

令和3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)

居住系サービス等における医療ニーズの調査研究事業

報告書

公益社団法人 全日本病院協会

令和4(2022)年3月

居住系サービス等における医療ニーズの調査研究

報告書(概要)

1. 本調査研究の目的

高齢多死社会化が進み、施設における医療的サービスの必要度が增大することが予測されている。特に、介護保険における医療的サービスの一つである訪問看護・リハビリテーションにおいては事業所数及び利用者数が増加している。2025年、2040年も見据え、自立支援・重度化防止の観点から、適切なケア・マネジメント、利用者本位のサービス、効果的なサービスの展開が望まれる。

近年、特定施設、認知症対応型共同生活介護等の居住系施設の増加が著しい。居住系施設は、療養上の世話や看取り、自立支援・重度化防止のため訪問看護・リハビリテーションが必要な要介護者が入所する可能性がある。現行の介護報酬では、特定施設、認知症対応型共同生活介護は、原則として外部の訪問看護・リハビリテーションを利用できないが、利用者の状況に応じて利用できるようにすべきという意見が見られる。

本事業では、上記の状況を踏まえつつ、居住系施設における訪問看護・リハビリテーションの提供状況、入所後の医療処置・機能訓練の実施状況、課題等に関するアンケート調査を横断的に実施した。

アンケート実施後に、医療ニーズの評価のために医療従事者による現地調査を実施し、これらの調査結果に基づきとりまとめを行った。

医療ニーズの評価を行う際は、全日本病院会会員の医療従事者(医師、看護職、リハ職、機能訓練指導員等)に加え、介護職、相談員・ケアマネジャー、管理者等の協力も得て、医療処置・機能訓練・訪問看護・リハビリテーションの在り方についてグループ・インタビュー形式でヒアリング調査を実施した。ヒアリング調査の結果をふまえ、本人の自立支援、重度化防止の視点に基づき、医師の指示に基づく方法・内容に沿った運用がされているか、多職種連携がどのように行われているか等について調査を行った。

2. 本調査研究の実施内容

(1) 事業検討委員会の設置

調査の方向性や調査票の設計、分析のあり方について、専門的見地からの検討を加える目的で、病院経営者や有識者からなる事業検討委員会を設置し、4回にわたって検討を行った。

(2) アンケート調査とヒアリング調査の基本構造

アンケート調査の設計に先立って、高齢者住宅におけるプレ調査を行った。委員会の推薦を受け、医療・介護連携に先進的に取り組む高齢者住宅を抽出し、ヒアリング調査を実施した。

<p>①入居者が増加している高齢者住宅における訪問看護及び訪問リハビリテーションの提供状況、医療処置・機能訓練の実施状況を把握する。</p>	<p>➡ 設問、選択肢等の妥当性、記入負担等を確認するためプレ・アンケート調査を実施 (2021年11月実施)</p> <ul style="list-style-type: none">・有料老人ホーム(1カ所:1人)・サービス付き高齢者向け住宅(1カ所:2人)・認知症対応型共同生活介護(3カ所:4人)
<p>②高齢者住宅における訪問看護及び訪問リハビリテーション、医療処置・機能訓練、看取りの現状と課題を把握する。多様な高齢者住宅を横断的に比較する。退所者の状況も調査する。入居者の障害、障害像、ケアプラン、利用している医療・介護サービス等も把握する。</p>	<p>➡ 第2章～第3章</p> <ul style="list-style-type: none">・プレ調査をふまえ、調査票等を修正し、アンケート調査を実施。有効回収票は下記のとおり。①高齢者住宅調査票(1,045件)②入居者票(4,821人)
<p>③医療ニーズの評価のために医療従事者による現地調査を実施する。</p>	<p>➡ 第4章</p> <p>高齢者住宅ヒアリング調査</p> <ul style="list-style-type: none">①特定施設(2カ所)②認知症対応型共同生活介護(3カ所) <ul style="list-style-type: none">・医療従事者(医師、看護職、リハ職、機能訓練指導員等)に加え、介護職、相談員・ケアマネジャー、管理者等の協力も得て、医療処置・機能訓練・訪問看護・リハビリテーションの在り方についてグループ・インタビュー形式でヒアリング調査を実施。・合計24人に参加いただいた。

本調査研究で行ったアンケート調査の調査客体は下表のとおりである。訪問リハビリテーションの提供状況に着目するため、特定施設入居者生活介護と認知症対応型共同生活介護の事業所は、生活機能向上連携加算の有無の2群に分けて、対象を抽出した。本調査研究は、①②生活機能向上連携加算の有無、③非特定施設の有料老人ホーム、④非特定施設のサービス付き高齢者向け住宅、⑤⑥認知症対応型共同生活介護-加算の有無の6種類の住宅種類を基本として、アンケート調査結果の分析を行った。報告書の表中の表記は略称を用いる。

事業所の種類	件数	件数
① <u>特定施設入居者生活介護の事業所-加算あり</u> (注)生活機能向上連携加算あり	445 件	900 件
② <u>特定施設入居者生活介護の事業所-加算なし</u> (注)生活機能向上連携加算なし	455 件	
③ <u>非特定施設の有料老人ホーム</u>	900 件	900 件
④ <u>非特定施設のサービス付き高齢者向け住宅</u>	900 件	900 件
⑤ <u>認知症対応型共同生活介護-加算あり</u> (注)生活機能向上連携加算あり	450 件	900 件
⑥ <u>認知症対応型共同生活介護-加算なし</u> (注)生活機能向上連携加算なし	450 件	
合計		3,600 件

回収状況は下記の通りであった。

種類	実施方法	発送件数	有効回収数(回収率)
①住宅票	住宅宛てに 郵送配布・郵送回収。	3,600 件	1,045 件 (29.0%)
②入居者票 ※入居者のうち、あいうえお 順の早い方から5人	住宅票に同封送付。 住宅票と合わせ郵送回収。	3,600 件	975 件 (27.1%)

(3) ヒアリング調査

事業検討委員会の委員が関与し、看護・リハビリテーション、医療・介護連携について積極的に取り組み、知見を有する特定施設入居者生活介護と認知症対応型共同生活介護の事業所を推薦いただき、グループ・インタビュー形式でヒアリング調査を行った。ヒアリング要旨は下図の通りである。

施設名	ヒアリング要旨
社会福祉法人笠松会： 福岡県宮若市 ケアハウス笠松の郷 (特定施設:全 50 床) グループホーム笠松の郷(全 18 床) ヒアリング参加者： 10 人	<ul style="list-style-type: none"> ・系列医療法人の病院と診察、看護、リハビリテーション等で日頃から緊密に連携。 ・特定施設に上記病院から派遣で理学療法士(PT)を配置した時期があり、リハ職配置の効果を実感した。PTが住宅職員として生活の中で入居者の心身状況の評価、環境調整、チームケアに参加、各種効果あり(転倒回数の低下、可動域の拡大、入居者のモチベーションアップ、住宅スタッフの気づき等)。 ・特定施設は人員配置基準の機能訓練指導員1人で、歩行、室内移動、トイレ等の入居者ADLを維持することは難しい。外部医療機関の PT の協力を得ると個別機能訓練加算があるが、本来、リハ職の配置は介護報酬での評価が望ましい。 ・グループホームは、介護職が主体的に考え行動するサービスとして運営。認知症対応型のリハビリ施設が制度上の穴になっている。
医療法人和香会： 岡山県倉敷市 倉敷スイートレジデンス(特定施設:50床、非特定施設:80床、計130床) グループホーム 和らぎ 歓び(全 18 床) ヒアリング参加者： 9人	<ul style="list-style-type: none"> ・法人病院と併設するサ高住は、診察、看護、リハ等、日頃から緊密に連携。 ・非特定施設の入居者は、ニーズに応じて柔軟に介護保険の訪問看護、訪問リハビリが使える。特定施設にも、介護保険の訪問看護、訪問リハビリの利用が有効と考えられる入居者が複数名おり、利用できることが望まれる。 ・グループホームは上記病院の敷地外。外来看護師と 24 時間相談が出来る体制をとっているが、夜間急変時や看取りの必要性を考えると、定期巡回・随時対応型訪問介護看護のように少しの時間でも看護師が関与できる体制があれば、利用者の安心できる生活の提供や夜間帯の職員の不安解消につながる。QOLの維持向上に ADL の低下防止が不可欠である一方、グループホーム職員は少人数で多岐に渡る介護を行っており、リハビリテーションまでの介入・実施は難しいため、訪問リハビリテーションは特に必要性が高い。 ・居住系サービスにおける訪問看護、訪問リハビリテーションの医療ニーズがあることが確認された。今後ますます、回復期や慢性期の医療やリハビリテーションは居住系サービスで行う流れになると予想される。
医療法人社団永生会： 東京都八王子市 認知症対応型共同生活介護「寿限無」(全 18 床) ヒアリング参加者:5人	<ul style="list-style-type: none"> ・平成 21 年開設。医療法人には、病院、診療所、介護老人保健施設、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所があり、法人内で緊密な連携を行っている。当市において、看取りを行える数少ないグループホーム。 ・医療連携体制加算(Ⅰ)で週1回の訪問看護を実施。訪問看護ステーションと別途委託契約も行い、入居者に変化があれば速やかに診療所医師と連携して対応。 ・グループホーム職員が日常的な支援を行う中で、看護職やリハビリ専門職からの個別のアドバイスを受けることは大変有用。利用者自身の ADL や QOL の維持向上のみならず、職員の腰痛・膝痛予防の身体的負担の緩和にもつながる。 ・同じような身体・医療面の状況であっても、在宅とグループホームで受けられる医療・ケアが異なる場合があることから、柔軟な対応ができることが望ましい。 ・維持期のリハビリは、心身機能の向上を期待するものではなく、やらないとどんどん低下していくのを維持することが主目的。リハビリ後の身体の柔軟性等は明らかに違う。在宅でリハビリを受けていた本人、家族は効果を実感しているため、居住系サービスの入居後もリハビリを希望される。 ・認知症グループホームは少人数の「住まい」で、専門職を内在化させることは現実的ではない。介護職員が本人の意思をくみ取り生活の中でのケアにつなげる際、外部機関の看護職、リハ職、医師等の専門職との連携があると、入居者の心身状況の維持や生活の質の向上、職員の身体的負担の軽減も期待できる。

3. アンケート調査の主な結果

(1) 居住系サービスにおける本人のケア・マネジメント、ケアプランの目標

入居者票の4,821人の本人のケア・マネジメント、ケアプランの目標は複合的である。居住系サービスは医療機関や施設ではなく、「住宅」であることが背景にあると考えられる。

特定(加算有)では「全身の健康状態の管理」、特定(加算無)では「歩行訓練、転倒・骨折予防」、GH(加算有)、GH(加算無)では「認知機能の維持・低下予防」、非特定(有老)、非特定(サ高住)では「風呂に入ることの継続」が最も多い。「趣味活動の継続」「家族との交流の継続」「社会活動の継続(役割の創出)」「社会活動の継続(外出の創継続)」等についても、6つの住宅種類別にみても、9.0%～38.7%の割合で目標とされている。

図表1 入居者票:問10.本人のケア・マネジメント、ケアプランの目標 (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	4821	528	540	1225	1038	715	775
急性期疾患の療養支援	2.6	1.7	3.1	4.2	1.8	2.8	1.3
慢性疾患の管理、予防	31.6	47.3	37.0	34.4	26.5	27.4	23.4
骨折等のケガの療養支援	4.7	8.5	4.8	4.5	3.3	4.6	4.4
全身の健康状態の管理 (フレイル、感染症等の予防)	47.2	61.4	51.7	46.2	37.5	52.2	44.5
歩行訓練、転倒・骨折予防	49.7	57.0	55.2	43.4	40.4	61.1	52.5
関節可動域の維持・関節拘縮予防	23.6	30.9	25.2	23.0	18.3	26.3	23.2
栄養指導・管理	28.0	46.2	25.6	22.0	18.2	41.4	27.2
口腔指導、咀嚼・嚥下機能の維持	30.7	38.6	29.6	24.6	18.4	46.3	37.8
認知機能の維持・低下予防	47.4	46.0	42.0	41.0	34.5	63.8	64.3
トイレに行くことの継続	35.6	38.4	32.8	31.6	26.3	40.8	49.5
風呂に入ることの継続	44.4	44.7	45.0	46.7	42.9	39.4	46.8
看取りケア	3.4	4.4	6.3	2.3	3.0	3.2	3.2
趣味活動の継続	27.7	33.0	36.5	19.2	18.8	35.0	36.5
社会活動の継続 (役割の創出)	17.1	16.1	13.1	9.0	9.2	31.6	30.8
社会活動の継続 (外出の継続)	14.5	10.6	7.4	14.2	15.2	15.2	20.8
農作業・家事等の継続	3.9	0.8	1.7	1.0	1.3	8.7	11.2
芸術・創作活動の継続	4.4	5.3	5.6	2.8	1.4	6.9	7.4
家族との交流の継続	26.4	33.1	25.4	18.8	18.6	33.4	38.7
地域交流、ピア活動の継続	4.3	3.6	1.5	4.4	1.3	7.7	7.4
その他	5.7	3.2	8.5	4.6	8.2	5.7	3.9
無回答	14.4	5.3	8.5	16.7	22.6	12.4	11.7

(2) 利用している医療保険・介護保険サービス・自費サービス

人が生活していくためには、様々なサービスや支援を必要とする。居住系サービスは、各住宅が利用者と契約の上で、見守り、相談、介護、医療処置対応等、様々なサービスを提供しているが、住宅がすべてのサービスをカバーしているわけではない。

居住系サービスの居住者が利用している医療保険・介護保険サービス・自費サービスをみると、非特定(有老)、非特定(サ高住)では「訪問介護(介護保険)」「通所介護(介護保険)」が半数を占める。特定施設、GHは、基本的に外付けの介護保険サービスを利用できないため、「居宅療養管理指導(介護保険:医師による)」の特定(加算有)29.7%、特定(加算無)28.3%、GH(加算無)24.3%、GH(加算有)16.8%以外の介護保険サービスの利用割合は低くなっている。

図表 2 入居者票:問 11.利用している医療保険・介護保険サービス・自費サービス (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	4821	528	540	1225	1038	715	775
通所リハビリテーション(医療保険)	1.0	0.2	0.0	0.9	1.5	1.5	1.3
訪問リハビリテーション(医療保険)※	1.3	0.8	2.8	1.0	1.3	0.8	1.4
訪問看護(医療保険)※	4.4	1.9	0.2	6.5	4.0	4.8	5.7
事業者・本人の費用負担による訪問リハビリテーション	1.3	2.5	1.5	0.5	1.3	2.5	0.5
事業者・本人の費用負担による訪問看護	1.9	0.0	0.4	0.5	0.5	6.4	4.5
訪問介護(介護保険)	25.5	0.9	1.1	55.9	50.4	0.7	0.6
訪問入浴介護(介護保険)	1.8	0.0	0.0	3.8	3.8	0.0	0.0
訪問看護(介護保険)	8.8	1.3	0.0	14.9	12.3	7.0	7.5
訪問リハビリテーション(介護保険)	2.4	0.4	0.0	4.8	3.6	2.1	0.3
居宅療養管理指導(介護保険:医師による)	20.4	29.7	28.3	16.0	16.2	16.8	24.3
居宅療養管理指導(介護保険:看護師による)	1.4	1.9	1.1	0.7	1.3	1.8	2.1
通所介護(介護保険)	20.2	1.7	0.4	43.3	41.2	0.4	0.0
通所リハビリテーション(介護保険)	2.4	0.4	0.2	4.1	5.3	0.8	0.0
定期巡回・随時対応型訪問介護看護(介護保険)	1.6	0.9	0.9	1.2	4.3	0.0	0.6
小規模多機能型居宅介護(介護保険)	2.4	0.0	0.0	3.9	6.7	0.0	0.0
看護小規模多機能型居宅介護(介護保険)	0.2	0.0	0.0	0.8	0.1	0.0	0.0
その他訪問系・通所系のサービス(介護保険)	1.4	0.9	0.0	2.4	1.0	0.8	2.3
いずれもなし	25.3	49.1	48.5	2.2	6.0	42.5	39.6
不明	0.8	0.2	0.9	0.3	2.4	0.0	0.5
無回答	17.6	15.2	18.1	12.8	15.9	25.5	21.7

(3) 訪問看護の利用の現状

本調査は、訪問看護に着目している。訪問看護の主な利用形態は、「医療保険」、「介護保険」、「事業所・本人の費用負担」の3通りがあり、利用率の合計値を比較した。特定施設とGHは、介護保険の訪問看護を直接、利用できないため、医療保険(利用要件に合致する場合のみ)、事業所・本人の費用負担、介護保険の医療機関連携加算等を使うことになるが、その現状を把握した。

居住系サービスの居住者の訪問看護の利用率は、特定施設(加算有)3.2%、特定施設(加算無)0.6%と低かった。他の4種類は、非特定(有老)21.9%、非特定(サ高住)16.9%、GH(加算有)18.2%、GH(加算無)17.7%で16%台～21%台であった。仮に、特定施設とGHが介護保険の訪問看護を、非特定施設や在宅者と同様に使えるようになった場合、非特定(サ高住)の16.9%～非特定(有老)の21.9%と同等の利用率になることが予想される。

図表3 住宅種類別・制度別の訪問看護の利用率の比較

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定(加算有)	特定(加算無)	非特定(有老)	非特定(サ高住)	GH(加算有)	GH(加算無)
合計	4821	528	540	1225	1038	715	775
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	0.0
3訪問看護(医療保険)	211	10	1	80	42	34	44
	4.4	1.9	0.2	6.5	4.0	4.8	5.7
5訪問看護(事業所・本人の費用負担)	94	0	2	6	5	46	35
	1.9	0.0	0.4	0.5	0.5	6.4	4.5
8訪問看護(介護保険)	425	7	0	182	128	50	58
	8.8	1.3	0.0	14.9	12.3	7.0	7.5
合計(上記3つ)	730	17	3	268	175	130	137
	15.1	3.2	0.6	21.9	16.9	18.2	17.7

住宅種類別・制度別の利用割合をみると、介護保険は、非特定(有老)67.9%、非特定(サ高住)73.1%、GH(加算有)38.5%、GH(加算無)42.3%と最も高かった。特定施設(加算有)は医療保険58.8%、特定施設(加算無)は事業所・本人の費用負担が66.7%と高かった。

図表4 住宅種類別・制度別の訪問看護の利用割合の比較

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定(加算有)	特定(加算無)	非特定(有老)	非特定(サ高住)	GH(加算有)	GH(加算無)
3訪問看護(医療保険)	211	10	1	80	42	34	44
	28.9	58.8	33.3	29.9	24.0	26.2	32.1
5訪問看護(事業所・本人の費用負担)	94	0	2	6	5	46	35
	12.9	0.0	66.7	2.2	2.9	35.4	25.5
8訪問看護(介護保険)	425	7	0	182	128	50	58
	58.2	41.2	0.0	67.9	73.1	38.5	42.3
合計(上記3つ)	730	17	3	268	175	130	137
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

(4) 訪問リハビリテーションの利用の現状

本調査は、訪問リハビリテーションに着目している。訪問リハビリテーションの主な利用形態は、「医療保険」、「介護保険」、「事業所・本人の費用負担」の3通りがあり、利用率の合計値を比較した。特定施設とGHは、介護保険の訪問リハビリテーションを直接、利用できないため、医療保険(利用要件に合致する場合のみ)、事業所・本人の費用負担、介護保険の生活機能向上連携加算(Ⅰ、Ⅱ)等を使うことになるが、その現状を把握した。

特定施設(加算有)3.6%、特定施設(加算無)4.3%、非特定(有老)6.3%、非特定(サ高住)6.2%、GH(加算有)5.5%、GH(加算無)2.2%であった。訪問看護より、合計利用率の差は小さい。仮に、特定施設とGHが介護保険の訪問リハビリテーションを、非特定施設や在宅者と同様に使えるようになった場合、非特定(サ高住)の6.2%～非特定(有老)の6.3%と同等の利用率になることが予想される。

図表5 住宅種類別の制度別の訪問リハビリテーションの利用率の比較

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定(加算有)	特定(加算無)	非特定(有老)	非特定(サ高住)	GH(加算有)	GH(加算無)
合計	4821	528	540	1225	1038	715	775
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	0.0
2訪問リハビリテーション(医療保険)	62	4	15	12	14	6	11
	1.3	0.8	2.8	1.0	1.3	0.8	1.4
4訪問リハビリテーション(事業所・本人の費用負担)	62	13	8	6	13	18	4
	1.3	2.5	1.5	0.5	1.3	2.5	0.5
9訪問リハビリテーション(介護保険)	115	2	0	59	37	15	2
	2.4	0.4	0.0	4.8	3.6	2.1	0.3
合計(上記3つ)	239	19	23	77	64	39	17
	5.0	3.6	4.3	6.3	6.2	5.5	2.2

住宅種類別・制度別の利用割合をみると、介護保険は、非特定(有老)76.6%、非特定(サ高住)57.8%が最も高かった。医療保険は、特定施設(加算無)65.2%、GH(加算無)64.7%が最も高かった。事業所・本人の費用負担は、特定施設(加算有)68.4%、GH(加算有)46.2%が最も高かった。住宅種類によって、財源が異なっている。

図表6 住宅種類別・制度別の訪問リハビリテーションの利用割合の比較

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定(加算有)	特定(加算無)	非特定(有老)	非特定(サ高住)	GH(加算有)	GH(加算無)
2訪問リハビリテーション(医療保険)	62	4	15	12	14	6	11
	25.9	21.1	65.2	15.6	21.9	15.4	64.7
4訪問リハビリテーション(事業所・本人の費用負担)	62	13	8	6	13	18	4
	25.9	68.4	34.8	7.8	20.3	46.2	23.5
9訪問リハビリテーション(介護保険)	115	2	0	59	37	15	2
	48.1	10.5	0.0	76.6	57.8	38.5	11.8
合計(上記3つ)	239	19	23	77	64	39	17
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

4. 本調査研究の主な結果

(1) 居住系サービスの入居者の状況

- ・ 調査対象とした入居系サービスは、非特定(サ高住)と非特定(有老)は一定割合、自立、軽度者がいるものの、入居者の大半を要介護者が占めていた。入居要件を「要介護以上」等と限定していなくても、実際は多数の要介護者が入居しており、居住系サービスは「介護施設」に近い。要介護高齢者は、医療と介護の両方を必要とするが、傷病、障害像、希望する生活等はそれぞれ違うため個々の状況に合ったケアプラン、サービスが望まれる。
- ・ 入居者 4,821 人の心身状況については、認知症対応型共同生活介護は、認知症の中度以上が多いことが改めて確認された(図表 2-22)。要介護度、傷病、障害像等については、調査対象とした高齢者住宅の入居者像の傾向は概ね類似していた。具体的には、フレイル、慢性疾患、老衰、認知症、脳血管疾患による後遺障害など、様々な傷病・症状・障害等を有する入居者が一定程度みられる。
- ・ 入居者の傷病をみると、合計で「認知症」62.4%が最も多く、次いで「高血圧」44.1%、「糖尿病」14.5%、「変形性関節症」11.4%、「精神疾患」11.3%、「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節または膝関節の骨折」10.8%、「脳卒中」10.5%が 10%以上であった。認知症が多いことに加え、内科系、外科系、精神科と傷病が幅広いため、老年性疾患に精通した医療機関との連携が必要となる(図表 3-5)。
- ・ 障害像をみると、合計で「認知症」63.7%が最も多く、次いで「筋力や耐久性の低下」43.4%、「関節可動域制限・関節拘縮」20.4%、「運動失調」7.4%、「摂食嚥下障害」7.1%、「片麻痺」6.6%、「運動器の疼痛」5.3%、「失語症」3.8%等であった。割合の高い障害については住宅職員が日常的に対応し、割合が低い障害については個別対応の外部サービスで対応するといったことも考えられる(図表 3-6)。
- ・ 機能訓練や支援、リハビリテーションを必要とする ADL・IADLをみると、合計で「入浴」58.1%が最も多く、「健康管理」54.2%、「食事の用意・片付け」54.3%、「洗濯」54.4%、「歩行・移動」54.8%、「掃除・整頓」53.4%が 50%以上であった。看護職、リハ職でなければできないケア、介護職や資格を有しない補助スタッフでもできるケア等の切り分けも考えられる(図表 3-7)。

(2) 医療処置、看取り等の状況

- ・ 高齢者住宅は、「施設」ではなく「住まい」であり、入居者の意思が尊重され、自由な生活が保障されることが望まれる。しかし、入居後に加齢や傷病等により心身機能が低下し、必要とする介護や医療等が増えた場合、職員が身体介護、認知症ケア、生活維持等を優先せざるをえなくなり、フレイル防止、重度化防止等に十分取り組めなくなるとの意見が複数みられた。また、医療処置に対応できる体制や制度が十分でないため、医療処置が必要になると入院せざるをえないという自由意見も複数みられた(住宅票問 17 自由記述)。
- ・ 医療処置の対応方針は、居住系サービスの中では、特定施設が非特定、GH に比べると、受入れ体制が整っていることがうかがえる(図表 2-48、図表 2-72~図表 2-89)。特定施設は、看護師が人員配置基準とされており、かつ人員配置基準を上回る人数が配置されている現状が背景にある。特定加算有と特定加算無はそれぞれ人員配置基準 1.9 人に対して、実際の配置看護師数は特定加算有 2.9 人、特定加算無 2.8 人となっている(図表 2-35)。
- ・ 看取りの状況については「対応していない」という住宅も個々にはみられるが、横断的にみると、6種類の高齢者住宅とも看取りに対応している現状が明らかとなった(図表 2-49)。入居者、家族の希望を尊重して、訪問看護等を利用しながら、看取りに対応していきたいという自由意見が複数みられた。

(3) 介護保険のリハビリテーション、訪問看護の利用状況とニーズ

- ・ 介護保険の訪問看護、訪問リハビリテーションの利用者について、傷病、障害、ADL・IADL、医療処置についてクロス集計を行った。訪問看護、訪問リハビリテーションの利用者の傷病、障害の傾向は同様であるが、ADL・IADL、医療処置の傾向は異なっていた(図表 3-24 と図表 3-25、図表 3-31 と図表 3-32、図表 3-38 と図表 3-39、図表 3-45 と図表 3-46)。
- ・ リハビリテーション、機能訓練の意義、必要性については、入居者、家族、住宅職員も強く感じていて、増大するリハビリテーションや機能訓練のニーズに対応するため、リハ職の配置についても、看護職員のように入居者数の多寡に応じた配置を望むという自由意見が複数みられた。(住宅票問 17 自由記述)
- ・ 入居者、家族においては、個々の心身状況に応じたリハビリテーション、機能訓練、訪問看護等に対する要望やニーズがある。医療保険や介護保険でリハビリテーション、訪問看護の利用ができない場合、少数ではあるが自費の利用もみられた。(図表 3-11)
- ・ 特定施設と GH は、現在の介護報酬では、個別ケアに対応できるだけの看護職員、リハ職を採用することは難しく、外部の事業所の訪問リハビリテーション、訪問看護の利用を可能にしてほしいとの自由意見が複数みられた(住宅票問 17 自由記述)。
- ・ 特定施設と GH の生活機能向上連携加算を算定している住宅においては、生活機能向上連携加算の効果を評価しており、訪問看護においても同様の加算の創設を望む自由意見が複数みられた(住宅票問 17 自由記述)。
- ・ 特定施設と GH の生活機能向上連携加算を算定している住宅は、加算を算定していない同種の住宅よりも運営法人が「医療法人」である割合が顕著に高かった。外部の事業所の訪問リハビリテーション、訪問看護を利用する際、医師の診断と指示にもとづいて、理念、ケアプランの目標、リハビリテーションや訪問看護の具体的な内容を共有し連携することが重要だと考えられる。
- ・ 特定施設と GH が看護・リハビリテーションを充実させるためには、①基本報酬を上げて住宅の看護職やリハビリストッフを雇用する、②新たな加算を創設する、もしくは現在の加算要件を緩和する、③現在の介護保険の訪問看護・訪問リハビリテーションを一定の要件下で利用を認める、の3通りの方法が自由意見で出された。
- ・ 人生の最終段階における住まいの移動は入居者に経済的、精神的な負担等がかかるため容易ではなく、最期まで入居を希望する入居者が多い。必要な医療・介護サービスは同等の負担で利用でき、選択した住宅の種類によって著しい格差が出ないことが望まれる。

5. 提言

(1) 居住系サービスにおける医療ニーズの現状

本調査は、「居住系サービス」における医療ニーズについて、アンケート調査、ヒアリング調査、委員会による検討を行った。居住系サービスは、病院、施設、自宅のいずれでもなく、本人の生活歴、嗜好、意向等を尊重しながら、支援やケアを受けられる「住まい」として普及しており、今後も役割が拡大することが予想されている。

居住系サービスのうち、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、非特定施設の有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅を調査対象とした。特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護(グループホームまたはGHと略す)は、生活機能向上連携加算の加算算定の有無によって対象を区分し、計6種類の住宅種類を基本軸として集計、分析を行った。

アンケート調査の入居者票の結果においては、居住系サービス(特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、非特定施設の有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が調査対象)の入居者4,821人のうち、要介護度の「自立」は2.2%にとどまり、96%以上が要支援・要介護者であった。入居時は健康で自立していても、入居後、加齢や傷病の発症等により、心身機能が低下することもある。

治療や経過観察中の傷病としては、合計で「認知症」62.4%が最も多く、次いで「高血圧」44.1%、「糖尿病」14.5%、「変形性関節症」11.4%、「精神疾患」11.3%、「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節または膝関節の骨折」10.8%、「脳卒中」10.5%が10%以上であった。認知症が多いことに加え、内科系、外科系、精神科と傷病が幅広いため、老年性疾患に精通した医療機関との連携が必要となる。

認知症は、初期には身体機能は維持されていても、進行性のため重度化すると、ADL・IADLの全般にわたり介護が必要になる。本調査のアンケート調査、ヒアリング調査においても、グループホームの入居者の介護量の多さが明らかとなった。

(2) 居住系サービスのケア・マネジメント、ケアプランの視点

医療・介護・生活支援等の様々な支援を必要とする入居者に対して、居住系サービスにおいては、ケア・マネジメント、ケアプランの目標として多様な事項を挙げているが、これが「住まい」の特徴だと考えられる。「歩行訓練、転倒・骨折予防」49.7%、「認知機能の維持・低下予防」47.4%、「健康状態の管理」47.2%、「風呂に入ることの継続」44.4%、「トイレに行くことの継続」35.6%、「慢性疾患の管理・予防」31.6%が3割以上であった。いわゆる「本人の生きがい」についても、「趣味活動の継続」27.7%、「家族との交流の継続」26.4%、「社会活動の継続(役割の創出)」17.1%、「社会活動の継続(外出の継続)」14.5%と1割以上であった。居住系サービスが、生きがい・社会参加等を含む本人の望む生活を継続する視点に立ったケア・マネジメント、ケアプラン作成に努めていることが把握された。

(3) 居住系サービスにおける介護保険の訪問看護・訪問リハビリテーションのニーズ

アンケート調査結果からは、入居者の要介護度、傷病、障害像、ADL・IADLの状況等を6つの住宅種類別に横断的に比較した。その結果、住まい系サービスの入居者像は類似していることが確認された。非特定施設の有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅の入居者のみに、介護保険の訪問看護・訪

問リハビリテーションのニーズがあるとは考えにくく、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護の入居者にも一定程度の介護保険の訪問看護・訪問リハビリテーションのニーズがあると考えられる。

入居中に脳卒中・脳梗塞、心筋梗塞、骨折、肺炎等を発症することもある。1カ月以上、長期入院をする場合には、入居者・家族と住宅で退居について話し合う必要が出てくるため、居住系サービスは、治療終了後は早期の退院調整や、退院後の療養環境の整備等も重要である。

入院中に関節拘縮や廃用症候群等が進む事例もみられるため、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護においても、退院後に介護保険の訪問看護・訪問リハビリテーションが必要に応じて使えれば、様々な効果が期待できることが本調査の結果から明らかとなった。具体的には、入院中に胃ろうを造設した人が経口摂取に戻る、排尿誘導や適切な介助等によりオムツからトイレに戻る、歩行距離が入院前に戻る、清拭等から通常の入浴に戻る、関節拘縮がほぐれ身体の柔軟性が向上する等が挙げられた。介護保険の訪問看護・訪問リハビリテーションを利用できると、本人のモチベーション・心身機能・QOLの向上、転倒防止、再入院の防止等につながることを期待できる。

居住系サービスの職員は介護職が主体である。介護職と訪問看護・訪問リハビリテーションとの連携が強化されることで、介護職等の腰痛、膝痛等の身体的な負担が軽減されるようになった、入居者の心身状況とケアのあり方について医療専門職の評価やアドバイス等が受けられるようになり、介護職員の不安の解消につながったという意見もあった。

(4) 居住系サービスにおける医療・介護連携の必要性と意義

特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護には、機能訓練指導員、リハ職、看護師等が配置されている事業所もあるが、日中時間帯の勤務が多く、夜間は不在の事業所が多い。居住系サービスの多くは、「夜間を含む常時、対応が必要な医療処置」が必要な入居者については対応が難しい。言い換えると、それ以外の医療ニーズについては、事業者の理念や体制が整えば、外付けのサービスを活用しながら、柔軟に対応できる可能性は高い。

居住系サービスに配置されている看護師、リハ職、機能訓練指導員等は、必ずしも看護業務・リハビリテーション・機能訓練だけに従事しているわけではなく、介護業務や生活支援業務にも従事するとのことであった。現員体制で、通常業務をこなしながら、常時あるいは頻回の医療処置の対応や退院後の集中的な看護やリハビリテーションに対応することは難しい。医療専門スタッフが少ない、あるいは配置されていない居住系サービスもある。入居者の医療処置やリハビリテーションについて、専門的観点からの助言や支援を必要とする場合、外部の訪問看護・訪問リハビリテーションの利用により緊密な連携が取れると、職員の安心感も確保される。

現在は、基本的に介護保険の訪問看護・訪問リハビリテーションが使えないため、医療保険が適用できる場合は医療保険を利用する、医療機関連携加算や生活機能向上連携加算等の加算を使う、事業所や本人の費用負担とする等によって、事業所職員で対応できない部分に対処している。

本調査では、医療法人が運営する、または医療法人系列の居住系サービスにヒアリングを実施した。医療法人が運営する、または医療法人系列の居住系サービスの場合、理念や教育研修等が法人として共通しているため医療・介護連携に取り組みやすい、困難事例や職員の悩み等について相談しやすい、事業所の環境調整等にアドバイスを受けやすい、職員の異動等の人員配置が可能など、医療と介護が連携

する上での様々な優位点がみられた。医療機関連携加算や生活機能向上連携加算等の加算を積極的に使いながら、医療ニーズに対応していた。入居者に日常的に頻回の医療ニーズがある、傷病により入院し退院直後である、専門的・集中的なりハビリテーションのニーズがある場合等は、医療法人が運営する、または医療法人系列の居住系サービスを選択すると効果的と考えられる。

しかし、状態が安定し医療ニーズは健康管理くらいでよいという入居者も一定程度いる。こうした入居者には、フレイル予防、介護予防、関節拘縮予防等の機能訓練、生きがい・社会参加の支援等が重要と考えられる。前述のように、居住系サービスは、ケア・マネジメント、ケアプランの目標として、医療ニーズ対応だけでなく、機能訓練、ADL・IADLの支援、生きがい・社会参加の支援等、様々な項目に対応している。

居住系サービスは「住まい」であり、多様な事業者がいて、医療法人系列や医療機関併設の居住系サービスばかりではない。医療処置・リハビリテーション・機能訓練等の医療ニーズにどのように対応するかは、事業者が方針や運用を決めることである。入居者は多様な選択肢の中から、自身の希望とニーズに合ったサービス内容の「住まい」を選択し、契約して入居することが重要である。

