

### 動作別評価点

	自立	準備	観察	部分的 援助	広範囲 援助	最大 援助	全面依存 本動作なし
ベッド上の可動性	0	1	2	3	4	5	6
移乗	0	1	2	3	4	5	6
食事	0	1	2	3	4	5	6
トイレの使用	0	1	2	3	4	5	6

(厚生労働省資料により中原作成)

2010（平成22）年改定の結果、手厚い人員配置がなされ、かつ、重症の患者が入院していない場合、病院の収入は減少することになった。改定後の点数は以下のとおりである<sup>23</sup>。

#### <療養病棟入院基本料1>

##### 施設基準

- ・ 看護職員、看護補助者がそれぞれ20：1以上
- ・ 病棟に占める医療区分2・3の患者の割合が8割以上

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	934点	1369点	1758点
ADL区分2	887点	1342点	1705点
ADL区分1	785点	1191点	1424点

(網掛け部分は点数が上がり白抜き部分は点数が下がった。下表も同じ。)

厚生労働省資料に基づき中原作成)

#### <療養病棟入院基本料2>

##### 施設基準

- ・ 看護職員、看護補助者がそれぞれ25：1以上

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	871点	1306点	1695点
ADL区分2	824点	1279点	1642点
ADL区分1	722点	1128点	1361点

精神病床では、精神療養病棟入院基本料が1日1090点から1050点に引き下げられた。精神病棟入院基本料に13：1入院基本料が新設されたが、施設基準は平均在院日数80日以内、看護師比率70%以上などの要件がある。また長期入院に関して、5年以上の入院患者を1年間で5%削減できた場合に加算される精神科地域移行実施加算が引き上げられた。入院日数による加算は、30日以内が引き上げ、91日以上は引き下げられた。

すなわち、精神病床では、救急、急性期における手厚い看護で早期に退院させる場合は評価が上がり、長期入院の場合には必ず減収となる改定となっている。なお、認知症治療病棟入院

<sup>23</sup> 厚生労働省ホームページ：保険局医療課「平成22年度診療報酬改定の概要」

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken12/dl/index-002.pdf>  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/ryouyou02.html> (2010年12月3日アクセス)

料を算定している病院では、精神科身体合併症管理加算が 200 点から 350 点に改定されている。

## 2. 長期入院患者の実態と在宅移行が困難な理由（既存調査の分析）

長期入院患者の実態に関する既存の大規模な調査としては、2006（平成 18）年度の第五次改正医療法による医療改革及び診療報酬改定前に行われた中央社会保険医療協議会及び医療経済研究機構による調査、並びに、診療報酬改定後に行われた日本医師会及び全国保険医団体連合会による調査がある。本節では、これらの調査結果のレビュー、及び、各調査の比較・検討を行う。

### （1）中央社会保険医療協議会による「慢性期入院医療実態調査」（2005（平成 17）年 9 月下旬～10 月実施）

#### ア. 目的

中央社会保険医療協議会（以下、「中医協」という）の結果報告では、「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を目的とした」とされている。

#### イ. 調査対象及び方法

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に対し、原則として無作為抽出（約 10%抽出）を行い調査対象病院とし、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とした。対象病院数は 353、対象患者数は 22, 908 人であった。方法は、病棟看護師による自記式アンケート調査であった。

#### ウ. 調査内容

調査対象病院の属性については、病院規模（200 床未満か 200 床以上か）、一般病床併設の有無、地域（特別区・特甲地、甲地、乙地、その他）により区分されている。

患者特性調査の調査項目は、次の 12 項目であった。①基本情報（入院前の状況、入院した背景、医療サービス提供の頻度、要介護度、ADL、痴呆度等）、②記憶（意識障害の有無、認知能力、せん妄等）、③コミュニケーション聴覚（対人コミュニケーションの状態や変化等）、④気分と行動（うつ状態・不安・悲しみの気分の兆候、問題行動の状態等）、⑤身体機能と機能問題（ADL 自立度について過去 3 日以内の状態等）、⑥疾患（患者の現在の ADL 状態に関係する疾患）、⑦症状と状態（脱水、妄想、発熱、幻覚などの身体状態、痛みの頻度や程度、状態の安定性など）、⑧栄養状態（体重変化、栄養摂取の方法等）、⑨皮膚の状態（褥瘡・潰瘍

