提供が継続できなくなる可能性を示唆するため、病院及び有床診療所の経営面についても調査項目としたと考えられる。

エ. 調査結果及び主張の比較と検討

中医協の調査では、調査対象病院の特性に関する詳細な分析はない。患者特性については、医療療養病床でも介護療養病床でも医療の必要度が低い患者が多く存在していることを示している。疾患には脳梗塞、高血圧症、アルツハイマー病以外の痴呆症が多いが、急性期状態が安定した患者が多く、入院医療を継続する必要はないという結論付けである。

医療経済研究機構は、医療保険療養病床は大規模施設の中で設置する機会が多く、介護保険療養病床に比べて平均在院日数が短く、平均要介護度も低く、自宅退院率が高いという特徴が見られたとしている。また、介護保険療養病床では、施設サービス以外の介護保険サービスを併せて提供している施設が多いことを示している。患者状態については、医療保険適用患者では退院見込みの低い患者が少なく、退院後は在宅に戻る予定の患者が多く、在宅でのケアの継続可能性が高いとしていた。

日本医師会の調査では、医療機関に関する分析は多くないが、小規模のところほど総病床数に占める療養病床比率が高い傾向にあるとしている。医療区分1は、全体で42.1%だが、医療区分1であっても少なくとも2割以上の患者が何らかの処置を受けていると推察されるとし、また、それらの処置が看護師の独占業務である喀痰吸引、胃瘻の管理、経鼻経管栄養、留置カテーテル等であることが介護施設への移行や在宅復帰を阻害する要因のひとつであることも示唆している。1医療機関当り診療報酬請求点数は、前年同月に比べて概ね10%以上のマイナスとなった、と報告されている。総括的には、「介」のニーズを持つ患者を医療保険で診てい

たということは、「介護難民」を医療機関が受け入れていた実態があったこと、「介護難民」を医療保険適用から外し退院を迫ることで、「介護難民」は「医」のニーズも満たされなくなること、経営困難となり従来のサービス提供を継続できなくなる医療機関が増加すれば、「医療難民」「介護難民」は益々増加することを示唆している。

全国保険医団体連合会でも、医療機関に関する分析は多くない。患者に関する調査の結果、診療報酬改定後、病院では医療区分1の患者の割合が大幅に減少し、医療区分2・3の割合が大幅に増加していたが、有床診療所では、医療区分の比率は殆ど変化がなかった。総括的には、医療区分1の半分が引き続き入院医療の必要性があること、施設不足や在宅での介護・医療サービスの整備不十分のため病状的には退院可能な患者が退院できない状況であること、医療区分の見直し、施設や在宅の基盤整備を早急に行い、費用の心配なく必要な医療・介護・福祉が公的に受けられるようにすること、介護療養病床全廃計画を白紙に戻すことを要望する形で報告書が纏められている。

以上のことから、前2者は、ほぼ医療費抑制の視点からの調査であるのに対し、後2者は、医療保険で対応していた患者の「介」のニーズが満たされるための体制が未整備な状態での診療報酬改定では、医療と介護が連続的或いは同時並行的に実施されることが必要な高齢者の生活全体の質が維持できなくなるといった点に着目した調査であったといえよう。

3. 長期入院患者の在宅移行の可能性に関するプレ調査

(1) プレ調査の概要

すでに述べたように、プレ調査の主な目的は、療養病床に長期入院する患者の医療、介護ニーズと、家庭状況、住居の状況等を総合的に調査することで、「受け皿」としての居住系サービスの可能性と条件を探ることになる。しかし、前節で述べたように、長期入院是正政策において想定されている、「急性期－回復期リハ－在宅」あるいは「急性期－療養型－在宅」というパスが適切に機能せず、急性期からの「不適切な在宅移行」が発生している可能性がある。このような場合、居住系サービスは、「不適切な在宅移行」の「受け皿」としても機能することが可能かどうかについて検討を行う必要がある。また、「在宅療養支援病院」の機能が有効に働く場合には、居住系サービスの役割は限定的となる可能性がある。こうした観点から、急性期病院からのパスの有効性と「在宅療養支援病院」の機能の有効性についても調査を行う可能性を念頭に置いて、これらの病院についてもプレ調査を行った。

(2) 急性期病院（一般病床）における長期入院患者への対応状況

ア. 調査対象病院の概況

調査を行った病院は埼玉県A市にある医療法人立の病院（急性期の頭文字をとって「K病院」とする。）で、開設46年である。理論的サンプリングは行わず、機縁法により協力を得られる病院に限定した。調査を行った、2009（平成21）年12月現在で、DPC適用一般病床は703床（DPCは2006（平成18）年4月1日より適用）、回復期リハビリテーション病床50床、合

計 753 床である。職員数は約 1,400 名（うち医師数は約 140 名）、24 診療科を有する救急対応型急性期病院である。

手術件数は、2007（平成 19）年度約 4400 件、2008（平成 20）年度約 4600 件、2009（平成 21）年度約 4800 件と、毎年約 200 件増加している。

2008（平成 20）年度の平均在院日数は 13.7 日、1 日平均入院患者数は 597 人（うち回復期リハビリテーション病床は 48 人）、1 日平均外来患者数は 1830 人であった。