但し、入居者の心身状況や希望は変化することも多々あることから、入居者の心身状況や希望に応じ、柔軟に必要な医療・介護・生活支援等を受けられる環境や制度の整備が望まれる。

(5) 今後も拡大が見込まれる居住系サービスにおける医療ニーズ

維持期のリハビリテーションは、今までできなかったことをできるようにするためのものではなく、今までできたことを今後も続けられることが目標となる。住み慣れた自宅(居住系サービスを含む)でなるべく長く、できることなら最期まで過ごしたいと希望する人が多い。そうした本人・家族の意思を実現するためには、「フレイル予防」、「転倒骨折の予防」、「自分の口から食べる」、「トイレに行く」、「風呂に入る」等のADLの維持、「趣味活動の継続」、「家族との交流の継続」等のIADLの維持が重要になる。「住まい」における生活の中で、ADL・IADLの維持を図るために、生活支援・機能訓練・リハビリテーション・看護等を行うことが、本人の意思に基づく人生の最終段階の医療・ケアの選択につながっていく。

居住系サービスは、介護職を主とする職員体制の住宅が多く、看護・リハビリテーション等の医療分野の専門性を有する職員は少ない。入居者の生活、意思をふまえ、介護職員を中心としたケアチームが現実的に実施できる生活リハビリの計画と実施、環境整備が重要である。

入居者の看護やリハビリテーション等の医療ニーズの対応については、外部の医療機関、医療スタッフとの連携が重要になる。「住まい」という環境を前提として、本人の意思を尊重した生活支援・医療・介護を提供するために、専門性を持った多職種が連携することが求められる。

多職種連携については、事業所内に多職種を配置する方法と外部事業所と連携する方法がある。職員同士であれば連携はしやすく、利用者の日常等も熟知することができる。しかし、居住系サービスはあくまで「住まい」であり、医療を提供するサービスではない。また、医療ニーズは量や質に個別性があるため外付けで必要に応じて利用する方が効率的な場合もあると考えられる。

アンケート調査結果によると、平均入居定員は、特定(加算有)51.3人、特定(加算無)53.1人、GH(加算有)16.3人、GH(加算無)15.8人であった。特に、グループホームは少人数の生活の場であり、住宅内に看護職、リハビリ専門職をすべて内在させることは現実的ではないという意見がきかれた。

長寿化・多死化の進展、認知症高齢者の増加、家族介護力の縮小と単身高齢者の増加等が見込まれる中、居住系サービスに対する医療ニーズは今後も大きくなることが予想される。それに伴い、今後ますます、日常的な医療処置や生活期のリハビリテーションは居住系サービスで行う流れになると予想される。

本調査結果から、横断的にみると、居住系サービスにおいては、訪問看護・訪問リハビリテーションの医療ニーズがあることが確認されたことから、現在、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護は、介護保険の訪問看護・訪問リハビリテーションの利用が認められていないが、必要に応じて利用できることが検討課題だと考えられる。

目次

報告書の概要	
1. 本調査研究の目的	i
2. 本調査研究の実施内容	ii
3. アンケート調査の主な結果	v
4. 本調査研究の主な結果	ix
5. 提言	xi
第1章 調査の背景と目的、実施方法と主な調査結果	1
1. 本調査研究の背景と目的	1
2. 事業実施体制	2
3. 本調査研究の構成	3
4. ヒアリング調査の要旨	9
5. アンケート調査の主な結果	10
6. 本調査研究の主な結果	14
7. 提言	16
第2章 住宅票の結果	19
1. 回答の状況	19
2. 集計結果	19
第3章 入居者票の結果	102
1. 回答方法について	102
2. 集計結果	102
3. 利用サービス別のクロス集計結果	117
第4章 ヒアリング調査の結果	149
1. ヒアリング調査概要	149
2. ヒアリング調査結果	151
資料	資料-1
住宅票	資料-2
入居者票	資料-14

第1章 調査の背景と目的、実施方法と主な調査結果

1. 本調査研究の背景と目的

高齢多死社会化が進み、施設における医療的サービスの必要度が增大することが予測されている。特に、介護保険における医療的サービスの一つである訪問看護・リハビリテーションにおいては事業所数及び利用者数が増加している。2025年、2040年も見据え、自立支援・重度化防止の観点から、適切なケア・マネジメント、利用者本位のサービス、効果的なサービスの展開が望まれる。

近年、特定施設、認知症対応型共同生活介護等の居住系施設の増加が著しい。居住系施設は、療養上の世話や看取り、自立支援・重度化防止のため訪問看護・リハビリテーションが必要な要介護者が入所する可能性がある。現行の介護報酬では、特定施設、認知症対応型共同生活介護は、原則として外部の訪問看護・リハビリテーションを利用できないが、利用者の状況に応じて利用できるようにすべきという意見が見られる。

本事業では、上記の状況を踏まえつつ、居住系施設における訪問看護・リハビリテーションの提供状況、入所後の医療処置・機能訓練の実施状況、課題等に関するアンケート調査を横断的に実施した。

アンケート実施後に、医療ニーズの評価のために医療従事者による現地調査を実施し、これらの調査結果に基づきとりまとめを行った。

医療ニーズの評価を行う際は、全日本病院会会員の医療従事者（医師、看護職、リハ職、機能訓練指導員等）に加え、介護職、相談員・ケアマネジャー、管理者等の協力も得て、医療処置・機能訓練・訪問看護・リハビリテーションの在り方についてグループ・インタビュー形式でヒアリング調査を実施した。ヒアリング調査の結果をふまえ、本人の自立支援、重度化防止の視点に基づき、医師の指示に基づく方法・内容に沿った運用がされているか、多職種連携がどのように行われているか等について調査を行った。

2. 事業実施体制

【事業検討委員会】

委員長 黒澤 一也 社会医療法人 恵仁会 理事長
副委員長 進藤 晃 医療法人財団利定会大久野病院理事長
委員 江澤 和彦 倉敷スイートホスピタル理事長
委員 木下 毅 医療法人愛の会光風園病院理事長
委員 田中 圭一 医療法人笠松会有吉病院理事長
委員 土屋 繁之 医療法人慈繁会土屋病院理事長
委員 仲井 培雄 医療法人社団和楽仁芳珠記念病院理事長
委員 中村 万理 医療法人財団 正友会 中村記念病院
委員 本庄 弘次 医療法人弥生会本庄内科病院理事長

特別委員 栃本 一三郎 上智大学総合人間科学部社会福祉学科教授

事業担当副会長 美原 盤 公益財団法人脳血管研究所美原記念病院院長

【業務一部委託先】

みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社 社会政策コンサルティング部
羽田 圭子
玉山 和弘
村井 昂志

【事務局】

公益社団法人全日本病院協会 企画業務課 久下、山崎、小西

【事業検討委員会開催日時】

第1回	2021年7月30日(金) 18時～20時
第1回 WG	2021年8月27日(金) 17時30分～18時30分 ※以降、メールングリストにて随時開催。
第2回	2021年9月10日(金) 14時～16時
第3回	2021年10月22日(金) 14時～16時
第4回	2021年11月26日(金) 14時～16時
第5回	2022年1月28日(金) 18時～20時
第6回	2022年2月25日(金) 18時～20時
第7回	2022年3月11日(金) 18時～20時
第8回	2022年3月25日(金) 18時～20時

3. 本調査研究の構成

(1) アンケート調査とヒアリング調査の基本構造

アンケート調査の設計に先立って、高齢者住宅におけるプレ調査を行った。委員会の推薦を受け、医療・介護連携に先進的に取り組む高齢者住宅を抽出し、ヒアリング調査を実施した。

<p>①入居者が増加している高齢者住宅における訪問看護及び訪問リハビリテーションの提供状況、医療処置・機能訓練の実施状況を把握する。</p>	<p>⇒ 設問、選択肢等の妥当性、記入負担等を確認するためプレ・アンケート調査を実施(2021年11月実施)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・有料老人ホーム(1カ所:1人) ・サービス付き高齢者向け住宅(1カ所:2人) ・認知症対応型共同生活介護(3カ所:4人)
<p>②高齢者住宅における訪問看護及び訪問リハビリテーション、医療処置・機能訓練、看取りの現状と課題を把握する。多様な高齢者住宅を横断的に比較する。退所者の状況も調査する。入居者の障害、障害像、ケアプラン、利用している医療・介護サービス等も把握する。</p>	<p>第2章～第3章</p> <p>⇒ プレ調査をふまえ、調査票等を修正し、アンケート調査を実施。有効回収票は下記のとおり。</p> <ul style="list-style-type: none"> ①高齢者住宅調査票(1,045件) ②入居者票(4,821人)
<p>③医療ニーズの評価のために医療従事者による現地調査を実施する。</p>	<p>第4章</p> <p>⇒ 高齢者住宅ヒアリング調査</p> <ul style="list-style-type: none"> ①特定施設(2カ所) ②認知症対応型共同生活介護(3カ所) <p>・医療従事者(医師、看護職、リハ職、機能訓練指導員等)に加え、介護職、相談員・ケアマネジャー、管理者等の協力も得て、医療処置・機能訓練・訪問看護・リハビリテーションの在り方についてグループ・インタビュー形式でヒアリング調査を実施。</p> <p>・合計24人に参加いただいた。</p>

(2) アンケート調査の方法

① 調査客体

本調査研究で行ったアンケート調査の調査客体は下表のとおりである。訪問リハビリテーションの提供状況に着目するため、特定施設入居者生活介護と認知症対応型共同生活介護の事業所は、生活機能向上連携加算の有無の2群に分けて、対象を抽出した。本調査研究は、①②生活機能向上連携加算の有無、③非特定施設の有料老人ホーム、④非特定施設のサービス付き高齢者向け住宅、⑤⑥認知症対応型共同生活介護-加算の有無の6種類の住宅種類を基本として、アンケート調査結果の分析を行った。報告書の表中の表記は略称を用いる。

図表 1-1 アンケート調査の調査対象

事業所の種類	件数	件数
⑦ 特定施設入居者生活介護の事業所-加算あり (注)生活機能向上連携加算あり	445 件	900 件
⑧ 特定施設入居者生活介護の事業所-加算なし (注)生活機能向上連携加算なし	455 件	
⑨ 非特定施設の有料老人ホーム	900 件	900 件
⑩ 非特定施設のサービス付き高齢者向け住宅	900 件	900 件
⑪ 認知症対応型共同生活介護-加算あり (注)生活機能向上連携加算あり	450 件	900 件
⑫ 認知症対応型共同生活介護-加算なし (注)生活機能向上連携加算なし	450 件	
合計		3,600 件

② アンケート調査の期間

2021(令和3)年11月～2022(令和4)年1月

③ 調査票の配布・回答状況

調査票の配布・回答状況は下表のとおりである。

図表 1-2 配布・回答状況

種類	実施方法	発送件数	有効回収数(回収率)
①住宅票	住宅宛てに 郵送配布・郵送回収。	3,600 件	1,045 件 (29.0%)
②入居者票 ※入居者のうち、あいうえお 順の早い方から5人	住宅票に同封送付。 住宅票と合わせ郵送回収。	3,600 件	975 件 (27.1%)

④ 主な質問事項と留意点

2種類のアンケート調査の質問事項は、下表のとおりである。

住宅票は、前述の6種類の住宅種類を横断比較できるように、設問、選択肢を共通して作成した。人員配置基準、外部からの医療・介護保険サービスの利用の可否、介護報酬上の加算算定等の介護保険制度上、住宅種類によって運用が異なる事項については、回答者を限定した。

原則、「2021年9月30日」時点を基準として回答を依頼した。

図表 1-3 アンケート調査の質問内容(住宅票)

分類項目(Y)
問 1-1).住宅の種類
問 1-2).特定施設入居者生活介護の指定の有無
問 1-3)-1.運営法人の法人種別
問 1-3)-2.母体となる法人の業種
問 1-4).法人が運営する有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅・認知症グループホーム等の数
問 1-5).開設年
問 1-6).入居定員
問 1-6).入居者数
問 1-6).うち入院者数
問 1-7).ユニット制の有無
問 2-1).併設または隣接している医療・介護施設・事業所
問 2-2).併設・隣接している医療・介護施設・事業所は同一・系列法人か
問 2-3).併設・隣接している医療・介護施設・事業所との連携
問 3-1).要介護認定に関する入居時要件の原則
問 3-2).入居者の要介護度
問 3-3).障害高齢者の日常生活自立度
問 3-4).認知症高齢者の日常生活自立度
問 4.入居者のうち介護を必要としている人の有無
問 4.介護を必要としている人数
問 5.看取り期の入居者の有無
問 5.看取り期の入居者人数
問 6-1.トイレ
問 6-2.風呂
問 6-3.車いすが通れる空間
問 6-4.室内の段差の解消
問 6-5.屋外の段差の解消
問 6-6.エレベーターの設置
問 7-1).兼務を含む職員数
問 7-1).うち他事業所との兼務者の数
問 7-2).夜間（深夜帯）の職員配置数
問 7-2).宿直
問 7-3).「勤務している」と回答した住宅の件数と割合
問 7-4).夜間等に容体が悪化した時の対応
問 8-1).機能訓練の指導を行っている人
問 8-2).住宅に勤務する機能訓練指導員の常勤換算人数
問 8-3).住宅で行なっている機能訓練

問 8-4).機能訓練の課題
問 9-(1).特定施設の加算算定の有無
問 9-(2).認知症対応型共同生活保護（認知症グループホーム）の加算算定の有無
問 10-1).医療処置の対応方針
問 10-2).看取りの対応方針
問 10-3).住宅内で看取りを行えない入居者への医療機関・施設・住宅の紹介
問 10-4).看取りのケアを住宅内で行う上での課題
問 10-5).2025 年を見据えた今後の看取りへの意識
問 11-1).協力医療機関の有無
問 11-2).協力医療機関の種類
問 11-2)-1.病院・診療所は 24 時間対応か
問 11-2)1.在宅療養支援病院
問 11-2)2.その他の病院
問 11-2)3.在宅療養支援診療所
問 11-2)4.その他の一般診療所
問 11-3).協力医療機関は住宅と同一法人・系列法人のものか
問 11-4).協力医療機関は住宅と併設または隣接しているか
問 11-5).連携している訪問看護ステーションの有無
問 11-5).ある(箇所)
問 11-5)-1.連携している訪問看護ステーションは 24 時間対応か
問 11-5)-2.連携している訪問看護ステーションは住宅と同一法人・系列法人のものか
問 11-5)-3.連携している訪問看護ステーションは貴住宅の併設または隣接か
問 12-1).住宅は、訪問看護について、事業所として、訪問看護ステーションや医療機関と「業務委託契約」を結んでいるか
問 12-2).住宅が、訪問看護について、事業所として、訪問看護ステーションや医療機関と「業務委託契約」を結んでいる場合の契約業務
問 13-1).住宅は、訪問リハビリテーションについて、事業所として、訪問リハビリテーション事業所や医療機関と「業務委託契約」を結んでいるか
問 13-2).住宅が、訪問リハビリテーションについて、事業所として、訪問リハビリテーション事業所や医療機関と「業務委託契約」を結んでいる場合の契約業務
問 14-1.褥瘡予防・処置
問 14-2.点滴
問 14-3.抗生剤の点滴
問 14-4.血糖測定
問 14-5.インスリン注射
問 14-6.胃ろう・腸ろうの管理
問 14-7.経鼻経管栄養の管理
問 14-8.中心静脈栄養の管理
問 14-9.（膀胱留置カテーテル等の）カテーテルの管理

問 14-10.透析の管理（在宅自己腹膜灌流を含む）
問 14-11.酸素療法
問 14-12.レスピレータ（人工呼吸器）の管理
問 14-13.気管切開の管理
問 14-14.喀たん吸引
問 14-15.人工の膀胱・人工肛門の管理
問 14-16.抗がん剤の投与
問 14-17.疼痛の管理（麻薬を使用しない）
問 14-18.疼痛の管理（麻薬を使用）
問 14.各医療提供についての対応方針 ※再掲
問 15.退居者数
問 15-1.救急搬送後、退居
問 15-2.入院 ※入院後、死亡を含む
問 15-3.特別養護老人ホーム
問 15-4.介護医療院・介護療養型病床
問 15-5.他の特定施設・高齢者向け住宅
問 15-6.自宅
問 15-7.住宅で死亡
問 15-8.その他

図表 1-4 アンケート調査の質問内容(入居者票)

分類項目(Y)
問 1.要介護度
問 2.障害高齢者の日常生活自立度
問 3.認知症高齢者の日常生活自立度
問 4.現在の受診状況
問 5.治療や経過観察中の傷病
問 6.有している障害
問 7.機能訓練や支援、リハビリテーションを必要とする ADL・IADL
問 8.必要とする医療処置等
問 9.意思決定の状況
問 10.本人のケア・マネジメント、ケアプランの目標
問 11.利用している医療保険・介護保険サービス・自費サービス
問 12.訪問リハビリテーションを受けている場合、その期間
問 12-1.訪問リハビリテーションを受けている場合、原因の主傷病
問 12-2.訪問リハビリテーションを受けている場合、主傷病を発症してからの期間
問 13.訪問看護を受けている場合、その期間
問 13-1.訪問看護を受けている場合、原因の主傷病

問 13-2.訪問看護を受けている場合、主傷病を発症してからの期間
問 14.現時点での、今後の入居継続の見込み
住宅種類別(4種)
住宅種類別(6種)

図表 1-5 アンケート調査の用語の説明

<p>■本調査で用いる用語についての補足説明</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 「リハビリテーション」、「訪問看護」は、医療保険や介護保険を財源とするものと、事業所・本人の自費で行われるものがあります。 2. 本調査においては、「リハビリテーション」、「訪問看護」、「機能訓練」は、いずれも、本人の「機能回復・維持」、「社会参加」、「生活維持」等を目指して行われるものと位置付けています。 3. 「リハビリテーション」とは、3カ月に1回以上、医師の診断を受け、医師の指示書に基づいて、上記を目指し、かつ医学的な機能評価が行われる支援をいいます。 4. 「訪問看護」とは、医師の指示書に基づき、訪問看護ステーションから、上記を目指し、看護師、リハビリ職（PT・OT・ST）が行う支援をいいます。 5. 「機能訓練」とは、医師の指示書に基づかず、上記を目指し、住宅職員、介護事業所職員等(医療職に限らない)が行う支援をいいます。 6. 本調査では、本人の有する障害について調査していますが、障害の例を下表にお示しします。入居者票にご回答いただく際、参照くださるようお願いいたします。 7. 貴住宅で、本人の傷病、障害等を把握されていない場合は、可能であれば、連携医療機関の医療職にご確認いただき、回答をお願いいたします。ご確認いただくことが難しい場合などは、選択肢の「不明」を選択してください。

【障害の種類と例】

1) 運動障害等	2) 感覚障害・認知症・高次脳機能障害・摂食・嚥下障害等
①片麻痺（身体の左右の片側が麻痺している状態）	①感覚障害
②四肢麻痺（左右の手足がすべて麻痺している状態）	（触覚、痛覚、温度覚や運動感覚の低下）
③対麻痺（両足が麻痺している状態）	②認知症
④運動失調（起立・歩行時にふらつく）	（記憶・見当識・実行機能の障害、判断力低下）
⑤呼吸障害（無呼吸、多呼吸、呼吸困難、チアノーゼ）	③失語症
⑥循環障害（血液循環が悪い状態）	（脳の損傷による聴く・話す・読む・書くの障害）
⑦筋力や耐久性の低下（筋の衰弱、持久性の低下等）	④摂食・嚥下障害（食べる、飲み込むの障害）
⑧関節可動域制限・関節拘縮	⑤癌性疼痛（がん患者に生じる痛みのもすべて）
⑨構音障害（神経・筋肉の病気でうまく話せない状態）	⑥運動器の疼痛（腰痛・膝痛・関節痛・手首指痛）

4. ヒアリング調査の要旨

事業検討委員会の委員が関与し、看護・リハビリテーション、医療・介護連携について積極的に取り組み、知見を有する特定施設入居者生活介護と認知症対応型共同生活介護の事業所を推薦いただき、グループ・インタビュー形式でヒアリング調査を行った。ヒアリング要旨は下図の通りである。

図表1-6 ヒアリング要旨

施設名	ヒアリング要旨
社会福祉法人笠松会： 福岡県宮若市 ケアハウス笠松の郷 (特定施設:全 50 床) グループホーム笠松の郷 (全 18 床) ヒアリング参加者： 10 人	<ul style="list-style-type: none"> ・系列医療法人の病院と診察、看護、リハビリテーション等で日頃から緊密に連携。 ・特定施設に上記病院から派遣で理学療法士(PT)を配置した時期があり、リハ職配置の効果を実感した。PTが住宅職員として生活の中で入居者の心身状況の評価、環境調整、チームケアに参加、各種効果あり(転倒回数の低下、可動域の拡大、入居者のモチベーションアップ、住宅スタッフの気づき等)。 ・特定施設は人員配置基準の機能訓練指導員1人で、歩行、室内移動、トイレ等の入居者ADLを維持することは難しい。外部医療機関の PT の協力を得ると個別機能訓練加算があるが、本来、リハ職の配置は介護報酬での評価が望ましい。 ・グループホームは、介護職が主体的に考え行動するサービスとして運営。認知症対応型のリハビリ施設が制度上の穴になっている。
医療法人和香会： 岡山県倉敷市 倉敷スイートレジデンス (特定施設:50 床、非特定施設:80 床、計130床) グループホーム 和らぎ 歓び(全 18 床) ヒアリング参加者： 10 人	<ul style="list-style-type: none"> ・法人病院と併設するサ高住は、診察、看護、リハ等、日頃から緊密に連携。 ・非特定施設の入居者は、ニーズに応じて柔軟に介護保険の訪問看護、訪問リハビリが使える。特定施設にも、介護保険の訪問看護、訪問リハビリの利用が有効と考えられる入居者が複数名おり、利用できることが望まれる。 ・グループホームは上記病院の敷地外。外来看護師と 24 時間相談が出来る体制をとっているが、夜間急変時や看取りの必要性を考えると、定期巡回・随時対応型訪問介護看護のように少しの時間でも看護師が関与できる体制があれば、利用者の安心できる生活の提供や夜間帯の職員の不安解消につながる。QOLの維持向上に ADL の低下防止が不可欠である一方、グループホーム職員は少人数で多岐に渡る介護を行っており、リハビリテーションまでの介入・実施は難しいため、訪問リハビリテーションは特に必要性が高い。 ・居住系サービスにおける訪問看護、訪問リハビリテーションの医療ニーズがあることが確認された。今後ますます、回復期や慢性期の医療やリハビリテーションは居住系サービスで行う流れになると予想される。
医療法人社団永生会： 東京都八王子市 認知症対応型共同生活介護「寿限無」(全 18 床) ヒアリング参加者:5人	<ul style="list-style-type: none"> ・平成 21 年開設。医療法人には、病院、診療所、介護老人保健施設、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所があり、法人内で緊密な連携を行っている。当市において、看取りを行える数少ないグループホーム。 ・医療連携体制加算(Ⅰ)で週1回の訪問看護を実施。訪問看護ステーションと別途委託契約も行い、入居者に変化があれば速やかに診療所医師と連携して対応。 ・グループホーム職員が日常的な支援を行う中で、看護職やリハビリ専門職からの個別のアドバイスを受けることは大変有用。利用者自身の ADL や QOL の維持向上のみならず、職員の腰痛・膝痛予防の身体的負担の緩和にもつながる。 ・同じような身体・医療面の状況であっても、在宅とグループホームで受けられる医療・ケアが異なる場合があることから、柔軟な対応ができることが望ましい。 ・維持期のリハビリは、心身機能の向上を期待するものではなく、やらないとどんどん低下していくのを維持することが主目的。リハビリ後の身体の柔軟性等は明らかに違う。在宅でリハビリを受けていた本人、家族は効果を実感しているため、居住系サービスの入居後もリハビリを希望される。 ・認知症グループホームは少人数の「住まい」で、専門職を内在化させることは現実的ではない。介護職員が本人の意思をくみ取り生活の中でのケアにつなげる際、外部機関の看護職、リハ職、医師等の専門職との連携があると、入居者の心身状況の維持や生活の質の向上、職員の身体的負担の軽減も期待できる。

5. アンケート調査の主な結果

(1) 居住系サービスにおける本人のケア・マネジメント、ケアプランの目標

入居者票の 4,821 人の本人のケア・マネジメント、ケアプランの目標は複合的である。居住系サービスは医療機関や施設ではなく、「住宅」であることが背景にあると考えられる。

特定(加算有)では「全身の健康状態の管理」、特定(加算無)では「歩行訓練、転倒・骨折予防」、GH(加算有)、GH(加算無)では「認知機能の維持・低下予防」、非特定(有老)、非特定(サ高住)では「風呂に入ることの継続」が最も多い。「趣味活動の継続」「家族との交流の継続」「社会活動の継続(役割の創出)」「社会活動の継続(外出の創継続)」等についても、6つの住宅種類別にみても9.0%~38.7%の割合で目標とされている。

図表1-7 問10.本人のケア・マネジメント、ケアプランの目標（複数回答）

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	4821	528	540	1225	1038	715	775
急性期疾患の療養支援	2.6	1.7	3.1	4.2	1.8	2.8	1.3
慢性疾患の管理、予防	31.6	47.3	37.0	34.4	26.5	27.4	23.4
骨折等のケガの療養支援	4.7	8.5	4.8	4.5	3.3	4.6	4.4
全身の健康状態の管理（フレイル、感染症等の予防）	47.2	61.4	51.7	46.2	37.5	52.2	44.5
歩行訓練、転倒・骨折予防	49.7	57.0	55.2	43.4	40.4	61.1	52.5
関節可動域の維持・関節拘縮予防	23.6	30.9	25.2	23.0	18.3	26.3	23.2
栄養指導・管理	28.0	46.2	25.6	22.0	18.2	41.4	27.2
口腔指導、咀嚼・嚥下機能の維持	30.7	38.6	29.6	24.6	18.4	46.3	37.8
認知機能の維持・低下予防	47.4	46.0	42.0	41.0	34.5	63.8	64.3
トイレに行くことの継続	35.6	38.4	32.8	31.6	26.3	40.8	49.5
風呂に入ることの継続	44.4	44.7	45.0	46.7	42.9	39.4	46.8
看取りケア	3.4	4.4	6.3	2.3	3.0	3.2	3.2
趣味活動の継続	27.7	33.0	36.5	19.2	18.8	35.0	36.5
社会活動の継続（役割の創出）	17.1	16.1	13.1	9.0	9.2	31.6	30.8
社会活動の継続（外出の継続）	14.5	10.6	7.4	14.2	15.2	15.2	20.8
農作業・家事等の継続	3.9	0.8	1.7	1.0	1.3	8.7	11.2
芸術・創作活動の継続	4.4	5.3	5.6	2.8	1.4	6.9	7.4
家族との交流の継続	26.4	33.1	25.4	18.8	18.6	33.4	38.7
地域交流、ピア活動の継続	4.3	3.6	1.5	4.4	1.3	7.7	7.4
その他	5.7	3.2	8.5	4.6	8.2	5.7	3.9
無回答	14.4	5.3	8.5	16.7	22.6	12.4	11.7

(2) 利用している医療保険・介護保険サービス・自費サービス

人が生活していくためには、様々なサービスや支援を必要とする。居住系サービスは、各住宅が、利用者と契約の上で、見守り、相談、介護、医療処置対応等、様々なサービスを提供しているが、住宅がすべてのサービスをカバーしているわけではない。

居住系サービスの居住者が利用している医療保険・介護保険サービス・自費サービスをみると、非特定(有老)、非特定(サ高住)では「訪問介護(介護保険)」「通所介護(介護保険)」が半数を占める。特定施設、GHは、基本的に外付けの介護保険サービスを利用できないため、「居宅療養管理指導(介護保険:医師による)」の特定(加算有)29.7%、特定(加算無)28.3%、GH(加算無)24.3%、GH(加算有)16.8%以外の介護保険サービスの利用割合は低くなっている。

図表1-8 問 11.利用している医療保険・介護保険サービス・自費サービス (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	4821	528	540	1225	1038	715	775
通所リハビリテーション(医療保険)	1.0	0.2	0.0	0.9	1.5	1.5	1.3
訪問リハビリテーション(医療保険)※	1.3	0.8	2.8	1.0	1.3	0.8	1.4
訪問看護(医療保険)※	4.4	1.9	0.2	6.5	4.0	4.8	5.7
事業者・本人の費用負担による訪問リハビリテーション	1.3	2.5	1.5	0.5	1.3	2.5	0.5
事業者・本人の費用負担による訪問看護	1.9	0.0	0.4	0.5	0.5	6.4	4.5
訪問介護(介護保険)	25.5	0.9	1.1	55.9	50.4	0.7	0.6
訪問入浴介護(介護保険)	1.8	0.0	0.0	3.8	3.8	0.0	0.0
訪問看護(介護保険)	8.8	1.3	0.0	14.9	12.3	7.0	7.5
訪問リハビリテーション(介護保険)	2.4	0.4	0.0	4.8	3.6	2.1	0.3
居宅療養管理指導(介護保険:医師による)	20.4	29.7	28.3	16.0	16.2	16.8	24.3
居宅療養管理指導(介護保険:看護師による)	1.4	1.9	1.1	0.7	1.3	1.8	2.1
通所介護(介護保険)	20.2	1.7	0.4	43.3	41.2	0.4	0.0
通所リハビリテーション(介護保険)	2.4	0.4	0.2	4.1	5.3	0.8	0.0
定期巡回・随時対応型訪問介護看護(介護保険)	1.6	0.9	0.9	1.2	4.3	0.0	0.6
小規模多機能型居宅介護(介護保険)	2.4	0.0	0.0	3.9	6.7	0.0	0.0
看護小規模多機能型居宅介護(介護保険)	0.2	0.0	0.0	0.8	0.1	0.0	0.0
その他訪問系・通所系のサービス(介護保険)	1.4	0.9	0.0	2.4	1.0	0.8	2.3
いずれもなし	25.3	49.1	48.5	2.2	6.0	42.5	39.6
不明	0.8	0.2	0.9	0.3	2.4	0.0	0.5
無回答	17.6	15.2	18.1	12.8	15.9	25.5	21.7

(3) 訪問看護の利用の現状

本調査は、訪問看護に着目している。訪問看護の主な利用形態は、「医療保険」、「介護保険」、「事業所・本人の費用負担」の3通りがあり、利用率の合計値を比較した。特定施設とGHは、介護保険の訪問看護を直接、利用できないため、医療保険(利用要件に合致する場合のみ)、事業所・本人の費用負担、介護保険の医療機関連携加算等を使うこととなるが、その現状を把握した。

居住系サービスの居住者の訪問看護の利用率は、特定施設(加算有)3.2%、特定施設(加算無)0.6%と低かった。他の4種類は、非特定(有老)21.9%、非特定(サ高住)16.9%、GH(加算有)18.2%、GH(加算無)17.7%で16%台~21%台であった。仮に、特定施設とGHが介護保険の訪問看護を、非特定施設や在宅者と同等に使えるようになった場合、非特定(サ高住)の16.9%~非特定(有老)の21.9%と同等の利用率になることが予想される。

図表1-9 住宅種類別・制度別の訪問看護の利用率の比較

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定(加算有)	特定(加算無)	非特定(有老)	非特定(サ高住)	GH(加算有)	GH(加算無)
合計	4821	528	540	1225	1038	715	775
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	0.0
3訪問看護(医療保険)	211	10	1	80	42	34	44
	4.4	1.9	0.2	6.5	4.0	4.8	5.7
5訪問看護(事業所・本人の費用負担)	94	0	2	6	5	46	35
	1.9	0.0	0.4	0.5	0.5	6.4	4.5
8訪問看護(介護保険)	425	7	0	182	128	50	58
	8.8	1.3	0.0	14.9	12.3	7.0	7.5
合計(上記3つ)	730	17	3	268	175	130	137
	15.1	3.2	0.6	21.9	16.9	18.2	17.7

住宅種類別・制度別の利用割合をみると、介護保険は、非特定(有老)67.9%、非特定(サ高住)73.1%、GH(加算有)38.5%、GH(加算無)42.3%と最も高かった。特定施設(加算有)は医療保険58.8%、特定施設(加算無)は事業所・本人の費用負担が66.7%と高かった。

図表1-10 住宅種類別・制度別の訪問看護の利用割合の比較

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定(加算有)	特定(加算無)	非特定(有老)	非特定(サ高住)	GH(加算有)	GH(加算無)
3訪問看護(医療保険)	211	10	1	80	42	34	44
	28.9	58.8	33.3	29.9	24.0	26.2	32.1
5訪問看護(事業所・本人の費用負担)	94	0	2	6	5	46	35
	12.9	0.0	66.7	2.2	2.9	35.4	25.5
8訪問看護(介護保険)	425	7	0	182	128	50	58
	58.2	41.2	0.0	67.9	73.1	38.5	42.3
合計(上記3つ)	730	17	3	268	175	130	137
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

(4) 訪問リハビリテーションの利用の現状

本調査は、訪問リハビリテーションに着目している。訪問リハビリテーションの主な利用形態は、「医療保険」、「介護保険」、「事業所・本人の費用負担」の3通りがあり、利用率の合計値を比較した。特定施設とGHは、介護保険の訪問リハビリテーションを直接、利用できないため、医療保険(利用要件に合致する場合のみ)、事業所・本人の費用負担、介護保険の生活機能向上連携加算(Ⅰ、Ⅱ)等を使うこととなるが、その現状を把握した。

特定施設(加算有)3.6%、特定施設(加算無)4.3%、非特定(有老)6.3%、非特定(サ高住)6.2%、GH(加算有)5.5%、GH(加算無)2.2%であった。訪問看護より、合計利用率の差は小さい。仮に、特定施設とGHが介護保険の訪問リハビリテーションを、非特定施設や在宅者と同様に使えるようになった場合、非特定(サ高住)の6.2%～非特定(有老)の6.3%と同等の利用率になることが予想される。

図表1-11 住宅種類別の制度別の訪問リハビリテーションの利用率の比較

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定(加算有)	特定(加算無)	非特定(有老)	非特定(サ高住)	GH(加算有)	GH(加算無)
合計	4821 100.0	528 100.0	540 100.0	1225 100.0	1038 100.0	715 100.0	775 0.0
2訪問リハビリテーション(医療保険)	62 1.3	4 0.8	15 2.8	12 1.0	14 1.3	6 0.8	11 1.4
4訪問リハビリテーション(事業所・本人の費用負担)	62 1.3	13 2.5	8 1.5	6 0.5	13 1.3	18 2.5	4 0.5
9訪問リハビリテーション(介護保険)	115 2.4	2 0.4	0 0.0	59 4.8	37 3.6	15 2.1	2 0.3
合計(上記3つ)	239 5.0	19 3.6	23 4.3	77 6.3	64 6.2	39 5.5	17 2.2

住宅種類別・制度別の利用割合をみると、介護保険は、非特定(有老)76.6%、非特定(サ高住)57.8%が最も高かった。医療保険は、特定施設(加算無)65.2%、GH(加算無)64.7%が最も高かった。事業所・本人の費用負担は、特定施設(加算有)68.4%、GH(加算有)46.2%が最も高かった。住宅種類によって、財源が異なっている。

図表1-12 住宅種類別・制度別の訪問リハビリテーションの利用割合の比較

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定(加算有)	特定(加算無)	非特定(有老)	非特定(サ高住)	GH(加算有)	GH(加算無)
2訪問リハビリテーション(医療保険)	62 25.9	4 21.1	15 65.2	12 15.6	14 21.9	6 15.4	11 64.7
4訪問リハビリテーション(事業所・本人の費用負担)	62 25.9	13 68.4	8 34.8	6 7.8	13 20.3	18 46.2	4 23.5
9訪問リハビリテーション(介護保険)	115 48.1	2 10.5	0 0.0	59 76.6	37 57.8	15 38.5	2 11.8
合計(上記3つ)	239 100.0	19 100.0	23 100.0	77 100.0	64 100.0	39 100.0	17 100.0

