

平成19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)

特定施設における医療サービス等の確保のあり方に
関する調査研究

報告書

平成 20 年 3 月

株式会社 野村総合研究所

－ 目 次 －

I. 調査研究の概要	1
1. 調査研究の背景と目的	1
2. 調査研究の方法	2
II. アンケート調査結果	5
1. 調査概要	5
2. ホーム概況調査（単純集計結果）	9
3. 入院・転居者等調査（単純集計結果）	49
4. 医療処置の必要な入居者の受け入れが多いホームの特性（クロス集計結果）	59
5. 入院・転居に至る入居者の特性（クロス集計結果）	68
III. 事例調査	70
1. 神鋼ケアライフ（株）「エレガーノ 甲南」（神戸市）	70
2. （社福）聖隷福祉事業団「浜名湖エデンの園」（浜松市）	77
3. （財）日本老人福祉財団「浜松ゆうゆうの里」（浜松市）	85
4. （株）創世 聖ハートフルケア福島「十字の園」（福島市）	90
5. （株）メッセージ「アミーユレジデンス柴又」（東京都葛飾区）	96
6. （株）ベネッセスタイルケア「アリア松原」（東京都世田谷区）	103
1) 法人・ホームの医療に関する考え方	
2) 医療処置を要する人の受け入れ方針と受け入れ実態	
3) ホームの医療・看護体制	
4) 療養再編後の方向性等についての考え方	
IV. 考察(まとめ)	112
1. アンケート調査結果からの示唆	113
2. 事例インタビューからの示唆	114
3. 有料老人ホームにおける医療サービスの確保に向けて	115

付属資料 調査票

I. 調査研究の概要

1. 調査研究の背景と目的

介護保険法に位置づけられる『指定特定施設』は、介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設といった『介護保険施設』と異なり、看護職員の配置基準が存在するのみで、医師の配置については特段の規定がない。このため、一般的なホームでは、バイタルチェック等の日常的な健康状態の把握・管理等についてはホームの看護職員が担い、診察を含む日常的な医療サービスは医療機関等との連携により確保されている。

今後、介護療養型医療施設の廃止及び特定施設等への転換が決定されていることも踏まえると、『特定施設』は、「早めの住み替え」先から「終の住処」までの幅広い役割を担っていくことが期待される。このとき、医療サービス等の確保が重要な課題となってくることが予想される。

一方で、『特定施設』の多くを占める有料老人ホームは、有料老人ホーム制度が創設された 1963 年当初は、健康で介護や介助を要しない自立した高齢者が集まって住まい、食事を提供するという機能を想定してつくられたものであった。それが、介護保険制度の創設(2000 年)により、要支援・要介護者への対応が期待されるようになり、今また療養病床の再編等後の受け皿機能の一部を担うことも期待されるなど、時代とともに機能の転換を迫られてきた側面がある。このため、ホームによって対象とする利用者像や、契約形態・サービス提供形態が大きく異なり、非常に広範な守備範囲を持つサービスでもある。介護保険制度施行以前からの事業経験・蓄積を持つホームや、チェーン化によりサービス水準を標準化して多くのホームを運営する事業者もあれば、一方では比較的小規模で地域に根ざして運営するホームもある。それ故に、サービスの内容・レベルも、さまざまとなっている。

このような『特定施設』の実態を踏まえると、今後の療養病床再編という大きな変革を前に、現段階で、既存の特定施設における施設所属の看護職員の果たしている役割や医療機関等との連携による医療サービス等の確保に関する実態を把握し、その課題を明らかにしておくことが不可欠と言える。

本調査研究では、このような問題意識から、ホームに所属する看護職員の役割や、協力医療機関との連携実態に着目しつつ、特定施設における医療サービス等の確保の実態を把握し、課題を明らかにすることを目的とする。

2. 調査研究の方法

1) 調査研究の方法

特定施設における医療サービス等の確保の実態調査として、客観的・定量的データを収集するためのアンケート調査と、アンケート調査のみでは把握できない定性的な情報を収集するための事例インタビュー調査を実施した。

実態調査は、以下のような流れ・スケジュールに沿って実施した。

(1) 仮説設定／調査票設計（6～8月）

調査票は、設問内容及を勘案し、下記の2部構成とし、調査票設計前に予め仮説や分析項目を設定し、いくつかのホームへのプレ・インタビューの結果や委員会の議論・助言を踏まえた上で設計を行った。また、回答・記入のしやすさ、回収率の向上等も勘案して表現・レイアウトも工夫しつつ、調査票の設計を行った。

I ホーム概況調査	ホームの形態、入居者の状況、職員の状況、協力医療機関の状況、今後の医療対応に関する方針など、ホーム全体の状況を把握するための調査項目
II 入院・転居者等調査 （個票）	治療・リハビリなど、医療に関わる理由で病院等に入院、もしくは、療養型病床群、介護老人保健施設、介護老人福祉施設などに転居した者の状態像や入院・転居理由などを把握するための調査項目

なお、調査項目のうち、終末期医療（看取り）に関する部分については、国際医療福祉大学研究班との連携のもと、検討を行った。

(2) 実態調査の実施（9月）

9月上旬に調査票を発送し、9月末〆切でアンケート調査を実施した。

(3) データ入力、アンケート結果の集計・分析（10～12月）

回収票のデータを入力し、調査票設計時に設定した分析項目に従い集計・分析を行った。

また、分析項目や結果の解釈などについては、委員会の議論・助言を踏まえた上で決定・とりまとめを行った。

(4)事例インタビュー調査の実施（12～1月）

アンケート調査のみでは把握できない定性的な情報等を把握するため、医療処置の必要な入居者の受け入れを積極的に行っている事業者・ホームから、できるだけ事業形態や特徴の異なるホームを選定し、ホーム長、ホーム所属看護職員等を対象にヒアリング調査を実施した。

ホーム	選定理由	実施日
神鋼ケアライフ(株) エレガーノ甲南	介護保険制度創設前から有料老人ホーム事業に取り組んでいる神鋼ケアライフ(株)が3か所めに開設した「エレガーノ甲南」を選定。同一建物内に診療所を設置している点に特徴あり。	2007年12月13日(木)
(社福)聖隷福祉事業団 浜名湖エデンの園	同じく介護保険制度創設前から有料老人ホーム事業に取り組んでいる老舗事業者。浜名湖エデンの園は、(社福)聖隷福祉事業団が運営する総合病院聖隷三方原病院に隣接しており、法人内で医療機能面の連携を確保している。	2008年1月18日(金)
(財)日本老人福祉財団 浜松 ゆうゆうの里	同じく介護保険制度創設前から有料老人ホーム事業に取り組んでいる老舗事業者。(財)日本老福祉財団が運営する浜松ゆうゆうの里は、入院時を除き、近隣の開業医との連携で医療機能を確保するなど、隣接エリアで運営しながら、運営形態・方法等が異なることから、対照しながら分析する。	2008年1月18日(金)
(株)創世 聖ハートフルケア福島 「十字の園」	独立的に運営される有料老人ホームの代表として選定。関連法人が介護老人福祉施設・介護老人保健施設等の運営実績を有するが、関連医療機関はなく、地域の医療機関との連携により医療機能を確保する。	2007年12月14日(金)
(株)メッセージ アミーユレジデンス柴又	主に介護保険制度創設後に有料老人ホームをチェーン展開している大手事業者。「ノーマライゼーション」の理念を打ち出し、アシステッドリビングタイプの「コミュニティホーム(アミーユ)」とレジデンスタイプ(ワンルूमマンション型)の「アミーユレジデンス」の2種類を展開。	2007年12月27日(木)
(株)ベネッセスタイルケア アリア松原	主に介護保険制度創設後に有料老人ホームをチェーン展開している大手事業者。「アリア」、「グラニー&グランダ」、「くらら」、「まどか」の4つのシリーズを展開する中、「アリア」は24時間看護師が常駐するシリーズとして位置づけられている。	2008年1月21日(月)

(5)考察／報告書とりまとめ（1～3月）

アンケート調査結果及び事例インタビュー調査の結果を踏まえ、委員会での議論・助言を得ながら特定施設における医療サービス確保に関する今後の政策面、運営面の課題を考察し、報告書のとりまとめを行った。

2) 研究会の設置

当該分野に精通した有識者5名から成る研究会を設置し、その議論を踏まえて調査研究を進めた。

また、研究会には、研究協力者(オブザーバー)として、国際医療福祉大学研究班、(社)有料老人ホーム協会事務局、及び厚生労働省老健局にも参加頂いた。

なお、研究会は、下記のとおり、4回開催した。

<委員>

座長	杉山 孝博	川崎幸クリニック院長、医師
	北川 公子	新潟県立看護大学 教授
	伊東 美緒	東京都老人総合研究所 研究員
	長谷川 新	(社)全国有料老人ホーム協会 会員 /社会福祉法人 聖隷福祉事業団 常務理事
	武田 雅弘	特定施設事業者連絡協議会 事務局次長
	(8月まで)	/ (株)ベネッセスタイルケア 法務・コンプライアンス部 部長
	長田 洋	特定施設事業者連絡協議会 事務局次長
	(9月より)	/ (株)ベネッセスタイルケア 法務・コンプライアンス部 部長代理
※武田委員の特定施設事業者連絡協議会事務局次長退任に伴い、9月より長田委員に交代		

<研究協力(オブザーバー)>

岡村 世里奈	国際医療福祉大学 医療経営管理学 専任講師 (「有料老人ホームにおける適切な医療・介護のあり方に関する研究」 研究チーム代表)
五十嵐 さち子	(社)全国有料老人ホーム協会 事務局次長 (「有料老人ホームにおける適切な医療・介護のあり方に関する研究」 研究会 委員)
谷山 拓也	厚生労働省 老健局振興課 課長補佐
石川 直人	厚生労働省 老健局振興課
ほか	

※所属・役職は2008年3月末時点のもの(武田委員は途中退任のため2007年8月末時点)

<開催日程及び議題>

第1回	2007年7月23日(月)	○調査研究の主旨及び概要について ○調査項目に関するディスカッション
第2回	2007年8月27日(月)	○調査票(案)について
第3回	2007年11月6日(火)	○調査結果速報 及び 今後の集計方針について ○事例インタビュー調査(インタビュー先候補・項目案等)について
第4回	2008年1月28日(月)	○報告書素案について

Ⅱ. アンケート調査結果

1. 調査概要

1) 調査対象

【調査票送付先】

平成 19 年 9 月時点で(社)全国有料老人ホーム協会または(社)特定施設事業者連絡協議会の会員登録を行っている事業者が経営する全ての有料老人ホーム

【調査票の回答者】

調査票送付先施設の施設長（ホーム長）もしくは看護職員

2) 調査方法

郵送により調査票を送付・回収

3) 調査期間

平成 19 年 9～10 月

4) 回収結果

調査対象 997 施設

回収数 589 施設（回収率 59.1%）

5) 調査内容

I ホーム概況調査

1. ホームの概要
2. 入居者の状況
3. 職員の状況
4. 協力医療機関の状況
5. 「看取り」に関する基本方針や体制
6. 今後の医療機能の充実に関する方針・考え方

II 入院・転居者等調査

ホームの入居者のうち、医療・看護等の必要性が高まったことが主な原因となって入院した方もしくは転居した方のうち、最大5名分の

○身体状況

○医療処置の状況

○入院・転院等の状況・理由

など

* 定員数、利用者数、職員数等は、「重要事項説明書」等にも掲載される 2007 年 7 月 1 日時点を基準とした。

6) 調査結果の見方について

アンケートの集計結果において、看護職員数については各ホームの特定施設入居者生活介護適用者 50 人あたりの人数に割り戻して集計を行った。その場合は、図表タイトルにおいて「特定施設入居者生活介護適用者 50 人あたり」、単位において「○人/50 人」と表記を行った。

その他、特に表記のないものは、回答実数を用いて集計を行った。

7) 結果の概要

■ホーム概況調査(単純集計結果)

1) ホームの概要 9

- ①経営主体(問1)・・・「株式会社」が90%(参考:既存ホーム全体では「株式会社」68%、「有限会社」19%)
- ②ホーム所在地(問4)・・・76%が三大都市圏に集中(参考:既存ホーム全体では三大都市圏立地は54%)
- ③開所年月・介護保険事業所の指定年月(問6)・・・開所・事業所指定のピークは2005年度(17%)
- ④ホームの類型と契約形態(問7)・・・97%が「介護付有料老人ホーム」、65%が「一時金方式が中心」
- ⑤医療サービス関連施設・設備(問8)・・・「診療所(併設・隣接)」設置は13%、「吸引・吸入機器」設置は65%

2) 入居者の状況(2007年7月1日時点)

- ①入居定員数(問9(1))・・・「40～60人」規模のホームが35%(平均83.8人、中央値60人)
- ②入居者数・入居率(問9)・・・入居者総数は平均66.3人、4割超のホームで入居率90%以上
- ③要介護度別入居者数(問9(2))・・・「自立」が29%、「要介護1～3」が41%(平均要介護度の平均は2.40)
- ④年齢別入居者数(問9(3)・(4))・・・入居者の87%が後期高齢者、40%が85歳以上(平均年齢の平均は83.5歳)
- ⑤医療処置への対応(問10)・・・「気管切開後のケア」「人工呼吸器の使用」への対応が困難
- ⑥医療機関に入院した場合の契約上の対応方法(問11)・・・「入居者が希望すれば戻れる」が59%

3) 職員の状況 22

- ①代表者・ホーム長の保有資格(問12)・・・代表者は61%が「特になし」、ホーム長は38%が「ホームヘルパー」、30%が「介護福祉士」
- ②介護・看護職員数(問13)・・・特定施設入居者生活介護適用者50人あたり常勤換算で平均3.3人の看護職員を配置
- ③看護職員の日中・夜間の平均的勤務状況(問14)・・・休日は平日より看護職員が少ない、夜間は74%のホームで看護職員不在
- ④「夜間看護体制加算」(問15)・・・加算算定ホームは63%、うち83%が自ホーム職員による電話対応により加算を取得。ホームの定員規模が大きいほど夜勤・宿直職員を配置している割合が高い
- ⑤医療処置が必要な人へのケアに関する勉強会・研修会等の対象者(問16)・・・約90%のホームで介護・看護職員を対象に研修を実施、方法は「ケース検討会」「ガイドライン等の作成」が中心

4) 協力医療機関の状況 33

- ①協力医療機関数(問17)・・・85%のホームが病院・診療所の別や診療科の異なる複数の協力医療機関を確保、協力医療機関が同一法人・関連法人であるのは22%、併設・隣接は16%のみ
- ②入居者が医療サービスを受ける際の医療機関(問18)・・・協力医優先型ホームと協力医・かかりつけ医使い分け型ホームが各40%強

5) 「看取り」に関する基本方針や体制 37

- ①平成18年度の死亡退居者数(問19)・・・死亡退居者の64%はホームでの看取りを希望、21%が実際に居室で死亡
- ②「看取り」希望者の受け入れ実態(問20)・・・「原則的に受け入れる」ホームは42%、「受け入れない」ホームは15%
- ③「看取り」に取り組むようになった理由(問21)・・・入居者・家族の希望が62%
- ③「看取り」に関するマニュアルや指針の有無(問22)・・・「有り」が47%、「現在準備中」が25%
- ④「看取り」に関する説明・希望確認(問23)・・・「行っている」ホームが55%
- ⑤「看取り」の希望確認時期(問24)・・・「退院時・状態悪化時」が75%、「入居時に確認」は43%
- ⑥「看取り」に関する課題(問25)・・・「医師・医療機関との関係強化」「『医療行為』に対する制約」が約60%、「介護職員の知識・技術の向上」が50%

6) 今後の医療機能の充実に関する方針・考え方.....44

- ①日常的に医療処置が必要な人の受け入れに関する今後の方針(問 27)・・・「受け入れたい(増やしたい)」は 29%
- ②「看取り」に関する今後の方針(問 28)・・・「充実したい」が 42%、「条件を整えば充実したい」が 51%
- ③介護職員に一定の医療行為を行うことが認められていくことの必要性(問 29)・・・日常的な医療・看取りともに必要性を感じているホームが 80%超
- ④介護職員が対応できるようにしていくのが望ましい医療処置(問 30)・・・「吸引」が 82%、「人工肛門のケア」「胃瘻のケア」が約 70%

■入院・転居者等調査（単純集計結果）

1) 入居者・退居者・転居者の人数.....50

- ①入居者のうちホーム及び自宅以外にいる人数(問 1・A)・・・平均 2.2 人、入居者の 3%相当
- ②過去3か月の退居者総数(問 1・B)・・・平均 2.4 人、入居者の 4%相当
- ③過去3か月の退居者のうち、医療機関・介護施設等へ転居した人数(問 1・C)・・・平均 0.8 人、入居者の 1%・過去3か月の退居者の 33%に相当

2) 入院者・転居者の状況.....51

- ①入院・転居年月(問 2)・・・「2007 年 8 月以降」が 42%、調査時点からみて「過去3か月」が 84%
- ②ホーム入居年月(問 3)・・・入居から入院・転居までの期間はおおむね1～3年程度
- ③性別(問 4)・・・「男性」が1/3、「女性」が2/3
- ④入院・転居時点の満年齢(問 5)・・・80 歳代が 50%、90 歳以上も 27%
- ⑤入院・転居時の状態像(問 6)・・・「要介護度3」以上、「日常生活自立度 B・C」が半数
- ⑥入院・転居先(問 7)・・・「入院」が 82%、入院・転居先は「医療機関」が 86%
- ⑦疾病の状況(問 8)・・・「日常的に医療処置・ケアを必要とし、症状急変の可能性あり」が 39%
- ⑧入院・転居等の理由(問 9)・・・「急性期疾患による入院」が 27%、「インシュリン以外の注射」「吸引」等「恒常的に医療処置が必要となり対応困難」は 23%

■医療処置が必要な人の受け入れが多いホームの特性（クロス集計結果）

1) ホーム特性と医療受け入れ体制.....60

- ①ホームの開所年月(問 6)・・・介護保険制度前のホームにおいてポイントが高くなる傾向
- ②契約形態(問 7)・・・一時金方式が中心のホームでややポイントが高い
- ③併設・隣接等の診療所有無(問 8)・・・併設・隣接等の診療所があるホームはポイントが高い
- ④入居定員数(問 9(1))・・・定員規模が大きいホームほどポイントが高くなる傾向
- ⑤入居者のうち要介護 3 以上の割合・・・要介護度 3 以上の割合が高いほどポイントが高くなる傾向

2) ホームの職員体制・協力医療機関の状況と医療受け入れ体制.....62

- ①看護職員数(問 13)・・・看護職員数が多いほどポイントが高くなる傾向
- ②看護主任の業務経験領域(問 13)・・・救急、特養、訪問看護経験者の場合はポイントが高い傾向
- ③夜間の看護職員体制(問 14)・・・必ず夜勤・宿直の看護職員がいるホームはポイントが高い
- ④夜間看護体制加算の算定有無(問 17)・・・加算有無と受け入れ体制ポイントには関連が見られない
- ⑤協力医療機関とホームとの関係(問 17)・・・同一法人、関連法人の場合、ポイントが高くなる傾向
- ⑥協力医療機関とホームの距離(問 17)・・・併設・隣接の医療機関があるホームはポイントが高い
- ⑦協力医療機関との連携頻度(問 17)・・・連携頻度が高いホームほどポイントが高くなる傾向

■入院・転居に至る入居者の特性（クロス集計結果）

- ①入院・転居時の満年齢(問 5)・・・年齢が高いほど「恒常的医療処置が必要なため対応困難」が増加する傾向
- ②要介護度(問 6)・・・要介護 2 以上から「恒常的医療処置が必要なため対応困難」が増加する傾向
- ③日常生活自立度(問 6)・・・自立度が悪化するほど「恒常的医療処置が必要なため対応困難」が増加する傾向

2. ホーム概況調査（単純集計結果）

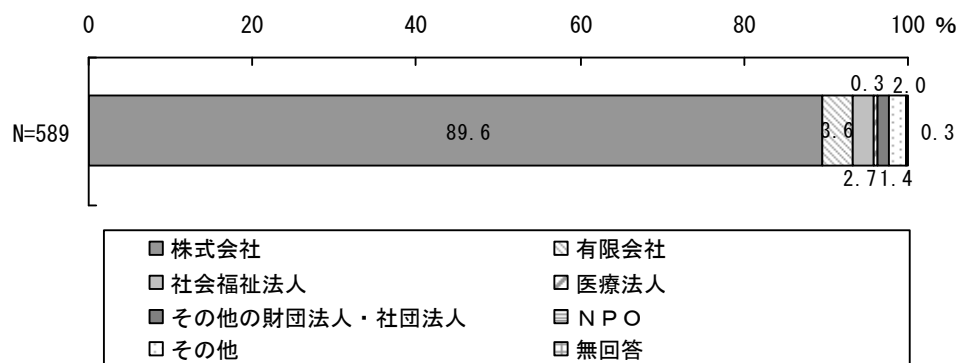
- 「Ⅰ ホーム概況調査」では、大きくは下記の2点について平成19年9～10月時点の特定施設における実態を把握することを目的としている。
 - ✓ 医療処置が必要な入居者の受け入れ状況と、受け入れ可能性の基礎となる看護職員や協力医療機関との連携の状況についての実態
 - ✓ 「看取り」を希望する入居者の受け入れ状況と、今後看取りを含む医療機能の充実に関する方針、考え方の実態
- ホーム概況調査では、各質問項目についてホーム単位で集計を行った。

1) ホームの概要

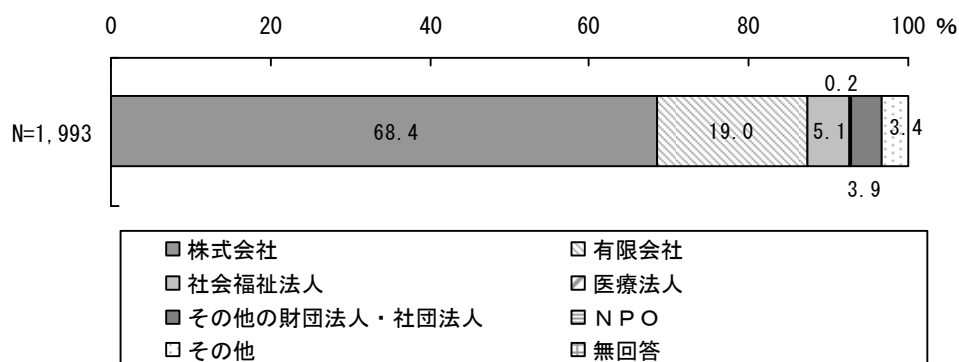
①経営主体(問1) …「株式会社」が90%（参考:既存ホーム全体では「株式会社」68%、「有限会社」19%）

- 調査回答ホームの経営主体は「株式会社」が89.6%と最も多く、ついで「有限会社」が3.6%、「社会福祉法人」が2.7%となった。
- 全国の既存有料老人ホームの経営主体は、「株式会社」が68.4%、「有限会社」が19.0%、「社会福祉法人」が5.1%であることを踏まえると、本調査の回答では「株式会社」の割合が高いことに留意が必要である。

図表 経営主体（問1）



【参考】経営主体(全国の既存有料老人ホーム)

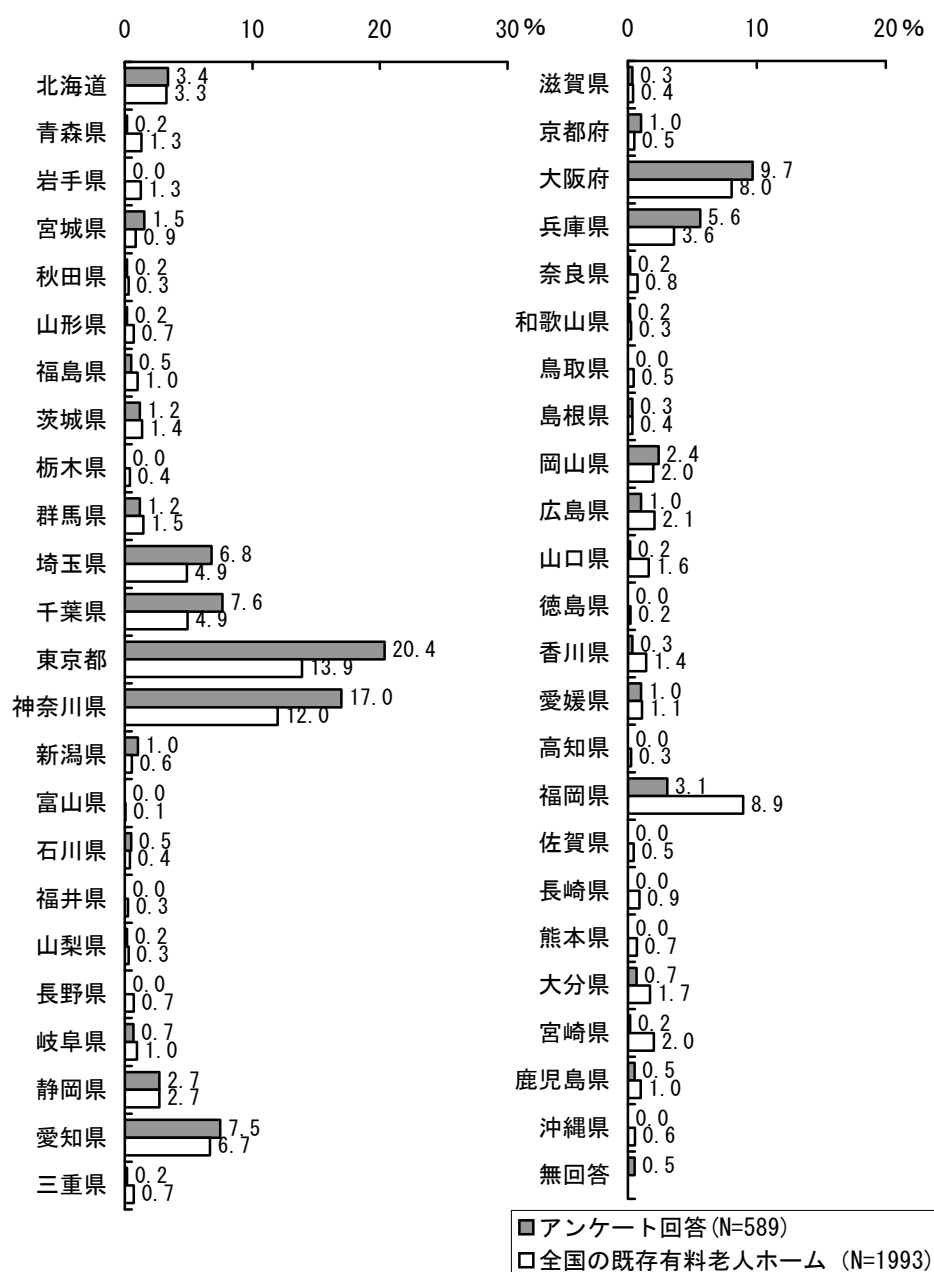


* 上記は、全国の既存有料老人ホームの「重要事項説明書」(2006年7月時点)のデータベースをもとに集計。

②ホーム所在地(問 4) …76%が三大都市圏に集中(参考:既存ホーム全体では三大都市圏立地は 54%)

- 調査回答ホームの所在地は、「東京都」が最も多く 20.4%、次いで「神奈川県」が 17.0%、「大阪府」が 9.7%となった。
- 首都圏4都県(東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県)が合計 51.8%、京阪神(京都府、大阪府、兵庫県)が合計 16.3%、その他大都市の愛知県が 7.5%であり、三大都市圏合計で 75.6%を占める。
- 回収数が0であった都道府県も12都道府県あった。
- 全国の既存有料老人ホームのうち三大都市圏に立地するホームの割合は 54.4%であり、本調査の回答では三大都市圏に立地するホームの割合が高いことに留意が必要である。

図表 ホーム所在地 (問 4)

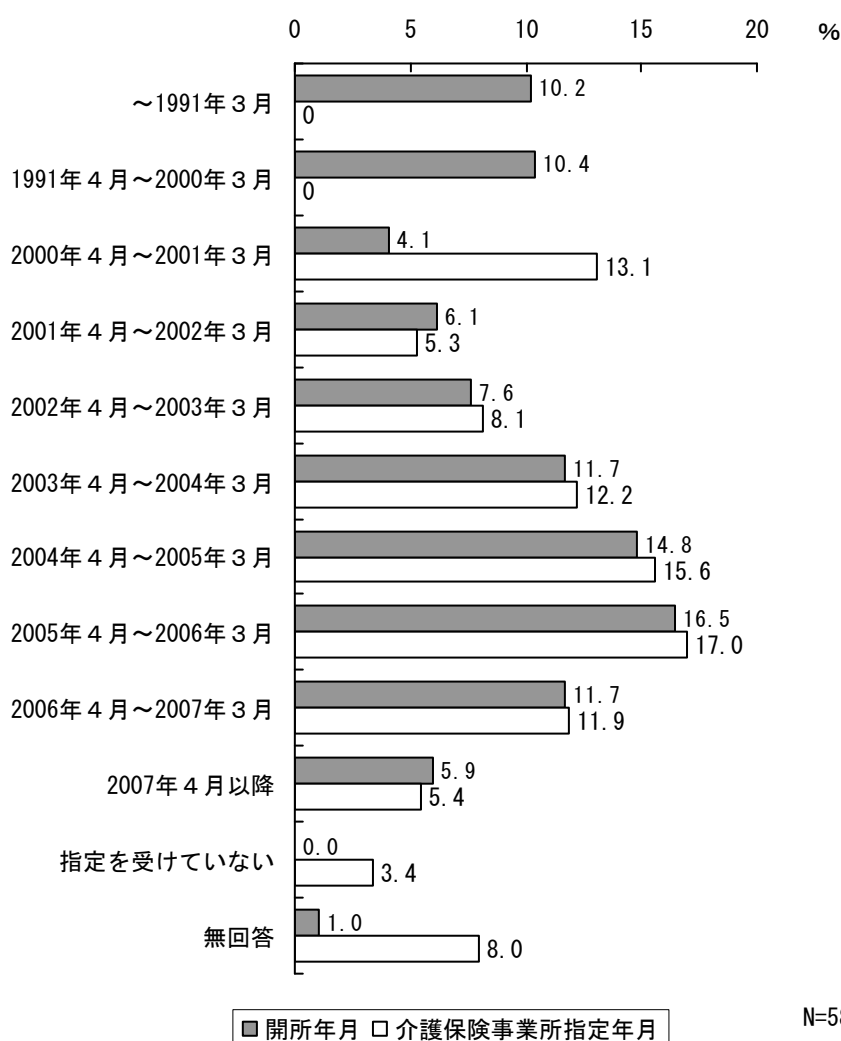


* 上記は、全国の既存有料老人ホームの「重要事項説明書」(2006年7月時点)のデータベースをもとに集計。

③開所年月・介護保険事業所の指定年月(問 6) …開所・事業所指定のピークは 2005 年度(17%)

- ホームの開所年月については、「2005 年4月～2006 年 3 月」に開所したホームが最も多く 16.5%を占め、次いで「2004 年4月～2005 年 3 月」が 14.8%、「2003 年4月～2004 年 3 月」及び「2003 年4月～2004 年 3 月」が 11.7%であった。介護保険事業計画の第2期にあたる 2003 年 4 月～2006 年 3 月に開所したホームが多く、介護保険制度改定により開設に一定の制限がかけられたことによって、2006 年 4 月以降の開設はやや減少傾向にある。
- 介護保険制度施行以前(2000 年 3 月以前)に開所したホームも 20.6%含まれている。
- 介護保険事業所として指定を受けた時期については、2000 年以前に開所しているホームを除くと、ホームの開所とはほぼ連動している。
- 一方、介護保険事業所の指定を受けていないホームも 3.4%含まれている。

図表 開所年月、介護保険事業所指定年月 (問 6)

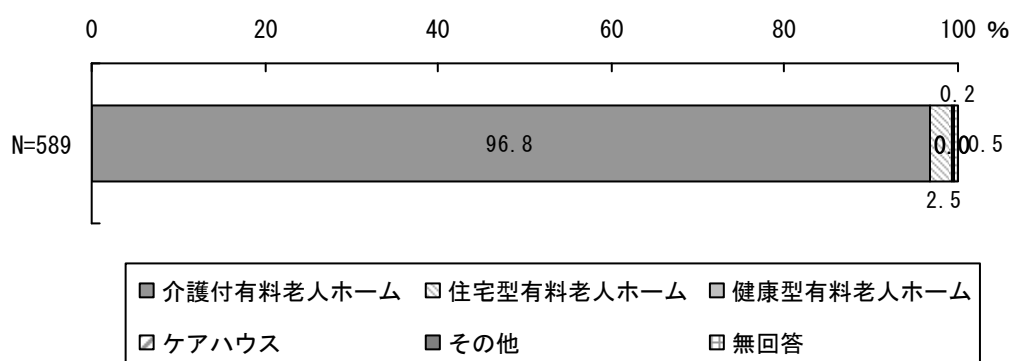


N=589

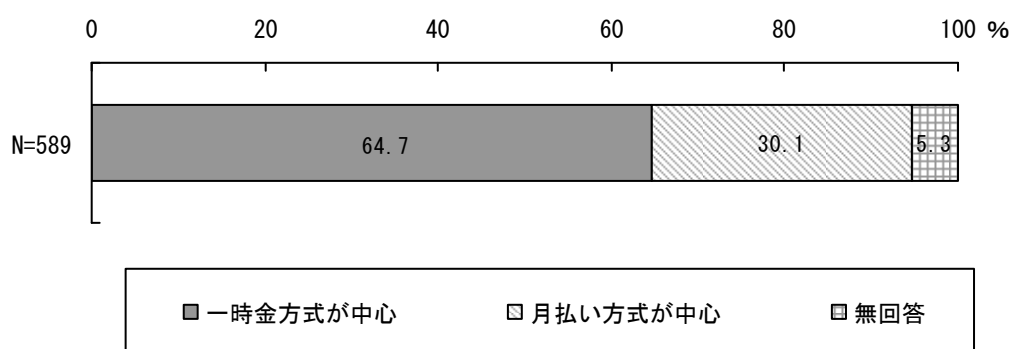
④ホームの種類と契約形態(問 7) …97%が「介護付有料老人ホーム」、65%が「一時金方式が中心」

- 施設類型では、「介護付有料老人ホーム」が最も多く 96.8%、次いで「住宅型有料老人ホーム」が 2.5%となっている。
- 問1の「経営主体」で 89.6%が株式会社であったことを考慮すると、今回の調査では「株式会社が経営している介護付有料老人ホーム」の傾向が結果に強く反映されていると言える。
- 契約形態については、「一時金方式が中心」が 64.7%となり、「月払い方式が中心」(30.1%)を大きく上回る結果となった。

図表 施設類型 (問 7(1))



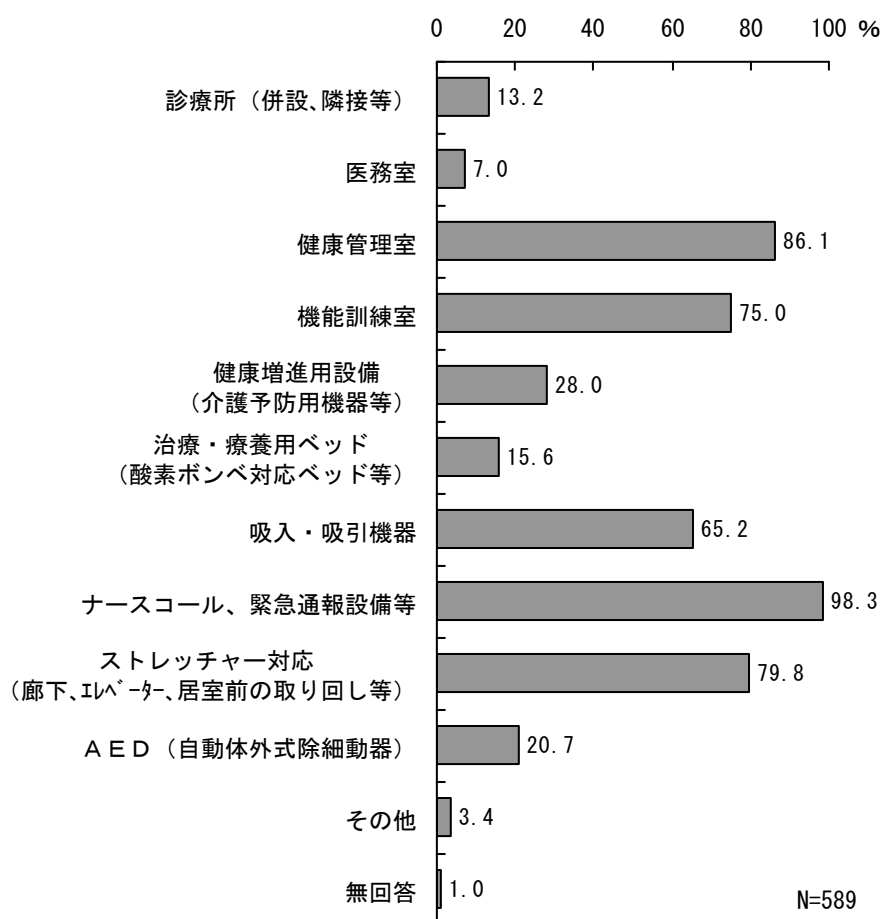
図表 契約形態 (問 7(2))



⑤医療サービス関連施設・設備(問 8) …「診療所(併設・隣接)」設置は 13%、「吸引・吸入機器」設置は 65%

- ホームの医療サービス関連施設・設備(併設・隣接する診療所にある施設、設備は除く)のうち、施設に関する事項では、「健康管理室」が最も多く 86.1%、次いで「機能訓練室」が 75.0%、「診療所(併設・隣接)」は 13.2%、「医務室」は 7.0%にとどまる結果となった。
- 設備面では、「ナースコール、緊急通報設備」が最も高く 98.3%、次いで「ストレッチャー対応」が 79.8%であった。
- また、医療処置に直接的に利用される「吸入・吸引機器」は 65.2%のホームで整備されている一方、「治療・療養用ベッド」、「AED」といった重度医療や緊急時に対応した設備はそれぞれ 15.6%、20.7%と低い結果になった。

図表 医療サービス関連施設・設備(複数回答)(問 8)

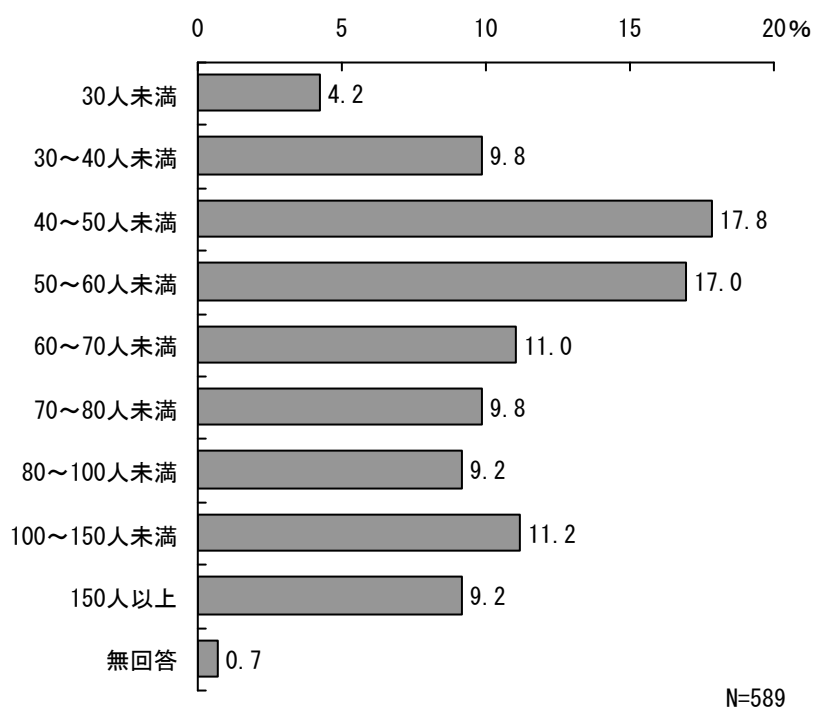


2) 入居者の状況 (2007 年 7 月 1 日時点)

①入居定員数(問 9(1)) …「40～60 人」規模のホームが 35% (平均 83.8 人、中央値 60 人)

- ホームの入居定員数は、「40～50 人未満」が最も多く 17.8%、次いで「50～60 人未満」が 17.0%と、50 人規模前後のホームが 34.8%を占めた。
- 地域密着型特定施設入居者生活介護の指定を受けることができる「30 人未満」のホームは 4.2%にとどまる一方で、入居定員が 100 人を超える大型ホームも 20.4%存在している。
- 全ホームの入居定員の平均は 83.8 人、中央値は 60 人となった。大型ホームが平均を引き上げていると考えられる。

図表 入居定員数 (問 9(1))

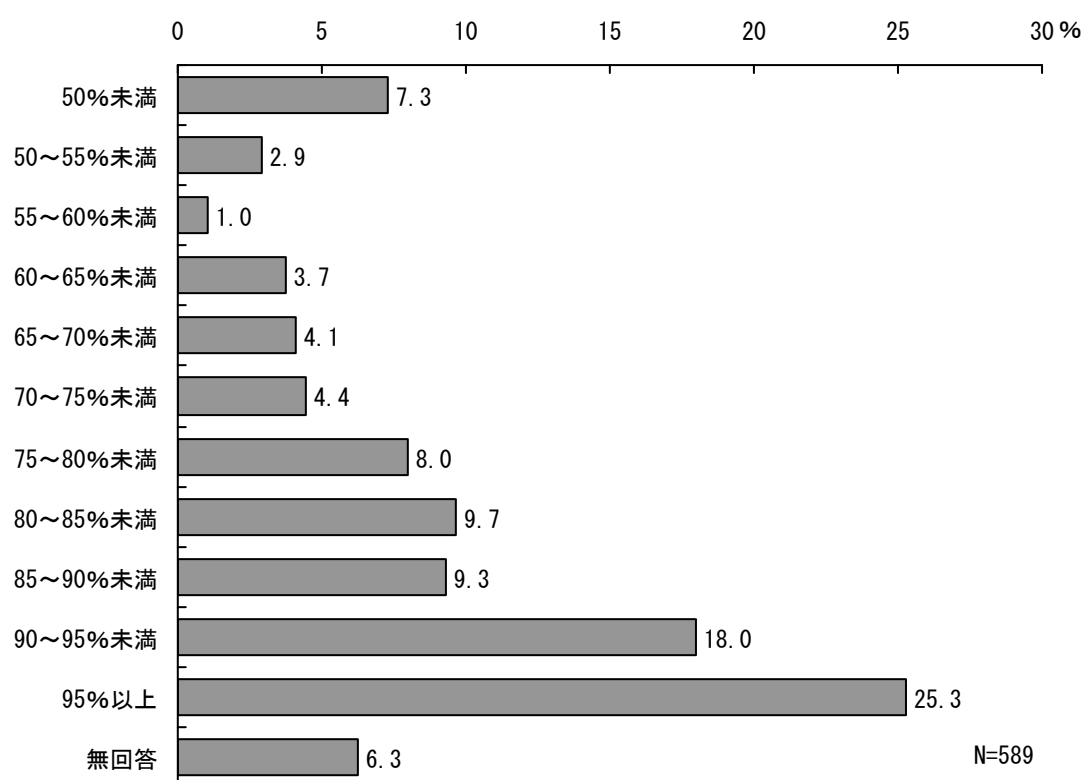


* 定員数が極端に少ない等、明らかに記載事項に誤りがあると考えられる回答については、WAM ネット(<http://www.wam.go.jp/kaigo/>)掲載情報等をもとにデータの補正を行った。

②入居者数・入居率(問 9) …入居者総数は平均 66.3 人、4割超のホームで入居率 90%以上

- 入居者総数は、1ホームあたり平均 66.3 人となった。
- 入居率は総じて高く、平均入居率は 81.3%となった。分布を見ても、「95%以上」が 25.3%、「90～95%未満」が 18.0%と、入居率が 90%を超えているホームが 43.3%を占めた。
- なお、入居率が 50%を下回っている割合は、2006 年度、2007 年度に開所した比較的新しいホームで高く、それぞれ 20.3%、38.9%となった。

図表 入居率



* 入居者総数は要介護度別入居者数の合計、入居率は定員数に対する入居者総数の割合として算出した。

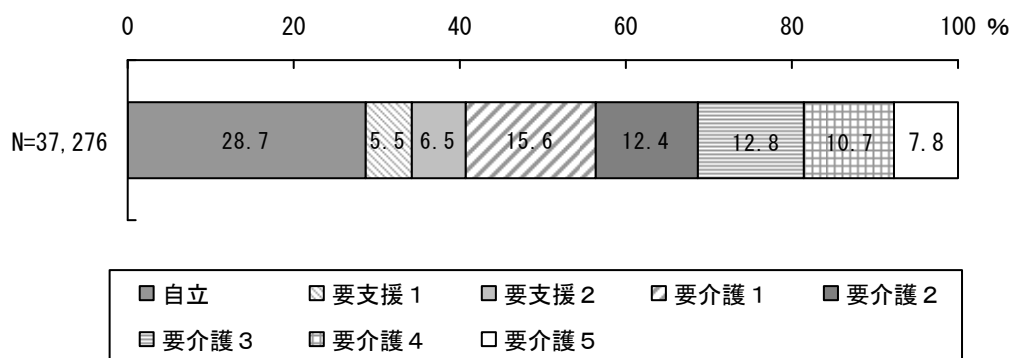
図表 開設年月別の入居率の分布

		入居率									
		全体	50%未満	50～60%未満	60～70%未満	70～80%未満	80～90%未満	90～95%未満	95%以上	無回答	平均 (%)
全 体		589	43	23	46	73	112	106	149	37	81.3
		100.0	7.3	3.9	7.8	12.4	19.0	18.0	25.3	6.3	
開所年月	～1991年 3 月	62	1.6	3.2	14.5	22.6	33.9	16.1	6.5	1.6	80.5
	1991年 4 月～2000年 3 月	55	5.5	5.5	9.1	20.0	25.5	12.7	14.5	7.3	79.4
	2000年 4 月～2001年 3 月	24	0.0	8.3	4.2	25.0	25.0	16.7	20.8	0.0	83.2
	2001年 4 月～2002年 3 月	36	2.8	0.0	8.3	16.7	36.1	25.0	11.1	0.0	83.3
	2002年 4 月～2003年 3 月	45	2.2	0.0	0.0	13.3	24.4	20.0	37.8	2.2	89.5
	2003年 4 月～2004年 3 月	70	1.4	0.0	5.7	11.4	22.9	28.6	28.6	1.4	88.1
	2004年 4 月～2005年 3 月	87	1.1	1.1	5.7	5.7	12.6	25.3	46.0	2.3	91.0
	2005年 4 月～2006年 3 月	98	5.1	7.1	9.2	7.1	14.3	15.3	36.7	5.1	83.8
	2006年 4 月～2007年 3 月	69	20.3	10.1	10.1	11.6	7.2	11.6	15.9	13.0	68.7
	2007年 4 月以降	36	38.9	2.8	8.3	2.8	2.8	2.8	8.3	33.3	40.9
	無回答	7	28.6	0.0	0.0	14.3	0.0	14.3	14.3	28.6	67.6

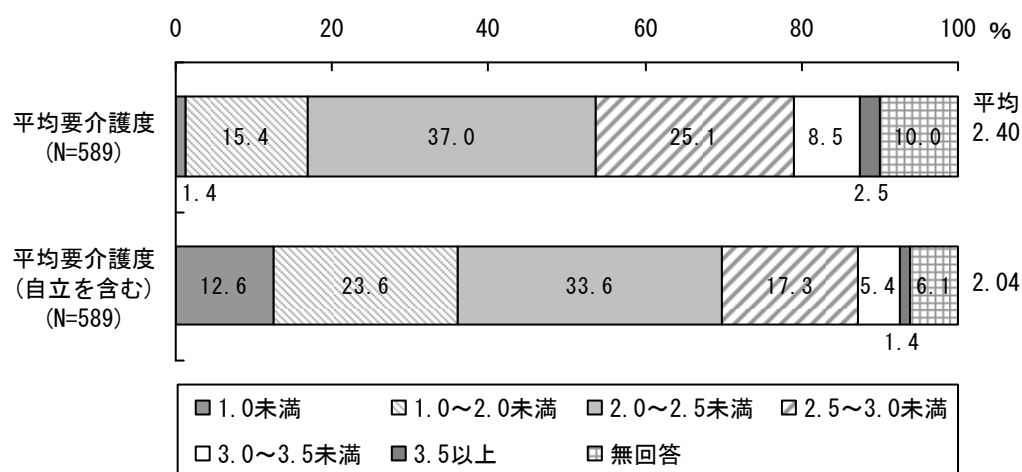
③要介護度別入居者数(問9(2)) …「自立」が29%、「要介護1～3」が41%(平均要介護度の平均は2.40)

- アンケートに回答した 589 ホームの全入居者 37,276 人の要介護度分布を見ると、最も多いのが「自立」で 28.7%、次いで「要介護1」(15.6%)、「要介護3」(12.8%)、「要介護2」(12.4%)の順となった。「自立」または「要介護1～3」程度の軽度の要介護者が中心となっていることがわかる。
- 各ホームの平均要介護度の分布を見ると、最も多いのは「2.0～2.5 未満」で 37.0%、次いで「2.5～3.0 未満」が 25.1%、「1.0～2.0 未満」が 15.4%となった。平均要介護度の回答ホーム平均値は 2.40 となった。
- なお、本調査では、「自立」入居者の割合が高いホームも多く含まれていることを勘案し、参考値として自立=0 として自立を含めた平均要介護度を算出し、クロス集計等でホーム特性による差異を分析するにあたっては、双方を参照しながら分析を行うこととした。

図表 アンケートに回答したホームの全入居者の要介護度分布 (問 9(2))



図表 各ホームの平均要介護度の分布 (問 9(2))

