

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<sup>24</sup>。

<sup>24</sup> 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。

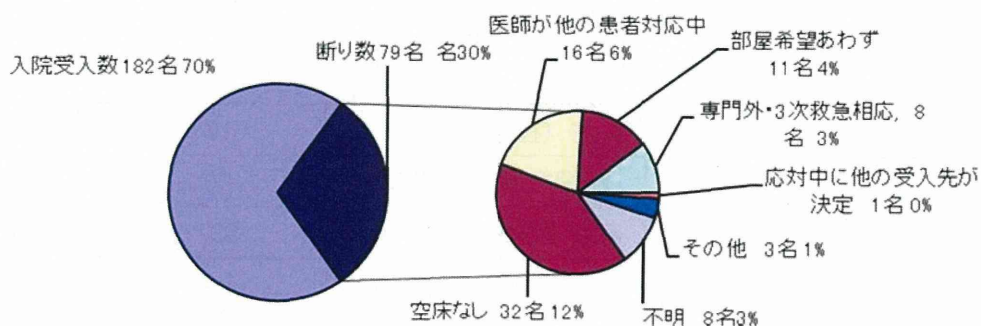
被調査者は看護部長であった。調査者の依頼により、緊急一時入院受入率、在院日数、退院後の患者の行先などについて、医療相談室の医療相談員（MSW）が作成したデータを提示いただきながら、現状について説明を受けた。調査対象データは、2009（平成20）年11月から2010（平成21）年4月分である。

## 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症例ともに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

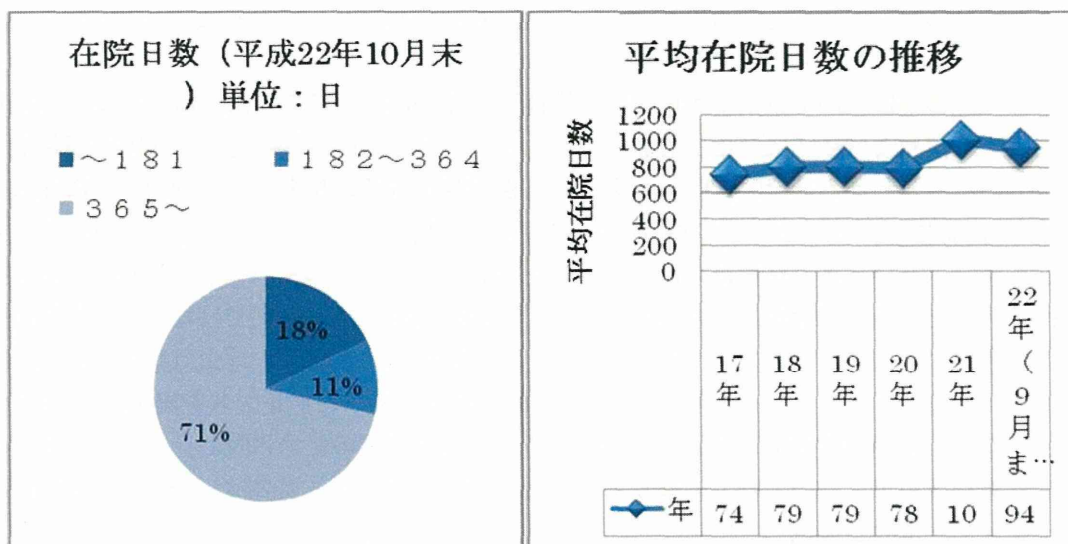
###### i. 概況

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。

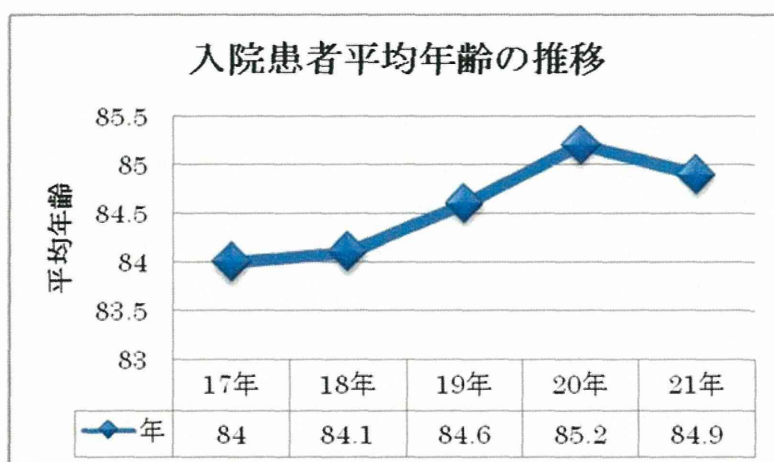
入院患者の特徴としては、現役時には社会的地位の高かった、高所得世帯の患者が多いということであった。