6. 本調査研究の主な結果

(1) 居住系サービスの入居者の状況

- ・ 調査対象とした入居系サービスは、非特定(サ高住)と非特定(有老)は一定割合、自立、軽度者がいるものの、入居者の大半を要介護者が占めていた。入居要件を「要介護以上」等と限定していなくても、実際は多数の要介護者が入居しており、居住系サービスは「介護施設」に近い。要介護高齢者は、医療と介護の両方を必要とするが、傷病、障害像、希望する生活等はそれぞれ違うため個々の状況に合ったケアプラン、サービスが望まれる。
- ・ 入居者 4,821 人の心身状況については、認知症対応型共同生活介護は、認知症の中度以上が多いことが改めて確認された(図表 2-22)。要介護度、傷病、障害像等については、調査対象とした高齢者住宅の入居者像の傾向は概ね類似していた。具体的には、フレイル、慢性疾患、老衰、認知症、脳血管疾患による後遺障害など、様々な傷病・症状・障害等を有する入居者が一定程度みられる。
- ・ 入居者の傷病をみると、合計で「認知症」62.4%が最も多く、次いで「高血圧」44.1%、「糖尿病」14.5%、「変形性関節症」11.4%、「精神疾患」11.3%、「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節または膝関節の骨折」10.8%、「脳卒中」10.5%が 10%以上であった。認知症が多いことに加え、内科系、外科系、精神科と傷病が幅広いため、老年性疾患に精通した医療機関との連携が必要となる(図表 3-5)。
- ・ 障害像をみると、合計で「認知症」63.7%が最も多く、次いで「筋力や耐久性の低下」43.4%、「関節可動域制限・関節拘縮」20.4%、「運動失調」7.4%、「摂食嚥下障害」7.1%、「片麻痺」6.6%、「運動器の疼痛」5.3%、「失語症」3.8%等であった。割合の高い障害については住宅職員が日常的に対応し、割合が低い障害については個別対応の外部サービスで対応するといったことも考えられる(図表 3-6)。
- ・ 機能訓練や支援、リハビリテーションを必要とする ADL・IADLをみると、合計で「入浴」58.1%が最も多く、「健康管理」54.2%、「食事の用意・片付け」54.3%、「洗濯」54.4%、「歩行・移動」54.8%、「掃除・整頓」53.4%が 50%以上であった。看護職、リハ職でなければできないケア、介護職や資格を有しない補助スタッフでもできるケア等の切り分けも考えられる(図表 3-7)。

(2) 医療処置、看取り等の状況

- ・ 高齢者住宅は、「施設」ではなく「住まい」であり、入居者の意思が尊重され、自由な生活が保障されることが望まれる。しかし、入居後に加齢や傷病等により心身機能が低下し、必要とする介護や医療等が増えた場合、職員が身体介護、認知症ケア、生活維持等を優先せざるをえなくなり、フレイル防止、重度化防止等に十分取り組めなくなるとの意見が複数みられた。また、医療処置に対応できる体制や制度が十分でないため、医療処置が必要になると入院せざるをえないという自由意見も複数みられた(住宅票問 17 自由記述)。
- ・ 医療処置の対応方針は、居住系サービスの中では、特定施設が非特定、GH に比べると、受入れ体制が整っていることがうかがえる(図表 2-48、図表 2-72～図表 2-89)。特定施設は、看護師が人員配置基準とされており、かつ人員配置基準を上回る人数が配置されている現状が背景にある。特定加算有と特定加算無はそれぞれ人員配置基準 1.9 人に対して、実際の配置看護師数は特定加算有 2.9 人、特定加算無 2.8 人となっている(図表 2-35)。
- ・ 看取りの状況については「対応していない」という住宅も個々にはみられるが、横断的にみると、6種類の高齢者住宅とも看取りに対応している現状が明らかとなった(図表 2-49)。入居者、家族の希望を尊重して、訪問看護等を利用しながら、看取りに対応していきたいという自由意見が複数みられた。

(3) 介護保険のリハビリテーション、訪問看護の利用状況とニーズ

- ・ 介護保険の訪問看護、訪問リハビリテーションの利用者について、傷病、障害、ADL・IADL、医療処置についてクロス集計を行った。訪問看護、訪問リハビリテーションの利用者の傷病、障害の傾向は同様であるが、ADL・IADL、医療処置の傾向は異なっていた(図表 3-24 と図表 3-25、図表 3-31 と図表 3-32、図表 3-38 と図表 3-39、図表 3-45 と図表 3-46)。
- ・ リハビリテーション、機能訓練の意義、必要性については、入居者、家族、住宅職員も強く感じていて、増大するリハビリテーションや機能訓練のニーズに対応するため、リハ職の配置についても、看護職員のように入居者数の多寡に応じた配置を望むという自由意見が複数みられた。(住宅票問 17 自由記述)
- ・ 入居者、家族においては、個々の心身状況に応じたリハビリテーション、機能訓練、訪問看護等に対する要望やニーズがある。医療保険や介護保険でリハビリテーション、訪問看護の利用ができない場合、少数ではあるが自費の利用もみられた。(図表 3-11)
- ・ 特定施設と GH は、現在の介護報酬では、個別ケアに対応できるだけの看護職員、リハ職を採用することは難しく、外部の事業所の訪問リハビリテーション、訪問看護の利用を可能にしてほしいとの自由意見が複数みられた(住宅票問 17 自由記述)。
- ・ 特定施設と GH の生活機能向上連携加算を算定している住宅においては、生活機能向上連携加算の効果を評価しており、訪問看護においても同様の加算の創設を望む自由意見が複数みられた(住宅票問 17 自由記述)。
- ・ 特定施設と GH の生活機能向上連携加算を算定している住宅は、加算を算定していない同種の住宅よりも運営法人が「医療法人」である割合が顕著に高かった。外部の事業所の訪問リハビリテーション、訪問看護を利用する際、医師の診断と指示にもとづいて、理念、ケアプランの目標、リハビリテーションや訪問看護の具体的な内容を共有し連携することが重要だと考えられる。
- ・ 特定施設と GH が看護・リハビリテーションを充実させるためには、①基本報酬を上げて住宅の看護職やリハビリストッフを雇用する、②新たな加算を創設する、もしくは現在の加算要件を緩和する、③現在の介護保険の訪問看護・訪問リハビリテーションを一定の要件下で利用を認める、の3通りの方法が自由意見で出された。
- ・ 人生の最終段階における住まいの移動は入居者に経済的、精神的な負担等がかかるため容易ではなく、最期まで入居を希望する入居者が多い。必要な医療・介護サービスは同等の負担で利用でき、選択した住宅の種類によって著しい格差が出ないことが望まれる。

7. 提言

(1) 居住系サービスにおける医療ニーズの現状

本調査は、「居住系サービス」における医療ニーズについて、アンケート調査、ヒアリング調査、委員会による検討を行った。居住系サービスは、病院、施設、自宅のいずれでもなく、本人の生活歴、嗜好、意向等を尊重しながら、支援やケアを受けられる「住まい」として普及しており、今後も役割が拡大することが予想されている。

居住系サービスのうち、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、非特定施設の有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅を調査対象とした。特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護(グループホームまたはGHと略す)は、生活機能向上連携加算の加算算定の有無によって対象を区分し、計6種類の住宅種類を基本軸として集計、分析を行った。

アンケート調査の入居者票の結果においては、居住系サービス(特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、非特定施設の有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が調査対象)の入居者4,821人のうち、要介護度の「自立」は2.2%にとどまり、96%以上が要支援・要介護者であった。入居時は健康で自立していても、入居後、加齢や傷病の発症等により、心身機能が低下することもある。

治療や経過観察中の傷病としては、合計で「認知症」62.4%が最も多く、次いで「高血圧」44.1%、「糖尿病」14.5%、「変形性関節症」11.4%、「精神疾患」11.3%、「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節または膝関節の骨折」10.8%、「脳卒中」10.5%が10%以上であった。認知症が多いことに加え、内科系、外科系、精神科と傷病が幅広いため、老年性疾患に精通した医療機関との連携が必要となる。

認知症は、初期には身体機能は維持されていても、進行性のため重度化すると、ADL・IADLの全般にわたり介護が必要になる。本調査のアンケート調査、ヒアリング調査においても、グループホームの入居者の介護量の多さが明らかとなった。

(2) 居住系サービスのケア・マネジメント、ケアプランの視点

医療・介護・生活支援等の様々な支援を必要とする入居者に対して、居住系サービスにおいては、ケア・マネジメント、ケアプランの目標として多様な事項を挙げているが、これが「住まい」の特徴だと考えられる。「歩行訓練、転倒・骨折予防」49.7%、「認知機能の維持・低下予防」47.4%、「健康状態の管理」47.2%、「風呂に入ることの継続」44.4%、「トイレに行くことの継続」35.6%、「慢性疾患の管理・予防」31.6%が3割以上であった。いわゆる「本人の生きがい」についても、「趣味活動の継続」27.7%、「家族との交流の継続」26.4%、「社会活動の継続(役割の創出)」17.1%、「社会活動の継続(外出の継続)」14.5%と1割以上であった。居住系サービスが、生きがい・社会参加等を含む本人の望む生活を継続する視点に立ったケア・マネジメント、ケアプラン作成に努めていることが把握された。

(3) 居住系サービスにおける介護保険の訪問看護・訪問リハビリテーションのニーズ

アンケート調査結果から、入居者の要介護度、傷病、障害像、ADL・IADLの状況等を6つの住宅種類別に横断的に比較した。その結果、住まい系サービスの入居者像は類似していることが確認された。非特定施設の有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅の入居者のみに、介護保険の訪問看護・訪問リハビリテーションのニーズがあるとは考えにくく、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護の入居者にも一定程度の介護保険の訪問看護・訪問リハビリテーションのニーズがあると考えられる。

入居中に脳卒中・脳梗塞、心筋梗塞、骨折、肺炎等を発症することもある。1カ月以上、長期入院をする

場合には、入居者・家族と住宅で退居について話し合う必要が出てくるため、居住系サービスは、治療終了後は早期の退院調整や、退院後の療養環境の整備等も重要である。

入院中に関節拘縮や廃用症候群等が進む事例もみられるため、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護においても、退院後に介護保険の訪問看護・訪問リハビリテーションが必要に応じて使えれば、様々な効果が期待できることが本調査の結果から明らかとなった。具体的には、入院中に胃ろうを造設した人が経口摂取に戻る、排尿誘導や適切な介助等によりオムツからトイレに戻る、歩行距離が入院前に戻る、清拭等から通常の入浴に戻る、関節拘縮がほぐれ身体の柔軟性が向上する等が挙げられた。介護保険の訪問看護・訪問リハビリテーションを利用できると、本人のモチベーション・心身機能・QOLの向上、転倒防止、再入院の防止等につながることを期待できる。

居住系サービスの職員は介護職が主体である。介護職と訪問看護・訪問リハビリテーションとの連携が強化されることで、介護職等の腰痛、膝痛等の身体的な負担が軽減されるようになった、入居者の心身状況とケアのあり方について医療専門職の評価やアドバイス等が受けられるようになり、介護職員の不安の解消につながったという意見もあった。

(4) 居住系サービスにおける医療・介護連携の必要性と意義

特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護には、機能訓練指導員、リハ職、看護師等が配置されている事業所もあるが、日中時間帯の勤務が多く、夜間は不在の事業所が多い。居住系サービスの多くは、「夜間を含む常時、対応が必要な医療処置」が必要な入居者については対応が難しい。言い換えると、それ以外の医療ニーズについては、事業者の理念や体制を整えば、外付けのサービスを活用しながら、柔軟に対応できる可能性は高い。

居住系サービスに配置されている看護師、リハ職、機能訓練指導員等は、必ずしも看護業務・リハビリテーション・機能訓練だけに従事しているわけではなく、介護業務や生活支援業務にも従事するとのことであった。現員体制で、通常業務をこなしながら、常時あるいは頻回の医療処置の対応や退院後の集中的な看護やリハビリテーションに対応することは難しい。医療専門スタッフが少ない、あるいは配置されていない居住系サービスもある。入居者の医療処置やリハビリテーションについて、専門的観点からの助言や支援を必要とする場合、外部の訪問看護・訪問リハビリテーションの利用により緊密な連携が取れると、職員の安心感も確保される。

現在は、基本的に介護保険の訪問看護・訪問リハビリテーションが使えないため、医療保険が適用できる場合は医療保険を利用する、医療機関連携加算や生活機能向上連携加算等の加算を使う、事業所や本人の費用負担とする等によって、事業所職員で対応できない部分に対処している。

本調査では、医療法人が運営する、または医療法人系列の居住系サービスにヒアリングを実施した。医療法人が運営する、または医療法人系列の居住系サービスの場合、理念や教育研修等が法人として共通しているため医療・介護連携に取り組みやすい、困難事例や職員の悩み等について相談しやすい、事業所の環境調整等にアドバイスを受けやすい、職員の異動等の人員配置が可能など、医療と介護が連携する上での様々な優位点がみられた。医療機関連携加算や生活機能向上連携加算等の加算を積極的に使いながら、医療ニーズに対応していた。入居者に日常的に頻回の医療ニーズがある、傷病により入院し退院直後である、専門的・集中的なりハビリテーションのニーズがある場合等は、医療法人が運営する、または医療法人系列の居住系サービスを選択すると効果的と考えられる。

しかし、状態が安定し医療ニーズは健康管理くらいでよいという入居者も一定程度いる。こうした入居者には、フレイル予防、介護予防、関節拘縮予防等の機能訓練、生きがい・社会参加の支援等が重要と考

えられる。前述のように、居住系サービスは、ケア・マネジメント、ケアプランの目標として、医療ニーズ対応だけでなく、機能訓練、ADL・IADLの支援、生きがい・社会参加の支援等、様々な項目に対応している。

居住系サービスは「住まい」であり、多様な事業者がいて、医療法人系列や医療機関併設の居住系サービスばかりではない。医療処置・リハビリテーション・機能訓練等の医療ニーズにどのように対応するかは、事業者が方針や運用を決めることである。入居者は多様な選択肢の中から、自身の希望とニーズに合ったサービス内容の「住まい」を選択し、契約して入居することが重要である。

但し、入居者の心身状況や希望は変化することも多々あることから、入居者の心身状況や希望に応じ、柔軟に必要な医療・介護・生活支援等を受けられる環境や制度の整備が望まれる。

(5) 今後も拡大が見込まれる居住系サービスにおける医療ニーズ

維持期のリハビリテーションは、今までできなかったことをできるようにするためのものではなく、今までできたことを今後も続けられることが目標となる。住み慣れた自宅(居住系サービスを含む)でなるべく長く、できることなら最期まで過ごしたいと希望する人が多い。そうした本人・家族の意思を実現するためには、「フレイル予防」、「転倒骨折の予防」、「自分の口から食べる」、「トイレに行く」、「風呂に入る」等のADLの維持、「趣味活動の継続」、「家族との交流の継続」等のIADLの維持が重要になる。「住まい」における生活の中で、ADL・IADLの維持を図るために、生活支援・機能訓練・リハビリテーション・看護等を行うことが、本人の意思に基づく人生の最終段階の医療・ケアの選択につながっていく。

居住系サービスは、介護職を主とする職員体制の住宅が多く、看護・リハビリテーション等の医療分野の専門性を有する職員は少ない。入居者の生活、意思をふまえ、介護職員を中心としたケアチームが現実的に実施できる生活リハビリの計画と実施、環境整備が重要である。

入居者の看護やリハビリテーション等の医療ニーズの対応については、外部の医療機関、医療スタッフとの連携が重要になる。「住まい」という環境を前提として、本人の意思を尊重した生活支援・医療・介護を提供するために、専門性を持った多職種が連携することが求められる。

多職種連携については、事業所内に多職種を配置する方法と外部事業所と連携する方法がある。職員同士であれば連携はしやすく、利用者の日常等も熟知することができる。しかし、居住系サービスはあくまで「住まい」であり、医療を提供するサービスではない。また、医療ニーズは量や質に個別性があるため外付けで必要に応じて利用の方が効率的な場合もあると考えられる。

アンケート調査結果によると、平均入居定員は、特定(加算有)51.3人、特定(加算無)53.1人、GH(加算有)16.3人、GH(加算無)15.8人であった。特に、グループホームは少人数の生活の場であり、住宅内に看護職、リハビリ専門職をすべて内在させることは現実的ではないという意見がきかれた。

長寿化・多死化の進展、認知症高齢者の増加、家族介護力の縮小と単身高齢者の増加等が見込まれる中、居住系サービスに対する医療ニーズは今後も大きくなることが予想される。それに伴い、今後ますます、日常的な医療処置や生活期のリハビリテーションは居住系サービスで行う流れになると予想される。

本調査結果から、横断的にみると、居住系サービスにおいては、訪問看護・訪問リハビリテーションの医療ニーズがあることが確認されたことから、現在、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護は、介護保険の訪問看護・訪問リハビリテーションの利用が認められていないが、必要に応じて利用できることが検討課題だと考えられる。

第2章 住宅票の結果

1. 回答の状況

住宅類型別施設数(4種類)の回収状況は下記のとおりであった。発送 3,600 件のうち 29.0%にあたる 1,045 件の回答が得られた。

図表 2-1 住宅類型別施設数(4種類)の回収状況

調査票	発送	有効回収数	有効票/発送数
①特定施設入居者生活介護	900	230	25.6%
③非特定施設(有料老人ホーム)	900	267	29.7%
④非特定施設(サービス付き高齢者住宅)	900	227	25.2%
②認知症対応型共同生活介護	900	321	35.7%
住宅合計	3,600	1,045	29.0%

2. 集計結果

(1) 住宅の概要

① 住宅の類型

住宅の類型については、下記のとおりである。

図表 2-2 問 1-1).住宅の類型(複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
サービス付き高齢者向け住宅	24.1	13.4	13.6	0.7	96.5	0.0	0.0
軽費老人ホーム・養護老人ホーム	2.7	14.3	10.2	0.0	0.0	0.0	0.0
有料老人ホーム	43.4	75.0	78.0	98.9	6.2	0.0	0.0
認知症対応型共同生活介護 (認知症グループホーム)	30.6	0.0	0.0	0.0	0.4	99.3	99.4
無回答	0.9	1.8	1.7	0.7	0.4	0.7	0.6

② 特定施設入居者生活介護の指定の有無

特定施設入居者生活介護の指定の有無については、特定(加算有)、特定(加算無)とも、一般型(介護)が80%以上と多く、一般型(介護予防)は特定(加算有)72.7%、特定(加算無)64.7%である。

図表 2-3 問 1-2).特定施設入居者生活介護の指定の有無 (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	226	110	116	0	0	0	0
指定なし	0.4	0.9	0.0	-	-	-	-
一般型(介護)	85.4	90.0	81.0	-	-	-	-
一般型(介護予防)	68.6	72.7	64.7	-	-	-	-
地域密着型	7.5	5.5	9.5	-	-	-	-
外部サービス利用型	0.0	0.0	0.0	-	-	-	-
無回答	2.7	1.8	3.4	-	-	-	-

③ 運営法人の法人種別

運営法人の法人種別をみると、特定(加算無)、非特定(有老)、非特定(サ高住)では「株式会社」が50%台で最も多い。特定(加算有)では「株式会社」が38.4%で最も多く、次いで「医療法人」25.0%、「社会福祉法人」23.2%となっている。GH(加算有)では「医療法人」が43.8%で最も多く、次いで「社会福祉法人」28.8%である。GH(加算無)では「社会福祉法人」が37.5%で最も多く、次いで「株式会社」31.5%である。

図表 2-4 問 1-3)-1.運営法人の法人種別 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
株式会社	45.6	38.4	55.9	59.9	57.3	15.7	31.5
有限会社	12.2	9.8	10.2	16.5	11.5	3.9	17.3
社会福祉法人	19.7	23.2	19.5	8.6	11.9	28.8	37.5
医療法人	16.5	25.0	11.9	7.9	11.0	43.8	10.1
財団法人・社団法人	0.3	0.9	0.0	0.4	0.0	0.0	0.6
NPO法人	2.1	0.0	0.8	2.2	4.0	1.3	2.4
その他	3.2	2.7	0.8	4.1	3.1	6.5	0.6
無回答	0.5	0.0	0.8	0.4	1.3	0.0	0.0

④ 母体となる法人の業種

母体となる法人の業種をみると、「介護サービス関連」が、非特定(有老)71.5%、非特定(サ高住)67.0%、特定(加算無)61.0%、GH(加算無)52.4%と最も多い。特定(加算有)では「介護サービス関連」42.9%、「医療関連」42.0%の2項目が多い。GH(加算有)では「医療関連」57.5%、次いで「介護サービス関連」47.1%である。

図表 2-5 問1-3)-2.母体となる法人の業種 (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
介護サービス関連	59.6	42.9	61.0	71.5	67.0	47.1	52.4
医療関連	26.4	42.0	21.2	14.6	18.5	57.5	20.8
社会福祉関連	14.4	11.6	20.3	9.7	9.3	11.8	28.6
不動産・建設業関連	6.6	6.3	6.8	7.9	9.7	1.3	5.4
金融関連	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6
教育関連	2.3	0.9	5.9	0.7	1.8	2.0	4.2
製造業関連	0.6	0.0	2.5	0.0	0.9	0.7	0.0
その他	6.6	8.0	6.8	6.0	7.9	1.3	9.5
無回答	2.2	3.6	4.2	2.2	1.3	0.7	2.4

⑤ 法人が運営する有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅・認知症グループホーム等の数

法人が運営する有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅・認知症グループホーム等の数については、下記のとおりである。

図表 問1-4).2-6 法人が運営する有料老人ホーム・サービス付き
高齢者向け住宅・認知症グループホーム等の数 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
1箇所	33.1	37.5	24.6	39.3	33.9	28.1	29.8
2箇所	17.9	17.9	11.9	16.5	15.9	24.8	20.8
3~9箇所	28.9	25.9	23.7	31.8	26.0	30.1	32.7
10~49箇所	11.7	12.5	15.3	9.4	14.5	13.1	7.1
50箇所以上	7.6	5.4	22.0	2.6	9.3	3.9	7.7
無回答	0.9	0.9	2.5	0.4	0.4	0.0	1.8

⑥ 開設年

開設年については、下記のとおりである。

図表 2-7 問 1-5).開設年

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
1980年代以前	1.5	2.7	0.8	1.9	0.9	1.3	1.8
1990年代	2.3	5.4	5.1	1.5	0.0	2.6	2.4
2000～2004年	14.7	11.6	17.8	4.9	0.4	35.9	30.4
2005～2009年	19.5	29.5	25.4	17.6	5.7	27.5	23.2
2010～2014年	26.9	28.6	22.0	28.5	39.6	14.4	20.8
2015年以降	29.6	16.1	23.7	38.2	48.5	15.0	16.7
無回答	5.5	6.3	5.1	7.5	4.8	3.3	4.8

⑦ 住宅種類別入居定員・入居者数・入院者数・ユニット数・居室数

住宅種類別の平均入居定員数をみると、特定(加算無)53.1人、特定(加算有)51.3人、非特定(サ高住)34.5人、非特定(有老)28.2人、GH(加算有)16.3人、GH(加算無)15.8人の順となっている。

また、平均入居者数をみると、特定(加算無)47.0人、特定(加算有)46.2人、非特定(サ高住)30.2人、非特定(有老)25.1人、GH(加算有)16.0人、GH(加算無)15.2人の順となっている。

平均入院者数・平均ユニット数・平均居室数については、下記のとおりである。

図表 2-8 問 1-6)-問 1-8). 住宅種類別(6種)入居定員・入居者数・入院者数・ユニット数・居室数の件数・平均値

	問1-6).入居 定員	問1-6).入居 者数	問1-6).うち 入院者数	問1-7).ユニ ット数	問1-8).居室 数	問1-8).うち 個室数
合計	1043	1041	603	294	1036	1027
特定(加算有)	112	111	69	8	111	110
特定(加算無)	117	117	72	12	116	117
非特定(有老)	266	266	150	7	264	264
非特定(サ高住)	227	226	138	2	225	221
GH(加算有)	153	153	90	126	153	151
GH(加算無)	168	168	84	139	167	164
合計	31.1	28.0	0.8	2.0	29.6	28.8
特定(加算有)	51.3	46.2	1.1	3.8	49.6	47.7
特定(加算無)	53.1	47.0	1.5	3.3	50.9	49.1
非特定(有老)	28.2	25.1	0.7	2.3	25.8	24.4
非特定(サ高住)	34.5	30.2	0.9	4.5	32.6	32.1
GH(加算有)	16.3	16.0	0.3	1.9	16.4	16.4
GH(加算無)	15.8	15.2	0.3	1.9	15.8	15.7

⑧ 入居定員

住宅種類別の入居定員数については、下記のとおりである。

図表 2-9 問1-6).入居定員

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
5人以下	1.0	0.0	0.0	3.7	0.0	0.0	0.0
6～10人未満	11.7	0.0	1.7	9.7	1.8	27.5	28.6
10～20人未満	32.1	2.7	0.0	30.0	20.3	63.4	64.9
20～30人未満	16.3	11.6	10.2	22.1	28.2	8.5	5.4
30～40人未満	11.8	29.5	19.5	9.4	18.1	0.7	0.0
40～50人未満	9.3	16.1	13.6	13.1	12.3	0.0	0.0
50～60人未満	8.0	16.1	27.1	4.9	9.3	0.0	0.0
60～70人未満	2.7	8.0	8.5	1.5	2.2	0.0	0.0
70～80人未満	2.6	5.4	8.5	1.5	3.1	0.0	0.0
80～90人未満	1.1	3.6	1.7	0.7	1.3	0.0	0.0
90～100人未満	0.6	0.0	2.5	0.4	0.9	0.0	0.0
100人以上	1.8	7.1	5.1	0.7	1.3	0.0	0.0
無回答	1.2	0.0	1.7	2.2	1.3	0.0	1.2

⑨ 入居者数

住宅種類別の入居者数については、下記のとおりである。

図表 2-10 問1-6).入居者数

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
5人以下	1.8	0.9	0.0	4.9	1.8	0.7	0.0
6～10人未満	13.7	1.8	1.7	14.6	4.4	26.8	29.2
10～20人未満	32.7	1.8	1.7	30.3	23.8	62.7	63.7
20～30人未満	17.3	18.8	15.3	19.5	30.4	7.8	5.4
30～40人未満	12.0	26.8	20.3	13.9	14.5	0.7	0.0
40～50人未満	9.0	18.8	22.9	7.9	11.0	0.0	0.0
50～60人未満	5.8	12.5	16.9	4.1	7.0	0.0	0.0
60～70人未満	2.4	4.5	8.5	1.1	3.1	0.0	0.0
70～80人未満	0.9	1.8	2.5	0.4	1.3	0.0	0.0
80～90人未満	0.6	2.7	0.8	0.4	0.4	0.0	0.0
90～100人未満	0.5	2.7	0.8	0.4	0.0	0.0	0.0
100人以上	1.1	3.6	4.2	0.4	0.9	0.0	0.0
無回答	2.2	3.6	4.2	2.2	1.3	1.3	1.8

⑩ うち入院者数(検査・治療等のため医療機関に泊まっている人)

入院者数(検査・治療等のため医療機関に泊まっている人)をみると、すべての住宅種類で「0人」が最も多く、次いで「1人」である。

図表 2-11 問 1-6).うち入院者数(検査・治療等のため医療機関に泊まっている人)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
0人	34.6	30.4	20.3	34.1	32.2	47.7	39.9
1人	12.8	16.1	16.9	13.1	15.4	7.8	8.3
2人	5.3	4.5	12.7	4.9	7.0	2.6	1.2
3人	2.5	7.1	4.2	1.1	3.5	0.7	0.6
4人	1.2	0.9	3.4	1.5	1.8	0.0	0.0
5人	0.4	0.9	0.0	0.7	0.4	0.0	0.0
6人	0.4	0.9	1.7	0.4	0.0	0.0	0.0
7人以上	0.6	0.9	1.7	0.4	0.4	0.0	0.6
無回答	42.2	38.4	39.0	43.8	39.2	41.2	49.4

⑪ ユニット制の有無

「ユニット制である」の割合をみると、GH(加算有)92.8%、GH(加算無)90.5%が突出して高く、次いで特定(加算有)16.1%、特定(加算無)14.4%、非特定(サ高住)5.7%、非特定(有老)4.9%の順となっている。グループホーム以外はユニット制を採用している住宅が少ないことがうかがえる。

図表 2-12 問 1-7).ユニット制の有無 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
ユニット制である	34.0	16.1	14.4	4.9	5.7	92.8	90.5
ユニット制でない	63.8	81.3	83.1	93.6	90.3	5.9	8.3
無回答	2.2	2.7	2.5	1.5	4.0	1.3	1.2

(2) 併設または隣接する施設・事業所について

① 併設または隣接している医療・介護施設・事業所

併設または隣接している医療・介護施設・事業所は、住宅種類別、加算の有無によって異なる傾向がみられる。特定(加算無)では「併設・隣接施設・事業所はない」が50.0%で最も多い。特定(加算有)では「居宅介護支援事業所」34.8%が最も多く、その他、様々な医療・介護施設・事業所が併設または隣接していると回答している。非特定(有老)、非特定(サ高住)では「通所介護」「訪問介護」がそれぞれ40%台と多い。GH(加算無)では「併設・隣接施設・事業所はない」が30.4%で最も多い。GH(加算有)では「居宅介護支援事業所」43.8%が最も多く、その他、様々な医療・介護施設・事業所が併設または隣接していると回答している。

図表 2-13 問 2-1).併設または隣接している医療・介護施設・事業所 (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
病院	7.7	14.3	5.9	3.4	5.7	18.3	4.2
一般診療所(有床)	1.9	2.7	1.7	1.1	2.2	4.6	0.0
一般診療所(無床)	8.4	16.1	12.7	4.1	7.9	11.1	5.4
介護老人保健施設	8.0	10.7	3.4	3.4	3.5	24.2	8.3
定期巡回・随時対応型訪問 介護看護	3.3	1.8	1.7	2.6	5.7	4.6	2.4
訪問看護ステーション	13.1	17.9	4.2	13.9	15.4	18.3	7.1
訪問リハビリテーション	6.4	9.8	3.4	3.4	4.0	20.9	1.2
小規模多機能型居宅介護	12.2	6.3	4.2	9.0	9.7	22.2	21.4
看護小規模多機能型居宅介 護	2.4	3.6	0.8	1.1	3.1	2.6	3.6
通所介護	36.7	25.9	24.6	47.6	48.0	33.3	23.2
デイケア	11.3	17.9	5.1	7.5	9.7	26.8	5.4
居宅介護支援事業所	28.0	34.8	16.9	27.3	26.9	43.8	19.6
訪問介護	30.4	24.1	11.9	47.6	46.3	19.0	9.5
併設・隣接施設・事業所はな い	23.9	31.3	50.0	15.0	14.5	20.9	30.4
介護医療院・介護療養型医 療施設	1.4	0.9	1.7	1.1	1.3	3.3	0.6
その他	12.2	18.8	9.3	8.6	8.8	14.4	18.5
無回答	2.9	2.7	6.8	1.9	0.9	2.6	4.8

② 併設・隣接している医療・介護施設・事業所は同一・系列法人か

併設または隣接している医療・介護施設・事業所は同一・系列法人かについては、住宅種類別、加算の有無によって異なる傾向がみられる。特定(加算無)では「併設・隣接施設・事業所はない」が49.2%で最も多い。特定(加算有)でも「併設・隣接施設・事業所はない」が33.0%で最も多いが、その他、様々な医療・介護施設・事業所が同一・系列法人で併設または隣接していると回答している。非特定(有老)と非特定(サ高住)をみると、同一・系列法人の「通所介護」「訪問介護」がそれぞれ40%前後と多い。GH(加算無)では「併設・隣接施設・事業所はない」が27.4%で最も多い。GH(加算有)では同一・系列法人の「居宅介護支援事業所」39.2%が最も多く、「通所介護」34.6%、「デイケア」24.8%、「介護老人保健施設」22.9%、「訪問リハビリテーション」21.6%等、様々な同一・系列法人の医療・介護施設・事業所が併設または隣接していると回答している。

図表 2-14 問 2-2).併設・隣接している医療・介護施設・事業所は同一・系列法人か (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
病院	5.9	8.0	3.4	2.2	4.0	18.3	3.6
一般診療所(有床)	1.7	2.7	1.7	1.1	2.2	3.3	0.0
一般診療所(無床)	5.6	12.5	6.8	1.5	4.8	9.8	3.6
介護老人保健施設	7.1	8.9	1.7	3.4	2.6	22.9	7.1
定期巡回・随時対応型訪問 介護看護	3.2	1.8	1.7	2.6	5.3	3.9	2.4
訪問看護ステーション	11.0	14.3	3.4	12.4	11.9	16.3	6.0
訪問リハビリテーション	6.2	8.9	2.5	3.0	4.0	21.6	1.2
小規模多機能型居宅介護	11.0	4.5	2.5	7.5	8.8	20.9	20.8
看護小規模多機能型居宅介 護	2.0	1.8	0.8	0.7	2.6	2.6	3.6
通所介護	34.5	25.9	22.9	44.9	42.7	34.6	20.8
デイケア	9.1	16.1	2.5	5.6	6.2	24.8	4.2
居宅介護支援事業所	25.4	30.4	13.6	26.2	23.3	39.2	19.0
訪問介護	27.3	21.4	10.2	43.1	39.6	17.6	10.1
併設・隣接施設・事業所はな い	22.5	33.0	49.2	15.7	12.8	15.0	27.4
介護医療院・介護療養型医 療施設	1.1	0.9	1.7	1.1	0.4	2.6	0.6
その他	12.2	17.9	8.5	9.7	9.7	13.1	17.3
無回答	10.0	8.9	15.3	7.9	8.8	9.8	12.5

③ 併設・隣接している医療・介護施設・事業所との連携

併設・隣接している医療・介護施設・事業所との連携をみると、住宅種類、加算の有無によって「日常的に連携している」の割合に差がみられる。非特定(サ高住)79.7%、非特定(有老)77.5%、GH(加算有)72.5%が70%以上で高く、次いで、GH(加算無)58.3%、特定(加算有)54.5%、特定(加算無)35.6%の順である。

図表 2-15 問 2-3).併設・隣接している医療・介護施設・事業所との連携 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
日常的に連携している	67.0	54.5	35.6	77.5	79.7	72.5	58.3
緊急時は連携している	4.6	7.1	6.8	4.1	1.8	3.9	6.5
連携していない	11.2	12.5	23.7	9.0	9.7	4.6	13.1
どちらともいえない	3.6	7.1	4.2	2.6	1.3	4.6	4.8
無回答	13.6	18.8	29.7	6.7	7.5	14.4	17.3

(3) 住宅への入居要件、要介護度等について

① 要介護認定に関する入居時要件の原則

要介護認定に関する入居時要件の原則をみると、GH(加算有)とGH(加算無)では「要支援2以上・要介護のみ」が80%以上と突出している。他の4つの住宅種類では「要支援1以上・要介護のみ」「入居時の要件なし」「要介護のみ」など、様々である。

図表 2-16 問 3-1).要介護認定に関する入居時要件の原則 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
自立のみ	0.4	0.0	0.0	1.5	0.0	0.0	0.0
自立・要支援のみ	1.1	0.0	0.0	1.5	3.1	0.0	0.0
要支援1以上・要介護のみ	21.8	50.0	33.9	21.0	26.9	4.6	4.8
要支援2以上・要介護のみ	27.6	0.9	0.8	5.2	2.2	84.3	82.1
要介護のみ	19.1	10.7	17.8	38.2	15.0	8.5	10.7
入居時の要件なし	27.1	37.5	41.5	29.6	47.6	1.3	1.8
無回答	3.0	0.9	5.9	3.0	5.3	1.3	0.6

