

平成 29 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分)

**高齢者施設等における医療ニーズ対応のあり方に関する
調査研究事業**

報 告 書

平成 30 年 (2 0 1 8 年) 3 月

公益社団法人 全日本病院協会

目 次

報告書（概要）	1
第1章 調査の目的と方法	7
1. 本調査の目的.....	7
2. 調査研究の設計上の視点.....	8
3. 調査研究の方法.....	9
第2章 アンケート調査結果（施設類型別集計）	10
1. 調査票の回収状況.....	10
2. 回答施設の基本属性.....	11
3. 入所者・入居者の状態と受け入れの可否.....	17
4. 入退居・入退所の発生状況.....	21
5. 入院および退院後の復帰の発生状況.....	23
6. 在宅医療等の利用状況.....	24
7. 医療職との連携状況.....	25
8. 看取りの実施状況.....	31
9. 入居者の金銭的負担について.....	34
10. 小括.....	35
第3章 医療的な処置を必要とする入所者・入居者の受入を可とする施設の特徴の抽出	36
1. 課題意識の整理.....	36
2. 分析対象とする施設類型および医療的な処置.....	36
3. 集計・比較の方法.....	37
4. 集計・比較の結果.....	37
5. 小括.....	44

第4章 ヒアリング調査	45
1. 調査方法と対象施設	45
2. 調査結果	45
第5章 まとめと提言	52
1. まとめ	52
2. 提言	53
附録 調査票	54
事業実施体制	63

高齢者施設等における医療ニーズ対応のあり方に関する調査研究事業 報告書(概要)

1. 本研究の内容

本研究は、全国のサービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、および認知症対応型共同生活介護事業所（認知症グループホーム）といった高齢者向け住まいでの医療ニーズ対応への機能強化を進めるため、これらの施設の医療ニーズ等の実態を把握するとともに、施設類型の違いによる人員配置等の差異が、利用者の受け入れに及ぼす影響について調査し、今後の高齢者施設等における医療提供体制のあり方について検討を行ったものである。

研究に当たっては、調査の設計や分析の方法について検討するため、病院経営者や有識者からなる事業検討委員会を組織し、議論を行うとともに、全国のサービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、および認知症グループホームの計 4,000 施設に対して、郵便により調査票を発送・回収するアンケート調査を行った（実施時期：2017 年 12 月）。また、医療ニーズ対応において優れていると思われる各種施設を対象としたインタビュー調査を実施した。

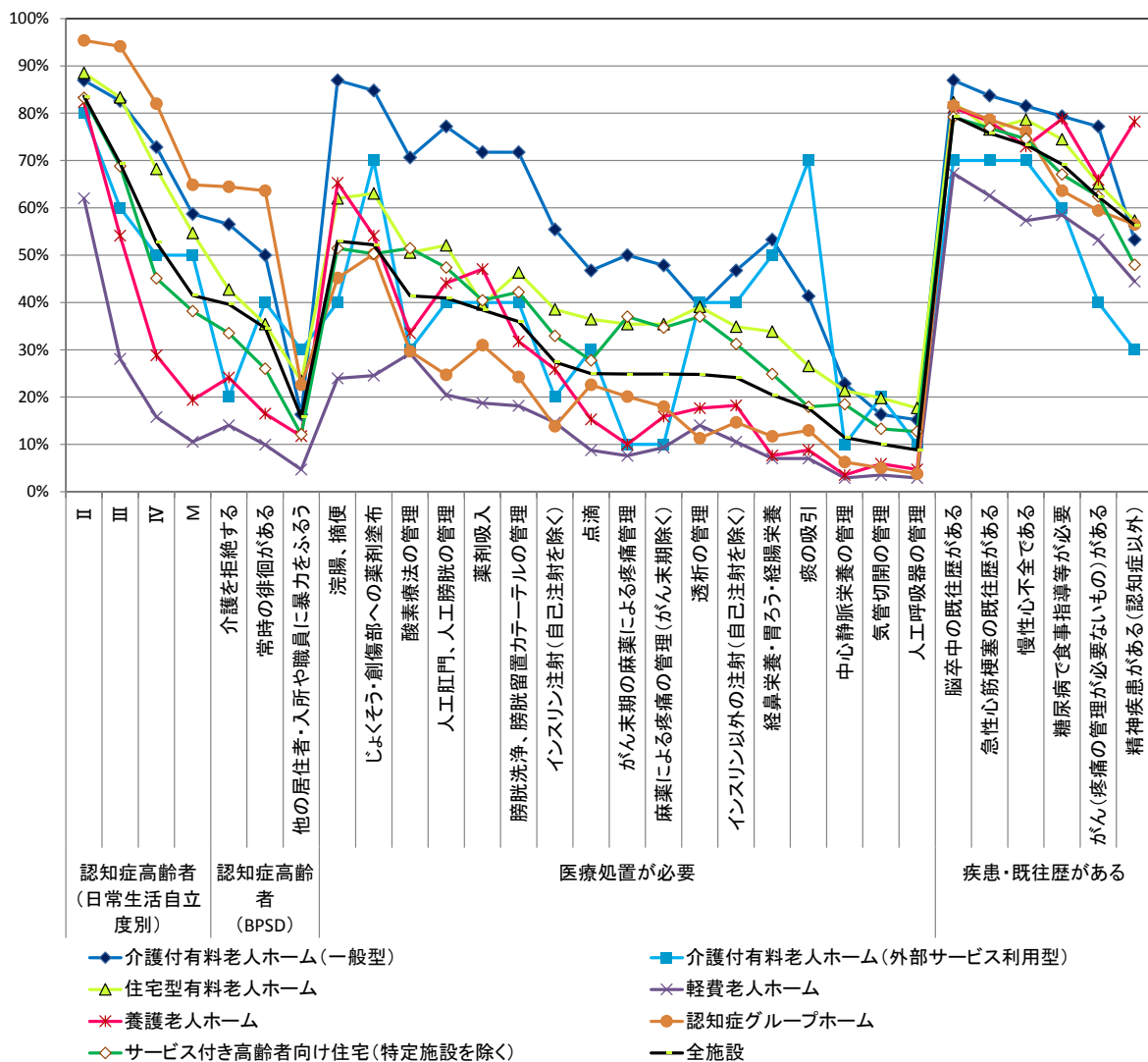
2. 調査研究の主要結果

(1) 状態像別の受入の可否に係る施設類型間比較

認知症の状態・医療的な処置の必要性・疾病や既往歴の有無等の入所者・入居者の新規受入の可否について、施設区分間で比べると、下記のような特徴がみられる。

- ・介護付有料老人ホーム（一般型） …医療的な処置を必要とする者の受入能力が高い
- ・住宅型有料老人ホーム …認知症・医療的な処置に関する受入能力は中程度
- ・軽費老人ホーム …認知症・医療的な処置に関する受入能力は低い
- ・養護老人ホーム …認知症・医療的な処置に関する受入能力は低い～中程度
- ・認知症グループホーム …認知症に関する受入能力が高く、医療的な処置に関する受入能力は低い
- ・特定施設でないサービス付高齢者向け住宅 …住宅型有料老人ホームと比べ、認知症に関する受入れ能力はやや低く、医療的な処置に関する受入能力は同程度
- ・疾患や既往歴に関する受入れ能力は、施設区分間の差は小さい

図表1. 入所者・入居者の新規の受入について「困難でない」と回答した施設の割合



(2) 状態像別の受入困難となる理由

認知症・医療的な処置・疾病や既往歴といった状態別に、「新規の受入が困難」と回答した施設が、受入困難な理由として挙げたものの割合をみると、新規の入所者・入居者の受入が困難となる理由として、中重度の認知症や認知症に伴う行動・心理症状、認知症以外の精神疾患を有する入所者・入居者については「対応にかかる業務負担の大きさ」を挙げる施設が多い一方、医療的な処置の必要がある入所者・入居者については「看護師の不在（配置がない、または不在の時間帯がある）」を挙げる施設が多い。

図表2. 入所者・入居者の新規の受入について「困難でない」と回答した施設の割合

		a.医師との連携が十分にとれない	b.看護職員が配置されていない	c.看護職員は配置されているが、不在の日や時間帯がある	d.看護職員のスキルに不安がある	e.必要な訪問看護を確保できない	f.介護職員のスキルに不安がある	g.対応にかかる業務負担が大きく、現状の職員数では対応が困難	h.状態が急変するリスク大きい	i.必要な器材が確保できない	j.その他
認知症高齢者 (日常生活自立度別)	II	7.3%	26.4%	10.9%	3.6%	5.5%	19.1%	65.5%	9.1%	5.5%	30.9%
	III	5.4%	16.1%	8.4%	2.3%	3.1%	17.6%	73.9%	6.9%	3.1%	23.0%
	IV	5.7%	14.3%	10.7%	3.9%	4.3%	21.1%	72.8%	11.6%	4.8%	23.6%
	M	9.6%	14.7%	12.3%	3.7%	4.4%	25.4%	72.8%	14.6%	6.2%	22.2%
認知症高齢者 (BPSD)	介護を拒絶する	5.0%	6.6%	6.1%	1.7%	2.3%	26.2%	70.8%	8.3%	1.9%	24.7%
	常時の徘徊がある	4.1%	6.9%	6.4%	2.0%	2.4%	16.8%	81.3%	9.3%	3.6%	24.4%
	他の居住者・入所や職員に暴力をふるう	5.5%	6.1%	6.5%	2.4%	2.0%	21.4%	70.6%	11.9%	2.5%	34.6%
医療処置が必要	浣腸、摘便	8.4%	59.6%	29.6%	2.7%	7.1%	8.7%	14.9%	6.7%	5.8%	11.8%
	じょそう・創傷部への薬剤塗布	11.6%	53.5%	34.6%	3.7%	8.0%	10.5%	16.6%	7.7%	8.0%	14.6%
	酸素療法の管理	11.2%	46.2%	39.1%	3.3%	6.6%	10.9%	18.3%	11.4%	13.8%	14.2%
	人工肛門、人工膀胱の管理	9.1%	50.6%	32.9%	4.7%	6.1%	12.3%	18.2%	8.4%	8.4%	15.2%
	薬剤吸入	9.4%	50.4%	37.4%	3.5%	7.9%	7.7%	14.1%	6.9%	9.4%	12.4%
	膀胱洗浄、膀胱留置カテーテルの管理	10.4%	49.2%	38.4%	4.3%	8.0%	9.4%	16.9%	8.0%	12.1%	13.2%
	インスリン注射（自己注射を除く）	9.3%	48.1%	44.4%	2.5%	8.9%	5.9%	12.9%	7.6%	4.5%	10.0%
	点滴	11.8%	45.2%	42.5%	3.0%	9.0%	5.9%	14.3%	7.1%	9.4%	13.0%
	がん末期の麻薬による疼痛管理	20.2%	40.5%	37.3%	5.9%	7.9%	12.6%	18.8%	19.8%	8.0%	16.2%
	麻薬による疼痛の管理（がん末期除く）	19.5%	40.3%	36.6%	6.0%	7.2%	11.8%	17.6%	16.9%	7.5%	17.3%
	透析の管理	12.8%	42.0%	33.5%	5.1%	6.1%	9.6%	20.1%	14.4%	14.5%	16.8%
	インスリン以外の注射（自己注射を除く）	9.4%	45.5%	43.4%	3.4%	8.9%	5.6%	12.6%	6.8%	5.7%	11.6%
	経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養	10.4%	44.7%	40.0%	4.3%	8.4%	10.4%	18.0%	8.9%	10.9%	13.9%
	痰の吸引	7.1%	41.1%	44.8%	2.7%	7.0%	15.1%	17.1%	11.1%	11.2%	13.0%
中心静脈栄養の管理	12.9%	41.7%	41.5%	5.2%	8.3%	7.8%	14.8%	10.9%	10.9%	14.0%	
気管切開の管理	12.5%	41.4%	40.3%	6.2%	6.9%	10.2%	16.3%	14.9%	13.5%	14.2%	
人工呼吸器の管理	14.1%	40.6%	39.6%	6.3%	7.3%	11.0%	17.9%	17.5%	17.1%	15.1%	
疾患・既往歴 がある	脳卒中の既往歴がある	13.9%	44.8%	24.2%	4.8%	7.9%	19.4%	29.1%	26.7%	9.1%	24.2%
	急性心筋梗塞の既往歴がある	12.6%	42.7%	24.1%	4.0%	7.0%	16.6%	25.6%	33.2%	7.0%	22.1%
	慢性心不全である	15.6%	40.2%	30.4%	4.5%	8.9%	17.0%	25.4%	33.0%	7.6%	21.9%
	糖尿病で食事指導等が必要	10.9%	33.3%	16.9%	3.0%	5.2%	21.0%	26.2%	12.4%	6.4%	38.2%
	がん（疼痛の管理が必要ないもの）がある	18.0%	42.5%	30.7%	4.1%	8.3%	14.7%	23.9%	19.8%	7.1%	18.6%
精神疾患がある（認知症以外）	12.2%	21.0%	13.9%	5.6%	3.9%	33.4%	48.5%	16.3%	3.9%	30.5%	

(3) 夜間・休日の急病人発生時の医師との連絡環境と医療的な処置を要する入所者・入居者の受入可否との関係

介護付有料老人ホームにおける痰の吸引、住宅型有料老人ホームにおけるインスリン注射、がん末期の麻薬による疼痛管理、経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養、痰の吸引、及びサービス付き高齢者向け住宅における痰の吸引について、**夜間に急病人が発生した場合**に医師にすぐ連絡のとれる施設の方が、連絡が取れない場合がある施設よりも、入所者・入居者の新規受入が可能な施設割合が有意に大きい。

また、介護付有料老人ホームにおける痰の吸引、住宅型有料老人ホームにおけるがん末期の麻薬による疼痛管理、経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養、痰の吸引、及びサービス付き高齢者向け住宅におけるインスリン注射、痰の吸引について、**休日に急病人が発生した場合**に医師にすぐ連絡のとれる施設の方が、連絡が取れない場合がある施設よりも、入所者・入居者の新規受入が可能な施設割合が有意に大きい。

図表3. 医療的な処置を要する入所者・入居者の新規の受入が可能な施設割合
(**夜間**に急病人が発生した際の医師との連絡環境別)

施設類型	急病人発生時の医師との連絡環境(夜間)	該当施設数	下記の医療的な処置を要する入所者・入居者について、新規の受入が可能な施設割合				
			褥瘡・創傷部への薬剤塗布	インスリン注射(自己注射除く)	がん末期の麻薬による疼痛管理	経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養	痰の吸引
介護付有料老人ホーム(一般型)	医師にすぐ連絡がとれる連絡がとれない場合がある χ ² 乗検定	71	85.9%	60.6%	54.9%	56.3%	47.9%
		17	76.5%	35.3%	29.4%	35.3%	11.8%*
住宅型有料老人ホーム	医師にすぐ連絡がとれる連絡がとれない場合がある χ ² 乗検定	121	68.6%	47.1%	45.5%	40.5%	35.5%
		61	59.0%	26.2%*	21.3%*	14.8%**	13.1%**
特定施設でないサービス付き高齢者向け住宅	医師にすぐ連絡がとれる連絡がとれない場合がある χ ² 乗検定	105	54.3%	38.1%	42.9%	27.6%	23.8%
		55	41.8%	20.0%†	29.1%	16.4%	5.5%**

† : p<0.1, * : p<0.05, ** : p<0.01, *** : p<0.001

図表4. 医療的な処置を要する入所者・入居者の新規の受入が可能な施設割合
(**休日**に急病人が発生した際の医師との連絡環境別)

施設類型	急病人発生時の医師との連絡環境(休日)	該当施設数	下記の医療的な処置を要する入所者・入居者について、新規の受入が可能な施設割合				
			褥瘡・創傷部への薬剤塗布	インスリン注射(自己注射除く)	がん末期の麻薬による疼痛管理	経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養	痰の吸引
介護付有料老人ホーム(一般型)	医師にすぐ連絡がとれる連絡がとれない場合がある χ ² 乗検定	69	87.0%	59.4%	55.1%	59.4%	49.3%
		20	75.0%	45.0%	30.0%	30.0%	15.0%*
住宅型有料老人ホーム	医師にすぐ連絡がとれる連絡がとれない場合がある χ ² 乗検定	121	69.4%	45.5%	45.5%	40.5%	35.5%
		60	56.7%	26.7%†	20.0%**	13.3%**	11.7%**
特定施設でないサービス付き高齢者向け住宅	医師にすぐ連絡がとれる連絡がとれない場合がある χ ² 乗検定	111	55.0%	39.6%	44.1%	30.6%	24.3%
		51	39.2%	17.6%*	25.5%†	9.8%*	3.9%**

† : p<0.1, * : p<0.05, ** : p<0.01, *** : p<0.001

3. まとめと提言

(1) まとめ

本研究では、介護付有料老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホームおよびサービス付き高齢者向け住宅を対象に、施設の人員配置や認知症や医療的な処置、疾病・既往歴等を有する入所者・入居者の受入の可否、医療職・医療機関との連携状況等を把握し、施設類型化間の比較や、医療的な処置を必要とする入所者・入居者の受入を可とする施設の特徴の把握等を行った。

その結果、下記のような事項が明らかとなった。

- ・新規の入所者・入居者の受入が困難となる理由として、中重度の認知症や認知症に伴う行動・心理症状、認知症以外の精神疾患を有する入所者・入居者については「対応にかかる業務負担の大きさ」を挙げる施設が多い一方、医療的な処置の必要がある入所者・入居者については「看護師の不在（配置がない、または不在の時間帯がある）」を挙げる施設が多い。
- ・認知症や医療的な処置、疾病・既往歴等を有する入所者・入居者の受入の可否に関する施設類型間の差異についてみると、職員配置の状況に連動する向きが強い。すなわち、介護職員の配置が多い認知症グループホームや介護付有料老人ホームでは、認知症の入所者・入居者の受入を可能とする施設が多く、医師・看護師の配置も多い介護付き有料老人ホームでは、医療的な処置を必要とする入所者・入居者の受入を可能とする施設が多い。また、看護師の配置がないケースが多く、また、看護職員数の配置がやや少ない住宅型有料老人ホームや、特定施設でないサービス付き高齢者向け住宅では、介護付有料老人ホームに比べて医療的な処置を必要とする入所者・入居者の受入を可能とする施設がやや少ない。また、低所得者の受入を主たる機能とする軽費老人ホーム・養護老人ホームは、医療ニーズを有する高齢者や認知症高齢者の受入を必ずしも志向しておらず、看護職員・介護職員のいずれについても配置が少ない。
- ・介護付有料老人ホーム・住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅を対象として、医療的な処置を必要とする入所者・入居者の受入が可能な施設の特徴についてみると、医療職や医療機関と緊密な連携を行っている施設や、入所定員の大きな施設において、新規受入が可能な施設が多い傾向がみられる。

(2) 提言

本調査では、医療ニーズを有する高齢者を高齢者向け住まいに受け入れるにあたり、施設に医療職が配置されている、あるいは常時の配置があることが、きわめて重要な要素となっていることが明らかとした。一方で、少子高齢化に伴って職種によらず人手の確保が困難となりつつある中で、「医療ニーズを有する高齢者を受入れるために高齢者向け住まいへの医療職の配置を増やす」という選択肢は、大きな自己負担を伴う介護付有料老人ホーム等を除き、とりづらいのが実情といえる。

一方、本研究は、医療職の配置がない、あるいは少ない場合が多い住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の中でも、夜間や休日の急病人発生時にも医師への連絡がとりやすい、あるいは緊急の訪問看護を提供する事業所がある等、外部の医療職や医療機関との連携体制を確保している施設において、医療的な処置の必要のある入所者・入居者の受入を可とする施設が多いことを明らかにした。今後、比較的自己負担の少ない住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅においても医療ニーズを有する高齢者を受入れるに当たっては、訪問や相談を提供する医療機関等を地域において確保することが、重要な選択肢となるものと考えられる。

また、本研究は、規模の大きい施設の方が、医療的な処置の必要のある入所者・入居者の受入を可とする施設が多いことや、医療的な処置の必要のある入所者・入居者の受入を行うためには、看護職員の「多さ・少なさ」よりも「有無」の方が重要な要素であることも明らかにした。これらを勘案すると、1人以上の看護職員を配置し、かつその看護職員が、一定人数以上の入所者・入居者の医療ニーズに対応するといった体制を構築する方が、より効率的な対応体制であると考えられる。看護職員を配置するための財政基盤の確保、配置した看護職員による効率的な医療ニーズへの対応の両面から、施設の大規模化が、看護職員を含む担い手の確保が困難となりつつある現在において、医療ニーズを有する高齢者を高齢者向け住まいに受け入れるにあたり、有効な手段の1つとなりうるのではないか。

第1章 調査の目的と方法

1. 本研究の目的

近年、高齢者人口の増加、特に家族介護力の低い高齢の単独世帯や夫婦のみの世帯の増加等を背景として、一定の介護や生活支援を提供する有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅（以下「有料老人ホーム等」という。）といった高齢者向け住まいは増加の一途を辿っている。

有料老人ホームは2015年時点で約42万人分、サービス付き高齢者向け住宅は2018年2月時点で約23万戸が供給されている。この有料老人ホーム等の合計定員数は既に特別養護老人ホームの定員数（約53万人、2016年介護サービス施設・事業所調査）を超えており、高齢期の「住まい」の選択肢として大きなものとなっている。

さらに、急性期病院における平均在院日数の短縮化や療養病床の再編等の動きにより入院患者の地域移行が進んでおり、結果として従来よりも医療ニーズの高い在宅療養患者が増加している（現在、ほぼ全ての都道府県での策定が終わった地域医療構想においても、相当程度の在宅療養患者数の発生が見込まれている）。

2015年度介護報酬改定の「効果検証・調査研究」の調査結果でも、多くの特別養護老人ホームにおいて褥瘡処置や胃瘻・腸瘻、カテーテル管理等の一定程度の医療的ケアを実施しており、看取りについても「希望があれば施設内で看取る」との回答が特別養護老人ホームの8割程度に及んだことも医療ニーズの高い入所者の増加を反映しており、有料老人ホーム等も含めた高齢者向け住まいにおける医療ニーズの高い利用者への対応力の強化が求められるところである。

しかし、これら的高齢者向け住まい（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、認知症高齢者グループホーム）では、施設類型ごとに医療の給付範囲や介護の報酬、施設基準等の差異があり、医療ニーズの高い利用者への対応能力に違いがあるのが現状である。

本事業では、高齢者向け住まいでの医療ニーズ対応への機能強化を進めるため、これらの施設の医療ニーズ等の実態を把握するとともに、施設類型の違いによる医療の給付範囲や介護の報酬、施設基準等の差異が、利用者の受け入れに及ぼす影響について調査し、今後の高齢者施設等における医療提供体制のあり方について検討を行った。

2. 調査研究の設計上の視点

本事業では、医療ニーズへの対応に影響を与える要素と、医療ニーズ対応に必要な方策を検討するため、下記のような観点から調査を設計した。

1. 施設類型

特定施設入居者生活介護等の指定や、介護職員によるたん吸引等に係る事業者登録、グループ内に医療機関を設置する法人の有無について、実態を把握し、医療ニーズ対応との関連を調査する。

2. 職員体制

医療職・リハ職・介護職の常勤・非常勤人数を問う設問、時間帯別の人員配置を把握し、医療ニーズへの対応にとくに影響を及ぼす職種や、対応に効果的な人員配置を特定する。

3. 利用者の状態像

利用者の要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度、成年後見人制度の利用状況、医療ニーズ別の人数、入居前の居場所と退去先、入院の発生原因を、施設のパターンごとに把握する。

4. 医療ニーズ別の受入可能性

利用者の持つ医療ニーズについて、受入可能性と受入困難な場合の理由を、施設のパターンごとに把握する。

5. 医療機関との連携状況

利用者の在宅医療の利用状況、緊急時、入退院時等の医療機関との連携状況を把握し、医療ニーズ対応との関連を調査する。

6. 看取りについての方針

施設内での看取りの方針、実績、方針決定のための施策の有無について、施設のパターンごとに把握する。

3. 調査研究の方法

本調査研究では、調査の設計や分析の方法について検討するため、病院経営者や有識者からなる事業検討委員会を組織し、議論を行った。

調査研究に当たっては、全国のサービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、および認知症対応型共同生活介護事業所（認知症グループホーム）の計 4,000 施設に対して、郵便により調査票を発送・回収するアンケート調査を行った（実施時期：2017年12月）。

