

平成 26 年度 老人保健事業推進費等補助金

老人保健健康増進等事業

がん患者等の介護保険施設等における療養の実態に関する

横断的な調査研究事業

報告書

平成 27 (2015) 年 3 月

一般社団法人 日本慢性期医療協会

<目 次>

序 事業の概要	1
1. 背景と目的	1
2. 調査の実施要領	1
(1) 事前調査 (FAX 調査)	1
(2) アンケート調査	2
(3) ヒアリング調査	6
I 事前調査の結果	7
1. 調査の実施と回収状況	7
2. 集計結果	7
(1) 調査対象患者の入院・入所実績	7
(2) 医療・ケア等の取り組み内容	8
(3) 患者受け入れのための病院・施設としての取り組み	9
II アンケート調査の結果	10
1. 調査の実施と回収状況	10
2. 施設の概要	11
(1) 開設主体	11
(2) 回答施設の規模	12
(3) 回答施設の病床稼働の状況	14
(4) 回答施設の入院患者・入所者の全体像	15
(5) 退院先の受け皿の量	17
3. がん患者の受け入れについて	20
(1) 施設全体のがん患者の入院・入所状況	20
(2) がん患者の具体的な療養状況	24
(3) がん患者受け入れの取り組み・課題	28
4. 特定疾患患者の受け入れについて	31
(1) 施設全体での特定疾患患者の入院・入所状況	31
(2) 特定疾患患者の具体的な療養状況	36
5. その他患者の受け入れについて	39
(1) 常時のモニタリング・監視が必要な患者	39
(2) 薬剤の調整方法	41
(3) 処方 of 困難な医薬品	42
(4) 受け入れの困難な患者	43
III ヒアリング調査の結果	44
1. ヒアリング調査の実施概要	44
2. ヒアリング調査のまとめ	45
(1) がん患者の療養について	45
(2) 特定疾患患者の療養について	47
(3) 常時のモニタリング・監視が必要な患者の療養について	48
IV 総括	50

参考資料

資料 1. アンケート調査における自由回答全文	1
資料 2. ヒアリング調査結果概要	26
事例①：介護療養型医療施設（A病院）	26
事例②：総合病院（医療療養・介護療養あり）（B病院）	30
事例③：療養型病院（医療療養・介護療養）（C病院）	33
事例④：療養型病院（医療療養・介護療養あり）（D病院）	36
事例⑤：介護老人保健施設（E老健）	39
事例⑥：介護老人保健施設（F老健）	42
資料 3. 事前調査（FAX 調査）調査票	45
資料 4. アンケート調査票	46
・ 病院票	
・ 診療所票	
・ 老健票	

本事業の実施にあたり、一般社団法人日本慢性期医療協会に調査研究委員会を設置し、事業の企画、実施、検討を行った。

日本慢性期医療協会 がん患者等の介護保険施設等における療養の実態に関する
横断的な調査 調査研究委員会

[研究代表者]

武久 洋三 日本慢性期医療協会 会長

[研究特別委員]

小山 秀夫 兵庫県立大学大学院 教授

高橋 泰 国際医療福祉大学大学院 教授

[委員]

○清水 紘 嵯峨野病院

中川 翼 定山溪病院

小笠原 俊夫 真栄病院

田中 志子 内田病院

漆原 彰 大宮共立病院

桑名 斉 信愛病院

池端 幸彦 池端病院

猿原 孝行 和恵会ケアセンター

伊豆 敦子 医療法人康生会

長尾 和宏 長尾クリニック

○は委員長、敬称略

[事務局]

一般社団法人 日本慢性期医療協会

[業務一部委託先]

みずほ情報総研株式会社

小松 紗代子 社会政策コンサルティング部 コンサルタント

田中 秀明 社会政策コンサルティング部 コンサルタント

井高 貴之 社会政策コンサルティング部 コンサルタント

1. 背景と目的

慢性期の高齢患者が急激な増加を続けていくことが想定される中で、高齢者の様々な状態に応じて適切に医療・介護を提供することが可能な療養場所を確保することが課題となっている。

しかし、慢性期にある高齢患者の受け皿として期待される医療療養病床、介護療養型医療施設及び介護老人保健施設であっても、ケアの難しさや高額な治療費用が障害となり、受け入れの困難な事例が発生している可能性がある。

本調査では①がん患者、②特定疾患の患者（公費負担医療対象被保険者）、③生命が危険な状態にあり常時のモニタリング・監視が必要な患者、の3つの患者像を対象としてその受け入れ状況、患者（入所者）の状態、医療提供の実態、受け入れ上の課題等について、医療療養病床、介護療養病床、介護老人保健施設の施設横断的にその実態を把握することを目的として調査を実施する。

2. 調査の実施要領

本事業では、(1) 事前調査（FAX 調査）、(2) アンケート調査、(3) ヒアリング調査の3つの調査を行った。以下にそれぞれの概要を説明する。

(1) 事前調査（FAX 調査）

後述するアンケート調査およびヒアリング調査の基礎資料とするため、日本慢性期医療協会会員の病院および介護老人保健施設、約1,000施設にFAXによる事前調査を実施し、調査結果の取りまとめを行った。

図表 主な調査項目

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. 回答する施設種別2. 全体の病床数と①がん患者、②特定疾患の患者（公費負担医療対象被保険者）、③生命が危険な状態にあり常時のモニタリング・監視が必要な患者の入院実績3. 医療・ケア等の取り組み内容4. 患者受け入れのための病院・施設としての取り組み |
|--|

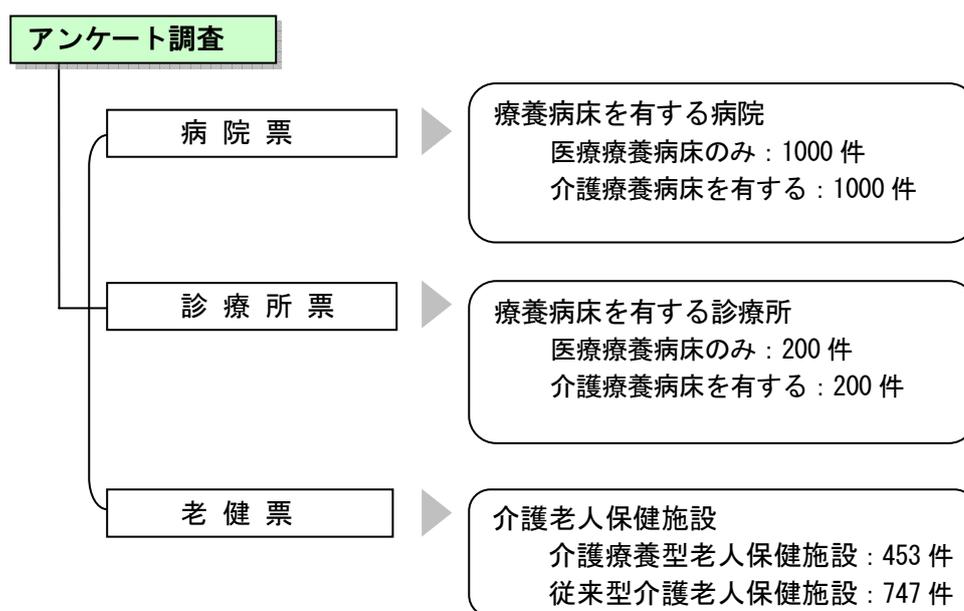
(2) アンケート調査

全国から無作為抽出された医療機関（医療療養病床もしくは介護療養病床を有する病院・診療所）、および介護老人保健施設（従来型／介護療養型）、計 3,600 施設に郵送によるアンケート調査を実施し、調査結果の取りまとめを行った。

調査票は、「病院票」、「診療所票」、「老健票」の 3 種類を作成し、いずれかの調査票 1 種類のみを調査対象施設に郵送した。医療機関によっては医療療養病床と介護療養病床の両方を有する場合もあることから、「病院票」および「診療所票」においては、医療療養病床に関する回答欄と介護療養病床に関する回答欄の両方を並列で設けた。

調査名簿は、医療機関は地方厚生局の届出名簿を基に作成し、介護施設は介護サービス情報公表システムの情報を基に作成した。介護療養型老人保健施設は、介護サービス情報公表システムにおいて①施設名に「介護療養型」がついている施設、②在宅復帰支援加算を算定している施設を検索し、得られた 453 件をすべて調査対象とした。

図表 調査の構成



※全体で 3,600 施設に送付

本調査では、施設類型ごとの①がん患者、②特定疾患の患者（公費負担医療対象被保険者）、③生命が危険な状態にあり常時のモニタリング・監視が必要な患者の受け入れ状況や医療処置の提供状況、課題等について横断的にその実態を把握するため、3 種の調査票（病院票、診療所票、老健票）において共通の調査項目を設置した。次頁に主な調査項目を示す。

図表 主な調査項目

<p>病院票</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 施設の概要 <ul style="list-style-type: none"> ・開設主体 ・病床別の許可病床数 ・併設する施設、事業所 ・地域における退院先の受け皿の量 ・療養病棟別の病床区分、許可病床数、地域包括ケア届出病床数、のべ入院患者数、1人1日あたり換算点数、医療区分2・3に該当する患者割合、平均在院日数、死亡退院者数、常勤換算職員数（看護職員・介護職員）、夜間職員配置数（看護職員・介護職員） ・がんの診断がついている患者の療養病棟別のべ人数、入院前の治療・療養場所別人数、入院開始時期別人数 ・特定疾患の診断がついている患者の療養病棟別のべ人数、入院前の治療・療養場所別人数、入院開始時期別人数 ・療養病棟別のターミナルケア作成人数、リハビリ実施人数、要介護度別人数 2. がん患者の受け入れについて <ul style="list-style-type: none"> ・がんの診断がついている患者の、現在の病棟入院以前のがん治療・緩和治療に関する既往歴と現在の病棟に入院してから提供した医療処置 ・現在の病棟で提供しなくなった治療内容がある場合の理由 ・抗がん剤の治療費の算定方法 ・がんの診断がついている患者の今後の療養場所の方針 ・受け入れることのできないがん患者像 ・がん患者の療養を推進する取り組み ・がん患者の療養における包括項目への意見 3. 特定疾患患者の受け入れについて <ul style="list-style-type: none"> ・特定疾患の診断がついている患者の疾患名別人数 ・特定疾患の診断がついている患者に提供した医療処置 ・特定疾患の診断がついている患者の今後の療養場所の方針 4. その他の患者の受け入れについて <ul style="list-style-type: none"> ・常時のモニタリング・監視が必要であった患者数 ・入院時の薬剤の調整方針 ・扱いの難しい医薬品 ・持ち出しとなる高額な医薬品 ・受け入れの難しい医療機器を利用している患者 ・受け入れが困難であった患者
------------	--

診療所票	<p>1. 施設の概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・開設主体 ・病床別の許可病床数と入院者数 ・常勤換算職員数（医師・看護職員・介護職員） ・併設する施設、事業所 ・地域における退院先の受け皿の量 ・病床種類別ののべ入院患者数、1人1日あたり換算点数、医療区分2・3に該当する患者割合、平均在院日数、死亡退院者数、夜間職員配置数（看護職員・介護職員） ・病床種類別のターミナルケア作成人数、リハビリ実施人数、要介護度別人数 <p>2. がん患者の受け入れについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がんの診断がついている患者の病床種類別のべ人数、入院前の治療・療養場所別人数、入院開始時期別人数 ・がんの診断がついている患者の、現在の病棟入院以前のがん治療・緩和治療に関する既往歴と現在の病棟に入院してから提供した医療処置 ・現在の病棟で提供しなくなった治療内容がある場合の理由 ・抗がん剤の治療費の算定方法 ・がんの診断がついている患者の今後の療養場所の方針 ・受け入れることのできないがん患者像 ・がん患者の療養における包括項目への意見 <p>3. 特定疾患患者の受け入れについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定疾患の診断がついている患者の療養病棟別のべ人数、入院前の治療・療養場所別人数、入院開始時期別人数 ・特定疾患の診断がついている患者の疾患名別人数 ・特定疾患の診断がついている患者に提供した医療処置 ・特定疾患の診断がついている患者の今後の療養場所の方針 <p>4. その他の患者の受け入れについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・常時のモニタリング・監視が必要であった患者数 ・入院時の薬剤の調整方針 ・扱いの難しい医薬品 ・持ち出しとなる高額な医薬品 ・受け入れの難しい医療機器を利用している患者 ・受け入れが困難であった患者
------	---

老健票	<p>1. 施設の概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・開設主体 ・施設形態 ・定員数と入所者数 ・常勤換算職員数（医師・看護職員・介護職員） ・併設する施設、事業所 ・地域における退院先の受け皿の量 ・エリア別のベッド数、ユニット型の有無、のべ入所者数、1人1日あたり換算単位数、平均在所日数、死亡退所者数 ・がんの診断がついている入所者のエリア別のべ人数、入所前の治療・療養場所別人数、入所開始時期別人数 ・特定疾患の診断がついている入所者のエリア別のべ人数、入所前の治療・療養場所別人数、入所開始時期別人数 ・エリア別のターミナルケア計画作成人数、リハビリ実施人数、要介護度別人数 <p>2. がん患者の受け入れについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がんの診断がついている患者の、現在の施設入所以前のがん治療・緩和治療に関する既往歴と現在の施設に入所してから提供した医療処置 ・現在の施設で提供しなくなった治療内容がある場合の理由 ・抗がん剤の治療費の算定方法 ・がんの診断がついている入所者の今後の療養場所の方針 ・受け入れることのできないがん患者像 ・がん入所者の療養を推進する取り組み ・がん患者の療養における包括項目への意見 <p>3. 特定疾患患者の受け入れについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定疾患の診断がついている入所者の疾患名別人数 ・特定疾患の診断がついている入所者に提供した医療処置 ・特定疾患の診断がついている入所者の今後の療養場所の方針 <p>4. その他の患者の受け入れについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・常時のモニタリング・監視が必要であった入所者数 ・入所時の薬剤の調整方針 ・扱いの難しい医薬品 ・持ち出しとなる高額な医薬品 ・受け入れの難しい医療機器を利用している入所者 ・受け入れが困難であった入所者
-----	--

(3) ヒアリング調査

前述の事前調査およびアンケート調査において、ヒアリング調査への協力可能と回答いただいた病院、老健に対し、ヒアリング調査を実施した。

アンケート調査前に実施したヒアリング調査にて得られた結果は、アンケート調査の調査項目の検討に用いた。また、全 6 件のヒアリングにて得られた情報を、医療提供の実態及び課題等に関する具体的な内容として、報告書にとりまとめた。

具体的なヒアリング記録は資料編にまとめている。

I 事前調査の結果

1. 調査の実施と回収状況

調査期間は平成 26 年 9 月 18 日～10 月 3 日であった。

調査票の回収数は 358 枚あり、このうち 1 枚の回答用紙にて複数の施設タイプの回答を行っている 6 件を除いた 352 件を集計に用いた。

図表 FAX 調査票の回収状況

	回収数	構成割合
医療療養病床	213	59.5%
介護療養型医療施設	108	30.2%
介護老人保健施設	31	8.7%
その他(複数回答等)	6	1.7%
合計	358	100.0%

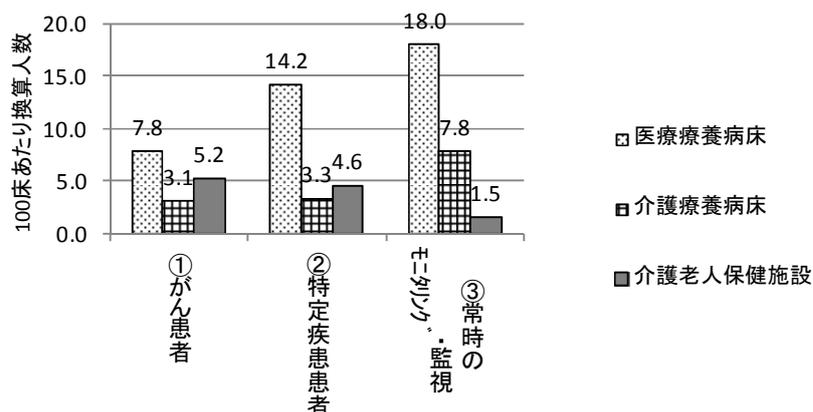
2. 集計結果

(1) 調査対象患者の入院・入所実績

回答施設における病床数と①がん患者、②特定疾患の患者(公費負担医療対象被保険者)、③生命が危険な状態にあり常時のモニタリング・監視が必要な患者の過去 6 ヶ月の入院実績を尋ねた。いずれも医療療養病床での受け入れが最も多く、100 床あたり①7.8 人、②14.2 人、③18.0 人であった。

図表 過去 6 ヶ月間の入院実績

	平均 ベッド数 (床)	平均			100床あたり			
		①がん患者 (人)	②特定疾患 患者(人)	③常時の モニタリング・ 監視(人)	①がん患者 (人)	②特定疾患 患者(人)	③常時の モニタリング・ 監視(人)	
医療療養病床	n=200	95.3	7.5	13.5	17.1	7.8	14.2	18.0
介護療養病床	n=102	78.6	2.4	2.6	6.1	3.1	3.3	7.8
介護老人保健施設	n=30	80.9	4.2	3.7	1.2	5.2	4.6	1.5



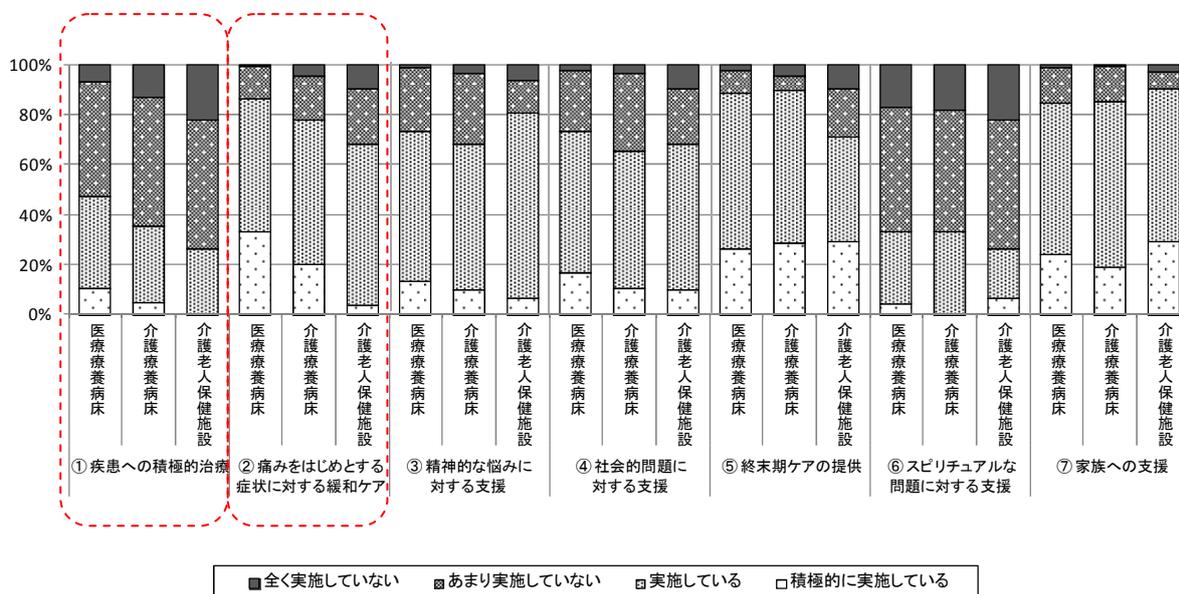
(2) 医療・ケア等の取り組み内容

病棟・施設における治療等の取り組みについて、「① 疾患への積極的治療」、「② 痛みをはじめとする症状に対する緩和ケア」、「③ 精神的な悩みに対する支援」、「④ 社会的問題に対する支援」、「⑤ 終末期ケアの提供」、「⑥ スピリチュアルな問題に対する支援」、「⑦ 家族への支援」の7項目について、どの程度積極的に実施しているかを4択で尋ねた。

「① 疾患への積極的治療」、「② 痛みをはじめとする症状に対する緩和ケア」、「⑤ 終末期ケアの提供」は「医療療養病床」>「介護療養病床」>「介護老人保健施設」の順により積極的に取り組まれていた。

図表 医療・ケア等の取り組み内容

		① 疾患への積極的治療	② 痛みをはじめとする症状に対する緩和ケア	③ 精神的な悩みに対する支援	④ 社会的問題に対する支援	⑤ 終末期ケアの提供	⑥ スピリチュアルな問題に対する支援	⑦ 家族への支援	
医療療養病床	n=213	積極的に実施している	9.9%	32.9%	13.1%	16.4%	25.8%	3.8%	23.9%
		実施している	37.1%	53.1%	60.1%	56.8%	62.0%	29.1%	60.6%
		あまり実施していない	45.5%	13.1%	25.4%	24.4%	9.4%	49.3%	14.1%
		全く実施していない	7.0%	0.9%	1.4%	2.3%	2.3%	17.4%	1.4%
介護療養病床	n=108	積極的に実施している	4.6%	19.4%	9.3%	10.2%	27.8%	0.0%	18.5%
		実施している	29.6%	56.5%	58.3%	53.7%	60.2%	32.4%	65.7%
		あまり実施していない	50.9%	17.6%	27.8%	30.6%	5.6%	48.1%	13.9%
		全く実施していない	13.0%	4.6%	3.7%	3.7%	4.6%	18.5%	0.9%
介護老人保健施設	n=31	積極的に実施している	0.0%	3.2%	6.5%	9.7%	29.0%	6.5%	29.0%
		実施している	25.8%	64.5%	74.2%	58.1%	41.9%	19.4%	61.3%
		あまり実施していない	51.6%	22.6%	12.9%	22.6%	19.4%	51.6%	6.5%
		全く実施していない	22.6%	9.7%	6.5%	9.7%	9.7%	22.6%	3.2%



(3) 患者受け入れのための病院・施設としての取り組み

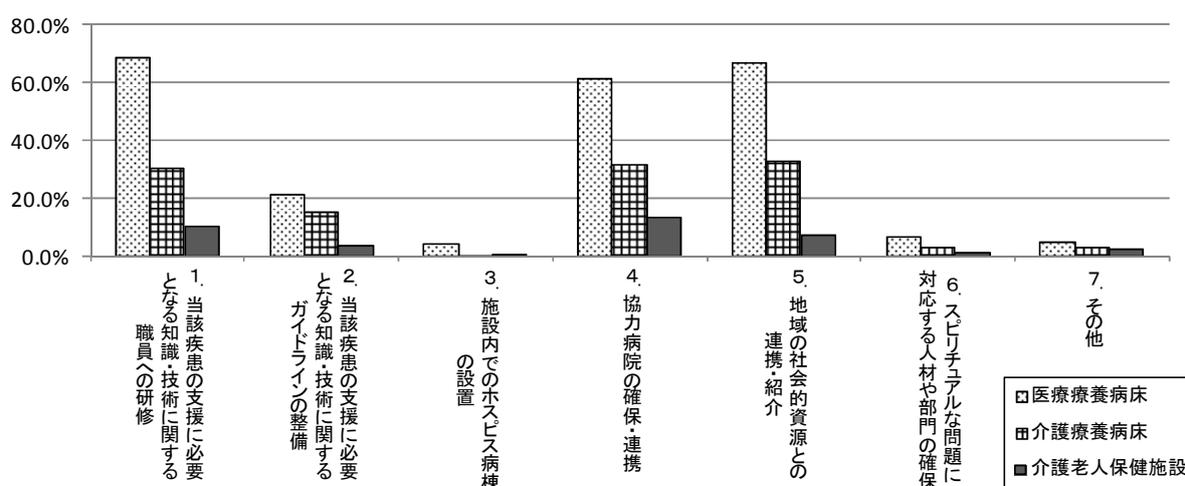
①がん患者、②特定疾患の患者（公費負担医療対象被保険者）、③生命が危険な状態にあり常時のモニタリング・監視が必要な患者を受け入れるために行われている取り組みについて、「1. 当該疾患の支援に必要となる知識・技術に関する職員への研修」、「2. 当該疾患の支援に必要となる知識・技術に関するガイドラインの整備」、「3. 施設内でのホスピス病棟の設置」、「4. 協力病院の確保・連携」、「5. 地域の社会的資源との連携・紹介」、「6. スピリチュアルな問題に対応する人材や部門の確保」、「7. その他」の7項目について、取り組みの有無を尋ねた。

「1. 当該疾患の支援に必要となる知識・技術に関する職員への研修」、「4. 協力病院の確保・連携」、「5. 地域の社会的資源との連携・紹介」の取り組みについては「医療療養病床」>「介護療養病床」>「介護老人保健施設」の順に取り組まれている割合が高かった。

「その他」の具体的な内容としては、「音楽療法（個別・集団）を実施し、情緒面、精神面の緩和になるよう導入している」、「エンドオブ・ライフケアの取組／委員会の設置」、「外部からのボランティアの有効活用」などが挙げられた。

図表 患者受け入れのための病院・施設としての取り組み

		1. 当該疾患の支援に必要となる知識・技術に関する職員への研修	2. 当該疾患の支援に必要となる知識・技術に関するガイドラインの整備	3. 施設内でのホスピス病棟の設置	4. 協力病院の確保・連携	5. 地域の社会的資源との連携・紹介	6. スピリチュアルな問題に対応する人材や部門の確保	7. その他
医療療養病床	n=213	68.5%	21.6%	4.2%	61.5%	67.1%	6.6%	5.2%
介護療養病床	n=108	30.5%	15.0%	0.5%	31.5%	32.9%	3.3%	2.8%
介護老人保健施設	n=31	10.3%	3.8%	0.5%	13.1%	7.0%	0.9%	2.3%



Ⅱ アンケート調査の結果

1. 調査の実施と回収状況

調査期間は平成 26 年 12 月 15 日～平成 27 年 1 月 31 日であった。

調査票の回収数は病院票が 367 件、診療所票が 114 件、老健票が 237 件であった（回収率 19.9%）。このうち、白紙回答であったもの（ほぼ白紙を含む）、診療所票を配布したが調査時点の療養病床への入院患者がいなかった診療所を無効票とし、有効回答数を下記のように算出した。

なお、病院票・診療所について、医療療養病床及び介護療養病床の両方を有している医療機関においては、両方の病床について別個に回答を求めた。調査名簿の作成時点では医療療養病床か介護療養病床のいずれかを有していることを条件に抽出しているため、病床種別ごとの母数が不明であり、有効回答率は算出していない。

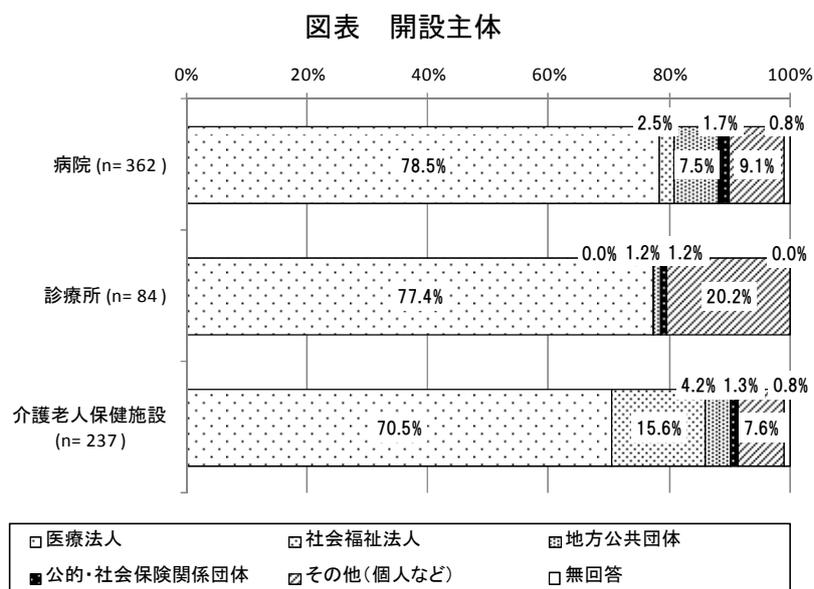
図表 調査票の回収状況

票種		発送数	有効回答数	有効回答率
病院票	医療療養病床・介護療養病床を有する病院	2000	362	18.1%
	医療療養病床を有する病院	-	317	-
	介護療養病床を有する病院	-	199	-
診療所票	医療療養病床・介護療養病床を有する診療所	400	84	21.0%
	医療療養病床を有する診療所	-	60	-
	介護療養病床を有する診療所	-	57	-
老健票	介護老人保健施設	1200	237	19.8%
	うち従来型介護老人保健施設	-	188	-
	うち在宅強化型	-	39	-
	うち介護療養型老人保健施設	-	31	-
	うち療養強化型	-	18	-

2. 施設の概要

(1) 開設主体

回答施設の開設主体は、「病院」では「医療法人」が78.5%、「診療所」では「医療法人」が77.4%、「介護老人保健施設」では「医療法人」が70.5%といずれも多数を占めた。



(2) 回答施設の規模

回答施設の規模について、医療療養病床を有する医療機関における当該病床の平均病床数は 69.8 床、介護療養病床を有する医療機関における当該病床の平均病床数は 59.2 床であった。

介護老人保健施設の平均定員数は、従来型介護老人保健施設では 87.5 人、介護療養型老人保健施設では 53.5 人であった。

図表 回答施設の規模

		平均病床数・ 平均定員数	平均患者数・ 平均入所者数	平均医師数	平均 看護職員数	平均 介護職員数
病院	(全体)	156.5				
	うち医療療養病床	69.8	63.7		21.1	19.0
	うち介護療養病床	59.2	54.4		14.7	17.7
診療所	(全体)	17.7		1.4	8.2	4.2
	うち医療療養病床	7.4	5.9			
	うち介護療養病床	10.6	9.2			
介護老人保健施設		83.1	76.9	1.1	10.3	28.9
	うち従来型	87.5	81.4	1.1	10.0	30.9
	うち介護療養型	53.5	50.5	1.1	11.6	16.4

図表 病床数の分布【病院】

■総病床数別 回答医療機関数

		病院		うち医療療養病床を有する病院		うち介護療養病床を有する病院	
		施設数	%	施設数	%	施設数	%
総病床数	20～49床	15	4.1%	12	3.8%	9	4.5%
	50～74床	59	16.3%	47	14.8%	33	16.6%
	75～99床	59	16.3%	50	15.8%	29	14.6%
	100～149床	81	22.4%	73	23.0%	45	22.6%
	150～199床	71	19.6%	62	19.6%	37	18.6%
	200～299床	49	13.5%	47	14.8%	30	15.1%
	300～399床	15	4.1%	15	4.7%	8	4.0%
	400～499床	4	1.1%	3	0.9%	2	1.0%
	500～599床	4	1.1%	4	1.3%	3	1.5%
	600床以上	5	1.4%	4	1.3%	3	1.5%
	計	362	100%	317	100%	199	100%

図表 病床数の分布【病院】(つづき)

■医療療養病床数別 回答医療機関数

		医療療養病床を有する病院	
		施設数	%
医療療養 病床数	1～19床	23	7.3%
	20～49床	125	39.4%
	50～74床	75	23.7%
	75～99床	35	11.0%
	100～149床	34	10.7%
	150～199床	14	4.4%
	200～299床	8	2.5%
	300～399床	2	0.6%
	400床以上	1	0.3%
	計	317	100.0%

■介護療養病床数別 回答医療機関数

		介護療養病床を有する病院	
		施設数	%
介護療養 病床数	1～19床	24	12.1%
	20～49床	75	37.7%
	50～74床	49	24.6%
	75～99床	22	11.1%
	100～149床	18	9.0%
	150～199床	8	4.0%
	200～299床	2	1.0%
	300～399床	1	0.5%
	400床以上	0	0.0%
	計	199	100.0%

図表 定員数と入所者数の状況【介護老人保健施設】

		介護老人保健施設		うち従来型		うち介護療養型	
		施設数	%	施設数	%	施設数	%
定員数	1～24人	14	5.9%	3	1.6%	11	35.5%
	25～49人	12	5.1%	5	2.7%	5	16.1%
	50～74人	54	22.9%	44	23.4%	7	22.6%
	75～99人	51	21.6%	41	21.8%	5	16.1%
	100～124人	88	37.3%	83	44.1%	0	0.0%
	125～149人	7	3.0%	5	2.7%	1	3.2%
	150～174人	8	3.4%	7	3.7%	1	3.2%
	175人以上	2	0.8%	0	0.0%	1	3.2%
	計	236	100%	188	100%	31	100%
入所者数	1～24人	15	6.5%	4	2.2%	11	35.5%
	25～49人	28	12.1%	19	10.3%	7	22.6%
	50～74人	52	22.4%	42	22.7%	6	19.4%
	75～99人	109	47.0%	97	52.4%	4	12.9%
	100～124人	17	7.3%	15	8.1%	1	3.2%
	125～149人	8	3.4%	6	3.2%	1	3.2%
	150～174人	2	0.9%	2	1.1%	0	0.0%
	175人以上	1	0.4%	0	0.0%	1	3.2%
	計	232	100%	185	100%	31	100%

(3) 回答施設の病床稼働の状況

①稼働率

施設類型別に平成 26 年 11 月中ののべ在院日数（のべ在所日数）から病床稼働率を算出した。平均病床稼働率は、介護療養型老人保健施設で 94.6%と最も高く、病院および老健ではほぼ 90%台の結果であった。診療所ではやや低く、医療療養病床で 64.8%、介護療養病床で 61.3%であった。

図表 のべ入院患者・入所者数（平成 26 年 11 月）

		施設数	平均ベッド数	月あたり平均延べ入院・入所日数	稼働率
病院	医療療養病床	314	71.0	1909.9	89.7%
	介護療養病床	197	58.5	1632.5	93.0%
診療所	医療療養病床	60	7.4	143.2	64.8%
	介護療養病床	57	10.6	195.8	61.3%
介護老人保健施設		231	83.5	2321.1	92.6%
うち従来型		183	87.9	2432.9	92.3%
うち介護療養型		31	55.4	1571.0	94.6%

②平均在院日数

施設類型別に平成 26 年 11 月時点の平均在院日数（平均在所日数）の回答をみると、平均日数は、病院の介護療養病床で最も高く 586.1 日、次いで介護療養型老人保健施設で 441.2 日となっていた。最も短かったのは診療所の医療療養病床の 176.9 日であった。

図表 平均在院日数（平成 26 年 11 月）

		施設数	平均在院・在所日数	最大値	最小値
病院	医療療養病床	307	302.8	3,868	23
	介護療養病床	187	586.1	3,104	10
診療所	医療療養病床	45	205.1	900	0
	介護療養病床	47	361.8	2,002	1
介護老人保健施設		220	351.7	3,270	9
うち従来型		172	338.4	1,797	9
うち介護療養型		31	441.2	3,270	13

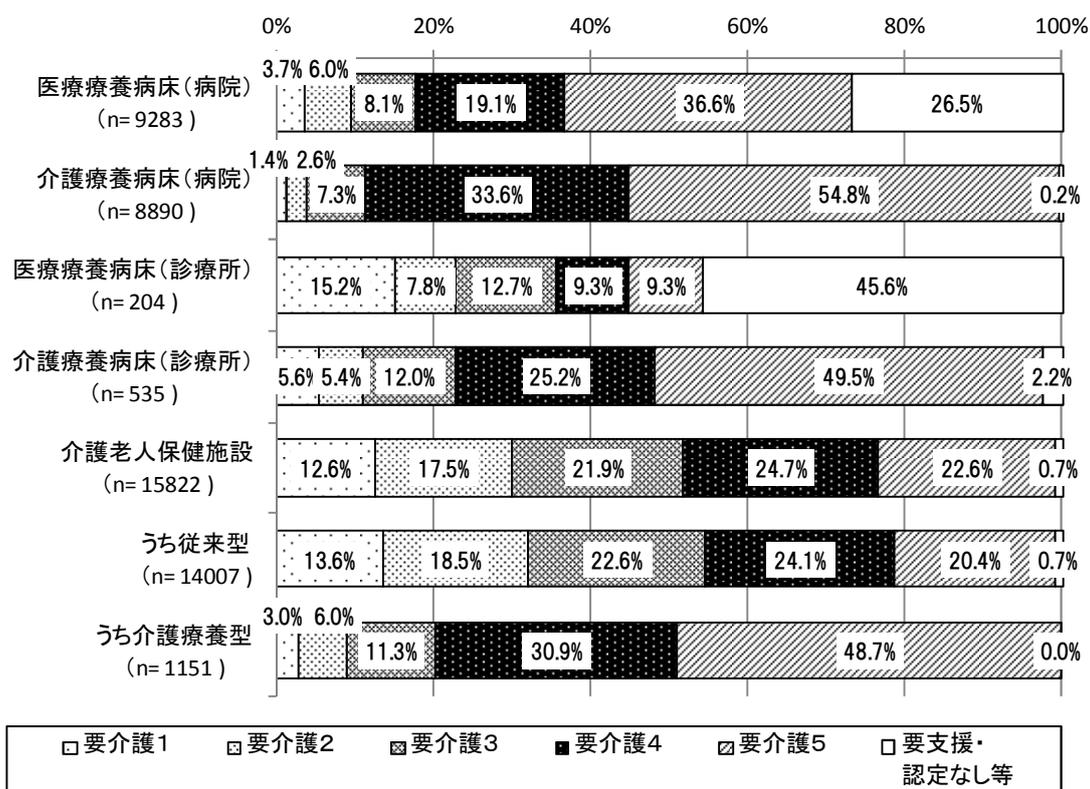
(4) 回答施設の入院患者・入所者の全体像

①要介護度

施設類型別の要介護度についてみると、「要介護5」の割合が最も高いのは病院の介護療養病床であり、54.8%を占めていた。次いで診療所の介護療養病床で49.5%、介護療養型老人保健施設が48.7%となっており、これらはいずれも最も構成割合の高い区分となっていた。病院の医療療養病床についても、「要介護5」が最も高い割合を示していた。

図表 要介護度別入院患者数・入所者数（平成26年11月末日時点）

	施設数	入院患者数・入所者数						
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要支援・認定なし等	
病院	医療療養病床	160	344	558	754	1,770	3,399	2,458
	介護療養病床	158	128	235	648	2,989	4,876	14
診療所	医療療養病床	26	31	16	26	19	19	93
	介護療養病床	50	30	29	64	135	265	12
介護老人保健施設		193	1,993	2,776	3,465	3,911	3,574	103
	うち従来型	153	1,908	2,593	3,168	3,379	2,856	103
	うち介護療養型	28	35	69	130	356	561	0



②医療区分

病院については、各病棟における医療区分 2・3 の患者割合の回答を求めた。医療療養病床では、医療区分 2・3 の割合は平均 79.0%であった。介護療養病床では、不明である場合が多く、回答数が 44 施設に限られているが、把握している施設における医療区分 2・3 の割合は平均 22.7%であった。

図表 医療区分 2・3 の患者割合（平成 26 年 11 月）

		有効回答	平均割合(%)	標準偏差
病院	医療療養病床	303	79.1	21.4
	介護療養病床	44	22.7	23.5

③リハビリを行っている患者数

平成 26 年 11 月中に 1 日以上リハビリを実施した患者数は、従来型介護老人保健施設で 100 床あたり 159.6 人と最も多かった。

図表 リハビリを行っている入院患者数・入所者数（平成 26 年 11 月中）

		施設数	合計人数	平均人数	1病棟あたり リハビリ人数	100床あたり リハビリ人数
病院	医療療養病床	273	11,529	42.2	27.0	59.5
	介護療養病床	165	7,315	44.3	30.7	75.8
診療所	医療療養病床	37	120	3.2		44.0
	介護療養病床	30	191	6.4		59.8
介護老人保健施設		194	25,868	133.3		159.6
	うち従来型	154	23,594	153.2		174.4
	うち介護療養型	29	1,576	54.3		98.2

④ターミナルケア計画を作成されていた患者数

平成 26 年 11 月中にターミナルケア計画を作成されていた人数（11 月以前に作成された者も含む）は、病院では病棟あたり約 1 人、介護老人保健施設では施設あたり約 2 人であった。

図表 ターミナルケア計画を作成されていた入院患者数・入所者数（平成 26 年 11 月中）

		施設数	作成合計人数	1施設あたり 平均人数	1病棟あたり 平均人数	100床あたり 作成人数
病院	医療療養病床	240	394	1.64	1.1	2.3
	介護療養病床	152	213	1.40	1.0	2.4
診療所	医療療養病床	40	11	0.28		3.7
	介護療養病床	35	8	0.23		2.1
介護老人保健施設		206	397	1.93		2.3
	うち従来型	161	298	1.85		2.1
	うち介護療養型	30	59	1.97		3.6

⑤死亡退院・退所者数

平成26年9月から11月の3ヶ月間に死亡退院となった者の人数は、医療療養病床（病院）では100床あたり16.0人、介護療養病床（病院）では100床あたり8.7人と多くなっていた。介護老人保健施設では、介護療養型（100床あたり5.3人）のほうが、従来型（100床あたり2.2人）よりも多くなっていた。

図表 死亡退院・退所者数（平成26年9月～11月の期間）

		施設数	合計人数	1施設あたり 平均人数	1病棟あたり 平均人数	100床あたり 死亡退院人数
病院	医療療養病床	310	3,520	11.4	7.2	16.0
	介護療養病床	187	951	5.1	3.6	8.7
診療所	医療療養病床	55	32	0.6		7.9
	介護療養病床	52	48	0.9		8.7
介護老人保健施設		225	474	2.1		2.5
	うち従来型	178	342	1.9		2.2
	うち介護療養型	30	88	2.9		5.3

（5）退院先の受け皿の量

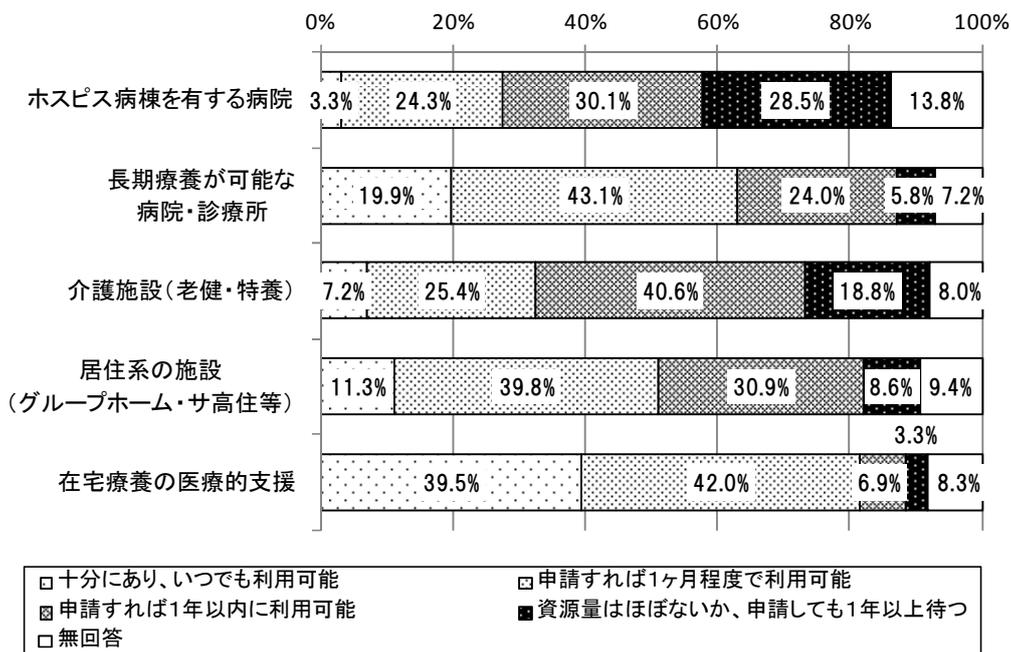
地域における退院先の受け皿の量として、「ホスピス病棟を有する病院」、「長期療養が可能な」、「病院・診療所」、「介護施設（老健・特養）」、「居住系の施設（グループホーム・サ高住等）」、「在宅療養の医療的支援」のそれぞれについて、申請からどの程度の時間で利用可能かを4択で尋ねた。

全体として在宅療養の医療的支援は「十分にある」「1ヶ月程度で利用可能」が8割を占め、資源が多くあることが伺われた。一方、ホスピス病棟を有する病院は、全体として「資源量はほぼない」の割合が高かった。

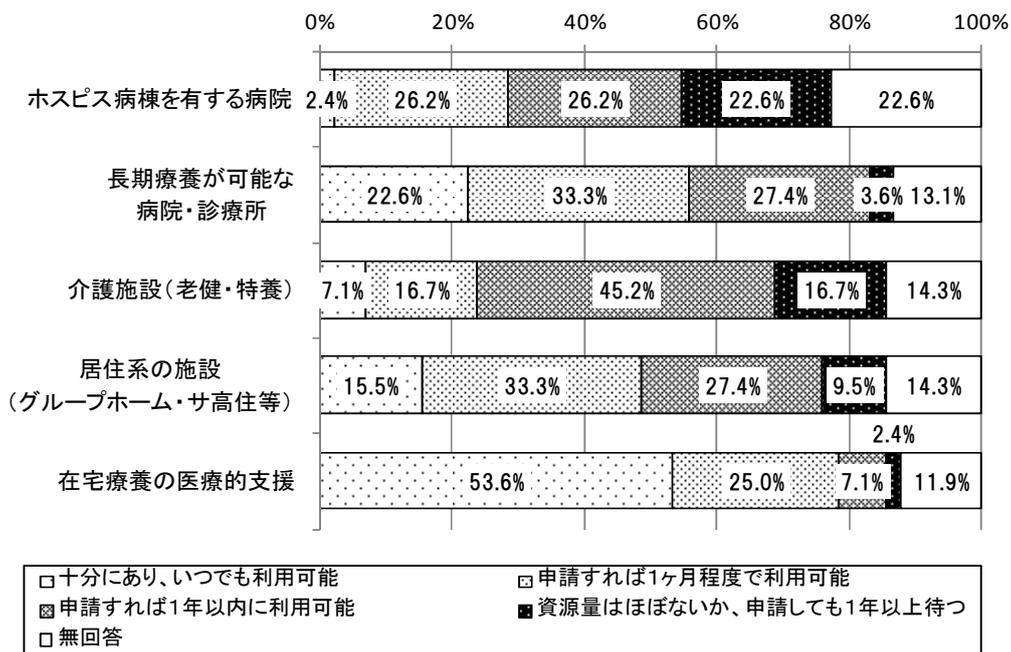
介護老人保健施設の回答では、従来型の施設において「長期療養が可能な病院・診療所」、「介護施設」、「居住系の施設」が「十分にある」から「1年以内に利用可能」までの合計で約8割を占めたのに対し、介護療養型の施設では、それぞれ6割前後にとどまっていた。