（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。

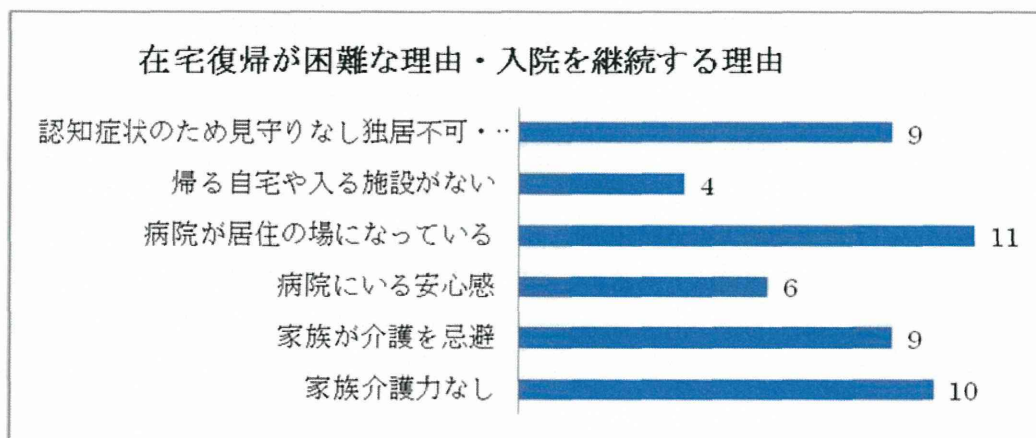
- ① 同居家族の介護力がない(家族の家に同居できない、又は、同居できても家族が介護できない、家族の動向が不透明で方向性を決められない)
- ② 家族が介護を忌避している
- ③ 病院ならいざという場合すぐに医療を受けられる安心感がある
- ④ すでに長期入院している80歳以上の高齢者で、職員や他の入院患者とも慣れ、病院



が生活（居住）の場になっており、わざわざ転居する必要がない（このまま最期まで病院にいたい）

- ⑤ 帰る自宅がない、施設入所を希望しているが待機中で入れない
- ⑥ 認知症状のため見守りのない独居や専門職のいない施設では対応困難

被調査者から聴取した入院患者の状況のデータを整理すると、医療的には必ずしも入院治療は必要ない患者が退院しない理由（在宅復帰が困難な理由・入院を継続する理由）は、次のように分類できる（1患者につき複数該当項目あり）。



(調査対象病院提供データにより中原作成)

## イ. B病院の状況

### i. 概要

B病院は埼玉県D市にある医療法人で、当初は個人病院として開院以来、36年を迎える。2010（平成22年）12月21日の調査日において、療養病床153床、認知症専門病床（老人性認知症疾患治療病棟入院料加算）60床、回復期リハビリテーション病床38床、合計251床である。診療科は、内科、精神科、リハビリテーション科を標榜している。

月平均入院患者数は2009（平成21）年実績で療養病床149.3人（稼働率は97.6%）、認知症専門病床58.9人（稼働率は98.3%）、回復期リハビリテーション病床は28人（稼働率は73.9%）、全体では236.3人（稼働率は94.2%）となっている。平均在院日数は、療養病床が547.8日、認知症専門病床が1195.6日、回復期リハビリテーション病床は102.4日、全体では396.6日、2010（平成22）年11月時点では、全体で495日となっている。

療養病床の入院患者の医療区分は、以下のとおりである。

医療区分1	24.8%
医療区分2	54.4%
医療区分3	20.7%

外来診療も行っているが、積極的ではない。交通が不便なこともあり、2009（平成21）年実績では、一日平均7.4人の外来患者しかいない。

B病院は、大きな病院グループの一員であり、その関係で入退院の調整がスムーズに行われ



る場合があるとのことであった。しかし、グループ全体での病院の役割分担と連携の全体像については、把握できていない。この点については、別途調査する必要がある。

急性期病院の入院期間の短縮にともない、重症患者の入院が増加していることから、リハビリテーションに注力しており、作業療法士及び理学療法士を20人、言語聴覚士3人を擁している。月平均のリハビリテーション実施単位数は、2009（平成21）年実績で、脳血管疾患等リハビリテーションが8067単位、運動器リハビリテーションが1062単位、摂食機能療法が305単位である。

退院調整を迅速に進めるため、入院時には要介護認定を受けてもらうことにしており、同院退院時に介護度が重い患者には、特別養護老人ホームへの入所を勧めているとのことであった。

## ii. 調査結果

調査方法は、A病院と同様であり、調査日現在で療養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、10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。B病院には認知症専門病床もあるが、今回の調査では、療養病棟のみにとどめた。