また、医療ニーズ対応において優れていると思われる各種施設を対象としたインタビュー調査を実施した。

図表1. アンケート調査の対象と客体抽出方法

調査対象	抽出方法
○特定施設（有料老人ホーム）（1,000 施設） ○軽費老人ホーム（600 施設） ○養護老人ホーム（400 施設）	各都道府県（一部市町村）が、作成し公表している施設名簿をとりまとめ、無作為抽出
○認知症対応型共同生活介護事業所（1,000 施設）	各都道府県「介護サービス情報公表システム」に基づき、株式会社ケアレビューが医療介護情報局（ http://caremap.jp/ ）にて提供する介護サービス事業所の名簿から無作為抽出
○特定施設以外のサービス付き高齢者向け住宅（1,000 棟）	一般社団法人すまいづくりまちづくりセンター連合会「サービス付き高齢者向け住宅情報公表システム」（ https://www.satsuki-jutaku.jp/inquiry.html ）に、特定施設以外として登録されているサービス付き高齢者向け住宅から無作為抽出

第2章 アンケート調査結果（施設類型別集計）

高齢者施設においては、施設類型ごとに設置目的が異なるため、施設基準や介護報酬等において差が設けられている。本調査においては、施設類型ごとの人員配置・提供サービスの差が入所者・入居者の医療ニーズへの対応に影響すると想定し、施設類型ごとの集計を行った。

1. 調査票の回収状況

発送した4,000施設のうち、1,065施設から回答を得た（回収率26.6%）。

回収した調査票は、併設施設について回答したと思われる調査票や、発送先の施設と併設施設の両方にまたがって回答したと思われる調査票があったこと、サービス付き高齢者向け住宅のうち特定施設に該当するものは、集計時に介護付有料老人ホームとして扱ったことから、施設区分別の調査票の数は、発送ベースと集計ベースとで異なる。

図表2. アンケート調査票の発送・回収状況

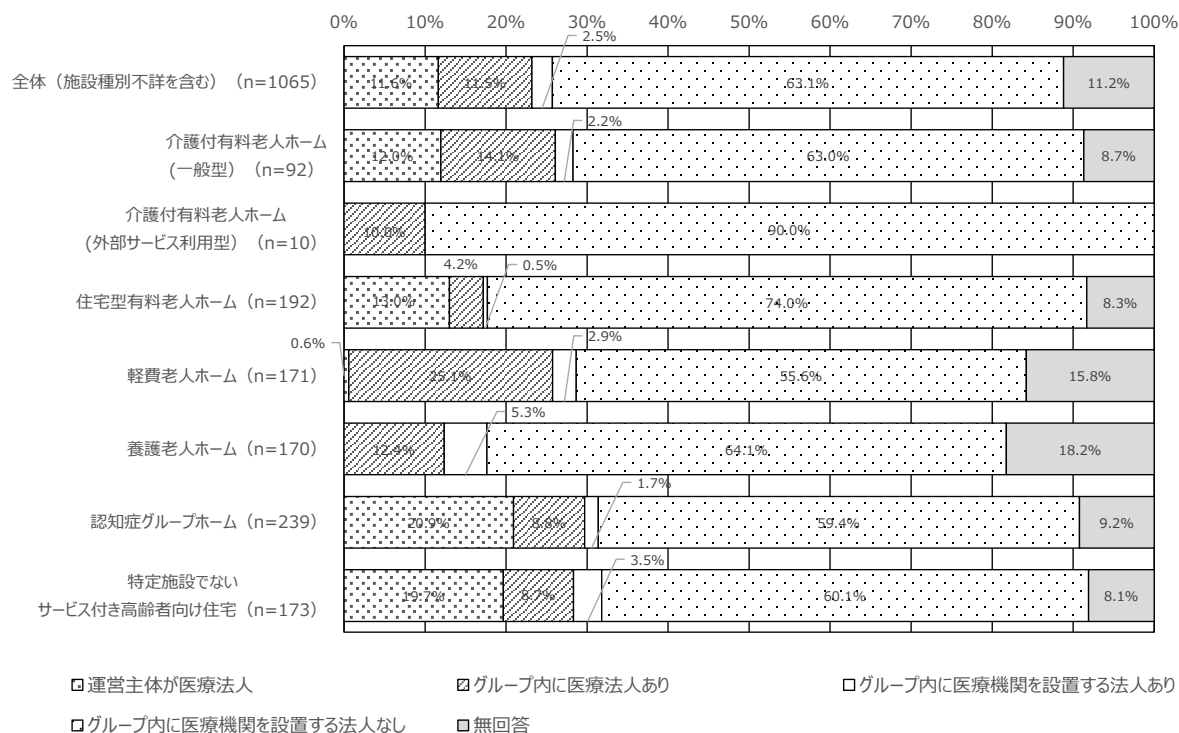
発送時の施設区分	発送数	最終回収数	回収率	集計における施設区分	
					施設数
有料老人ホーム	1,000	275	27.5%	介護付有料老人ホーム（一般型）	92
				介護付有料老人ホーム（外部サービス利用型）	10
				住宅型有料老人ホーム	192
軽費老人ホーム	600	173	28.8%	軽費老人ホーム	171
養護老人ホーム	400	169	42.3%	養護老人ホーム	170
認知症対応型共同生活介護事業所	1,000	248	24.8%	認知症グループホーム	239
サービス付き高齢者向け住宅	1,000	200	20.0%	サービス付き高齢者向け住宅（特定施設でないもの）	173
				施設区分の不詳なもの	18
合計	4,000	1,065	26.6%	合計	1,065

2. 回答施設の基本属性

① 運営主体の業種（医療法人等との関係）

いずれの施設区分においても、グループ内に医療機関を設置する法人のない運営主体が過半数を占めるが、認知症グループホームやサービス付き高齢者向け住宅、介護付き有料老人ホームでは、約30%が医療法人自体が運営、もしくはグループ内に医療機関を設置する法人を持つ法人が経営している。

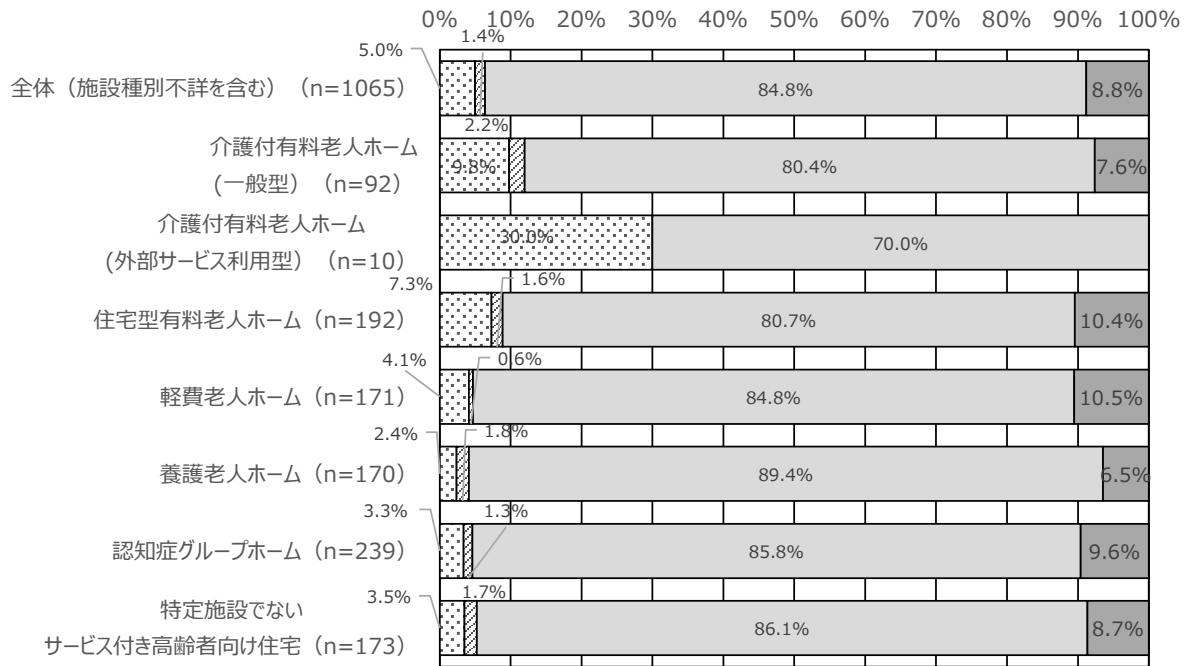
図表3. 運営主体の業種（医療法人等との関係）



② 特定行為事業者等の加算について

登録喀痰吸引等事業者・登録特定行為事業者の認定が最も多いのは介護付有料老人ホーム（外部サービス利用型）であり、3割が認定を受けていた。次いで多いのは介護付有料老人ホーム（一般型）、住宅型有料老人ホームである。

図表4. 介護職員によるたん吸引等に係る事業者登録の有無



□ 登録喀痰吸引等事業者である ▨ 登録特定行為事業者である □ 1～2のどちらにも該当しない ■ 無回答

③ 併設施設

併設施設としては、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、通所介護事業所など、介護保険サービス事業所が多いが、病院・有床診療所を併設する施設（6.0%）、無床診療所と併設する施設（8.5%）、介護老人保健施設を併設する施設（5.1%）も存在する。

図表5. 施設を併設している割合

併設施設	全体 (施設種別 不詳を含む)	施設類型						
		介護付有料 老人ホーム (一般型)	介護付有料 老人ホーム (外部サービ ス利用型)	住宅型有料 老人ホーム	軽費老人 ホーム	養護老人 ホーム	認知症グ ループホーム	サービス付き 高齢者向け 住宅 (特定施設を 除く)
集計対象とした施設数	(n=1065)	(n=92)	(n=10)	(n=192)	(n=171)	(n=170)	(n=239)	(n=173)
病院・有床診療所	6.0%	8.7%	0.0%	5.2%	8.2%	2.9%	5.0%	8.7%
無床の一般診療所	8.5%	6.5%	0.0%	4.7%	8.8%	22.4%	2.9%	8.7%
歯科診療所	1.4%	2.2%	0.0%	0.5%	1.8%	0.6%	1.7%	2.3%
訪問看護事業所(みなし含む)	10.3%	9.8%	0.0%	15.6%	8.2%	1.2%	6.7%	21.4%
居宅介護支援事業所	36.2%	25.0%	20.0%	32.3%	54.4%	33.5%	26.8%	45.7%
地域包括支援センター	4.2%	0.0%	0.0%	1.6%	8.8%	10.0%	2.9%	1.7%
訪問介護事業所	36.2%	19.6%	50.0%	52.1%	36.8%	39.4%	10.0%	60.7%
訪問リハビリテーション事業所	4.1%	2.2%	0.0%	4.2%	4.7%	1.8%	4.2%	7.5%
通所介護事業所	39.8%	30.4%	50.0%	48.4%	57.9%	32.9%	27.2%	42.8%
通所リハビリテーション事業所	7.4%	8.7%	0.0%	5.7%	12.9%	1.2%	7.9%	9.8%
介護老人保健施設	5.1%	4.3%	0.0%	2.6%	14.6%	1.2%	5.0%	3.5%
介護老人福祉施設	14.4%	3.3%	0.0%	4.7%	40.4%	28.8%	6.7%	3.5%
小規模多機能型居宅介護	7.8%	7.6%	0.0%	3.6%	3.5%	2.4%	14.2%	11.6%
認知症対応型共同生活介護	9.1%	6.5%	10.0%	3.1%	20.5%	5.3%	-	2.9%
定期巡回・臨時対応型訪問介護看護	2.8%	1.1%	0.0%	3.1%	2.3%	0.6%	2.1%	6.9%
その他の介護サービス事業所	11.3%	6.5%	0.0%	8.9%	14.0%	12.9%	8.8%	16.2%
障害者へのサービス提供を行う事業所	7.1%	6.5%	0.0%	9.9%	7.6%	5.3%	5.4%	8.1%
保育所等、子どもへのサービス提供を行う事業所	5.4%	5.4%	0.0%	4.2%	8.8%	7.6%	4.2%	3.5%

④ 施設の規模（定員数、入所者・入居者数）

施設の定員規模は、養護老人ホームや介護付有料老人ホームで大きく、認知症グループホームで小さい。

図表6. 施設の定員数（平均）、入所者・入居者数（平均）

	全体 (施設種別 不詳を含む)	施設類型						
		介護付有料 老人ホーム (一般型)	介護付有料 老人ホーム (外部サービ ス利用型)	住宅型有料 老人ホーム	軽費老人 ホーム	養護老人 ホーム	認知症グ ループホーム	サービス付き 高齢者向け 住宅 (特定施設を 除く)
集計対象とした施設数	(n=1018)	(n=87)	(n=9)	(n=182)	(n=163)	(n=167)	(n=232)	(n=160)
施設定員数(A)	36.1	54.9	23.4	27.8	43.2	64.3	15.0	31.6
入所者・入居者数(B)	32.1	46.3	21.7	22.8	41.1	58.1	14.4	26.1
うち短期利用者	0.2	0.3	0.0	0.1	0.0	0.7	0.0	0.1
うち入院等による不在者	0.9	1.6	0.4	0.6	0.8	2.0	0.3	0.7
定員充足率(B/A)	88.9%	84.4%	92.4%	81.8%	95.1%	90.4%	96.5%	82.6%

⑤ 施設の職員数

病施設定員当たりの職員の常勤換算数を施設類型間で比べると、下記のような特徴がみられる。

- ・ 介護付有料老人ホーム（一般型） …幅広い職種の職員数が多い
- ・ 住宅型有料老人ホーム …医師や介護支援専門員が少ないほかは、全類型の平均に近い
- ・ 軽費老人ホーム …ほぼ全ての職種について職員数が少ない
- ・ 養護老人ホーム …医師の他は、幅広い職種の職員数がやや少ない
- ・ 認知症グループホーム …介護職員がきわめて多く、全職種の職員数を押し上げている
- ・ 特定施設でないサービス付高齢者向け住宅
…職種の構成は住宅型有料老人ホームに近いが、職員数がやや少ない

図表7. 1 施設当たり職種別職員数（常勤換算）

1施設当たりの常勤換算人数	全体 (施設種別 不詳を含む)	施設類型						
		介護付有料 老人ホーム (一般型)	介護付有料 老人ホーム (外部サービス 利用型)	住宅型有料 老人ホーム	軽費老人 ホーム	養護老人 ホーム	認知症グ ループホーム	サービス付き 高齢者向け 住宅 (特定施設を 除く)
集計対象とした施設数(※)	(n=1042)	(n=89)	(n=10)	(n=188)	(n=168)	(n=168)	(n=236)	(n=165)
A: 医師	0.05	0.03	0.00	0.01	0.01	0.17	0.03	0.04
B: 特定看護師	0.09	0.47	0.10	0.05	0.07	0.11	0.04	0.00
C: 左記以外の看護師	0.60	1.42	0.20	0.67	0.34	0.84	0.25	0.62
D: 准看護師	0.56	1.27	0.40	0.64	0.35	0.84	0.23	0.48
E: PT/OT/ST	0.08	0.32	0.00	0.05	0.04	0.03	0.02	0.19
F: 介護支援専門員	0.79	1.26	0.64	0.28	0.49	1.16	1.15	0.49
G: たん吸引または経管栄養を実施可能な介護職員	0.46	1.03	1.34	0.47	0.34	0.37	0.34	0.45
H: 左記以外の介護職員	8.19	14.68	8.02	6.29	5.48	8.99	10.22	5.69
I: その他の職員	2.91	3.91	1.14	2.11	3.58	7.04	0.94	1.49
医師・特定看護師 (A~B)	0.14	0.50	0.10	0.07	0.08	0.28	0.07	0.04
医師・看護職員 (A~D)	1.29	3.19	0.70	1.38	0.77	1.96	0.55	1.14
医療職・たん吸引または経管栄養を実施可能な介護職員 (A~E,G)	1.83	4.54	2.04	1.89	1.16	2.36	0.91	1.78
合計	10.66	18.67	9.30	7.17	8.85	16.48	10.56	6.52
【参考】平均定員数	36.1	54.9	23.4	27.8	43.2	64.3	15.0	31.6

※ 職員の常勤換算数および施設・住棟の定員数について有効回答があったものを集計対象とした。

図表8. 施設定員数当たり職種別職員数（常勤換算、施設種類全体=100）

施設定員当たりの常勤換算人数 (全体=100)	全体 (施設種別 不詳を含む)	施設類型						
		介護付有料 老人ホーム (一般型)	介護付有料 老人ホーム (外部サービス 利用型)	住宅型有料 老人ホーム	軽費老人 ホーム	養護老人 ホーム	認知症グ ループホーム	サービス付き 高齢者向け 住宅 (特定施設を 除く)
集計対象とした施設数(※)	(n=1042)	(n=89)	(n=10)	(n=188)	(n=168)	(n=168)	(n=236)	(n=165)
医師	100.0	39.2	0.0	30.8	21.1	200.2	151.8	89.7
特定看護師	100.0	341.4	170.6	78.8	64.5	68.8	107.0	1.5
左記以外の看護師	100.0	156.7	51.5	146.3	48.2	79.3	99.2	118.6
准看護師	100.0	149.7	110.2	149.0	51.9	84.5	100.5	98.5
PT/OT/ST	100.0	260.7	0.0	74.4	44.3	17.4	56.9	265.9
介護支援専門員	100.0	105.7	125.4	45.6	52.5	82.7	353.7	71.4
たん吸引または経管栄養を実施可能な 介護職員	100.0	147.0	448.1	131.8	62.3	45.6	178.8	112.7
左記以外の介護職員	100.0	117.8	150.7	99.7	55.9	61.5	300.6	79.4
その他の職員	100.0	88.1	60.2	94.0	102.5	135.4	77.3	58.6
医師・特定看護師 (A~B)	100.0	237.8	112.1	62.3	49.6	113.9	122.3	31.8
医師・看護職員 (A~D)	100.0	162.3	83.3	138.5	49.9	85.2	102.2	100.7
医療職・たん吸引または経管栄養を実 施可能な介護職員 (A~E,G)	100.0	162.8	171.2	134.0	52.8	72.3	119.4	111.0
合計	100.0	115.1	134.2	87.2	69.3	86.6	238.5	69.8

※ 職員の常勤換算数および施設・住棟の定員数について有効回答があったものを集計対象とした。

⑥ 時間帯による医療職・介護職の配置の有無

<医師・看護師について>

- ・医師・看護師の配置の有無は、施設類型により大きく異なる。
- ・養護老人ホームと介護付有料老人ホーム（一般型）では、日中に医師・看護師の配置がある一方で、それ以外の施設区分では、日中の医師・看護師の配置がない施設も多い。
- ・夜間や深夜・早朝にも医師・看護師を配置している施設は少ない。但し、介護付有料老人ホーム（一般型）では20%強の施設で夜間や深夜・早朝の医師・看護師の配置がある。

<介護職員について>

- ・施設区分を問わず、大半の施設では日中、夜間、深夜・早朝ともに介護職員の配置がある。
- ・但し、軽費老人ホームについては、夜間や深夜・早朝に介護職員を配置している施設割合は50%台にとどまる。

図表9. 各時間帯において医師・看護師・介護職員を1人以上配置している施設割合

1人以上の配置のある施設の割合	全体 (施設種別不詳を含む)	施設類型							
		介護付有料老人ホーム (一般型)	介護付有料老人ホーム (外部サービス利用型)	住宅型有料老人ホーム	軽費老人ホーム	養護老人ホーム	認知症グループホーム	サービス付き高齢者向け住宅 (特定施設を除く)	
集計対象とした施設数	(n=1043)	(n=89)	(n=10)	(n=187)	(n=170)	(n=167)	(n=235)	(n=167)	
医師・ 看護師	日中 (9-17時)	40.6%	76.4%	20.0%	39.0%	26.5%	78.4%	20.9%	28.7%
	夜間 (17-24時)	6.2%	24.7%	0.0%	6.4%	3.5%	2.4%	3.4%	7.8%
	深夜・早朝 (0-9時)	5.1%	19.1%	0.0%	5.9%	2.9%	1.2%	2.6%	6.6%
介護職員	日中 (9-17時)	94.1%	96.6%	100.0%	89.3%	92.4%	92.2%	99.1%	93.4%
	夜間 (17-24時)	86.1%	97.8%	90.0%	90.9%	58.2%	89.2%	99.1%	80.2%
	深夜・早朝 (0-9時)	83.3%	96.6%	90.0%	87.7%	50.6%	87.4%	97.9%	78.4%

3. 入所者・入居者の状態と受け入れの可否

① 要介護度別の入所者・入居者の構成

養護老人ホーム、軽費老人ホームでは、要介護度の低い入所者の割合が大きい。介護付き有料老人ホームと住宅型有料老人ホームは、要介護度の分布がほぼ同様である。

図表10. 要介護度別の入所者・入居者の構成割合

要介護度別の人数割合	全体 (施設種別 不詳を含む)	施設類型							
		介護付有料 老人ホーム (一般型)	介護付有料 老人ホーム (外部サービ ス利用型)	住宅型有料 老人ホーム	軽費老人 ホーム	養護老人 ホーム	認知症グ ループホーム	サービス付き 高齢者向け 住宅 (特定施設を 除く)	
集計対象とした施設数	(n=1040)	(n=88)	(n=10)	(n=188)	(n=164)	(n=168)	(n=235)	(n=169)	
要介護度	非該当	19.2%	6.0%	0.9%	4.0%	26.1%	40.6%	0.0%	7.9%
	要支援1	6.1%	5.5%	2.3%	2.4%	12.9%	5.2%	0.1%	7.0%
	要支援2	6.1%	5.3%	3.6%	3.3%	13.2%	4.2%	0.6%	7.4%
	要介護1	20.0%	18.4%	19.1%	17.4%	23.8%	17.6%	18.2%	25.1%
	要介護2	16.8%	17.6%	24.5%	20.8%	12.4%	12.3%	25.7%	21.1%
	要介護3	12.6%	16.8%	18.2%	17.5%	5.4%	8.2%	26.2%	12.6%
	要介護4	10.6%	17.2%	12.7%	18.6%	3.6%	5.9%	17.6%	10.9%
	要介護5	6.8%	12.2%	18.2%	14.3%	1.7%	2.7%	11.5%	7.0%
	不明・申請中	1.7%	1.1%	0.5%	1.6%	0.9%	3.4%	0.0%	0.9%

② 認知症の日常生活自立度別の入所者・入居者の構成

養護老人ホーム、軽費老人ホームでは、認知症がない、あるいは日常生活自立度が高い入所者の割合が大きい。逆に、認知症グループホームは、日常生活自立度が低い入所者の割合が大きい。介護付有料老人ホーム（一般型）・住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅は、認知症の日常生活自立度について、ほぼ同様の分布を示す。

図表11. 認知症の日常生活自立度別の入所者・入居者の構成割合

認知症の日常生活自立度別の人数割合	全体 (施設種別 不詳を含む)	施設類型							
		介護付有料 老人ホーム (一般型)	介護付有料 老人ホーム (外部サービ ス利用型)	住宅型有料 老人ホーム	軽費老人 ホーム	養護老人 ホーム	認知症グ ループホーム	サービス付き 高齢者向け 住宅 (特定施設を 除く)	
集計対象とした施設数	(n=906)	(n=69)	(n=8)	(n=150)	(n=143)	(n=153)	(n=221)	(n=147)	
認知症の日常生活自立度	認知症なし	27.1%	22.7%	4.4%	18.3%	44.9%	31.8%	0.0%	26.3%
	I	13.1%	12.6%	7.0%	12.9%	15.7%	14.8%	3.3%	15.5%
	II	23.4%	25.0%	26.3%	19.8%	19.1%	26.4%	24.1%	24.1%
	IIIa	15.0%	16.3%	21.1%	16.6%	7.2%	11.1%	36.8%	13.2%
	IIIb	6.2%	9.4%	12.3%	8.2%	2.3%	3.1%	15.2%	5.9%
	IV	5.9%	8.6%	16.7%	9.3%	1.2%	4.0%	13.8%	4.1%
	M	1.5%	2.4%	12.3%	2.8%	0.3%	1.0%	2.8%	1.1%
	不明	7.7%	2.9%	0.0%	12.2%	9.2%	7.9%	3.9%	9.9%

