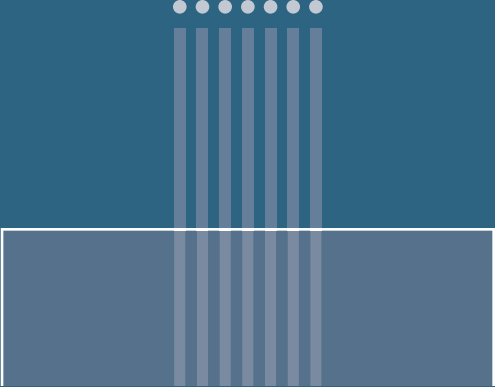
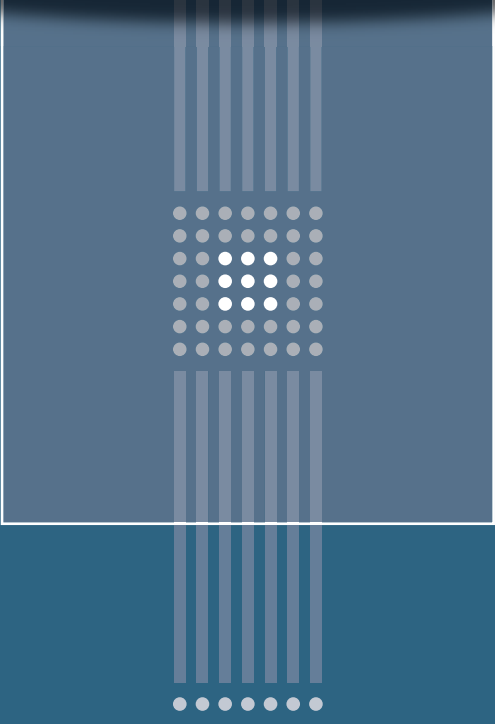




平成23年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業

施設・入居系サービスと住宅系サービスの 機能分担に関する研究報告書



平成 24 年 3 月

目 次

第1章 調査の背景と概要	3
1. 調査目的	4
2. 調査方法	4
2-1 調査対象	
2-2 調査表配布と調査時期	
3. 調査内容	5
4. 回収状況	6
5. 調査研究体制	6
 第2章 医療の提供からみた調査結果	7
1. 調査対象施設／住宅の概況	8
1-1 医療・看護・介護の配置、併設、連携機関	
1-2 要介護度	
2. 施設／住宅における医行為の概要と留意点	12
2-1 気管切開管理	
2-2 中心静脈栄養	
2-3 経鼻経管栄養	
2-4 胃ろう・腸ろうによる経管栄養	
2-5 喀痰吸引	
2-6 人工呼吸器管理	
2-7 インスリン治療（血糖コントロール）	
2-8 酸素療法	
2-9 人工透析	
3. 医療の提供の基本方針と受け入れ実態	20
3-1 医療の提供に関する基本方針	
3-2 医療の提供状況	
3-3 「経管栄養」と「喀痰吸引」の受け入れ有無からみた特徴	
3-4 医療の提供割合が高い施設／住宅の特徴	
 第3章 費用負担からみた調査結果	39
1. 調査対象自治体の所得ならびに生活保護の状況	40
2. 費用負担からみた利用実態	42
2-1 生活保護受給者の受け入れ状況	
2-2 利用者の介護保険料所得段階の分布状況	
 第4章 まとめ	47
1. 医療の提供の概況	48
2. 費用負担の概況	50
 資料編（「高齢者施設／住宅の機能分担に関する研究」調査表）	53

第1章 調査の背景と概要

1 調査目的

本調査研究は中重度者向けの施設・入居系サービスと軽度者向けの住宅系サービスの実態を、①医療の実施状況、②利用者の所得段階、の2点から整理し、適切な機能分担について検討を加え、もって、介護保険制度の適正化を目指すことを目的に実施したものである。

医療の提供状況については、平成22年度老人保健健康増進等事業として医療経済研究機構（一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会）が実施した「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」を念頭に調査表の設計を行い、両者で比較検討ができるよう心掛けた。

利用者の所得段階については、地域別特性が明らかになるよう調査対象市町村を限定し、その対象自治体の協力を得て実施することで回収率の向上を図りデータの信頼性を高めるよう心掛けた。

2 調査方法

2-1 調査対象

調査対象施設は介護療養型医療施設、介護療養型老人保健施設、老人保健施設、有料老人ホーム、特別養護老人ホーム、認知症GH、ケアハウス、サービス付き高齢者住宅の届け出を予定している高齢者住宅、いずれにも該当しないその他住宅である。

通常、この種の調査は全国を対象に悉皆調査もしくは無作為抽出調査を行うが、本研究では、今後高齢化が急速に進み新たな建物整備が必要とされる保険者（品川区）、既に基盤整備を終えている保険者（大牟田市）、高齢者住宅の多い地方政令指定都市（札幌市）を調査対象とし、利用者の所得段階については保険者単位で分析を行う。

2-2 調査表配布と調査時期

平成23年9月末に調査表を郵送発送し10月14日を回答期限として郵送回収した。回答期限を延ばし、10月末までに郵送回収したものを分析対象とした。

調査の実施にあたっては札幌市については札幌市保健福祉局保健福祉部介護保険課と特定非営利活動法人シーズネット、品川区については品川区健康福祉事業部高齢者福祉課、大牟田市については大牟田市長寿社会推進課の協力を得た。配布、回収、分析は日本医療建築協会が行った。

3

調査内容

調査項目、調査内容は以下の通りである。

- 施設／住宅概要 施設名、住所
施設種別、定員、看護職配置、生活支援職員配置
併設機能、医療連携（在宅医療・訪問看護）

- 利用者 要介護度、利用者数

- 医行為 受け入れ方針、受け入れ人数
対象となる医行為：気管切開、中心静脈栄養、経
鼻経管栄養、胃ろう・腸ろう、喀痰吸引、人工呼
吸器、インスリン、酸素療法、人工透析（通院）、
人工透析（腹膜透析・居宅）

- 認知症 重度の認知症の受け入れ方針

- 所得 生活保護受給者数
介護保険料算定時の所得段階別利用者数

4 回収状況

調査項目、調査内容は以下の通りである。

表 1-1 と表 1-2 にアンケート調査の配布数と回収率を示す。

配布数は 776 件、内訳は札幌市 673 件、品川区 40 件、大牟田市 63 件であった。

回答率は全体で 46.8%、内訳は札幌市 44.0%、品川区 52.5%、大牟田市 73.0%である。施設／住宅種別にみた回答率は、介護療養病床 25.7%、介護療養型老健 100%、老健 51.0%、特養 69.0%、認知症 GH59.0%、特定施設 48.0%、住宅型有料 65.2%、ケアハウス 100%、高齢者住宅を含めたその他住宅 22.7%であった。

表 1-1 アンケート調査の配布数と回答数

		件数	介護療養病床	介護療養型老健	老人保健施設	特別養護老人ホーム	認知症高齢者グループホーム	特定施設	住宅型有料老人ホーム	ケアハウス	高齢者住宅その他住宅
発送数	全体	776	35	2	49	71	256	98	23	13	229
	札幌市	673	26	2	42	54	234	77	17	8	213
	品川区	40	1	0	1	8	7	9	1	2	11
	大牟田市	63	8	0	6	9	15	12	5	3	5
回答数	全体	363	9	2	25	49	151	47	15	13	52
	札幌市	296	5	2	19	35	139	32	11	8	45
	品川区	21	0	0	1	6	3	6	0	2	3
	大牟田市	46	4	0	5	8	9	9	4	3	4
回答率（全体）			25.7%	100.0%	51.0%	69.0%	59.0%	48.0%	65.2%	100.0%	22.7%

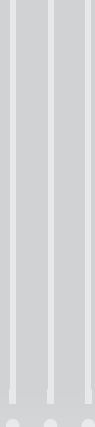
表 1-2 回収状況

	件数	札幌市	品川区	大牟田市
配布数	776	673	40	63
全 体	363	296	21	46
全体（%）	46.8%	44.0%	52.5%	73.0%

5 調査研究体制

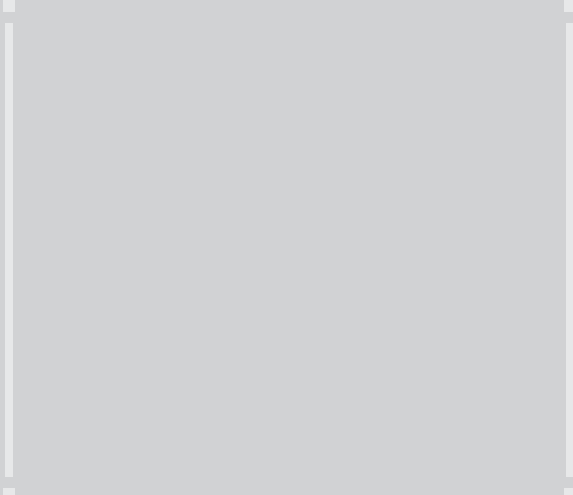
以下の調査研究班を設置し、適宜委員会を開催し、調査研究を実施した。

委員長	高橋紘士	（国際医療福祉大学 教授）
委員	井上由起子	（国立保健医療科学院 上席主任研究官）
	奥田龍人	（シーズネット 副理事長）
	廣瀬雄一	（東京大学 高齢社会総合研究機構 特任研究員）
	渡辺玲奈	（北海道大学大学院保健科学研究院 助教）
分析支援	近藤赴弘	（首都大学東京大学院都市環境科学研究科前期課程）



第 2 章

医療の提供からみた調査結果



1

調査対象施設／住宅の概況

1-1

医療・看護・介護の配置、併設、連携機関

表 2-1 に調査対象施設／住宅における看護配置の状況を示す。介護療養病床、介護療養型老健、老健はいずれも「24 時間配置」である。これに対し、特養と特定では「日中のみ常時配置」が最も多く、それぞれ 86.3%、70.2%となっている。認知症高齢者 GH では「日中のみ日によって配置」と「配置なし」が双方ともに 42.4%となっている。住宅型有料、ケアハウス、高齢者住宅・その他住宅では「配置なし」がいずれも 70%を超える。

表 2-1 看護配置

	24 時	日中のみ 常時	日中のみ 日によって	配置なし	無回答
合計 (回答数 n=362)	57	93	77	126	9
合計 (割合)	15.7%	25.7%	21.3%	34.8%	2.5%
介護療養病床	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
介護療養型老健	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
老健	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
特養	9.8%	86.3%	3.9%	0.0%	0.0%
特定施設	14.9%	70.2%	10.6%	4.3%	0.0%
GH	4.0%	7.9%	42.4%	42.4%	3.3%
住宅型有料	6.7%	6.7%	13.3%	73.3%	0.0%
ケアハウス	0.0%	0.0%	15.4%	84.6%	0.0%
高齢者住宅・ その他住宅	2.1%	6.3%	4.2%	79.2%	8.3%

医療系の併設機関の状況を見る（在宅医療の利用が想定されている特定施設、認知症高齢者 GH、住宅型有料、ケアハウス、高齢者住宅・その他住宅でデータ収集）。

併設率は医療機関で 10.6%、訪問看護で 5.8%となっている。医療機関は特定施設、高齢者住宅・その他で併設率が高く、訪問看護は住宅型有料、ケアハウスで併設率が高い。

表 2-2 併設機関（医療系）

	医療機関	訪問看護
合計 (回答数 n = 274)	29	16
合計 (割合)	10.6%	5.8%
特定施設	17.0%	2.1%
GH	8.6%	4.6%
住宅型有料	6.7%	13.3%
ケアハウス	0.0%	15.4%
高齢者住宅・その他住宅	14.6%	8.3%

介護系の併設機関の状況をみる（在宅介護の利用が想定されている住宅型有料、ケアハウス、高齢者住宅・その他住宅でデータ収集、複数回答）。

併設率は通所 32.9%、訪問介護 44.7%、小規模多機能 18.4%、居宅介護支援 35.5%であった。ケアハウスの併設率が比較的高い（除く小規模多機能）。

表 2-3 併設機関（介護系）

	通所	訪問介護	小規模多機能	居宅介護
合計 (回答数 n=76)	25	34	14	27
合計（割合）	32.9%	44.7%	18.4%	35.5%
住宅型有料	26.7%	53.3%	20.0%	46.7%
ケアハウス	61.5%	53.8%	15.4%	53.8%
高齢者住宅・ その他住宅	27.1%	39.6%	18.8%	27.1%

緊密な連携関係にある在宅医療機関と訪問看護ステーションの有無の状況を表 2-4 と表 2-5 に示す（在宅医療や訪問看護の利用が幅広く想定されている特定施設、認知症高齢者 GH、住宅型有料、ケアハウス、高齢者住宅・その他住宅でデータ収集）。

在宅医療機関との緊密な連携関係ありは 75.5%で、内訳は「同一法人・関連法人と連携」21.9%、「それ以外と連携」53.6%であった。住宅型有料で比較的高く、ケアハウスで比較的低い。訪問看護ステーションとの緊密な連携関係は 37.2%で、内訳は「同一法人・関連法人と連携」17.5%、「それ以外と連携」19.7%であった。住宅型有料で比較的高く、ケアハウスで比較的低い。

表 2-4 連携する在宅医療機関の有無

	あり		なし	無回答
	同一法人 関連法人	左記以外		
合計 (回答数 n=274)	60	147	60	7
合計（割合）	21.9%	53.6%	21.9%	2.6%
特定施設	23.4%	57.4%	17.0%	2.1%
GH	20.5%	59.6%	17.2%	2.6%
住宅型有料	26.7%	60.0%	13.3%	0.0%
ケアハウス	15.4%	30.8%	38.5%	15.4%
高齢者住宅・ その他住宅	25.0%	35.4%	39.6%	0.0%

表 2-5 連携する訪問看護ステーションの有無

	あり		なし	無回答
	同一法人 関連法人	左記以外		
合計 (回答数 N =274)	48	54	163	9
合計 (割合)	17.5%	19.7%	59.5%	3.3%
特定施設	17.0%	10.6%	72.3%	0.0%
GH	19.9%	21.2%	54.3%	4.6%
住宅型有料	26.7%	40.0%	26.7%	6.7%
ケアハウス	15.4%	7.7%	76.9%	0.0%
高齢者住宅・ その他住宅	8.3%	20.8%	68.8%	2.1%

1-2 要介護度

表 2-6 に施設／住宅種別の平均要介護度を示す。平均要介護度は、介護療養病床 4.12、介護療養型老健 4.17、老健 2.71、特養 3.40、特定施設 2.11、認知症 GH2.70、住宅型有料 2.35、ケアハウス 0.95、高齢者住宅・その他住宅 1.65 であった。