の状態や種類等の皮膚の問題とケア)、⑩注射・点滴(注射・点滴を受けた日数、種類)、⑪リハビリテーション(リハビリテーションの必要性や実施内容等)、⑫治療(治療・処置の状態について過去7日間の状況)、⑬退院の可能性、全体の状況(今後の退院(転棟)の見通しや患者家族への介護の期待等)

## エ. 調査結果

調査項目の中から、他の調査における調査項目と共通性のある項目についての結果を見ると、以下のとおりであった。

### i. 調査対象病院の特性の違い

- ① 病院類型(病床種類の組合せ)、所在地(地域)、病院規模により層化抽出したことが述べられているだけで、病院間の特性の違いなどは分析されていない。介護保険サービスを併設しているかといった調査項目はなかった。
- ② 調査対象全353病院のうち、200床未満で一般病床を併設している病院が189と割合が高かった。

### ii. 患者特性の違い

#### ① 基本情報

- ・ 医師による直接医療提供頻度は、医療療養病床では、「ほとんど必要なし」が48.8%、「週1回程度」が33.9%、「週に2~3回程度」は9.2%、「毎日」が3.4%、「1日1回」が0.2%、「24時間体制」が1.5%であった。介護療養病棟では、医師による直接医療提供頻度は、「ほとんど必要なし」が50.1%、「週1回程度」が32.9%、「週に2~3回程度」は7.2%、「毎日」が3.7%、「1日1回」が0.3%、「24時間体制」が1.1%であった。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がわかる。
- ・ 療養病床に入院した背景は、医療療養病床では、「急性期状態が安定」が62.3%、「疾病の急性増悪」が7.9%、「継続的医療管理が必要」が7.8%、「継続的なリハビリが必要」が43.0%、「他施設の空きがない」が10.5%、「自宅の体制が整わない」が47.0%、「本人、家族が希望」が47.0%であった。介護療養病棟では、「急性期状態が安定」が59.7%、「疾病の急性増悪」が6.3%、「継続的医療管理が必要」が9.3%、「継続的なリハビリが必要」が32.4%、「他施設の空きがない」が15.0%、「自宅の体制が整わない」が22.7%、「本人、家族が希望」が61.5%であった。「療養病床」であるから、急性期を脱し安定してきた患者が入院してくることが多いのは当然であろう。
- ・ 要介護認定については、医療療養病床では、「受けている」が64.0%、「受けていない」が30.5%であった。介護療養病棟では、「受けている」が97.4%、「受けていない」が0.8%であった。介護療養病床には、介護保険サービスとして入院するため、「受け

ていない」患者は、恐らく「認定申請中」ということだろう。

- ・ 認知症は、医療療養病床では、「なし」が 21.4%、Ⅰが 8.1%、Ⅱが 20.0%、Ⅲが 24.6%、Ⅳが 18.5%であった。介護療養病床では、「なし」が 5.8%、Ⅰが 4.4%、Ⅱが 12.9%、Ⅲが 33.9%、Ⅳが 31.5%であった。

## ②主な疾患及び状態

- ・ 医療療養病床では、脳梗塞が 38.1%、高血圧症が 23.0%、アルツハイマー病以外の痴呆症が 15.7%である。介護療養病床では、脳梗塞が 48.4%、アルツハイマー病以外の痴呆症が 22.6%、高血圧症が 20.6%で、2位と3位が入れ替わっているだけで、上位3位の疾患は両病床で共通である。医師及び看護師による24時間体制での監視・管理を要する状態は、医療療養病床では1.0%、介護療養病床では0.8%と同様に少なかった。せん妄の兆候が見られるのは、医療療養病床では1.8%、介護療養病床では1.7%で、この項目もほぼ同じである。更に、うつ状態についても、医療療養病床で6.0%、介護療養病床で5.9%であり、ほぼ同じであった。

## (2) 医療経済研究機構による「療養病床における医療提供体制に関する調査」(2005(平成17)年2月～3月実施)

### ア. 目的

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、本調査を行った。その目的は、「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」であった。

### イ. 調査対象及び方法

医療保険・介護保険の療養病床を持つ1000カ所の病院を対象にアンケート調査を実施した。1施設あたり1件の施設票と30件の患者票を配布し、施設票428件(有効回収率42.8%)、患者票12,612件が回収された。

施設属性は、「医療保険療養病床のみ」(96施設)、「介護保険療養病床のみ」(30施設)、「両方」(287施設)の3区分に分けられ、施設票の分析はこの3区分を比較の軸とされている。患者票では、当該患者の適用保険種類(医療保険、介護保険適用のいずれか)を説明要因として分析を行っている。