③ 入所者・入居者の医療ニーズの構成

介護付有料老人ホーム（一般型）において、幅広い項目で、他の施設類型に比べ医療を行っている入所者の割合が高かった。また、養護老人ホームでは、疼痛管理を必要としないがんや、脳卒中・急性心筋梗塞の既往歴、慢性心不全、糖尿病、精神疾患の項目において割合が高く、他の項目が低いという特徴がみられた。

図表12. 施設・住宅内で医療を行っている入居者が「いる」と回答した施設割合

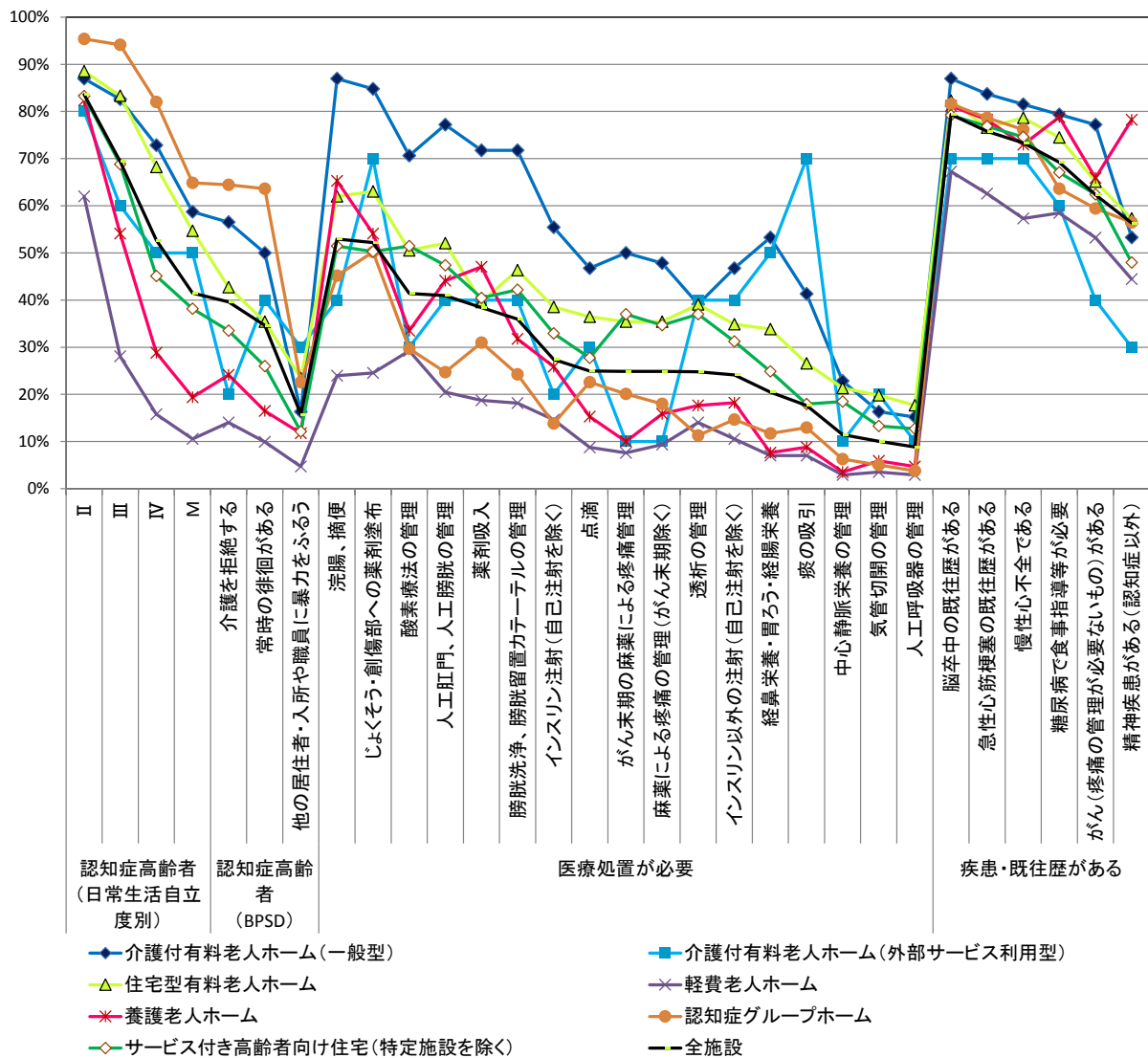
	全体	介護付有料老人ホーム (一般型)	介護付有料老人ホーム(外部サービス利用型)	住宅型有料老人ホーム	軽費老人ホーム	養護老人ホーム	認知症グループホーム	サービス付き高齢者向け住宅
集計対象とした施設数	(n=986)	(n=84)	(n=8)	(n=181)	(n=155)	(n=156)	(n=230)	(n=163)
提供している医療								
インスリン注射（自己注射を除く）	21.4%	53.6%	0.0%	27.1%	12.9%	27.0%	6.5%	21.7%
インスリン以外の注射（自己注射を除く）	7.9%	20.7%	0.0%	7.4%	4.6%	12.5%	2.6%	8.7%
点滴	8.7%	27.7%	0.0%	11.0%	2.6%	3.9%	5.7%	11.2%
経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養	13.6%	51.2%	25.0%	27.2%	1.3%	2.0%	3.5%	16.0%
じょくそう・創傷部への薬剤塗布	31.1%	65.1%	28.6%	37.3%	11.3%	33.3%	26.4%	28.6%
薬剤吸入	20.1%	38.1%	14.3%	14.4%	14.6%	38.8%	11.5%	18.6%
痰の吸引	12.0%	44.0%	14.3%	20.9%	2.6%	4.0%	5.2%	11.7%
酸素療法の管理	24.6%	46.4%	28.6%	32.4%	19.6%	30.1%	7.0%	30.1%
気管切開の管理	2.6%	7.1%	0.0%	5.6%	0.7%	2.6%	0.0%	3.1%
透析の管理	14.0%	27.7%	57.1%	18.8%	7.8%	15.0%	1.7%	22.2%
膀胱洗浄、膀胱留置カテーテルの管理	25.6%	57.1%	57.1%	31.3%	11.8%	34.4%	9.2%	29.6%
浣腸、排便	33.0%	73.8%	57.1%	37.9%	14.6%	39.6%	24.0%	30.6%
人工呼吸器の管理	1.4%	3.6%	0.0%	2.8%	0.0%	1.3%	0.0%	2.5%
がん末期の麻薬による疼痛管理	3.7%	9.5%	0.0%	5.7%	0.7%	3.2%	0.0%	7.4%
麻薬による疼痛の管理（がん末期除く）	1.6%	9.5%	0.0%	2.3%	0.0%	0.6%	0.4%	1.2%
がん（疼痛の管理が必要ないもの）がある	25.8%	36.9%	16.7%	17.6%	27.5%	41.8%	16.7%	26.1%
脳卒中の既往歴がある	67.7%	76.5%	100.0%	70.4%	66.7%	87.8%	52.3%	62.3%
急性心筋梗塞の既往歴がある	40.0%	62.0%	57.1%	38.2%	40.7%	59.6%	24.5%	34.2%
慢性心不全である	59.0%	71.8%	62.5%	56.6%	54.9%	83.7%	53.8%	45.2%
糖尿病で食事指導等が必要	53.9%	75.6%	50.0%	53.5%	55.3%	81.9%	30.5%	49.4%
精神疾患がある（認知症以外）	59.6%	65.4%	62.5%	55.7%	61.9%	94.0%	43.4%	48.8%

④ 状態像別の受け入れの可否

認知症の状態・医療的な処置の必要性・疾病や既往歴の有無等の入所者・入居者の新規受入の可否について、施設区分間で比べると、下記のような特徴がみられる。

- ・介護付有料老人ホーム（一般型） …医療的な処置を必要とする者の受入能力が高い
- ・住宅型有料老人ホーム …認知症・医療的な処置に関する受入能力は中程度
- ・軽費老人ホーム …認知症・医療的な処置に関する受入能力は低い
- ・養護老人ホーム …認知症・医療的な処置に関する受入能力は低い～中程度
- ・認知症グループホーム …認知症に関する受入能力が高く、医療的な処置に関する受入能力は低い
- ・特定施設でないサービス付高齢者向け住宅 …住宅型有料老人ホームと比べ、認知症に関する受入れ能力はやや低く、医療的な処置に関する受入能力は同程度
- ・疾患や既往歴に関する受入れ能力は、施設区分間の差は小さい

図表13. 入所者・入居者の新規の受入について「困難でない」と回答した施設の割合



⑤ 状態像別の受け入れの可否

認知症・医療的な処置・疾病や既往歴といった状態別に、「新規の受入が困難」と回答した施設が、受入困難な理由として挙げたものの割合をみると、新規の入所者・入居者の受入が困難となる理由として、中重度の認知症や認知症に伴う行動・心理症状、認知症以外の精神疾患を有する入所者・入居者については「対応にかかる業務負担の大きさ」を挙げる施設が多い一方、医療的な処置の必要がある入所者・入居者については「看護師の不在（配置がない、または不在の時間帯がある）」を挙げる施設が多い。

図表14. 入所者・入居者の新規の受入について「困難でない」と回答した施設の割合

		a.医師との連携が十分にとれない	b.看護職員が配置されていない	c.看護職員は配置されているが、不在の日や時間帯がある	d.看護職員のスキルに不安がある	e.必要な訪問看護を確保できない	f.介護職員のスキルに不安がある	g.対応にかかる業務負担が大きく、現状の職員数では対応が困難	h.状態が急変するリスク大きい	i.必要な器材が確保できない	j.その他
認知症高齢者 (日常生活自立度別)	II	7.3%	26.4%	10.9%	3.6%	5.5%	19.1%	65.5%	9.1%	5.5%	30.9%
	III	5.4%	16.1%	8.4%	2.3%	3.1%	17.6%	73.9%	6.9%	3.1%	23.0%
	IV	5.7%	14.3%	10.7%	3.9%	4.3%	21.1%	72.8%	11.6%	4.8%	23.6%
	M	9.6%	14.7%	12.3%	3.7%	4.4%	25.4%	72.8%	14.6%	6.2%	22.2%
認知症高齢者 (BPSD)	介護を拒絶する	5.0%	6.6%	6.1%	1.7%	2.3%	26.2%	70.8%	8.3%	1.9%	24.7%
	常時の徘徊がある	4.1%	6.9%	6.4%	2.0%	2.4%	16.8%	81.3%	9.3%	3.6%	24.4%
	他の居住者・入所や職員に暴力をふるう	5.5%	6.1%	6.5%	2.4%	2.0%	21.4%	70.6%	11.9%	2.5%	34.6%
医療処置が必要	洗腸・摘便	8.4%	59.6%	29.6%	2.7%	7.1%	8.7%	14.9%	6.7%	5.8%	11.8%
	じょくそう・創傷部への薬剤塗布	11.6%	53.5%	34.6%	3.7%	8.0%	10.5%	16.6%	7.7%	8.0%	14.6%
	酸素療法の管理	11.2%	46.2%	39.1%	3.3%	6.6%	10.9%	18.3%	11.4%	13.8%	14.2%
	人工肛門、人工膀胱の管理	9.1%	50.6%	32.9%	4.7%	6.1%	12.3%	18.2%	8.4%	8.4%	15.2%
	薬剤吸入	9.4%	50.4%	37.4%	3.5%	7.9%	7.7%	14.1%	6.9%	9.4%	12.4%
	膀胱洗浄、膀胱留置カテーテルの管理	10.4%	49.2%	38.4%	4.3%	8.0%	9.4%	16.9%	8.0%	12.1%	13.2%
	インスリン注射（自己注射を除く）	9.3%	48.1%	44.4%	2.5%	8.9%	5.9%	12.9%	7.6%	4.5%	10.0%
	点滴	11.8%	45.2%	42.5%	3.0%	9.0%	5.9%	14.3%	7.1%	9.4%	13.0%
	がん末期の麻薬による疼痛管理	20.2%	40.5%	37.3%	5.9%	7.9%	12.6%	18.8%	19.8%	8.0%	16.2%
	麻薬による疼痛の管理（がん末期除く）	19.5%	40.3%	36.6%	6.0%	7.2%	11.8%	17.6%	16.9%	7.5%	17.3%
	透析の管理	12.8%	42.0%	33.5%	5.1%	6.1%	9.6%	20.1%	14.4%	14.5%	16.8%
	インスリン以外の注射（自己注射を除く）	9.4%	45.5%	43.4%	3.4%	8.9%	5.6%	12.6%	6.8%	5.7%	11.6%
	経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養	10.4%	44.7%	40.0%	4.3%	8.4%	10.4%	18.0%	8.9%	10.9%	13.9%
	痰の吸引	7.1%	41.1%	44.8%	2.7%	7.0%	15.1%	17.1%	11.1%	11.2%	13.0%
中心静脈栄養の管理	12.9%	41.7%	41.5%	5.2%	8.3%	7.8%	14.8%	10.9%	10.9%	14.0%	
気管切開の管理	12.5%	41.4%	40.3%	6.2%	6.9%	10.2%	16.3%	14.9%	13.5%	14.2%	
人工呼吸器の管理	14.1%	40.6%	39.6%	6.3%	7.3%	11.0%	17.9%	17.5%	17.1%	15.1%	
疾患・既往歴 がある	脳卒中の既往歴がある	13.9%	44.8%	24.2%	4.8%	7.9%	19.4%	29.1%	26.7%	9.1%	24.2%
	急性心筋梗塞の既往歴がある	12.6%	42.7%	24.1%	4.0%	7.0%	16.6%	25.6%	33.2%	7.0%	22.1%
	慢性心不全である	15.6%	40.2%	30.4%	4.5%	8.9%	17.0%	25.4%	33.0%	7.6%	21.9%
	糖尿病で食事指導等が必要	10.9%	33.3%	16.9%	3.0%	5.2%	21.0%	26.2%	12.4%	6.4%	38.2%
	がん（疼痛の管理が必要ないもの）がある	18.0%	42.5%	30.7%	4.1%	8.3%	14.7%	23.9%	19.8%	7.1%	18.6%
	精神疾患がある（認知症以外）	12.2%	21.0%	13.9%	5.6%	3.9%	33.4%	48.5%	16.3%	3.9%	30.5%

4. 入退居・入退所の発生状況

① 入居・入所前の居場所の構成

施設類型別に見ると、軽費老人ホーム・養護老人ホームは、自宅からの入所者の割合が大きい。これに比べて、介護付有料老人ホーム・住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅は、病院・有床診療所からの入所者の割合が大きく、退院の受け皿として機能していることがうかがえる。

図表15. 入居・入所前の居場所の構成割合

入居・入所前の居場所の構成割合	全体 (施設種別 不詳を含む)	施設類型						
		介護付有料 老人ホーム (一般型)	介護付有料 老人ホーム (外部サービ ス利用型)	住宅型有料 老人ホーム	軽費老人 ホーム	養護老人 ホーム	認知症グ ループホーム	サービス付き 高齢者向け 住宅 (特定施設を 除く)
集計対象とした施設数 (※)	(n=1021)	(n=87)	(n=9)	(n=184)	(n=163)	(n=162)	(n=232)	(n=166)
2016年9月1日～2017年8月31日 における新規入居・入所者数 (1施設当たり平均)	11.1人	21.0人	7.4人	12.3人	11.2人	10.2人	5.3人	14.2人
自宅 (一人暮らし)	31.5%	18.0%	22.4%	21.5%	50.6%	46.4%	24.3%	30.8%
自宅 (家族など同居)	22.9%	19.0%	19.4%	23.6%	22.8%	17.3%	32.6%	24.5%
介護老人保健施設	6.7%	8.8%	3.0%	6.1%	4.8%	4.9%	10.8%	6.6%
介護老人福祉施設	1.5%	1.4%	1.5%	1.3%	1.4%	2.9%	1.6%	0.8%
認知症対応型生活介護	0.9%	0.4%	0.0%	1.4%	0.3%	0.5%	3.0%	0.2%
その他の介護施設・高齢者向け 住まい等	7.2%	8.2%	7.5%	7.3%	6.5%	6.3%	8.1%	6.7%
病院・有床診療所	27.1%	42.9%	44.8%	37.2%	12.1%	15.0%	18.6%	28.7%
うち回復期リハビリ病棟	4.7%	4.9%	6.0%	6.2%	3.3%	1.5%	3.0%	7.2%
うち地域包括ケア病棟	1.7%	1.9%	0.0%	3.2%	0.3%	0.0%	0.6%	2.9%
うち一般病床 (☆)	14.6%	26.7%	38.8%	17.3%	5.4%	6.5%	9.1%	17.3%
うち医療療養病床 (☆)	1.3%	1.6%	0.0%	2.8%	1.3%	0.2%	1.2%	0.5%
うち介護療養型医療施設	0.8%	2.6%	0.0%	0.4%	0.2%	0.3%	1.5%	0.2%
うちその他の病床	3.3%	2.5%	0.0%	7.2%	1.0%	6.1%	2.4%	0.6%
その他	2.2%	1.3%	1.5%	1.6%	1.5%	6.8%	1.1%	1.7%

※…入居・入所前の居場所について有効回答があったものを集計対象とした。

☆…回復期リハビリテーション病棟・地域包括ケア病棟を除く。

② 退居・退所後の行き先の構成

入居・入所前の居場所の構成に比べ、退居・退所後の行き先の構成は、施設類型間の差が小さい。但し、介護付有料老人ホーム（一般型）や養護老人ホームは死亡退所の割合が大きいのに対し、軽費老人ホームや認知症グループホームは、入院に伴う退所の割合が大きいという差もみられる。

図表16. 退居・退所後の行き先の構成割合

退居・退所後の行き先の構成割合	全体 (施設種別 不詳を含む)	施設類型						
		介護付有料 老人ホーム (一般型)	介護付有料 老人ホーム (外部サービ ス利用型)	住宅型有料 老人ホーム	軽費老人 ホーム	養護老人 ホーム	認知症グ ループホーム	サービス付き 高齢者向け 住宅 (特定施設を 除く)
集計対象とした施設数(※)	(n=1021)	(n=86)	(n=10)	(n=182)	(n=167)	(n=162)	(n=234)	(n=162)
2016年9月1日～2017年8月31日 における退居・退所者数 (1施設当たり平均)	7.3人	14.4人	5.1人	7.2人	8.9人	8.8人	3.6人	6.0人
退居・退所後の行き先								
自宅（一人暮らし）	2.5%	3.2%	0.0%	1.8%	3.6%	1.8%	0.5%	3.9%
自宅（家族など同居）	4.4%	4.7%	11.8%	4.2%	6.5%	1.5%	1.6%	7.1%
介護老人保健施設	6.3%	5.7%	3.9%	6.9%	7.2%	4.1%	6.6%	8.5%
介護老人福祉施設	11.3%	5.3%	9.8%	8.1%	15.8%	14.7%	14.9%	8.8%
認知症対応型生活介護	2.8%	1.9%	2.0%	2.7%	5.5%	0.9%	2.2%	3.1%
その他の介護施設・高齢者向け 住まい等	8.5%	6.4%	3.9%	8.3%	13.9%	4.6%	5.6%	11.6%
病院・有床診療所	26.6%	21.0%	37.3%	30.2%	26.3%	20.5%	39.4%	25.6%
その他の行き先	1.6%	0.5%	3.9%	2.0%	2.4%	2.0%	1.1%	1.2%
死亡に伴う退居・退所	36.0%	51.3%	27.5%	35.6%	18.8%	50.0%	28.2%	30.0%

※ 退去・退所後の行き先について有効回答があったものを集計対象とした。

5. 入院および退院後の復帰の発生状況

① 入院の発生状況と原因となった傷病

入院の原因となった傷病についてみると、肺炎と骨折が、入院の二大背景となっている。

図表17. 入院の発生状況と原因となった傷病

	全体 (施設種別 不詳を含む)	施設類型							
		介護付有料 老人ホーム (一般型)	介護付有料 老人ホーム (外部サービ ス利用型)	住宅型有料 老人ホーム	軽費老人 ホーム	養護老人 ホーム	認知症グ ループホーム	サービス付き 高齢者向け 住宅 (特定施設を 除く)	
集計対象とした施設数	(n=1013)	(n=86)	(n=10)	(n=179)	(n=160)	(n=161)	(n=234)	(n=165)	
2016年9月1日～2017年8月31日 における入院の件数 (1施設当たり平均)	10.8件	18.6件	6.4件	7.7件	12.6件	23.7件	4.2件	6.0件	
入院 の 原因 とな った 傷 病	脳血管疾患	5.3%	5.4%	7.8%	5.0%	6.1%	4.8%	6.3%	4.5%
	心疾患	8.3%	8.9%	0.0%	6.6%	8.3%	8.7%	6.7%	9.2%
	骨折	13.1%	11.3%	11.0%	13.2%	15.4%	11.6%	13.6%	17.1%
	認知症	1.4%	1.2%	4.7%	0.9%	1.5%	1.7%	1.3%	1.0%
	認知症以外の精神疾患	3.4%	1.4%	1.6%	2.1%	3.2%	5.7%	1.4%	2.0%
	パーキンソン病関連疾患	0.5%	0.7%	1.6%	1.3%	0.4%	0.2%	0.4%	0.4%
	悪性新生物(がん)	5.8%	5.9%	3.1%	3.7%	6.7%	6.5%	3.7%	6.4%
	糖尿病	1.4%	1.3%	0.0%	1.1%	1.9%	1.2%	0.7%	2.1%
	肺気腫・慢性閉塞性肺疾患	1.6%	1.7%	0.0%	1.2%	1.6%	1.4%	2.7%	1.7%
	慢性腎機能障害・腎不全	3.1%	2.8%	1.6%	3.0%	2.3%	2.8%	2.7%	7.0%
	肺炎(誤嚥性肺炎を含む)	19.4%	24.4%	21.9%	24.0%	13.8%	16.9%	23.4%	21.3%
	気管支喘息	0.8%	1.0%	0.0%	1.1%	0.5%	1.0%	0.4%	0.8%
	てんかん	0.6%	0.6%	0.0%	0.5%	0.4%	0.7%	1.4%	0.5%
	高血圧症	0.5%	0.2%	0.0%	0.4%	1.6%	0.2%	0.2%	0.2%
	麻痺	0.1%	0.0%	1.6%	0.3%	0.1%	0.1%	0.0%	0.2%
廃用症候群	1.2%	0.4%	0.0%	0.9%	2.2%	0.8%	2.6%	1.3%	
その他	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	

② 退院後の復帰状況

施設からの入院の発生件数と、入院し、退院した後に施設に復帰した件数とを比較すると、養護老人ホームや介護付有料老人ホームでは、ほかの施設類型と比べて、入院後の復帰件数が相対的に多い。また、死亡退所の割合の大きな施設類型ほど、入院後の復帰が多い傾向がみられる。

図表18. 退院後の復帰状況

	全体 (施設種別 不詳を含む)	施設類型						
		介護付有料 老人ホーム (一般型)	介護付有料 老人ホーム (外部サービ ス利用型)	住宅型有料 老人ホーム	軽費老人 ホーム	養護老人 ホーム	認知症グ ループホーム	サービス付き 高齢者向け 住宅 (特定施設を 除く)
集計対象とした施設数	(n=917)	(n=75)	(n=9)	(n=157)	(n=146)	(n=150)	(n=220)	(n=144)
2016年9月1日～2017年8月31日 における入院の件数(A) (1施設当たり平均)	11.1件	19.9件	5.5件	8.2件	13.1件	22.9件	4.3件	6.4件
2016年9月1日～2017年8月31日 において、退院後に元の施設に復帰し た件数(B)	7.8件	14.6件	2.9件	5.5件	8.5件	18.4件	2.3件	4.2件
入院延べ件数に対する退院後の復帰 件数(B÷A)	70.6%	73.3%	52.2%	67.7%	64.8%	80.1%	53.9%	65.4%

6. 在宅医療等の利用状況

在宅医療等の利用状況についてみると、介護付有料老人ホーム（一般型）や認知症グループホームは、利用に制限のある訪問看護を除けば、往診・訪問診療・歯科訪問診療・訪問薬剤管理指導ともに、1 機関以上からの訪問があった施設割合が大きく、施設定員当たりの訪問実人数も多い。