② 入居者の要介護度

住宅種類別の入居者の要介護度別の件数と平均値(人数)については、下記のとおりである。

図表 2-17 問 3-2).入居者の要介護度 住宅種類別(6種)の件数・平均値人数

	問3-2)要 介護度.要 支援1	問3-2)要 介護度.要 支援2	問3-2)要 介護度.要 介護1	問3-2)要 介護度.要 介護2	問3-2)要 介護度.要 介護3	問3-2)要 介護度.要 介護4	問3-2)要 介護度.要 介護5	問3-2)要 介護度.申 請中	問3-2)要 介護度.自 立	問3-2)要 介護度.不 明
合計	616	648	936	961	959	920	849	449	501	420
特定(加算有)	94	97	105	107	107	107	102	68	72	57
特定(加算無)	97	98	110	109	110	109	106	67	71	60
非特定(有老)	126	136	221	231	235	227	213	88	101	81
非特定(サ高住)	159	164	208	212	201	189	176	104	137	103
GH(加算有)	72	76	139	141	148	138	125	67	64	63
GH(加算無)	68	77	153	161	158	150	127	55	56	56
合計	1.8	1.9	6.3	6.0	5.1	4.7	3.3	0.1	4.0	0.1
特定(加算有)	3.1	3.4	10.0	9.2	7.1	7.7	4.9	0.3	3.2	0.0
特定(加算無)	3.0	2.6	10.1	8.7	7.5	7.9	4.9	0.2	5.1	0.0
非特定(有老)	1.2	1.3	5.1	5.4	5.0	4.8	3.7	0.1	7.2	0.1
非特定(サ高住)	2.3	2.5	7.3	6.3	4.7	4.2	2.6	0.2	4.9	0.3
GH(加算有)	0.0	0.2	3.7	4.2	3.9	3.1	1.9	0.0	0.2	0.0
GH(加算無)	0.0	0.2	3.7	4.0	4.0	2.4	2.1	0.0	0.0	0.0

図表 2-18 問 3-2).入居者の要介護度別の割合

件数	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
要介護度.要支援1	616	94	97	126	159	72	68
要介護度.要支援2	648	97	98	136	164	76	77
要介護度.要介護1	936	105	110	221	208	139	153
要介護度.要介護2	961	107	109	231	212	141	161
要介護度.要介護3	959	107	110	235	201	148	158
要介護度.要介護4	920	107	109	227	189	138	150
要介護度.要介護5	849	102	106	213	176	125	127
要介護度.申請中	449	68	67	88	104	67	55
要介護度.自立	501	72	71	101	137	64	56
要介護度.不明	420	57	60	81	103	63	56

平均(人)	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
要介護度.要支援1	1.8	3.1	3.0	1.2	2.3	0.0	0.0
要介護度.要支援2	1.9	3.4	2.6	1.3	2.5	0.2	0.2
要介護度.要介護1	6.3	10.0	10.1	5.1	7.3	3.7	3.7
要介護度.要介護2	6.0	9.2	8.7	5.4	6.3	4.2	4.0
要介護度.要介護3	5.1	7.1	7.5	5.0	4.7	3.9	4.0
要介護度.要介護4	4.7	7.7	7.9	4.8	4.2	3.1	2.4
要介護度.要介護5	3.3	4.9	4.9	3.7	2.6	1.9	2.1
要介護度.申請中	0.1	0.3	0.2	0.1	0.2	0.0	0.0
要介護度.自立	4.0	3.2	5.1	7.2	4.9	0.2	0.0
要介護度.不明	0.1	0.0	0.0	0.1	0.3	0.0	0.0

③ 障害高齢者の日常生活自立度

住宅種類別の入居者の障害高齢者の日常生活自立度の件数と平均値(人数)については、下記のとおりである。

図表 2-19 問 3-3).障害高齢者の日常生活自立度 住宅種類別(6種)の件数・平均値

	問3-3)障害高齢者の日常生活自立度.自立	問3-3)障害高齢者の日常生活自立度.J1	問3-3)障害高齢者の日常生活自立度.J2	問3-3)障害高齢者の日常生活自立度.A1	問3-3)障害高齢者の日常生活自立度.A2	問3-3)障害高齢者の日常生活自立度.B1	問3-3)障害高齢者の日常生活自立度.B2	問3-3)障害高齢者の日常生活自立度.C1	問3-3)障害高齢者の日常生活自立度.C2	問3-3)障害高齢者の日常生活自立度.不明
合計	443	465	537	644	660	627	607	492	482	432
特定(加算有)	69	72	75	85	86	85	83	72	75	52
特定(加算無)	63	65	69	77	80	81	79	71	72	57
非特定(有老)	92	94	114	134	135	134	125	100	97	100
非特定(サ高住)	98	98	111	117	113	111	107	90	90	98
GH(加算有)	64	71	85	112	121	109	107	79	81	69
GH(加算無)	57	65	83	119	125	107	106	80	67	56
合計	2.5	1.5	2.5	5.8	6.2	3.8	4.1	1.5	1.7	6.8
特定(加算有)	3.4	1.9	3.7	7.9	10.9	6.3	7.4	1.8	2.7	2.8
特定(加算無)	4.1	2.1	2.8	8.8	9.2	6.2	7.2	2.7	2.8	7.0
非特定(有老)	2.5	1.5	2.4	4.4	5.3	3.7	3.9	1.6	1.9	8.4
非特定(サ高住)	3.7	2.2	3.4	5.4	4.9	2.8	2.3	1.4	1.3	14.6
GH(加算有)	0.3	0.4	1.2	5.1	4.5	2.7	2.9	0.6	0.7	1.1
GH(加算無)	0.3	0.7	1.6	5.0	5.0	2.2	2.3	0.7	0.7	1.1

図表 2-20 問 3-3).障害高齢者の日常生活自立度別の割合

件数	合計	住宅種類別(6種)					
		特定(加算有)	特定(加算無)	非特定(有老)	非特定(サ高住)	GH(加算有)	GH(加算無)
障害高齢者の日常生活自立度.自立	443	69	63	92	98	64	57
障害高齢者の日常生活自立度.J1	465	72	65	94	98	71	65
障害高齢者の日常生活自立度.J2	537	75	69	114	111	85	83
障害高齢者の日常生活自立度.A1	644	85	77	134	117	112	119
障害高齢者の日常生活自立度.A2	660	86	80	135	113	121	125
障害高齢者の日常生活自立度.B1	627	85	81	134	111	109	107
障害高齢者の日常生活自立度.B2	607	83	79	125	107	107	106
障害高齢者の日常生活自立度.C1	492	72	71	100	90	79	80
障害高齢者の日常生活自立度.C2	482	75	72	97	90	81	67
障害高齢者の日常生活自立度.不明	432	52	57	100	98	69	56

平均(人)	合計	住宅種類別(6種)					
		特定(加算有)	特定(加算無)	非特定(有老)	非特定(サ高住)	GH(加算有)	GH(加算無)
障害高齢者の日常生活自立度.自立	2.5	3.4	4.1	2.5	3.7	0.3	0.3
障害高齢者の日常生活自立度.J1	1.5	1.9	2.1	1.5	2.2	0.4	0.7
障害高齢者の日常生活自立度.J2	2.5	3.7	2.8	2.4	3.4	1.2	1.6
障害高齢者の日常生活自立度.A1	5.8	7.9	8.8	4.4	5.4	5.1	5.0
障害高齢者の日常生活自立度.A2	6.2	10.9	9.2	5.3	4.9	4.5	5.0
障害高齢者の日常生活自立度.B1	3.8	6.3	6.2	3.7	2.8	2.7	2.2
障害高齢者の日常生活自立度.B2	4.1	7.4	7.2	3.9	2.3	2.9	2.3
障害高齢者の日常生活自立度.C1	1.5	1.8	2.7	1.6	1.4	0.6	0.7
障害高齢者の日常生活自立度.C2	1.7	2.7	2.8	1.9	1.3	0.7	0.7
障害高齢者の日常生活自立度.不明	6.8	2.8	7.0	8.4	14.6	1.1	1.1

④ 認知症高齢者の日常生活自立度

住宅種類別の入居者の認知症高齢者の日常生活自立度別の件数と平均値(人数)については、下記のとおりである。

図表 2-21 問 3-4).認知症高齢者の日常生活自立度 住宅種類別(6種)の件数・平均値

	問3-4)認知症高齢者の日常生活自立度.自立	問3-4)認知症高齢者の日常生活自立度.Ⅰ	問3-4)認知症高齢者の日常生活自立度.Ⅱa	問3-4)認知症高齢者の日常生活自立度.Ⅱb	問3-4)認知症高齢者の日常生活自立度.Ⅲa	問3-4)認知症高齢者の日常生活自立度.Ⅲb	問3-4)認知症高齢者の日常生活自立度.Ⅳ	問3-4)認知症高齢者の日常生活自立度.Ⅴ	問3-4)認知症高齢者の日常生活自立度.不明
合計	484	559	630	696	705	626	614	449	450
特定(加算有)	76	86	82	88	86	83	82	62	56
特定(加算無)	71	75	80	81	80	76	75	62	62
非特定(有老)	106	117	145	144	145	127	116	83	103
非特定(サ高住)	113	122	124	132	126	105	106	89	100
GH(加算有)	65	83	98	121	130	118	119	80	70
GH(加算無)	53	76	101	130	138	117	116	73	59
合計	3.7	3.5	3.7	6.3	6.1	3.0	2.9	1.0	6.0
特定(加算有)	5.8	6.3	5.7	11.2	9.2	4.4	4.1	0.9	2.9
特定(加算無)	5.7	5.6	5.2	10.3	8.9	3.7	4.7	1.4	5.8
非特定(有老)	2.6	3.1	3.9	5.6	5.1	2.6	2.9	1.2	7.8
非特定(サ高住)	5.7	4.1	4.3	5.2	4.3	2.5	2.2	1.1	12.5
GH(加算有)	0.1	0.8	1.5	4.1	5.9	2.6	2.4	0.7	0.9
GH(加算無)	0.1	0.7	1.9	4.5	5.2	2.6	2.3	0.7	0.9

図表 2-22 問 3-4).認知症高齢者の日常生活自立度の割合

件数	合計	住宅種類別(6種)					
		特定(加算有)	特定(加算無)	非特定(有老)	非特定(サ高住)	GH(加算有)	GH(加算無)
認知症高齢者の日常生活自立度.自立	484	76	71	106	113	65	53
認知症高齢者の日常生活自立度.Ⅰ	559	86	75	117	122	83	76
認知症高齢者の日常生活自立度.Ⅱa	630	82	80	145	124	98	101
認知症高齢者の日常生活自立度.Ⅱb	696	88	81	144	132	121	130
認知症高齢者の日常生活自立度.Ⅲa	705	86	80	145	126	130	138
認知症高齢者の日常生活自立度.Ⅲb	626	83	76	127	105	118	117
認知症高齢者の日常生活自立度.Ⅳ	614	82	75	116	106	119	116
認知症高齢者の日常生活自立度.Ⅴ	449	62	62	83	89	80	73
認知症高齢者の日常生活自立度.不明	450	56	62	103	100	70	59

平均(人)	合計	住宅種類別(6種)					
		特定(加算有)	特定(加算無)	非特定(有老)	非特定(サ高住)	GH(加算有)	GH(加算無)
認知症高齢者の日常生活自立度.自立	3.7	5.8	5.7	2.6	5.7	0.1	0.1
認知症高齢者の日常生活自立度.Ⅰ	3.5	6.3	5.6	3.1	4.1	0.8	0.7
認知症高齢者の日常生活自立度.Ⅱa	3.7	5.7	5.2	3.9	4.3	1.5	1.9
認知症高齢者の日常生活自立度.Ⅱb	6.3	11.2	10.3	5.6	5.2	4.1	4.5
認知症高齢者の日常生活自立度.Ⅲa	6.1	9.2	8.9	5.1	4.3	5.9	5.2
認知症高齢者の日常生活自立度.Ⅲb	3.0	4.4	3.7	2.6	2.5	2.6	2.6
認知症高齢者の日常生活自立度.Ⅳ	2.9	4.1	4.7	2.9	2.2	2.4	2.3
認知症高齢者の日常生活自立度.Ⅴ	1.0	0.9	1.4	1.2	1.1	0.7	0.7
認知症高齢者の日常生活自立度.不明	6.0	2.9	5.8	7.8	12.5	0.9	0.9

(4) 2021年9月30日時点での介護を必要とする原因の主傷病別の人数

① 入居者のうち介護を必要としている人 住宅種類別(6種)件数・平均値

住宅種類別の入居者のうち介護を必要としている人、および介護を必要とする原因の主傷病別の件数・平均値(人数)については、下記のとおりである。

合計で見ると、主傷病については「認知症」が15.0人と最も多く、次いで「心疾患」2.8人、「脳血管疾患」2.7人、「老衰」1.3人、「悪性腫瘍」0.8人、「神経難病」0.7人、「肺炎」0.4人の順である。

図表 2-23 問4. 住宅種類別の入居者のうち介護を必要としている人・傷病別の件数・人数の平均値

	問4.介護を必要としている人数	問4-1.悪性腫瘍	問4-2.脳血管疾患	問4-3.肺炎	問4-4.神経難病	問4-5.心疾患	問4-6.老衰	問4-7.認知症	問4-8.その他
合計	921	948	948	948	948	948	948	948	948
特定(加算有)	97	107	107	107	107	107	107	107	107
特定(加算無)	99	94	94	94	94	94	94	94	94
非特定(有老)	232	241	241	241	241	241	241	241	241
非特定(サ高住)	188	192	192	192	192	192	192	192	192
GH(加算有)	150	149	149	149	149	149	149	149	149
GH(加算無)	155	165	165	165	165	165	165	165	165
合計	24.1	0.8	2.7	0.4	0.7	2.8	1.3	15.0	4.2
特定(加算有)	42.3	1.6	5.3	0.9	1.3	5.9	2.7	17.9	9.5
特定(加算無)	40.5	2.2	5.1	1.1	1.6	5.5	1.8	22.2	9.1
非特定(有老)	20.9	0.7	2.9	0.5	0.6	2.9	1.1	12.2	3.9
非特定(サ高住)	24.1	0.8	3.0	0.4	0.8	2.4	1.7	12.8	4.8
GH(加算有)	16.0	0.3	1.0	0.2	0.2	1.1	0.5	15.8	0.8
GH(加算無)	15.1	0.2	0.8	0.1	0.1	1.0	0.5	15.1	0.8

② 入居者のうち介護を必要としている人の有無

入居者のうち介護を必要としている人の有無をみると、「いない」の割合は非特定(サ高住)6.2%、非特定(有老)3.7%、特定(加算無)1.7%、GH(加算有)0.7%、GH(加算無)0.6%、特定(加算有)0.0%の順である。高齢者住宅は「介護を必要とする人の住まい」であることがうかがえる。

図表 2-24 問4.入居者のうち介護を必要としている人の有無(単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定(加算有)	特定(加算無)	非特定(有老)	非特定(サ高住)	GH(加算有)	GH(加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
いる	95.2	97.3	89.0	95.1	92.1	99.3	98.8
いない	2.7	0.0	1.7	3.7	6.2	0.7	0.6
無回答	2.1	2.7	9.3	1.1	1.8	0.0	0.6

③ 介護を必要としている人数

介護を必要としている人数については、下記のとおりである。

図表 2-25 問 4.介護を必要としている人数

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	955	102	102	245	199	150	157
1人	0.5	0.0	0.0	1.6	0.5	0.0	0.0
2~4人	2.0	0.0	0.0	3.7	3.5	0.7	1.3
5~9人	16.8	1.0	3.9	18.8	10.6	28.0	29.3
10~19人	34.3	6.9	6.9	28.2	27.1	62.0	62.4
20~29人	17.9	25.5	19.6	20.4	26.6	8.7	5.7
30~39人	10.5	22.5	21.6	11.0	13.6	0.7	0.0
40~49人	7.5	14.7	21.6	8.2	7.5	0.0	0.0
50~59人	4.2	10.8	13.7	3.3	3.5	0.0	0.0
60~69人	1.7	5.9	5.9	0.4	1.5	0.0	0.0
70人以上	2.0	7.8	5.9	0.8	1.5	0.0	0.0
無回答	2.6	4.9	1.0	3.7	4.0	0.0	1.3

(5) 2021年9月30日時点での看取り期の入居者の有無と人数、看取り期の人の傷病

① 看取り期の入居者 住宅種類別(6種)件数・平均値

看取り期の入居者数をみると、合計の平均値は2.7人で、特定(加算無)3.6人、特定(加算有)と非特定(有老)がそれぞれ3.0人、非特定(サ高住)2.5人、GH(加算有)2.0人、GH(加算無)1.3人の順である。いずれの住宅種類にも看取り期の入居者がいる。

看取り期の入居者の傷病をみると、合計の平均値は「老衰」が1.1人で最も多く、「認知症」0.8%、「悪性腫瘍」0.5人、「心疾患」0.4人、「脳血管疾患」0.2人、「肺炎」「神経難病」がそれぞれ0.1人である。高齢者住宅の入居者の看取りにおいては、「老衰」「認知症」が多いことがうかがえる。

図表 2-26 問 5.看取り期の入居者 住宅種類別(6種)・傷病別(複数回答)の件数・平均値

	問5.看取り 期の入居者 人数	問5-1.悪性 腫瘍	問5-2.脳血 管疾患	問5-3.肺炎	問5-4.神経 難病	問5-5.心疾 患	問5-6.老衰	問5-7.認知 症	問5-8.その 他
合計	321	333	333	333	333	333	333	333	333
特定(加算有)	51	54	54	54	54	54	54	54	54
特定(加算無)	59	62	62	62	62	62	62	62	62
非特定(有老)	67	70	70	70	70	70	70	70	70
非特定(サ高住)	61	64	64	64	64	64	64	64	64
GH(加算有)	42	42	42	42	42	42	42	42	42
GH(加算無)	41	41	41	41	41	41	41	41	41
合計	2.7	0.5	0.2	0.1	0.1	0.4	1.1	0.8	0.4
特定(加算有)	3.0	0.4	0.4	0.2	0.0	0.7	1.3	0.8	0.3
特定(加算無)	3.6	0.4	0.2	0.2	0.3	0.6	1.8	1.2	0.5
非特定(有老)	3.0	0.5	0.2	0.1	0.1	0.3	1.0	0.6	0.6
非特定(サ高住)	2.5	1.1	0.2	0.1	0.1	0.2	1.0	0.4	0.2
GH(加算有)	2.0	0.2	0.1	0.0	0.0	0.3	0.9	1.7	0.2
GH(加算無)	1.3	0.2	0.0	0.0	0.0	0.1	0.7	0.6	0.1

② 看取り期の入居者の有無

看取り期の入居者の有無をみると、「いる」の割合は、特定(加算無)52.5%、特定(加算有)48.2%、非特定(サ高住)28.2%、GH(加算有)28.1%、非特定(有老)27.0%、GH(加算無)25.0%の順である。

図表 2-27 問 5.看取り期の入居者の有無 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
いる	32.2	48.2	52.5	27.0	28.2	28.1	25.0
いない	65.7	50.0	43.2	71.9	69.6	69.9	73.2
無回答	2.0	1.8	4.2	1.1	2.2	2.0	1.8

③ 看取り期の入居者人数

看取り期の入居者人数をみると、いずれの住宅種類でも「1人」が最も多く、GH(加算無)75.0%、GH(加算有)47.6%、非特定(サ高住)49.2%、非特定(有老)45.8%、特定(加算無)41.0%、特定(加算有)36.5%の順である。

図表 2-28 問 5.看取り期の入居者人数

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	330	52	61	72	63	42	40
0人	1.8	0.0	1.6	5.6	1.6	0.0	0.0
1人	47.9	36.5	41.0	45.8	49.2	47.6	75.0
2人	22.1	26.9	21.3	15.3	22.2	31.0	20.0
3人	11.2	11.5	13.1	13.9	7.9	14.3	5.0
4人	4.5	5.8	6.6	4.2	6.3	2.4	0.0
5人以上	10.9	17.3	14.8	12.5	11.1	4.8	0.0
無回答	1.5	1.9	1.6	2.8	1.6	0.0	0.0

(6) 要介護4・5に対応可能なバリアフリー化の有無

① トイレ

トイレのバリアフリー化については、いずれの住宅種類でも「対応できている」が最も多く、GH(加算有)以外は90%以上である。

図表 2-29 問 6-1.トイレ (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
対応できている	91.0	95.5	94.1	90.6	91.2	85.0	91.7
対応できていない	3.5	0.9	1.7	5.2	3.5	4.6	3.0
どちらともいえない	4.5	2.7	1.7	3.7	4.0	9.8	4.8
無回答	1.0	0.9	2.5	0.4	1.3	0.7	0.6

② 風呂

風呂のバリアフリー化については、いずれの住宅種類でも「対応できている」が最も多く、特定(加算有)92.9%、特定(加算無)87.3%、非特定(サ高住)73.6%、非特定(有老)69.7%、GH(加算無)48.8%、GH(加算有)45.1%の順である。風呂のバリアフリー化にはばらつきがあり、GHが40%台と低い。

図表 2-30 問 6-2.風呂 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
対応できている	68.0	92.9	87.3	69.7	73.6	45.1	48.8
対応できていない	19.0	2.7	5.9	19.1	11.0	31.4	38.7
どちらともいえない	12.0	3.6	5.1	10.5	14.1	22.9	11.9
無回答	1.0	0.9	1.7	0.7	1.3	0.7	0.6

③ 車いすが通れる空間

車いすが通れる空間については、いずれの住宅種類でも「対応できている」が90%以上である。

図表 2-31 問 6-3.車いすが通れる空間 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
対応できている	95.4	97.3	97.5	93.6	94.7	94.1	97.6
対応できていない	1.7	0.9	0.0	2.6	1.8	2.0	1.8
どちらともいえない	2.1	0.9	0.8	3.4	2.2	3.9	0.0
無回答	0.8	0.9	1.7	0.4	1.3	0.0	0.6

④ 室内の段差の解消

室内の段差の解消については、いずれの住宅種類でも「対応できている」が90%以上である。

図表 2-32 問 6-4.室内の段差の解消（単一回答）

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
対応できている	96.2	95.5	97.5	93.6	95.6	98.7	98.2
対応できていない	1.6	1.8	0.0	4.1	0.9	0.7	0.6
どちらともいえない	1.3	1.8	0.8	1.9	2.2	0.0	0.6
無回答	0.9	0.9	1.7	0.4	1.3	0.7	0.6

⑤ 屋外の段差の解消

屋外の段差の解消については、いずれの住宅種類でも「対応できている」が最も多く、特定(加算有)92.9%、非特定(サ高住)90.3%、特定(加算無)86.4%、非特定(有老)86.1%、GH(加算有)83.7%、GH(加算無)80.4%の順である。

図表 2-33 問 6-5.屋外の段差の解消（単一回答）

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
対応できている	86.5	92.9	86.4	86.1	90.3	83.7	80.4
対応できていない	7.0	2.7	4.2	9.0	3.1	9.8	11.3
どちらともいえない	5.4	2.7	7.6	4.1	4.8	5.9	7.7
無回答	1.1	1.8	1.7	0.7	1.8	0.7	0.6

⑥ エレベーターの設置

エレベーターの設置については、いずれの住宅種類でも「対応できている」が最も多く、特定(加算有)92.9%、特定(加算無)90.7%、非特定(サ高住)89.4%、非特定(有老)64.0%、GH(加算無)59.5%、GH(加算有)56.2%である。住宅種類別にはばらつきがあり、GHが50%台と低い。

図表 2-34 問 6-6.エレベーターの設置（単一回答）

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
対応できている	73.8	92.9	90.7	64.0	89.4	56.2	59.5
対応できていない	15.0	1.8	2.5	23.2	3.1	26.8	25.0
どちらともいえない	6.1	2.7	4.2	7.1	3.5	11.1	7.1
無回答	5.1	2.7	2.5	5.6	4.0	5.9	8.3

(7) 高齢者住宅の人員体制について

① 兼務を含む職員数

兼務を含む職員数の平均値をみると、合計では6.8人で、特定(加算無)10.9人、特定(加算有)10.0人、GH(加算無)6.6人、GH(加算有)6.2人、非特定(サ高住)5.6人、非特定(有老)5.3人の順である。

いずれの住宅種類でも「6人以上」が最も多く、特定(加算無)68.6%、特定(加算有)67.9%、GH(加算無)51.8%、GH(加算有)45.1%、非特定(有老)33.0%、非特定(サ高住)30.0%の順である。

図表 2-35 問 7-1).兼務を含む職員数 住宅種類別(6種)の件数・平均値

	問7-1).兼務を含む職員数	問7-1).うち他事業所との兼務者の数	問7-2).夜勤	問7-2).宿直	問7-3)②-1-1.人員基準の看護職員数	問7-3)②-1-2.実際に配置している看護職員数
合計	971	812	996	883	323	334
特定(加算有)	105	88	109	98	87	90
特定(加算無)	103	90	114	101	94	96
非特定(有老)	249	208	250	213	0	3
非特定(サ高住)	213	168	211	189	0	1
GH(加算有)	144	127	149	138	67	69
GH(加算無)	157	131	163	144	75	75
合計	6.8	1.3	1.6	0.3	1.3	1.9
特定(加算有)	10.0	0.4	2.3	0.4	1.9	2.9
特定(加算無)	10.9	0.3	2.3	0.3	1.9	2.8
非特定(有老)	5.3	2.5	1.3	0.4		1.7
非特定(サ高住)	5.6	2.4	1.0	0.4		0.5
GH(加算有)	6.2	0.3	1.8	0.1	0.4	0.6
GH(加算無)	6.6	0.4	1.8	0.1	0.5	0.7

図表 2-36 問 7-1).兼務を含む職員数

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定(加算有)	特定(加算無)	非特定(有老)	非特定(サ高住)	GH(加算有)	GH(加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
1人未満	0.9	1.8	1.7	0.7	0.4	1.3	0.0
1~2人未満	10.4	14.3	7.6	16.5	11.0	6.5	3.0
2~3人未満	6.7	2.7	0.8	9.7	14.1	0.7	4.2
3~4人未満	13.4	2.7	2.5	13.5	11.5	21.6	23.2
4~5人未満	9.1	1.8	2.5	9.4	15.0	12.4	7.1
5~6人未満	7.6	3.6	4.2	10.9	11.5	6.5	3.0
6人以上	44.9	67.9	68.6	33.0	30.0	45.1	51.8
無回答	7.1	5.4	11.9	6.4	6.6	5.9	7.7

② うち他事業所との兼務者の数

他事業所との兼務者の数をみると、いずれの住宅種類でも「1人未満(0人)」が最も多く、GH(加算有)70.6%、特定(加算無)69.5%、特定(加算有)68.8%、GH(加算無)66.1%、非特定(サ高住)31.3%、非特定(有老)27.0%の順である。兼務者はいない住宅が多い。

図表 2-37 問 7-1).うち他事業所との兼務者の数

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
1人未満	49.9	68.8	69.5	27.0	31.3	70.6	66.1
1~2人未満	9.6	2.7	4.2	14.6	12.8	8.5	6.5
2~3人未満	4.6	1.8	1.7	9.0	6.6	0.7	2.4
3~4人未満	4.0	1.8	0.0	7.9	5.7	2.6	1.2
4~5人未満	2.3	1.8	0.0	4.9	4.0	0.0	0.0
5~6人未満	1.7	0.0	0.0	3.4	3.1	1.3	0.0
6人以上	5.9	1.8	2.5	11.2	10.1	0.7	1.8
無回答	22.0	21.4	22.0	22.1	26.4	15.7	22.0

③ 夜間(深夜帯)の職員配置数

夜間(深夜帯)の職員配置数をみると、非特定(有老)と非特定(サ高住)では「1~2人未満」が50%以上で最も多く、特定(加算有)、特定(加算無)、GH(加算有)、GH(加算無)では「2~3人未満」が48%以上で最も多い。

図表 2-38 問 7-2).夜間(深夜帯)の職員配置数

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
1人未満	8.7	1.8	0.0	13.5	23.3	0.0	0.0
1~2人未満	40.8	19.6	13.6	55.4	53.7	35.9	37.5
2~3人未満	34.1	48.2	51.7	18.4	12.3	51.0	51.2
3~4人未満	7.0	14.3	22.0	3.0	0.9	7.8	5.4
4~5人未満	2.6	8.0	6.8	1.5	1.3	1.3	0.6
5~6人未満	0.9	3.6	1.7	0.7	0.4	0.0	0.0
6人以上	1.3	1.8	0.8	1.1	0.9	1.3	2.4
無回答	4.7	2.7	3.4	6.4	7.0	2.6	3.0

④ 宿直

宿直については、いずれの住宅種類でも「1人未満(0人)」が最も多く、特定(加算有)、特定(加算無)64%以上、非特定(有老)、非特定(サ高住)53%以上、GH(加算有)、GH(加算無)79%以上である。宿直は配置していない住宅が多いことがうかがえる。

図表 2-39 問 7-2).宿直

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
1人未満	65.3	64.3	66.1	54.3	53.7	85.6	79.8
1~2人未満	16.6	14.3	16.9	22.8	27.8	3.9	4.2
2~3人未満	2.1	5.4	1.7	2.2	1.8	0.7	1.8
3~4人未満	0.5	3.6	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0
4~5人未満	0.1	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0
5~6人未満	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
6人以上	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
無回答	15.5	12.5	14.4	20.2	16.7	9.8	14.3

⑤ 「勤務している」と回答した住宅の件数と割合

「勤務している」と回答した住宅の件数と割合をみると、いずれの住宅種類でも昼夜曜日を問わず「介護福祉士」が最も多い。「看護職員」が勤務している割合は、合計では平日日中が 29.6%で最も高く、平日夜間は 6.4%と低い。

図表 2-40 問 7-3).「勤務している」と回答した住宅の件数と割合

合計：件数	平日		土曜日		日曜日	
	日中)	夜間)	日中)	夜間)	日中)	夜間)
① 介護職員	792	751	780	743	776	740
a. うち介護福祉士	653	473	620	457	610	456
b. うち研修を受け、たんの吸引等の医療処置ができる介護職員	113	67	86	65	87	65
② 看護職員	309	67	271	65	252	66
a. うち常勤の看護師	254	36	212	37	198	37
b. うち常勤の准看護師	142	18	126	17	111	18
c. うち非常勤の看護師	166	21	114	19	94	20
d. うち非常勤の准看護師	86	15	67	14	65	13
e. うち派遣社員の看護師・准看護師	20	6	17	8	15	8
f. うち夜勤専従の看護師・准看護師	5	16	6	18	5	19

合計：回答数を母数とする割合	平日		土曜日		日曜日	
	日中)	夜間)	日中)	夜間)	日中)	夜間)
① 介護職員	75.8	71.9	74.6	71.1	74.3	70.8
a. うち介護福祉士	62.5	45.3	59.3	43.7	58.4	43.6
b. うち研修を受け、たんの吸引等の医療処置ができる介護職員	10.8	6.4	8.2	6.2	8.3	6.2
② 看護職員	29.6	6.4	25.9	6.2	24.1	6.3
a. うち常勤の看護師	24.3	3.4	20.3	3.5	18.9	3.5
b. うち常勤の准看護師	13.6	1.7	12.1	1.6	10.6	1.7
c. うち非常勤の看護師	15.9	2.0	10.9	1.8	9.0	1.9
d. うち非常勤の准看護師	8.2	1.4	6.4	1.3	6.2	1.2
e. うち派遣社員の看護師・准看護師	1.9	0.6	1.6	0.8	1.4	0.8
f. うち夜勤専従の看護師・准看護師	0.5	1.5	0.6	1.7	0.5	1.8

特定（加算有）：件数	平日		土曜日		日曜日	
	日中)	夜間)	日中)	夜間)	日中)	夜間)
① 介護職員	89	88	89	89	88	88
a. うち介護福祉士	90	79	90	79	88	80
b. うち研修を受け、たんの吸引等の医療処置ができる介護職員	19	17	18	16	18	16
② 看護職員	76	16	68	15	66	15
a. うち常勤の看護師	73	11	64	11	64	11
b. うち常勤の准看護師	37	5	32	6	33	6
c. うち非常勤の看護師	30	3	25	3	24	3
d. うち非常勤の准看護師	12	2	8	2	9	2
e. うち派遣社員の看護師・准看護師	5	1	5	2	4	2
f. うち夜勤専従の看護師・准看護師	2	2	2	3	2	3

特定（加算有）：回答数を母数とする割合	平日		土曜日		日曜日	
	日中)	夜間)	日中)	夜間)	日中)	夜間)
① 介護職員	79.5	78.6	79.5	79.5	78.6	78.6
a. うち介護福祉士	80.4	70.5	80.4	70.5	78.6	71.4
b. うち研修を受け、たんの吸引等の医療処置ができる介護職員	17.0	15.2	16.1	14.3	16.1	14.3
② 看護職員	67.9	14.3	60.7	13.4	58.9	13.4
a. うち常勤の看護師	65.2	9.8	57.1	9.8	57.1	9.8
b. うち常勤の准看護師	33.0	4.5	28.6	5.4	29.5	5.4
c. うち非常勤の看護師	26.8	2.7	22.3	2.7	21.4	2.7
d. うち非常勤の准看護師	10.7	1.8	7.1	1.8	8.0	1.8
e. うち派遣社員の看護師・准看護師	4.5	0.9	4.5	1.8	3.6	1.8
f. うち夜勤専従の看護師・准看護師	1.8	1.8	1.8	2.7	1.8	2.7

特定（加算無）：件数	平日		土曜日		日曜日	
	日中)	夜間)	日中)	夜間)	日中)	夜間)
① 介護職員	93	94	93	94	93	93
a. うち介護福祉士	76	64	76	64	76	62
b. うち研修を受け、たんの吸引等の医療処置ができる介護職員	19	11	15	11	15	12
② 看護職員	72	17	72	16	70	17
a. うち常勤の看護師	79	7	72	8	70	8
b. うち常勤の准看護師	32	3	31	2	31	4
c. うち非常勤の看護師	30	5	24	5	21	5
d. うち非常勤の准看護師	22	1	18	1	15	2
e. うち派遣社員の看護師・准看護師	9	2	9	2	9	2
f. うち夜勤専従の看護師・准看護師	1	3	1	4	1	4

特定（加算無）：回答数を母数とする割合	平日		土曜日		日曜日	
	日中)	夜間)	日中)	夜間)	日中)	夜間)
① 介護職員	78.8	79.7	78.8	79.7	78.8	78.8
a. うち介護福祉士	64.4	54.2	64.4	54.2	64.4	52.5
b. うち研修を受け、たんの吸引等の医療処置ができる介護職員	16.1	9.3	12.7	9.3	12.7	10.2
② 看護職員	61.0	14.4	61.0	13.6	59.3	14.4
a. うち常勤の看護師	66.9	5.9	61.0	6.8	59.3	6.8
b. うち常勤の准看護師	27.1	2.5	26.3	1.7	26.3	3.4
c. うち非常勤の看護師	25.4	4.2	20.3	4.2	17.8	4.2
d. うち非常勤の准看護師	18.6	0.8	15.3	0.8	12.7	1.7
e. うち派遣社員の看護師・准看護師	7.6	1.7	7.6	1.7	7.6	1.7
f. うち夜勤専従の看護師・准看護師	0.8	2.5	0.8	3.4	0.8	3.4

非特定（有老）：件数	平日		土曜日		日曜日	
	日中)	夜間)	日中)	夜間)	日中)	夜間)
① 介護職員	190	171	185	169	184	169
a. うち介護福祉士	143	88	129	83	129	83
b. うち研修を受け、たんの吸引等の医療処置ができる介護職員	16	13	13	12	14	12
② 看護職員	67	19	59	18	55	18
a. うち常勤の看護師	44	11	34	11	30	11
b. うち常勤の准看護師	32	6	28	5	22	5
c. うち非常勤の看護師	46	7	37	6	29	6
d. うち非常勤の准看護師	28	9	23	8	26	7
e. うち派遣社員の看護師・准看護師	2	1	0	1	0	1
f. うち夜勤専従の看護師・准看護師	1	8	2	8	1	8