図表 地域における退院先の受け皿の量

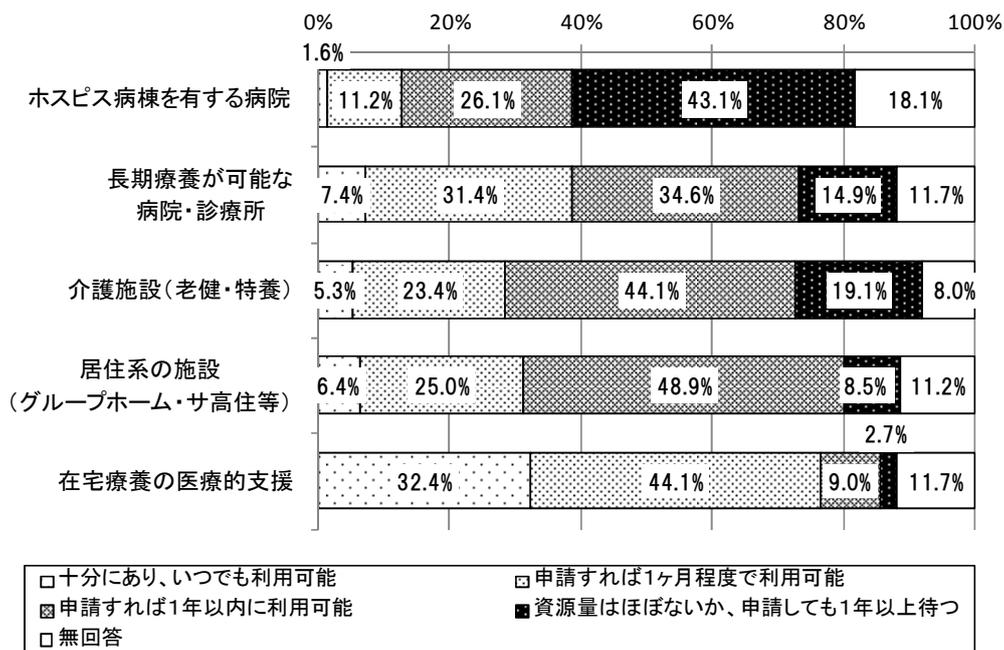
■ 病院 (n=362)



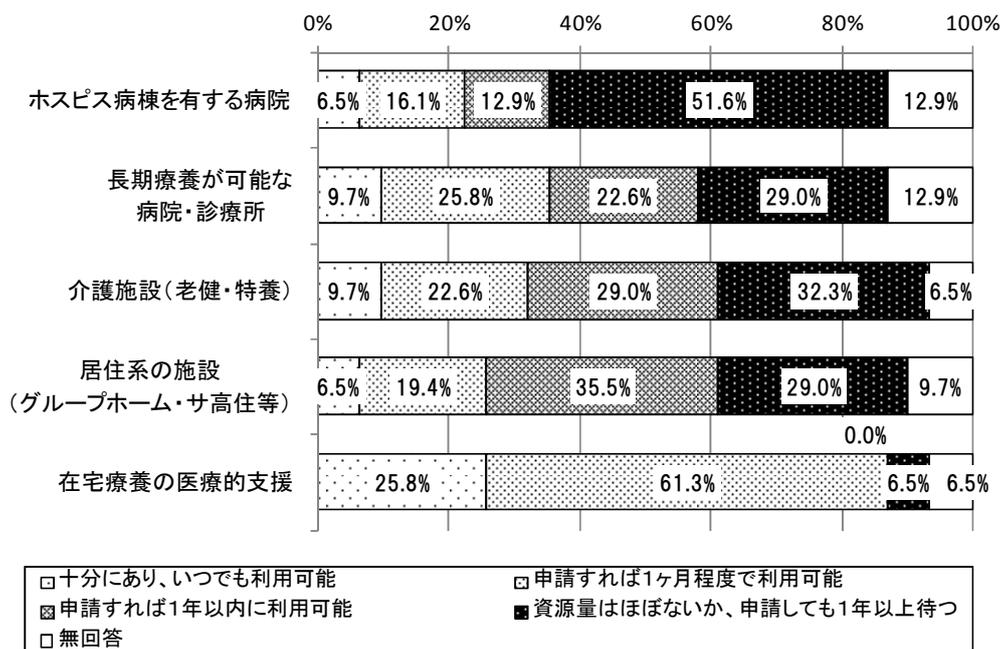
■ 診療所 (n=84)



■従来型介護老人保健施設 (n=188)



■介護療養型老人保健施設 (n=31)



3. がん患者の受け入れについて

(1) 施設全体のがん患者の入院・入所状況

①患者数

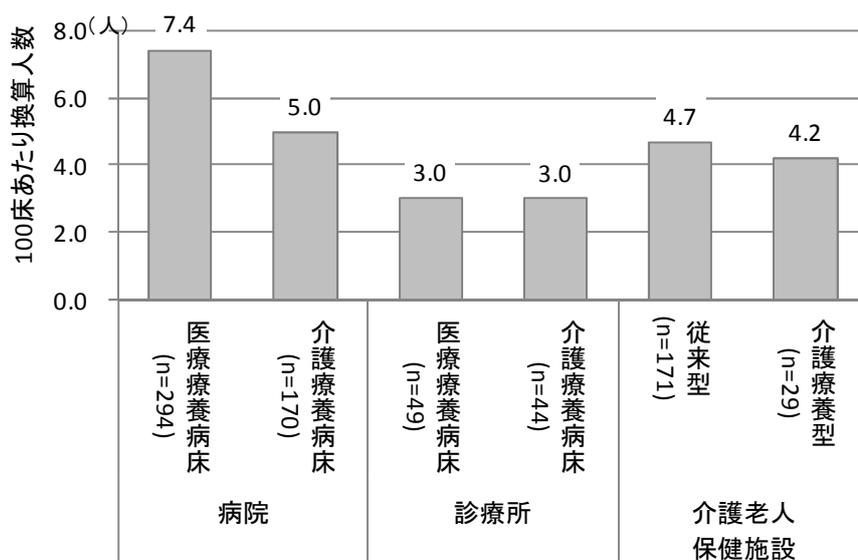
「主傷病もしくは副傷病でがんの診断がついている患者」の100床あたり入院数を算出したところ、医療療養病床（病院）が最も高く7.4人、次いで介護療養病床（病院）の5.0人となっていた。介護老人保健施設では100床あたり4.4人であった。

入院患者全体に占める割合は、医療療養病床（病院）が最も高く8.3%、次いで介護療養病床（病院）の5.3%となっていた。

図表 がん患者の人数

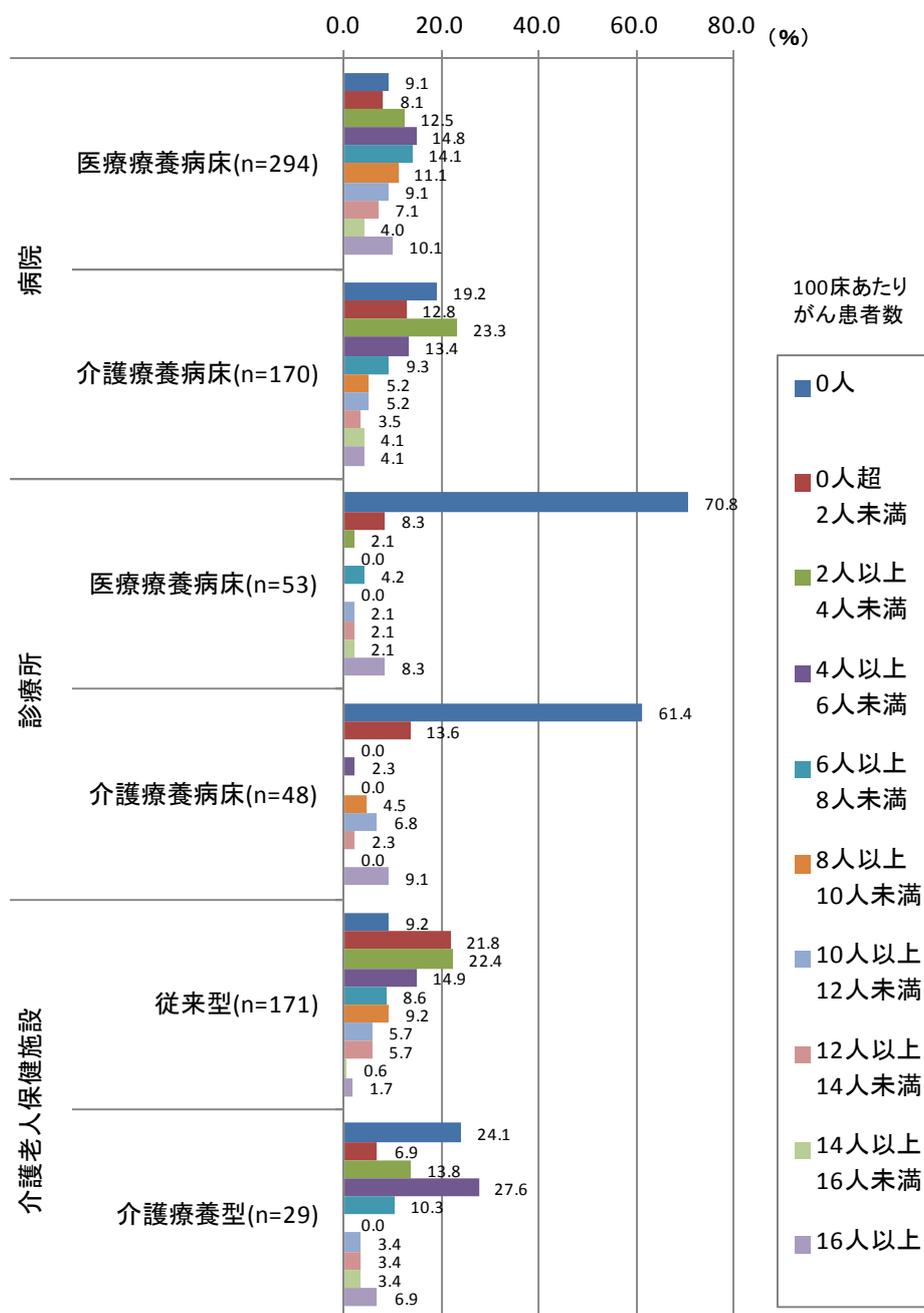
(平成26年11月の情報)

	集計対象施設数	平均病床数(床)	施設あたり1日あたり平均入院患者数(人)	うちがん患者の平均入院患者数(人)	がん患者の100床あたり入院数(人)	入院患者全体に占めるがん患者の割合(%)	
病院	医療療養病床	294	72.0	64.7	5.3	7.4	8.3
	介護療養病床	170	61.7	57.9	3.1	5.0	5.3
診療所	医療療養病床	49	7.8	5.5	0.2	3.0	4.3
	介護療養病床	44	11.4	7.4	0.3	3.0	4.6
介護老人保健施設		213	82.4	76.5	3.6	4.4	4.7
うち従来型		171	86.5	80.3	4.0	4.7	5.0
うち介護療養型		29	54.5	51.7	2.3	4.2	4.4



「主傷病もしくは副傷病でがんの診断がついている患者」の100床あたり入院数について、施設ごとの分布をみると、医療療養病床（病院）では「4人以上6人未満/100床」が最も多く14.8%を占めたが、0人/100床の施設から16人以上/100床の施設まで、幅広く存在していた。介護療養病床（病院）では「2人以上4人未満/100床」が最も多く23.3%であった。診療所では0人/100床が最も多く該当し、約6割を占めた。従来型介護老人保健施設では「0人超4人未満/100床」で45.0%を占め、「12人以上/100床」が入所している施設は全体の8.2%と少なくなっていた。

図表 施設種別の100床あたりがん患者数の分布

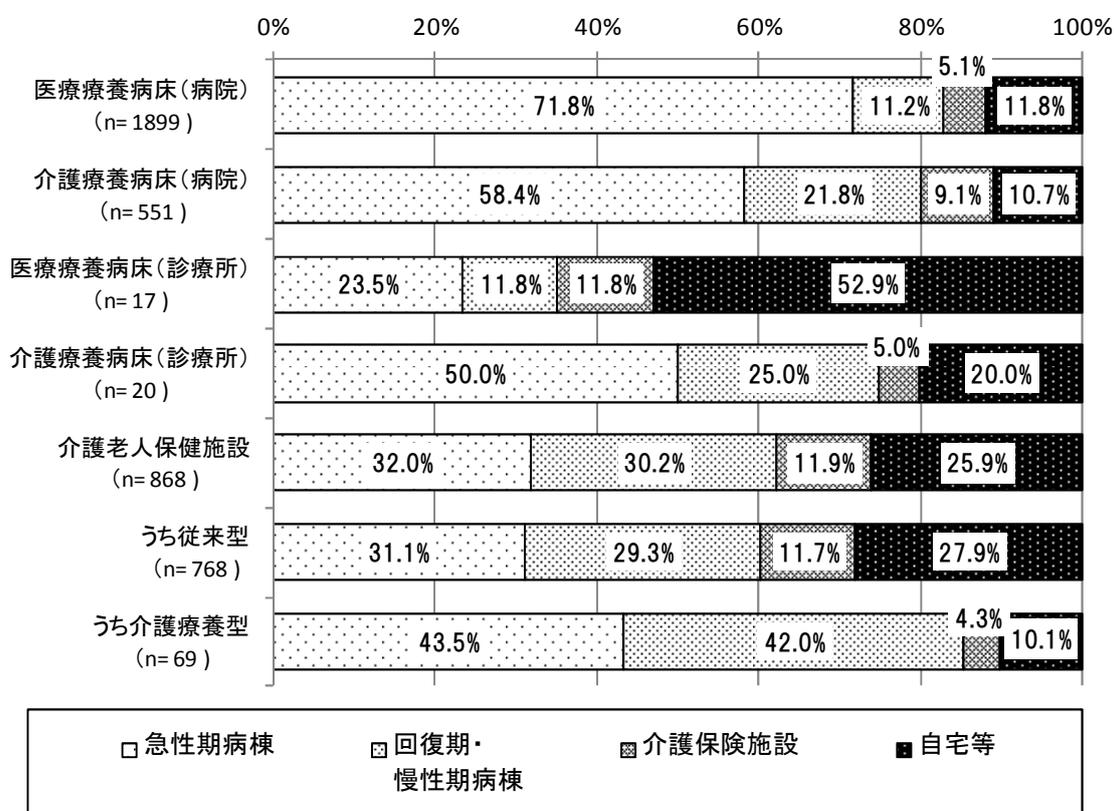


②がん患者の入院・入所前の療養場所

「主傷病もしくは副傷病でがんの診断がついている患者」について、入院前の療養場所を尋ねたところ、病院の入院患者では急性期病棟（他院含む）からの転院・転棟が最も多く、医療療養病床（病院）で71.8%、介護療養病床（病院）で58.4%を占めた。診療所の医療療養病床では、該当患者数が18名と少ないものの、半数は自宅等からの入院であった。従来型介護老人保健施設では、急性期病棟、回復期・慢性期病棟、自宅等からの入所がそれぞれ3割ずつを占めていた。

図表 入院前の場所別がん患者の人数と割合

	施設数	総患者数	がん患者の入院前場所				
			急性期病棟	回復期・慢性期病棟	介護保険施設	自宅等	
病院	医療療養病床	299	1899	1364	213	97	225
	介護療養病床	174	551	322	120	50	59
診療所	医療療養病床	49	17	4	2	2	9
	介護療養病床	44	20	10	5	1	4
介護老人保健施設		220	868	278	262	103	225
	うち従来型	176	768	239	225	90	214
	うち介護療養型	29	69	30	29	3	7



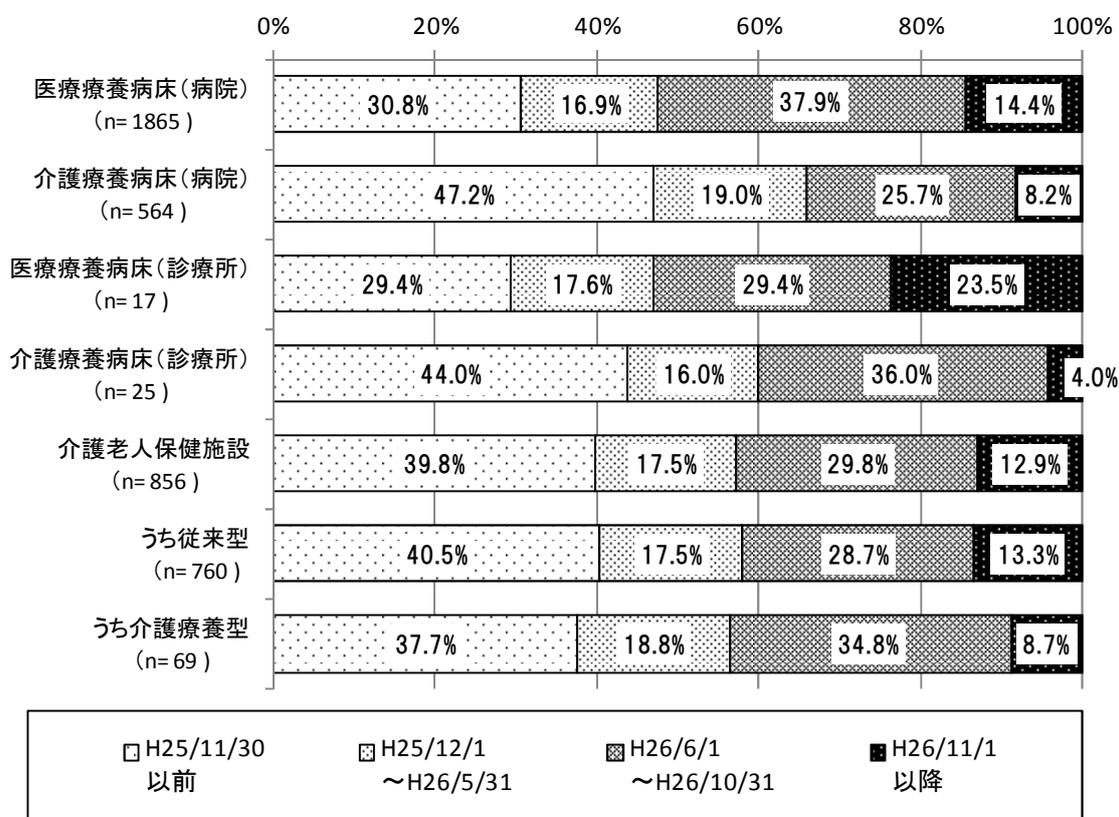
③がん患者の入院・入所開始時期

「主傷病もしくは副傷病でがんの診断がついている患者」について、今の病床・施設への入院・入所開始時期を尋ねたところ、1年以上の長期入院に相当する「H25/11/30 以前」の該当者は介護療養病床(病院)では47.2%と最も高く、医療療養病床(病院)では30.8%、介護老人保健施設で39.8%を占めた。

図表 入院開始時期別がん患者の人数と割合

	施設数	総患者数	がん患者の入院開始時期				
			H25/11/30 以前	H25/12/1～ H26/5/31	H26/6/1～ H26/10/31	H26/11/1 以降	
病院	医療療養病床	299	1865	575	315	707	268
	介護療養病床	174	564	266	107	145	46
診療所	医療療養病床	49	17	5	3	5	4
	介護療養病床	44	25	11	4	9	1
介護老人保健施設		220	856	341	150	255	110
	うち従来型	176	760	308	133	218	101
	うち介護療養型	29	69	26	13	24	6

※「H25/11/30 以前」は概ね「1年以上入院」に、「H25/12/1～H26/5/31」は概ね「半年以上1年未満入院」に、「H26/6/1～H26/10/31」は概ね「1ヶ月以上半年未満入院」に、「H26/11/1以降」は概ね「1ヶ月以内」に相当する。



(2) がん患者の具体的な療養状況

以下では、施設ごとにごがん患者の人数がもっとも多い病棟に限って、詳細な設問への回答を求めた。老健でエリア別の把握が難しい場合には、施設全体についての回答を依頼した。入院患者・入所者にごがん患者がいない場合には、回答は不要とした。

①医療の提供状況

「主傷病もしくは副傷病でがんの診断がついている患者」に提供されている医療の内容を把握する目的で、がん治療・緩和治療に関する既往歴と現在の病棟（施設）に入院・入所してから提供した医療処置について尋ねた。

これまでの治療の既往歴としては、手術の割合が最も高く、化学療法が1割を占めた。麻薬による疼痛管理を以前実施していた割合は、医療療養病床の患者は1割程度であったが、介護療養病床および介護老人保健施設では、2%と非常に少なかった。

現在の療養場所での医療処置は全体として2割に届く項目はほとんどなく、あまりがんの特化した医療処置は提供されていないことが示唆された。その中で、医療療養病床（病院）における「麻薬による疼痛管理」15.1%、「じょくそうの処置」12.5%や、介護療養病床（病院）が多における「じょくそうの処置」12.1%、介護療養型老人保健施設における「化学（薬物）療法」19%、「麻薬による疼痛管理」11.1%がやや高くなっていた。

治療歴に対して現在でも提供されている割合が低い処置は、「化学（薬物）療法」、「放射線療法」であり、逆に現在提供されている割合のほうが高い処置は「麻薬による疼痛管理」、「じょくそうの処置」であった。

なお、以前の既往歴については、「記録が不明」である場合には回答がないため、実際よりはやや小さい割合となっている可能性があることに留意が必要である。

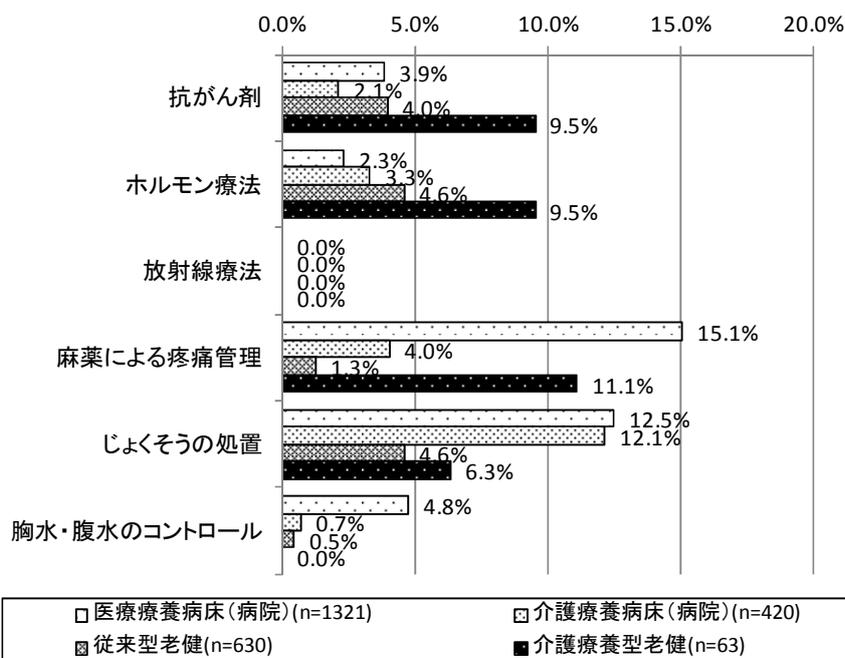
図表 がん治療・緩和治療に関する既往歴と、現在の病棟に入院してから提供した医療処置

		対象 がん患者 数(人)	現在の病棟・施設に入院・入所する以前の既往歴							
			手術療法	化学(薬 物)療法	うち抗がん 剤	うちホルモ ン療法	放射線療 法	麻薬による 疼痛管理	じよくそう の処置	胸水・腹水 のコント ロール
病院	医療療養病床	1,321	30.9%	10.1%	9.6%	4.7%	4.4%	8.7%	7.0%	3.0%
	介護療養病床	420	29.3%	6.9%	6.2%	2.9%	4.8%	2.4%	6.4%	1.2%
診療所	医療療養病床	17	11.8%	11.8%	0.0%	0.0%	5.9%	11.8%	5.9%	11.8%
	介護療養病床	20	30.0%	15.0%	10.0%	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%
介護老人保健施設		721	48.5%	15.7%	6.7%	8.6%	2.9%	1.8%	1.5%	0.6%
	うち従来型	630	48.9%	15.1%	6.0%	8.7%	2.9%	1.4%	1.4%	0.5%
	うち介護療養型	63	36.5%	25.4%	14.3%	9.5%	4.8%	6.3%	3.2%	1.6%



		対象 がん患者 数(人)	現在の病棟・施設に入院・入所してから提供した医療処置							
			手術療法	化学(薬 物)療法	うち抗がん 剤	うちホルモ ン療法	放射線療 法	麻薬による 疼痛管理	じよくそう の処置	胸水・腹水 のコント ロール
病院	医療療養病床	1,321	/	4.2%	3.9%	2.3%	0.0%	15.1%	12.5%	4.8%
	介護療養病床	420	/	3.6%	2.1%	3.3%	0.0%	4.0%	12.1%	0.7%
診療所	医療療養病床	17	/	5.9%	0.0%	5.9%	11.8%	17.6%	5.9%	11.8%
	介護療養病床	20	/	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%	5.0%	10.0%
介護老人保健施設		721	/	10.4%	4.3%	4.9%	0.0%	2.1%	4.6%	0.4%
	うち従来型	630	/	10.0%	4.0%	4.6%	0.0%	1.3%	4.6%	0.5%
	うち介護療養型	63	/	19.0%	9.5%	9.5%	0.0%	11.1%	6.3%	0.0%

■現在の病棟・施設に入院・入所してから提供した医療処置より抜粋



以前の療養場所では提供されていた治療内容のうち現在の療養場所では提供されていない治療がある患者数とその理由を尋ねた。

理由としては、「患者のQOLを考慮して提供しない選択を行った」割合が最も高く、医療療養病床（病院）の43.2%、介護療養病床（病院）の45.2%、介護療養型老人保健施設の52.8%であった。

次に割合の多かった「その他」の理由としては、「治癒等により治療を要しなかった」、「本人／家族が治療を希望しなかった」、「経過観察中である」など、治療の必要ない状態で入院・入所した事例が大半であった。従来型介護老人保健施設で特に「治療が必要ない」との回答が多かった。また、「現在の療養場所としては治療を提供していないが、専門医による治療を継続している」との意見が1件あった。

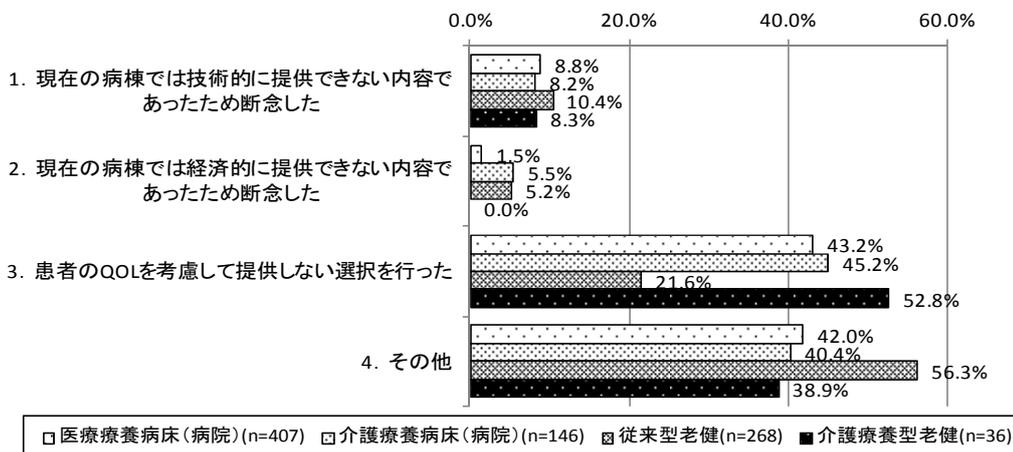
「技術的に提供できない内容であったため断念した」事例が1割程度、「経済的に提供できない内容であったため断念した」事例も介護療養病床（病院）、介護老人保健施設では5%程度存在した。

図表 提供していない治療がある場合の理由

		現在の病棟に入院・入所する以前は行っていた治療内容のうち一部もしくは全部を現在の病棟では提供していない患者数(人)	1. 現在の病棟では技術的に提供できない内容であったため断念した(人)	2. 現在の病棟では経済的に提供できない内容であったため断念した(人)	3. 患者のQOLを考慮して提供しない選択を行った(人)	4. その他(人)
病院	医療療養病床	407	8.8%	1.5%	43.2%	42.0%
	介護療養病床	146	8.2%	5.5%	45.2%	40.4%
診療所	医療療養病床	5	0.0%	0.0%	60.0%	20.0%
	介護療養病床	8	0.0%	0.0%	62.5%	37.5%
介護老人保健施設		316	10.4%	4.7%	25.0%	55.1%
	うち従来型	268	10.4%	5.2%	21.6%	56.3%
	うち介護療養型	36	8.3%	0.0%	52.8%	38.9%

※理由の回答がない場合があるため、内数の合計は100%となっていない。

■ 提供していない治療がある場合の理由より抜粋



②今後の療養の方針

「主傷病もしくは副傷病でがんの診断がついている患者」で現在入院中の患者について、今後の生活・療養場所の方針を尋ねたところ、「このままの場所で看取りまで行う予定」である場合は介護療養病床(病院)で最も高く84.5%を占め、医療療養病床(病院)で63.9%、介護療養型老人保健施設で42.9%となっていた。従来型介護老人保健施設では、「介護施設の受け入れが決まるまでの一時的な入院(退院の予定)」「状態に変化がみられるまではこのままの場所で療養を続ける予定」が約3割ずつを占めた。

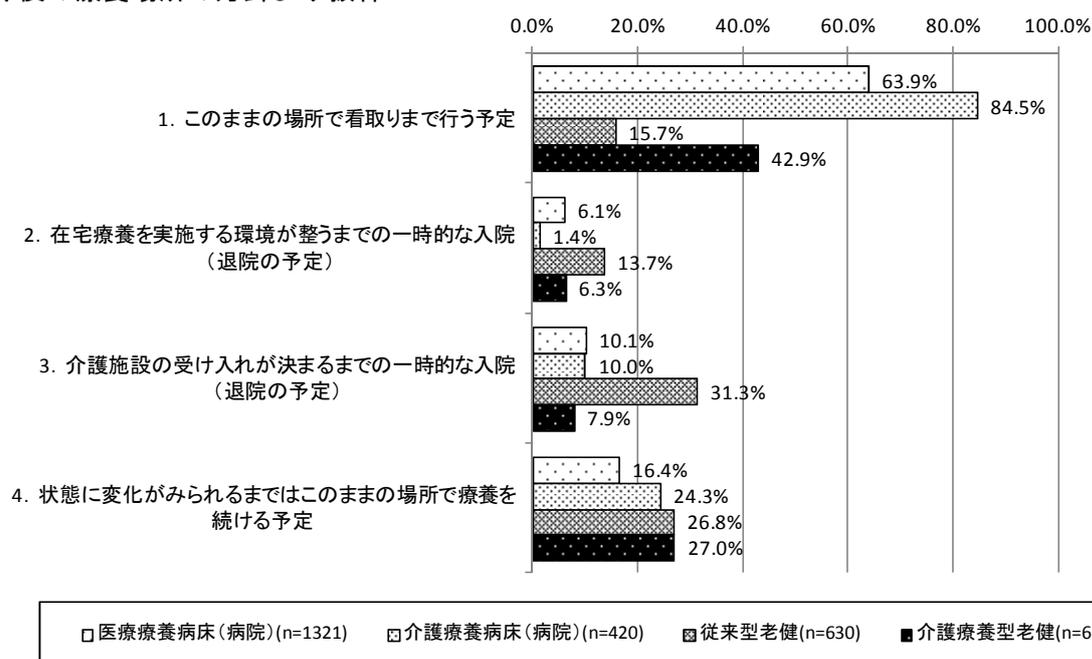
その理由としては、「緩和ケア病棟(病院)への転院待ち」、「専門医のいる他院への転院待ち」、「死亡退院(退所)済み」などが挙げられた。

図表 今後の療養場所の方針

		対象者数	1. このままの場所で看取りまで行う予定	2. 在宅療養を実施する環境が整うまでの一時的な入院(退院の予定)	3. 介護施設の受け入れが決まるまでの一時的な入院(退院の予定)	4. 状態に変化がみられるまではこのままの場所で療養を続ける予定	5. その他
病院	医療療養病床	1,321	63.9%	6.1%	10.1%	16.4%	4.3%
	介護療養病床	420	84.5%	1.4%	10.0%	24.3%	2.1%
診療所	医療療養病床	17	35.3%	5.9%	5.9%	29.4%	5.9%
	介護療養病床	20	80.0%	0.0%	10.0%	10.0%	5.0%
介護老人保健施設		721	18.2%	12.9%	28.7%	27.5%	7.4%
	うち従来型	630	15.7%	13.7%	31.3%	26.8%	7.0%
	うち介護療養型	63	42.9%	6.3%	7.9%	27.0%	14.3%

※複数回答されている場合もあるため、合計値が100%を超えている施設類型もある。

■今後の療養場所の方針より抜粋



(3) がん患者受け入れの取り組み・課題

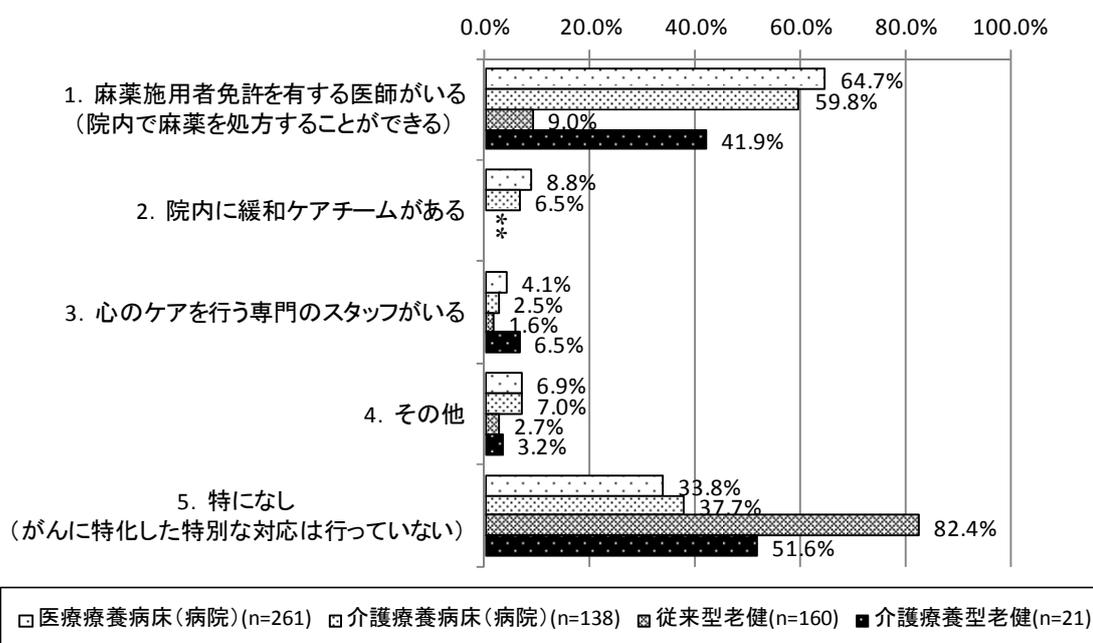
①がん患者の受け入れを推進する取り組み

病院および老健に対して、「がん患者の療養を推進する取り組み」を尋ねたところ、病院（医療療養・介護療養）では「麻薬施用者免許を有する医師がいる（院内で麻薬を処方することができる）」が7割と高かった。従来型介護老人保健施設においては「特になし（がんに特化した特別な対応は行っていない）」が約9割を占めた。

「その他」の具体的な内容としては、病院では、「緩和ケア病棟がある」「緩和ケア／がん性疼痛看護認定看護師がいる」「緩和ケア／がん性疼痛の認定医がいる」「がん患者リハビリテーションの取り組みがある」などが挙げられた。老健では、「緩和ケアを行っている医療機関との協力体制の構築」「緩和ケア認定看護師がいる」などが挙げられた。

図表 がん患者の療養を推進するような取り組み（複数回答）

		対象施設数	1. 麻薬施用者免許を有する医師がいる(院内で麻薬を処方することができる)	2. 院内に緩和ケアチームがある	3. 心のケアを行う専門のスタッフがいる	4. その他	5. 特になし(がんに特化した特別な対応は行っていない)
病院	医療療養病床	261	64.7%	8.8%	4.1%	6.9%	33.8%
	介護療養病床	138	59.8%	6.5%	2.5%	7.0%	37.7%
介護老人保健施設		190	14.3%		2.5%	3.0%	75.9%
	うち従来型	160	9.0%		1.6%	2.7%	82.4%
	うち介護療養型	21	41.9%		6.5%	3.2%	51.6%



②受け入れることのできない患者の状態

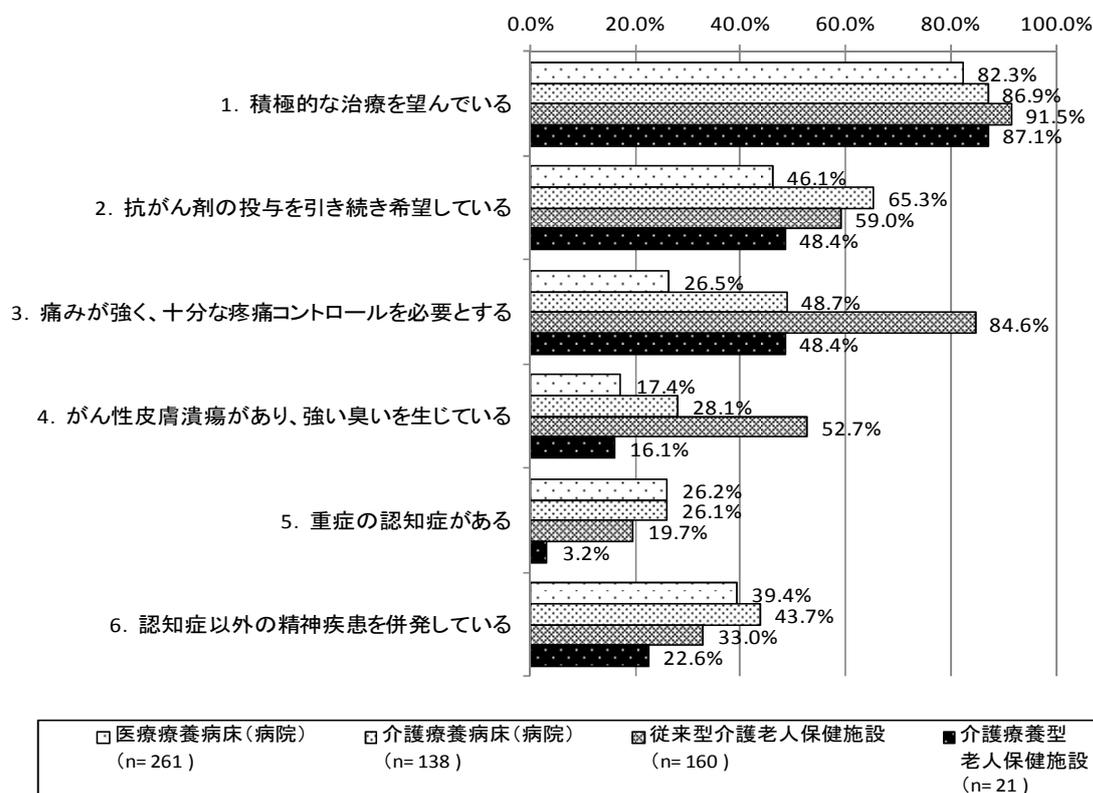
「がん患者」のうち、受け入れることのできない患者の状態を尋ねたところ、いずれの施設類型でも「積極的な治療を望んでいる」の割合が高く約 8 割の施設が選択した。従来型介護老人保健施設においては「痛みが強く、十分な疼痛コントロールを必要とする」についても 84.6%が受け入れられないと回答した。

「その他」としては、「合併している身体疾患や必要な医療内容（人工呼吸器・経管栄養など）によっては受け入れられない」とする意見が挙げられた。

図表 受け入れることのできない患者の状態（複数回答）

		対象施設数	1. 積極的な治療を望んでいる	2. 抗がん剤の投与を引き続き希望している	3. 痛みが強く、十分な疼痛コントロールを必要とする	4. がん性皮膚潰瘍があり、強い臭いを生じている	5. 重症の認知症がある	6. 認知症以外の精神疾患を併発している	7. その他
病院	医療療養病床	261	82.3%	46.1%	26.5%	17.4%	26.2%	39.4%	3.5%
	介護療養病床	138	86.9%	65.3%	48.7%	28.1%	26.1%	43.7%	3.5%
診療所	医療療養病床	15	71.7%	56.7%	45.0%	41.7%	33.3%	51.7%	3.3%
	介護療養病床	17	70.2%	63.2%	38.6%	43.9%	35.1%	45.6%	1.8%
介護老人保健施設		190	89.5%	57.4%	78.5%	46.8%	18.1%	32.1%	4.2%
	うち従来型	160	91.5%	59.0%	84.6%	52.7%	19.7%	33.0%	3.7%
	うち介護療養型	21	87.1%	48.4%	48.4%	16.1%	3.2%	22.6%	6.5%

■受け入れることのできない患者の状態より抜粋



③包括項目への意見

「抗がん剤及び医療用麻薬以外の薬剤や検査等が包括項目となっていること」について自由回答で意見を求めたところ、「包括項目は施設負担が大きい」、「経営困難に陥る可能性がある」、「患者の受け入れを難しくする要因である」といった声が多くあげられた。

特に具体的な内容に言及している回答に絞ると、「ホルモン療法剤が包括項目となっていること」、「定期的な検査の施設負担が大きくなること」、「がんに伴う様々な状態悪化（副作用含む）に対応する医療処置の経済的負担があること」に対する意見が多く挙げられた。

図表 意見の要約

1. ホルモン療法剤が包括項目となっていることに対する意見

例) 前立腺癌に対するホルモン療法剤も抗癌剤と同じ対応にしてほしい

2. 定期的な検査の施設負担が大きくなることに対する意見

例) 検査データが少ない中で、全身管理を行いながら、療養生活を送っていただかなければならず、予測困難なところがある。これはスタッフのみでなく、覚悟しているとはいえ、家族の不安は大きい。

3. がんに伴う様々な状態悪化（副作用含む）に対応する医療処置の経済的負担に対する意見

例) 脳転移がある場合、けいれん発作対策として抗けいれん薬を内服していることが多い。その際、イーケプラなど高額な抗けいれん薬を内服していると、施設経営としてとても困る。
・算定する上で透析が条件となるエリスロポエチンや、抗癌剤には分類されない癌骨転移に対する、ゾメタ等のビスホスホネート製剤等、高額な治療薬を使用していて、その薬剤が包括となる場合は、受け入れが難しくなるケースもある

※自由回答の全文は資料編に掲載している。

また、自由記述欄には費用面以外にも、マンパワーの不足を指摘する意見や、専門外で難度の高い医薬品の処方難しいという技術的な問題点を指摘する意見も多かった。

4. 特定疾患患者の受け入れについて

(1) 施設全体での特定疾患患者の入院・入所状況

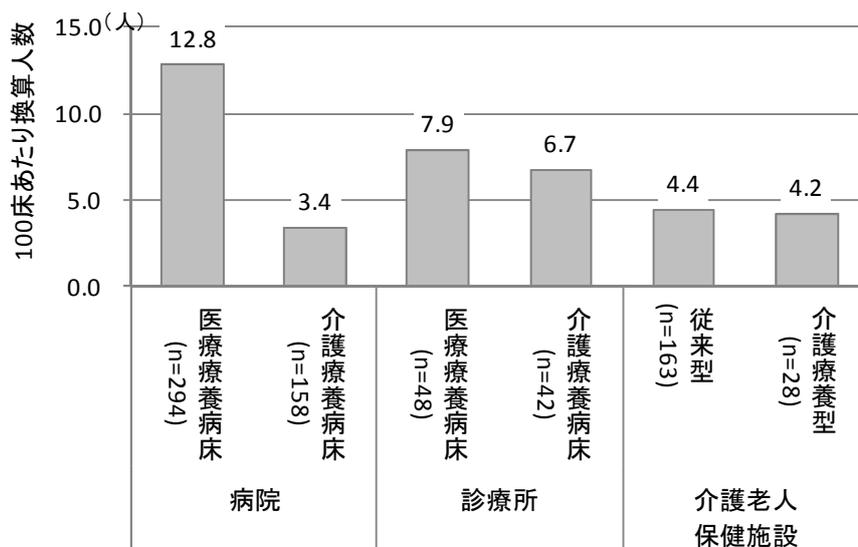
①患者数

「主傷病もしくは副傷病で特定疾患の診断がついている患者」の100床あたり入院数を算出したところ、医療療養病床（病院）が最も高く12.8人であった。介護療養病床（病院）は100床あたり3.4人、介護老人保健施設では4.5人であった。

