

・5章

施設系について

(介護老人保健施設・特別養護老人ホーム・
有料老人ホームなど)

1 介護老人保健施設の新しい利用法と今後の課題

2 介護施設での医療提供体制に関する現状調査

5 章

施設系について

(介護老人保健施設・特別養護老人ホーム・
有料老人ホームなど)

1 介護老人保健施設の新しい利用法と今後の課題

在宅医療を担うかかりつけ医や在宅療養支援診療所は、多くの在宅患者を抱え、診療や支援を行っているが、在宅支援のためには介護保険の適切な利用が望まれる。

一方、介護老人保健施設は、病状が安定期にある要介護高齢者の在宅復帰施設や在宅生活支援施設と位置づけられているが、ともするとケアマネジャー任せになっており、一般のかかりつけ医にはその詳細は知られていないのが現状である。

そこで本稿では、かかりつけ医のための介護老人保健施設の利用法を紹介し、併せて現在の介護老人保健施設の課題を解説する。

● 介護老人保健施設とは

介護老人保健施設は制度創設当時、「中間施設」と呼ばれていた。これは①医療（治療）機能を有する病院と福祉機能を有する特別養護老人ホームとの中間的な施設であるということ②施設と在宅（家庭）との中間的な施設であるということの二つの意味を持っている。

①の視点からは、医療ニーズと生活ニーズの双方を併せ持つ要介護者に、ふさわしい介護サービスを提供することがねらいとされていた。このため、介護老人保健施設は特別養護老人ホームと違い、看護・医学的管理下の介護・リハビリテーションなどの医療ケアを提供する機能（包括的ケアサービス施設）を持つこととなった。

②の視点からは、退院してもすぐには家庭に戻れない高齢者に対して、家庭復帰のための機能訓練サービスを提供する機能を持つことになり、さ

らに入所サービスとともに、家庭復帰後の在宅ケアを支援するための通所リハビリテーション（デイケア）などの在宅サービスも提供している。

介護老人保健施設の役割は、上記のように、「（維持期）リハビリテーションを行いながら、在宅復帰や在宅生活支援を行う施設」とまとめることができる。そのような観点から考えると最近話題になっている回復期リハビリテーション病院よりも、かかりつけ医にとっては身近な施設といってもよいと思う。

● 介護老人保健施設の利用の仕方

介護老人保健施設は介護保険の施設サービスの一つに数えられており、要介護認定者（通所リハビリテーションや短期入所は要支援者も利用可能）が利用できる。入所は利用期間により、短期（1～30日）、中期（3か月以内）、長期（3か月以上）に分けられるが、入所の目的を明確にしておくことが大切である。

たとえば短期入所であれば、在宅支援が目的であるとか、中期入所で短期集中リハビリテーションが目的であるなど、かかりつけ医の主体的な考えもケアマネジャーに伝えて、ケアプランを組み立てていただきたい。介護老人保健施設は反復（定期的）利用により、在宅療養を支援する施設と考え、顔なじみの介護老人保健施設があると利用しやすいと思われる。

短期集中リハビリテーション

介護老人保健施設のリハビリテーションも、以前は集団リハビリテーションが多かったが、最近では個別リハビリテーションが多くなり、充実してきた。このため、入所・通所では短期集中リハビリテーション（加算）制度ができ、開始から3か月はこの制度が利用できるため、中期入所はこの期間を利用して集中的なリハビリテーション（リハビリテーション合宿）を行うための入所が一般的である。脳神経疾患はもちろん、運動器疾患でも加齢や長期臥床によりADLの低下が認められるような場合には、よい適応となる。改善の可能性の高い利用者（短期集中リハビリテーションのよい適応患者）は表1に示すような方である。

認知症短期集中リハビリテーション

認知症も研究の結果、認知症リハビリテーションを行うと、中核症状の改善や周辺症状（せん忘および BPSD）の軽減が報告され、制度化（短期集中リハビリテーション加算）されている。入所および通所でも開始から 3 か月間が認められているが、施設によっては行っていない施設もあるので問い合わせをしてほしい。

通所リハビリテーション（デイケア）；デイサービス（通所介護）との区別がつかない方も多いようであるが、生活支援サービス（入浴・食事など）に加え、PT/ST/OT による少人数グループでリハビリテーションを行う。これに、上記の短期集中リハビリテーションを組み合わせ、生活機能の維持・向上を図っていく。最近では、マシンを活用したリハビリテーションや介護予防に力を入れている施設もある。

表 1 改善の可能性の高い利用者（短期集中リハビリテーションのよい適応）

- 1 入院や発熱、転倒を契機に、以前より生活機能が落ちている。
- 2 自宅に閉じこもりがちで、立ち上がりや受け答えが不確実になってきた。
- 3 少し手伝えばできるなど、一般的な印象としても「もう少しよくなりそうな感じ」がする。
- 4 利用者の現在の身体状況・精神機能では、自宅での生活を続けていくのに困難が感じられる。
- 5 本人やご家族に「よくなりたい（よくなってもらいたい）」「がんばりたい（がんばってもらいたい）」という意思がある。

● 医療対応について

介護老人保健施設は定額制（まるめ）の算定のため、短期および中期入所まではできるだけ処方持参することが望ましい。特に抗パーキンソン薬やアリセプト、緑内障の薬剤などは薬価が高いので注意が必要である。

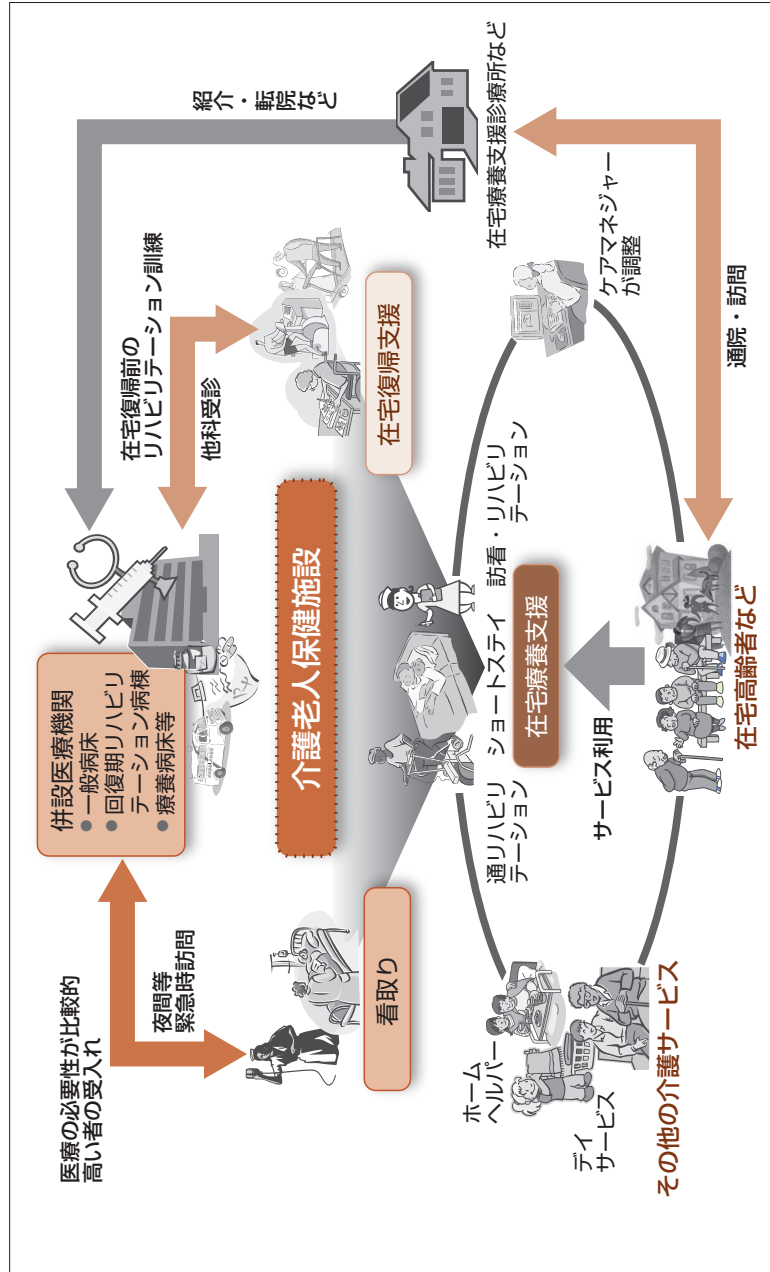
医療対応は施設により取組みに差があるが、医療機関では当たり前のこと（インスリン注射や尿道留置カテーテル、胃ろうなど）でも、介護老人保健施設では費用や医療スタッフの配置基準の関係で制約があるので、入所前には施設の相談員と細かな打ち合わせが必要である。また、他科受診も事実上制限（投薬は施設持ち）されていたり、抗がん剤も使えないことが多い。看取りも最近では取り組まれるようになり加算がついたが、施設によっては対応していないことも多い。

