

論 説

高齢者の長期療養ケアに関する一考察

—— 高知県における療養病床の実情に関するアンケート調査および
「無医地区」におけるヒアリング調査をもとに ——

西 島 文 香
行 貞 伸 二

【目次】

はじめに

第1章 高知県における医療施設等の概況

1. 高知県の概要
2. 高知県における医療施設の現状
 - (1) 医療施設・病床数
 - (2) 医師・看護師・准看護師数
 - (3) 病床利用状況
3. 高知県における医療施設の地域間格差

第2章 高知県における療養病床の現状

1. 調査研究の目的
2. 調査の概要
3. 「施設票」調査結果の概要
 - (1) 病床区分・医療区分の現状
 - (2) 入院患者の ADL 区分・要介護度別の医療区分
 - (3) 医療区分の問題点と改善策
 - (4) 病床転換についての意向と現状
 - (5) 介護療養病床の全廃方針に対する考え
 - (6) 療養病床の役割
 - (7) ケアのあり方
4. 「看護職票」調査結果の概要
 - (1) 病床の区分および規模
 - (2) 看護職者および看護補助者の配置状況
 - (3) 看護に携わる者の業務
 - (4) 医療区分ごとの望ましいケア

(5) 医療区分1の患者の状況

(6) 「在宅」医療・介護の現状、問題点、課題

5. まとめ

第3章 高知県における「無医地区」の現状

1. 高知県における「無医地区」の概要

2. 「無医地区」住民の医療ニーズと医療アクセス

3. 「無医地区」における医療アクセスに関する検討課題

おわりに

はじめに

2006年に成立した医療制度改革関連法にもとづき、2008年に老人保健法が全面改定され、「高齢者の医療の確保に関する法律」が制定された。これにより、後期高齢者医療制度が施行され、高齢者医療における「医療費適正化」を目的に療養病床の廃止・削減などの方針が示された。その主な内容は、2012年度までに約13万床の介護療養病床を全廃し、医療療養病床を約25万床から15万床にまで削減するというものであった。

この大きな改革を進めるためには、医療機関が療養病床への入院患者のうち、退院可能な患者を他の施設や在宅へ移行させることが必要であるが、療養病床の入退院を医療機関がより厳格に管理せざるを得なくなるよう、患者の医療「必要度」を測るものとして「医療区分」が持ち込まれた。また、在宅医療を進め、終末期のケアも積極的に行うことを企図する診療報酬改定も行われた。

2008年から施行された後期高齢者医療制度においては、後期高齢者のみに適用される新たな診療報酬科目がいくつか導入された。主には、①後期高齢者診療料、②後期高齢者終末期相談支援料、③後期高齢者特定入院基本料である。これらは、特に後期高齢者や終末期を焦点に受診抑制策を招くことや、また保険点数も実態からかけ離れたものであったこともあり、施行後廃止または見直しが迫られた¹。

こうした状況を背景に、本調査研究は高知県における高齢者医療の現状を

¹ 伊藤周平〔2008〕参照。

実態調査などから明らかにし、医療費適正化施策の検討を行うとともに、地域ケアにおける課題を検討することを目的に、2009年度から2012年度にかけて行った調査研究の結果であり、「高知県における高齢者医療の現状と課題—新たな保険化と医療費適正化対策の検証—」（研究種目：若手研究B、課題番号：21730448）の一環として行ったものである。

本調査研究では、高知県における療養病床を有する医療機関を対象に行った「療養病床の実情に関するアンケート調査」を実施し、また併せて、療養病床の入院患者とその家族を対象としたヒアリング調査も行った。さらに、地域ケアの課題を抽出するために、高知県における「無医地区」の実情について、主として地域住民を対象に医療アクセスとニーズ把握を中心としたヒアリング調査を実施した。

本稿においては、両調査の結果報告と分析を行い、高齢者の長期療養ケアの現状と問題点を検討することを目的とする。

第1章 高知県における医療施設等の概況

1. 高知県の概要

2011年の国勢調査(2011年10月)によれば、高知県の人口は約75.8万人、高齢化率は29.0%に達し、少子高齢化「先進」県である。高知県は約7100平方キロメートルの県域のうち、森林が約84%（日本で最も高い森林率である）を占め、中核市である高知市と他の市域及び中山間地の町村との間には、人口や高齢化率だけでなく、雇用や所得などの経済格差、社会・地域資源の偏在が著しいことが特徴である。

一方、県庁所在地である高知市の人口は約33.8万人（2012年4月、住民基本台帳）と県人口の約45%を占めるが、高齢化率は24.0%（2012年4月、住民基本台帳）と全国の平均的な水準である。その一方、高齢化率が50%を超える「限界自治体」だけでなく、「限界集落」を抱える町村もあり、地域住民の生活環境の劣化、医療・保健・福祉サービスを含めた生活関連サービスの不足や偏在、地域活動や社会関係の希薄化など、深刻な課題を抱えているといえる。

2. 高知県における医療施設の現状

(1) 医療施設・病床数

「平成22年 医療施設(動態)調査・病院報告の概況」(2010年10月4日)によると、全国の医療施設数は176,878施設であり、うち病院が8,670施設、一般診療所が99,824施設である。病院を種類別の構成割合でみると、一般病院が87.5%、精神科病院が12.5%であり、療養病床を有する病院は45.7%である。

全国の病床数をみると、医療施設の全病床数は1,730,339床であり、種類別の構成割合をみると、一般病床が56.7%、精神病床が21.8%、療養病床は20.9%である。

次に、高知県の医療施設および病床数をみてみる(図表1、図表2)。人口10万人対病床数は一般病床、療養病床ともに全国でもっとも多く、全国平均と比べると、一般病床は約1.5倍(1038.6床)、療養病床は約3.5倍(914.6床)であり、病院病床が多く、特に療養病床がきわめて多い県である。今後、療養病床の廃止・転換策が進められるなかで大きな問題に直面すると考えられるが、療養病床の実態と役割を検討し、地域の医療・介護施策における課題を明らかにすることの意義はきわめて大きいといえる。

図表1 高知県の医療施設・病床数

	施設数	病床数
病院	137	18,951
うち療養病床を有する一般病院	86	6,992
診療所	577	1,645
うち療養病所を有する診療所	8	71

出所：「医療施設動態調査(平成22年10月末概数)」2011年1月

図表2 人口10万人対病院病床数

	高知県	全国平均
全病床	2,479.0	1,244.3
一般病床	1,038.6	705.6
療養病床	914.6	260.0

出所：「平成22年 医療施設(動態)調査・病院報告」2011年10月

(2) 医師・看護師・准看護師数

次に、医療従事者数の統計については、2年ごとに実施される「医師・歯科医師・薬剤師調査」があるが、ここでの従事者数は常勤換算が行われなため、ここでも「平成22年 医療施設(動態)調査・病院報告の概況」を参考にする。

2010年10月1日現在における病院における従事者総数を常勤換算でみると、医師は195,368人、人口10万人当たりで152.6人である。看護師は682,603人、准看護師は161,125人であり、病院100床当たりでみると、看護師は42.8人、准看護師は10.1人である

高知県における人口10万人当たり医師数は221.6人であり、全国でもっとも多い。一方、病院における100床当たりの医師数は全国平均で12.3人であるが、高知県においては8.9人と鹿児島県(8.4人)に次いで全国で2番目に低い値である。また、病院100床当たりの看護師は35.2人、准看護師は13.0人であり、全国平均と比較して看護師が少なく、准看護師が多くなっている。

(3) 病床利用状況

最後に、病床の利用状況についてである(図表3)。高知県の人口10万人当たりの1日平均在院患者数を全国平均と比較すると、総数は2,120人(全国平均の約2.1倍)、病床種別でみると、一般病床では831.2人(全国平均の約1.5倍)、療養病床では861.5人(全国平均の約3.6倍)であり、特に療養病床の在院患者数がきわめて多くなっている。

図表3 人口10万人対1日平均在院患者数

	高知県	全国平均
平均在院患者総数	2,120.0	1,025.7
一般病床	831.2	541.1
療養病床	861.5	239.1

出所：「平成22年医療施設(動態)調査・病院報告」2011年10月

また平均在院日数も長い傾向があり(図表4)、病院の全病床では高知県においては52.3日と全国平均(32.5日)の約1.6倍であり全国でもっとも長くなって

いる。病院の病床別にみても、一般病床では23.6日と全国平均(18.2日)の約1.3倍と全国でもっとも長く、療養病床では198.8日であり全国平均(176.4日)の約1.1倍、介護療養病床では392.1日となり全国平均(300.2日)の約1.3倍である。

図表4 平均在院日数

	高知県	高知市	全国平均
全病床	52.3	47.9	32.5
一般病床	23.6	23.6	18.2
療養病床	198.8	235.4	176.4
介護療養病床	392.1	474.6	300.2

出所：「平成22年医療施設(動態)調査・病院報告」2011年10月

さらに、中核市である高知市の状況を見ると、療養病床で235.4日と全国平均の1.3倍、介護療養病床では474.6日と全国平均の1.6倍ときわめて長期化している。中山間地の療養病床あるいは介護施設の不足、急激に進む高齢化、高齢世帯の増加などを背景に、とくに高齢者が県中心部の医療施設に入院せざるを得ない状況が想像できる。

したがって以下では、医療施設の偏在など、高知県内における「地域間」格差をみてみる。

3. 高知県における医療施設の地域間格差

高知県における二次医療圏は「安芸」、「中央」、「高幡」、「幡多」の4つに分かれており、県内人口の割合は、高知市の属する中央圏に72.6%、安芸圏に7.0%、高幡圏に8.0%、幡多圏に12.3%である²。高知県は先にみたとおり、一般病床、療養病床、回復期病床、精神病床の多さが突出している一方、中央圏以外の周辺部における医療過疎が顕著であり、医療施設と病床、それに伴う医療従事者の偏在が著しい。「平成22年医療施設(動態)調査・病院報告の概況」によると、施設総数137のうち、約74%が高知市を含む中央圏に属し、約49%が高知市に集中している一方、安芸圏、高幡圏に属するのはそれぞれ約6%であ

² 高知県「高知県推計人口調査」(2012年10月1日現在)参照。

る。病床数で見ると、総病床数18,951のうち約78%が中央圏、約54%が高知市に集中しており、施設数と同様の傾向にある。

本調査の対象である療養病床については、療養病床の総数6,992のうち約79%が中央圏、約50%が高知市にある一方、幡多圏に約12%、高幡圏に約7%、安芸圏にあるのは約2%に過ぎない。このように医療資源の偏在は顕著であり、とくに安芸圏および他の中山間地では深刻な医療過疎化が進行しているといえる（図表5、図表6）。

図表5 高知県における医療施設種別・医療圏域別の医療施設数

	安芸	中央（うち高知市）	高幡	幡多	合計
施設総数	8	101 (67)	8	20	137
（内訳）精神科病院	2	9 (8)	1	1	13
一般病院	6	92 (59)	7	19	124
（再掲）療養病床を有する病院	2	65 (37)	6	13	86
地域医療支援病院	0	3 (3)	0	0	3
救急告示病院	4	27 (14)	3	2	36

出所：「平成22年医療施設（動態）調査・病院報告」2011年10月

図表6 高知県における病床種別・医療圏域別の病床数

	安芸	中央（うち高知市）	高幡	幡多	合計
病床総数	1,082	14,781 (10,213)	1,005	2,083	18,951
（内訳）精神病床	474	2,783 (1,905)	218	349	3,824
感染症病床	0	8 (8)	0	3	11
結核病床	28	128 (98)	0	28	184
療養病床	144	5,505 (3,516)	475	868	6,992
一般病床	436	6,357 (4,686)	312	835	7,940