図表 特定疾患患者の人数

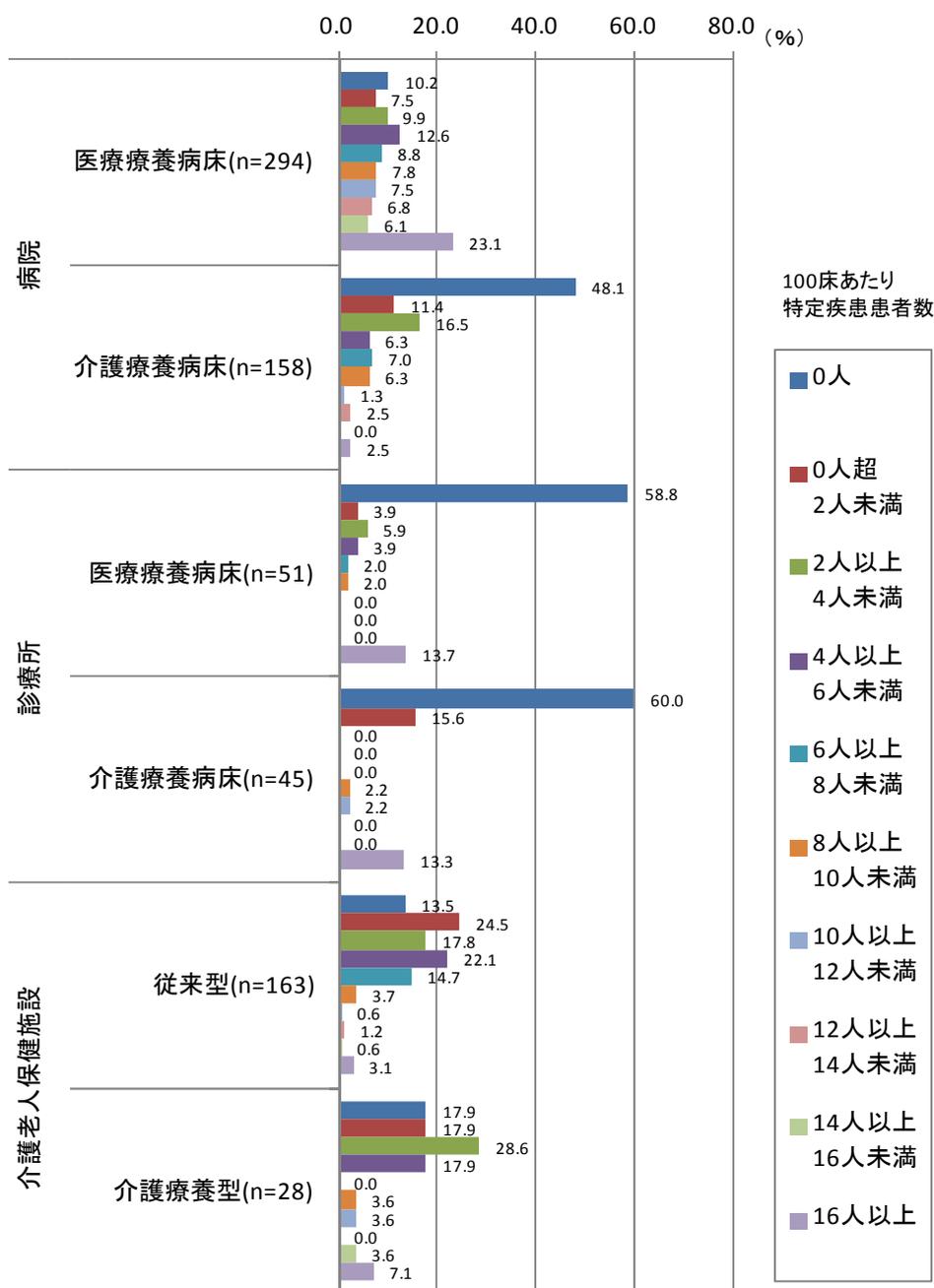
(平成26年11月の情報)

	集計対象施設数	平均病床数(床)	施設あたり1日あたり平均入院患者数(人)	うち特定疾患患者の平均入院者数(人)	特定疾患患者の100床あたり入院数(人)	入院患者全体に占める特定疾患患者の割合(%)
病院	医療療養病床	294	71.3	64.1	12.8	14.2
	介護療養病床	158	60.8	56.9	3.4	3.6
診療所	医療療養病床	48	7.3	5.2	7.9	10.9
	介護療養病床	42	11.3	6.9	6.7	11.0
介護老人保健施設		204	84.2	78.1	4.5	4.8
	うち従来型	163	87.7	81.2	4.4	4.8
	うち介護療養型	28	59.8	56.7	4.2	4.5



「主傷病もしくは副傷病で特定疾患の診断がついている患者」の100床あたり入院数について、施設ごとの分布をみると、医療療養病床（病院）では「16人以上/100床」が最も多く23.1%を占め、0人/100床の施設から16人以上/100床の施設まで、幅広く存在することがわかった。介護療養病床（病院）では「0人/100床」が最も多く48.1%であった。診療所では0人/100床が最も多く該当し、約6割を占めた。従来型介護老人保健施設では「0人超2人未満/100床」で24.5%を占め、「8人以上/100床」が入所している施設は全体の9.2%と少なくなっていた。

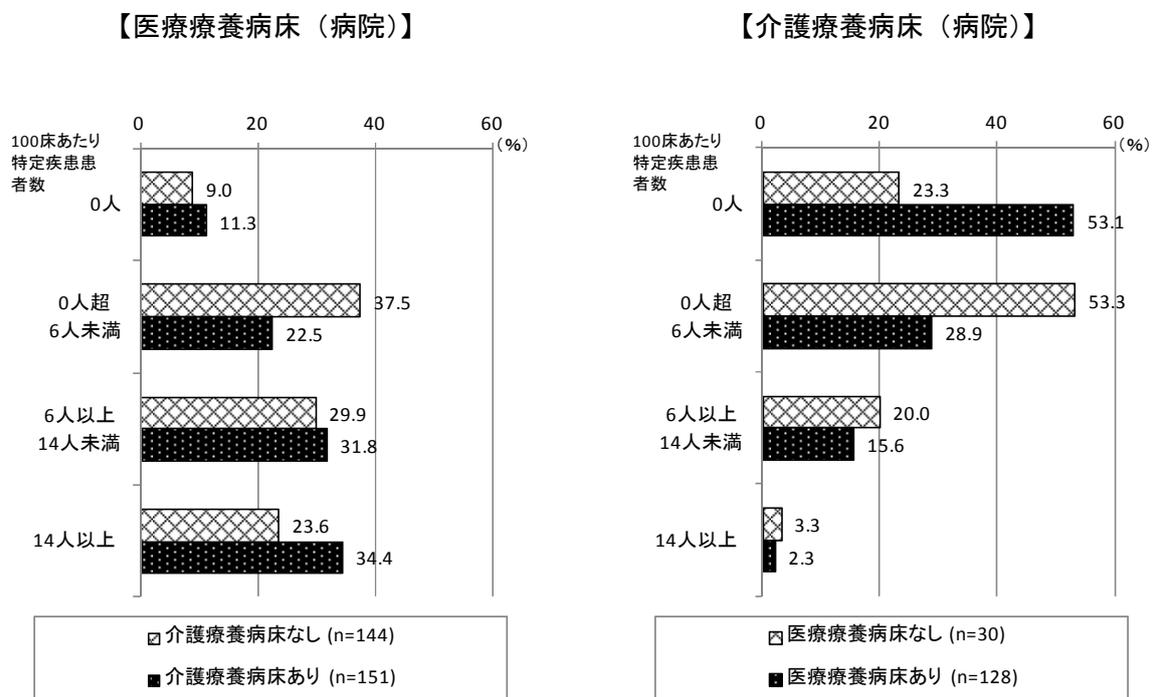
図表 施設種別の100床あたり特定疾患患者数の分布



「主傷病もしくは副傷病で特定疾患の診断がついている患者」の100床あたり入院数について、医療療養病床と介護療養病床の併設有無別の分布をみると、医療療養病床（病院）では介護療養病床ありの施設のほうが入院数は多くなる傾向にあり、介護療養病床（病院）では医療療養病床ありの施設のほうが入院数は少なくなる傾向にあった。

これは特定疾患患者であれば医療区分2に該当するという診療報酬上の誘導により、医療療養病床と介護療養病床の両方を有する病院では、医療療養病床に優先的に入院させている方針を反映しているものと考えられる。

図表 医療療養病床と介護療養病床の併設有無別の100床あたり特定疾患患者数の分布

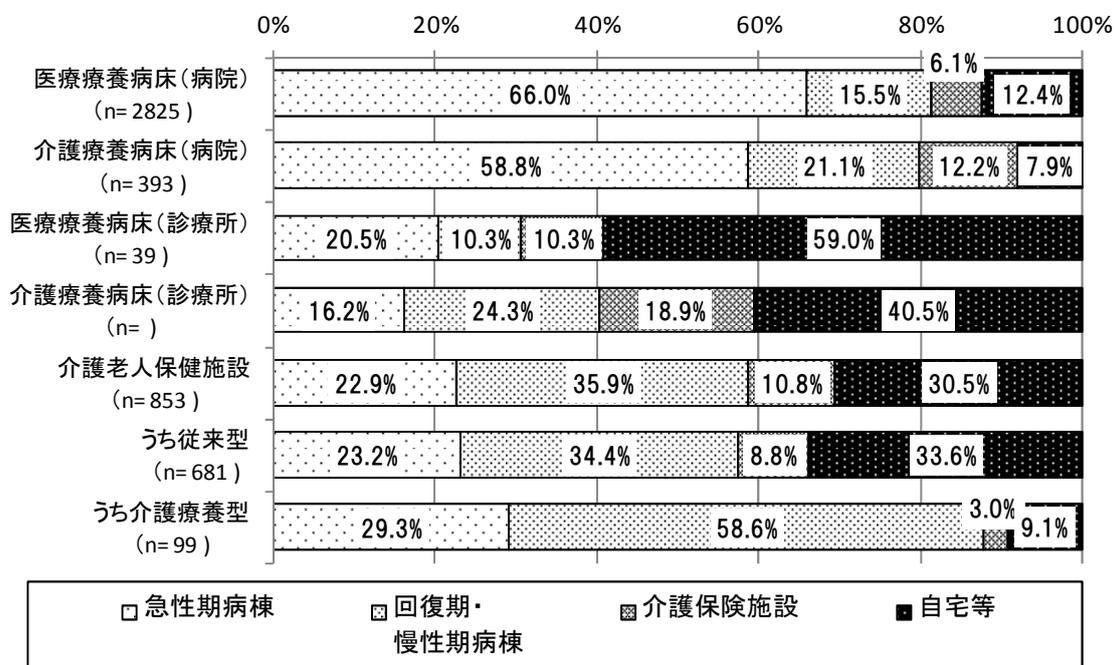


②特定疾患患者の入院・入所前の療養場所

「主傷病もしくは副傷病で特定疾患の診断がついている患者」について、入院前の療養場所を尋ねたところ、病院の入院患者では急性期病棟（他院含む）からの転院・転棟が最も多く、医療療養病床（病院）で66.0%、介護療養病床（病院）で58.8%を占めた。診療所の医療療養病床では、該当患者数が39名と少ないものの、59.0%は自宅等からの入院であった。従来型介護老人保健施設では、急性期病棟、回復期・慢性期病棟、自宅等からの入所がそれぞれ3割ずつを占めていた。

図表 入院前の場所別特定疾患患者の人数と割合

	施設数	総患者数	特定疾患患者の入院前場所				
			急性期病棟	回復期・慢性期病棟	介護保険施設	自宅等	
病院	医療療養病床	297	2,825	1,864	439	173	349
	介護療養病床	163	393	231	83	48	31
診療所	医療療養病床	48	39	8	4	4	23
	介護療養病床	42	37	6	9	7	15
介護老人保健施設		210	853	195	306	92	260
	うち従来型	167	681	158	234	60	229
	うち介護療養型	28	99	29	58	3	9



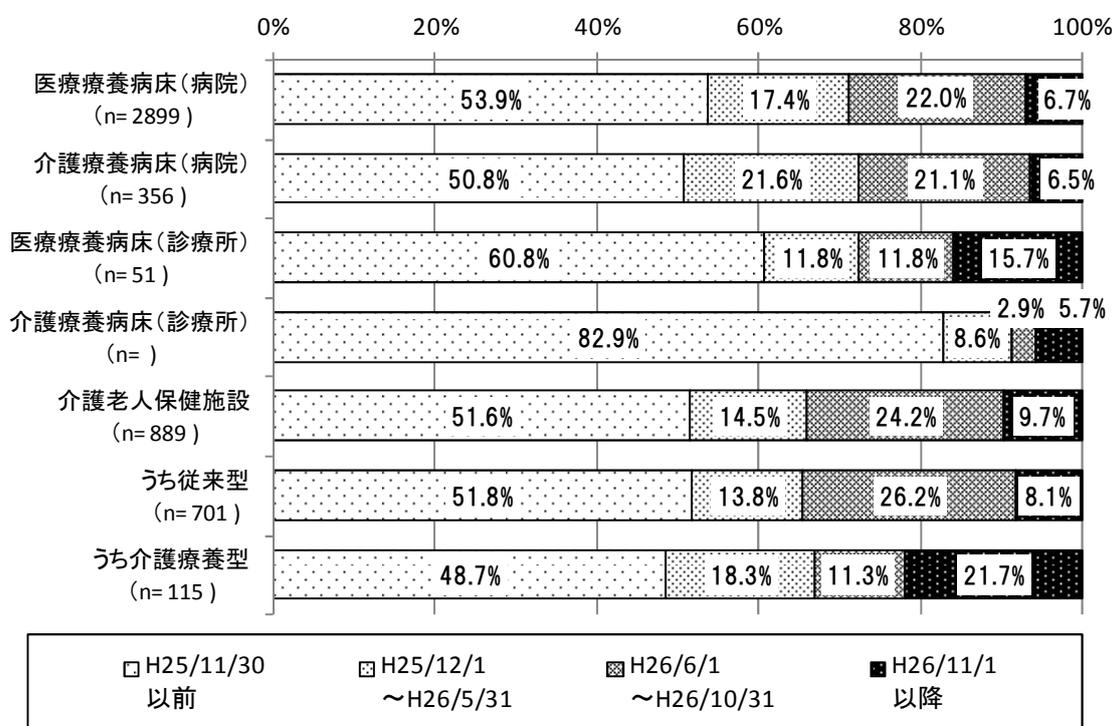
③特定患者の入院・入所開始時期

「主傷病もしくは副傷病で特定疾患の診断がついている患者」について、今の病床・施設への入院・入所開始時期を尋ねたところ、1年以上の長期入院に相当する「H25/11/30以前」の該当者はいずれの施設類型においても最も多数を占めており、約半数が長期の入院・入所であることが示された。介護療養型老人保健施設では、1ヶ月以内の新規入所者に相当する「H26/1/1以降」が21.7%を占めた。

図表 入院開始時期別特定疾患患者の人数と割合

	施設数	総患者数	特定疾患患者の入院開始時期				
			H25/11/30以前	H25/12/1～H26/5/31	H26/6/1～H26/10/31	H26/11/1以降	
病院	医療療養病床	297	2,899	1,562	503	639	195
	介護療養病床	163	356	181	77	75	23
診療所	医療療養病床	48	51	31	6	6	8
	介護療養病床	42	35	29	3	1	2
介護老人保健施設		210	889	459	129	215	86
	うち従来型	167	701	363	97	184	57
	うち介護療養型	28	115	56	21	13	25

※「H25/11/30以前」は概ね「1年以上入院」に、「H25/12/1～H26/5/31」は概ね「半年以上1年未満入院」に、「H26/6/1～H26/10/31」は概ね「1ヶ月以上半年未満入院」に、「H26/11/1以降」は概ね「1ヶ月以内」に相当する。



(2) 特定疾患患者の具体的な療養状況

以下では、施設ごとになん患者の人数がもっとも多い病棟に限って、詳細な設問への回答を求めた。老健でエリア別の把握が難しい場合には、施設全体についての回答を依頼した。入院患者・入所者にがん患者がいない場合には、回答は不要とした。

①特定疾患の疾患名

「主傷病もしくは副傷病で特定疾患の診断がついている患者」について、疾患名別に人数を尋ねた。医療療養病床（診療所）を除くすべての施設類型で、「パーキンソン病関連疾患」の患者が最も多く、半数を占めていた。

「その他」の疾患として、「アミロイドーシス」「全身性エリテマトーデス」「スモン」「後縦靭帯骨化症」などが多く挙げられた。

図表 特定疾患患者の疾患名別人数

		対象者数	1. パーキンソン病関連疾患	2. 多発性硬化症	3. 筋萎縮性側索硬化症	4. 多系統萎縮症	5. 脊髄小脳変性症
病院	医療療養病床	1,920	59.2%	1.6%	2.0%	4.3%	4.8%
	介護療養病床	311	66.2%	1.0%	1.0%	3.2%	3.9%
診療所	医療療養病床	28	17.9%	3.6%	0.0%	0.0%	14.3%
	介護療養病床	32	37.5%	0.0%	0.0%	6.3%	6.3%
介護老人保健施設		779	55.2%	6.0%	0.6%	1.8%	2.7%
	うち従来型	605	59.2%	0.5%	0.7%	1.5%	2.3%
	うち介護療養型	81	48.1%	1.2%	0.0%	2.5%	4.9%

		対象者数	6. 広範脊柱管狭窄症	7. モヤモヤ病	8. 潰瘍性大腸炎	9. その他
病院	医療療養病床	1,920	2.2%	1.2%	1.2%	18.6%
	介護療養病床	311	1.3%	1.0%	0.3%	6.1%
診療所	医療療養病床	28	35.7%	0.0%	0.0%	50.0%
	介護療養病床	32	15.6%	0.0%	0.0%	50.0%
介護老人保健施設		779	2.3%	0.8%	1.2%	18.0%
	うち従来型	605	2.8%	0.7%	1.5%	17.4%
	うち介護療養型	81	0.0%	0.0%	0.0%	37.0%

②医療の提供状況

「主傷病もしくは副傷病で特定疾患の診断がついている患者」に提供されている医療内容を把握するため、平成26年11月中に1回以上提供された医療処置について人数を尋ねた。

医療療養病床（病院）では、「喀痰吸引」が43.3%と最も多く、続いて「採血」33.3%、「胃ろう・腸ろうの管理」26.2%の順であった。

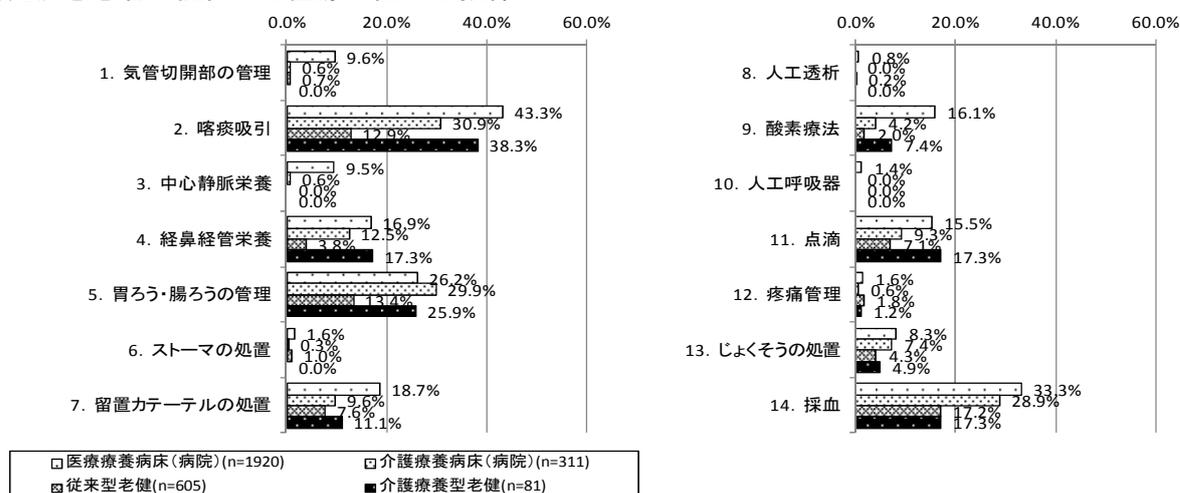
介護療養病床（病院）でも「喀痰吸引」、「胃ろう・腸ろうの管理」、「採血」がそれぞれ約3割の患者に提供されていた。

図表 特定疾患患者に提供した医療処置

		対象者数	1. 気管切開部の管理	2. 喀痰吸引	3. 中心静脈栄養	4. 経鼻経管栄養	5. 胃ろう・腸ろうの管理	6. ストーマの処置	7. 留置カテーテルの処置
病院	医療療養病床	1,920	9.6%	43.3%	9.5%	16.9%	26.2%	1.6%	18.7%
	介護療養病床	311	0.6%	30.9%	0.6%	12.5%	29.9%	0.3%	9.6%
診療所	医療療養病床	28	7.1%	28.6%	0.0%	7.1%	17.9%	7.1%	10.7%
	介護療養病床	32	0.0%	40.6%	0.0%	18.8%	25.0%	0.0%	6.3%
介護老人保健施設		779	0.5%	15.1%	0.0%	5.8%	14.4%	1.3%	8.0%
	うち従来型	605	0.7%	12.9%	0.0%	3.8%	13.4%	1.0%	7.6%
	うち介護療養型	81	0.0%	38.3%	0.0%	17.3%	25.9%	0.0%	11.1%

		対象者数	8. 人工透析	9. 酸素療法	10. 人工呼吸器	11. 点滴	12. 疼痛管理	13. じょくそうの処置	14. 採血
病院	医療療養病床	1,920	0.8%	16.1%	1.4%	15.5%	1.6%	8.3%	33.3%
	介護療養病床	311	0.0%	4.2%	0.0%	9.3%	0.6%	7.4%	28.9%
診療所	医療療養病床	28	25.0%	7.1%	3.6%	17.9%	7.1%	7.1%	64.3%
	介護療養病床	32	0.0%	0.0%	3.1%	15.6%	0.0%	18.8%	18.8%
介護老人保健施設		779	0.1%	2.7%	0.0%	7.6%	1.5%	5.4%	18.0%
	うち従来型	605	0.2%	2.0%	0.0%	7.1%	1.8%	4.3%	17.2%
	うち介護療養型	81	0.0%	7.4%	0.0%	17.3%	1.2%	4.9%	17.3%

■特定疾患患者に提供した医療処置より抜粋



③今後の療養の方針

「主傷病もしくは副傷病で特定疾患の診断がついている患者」で現在入院中の患者について、今後の生活・療養場所の方針を尋ねたところ、「このままの場所で看取りまで行う予定」である割合は診療所（医療・介護）で高く、ほぼ全数であった。また、医療療養病床（病院）で61.5%と高くなっていた。従来型介護老人保健施設では、「介護施設の受け入れが決まるまでの一時的な入院（退院の予定）」「状態に変化がみられるまではこのままの場所で療養を続ける予定」が約3割ずつを占めた。

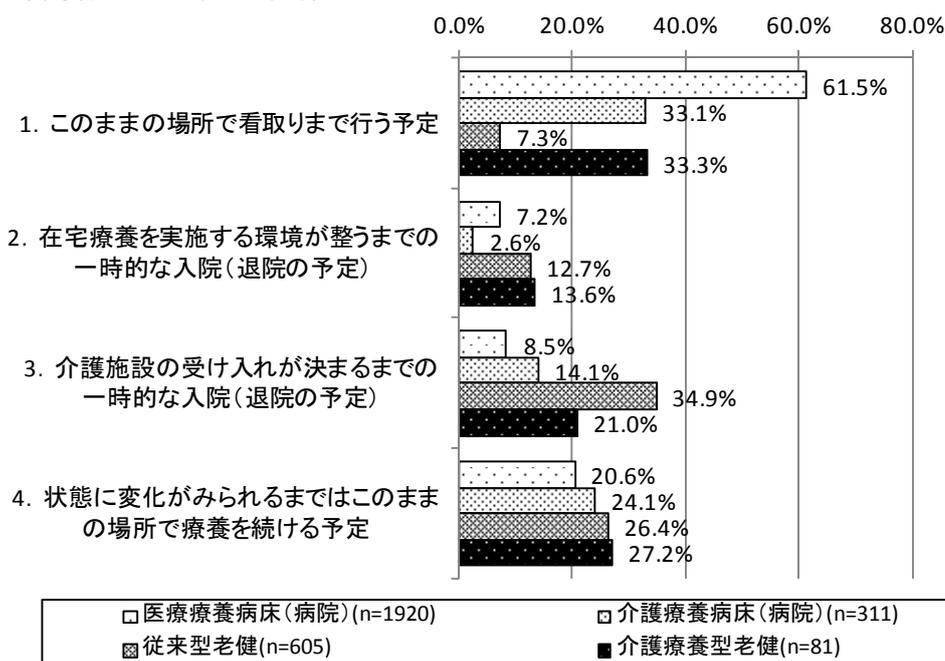
「その他」の具体的な内容としては、「死亡退院（退所）済み」「在宅と施設を交互に利用している（ショートステイ）」などが挙げられた。

図表 今後の療養場所の方針

		対象者数	1. このままの場所で看取りまで行う予定	2. 在宅療養を実施する環境が整うまでの一時的な入院(退院の予定)	3. 介護施設の受け入れが決まるまでの一時的な入院(退院の予定)	4. 状態に変化がみられるまではこのままの場所で療養を続ける予定	5. その他
病院	医療療養病床	1,920	61.5%	7.2%	8.5%	20.6%	1.8%
	介護療養病床	311	33.1%	2.6%	14.1%	24.1%	0.0%
診療所	医療療養病床	28	100.0%	7.1%	0.0%	7.1%	21.4%
	介護療養病床	32	90.6%	3.1%	3.1%	6.3%	6.3%
介護老人保健施設		779	9.4%	12.6%	35.3%	27.7%	2.2%
	うち従来型	605	7.3%	12.7%	34.9%	26.4%	2.8%
	うち介護療養型	81	33.3%	13.6%	21.0%	27.2%	0.0%

※複数回答されている場合もあるため、合計値が100%を超えている施設類型もある。

■今後の療養場所の方針より抜粋



5. その他患者の受け入れについて

(1) 常時のモニタリング・監視が必要な患者

以下では、最も重度患者の入院（入所）割合が高い病棟に限って、常時のモニタリング・監視が必要な患者について回答を求めた。老健でエリア別の把握が難しい場合には、施設全体についての回答を依頼した。

生命が危険な状態にあり常時のモニタリング・監視が必要な患者について、心電図計や血圧モニタ等のモニタ管理を行っていた患者は医療療養病床（病院）に最も多く、入院患者の 5.4%を占めていた。

終末期を迎えていた患者も医療療養病床（病院）で最も多く 2.2%、介護療養病床（病院）で 1.9%を占めていた。

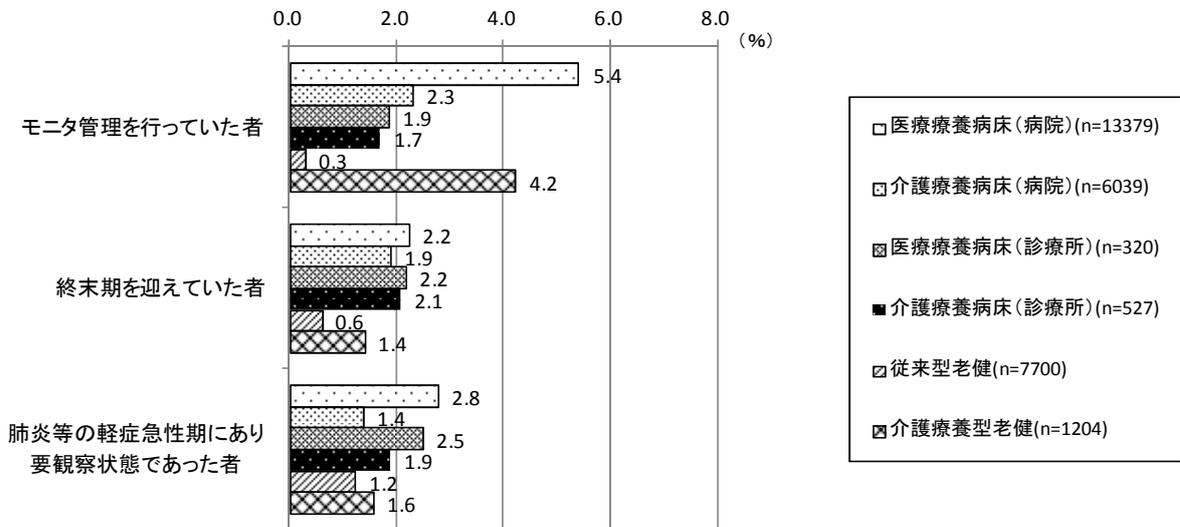
また、肺炎等の軽症急性期にあり要観察状態であった患者は、医療療養病床（病院）に最も多く、入院患者の 2.8%を占めていた。

一方、転倒・徘徊等で監視が必要な患者については介護老人保健施設に多く、転倒の危険が高い者は従来型介護老人保健施設の入所者の 7.3%、徘徊のある患者は従来型介護老人保健施設の入所者の 2.2%を占めていた。

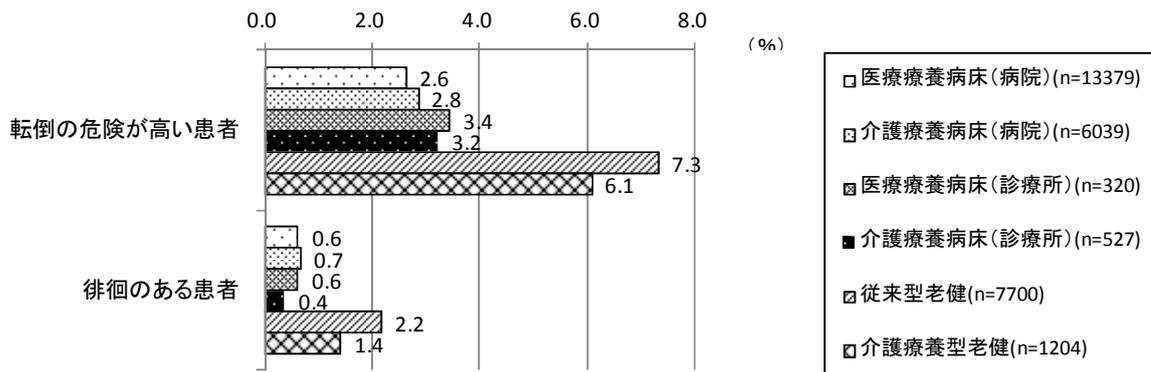
さらに、「その他」に挙げられた常時のモニタリング・監視が必要な患者像としては、「頻回な喀痰吸引が必要」「てんかん発作」などが挙げられた。

図表 常時のモニタリング・監視が必要であった患者数

■生命維持のためのモニタリング・監視（複数回答可）



■転倒等リスク回避のための監視（複数回答可）



(2) 薬剤の調整方法

入院・入所以前の他の病棟・病院において、多剤の処方・服薬を行っていたり、高額な医薬品を利用していた場合、どのように薬の調整を行うかを尋ねた。

「当該病床（施設）に入院（入所）する以前の入院場所（他院・一般病床等）で薬剤を変更してから入院（入所）する」は診療所を除く施設類型で、全体の4割ほどの施設が該当した。

「当該病棟に入院してからすぐに薬剤を変更する」施設も全体の約3~4割を占めた。

「当該病棟に入院してから時間をかけて薬剤を変更する」施設は、いずれの施設類型でも最も多く、ほぼ過半数の施設が該当した。

薬剤を変更する際の説明は、医師が中心となることが多かった。

「その他」の具体的な意見としては、「担当医師が必要と判断した場合には、値段に関係なく使用する」、「持参薬は無くなり次第変更する」、「高額薬剤等を理由として入院をお断りする場合がある」などが挙げられた。

図表 薬剤の変更方法（複数回答）

		対象施設数	当該病床に入院する以前の入院場所で薬剤を変更してから入院する	当該病床に入院してからすぐに薬剤を変更する	薬剤を変更する説明は医師が中心となっていく	薬剤を変更する説明は薬剤師が中心となっていく
病院	医療療養病床	317	38.2%	44.2%	37.9%	11.0%
	介護療養病床	199	31.2%	34.2%	30.7%	6.0%
診療所	医療療養病床	60	3.4%	39.0%	39.0%	0.0%
	介護療養病床	57	14.0%	35.1%	35.1%	0.0%
介護老人保健施設		237	46.0%	30.4%	25.3%	0.8%
うち従来型		188	47.3%	28.2%	23.9%	1.1%
うち介護療養型		31	38.7%	32.3%	25.8%	0.0%

		対象施設数	当該病床に入院してから時間をかけて薬剤を変更する	薬剤を変更する説明は医師が中心となっていく	薬剤を変更する説明は薬剤師が中心となっていく	薬の調整は特に行わない	その他
病院	医療療養病床	317	50.2%	44.8%	11.0%	12.6%	7.3%
	介護療養病床	199	41.7%	38.7%	7.0%	9.5%	9.5%
診療所	医療療養病床	60	64.4%	62.7%	3.4%	11.9%	5.1%
	介護療養病床	57	59.6%	57.9%	3.5%	10.5%	7.0%
介護老人保健施設		237	51.5%	43.9%	1.7%	7.2%	9.7%
うち従来型		188	52.7%	46.3%	1.6%	5.9%	10.6%
うち介護療養型		31	45.2%	32.3%	3.2%	9.7%	6.5%

(3) 処方 of 困難な医薬品

① 扱い of 困難な医薬品

「扱い of 困難な医薬品 of 処方」について、思い当たる医薬品と、その理由について自由回答で意見を求めた。下記の 5 つ of 意見に集約された。

図表 意見 of 要約

1. 薬価が高額な医薬品・・・抗がん剤、新薬など
2. 専門外 of 医薬品・・・精神疾患 of 治療薬など
3. 投与量などコントロールが困難な医薬品・・・インシュリン、ワルファリンなど
4. 服薬にあたって介助などを必要とする医薬品・・・インシュリン、座位での内服薬など
5. 保管・管理が困難な医薬品・・・麻薬など

※自由回答 of 全文は資料編に掲載している。

② 高額な医薬品

「持ち出しとなる高額な医薬品」について、思い当たる医薬品と、その理由について自由回答で意見を求めた。下記の 6 つ of 意見が特に多く挙げられた。

図表 意見 of 要約

1. 抗認知症薬
2. 抗てんかん薬
3. 精神科系 of 薬
4. 感染症治療薬（抗生剤、抗真菌剤、抗ウイルス剤など）
5. 新薬
6. 緑内障点眼薬

※自由回答 of 全文は資料編に掲載している。

(4) 受け入れの困難な患者

①受け入れの難しい医療機器

「受け入れの難しい医療機器を利用している患者・利用意向のある患者」について、思い当たる事例があれば自由回答で意見を求めた。下記の3つの意見が特に多く挙げられた。

図表 意見の要約

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. 人工呼吸器の必要な患者2. 人工透析の必要な患者3. 酸素療法の必要な患者 |
|--|

※自由回答の全文は資料編に掲載している。

なお、「3. 酸素療法の必要な患者」という意見は、診療所および老健で見られた。

②受け入れの難しい患者

「病室に空きはあるが受け入れを断った患者（受け入れが困難であった患者）」について、思い当たる事例があれば自由回答で意見を求めた。下記の6つの意見が多く挙げられた。

図表 意見の要約

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. 認知症の行動・心理症状（BPSD）がある患者（特に徘徊）2. 積極的な治療や高度なリハビリを希望している患者3. 高価な薬剤を利用しており、薬剤の変更が難しい患者4. 提供できない医療機器の利用を希望する患者（特に人工呼吸器と透析）
（受け入れ上限がある場合を含む）5. 家族等と治療方針・看取り方針が食い違う場合 |
|--|

※自由回答の全文は資料編に掲載している。

Ⅲ ヒアリング調査の結果

1. ヒアリング調査の実施概要

平成26年10月28日～平成27年3月5日の期間に6箇所のヒアリング調査を実施した。

ヒアリング調査の所用時間は1時間～1時間半であった。

ヒアリング対象先の属性は下記のとおりである。

図表 ヒアリング調査先の概要

	施設種別	調査対象区分			実施日	ご対応者
		医療療養	介護療養	老健		
A 病院	介護療養型医療施設	—	○	(併設)	2014年10月28日	Dr (副理事長)、Ns、事務長
B 病院	総合病院	○	○	—	2014年10月28日	Dr、Ns 3名、事務
C 病院	療養型病院	○	○	—	2014年11月7日	Dr (理事長)、Ns 3名、ケア部長
D 病院	療養型病院	○	○	—	2015年3月3日	Dr (理事長)、Dr、MSW
E 老健	従来型老健	(併設)	—	○	2015年2月24日	Dr (施設長)
F 老健	従来型老健	(併設)	(併設)	○	2015年3月5日	ケアマネ (施設士長)

2. ヒアリング調査のまとめ

ヒアリング調査の報告は資料編に詳細に紹介しているが、下記では調査項目別に得られた内容を簡潔にまとめている。

(1) がん患者の療養について

	事例の抜粋
A 病院 【介】	<ul style="list-style-type: none"> ・入院の契機が癌であった患者は、5人/161人であった。 ・疼痛コントロールを必要とする患者は少ないが、十分なコントロールが必要な場合は麻薬（坐薬型）を用いている。入院前（在宅療養等）に使用していた麻薬と種類の異なる麻薬を処方する場合には、量の調整を慎重に行う必要がある。 ・がん患者の病状によって入院を断ることはない。
B 病院 【医】 【介】	<ul style="list-style-type: none"> ・がん患者と言っても、ケアの難しさ、時間のかかり方は一律ではない。 ・積極的な治療を望む患者の場合は医療療養・介護療養ともに受け入れが難しい。 ・入院患者の年齢が比較的若い（40～50代）場合には、化学療法を実施することもある。 ・麻薬による疼痛管理が必要な患者は医療療養で受け入れることが多い。（介護療養病棟にも麻薬保管用の金庫はあるが、医療療養の方が管理をしやすいため。） ・疼痛管理の対象となるような患者は、医療療養の1病棟あたり2～3人いる。 ・麻薬は持続点滴、もしくは貼付剤が用いられることが多い。 ・緩和治療については積極的に行っており、疼痛コントロール以外にも、倦怠感に対してステロイドを投与したり、息苦しさにに対して酸素療法を提供したりしている。 ・多床室が多いため、終末期であっても個室を提供できないことが多い。その場合にはカーテン等で環境をできるだけ整えるように努力している。
C 病院 【医】 【介】	<ul style="list-style-type: none"> ・入院するがん患者は、副傷病としてがんの診断がついているだけで、入院の原疾患はがん以外であることが多い。患者像としては、高齢で、ターミナルで、老衰に近い状態である。そのような方は痛みがない場合も多く、痛みがあったとしても少量の麻薬で十分にコントロールできる。 ・抗がん剤は、胃がん（TS-1）、乳がん、前立腺がんなどで、これまで長期間に内服していた場合には継続して処方することもある。積極的な治療のために処方しているのではない。 ・入院の時点で麻薬での疼痛コントロールが必要であれば、医療区分2に該当するため医療療養へ入院となる。介護療養への転棟後、療養する中で痛みが出てきた場合には、介護療養のまま疼痛コントロールを始めることとしている。転棟はさせない。
D 病院 【医】 【介】	<ul style="list-style-type: none"> ・医療療養病床に入院しているがん患者は15名、介護療養病床に入院しているがん患者は1名となっている。 ・医療療養に入院しているがん患者のうち数名は、モルヒネなどオピオイド系の麻薬を使って疼痛コントロールを行っている。患者の痛みの症状は入院後も変化するこ

	<p>とが多い。そのため状態に応じて麻薬を適切に処方する必要がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・疼痛コントロール以外では、がん性腹膜炎で嘔吐が激しい患者にイレウスチューブを挿入・留置する処置などは医療療養病床でないと対応が難しい。 ・抗がん剤やホルモン剤による治療を続けたいという患者の希望がある場合、判断の決め手になるのは副作用の重篤性。輸血が必要な副作用が懸念されるような場合は、危機管理の側面から希望を受け入れられない。
E 老健 【従】	<ul style="list-style-type: none"> ・主傷病もしくは副傷病でがんの診断がついている者は7名いるが、いずれもがんは過去に患ったもので、既往歴として病名を有している者である。数年前に手術された方から、20年以上前に手術された方まで、事例は様々である。高齢となってからがんが見つかった事例では、特に痛みもなく、手術等もせずに経過を見守っている方もいる。いずれの入所者も、現在の入所理由はがんではない。 ・特にがんによる療養が必要な入所者がいないため、施設内で医療的な治療を行うこともない。 ・抗がん剤の投与を望んでいる場合には受け入れが難しい。抗がん剤は高額ということもあるが、抗がん剤を用いる必要があるような本格的な治療中の方は病院で診ていただきたいという方針である。 ・痛みがある場合、経口の痛みどめで対応可能なレベルであれば処方できるが、本格的な麻薬が必要になると取扱いできないため、受け入れは難しい。
F 老健 【従】	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者のうちがんの診断がついている者は7名いるが、ほとんどが現在は治癒していたり、症状が出ていなかったりする者。痛み等もないため、薬も検査も必要ない。 ・1名のみ、乳がんで、入所前からホルモン療法（アリミデックスを服用）を受けており、現在も継続している入所者がいる。 ・また、以前は抗がん剤治療を継続している入所者もいた。施設内で抗がん剤を投与していたわけではなく、隣接の総合病院の外来を定期的に受診して、抗がん剤の投与を行っていた。 ・入所に際しては状態が安定していることが受け入れの前提。そのため、痛みがある場合、内服の痛み止めで対応できる範囲であれば受け入れ可能であるが、日々の確認や調整が必要となる“麻薬を用いた疼痛コントロール”は難しい。実際に施設内に麻薬保管用の金庫などは整備しておらず、これまで麻薬を取り扱ったことがない。

(2) 特定疾患患者の療養について

	事例の抜粋
A 病院 【介】	<ul style="list-style-type: none"> ・入院の契機が特定疾患であった患者は、13 人/161 人であった。うち 11 人がパーキンソン病である。 ・多くの患者がターミナル期にあり、寝たきり状態で、意思疎通が困難もしくは不可となっている。 ・入院事由が「意欲低下・食欲低下による脱水症」であった事例では、体力が回復し退院予定の患者もいる。
B 病院 【医】 【介】	<ul style="list-style-type: none"> ・特定疾患の患者はほとんどが医療療養に入院している。病名としてはパーキンソン病、進行性核上性麻痺、筋萎縮性側索硬化症、潰瘍性大腸炎、多系統萎縮症などの患者が入院している。 ・介護療養には特定疾患の入院患者は少ない。理由としては、特定疾患の患者は医療区分 2 の対象であり、他院からの紹介、在宅からの入院の時点で選択肢として医療療養が検討されるため。特定疾患の患者が全て医療療養にしか療養の場所がないわけではなく、患者の状態によっては他の施設に入所しても大丈夫と思われる方もいる。
C 病院 【医】 【介】	<ul style="list-style-type: none"> ・常時 16 名程度の特定疾患患者がおり、医療療養への長期入院となっている。 ・パーキンソン関連疾患（パーキンソン病、進行性核上性麻痺等）が多く、広範脊柱管狭窄症の方もいる。医療区分 2 に該当するため、医療療養に入院していただいている。医療的な処置はあまり必要ではなく、介護がメインだろうと思われるが、今の制度に適応した振り分けとなっている。
D 病院 【医】 【介】	<ul style="list-style-type: none"> ・医療療養病床に入院している特定疾患患者は 7 名、介護療養病床に入院している特定疾患患者は 2 名となっている。当院は特殊疾患病棟を有しているため、こちらに入院している特定疾患患者が 21 名と多い。 ・医療処置としては、喀痰吸引を必要としている患者が多い。 ・介護療養病床に入院する特定疾患患者は、喀痰吸引などの医療処置が必要なく、介護がメインになっている者。
E 老健 【従】	<ul style="list-style-type: none"> ・主傷病もしくは副傷病で特定疾患の診断がついている者は 1 名いる。もともと精神疾患を有していた方で、高齢になってから、入院中にパーキンソン病の診断がついた方。診断がついたのが最近ということもあり、パーキンソン病自体はあまり重度ではない。 ・特定疾患の患者に限らないが、気管切開部の管理、中心静脈栄養、人工透析、酸素療法、人工呼吸器が必要な患者の受け入れは行っていない。喀痰吸引も、1 日あたり 5~6 回を超えると医療療養への入院を勧める。点滴は、入所時には外れていることが条件であり、常時点滴が必要な方は受け入れていない。入所後に体調不良等により、一時的に点滴が必要となった場合は 1 週間程度であれば老健内で対応可能である。採血は、必要であれば月 1 回程度を目安として実施を決めている。

F 老健 【従】	<ul style="list-style-type: none"> ・現在は1名が入所しており、疾病名は多系統委縮症である。認知症があり転倒の危険が高い方であるが、医療的な処置は必要ない。 ・パーキンソン病関連疾患の入所者も時々あるが、いずれも症状は軽く、内服の薬で症状をコントロールできている方ばかりである。 ・医療処置が必要な場合でも、気管切開部の管理、喀痰吸引、胃ろう・腸ろうの管理、ストーマの処置、留置カテーテルの処置、点滴、じょくそうの処置、採血は受け入れ可能。酸素療法はボンベを使った一時的な処置であれば対応可能だが、設備が整っていないため、恒常的な利用は難しい。
-------------	--