● 介護老人保健施設の課題

介護老人保健施設は地域包括ケアを支える施設として期待されているが、医療面では制約が多く、在宅療養支援施設としてはまだ十分機能しているとはいえない。現時点では、この点に関して介護老人保健施設はリハビリテーション施設や短期入所施設と考えていただきたい。

- ①介護老人保健施設も併設施設により、対応が大きく変わることが多い。
つまりその介護老人保健施設ならではの特征があるわけで、医療ニーズに対応するためには、医療機関が併設している施設が望ましいし、長期入所に対応するには、特別養護老人ホームやグループホームや特定施設の併設施設が望ましいかもしれない（図2）。
- ②かかりつけ医が介護老人保健施設と連携するには、ケアマネジャーの存在が制約になることもある。このため、介護老人保健施設に外来をつくり、医師が直接診療できるようになるとよいかもしれない。
- ③介護老人保健施設のそれぞれの特徴がわかりにくいいため、機能別（たとえば短期入所 20%、短期集中リハビリテーション 30%、長期 50%など）に、その機能別の定員を明示していると、かかりつけ医やケアマネジャーに施設の特徴が伝わりやすい。
- ④介護老人保健施設の中でどの事業者を選ぶかというとき、その施設の管理者や専門職が、在宅復帰や在宅支援に積極的かどうかポイントになる。

図2 今後の介護老人保健施設のイメージ



2 介護施設での医療提供体制に関する現状調査

超高齢化社会に向けて、高齢者が安心して居住でき、その中で継続して良質な医療を享受できるような住まいの供給が必要である。今日多くの形態の施設が存在し、さまざまな医療の供給体制がとられているが、施設での医療に関する現状分析が不十分である。中でも有料老人ホームやグループホームの医療については、いまだ十分な現状把握がなされていない。また2006年以後特別養護老人ホームでのターミナルケアに対し訪問診療が認められるようになったが、制度改定以後、果たして同施設がどのような機能を有しているかについて、医療の面からの解析がなされていない。今回、東京都の在宅医療の現状を把握する作業の一環として、施設での医療供給体制について調査した。

【対象】

以下に示す東京都内の居住系介護施設を対象とした。

特別養護老人ホーム	400 施設（区部 212 市部 188）
介護老人保健施設	161 施設（区部 91 市部 70）
健康型・住宅型有料老人ホーム	45 施設（区部 28 市部 17）
介護付有料老人ホーム	411 施設（区部 159 市部 152）
A型軽費老人ホーム	9 施設（区部 2 市部 7）
B型軽費老人ホーム	4 施設（区部 1 市部 3）
ケアハウス	38 施設（区部 15 市部 13）
認知症高齢者グループホーム	325 施設
小規模多機能型居宅介護	60 施設（区部 39 市部 21）

【方法】

前記の都内介護施設すべてにアンケート用紙を郵送で配布し、回答はファックスで回収し、集計結果について解析を行った。アンケートの内容は、入所定員数、入所者数、要介護度、介護士人数、看護師人数、医療保険の区分、外部の医師や看護師との連携体制、病院との連携体制、特殊な医療行為への対応、急変時の対応、看取り件数などについてであった。

【結果】

(1) 特別養護老人ホームについて

東京都内には平成22年7月時点で400件(区部212、市部188)の特別養護老人ホーム(以下特養と略)がある。以下に回答を得た194施設(区部121、市部73)についての集計結果を示す。回答率は48.5%(区部57.1、市部38.8)であった。

入所定員数は平均 88.2 ± 38.5 人(区部 85.6 ± 36.6 、市部 92.5 ± 42.1)であり、人数分布(図1)をみると区部で50人から110人に偏りが見られた。調査時の入所者数は平均 86.4 ± 37.3 人(区部 83.4 ± 34.3 、市部 91.2 ± 41.4)であった。入所者数の要介護度(図2)については、35.9%が要介護4、33.8%が要介護5、平均要介護度は3.9であり、重度要介護者が多かった。介護士人数は日中平均 19.0 ± 26.5 人(区部 20.1 ± 32.2 、市部 17.1 ± 11.2)、夜間平均 4.5 ± 2.0 人(区部 4.5 ± 2.1 、市部 4.5 ± 1.9)であった。看護師人数(図3)は日中平均 3.8 ± 2.0 人(区部 3.9 ± 2.4 、市部 3.7 ± 1.3)、夜間 0.1 ± 0.4 人(区部 0.2 ± 0.5 、市部 0.1 ± 0.3)であり、82.2%(区部86.6、市部83.3)で夜間のオンコール体制をとっている(表1)。また、訪問看護を受け入れている施設が4.2%(区部5.0、市部2.8)あった。

配置医師との連携については、64.4%(区部66.4、市部61.1)で24時間連絡体制があり、57.3%(区部54.6、市部61.6)で緊急時の往診体制がとられている。配置医師の定期診療の頻度は、月1回から30回、平均 7.2 ± 5.0 回であった。また86.1%(区部87.2、市部84.3)で病院との連携体制がとられていた。管理可能な特殊な医療行為(図4)としては、胃ろうが最も多く88.2%、次いで膀胱留置カテーテル

81.2%、吸引操作 75.4%、インスリン皮下注射 51.9%であった。一方で、中心静脈栄養や人工呼吸器の管理、がんの緩和ケアに対しては対応困難な施設が多かった。

施設での看取りは 74%（区部 73.1、市部 75.3）で可能であり、過去 1 年間の看取り件数（図 5）は平均 7.0±6.5 件（区部 6.1±6.1、市部 7.2±7.0）であった。看取りの可否に影響すると思われる要因につい

図1 入所定員数

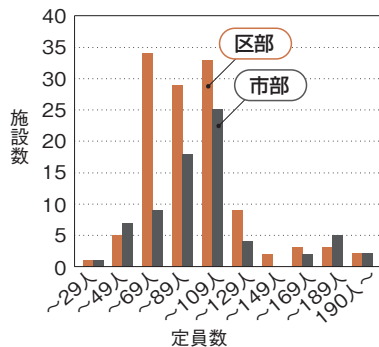


図2 要介護度別人数

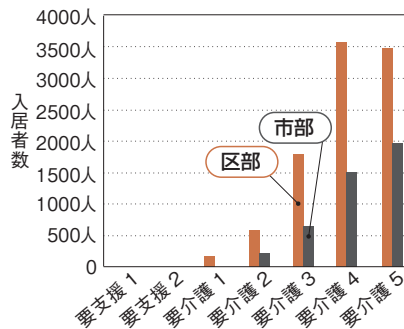


図3 看護師人数

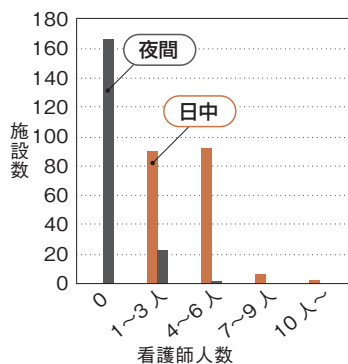


表1 医療と看護についての集計

	全体	区部	市部
夜間の看護師 オンコール体制あり	82.2% (157)	86.6% (97)	83.3% (60)
訪問看護 受け入れあり	4.2% (8)	5.0% (6)	2.8% (2)
看取り可能	74.0% (142)	73.1% (87)	75.3% (55)
医師との 24 時間 連絡体制あり	64.4% (123)	66.4% (79)	61.1% (44)
医師の 緊急訪問体制あり	57.3% (110)	54.6% (65)	61.6% (45)
訪問診療 受け入れあり	52.4% (100)	54.6% (64)	61.6% (36)
病院との連携あり	86.1% (161)	87.2% (102)	84.3% (59)

図4 管理可能な医療行為

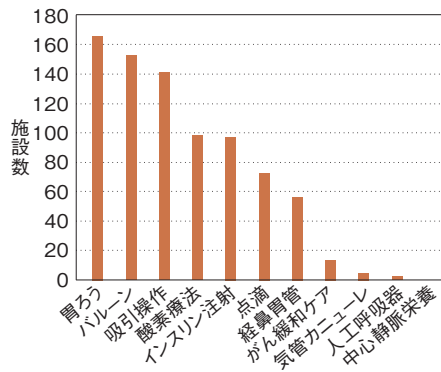


図5 年間看取り件数

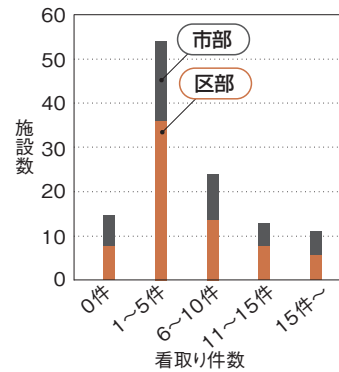


図6 急変時の対応決定

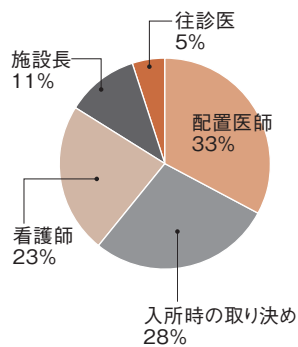


表2 看取りの可否別の比較

	看取り可能 (142 施設)	看取り不可 (50 施設)
医師との24時間連絡体制あり	74.7% (106)	32.0% (16)
医師の緊急時往診体制	68.3% (97)	24.0% (12)
外部からの訪問診療あり	56.3% (80)	36.0% (18)
夜間の看護師人数	0.14±0.34 人	0.04±0.20 人
夜間の看護師オンコール体制あり	83.8% (119)	72.0% (36)