### ウ. 調査内容

施設属性では、①「施設の概要」(規模、平均在院日数、病床・患者あたりの従業者数など)、②「提供している関連サービス」(施設介護サービス、在宅介護サービス、通所介護サービスの実施状況)、③「入院と退院」(入院前の所在と退院先)について調査されており、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。中医協の調査には含まれていない視点である（本調査は、中医協の調査実施以前に実施されている）。

患者特性については、①医療保険適用患者と介護保険適用患者の違いが特定できるよう、「患者基本属性」を調査している。要介護度、年齢、直近の入院状況、直近の傷病発症状況、在宅での介護者の有無などである。②「現在の患者の状況」として、疾患、日常生活自立度、痴呆の程度などが調査されている。③「退院の見込み」としては、退院計画の有無、退院見込みの有無、退院先（自宅／在宅に復帰する予定）、在宅ケアの継続可能性などが調査項目になっている。

また、2001（平成13）年の「療養型病床群における患者の実態等に関する調査」との違いについても言及されている。

## エ. 調査結果

調査結果は、以下のとおり報告されている（医療経済研究機構の報告書から引用）。

### i. 医療保険療養病床と介護保険療養病床の違い

#### ①施設の概要

- ・ 医療保険療養病床は大規模施設の中で設置するケースが多く、かかる施設は一般病床も併せ持っているケースが多かった。このため、施設全体に占める医療保険療養病床の割合は介護保険療養病床に比べて低くなっていた。
- ・ このほか、医療保険療養病床は介護保険療養病床に比べて平均在院日数が短く、病床・患者あたりの従事者数が多かった。また、医療保険療養病床は平均要介護度も低いという特徴が見られた。

#### ②提供している関連サービス

- ・ 医療保険療養病床では、「施設＋在宅一部展開型（「介護老人保健施設」、「介護老人福祉施設」のいずれかひとつ以上を提供、かつ「訪問介護」、「訪問入浴介護」、「訪問看護」、「訪問リハビリテーション」、「居宅療養管理指導」のうち1～2種類を提供）」が20.8%、「系列サービス不実施型」が30.2%と、割合が高かった。また、介護保険療養病床に比べて、「通所介護」を提供している施設の割合が高かった。
- ・ 介護保険療養病床では、「施設＋在宅積極展開型（「介護老人保健施設」、「介護老人福祉施設」のいずれかひとつ以上を提供、かつ「訪問介護」、「訪問入浴介護」、「訪問看護」、「訪問リハビリテーション」、「居宅療養管理指導」のうち3種類以上を提供）」が26.7%と多く、「系列サービス不実施型」は23.3%であった。また、「短期入所療養介護」、「訪問介護」、「居宅療養管理指導」を提供している施設の割合が多かった。

#### ③入院と退院

- ・ 医療保険療養病床は、介護保険療養病床に比べて、自宅退院率（退院患者全員に占め

る自宅への退院者の割合)が高かった。

ii. 医療保険適用患者と介護保険適用患者の違い

① 患者の基本属性等

・ 医療保険適用患者は介護保険適用患者に比べて年齢が低く、要介護度も低い。また、医療保険適用患者の方が直近の入院・傷病発症患者が多い。在宅での介護者がいない患者は介護保険適用患者に多い。

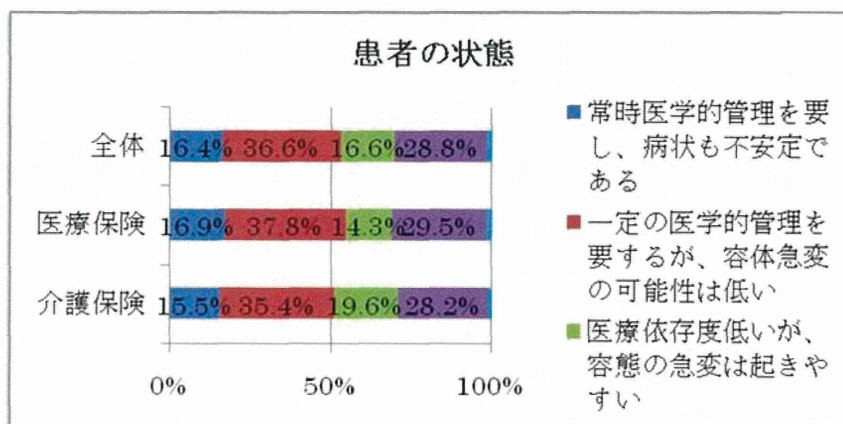
② 現在の患者の状況

・ 医療保険適用患者では介護保険適用患者に比べ「損傷、中毒及び結合組織の疾患」、「神経系の障害」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」が多かった。一方、介護保険適用患者では医療保険適用患者に比べ「循環器の疾患」、「精神及び行動の障害」が多かった。日常生活自立度ならびに痴呆の程度をみると、医療保険適用患者の方が介護保険適用患者よりも障害の程度が軽かった。