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。

### （療養病床入院患者の同院への入院経路）

9例が急性期病院からの転院で、1例が急性期病院から回復期リハビリテーション病棟に転棟後、転院してきている。

### （入院前の住居及び家族構成）

全例が自宅から急性期病院に入院していた。急性期病院入院前は、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）であり、他人と同居していた患者の例はない。10事例中、独居3、夫婦のみ1、高齢者との同居1である。

### （病名、認知症の有無、医療区分及びADL区分）

全例が脳血管後遺症であった。すべての患者に認知症があるが問題行動はないという診断である。医療区分1・ADL区分1の患者は1例、医療区分1・ADL区分2の患者が3例、医療区分1・ADL区分3の患者が6例と最も多い。脳血管後遺症の患者であるため、高次脳機能障害のある患者が4例あり、在院期間が3年半から7年に及んでいる。長期入院のため、入院後に他の疾患に罹患することが多くなっている。胃瘻が造設されている患者が2例ある。

### （自宅の現状）

独居から入院した3例のうち2例は空家のまま、1例は遠隔地のため、現状不明である。同居世帯から入院した7例では、同居家族がそのまま居住している。

（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の在宅復帰が困難な理由、あるいは、入院を継続する理由）

独居で家族介護者がいない、物理的に同居可能な家族はいるが、配偶者が高齢又は病気で要介護状態である、介護者となる子に仕事又は障害があるなどにより介護できないことが原因となっている。

ADLが低く介護を要する患者が多いため、B病院では施設への入所を勧めることが多い。10

例中9例は施設移行対象者、1例のみが若年でリハビリテーションを継続し在宅復帰を目指している。在院日数が3年を超える患者は6例で、一番短くて3年4か月、平均では3年6か月である。患者に最後まで同院に入院し続けて戴くのではなく、次の施設あるいは在宅へつなぐのが基本である。

また今回は、家族が介護を忌避しているなど、家族と患者本人との関係について立ち入った調査は行わなかった。介護施設への入所が基本であるため、あまり立ち入った内容については病院側も調査しない場合もあるようである。基本的には後方連携先が見つかるまでは同院に入院を継続する必要があるということである。全員、医療区分が1であることから、医療必要度は低いが、退院までの間は居住の場としての機能も有していると言ってよい。

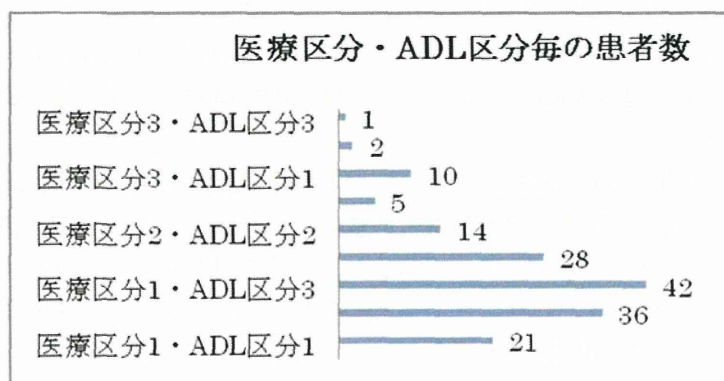
#### ウ. 両病院の調査結果からの考察

A病院の被調査者がサンプリングした20事例は、伝達した調査目的が考慮されたため、比較的軽症の患者がサンプリングされていた。療養病床の事例患者は、10例のうち7例が医療区分1であり、療養病床全体に占める医療区分1の患者が62.2%であることを考えると、調査理由によるバイアスが若干、かかった可能性がある。ADLについては10例のうち8例がADL区分1、2例がADL区分2であり、サンプル事例が軽症患者に偏っていたと言える。しかし本調査の目的に照らせば妥当であると考えられる。

	ADL 区分 1	ADL 区分 2	ADL 区分 3
医療区分 1	21 (13.2%)	36 (22.6%)	42 (26.4%)
医療区分 2	28 (17.6%)	14 (8.8%)	5 (3.1%)
医療区分 3	10 (6.3%)	2 (1.3%)	1 (0.6%)

療養病床全体の分布（調査対象病院提供データにより中原作成。データは把握できている159件）

医療区分1・ADL区分3の患者が最も多いことから、A病院に期待される機能は、日常生活動作の介護であるといえる。療養病床の看護基準が25:1で、医療区分1の患者が62.2%を占めていることから、2010（平成22）年4月以降、診療報酬は大幅に減少すると考えられる。このような場合は、療養病床を回復期リハビリテーション病床や介護老人保健施設に転換する病院もあるが、A病院は、引き続き患者に長期療養できる環境を提供する方針であるという。在院日数を短縮し回転率を上げて病床稼働率を向上するのではなく、療養病床と精神病床をあわせ持つことを強みとして、長く安心して入院してもらえることを地域住民に訴求している。開設28年の実績があり、比較的富裕層が多い地域住民のニーズに応じて地域におけるA病院の機能が確立されているものと考えられる。