表 2-7 に示すように同一施設／住宅間では看護配置が充実している「24 時間配置」は他の配置に比べて平均要介護度が高い。一方で、「日中のみ常時配置」「日中のみ日によって配置」「配置なし」の三者間では一定の傾向は確認できなかった。

併設医療機関の有無と平均要介護度、併設訪問看護ステーションの有無と平均要介護度、いずれとの間にも一定の傾向は確認できなかった。緊密な連携関係にある在宅医療機関の有無と平均要介護度（表 2-8）、緊密な連携関係にある訪問看護ステーションの有無と平均要介護度（表 2-9）との間には施設／住宅種別によっては一定の傾向が確認できるものの、そうでない施設／住宅種別も存在している。

表 2-6 平均要介護度

	件数	平均	標準 偏差
合計 (回答数)	344		
介護療養病床	7	4.12	0.58
介護療養型老健	2	4.17	0.42
老健	26	2.71	0.44
特養	51	3.40	0.49
特定施設	47	2.11	0.67
GH	149	2.70	0.52
住宅型有料	15	2.35	1.11
ケアハウス	13	0.95	0.31
高齢者住宅・ その他住宅	34	1.65	0.62

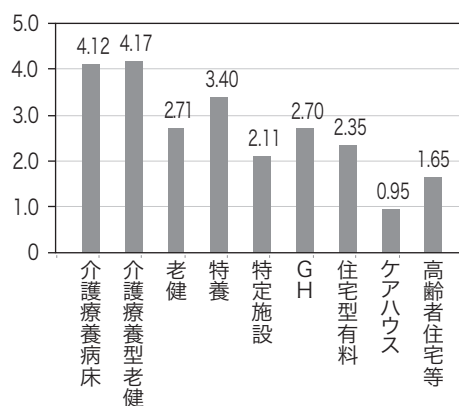


表 2-7 看護配置別平均要介護度

	24 時間配置			日中のみ 常時配置			日中のみ 日によって配置			配置なし		
	件数	平均	標準 偏差	件数	平均	標準 偏差	件数	平均	標準 偏差	件数	平均	標準 偏差
合計（回答数）	55			93			77			111		
介護療養病床	7	4.12	1.79	0	-	-	0	-	-	0	-	-
介護療養型老健	2	4.17	0.42	0	-	-	0	-	-	0	-	-
老健	26	2.71	0.44	0	-	-	0	-	-	0	-	-
特養	5	3.71	0.59	44	3.34	0.46	2	3.87	0.01	0	-	-
特定施設	7	2.36	0.34	33	2.09	0.71	5	2.27	0.39	2	1.09	0.26
GH	6	3.11	0.29	12	2.58	0.50	64	2.75	0.48	62	2.66	0.72
住宅型有料	1	3.89	-	1	2.44	-	2	1.38	0.43	11	2.38	1.12
ケアハウス	0	-	-	0	-	-	2	0.87	0.10	11	0.97	0.33
高齢者住宅・ その他住宅	1	2.85	-	3	1.89	0.61	2	1.18	0.33	25	1.62	0.91

表 2-8 連携する在宅医療機関の有無別平均要介護度

	あり						なし			無回答		
	同一・関連法人			左記以外								
	件数	平均	標準 偏差	件数	平均	標準 偏差	件数	平均	標準 偏差	件数	平均	標準 偏差
合計（回答数）	51			146			54			7		
特定施設	11	2.20	0.66	27	2.23	0.56	8	1.73	0.77	1	0.83	-
G H	29	2.73	0.82	90	2.72	0.51	26	2.69	0.60	4	2.30	0.31
住宅型有料	4	2.47	1.23	9	2.66	0.82	2	0.74	0.36	0	-	-
ケアハウス	2	1.08	0.26	4	1.19	0.35	5	0.71	0.06	2	0.96	0.07
高齢者住宅・ その他住宅	5	1.96	1.07	16	1.56	0.77	13	1.63	0.84	0	-	-

表 2-9 連携する訪問看護ステーションの有無別平均要介護度

	あり						なし			無回答		
	同一・関連法人			左記以外								
	件数	平均	標準 偏差	件数	平均	標準 偏差	件数	平均	標準 偏差	件数	平均	標準 偏差
合計（回答数）	45			52			152			9		
特定施設	8	1.64	0.62	5	2.10	0.76	34	2.22	0.62	0	-	-
G H	28	2.72	0.84	32	2.72	0.49	82	2.72	0.53	7	2.36	0.48
住宅型有料	4	2.20	1.09	6	2.91	0.65	4	1.38	1.02	1	3.50	-
ケアハウス	2	1.51	0.17	1	0.61	-	10	0.88	0.19	0	-	-
高齢者住宅・ その他住宅	2	2.12	1.05	8	1.52	0.89	22	1.59	0.87	1	2.50	-

2 施設／住宅における医行為の概要と留意点

看護師などの配置が充実していない介護系の施設／住宅、在宅ケアの現場、特別支援学校等では、介護職員等がたんの吸引等の行為を行ってきた実態があった。これらの行為は本来違法であるが、特別な事情があり、なおかつ一定の要件を満たしたものについては違法性が阻却されてきた。この法的に不安定な状況を改善すべく議論が行われ、2011年6月に「改正社会福祉士及び介護福祉士法」が成立した。2012年度から一定の研修を受けた介護福祉士やホームヘルパーなどの介護職員がたんの吸引等の行為を行えることとなった。具体的には、たんの吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）と経管栄養（胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養）が対象となる。

一般に、今回の法改正は、①医療・介護等の連携に基づいて地域包括ケアを提供するには、医療安全が確保されるような一定の条件下で特別養護老人ホームの介護職員に実施が許容された、たんの吸引等の行為を、広く介護施設等において、一定の知識・技術を修得した介護職員に解禁し、もって、介護職員と看護職員の役割分担と連携をより一層進めていくことが必要であるためと理解されているが、これに加えて、②「利用者・家族のサービス向上を推進する観点から」といった文言の意味として、介護の担い手が家族から社会へと移行するなかで、一部の家族が担ってきた経管栄養やたんの吸引等の医療的ケアを家族に代わって介護職員が一定の知識や技術を有したうえで、役割を担うことが必要であるとの認識によるもの、この双方の側面があることを、まず確認しておきたい。

以上を踏まえ、以下では自宅や施設／住宅で行われる頻度が高い医行為（気管切開管理、中心静脈栄養、経鼻経管栄養、胃ろう・腸ろうによる経管栄養、喀痰吸引、人工呼吸器管理、インスリン治療、酸素療法、人工透析）について、目的、対象者像、医行為の内容、頻度（一般的）、診療報酬、合併症への対応、留意点といった観点から解説する。

2-1 気管切開管理

2-1-1 目的と対象者像

気管切開とは、肺への空気の送付や痰の吸引のために、喉を切開して気管に穴をあけ、その部分からカニューレを挿入する気道確保方法である。これによって、呼吸管理や分泌物の吸引を行う。患者の多くは呼吸不全であるが、痰や分泌物が自力で吐き出せず、窒息の可能性がある者に対して行うこともある。具体的には、下記の者が適応となる。

- (1) 気管内挿管（口や鼻から気管に管を通すこと）による気道確保が必要な場合（人工呼吸が長期化した場合など）
- (2) 気管内挿管では分泌物の吸引が難しい場合。
- (3) 上気道閉塞の場合。
- (4) 体外式人工呼吸器の継続が困難な場合。

2-1-2 医行為の範囲・頻度

手術により喉の部分に穴を開け、チューブを挿入する。その後は、気管内に挿入したチューブ交換を月2回程度行う必要がある。これらは医師が行う。また、閉塞時は医師による対応が必要になる。

気管切開部のガーゼ交換等の管理は看護師もしくは家族で可能であり、その頻度は1日1回程度である。カフ圧の調整（気管内壁の圧力の調整）は1日1回家族、もしくは看護師がおこなう。気管切開部からの吸引は看護師が行い、在宅では家族が行っている。吸引の頻度は個別の状態像によってかなり変化するが、高齢者施設／住宅の場合、日中は2～3時間に1回程度、就寝前1回、夜間1回、起床時1回程度のことが多い。吸引は昼夜関係なく行われるため、施設／住宅では看護職の24時間配置が必要であるが、今回の法改正によりこの点には変化が生じるものと予測される。

2-1-3 留意点

呼吸が安定している場合は一定の研修を受けた介護職に委ねやすいが、呼吸が安定していない場合は、看護師の常時観察と判断が必要な場合がある。呼吸抑制がおこった場合は、迅速な吸引やその他閉塞の原因追究、呼吸抑制後の呼吸回復の対応が必要となる。呼吸管理時の異常は、呼吸停止につながるなど生命に直結するため、看護師による管理や医師による判断を要する。

2-2 中心静脈栄養

2-2-1 目的と対象者像

消化管機能不全などにより消化管を利用して栄養摂取できない場合に、中心静脈から直接栄養剤を点滴することで栄養摂取をする方法である。中心静脈は心臓に最も近くて太い静脈であり高濃度の溶液でもすぐに希釈されるため、1日に必要とする完全な栄養などの高カロリーの輸

液を体内に入れることが可能である。高齢者の場合、何らかの治療による絶食後、廃用性による機能低下により口からの栄養摂取が難しくなり、経管栄養に移行したものの、胃や食道の機能も低下しており、逆流性の誤嚥が起こるため、中心静脈栄養に移行していくことが多い。

中心静脈へのカテーテル設置方法の違いにより体外式とポート式がある。一般にポート式は入浴などの生活行為の必要時に点滴をはずして管なしでの生活が可能であるため、比較的自立度の高い方や長期間維持のための中心静脈栄養に適応があり、体外式の場合はそれ以外の場合などに用いられている。

2-2-2 医行為の範囲・頻度

体外式、ポート式のどちらもカテーテル挿入時は医師が行う必要がある。また、閉塞、抜去の時にも医師による再挿入が必要となる。

体外式、ポート式のどちらも静脈から感染を起こさないような操作により点滴栄養を注入する必要がある。点滴作成時は医師、看護師、薬剤師による無菌操作のためクリーンベンチでの作業が必要となる。

2-2-3 留意点

中心静脈栄養では、静脈から感染を起こさないような操作により点滴栄養を注入する必要があるため、そのための知識と技術が必要となる。日常生活では、中心静脈にカテーテルを留置したまま、本人やその家族等が輸液の交換などを行い、常時点滴をしながら日常生活を送ることになるため、留置部位の細菌汚染、カテーテルの閉塞、代謝障害等への十分な配慮が求められる。体外式の場合は、入浴時などにカテーテルの抜針や刺入部からの感染の危険性もあるため、その部分の保護が必要となる。その箇所の観察も必要である。よって、中心静脈栄養では、医師、薬剤師、看護師等による適切な管理・指導が重要となる。

2-3 経鼻経管栄養

2-3-1 目的と対象者像

自発的な摂取意欲の低下（脳血管障害、認知症など）や嚥下障害により、口から食物を摂取できなくなった者が、鼻腔から胃や十二指腸までカテーテルを通し、その管を使って栄養補給する方法である。経口摂取はできないが、消化管の機能は保たれている者に施行される。

2-3-2 医行為の範囲・頻度

挿入の可否に関して医師の判断が必要となる。カテーテル挿入も原則的には医師が行う。

鼻からの注入であるため、厳密な清潔操作は必要がない。ただし、カテーテルの位置により誤嚥の可能性もあり、その際の観察は必須である。そのため、開始前は必ず消化管にカテーテルが挿入されているかの確認を行う。通常の食事摂取と同様、1日3～4回程度、カテーテルから栄養剤を注入する（30分から2時間程度）。その間、誤嚥等の有無の観察が必須である。基本的には朝から夕方に注入することが多く、深夜の注入はないため、日中のみの看護配置でも勤務時間に工夫をすれば対応が可能である。トラブルの有無に関わらず、カテーテルは1ヶ月に1回程度の交換を行う。誤嚥やカテーテルトラブルの多い場合や長期にわたり経管からの栄養が見込まれる場合は、胃ろうに変更することも多い。この行為は在宅において家族によって行われていることもある。今後は1)の吸引と同様に看護職の監視の下、介護職でも対応が可能になる方向である。

2-3-3 留意点

経鼻経管栄養はカテーテルの抜去や閉塞に注意が必要である。カテーテルの不快感による自己抜去の可能性もある。チューブの閉塞や抜去した場合は、医師や看護師による交換が必要である。最も重要な観察は誤嚥の観察であり、注入時や注入後の看護師の観察や判断が重要である。

2-4 胃ろう・腸ろうによる経管栄養

2-4-1 目的と対象者像

経鼻経管栄養と同様の対象者像であるが、経鼻経管栄養の欠点（誤嚥やチューブトラブル）を解決でき、侵襲の少ないPEG（経皮内視鏡的胃瘻造設術）で容易に造設できるようになったため、胃ろうから栄養を注入して管理することも多い。

2-4-2 医行為の範囲・頻度

PEG（経皮内視鏡的胃瘻造設術）が必要である。胃ろうカテーテルの閉塞や漏れによる交換は医師が行う必要がある。トラブルがなくとも、

3ヶ月から1年で交換が必要である（カテーテルの種類によりかわる）。

経鼻経管栄養と同様に、1日2～3回程度、カテーテルから栄養剤を注入する。基本的には食事時間と同じような時間に注入することが多く、夜間の注入はないため、日中のみの看護配置でも勤務時間の工夫で対応が可能である。最近では半固形化栄養剤注入も増えており、短時間で注入が可能なものもある。胃や腸からの逆流により、誤嚥を起こすことも多いため、経鼻経管栄養同様に看護師による観察が必須である。在宅であれば、家族で行うことも可能である。また、ボタン型の胃ろうであれば、本人がチューブを引き抜いてしまうような事故はほぼ予防できる。今後は吸引と同様に看護職の監視の下、介護職でも対応が可能になる方向である。

2-4-3 留意点

嘔吐や胃からの逆流の可能性があり、それによる誤嚥から誤嚥性肺炎を起こすこともある。よって、逆流の有無に関してよく観察していることが必要である。

2-5 喀痰吸引

2-5-1 目的と対象者像

自力で効果的に気道内の喀痰排出できなくなった場合に、口腔、鼻腔からの吸引を行い、痰を排出する。または気管切開部から吸引を行う。さらに、努力呼吸の増加や呼吸音に複雑音が聴取するもしくは呼吸音が聴取できない場合や誤嚥した場合等に実施する。

2-5-2 医行為の範囲・頻度

口腔、鼻腔内の吸引は医師、看護師により可能である。気管切開をする場合には、医師による処置が必要となる（気管切開の項参照）。また、在宅療養中の場合は家族が技術を取得して実施している場合もある。