③ 退院の見込み

・ 医療保険適用患者では、介護保険適用患者に比べて退院見込みの低い患者が少なく、退院計画がある場合が多かった。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みてとれていた。

図3-8 「療養病床における医療提供体制に関する調査」における患者の状態



iii. 2001 (平成13)年「療養型病床群における患者の実態等に関する調査」との違い

・ 今回の調査と一部共通質問が設定されている項目を比較すると、変化があった部分は限られている。主な変化としては、患者の基本属性に関して介護保険適用患者や65歳以上の患者の割合が上昇したこと、入院直前の患者の所在に関して一般病床から療養病床に転院する患者割合が減少したこと、現在の患者の状況に関して痴呆度合いが上昇したこと、退院の見込みに関して「6ヵ月以上」かかると見られる患者割合が増加したことなどが挙げられている。

### (3) 日本医師会による「療養病床の再編に関する緊急調査」(2006(平成18)年10月実施)

#### ア. 目的

『「療養病床の再編に関する緊急調査」報告』には調査目的は記載されていない。調査項目、及び、『報告概要』に「医療区分の妥当性を見直すべきである」といった「要望事項」が記述されていることから、診療報酬改定の影響を把握し、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

2006(平成18)年7月現在の医療療養病床の届出のある医療機関名簿に基づいて、全国6,186医療機関(病院4,139、有床診療所2,047)に8月上旬から順次調査票を郵送し、8月末までの回答を受け付けた。有効回答数は2,870医療機関(病院1,884、有床診療所986)であった。有効回答医療機関の医療療養病床に、2006(平成18)年7月31日現在入院していた医療区分1の患者29,392人(病院27,007人、有床診療所2,385人)が調査対象とされた。

#### ウ. 調査内容

医療機関のプロフィールに関する調査項目として開設者、病床数、医療療養病床の変化など、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、待機中の施設、処置等の状況、調査対象医療機関における今後の方針などであった。

中医協及び医療経済研究機構による調査との差異は、調査対象医療機関に有床診療所が含まれていること、並びに、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。

#### 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. 医療機関のプロフィール

###### ① 開設者

- ・ 医療法人としているのは病院で74.4%、有床診療所で69.6%、個人が開設しているのは病院で7.4%、有床診療所で27.7%であった。

###### ② 病床数

- ・ 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。200床未満で療養病床比率が6割を超え、特に20~49床の病院では9割近くが療養病床であった。
- ・ 病床のすべてが医療療養病床であるという医療機関は、病院では病床規模が小さいほど高く、20~49床の病院では37.3%、50~99床の病院では17.1%であった。有床診療所では5.1%であった。

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

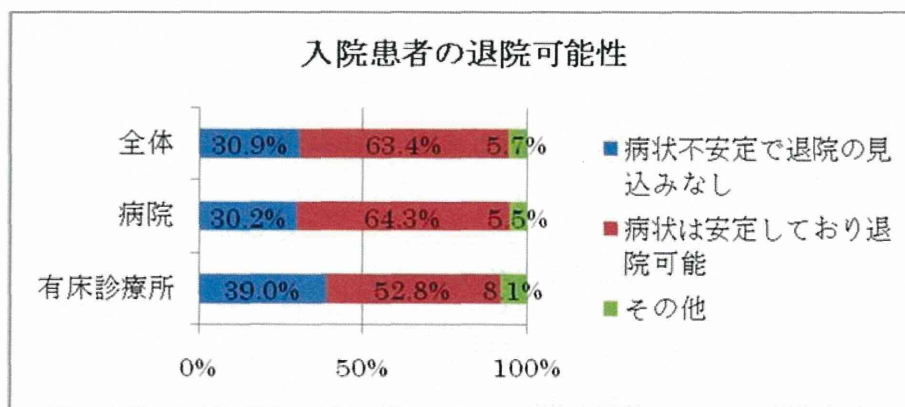
- ・ 医療区分 1 は、病院 41.0%、有床診療所 59.9%、全体で 42.1%であった。中医協が 2005（平成 17）年 11 月に中間報告した医療区分 1 の比率「50.2%」が引用されている。
- ・ 医療区分 1 の患者のうち、ADL3 は 26.0%、ADL2 は 31.5%、ADL1 は 42.5%であった。
- ・ 急性増悪で出来高算定による入院基本料を算定している医療機関の比率は、病院 11.7%、有床診療所 4.6%であった。
- ・ 「認知機能障害加算算定あり」の医療機関は、病院 45.3%、有床診療所 16.8%であった。