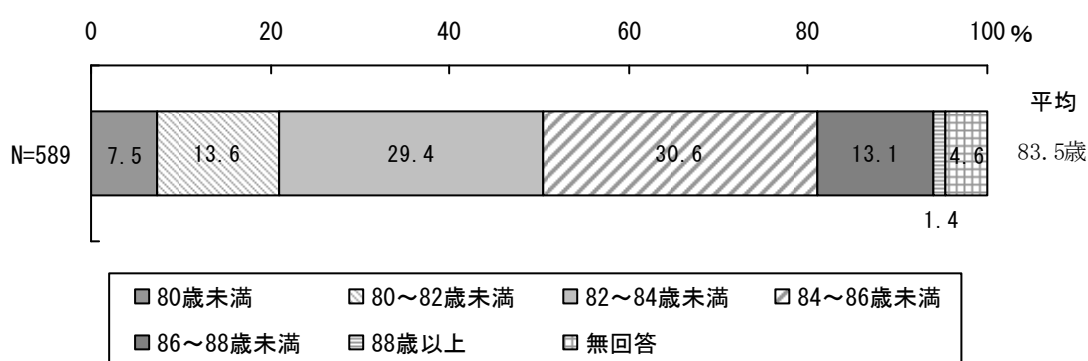


* 要支援1=0.375、要支援2=1、要介護1～5はそれぞれ1～5として平均要介護度を算出した。

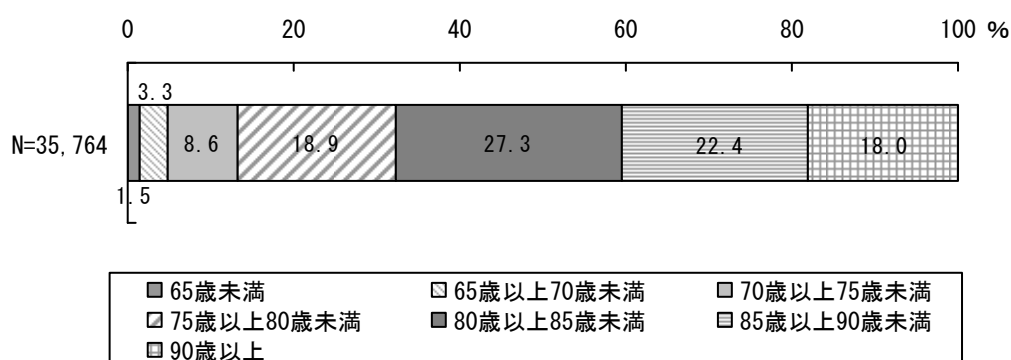
④年齢別入居者数(問 9(3)・(4)) …入居者の 87%が後期高齢者、40%が 85 歳以上(平均年齢の平均は 83.5 歳)

- 各ホームの入居者平均年齢については、80 歳未満は 7.5%にとどまる。無回答を除いても、88.1%のホームにおいて入居者の平均年齢が 80 歳代になっており、平均年齢の平均は 83.5 歳である。
- アンケートに回答した 589 ホームの全入居者 37,276 人の年齢の分布を見ると、最も多いのは「80 歳以上 85 歳未満」で 27.3%、次いで「85 歳以上 90 歳未満」が 22.4%、「75 歳以上 80 歳未満」が 18.9%となっている。

図表 各ホームの入居者平均年齢 (問 9(3))



図表 アンケートに回答したホームの入居者の年齢分布 (問 9(4))

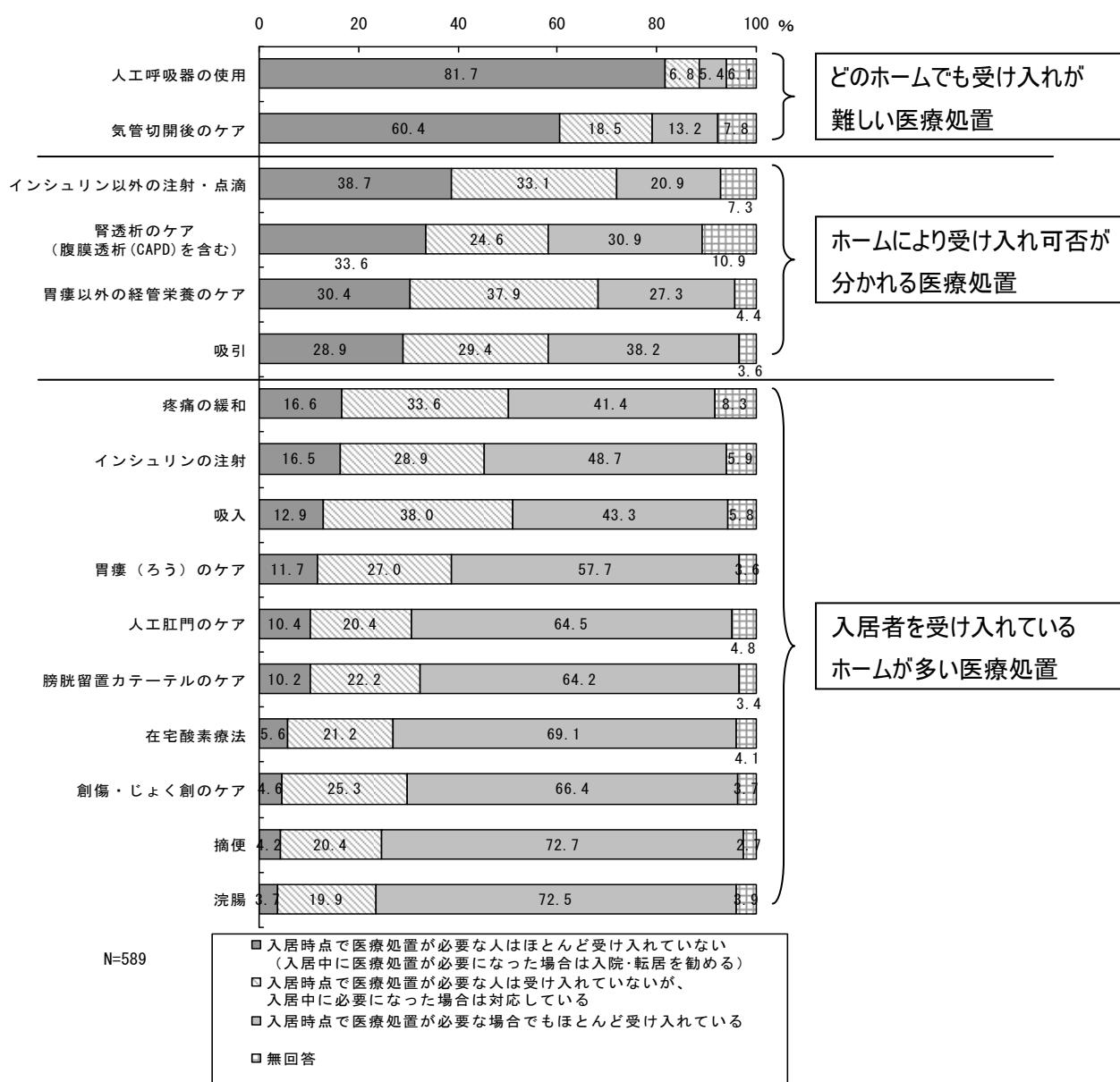


* 一部のホームにおいて要介護度別入居者数の合計と年齢別入居者数の合計が一致しない回答も見られたが、集計においてはそれぞれ独立したデータとして扱い、一致しないものも有効データに含まれている。

⑤医療処置への対応(問 10) …「気管切開後のケア」・「人工呼吸器の使用」への対応が困難

- 「貴ホームでは下記(図表の 16 項目)のような医療処置を必要とする方が新たに入居する場合、あるいは医療処置を必要とする状態になった入居者がホームで生活続ける場合、対応できますか」という問に対し、「入居時点で医療処置が必要な人はほとんど受け入れていない」の回答が多かった医療処置は、「気管切開後のケア」(60.5%)と「人工呼吸器の使用」(81.6%)であった。
- 「インシュリン以外の注射・点滴」、「腎透析のケア」、「胃瘻以外の経管栄養のケア」、「吸引」の4つの処置については受け入れ姿勢がホームにより分かれている。

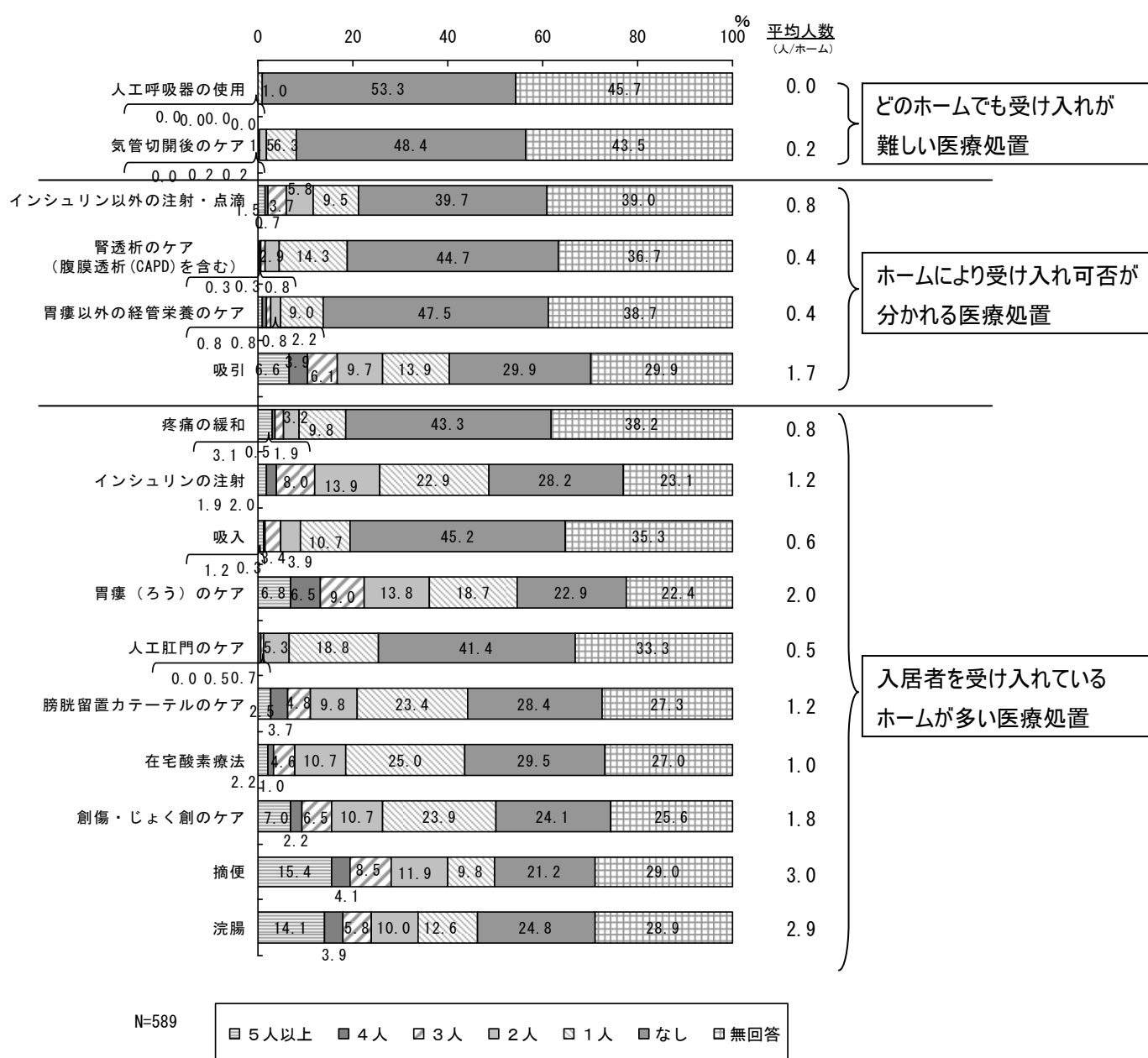
図表 医療処置への対応



- * 問 10 において、「入居時点で医療処置が必要な人はほとんど受け入れていない」と回答したホームが 50%以上の医療処置については「どのホームでも受け入れが難しい医療処置」、25%～50%未満の医療処置は「ホームにより受入可否が分かれる医療処置」、25%未満の医療処置は「入居者を受け入れているホームが多い医療処置」として分類した。
- * 調査票上では、上記の 16 項目の医療処置を提示したのみで、具体的な内容に関する解釈は回答者に委ねた。

- また、入居者のうち医療処置を必要とする入居者の人数(1ホームあたりの平均人数)が多いのは「排便」(3.0人)、「浣腸」(2.9人)、「胃瘻のケア」(2.0人)、「創傷・じょく創のケア」(1.8人)、「吸引」(1.7人)となっている。
- 質問した医療処置の範囲で、延べ平均 18.5 人の入居者が医療処置を必要としている。
(この延べ人数は、1 人の入居者が複数の医療処置を必要とする場合の重複計上を含むものである)

図表 現在の入居者のうち医療処置を要する該当者数



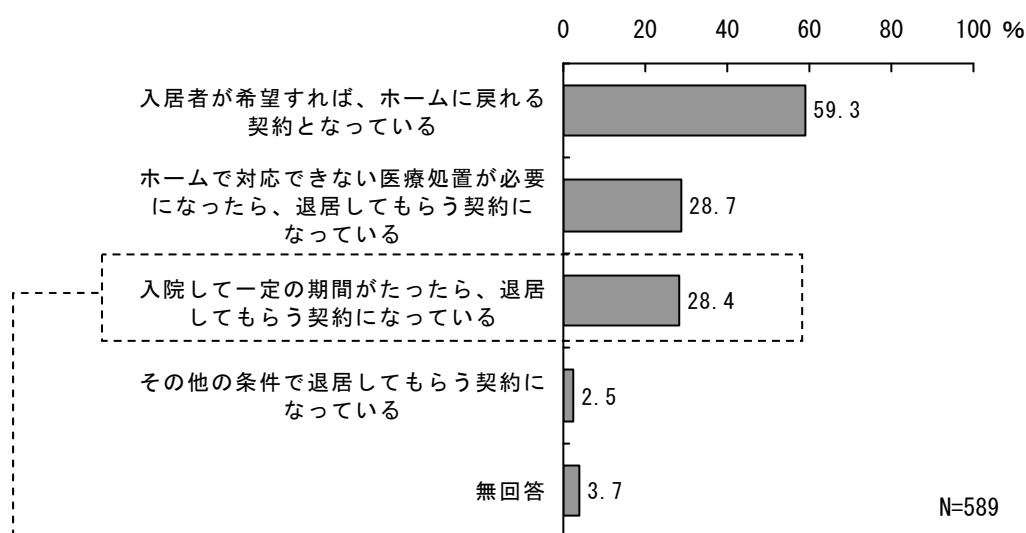
* 問 10 において、「入居時点で医療処置が必要な人はほとんど受け入れていない」と回答したホームが 50%以上の医療処置については「どのホームでも受け入れが難しい医療処置」、25%～50%未満の医療処置は「ホームにより受入可否が分かれる医療処置」、25%未満の医療処置は「入居者を受け入れているホームが多い医療処置」として分類した。

* 調査票上では、上記の 16 項目の医療処置を提示したのみで、具体的な内容に関する解釈は回答者に委ねた。

⑥医療機関に入院した場合の契約上の対応方法(問 11) …「入居者が希望すれば戻れる」が 59%

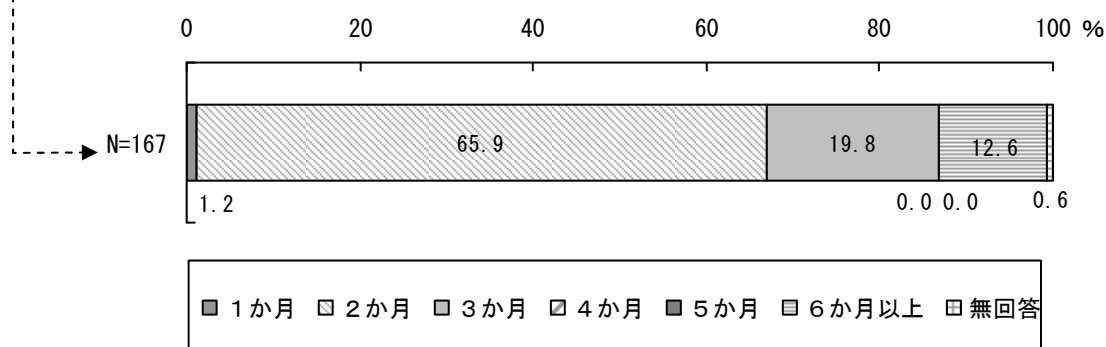
- 「貴ホームの入居者が医療機関に入院した場合、貴ホームでは、契約上、どのように対応することと なっていますか」という質問に対し、「入居者が希望すればホームに戻れる契約となっている」と回答 したホームが 59.3%と最も多い。次いで「ホームで対応できない医療処置が必要になったら、退居し てもらふ契約となっている」が 28.7%、「入院して一定の期間がたったら、退居してもらふ契約になっ ている」が 28.4%となっている。
- 「入院して一定の期間がたったら、退居してもらふ契約になっている」場合の期間の設定は、2か月が 最も多く 65.9%、次いで3か月が 19.8%となった。期間を定めているホーム(全ホームの 28.4%)のう ち、ほとんどのホームで2～3か月で退居となる契約になっている。

図表 入居者が医療機関に入院した場合の、契約上の対応方法(複数回答) (問 11)



図表 退居してもらふ契約になっている期間 (問 11-1)

(問 11 で「入院して一定の期間がたったら、退居してもらふ契約になっている」と回答したホームのみ)



- 入居者が医療機関に入院した場合の契約上の対応方法を被説明変数とし、ホームの特徴を説明変数としたクロス集計を行ったところ、特に差異が見られたのは下記の4点であった。
 - 開所年月：介護保険制度以前(～2000年3月)に開所したホームや2006年4月以降に開設した新しいホームでは「入居者が希望すればホームに戻れる」と回答したホームが多く、2000年4月～2006年3月までの期間は逆に入院して一定以上の期間がたったら退居してもらうというホームが多い傾向が見られた。
 - 契約形態：「一時金方式が中心」のホームでは「月払い形式が中心」のホームと比較して、「入居者が希望すればホームに戻れる」と回答したホームの割合が高い。
 - 医療サービス関連施設・設備：併設・隣接等の診療所があるホームの方が、診療所のないホームよりも「入居者が希望すればホームに戻れる」と回答したホームの割合が高い。
 - 入居定員数：大規模ホームほど「入居者が希望すればホームに戻れる」と回答したホームの割合が高い傾向が見られた。

図表 ホーム特性別に見た入居者が入院した場合の契約上の対応方法(複数回答)

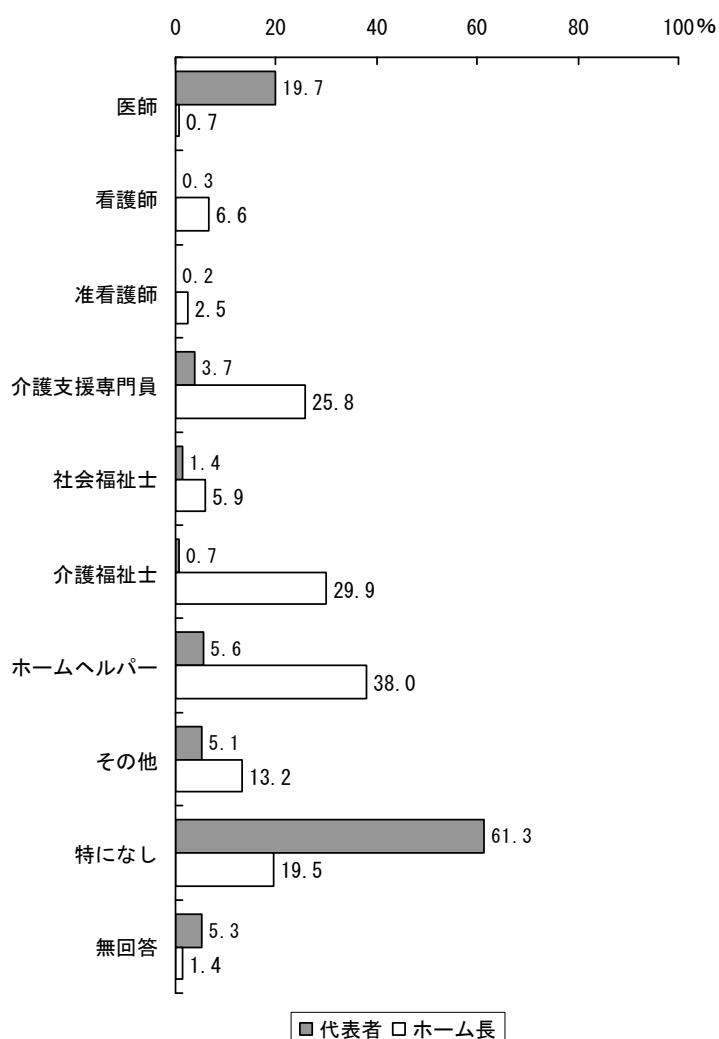
		問11. 入居者が医療機関に入院した場合の、契約上の対応方法(複数回答)					
		全体	入居者が希望すれば、ホームに戻れる契約となっている	ホームで対応できない医療処置が必要になったら、退居してもらう契約になっている	入院して一定の期間がたったら、退居してもらう契約になっている	その他の条件で退居してもらう契約になっている	無回答
全 体		589	349	169	167	15	22
		—	59.3	28.7	28.4	2.5	3.7
開所年月	～2000年3月	117	87.2	8.5	0.9	1.7	5.1
	2000年4月～2003年3月	105	56.2	29.5	32.4	2.9	3.8
	2003年4月～2006年3月	255	43.9	40.4	42.7	2.4	3.5
	2006年4月以降	105	67.6	21.9	21.0	3.8	1.9
	無回答	7	71.4	28.6	14.3	0.0	14.3
契約形態	一時金方式が中心	381	75.9	15.7	9.2	2.9	4.5
	月払い方式が中心	177	24.3	54.8	70.1	1.7	1.7
	無回答	31	54.8	38.7	25.8	3.2	6.5
医療施設・設備	診療所あり	78	82.1	11.5	6.4	1.3	3.8
	診療所なし	511	55.8	31.3	31.7	2.7	3.7
定員数	30人未満	25	72.0	12.0	16.0	0.0	4.0
	30～40人未満	58	46.6	25.9	36.2	10.3	1.7
	40～50人未満	105	34.3	49.5	52.4	1.0	1.9
	50～60人未満	100	45.0	41.0	43.0	0.0	4.0
	60～70人未満	65	63.1	30.8	29.2	0.0	4.6
	70～80人未満	58	82.8	15.5	13.8	1.7	3.4
	80～100人未満	54	66.7	16.7	14.8	9.3	5.6
	100～150人未満	66	74.2	21.2	12.1	0.0	4.5
	150人以上	54	85.2	9.3	0.0	3.7	5.6
	無回答	4	75.0	25.0	25.0	0.0	0.0

3) 職員の状況

①代表者・ホーム長の保有資格(問 12) …代表者は61%が「特になし」、ホーム長は38%が「ホームヘルパー」、30%が「介護福祉士」

- 代表者(理事長、社長等)の保有資格については、61.3%が「特になし」、次いで「医師」(19.7%)、「ホームヘルパー」(5.6%)であった。
 - ただし、「医師」の19.7%のうち16.1%分は、チェーン展開する大手事業者の代表が医師の資格を保有しているケースがホーム単位で集計を行ったことにより重複して計上されたものであり、この事業者を除くと、代表者が「医師」である割合は3.6%となる。
- ホーム長については、「特になし」は19.5%にとどまる。多い資格は「ホームヘルパー」(38.0%)、「介護福祉士」(29.9%)、「介護支援専門員」(25.8%)となり、介護系の資格を保有しているホーム長が多い傾向がみられた。

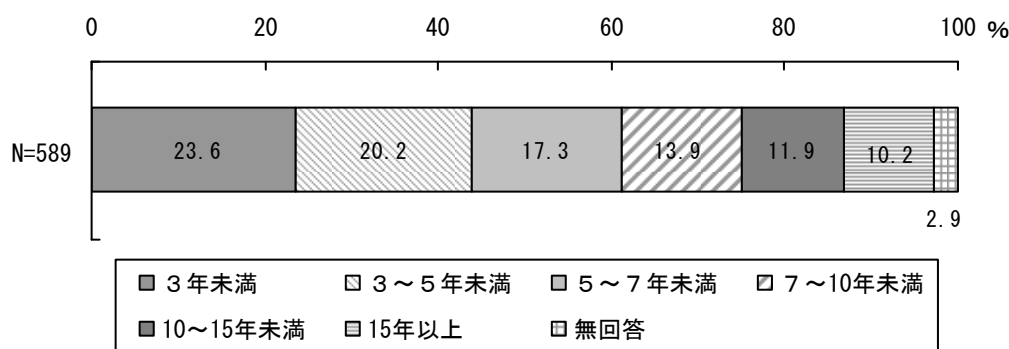
図表 代表者・ホーム長の保有資格(複数回答) (問 12(1)・(3))



N=589

- ホーム長の老人ホーム事業経験年数(他ホームでの経験を含む)について、最も多いのは3年未満(23.6%)。ただし、介護保険施行前からの経験者(7年以上)も36.0%存在している。

図表 ホーム長の老人ホーム事業経験年数 (問 12(2))

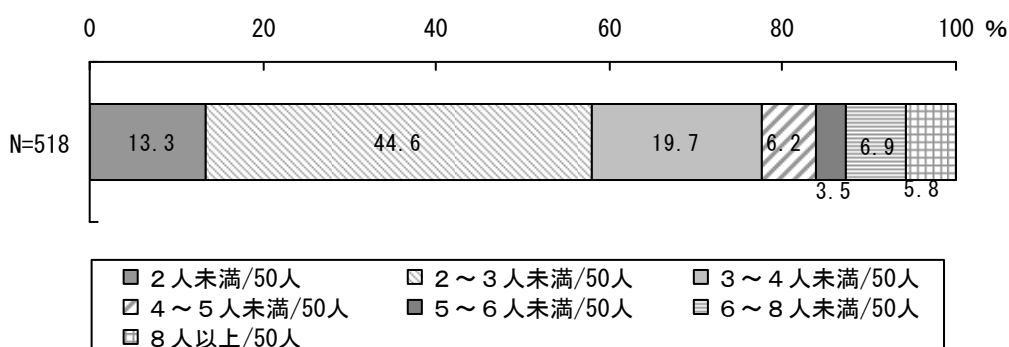


②介護・看護職員数(問 13) …特定施設入居者生活介護適用者 50 人あたり常勤換算で平均 3.3 人の看護職員を配置

- 特定施設入居者生活介護適用者 50 人あたりの看護職員数(常勤換算数)について、最も多いのは「2～3 人未満/50 人」で 44.6%、次いで「3～4 人未満/50 人」が 19.7%、「2 人未満/50 人」が 13.3% となった。また、全ホームの平均は 3.3 人/50 人であった。

特定施設入居者生活介護の看護職員の配置基準は、・ 特定施設入居者生活介護適用者数 30 人以下のホームでは常勤換算で 1.0 人以上、31～80 人のホームでは 2.0 人以上、81～130 人のホームは 3.0 人以上・・・である。

図表 看護職員の常勤換算数(特定施設入居者生活介護適用者 50 人あたり) (問 13)



* 上記図表は各ホームの(正)看護師と准看護師の常勤換算人数を、各ホームの特定施設入居者生活介護適用者 50 人あたりの人数で割戻し、集計を行ったものである。

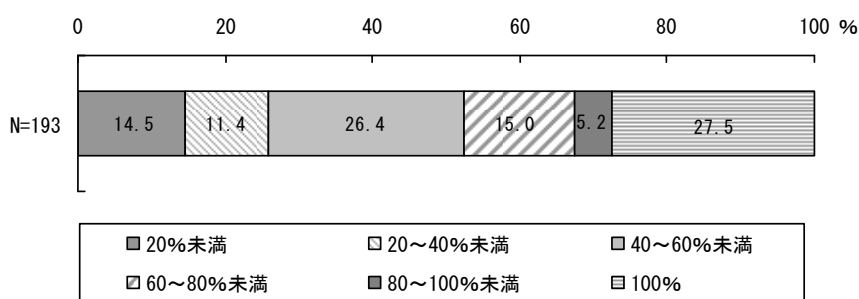
* 看護・介護職員数については、常勤換算数が実人数より多い等、明らかに記載事項に誤りがあると考えられる回答が多く含まれていたことから、2007 年度の看護職員の常勤・非常勤別実人数及び常勤換算数が掲載されている「介護サービス情報公表システム」の情報をもとにデータの補正を行った。

なお、このデータに基づき補正を行った分に関しては、(正)看護師・准看護師別の実人数や常勤換算数は不明のため、次ページに掲載する集計結果は、補正の必要のないデータのみを対象に集計を行ったものであるが、N 数が少ないため、本報告書では参考値として取り扱うこととした。

《参考》(正)看護師・准看護師の内訳

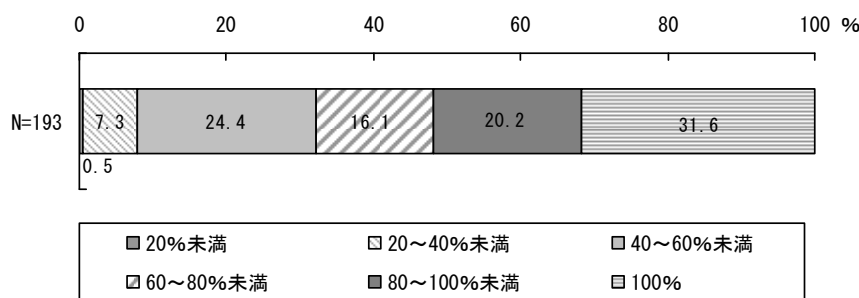
- 看護職員に占める(正)看護師の割合は、「100%」のホームが最も多く 27.5%、次いで「40～60%未満」が 26.4%、「20%未満」が 14.5%と、看護師・准看護師の割合が「ほぼ半々」のホームと、「ほぼ100%」のホームに大きく2分してきている傾向が見られる。
- 看護職員に占める常勤看護職員の割合は、「100%」のホームが最も多く 31.6%、次いで「40～60%未満」が24.4%、「80～100%未満」が20.2%となった。約2/3のホームでは、60%以上の看護職員を常勤で確保している状況である。
- 介護・看護職員全体に占める看護職員の割合は、「10～15%未満」39.6%、「10%未満」が 30.0%、「15%～20%」が 16.9%と、多くのホームで看護職員の割合は2割未満であることがわかった。

【参考】 看護職員に占める(正)看護師の割合



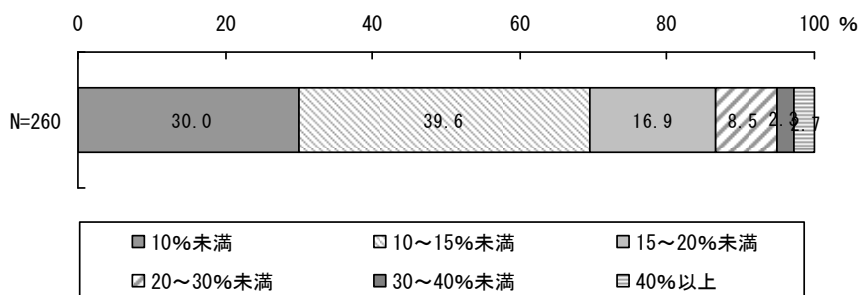
* 上記は常勤換算数ベースで、(正)看護師の人数を看護職員総数で除して算出・集計を行ったものである。

【参考】 看護職員に占める常勤看護職員の割合



* 上記は常勤換算数ベースで、常勤看護師の人数を看護職員総数で除して算出・集計を行ったものである。

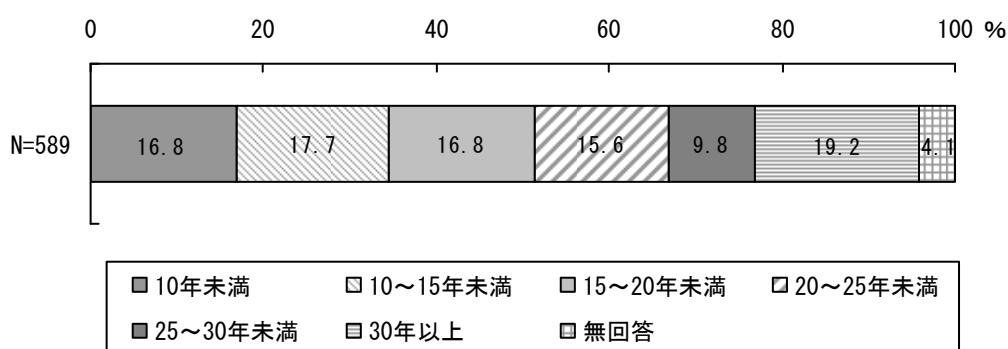
【参考】 介護・看護職員全体に占める看護職員の割合



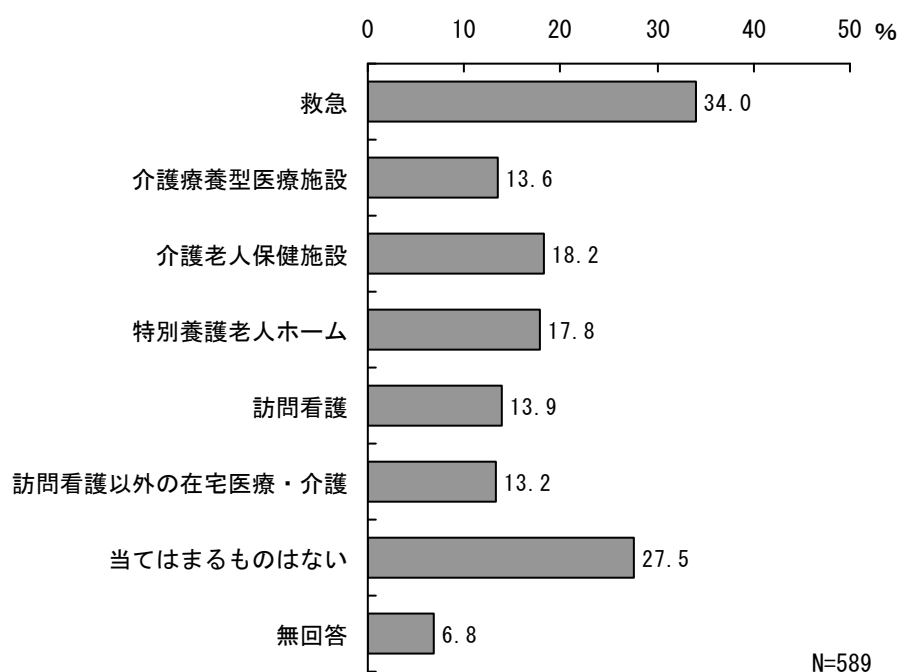
* 上記は常勤換算数ベースで、看護職員の人数を介護及び看護職員の合計で除して算出・集計を行ったものである。

- ホームで主任(リーダー)的な役割を担う看護職員の業務経験年数について、最も多いのは「30年以上」で19.2%、次いで「10年～15年未満」が17.7%となった。
- 一方、業務経験年数が「10年未満」の看護婦は16.8%にとどまり、平均業務経験年数は19.2年となった。
- 以上から、8割強のホームで、ホームの主任的な役割を担う役職に、経験豊かな看護職員を配置できていることがうかがわれる。
- また、ホームで主任的な役割を担う看護職員が従事したことのある領域で、最も多かったのが「救急」で34.0%、次いで「当てはまるものがない」が27.5%、「介護老人保健施設」が18.2%であった。

図表 主任的な役割を果たす看護職員の看護業務経験年数（問13-1(1)）



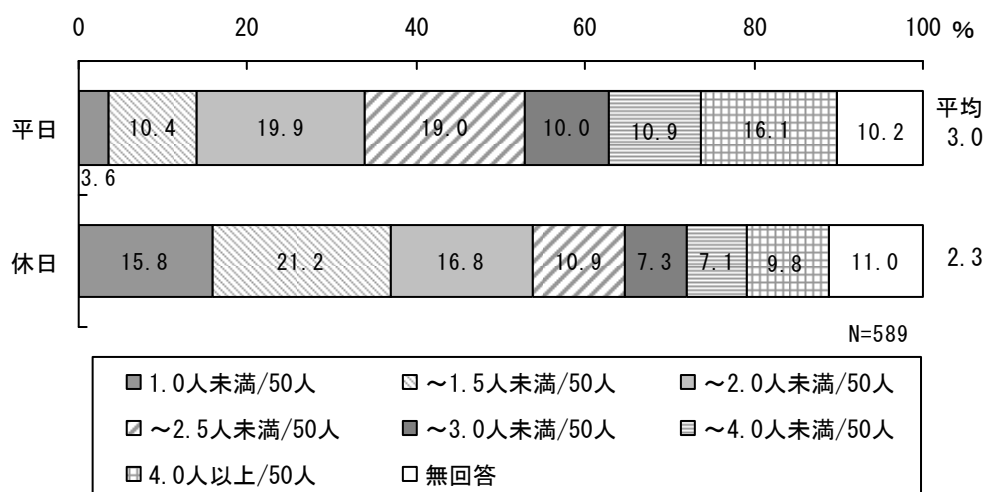
図表 主任的な役割を果たす看護職員が従事したことのある領域（複数回答）（問13-1(2)）



③看護職員の日中・夜間の平均的勤務状況(問 14) ……休日は平日より看護職員が少ない、夜間は74%のホームで看護職員不在

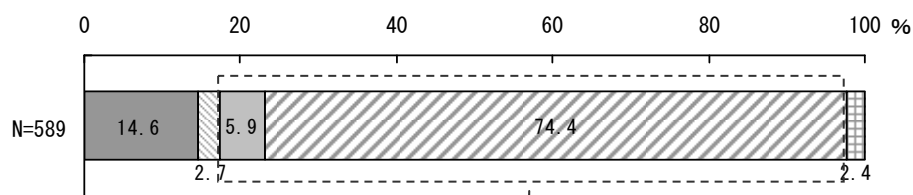
- 平日日中の看護職員の体制について特定施設入居者生活介護適用者 50 人あたりの看護職員数(常勤換算数)を算出したところ、「1.5～2.0 人未満」が最も多く 19.9%、次いで「2.0～2.5 人未満」が 19.0%となった。
- 同様に、休日日中の看護職員の体制では、「1.0～1.5 人未満」が最も多く 21.2%、次いで「1.5～2.0 人未満」が 16.8%となった。
- 平均は、平日日中 3.0 人、休日日中は 2.3 人となり、休日は平日と比較してやや看護職員数が少ない傾向が見られた。
- 夜間の看護体制については、「夜間は通常、看護職員はいない」が 74.4%と最多で、「必ず夜勤の看護職員がいる」ホームは 14.6%、「必ず宿直の看護職員がいる」ホームは 2.7%のみであった。
- 夜間に看護職員がいらない場合があるホームに対して、「看護職員がホームに不在のとき、看護職員は緊急コールにどのような対応を取ることにしているか」を質問したところ、「電話での対応をすることになっている」と回答したホームが最も多く 60.7%、「現場への駆けつけ対応をすることになっている」が 13.7%となったが、「対応しない」も 15.2%見られた。
- また、上記で何らかの対応をしている場合の、勤務時間以外に受ける相談・対応以来件数については、79.6%のホームで週に3件未満にとどまっている。

図表 看護職員の日中の勤務状況(常勤換算) (問 14(1))



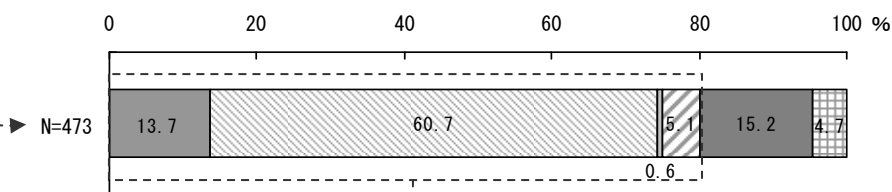
* 上記図表は、回答された看護職員数(常勤換算数)を、各ホームの特定施設入居者生活介護適用者 50 人あたりの人数で割戻し、集計を行ったものである。

図表 看護職員の夜間の勤務状況（問 14(2)）



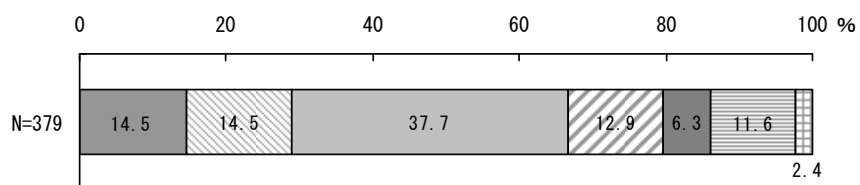
- ☒ 必ず夜勤の看護職員がいる（夜勤：夜間も起きて勤務している状態）
- ☒ 必ず宿直の看護職員がいる（宿直：ホームに泊まり、何かあればかけつけられる状態）
- ☒ ローテーションの都合で、夜間に看護職員がいない場合がある
- ☒ 夜間は、通常、看護職員はいない
- ☒ 無回答

図表 看護職員がホームに不在のときの緊急コールに対する対応（問 14(3)）



- ☒ 現場への駆けつけ対応をすることになっている
- ☒ 電話での対応をすることになっている
- ☒ 対応しないことになっているが、実際は現場への駆けつけ対応をしている
- ☒ 対応しないことになっているが、実際は電話で対応している
- ☒ 対応しない
- ☒ 無回答

図表 勤務時間以外に受ける相談・対応依頼の1週間の件数（問 14(4)）



- ☒ なし
- ☒ 1件未満
- ☒ 1～2件未満
- ☒ 2～3件未満
- ☒ 3～4件未満
- ☒ 4件以上
- ☒ 無回答

- 看護職員の夜間の勤務状況と、入居者の要介護度の関連を分析するために、看護職員の夜間の勤務状況を被説明変数に、入居者の平均要介護度を説明変数にしてクロス集計を行った。その結果、入居者の平均要介護度と看護職員の夜間の勤務状況の関連性について、明確な傾向は見られなかった。

図表 入居者の平均要介護度別に見た、看護職員の夜間の勤務状況

		問14（2）看護職員の夜間の勤務状況					
		全体	必ず夜勤の看護職員がいる (夜勤:夜間も起きて勤務している状態)	必ず宿直の看護職員がいる (宿直:ホームに泊まり、何かあればかけつけられる状態)	ローテーションの都合で、夜間に看護職員がいない場合がある	夜間は、通常、看護職員はいない	無回答
全 体		589 100.0	86 14.6	16 2.7	35 5.9	438 74.4	14 2.4
平均要介護度 通常算出方法 (パターンA)	1.0未満	8	0.0	0.0	37.5	62.5	0.0
	1.0～2.0未満	91	18.7	4.4	9.9	65.9	1.1
	2.0～2.5未満	218	13.3	2.8	3.7	78.9	1.4
	2.5～3.0未満	148	14.2	2.7	5.4	74.3	3.4
	3.0～3.5未満	50	12.0	4.0	8.0	70.0	6.0
	3.5以上	15	46.7	0.0	0.0	53.3	0.0
	無回答	59	10.2	0.0	5.1	81.4	3.4
平均要介護度 本調査独自の 算出方法 (パターンB)	1.0未満	74	39.2	10.8	10.8	35.1	4.1
	1.0～2.0未満	139	10.1	3.6	8.6	76.3	1.4
	2.0～2.5未満	198	7.6	0.0	1.5	88.9	2.0
	2.5～3.0未満	102	13.7	2.0	5.9	76.5	2.0
	3.0～3.5未満	32	6.3	3.1	6.3	75.0	9.4
	3.5以上	8	62.5	0.0	0.0	37.5	0.0
無回答		36	19.4	0.0	11.1	69.4	0.0

* パターンA : 通常平均要介護度の算出方法に基づき、自立者を除く要支援・要介護の入居者を対象に、要支援1=0.375、要支援2=1、要介護1～5はそれぞれ1～5として平均要介護度を算出。

* パターンB : 「自立」入居者の割合が高いホームも多く含まれていることを勘案し、クロス集計の傾向がより明確に出やすいよう、上記(パターンA)に自立(=0)を含めて平均要介護度を算出した参考値。

《参考》夜間看護体制加算の算定要件

次の全ての要件を満たした場合に算定できる。

- ①常勤の看護師※1を1名以上配置し、看護責任者を定めていること
- ②看護職員により、または医療機関・訪問看護ステーションとの連携により、24時間連絡体制※2を確保し、健康上の管理等を行う体制を確保していること
- ③重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に入居者・その家族等への説明を行い、同意を得ていること

※1 平成20年3月31日までの間は看護職員でも可

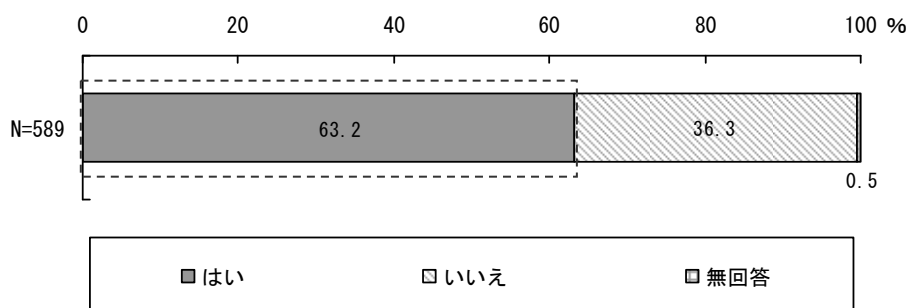
※2 「24時間連絡体制」とは、施設内での勤務を要するものではなく、夜間においても施設から連絡でき、必要な場合には施設からの緊急の呼出に応じて出勤する体制をいうものである。具体的には、下記のような体制が想定されている。

- (a) 管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、夜間における連絡・対応体制(オンコール体制)に関する取り決め(指針やマニュアル等)の整備がなされていること。
- (b) 管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、看護職員不在時の介護職員による入所者の観察項目の標準化(どのようなことが観察されれば看護職員に連絡するか)がなされていること。
- (c) 施設内研修等を通じ、看護・介護職員に対して、(b)の取り決めが周知されていること。
- (d) 施設の看護職員とオンコール対応の看護職員が異なる場合は、電話やFAX等により入所者の状態に関する引継を行うとともに、オンコール体制終了時にも同様の引継を行うこと。

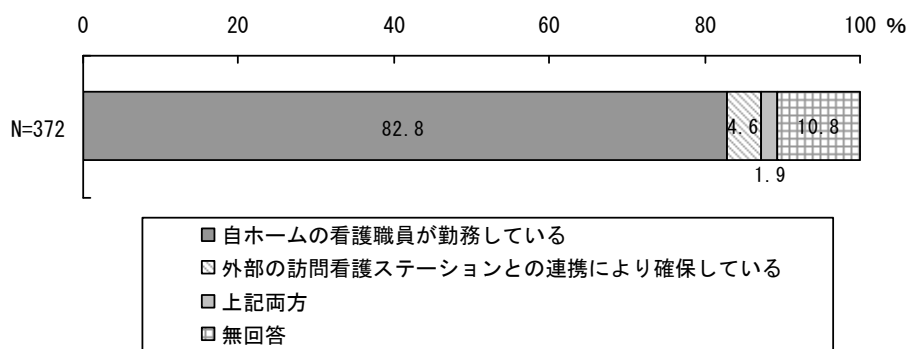
④「夜間看護体制加算」(問 15) …加算算定ホームは 63%、うち 83%が自ホーム職員による電話対応により加算を取得。ホームの定員規模が大きいほど夜勤・宿直職員を配置している割合が高い

- 夜勤看護体制加算を算定しているホームは 63.2%、このうち、82.8%が「自ホームの看護職員が勤務している」と回答した。これは、ホーム全体の 52.3%に相当する。(算定要件は、左ページ参照)
- また、夜間看護体制加算を算定しているホームにおける夜間の実際の看護体制との関係进行分析のために、夜間の平均的な看護職員の勤務状況(問14(2))を被説明変数に、夜間看護体制加算の算定有無(問 15)を説明変数にしたクロス集計を行ったところ、夜間看護体制加算を算定しているホームのうち必ず夜勤または宿直の看護職員がいるホームは 23.9%にとどまり、「夜間は通常看護職員はいない」ホームが 67.5%に上った。

図表 夜間看護体制加算 (問 15)



図表 夜間看護体制の人員確保方法 (問 15-1)



図表 夜間看護体制加算の有無別に見た看護職員の夜間の勤務状況

		問14(2). 夜間の看護職員の体制					
		全体	必ず夜勤の看護職員がいる	必ず宿直の看護職員がいる	ローテーションの都合で、夜間に看護職員がいない場合がある	夜間は、通常、看護職員はいない	無回答
全 体		589	86	16	35	438	14
		100.0	14.6	2.7	5.9	74.4	2.4
夜間看護体制 加算の算定	有り	372	20.7	3.2	6.7	67.5	1.9
	無し	214	4.2	1.9	4.7	86.0	3.3
	無回答	3	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0

- 夜間の看護体制とホームの定員数の関連を分析するために、夜間看護体制加算の有無(問 15)及び看護職員の夜間の勤務状況(問 14(2))を被説明変数に、ホームの定員数を説明変数にしてクロス集計を行った。
- 夜間看護体制加算については、定員数の小さなホームであっても加算を算定されており、定員規模による差異は見られなかった。
- これに対し、実際の夜間の勤務状況については、入居定員数が多いホームほど「必ず夜勤の看護職員がいる」または「必ず宿直の看護職員がいる」と回答したホームの割合が高くなる傾向が見られた。特に、ホーム規模で「70～80 人未満」を境に、夜勤・宿直体制を採るホームの割合に差が生じている。夜間を含むローテーションを組むには、スケールメリットが必要となつていと考えられる。
- これらから、70 人未満程度の小・中規模のホームでは、自ホーム職員の電話対応により夜間看護体制加算を算定し、80 人以上の大規模ホームではスケールメリットを生かしつつ、夜勤・宿直の看護職員が配置されている場合が多いと想定される。

図表 ホーム定員数別に見た夜間看護体制加算の有無

		問15. 「夜間看護体制加算」の算定			
		全体	有り	無し	無回答
全 体		589	372	214	3
		100.0	63.2	36.3	0.5
定員数	30人未満	25	44.0	56.0	0.0
	30～40人未満	58	62.1	37.9	0.0
	40～50人未満	105	74.3	25.7	0.0
	50～60人未満	100	66.0	34.0	0.0
	60～70人未満	65	56.9	41.5	1.5
	70～80人未満	58	56.9	41.4	1.7
	80～100人未満	54	59.3	40.7	0.0
	100～150人未満	66	54.5	43.9	1.5
	150人以上	54	77.8	22.2	0.0
	無回答	4	25.0	75.0	0.0

図表 ホーム定員数別に見た看護職員の夜間の勤務状況

		問14(2) 看護職員の夜間の勤務状況					
		全体	必ず夜勤の看護職員がいる	必ず宿直の看護職員がいる	ローテーションの都合で、夜間に看護職員がいない場合がある	夜間は、通常、看護職員はいない	無回答
全 体		589	86	16	35	438	14
		100.0	14.6	2.7	5.9	74.4	2.4
定員数	30人未満	25	0.0	0.0	8.0	88.0	4.0
	30～40人未満	58	3.4	1.7	10.3	82.8	1.7
	40～50人未満	105	6.7	0.0	3.8	87.6	1.9
	50～60人未満	100	5.0	2.0	2.0	89.0	2.0
	60～70人未満	65	7.7	0.0	4.6	84.6	3.1
	70～80人未満	58	13.8	0.0	6.9	77.6	1.7
	80～100人未満	54	24.1	1.9	7.4	61.1	5.6
	100～150人未満	66	25.8	6.1	7.6	60.6	0.0
	150人以上	54	53.7	14.8	7.4	20.4	3.7
	無回答	4	0.0	0.0	25.0	75.0	0.0