気管切開部からの吸引は、清潔な操作が必要となり、技術として口腔、鼻腔からの吸引よりも高度な技術が必要となる。吸引の頻度は、自力での喀痰が不可能な場合、2～3時間に1回程度ではあるが、個人の状況や意識の有無、本人の訴えなどにより大きく変化する。これは夜間も同様のため、看護師は24時間での配置が必要である。しかしながら、1で記したように平成24年度からは、介護職員が看護師の監視下で行うことが可能となる。

2-5-3 留意点

吸引の不足により、気管もしくは咽頭の閉塞が起こり、呼吸抑制が起こる可能性がある。この場合、痰の排出を速やかにすることにより呼吸抑制は緩和できるため、呼吸管理の観察が必要である。また、本人の不快感や苦痛も多いため、適切な時期の吸引と苦痛を和らげる技術が必要である。

2-6 人工呼吸器管理

2-6-1 目的と対象者像

様々な疾患による呼吸不全のために、自発呼吸ができない場合に人工呼吸器を使用する。気管内挿管により管理する場合と気管切開により管理する場合があるが、長期になる場合は気管切開をすることが多い。

2-6-2 医行為の範囲・頻度

気管内へのカテーテル挿入は医師が行う。その後、人工呼吸器の換気回数や圧は医師が診断して設定を行う。気管切開に関しては上記参照とする。

高齢者施設/住宅での人工呼吸器管理は、手術後等の人工呼吸器管理とは別で、呼吸器を外し自発（自分）での呼吸への移行をしなければいけないことが少ないため、呼吸を安定して行えるように維持管理ができればよい。しかしながら、呼吸管理は常時必要なため、看護師の24時間の観察が必要である。また、呼吸抑制により自発呼吸が少ない者に対して、夜間のみ呼吸器で管理する場合もある。

2-6-3 留意点

気管挿管と同様にトラブルによる呼吸停止の危険性は高く、その場合は生命の危機に直結する。よって、呼吸停止が起こらないように、看護師による観察および管理が必要である。万が一呼吸停止の際は、呼吸回復の処置が必要であるため、医師や看護師による医療処置が必要である。

2-7 インスリン治療（血糖コントロール）

2-7-1 目的と対象者像

1型糖尿病により、インスリンの絶対量が不足した場合に必要な治療である。または2型糖尿病で、膵臓からのインスリンの出る量が少ない、インスリンの分泌されるタイミングが遅い、インスリンの効き方が弱いなどにより、血糖値が高い状態が続く場合にも行う治療である。

2-7-2 医行為の範囲・頻度

インスリン治療開始にあたり、医師によるインスリン量の指示が必要となる。また、血糖コントロールがうまくいかな場合には、インスリン量の調節などのために医師の診察および指示が必要となる。

自己注射が可能な場合は、看護師の観察は基本的に必要がない。自己注射が可能になっている場合は、ある程度の低血糖症状（インスリン注射による副作用）や高血糖症状に対して自己判断での対処が可能である。しかしながら、自己注射ができない場合は、食前（1日2～3回）および就寝前に看護師が注射を行う必要がある。また、自己管理をしている者でも、高齢化により巧緻動作の困難等の可能性がある場合は見守りを必要とし、困難な場合や手順を誤った場合は修正のために介助をする必要があることも多い。

2-7-3 留意点

注射後2時間程度は低血糖症状等の有無の観察および食事量との兼ね合いでの判断が必要である。低血糖や糖尿病性昏睡などが出現した際には、ブドウ糖投与等の治療が必要になる。

2-8 酸素療法

2-8-1 目的と対象者像

慢性閉塞性肺疾患等により、慢性呼吸不全であり労作時呼吸困難がある者を対象に酸素を投与する治療法である。

2-8-2 医行為の範囲・頻度

呼吸状態に合わせた酸素量を決定する必要がある。本人の自覚等がなければ、定期検診での体内酸素量の測定で比較的問題なくすごすことが可能である。慢性閉塞性肺疾患等で在宅酸素療法 (HOT) 程度であれば、呼吸状態は安定しているため、看護師の観察は常時でなくても問題はないことが多く、訪問看護時や診察時における呼吸状態等の観察で管理は可能である。

2-9 人工透析

2-9-1 目的と対象者像

腎不全に陥った者が血液の老廃物除去、電解質維持、水分量維持を行なう治療法である。治療法には血液透析と腹膜透析の2種類がある。腹膜透析は自宅で行えるメリットがあるが、血糖のコントロールが難しいこともあり、糖尿病による腎不全等では実施ができない。また、腹膜透析の処置をすべて自分で行わなければならないため、日常生活に障害がある場合は管理が難しい。

2-9-2 医行為の範囲・頻度

血液透析：透析を始めるにあたり、大量の血液を透析機へ供給するための血管が必要になるため、医師による動脈と静脈を吻合するシャント術が必要である。シャントが老化した場合は、再度手術が必要になる。その他は、透析による身体状況の判断のための医師の診察が必要である。血液透析では、透析の度に針を何度も繰り返し血管に刺し、血液を体外に取り出していく。その後、装置を使って透析器により、血液をろ過して代謝性老廃物を取り除き、きれいになった血液を体内に戻す。血液透析は多くの場合、透析センターで行われ、その際看護師が処置を行い、透析中の観察を行う必要がある。1回の透析は4～5時間程度を週に3回行うのが一般的である。透析にかかわる費用は老人保健施設や介護療養型医療施設では介護保険の包括報酬に組み込まれているため、経営的な観点から受け入れが難しい事情がある。とりわけ、在宅復帰を目標とする老人保健施設では、症状が安定していることが条件であるため、他院を受診することがその条件と一致しないといった理由からも人工透析の患者を受け入れることは少ないと考えられる。代わって、透析センターを併設する有料老人ホーム等で受け入れて、在宅医療として透析を提供

する方法が増えている。

腹膜透析：腹腔内にカテーテルを留置する手術を医師が行う。長期間にわたる腹膜透析は、被嚢性腹膜硬化症等の合併症のリスクがあるため、長期間にわたる場合は血液透析に移行する場合も多い。また、トラブルとして腹膜やカテーテル挿入部への感染症があり、その際は、医師による診断で腹膜透析の継続について判断が必要となる。腹膜透析には、24時間連続した透析で身体に負担が少ない連続携行式腹膜透析と、機械を使って、夜間就寝中に自宅で自動的に透析を行う自動腹膜透析がある。

連続携行式腹膜透析では、腹膜に囲まれた腹腔内に透析液を注入し、一定時間貯留している間に腹膜を介して血中の不要な老廃物や水分を透析液に移行させた後、その液を体外に取り出して血液を浄化する。通常は1日に4～5回透析液を排出して補充し、そのうちの3回は、日中に4時間以上の間隔をあけて実施する。1回の交換には、30～45分かかる。夜間は1回交換し、睡眠中は8～12時間滞留させる。自動腹膜透析では、夜間のみ腹膜透析を行う方法である。自動腹膜灌流装置（サイクラー）を使い、就寝中に自動的に透析液を交換する。どちらの方法も、基本的には在宅でも可能なため、本人および家族による処置が可能である。看護師の観察が必ずしも必要ではないが、自己管理のためには感染予防のために厳密な清潔操作の技術を獲得する必要がある。

2-9-3 留意点

血液透析では、発熱や低血圧、ショック等が起こり得るため、看護師の十分な観察が必要である。腹膜透析ではこのような合併症は起こりにくいが、腹膜やカテーテル挿入部の感染症の合併症があり、自己管理のため自己での十分な観察と管理が必要である。

3

医療提供の基本方針と受け入れ実態

3-1

医療提供に関する基本方針

表2-10に医療提供に関する基本方針について示す。医行為別に「受け入れ可能」、「人数などの条件を設けて受け入れ可能」、「受け入れていない」のいずれに該当するかを各施設／住宅に問い、前者の二つの合算割合を示した。

受け入れ割合が高いのは「インスリン」「酸素療法」であり、次いで「経管栄養」「喀痰吸引」となる。「人工呼吸器」「気管切開」「中心静脈栄養」

は受け入れ割合が総じて低い。

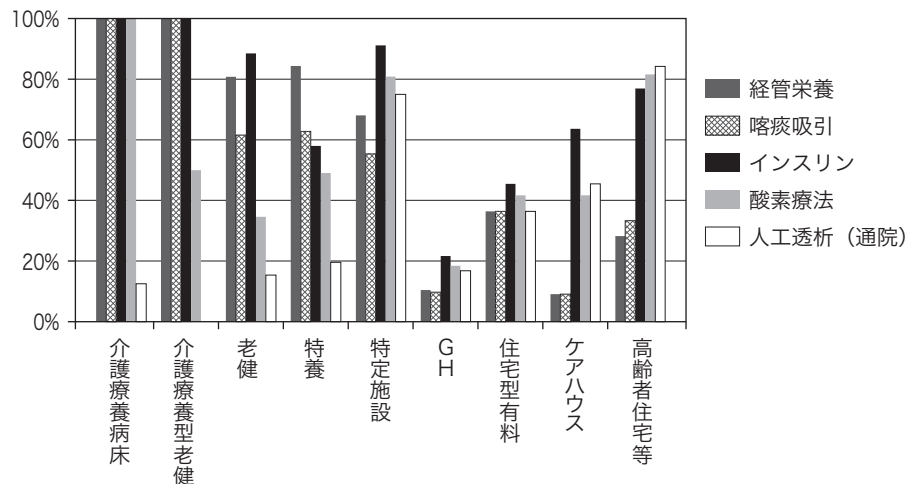
施設／住宅種別でみると、「経管栄養」、「喀痰吸引」は介護療養病床、介護療養型老健、老健、特養、特定施設、住宅型有料、高齢者住宅・その他住宅の順で受け入れる割合が高い。「気管切開」も同様の傾向を示すが、特養では受け入れ割合が低い。「中心静脈栄養」、「人工呼吸器」は介護療養病床のほかには、特定施設、住宅型有料、高齢者住宅・その他住宅で受け入れ割合が一定程度に達する。認知症高齢者GHとケアハウスは、上記の医行為の受け入れ割合は総じて低い。

「酸素療法」「インスリン」は同様の傾向を示し、ここに示した医行為のなかでは、双方とも受け入れ割合が比較的高い。

「人工透析（通院）」については、診療報酬との関係でこれらとは異なる傾向を示す。すなわち、在宅医療の適用範囲が広い特定施設、高齢者住宅・その他住宅で受け入れ割合が高く、次いで、ケアハウスとなる。逆に、介護療養病床、介護療養型老健、老健では受け入れ割合が低い。

表 2-10 医療提供に関する基本方針（「受け入れ」＋「人数等の条件を設けて受け入れ」の合算）（グラフ：主たる医行為）

	気管切開	中心静脈栄養	経管栄養	経鼻	胃ろう腸ろう	喀痰吸引	人工呼吸器	インスリン	酸素療法	人工透析（通院）	人工透析（在宅）
合計（無回答含む母数）	362	362	362	362	362	362	362	362	362	362	362
合計（回答数）	334	335	339	339	339	339	330	335	337	334	332
介護療養病床	62.5%	62.5%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	37.5%	100.0%	100.0%	12.5%	12.5%
介護療養型老健	50.0%	0.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	50.0%	0.0%	0.0%
老健	23.1%	0.0%	80.8%	26.9%	80.8%	61.5%	0.0%	88.5%	34.6%	15.4%	11.5%
特養	7.8%	3.9%	84.3%	11.8%	84.3%	62.7%	2.0%	58.0%	49.0%	19.6%	12.0%
特定施設	24.4%	13.3%	68.1%	40.4%	68.1%	55.3%	11.4%	91.1%	80.9%	75.0%	25.6%
GH	1.4%	2.1%	10.4%	4.9%	9.0%	9.7%	0.7%	21.7%	18.4%	16.8%	6.3%
住宅型有料	27.3%	27.3%	36.4%	27.3%	36.4%	36.4%	20.0%	45.5%	41.7%	36.4%	10.0%
ケアハウス	0.0%	0.0%	9.1%	9.1%	9.1%	9.1%	9.1%	63.6%	41.7%	45.5%	18.2%
高齢者住宅・その他住宅	20.5%	17.9%	28.2%	20.5%	28.2%	33.3%	16.2%	76.9%	81.6%	84.2%	56.4%



受け入れ方針と看護配置との関係を見る（介護療養病床、介護療養型病床、老健はいずれも全施設が24時間の看護配置のため分析対象外）。受け入れ割合が高い「経管栄養」「喀痰吸引」「インスリン」「酸素療法」「人工透析（通院）」についての結果を表2-11に示す。

いずれの医行為も「24時間配置」「日中のみ常時配置」「日中のみ日によって配置」の順で、すなわち看護配置が充実しているほど概ね受け入れ割合が高い。ただし、「日中のみ日によって配置」と「配置なし」の間には特定の傾向は確認できなかった。

表2-11 医療提供に関する基本方針と看護配置

	経管栄養				喀痰吸引				インスリン			
	24時間	日中のみ常時	日中のみ日によって	配置なし	24時間	日中のみ常時	日中のみ日によって	配置なし	24時間	日中のみ常時	日中のみ日によって	配置なし
特養	100.0%	84.1%	50.0%	-	80.0%	63.6%	0.0%	-	100.0%	55.8%	0.0%	-
特定施設	85.7%	75.8%	20.0%	0.0%	85.7%	57.6%	20.0%	0.0%	100.0%	93.5%	80.0%	50.0%
GH	80.0%	27.3%	6.7%	6.3%	80.0%	18.2%	8.3%	3.2%	60.0%	40.0%	25.0%	12.7%
住宅型有料	100.0%	100.0%	0.0%	25.0%	100.0%	100.0%	0.0%	25.0%	100.0%	100.0%	100.0%	14.3%
ケアハウス	-	-	0.0%	11.1%	-	-	0.0%	11.1%	-	-	100.0%	55.6%
高齢者住宅・その他住宅	100.0%	50.0%	0.0%	25.8%	100.0%	100.0%	0.0%	29.0%	100.0%	100.0%	100.0%	71.0%

	酸素療法				人工透析（通院）			
	24時間	日中のみ常時	日中のみ日によって	配置なし	24時間	日中のみ常時	日中のみ日によって	配置なし
特養	60.0%	50.0%	0.0%	-	40.0%	18.2%	0.0%	-
特定施設	85.7%	81.8%	80.0%	50.0%	83.3%	80.6%	40.0%	50.0%
GH	60.0%	20.0%	16.9%	15.9%	0.0%	0.0%	20.0%	17.5%
住宅型有料	100.0%	100.0%	0.0%	33.3%	100.0%	100.0%	0.0%	25.0%
ケアハウス	-	-	50.0%	40.0%	-	-	0.0%	55.6%
高齢者住宅・その他住宅	100.0%	50.0%	0.0%	25.8%	100.0%	100.0%	50.0%	83.3%