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



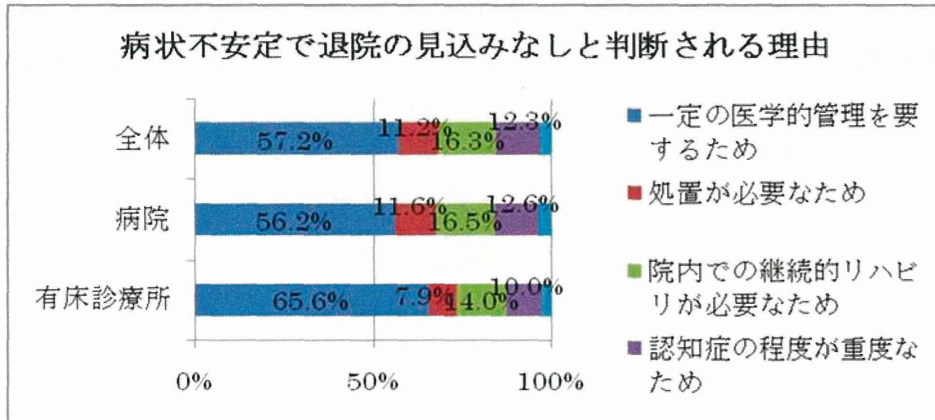
② 退院の見込みがないと判断される理由

- ・ 「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



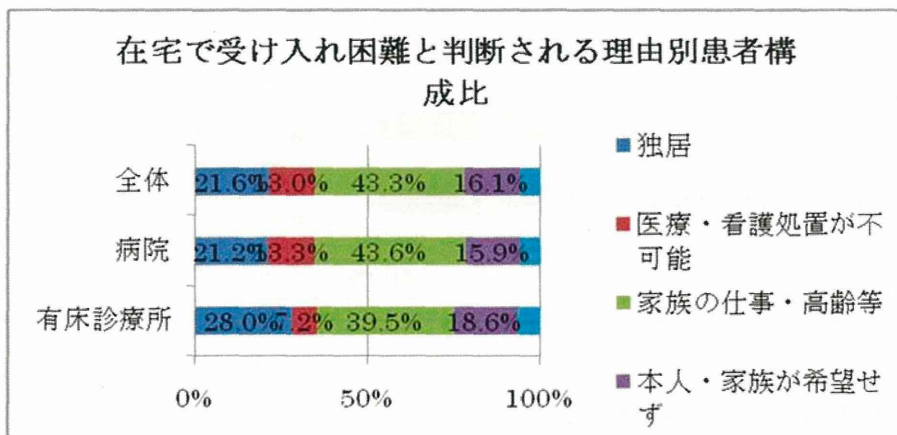
③ 在宅受け入れ困難な理由

- ・ 「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考える処置」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

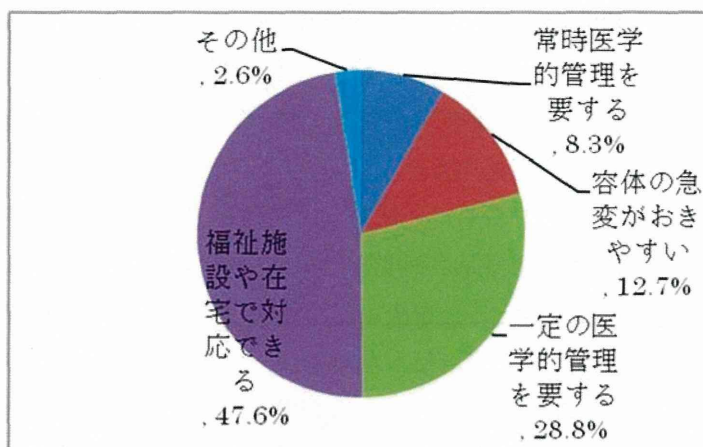
###### ① 医療区分・ADL 区分の変化

- ・ 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が、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。