(調査対象 A 病院提供データにより中原作成)

短期高密度医療、すなわち、手厚い人員配置で重症患者に適切な医療を提供すべしという趣旨の診療報酬改定によって医業収益が減少し経営が厳しくなるのは必須であるが、なおかつ病院経営を維持できる理由については、推察の域を出ないが、保険収入外の収入の比重が高いことが考えられる。認知症ケアができる専門職員を配置した施設が近所に見当たらないことも、患者が退院しない理由のひとつかもしれない。

B 病院の 10 事例でも医療区分 1・ADL 区分 3 が最も多く 6 割を占めていたが、B 病院の場合は比較的大きな病院グループに属しており、グループ内地域連携ネットワークの形成が、このような病院の経営維持のためには必要となるかもしれない。また提示されたデータだけでは読みとれないが、急性期から転院する患者は重症化しており、「重症で短期」、「軽症で長期」の二極分化の傾向があるとのことであった。

医学の発達により社会の医療化が進行し、認知症にもさまざまな病名がつけられるようになった。高齢化とあいまって今後は認知症病名のつく患者は増加の一途をたどると考えられる。高齢者に薬剤を使いすぎると意識レベルが低下し、ADL が下がり、内科的に支障をきたす悪性症候群になる可能性があるため薬剤は使いにくい。認知症患者の症状を観察しながら医学的管理を継続するには三ヶ月単位では難しく、また退院によって環境が変化すると病状が悪化することは多い。再燃し再入院することが予測されるなら、半年、一年の期間で症状をコントロールしながら診ることが患者や家族のニーズに応えることになる。

A 病院の事例は、診療報酬改定によって病院の病床転換を図ろうとする政策<sup>25</sup>に誘導されなくても経営が維持できている事例と言える。医療提供が中心の病院というより、むしろ、有料老人ホームの医療機能が強化された施設と表現できなくもない。しかし、このような病院が現実に必要とされていることも確かであり、このような老人病院に入院し続けることが可能であるならば、その方が本人にとってよいという考え方もありうる。

問題は、① 医療より居住機能を必要としている患者のために、保険医療制度に基づく医療費が使われていいのかと言う点と、② 自宅あるいは自宅以外の在宅で生活するより入院生活のほうが QOL が高いのか、あるいは、退院し在宅に移行した方が患者本人にとってより良いのか、という点である。

<sup>25</sup> 厚生労働省ホームページ：平成 18 年度医療制度改革関連資料「療養病床の転換イメージ」

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/pdf/ryouyou01h.pdf> (2010 年 12 月 3 日アクセス)

QOL (Quality of Life) のLife は「生命」、「生活」、「人生」の意味がある。複数疾患をあわせ持つ高齢者は、健康な若年層と同程度に高い「生命」の質を維持することは不可能であろう。「生命」の質は生物学的、生理学的な臨床指標で評価可能であるが、「生活」や「人生」の質は臨床指標だけでは評価できない。患者や家族の満足度は主観的なものである。病院経営の観点からは、高齢者医療の場合は特に、医療という本質サービスより、患者や家族の生活や人生により多くの価値を与えうる、例えば居心地の良い環境や親切で丁寧な接遇など、医療については素人である患者や家族にも「質の良さ」がわかる表層サービスのほうが高く評価され、病院に対する信頼感が高まると考えられる。それによって入院が継続されるなら病院の医業収益は一定水準で維持される。医療の需要側と供給側の利害が一致している状況では変化は生じず、医療供給側の医療の質を向上するモチベーションが上がることもあまり期待できない。「医療処置はあまりしない病院」でも必要性があり、経営が確保できるのだとすれば、これまでの医療政策の方向性は妥当とはいいいがたいのではないだろうか。

#### (5) プレ調査の限界と今後の展望

今回のプレ調査は、急性期病院、在宅療養支援病院及び認知症専門病床を含む療養型病院で行った。このうち、急性期病院では、あり得べきクリティカルパスに乗ることができず不適切な「Drop out」が生じていないかどうかを調査するものであったが、病院側からの調査では、必ずしも目的とする情報は得られないことがわかった。病院は退院・転院後の患者の状況を把握しておらず、退院・転院の適切さを判断する情報を持っていないためである。また、在宅療養支援病院では、いわゆる社会的入院の形態も含め、入院期間が長期化する傾向にあり、「受け皿」という観点からは、療養型病院の場合と同様の観点から調査する方が適切であることがわかった。