- 看護職員の夜間の勤務状況と、入居者の要介護度の関連を分析するために、看護職員の夜間の勤務状況を被説明変数に、入居者の平均要介護度を説明変数にしてクロス集計を行った。
- 入居者の平均要介護度と夜間看護体制加算の有無との関連性について、明確な傾向は見られなかった。

図表 入居者の平均要介護度別に見た夜間看護体制加算の有無

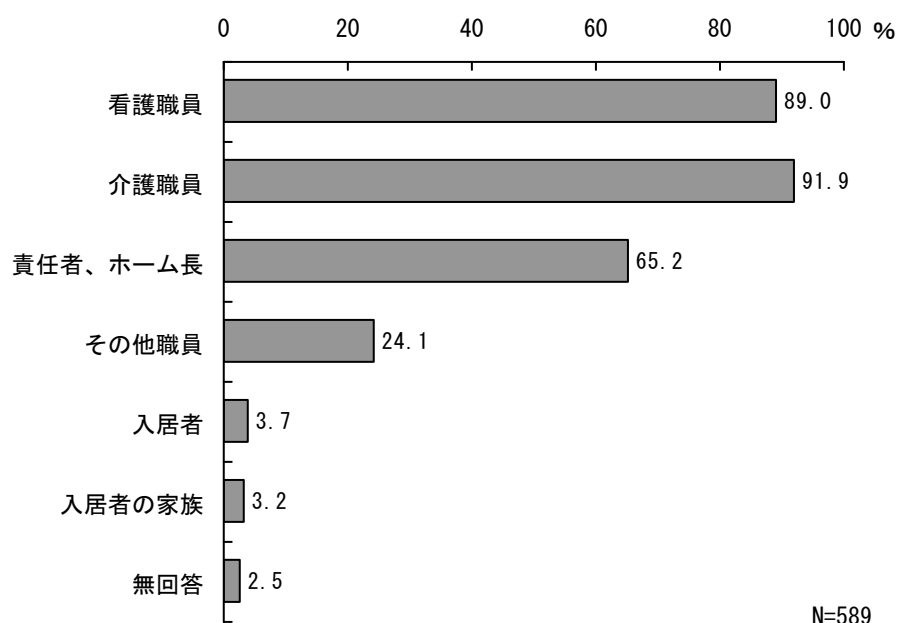
		問15. 「夜間看護体制加算」を算定していますか			
		全体	はい	いいえ	無回答
全 体		589 100.0	372 63.2	214 36.3	3 0.5
平均要介護度 通常の算出方法 (パターンA)	1.0未満	8	50.0	37.5	12.5
	1.0～2.0未満	91	59.3	40.7	0.0
	2.0～2.5未満	218	69.7	30.3	0.0
	2.5～3.0未満	148	63.5	35.1	1.4
	3.0～3.5未満	50	60.0	40.0	0.0
	3.5以上	15	73.3	26.7	0.0
	無回答	59	45.8	54.2	0.0
平均要介護度 本調査独自の 算出方法 (パターンB)	1.0未満	74	66.2	32.4	1.4
	1.0～2.0未満	139	52.5	46.8	0.7
	2.0～2.5未満	198	66.7	32.8	0.5
	2.5～3.0未満	102	72.5	27.5	0.0
	3.0～3.5未満	32	56.3	43.8	0.0
	3.5以上	8	100.0	0.0	0.0
	無回答	36	50.0	50.0	0.0

- * パターンA : 通常の平均要介護度の算出方法に基づき、自立者を除く要支援・要介護の入居者を対象に、要支援1=0.375、要支援2=1、要介護1～5はそれぞれ1～5として平均要介護度を算出。
- * パターンB : 「自立」入居者の割合が高いホームも多く含まれていることを勘案し、クロス集計の傾向がより明確に出やすいよう、上記(パターンA)に自立(=0)を含めて平均要介護度を算出した参考値。

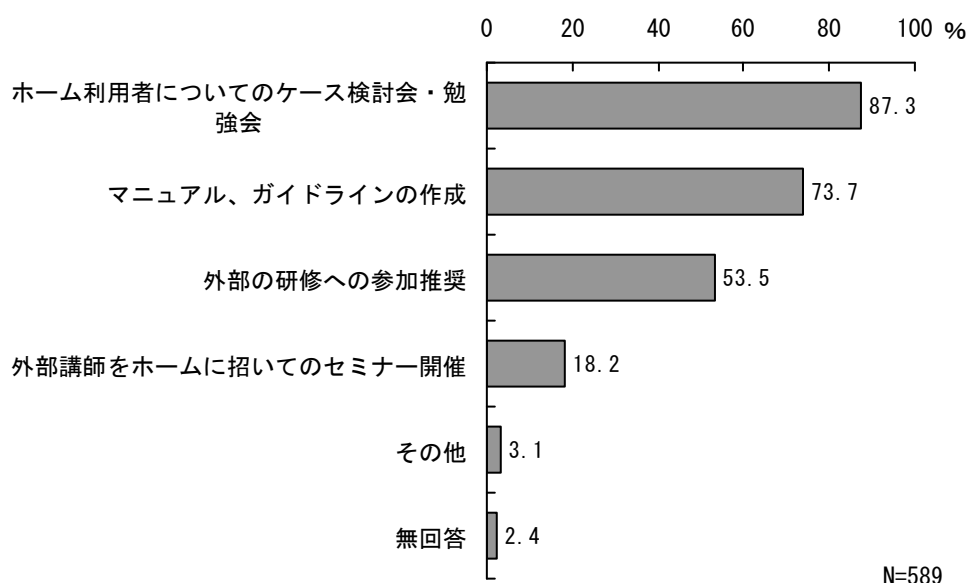
⑤医療処置が必要な人へのケアに関する勉強会・研修会等の対象者(問 16) …約 90%のホームで介護・看護職員を対象に研修を実施、方法は「ケース検討会」「ガイドライン等の作成」が中心

- 「貴ホームでは医療処置が必要な人へのケアに関する勉強会・研修会を行っていますか」という問に対し、91.9%のホームが「介護職員」を対象に、89.0%が「看護職員」を対象に勉強会を実施していると回答し、「責任者、ホーム長」まで対象者としているホームも 65.2%にのぼった。
- 勉強会・研修会の方法については、「ケース検討会・勉強会」が 87.3%、「マニュアル、ガイドラインの作成」が 73.7%であった。

図表 医療処置が必要な人へのケアに関する勉強会・研修会等の対象者 (問 16(1))



図表 医療処置が必要な人へのケアに関する勉強会・研修会等の方法(複数回答) (問 16(2))

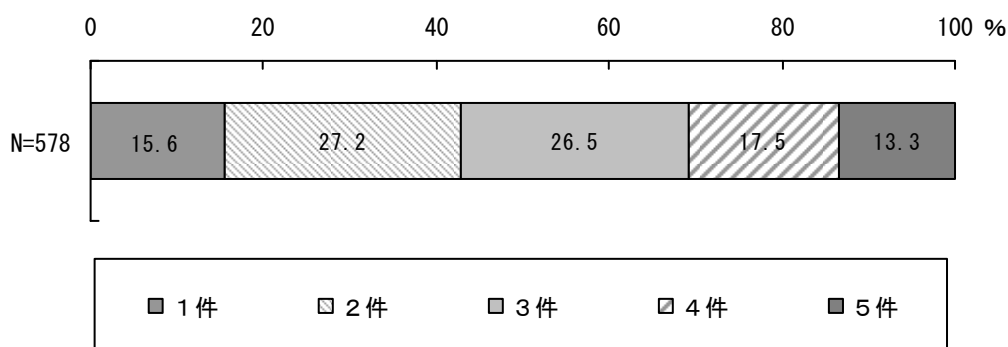


4) 協力医療機関の状況

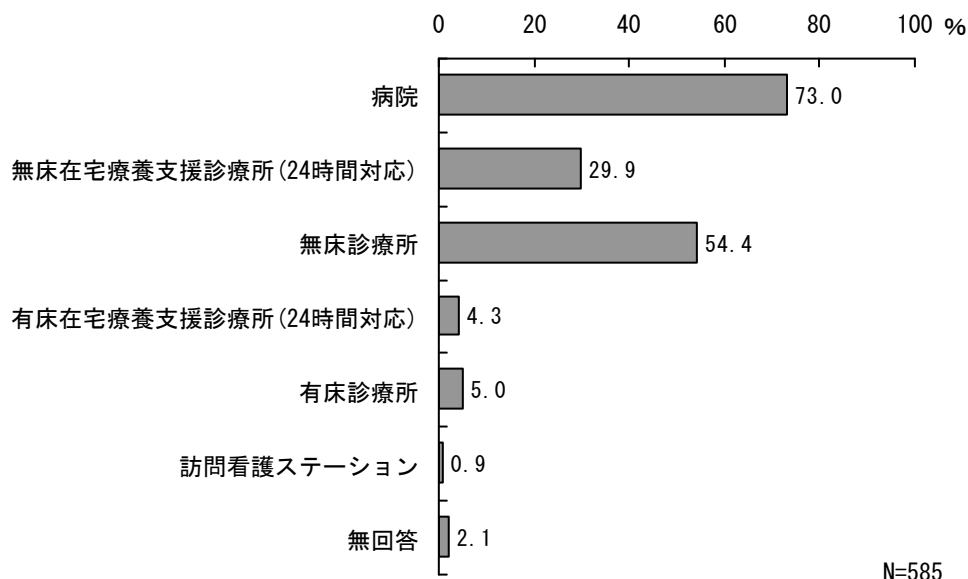
①協力医療機関数(問 17) …85%のホームが病院・診療所の別や診療科の異なる複数の協力医療機関を確保、協力医療機関が同一法人・関連法人であるのは 22%、併設・隣接は 16%のみ

- ホーム毎に、協力医療機関に関し、最大5施設まで、医療機関の種類、診療科(複数回答)、ホームとの関係、ホームからの距離、役割(複数回答)、連携頻度を記載する設問を設けた。なお、集計は、ホーム単位で行っていることから、複数の協力医療機関を持つホームの場合、単一回答の設問でも協力医療機関数分の回答があるため、回答割合の合計が 100%を超える場合がある。
- 協力医療機関の数については、最も多いのが「2件」で27.2%、次いで「3件」で26.5%となっている。
- 協力医療機関として回答された医療機関数は合計 1652 件となり、1ホームあたりの平均的な協力医療機関数は 2.9 件となる。
- 協力医療機関の種類については、「病院」が 73.0%、「無床診療所」が 54.4%、「無床在宅療養支援診療所」が 29.9%となった。

図表 協力医療機関数 (問 17)



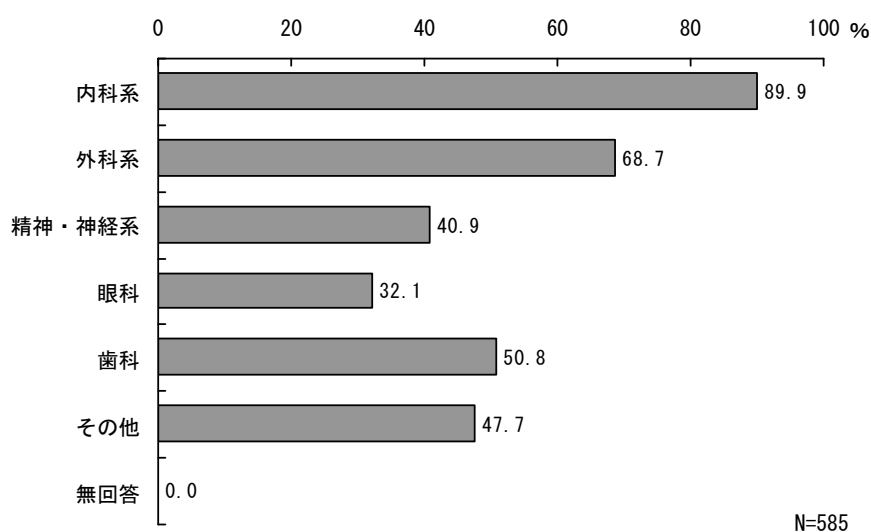
図表 医療機関の種類 (問 17(2))



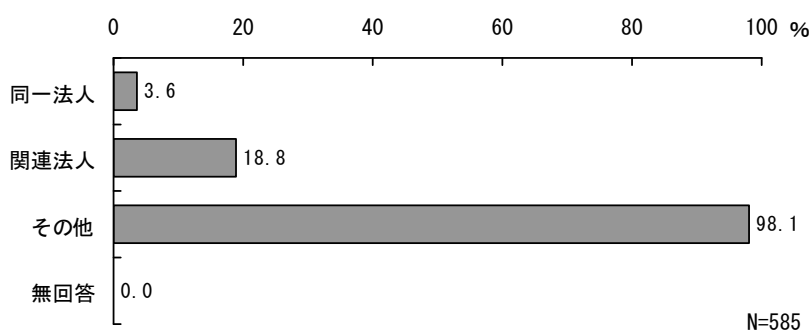
N=585

- 診療科については、「内科系」の協力医療機関を持つホームが最も多く 89.9%、次いで「外科系」が 68.7%、「歯科」が 50.8%となっている。
- ホームと医療機関との関係では、「同一法人」は 3.6%、「関連法人」は 18.8%にとどまった。多くのホームでは、自法人と関係のない医療機関が協力医療機関に含まれている状態と言える。
- ホームとの距離については、「ホームに併設・近接」は 15.9%、「徒歩圏内」は 33.7%で、「徒歩圏外」が 94.9%と非常に高い割合を占めた。

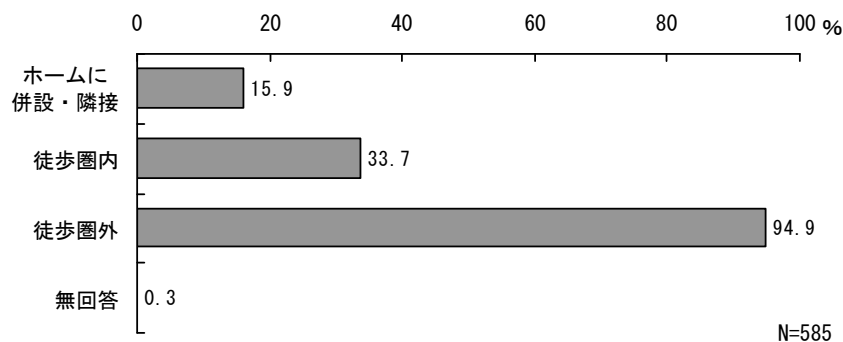
図表 診療科(複数回答) (問 17(3))



図表 ホームとの関係 (問 17(4))

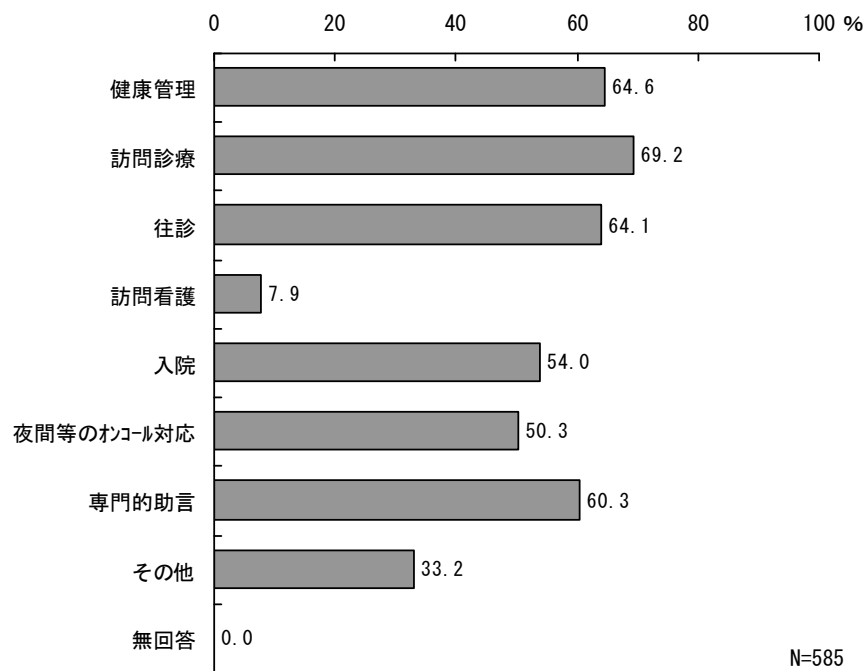


図表 ホームからの距離 (問 17(5))

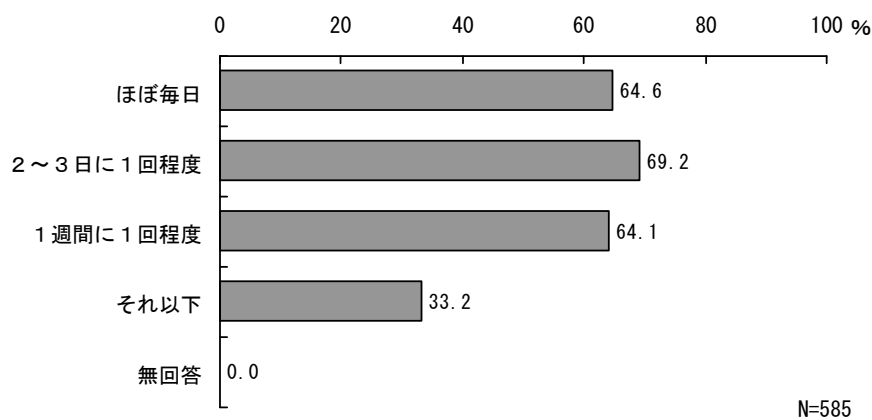


- 連携の内容について、最も多いのは「訪問診療」で 69.2%のホームが訪問診療について連携している医療機関を持つ。ついで「健康管理」(64.6%)、「往診」(64.1%)となっている。「訪問看護」については 2.9%と他の選択肢と比較してきわめて低い傾向が見られた。また、「夜間等のオンコール対応」で医療機関と連携しているホームも 50.3%に上る。
- 連携の頻度について、「ほぼ毎日」連携している医療機関があるホームは 64.6%、「2～3 日に1回程度」連携している医療機関があるホームは 69.2%に上る。

図表 役割 (問 17(6))



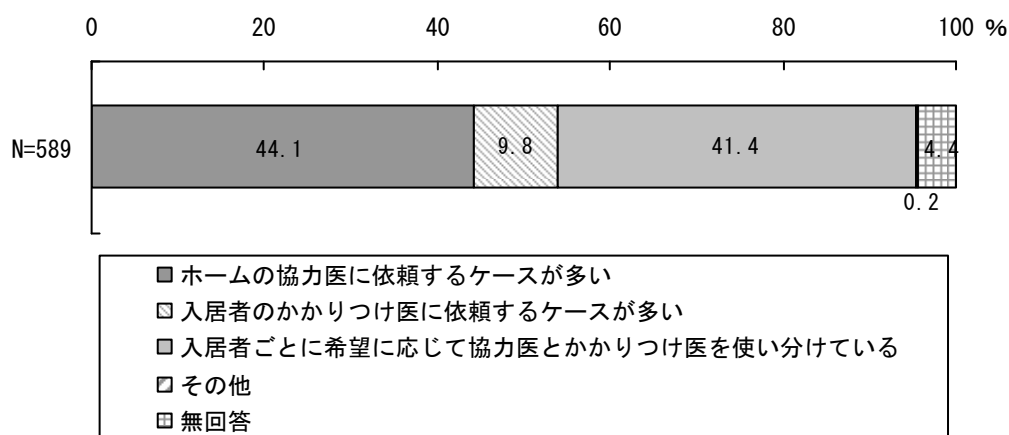
図表 連携頻度 (問 17(7))



②入居者が医療サービスを受ける際の医療機関(問 18) …協力医優先型ホームと協力医・かかりつけ医使い分け型ホームが各 40%強

- 「入居者が医療を必要とするとき、どの医療機関から医療を受けているか」という問について、「ホームの協力医に依頼するケースが多い」ホームが 44.1%、「入居者ごとに協力医とかかりつけ医を使い分けている」ホームが 41.4%という結果になった。
- 「入居者のかかりつけ医に依頼するケースが多い」ホームは 9.8%にとどまる。

図表 入居者が医療サービスを受ける際の医療機関 (問 18)

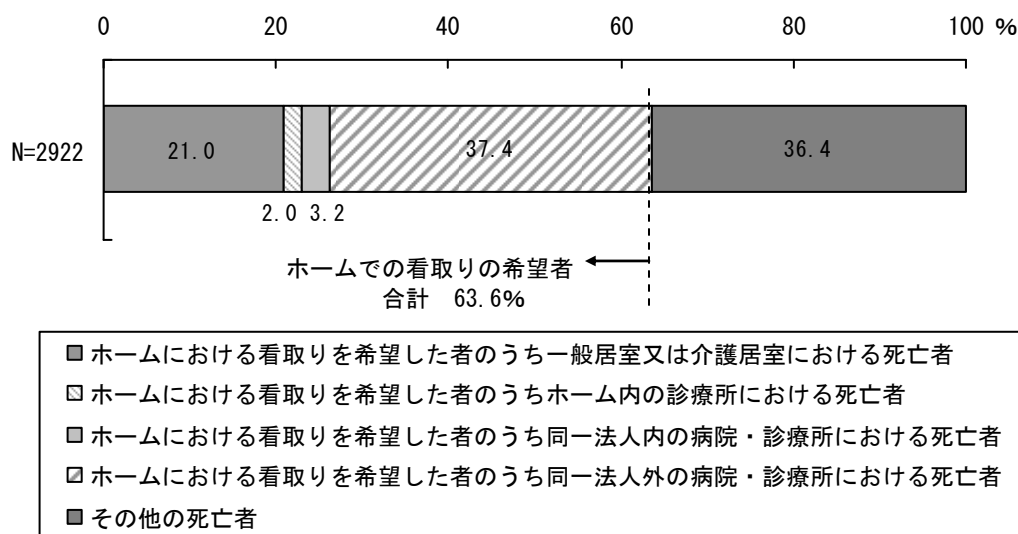


5)「看取り」に関する基本方針や体制

①平成 18 年度の死亡退居者数(問 19) …死亡退居者の 64%はホームでの看取りを希望、21%が実際に居室で死亡

- アンケートに回答した 579 ホームの平成 18 年度の死亡退居者総数は 2,922 人であった。
- このうち、「ホームでの看取りを希望した者」は 63.6%と高い割合を示したが、ホームの「一般居室または介護居室における死亡者」は 21.0% (希望者の1/3)にとどまっている。

図表 平成 18 年度の死亡退居者の死亡場所 (問 19)



- 「ホームにおける看取りを希望した者」は1ホームあたり平均3.2人で、「なし」のホームは35.3%にとどまり、「5人以上」のホームが27.2%にのぼる。
- ただし、実際に居室で亡くなったのは1ホームあたり平均1.1人と、看取りの希望者と比較すると少なく、病院・診療所にて亡くなった人数の方が多い傾向が見られる。

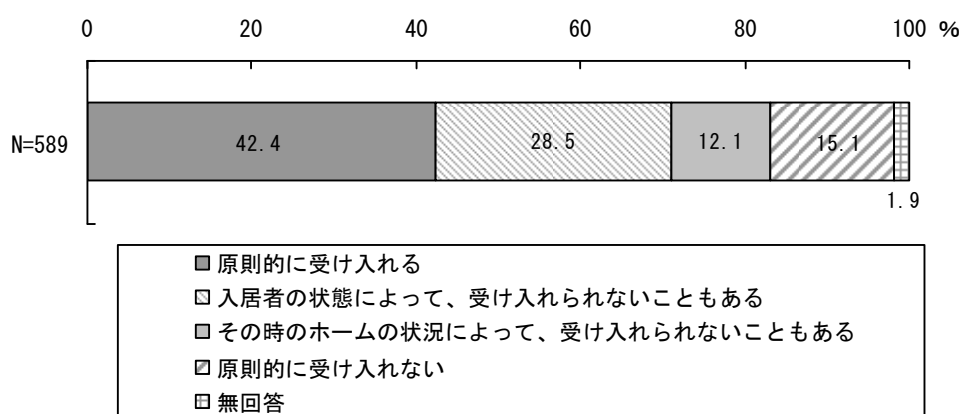
図表 平成 18 年度の死亡退居者数と死亡場所 (問 19)

		なし	1人	2人	3人	4人	5人以上	無回答	全体	平均 (人)
件数	ホームにおける看取りを希望した者	208	77	38	50	46	160	10	589	3.2
	うち一般居室又は介護居室における死亡者	356	93	51	32	16	31	10	589	1.1
	うちホーム内の診療所における死亡者	570	1	0	1	0	6	11	589	0.1
	うち同一法人内の病院・診療所における死亡者	553	9	1	2	4	7	13	589	0.2
	うち同一法人外の病院・診療所における死亡者	309	58	45	48	28	88	13	589	1.9
	その他の死亡者	345	40	33	43	25	90	13	589	1.8
	合 計	72	57	48	70	70	262	10	589	5.0
割合	ホームにおける看取りを希望した者	N=589	35.3	13.1	6.5	8.5	7.8	27.2	1.7	100.0
	うち一般居室又は介護居室における死亡者	N=589	60.4	15.8	8.7	5.4	2.7	5.3	1.7	100.0
	うちホーム内の診療所における死亡者	N=589	96.8	0.2	0.0	0.2	0.0	1.0	1.9	100.0
	うち同一法人内の病院・診療所における死亡者	N=589	93.9	1.5	0.2	0.3	0.7	1.2	2.2	100.0
	うち同一法人外の病院・診療所における死亡者	N=589	52.5	9.8	7.6	8.1	4.8	14.9	2.2	100.0
	その他の死亡者	N=589	58.6	6.8	5.6	7.3	4.2	15.3	2.2	100.0
	合 計	N=589	12.2	9.7	8.1	11.9	11.9	44.5	1.7	100.0

②「看取り」希望者の受け入れ実態(問 20) …「原則的に受け入れる」ホームは 42%、「受け入れない」ホームは 15%

- 「入居者や家族から『ホームで亡くなりたい』という希望があれば、受け入れるか」という問に対して、「原則的に受け入れる」と回答したホームは 42.4%にのぼり、「原則的に受け入れない」の 15.1%と比較して大きく上回る。

図表 入居者や家族から「ホームで亡くなりたい」の希望がある場合の受け入れ実態 (問 20)



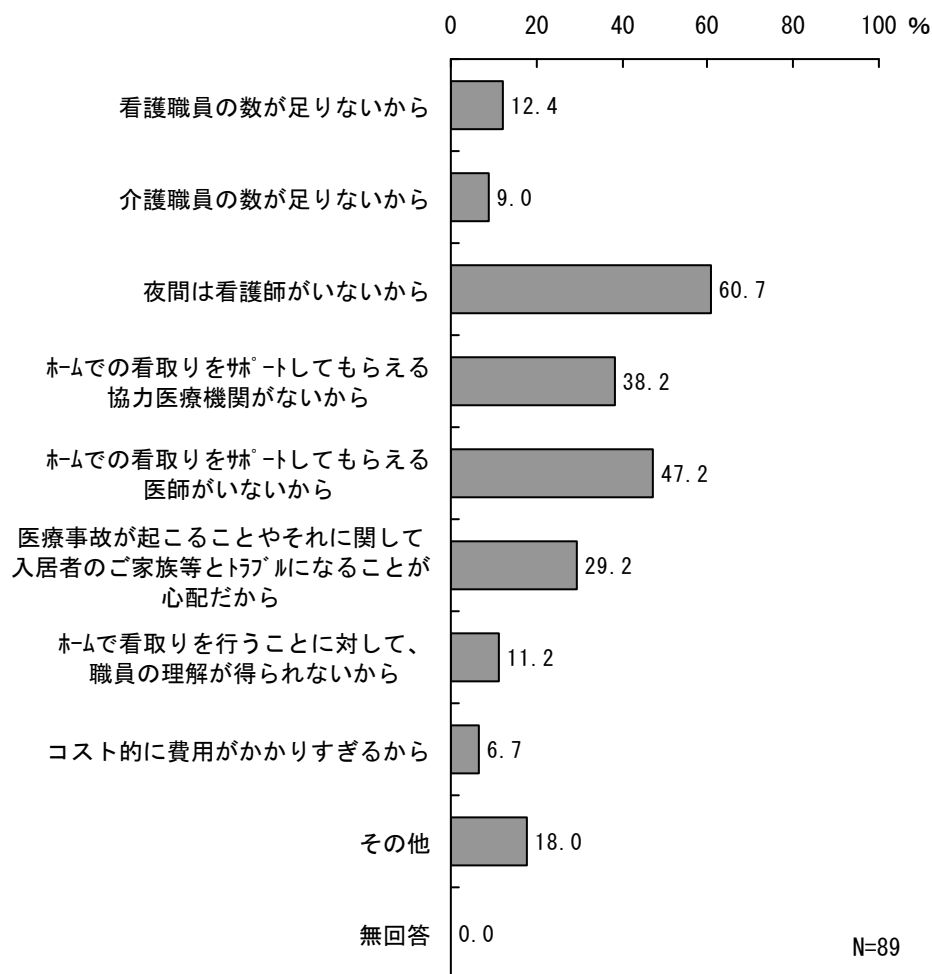
- 夜間の看護職員体制と看取りの受け入れ体制の関連性について、必ず夜勤・宿直の看護職員がいるホームは、そうでないホームと比較して「原則的に受け入れる」と回答した割合が高い。
- また、夜間に看護職員がいない場合のあるホームであっても、「現場への駆けつけ対応をしているホーム」や「電話で対応をすることになっている」ホームでは、「対応しない」ホームに比べて、「原則的に受け入れる」と回答した割合が高い。

図表 夜間の看護職員体制別に見た看取りの受け入れ実態

		全体	原則的に受け入れる	入居者の状態によって、受け入れられないこともある	その時のホームの状況によって、受け入れられないこともある	原則的に受け入れない	無回答
全 体		589	250	168	71	89	11
		100.0	42.4	28.5	12.1	15.1	1.9
夜間の看護職員体制	必ず夜勤の看護職員がいる	86	62.8	23.3	5.8	7.0	1.2
	必ず宿直の看護職員がいる	16	50.0	37.5	6.3	6.3	0.0
	ローテーションの都合で、夜間に看護職員がいない場合がある	35	34.3	31.4	5.7	25.7	2.9
	夜間は、通常、看護職員はいる	438	39.5	29.7	12.8	16.2	1.8
	無回答	14	21.4	7.1	50.0	14.3	7.1
全 体		473	185	141	58	80	9
		100.0	39.1	29.8	12.3	16.9	1.9
緊急コールへの対応	現場への駆けつけ対応をすることになっている	65	49.2	29.2	7.7	12.3	1.5
	電話での対応をすることになっている	287	46.7	23.3	14.3	14.6	1.0
	対応しないことになっているが、実際は現場への駆けつけ対応をしている	3	66.7	33.3	0.0	0.0	0.0
	対応しないことになっているが、実際は電話で対応している	24	16.7	50.0	0.0	29.2	4.2
	対応しない	72	9.7	47.2	13.9	26.4	2.8
	無回答	22	27.3	36.4	9.1	18.2	9.1

- 入居者や家族から「ホームで亡くなりたい」という希望を「原則として受け入れない」と回答したホームに対し、受け入れない理由について質問したところ、最も多い理由は「夜間は看護師がいないから」で60.7%、次いで「ホームでの看取りをサポートしてもらえる医師がいないから」が47.2%、「ホームでの看取りをサポートしてもらえる協力医療機関がないから」が38.2%となった。
- 一方、「看護職員の数が足りないから」は12.4%と低い値となっている。

図表 「受け入れない」理由(複数回答) (問 20-1)



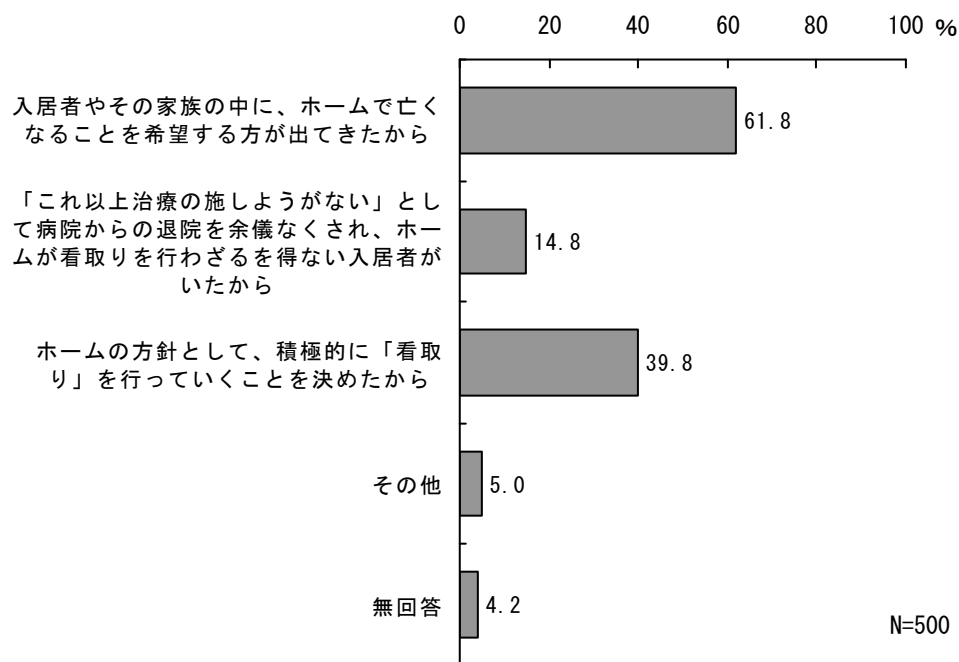
※問 21～26 は、問 20 で「4 原則的に受け入れない」以外の回答を行ったホームに対する設問

(問 20 で「4 原則的に受け入れない」と回答しながら、問 21～26 に回答している場合はエラー値として集計から除外して扱った)

③「看取り」に取り組むようになった理由(問 21) …入居者・家族の希望が 62%

- 「看取り」に取り組むようになった理由のうち、最も多いのは「入居者やその家族の中に、ホームでなくなることを希望する方が出てきたから」が 61.8%、次いで「ホームの方針として、積極的に『看取り』を行っていくことを決めたから」が 39.8%となった。

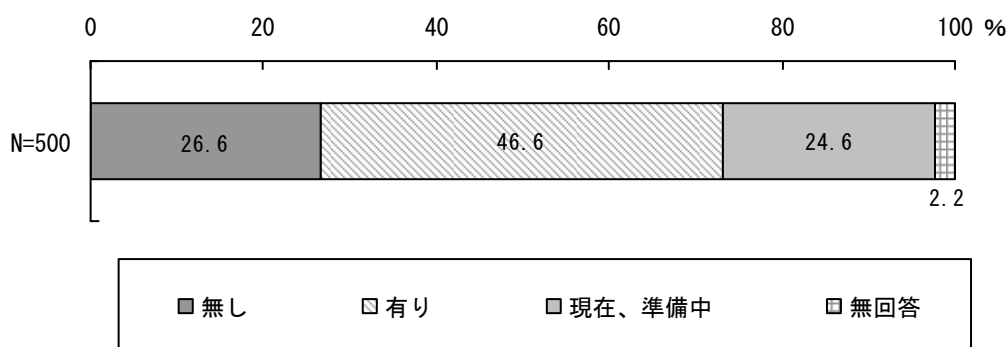
「看取り」に取り組むようになった理由(複数回答) (問 21)



③「看取り」に関するマニュアルや指針の有無(問 22) …「有り」が 47%、「現在準備中」が 25%

- 「看取り」に関するマニュアルや指針を「有り」と回答したホームは 46.6%、「なし」が 26.6%、「現在準備中」が 24.6%となった。
- 「有り」と「現在準備中」をあわせて 71.2%が看取りのマニュアル・指針の作成に対して前向きな取り組みを行っている。

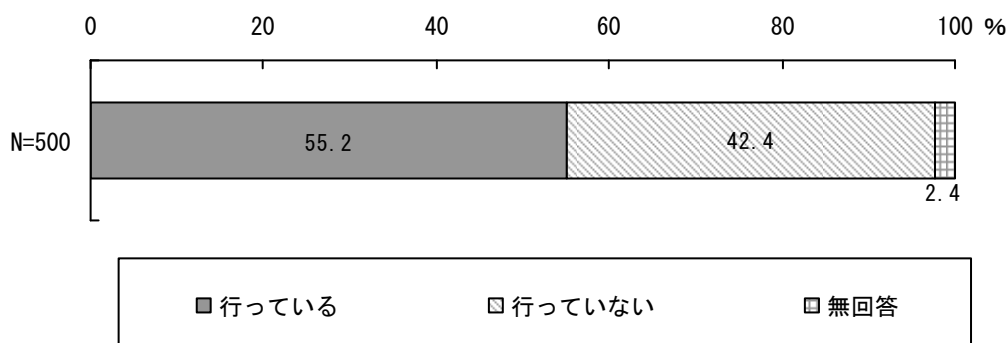
図表 「看取り」に関するマニュアルや指針の有無 (問 22)



④「看取り」に関する説明・希望確認(問 23) …「行っている」ホームが 55%

- 「入居時に『看取り』に関するホームの方針の説明や、本人や家族の『看取り』に関する希望の確認を行っているか」という質問に対して、「行っている」と回答したホームは 55.2%、「行っていない」は 42.4%となっている。

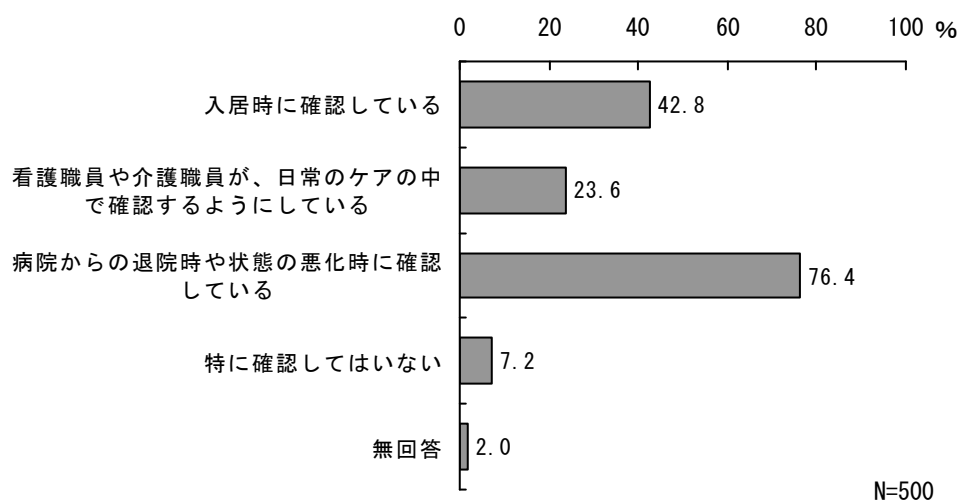
図表 「看取り」に関する方針の説明・希望の確認 (問 23)



⑤「看取り」の希望確認時期(問 24) …「退院時・状態悪化時」が 75%、「入居時に確認」は 43%

- 「『ホームで亡くなりたい』という入居者や家族の希望をいつ確認しているか」という問に対し、最も多い回答は「病院からの退院時や状態の悪化時に確認している」で 76.4%、次いで「入居時に確認している」が 42.8%となっている。
- 「特に確認してはいない」は 7.2%にとどまるため、9割以上のホームにおいて何らかのタイミングで確認が行われているということになる。

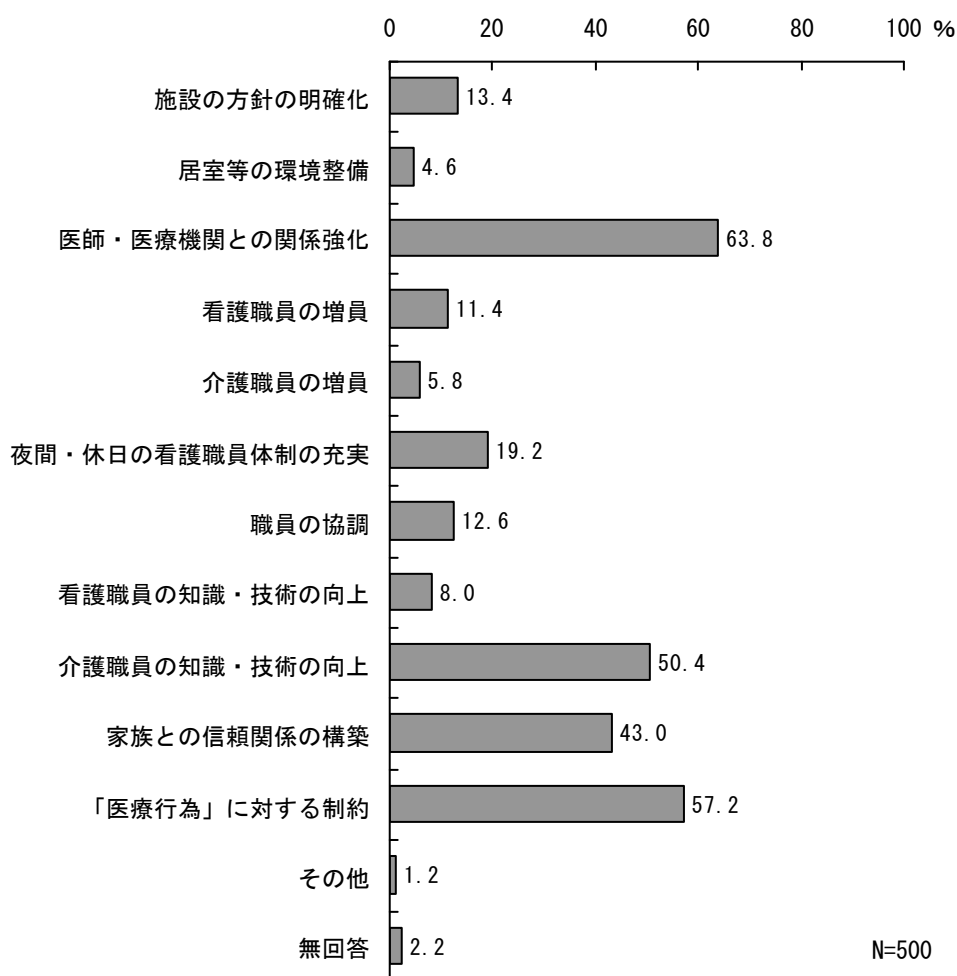
図表 「ホームで亡くなりたい」という希望の確認している時期(複数回答) (問 24)



⑥「看取り」に関する課題(問 25) …「医師・医療機関との関係強化」・「『医療行為』に対する制約」が約 60%、「介護職員の知識・技術の向上」が 50%

- 「看取り」に関する課題として、最も多く挙げられたのは「医師・医療機関との関係強化」で 63.8%、次いで「『医療行為』に対する制約」が 58.4%、「介護職員の知識・技術の向上」が 50.4%となった。
- 「施設の方針の明確化(13.4%)」、「居室等の環境整備(4.6%)」、「看護職員の増員(11.4%)」、「介護職員の増員(5.8%)」、「夜間・休日の看護職員体制の充実(19.2%)」など、施設の設備・体制の増強を優先課題として認識しているホームは少ない結果となった。

図表 「看取り」に関する課題(複数回答・3つまで) (問 25)

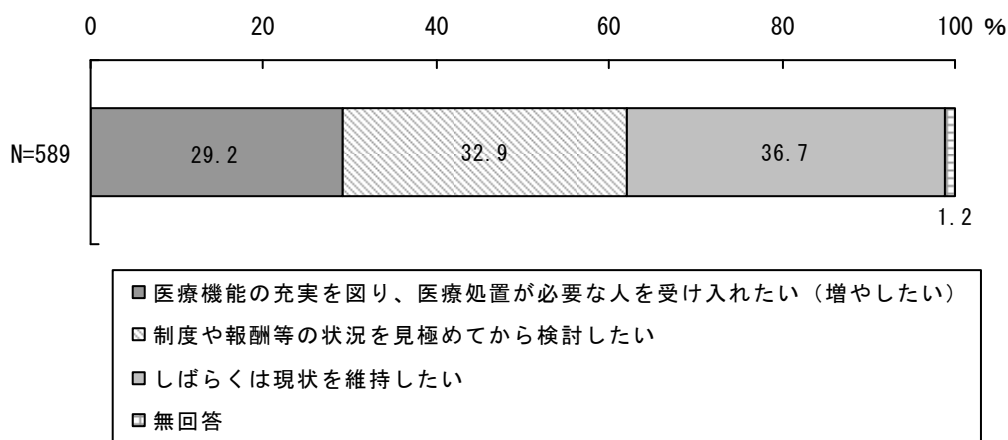


6) 今後の医療機能の充実に関する方針・考え方

①日常的に医療処置が必要な人の受け入れに関する今後の方針(問 27) …「受け入れたい(増やしたい)」は 29%

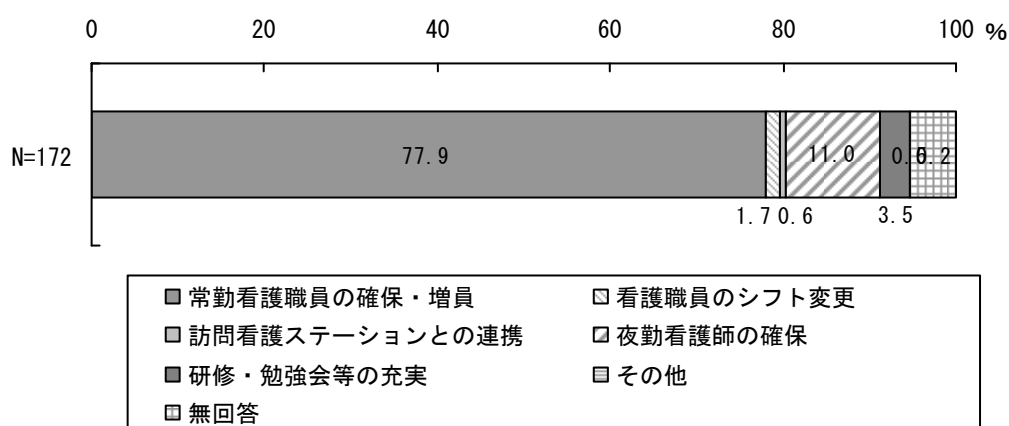
- 「日常的に医療処置が必要な人の受け入れに関する今後の方針」について、「医療機能の充実を図り、医療処置が必要な人を受け入れたい」は 29.2%にとどまる。
- 「制度や報酬等の状況を見極めてから検討したい」、「しばらくは現状を維持したい」もおおむね3割程度で、現時点ではホームの考えは3つに分かれている。

図表 医療処置が必要な人の受け入れに関する今後の方針 (問 27)

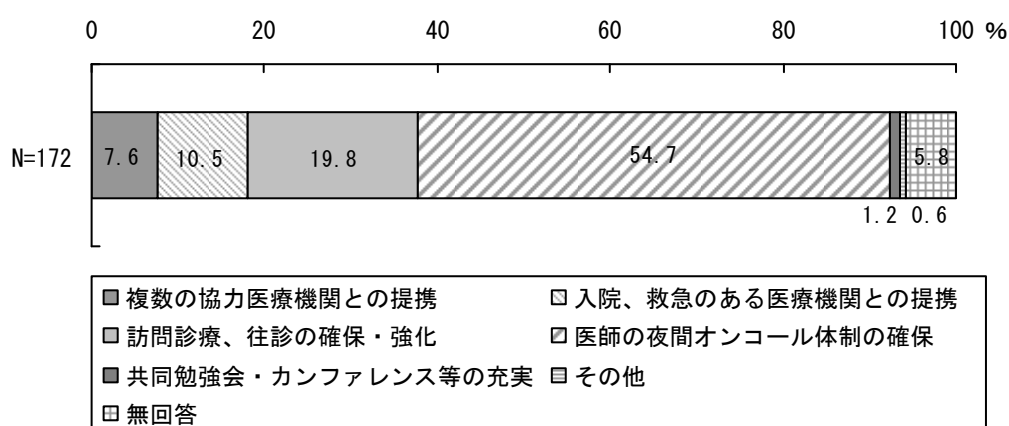


- 問 27 で「医療機能の充実を図り、医療処置が必要な人を受け入れたい(増やしたい)」を選択したホームにのみ、「具体的にどのような方法で医療機能を充実させることを考えているか」について、看護体制・協力医療機関の2つの観点から質問を行った。
- 看護体制の充実については、最も多いのが「常勤看護職員の確保・増員」で 77.9%、次いで「夜勤看護師の確保」が 11.0%となっている。
- 協力医療機関の充実については、「医師の夜間オンコール体制の確保」が最も多く 54.7%、次いで「訪問診療、方針の確保・強化」が 19.8%となった。一方、「複数の協力医療機関との提携」(7.6%)、「入院、救急のある医療機関との提携」(10.5%)等、協力医療機関との提携方法を重視しているホームは少ない。

図表 医療機能の充実に関し看護体制面で重視していること（問 27-1(1)）



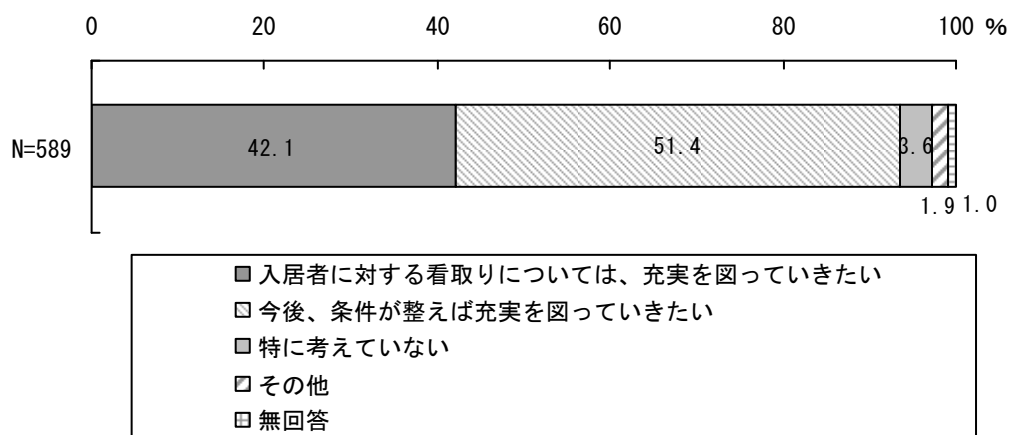
図表 医療機能の充実に関し協力医療機関面で重視していること（問 27-1(2)）