出所：「平成22年医療施設（動態）調査・病院報告」2011年10月

さらに、無医地区（医療機関のない地域で、半径4 km区域内に50人以上が居住する地区で、容易に医療施設が利用できない）が県内18市町村に計45ヶ所あると報告されており、無医地区の数は全国3位である（「平成21年度 無医地区等調査・無歯科医地区等調査」, 2010年10月）。こうした無医地区の半数近くが中央圏域にあり、圏域内での偏在も著しいといえる。

第2章 高知県における療養病床の現状

1. 調査研究の目的

高知県における療養病床を対象に、介護療養病床・医療療養病床の別に、①病床数や看護師や介護職員の数といった施設の現状把握、②患者数や平均在院日数、入院患者の医療区分・ADL区分などの現状把握、③看護職の業務の実態把握、④医療区分の適用上の問題や病床転換のあり方などを明らかにし、①医療区分の問題点や運用上の課題、診療報酬のあり方など制度的課題、②看護職と介護職の職務内容や連携のあり方など専門職の現状と問題点、さらには、③療養病床のあり方と「医療費適正化」政策の課題などを検討・考察することを目的とする。

2. 調査の概要

本調査は、高知県に所在する療養病床を有するすべての医療施設（総数94、うち病院86、診療所8、2010年9月時点）(図表7)を対象とし、調査票の配布および回収は郵送法によった。調査基準日は2010年10月1日、回収率は29.8%であった。なお、各調査項目によっては無効回答も若干含まれ、有効回答数は項目により異なっている。

図表7 医療施設種別・医療圏域別の本調査対象医療施設数
(2010年9月時点)

	安芸	中央	高幡	幡多	合計
病院	2	65	6	13	86
診療所	2	4	1	1	8
合計	4	69	7	14	94

調査票は「施設票」と「看護職票」の2種類により構成した。まず「施設票」は、①医療・介護別の療養病床数と入院患者数、平均在院日数、②医療区分、ADL区分、要介護度別の入院患者数、③医療区分のあり方、④療養病床転換についての現状や意向、⑤患者が適切なケアを受け、QOLを維持・向上する

ために必要なこと、⑥在宅生活への移行に際し重要なこと、⑦療養病床の役割（自由記述）、⑧介護療養病床の全廃方針への賛否とその理由（自由記述）などについて質問した。回答者は院長（医師）、看護師長、事務職員などである。

一方「看護職票」は、①看護職員（正看護師、准看護師）と介護職員（介護福祉士、ホームヘルパー等）の数と内訳、②職種ごとの職務内容（常時行うもの、必要に応じて行うもの）、③入院患者の医療区分別の入院必要の有無、④医療区分1に該当する患者の病状・様態、⑤④のうち「福祉施設や在宅で対応できる」とされた患者の今後の予定（退院後の予定など）、⑥⑤のうち退院後の予定が未定である場合の理由、⑦在宅ケアの課題（自由記述）などについて質問した。回答者は主として看護師長である。

3. 「施設票」調査結果の概要

(1) 病床区分・医療区分の現状

本調査の対象は高知県下における全療養病床であるが、調査実施時点（2010年9月）における療養病床を有する医療施設（以下、医療施設と称する）の総数および病床数、病床区分（医療療養病床または介護療養病床）などについて概観する。

調査実施時点において、高知県下には94の療養病床を有する医療施設があり、その内訳は病院が86、診療所が8であった。それらの医療圏域ごとに見ると以下の通りである。

このうち、本調査に回答し、調査票を返送した医療施設数は病院が26、診療所が2の合計28施設であり、本調査の回収率は29.8%であった。その内訳は以下の通りである（図表8, 9）。

図表8 医療施設種別・医療圏域別の本調査回答医療施設数
(2010年12月時点)

	安芸	中央	高幡	幡多	合計
病院	0	21	3	2	26
診療所	0	1	1	0	2
合計	0	22	4	2	28

(回収率 29.8%)

図表9 病床区分別の調査対象および回答医療施設数

	医療療養のみ	介護療養のみ	医療療養・介護療養	不明	合計
対象施設	35	6	46	7	94
回答施設	11	3	14	0	28

(2) 入院患者のADL区分・要介護度別の医療区分

本調査で回答のあった医療施設の入院患者の状態を医療区分とADL区分または要介護度別にみると、以下の通りである（図表10、図表11）。

図表10 入院患者のADL区分別の医療区分

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	合計
ADL区分3	101	251	140	492
ADL区分2	72	169	51	292
ADL区分1	102	77	23	202
合計	275	497	214	986

図表11 入院患者の要介護度別の医療区分

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	合計
要介護5	252	58	17	327
要介護4	107	4	5	116
要介護3	14	0	0	14
要介護2	2	0	0	2
要介護1	1	0	0	1
要支援2	0	0	0	0
要支援1	0	0	0	0
合計	376	62	22	460

ADL区分が用いられる医療療養病床では、医療区分2に該当する患者が全体の50.4%と約半数を占めており、そのうち50.5%がADL区分3であり、介護ニーズの高い患者の割合がもっとも多い。また、ADL区分別にみると、もっとも介護ニーズの高いADL区分3に該当する患者が全体の49.9%と約半数を占めており、そのうち51.0%が医療区分2に、28.5%が医療区分3に該当して

おり、介護ニーズの高い患者は医療ニーズも高いことがわかる。

次に、要介護度が用いられる介護療養病床についてみる。介護療養病床では、医療区分1に該当する患者がもっとも多く、全体の81.7%を占めており、そのうち67.0%が要介護5に、28.5%が要介護4に該当しており、介護ニーズの高い患者が9割以上を占めている。また、要介護度別にみると、もっとも介護ニーズの高い要介護5に該当する患者が全体の71.1%を、要介護4に該当する患者が25.2%を占めており、介護ニーズの高い患者が9割以上を占めている。このうち、医療ニーズの高い医療区分3に該当する患者は5.0%であり、医療区分1に該当する患者が81.0%を占める。

介護療養病床においては、医療療養病床に比べ、介護ニーズが高い患者の占める割合は高いものの、医療区分は低い患者の割合が高いことがわかる。

(3) 医療区分の問題点と改善策

① 医療区分の問題点

まず、現在の医療区分のあり方に問題があると思うかという設問に対する回答（有効回答数26、無回答数1）をみる（図表12）。有効回答のうち84.6%が「ある」と回答し、「なし」と「どちらでもない」と回答したのはそれぞれ7.7%であり、多くの医療施設で医療区分のあり方に問題があると考えられているといえる。

図表12 医療区分のあり方に問題があるか

	度数	割合
ある	22	84.6%
ない	2	7.7%
どちらでもない	2	7.7%
合計	26	100.0%

次に、医療区分のあり方に問題があるとした場合、その理由としてもっとも重要なものについての設問に対する回答（有効回答数22、非該当数3、無回答数2）をみる（図表13）。

図表13 医療区分の問題点 もっとも重要なもの

	度 数	割 合
医療区分2, 3に該当する病名数が少ない	5	22.7%
病名認定の条件が厳しい	5	22.7%
医療区分2, 3に認定される状態像が限られている	10	45.5%
状態像によっては算定期間に限りがある	1	4.5%
その他	1	4.5%
合計	22	100.0%

有効回答のうち、「医療区分2, 3に認定される状態像が限られている」という回答が45.5%ともっとも多く、「医療区分2, 3に該当する病名が少ない」、「病名認定の条件が厳しい」という回答がそれぞれ22.7%であった。なお、「その他」として回答された内容は「医療区分1に対する診療報酬を原価に見合うものにする」であった。

さらに、医療区分に問題がある理由として次に重要なものについての設問に対する回答（有効回答数21，非該当数3，無回答数3）をみてみる（図表14）。有効回答のうち、「状態像によっては算定期間に限りがある」という回答が42.9%ともっとも多く、「医療区分2, 3に認定される状態像が限られている」という回答が28.6%、「病名認定の条件が厳しい」という回答が23.8%を占めた。

図表14 医療区分の問題点 次に重要なもの

	度 数	割 合
医療区分2, 3に該当する病名数が少ない	1	4.8%
病名認定の条件が厳しい	5	23.8%
医療区分2, 3に認定される状態像が限られている	6	28.6%
状態像によっては算定期間に限りがある	9	42.9%
その他	0	0.0%
合計	21	100.0%

② 医療区分の改善策

ここでは、医療区分のあり方に問題が「ある」または「どちらでもない」と回答した場合、その改善策としてもっとも重要なものについての設問に対する

回答(有効回答数24, 非該当数1, 無回答数2)をみてる(図表15)。有効回答のうち、「医療区分2,3に該当する状態像を増やす」という回答が45.8%ともっとも多く、次いで「医療区分2,3に該当する病名数を増やす」が29.2%を占めた。なお、その他として回答された内容は「医療区分1の診療報酬を上げる」であった。

図表15 医療区分の改善策 もっとも重要なもの

	度数	割合
医療区分2,3に該当する病名数を増やす	7	29.2%
病名認定の条件を緩和する	2	8.3%
医療区分2,3に該当する状態像を増やす	11	45.8%
算定期間の制限をなくす	0	0.0%
医療区分そのものを廃止する	3	12.5%
その他	1	4.2%
合計	24	100.0%

さらに、改善策として次に重要なものについての設問に対する回答(有効回答数23, 非該当数1, 無回答数3)をみてる(図表16)。有効回答のうち、「算定期間の制限をなくす」という回答が47.8%ともっとも多く、次いで「病名認定の条件を緩和する」が30.4%を占めた。なお、「その他」として回答された内容は「ADL区分を廃止する」であった。

図表16 医療区分の改善策 次に重要なもの

	度数	割合
医療区分2,3に該当する病名数を増やす	0	0.0%
病名認定の条件を緩和する	7	30.4%
医療区分2,3に該当する状態像を増やす	3	13.0%
算定期間の制限をなくす	11	47.8%
医療区分そのものを廃止する	1	4.3%
その他	1	4.3%
合計	23	100.0%

③ 医療区分のあり方が問題となる事例

最後に、医療区分のあり方について、特に問題となる事例として自由記述方

式で回答された内容を紹介する。

- ・経管栄養(鼻カテーテル、胃ろう造設)を行っている方が区分1は納得できない。
- ・ガン患者で食欲がない状態で持続点滴をしている場合。
- ・全身状態が悪いが、家族の希望で何も医療措置は望んでいない場合。
- ・ストーマ管理(創リスク管理)はただ排便処理だけではなく、高次脳障害等ですべてスタッフが実施する患者。
- ・膀胱ろうでカテーテル留置、管理を行う場合など、病態像からは区分1にしかならないと想定されている。
- ・長期的に継続したDM血糖管理が必要な場合でも期日が決められている。区分の変更と継続性が複雑となり現場で混乱しかねない。また、評価規定に追われる。
- ・区分2, 3 該当病名以外で、医療費、看護介護の手間のかかる状態の人がいる。
- ・算定期間のある場合に該当となった場合、高齢者は設定されている期間内に改善をするようなレスポンスはなく、治療を引きずり長引く場合が多くある。結果的に持ち出し治療となり医療機関の負担要因となる。ただでさえ療養病床といえど医療の現場は多忙、にもかかわらず医療区分評価票を毎日記録しなければならないなど、このような煩雑なことは廃止してほしい。医療区分を設けることで結果的にその影響を受け損益を被るのは国民である。当該区分は即刻廃止すべし。
- ・医療区分1の点数アップをすれば特に他を改めなくてもOK。
- ・状態が安定せず持続点滴が必要であるのに算定期間に制限がある。
- ・パーキンソン病の患者さんでADL区分の低い場合、ケアに要する時間は延長されるが医療区分は下がってしまう。
- ・専門性の高い疾患や特殊な状態に対応できておらず、要医療度が高いにもかかわらず、医療区分1となってしまうリスクがある。
- ・摂食障害のあるDM患者のインシュリン療法。
- ・区分そのものの定義がわかりにくい。