療養型の病院に対するプレ調査は、療養病床や認知症専門病床に長期にわたって入院している患者の「退院できない理由」を、「医」「介」「住」ニーズを総合的に調査することで明らかにしようというものであった。前述のように、A病院での調査の結果、療養病床に長期入院している高齢者の中には、慢性疾患を持っているものの、常時の医療的管理を必要とせず、もっぱら「家庭の事情」により入院を続けざるを得ないものが存在することが判明した。また、「家庭の事情」としては、一人暮らし、家族が高齢もしくは病気、あるいは家族が同居を拒否しているというような理由で、日常の見守りなど生活支援が得られないことが理由としてあげられている。しかし、B病院での調査から判明したように、一般病床の入院期間の短縮に伴って、療養病床入院患者の重症化が進んでいる可能性もあり、要介護度が高い患者が在宅での介護サービスが得られないことから退院できないというケースも存在する。一概に長期入院といっても、その病院の地域医療における位置づけや性格によって、個々の患者の事情はもちろん、その病院の長期入院患者の傾向も大きく異なっている。このように、2病院の、しかも限られたケースだけの調査では、長期入院患者の「医」「介」「住」ニーズの傾向を十分に把握することは難しいことがわかった。

また、「医」「介」「住」ニーズの相互の関係（たとえば、医療ニーズがあると既存の居住系サービスでは受け入れられないなど）に関しても、集計されたデータを元にヒアリングするという方法では、分析できるような情報を得ることができなかった。

これらの問題を乗り越えて、できるだけ正確に長期入院患者のニーズを把握し、「受け皿」となりうる居住系サービスの内容を検討するための情報を得るには、病院の存在する地域の医

療供給の状況や当該病院の役割、性格を踏まえた上で、入院患者のニーズについて、より詳細なデータを積み重ねていく必要がある。入院患者の総合的なニーズを調査することは、プライバシーの核心に触れることでもあり、病院が十分に把握していない場合も多いことから、困難な点が多い。しかし、プレ調査でわかったように、長期入院患者の多い療養型の病院では、MSWが入院患者の家族状況も含めた事情を把握している場合があり、MSWを通じての調査を行うことで匿名性を確保できるというメリットもあることから、病院の位置づけに関する調査と併行して、MSWへのヒアリングを行い、個々のケースに関する調査を積み重ねていくことで、長期入院患者の「医」「介」「住」ニーズについて一定の傾向を把握することが可能であると考えられる。

来年度以降、プレ調査を実施した病院での個別データを整理し直すとともに、他の病院でもこのような方法での調査を実施し、より多くのデータを収集していくこととしたい。

#### 4. 長期入院患者の「受け皿」の必要性和居住系サービスのあり方

これまでの研究を踏まえ、長期入院患者の「受け皿」となり得る「居住系サービス」のあり方について考察したい。

繰り返し述べているように、本年度においては、既存調査の分析と独自の調査に向けてのプレ調査までしか行うことができなかった。したがって、ここではいくつかの仮説を設定することにとどめざるを得ない。仮説の証明は次年度以降の調査に委ねることとしたい。

まず、居住系サービスの定義をしておきたい。ここで研究の対象とする居住系サービスの定義と居住系サービスのあるべき姿とは、裏表の関係にあり、あるべき姿がそのまま定義となるべきものでもあるが、ここでは、大枠を定義として規定し、具体的なハード、ソフトの内容のあるべき姿として記述することで、両者を区別して考えることとしたい。

居住系サービスの定義としては、以下のように記述することが可能である。すなわち、ここでいう、居住系サービスは、医療と介護のサービスがともに利用できる住居を提供する事業で、一時的な入院後の帰宅確保や、より生活に適した住宅への住み替えの場合などを含め、ハードとソフトが終身利用できることが確保されているものをいう。

居住系サービスの利用には、基本的に、それまでの住居からの住み替えが発生するが、医療、介護のニーズがない高齢者が、先を見越して「住み替え」ということはほとんど考えられないことから、入退院を契機とする「住み替え」が現実的な姿であると考えられる。居住系サービスの利用者としては、①希望しない長期入院を余儀なくされているが、政策的には早期退院を促進すべきもの ②医療ニーズがあるため、福祉施設への入所が困難なもの ③それまで住んでいた住居では、在宅療養、在宅介護などの必要なサービスが十分に利用できないもの が考えられる。