被調査者は院長、及び、病院の質管理担当部門の主任職員であった。調査者の依頼により、退院後の患者の行先などについて、医療相談室の医療相談員（MSW）が作成したデータを提示いただきながら、現状について説明を受けた。

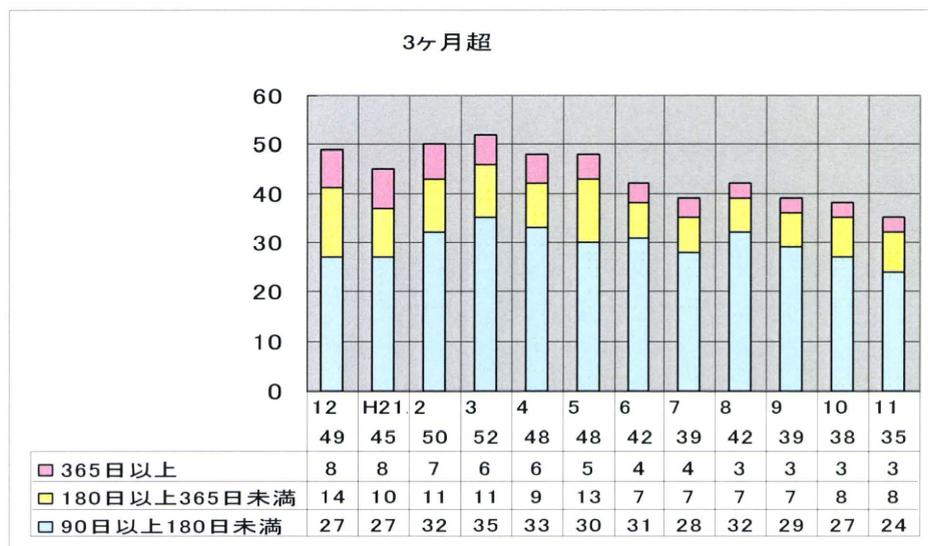
調査対象データは、2008（平成 20）年 12 月から 2009（平成 21）年 11 月（データによって多少前後する期間あり）の約 1 年分である。

イ. 調査結果

i. 長期入院、及び、医療相談員（MSW）の介入状況

K病院には療養病床はなく、回復期リハビリテーション病床には入院基準が設定されているため、長期入院を余儀なくされる患者は DPC 適用の一般病床に入院することになる。データを見ると、3 か月を超える入院患者は一般病床の約 6%である。

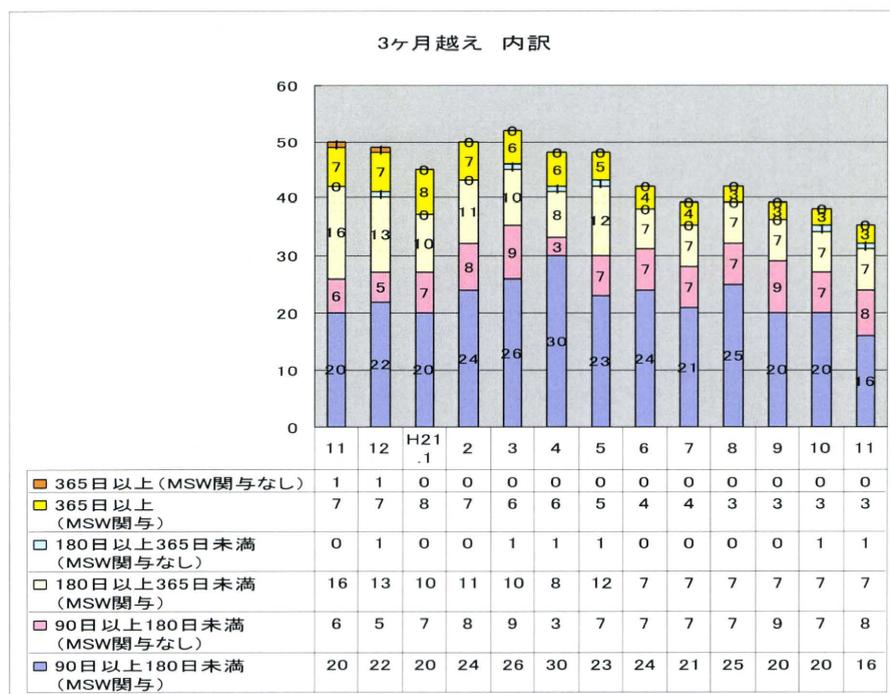
図 3-14 3 か月を超える入院患者



（平成 21（2009）年 11 月医療相談室作成）

3 か月を超える入院患者の内訳をみると、以下のようになっている。

図3-15 3か月を超える入院患者の内訳



(平成21(2009)年11月医療相談室作成)