非特定（有老）：回答数を母数とする割合	平日		土曜日		日曜日	
	日中)	夜間)	日中)	夜間)	日中)	夜間)
① 介護職員	71.2	64.0	69.3	63.3	68.9	63.3
a. うち介護福祉士	53.6	33.0	48.3	31.1	48.3	31.1
b. うち研修を受け、たんの吸引等の医療処置ができる介護職員	6.0	4.9	4.9	4.5	5.2	4.5
② 看護職員	25.1	7.1	22.1	6.7	20.6	6.7
a. うち常勤の看護師	16.5	4.1	12.7	4.1	11.2	4.1
b. うち常勤の准看護師	12.0	2.2	10.5	1.9	8.2	1.9
c. うち非常勤の看護師	17.2	2.6	13.9	2.2	10.9	2.2
d. うち非常勤の准看護師	10.5	3.4	8.6	3.0	9.7	2.6
e. うち派遣社員の看護師・准看護師	0.7	0.4	0.0	0.4	0.0	0.4
f. うち夜勤専従の看護師・准看護師	0.4	3.0	0.7	3.0	0.4	3.0

非特定（サ高住）：件数	平日		土曜日		日曜日	
	日中)	夜間)	日中)	夜間)	日中)	夜間)
① 介護職員	170	151	168	149	167	149
a. うち介護福祉士	125	72	118	67	111	68
b. うち研修を受け、たんの吸引等の医療処置ができる介護職員	18	10	13	10	13	10
② 看護職員	48	8	42	9	37	9
a. うち常勤の看護師	29	3	25	3	22	4
b. うち常勤の准看護師	27	2	22	2	15	1
c. うち非常勤の看護師	24	2	15	2	12	3
d. うち非常勤の准看護師	17	2	12	2	9	1
e. うち派遣社員の看護師・准看護師	2	1	2	1	1	1
f. うち夜勤専従の看護師・准看護師	1	2	1	2	1	3

非特定（サ高住）：回答数を母数とする割合	平日		土曜日		日曜日	
	日中)	夜間)	日中)	夜間)	日中)	夜間)
① 介護職員	74.9	66.5	74.0	65.6	73.6	65.6
a. うち介護福祉士	55.1	31.7	52.0	29.5	48.9	30.0
b. うち研修を受け、たんの吸引等の医療処置ができる介護職員	7.9	4.4	5.7	4.4	5.7	4.4
② 看護職員	21.1	3.5	18.5	4.0	16.3	4.0
a. うち常勤の看護師	12.8	1.3	11.0	1.3	9.7	1.8
b. うち常勤の准看護師	11.9	0.9	9.7	0.9	6.6	0.4
c. うち非常勤の看護師	10.6	0.9	6.6	0.9	5.3	1.3
d. うち非常勤の准看護師	7.5	0.9	5.3	0.9	4.0	0.4
e. うち派遣社員の看護師・准看護師	0.9	0.4	0.9	0.4	0.4	0.4
f. うち夜勤専従の看護師・准看護師	0.4	0.9	0.4	0.9	0.4	1.3

GH (加算有) : 件数	平日		土曜日		日曜日	
	日中)	夜間)	日中)	夜間)	日中)	夜間)
① 介護職員	128	125	127	124	126	123
a. うち介護福祉士	115	89	110	86	108	86
b. うち研修を受け、たんの吸引等の医療処置ができる介護職員	21	7	15	8	14	8
② 看護職員	27	1	16	1	13	1
a. うち常勤の看護師	14	1	9	1	7	1
b. うち常勤の准看護師	4	1	3	1	3	1
c. うち非常勤の看護師	18	2	7	2	5	2
d. うち非常勤の准看護師	2	0	2	0	2	0
e. うち派遣社員の看護師・准看護師	2	1	1	1	1	1
f. うち夜勤専従の看護師・准看護師	0	1	0	0	0	1

GH (加算有) : 回答数を母数とする割合	平日		土曜日		日曜日	
	日中)	夜間)	日中)	夜間)	日中)	夜間)
① 介護職員	83.7	81.7	83.0	81.0	82.4	80.4
a. うち介護福祉士	75.2	58.2	71.9	56.2	70.6	56.2
b. うち研修を受け、たんの吸引等の医療処置ができる介護職員	13.7	4.6	9.8	5.2	9.2	5.2
② 看護職員	17.6	0.7	10.5	0.7	8.5	0.7
a. うち常勤の看護師	9.2	0.7	5.9	0.7	4.6	0.7
b. うち常勤の准看護師	2.6	0.7	2.0	0.7	2.0	0.7
c. うち非常勤の看護師	11.8	1.3	4.6	1.3	3.3	1.3
d. うち非常勤の准看護師	1.3	0.0	1.3	0.0	1.3	0.0
e. うち派遣社員の看護師・准看護師	1.3	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7
f. うち夜勤専従の看護師・准看護師	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	0.7

GH (加算無) : 件数	平日		土曜日		日曜日	
	日中)	夜間)	日中)	夜間)	日中)	夜間)
① 介護職員	122	122	118	118	118	118
a. うち介護福祉士	104	81	97	78	98	77
b. うち研修を受け、たんの吸引等の医療処置ができる介護職員	20	9	12	8	13	7
② 看護職員	19	6	14	6	11	6
a. うち常勤の看護師	15	3	8	3	5	2
b. うち常勤の准看護師	10	1	10	1	7	1
c. うち非常勤の看護師	18	2	6	1	3	1
d. うち非常勤の准看護師	5	1	4	1	4	1
e. うち派遣社員の看護師・准看護師	0	0	0	1	0	1
f. うち夜勤専従の看護師・准看護師	0	0	0	1	0	0

GH (加算無) : 回答数を母数とする割合	平日		土曜日		日曜日	
	日中)	夜間)	日中)	夜間)	日中)	夜間)
① 介護職員	72.6	72.6	70.2	70.2	70.2	70.2
a. うち介護福祉士	61.9	48.2	57.7	46.4	58.3	45.8
b. うち研修を受け、たんの吸引等の医療処置ができる介護職員	11.9	5.4	7.1	4.8	7.7	4.2
② 看護職員	11.3	3.6	8.3	3.6	6.5	3.6
a. うち常勤の看護師	8.9	1.8	4.8	1.8	3.0	1.2
b. うち常勤の准看護師	6.0	0.6	6.0	0.6	4.2	0.6
c. うち非常勤の看護師	10.7	1.2	3.6	0.6	1.8	0.6
d. うち非常勤の准看護師	3.0	0.6	2.4	0.6	2.4	0.6
e. うち派遣社員の看護師・准看護師	0.0	0.0	0.0	0.6	0.0	0.6
f. うち夜勤専従の看護師・准看護師	0.0	0.0	0.0	0.6	0.0	0.0

⑥ 夜間等に容体が悪化した時の対応

夜間等に容体が悪化した時の対応については、特定(加算有)、特定(加算無)では「帰宅後や非勤務日・休暇中の住宅の看護職員がオンコールで対応(併設事業所との兼務を含む)」が60%以上で最も多く、非特定(有老)、非特定(サ高住)、GH(加算有)、GH(加算無)では「医療機関や訪問看護ステーション(併設・隣接以外)がオンコールで対応」が33%以上で最も多い。

図表 2-41 問 7-4).夜間等に容体が悪化した時の対応 (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
住宅専任の看護職員が夜勤・宿直で対応	5.3	10.7	11.9	6.4	3.5	1.3	1.2
併設事業所との兼務の夜勤・宿直の看護職員が対応	6.1	0.9	3.4	8.6	7.9	5.9	5.4
帰宅後や非勤務日・休暇中の住宅の看護職員がオンコールで対応(併設事業所との兼務を含む)	33.2	68.8	63.6	27.3	17.6	26.8	24.4
併設または隣接している医療機関や訪問看護ステーションがオンコールで対応	14.1	10.7	6.8	11.2	13.2	28.1	14.3
医療機関や訪問看護ステーション(併設・隣接以外)がオンコールで対応	36.4	25.0	24.6	39.3	40.1	33.3	45.2
看護職員・医師が対応できる体制はとっていない	7.0	0.9	0.8	8.6	11.9	4.6	8.3
その他	17.9	8.0	5.1	21.3	26.9	15.7	17.9
無回答	4.2	1.8	6.8	3.7	4.4	4.6	4.2

<その他:自由記述>

住宅 No.	回答
特定(加算有)	
1136	常時、看護師が常駐している。
1169	施設長へのオンコール対応。
1235	隣接する協力病院へ連絡し搬送。
1351	看護職員 オンコール対応。
1352	相談員。オンコール。
1372	法人に管理当直の看護師が1名おりオンコールで対応。
1379	オンコール Dr との連携。
1414	待機看護職員が連絡を受けて電話指示。必要時は施設へ出向き主治医や家族への連絡や救急搬送の手配をする。
1501	看護職員に連絡が入り、主治医へ報告後の対応。
特定(加算無)	
2081	施設長が対応する。
2223	帰宅後の管理者が往診医と対応。
2266	施設で基準を設けて、救急車を呼ぶ線引きを決めている。
2299	救急搬送などは生活相談員が対応。
2365	施設長にオンコールで対応。医師に連絡し指示をあおぐ。
2455	オンコール当番が行なっている。
非特定(有老)	
3001	介護職員がオンコールで対応。

3005	職員同伴での救急搬送。
3035	併設している小規模多機能の職員が対応。
3036	協力医療機関に確認する。
3049	救急対応。
3053	宿直職員が母体医療法人の医師・看護師に連絡。指示をもらって動く(管理者にも連絡)。
3060	救急車を要請。
3062	医療連携している医師、看護師にオンコール。
3071	緊急連絡網にて介護職員が対応する。
3074	救急車要請。
3085	往診
3114	専任の職員が対応。
3181	管理人が常駐し医療機関と連携。
3186	常駐している管理人が対応。
3188	管理人が常駐し医療機関と連携。
3228	緊急で医師に連絡する状況でなければ 119 番要請。 ※緊急対応表に従って職員が対応する。
3271	管理者がオンコールで対応。
3275	介護職員が医師に連絡。
3278	訪問医への連絡にての対応。
3283	119 番
3298	夜勤介護者が主治医に連絡対応。
3377	会社役員が対応。
3380	訪看と契約している方は訪看が対応。その他は介護職員が対応し救急搬送。
3391	病院へ緊急搬送、付添。
3392	公設消防へ救急車要請。
3394	夜勤の従業員が主治医に連絡。
3417	管理長→代表へ
3427	併設事業所の看護職員がオンコールで対応。
3433	主治医に報告。
3496	施設長へオンコールで対応。
3498	夜勤者が対応し何かあれば施設の長及び看護と連携。
3532	訪問介護ステーションがオンコールで対応。
3555	宿直が対応。
3573	住宅型の為、各ケアプランに位置づく訪問看護師を通じ主治医へTELする。
3577	協力病院あり。
3586	主治医に連絡。
3596	訪問診療所の医師を連絡、対応している。
3619	協力医療機関又は訪問診療医師へ相談。
3620	施設長が対応している。
3632	介護職員等が医療機関、家族への対応を行なう。
3633	併設事業所(小多機)の夜勤が対応。
3676	施設長(看護師)の自宅へ連絡。
3723	併設常勤職員が対応。
3724	家族様対応。
3755	救急車対応。
3758	当直の看護師も対応。
3767	兼務の介護職員(主任)対応。
3776	併設の医療機関の看護師に連絡。併設老健の介護職がオンコールで対応、救急搬送する。
3794	宿直より連絡。
3797	管理者がオンコールで対応。
3813	施設長が対応。
3817	宿直職員が救急車を手配と上司に連絡。
3842	救急車。
3843	救急車を呼ぶ。
3870	施設長へ連絡対応。
3888	家族対応。
非特定(サ高住)	
4033	後方支援病院への救急搬送。

4049	管理者又は看護職員が対応。必要時は家族へ連絡。
4055	家族へ連絡し家族同行にて救急搬送。
4061	救急車の手配。
4062	協力医療機関の医師に相談し対応(夜勤者)。
4079	緊急通報装置により提携警備会社に連絡及び対応。
4105	ご家族に連絡し、医療機関を受診。
4107	救急搬送、職員付き添い受診。
4128	管理者に電話し、管理者が対応。
4147	訪問併設のスタッフが対応。
4160	往診医コール対応。
4168	施設長へ Tel し指示を仰いでいる。
4200	併設訪問介護事業所のスタッフが対応。
4218	在宅診療所と契約していれば指示を仰ぐ。契約していない入居者は、救急搬送を頼む。
4219	救急搬送。
4236	往診医院に連絡し、相談、指示を受ける体制はとっている。
4258	救急搬送。
4260	救急車を呼び管理者へ連絡。
4278	個人で契約している医療機関や訪問看護へ連絡する。
4284	訪問医に連絡。救急搬送等。
4290	必要希望に応じて救急搬送。
4295	夜勤・宿直が対応。
4318	事前に決めている場合は、主治医や訪問看護、ご家族に確認し救急搬送。
4342	やまと 24 時間健康相談に相談。
4345	救急車の手配はするが、同乗等対応は家族が行なう。
4349	往診医が対応 24 時間
4369	ヘルパーがオンコール対応。
4382	主治医に Tel。緊急搬送。
4392	訪看、往診を契約している利用者はそこに依頼。
4418	管理者にオンコール。
4432	24 時間対応訪問看護ステーション 1 名のみ利用。
4434	急変時・管理者対応。
4455	職員が対応。オンコールで敷地内にある自宅の(理事長・看護師)
4477	救急搬送。
4478	宿直者が主治医に Tel→指示を仰ぐか急搬
4488	系列施設の看護師がオンコールにて対応。
4508	管理者に連絡し、電話対応か現場にかけつける対応。
4547	救急搬送。
4548	併設事業所との兼務の夜勤者の介護職員がかかりつけ医などの医療機関や救急に連絡する。
4560	家族対応もしくは施設職員が対応。
4636	担当主治医に連絡している。
4694	初任者研修以上の資格を持った者に連絡し指示を仰ぐ。
4700	介護職員が宿直をしており、医師とテレビ電話などで連絡をする。
4704	管理者、主任(介護職)で対応。
4716	救急車の手配。
4725	隣接している医療機関の医師が対応。
4771	宿直者対応及び医師(同一法人病院)による対応。
4781	部長が医療と連携をとって対応。
4794	夜勤者が救急車を呼び、家族に連絡。
4797	セコム対応。
4799	当直が併設の病院に連絡。
4805	宿直員
4831	家族
4833	責任者へ連絡を取り、対応を判断する。
4834	管理者への連絡。
4835	救急車対応。
4859	救急車
4869	夜間宿直者と施設管理者が連携対応。

GH (加算有)	
5053	救急車が対応する場合、施設長が出勤する。
5067	管理者、非常勤職員による協力。
5069	状態によっては救急搬送で受診する。
5077	訪問看護ステーションと連携する。
5135	緊急時は 119 番
5137	緊急搬送。
5178	往診医が対応。
5183	かかりつけ医に連絡に指示を仰ぐ。
5203	同法人、特養待機ナースがオンコール対応。
5213	救急搬送。
5244	主治医、看護師に連絡をとり、指示を仰ぎ緊急時は救急搬送対応。
5254	NS がいない時は主治医に連絡。
5272	協力医療機関へオンコール。
5284	母体である病院の医師に指示を仰ぐ。
5289	夜勤者・宿直者で対応。
5304	管理者判断で看護師に連絡を入れるか救急搬送する。
5308	管理者に連絡指示をだす。時には出勤する。
5329	医師への直通電話。
5334	救急搬送。
5413	併設施設の夜勤看護師が対応。
5418	母体の医療機関で対応。
5437	看護職員・医師が対応できる体制をとっている。
5441	医師がオンコールで対応。
5445	救急車
GH (加算無)	
6002	119 番連絡。
6036	救急外来。救急車要請。
6037	併設事業所の宿直者・かかりつけ医・家族と連絡をとり体制を確認する。
6054	法人の看護師が24時間連絡対応可能、往診医が対応。
6067	管理者が医療機関を受診介助。
6070	夜間受付する病院にて対応して頂く。
6074	管理者が対応。
6093	悪性腫瘍の方については医師に連絡可。
6111	担当ケアマネジャー対応。
6164	往診医と管理者。
6170	かかりつけ医、家族に連絡で緊急搬送。
6192	併設の特養看護職員がオンコール対応。
6197	訪問看護師へ 24 時間連絡、相談可能だが、基本的には緊急搬送。
6198	専従看護師のオンコール体制。
6211	家族に対応してもらう又は救急車要請。
6222	協力医に相談、状況により医師が対応できる場合は、往診などの体制がとれている。
6243	訪問診療の医療機関が 24 時間対応。
6262	夜間対応職員を配置して対応している。
6287	管理者へ連絡→Dr の指示を仰ぐ
6294	救急搬送時は近隣のスタッフが駆けつける。
6310	24 時間、医療体制をとっている(主治医)。
6312	主治医・施設看護師に連絡し、対応を介護職員が図る。
6352	緊急時は救急搬送している。
6356	管理者に連絡し、管理者から主治医・家族に連絡する。
6391	非常勤看護職員に電話にて相談。協力医療機関との連携。
6396	ホーム管理者が対応することもある。
6412	連携している医師へ連絡。
6419	管理者が対応。
6432	管理者に電話した後に、かかりつけ医に電話し指示をもらう。管理者は施設に向かう。
6448	週 2 回看護師が対応。

(8) 住宅における機能訓練について

① 機能訓練の指導を行っている人

機能訓練の指導を行っている人をみると、特定(加算有)、特定(加算無)では「看護師」が50%以上で最も多く、GH(加算有)、GH(加算無)では「介護職」が51%以上で最も多く、非特定(有老)、非特定(サ高住)では「外部の訪問・通所リハビリテーション事業所の職員」が24%以上で最も多い。機能訓練の指導を行う人は、住宅種類別で異なっていることがうかがえる。

図表 2-42 問 8-1).機能訓練の指導を行っている人 (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
理学療法士	15.6	33.9	22.0	7.9	4.8	37.3	6.0
作業療法士	8.7	17.0	11.9	4.5	5.3	20.3	1.8
言語聴覚士	1.5	0.9	1.7	1.1	0.9	3.3	1.8
看護師	25.3	53.6	50.8	21.0	15.9	13.7	18.5
准看護師	11.3	24.1	22.9	10.9	10.1	2.6	4.8
柔道整復師	3.0	4.5	11.9	1.9	1.8	0.0	1.8
はり師・きゅう師	2.1	1.8	2.5	2.6	2.6	0.7	1.8
あん摩マッサージ師	5.4	6.3	7.6	5.2	5.3	2.6	6.0
介護職	30.8	18.8	18.6	18.4	15.4	51.0	69.6
ケアマネジャー・相談員	6.7	1.8	8.5	1.1	4.8	9.8	17.3
外部の訪問・通所リハビリテーション事業所の職員	17.4	8.9	3.4	24.7	29.1	20.3	3.0
外部の訪問看護ステーションの職員	12.1	2.7	2.5	15.4	26.0	5.2	7.1
その他	7.8	1.8	1.7	12.0	8.8	9.8	6.0
無回答	16.1	0.9	2.5	23.2	30.0	5.9	14.9

② 住宅に勤務する機能訓練指導員の常勤換算人数 住宅種類別(6種)

住宅種類別の住宅に勤務する機能訓練指導員の常勤換算人数については、下記のとおりである。合計の平均値が1人を超えるのは、「看護師」1.0人のみであった。

図表 2-43 問8-2). 住宅に勤務する機能訓練指導員の常勤換算人数 住宅種類別(6種)
の件数・平均値

	問8-2)-1. 理学療法 士	問8-2)-2. 作業療法 士	問8-2)-3. 言語聴覚 士	問8-2)-4. 看護師	問8-2)-5. 准看護師	問8-2)-6. 柔道整復 師	問8-2)-7. はり師・きゅ う師	問8-2)-8. あん摩マッ サージ師
合計	81	45	5	190	99	26	6	14
特定(加算有)	27	15	0	59	25	5	1	5
特定(加算無)	22	13	1	46	27	13	3	7
非特定(有老)	11	4	2	33	20	4	0	0
非特定(サ高住)	6	6	2	27	18	2	1	0
GH(加算有)	11	6	0	10	4	0	0	1
GH(加算無)	4	1	0	15	5	2	1	1
合計	0.6	0.6	0.4	1.0	0.8	0.9	0.7	0.6
特定(加算有)	0.6	0.8		0.8	1.0	0.9	0.5	0.6
特定(加算無)	0.7	0.6	1.0	0.7	0.5	0.9	0.6	0.6
非特定(有老)	1.1	0.5	0.3	1.3	0.9	1.0		
非特定(サ高住)	0.5	0.6	0.2	1.9	0.8	0.8	1.0	
GH(加算有)	0.2	0.4		0.8	0.6			0.1
GH(加算無)	0.4	0.1		0.8	1.0	0.6	1.0	1.0

③ 住宅で行なっている機能訓練

住宅で行なっている機能訓練をみると、特定(加算有)、特定(加算無)では「関節可動域訓練」、GH(加算有)では「手作業(塗り絵、手芸等)」、GH(加算無)では「認知訓練(計算・ゲーム等)」、非特定(有老)、非特定(サ高住)では「歩行・階段昇降の訓練」が最も多い。非特定(有老)、非特定(サ高住)では、他の4つの住宅種類よりも各機能訓練を実施する割合が低い。

図表 2-44 問 8-3).住宅で行なっている機能訓練 (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
歩行・階段昇降の訓練	47.0	75.0	72.9	30.3	25.1	67.3	47.6
関節可動域訓練(体操等)	48.0	84.8	78.0	27.3	23.8	69.9	48.2
手作業(塗り絵、手芸等)	46.8	62.5	58.5	27.7	22.0	72.5	68.5
認知訓練(計算・ゲーム等)	45.1	59.8	52.5	26.6	23.8	62.7	72.0
口腔・嚥下機能訓練	38.7	56.3	54.2	24.3	20.3	59.5	44.6
会話・言語訓練	27.5	43.8	34.7	16.5	11.9	37.9	40.5
家族との交流	25.9	22.3	24.6	15.0	15.0	41.8	47.0
社会参加(外出・地域交流)	23.2	15.2	22.0	11.2	9.7	42.5	48.8
芸術療法(音楽、創作等)	23.1	34.8	32.2	13.1	10.6	29.4	35.7
農作業・家事等	19.8	14.3	11.0	5.6	4.0	51.0	45.2
実施していない	19.8	0.0	2.5	38.6	38.3	2.6	6.0
マッサージ・あん摩	16.7	36.6	31.4	13.9	8.8	12.4	11.9
マシン・トレーニング	9.1	22.3	23.7	4.5	4.8	8.5	3.6
無回答	8.7	1.8	2.5	10.1	17.2	5.2	7.1
その他	3.0	5.4	3.4	1.9	4.0	3.3	1.2
社会活動(就労・ピアサポ-	1.0	0.0	0.0	1.1	1.8	2.0	0.0

④ 機能訓練の課題

機能訓練の課題をみると、特定(加算有)では「個々人に有効な機能訓練のプログラムの提供が難しい」28.6%、「機能訓練の必要性について、認知症等により本人の理解が難しい」26.8%の2項目が多い。特定(加算無)、GH(加算有)、GH(加算無)では「機能訓練の必要性について、認知症等により本人の理解が難しい」が30%台で最も多い。非特定(有老)、非特定(サ高住)では「特にない」が30%台で最も多い。住宅の種類によって、課題が異なっていることがうかがえる。

図表 2-45 問 8-4).機能訓練の課題 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
機能訓練の必要性について、 認知症等により本人の理解が 難しい	24.2	26.8	37.3	12.7	8.8	39.9	38.1
機能訓練の必要性について、 家族の理解が得られにくい	0.5	1.8	0.8	0.4	0.4	0.0	0.0
住宅職員のみでは、正確な心 身機能の評価が難しい	13.1	9.8	7.6	18.0	17.6	4.6	13.1
医師、PT・OT・S T等との連 携が難しい	3.5	5.4	6.8	1.5	2.2	2.0	6.5
個々人に有効な機能訓練のプ ログラムの提供が難しい	15.2	28.6	28.8	7.9	11.5	15.7	13.1
入居者の重度化等により、機 能訓練のプログラムの実施が難 しい	10.0	13.4	9.3	5.6	3.5	22.9	12.5
その他	1.7	3.6	2.5	1.1	2.6	0.0	1.2
特にない	19.5	8.9	4.2	34.1	30.4	10.5	7.7
無回答	12.2	1.8	2.5	18.7	22.9	4.6	7.7

<その他:自由記述>

住宅 No.	回 答
特定 (加算有)	
1031	常駐して直接リハビリを行える体制が整っていない。
1045	コロナ禍により集団での体操の制限。
1117	機能訓練加算の報酬が低い。
1197	加算算定には専従が求められる点
1349	給料の折り合い。過疎地。
1426	職員 1 人での対応に限界がある。
1427	個別機能訓練計画書の作成。
1503	職員 1 人での対応に限界がある。
特定 (加算無)	
2019	本人の意欲
2126	PTの人員確保
非特定 (有老)	
3074	職員の確保が難しく継続してできない。
3285	今までの経験値があるので、それで日々行っている。認知改善している。
3363	職員がそこにかかれない。
3380	住宅型のためPT・OT・STが従事していない。
3554	STが不足。
3808	訪問リハビリテーションを利用している。
非特定 (サ高住)	
4473	STがほしい。
4548	人員配置上、必要性が重視出来ない。
4704	ケアマネジャーが各々手配している。
4716	サービス付高齢者住宅のため機能訓練は行っていない。
4746	体制が整っていなかったため、これまでしてこなかった。訪問リハビリテーションやデイサービスに任せていたため。
GH (加算無)	
6129	運営基準で位置付けられていない。
6164	料金が実費のため理解が得にくいし、高齢で本人がやる気がない事が多い。
6312	コロナ禍で外部からの訪問が困難な為。

(9) 2021年9月の住宅の算定状況について

① 特定施設の加算算定の状況

特定施設の加算算定の状況については、下記のとおりである。

図表 2-46 問9-(1)特定施設の加算算定の有無（単一回答）

特定（加算有）	合計	ない	ある	無回答
1).夜間看護体制加算：10単位／日	112	16	94	2
2).生活機能向上連携加算（Ⅰ）：100単位／月（3月に1回を限度）	112	86	21	5
3).生活機能向上連携加算（Ⅱ）：200単位／月	112	39	71	2
4).個別機能訓練加算（Ⅰ）：12単位／日	112	57	51	4
5).個別機能訓練加算（Ⅱ）：20単位／日	112	80	28	4
6).医療機関連携加算：80単位／月	112	10	99	3
7).科学的介護推進体制加算：40単位／月	112	46	62	4
8).ADL維持等加算（Ⅰ）：30単位／月	112	88	18	6
9).ADL維持等加算（Ⅱ）：60単位／月	112	96	10	6
10).入居継続支援加算（Ⅰ）：36単位／日	112	99	8	5
11).入居継続支援加算（Ⅱ）：22単位／日	112	104	3	5
12).退院退所時連携加算：30単位／月	112	25	82	5
13).看取り介護加算（Ⅰ）	112	43	65	4
14).看取り介護加算（Ⅱ）	112	82	24	6

特定（加算有）	合計	ない	ある	無回答
1).夜間看護体制加算：10単位／日	100.0	14.3	83.9	1.8
2).生活機能向上連携加算（Ⅰ）：100単位／月（3月に1回を限度）	100.0	76.8	18.8	4.5
3).生活機能向上連携加算（Ⅱ）：200単位／月	100.0	34.8	63.4	1.8
4).個別機能訓練加算（Ⅰ）：12単位／日	100.0	50.9	45.5	3.6
5).個別機能訓練加算（Ⅱ）：20単位／日	100.0	71.4	25.0	3.6
6).医療機関連携加算：80単位／月	100.0	8.9	88.4	2.7
7).科学的介護推進体制加算：40単位／月	100.0	41.1	55.4	3.6
8).ADL維持等加算（Ⅰ）：30単位／月	100.0	78.6	16.1	5.4
9).ADL維持等加算（Ⅱ）：60単位／月	100.0	85.7	8.9	5.4
10).入居継続支援加算（Ⅰ）：36単位／日	100.0	88.4	7.1	4.5
11).入居継続支援加算（Ⅱ）：22単位／日	100.0	92.9	2.7	4.5
12).退院退所時連携加算：30単位／月	100.0	22.3	73.2	4.5
13).看取り介護加算（Ⅰ）	100.0	38.4	58.0	3.6
14).看取り介護加算（Ⅱ）	100.0	73.2	21.4	5.4

特定（加算無）	合計	ない	ある	無回答
1).夜間看護体制加算：10単位／日	118	34	81	3
2).生活機能向上連携加算（Ⅰ）：100単位／月（3月に1回を限度）	118	111	0	7
3).生活機能向上連携加算（Ⅱ）：200単位／月	118	111	0	7
4).個別機能訓練加算（Ⅰ）：12単位／日	118	76	37	5
5).個別機能訓練加算（Ⅱ）：20単位／日	118	104	7	7
6).医療機関連携加算：80単位／月	118	19	96	3
7).科学的介護推進体制加算：40単位／月	118	84	29	5
8).ADL維持等加算（Ⅰ）：30単位／月	118	108	4	6
9).ADL維持等加算（Ⅱ）：60単位／月	118	111	1	6
10).入居継続支援加算（Ⅰ）：36単位／日	118	104	8	6
11).入居継続支援加算（Ⅱ）：22単位／日	118	110	2	6
12).退院退所時連携加算：30単位／月	118	41	72	5
13).看取り介護加算（Ⅰ）	118	58	55	5
14).看取り介護加算（Ⅱ）	118	90	21	7

特定（加算無）	合計	ない	ある	無回答
1).夜間看護体制加算：10単位／日	100.0	28.8	68.6	2.5
2).生活機能向上連携加算（Ⅰ）：100単位／月（3月に1回を限度）	100.0	94.1	0.0	5.9
3).生活機能向上連携加算（Ⅱ）：200単位／月	100.0	94.1	0.0	5.9
4).個別機能訓練加算（Ⅰ）：12単位／日	100.0	64.4	31.4	4.2
5).個別機能訓練加算（Ⅱ）：20単位／日	100.0	88.1	5.9	5.9
6).医療機関連携加算：80単位／月	100.0	16.1	81.4	2.5
7).科学的介護推進体制加算：40単位／月	100.0	71.2	24.6	4.2
8).ADL維持等加算（Ⅰ）：30単位／月	100.0	91.5	3.4	5.1
9).ADL維持等加算（Ⅱ）：60単位／月	100.0	94.1	0.8	5.1
10).入居継続支援加算（Ⅰ）：36単位／日	100.0	88.1	6.8	5.1
11).入居継続支援加算（Ⅱ）：22単位／日	100.0	93.2	1.7	5.1
12).退院退所時連携加算：30単位／月	100.0	34.7	61.0	4.2
13).看取り介護加算（Ⅰ）	100.0	49.2	46.6	4.2
14).看取り介護加算（Ⅱ）	100.0	76.3	17.8	5.9

② 認知症対応型共同生活介護(認知症グループホーム)の加算算定の状況

認知症対応型共同生活介護(認知症グループホーム)の加算算定の状況については、下記のとおりである。

図表 2-47 問 9-(2)認知症対応型共同生活介護(認知症グループホーム)の加算算定の有無
(単一回答)

GH (加算有)	合計	ない	ある	無回答
1).夜間支援体制加算 (I) : 50単位/日	153	141	3	9
2).夜間支援体制加算 (II) : 25単位/日	153	134	11	8
3).医療連携体制加算 (I) : 39単位/日	153	40	112	1
4).医療連携体制加算 (II) : 49単位/日	153	131	13	9
5).医療連携体制加算 (III) : 59単位/日	153	129	15	9
6).生活機能向上連携加算 I : 100単位/月 (3月に1回を限度)	153	128	17	8
7).生活機能向上連携加算 II : 200単位/月	153	35	113	5
8).科学的介護推進体制加算 : 40単位/月	153	65	83	5
9).看取り介護加算 (I)	153	70	73	10
10).看取り介護加算 (II)	153	102	33	18

GH (加算有)	合計	ない	ある	無回答
1).夜間支援体制加算 (I) : 50単位/日	100.0	92.2	2.0	5.9
2).夜間支援体制加算 (II) : 25単位/日	100.0	87.6	7.2	5.2
3).医療連携体制加算 (I) : 39単位/日	100.0	26.1	73.2	0.7
4).医療連携体制加算 (II) : 49単位/日	100.0	85.6	8.5	5.9
5).医療連携体制加算 (III) : 59単位/日	100.0	84.3	9.8	5.9
6).生活機能向上連携加算 I : 100単位/月 (3月に1回を限度)	100.0	83.7	11.1	5.2
7).生活機能向上連携加算 II : 200単位/月	100.0	22.9	73.9	3.3
8).科学的介護推進体制加算 : 40単位/月	100.0	42.5	54.2	3.3
9).看取り介護加算 (I)	100.0	45.8	47.7	6.5
10).看取り介護加算 (II)	100.0	66.7	21.6	11.8

GH (加算無)	合計	ない	ある	無回答
1).夜間支援体制加算 (I) : 50単位/日	168	141	3	24
2).夜間支援体制加算 (II) : 25単位/日	168	139	6	23
3).医療連携体制加算 (I) : 39単位/日	168	45	119	4
4).医療連携体制加算 (II) : 49単位/日	168	134	9	25
5).医療連携体制加算 (III) : 59単位/日	168	139	3	26
6).生活機能向上連携加算 I : 100単位/月 (3月に1回を限度)	168	145	0	23
7).生活機能向上連携加算 II : 200単位/月	168	141	4	23
8).科学的介護推進体制加算 : 40単位/月	168	99	51	18
9).看取り介護加算 (I)	168	95	51	22
10).看取り介護加算 (II)	168	111	28	29

GH (加算無)	合計	ない	ある	無回答
1).夜間支援体制加算 (I) : 50単位/日	100.0	83.9	1.8	14.3
2).夜間支援体制加算 (II) : 25単位/日	100.0	82.7	3.6	13.7
3).医療連携体制加算 (I) : 39単位/日	100.0	26.8	70.8	2.4
4).医療連携体制加算 (II) : 49単位/日	100.0	79.8	5.4	14.9
5).医療連携体制加算 (III) : 59単位/日	100.0	82.7	1.8	15.5
6).生活機能向上連携加算 I : 100単位/月 (3月に1回を限度)	100.0	86.3	0.0	13.7
7).生活機能向上連携加算 II : 200単位/月	100.0	83.9	2.4	13.7
8).科学的介護推進体制加算 : 40単位/月	100.0	58.9	30.4	10.7
9).看取り介護加算 (I)	100.0	56.5	30.4	13.1
10).看取り介護加算 (II)	100.0	66.1	16.7	17.3

(10) 住宅の医療処置や看取りに関する取組について

① 医療処置の対応方針

医療処置の対応方針をみると、いずれの住宅種類でも「入居者の傷病、医療処置の内容等によって、個別に判断して、対応可能と判断すれば受け入れている」が40%以上で最も多い。

図表 2-48 問 10-1).医療処置の対応方針 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
24時間の看護対応や医療処置を必要とする人(痰の吸引、人工呼吸器の管理、急変の可能性のある看取り期等)も受け入れている	6.2	10.7	10.2	7.5	4.8	2.6	3.6
日中、住宅職員や外部の医療機関の医師・看護師等で対応可能な医療処置の人であれば受け入れている	23.3	31.3	26.3	24.0	22.0	19.6	19.6
入居者の傷病、医療処置の内容等によって、個別に判断して、対応可能と判断すれば受け入れている	46.5	50.9	55.9	44.2	43.2	50.3	41.7
住宅であり、医療処置を必要とする人の受け入れは原則、難しく、医療処置が必要になった場合、退居していただく	19.0	6.3	4.2	19.5	23.8	22.9	27.4
その他	1.7	0.0	2.5	1.5	0.9	2.0	3.6
無回答	3.3	0.9	0.8	3.4	5.3	2.6	4.2