(3) 常時のモニタリング・監視が必要な患者の療養について

	事例の抜粋
A 病院 【介】	<ul style="list-style-type: none"> ・心機能不良のため心不全増悪を繰り返す症例では、呼吸困難や胸痛、動悸など多彩な症状を訴えるため、心電図モニタの装着や酸素投与など、救急対応が必要となることが多く負担が大きい。リハビリに際してもより慎重な管理が必要であり、心電図モニタを装着したままのリハビリなど、特殊なプログラムを組む必要のある患者もいる。負担が大きい割に、自力で歩けたり生活できたりするため、要介護度は低く出やすく、報酬には結びつかないと感じる。 ・呼吸器疾患症例では、呼吸困難という苦痛を伴う症状が出やすいため管理が大変。発作性に呼吸状態が悪化すると、緊急に酸素吸入や点滴、ネブライザーなどの医療処置が必要となる。また、心臓疾患同様に慎重にリハビリを行う必要がある。
B 病院 【医】 【介】	<ul style="list-style-type: none"> ・モニタリング・監視が必要な患者としては、高齢で看取りが近い患者、誤嚥があり誤嚥性肺炎を起こしている患者、循環機能が落ちてしまいモニタをつけている患者などが挙げられる。COPD の患者も多いため、酸素療法を行っている方も多い。 ・抑制を行っていないため、認知症のある患者に点滴をする場合には、針を抜去していないことを頻回に見て確認している。また、できるだけスタッフの近くにいてももらうよう、環境調整をしている。 ・最もケアの時間がかかる患者としてまず思い浮かぶのは認知症であり、数歩だけ歩けるが、そのことが、理解できない場合危険が大きい。認知症の症状を理由に入院を断ることはないため、現在の各介護病棟でも、7~8人は目が離せないリスクのある方である。
C 病院 【医】 【介】	<ul style="list-style-type: none"> ・常時のモニタリング・監視が必要な高齢者は、ターミナル患者が中心。それ以外には、心不全や呼吸状態が悪く酸素療法が必要な者、糖尿病性昏睡で入院してきた者、などの重症者。また、認知症が非常に重く、徘徊や BPSD がみられる者も含まれる。 ・認知症患者では、合併症（感染症の増悪等）で体調を崩している場合に BPSD も増悪するため、まず医療療養で身体的な増悪をしっかり治療し、医療的な処置が必要なくなれば介護療養病床に転棟することとなる。 ・介護療養では常時の監視が必要な患者であっても、モニタ等の設置は行っていない。食事、入浴等の場面で看護師・介護職員による観察によって、状態の変化には気づくような取り組みができています。

<p>D 病院 【医】 【介】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 常時のモニタリング・監視が必要な患者として、医療療養病床では、「軽症急性期による要観察状態の患者」や「モニタ管理を行っていた患者」、「終末期を迎えていた患者」が挙げられる。介護療養病床では、「モニタ管理を行っていた患者」、「終末期を迎えていた患者」が該当する。 ・ 医療療養と介護療養のモニタ管理の違いは、酸素飽和度の 24 時間管理ができるかどうか。心電図・血圧は、どちらの病棟でも、必要に応じて常時のモニタリング体制を整えている。
<p>E 老健 【従】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 11 月末時点で多床室に入所していた 73 名中、転倒の危険が高い入所者が 22 名、徘徊のある入所者が 6 名であった。およそ 3 人に 1 人が注意は必要という計算になる。 ・ 転倒の危険が高い入所者は、歩けないのに立ち上がってしまう方が一番危険である。 ・ 徘徊のある入所者は 6 名とも認知症専用のフロア（40 床）の入所者である。歩き回ることで自体よりも、勝手に物をいじったり、食べてしまったり、という行動全般に対する注意が必要。 ・ モニタ管理を行っている入所者はいない。 ・ 基本的に看取りはおこなっていないため、終末期を迎えていた入所者もない。
<p>F 老健 【従】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 11 月末日の入所者のうち、肺炎等の体調悪化により点滴を使用していた入所者が 2 名、転倒の危険がありセンサー機器を利用した監視をおこなっていた入所者が 9 名、徘徊のある入所者が 7 名、計 14 名（重複あり）が常時のモニタリング・監視が必要な方であった。 ・ 徘徊のある入所者は、転倒の危険に加え、他人の居室に入ってトラブルになることもあるため注意が必要。 ・ 施設内では看取りは行っていない。終末期が近づいた場合や急変した場合は、隣接の総合病院に受け入れてもらっている。

IV 総括

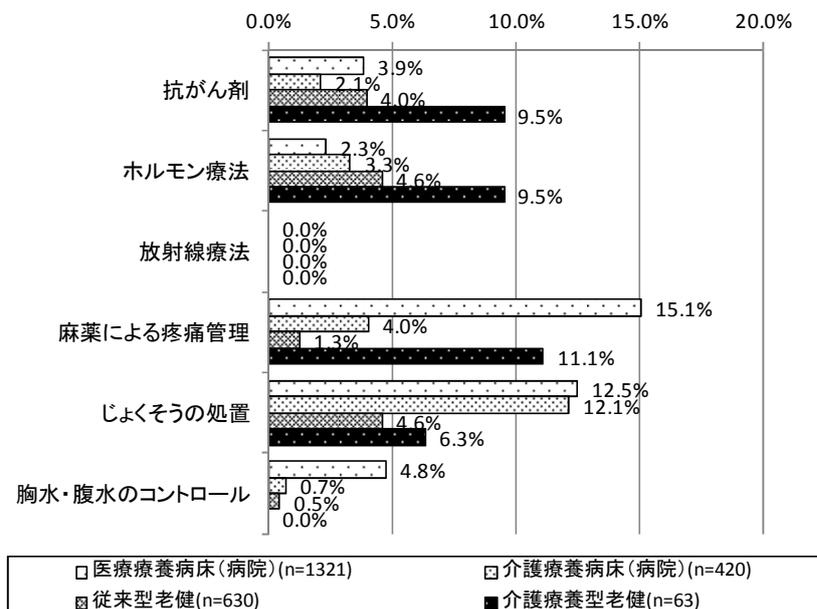
本調査は①がん患者、②特定疾患の患者（公費負担医療対象被保険者）、③生命が危険な状態にあり常時のモニタリング・監視が必要な患者、の3つの患者像を対象としてその受け入れ状況、患者（入所者）の状態、医療提供の実態、受け入れ上の課題等について、施設横断的にその実態を把握することを目的として調査を実施した。

■がん患者の療養について

アンケート調査によれば、主傷病もしくは副傷病でがんの診断がついている患者の入院・入所者数には施設類型によって差があり、医療療養病床（病院）が7.4人/100床で最も多かった。介護療養病床（病院）では5.0人/100床、従来型介護老人保健施設では4.7人/100床となっていた。

調査結果からは、がん患者の入院数だけでなく状態像も、施設類型によって違いがあることも示唆された。現在の病棟・施設に入院してから提供した医療処置として、「麻薬による疼痛管理」を行っている割合は、医療療養病床（病院）では15.1%だったのに対し、介護療養病床（病院）は4.0%、従来型介護老人保健施設は1.3%であった。また、「胸水・腹水のコントロール」についても、医療療養病床（病院）では約5%に処置が提供されていた。全体として状態の悪いがん患者は医療療養病床に入院している傾向であった。一方で、いずれの医療処置についても提供されている割合は20%未満と低く、がんに関連する医療処置を受けていない患者も多くいることが示された。

図表 現在の病棟・施設に入院・入所してから提供した医療処置【p. 25 より再掲】



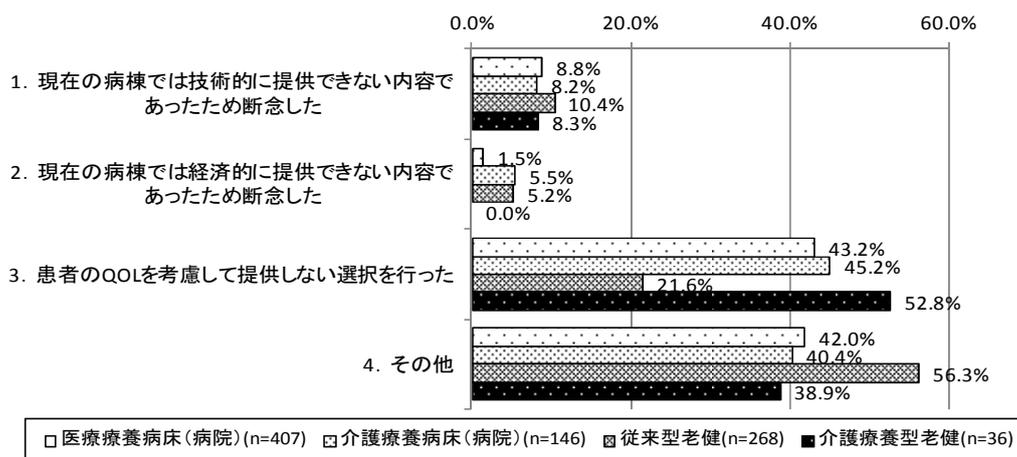
以下では、患者が抗がん剤などのがん治療を必要とする場合と、必要としない場合に分けて実態や課題を検討する。

■がん治療を必要とするがん患者の療養

療養病床や老健には、抗がん剤やホルモン剤の投与を継続している患者も一部には存在した。ヒアリング調査でも、本人が治療継続を望む場合や比較的若い年齢の患者の場合には、抗がん剤やホルモン剤の投与を継続している事例があった。しかし一方で、治療を断念した患者も存在することが示された。

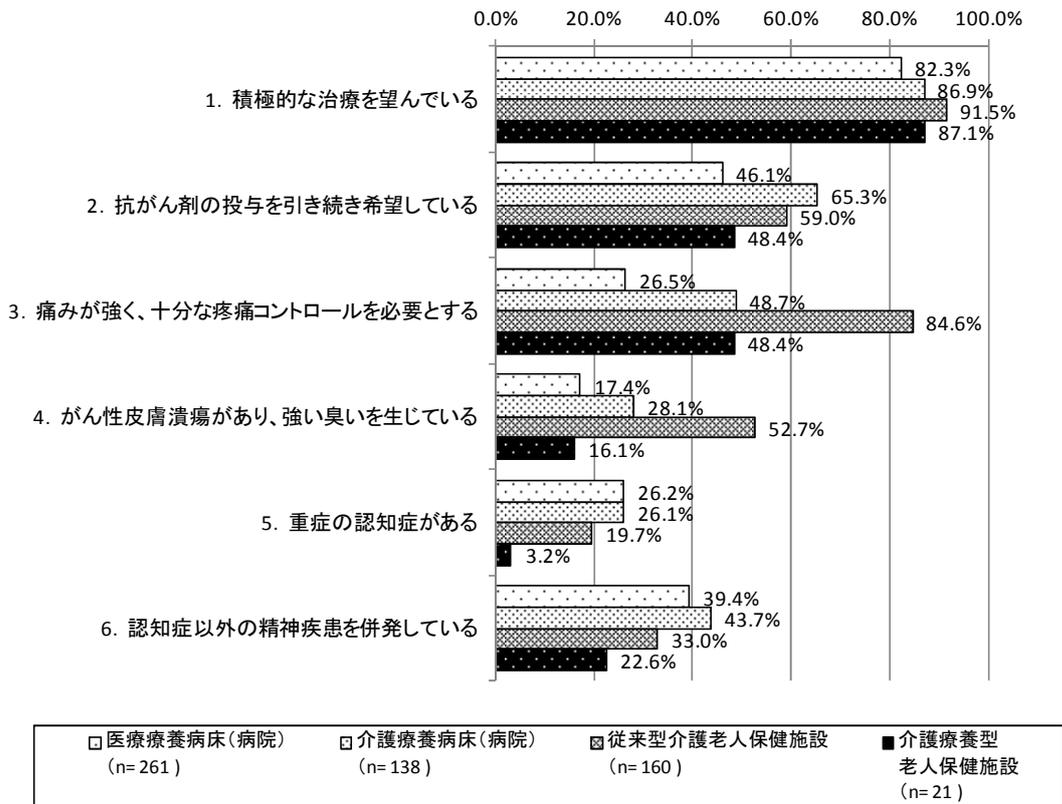
以前の療養場所では提供されていた治療内容のうち現在の療養場所では提供されていない治療がある場合の理由を尋ねた設問では、約 1 割は「技術的に提供できない内容であったため断念」しており、「経済的に提供できない内容であったため断念した」事例も介護療養病床（病院）および従来型介護老人保健施設では 5%程度存在した。

図表 提供していない治療がある場合の理由【p. 26 より再掲】



また、そもそも、抗がん剤等の投与を引き続き希望する患者は、療養病床や介護老人保健施設への入院・入所が困難である。調査によれば、「抗がん剤の投与を引き続き希望している」患者を受け入れることができないと回答したのは、医療療養病床（病院）の約 45%、介護療養病床（病院）の約 65%、従来型老健の約 60%、介護療養型老健の約 50%にのぼった。そのため抗がん剤の投与を希望する場合には、本調査の調査対象機関では療養しておらず、他の一般病床での入院継続や居住系施設に入所している可能性が高い。

図表 受け入れることのできない患者の状態（複数回答）【p. 29 より再掲】



自由回答記述やヒアリング調査からは、抗がん剤の投与を継続することに対して、一部出来高算定できないホルモン剤が高額であることや、モニタリング（検査等）が包括診療項目となるために費用負担が大きいことへの意見があった。費用面についての意見以外には、副作用への対応や専門外で難度の高い医薬品の処方が難しいなど、技術的な課題も指摘された。さらに、ヒアリング調査で、抗がん剤投与のために定期的な通院介助を行っている老人保健施設でも、通院介助を必要とする患者の数（通院介助の頻度）が多くなると、マンパワーの観点から受け入れが困難であるとの意見があった。

患者及び家族が抗がん剤治療の継続を望み、医師も治療を行うことに前向きである場合に、費用負担の大きさやマンパワー不足であるとの理由から、治療の継続を施設が拒んでしまうことのないよう、制度的な枠組みを慎重に検討する必要がある。

■がん治療を必要としないがん患者の療養

医療療養病床および介護療養病床において、以前の療養場所では提供されていた治療内容のうち現在の療養場所では提供されていない治療がある場合の理由として、最も多かったのは「患者の QOL を考慮して治療を提供しない選択を行った」というものであった。またその他の自由回答には、「本人／家族が治療を希望しなかった」という意見もあった。

療養病床に入院する患者の特徴として主に高齢者が多いことや、緩和ケアの観点から、がん患者であっても必ずしも積極的治療を求められていないことがある。この場合には、QOLを重視した余生の送り方として、痛み等を十分にコントロールしながら、家族や職員等との関係性の中で、豊かなターミナル期を迎えられることが望ましい。

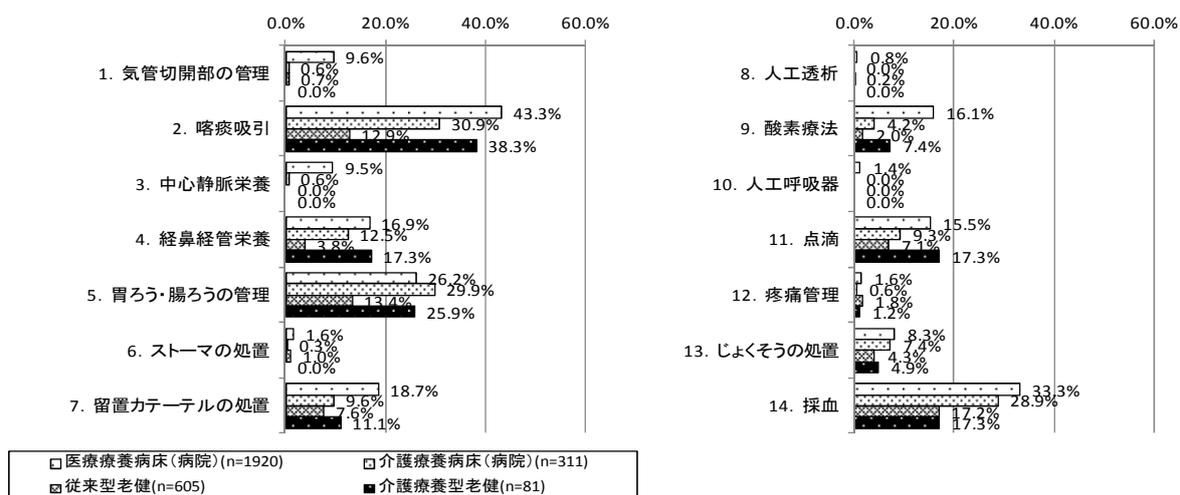
そのためには、必要な医療処置を提供することはもちろんであるが、看護職員などの医療職が病状の把握をしながら丁寧なケアを提供することや、不安などの訴えに時間をかけて向き合うなど特段の配慮が求められる。

■特定疾患患者の受け入れ状況について

アンケート調査によれば、主傷病もしくは副傷病で特定疾患の診断がついている患者の入院・入所者数には施設類型によって差があり、医療療養病床（病院）が12.8人/100床で最も多かった。介護療養病床（病院）では3.4人/100床、従来型介護老人保健施設では4.4人/100床となっていた。疾患としては「パーキンソン関連疾患」の患者が最も多く、約半数を占めた。

医療療養病床に入院している特定疾患患者に必要な医療処置については喀痰吸引や胃ろう・腸ろうの管理などが多く挙げられた。処置の頻度を考慮に入れた設問となっていないため一概には言えないが、介護療養病床でも受け入れ可能な医療処置の提供が中心の患者も医療療養病床に多く入院していると考えられる。

図表 特定疾患患者に提供した医療処置【p. 37より再掲】



このように医療療養病床に特定疾患患者が多く入院している理由としては、特定疾患患者であれば医療区分2に該当するという診療報酬上の誘導が影響していると考えられ、ヒアリング調査においても「入院時の病棟としてはまず医療療養病床を検討する」との意見が複数出ていた。

特定疾患患者の療養においては、病態によって介護の必要度が高い時期と、医療の必要度が高い時期があると考えられるが、現在の入院場所が必ずしも病態に応じた受け入れ場所ではない可能性も高い。病名で一括して入院場所を誘導するのではなく、病状に応じて適切な療養場所を提供していくことが期待される。

平成 27 年度の介護報酬改定では、介護療養病床の報酬体系のひとつとして「療養機能強化型」が新設され、医療ニーズや看取りへの対応が充実した施設を重点的に評価する仕組みが整えられた。療養機能強化型の要件のひとつとして「喀痰吸引、経管栄養又はインスリン注射が実施された者の占める割合が一定以上」であることが挙げられており、今後は介護療養病床も特定疾患患者の受け皿となることが考えられる。

■生命が危険な状態にあり常時のモニタリング・監視が必要な患者について

常時のモニタリング・監視が必要な患者について、生命維持のためのモニタリング・監視を必要とする患者は医療療養病床（病院）に多く、各病院 1 病棟の入院患者に占める割合として、「モニタ管理を行っていた患者」5.4%、「終末期を迎えていた患者」2.2%、「肺炎等の軽症急性期にあり要観察状態であった患者」2.8%となっていた。

転倒等リスク回避のための監視が必要な者は老健に多く、従来型介護老人保健施設では「転倒の危険が高い者」7.3%、「徘徊のある者」2.2%となっていた。

また、ヒアリング調査においては、いずれの施設類型でも、認知症のある場合や転倒・徘徊の危険がある場合の安全性確保の難しさや職員の負担について意見があった。

■その他

施設が「受け入れが難しい」と感じている患者の状態像は「1. 認知症の行動・心理症状（BPSD）がある患者（特に徘徊）」、「2. 積極的な治療や高度なリハビリを希望している患者」、「3. 高価な薬剤を利用しており、薬剤の変更が難しい患者」、「4. 提供できない医療機器の利用を希望する患者（特に人工呼吸器と透析）」、「5. 家族等と治療方針・看取り方針が食い違う場合」に大別された。

高額な薬剤については、同じ状態の患者であっても療養場所によって治療方法が異なってくることに課題がある。在宅や特別養護老人ホームに入所していれば処方される薬を、療養病床や老健に入院・入所しているために処方されないことは、医療倫理の面から議論されるべき問題であろう。

また、ヒアリング調査や調査研究委員会の委員からは、長期で服用する医薬品について、薬を止めるためのエビデンスがないために、「本当に必要なのか」、「いつまで投与すべきなのか」の判断に困るとの意見が出された。特に高齢な患者においては、薬の副作用から QOL が落ちることもあるが、患者や家族に十分な説明を行いながら薬剤の調整を進めていくには、

薬の中断についてもエビデンスの構築が求められる。

また、受け入れの難しい理由として、人工呼吸器や透析を必要とする患者が挙げられたが、すべての療養病床や老健でこれらの患者を受け入れるための設備を整備することは難しく、地域単位で受け皿を整備していくことが求められる。平成 27 年度から新設される「療養機能強化型」介護療養型医療施設では、要件のひとつとして「重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者の占める割合が一定以上」であることが挙げられており、受け皿のひとつとなっていくことが期待される。

以上

参考資料

目次

資料1 アンケート調査における自由回答全文	資-1
資料2 ヒアリング調査結果概要	資-26
資料3 事前調査(FAX 調査)調査票	資-45
資料4 アンケート調査票	
療養病床を有する病院に関する調査 調査票	資-46
療養病床を有する診療所に関する調査 調査票	資-58
介護老人保健施設に関する調査 調査票	資-66

資料1. アンケート調査における自由回答全文

(1) 「抗がん剤及び医療用麻薬以外の薬剤や検査等が包括項目となっていること」 についての自由回答

No	意見の内容	
1	#1、広範囲な癌性皮膚潰瘍に対する(防臭剤、外用剤 #2、胸腹水管理、栄養管理の為のモニタリング(採血、メーカ、超音波、内視鏡)のコスト。コストの事を考えるとモニタリングが疎かになり易い。	病院
2	・ホルモン注射 ・放射線治療通院 ・輸血	老健
3	・薬剤が高額である。・麻薬が使用できない。	老健
4	・抗がん剤注射など高額(10万円程度)である。 ・入所中、症状悪化によって、治療や検査などができない。	老健
5	・治療費が高額になる ・本人・家族様の意向(老健施設への入所どこまで理解されておられるのか?)	老健
6	・包括になっている以上職員の精神的・肉体的・経済的負担は大きい。受け入れはむずかしい ・医師の積極性、医療職の確保ができなければむずかしい。	老健
7	・包括は必要時に施設の経済的負担となる問題が大きい。 ・夜勤帯において看護師1人体制のため、痛みのあるがん患者の管理は厳しい。 ・緩和外来や基幹病院への相談、連携がすみやかにとれることが課題。	老健
8	・包括算定とするため施設側の負担が大きい ・状態により定期的な受診が必要	老健
9	・麻薬を処方する医師がいない ・持ち出しが増える	老健
10	・薬価代が高価である。又、入所した際に量のコントロール等が難しい	老健
11	1、疼痛コントロールできる医師がいない為、積極的な受け入れが困難。 2、がん患者の看護の経験不足により十分なケアができない。 3、物理的に、患者さんを安楽にすごせる環境(個室や家族付き添い等)にない為、「いつでも、どうぞ」とは言いがたい。	病院
12	1. 酸素吸入 2. 尿道カテーテル 3. 抗がん剤	老健
13	NSID、オピスタン痛み止めは、用意はしてありますが、病院受診に手間と時間がかかるので診察待ち時間が短いと良いと思います。	老健
14	持ち出しが多くなると経営上苦しい。	老健
15	医療療養病棟では包括項目となっていますが、使用する医薬品のコストと入院基本料のバランスがとれない。出来高算定の医薬品も導入するが、その後の使用者がなく在庫をそのままかかえてしまう。 etc	病院
16	合併症、感染症に用いる薬剤のコスト負担も大きい。ex:抗真菌剤ザイボックス 13305.5 円/1 錠, 抗認知症薬リバスタッチ、メモリー20mg439.7円。その他:ゾメタ点滴静注 33176.0円、レボレード2684.6円。新薬については総じて高薬価に設定されるため切替も困難になる。	病院
17	カルシウムの薬剤などで高価な薬は受け入れがむずかしい	病院
18	がんにかかわる病気の治療・薬剤や検査に関しては医療保険適応になれば看取りが出来るようになると思う。	老健
19	がんに限らず抗がん剤等使える範囲なら受け入れていきます。特に老人は安心した介護、環境で楽しく心おだやかに過ごす事も大事です。あまり痛みをうったえられず、老衰として亡くなられます。これが理想です。あまり活性化させず静かにゆっくり人生を送る事も大事です。	病院
20	がんの科目療域は広く、施設医師の診療科目外であると対応が難しい。	老健
21	がん患者が多くなると薬剤管理や心のケア等で専門スタッフの配置が理想であるが、現在の診療報酬では配置は困難である。	病院
22	がん患者の受け入れに関する加算があるとよいと思う。	病院
23	がん患者の身体諸々へ広汎転移に対して画像診断等の検査体制の充実が望まれる。	病院
24	がん患者の療養について当院では積極的に対応してなく抗がん剤の使用もしないので特に問題視することはない状態です。受け入れ件数も年間数例程度です。	病院
25	がん患者様の積極的治療で入院する患者はいないので今のところ問題はない(入院対象としない為)	病院
26	がん治療に関連した検査等は全て包括項目から除外して欲しい	老健
27	ケア以外の部分に人とお金が必要となる(受診の付き添い、抗がん剤以外の多数の薬剤処方等)	老健
28	抗癌剤の薬価が高額なため包括項目の額をはるかに超えるため、受け入れは無理	病院
29	コストの問題があり、十分に必要とされるケアが提供できないことでQOLが低下しやすい。又、医師・看護師をはじめスタッフの人員不足もある	病院

30	サンドスタチン等高額な薬品は使用できない。	病院
31	そういった治療を行っている患者様の受け入れに問題はないのですが、費用的な面で厳しいなど感じることはあります。ガンの疼痛管理で軽いものは区分2でOKですが、麻薬を使ったりするものは区分3にさせていただくか、緩和ケアの加算をつけるなどしていただくと、もっと受け入れやすいです。病棟単位で、とかではなく、個人での加算がつくと、もっと受け入れるところは増えると思います。結局今は使命感をもってやっているといるところが、負担している状態です。当院もそうです。	病院
32	そのような患者は受け入れていない。	診療所
33	必要な検査、処方等は医師の指示があれば行っている。患者のために必要な事は、医療行為として行っている。しかし、やればやるほど赤字になる部分で苦しい思いをする事がある。	病院
34	ほとんどすべて末期状態の患者なので、極力検査はしない方針にしている。	病院
35	ホルモン剤の使用が高額のため、施設での医療費請求出来るようにして欲しい。	老健
36	ホルモン療法が包括なので治療に対する対価がないこと	老健
37	ホルモン療法を行っているがん患者の入所は、包括になっているため受け入れが難しい。在宅での介護も困難になっている方もいる。	老健
38	マンパワーの確保が課題です。	診療所
39	リュープリン等のホルモン製剤は高額であるが、包括点数となるため、療養受け入れ時はコスト面において不利益である。	病院
40	療養中の患者が、包括外の高額な医療を希望した場合、当院では治療可能な病床に転棟し治療を行うが、このような病棟がない病院の場合は問題があると思う。又、包括になっていることから高額医療の治療がある場合は、受け入れできない時がある。	病院
41	以前入所されていた方が、治療されていた為毎月の他科受診代が高額だった為、医療請求にしてもらいたいと思いました。	老健
42	医師による麻薬量のコントロール	老健
43	医療行為等、他と異なりその分包括範囲が広いため受け入れに対して、消極的にならざるを得ない。	病院
44	医療用麻薬を使用している患者には医療区分D～Fが適応されるが、抗がん剤治療の患者には区分の適応がない事	病院
45	医療療養について、医療区分Ⅱで麻酔使用ということとされるも、そうではない患者さんに対して症状安定して、麻酔使用はないも、長期療養となった時、受け入れる病棟がない	病院
46	一般病棟での治療と療養病棟での治療費の差を考えてしまう。場合によっては、一般病棟での治療となることがある。	病院
47	一部ホルモン療法は抗癌剤とは区別されていること。	老健
48	化学(薬物)療法等の副作用出現時の対応について、病院等との連携が必要となってくると思うので、課題だと感じている。	老健
49	家族のターミナル期の理解が充分できないこと(方針がしっかりしていれば看取りもするので)	病院
50	画像検査、腫瘍マーカーなどが包括されることが問題である。	病院
51	介護施設でも是非出来高算定してほしい。	老健
52	介護報酬の中に医療用投薬や検査料金が入らない 単価が低いため	老健
53	介護療養病床において出来高算定できない項目は病院の自腹を切る形となる。特にがん患者(独居、老人介介、みよりなし)で、家族力のない患者は病院に頼る以外、居場所はない。社会的背景が弱く、手間のかかる、困難ケースになりやすいタイプの患者を包括算定で快よくみる病院はないのではないか。現在は医療関係者の良心に甘えた制度であると感じる	病院
54	患者の病状に対して、人員配置による不足がある。	病院
55	患者様の御家族との希望に沿う療養ができなくなってしまうことがあるのではないかと、経過を知る上でがん患者の検査等も定期的に必要になってくると感じています。	病院
56	癌の血液検査(腫瘍マーカー)は高額で施設入所中のまま受けていただくのは施設にとって大きな負担になります。また薬剤についても医療保険が使えない高額な薬剤の使用はなるべく避けたいと思います。	老健
57	癌の薬、免疫病治療剤は別に請求が出来る様にしてほしい	診療所
58	気管切開の方を受け入れるのに病院側が負担(医療材料)し更に労力がかかるので受け入れを躊躇してしまふ。医療区分3をつけてほしいと思います。	病院
59	急性期でコントロールされたものを全部買い揃えることはできない。薬剤を使用管理する技術も含め、経過観察する為の諸検査(血中濃度・マーカー値など)が持ち出しとなるが、患者様・ご家族は病院は全て同じという気持ちがある。本人患者様そして関わるスタッフにも虚しさやストレスがある。	病院
60	経営を圧迫する為、受け入れが難しい	老健
61	経過や治療が、入院後に対応出来ない場合がある	病院
62	経過観察中に必要となる諸種検査設備(採血、画像検査等)なし	老健

63	経済、経営的な課題	老健
64	経済的理由により困難	病院
65	継続的な検査、服薬、注射等の希望あり、保険算定できない項目多く、一時退所をお願いしなければいけないことがある。	老健
66	検査・薬剤等に対して消極的になってしまい、必要最小限の検査となったり気休め程度の薬剤となってしまう可能性が大いにある。	診療所
67	検査がすべて包括である事は患者の状態把握をする上で厳しいと思います	病院
68	検査データが少ない中で、全身管理を行いながら、療養生活を送っていただかなければならず、予測困難などがある。これはスタッフのみでなく、覚悟しているとはいえ、家族の不安は大きい。	病院
69	検査や薬剤の量が多いと施設の負担が大きい	老健
70	検査薬剤がすべて包括となり病院負担が増えてしまう。がん患者の入院日数がのびてしまう。	病院
71	現在のところ特になし	老健
72	現状としては仕方がないが希望としては包括が望ましい。	病院
73	抗がん剤の費用において、施設負担が大きすぎる。	老健
74	抗がん剤は高価なものが多いため、包括医療として採算はとれない。(介護病床では)	診療所
75	抗がん剤や検査項目の点数が高く包括で診るには現実的に厳しいと考える	老健
76	抗がん剤及び医療用麻薬だけではがん患者様に必要な治療は行えません。治療の必要性を理解頂き今の算定内容を見直し下さい。	老健
77	抗がん剤使用患者の管理上必要な血液検査(マーカーを含む)については、CT、X線と同様に出来高であれば良い。	病院
78	抗がん剤投与中は頻回の検査が必要であるが、包括項目となっているので、受け入れが困難です。	病院
79	抗癌剤の副作用に対して用いる薬剤(6-CSF、5-HT3結抗薬、リモスタチン製剤等)は高額かつ大量使用が必要である場合もあり、包括診療内での対応が困難となることもある。	病院
80	抗凝固剤(NOAC)、抗血小板、ARB、これらの薬が高く、かつ標準的治療になってきている	老健
81	抗生剤に関してはジェネリックを使用しているが効果がない場合は一般の薬剤使用又検査も頻回となり持ち出し分が増え厳しいと思う。包括項目をもう少し緩和して頂きたい。	病院
82	高い薬剤に対応が厳しい。治療が必要となれば転院もお願いしなければならない	病院
83	高価なものが持ち出しとなること	病院
84	高価な薬剤が使えない。	病院
85	高額な抗がん剤が増えている為に、積極的な受け入れが困難となる。	病院
86	高額な抗癌剤を包括で行うのはそもそも困難である。	診療所
87	高額な薬剤	病院
88	高額な薬剤が多かったり、長期に使う必要のある患者数が多くなると、経営面の影響が大きい。認知症受け入れも多く、スタッフ不足もあり、サービスの質低下を招く恐れがある。	病院
89	高額な薬剤が必要な場合受け入れの際大きな課題になっています。	病院
90	高額な薬剤を継続して使用できない事を御家族が了承された上で療養生活を送って頂いている。これにより病状悪化に繋がったケースは現在まで無い。	病院
91	高額の薬剤や検査は持ち出しになるので使用が難しい。自院で出来る検査が少ない	病院
92	高額薬剤や検査について包括対象外としてほしい。	病院
93	高齢者が多い時代となり癌の方も多いう中で抗がん剤の治療等、希望される方に対しては、包括の状況での受け入れがむずかしい。又、一度他の病院を受診すると、数万円の支払いが生じる事も受け入れできない理由となっています。	老健
94	骨転移による疼痛及び高Ca血症に対しビスホスネートの使用提案が出来ていない(NsサイドよりDrに)	病院
95	今いる患者様は、診療所より進行性胃癌で高齢の為積極的治療を望まれず、最後まで療養できる所と考えて、自宅より入院されたケースです。今後、痛みのコントロールが難しくなり麻薬でコントロールすることになれば対応できない為転院(患者の望まれない)をして頂かねばならなくなります。(非常勤医師が多く、Drが日替り交代する為調整しにくい。施設の人材不足が問題だとは思いますが…)包括算定は継続的治療に歯止めをかけることになるし、施設にとっては痛手にしかかってない様に感じます。入院相談時、求められる医療ができずおこわりしている現状があります。※当院にはハード面(検査部門が不十分、医療機器がそろっていない)が不足しています。	病院
96	今までの入所者で、がんと診断され、余命宣告をされた方は、緩和ケア病棟に入院して頂いているのが現状です。上記の問題としては、現在は特にありません。	老健
97	最期まで癌患者を診て行こうとすれば、当然検査や内服等も必要である。それは病院にとって負担なことであり、そのことが患者にとっても不利益となりかねない心配もいぬめない。そのことで介護療養病棟も選択されないとしたら患者にとっても不幸である。	病院

98	算定する上で透析が条件となるエリスロポエチンや、抗癌剤には分類されない癌骨移転に対する、ゾメタ等のビスホスホネート製剤等、高額な治療薬を使用していて、その薬剤が包括となる場合は、受け入れが難しくなるケースもあるので、規制の緩和を希みたい。	病院
99	施設の費用負担がなく實際上受け入れが難しい	老健
100	持ち出しになるので問題だと感じている。	病院
101	持ち出し部分	病院
102	時折、検査や採血を頻回に御希望される御家族がいるので、時折問題となる。	病院
103	腫瘍マーカー、画像診断、酸素使用等が高額な為。	病院
104	十分な検査機器がなく、疾患の診断も充分と言えない面がある。その為治療、看護が困難な面もあるが、包括項目となっている薬剤、検査等により支障が出る事は特に感じられない	病院
105	重度褥瘡を併発しやすいが、3ヶ月を越えると包括となり軟膏や皮膚保護剤など、実際に使用する薬剤、処置料が十分コストに反映できない。	病院
106	所定疾患の様に点数で算定出来れば良いと思う	老健
107	症状が変動している患者に関しては包括となると使用できる薬剤に制限が生じるため限られた薬剤では思うような効果が得られない。又、緊急検査が必要と思われる場合も療養病棟では制限される。	病院
108	状況によっては持ち出しになっている。	診療所
109	状態が悪化した場合の対応が十分に行える職員の体制が整っていない。	老健
110	状態により、出来高算定にすればよいと思う。	病院
111	新薬では薬価が高く、後発品もないため、施設負担が多くなり経営上問題があると思われる。	老健
112	新薬や薬価が高いものを内服している方は、入所が難しい場合がある。	老健
113	診療報酬と包括点数との差額が問題(課題)と感じます。	病院
114	積極的な治療は希望せず終末期をおだやかに過ごしたい患者を受け入れています。	病院
115	積極的な治療を希望しない患者であれば受け入れは検討できるが持出しが多額となるケースは受け入れ不可	病院
116	積極的な治療を望まれている方が、医療機関で高額な注射をする場合。1本8万以上等施設負担が大きい。	老健
117	積極的な治療を望んでいる患者は受け入れない	病院
118	積極的な治療については、当院では対応できないので、他院で治療を行い、症状安定となった後に、当院を利用している。今後も関連施設と連携をとりながら患者を支援していく必要があると認識しているものの、当該患者を受け入れ、高価な治療薬等投与する場合、療養病床であり、診療収入に反映できないことから、当院持ち出しが増え、経済上非常に厳しい状況になってしまう。	病院
119	積極的な治療を継続中の方の受け入れが難しい。	病院
120	設備不十分であり、医師も常駐していない為、受け入れられる対象者は限定される。	診療所
121	前立腺がんのホルモン療法の継続 ホルモンは高価。抱括医療では困難。	病院
122	前立腺癌で使用するホルモン剤のリュープリン注は、高価でしかも包括の扱いとなるため、一般病棟へ転棟してもらって施行するなどしているため、他の抗ガン剤と同じ扱いで算定できるようになれば良い	病院
123	前立腺癌に対するホルモン療法剤も抗癌剤と同じ対応にしてほしい	老健
124	前立腺治療のためのリュープリンの取扱い	老健
125	全身管理上、色々な状況が考えられ、その診断、治療において、制限が発生する可能性があり、受け入れにも、大きく影響すると思われる。	病院
126	他科受診においても、老健での薬剤処方や検査においても施設の負担が大きすぎる為、積極的受け入れが出来ないのが現状である。	老健
127	体制作り、ハード面での遅延であり方針的に固っていない。	老健
128	大変問題だと思う。	診療所
129	痛みのコントロールが難しい患者様にとっては安楽な生活ができない。	病院
130	定期通院で実施される検査などのコストは施設の負担となること	老健
131	定期的な受診を必要とすることが多く、その度に高額な検査・治療(注射)等をされる場合、又、高額な薬剤を数種類服用されている場合。	老健
132	定期的フォローが必要であるが包括によりしぼりがあり、積極的チェックの制限となる。	病院
133	定期的検査が必要な場合等 施設の負担が多いため受け入れ不可の場合もある	老健
134	転院元の医療機関(一般病棟)から紹介される際、処方薬の多い患者がいる。紹介元の病院が患者の病状から処方の整理を行い患者に説明した上で紹介して頂くとうり受け易くなるケースがある。	病院
135	投薬、注射薬を出来高にしてもらえると、コストを考えなくていいので、より患者さんを受け入れやすくなると思います。	病院

136	当院の標榜科目にある科を他院(急性期で治療を受けていた病院)へ受診する場合、減算の処理が必要である。同じ科目であっても、処置の内容が専門的な場合は、自院で対応できない場合があるのですが…	病院
137	特に今はありません(入院前の話し合い、IC、などで理解されている)	病院
138	特に最近の抗がん剤は高額で対応できない。	病院
139	入所療養に対する障害となっていると思います。	老健
140	脳転移がある場合、けいれん発作対策として抗けいれん薬を内服していることが多い。その際、イーケブラなど高額な抗けいれん薬を内服していると、施設経営としてとても困る。変更に伴い、患者苦痛を伴うけいれん発作の発症リスク高く変更不可。	病院
141	白血病用薬は高額なものもあり、医療機関側の丸々の持ち出しとなっている。	病院
142	非常に問題であると思う。老健が中間施設として在宅復帰を進めていく中で、在宅では請求できる薬剤が一時的であっても施設経営を圧迫したり、その為に入所を断わらざるを得ないのはいかかなものか、また、必要な薬を減量、中止する事は生命にかかわる事で断じて行ってはならないと考えている。現制度は中間施設としての老健に多大な期待をもたせつつ、その実、相反する状態を作っている。	老健
143	必要な医療が提供できない可能性があるため、受け入れはせず一般病棟で受け入れています	診療所
144	病院ではないのががん患者の治療は難しい	老健
145	病院と併設の老健ですので病院と同じ治療をのぞむ方は、むずかしい事があります。	老健
146	頻回の検査を行うことは難しい	病院
147	頻回は専門医の受診や検査が必要な状態だと費用の面や受診にかかわるマンパワーの確保の負担が大きい。	老健
148	副作用対策の制吐剤やG-CSFなどが問題でレジメンが組めない。	病院
149	服用薬が多岐にわたる為、負担が大きい。検査が包括である為、積極的な検査は行えない。	診療所
150	併設病院で対応してもらっている。	老健
151	保管、夜間の体制	老健
152	包括されていることで、積極的な受け入れは、むずかしい。	老健
153	包括では、経済的に採算に合わない	診療所
154	包括では限度がある。	病院
155	包括のため治療、処置が困難	診療所
156	包括のため病院負担が多い(大きい)麻薬や薬剤を使用している患者はうけ入れがむずかしい。	病院
157	包括のままがん治療を積極的、かつ緩和医療を積極的に行う事は経済的に困難。保険請求が認められれば良い。	病院
158	包括項目でなく、算定出来たら受け入れ易いといつも感じています。	病院
159	包括項目となっているため、治療を希望する方は受けることができない。	病院
160	末期となってくれば疼痛のコントロールが重要となってくるが、包括項目のままであると、施設の負担が大きくなり、受け入れも難かしいと思われる	老健
161	問題である。老健では、若い人のケアもむずかしい。医療保険制限の比較的小さい特養入居や特養ショートをすすめている 場合によりグループホームもありうる。	老健
162	問題は明らかです。他にも治療を要するPtlに対して包括で行なわせるのは差別だと思えます。(特養では外付けでOKなのに)	診療所
163	薬・検査をすればするほど赤字になる。	診療所
164	薬価が高いと痛み止めも、他の薬剤に変更して使用している。疾病によっては、薬剤や検査も包括外にしてほしい。	病院
165	薬価の問題	老健
166	薬剤・検査ともに金銭的に負担が大きいので受け入れは困難だと感じる。	老健
167	薬剤が高い	老健
168	薬剤の施設負担が負担になる。	老健
169	薬剤の薬価が高いため、病院の負担が大きい	病院
170	薬剤や検査が高額点数でも必要がある場合は施行しているが、十分な対応ができない場合があるので、家族にも納得して、受け入れ等行っている。理解を得られない時もあるので、がん患者に対して十分対応できる、点数改正を希望する	病院
171	薬剤や検査の内容により検討が必要な場合もあるが、基本的に積極的な治療は難しいと考えられる。	病院
172	薬剤や検査代が多くなる場合 疼痛コントロールが困難な場合 出血(吐下血等)が持続する場合	老健
173	様々な検査や診察(受診)への対応が難儀である。(マンパワーの問題)	老健
174	療養型病床は、投薬料等すべて包括になっているため、高額な薬を使用する事ができない。	診療所
175	療養病床においては必要最少限の薬剤、検査をすることで対応するしかない。	病院

176	療養病床のため、薬剤、検査等が包括となるため、持ち出し分が多くなるので、受け入れが難しい。	病院
177	老健入所者であっても保険が使える様に。	老健
178	老健入所中にリュープリン注射は医療算定出来ず、一担退所して外来で行うか入院で行うようになっている。	老健
179	老人保健施設においては、Dr、看護師が常駐しているため、医療度が高い方。受け入れは周囲からみれば可能だと判断されるが、実態は、スタッフの高齢化や、人員不足の面において、医療度の高い方の入所は断らざるを得ない。	老健
180	疼痛コントロールを必要とする患者に使用できる薬剤が少ない。	病院
181	疼痛コントロールを必要とする患者に使用できる薬剤が少ない。病院の持ち出しという形で行っている。	病院

(2) 「扱いの難しい医薬品の処方」についての自由回答

No	意見の全文	
1	「ボナロン」「フォサマック」は内服後30分の坐位保持が守られなく、介助者が付きそう等、工夫が必要。	病院
2	◎相互作用に注意が必要な薬剤は、服用方法、併用薬、食品との相性に注意すべきものあり、週1回服用するもの、服用姿勢への配慮必要なもの様々です。「レボレード」「ベネット」など。◎腎機能に配慮が必要な薬剤投与もあり薬学的管理が必須です。	病院
3	・インシュリン投与が必要な方は、血糖コントロールが難しく、本人の体調の変化も考えられるため受け入れは行っていない。・ガン治療の方	老健
4	・インシュリン投与の場合、本人ができない為看護師が投与する必要あり。・調剤するにあたり、シロップ剤については別に作らなければならない。	病院
5	・ウブレチド…金庫で保管、管理 向精神薬…施錠して管理	老健
6	・エフピー錠:覚醒剤原料の為、保管に配慮が必要 ･カルベルゴリン錠:遮光・湿気禁の為	病院
7	・高額。・通常取り扱っていない薬剤。	老健
8	・当院に採用のない薬品で管理(検査値・副作用等)が難しい薬を持参され使用する場合。・検査値、体重等で、投与量の変更が必要な薬剤。・不規則な服用方法の薬剤(週、曜日等で、服用日が決まるもの)	病院
9	・リュープリン 副作用に注意しなければならない。・ワーファリン PT検査などしなければならない	病院
10	・院内でその方だけしか使用されていない時 ･高価であるもの	病院
11	・現在はいない。以前、抗癌剤の注射をしている方がいらして、3ヶ月毎に一時退所をして注射をしていた。(かなり高額で3000円くらいする) そうしないと家族の負担も大きくなる。施設側も額が大きすぎてだせない	老健
12	・後発品の薬剤を中心に扱っているが、先発品にくらべ、錠剤やカプセルの大きさが大きく、高齢者が服用しにくい。また、胃ろうの方には簡易懸濁法を用いて与薬するが、錠剤が(先発品にくらべて)溶けにくい。・血糖コントロールがされていないまま、複数の治療薬を処方されて入所される方	老健
13	・処方されているものはない ･持参の場合「内服は坐位で」とか「内服後うがいをする」等、介護職員が内服の介助をするので、介護の手間が非常にかかるものは、扱いが難しい	老健
14	・薬価が高額 ･内服される方が限定される。(薬の種類が増える)	老健
15	・輸液ポンプ・シリンジポンプで投与する薬剤-Ns数が少なく確認に不安 ･抗がん剤の内服(注射等は行っていない)、麻薬の取り扱い-リスクが高いので課題あり	病院
16	1、薬剤の数が多(10~14種類) 2、内服回数が多い 3、新薬のためジェネリックがなく薬価がかなり高価で代替がない 4、生活習慣病でインスリンを必要としている方	老健
17	①専門的な知識を要する疾患の場合(肺高血圧症など) ②薬価が高価である	診療所
18	扱いの処方の難しい医薬品というか、新薬はほとんど薬価が高いため本当に使いにくいです。	病院
19	アミオダロン製剤維持量服用の患者、緊急時連携医療機関への合意あるも、諸検査実施の負担を強く感じます。	病院
20	アミロイドーシスからのネフローゼ症候群による低アルブミン血症のため定期的なアルブミン補充が必要のため、定期的に一般病棟へ移動している。	病院
21	アリセプト(高額なため)	老健
22	いる。降圧剤関連の配合錠や糖尿病の変更不可の薬 例えはジャヌビア等。心原性の脳梗塞であると変更できない時もあるし、仮に出来ても、その後の定期的な血液検査が必要になってくる。	老健
23	インシュリン使用の受入れ	老健
24	オピオイド(医療用麻薬)、抗結核薬を処方されている患者がいる。扱いが難しい理由は、共に院内マニュアルに沿って厳重に取り扱う必要があるため。	病院
25	クリニック併設のため	老健
26	高額な医薬品の継続的な使用は、病院もち出しが多いです。(病状に適する治療を行う上ではやむを得ませんが…)	病院
27	高額な薬などは、検査結果で内服コントロールする必要がある場合など	老健
28	高価な薬で区分1だったりすると、病院の持ち出しになります。インフルエンザの時期には、治療だけでなく予防投与のためのタミフルと検査キットが全て持ち出しになり厳しいと思います。	病院
29	コストの高い薬	病院
30	サムスカ、ニューテロパッチ ジェネリックがなく高価	病院
31	シムビコート等の吸入薬。吸引力が弱く充分吸入できない。	病院