て表2に示す。看取り可能とした施設では、配置医師との24時間連絡体制(74.7%)や緊急事対応(68.3%)、外部の訪問診療受け入れ(56.3%)、看護師の夜間オンコール体制や夜間の看護師人数、全てにおいて看取り不可能とする施設より多かった。利用者の病状悪化時に、病院搬送するか施設で経過を観るかなどの判断を主として行っているのは(図6)、配置医師32.8%、入所時に家族と施設の間で取り交わされた方針28.4%、看護師23.3%であった。

自由意見欄には 82 施設の記入があり、医療ニーズの増加に対する対応の遅れが多く指摘された。近年新規入所者の重症度が高くなっており、すでに入所している利用者も年々重度化していることより、施設内での医療ニーズが高まっている（27/82）。これに対する対応の遅れが目立つが（15/82）、看護師が不足しており（13/82）、増員は経営的・人材資源的にも困難であり（4/82）、これを補う介護士の負担が増えている（6/82）。介護士の医療行為については賛否両論あり、医療行為を行うことで介護士のさらなる負担増になる可能性も指摘された。また、医療に対する不満（特別養護老人ホームの医療制度、医師の認識、緊急時の対応など）も多くみられた（22/82）。現状においては施設での看取りや医療行為などを積極的に行っていくには、施設の介護・医療資源が足りないとする意見が多かった（23/82）。

（2）介護老人保健施設について

東京都内には平成 22 年 7 月時点で 161 件（区部 91、市部 70）の介護老人保健施設がある。以下に回答を得た 80 施設（区部 45、市部 35）についての集計結果を示す。回答率は 49.7%（区部 49.5、市部 50）であった。入所定員数（図 7）は 104.6 ± 33.9 人（区部 106.9 ± 32.1 、市部 101.7 ± 35.5 ）であった。平均入居期間（図 8）は平均 293.6 ± 166

図7 入所定員数

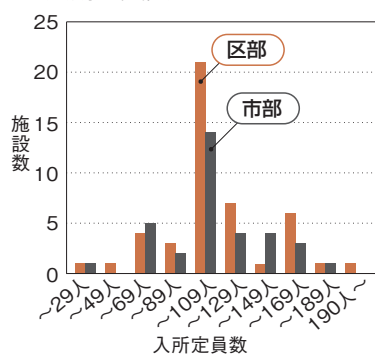
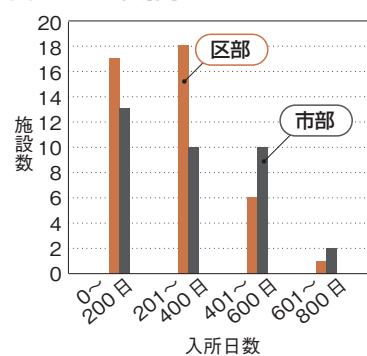


図8 入所期間



特別養護老人ホームにおける医療供給体制に関するアンケート調査

(社) 東京都医師会 医療福祉課
TEL 03-5283-6731
FAX 03-3292-7097

※以下該当する項目に○または、数値(0を含む)を記入して下さい。

1. 施設の概要

- ① 所在：(区部 ・ 市部)
② 届出入所者数：(_____ 人)
③ 介護職員数：(日中 _____ 人体制 夜間 _____ 人体制)

2. 入居者について

- ① アンケート記載時の入居者数：(合計 _____ 人)
〔内訳〕
自立 _____ 人 要支援1 _____ 人 要支援2 _____ 人
要介護1 _____ 人 要介護2 _____ 人 要介護3 _____ 人 要介護4 _____ 人 要介護5 _____ 人
厚生年金 _____ 人 国民年金 _____ 人 生活保護受給者 _____ 人

3. 看護体制について

- ① 看護師人数：(日中 _____ 人体制 夜間 _____ 人体制)
② 夜間の看護師オンコール体制：(有 ・ 無)
③ 外部からの訪問看護の受け入れ実績：(有 ・ 無)

4. 医療体制について

- ① 施設での看取りの可否：(可能 ・ 不可能)
"可能"と回答された施設について
①-1 過去一年の施設での看取り件数：(_____ 件)
①-2 病状悪化時に"施設で看る"か"病院搬送する"かの判断は、本人家族との協議のもと主に誰が行っていますか？
〔 A. 配置医師 B. 往診医 C. 施設長 (a. 医師・b. 医師以外) D. 看護師
E. 入所時に本人家族と話し合いのもと決定 〕
② 配置医師との24時間連絡体制：(有 ・ 無)
③ 配置医師の緊急時訪問体制：(有 ・ 無)
④ 配置医師の定期的な診察：(_____ 回/月)
⑤ 外部からの訪問診療の受け入れ実績：(有 ・ 無)
⑥ 連携病院との連携は機能していますか？：(機能している ・ 機能していない)
⑦ 貴施設で管理可能な医療行為：
〔 A. 胃瘻管理 B. 経鼻胃管管理 C. 点滴 D. 中心静脈栄養 E. 気管カニューレ管理 F. 酸素療法
G. 人工呼吸器管理 H. 吸引操作 I. バルーン管理 J. がん緩和ケア K. インスリン注射
L. その他 (_____) 〕

5. 介護施設での医療についてご意見をお寄せ下さい。

FAX (03-3292-7097) によりご回答願います。ご協力ありがとうございました。

日（区部 274.1±143.7、市部 317.0±186.7）であった。調査時の入所者数は平均 95.6±34.0 人（区部 97.8±32.4、市部 92.8±35.7）であった。入所者数の要介護度（図 9）については、27.7%が要介護 3、28.6%が要介護 4、平均要介護度は 3.2 であった。介護士人数は日中平均 17.0±7.6 人（区部 18±7.8、市部 15±6.8）、夜間平均 5.0±2.6 人（区部 5.0±2.2、市部 5.0±2.5）であった。看護師人数（図 10）は日中平均 5.3±2.1 人（区部 5.5±2.0、市部 5.1±2.3）、夜間 1.1±0.4 人（区部 1.2±0.4、市部 1.1±0.3）であり、夜間は 36.1%でオンコール体制をとっている（表 3）。

図9 要介護度別人数

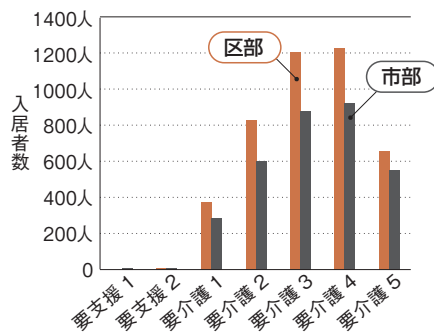


図10 看護師人数

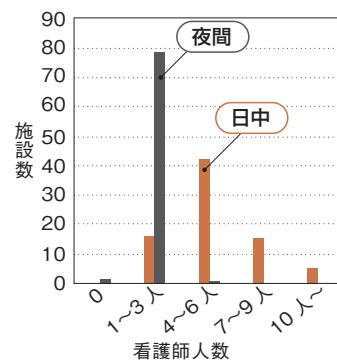


表3 医療と介護に関する集計

	全体	区部	市部
看護師オンコール体制あり	36.1% (26)	28.3% (13)	37.1% (13)
看取り可能	43.0% (34)	38.6% (17)	47.2% (17)
医師との24時間連絡体制あり	95.0% (76)	93.3% (42)	97.1% (34)
医師の緊急訪問体制あり	60.0% (48)	57.8% (26)	62.9% (22)
病院との連携あり	84.6% (66)	88.9% (40)	74.3% (26)

配置医師との連携は、95.0%で24時間連絡体制があり、60.0%で緊急時の往診体制がとられている。配置医師の定期診療の頻度は、月1回から30回、平均7.7±9.7回であった。また84.6%で病院との連携体制がとられていた。管理可能な特殊な医療行為（図11）としては、膀胱留置バルーンカテーテル管理が最も多く92.5%、次いでインスリン注射81.3%、吸引操作81.3%、胃ろう管理80.0%であった。一方で、中心静脈栄養管理や人工呼吸器の管理に対しては対応困難な施設が多かった。