②「看取り」に関する今後の方針(問 28) …「充実したい」が 42%、「条件が整えば充実したい」が 51%

- 「看取り」に関する今後の方針について、最も多いのは「今後、条件が整えば充実を図っていききたい」が 51.4%、次いで「入居者に対する看取りについては、充実を図っていききたい」が 42.1%となった。
- 上記の2選択肢をあわせて 93.5%のホームが、看取りについて今後拡充をする意向を持っている。

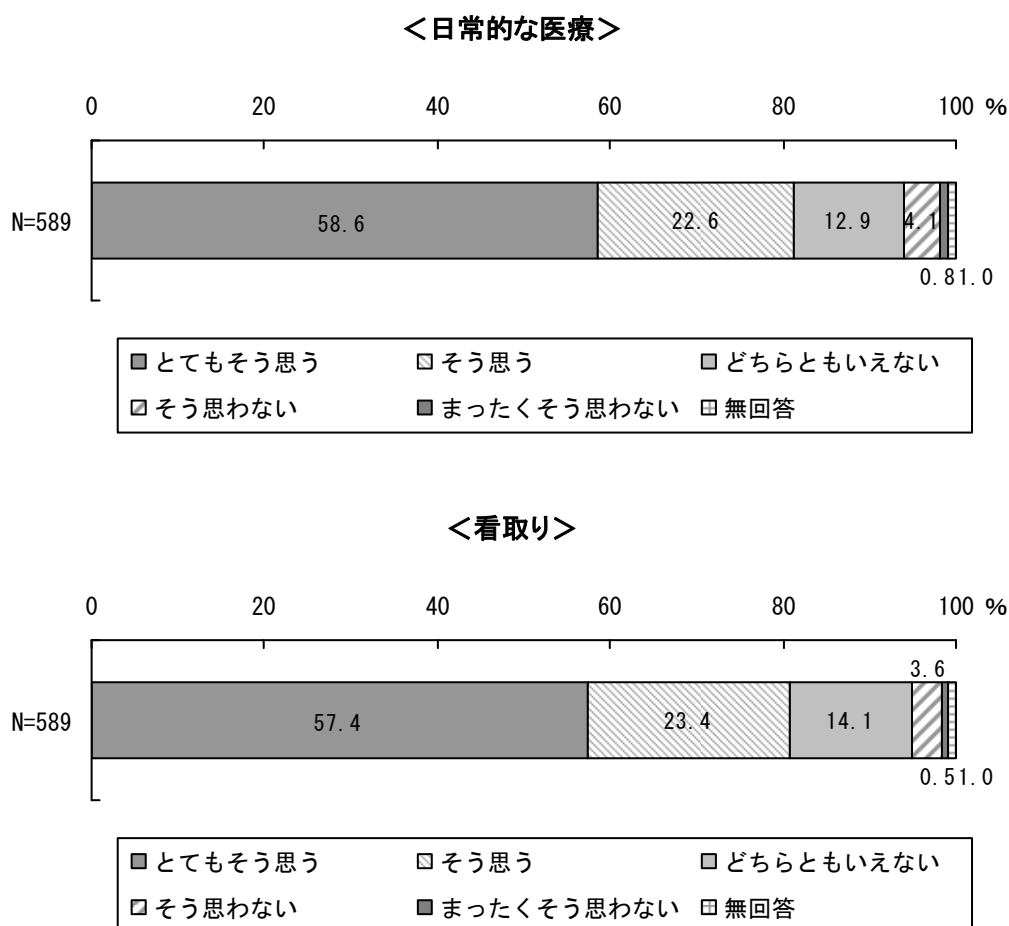
図表 「看取り」に関する今後の方針 (問 28)



③介護職員に一定の医療行為を行うことが認められていくことの必要性(問 29) ……日常的な医療・看取りともに必要性を感じているホームが 80%超

- 『看取り』を含む医療面での対応ができるようにするためには、介護職員にも一定の条件の下に、一定の医療行為が行うことが認められていくことが必要だと思うか』について「日常的な医療」と「看取り」の2つの観点から質問を行った。
- 日常的な医療については、「とてもそう思う」が最も多く 58.6%、次いで「そう思う」が 22.6%と、8割超のホームが必要と考えていることがわかった。
- また、看取りについても、「とてもそう思う」が最も多く 57.4%、次いで「そう思う」が 23.4%と、8割超のホームで必要と考えられている。

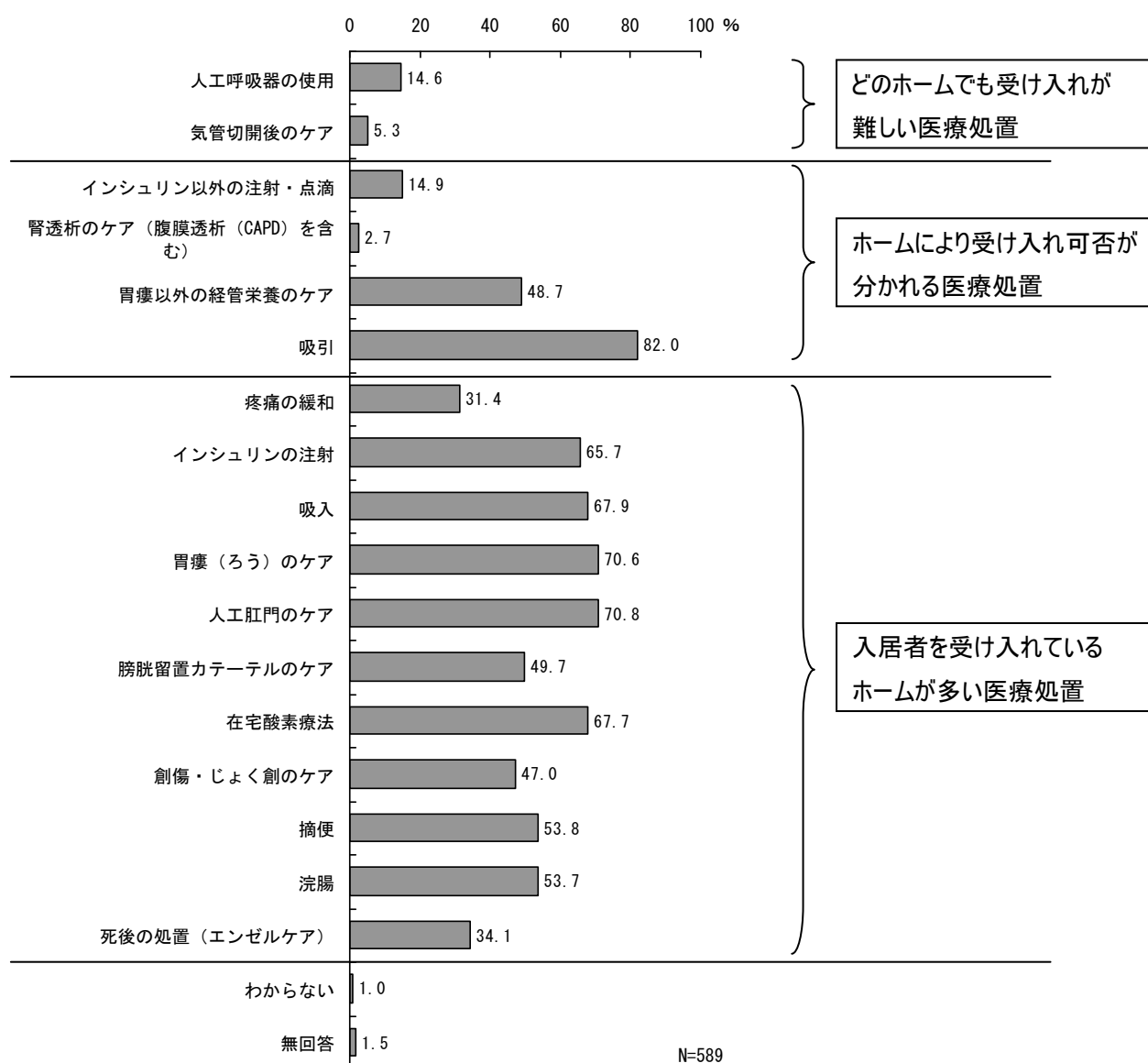
図表 介護職員にも一定条件の下に一定の医療行為を行うことが認められることが必要か (問 29)



④介護職員が対応できるようにしていくのが望ましい医療処置(問 30)・・・「吸引」が 82%、「人工肛門のケア」「胃瘻のケア」が約 70%

- 「介護職員が対応できるようにしていくことが望ましいのはどのような医療処置か」という問いに対し、最も多い回答は「吸引」で 82.0%、次いで「人工肛門のケア」が 70.8%、「胃瘻のケア」が 70.6%となっている。
- ポイントが低かった処置は「インシュリンの以外の注射・点滴」(14.9%)、「気管切開後のケア」(5.3%)、「腎透析のケア」(2.7%)、「人工呼吸器の使用」(14.6%)となっている。

図表 介護職員が対応できるようにしていくのが望ましい医療処置(複数回答)(問 30)



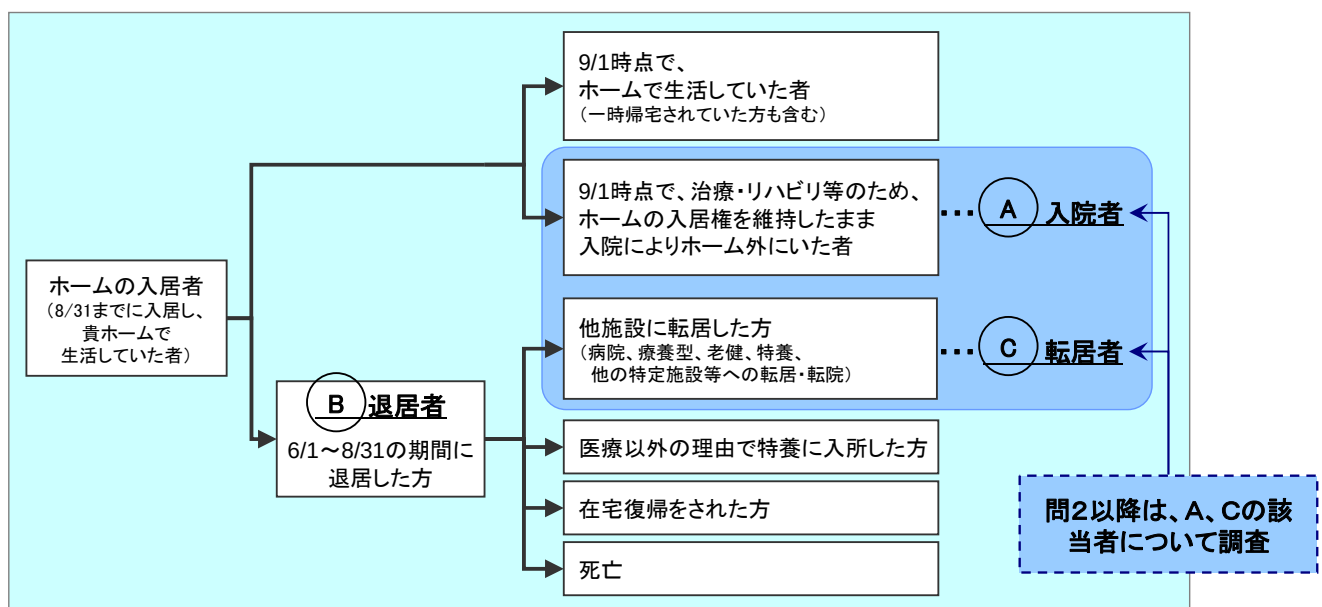
* 問 10 において、「入居時点で医療処置が必要な人はほとんど受け入れていない」と回答したホームが 50%以上の医療処置については「どのホームでも受け入れが難しい医療処置」、25%～50%未満の医療処置は「ホームにより受入可否が分かれる医療処置」、25%未満の医療処置は「入居者を受け入れているホームが多い医療処置」として分類した。

* 調査票上では、上記の 16 項目の医療処置を提示したのみで、具体的な内容に関する解釈は回答者に委ねた。

3. 入院・転居者等調査（単純集計結果）

- 「Ⅱ入院・転居者調査」では、特定施設（有料老人ホーム）において医療面で対応できない事項を探るために、2007年8月31日までに入居したホーム入居者のうち、医療施設に入院または他施設に転居した者について、各ホーム最大5名分の入院・転居時の身体的状況、疾病の状況、入院・転居の理由についての実態把握を行った。
- 本報告書では、下図に示す「A. 入院者」と「C. 転居者」を中心に、個人単位での集計を行った。回答内容には、「A. 入院者」や「C. 転居者」に該当しない者の状況を記載しているケースも含まれるが、退居者の状況を記載している限りにおいて、集計対象に含めて扱った。

図表 「Ⅱ入院・転居者等調査」の調査対象

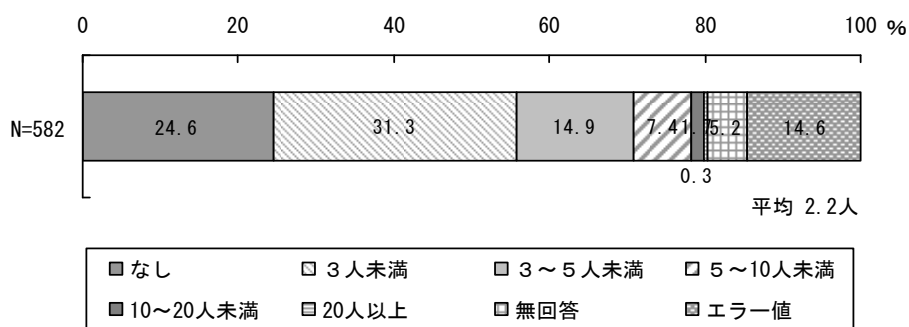


1) 入居者・退居者・転居者の人数

①入居者のうちホーム及び自宅以外にいる人数(問1・A) …平均 2.2 人、入居者の 3%相当

- 入居者(退居手続きをしていない人)のうちホーム及び自宅以外にいる人数は、平均 2.2 人で、これは、入居者(平均 66.3 人)の 3.3%に相当する。

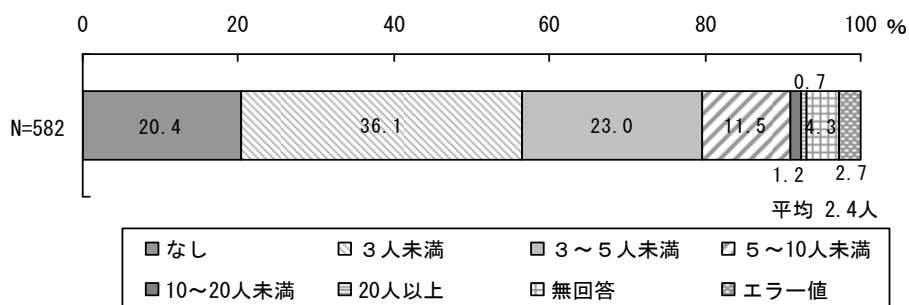
図表 9月1日時点でホーム及び自宅以外にいる人数 (問1-A)



②過去3か月の退居者総数(問1・B) …平均 2.4 人、入居者の 4%相当

- 過去3か月の退居者総数は、平均 2.4 人で、これは、入居者(平均 66.3 人)の 3.6%に相当する。

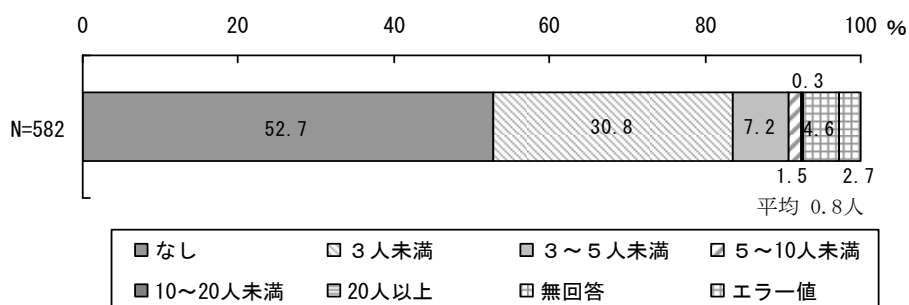
図表 過去3か月の退居者総数 (問1-B)



③過去3か月の退居者のうち、医療機関・介護施設等へ転居した人数(問1・C) …平均 0.8 人、入居者の 1%・過去3か月の退居者の 33%に相当

- 過去3か月の退居者のうち、医療機関・介護施設等へ転居した人数は、平均 0.8 人で、これは、入居者(平均 66.3 人)の 1.2%、過去3か月以内の退居者(平均 2.4 人)の 33.3%に相当する。

図表 過去3か月の退居者のうち、医療機関・介護施設等へ転居した人数 (問1-C)

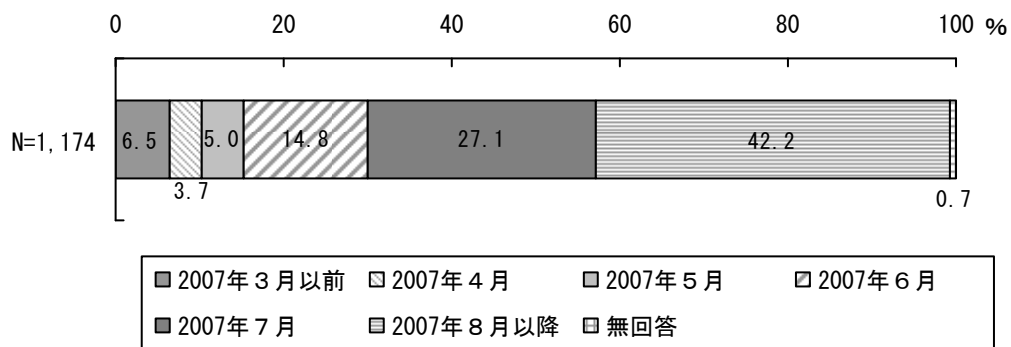


2) 入院者・転居者の状況

①入院・転居年月(問2)・・・「2007年8月以降」が42%、調査時点からみて「過去3か月」が84%

- 最も多いのが「2007年8月以降」で42.2%、次いで「2007年7月」が27.1%、「2007年6月」が14.9%となる。
- 2007年6月以降の合計値(直近3か月の合計値)は84.1%となっている

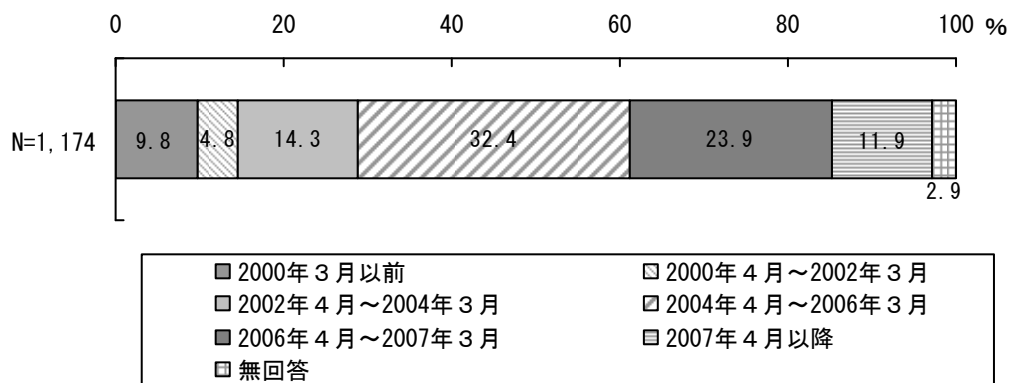
図表 入院・転居年月 (問2)



②ホーム入居年月(問3)・・・入居から入院・転居までの期間はおおむね1～3年程度

- 最も多いのが「2004年4月～2006年3月」で32.4%、次いで「2006年4月～2007年3月」が29.9%となっている。
- 問2の結果から入院・転居の年月がほぼ直近3か月であったことを考慮すると、入居から入院・転居までの期間は1年～3年程度が中心になると考えられる。

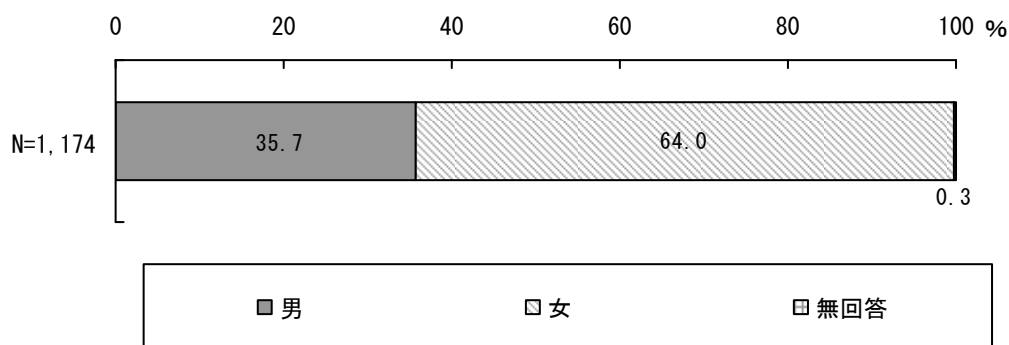
図表 ホーム入居年月 (問3)



③性別(問4)・・・「男性」が1/3、「女性」が2/3

- 入院者・転居者の性別は、64.0%が「女性」、35.7%が「男性」という結果になった。

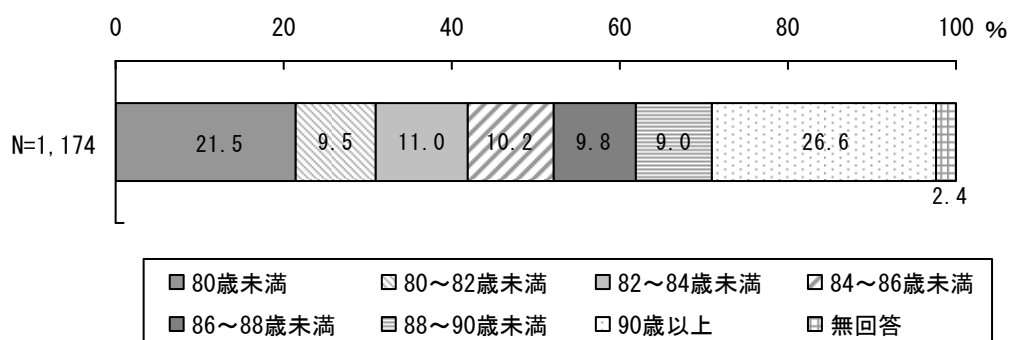
図表 性別 (問4)



④入院・転居時点の満年齢(問5)・・・80歳代が50%、90歳以上も27%

- 入院者・転居者の年齢は、「80歳未満」が21.5%、80歳代が49.5%、「90歳以上」が26.6%であり、80歳代が多くなっている。
- 入居者全体について年齢別の割合は「80歳未満」が32.1%、80歳代が49.6%、「90歳以上」が18.2%であったことと比較すると、80歳代を境にそれより下の年齢では入院・転居する確率が低く、「90歳代」になると入院・転居する確率が高くなる傾向があると言える。

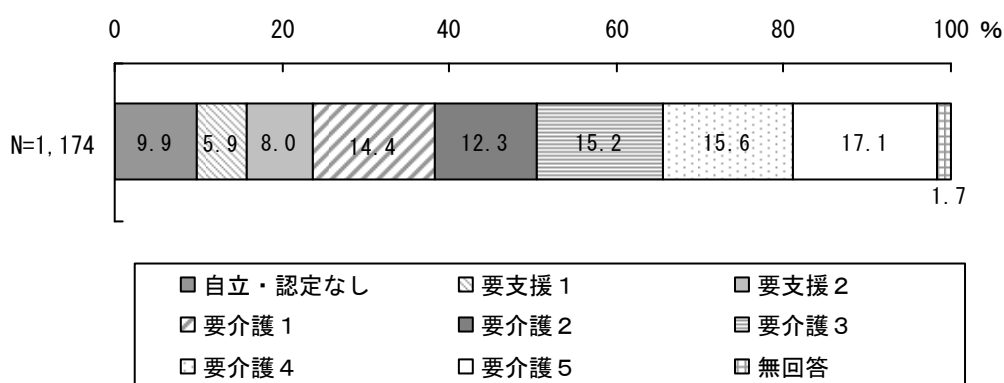
図表 入院・転居時点の満年齢 (問5)



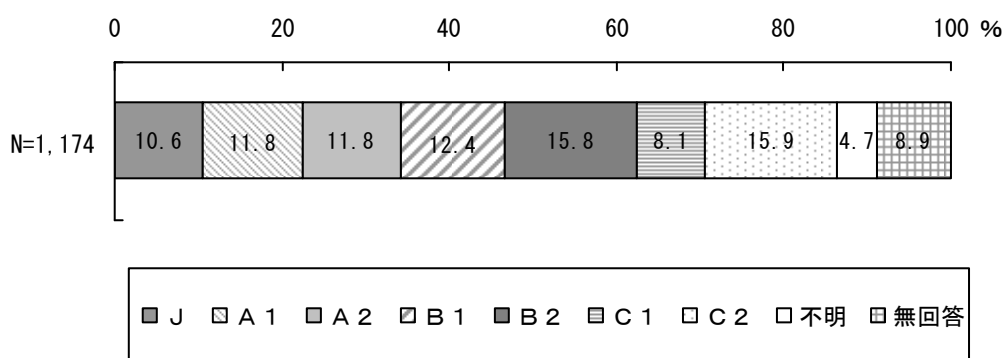
⑤入院・転居時の状態像(問 6) …「要介護度3」以上、「日常生活自立度 B・C」が半数

- 入院者・転居者の要介護度は、「要介護5」が最も多く17.1%、次いで「要介護4」が15.6%、「要介護3」が15.2%となっている。
- 入居者全体の要介護度は、「自立」が28.6%、「要支援1」が5.5%、「要支援2」が6.5%、「要介護1」が15.7%、「要介護2」が12.5%、「要介護3」が12.8%、「要介護4」が10.7%、「要介護5」が7.8%であったことを考慮すると、「要介護2」を境に、それより介護度が重い入居者は入院・転居する確率が高くなっていることがわかる。

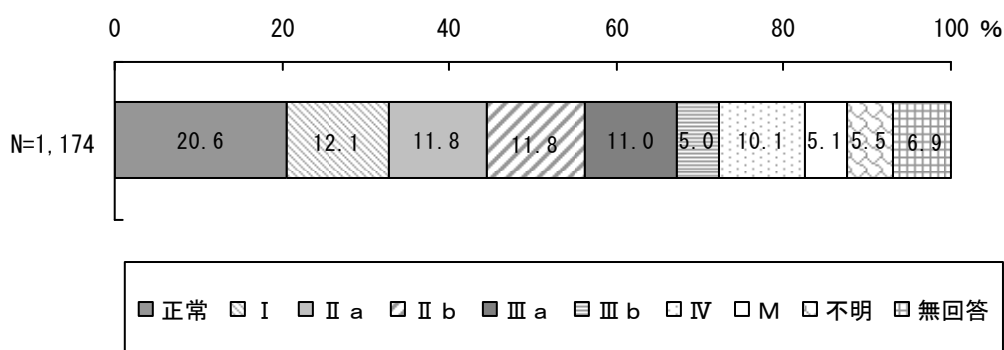
図表 要介護度 (問 6(1))



図表 日常生活自立度 (問 6(2))



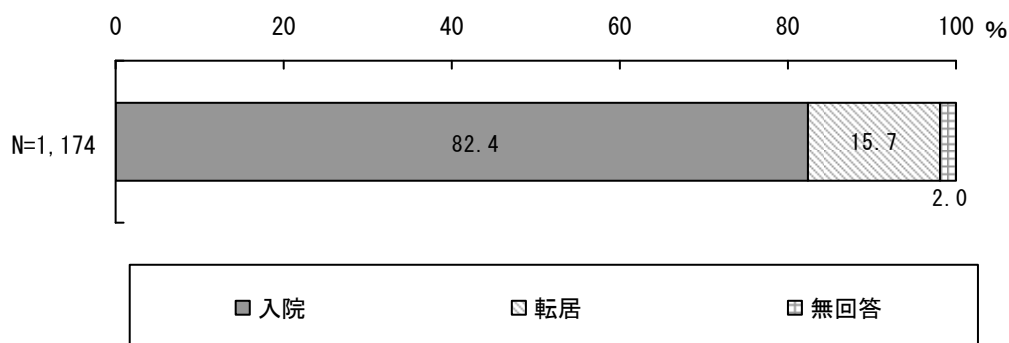
図表 認知症の程度 (問 6(3))



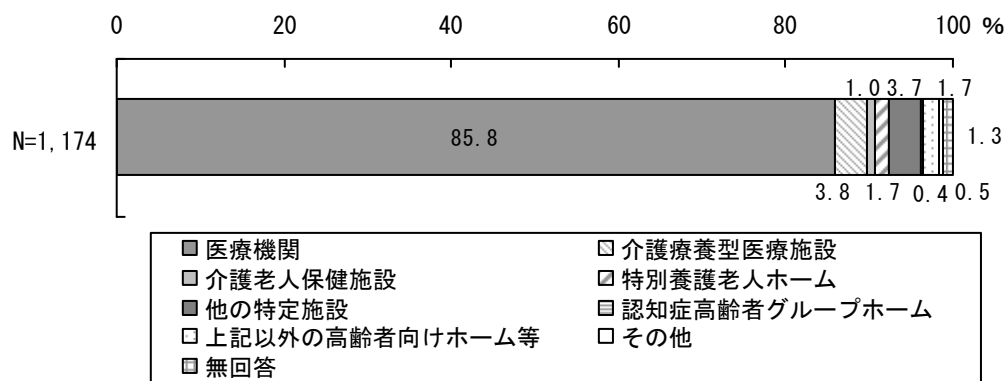
⑥入院・転居先(問 7) …「入院」が 82%、入院・転居先は「医療機関」が 86%

- 入院・転居の内訳については、「入院」が 82.4%、「転居」が 15.7%となった。
- 入院・転居先についても、「医療施設」が 85.8%と大半を占め、次いで「介護療養型医療施設」が 3.8%となっている。「他の特定施設」へ転居した人も 3.7%見られた。

図表 入院・転居の別 (問 7(1))



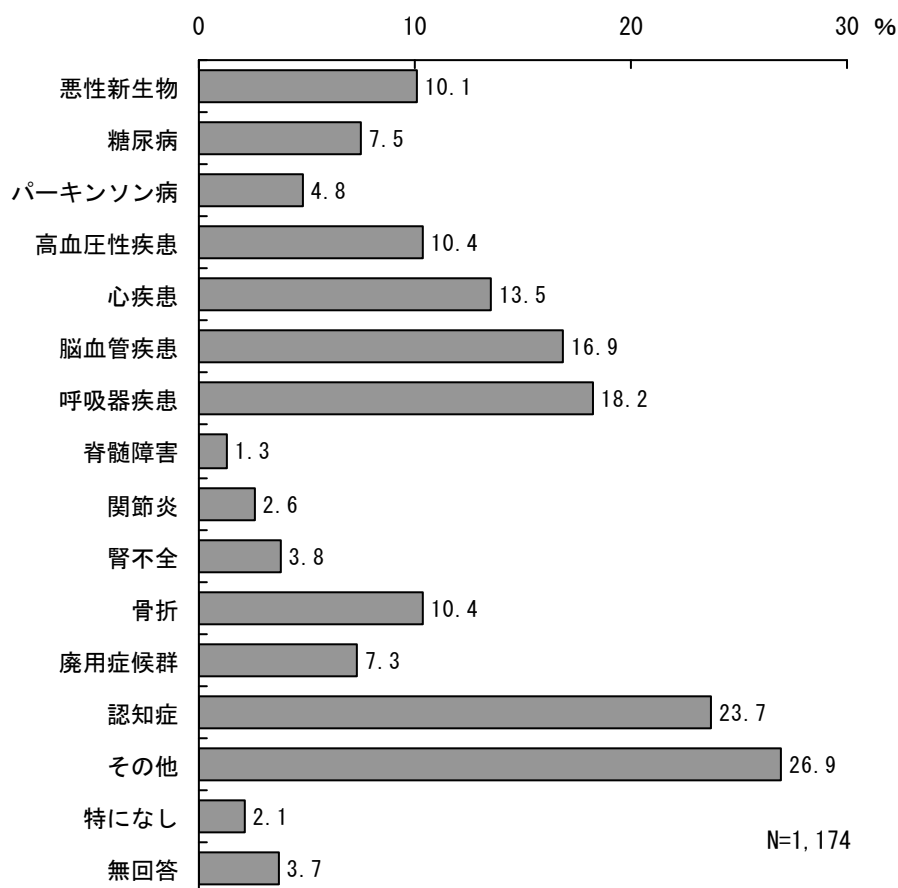
図表 入院・転居先 (問 7(2))



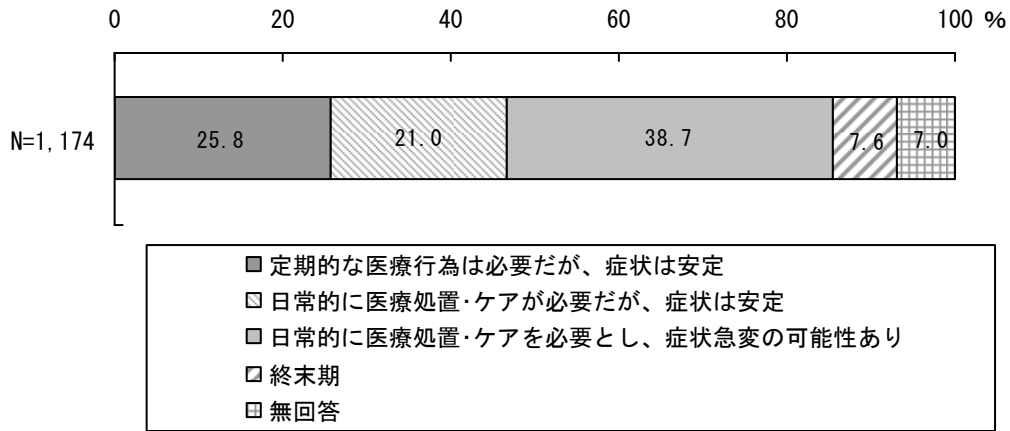
⑦疾病の状況(問 8) …「日常的に医療処置・ケアを必要とし、症状急変の可能性あり」が 39%

- 主な疾患について、最も多かったのは「認知症」で 23.7%、次いで「呼吸器疾患」が 18.2%、「脳血管疾患」が 16.9%、「心疾患」が 13.5%となっている。
- 入院・転居時の症状の安定性については、「日常的に医療処置・ケアを必要とし、症状急変の可能性あり」が最も多く、38.7%であった。
- 症状の安定・不安定を含めて、「日常的に医療処置・ケアが必要」であった人は 59.7%に上る。
- 一方、入院・転居時に「終末期」であった割合は 7.6%にとどまる。
- 入院・転居時に必要であった医療処置については、「なし」が最も多く 45.4%、次いで「インシュリン以外の注射・点滴」が 38.1%、「吸引」が 30.6%であった。
- このうち、入院・転居等の原因となった医療処置は、「なし」が 53.9%、「インシュリン以外の注射」が 9.2%、「吸引」が 5.3%という結果になった。
- このことから、施設で対応できない医療処置が発生したため入院・転居したケースは少ないと考えられる。

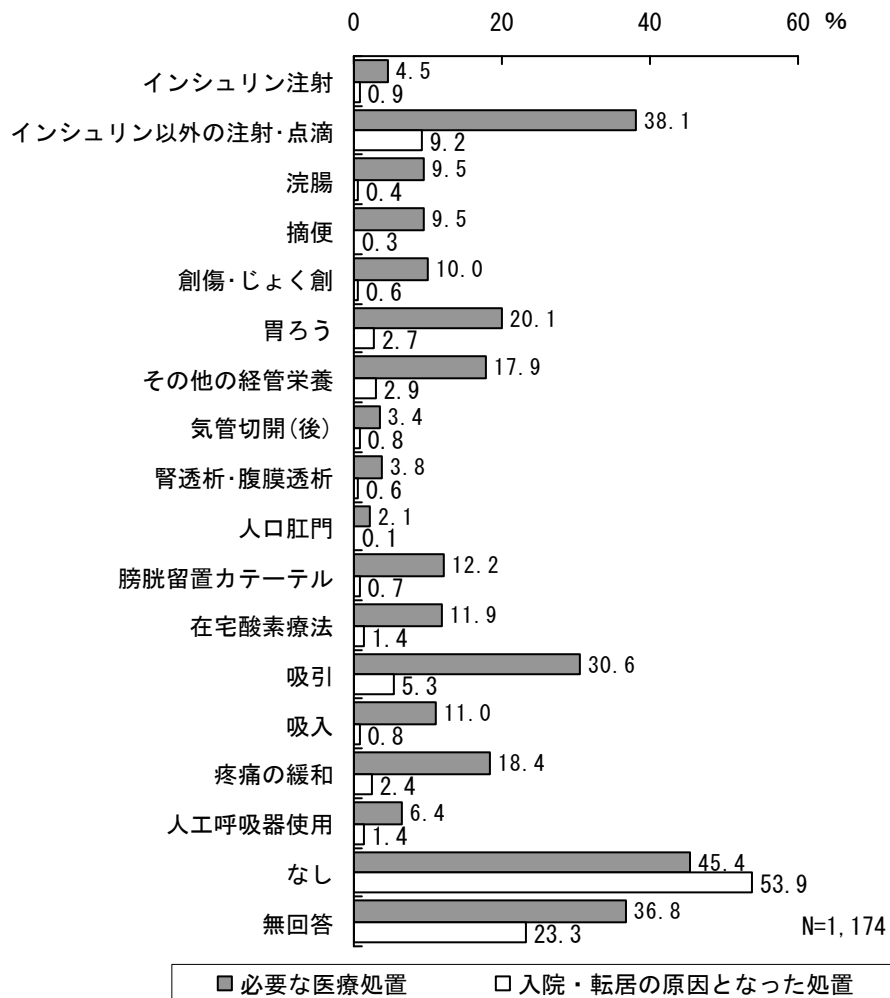
図表 主な疾患(複数回答) (問 8(1))



図表 症状の安定性 (問 8(2))



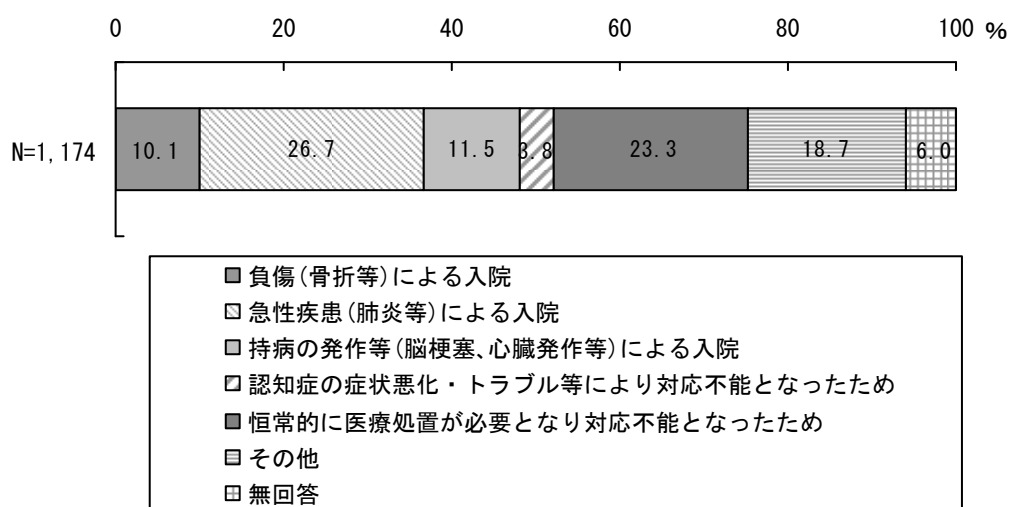
図表 必要な医療処置、入院・転居等の原因となった処置(複数回答) (問 8(3)・(4))



⑧入院・転居等の理由(問9) …「急性期疾患による入院」が27%、「インシュリン以外の注射」・「吸引」等「恒常的に医療処置が必要となり対応困難」は23%

- 入院・転居等の理由として、最も多いのは「急性疾患による入院」で26.7%、次いで「恒常的に医療処置が必要となり対応不能となったため」が23.3%となっている。
- 「恒常的な医療処置が必要となり対応が困難」については、次ページの「恒常的に医療処置が必要となり対応困難」になったために入院・転居した人(問9)の「主な疾患」、「症状の安定性」、「必要な医療処置」(問8)とのクロス集計結果から、「インシュリン以外の注射」や「吸引」が常時必要になった場合が多い傾向が見られた。(図表は次ページに掲載)
- 主な疾患：「認知症」が22.4%、次いで「呼吸器疾患(18.8%)」、「悪性新生物(17.7%)」、「脳血管疾患(15.9%)」、「心疾患(15.9%)」となった。
- 症状の安定性：「日常的にケアを必要とし、症状急変の可能性あり」が56.0%、次いで「日常的にケアを必要だが、症状は安定」が21.3%となった。
- 必要な医療処置：「インシュリン以外の注射・点滴」が25.3%、「吸引」(20.9%)、「その他の経管栄養」(17.3%)、「胃瘻」(13.4%)、「疼痛の緩和」(12.3%)となった。

図表 入院・転居等の理由 (問9)



図表 主な疾患別に見た入院・転居の理由

		問8 (1) 主な疾患 (複数回答)																
		全体	悪性新生物	糖尿病	パーキンソン病	高血圧性疾患	心疾患	脳血管疾患	呼吸器疾患	脊髄障害	関節炎	腎不全	骨折	廃用症候群	認知症	その他	特になし	無回答
全 体		1,192 —	119 10.0	89 7.5	58 4.9	125 10.5	162 13.6	199 16.7	215 18.0	15 1.3	30 2.5	45 3.8	122 10.2	86 7.2	284 23.8	319 26.8	26 2.2	43 3.6
入院・転居 の理由	負傷(骨折等)による入院	118	1.7	4.2	5.1	6.8	4.2	5.9	4.2	0.8	0.8	1.7	78.0	2.5	20.3	16.1	0.8	0.0
	急性疾患(肺炎等)による入院	320	5.9	7.2	5.9	12.2	14.7	19.4	32.8	1.3	2.5	3.8	1.3	8.4	28.4	27.2	0.6	0.9
	持病の発作等(脳梗塞、心臓発作等)による入院	135	7.4	14.8	0.7	10.4	31.1	31.1	20.7	1.5	3.0	5.9	3.0	6.7	13.3	14.8	0.0	0.0
	認知症の症状悪化・トラブル等により 対応不能となったため	45	0.0	4.4	4.4	6.7	4.4	6.7	4.4	0.0	0.0	0.0	0.0	2.2	80.0	33.3	2.2	0.0
	恒常的に医療処置が必要となり 対応不能となったため	277	17.7	7.2	6.9	8.7	15.9	15.9	18.8	1.1	2.5	6.1	2.9	9.4	22.4	29.2	1.4	0.4
	その他	225	15.6	7.6	4.0	14.2	8.9	15.6	6.7	1.8	4.4	1.3	5.8	8.0	21.8	37.3	5.8	3.1
無回答		72	5.6	2.8	2.8	6.9	2.8	8.3	11.1	1.4	0.0	4.2	1.4	2.8	5.6	18.1	6.9	44.4

図表 症状の安定性別に見た入院・転居の理由

		問8 (2) 症状の安定性					
		全体	定期的な 医療行為は 必要だが、 症状は安定	日常的に 医療処置・ケア が必要だが、 症状は安定	日常的に 医療処置・ケア を必要とし、 症状急変の 可能性あり	終末期	無回答
全 体		1,192 100.0	311 26.1	249 20.9	461 38.7	89 7.5	82 6.9
入院・転居 の理由	負傷(骨折等)による入院	118	41.5	42.4	10.2	2.5	3.4
	急性疾患(肺炎等)による入院	320	26.9	21.9	42.5	5.3	3.4
	持病の発作等(脳梗塞、心臓発作等)による入院	135	20.0	15.6	55.6	6.7	2.2
	認知症の症状悪化・トラブル等により 対応不能となったため	45	33.3	15.6	44.4	0.0	6.7
	恒常的に医療処置が必要となり 対応不能となったため	277	6.9	21.3	56.0	15.5	0.4
	その他	225	47.1	15.1	20.9	6.7	10.2
無回答		72	12.5	11.1	22.2	2.8	51.4

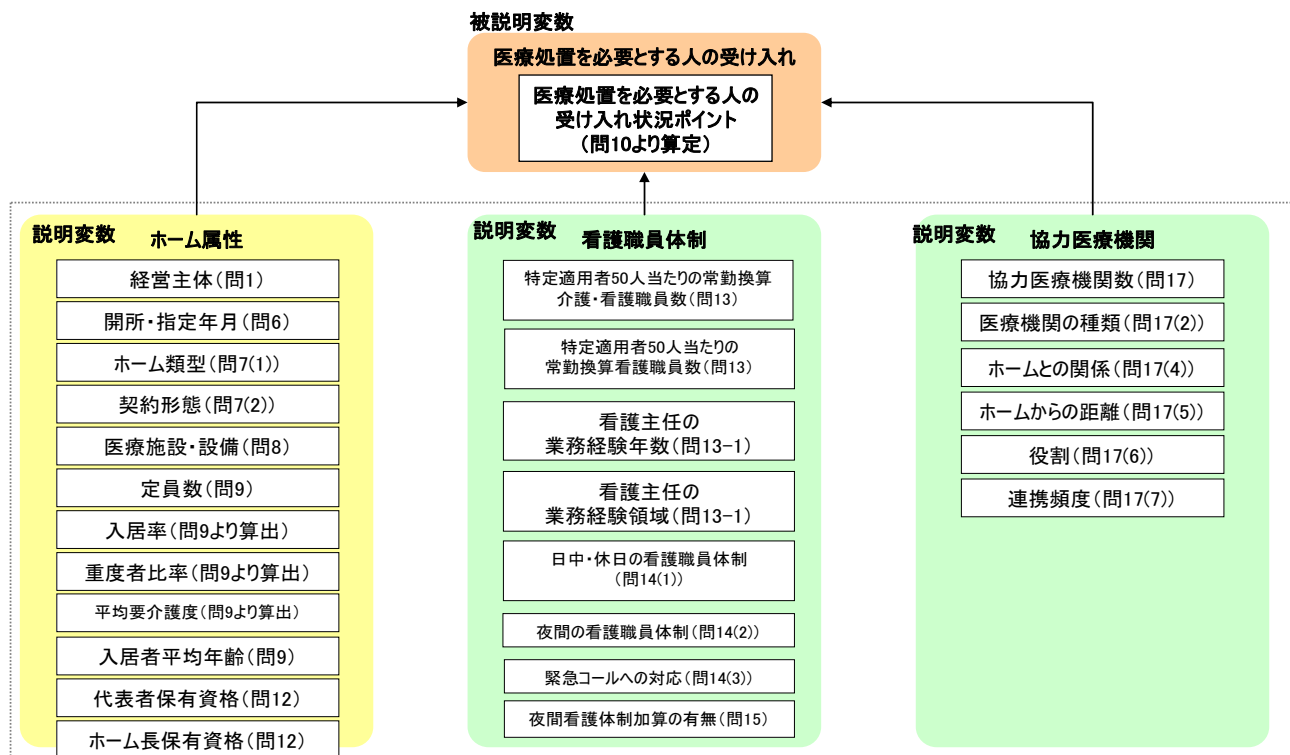
図表 必要な医療処置別に見た入院・転居の理由

		問8 (3) 必要な医療処置 (複数回答)																		
		全体	イン シ ュ リ ン 注 射	注 イ ン シ ュ リ ン 点 滴 以 外 の	浣 腸	摘 便	創 傷 ・ じ よ く 創	胃 ろ う	そ の 他 の 経 管 栄 養	気 管 切 開 (後)	腎 透 析 ・ 腹 膜 透 析	人 口 肛 門	膀 胱 留 置 カ テ ー テル	在 宅 酸 素 療 法	吸 引	吸 入	疼 痛 の 緩 和	人 工 呼 吸 器 使 用	な し	無 回 答
全 体		1,192 —	26 2.2	225 18.9	55 4.6	57 4.8	59 4.9	118 9.9	105 8.8	21 1.8	22 1.8	12 1.0	71 6.0	69 5.8	181 15.2	66 5.5	108 9.1	38 3.2	272 22.8	218 18.3
入院・転居 の理由	負傷(骨折等)による入院	118	1.7	5.9	2.5	0.8	3.4	3.4	5.1	0.8	0.0	0.8	3.4	3.4	4.2	3.4	21.2	0.0	33.1	25.4
	急性疾患(肺炎等)による入院	320	1.6	26.6	5.0	5.6	6.3	12.8	8.4	1.6	2.5	1.9	5.3	6.9	22.8	9.7	5.9	2.5	18.8	12.5
	持病の発作等(脳梗塞、心臓発作等)による入院	135	3.7	25.9	6.7	3.0	3.7	4.4	9.6	2.2	3.0	0.7	11.1	11.1	13.3	6.7	6.7	5.9	20.7	14.8
	認知症の症状悪化・トラブル等により 対応不能となったため	45	0.0	4.4	2.2	2.2	4.4	6.7	2.2	0.0	0.0	0.0	4.4	2.2	2.2	2.2	0.0	0.0	51.1	26.7
	恒常的に医療処置が必要となり 対応不能となったため	277	2.9	25.3	4.7	7.9	7.6	13.4	17.3	4.0	1.8	0.7	8.3	7.9	20.9	6.5	12.3	5.8	7.9	9.0
	その他	225	2.2	8.9	4.9	3.6	2.7	8.9	3.6	0.4	1.3	0.9	3.1	2.2	9.8	0.9	8.9	2.2	42.2	20.0
無回答		72	1.4	8.3	2.8	4.2	1.4	9.7	2.8	0.0	2.8	0.0	4.2	0.0	5.6	1.4	1.4	1.4	6.9	63.9

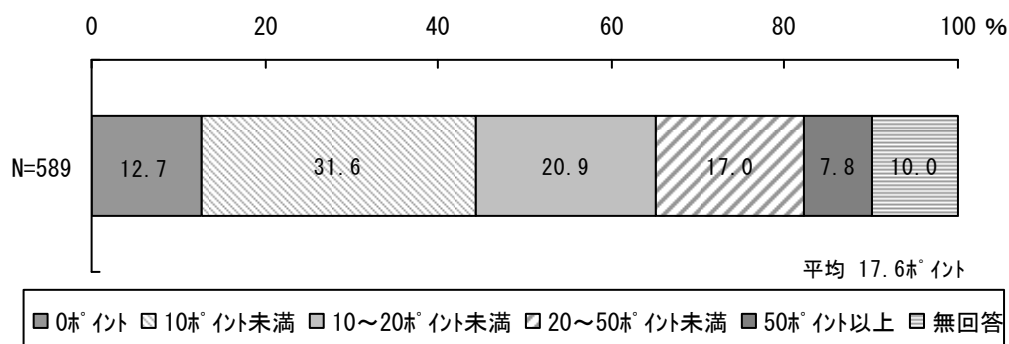
4. 医療処置が必要な人の受け入れが多いホームの特性（クロス集計結果）

- 本節では、ホーム概況調査の「医療処置への対応」(問10)について、各ホームの対応状況を下記のルールに従ってポイント化し、そのポイントの多寡はどのようなホームの特徴によって生じているのかについて分析を行った。
- ポイントには、「医療処置への対応」(問10)の「現在の該当者数(医療処置を必要とする入居者数)」について、そのホームにおける特定施設入居者生活介護適用者 50 人あたりの人数に割り戻した上で、16 項目全ての医療処置について合計した値を用いている。
- ポイントが高いホームほど、医療処置を必要とする入居者の受け入れが行われていることを示しており、回答ホーム全体の平均は 17.6 ポイント、分布では「10 ポイント未満」が最も多く 31.6%、次いで「10～20 ポイント未満」が 20.9%となった。
- 以下のページでは、実施したクロス集計のうち特に医療受け入れ体制との関連性が高い傾向が現れた集計結果について解説を行う。それ以外のクロス集計結果については、データのみを掲載する。