図表19. 2017年6～8月に1機関以上からの訪問があった施設の割合

	全体 (施設種別 不詳を含む)	施設類型						
		介護付有料 老人ホーム (一般型)	介護付有料 老人ホーム (外部サビ ス利用型)	住宅型有料 老人ホーム	軽費老人 ホーム	養護老人 ホーム	認知症グ ループホーム	サービス付き 高齢者向け 住宅 (特定施設を 除く)
集計対象とした施設数(※)	(n=860)	(n=85)	(n=6)	(n=152)	(n=136)	(n=123)	(n=195)	(n=149)
訪問内容								
往診	57.8%	77.6%	33.3%	61.8%	47.1%	55.3%	55.4%	59.1%
訪問診療	40.2%	54.1%	83.3%	42.1%	25.7%	30.1%	44.1%	43.0%
歯科訪問診療	61.0%	88.2%	66.7%	60.5%	47.1%	51.2%	63.6%	64.4%
訪問薬剤管理指導	25.0%	38.8%	50.0%	27.0%	15.4%	5.7%	27.2%	35.6%
医療保険による訪問看護	22.3%	25.9%	66.7%	34.2%	13.2%	8.1%	16.9%	34.9%
介護保険による訪問看護	29.9%	8.2%	83.3%	45.4%	38.2%	5.7%	20.0%	50.3%
緊急の訪問看護	10.1%	7.1%	33.3%	16.4%	5.1%	0.8%	10.8%	16.8%
訪問リハビリテーション	23.3%	20.0%	66.7%	34.9%	25.0%	8.9%	3.6%	49.7%
居宅療養管理指導	26.5%	35.3%	16.7%	39.5%	14.7%	4.9%	29.7%	32.9%

図表20. 2017年6～8月に訪問を受けた実人数（施設定員100人当たり）（単位：人）

	全体 (施設種別 不詳を含む)	施設類型						
		介護付有料 老人ホーム (一般型)	介護付有料 老人ホーム (外部サビ ス利用型)	住宅型有料 老人ホーム	軽費老人 ホーム	養護老人 ホーム	認知症グ ループホーム	サービス付き 高齢者向け 住宅 (特定施設を 除く)
集計対象とした施設数(※)	(n=765)	(n=64)	(n=5)	(n=140)	(n=124)	(n=102)	(n=183)	(n=137)
訪問内容								
往診	22.9	28.4	10.5	26.7	10.7	25.2	29.4	22.9
訪問診療	18.1	23.9	67.6	19.8	7.6	16.3	35.8	14.2
歯科訪問診療	12.7	20.0	34.3	13.3	5.1	10.2	23.4	11.6
訪問薬剤管理指導	9.6	16.6	18.1	13.8	2.4	2.7	19.0	12.6
医療保険による訪問看護	1.9	1.1	3.8	3.0	0.4	0.6	3.6	4.1
介護保険による訪問看護	5.7	2.0	24.8	9.4	3.1	0.4	17.7	8.8
緊急の訪問看護	0.8	0.0	1.9	1.7	0.1	0.0	0.9	2.3
訪問リハビリテーション	1.8	1.6	2.9	3.6	1.1	0.7	1.2	3.4
居宅療養管理指導	11.3	21.6	0.0	19.1	4.9	0.7	24.5	12.0

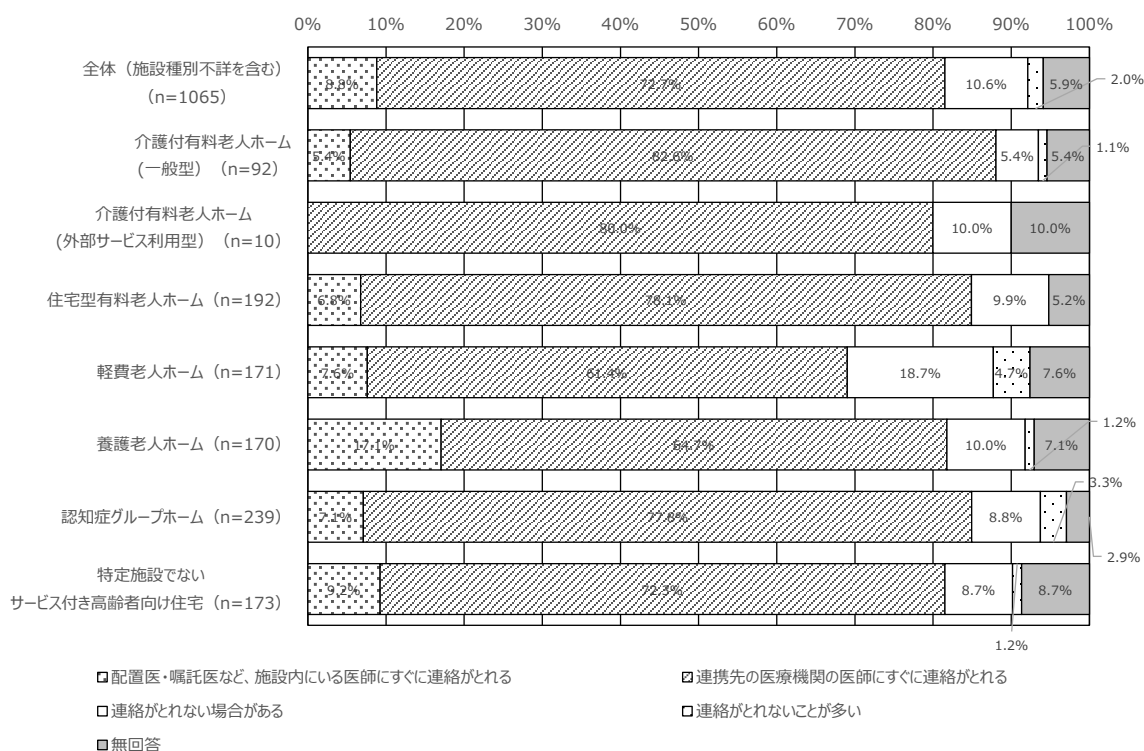
7. 医療職との連携状況

① 急病人が生じた場合の医師への連絡環境

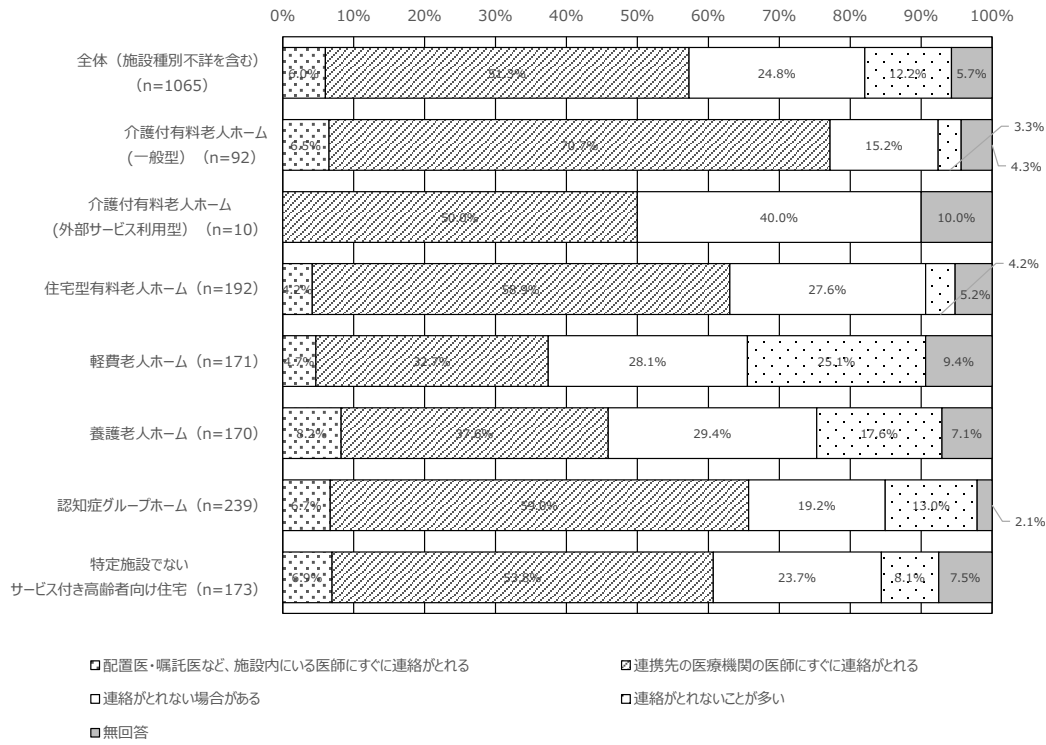
入所者・入居者に急病人が生じた場合の医師への連絡環境についてみると、平日日中においては、軽費老人ホームを除くいずれの施設類型でも、施設内もしくは連携先の医療機関の医師に連絡がとれる状況となっている。

休日や夜間においてはこの割合は大きく下がるが、介護付き有料老人ホーム（一般型）では75%程度が施設内もしくは連携先の医療機関の医師に連絡がとれると回答しており、他の施設類型に比べて医師への連絡がとりやすい施設が多いことがわかる。

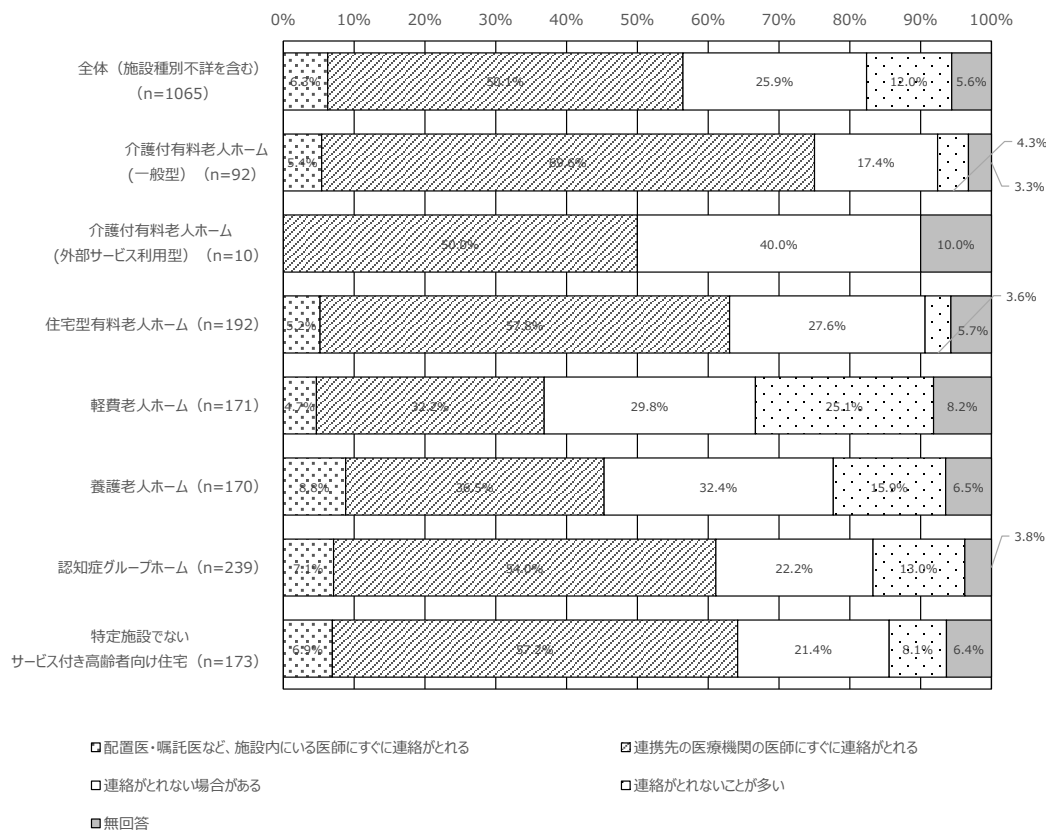
図表21. 入所者・入居者に急病人が生じた場合の医師への連絡環境（平日日中）



図表22. 入所者・入居者に急病人が生じた場合の医師への連絡環境（夜間）

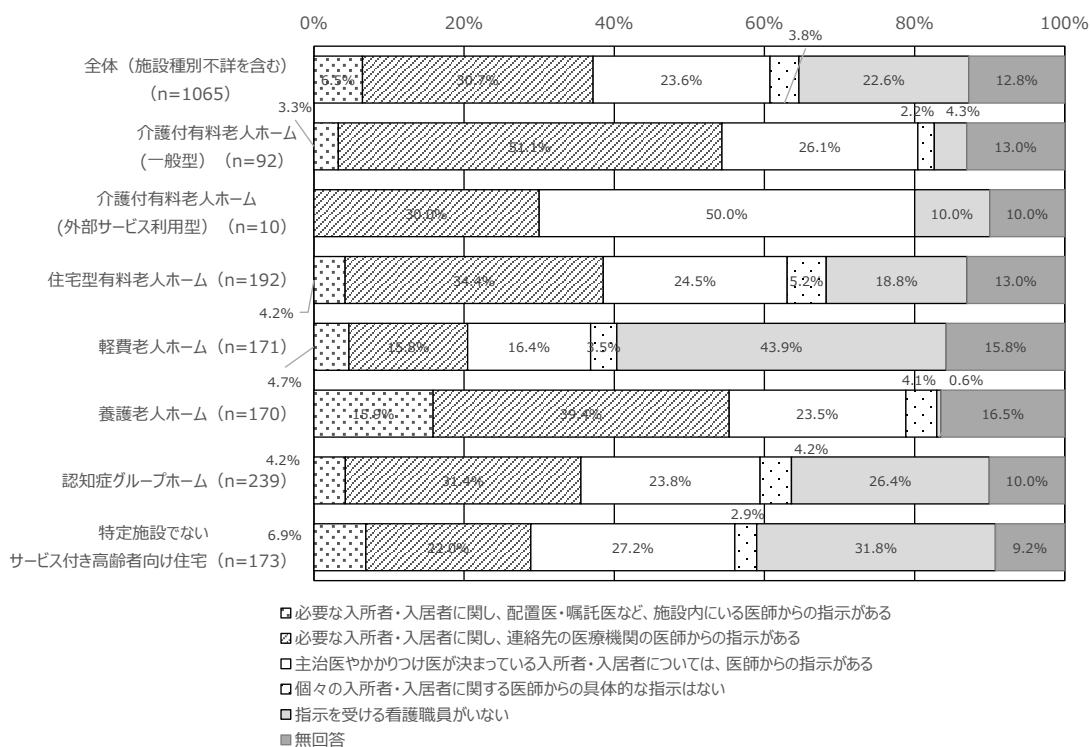


図表23. 入所者・入居者に急病人が生じた場合の医師への連絡環境（休日）

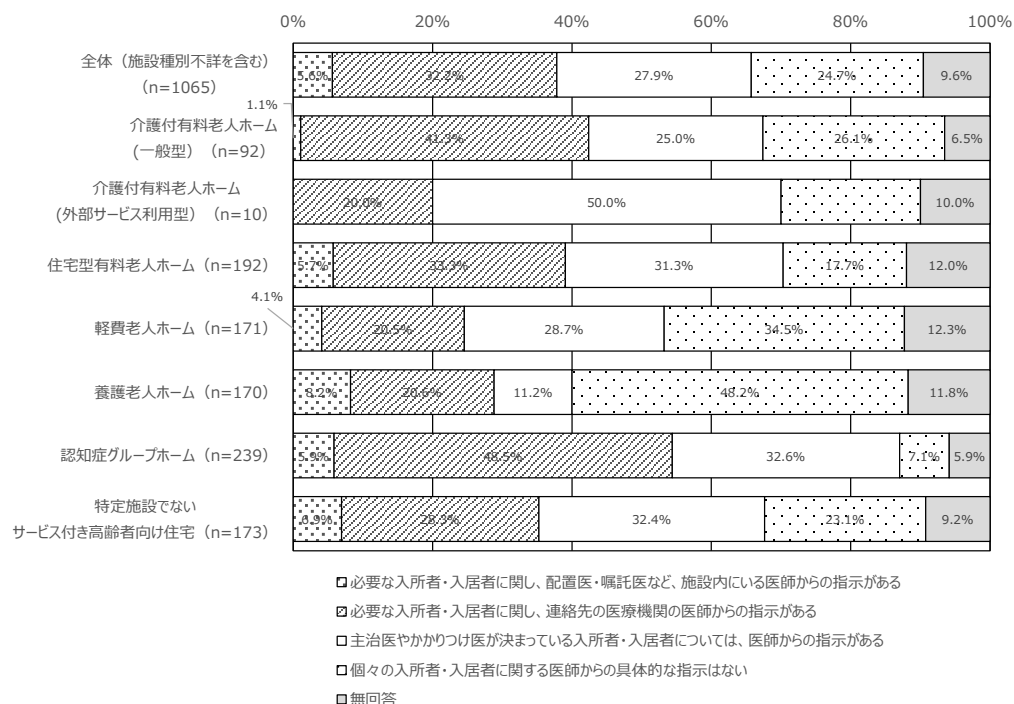


② 医師から看護職員・介護職員に対する個々の入所者・入居者に関する指示の有無
 介護職員についてみると、「個々の居住者に関する医師からの具体的な指示はない」と回答する施設の割合が大きくなるが、認知症グループホームではこの割合が小さく、看護職員がいない施設であっても介護職員が指示の受け手となっていることが読み取れる。

図表24. 医師から看護職員に対する、個々の入所者・入居者に関する具体的な指示の状況



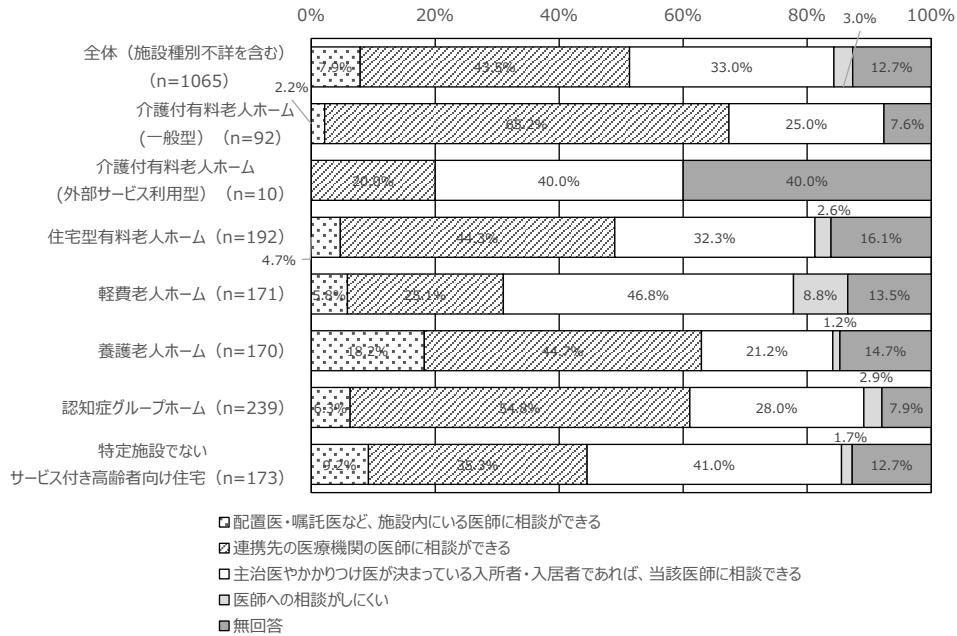
図表25. 医師から介護職員に対する、個々の入所者・入居者に関する具体的な指示の状況



③ 健康状態に変化があった場合の医師への相談環境

入所者・入居者の健康状態に変化があった場合の医師への相談環境についてみると、主治医・かかりつけ医が決まっている入所者・入居者に限らず医師に相談できると回答した施設割合は、介護付き有料老人ホーム（一般型）、養護老人ホーム、認知症グループホームにおいて大きい。

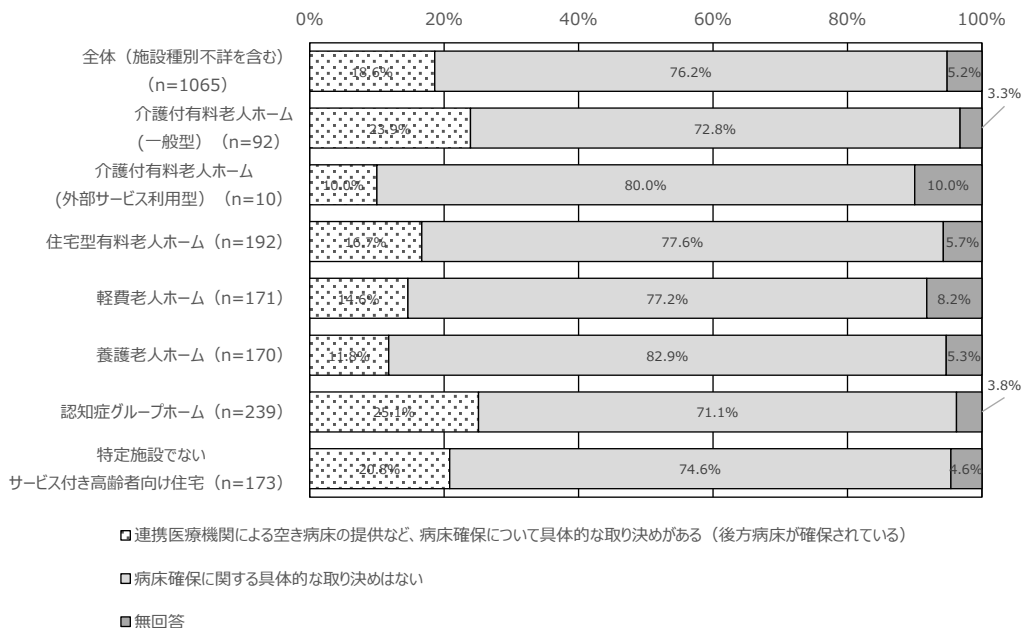
図表26. 入所者・入居者の健康状態に変化があった場合の医師への相談環境



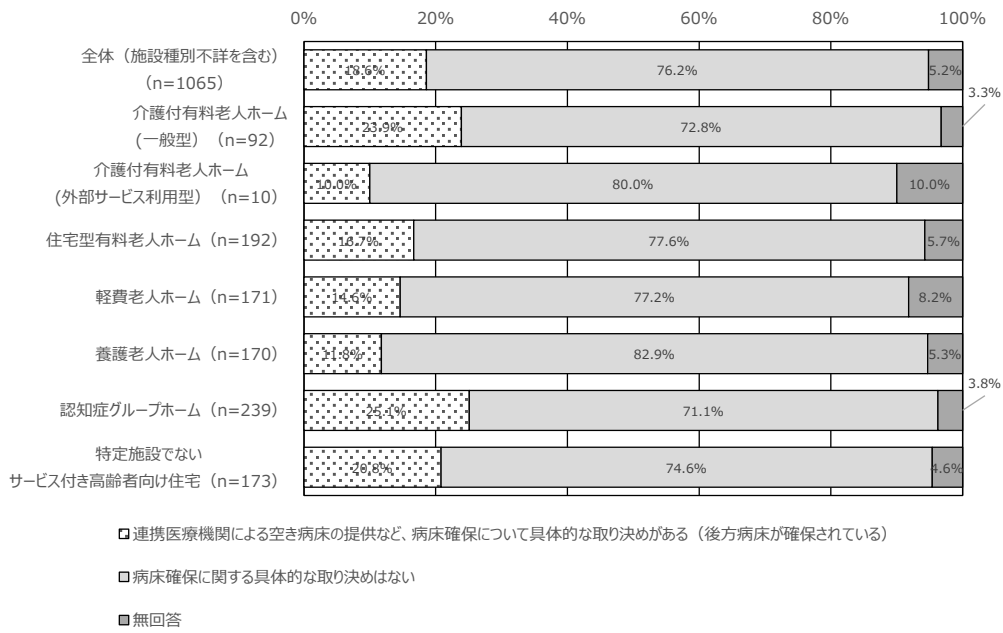
④ 後方病床の確保状況

入院を要する入所者・入居者が生じた場合の病床確保についてみると、いずれの施設類型についても、70%以上の施設において病床確保に関する具体的な取り決めはない状況である。