(4) 病床転換についての意向と現状

現在の療養病床を他の病床に転換する意向についての回答（有効回答数26，無回答数1）をみると（図表17），「以前から希望していない（希望していなかった）」という回答が76.9%を占め，「以前から希望している（希望していた）」と回答した割合は0%であった。

図表17 療養病床の転換に関する意向

	度数	割合
以前から希望している（希望していた）	0	0.0%
以前から希望していない（希望していなかった）	20	76.9%
どちらでもない	6	23.1%
合計	26	100.0%

一方，病床転換の現状についての回答（有効回答数26，無回答数1）をみると（図表18），「すでに転換した」，「転換日程を決定した」，「いつでも転換可能だが，現時点では日程決定を保留している」という回答がそれぞれ3.8%である一方，「転換しない」が38.5%，「転換するかしないか未定である」が50.0%を占めた。

図表18 療養病床の転換に関する現状

	度数	割合
すでに転換した	1	3.8%
転換日程を決定した	1	3.8%
いつでも転換可能だが，現時点では日程決定を保留している	1	3.8%
転換準備を進めている	0	0.0%
転換しない	10	38.5%
転換するかしないか未定である	13	50.0%
合計	26	100.0%

さらに，病床転換が現状のようにになっている理由について，自由記述方式で得られた回答を以下に紹介する。

- ・介護病床を期限まで行いたい。そのあとは医療病床へ転換する（施設，職員

配置が現行のままなので)。

- ・医療の療養病床は必ず必要である。一般病床（急性期含む）でもなく、また介護施設でもない中間的な患者さんがいる。
- ・事業の継続を考えると、転換して経営が成り立つかどうか。
- ・慢性期病院でありながら、地域民間で唯一、呼吸器装着患者の受け入れをしているなど、現状の病態患者の管理が手いっぱいとなっている。職員配置基準には問題なく、介護施設に一部変換したとして（医療型老健）、現在入院中の患者の振り分けは難しい、また介護報酬の減少等々は施設運営に影響を及ぼしかねない。
- ・急性期病床の必要性が増してきたことにある。
- ・コストがかかり、収入減となるから。
- ・有床診療所レベルで新型老人保健施設への転換は制度設計として無理。転換するとすれば医療療養型へ戻るか、一般病床しかない。介護施設への転換はできない。加えて厚労省は介護療養病床廃止の延期に言及しているため動けない。
- ・診療、介護報酬等、経営に不安。医療行政の在り方、介護、政局、先行き見えない。
- ・政府の方針が、これまで朝令暮改のごとく変化したため様子見状態でした。また、経営見直しからも性急な転換は得策ではないと判断している。
- ・当院は神経難病やそれに準ずる患者の入院がほとんどであり、医療区分2、3に該当するため、診療報酬の点からすれば、医療療養病床が有利である。また、もう1つの特殊疾患病棟との患者の移動により医療区分や各種加算もある程度調整できる。
- ・介護施設への転換は当初から念頭に置いていなかった。方向としては病院として存続させ、病床数の削減を指向している。ただし、未確認部分を含むので、アンケート回答には「未定」と答えてきた。療養病床の点数は急激に低く抑えられており、このままでは経営上の問題を残したままであることも「未定」の中を含む。
- ・急性期病院における平均在院日数の短縮化により、急性期病院での治療後の

重度患者の受け入れが多くなっており、療養病床の需要はますます大きくなってきている。経営上の都合。

- ・ 転換準備を進めていたが、国の方針で、介護療養病床の廃止が凍結する見込みが感じられるため、転換を見送った。医療難民を作らないため、病床数を守りたい。
- ・ 医療療養病床としてのニーズがある。休床一般病床を老健に転換している（17床）。安全を考えた施設の運営上、入院患者の対応には医療対応が必要か、いずれ必要になる方がほとんどで、専門職（医療）の配置が必須となるため、医療療養病床から老健などへの転換は考えられない。
- ・ 職員配置、診療報酬上のメリットはほとんどないが精神科病院の合併症等治療に必要な病棟である。

(5) 介護療養病床の全廃方針に対する考え

介護療養病床の全廃方針に対する賛否についての回答（有効回答数24、無回答数3）をみると（図表19）、「反対」という回答が83.3%、「どちらでもない」が16.7%である一方、「賛成」と回答した割合は0%であった。

図表19 介護療養病床の全廃について

	度数	割合
賛成	0	0.0%
反対	20	83.3%
どちらでもない	4	16.7%
合計	24	100.0%

次に、その理由として自由記述方式で得られた回答を以下に紹介する。

- ・ 要介護4、5の方は病気にかかりやすく、十分な介護をしないと、呼吸器系の病気をおこしやすい（誤嚥性肺炎、他）。
- ・ すべてが介護の施設では看護師のボリュームが少なく、医療依存度の高い人のケアが十分ではなくなる恐れがある。
- ・ 老人介護および核家族で自宅での生活維持不可能な重度障害者の安住の場がなくなる。要介護度2～3の人が入所できる基準と報酬の見直し。

- ・全廃の意義が不明瞭。
- ・介護難民が多く生まれるから。
- ・介護保険創設からわずか11年で全廃方針となり、老健施設、或いは老人ホーム、在宅への移行を余儀なくされます。根本にあるのは、制度運営、継続のための削減策であると思えません。
- ・全廃された場合、患者様の行き場所がなくなる。福祉施設等を増やすことが重要と考える。また、費用面でも低額で年金生活者も入所できる施設を増やすことをしなければ、全廃した場合、在宅にも帰れず医療機関の対応も困難となる。
- ・転換後の運営が見えてくるまで「どちらでもない」。
- ・医療を受けながら療養できる介護療養病床は、御家族より「安心感がある」という声を多く聞きます。在宅復帰には、御家族の協力が必要であり、社会支援サービスだけでは生活は現実的に困難です。患者をとりまく家庭環境、家族の高齢化、さまざまな理由で在宅療養に移行できない方が多く入院されています。また、高齢、重介護で何らかの医学的フォローが必要であり、看取りまでの対応が必要な患者が増加しています。この現状から、患者・御家族が安心して療養が継続できる介護療養病床は、存続していただきたいと強く思います。介護病床では、平等な契約、ケアプランの透明性、対話、尊厳、信頼などが大切にされています。より理想的な形として、育成し整備することが大切ではないでしょうか。
- ・現状では反対。後継体制をどうするかについての明確な説明がないまま廃止が決定されたから。サービス利用者・提供者双方の意見を踏まえた、もっと丁寧な議論の上に政策決定を行うべきである。
- ・介護病棟へ入院している医療を必要としている方が多い。金額が少し高いからと言って全廃するのはおかしい!!
- ・さまざまな医療処置が必要な要介護度の高い患者は介護施設での対応が人的にも経営的にも困難であるため。
- ・質問11への回答と重なる理由となる。「介護療養病床」という名称やシステムはともかく、介護療養病床的な仕組みは必要性を増してくると思われるの

で、反対という答えになる。

- ・介護療養型医療施設の果たしている役割から見ても全廃については再検討してほしい。現状の老健施設とは、医療機能に大きな差がある。特に高度な認知症で身体合併症の患者さんや意識障害の重い患者さんなど行き場がなくなる。
- ・介護療養病床は、継続的な医療処置を必要とするため、在宅医療が困難であり、介護老人福祉施設や有料老人ホームへの入所を拒否させるような利用者が多数を占めている。介護療養病床が廃止となれば、医療療養病床又は介護療養型老人保健施設等への転換をせざるを得ないが、昨年度の看護報酬改定においても、重度療養管理加算が廃止となり大幅な減収となったため、次回介護報酬改定において見直しがなければ、現状の利用者を継続して受け入れるとなると、ベッド数の削減を含めて一般や亜急性、緩和ケア等への転換も配慮しなければならない。そうすると、今後も増え続けるであろう重度の要介護者（経管栄養や痰吸引、インシュリン療法等）の受け入れがますます困難となるため廃止は反対である。
- ・受け入れ先不足。
- ・現在入院中の患者の行き先がなくなる。
- ・今後は団塊の世代の高齢化が進みその方たちを診る病床が要ると思うので。

(6) 療養病床の役割

また、療養病床が今後担う役割について、自由記述方式で得られた回答を以下に紹介する。

- ・診療報酬の増額で介護職員の安定した雇用で患者の療養を充実させたい。一般病床からの患者の受け入れが直接在宅となると困難をきたす。胃ろう、経鼻チューブ、留置カテーテル(尿)は家庭では難しいと思われます。
- ・術後、骨折後のリハビリが必要な患者（山間地域のため通院できない患者）が多い。急性期後、在宅・施設では厳しい患者さんの受け皿が必要。
- ・長期的な療養が必要な場合、家庭内に主介護者を導入しなければ在宅での生活は成り立っていない。現在では昼も夜も交代なしで家族が頑張っているから成り立っている。療養病床への入院患者の家族は、自分が世話をできる

いことを申し訳なく思っており、病院職員に退院の声をかけられることから逃げ出そうという雰囲気がある。IVHであったり胃ろう管理であったり医療依存度の高い療養者のケアは超高齢期を迎えハードルが高くなっている。安心にケアが受けられること＝療養病床との構図が見える。

- ・ 亜急性期の病態患者を受け入れ、高度な医療を民間病院が実践している。地域連帯を推進しながら、安心に治療療養継続できるサポート。在宅支援に関しては、専従スタッフによるかかわりを通して地域と共働可能を心がけている。
- ・ 空き病床がないことを理由に、救急患者が（ICV、CCVなど高度管理病床を除く）いわゆる「たらい回し」にならないように、急性期病床のバックベッドの機能を担うことや、難病や障害者の在宅療養困難時のバックベッドの機能も併せ持ち、ショートステイ的利用～中期・長期の療養を支えることが効果的にできる役割が担えるように、制度設計をする必要があると思う。
- ・ 療養病床は、現在、医療と介護のケアミックスとして機能していると考えられる。また、年々、重度の要介護者（要介護4～5）が増えており、介護施設での対応には無理がある。加えて、急性期医療の受け皿としての役割も大であり、なくなった場合、患者の安心安全が損なわれる。そして団塊の世代が今後高齢化すればますます必要である。
- ・ 社会的入院の排除を進めることは、重要と思われませんが、地域性等もあり医療区分1該当の長期入院患者が相当数であるという現状です。在宅や施設へ向けて退院促進することの評価もありますが、算定は不可能に近い状況です。療養病床の今後の役割とは…現状からの転向は難しいのではないかと考えます。
- ・ 在宅復帰も介護施設にも入所できない患者様が多く、医療面でも打ち切ることでもできない現状であり大きな問題である。やはり医療と介護の中間の役割を維持する病院が必要であると考えます。
- ・ 病院の機能分化が進められるようになり、より医療依存度の高い患者の受け入れが求められています。医学的管理下で、ADL全般の支援に関わりつつ、次の生活の場へ移行させていく役割を担っている病床だと思いますが、要医療・重介護患者が多く、その行き場がない現状を考えた時、高齢者の医療施設として機能していくべきだと思います。