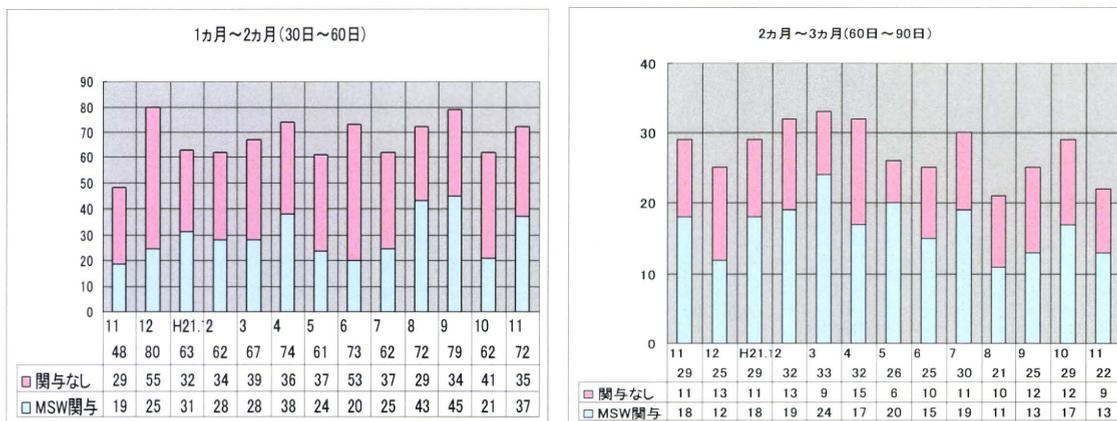
MSW が関与していなかった入院1年以上の1名の患者は、2009(平成21)年1月に退院している。MSW が関与した入院1年以上の患者は暫減している。半年以上1年未満の患者に対してMSW が関与していないことは殆どなく、3か月以上半年未満の患者については、7~8名の患者にのみMSW が関与していなかった。

K病院では、入院2週間後に病棟看護師が「退院支援スクリーニング」シートを用いてアセスメントを行い、ソーシャルリスクが高い(社会的入院の要素がある)と判断された場合はMSW に「退院支援依頼」が送付され、以後「退院支援経過表」により患者状態や家族状況の変化を考慮しながら継続的に評価している。ソーシャルリスクがないと判断された場合、判断した医師が退院支援を依頼しない「理由書」を提出することにより、スクリーニングの漏れを防止している。

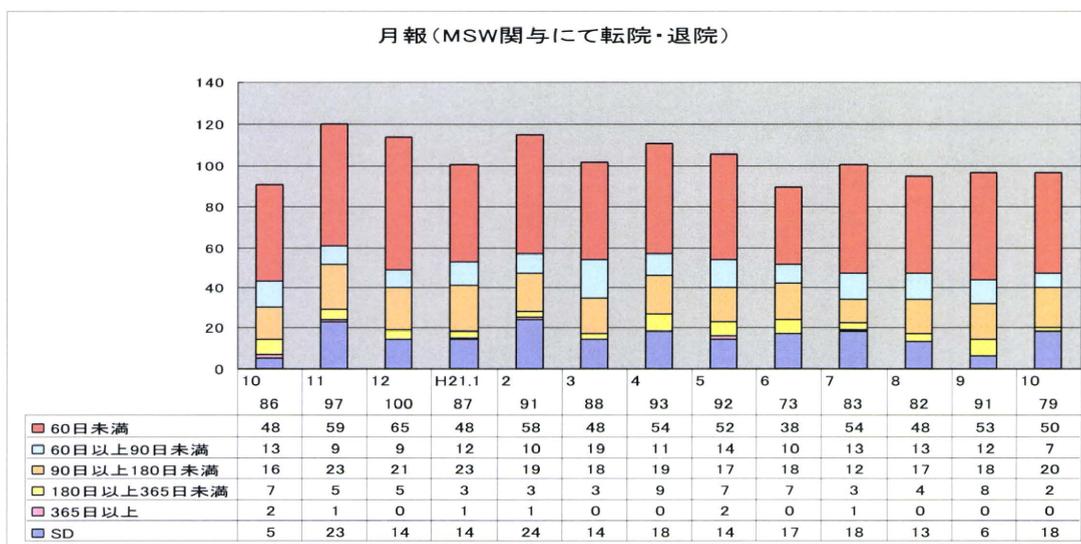
ii. MSW (医療相談員) の介入結果

在院日数が2か月までの患者にMSW が関与していた率は5~6割で、2か月~3か月の場合は3~4割程度である。MSW が関与して転院又は退院した患者数を見ると、在院日数2か月までの患者が最も多い。

図3-16 退院の状況



(平成21(2009)年11月医療相談室作成)



(平成21(2009)年11月医療相談室作成)