32	精神科の薬が当院では取り扱っていない薬があり処方難しい。精神科で薬を処方してもらっている場合が多い。(精神科がある病院)	病院
33	ゾメタなど、カイトリルなど、またGCSFなど高額薬剤。	病院
34	治療上必要な医薬品が高価な為、病院側の持ち出しで使用している。多くは、TDM の必要な薬(頻回な採血がない一方で、入院中の患者は高齢者がほとんどで腎を中心に機能が成人より弱っている人が多いので)、睡眠薬関係(眠れないと不穏、効きすぎると転倒、転落のリスクある。認知症を助長する可能性もリスク)、簡易懸濁時に配合変化のある薬(抗生剤、抗パーチン病薬など大事な薬が十分に効かなくなる)。	病院
35	てんかん薬(薬の調整の為コントロールがむずかしい。専門医がいらない為)	病院
36	パーキンソン治療薬…種類が多すぎて購入できない 認知症治療薬…薬価が高い	老健
37	パーキンソン治療薬で、覚醒剤原料のため、カギ付で保管が必要	老健
38	パーキンソン病で、処方回数が多いケース(これまで最大10回の処方を医療機関から指示された。)	老健
39	パーキンソン病で複数回服用。(1日7~8回の服用と毎日パッチ貼りかえ)	老健
40	フオルテオ…高価な薬剤であり持ち出しになる	病院
41	メロパン、ハベカシンなど高価なものは1週間限定にしろらうなどの交渉を常に行なっている。	病院
42	リュープリン	老健
43	リュープリン注射薬、高額で抗癌剤としては保険適応でない。エボジン注射薬、高額。	病院
44	ワーファリン ジゴキシン>投与量が適切で有るか?副作用のチェック。採血し、PTの数値を調べる。出血傾向増強する場合は服用量を調節する	老健
45	ワーファリン内服中の入所者は定期的に病院受診をしてコントロールが必要なため	老健
46	扱いが難しい医薬品は教育・説明してからしか使用しません。ただし、導入をとまどっているものとしてモルヒネの持続皮下注です。シリンジポンプのとり扱い、呼吸管理など不慣れで不安が強い為。しかし、近い将来導入したいと考えている。	病院
47	扱いの難しい医薬品を処方されている患者→いる 理由→他の病院と同じ薬品をすべて採用していくと院内の採用薬数が膨大に増加してしまう。可能な限り同効薬に変更して対応している。	病院
48	介護療養病床において麻薬の管理(内服も含めて)は現時点では難しい。病棟上において保管できる金庫がないため	病院
49	各食投与のインスリン製剤 看護師が行わなければならないので、人手が足りなくなる	老健
50	覚醒剤原料の薬剤は麻薬や普通薬と別管理をしなければならない。(麻薬金庫とは別の金庫に保管)	病院
51	簡易懸濁不可の製剤(ワソラン、コメリアン、グラマリール、シンメトレル)経口投与不可で、簡易懸濁にて経管投与をしていますが、安い薬価のものはGEもなく、あっても製剤改良がなされていない為、別途粉砕が必要になります。	病院
52	肝疾患関係の点滴や内服が多い方→まるめの為持ち出しが大きくなる為	病院
53	金銭面や取り扱いの面でも、施設で対応できない医薬品を処方されている方は受け入れないようにしている。	老健
54	抗がん剤 麻薬(取扱い) ホルモン剤(高額)	老健
55	抗がん剤、抗ホルモン剤、準麻薬、高価であり副作用の問題もある	老健
56	抗がん剤、免疫抑制剤等専門医による管理が求められる為	病院
57	抗がん剤投与による副作用等へのリカバリー対応の薬品・包括である為	病院
58	抗血小板剤(ブラビックス、エリキュース、イグザレルトなど)は変更が難しい。又、点滴の高カロリー輸液も値段が高い為変更できない。抗生剤は出来る限り後発品を使用するが、それでも高額である。これらの病床においては、注射剤や一定の高い薬については、算定できるようにすべきである。	病院
59	抗精神薬などは専門医がいらないため調整が難しい	老健
60	高価な薬品であるため	病院
61	高額な医薬品は処方が難しい。使用頻度が少なく、購入が一箱単位だったりするので、死亡や転院などで処方中止になると返品もできず無駄になる。	病院
62	高額な薬、自院に採用のない薬や、自院で標榜していない科の薬の対応が難しい	病院
63	高額医薬品を使用する場合、金額の事を気にする	病院
64	高額薬剤の扱いがとても困る。1人の患者に使用しても、死亡退院時に在庫が残ることも問題である。近年、肺炎等くり返し、長期の抗菌薬投与されている患者が増えている。クロストリジウム・ディフィシル陽性下痢症も増えているが、経ロバンコマイシンがとても高く使用できない。このような、生命維持に必要な場合は、包括にされると困る。	病院
65	高薬価の薬品は扱いが難しい。	老健
66	高齢者のため全ての医薬品の扱いが困難である	病院

67	今までに取り扱いはないが、当院は診療所のため薬剤師がおりません。又、在庫をかかえる薬剤は少なく、内服薬などは、ほとんど調剤薬局から小分けしていただいております。取り扱いの難しい薬剤は小分けができない物が多く在庫をかかえてしまうリスクが高くなってくるため。	診療所
68	持参薬の中に当院未採用薬がある場合、代替薬の選択。購入するのにも薬事審議会の手続きが必要なため。	病院
69	疾患について専門の医師が主治医もしくは処方医の場合使用することもある。薬剤によって定期的に検査が必要であったり、緊急時に十分対応できる医療施設で疾患の診断及び治療に十分な知識・経験を持つ医師のもとで使用するよう警告されているから難しい。	病院
70	主にパーキンソンの薬や特定疾患の薬	病院
71	新規抗凝固薬はコストが高過ぎる。認知症治療薬も同様に新規のものは変更せざるを得ない。腎性貧血治療薬も高価で充分量は使用不能(腎不全に関しては医療区分での評価が無い)	病院
72	神経難病等に使われる薬剤で高額で包括病棟での処方は困難である。	病院
73	腎性貧血の注射や前立腺癌のホルモン注射等、高価な薬品は難しい。	老健
74	腎性貧血治療薬、ネスブ注を行っている患者については、透析の条件がないと算定できず、退所させざるを得ない。	老健
75	腎不全、肝不全の高薬価にて	病院
76	精神科がないので既往歴等で精神疾患があり内服を必要とされても処方できない場合がある	病院
77	精神薬については精神科に受診していただいて相談しています。	病院
78	先発品しかない高額な薬剤(包括されているためコストがかかりすぎる)	病院
79	他に使用している人がいない。	老健
80	対象患者は多数あります。例えば、「フェントステープ・アブストラル」は麻薬で、過剰投与により呼吸抑制、過少投与で患者苦痛増大と、投与後の観察に注意を要する。その他にも、安全管理が必要な医薬品(精神神経用剤・カリウム製剤・糖尿病薬など)は重篤な副作用出現のリスクが高く、こまやかな注意観察が必要なため、扱いが難しい。	病院
81	当施設併設のあんの循環器内科で取り扱っていない薬は他科受診を行っている。	老健
82	特殊な薬剤、薬品は高価なものも多く、施設負担が大きくなってしまったため。	老健
83	認知症など高額になる薬	老健
84	認知症専門棟があり、向精神薬を必要とするも、調整が難しかったり副作用が強かったりする。(日中も傾眠が続いたり、流涎が続く等)	老健
85	標榜診療科以外の精神科、診療内科等に雇っている患者の取扱い処方は、専門医がいない為、難しい。また、家族が遠方にいる場合など、他院に受診して頂く調整も難しくなり患者に負担を掛けてしまう。	病院
86	病棟での麻薬等の管理	病院
87	病名が多種、処方も多剤でユニットに確実に看護師が常勤してるわけではないのでその様な場合	老健
88	保管上、手続上の注意が必要な薬剤(覚せい剤原料など)の処方はあるが、投薬自体については複雑性を認めるものではない。	老健
89	包括のため、難しいこともある。	病院
90	包括のため一人に処方ではできない	診療所
91	麻薬 管理者がいない為	老健
92	麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬 それぞれ管理が規定されている為。	病院
93	麻薬…錠のあるモジュールで薬品を管理し、数の管理も毎日行っている。処方を薬局へとりに行くなどの管理面	病院
94	麻薬の管理が難しい。使用方法を説明し、毎日正しい使用方法であるか確認している	病院
95	麻薬やパーキンソン病薬の覚醒剤原料のものは、処方伝票の処理、指示変更の手続き、金庫保管等の取り扱いが必要。	病院
96	麻薬製剤一般や劇物、向精神薬などは管理が大変で扱いが難しい。	病院
97	薬価がきわめて高い 療養費をこえる場合もありうる	老健
98	薬価が高いため	病院
99	薬価が高額で経済的に施設側にとって厳しい。インスリン製剤、糖尿病治療薬DPP-IV阻害剤等	老健

(3) 「持ち出しとなる高額な医薬品」についての自由回答

No	意見の内容	
1	(インフルエンザ, タミフル, 検査キット, バンコマイシン, クロストリジウム)→感染対策のため隔離しつつ使用するので病棟を変更出来ない。ゾビラックス点滴。	病院
2	(骨粗鬆症剤)フォルテオ皮下注	老健
3	・アリセプト ・フォルテオ皮下注	老健
4	・アルツハイマー型認知症治療剤 ・抗てんかん剤(イーケブラ) ・ジェネリック薬品のない医薬品	病院
5	・イーケブラ錠 ・サルポグレラート塩酸塩錠 ・プラビックス錠	病院
6	・イントラリポス・広域スペクトラム抗生剤・神経難病関係の内服薬は高価なもの多くうけ入れを考慮してしまう 例(ニュープロパッチ9mg×2で5万円/月かかる イーケブラ500mg×3で約3万円/月かかる)	病院
7	・エビリファイ(24mg) ・アリセプト ・エルシトニン注 ・カバサール ・プラビックス ・メマリー ・リバスタッチ ・レミュール ・エリスロポエチン注(透析以外の腎性貧血) ・プラザキサカプセル(110mg) ・タブロス点眼 ・キサラタン点眼	老健
8	・抗パーキンソン治療薬(新薬処方中なので薬の変更は不可) ・骨粗鬆症注射薬-エルシトニン(骨折で ope. 退院後 HPDrから指示があった) ・褥瘡治療薬(フィゴラストスプレー) ・抗リウマチ薬。1ヶ月60,000~80,000 医療費の持ち出しがあったケースも。	老健
9	・セレジストOD錠 ・フォルテオ	病院
10	・テリボン ・クレメジン ・ミルセラ	病院
11	・テリボン注 ・肺炎、尿路感染治療の抗生剤	病院
12	・ドネペジル塩酸塩oD錠5mg「タナベ」	病院
13	・パーキンソン病新薬 ・骨粗鬆症薬 ・認知症治療薬など	老健
14	・ビ・ミフロール ・コムタン ・高カロリー輸液 ・アルブミン ・パキシル	病院
15	・フィブラストスプレー	病院
16	・フルカリック2号輸液 ・プラビックス75mg ・ドネペジル塩酸塩OD錠	病院
17	・ミラペックス ・ボノテオ ・アリセプト ・アイミクス配合錠 ・プラビックス ・トラゼンタ錠 ・リフレックス ・セロクエル細粒	老健
18	・メマリー ・緑内障点眼液(トルゾプト エイゾプト、ルミガン、コゾプト) ・精神薬:ジプレキサ	老健
19	・メロペン点滴用バイアル 0.5g500mg	老健
20	・レバチオ錠	老健
21	・レボフロキサシン ・アリセプト ・クラビックス ・ヒアレイン点眼薬	老健
22	・抗菌薬注射剤 ・吸入薬(高額)	病院
23	・抗血小板剤(プラビックス、エリキュース、イグザレルトなど) ・気管支拡張などの吸入薬 ・高カロリー輸液製剤 ・新薬で変更が不可能なもの	病院
24	・抗生剤のDIV ・带状疱疹の薬 ・インフルエンザ(タミフルetc) ・抗生剤全体的に	老健
25	・抗生物質 ゴシン ・パーキンソン剤の一部	診療所
26	・骨粗鬆症の注射薬 ・骨粗鬆症の内服薬	老健
27	・創傷被覆剤 ・高カロリー輸液	病院
28	・糖尿病治療薬…ジャスビア(50) ※糖尿病患者は何種類の治療薬を服用されている。 骨粗鬆症治療薬…アンドロ酸錠(35) 認知症治療薬…ドネペジル塩酸塩錠(5) 抗生剤…クラリスロマイシン細粒10% 抗生剤…レボフロキサシン細粒10%	老健
29	・認知症薬 ・骨粗鬆薬 ・多剤	老健
30	・喘息の吸入薬 ・認知症薬(メアリー、ドネペシルなど) ・乾癬の軟膏(オキサロール) ・骨粗鬆症ビスホスネート剤 ・緑内障点眼薬 ・インフルエンザ薬、抗生剤	老健
31	1. 抗精神病薬 2. 抗生物質	老健
32	①イクザレルト(15) ②オペルモン ③リリカ ④アドエア(吸入薬) ⑤インスリン注 ⑥セロクエル ⑦抑肝散 ⑧ランソプラゾール ⑨ニトログラムTTS ⑩キサラタン点眼薬 ⑪薬価の高い新薬	老健
33	①フルタイド200ディスカス ②イクセロンパソナ9mg ③ヒアロサン点眼液 ④イーケブラ錠500mg ⑤ドネペシル塩酸塩OD錠5mg ⑥パキシルCR25mg ⑦サインバルタカプセル20mg ⑧オングリザ5mg ⑨ドプスOD200mg ⑩アバプロ100mg	老健
34	アリセプト	診療所
35	アリセプト, リバスタッチ	老健

36	アリセプト、メモリーなど、アルツハイマー型認知症の薬。難病指定の薬。緑内障の点眼薬。	老健
37	アリセプトなどの認知症改善薬	老健
38	アルブミン、ドボネックス軟膏 パーキンソン薬(ニュープロパッチ) メイロン、ハベカシンなどの抗生剤	病院
39	アレンドロン酸錠(骨粗鬆症等) スピリーバ吸入用カプセル クラゼット錠 クレメジン細粒 アリセプト プラビックス錠	老健
40	イグザレルト	診療所
41	イグザレルト	老健
42	イグザレルト、ジャヌビアなどこの数年で薬価収載された医薬品	病院
43	インスリン製剤	老健
44	エクア錠 ボナロン錠	老健
45	エリキューズ、シンピコートタービュヘイラー、イーケブラ	老健
46	エリスロポエチン製剤(ミルセラ等)	診療所
47	エルネオパ2号1500	病院
48	エルネオパ2号輸液 1500ml	病院
49	エンシュアリキッド	診療所
50	感染症治療等(抗生剤、抗真菌剤、抗ウイルス剤)など長期使用する場合は高額となる。	病院
51	サムスカ	老健
52	サムスカ 1名有	老健
53	サムスカ(薬価1707円)	老健
54	サムスカ錠(715)	老健
55	サムスカ錠7.5mg	病院
56	ジェネリック薬品のない(特に新薬)薬品	老健
57	褥瘡処置に使用しているフィブラストスプレーやハイドロサイト等の1回の使用範囲・量が多く、病院も ち出し率が高い。etc	病院
58	セレギソン塩酸塩	老健
59	セレジスト アリセプト イグザレルト	老健
60	セレジスト アリセプト レミニール	老健
61	ゾフランザイデイス(4mg)	病院
62	ゾレドロン酸点滴静注液 4mg/100ml バック。薬価 18,105 円/バック。適応:悪性腫瘍による高カルシウ ム血症。分類:他に分類されない代謝性医薬品。	病院
63	タルチレリン フルコナゾル トラムセット FD錠 アシクロビン	病院
64	注射抗生剤、血液製剤、リューブリン、免疫抑制剤なども使用となれば持ち出しとなる可能性がある。	病院
65	ドネペジルOD(5)、ピ・シフロール(0.125)、グラクティブ(100)、プラビックス(75)	病院
66	ドネペジル製剤とメマンチン製剤の併用している患者	病院
67	トラゼンタ アリセプト メモリー プラザキサ	老健
68	トラマール	老健
69	ニュープロパッチ(4.5) プラビックス錠(75) レキサプロ錠(10) アボルブC(0.5mg) ドネペジル 塩酸塩(5) ジャヌビア(50) ロナセン錠(4) メモリー錠(5)	老健
70	ニュープロパッチ9mg(¥660.1/枚) ルリコン軟膏1%(¥549、10g/本) アクトシン軟膏3% (¥1521、30g/本) タリビッド眼軟膏(¥359、3g/本) ゲーベンクリーム(¥1320、100g/ビン) タミフルカプセル75mg(¥317.9/c) アラセナA軟膏3%(¥1627) ストロメクトール3mg錠(¥7 72.6/錠)	病院
71	ニューロタン イガザレルト ドネペジル シプレキサ	老健
72	ネシーナ プロプレス8mg ランタス	病院
73	ネスプ注射液 120mg, (エリスロポエチン), ストレプトマイシン注射	病院
74	ネスプ注	病院
75	ネスプ注射液	病院
76	ノルスパンテープ	老健
77	パーキンソン・認知症関係の内服薬	老健
78	パーキンソン病(カバサル)降圧剤心疾(プラザキサ)認知症用(アリセプト、レミニール メモリー等) 抗精神薬等(セロクエル)	病院
79	パーキンソン病関連の薬。	病院
80	ファミビル	診療所

81	フィニバックスやファーストシンなどの肺炎などの発生時に使用される抗菌薬 認知症に対してのメモリー、糖尿病に対してのDPP-4阻害薬(トラゼンタ)など	病院
82	フォルテオ ラビアクタ	病院
83	フォルテオ皮下注 ボノテオ錠 トレリーフ錠	老健
84	ブラザキサ ソグザレクト プラビックス サムスカ	病院
85	ブラザキサ(110)	老健
86	プロスタグランジン製剤	病院
87	ボナロン、メモリー、アリセプト(ドネペジル)、エビリファイ、プラビックス	老健
88	ミルセラ注、25mg 50mg 100mg サムスカ錠、7.5mg	病院
89	メネシット、パキシル、メモリー、エビリファイ、タケブロン、紫苓湯、精神科薬	病院
90	メモリー アリセプトがよく処方され使用頻度が高い中では高額である	老健
91	メモリーOD20mg(¥439.70/錠) ニュープロパッチ4.5mg(¥438.40/枚) ボンビバ静注1mgシリンジ¥5,059/筒)	老健
92	メモリー錠 イグザレルト錠 アレンドロン酸錠 プラビックス錠	老健
93	ラビアクタ点滴静注300mg イーケプラ錠500mg、ストロメクトール錠 エルネオパ・ネオパレン・フルカリック ユーパスタ・スミスリンローション ファイブラストスプレー・アクトシン軟膏	病院
94	リュープリン	病院
95	リュープリンSR、ネスブ注射60mgプラシリンジ、スピリーバ25mgレスピマット60吸入 献血アルブミン25、シムピコートタービュヘイラー60吸入、クラビット点滴注	病院
96	リリカ、エリキユース、イグガレルト	老健
97	リルテック錠	老健
98	レキップCR錠	老健
99	レミニール ベシケア プラビックス ジャヌビア ترامセット ネキシウム	老健
100	医薬品ではないが酸素療法は包括なので高額な持ち出しとなる。	病院
101	一般内服薬	診療所
102	吸入薬 抗認知症薬 TPN	病院
103	現在はないが出来るだけ本人が望む薬を使っております。精神面でのフォローを大事にしています。皆様とふれあう事が大事な様で平成12年から大きなガンの方を3名ほどあずかりましたが想像以上の長寿で楽しく過ごされました。1例として乳ガンでありながら102才まで生きた方もおられました。	病院
104	抗凝固剤(イグザレルト等) 抗血小板剤(プラビックス) 抗認知症剤(ドネペジル、メモリー) 血糖降下剤(ジャヌビア) 抗圧剤 プロプレス 骨粗しょう症剤 アレンドロン酸(35)、オモサロール軟膏	老健
105	抗血栓剤	病院
106	抗剤	病院
107	抗生剤	老健
108	抗生剤、認知症患者の薬、褥瘡用薬品、多剤処方の目薬	病院
109	抗生剤の注射薬	病院
110	抗生剤類の点滴	病院
111	抗生物質	病院
112	高Ca血症のアレディア	病院
113	高額な医薬品は持ち出しできない。規模が小さいので赤字になってしまう。認知症PPIなど	老健
114	高額な医薬品を必要とする方の受け入れは基本的にはしていない。持参して頂いた高額な医薬品は継続できるが、当施設の持ち出しとならないよう工夫している。	老健
115	高額な持ち出し。このようなことが想定されるので、極力、入所を断わるケースもあります。	老健
116	骨そしょう症の新薬	老健
117	最近ではイグザレルト 喘息吸入薬、インシュリン 緑内障点眼液	老健
118	持ち出しとまではいかないが認知症、骨粗鬆症、糖尿病等は、別途決めていただけたらと思います。	老健
119	循環器系の薬剤でジェネリックのないもの(エリキユースなど)精神科系薬剤(抑肝散なども1日分3包などで全体量が多くコストがかなり大きくなる)	老健
120	寝たきりの患者が多く、肺炎や尿路感染症をくり返し発症し、抗生剤の使用頻度も高い。そのため高額な薬品を使用する事も多い。	病院
121	腎性貧血の注射(エリスロポエチン)(透析を行っていない方の) 抗生剤	老健
122	中心静脈栄養での高カロリー輸液 1日1500円なら1ヶ月45000円となる	老健
123	点眼薬 緑内障	老健
124	糖尿病、パーキンソン、認知症、向精神薬の新薬	老健

125	特にという薬ではないが、数が増えれば高額になってしまうことも問題。	老健
126	内服薬・ジェイゾロフト錠、イーケプラ錠 外用薬：イソプロピルウロプロストン点眼液、イソジンシュガーバスタ軟膏、プロスタンディン軟膏 注射薬：アラセナA点滴静注、フルコナゾール点滴静注、パニコマイシン点滴静注などの抗生剤	病院
127	内服薬…ジプレキサ細粒、メモリーOD(20)、クラビット 外用薬…フィブラストスプレー250g、カデックス軟膏40g 注射液…ノボラピットイノレット、ノボリンR注フレックスペン、ノボリン30R注フレックスペンソムコーテツ250mg	老健
128	認知症のくすり、メモリーとか	病院
129	認知症の治療薬(アリセプト、メモリー、レシニール)	病院
130	認知症関連の薬	老健
131	認知症治療薬 ホルモン剤	老健
132	認知症薬	老健
133	認知症薬(レシニール、メモリー、アリセプト等) ネスブ注射 ミカルディス、ベシケア、トラゼンタ、ブラザキサ、アドエア250ディスクス60吸入用 ジュイゾロフト	老健
134	認知症薬、泌尿器系で高額な医薬品	老健
135	必要ならば使用し負担するつもりです	診療所
136	変更が困難で高額な薬剤があると受け入れが困難となる。処方例としてイーケプラ、新規抗凝固薬、アミロダロン、ミクロスポリンのような免疫抑制剤など、中止ができず、変更も困難な場合とても困る。	病院
137	薬価の高い新薬か抗生物質(MRSA)	病院
138	緑内障の点眼薬は、どれも高額であり、施設の負担は大きい。定期的検査も必要なので、受診の必要性もあるし、せめて点眼は算定してほしい。	老健
139	緑内障点眼薬 ラタノプロスト 中枢神経系 ドネペジル	老健
140	褥瘡治療剤	診療所

(4) 「受け入れの難しい医療機器」についての自由回答

No	意見の内容	
1	・24時間酸素吸入を必要とする方。	老健
2	・IVHを挿入している方	老健
3	・いた	病院
4	・シーパップ	病院
5	・人工呼吸器	病院
6	・ニップ(簡易呼吸器)使用者	病院
7	・バイパップ等呼吸補助具(レンタル費+酸素)の常用 ・一般病院での治療を全て継続してほしいとの希望	病院
8	・レスピレーター ・バイパップ	病院
9	・陰圧創傷治療システムを使用した(Drの意向で)患者がいた	病院
10	・気切 ・トラヘルパー ・NG ・PTOBD	老健
11	・呼吸状態が悪化した時、在宅用呼吸器装着の指示のある患者 ・経管栄養による胃腸障害など注入量の管理で栄養剤の持続注入器を他病院で使用中の患者	病院
12	・高額な気管切開チューブを挿入し、交換回数も毎週～2週間毎だったりするケース ・CVポートを挿入している方(接続用の針が高額)の管理が困難 ・管理科や機器レンタルに費用がかかる方	老健
13	・在宅酸素療法	老健
14	・在宅酸素療法	老健
15	・在宅酸素療法患者	老健
16	・人工呼吸器 ・バイパップ	病院
17	・人工呼吸器 ・持続式陽圧呼吸器	病院
18	・人工呼吸器 ・時間導尿(1日に数回、導尿が必要で、かつ自己導尿できない) ・夜間にも頻回な吸引が必要 ・気管切開 ・経鼻栄養 ・中心静脈栄養	老健
19	・人工呼吸器(気管切開者は可能です) ・IVHの患者さん	老健
20	・人工呼吸器、24時間接続点滴	病院
21	・人工呼吸器を装着の方	病院
22	・人工透析 ・人工呼吸器	病院
23	・前立腺がんのホルモン療法の継続意向の方はお受け入れしていない ・腎不全の貧血改善ホルモン注射はできない事を了承していただいた方のみ入院ですがいつも申し分けなく思う。 ・人工呼吸器や補助呼吸希望の方	病院
24	・相談はあるが、重度の病状にある利用者は受け入れていない。	老健
25	・息で鳴らすナースコール使用者(全身マヒ)	病院
26	・腹膜透析を行なっている患者	病院
27	①在宅酸素療法を行っていた方 ②慢性心不全でASUを使用していた方	診療所
28	24H常注Divで当院にない機器がありました	病院
29	24時間、人工呼吸器管理の患者様。	病院
30	ALSで人工呼吸器、意志表示装置を使用したケースがあった。	診療所
31	ALSで人工呼吸器を使用していた症例が1列	病院
32	ALSの方については、医療機関での治療をすすめたケース有り。	老健
33	ASV等	病院
34	CPAP BIPAP	病院
35	C-PAP 装着自体は難しい訳では無いが、入眠中に本人が外してしまわれる事が有り、本人に説明、協力を得る様に援助していた。しかし、経済面において高額となっている	老健
36	CPAP、在宅酸素療法、自己導尿、永久気管孔	老健
37	CVカテーテル(ポート) CAPD	老健
38	CVポート 腸ろう 造設	老健
39	HOT(在宅酸素療法)、持続陽圧呼吸 本人管理ができない場合困難	老健
40	HOT患者の受け入れ	老健
41	NIPPV使用中の患者が2名	病院
42	UV・ポート カニューレ	老健

43	あり 人工呼吸器	診療所
44	いましたが、現状では受け入れ不可能にてお断りしております！！	老健
45	今のところ人工呼吸器や CPAP などは一般で受け入れて、可能なら医療療養でみるようにしています。機器の受け入れは問題ないですが、在宅で長く、そういった状態で療養されていた方は、本人や家族のキャラクターに問題があることがある。	病院
46	医療療養病床では、受け入れの難しい医療機器を利用している患者の利用受け入れはありませんでした。また人工呼吸器装着の患者の受け入れは現在のところありませんが、設備とスキル UP するなど体制を整えていきたい。介護療養病床では医療機器を装着した患者の受け入れ意向はありませんでした。しかし経腸ポンプ使用で当院で使用していないタイプのものであったため購入するまで時間がかかったケースがあった。	病院
47	がん末期に近く、ポーター使用で薬剤を整えた直後にホスピスへ転院されました ヒューバー針、高カロリー液等が無駄になり処分しました	診療所
48	呼吸器管理の患者の受け入れは行っていない。(機器を院内に置いていない為)	病院
49	人工呼吸器	病院
50	人工呼吸器, 透析	病院
51	人工呼吸器の種類により、換気モード等が変化、対応を求められる場合	病院
52	人工呼吸器を装着している患者の受け入れは難しい。	病院
53	睡眠時無呼吸の為、夜間に人工呼吸器を使用する必要があるが、入院では機器の請求が不可であり、持ち出しになってしまう。	病院
54	そこまで、医療度の高い方は、受け入れしていません。	老健
55	腸瘻例	病院
56	透析患者	病院
57	はい	病院
58	バイパップ	老健
59	バイパップ(人工呼吸器)	病院
60	バイパップ、人工呼吸器の利用者。	病院
61	バイパップ使用患者	病院
62	バイパップ利用の患者(前医でバイパップ使用中止とされていたが、転院してきたら中止したことはないとわかり、継続使用した)	病院
63	人工呼吸器	病院
64	病院医療連携室より打診のあった、腹膜透析・人工透析患者についての受け入れについては、「困難」と回答した。	老健
65	ベンチュリーマスク(インスピロン)使用で酸素療法の患者。	病院
66	レスピレーター	病院
67	レスピレーター 人工透析 頻回な吸引	老健
68	レスピレーター→管理不可	病院
69	一般の老健では在宅酸素、バイパップ、NIPPVは受けていません。当施設は併設病院で加算をとることで受けています。	老健
70	家族の希望で要CPRの患者で人工呼吸の使用をした事はありません。現在入院中の患者様に1名人工呼吸を使用していた時期があります。現在、使用していませんが、病状によっては再度使用する予定になっています。	病院
71	回腸導管 人工呼吸器	病院
72	希望があった(呼吸器, 透析)	病院
73	気管切開で回数の多い方、暴力行為	病院
74	気管切開で状態安定している事例の相談があった。	老健
75	気管切開の患者で、状態悪化時、人工呼吸器の装着を希望していた。	病院
76	気管切開患者は、吸引が頻回 中心静脈栄養患者は医療度が高い	老健
77	気切 NPPV	老健
78	気切 透析	老健
79	気切の方 在宅酸素療法を行っている方。	老健
80	呼吸器を使用している患者で、入院相談をもらったことが何度もある。(当院では呼吸器対応していない)	病院
81	呼吸器使用している患者(以前介護療養であったため配管設備ができていない)	病院
82	最近はいない。	老健

83	在宅酸素	老健
84	在宅酸素 施設の出が多い為	老健
85	在宅酸素 人工呼吸器 胃瘻、腸瘻… ストーマ Pテグ等	老健
86	在宅酸素を使用されている方の希望は時々ありますが、管理が難しいこと、人員体制等の理由により、利用いただけていない状況です	老健
87	在宅酸素使用者のショートステイを受け入れる程度でその他の医療機器利用者は無い	老健
88	在宅酸素利用者	老健
89	在宅酸素療法の方 透析 気管切開 吸引が頻回に必要	老健
90	酸素	診療所
91	酸素 IVHは受け入れ出来ない インシュリンは夜勤看護師1名体制であるためスケール型は厳しい。	老健
92	酸素 マーゲンチューブ	老健
93	酸素療法、IVH	老健
94	酸素療法が必要な入所希望者	老健
95	持続の点滴 時間での点滴	老健
96	受け入れ困難な医療機器を利用している方の入所等の相談は特にありません。	老健
97	重度認知症以外の患者さんは、全て可です。	病院
98	常時酸素吸入を行っている患者様	診療所
99	人工呼吸器	病院
100	人工呼吸器	病院
101	人工呼吸器	病院
102	人工呼吸器	病院
103	人工呼吸器	病院
104	人工呼吸器	病院
105	人工呼吸器	老健
106	人工呼吸器 NIPPV	病院
107	人工呼吸器 バイパップ	病院
108	人工呼吸器 バイパップ使用 腸ろうの輸液ポンプ	病院
109	人工呼吸器(24時間看護師が配置できない) 腹膜透析 中心静脈栄養}短期入所のみ受け入れた	老健
110	人工呼吸器(機器の種類、メーカーが多種、取り扱いに不安)シリンジポンプ 輸液ポンプー使用している患者も受け入れている	病院
111	人工呼吸器、IVH	老健
112	人工呼吸器、継持透析	診療所
113	人工呼吸器、透析	病院
114	人工呼吸器、透析	病院
115	人工呼吸器・精密持続注入器に関するもの	病院
116	人工呼吸器・中心静脈栄養・人工透析の方は当院では受け入れていない。	病院
117	人工呼吸器…ショートでの利用であったが大部屋での使用はアラームや他の認知症患者がさわってしまうのではないかと不安があった。	病院
118	人工呼吸器の装着	病院
119	人工呼吸器の方がいた。夜間の監視に苦勞をした。(ASLの患者)	診療所
120	人工呼吸器までは療養では管理していないので。	病院
121	人工呼吸器を使用されている患者さんに対しては、対応できないとお答えしています。	病院
122	人工呼吸器を使用している患者	病院
123	人工呼吸器を使用している患者	病院
124	人工呼吸器を使用している患者 胆管ドレナージをされている患者 胸腔内持続吸引をされている患者 輸液ポンプ、シリンジポンプを使用している患者	病院
125	人工呼吸器を利用している患者	病院
126	人工呼吸器管理	病院
127	人工呼吸器使用	病院
128	人工呼吸器使用の患者	病院
129	人工呼吸器装着(自発あり補助器)	病院
130	人工呼吸器装着患者。	病院

131	人工透析、簡易式人工呼吸器利用されている方	病院
132	人工透析、腹膜透析、人工呼吸器、持続吸引	老健
133	短期入所であれば、ほとんど入所可としていたが長期入所だと、人工呼吸器、在宅酸素 IVH等医療依存度の高い方は不可となっている。	老健
134	中心静脈栄養	老健
135	腸ろうの患者様のチューブ管理を微量輸液ポンプ管理やBAiPAPの管理について職員の知識の向上を図り受け入れた	病院
136	腸瘻管理者	老健
137	腸瘻造設で8hかけて注入している方。ポート埋設 無呼吸(夜間)の方の自動O2吸入マスク	老健
138	超音波骨折治療器 酸素吸入器	老健
139	直近1年間はいませんでした。	病院
140	当院では、維持透析患者、人工呼吸器患者は、医療機器がないため受け入れしていない。	病院
141	当院外来の患者であったため鼻マスク式の人工呼吸器使用の患者を初めて、受け入れたが、機器に不慣れなことと呼吸器専門の医師がいないため管理が難しく、結局他院へ転院となった	病院
142	透析	病院
143	透析	診療所
144	透析のPt・人工呼吸器	老健
145	透析を実施している患者。	病院
146	透析を必要とする患者様。	病院
147	透析患者	病院
148	特にないが入所が難しい事はあり(技術的・人的な関係があり)	老健
149	入院相談時に調整している	病院
150	夫婦共に80才を越えており、ご主人が介護必要。在宅で喀痰吸引も必要だし、嚥下障害も出始めて咽があるのに、妻が対応できず。でも施設入所は「お父さんがイヤがっているから」と頑として聞き入れず、一種のネグレクト状態に。市の地域包括が介入、緊急避難的に入所。入所後も、妻が毎日、ミキサー食をもって差し入れに訪れたケース。	診療所
151	腹部透析の患者様、いろいろ考えたが、スタッフの対応等についてももう少し時間がほしいという事で見送りました。	病院
152	腹膜かん流の機械	老健
153	腹膜透析用器具 C-PAP	老健
154	埋込みポート使用の患者を受け入れる予定でしたが、転院前に死亡されました。	病院
155	問22での回答の様に3ヶ月限定で入所いただいた例があります	老健

(5) 「受け入れの難しい患者」についての自由回答

No	意見の内容	
1	#1徘徊、認知症に伴う易興奮性、放声、暴力etcにて夜間対応が困難な例 #2喫煙患者 #3医療区分1のレベルで長期入院が予想される患者 #4高度腎不全の為補液利尿剤腎性貧血に対する治療が必要な患者(認知症、寝たきり等で透析適応)	病院
2	*ヘパリン…使用管理不可。*スピーチカニューレ…使用管理不可。*透析…機器の持ち合わせがない、扱えるDrがいない。*送管…機器の持ち合わせがない、扱えるDrがいない。	病院
3	*薬価が高額。*患者・家族の意向が当院の治療方針とそぐわない。	病院
4	「急変時の積極的治療・人工呼吸器装着を希望する場合」「病状悪化したとき人工透析を希望する場合」など家族の医療ニーズが高い場合	病院
5	・BPSDがコントロールされていない場合 家族様のご理解・ご協力が得られない場合	老健
6	・IVH ・酸素 コスト面にて	診療所
7	・IVHを挿入している方→IVHの対応が困難なため ・高額な薬を服用している方	老健
8	・オンコール体制にて夜間看護師がいないためを理由に入所者選定を行ったケースがある。(NSのレベルが低い)よって、現在人材配置を検討している。	老健
9	・感染症や濃厚な治療が必要で療養病棟下の対応は困難であった為	病院
10	・コストがかかりすぎる。 ・認知症が強く徘徊してしまう。 ・療養病棟より一般病床の方が適切だと考えた為	病院
11	・ご家族の要望が高すぎた ・体重がとて重かった	病院
12	・人工呼吸器の種類が当院で対応難しい機種であった。 ・人工呼吸器の台数に制限があったため。 ・感染症対策において高額になり、当院での対応は難しい(感染者のある患者)。 ・高額な医薬品を定期的に利用されている。	病院
13	・医薬品や経管栄養の内容など施設入所後の変更内容にご家族の同意が得られなかった。 ・医療行為が多く、リハビリ対象ではなかった。	老健
14	・医療行為の多い患者	病院
15	・医療度が高すぎる(透析等) ・高額な薬を服用している。 ・離園の危険性が非常に高い。	老健
16	・医療度の高い方 ・ご家族が不安定である方	老健
17	・医療費が高額 ・老健では、対応できない。(本来はリハビリの施設なので)	老健
18	・回復期リハビリテーション病棟に近い内容のリハビリを継続して受療希望 ・急性期病院への転院を強く望まれる。 ・中心静脈注射、人工呼吸器の使用を希望 ・老健施設の様に、衣服の着替え、毎食を食堂等で、車椅子座位姿勢での食事を希望。	病院
19	・気管切開されている方で呼吸状態が不安定な方。(人工呼吸器が当施設には、ない為)	老健
20	・急性期病院での治療を継続しており、状態が不安定な方。(熱発続いている。原因不明など) ・当院にはない処方されていた方。(精神疾患など) ・医療区分Ⅰ、要支援の認定で医療療養、介護療養とも対象になりにくかった方。	病院
21	・呼吸器使用の患者が7名となった時、それ以上は無理と判断して呼吸器の方は受け入れなかった(夜間Nsが一人になるために対応しきれないと判断) ・区分1や軽症の方で他の病院や施設でも対応が可能と思われた方を断り他院では対応困難方の受け入れをした	病院
22	・高価な薬剤の継続を希望される方 ・当院の診療方針に参同頂けない方	病院
23	・高価薬剤内服中で、変更も困難な患者(アシロダロン、イーケプラなど) ・暴力行為が多く見られ、精神病棟入院が望まれた患者 ・暴力団関係者 ・結核(Active)がつよくたがわれた患者	病院
24	・高額な薬を内服する必要があるが、代用できる薬がないため。 ・医療度が高く、病状が不安定なため。 ・精神状態が悪く、管理が難しいため。	老健
25	・自宅からの入所希望者であったが、明らかにせん妄が認知症によるものではなく、身体の異常が考えられた為、病院受診し、精査してもらうように進めた事例。(救急搬送となった) ・癌の疼痛コントロールでパッチ(モルヒネ)希望者。 ・病名告知してはいるが、緩和ケアを望まれたケース。	老健
26	・疾患のリスクが高い患者様。(検査データが悪い状態)	老健
27	・若い方で問24)に答えたように一般病院で安定しているので同じ薬を使って下さい、との希望。 ・病室を常に一定の温度に保ってほしい(脳疾患の患者様家族)	病院
28	・週3回の透析を実施している人の通院介助	老健
29	・週に2回以上夜間セネネース注射を行っていた入院患者 ・他害が著しく症状が安定していない方 ・月に1回以上定期通院が必要な方(永続的に)	老健
30	・重度の行動障害がある方→他の利用者へ影響がでる為。 ・状態が不安定で、食事がとれない、積極的な治療が必要→病院ではないので治療ができない為 ・身元引受人がいない→今後の相談、対応ができない	老健

31	・重度の心不全で、車イスにもほとんど乗れず、終日ベッドですごしリハビリができない ・経鼻栄養（胃瘻は受け入れています。入所者数の制限なく） ・余命1ヶ月未満でこれまで利用歴がなく、ただ看取りのみの希望 ・60才未満の精神疾患患者 ・糖尿病で血糖チェックを毎食前に行い、インシュリン量がその都度変わる患者。	老健
32	・重度の認知症	病院
33	・重度の認知症 ・痰吸引頻回、酸素療法等医療処置の多い方	老健
34	・重度精神障害のある人 ・重度の糖尿病患者のインスリンが高額で、症状が重度であった事。 ・医療ニーズが高い(状態が不安定、たん吸引等が頻回にある)	老健
35	・重度認知症あり他患者さんに迷惑がかかるおそれあり。徘徊も見られたことよりお断わりしました。(当院で対応不可として)	病院
36	・重病認知症(徘徊がひどい方)→閉鎖できる環境ではなく、職員が付ききりの体制がとりにくい。 ・パーキンソン病の方→麻薬による治療を行っており、副作用の幻覚症状が出現し、対応困難となった。	老健
37	・食事が摂れない方、また栄養が確保できない方は、脱水などによる発熱その他体調不良を起こす可能性が高いため、断わっているケースが多い。胃ろうは可。	老健
38	・食事介助者の数が多すぎて対応困難な時 ・認知症で暴言、暴行等で危険につながる場合 ・循環器、呼吸器疾患等で1週間以内に急変が予測される時 ・毎回肺炎をくり返しているような場合 ・褥創処置が広範囲な場合	老健
39	・診療体制上、当院の対応(疾病管理面において)が困難であったため ・病院機能を超える診療上の要望が大きかったため(患者本人及びご家族等より)	病院
40	・人工呼吸器、気管切開、モニタ管理、吸引が頻回といった医療依存度が高い難病療養者。 ・極めて急性悪化の可能性のある不安定な状態の方。 ・暴力行為、興奮等、精神状態が安定していない方、自傷行為、帰宅欲求の強い方。 ・他	老健
41	・人工呼吸器の意向があった患者(人工呼吸器がないため) ・多剤耐性緑膿菌(感染対応の体制が整わない時期に断った。現在は対策を行っている。)	病院
42	・人工呼吸器使用中(設備なし) ・透析中(透析通院付添者なし) ・認知症で著しい徘徊がある。(環境・体制が整っていない)	病院
43	・精神科に近い患者 ・高額な医薬品の使用者 ・他科の受診が多い患者等	病院
44	・精神疾患 ・褥瘡が大きい ・未収 ・検査データが悪い	老健
45	・精神状態が不安定でその方が入所すると他の利用者の不穏が悪化する可能性が高いため ・職員が急に退職し、処置等の多い方や不穏の強い方を一時的におことわりした	老健
46	・積極的な治療を希望だった為 ・感染症が対応不可な場合	病院
47	・積極的な治療を望んでおり、また、投薬の種類も多いため。 ・専門的な器薬がない。	病院
48	・全く初診の方であったため。 ・認知症の程度が強い方だったため。	診療所
49	・短期入所の患者が多く、ベッドが空いていれば極力受け入れるようにしている。 ・呼吸器の患者については、体制的に受けられる人数が決まってしまうため、断る場合もある。	病院
50	・断った事例はなし ・受け入れ困難症例は、常に監視が必要な場合	診療所
51	・当院にはない医療機器を使用している患者 ・変更が難しい高額な薬を使用している患者 ・療養型病院で提供出来る医療に同意頂けない患者	病院
52	・当施設で対応できる医療の範囲を超えていた為。(医療区分2以上の状態等) ・健康状態が不安定	老健
53	・糖尿病コントロールができていない ・治ゆされる見込みのない褥瘡が形成されている ・加齢性黄斑を変性で月に1回注射している	老健
54	・透析施行患者の入院を受け入れた事はあるが減収になるため原則断っている ・呼吸器装着は対応できない ・認知症にて徘徊リスクあるが付き添えない場合は施設構造上階段からの転落の危険があるためお断りする場合もある(ADL、認知度により判断)	病院
55	・入院費の支払いが困難な方 ・延命(人工呼吸器装着等)を強く希望する方 ・重度の認知症の方(徘徊、暴力) ・当院では対応困難なニーズをお持ちの方	病院
56	・認知で動きまわる ・治療薬が非常に高額	老健
57	・認知症によるBPSDが重度で対応困難 ・透析患者	老健
58	・認知症による周辺症状が強く、他患者の療養の防げになる可能性があった。 ・持ち出しになる医薬品が、あまりにも高額だった。 ・人工呼吸器を装着しており、夜間の緊急対応がむずかしいと判断した。	病院
59	・認知症の周辺症状が強く出ている方 ・徘徊があり目が離せない方 ・離床行動+強いふらつきがあり安全が守れない方	病院
60	・認知症の重度の方(処方等が対応できかねる) ・徘徊の方(それに適した施設の整備がされていないため) ・家族の要求が多い方	病院