図表27. 入院を要する入所者・入居者が生じた場合の病床確保



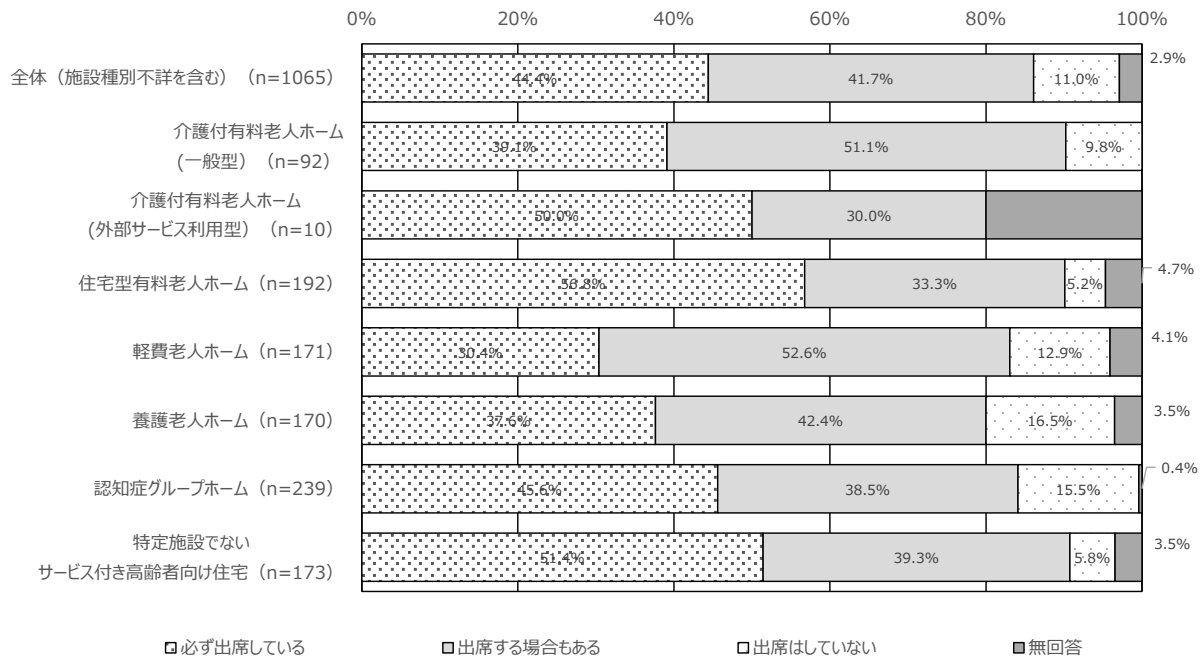
図表28. 後方病床の確保場所



⑤ 退院時カンファレンスへの出席状況

入所者・入居者が退院してくる際の退院時カンファレンスへの出席状況についてみると、住宅型有料老人ホームや特定施設でないサービス付き高齢者向け住宅では、過半数の施設が「必ず出席している」と回答している。

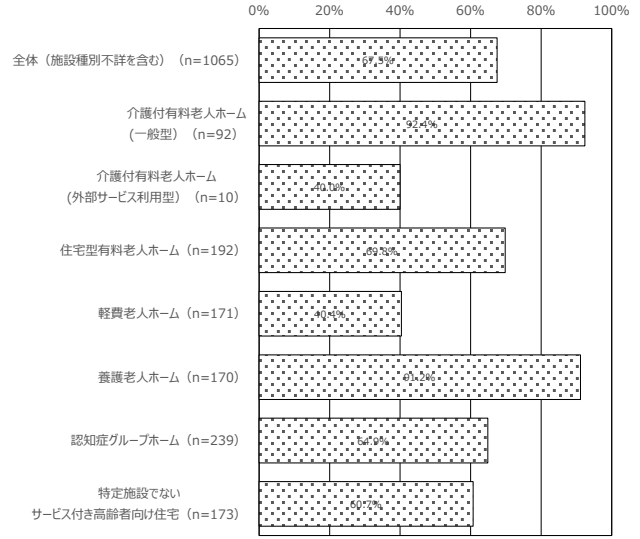
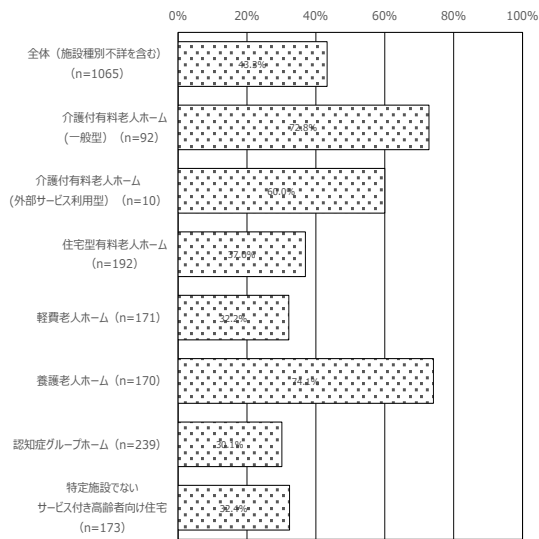
図表29. 入所者・入居者が退院してくる際の退院時カンファレンスへの出席状況



図表30. 介護職員と看護職員との連携状況について、実施している取組

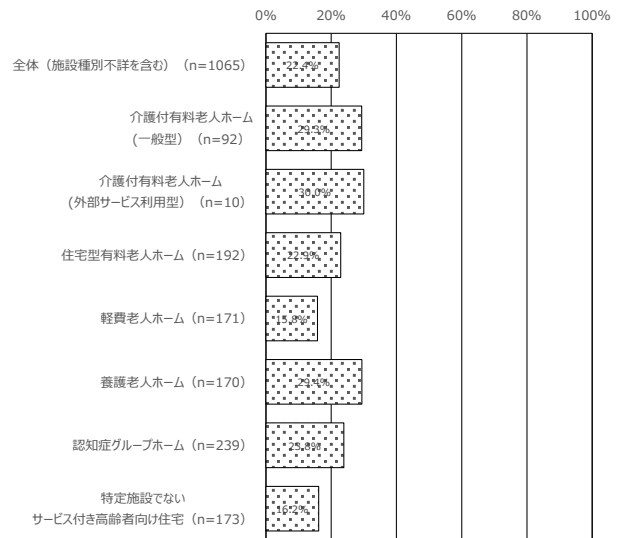
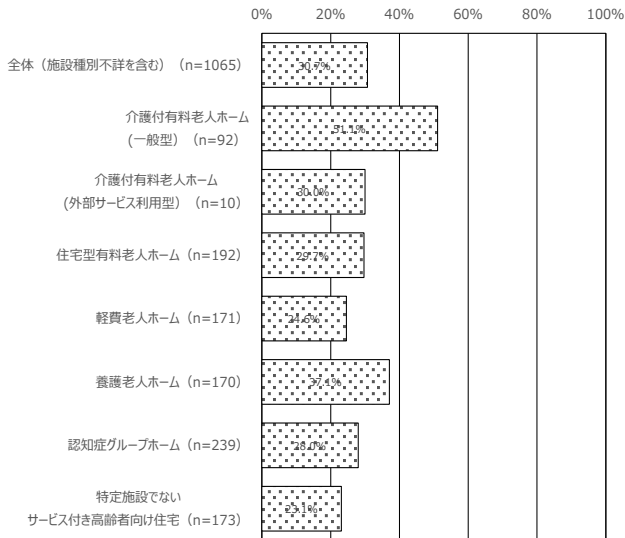
看護職員・介護職員の両方が出席する形で、入居者のケア方針を話し合うためのカンファレンスを実施している

日々の業務の中で、看護職員と介護職員とが話し合う場を持っている



介護職員に対し、入居者の異常の早期発見のために、役立つ医療知識や技術向上を目的とした勉強会や研修会を、看護職員等の医療職が実施している

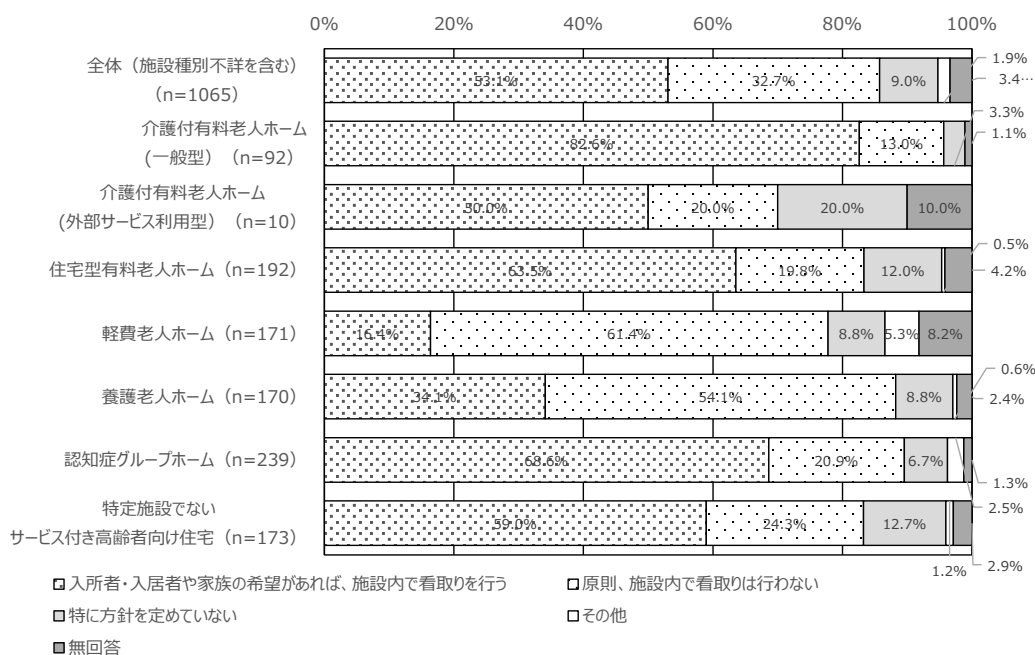
介護職員が経験したことのない傷病の治療・処置が必要となった際に、適切な対応方法に関する介護職員向けの勉強会や研修会を、看護職員等の医療職が実施している



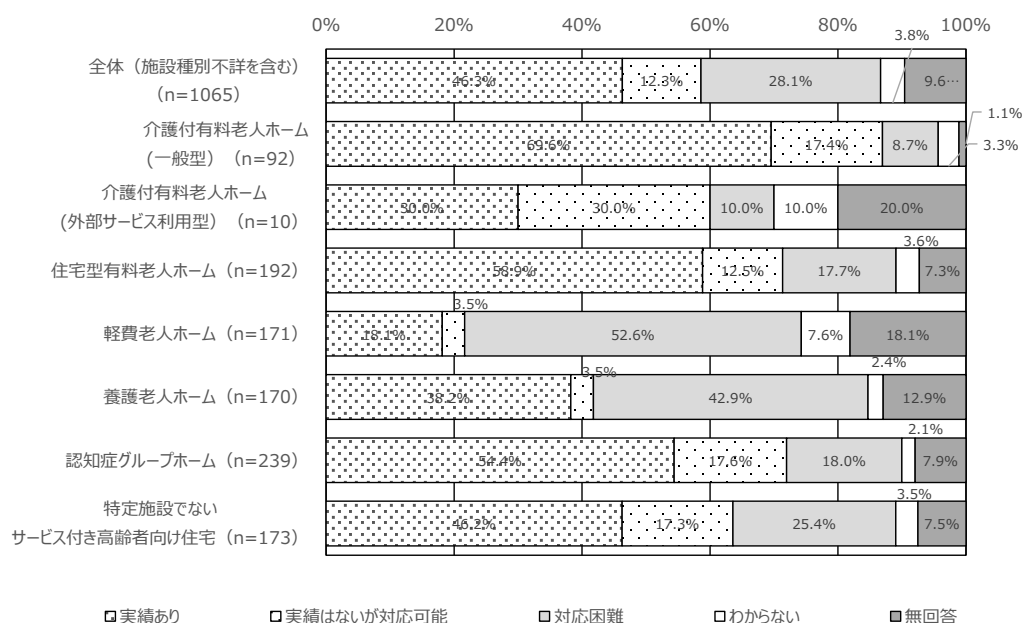
8. 看取りの実施状況

介護付き有料老人ホーム（一般型）の80%以上、認知症グループホームの70%近くが「施設内で看取りを行う」と回答しており、この2つの施設類型は、看取りの「実績がある」または「対応可能」、看取り期にある入所者・入居者への対応内容について「具体的な取り決めがある」との回答割合も、他の施設類型と比べて大きい。

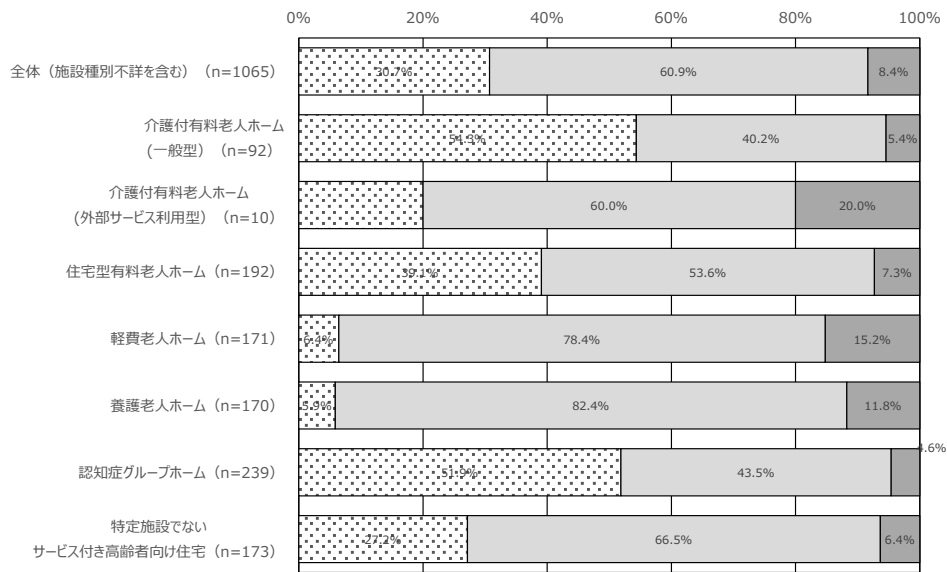
図表31. 看取りについての方針



図表32. 看取りの実績・対応可否

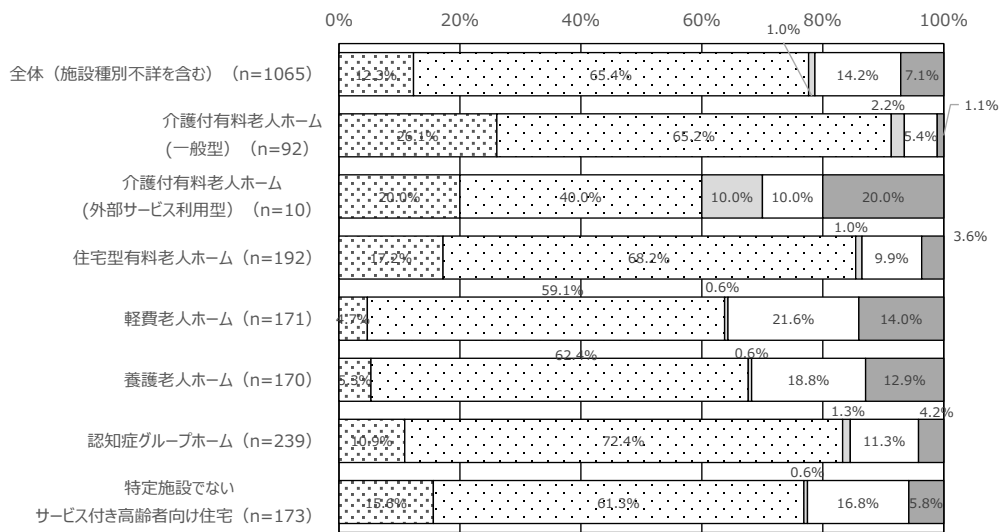


図表33. 看取り期にある入所者・入居者への対応



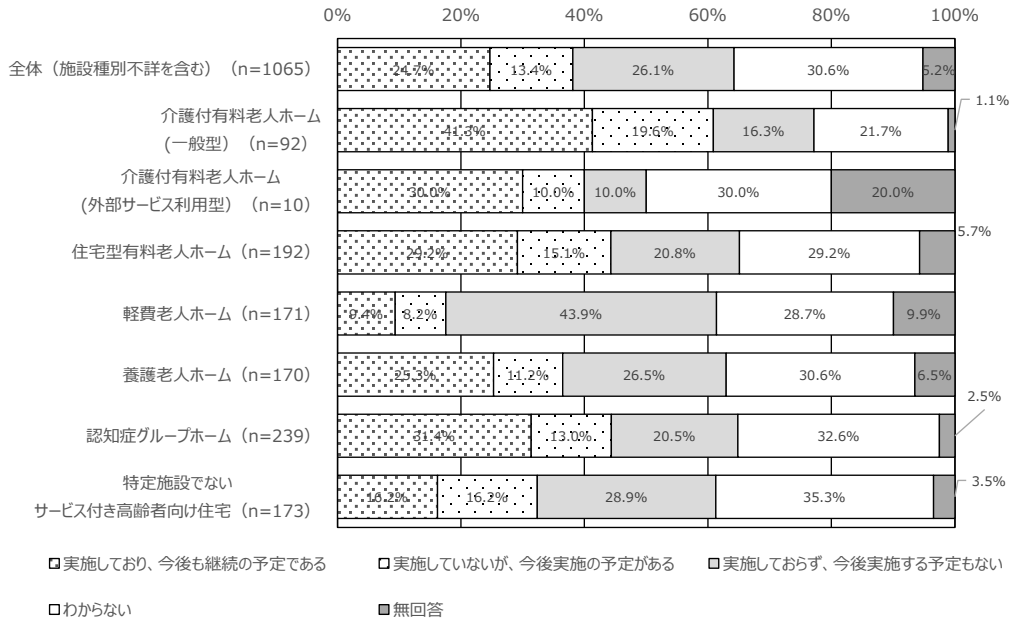
□ 連携医療機関による訪問看護の実施など、対応内容について具体的な取り決めがある □ 対応内容に関する具体的な取り決めはない ■ 無回答

図表34. 今後の看取りの方針

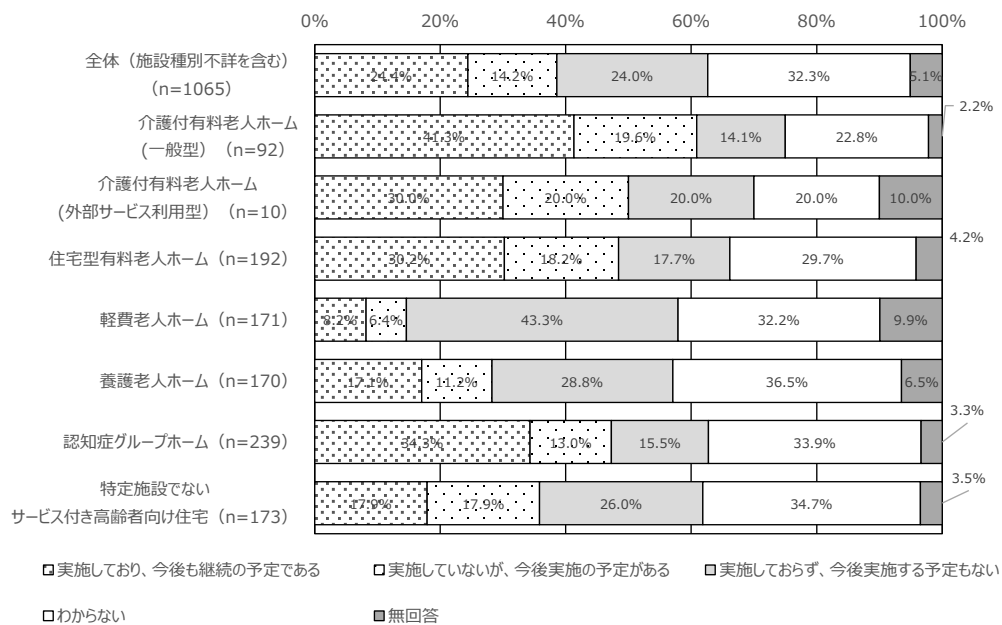


□ 今後、増やしていく意向がある □ 現状維持 □ 今後、減らしていく意向がある □ その他 ■ 無回答

図表35. 人生の最終段階における医療に関する事前指示（リビングウィル、代理人指示）の実施



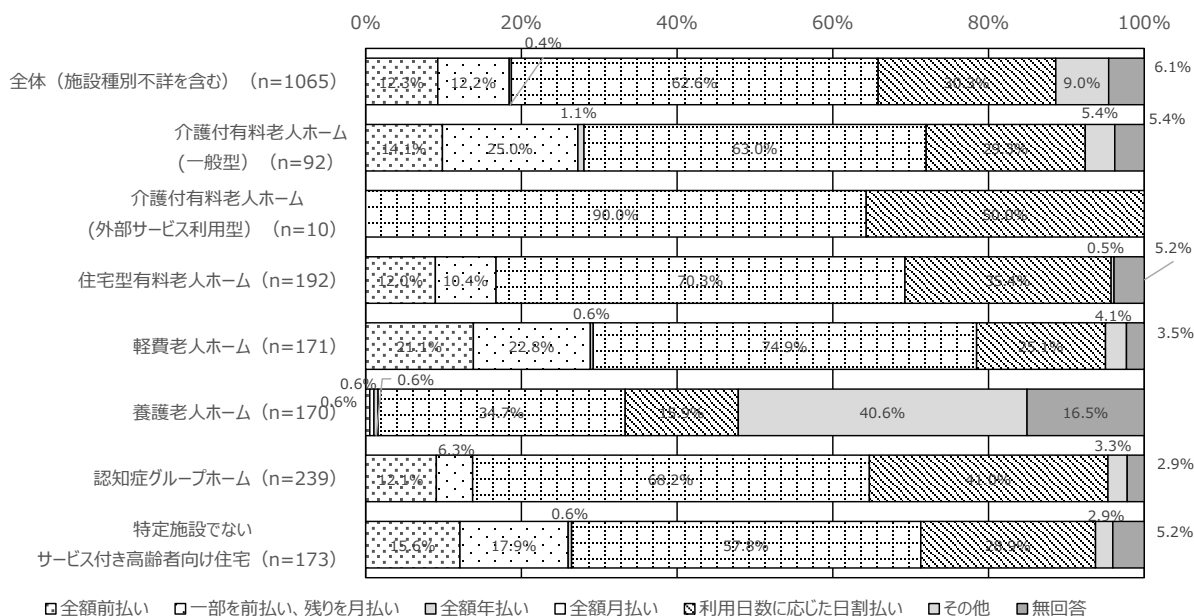
図表36. 人生の最終段階における医療に関する話し合い（アドバンス・ケア・プランニング）の実施



9. 入居者の金銭的負担について

選択可能な支払い方法については、どの施設類型においても、「全額月払い」が多かった。また、介護付き有料老人ホーム（一般型）については、他の施設類型に比べ「一部を前払い、残りを月払い」が多く、軽費老人ホームでは他の施設類型に比べて「全額を前払い」が多かった。

図表37. 入所・入居一時金や家賃について選択可能な支払方法



10. 小括

職員配置の特徴や、医療的な処置の必要性のある入所者・入居者や認知症高齢者の受入可否について施設類型別に整理すると、下表のようになる。

図表38. 職員配置や医療ニーズ・認知症を持つ入所者・入居者の受入可否に関する施設類型間比較

施設類型	施設規模	定員当たり職員数	医師・看護職員の配置	医療処置を必要とする入居者・入所者への対応	認知症高齢者への対応
介護付き有料老人ホーム（一般型）	大	幅広い職種で多い	看護職員必置、夜間・休日にも配置している施設もある	幅広い医療処置について受入可能	認知症グループホームについて、重度の認知症・BPSDのある高齢者も受け入れ可能
住宅型有料老人ホーム	中	全類型の平均程度	平日日中に配置のある施設は半数以下、夜間・休日にはほとんど配置なし	受入可能な施設割合は全類型の平均と同程度	全類型の平均よりも受け入れ可能とする施設割合がやや大きい
軽費老人ホーム	中	幅広い職種で少ない		対応できる医療ニーズが少ない	重度の認知症・BPSDのある高齢者の受け入れを困難とする施設が多い
養護老人ホーム	大	医師を除きやや少ない	看護職員必置		重度の認知症・BPSDのある高齢者も受け入れ可能
認知症グループホーム	小	介護職員がきわめて多い	平日日中に配置のある施設は半数以下、夜間・休日にはほとんど配置なし		
特定施設でないサービス付き高齢者向け住宅	中	やや少ない		受入可能な施設割合は全類型の平均と同程度	全類型の平均よりも受け入れ可能とする施設割合がやや小さい