図表 クロス集計における説明変数、被説明変数の関係



図表 医療受け入れ体制ポイントの分布



1) ホーム特性と医療受け入れ体制

①ホームの開所年月(問 6) …介護保険制度前のホームにおいてポイントが高くなる傾向

- ホームの開所年月別の医療受け入れ体制ポイント(平均)について、最も高いのが「～2000 年3月」で 20.2 ポイントとなっている。
- 比較的新しいホームの中にも、医療受け入れ体制ポイントの高いホームが一定割合含まれているが、ポイントの低いホームも多く、二極化傾向が見られる。これにより、平均ポイントが下がったと考えられる。

②契約形態(問 7) …一時金方式が中心のホームでややポイントが高い

- ホームの契約形態別の医療受け入れ体制ポイント(平均)について、「一時金方式が中心」のホームが平均 18.6 ポイントであったのに対し、「月払い方式が中心」のホームは平均 15.6 ポイントであった。

③併設・隣接等の診療所有無(問 8) …併設・隣接等の診療所があるホームはポイントが高い

- ホーム内の診療所有無別の医療受け入れ体制ポイント(平均)について、「診療所あり」と回答したホームが 25.3 ポイントに対し、「診療所なし」と回答したホームは 16.4 ポイントであった。

④入居定員数(問 9(1)) …定員規模が大きいホームほどポイントが高くなる傾向

- ホームの入居定員数別の医療受け入れ体制ポイント(平均)について、最も平均ポイントが高いのは「150 人以上」のホームで 26.6 ポイント、次いで「80～100 人未満」が 25.0 ポイント、「100～150 人未満」が 24.5 ポイントとなっている。
- 逆にポイントが最も低いのは「30 人未満」で 6.4 ポイント、次いで「30～40 人未満」が 9.8 ポイント、「50～60 人未満」が 13.2 ポイントとなっている。

⑤入居者のうち要介護 3 以上の割合 …要介護度 3 以上の割合が高いほどポイントが高くなる傾向

- 入居者のうち要介護3以上の割合別の医療受け入れ体制ポイント(平均)について、最も高いのは「60%以上」で 23.1 ポイント、次いで「50～60%未満」が 20.8 ポイント、「40～50%未満」が 18.1 ポイントとなっている。

図表 ホーム特性別に見た医療受け入れ体制ポイント
(特に関連性が高い傾向が現れたホームの特徴についてのみ抜粋)

		平均 (ポイント)	全体	0ポイント	10ポイント未満	10～20ポイント未満	20～50ポイント未満	50ポイント以上	無回答
全 体		17.6	589 100.0	75 12.7	186 31.6	123 20.9	100 17.0	46 7.8	59 10.0
開所年月	～2000年3月	20.2	117	12.0	29.1	18.8	18.8	12.0	9.4
	2000年4月～2003年3月	17.1	105	10.5	33.3	22.9	15.2	7.6	10.5
	2003年4月～2006年3月	17.7	255	8.6	34.5	23.5	18.0	6.7	8.6
	2006年4月以降	15.8	105	23.8	25.7	14.3	15.2	6.7	14.3
	無回答	7.0	7	42.9	28.6	28.6	0.0	0.0	0.0
契約形態	一時金方式が中心	18.6	381	14.4	30.2	20.2	15.7	10.0	9.4
	月払い方式が中心	15.6	177	8.5	34.5	22.0	19.8	3.4	11.9
	無回答	16.4	31	16.1	32.3	22.6	16.1	6.5	6.5
医療施設・設備	診療所あり	25.3	78	10.3	24.4	20.5	19.2	16.7	9.0
	診療所なし	16.4	511	13.1	32.7	20.9	16.6	6.5	10.2
	治療・療養用ベッドあり	18.6	92	12.0	28.3	27.2	15.2	8.7	8.7
	治療・療養用ベッドなし	17.4	497	12.9	32.2	19.7	17.3	7.6	10.3
定員数	30人未満	6.4	25	28.0	40.0	20.0	8.0	0.0	4.0
	30～40人未満	9.8	58	20.7	37.9	13.8	13.8	1.7	12.1
	40～50人未満	17.7	105	10.5	38.1	21.0	8.6	9.5	12.4
	50～60人未満	13.2	100	14.0	32.0	24.0	18.0	3.0	9.0
	60～70人未満	13.5	65	9.2	36.9	23.1	18.5	1.5	10.8
	70～80人未満	18.9	58	13.8	20.7	25.9	20.7	8.6	10.3
	80～100人未満	25.0	54	9.3	33.3	16.7	22.2	9.3	9.3
	100～150人未満	24.5	66	10.6	25.8	18.2	21.2	15.2	9.1
	150人以上	26.6	54	5.6	20.4	22.2	24.1	18.5	9.3
要介護度3以上の割合	無回答	19.4	4	50.0	0.0	25.0	0.0	25.0	0.0
	20%未満	16.1	89	18.0	27.0	27.0	10.1	9.0	9.0
	20～30%未満	17.5	79	11.4	26.6	24.1	24.1	7.6	6.3
	30～40%未満	16.2	124	9.7	41.9	15.3	16.9	4.8	11.3
	40～50%未満	18.1	123	9.8	29.3	23.6	21.1	6.5	9.8
	50～60%未満	20.8	83	12.0	32.5	19.3	14.5	12.0	9.6
	60%以上	23.1	56	12.5	25.0	14.3	19.6	12.5	16.1
	無回答	9.4	35	25.7	34.3	22.9	5.7	2.9	8.6

2) ホームの職員体制・協力医療機関の状況と医療受け入れ体制

①看護職員数(問 13) …看護職員数が多いほどポイントが高くなる傾向

- 特定施設入居者生活介護適用者 50 人あたりの看護職員数(常勤換算)別の医療受け入れ体制ポイント(平均)について、最も高いのが「8人以上／50 人」で 48.1 ポイント、次いで「6～8人未満／50 人」が 37.4 ポイント、「4～6人未満／50 人」が 21.6 ポイントとなっている。

②看護主任の業務経験領域(問 13) …救急、特養、訪問看護経験者の場合はポイントが高い傾向

- 看護主任の業務経験領域別の医療受け入れ体制ポイント(平均)について、「当てはまるものはない」と比較して、すべての選択肢においてポイントが高い。
- 最もポイントが高いのは「特別養護老人ホーム」で 21.2 ポイント、次いで「救急」で 20.8 ポイント、「訪問看護」が 19.1 ポイントとなった。

③夜間の看護職員体制(問 14) …必ず夜勤・宿直の看護職員がいるホームはポイントが高い

- 夜間の看護職員体制別の医療受け入れ体制ポイント(平均)について、必ず夜勤または宿直の看護職員がいると回答したホームはそれぞれ 33.4、25.1 ポイントであり、夜間は通常看護職員はいないと回答したホームの 15.0 ポイントと比較して高い結果となった。

④夜間看護体制加算の算定有無(問 17) …加算有無と受け入れ体制ポイントには関連が見られない

- 夜間看護体制加算の算定有無別の医療受け入れ体制のポイント(平均)について、「加算あり」が 18.9 ポイントに対して「加算なし」が 15.6 ポイントであり、明確なポイントの差はない結果となった。加算を受けていても、夜勤・宿直の看護師を置いていないホームが多い(問 15)ためと考えられる。

⑤協力医療機関とホームとの関係(問 17) …同一法人、関連法人の場合、ポイントが高くなる傾向

- 協力医療機関とホームとの関係別の医療受け入れ体制のポイント(平均)について、同一法人または関連法人の協力医療機関があると回答したホームはそれぞれ 26.1、21.7 ポイントであり、「その他の医療機関」の 12.4 ポイントと比較して高くなっている。

⑥協力医療機関とホームの距離(問 17) …併設・隣接の医療機関があるホームはポイントが高い

- 協力医療機関とホームの距離別の医療受け入れ体制のポイント(平均)について、ホームに併設・隣接の医療機関を持つホームは 24.3 ポイントであり、「徒歩圏内(18.6 ポイント)」「徒歩圏外(17.5 ポイント)」と比較して高い。

⑦協力医療機関との連携頻度(問 17) …連携頻度が高いホームほどポイントが高くなる傾向

- 協力医療機関との連携頻度別の医療受け入れ体制のポイント(平均)について、最も高いのは「ほぼ毎日」で 23.1 ポイント、次いで「2～3 日に1回程度」が 19.7 ポイント、「1 週間に1回程度」が 17.2 ポイントとなっている。

図表 ホームの看護職員と協力医療機関の体制別に見た医療受け入れ体制のポイント
(特に関連性が高い傾向が現れたホームの特徴についてのみ抜粋)

		平均 (ポイント)	全体	0ポイント	10ポイント未満	10～20 ポイント未満	20～50 ポイント未満	50ポイント 以上	無回答
全 体		17.6	589 100.0	75 12.7	186 31.6	123 20.9	100 17.0	46 7.8	59 10.0
看護職員 常勤換算数	全 体	18.5	518	10.0	31.9	21.6	18.1	8.3	10.0
	2人未満/50人	8.4	69	15.9	42.0	23.2	10.1	0.0	8.7
	2～3人未満/50人	12.7	231	12.1	39.0	22.1	14.3	3.0	9.5
	3～4人未満/50人	21.6	102	7.8	26.5	21.6	24.5	7.8	11.8
	4～6人未満/50人	21.7	50	10.0	16.0	32.0	20.0	12.0	10.0
	6～8人未満/50人	37.4	36	0.0	16.7	13.9	27.8	30.6	11.1
	8人以上/50人	48.1	30	0.0	16.7	6.7	30.0	36.7	10.0
看護主任の 業務経験領域	救急	20.8	200	10.0	29.5	18.5	23.0	11.5	7.5
	介護療養型医療施設	18.3	80	7.5	27.5	27.5	17.5	6.3	13.8
	介護老人保健施設	16.8	107	10.3	29.0	22.4	22.4	5.6	10.3
	特別養護老人ホーム	21.2	105	9.5	29.5	21.9	20.0	11.4	7.6
	訪問看護	19.1	82	8.5	34.1	18.3	15.9	9.8	13.4
	訪問看護以外の在宅医療・介護	17.9	78	10.3	30.8	20.5	14.1	9.0	15.4
	当てはまるものはない	14.5	162	16.7	27.8	25.9	13.0	4.9	11.7
夜間看護体制 加算の有無	算定あり	18.9	372	10.8	30.9	21.0	17.5	8.9	11.0
	算定なし	15.6	214	15.9	32.7	20.6	16.4	6.1	8.4
	無回答	7.6	3	33.3	33.3	33.3	0.0	0.0	0.0
夜間看護 職員体制	必ず夜勤の看護職員がいる	33.4	86	5.8	20.9	17.4	20.9	23.3	11.6
	必ず宿直の看護職員がいる	25.1	16	0.0	31.3	18.8	25.0	18.8	6.3
	ローテーションの都合で、 夜間に看護職員がいない場合がある	14.2	35	25.7	11.4	31.4	31.4	0.0	0.0
	夜間は、通常、看護職員はいない	15.0	438	13.2	34.2	21.5	15.3	5.3	10.5
	無回答	2.6	14	21.4	64.3	0.0	0.0	0.0	14.3
協力医療機関と ホームとの関係	同一法人	26.1	20	0.0	25.0	20.0	40.0	10.0	5.0
	関連法人	21.7	100	13.0	30.0	17.0	19.0	13.0	8.0
	その他	17.5	544	12.5	31.3	21.3	16.7	7.7	10.5
	無回答	14.3	5	0.0	40.0	40.0	20.0	0.0	0.0
協力医療機関と ホームの距離	ホームに併設・隣接	24.3	96	6.3	25.0	22.9	21.9	13.5	10.4
	徒歩圏内	18.6	182	12.1	29.7	23.6	16.5	8.8	9.3
	徒歩圏外	17.5	524	12.4	31.9	20.6	17.4	7.6	10.1
	無回答	9.3	5	0.0	60.0	20.0	0.0	0.0	20.0
協力医療機関の 連携頻度	ほぼ毎日	23.1	205	7.8	27.3	20.5	22.9	10.7	10.7
	2～3日に1回程度	19.7	183	14.2	21.3	25.1	20.8	9.3	9.3
	1週間に1回程度	17.2	366	13.7	33.3	18.6	16.1	7.7	10.7
	それ以下	16.5	329	14.6	31.3	21.6	16.1	6.1	10.3
	無回答	6.8	5	20.0	60.0	20.0	0.0	0.0	0.0

《参考》全クロス集計結果

		平均 (ポイント)	全体	0ポイント	10ポイント未満	10～20 ポイント未満	20～50 ポイント未満	50ポイント 以上	無回答
全 体		17.6	589	75	186	123	100	46	59
			100.0	12.7	31.6	20.9	17.0	7.8	10.0
経営主体	株式会社	17.2	528	12.3	31.6	21.6	16.9	7.4	10.2
	有限会社	19.3	21	19.0	38.1	9.5	19.0	9.5	4.8
	社会福祉法人	17.0	16	6.3	50.0	12.5	12.5	6.3	12.5
	医療法人	39.5	2	0.0	0.0	0.0	50.0	50.0	0.0
	その他の財団法人・社団法人	47.5	8	0.0	0.0	37.5	25.0	37.5	0.0
	NPO	—	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	その他	10.2	12	33.3	25.0	16.7	16.7	0.0	8.3
	無回答	0.0	2	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0
開所年月	～2000年3月	20.2	117	12.0	29.1	18.8	18.8	12.0	9.4
	2000年4月～2003年3月	17.1	105	10.5	33.3	22.9	15.2	7.6	10.5
	2003年4月～2006年3月	17.7	255	8.6	34.5	23.5	18.0	6.7	8.6
	2006年4月以降	15.8	105	23.8	25.7	14.3	15.2	6.7	14.3
	無回答	7.0	7	42.9	28.6	28.6	0.0	0.0	0.0
指定年月	2000年4月～2003年3月	18.8	156	9.0	29.5	23.7	16.0	9.0	12.8
	2003年4月～2006年3月	17.1	264	9.8	36.0	23.1	16.3	6.8	8.0
	2006年4月以降	14.9	102	22.5	27.5	13.7	16.7	4.9	14.7
	指定を受けていない	15.9	20	6.0	4.0	2.0	3.0	2.0	3.0
	無回答	22.4	47	6.0	13.0	9.0	12.0	7.0	0.0
ホーム類型	介護付有料老人ホーム	17.9	570	11.6	32.1	21.2	17.4	7.9	9.8
	住宅型有料老人ホーム	8.5	15	46.7	13.3	13.3	6.7	6.7	13.3
	健康型有料老人ホーム	—	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	ケアハウス	—	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	その他	—	1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
	無回答	1.9	3	66.7	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0
契約形態	一時金方式が中心	18.6	381	14.4	30.2	20.2	15.7	10.0	9.4
	月払い方式が中心	15.6	177	8.5	34.5	22.0	19.8	3.4	11.9
	無回答	16.4	31	16.1	32.3	22.6	16.1	6.5	6.5
医療施設 ・設備	診療所あり	25.3	78	10.3	24.4	20.5	19.2	16.7	9.0
	診療所なし	16.4	511	13.1	32.7	20.9	16.6	6.5	10.2
	治療・療養用ベッドあり	18.6	92	12.0	28.3	27.2	15.2	8.7	8.7
	治療・療養用ベッドなし	17.4	497	12.9	32.2	19.7	17.3	7.6	10.3
定員数	30人未満	6.4	25	28.0	40.0	20.0	8.0	0.0	4.0
	30～40人未満	9.8	58	20.7	37.9	13.8	13.8	1.7	12.1
	40～50人未満	17.7	105	10.5	38.1	21.0	8.6	9.5	12.4
	50～60人未満	13.2	100	14.0	32.0	24.0	18.0	3.0	9.0
	60～70人未満	13.5	65	9.2	36.9	23.1	18.5	1.5	10.8
	70～80人未満	18.9	58	13.8	20.7	25.9	20.7	8.6	10.3
	80～100人未満	25.0	54	9.3	33.3	16.7	22.2	9.3	9.3
	100～150人未満	24.5	66	10.6	25.8	18.2	21.2	15.2	9.1
	150人以上	26.6	54	5.6	20.4	22.2	24.1	18.5	9.3
	無回答	19.4	4	50.0	0.0	25.0	0.0	25.0	0.0
入居率	50%未満	7.0	43	27.9	34.9	16.3	4.7	2.3	14.0
	50～55%未満	14.8	17	11.8	35.3	35.3	5.9	11.8	0.0
	55～60%未満	15.6	6	33.3	0.0	0.0	33.3	0.0	33.3
	60～65%未満	25.6	22	18.2	31.8	4.5	13.6	18.2	13.6
	65～70%未満	18.9	24	12.5	33.3	29.2	8.3	12.5	4.2
	70～75%未満	15.4	26	19.2	42.3	3.8	26.9	3.8	3.8
	75～80%未満	15.9	47	6.4	34.0	21.3	12.8	4.3	21.3
	80～85%未満	21.3	57	12.3	31.6	24.6	14.0	14.0	3.5
	85～90%未満	21.5	55	9.1	32.7	10.9	25.5	12.7	9.1
	90～95%未満	20.0	106	8.5	24.5	27.4	21.7	5.7	12.3
	95%以上	17.6	149	8.7	32.9	22.8	20.1	6.7	8.7
	無回答	10.6	37	27.0	32.4	21.6	5.4	5.4	8.1

		平均 (ポイント)	全体	0ポイント	10ポイント未満	10～20 ポイント未満	20～50 ポイント未満	50ポイント 以上	無回答
全 体		15.6	6 100.0	2 33.3	0 0.0	0 0.0	2 33.3	0 0.0	2 33.3
要介護度 1 以上の割合	20%未満	13.2	31	19.4	32.3	22.6	9.7	6.5	9.7
	20～30%未満	20.4	33	12.1	21.2	33.3	18.2	9.1	6.1
	30～40%未満	17.9	15	20.0	33.3	6.7	20.0	13.3	6.7
	40～50%未満	23.9	18	5.6	27.8	22.2	22.2	16.7	5.6
	50～60%未満	16.6	25	20.0	24.0	16.0	24.0	8.0	8.0
	60～70%未満	15.3	54	14.8	35.2	20.4	7.4	9.3	13.0
	70～80%未満	15.5	98	12.2	36.7	18.4	20.4	5.1	7.1
	80～90%未満	19.6	161	7.5	34.2	20.5	20.5	8.1	9.3
	90～100%未満	18.9	104	11.5	26.9	22.1	18.3	6.7	14.4
	100%	26.8	15	20.0	20.0	20.0	0.0	20.0	20.0
	無回答	9.4	35	25.7	34.3	22.9	5.7	2.9	8.6
要介護度 3 以上の割合	20%未満	16.1	89	18.0	27.0	27.0	10.1	9.0	9.0
	20～30%未満	17.5	79	11.4	26.6	24.1	24.1	7.6	6.3
	30～40%未満	16.2	124	9.7	41.9	15.3	16.9	4.8	11.3
	40～50%未満	18.1	123	9.8	29.3	23.6	21.1	6.5	9.8
	50～60%未満	20.8	83	12.0	32.5	19.3	14.5	12.0	9.6
	60%以上	23.1	56	12.5	25.0	14.3	19.6	12.5	16.1
	無回答	9.4	35	25.7	34.3	22.9	5.7	2.9	8.6
平均要介護度 通常の算出方法 (パターンA)	1.0未満	18.2	8	50.0	25.0	12.5	0.0	12.5	0.0
	1.0～2.0未満	13.3	91	16.5	28.6	25.3	15.4	3.3	11.0
	2.0～2.5未満	16.8	218	8.3	33.9	24.3	17.9	5.5	10.1
	2.5～3.0未満	23.0	148	9.5	31.1	18.9	18.9	14.2	7.4
	3.0～3.5未満	16.0	50	12.0	34.0	12.0	24.0	6.0	12.0
	3.5以上	34.0	15	6.7	20.0	13.3	6.7	26.7	26.7
	無回答	10.8	59	28.8	30.5	16.9	10.2	3.4	10.2
平均要介護度 本調査独自の 算出方法 (パターンB)	1.0未満	17.0	74	17.6	27.0	25.7	12.2	9.5	8.1
	1.0～2.0未満	16.1	139	13.7	30.9	21.6	19.4	6.5	7.9
	2.0～2.5未満	17.0	198	9.1	35.4	19.7	18.7	5.6	11.6
	2.5～3.0未満	22.5	102	11.8	29.4	21.6	17.6	12.7	6.9
	3.0～3.5未満	14.9	32	12.5	31.3	12.5	21.9	3.1	18.8
	3.5以上	46.6	8	0.0	12.5	12.5	0.0	37.5	37.5
	無回答	10.9	36	25.0	33.3	22.2	5.6	5.6	8.3
入居者平均 年齢	80歳未満	15.1	44	11.4	36.4	20.5	13.6	6.8	11.4
	80～82歳未満	17.0	80	20.0	30.0	18.8	12.5	10.0	8.8
	82～84歳未満	18.8	173	8.7	32.9	21.4	19.7	7.5	9.8
	84～86歳未満	17.8	180	11.1	31.1	20.6	18.9	7.8	10.6
	86～88歳未満	17.3	77	10.4	37.7	18.2	18.2	7.8	7.8
	88歳以上	12.4	8	12.5	12.5	25.0	12.5	0.0	37.5
	無回答	16.1	27	37.0	11.1	33.3	3.7	7.4	7.4
代表者 保有資格	医師	16.3	116	11.2	35.3	19.0	18.1	5.2	11.2
	看護系（看護師、准看護師）	0.0	3	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	マネジメント系 （介護支援専門員、社会福祉士）	26.3	30	16.7	26.7	13.3	20.0	13.3	10.0
	介護系 （介護福祉士、ホームヘルパー）	20.5	37	13.5	27.0	18.9	18.9	10.8	10.8
	その他	11.0	30	16.7	36.7	26.7	13.3	0.0	6.7
	特になし	18.9	361	11.6	31.3	21.1	16.1	9.7	10.2
	無回答	12.7	31	22.6	22.6	25.8	19.4	3.2	6.5
ホーム長 保有資格	医師	12.3	4	0.0	75.0	0.0	25.0	0.0	0.0
	看護系（看護師、准看護師）	20.6	54	14.8	20.4	22.2	24.1	9.3	9.3
	マネジメント系 （介護支援専門員、社会福祉士）	23.1	187	15.5	28.9	16.0	20.9	12.3	6.4
	介護系 （介護福祉士、ホームヘルパー）	14.8	400	12.5	33.8	22.0	16.3	4.3	11.3
	その他	19.4	78	14.1	30.8	20.5	15.4	10.3	9.0
	特になし	20.2	115	10.4	29.6	19.1	14.8	13.9	12.2
	無回答	13.4	8	0.0	37.5	37.5	12.5	0.0	12.5

* パターンA：通常の平均要介護度の算出方法に基づき、自立者を除く要支援・要介護の入居者を対象に、要支援 1＝0.375、要支援 2＝1、要介護 1～5 はそれぞれ 1～5 として平均要介護度を算出。

* パターンB：上記（パターンA）に自立（＝0）を含めて平均要介護度を算出した参考値。

		平均 (ポイント)	全体	0ポイント	10ポイント未満	10～20ポイント未満	20～50ポイント未満	50ポイント以上	無回答
全 体		17.6	589	75	186	123	100	46	59
			100.0	12.7	31.6	20.9	17.0	7.8	10.0
介護・看護職	全 体	20.7	260	8.8	29.2	21.9	18.5	10.0	11.5
(常勤換算数)に 占める看護職 の比率	10人未満/50人	15.8	78	9.0	32.1	23.1	19.2	3.8	12.8
	10～15人未満/50人	18.9	103	10.7	31.1	24.3	12.6	9.7	11.7
	15～20人未満/50人	25.3	44	6.8	22.7	15.9	22.7	15.9	15.9
	20人以上/50人	30.4	35	5.7	25.7	20.0	28.6	17.1	2.9
看護職員 常勤換算数	全 体	18.5	518	10.0	31.9	21.6	18.1	8.3	10.0
	2人未満/50人	8.4	69	15.9	42.0	23.2	10.1	0.0	8.7
	2～3人未満/50人	12.7	231	12.1	39.0	22.1	14.3	3.0	9.5
	3～4人未満/50人	21.6	102	7.8	26.5	21.6	24.5	7.8	11.8
	4～6人未満/50人	21.7	50	10.0	16.0	32.0	20.0	12.0	10.0
	6～8人未満/50人	37.4	36	0.0	16.7	13.9	27.8	30.6	11.1
	8人以上/50人	48.1	30	0.0	16.7	6.7	30.0	36.7	10.0
看護主任の 業務経験年数	10年未満	14.4	99	20.2	27.3	25.3	12.1	6.1	9.1
	10～15年未満	18.9	104	11.5	33.7	21.2	16.3	7.7	9.6
	15～20年未満	19.2	99	5.1	34.3	25.3	20.2	7.1	8.1
	20～25年未満	17.2	92	12.0	23.9	20.7	21.7	5.4	16.3
	25～30年未満	18.1	58	10.3	36.2	17.2	19.0	10.3	6.9
	30年以上	19.7	113	14.2	33.6	14.2	16.8	12.4	8.8
	無回答	8.1	24	20.8	37.5	25.0	4.2	0.0	12.5
看護主任の 業務経験領域	救急	20.8	200	10.0	29.5	18.5	23.0	11.5	7.5
	介護療養型医療施設	18.3	80	7.5	27.5	27.5	17.5	6.3	13.8
	介護老人保健施設	16.8	107	10.3	29.0	22.4	22.4	5.6	10.3
	特別養護老人ホーム	21.2	105	9.5	29.5	21.9	20.0	11.4	7.6
	訪問看護	19.1	82	8.5	34.1	18.3	15.9	9.8	13.4
	訪問看護以外の在宅医療・介護	17.9	78	10.3	30.8	20.5	14.1	9.0	15.4
	当てはまるものはない	14.5	162	16.7	27.8	25.9	13.0	4.9	11.7
	無回答	14.7	40	25.0	42.5	15.0	5.0	5.0	7.5
平日日中の 看護職員体制	1.0人未満/50人	17.2	21	23.8	33.3	19.0	9.5	9.5	4.8
	～1.5人未満/50人	20.4	61	9.8	31.1	21.3	21.3	8.2	8.2
	～2.0人未満/50人	18.3	117	12.0	29.1	21.4	20.5	7.7	9.4
	～2.5人未満/50人	17.9	112	6.3	33.9	21.4	17.9	7.1	13.4
	～3.0人未満/50人	17.3	59	8.5	25.4	27.1	15.3	6.8	16.9
	～4.0人未満/50人	23.9	64	10.9	37.5	15.6	18.8	14.1	3.1
	4.0人以上/50人	14.6	95	14.7	31.6	22.1	14.7	7.4	9.5
	無回答	10.7	60	28.3	31.7	16.7	10.0	3.3	10.0
休日日中の 看護職員体制	1.0人未満/50人	15.4	93	14.0	33.3	22.6	14.0	7.5	8.6
	～1.5人未満/50人	18.1	125	12.0	35.2	21.6	20.0	8.0	3.2
	～2.0人未満/50人	22.9	99	9.1	22.2	22.2	26.3	9.1	11.1
	～2.5人未満/50人	20.0	64	3.1	34.4	18.8	20.3	7.8	15.6
	～3.0人未満/50人	15.8	43	4.7	30.2	27.9	11.6	7.0	18.6
	～4.0人未満/50人	24.9	42	19.0	28.6	16.7	14.3	16.7	4.8
	4.0人以上/50人	11.6	58	15.5	36.2	20.7	10.3	5.2	12.1
	無回答	10.4	65	26.2	32.3	15.4	9.2	3.1	13.8
夜間看護 職員体制	必ず夜勤の看護職員がいる	33.4	86	5.8	20.9	17.4	20.9	23.3	11.6
	必ず宿直の看護職員がいる	25.1	16	0.0	31.3	18.8	25.0	18.8	6.3
	ローテーションの都合で、 夜間に看護職員がいない場合がある	14.2	35	25.7	11.4	31.4	31.4	0.0	0.0
	夜間は、通常、看護職員はいない	15.0	438	13.2	34.2	21.5	15.3	5.3	10.5
	無回答	2.6	14	21.4	64.3	0.0	0.0	0.0	14.3
緊急コール への対応	現場への駆けつけ対応をすることになっている	19.0	65	13.8	23.1	23.1	23.1	7.7	9.2
	電話での対応をすることになっている	14.6	287	12.2	34.8	22.0	15.3	4.5	11.1
	対応しないことになっているが、 実際は現場への駆けつけ対応をしている	30.1	3	33.3	33.3	0.0	0.0	33.3	0.0
	対応しないことになっているが、 実際は電話で対応している	11.7	24	12.5	37.5	20.8	8.3	4.2	16.7
	対応しない	14.3	72	16.7	33.3	25.0	16.7	4.2	4.2
	無回答	11.3	22	31.8	22.7	18.2	22.7	0.0	4.5
夜間看護体制 加算の有無	算定あり	18.9	372	10.8	30.9	21.0	17.5	8.9	11.0
	算定なし	15.6	214	15.9	32.7	20.6	16.4	6.1	8.4
	無回答	7.6	3	33.3	33.3	33.3	0.0	0.0	0.0

		平均 (ポイント)	全体	0ポイント	10ポイント未満	10～20 ポイント未満	20～50 ポイント未満	50ポイント 以上	無回答
全 体		17.6	585	74	186	121	100	46	58
			100.0	12.6	31.8	20.7	17.1	7.9	9.9
協力医療機関数	1件	19.1	91	7.7	44.0	13.2	18.7	11.0	5.5
	2件	14.5	158	18.4	29.1	20.3	13.9	5.7	12.7
	3件	18.3	155	10.3	34.2	21.9	15.5	8.4	9.7
	4件	15.7	102	11.8	32.4	22.5	18.6	4.9	9.8
	5件	23.2	79	12.7	17.7	25.3	22.8	11.4	10.1
医療機関の種類	病院	18.8	427	13.3	27.9	22.0	17.8	8.4	10.5
	無床在宅療養支援診療所 (24時間対応)	20.1	175	8.0	31.4	19.4	18.9	8.6	13.7
	無床診療所	17.0	318	12.6	32.4	21.1	15.1	8.8	10.1
	有床在宅療養支援診療所 (24時間対応)	12.0	25	16.0	28.0	24.0	20.0	0.0	12.0
	有床診療所	22.9	29	13.8	31.0	20.7	13.8	13.8	6.9
	訪問看護ステーション	23.5	5	20.0	0.0	20.0	60.0	0.0	0.0
	無回答	13.7	12	0.0	58.3	16.7	16.7	8.3	0.0
協力医療機関と ホームとの関係	同一法人	26.1	20	0.0	25.0	20.0	40.0	10.0	5.0
	関連法人	21.7	100	13.0	30.0	17.0	19.0	13.0	8.0
	その他	17.5	544	12.5	31.3	21.3	16.7	7.7	10.5
	無回答	14.3	5	0.0	40.0	40.0	20.0	0.0	0.0
協力医療機関と ホームの距離	ホームに併設・隣接	24.3	96	6.3	25.0	22.9	21.9	13.5	10.4
	徒歩圏内	18.6	182	12.1	29.7	23.6	16.5	8.8	9.3
	徒歩圏外	17.5	524	12.4	31.9	20.6	17.4	7.6	10.1
	無回答	9.3	5	0.0	60.0	20.0	0.0	0.0	20.0
協力医療機関の 役割	健康管理	19.4	387	12.4	30.5	20.9	18.1	9.6	8.5
	訪問診療	18.6	388	12.6	30.4	21.1	17.0	9.0	9.8
	往診	18.2	382	11.3	30.9	22.0	17.3	8.4	10.2
	訪問看護	22.3	42	9.5	21.4	23.8	23.8	9.5	11.9
	入院	20.3	330	13.0	25.2	22.4	18.5	9.7	11.2
	夜間等のオンコール対応	20.3	325	9.8	31.1	19.4	19.4	9.2	11.1
	専門的助言	20.2	298	10.4	31.2	19.5	17.4	11.1	10.4
	その他	19.5	156	12.2	32.1	23.1	11.5	10.3	10.9
	無回答	13.8	2	0.0	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0
協力医療機関の 連携頻度	ほぼ毎日	23.1	205	7.8	27.3	20.5	22.9	10.7	10.7
	2～3日に1回程度	19.7	183	14.2	21.3	25.1	20.8	9.3	9.3
	1週間に1回程度	17.2	366	13.7	33.3	18.6	16.1	7.7	10.7
	それ以下	16.5	329	14.6	31.3	21.6	16.1	6.1	10.3
	無回答	6.8	5	20.0	60.0	20.0	0.0	0.0	0.0

5. 入院・転居に至る入居者の特性（クロス集計結果）

- 本節では、入院・転居者調査の「入院・転居等の理由」（問 9）について、特に「恒常的に医療処置が必要となり対応困難」となったため入院・転居に至るケースが、どのような特性を持つ入居者において生じやすいかに注目して分析を行った。
- 以下では、特に特徴的な傾向が現れた項目についてのみ記述する。

①入院・転居時の満年齢（問 5）・・・年齢が高いほど「恒常的医療処置が必要なため対応困難」が増加する傾向

- 入院・転居時の満年齢別に恒常的医療処置により対応不能になったケースの割合についてみると、「90 歳以上」で最も多く 28.6%、次いで「88～90 歳未満」で 26.2%、「84～86 歳未満」で 25.8%となり、「年齢が高いほど割合が増加する傾向が見られる。

②要介護度（問 6）・・・要介護 2 以上から「恒常的医療処置が必要なため対応困難」が増加する傾向

- 要介護別に恒常的医療処置により対応不能になったケースの割合についてみると、最も高いのが「要介護 4」で 31.0%、次いで「要介護 5」が 29.7%、「要介護 2」が 24.8%となった。

③日常生活自立度（問 6）・・・自立度が悪化するほど「恒常的医療処置が必要なため対応困難」が増加する傾向

- 日常生活自立度別に恒常的医療処置により対応不能になったケースの割合についてみると、最も高いのが「C2」で 33.8%、次いで「C1」が 33.0%、「B1」が 25.5%となった。

図表 入院・転居した人の状況別に見た、入院・転居の理由

		全体	負傷(骨折等)による入院	急性疾患(肺炎等)による入院	持病の発作等(脳梗塞、心臓発作等)による入院	認知症の症状悪化・トラブル等により対応不能となったため	恒常的に医療処置が必要となり対応不能となったため	その他	無回答
全 体		1,192 100.0	118 9.9	320 26.8	135 11.3	45 3.8	277 23.2	225 18.9	72 6.0
ホーム入居期間	1年未満	343	7.6	23.9	11.7	5.5	22.4	23.0	5.8
	1～2年未満	246	9.8	28.5	10.2	2.8	23.2	19.5	6.1
	2～3年未満	160	14.4	21.9	11.3	3.1	26.3	17.5	5.6
	3～4年未満	126	8.7	31.7	12.7	1.6	27.0	14.3	4.0
	4～5年未満	71	5.6	32.4	11.3	2.8	23.9	19.7	4.2
	5年以上	199	12.1	29.1	11.1	3.5	17.6	17.6	9.0
	無回答	47	12.8	25.5	12.8	6.4	31.9	6.4	4.3
性別	男	426	5.4	30.5	10.8	4.0	27.2	16.9	5.2
	女	762	12.5	24.8	11.5	3.7	21.0	19.9	6.6
	無回答	4	0.0	25.0	25.0	0.0	25.0	25.0	0.0
入居・転居時点の満年齢	80歳未満	256	7.4	22.3	11.7	5.9	18.0	28.5	6.3
	80～82歳未満	115	9.6	27.0	12.2	5.2	20.9	18.3	7.0
	82～84歳未満	130	6.9	30.8	13.1	3.1	20.0	18.5	7.7
	84～86歳未満	124	13.7	25.0	8.9	4.0	25.8	16.9	5.6
	86～88歳未満	117	11.1	35.9	5.1	3.4	23.1	17.9	3.4
	88～90歳未満	107	14.0	24.3	15.0	2.8	26.2	16.8	0.9
	90歳以上	315	9.2	28.3	11.1	2.2	28.6	12.7	7.9
	無回答	28	17.9	14.3	21.4	3.6	14.3	25.0	3.6
要介護度	自立・認定なし	117	12.0	18.8	17.1	1.7	10.3	31.6	8.5
	要支援 1	72	9.7	20.8	11.1	1.4	20.8	30.6	5.6
	要支援 2	96	17.7	31.3	15.6	1.0	15.6	13.5	5.2
	要介護 1	169	13.0	24.9	13.6	4.1	20.7	19.5	4.1
	要介護 2	145	11.7	20.0	12.4	4.1	24.8	20.7	6.2
	要介護 3	180	10.6	30.0	8.3	5.6	22.2	17.2	6.1
	要介護 4	184	7.6	27.7	8.2	7.1	31.0	13.6	4.9
	要介護 5	209	3.3	35.4	9.1	2.4	29.7	15.3	4.8
	無回答	20	5.0	15.0	10.0	0.0	25.0	10.0	35.0
日常生活自立度	J	125	8.8	16.8	12.0	2.4	17.6	35.2	7.2
	A 1	142	15.5	19.7	11.3	4.9	16.2	26.8	5.6
	A 2	142	15.5	24.6	14.1	5.6	16.9	16.2	7.0
	B 1	145	12.4	26.9	15.2	3.4	25.5	14.5	2.1
	B 2	187	4.8	35.8	6.4	6.4	24.1	15.5	7.0
	C 1	97	8.2	29.9	11.3	2.1	33.0	11.3	4.1
	C 2	195	3.6	30.3	12.3	2.1	33.8	14.4	3.6
	不明	55	14.5	36.4	16.4	1.8	9.1	18.2	3.6
	無回答	104	12.5	21.2	5.8	2.9	22.1	20.2	15.4
認知症の程度	正常	244	10.7	20.9	15.2	0.0	16.0	29.5	7.8
	I	145	14.5	20.0	13.1	0.0	26.2	21.4	4.8
	II a	140	12.1	29.3	10.7	2.1	22.1	17.9	5.7
	II b	141	10.6	29.1	9.9	2.1	29.1	13.5	5.7
	III a	129	9.3	32.6	10.1	7.8	21.7	14.0	4.7
	III b	59	5.1	32.2	15.3	6.8	28.8	10.2	1.7
	IV	122	6.6	30.3	6.6	5.7	32.8	13.1	4.9
	M	65	4.6	27.7	10.8	21.5	18.5	12.3	4.6
	不明	66	7.6	36.4	15.2	1.5	19.7	18.2	1.5
	無回答	81	9.9	22.2	3.7	3.7	22.2	22.2	16.0
入院／転居	入院	983	11.5	30.6	12.7	2.8	22.4	14.9	5.1
	転居	185	1.6	8.1	3.2	9.2	28.6	41.1	8.1
	無回答	24	8.3	16.7	16.7	0.0	16.7	12.5	29.2

Ⅲ. 事例調査

1. 神鋼ケアライフ（株）「エレガーノ甲南」（神戸市）



ホーム及び法人の概要

ホーム概要	ホーム名	エレガーノ甲南
	所在地	兵庫県神戸市東灘区本山南町 3-3
	ホーム長	館長 見市 拓（みいち ひらく）
	開設年月日	1996 年 6 月 14 日
	建物概要	敷地面積：7,889.47 m ² , 延床面積：19,061.55 m ² 鉄筋コンクリート造地上 14 階（新築） 土地建物の権利形態：土地は神鋼不動産(株)所有, 建物は自社所有
	室数・定員数	定員 計 244 名 一般居室 105 室（全て 2 人入居可能）, 42.83 m ² ～125.86 m ² 介護居室 97 室（個室）, 21 m ² ～32 m ²
	平均要介護度	（自立者を含めて算出した場合） 0.917 （要支援・要介護者のみで算出した場合） 2.327
	利用形態等	利用権方式（一時金方式, 1 名の場合、居室の広さに応じて 3,680 万円～11,430 万円, うち生活・介護支援サービス一時金 350 万円）
	月額利用料*	1 名：158,650 円, 2 名：277,300 円（管理費及び食費を含む）
法人概要	法人名	神鋼ケアライフ株式会社
	本社所在地	神戸市中央区脇浜海岸通 1 丁目 5 番 1 号
	代表者	代表取締役社長 佐伯 壽一
	設立年月	1991 年 1 月 31 日
	資本金	4 億円
	サービス展開エリア	兵庫県（主に神戸市）

*介護保険に関する費用を除く

法人概要	実施事業	●有料老人ホーム 「ドマーニ神戸」、「エレガーノ摩耶」、「エレガーノ甲南」の3ホーム (神明倉庫(株)の「海岸通・エレガーノ神戸」への業務支援、西部ガスライフサポート(株)向け業務支援も実施) ●その他 訪問介護(介護予防あり)、訪問看護(介護予防あり)、福祉用具貸与・販売(介護予防あり)、居宅介護支援(介護予防あり)
	法人沿革	1991年1月 法人設立 1995年10月 「ドマーニ神戸」開設 1999年1月 在宅介護サービス事業開始 2001年9月 「エレガーノ摩耶」開設 2001年10月 「フォセッタ摩耶」開設 2002年10月 神明倉庫(株)「海岸通・エレガーノ神戸」への業務支援開始 2006年6月 「エレガーノ甲南」開設 2007年4月 「フォセッタ摩耶」を「エレガーノ摩耶」に統合
	関連・協力法人等	医療法人社団 神鋼会 神鋼病院 エレガーノ甲南クリニック(無床、内科・消化器科) (ホームと同一建物内)
	その他法人の特徴	● 神戸製鋼グループが高齢者介護事業に参入するために設立した法人。 ● 「エレガーノ摩耶」は関西地区では民間第1号のシニア住宅として、介護専用型有料老人ホーム「フォセッタ摩耶」と複合的に整備された。現在では、両者の運営を統合して全体を「エレガーノ摩耶」として運営。 ● 在宅介護事業は、「てとて」ブランドで、居宅支援・訪問介護・訪問看護・介護ショップを運営。 ● エレガーノ甲南内の健康管理室(看護師常駐場所)は「ケアセンター」(介護居室)棟内にある。 ● <u>内科・消化器科を標榜するエレガーノ甲南クリニックが同一建物内に開設されている。クリニックには、心電図計、一般 X 線撮影装置、上部電子内視鏡システム、超音波装置も配備。非常勤の神経科医師によるメンタルヘルスケアも、入居向け、職員向けに実施。</u> ● <u>ホーム内の健康管理室(看護職員が24時間常駐)とクリニック、入院や緊急時には神戸製鋼グループが運営する神鋼病院の協力により医療支援体制を確保。</u> ● <u>酸素吸入や吸引が必要な場合に備えてケアセンター2階全室(26室)に酸素中央配管設備を備えており、ターミナルケアにも対応することを標榜。</u>

1) 法人・ホームの医療に関する考え方

- 神鋼ケアライフでは、有料老人ホームなどの介護ビジネスを「信頼産業」と捉え、「信頼」のベースに医療は必要不可欠と捉えられている。この考えの背景には、大きく以下の 2 つの要素が影響している。

①神鋼ケアライフ創設以来の経験・経緯

- 神鋼ケアライフは、高齢者介護事業に参入するために、1991 年に新たに設立された。
- 介護事業参入のきっかけとして、ファイナルステージレベルのがんの高齢者の方と関わる機会があり、その孤独な状態に対し、安心して住まえる場所をつくりたいということであったため、当初から医療は不可欠との意識で事業が組み立てられている。同様に、医療とは、ターミナルケアも当然含むものとの認識されてきた。
- 当時は、一般的に、有料老人ホームは、自立した高齢者を対象とするものと考えられており、全国的な傾向として、介護居室の割合は 5%程度のものであった。しかし、同社では、ターミナルを含む医療が必要な人が必ず増えると考えられていたことや、当時、兵庫県が有料老人ホームに関する条例の見直しにより、介護居室の割合を独自に 20%以上に高めることが検討されていたこと等から、「ドマーニ神戸」は、この新条例基準を満たす第1号施設として、一般居室 197 室に対し介護居室 48 室(定員 55 名)、一時介護室 3 室(定員 12 名, 20.6%)で企画・設計が行われている。「ドマーニ神戸」の工事着工が 1994 年 3 月、開設は翌 1995 年 10 月であったが、開設直前の 1995 年 1 月には阪神大震災に被災し、入居予定(希望)者の消息確認が必要になったことなども、死や医療の重要性を再認識する機会となっている。

②現在の入居(希望)者の状況

- 現在の入居(希望)者の状況としても、近い将来に多少なりとも健康に不安を感じる人や要介護の人が有料老人ホームに入居する傾向にあること、入居時点の年齢も 70 代半ば～80 歳以上となっていること、高齢になるほど何らかの持病がある人が増えること、などが実態として見られている。
- このような経験や入居者の実態から、神鋼ケアライフでは、以下のような形で医療的ケアに対する取り組みが行われている。
 - ホームと同一建物内にクリニックが開設されるための働きかけ
 - 看護職員が 24 時間常駐(夜勤)する体制
:要介護者比率が高い(介護居室数が多い)ホーム(「エレガーノ摩耶」)では、さらに、夜勤も看護職員 2 名体制がとれるように職員を配置
 - 医療的ケアや介護技術に限らず、個人情報等の管理等も含めた職員研修の重視
 - ターミナルケア(ホーム内での看取り)への取り組み
:「ドマーニ神戸」開設当初は病院で死を迎えるケースが多いと想定されていたが、ホームで亡くなることを希望する人が徐々に増え、ここ数年では 60%を超えるようになり、ホームで亡くなるのが当たり前になりつつあるという。。ホームを自宅と同様に感じてもらいたいとの考えから、本人及び家族が希望する場合は、ホームの居室で看取ったり、ホーム内で葬儀を行ったりできるようになっている。

2) 医療処置を要する人の受け入れ方針と受け入れ実態

- アンケート調査の間 10 医療処置を必要とする方の受け入れ状況では、16 種の医療処置全てに関し、「入居時点で医療処置が必要な場合でもほとんど受け入れている」に該当する。ただし、「腎透析のケア」及び「人工呼吸器の使用」については、入居者の状態像や行為の内容によって受け入れられないケースもある。
- 実際に何らかの医療処置を要する入居者数も、16 種分合算すると延べ 70 名にのぼる。これは、調査時点の入居者数(162名)の 43.2%に相当する数字である(ただし、1 人の入居者が複数の医療処置を受けている場合は重複計上になるため、実人数とは異なる)。
- 特に、「排便」や「浣腸」を要する入居者はそれぞれ 20 名(入居者の 12.3%)となっている。

3) ホームの医療・看護体制

(1) 建物設備の状況

- 「エレガーノ甲南」のホームと同一建物内に、「エレガーノ甲南クリニック」が開設されている。
- このクリニックは一般の保険医の扱いであるため、入居者以外の近隣住民の診療も行われているが、ホーム入居者の診療や健康管理を重視してもらえよう、健康管理委託費として毎月一定の委託費が支払われている。ただし、この委託費には、入居者が病院等で受ける人間ドック経費が含まれており、その多くは人間ドック費用に充てられるものであることや、クリニックの家賃や設備のリース料金などはクリニックの診療報酬等からの収入により賄われていることなどから、他の一般診療所に比べて、金銭的に大きな魅力になるほどではないという。
- 診療科目は、内科、消化器科を標榜し、心電図計、一般 X 線撮影装置、上部電子内視鏡システム、超音波装置なども備えられている。また、がん等のターミナルケアにも対応するため、クリニックは麻薬取り扱いの許可を得て、疼痛管理も行える体制となっている。
- クリニックの医師は、「ドマーニ神戸」や「エレガーノ摩耶」の経験から考えると、50 代半ば程度で、話をよく聞いて、痛いところなどをさすってくれるような人あたりのよい医師、同時に、フットワークが軽く、夜間でも機敏に対応してくれる医師が向いている、という。若い医師では、その多くが高齢者の診療ではもの足りなかったり、ゆっくり話を聞けなかったりする面があり、60 代以上で半分隠居した気持ちになっている医師では、夜間の急変等のときにきちんと対応してもらえない可能性もある。
- また、2週に1回、非常勤の神経科医師がホームを訪問する形で、メンタルヘルス外来も開設されている。ここでは、軽度うつや認知症の前触れとなりやすい不眠症状(昼夜逆転現象等)やストレスに関しての相談・診察を行い、入居者からも好評である。さらに、神鋼ケアライフでは、専任のカウンセラー(週4日の非常勤雇用)も雇用されており、平常は「ドマーニ神戸」に勤務しつつ、定期的に他ホームも巡回する形がとられている。こうしたメンタルケアは、親しい入居者が亡くなった場合などにメンタルが不安定になるスタッフも見られることから、入居者だけでなく、スタッフも同時に受けられるようになっている。
- クリニック以外では、健康管理室、機能訓練室(健康増進設備あり)のほか、訪問歯科用に専門の歯科診療室も設けられている。
- また、酸素吸入や吸引が必要な場合に備えてケアセンター2階の全居室(26 室)には酸素中央配管設備が備えられている。
- その他設備として、ナースコール、AED(自動対外式除細動器)があるほか、廊下やエレベータはストレッチャー対応となっている。
- また、館内のホールでは、入居者の希望に応じて葬儀等も行えるようになっており、ボックススペースには棺を一時保管できる空間や家族控え室として使える部屋もあり、正面玄関を通らずに外に出られる出口も設けられている。