61	・認知症症状、問題行動の中でも他利用者への影響が大きいと考えられる、大声をあげる、暴力行為が予想される場合 ・専門医の管理が必要と考えられる、抗精神薬等を多剤服用している場合 ・施設内での日常生活リズムやリハビリ等で体力維持が難しいと考えられる場合	老健
62	・認知症症状が、他の患者に影響をあたえることが予測される患者 ・始終大声を出す(昼夜を問わず) ・危険行為がある ・暴力・不潔行為がある ・希望する治療や処置に対応困難(毎日のリハビリ、高額な投薬、悪化のデクビ)	病院
63	・病状が不安定で、入所してもすぐに医療機関へ入院の可能性が高い方。 ・重度認知症があり、動きが活発で、転倒、転落のリスクが高い方。 ・胃ろうからの注入剤の変更が困難な方(当施設で扱っていない内容の注入剤であった)	老健
64	・病状が不安定との判断があった方。 ・認知症重度であり、入所後に重大な事故につながると判断された方。 ・家族に問題があると判断された方。 ・支払い能力に問題があると判断された方。	老健
65	・服薬している薬の薬価が高い ・急性期状態で変動が大きい ・急性期で亢生剤etcが高価になっている。	診療所
66	・腹水コントロールの必要な方 ・徘徊される方	病院
67	・腹膜透析を行なっている患者 ・がん患者さんが援和病院、専門治療を希望した為	病院
68	・暴力行為があったり、夜間も不眠で徘徊する方は他利用者を不穏にしてしまうと思われるので困難とした。 ・常時酸素吸入が必要であったり、吸引が頻繁に必要な方、またインシュリン注射が一日2回以上必要な方は受け入れ困難。(看護師が夜間は1名の体制なので)	老健
69	・薬の変更が困難であった患者 ・吸引が頻回な患者	老健
70	・薬価代が高価であったため。(治療を望んでいたため)	老健
71	・老健で管理できるほど、状態が安定しているとは考えにくい場合。	老健
72	・徘徊 施設の構造上受け入れ困難と判断した。	老健
73	1、気管切開をしている。 2、中心静脈栄養をしている。 3、酸素療法をしている。 4、人工透析をしている。 5、人工呼吸器をつけている。 6、家族や身元引受人がいない。	病院
74	1、治療が複雑で処置が多かった。 2、投与薬剤が高価であった。 3、リハビリ実施への希望が大きかった。	病院
75	①肝不全、肝硬変重症者:薬剤が高価なため ②膠原病患者:薬剤が病態・疾患により高価なため。 ③重度の統合失調症や認知症で徘徊、他のptへの危険があまりに高いと思われたpt。 ④家族が非常識で理不尽な主張が多いpt。	病院
76	①認知症がひどい方 ②急性期治療を希望された方 ③クレームが多く対応困難な方(家族)	病院
77	40~60才で人工呼吸器必要な患者→若すぎて今後の方針が立たないため 急変時CPR要の患者→当院での対応が限られているため	病院
78	DM疾患でインスリン注射の必要の方が5名以上になると、誤薬の可能性もあり、対応が困難の場合があります。	老健
79	IVH、人工透析、鼻腔経管栄養、管理ができないため。	老健
80	manpowerを必要とする場合	診療所
81	アルコール依存症(ウェルニッケ脳症)のため、大学病院を定期受診必要という紹介状であった。	病院
82	いた。認知が強く大きわざをする為。	診療所
83	著しい精神疾患があり、離院・暴力等の問題行動に対応困難のため。	病院
84	インフルエンザ ノロウイルス等、感染症の患者についての受入れを断っている。(院内感染を防ぐため)	診療所
85	癌末期で麻薬使用者	老健
86	キーパーソンが不在 輸血が必要 薬価が高額	病院
87	クレマーの人、信頼関係構築困難な人。施設(老健)と病院の違いを説明しても理解されない人。暴力、離設のある認知症の人。	老健
88	高額な医薬品が必要だった場合、断わった。	病院
89	断ったケースはないが、精神科の治療をしている患者(治療が定まっていない患者)に関しては、当院の非常勤である精神科医師とコンタクトをとりながら調整し受け入れたケースがある。	病院
90	自殺企図が数回あり、対応が難しかった為	病院
91	終末期の患者さんで、頻回な喀痰の吸引が必要で、体位により吸引量が異なるため、体位の工夫も必要であり、その他口腔清拭、輸液管理、全身状態の管理観察が長期に渡った為、看護師さん達が疲弊し、受け入れを断った経緯はありました。	診療所
92	ショート利用中で食事摂取が全くできず、家族が点滴治療を希望されたため一般科へ移動となった。	病院
93	精神的に安定しない状態が前室でつづいていたため	病院
94	ソーシャルワーカーが入院前の情報で認知や暴力行為など問題がある患者については断わる事がある。	病院

95	ターミナルケアを行っていない 介護老健施設といえども責任を持って対応ができない	老健
96	ターミナルステージの積極的延命処置(治療)を希望される。	病院
97	ターミナル希望。 医療依存度が高い方。 病院での治療を望む方	老健
98	痰からMRSAが検出されており陽性であった。日常的に痰の喀出がみられていた患者については、受入れ困難とした。上記の状態では個室管理が適切と思えたが、個室の空きがなかった。	老健
99	当院での継続治療が困難の為	病院
100	透析を行う患者様については透析設備がないため受入困難。	病院
101	認知症以外の精神疾患の患者さんについては、専門的治療ができない。	病院
102	認知症の方でショート中異食あり、歩行もされるので、安全の確保が困難なため。	病院
103	パーキンソンの内服薬が10万/月と高額な人は長期は困難だった。	老健
104	パーキンソン病で主治医が1日10回程度の服用を希望した事例。 透析患者で医療機関での外来透析が確保出来なかった事例。 胃ろう造設者で施設で規定している人数に既に達しており、断った事例。	老健
105	徘徊のある方→転倒・転落、離院のおそれがあるため。多剤耐性の緑膿菌、弱毒菌(アシネト, セラチアなど)。ただ、連携の関係で受け入れるケースもあり、ほとんどお断りしていません。	病院
106	マンパワー不足	病院
107	薬剤の旧単価が数万円以上になった場合。	病院
108	レスピレーター 人工透析 頻回な吸引	老健
109	胃瘻の患者をお断りしたことがある。理由 管理栄養士が一時不在となった。	診療所
110	医)医療区分の適用がない患者だったため	病院
111	医薬品や使用医療機器が高価であったため	診療所
112	医療ニーズが高すぎたり高度の認知症を有していたため自ら適切な介護保健施設サービスを提供するのが困難であったため	老健
113	医療の必要性がないと判断された為、受け入れが困難な患者が過去にいた。	病院
114	医療依存が高く、入退院を繰り返していた。	老健
115	医療依存度が高く、心身の状態が不安定な方。	老健
116	医療依存度の高い方など	老健
117	医療区分の低い患者や療養対象ではないと判断される状態の患者、地理的に難しい方などをお断りしました。	病院
118	医療行為が必要な方で看護職員の手がまわらないとの事から受け入れが難しいケースがありました。	老健
119	医療行為もなく、介護度も低い場合。	病院
120	医療処置が多かった。1h以上かかる。状態は落ちついているとの事だったが食事がほぼ摂取できない 時間導尿(夜間も)	老健
121	医療設備が不十分 前医からの医療行為を継続すると赤字 徘徊で転倒リスク高く対応困難	病院
122	医療提供が困難な場合(輸血等)	病院
123	医療的に介護施設よりも病院等での入院の方が適していると判断した為	老健
124	医療的または認知症、精神疾患的にみて、当施設との対応が難しいと判断された方に関しては、受け入れを断ったことがあります。(医療サービス力の不足やマンパワーなど)	老健
125	医療度が高く 療養病床等の方が適切と思われたケース。	老健
126	医療度の高い、見直しを行っても薬価代が高額	老健
127	医療面の必要度が高かった為	老健
128	医療療養病床が4床で、療養入院基本料1を算定しているため、医療区分2・3の患者さんの割合を8割以上にするためには、医療区分1の患者さんの受け入れができない。	病院
129	医療療養病床での適応する病態では、なかったため。	病院
130	家族が高度医療を希望されていたが、当院では対応が困難であったため、受け入れを断りました。	病院
131	家族の希望にそえないサービスを求められた時、1対1のサービスとか(特にレスパイト利用)	病院
132	家族の終末期医療についての理解不足	病院
133	過剰な延命治療を希望された。	病院
134	介護療養病棟において、歩行可能で徘徊する患者を断ったことがある。過去に2度転落事故があり、対策は行なっているが、想定外の事態の可能性が高いためとスタッフの人数が充分でないこと(見守るためには)が受け入れ困難であった理由である。	病院
135	患者、家族が高度医療、積極的治療を求めた場合、認知症があり、徘徊・暴力行為で対応困難な場合。	診療所
136	患者さんの家族より、治療、介護に対する高い要求があり、当院の実情では対応できないと判断された場合。	診療所

137	患者の状態が当診療所では受け入れできない状態。適応しない。	診療所
138	患者状態不良のため	病院
139	癌で麻薬服用の方。	老健
140	癌の為に受け入れなかった患者はありません。	老健
141	気管切開で吸引のある人	老健
142	気管内挿管・人工呼吸器使用の患者で家人との関係が悪く、今後の方針が不明確だった患者。こちら側からも、人力的困難重症者もおり(人工呼吸器管理が不慣れで勉強を要した為)	病院
143	気切 気切の管理がNSの人員的また施設の設備等の理由で安全な管理が困難なため	老健
144	吸引が1時間に1度と頻回である方。(職員の体制上、安全確保がむずかしいと判断せざるを得なかった)	病院
145	空床期間が決まっている場合新たな患者の退院日時(在院期間)が決まっていないものについては受入が困難である	病院
146	経管栄養やCVポートなど必要な処置がある方に現在は入所をお断りしている。	老健
147	経管栄養、頻回な吸引、重度の認知症(大声、部屋を間違える) (理由)夜間に看護師がいない時があるため、また認知症専門棟がないため	老健
148	検査データがあまりに異常値を示していたためある程度正常値になるまで、その時点での受け入れを断わるケースはあった。	老健
149	現場職員のマンパワー不足	病院
150	高額な薬剤費のPt・麻薬のPt	老健
151	高額医療があったため、処方内容等	診療所
152	高度の医療的関与が必要なケースを断わったことがある。理由:土、日、祝と医師が不在となり、看護師への負担が大きくなるので。	老健
153	今後の方向性が全く見えず、家族の協力を得ることが不可能な事例については、受け入れ困難です。	病院
154	在宅での介護が出来ないという相談の場合(もしくは居住系施設の入居)	老健
155	在宅酸素 酸素の取りあつかい包括の為 どこまで費用が発生するのが予測困難。人工とうせき。内服 受診 費用。	老健
156	酸素 IVHは受け入れ出来ない インシュリンは夜勤看護師1名体制であるためスケール型は厳しい。	老健
157	酸素療法が必要な入所希望者	老健
158	酸素療法をしている方 病状が安定していない 病院受診が多すぎる 薬が多く減量や中止できない	老健
159	使用薬剤が高額 重度の認知症 病院対象外(治療の必要性がない)	病院
160	施設療養ではなく療養型病院などでないと対応できないため	老健
161	治療に必要な物品・機材がなかった為。	病院
162	社会的背景に問題あった為	診療所
163	受け入れが困難な方として、中心静脈栄養が必要な方、気管切開されている方、在宅酸素療法を行っている方、透析を行っている方	老健
164	受け入れを断った方はありません。医療療養病床は常に満床です。もしも空床があった場合でも、透析を必要とする患者様以外の受け入れは行っています。そのため間のような状況は今までにありませんでした。	病院
165	受入拒否前 1. 徘徊 2. 暴力行為	病院
166	十分な医療機器をそろえていない。重度の精神疾患患者。	病院
167	重症の認知症	病院
168	重症認知症により患者の管理がむずかしい(マンパワー不足)	病院
169	重度のアレルギー体質で多くの個別対応が必要であったため。(職員に対して、制限事項が多く、消毒液、化粧品、制汗剤、アラーム含む物音)	病院
170	重度の心不全の方…精神科より重度の心不全の方を受け入れたことがあった。入所後しばらくしてから心不全が悪化夜間せん妄が激しく対応困難なことになりすぐに入院となったため、次の受け入れでは困難と判断した	老健
171	重度の認知症	病院
172	重度の認知症	老健
173	重度の認知症。認知症が多数になると、見守りが不十分になるため断ることもあった。	病院
174	重度の認知症や精神症状の強い患者は専門の施設を勧める。治療を望んでいる方は病院を勧める。利用者3人に看・介職員1人の職員では上記の方の介護が十分にできないし、大事故につながりかねない。	老健

175	重度の認知症患者で徘徊や問題行動のある方専門医専門病棟がないため、対応困難他患者に弊害を与える可能性が高かった。建物の構造上、転落等の危険性が高かった	病院
176	重度認知症(徘徊のある)患者。	病院
177	処置が困難と判断したケースがあります	病院
178	処置や治療の段階であるもの。内服薬が多く持ち出し分が多く調整が必要なもの	病院
179	症状や状態が重症であるが看護職、看護補助者の数が定数は満たされているが現場のケアには、それ以上の人数が必要である。	病院
180	常時、酸素吸入の必要な方。当施設の持ち出しになってしまう為。	老健
181	常時のO2管理が必要…O2の配管など設備が十分でなく、簡易的なボンベでの一時的な対応しか行えていない。内服薬の薬価があまりに高額であり、調整を試みたが主治医の判断により調整は困難との事で受け入れを断念した。	老健
182	食事摂取困難で持続点滴を要する状態の人や人工呼吸器レベルの医療度の人	老健
183	心房細動、脳梗塞再発で入院し、心不全となりサムスタ投与でおちついているため再入所求められましたが、サムスタ1T1700円と高額。90才越えお看取りも含めてよいと家族からの意向ではあったが、こちらで薬変更したためにお亡くなりになるのはどうかと思い、サムスタ投与中は受け入れませんでした。	老健
184	人工呼吸器	病院
185	人工呼吸器	病院
186	人工呼吸器・中心静脈栄養・人工透析の方は当院の入院基準外であるため。	病院
187	人工呼吸器がないため	老健
188	人工呼吸器による管理を希望されていたが、当院には同機器がないため	病院
189	人工呼吸器による呼吸管理を要する症例 家族が積極的治療を望んでいる症例 認知症が高度でかつ十分自力歩行可能な症例	病院
190	人工呼吸器までは療養では管理していないので。	病院
191	人工呼吸器を要するケースは機器も技術もないので断った。	診療所
192	人工呼吸機の設置なく、人工的な延命措置がとれないが、患者家族の希望が延命希望であったため、その設備のある病院を紹介した。	病院
193	人工呼吸装着の患者	病院
194	腎不全の利用者様が在宅に戻られた後、病状が悪化、急変された時に、入所前に治療を受けていた医療機関に行って頂いた。	老健
195	精神疾患(拒食・盗癖等)あり、老健での生活を試みるもトラブルが続き入院、その際再受け入れが困難であった。	老健
196	精神疾患、問題行動が非常に多い場合→①専門医がいない ②身体抑制をしない 道具もない	病院
197	精神症状の強い方は、当院に精神科医がいないため	病院
198	積極的なリハビリを希望の方	病院
199	積極的な治療を希望している場合。	病院
200	積極的な治療を望んでいたケース 院内感染ケアが必要な特殊な感染症の患者	病院
201	積極的治療の希望、リハビリ希望、機械的な延命希望など院内で提供できない治療を望まれる方はお断りしている。	病院
202	専門科、専門医が不在のため、疾病に対し専門的診断、治療が必要な場合に対応できないケースがある。また、認知症が強い患者が複数入院されている場合に看護体制上、受け入れられないケースがある。	病院
203	専門的な治療が必要な方	病院
204	前立腺癌があり、定期的に泌尿器科受診し、尿カテーテル交換が必要な方。	老健
205	他の患者への暴力行為や危険行動(走り回る、つきとばす)がある場合。明らかに未収金が発生する。	老健
206	他者への影響が出てしまう方(声だし等)。病状不安定者	老健
207	大声を発したり精神的に自傷、他害行為が予想された為断った	病院
208	単純に費用対効果です。受け入れて赤字になる方の受け入れはできません。	診療所
209	断った症例はないが、①腎機能(BUN クレアチニン)高値、急性腎不全→心不全合併し、入所後すぐ入院された方。②心不全兆候認め、BNP高値、喘鳴、呼吸困難著明となり入所後直ぐ入院された方。もいる	老健
210	男女混合部屋になるため	病院
211	腸ろう、PTCD(透視下にての交換のドレーン類が挿入されている場合)壊疽などで悪臭を伴う場合(個室が少なく空調整備が整っていない)精神科疾患で他者に迷惑かかる場合(精神科の内服)	病院

212	超高齢のかつ重症心不全の患者で家族の延命要望強くあり、当院の夜間の医療看護体制では対応不能と考え不可とした。	病院
213	低アルブミン血症による全身浮腫等病状不安定なため受け入れを断った。	老健
214	当院では行えない医療処置が必要な患者。	病院
215	当院では対応困難な医療処置があったため、受け入れを断ったことあり	病院
216	当院の職員のスキルでは、対応が難しいと医師が判断した為	病院
217	当院の体制を説明したところ、御家族が不安を訴えたため、受け入れ困難となったケースがあります。社会的入院と考えられるケースについては施設をすすめることもありました。	病院
218	当院入院適応外(重症もしくは軽症過ぎる)	病院
219	当院療養病床の方針(①医療区分2・3の方の優先入院。②入院以外の対処法がある場合は、積極的に退院調整を行う。③終末期については、良性・悪性、医療区分を問わず積極的に関り、医療を提供する。)と、患者側のニーズが合わない場合。例)医療よりも介護を必要としての入院希望等。	病院
220	当施設は医療ニーズが高い方を対象としており、毎日離床したり車イスの自操ができて動き回ったり、徘徊される方は、施設対策もできていないので受け入れ困難である。	診療所
221	当施設は従来型老健であり、看護師医療従事者の配置や設備投資に限りがあり、結果的に断ったケースがある。	老健
222	当方ではがん患者は一般病床で、特定疾患の患者さんと、各種処置、モニタリングの必要な場合、内服の処方、一般病床で受けている。	診療所
223	統合失調症(重度の)スタッフ数に限りが出ており身守りもできない時であった。利用者自体も手におえないほど乱暴であった。身の危険を感じることもあったので	老健
224	透析患者であり、退所後の受け入れ先がなかなか見つからない為。	老健
225	透析患者の受け入れ 施設の持出が多い為	老健
226	透析等、技術的に対応不可な患者	病院
227	特殊検査の必要性、高額な内服等、定期的受診の必要性は少し受け入れが困難になってくると思いますが、今現在施設負担で行っています。近い将来にはお断り方向へ持って行く必要性を感じております。	老健
228	難病で高価な薬剤を服用している方が何人もいらつしゃったが、老健は包括となっている為薬剤の持ち出しが多いと断らざるおえない。	老健
229	難病の高価な薬剤使用の方。できるだけ多く持参して頂いていますが、それ以上に入院が長くなれば包括なので病院の負担になるため。	病院
230	入所中の飲酒	老健
231	認知症がありかつ徘徊のある患者については、感染症での隔離管理の必要な患者が多い為断っている。	病院
232	認知症があり当院の療養環境上(設備等)対応困難	病院
233	認知症が強く、問題行動のある患者 腸ろう、癌の治療中、精神症状の強い方	病院
234	認知症が進み、徘徊する患者。建物が古くセキュリティの面で受け入れが困難。	病院
235	認知症で行動障害のある方	病院
236	認知症で徘徊が頻繁な為受け入れを断った	病院
237	認知症で徘徊で病棟より外へ出そうな患者は、離床に対しての安全装備がないため、受け入れが難しい。	病院
238	認知症で徘徊などの問題行動がある患者は対応困難なので、ALSなどの呼吸器管理が必要となる患者。継続管理ができない為。	病院
239	認知症のBPSDにおいて、他利用者に危険が及ぶ可能性があった。(暴力や性的な逸脱行為)	老健
240	認知症の為、身体拘束が必要な患者、常時観察が必要な患者に対して対応が困難な為。	病院
241	認知症の周辺症状(大声、せん妄、徘徊その他異常行動)が特に顕著で常時監視を要する、必要がある方はお断りしたケースがあります。(専門施設への入所、介護が適当と思われた)。	診療所
242	認知症の周辺症状が強く、他者に危害を加える方	老健
243	認知症の重度化に伴い、精神症状があり、精神科専門医のもとで医学的管理が必要な場合	病院
244	認知症の進行により行動障害(抑制が必要)のある方。理由として見守る職員の体制が確保できなかった為。	老健
245	認知症の徘徊の強い方	病院
246	認知症や精神疾患で大声や奇声をあげる、暴力行為、おちつきなくつききりの見守りの必要な方は、従来型老健で4人部屋の施設のため、要検討の対象となる。	老健
247	認知症合併し、常時の抑制を要する場合	診療所
248	認知症状があり、多床室の利用が困難なため。	病院

249	認知症等が重症で、徘徊や他人への攻撃が心配される方については、職員の対応が困難ということで、入所判定会議の中で見送りとなったケース有り。	老健
250	肺癌末期等呼吸器が必要な場合に	診療所
251	反社会的行為を行う患者	病院
252	肥満患者の場合、夜間の対応(オムツ交換等)ができない。	診療所
253	費用支払いが困難な方	診療所
254	病院でのルールを守らず、出たり入ったり、かってにする人など。また、ひどい感染症など、他にうつると思うとき。	病院
255	病状が安定していない人(発熱等)	病院
256	頻回の吸引ですでに同様の患者を複数名受け入れており、夜間看護師1名、看護補助者1名の体制の為、吸引行為が限界のため	病院
257	不穏の強い人	診療所
258	負担しなければならない医療費が高額となる場合と、医療対応が困難な場合	老健
259	腹水管理を必要とする患者で医療管理面で受け入れできなかった。	病院
260	補液持続、酸素持続、薬代高価、中心静脈栄養、頻回誤嚥と吸引	老健
261	暴力のひどい方	老健
262	麻薬管理が必要な患者であり、当病棟には、設備が整っていない為	病院
263	慢性的なヘルパー不足介護度が高い患者の急性期化している 医療依頼度の急増、一般病棟より看護必要度が高い時もある 外科OP後、化学療法後の症状コントロール、ターミナル(緩和対象)ドレT-3管理レスピレータ管理、呼吸管理処置を必要とする割合5割、経管栄養常時3割など業務が濃厚。	病院
264	夜間大声を出してその対応が困難だった。貧血の原因がわからず数値が低い場合 胃ろうの利用者が3人以上になるとき	老健
265	夜勤担当看護師が1人の為、看護体制的に対応が難しいケースがあり。	診療所
266	薬剤が高価な為、断った事があります。	老健
267	流行性感症(療養病棟)	病院
268	療養病床である為、積極的治療が難しいため	病院
269	療養病床では対応困難な程の重症、認知症などで、夜騒いだり動き回る人。	診療所
270	療養病床としては、亜急性期的な医療濃度の濃い患者さん	病院
271	徘徊、自他への危害のある精神・認知症 高次脳機能障害	病院
272	徘徊、暴力、暴言などの症状のため、目が離せない。または他患(当院はADL全介助者が多い)に危害が及ぶ恐れがあった	病院
273	徘徊、暴力行為などの認知症状のある患者。	病院
274	徘徊、離院など重度の認知症の患者	病院
275	徘徊。IVH。気管切開の患者は、Dr. より受け入れ不可との指示あり。	病院
276	徘徊があり、転倒リスクが高い患者→スタッフが少ない夜間の転倒の危険があるため。	病院
277	徘徊がひどい患者さんの受け入れは当院では困難な為以前断った経緯があった。(夜勤者が一人な為)	診療所
278	徘徊がひどく対応に困難な人	老健
279	徘徊される患者様や奇声が著明な患者様	病院
280	徘徊のある患者様。建て物が古く、2階に詰所があり、重症患者様を2階病室へ、その以外の方は3・4階病室の入院となります。病室を出るとすぐに階段もあり、目がいき届かず、危険性が高いため	診療所
281	徘徊患者は受け入れを断っている。(病棟、病室にかぎがかからないため)	病院

資料2. ヒアリング調査結果概要

事例①：介護療養型医療施設（A病院）

ヒアリング日時	2014年10月28日
施設概要	開設主体：医療法人社団 病院概要：介護療養病床169床（4病棟） 併設施設：療養強化型老人保健施設（定員60人）

（1）病院の概要について

- ・政令指定都市に立地。
- ・施設の特徴として、市内の近隣2区（半径5～10km程度の圏域）から入院される方が多く（625人中494人、79%）、地域に根付いた介護施設である。
- ・入院患者の半数が近隣の急性期病院からの転院、3割が法人内老健からの入院となっている。近年では市内に特養が急増しており、比較的重症度の低い患者は特養に入所する傾向がある。このため、法人内老健に入所する患者は、年々重症化しており、老健での療養中に病状が悪化（肺炎、尿路感染症、心不全増悪など）、もしくは老衰に至り、当院に入院することが増えている。
- ・終末期状態患者の看取りまで実施しており、平成25年度の死亡退院者数は141人、100床あたり換算で82.8人を看取った実績がある。看取り件数の増加と反比例して、A病院から2次・3次救急病院への救急搬送数は減少している（平成25年度100床あたり換算で5.9）。
- ・患者の平均要介護度は4.28、平均在院日数は約250日であり近年は短縮傾向にある。

（2）がん患者の療養について

- ・平成26年9月1日時点のA病院入院患者161人中、入院への契機が癌であった患者は、血液腫瘍4人、膵臓癌末期1人の計5名のみであった。ただし、平成25年度の死亡退院原因でみると、1年間の全死亡退院141人中、血液腫瘍3人、癌患者11人（大腸癌4・肝細胞癌2・肺癌2・腎細胞癌1・咽頭癌1・腹膜癌1）の計14人おり、全体の約1割を占めている。入院時末期癌患者は、入院早期に死亡することも多く、また、当院長期入院中に癌が新規に発症、または、再発して死亡退院することで死者数が増えていると思われる。
- ・過去5年間をさかのぼり、末期癌で入院した症例を振り返ったところ、入院日数には3日から354日まで幅があり、平均入院日数は117.3日であった。特徴的なのは、肝細胞癌の場合は特に入院が長期化する傾向があり、疼痛管理で難渋することは少ないが、看取りに至るまでに腹水が溜まったり、肝性脳症で意識障害になったりして、煩雑な医療処置が必要になることが多い。
- ・介護施設に入院する癌患者で疼痛コントロールを必要とする患者は少ないが、存在する。十分なコントロールが必要な場合は麻薬を用いる。在宅からの入院の場合は貼付型麻薬剤（デュロテップパッチ）を持ち込む患者が多いが、当院に入院された後は基本的には坐薬型麻薬剤に変更する。貼付型は、薬価が高額のことが多く、疼痛管理が必要な癌末期患者の入院が少ない現状では、使用頻度が少ない高額薬を在庫としてかかえることが、コスト管理上大き

な負担になるため、坐薬型を利用している。麻薬変更の際は、量の調節を慎重に行う必要があり、とても大変である。

- ・治療目的ではないが、予後予測や今後の合併症予測のために半年に1回程度CTを撮影した事例はあった。
- ・癌患者の多くは在宅で療養しているのではないかという印象を受けている。実際に、疼痛コントロールができているのであれば在宅でも問題はない。むしろ、患者自身にとっては、幸せだと思う。十分な在宅介護サービスを利用しても家族が対応できなくなったときに、施設（A病院など）に入院してくる印象がある。
- ・癌患者の病状によって入院を断るということはない。ただ、認知機能正常で患者本人が入院に納得していない場合や、他者に粗暴行為が目立つ場合には受け入れが難しい。

（3）特定疾患患者の療養について

- ・過去1年間に入院した患者161人中、入院の契機が特定疾患であった患者は、パーキンソン病11人、脊髄小脳変性症1人、筋萎縮性側索硬化症1人の計13人である。また、入院の契機は脳梗塞（脳出血）による寝たきり状態であるが、もやもや病の診断がついている患者も2人いる。
- ・多くの患者がターミナル期にあり、寝たきり状態で、意思疎通が困難もしくは不可となっている。
- ・食事（栄養の摂取方法）は、中心静脈栄養、胃瘻からの経腸栄養、経鼻経腸栄養、ミキサー食の経口摂取、ソフト食、など患者によって様々である。
- ・パーキンソン患者で、意欲低下・食欲低下から脱水症と診断され入院となった事例で、経口での食事摂取ができるまでに回復した患者もいる。現在は、サービス付高齢者向け住宅へ入居の予定になり、待機中である。

（4）その他の医療面で負担が大きい症例について

- ・心機能不良のため心不全増悪を繰り返す症例…複数の薬（利尿剤・抗不整脈薬・抗凝固薬・抗血小板剤・心拍数を抑える薬・胃薬等）を服用している患者が多く、ひとつずつの薬価はそれほど高くなくても、合計すると高額になる。薬剤を中止しても予後にはあまり影響ないと思うが、自覚症状が出やすいためなかなか中止・減量できない。また、薬の管理、尿量管理や体重管理など医療面の管理が煩雑であると感じる。さらに、呼吸困難や胸痛、動悸など多彩な症状を訴えるため、心電図モニタの装着や酸素投与など、救急対応が必要となることが多く負担が大きい。リハビリに際してもより慎重な管理が必要であり、心電図モニタを装着したままのリハビリなど、特殊なプログラムを組む必要のある患者もいる。負担が大きい割に、自力で歩けたり生活できたりするため、要介護度は低く出やすく、報酬には結びつかないと感じる。
- ・呼吸器疾患症例…呼吸困難という苦痛を伴う症状が出やすいため管理が大変。発作性に呼吸状態が悪化すると、緊急に酸素吸入や点滴、ネブライザーなどの医療処置が必要となる。また、心臓疾患同様に慎重にリハビリを行う必要がある。
- ・結核菌保有者…結核の再燃症例が年に1~2症例ある。再燃した場合には結核病棟のある病院

に転院となるが、看護・介護職員への罹患予防のため、結核の既往歴のある患者については定期的な結核菌検査が必要となる。ただし、それらの費用は病院持ちのため、積極的に結核菌蔓延予防に努める病院ほど損をする。

- ・ワルファリン内服者・・・脳塞栓症から広範な脳梗塞を起こし、寝たきりとなってA病院へ転院してくる患者がかなり増えている（入院への契機が脳梗塞であった患者は、48人／161人）。A病院ではワルファリンを処方することになるが、定期的な凝固検査が必須であり、投与量には専門に特化した繊細な調整が必要であるため非常に煩雑である。
- ・インフルエンザやノロウイルスなどの伝染性ウイルス感染症・・・どんなに対策をとっていても、見舞い家族など外部から感染症を持ち込まれることがある。入院患者に1人でもウイルス感染が確認されると、病棟内で蔓延することが多く、隔離や感染防護服、マスクなどを使用する必要がある。特にノロウイルスの感染では、脱水症治療にて点滴を行う患者が多くなるため費用がかさむ。人員的にも、オムツの交換や、清拭対応（風呂中止のため）などに時間がかかり、通常では発生しない残業代も費用となる。ノロウイルスの場合、罹患者は7名／1病棟、職員9名であったが、収束までに1ヶ月かかり、100万円程度の持ち出しとなった。また、インフルエンザでは、高齢のため微熱程度の症状しか出ないことがあり、罹患の自覚がないままフラフラと歩き転倒につながるなど、二次的な問題も発生しやすい。

（5）高額な医薬品、高度な医療機器

- ・高額な薬剤を利用している患者の受け入れは病院にとって死活問題であるため、総合病院からの紹介状が来るとまず薬の確認を行い、A病院で用意できる薬に置換してもらうよう交渉する。それでも置換しきれない薬がいくつかある。高額な医薬品の例は下記の通り。
 - アミオダロン（商品名：アンカロン）・・・致死性の不整脈がある者が服用している抗不整脈。間質性肺炎の副作用が多いため、定期的なフォローアップが必要となる。
 - サルメテロール・フルチカゾン（商品名：アドエア）・・・気管拡張薬とステロイド剤の合剤。患者にとっては2種類の薬が1種類にまとまっており、とても便利な薬。その代り、高額であり、28プッシュ（2週間）で3,000円～8,000円かかる。
 - 新抗凝固薬（商品名：イグザレルト・プラザキサ・エリキュースなど）・・・ワルファリンに比べコントロールが容易であるため、総合病院や開業医で最近よく処方されている。しかし、ワルファリンと比較して10～20倍の値段となる。
 - 貼付型麻薬製剤（商品名：デュロテップパッチ）・・・内服薬の服薬が困難ながん患者には適している。ミリ数によって異なるが、1,900円～12,000円。
 - シクロスポリン・・・免疫抑制剤であり、乾癬などの皮膚科疾患の患者に処方する必要がある。
 - 緑内障点眼薬・・・新しい緑内障の薬だと1瓶3,000円～4,000円くらいする。すぐ使い切ってしまう上に、作用の異なる複数の点眼薬が処方されることもある。
 - トルバプタン（商品名：サムスカ）・・・心不全や肝硬変による浮腫の治療薬。効果が良く、急性期病院では入院期間を短くできる効果があるため重宝されているようである。今後、増えてくると予測される。

- ・これまでに問い合わせがあったわけではないが、高度な医療機器を利用している患者で、今後受け入れの難しい患者が出てくるのではないかと危惧している。具体的には、I C D（植え込み型除細動機）やC R T-D（心臓再同期治療除細動器）といった高度な機器を体内に埋め込んでいる患者である。今後5年後10年後に、これらの機器を利用している方の高齢化、認知症発症などで需要が出てくるのではないか。

（6）介護面で負担が大きい患者について

- ・状態が不安定であるが、何とか経口より食事を食べる患者・・・食事を食べるが、熱が出て点滴に切り替え、処置・採血・検査を繰り返し、また食事形態に考慮しながら経口摂取に戻すが、また発熱し、と食事摂取について状態が不安定な者が多く存在する。
- ・昼夜逆転している患者・・・夜間の人員配置は病棟に看護師1人、介護職員1人のみであるため、対応が大変。多床室だと他の患者を起こして回ってしまうため、個室に入らせていただくことが多い。その場合、病院都合による個室の提供なので個室料金を請求できず、他の患者との不公平も生じてしまう。
- ・精神疾患患者・・・統合失調症などで幻覚・妄想が強い患者は、他患者に被害を加える、暴言を吐くことがあり、要観察が必要となる。
- ・せん妄・・・夜間に強い興奮がある場合、夜勤者の負担が増すばかりでなく、他患者の不眠やせん妄を誘発する恐れがある。
- ・徘徊のある患者・・・転倒リスクが高い。転倒リスクについて家族の内諾を得ていても、職員は非常に神経を使って観察することになる。他患者の部屋に入り込みトラブルになることもある。
- ・身体症状が見られ始めた認知症患者や脳血管障害後の高次脳機能障害患者・・・身体機能に伴わない危険行為が多く、実際、転倒機能や骨折事故が多い。
- ・粗暴行為のある患者
- ・家族との連携が疎な患者・・・入院に際して、家族探しから始まり、親族間の金銭トラブルや責任の所在の確認、けんかの仲裁など、家族間の調整を行う必要がある。相談員だけが対応すればよいわけではなく、家族が病棟に訪れた際にはその場の看護師や介護職員に話しかけられるため、全職員で情報を共有しておかなければならない。今後、特養患者からの転院が増加すると、key person がはっきりしない患者が増加することが予測され、職員間だけではなく、各施設間でも十分な情報提供と連携が不可欠と思われる。

以上

事例②：総合病院（医療療養・介護療養あり）（B病院）

ヒアリング日時	2014年10月28日
施設概要	開設主体：医療法人社団 病院概要：医療療養 150床（3病棟）・介護療養 162床（4病棟） 一般病棟（146床）・回復期リハビリテーション病棟（100床）・ 精神科病棟（70床） 併設施設：介護老人保健施設（定員 130人）、診療所

（１）病院の概要について

- ・首都圏近郊に立地。
- ・平均在院日数は医療療養が 300 日前後、介護療養が 280 日前後。医療療養で平均在院日数が全国平均（167 日）よりも長くなっているが、医療療養には重症度の高い患者が多く、この病床以外に行き場のない患者が多い。結果として、どうしても在院日数が長くなってしまふ。
- ・医療療養には非常に重症度の高い患者が多いため在宅復帰は非常に難しく、在宅復帰が見込める患者を 1 病棟に集めることで、1 病棟（在宅復帰率は 50%～60%の間）のみ在宅復帰機能強化加算を届出ている。
- ・介護療養では、医療療養への転棟、他院への転院、介護施設への入所などの退院事例が多い。在宅復帰する事例もある。介護療養への入院から 1～2 年の間に次の療養場所を探すという流れができている。死亡退院は稀である。
- ・医療療養と介護療養の入院患者の違いは医療区分 2・3 に該当するか否かであることが多い。医療療養では医療区分 2・3 で 8 割以上を占めなければならないという高いハードルがある。実際に医療療養に入院している患者の 95～100%は医療区分 2・3 の患者であり、医療区分 1 の患者はほとんどいない。医療区分 1 で要介護度が 4・5 であれば介護療養が適当と判断される。
- ・介護療養の入院患者は圧倒的に脳卒中患者が多い。もちろん認知症をもっている方も多く、病気は多岐にわたる。

（２）がん患者の療養について

- ・院内の一般病床や地域の急性期病院からの転棟・転院による入院が多い。在宅療養を続けていた患者が、食べられなくなってきたために入院に至るケースもある。また、介護療養で療養をしていた患者に疼痛緩和が必要になった場合には、医療療養のほうが麻薬の管理がしやすいため、医療療養への転棟となる。患者の多くがそのまま看取りまでを医療療養で過ごすことが多い。患者・家族から自宅で最期を迎えたいとの希望があり、退院するケースもある。
- ・麻薬の処方には医師が行い、薬剤師が数・量の管理をし、看護師が使用するという手順をとる。薬剤師から看護師に麻薬を渡す際には必ず対面で行い、使用後の数の確認なども薬剤師と確認をとる。なお、麻薬の管理は病棟ごとの金庫で保管されており、金庫は医療療養病棟にも介護療養病棟にも設置されている。
- ・麻薬は持続点滴、もしくは貼付剤が用いられることが多い。

- ・麻薬による疼痛管理を行っている患者は、医療療養に1病棟あたり2～3人いる。
- ・がん患者と言っても、ケアの難しさ、時間のかかり方は一律ではない。がんが皮膚の表面に出ている場合には臭いの問題もあるため、毎日の処置（洗浄・ガーゼの交換）に時間をかけている。
- ・多床室が多いため、終末期であっても個室を提供できないことが多い。その場合にはカーテン等で環境をできるだけ整えるように努力している。
- ・積極的な治療を望む患者の場合は受け入れることが難しい。入院前に、B病院の医療療養病棟で提供する医療について説明をし、納得してもらっていただければ大抵のケースは受け入れている。
- ・緩和治療については積極的に行っており、疼痛コントロールだけではなく、倦怠感に対してステロイドを投与したり、息苦しさにに対して酸素療法を提供したりしている。
- ・入院患者の年齢が比較的若い（40～50代）の場合には、化学療法を実施することもある。
- ・病棟スタッフが、精神的な悩みや不安感について、ゆっくり時間を割いて話を聞くという時間がとれないことがある。B病院では、リハビリのスタッフ（PT・OT・ST）がトレーニングを提供しており、その際に身体を動かしながら、話を受け止めていることがよくある。その内容が、担当看護師や医師と共有され、対応を変えていくこともある。
- ・不安であるという気持ちを受け止める役割として、家族に協力してもらうことが多い。非常に不安感の強い患者の場合は精神科（B病院は精神科も標榜している）の医師に相談することもある。
- ・B病院の場合は、一般病床よりも医療療養のほうが、麻薬を使っているという印象がある。それは、積極的治療から疼痛をコントロールしながら予後を過ごす慢性期の療養へ選択肢がシフトしているためである。

（3）特定疾患患者の療養について

- ・特定疾患の患者はほとんどが医療療養に入院している。病名としてはパーキンソン病、進行性核上性麻痺、筋萎縮性側索硬化症、潰瘍性大腸炎、多系統萎縮症などの患者が入院している。
- ・特定疾患の患者が全て医療療養にしか療養の場所がないかという点、そうでもないと考える。患者によっては他の施設に入所しても大丈夫と思われる方もいる。
- ・介護療養には特定疾患の入院患者は少ない。なぜならば、特定疾患の患者は医療区分2の対象であり、他院からの紹介、在宅からの入院の時点で選択肢として医療療養が検討されるためである。

（4）医療面・介護面で負担が大きい患者の状態について

- ・特に最近では、大学病院など大きな病院から、頸椎損傷の患者など、まだ慢性期ではないと思うような患者も多く転院してくるため、受け入れが大変。
- ・モニタリング・監視が必要な患者としては、高齢で看取りが近い患者、誤嚥があり誤嚥性肺炎を起こしている患者、循環機能が落ちてしまいモニタをつける患者などが挙げられる。COPDの患者も多いため、酸素療法を行っている方も多い。

- ・抑制を行っていないため、認知症のある患者に点滴をする場合には、針を抜去していないことを頻回に見て確認している。また、できるだけスタッフの近くにいてもらうよう、環境調整をしている。
- ・最もケアの時間がかかる患者としてまず思い浮かぶのは認知症であり、数歩だけ歩けるが、そのことが、理解できない場合危険が大きい。普段は車椅子で移動しているが、ふとした拍子に立ち上がることがあり、その場合、転倒してしまい骨折につながる事もあるので、より注意した観察が必要となる。
- ・病棟では認知症の症状を理由に入院を断ることはないため、現在の各介護病棟でも、7～8人は目が離せないリスクのある方。実際には全員をきちんと見守りつづけることはできず、安全上に不安がある。

(5) 扱いが難しい医薬品について

- ・パーキンソンの薬は、専門が違くと薬の変更が難しい。特に大学病院からの紹介で、それまで処方されていた薬で状態が安定している場合、変更しにくいという心理的な制限が働く。結果として、高額になってしまうこともある。
- ・骨粗鬆症の薬フォルテオは一度投与し始めると、いつ辞めたらよいかかわからず、高額であるため困る。
- ・院内の一般病棟からの転棟の場合には、療養病床に転院する条件として、あらかじめ一般病棟で家族の了承を得て処方薬を変更してからの転棟となる。
- ・介護療養で高額な医薬品を使用する場合には、代替品などを含め個別に院長判断を下している。

(6) その他の困難点

- ・医療療養の人員配置はパート職員でわずかに加配している。病棟あたりの夜勤配置数は看護師2名・介護職員1名。現場はかなり疲弊している。
- ・医療療養も介護療養も、どちらも人員配置は今のままでは厳しい。理由としては、重症者の増加、認知症を併発している患者の増加が挙げられる。抑制をしない介護を行うには、安全上の観点からも、付き添うことが絶対的に必要になってくる。そのためにはマンパワーが必要。
- ・人員配置に関係する別の視点として、体格のいい患者が増えており、看護・介護にマンパワーを必要という実態がある。今の90歳台の患者は小柄な方が多いが、70歳台では、男女問わず、だいぶ大柄な患者が増えてきている。
- ・地域には在宅療養を支援する資源（訪問看護）などもあるが、家族が在宅で受け入れる気持ちにならなければ話が進まない。難しいなど実感している。がんばって在宅療養を続けていても、家族が疲れてしまい、結局看取りは病院で行うことになる患者もいる。都市部では今後高齢化がさらに加速するため、受け皿の整備が切実に必要と考える。

以上

事例③：療養型病院（医療療養・介護療養）（C病院）

ヒアリング日時	2014年11月7日
施設概要	開設主体：医療法人 病院概要：医療療養 56床（1病棟、うち35床個室） 介護療養 90床（2病棟、全床個室ユニットケア） 併設施設：デイサービス、訪問看護ステーション、ケアハウス（個室28戸・二人部屋2戸）、介護付ケアハウス（定員50人）、グループホーム（定員18人）

（1）病院の概要について

①病院全体について

- ・地方都市圏に立地する病院。
- ・外来だけの診療所からスタートし、有床診を経て現在の病院になったという経緯があり、外来を柱とした病院という特徴がある。地域に深く根ざしており、地域住民が生まれてから亡くなるまでの一生をお世話するということを理念として掲げている。
- ・非常勤医が20名以上勤務しており、あらゆる診療科の専門医が月に1度は診療に訪れるため、幅広い疾患の患者を診ることができる。
- ・病棟には配置基準の1.5倍の人数を雇っている。そのため病棟部門はやや赤字となってしまうが、その分を外来での収益で賄っている。
- ・地域には独居老人が非常に多い。子と同居をしていますが、共働きの家庭が多いため在宅介護は非常に困難である。一方、地域には特養・老健・サ高住などの高齢者向けの入所施設は多く、需要に対して供給が過剰と思われるほどである。

②医療療養病床について

- ・入院患者の4割が外来からの入院、あとは急性期病院からの紹介や近隣の介護施設（特養・老健・グループホーム・ケアハウス等）からの入院である。外来からの入院患者は、肺炎、めまい、嘔吐、下痢等の軽症急性期の患者であり、入院から2週間程度で退院することが多い。地域包括ケア病棟の届出は行っていないが、その役割は十分に担っていると考えている。
- ・平均在院日数は70日前後。在宅復帰機能強化加算を届け出ているが、条件が厳しくやっと算定している状態。前述の通り軽症急性期の患者は2週間程度で退院してしまうが、それでは基準の計算対象とならない。計算の対象となるような患者は毎月10人ほどしかいないため、そのうち5名以上が在宅に復帰している必要があり、1人の重みが大きく、なんとか算定できている。
- ・医療区分2・3の患者割合は、少し前までは9割を超えていたが、今は8割を少し上回る程度。
- ・大学病院などから転院してきた患者には、介護施設や在宅へ出て行くための窓口として、医療療養で薬の整理を行う。15種類もの薬を処方されてやってくる患者もおり、トータルケアとして、患者本人の優先順位やケアの質を考えて、必要最小限の薬剤に整理していく。臓器