② 看取りの対応方針

看取りの対応方針をみると、いずれの住宅種類でも「ホームで亡くなりたくない」という希望があれば、原則受け入れている」が50%以上で最も多い。一方、「原則的に受け入れていない」は、非特定(有老)30.3%、非特定(サ高住)36.1%である。

図表 2-49 問 10-2).看取りの対応方針 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
「ホームで亡くなりたくない」という希望があれば、原則受け入れている	71.4	83.9	85.6	67.4	59.5	75.2	72.0
原則的に受け入れていない	26.1	16.1	11.9	30.3	36.1	22.2	26.2
無回答	2.5	0.0	2.5	2.2	4.4	2.6	1.8

③ 住宅内で看取りを行えない入居者への医療機関・施設・住宅の紹介

住宅内で看取りを行えない入居者への医療機関・施設・住宅の紹介をみると、「同一法人・系列法人の看取りを行う医療機関・施設・住宅を紹介する」が GH(加算有)51.6%と突出して高く、特定(加算有)36.6%である。看取り対応については、住宅種類によって、同一法人・系列法人やあらかじめ連携している医療機関・施設・住宅を準備している割合に差がみられる。

図表 2-50 問 10-3).住宅内で看取りを行えない入居者への医療機関・施設・住宅の紹介
(複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
同一法人・系列法人の看取りを行う医療機関・施設・住宅を紹介する	26.0	36.6	21.2	17.2	18.9	51.6	22.6
同一法人・系列法人ではないが、あらかじめ連携している、看取りを行う医療機関・施設・住宅を紹介する	19.4	22.3	16.1	22.1	18.5	18.3	17.9
1,2以外の看取りを行う医療機関・施設・住宅を紹介する	23.2	18.8	27.1	24.3	18.1	19.6	31.5
紹介は行っていない	25.9	21.4	35.6	28.8	30.4	11.8	24.4
無回答	17.0	10.7	10.2	18.4	24.2	14.4	16.7

④ 看取りのケアを住宅内で行う上での課題

看取りのケアを住宅内で行う上での課題(複数回答)をみると、いずれの住宅種類でも「夜間に看護職員がおらず、急変時や医療行為に対応できない」が最も多く、次いで「住宅内での看取りに関して介護職員の経験が不足している」が多い。非特定(有老)、非特定(サ高住)、GH(加算有)、GH(加算無)は「看取り以前に、ADLが低下する等、重度化した際、そもそも入居の継続が難しい」が28%以上で、特定(加算有)、特定(加算無)の10%台に比べ高い。

図表 2-51 問 10-4).看取りのケアを住宅内で行う上での課題 (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
夜間に看護職員がおらず、急変時や医療行為に対応できない	54.5	50.0	50.0	53.6	55.1	60.1	56.5
住宅内での看取りに関して介護職員の経験が不足している	46.0	33.0	39.8	43.4	41.9	57.5	58.3
住宅内での看取りに関して看護職員の経験が不足している	8.1	7.1	15.3	9.7	7.0	5.9	4.8
本人、家族等の意見が一致しないケースがある	15.4	18.8	15.3	15.0	15.0	17.6	12.5
死亡に関して、住宅が責任を問われるリスクがある	14.0	9.8	11.0	17.6	17.6	13.7	8.3
看取り以前に、ADLが低下する等、重度化した際、そもそも入居の継続が難しい	27.8	14.3	13.6	28.8	33.0	33.3	32.7
重度化した際、対応できるよう、住宅がバリアフリー化されていない	2.7	0.9	0.8	4.1	0.0	4.6	4.8
その他	7.7	11.6	14.4	6.7	6.2	5.2	6.0
無回答	11.3	8.0	14.4	13.5	12.3	5.9	11.3

⑤ 2025 年を見据えた今後の看取りへの意識

2025 年を見据えた今後の看取りへの意識をみると、「今後、積極的に看取りを行っていききたい」「今後、看取りを行っていかねばならないと思う」を合計すると、特定(加算有)89.3%、特定(加算無)84.7%、非特定(有老)75.3%、非特定(サ高住)70.9%、GH(加算有)77.1%、GH(加算無)79.8%で、看取りについて高い意識がうかがえる。

図表 2-52 問 10-5).2025 年を見据えた今後の看取りへの意識 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
今後、積極的に看取りを行って いきたい	31.7	47.3	48.3	28.5	22.9	29.4	28.6
今後、看取りを行っていかね ばならないと思う	46.2	42.0	36.4	46.8	48.0	47.7	51.2
今後、看取りを行う必要性は 感じていない	11.3	5.4	2.5	14.2	17.2	13.1	7.1
その他	6.8	5.4	5.9	6.0	5.3	7.2	11.3
無回答	4.0	0.0	6.8	4.5	6.6	2.6	1.8

<その他:自由記述>

住宅 No.	回答
特定(加算有)	
1031	26名に対して夜勤者1名の為、対応は難しい。
1034	ハード・ソフト面ともに看取りは難しい。
1136	行っている。
1317	現在も希望のある方へは医師へ相談し受け入れている。
1396	本人、家族の要望、必要に応じて行っていく。
1413	実際に積極的に行っている。
特定(加算無)	
2009	訪問してくれる医師が(訪看などを含む)がいないと無理。
2019	今までどおり看取りを行っていく。
2104	開かれた看取り
2267	現在積極的に行っているが夜間吸引だけは課題である。
2327	今まで通り家族、本人の希望であれば看取りを行っていく。
2359	積極的に看取り介護・看護を実施している。本人・家族の意向に寄り添って対応に努めていく。
2375	当施設で行える看取り(HOTはOK、夜間吸引ができないので呼吸症状のある人の対応は入院となる)でその対応でOKの方のみ看取り可能。
非特定(有老)	
3228	本人、家族の意向に沿って心を込めて対応して行きたい。
3263	法人内グループの施設と連携している。
3275	住宅型の考えをあらためるべき。
3380	看取り介護は今後重要な課題となり行っていかななくてはと思っているが、職員の心的負担等を考えると後向きになってしまっている。
3390	現場が対応困難。
3393	利用者及び御家族の希望を尊重。
3554	今までと同じ
3619	関係者の意志統一が必要。
3645	希望時
3647	現状のまま希望があれば受け入れる。
3649	病院が併設している施設だから入院していただく。

3738	入居済みの方の看取りについては必要性を感じている。
3769	配置スタッフ数が少なく知識不足。
3784	ケースbyケース。入居者様の状態、家族の思い等、主治医・NS・介護士を含め、何度も話し合いを持ち有料での看取りを家族が希望された場合は対応していく。
3817	看取りを行う為には職員体制、他事務所との協力が必要。
非特定（サ高住）	
4049	検討中
4052	以前看取りを経験しているが、生活する上で施設が看取りを行える環境ではない。
4105	必要性を感じているが、職員配置の問題等課題がある。
4218	ご家族から入院や延命治療を望まない場合、在宅の先生と連携をとり、対処して行く。
4364	必要となれば併設している小多規を利用して行く。
4405	その都度対応できる体制をとっている。
4432	訪問介護の立ち上げが必要。
4473	必要に応じてやる
4555	家族様の希望により看取りを行う。
4831	高齢でも要介護が軽度で行き場のない人の介護を担って行きたい。
4843	サ高住は難しい事が多い。
GH（加算有）	
5053	継続して看取りを行っていく。
5135	希望あればこれからも看取りはおこなう。
5208	併設特養あり、棲み分けをしていない。
5270	併設の認知症病棟へ受け入れる。
5294	体制を整えれば。
5301	看取りに取り組んでいる。今以上は無理である。
5319	これまで15名位の看取りを行い経験も積んできたが、かかりつけ病院(法人内)の方針で医師の看取り体制が組めなくなった。
5382	医療機関に行くまで車で約45分かかり、緊急時の対応が困難と考えている。
5414	同一法人での対応
5441	看取りを行う必要性を感じているが、職員の負担が大きいため、考えさせられる。
GH（加算無）	
6013	施設で看取りを行うにはかかりつけ医の協力が得られないので現状は難しい。
6037	看取りの必要性を感じるが、体制が整わない。
6093	医療的に延命を望まない方で急性症状がない方のみ。
6133	本人・家族の希望・状態による。
6150	家族、医療職との協議合意の上で進める。(主治医、看護師)
6170	介護職員に看取りは負担が大きすぎる。
6191	設備的に困難。
6203	職員の精神的負担が大きく、現状と同じく状況に応じて対応して行きたい。
6235	現在も行っている。今後も必要に応じて行っていく。
6250	入居されている方が考えていくのは当たり前であり、その先には必ず看取りケアが必要となることから、医療行為が必要でない方であれば今まで通り看取りを行っていきたい。
6260	家族の希望があれば。
6276	看取りを行っている。
6322	家族が寝泊りする等の協力が得られれば、今後も看取りを行っていきたい。
6349	本人、家族の意向に応じて看取りを行う。
6356	希望にそえるかどうか検討して決めていく。
6414	職員体制が整っていないため出来ない。
6434	看護師・管理者など一部の職員の負担が大きすぎる。
6450	積極的な医療行為を希望なさらない方々の看取りは可能。

(11) 住宅における外部の医療機関・訪問看護ステーションとの連携等について

① 協力医療機関の有無

協力医療機関の有無をみると、いずれの住宅種類でも89%以上が「ある」と回答している。非特定(サ高住)では「ない」も7.9%ある。

図表 2-53 問11-1).協力医療機関の有無 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
ある	96.2	100.0	98.3	97.4	89.4	97.4	98.2
ない	2.0	0.0	0.0	0.7	7.9	0.0	0.6
住宅では主治医を把握していない	0.4	0.0	0.0	0.4	1.3	0.0	0.0
無回答	1.4	0.0	1.7	1.5	1.3	2.6	1.2

② 協力医療機関の種類と箇所数

協力医療機関の種類と箇所数については、下記のとおりである。

図表 2-54 問11-2).協力医療機関の種類と箇所数 住宅種類別(6種)の件数と平均値

	問11-2)1.在宅療養支援病院	問11-2)2.その他の病院	問11-2)3.在宅療養支援診療所	問11-2)4.その他の一般診療所	問11-5).ある(箇所)
合計	220	460	238	338	444
特定(加算有)	39	59	31	35	30
特定(加算無)	24	60	34	37	19
非特定(有老)	62	111	51	91	132
非特定(サ高住)	42	80	61	66	108
GH(加算有)	30	74	29	47	72
GH(加算無)	23	76	32	62	83
合計	1.7	1.7	1.7	1.6	1.3
特定(加算有)	1.8	1.6	1.9	1.6	1.3
特定(加算無)	1.4	2.3	1.6	1.7	1.3
非特定(有老)	1.9	1.8	1.9	1.7	1.4
非特定(サ高住)	1.7	1.5	1.8	1.8	1.7
GH(加算有)	1.4	1.5	1.4	1.4	1.0
GH(加算無)	1.2	1.5	1.2	1.5	1.0

図表 2-55 問11-2).協力医療機関の種類 (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1005	112	116	260	203	149	165
在宅療養支援病院	22.9	35.7	20.7	25.4	21.2	20.8	15.8
その他の病院	47.7	54.5	53.4	44.6	40.4	52.3	48.5
在宅療養支援診療所	24.9	27.7	30.2	22.3	31.0	19.5	20.6
その他の一般診療所	35.5	32.1	34.5	36.2	34.5	34.2	40.0
無回答	2.7	0.9	2.6	2.7	3.4	1.3	4.2

③ 協力病院・診療所は 24 時間対応か

協力病院・診療所は 24 時間対応かをみると、特定(加算有)では「すべて 24 時間対応である」が 40.8%で、他の住宅種類の 30%台に比べて高い。

図表 2-56 問 11-2)-1. 協力病院・診療所は 24 時間対応か (単一回答)

	合計	住宅種別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	708	76	85	181	131	114	121
すべて24時間対応である	34.6	40.8	37.6	33.1	36.6	33.3	29.8
一部24時間対応である	35.6	31.6	40.0	35.9	30.5	38.6	37.2
すべて24時間対応ではない	24.2	19.7	17.6	23.8	29.8	22.8	27.3
無回答	5.6	7.9	4.7	7.2	3.1	5.3	5.8

④ 在宅療養支援病院

協力医療機関の在宅療養支援病院の箇所数については、いずれの住宅種類でも「1ヶ所」が40%以上で最も多い。

図表 2-57 問 11-2)1.在宅療養支援病院

	合計	住宅種別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	230	40	24	66	43	31	26
1ヶ所	61.3	67.5	66.7	48.5	60.5	67.7	73.1
2ヶ所	23.0	20.0	25.0	31.8	18.6	22.6	11.5
3ヶ所	4.8	2.5	8.3	3.0	9.3	3.2	3.8
4ヶ所	3.0	0.0	0.0	6.1	7.0	0.0	0.0
5ヶ所以上	3.5	7.5	0.0	4.5	2.3	3.2	0.0
無回答	4.3	2.5	0.0	6.1	2.3	3.2	11.5

⑤ その他の病院

協力医療機関のその他の病院の箇所数については、いずれの住宅種類でも「1ヶ所」が40%以上で最も多い。

図表 2-58 問 11-2)2.その他の病院

	合計	住宅種別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	479	61	62	116	82	78	80
1ヶ所	61.0	63.9	46.8	55.2	69.5	65.4	65.0
2ヶ所	20.5	18.0	27.4	24.1	17.1	17.9	17.5
3ヶ所	8.6	8.2	9.7	10.3	6.1	9.0	7.5
4ヶ所	3.1	4.9	6.5	0.9	2.4	2.6	3.8
5ヶ所以上	2.9	1.6	6.5	5.2	2.4	0.0	1.3
無回答	4.0	3.3	3.2	4.3	2.4	5.1	5.0

⑥ 在宅療養支援診療所

協力医療機関の在宅療養支援診療所の箇所数については、いずれの住宅種類でも「1ヶ所」が50%以上で最も多い。

図表 2-59 問 11-2)3.在宅療養支援診療所

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	250	31	35	58	63	29	34
1ヶ所	61.2	54.8	60.0	53.4	54.0	79.3	79.4
2ヶ所	17.2	22.6	22.9	12.1	20.6	17.2	8.8
3ヶ所	8.8	6.5	8.6	10.3	14.3	0.0	5.9
4ヶ所	4.0	9.7	2.9	6.9	3.2	0.0	0.0
5ヶ所以上	4.0	6.5	2.9	5.2	4.8	3.4	0.0
無回答	4.8	0.0	2.9	12.1	3.2	0.0	5.9

⑦ その他の一般診療所

協力医療機関の一般診療所の箇所数については、いずれの住宅種類でも「1ヶ所」が50%以上で最も多い。

図表 2-60 問 11-2)4.その他の一般診療所

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	357	36	40	94	70	51	66
1ヶ所	58.8	63.9	62.5	53.2	57.1	68.6	56.1
2ヶ所	20.7	19.4	12.5	24.5	17.1	13.7	30.3
3ヶ所	9.5	8.3	10.0	16.0	8.6	7.8	3.0
4ヶ所	2.5	2.8	2.5	1.1	4.3	2.0	3.0
5ヶ所以上	3.1	2.8	5.0	2.1	7.1	0.0	1.5
無回答	5.3	2.8	7.5	3.2	5.7	7.8	6.1

⑧ 協力医療機関は住宅と同一法人・系列法人のものか

協力医療機関は住宅と同一法人・系列法人のものかをみると、GH(加算有)を除く5つの住宅種類で「すべて同一法人・系列法人内ではない」が最も多い。

一方、「すべて同一法人・系列法人内である」「一部同一法人・系列法人内である」を合計すると、特定(加算有)54.5%、GH(加算有)64.7%に上る。医療と介護を必要とする入居者に対応するため、同一法人・系列法人内で連携していることがうかがえる。

図表 2-61 問 11-3).協力医療機関は貴住宅と同一法人・系列法人のものか (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
すべて同一法人・系列法人内 である	16.3	29.5	11.9	8.2	11.9	35.3	11.9
一部同一法人・系列法人内 である	13.6	25.0	11.0	6.0	8.8	29.4	11.9
すべて同一法人・系列法人内 ではない	65.5	44.6	72.9	82.4	69.2	31.4	73.2
無回答	4.7	0.9	4.2	3.4	10.1	3.9	3.0

⑨ 協力医療機関は住宅と併設または隣接しているか

協力医療機関は住宅と併設または隣接しているかをみると、いずれの住宅種類でも「すべて併設も隣接もしていない」が60%以上で最も多い。

図表 2-62 問 11-4).協力医療機関は貴住宅と併設または隣接しているか (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
すべて併設または隣接している	7.9	10.7	8.5	3.7	7.0	17.6	4.8
一部併設または隣接している	8.6	16.1	8.5	4.9	6.6	16.3	5.4
すべて併設も隣接もしていない	78.5	69.6	79.7	87.6	76.7	62.1	86.3
無回答	5.0	3.6	3.4	3.7	9.7	3.9	3.6

⑩ 連携している訪問看護ステーションの有無

連携している訪問看護ステーションの有無をみると、「ある」は特定(加算有)27.7%、特定(加算無)16.1%、非特定(有老)50.2%、非特定(サ高住)49.8%、GH(加算有)47.7%、GH(加算無)50.6%と住宅種類によって差がある。

図表 2-63 問 11-5).連携している訪問看護ステーションの有無 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
ある	43.5	27.7	16.1	50.2	49.8	47.7	50.6
ない	50.0	63.4	76.3	45.3	40.5	48.4	44.6
個人の居宅サービスのため住宅では把握していない	1.8	0.9	0.0	1.5	5.7	0.0	0.6
無回答	4.6	8.0	7.6	3.0	4.0	3.9	4.2

⑪ 連携している訪問看護ステーション(箇所)

連携している訪問看護ステーション(箇所)をみると、いずれの住宅種類でも「1ヶ所」が56%以上で最も多い。

図表 2-64 問 11-5). 連携している訪問看護ステーション(箇所)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	455	31	19	134	113	73	85
1ヶ所	76.5	77.4	78.9	70.9	56.6	97.3	92.9
2ヶ所	13.4	12.9	15.8	19.4	20.4	1.4	4.7
3ヶ所	5.1	6.5	0.0	6.0	11.5	0.0	0.0
4ヶ所	1.5	0.0	5.3	0.7	4.4	0.0	0.0
5ヶ所以上	1.1	0.0	0.0	1.5	2.7	0.0	0.0
無回答	2.4	3.2	0.0	1.5	4.4	1.4	2.4

⑫ 連携している訪問看護ステーションは24時間対応か

連携している訪問看護ステーションは24時間対応かをみると、特定(加算無)以外の住宅種類においては、「すべて24時間対応である」が68%以上である。

図表 2-65 問 11-5)-1.連携している訪問看護ステーションは24時間対応か (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	455	31	19	134	113	73	85
すべて24時間対応である	70.1	74.2	36.8	70.9	70.8	68.5	75.3
一部24時間対応である	13.8	3.2	26.3	13.4	18.6	12.3	10.6
すべて24時間対応ではない	14.9	19.4	36.8	13.4	10.6	19.2	12.9
無回答	1.1	3.2	0.0	2.2	0.0	0.0	1.2

⑬ 連携している訪問看護ステーションは住宅と同一法人・系列法人のものか（単一回答）

連携している訪問看護ステーションは住宅と同一法人・系列法人のものについては、「すべて同一法人・系列法人内である」「一部同一法人・系列法人内である」の合計をみると、特定(加算有) 64.5%、特定(加算無)36.8%、非特定(有老)50.7%、非特定(サ高住)46%、GH(加算有)83.5%、GH(加算無)41.2%となり、生活機能向上連携加算の算定の有無によって差がみられる。

図表 2-66 問 11-5)-2.連携している訪問看護ステーションは住宅と同一法人・系列法人のものか（単一回答）

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	455	31	19	134	113	73	85
すべて同一法人・系列法人内である	45.3	48.4	36.8	42.5	34.5	75.3	38.8
一部同一法人・系列法人内である	8.1	16.1	0.0	8.2	11.5	8.2	2.4
すべて同一法人・系列法人内ではない	44.2	29.0	63.2	47.8	51.3	13.7	56.5
無回答	2.4	6.5	0.0	1.5	2.7	2.7	2.4

⑭ 連携している訪問看護ステーションは住宅の併設または隣接か

連携している訪問看護ステーションは住宅の併設または隣接かについては、「すべて併設または隣接している」「一部併設または隣接している」の合計をみると、特定(加算有)35.5%、特定(加算無)15.8%、非特定(有老)27.6%、非特定(サ高住)29.2%、GH(加算有)39.7%、GH(加算無)16.5%となり、生活機能向上連携加算の算定の有無によって差がみられる。

図表 2-67 問 11-5)-3.連携している訪問看護ステーションは住宅の併設または隣接か（単一回答）

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	455	31	19	134	113	73	85
すべて併設または隣接している	24.4	29.0	15.8	24.6	22.1	37.0	16.5
一部併設または隣接している	3.5	6.5	0.0	3.0	7.1	2.7	0.0
すべて併設も隣接もしていない	67.0	58.1	84.2	64.2	67.3	56.2	80.0
無回答	5.1	6.5	0.0	8.2	3.5	4.1	3.5

(12) 住宅における訪問看護に関する業務委託契約について

- ① 住宅は、訪問看護について、事業所として、訪問看護ステーションや医療機関と「業務委託契約」を結んでいるか

訪問看護について、事業所として、訪問看護ステーションや医療機関と「業務委託契約」を結んでいるかについては、下記のとおりである。住宅種類、加算算定の有無によって差がみられる。

図表 2-68 問12-1). 住宅は、訪問看護について、事業所として、訪問看護ステーションや医療機関と「業務委託契約」を結んでいるか（複数回答）

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
訪問看護ステーションと契約している	16.7	3.6	1.7	11.2	11.0	35.9	35.1
医療機関と契約している	20.8	20.5	9.3	20.6	14.1	35.3	25.0
契約していない	45.5	54.5	69.5	43.8	45.4	32.7	36.9
入居者個人で契約して利用する事例はある	22.0	13.4	13.6	31.8	39.2	6.5	8.9
その他	1.0	0.9	0.8	1.5	0.9	0.0	1.2
無回答	6.9	10.7	7.6	6.7	5.3	7.8	5.4

- ② 住宅が、訪問看護について、事業所として、訪問看護ステーションや医療機関と「業務委託契約」を結んでいる場合の契約業務

訪問看護ステーションや医療機関と「業務委託契約」を結んでいる場合の契約業務をみると、様々な業務を委託している。GHは他の住宅種類よりも、業務を委託する割合が高い項目が多い。

図表 2-69 問12-2). 訪問看護について、事業所として、訪問看護ステーションや医療機関と「業務委託契約」を結んでいる場合の契約業務（複数回答）

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
健康管理	30.3	18.8	9.3	25.8	22.0	54.2	49.4
医療処置の実施	28.5	25.9	10.2	25.8	22.9	43.1	41.7
協力医療機関や主治医への報告・連携	26.4	24.1	6.8	24.0	18.9	45.8	38.1
急変時、看取り期の対応	25.6	14.3	10.2	22.5	18.9	43.8	41.1
住宅職員への相談・助言指導	16.8	10.7	0.8	13.1	13.7	32.7	28.0
認知症の入居者への対応	12.2	4.5	0.8	12.0	7.9	21.6	22.6
記録の作成	10.9	6.3	2.5	9.0	8.4	18.3	19.6
機能訓練の実施	8.2	4.5	2.5	11.2	9.3	9.2	7.7
リハビリテーションの実施	6.4	5.4	0.8	8.2	7.5	8.5	4.8
その他	2.8	1.8	1.7	4.1	4.4	2.0	0.6
無回答	61.8	68.8	84.7	64.4	68.3	43.1	45.2

(13) 住宅における訪問リハビリテーションに関する業務委託契約について

- ① 訪問リハビリテーションについて、事業所として、訪問リハビリテーション事業所や医療機関と「業務委託契約」を結んでいるか

訪問リハビリテーション事業所や医療機関と「業務委託契約」を結んでいるかをみると、いずれの住宅種類でも「契約していない」が最も多いが、非特定(有老)、非特定(サ高住)では「入居者個人で契約して利用する事例はある」が25%以上で他の住宅種類に比べ高い。GH(加算有)では「訪問リハビリテーション事業所と契約している」、「医療機関と契約している」が他の住宅種類に比べ高い。

図表 2-70 問 13-1).訪問リハビリテーションについて、事業所として、訪問リハビリテーション事業所や医療機関と「業務委託契約」を結んでいるか (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
訪問リハビリテーション事業所と契約している	4.3	5.4	1.7	3.0	3.1	13.1	1.2
医療機関と契約している	4.7	7.1	3.4	1.9	2.6	13.7	3.0
契約していない	64.2	60.7	73.7	62.2	59.0	56.9	76.8
入居者個人で契約して利用する事例はある	18.9	10.7	14.4	25.5	34.4	5.9	7.7
その他	1.1	0.9	0.8	1.5	0.4	2.0	1.2
無回答	9.7	16.1	6.8	9.7	7.0	10.5	10.1

② 訪問リハビリテーションについて、事業所として、訪問リハビリテーション事業所や医療機関と「業務委託契約」を結んでいる場合の契約業務

訪問リハビリテーション事業所や医療機関と「業務委託契約」を結んでいる場合の契約業務（複数回答）をみると、合計では「リハビリテーションの実施」10.6%、「機能訓練の実施」9.2%が多い。

図表 2-71 問 13-2).訪問リハビリテーションについて、事業所として、訪問リハビリテーション事業所や医療機関と「業務委託契約」を結んでいる場合の契約業務（複数回答）

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
リハビリテーションの実施	10.6	10.7	8.5	8.6	13.2	18.3	4.8
機能訓練の実施	9.2	10.7	9.3	6.0	9.7	19.6	3.0
健康管理	4.8	2.7	2.5	3.4	7.5	8.5	3.0
住宅職員への相談・助言指導	4.7	3.6	0.8	2.6	3.1	17.0	2.4
協力医療機関や主治医への 報告・連携	3.8	1.8	2.5	4.1	5.7	5.2	1.8
記録の作成	3.3	3.6	0.8	2.6	2.2	10.5	1.2
医療処置の実施	2.2	2.7	0.8	2.2	3.1	2.0	1.8
認知症の入居者への対応	1.9	1.8	0.8	1.9	1.8	4.6	0.6
急変時、看取り期の対応	1.4	0.9	0.0	2.6	2.2	0.7	0.6
その他	1.8	1.8	0.8	1.5	4.0	0.7	1.2
無回答	83.8	82.1	88.1	86.9	83.3	69.9	90.5

(14) 住宅における医療提供の対応可否について

① 褥瘡予防・処置

住宅における医療提供の対応可否(褥瘡予防・処置)については、特定(加算有)、特定(加算無)では「内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能」が90%以上で他の住宅種類に比べ高い。GH(加算有)、GH(加算無)も50%以上である。

図表 2-72 問 14-1.褥瘡予防・処置 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
a. 対応不可	9.8	3.6	1.7	13.1	15.4	6.5	9.5
b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	27.8	3.6	1.7	34.5	43.6	27.5	31.0
c. 内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能	58.2	92.0	94.9	46.1	35.7	63.4	54.8
無回答	4.2	0.9	1.7	6.4	5.3	2.6	4.8

② 点滴

住宅における医療提供の対応可否(点滴)については、特定(加算有)、特定(加算無)では「内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能」が50%以上で最も高く、その他の住宅種類では「外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能」が40%以上で最も高い。GH(加算無)では「対応不可」が33.9%となっている。

図表 2-73 問 14-2.点滴 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
a. 対応不可	25.2	9.8	22.0	24.3	26.4	28.8	33.9
b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	45.4	32.1	25.4	49.1	54.2	49.7	46.4
c. 内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能	25.3	55.4	50.0	21.0	14.5	19.6	14.3
無回答	4.2	2.7	2.5	5.6	4.8	2.0	5.4

③ 抗生剤の点滴

住宅における医療提供の対応可否(抗生剤の点滴)については、特定(加算有)、特定(加算無)では「内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能」が45%以上で最も高く、その他の住宅種類では「外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能」が40%以上で最も高い。GH(加算無)では「対応不可」が38.1%となっている。

図表 2-74 問 14-3.抗生剤の点滴 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
a. 対応不可	27.2	10.7	23.7	25.1	29.5	30.1	38.1
b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	44.3	33.0	25.4	48.7	52.4	49.7	42.3
c. 内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能	23.4	51.8	45.8	20.2	12.3	18.3	13.7
無回答	5.1	4.5	5.1	6.0	5.7	2.0	6.0

④ 血糖測定

住宅における医療提供の対応可否(血糖測定)については、下記のとおりである。特定(加算有)、特定(加算無)では「内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能」が85%以上で他の住宅種類に比べ高い。GH(加算無)では「対応不可」が43.5%と他の住宅種類に比べ高い。

図表 2-75 問 14-4.血糖測定 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
a. 対応不可	24.5	8.9	5.1	23.6	22.5	34.6	43.5
b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	27.2	3.6	1.7	31.8	40.5	34.0	29.2
c. 内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能	43.3	86.6	89.8	38.2	30.0	28.1	22.0
無回答	5.0	0.9	3.4	6.4	7.0	3.3	5.4

⑤ インスリン注射

住宅における医療提供の対応可否(インスリン注射)については、特定(加算有)、特定(加算無)では「内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能」が80%以上で他の住宅種類に比べ高い。GH(加算有)、GH(加算無)では「対応不可」が50%以上で他の住宅種類に比べ高い。

図表 2-76 問 14-5.インスリン注射 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
a. 対応不可	32.9	10.7	10.2	27.3	31.7	53.6	55.4
b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	23.3	2.7	2.5	31.1	35.2	24.2	22.6
c. 内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能	38.0	85.7	83.1	33.3	26.0	19.0	15.5
無回答	5.7	0.9	4.2	8.2	7.0	3.3	6.5

⑥ 胃ろう・腸ろうの管理

住宅における医療提供の対応可否(胃ろう・腸ろうの管理)については、特定(加算有)、特定(加算無)では「内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能」が60%以上で他の住宅種類に比べ高い。その他の住宅種類では「対応不可」が50%以上である。

図表 2-77 問 14-6.胃ろう・腸ろうの管理 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
a. 対応不可	54.3	26.8	28.0	51.3	52.4	77.1	77.4
b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	13.8	3.6	1.7	18.4	25.6	9.2	10.1
c. 内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能	26.5	67.9	66.1	22.8	15.4	11.1	6.0
無回答	5.5	1.8	4.2	7.5	6.6	2.6	6.5

⑦ 経鼻経管栄養の管理

住宅における医療提供の対応可否(経鼻経管栄養の管理)については、いずれの住宅種別も「対応不可」が60%以上で最も高い。特定(加算有)、特定(加算無)では「内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能」が30%以上である。

図表 2-78 問 14-7.経鼻経管栄養の管理 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
a. 対応不可	68.3	62.5	61.0	62.9	62.6	80.4	82.7
b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	11.0	2.7	0.8	13.5	21.1	9.2	7.7
c. 内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能	14.5	31.3	33.9	14.2	9.7	7.8	3.0
無回答	6.1	3.6	4.2	9.4	6.6	2.6	6.5

⑧ 中心静脈栄養の管理

住宅における医療提供の対応可否(中心静脈栄養の管理)については、いずれの住宅種別も「対応不可」が60%以上で最も高い。

図表 2-79 問 14-8.中心静脈栄養の管理 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
a. 対応不可	71.2	65.2	75.4	62.5	65.2	82.4	83.9
b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	13.6	10.7	0.8	17.6	22.9	11.1	7.7
c. 内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能	9.0	21.4	17.8	10.9	5.3	3.9	1.2
無回答	6.2	2.7	5.9	9.0	6.6	2.6	7.1

⑨ (膀胱留置カテーテル等の)カテーテルの管理

住宅における医療提供の対応可否(膀胱留置カテーテル等のカテーテルの管理)については、特定(加算有)、特定(加算無)では「内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能」が80%以上で他の住宅種類に比べ高い。GH(加算無)では「対応不可」が54.8%で他の住宅種類に比べ高い。

図表 2-80 問 14-9.(膀胱留置カテーテル等の)カテーテルの管理 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
a. 対応不可	29.0	8.0	5.9	26.2	29.1	38.6	54.8
b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	25.9	6.3	7.6	33.3	40.1	29.4	17.9
c. 内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能	40.7	84.8	82.2	34.1	25.6	30.1	22.6
無回答	4.4	0.9	4.2	6.4	5.3	2.0	4.8

⑩ 透析の管理(在宅自己腹膜灌流を含む)

住宅における医療提供の対応可否(在宅自己腹膜灌流を含む透析の管理)については、いずれの住宅種類も「対応不可」が50%以上で最も高い。

図表 2-81 問 14-10.透析の管理(在宅自己腹膜灌流を含む) (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
a. 対応不可	66.1	57.1	53.4	58.1	55.5	87.6	88.7
b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	16.5	14.3	16.1	21.0	28.6	7.2	3.0
c. 内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能	10.7	24.1	24.6	12.0	7.5	2.6	1.8
無回答	6.7	4.5	5.9	9.0	8.4	2.6	6.5

⑪ 酸素療法

住宅における医療提供の対応可否(酸素療法)については、特定(加算有)、特定(加算無)では「内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能」が80%以上で他の住宅種類に比べ高い。GH(加算有)、GH(加算無)では「対応不可」が40%以上で他の住宅種類に比べ高い。

図表 2-82 問 14-11.酸素療法 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
a. 対応不可	29.0	8.0	8.5	28.1	26.4	44.4	48.2
b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	20.6	4.5	3.4	24.7	34.8	20.9	17.3
c. 内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能	45.0	85.7	83.9	39.7	32.2	32.7	27.4
無回答	5.5	1.8	4.2	7.5	6.6	2.0	7.1

⑫ レスピレータ(人工呼吸器)の管理

住宅における医療提供の対応可否(レスピレータ(人工呼吸器)の管理)については、いずれの住宅種類も「対応不可」が70%以上で最も高い。

図表 2-83 問 14-12.レスピレータ(人工呼吸器)の管理 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
a. 対応不可	82.0	90.2	85.6	72.7	76.2	92.8	86.9
b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	7.8	4.5	1.7	11.2	12.8	3.9	5.4
c. 内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能	3.5	2.7	5.9	6.4	3.1	0.7	1.2
無回答	6.7	2.7	6.8	9.7	7.9	2.6	6.5

⑬ 気管切開の管理

住宅における医療提供の対応可否(気管切開の管理)については、いずれの住宅種別も「対応不可」が68%以上で最も高い。

図表 2-84 問 14-13.気管切開の管理 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
a. 対応不可	79.5	83.0	80.5	68.9	77.1	90.2	86.9
b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	8.3	4.5	0.8	13.1	12.8	4.6	6.0
c. 内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能	5.7	9.8	11.9	8.6	3.1	2.6	0.6
無回答	6.4	2.7	6.8	9.4	7.0	2.6	6.5

⑭ 喀たん吸引

住宅における医療提供の対応可否(喀たん吸引)については、特定(加算有)、特定(加算無)では「内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能」が67%以上で他の住宅種類に比べ高い。その他の住宅種類では「対応不可」が40%以上で高い。

図表 2-85 問 14-14.喀たん吸引 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
a. 対応不可	43.8	27.7	25.4	41.9	52.0	47.7	56.0
b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	18.9	1.8	2.5	24.0	24.7	22.9	22.0
c. 内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能	32.2	68.8	67.8	27.3	17.2	26.1	16.1
無回答	5.2	1.8	4.2	6.7	6.2	3.3	6.0