施設での看取りは43.0%（区部38.6、市部47.2）で可能であり、過去1年間の看取り件数（図12）は平均3.9±4.5件（区部3.6±4.9、

図11 対応可能な医療行為

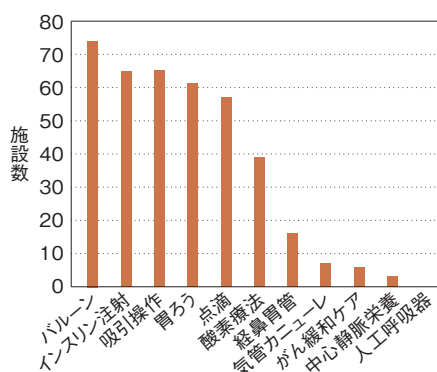
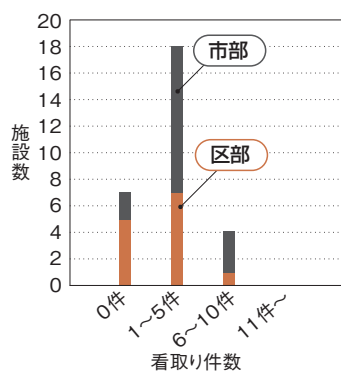


図12 年間看取り件数



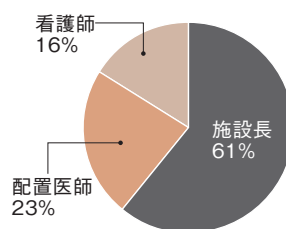
市部 4.2 ± 4.1) であった。看取り可能と回答した全施設で医師との24時間連絡体制が整っていたが(表4)、夜勤の看護師数には差がなかった。利用者の病状悪化時に病院搬送するか施設で経過を観るかなどの判断を主として行っているのは施設長61.0%、配置医師23.2%、看護師15.8%であった(図13)。

自由意見欄には、30施設が記載しており、施設での医療行為に関する記載が多かった(21/30)。特に、医療保険が包括で限度額が低いため、他科受診や処方について施設からの持ち出しが多く、これらの改善を求める声が多かった。特別養護老人ホームと同様、介護老人保健施設でも医療ニーズの高い入所者の増加がみられ(8/30)、看護師の不足(3/30)や、医師の認識不足(2/30)により対応が困難な場面が多くなっている。

表4 看取りの可否別の比較

	看取り可能 (34施設)	看取り不可 (45施設)
医師との24時間 連絡体制あり	100.0% (34)	91.1% (41)
医師の緊急時往診 体制あり	68.3% (21)	60.0% (27)
夜間の看護師人数	1.1 ± 0.4 人	1.2 ± 0.4 人
夜間の看護師 オンコール体制あり	44.1% (15)	24.4% (11)

図13 急変時の対応決定



介護老人保健施設における医療供給体制に関するアンケート調査

(社) 東京都医師会 医療福祉課
TEL 03-5283-6731
FAX 03-3292-7097

※以下該当する項目に○または、数値(0を含む)を記入して下さい。

1. 施設の概要

- ① 所在：(区部 ・ 市部)
② 届出入所者数：(_____ 人)
③ 介護職員数：(日中 _____ 人体制 夜間 _____ 人体制)

2. 入居者について

- ① アンケート記載時の入居者数：(合計 _____ 人)
〔内訳〕
自立 _____ 人 要支援1 _____ 人 要支援2 _____ 人
要介護1 _____ 人 要介護2 _____ 人 要介護3 _____ 人 要介護4 _____ 人 要介護5 _____ 人
厚生年金 _____ 人 国民年金 _____ 人 生活保護受給者 _____ 人
② 平均入所日数：(_____ 日)

3. 看護体制について

- ① 看護師人数：(日中 _____ 人体制 夜間 _____ 人体制)
② 夜間の看護師オンコール体制：(有 ・ 無)

4. 医療体制について

- ① 施設での看取りの可否：(可能 ・ 不可能)
"可能"と回答された施設について：過去一年の施設での看取り件数：(_____ 件)
② 病状悪化時に"施設で看る"か"病院搬送する"かの判断は、本人家族との協議のもと主に誰が行っていますか？
〔 A. 施設勤務の医師 B. 往診医 C. 施設長 (a. 医師 ・ b. 医師以外) D. 看護師 〕
③ 施設からの医療提供体制：
(1) 担当医師数：(内科 _____ 人 その他 (_____ 科) _____ 人)
(2) 定期的な診察 (_____ 回/月)
④ 医師との24時間連絡体制：(有 ・ 無)
⑤ 医師の緊急時訪問体制：(有 ・ 無)
⑥ 連携病院との連携は機能していますか？：(機能している ・ 機能していない)
⑦ 貴施設で管理可能な医療行為：
〔 A. 胃瘻管理 B. 経鼻胃管管理 C. 点滴 D. 中心静脈栄養 E. 気管カニューレ管理 F. 酸素療法
G. 人工呼吸器管理 H. 吸引操作 I. バルーン管理 J. がん緩和ケア K. インスリン注射
L. その他 (_____) 〕

5. 介護施設での医療についてご意見をお寄せ下さい。

FAX (03-3292-7097) によりご回答願います。ご協力ありがとうございました。

（3） 介護付有料老人ホーム

東京都内には平成22年7月時点で411件（区部159、市部152）の介護付有料老人ホーム（以下、介護付有料と略）がある。以下に回答を得た157施設（区部95、市部62）についての集計結果を示す。回答率は38.2%（区部59.7、市部40.8）であった。入所定員数は平均61.9±34.9人（区部59.7±32.8、市部65.3±37.8）であった（図14）。調査時の入所者数は平均57.4±44.6人、（区部51.8±29.0、市部66.3±60.5）であった。入所者数の要介護度（図15）については、他の施設と比較し偏りが少なく、18.6%が要介護2、18.1%が要介護3、17.8%が要介護1、14.1%が要介護5、平均要介護度は2.2であった。市部において数か所自立高齢者の多い施設がみられた。介護士人数は日中平均11.2±6.9人（区部11.6±7.6、市部10.5±5.4）、夜間平均2.9±1.5人（区部3.1±1.6、市部2.7±1.3）であった。看護師人数（図16）は日中平均2.4±1.0人（区部2.4±1.1、市部2.4±1.0）、夜間0.2±0.4人（区部0.2±0.4、市部0.2±0.5）であり、夜間看護師を常駐させている施設は少なかった。夜間は61.9%でオンコール体制をとっていた（表5）。また7.6%で外部の訪問看護ステーションとの連携を有していた。

医療について、担当医師との連携は、96.0%で24時間連絡体制があり、84.6%で緊急時の往診体制がとられている。担当医師の定期診療の頻度は、月1回から30回、平均3.8±3.8回であった。また82.4%で病院

図14 入所定員数

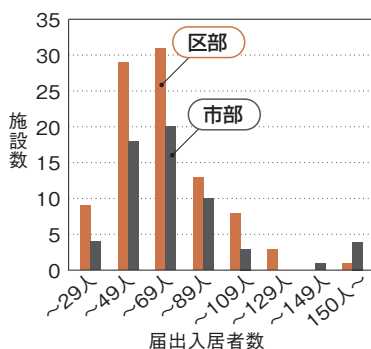


図15 要介護度別人数

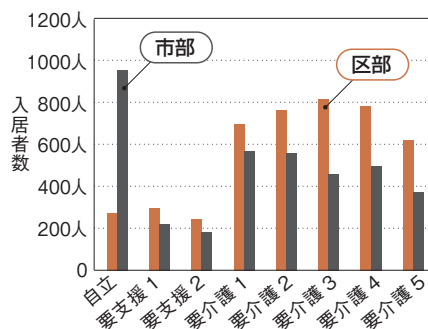


図16 看護師人数

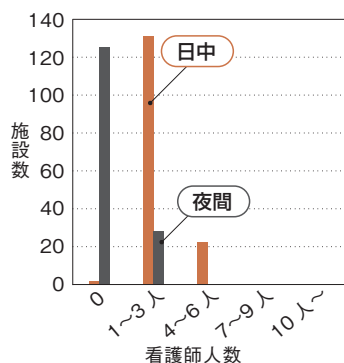


表5 医療と介護に関する集計

	全体	区部	市部
夜間の看護師 オンコール体制あり	61.9% (96)	63.2% (60)	58.1% (36)
看取り可能	80.3% (126)	83.2% (79)	75.8% (47)
医師との24時間 連絡体制あり	96.0% (149)	94.7% (90)	95.2% (59)
医師の緊急訪問 体制あり	84.6% (132)	86.3% (82)	80.6% (50)
病院との連携あり	82.4% (122)	80.0% (76)	74.2% (46)
訪問看護受け入れ あり	7.6% (12)	11.6% (11)	1.6% (1)

との連携体制がとられていた。施設からの医療提供体制(図17)としては、在宅医による訪問診療が69%、勤務医による巡回医療が21%であった。管理可能な特殊な医療行為(図18)としては、胃ろう管理が最も多く91.1%、次いで酸素療法79.6%、膀胱留置カテーテル管理79.0%であった。一方で、中心静脈栄養管理や呼吸管理に対しては対応困難な施設が多かった。施設での看取りは80.3%(区部83.2、市部75.8)で可能であり、過去1年間の看取り件数(図19)は平均2.6±3.3件(区部2.9±3.6、市部2.0±2.7)であった。