別に診られていた患者を、老年科、総合診療科として、総合的にマネジメントしていく役割として医療療養を位置づけている。

- ・年間 80～90 件の看取りを行っている。
- ・夜勤の配置は 56 床に対して看護師 2 名、介護職員 2 名の計 4 名。

③介護療養病床について

- ・全室個室のユニット型であるのが特徴。ケアの効率は落ちるかもしれないが、それを差し引いても、質の高い、人間らしいケアを提供できるというメリットが大きいと考えている。個室代は別請求しておらず、制度上介護療養型医療施設では、ユニット型の基本報酬は多床室の場合と、月額 900 円（1 日 3 単位）しか変わらない。個室ユニット型の介護療養が全国に普及しない一因だと考えている。
- ・外来から直接介護療養に入院することはない。必ず医療療養を経由するか、老健・特養などの介護施設からの入院となる。介護療養の入院待ちをしている患者は、医療療養に 2～3 名程度いる。
- ・患者の自己負担額は介護療養より医療療養のほうが安いため、患者によっては転院を渋る方もいる。そのため、医療療養への入院当初から、いずれは介護療養に移るのだという話を伝えるようにしている。
- ・平均在院日数は 800 日程度。ただし、最近他の介護施設から入院してくる患者に限ってみれば、入院から半年以内に亡くなる方が多い。介護施設内でぎりぎりまで看ているため、全身状態がだいぶ悪くなってから入院に至るケースが増加している。
- ・年間 20～30 件の看取りを行っている。
- ・患者が急変した場合、回復が見込まれる急変で手術が必要であるならば急性期の病院へ送るが、医療療養でできるくらいの医療処置は介護療養でもできると考えているため、介護療養から医療療養へ転棟させることはしない。
- ・夜勤の配置は 2 ユニット（20 床）に介護職員 1 名。看護職員が各病棟に 1 名ずつ配置されている。

（2）がん患者の療養について

- ・C病院に入院するがん患者は、副傷病としてがんの診断がついているだけで、入院の原疾患はがん以外であることが多い。患者像としては、高齢で、ターミナルで、老衰に近い状態である。そのような方は痛みがない場合も多く、痛みがあったとしても少量の麻薬で十分にコントロールできる。
- ・抗がん剤は、胃がん（TS-1）、乳がん、前立腺がんなどで、これまで長期に内服していた場合には継続して処方することもある。積極的な治療のために処方しているのではない。
- ・最近、比較的若い患者で、「ずっとかかりつけだったからC病院がいい」と希望して転院してくる患者が数名いた。その場合には、麻薬の量も多く、レスキューの手間もかかるが、患者の希望があって入院しているので、受け入れることとしている。医療療養にも個室を 35 床備えているため、若い方にとってはホスピス的な目的で入院されている。
- ・積極的な宣伝をしているわけではないので、がんが主傷病で入院を希望する患者はもともと

外来がかかりつけであった地域の方が中心である。

- ・入院の時点で麻薬での疼痛コントロールが必要であれば、医療区分 2 に該当するため医療療養へ入院となる。介護療養への転棟後、療養する中で痛みが出てきた場合には、介護療養のまま疼痛コントロールを始めることとしている。転棟はさせない。

(3) 特定疾患患者の療養について

- ・常時 16 名程度の特定疾患患者がおり、医療療養への長期入院となっている。
- ・パーキンソン関連疾患（パーキンソン病、進行性核上性麻痺等）が多く、広範脊柱管狭窄症の方もいる。医療区分 2 に該当するため、医療療養に入院していただいている。医療的な処置はあまり必要ではなく、介護がメインだろうと思われるが、今の制度に適応した振り分けとなっている。

(4) 医療面・介護面で負担が大きい患者の状態について

- ・常時のモニタリング・監視が必要な高齢者は、ターミナル患者が中心。それ以外には、心不全や呼吸状態が悪く酸素療法が必要な者、糖尿病性昏睡で入院してきた者、などの重症者。また、認知症が非常に重く、徘徊や BPSD がみられる者も含まれる。
- ・認知症患者では、合併症（感染症の増悪等）で体調を崩している場合に BPSD も増悪するため、まず医療療養で身体的な増悪をしっかり治療し、医療的な処置が必要なくなれば介護療養病床に転棟することとなる。
- ・時間のかかる医療処置としては、自己抜去する患者の点滴時のルートの維持や褥瘡処置などが挙げられる。吸引が頻回で必要な場合にも、合算すると時間がかかっている。
- ・介護療養では常時の監視が必要な患者であっても、モニタ等の設置は行っていない。食事、入浴等の場面で看護師・介護職員による観察によって、状態の変化には気づくような取り組みができています。

(5) その他

- ・特養など施設に入所していた方が、肺炎等で入院した際に胃ろうが造設され、もとの施設には戻れなくなり介護療養に入院する患者もいる。胃ろうのある患者は介護療養の 2 割ほどを占めている。
- ・高額な医薬品を処方されている例としては、糖尿病や循環器・神経疾患系の疾患で、1 剤数百円する医薬品を大学病院等から多数処方されている。C 病院では、それらを適宜調節したり、ジェネリック医薬品に変更している。また、アリセプトのように高齢でターミナルに近い患者では予後が変わらないような薬は、処方を止めることもある。
- ・医療療養、介護療養で提供できる医療については、入院前に面談を行い十分に説明した上で入院を決めてもらっているため、積極的な治療を望まれてトラブルになることはない。

以上

事例④：療養型病院（医療療養・介護療養あり）（D病院）

ヒアリング日時	2015年3月3日
施設概要	開設主体：医療法人 病院概要：医療療養病床148床（うち回復期リハビリテーション病棟48床） 介護療養病床172床 特殊疾患病棟96床 併設施設：介護老人保健施設（定員100人）、訪問看護ST、居宅介護支援

（1）病院の概要について

- ・首都圏近郊に立地。
- ・市内、もしくは隣接市の急性期病院からの入院が全体の7～8割を占める。
- ・入院前に入院判定会議を開き、どの病棟がふさわしいかを決定している。その決定事項に沿って、各病棟に直接入院することとなる。
- ・医療療養の稼働率は約90%、介護療養の稼働率は約95%となっている。
- ・医療療養病床は2棟あるが、そのうち1病棟は外来診療（通院患者）や関連法人施設・近隣施設の入所者から一時的な入院患者を受け入れており、軽症急性期にも対応した病棟となっている。このため片方の病棟は平均在院日数が約70日と短くなっており、もう一方の病棟は約230日と長くなっている。
- ・介護療養病床の平均在院日数は約750日であり、長期療養の場となっている。
- ・過去3ヶ月（9月～11月）の死亡退院者数は医療療養病床で20人、介護療養病床で15人となっており、看取り数も多い。

（2）がん患者の療養について

- ・医療療養病床に入院しているがん患者は15名、介護療養病床に入院しているがん患者は1名となっている。医療療養に入院しているがん患者の半数は急性期病院からの転院、半数は自宅からの入院である。
- ・上記のがん患者数は、「現在、がんが、その人に何らかの影響を及ぼしている」という観点からカウントした数。現在がんの影響を受けていない患者（脳梗塞、脳卒中等で入院している患者）であっても、内視鏡などの検査をすれば早期のがん保有者は多く見つかるかもしれない。しかし、そこまでしてがんを見つけても、本人のQOLや余命を考慮したときに、「積極的な治療につながる意味のある診断か」というと、必ずしもそんなことはない。そのため、直接がんの影響を受けている者しかカウントしていない。
- ・医療療養に入院しているがんがメインの疾患の患者に対しては、緩和治療がメインになっている。数名の患者は、モルヒネなどオピオイド系の麻薬を使って疼痛コントロールを行っている。患者の痛みの症状は入院後も変化することが多い。そのため状態に応じて麻薬を適切に処方する必要がある。
- ・入院時は痛みがなく、介護療養病床に入院していたが、入院後に痛みが強くなるケースもある。その場合には医療療養病床に転棟させる。医療療養病床のほうが麻薬を扱いやすいから

であるが、その理由としては、麻薬を処方できる医師の配置、保管用金庫の有無、看護師のスキルなどが複合的に影響している。なお、麻薬施用者免許を有する医師は院内に7人いる。

- ・疼痛コントロール以外では、がん性腹膜炎で嘔吐が激しい患者にイレウスチューブを挿入・留置する処置などは医療療養病床でないと対応が難しい。
- ・がん患者にはメンタルケアが十分に必要な場合もあるが、その場合にも看護師の配置が多いほうが対応しやすいという面はある。看護体制の多い医療療養病床のほうが療養環境に向いているのではないか。ただし、多くの医療ニーズの高い患者が入院している中で、現行の体制では必ずしも十分な時間を確保できるとは限らない。できるだけのことを行っているという状況。
- ・抗がん剤やホルモン剤による治療を続けたいという患者の希望がある場合、判断の決め手になるのは副作用の重篤性。具体的には、抗がん剤を使用して骨髄抑制の症状が出た場合に、当院には輸血センターがないため、貧血となってもすぐに輸血が間に合わないとか、血小板減少で出血している時に血小板輸血ができないなどのハード面での困難が想定される。危機管理の側面から継続希望者の受け入れを断ることとなる。
- ・比較的副作用が少ないホルモン剤なら継続は可能。また、急性期病院と当院との入院を交互に繰り返して抗がん剤を投与した事例もある。具体的には、これまで通っていた治療病院に1週間程度入院して抗がん剤を投与し、副作用がないという目途が立ったら当院に戻ってくる、ということを定期的に繰り返している事例である。
- ・入院当初は抗がん剤やホルモン剤を継続していても、「効果がなくてデメリットばかり」という場合には、本人・家族と相談の上、使用を中止することもある。その場合は、本人・家族と医師、ソーシャルワーカー、看護師、薬剤師等が一同に会し、納得の上で中止できるように十分に話し合う。十分に話し合いができていれば、トラブルにつながることはない。
- ・今入院しているがん患者は、このまま看取りまで行う予定の長期療養者ばかり。医療依存度の高い患者は受け入れ先がないのが現状である。
- ・出来高算定できない高額な薬剤や検査で、がん患者の症状緩和のために包括対象外としてほしいものとして、例えば下記が挙げられる。
 - －腎性貧血に対して使用するエリスロポエチン
 - －腸閉塞に対して使用するサンドスタチン
 - －骨転移に対して使用するゾメタ点滴静注
 - －骨転移や神経の浸潤程度を判断するためのMRI検査
(手足のしびれや麻痺に対し、転院前の抗がん剤の副作用による症状なのか、脊椎転移による症状なのかを判断する等)
 - －黄疸の原因を判断するためのCT検査

(3) 特定疾患患者の療養について

- ・医療療養病床に入院している特定疾患患者は7名、介護療養病床に入院している特定疾患患者は2名となっている。当院は特殊疾患病棟を有しているため、こちらに入院している特定疾患患者が21名と多い。いずれの病棟でも、介護保険施設や自宅等からの入院が多い。特殊疾患病棟には急性期病院からの転院で入院することも多い。

- ・医療療養病床・介護療養病床に入院している特定疾患患者の病名としてはパーキンソン病関連疾患が大半であり、脊椎小脳変性症や広範脊椎管狭窄症などの患者も少数であるが入院している。
- ・医療処置としては、喀痰吸引を必要としている患者が多い。特定疾患では寝たきりの人が多いが、身体を動かさず、じっと寝ているだけでも痰は溜まりやすくなる。そして自分で吐き出せない、力のない人が多いため、痰の吸引は必要になってくる。看護体制の多い特殊疾患病床や医療療養病床でしっかり見ていないと危ない。
- ・介護療養病床に入院する特定疾患患者は、喀痰吸引などの医療処置が必要なく、介護がメインになっている者。

(4) 常時のモニタリング・監視が必要な患者について

- ・常時のモニタリング・監視が必要な患者として、医療療養病床では、「軽症急性期による要観察状態の患者」や「モニタ管理を行っていた患者」、「終末期を迎えていた患者」が挙げられる。介護療養病床では、「モニタ管理を行っていた患者」、「終末期を迎えていた患者」が該当する。
- ・医療療養と介護療養のモニタ管理の違いは、酸素飽和度の24時間管理ができるかどうか。心電図・血圧は、どちらの病棟でも、必要に応じて常時のモニタリング体制を整えている。
- ・終末期を迎えている患者に対して、特別なターミナルケア計画をたてることはない。全ての入院患者に対して多職種によるケアカンファレンスを定期的に関き、プランを作成・更新している。患者の状態に応じたプランとなっているため、終末期の患者にとっては、このプランが「看取りに向けて」という内容に変わっていく。
- ・終末期の積極的延命治療については、心臓マッサージや人工呼吸器、中心静脈カテーテルは提供しないということを入院前の面談時に家族に伝えている。

(5) その他

- ・24時間の医療的な管理が必要となるケースでは、訪問看護によるサポートだけでサ高住や在宅などで療養することは、なかなか難しく受け入れ先があまりない。特に夜間の看護体制がポイントになると思われる。D病院としては退院支援の取組もしているが、対象者は数としては多くない。
- ・D病院では訪問看護ステーションも設置しており、在宅でターミナルケアを続けたいという希望のある家族には積極的に支援している。在宅療養の途中で家族の負担が限界となりD病院に入院してくるケースや、家族のレスパイトのために一時的な入院を利用するケースなども多い。困ったときにはD病院が受け入れてくれるという安心感から、在宅療養に踏み切ることのできる家族もいる。逆に、基本は入院生活であるが、入院しながら体調を整え、数日間だけ家に帰るということを繰り返す方もいる。
- ・在宅療養と入院のバランスは、その方の症状や家族の体力、覚悟など、複合的な要因の上に成り立っているもの。在宅か入院かのどちらかを選ぶのではなく、両者をバランスよく使っていくことが求められているのではないかと。

以上

事例⑤：介護老人保健施設（E老健）

ヒアリング日時	2015年2月24日
施設概要	開設主体：医療法人 ベッド数：100床（うちユニット型個室20床、一般多床室40床、認知症専門多床室40床） 平均要介護度：2.7 他のサービス：ショートステイ、通所リハビリ、訪問リハビリ、居宅介護支援 併設施設：一般病院（精神科系病棟・医療療養病棟）、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅

（1）施設の概要について

- ・地方中小都市に立地。
- ・20床のユニット型と、80床の多床室から成る。80床のうち40床は認知床に特化したフロアとなっている。ユニット型に入っていただく方は、病態ではなく、個室に1人で過ごすことができる程度に自立度が高く安全な方となっている。
- ・入所者は併設の病院からの紹介が多い。併設病院が精神科をメインとする病院であるため、精神科からの入所者、もしくは整形外科からの入所者が多い。
- ・老健に入所される方の条件は、状態が安定しており、治療ではなくリハビリを必要とし、在宅等への復帰を目指されている方としている。治療を主眼とする方には入所いただいていない。
- ・ユニット型の平均在所日数は410日、多床室の平均在所日数は213日。入所が長くなる理由の一つとして、他の居住系施設よりも老健の入所金額が安く、退所のインセンティブが働きにくいということがある。この地域のサ高住や有料老人ホームは、老健よりも月々の入所費用が数万円高額となるものが多い。特養でもユニット型の特養だと高額となることもある。数万円の差額に家族は敏感に反応し、退所が難しいという方が多くおり、結果として入所期間が長くなる。また、すぐに戻ってくる前提で一度退所という形式をとられる方もおり、あまり良い状況とはいえないと思う。
- ・施設には毎月5名程度の新規入所者・退所者がある。稼働率はおよそ94%。近年は地域にサ高住が多く開設されており、以前に比べると退所先を見つけられるようになっているので、入所者の回転は速くなっていると感じる。
- ・地域の医療資源としては、長期療養が可能な病院・診療所は十分ある。特養は季節にもよるが、それほど待たずに空きが出て入所できるという印象である。地域にはサ高住や有料老人ホームが多く存在する。乱立状態であると言っても過言ではない。在宅療養を支援する資源（訪問看護）なども、受け入れ先がないということではなく、十分な量があると思われる。ホスピス病棟を有する病院は近く（隣接市）にあるが、老健から患者を紹介するなどのつながりはこれまでのところない。

(2) がん患者の療養について

- ・主傷病もしくは副傷病でがんの診断がついている方は7名いるが、いずれもがんは過去に患ったもので、既往歴として病名を有している方である。数年前に手術された方から、20年以上前に手術された方まで、事例は様々である。高齢となつてからがんが見つかった事例では、特に痛みもなく、手術等もせずに経過を見守っている方もいる。いずれの入所者も、現在の入所理由はがんではなく、脳梗塞等により入院した後のリハビリのために来ておられる方である。
- ・特にがんによる療養が必要な入所者がいないため、施設内で医療的な治療を行うこともない。
- ・老健は病院ではないので、基本的には治療は行わない。治療を行うのは感染症など一時的に体調を崩して、1週間程度で回復の見込みがある方や、慢性疾患で処方可能な薬剤の範囲で症状をコントロールできる方。そのため、抗がん剤の投与を望んでいる場合には受け入れが難しい。抗がん剤は高額ということもあるが、抗がん剤を用いる必要があるような本格的な治療中の方は病院で診ていただきたいという方針である。
- ・痛みがある場合、経口の痛みどめで対応可能なレベルであれば処方できるが、本格的な麻薬が必要になると取扱いできないため、受け入れは難しい。
- ・がん性皮膚潰瘍があり、強い臭いを生じている場合の受け入れは、できれば遠慮したい。処置の手間はあっても看護師の人数としては十分対応可能だと考えるが、多床室であるため他の入所者の環境整備を考えても、積極的には受け入れ難い。ただし以前1名、顔に皮膚潰瘍がある方が入所していたことはある。
- ・がんに限らず、薬剤や検査（採血、レントゲンなど）が頻回で必要となる方の受け入れは難しい。感染症等により一時的な医療必要度の高まりである場合は別として、常態的に検査を必要とする場合には、「まだ治療が終わっていない」と判断し、病院へ入院していただくこととなる。
- ・がんの診断のついている方の全員が、特養やサ高住等、他の介護施設等の受け入れが決まるまでの一時的な入所である。長期の入所となってしまっている方は、医療ニーズが必要で受け入れ先が見つからないということではなく、金銭的な理由により新しい入所先が見つからない方である。

(3) 特定疾患患者の療養について

- ・主傷病もしくは副傷病で特定疾患の診断がついている方は1名いる。もともと精神疾患を有していた方で、高齢になってから、入院中にパーキンソン病の診断がついた方。診断がついたのが最近ということもあり、パーキンソン病自体はあまり重度ではない。精神疾患の入院によりADLが落ちたためにリハビリを行っているという状況。
- ・この方も介護施設の受け入れが決まるまでの一時的な入所であり、先日特養への退所が決まったところ。
- ・特定疾患の患者に限らないが、気管切開部の管理、中心静脈栄養、人工透析、酸素療法、人工呼吸器が必要な患者の受け入れは行っていない。喀痰吸引も、1日あたり5~6回を超えると医療療養への入院を勧める。点滴は、入所時には外れていることが条件であり、常時点滴が必要な方は受け入れていない。入所後に体調不良等により、一時的に点滴が必要となった

場合は1週間程度であれば老健内で対応可能である。採血は、必要であれば月1回程度を目安として実施を決めている。

- ・その他、経鼻経管栄養、胃ろう・腸ろう、ストーマ、留置カテーテル、褥瘡は問題なく受け入れられる。

(4) 常時のモニタリング・監視が必要な患者について

- ・11月末時点で多床室に入所していた73名中、転倒の危険が高い入所者が22名、徘徊のある入所者が6名であった。およそ3人に1人が注意は必要という計算になる。
- ・転倒の危険が高い入所者は、歩けないのに立ち上がってしまう方が一番危険である。皮肉なことであるが、リハビリを行って体力が回復すればするほど、転倒のリスクは高まり、注意が必要となる。身体抑制は行っていないため、夜間は特に気を使う。目の届く範囲（ホール）にベッドを出して対応している。
- ・徘徊のある入所者は6名とも認知症専用のフロア（40床）の入所者である。歩き回ること自体よりも、勝手に物をいじったり、食べてしまったり、という行動全般に対しての注意が必要。
- ・モニタ管理を行っている入所者はいない。
- ・基本的に看取りはおこなっていないため、終末期を迎えていた入所者もいない。家族との関係が良好で、家族も終末期の医療は必要ないと意思がはっきりされている場合に看取することもあるが、数年に1人である。多くの場合には終末期には病院に移動していただくこととしている。

(5) その他

- ・薬の調整を入所開始後に行うことはあまり多くない。入所前に病院等で薬剤の変更を検討してもらい、施設として受容できる価格や種類に収まってから受け入れることとしている。
- ・高額な医薬費や、取扱いの難しい薬（麻薬）が処方されている場合には受け入れを断ってしまう。
- ・過去に、他院からの入所で、「医薬品や経管栄養について施設入所後の変更を理解いただいている」と担当医から引き継いでいたものの、入所した後に家族の同意が得られず、結果として退所していただいた方がいる。他院だと特に連携が難しい。

以上

事例⑥：介護老人保健施設（F老健）

ヒアリング日時	2015年3月5日
施設概要	開設主体：社会福祉法人 ベッド数：54床（1フロア）うち6床はショートステイ用 平均要介護度：3.3 他のサービス：ショートステイ、通所リハビリ、訪問リハビリ、居宅介護支援 併設施設：関連法人の総合病院（以下、G病院とする）、グループホーム、

（1）施設の概要について

- ・地方中小都市に立地。
- ・地域の核となる総合病院（G病院）の関連グループとして、病院に隣接して立地。
- ・在宅強化型を目指しているが、在宅復帰率は20%前後を推移しており、30%以上を維持できず困難。在宅強化型算定のための50%はとても難しい。
- ・全54床のうちショートステイ用に6床を確保しているため、老健の入所としては48床となっている。このうち11月末日時点の入所者数は45人であり、常に90%以上の稼働率となっている。
- ・平均在所日数は200日程度であるが、実際の入所者の在所日数には幅がある。在宅復帰を主眼とする以前からの、入所期間を決めずに入所した方が多く残っており、5～6年の長期入所者も10人弱はいる。最近入所される方は、2～3か月のリハビリを経て退所される方が大半。2～3か月の短期間でのリハビリで退所可能な方向けに10床を確保しており、残りのベッドは次の療養場所が見つかるまでの長期療養者が利用している。
- ・月に3～4名の入退所が発生する。入所者はG病院から紹介されることが多いが、自宅から直接入所に至るケースも発生する。ほぼすべて市内・近隣市の高齢者。
- ・退所先の受け皿は十分ではないという印象。特養、グループホーム、有料老人ホームなどは市内にいくつかあるが、入所者の方が入居待ちで登録をしても、なかなか順番が回ってこない。特に胃ろうのある方、インスリン注射が必要な方など、医療ニーズのある方の受け入れ先は少ない。また、金額面で老健での療養が最も安いということもあり、せっかく空きの情報があっても退所を渋られる家族も多い。「金銭的に厳しい」と言われると、施設としても強く退所を勧められない。
- ・退所先の情報について家族とスムーズな連絡をとるために、F施設のケアマネと相談員が市内の特養・GH等を訪問し、先方の担当者と顔見知りの関係をつくり、情報収集をしている。入所者の順番が回ってきた際に、早めに家族と次の場所の話をできるように備えている。
- ・医師は施設長と非常勤医2名が曜日別に対応している。いずれもG病院の医師。

（2）がん患者の療養について

- ・入所者のうちがんの診断がついているものは7名いるが、ほとんどが現在は治癒していたり、症状が出ていなかったりする者。痛み等もないため、薬も検査も必要ない。

- ・1名のみ、乳がんで、入所前からホルモン療法（アリミデックスを服用）を受けており、現在も継続している方がいる。この方は主治医がG病院におり、月に1回程度外来受診を続けている。主治医より「引き続きホルモン療法を」という指示をもらい、施設内で処方している。出来高算定しているので施設負担はない。この方は自宅もしくは施設への退所見込みである。
- ・また、以前は抗がん剤治療を継続している方も入所していた。施設内で抗がん剤を投与していたわけではなく、G病院の外来を定期的を受診して、抗がん剤の投与を行っていた。通院の頻度は週に2日程度。
- ・外来受診の付き添いは、入所者全体で週に2~3回であれば対応可能。G病院と隣接しているとはいえ、1回の受診付き添いあたり数時間はNsが外に出ることとなるため、毎日の受診となると対応は難しいと考えている。
- ・入所者は状態が安定していることが受け入れの前提。そのため、痛みがある場合、内服の痛み止めに対応できる範囲であれば受け入れ可能であるが、日々の確認や調整が必要となる“麻薬を用いた疼痛コントロール”は難しい。実際に施設内に麻薬保管用の金庫などは整備しておらず、これまで麻薬を取り扱ったことがない。

（3）特定疾患患者の療養について

- ・現在は1名が入所しており、疾病名は多系統委縮症である。認知症があり転倒の危険が高い方であるが、医療的な処置は必要ない。G病院の療養病棟から入所しており、入所期間は2~3年になる。このまま療養を続ける予定である。
- ・パーキンソン病関連疾患の入所も時々あるが、いずれも症状は軽く、内服の薬で症状をコントロールできている方ばかりである。
- ・医療処置が必要な場合でも、「気管切開部の管理」、「喀痰吸引」、「胃ろう・腸ろうの管理」、「ストーマの処置」、「留置カテーテルの処置」、「点滴」、「じょくそうの処置」、「採血」は受け入れ可能。酸素療法はボンベを使った一時的な処置であれば対応可能だが、設備が整っていないため、恒常的な利用は難しい。

（4）常時のモニタリング・監視が必要な患者について

- ・11月末日の入所者のうち、常時のモニタリング・監視が必要であった者は14名いた。
- ・このうち肺炎等の体調悪化により点滴を使用していた入所者が2名、転倒の危険がありセンサー機器を利用した監視をおこなっていた入所者が9名、徘徊のある入所者が7名（重複あり）である。
- ・センサーを内蔵した機器としては、施設としてベッド5台、マット4枚を所有しており、常にフル稼働している。特に夜間は、夜勤が2名体制（看護職員1名、介護職員1名）であるため、危機管理として、機器の利用が欠かせない。
- ・徘徊のある入所者は、転倒の危険に加え、他人の居室に入ってトラブルになることもあるため注意が必要。主に日中の対応であるが、夜間の徘徊がある方も数名いる。
- ・施設内では看取りは行っていない。終末期が近づいた場合や急変した場合は、G病院に受け入れてもらっている。いずれ対応したいという気持ちはあるが、医師が日々交代する現状で

は、看取りにむけたカンファレンスを開いたり、家族と話し合ったり、という対応が難しい。また、施設内の職員（看護職員・介護職員等）も終末期の容態変化に慣れておらず、少しずつ食べられなくなる入所者がいると、「点滴をしなくて大丈夫か」、「入院させなくてよいのか」と不安になる。看取りまで行うには、スタッフが覚悟することや教育の機会をもつことが必要。

（５）その他

- ・新規の入所にあたっては、医師・専門職等からなる「入所判定会議」が行われ、入所の可否を判断している。その際に必ず薬価確認を行うこととしており、高額な薬剤は変更できないか主治医に相談する。入所時に受け入れた薬剤を入所後に変更することは基本的にはない（一時的な体調不良等により追加の処方を行う場合を除く）。
- ・使用頻度の高い高額な薬剤としては認知症のメモリーやアリセプトがある。処方薬のトータル量にもよるが、基本的には入所前に処方が開始されていれば、あえて中断するという選択はとらない。
- ・インシュリン注射を必要とする方の受け入れ先が非常に少ないと感じている。特養やGHはほとんどが受け入れ不可であるが、老健であっても、1日3回の注射が必要な場合は受け入れ不可としている施設もあるようだ（F老健では受け入れ可能）。

以上

資料3. 事前調査 (FAX 調査) 調査票

「がん患者等の介護保険施設等における療養の実態に関する横断的な調査研究事業」
ヒアリング調査実施のためのFAX調査 返信票 (返信先: 03-****-****)

貴施設名		都道府県	
ご担当者		ご連絡先 (電話番号)	

設問1: この返信票は、医療療養病床(回復期リハ除く)・介護療養型医療施設・介護老人保健施設のいずれの施設種別についての回答ですか。(○はひとつ)

※貴施設に複数の施設種別がある場合には、用紙をコピーして、それぞれについて別個にご回答ください。

施設種別	医療療養病床 ・ 介護療養型医療施設 ・ 介護老人保健施設
------	-------------------------------

設問2: 設問1でご回答いただいた病棟・施設のベッド数と、①～③に該当するような患者の入院・入所の実績(過去6ヶ月間)をご回答ください。(該当する欄に数字を記入)

※同じ方が入退院を繰り返した場合は1人とカウント

設問1のベッド数			
	①がん患者 (主傷病として「がん」と診断されている者)	②特定疾患患者 (公費負担の対象となる56疾患のいずれかを診断されている者)	③ ①②以外で、生命が危険な状態にあり、常時のモニタリング・監視が必要な者
床	人	人	人

設問3: 設問1でご回答いただいた病棟・施設では、次に挙げるような取り組みをどの程度実施していますか。(○はひとつずつ)

	積極的に実施している	実施している	あまり実施していない	まったく実施していない
① 疾患への積極的治療	1	2	3	4
② 痛みをはじめとする症状に対する緩和ケア	1	2	3	4
③ 精神的な悩みに対する支援	1	2	3	4
④ 社会的問題に対する支援	1	2	3	4
⑤ 終末期ケアの提供	1	2	3	4
⑥ スピリチュアルな問題に対する支援	1	2	3	4
⑦ 家族への支援	1	2	3	4

設問4: 設問2で示したような患者を受け入れるために、次に挙げるような取り組みは実施していますか。(○はいくつでも)

1. 当該疾患の支援に必要となる知識・技術に関する職員への研修 2. 当該疾患の支援に必要となる知識・技術に関するガイドラインの整備 3. 施設内でのホスピス病棟の設置 4. 協力病院の確保・連携 5. 地域の社会的資源との連携・紹介 6. スピリチュアルな問題に対応する人材や部門の確保 7. その他 (⇒具体的に)
--

設問5: ヒアリング対象として選ばれた場合、ヒアリング調査(1時間半程度)にご協力いただくことは可能ですか。(○はひとつ)

ヒアリング調査への協力可否	協力可能 ・ 協力不可 ・ その他 ()
---------------	-----------------------

問3 貴院の同一法人もしくは関連法人が設置する施設・事業所の総数と、そのうち併設※する施設・事業所について、ご記入ください。(数字を記入)

※併設とは、同一敷地内、もしくは徒歩圏内に所在する施設等を指します。

	同一法人もしくは関連法人が設置する施設・事業所の総数	同一法人もしくは関連法人が設置する施設・事業所のうち、貴院に併設する施設・事業所
0. 同一法人もしくは関連法人が設置しているのは貴院のみ (○を記入)		
1. 貴院以外の病院	箇所	箇所
2. 診療所	箇所	箇所
3. 従来型介護老人保健施設	箇所	箇所
4. 介護療養型老人保健施設	箇所	箇所
5. 介護老人福祉施設 (特養)	箇所	箇所
6. グループホーム	箇所	箇所
7. 有料老人ホーム	箇所	箇所
8. サービス付き高齢者向け住宅	箇所	箇所
9. その他の居住系施設	箇所	箇所
10. 通所系サービス	箇所	箇所
11. 訪問系サービス	箇所	箇所
12. 短期入所サービス	箇所	箇所

※通所系サービスとは、通所介護、通所リハビリテーションなどを指します。

※訪問系サービスとは、訪問介護、訪問リハビリテーション、訪問入浴介護、訪問看護ステーションなどを指します。

※短期入所サービスとは、短期入所生活介護、短期入所療養介護などを指します。

問4 貴院の所在する地域における退院先の受け皿の量について、お答えください。(○をひとつずつ)

	十分にあり、いつでも利用可能	申請すれば1ヶ月程度で利用可能	申請すれば1年以内に利用可能	資源量はほぼないか、申請しても1年以上待つ
1. ホスピス病棟を有する病院 (自院含む)	1	2	3	4
2. 長期療養が可能な病院・診療所 (自院含む)	1	2	3	4
3. 介護施設 (老健・特養)	1	2	3	4
4. 居住系の施設 (グループホーム・サ高住等)	1	2	3	4
5. 在宅療養の医療的支援 (訪問看護等)	1	2	3	4

※貴院の所在する地域とは、入院患者の退院先として紹介できる範囲を指します。

※同一法人もしくは関連法人であるか否かは問いません。

問5 貴院のすべての療養病棟(医療療養・介護療養)について、病棟別の許可病床数、病床区分、地域包括ケア病棟の届出有無、入院患者数(平成26年11月ののべ数)、1人1日あたり換算点数(単位数)、区分2・3に該当する患者の割合(平成26年11月)をご記入ください。

(回復期リハビリテーション病棟は記載の必要はありません。)

病棟名 ^{注1}	病床区分 (当てはまる区分に○)	許可病床数	うち地域包括 ケア病棟の 届出病床数 (届出している 場合のみ)	のべ 入院患者数 (H26/11)	1人1日あたり 換算点数 (単位数) (H26/11) <small>注2</small>	医療区分2・3 に該当する患 者の割合 (H26/11) <small>注3</small>
記入例: 西第3	○医療療養病床・介護療養病床	60 床	うち 10 床	1500 人日	1500 点	82 %
病棟番号 1.	医療療養病床・介護療養病床	床	うち 床	人日	点	%
病棟番号 2.	医療療養病床・介護療養病床	床	うち 床	人日	点	%
病棟番号 3.	医療療養病床・介護療養病床	床	うち 床	人日	点	%
病棟番号 4.	医療療養病床・介護療養病床	床	うち 床	人日	点	%
病棟番号 5.	医療療養病床・介護療養病床	床	うち 床	人日	点	%
病棟番号 6.	医療療養病床・介護療養病床	床	うち 床	人日	点	%
病棟番号 7.	医療療養病床・介護療養病床	床	うち 床	人日	点	%
病棟番号 8.	医療療養病床・介護療養病床	床	うち 床	人日	点	%
病棟番号 9.	医療療養病床・介護療養病床	床	うち 床	人日	点	%
病棟番号 10.	医療療養病床・介護療養病床	床	うち 床	人日	点	%
病棟番号 11.	医療療養病床・介護療養病床	床	うち 床	人日	点	%
病棟番号 12.	医療療養病床・介護療養病床	床	うち 床	人日	点	%
病棟番号 13.	医療療養病床・介護療養病床	床	うち 床	人日	点	%
病棟番号 14.	医療療養病床・介護療養病床	床	うち 床	人日	点	%
病棟番号 15.	医療療養病床・介護療養病床	床	うち 床	人日	点	%

注1: 医療療養病床と介護療養病床の混合病棟がある場合には、「A病棟(医療)」「A病棟(介護)」というように、別々に病棟名を登録して記入をおこなってください。

注2: 1人1日あたり換算点数(単位数)の計算方法

1人1日あたり換算点数(単位数)については、入院基本料/介護療養施設サービス費以外の加算も全て含むものとし、以下の式により求めてください。

1人1日あたり換算点数(単位数) = ①に掲げる数 ÷ ②に掲げる数 (小数点以下は切上げ)

①当該病棟における平成26年11月1ヶ月の病棟で請求した点数(単位数)(自己負担分を含む)

②平成26年11月1ヶ月の当該病棟への延べ入院患者数

注3: 医療区分2・3に該当する患者の割合

療養病棟入院基本料1の届出を行う場合の添付資料に準じるものとし、各病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の「医療区分3の患者」と「医療区分2の患者」との合計の割合の1ヶ月の平均をご記入ください。

1ヶ月の平均を算出することが困難である場合には、11月末日の1日の割合をご記入ください。

介護療養病床の場合には、入院患者の医療区分を把握している場合にご記入ください。

問6 問5で記入した療養病棟(医療療養・介護療養)について、病棟別の平均在院日数(直近3ヶ月)、死亡退院者数(平成26年9月～11月)、常勤換算職員数、夜間配置数(11月末日24時時点)をご記入ください。

病棟名	平均在院日数 注4	死亡退院者数 (H26/9/1～ H26/11/30)	常勤換算職員数 注5		夜間配置数 (11月末日24時の配置数)	
			看護職員	介護職員・ 看護補助者	看護職員	介護職員・ 看護補助者
記入例:	150 日	10 人	10 人	10 人	1 人	1.5 人
病棟番号 1.	日	人	人	人	人	人
病棟番号 2.	日	人	人	人	人	人
病棟番号 3.	日	人	人	人	人	人
病棟番号 4.	日	人	人	人	人	人
病棟番号 5.	日	人	人	人	人	人
病棟番号 6.	日	人	人	人	人	人
病棟番号 7.	日	人	人	人	人	人
病棟番号 8.	日	人	人	人	人	人
病棟番号 9.	日	人	人	人	人	人
病棟番号 10.	日	人	人	人	人	人
病棟番号 11.	日	人	人	人	人	人
病棟番号 12.	日	人	人	人	人	人
病棟番号 13.	日	人	人	人	人	人
病棟番号 14.	日	人	人	人	人	人
病棟番号 15.	日	人	人	人	人	人

注4：平均在院日数の計算方法

平均在院日数については、診療報酬上の計算方法に準じるものとし、以下の式により求めてください。

平均在院日数＝①に掲げる数÷②に掲げる数 (小数点以下は切上げ)

①当該病棟における直近3ヶ月間の在院患者延日数

②(当該病棟における当該3ヶ月間の新入棟患者数+当該病棟における当該3ヶ月間の新退棟患者数)÷2

注5：常勤換算の計算方法

職員数の算出については、「常勤職員の実人数」+「非常勤職員の常勤換算人数」より求めてください。

非常勤職員の常勤換算にあたっては、「直近1週間に当該病棟で従事した勤務時間」を「施設の通常の勤務時間」で除した数値を算出してください。(小数点第二位を四捨五入してください)

ただし、1週間に勤務すべき時間数が32時間未満となる場合は、換算する分母を32時間としてください。

問7 問5で記入した療養病棟(医療療養・介護療養)について、主傷病もしくは副傷病のいずれかでのがんの診断がついている患者数(平成26年11月ののべ数)、がん患者の入院前の治療・療養場所別人数(実人数)、がん患者の入院開始時期(実人数)をご記入ください。

病棟名	主傷病もしくは副傷病でがんの診断がついている患者ののべ人数 ^{注6} (H26/11)	左記のがん患者の入院前の治療・療養場所別の人数(実人数) ^{注7}				左記のがん患者の入院開始時期(実人数) ^{注8}			
		急性期病棟(他院含む)	回復期・慢性期病棟(他院含む)	介護保険施設	自宅等	H25/11/30以前	H25/12/1～ H26/5/31	H26/6/1～ H26/10/31	H26/11/1以降
記入例:	300 人日	4 人	5 人	2 人	1 人	1 人	4 人	6 人	1 人
病棟番号 1.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号 2.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号 3.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号 4.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号 5.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号 6.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号 7.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号 8.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号 9.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号 10.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号 11.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号 12.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号 13.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号 14.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号 15.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人

注6：主傷病もしくは副傷病でがんの診断がついている患者ののべ人数

主傷病もしくは副傷病でがんの診断がついている患者の、11月中の延べ入院人数をご回答ください。

(例) 主傷病で胃がんの患者が11月1日～11月20日まで入院していた場合：20人日

主傷病は脳梗塞、副傷病が胃がん・食道がんの患者が10月1日～11月5日まで入院していた場合：5人日

注7：がん患者の入院前の治療・療養場所別の人数(実人数)

11月中に1日以上入院のあったがん患者について、入院前の治療・療養場所を実人数でご回答ください。

急性期病棟：貴院もしくは他院の一般病棟からの入院・転棟

回復期・慢性期病棟：貴院もしくは他院の回復期リハ病棟・医療療養病床・介護療養病床からの入院・転棟

介護保険施設：介護老人保健施設(老健)・介護老人福祉施設(特養)からの入院

自宅等：自宅・有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅・グループホーム等からの入院

注8：がん患者の入院開始時期(実人数)

11月中に1日以上入院のあったがん患者について、入院開始日を実人数でご回答ください。

転棟による入院の場合は、当該病棟への入院開始日を基準としてください。

問8 問5で記入した療養病棟(医療療養・介護療養)について、主傷病もしくは副傷病のいずれかで特定疾患の診断がついている患者数(平成26年11月ののべ数)、特定疾患患者の入院前の治療・療養場所別人数(実人数)、特定疾患患者の入院開始時期(実人数)をご記入ください。

病棟名	主傷病もしくは副傷病で特定疾患の診断がついている患者ののべ人数 ^{注9} (H26/11)	左記の特定疾患患者の入院前の治療・療養場所別の人数 (実人数) ^{注10}				左記の特定疾患患者の入院開始時期(実人数) ^{注11}			
		急性期病棟 (他院含む)	回復期・慢性期病棟 (他院含む)	介護保険施設	自宅等	H25/11/30以前	H25/12/1 ～ H26/5/31	H26/6/1 ～ H26/10/31	H26/11/1以降
記入例:	300 人日	1 人	3 人	4 人	3 人	8 人	2 人	1 人	0 人
病棟番号 1.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号 2.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号 3.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号 4.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号 5.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号 6.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号 7.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号 8.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号 9.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号 10.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号 11.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号 12.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号 13.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号 14.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号 15.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人

注9：主傷病もしくは副傷病で特定疾患の診断がついている患者ののべ人数

主傷病もしくは副傷病で特定疾患の診断がついている患者の、11月中の延べ入院人数をご回答ください。

特定疾患名については、調査説明資料の一覧表をご確認ください。

(例) 主傷病でパーキンソン病の患者が9月1日～11月20日まで入院していた場合：20人日

注10：特定疾患患者の入院前の治療・療養場所別の人数(実人数)

11月中に1日以上入院のあった特定疾患患者について、入院前の治療・療養場所を実人数でご回答ください。

急性期病棟：貴院もしくは他院の一般病棟からの入院・転棟

回復期・慢性期病棟：貴院もしくは他院の回復期リハ病棟・医療療養病床・介護療養病床からの入院・転棟

介護保険施設：介護老人保健施設(老健)・介護老人福祉施設(特養)からの入院

自宅等：自宅・有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅・グループホーム等からの入院

注11：特定疾患患者の入院開始時期(実人数)

11月中に1日以上入院のあった特定疾患患者について、入院開始日を実人数でご回答ください。

転棟による入院の場合は、当該病棟への入院開始日を基準としてください。

問9 問5で記入した療養病棟(医療療養・介護療養)について、ターミナルケア計画を作成されていた患者数(平成26年11月)、リハビリを行っている患者数(平成26年11月)、要介護度別の人数(11月末日時点)をご記入ください。

病棟名	ターミナルケア計画を作成されていた患者数 (H26/11) (実人数) ^{注12}	リハビリを行っている患者数 (H26/11) (実人数) ^{注13}	要介護度別の人数(11月末日時点) ^{注14}					
			要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要支援・認定なし等
記入例:	10人	25人	5人	8人	10人	10人	15人	2人
病棟番号1.	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号2.	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号3.	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号4.	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号5.	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号6.	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号7.	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号8.	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号9.	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号10.	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号11.	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号12.	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号13.	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号14.	人	人	人	人	人	人	人	人
病棟番号15.	人	人	人	人	人	人	人	人

注12：ターミナルケア計画を作成されていた患者数(実人数)

11月中のいずれかの時点でターミナルケア計画を作成されていた患者の実人数をご回答ください。

(例) 11月15日にターミナルケア計画を作成した：1人とカウント

10月20日にターミナルケア計画を作成しており、11月10日に看取りに至った：1人とカウント

注13：リハビリを行っている患者数(実人数)

11月中に1日以上リハビリを実施した患者の実人数をご回答ください。

注14：要介護度別の人数(11月末日時点)

11月末日時点の入院患者について、要介護度別の人数をご回答ください。

医療療養病床の場合には、入院患者の要介護度を把握している場合にご記入ください。

II. がん患者の受け入れについて

- ◆ このページの設問は、問7でご回答いただいた、「主傷病もしくは副傷病でがんの診断がついている患者数」が最も多い病棟についてご回答ください。

※貴院に医療療養病床と介護療養病床の両方の病棟がある場合には、それぞれの病床区分から、がん患者の多い病棟をひとつずつ選択してご回答ください。

医療療養病床でがん患者 最も多い病棟番号⇒	No.	介護療養病床でがん患者の 最も多い病棟番号⇒	No.
上記病棟のがん患者人数 (実人数、2014/11 中)	人	上記病棟のがん患者人数 (実人数、2014/11 中)	人

- 問10 上記◆で回答したがんの診断がついている患者数(実人数)について、現在の病棟に入院する以前のがん治療・緩和医療に関する既往歴と、現在の病棟に入院してから提供した医療処置について、実人数をお答えください。(数字を記入)

現在の病棟に入院する以前の既往歴			現在の病棟に入院してから提供した医療処置		
	医療療養 病床	介護療養 病床		医療療養 病床	介護療養 病床
A. 手術療法	人	人			
B. 化学(薬物)療法	人	人	b. 化学(薬物)療法	人	人
B-1. うち抗がん剤	人	人	b-1. うち抗がん剤	人	人
B-2. うちホルモン療法	人	人	b-2. うちホルモン療法	人	人
C. 放射線療法	人	人	c. 放射線療法	人	人
D. 麻薬による疼痛管理	人	人	d. 麻薬による疼痛管理	人	人
E. じょくそうの処置	人	人	e. じょくそうの処置	人	人
F. 胸水・腹水のコントロール	人	人	f. 胸水・腹水のコントロール	人	人

例) 以前の病棟では抗がん剤治療を行っており現在の病床に転棟(入院)後も引き続き抗がん剤治療を続けている、という場合には、B及びB-1に1人、bおよびb-1に1人を計上してください。