⑮ 人工の膀胱・人工肛門の管理

住宅における医療提供の対応可否(人工の膀胱・人工肛門の管理)については、特定(加算有)、特定(加算無)では「内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能」が75%以上で他の住宅種類に比べ高い。GH(加算有)、GH(加算無)では「対応不可」が50%以上で高い。

図表 2-86 問 14-15.人工の膀胱・人工肛門の管理 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
a. 対応不可	36.9	13.4	12.7	32.6	36.6	55.6	60.1
b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	18.7	2.7	3.4	26.2	32.2	15.0	13.1
c. 内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能	38.5	83.0	79.7	32.6	23.8	25.5	20.8
無回答	5.9	0.9	4.2	8.6	7.5	3.9	6.0

⑯ 抗がん剤の投与

住宅における医療提供の対応可否(抗がん剤の投与)については、いずれの住宅種別も「対応不可」が45%以上で最も高い。特定(加算有)、特定(加算無)では「内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能」が30%以上である。

図表 2-87 問 14-16.抗がん剤の投与 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
a. 対応不可	60.8	46.4	49.2	54.7	59.9	74.5	76.8
b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	18.4	14.3	11.0	22.5	24.7	19.6	10.1
c. 内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能	14.1	37.5	33.1	13.1	8.4	2.0	5.4
無回答	6.8	1.8	6.8	9.7	7.0	3.9	7.7

⑰ 疼痛の管理(麻薬を使用しない)

住宅における医療提供の対応可否(麻薬を使用しない疼痛の管理)については、特定(加算有)、特定(加算無)では「内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能」が75%以上で他の住宅種類に比べ高い。

図表 2-88 問 14-17.疼痛の管理(麻薬を使用しない) (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
a. 対応不可	29.9	8.0	8.5	34.5	34.8	33.3	42.3
b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	21.7	6.3	6.8	23.6	33.0	25.5	20.8
c. 内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能	42.2	83.0	78.8	33.0	26.4	38.6	28.6
無回答	6.2	2.7	5.9	9.0	5.7	2.6	8.3

⑱ 疼痛の管理(麻薬を使用)

住宅における医療提供の対応可否(麻薬を使用する疼痛の管理)については、特定(加算有)、特定(加算無)では「内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能」が50%で最も高く、他の住宅種類では「対応不可」が45%以上で最も高い。

図表 2-89 問 14-18.疼痛の管理(麻薬を使用) (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
a. 対応不可	51.0	33.0	31.4	47.2	51.5	64.7	69.6
b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	22.2	15.2	11.9	25.1	30.8	24.8	15.5
c. 内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能	20.1	50.0	50.0	17.6	10.6	7.2	7.7
無回答	6.7	1.8	6.8	10.1	7.0	3.3	7.1

⑬ 各医療行為についての対応方針 ※再掲

図表 2-90 問 14.医療提供についての対応方針 再掲（住宅種類別のまとめ表）

合計	合計	a. 対応不可	b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	c. 内部の職員が医師の指示のもとで対応可能	無回答
1.褥瘡予防・処置	1045	102	291	608	44
2.点滴	1045	263	474	264	44
3.抗生剤の点滴	1045	284	463	245	53
4.血糖測定	1045	256	284	453	52
5.インスリン注射	1045	344	244	397	60
6.胃ろう・腸ろうの管理	1045	567	144	277	57
7.経鼻経管栄養の管理	1045	714	115	152	64
8.中心静脈栄養の管理	1045	744	142	94	65
9.（膀胱留置カテーテル等の）カテーテルの管理	1045	303	271	425	46
10.透析の管理（在宅自己腹膜灌流を含む）	1045	691	172	112	70
11.酸素療法	1045	303	215	470	57
12.レスピレータ（人工呼吸器）の管理	1045	857	81	37	70
13.気管切開の管理	1045	831	87	60	67
14.喀たん吸引	1045	458	197	336	54
15.人工の膀胱・人工肛門の管理	1045	386	195	402	62
16.抗がん剤の投与	1045	635	192	147	71
17.疼痛の管理（麻薬を使用しない）	1045	312	227	441	65
18.疼痛の管理（麻薬を使用）	1045	533	232	210	70

合計	合計	a. 対応不可	b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	c. 内部の職員が医師の指示のもとで対応可能	無回答
1.褥瘡予防・処置	100.0	9.8	27.8	58.2	4.2
2.点滴	100.0	25.2	45.4	25.3	4.2
3.抗生剤の点滴	100.0	27.2	44.3	23.4	5.1
4.血糖測定	100.0	24.5	27.2	43.3	5.0
5.インスリン注射	100.0	32.9	23.3	38.0	5.7
6.胃ろう・腸ろうの管理	100.0	54.3	13.8	26.5	5.5
7.経鼻経管栄養の管理	100.0	68.3	11.0	14.5	6.1
8.中心静脈栄養の管理	100.0	71.2	13.6	9.0	6.2
9.（膀胱留置カテーテル等の）カテーテルの管理	100.0	29.0	25.9	40.7	4.4
10.透析の管理（在宅自己腹膜灌流を含む）	100.0	66.1	16.5	10.7	6.7
11.酸素療法	100.0	29.0	20.6	45.0	5.5
12.レスピレータ（人工呼吸器）の管理	100.0	82.0	7.8	3.5	6.7
13.気管切開の管理	100.0	79.5	8.3	5.7	6.4
14.喀たん吸引	100.0	43.8	18.9	32.2	5.2
15.人工の膀胱・人工肛門の管理	100.0	36.9	18.7	38.5	5.9
16.抗がん剤の投与	100.0	60.8	18.4	14.1	6.8
17.疼痛の管理（麻薬を使用しない）	100.0	29.9	21.7	42.2	6.2
18.疼痛の管理（麻薬を使用）	100.0	51.0	22.2	20.1	6.7

特定（加算有）	合計	a. 対応不可	b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	c. 内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能	無回答
1.褥瘡予防・処置	112	4	4	103	1
2.点滴	112	11	36	62	3
3.抗生剤の点滴	112	12	37	58	5
4.血糖測定	112	10	4	97	1
5.インスリン注射	112	12	3	96	1
6.胃ろう・腸ろうの管理	112	30	4	76	2
7.経鼻経管栄養の管理	112	70	3	35	4
8.中心静脈栄養の管理	112	73	12	24	3
9.（膀胱留置カテーテル等の）カテーテルの管理	112	9	7	95	1
10.透析の管理（在宅自己腹膜灌流を含む）	112	64	16	27	5
11.酸素療法	112	9	5	96	2
12.レスピレータ（人工呼吸器）の管理	112	101	5	3	3
13.気管切開の管理	112	93	5	11	3
14.喀たん吸引	112	31	2	77	2
15.人工の膀胱・人工肛門の管理	112	15	3	93	1
16.抗がん剤の投与	112	52	16	42	2
17.疼痛の管理（麻薬を使用しない）	112	9	7	93	3
18.疼痛の管理（麻薬を使用）	112	37	17	56	2

特定（加算有）	合計	a. 対応不可	b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	c. 内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能	無回答
1.褥瘡予防・処置	100.0	3.6	3.6	92.0	0.9
2.点滴	100.0	9.8	32.1	55.4	2.7
3.抗生剤の点滴	100.0	10.7	33.0	51.8	4.5
4.血糖測定	100.0	8.9	3.6	86.6	0.9
5.インスリン注射	100.0	10.7	2.7	85.7	0.9
6.胃ろう・腸ろうの管理	100.0	26.8	3.6	67.9	1.8
7.経鼻経管栄養の管理	100.0	62.5	2.7	31.3	3.6
8.中心静脈栄養の管理	100.0	65.2	10.7	21.4	2.7
9.（膀胱留置カテーテル等の）カテーテルの管理	100.0	8.0	6.3	84.8	0.9
10.透析の管理（在宅自己腹膜灌流を含む）	100.0	57.1	14.3	24.1	4.5
11.酸素療法	100.0	8.0	4.5	85.7	1.8
12.レスピレータ（人工呼吸器）の管理	100.0	90.2	4.5	2.7	2.7
13.気管切開の管理	100.0	83.0	4.5	9.8	2.7
14.喀たん吸引	100.0	27.7	1.8	68.8	1.8
15.人工の膀胱・人工肛門の管理	100.0	13.4	2.7	83.0	0.9
16.抗がん剤の投与	100.0	46.4	14.3	37.5	1.8
17.疼痛の管理（麻薬を使用しない）	100.0	8.0	6.3	83.0	2.7
18.疼痛の管理（麻薬を使用）	100.0	33.0	15.2	50.0	1.8

特定（加算無）	合計	a. 対応不可	b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	c. 内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能	無回答
1.褥瘡予防・処置	118	2	2	112	2
2.点滴	118	26	30	59	3
3.抗生剤の点滴	118	28	30	54	6
4.血糖測定	118	6	2	106	4
5.インスリン注射	118	12	3	98	5
6.胃ろう・腸ろうの管理	118	33	2	78	5
7.経鼻経管栄養の管理	118	72	1	40	5
8.中心静脈栄養の管理	118	89	1	21	7
9.（膀胱留置カテーテル等の）カテーテルの管理	118	7	9	97	5
10.透析の管理（在宅自己腹膜灌流を含む）	118	63	19	29	7
11.酸素療法	118	10	4	99	5
12.レスピレータ（人工呼吸器）の管理	118	101	2	7	8
13.気管切開の管理	118	95	1	14	8
14.喀たん吸引	118	30	3	80	5
15.人工の膀胱・人工肛門の管理	118	15	4	94	5
16.抗がん剤の投与	118	58	13	39	8
17.疼痛の管理（麻薬を使用しない）	118	10	8	93	7
18.疼痛の管理（麻薬を使用）	118	37	14	59	8

特定（加算無）	合計	a. 対応不可	b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	c. 内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能	無回答
1.褥瘡予防・処置	100.0	1.7	1.7	94.9	1.7
2.点滴	100.0	22.0	25.4	50.0	2.5
3.抗生剤の点滴	100.0	23.7	25.4	45.8	5.1
4.血糖測定	100.0	5.1	1.7	89.8	3.4
5.インスリン注射	100.0	10.2	2.5	83.1	4.2
6.胃ろう・腸ろうの管理	100.0	28.0	1.7	66.1	4.2
7.経鼻経管栄養の管理	100.0	61.0	0.8	33.9	4.2
8.中心静脈栄養の管理	100.0	75.4	0.8	17.8	5.9
9.（膀胱留置カテーテル等の）カテーテルの管理	100.0	5.9	7.6	82.2	4.2
10.透析の管理（在宅自己腹膜灌流を含む）	100.0	53.4	16.1	24.6	5.9
11.酸素療法	100.0	8.5	3.4	83.9	4.2
12.レスピレータ（人工呼吸器）の管理	100.0	85.6	1.7	5.9	6.8
13.気管切開の管理	100.0	80.5	0.8	11.9	6.8
14.喀たん吸引	100.0	25.4	2.5	67.8	4.2
15.人工の膀胱・人工肛門の管理	100.0	12.7	3.4	79.7	4.2
16.抗がん剤の投与	100.0	49.2	11.0	33.1	6.8
17.疼痛の管理（麻薬を使用しない）	100.0	8.5	6.8	78.8	5.9
18.疼痛の管理（麻薬を使用）	100.0	31.4	11.9	50.0	6.8

	合計	a. 対応不可	b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	c. 内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能	無回答
非特定（有老）					
1.褥瘡予防・処置	267	35	92	123	17
2.点滴	267	65	131	56	15
3.抗生剤の点滴	267	67	130	54	16
4.血糖測定	267	63	85	102	17
5.インスリン注射	267	73	83	89	22
6.胃ろう・腸ろうの管理	267	137	49	61	20
7.経鼻経管栄養の管理	267	168	36	38	25
8.中心静脈栄養の管理	267	167	47	29	24
9.（膀胱留置カテーテル等の）カテーテルの管理	267	70	89	91	17
10.透析の管理（在宅自己腹膜灌流を含む）	267	155	56	32	24
11.酸素療法	267	75	66	106	20
12.レスピレータ（人工呼吸器）の管理	267	194	30	17	26
13.気管切開の管理	267	184	35	23	25
14.喀たん吸引	267	112	64	73	18
15.人工の膀胱・人工肛門の管理	267	87	70	87	23
16.抗がん剤の投与	267	146	60	35	26
17.疼痛の管理（麻薬を使用しない）	267	92	63	88	24
18.疼痛の管理（麻薬を使用）	267	126	67	47	27

	合計	a. 対応不可	b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	c. 内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能	無回答
非特定（有老）					
1.褥瘡予防・処置	100.0	13.1	34.5	46.1	6.4
2.点滴	100.0	24.3	49.1	21.0	5.6
3.抗生剤の点滴	100.0	25.1	48.7	20.2	6.0
4.血糖測定	100.0	23.6	31.8	38.2	6.4
5.インスリン注射	100.0	27.3	31.1	33.3	8.2
6.胃ろう・腸ろうの管理	100.0	51.3	18.4	22.8	7.5
7.経鼻経管栄養の管理	100.0	62.9	13.5	14.2	9.4
8.中心静脈栄養の管理	100.0	62.5	17.6	10.9	9.0
9.（膀胱留置カテーテル等の）カテーテルの管理	100.0	26.2	33.3	34.1	6.4
10.透析の管理（在宅自己腹膜灌流を含む）	100.0	58.1	21.0	12.0	9.0
11.酸素療法	100.0	28.1	24.7	39.7	7.5
12.レスピレータ（人工呼吸器）の管理	100.0	72.7	11.2	6.4	9.7
13.気管切開の管理	100.0	68.9	13.1	8.6	9.4
14.喀たん吸引	100.0	41.9	24.0	27.3	6.7
15.人工の膀胱・人工肛門の管理	100.0	32.6	26.2	32.6	8.6
16.抗がん剤の投与	100.0	54.7	22.5	13.1	9.7
17.疼痛の管理（麻薬を使用しない）	100.0	34.5	23.6	33.0	9.0
18.疼痛の管理（麻薬を使用）	100.0	47.2	25.1	17.6	10.1

非特定（サ高住）	合計	a. 対応不可	b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	c. 内部の職員が医師の指示のもとで対応可能	無回答
1.褥瘡予防・処置	227	35	99	81	12
2.点滴	227	60	123	33	11
3.抗生剤の点滴	227	67	119	28	13
4.血糖測定	227	51	92	68	16
5.インスリン注射	227	72	80	59	16
6.胃ろう・腸ろうの管理	227	119	58	35	15
7.経鼻経管栄養の管理	227	142	48	22	15
8.中心静脈栄養の管理	227	148	52	12	15
9.（膀胱留置カテーテル等の）カテーテルの管理	227	66	91	58	12
10.透析の管理（在宅自己腹膜灌流を含む）	227	126	65	17	19
11.酸素療法	227	60	79	73	15
12.レスピレータ（人工呼吸器）の管理	227	173	29	7	18
13.気管切開の管理	227	175	29	7	16
14.喀たん吸引	227	118	56	39	14
15.人工の膀胱・人工肛門の管理	227	83	73	54	17
16.抗がん剤の投与	227	136	56	19	16
17.疼痛の管理（麻薬を使用しない）	227	79	75	60	13
18.疼痛の管理（麻薬を使用）	227	117	70	24	16

非特定（サ高住）	合計	a. 対応不可	b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	c. 内部の職員が医師の指示のもとで対応可能	無回答
1.褥瘡予防・処置	100.0	15.4	43.6	35.7	5.3
2.点滴	100.0	26.4	54.2	14.5	4.8
3.抗生剤の点滴	100.0	29.5	52.4	12.3	5.7
4.血糖測定	100.0	22.5	40.5	30.0	7.0
5.インスリン注射	100.0	31.7	35.2	26.0	7.0
6.胃ろう・腸ろうの管理	100.0	52.4	25.6	15.4	6.6
7.経鼻経管栄養の管理	100.0	62.6	21.1	9.7	6.6
8.中心静脈栄養の管理	100.0	65.2	22.9	5.3	6.6
9.（膀胱留置カテーテル等の）カテーテルの管理	100.0	29.1	40.1	25.6	5.3
10.透析の管理（在宅自己腹膜灌流を含む）	100.0	55.5	28.6	7.5	8.4
11.酸素療法	100.0	26.4	34.8	32.2	6.6
12.レスピレータ（人工呼吸器）の管理	100.0	76.2	12.8	3.1	7.9
13.気管切開の管理	100.0	77.1	12.8	3.1	7.0
14.喀たん吸引	100.0	52.0	24.7	17.2	6.2
15.人工の膀胱・人工肛門の管理	100.0	36.6	32.2	23.8	7.5
16.抗がん剤の投与	100.0	59.9	24.7	8.4	7.0
17.疼痛の管理（麻薬を使用しない）	100.0	34.8	33.0	26.4	5.7
18.疼痛の管理（麻薬を使用）	100.0	51.5	30.8	10.6	7.0

GH (加算有)	合計	a. 対応不可	b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	c. 内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能	無回答
1.褥瘡予防・処置	153	10	42	97	4
2.点滴	153	44	76	30	3
3.抗生剤の点滴	153	46	76	28	3
4.血糖測定	153	53	52	43	5
5.インスリン注射	153	82	37	29	5
6.胃ろう・腸ろうの管理	153	118	14	17	4
7.経鼻経管栄養の管理	153	123	14	12	4
8.中心静脈栄養の管理	153	126	17	6	4
9. (膀胱留置カテーテル等の) カテーテルの管理	153	59	45	46	3
10.透析の管理 (在宅自己腹膜灌流を含む)	153	134	11	4	4
11.酸素療法	153	68	32	50	3
12.レスピレータ (人工呼吸器) の管理	153	142	6	1	4
13.気管切開の管理	153	138	7	4	4
14.喀たん吸引	153	73	35	40	5
15.人工の膀胱・人工肛門の管理	153	85	23	39	6
16.抗がん剤の投与	153	114	30	3	6
17.疼痛の管理 (麻薬を使用しない)	153	51	39	59	4
18.疼痛の管理 (麻薬を使用)	153	99	38	11	5

GH (加算有)	合計	a. 対応不可	b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	c. 内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能	無回答
1.褥瘡予防・処置	100.0	6.5	27.5	63.4	2.6
2.点滴	100.0	28.8	49.7	19.6	2.0
3.抗生剤の点滴	100.0	30.1	49.7	18.3	2.0
4.血糖測定	100.0	34.6	34.0	28.1	3.3
5.インスリン注射	100.0	53.6	24.2	19.0	3.3
6.胃ろう・腸ろうの管理	100.0	77.1	9.2	11.1	2.6
7.経鼻経管栄養の管理	100.0	80.4	9.2	7.8	2.6
8.中心静脈栄養の管理	100.0	82.4	11.1	3.9	2.6
9. (膀胱留置カテーテル等の) カテーテルの管理	100.0	38.6	29.4	30.1	2.0
10.透析の管理 (在宅自己腹膜灌流を含む)	100.0	87.6	7.2	2.6	2.6
11.酸素療法	100.0	44.4	20.9	32.7	2.0
12.レスピレータ (人工呼吸器) の管理	100.0	92.8	3.9	0.7	2.6
13.気管切開の管理	100.0	90.2	4.6	2.6	2.6
14.喀たん吸引	100.0	47.7	22.9	26.1	3.3
15.人工の膀胱・人工肛門の管理	100.0	55.6	15.0	25.5	3.9
16.抗がん剤の投与	100.0	74.5	19.6	2.0	3.9
17.疼痛の管理 (麻薬を使用しない)	100.0	33.3	25.5	38.6	2.6
18.疼痛の管理 (麻薬を使用)	100.0	64.7	24.8	7.2	3.3

GH (加算無)	合計	a. 対応不可	b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	c. 内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能	無回答
1.褥瘡予防・処置	168	16	52	92	8
2.点滴	168	57	78	24	9
3.抗生剤の点滴	168	64	71	23	10
4.血糖測定	168	73	49	37	9
5.インスリン注射	168	93	38	26	11
6.胃ろう・腸ろうの管理	168	130	17	10	11
7.経鼻経管栄養の管理	168	139	13	5	11
8.中心静脈栄養の管理	168	141	13	2	12
9. (膀胱留置カテーテル等の) カテーテルの管理	168	92	30	38	8
10.透析の管理 (在宅自己腹膜灌流を含む)	168	149	5	3	11
11.酸素療法	168	81	29	46	12
12.レスピレータ (人工呼吸器) の管理	168	146	9	2	11
13.気管切開の管理	168	146	10	1	11
14.喀たん吸引	168	94	37	27	10
15.人工の膀胱・人工肛門の管理	168	101	22	35	10
16.抗がん剤の投与	168	129	17	9	13
17.疼痛の管理 (麻薬を使用しない)	168	71	35	48	14
18.疼痛の管理 (麻薬を使用)	168	117	26	13	12

GH (加算無)	合計	a. 対応不可	b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	c. 内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能	無回答
1.褥瘡予防・処置	100.0	9.5	31.0	54.8	4.8
2.点滴	100.0	33.9	46.4	14.3	5.4
3.抗生剤の点滴	100.0	38.1	42.3	13.7	6.0
4.血糖測定	100.0	43.5	29.2	22.0	5.4
5.インスリン注射	100.0	55.4	22.6	15.5	6.5
6.胃ろう・腸ろうの管理	100.0	77.4	10.1	6.0	6.5
7.経鼻経管栄養の管理	100.0	82.7	7.7	3.0	6.5
8.中心静脈栄養の管理	100.0	83.9	7.7	1.2	7.1
9. (膀胱留置カテーテル等の) カテーテルの管理	100.0	54.8	17.9	22.6	4.8
10.透析の管理 (在宅自己腹膜灌流を含む)	100.0	88.7	3.0	1.8	6.5
11.酸素療法	100.0	48.2	17.3	27.4	7.1
12.レスピレータ (人工呼吸器) の管理	100.0	86.9	5.4	1.2	6.5
13.気管切開の管理	100.0	86.9	6.0	0.6	6.5
14.喀たん吸引	100.0	56.0	22.0	16.1	6.0
15.人工の膀胱・人工肛門の管理	100.0	60.1	13.1	20.8	6.0
16.抗がん剤の投与	100.0	76.8	10.1	5.4	7.7
17.疼痛の管理 (麻薬を使用しない)	100.0	42.3	20.8	28.6	8.3
18.疼痛の管理 (麻薬を使用)	100.0	69.6	15.5	7.7	7.1

(15) 住宅の退去者数と転帰について

① 退居者数

住宅種類別(6種)の退居者数の平均値(人数)と転帰の内訳の平均値(人数)については、下記のとおりである。

図表 2-91 問 15.退居者数 住宅種類別(6種)の件数・平均値

	問15.退居者数	問15-1.救急搬送後、退居	問15-3.特別養護老人ホーム	問15-5.他の特定施設・高齢者向け住宅	問15-7.貴住宅で死亡	問15-2.入院 ※入院後、死亡を含む	問15-4.介護医療院・介護療養型病床	問15-6.自宅	問15-8.その他
合計	902	489	769	538	364	499	418	673	349
特定(加算有)	98	62	98	62	50	63	61	90	53
特定(加算無)	100	59	98	66	55	61	54	91	44
非特定(有老)	228	112	186	124	77	124	89	164	69
非特定(サ高住)	195	111	159	126	74	137	114	141	84
GH(加算有)	137	72	111	84	55	63	54	95	56
GH(加算無)	144	73	117	76	53	51	46	92	43
合計	7.5	1.1	3.1	1.3	0.7	1.5	0.9	3.0	1.0
特定(加算有)	13.3	1.3	5.0	1.0	1.5	1.4	1.3	5.0	1.8
特定(加算無)	12.3	1.6	4.5	1.3	0.9	1.3	1.1	4.9	1.5
非特定(有老)	6.6	1.2	3.0	1.7	0.6	1.8	0.8	2.6	1.0
非特定(サ高住)	7.9	1.0	2.7	1.3	0.5	2.0	1.1	3.1	0.6
GH(加算有)	4.5	0.7	2.2	1.1	0.5	1.0	0.3	1.4	1.2
GH(加算無)	3.9	0.9	2.1	1.4	0.5	0.5	0.2	1.6	0.3

図表 2-92 問 15.退居者数

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定(加算有)	特定(加算無)	非特定(有老)	非特定(サ高住)	GH(加算有)	GH(加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
1人未満	3.1	1.8	0.0	4.1	1.8	2.0	7.1
1人	5.8	0.9	1.7	6.7	4.4	10.5	8.3
2~3人	20.6	5.4	3.4	24.3	19.4	28.1	31.5
4~5人	15.5	8.0	8.5	14.2	15.4	24.2	19.6
6~7人	12.3	12.5	14.4	9.4	15.9	11.8	11.3
8~9人	8.2	8.0	13.6	8.6	10.1	5.2	4.2
10人以上	20.8	50.9	43.2	18.0	18.9	7.8	3.6
無回答	13.7	12.5	15.3	14.6	14.1	10.5	14.3

② 救急搬送後、退居

救急搬送後、退居者数については、下記のとおりである。

図表 2-93 問 15-1.救急搬送後、退居

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
1人未満	21.5	21.4	22.9	18.4	21.6	26.8	20.8
1人	13.6	18.8	13.6	10.9	15.9	11.8	13.1
2~3人	8.6	8.9	7.6	9.7	9.3	7.2	7.7
4~5人	1.8	2.7	2.5	2.2	1.3	1.3	1.2
6~7人	0.9	3.6	2.5	0.4	0.0	0.0	0.6
8~9人	0.1	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0
10人以上	0.3	0.0	0.8	0.4	0.4	0.0	0.0
無回答	53.2	44.6	50.0	58.1	51.1	52.9	56.5

③ 入院 ※入院後、死亡を含む

入院による退居者数については、下記のとおりである。

図表 2-94 問 15-2.入院 ※入院後、死亡を含む

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
1人未満	18.2	20.5	16.1	14.2	15.9	26.1	20.2
1人	14.4	25.0	15.3	13.5	17.2	11.1	7.1
2~3人	11.0	8.0	18.6	14.2	16.7	2.0	3.0
4~5人	2.2	0.9	1.7	1.9	6.6	0.0	0.0
6~7人	1.1	0.0	0.0	1.5	2.2	1.3	0.0
8~9人	0.4	0.0	0.0	0.4	1.3	0.0	0.0
10人以上	0.6	1.8	0.0	0.7	0.4	0.7	0.0
無回答	52.2	43.8	48.3	53.6	39.6	58.8	69.6

④ 特別養護老人ホーム

特別養護老人ホームへの入所による退居者数については、下記のとおりである。

図表 2-95 問 15-3.特別養護老人ホーム

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
1人未満	5.6	4.5	5.1	4.9	3.5	9.2	7.7
1人	20.0	11.6	10.2	19.5	21.1	22.9	29.2
2~3人	25.5	30.4	28.8	23.2	27.8	24.8	20.8
4~5人	11.9	14.3	15.3	13.1	11.9	11.8	6.0
6~7人	5.4	13.4	7.6	4.5	3.5	3.3	4.2
8~9人	2.7	4.5	9.3	2.6	0.9	0.7	1.2
10人以上	2.6	8.9	6.8	1.9	1.3	0.0	0.6
無回答	26.4	12.5	16.9	30.3	30.0	27.5	30.4

⑤ 介護医療院・介護療養型病床

介護医療院・介護療養型病床への入所・入院による退居者数については、下記のとおりである。

図表 2-96 問 15-4.介護医療院・介護療養型病床

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
1人未満	20.0	17.9	25.4	15.4	18.9	25.5	21.4
1人	13.3	25.9	11.0	13.5	17.2	7.8	6.0
2~3人	4.7	6.3	5.1	3.4	10.6	2.0	0.0
4~5人	1.4	3.6	2.5	0.4	3.1	0.0	0.0
6~7人	0.3	0.0	0.0	0.7	0.4	0.0	0.0
8~9人	0.1	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0
10人以上	0.2	0.9	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0
無回答	60.0	45.5	54.2	66.7	49.8	64.7	72.6

⑥ 他の特定施設・高齢者向け住宅

他の特定施設・高齢者向け住宅への入所による退居者数については、下記のとおりである。

図表 2-97 問 15-5.他の特定施設・高齢者向け住宅

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
1人未満	16.9	24.1	17.8	15.0	16.7	19.0	13.1
1人	19.9	20.5	19.5	17.2	23.3	19.6	19.6
2~3人	10.6	8.9	13.6	9.0	11.9	13.7	7.7
4~5人	2.8	0.9	4.2	3.4	2.2	2.0	3.6
6~7人	0.7	0.0	0.8	0.7	0.4	0.7	1.2
8~9人	0.3	0.0	0.0	0.4	0.9	0.0	0.0
10人以上	0.3	0.9	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0
無回答	48.5	44.6	44.1	53.6	44.5	45.1	54.8

⑦ 自宅

自宅への退居者数については、下記のとおりである。

図表 2-98 問 15-6.自宅

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
1人未満	13.6	4.5	6.8	13.5	17.2	20.9	13.1
1人	17.3	13.4	12.7	18.0	18.1	19.6	19.0
2~3人	15.9	18.8	15.3	14.6	17.2	14.4	16.1
4~5人	8.6	17.0	16.1	9.0	4.0	5.9	6.0
6~7人	3.4	10.7	8.5	1.9	2.6	1.3	0.6
8~9人	2.7	8.0	9.3	1.9	1.3	0.0	0.0
10人以上	2.9	8.0	8.5	2.6	1.8	0.0	0.0
無回答	35.6	19.6	22.9	38.6	37.9	37.9	45.2

⑧ 住宅で死亡

高齢者向け住宅における死亡による退居者数については、下記のとおりである。

図表 2-99 問 15-7.住宅で死亡

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
1人未満	23.5	28.6	24.6	19.9	26.0	25.5	20.2
1人	6.8	8.0	13.6	4.9	3.5	5.9	9.5
2~3人	2.6	2.7	5.1	3.0	1.3	3.3	1.2
4~5人	1.2	2.7	1.7	1.1	1.3	1.3	0.0
6~7人	0.4	0.9	1.7	0.0	0.0	0.0	0.6
8~9人	0.1	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0
10人以上	0.2	1.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
無回答	65.2	55.4	53.4	71.2	67.4	64.1	68.5

⑨ その他

その他の退居者数については、下記のとおりである。

図表 2-100 問 15-8.その他

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	1045	112	118	267	227	153	168
1人未満	22.9	26.8	28.0	19.9	22.5	23.5	21.4
1人	5.6	9.8	5.9	2.2	9.7	5.9	2.4
2~3人	3.3	6.3	1.7	2.2	4.0	5.2	1.2
4~5人	0.2	0.9	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0
6~7人	0.5	0.9	0.0	0.4	0.4	0.7	0.6
8~9人	0.1	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0
10人以上	0.9	2.7	1.7	0.7	0.0	1.3	0.0
無回答	66.6	52.7	62.7	74.2	63.0	63.4	74.4

(16) 2020年10月～2021年9月の12カ月間の退去者のうち、直近の方3人の退去時の傷病、心身状況、必要としていた医療処置

① 死亡退去か否か

2020年10月～2021年9月の12カ月間の退去者2,632人のうち、直近の方3人の「死亡退居」については、合計24.7%で、特定(加算無)36.7%が最も高く、GH(加算有)16.2%が最も低い。

図表 2-101 問 16-1).死亡退居か否か

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
総計	2632	318	327	636	586	383	382
○(死亡退去)	24.7	33.3	36.7	25.5	18.3	16.2	24.1
(死亡退去否)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
無回答	75.3	66.7	63.3	74.5	81.7	83.8	75.9

② 退居の原因となった傷病

退居の原因となった傷病をみると、合計では「その他」30.7%が最も多く、次いで「退居の原因と傷病は特に関係ない」25.0%となっている。

図表 2-102 問 16-2).退居の原因となった傷病

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
総計	2632	318	327	636	586	383	382
がん	9.3	8.5	7.3	12.9	9.9	7.6	6.3
脳卒中	3.5	1.6	4.0	4.1	3.4	3.9	3.4
心疾患	11.2	11.3	14.1	14.8	7.3	11.0	8.9
肺炎	12.4	18.6	15.9	11.6	11.1	9.9	10.2
骨折	4.6	2.2	1.5	3.1	7.0	6.5	5.8
その他	30.7	34.3	31.8	29.1	25.6	30.3	37.7
退居の原因と傷病は特に関係ない	25.0	19.2	26.3	22.6	29.2	26.4	24.6
無回答	8.9	10.7	8.6	7.9	9.4	9.1	8.6

③ ADL・IADL

退去時のADL・IADLをみると、合計では「立位が取れない」「排せつが全介助」「入浴が全介助」が50%以上、「歩行に介助が必要」48.5%、「座位が取れない」30.5%と重度化がうかがえる。

図表 2-103 問 16-3). ADL・IADL

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
総計	2632	318	327	636	586	383	382
立位が取れない	50.2	57.5	52.6	50.6	40.6	53.5	52.6
座位が取れない	30.5	35.5	33.0	33.6	24.1	29.5	29.8
歩行に介助が必要	48.5	44.7	48.0	50.8	45.1	52.0	50.0
排せつが全介助	53.5	57.5	56.9	51.6	44.2	58.2	59.7
入浴が全介助	56.2	61.6	62.4	53.3	46.4	58.7	63.4
無回答	28.3	26.4	26.0	26.7	36.5	23.5	26.7

④ 認知機能

退去時の認知機能をみると、合計では「意思の表明が難しい」「職員等とコミュニケーションが難しい」が30%以上、「著しい認知症の中核症状」29%、「著しい認知症の行動・心理症状」24.5%である。GHはいずれの項目でも合計を上回っている。

図表 2-104 問 16-4). 認知機能

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
総計	2632	318	327	636	586	383	382
意思の表明が難しい	33.5	34.0	32.7	29.2	25.9	44.1	41.6
職員等とコミュニケーションが難しい	30.4	31.1	30.6	26.9	25.8	35.5	37.4
著しい認知症の中核症状	29.0	26.7	27.8	24.8	24.6	37.1	37.2
著しい認知症の行動・心理症状	24.5	19.5	19.6	22.6	23.7	28.7	32.7
無回答	45.3	50.3	48.0	48.6	53.9	31.6	33.8

⑤ 医療処置

退去時、必要としていた医療処置をみると、合計では「看取りのケア」23.9%、「点滴」15.7%、「喀たん吸引」10.6%、「酸素療法」10.2%、「褥瘡処置」5.5%が上位5項目である。住宅種類別でも傾向は概ね似ている。

図表 2-105 問16-5).医療処置

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
総計	2632	318	327	636	586	383	382
看取りのケア	23.9	33.6	35.5	24.1	14.8	20.9	22.5
点滴	15.7	21.4	9.5	15.7	10.8	22.5	16.8
喀たん吸引	10.6	15.1	14.1	12.6	6.7	9.9	7.1
酸素療法	10.2	17.9	9.8	10.4	8.2	8.1	9.2
褥瘡処置	5.5	7.2	2.1	8.0	4.4	6.3	3.9
疼痛の管理 (麻薬含まず)	3.6	4.7	3.7	3.3	3.9	4.7	1.6
カテーテルの管理	3.2	5.3	1.5	4.9	2.0	2.9	1.8
抗生剤の点滴	3.0	3.5	2.4	2.7	2.6	4.2	3.4
疼痛の管理 (麻薬含む)	2.4	2.5	2.4	2.7	3.6	1.3	1.0
経鼻経管栄養の管理	2.1	0.9	2.8	2.8	1.5	2.6	1.3
胃ろう・腸ろうの管理	2.0	2.5	2.8	3.5	0.9	1.0	1.0
インスリン注射	1.6	2.8	2.1	2.0	1.4	0.0	1.0
中心静脈栄養の管理	1.4	0.6	1.8	2.0	1.0	2.3	0.3
血糖測定	1.3	2.5	2.1	1.7	1.2	0.3	0.3
抗がん剤の投与	1.0	0.3	0.0	1.9	1.4	1.3	0.3
透析の管理	1.0	1.3	1.5	1.1	1.7	0.0	0.0
人工の膀胱・肛門の管理	0.6	0.9	0.0	1.6	0.2	0.3	0.3
人工呼吸器の管理	0.5	0.0	0.3	0.6	0.7	0.5	0.3
気管切開の管理	0.2	0.0	0.6	0.3	0.0	0.0	0.0
無回答	55.7	40.9	48.6	54.1	68.4	54.8	57.9