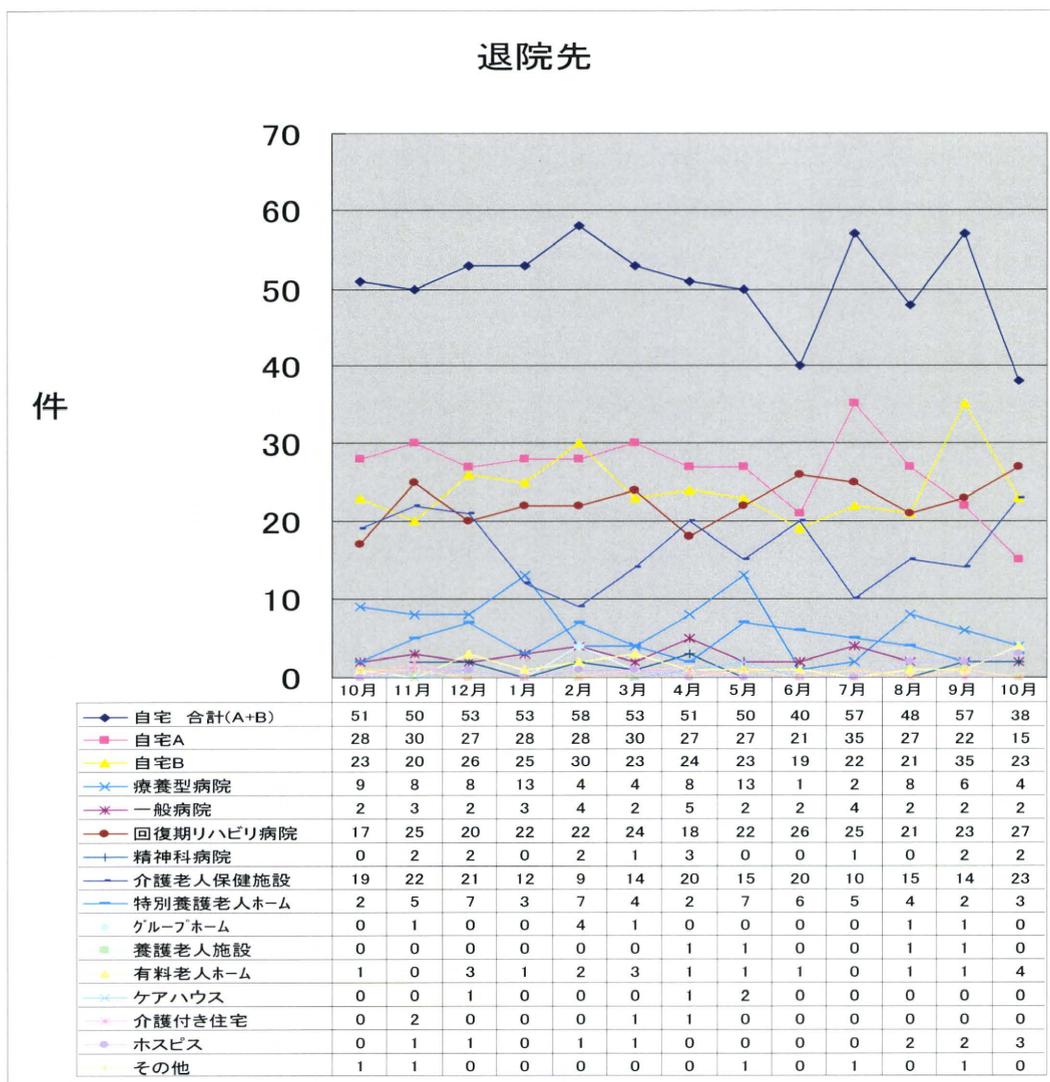
iii. 退院先

退院支援中の患者の退院後の方向性を見ると、施設・病院への方向である患者が、自宅に帰る患者を上回っている。施設・病院への打診・待機の様子は、「打診中」が最も多く、打診後決定するまでにある程度時間がかかることが示唆される。次に多いのは、行先が1か所に決定し転院日程調整中の状態である。複数施設を待機しながら別の施設や病院にも打診している状況も見られる。

退院先データから、自宅に帰った患者が最も多いことがわかる。自宅に帰った患者には医療費相談や制度説明のみの患者(次図“自宅A”)と、ケアマネージャーとの連携・調整などの退院支援を行った患者(次図“自宅B”)の2種類がある。同院は急性期病院であるため高齢者だけが集まるわけではない。急性期医療が終われば自宅に帰ることができるのが望ましいためケアマネージャーとの連携などによって在宅療養が可能になるよう支援している。在宅復帰の次

に、回復期リハビリテーション病棟（同院内の病棟及び他院の病棟）、介護老人保健施設、療養型病院と続く。

図3-17 退院先



ウ. 考察

DPCを適用し平均在院日数が13.7日の急性期病院であっても、半年以上の長期入院患者が約1.5%、3か月以上の入院患者が約6%、存在する。「なにがなんでも早期退院させる」という方針ではなく、必要があれば長期入院も可能である。ただし、現存する長期入院患者が退院しない、あるいは、入院を継続する理由が臨床上、医療の必要性があるためなのか、あるいは、社会的要素によるものかは提供されたデータからは判読できない。

一般病床には入院基準も退院基準も設定されておらず、主治医の判断によって入退院が決定されるため、空床が多く、病院経営上、支障がないなら社会的要素による長期入院も物理的には可能となる。しかしこれは急性期病院の機能ではなく、社会的要素による入院患者が病床を

占有しているため、真に医療が必要な急性期患者が入院できない状況が生じることは好ましくない。

自宅に帰れた患者の約6割が医療費相談・制度説明のみで、ケアマネージャーとの連携などの支援を受けていないことから、福祉サービスが必要な高齢者より、急性期疾患で受診している若年層の患者が多いと考えられる。急性期病院であるから当然であろう。