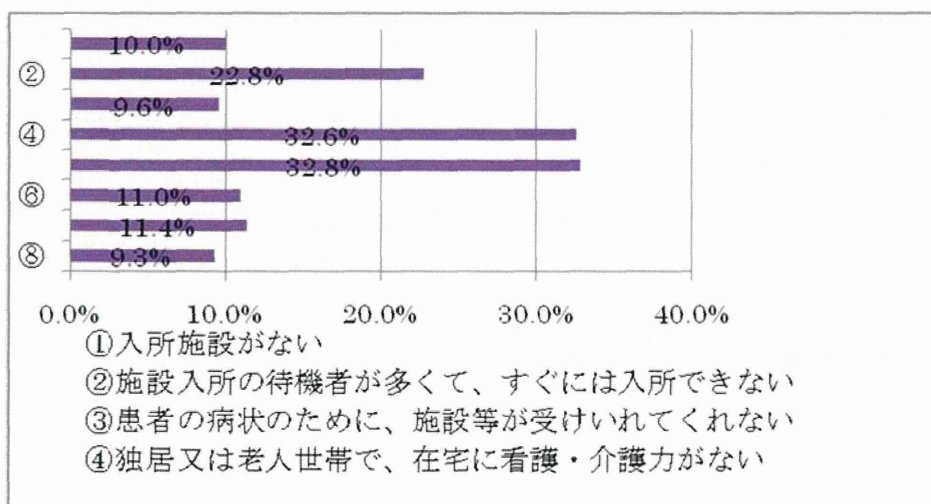
図3-12 「医療療養病床入院患者に関する実態調査」における  
医療区分1の患者の状態



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の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。

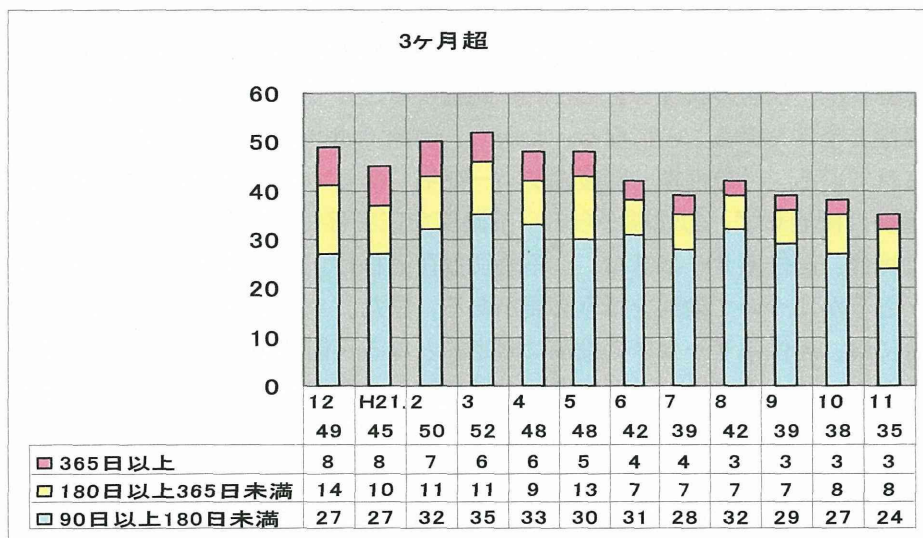
調査対象データは、2008（平成 20）年 12 月から 2009（平成 21）年 11 月（データによって多少前後する期間あり）の約 1 年分である。