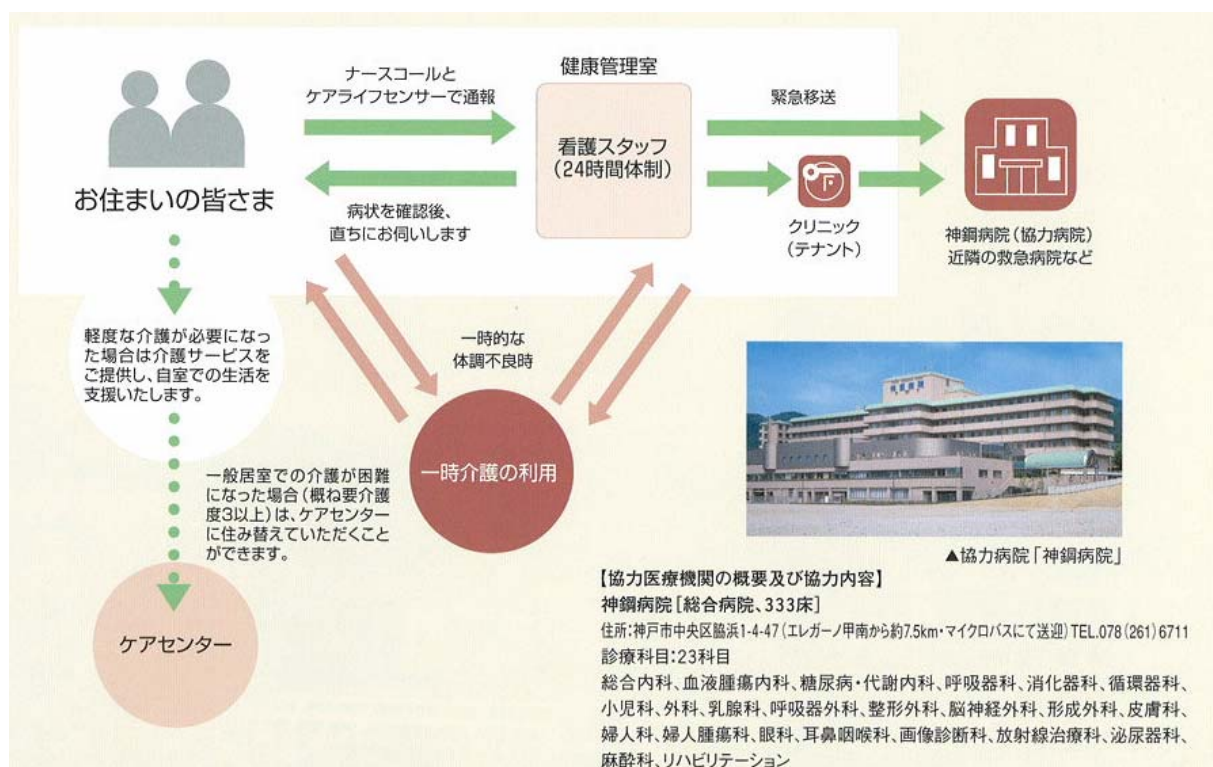
(2)職員体制・看護体制

- アンケート結果によれば、看護・介護職員は合計(常勤換算ベース)60.3名で、全入居者(162名)に対して2.7:1、要介護者(65名)に対して1.1:1と、非常に手厚く配置されている。
- さらに特筆されるのは、このうち12名が看護職だが、12名全てが常勤の(正)看護師である点である。人員基準どおりであれば、50:1の配置でもよいところ、5.4:1で配置されている。
- 特に休日・夜間の看護職員の配置については、休日2名、夜間は1名以上の夜勤体制という明確な方針が出されている。なお、介護居室が96室と多く、開設してから時間が経過し、入居者の要介護度などが高まりつつある「エレガーノ摩耶」では、既に夜勤2名体制が採られており、「エレガーノ甲南」でも将来的には夜勤2名体制(現状12名の看護師を15名にすること)が目指されている。2名以上にこだわっている理由は急変時の対応力を確保することにより、看護師が2名いれば、1人が救急車に同乗して経過報告をしたり状況を見届けたりする間にも、ホーム内に看護師が確保できるためである。夜勤1名体制のホームでも、急変が起きた場合は、救急車の手配後すぐに自宅待機の看護師に連絡を入れ、必要に応じてすばやくホームにかけつけられるように体制が組まれており、看護師不在にならないように配慮されている。
- 看護師の確保については、ハローワークや看護協会などを通じた公募、友人・知人(かつての職場の同僚等)への相談をきっかけとした採用など、あらゆるルートがあるが、採用条件として、現場経験が5年以上ということを条件とされている。5年程度医療現場で経験を積んだ看護師の中には、生活をしつつ医療的にサポートするというホームでの看護師の役割に魅力を感じる人も出てくるようであるという。同時にある程度の判断力も備わるようになる。実際には、「エレガーノ甲南」の看護師12名全員が、ほぼ10年以上の現場経験を持っている。
- ホームの看護師の適性としては、コミュニケーション能力が高いこと、介護予防や自立支援といった考え方や健康管理に関心がある・共感できることなどである。
- 特にケアセンター長(リーダーとして働く看護職員)の役割が重要となる。現在の「エレガーノ甲南」ケアセンター長は、業務経験年数33年に及ぶベテランでもある。医療現場の中でも最も厳しい現場のひとつである救急での業務経験もあり、そこでの経験がホーム全体の看護のレベルを支えている印象があるという。
- 介護職も含めたスタッフのモチベーションと品質を維持・向上させるには、研修が重要だという。ホームとして行う研修には、介護技術に関する研修や感染症や認知症など医療的ケアに関する研修のほか、接遇研修、管理者研修、ステージ別研修、コンプライアンス研修、個人情報管理に関する研修など体系的に行われている。
- 接遇研修や管理者研修、ステージ別研修などは、一部、神戸製鋼グループの社員研修や神戸製鋼グループからの委託を受けてグループ職員向けに行われる外部の研修会社の研修に参加する方法も採られている。
- また、介護事業者を対象とした外部研修を活用することもある。一般事務職員にもヘルパー2級を取得するように奨励されているが、外部実習の際に、例えば、コンプライアンスや個人情報保護などの対応にレベル差があることを感じ、自ホームでの取り組みに自信を持つきっかけとなった場合もあるという。
- さらに、異業種からの参入企業らしい取り組みとして、企業理念を書いた小さな用紙を、常に手帳等に挟んで持ち歩くよう指導されていることが挙げられる。
- 体系的な研修があることが、モチベーションや離職防止にも役立っているという。例えば、2005年度に採用された介護職24名、事務職2名が今年(2007年度)入社2年目研修を受けているが、離職者はゼロであった。
- ホーム経営者の見解によれば、このような手厚い職員配置や体系的な研修を実現するには、安定的な規模がなければ難しいという。

(3) 協力医療機関の体制

- 協力医療機関には、「エレガーノ甲南クリニック」のほか、神戸製鋼グループが所有する神鋼病院、近隣の歯科診療所が名を連ねるが、入居者の健康管理や医療面のバックアップは、特に神鋼病院と「エレガーノ甲南クリニック」の連携によるところが大きく、両者とはほぼ毎日何らかのやり取りが発生しているという。
- 入居者は、ちょっとした不調の場合は看護師が 24 時間常駐する健康管理室に行ったり、ナースコールで連絡し、看護師に相談したりすることができる。看護師は、医師の指示を要する場合はクリニックの医師に電話し、指示を受け、処置などの対応を行う。クリニックからの指示で対応ができないような緊急ケースは、救急隊に連絡した後、神鋼病院にも連絡を入れ、受け入れを要請した上で、看護師が救急車に同乗して一緒に病院に行き、病状報告をしたり、経過を見届け医師の説明を聞いたり、ということが行われる。

医療機関等との連携の仕組み



出所) 神鋼ケアライフ (株) のパンフレットより

4) 療養再編後の方向性等についての考え方

(1) ホームとしての方向性

- 今後は、これまでどおりの医療に対する方針を維持しつつ、入居者の状態像の変化等に合わせて看護師を増員(現 12 名体制→15 名体制へ)したり、神経科医師の訪問回数を増やしたり(現 2 週に1回→週1回に増加等)することが想定されている。基本的には、既に「ドマーニ神戸」等で先行して実現されていることが「エレガーノ甲南」でも行われる方向である。
- 特に、今後、重要になると思われるのは、認知症への対応である。人違い、昼夜逆転などに加え、物盗られ妄想などが出ると、警察や弁護士など外部を巻き込む騒動になる場合もある。既に成年後見制度を利用している入居者もいる(エレガーノ甲南で2名、ドマーニ神戸で5～6名)が、そのようなサポート体制も必要になると想定されている。

(2) 制度上で改善等が望まれる点

- アンケートでは、問 30 において、「胃ろうのケア」や「人工肛門のケア」は介護職員が対応できるようにしていくことが望ましいとの回答があった。
- また、インタビューにおいては、職員の数・質を確保するには、介護報酬に関連し、以下のような指摘を受けた。
 - 職員の質(業務経験年数等)が反映されていない点 ;新卒でもベテランでも同じ報酬となるため、経営を黒字にするという観点からすれば、一定年齢・一定期間で辞めてもらい若い給与の安いスタッフで対応する方がよい、ということとなり、利用者の利益に反する面がある。
 - 第三者評価の重視 ;クオリティの底上げが第一義的な目的だとは思いますが、それだけでなく、報酬と連動したインセンティブ設計が必要。ただし、ひとつの正解があるようなものではないため、事業者によって特徴を出せるように、個別要素の加算ではなく、総合力の評価が報酬と連動するような仕掛けが望ましい。

2. (社福) 聖隷福祉事業団「浜名湖エデンの園」(浜松市)



ホーム及び法人の概要

ホーム概要	ホーム名	浜名湖エデンの園
	所在地	浜松市北区細江町中川 7220-99
	ホーム長	園長 芝脇 和春
	開設年月日	1973年5月
	建物概要	敷地面積:16,994.86 m ² , 延床面積:27,183.91 m ² 1号館・2号館: 鉄筋コンクリート造地上7階建 3号館: 鉄筋コンクリート造地上5階建 4号館: 鉄骨鉄筋コンクリート造地上7階建 5号館: 鉄筋コンクリート造地上6階建 6号館: 鉄筋コンクリート造一部鉄骨造地上4階建 土地建物の権利形態: 土地・建物とも自法人で所有
	室数・定員数	定員 計519名, 408室 一般居室460名・352室, 介護居室59名・56室 ※全室個室
	平均要介護度	(自立者を含めて算出した場合) 0.647 (要支援・要介護者のみで算出した場合) 2.388
	利用形態	利用権方式 (一時金方式, 1名の場合、居室の広さに応じて1,625万円～5,062万円)
	月額利用料*	1名:119,417円 (管理・運営費、食費、水道光熱費を含む, 上乗せ介護費はなし)
法人概要	法人名	社会福祉法人 聖隷福祉事業団
	代表者	理事長 山本 敏博
	設立年月	1930年5月1日
	サービス展開エリア	全国(千葉県, 東京都, 神奈川県, 静岡県, 奈良県, 兵庫県, 愛媛県, 鹿児島県)
	実施事業	【医療】 病院, 診療所, ホスピス等 【保健】 健康増進, 健康診断, 人間ドック, 疾病予防, 労働環境測定等 【介護サービス】 介護老人保健施設, 通所事業, 訪問看護ステーション, 在宅訪問事業等 【福祉】 特別養護老人ホーム, 身体障害者療護施設, 救護施設, 無料または低額診療, 保育事業, 有料老人ホーム事業等

*介護保険に関する費用を除く

法人概要	法人沿革	1926 年 大野篁二、長谷川保により聖隷の名称が生まれる。「聖隷社」創業。 1930 年 貧しい結核患者の収容保護事業を開始。ペテルホーム(神の家)建築。 1936 年 三方原の県有林約 7ha の払い下げを受ける。聖隷保養農園と称す。 1938 年 社会事業認可。 1942 年 財団法人認可。(理事長/渡辺兼四郎) 聖隷三方原病院の前身聖隷保養農園附属病院開設。 1945 年 終戦により戦災者・引揚者らの収容施設開設。 1946 年 更生保護施設認可。 1952 年 聖隷准看護婦養成所開設。 5 月 17 日社会福祉法人聖隷保養園認可。(理事長/長谷川保) 1954 年 浜松市元目町に診療所開設。更生施設結核回復者のアフターケア開始。 1961 年 社会福祉法人十字の園、特別養護老人ホーム十字の園を開設。 健診活動を検診車 1 台で開始。 1962 年 聖隷浜松病院開設(114 床)。 1966 年 わかば保育園認可。重度精神薄弱児施設小羊学園開設。 聖隷事業集団機関誌「聖隷」創刊。 学校法人聖隷学園設立、聖隷学園高等学校開設。 1969 年 聖隷浜松病院、総合病院認可。聖隷学園浜松衛生短期大学設置。 1971 年 こうのとり保育園、御殿場十字の園開設。 1972 年 春日保育所(現:春日保育園)名瀬市(現:奄美市名瀬)より受託。 1973 年 法人名称を聖隷保養園から聖隷福祉事業団に改称。 <u>高齢者世話ホーム浜名湖エデンの園開設。</u> 精神薄弱者更生施設やまばと成人寮開設。 1974 年 特別養護老人ホーム奄美佳南園開設。 1975 年 桜ヶ丘保育園、聖隷健康診断センター開設。 1976 年 聖隷三方原病院総合病院認可。ひかりの子保育園開設。 1977 年 聖隷浜松病院未熟児センター開設。 1978 年 身体障害者療護施設聖隷厚生園信生寮および救護施設聖隷厚生園讃栄寮の複合施設開設。 こうのとり東保育園、軽費老人ホーム(A 型)もくせいの里開設。 1979 年 高齢者世話ホーム宝塚エデンの園、特別養護老人ホーム宝塚栄光園開設。 やまばと学園、同成人寮が社会福祉法人牧ノ原やまばと学園として独立。 1980 年 高齢者世話ホーム松山エデンの園開設。 1981 年 聖隷三方原病院内に聖隷ホスピスを開設。聖隷厚生園の印刷所を分離、新たに聖隷サービス有限会社独立。 1983 年 聖隷予防検診センター開設。 1984 年 神戸・兵庫県和田山の 5 施設(恵生園、真生園、和生園、神戸愛生園、神戸聖生園)社会福祉法人神戸聖隷福祉事業団として法人独立。 1986 年 高齢者世話ホーム油壺エデンの園開設。 1989 年 日本生命と提携してニッセイ聖隷健康福祉財団設立。 1990 年 東京海上との共同事業聖隷コミュニティアセンター開設。 1991 年 老人保健施設三方原ペテルホーム開設。 1992 年 ウェル・エイジング・プラザ奈良ニッセイエデンの園、特別養護老人ホーム横須賀愛光園、重度身体障害者地域生活支援事業用住宅シオンハウス開設。 聖隷クリストファー看護大学開学。 1993 年 老人訪問看護ステーション住吉、特別養護老人ホーム森町愛光園、身体障害者デイサービスセンターまじわりの家デイサービスセンター開設。 1995 年 宝塚市立逆瀬台デイサービスセンター、訪問看護ステーション細江・浅田・宝塚、逆瀬台在宅介護支援センター開設。 1996 年 東京都住宅供給公社ケア付高齢者住宅明日見らいふ南大沢、名瀬(現:奄美)市立春日デイサービスセンター、心身障害児小規模通園施設のぞみ園、逆瀬川駅前在宅介護支援センター開設。 1997 年 特別養護老人ホームいなさ愛光園、ウェル・エイジング・プラザ松戸ニッセイエデンの園、訪問看護ステーション貴布祢・萩丘(現:高丘)・北神戸・上大岡(現:横浜)、精神障害者グループホームせいわホーム、聖隷ヘルパーセンター開設。 1998 年 せいれいヘルパーステーション横浜、せいれい訪問看護ステーション油壺・横須賀開設。
-------------	-------------	--

法人概要		1999 年 特別養護老人ホーム和合愛光園、浜北愛光園、花屋敷栄光園、淡路栄光園、軽費老人ホームケアハウス花屋敷、せいれい訪問看護ステーション花屋敷、身体障害者デイサービスセンターあすなろ、障害者生活支援センターくすのき開設。浦安市の特別養護老人ホーム、ケアハウス、高洲高齢者デイサービスセンター、猫実高齢者デイサービスセンター受託経営開始。国立明石病院岩屋分院の経営移譲を受けて聖隷淡路病院を開設。 2000 年 いなさ愛光園グループホームほのぼのケアガーデン、せいれい訪問看護ステーション淡路・油壺・秋谷(現:横須賀)、せいれい宝塚在宅総合ケアセンター、せいれい逆瀬川駅前デイサービスセンター、聖隷コミュニティケアセンター宝塚開設。聖隷ケアプランセンター浜松、浜北、細江、横須賀愛光園、北神戸、上大岡(現:横浜)、油壺、秋谷(現:横須賀)開設。 2001 年 聖隷浜松病院第 3 期建築工事が竣工。訪問看護ステーション広沢開設。聖隷デイサービスセンター住吉、聖隷ケアプランセンター竜洋開設。 2002 年 逆瀬川あゆみ保育園、訪問看護ステーション竜洋、聖隷ヘルパーセンター初生開設。 2003 年 国立横浜東病院の経営移譲を受けて聖隷横浜病院を開設。御殿山あゆみ保育園、御殿山児童館、精神障害者地域生活援助事業風声ホーム、精神障害者地域生活支援センターナルド、市町村障害者生活支援事業障害者生活支援センター信生、高齢者生活支援ハウスやまぶき、身体障害者療養施設みんとす、特別養護老人ホーム松戸愛光園、磐田市子育て支援総合センターのびのび、せいれいケアプランセンター花屋敷開設。 2004 年 国立佐倉病院の経営移譲を受けて聖隷佐倉市民病院を開設。聖隷デイサービスセンター初生開設。 2006 年 浦安せいれいの里(浦安愛光園、バテルホーム、せいれいクリニック)、地域包括支援センター和合・細江、花屋敷地域包括支援センター開設。おおぞら療育センターを小羊学園より聖隷三方原病院へ設置移管。 2007 年 聖隷ケアプランセンター和、せいれい山本デイサービスセンター開設。聖隷リハビリプラザ IN 高丘開設。浦安エデンの園開設。
	関連・協力法人等	● 財団法人 ニッセイ聖隷健康福祉財団(有料老人ホーム「エデンの園」事業、調査研究事業、研修・人材育成事業等) ● 財団法人 日本老人福祉財団(有料老人ホーム「ゆうゆうの里」事業) ● 社会福祉法人 十字の園(特別養護老人ホーム事業) ● 社会福祉法人 小羊学園(知的障害更生施設、知的障害児施設、重症心身障害児施設、生活介護事業等) ● 社会福祉法人 神戸聖隷福祉事業団(身体障害者授産施設、身体障害者療護施設、障害者福祉サービス、特別養護老人ホーム、高齢者居宅介護支援事業、高齢者在宅介護事業等) ● 社会福祉法人 牧ノ原やまばと学園 ● 学校法人 聖隷学園(聖隷クリストファー大学等) ● 医療法人 聖愛会(病院、老人保健施設、診療所、在宅サービス) ● 財団法人 芙蓉協会(病院、訪問看護ステーション、健康診断センター) ● 財団法人 恵愛会(病院) ● 社会福祉法人 さくま(特別養護老人ホーム、指定居宅介護支援事業所、在宅介護サービス、在宅介護支援センター等) ● 聖隷サービス有限会社 ● 日本救急医療ヘリコプター株式会社 ● 宗教法人 日本キリスト教団 遠州栄光教会 ● 浜松ディアコニッセ母の家 ● 医療法人社団 聖仁会(クリニック、健診)
	その他法人の特徴	● キリスト教をベースに、医療、保健、介護、福祉の幅広い領域で事業展開する。ホスピス等、制度・他事業者に先駆けて新しい事業に取り組み、その実績を踏まえて制度化された事業も多い。 ● 浜松市北区には、聖隷三方原病院を中心に、有料老人ホームのほか、ホスピス、大学、障害者施設等多数の機能が集積している。

1) 法人・ホームの医療に関する考え方

- 「浜名湖エデンの園」が開設された 1973 年当時は、医療は病院で、介護は特別養護老人ホームで受け、有料老人ホームは医療や介護を必要とせず、経済的にゆとりのある自立した高齢者を対象とすることが想定されていた時代であった。このため、「浜名湖エデンの園」も、当初は一般居室中心で、介護居室は無く、医療や介護を受け入れるシステムはなかった。
- その後、医療分野では、医療法・医療制度の改定によって病床数削減や平均在院日数の短縮化が進められる中で、治療が不要な状態であれば不安定な状態であっても病院では受け入れられなかったり、入院してもある程度治療が終わり安定した段階で退院せざるを得なかったりといったことが増えてきた。また、介護分野でも、特別養護老人ホームの入所希望者が増え、すぐには入所できないという状況が生じてきた。このような社会情勢の中で、「浜名湖エデンの園」でもホーム内での介護の必要性を感じ、1991 年に介護居室を設け、ケアセンターとして整備された。さらに、介護保険制度が導入された 2000 年には介護棟を建設し、再度介護居室の増築が行われた。
- ケアセンターを整備し、要介護者の受け入れを増やすにあたり、症状の悪化等で急な治療や入院が必要になった場合に備え、療養病床のある診療所も設置されることとなった。
- 有料老人ホームへの入居を希望する人は、子どもがいない人や家族等に迷惑をかけたくないという意識の強い人が多く、大事に至る前に診察を受けたり、相談したりすることを希望する傾向が強いという。このため、身近に看護職員や医師がいて、すぐに相談に応じられる体制をつくることは、ホーム内での日常生活や介護を行う上での信頼・安心のベースになると考えられている。

2) 医療処置を要する人の受け入れ方針と受け入れ実態

- アンケート調査の間 10 医療処置を必要とする方の受け入れ状況では、16 種の医療処置のうち、「インシュリン注射」、「インシュリン以外の注射・点滴」、「排便」、「浣腸」、「吸入」の 5 種については「入居時点で必要な場合でもほとんど受け入れて」おり、受け入れが難しい「人工呼吸器の使用」を除く 10 種については、「入居中に必要な場合は対応している」となっている。
- これは、「エデンの園」が入居時自立を原則とするホームであることが大きく影響している。「入居時点で医療処置が必要な人は受け入れていない」10 種の医療処置は、要介護度との関連性が高く、通常、要介護度の高い人ほど必要となるものである。つまり、医療的なケアの必要性だけでなく、介護の必要性も高いケースということになる。例えば、人工呼吸器を使用する場合に対応が難しいのは、ほぼ寝たきりの状態で、頻回な痰の吸引や他の医療処置が伴うことがあり、入居対象の「自立した高齢者」からかけ離れた状態である。
- なお、「入居時点で医療処置が必要な人は受け入れていない」と回答された医療処置でも、下表で＊を付した 6 項目は、ある程度の自己ケア・自己対応ができ、看護職員が補助・見守りを行えばよい場合など、状態によっては入居時点で必要でも受け入れられることもあるという。
- 実際に該当する入居者数も、合算すると 33 名(重複あり)となっている。これは、調査時点の全入居者数(414 名)の 8.0%、要支援・要介護入居者(113 名)の 29.2%に相当する。

入居時点で医療処置が必要な人はほとんど受け入れていない (入居中に医療処置が必要になった場合は入院・転居を勧める)	入居時点で医療処置が必要な人は受け入れていないが、入居中に必要な場合は対応している	入居時点で医療処置が必要な場合でもほとんど受け入れている
人工呼吸器の使用	創傷・びく瘡のケア 胃ろうのケア 胃ろう以外の経管栄養のケア 気管切開後のケア＊ 腎透析のケア＊ 人工肛門のケア＊ 膀胱留置カテーテルのケア＊ 在宅酸素療法＊ 吸引 疼痛の緩和＊	インシュリンの注射 インシュリン以外の注射・点滴 排便 浣腸 吸入

3) ホームの医療・看護体制

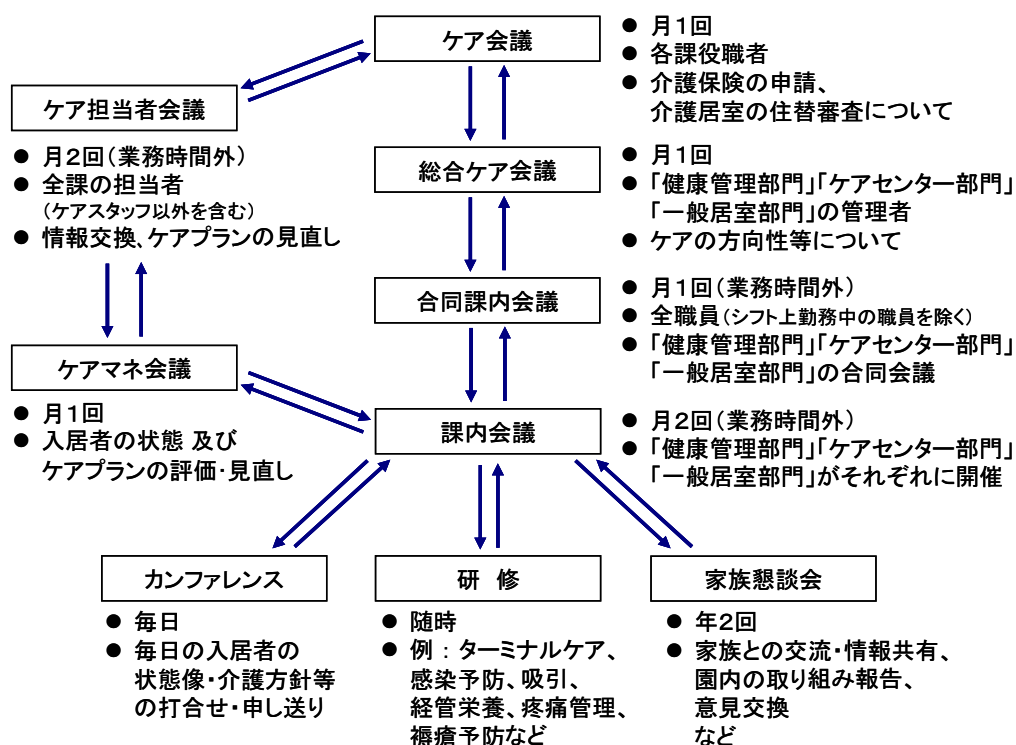
(1) 建物設備の状況

- 「浜名湖エデンの園」には、同一法人が運営する「浜名湖エデンの園診療所」が設置されている。診療所が同一建物内に開設されていることによって、なんでも相談できる医師が確保されていることが、医療処置の必要な人を受け入れられることに大きく貢献している。
- 「浜名湖エデンの園診療所」はホームドクターとして機能しており、常勤の医師がひとり勤務している。夜間は自宅などで待機しており、電話等で相談を受けてもらえるほか、必要時は実際に駆けつけて診療してもらえる体制となっている。
- 慢性疾患で症状が落ち着いている場合は「エデンの園診療所」で対応し、医療的に専門性が高く、治療の必要な疾患や外傷の場合は同診療所の医師が病院宛の紹介状を書き、それを持って照会先の病院を受診する。病院は特に規定しているわけではないが、立地上も、同一法人であることによる連携のしやすさの観点からも、隣接する聖隷三方原病院を受診するケースが多い。より緊急性が高い症状が出ている場合は、救急として直接聖隷三方原病院へ行くケースもある。
- 入院して症状が安定してきたら、病院から「エデンの園診療所」宛に紹介状を書いてもらい、同診療所の医師による医学的管理のもとにホームに戻るることとなる。
- つまり、入退院の判断や連携、平時(あるいは退院後)の医学的管理は、「エデンの園診療所」の医師が中心となり、ホームの看護職員がサポートする形で行われている。
- なお、「エデンの園診療所」では、疼痛管理への対応も行うことも可能である。
- ホームが開設した 1973 年当初は、医療や介護を必要とせず、比較的経済的にゆとりのある自立した高齢者を対象とする想定であったため、医療が必要になったら病院に、介護が必要になったら特別養護老人ホームに適切に連携するという方針であった。しかし、医療法等の改正(平均在院日数短縮化等)や高齢化の進行等の環境変化によって、病院も特別養護老人ホームも必ずしも必要なときにすぐ受け入れてもらえるとは限らなくなったことから、同一建物内に有床診療所(療養病床)を開設するというコンセプトが提案され、それがちょうど介護保険創設とほぼ同時期に実現された。その後、もともと少なかった介護居室を増やしケアセンターとして整備し、診療所の役割の中心が慢性疾患への薬の処方・管理と必要に応じた病院・救急への連携に絞られてきたことや厚生労働省の療養病床再編に関する方針を受けて、2007 年 4 月から診療所の病床は廃止され、有料老人ホームの介護居室及び一時介護室へ転換された。
- 「エデンの園診療所」が提供する医療は、必ずしもホーム入居者のみとする制約はなく、制度上は近隣の住民や隣接する特別養護老人ホーム等の施設の入所者も受診できるようになっていたが、ホーム内(6号館4階)に位置するという立地条件上、実際には患者の大半がホーム入居者であった。このため、原則的には同診療所は別経営の扱いではあるが、その運営費に対し金銭的な補助が行われている。その金額水準は、有床診療所としていたときと比べ、病床を廃止した今年度からはほぼ1/4の金額に減っている。このような形態をとるには、一定の定員規模(およそ 300~400 人程度)を持つホームでなければ、成立し得ないこととなる。
- このほか、建物・設備に関する事項として、「ナースコールと吸引機器がないことには全く対応ができない」こと、介護予防やリハビリなどのための機能訓練室、リハビリ器具等も重要性の高いことが指摘された。

(2) 職員体制・看護体制

- アンケート結果によれば、看護・介護職員は合計(常勤換算ベース)67.6名で、全入居者(414名)に対して 6.1:1、要介護者(113名)に対して 1.7:1 と、手厚く配置されている。このほかに、ケアマネジャーや生活相談員が勤務しているが、これらの職員は先の人数に含めていないが、時には現場で介護も行っているため、実際にはさらに手厚い配置となっている。
- このうち 7.6 名(常勤換算ベース)が看護職である。人員基準どおりであれば、50:1 の配置でもよいところ、14.9:1 で配置されている。特に、休日・夜間の看護職員の配置については、休日 2 名、夜間は 1 名の夜勤体制を採っている。
- 看護職員が果たす役割と介護スタッフが果たす役割とは明確に分けられている。
 - 看護職員の主な役割は健康状態の把握・管理や医療処置への対応、緊急時の医師への連絡や病院への付き添い、介護職員との連携などである。
 - 役割を分けて必要な職員数を確保しつつ、シフトを組むには、やはり、一定の定員規模が必要となるが、役割分担をすることにより、看護職員の専門性が活かしやすくなるため、モチベーション向上と負担の削減の両方に貢献する。
 - 役割分担をするためにも、ミーティングやカンファレンス等による情報の共有化が一層重要になる。日常業務の中での情報共有のために「ケア会議」、「ケア担当者会議」、「カンファレンス」のほか、ケアセンター(介護居室)担当の介護職員、一般居室担当の介護職員、健康管理担当の看護職員の3部門が合同で行う「合同課内会議」、各部門で行う「課内会議」、3部門の代表者が集まって行う「総合会議」などが体系的に行われている。
- 入院・手術や救急搬送が必要な場合などは、家族への連絡が重要となる。緊急性が高くない場合の連絡・報告については、心配をかけたくないために連絡して欲しくない方もいることから、入居者や家族の意向に沿って対応を変えている。家族との交流・情報共有などを目的とした「家族懇親会」も定期的に開催しているが、認知症等で意思表示ができない入居者の場合などは、このほかに随時連絡をとるようにしている。

「浜名湖エデンの園」で行われる主なケアに関するミーティングの構造



出所)インタビュー内容をもとに NRI 作成

- 職員の研修についても、法人本部で実施する研修と、キャリア支援室が実施する研修、ホーム単位で実施する研修、外部研修機会を活用するもの等、多様なテーマ・機会が設けられており、平均すると職員1人あたり年間3～5回以上は受講する形となっている。
- 法人本部が実施する研修は、新人研修から始まるステージ別研修のほか、医療・介護制度に関する事項、個人情報に関する事項、コンプライアンスに関する事項などの事業横断的に必要となる基礎的な事項を学ぶための研修が行われている。
- キャリア支援室が実施する研修では、主に看護・介護等のスキルに関する研修が行われる。例えば、認知症ケア、記録・計画、生活介護、リハビリなど、個々の職員の目標に合わせてテーマを選び、2年間のコースとして受講する。このコースでは、終日がかりの研修が6回設定され、そこでの議論を通じて課題設定を行い、その課題(宿題)を日常業務に持ち帰り、周りのスタッフの協力も得ながらケース検討を行ってレポートをまとめていくという、大学もしくは大学院に近い形態がとられている。また、参加者は、参加していない人のために、合同会議などで報告をしたり、月1回程度の定例勉強会を主催したりして、フィードバックの機会を設けることになっている。こうした専門的な研修に参加することは、職員の仕事への責任意識やモチベーションにもつながっているという。
- 社会福祉協議会や(社)有料老人ホーム協会が開催する講演会・勉強会・研修会・ケース報告会等のほか、看護・介護領域の研修事業を行う民間企業の研修も含め、外部研修への参加も奨励されている。
- 日常業務・会議を通じたOJTや多様な研修機会が用意されているが、ホーム職員の採用にあたっては、看護職の場合は新卒等の場合を除いて業務経験があること、介護職の場合はヘルパー2級以上を持っていること、さらに正規職員の場合は介護福祉士の資格を持ち40歳未満であることが採用条件となっている。
- 特に、看護職の場合は、高齢者介護の領域での仕事を望んでいることも重要な要素で、医療機関での看護とは異なる生活視点の看護を志せる人、高齢者の気持ちがわかる人が優先的に採用されている。
- 医療機関の看護職と異なる点は、入居者本人が必ずしも明確に症状等を訴え出ることができない点である。このため、高齢者の話に耳を傾けたり、細やかな観察を通じて日常との違いを察知したりできることが重要となる。また、一定期間を過ぎたら完治して退院していくという形ではないため、亡くなるまで長期的に関わっていくということへの意識も必要である。

(3) 協力医療機関の体制

- 協力医療機関は、「エデンの園診療所」(主として内科)のほかに、近隣の歯科診療所、入院・緊急時及び専門医療については隣接する聖隷三方原病院との連携が図られている。
- 病院を受診する場合には、救急時を除き、「エデンの園診療所」の医師を受診して、紹介状を書いてもらった上で受診する形がとられている。これは、入院せずにホームに戻れた場合や退院後に状況がわかるようにということと、紹介状の有無によって利用者が負担する料金が変わってくることへの配慮の双方が意図されている。

4) 療養再編後の方向性等についての考え方

(1) ホームとしての方向性

- 現状として、看取りを含めた医療対応ができていることから、今後も、基本的には現在の医療対応の水準を維持していく方向で考えられている。
- 療養病床の再編に関しても、現在の医療対応ができているならば、さほどの影響は受けないだろうと予測されている。
- 特に、「浜名湖エデンの園」では、療養病床の再編に先駆けて、2007 年 4 月から、「エデンの園診療所」が保有していた療養病床を含む入院病床が閉鎖され、無床診療所へ転換されている。
- また、看取りへの対応については、死後の処置(エンゼルケア)やデスカンファレンスを含めた取り組みの充実が目指されている。

(2) 制度上で改善等が望まれる点

- 「創傷・じょく瘡のケア」、「在宅酸素療法」、「(痰の)吸引」、「吸入」については、介護職員にも対応できるようになれば、医療処置を必要とする入居者がより受け入れやすくなることが指摘された。
- 特に、痰の吸引については、緊急に対応が必要になる場合もあるため、介護職員が行ってもよいとなれば、夜間や緊急時の対応が行いやすくなるという。
- それ以外の処置については、医療処置に関する部分だけでなく、必要とされる介護の要求レベルも高く、介護職員が対応できるようになっても手厚い人員体制がないと対応が難しい面もあるという。

3. (財) 日本老人福祉財団「浜松ゆうゆうの里」(浜松市)



ホーム及び法人の概要

ホーム概要	ホーム名	浜松ゆうゆうの里
	所在地	浜松市北区細江町中川 7399
	ホーム長	施設長 野村 千代子
	開設年月日	1976年6月
	建物概要	敷地面積: 19,115.07 m ² , 延床面積: 21,621.94 m ² 鉄筋コンクリート造地上 4～8 階建
	室数・定員数	263 戸 一般居室: 25.5～63.9 m ² 介護居室: 24.3～48.6 m ²
	平均要介護度	(自立者を含めて算出した場合) 0.741 (要支援・要介護者のみで算出した場合) 2.43
	利用形態	利用権方式 (一時金方式, 1 名の場合、居室の広さに応じて 1,695 万円～4,068 万円)
	月額利用料*	1 名: 123,290 円, 2 名: 219,740 円 (管理費、食費、水道料、給湯料、電話代を含む)
法人概要	法人名	財団法人 日本老人福祉財団
	代表者	理事長 田島 誠一
	設立年月	1973 年
	サービス展開エリア	全国(神戸市, 守口市, 宇治市, 浜松市, 伊東市, 湯河原町, 佐倉市)
	実施事業	有料老人ホーム事業
	法人沿革	1973 年 法人設立(厚生大臣の認可) 1976 年 浜松くゆうゆうの里開設 1979 年 伊豆高原くゆうゆうの里開設 1983 年 神戸くゆうゆうの里, 湯河原くゆうゆうの里開設 1985 年 大阪くゆうゆうの里開設 1988 年 佐倉くゆうゆうの里開設 1997 年 京都くゆうゆうの里開設
	関連法人等	社会福祉法人 聖隷福祉事業団
	その他法人の特徴	● 財団法人日本老人福祉財団は主として有料老人ホームを設置運営するために設立された財団法人。 ● 聖隷福祉事業団とノウハウ面で相互協力関係にある。

*介護保険に関する費用を除く

1) 法人・ホームの医療に関する考え方

- 1995 年にケアセンター(介護居室)が整備された。そのとき以来、「浜松ゆうゆうの里」では、医療処置が必要な場合でも、「家庭(自宅)で対応できることは、できるだけ対応したい」という思いで介護を行われている。このため、「受け入れる方法はないだろうか」、「どうしたら受け入れられるか」と、「できるだけ対応する」という視点から出発している。

2) 医療処置を要する人の受け入れ方針と受け入れ実態

- アンケート調査の間 10 医療処置を必要とする方の受け入れ状況では、16 種の医療処置のうち、「インシュリン以外の注射・点滴」、「気管切開後のケア」、「人工呼吸器の使用」の 3 種については「入居時点で医療処置が必要な人はほとんど受け入れ居ていない」医療処置となっている。「入居時点で必要な人は受け入れていないが、入居中に必要なになった場合に対応している」内容としては、「排便」、「浣腸」、「創傷・じょく瘡のケア」、「疼痛の緩和」の 4 種が挙げられ、それ以外の 9 種は「入居時点で必要な場合でもほとんど受け入れている」となっている。
- 「浜松ゆうゆうの里」では、新規入所者の受け入れについては、特に医療処置に関して一律の基準・条件は設けず、あくまで、入居者一人ひとりの状態等を踏まえた上で、入居者の「ホームに居たい」、職員の「なんとかしよう」という思いを尊重しつつ、個別に判断が行われている。
- このため、アンケート回答に記載された「入居時点で必要な人は受け入れていない」処置は、「対応しない」方針が明確にあるものではなく、これまでの経験から少なかったもの、一定の侵襲性のある行為で、できるだけその処置が必要にならない方がよいものなどである。
- 実際に、下記の 16 項目の医療処置に該当する入居者は、合算すると 25 名(重複あり)となっている。これは、調査時点の全入居者数(292 名)の 8.6%、要支援・要介護入居者(89 名)の 28.1% に相当する。
- また、入居時点で直接ケアセンター(介護居室)に入居できることも、「入居時点で必要な場合でもほとんど受け入れている」処置が多いことの一助となっている。

入居時点で医療処置が必要な人はほとんど受け入れていない (入居中に医療処置が必要になった場合は入院・転居を勧める)	入居時点で医療処置が必要な人は受け入れていないが、入居中に必要なになった場合に対応している	入居時点で医療処置が必要な場合でもほとんど受け入れている
インシュリン以外の注射・点滴 気管切開後のケア 人工呼吸器の使用	排便 浣腸 創傷・じょく瘡のケア 疼痛の緩和	インシュリンの注射 胃ろうのケア 胃ろう以外の経管栄養のケア 腎透析のケア 人工肛門のケア 膀胱留置カテーテルのケア 在宅酸素療法 吸引 吸入

3) ホームの医療・看護体制

(1) 建物設備の状況

- 「浜松ゆうゆうの里」には併設クリニックはないが、恵まれた医療環境を生かした外部の診療所・病院との連携によって、入居者への医療サービスが提供されている。
- 「浜松ゆうゆうの里」は、立地的には、「浜名湖エデンの園」(同一建物内に「浜名湖エデンの園診療所」有り)に隣接し、また、聖隷三方原病院とも近接している。そのほかにも、聖隷病院 OB の医師が開業している診療所各科も比較的近いところに多数存在しており、これらの診療所と聖隷三方原病院との病診連携も既に定着している状況にある。
- このため、「浜松ゆうゆうの里」では、こうした地域の恵まれた医療環境を生かし、入居者の状態や希望に応じて、医師の専門によって呼吸器科、循環器科、歯科、眼科、耳鼻科等、近隣の診療所や病院を使い分けることができている。
- また、近隣の医師は、ホームの取り組みに対して協力的な医師が多く、往診や電話対応なども、親身に対応してもらえているという。
- 設備面では、健康管理室、吸入・吸引機器、ナースコールのほか、廊下・エレベータ周りのストレッチャー対応、AED(自動対外式除細動器)の設置が行われている。
- また、2005 年度から、居室内での入居者の動きの有無を確認できるよう各居室にセンサーが設置されている。

(2) 職員体制・看護体制

- アンケート結果によれば、看護・介護職員は合計(常勤換算ベース)60.9名で、全入居者(292名)に対して4.8:1、要介護者(89名)に対して1.5:1と、かなり手厚く配置されている。できるだけ手厚い人員配置を採りたいが、ホームの「体力」(職員数・経営状況等)を考えると現状の体制が採り得る上限に近いという。
- このうち4名が看護職で、全て常勤である。人員基準どおりであれば50:1の配置でもよいところ、17.8:1で配置されている。休日・夜間の看護体制としては、休日1名、夜間は宿直1名が配置されているが、「夜間看護体制加算は算定されていない」。
- 看護職員が果たす役割と介護スタッフが果たす役割とは明確に分けられている。現場スタッフは、看護職員のいる医務課(健康相談担当部門)、ケアサービス課(介護居室担当部門)、生活サービス課(一般居室担当部門)に分かれて勤務している。
 - 看護職員の子な役割は健康状態の把握・管理や医療処置への対応、個人ファイルの記録・管理、緊急時の医師への連絡や病院への同行などである。
 - ケアサービス課、生活サービス課は棟単位で担当するが、医務課として独立した部門があることによって、看護職員はホーム全体を概観して見ることができるという。
 - 3課の間の情報共有は、日々の申し送りのためのミーティングで行われている。毎朝、3課の代表者が打合せ・情報共有のためのミーティングを行い、そこで出た内容をそれぞれの課に持ち帰って伝達・共有する形で情報共有が行われている。申し送りの場で、介護スタッフから気になることが報告されると、すぐに看護職員が居室を訪問して状況を確認することとなっている。
- また、「医療対応の基本は、早期発見・早期治療」という考え方が浸透している。
 - OJT では、まず、「いつも(普段)の状態を知りなさい」という指導が行われている。「いつも(普段)」の状況を理解することで、「いつもと違う」、「何かがおかしい」ことに早く気づくことができる

ようになる。「どう違うのか」、「何がおかしいか」が上手く説明できない場合も含め、異変に気づいたらすぐに医務課に連絡をして、看護職員が様子を見に行く仕組みになっている。看護職員はその状況から、受診が必要か、緊急性があるかないか等の判断をして、どの医師に何を依頼するか(主治医に外来で診察してもらうか、往診してもらうか、病院紹介を依頼するのか、救急搬送するか等)を決めていくことになる。

- 看護職員の判断ですぐに受診が必要となると、ホームを出る前に主治医もしくは病院に電話をし、10 分後には診療所(病院)にいる、というスピード感で対応されている。緊急受診の場合に事前に連絡しておくことによって、医療機関側でも到着時には既にカルテを用意して待っていてもらえることが多いという。
- 外来受診時も往診時も同様に、診察を受ける際には、必ず看護職員が個人ファイルを持参して同行・同席して、日ごろの状態との違いや、不安な点などをきちんと説明し、医師からの説明・指示も一緒に聞くという形がとられている。看護職員が同席して記録を参照しながら説明することは、医師への的確な情報伝達のために重要であるとの考えから、個人ファイルは、医師から求めがあったときにすぐに提示できるように、常時、記録・管理がなされている。
- 退院時も、入院先の医療機関(聖隷三方原病院であるケースが多い)から医務課の看護職員に連絡が入り、看護職員がホーム復帰後にどの診療所医師の診察・指示を受けるかを、過去の経緯や状態像、本人や家族の意向などを踏まえて選定し、医師へ対応を依頼する形がとられている。
- つまり、入退院の判断や連携、平時(あるいは退院後)の医学的管理が、各入居者の主治医によって適切になされるように、ホームの看護職員が主体的に働きかける形で行われている。
- 「いつも(普段)」を知るための手段として、毎日の健康チェックと食事に来たかどうかの確認の徹底とが活用されている。
- 健康チェックは、毎朝、入居者が自分で健康チェック表にチェックする形で行われる。
- 食事に関しては、食事サービス課と生活サービス課の双方がそれぞれに、誰が食事に来たかを確認した上で、それを突き合わせてダブルチェックが行われている。
- 健康チェックが記載されていなかったり、「いつもの時間」になっても食事に来なかったりすると、各居室に電話をし、連絡がとれなかった場合は異変があったと判断し、すぐに職員が居室を訪問する。各居室への電話及び健康状態に変わりがないかの確認は生活サービス課の職員によって行われている。声の調子など、いつもと様子が異なれば、職員が居室を訪問して状態等の確認を行うが、状況に応じて医務課の看護職員が対応する。実際に、この確認時に、朝食に出ようとして部屋の玄関口で倒れた入居者が発見されたこともあるが、そのときには入居者から「食事に行かなければ必ず来てくれると思って、安心してこのまま待っていました」と高い信頼が寄せられたという。この電話確認は最優先事項で、平均すると毎日 20 人程度、このような電話による状況確認が必要となる。
- 食事が余ったり、ダブルチェックで食い違いがあったりすると、誰が食事を食べていないのかが徹底的にチェックされる。誰が食べていないのかが把握できないときは、食事の申し込みをした人全員に電話をかけてでも、はっきりさせるようにしているという。
- 介護居室の入居者の場合は、朝食後と夕方のシフト交代後に、担当者が直接居室を訪問して、声だけでなく、顔色などの確認も行われる。
- 2005 年度から、各居室にセンサーが設置されたが、「機械だけでは万全ではない」との考えから、この健康チェックと食事状況の確認とは、今後も継続的に行っていく方針であるという。

(3) 協力医療機関の体制

- 協力医療機関は、聖隷三方原病院のリハビリ科が担っている。
 - 聖隷三方原病院は総合病院であるが、全ての診療科を協力医とするわけにはいかないため、協力医療機関としての契約は、在宅リハビリに関する専門性が高く、疼痛管理にも対応できるリハビリ科との間で結ばれている。
 - 多くの場合は、通常の受診として、一般患者と同様に受付をして受診をする。場所が近いことから、頻回に受診できることが利点となっている。
- 入居者の症状・目的や、本人・家族の希望によって、協力医療機関である聖隷三方原病院だけでなく、浜名湖エデンの園診療所、及び、近隣の診療所の循環器科や呼吸器科の医師を主治医をとっているケースもある。いずれも、高齢者の医療・介護に理解がある医師で、医師の診察や助言が必要な場合はフットワーク軽く、親身に対応してもらえているという。ときには、診療所の休診日・休診時間を利用して往診等をしてもらえる場合もある。
- 聖隷三方原病院の近隣には同病院 OB のベテランの医師が多く開業しているため、病院との連携もスムーズに進んでいる。これは、聖隷福祉事業団の方針として、近隣に病院 OB の医師が開業することを支援し、長年かけてつくり上げてきた病診ネットワークである。
- 「浜松ゆうゆうの里」は、医療環境が整った場所に立地しているため、このネットワークの恩典を最大に生かしている状況にある。

4) 療養再編後の方向性等についての考え方

(1) ホームとしての方向性

- 療養再編を念頭においた今後の方向性については、現段階では未定の状況である。

(2) 制度上で改善等が望まれる点

- 「吸引」については、緊急性が高く、それにより命が救える可能性も高い行為であるため、一定の研修を受けた介護スタッフにも認めることとすれば、ホームで対応できる領域が広がる可能性が高いことが指摘された。

4. (株) 創世 聖ハートフルケア福島「十字の園」(福島市)



ホーム及び法人の概要

ホーム概要	ホーム名	聖ハートフルケア福島「十字の園」
	所在地	〒960-8055 福島県福島市野田町字台 67
	ホーム長	園長 池田敬緯子
	開設年月日	1991年8月1日
	建物概要	敷地面積 3463.15 m ² , 建築面積 1599.209 m ² , 延床面積 4126.67 m ² 鉄骨鉄筋コンクリート造地上 4 階(新築) 土地建物の権利形態: 土地は借地(1990 年より 30 年契約)・建物は自社所有(抵当権あり)
	室数・定員数	計 88~100 名 一般居室 28 室, 定員 28~40 名 介護居室 29 室, 定員 60 名
	平均要介護度	(自立者を含めて算出した場合) 2.167 (要支援・要介護者のみで算出した場合) 3.026
	利用形態	利用権方式 (一時金方式, 居室の広さに応じて 1,700 万円~3,250 万円)
	月額利用料*	1 名: 141,750 円, 2 名(夫婦): 241,500 円 (管理費, 食費を含む。管理費には生活支援サービスに関する人件費を含む)
法人概要	法人名	株式会社 創世
	代表者	野田 豪一
	設立年月	1970 年 (株式会社福島イングリッシュセンターとして創立, 1991 年に法人名変更)
	サービス展開エリア	福島県(主に福島市)
	実施事業	株式会社創世としては以下の事業を展開。(創世グループとしては、関連法人欄参照) ・国際語学教育振興会 ・福島イングリッシュセンター ・国際留学研修センター ・サンライズパシオン ・栄光ゼミナール ・聖ハートフルケア福島「十字の園」