職員配置が多く、医師・看護師の配置も多い介護付き有料老人ホーム（一般型）は、幅広い医療的な処置について受入を可能とする施設が多く、認知症高齢者についても受入を可能とする施設が多い。また、認知症高齢者の受入に特化している認知症グループホームは、医師・看護師の配置は少ないが、介護職員の配置が多い。

これは、医療的な処置を必要とする入所者・入居者の受入が困難となる主要因が「看護師の不在」にあり、認知症高齢者の受入が困難となりやすい要因となる主要因が「現状の職員数では業務負担が大きいこと」にあるという集計結果とも整合的といえる。

住宅型有料老人ホームや特定施設でないサービス付き高齢者向け住宅は、医療機関からの入院患者の受入先として機能しているという点では介護付き有料老人ホーム（一般型）と類似している一方、看護師の配置がないケースが多いこと、看護職員数の配置がやや少ないことから、有料老人ホーム（一般型）と比べて、医療的な処置を必要とする入所者・入居者や認知症高齢者の受入が可能な施設も少なくなっているものと考えられる。

また、低所得者の受入を主たる機能とする軽費老人ホーム・養護老人ホームは、医療ニーズを有する高齢者や認知症高齢者の受入を必ずしも志向しておらず、看護職員・介護職員のいずれについても配置が少ない。

第3章 医療的な処置を必要とする入所者・入居者の受入を可とする施設の特徴の抽出

1. 課題意識の整理

第2章では、施設類型別の分析を通じて、認知症を有する入所者・入居者の受入能力は介護職員の多さによるところが大きいと考えられること、医療ニーズを有する入所者・入居者の受入能力は看護職員の滞在によるところが大きいと考えられることを明らかにした。ここからは、認知症や医療ニーズ、看取りに係る対応能力は、専門職がどれだけ施設にいるかによって大きく規定され、それに比べて医療機関との連携や訪問看護の確保、設備の整備といった要素の影響は小さいことが考えられる。

しかし、職種を問わず人手の確保が困難となりつつある近年の状況にあつて、「人員を確保すれば対応能力が上がる」といった解決策は、高齢者向け住まいにとって取りづらくなりつつある。今後、高齢者向け住まいにおける医療ニーズへの対応能力の向上を推進するに当たっては、「人員配置を増やす」以外の方法で、医療ニーズを有する入所者・入居者の受入を可とする方法を模索する必要があるものと考えられる。

そこで本章では、どのような特徴を持つ施設において、医療的な処置を必要とする入所者・入居者の受入が可能（困難でない）との回答割合が大きいかを把握する。

2. 分析対象とする施設類型および医療的な処置

本章では、調査対象とした施設類型のうち、病院・有床診療所から退院して入所・入居する者の割合が大きい「介護付有料老人ホーム（一般型）」「住宅型有料老人ホーム」「特定施設を除くサービス付き高齢者向け住宅」の3つの施設類型（図表15参照）を分析対象とし、それぞれ、同一類型に属する施設間で比較を行う（以下、本章において「介護付有料老人ホーム（一般型）」を「介護付有料老人ホーム」「特定施設を除くサービス付き高齢者向け住宅」を「サービス付き高齢者向け住宅」と表記する）。

また、アンケート調査では「認知症に係る状況」「医療的な処置等の必要性」「疾患・既往歴の有無」に係る各種の状態像（計30項目）について、新規の入所者・入居者の受入が困難であるか否かを問う設問を設けた。本章では、この中から、医療ニーズの高さを示すにあたり代表的・適切な状態像として、下記の5つの医療的な処置を、病院経営者・有識者からなる事業検討委員会において選び出し、分析対象とした。

<分析対象とした医療的な処置>

- | | |
|-----------------|-------------------|
| ①褥瘡・創傷部への薬剤塗布 | ②インスリン注射（自己注射を除く） |
| ③がん末期の麻薬による疼痛管理 | ④経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養 |
| ⑤痰の吸引 | |

3. 集計・比較の方法

本章では、医療的な処置を必要とする入所者・入居者の受入を可とする施設の特徴を把握するに当たり、2で選び出した5つの医療的な処置のそれぞれについて、その処置を要する入所者・入居者を新規で受け入れることが「困難でない」と回答した施設（以下、「受入可能な施設」と表記）の割合を把握し、医療機関・医療職との連携状況や、施設規模（定員数）といった軸を設けて比較を行った。

4. 集計・比較の結果

①運営主体との関係

住宅型有料老人ホームにおける経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養、サービス付き高齢者向け住宅におけるインスリン注射と経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養について、運営主体またはグループ内に医療機関を設置する法人の有無に医療機関を設置する法人がある施設の方が、入所者・入居者の新規受入が可能な施設割合が有意に大きい。

図表39. 医療的な処置を要する入所者・入居者の新規の受入が可能な施設割合
(施設の運営主体別)

施設類型	運営主体またはグループ内に医療機関を設置する法人の有無	該当施設数	下記の医療的な処置を要する入所者・入居者について、新規の受入が可能な施設割合				
			褥瘡・創傷部への薬剤塗布	インスリン注射(自己注射除く)	がん末期の麻薬による疼痛管理	経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養	痰の吸引
介護付有料老人ホーム(一般型)	あり	26	96.2%	61.5%	65.4%	61.5%	38.5%
	なし	58	81.0%	53.4%	46.6%	51.7%	44.8%
χ ² 乗検定							
住宅型有料老人ホーム	あり	34	82.4%	52.9%	50.0%	52.9%	35.3%
	なし	142	59.2%	35.9%	32.4%	26.1%	24.6%
χ ² 乗検定					*		
特定施設でないサービス付き高齢者向け住宅	あり	55	60.0%	45.5%	45.5%	38.2%	27.3%
	なし	104	43.3%	26.0%	33.7%	16.3%	13.5%
χ ² 乗検定				*		**	†

† : p<0.1, * : p<0.05, ** : p<0.01, *** : p<0.001

②併設施設との関係

サービス付き高齢者向け住宅におけるインスリン注射と経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養について、病院・一般診療所と併設している施設の方が、併設していない施設よりも入所者・入居者の新規受入が可能な施設割合が有意に大きい。

また、住宅型有料老人ホームにおけるインスリン注射、がん末期の麻薬による疼痛管理、経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養、痰の吸引、及びサービス付き高齢者向け住宅におけるインスリン注射、がん末期の麻薬による疼痛管理、経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養について、訪問看護ステーションと併設している施設の方が、併設していない施設よりも入所者・入居者の新規受入が可能な施設割合が有意に大きい。

介護老人保健施設との併設の有無については、特段の傾向は見出しがたい。

図表40. 医療的な処置を要する入所者・入居者の新規の受入が可能な施設割合
(病院・一般診療所との併設の有無別)

施設類型	病院・一般診療所との併設	該当施設数	下記の医療的な処置を要する入所者・入居者について、新規の受入が可能な施設割合				
			褥瘡・創傷部への薬剤塗布	インスリン注射(自己注射除く)	がん末期の麻薬による疼痛管理	経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養	痰の吸引
介護付有料老人ホーム(一般型)	併設あり	12	91.7%	66.7%	66.7%	41.7%	50.0%
	併設なし χ ² 乗検定	76	85.5%	53.9%	48.7%	53.9%	39.5%
住宅型有料老人ホーム	併設あり	19	84.2%	63.2%	42.1%	52.6%	42.1%
	併設なし χ ² 乗検定	153	59.5%	35.9%	34.0%	28.8%	23.5%
特定施設でないサービス付き高齢者向け住宅	併設あり	29	69.0%	51.7%	55.2%	51.7%	20.7%
	併設なし χ ² 乗検定	132	46.2%	28.0%	34.8%	17.4%	17.4%

† : p<0.1, * : p<0.05, ** : p<0.01, *** : p<0.001

図表41. 医療的な処置を要する入所者・入居者の新規の受入が可能な施設割合
(介護老人保健施設との併設の有無別)

施設類型	介護老人保健施設との併設	該当施設数	下記の医療的な処置を要する入所者・入居者について、新規の受入が可能な施設割合				
			褥瘡・創傷部への薬剤塗布	インスリン注射(自己注射除く)	がん末期の麻薬による疼痛管理	経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養	痰の吸引
介護付有料老人ホーム(一般型)	併設あり	4	75.0%	50.0%	50.0%	25.0%	50.0%
	併設なし χ ² 乗検定	81	86.4%	55.6%	50.6%	53.1%	39.5%
住宅型有料老人ホーム	併設あり	5	60.0%	40.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	併設なし χ ² 乗検定	165	62.4%	38.8%	36.4%	32.1%	26.1%
特定施設でないサービス付き高齢者向け住宅	併設あり	6	33.3%	50.0%	33.3%	50.0%	0.0%
	併設なし χ ² 乗検定	155	51.0%	31.6%	38.7%	22.6%	18.7%

† : p<0.1, * : p<0.05, ** : p<0.01, *** : p<0.001

図表42. 医療的な処置を要する入所者・入居者の新規の受入が可能な施設割合
(訪問看護ステーションとの併設の有無別)

施設類型	訪問看護ステーションとの併設	該当施設数	下記の医療的な処置を要する入所者・入居者について、新規の受入が可能な施設割合				
			褥瘡・創傷部への薬剤塗布	インスリン注射(自己注射除く)	がん末期の麻薬による疼痛管理	経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養	痰の吸引
介護付有料老人ホーム(一般型)	併設あり	9	88.9%	88.9%	66.7%	66.7%	77.8%
	併設なし χ2乗検定	78	85.9%	52.6%	50.0%	51.3%	37.2% †
住宅型有料老人ホーム	併設あり	30	86.7%	63.3%	60.0%	56.7%	46.7%
	併設なし χ2乗検定	142	56.3% †	33.8% *	31.0% *	26.1% **	20.4% **
特定施設でないサービス付き高齢者向け住宅	併設あり	37	70.3%	54.1%	67.6%	56.8%	29.7%
	併設なし χ2乗検定	125	44.8% †	26.4% **	30.4% **	14.4% ***	15.2% †

† : p<0.1, * : p<0.05, ** : p<0.01, *** : p<0.001

③在宅医療の提供状況との関係

住宅型有料老人ホームにおけるインスリン注射、がん末期の麻薬による疼痛管理、経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養、痰の吸引について、当該施設に「緊急の訪問看護」を行った機関・事業所がある施設の方が、ない施設よりも入所者・入居者の新規受入が可能な施設割合が有意に大きい。

この他にも、有意水準 5%を満たさないものの、多くの医療的な処置について、往診や訪問看護を行った機関・事業所がある施設の方が、ない施設よりも入所者・入居者の新規受入が可能な施設割合が大きい。

図表43. 医療的な処置を要する入所者・入居者の新規の受入が可能な施設割合
(2017年6～8月に当該施設に「往診」を行った機関・事業所の有無別)

施設類型	2017年6～8月に当該施設に往診を行った機関・事業所	該当施設数	下記の医療的な処置を要する入所者・入居者について、新規の受入が可能な施設割合				
			褥瘡・創傷部への薬剤塗布	インスリン注射(自己注射除く)	がん末期の麻薬による疼痛管理	経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養	痰の吸引
介護付有料老人ホーム(一般型)	あり	66	90.9%	62.1%	56.1%	59.1%	43.9%
	なし χ2乗検定	19	78.9%	42.1%	47.4%	31.6%	42.1%
住宅型有料老人ホーム	あり	94	69.1%	43.6%	47.9%	36.2%	34.0%
	なし χ2乗検定	58	63.8% †	39.7% †	27.6% †	25.9% †	25.9% †
特定施設でないサービス付き高齢者向け住宅	あり	88	61.4%	37.5%	45.5%	31.8%	19.3%
	なし χ2乗検定	61	44.3%	32.8%	36.1%	18.0%	19.7%

† : p<0.1, * : p<0.05, ** : p<0.01, *** : p<0.001

図表44. 医療的な処置を要する入所者・入居者の新規の受入が可能な施設割合
(2017年6～8月に当該施設に「訪問診療」を行った機関・事業所の有無別)

施設類型	2017年6～8月に当該施設に訪問診療を行った機関・事業所	該当施設数	下記の医療的な処置を要する入所者・入居者について、新規の受入が可能な施設割合				
			褥瘡・創傷部への薬剤塗布	インスリン注射(自己注射除く)	がん末期の麻薬による疼痛管理	経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養	痰の吸引
介護付有料老人ホーム(一般型)	あり	46	87.0%	54.3%	65.2%	54.3%	45.7%
	なし χ2乗検定	39	89.7%	61.5%	41.0%	51.3%	41.0%
住宅型有料老人ホーム	あり	64	68.8%	39.1%	42.2%	35.9%	29.7%
	なし χ2乗検定	88	65.9% †	44.3% †	38.6% †	29.5% †	31.8% †
特定施設でないサービス付き高齢者向け住宅	あり	64	59.4%	37.5%	48.4%	32.8%	23.4%
	なし χ2乗検定	85	50.6%	34.1%	36.5%	21.2%	16.5%

† : p<0.1, * : p<0.05, ** : p<0.01, *** : p<0.001

図表45. 医療的な処置を要する入所者・入居者の新規の受入が可能な施設割合
(2017年6～8月に当該施設に訪問看護を行った機関・事業所の有無別)

施設類型	2017年6～8月に当該施設に訪問看護を行った機関・事業所	該当施設数	下記の医療的な処置を要する入所者・入居者について、新規の受入が可能な施設割合				
			褥瘡・創傷部への薬剤塗布	インスリン注射(自己注射除く)	がん末期の麻薬による疼痛管理	経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養	痰の吸引
介護付有料老人ホーム(一般型)	あり	23	87.0%	60.9%	56.5%	56.5%	52.2%
	なし	62	88.7%	56.5%	53.2%	51.6%	40.3%
住宅型有料老人ホーム	あり	85	70.6%	42.4%	48.2%	35.3%	34.1%
	なし	67	62.7%	41.8%	29.9%	28.4%	26.9%
特定施設でないサービス付き高齢者向け住宅	あり	88	62.5%	37.5%	47.7%	30.7%	25.0%
	なし	61	42.6%	32.8%	32.8%	19.7%	11.5%

† : p<0.1, * : p<0.05, ** : p<0.01, *** : p<0.001

図表46. 医療的な処置を要する入所者・入居者の新規の受入が可能な施設割合
(2017年6～8月に当該施設に緊急の訪問看護を行った機関・事業所の有無別)

施設類型	2017年6～8月に当該施設に緊急の訪問看護を行った機関・事業所	該当施設数	下記の医療的な処置を要する入所者・入居者について、新規の受入が可能な施設割合				
			褥瘡・創傷部への薬剤塗布	インスリン注射(自己注射除く)	がん末期の麻薬による疼痛管理	経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養	痰の吸引
介護付有料老人ホーム(一般型)	あり	6	66.7%	66.7%	66.7%	66.7%	33.3%
	なし	79	89.9%	57.0%	53.2%	51.9%	44.3%
住宅型有料老人ホーム	あり	25	92.0%	68.0%	68.0%	64.0%	56.0%
	なし	127	62.2%	37.0%	34.6%	26.0%	26.0%
特定施設でないサービス付き高齢者向け住宅	あり	25	56.0%	32.0%	52.0%	28.0%	20.0%
	なし	124	54.0%	36.3%	39.5%	25.8%	19.4%

† : p<0.1, * : p<0.05, ** : p<0.01, *** : p<0.001

④医師との連絡・相談環境との関係

介護付有料老人ホームにおける痰の吸引、住宅型有料老人ホームにおけるインスリン注射、がん末期の麻薬による疼痛管理、経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養、痰の吸引、及びサービス付き高齢者向け住宅における痰の吸引について、**夜間に急病人が発生した場合**に医師にすぐ連絡のとれる施設の方が、連絡が取れない場合がある施設よりも、入所者・入居者の新規受入が可能な施設割合が有意に大きい。

また、介護付有料老人ホームにおける痰の吸引、住宅型有料老人ホームにおけるがん末期の麻薬による疼痛管理、経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養、痰の吸引、及びサービス付き高齢者向け住宅におけるインスリン注射、痰の吸引について、**休日に急病人が発生した場合**に医師にすぐ連絡のとれる施設の方が、連絡が取れない場合がある施設よりも、入所者・入居者の新規受入が可能な施設割合が有意に大きい。

また、住宅型有料老人ホームにおける経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養、痰の吸引については、**入所者・入居者の健康状態に変化があった場合**に医師に相談できる施設の方が、当該入所者・入居者の主治医・かかりつけ医が決まっている場合にのみ相談できる施設よりも、入所者・入居者の新規受入が可能な施設割合が有意に大きく、サービス付き高齢者向け住宅における経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養については、**入所者・入居者の健康状態に変化があった場合**に医師に相談できる施設の方が、当該入所者・入居者の主治医・かかりつけ医が決まっている場合にのみ相談できる施設よりも、入所者・入居者の新規受入が可能な施設割合が有意に大きい。

図表47. 医療的な処置を要する入所者・入居者の新規の受入が可能な施設割合
(平日日中に急病人が発生した際の医師との連絡環境別)

施設類型	急病人発生時の医師との連絡環境 (平日日中)	該当施設数	下記の医療的な処置を要する入所者・入居者について、新規の受入が可能な施設割合				
			褥瘡・創傷部 への薬剤塗布	インスリン注射 (自己注射除く)	がん末期の麻薬 による疼痛管理	経鼻栄養・胃ろう ・経腸栄養	痰の吸引
介護付有料老人ホーム (一般型)	医師にすぐ連絡がとれる 連絡がとれない場合がある χ ² 乗検定	81	87.7%	60.5%	53.1%	56.8%	44.4%
		6	50.0%	0.0%	16.7%	0.0%	0.0%
住宅型有料老人ホーム	医師にすぐ連絡がとれる 連絡がとれない場合がある χ ² 乗検定	163	66.9%	40.5%	38.7%	31.9%	29.4%
		19	47.4%	31.6%	21.1%	26.3%	10.5%
特定施設でない サービス付き高齢者向け住宅	医師にすぐ連絡がとれる 連絡がとれない場合がある χ ² 乗検定	141	51.1%	33.3%	37.6%	24.1%	19.9%
		17	47.1%	23.5%	41.2%	23.5%	5.9%

† : p<0.1, * : p<0.05, ** : p<0.01, *** : p<0.001

図表48. 医療的な処置を要する入所者・入居者の新規の受入が可能な施設割合
(夜間に急病人が発生した際の医師との連絡環境別)

施設類型	急病人発生時の医師との連絡環境 (夜間)	該当施設数	下記の医療的な処置を要する入所者・入居者について、新規の受入が可能な施設割合				
			褥瘡・創傷部 への薬剤塗布	インスリン注射 (自己注射除く)	がん末期の麻薬 による疼痛管理	経鼻栄養・胃ろう ・経腸栄養	痰の吸引
介護付有料老人ホーム (一般型)	医師にすぐ連絡がとれる 連絡がとれない場合がある χ ² 乗検定	71	85.9%	60.6%	54.9%	56.3%	47.9%
		17	76.5%	35.3%	29.4%	35.3%	11.8%
住宅型有料老人ホーム	医師にすぐ連絡がとれる 連絡がとれない場合がある χ ² 乗検定	121	68.6%	47.1%	45.5%	40.5%	35.5%
		61	59.0%	26.2%	21.3%	14.8%	13.1%
特定施設でない サービス付き高齢者向け住宅	医師にすぐ連絡がとれる 連絡がとれない場合がある χ ² 乗検定	105	54.3%	38.1%	42.9%	27.6%	23.8%
		55	41.8%	20.0%	29.1%	16.4%	5.5%

† : p<0.1, * : p<0.05, ** : p<0.01, *** : p<0.001

図表49. 医療的な処置を要する入所者・入居者の新規の受入が可能な施設割合
(休日に急病人が発生した際の医師との連絡環境別)

施設類型	急病人発生時の医師との連絡環境 (休日)	該当施設数	下記の医療的な処置を要する入所者・入居者について、新規の受入が可能な施設割合				
			褥瘡・創傷部 への薬剤塗布	インスリン注射 (自己注射除く)	がん末期の麻薬 による疼痛管理	経鼻栄養・胃ろう ・経腸栄養	痰の吸引
介護付有料老人ホーム (一般型)	医師にすぐ連絡がとれる 連絡がとれない場合がある χ ² 乗検定	69	87.0%	59.4%	55.1%	59.4%	49.3%
		20	75.0%	45.0%	30.0%	30.0%	15.0%
住宅型有料老人ホーム	医師にすぐ連絡がとれる 連絡がとれない場合がある χ ² 乗検定	121	69.4%	45.5%	45.5%	40.5%	35.5%
		60	56.7%	26.7%	20.0%	13.3%	11.7%
特定施設でない サービス付き高齢者向け住宅	医師にすぐ連絡がとれる 連絡がとれない場合がある χ ² 乗検定	111	55.0%	39.6%	44.1%	30.6%	24.3%
		51	39.2%	17.6%	25.5%	9.8%	3.9%

† : p<0.1, * : p<0.05, ** : p<0.01, *** : p<0.001

図表50. 医療的な処置を要する入所者・入居者の新規の受入が可能な施設割合

(入所者・入居者の健康状態に変化があった場合の医師への相談環境別)

施設類型	入所者・入居者の健康状態に変化があった場合の医師への相談環境	該当施設数	下記の医療的な処置を要する入所者・入居者について、新規の受入が可能な施設割合				
			褥瘡・創傷部への薬剤塗布	インスリン注射(自己注射除く)	がん末期の麻薬による疼痛管理	経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養	痰の吸引
介護付有料老人ホーム(一般型)	A: 医師に相談ができる	62	88.7%	61.3%	51.6%	53.2%	41.9%
	B: 主治医・かかりつけ医が決まっていれば相談できる	23	69.6%	34.8%	43.5%	43.5%	39.1%
	C: 医師に相談しにくい	0	-	-	-	-	-
	χ ² 乗検定(A-B間)						
住宅型有料老人ホーム	A: 医師に相談ができる	94	73.4%	45.7%	41.5%	40.4%	36.2%
	B: 主治医・かかりつけ医が決まっていれば相談できる	62	54.8%	27.4%	29.0%	19.4%	16.1%
	C: 医師に相談しにくい	5	40.0%	40.0%	20.0%	20.0%	20.0%
	χ ² 乗検定(A-B間) χ ² 乗検定(A-C間) χ ² 乗検定(B-C間)			†		*	*
特定施設でないサービス付き高齢者向け住宅	A: 医師に相談ができる	77	57.1%	41.6%	45.5%	33.8%	23.4%
	B: 主治医・かかりつけ医が決まっていれば相談できる	71	46.5%	25.4%	33.8%	14.1%	14.1%
	C: 医師に相談しにくい	3	33.3%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%
	χ ² 乗検定(A-B間) χ ² 乗検定(A-C間) χ ² 乗検定(B-C間)			†		*	†

† : p<0.1, * : p<0.05, ** : p<0.01, *** : p<0.001

⑤施設規模との関係

ここでは、施設規模との関係を見るために、施設定員階級別の入所者・入居者の新規受入が可能な施設割合を集計するとともに、施設定員を横軸、新規受入の可否（受入可能=1、受入困難=0）を縦軸にとった場合の回帰直線の傾きをみた。

その結果、介護付有料老人ホームにおけるインスリン注射、経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養、住宅型有料老人ホームにおけるインスリン注射、経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養、及びサービス付き高齢者向け住宅における褥瘡・創傷部への薬剤塗布、がん末期の麻薬による疼痛管理、経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養について、施設定員の多い施設ほど、入所者・入居者の新規受入が可能な施設割合が有意に大きくなる傾向にある。

この他、有意水準5%を満たさないものの、いずれの施設類型・医療的な処置についても、施設規模と入所者・入居者の新規受入が可能な施設割合とは正の関係にある。

図表51. 医療的な処置を要する入所者・入居者の新規の受入が可能な施設割合
(施設の定員別)