MSW が介入した事例において、退院後の方向性は施設・病院志向が高い。複数施設に打診し待機する事例も多い。自宅に帰る場合より、退院調整に時間を要している。MSW の介入が最も多いのが在院2か月までの患者であることから、MSW の退院支援によって早期退院が促進されていると考えられる。退院先が、自宅、回復期リハビリテーション病棟、介護老人保健施設、療養型病院の順になっている。退院先以降の患者の動きや流れはフォローしていない。DPC 適用病院であるから退院後3日以内の再入院については把握されている。しかし急性期病院としては、早期に次の連携先に送ることが重要であり、さらにその先の行先までフォローする機能は政策上も、求められていない。

以上の結果から、調査対象病院では、急性期医療という機能を果たした後は、政策が意図するように、後方病院や施設への流れにそって患者を送り出していると考えられる。

(3) 在宅療養拠点病院（一般病床、回復期リハビリテーション病棟）の現状

ア. 調査対象病院の概況

調査した病院（在宅療養拠点病院の頭文字をとって「Z病院」とする。）は東京都B市にある医療法人で、開設58年である。理論的サンプリングは行わず、機縁法により協力を得られる病院に限定した。調査日である2010（平成21）年10月現在、診療科は内科、外科、整形外科、形成外科、放射線科、リハビリテーション科、臨床検査科、専門外来（泌尿器科、循環器科、漢方医学）、職員数358名、一般病床73床、回復期リハビリテーション病床36床、予防医学センター8床、合計117床である。平均在院日数は、2009（平成20）年度で12.4日である。

「医療の前に人あり。望ましい人間関係の構築こそが医療の原点である」という創立理念にもとづき、「患者さんと地域社会の求めに対して誇りと使命感とチャレンジ精神をもって臨む」という経営理念を掲げ、「病気を診る専門家ではなく患者さんを診る専門家を目指す」という診療理念を明示している。臓器別・疾患別に狭く深く掘り下げる垂直型の専門医療ではなく幅広い水平的な専門性が必要な総合診療を担い、大学病院などが行う高度先進医療と診療所が行うプライマリケアをつなぐ機能を果たすことを使命としている。

総合診療の機能として、①予防医療・窓口機能、②救急救命医療、③急性期一般医療、④リハビリテーション医療、⑤緩和ケア医療の5つを挙げている。他と同じようなことをして競合するのではなく、他と異なる独自性を打ち出し、その機能を果たして他機関と連携することを目指している²⁴。

²⁴ 中原登世子：「地域ニーズを医療化した“総合診療”を担う病院の看護実践」、「師長主任業務実践」No. 329、pp66-72、2010

「東京都在宅医療拠点病院モデル事業」のモデル病院として指定を受け、2009（平成21）年11月から緊急一時入院受入を開始している。

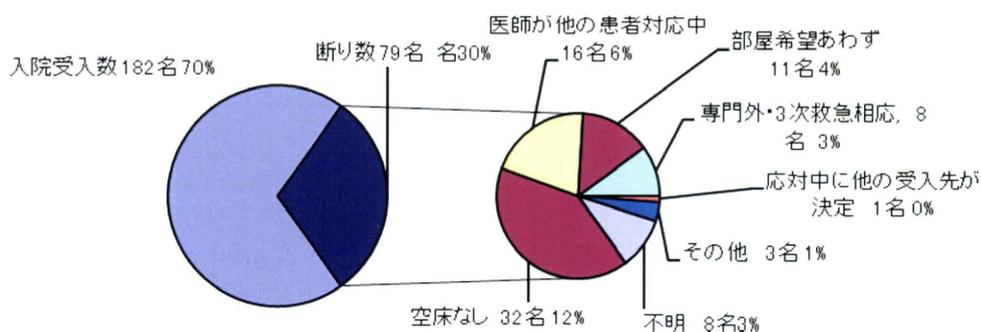
被調査者は看護部長であった。調査者の依頼により、緊急一時入院受入率、在院日数、退院後の患者の行先などについて、医療相談室の医療相談員（MSW）が作成したデータを提示いただきながら、現状について説明を受けた。調査対象データは、2009（平成20）年11月から2010（平成21）年4月分である。

イ. 調査結果

i. 緊急一時入院受入率、及び、受け入れられなかった理由

受入要請188名のうち、128名を受け入れており、受入率は68.1%であった。受け入れられなかった理由は以下のとおりである。

- ① 空床なし 34.5%
- ② 医師が他の患者対応中 22.4%
- ③ 部屋の希望が合わない 13.8%
- ④ 専門外及び三次救急相当 12.1%



(病院MSW作成)

ii. 依頼元

- ① 診療所 19.8%
- ② 病院 8%
- ③ 老人保健施設 20.9%
- ④ 訪問看護ステーション 3.2%

iii. 疾患名

- ① 肺炎 28.9%
- ② がん 10.9%
- ③ 発熱 7.8%
- ④ 骨折 5.5%
- ⑤ 腸閉塞 4.7%
- ⑥ その他 意識障害等

iv. 入院患者の入退院経路と平均在院日数

入院前	転出先	人数	在院日数
在宅療養者	自宅	26	14
	施設・療養型病床等	4	63
	急性期病院	1	7
	死亡	15	26
	合計	46	—
施設療養者	元の施設	82	17
	別の施設	3	48
	急性期病院	2	2
	死亡	28	28
	合計	115	—
	総合計	161	—