*介護保険に関する費用を除く

	法人沿革	1970 年 株式会社福島イングリッシュセンター創立 1976 年 学校法人三育学園創立 1977 年 三育幼稚園開園 1980 年 西部三育幼稚園開園, サンライズパシオン設立 1981 年 社会福祉法人ギデオン福祉会創立 三育保育園開園, 三育グループ発足 1982 年 エデンの園軽費老人ホーム設立 1983 年 霊山三育保育園開園 1986 年 エデンの園ワークショップ憩の家設立 1991 年 株式会社福島イングリッシュセンターから、株式会社創世に名称変更 聖ハートフルケア福島「十字の園」開園 1992 年 (仮称)宗教法人「聖・十字架福音協会」設立委員会設置 1993 年 UNITY 外語設立 1995 年 老人保健施設「聖・オリーブの郷」開園 聖ハートフルケア福島「十字の園」2号館増築 1997 年 高齢者複合施設「聖・輝きの郷」開園 1998 年 老人保健施設表郷「聖・オリーブの郷」設置 2001 年 聖ハートフルケア福島「十字の園」3号館増築 2002 年 老人保健施設「聖・オリーブの郷 東館」設置 2003 年 学校法人聖心三育保育園開園 老人保健施設桑折「聖・オリーブの郷」設置 2005 年 特別養護老人ホーム大信「聖・虹の郷」開園 介護老人保健施設滝根「聖・オリオンの郷」開園
	関連・協力法人等	●社会福祉法人創世福祉事業団 三育保育園, 霊山三育保育園 エデンの園軽費老人ホーム 介護老人保健施設「聖・オリーブの郷」, 「聖・オリーブの郷」東館, 表郷「聖・オリーブの郷」, 桑折「聖・オリーブの郷」, 滝根「聖・オリオンの郷」 特別養護老人ホーム「聖・輝きの郷」, 大信「聖・虹の郷」 創世ホスピス設立準備室 ●学校法人三育学園 三育幼稚園, 西部三育幼稚園, 聖心三育保育園, 学校法人イヒ・ザサク・チンギス創世国際大学 ●株式会社 創世 福島イングリッシュセンター サンライズパシオン(単身者・学生用食事付マイルーム) ライフワークス社(キリスト教葬儀等) 聖ハートフルケア福島「十字の園」
	その他法人の特徴	● 創世グループは、キリスト教をベースとし、主に教育・保育及び介護・福祉の領域で事業展開。 ● 当初は教育・保育に関連する事業を先行的に立ち上げてきた。高齢者介護の領域に参入したのは、1982 年の軽費老人ホームからで、聖ハートフルケア福島「十字の園」はこれに次ぐ2つめのホームとして開設。以降は、介護老人保健施設や介護老人福祉施設などを書くとした複合的な福祉施設も展開。 ● 関連法人等には医療法人なく、中立的な法人である。

1) 法人・ホームの医療に関する考え方

- (株)創世の介護事業は、1982 年に開設した軽費老人ホームが出発点となっている。軽費老人ホームでは、介護が必要になると退所しなければならない反面、老人保健施設や特別養護老人ホームでは「終の住処」になっていない面があった。このようなことから、亡くなるまで一貫して住める場所として、さまざまな高齢者のニーズにおこたえできる仕組みは有料老人ホームしかない、との判断で 1991 年に「十字の園」が開設された。
- 開設当初は 50 人定員の小規模なホームだったが、上記の考えがあったため、自立度が低かったり、認知症が見られたりする「介護を要する高齢者」を対象としてスタートされている。これは、有料老人ホームは自立した高齢者が住まうホームと捉える当時の考え方からすると非常に珍しい考え方であったという。
- 後に、介護を必要としない人の需要も多くなったことから、自立した高齢者も受け入れられるよう増築が行われている。そのほか、グループ法人内では、複数の老人保健施設、特別養護老人ホームなども開設・運営されている。
- 開設当初より、重度の要介護者や、病院で医療を受けるほどではないが見守り介護が常時必要な人で、特別養護老人ホームよりもよいサービスが受けたい人を対象とするホーム、として捉えられてきたことから、医療的ケアは必須であるとの考えで出発されている。
- 「自宅でできることは原則対応できるようにしたい」という考えから、アットホームで決め細やかなケアが提供されている。
- また、ターミナルケア(看取り)にも積極的に取り組まれている。入居者懇談会をはじめ、機会あるごとに入居者や家族と、ターミナルケア(看取り)のあり方についても話し合う機会が設けられている。また、入院した場合も、頻繁に様子をうかがいに訪問して状態を把握し、臨終の場合の立ち会いも行われている。

2) 医療処置を要する人の受け入れ方針と受け入れ実態

- アンケート調査の間10医療処置を必要とする方の受け入れ状況では、16 種の医療処置のうち、「腎透析のケア」、及び、「人工呼吸器の使用」を除く 14 種については、「入居時点で医療処置が必要な場合でもほとんど受け入れている」に該当する。
- 実際に該当する入居者数も、合計 35 名(1 人が複数の医療処置を受けている場合の重複計上あり)にのぼる。これは、調査時点の入居者数(81 名)の 43.2%に相当する数字である。インタビュー時点(12 月、アンケート時点より 3 月後)では、該当者数は減っているという。一部は死亡等による退居もあったが、多くはケアによって治ってしまったため減少したという。

《例》

- アンケート時点では、じょく瘡のケアを要する人が 2 名いたが、エアマットの使用と頻回の体位変換により治ってしまい、インタビュー時点では 0 名となっていた。
- 経口摂取できず胃ろうを設置している人でも、重湯から始まり、ゼリーやプリン、アイスなど食べられるものを口から少しずつ摂取することを繰り返しているうちに、食欲や口腔の機能が回復してきてはまずくなるようなケースもあるという。
- 「排便」や「浣腸」が必要になる原因となる便秘についても、食事管理の徹底とラクソベロン(液体の下剤)の活用でコントロールすることで、限りなく減らせるという。食事は、野菜を中心として 1 日 50 品目を摂取できるよう、栄養士が献立をつくっている。栄養士も調理師もホーム内のスタッフで、身近でつくことで温かく家庭的な食事が出せるほか、糖分・塩分・たんぱく質等を

管理した特別食についても決め細やかに調整することもできるという。食事の内容は、入居者にも評判がよく、欠食がほとんど出ないほど入居者も元気な状態を維持している。入居前はコレステロール異常を指摘されていたが、入居後、正常になった人も見られている。液体の下剤については、1滴ずつ量の調整ができるため、身体の負担少なく、効果を得やすいという。

- ただし、看護職員は夜間不在となる体制のため(詳細後述)、夜間にも定期的に看護が必要となる場合はホームでの対応が難しくなる。例えば、常時点滴が必要になってしまうと、対応ができなくなってしまう。夜間の看護の必要度が、ホームでの対応可否のひとつの境界線となっている。
- また、現行の職員体制では、ホーム長及び看護師長が責任を持って状況を把握できる限界は80～100名程度までであるという。ホーム(ケアの単位)の規模が、ホームでの対応可否のもうひとつの境界線となっている。

3) ホームの医療・看護体制

(1) 建物設備の状況

- 「十字の園」には、併設クリニックはないが、健康管理室、機能訓練室、ナースコールが備えられているほか、廊下・エレベータ周りのストレッチャー対応がとられている。
- 設備面では、吸入・吸引機器のほか、AED(自動対外式除細動器)が設置されている。AEDは、特に利用はないというが、備えておくことにより、緊急時の救命に役立つ可能性があるとの考えで導入されたものである。

(2) 職員体制・看護体制

- 介護職員は合計(常勤換算ベース)28.8名で、全入居者(81名)に対して2.8:1、要介護者(58名)に対して2.0:1で、人員基準より手厚く配置されている。
- 看護職員は全て常勤職員だが、准看護師・3名のみである。人員基準どおりであれば、50:1の配置でもよいところ、19.3:1で配置されている。
- 夜間の体制にしても、夜間は通常看護職員はおらず、自宅で待機し、必要に応じて電話対応する、いわゆる「宅直」の体制がとられている。このため、夜間看護体制加算も算定していない。
- このように、職員数は決して少なくはないが、ほかにもっと手厚い配置を誇る事業者が多い中では、決して多い方でもない。夜間看護体制加算を算定していながらも医療処置対応ができない事業者も多い中で、このような陣容で、医療処置を要する人の受け入れが非常に高いレベルでできている理由は、以下の4つの点にあると考えられる。

① 予防・アセスメント型のケアの徹底

- 体調の変化を自分で訴えられる人は少ないことから、看護職員、ケアスタッフによる見守りを徹底し、予兆の早期発見が心がけられている。
- 看護職員は、日中は常勤だが、夜間は不在となる体制。しかし、体調や様子の変化を見逃さなければ、日中(医療機関の診療時間中)に早めの受診を行って医師から指示を得ることができるため、夜間の急変リスクを減らすことができるという。
- また、できるだけ健康な状態を維持できるよう、前述の食事・栄養管理のほか、室内の温度・湿度・日光等の管理にも配慮がなされている。
- それでも、夜間に急変が起きてしまった場合は、まず、看護師長に連絡をし、次にホーム長に連絡を入れる。看護師長からの電話指示で済む場合もあるが、必要があれば二人がホームにかけつけたり、様子が変わらなければ救急車を呼んだりといった対応が採られる。

②看護職員の役割の明確化

- 看護職員の役割はケアスタッフとは明確に区分されている。毎日、各居室を廻ってバイタルチェックを行ったり、食事やトイレなどの様子を聞いたりして、その状況を記録することや、状態・様子に変化がある場合は受診が必要かどうかを判断すること、受診が必要な場合は医師への状況説明のための「連絡帳」を記載すること(詳細後述)などが、看護職員の重要な役割となっている。

③細やかな意思確認・記録作成・家族等への報告

- ターミナルケアを含め、医療・介護のあり方について、どのようにして欲しいか、機会があるごとに入居者及び家族の意思確認が行われている。例えば、食事がとれなくなった場合に胃ろうを設置したいかどうか、手術等が必要だと言われた場合に行うかどうか、などである。考え方はときどきで変化する可能性があるため、一度意向を聞いた内容についても、何度も確認を行う形がとられている。
- 近隣の診療所への通院時には、ケアスタッフによる通院介助が行われているが、看護職員が細かく記載している医療機関との連絡帳の、症状、事前に把握している本人・家族の意向などを見せながら医師への説明が行われる。医師からも、指示等のコメントをその連絡帳に記載してもらう形がとられている。
- さらに、受診した場合は、その日のうちに、症状や医師の指示等をまとめた「受診報告書」を作成し、家族にも FAX や郵送で送られる。

④ケアスタッフも含めた医療ケアの情報共有の徹底と実践的研修

- 医療ケアについては、ケアスタッフも含めて状況の徹底的な情報共有と研修が行われている。その目的・意義は、ホームとしてターミナルケアも含めて医療処置を必要とする人も当然受け入れていくのだという意識を共有することと、医療ケアに関する知識を持つことである。
- 例えば、誰が、何単位のインシュリンをどのような頻度・方法で摂取しているか、どのような場合に危険な状態になるリスクがあるのか、等を知っておくと、低血糖の症状が出た場合に、看護職員が駆けつけるまで、あるいは、医療機関を受診するまでの間に、角砂糖をなめさせる等の方法で一次的な対応を行うことができる。また、通常は難しいとされる、気管切開後のケアについても、痰がつかまらないようにさえ気をつければ大丈夫で、その痰は食事を行った後の一定時間帯に気をつければよい、等のセオリーをスタッフ全員で理解する。そうすれば、看護職員が不在となる夜間時間に問題が生じないよう、栄養・食事部門の担当者や介護スタッフの協力を得ながら、早めに夕食を済ませ、痰の吸引が必要な時間帯をやり過ごす等の工夫ができる。つまり、原因や起き得る症状・リスクとその要因、リスクの避け方やリスクが顕在化した場合の対応方法のバリエーション等の知識を持つことにより、スタッフがそれぞれの立場でできる対応が広がるのである。
- また、万一の場合に備えて、本来ケアスタッフに認められていない行為も含めて、実践的な研修が行われている。例えば、痰の吸引は看護職員や家族が行っており、ケアスタッフが行ってはいけない行為にあたる。しかし、どのような方法で行われるのかを研修し、実際に吸引機器の使い方を練習したりもする。こうした研修をしておくことで、スタッフ全員が「痰の吸引」とはどのようなことがなされるのかを、具体的・体感的に知ることができる。
- 研修は、採用時のほか、機会を捉えてテーマ別の研修が行われている。採用時については、3か月程度の期間、教育担当職員を決め、4人に1人くらいの割合でこの教育担当職員を置く形がとられている。最初に行うのは、入居者との関係づくりに力点を置いた実践的研修(OJT)である。人と人としての関係をつくることが重要であり、本人や家族の状態、性格、過去の生活歴などを知ることともに、「今、何を望んでおられるか」を常に考える癖をつけることが重要である。自分の親だと思って接するように、指導がなされている。

(3) 協力医療機関の体制

- 協力医療機関には、福島第一病院のほか、近隣の在宅医療クリニック(無床診療所)と歯科診療所が名を連ねる。中でも福島第一病院とは、ほぼ毎日やり取りが発生している。
- 福島第一病院に協力医療機関の依頼をすることになったのは、飛び込みに近い形で院長を訪問し、説明を行ったのが最初であったという。病院の全体像を把握し、方針を決めているのは院長、看護面で全体を把握しているのは看護師長であるから、上層部同士で信頼づくりを行うことが重要であるという。
- 実際には入居者の状態や入居者・家族の希望に応じて、医療機関を使い分けられている。
 - 近隣には診療所が2つあり、ひとつは24時間対応がなされている。いずれも徒歩10分程度の距離であるため、フットワーク軽く往診してもらえるため、風邪等の軽医療が必要な場合は、いずれかの診療所を頼ることが多いという。
 - 急変が起きたときや意識不明になったとき、肺炎等の急性期疾患などの場合は、救急車を呼んで福島第一病院に運ぶ形がとられている。

4) 療養再編後の方向性等についての考え方

(1) ホームとしての方向性

- 今後は、ホームでの看取りを含め、入居者や家族の希望に沿って、亡くなるまで居続けられる真の「終の住処」を確立するために、常勤看護職員の確保・増員や訪問診療・往診の確保・強化を図る方向で考えられている。
- また、看取りとの関係では、死後の処置(エンゼルケア)も重視していきたいという。

(2) 制度上で改善等が望まれる点

- インシュリン注射、浣腸、排便、人工肛門のケア、(痰の)吸引、吸入など、在宅では家族が対応している行為は、原則介護職員も対応できるようになれば、より受け入れがしやすくなるという。例えば、夜間にも頻回の痰の吸引が必要になった場合は、夜間に看護職員のいない現在の体制では対応できないが、ケアスタッフが行ってもよいとなれば、研修等で対応できるようにしていくことができるという。
- 報酬との関係で看護職員を手厚く配置しづらい面もある。実態として、医療処置が必要な人を受け入れていることに対し、例えば、「重症加算」「医療処置対応加算」のような形で評価してもらえると、体制強化に役立つほか、スタッフのモチベーションにもつながる、と指摘された。

5. (株) メッセージ「アミーユレジデンス柴又」(東京都葛飾区)



ホーム及び法人の概要

ホーム概要	ホーム名	アミーユレジデンス柴又
	所在地	東京都葛飾区柴又4-12-10
	ホーム長	施設長 ケアアドバイザー 岸本 順子
	開設年月日	平成 18 年 9 月
	建物概要	敷地面積 2,020.15 m ² 、総延床面積: 3,073.08 m ² 鉄骨造 3 階建 土地建物の権利形態: 賃借(契約期間は開設時から 20 年、その後 3 年毎更新)
	室数・定員数	定員 75 名 介護居室 75 室(個室)、23.60 m ²
	平均要介護度	2.316 (要支援・要介護者以外の入居なし)
	利用形態	月払い方式(入居一時金なし)
	月額利用料*	199,300 円(30 日の場合・消費税込み、家賃・管理費及び食費を含む)
法人概要	法人名	株式会社メッセージ
	代表者	代表取締役社長 橋本 俊明
	設立年月	1997 年 5 月 26 日
	資本金	25 億 9116 万円(2007 年 3 月現在)
	サービス展開エリア	北海道、宮城県、関東、東海、中部、関西、中国、四国地方 (九州と宮城県以外の東北、北陸地域は未進出)
	実施事業	有料老人ホーム、グループホーム、高齢者専用賃貸住宅の運営 居宅サービス事業

*介護保険に関する費用を除く

法人概要	法人沿革	1995 年 5 月	老人用住宅の賃貸管理運営、介護用品の販売、食事の宅配を目的として岡山市青江に株式会社メッセージを設立
		1995 年 5 月	岡山県岡山市大福にグループホーム「和蘭ハウス」(現アミーユ大福)開設
		1999 年 11 月	介護用品販売及び食事の宅配部門をライフメッセージ株式会社に営業譲渡
		1999 年 11 月	本社を岡山県岡山市東畦に移転
		2000 年 4 月	介護保険法施行と同時に「アミーユ大福」「アミーユ平井」が認知症対応型共同生活介護事業所の指定を受ける
		2000 年 7 月	大阪事務所を開設
		2000 年 8 月	岡山県外第 1 号施設・コミュニティホーム(特定施設入居者生活介護事業所)の第 1 号施設として広島県福山市に「アミーユ南蔵王」(グループホーム・コミュニティホーム・デイサービスセンター併設)を開設
		2000 年 8 月	大阪府豊中市に関西地区の第 1 号施設「アミーユ豊中利倉」開設
		2001 年 12 月	本社を岡山県倉敷市平田に移転
		2002 年 2 月	岐阜県岐阜市にフランチャイズの第 1 号施設「アミーユ岐阜長良」開設
		2002 年 5 月	「メッセージケアサービス」を開設し訪問介護事業に進出
		2002 年 5 月	「メッセージ訪問看護ステーション」を開設し訪問看護事業に進出
		2002 年 6 月	岡山県岡山市にアシステッドリビング第 1 号施設「アミーユ下中野」を開設
		2002 年 7 月	名古屋事務所を開設
		2002 年 10 月	「ケアプランセンター豊中」を開設し居宅介護支援事業に進出
		2003 年 2 月	給食の製造及び施設への配食を目的とした株式会社シーケーフーズを全額出資の子会社として設立
		2003 年 4 月	東京事務所を開設
		2003 年 5 月	四国地区第 1 号施設として香川県綾歌郡宇多津町に「アミーユ香川宇多津」(フランチャイズ)を開設
		2003 年 10 月	関東地区第 1 号施設として東京都足立区に「アミーユ竹ノ塚サンフラワー」を開設
		2004 年 2 月	各地区本部の名称を変更「中四国地区本部」「関西地区本部」「中部地区本部」「関東地区本部」
		2004 年 4 月	JASDAQ 市場に株式会社メッセージ、株式を公開(証券コード:2400)
		2004 年 9 月	アミーユレジデンスの第 1 号施設として名古屋市緑区に「アミーユレジデンス神沢」を開設
		2004 年 10 月	介護用品販売及び福祉用具貸与を行うライフメッセージ株式会社の株式を取得し子会社化
		2004 年 10 月	不動産の管理、売買等を目的とした株式会社エムエステートを全額出資の子会社として設立
		2005 年 1 月	本社を岡山県岡山市下中野に移転
		2005 年 2 月	高齢者についての看護、介護技術の研究開発指導及び出版を行う株式会社介護システム研究所の株式を取得し子会社化
		2005 年 7 月	積水ハウス株式会社と共同出資で積和サポートシステム株式会社を設立
		2005 年 10 月	ケア付住宅「アミーユ」100 施設目開設
		2005 年 11 月	介護付有料老人ホーム事業を行うコンフォートピア株式会社の株式を取得し子会社化
		2006 年 4 月	コンフォートピア株式会社を合併、東日本支社・西日本支社を設置 介護保険法改正と同時に介護予防事業所の指定を受ける
		2006 年 7 月	高齢者専用賃貸住宅の運営を行うコーポラティブアミーユ事業部を設置
		2006 年 9 月	東日本支社と西日本支社を統合し、アミーユ事業部を設置
		2006 年 10 月	株式会社セットアップ関連会社化
		2007 年 3 月	高齢者専用賃貸住宅の第 1 号として大阪府吹田市に「Cアミーユ万博公園 II」を開設
		2008 年 2 月	アミーユ事業部と C アミーユ事業部を統合し介護事業部を設置

法人概要	関連・協力法人等	【子会社】 ・株式会社シーケーフーズ(給食の製造及び施設への配食) ・ライフメッセージ株式会社(介護用品販売、福祉用具貸与) ・株式会社エムエステート(不動産の管理、賃借、売買仲介及びコンサルティング) ・株式会社介護システム研究所(高齢者に関しての看護、介護技術の研究開発指導及び出版) 【関連会社】 ・積和サポートシステム株式会社(積水ハウスとの共同出資。有料老人ホームの運営を行っている) ・株式会社セットアップ(PC、ソフトウェア販売、メンテナンスサポート)
	その他法人の特徴	● 有料老人ホーム事業では日本最大手のひとつであり、入居一時金がない、または数十万円程度の有料老人ホームという領域を開拓した企業である。 ● 「ノーマライゼーション」の方針の下、入居者は入居前の生活と変わらない生活スタイルを継続できるようにしている。たとえば、ホーム内で犬や猫を飼育することもできる。 ● 有料老人ホームが認可制になった後は、高齢者専用賃貸住宅事業にも進出している。

1) 法人・ホームの医療に関する考え方

- 「アミーユ」ブランドで展開されているメッセージの有料老人ホームは、「コミュニティホーム」、「アシステッドリビング」、「アミーユレジデンス(レジデンスタイプ)」の3タイプで展開されており、「アミーユレジデンス柴又」はこのうち最も居住性の高いレジデンスタイプのホームである。
- 「コミュニティホーム」： 認知症の有無を問わず要支援・要介護と認定を受けた入居者 15 名程度に対し、6～7 名程度の職員が介護サービスを提供。
- 「アシステッドリビング」(居室面積約 18 m²)： 共有部分をやや狭くし、個人の生活を重視する個別ケア方式を採用。コミュニティホーム同様に、認知症の有無を問わず要支援・要介護と認定を受けた入居者 15 名程度に対し、6～7 名程度の職員が介護サービスを提供するが、フロア内で職員を固定せず、入居者の自立度・自由度を高め、柔軟に運営。
- 「アミーユレジデンス」(居室面積約 25 m²)： アシステッドリビングよりも居室をやや広くとり、各居室にミニキッチンと浴室を備え、さらに入居者の自立度・自由度を高めた運営を実施。
- 代表者である社長は医師でもあり、ホーム入居者に対する医療的な対応を重視しており、基本的には規制の範囲内で要望に応えられることはできるだけ行うという姿勢が出されている。
 - 2004 年度 3 月期には、今後の戦略として「入居後、年数とともに障害が高度化すること」や「入居者の割合に多く占められるのは急性期病院からの退院者であり、さまざまな問題点を抱えて入居してくる」ことなどから、特に、「糖尿病の患者に対するインシュリン注射や透析」及び「介護保険でカバーされることとなったがんの終末期患者」に対する専門的ケアのニーズの高まりに応え、「糖尿病対応施設・終末期対応施設の開設により医療との連携を図る」方針が打ち出されている。また、2007 年度 3 月期には、「医療が必要な人への対応を広げた。入居が断られることの多いインシュリン投与や経管栄養が必要な人に対しては、看護職員が常駐して大部分の施設で受け入れ可能となっている」と報告されている。((株)メッセージ IR 関連資料より要約・抜粋)
- また、その方法として、「在宅医療に注力する地域の診療所と提携していく予定。緊急時にすぐ駆けつけてくれる体制を重視し、医師やコメディカルなどがチームで取り組むクリニックと連携したい」という考え方が示されている。(日経ヘルスケア 21、2007/04/08 記事より抜粋)

2) 医療処置を要する人の受け入れ方針と受け入れ実態

- アンケート調査の間 10 医療処置を必要とする方の受け入れ状況では、16 種の医療処置のうち、「インシュリン以外の注射・点滴」、「胃ろう以外の経管栄養のケア」、「気管切開後のケア」、「人工呼吸器の使用」の4種については「ホームでの対応が難しい」と回答されている。
 - 胃ろう以外の経管栄養のケア：経鼻の場合は、気管支への誤嚥が発生しやすく、看護職員がいない時間帯の対応は難しい。
 - 気管切開後のケア：対応が難しいことが多いが、症状が安定している場合は対応できるケースもある。
- また、対応可能とした医療処置でも、現行の法制度下では、下記のように一定の条件のもとでの対応となっている。
 - インシュリンの注射：自己注射ができることが受け入れの前提条件となる。ただし、最終的に針を刺す行為を本人が行える場合は、器材・薬の準備、セット、注射時の支持など、「針を刺す」以外のサポートは可能。また、朝食前(看護職員が不在の早朝)に注射が必要な場合は、対応が難しいケースもある。
 - 胃ろうのケア：ホームの看護体制等によって、入居時点で必要な場合でも対応可能な場合もある。
 - 吸引：深夜・早朝などを看護職員が不在の時間帯を含め頻回に吸引が必要になると、ホームでは対応が難しくなる。
 - 人工肛門のケア：ストマのつけはずしは看護職員が、その他はケアスタッフがサポートする前提であれば受け入れ可能。
 - 在宅酸素療法：認知症等で本人がボンベメモリを触ってしまう恐れがなければ対応可能。

入居時点で医療処置が必要な人はほとんど受け入れていない (入居中に医療処置が必要になった場合は入院・転居を勧める)	入居時点で医療処置が必要な人は受け入れていないが、入居中に必要な場合は対応している	入居時点で医療処置が必要な場合でもほとんど受け入れている
インシュリン以外の注射・点滴 胃ろう以外の経管栄養のケア＊ 気管切開後のケア＊ 人工呼吸器の使用	インシュリンの注射＊ 排便 創傷・じょく創のケア 胃ろうのケア＊ 吸引＊ 疼痛の緩和	浣腸 腎透析のケア 人工肛門のケア＊ 膀胱留置カテーテルのケア 在宅酸素療法＊ 吸入

＊印の項目は、上述のとおり、利用者の状態像やホームの体制等によって判断が変わり得る項目

- 受け入れられない医療処置が発生する原因としては、医療機関との連携密度の限界が挙げられる。医療機関からの訪問診療は、通常、週に1～2回程度であり、例えば「インシュリン以外の注射・点滴」が毎日あるいは早朝・深夜など看護職員が不在の時間帯を含めて頻回に処置が必要な状態になると、ホームで対応できないケースも出てくるという。
 - 脱水等で入居者に対して点滴を開始するときは、針を刺す行為は必ず医師が直接行う形が採られている。点滴終了後の抜針や途中で針が抜けてしまった場合の対応はホームの看護職員が行うが、最初の行為は医師が行うルールが徹底されている。このため、医師が訪問できない頻度で点滴等の処置が必要になると、ホームで対応ができなくなる。
 - 症状が悪化して入院せざるを得ないケースは、経口摂取ができない場合や、発熱等により脱水症状に陥った場合などに生じやすい傾向がある。
- アンケート調査では、実際に医療処置を要する入居者数は、合計 5 名(1 人が複数の医療処置を受けている場合の重複計上あり)、調査時点の入居者数(66 名)の 7.6%に相当する数字である。

3) ホームの医療・看護体制

(1)建物設備の状況

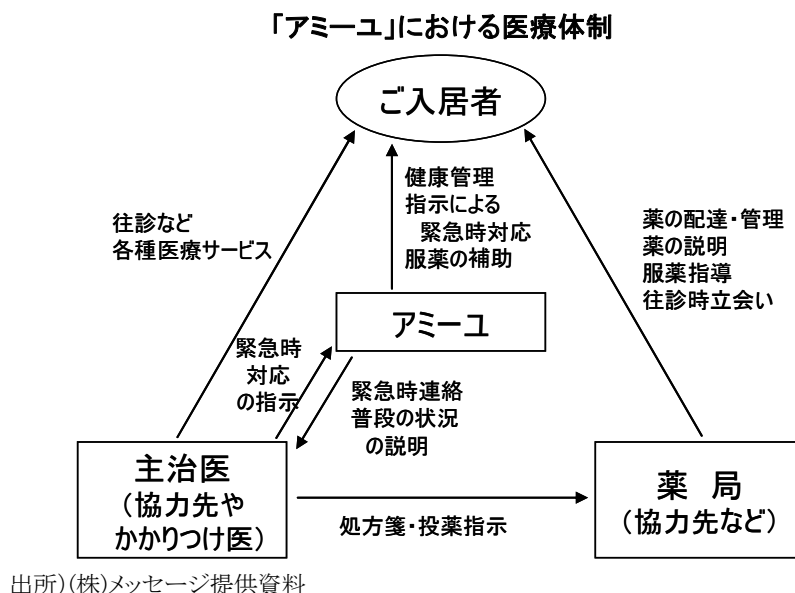
- 「アミーユレジデンス柴又」には、併設クリニックはないが、ナースコール、健康管理室、機能訓練室を備えている。また、構造的にもストレッチャー対応となっている。
- 協力医療機関である診療所が併設・隣接であるかどうかよりも、実態として夜間も対応してくれるかどうか重視されている。協力医療機関としての契約を結ぶ段階で、24 時間の対応や往診なども必要となるというホームが要する支援内容を説明して、理解を得られた医療機関と契約が行われている。在宅療養支援診療所を標榜する等地域医療を重視する診療所の医師の多くは、ホームの取り組みに対し、非常に協力的である。

(2)職員体制・看護体制

- 介護・看護職員は合計(常勤換算ベース)23.0 名で、全入居者(66 名、全員要介護者)に対して2.9:1 であり人員基準どおりの配置となっている。また、看護職員については全員(正)看護師で2.3 名(28.7:1)を配置しており、人員基準と比較してやや手厚い配置となっている。
- 医療的ケアを提供するにあたっては、看護職員のスキル(質)も重要であるが、スタッフの人数(量)も重要であるという。これは、医療的ケアを要する入居者の場合は、介護面でも手厚いサポートを要するケースが多いためである。「アミーユレジデンス柴又」では、看護職員と介護職員の役割をあえて区別せず、看護職員は医療的ケア・健康管理などのほか、介護職員とまったく同じ業務も担っており、看護の経験の浅いスタッフであっても、介護職員と共同でホームでのケアを担う重要な「戦力」となっている。
- 夜間に症状の変化等が生じた場合は、まず施設長に連絡を入れ、施設長の判断で、必要に応じて協力医療機関の医師やホームの看護職員などに連絡をとったり、自らホームに駆けつけて対応をしたりする。日中注意深く観察し必要な対応を事前に行うようにしているため、夜間に大きな異変が起こることは少なく、施設長に電話が入るような場合でも、電話で指示をするだけで対応できるようなケースが多いという。ホームの看護職員や協力医療機関の医師でも対応が難しくて救急車を呼ぶ必要が生じるのは月に2～3回程度であり、そのほとんどは脳卒中、転倒などのケースであるという。
- 介護職員が入居者に何か異変を感じたときは、すぐに体温と血圧を測ることになっている。この際に、介護職員は大丈夫か大丈夫ではないかの判断はせず、必ず管理者に連絡して判断を仰ぐことになっている。管理者が必要と判断した場合は医師に連絡し往診や指示を受ける、という流れで運用されている。安全かつ的確に対応するためには、こうした手順を経ることが重要と認識されている。
- 同社のホームにおいては、「ノーマライゼーション」の方針の下に、普通の暮らしをするための工夫について多くの部分が現場裁量に任されている。こうした点が、入居者の要望に対するスタッフの知恵や工夫を引き出し、仕事に対する意欲の維持にも貢献していると考えられている。

(3) 協力医療機関の体制

- 「アミーユレジデンス柴又」の協力医療機関は3つの内科系診療所と1つの歯科診療所で構成されている。内科を中心に外科系、精神・神経系にも対応できる診療所に協力医療機関を依頼しており、有床の在宅療養支援診療所(24時間対応)の診療所が2か所含まれている。
- 協力医療機関の選定・依頼はメッセージ地区本部が行っており、有料老人ホームが必要とする支援内容や、地域医療などの考え方に理解を得られる診療所に依頼する形となっている。
 - 協力医は、通常、週1回以上は訪問診療や往診でホームを訪れており、夜間の電話にも必ず出て細やかに対応してくれる。頻繁に連絡がとられていることによって、ホームの状況や入居者自身の状態への理解も深いため、連携がとりやすい状況になっている。
- 入居者がどこの医療機関からどのような医療を受けるかについては、入居時に入居者・家族の希望を確認した上で決められている。入居者や家族に特に希望がない場合は、協力医療機関の専門性などを情報提供し、ホームの協力医療機関の中から入居者本人もしくは家族に選んで頂く形がとられているが、入居者の中には協力医療機関以外の診察を受けている人もいる。



4) 療養再編後の方向性等についての考え方

(1) ホームとしての方向性

- 同社では、既に医療処置が必要な人も前向きに受け入れられつつあるが、アンケートでは「日常的に医療処置が必要な人の受け入れに関する今後の方針」は、「制度や報酬等の状況を見極めてから検討したい」との回答であった。これは、療養病床の再編により、医療必要度の高い入居者がさらに増え、ホームでも吸引や人工呼吸器への対応など、高頻度あるいは高度な医療的ケアを求められる可能性が高いと考えられているためである。ニーズが高まる一方で、看護職員の確保は困難になっており、高頻度あるいは高度な医療的ケアには慎重にならざるを得ない面がある。
- 医療処置を必要とする人を受け入れにくいのは、処置の技術的難しさよりも看護職員数の不足である。受け入れられる人数は看護職員の数によって制約されてしまう(一定の看護職員数で対応できる人数には限界がある)のが実態である。夜間の対応や突発的な吸引は、看護職体制の問題であり、仮に夜間の看護職員が確保できれば対応できる範囲は広がるという。

(2) 制度上で改善等が望まれる点

- 今後、ホームでの医療面での対応をできるようにするのであれば、一部の医療処置・医療的ケアを介護職員でも行えるように制度を緩和していくことの必要性が高い、と考えられている。
- 前述のとおり、療養病床の再編により、医療必要度の高い入居が増える可能性が高い。介護職員が医療処置・医療的ケアを行うことが認められないまま対応できる体制をつくるには、夜勤を含めて看護職員配置を厚くするほかない、という。しかし、そのためにコストに見合う十分な報酬評価を行う必要があるほか、仮に報酬による評価を行っても看護職員の確保が難しいという現在の労働市場では看護職員の確保ができない可能性もある。医師の指示に基づき、看護職員の管理・指導の下で介護職員が行える行為が増えれば、対応しやすくなるという。
- 「インシュリン注射」の補助業務や「浣腸」などはニーズも高いが、特に強い意向が表明されたのは「胃ろうのケア」である。介護職員が胃ろうからの栄養注入を行えるようになると効果が大きい、と考えられている。

6. (株) ベネッセスタイルケア「アリア松原」(東京都世田谷区)



ホーム及び法人の概要

ホーム概要	ホーム名	アリア松原
	所在地	世田谷区松原 5-34-6
	ホーム長	統括ホーム長 寺田 敦子
	開設年月日	2005 年 11 月 12 日
	建物概要	敷地面積:3,241.65 m ² , 延床面積:4,758.82 m ² 鉄筋コンクリート造地上 4 階 土地建物の権利形態:賃借
	室数・定員数	定員 計 105 名, 全 96 室 居室(Aタイプ・1名用): 21.0 m ² ・21.1 m ² 居室(Bタイプ・2名利用可): 42.3 m ²
	平均要介護度	(自立者を含めて算出した場合) 2.305 (要支援・要介護者のみで算出した場合) 2.568
	利用形態	利用権方式(一時金方式, Aタイプ:2,500 万円, Bタイプ:5,000 万円)
	月額利用料*	Aタイプ:262,500 円, Bタイプ(1名利用):288,750 円, うち上乗せ介護費 94,500 円
法人概要	法人名	株式会社ベネッセスタイルケア
	代表者	代表取締役社長 小林 仁
	設立年月	2003 年 12 月 1 日
	資本金	1 億円
	サービス展開エリア	全国
	実施事業	【高齢者介護サービス事業】 入居型介護サービス, 訪問介護サービス通所介護サービス, 研修・人材サービス 【保育事業】 ベネッセチャイルドケアセンター

*介護保険に関する費用を除く

法人概要	法人沿革	1994 年 米国幼児教育施設との提携により保育事業を開始、第 1 号園を川崎市にオープン 1995 年 「ホームヘルパー養成講座2級課程」を開講(通信教育で日本初)ホームヘルプサービスを開始 1997 年 岡山県、東京都で高齢者向けホーム「ベネッセホームくらら」をオープン 1998 年 米国幼児教育施設との提携終了、名称をベネッセチャイルドケアセンターに変更 1999 年 仙台市より通所介護サービス事業の運営受託 2000 年 (株)ベネッセコーポレーションが東証1部へ株式上場 介護事業の運営会社(株)ベネッセケア設立 1986 年から高齢者向けホーム「グラニー & グランダ」を運営する、伸こう会(株)の経営権取得 2001 年 三鷹市で企業として初の公立保育園の運営受託開始 2002 年 杉並区PFI方式新型ケアハウスの事業者に決定(日本初) 千葉県で介護付有料老人ホーム「ベネッセホームまどか」をオープン 2003 年 ベネッセグループの介護事業会社、ベネッセケア、伸こう会(株)、(株)ベネッセシニアスタイルの三社を統合し、(株)ベネッセスタイルケア設立 東京都で介護付有料老人ホーム「アリア」をオープン 2004 年 4 月ベネッセチャイルドケアセンターの保育事業を(株)ベネッセスタイルケアとして開始 2005 年 ベネッセが運営する高齢者向けホームが 100 カ所を超える
	関連・協力法人等	株式会社ベネッセ MCM(医療介護職紹介派遣サービス)
	その他法人の特徴	● 有料老人ホーム事業をチェーン展開する日本最大手のひとつ。 ● 一時金方式を中心としたシリーズと一時金を必要としない月払い方式を中心としたシリーズを有している。 ● 以下のような特徴を持つ、「アリア」、「くらら」、「グラニー & グランダ」、「まどか」の4つのシリーズを展開している。 － アリア : 24 時間看護師が常駐するほか、介護職員配置も手厚く、介護予防運動指導員の資格を持った専門スタッフによる心身の機能維持のサポートもあるシリーズとして位置づけられている。このため、同社のシリーズの中では、利用権方式で、唯一、2500 万円～の一時金を前提とした契約形態をとる。 － くらら : 同社の標準的シリーズ。グループケアを採用。 － グラニー & グランダ : 標準シリーズのひとつであるが、グループケアは採用していない。旧・伸こう会が展開してきたブランド。 － まどか : アリアやくらら等に比べて、建物設備及び人員配置をやや軽装化し、利用料金を下げて提供するシリーズ。

1) 法人・ホームの医療に関する考え方

- 「アリア」シリーズは、ベネッセスタイルケアが展開する4つのシリーズ、「アリア」、「くらら」、「グラニー & グランダ」、「まどか」の中で24時間看護師が常駐し、介護職も含めたスタッフ配置が手厚いことを特長としたシリーズである。
- このため、「アリア」では、「在宅で対応できるとされている医療処置は原則対応する」、「在宅でできる以上の高い水準の健康管理を提供する」という方針が掲げられている。
- また、介護予防(介護度進行予防)も重視されており、マシントレーニングなどの取り組みができるような設備や専門スタッフが備えられている。

2) 医療処置を要する人の受け入れ方針と受け入れ実態

- アンケート調査の間 10 医療処置を必要とする方の受け入れ状況では、16 種の医療処置のうち、「人工呼吸器の使用」がホームでの対応が難しい医療処置、「インシュリン以外の注射・点滴」、「胃ろう以外の経管栄養のケア」、「気管切開後のケア」の 3 種が「入居時点で必要な場合に受け入れているが入居中に必要になった場合に対応する医療処置として挙げられた。
- アリア松原には、24 時間看護師が常駐しているため、インシュリン注射などにはある程度対応できる。具体的には、状態が安定しておらず、スケールをはかりながら投与単位を変更する必要がある場合は対応できないが、状態が安定しており、医師がスケールをはかって投与単位を決めて指示をしてくれれば対応できる、という状況である。
- 一方で、「アリア」シリーズでは、「在宅でできる以上の高い水準の健康管理」を提供するという方針のもと、医師が必要と認めた場合に医師の指示・指導に従って、週に1回、早朝(6:00)、食事前後、おやつの前後、就寝前に、簡単な穿刺ができる在宅小型血糖測定器を使って血糖値の測定を行って、看護師がその状態の記録を行っている。インシュリン注射が必要な入居者については、医師がこの記録をもとに単位調整等を行っている。このような、詳細な計測・記録は、在宅や外来では対応がなかなか難しい事項であるが、そのために入院するというような状況でもなく、看護師の常駐するホームだからこそ提供できるサービスといえる。
- 胃ろう以外の経管栄養では、経鼻の場合は、気管への誤嚥と、それによる肺炎等のリスクが大きいため、対応が難しい面がある。アリア松原では、経鼻のチューブがきちんと胃に入っているか、エアーを送って聴診器で音を確認するという方法で確認してから栄養の注入が行われている。看護師がいるからこそ安全に実施できているケアのひとつである。なお、経鼻チューブの交換は、医師の往診時に医師が行う形となっている。
- 「気管切開後のケア」は、自発呼吸ができない場合はホームでは対応できない。自発呼吸ができる場合は、高頻度に痰の吸引が必要にはなるが、それに気をつけさえすれば対応でき、実際に 2 名、該当する入居者もいるという。
- アンケート調査では、実際に医療処置を要する入居者数は、合計 33 名(1 人が複数の医療処置を受けている場合の重複計上あり)にのぼる。これは、調査時点の入居者数(88 名)の 37.5%に相当する数字である。

入居時点で医療処置が必要な人はほとんど受け入れていない (入居中に医療処置が必要になった場合は入院・転居を勧める)	入居時点で医療処置が必要な人は受け入れていないが、入居中に必要になった場合は対応している	入居時点で医療処置が必要な場合でもほとんど受け入れている
人工呼吸器の使用	インシュリン以外の注射・点滴 胃ろう以外経管栄養のケア 気管切開後のケア	インシュリン注射 排便 浣腸 創傷・じよく瘡のケア 胃ろうのケア 腎透析のケア 人工肛門のケア 膀胱留置カテーテルのケア 在宅酸素療法 吸引 吸入 疼痛の緩和

3) ホームの医療・看護体制

(1) 建物設備の状況

- 「アリア松原」では、健康管理室、機能訓練室、ナースコール、機能訓練室が備えられている。機能訓練室には、介護度進行予防のため、マシントレーニング設備も備え、介護予防運動指導員の資格を持った専門スタッフ8名が配置されている。ここでは、週4回のマシントレーニングが実施されており、入居者の1/3に相当する 30 数名が、体力や心身状態に合わせて週1～2回程度のペースで参加している。このほか、週2回の体操等のプログラムも提供されている。
- 建物や設備のみでなく、配置されている家具等も、車椅子からの移乗がしやすいよう肘かけ部分の一部がカットされた椅子や、軽い力で引き出しが引けるが、誤って抜けないようになっているたんすなど、家具にもさまざまな工夫がほどこされている。
- また、同一建物内に、他法人(医療法人社団プラタナス)の経営する「松原アーバンクリニック」が設置されている。
 - 同クリニックは、在宅中心の地域医療を展開するという方針を持っており、「在宅療養支援診療所」として、常勤の医師3名が、24時間365日診療を行っている。外来、在宅への訪問診療及び18床の入院機能を持っており、電子カルテやフィルムレスのデジタルレントゲン設備、内視鏡(上部・下部)などの設備を有している。
 - 外来時間は午前8時～10時と午後5時～7時で、その間の日中の時間帯は訪問診療に充てられる。入院機能では、ショートステイやホスピスケアにも対応する。ショートステイでは、病院から自宅に戻るための準備期間等に利用されており、「アリア松原」の入居者が退院する際に、一端同クリニックで受け入れてもらうケースもある(詳細後述)。
 - 診療記録の開示にも積極的で、電子カルテに記載された診療に関する記録は、その日の診療が終わったときにプリントして患者に渡されるほか、インターネットを通じて自宅から自分のカルテを参照することもできるようになっている。
 - しかし、「アリア松原」の協力医療機関となっているのは、同法人が世田谷区用賀で開設している「用賀アーバンクリニック」であり、「松原アーバンクリニック」から実質的にはサポートを受けるが契約上の関係はないという状態になっている(詳細後述)。

(2)職員体制・看護体制

- 看護・介護職員は合計(常勤換算ベース)58.4名で、全入居者(88名)に対して1.5:1、要支援・要介護者(79名)に対して1.4:1となっている。できるだけ手厚い人員配置を採りたいが、ホームの「体力」(職員数・経営状況等)を考えると現状の体制が採り得る上限に近いという。
- 看護職員は常勤5名、非常勤3名で合計(常勤換算ベース)7.1名となっており、人員基準どおりであれば、50:1の配置でもよいところ、12.4:1で配置されている。
- また、「アリア」シリーズは夜勤の看護職員が配置されていることが特徴である。
 - 入居説明の際には、他シリーズには夜間看護師がいないこともきちんと説明するため、高度な医療を要する「ハイメディカル」な高齢者が「アリア」シリーズ以外を希望されることはほとんどないという。日常的に医療を必要としない入居者の中に紛れてしまうと、看護師にとっても対応が難しくなるため、仮に、「アリア」以外を希望された場合でも、「アリア」を勧めたり、場合によってはお断りしたりすることが必要となるという。
- 具体的には、1・2階、3・4階と2つに区分して、看護師の配置が行われている。これは、ベネッセスタイルケアの運営するホームの定員規模が通常 50～60 名が標準となっていることから、定員100名超の「アリア松原」の場合、2ホーム分に区切って運営する方が同社のノウハウに適しているためでもある。
 - 日中の体制として、1・2階には2名、3・4階には3名の看護師が配置され、このほかに往診等のサポートを行う看護師が0.5名で計5.5名となる。「ハイメディカル」な入居者は、インタビュー時点で2階に2名、3階に4名入居している。
 - 看護師は、リーダーナースとテクニカルナースに分けられている。リーダーナースは、各ホームもしくは担当エリアの看護業務の責任者で、医療処置が必要でない人も含め全ての入居者の健康管理・医療を担当し、テクニカルナースは主にハイメディカルな入居者に対し実際の医療処置等を担う。

入居者数と看護職員配置

フロア	入居者人数	入居者特性	日中の看護師配置
1 階	9 名	医療処置は必要なし	計 2 名 リーダーナース 1 名 テクニカルナース 1 名
2 階	37 名	ハイメディカル 4 名	
3 階	33～34 名	ハイメディカル 4 名	計 3 名 リーダーナース 1 名 テクニカルナース 2 名
4 階	17 名	認知症	

※前述の文章における入居者数と上記入居者数合計との差は、アンケート調査時点(2007年9月)とインタビュー調査実施時点(2008年1月)との差による

- 通常は、日常的に入居者との接点の多いケアスタッフが入居者の状態の変化・異変に気づき、PHSですぐにリーダーナースに報告する。その後、すぐに血圧、体温等のバイタルチェックを行い、その結果もリーダーナースに報告される。全ての変化は看護師に「報告」しなければいけないことになっており、その際、「報告です」、「緊急です」と連絡の最初に宣言するルールとなっている。
 - 入居者自身もナースコールを持っているため、入居者からケアスタッフに連絡が入り、上述の対応につながることもあるが、最初に異変に気づくのは、看護師よりも入居者自身よりも、ケアスタッフであるケースが圧倒的に多いという。

- その症状が緊急性の高いものかどうか、どう対応するかは、看護師が報告内容や実際に見た状態、バイタルなどのチェック結果などから判断される。緊急性がさほどでもない場合は、協力医療機関である「用賀アーバンクリニック」に連絡し相談、緊急性が高いと判断された場合は救急車を呼ぶという対応をする。
 - 通常は、日常の変化からアセスメント的に予兆が発見されるため、救急車を呼ばなければならないほどの大事に至るのは年5回程度であるという。
 - 最も多いのは医療機関の外来時間が終わった夕方以降の時間の転倒である。高齢者が転倒したときは、骨折が起きていたり、頭を打っていても本人がわかっていなかったりする場合があります、早く対応することが重要なため、救急車で病院に連れて行くこととなる。このような場合は、早く対応をしたほうが早く退院できることにもつながるという。
 - その他のケースで救急車を呼ばざるを得なくなるのは、心疾患関係の急変、ろれつが回らない等脳出血、脳梗塞等と考えられる予兆、急激な腹痛などのケースである。
- 入居者が医療機関に入院した場合は、1週間に1回はスタッフが病院を訪問して、状態像の把握をしている。この結果は、家族や「用賀アーバンクリニック」の医師にも報告されている。
- ケア、健康管理、医療対応を含め、全ての実施行為がケア記録に記載され、スタッフ間で共有される。記録は、ケアスタッフ、介護予防のトレーニングを行うスタッフ、PT・OT 等のリハビリスタッフ、看護師と、ドクター以外は全員記載することになっている。
 - 医療機関で診療を受けた場合は、医療機関からカルテ等がもらえればそれを貼付し、もらえない場合は看護師がその内容を記載することになっている。
- 「アリア松原」では、正看護師の資格を持つこと、病棟での看護経験が5年以上あること、の2点が採用条件となっている。常勤職員で構成できるのが望ましくはあるが、常勤職員の休日・有給休暇等もあるため、実際には派遣看護師の活用なくしてはホームが回らない実態もある。
 - テクニカルナースについては、開設(2005年11月)からの約2年強の期間で既に入れ替わりがあり、常勤者の有給休暇の補填を含めて、派遣看護師が勤務してない日はほとんどない状態となっている。
 - 派遣看護師の場合は、派遣会社に、「これだけの医療対応ができる人」、「高齢者の看護が好きな人・関心のある人」を要望して派遣してもらうが、指名ができるわけではないため、必ずしも期待どおりの看護師が派遣されるとは限らない。
 - 派遣看護師の場合でも、できるだけ同じ人に長く勤めてもらえるよう、常勤職員と同様の1ナーススタッフとして対応するよう心がけているほか、ホームの方式に慣れてもらうために、ダブルシフトを活用している。派遣1日目はオリエンテーションを兼ねテクニカルナースについて見学してもらい、2日目は実習としてテクニカルナース同行のもとに実際の医療処置等を行ってもらう。派遣3日目からは独り立ちしてもらうが、薬液の混合や吸引など、リスクが高い行為を行う場合には、看護師2名で行うなど部分的なダブルシフト体制で臨む。本格的に独り立ちができるのは、長い場合だと1か月程度かかるという。
 - 一方、リーダーナースは救急の経験を持っていることが望ましいという。入居者の中には自分で症状を訴え出ることができない高齢者も多いため、緊急対応が避けられないケースもある。そうした場合に、リーダーナースが救急の経験を持っていると、落ち着いて円滑に初期救急の対応ができるという。急変時は、こうした初期対応が非常に重要であり、その対応の良し悪しにより、時には生死や予後を左右する場合もある。
 - 「アリア松原」は2名のリーダーナースがいる体制だが、1名が救急経験をもち、もう1名が高齢者施設・高齢者医療の経験を持っているということで、相互に専門性の補完を行っている。