- ・医学的管理が高い人の在宅療養の支援を行える機能、役割をもっと持てるようにする事が大切。現状では、入院患者が常に満床の状態であり、在宅でショートを行うには医学的管理が高く、急性期の病棟に入るには大きな変化がない事が多く、ショートの利用できないものがないことが介護者にとって負担を多くしているのではないかと感じるどころあり。また、後方施設の充実を図らなければ、病床の回転は難しく、長期化がますます進むと考える。
- ・更に要医療度の高い患者を受け入れ、一般病床に近い職員配置での対応が望まれる。
- ・高齢化社会を否定するような政策は、極めて非現実的かつ将来展望に欠けている。人は老いると“総合的に”衰えてゆくもので、医療と介護、そして在宅か施設かという細分化行政には無理がある。何がなんでも在宅へという発想も社会のあり方、家族のあり方とその現状を度外視しており方向づけに無理がある。したがって、“療養的”な病床の役割は社会の安定した国の出現には欠かせないものとますますなってくると思われる。
- ・病状よりも医療処置の有無で判断されていたり、現在の慢性期病床での患者像に十分な対応できていない。医療区分1でも入院の必要性がない訳ではないが、経営上医療区分の高い患者が多くなっている。療養病床がなければ急性期医療は成り立たない。急性期病院の治療を引き継ぎ、救急難民を防ぎ、医療と介護が一体となった機能を維持していく。在宅医療の中心となるべきである（在宅療養支援病院）。
- ・治療が必要な患者は、病院で治療・入院できるが老人等を診る施設が不足しているので療養病床は必要と考えます。

(7) ケアのあり方

最後に、患者の適切なケアとQOLの維持・向上のために最も重要なことについての回答(有効回答数27)をみると(図表20)、有効回答のうち「診療報酬・介護報酬の見直し」という回答が33.3%ともっとも多い。次いで「医療区分の廃止・見直し」が18.5%、「施設基準・職員配置基準の見直し」、「職員の専門性の向上」がそれぞれ14.8%であった。

図表20 患者のQOLの維持・向上のために最も重要なこと

	度数	割合
医療区分の廃止・見直し	5	18.5%
診療報酬・介護報酬の見直し	9	33.3%
施設基準・職員配置基準の見直し	4	14.8%
職員の確保	1	3.7%
職員の専門性の向上	4	14.8%
福祉施設の充実	3	11.1%
在宅ケアの充実	1	3.7%
合計	27	100.0%

さらに、次に重要なものについての回答（有効回答数27）をみてる（図表21）。有効回答のうち「診療報酬・介護報酬の見直し」という回答が48.1%と、ここでも最も多くなっている。このことから「診療報酬・介護報酬の見直し」の必要性が非常に強く認識されているといえる。次いで「医療区分の廃止・見直し」、「職員の確保」、「職員の専門性の向上」がそれぞれ11.1%であった。なお、「その他」として回答された内容は「ケアの質に対する診療報酬上の適切な評価」であった。

図表21 患者のQOLの維持・向上のために次に重要なこと

	度数	割合
医療区分の廃止・見直し	3	11.1%
診療報酬・介護報酬の見直し	13	48.1%
施設基準・職員配置基準の見直し	2	7.4%
職員の確保	3	11.1%
職員の専門性の向上	3	11.1%
福祉施設の充実	1	3.7%
在宅ケアの充実	1	3.7%
その他	1	3.7%
合計	27	100.0%

4. 「看護職票」調査結果の概要

(1) 病床の区分および規模

「施設票」と同様に、本調査の対象は高知県下における全療養病床であり、

その医療施設種別、医療圏域別の概観は前節ですでに述べられているとおりである。

本調査に回答し、返送された調査票の病床区分別の内訳は次のとおりであった（図表22）。

図表22 病床区分別の調査対象および回答医療施設数

	医療療養のみ	介護療養のみ	医療療養・介護療養	不明	合計
対象施設	35	6	46	7	94
回答施設	9	3	15*	0	27
回答率 (対象施設数に対する 回答施設数の割合%)	25.7	50.0	32.6	0.0	28.7

*医療療養病床、介護療養病床を分けて回答した施設はこのうち7施設であった。残りの8施設については医療と介護の区別なくまとめた回答であった。

- ① 医療療養病床のみをもつ施設…9
- ② 介護療養病床のみをもつ施設…3
- ③ 医療と介護の病床をもち、病床の区分別に回答した施設…7
- ④ 医療と介護の病床をもつが、病床の区分なくまとめて回答した施設…8

すなわち、医療療養病床については16(=9+7)施設から、介護療養病床については10(=3+7)施設から回答が寄せられ、両者の区別ができない回答として8施設があった。

この回答率について、介護療養病床は高知県内に6施設のみであり母数そのものが小さいとはいえ、その回答率50%は際立って高い数字といえるのではないだろうか。介護療養病床のみをもつ医療施設の病床転換問題への意識の高さを表わしているかもしれない。

また、医療圏域別の本調査回答医療施設数は次のとおりである（図表23）。

図表23 医療圏域別の本調査回答医療施設数（2010年12月時点）

	安芸	中央	高幡	幡多	合計
対象施設	4	69	7	14	94
回答施設	0	21	2	4	27
回答率	0.0	30.4	28.6	28.6	28.7

次に、病床規模別にみると次のとおりであった（図表24）。比較的規模の小さい医療施設の割合が高い。ただし、先にも述べたとおり、医療療養と介護療養をともにもつ医療施設においては、その両者を分けて回答しているものと、両者をまとめて回答しているものがある点に注意が必要である。

図表24 病床規模別の本調査回答医療施設数

病床数	～49	50～99	100～149	150～199	200～	無回答	合計
施設数	17	11	2	3	0	1	34

(2) 看護職者および看護補助者の配置状況

療養病床においては看護師および准看護師のほかに、看護補助者なるスタッフが人員配置基準において定められている。

① 看護師1名に対する患者数

まず、看護職者（正看護師及び准看護師）1名に対する入院患者数を見てみる（図表25）。人員配置基準上は、医療療養病床では5：1、介護療養病床では6：1である。その基準を超えて看護師数が不足している状態になっている施設は2つあった。一方で、その他の施設においては概してスタッフの配置が基準より高くなっており、3未満という施設も11あり、全体の3分の1ほどにものぼった。

図表25 看護職者1人に対する入院患者数

	2未満	2～3未満	3～4未満	4～5未満	5～6未満	6～7未満	不明	合計
施設数	4	7	11	8	1	1	1	34

② 看護職に占める正看護師の割合

続いて看護職者のうちの正看護師と准看護師の内訳を尋ねた。看護職者のうちの正看護師の割合(%)を計算し、それを20%ごとに区分し、それぞれにあてはまる医療施設数を図表にしたのが図表26、27である。日本国内において2010年現在で就業している看護師数が約95万3千人、准看護師数が約36万8千人で

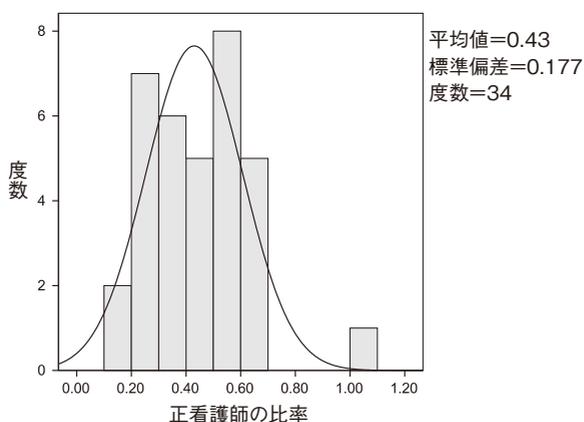
ある（「平成22年衛生行政報告例（就業医療関係者）結果の概況」より）という事実と比べると、分布がやや低くなっている。

図表26 看護職者のうちの正看護師の割合％別の医療施設数

	20%以下	～40%	～60%	～80%	～100%	合計
施設数	2	13	13	5	1*	34

*この「1」は100%正看護師の医療施設であった。

図表27 看護職者のうちの正看護師の割合（％）



③ 看護補助者の資格

医療法施行規則において療養病床では看護師のほかに看護補助者というスタッフについての配置基準が設けられている。看護補助者には何らの資格も必要とされていないのだが、実際には介護に関わる資格をもっている場合が多い。そこで、看護補助者が持っている資格について、介護福祉士、ホームヘルパー、その他の資格、無資格に分類し、それぞれの人数を尋ねた。各有（無）資格者が全看護補助者に占める割合（％）を医療施設ごとに計算した（図表28）。これをグラフで示したのが図表29、30、31である。医療の現場においても介護福祉士やホームヘルパーといった介護に関わる資格を持つ者の果たす役割の大きさがわかる。

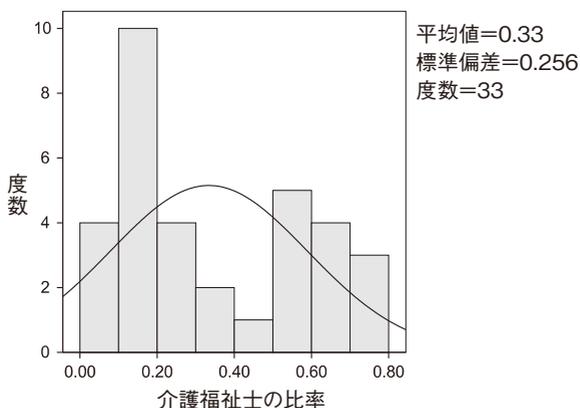
図表28 看護補助者に占める有資格者の割合%別の医療施設数

		20%以下	～40%	～60%	～80%	～100%	合計
医療施設数	介護福祉士	14 (4) ^{*1}	6	6	7	0	33
	ホームヘルパー	8 (4) ^{*1}	10	7	2	6 (2) ^{*2}	33
	無資格	21 (11) ^{*1}	2	4	3	3	33

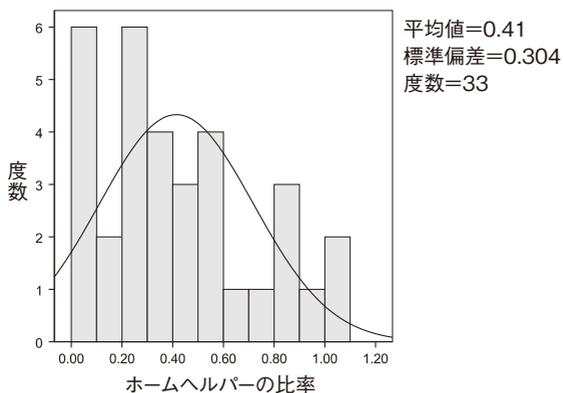
*1 括弧()内の数字は0%のものの内数。

*2 括弧()内の数字は100%のものの内数。

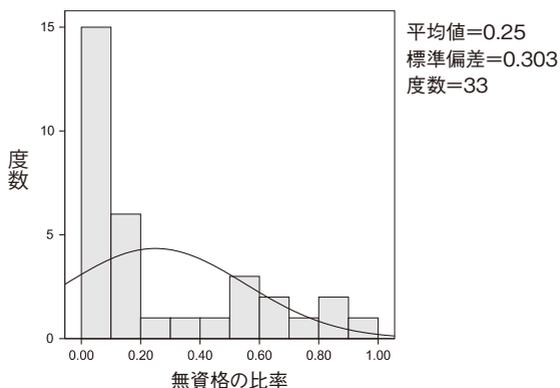
図表29 看護補助者に占める介護福祉士の割合 (%)



図表30 看護補助者に占めるホームヘルパーの割合 (%)



図表31 看護補助者に占める無資格者の割合 (%)

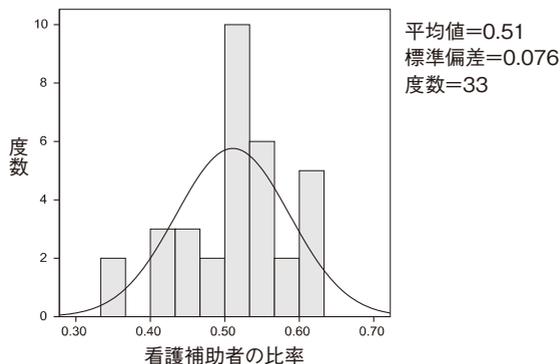


看護補助者に関する項のまとめとして、看護に携わる者（看護師および看護補助者）全体に占める看護補助者の割合をみておく（図表32, 33）。看護補助者が50%未満である医療施設数は10、50%以上であるのは23であった。医療法施行規則における人員配置基準では、看護職者、看護補助者の患者数に対する比率は同じ基準となっていることを考えると、看護補助者の多さがやや目立つよう見受けられる。