療養を行っていない 在宅生活者	自宅（在宅療養あり）	17	84
	施設・療養型病床等	20	85
	自宅（在宅療養なし）	527	10

(病院MSW作成)

入院が長期化した理由には、退院調整に時間を要していることが挙げられ、その間、病院が居住機能となっている。受入先が見つからないのは、地域資源の不足であるとの認識を持たれていた。病状が増悪し医療の必要性が継続していたかどうかについては、データが集計されておらず、調査地点では見極めができなかった。

長期入院回避のための対策は、(i) 近隣の介護老人保健施設や特別養護老人ホームとの関係作りである。施設の医療レベルを把握し、病院から施設への移行基準（患者状態がどの程度まで回復すれば施設に移行可能となるかの判断基準）を設定の上、後方連携可能な施設を増やすこと、(ii) 病状増悪によって退院基準に達しない患者の状況を把握し、緊急一時入院受入時の判断の適否を検討する。しかし基本的には受入要請には100%応えることを目標としている、との説明があった。

ウ. 考察

在宅療養者、施設療養者ともに、Z病院退院後、当初とは別の場所・施設へ転出する場合、もとの場所・施設に戻る場合に比較し、平均在院日数が長期化している。在宅療養者、施設療養者が当院退院後、もとの場所・施設に戻る場合、平均在院日数は、一般患者の平均在院日数と大きな差はない。入院前に在宅療養者、施設療養者のいずれにも該当しない患者が、退院後

在宅療養者又は施設療養者となる場合の平均在院日数は、もともと在宅又は施設のいずれかで療養していた患者より長期化している。

このモデル事業において東京都が期待する機能は、在宅療養患者の緊急一時入院受入で、病状が安定すれば患者は在宅に戻ることが前提である。しかし入院が長期化し、病院が居住機能を担っている、いわゆる社会的入院と考えられる例が見られる。長期化する理由に介護老人保健施設や特別養護老人ホームなどの後方連携施設との調整に時間を要する、そのような施設が見つからない、ということが挙げられていることから、これらの施設が充足されれば、入院の長期化を回避できる可能性が示唆された。なお、今回の調査では、在宅ではなく施設を望む患者本人・家族の理由までは調査していないため、在宅に戻るのが困難な理由は把握できていない。また、在宅に戻り亡くなった患者のうち、4症例のデスカンファレンスを実施した結果、4症例とものがん末期患者であったとの説明があった。疼痛管理のため入院し、在宅サービス等の社会資源を活用できたので在宅に帰り看取れたとのことである。当院は、法人内に訪問看護ステーションを併設し連携している。

帰ることができる住まいと、家族介護力、家族介護力がない又は不足している場合には家族支援及び在宅療養支援機能が充足されれば、在宅に帰ることが可能であることが示唆された。換言すれば、それらが充足されない場合に、入院が長期化することになる。地域住民の視点からは、いざと言う場合に必ず緊急入院を受け入れてくれる病院が近隣にあるなら、その安心感から、環境やさまざまな条件が許す限り、在宅療養できるようになる可能性が高まるであろう。