このような、定義と想定される利用者像から、居住型サービスの要件としては、以下のようない点があげられる。

- ①住居としての機能を有し、身体状況に合わせた設備が整えられていること
- ②医療、介護のサービスを必要に応じて受けられること

③緊急時の対応が可能なこと

④症状が悪化した場合の受け皿が用意されていること

⑤永住が確保され、一人暮らしでも生活できるだけの生活基盤、サービスが用意されていること

さらに具体的に、居住系サービスに求められるものを、これまでの調査の分析結果から考察してみたい。プレ調査の結果から、療養病棟に長期入院している高齢者の典型的なケースは、以下の2つに分類することができる。

(Aケース)

軽い認知症や慢性疾患があり、医療ニーズ、介護ニーズとも高くはないが、食事づくりや掃除などの家事の援助と日常的な見守りが必要であり、一人暮らしや家族の支援が得られないために在宅での生活が困難なケース

(Bケース)

在宅での治療が可能ではあるが一定の医療ニーズがあり、日常生活において介護等の支援が必要であるが、医療・介護サービスの不足や家族の支援が得られないなど、家庭での生活環境が整わないために、在宅での生活が困難なケース

Aケースは、プレ調査のA病院において典型的なケースであり、厚生労働省が入院をし続ける必要がない者として想定するケースでもある。Bケースは、B病院において多く見られるケースであり、日本医師会などが調査結果をもとに入院を必要とする例としてあげるようなケースである。もちろん、この2つのケースは典型例であり、現実には、この中間に多くのケースが存在する。また、個々の病院での長期入院患者には、この2つのケースが混在しており、もっぱらどちらかのケースのみを対象とした病院は少ないと考えられる。しかし、ここでは、議論を整理する観点から、この2つのケースを対象として、それぞれ求められる居住系サービスのありかたを検討してみたい。

Aケースの場合は一人暮らしが多いと考えられる。(老夫婦で配偶者がBのケースに該当するような場合も考えられるが、そのようなケースについては、夫婦2人とも長期入院となると考えられることから、Bのケースとして検討することとしたい。)このようなケースについては、主に、家事援助、投薬管理、日常の見守り、通院支援等が求められるサービス内容であり、在宅でも、地域等の援助が受けられる場合は、十分に生活が可能であるように思われるかもしれない。しかし、そう簡単ではない場合も多い。軽い認知症があり足腰の弱った高齢者にとって、自宅は必ずしも安全な場所とはいえない。段差や階段で転ぶ、落下するというおそれがあり、火の始末、投薬の管理、規則正しく遠洋のある食事の確保、救急や災害時の対応など、同居する家族あって、支援が得られるという場合を除いて、大きな不安が存在する。不安は、本人にとってよりも、別居する家族の不安の方が大きい。病院に入院していれば、離れて暮らす家族は、このような不安から解放される。A病院の調査でも、家族からの要請で入院を継続するというケースがみられた。また、近い親族がいない場合は、病院側が退院後の生活に不安があって退院させられないというケースも存在する。このように、Aケースの場合は、不安＝特に離れて暮らす家族の不安が、入院を継続させる大きな要因になっていると考えられる。

このような不安に対応することについては、既存の居住系サービスにとっても、さほど困難



なことではない。介護保険の特定療養費支給の対象となっている施設はもともと、そうでないケアハウスや有料老人ホームでも、このような不安に対応する「広い意味の見守り」サービスは実施している。既存の居住系サービスになくて、病院にあるものとしては、病状が悪化した場合に対応が可能かどうかという「将来の不安」への対応だけである。たしかに、病院に入院していれば、病状が悪化したときでも、他の病院への転院も含めて、十分な対応が期待できる。しかし、「将来の不安」のために、病床を占有し続けることは妥当とは言いがたい。居住系サービスの側で、「将来の不安」に対応できる仕組みを持てば済むことである。このことから、Aケースについては、現在および将来の不安に対する対応ができることが条件となると考えられる。

Bケースは、慢性的な疾患のために常時の医学的管理と、日常生活のための介護を必要とするケースである。このような状況にある高齢者が在宅生活に移行した場合、訪問介護や通所介護のサービスに加えて、頻繁な訪問診療、訪問看護サービスの利用が必要になる。しかし、現状の訪問医療関係のサービス供給体制では、頻繁な訪問診療、訪問看護サービスを確保することは困難である。また、医療保険、介護保険の自己負担も重いものになってしまう。さらに、日常生活のための介護も、24時間毎日の訪問・通所介護サービスの利用は困難であり、家族の負担が避けられない。家族の支援が得られない場合は、在宅での生活は困難である。