図17 施設から提供する医療

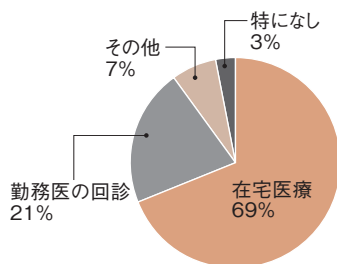
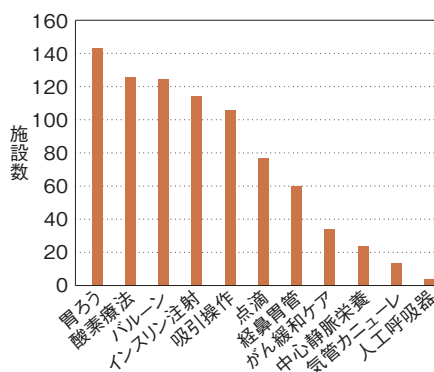


図18 管理可能な医療行為



看取り可能な施設では、医師との24時間連絡体制（98.4%）や緊急時往診体制（94.4%）が充実していたが（表6）、夜間の平均看護師数に差はみられなかった。利用者の病状悪化時に、病院搬送するか施設で経過を観るかなどの判断を主として行っているのは在宅医31.9%、施設長30.7%、勤務医師21.4%、看護師16.0%であった（図20）。

自由意見欄には34件の記入があり、医療に対する問題提起が8件と多かった。これらの中には、救急搬送された病院での高齢者や認知症患者への対応や、訪問診療の質などについての問題提起がみられた。その他、看護体制確立の困難さに関する意見（5件）、施設での医療行為は困難とする意見（4件）がみられた。

図19 年間看取り件数

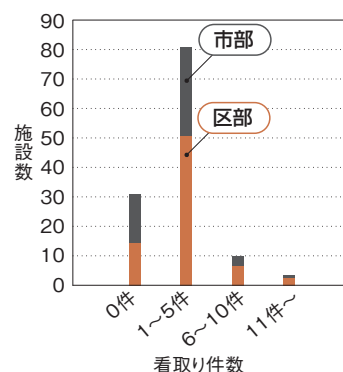


図20 急変時の対応決定

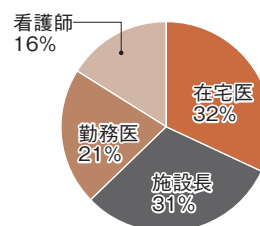


表6 看取りの可否別の比較

	看取り可能 (126 施設)	看取り不可 (31 施設)
医師との24時間 連絡体制あり	98.4% (124)	80.6% (25)
医師の緊急時往診 体制あり	94.4% (119)	42.0% (13)
夜間の看護師人数	0.2±0.42人	0.18±0.47人
夜間の看護師 オンコール体制あり	48.4% (76)	64.5% (20)

居住系施設における医療供給体制に関するアンケート調査

※以下該当する項目に○または、数値（0を含む）を記入して下さい。

有科・軽費老人ホーム
グループホーム
小規模多機能施設
(社) 東京都医師会 医療福祉課
TEL 03-5283-6731
FAX 03-3292-7097

1. 施設の概要

① 施設区分

A. 有料老人ホーム (a.健康型 b.住宅型 c.介護付き) B. 軽費老人ホーム C. 認知症高齢者グループホーム
D. 小規模多機能施設 E. 養護老人ホーム F. その他 ()

② 所在：(区部 ・ 市部)

③ 届出入居者数：(_____ 人)

④ 介護職員数：(日中 _____ 人体制 夜間 _____ 人体制)

2. 入居者について

① アンケート記載時の入居者数：(合計 _____ 人)

自立 _____ 人 要支援 1 _____ 人 要支援 2 _____ 人
要介護 1 _____ 人 要介護 2 _____ 人 要介護 3 _____ 人 要介護 4 _____ 人 要介護 5 _____ 人
厚生年金 _____ 人 国民年金 _____ 人 生活保護受給者 _____ 人

3. 看護体制について

① 看護師人数：(日中 _____ 人体制 夜間 _____ 人体制)

② 夜間の看護師オンコール体制：(有 ・ 無)

③ 外部の訪問看護ステーションとの契約：(有 ・ 無)

4. 医療体制について

① 施設での看取りの可否：(可能 ・ 不可能)

"可能"と回答された施設について：過去一年の施設での看取り件数：(_____ 件)

② 病状悪化時に"施設で看る"か"病院搬送する"かの判断は、本人家族との協議のもと主に誰が行っていますか？

A. 施設の契約医師 B. 往診医 C. 施設長 (a. 医師 ・ b. 医師以外) D. 看護師

③ 貴施設の医療提供体制：

A. 特になし (利用者毎の方法に任せている) B. 在宅医療 (外部の往診医による訪問診療)
C. 回診 (施設の契約医師による巡回) D. その他 ()

4-1. ②でB、C、Dのいずれかに回答された施設について

① 担当医師数：(内科 _____ 人 その他 (_____ 科) _____ 人)

② 定期的な診察：(_____ 回/月)

③ 医師との24時間連絡体制：(有 ・ 無)

④ 医師の緊急時訪問体制：(有 ・ 無)

⑤ 連携病院との連携は機能していますか？：(機能している ・ 機能していない)

⑥ 貴施設で管理可能な医療行為：

A. 胃瘻管理 B. 経鼻胃管管理 C. 点滴 D. 中心静脈栄養 E. 気管カニューレ管理 F. 酸素療法
G. 人工呼吸器管理 H. 吸引操作 I. パルーン管理 J. がん緩和ケア K. インスリン注射
L. その他 ()

5. 介護施設での医療についてご意見をお寄せ下さい。

FAX (03-3292-7097) によりご回答願います。ご協力ありがとうございました。

（4）グループホーム

東京都内には平成22年7月時点で325件のグループホームがある。以下に回答を得た136施設（区部86、市部50）についての集計結果を示す。回答率は41.8%であった。入所定員数は平均16.2±8.2人（区部16.7±9.2、市部15.3±5.9）であった（図21）。調査時の入所者数は平均15.1±5.6人、（区部15.4±5.6人、市部14.8±5.6人）であった。入所者数の要介護度（図22）については、27.2%が要介護2、29.3%が要介護3、平均要介護度は2.6であった。介護士人数は日中平均4.5±2.1人（区部4.4±2.2、市部4.8±2.0）、夜間平均1.5±0.6人（区部1.4±0.6、市部1.5±0.5）であった。看護師の配置は日中で25.2%、夜間の配置は5%であり、夜間は52.1%でオンコール体制をとっていた（表7）。また、43.4%で外部の訪問看護ステーションとの連携を有していた。

医療について、担当医師との連携は、87.6%で24時間連絡体制があり、76.2%で緊急時の往診体制がとられている。担当医師の定期診療の頻度は、月1回から27回、平均2.2±1.0回であった。また86.1%で病院との連携体制がとられていた。施設から提供される医療（図23）は、在宅医による訪問診療が57%、勤務医による巡回診療が18%であった。管理可能な特殊な医療行為（図24）としては、酸素療法が最も多く20.6%、次いで点滴16.9%、膀胱留置カテーテル管理16.9%であった。一方で、中心静脈栄養管理やがんの緩和治療、呼吸管理に対しては対応困難な施設が多かった。

図21 入所定員数

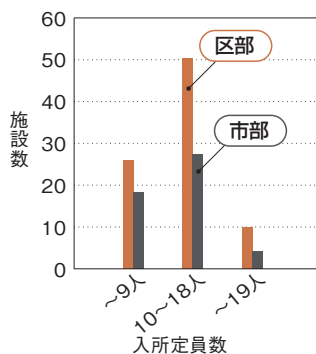


図22 要介護度別人数

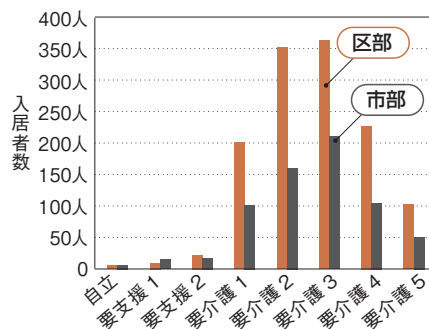


表7 医療と看護に関する集計

	全体	区部	市部
夜間の看護師 オンコール体制あり	52.1% (62)	41.9% (36)	52.0% (26)
看取り可能	54.4% (74)	57.0% (49)	50.0% (25)
医師との24時間 連絡体制あり	87.6% (112)	83.7% (72)	80.0% (40)
配置医師の 緊急訪問体制あり	76.2% (95)	72.1% (62)	66.0% (33)
病院との連携あり	86.1% (104)	74.4% (64)	80.0% (40)
訪問看護 受け入れあり	43.4% (59)	50.0% (43)	32.0% (16)