(4) 老人病院（主に高齢者が入院する療養病床）における長期入院患者の状況

老人病院（主に高齢者が入院する療養病床）における長期入院患者の状況について、機縁法により協力を得られる2病院（A病院及びB病院）を対象に調査を行った。

ア. A病院の状況

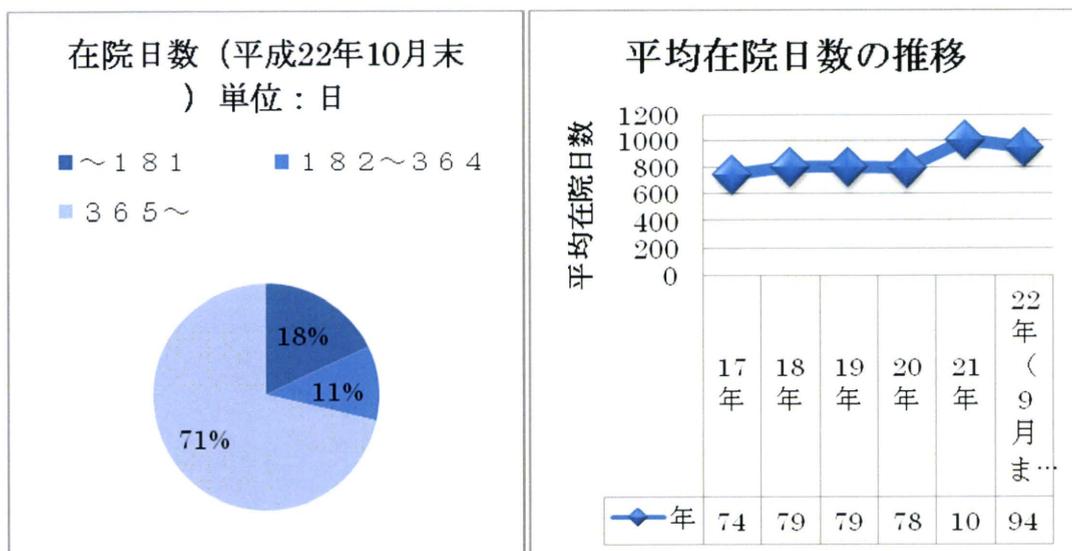
i. 概況

A病院は埼玉県C市にある医療法人で、開院28年を迎える。調査を行った2010（平成22）年10月の時点において、療養病床（看護基準25：1）220床、精神病床（看護基準20：1）240床の合計460床で、療養病床は医療療養病床が164床、介護療養病床が56床、精神病床は医療療養病床が120床、介護療養病床が120床である。精神病床は平成10（1998）年より老人性痴呆疾患専門病棟を有している。診療科は内科、精神科、整形外科、リハビリテーション科、歯科を標榜している。

月平均入院患者数は2010（平成22）年9月時点で療養病床216人、精神病床238.7人、合計454.7人であり、稼働率は95%以上である。同年10月1日現在の平均在院日数は、944日である。2005（平成17）年は741日、2006（平成18）年は796日、2007（平成19）年は796日、2008（平成20）年は786日、2009（平成21）年は1007日であった。

療養病床には長期入院患者が多い。2010（平成22）年10月1日現在、入院期間180日以下の患者は82人、181～365日が49人で11%、365日超が326人で、71%である。

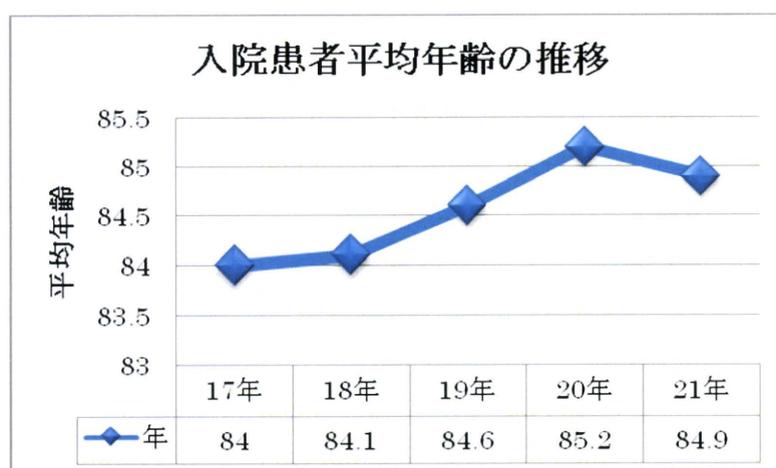
入院患者の特徴としては、現役時には社会的地位の高かった、高所得世帯の患者が多いということであった。



（調査対象病院提供データにより中原作成）

A病院の特徴は、療養病床と精神病床を併設していることによって、精神病床の入院患者（主に認知症やアルコール依存症の患者）の合併症を内科で診ることができ、また療養病床の入院患者が認知症を発症し、又は進行した場合、精神病床に転棟することもできることである。患者の平均年齢は2005（平成17）年が84歳、2006（平成18）年が84.1歳、2007（平成19）年が84.6歳、2008（平成20）年が85.2歳、2009（平成21）年が84.9歳となっている。

このような高齢の入院患者には認知症と内科疾患をあわせ持っている患者が多く、単科の精神科病院に比べ患者にとっての利便性は高い。眼科や耳鼻科など他科を受診する場合で手術が必要な場合は、一旦、退院し再入院している事例がある。



（調査対象病院提供データにより中原作成）

療養病床入院患者のうち医療区分1の患者の割合は、2010（平成22）年9月時点で62.2%、医療区分2・3の患者の割合は37.8%である。医療的には入院の必要性は少ないが、社会的入院要素が高い患者が多いことが示唆される。

被調査者は社会福祉士及び精神保健福祉士の有資格者である、同院での業務経験13年の医

療相談員である。

調査方法は、調査者の依頼により、調査日現在で療養病床及び精神病床において在院日数 365 日を超える入院患者について、入院患者個人が特定されないように、各 10 事例、合計 20 事例を被調査者が任意に選択し。その事例について患者属性や状況を集計したデータを作成し、それをもとにヒアリングを行った。ヒアリングにおいては、個別の患者の状況を聞くこともあったが、その場合においても、個人が特定されないように配慮した。調査の目的を「医療必要度は高くないにもかかわらず、退院できず、あるいは、退院せず、入院を継続している理由を把握する」と伝達していたことから、社会的入院要素が多そうな患者を対象として抽出したと被調査者から説明を受けた。

ii. 調査結果

患者個人が特定可能となる属性を患者別に調査していないため、被調査者に対するインタビューの結果として把握できた内容を、事例横断的な検討を行うことによって以下のようにまとめた。

(入院患者の同院への入院経路)