受け入れ方針と併設医療機関、受け入れ方針と併設訪問看護との関係を見る（在宅医療や訪問看護の適用範囲が広い特定施設、認知症GH、住宅型有料、ケアハウス、高齢者住宅・その他住宅で分析）。受け入れ割合が高い「経管栄養」「喀痰吸引」「インスリン」「酸素療法」「人工透析（通院）」についての結果を表2-12、表2-13に示す。

併設医療機関が有るほど受け入れ割合が高いという明確な傾向は確認できなかった。同様に、併設訪問看護ステーションが有るほど受け入れ割合が高いという傾向も確認できなかった。

表 2-12 医療提供に関する基本方針と併設医療機関

	経管栄養		喀痰吸引		インスリン		酸素療法		人工透析（通院）	
	有り	無し	有り	無し	有り	無し	有り	無し	有り	無し
特定施設	62.5%	69.2%	25.0%	61.5%	100.0%	89.5%	75.0%	82.1%	71.4%	75.7%
GH	41.7%	7.6%	41.7%	6.8%	75.0%	16.8%	36.4%	16.9%	8.3%	17.6%
住宅型有料	100.0%	30.0%	100.0%	30.0%	100.0%	40.0%	100.0%	36.4%	100.0%	30.0%
ケアハウス	-	9.1%	-	9.1%	-	63.6%	-	41.7%	-	45.5%
高齢者住宅・ その他住宅	42.9%	25.0%	42.9%	31.3%	85.7%	75.0%	85.7%	80.6%	71.4%	87.1%

表 2-13 医療提供に関する基本方針と併設訪問看護

	経管栄養		喀痰吸引		インスリン		酸素療法		人工透析（通院）	
	有り	無し	有り	無し	有り	無し	有り	無し	有り	無し
特定施設	0.0%	69.6%	0.0%	56.5%	100.0%	90.9%	0.0%	82.6%	0.0%	76.7%
GH	14.3%	10.2%	14.3%	9.5%	28.6%	21.3%	28.6%	17.9%	0.0%	17.6%
住宅型有料	100.0%	22.2%	100.0%	22.2%	100.0%	33.3%	100.0%	30.0%	100.0%	22.2%
ケアハウス	0.0%	10.0%	0.0%	10.0%	0.0%	70.0%	0.0%	45.5%	0.0%	50.0%
高齢者住宅・ その他住宅	25.0%	28.6%	25.0%	34.3%	50.0%	80.0%	75.0%	82.4%	50.0%	88.2%

受け入れ方針と緊密な連携関係にある在宅医療機関、受け入れ方針と緊密な連携関係にある訪問看護ステーションとの関係をみる（在宅医療や訪問看護の適用範囲が広い特定施設、認知症GH、住宅型有料、ケアハウス、高齢者住宅・その他住宅で分析）。受け入れ割合が高い「経管栄養」「喀痰吸引」「インスリン」「酸素療法」「人工透析（通院）」についての結果を表 2-14、表 2-15 に示す。

緊密な連携関係にあるが有るほど受け入れ割合が高いという傾向は確認できなかった。同様に、緊密な連携関係にある訪問看護ステーションが有るほど受け入れ割合が高いという傾向も確認できなかった。

表 2-14 医療提供に関する基本方針と連携在宅医療機関

	経管栄養			喀痰吸引			インスリン		
	あり 同一・ 関連法人	あり 左記以外	なし	あり 同一・ 関連法人	あり 左記以外	なし	あり 同一・ 関連法人	あり 左記以外	なし
特定施設	72.7%	66.7%	75.0%	54.5%	63.0%	37.5%	100.0%	84.0%	100.0%
GH	13.3%	9.3%	12.5%	13.3%	8.1%	12.5%	30.0%	16.5%	33.3%
住宅型有料	100.0%	25.0%	0.0%	100.0%	25.0%	0.0%	100.0%	44.4%	0.0%
ケアハウス	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	66.7%	40.0%
高齢者住宅・ その他住宅	36.4%	33.3%	15.4%	36.4%	33.3%	30.8%	90.9%	80.0%	61.5%

	酸素療法			人工透析（通院）		
	あり 同一・ 関連法人	あり 左記以外	なし	あり 同一・ 関連法人	あり 左記以外	なし
特定施設	81.8%	81.5%	75.0%	81.8%	70.8%	75.0%
GH	23.3%	15.7%	25.0%	10.0%	21.2%	12.5%
住宅型有料	100.0%	25.0%	50.0%	100.0%	25.0%	50.0%
ケアハウス	100.0%	50.0%	20.0%	100.0%	33.3%	40.0%
高齢者住宅・ その他住宅	100.0%	76.9%	69.2%	90.9%	92.9%	69.2%

表 2-15 医療提供に関する基本方針と連携訪問看護

	経管栄養			喀痰吸引			インスリン		
	あり 同一・ 関連法人	あり 左記以外	なし	あり 同一・ 関連法人	あり 左記以外	なし	あり 同一・ 関連法人	あり 左記以外	なし
特定施設	37.5%	80.0%	73.5%	37.5%	40.0%	61.8%	87.5%	66.7%	94.1%
GH	20.7%	0.0%	11.7%	20.7%	0.0%	10.4%	34.5%	6.3%	25.0%
住宅型有料	100.0%	16.7%	0.0%	100.0%	16.7%	0.0%	100.0%	33.3%	33.3%
ケアハウス	0.0%	0.0%	11.1%	0.0%	0.0%	11.1%	0.0%	0.0%	77.8%
高齢者住宅・ その他住宅	33.3%	37.5%	25.0%	33.3%	25.0%	35.7%	66.7%	75.0%	78.6%

	酸素療法			人工透析（通院）		
	あり 同一・ 関連法人	あり 左記以外	なし	あり 同一・ 関連法人	あり 左記以外	なし
特定施設	75.0%	80.0%	82.4%	87.5%	66.7%	72.7%
GH	34.5%	6.5%	18.4%	13.8%	21.9%	17.1%
住宅型有料	100.0%	16.7%	33.3%	100.0%	16.7%	33.3%
ケアハウス	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	55.6%
高齢者住宅・ その他住宅	100.0%	83.3%	78.6%	66.7%	85.7%	85.7%

3-2 医療の提供状況

前節では医療提供に関する基本方針を明らかにしたが、本節では医療提供の実態について明らかにする。

表 2-16 に、医行為を必要とする利用者を実際に受け入れている施設／住宅の割合を示す。「気管切開」「中心静脈栄養」「人工呼吸器」「人工透析（在宅）」は受け入れ方針と実際に受け入れている割合の差が大きい。これらの医療処置を必要とする利用者がそもそも多くないためと推察される。これに対し、「経管栄養」「喀痰吸引」「インスリン」「酸素療法」「人工透析（通院）」は受け入れ方針と実際に受け入れている割合の差はさほど大きくない。

実際に受け入れている割合が総じて高いのは「経管栄養」であり、次いで、「喀痰吸引」「インスリン」、さらに「酸素療法」「人工透析（通院）」となる。

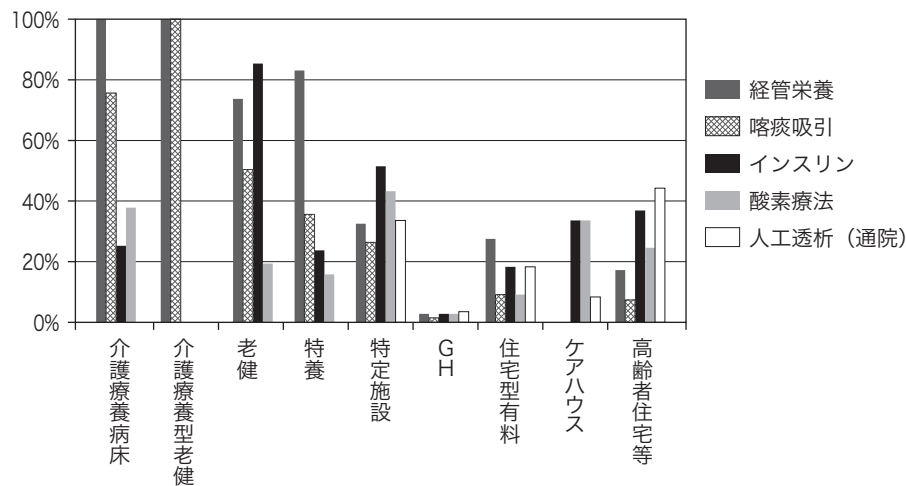
種別でみると、「経管栄養」「喀痰吸引」は介護療養病床、介護療養型老健、老健、特養で実際に受け入れている割合が高い。例えば「経管栄養」について実際に受け入れているのは、介護療養病床と介護療養型老健がいずれも 100% であり、老健、特養では 70% をこえている。特定施設、住宅型有料、高齢者住宅・その他住宅では 20% 弱～30% 強であった。「喀痰吸引」も全体的に数値が低くなるが、施設種別の傾向は同じである。「人工透析（通院）」は介護療養病床、介護療養型老健、老健、特養では受け入れている施設／住宅が皆無であった。診療報酬によるところが大

きいと推察される。よって、「人工透析（通院）」を必要とする者は特定施設、住宅型有料、高齢者住宅・その他住宅に集中している。

認知症GHとケアハウスはどの医行為も実際に受け入れている割合が低い。

表 2-16 医療を必要とする利用者を受け入れている施設／住宅の割合（グラフ：主たる医行為）

	気管 切開	中心 静脈 栄養	経管 栄養 (合計)			喀痰 吸引	人工 呼吸器	インス リン	酸素 療法	人工 透析 (通院)	人工 透析 (在宅)
				経鼻	胃ろう 腸ろう						
介護療養病床	12.5%	25.0%	100.0%	62.5%	100.0%	75.0%	12.5%	25.0%	37.5%	0.0%	0.0%
介護療養型老健	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
老健	11.5%	0.0%	73.1%	3.8%	73.1%	50.0%	0.0%	84.6%	19.2%	0.0%	0.0%
特養	0.0%	0.0%	82.4%	5.9%	80.4%	35.3%	0.0%	23.5%	15.7%	0.0%	2.0%
特定施設	7.1%	2.4%	32.3%	0.0%	54.1%	26.2%	2.4%	51.0%	42.9%	33.3%	2.4%
GH	0.7%	0.0%	2.8%	1.4%	2.1%	1.4%	0.0%	2.8%	2.8%	3.5%	0.0%
住宅型有料	0.0%	9.1%	27.3%	0.0%	27.3%	9.1%	0.0%	18.2%	9.1%	18.2%	0.0%
ケアハウス	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	33.3%	8.3%	0.0%
高齢者住宅・ その他住宅	0.0%	0.0%	17.1%	0.0%	17.1%	7.3%	0.0%	36.6%	24.4%	43.9%	2.4%



次いで、調査時点における利用者数に占める当該医療を必要とする者の割合を施設／住宅種別にまとめたものを表 2-17 に示す。

介護療養病床と介護療養型老健において「経管栄養」を必要としている者は利用者の 40% 強である。次いで「喀痰吸引」が 10% 台が多い。「気管切開」「中心静脈栄養」「人工呼吸器」「インスリン」「酸素療法」「人工透析（通院）」「人工透析（在宅）」を必要とする利用者は 5% に満たない。

他の施設／住宅では「経管栄養」と「喀痰吸引」を必要としている利用者は、それぞれ 6% 以下となっている。「気管切開」「中心静脈栄養」「人工呼吸器」「インスリン」「酸素療法」「人工透析（通院）」「人工透析（在宅）」を必要とする利用者も極めて少ない。ただし、高齢者住宅・その他住宅では、「インスリン」が 3.6%、「人工透析（通院）」が 9.0% であった。

認知症高齢者GHとケアハウスでは、医行為を必要とする利用者が極めて少ない。

表 2-17 医療を必要とする利用者の割合（グラフ：主たる医行為）

	気管 切開	中心 静脈 栄養	経管 栄養 (合計)			喀痰 吸引	人工 呼吸器	インス リン	酸素 療法	人工 透析 (通院)	人工 透析 (在宅)
				経鼻	胃ろう 腸ろう						
介護療養病床	2.6%	3.1%	43.3%	9.4%	33.9%	19.8%	0.2%	2.6%	2.2%	0.0%	0.0%
介護療養型老健	0.0%	0.0%	43.0%	11.2%	31.8%	11.7%	0.0%	3.9%	0.0%	0.0%	0.0%
老健	0.1%	0.0%	3.0%	0.2%	2.9%	1.5%	0.0%	3.4%	0.5%	0.0%	0.0%
特養	0.0%	0.0%	5.5%	0.1%	5.4%	2.1%	0.0%	1.0%	0.3%	0.0%	0.0%
特定施設	0.2%	0.1%	2.5%	0.0%	2.5%	2.1%	0.0%	2.1%	1.5%	0.8%	0.0%
GH	0.0%	0.0%	0.4%	0.2%	0.2%	0.2%	0.0%	0.4%	0.3%	0.3%	0.0%
住宅型有料	0.0%	0.5%	3.1%	0.0%	3.1%	1.6%	0.0%	1.6%	1.0%	1.0%	0.0%
ケアハウス	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%	0.7%	0.4%	0.0%
高齢者住宅・ その他住宅	0.0%	0.0%	2.1%	0.0%	2.1%	0.8%	0.3%	6.9%	3.6%	9.0%	0.3%