これに対し、居住系サービスでは、同様の状態の人々が集まって生活していることから、訪問診療、訪問看護、訪問介護等の拠点を同じ建物内や近くに確保しておけば、効率的に訪問サービスを実施することができ、“イザ”というときにも迅速な対応が可能である。一定の規模の居住者がいる場合には、その居住者のためだけの訪問診療所や訪問看護ステーションを設置することも可能である。介護サービスに関しては、特定施設の形態でのサービス提供も可能である。このように、Bグループの人々に対しては、同一経営主体で建物内、あるいは連携する経営主体で近いところに、訪問診療、訪問看護、訪問介護等の拠点を備えることが、長期入院の「受け皿」となりうる居住系サービスの要件ということが出来る。当然のことであるが、Bグループの人々に対応できるということは、Aグループの人々にも対応できるということになる。

しかし、これは、まだ2施設30人の調査結果から得られた仮説に過ぎない。Aグループ、Bグループの分類には入りきれない長期入院患者が多数存在することが考えられるし、現実には、このような要件を備えた居住系サービスが長期入院患者の「受け皿」となり得ているかについても実証する必要がある。また、このような居住系サービスがなくても、在宅療養を可能にする条件が存在することもあり得る。このような点については、来年度以降の研究に委ねたい。

おわりに

繰り返し述べてきたように、本研究の目的は、長期入院の是正政策が進められる中で、退院後の「受け皿」としての居住系サービスの可能性と条件について検討することである。医療の必要性がそれほど高くないにもかかわらず長期の入院を継続している実態は、本人のQOLの観点からも、医療資源の効率的な利用という観点からも、好ましいものではない。しかし、在宅復帰ができず、長期の入院を継続せざるを得ない高齢者には、それぞれの事情がある。慢性疾患を持ち、体の不自由な高齢者は、「医」「介」「住」という3つのニーズを併せ持ってい

る場合が多い。「医」のニーズが大きくないからといって、在宅でこれらのニーズを充足できない場合は、退院することは難しい。また、「住」のニーズには、見守りや近親者との交流など日常生活に必要なソフト面でのニーズも含まれている。住み慣れた住居では、そのような「住」のニーズを充足できない場合もある。既存の調査結果では、このような長期入院患者の「住」のニーズについては十分に把握することができなかった。しかし、プレ調査の結果からは、このような「住」のニーズが、一人暮らしなどの「不安」という形で、退院阻害要因として大きなウェイトを占めているのではないかという仮説を導き出すことができた。

「医」「介」のニーズは人によって異なり、また、そのサービス内容は、医療保険や介護保険の中で定型化され、費用負担に関しても対応することができている。しかし、「住」のニーズに関しては、個人、家族、地域が、それぞれ自主的に対応することとされ、そのモデル化や費用負担に関しても十分に検討されてこなかった。また、それゆえに、「医」「介」の定型化されたサービスで対応できないニーズは、インフォーマルな「住」のニーズに含まれることとされて、安易に家族や地域の負担に任せられてきた傾向がある。その結果が、「住」のニーズを充足できず、「不安」をかかえる高齢者の長期入院につながったということができるのではないだろうか。

われわれが提案しようとするのは、慢性疾患を持ち、体の不自由な高齢者の「住」のニーズを充足することを基盤として、必要に応じて「医」「介」のニーズを充足できるサービスを提供するような事業＝居住系サービスである。まずは、基盤となる「住」のニーズを充足する条件を明らかにすることが、長期入院患者の「受け皿」となる可能性を明らかにすることにつながるのではないかと考える。今後の調査では、「不安」につながる「住」のニーズの具体的な内容、水準と、「不安」を解消できる具体的なサービスの内容、水準について、明らかにできるデータの収集に努めることとしたい。

(参考文献等)

印南一路 「社会的入院」の研究 高齢者医療最大の病理にいかに対処すべきか

東洋経済 2009

小山秀夫 「介護保険と社会的入院について」 国民健康保険 49 (12) 1998

大熊一夫 「精神病院を捨てたイタリア 捨てない日本」 岩波書店 2009

濃沼信夫：「医療のグローバル・スタンダード」 株式会社ミクス 2000

土田武史／田中耕太郎／府川哲夫「社会保障改革ー日本とドイツの挑戦ー」

ミネルヴァ書房 2008

地域包括ケア研究会 「地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～」

厚生労働省 医療施設動態調査 2009 年度

厚生労働省 病院報告 各年度

厚生労働省保険局医療課 「平成 22 年度診療報酬改定の概要」

OECD 報告書「虚弱な高齢者のケア (Caring for Frail Elderly People) 」1996

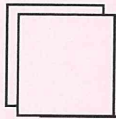
厚生労働省ホームページ

東京都ホームページ

日本医師会ホームページ

全国保険医団体連合会ホームページ

医療経済研究機構ホームページ



#### 4. 高齢者の居住環境に関する考察

---

## 4. 高齢者の居住環境に関する考察

### 1. 本分担研究の目的

1990年代後半から、2000年の介護保険制度を経て、我が国における高齢者の住まいは大きく変化した。特に、2002年の個室ユニット型特別養護老人ホームの制度化は、高齢者施設における Culture Change の波となり、「施設から住まいへ」の流れを象徴する出来事といえる。「施設」を住まいと捉え、家庭的な環境づくりを目指す施設側の変化に加え、「住宅」側でも、外付けサービス利用しながら住み慣れた地域をベースにした生活継続するために、多様な「高齢者住宅」が登場している。現在は、施設側からみても、住宅側からみても変革の過渡期であるといえる。