例) 以前の病棟では麻薬を使用していなかったが現在の病床では麻薬による疼痛管理を行っている、という場合には、Dには人数を含めず、dに1人を計上してください。

例) 現在の病床に入院し始めてからがんの診断がついた場合には、問10には人数を計上する必要はありません。

- 問11 問10で回答した内容について、「現在の病棟に入院する以前は行っていた治療内容のうち一部もしくは全部を現在の病床では提供していない」患者がいる場合、その理由ごとに人数をお答えください。(数字を記入)

	医療療養病床	介護療養病床
現在の病棟に入院する以前は行っていた治療内容のうち一部もしくは全部を現在の病床では提供していない患者数	人	人
1. 現在の病棟では技術的に提供できない内容であったため断念した	人	人
2. 現在の病棟では経済的に提供できない内容であったため断念した	人	人
3. 患者のQOLを考慮して提供しない選択を行った	人	人
4. その他()	人	人

- 問12 問10にて「現在の病棟に入院してから提供した医療処置」の「抗がん剤」に患者数を回答した場合、その抗がん剤の治療費の算定方法についてお答え下さい。(○はひとつ)

医療療養病床	1. 出来高算定している	2. 包括算定としている
介護療養病床	1. 出来高算定している	2. 包括算定としている

問13 前頁◆で回答したがんの診断がついている患者数(実人数)について、今後の療養場所の方針として、当てはまる方針ごとに人数をお答えください。(数字を記入)

	医療療養病床	介護療養病床
1. このままの場所で看取りまで行う予定	人	人
2. 在宅療養を実施する環境が整うまでの一時的な入院 (退院の予定)	人	人
3. 介護施設の受け入れが決まるまでの一時的な入院 (退院の予定)	人	人
4. 状態に変化がみられるまではこのままの場所で療養を続ける予定	人	人
5. その他 ()	人	人

問14 貴院において、医療療養病床および介護療養病床にがん患者を受け入れる際に、受け入れることのできない患者の状態についてお答えください。(〇はいくつでも)

	医療療養病床	介護療養病床
1. 積極的な治療を望んでいる	1	1
2. 抗がん剤の投与を引き続き希望している	2	2
3. 痛みが強く、十分な疼痛コントロールを必要とする	3	3
4. がん性皮膚潰瘍があり、強い臭いを生じている	4	4
5. 重症の認知症がある	5	5
6. 認知症以外の精神疾患を併発している	6	6
7. その他 ()	7	7

問15 貴院において実施されている、がん患者の療養を推進するような取り組みがあればお答えください。(〇はいくつでも)

1. 麻薬施用者免許を有する医師がいる (院内で麻薬を処方することができる) 2. 院内に緩和ケアチームがある 3. 心のケアを行う専門のスタッフがいる 4. その他 () 5. 特になし (がんに特化した特別な対応は行っていない)

問16 貴院の医療療養病床、介護療養病床におけるがん患者の療養において、抗がん剤及び医療用麻薬以外の薬剤や検査等が包括項目となっていることについて、受け入れ上の課題や問題だと感じていることはありますか。(自由回答)

--

Ⅲ. 特定疾患患者の受け入れについて

★ このページの設問は、問8でご回答いただいた、「主傷病もしくは副傷病で特定疾患の診断がついている患者数」が最も多い病棟についてご回答ください。

※貴院に医療療養病床と介護療養病床の両方の病棟がある場合には、それぞれの病床区分から、特定疾患患者の多い病棟をひとつずつ選択してご回答ください。

医療療養病床で特定疾患患者 最も多い病棟番号⇒	No.	介護療養病床で特定疾患患者 の最も多い病棟番号⇒	No.
上記病棟の特定疾患患者人数 (実人数、2014/11 中)	人	上記病棟の特定疾患患者人数 (実人数、2014/11 中)	人

問17 上記★で回答した特定疾患の診断がついている患者数(実人数)について、該当する疾患名別に人数をお答えください。(数字を記入)

	医療療養 病床	介護療養 病床		医療療養 病床	介護療養 病床
1. パーキンソン病関連疾患	人	人	6. 広範脊柱管狭窄症	人	人
2. 多発性硬化症	人	人	7. モヤモヤ病	人	人
3. 筋萎縮性側索硬化症	人	人	8. 潰瘍性大腸炎	人	人
4. 多系統萎縮症	人	人	9. その他	人	人
5. 脊髄小脳変性症	人	人	→具体的に ()		

※パーキンソン病関連疾患には、進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病が含まれます。

※多系統萎縮症には、線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群が含まれます。

問18 上記★で回答した特定疾患の診断がついている患者数(実人数)について、平成26年11月中に1度でも提供した医療処置について、人数をお答えください。(数字を記入)

	医療療養 病床	介護療養 病床		医療療養 病床	介護療養 病床
1. 気管切開部の管理	人	人	8. 人工透析	人	人
2. 喀痰吸引	人	人	9. 酸素療法	人	人
3. 中心静脈栄養	人	人	10. 人工呼吸器	人	人
4. 経鼻経管栄養	人	人	11. 点滴	人	人
5. 胃ろう・腸ろうの管理	人	人	12. 疼痛管理	人	人
6. ストーマの処置	人	人	13. じょくそうの処置	人	人
7. 留置カテーテルの処置	人	人	14. 採血	人	人

※同じ医療処置を同一患者に複数回提供した場合であっても1人とカウントしてください。

問19 上記★で回答した特定疾患の診断がついている患者数(実人数)について、今後の療養場所の方針として、当てはまる方針ごとに人数をお答えください。(数字を記入)

	医療療養病床	介護療養病床
1. このままの場所で看取りまで行う予定	人	人
2. 在宅療養を実施する環境が整うまでの一時的な入院 (退院の予定)	人	人
3. 介護施設の受け入れが決まるまでの一時的な入院 (退院の予定)	人	人
4. 状態に変化がみられるまではこのままの場所で療養を続ける予定	人	人
5. その他 ()	人	人

IV. その他の患者の受け入れについて

- 問20は、重度者割合が最も高い病棟についてご回答ください。

※貴院に医療療養病床と介護療養病床の両方の病棟がある場合には、それぞれの病床区分から、重度者割合の高い病棟をひとつずつ選択してご回答ください。

医療療養病床で重度者割合が最も高い病棟番号⇒	No.	介護療養病床で重度者割合が最も高い病棟番号⇒	No.
上記病棟の入院患者人数 (実人数、2014/11 末日)	人	上記病棟の入院患者人数 (実人数、2014/11 末日)	人

問20 平成26年11月末日時点で、常時のモニタリング・監視が必要であった患者数についてご記入ください。
(数字を記入)

	医療療養病床	介護療養病床
常時のモニタリング・監視が必要であった患者数	人	人
うち、モニタ管理を行っていた患者	人	人
うち、終末期を迎えていた患者	人	人
うち、肺炎等の軽症急性期にあり要観察状態であった患者	人	人
うち、転倒の危険が高い患者	人	人
うち、徘徊のある患者	人	人
うち、その他 ()	人	人

※モニタ管理とは、心電図モニタ、血圧モニタ、CO2 モニタ、酸素飽和度モニタ等のモニタを常時設置している状態を指します。

※うち数は、複数の状態に該当する場合には、それぞれに人数をカウントしてください。

例) 終末期で心電図モニタを設置していた場合、「常時モニタリング・監視が必要であった患者」1人、「うち、モニタ管理を行っていた患者」1人、「うち、終末期を迎えていた患者」1人とする。

問21 貴院では医療療養病床、介護療養病床に入院を希望する患者が、他の病棟・病院において、多剤の処方・服薬を行っていたり、高額な医薬品を利用していた場合、どのように薬の調整を行いますか。
(番号に○、○はいくつでも)

	医療療養病床	介護療養病床
1. 当該病床に入院する以前の入院場所(他院・一般病棟等)で薬剤を変更してから入院する	1	1
2. 当該病床に入院してから <u>すぐに</u> 薬剤を変更する	—	—
3. 薬剤を変更する説明は医師が中心となっていく	3	3
4. 薬剤を変更する説明は薬剤師が中心となっていく	4	4
5. 当該病床に入院してから <u>時間をかけて</u> 薬剤を変更する	—	—
6. 薬剤を変更する説明は医師が中心となっていく	6	6
7. 薬剤を変更する説明は薬剤師が中心となっていく	7	7
8. 薬の調整は特に行わない	8	8
9. その他 ()	9	9

問3 貴診療所における常勤換算の医師数・看護職員数・介護職員数をお答えください。(〇はひとつ)

医師数	人	看護職員数	人	介護職員数 (看護補助者数)	人
-----	---	-------	---	-------------------	---

※常勤換算の計算方法

職員数の算出については、「常勤職員の実人数」＋「非常勤職員の常勤換算人数」より求めてください。
 非常勤職員の常勤換算にあたっては、「直近1週間に当該エリアで従事した勤務時間」を「施設の通常の勤務時間」で除した数値を算出してください。(小数点第二位を四捨五入してください)
 ただし、1週間に勤務すべき時間数が32時間未満となる場合は、換算する分母を32時間としてください。

問4 貴診療所の同一法人もしくは関連法人が設置する施設・事業所の総数と、そのうち併設*する施設・事業所について、ご記入ください。(数字を記入)

※併設とは、同一敷地内、もしくは徒歩圏内に所在する施設等を指します。

	同一法人もしくは関連法人が設置する施設・事業所の総数	同一法人もしくは関連法人が設置する施設・事業所のうち、貴診療所に併設する施設・事業所
0. 同一法人もしくは関連法人が設置しているのは貴診療所のみ (〇を記入)		
1. 病院	箇所	箇所
2. 貴診療所以外の診療所	箇所	箇所
3. 従来型介護老人保健施設	箇所	箇所
4. 介護療養型老人保健施設	箇所	箇所
5. 介護老人福祉施設(特養)	箇所	箇所
6. グループホーム	箇所	箇所
7. 有料老人ホーム	箇所	箇所
8. サービス付き高齢者向け住宅	箇所	箇所
9. その他の居住系施設	箇所	箇所
10. 通所系サービス	箇所	箇所
11. 訪問系サービス	箇所	箇所
12. 短期入所サービス	箇所	箇所

※通所系サービスとは、通所介護、通所リハビリテーションなどを指します。

※訪問系サービスとは、訪問介護、訪問リハビリテーション、訪問入浴介護、訪問看護ステーションなどを指します。

※短期入所サービスとは、短期入所生活介護、短期入所療養介護などを指します。

問5 貴診療所の所在する地域における退所先の受け皿の量について、お答えください。(〇をひとつずつ)

	十分にあり、いつでも利用可能	申請すれば1ヶ月程度で利用可能	申請すれば1年以内に利用可能	資源量はほぼないか、申請しても1年以上待つ
1. ホスピス病棟を有する病院	1	2	3	4
2. 長期療養が可能な病院・診療所(自院含む)	1	2	3	4
3. 介護施設(老健・特養)	1	2	3	4
4. 居住系の施設(グループホーム・サ高住等)	1	2	3	4
5. 在宅療養の医療的支援(訪問看護等)	1	2	3	4

※貴診療所の所在する地域とは、入院患者の退院先として紹介できる範囲を指します。

※同一法人もしくは関連法人であるか否かは問いません。

問6 貴診療所の情報についてご記入ください。

		医療療養病床	介護療養病床
のべ入院患者数 (H26/11)		人	人
1人1日あたり換算点数(単位数) (H26/11) 注1		点	点
医療区分2・3に該当する患者の割合 (H26/11) 注2		%	%
平均在院日数注3		人日	人日
死亡退院者数 (H26/9/1～H26/11/30)		人	人
夜間配置数 (11月末日24時時点)	看護職員	人	人
	介護職員・看護補助者	人	人

注1：1人1日あたり換算点数の計算方法

1人1日あたり換算点数(単位数)については、入院基本料/介護療養施設サービス費以外の加算も全て含むものとし、以下の式により求めてください。

1人1日あたり換算点数(単位数) = ①に掲げる数 ÷ ②に掲げる数 (小数点以下は切上げ)

①当該病床における平成26年11月1ヶ月で請求した点数(単位数)(自己負担分を含む)

②平成26年11月1ヶ月の当該病床への延べ入院患者数

注2：医療区分2・3に該当する患者の割合

入院患者の医療区分を把握している場合にご記入ください。

療養病棟入院基本料1の届出を行う場合の添付資料に準じるものとし、各病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の「医療区分3の患者」と「医療区分2の患者」との合計の割合の1ヶ月の平均をご記入ください。

1ヶ月の平均を算出することが困難である場合には、11月末日の1日の割合をご記入ください。

注3：平均在所日数の計算方法

平均在所日数については、以下の式により求めてください。

平均在所日数 = ①に掲げる数 ÷ ②に掲げる数 (小数点以下は切上げ)

①当該病床における直近3ヶ月間の延べ在所日数(人日)

②(当該病床における当該3ヶ月間の新入院患者数 + 当該エリアにおける当該3ヶ月間の新退院患者数) ÷ 2

問7 平成26年11月に入院していた患者のうち、以下に該当する患者の人数をご記入ください。

		医療療養病床	介護療養病床
ターミナルケア計画を作成されていた患者数 (H26/11) 注4		人	人
リハビリを行っている患者数 (H26/11) 注5		点	点
要介護度注6 (11月末日時点)	要介護1	人	人
	要介護2	人	人
	要介護3	人	人
	要介護4	人	人
	要介護5	人	人
	要支援・認定なし	人	人

注4：ターミナルケア計画を作成されていた入院患者数(実人数)

11月中のいずれかの時点でターミナルケア計画を作成されていた入院患者の実人数をご回答ください。

(例) 11月15日にターミナルケア計画を作成した・・・1人とカウント

10月20日にターミナルケア計画を作成しており、11月10日に看取りに至った・・・1人とカウント

注5：リハビリを行っている入院患者数(実人数)

11月中に1日以上リハビリを実施した入院患者の実人数をご回答ください。

注6：要介護度別の人数(11月末日時点)

11月末日時点の入院患者について、要介護度別の人数をご回答ください。

医療療養病床の場合には、入院患者の要介護度を把握している場合にご記入ください。

II. がん患者の受け入れについて

問8 療養病床(医療療養・介護療養)について、主傷病もしくは副傷病のいずれかでのがんの診断がついている患者数(平成26年11月ののべ数)、がん患者の入院前の治療・療養場所別人数(実人数)、がん患者の入院開始時期(実人数)をご記入ください。

		医療療養病床	介護療養病床
主傷病もしくは副傷病でがんの診断がついている患者ののべ人数 (H26/11) 注7		人	人
上記のがん患者の入院前の治療・療養場所別の人数(実人数) 注8	急性期病棟	人	人
	回復期・慢性期病棟	人	人
	介護保険施設人	人	人
	自宅等	人	人
上記のがん患者の入院開始時期(実人数) 注9	H25/11/30 以前	人	人
	H25/12/1～H26/5/31	人	人
	H26/6/1～H26/10/31	人	人
	H26/11/1 以降	人	人

注7：主傷病もしくは副傷病でがんの診断がついている患者ののべ人数

主傷病もしくは副傷病でがんの診断がついている患者の、11月中の延べ入院人数をご回答ください。

(例) 主傷病で胃がんの患者が11月1日～11月20日まで入院していた場合・・・20人日

主傷病は脳梗塞、副傷病が胃がん・食道がんの患者が10月1日～11月5日まで入院していた場合・・・5人日

注8：がん患者の入院前の治療・療養場所別の人数(実人数)

11月中に1日以上入院のあったがん患者について、入院前の治療・療養場所を**実人数**でご回答ください。

急性期病棟：貴診療所もしくは他院の一般病棟からの入院

回復期・慢性期病棟：貴診療所もしくは他院の回復期リハ病棟・医療療養病床・介護療養病床からの入院

介護保険施設：介護老人保健施設(老健)・介護老人福祉施設(特養)からの入院

自宅等：自宅・有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅・グループホーム等からの入院

注9：がん患者の入院開始時期(実人数)

11月中に1日以上入院のあったがん患者について、入院開始日を**実人数**でご回答ください。

転棟による入院の場合は、当該病棟への入院開始日を基準としてください。

問9 問8で回答したがんの診断がついている患者数(実人数)について、現在の病床に入院する以前の**がん治療・緩和医療に関する既往歴**と、現在の病床に入院してから提供した医療処置について、**実人数**をお答えください。(数字を記入)

現在の病床に入院する以前の既往歴	→ 現在の病床に入院してから提供した医療処置	
	医療療養病床	介護療養病床
A. 手術療法	人	人
B. 化学(薬物)療法	人	人
B-1. うち抗がん剤	人	人
B-2. うちホルモン療法	人	人
C. 放射線療法	人	人
D. 麻薬による疼痛管理	人	人
E. じょくそうの処置	人	人
F. 胸水・腹水のコントロール	人	人

例) 一般病床では抗がん剤治療を行っており現在の病床に転棟(入院)後も引き続き抗がん剤治療を続けている、という場合には、B及びB-1に1人、bおよびb-1に1人を計上してください。

例) 一般病床では麻薬を使用していなかったが現在の病床では麻薬による疼痛管理を行っている、という場合には、Dには人数を含めず、dに1人を計上してください。

例) 現在の病床に入院し始めてからがんの診断がついた場合には、問10には人数を計上する必要はありません。

問10 問9で回答した内容について、「現在の病床に入院する以前は行っていた治療内容のうち一部もしくは全部を現在の病床では提供していない」患者がいる場合、その理由ごとに人数をお答えください。
(数字を記入)

	医療療養病床	介護療養病床
現在の病床に入院する以前は行っていた治療内容のうち一部もしくは全部を現在の病床では提供していない患者数	人	人
1. 現在の病床では <u>技術的に</u> 提供できない内容であったため断念した	人	人
2. 現在の病床では <u>経済的に</u> 提供できない内容であったため断念した	人	人
3. 患者の QOL を考慮して提供しない選択を行った	人	人
4. その他 ()	人	人

問11 問9にて「現在の病床に入院してから提供した医療処置」の「抗がん剤」に患者数を回答した場合、その抗がん剤の治療費の算定方法についてお答え下さい。(〇はひとつ)

医療療養病床	1. 出来高算定している	2. 包括算定としている
介護療養病床	1. 出来高算定している	2. 包括算定としている

問12 問8で回答したがんの診断がついている患者数(実人数)について、今後の療養場所の方針として、当てはまる方針ごとに人数をお答えください。(数字を記入)

	医療療養病床	介護療養病床
1. このままの場所で看取りまで行う予定	人	人
2. 在宅療養を実施する環境が整うまでの一時的な入院 (退院の予定)	人	人
3. 介護施設の受け入れが決まるまでの一時的な入院 (退院の予定)	人	人
4. 状態に変化がみられるまではこのままの場所で療養を続ける予定	人	人
5. その他 ()	人	人

問13 貴診療所において、医療療養病床および介護療養病床にがん患者を受け入れる際に、受け入れることのできない患者の状態についてお答えください。(〇はいくつでも)

	医療療養病床	介護療養病床
1. 積極的な治療を望んでいる	1	1
2. 抗がん剤の投与を引き続き希望している	2	2
3. 痛みが強く、十分な疼痛コントロールを必要とする	3	3
4. がん性皮膚潰瘍があり、強い臭いを生じている	4	4
5. 重症の認知症がある	5	5
6. 認知症以外の精神疾患を併発している	6	6
7. その他 ()	7	7

問14 貴診療所の医療療養病床、介護療養病床におけるがん患者の療養において、抗がん剤及び医療用麻薬以外の薬剤や検査等が包括項目となっていることについて、受け入れ上の課題や問題だと感じていることはありますか。(自由回答)

Ⅲ. 特定疾患患者の受け入れについて

問15 療養病床(医療療養・介護療養)について、主傷病もしくは副傷病のいずれかで特定疾患の診断がついている患者数(平成26年11月ののべ数)、特定疾患患者の入院前の治療・療養場所別人数(実人数)、特定疾患患者の入院開始時期(実人数)をご記入ください。

		医療療養病床	介護療養病床
主傷病もしくは副傷病で特定疾患の診断がついている患者ののべ人数 (H26/11) 注10		人	人
上記の特定疾患患者の入院前の治療・療養場所別の人数(実人数) 注11	急性期病棟 (他院含む)	人	人
	回復期・慢性期病棟 (他院含む)	人	人
	介護保険施設人	人	人
	自宅等	人	人
上記の特定疾患患者の入院開始時期(実人数) 注12	H25/11/30 以前	人	人
	H25/12/1～H26/5/31	人	人
	H26/6/1～H26/10/31	人	人
	H26/11/1 以降	人	人

注10：主傷病もしくは副傷病で特定疾患の診断がついている患者ののべ人数

主傷病もしくは副傷病で特定疾患の診断がついている患者の、11月中の延べ入院人数をご回答ください。

特定疾患名については、調査説明資料の一覧表をご確認ください。

(例) 主傷病でパーキンソン病の患者が9月1日～11月20日まで入院していた場合・・・20人日

注11：特定疾患患者の入院前の治療・療養場所別の人数(実人数)

11月中に1日以上入院のあった特定疾患患者について、入院前の治療・療養場所を実人数でご回答ください。

急性期病棟：貴診療所もしくは他院の一般病棟からの入院

回復期・慢性期病棟：貴診療所もしくは他院の回復期リハ病棟・医療療養病床・介護療養病床からの入院

介護保険施設：介護老人保健施設(老健)・介護老人福祉施設(特養)からの入院

自宅等：自宅・有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅・グループホーム等からの入院

注12：特定疾患患者の入院開始時期(実人数)

11月中に1日以上入院のあった特定疾患患者について、入院開始日を実人数でご回答ください。

転棟による入院の場合は、当該病棟への入院開始日を基準としてください。

問16 問15で回答した特定疾患の診断がついている患者数(実人数)について、該当する疾患名別に人数をお答えください。(数字を記入)

	医療療養病床	介護療養病床		医療療養病床	介護療養病床
1. パーキンソン病関連疾患	人	人	6. 広範脊柱管狭窄症	人	人
2. 多発性硬化症	人	人	7. モヤモヤ病	人	人
3. 筋萎縮性側索硬化症	人	人	8. 潰瘍性大腸炎	人	人
4. 多系統萎縮症	人	人	9. その他	人	人
5. 脊髄小脳変性症	人	人	→具体的に()		

※パーキンソン病関連疾患には、進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病が含まれます。

※多系統萎縮症には、線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群が含まれます。

問17 問15で回答した特定疾患の診断がついている患者数(実人数)について、
今後の療養場所の方針として、当てはまる方針ごとに人数をお答えください。(数字を記入)

	医療療養病床	介護療養病床
1. このままの場所で看取りまで行う予定	人	人
2. 在宅療養を実施する環境が整うまでの一時的な入院 (退院の予定)	人	人
3. 介護施設の受け入れが決まるまでの一時的な入院 (退院の予定)	人	人
4. 状態に変化がみられるまではこのままの場所で療養を続ける予定	人	人
5. その他 ()	人	人

問18 問15で回答した特定疾患の診断がついている患者数(実人数)について、平成26年11月中に1度でも提供した医療処置について、人数をお答えください。(数字を記入)

	医療療養 病床	介護療養 病床		医療療養 病床	介護療養 病床
1. 気管切開部の管理	人	人	8. 人工透析	人	人
2. 喀痰吸引	人	人	9. 酸素療法	人	人
3. 中心静脈栄養	人	人	10. 人工呼吸器	人	人
4. 経鼻経管栄養	人	人	11. 点滴	人	人
5. 胃ろう・腸ろうの管理	人	人	12. 疼痛管理	人	人
6. ストーマの処置	人	人	13. じょくそうの処置	人	人
7. 留置カテーテルの処置	人	人	14. 採血	人	人

※同じ医療処置を同一患者に複数回提供した場合であっても1人とカウントしてください。

IV. その他の患者の受け入れについて

問19 平成26年11月末日時点で、常時のモニタリング・監視が必要であった患者数についてご記入ください。
(数字を記入)

	医療療養病床	介護療養病床
常時のモニタリング・監視が必要であった患者数	人	人
うち、モニタ管理を行っていた患者	人	人
うち、終末期を迎えていた患者	人	人
うち、肺炎等の軽症急性期にあり要観察状態であった患者	人	人
うち、転倒の危険が高い患者	人	人
うち、徘徊のある患者	人	人
うち、その他 ()	人	人

※モニタ管理とは、心電図モニタ、血圧モニタ、CO2 モニタ、酸素飽和度モニタ等のモニタを常時設置している状態を指します。

※うち数は、複数の状態に該当する場合には、それぞれに人数をカウントしてください。

例) 終末期で心電図モニタを設置していた場合、「常時モニタリング・監視が必要であった患者」1人、「うち、モニタ管理を行っていた患者」1人、「うち、終末期を迎えていた患者」1人とする。

病院票

平成26年12月

日本慢性期医療協会 実施

平成26年度 厚生労働省

老人保健健康増進等事業

--

「がん患者等の介護保険施設等における療養の実態に関する横断的な調査研究事業」
介護老人保健施設に関する調査 調査票

＜ご回答の方法＞

1. ご記入に先立ち、同封の「調査説明資料」を必ずお読みください。
2. 不明点などにつきましては、下記の問合せ先にて受け付けております。お気軽にお問い合わせください。よろしくお願いいたします。
3. お忙しいところ恐縮ですが、平成27年1月16日（金）までに調査票にご記入いただき、同封の返信用封筒を用いて調査事務局にご返送ください。

【お問合せ先】

「がん患者等の介護保険施設等における療養の実態に関する横断的な調査研究事業」
調査事務局（日本慢性期医療協会）

TEL：03-3355-3120（受付時間：平日9時30分～18時00分 ※12月27日～1月4日を除く）

FAX：03-3355-3122

I. 貴施設の概要

問1 貴施設の開設主体をお答えください。（○はひとつ）

- | | | |
|----------------|-----------|-----------|
| 1. 医療法人 | 2. 社会福祉法人 | 3. 地方公共団体 |
| 4. 公的・社会保険関係団体 | 5. その他（ | ） |

問2 貴施設の施設形態を、ご記入ください。（○はひとつ）

- | |
|--|
| 1. 従来型介護老人保健施設
→ <input type="checkbox"/> 在宅強化型の場合、チェックしてください |
| 2. 介護療養型老人保健施設
→ <input type="checkbox"/> 療養強化型の場合、チェックしてください |

問3 平成26年11月31日時点における貴施設の定員数・入所者数をお答えください。（○はひとつ）

定員数	床	入所者数	人
-----	---	------	---

問4 貴施設における常勤換算の医師数・看護職員数・介護職員数をお答えください。(〇はひとつ)

医師数	人	看護職員数	人	介護職員数	人
-----	---	-------	---	-------	---

※常勤換算の計算方法

職員数の算出については、「常勤職員の実人数」＋「非常勤職員の常勤換算人数」より求めてください。

非常勤職員の常勤換算にあたっては、「直近1週間に当該エリアで従事した勤務時間」を「施設の通常の勤務時間」で除した数値を算出してください。(小数点第二位を四捨五入してください)

ただし、1週間に勤務すべき時間数が32時間未満となる場合は、換算する分母を32時間としてください。

問5 貴施設の同一法人もしくは関連法人が設置する施設・事業所の総数と、そのうち併設※する施設・事業所について、ご記入ください。(数字を記入)

※併設とは、同一敷地内、もしくは徒歩圏内に所在する施設等を指します。

	同一法人もしくは関連法人が設置する施設・事業所の総数	同一法人もしくは関連法人が設置する施設・事業所のうち、貴施設に併設する施設・事業所
0. 同一法人もしくは関連法人が設置しているのは貴施設のみ(〇を記入)		
1. 病院	箇所	箇所
2. 診療所	箇所	箇所
3. 従来型介護老人保健施設	箇所	箇所
4. 介護療養型老人保健施設	箇所	箇所
5. 介護老人福祉施設(特養)	箇所	箇所
6. グループホーム	箇所	箇所
7. 有料老人ホーム	箇所	箇所
8. サービス付き高齢者向け住宅	箇所	箇所
9. その他の居住系施設	箇所	箇所
10. 通所系サービス	箇所	箇所
11. 訪問系サービス	箇所	箇所
12. 短期入所サービス	箇所	箇所

※通所系サービスとは、通所介護、通所リハビリテーションなどを指します。

※訪問系サービスとは、訪問介護、訪問リハビリテーション、訪問入浴介護、訪問看護ステーションなどを指します。

※短期入所サービスとは、短期入所生活介護、短期入所療養介護などを指します。

問6 貴施設の所在する地域における退所先の受け皿の量について、お答えください。(〇をひとつずつ)

	十分にあり、いつでも利用可能	申請すれば1ヶ月程度で利用可能	申請すれば1年以内に利用可能	資源量はほぼないか、申請しても1年以上待つ
1. ホスピス病棟を有する病院	1	2	3	4
2. 長期療養が可能な病院・診療所	1	2	3	4
3. 介護施設(老健・特養)※貴施設を含む	1	2	3	4
4. 居住系の施設(グループホーム・サ高住等)	1	2	3	4
5. 在宅療養の医療的支援(訪問看護等)	1	2	3	4

※貴施設の所在する地域とは、入所者の退所先として紹介できる範囲を指します。

※同一法人もしくは関連法人であるか否かは問いません。

問7 貴施設におけるベッド数、入所者数(平成26年11月のべ数)、1人1日あたり換算単位数、平均在所日数(直近3ヶ月)、死亡退所者数(平成26年9月～11月)をご記入ください。

なお、貴施設における入所エリアが複数のフロア／棟に分かれている場合には、それぞれ別エリアとしてご記入ください。特に分かれていない場合や、フロア／棟別の記載が難しい場合には、1行目に貴施設全体の内容をご記入ください。

棟名	ベッド数	ユニット型の有無 (ユニット型の場合○)	のべ 入所者数 (H26/11)	1人1日あたり 換算単位数 (H26/11) 注1	平均在所日数 注2	死亡退所者数 (H26/9/1～ 26/11/30)
記入例：2階フロア	60 床	○	1500 人日	900 点	150 日	10 人
エリア番号1.	床		人日	点	日	人
エリア番号2.	床		人日	点	日	人
エリア番号3.	床		人日	点	日	人
エリア番号4.	床		人日	点	日	人
エリア番号5.	床		人日	点	日	人

注1：1人1日あたり換算単位数の計算方法

1人1日あたり換算単位数については、介護保険施設サービス費以外の加算も全て含むものとし、以下の式により求めてください。

1人1日あたり換算単位数＝①に掲げる数／②に掲げる数 (小数点以下は切上げ)

①当該エリアにおける平成26年11月1ヶ月で請求した単位数(自己負担分を含む)

②平成26年11月1ヶ月の延べ入所者数

注2：平均在所日数の計算方法

平均在所日数については、以下の式により求めてください。

平均在所日数＝①に掲げる数／②に掲げる数 (小数点以下は切上げ)

①当該エリアにおける直近3ヶ月間の延べ入所日数(人日)

②(当該エリアにおける当該3ヶ月間の新入所者数+当該エリアにおける当該3ヶ月間の新退所者数)÷2

問8 問7で記入したエリアについて、主傷病もしくは副傷病のいずれかで**がん**の診断がついている入所者数(平成26年11月ののべ数)、がん患者の入所前の治療・療養場所別人数(実人数)、がん患者の入所開始時期(実人数)をご記入ください。

エリア名	主傷病もしくは副傷病でがんの診断がついている入所者ののべ人数 ^{注5} (H26/11)	左記のがん患者の入所前の治療・療養場所別の人数 (実人数) ^{注6}				左記のがん患者の入所開始時期(実人数) ^{注7}			
		病院 (急性期 病棟)	病院 (回復期・ 慢性期病棟)	介護保険 施設	自宅等	H25/11/30 以前	H25/12/1 ～ H26/5/31	H26/6/1 ～ H26/10/31	H26/11/1 以降
記入例:	300 人日	4 人	5 人	2 人	1 人	1 人	4 人	6 人	1 人
エリア番号 1.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
エリア番号 2.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
エリア番号 3.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
エリア番号 4.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
エリア番号 5.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人

注5：主傷病もしくは副傷病でがんの診断がついている入所者ののべ人数

主傷病もしくは副傷病でがんの診断がついている入所者の、11月中の延べ入所人数をご回答ください。

(例) 主傷病で胃がんの入所者が11月1日～11月20日まで入所していた場合：20人日

主傷病は脳梗塞、副傷病が胃がん・食道がんの入所者が10月1日～11月5日まで入所していた場合：5人日

注6：がん患者の入所前の治療・療養場所別の人数(実人数)

11月中に1日以上入所のあったがん入所者について、入所前の治療・療養場所を実人数でご回答ください。

急性期病棟：他院の一般病棟からの入所

回復期・慢性期病棟：他院の回復期リハ病棟・医療療養病床・介護療養病床からの入所

介護保険施設：他の介護老人保健施設(老健)・介護老人福祉施設(特養)からの入所

自宅等：自宅・有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅・グループホーム等からの入所

注7：がん患者の入所開始時期(実人数)

11月中に1日以上入所のあったがん入所者について、入所開始日を実人数でご回答ください。

問9 問7で記入したエリアについて、主傷病もしくは副傷病のいずれかで**特定疾患**の診断がついている入所者数(平成26年11月ののべ数)、特定疾患患者の入所前の治療・療養場所別人数(実人数)、特定疾患患者の入所開始時期(実人数)をご記入ください。

エリア名	主傷病もしくは副傷病で特定疾患の診断がついている入所者ののべ人数 ^{注8} (H26/11)	左記の特定疾患患者の入所前の治療・療養場所別の人数 (実人数) ^{注9}				左記の特定疾患患者の入所開始時期(実人数) ^{注10}			
		病院 (急性期 病棟)	病院 (回復期・ 慢性期病棟)	介護保険 施設	自宅等	H25/11/30 以前	H25/12/1 ～ H26/5/31	H26/6/1 ～ H26/10/31	H26/11/1 以降
記入例:	300 人日	1 人	3 人	4 人	3 人	8 人	2 人	1 人	0 人
エリア番号 1.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
エリア番号 2.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
エリア番号 3.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
エリア番号 4.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人
エリア番号 5.	人日	人	人	人	人	人	人	人	人

注8：主傷病もしくは副傷病で特定疾患の診断がついている入所者ののべ人数

主傷病もしくは副傷病で特定疾患の診断がついている入所者の、11月中の延べ入所人数をご回答ください。
特定疾患名については、調査説明資料の一覧表をご確認ください。

(例) 主傷病でパーキンソン病の入所者が9月1日～11月20日まで入所していた場合：20人日

注9：特定疾患患者の入所前の治療・療養場所別の人数(実人数)

11月中に1日以上入所のあった特定疾患入所者について、入所前の治療・療養場所を実人数でご回答ください。

急性期病棟：貴施設もしくは他院の一般病棟からの入所・転棟
回復期・慢性期病棟：貴施設もしくは他院の回復期リハ病棟・医療療養病床・介護療養病床からの入所・転棟
介護保険施設：介護老人保健施設(老健)・介護老人福祉施設(特養)からの入所
自宅等：自宅・有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅・グループホーム等からの入所

注10：特定疾患患者の入所開始時期(実人数)

11月中に1日以上入所のあった特定疾患入所者について、入所開始日を実人数でご回答ください。

問10 問7で記入したエリアについて、ターミナルケア計画を作成されていた入所者数(平成 26 年 11 月)、リハビリを行っている入所者数(平成 26 年 11 月)、要介護度別の人数(11 月末日時点)をご記入ください。

エリア名	ターミナルケア計画を作成されていた入所者数(H26/11)(実人数) ^{注11}	リハビリを行っている入所者数(H26/11)(実人数) ^{注12}	要介護度別の人数(11月末日時点) ^{注13}					
			要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要支援・認定なし等
記入例:	10 人	25 人	5 人	8 人	10 人	10 人	15 人	0 人
エリア番号 1.	人	人	人	人	人	人	人	人
エリア番号 2.	人	人	人	人	人	人	人	人
エリア番号 3.	人	人	人	人	人	人	人	人
エリア番号 4.	人	人	人	人	人	人	人	人
エリア番号 5.	人	人	人	人	人	人	人	人

注 11：ターミナルケア計画を作成されていた入所者数(実人数)

11 月中のいずれかの時点でターミナルケア計画を作成されていた入所者の実人数をご回答ください。

(例) 11 月 15 日にターミナルケア計画を作成した：1 人とカウント

10 月 20 日にターミナルケア計画を作成しており、11 月 10 日に看取りに至った：1 人とカウント

注 12：リハビリを行っている入所者数(実人数)

11 月中に 1 日以上リハビリを実施した入所者の実人数をご回答ください。

注 13：要介護度別の人数 (11 月末日時点)

11 月末日時点の入所者について、要介護度別の人数をご回答ください。

Ⅱ. がん患者の受け入れについて

- ◆ このページの設問は、問8でご回答いただいた、「主傷病もしくは副傷病でがんの診断がついている入所者数」が最も多いエリアについてご回答ください。
 (施設全体の概要を問8の一行目に記入いただいている場合には、施設全体の実態についてご回答下さい。)

がん患者の入所が最も多いエリア番号⇒	No.
上記エリアのがん患者の入所者人数 (実人数、2014/11 中)	人

- 問11 上記◆で回答したがんの診断がついている患者数(実人数)について、現在の施設に入所する以前のがん治療・緩和医療に関する既往歴と、現在の施設に入所してから提供した医療処置について、実人数をお答えください。(数字を記入)

現在の施設に入所する以前の既往歴	→	現在の施設に入所してから提供した医療処置
A. 手術療法	人	
B. 化学(薬物)療法	人	b. 化学(薬物)療法
B-1. うち抗がん剤	人	b-1. うち抗がん剤
B-2. うちホルモン療法	人	b-2. うちホルモン療法
C. 放射線療法	人	c. 放射線療法
D. 麻薬による疼痛管理	人	d. 麻薬による疼痛管理
E. じょくそうの処置	人	e. じょくそうの処置
F. 胸水・腹水のコントロール	人	f. 胸水・腹水のコントロール

- 例) 病院では抗がん剤治療を行っており現在の施設に入所後も引き続き抗がん剤治療を続けている、という場合には、B及びB-1に1人、bおよびb-1に1人を計上してください。
 例) 病院では麻薬を使用していなかったが現在の施設では麻薬による疼痛管理を行っている、という場合には、Dには人数を含めず、dに1人を計上してください。
 例) 現在施設に入所し始めてからがんの診断がついた場合には、問10には人数を計上する必要はありません。

- 問12 問11で回答した内容について、「現在の施設に入所する以前に行っていた治療内容のうち一部もしくは全部を現在の施設では提供していない」患者がいる場合、その理由ごとに人数をお答えください。(数字を記入)

現在の施設に入所する以前は行っていた治療内容のうち一部もしくは全部を現在の施設では提供していない患者数	人
1. 現在の施設では <u>技術的に</u> 提供できない内容であったため断念した	人
2. 現在の施設では <u>経済的に</u> 提供できない内容であったため断念した	人
3. 患者のQOLを考慮して提供しない選択を行った	人
4. その他 ()	人

- 問13 問11にて「現在の施設に入所してから提供した医療処置」の「抗がん剤」に患者数を回答した場合、その抗がん剤の治療費の算定方法についてお答え下さい。(〇はひとつ)

- | |
|--------------|
| 1. 出来高算定している |
| 2. 包括算定としている |

問14 前頁◆で回答したがんの診断がついている入所者数(実人数)について、今後の療養場所の方針として、当てはまる方針ごとに人数をお答えください。(数字を記入)

1. このままの場所で看取りまで行う予定	人
2. 在宅療養を実施する環境が整うまでの一時的な入所(退所の予定)	人
3. 介護施設の受け入れが決まるまでの一時的な入所(退所の予定)	人
4. 状態に変化がみられるまではこのままの場所で療養を続ける予定	人
5. その他()	人

問15 貴施設において、がん入所者を受け入れる際に、受け入れることのできない入所者の状態についてお答えください。(〇はいくつでも)

1. 積極的な治療を望んでいる 2. 抗がん剤の投与を引き続き希望している 3. 痛みが強く、十分な疼痛コントロールを必要とする 4. がん性皮膚潰瘍があり、強い臭いを生じている 5. 重症の認知症がある 6. 認知症以外の精神疾患を併発している 7. その他()

問16 貴施設において実施されている、がん患者の療養を推進するような取り組みがあればお答えください。(〇はいくつでも)

1. 麻薬施用者免許を有する医師がいる(施設内で麻薬を処方することができる) 2. 心のケアを行う専門のスタッフがいる 3. その他() 4. 特になし(がんの特化した特別な対応は行っていない)

問17 貴施設におけるがん患者の療養において、抗がん剤及び医療用麻薬以外の薬剤や検査等が包括項目となっていることについて、受け入れ上の課題や問題だと感じていることはありますか。(自由回答)

--

Ⅲ. 特定疾患入所者の受け入れについて

★ このページの設問は、問9でご回答いただいた、「主傷病もしくは副傷病で**特定疾患**の診断がついている入所者数」が最も多いエリアについてご回答ください。

(施設全体の概要を問9の一行目に記入いただいている場合には、施設全体の実態についてご回答下さい。)

特定疾患患者の入所が最も多いエリア番号 ⇒	No.
上記エリアの特定疾患患者の入所者人数 (実人数、2014/11 中)	人

問18 上記★で回答した特定疾患の診断がついている入所者数(実人数)について、該当する疾患名別に人数をお答えください。(数字を記入)

1. パーキンソン病関連疾患	人	6. 広範脊柱管狭窄症	人
2. 多発性硬化症	人	7. モヤモヤ病	人
3. 筋萎縮性側索硬化症	人	8. 潰瘍性大腸炎	人
4. 多系統萎縮症	人	9. その他	人
5. 脊髄小脳変性症	人	→具体的に (

※パーキンソン病関連疾患には、進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病が含まれます。

※多系統萎縮症には、線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群が含まれます。

問19 上記★で回答した特定疾患の診断がついている入所者数(実人数)について、今後の療養場所の方針として、当てはまる方針ごとに人数をお答えください。(数字を記入)

1. このままの場所で看取りまで行う予定	人
2. 在宅療養を実施する環境が整うまでの一時的な入所 (退所の予定)	人
3. 他の介護施設の受け入れが決まるまでの一時的な入所 (退所の予定)	人
4. 状態に変化がみられるまではこのままの場所で療養を続ける予定	人
5. その他 ()	人

問20 上記★で回答した特定疾患の診断がついている入所者数(実人数)について、平成 26 年 11 月中に1度でも提供した医療処置について、人数をお答えください。(数字を記入)

1. 気管切開部の管理	人	8. 人工透析	人
2. 喀痰吸引	人	9. 酸素療法	人
3. 中心静脈栄養	人	10. 人工呼吸器	人
4. 経鼻経管栄養	人	11. 点滴	人
5. 胃ろう・腸ろうの管理	人	12. 疼痛管理	人
6. ストーマの処置	人	13. じょくそうの処置	人
7. 留置カテーテルの処置	人	14. 採血	人

※同じ医療処置を同一入所者に複数回提供した場合であっても1人とカウントしてください。

IV. その他の入所者の受け入れについて

- 問21は、重度者割合が最も高いエリアについてご回答ください。
(施設全体の概要を問7の一行目に記入いただいている場合には、施設全体の実態についてご回答下さい。)

重度者割合が最も高いエリア番号⇒	No.
上記エリアの入所者人数 (実人数、2014/11 末日)	人

問21 平成 26 年 11 月末日時点で、常時のモニタリング・監視が必要であった入所者数についてご記入ください。(数字を記入)

	人数
常時のモニタリング・監視が必要であった入所者数	人
うち、モニタ管理を行っていた入所者	人
うち、終末期を迎えていた入所者	人
うち、肺炎等の軽症急性期にあり要観察状態であった入所者	人
うち、転倒の危険が高い入所者	人
うち、徘徊のある入所者	人
うち、その他 ()	人

※モニタ管理とは、心電図モニタ、血圧モニタ、CO2 モニタ、酸素飽和度モニタ等のモニタを常時設置している状態を指します。

※うち数は、複数の状態に該当する場合には、それぞれに人数をカウントしてください。

例) 終末期で心電図モニタを設置していた場合、「常時モニタリング・監視が必要であった入所者」1人、「うち、モニタ管理を行っていた入所者」1人、「うち、終末期を迎えていた入所者」1人とする。

問22 貴施設では入所を希望する入所者が、病院・在宅等において、多剤の処方・服薬を行っていたり、高額な医薬品を利用していた場合、どのように薬の調整を行いますか。(〇はいくつでも)

1. 当該病床に入所する以前の入所場所 (他院・一般エリア等) で薬剤を変更してから入所する
2. 当該病床に入所してからすぐに薬剤を変更する
 - 2-1. 薬剤を変更する説明は医師が中心となっていく
 - 2-2. 薬剤を変更する説明は薬剤師が中心となっていく
3. 当該病床に入所してから時間をかけて薬剤を変更する
 - 3-1. 薬剤を変更する説明は医師が中心となっていく
 - 3-2. 薬剤を変更する説明は薬剤師が中心となっていく
4. 薬の調整は特に行わない
5. その他 ()

問23 貴施設において、扱いの処方箋の難しい医薬品を処方されている入所者はいますか。またその医薬品はなぜ扱いが難しいのか、可能な範囲でお答えください。(自由回答)

問24 出来高算定できる医薬品(抗がん剤・麻薬など)以外の医薬品について、貴施設の持ち出しとなっている高額な医薬品があればお答えください。(自由回答)

問25 貴施設において、これまでに受け入れの難しい医療機器を利用している入所者・利用意向のある入所者はいましたか。(自由回答)

問26 貴施設において、これまでに「ベッドに空きはあるが受け入れを断った患者(受け入れが困難であった患者)」はいましたか。いた場合には、なぜ受け入れが困難であったのか、その理由を教えてください。(自由回答)

平成 26 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
がん患者等の介護保険施設等における療養の実態に関する
横断的な調査研究事業 報告書

平成 27 年 3 月

発行 一般社団法人 日本慢性期医療協会

〒162-0067

東京都新宿区富久町 11-5

シャトレ市ヶ谷 2 階

TEL: 03(3355)3120

FAX: 03(3155)3122

本報告書の全部又は一部を問わず、無断転載を禁じます。