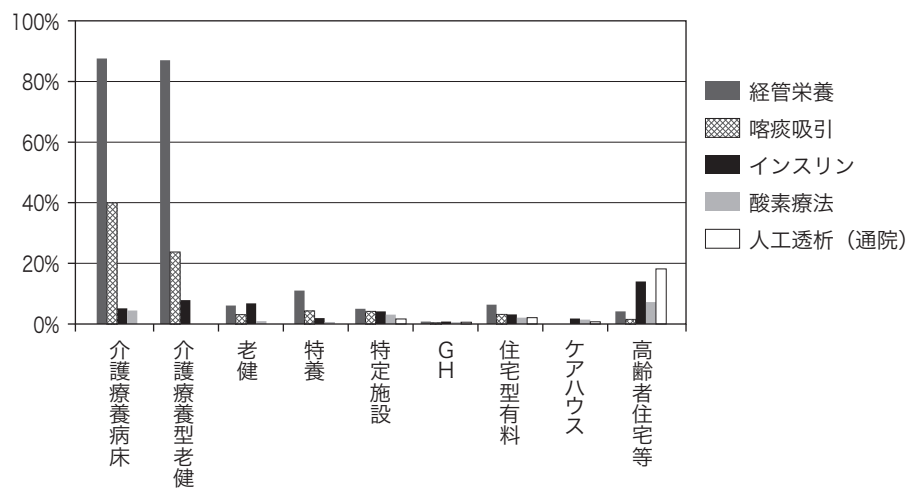
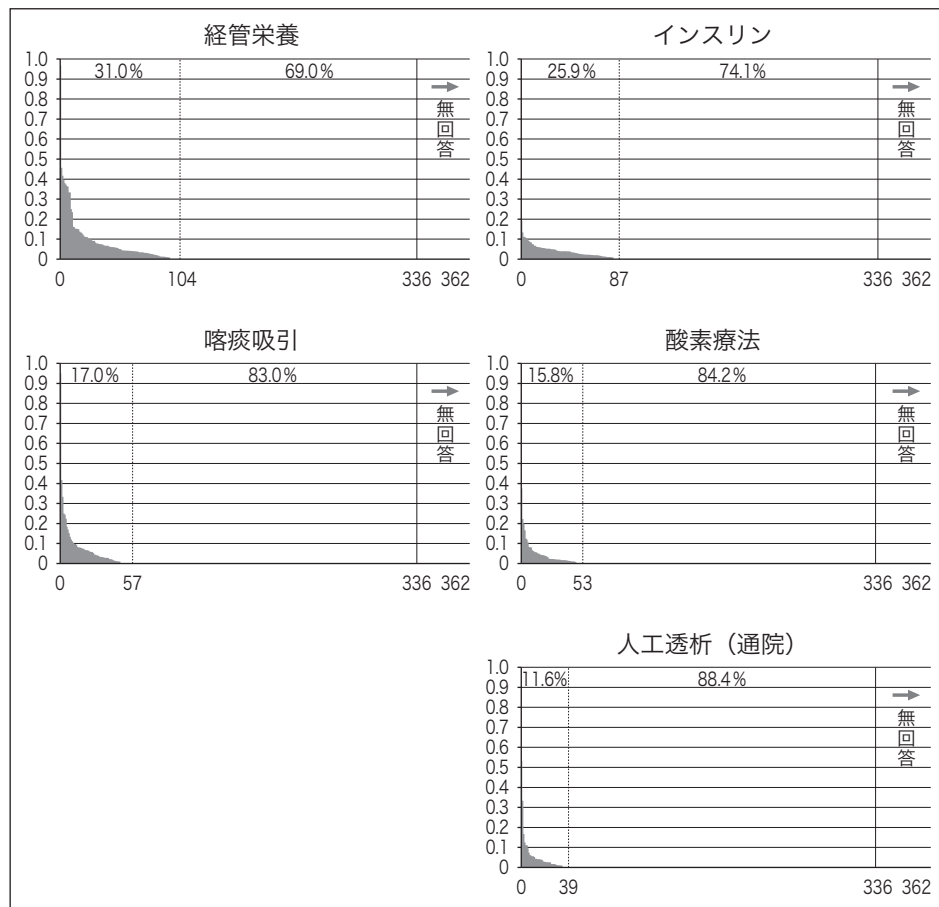


表 2-18 は、受け入れ割合が高い「経管栄養」「喀痰吸引」「インスリン」「酸素療法」「人工透析（通院）」の利用者割合について種別を分けずにとりまとめたものである。X軸は施設／住宅数を表し、Y軸は各医療を必要とする利用者割合を示す。

「経管栄養」の利用者がいる施設／住宅は全体の 31.0%である。利用者割合が 10%を超す施設／住宅が一定程度あることが分かる。「喀痰吸引」の利用者がいる施設／住宅は全体の 17.0%である。

表 2-18 医療の提供状況



3-3 「経管栄養」と「喀痰吸引」の受け入れ有無からみた特徴

2011 年 6 月に「改正社会福祉士及び介護福祉士法」が成立した。2012 年度から一定の研修を受けた介護福祉士やホームヘルパーなどの介護職員がたん吸引などの行為を行えることとなる。具体的には、たんの吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）と経管栄養（胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養）が対象となる。

そこで、本節では「経管栄養」と「喀痰吸引」の二つ医行為に対する各施設／住宅の受け入れ方針（表 2-10 に該当）をもとに、以下の 4 分類にわけて分析を行った。

1. 「経管栄養」と「喀痰吸引」の双方ともに受け入れ可能
2. 「経管栄養」のみ受け入れ可能
3. 「喀痰吸引」のみ受け入れ可能
4. 双方ともに受け入れて不可能

受け入れ可能とは「受け入れ可能」、「人数などの条件を設けて受け入れ可能」の二つの合算割合を示したものとなる。また、これはあくまで受け入れ方針であり、実際の受け入れ状況を表しているものではないことに留意が必要である。

表 2-19 に施設／住宅種別にみた受け入れ方針を示す。「経管栄養」と「喀痰吸引」の双方を受け入れる方針である施設／住宅の割合は 31.9%であり、「経管栄養」のみは 8.6%、「喀痰吸引」のみは 2.4%、いずれも受け入れていないのは 57.2%であった。

施設／住宅種別にみると「経管栄養」と「喀痰吸引」の双方を受け入れる方針なのは、介護療養と介護療養型老健で 100%、老健で 61.5%、特養で 60.8%、特定施設で 53.2%、住宅型有料で 36.4%、高齢者住宅・その他住宅で 25.6%、ケアハウス 9.1%、認知症高齢者 GH で 7.6% であった。

表 2-19 「経管栄養」ならびに「喀痰吸引」の受け入れ方針

	件数	経管栄養& 喀痰吸引	経管栄養 のみ	喀痰吸引 のみ	すべてなし
合計（回答数）	339	108	29	8	194
合計（割合）		31.9%	8.6%	2.4%	57.2%
介護療養	8	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
介護療養型老健	2	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
老健	26	100.0%	19.2%	0.0%	19.2%
特養	51	100.0%	23.5%	2.0%	13.7%
特定施設	47	100.0%	14.9%	2.1%	29.8%
GH	144	100.0%	2.8%	2.1%	87.5%
住宅型有料	11	100.0%	0.0%	0.0%	63.6%
ケアハウス	11	100.0%	0.0%	0.0%	90.9%
その他住宅	39	100.0%	2.6%	7.7%	64.1%

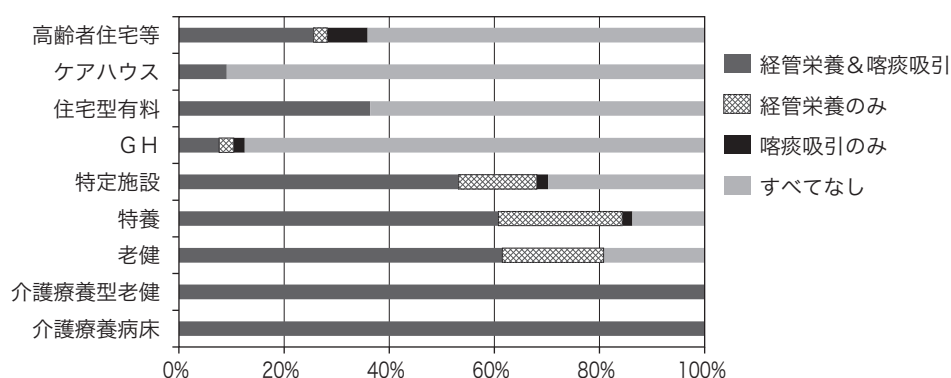


表2-20に看護配置別の結果を示す。看護配置が充実しているほど「経管栄養」と「喀痰吸引」の双方を受け入れる割合が高い。具体的には「24時間配置」で76.4%、「日中のみ常時配置」で53.8%となっている。ただし、「日中のみ日によって配置」と「配置なし」とではその傾向は確認できなかった。「経管栄養」と「喀痰吸引」の双方ともに受け入れていないのは、「日中のみ常時配置」で88.9%、「配置なし」で85.0%に達する。

表2-20 「経管栄養」ならびに「喀痰吸引」の受け入れ方針（看護配置別）

	件数		経管栄養& 喀痰吸引	経管栄養 のみ	喀痰吸引 のみ	すべてなし
合計（回答数）	339		108	29	8	194
合計（割合）		100.0%	31.9%	8.6%	2.4%	57.2%
24時間配置	55	100.0%	76.4%	10.9%	0.0%	12.7%
日中のみ常時配置	91	100.0%	53.8%	19.8%	3.3%	23.1%
日中のみ日によって配置	72	100.0%	5.6%	2.8%	2.8%	88.9%
配置なし	113	100.0%	10.6%	2.7%	1.8%	85.0%
無回答	8		1	0	1	6

表2-21に併設医療機関の有無別の結果を示す（在宅医療や訪問看護の適用範囲が広い特定施設、認知症GH、住宅型有料、ケアハウス、高齢者住宅・その他住宅を分析対象としている）。

「併設医療機関・有り」のほうが「経管栄養」と「喀痰吸引」の双方を受け入れる割合が高い。具体的には、全体では20.2%であるが、「併設医療機関・有り」では35.7%、「併設医療機関・無し」では18.3%であった。「経管栄養」と「喀痰吸引」の双方ともに受け入れていないのは、「併設医療機関・有り」で46.4%、「併設医療機関・無し」で75.4%に達する。

表2-21 「経管栄養」ならびに「喀痰吸引」の受け入れ方針（併設医療機関の有無別）

	件数		経管栄養& 喀痰吸引	経管栄養 のみ	喀痰吸引 のみ	すべてなし
合計（回答数）	252		51	12	7	182
合計（割合）		100.0%	20.2%	4.8%	2.8%	72.2%
有り	28	100.0%	35.7%	14.3%	3.6%	46.4%
無し	224	100.0%	18.3%	3.6%	2.7%	75.4%

表2-22に併設訪問看護ステーションの有無の結果を示す（在宅医療や訪問看護の適用範囲が広い特定施設、認知症GH、住宅型有料、ケアハウス、高齢者住宅・その他住宅を分析対象としている）。

「併設訪問看護ステーション・有り」のほうが「経管栄養」と「喀痰吸引」の双方を受け入れる割合が高い。具体的には、全体では20.2%であるが、「併設訪問看護ステーション・有り」では26.7%、「併設訪問看護ステー

ション・無し」では19.8%であった。ただし、「経管栄養」と「喀痰吸引」の双方ともに受け入れていない割合は、併設訪問看護ステーションの有無に関係なく70%を超えていた。

表 2-22 「経管栄養」ならびに「喀痰吸引」の受け入れ方針（併設訪問看護ステーションの有無別）

	件数		経管栄養& 喀痰吸引	経管栄養 のみ	喀痰吸引 のみ	すべてなし
合計（回答数）	252		51	12	7	182
合計（割合）		100.0%	20.2%	4.8%	2.8%	72.2%
有り	15	100.0%	26.7%	0.0%	0.0%	73.3%
無し	237	100.0%	19.8%	5.1%	3.0%	72.2%

表 2-23 に緊密な連携関係にある在宅医療機関の有無別の結果を示す（在宅医療や訪問看護の適用範囲が広い特定施設、認知症GH、住宅型有料、ケアハウス、高齢者住宅・その他住宅を分析対象としている）。

「連携あり（同一法人・関連法人）」「連携あり（同一法人・関連法人以外）」「その他」の順で、「経管栄養」と「喀痰吸引」の双方を受け入れる割合が高かった。具体的には、「連携あり（同一法人・関連法人）」で29.1%、「連携あり（同一法人・関連法人以外）」で19.4%、「その他」で13.7%であった。「経管栄養」と「喀痰吸引」の双方ともに受け入れていない割合は、「連携あり（同一法人・関連法人）」で67.3%、「連携あり（同一法人・関連法人以外）」で73.4%、「その他」で72.5%で大きな違いはなかった。

表 2-23 「経管栄養」ならびに「喀痰吸引」の受け入れ方針（連携在宅医療機関の有無別）

	件数		経管栄養& 喀痰吸引	経管栄養 のみ	喀痰吸引 のみ	すべてなし
合計（回答数）	252		51	12	7	182
合計（割合）		100.0%	20.2%	4.8%	2.8%	72.2%
あり（同一法人・ 関連法人）	55	100.0%	29.1%	3.6%	0.0%	67.3%
あり（同一法人・ 関連法人以外）	139	100.0%	19.4%	4.3%	2.9%	73.4%
その他	51	100.0%	13.7%	7.8%	5.9%	72.5%
無回答	7		1	0	0	6

表 2-24 に緊密な連携関係にある訪問看護ステーションの有無別の結果を示す（在宅医療や訪問看護の適用範囲が広い特定施設、認知症GH、住宅型有料、ケアハウス、高齢者住宅・その他住宅を分析対象としている）。

「経管栄養」と「喀痰吸引」の双方を受け入れる割合は、「連携あり（同一法人・関連法人）」で25.6%、「連携あり（同一法人・関連法人以外）」で9.6%、「その他」で22.7%となっていた。緊密な連携関係にある訪問看護ステーションを有するほうが、「経管栄養」や「喀痰吸引」の受け入れ割合が高いとはいえない。

表 2-24 「経管栄養」ならびに「喀痰吸引」の受け入れ方針（連携訪問看護ステーションの有無別）

	件数		経管栄養& 喀痰吸引	経管栄養 のみ	喀痰吸引 のみ	すべてなし
合計（回答数）	245		50	12	7	176
合計（割合）		100.0%	20.4%	4.9%	2.9%	71.8%
あり（同一法人・ 関連法人）	43	100.0%	25.6%	2.3%	2.3%	69.8%
あり（同一法人・ 関連法人以外）	52	100.0%	9.6%	5.8%	0.0%	84.6%
その他	150	100.0%	22.7%	5.3%	4.0%	68.0%
無回答	7		1	0	0	6

上記の結果を踏まえ、施設／住宅種別、看護職配置、併設医療機関の有無、併設訪問看護ステーションの有無、緊密な連携関係にある在宅医療機関の有無、緊密な連携関係に連携にある訪問看護ステーションの有無と、「経管栄養」と「喀痰吸引」の4つの組み合わせに関連性があるかについて独立性の検定（カイ二乗検定）をした結果を表 2-25 に示す。

施設種別、看護配置、併設医療機関の有無については有意差が認められたが、それ以外については有意差は認められなかった。

表 2-25 「経管栄養」ならびに「喀痰吸引」の受け入れ方針と各種指標

	標本数	選択	カイ二乗値	自由度	P 値	1 % 有意差
施設種別	339	9	166.88327	24	0.00000	**
看護配置	331	4	166.94937	9	0.00000	**
併設医療機関の有無	252	2	12.70116	3	0.00533	**
併設訪問看護ステーションの有無	252	2	1.53095	3	0.67515	
緊密な連携関係にある在宅医療機関	245	3	7.80602	6	0.25266	
緊密な連携関係にある訪問看護ステーション	245	3	8.35536	6	0.21321	
緊密な連携関係にある在宅医療機関	245	2	4.61763	3	0.20203	
緊密な連携関係にある訪問看護ステーション	245	2	3.67771	3	0.29843	