図表32 看護に携わる者全体に占める看護補助者の割合 (%)

	～40%未満	～50%未満	～60%未満	60%以上	合計
医療施設数	2	8	18	5	33

図表33 看護に携わる者全体に占める看護補助者の割合 (%)



(3) 看護に携わる者の業務

すでに見てきたように療養病床において看護に携わる者には正看護師、准看護師、看護補助者がいるが、それらの業務分担はどのようになっているだろうか。看護に携わる者が業務として行う行為を26項目挙げ、各々について「常時行っている」「必要に応じて行っている」「行っていない」に分けて回答してもらった結果をまとめたものが図表34である。

現在、「医行為」を介護職者が行うことの是非についてさまざまに議論されている。家庭であれば家族が担っている行為を介護職者が利用者に対して行うことの是非についてはここでは踏み込まず、今回の調査結果から実際に療養病床の現場で行われていることについて取り上げたい。「3. 経管栄養」、「9. 浣腸・排便」、「22. 傷の処置」、「23. パルスオキシメーターの装着」、「24. 経口・経皮・外用薬の与薬」、「25. 痰の吸引」、「26. 胃ろうの処置」などが「医行為」に含まれるものといえるが、これらの行為についても程度の差こそあれ、一定程度は看護補助者が行っていることが明らかとなった。

また、正看護師と准看護師での業務分担については、あまり明確な差異がみられなかったものの、移動に関わる「11. 車いすでの移送」、「12. ストレッチャーでの移送」、「13. 歩行・移動の介助」をはじめ、「2. 水分補給」、「4. 経管栄養の補助」、「22. 傷の処置」などといった項目で比較的に大きな違いが見受けられる。さらに、個票レベルでは、役割分担のあるものとまったく違うのなものが明確に分かれていたことを付記する。

(4) 医療区分ごとの望ましいケア

現在の入院患者のうちで、療養病床での引き続きの入院が必要な患者と、福祉施設または在宅への移行が望ましい患者に分けてその人数について質問した。その結果が図表35である。引き続き入院が必要な患者の割合は、医療区分1では73.9%、医療区分2では80.9%、医療区分3では90.5%となっている。

図表34 看護に携わる者の業務分担

	正看護師			准看護師			看護補助者		
	常時行っている	必要に応じて	行っていない	常時行っている	必要に応じて	行っていない	常時行っている	必要に応じて	行っていない
1. 食事介助	94.1	2.9	2.9	97	3	0	100	0	0
2. 水分補給	85.3	11.8	2.9	93.9	6.1	0	88.2	5.9	5.9
3. 経管栄養	88.2	2.9	8.8	93.9	6.1	0	2.9	97.1	0
4. 経管栄養の補助	64.7	5.9	29.4	72.7	6.1	21.2	32.4	11.8	55.9
5. トイレなどでの排泄介助	64.7	35.3	0	63.6	36.4	0	94.1	5.9	0
6. オムツ交換	70.6	29.4	0	72.4	24.2	3	100	0	0
7. 膀胱内留置カテーテル	91.2	8.8	0	87.9	12.1	0	0	0	100
8. 一時的導尿	73.5	26.5	0	75.8	21.2	3	0	0	100
9. 浣腸・摘便	76.5	23.5	0	81.8	18.2	0	0	5.9	94.1
10. 体位変換	85.3	14.7	0	84.8	15.2	0	97.1	0	2.9
11. 車いすでの移送	64.7	35.3	0	75.8	24.2	0	94.1	5.9	0
12. ストレッチャーでの移送	64.7	35.3	0	72.7	27.3	0	76.5	11.8	11.8
13. 歩行・移動の介助	61.8	35.3	2.9	66.7	30.3	3	82.8	8.8	8.8
14. 関節可動域訓練	11.8	32.4	55.9	12.1	33.3	54.5	0	0	100
15. 入浴介助	67.6	23.5	2.9	69.7	27.3	3	100	0	0
16. 清拭	52.9	47.1	0	54.5	45.5	0	100	0	0
17. 洗髪	47.1	32.4	20.6	48.5	36.4	15.2	97.1	0	2.9
18. 口腔ケア	97.1	2.9	0	93.9	3	3	82.4	0	17.6
19. 衣服の着脱	61.8	35.3	2.9	63.6	33.3	3	94.1	2.9	2.9
20. 体温測定	100	0	0	97	3	0	5.9	35.3	58.8
21. 血圧測定	97.1	2.9	0	93.9	3	3	0	11.8	88.2
22. 傷の処置	97.1	2.9	0	90.9	6.1	3	0	2.9	97.1
23. パルスオキシメーターの装着	88.2	11.8	0	87.9	9.1	3	0	5.9	94.1
24. 経口・経皮・外用薬の与薬	94.1	5.9	0	97	3	0	17.6	35.3	47.1
25. 痰の吸引	97.1	2.9	0	93.9	6.1	0	2.9	8.8	88.2
26. 胃ろうの処置	82.4	5.8	11.8	81.8	6.1	12.1	0	2.9	97.1

図表35 医療区分ごとの望ましいケア

	度数	割合(%)
医療区分1：引き続き入院	534	73.9
医療区分1：在宅などへ移行	189	26.1
医療区分2：引き続き入院	463	80.9
医療区分2：在宅などへ移行	109	19.1
医療区分3：引き続き入院	229	90.5
医療区分3：在宅などへ移行	24	9.5

(5) 医療区分1の患者の状況

① 医療区分1の患者の状況

前項において、医療区分1でも7割強の患者が引き続き入院が必要との結果であったが、次に、それらの患者の状況について質問した(図表36)。

図表36 医療区分1の患者の状況

	度数	割合(%)
病状が不安定で、常時医学的管理を要する	80	11.2
病状は安定しているが、容態の急変が起りやすい	148	20.8
容態急変の可能性は低いが、一定の医学的管理を要する	255	35.8
容態急変の可能性は低く、福祉施設や在宅で対応できる	229	32.2
その他	0	0
合計	712	100

図表35において、医療区分1の患者のうちで在宅への移行が望ましい者は189人、26.1%であったのに対し、図表36にあるとおり、現在の状態像から福祉施設や在宅で対応可能と判断される者は229人、32.2%にのぼる。このことから、医療区分1の患者のなかには、入院による医療的ケアは必要でなく在宅等への移行は可能ではあるとしても、実際に移動すること望ましくはないと判断される者がおよそ6%(40人)存在すると読み取ることができる。「望ましさ」の課題については在宅へ移ったあとのケアの質が担保されていないことなどが挙げられるだろうが、そのあたりについては後ほどの自由記述のなかに明確に述べられているので、そちらを参照されたい。

図表37 福祉施設や在宅で対応できる患者の行き先

	度 数	割合 (%)
医療療養病床	0	0
介護療養病床	2	0.8
介護老人保健施設	6	2.5
介護療養型老人保健施設	0	0.0
介護老人福祉施設	38	16.0
有料老人ホーム	1	0.4
軽費老人ホーム	0	0.0
グループホーム	3	1.3
在宅療養	37	15.6
行き先が決まっていない	143	60.3
その他	7	3.0
合計	237	100

② 「福祉施設や在宅で対応できる」患者の行き先

さらに、福祉施設や在宅で対応可能と判断される入院患者について、それらの患者の行き先がすでに決まっているか、決まっているとすればどこへかについて質問した。その結果が図表37である。「未定」が60.3%、「介護老人福祉施設」が16.0%、「在宅療養」が15.6%、「介護老人保健施設」が2.5%、「グループホーム」が1.3%、「介護療養病床」が0.8%などとなっている。「未定」の多さが際立っているが、それは療養病床の行く末が不透明であることが大きな理由となっているだろう。

③ 「行き先が決まっていない」理由

さらに、「福祉施設や在宅で対応できる」とされながら行き先がまだ決まっていない患者について、その理由を質問した結果、次のとおりとなった（図表38）。

「家族の反対がある」が40.3%、「独居または高齢者世帯で、在宅に看護・介護力がない」が31.3%、「施設入所の待機者が多くて、すぐには入所できない」が7.6%、「本人が望まない」が6.9%などとなっている。福祉施設や在宅への移行を家族が反対するのは、もちろん療養病床にいれば医療的ケアが充実してい

るので安心できるというも大きいだろうが、逆から言えば在宅に帰ったあとの医療、介護のケアが十分に確保できないという不安によるものであろう。「独居または高齢者世帯で、在宅に看護・介護力がない」、「施設入所の待機者が多くて、すぐには入所できない」、さらには「地域における看護・介護サービスが不十分である」などといった理由も含め、これらはすべて社会的な資源の不足によるものといえるだろう。

図表38 行き先がまだ決まっていない理由

	度数	割合(%)
施設入所の待機者が多くて、すぐには入所できない	11	7.6
近隣に適切な入所施設がない	1	0.7
患者の病状のために、施設等が受け入れてくれない	2	1.4
独居または高齢者世帯で、在宅に看護・介護力がない	45	31.3
地域における看護・介護サービスが不十分である	7	4.9
住環境の問題で、在宅は困難	7	4.9
家族の反対がある	58	40.3
本人が望まない	10	6.9
その他	3	2.1
合計	144	100

(6) 「在宅」医療・介護の現状、問題点、課題

現在、「在宅」医療や「在宅」介護が重要視されているが、その現状や課題・問題点についてどのように考えているか、自由記述で尋ねた。その結果得られた回答を以下にそのまま列挙して紹介する。

- ・在宅介護は家族の負担が大きく現状では難しい。介護疲れが来ると思う。それぞれの家族の方(面倒をみる方)が仕事しており、日常的に介護ができない。
- ・独居・老人介護世帯が多い中、家族の理解や協力が必要、また介護家族への支援・サービスの充実、訪問看護・診療、訪問介護等、医療・福祉の連携と信頼関係が構築されていないと困難である。
- ・家庭内介護力の確保が困難。独居の方が多い。配食サービスがない(須崎では)。
- ・都市部を中心に医療も介護も考えられており、中山間へき地の施設・人のそ

れら資源の少ない地域も同じ基準で運営を求められ、資源が少ない分都市部に比べ余剰なエネルギーを使わざるを得ない。都市部、へき地に限らず、独居・老老介護・認知症高齢者等の増加に応じていけるだけの人的資源も施設も足りない（施設：収容を目的としたものではなく、在宅という観点から近所およびシュート利用の施設）。介護保険は、その理念が社会全体で支えるとしているが「在宅」に継げるといことは家族の介護力に依存することであり、家族介護力の低いまたはないところへ継げられるわけがなく、在宅は家族というキーパーソンなどに展開できるものではない。家族の負担軽減となるレスパイトケアが充実され負担減を保障することが重要。へき地には医師はなかなか来ない、最低でも5年くらいの期間はその地域で生活しないと1～2年で仕方なく赴任させられころころ変わるので地域医療は安定しない。ほぼ24時間、365日拘束されるに近い中山間へき地へ行こうと思う人材は少ないでしょう。地域へき地の医療を支援する体制作り（医師が研修に行ける、学会に行ける、休めるなど）。医療：学生の時点から生活にも目を向ける教育が必要。介護：人生の生活設計につながる収入を保障すること。介護保険は不正防止は理解できるが記録類があまりに多すぎる（サービス残業につながる要因）。景気が回復すれば介護から人は去るかも。