図23 施設から提供される医療

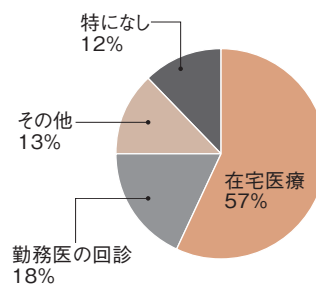


図24 管理可能な医療行為

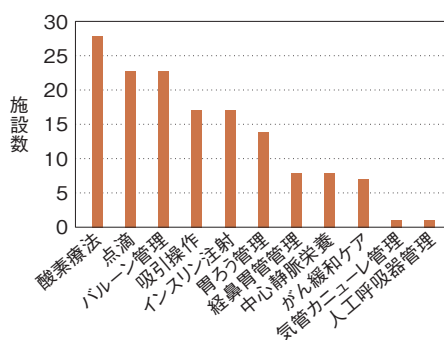
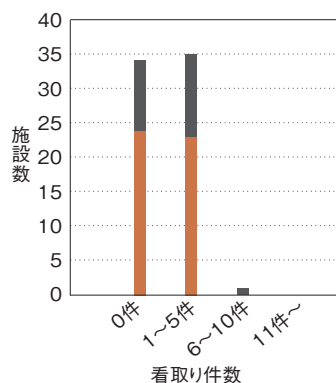


図25 年間看取り件数



施設での看取りは54.4%（区部57、市部50）で可能であり、過去1年間の看取り件数（図25）は0.7±1.0件（区部0.7±0.9、市部0.7±1.2）であった。看取りを行える施設（74件）では56.8%（42件）で看護師のオンコール体制や訪問看護ステーションとの連携が行われていた（表8）。利用者の病状悪化時に、病院搬送するか施設で経過を観るかなどの判断を主として行っているのは（図26）施設長41.6%、在宅医32.0%、勤務医師18.0%、看護師8.4%であった。

自由意見欄には40件の意見が記載されており、医療上の問題点の指摘が8件あり、認知症患者の救急対応の不備、医師の介護制度の理解不足、高額な在宅医療費などの問題提起がなされた。その他、グループホームでの医療行為は困難とする意見（8件）、介護士の医療行為拡大を望む意見（4件）がみられた。

図26 急変時の対応決定

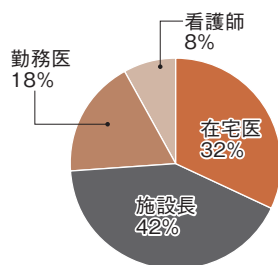


表8 看取りの可否別の比較

	看取り可能 (74 施設)	看取り不可 (54 施設)
医師との24時間 連絡体制あり	71.6% (53)	72.2% (39)
医師の緊急時往診 体制あり	54.1% (40)	51.9% (28)
夜間の 看護師配置あり	5.4% (4)	1.9% (1)
夜間の看護師 オンコール体制あり	56.8% (42)	35.2% (19)
訪問看護の 受け入れあり	56.8% (42)	29.6% (16)

(5) 健康型・住宅型有料老人ホーム、軽費老人ホーム

東京都内には平成22年7月時点で住宅型有料老人ホーム45施設（区部28、市部17）、軽費老人ホーム51施設（区部18、市部23）がある。これらの施設は原則として自立した高齢者が入居するものであり、それぞれの件数が少ないため、以下に回答を得た健康型・住宅型18施設（区部13、市部5）と軽費老人ホーム29施設（区部14、市部15）について一括して集計した。回答率は健康型・住宅型40%（区部46.4、市部29.4）、軽費老人ホーム56.9%（区部77.8、市部65.2）であった。入所定員数は平均52.6±36.1人（健康型・住宅型43.3±29.3、軽費59.2±38.1）であった。調査時の入所者数は平均46.6±33.0人（健康型・住宅型37.3±26.2、軽費52.3±35.4）であった。介護度は自立が最も多く41.4%だったが、要介護4が7.6%、要介護5が5.6%と、重度の要介護者の入所もみられた。介護士人数は日中平均5±5.5人

(健康型・住宅型 37.3±26.2、軽費 4.4±2.6)、夜間平均 1.3±1.3 人 (健康型・住宅型 5.3±6.6、軽費 1.2±1.5) であった。看護師人数は日中平均 0.9±1.0 人 (健康型・住宅型 1.2±1.5、軽費 0.9±1.1)、夜間 0.1±0.3 人 (健康型・住宅型 0.9±1.1、軽費 0.1±0.3) であり、夜間は 34%でオンコール体制をとっている。また、12.7%で外部の訪問看護ステーションと連携していた。

医療について、医師との連携は、55.3%で 24 時間連絡体制があり、51.1%で緊急時の往診体制がとられている。配置医師の定期診療の頻度は、月 1 回から 8 回、平均 3.1±2.1 回であった。また 61.7%で病院との連携体制がとられていた。管理可能な特殊な医療行為としては、胃ろう管理が最も多く 31.9%、次いで酸素療法 29.8%、膀胱留置カテーテル管理 23.4%であった。一方で、呼吸管理に対しては対応困難な施設が多かった。

施設での看取りは 42.6% (健康型・住宅型 72.2%、軽費 24.1%) で可能であり、過去 1 年間の看取り件数は平均 1.5±2.7 件 (健康型・住宅型 1.6±1.8、軽費 1.4±3.4) であった。利用者の病状悪化時に、病院搬送するか施設で経過を観るかなどの判断を主として行っているのは契約医師 34.9%、在宅医 32.6%、看護師 21%であった。

(6) 小規模多機能型施設

東京都内には平成 22 年 7 月時点で 60 施設 (区部 39、市部 21) の小規模多機能型施設 (以下、小規模多機能と略) がある。以下に回答を得た 15 施設 (区部 8、市部 7) についての集計結果を示す。回答率は 25% (区部 20.5、市部 33.3) であった。入所定員数は平均 21.3±5.8 人であった。調査時の入所者数は平均 15.7±6.7 人であった。入所者数の要介護度については、23.4%が要介護 1、26.0%が要介護 2、25.3%が要介護 3 であった。介護士人数は日中平均 4.6±1.3 人、夜間平均 1.2±0.4 人であった。看護師人数は日中平均 1.1±0.5 人、夜間 0.1±0.3 人であり、夜間は 46.7%でオンコール体制をとっている。

医療について、53%は利用者ごとの方法に任されており、20%で在宅医の訪問診療が行われていた。医師との連携は、3 施設で 24 時間連絡体制と緊急時の往診体制がとられている。医師の定期診療の頻度は、月 2 回

から4回であった。また6施設で病院との連携体制がとられていた。管理可能な特殊な医療行為としては、膀胱留置カテーテル管理が最も多く4施設、吸引操作3施設であった。4施設で看取りが可能であり、これらの施設での過去1年間の看取り総数は2件であった。利用者の病状悪化時に、病院搬送するか施設で経過を観るかなどの判断を主として行っているのは7施設で施設長、4施設で看護師、在宅医や勤務医師は各1施設であった。

（7）特養・老健・介護付有料・グループホームの比較

次に上記4種類の施設間での比較を試みた（表9）。平均定員数に対する調査時の平均入所者数の割合は、特養が97.8%と最も高く、特養の需要の高さと占床率の高さを反映しているものと考えられる。一方で医療ニーズに対して高機能でありながら入居費の高価な介護付有料が88.7%と最も低かった。生活保護受給者は特養（15%）で最も多かった。要介護

表9 各施設類型間の比較

	特養	老健	介護付有料	グループホーム
都内全施設数 (平成22年7月現在)	400	161	411	325
回答数(回答率%)	193(48.3)	79(49.1)	157(38.2)	136(41.8)
平均入所者数/ 平均定員数	86.4 / 88.2	95.6 / 104.6	57.4 / 61.9	15.1 / 16.2
生活保護対象者(%)	15	10	0	14
平均介護職員数 (日中/夜間)	19.0 / 4.0	17.0 / 5.0	11.2 / 2.9	4.5 / 1.5
平均看護職員数 (日中/夜間)	3.8 / 0.1	5.3 / 1.1	2.4 / 0.2	0.3 / 0.1
看護師の夜間オンコール 体制あり(%)	82.2	36.1	61.9	52.1
施設での看取り可能(%)	73.8	43.0	80.3	61.4
年間看取り数/ 現在の入居者数(%)	5.6	1.7	3.7	2.6
連携病院との 連携機能あり(%)	86.1	84.6	82.4	86.1

度の分布（図 27）は特養で最も重度要介護者が多く、介護付有料では自立から要介護 5 まで平均的に分布している。夜間の看護師オンコール体制は特養（82.2%）に次いで介護付有料（61.9%）、看取りの可否は介護付有料（80.3%）に次いで特養（73.8%）で多かった。看護師の配置が最も充実している老健では夜間のオンコール体制が少なかった。また、年間の平均看取り数が平均入居者数に占める割合は、特養（5.6 人）で最も多く、介護付有料（3.7 人）がこれに次いだ。