療養病床に入院する患者の殆どが急性期病院からの転院である。調査対象事例 10 例に関しては、全例が急性期病院からの転院であった。急性期病院への入院理由は、骨折、誤嚥性肺炎、糖尿病などの慢性疾患の急性増悪が多かった。また、介護疲れの家族のレスパイトの必要性があり、患者が入院に至るといった経緯も見られる。

精神病床には、他の精神科病院や認知症治療病棟からの転院患者もいるが、家族が介護疲れで倒れ、在宅から入院することが多い。転院患者の場合、複数の病院の入退院を繰り返すたびに認知症が強くなってきた患者もある。任意入院の例は少なく、殆どが医療保護入院である。

(入院前の住居及び家族構成)

1 例を除き、自宅から急性期病院に入院し、その後 A 病院に転院という経過を辿っていた。1 例は、自宅を売却後入居した介護付き有料老人ホームから急性期病院に入院した患者であった。急性期入院前は独居（結婚歴なし、又は、配偶者死亡）又は同居（配偶者、及び／又は、子とその家族、その他の親戚など）、同一敷地内別棟に住居であり、他人と同居していた患者の例はない。入院前の家族状況は、療養病床の入院患者 10 名中、独居 5 名、夫婦のみ 2 名、精神病床の入院患者の場合は、独居 2 名、夫婦のみ 1 名、高齢者または病気の者との同居（夫婦のみを含む）が 3 名となっている。

(病名、認知症の有無、医療区分及び ADL 区分)

療養病床の患者の現在の病名は、糖尿病、胃潰瘍、胆嚢炎、脊柱狭窄症、脳梗塞、脳梗塞後遺症、アルコール性障害、変形性膝関節症、腰椎症などで、認知症病名はついていないことが多い。ただし、どの患者も認知症状が全くないということはなく、入院後に発症することもある。事例として抽出したいただいた例では医療区分 1・ADL 区分 1 の患者が殆どで、食事、歩行、排泄とも全自立、あるいは見守り又は一部介助といった程度で、医療的には必ずしも入院を継続する必要のない患者が少なくない。介護保険の要介護認定区分において施設入所の要件を満たさないほど軽症の患者もいるとのことである。

精神病床では、すべての患者に老年期認知症、血管性認知症、前頭側頭葉型認知症、アルツハイマー型認知症、アルコール性認知症、老年性うつ病などの病名がついている。精神病床では医療区分及びADL区分を評価することになっていないが、評価するならば医療区分1・ADL区分1に該当する患者は少なくない。しかし転んで骨折し硬膜下血腫になり、入院後認知症状が出てADLが下がる、といった経過をたどる患者は多いという。物取られなどの被害妄想、短期記憶の喪失の症状もみられる。

(自宅の現状)

自宅は急性期病院に入院した当時のままのことが多い。独居であった場合は空家のままになっていることもある。同居の場合は当時の同居家族が引き続き居住していることが多いが、元の同居家族が患者本人の入院後、遠隔地に転居している場合もある。

(現在の家族状況、患者本人との関係など自宅又は自宅以外への在宅復帰が困難な理由、あるいは、入院を継続する理由)

物理的に同居可能な家族はいるが、家族が配偶者や高齢者の場合、当該家族自身が介護を要する心身状態で介護が困難な事例がある。例えば配偶者が介護老人保健施設と病院との往來を繰り返しており、先行き不透明な状態であるなどである。

また、患者本人と家族・親族との関係性が希薄、あるいは、子や嫁との折り合いが悪いなど以前から劣悪な人間関係であったことや、自己中心的な性格のため家族が患者本人を迎え入れて同居する意思がない場合もある。

努力すれば自宅で介護可能だが緊急時の対応に不安があり、入院を継続すれば安心であること、自宅に帰れば独居となり、認知症状があることなどから見守りなしでは生活上の不安が大きいこと、十分な介護保険サービスが受けられないこと、患者本人が長年の病院生活に慣れ、職員や他の長期入院患者との交流もあり、リハビリテーションやリクリエーションを楽しんでいることなどから退院を望まない例も見られる。入院しているから心身状態を維持できているが、退院して自宅に戻れば体調を崩し再入院する可能性が高いと考えられる患者もいる。すでに90歳を超える高齢であり、わざわざ在宅復帰する必要はなく、このまま最期まで病院で診て欲しいという家族の意向は強い。A病院は医学的管理が強く、患者は現金所持ができず、私物の持ち込みも制限されている。これらの制約があってもなお、入院を継続するほうが本人、家族にとっての便益が大きいということであった。

特別養護老人ホームに入所申込で待機中の例もある。自宅を処分済みで、帰る家がない事例は1例である。自宅が車いす歩行可能なバリアフリー構造になっていないといったハード面の理由もある。

以上を整理すると、自宅又は自宅以外への在宅復帰が困難な理由、入院を継続する理由は、以下のように区分できる。

- ① 同居家族の介護力がない(家族の家に同居できない、又は、同居できても家族が介護できない、家族の動向が不透明で方向性を決められない)
- ② 家族が介護を忌避している
- ③ 病院ならいざという場合すぐに医療を受けられる安心感がある
- ④ すでに長期入院している80歳以上の高齢者で、職員や他の入院患者とも慣れ、病院