- ・在宅療養の場合、主介護者のマンパワー不足や、糖尿病などの場合はインスリン注射の医療行為に対する知識・技術の不安などが挙げられる。施設入所の場合では、経済的な理由での入所困難な事例や、家族の方々がケアするのに交通の便など個々の問題がある。また、現在は施設ではインスリン注射、血糖測定内服管理などは利用者に任されているため認知症のある方では、セルフケアは十分とはいえない。
- ・社会福祉施設等、療養を重視した生活をしていける施設を十分整備して頂きたい。入所できない方が多くて、新しい利用者の受け入れができていく状態である。
- ・キーパーソンが、夫や妻から子供や孫になっている患者も多く、仕事を持ち、小さな子供をかかえていたりすると、すぐの対応が困難。住宅環境（改修が必要であるが、持ち家でないケースが多い）。経済的問題。家族の精神面

フォローが不十分。家族の理解、協力が必要（上記理由により、なかなか協力が得られない）。家族を含めたフォローが重要だと思うので関わっている多職種間と連携し、疲弊させない対応が必要と感じる。

- ・独居または、高齢者夫婦の世帯、共働きの世帯等の理由で十分な介護等が望めない事が在宅へつながる事のできない大きな理由の一つと言えます。
- ・本人の気持ち、家族の思いに添えるような介護ができればよいと思うが、現状では介護者の本人の問題等で、ほとんどの患者様は退院することはないです。ADLが上がり、受け入れる施設がなく何年も待っているうちに、またADLが下がり寝たきり状態になるケースもあります。
- ・在宅介護で十分可能であると判断された患者様でも、家族に在宅介護の話をする、介護力の問題や、安心出来ない等の理由から拒否される。また、施設入所の手続きを促そうとすると金銭的な面から拒否されるといった現状である。
- ・当病棟で受け入れた患者で、無理な在宅看護が行われていたと思われる症例が数例ありました。栄養低下に伴う褥瘡の多発、四肢拘縮など。十分な準備と配慮の上で実施される在宅医療介護であるべき。（介護）自宅療養を希望していた患者様も、病院に慣れることにより、楽な生活になり、独居での生活を望まなくなる傾向がある。家族の思いも同じように変化していく傾向にある。反面、ショートステイを利用しながら、要介護5の患者様を在宅で介護されている家族もいらっしゃり、両者のギャップが大きい。在宅での看護はハード、ソフト両面がクリアできないと困難なことが多いと思うが、一番大切にしなければならないのは、ご本人、家族の“思い”だと思う。その真の“思い”を聴き出せるような援助者になりたいと思う。
- ・経済的事情により、選択肢が狭められ、ふさわしい施設に入所できない。介護する側（家族）の精神的負担へのサポート
- ・施設入所待ち期間が長すぎます。また、入所までのつなぎの施設もなく、家族も入所まで入院していられると思っているようです。その家族の考え方も少しずつ修正が必要だと感じます。
- ・在宅での受け入れ態勢が整備されていなし。24時間365日対応できる環境が

必要。医療区分2, 3の患者でも在宅での受け入れ態勢が整えば在宅へ移行できる方がいるが、現在では困難。今後の超高齢化社会へ向けての課題だと考える。

- ・当病棟は精神科病院の中の療養病棟であるためか、入院患者は軽度の精神症状か認知症を伴う方が多く、現在入院中の方は在宅での医療・介護の困難な方がほとんどである。

5. まとめ

以上みてきたものは本調査結果の一部ではあるが、療養病床の現状における様々な問題点が浮かびあがった。先述したように、2008年度の診療報酬の改定により、医療療養病床の入院患者に医療必要度を測る「医療区分」と介護必要度を測る「ADL区分」が導入され、それぞれの区分を組み合わせることで患者を分類することとなった。それぞれを1～3に区分し、計9区分に応じて入院基本料などの診療報酬を差別化することで、医療必要性が低いとされる患者の退院を促進しようとするものである。

高知県が策定した「第1期 高知県医療費適正化計画（平成20年度～平成24年度）」において、「医療の効率的な提供の推進に関する達成目標」として、療養病床に関する具体的な数値目標が掲げられた。すなわち、医療療養病床を、回復期リハビリテーション141床を含めた3,082床以下というものである。具体的には、介護療養病床のうち医療区分3に相当する病床数は医療療養病床に転換し、医療区分2に該当する入院患者の約3割は老人保健施設で対応が可能としたうえで、医療区分1に相当する病床数とあわせて老人保健施設に転換し、医療区分2の7割に相当する病床数は医療療養病床に転換する、という基準で算定されている³。

これに関連し、本調査においては、特に患者の区分に用いられる医療区分について、回答施設の84.6%がそのあり方そのものに問題があると考えていることが分かった。医療区分1や2に該当する患者が果たして医療の必要度が低く、

³ 高知県「第1期 高知県医療費適正化計画（平成20年度～平成24年度）」参照。

退院可能であるといえるか、疑問が残る。また、現在の診療報酬・介護報酬が十分な療養・看護・介護を実施できる内容・水準にないなど、重要な問題が指摘された。現在の状況において、療養病床をはじめ老人保健施設や介護福祉施設においても適切な療養、看護、介護が受けられるか、さらなる検討が必要である。

療養病床の転換の意向については、以前から転換を希望する施設は皆無である一方、回答施設の76.9%が転換を希望していないことが明らかとなった。また、転換の現状についても、すでに転換したあるいは転換を決定した施設が7.6%であるのに対し、転換しないあるいは未定である施設が合わせて88.5%を占め、病床転換はほとんど進んでいない。

一方、療養病床入院患者のうち、退院可能な患者が一定存在することは事実であるものの、退院がその患者にとって望ましいとはいえない場合があることがわかった。このことは、退院可能だと判断される患者のうち約6割は退院後の行き先が決まっていないこととも関連し、現実的な問題としてきわめて重要である。高知県の療養病床は7,198床あるのに対し、介護保険施設は介護老人保健施設で2,061床、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）で3,598床にとどまり⁴、受け皿となる介護施設等の整備が焦眉の課題である。

その一方で今後は、在宅生活を前提にした地域ケアをどのように整備し確立すべきか、さらに多くの検証されるべき課題がある。以下では、高齢化と過疎化が進む中山間地のうち「無医地区」に目を向け、医療施設のない地域の住民の医療ニーズやアクセスの現状と問題点を検討する。

第3章 高知県における「無医地区」の現状

1. 高知県における「無医地区」の概要

「無医地区」とは、「医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として、おおむね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、

⁴ 高橋泰、江口成美「地域の医療提供体制現状と将来—都道府県別・二次医療圏データ集—」日医総研ワーキングペーパーNo.269, 2012年11月, 参照

かつ容易に医療機関を利用することができない地区」とされており、厚生労働省が「無医地区等調査・無歯科医地区等調査」においてその地区数や地区の状況を把握している。

この調査は5年ごとに実施されており、直近の「平成21年度無医地区等調査・無歯科医地区等調査の概況について」（2010年10月、以下「無医地区等調査」と略称する）から、まず高知県の状況を概観する。

2009年10月時点で、全国の無医地区数は705、人口は136,272人であり、1971年の調査開始時の2,473地区、884,844人から一貫して減少している。都道府県別に地区数（括弧内は人口）をみると、もっとも多いのは北海道の101地区（13,086人）、次いで広島県で53地区（9,467人）、高知県は45地区（7,352人）と全国で3番目に多くなっている。先にみたとおり、高知県は人口当たり医療機関がきわめて多い県である一方、多くの無医地区を抱えており、医療機関の偏在は顕著である。

高知県における45の無医地区の分布を二次医療圏ごとにみると安芸圏域に5（県下無医地区の11.1%）、中央圏域に21（46.7%）、高幡圏域に11（24.4%）、幡多圏域に8（17.8%）となっており、北川村や大豊町、仁淀川町、梶原町などの中山間地の町村だけでなく、室戸市や安芸市、須崎市、四万十市や宿毛市といった市域にまで広く存在している。

2. 「無医地区」住民の医療ニーズと医療アクセス

先にみた厚生労働省の「無医地区等調査」では、無医地区の人口や世帯数などの他、電話や自家用車の保有状況、最寄りの医療機関への救急搬送の方法や所要時間、診療体制や病床数などの項目が調査されている。しかしながら、無医地区住民の健康状態や医療ニーズ、医療アクセスの現状などについては全く明らかにされていない。

2012年11～12月、本調査研究の一環として、高知県でもっとも多く無医地区を抱える仁淀川町を対象に、無医地区住民の健康状態や病歴、家族の状況などをふまえ、生活ニーズや医療ニーズ、医療アクセスなどについてヒアリング調査を実施した。仁淀川町には7つの無医地区があり、いずれも過疎地域自立

促進特別措置法および山村振興法が適用されている地域である。7地区の人口は合計870人（2009年10月末時点）であり、仁淀川町人口の13.1%を占める。地区ごとの高齢者世帯の割合は46.8～89.0%であり、今回はこのうちの2地区でヒアリングを行った。1つは比較的高齢者世帯の割合が少なく（55.1%）、近隣に日用品を揃えた商店などもある（以下、「A地区」とする）。もう1つは、高齢者世帯の割合が高く（73.2%）、町の幹線道路からはかなり奥まった集落である（以下「B地区」とする）。

以下では、各地区に居住する計7人の高齢者を対象に行ったヒアリングの結果から地区住民の生活状況や健康状態、医療ニーズ、医療アクセスの現状を検討する。

〈A地区〉

60～70歳代の比較的小若い住民が調査対象であったこともあり、日常の買い物はほとんどの場合、週に数回自ら自家用車を運転して行ったり、あわせてスーパーの移動販売や生協の宅配サービスなども利用している。野菜などを自家栽培したり、お茶やゆずなどを共同栽培したりもしている。しかし、生鮮食品や欲しいものがすぐに手に入らない、また、衣料品などは他の市や町まで買いに行く必要があるなど、不便ではある。

A地区の調査対象者は要介護認定を受けておらず（要介護状態ではない）、持病がなく通院していない、あるいは、投薬や定期健診のため通院が必要な場合、自家用車を運転して通院することが可能である。厚生労働省の「無医地区等調査」によると、最寄りの医療機関までの距離は約25 km、自動車での所要時間は約45分、最寄りの診療所までの距離は約11 kmで所要時間は約30分である。医療機関までの交通手段が限られ、また移動に時間がかかるなど、受診の際には不便もある。

特に不安が強いのが、独居高齢者である。できるだけ普段から自宅に人を招き入れたり、近隣の住民も毎日のように声をかけ、見守る関係はあるものの、緊急事態に備えるものとはなっていない。「最後は病院で迎えたい」、「高知市に移住を考えている」などの声も聞かれた。

〈B地区〉

ここでは、仁淀川町高齢者総合福祉施設やデイサービスなどを利用している住民を対象にヒアリングを行った。この地区の自家用車保有世帯は総世帯の48.2%であり、7地区のうちもっとも低い。道路事情も良くはなく、大雨などによる通行止めなどで交通手段が断たれる蓋然性のある地区である。住民の日常の買い物などでは、移動販売に頼ることが多く、デイサービス利用時には店舗での買い物も可能である。その他、近隣に住む子どもに頼むこともあるが、必要なものがあっても我慢することも多い。

調査対象者の年齢は80歳代以上で、かつ要介護状態にあることから、健康に関する不安は強い。1～2の医療機関を月に1回程度の頻度で受診するが、デイサービス利用時に近接する診療所などを受診している。この地区は最寄りの一般病院までの距離は約30キロメートル、所要時間は約55分、診療所までの距離は約17キロメートル、所要時間は約50分とされている。集落までは狭く急峻な山道が多くあり、自家用車を運転していく場合でも受診は容易ではない。持病があり、複数回入院した後、仁淀川町総合福祉センターなどの施設に入所した住民もいる。

A地区と比べて、「交通手段が限られている」、「医療機関までの移動の時間がかかる」、「公共交通の便数が少ない」、「緊急時のすぐに受診できない」など、受診の際の不便さに関する回答が目立った。不便を感じたときには、「後日受診する」、「少しの不調なら受診しない」、「家族などに連れて行ってもらう」などの行動をとることが分かった。