看取り可能な施設の割合の最も多い介護付有料では入居者数に対する施設での看取り件数も特養に次いで多かった。管理可能な医療行為（図 28）について施設別にみると、呼吸管理、栄養管理ともに介護付有料で平均的に高い管理能力を有していた。急変時の方針決定に最も影響力を有する職種（図 29）については、介護付有料やグループホームのように訪問診療を多く取り入れている施設では在宅医の関与が多く、特養では配置医師が、医療法人の多い老健では施設長が多かった。

図 27 要介護度

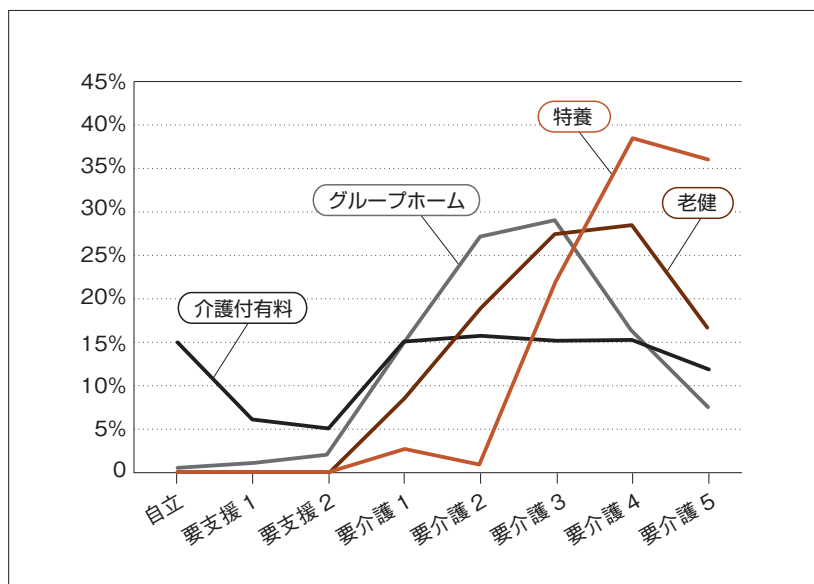


図 28 管理可能な医療行為（各医療行為を管理できる施設数／有効回答施設数）

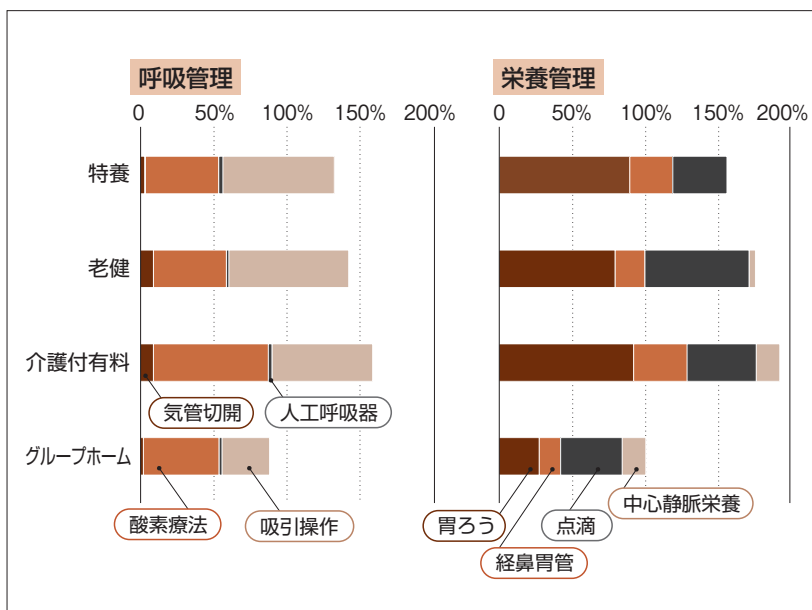
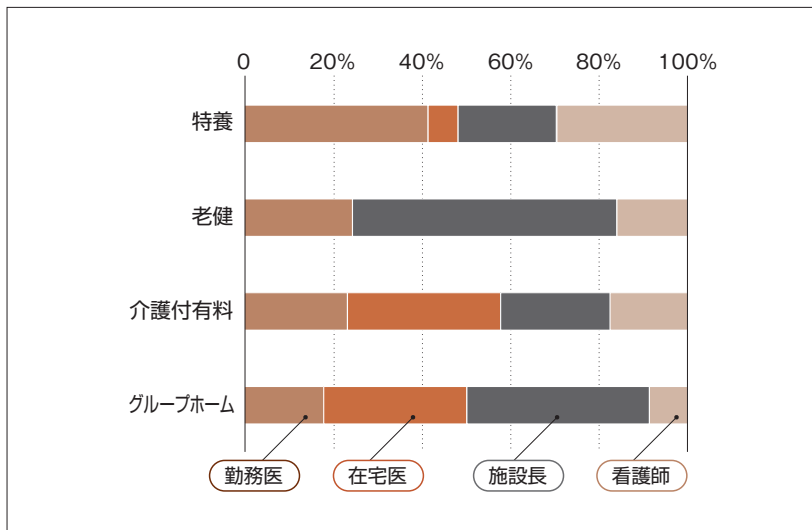


図 29 急変時の対応決定



【考察】

(1) **特別養護老人ホーム**は、在宅生活が困難な常時介護を要す高齢者に対して介護を行う施設であり、介護保険法上は介護老人福祉施設に分類される。設置主体は地方公共団体、社会福祉法人、社会医療法人のいずれかである。入所者 100 名あたり医師の配置は 1 名で非常勤でも可能であり、看護職員は 3 名、医療は全て医療保険での給付となる。処方や検査などに対するの算定は行われるが、初診料・再診料・各種管理料は算定不可能である。

近年、増加する重度要介護者の住まいとして特別養護老人ホームの位置づけは重要である一方、入所者 100 人に看護師数は 3 人であり、重度化する医療ニーズへの対応が困難である。82.6%の施設では看護師のオンコール体制をとっており、全国調査¹⁾では平成 14 年に 54.8%であったオンコール体制が、平成 20 年の調査²⁾では 75.9%まで増加しており、重度化に伴い増えているものと考えられる。配置医師との 24 時間連絡体制も平成 14 年全国調査の 39.5%に対し、今回の調査結果では 64.4%であった。また看取りの可能な施設では不可能な施設と比し、医療や看護の 24 時間体制が整っていた。特別養護老人ホームでは医療行為も多く行っており、少ない医療スタッフで多くの医療ニーズに対応しているのがわかる。

しかし現行の医療給付と看護体制では施設内で医療看護をさらに充実させることは容易ではなく、今後、訪問診療や訪問看護について、対象をがん末期患者以外にも拡大するなどの規制緩和が望まれる。施設が地域から孤立しないよう、地域の医療福祉資源の実質的な活用が必要である。

また、東京都の特徴として、増加する特別養護老人ホームの需要に対し供給が追い付いていない。在宅生活が困難となった重度要介護者の特別養護老人ホームへの入所が困難で、都市部では申請後“数年待ち”が常識化している。2009 年 5 月には 9.6 万人であった要介護 4 および 5 の高齢者数が 2025 年には 18.2 万人になると見込まれており、都は 2011 年末までに必要入所定員総数を約 4 万人分確保する予定である³⁾。しかし、市部での整備率が全国平均を上回っている反面、区部の整備率が全国と比べ低い。

東京都内では 1 名あたりの土地取得と設備にかかる特別養護老人ホーム

の費用は2000万円といわれており、特に地価の高価な区部では非常にコストのかかる施設である。東京都では今後、特別養護老人ホームに代わる重度要介護者の住まいを模索する必要がある。特に都市部ではユニット化（個室化）することによって居住費や食費が高騰し、低所得者の利用が困難となるため、これらの価格に地域差を反映する必要がある。また、ユニット型の低負担額利用を可能にする制度と、一部ユニット型施設に対する適切な施設基準と介護報酬設定が望まれる。

（2）介護老人保健施設は、病状安定期にある要介護者に対し、リハビリテーションなどを行い、在宅復帰を目指すための施設であり、開設主体は地方公共団体と医療法人であり、医療職の配置が特別養護老人ホームに比してやや多く、介護保険施設に分類される。入所者100名当たり医師は常勤医師1名の配置が義務付けられており、看護職員数は9人、看護職員数と介護職員数の総数の7分の2程度、とされている。医療に対する給付は全て介護保険内で賄われる。

介護老人保健施設は本来、在宅復帰や在宅療養を支援する施設であり、今回の調査では看取りを行える介護老人保健施設の割合は43.6%と、住宅型有料老人ホームや軽費老人ホームと同等に最も少なかった。介護老人保健施設は実際には特別養護老人ホーム待機中のつなぎ的な使われ方も多く、また、介護者を支えるための短期入所施設としての役割も大きく、都市ではなくてはならない施設形態となっている。入所期間は平均293.6日と比較的短期であり、区部より市部のほうが若干長い。