そして、療養病床の再編に伴い病床数削減の方向に向かうなか、今後、居住系サービス、在宅等で医療ニーズの高い高齢者が増加することが予測される。また、状況に応じ自宅から「住み替える」ニーズが高まることも予測される。

2003年に出された「2015年の高齢者介護」<sup>1</sup>では、「住まい」は自宅での生活の継続を困難にする要因の1つであり、住み替えの形として、

- (1) 要介護状態になる前に、将来、介護サービスが提供されることが約束されている「住まい」へ早めに住み替える
- (2) 要介護状態になってから、「自宅」同様の生活を送ることのできる介護サービス付きの「住まい」に移り住む

の2つのパターンを想定している。

早めの住み替えに関しても、要介護状態になってからの住み替えに関しても、これまで高齢者福祉政策・住宅政策によって、整備されているものも少なくない。高齢者居住施設として整備されているものもあれば、高齢者住宅として整備されているものもあるが、それぞれの施設・住宅がターゲットとする入居像と実際の入居者の実態、提供サービスや居住環境の質に関しては、不具合が生じている状況も散見される。

他方、可能な限り住み替えず、在宅生活を続ける高齢者も存在する。これらの高齢者が外付けサービスを利用しながら暮らし続けられる体制づくりも求められる。特に、医療依存度の高い高齢者、認知症高齢者に対しては、従来の枠組みでは対応が難しい点もあり、課題が山積している。

また、来るべき2015年には戦後のベビーブーム世代が65歳以上となり、その後高齢者人口がピークに達する時期を迎える。団塊世代を対象とした佐々木らの調査研究<sup>2</sup>においても高齢者の居住ニーズも今まで以上に多様になることが明らかにされている。

これらを念頭に置き、本分担研究では、居住系サービスのうち、高齢者専用賃貸住宅等の高齢者向け住宅における居住環境に着目する。従来の高齢者居住環境整備は、主にADL低下を想定した「身体ケアモデル」であり、医療依存度の高い高齢者等に関する検討はこれからの課題である。

<sup>1</sup>高齢者介護研究会：2015年の高齢者介護；高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて、(2003)

<sup>2</sup>佐々木千晶・今井幸充：高齢期のケア付き住宅に団塊世代が期待する条件、厚生指針、55(1)、20-26(2008)

3年間の1年目となる本年度は、以下の3点について重点的に取り上げた。

- (1) わが国における高齢者住宅政策の概観とその課題
- (2) 高齢者に配慮した住宅の整備指針
- (3) 高齢者向け住宅の概要と居住環境の課題

これらについて、既存の知見の整理を行い、2年目以降の研究にする資料を得ることを目的とした。

## 2. わが国における高齢者住宅政策の概観とその課題

### (1) わが国の主な高齢者向け居住施設・高齢者住宅

わが国には、高齢者福祉政策・住宅政策によって、多様な高齢者向け居住施設・高齢者向け住宅が整備されている。これらは、表1に示すように主な高齢者向け居住施設・住宅の種類をみると、「医療系」「福祉系」「住宅系」に分けられる。「医療系」「福祉系」は主に厚生労働省による施策、「住宅系」は国土交通省による施策であり、それぞれ規定する法律も異なっている。これらの居住施設・住宅の最も大きな違いは、食事等のサービスの提供方式である。「医療系」「福祉系」と「住宅系」の高齢者専用賃貸住宅の一部では、住居と食事や（必要に応じた）介護が内部提供型である点である。これに対し、一部を除き「住宅系」では、住居に食事や介護等のサービスは、自己調達か外付けサービスを利用するという点である。

表1 主な高齢者向け居住施設・住宅の種類

領域	施設種別
医療系	介護療養型医療施設
	介護老人保健施設
福祉系	特別養護老人ホーム
	養護老人ホーム
	軽費老人ホーム
	A型
	B型
	ケアハウス
	有料老人ホーム
介護付き（特定施設） 住宅型 健康型	
	認知症高齢者グループホーム
住宅系	高齢者向け優良賃貸住宅
	高齢者専用賃貸住宅
	シルバーハウジング