3. 「無医地区」における医療アクセスに関する検討課題

無医地区の住民を対象にした今回のヒアリング調査は、過疎および高齢化が進む中山間地における長期ケアのあり方を検討するための論点や課題を抽出するためのいわば予備調査の一環として実施したものである。したがって、調査対象のサンプリングや母集団の代表性には不十分な点や課題が残る。とはいえ、無医地区住民の生活状況や健康状態、医療アクセスの実態を把握することには、今後の調査研究の課題を設定するためにも意義がある。

今回のヒアリングで聞かれた住民の声は、医療へのアクセスを含めた日常生

活全般における移動の困難さと、健康についての不安に関するものが多かった。仁淀川町社会福祉協議会が運営するコミュニティバスは町の運営する定期バスよりも枝線を重点的に運行する点で住民にとってはきわめて重要なものであるが、1週間に1便のみ、仁淀川町の中心地で役場や診療所のある集落までを往復する経路のみの運行である。また、復路のバスの待ち時間が長く、まだまだ不便である。ほとんどの住民がコミュニティバスの便を増やすことを強く要望している。停留所についてもさらにきめ細かく、できれば自宅前まで来てほしいという希望もある。独居であり、また歩行に困難が伴う場合など、歩いてまたは車いすで幹線や停留所までの移動することが困難であることから、バスの利用を断念することもある。

買い物や役場などに行く場合、より柔軟に利用できるオンデマンド型の運用が望ましい。現在は、コミュニティバス路線で、通常の利用が少なく定期的な運行がない集落でも、数日前に予約をすれば週1回の決められた時間に運行するというものである。事前に予約が必要であり、また運行日と時間も決められており、決して利用しやすいわけではない。特に身体の不調や急変などで医療機関を受診するような場合、こうしたコミュニティバスに頼ることはできない。住民からは、行きたい時に行きたい所へ移動できる真にオンデマンド型の乗合バスを要望する声が強かった。

一方、現在の医療提供体制についての改善点や要望についても質問したが、当初予想していた「近くに病院が必要だ」、「新たに医療機関を設置してほしい」、「訪問診療や訪問看護の回数を増やしてほしい」などの回答は今回の調査からは得られなかった。さらに詳細な受診行動や入退院や入所の経緯などを訪問診療や訪問看護の利用状況とあわせて検討する必要がある、これらについては今後の研究課題である。

おわりに

当初2011年度末とされていた介護療養病床の廃止期限を6年間延長する施策が現在とられるなか、医療療養病床は2008年から2011年までの間に約25万床か

ら26万床に増加した一方、介護療養病床は約13万床から約8万床に減少した⁵。介護療養病床を廃止する方針を維持したまま、2012年度以降は介護療養病床の新設を認めず、引き続き老人保健施設等への転換を進めるとされている。

こうした政策のもと、老人保健施設への転換を促進するために、入所者1人当たり床面積を暫定的に療養病床と同様の基準を認め、人員配置も介護職を減らし看護職を手厚くするなどして、従来型の老人保健施設よりも医療必要度の高い患者を受け入れることを可能とし、介護報酬も高く設定した「療養型老人保健施設」が創設された。しかしこの施設は、喀痰吸引や経管栄養を必要とする高齢者や著しい精神症状などを伴う認知症高齢者が一定割合以上入所していることや、新規入所者のうち医療機関を退院して入所する者が一定割合以上を占めることなどが条件とされている⁶。

本調査結果にみられたように、療養型老人保健施設であっても、現在の介護報酬体系そのものや人員配置に限界があるなかで、頻回の吸引や経管栄養が必要な入所者の受け入れは今後も進まないと考えられる。今後医療の機能分化がさらに必要であることは明らかであるが、療養、看護、介護を総合した長期ケアが求められると考える。そのためにも病床転換のための移行措置や暫定措置の効果を検証する必要がある。

今後特に、地方の中山間地を中心に過疎化と高齢化がさらに進むことが予想されるなか、無医地区をはじめとする地域の特性に配慮し、医療、介護のニーズをふまえ、受療やサービス利用の実態を明らかにしたうえで、地域の特性に応じた地域ケア体制を普遍的に整備し、その拠点や連携システムを構築することがもっとも重要である。

疾病構造が大きく変貌し、長寿命化が顕著となるなか、21世紀に入った現代はまさに「病院の世紀の終焉」⁷を迎えつつあるといえる。疾病の治癒に最大の

⁵ 厚生労働省「介護療養型医療施設・介護療養型老人保健施設の基準・報酬について」（第84回社会保障審議会介護給付費分科会資料，2011.11.10）参照。

⁶ 厚生労働省「平成24年度介護報酬改定の概要」（第88回社会保障審議会介護給付費分科会資料，2012.1.25）参照。

⁷ 猪飼周平〔2010〕参照。猪飼は本書において、日本における医療システムの成立や発展を医師の分業と医療施設の所有のあり方から特徴づけ、治療医療を中心とする「病院

価値を置き、そのための治療をもっとも重要な医療の機能としてとらえてきた医療のあり方から大きく転換すべき時代にあることは確かである。疾病や障害を抱える人々が、尊厳をもって健やかでかつ自らが望む生活を続けられるよう、必要なケアや社会的な支援を保障すべきことはいうまでもなく、その内容も「治療」から「治療とその先」へと、医療に求められる役割も変化しつつある。今後、プライマリケアや療養といった機能や診療構造を再検討し、医療提供体制のなかに新たに位置づけ、再構築することが必要ではないだろうか。

本調査研究は科学研究費補助金を受けて2009年度から2012年度にかけて行った調査研究（「高知県における高齢者医療の現状と課題－新たな保険化と医療費適正化対策の検証－」、研究種目：若手研究B、課題番号：21730448、研究代表者：西島）の一環として行ったものである。この間、西島の主に4年生ゼミ生とともに研究会などを実施し、資料収集をはじめ、アンケート調査の設計などに関して検討を重ね、さらに予備調査やヒアリング調査の実施に際しても協力を得ることができた。特にデータの入力や集計において貢献をしてくれた近藤佳奈さん、初村朋華さん、明神義廣さん（以上2010年度当時4年生）、辻本祐実さん（2012年度当時4年生）に記してお礼を申し上げたい。なお執筆については、西島がはじめに、第1章、第2章1～3および5、第3章、おわりにを分担し、行貞が第2章4を分担した。

最後に、多忙な時間を割いて、アンケート調査をはじめ、予備調査やヒアリング調査などにご協力くださった医療機関の関係者の方々、患者の方々、仁淀川町保健福祉課の関係者の方々と仁淀川町の住民の方々に記してお礼を申し上げます。ありがとうございました。

の世紀」として提示している。そのうえで、QOLなどの新たな価値を追求するものとして、予防、治療、支援を統合的に提供する「包括ケアシステム」の構築を21世紀の医療政策の中心課題としている。

【参考文献】

- 猪飼周平〔2010〕『病院の世紀の理論』有斐閣
伊藤周平〔2008〕『後期高齢者医療制度』平凡社新書
島崎謙治〔2011〕『日本の医療—制度と政策』東京大学出版会
白瀬由美香〔2012〕「イギリスにおける退院支援システムと医療・看護の連携」『社会政策』第3巻第3号
田中きよむ・玉里恵美子・霜田博史・水谷利亮〔2011〕「限界集落における孤立高齢者への生活支援（中）」『高知論叢』第101号
吉岡充・村上正泰〔2008〕『高齢者医療難民—介護療養病床をなぜ潰すのか』PHP新書

【参考資料】

- 厚生労働省「療養病床の将来像について（第84回社会保障審議会介護給付費分科会資料）」、2006年1月
厚生労働省「平成21年度 無医地区等調査・無歯科医地区等調査」、2010年10月
厚生労働省「平成22年 医療施設（動態）調査・病院報告の概況」、2010年10月
厚生労働省「医療施設動態調査（平成22年10月末概数）」、2011年1月
厚生労働省「平成22年 衛生行政報告例（就業医療関係者）結果の概況」、2011年7月
厚生労働省「介護療養型医療施設・介護療養型老人保健施設の基準・報酬について（第84回社会保障審議会介護給付費分科会資料）」、2011年10月
厚生労働省「平成22年 医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」、2011年12月
厚生労働省「平成24年度介護報酬改定の概要（第88回社会保障審議会介護給付費分科会資料）」、2012年1月
高知県「高知県推計人口調査」、2012年10月
高知県「高知県地域ケア体制整備構想 ～いつまでも高齢者とその家族が住みなれたところで幸せに暮らすために～」、2008年3月
高知県「第5期 高知県保健医療計画」、2008年3月
高知県「第1期 高知県医療費適正化計画（平成20年度～平成24年度）」、2008年4月
高知市「高知市高齢者保健福祉計画／介護保険事業計画（平成21～23年度）—いきいきと百歳まで暮らしたくなる地域づくり」、2009年3月
児島美都子、内山治夫、近藤修司、田中貴美子、小木曾加奈子、河口尚子「急性期病床・療養型病床における患者の実態調査報告—ソーシャルワーカーの退院援助に関連させて—」、2007年3月
高橋泰、江口成美「地域の医療提供体制現状と将来—都道府県別・二次医療圏データ集—」日医総研ワーキングペーパーNo.269、2012年11月

資料

療養病床の実情に関するアンケート調査

ご協力をお願い

拝啓

初秋の候、ますます御健勝のこととお喜び申し上げます。

さて、このたび私たちは、「療養病床の実情に関するアンケート調査」へのご協力を賜りたく、お願いを申し上げます。ご存知のとおり、現在、医療費抑制のための医療制度改革の一環として、医療費適正化計画にもとづき、療養病床の削減・再編がすすめられています。新たに導入された医療区分で患者を分類することとなり、「医療の必要がない」とされた方の入院が困難になりました。受け皿とされる老人保健施設や老人福祉施設が不十分ななか、「医療難民」や「介護難民」が増加することが危惧されます。

以上のような問題意識にもとづき、私たちは、入院患者の状態や医療処置などといった療養病床の実情から医療区分の妥当性を検討し、病床転換に関する問題点を明らかにするとともに、療養病床の意義や役割、また、医療制度改革における課題について考察したいと考えています。ご多用中、誠に恐縮ではございますが、本調査へのご協力を賜りたく、お願い申し上げます。

なお、ご記入いただきました調査票については、厳重に取り扱い、上記以外の目的に一切使用しません。また、本調査結果の公表に際しては、個別の医療機関の名称や状態などが特定されるような記述は一切いたしません。

何卒、ご高配・ご協力のほど、お願い申し上げます。

敬具

2010年9月

西島文香（高知大学、研究代表者）
行貞伸二（大阪体育大学短期大学部）
近藤佳奈（高知大学、4年生）
初村朋華（高知大学、4年生）
明神義廣（高知大学、4年生）

※本調査は「施設票」と「看護職票」から構成されています。「施設票」には医療機関の代表者、「看護職票」には療養病床（病棟）の看護師長（または看護職務に関わる方）にご記入をお願いいたします。※ご記入に際しては、それぞれの調査票に添付されている記入要領をご参照下さい。※ご記入いただいた調査票は、下記送付先に10月12日までに、同封の返信用封筒にてご返送下さい。

ご送付先：〒780-8520 高知市曙町2-5-1 高知大学人文学部 西島文香 宛
お問い合わせ先：TEL 088-844-8231（直通）

E-mail fnsjm@kochi-u.ac.jp

質問 2-2 介護療養病床のみ、要介護状態等区分別入院患者数を、以下の表にご記入ください。医療区分については、わかる範囲でご記入ください。なお、区分別で不明であれば、合計欄のみにご記入ください。