しかし一方で、医療にかかる費用は定額制であるため、処方薬は施設で負担しなければならない。したがって、たとえばアルツハイマー型認知症に対するドネペジル塩酸塩などの比較的高額な薬剤処方が、入所に対し不利な条件になりかねない。やむを得ず高額な薬剤治療を受けている利用者には手持ちの処方なくなる頃一時退所してもらい、医療機関から長期処方を受け再入所、といったケアプランで運用せざるを得ない施設も出てくる。また、入所中の急病発生時の対応として、重症であれば救急搬送になるが、外来レベルの疾病発生時に果たして施設で良質な医療が供給できるか、といった問題も指摘できる。現在の介護老人保健施設での医療に対する報酬体系では、医療ニーズの高い要介護者の特別養護老人ホームへの集中に拍車をかけることになりかねない。介護老人保健施設の中で医療が

介護と連動して円滑に享受できるような制度変更が必要である。介護老人保健施設が病院と自宅の中間施設としての機能を十分果たせるよう、医療とリハビリテーション機能の質を担保できるような給付の見直しが望まれる^{4) 5)}。

(3) 介護付有料老人ホームは介護サービスの付いた高齢者向け居住施設であり、介護保険上、特定施設に分類される。特別養護老人ホームなどの介護保険施設と異なり、居宅扱いとなり、介護サービスに対しては介護保険が適応される一方、家賃、生活費などは自費で賄われる。介護付有料での医療については、特別養護老人ホームや介護老人保健施設のような制約がなく、入居者の定期的な医療については、外出可能な場合は通院、通院困難な場合は契約医師による施設内診療か在宅医による訪問診療、といった医療の供給方法があり、医療の自由度が高いといえる。今回の結果では69%の施設で訪問診療が行われていた。しかし、どの形態が最良であるかについての検証はなされておらず、それぞれの施設で工夫しているのが現状である。

施設で複数人数の患者に訪問診療を行う場合は同一患者とみなされ、それぞれの患者からの訪問診療料は算定できないが、特定施設入居時等医学総合管理料や介護保険における居宅療養管理指導料は個々の患者から算定することができる。経営母体が医療法人であれば、勤務医師による同医療機関での診療でよいが、医療法人以外の経営であれば、非常勤医師を雇用するよりは、別の医療機関からの訪問診療とするのが経済的にも効率的にも優れているかもしれない。訪問診療による主治医制であれば責任の所在が明確であるし医師の認識もよい。利用者の病状悪化時に施設から医師へ電話連絡する際に、利用者の名前を言えば担当医がすぐわかるような状況が望ましい。医療ニーズの高い高齢者の集団において、一人ひとりを実実に理解している主治医がいることが望ましく、そうでなければ急場の電話対応は困難であるし、急変時は救急対応するしかなく、理想的な生活の場での療養は叶えられない。

今回の調査では、看取り可能な介護付有料において医師の24時間連絡体制や緊急時往診体制が充実しており、急変時の対応を決定する際にも在宅医が最も多く関与していることがわかった。介護付有料は比較的新しい施

設が多いこともあって、開設当初から医療ニーズを重視した体制でスタートしている施設が多いと思われる。今後の施設医療のあり方を模索し施設医療の質を確保するために、居住系施設である有料老人ホームと在宅医療との協働作業の効果判定が必要であり、そこから今後の日本の施設医療の規範となる方向性が導かれると考える。

有料老人ホームは経済的に余裕のある高齢者が多く入居する施設で平成15年頃から急激に増えている⁶⁾が、特別養護老人ホームが量的質的に充足困難な現状で、医療ニーズの高い高齢者の終の棲家としての特別養護老人ホームの代替機能が期待される。今後、介護付有料の価格設定を低く抑えられるような国の施策を期待する。

（4）グループホームは、地域内に居住し身体機能が維持され集団生活が営める認知症高齢者を対象とし、9名を上限とする小規模な施設であり、介護保険上は認知症対応型共同生活介護に分類される。住み慣れた地域で従来通りの生活様式を維持できるよう、日常生活を可能な限り入居者どうしの協働作業で行い、認知症や生活機能低下の進行を予防することを目的とするものである。特定施設と異なり、医学総合管理料も在宅扱いであり、今後グループホームでの医療は訪問診療が主流になると思われる。看護についても、2006年に医療連携体制加算が設定され、訪問看護ステーションとの連携が増えていると思われ、在宅医と訪問看護ステーションとの緊密な連携によってグループホームの医療レベルが向上することを期待する。

今回の調査では、看取り機能について医師との連携体制よりむしろ訪問看護や看護師のオンコール体制の有無が強く影響しており、過去の報告⁷⁾とも一致する。同報告では、看護職による医療行為の提供があればグループホーム入居を継続できる入居者が多く存在する、と指摘している。また、インスリン療法などで毎日複数回の皮下注射を行う必要がある場合、訪問看護だけでは対応しきれない。施設に看護師が常勤していても看護職員としての扱いではなく、医療行為は医師の指示・監督下においてのみ可能である。配置看護師へのタスクシフトは課題である。今後グループホームでも介護士による吸引が行えるようになるが、介護士も含め居宅に分類される施設における医療関連行為のあり方の議論をすすめ、法的整備が必要である。

また、グループホームを終の棲家と捉えるか、あるいは“身体能力が保たれ、集団生活を営める”病期のみを対象とし、病期を外れた場合は特別養護老人ホームなど他の施設類型への転居を促すか、についても施設による方針の差がみられる。現状の体制では、医療ニーズの増加に対し施設側の対応が必ずしも十分に行えないため後者にならざるを得ない面⁹⁾もあるが、施設が利用者を選び、認知症患者が終の棲家を求めて転居繰り返す、といった社会構造は是非是正していただきたい。

浴室などの設備面においても、現在の施設基準では寝たきり状態となつてからの介護には対応できず、行政の施策による通所介護での入浴を利用している施設もある。グループホームを在宅とみなす以上は、利用者の介護度にあわせ、たとえば寝たきり状態になれば訪問入浴を利用できるなど、自由度の高い介護サービス提供が展開できるようになる必要がある。

【まとめ】

- 重度要介護者の受け皿である特別養護老人ホームは量的に不足しているだけでなく、制度的に医療の供給量に限界がある。がん末期以外の患者に対しても訪問診療や訪問看護との連携で対応できるような法整備が必要である。
- 介護老人保健施設での医療や個別対応リハビリテーションのレベルを向上させ、病院と在宅の中間施設としての本来の役割や、介護者支援のための短期入所機能を底上げするためには、介護老人保健施設での医療に対する評価の見直しが必要である。
- 介護付有料は医療ニーズへの対応が他の施設類型と比較して有利であり、訪問診療による医療の提供が普及しているが、企業化され流れ作業的に訪問診療が行われている事例もあり、適正な医療提供と質が問われよう。また、介護付有料は、医療ニーズの高い重度要介護者に対する特別養護老人ホームの代替機能としての期待が大きい⁹⁾。今後経済的な障壁が払拭されるよう、特定施設のさらなる進化が望まれる。
- グループホームでは、看護師の有無が看取り機能に大きく影響しており、訪問看護とのさらなる連携の強化が望まれる。また、訪問看護だけでは

対応困難な日々の医療行為や、重度化に伴って必要となる介護サービスを円滑に行えるような制度の構築が必要である。

- 施設入所者の重症化に伴い、施設内の医療・看護や介護力で賄いきれない部分について、地域の在宅ケア資源を有効活用していくことが効率的であると思われる。今後、そのための法整備が必要であると同時に、入所系介護施設が地域に開かれた施設として活用されることを期待する。

■参考文献

- 1) 「特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する調査研究」(財団法人医療経済研究機構 2002年)
- 2) 「特別養護老人ホームにおける医療的ケアに関する実態調査」(第1回特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する検討会 2008年)
- 3) 「少子高齢時代にふさわしい新たな「すまい」の実現に向けて」(少子高齢時代にふさわしい新たな「すまい」実現PT報告書(東京都) 2009年11月)
- 4) 「介護老人保健施設の医療に関する意見書」(社団法人全国老人保健施設協会 2010年10月)
- 5) 「介護老人保健施設における医療・介護に関する調査研究」(2003年)
- 6) 「有料老人ホームについて」(厚生労働省老健局 2010年4月9日)
- 7) 「認知症対応型共同生活介護における医療・看護サービス実態調査」(財団法人医療経済研究機構 2003年)
- 8) 「我が国の高齢者住宅とケア政策 海外社会保障研究」(川越雅弘 2008 No.164 P4～16)
- 9) 「有料老人ホームにおける医療対応の実態と求められる対応 NRIパブリックマネージメントレビュー」(株式会社野村総合研究所 2008 vol.57 P1～8)