入所者・入居者の健康状態に変化があった場合の医師への相談環境	該当施設数	下記の医療的な処置を要する入所者・入居者について、新規の受入が可能な施設割合				
		褥瘡・創傷部への薬剤塗布	インスリン注射(自己注射除く)	がん末期の麻薬による疼痛管理	経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養	痰の吸引
A: 医師に相談ができる	62	88.7%	61.3%	51.6%	53.2%	41.9%
B: 主治医・かかりつけ医が決まっていれば相談できる	23	69.6%	34.8%	43.5%	43.5%	39.1%
C: 医師に相談しにくい	0	—	—	—	—	—
χ ² 乗検定(A-B間)						
A: 医師に相談ができる	94	73.4%	45.7%	41.5%	40.4%	36.2%
B: 主治医・かかりつけ医が決まっていれば相談できる	62	54.8%	27.4%	29.0%	19.4%	16.1%
C: 医師に相談しにくい	5	40.0%	40.0%	20.0%	20.0%	20.0%
χ ² 乗検定(A-B間)			†		*	*
χ ² 乗検定(A-C間)						
χ ² 乗検定(B-C間)					†	†
A: 医師に相談ができる	77	57.1%	41.6%	45.5%	33.8%	23.4%
B: 主治医・かかりつけ医が決まっていれば相談できる	71	46.5%	25.4%	33.8%	14.1%	14.1%
C: 医師に相談しにくい	3	33.3%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%
χ ² 乗検定(A-B間)			†		*	
χ ² 乗検定(A-C間)					*	
χ ² 乗検定(B-C間)					†	

† : p<0.1, * : p<0.05, ** : p<0.01, *** : p<0.001

5. 小括

本章では、「褥瘡・創傷部への薬剤塗布」「インスリン注射（自己注射を除く）」「がん末期の麻薬による疼痛管理」「経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養」「痰の吸引」の5つの医療的な処置に着目し、これらを要する入所者・入居者の新規受入が可能な施設割合が、どのような特徴を持つ施設において大きいかの把握を行った。

その結果、グループ内に医療機関を運営する法人がある、病院一般診療所や訪問看護ステーションと併設している、緊急の訪問看護を提供する事業所等がある、夜間・休日の急病人の発生時に医師への連絡がとりやすい、入所者・入居者の健康状態に変化が生じた際に主治医・かかりつけ医に係らず医師への相談ができるなど、医療職や医療機関と緊密な連携を行っている施設において、これらの医療的な処置を必要とする入所者・入居者の新規受入が可能な施設割合が大きい傾向がみられた。特に、夜間・休日の急病人発生時に医師に連絡がとりやすい、訪問看護ステーションを併設している、あるいは緊急の訪問看護を行う事業所がある住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅では、幅広い医療的な処置について、入所者・入居者の新規受入が可能な施設割合が大きい。

ここからは、一般に医療職の配置がない・少ないことが多い住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅において、医療ニーズを有する入所者・入居者の受入能力を上げる手段として、医療機関や医療職との連携強化が有効であることが示唆される。また、夜間・休日でも医師への連絡がとれる体制や、緊急の訪問看護が受けられる体制を整えることは、特に有効な手段であることが示唆される。

また、施設の大規模化も、医療ニーズを有する入所者・入居者の受入能力を上げる手段として有効である可能性がある。第2章では、医療的な処置を必要とする入所者・入居者の受入が困難となる主要因が、看護師の「数」ではなく、「看護師の不在」にあることを示した。医療ニーズを有する入所者・入居者の受入能力を決める要素としては、看護職員の「多さ・少なさ」よりも、看護職員の「有無」の方が、より重要であるといえる。

日中の介護職員が必置である介護付有料老人ホームを含め、1人以上の看護職員を配置するには、（入所者・入居者の費用負担を大きくする他は）一定以上の施設規模を備えることで、看護職員を配置するための財政基盤を確保することが有効と考えられる。加えて、看護職員の「多さ・少なさ」よりも「有無」の方が重要な要素であることを勘案すると、1人以上の看護職員を配置し、かつその看護職員が、一定人数以上の入所者・入居者の医療ニーズに対応するといった体制を構築する方が、看護職員を含む担い手の確保が困難となりつつある現在において、より効率的な対応体制であると考えられる。看護職員を配置するための財政基盤の確保、配置した看護職員による効率的な医療ニーズへの対応の両面から、施設の大規模化が、医療ニーズを有する高齢者の受入のために、有効な手段となりうると考えられる。

第4章 ヒアリング調査

1. 調査方法と対象施設

本研究では、アンケート調査と並行して、医療ニーズへの対応能力が高いと考えられる施設に対し、訪問ヒアリング調査を行った（実施時期：2017年9月・10月、2018年1月）。調査対象とした施設は、下記の5件である。

介護付有料老人ホーム（一般型）	1件
サービス付き高齢者向け住宅	2件
認知症対応型共同生活介護	2件

2. 調査結果

①医療ニーズへの対応の現状

入所者・入居者の状態像（概要）

- ・ 開設から年数が経つにつれ、入居者の要介護度は上がってきている。（介護付き有料老人ホーム）
- ・ グループホームとして、ある程度の自立生活を送れることを条件としていることから、常時の医療ニーズを有する入所者はいない。（認知症対応型共同生活介護）

入所者・入居者の状態像（医療ニーズ）

- ・ 多いのは、経管栄養と、それに伴う喀痰吸引が必要な入居者。また、酸素療法の管理が必要な入居者、バルーンカテーテルの管理が必要な入居者。（介護付き有料老人ホーム）
- ・ 居住者に多い医療ニーズは、服薬管理、インスリン注射（2～3人）である。寝たきりの居住者は少ないため、褥瘡の処置を行うことは少ない。（サービス付き高齢者向け住宅）

受け入れ可能な医療ニーズ

- ・ 現在のところ、軽度の認知症・車椅子の入居希望者は受け入れられている。（介護付き有料老人ホーム）
- ・ 訪問診療や訪問看護で対応可能な範囲であれば、受入が可能となる。（サービス付き高齢者向け住宅）
- ・ 薬局を併設しているので麻薬の管理ができ、疼痛緩和が必要な人も受け入れ可能である。（サービス付き高齢者向け住宅）
- ・ 認知症への対応は十分に行えている。デイサービスや、ショートステイの利用が難しいと判断された人でも、受け入れることが可能である。（認知症対応型共同生活介護）
- ・ 点滴については、一時的なものであれば、医療機関との連携体制の中で対応可能である。（認

知症対応型共同生活介護)

- ・ 喀痰吸引は、ホーム内に認定特定行為業務従事者資格を有する介護職員を配置しているため、対応が可能である。(認知症対応型共同生活介護)
- ・ 酸素吸入は、在宅酸素療法の形態であれば、対応が可能である。(認知症対応型共同生活介護)

受け入れ不可能な医療ニーズ

- ・ 経管栄養・胃ろうへの対応は、一般的な有料老人ホームでは難しいと思われる。(介護付き有料老人ホーム)
- ・ 人工透析は日常的な身体管理に加え、通院の送迎が必要となる。スタッフが拘束されるため、時間的に厳しい部分もあった。(介護付き有料老人ホーム)
- ・ 痰の吸引など、頻回の対応が必要なものは、看護師が常駐していないため受け入れが厳しい。(サービス付き高齢者向け住宅)
- ・ 基本的に医師や看護師が常駐していないため、大きな医療ニーズには対応できない。(サービス付き高齢者向け住宅)
- ・ 併設する通所介護事業所に認定特定行為(喀痰吸引等)を行えるヘルパーを配置しているが、一日中対応できるわけではない。(サービス付き高齢者向け住宅)
24時間対応が必要な入居希望者は、受け入れが厳しい。(サービス付き高齢者向け住宅)
- ・ 気管切開を行っている患者のうち、夜間の処置が必要な場合は、受け入れが難しい。(サービス付き高齢者向け住宅)
- ・ 認知症は、異食など、常時の見守りが必要になると受入は厳しい。(サービス付き高齢者向け住宅) 気管切開などは、そのものは受入可能であるが、認知症を併せ持っている、本人が処置部分を触らないようにするなど、管理が必要になるため難しい。(サービス付き高齢者向け住宅)
- ・ 在宅酸素など、常時の管理を必要とする人は難しい。(認知症対応型共同生活介護)

条件付きで受け入れ可能な医療ニーズ

- ・ 受け入れ実績があるものとして、精神疾患(うつ)の入居者に関しては、入居前からのかかりつけ医に継続して診察を行ってもらうことにより、対応可能であった。(介護付き有料老人ホーム)
- ・ 認知症への対応は、入居者との連携がとれており、スタッフへの信頼感が醸成されていればある程度は可能であると感じる。(サービス付き高齢者向け住宅)

入所・入居継続が困難となる医療ニーズ

- ・ 基本的に看取りまで行う方針であり、状態悪変化について入居者を退居させるような対応は行わないが、他の入居者に危害を及ぼした場合のみ、入居継続困難と判断する。(介護付き有料老人ホーム)
- ・ 退居要因として最も多いのは、認知症の悪化に伴い、集団生活が困難となることである。(サービス付き高齢者向け住宅)
- ・ ADL と居住継続の可否は、ケースバイケースである向きが強い。(サービス付き高齢者向け

住宅)

- ・ 周辺地域では、退去要因は、グループホームごとに大きく異なる。車椅子が必要となったら、あるいは医療ニーズが生じたら退去というホームもあれば、看取りまで行うホームもある。当施設では、法人内の医療機関からの医療的な支援を受けつつ、原則として看取りまで行うことを方針としている。(認知症対応型共同生活介護)
- ・ 麻薬管理はできないため、麻薬による疼痛管理が必要な場合は、入院への橋渡しを行う。(認知症対応型共同生活介護)

状態悪化により入院した後について

- ・ 病状の悪化により入院した居住者について、それが外科的なもの場合はほとんどの居住者が戻ってくるが、内科的な疾患で入院した場合は、戻れるのは半分程度である。(サービス付き高齢者向け住宅)
- ・ 認知症の傾向がある居住者の場合、入院中に悪化してしまう場合が多く、戻れないことが多い。(サービス付き高齢者向け住宅)
- ・ 入院すると生活パターンが変化し、また日常の刺激が少なくなるため、認知症が進行する。突発的に出た医療ニーズに対して、どれだけ入院をさせずに対応するかということが重要となる。

医療ニーズ対応の方針

- ・ 状態の悪変化が起こった場合は家族と相談し、入居したままで嘱託医のできる範囲の処置を行うか、入院して治療を行うかを選択してもらう。入院するのは月に1~2名である。(介護付き有料老人ホーム)
- ・ 80歳を過ぎれば誰でも病気はあるが、できるだけ苦しくないように、という考え方でケアを行っている。(サービス付き高齢者向け住宅)
- ・ 受入れは医師の意見書を踏まえて行う。24時間対応が必要な人でも、意見書でOKが出れば受け入れることもある。但し、介護保険の限度額を超えた利用となり、負担額が高額になる場合もある。居住継続するか入院するかも、医師の判断によるところが大きい。(サービス付き高齢者向け住宅)
- ・ サービス付き高齢者向け住宅はあくまで住宅であり、入居者を医療機関やケアマネジャーにつなぐ、仲介者の役割しかできない。(サービス付き高齢者向け住宅)
- ・ 医療ニーズへの対応は、対応体制や設備のみならず、ホームごとの理念や方針にも左右される。当施設では、あくまでも生活の場であるという考えに立ち、過剰な医療の投入を行わないことを方針としている。(認知症対応型共同生活介護)
- ・ 認知症に対しては、できるだけ精神薬の投与は行わず、ケアによってBPSDを緩和することを目標とする。入所後しばらくは環境に慣れるまでの期間を置き、慣れてきたのをみて減薬を開始する。(認知症対応型共同生活介護)

状態変化に対する見通し

- ・ 入所時点で、その後の状態像の変化に関する見通しはあまり立てていない。但し、アルツハ

イマーの場合は認知症が進行しやすいが、血管性認知症はそれと比べると進行しにくいといった違いはある。健康面では、肺炎の発生や多臓器不全の状態となると、その重さや家族との相談状況により、入院か看取りかの判断を行うこととなる。(認知症対応型共同生活介護)

看取り介護・人生の最終段階における医療について

- ・ 入居した時点で、既に本人の判断能力は低下していることが多く、終末期に関しての方針決定は家族と行う。(介護付き有料老人ホーム)
- ・ 契約時に終末期の対応方針(救急搬送をするか、治療をするか)を確認することに加え、状態悪化時は、医師を交えて説明・対応方針の決定を行う。(介護付き有料老人ホーム)
- ・ 認知症以外は状態像が悪くない入居者も多く、入居時などに看取りについて確認すると拒絶反応を示されることもあるため、入居時の意思確認等は行っていないが、生活の中で発せられる、看取りの方針に関わるような言動を記録し、後で家族に提供するといったことは行っている。(認知症対応型共同生活介護)

入所・入居前の居場所

- ・ 地域の中では、かなり医療ニーズの高い人の受入れが可能である施設であるため、病院からの直接の入居相談や、病院から紹介を受けた家族からの入居相談が多い。(介護付き有料老人ホーム)
- ・ 自宅から入所する場合は、独居が不安である、家族との仲がうまくいかない等の理由で入居する人が多い。(サービス付き高齢者向け住宅)
- ・ 認知症グループホームから夫婦で移ってきた入居者もいる。(サービス付き高齢者向け住宅)
- ・ 病院から入所することもある。(サービス付き高齢者向け住宅)
- ・ 入所者の約6割が在宅から、残りが精神病床と老健からの入所である。(認知症対応型共同生活介護)
- ・ 入所前の居場所は、自宅・病院が半々である。(認知症対応型共同生活介護)
- ・ 病院からの入所は、入院によって認知症が進行し、自宅に戻れなくなったケースが多い。(認知症対応型共同生活介護)

②医療機関との連携

嘱託医との連携

- ・ かかりつけ医については、入居時にお願いをして、法人内の医師(嘱託医)に切り替えてもらっている。前のかかりつけ医からの情報提供は、診療情報提供書により行っている。(介護付き有料老人ホーム)
- ・ 嘱託医の訪問診療は月2回で、必要があれば臨時に往診を行う。(介護付き有料老人ホーム)
- ・ 嘱託医は内科医であるため、外科・眼科等、他の診療科の受診が必要な場合は外来で受診する。付き添いサービスは、30分700円で提供している。(介護付き有料老人ホーム)
- ・ 観察が必要な入居者に関しては、嘱託医に対し、看護師から日単位で状況報告が行われる。(介護付き有料老人ホーム)

かかりつけ医との連携

- ・ かかりつけでない医師に、緊急時にはじめて診てもらうことはない。（緊急度が高くない場合、アドバイスをもらうことはある）（サービス付き高齢者向け住宅）

在宅医療との連携

- ・ 在宅医療専門のクリニック（在宅療養支援診療所）と連携があり、週1回半日の休診日を除き、急変時にもすぐ対応してもらえる。（サービス付き高齢者向け住宅）
- ・ 訪問診療と併設している薬局による対応により、看取り状態の人でも入居できている。（サービス付き高齢者向け住宅）
- ・ 外来を利用している居住者よりも、訪問診療を利用している居住者のほうが、緊急時の対応はしやすい。（サービス付き高齢者向け住宅）
- ・ 訪問診療は、週1回実施している。施設は2ユニットからなるが、片方のユニットごとの訪問であるため、各ユニットで見れば、隔週の訪問となる。（認知症対応型共同生活介護）
- ・ 急変時は、まず連携している訪問看護ステーションに連絡し、そこで対応できなければクリニックに連絡する。（認知症対応型共同生活介護）
- ・ 医療機関を受診する際は外来で受診することは少ない。外来で受診する場合は、家族が付き添いを行なう。（認知症対応型共同生活介護）

グループ内の医療機関との連携

- ・ 医療法人が母体であることにより、医療機関との連携が緊密であるため、訪問診療（入居者の約半分が利用）・訪問看護（4名の入居者が利用）の利用がスムーズにできる。そのため、社会福祉法人が母体であるサービス付き高齢者向け住宅よりも、医療ニーズのある入居者を受け入れられていると感じる。社会福祉法人が母体のところでは、自立・要支援までの人しか受け入れないというところが多い。（サービス付き高齢者向け住宅）
- ・ 医師といつでも連絡がとれるということは、非常に重要である。同一法人内の医療機関とは、緊急時にも連絡がつきやすく、対応がしやすい。その他の医療機関を利用している場合は、救急車を呼ぶといった対応になることが多い。（サービス付き高齢者向け住宅）
- ・ 訪問診療は地域では同一法人内の診療所しか実施していない。（サービス付き高齢者向け住宅）

医療機関との連携におけるポイント

- ・ 医療機関との連携は、24時間連絡がとれる医療機関があるかどうかは重要である。（認知症対応型共同生活介護）
- ・ 医師から、異変を判別するために普段からデータを収集してほしいという依頼があり、日常的にバイタルをとり、必要に応じて提供している。（サービス付き高齢者向け住宅）
- ・ 病院からの入居者の場合、診療情報提供書があれば目を通し、医師の説明も受ける。（サービス付き高齢者向け住宅）
- ・ 周辺では、訪問診療を行うクリニックが増えている。訪問診療自体への認知度も上がっていると思う。24時間対応してもらえるため、大変助かっている。（認知症対応型共同生活介護）
- ・ スタッフがバイタルや排尿・排便の状況、気になったことなどをモニタリングしており、異

変を把握できるようにしている。(認知症対応型共同生活介護)

- ・ 医師や看護師が訪問した際に、連絡をとる目安を具体的に教えてもらうなど工夫している。その目安をもとに連絡をとり、その上で対応が難しい場合は救急車を呼ぶようにしている。(認知症対応型共同生活介護)

③内部の体制づくり

人員配置

- ・ 看護職員の配置を手厚くしており(昼9名、夜1名)、24時間の対応が可能であるため、比較的幅広い医療ニーズに対応可能である。(介護付き有料老人ホーム)
- ・ かなり人員を多く配置し、居住者の見守り・サービスを積極的に行っている。管理者1名・生活支援相談員1名で運営しているサービス付き高齢者向け住宅などは、居住者の状態や、かかりつけの医療機関についても、ほとんど把握していない場合も多いが、ここでは食事・ゴミ回収等や併設のデイサービスの利用状況を通して、見守りを行っている。(サービス付き高齢者向け住宅)
- ・ ADLは、高い場合は高いなりに手のかかる部分もあるため、ADLの高低と必要な職員配置数は、必ずしも連動しない。要介護3～4程度がピークといえるのではないか。(認知症対応型共同生活介護)
- ・ サービス付き高齢者向け住宅は、認知症グループホームに比べて圧倒的に職員数が少ない点だが、認知症をもつ高齢者に対する見守りやケアにおいて制約となるのではないか。(認知症対応型共同生活介護)

対応方針のマニュアル化など

- ・ 居住継続が困難になる場合に関して、マニュアル化を進めている。入居時の契約に記載があっても、実際に居住継続できない状況になると、家族等が納得せずトラブルになる場合があるため。(サービス付き高齢者向け住宅)

情報共有・研修など

- ・ 医師や看護師から教えてもらった急変時の対応について、ミーティングで共有を行っている。(サービス付き高齢者向け住宅)
- ・ 施設内での研修に加え、併設する薬局・訪問介護事業所での研修にも参加している。(サービス付き高齢者向け住宅)
- ・ 救急車を呼ぶ目安などについては、内外の研修などでも職員の知識を強化するようにしている。(認知症対応型共同生活介護)

運営・経営方針など

- ・ 当事業所は、地域内では比較的に入居にかかる費用が大きいが、現在よりもコストをかけない運営では、医療ニーズへの対応は難しいと感じる。(介護付き有料老人ホーム)
- ・ 初期費用(建物・土地にかかる費用)の回収が課題となるため、初期費用が小さければ、入居にかかる費用を小額にできる可能性はある。ただ、地方都市のニーズとして、市街地の近

く立地することが求められており、土地にかかる費用は上がる傾向にある。(介護付き有料老人ホーム)

- ・ 建物・土地等の初期費用が大きくなければ、看護師等を配置して対応することも可能なのではないか。(サービス付き高齢者向け住宅)
- ・ 医療ニーズに対応できるようにすると、入居率はよくなるが、人員配置のコストがかかる。加えて、介護老人福祉施設が多い地域では、サ高住に住む場合の保険外サービスの負担が重いと、そちらを選ぶ人も出てきて、介護老人福祉施設が競合事業者となっている。(サービス付き高齢者向け住宅)
- ・ デイサービスを併設しているサ高住では、デイサービスがないときはずっと寝ていたり、部屋にこもっている人が多いところもある。ここでは、介護報酬の点数はつかないが、日常的な交流を増やすための工夫を行っている。入居者には自立した生活を送ってもらうことにより、さらに大きな医療ニーズが必要になるのを防ぐことができる。(サービス付き高齢者向け住宅)

医療ニーズへの対応能力の改善に向けた方策

- ・ 認知症については、認知症介護への正しい理解が必要である。通常の介護施設では、理解がなされないまま認知症介護が行われているケースも多く見受けられ、それが認知症への対応を難しく感じさせる原因となっているのではないか。研修を受けて、正しい理解をするための機会が用意されていれば、対応が可能な施設は増えると思う。(認知症対応型共同生活介護)

第5章 まとめと提言

1. まとめ

本研究では、介護付有料老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホームおよびサービス付き高齢者向け住宅を対象に、施設の人員配置や認知症や医療的な処置、疾病・既往歴等を有する入所者・入居者の受入の可否、医療職・医療機関との連携状況等を把握し、施設類型化間の比較や、医療的な処置を必要とする入所者・入居者の受入を可とする施設の特徴の把握等を行った。

その結果、下記のような事項が明らかとなった。

- ・新規の入所者・入居者の受入が困難となる理由として、中重度の認知症や認知症に伴う行動・心理症状、認知症以外の精神疾患を有する入所者・入居者については「対応にかかる業務負担の大きさ」を挙げる施設が多い一方、医療的な処置の必要がある入所者・入居者については「看護師の不在（配置がない、または不在の時間帯がある）」を挙げる施設が多い。
- ・認知症や医療的な処置、疾病・既往歴等を有する入所者・入居者の受入の可否に関する施設類型間の差異についてみると、職員配置の状況に連動する向きが強い。すなわち、介護職員の配置が多い認知症グループホームや介護付有料老人ホームでは、認知症の入所者・入居者の受入を可能とする施設が多く、医師・看護師の配置も多い介護付き有料老人ホームでは、医療的な処置を必要とする入所者・入居者の受入を可能とする施設が多い。また、看護師の配置がないケースが多く、また、看護職員数の配置がやや少ない住宅型有料老人ホームや、特定施設でないサービス付き高齢者向け住宅では、介護付有料老人ホームに比べて医療的な処置を必要とする入所者・入居者の受入を可能とする施設がやや少ない。また、低所得者の受入を主たる機能とする軽費老人ホーム・養護老人ホームは、医療ニーズを有する高齢者や認知症高齢者の受入を必ずしも志向しておらず、看護職員・介護職員のいずれについても配置が少ない。
- ・介護付有料老人ホーム・住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅を対象として、医療的な処置を必要とする入所者・入居者の受入が可能な施設の特徴についてみると、医療職や医療機関と緊密な連携を行っている施設や、入所定員の大きな施設において、新規受入が可能な施設が多い傾向がみられる。

2. 提言

本調査では、医療ニーズを有する高齢者を高齢者向け住まいに受け入れるにあたり、施設に医療職が配置されている、あるいは常時の配置があることが、きわめて重要な要素となっていることが明らかとした。一方で、少子高齢化に伴って職種によらず人手の確保が困難となりつつある中で、「医療ニーズを有する高齢者を受入れるために高齢者向け住まいへの医療職の配置を増やす」という選択肢は、大きな自己負担を伴う介護付有料老人ホーム等を除き、とりづらゐのが実情といえる。

一方、本研究は、医療職の配置がない、あるいは少ない場合が多い住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の中でも、夜間や休日の急病人発生時にも医師への連絡がとりやすい、あるいは緊急の訪問看護を提供する事業所がある等、外部の医療職や医療機関との連携体制を確保している施設において、医療的な処置の必要のある入所者・入居者の受入を可とする施設が多いことを明らかにした。今後、比較的自己負担の少ない住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅においても医療ニーズを有する高齢者を受入れるに当たっては、訪問や相談を提供する医療機関等を地域において確保することが、重要な選択肢となるものと考えられる。