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3	計
要介護 5	人	人	人	人
要介護 4	人	人	人	人
要介護 3	人	人	人	人
要介護 2	人	人	人	人
要介護 1	人	人	人	人
要支援 2	人	人	人	人
要支援 1	人	人	人	人
計	人	人	人	人

質問 3 現在の医療区分のあり方に問題があると思いますか。

1. ある
2. なし
3. どちらでもない

質問 4 質問 3 で「1. ある」と回答した方のみお答えください。問題があると思う理由は何ですか。最も重要なものと次に重要なものをつずつ選び、以下の表に数字でご記入ください。

1. 医療区分 2、3 に該当の病名数が少ない
2. 病名認定の条件が厳しい
3. 医療区分 2、3 に認定される状態像が限られている
4. 状態像によっては算定期間に限りがある
5. その他(具体的に：)

最も重要なもの	
次に重要なもの	

質問 5 質問 3 で「1. ある」「3. どちらでもない」と回答した方のみお答えください。現在の医療区分を国はどのように改善すればよいと思いますか。最も重要なことと次に重要なことを一つずつ選び、以下の表に数字でご記入ください。

1. 医療区分 2、3 に該当する病名数を増やす
2. 病名認定の条件を緩和する
3. 医療区分 2、3 に該当する状態像を増やす
4. 算定期間の制限をなくす
5. 医療区分そのものを廃止する
6. その他（具体的に： _____）

最も重要なこと	
次に重要なこと	

質問 6 医療区分のあり方について、特に問題となる事例があれば教えてください。

次に、療養病床の転換についてお答えください。

質問 7 療養病床の転換について、希望していますか（希望していましたか）。以下から一つ選択してください。

1. 以前から希望している(希望していた)
2. 以前から希望していない(希望していなかった)
3. どちらでもない

質問 9 患者が適切なケアを受け、QOL を維持・向上するために最も重要なことは何だと思えますか。最も重要なことと次に重要なことを一つずつ選び、以下の表に数字でご記入ください。

1. 医療区分の廃止・見直し
2. 診療報酬・介護報酬の見直し
3. 施設基準・職員配置基準の見直し
4. 職員の確保
5. 職員の専門性の向上
6. 福祉施設の充実
7. 在宅ケアの充実
8. その他（具体的に： _____)

最も重要なこと	
次に重要なこと	

質問 10 病院から在宅生活への移行に際して、最も重要なことは何だと思えますか。最も重要なことと次に重要なことを一つずつ選び、以下の表に数字でご記入ください。

1. 在宅医療（訪問看護・訪問診療等）の充実
2. 在宅介護サービス（訪問介護・デイサービス等）の充実
3. 医療と福祉の連携
4. 行政の役割の強化
5. 介護家族への支援・サービス（ショートステイサービス等）の充実
6. 家族の理解や協力
7. 在宅における療養や看取りに関する意識改革
8. その他（具体的に： _____)

最も重要なこと	
次に重要なこと	

質問 11 療養病床は今後どのような役割を担っていくべきだと思いますか。現在の入院患者の状況や、地域における病院の役割を踏まえて、ご自由にご記入ください。

質問 12 介護療養病床の全廃方針について、賛成ですか、反対ですか。また、その理由もご記入ください。

1. 賛成
2. 反対
3. どちらでもない

理由：

看護職票

「療養病床の実情に関するアンケート調査」

医療機関名	
記入者名	職名： 氏名（ふりがな）： ()

貴医療機関における平成 22 年 10 月 1 日午前 0 時現在の状況について、本調査票にご記入をお願いいたします。なお、以下の質問については、看護師長やその他看護にかかわる職務を把握している方がお答えください。

質問 1 看護職員の配置(看護職員 1 名に対しての患者数)をご記入ください。

	人
--	---

質問 2 看護職員の内訳をご記入ください。

正看護師	人
准看護師	人
計	人

質問 3 介護に携わっている職員の内訳をご記入ください。

介護福祉士	人
ホームヘルパー	人
その他 ()	人
無資格	人
計	人

質問4 **正看護師の方が常時**行っている仕事を**すべて**選択してください。

- (1) 食事介助 (2) 水分補給 (3) 経管栄養 (4) 経管栄養の補助
- (5) トイレやポータブルトイレを使用した排尿・排便の介助 (6) オムツ交換 (7) 膀胱内留置カテーテル
- (8) 一時的導尿 (9) 浣腸・摘便 (10) 体位変換 (11) 車椅子での移送 (12) ストレッチャーでの移送
- (13) 歩行・移動の介助 (14) 関節可動域訓練 (15) 入浴介助 (16) 清拭 (17) 洗髪 (18) 口腔ケア
- (19) 衣服の着脱 (20) 体温測定 (21) 血圧測定 (22) 傷の処置 (23) パルスオキシメーターの装着
- (24) 経口・経皮・外用薬の与薬 (25) 痰の吸引 (26) 胃ろうの処置

質問5 **正看護師の方が必要に応じて**行っている仕事を**すべて**選択してください。

- (1) 食事介助 (2) 水分補給 (3) 経管栄養 (4) 経管栄養の補助
- (5) トイレやポータブルトイレを使用した排尿・排便の介助 (6) オムツ交換 (7) 膀胱内留置カテーテル
- (8) 一時的導尿 (9) 浣腸・摘便 (10) 体位変換 (11) 車椅子での移送 (12) ストレッチャーでの移送
- (13) 歩行・移動の介助 (14) 関節可動域訓練 (15) 入浴介助 (16) 清拭 (17) 洗髪 (18) 口腔ケア
- (19) 衣服の着脱 (20) 体温測定 (21) 血圧測定 (22) 傷の処置 (23) パルスオキシメーターの装着
- (24) 経口・経皮・外用薬の与薬 (25) 痰の吸引 (26) 胃ろうの処置

質問6 **准看護師の方が常時**行っている仕事を**すべて**選択してください。

- (1) 食事介助 (2) 水分補給 (3) 経管栄養 (4) 経管栄養の補助
- (5) トイレやポータブルトイレを使用した排尿・排便の介助 (6) オムツ交換 (7) 膀胱内留置カテーテル
- (8) 一時的導尿 (9) 浣腸・摘便 (10) 体位変換 (11) 車椅子での移送 (12) ストレッチャーでの移送
- (13) 歩行・移動の介助 (14) 関節可動域訓練 (15) 入浴介助 (16) 清拭 (17) 洗髪 (18) 口腔ケア
- (19) 衣服の着脱 (20) 体温測定 (21) 血圧測定 (22) 傷の処置 (23) パルスオキシメーターの装着
- (24) 経口・経皮・外用薬の与薬 (25) 痰の吸引 (26) 胃ろうの処置

質問7 **准看護師の方が必要に応じて**行っている仕事を**すべて**選択してください。

- (1) 食事介助 (2) 水分補給 (3) 経管栄養 (4) 経管栄養の補助
- (5) トイレやポータブルトイレを使用した排尿・排便の介助 (6) オムツ交換 (7) 膀胱内留置カテーテル
- (8) 一時的導尿 (9) 浣腸・摘便 (10) 体位変換 (11) 車椅子での移送 (12) ストレッチャーでの移送
- (13) 歩行・移動の介助 (14) 関節可動域訓練 (15) 入浴介助 (16) 清拭 (17) 洗髪 (18) 口腔ケア
- (19) 衣服の着脱 (20) 体温測定 (21) 血圧測定 (22) 傷の処置 (23) パルスオキシメーターの装着
- (24) 経口・経皮・外用薬の与薬 (25) 痰の吸引 (26) 胃ろうの処置

質問 8 介護に携わっている方が**常時**行っている仕事を**すべて**選択してください。

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------|----------------|--------------|
| (1) 食事介助 | (2) 水分補給 | (3) 経管栄養 | (4) 経管栄養の補助 |
| (5) トイレやポータブルトイレを使用した排尿・排便の介助 | (6) オムツ交換 | (7) 膀胱内留置カテーテル | |
| (8) 一時的導尿 | (9) 洗腸・摘便 | (10) 体位変換 | (11) 車椅子での移送 |
| (12) ストレッチャーでの移送 | (13) 歩行・移動の介助 | (14) 関節可動域訓練 | (15) 入浴介助 |
| (16) 清拭 | (17) 洗髪 | (18) 口腔ケア | |
| (19) 衣服の着脱 | (20) 体温測定 | (21) 血圧測定 | (22) 傷の処置 |
| (23) パルスオキシメーターの装着 | (24) 経口・経皮・外用薬の与薬 | (25) 痰の吸引 | (26) 胃ろうの処置 |

質問 9 介護に携わっている方が**必要に応じて**行っている仕事を**すべて**選択してください。

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------|----------------|--------------|
| (1) 食事介助 | (2) 水分補給 | (3) 経管栄養 | (4) 経管栄養の補助 |
| (5) トイレやポータブルトイレを使用した排尿・排便の介助 | (6) オムツ交換 | (7) 膀胱内留置カテーテル | |
| (8) 一時的導尿 | (9) 洗腸・摘便 | (10) 体位変換 | (11) 車椅子での移送 |
| (12) ストレッチャーでの移送 | (13) 歩行・移動の介助 | (14) 関節可動域訓練 | (15) 入浴介助 |
| (16) 清拭 | (17) 洗髪 | (18) 口腔ケア | |
| (19) 衣服の着脱 | (20) 体温測定 | (21) 血圧測定 | (22) 傷の処置 |
| (23) パルスオキシメーターの装着 | (24) 経口・経皮・外用薬の与薬 | (25) 痰の吸引 | (26) 胃ろうの処置 |

質問 10 現在入院している患者のうち、療養病床（医療療養・介護療養）で引き続き入院が必要な患者と、福祉施設あるいは在宅への移行が望ましい患者の人数を以下の表にご記入ください。

		人数
医療区分 1	引き続き入院	人
	福祉施設あるいは在宅への移行	人
医療区分 2	引き続き入院	人
	福祉施設あるいは在宅への移行	人
医療区分 3	引き続き入院	人
	福祉施設あるいは在宅への移行	人

質問 11 医療区分 1 に該当する患者の状況について、以下の状態に該当する患者数をご記入ください。

状態	人数
病状が不安定で、常時医学的管理を要する	人
病状は安定しているが、容態の急変が起きやすい	人
容態急変の可能性が低いが、一定の医学的管理を要する	人
容態急変の可能性は低く、福祉施設や在宅で対応できる	人
その他(具体的に:)	人

質問 12 質問 11 で「福祉施設や在宅で対応できる」と思われる患者の今後の予定を以下の表にご記入ください。なお、介護老人保健施設に行く場合、それが介護療養型老人保健施設の場合は、併せて内数をご記入ください。

今後の予定	人数
他の医療療養病床に行く予定である	人
他の介護療養病床に行く予定である	人
介護老人保健施設に行く予定である	人
介護療養型老人保健施設に行く予定である (内数)	人
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) に行く予定である	人
有料老人ホームに行く予定である	人
軽費老人ホーム(ケアハウス)に行く予定である	人
グループホームに行く予定である	人
在宅療養を行う予定である	人
行き先が決まっていない	人
その他(具体的に:)	人

質問 13 質問 12 で「行き先が決まっていない」患者について、それぞれの理由の患者数を以下の表にご記入ください。

行き先が決まっていない理由	人数
施設入所の待機者が多くて、すぐには入所できない	人
近隣に適切な入所施設がない	人
患者の病状のために、施設等が受け入れてくれない	人
独居または高齢者世帯で、在宅に看護・介護力がない	人
地域における看護・介護サービスが不十分である	人
住環境の問題で、在宅は困難	人
家族の反対がある	人
本人が望まない	人
その他(具体的に：)	人

質問 14 現在、「在宅」医療や「在宅」介護が重要視されていますが、その現状や問題点・課題についてどのように考えていますか。ご自由にご記入ください。