3-4 医療の提供割合が高い施設／住宅の特徴

回答を寄せた 362 施設／住宅のなかから、当該施設／住宅種別の平均よりも医行為を必要とする利用者を多く受け入れている施設／住宅の概要について、概要を個別に記載する。

基本的には前述までの分析結果を反映した内容となっているが、札幌市ではグループホームや高齢者住宅・その他住宅で、所得が低く、かつ医療ニーズの高い利用者を集中的に受け入れているところがあることが分かる。

事例1：介護療養型医療施設（札幌市）

職員配置	看護職：24時間配置				
生活保護受給者	有り：4.7%				
介護保険料算定時所得段階	1段階：10.5% 2段階：53.5% 3段階：15.1% 4段階：20.9%				
調査時点の利用者の状況	利用者数：86名 平均要介護度：4.33				
	気管切開	中心静脈 栄養	経鼻 経管栄養	胃ろう 腸ろう	喀痰吸引
方針	○	○	○	○	○
実態	0.0% (0)	1.2% (1)	5.8% (5)	33.7% (29)	24.4% (21)
	人工呼吸器	インスリン	酸素療法	人工透析 (通院)	人工透析 (腹膜居宅)
方針	○	○	○	×	×
実態	0.0% (0)	0.0% (0)	2.3% (2)	0.0% (0)	0.0% (0)

○：受け入れ、△：人数等の条件を設けている、×：受け入れていない（以下同じ）
 実態の（ ）内は施設/住宅数を指す

事例2：介護療養型老人保健施設（札幌市）

生活保護受給者	有り：7.4%				
介護保険料算定時所得段階	1段階：12.6% 2段階：44.9% 3段階：16.5% 4段階：26.0%				
調査時点の利用者の状況	利用者数：127名 平均要介護度：4.60				
	気管切開	中心静脈 栄養	経鼻 経管栄養	胃ろう 腸ろう	喀痰吸引
方針	×	×	○	○	○
実態	0.0% (0)	0.0% (0)	14.2% (18)	31.5% (40)	13.4% (17)
	人工呼吸器	インスリン	酸素療法	人工透析 (通院)	人工透析 (腹膜居宅)
方針	×	○	×	×	×
実態	0.0% (0)	3.9% (5)	0.0% (0)	0.0% (0)	0.0% (0)

事例3：老人保健施設（札幌市）

職員配置	看護職：24時間配置				
生活保護受給者	有り：9.2%				
介護保険料算定時所得段階	1段階：18.1% 2段階：61.4% 3段階：3.6% 4段階：16.9%				
調査時点の利用者の状況	利用者数：98名 平均要介護度：3.47				
	気管切開	中心静脈 栄養	経鼻 経管栄養	胃ろう 腸ろう	喀痰吸引
方針	×	×	×	○	○
実態	0% (0)	0% (0)	0% (0)	9.2% (9)	6.1% (6)
	人工呼吸器	インスリン	酸素療法	人工透析 (通院)	人工透析 (腹膜居宅)
方針	×	×	×	×	×
実態	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)

事例 4：老人保健施設（大牟田市）

職員配置		看護職：24 時間配置			
生活保護受給者		有り：6.5%			
介護保険料算定時所得段階		1 段階：6.5% 2 段階：57.1% 3 段階：7.8% 4 段階：28.6%			
調査時点の利用者の状況		利用者数：77 名 平均要介護度：2.90			
	気管切開	中心静脈 栄養	経鼻 経管栄養	胃ろう 腸ろう	喀痰吸引
方針	△	×	○	△	○
実態	1.3% (1)	0% (0)	5.2% (4)	3.9% (3)	6.5% (5)
	人工呼吸器	インスリン	酸素療法	人工透析 (通院)	人工透析 (腹膜居宅)
方針	×	△	△	×	×
実態	0% (0)	3.9% (3)	1.3% (1)	0% (0)	0% (0)

事例 5：特別養護老人ホーム（札幌市）

職員配置		看護職：24 時間配置			
生活保護受給者		有り：14.1%			
介護保険料算定時所得段階		不明			
調査時点の利用者の状況		利用者数：85 名 平均要介護度：2.62			
	気管切開	中心静脈 栄養	経鼻 経管栄養	胃ろう 腸ろう	喀痰吸引
方針	×	×	×	○	○
実態	0% (0)	0% (0)	0% (0)	11.8% (10)	9.4% (8)
	人工呼吸器	インスリン	酸素療法	人工透析 (通院)	人工透析 (腹膜居宅)
方針	×	△	○	×	×
実態	0% (0)	0% (0)	4.7% (4)	0% (0)	0% (0)

事例 6：特別養護老人ホーム（東京都品川区）

職員配置		看護職：日中のみ配置			
生活保護受給者		不明			
介護保険料算定時所得段階		1 段階：3.4% 2 段階：47.5% 3 段階：25.4% 4 段階：23.7%			
調査時点の利用者の状況		利用者数：59 名 平均要介護度：3.53			
	気管切開	中心静脈 栄養	経鼻 経管栄養	胃ろう 腸ろう	喀痰吸引
方針	△	×	△	△	○
実態	0% (0)	0% (0)	3.4% (2)	11.9% (7)	6.8% (4)
	人工呼吸器	インスリン	酸素療法	人工透析 (通院)	人工透析 (腹膜居宅)
方針	×	○	△	△	△
実態	0% (0)	8.5% (5)	0% (0)	0% (0)	0% (0)

事例7：特定施設（札幌市）

職員配置	看護職：日中のみ配置				
併設医療機関	在宅医療：無 訪問看護：無				
緊密な医療連携	在宅医療：同一法人関連法人にあり 訪問看護：無				
生活保護受給者	有り：44.4%				
介護保険料算定時所得段階	不明				
調査時点の利用者の状況	利用者数：27名 平均要介護度：3.52				
	気管切開	中心静脈 栄養	経鼻 経管栄養	胃ろう 腸ろう	喀痰吸引
方針	×	×	×	○	×
実態	0% (0)	0% (0)	0% (0)	11.1% (3)	0% (0)
	人工呼吸器	インスリン	酸素療法	人工透析 (通院)	人工透析 (腹膜居宅)
方針	×	○	○	△	×
実態	0% (0)	7.4% (2)	3.7% (1)	7.4% (2)	0.0% (0)

事例8：特定施設（東京都品川区）

職員配置	看護職：24時間配置				
併設医療機関	在宅医療：無 訪問看護：無				
緊密な医療連携	在宅医療：同一法人関連法人に有 訪問看護：無				
生活保護受給者	不明				
介護保険料算定時所得段階	不明				
調査時点の利用者の状況	利用者数：60名 平均要介護度：2.30				
	気管切開	中心静脈 栄養	経鼻 経管栄養	胃ろう 腸ろう	喀痰吸引
方針	○	×	○	○	○
実態	0% (0)	0% (0)	0% (0)	15.0% (9)	18.3% (11)
	人工呼吸器	インスリン	酸素療法	人工透析 (通院)	人工透析 (腹膜居宅)
方針	△	○	○	×	×
実態	1.7% (1)	3.3% (2)	5.0% (3)	1.7% (1)	0% (0)

事例9：特定施設（大牟田市）

職員配置	看護職：日中のみ配置				
併設医療機関	在宅医療：無 訪問看護：無				
緊密な医療連携	在宅医療：同一法人関連法人に有 訪問看護：無				
生活保護受給者	無：0%				
介護保険料算定時所得段階	1段階：0% 2段階：0% 3段階：0% 4段階：0%				
調査時点の利用者の状況	利用者数：50名 平均要介護度：2.86				
	気管切開	中心静脈 栄養	経鼻 経管栄養	胃ろう 腸ろう	喀痰吸引
方針	○	×	○	○	○
実態	0% (0)	0% (0)	0% (0)	4.0% (2)	12.0% (6)
	人工呼吸器	インスリン	酸素療法	人工透析 (通院)	人工透析 (腹膜居宅)
方針	×	○	○	○	×
実態	0% (0)	2.0% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)

事例 10：グループホーム（札幌市）

職員配置	看護職：配置なし				
併設医療機関	病院・診療所：有 訪問看護：無				
緊密な医療連携	在宅医療：無 訪問看護：無				
生活保護受給者	有り：57.7%				
介護保険料算定時所得段階	不明				
調査時点の利用者の状況	利用者数：26 名 平均要介護度：3.12				
	気管切開	中心静脈 栄養	経鼻 経管栄養	胃ろう 腸ろう	喀痰吸引
方針	×	×	×	△	×
実態	0% (0)	0% (0)	0% (0)	7.7% (2)	0% (0)
	人工呼吸器	インスリン	酸素療法	人工透析 (通院)	人工透析 (腹膜居宅)
方針	×	○	○	×	×
実態	0.0% (0)	19.2% (5)	0% (0)	0% (0)	0% (0)

事例 11：グループホーム（札幌市）

職員配置	看護職：日中日より配置あり				
併設医療機関	在宅医療：無 訪問看護：無				
緊密な医療連携	在宅医療：同一法人関連法人ではないが、有 訪問看護：無				
生活保護受給者	有り：88.9%				
介護保険料算定時所得段階	1 段階：88.9% 2 段階：11.1% 3 段階：0% 4 段階：0%				
調査時点の利用者の状況	利用者数：9 名 平均要介護度：2.67				
	気管切開	中心静脈 栄養	経鼻 経管栄養	胃ろう 腸ろう	喀痰吸引
方針	×	×	×	△	×
実態	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
	人工呼吸器	インスリン	酸素療法	人工透析 (通院)	人工透析 (腹膜居宅)
方針	×	△	×	△	×
実態	0% (0)	0% (0)	0% (0)	11.1% (1)	0% (0)

事例 12：グループホーム（札幌市）

職員配置	看護職：24 時間配置				
併設医療機関	在宅医療：有 訪問看護：有				
緊密な医療連携	在宅医療：同一法人関連法人ではないが、有 訪問看護：同一法人関連法人に有				
生活保護受給者	有り：17.4%				
介護保険料算定時所得段階	不明				
調査時点の利用者の状況	利用者数：17 名 平均要介護度：3.55				
	気管切開	中心静脈 栄養	経鼻 経管栄養	胃ろう 腸ろう	喀痰吸引
方針	-	-	○	○	○
実態	0% (0)	0% (0)	11.8% (2)	11.8% (2)	0% (0)
	人工呼吸器	インスリン	酸素療法	人工透析 (通院)	人工透析 (腹膜居宅)
方針	×	○	○	×	×
実態	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)

事例 13：グループホーム（大牟田市）

職員配置	看護職：配置なし				
併設医療機関	在宅医療：無 訪問看護：無				
緊密な医療連携	在宅医療：同一法人関連法人に有 訪問看護：同一法人関連法人に有				
生活保護受給者	無：0%				
介護保険料算定時所得段階	記載なし				
調査時点の利用者の状況	利用者数：8名 平均要介護度：2.75				
	気管切開	中心静脈 栄養	経鼻 経管栄養	胃ろう 腸ろう	喀痰吸引
方針	×	×	○	○	○
実態	0% (0)	0% (0)	25.0% (2)	0% (0)	25.0% (2)
	人工呼吸器	インスリン	酸素療法	人工透析 (通院)	人工透析 (腹膜居宅)
方針	×	○	○	×	○
実態	0% (0)	0% (0)	37.5% (3)	0% (0)	0% (0)

事例 14：住宅型有料老人ホーム（札幌市）

職員配置	看護職：24 時間配置				
	生活支援職：24 時間配置				
併設医療機関	在宅医療：有 訪問看護：有				
緊密な医療連携	在宅医療：同一法人関連法人に有 訪問看護：同一法人関連法人に有				
生活保護受給者	有り：66.7%				
介護保険料算定時所得段階	不明				
調査時点の利用者の状況	利用者数：9名 平均要介護度：3.89				
	気管切開	中心静脈 栄養	経鼻 経管栄養	胃ろう 腸ろう	喀痰吸引
方針	△	○	○	○	○
実態	0% (0)	11.1% (1)	0% (0)	33.3% (3)	33.3% (3)
	人工呼吸器	インスリン	酸素療法	人工透析 (通院)	人工透析 (腹膜居宅)
方針	○	○	○	△	×
実態	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)

事例 15：高齢者住宅（札幌市）

職員配置	看護職：24 時間配置 生活支援職：24 時間配置				
併設医療機関	在宅医療：無 訪問看護：無				
緊密な医療連携	在宅医療：同一法人関連法人に有 訪問看護：同一法人関連法人に有				
生活保護受給者	有り：13.3%				
介護保険料算定時所得段階	不明				
調査時点の利用者の状況	利用者数：15 名 平均要介護度：2.85				
	気管切開	中心静脈 栄養	経鼻 経管栄養	胃ろう 腸ろう	喀痰吸引
方針	○	○	○	○	○
実態	0% (0)	0% (0)	0% (0)	13.3% (2)	6.7% (1)
	人工呼吸器	インスリン	酸素療法	人工透析 (通院)	人工透析 (腹膜居宅)
方針	×	○	○	△	△
実態	0% (0)	0% (0)	6.7% (1)	0% (0)	-% (-)

事例 16：その他の住宅（札幌市）

職員配置	看護職：無 生活支援職：日中のみ配置				
併設医療機関	在宅医療：有 訪問看護：無				
緊密な医療連携	在宅医療：同一法人関連法人に有 訪問看護：無				
生活保護受給者	有り：33.3%				
介護保険料算定時所得段階	不明				
調査時点の利用者の状況	利用者数：15 名 平均要介護度：2.76				
	気管切開	中心静脈 栄養	経鼻 経管栄養	胃ろう 腸ろう	喀痰吸引
方針	△	△	△	△	△
実態	0% (0)	0% (0)	0% (0)	6.7% (1)	6.7% (1)
	人工呼吸器	インスリン	酸素療法	人工透析 (通院)	人工透析 (腹膜居宅)
方針	×	△	△	○	○
実態	0% (0)	6.7% (1)	20.0% (3)	53.3% (8)	0% (0)

第 3 章

費用負担からみた調査結果

1

調査対象自治体の所得ならびに生活保護の状況

表3-1にて3自治体の人口、高齢者人口、高齢化率を比較している。大牟田市は高齢化が進展しており、既に29.4%の高齢化率となっている。他2自治体は全国平均（22.7%）には達しておらず、これから高齢化が進んでいく。

表3-1 3自治体の人口、高齢者人口、高齢化率（平成21年10月現在）

	人口	高齢者人口	高齢化率
札幌市	1,886,255	363,309	19.3%
品川区	345,413	68,018	19.7%
大牟田市	127,396	37,434	29.4%
全国	127,510,000	29,010,000	22.7%