また、本研究は、規模の大きい施設の方が、医療的な処置の必要のある入所者・入居者の受入を可とする施設が多いことや、医療的な処置の必要のある入所者・入居者の受入を行うためには、看護職員の「多さ・少なさ」よりも「有無」の方が重要な要素であることも明らかにした。これらを勘案すると、1人以上の看護職員を配置し、かつその看護職員が、一定人数以上の入所者・入居者の医療ニーズに対応するといった体制を構築する方が、より効率的な対応体制であると考えられる。看護職員を配置するための財政基盤の確保、配置した看護職員による効率的な医療ニーズへの対応の両面から、施設の大規模化が、看護職員を含む担い手の確保が困難となりつつある現在において、医療ニーズを有する高齢者を高齢者向け住まいに受け入れるにあたり、有効な手段の1つとなりうるのではないかと考えられる。

附録 調査票

厚生労働省平成 29 年度老人保健健康増進等事業 【調査実施機関：全日本病院協会】
 ※2017 年 12 月 22 日までにご回答・ご返送ください
 高齢者施設等における医療ニーズ対応のあり方に関する調査研究事業
調査票

※ 特段の指示がない場合、2017 年 9 月 1 日時点の状況についてお答えください。

問 1. 施設および事業者の名称をご記入ください。

1) 施設等の名称	
2) 事業者名の名称	

問 2. 貴施設・住宅の施設類型や運営主体等についてお伺いいたします。

1) 施設類型 (あてはまるものすべてに○)	1 有料老人ホーム 2 軽費老人ホーム 3 養護老人ホーム 4 認知症対応型共同生活介護(認知症グループホーム) 5 サービス付き高齢者向け住宅
◆施設類型が「5 サービス付き高齢者向け住宅」でない場合、2)にもご回答ください。	
2) 施設の運営主体の事業種別	1 医療法人 2 社会福祉法人 3 NPO 法人 4 1～3 以外の介護サービス関連法人 5 その他
◆施設類型が「5 サービス付き高齢者向け住宅」である場合、3)・4)にもご回答ください。	
3) 貸主の事業種別	1 医療法人 2 社会福祉法人 3 NPO 法人 4 1～3 以外の介護サービス関連法人 5 不動産・建設業 6 その他
4) 安否確認や生活相談サービスを提供する事業者の事業種別	1 医療法人 2 社会福祉法人 3 NPO 法人 4 1～3 以外の介護サービス関連法人 5 不動産・建設業 6 その他
5) 貴施設・住宅の運営法人がグループ経営の一員となっている場合、グループ内に医療機関を設置する法人がありますか。	
1 医療法人がある 2 医療法人以外で医療機関を設置する法人がある 3 医療機関を設置する法人はない	
6) 特定施設入居者生活介護等の指定の有無 (あてはまるものすべてに○)	1 特定施設入居者生活介護事業所(一般型)である 2 特定施設入居者生活介護事業所(外部サービス利用型)である 3 地域密着型特定施設入居者生活介護事業所である 4 介護予防特定施設入居者生活介護事業所(一般型)である 5 介護予防特定施設入居者生活介護事業所(外部サービス利用型)である 6 1～5 のどれにも該当しない
7) 介護職員によるたん吸引等に係る事業者登録の有無	1 登録喀痰吸引等事業者である 2 登録特定行為事業者である 3 1～2 のどちらにも該当しない

問 3. 介護報酬に係る加算についてお伺いいたします。

1) 特定施設入居者生活介護(地域密着型・介護予防を含む)に係る加算 (届け出ているものすべてに○)	1 夜間看護体制加算 2 認知症専門ケア加算 3 看取り介護加算 4 サービス提供体制強化加算
2) 認知症対応型共同生活介護(介護予防含む)に係る加算 (届け出ているものすべてに○)	1 医療連携体制加算 2 認知症専門ケア加算 3 看取り介護加算

問4. 貴施設・住宅の開設年月・居室面積・入所者数等についてお伺いします。

1) 開設年月 現在とは異なる類型として開設した場合については、従前の類型における入所・入居開始時期をお答えください。		西暦 () 年 () 月	
2) 最も数の多い居室・住戸の定員数・面積		定員 () 人・面積 () m ²	
3) 定員数と入所者・入居者数 (2017年9月1日現在)	① 定員数	② 入所者・入所者数	③ ②のうち短期利用者の数
	() 人	() 人	() 人
			④ ②のうち入院等による不在者の数
			() 人

問5. 併設している(同一または隣接敷地にある)施設の有無について、当てはまる番号各1つに○を付けてください。

病院・有床診療所	1 併設あり	2 併設なし	通所リハビリテーション事業所	1 併設あり	2 併設なし
無床の一般診療所	1 併設あり	2 併設なし	介護老人保健施設	1 併設あり	2 併設なし
歯科診療所	1 併設あり	2 併設なし	介護老人福祉施設	1 併設あり	2 併設なし
訪問看護事業所(みなし含む)	1 併設あり	2 併設なし	小規模多機能型居宅介護	1 併設あり	2 併設なし
居宅介護支援事業所	1 併設あり	2 併設なし	認知症対応型共同生活介護	1 併設あり	2 併設なし
地域包括支援センター	1 併設あり	2 併設なし	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1 併設あり	2 併設なし
訪問介護事業所	1 併設あり	2 併設なし	その他の介護サービス事業所	1 併設あり	2 併設なし
訪問リハビリテーション事業所	1 併設あり	2 併設なし	障害者へのサービス提供を行う事業所	1 併設あり	2 併設なし
通所介護事業所	1 併設あり	2 併設なし	保育所等、子供へのサービス提供を行う事業所	1 併設あり	2 併設なし

問6. 従業員の保有資格別の人数についてお伺い致します。

職種	実人数		常勤換算人数
	常勤職員	非常勤職員	常勤・非常勤合計
1) 医師	() 人	() 人	(.) 人
2) 特定看護師	() 人	() 人	(.) 人
3) 特定看護師以外の看護師	() 人	() 人	(.) 人
4) 准看護師	() 人	() 人	(.) 人
5) PT、OT、ST	() 人	() 人	(.) 人
6) 介護支援専門員	() 人	() 人	(.) 人
7) たん吸引または経管栄養を実施可能な介護職員	() 人	() 人	(.) 人
8) 7)以外の介護職員	() 人	() 人	(.) 人
9) 1)~8)以外の職員	() 人	() 人	(.) 人
◆ 1)~9)の合計	() 人	() 人	(.) 人

※ 常勤換算人数は、**従業員の勤務延べ時間数 ÷ 貴施設における常勤従業員の通常の勤務時間数**として計算し、小数点第2位を四捨五入してご記入ください。

なお、常勤従業員の通常の勤務時間数が週32時間を下回る場合には、分母を32時間として計算してください。

※ 複数の資格を保有している職員については、主として従事している職種1つに分類してください。

※ 該当者がいない欄については、「0(ゼロ)」を記入してください。

問7. 貴施設・住宅における平日の昼中・夜間の平均的な配置人数(実人数)についてお伺い致します。

	時間帯		
	日中 (9時以降～17時まで)	夜間 (17時以降～24時まで)	深夜・早朝 (24時以降～9時まで)
医師	()人	()人	()人
看護師	()人	()人	()人
介護職員	()人	()人	()人

問8. 2017年9月1日時点の要介護度・認知症高齢者の日常生活自立度別の入所者・入居者数をお伺い致します(入院等による不在者・短期利用者を除く)。

要介護度	非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	不明/申請中
		()人	()人	()人	()人	()人	()人	()人	()人
認知症高齢者の日常生活自立度	認知症なし	I	II	IIIa	IIIb	IV	M	不明	
	()人	()人	()人	()人	()人	()人	()人	()人	()人
	行動症状(暴言・暴力・介護拒否・徘徊・異食・不潔行為のいずれか)がある入所者・入居者				1 いる → ()人 2 いない 3 わからない				
	心理症状(抑うつ・被害妄想・幻覚・睡眠障害のいずれか)がある入所者・入居者				1 いる → ()人 2 いない 3 わからない				
後見人のいる入所者・入居者数		法定後見人		()人	任意後見人		()人		

問9. 2017年9月1日時点で、貴施設・住宅内で下記の医療を行っている入所者・入居者の有無、人数をお伺い致します(入院等による不在者・短期利用者を除く)。

インスリン注射 (自己注射を除く)	1 いる → ()人 2 いない	浣腸、摘便	1 いる → ()人 2 いない
インスリン以外の注射 (自己注射を除く)	1 いる → ()人 2 いない	人工肛門、人工膀胱の管理	1 いる → ()人 2 いない
点滴	1 いる → ()人 2 いない	人工呼吸器の管理	1 いる → ()人 2 いない
経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養	1 いる → ()人 2 いない	がん末期の麻薬による疼痛管理	1 いる → ()人 2 いない
じょくそう・創傷部への薬剤塗布	1 いる → ()人 2 いない	麻薬による疼痛の管理(がん末期除く)	1 いる → ()人 2 いない
薬剤吸入	1 いる → ()人 2 いない	がん(疼痛の管理が必要ないもの)がある	1 いる → ()人 2 いない
痰の吸引	1 いる → ()人 2 いない	脳卒中の既往歴がある	1 いる → ()人 2 いない
酸素療法の管理	1 いる → ()人 2 いない	急性心筋梗塞の既往歴がある	1 いる → ()人 2 いない
気管切開の管理	1 いる → ()人 2 いない	慢性心不全である	1 いる → ()人 2 いない
透析の管理	1 いる → ()人 2 いない	糖尿病で食事指導等が必要	1 いる → ()人 2 いない
膀胱洗浄、膀胱留置力テーテルの管理	1 いる → ()人 2 いない	精神疾患がある(認知症以外)	1 いる → ()人 2 いない

問10. 2016年9月1日～2017年8月31日の期間における、貴施設・住宅への新規入所・入居者についてご記入ください。

1) 入所・入居前の居場所	自宅（一人暮らし）	自宅（家族など同居）	介護老人保健施設	介護老人福祉施設
	（ ）人	（ ）人	（ ）人	（ ）人
	認知症対応型生活介護	その他の介護施設・高齢者向け住まい等	病院・有床診療所	その他
	（ ）人	（ ）人	（ ）人	（ ）人

2) 病床等の種別	回復期リハビリ病棟	地域包括ケア病棟	一般病床（回復期リハビリ病棟・地域包括ケア病棟を除く）
	（ ）人	（ ）人	（ ）人
	医療療養病床（回復期リハビリ病棟・地域包括ケア病棟を除く）	介護療養型医療施設	その他の病床
	（ ）人	（ ）人	（ ）人

問11. 2016年9月1日～2017年8月31日の期間における、貴施設・住宅からの退所・退去者について、退去後の行先別にご記入ください。

退所・退居後の行先	自宅（一人暮らし）	自宅（家族など同居）	介護老人保健施設
	（ ）人	（ ）人	（ ）人
	介護老人福祉施設	認知症対応型生活介護	その他の介護施設・高齢者向け住まい等
	（ ）人	（ ）人	（ ）人
	病院・有床診療所	その他の行先	死亡に伴う退所・退去
	（ ）人	（ ）人	（ ）人

問12. 2016年9月1日～2017年8月31日の期間において、医療機関に入院した貴施設・住宅の入所者・入居者について、入院の発生件数・傷病別の入院の発生件数をご記入ください。

1) 入院発生件数（延べ件数）	（ ）件		
2) 入院の原因となった傷病別の入院発生件数			
①脳血管疾患	（ ）件	⑩慢性腎機能障害・腎不全	（ ）件
②心疾患	（ ）件	⑪肺炎（誤嚥性肺炎を含む）	（ ）件
③骨折	（ ）件	⑫気管支喘息	（ ）件
④認知症	（ ）件	⑬てんかん	（ ）件
⑤認知症以外の精神疾患	（ ）件	⑭高血圧症	（ ）件
⑥パーキンソン病関連疾患	（ ）件	⑮麻痺	（ ）件
⑦悪性新生物（がん）	（ ）件	⑯廃用症候群	（ ）件
⑧糖尿病	（ ）件	⑰その他	（ ）件
⑨肺気腫・慢性閉塞性肺疾患	（ ）件		
3) 退院後、貴施設・住宅に戻った入所者・入居者の数	1 いる → （ ）件 2 いない 3 わからない		

問13. 貴施設・住宅において、新規の受入が困難な入所者・入居者像とその理由について、あてはまる項目に○をつけてください。(○はいくつでも)

		受入は困難でない	受入が困難である									その他
			医師との連携が十分にとれない	看護職員が配置されていない	不在の日や時間帯がある	看護職員は配置されているが、	看護職員のスキルに不安がある	必要な訪問看護を確保できない	介護職員のスキルに不安がある	現状にかかる業務負担が大きく、 現状の職員数では対応が困難	状態が急変するリスクが大きい	
認知症に係る状況	認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ	n	a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
	認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ	n	a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
	認知症高齢者の日常生活自立度Ⅳ	n	a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
	認知症高齢者の日常生活自立度Ⅳ	n	a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
	認知症高齢者の日常生活自立度Ⅳ	n	a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
	他の居住者・入所者や職員に暴力をふるう	n	a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
	介護を拒絶する	n	a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
医療的な処置等の必要性	常時の徘徊がある	n	a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
	インスリン注射（自己注射を除く）	n	a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
	インスリン以外の注射（自己注射を除く）	n	a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
	点滴	n	a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
	中心静脈栄養の管理	n	a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
	経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養	n	a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
	じょくそう・創傷部への薬剤塗布	n	a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
	薬剤吸入	n	a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
	痰の吸引	n	a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
	酸素療法の管理	n	a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
	膀胱洗浄、膀胱留置カテーテルの管理	n	a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
	気管切開の管理	n	a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
	透析の管理	n	a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
	浣腸、摘便	n	a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
	人工肛門、人工膀胱の管理	n	a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
	人工呼吸器の管理	n	a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
	疾病の状況	がん末期の麻薬による疼痛管理	n	a	b	c	d	e	f	g	h	i
麻薬による疼痛の管理（がん末期除く）		n	a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
がん（疼痛の管理が必要ないもの）がある		n	a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
脳卒中の既往歴がある		n	a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
急性心筋梗塞の既往歴がある		n	a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
慢性心不全である		n	a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
糖尿病で食事指導等が必要		n	a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
精神疾患がある（認知症以外）	n	a	b	c	d	e	f	g	h	i	k	

問14. 2017年6月1日～8月31日における在宅医療等の実績について、ご記入ください。

内容	訪問元の医療機関・事業所の実数	訪問を受けた実人数	訪問を受けた延べ件数
1) 往診	() 機関	() 人	() 件
2) 訪問診療	() 機関	() 人	() 件
3) 歯科訪問診療	() 機関	() 人	() 件
4) 訪問薬剤管理指導	() 機関	() 人	() 件
5) 医療保険による訪問看護	() 機関	() 人	() 件
6) 介護保険による訪問看護	() 機関	() 人	() 件
7) 5)・6)のうち緊急の訪問看護	() 機関	() 人	() 件
8) 訪問リハビリテーション	() 機関	() 人	() 件
9) 居宅療養管理指導	() 機関	() 人	() 件

問15. 貴施設・住宅における、医療機関等との連絡や連携状況について、あてはまる番号に○を付けてください。

入所者・入居者に急病人が生じた場合の医師への連絡環境 (平日日中)	<ol style="list-style-type: none"> 1 配置医・嘱託医など、施設内にいる医師にすぐに連絡がとれる 2 連携先の医療機関の医師にすぐに連絡がとれる 3 連絡がとれない場合がある 4 連絡がとれないことが多い
入所者・入居者に急病人が生じた場合の医師への連絡環境 (夜間)	<ol style="list-style-type: none"> 1 配置医・嘱託医など、施設内にいる医師にすぐに連絡がとれる 2 連携先の医療機関の医師にすぐに連絡がとれる 3 連絡がとれない場合がある 4 連絡がとれないことが多い
入所者・入居者に急病人が生じた場合の医師への連絡環境 (休日)	<ol style="list-style-type: none"> 1 配置医・嘱託医など、施設内にいる医師にすぐに連絡がとれる 2 連携先の医療機関の医師にすぐに連絡がとれる 3 連絡がとれない場合がある 4 連絡がとれないことが多い
医師から看護職員に対する、 個々の居住者に関する具体的 な指示の有無	<ol style="list-style-type: none"> 1 必要な入所者・入居者に関し、配置医・嘱託医など、施設内にいる医師からの指示がある 2 必要な入所者・入居者に関し、連携先の医療機関の医師からの指示がある 3 主治医やかかりつけ医が決まっている入所者・入居者については、医師からの指示がある 4 個々の入所者・入居者に関する医師からの具体的な指示はない 5 指示を受ける看護職員がいない
医師から介護職員に対する、 個々の居住者に関する具体的 な指示の有無	<ol style="list-style-type: none"> 1 必要な入所者・入居者に関し、配置医・嘱託医など、施設内にいる医師からの指示がある 2 必要な入所者・入居者に関し、連携先の医療機関の医師からの指示がある 3 主治医やかかりつけ医が決まっている入所者・入居者については、医師からの指示がある 4 個々の入所者・入居者に関する医師からの具体的な指示はない
入所者・入居者の健康状態に 変化があった場合の、 医師への相談環境	<ol style="list-style-type: none"> 1 配置医・嘱託医など、施設内にいる医師に相談ができる 2 連携先の医療機関の医師に相談ができる 3 主治医やかかりつけ医が決まっている入所者・入居者であれば、当該医師に相談できる 4 医師への相談がしにくい
入院を要する入所者・入居者 が生じた場合の病床確保	<ol style="list-style-type: none"> 1 連携医療機関による空き病床の提供など、病床確保について具体的な取り決めがある（後方病床が確保されている） 2 病床確保に関する具体的な取り決めはない
1 の場合	
<ol style="list-style-type: none"> 1 併設・隣接する医療機関 2 それ以外で、同一・関連法人の医療機関 3 その他の医療機関 	
居住者が退院してくる際 の、退院時カンファレンス への出席	<ol style="list-style-type: none"> 1 必ず出席している 2 出席する場合もある 3 出席はしていない
看取り期にある 居住者・入所者への対応	<ol style="list-style-type: none"> 1 連携医療機関による訪問看護の実施など、対応内容について具体的な取り決めがある 2 対応内容に関する具体的な取り決めはない

問16. 貴施設・住宅における、介護職員と看護職員との連携状況について、実施している取組に○を付けてください。(○はいくつでも)

取組内容	1 看護職員・介護職員の両方が出席する形で、入居者のケア方針を話し合うためのカンファレンスを実施している 2 日々の業務の中で、看護職員と介護職員とが話し合う場を持っている 3 介護職員に対し、入居者の異常の早期発見のために、役立つ医療知識や技術向上を目的とした勉強会や研修会を、看護職員等の医療職が実施している 4 介護職員が経験したことのない傷病の治療・処置が必要となった際に、適切な対応方法に関する介護職員向けの勉強会や研修会を、看護職員等の医療職が実施している
------	---

問17. 看取りの実施状況として当てはまる番号に○を付けてください。なお、ここでの「看取り」とは、「亡くなる直前に病院等に搬送されそこで亡くなった」ケースも含みます。

看取りについての方針 (○は1つ)	1 入所者・入居者や家族の希望があれば、施設内で看取りを行う 2 原則、施設内で看取りは行わない 3 特に方針を定めていない 4 その他
看取りの実施状況 (○は1つ)	1 実績あり 2 実績はないが対応可能 3 対応困難 4 わからない

1 の場

2016年9月1日～2017年8月31日の看取り人数

()人

うち、貴施設・住宅で亡くなった人数

()人

今後の看取りの方針 (○は1つ)	1 今後、増やしていく意向がある 2 現状維持 3 今後、減らしていく意向がある 4 その他
人生の最終段階における医療に関する事前指示 (リビングウィル、代理人指示) の実施 (○は1つ)	1 実施しており、今後も継続の予定である 2 実施していないが、今後実施の予定がある 3 実施しておらず、今後実施する予定もない 4 わからない
人生の最終段階における医療に関する話し合い (アドバンス・ケア・プランニング) の実施 (○は1つ)	1 実施しており、今後も継続の予定である 2 実施していないが、今後実施の予定がある 3 実施しておらず、今後実施する予定もない 4 わからない

※リビングウィルとは、自分が治療方針について判断できなくなった場合に備えて、生命維持治療の提供・不開始・中止等について希望を示す文書です。

※代理人指示とは、自分が治療方針について判断できなくなった場合に備えて、自分に代わって判断してもらう人を指名することです。

※アドバンス・ケア・プランニングとは、将来、判断能力を失った場合に備えて、今後の治療・療養についての価値観や気がかりなことを患者・家族・医療従事者などが共有し、ケアを計画する包括的なプロセスのことです。

◆問 18 では、貴施設・住宅の入所者・入居者の金銭的負担についてお問い合わせします。

問 18. 貴施設・住宅の利用料金（介護保険サービスの自己負担額除く）の状況についてご記入ください。

入所者・入居者が入所・入居一時金や家賃について選択可能な支払方法に○を付けてください。（○はいくつでも）	1 全額前払い 2 一部を前払い、残りを月払い 3 全額年払い 4 全額月払い 5 利用日数に応じた日割払い 6 その他		
	居室・住戸の利用料金(税込み価格)	①入居時費用	1.敷金・補償金 (原則全額返還されるもの)
2.前払金			() 円
2-2 初期償却率 (入居者に返還しない割合)			() %
2-3 償却期間			() か月
②月額利用料金		a.家賃相当額	() 円/月
		b.共益費・管理費相当額	() 円/月
		c.生活支援・介護サービス提供に関する費用または基本サービス費相当額(介護保険自己負担を除く)	() 円/月
		d.食費	() 円/月
		e.光熱水費	() 円/月

- ※ ご注意
- ・ **最も多いタイプの居室**に、**80歳・単身の方**が入所・入居している場合の平均的な金額を想定して記入
 - ・ 支払方法が複数ある場合は、**代表的な支払方法**を想定して記入
 - ・ 入所者・入居者が払う **介護保険自己負担以外の全ての費用が網羅されるように** 記入
 - ・ **該当しない(サービスを提供していない) 場合は「0」と**記入
 - ・ **b、cの費目が区分できない場合は、bに**まとめて記入

アンケート調査票の設問は以上です。ご回答ありがとうございました。

事業実施体制

「高齢者施設等における医療ニーズ対応のあり方に関する調査研究事業」

事業実施体制

【事業検討委員会】

委員長	木下 毅	公益社団法人全日本病院協会常任理事 医療法人愛の会光風園病院理事長
副委員長	土屋 繁之	医療法人慈繁会土屋病院理事長
委員	清水 紘	財団法人仁風会京都南西病院理事長
委員	本庄 弘次	医療法人弥生会本庄内科病院理事長
委員	仲井 培雄	医療法人社団和楽仁芳珠記念病院理事長
委員	西村 勇人	医療法人社団芙蓉会二ツ屋病院理事長
委員	進藤 晃	医療法人財団利定会大久野病院理事長
委員	田中 圭一	医療法人笠松会有吉病院理事長
特別委員	栃本 一三郎	上智大学総合人間科学部社会福祉学科教授

事業担当副会長 美原 盤 公益財団法人脳血管研究所美原記念病院院長

【業務一部委託先】

みずほ情報総研(株) 社会政策コンサルティング部
山崎 学
村井昂志
種田郁子

【事務局】

公益社団法人全日本病院協会 企画業務課 久下、向井

【事業検討委員会開催日時】

第1回	平成29年7月15日(土)	14時00分～16時00分
第2回	平成29年10月7日(土)	16時00分～18時30分
第3回	平成30年3月17日(土)	14時00分～16時00分

不許複製 禁無断転載

平成 29 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）
高齢者施設等における医療ニーズ対応のあり方に関する調査研究事業
報告書

発行日 平成 30 年 3 月

発行者 公益社団法人全日本病院協会

住 所 〒101-8378

東京都千代田区神田猿樂町 2-8-8 住友不動産猿樂町ビル 7F

電話 03-5283-7441（代）