(3) 協力医療機関の体制

- 協力医療機関は、医療法人社団プラタナスの「用賀アーバンクリニック」が担っている。
 - 同じ世田谷区内にあるが、車で 30 分ほどかかるやや離れた場所に位置する。
 - 医療法人社団プラタナスは在宅医療を重視する方針を掲げた法人で、同クリニックは、内科小児科、呼吸器科、皮膚科、アレルギー科、外科、脳神経外科、循環器科、小児心療内科などに対応している。無床ではあるが、在宅療養診療所を標榜している。
 - また、同法人のクリニック間の連携により、各種専門科の医師のサポートが受けられたり、夜間等の緊急の往診の場合に対応できる医師を派遣したりできる「プラタナスネットワーク」が築かれている。こうした連携のために、電子カルテを活用した情報の共有が行われている。
- 「用賀アーバンクリニック」は、協力医療機関として、夜間も含めた 24 時間のオンコール対応を依頼しているほか、毎週1回の訪問診療を受けている。
 - 診察が必要な 35 名程度の入居者を、1日の診察につき 20 名程度ずつ受診するため、入居者にとっては月2回程度の受診機会となる。
 - 入居者の持つ慢性疾患等の受診は、入居者個々人の選択(入居前からの関係等)により、それぞれの主治医にかかるが、内科系の場合は、「用賀アーバンクリニック」の訪問診療を受けている入居者が多い。
- また、同法人が経営する有床(18 床)の在宅療養診療所である「松原アーバンクリニック」が、同一建物内に開設されている。
- 「松原アーバンクリニック」は、ホームだけではなく地域全体に貢献したいという同クリニックの方針により、「アリア松原」と協力医療機関としての契約は結んでいない。このため、協力医療機関である「用賀アーバンクリニック」との関係で若干のねじれが生じている面があるが、両者の立地や機能の違いを踏まえて補完的に使い分けられている面もある。
 - 「松原アーバンクリニック」は物理的に同一建物内に開設されているが、協力医療機関ではないため、クリニックからすれば、同一建物内のホームの入居者であっても、在宅にいる患者と全く同じであり、スタッフが診療予約を入れ、時間になったら「通院」という関係でしかない。
 - 夜間に医師の判断を仰ぐ必要がある場合は、「用賀アーバンクリニック」に連絡をする。隣接する「松原アーバンクリニック」には 24 時間体制で医師が常駐しているが、まずは協力医療機関に連絡を入れることになっている。脱水等で医師が「点滴が必要」と判断した場合も、隣接クリニックにその輸液があっても用賀から運んでくることになり、時間がかかってしまう。時によっては、「用賀アーバンクリニック」からの連絡で、プラタナスネットワークによって「松原アーバンクリニック」の医師が実際の訪問を担うケースもある。
 - 一方で、入院ベッドを持たない「用賀アーバンクリニック」に対し、「松原アーバンクリニック」はベッドがあることから、病院からの退院時に、一旦、「松原アーバンクリニック」に短期的に入院して、症状が安定してからホームの居室に戻る、という活用もなしている。退院前に入居者の状態の再評価(アセスメント)のために看護師・スタッフが病院まで出向くが、その時点で座位がとれない場合や在宅で対応できない種類の薬剤を使っている場合は、「松原アーバンクリニック」に2泊3日程度の短期入院をし、その間に在宅対応の薬に切り替え等を行い、状態が安定したところでホームに戻る、という方法である。この短期入院期間に、看護師とケアスタッフの業務分担等の設計を行い、ホーム側の受け入れ態勢の整えることもできる。こうした場合は、病院と「松原アーバンクリニック」の間の病診連携として情報共有等が行われている。

- 病院との関係づくりのポイントは、MSW との関係づくりと、すみやかに退院できる体制づくりにある。
 - 退院時の受け入れにうちは、アリアシリーズではホームの看護師が入院先に出向いて退院時アセスメントが行われているが、他シリーズでは MSW のアセスメントに基づいて受け入れられている。また、再度入院が必要となる場合も考えられるため、MSW との関係をつないでおくことにより、何かあった場合に相談しやすい医療機関を確保しておくことが重要であるという。
 - 医療機関との関係づくりにおいては、必要のない入院をしないこと、症状が安定した場合にすみやかに退院し、いつまでもベッドを占有しないことが重要であるという。その意味で、「松原アーバンクリニック」の果たしている退院時のホーム受け入れ前の短期入院の意義が大きい。
 - また、病院の医師は必ずしも在宅医療や有料老人ホームの状態に詳しいわけではないため、ホーム側から情報提供することも重要である。ホームには、看護師や PT・OT 等のリハビリ専門職がいるため、在宅よりも対応できるレベルが高いと思われるが、看護師もリハビリスタッフも医師からの指示なくしては動けないことをまず理解してもらう必要がある。特に、リハビリについては誤解があり、機能維持・介護予防的な意味合いの生活リハビリは行えるが、医療リハは責任が持ちにくく、権限上も行えないことには気づいてもらいたい。特に、在宅でのリハビリに対応してくれる診療所の医師が少ないため、骨折等で入院した後の退院後のリハビリが確保しづらいという。

4) 療養再編後の方向性等についての考え方

(1) ホームとしての方向性

- 今後は、常勤看護職員の確保・増員や訪問診療・往診の確保・強化によって、看取りを含め、ホームでの医療対応を強化したいと考えられている。

(2) 制度上で改善等が望まれる点

- 医療面の機能は、既に地域にあるネットワークに頼らざるを得ない面がある。地域の介護力を高めるためにも、医療機関間の連携・ネットワークづくりを進めることが重要、との指摘がなされた。
- また、一般に、ホームの看護師に対し、どの医師が指示を出すのか、その責任関係はどうなっているかの明確な整理が必要、との認識も示された。
 - 現状では、別法人の医師から指示を受けて対応することが多いが、その処置を行ったことにより患者に急変等が起こった場合に、誰にどのような責任が発生するのかは明確になっていない。
 - 例えば、医師からの指示を受けている場合でも、その指示から 24 時間以上たっている場合に、指示どおり実行してよいかどうかは明確ではない。状態が変わっていれば、その処置が適切でない状態になっていることも考えられ、医師が最新の症状を正しく把握していることの保証がない状況である。
 - このように、協力医療機関からホームへの指示は、必ずしも書面によって行っているとは限らないため、どこの責任か、どこの負担によるのかが不明確になっている側面がある。医師から電話で受けた指示を、ホームの看護師が実行したとしても、どこにも明確な記録が残らず、万一過誤が起こった場合は看護師が個人的に追及され、国家資格を剥奪されるという結果になりかねない。実際に、脱水症状が出た入居者に対し、医師が往診できなかったために点滴ができず、朝まで交代でケアスタッフがつきっきりで脱脂綿等で少しずつ水分を与えるという対応をしたこともある。
 - 現行の法制度では、協力医療機関の医師が看護師を連れて訪問し、その看護師が医療処置を行う方が責任を明確化しやすい。法を守って正しく運営しようと思えば思うほど、ホームの看護師は医療に対して手出しがしにくくなってしまう。

- 一部の医療処置については、一定の条件のもとで介護職員にも認められれば、ホームでの対応可能性を高めることができることも指摘された。
 - 特に、「吸引」は、必要とする入居者も多く、緊急性が高い場合もあることから、介護職員が行うことを認めた場合の効果が大きいと考えられている。
 - 「アリア松原」では、なるべく吸引をしないですむように口腔ケアを行う一方で、医療処置に関する知識・理解を深めるために、ケアスタッフも、吸引機器の組み立て方や、ヨーグルトを使った吸引の仕方の実習などが行われている。こうした取り組みにより、緊急事態には、看護師がかけつけるまでの間にケアスタッフが吸引機器の準備を行うなど、少しでも迅速に対応し、リスクを減らせるよう工夫が行われている。もし、ケアスタッフが実際に吸引までできれば、より迅速な対応ができることは間違いない。
 - ただし、介護職員が行うことを認めるにあたっては、処置のミス等を防ぐための工夫も必要である。例えば、「吸引」を「気管内吸引」と「口腔内吸引」に区分し、より容易な「口腔内吸引」のみを認めるという方法もある。「口腔内吸引」のみ、介護職員が行うことを認めた場合でも、看護師の手をより難しい医療処置に振り向けることができるようになり、看護師の負担を減らすことができる。
 - また、「胃ろうのケア」についても、介護職員が行えるようになると、一般ホームで看護師が手薄になりやすい朝や夜でも対応できることになり、食事時間に合わせて栄養注入がしやすくなる。入居者にとっては、少しでも通常の生活に近い方が心身の負担が少なくなる。
- 現行の介護報酬では要介護度のみで報酬額が決まるため、ハイメディカルな入居者に対しては、人件費、材料費、薬剤費等、多くのコストがかかり、事業者にとっては持ち出しが多いという。リスクが高い上に経営的にも損失となると、事業者にとって引き受けたくない領域となってしまうことから、医療処置の要否が勘案されるような仕組みも検討が必要である。

IV. 考察（まとめ）

調査研究結果のまとめを行うにあたっては、まず、前提として「有料老人ホーム」という事業が、制度創設来、社会的ニーズの影響を受けながらその役割・機能を変化・発展させてきたという経緯を踏まえておくことが重要である。

有料老人ホーム制度が創設された 1963 年当初は、有料老人ホームは、経済的にゆとりがあり、健康で医療や介護を必要としない自立した高齢者が集まって住まい、食事等の生活支援サービスを提供する事業が想定されていた。

2000 年 4 月に介護保険制度が施行されるとともに、有料老人ホームは、介護保険制度上の『特定施設』として位置づけられ、自立した高齢者向けの生活支援サービスだけでなく、要支援・要介護の高齢者に対しても介護サービスを提供する事業として位置づけられた。しかし、その位置づけは、「居宅介護サービス」のひとつとして扱われることとなり、「介護サービス」部分は介護保険上のサービスとして介護報酬で賄われる一方で、「住まい」としての機能は自宅(集合住宅)と同じとみなし、家賃・管理費相当や食費については利用者の自己負担で賄われることとされた。こうした位置づけにより、有料老人ホームは、「早めの住み替え」先から「終の住処」までの幅広い役割を担っていくことを期待されるようになり、多様な事業者の参入とともに、契約形態・サービス提供形態が異なる多様なホームが展開されることとなった。

しかし、こうした中でも、「指定基準」においては、「療養上の世話」を担う看護職員の配置義務は課せられたが、医師については「あらかじめ協力医療機関を定めておかなければならない」と規定されたにすぎない。

その一方で、高齢者の多くは定期的な受診が必要となる慢性疾患を抱えている人も多く、ホーム入居者も入居期間が長くなるにつれて、要介護度が高い入居者や医療処置が必要な入居者も増える傾向が見られてきた。ホームによっては、既に、入居者や家族が「看取り」を希望する場合にどのように対応すべきかという問題に直面しているホームも見られる。事業者、あるいは、現場の職員の多くは、入居者や家族の希望があればできる限り対応したいという気持ちが強いが、医師の指示がなければできない事項も多く、日々葛藤の中で業務を行っている状態にあった。

そのような中、療養病床再編の方針が打ち出されたことにより、今後、さらに有料老人ホームにおける医療サービスの確保が重要な課題となってくることが予想されている。

1. アンケート調査結果からの示唆

前頁に記載したように、現在の『特定施設』は、指定基準上、療養上の世話を担うための看護職員の配置が義務付けられているが、医師の配置義務はない。このような中でも、入居者の状態の変化に応じて、『特定施設』においても、協力医療機関との連携のもとで、医療処置を必要とする入居者の受け入れが進んできている実態が、アンケート調査結果から明らかになった。

アンケート調査結果から得られた主な示唆には以下のような事項がある。

①医療処置を要する入居者の受け入れ実態 [p18・19]

- 多くのホームで対応が難しいのは「人工呼吸器の使用」・「気管切開後のケア」、ホームにより対応が分かれるのは「インシュリン以外の注射・点滴」・「腎透析のケア」・「胃ろう以外の経管栄養のケア」
- 医療処置を行っている入居者延べ人数(複数の処置を要する場合の重複計上あり)は1ホームあたり平均 18.5 人 (平均定員数 83.8 人、平均入居者数 66.3 人)

②医療処置が必要な人の受け入れが多いホームの特性 [p60～63]

《ホーム特性》

- 介護保険制度創設以前に開設しているホーム
- 契約形態で一時金方式が中心となっているホーム
- 併設・近接等の診療所(もしくは治療・療養対応ベッド)があるホーム
- 定員規模が大きいホーム
- 入居者全体に占める要介護 3 以上の人の割合が 40%以上のホーム

《看護職員・体制面の特性》

- 看護職員の配置が手厚い
- 看護主任が「救急」・「特別養護老人ホーム」・「訪問看護」のいずれかの業務経験がある
- 夜間看護体制加算の算定有無に関わらず、実態として夜勤もしくは宿直の看護職員がいる

《協力医療機関の特性》

- 協力医療機関が同一法人もしくは関連法人である
- 協力医療機関が併設・隣接している
- 協力医療機関との連携頻度が高い

③「看取り」に対する取り組みの実態 [p37～43]

- 死亡退居者の 64%がホームでの看取りを希望、実際の居室での死亡者が 21%
- 看取りを「積極的に受け入れる」ホームは 42%。看取りの希望を「原則的に受け入れない」ホーム(N=89)が挙げた理由では「夜間は看護師がいないから」が最多(61%)
- マニュアルや指針が有るホームが 47%、説明・希望確認を行っているホームが 55%

④医療処置を要する入居者に対応していくための今後の課題 [p47・48]

- 日常的な医療も、看取りも含め、特定施設における医療対応を強化するためには、一定の条件のもとに、介護職員が一定の医療行為を実施できるようにする必要性が高まっている(約8割のホームが賛成)
- 具体的な医療処置として、6割超のホームが、「介護職員が対応できるようにしていただくことが望ましい医療処置」として、「吸引」・「人工肛門のケア」・「胃ろうのケア」・「吸入」・「在宅酸素療法」・「インシュリンの注射」を指摘 (調査票上では処置の具体的な内容に関する解釈は回答者に委ねた)

2. 事例インタビューからの示唆

事例インタビュー調査からは、以下のようなホームで医療処置が必要な人が受け入れられやすい傾向が見られた。いずれも、前述のアンケート調査結果を補足・補強するような内容と言える。

①医療処置が必要な人の受け入れが多いホームの特性

《ホーム・事業者の特性》

- ホームの方針が医療処置を必要とする人も受け入れることを前提としている
(看取りまで行える“終の住処”とすることをめざしている)

《看護職員・体制面の特性》

- 看護職員がきめ細かく入居者の健康状態のチェックや相談を行っている
- 看護職員のフットワークが軽く、行動が迅速
- 介護職員を含め、全ての職員が入居者のちょっとした変化(予兆)の察知に努めている
(看護職員を中心に、医師との連絡がとりやすい日中に、できる限りのリスクの洗い出しを行っている)
- 看護職員と介護職員との役割分担が明確になされ、かつ、情報共有・連携のためのミーティング・カンファレンス等の仕組みが確立している
- 体系的な研修が行われており、医療的ケアに関し介護職員も含めた実践的研修を行っている
(経営者が職員のキャリア・アップ、モチベーション・アップを意識している)
- 研修の体系化や実施に関しては一定のスケールメリットが働いている
- 看護職員が協力医療機関等の医師に働きかけ、上手く巻き込み、動かしている
- 健康状態・受診等の記録を重視しており、受診時の医師とのコミュニケーションや家族への状態の説明・意思決定等の際に活用している

《協力医療機関の特性》

- 協議書等を取り交わした協力医療機関に限らず、協力を得られる複数の医療機関があり、症状・状況等に応じて使い分けがなされている
(ホームが立地する地域の医療体制・ネットワークがある程度確立しており、それを生かしている)
- 施設長が、これらの医療機関等の医師・代表者等と、医療処置が必要なケースへの対応方針・対応方法について協議し、認識の共有・合意ができています
- 医師が、こまめに訪問診療・往診を行っており、夜間等でも携帯電話等で相談にのったり、必要な場合に駆けつけてもらったりできる

②医療処置を要する入居者に対応していくための今後の課題

- 家族が行ってもよいとされる医療行為は、一定の条件のもとに、介護職員も行えるようにすべきとの意見があった
- 特に、「吸引」は、緊急性が高く、救命できる可能性も高い行為であるため、介護職員も行えるようにすることによってホームで対応できる領域が広がる可能性が高いとの意見があった

③その他、医療対応の強化に向けた課題

- 看護職員は、対応できる資格・能力があっても、医師の指示がなければできない事項が多いため、医師の協力が得られやすい環境づくりが求められる
- 一方、協力医は、通常別法人に所属しており、責任関係が必ずしも明確になっていない面がある(特に、協力医療機関以外の医師からの指示を受ける場合は、根拠が薄弱である)

3. 有料老人ホームにおける医療サービスの確保に向けて

こうした調査結果を総括すると、特定施設において医療サービスを確保し、医療処置を必要とする人の受け入れを強化していくためには、以下のようなことが求められると考えられる。

①医師の協力が得やすい環境づくり

アンケート調査結果では、併設・隣接等の診療所があるホームでは、医療処置が必要な入居者の受け入れが多い傾向が見られた。

看護職員は、「療養上の世話」を除けば、医師の指示がなければ医療処置を行うことができないこととなっているが、現在の指定基準においては、『特定施設』には医師の配置義務はなく、協力医療機関または入居者のかかりつけ医（以下、「協力医等」とする）との連携によって対応することが想定されている。有料老人ホームの多くは株式会社が経営していることから、協力医等は、通常、別法人に所属しており、責任関係等が必ずしも明確ではない点もある。

併設・隣接の診療所があるホームで医療対応が行いやすい理由は、その診療所がホームの経営主体と同一法人・関連法人等である場合が多いことやも影響していると考えられる。

しかし、社会保障財政を勘案すると、特定施設に医師の配置や診療所の併設を義務付けることは現実的ではなく、既存の資源を有効に活用して別の方法で医師の協力が得やすい環境づくりを行うことが求められている。具体的には、協力医療機関等がホームの入居者に対して医療を行うことについて、協力医等と看護職員との間の責任・指示関係を明確化することができれば、ホーム事業者や入居者にとって、医師の協力が得やすくなるものと考えられる。

②夜間・早朝の時間帯に看護を確保しやすい仕組みづくり

アンケート調査結果では、夜勤もしくは宿直によって、夜間も看護職員がいるホームでは医療処置が必要な入居者の受け入れが多い傾向が見られたが、実態としては、夜間看護体制加算を算定しているホーム（全体の6割）の8割は自ホームの看護職員の自宅待機・電話対応にて行われている。

インタビュー調査では、インシュリン注射等が早朝に必要な場合も、看護職員が不在の場合が多いため、難しいとの意見が聞かれた。また、医療処置が必要な入居者が少数の場合は対応できても、人数が増えると、看護業務のキャパシティとして対応が難しくなる場合もあるとの意見も聞かれた。

夜勤もしくは宿直の看護職員を配置するためには、夜間を含めたローテーションを組むことができるだけの看護職員数が必要となるため、規模の大きいホームでなければ実現が難しい（アンケート調査結果によれば、定員規模 80 人以上のホームの約1/4、定員規模 150 人以上のホームの約半数で夜間の看護職員が確保されている）。

このようなことを踏まえると、特に、近年、増加傾向にある定員規模 50 人前後の中規模ホームにおいて、夜間・早朝の時間帯にも看護職員を確保しやすい仕組みをつくるのが、医療処置を必要とする入居者を受け入れていくための課題である。例えば、看護職員の配置が義務付けられていないグループホームにおいては、訪問看護ステーションとの連携によって「医療連携体制加算」を算定できるように改定されたが、夜間・早朝等、小・中規模の特定施設で看護職員の確保が難しい時間帯や、医療処置が必要な入居者数が看護職員数に対して多い場合などに、訪問看護ステーションとの連携によって対応しても報酬が算定できるようになれば、医療処置が必要な入居者を受け入れやすくなると考えられる。

③介護職員が行うことができる行為の検討

現行制度においては、医師の指示があっても、医療行為が行えるのは看護職員に限られる。このため、アンケート調査で把握された「受け入れが難しい医療処置」について、インタビュー調査でその理由や詳細を確認したところ、ひとつは、朝食前の「インシュリン注射」のように、看護職員が不在の時間帯に必要となる予定された医療処置の対応、もうひとつは、看護職員が不在の時間帯に緊急に対応する必要がある医療処置が生じた場合の対応、との意見が聞かれた。特に、緊急対応については、実際に生じていなくても、緊急の状況が生じる可能性が感じられたところで、入院等、緊急対応のできる環境に移すしかないとの意見が聞かれた。このようなケースでは、職員が、入居者や家族の「ホームに居たい」という気持ちに応えたいという思いと法令順守(コンプライアンス)との板ばさみに陥りやすい傾向もうかがわれた。

既存の医療・介護資源を効果的に活用するという観点からも、「可能性」の段階では、できるだけ『特定施設』で対応できるようにするという事も考えて行く必要がある。そのためには、一部の医療処置については、一定の条件のもとで、介護職員が行えるようにすることについても、検討が求められる。

その「範囲」に関しては、より詳細な研究を通じた検証・検討が必要ではあるが、本調査の中では、以下のような意見が呈された。

○通常、本人や家族が行っている行為

○アンケートで過半数のホームが要望した行為：「吸引」、「人工肛門のケア」、「胃ろうのケア」、「吸入」、「在宅酸素療法」、「インシュリンの注射」、「排便」、「浣腸」

本調査では、項目として 16 種の医療処置を提示したのみで、具体的な行為・内容に関する定義は行わず、詳細は回答者の解釈に委ねているため、介護職員が行うことができる「範囲(行為・内容)」を検討するにあたっては、それぞれの行為の内容をより詳細に区分・定義づけた上で行うことが必要と思われる。

また、「条件」については、気管挿管認定救急救命士*の例を参考とすれば、以下の4点がベースと思われる。気管挿管認定救急救命士は業務独占の資格であり、医師と救命士の関係と、看護職員と介護職員との関係は異なるが、論点は参考になる面もあろう。

①現場にそれを行う必然性(ニーズ)や意味があること

(救急救命の現場において、「気管挿管」を行わないと呼吸を維持できず、心配停止に陥る可能性の高い患者が存在)

②必要な知識と技能を修得するための研修・教育の仕組みがあること

(特別講習や病院実習が義務づけられている)

③必要な知識や技能の習得を裏づけられる資格や認定の仕組みがあること

(「救急救命士」の資格に加えて、「気管挿管認定救急救命士」の認定を受ける必要がある)

④判断者が明確で、その指示あるいは指導を受けて行う仕組みであること

(医師が必要を認めた場合に限定し、判断は制度化以前と同様、医師が行う)

いずれにせよ、介護職員が行うことができる行為について、具体的に制度設計を行うためには、より具体的かつ詳細な調査研究と、医師、看護職員などを含めた専門家による検討が必要である。

* 気管挿管認定救急救命士

2004年7月から、「気管挿管認定救急救命士」が、異物による窒息で心肺停止になった人または気管挿管以外では気道確保が難しいと医師が判断した心肺停止の人を対象に行う場合は、医師以外が「気管挿管」を行うことを認める仕組みとして、「気管挿管認定救急救命士」が制度化されている。

「気管挿管認定救急救命士」の認定を受けるためには、通常の救急救命士の資格に必要な専門知識に加えて、62時間の特別講習を受け、麻酔科医の指導のもとに病院実習で30症例以上の「気管挿管」に成功することが必要とされている。

④医療処置が必要な人の受け入れを促進するための報酬上での評価

本調査によって、医療処置が必要な人の受け入れ実態は、ホームの特性等によって差が生じており、特に、その「特性」のひとつとして、夜勤もしくは宿直の看護職員がいる場合には、医療処置が必要な人の受け入れが多いという実態が明らかになった(ただし、必ずしも手厚い人員体制でなくても、医療処置の必要な入居者を多く受け入れているホームも見られた)。

医療処置を要する入居者を多く受け入れるには、看護職員を含めて手厚い人員体制と細やかな対応が不可欠であり、ホームの経営にとっては高コストとなる側面がある。医療処置を要する入居者を受け入れのために必要となる追加的コストについて報酬上の評価がなされなければ、受け入れが進まない可能性が高い。

このようなことから、医療処置が必要な人の受け入れが進むような報酬上の評価を位置づけていくことが求められる。例えば、本調査結果に沿って考えれば、看護職員の配置や同一建物内に開設する診療所の有無といった体制・形態を評価する方法や、医療処置が必要な入居者を受け入れているという実態(ある意味のアウトカム)に即して、加算等の評価を導入する方法などが考えられる。

附属資料

有料老人ホーム・特定施設における医療サービス等の確保に関する実態調査

ご記入にあたってのお願い

- 1 記入の方法
ご記入いただく筆記用具は、鉛筆またはボールペンなど、どのようなものでもかまいません。
- 2 アンケート回答者(記入者)
原則、施設長(ホーム長)もしくは看護職の方にご記入頂くよう設計しております。
- 3 アンケート調査の内容・構成
本アンケート調査は以下の4つのパートで構成されています。
I ホーム概況調査： 貴ホームの概要、実態などをおうかがいします。
II 入院・転居者調査： 医療・看護等の必要性から貴ホームでの生活が難しくなり、入院もしくは病院・他施設等へ転居した方 最大5名の入院・転居時点の状況をおうかがいします。
- 4 返信の方法
同封の返信封筒に封入の上、平成19年9月28日(金)までにご投函ください。
- 5 返送いただいた回答について
回答は、すべて統計的に処理し、目的外での使用並びに個々の調査票を外部に出すことはありません。

ご多忙のところ大変恐縮ですが、ご協力頂けますようお願い申し上げます。

本調査に関するお問い合わせ先

■ 調査全般

(株)野村総合研究所 コンサルティング事業本部

やすだ うめざわ
安田、梅澤

■ 「看取り」に関する調査(I-5)

国際医療福祉大学

おかむら
岡村

I ホーム概況調査

1. 貴ホームの概要を記入してください。

問1. 経営主体（当てはまるものひとつに○）

1 株式会社	5 その他の財団法人・社団法人
2 有限会社	6 NPO
3 社会福祉法人	7 その他（ ）
4 医療法人	

問2. 法人名

問3. ホーム名

問4. ホーム所在地

問5. 記入内容問合せ連絡先（担当課）
（TEL）

（	）	－

問6. 開所年月、介護保険事業所の指定年月

（1）開所年月

（西暦）	年	月
------	---	---

（2）指定年月

（西暦）	年	月
------	---	---

※指定を受けていない場合は空欄

問7. ホームの類型と入居者の契約形態（それぞれ当てはまるものひとつに○）

（1）施設類型

1 介護付有料老人ホーム	4 ケアハウス
2 住宅型有料老人ホーム	5 その他（ ）
3 健康型有料老人ホーム	

（2）契約形態

1 一時金方式が中心	2 月払い方式が中心
------------	------------

問8. 貴ホームの医療サービス関連施設・設備（当てはまるものすべてに○）

※併設・隣接する診療所にある施設・設備は除き、貴ホームにあるものに○をつけてください。

1 診療所（併設、隣接等）	7 吸入・吸引機器
2 医務室	8 ナースコール、緊急通報設備等
3 健康管理室	9 ストレッチャー対応
4 機能訓練室	（廊下、エレベーター、居室前の
5 健康増進用設備	取り回し等）
（介護予防用機器等）	10 AED（自動体外式除細動器）
6 治療・療養用ベッド	11 その他（ ）
（酸素ボンベ対応ベッド等）	

2. 貴ホームの入居者の状況についてお答えください。

問9. 2007年7月1日時点の入居定員数、入居者数及び特定施設入居者生活介護適用者数
都道府県へ提出する「有料老人ホーム重要事項説明書」等をご参照の上、ご記入ください。

(1) 入居定員数（届出申請上の定員数） 人

(2) 要介護度別の入居者数 ※入院中・一時帰宅中の方も含めてください。

要介護度	自立	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
入居者数	人	人	人	人	人	人	人	人
うち特定施設入居者生活介護適用者数		人	人	人	人	人	人	人

(3) 入居者の平均年齢 歳

(4) 年齢別の入居者数

年齢	65歳未満	65歳以上 70歳未満	70歳以上 75歳未満	75歳以上 80歳未満	80歳以上 85歳未満	85歳以上 90歳未満	90歳以上
入居者数	人	人	人	人	人	人	人
うち特定施設入居者生活介護適用者数	人	人	人	人	人	人	人

問10. 貴ホームでは下記のような医療処置を必要とする方が新たに入居する場合 あるいは 下記のような医療処置を必要とする状態になった入居者がホームで生活続ける場合、対応できますか。それぞれ最も近いもの1つに○をつけてください。また、対応できる場合は、現在ホームで生活している該当者数を、概算でも構いませんので記載ください。

	入居時点で医療処置が必要な人はほとんど受け入れていない (入居中に医療処置が必要になった場合は入院・転居を勧める)	入居時点で医療処置が必要な人は受け入れていないが、入居中に必要な場合は対応している	入居時点で医療処置が必要な場合でもほとんど受け入れている	現在の 該当者数 (概算)
(1) インシュリンの注射	1	2	3	人
(2) インシュリン以外の注射・点滴	1	2	3	人
(3) 排便	1	2	3	人
(4) 浣腸	1	2	3	人
(5) 創傷・じょく創のケア	1	2	3	人
(6) 胃瘻（ろう）のケア	1	2	3	人
(7) 胃瘻以外の経管栄養のケア	1	2	3	人
(8) 気管切開後のケア	1	2	3	人
(9) 腎透析のケア（腹膜透析（CAPD）を含む）	1	2	3	人
(10) 人工肛門のケア	1	2	3	人
(11) 膀胱留置カテーテルのケア	1	2	3	人
(12) 在宅酸素療法	1	2	3	人
(13) 吸引	1	2	3	人
(14) 吸入	1	2	3	人
(15) 疼痛の緩和	1	2	3	人
(16) 人工呼吸器の使用	1	2	3	人

問 1 1. 貴ホームの入居者が医療機関に入院した場合、貴ホームでは、契約上、どのように対応することとなっていますか。下記のうち当てはまるものに○をつけてください。

- 1 入居者が希望すれば、ホームに戻れる契約となっている
 2 ホームで対応できない医療処置が必要になったら、退居してもらう契約になっている
 3 入院して一定の期間がたったら、退居してもらう契約になっている
 4 その他の条件で退居してもらう契約になっている
 (条件の詳細:)

問 1 1 - 1 その期間は何か月ですか。

か月

3. 貴ホームの職員の状況についてお答えください

問 1 2. 貴法人の代表者(理事長、社長等)及び施設長(ホーム長)について

(1) 代表者(理事長、社長等)の保有資格 (当てはまるものすべてに○)

- 1 医師 4 介護支援専門員 7 ホームヘルパー
 2 看護師 5 社会福祉士 8 その他 ()
 3 准看護師 6 介護福祉士 9 特になし

(2) 施設長(ホーム長)の老人ホーム事業経験年数(他ホームでの経験を含む)

年

(3) 施設長(ホーム長)の保有資格 (当てはまるものすべてに○)

- 1 医師 4 介護支援専門員 7 ホームヘルパー
 2 看護師 5 社会福祉士 8 その他 ()
 3 准看護師 6 介護福祉士 9 特になし

問 1 3. 2007 年 7 月 1 日時点の介護・看護職員数(事務職員、栄養士等は除く直接処遇職員数)

都道府県へ提出する「有料老人ホーム重要事項説明書」等をご参照の上、ご記入ください。

	常勤職員数		非常勤職員数	
	実人数	常勤換算数	実人数	常勤換算数
看護・介護職員合計	人	人	人	人
うち看護師 (資格保有者)	人	人	人	人
うち准看護師 (資格保有者)	人	人	人	人

問 1 3 - 1. 看護職の方のうち、主任(リーダー)的な役割を果たしている方の業務経験について
 おうかがいします。

(1) 看護職としての業務経験年数(保健師・助産師としての経験を含む)

年

(2) 従事したことのある領域
 (当てはまるものすべてに○)

- 1 救急 5 訪問看護
 2 介護療養型医療施設 6 5 以外の在宅医療・介護
 3 介護老人保健施設 7 当てはまるものはない
 4 特別養護老人ホーム

問 1 4. 看護職員の日中・夜間の平均的な勤務状況

(1) 日中（常勤換算数） 平日 人 休日 人

(2) 夜間（当てはまるもの 1 つに○）

- 1 必ず夜勤の看護職員がいる（夜勤：夜間も起きて勤務している状態）
- 2 必ず宿直の看護職員がいる（宿直：ホームに泊まり、何かあればかけつけられる状態）
- 3 ローテーションの都合で、夜間に看護職員がいない場合がある
- 4 夜間は、通常、看護職員はいない

→ (3) 看護職員がホームに不在のとき、看護職員は緊急コールにどのような対応を取ることに
なっていますか。最も近いもの 1 つに○をつけてください。

- 1 現場への駆けつけ対応をすることになっている
- 2 電話での対応をすることになっている
- 3 対応しないことになっているが、実際は現場への駆けつけ対応をしている
- 4 対応しないことになっているが、実際は電話で対応している
- 5 対応しない

上記で 1～4 を選択した場合

→ (4) 勤務時間以外に受ける相談・対応依頼は 1 週間に何件程度ですか。

およそ 件

問 1 5. 「夜間看護体制加算」を算定していますか。（ひとつに○）

- 1 はい
- 2 いいえ

上記で「1. はい」の場合

→ 問 1 5-1 夜間の看護体制は、どのような人員で確保していますか。（ひとつに○）

- 1 自ホームの看護職員が勤務している
- 2 外部の訪問看護ステーションとの連携により確保している
- 3 1 と 2 の両方

問 1 6. 貴ホームでは医療処置が必要な人へのケアに関する勉強会・研修会等を行っていますか。

勉強会等の対象者および方法について、当てはまるものすべてに○をつけてください。

(1) 対象者

- | | |
|------------|----------|
| 1 看護職員 | 4 その他職員 |
| 2 介護職員 | 5 入居者 |
| 3 責任者、ホーム長 | 6 入居者の家族 |

(2) 方法

- 1 ホーム利用者についてのケース検討会・勉強会
- 2 マニュアル、ガイドラインの作成
- 3 外部の研修への参加推奨
- 4 外部講師をホームに招いてのセミナー開催
- 5 その他（ ）

4. 2007 年 7 月 1 日時点の貴ホームの協力医療機関の状況についてお答えください

問 17. 貴施設の協力医療機関（訪問看護ステーション含む）

(1) 医療機関名 (最大 5 機関)	(2) 種類 (1 つ選択)	(3) 診療科 (複数選択)	(4) ホームとの 関係 (1 つ選択)	(5) ホームから の距離 (1 つ選択)	(6) 役割 (複数選択)	(7) 連携 頻度 (1 つ選択)
	1 病院 2 無床在宅療養支援 診療所(24 時間対応) 3 無床診療所 4 有床在宅療養支援 診療所(24 時間対応) 5 有床診療所 6 訪問看護ステーション	1 内科系 2 外科系 3 精神・神経系 4 眼科 5 歯科 6 その他	1 同一法人 2 関連法人 3 その他	1 ホームに併設・ 隣接 2 徒歩圏内 3 徒歩圏外	1 健康管理 2 訪問診療 3 往診 4 訪問看護 5 入院 6 夜間等の オンコール対応 7 専門的助言 8 その他	1 ほぼ毎日 2 2～3 日に 1 回程度 3 1 週間に 1 回程度 4 それ以下
(記入例) 野村総合病院	1	1、3	1	3	4、6	3

問 18. 貴ホームでは、入居者が医療を必要とするとき、どの医療機関から医療を受けていますか。
最も近いもの 1 つに○をつけてください。

- | |
|--|
| 1 ホームの協力医に依頼するケースが多い
2 入居者のかかりつけ医に依頼するケースが多い
3 入居者ごとに希望に応じて協力医とかかりつけ医を使い分けている
4 その他 () |
|--|

5. 貴ホームの「看取り」に関する基本方針や体制についてお答えください。

問19. 平成18年度の死亡退居者について、その死亡場所と人数についてお答えください。

1. ホームにおける看取りを希望した者	
うち一般居室又は介護居室における死亡者	人
うちホーム内の診療所における死亡者	人
うち同一法人内の病院・診療所における死亡者	人
うち同一法人外の病院・診療所における死亡者	人
2. その他の死亡者数	人
1年間の死亡退居者数（合計）	人

以下では、「ホームにおける看取りを希望した方」についてうかがいます。

（最終的にどこで亡くなったかは問いません）

問20. 貴ホームでは、入居者や家族から「ホームで亡くなりたい」という希望があれば、受け入れますか。下記のうち最も近いもの1つに○をつけてください。

- 1 原則的に受け入れる
- 2 入居者の状態によって、受け入れられないこともある
- 3 その時のホームの状況によって、受け入れられないこともある
- 4 原則的に受け入れない

問21(次ページ)へ
進んでください

→ 問20-1 「受け入れない」理由は何ですか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

- 1 看護職員の数が足りないから
- 2 介護職員の数が足りないから
- 3 夜間は看護師がいないから
- 4 ホームでの看取りをサポートしてもらえる協力医療機関がないから
- 5 ホームでの看取りをサポートしてもらえる医師がいないから
- 6 医療事故が起こることやそれに関して入居者のご家族等とトラブルになることが心配だから
- 7 ホームで看取りを行うことに対して、職員の理解が得られないから
- 8 コスト的に費用がかかりすぎるから
- 9 その他（ ）

(⇒「看取り」を行わない場合は、問27へ進んでください)

問 2 1. 貴ホームが、「看取り」に取り組むようになった理由はどのようなものですか。該当するものすべてに○をつけてください。

- | |
|--|
| 1 入居者やその家族の中に、ホームで亡くなることを希望する方が出てきたから |
| 2 「これ以上治療の施しようがない」として病院からの退院を余儀なくされ、ホームが看取りを行わざるを得ない入居者がいたから |
| 3 ホームの方針として、積極的に「看取り」を行っていくことを決めたから |
| 4 その他（ ） |

問 2 2. 貴ホームには、「看取り」に関するマニュアルや指針がありますか。当てはまるもの1つに○をつけてください。

- | |
|-------------------------|
| 1 無し |
| 2 有り（⇒差し支えなければ同封してください） |
| 3 現在、準備中 |

問 2 3. 貴ホームでは、入居時に「看取り」に関するホームの方針の説明や、本人や家族の「看取り」に関する希望の確認を行っていますか。

- | | |
|---------|----------|
| 1 行っている | 2 行っていない |
|---------|----------|

問 2 4. 貴ホームでは、「ホームで亡くなりたい」という入居者や家族の希望をいつ確認していますか。下記のうち該当するものすべてに○をつけてください。

- | |
|----------------------------------|
| 1 入居時に確認している |
| 2 看護職員や介護職員が、日常のケアの中で確認するようにしている |
| 3 病院からの退院時や状態の悪化時に確認している |
| 4 特に確認してはいない |

問 2 5. 貴ホームにおける「看取り」に関する課題とはどのようなものですか。下記のうち当てはまるもの3つまで○をつけてください。

- | | |
|-------------------|-----------------|
| 1 施設の方針の明確化 | 7 職員の協調 |
| 2 居室等の環境整備 | 8 看護職員の知識・技術の向上 |
| 3 医師・医療機関との関係強化 | 9 介護職員の知識・技術の向上 |
| 4 看護職員の増員 | 10 家族との信頼関係の構築 |
| 5 介護職員の増員 | 11 「医療行為」に対する制約 |
| 6 夜間・休日の看護職員体制の充実 | 12 その他（ ） |

問 2 6. 貴ホームで、「看取り」に関するお悩みや課題等をご自由にご記入ください。

例)「看護師の数が足りない。」「介護報酬で評価して欲しい。」

6. 貴ホームにおける今後の医療機能の充実に関する方針・考え方についてうかがいます。

問27. 日常的に医療処置が必要な人の受け入れに関する今後の方針について、どのように考えていますか。最も近いもの1つに○をつけてください

- | |
|--------------------------------------|
| 1 医療機能の充実を図り、医療処置が必要な人を受け入れたい（増やしたい） |
| 2 制度や報酬等の状況を見極めてから検討したい |
| 3 しばらくは現状を維持したい |

上記で1を選択した場合

→ 問27-1 具体的にはどのような方法で医療機能を充実させることを考えていますか。看護体制、協力医療機関について、それぞれ最も重視しているもの1つに○をつけてください。

- | | | |
|----------|--------------------|---------------------|
| (1) 看護体制 | 1 常勤看護職員の確保・増員 | 4 夜勤看護師の確保 |
| | 2 看護職員のシフト変更 | 5 研修・勉強会等の充実 |
| | 3 訪問看護ステーションとの連携 | 6 その他（ ） |
| (2) 協力医 | 1 複数の協力医療機関との提携 | 4 医師の夜間オンコール体制の確保 |
| | 2 入院、救急のある医療機関との提携 | 5 共同勉強会・カンファレンス等の充実 |
| | 3 訪問診療、往診の確保・強化 | 6 その他（ ） |

問28. 貴ホームにおける「看取り」に関する今後の方針はどのようなものですか。下記のうち最も近いもの1つに○をつけてください。

- | |
|-------------------------------|
| 1 入居者に対する看取りについては、充実を図っていききたい |
| 2 今後、条件が整えば充実を図っていききたい |
| 3 特に考えていない |
| 4 その他（ ） |

問29. 貴ホームにおいて、「看取り」を含む医療面での対応ができるようにするためには、介護職員にも、一定の条件の下に、一定の医療行為を行うことが認められていくことが必要だと思いますか。

- | | | |
|------------|-------------|--------------|
| (1) 日常的な医療 | 1 とてもそう思う | 4 そう思わない |
| | 2 そう思う | 5 まったくそう思わない |
| | 3 どちらともいえない | |
| (2) 看取り | 1 とてもそう思う | 4 そう思わない |
| | 2 そう思う | 5 まったくそう思わない |
| | 3 どちらともいえない | |

問30. 介護職員が対応できるようにしていくのが望ましいのはどのような医療処置ですか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

- | | |
|-------------------------|------------------|
| 1 インシュリンの注射 | 10 人工肛門のケア |
| 2 インシュリン以外の注射・点滴 | 11 膀胱留置カテーテルのケア |
| 3 浣腸 | 12 在宅酸素療法 |
| 4 摘便 | 13 吸引 |
| 5 創傷・じょく創のケア | 14 吸入 |
| 6 胃瘻（ろう）のケア | 15 疼痛の緩和 |
| 7 胃瘻以外の経管栄養のケア | 16 人工呼吸器の使用 |
| 8 気管切開後のケア | 17 死後の処置（エンゼルケア） |
| 9 腎透析のケア（腹膜透析（CAPD）を含む） | 18 わからない |

Ⅱ 入院・転居者等調査

問1. 右ページ図をご参考に、下記のA～Cの人数をご記入ください。

A. 貴ホームの入居者(退居手続きをしていない人)のうち、
9月1日時点で貴ホーム及び自宅以外にいる人数

人

B. 過去3か月(2007年6月～8月)の退居者総数
(在宅復帰、特養入所待ち、死亡退居等を含む)

人

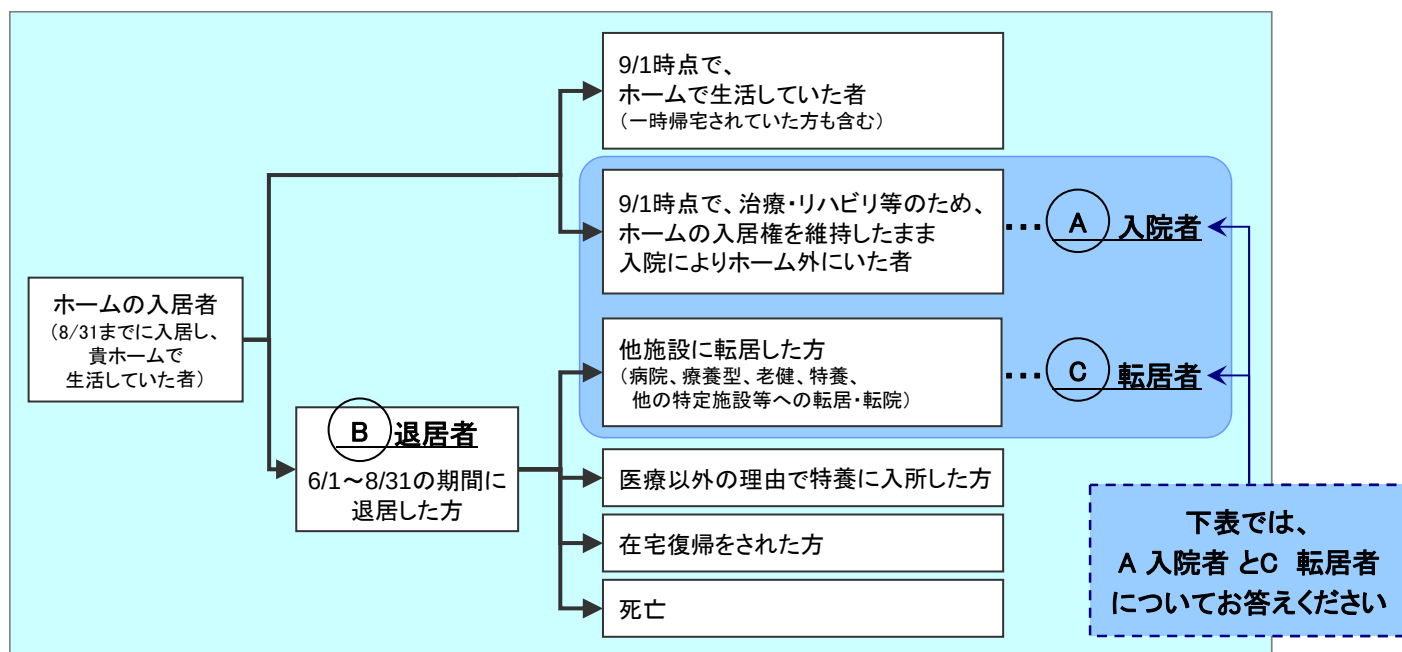
C. 過去3か月(2007年6月～8月)の退居者のうち、
医療機関・介護施設等へ転居した人数

人

貴ホームの入居者のうち、医療・看護等の必要性が高まったことが主な原因となって入院した方(A)もしくは転居した方(C)の状況について、最大5名分について記入ください(1名分を1行に記入)。該当者が5名以上いる場合は、退居年月が新しい者からさかのぼって5名分をご記入ください。

入院・転居者	問2			問3		問4	問5	問6 入院・転居時点の状態像			問7			
	入院・転居年月日			ホーム入居年月		性別	入院・転居時点の満年齢	(1) 要介護度	(2) 日常生活自立度	(3) 認知症の程度	(1) 入院か転居か	(2) 入院・転居先		
	年 (西暦)	月	日	年 (西暦)	月	(どちらかに○)	(数字記入)	(ひとつに○)	(ひとつに○)	(ひとつに○)	(どちらかに○)	(ひとつに○)		
	(数字記入)			(数字記入)				1 自立・認定なし 2 要支援1 3 要支援2 4 要介護1 5 要介護2 6 要介護3 7 要介護4 8 要介護5	1 J 2 A1 3 A2 4 B1 5 B2 6 C1 7 C2 8 不明	1 正常 2 I 3 IIa 4 IIb 5 IIIa 6 IIIb 7 IV 8 M 9 不明	A 入院 C 転居	1 医療機関 2 介護療養型医療施設 3 介護老人保健施設 4 特別養護老人ホーム 5 他の特定施設 6 認知症高齢者グループホーム 7 上記以外の高齢者向けホーム等 8 その他 ⇒8の場合は具体的に記載		
例	2007	8	21	2000	12	男女	82 歳	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8 9	A C	1 2 3 4 5 6 7 8 ()		
1	2007					男女	歳	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8 9	A C	1 2 3 4 5 6 7 8 ()		
2	2007					男女	歳	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8 9	A C	1 2 3 4 5 6 7 8 ()		
3	2007					男女	歳	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8 9	A C	1 2 3 4 5 6 7 8 ()		
4	2007					男女	歳	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8 9	A C	1 2 3 4 5 6 7 8 ()		
5	2007					男女	歳	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8 9	A C	1 2 3 4 5 6 7 8 ()		

例 は2000年12月に入居した82歳・要介護度2(日常生活自立度A2, 認知症の程度Ⅲb)の女性が脳梗塞(脳血管疾患)で倒れて病院に入院したケース。入院してまだ間もないため、症状も安定せず、入院を継続している。



問 8 疾病の状況				問 9 入院・転居等の理由		
(1) 主な疾患 (当てはまる 番号を記載)	(2) 症状の 安定性 (ひとつに○)	(3) 必要な 医療処置 (当てはまる 番号を記載)	(4) 左記のうち 入院・転居等の 原因となった処置 (当てはまる 番号を記載)	理由 (ひとつに○)	(補足自由記入欄)	
1 悪性新生物 2 糖尿病 3 パーキンソン病 4 高血圧性疾患 5 心疾患 6 脳血管疾患 7 呼吸器疾患 8 脊髄障害 9 関節炎 10 腎不全 11 骨折 12 廃用症候群 13 認知症 14 その他 15 特になし	1 定期的な 医療行為は 必要だが、 症状は安定 2 日常的に 医療処置・ケア が必要だが、 症状は安定 3 日常的に 医療処置・ケア を必要とし、 症状急変の 可能性あり 4 終末期	<選択肢は(3)(4)共通> 1 インシュリン注射 2 インシュリン以外の注射・点滴 3 浣腸 4 排便 5 創傷・じよく創 6 胃ろう 7 その他の経管栄養 8 気管切開(後) 9 腎透析・腹膜透析 10 人口肛門 11 膀胱留置カテーテル 12 在宅酸素療法 13 吸引 14 吸入 15 疼痛の緩和 16 人工呼吸器使用	(当てはまる 番号を記載)	1 負傷(骨折等)に よる入院 2 急性疾患(肺炎等) による入院 3 持病の発作等(脳 梗塞、心臓発作等) による入院 4 認知症の症状悪 化・トラブル等により 対応不能となった ため 5 恒常的に医療処置 が必要となり対応 不能となったため 6 その他 ⇒6の場合は 具体的に記載		入院・転居者
4、13	1 2 3 4 3	2、7、13	なし	1 2 3 4 5 6 (3)	居室で脳梗塞で倒れたため	例
	1 2 3 4			1 2 3 4 5 6 ()		1
	1 2 3 4			1 2 3 4 5 6 ()		2
	1 2 3 4			1 2 3 4 5 6 ()		3
	1 2 3 4			1 2 3 4 5 6 ()		4
	1 2 3 4			1 2 3 4 5 6 ()		5

**特定施設における医療サービス等の確保のあり方に
関する調査研究
報告書**

平成 20 年 3 月

株式会社 野村総合研究所

〒100-0005 東京都千代田区丸の内1-6-5
丸の内北口ビル
TEL : 03-5533-2111(代表)