表3-2では3自治体の生活保護受給者の保護率（千分率）を全人口及び、高齢者人口（札幌市、全国のみ）について比較を行っている。全人口に対する保護率でみると、札幌市と大牟田市において全国平均（13.1‰）を上回っている。高齢者人口に対する保護率でみると、札幌市は全国平均（23.7‰）を上回っている。

なお、対象者数は、札幌市、全国については厚生労働省が実施した第63回被保護者全国一斉調査基礎調査によるもので平成21年7月現在のものを、品川区と大牟田市については平成21年1月現在の数値を自治体へのヒアリングから得ている。分母の各人口は札幌市、品川区、大牟田市における住民基本台帳による平成21年1月現在のものを使用している。

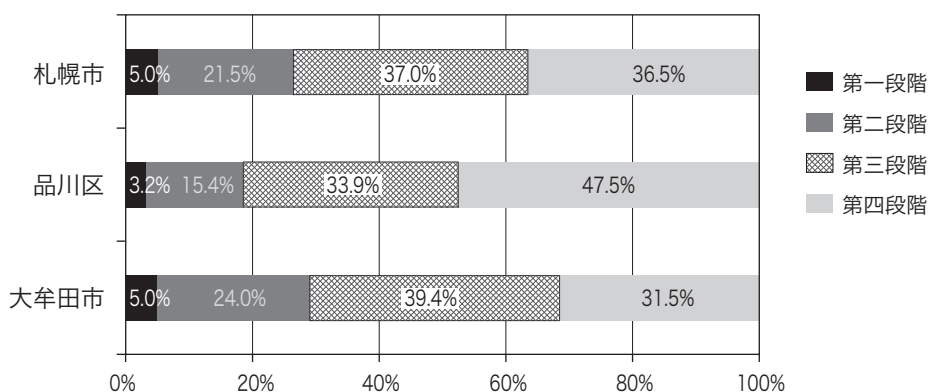
表3-2 3自治体の生活保護受給者の保護率（平成21年1月現在）

	件数	対全人口	対高齢者人口
札幌市	人口	1,886,255	363,309
	対象者数	56,892	18,803
	割合	30.2‰	51.8‰
品川区	人口	359,319	
	対象者数	3,997	
	割合	11.1‰	
大牟田市	人口	126,184	
	対象者数	4,101	
	割合	32.5‰	
全国	人口	127,510,000	29,005,000
	対象者数	1,673,651	687,662
	割合	13.1‰	23.7‰

表 3-3 では 3 自治体における介護保険料第一号被保険者の介護保険料所得段階の構成比を示している。品川区において高所得層である第四段階の割合が高い。札幌市と大牟田市は比較的近い傾向で第三段階の割合が最も高い。

表 3-3 介護保険料の第一号被保険者の所得段階（平成20年度）

	件数	第一段階	第二段階	第三段階	第四段階	合計
札幌市	人数	18,498	78,917	136,015	134,422	367,852
	割合	5.0%	21.5%	37.0%	36.5%	100.0%
品川区	人数	2,167	10,388	22,908	32,129	67,589
	割合	3.2%	15.4%	33.9%	47.5%	100.0%
大牟田市	人数	1,885	8,971	14,731	11,767	37,354
	割合	5.0%	24.0%	39.4%	31.5%	100.0%



2

費用負担からみた利用実態

2-1

生活保護受給者の受け入れ状況

表 3-4 ～ 3-6 では自治体別に施設毎の生活保護受給者の受け入れ割合について示す。生活保護受給者の受け入れ数を三自治体で比較すると、札幌市や大牟田市で多くなっている。品川区は高所得層が多いこともあってか、受け入れ数は少ない。

施設種別でみると、「認知症高齢者 GH」における受け入れ割合は札幌市が他自治体に比べ高い。「ケアハウス」、「有料老人ホーム」は札幌市、大牟田市において受け入れがあり、「有料老人ホーム」は比較的高い受け入れ割合を占める施設も存在している。「高齢者住宅・その他住宅」は平均でみると品川区の割合が高いが、品川区の「高齢者住宅・その他住宅」の対象には区役所側の意向でシルバーハウジングが含まれているため留意が必要である。札幌市において高い受け入れ割合を占める「高齢者住宅・その他住宅」が存在していることが分かる。「介護療養・介護療養型老健」、「老健」、「特養」の介護保険施設においては自治体による違いは見られなかった。ユニット型での受け入れは札幌市のみで確認された。

元々居住している方の所得層の構成もあろうが、札幌市や大牟田市では生活保護受給者の受け入れは品川区より多くなっている。また、札幌市にみられる傾向であるが、介護保険三施設の他にも認知症高齢者 GH や高齢者住宅・その他住宅が低所得層向けにも機能していることが分かった。

表 3-4 生活保護受給者の受け入れ割合（札幌市）

	利用者に占める 生活保護受給者 割合	回答 施設／住宅数	0%	～10% 未満	～20% 未満	～40% 未満	～60% 未満	～80% 未満	80% 以上
合計	10.4%	286 / 293	79	64	46	45	29	17	6
介護療養・介護老健 ／従来型	7.4%	7 / 7	1	4	2	0	0	0	0
老健／従来型	4.9%	18 / 18	1	17	0	0	0	0	0
老健／ユニット型	0.0%	2 / 2	2	0	0	0	0	0	0
特養／従来型	6.6%	28 / 28	3	18	7	0	0	0	0
特養／ユニット型	4.0%	8 / 8	6	1	1	0	0	0	0
ケアハウス	3.9%	13 / 13	3	10	0	0	0	0	0
有料老人ホーム	7.1%	35 / 37	20	1	4	2	6	1	1
GH	23.5%	137 / 139	30	10	27	38	16	12	4
高齢者住宅・ その他住宅	13.7%	38 / 41	13	3	5	5	7	4	1

表 3-5 生活保護受給者の受け入れ割合（品川区）

	利用者に占める 生活保護受給者 割合	回答 施設／住宅数	0%	～10% 未満	～20% 未満	～40% 未満	～60% 未満	～80% 未満	80% 以上
合計	6.9%	17／21	8	5	2	2	0	0	0
介護療養・介護老健 ／従来型	-	-	-	-	-	-	-	-	-
老健／従来型	4.4%	1／1	0	1	0	0	0	0	0
老健／ユニット型	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特養／従来型	6.0%	5／6	0	4	1	0	0	0	0
特養／ユニット型	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ケアハウス	0.0%	3／3	3	0	0	0	0	0	0
有料老人ホーム	0.0%	2／5	2	0	0	0	0	0	0
GH	0.0%	3／3	3	0	0	0	0	0	0
高齢者住宅・ その他住宅	22.5%	3／3	0	0	1	2	0	0	0

表 3-6 生活保護受給者の受け入れ割合（大牟田市）

	利用者に占める 生活保護受給者 割合	回答 施設／住宅数	0%	～10% 未満	～20% 未満	～40% 未満	～60% 未満	～80% 未満	80% 以上
合計	7.3%	42／45	20	12	2	5	2	1	0
介護療養・介護老健 ／従来型	12.2%	2／4	0	1	0	1	0	0	0
老健／従来型	6.1%	5／5	0	5	0	0	0	0	0
老健／ユニット型	-	-	-	-	-	-	-	-	-
特養／従来型	7.1%	5／5	0	4	0	1	0	0	0
特養／ユニット型	0.0%	3／3	3	0	0	0	0	0	0
ケアハウス	1.1%	3／3	2	1	0	0	0	0	0
有料老人ホーム	9.9%	12／12	7	1	1	2	0	1	0
GH	11.2%	8／9	5	0	0	1	2	0	0
高齢者住宅・ その他住宅	1.5%	4／4	3	0	1	0	0	0	0

2-2 利用者の介護保険料所得段階の分布状況

表3-7～表3-9では、自治体別に施設毎の入居者における介護保険料所得4段階の分布状況について示す。回答数が限られているが傾向としては以下のことが言える。

三自治体で比較すると、品川区で第4段階が多いことが分かる。大牟田市と品川区では福祉施設（除くユニット型）に第1段階が集中しているが、札幌市ではどの施設種別にも第1段階が一定割合存在する。

施設種別で比較すると「有料老人ホーム」は、どの自治体においても第4段階の割合が大半を占めている。「老健」や「特養」における従来型とユニット型の違いは、回答数が確保できている札幌市でみると、「特養」ではユニット型の方が第3段階、第4段階共に高くが、「老健」では必ずしもそうっていない。

表3-7 介護保険料所得4段階の分布状況（札幌市）

	回答 施設／住宅数	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
合計		10.0%	49.4%	19.4%	18.3%
介護療養・介護老健 ／従来型	7／7	8.2%	51.3%	18.4%	22.1%
老健／従来型	17／18	5.7%	55.2%	18.0%	21.2%
老健／ユニット型	2／2	0.0%	55.8%	31.9%	12.3%
特養／従来型	27／28	8.0%	59.2%	19.8%	13.0%
特養／ユニット型	8／8	6.0%	56.1%	22.7%	15.1%
ケアハウス	6／13	14.9%	33.1%	29.8%	22.2%
有料老人ホーム	6／37	11.4%	6.3%	4.6%	77.7%
GH	32／139	40.0%	19.0%	24.1%	16.8%
高齢者住宅・ その他住宅	4／41	33.1%	37.3%	14.4%	15.3%

表3-8 介護保険料所得4段階の分布状況（品川区）

	回答 施設／住宅数	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
合計		9.6%	35.4%	15.0%	39.1%
介護療養・介護老健 ／従来型	-	-	-	-	-
老健／従来型	1／1	4.4%	31.1%	6.7%	57.8%
老健／ユニット型	-	-	-	-	-
特養／従来型	6／6	7.4%	49.7%	18.8%	24.1%
特養／ユニット型	-	-	-	-	-
ケアハウス	2／3	45.3%	7.8%	12.5%	34.4%
有料老人ホーム	1／5	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
GH	2／3	0.0%	0.0%	34.6%	65.4%
高齢者住宅・ その他住宅	0／3	-	-	-	-

表 3-9 介護保険料所得 4 段階の分布状況（大牟田市）

	回答 施設／住宅数	第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階	第 4 段階
合計		7.4%	51.2%	13.0%	26.2%
介護療養・介護老健 ／従来型	2 / 4	15.2%	49.5%	10.5%	24.8%
老健／従来型	5 / 5	6.3%	53.5%	12.3%	27.8%
老健／ユニット型	-	-	-	-	-
特養／従来型	5 / 5	10.2%	54.9%	10.2%	24.7%
特養／ユニット型	3 / 3	0.0%	74.0%	13.5%	12.5%
ケアハウス	2 / 3	3.7%	29.6%	44.4%	22.2%
有料老人ホーム	2 / 12	0.0%	0.0%	22.2%	77.8%
G H	1 / 9	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
高齢者住宅・ その他住宅	1 / 4	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%

第4章 まとめ

1

医療の提供の概況



施設／住宅における医療提供の状況を明らかにするために、まず、本調査における回答施設／住宅の看護職配置、併設医療機関の有無、併設訪問看護ステーションの有無、緊密な連携関係にある在宅医療機関の有無、緊密な連携関係にある訪問看護ステーションの有無、要介護度について整理をした。

その結果、看護職配置は介護療養病床、介護療養型老健、老健は全施設が「24 時間配置」であり、特養と特定施設は「日中のみ常時配置」が最も多く、認知症高齢者 GH は「日中のみ日によって配置」と「配置なし」がほぼ同率で多く、住宅型有料、ケアハウス、高齢者住宅・その他住宅では「配置なし」が 70%を超えていた。

在宅医療や訪問看護を制度的に利用可能な特定施設、認知症高齢者 GH、住宅型有料、ケアハウス、高齢者住宅・その他住宅における医療系機関の併設率は、医療機関で 10.6%、訪問看護ステーションで 5.8%であった。同様に、緊密な連携関係にある在宅医療機関ありは 78.5%、緊密な連携関係にある訪問看護ステーションありは 37.3%であった。

平均要介護度は介護療養病床 4.12、介護療養型老健 4.17、老健 2.71、特養 3.40、特定施設 2.11、認知症 GH 2.70、住宅型有料 2.35、ケアハウス 0.95、高齢者住宅・その他住宅 1.65 であった。

受け入れ可能な医療をみると、受け入れ割合が高いのは「インスリン」「酸素療法」であり、次いで「経管栄養」「喀痰吸引」となる。「人工呼吸器」「気管切開」「中心静脈栄養」は受け入れ割合が低い。施設／住宅種別でみると、「経管栄養」「喀痰吸引」は介護療養病床、介護療養型老健、老健、特養、特定施設、住宅型有料、高齢者住宅・その他住宅の順で受け入れる割合が高い。認知症高齢者 GH とケアハウスは、上記の医行為の受け入れ割合が総じて低い。「人工透析（通院）」は診療報酬との関係で特定施設、高齢者住宅・その他住宅で受け入れ割合が高い。

各医行為を必要とする利用者の割合をみると、介護療養病床と介護療養型老健では「経管栄養」が 40%強、「喀痰吸引」が 10%台、「気管切開」「中心静脈栄養」「人工呼吸器」「インスリン」「酸素療法」「人工透析（通院）」「人工透析（在宅）」はいずれも 5%に満たない。他の施設／住宅種別では「経管栄養」と「喀痰吸引」は 6%以下、「気管切開」「中心静脈栄養」「人工呼吸器」「インスリン」「酸素療法」「人工透析（通院）」「人工透析（在宅）」は極めて少ない。認知症高齢者 GH とケアハウスでは、医行為を必要とする利用者は極めて少ない。

2011年6月に「改正社会福祉士及び介護福祉士法」が成立し、2012年度から一定の研修を受けた介護福祉士やホームヘルパーなどの介護職員が、たんの吸引と経管栄養を実施できることとなった。「経管栄養」と「喀痰吸引」の双方を受け入れる方針である施設／住宅は31.9%であり、「経管栄養」のみは8.6%、「喀痰吸引」のみは2.4%、いずれも受け入れないのは57.2%であった。施設／住宅種別にみると「経管栄養」と「喀痰吸引」の双方を受け入れる方針なのは、介護療養型老健で100%、老健で61.5%、特養で60.8%、特定施設で53.2%、住宅型有料で36.4%、高齢者住宅・その他住宅で25.6%、ケアハウス9.1%、認知症高齢者GHで7.6%であった。

「経管栄養」と「喀痰吸引」の実施方針と、施設／住宅種別、看護職配置、併設医療機関の有無、併設訪問看護ステーションの有無、緊密な連携関係にある在宅医療機関の有無、緊密な連携関係にある訪問看護ステーションの有無について独立性の検定(カイ二乗検定)を行った。施設種別、看護配置、併設医療機関の有無については有意差が認められたが、それ以外についての有意差は認められなかった。