## 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。

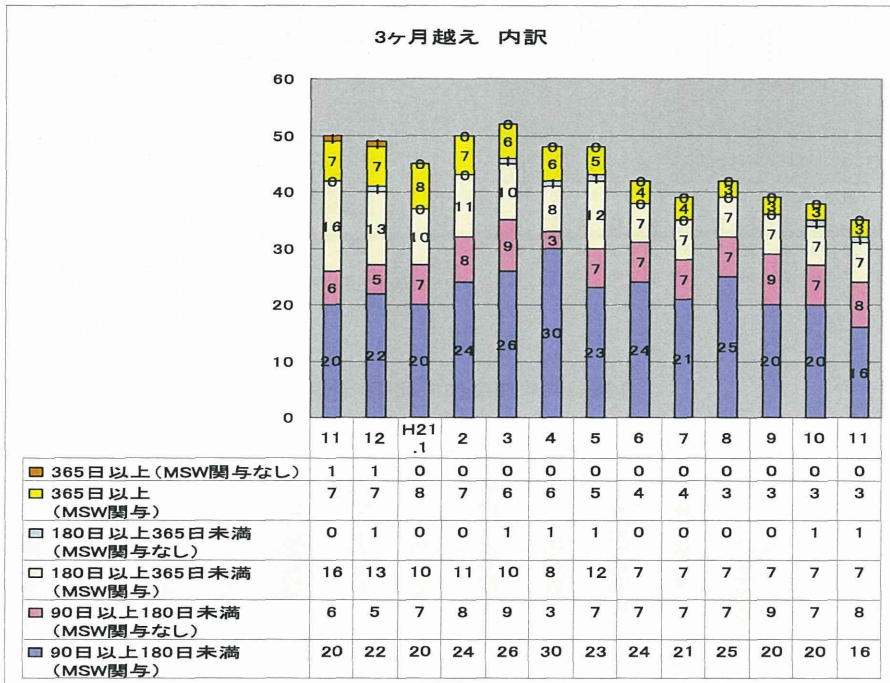
図 3-14 3か月を超える入院患者



（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)

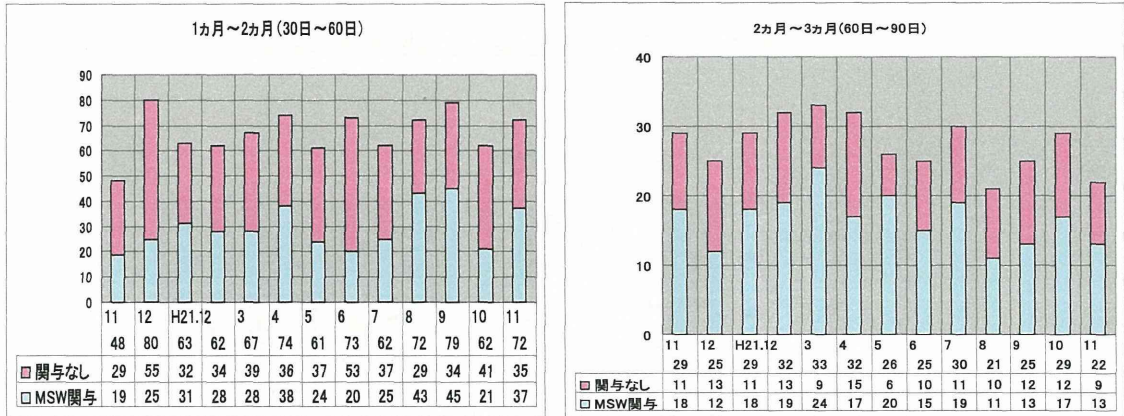
MSW が関与していなかった入院 1 年以上の 1 名の患者は、2009 (平成 21) 年 1 月に退院している。MSW が関与した入院 1 年以上の患者は暫減している。半年以上 1 年未満の患者に対して MSW が関与していないことは殆どなく、3 か月以上半年未満の患者については、7~8 名の患者にのみ MSW が関与していなかった。