本調査では、喀痰吸引および経管栄養の受け入れ状況は看護職の配置状況によって有意差があることが明らかとなったが、今回の法改正によって、今後はより多くの施設／住宅で受け入れが進むと考えられる。喀痰吸引および経管栄養に比べると、気管切開を受け入れている施設／住宅は限定されているが、法改正における喀痰吸引には気管カニューレからの吸引も含まれているため、今後は増加する可能性もあるだろう。法改正を踏まえて経管栄養や喀痰吸引の実施状況がどのように変化していくかを見定めながら、高齢者施設／住宅における医療提供のあり方について、慎重に検討を加えることが求められている。

これとは別の視点として、医療の外付けをどのように考えるかも重要な視点である。たとえば、人工透析に関しては報酬上の制約に関連する部分が多いため、看護職が配置されていながらも介護療養型医療施設や老人保健施設では受け入れが事実上困難であり、これに代わって、在宅医療の適用となる有料老人ホームや認知症GHで受け入れ割合が高かった。外付け医療の適用となる施設／住宅種別の拡大が、限られた資源のなかで効果的で効率的な医療を提供できることにつながるのではないかという議論も必要となろう。

今回の法改正は、①医療・介護等の連携に基づいて地域包括ケアを提供するには、医療安全が確保されるような一定の条件下で特別養護老人ホームの介護職員に実施が許容された、たんの吸引等の行為を、広く介

護施設等において、一定の知識・技術を修得した介護職員に解禁し、もって、介護職員と看護職員の役割分担と連携をより一層進めていくことが必要であるためなされたという側面と、②介護の担い手が家族から社会へと移行するなかで、一部の家族が担ってきた胃ろうからの経管栄養やたんの吸引等の医療的ケアを家族に代わって介護職員が一定の知識や技術を有したうえで担うことが必要であるためなされたという側面、双方の視点でとらえることが肝要であろう。長期ケアに求められる医行為のうち、疾患の治療的側面が強いものは何か、日常生活援助における医療的ケアとしての側面が強いものは何か。この点を医療の外付け化と関連づけながら検討することが必要であろう。

2

費用負担の概況

調査対象の3自治体の生活保護世帯保護率は、札幌市 30.2%、品川区 11.1%、大牟田市 32.5%であった。同様に第一号被保険者の介護保険料の所得段階の構成比は、札幌市：第一段階 5.0%、第二段階 21.5%、第三段階 37.0%、第四段階 36.5%、品川区：第一段階 3.2%、第二段階 15.4%、第三段階 33.9%、第四段階 47.5%、大牟田市：第一段階 5.0%、第二段階 24.0%、第三段階 39.4%、第四段階 31.5%であった。以上から、品川区で所得段階が高く、大牟田市と札幌市で所得段階が低いこと、大牟田市と札幌市の所得分布は似通っていることがわかる。

上記を確認したうえで、本調査の回答施設／住宅における生活保護受給者割合をみた。結果は札幌市 10.4%、品川区 6.9%、大牟田市 7.3%であった。札幌市では認知症GH、高齢者住宅・その他住宅、有料老人ホームも低所得者の受け皿となっている。同様の傾向は大牟田市でも確認できるが、札幌市ほどではない。品川区では有料老人ホームや認知症GHでは受け入れ実績がない。

本調査の回答施設／住宅における第一号被保険者の介護保険料の所得段階の構成比をみると、札幌市：第一段階 10.0%、第二段階 49.4%、第三段階 19.4%、第四段階 18.3%、品川区：第一段階 9.6%、第二段階 35.4%、第三段階 15.0%、第四段階 39.1%、大牟田市：第一段階 7.4%、第二段階 51.2%、第三段階 13.0%、第四段階 26.2%であった。概ね、各施設／住宅の状況は第一号被保険者の介護保険料の所得段階と同様である（ただし回答率が施設／住宅種別で異なるため数値には留保が必要）。品川区では第四段階が40%を占める一方で第二段階も35.4%とほぼ同じであり、二極化の傾向がうかがえる。一方、札幌市や大牟田市

で第二段階が半数を占める。施設／住宅種別でみると、札幌市では認知症GHや高齢者住宅・その他住宅が第一段階を介護保険施設以上に受け入れている。有料老人ホームは第四段階を対象としている。大牟田市では認知症GHや有料老人ホームは第三段階以上であり、低所得者は介護保険施設が受け皿となっている。品川区では低所得者は介護保険施設で受け入れ、有料老人ホームや認知症GHは第三段階と第四段階など経済的にゆとりがある層を対象としている。

以上から、所得階層からみた各施設／住宅の位置づけは保険者によって異なることがわかる。理由として第一に考えられるのは、土地価格である。すなわち、土地価格が高い品川区では認知症GHや有料老人ホームは低所得者の受け皿とはなりえず、逆に札幌市や大牟田市では受け皿となりえる。また、介護保険施設が充実している大牟田市では介護保険施設が低所得者の受け皿として十分に機能しており、低所得者向けの認知症GHや有料老人ホームは札幌市ほど多くない。札幌市で低所得者向けの認知症GH、有料老人ホーム、高齢者住宅・その他住宅が一定割合あるのは、在宅よりも施設／住宅入所を選択する傾向が強い土地柄であること、大学生向けの下宿が多いため高齢者住宅・その他住宅がその延長線上で事業化されていること、などが考えられる。いずれにせよ、利用者負担の観点で施設／住宅種別をどのように整備してゆくかは、国レベルではなく保険者レベルで検討を加えることが必須であることが推察される。

資料編

「高齢者施設／住宅の機能分担に関する研究」 調査表

厚生労働省 平成 23 年度老人保健健康増進事業

「高齢者施設/住宅の機能分担に関する研究」 ご協力のお願い

平素より、当協会の事業にご高配を賜り有難うございます。

現在、国は地域包括ケアシステムの構築に向けて様々な取り組みを行っています。地域包括ケアの実現にあたっては、ニーズに応じた住まい（施設や住宅）が提供されることが基本となります。これらの課題認識をふまえ、当協会では、厚生労働省・平成 23 年度老人保健健康増進事業に基づいて、介護保険施設・認知症高齢者グループホーム・有料老人ホーム・ケアハウス・高齢者住宅における医療・介護提供ならびに費用負担に関する調査研究を進めております。この一環として、本調査を実施させて頂きたく、何卒、ご協力のほどよろしくお願い致します。

なお、本調査票は介護保険の基礎自治体単位で分析を行うことを念頭に、北海道札幌市、東京都品川区、福岡県大牟田市に立地する高齢者施設/住宅にお送りしております。

平成 23 年 9 月

一般社団法人 日本医療福祉建築協会

■ ご記入にあたってのお願い

- ・ ご記入頂いた内容は、本調査の目的以外に使用することはありません。ご記入頂いた内容は、統計的に処理をし、個別の施設/住宅情報として取り扱うことはございません。
- ・ アンケート票の電子データもご用意しております。ご希望の場合は下記問い合わせ先までご連絡ください。
- ・ お手数をかけますが、10 月 14 日（金）までに同封封筒で投函下さい。
- ・ 問い合わせ先 一般社団法人日本医療福祉建築協会 事務局

問2／現在の利用者数を記載ください。

1 利用者数（ 月 日）	（ ）名
--------------	------

問3／上記利用者の要介護度につき記載ください。高齢者住宅等で要介護度を把握していない場合は、その旨を欄外に記載下さい。

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
人	人	人	人	人	人	人	人

問4／下記の医療サービスについての基本方針、実際の受け入れ人数について記載下さい。高齢者住宅等で状況を把握していない場合は、その旨を欄外に記載下さい。

	基本方針	現在の人数
1 気管切開	01 受け入れ可能 02 人数等の条件を設けている 03 受け入れていない	人
2 中心静脈栄養	01 受け入れ可能 02 人数等の条件を設けている 03 受け入れていない	人
3 経鼻経管栄養	01 受け入れ可能 02 人数や家族支援等の条件を設けている 03 受け入れていない	人
4 胃ろう 腸ろう	01 受け入れ可能 02 人数/家族支援等の条件を設けている 03 受け入れていない	人
5 インスリン	01 受け入れ可能 02 人数/自己注射/家族支援等の条件を設けている 03 受け入れていない	人
6 酸素療法	01 受け入れ可能 02 人数/家族支援等の条件を設けている 03 受け入れていない	人
7 人工透析 （通院）	01 受け入れ可能 02 本人・家族による通院等の条件を設けている 03 受け入れていない	人
8 人工透析 （腹膜透析・居宅）	01 受け入れ可能 02 人数/自己管理/家族支援等の条件を設けている 03 受け入れていない	人
9 人工呼吸器	01 受け入れ可能 02 人数/家族支援等の条件を設けている 03 受け入れていない	人
10 喀痰吸引	01 受け入れ可能 02 人数/家族支援等の条件を設けている 03 受け入れていない	人

問5/貴施設が受け入れている問4に掲げる利用者に、重度の認知症（認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、M相当）が認められた場合の対応について伺います。該当するものに○をおつけください。

- | |
|------------------|
| 01 受け入れ可能 |
| 02 状況によっては受け入れ可能 |
| 03 受け入れていない |

問6/現在の利用者数（患者数、入所者数、居住者数）と生活保護受給者数を記載ください。

現在の利用者数（ 月 日）	（ ）名
うち生活保護受給者	（ ）名

問7/利用者の所得状況について伺います。介護保険料算定時の所得段階別の利用者数を記載ください。高齢者住宅等で所得状況を把握していない場合は、その旨を欄外に記載下さい。

問6の「現在の利用者数」のうち所得状況を把握できている方の内訳を記載ください。	
1 大牟田市所得段階：第1段階	（ ）名
2 大牟田市所得段階：第2段階	（ ）名
3 大牟田市所得段階：第3～5段階	（ ）名
4 大牟田市所得段階：第6段階～第10段階	（ ）名

第1段階 :生活保護受給者か高齢福祉年金受給者で世帯全員が住民税非課税の方

（介護保険施設での食費負担 300 円/日、介護保険高額サービス費上限 15,000 円）

第2段階 :世帯全員が住民税非課税、課税年金収入額と合計所得金額の合計が年 80 万円以下の方

（介護保険施設での食費負担 390 円/日、介護保険高額サービス費上限 15,000 円）

第3～5段階 :本人が住民税非課税で、第1・2 段階に該当しない方

（介護保険施設での食費負担 650 円/日、介護保険高額サービス費上限 24,6000 円）

第6～10段階 :本人が住民税課税の方

（介護保険施設での食費負担 1380 円以上/日）

本調査結果の報告書をお送りさせていただきますため、連絡先をご記入ください。

ご担当者名		部署・役職	
送付先住所	〒		
電話番号			

以上です。ご協力ありがとうございました。

問5/貴施設が受け入れている問4に掲げる利用者に、重度の認知症（認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、M相当）が認められた場合の対応について伺います。該当するものに○をおつけください。

- | |
|------------------|
| 01 受け入れ可能 |
| 02 状況によっては受け入れ可能 |
| 03 受け入れていない |

問6/現在の利用者数（患者数、入所者数、居住者数）と生活保護受給者数を記載ください。

現在の利用者数（ 月 日）	（ ）名
うち生活保護受給者	（ ）名

問7/利用者の所得状況について伺います。介護保険料算定時の所得段階別の利用者数を記載ください。高齢者住宅等で所得状況を把握していない場合は、その旨を欄外に記載下さい。

問6の「現在の利用者数」のうち所得状況を把握できている方の内訳を記載ください。	
1 品川区所得段階：第1段階	（ ）名
2 品川区所得段階：第2段階	（ ）名
3 品川区所得段階：第3～5段階	（ ）名
4 品川区所得段階：第6段階～第9段階	（ ）名

- 第1段階 : 生活保護受給者か老齢福祉年金受給者で世帯全員が住民税非課税の方
（介護保険施設での食費負担 300 円/日、介護保険高額サービス費上限 15,000 円）
- 第2段階 : 世帯全員が住民税非課税、課税年金収入額と合計所得金額の合計が年 80 万円以下の方
（介護保険施設での食費負担 390 円/日、介護保険高額サービス費上限 15,000 円）
- 第3～5段階 : 本人が住民税非課税で、第1・2 段階に該当しない方
（介護保険施設での食費負担 650 円/日、介護保険高額サービス費上限 24,600 円）
- 第6～9段階 : 本人が住民税課税の方
（介護保険施設での食費負担 1380 円以上/日）

本調査結果の報告書をお送りさせていただきますため、連絡先をご記入ください。

ご担当者名		部署・役職	
送付先住所	〒		
電話番号			

以上です。ご協力ありがとうございました。

問5/貴施設が受け入れている問4に掲げる利用者に、重度の認知症（認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、M相当）が認められた場合の対応について伺います。該当するものに○をおつけください。

- | |
|------------------|
| 01 受け入れ可能 |
| 02 状況によっては受け入れ可能 |
| 03 受け入れていない |

問6/現在の利用者数（患者数、入所者数、居住者数）と生活保護受給者数を記載ください。

現在の利用者数（ 月 日）	（ ）名
うち生活保護受給者	（ ）名

問7/利用者の所得状況について伺います。介護保険料算定時の所得段階別の利用者数を記載ください。高齢者住宅等で所得状況を把握していない場合は、その旨を欄外に記載下さい。

問6の「現在の利用者数」のうち所得状況を把握できている方の内訳を記載ください。	
1 札幌市所得段階：第1段階	（ ）名
2 札幌市所得段階：第2段階	（ ）名
3 札幌市所得段階：第3～4段階	（ ）名
4 札幌市所得段階：第5段階～第7段階	（ ）名

- 第1段階 : 生活保護受給者か老齢福祉年金受給者等で、世帯全員が住民税非課税の方
（介護保険施設での食費負担 300 円/日、介護保険高額サービス費上限 15,000 円）
- 第2段階 : 世帯全員が住民税非課税、課税年金収入額と合計所得金額の合計が年 80 万円以下の方
（介護保険施設での食費負担 390 円/日、介護保険高額サービス費上限 15,000 円）
- 第3～4段階 : 本人が住民税非課税で、第1・2 段階に該当しない方
（介護保険施設での食費負担 650 円/日、介護保険高額サービス費上限 24,600 円）
- 第5～7段階 : 本人が住民税課税の方
（介護保険施設での食費負担 1380 円以上/日）

本調査結果の報告書をお送りさせていただきますため、連絡先をご記入ください。

ご担当者名		部署・役職	
送付先住所	〒		
電話番号			

以上です。ご協力ありがとうございました。

平成 23 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

施設・入居系サービスと住宅系サービスの
機能分担に関する研究報告書

平成 24 (2012) 年 3 月 31 日発行

一般社団法人 日本医療福祉建築協会
〒108-0014 東京都港区芝 5-26-20 建築会館
TEL (03) 3453-9904 FAX (03) 3453-7573
<http://www.jiha.jp>
禁無断転載

レイアウト 三浦雅博アトリエ