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。

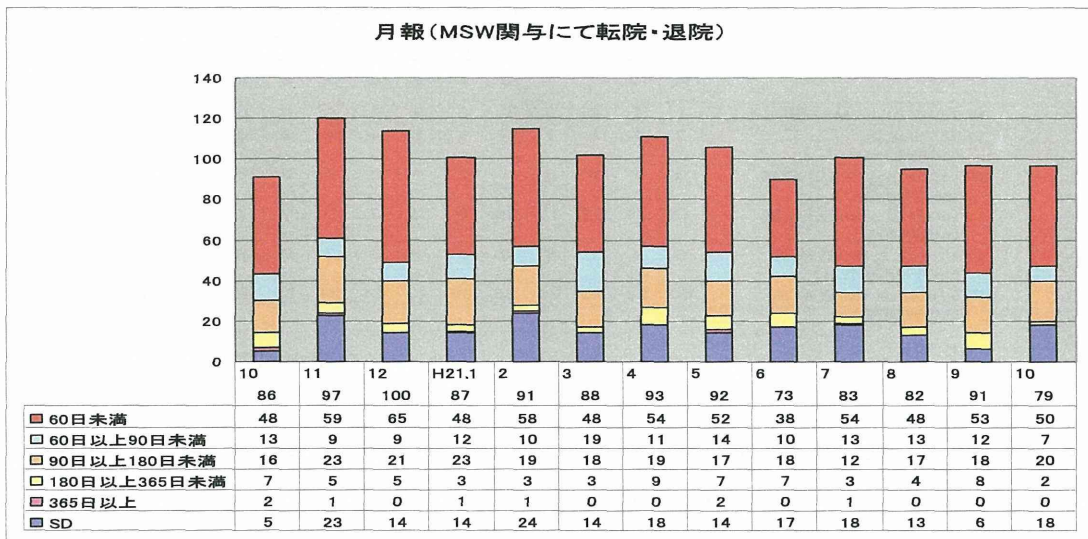
#### ii. MSW (医療相談員) の介入結果

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)

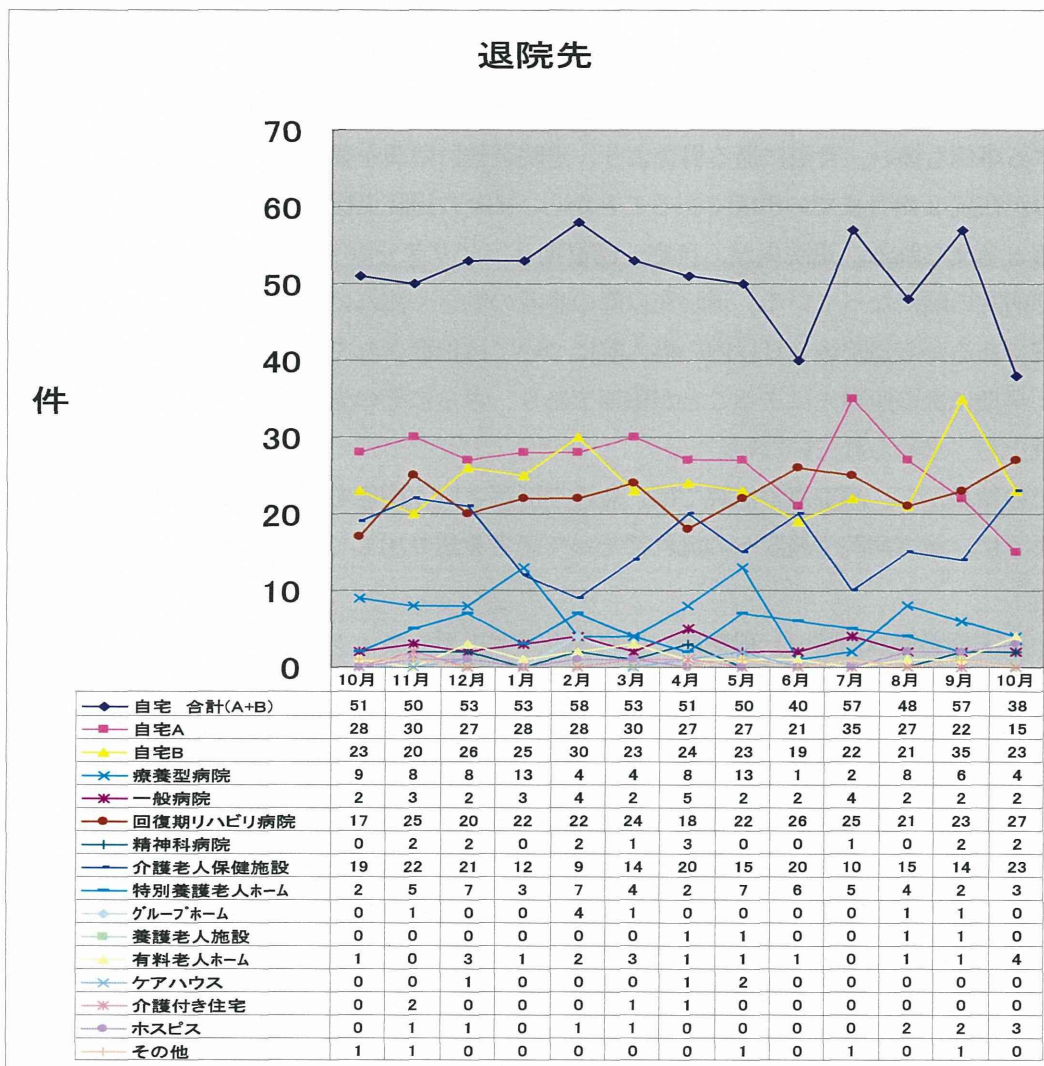
### iii. 退院先

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