(17) 高齢者住宅は、入居者の加齢にともない重度化し、医療処置を必要とする人が増えています。現在、「特定施設入居者生活介護の指定を受けた特定施設」、「認知症グループホーム」では、介護報酬上、入居者は介護保険の訪問リハビリテーション・訪問看護等の医療系サービスを算定できません。このことについて、ご意見があれば自由にご記入ください。

(参考)自由記述のテキストマイニング

本設問については、自由記述の内容をできるだけ定量的に把握することを目的に、テキストマイニングを実施した。

分析概要は以下のとおりである。

【利用ソフト】

KHCoder3(立命館大学 樋口耕一氏作)

【手法】

階層的クラスター分析

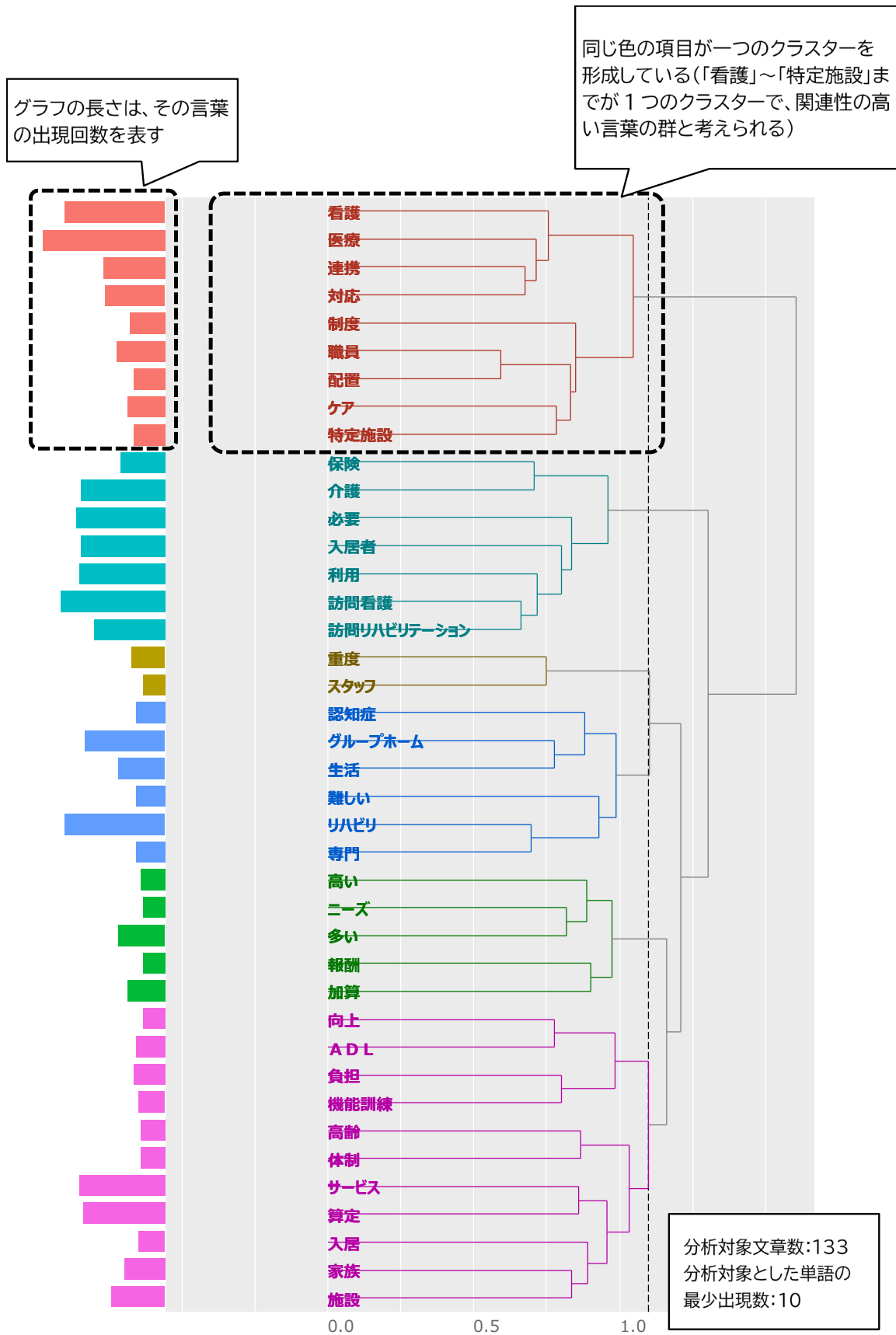
…自由記述の各文章における文言・単語の出現頻度や、同じ文章内で同時に出現することが多い文言・単語の有無(文言の出現パターン)を分析するとともに、類似のパターンがみられる言葉を集め、クラスター化したもの。

【備考】

○同趣旨と思われる単語は統一し、分析を行った。(例:「訪看」→「訪問看護」など)

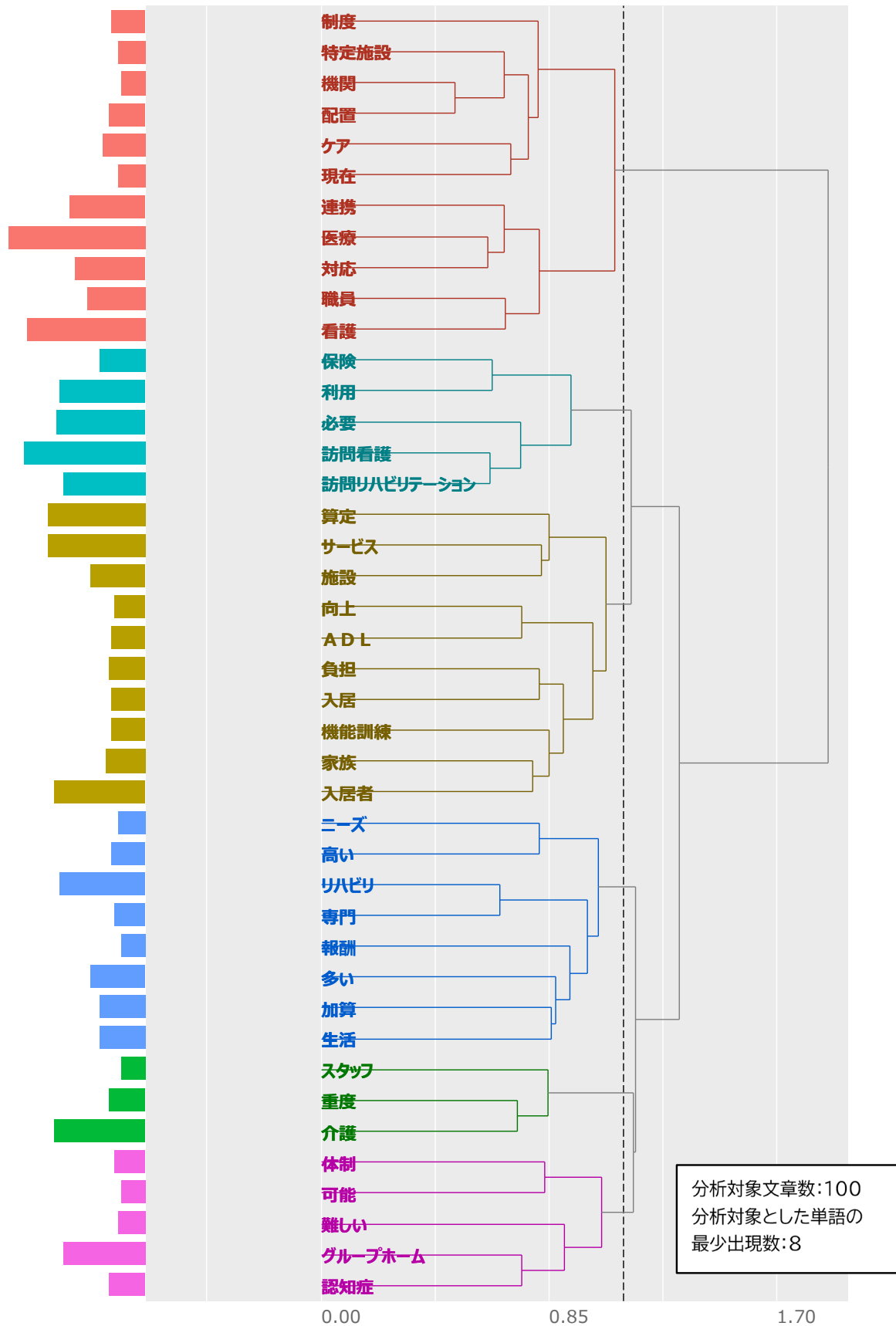
① 全住宅種別を含めたクラスター分析

図表 2-106 全住宅種別を含めたクラスター分析



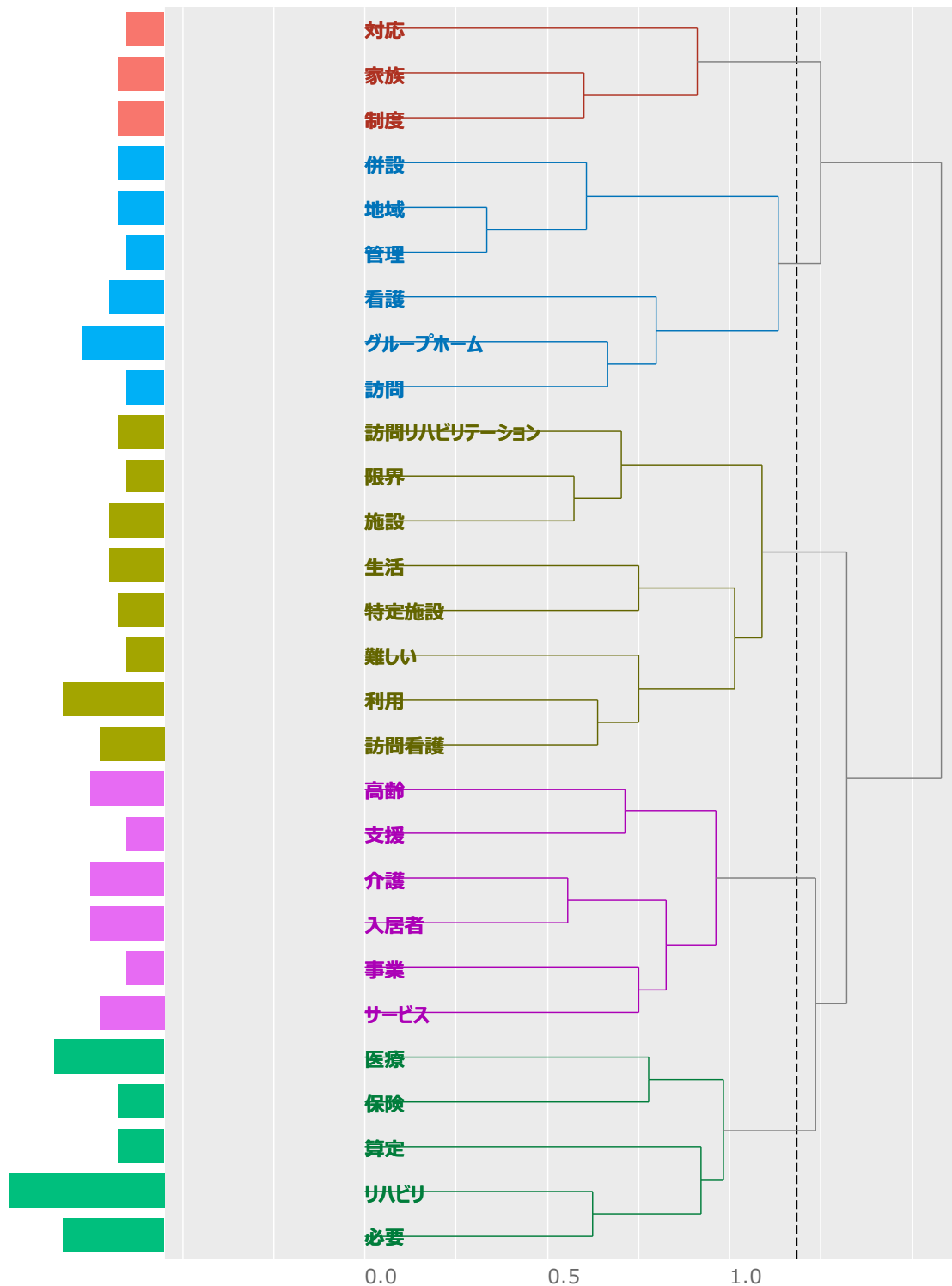
② 特定施設およびグループホームに絞ったクラスター分析

図表 2-107 特定施設およびグループホームに絞ったクラスター分析



③ 非特定施設に絞ったクラスター分析

図表 2-108 非特定施設に絞ったクラスター分析



分析対象文章数:33
 分析対象とした単語の
 最少出現数:4

住宅 No.	自由記述
特定（加算有）	
1069	介護報酬上、特定施設で常勤の看護師、リハビリ職を雇用し続けるだけの収益が厳しいのが現状である。次期改定ではぜひ、訪問看護・訪問リハビリの併用可をすすめてほしい。
1121	リハビリへの要望ニーズが高いものの、それに対する報酬が算定できないため、人員を増やすことが出来ない。他所利用も想定されないため、入居者にとって不利益が生じていると考えられる。
1143	夜間外部サービスを使用できれば、看とり等の家族・入居者の希望が叶えられる。
1164	機能訓練を施設内で積極的に実施したいが、専門職(PT・OT)等を雇用した場合の人件費を今の報酬では捻出することができない。
1182	医療処置を必要とする人が増えているので、訪問リハビリ・訪問看護を介入することができれば、よりその人に合ったケアを多岐から取り入れられると思う。
1184	訪問看護については、法人内の診療所と連携可能なため問題ない。リハビリは法人内職員だけでは十分なサービスの提供ができていないとは言えず、外部利用の選択肢が増えることで、ニーズに答えやすくなる。
1190	医療依存度の高い利用者がおりオンコール対応にはなっているが、重度化した場合においては訪問看護と連携する様なサービスの検討をして欲しい。
1234	高齢者、ご家族共にADLの維持、向上への願望が強い。個別機能訓練のみで足りない人は、自費で訪問リハビリを受けている。個人負担が大きいので、制度があれば良いと思っている。
1235	PTの配置までできない現状の為、訪問リハビリ算定ができればADL向上に資するところ大きいと思う。現在はいないが、病状によっては訪問看護を特別指示がなくても算定できれば入居者の安心につながり、入院しないでホームで過ごせたのではと思うケースがあった。
1271	施設にリハビリテーションの専門職がおらず、入居者や家族のニーズに応えられていないと感じるので、算定できればと考える。
1272	訪問リハビリが必要な方はたくさんいらっしゃる。鍼灸師によるリハビリは「身体を動かす」という視点のみなので浅く、家族は希望される方がいらっしゃるが、ADLにそったリハビリではないので合っていないと思う。PTによるADLにそった機能訓練は必要だと思う。実費だと15分/3000円で、とてもじゃなく利用できない。血流不全で足の腫瘍、褥瘡、浮腫による浸出液の処置を訪問看護が算定できると点数が低くなり、外部の訪問看護が入り連携し、施設NSの負担を軽減することで利用者も入居しやすい。又NSの人員数が少ないので、負担を減らすことでNSの定着率もあがるし、入居者も療養型への転院や入院日数が減ると思う。
1280	自費で訪問リハビリ等、利用されている方がいる。家族や本人の判断で決められているが、介護保険での利用ができればもっと受けたい人は要るだろうと思う。
1316	ケアハウスの新入居の方は90歳を超えて入ってこられる方も多い。又、いつまでも元気で歩き、外出を希望される方も多く、健康志向が高い傾向である。生活リハビリのみならず、身体のケアも含め専門職の介入はとても重要だと感じている。訪問リハビリが利用できれば、入居者の生活質も向上し、特にコロナ禍での筋力低下には必要と考える。ぜひ検討をお願いしたい。
1337	ニーズはあると思うので対応できるようにしてほしい。
1349	看護師の正准の資格要件はハードルが高い(夜間看護体制加算)。 ※看護師不足。
1402	現在看護師が機能訓練を実施しているが、訪問リハビリテーションを利用できると寝たきりを防止でき、医療処置を軽減できると思う。看取りを積極的に施設で行うためには、訪問看護の介護保険サービス利用は必要不可欠である。
1413	看護職員の確保に苦労している。益々今後厳しくなると思う。その大きな理由は、病院など勤務する場合と待遇、給与面に差があるためである。現在の介護報酬では病院並みの給与を支給する事が困難である。介護報酬の引上げ又は訪問看護での算定が出きるようになってもらいたい。
1426	機能訓練指導員を看護師のように、入居者の数によって、増員する仕組みで考えてもらいたい。
1427	入居当初は何もなく元気な方でも、月日を追うごとに病状の悪化、ADLの低下は確実に来る。しかし”住宅”である以上その方のご自宅であり、入居要件に見合わなくなってきたからといってすぐに退居していただくことは困難であり、受け皿も簡単には見つからない。特定施設での基準は看護職員の配置は”1以上”だが、到底1では対応することはできない。入居者の看護、介護に関する全てのことを特定施設の中で完結しなければならぬ現状は、看護スタッフや介護スタッフにとって大きな負担となっている。そのような環境の中で、介護保険での訪問リハビリ、訪問看護の利用ができればスタッフの負担は少しでも減り、入居者も生活の中での安心感が少しは増すのではないかと。
1444	職員配置基準の限られた人数の機能訓練士・看護師では十分なサービス提供は不可能。訪問リハビリや訪問看護を算定できれば、サービスの向上につながるのではないかと。実際に利用者からも希望する声はある。
1503	医療保険制度を利用し、サービスの継続を試みるしかない現状機能訓練指導員を看護師のように、入居者の数によって、増員する仕組みを考えてもらいたい。
特定（加算有）	
2128	特定施設は看護職員が配置されており、協力医療機関と密な連携をとりながら、様々な医療的ケアに対応している為、現在の制度自体に大きな問題は感じない。
2206	ニーズは多く有ると思う。自費(10割負担)でも導入するケースもあるが、費用が高額になり現実的には、極

	一部の方しか不可能。
2252	24時間体制で医師に対応して頂ける協力があれば、指示のもと対応可能だと思う。コロナで、発熱だけでも受診させてもらえない状況のときもあり、受診つき添いで職員が一日中現場を離れることもあり、人員体制に苦勞する。医療との連携を強く希望する。
2262	特定施設で医療職をしっかりそろえることは困難なため、医療系サービスを算定できるようにし、看取りを積極的に出来たらと思う。
2266	算定できるよう努めてほしい。
2271	当施設は併設の診療所がある為、看護はそちらの看護師と連携できるが、訪問リハビリもしくは訪問看護ステーションのPTによるリハビリを必要と感じる。内部サービス型の為、通所リハビリを利用することもできず、リハビリを受けることができない。
2284	集団体操だけでは限界がある。個別の生活リハビリなどを日常として行う必要性、担当者の専従を感じる。今はNSが主として行っているが、健康管理、処置に追われている現状である。リハビリ職員を必須として配置する様になると改善される点は多い。
2296	看護師が毎日いるわけではない為、胃ろうなどの対応が出来ず、お断りする事がある。医師の指示書によって医療保険での訪問看護が入る事があるが、医師と訪問看護の連携が取れていても、訪問看護と介護の現場との連携ができておらず、何も言わずに帰ってしまい、何をしていたのかわからない事がある。ただ、毎日いるわけではないホームの看護と訪問看護との連携を考えるとまだ介護保険での訪問看護は難しい事も多いと思う。
2317	住宅型の施設では算定できるのに、特定施設では算定できないのは、必要なサービスを施設側が無償で行うものとなっているので、できるようになればもっと利用者のためになると思う。
2345	自設では看護師が勤務しているため、訪問看護で困った事はないが、専門のリハビリを希望される家族が多い為、対応や新入居時は困る。利益が減ってもPTを自社で雇うか検討中である。
2380	外部からの訪問リハビリ等のサービスが受けられれば、もう少しADLが上昇すると思う。STの介入が必要だと思うケースが多い。
2408	使えれば入居継続できる方、入居の受入れできる方がいるが、使えないと入口が狭くなるのが現状。使えるように今後の2025年問題等も考えていくべきだと思う。(自己負担額を上げる等、使えることを考えて)
非特定(有老)	
3008	医療法人系のグループホーム、又は高齢者住宅がより優位を保ち、その他のグループホーム等は、訪問診療医も24時間体制でなくなり、上手に連携できない所は、生き残っていけないと思う。
3009	看取りを10例ほどしてきた。1年におひとりほど亡くなる。制度onlyで人の死は支えられない。第一に本人がここで死にたいと思っていたこと。家族もそう願っていたことが大切で、そのことを中心にスタッフがシフトの組み換えをし、補充をし、決められた制度以上の持ち出し、独自の有償サービスと無償サービスを病状に変化・対応できるようにしている。死にゆく人の側で支えたい。患者との信頼関係、使命感、責任感、職業意識、熱い気持ちがなければ誰も動かない。一人ではムリ。ここを訪れてくれる医師、看護師、リハビリ、家族、様々な方とも連携をとるし必要である。
3014	何の為に何をすべきかを考えて頂ければ、子供でも答えられる。理解が出来る内容にたどりつくはずである。広く平等に提供出来ない制度はいらない。
3016	当施設は小多機能だが、短期の泊まり利用が減っており、併設している有料老人ホームへ転居という流れを作りたいが、2階が有料となっており、設備や職員配置の問題がある。家族は長期の利用を望んでおり、制度上の問題も重なり難しい状況である。小規模の訪問リハビリも制限があり、利用したくても出来ないというのが現状である。
3023	併設事業所の給食をついでに提供しているだけのマンションである。高齢者の入居も受け入れるマンションである。記入段階では高齢者は全員退居した。
3160	仕事の量に対しきつい現状なので、報酬のUPを認めて頂きたい。
3173	特定施設ですべての事ができない。リハビリや看取りを必要とする場合、算定が認められる様な仕組みがあってもよいと思う。
3211	医療行為が必要な方は増えて来ている。医療保険が使えず介護保険で医療サポートを受けるのは、介護事業所、利用者さんにとっては厳しいのが現実である。
3226	ニーズは多くあるので、特別枠を設ける等して、算定できるようにすべきだと思う。
3228	特定施設・グループホーム入所を考える家族もおられるが、その中だけの生活を考えると胸がつまるとおっしゃるので、定期的な外出をさせてあげたい。家族にとっては、緩和方策があれば良いと思う。
3268	医療処置が増えている中、必要性を感じている。
3295	住宅内の機能訓練指導員だけでは個別リハビリは週1回が精一杯であり、必要性に応じて自費でリハビリを入れる方もいるが、やはり費用面でかなりの負担が生じる。福祉用具についても同様だが、保険算定が少しでもできるなら有り難い。
3363	医療スタッフを確保したり、リハビリテーションに力を入れることは、ぎりぎりの人員では難しく、医療系が入れないことで選択されないことがあったり、リハビリが行えずADLがおちて行くことも考えられる。なぜそこを利用できなくなるのかの意味がわからない。基本、重度の方を受ける所でないと決めつけている？

3394	入居者も毎月の施設料の支払いに限界があり、国としても対応をして頂きたい。
3496	認知症のみの疾患ではない高齢者に訪問看護等のサービスが受けられる事がグループホームの運営上必要であり、需要もさらに増えると思う。
3548	今後の対応をして頂く必要があると考える。
3769	高齢者が増加し、重度化はもちろんの事、沢山の疾患を持っているため医療処置やリハビリは必要不可欠だと思う。特定施設やグループホームは個で何でも提供する＝外部は入れない、の状態では健康寿命も伸ばせず、治療、ケアできるものもできないという縛りはおかしいのではないかな。
3776	老健からグループホームに移られる方もいるが、生活リハビリのみになり訪問リハビリ等、リハビリができればADLの低下を防げるかもしれない。
3784	高齢者は医療と介護、両方の支援があって、初めて現状が維持でき、在宅療養や施設での暮らしが継続出来る。医療系サービスが算定出来ないのはおかしいし、高齢者の事が分かっていないと思う。
3842	算定できるようにすべき。
3879	高齢化社会に伴い、経営者と職員がしっかりコミュニケーションを図り、個々に応じた支援を行う事がもっと重要だと思う。そうする事で入居者の残された時が、有意義に過せる様になる事を願うばかりである。
3885	医療保険の対象を増やすべきでは？腹膜透析など。胃ろうの廃止。
非特定（サ高住）	
4052	訪問看護を利用すると本人の負担も増えてしまうが、尿カテーテルなどが抜けてしまった時などは夜間だと病院でも対応ができなく利用せざるを得ない。
4069	地域包括ケアシステムにおいて、医療、介護、地域の連携がうたわれているが、住む場所がどうしても施設になってしまう方がいる。法人内にグループホームがあるが、介護職員でのリハビリでは医療的ケアには限界がある。看護、リハビリの専門家の助けをいただけることで利用者のあるべき生活の継続に大きな力をいただけたらと思う。
4112	グループホーム入居者も在宅と同様の介護サービス（訪問系・福祉用具貸与等）を利用出来る事が望ましい。
4324	併設の訪看STではグループホームへ自費で訪問したことがあり、(Ba管理、看取り)地域で看護師の資源を有効に活用するためには、制度の整備が求められる。
4392	私どものサ高住は、小規模多機能併設で特定施設の指定は受けていないが、今年4月の改定で、もともとサ高住に住んでいて併設の小規模を使う場合、減算され地域から通いで来られる人と利用料、給付管理とも差があったが、改定により給付管理に差があるのは不公平との見解で、給付管理のみが、地域から通う人と同じになり、それともないサ高住に住まれている方の訪看等を減らさざるを得ない状況になって困っている。
4403	介護報酬上はその通りだと思う。
4600	訪問リハビリはできないが、リハビリが必要又はリハビリを希望する利用者は多い。しかし、リハビリの専門職（PT・OT）の雇用は報酬上厳しく看護職が兼務させざるを得ない。しかたなく、マッサージなどを頼むケースが多い。訪問看護について、点滴など施設の看護職では難しいこともある。入院する必要がなくても、それらができないせいで入院させざるを得ない。（訪問医は忙しく、それだけでは来てもらえない）
4609	入居者にとって必要であるリハビリ・訪問看護を利用できれば、安心できる環境で長く生活を続けることが可能であるが、現段階では難しい。
4652	訪問リハビリを希望されている方がたくさんおられる。施設内のリハビリでは限界がある為、保険利用できるようになれば大変助かる。
4695	弊社にも特定施設入居者生活介護事業所がある。包括的介護サービスの中で、一日でも長く健康で機能維持を支援する中では、人員配置を手厚くして、支援することには限界があり、訪問リハビリや訪問看護などの利用は必須である。重度化予防にもつながる。
4815	デイサービスには行っているが、専門の方にリハビリ指導をして頂き、元気に過ぎてほしい。
4833	理学療法士によるリハビリ加算や看護師による医療サービス加算等、各事業所で特色を出せるように出来れば良いと思う。
4857	医療保険制度を利用し、サービスの継続を試みるしかない現状。機能訓練指導員を看護師のように、入居者の数によって、増員する仕組みを考えてもらいたい。
GH（加算有）	
5017	在宅として医療系サービスの算定が認められる中で、より適切なケアが受けられると考える。
5028	利用者様が望むケアに制限があることにより、病院での生活を送ることになる状況を何度も経験している。「この生活を継続出来る仕組み作り」を大切にしてほしいと思う。
5063	日常生活機能向上連携加算に伴い、リハビリ計画にもとづいて日々介護職が個別に、集団にと機能訓練に取り組んでいる。よりリハビリを重視する利用者やその家族は、GHから他の老健等への住み替えを提案することになる。訪問看護の必要性は常に感じる。算定して欲しい。
5069	今後グループホームでの看取りをしたいと思うが、急変時医療体制が難しいことと、家族は最後は苦痛なく、点滴程度行ってほしいと希望があり、当施設では出来ない。訪問看護サービスが入れられると良いと思う。
5092	社会的・身体的なフレイルが多い中、今後リハビリに力を入れたいと考えている。算定できる仕組みをなれば

	ありがたい。
5103	看取り期になっても、口腔ケアをしっかりと行っており、ほとんどの方に喀たん吸引は必要としていない。
5128	医療を入れられないことで、不便さを感じることはあるが、医療を入れ加算がとれるようになると、さらに人員確保が必要になると思われる。また、特養化がまぬがれない状況は恐ろしくなる。
5131	現在でも医療体制加算3を取りたいが、そもそも看護師の応募自体がない。従って医療処置を必要とする方は、入居をお断りしているのが現状である。仮に介護報酬で訪問リハビリや訪問看護を算定できたとしても、あまり影響はないと思う。
5173	両方、同法人にあり、近隣から支援をしてもらえらるため不要。ない事業所は入ってもらえれば助かるころもあると思うが、利用者の支払いも増えるため、利用する人は限られると思う。
5186	認知症の方が増えている中、加算が算定できることが妥当だと思う。
5191	訪問リハビリ、訪問看護の必要性を感じる。ぜひ検討してほしい。
5195	生活の中だけでは、機能を維持するのは難しいため、訪問リハビリテーションの介入を算定して頂けると大変ありがたい。特に下肢の筋力の低下が目立つ様に思う。
5224	管理者が看護師であり職員1名が准看護師である。吸引できる者が4名いるが、365日24時間は無理が多く、ターミナルの時は管理者がすべて対応している状況である。医療行為が多いのは(医療連携加算Ⅲのように)現実的には受け入れは無理があるように思う。基本的には介護施設で職員に負担が多すぎると思う。
5253	基本GHは協同生活の場ととらえると、重度化の利用者を対応するのは職員数も限られ、医療行為があるとテリトリー外になり、難しいのは当然だと思う。
5254	訪問リハビリは出来ればしてもらいたい。今は看護師がいるため訪問看護はなくてもまわせるが、看護師が退職した後は、ターミナルの方は訪問看護に入ってもらえると安心する。
5260	医療系サービスのニーズが多いので、算定出来るようになるとういと思う。
5270	訪問リハビリテーションは特に使える事が出来たり、認知症の方の歩行能力、体幹の保持に役に立つと考える。
5280	当ホームは1Fが通所リハビリで生活機能向上連携加算をとっていることから、PTとの連携をとり助言を頂きリハビリを行っている。また、病院が母体の施設ということから、どちらも必要性は感じないが、個人や単独での施設(グループホーム)では必要になってくる様に思う。
5284	グループホームでは訪問リハや訪問看護サービスを利用できれば、利用者様のQOLの向上がもっと見込めるのではないかな。
5298	訪問リハが算定できれば、ADLの改善につながると思う。
5310	介護保険の訪問リハビリテーションを利用できると、ADL拡大や維持が図れる。訪問看護が利用できると、より医療的な処置が必要な方の受け入れができるようになる。
5331	グループホーム看護職員の配置で連携加算がとれる算定要件ができるのと同様に、その幅でリハビリ職員にも行ってそば(非常勤でない)もっと充実した機能訓練ができるのではないかな(週半日1回ぐらいでも)(算定できないなら事業所内で行える環境をつくって欲しい専門的ケアを)連携をとるようにといった形でどこかの医療機関や老健と。
5334	リハビリで専門の方が指導してくれることは、入居者にとっても意欲につながるのと利用できるが良い。医療処置が必要なことが時にはあるので、必要なときに利用できる制度があると良い。
5336	訪リハ・訪看のニーズの高い入居者は多い。
5337	利用者、家族からの要望は高い。介護予防、重度化予防の観点から、個々のニーズに応じたサービスが利用できるとうれしい。
5371	医療的ケアが不十分であり、複数の疾患がある方などの受け入れが難しい。認知症と精神言動(不定愁訴)が混合している方などの対応策が困難。
5394	看護師の専従、管理者(看護師)を配置して、積極的な"看取り"をしているが、夜間、時間外呼び出し手当(残業)を出すと、看取り加算では不足する。看取り(当日3日)の単位を大きくしないと費用(専従を配置する)が高く、配置しないでサービスの質は落ちる。医療機関での入院にかかる費用を考えると、もっと加算を高くして欲しい。
5414	同法人内に医療系施設があるので、ターミナル状態になられた方は、看護師が充実している施設に移動してもらっている。医療系サービスが算定できるようになれば、そのような方達を受け入れなくてはいけなくなるのではないかな。看護師を複数雇用しなくてはいけなくなるのであれば、算定できない方が良いと思う。
5424	グループホームとしては生活機能向上連携加算を介護報酬上取って実施している。訪問看護は自費での扱いとなり、家族に了承を得ている。看取りを行いたいができない方も多くおられると思う。
5425	自治体によって違うのかもしれないが、グループホームは在宅サービスとして扱われているにも関わらず、在宅で介護を受けられている方同様の助成やサービスが受けられない。また、施設サービスであれば受けられる助成も、在宅サービスということで受けられない。理不尽な様に思う。
GH(加算無)	
6013	認知症グループホームに一体何をもめているのか?かたや「認知症であっても地域とのかかわりをもって、その人らしい生活を支援」かたや「看取りもやる」。これを両立させるのに介護スタッフ主体でやれというのは無理があると思う。重度化した方を受け入れ看取りも…であれば、リハビリスタッフや看護職をもっと入れな

	いといけないし、医師がそこまでグループホームにかかわりを持つのは現状厳しいのではないかと。
6024	算定可であればサービスを利用しやすくなるのではと思う。
6037	入居者も家族も、共に高齢となっており、終末期の転居には、負担が大きくなっている。グループホームでの医療体制や看取り体制が整えば、家族も安心できると思われるが、なかなか人材確保と体制が整わないのが現状。
6045	認知症グループホームでの訪問看護が利用できれば、入居者の療養の形も変化し、入居をつづけられる可能性も高くなると思われる。
6051	当事業所では、元々重度化を見越した設備があまり整っていない。特に、入浴については機械浴がなく、重度化した際は、シャワー浴がせいぜいである。また、機能訓練についても介護職員が生活動作の中で行なう程度である。
6056	専門職の方のリハビリが必要と判断されても、GHでは自費になってしまう。行う事によりADLの向上がみられるのにも出来ないのは、困りごとのひとつである。
6093	医療依存度の高い方を介護スタッフでみることには限界があるが、重度化された方がそのまま住み続けられるようなシステムがあると助かると日頃から思っている。
6111	必要な処置であるのにも関わらず、算定してもらえないのは不満である。
6129	GHである。訪問看護は1/W医療連携で訪問してくれているので、指示時含め特に不自由を感じていない。よく連携がとれていると思う。訪問リハは必要性を判断する者がそもそもいないので導入は全く進まない。
6133	要介護度の平均が3.8あり身体介護で時間をとられてしまう。個別の機能訓練に時間をさけるのも限られており、週に1~2回でも専門職が来て全体訓練や個別メニューの支援をしていただくと助かる。今の医療連携加算でも常勤又は非常勤の看護師を置くことは難しい医師の指示書の範囲を拡充するか加算を増やさない限り医療ニーズが必要な入居者や看取りに対応できない。連携している医師のもとで勤務している看護師の派遣にも訪問看護の例外措置として適応できないか。(コロナワクチン接種の際に同行した看護師はクリニックの自己負担となっていた)コロナ・インフルエンザのワクチン接種、鼻咽頭によるPCR検査等、感染症検査など、かかりつけ医が命じた看護師によるものでも医療か療養管理指導を認めてほしい。
6137	連携して算定出来るようにして下さい。自前、自事業者では難しい。
6145	算定できるようにするべき。介護職員だけでは継続がむずかしい場合、問題が起こった際の対応など、求められても限界が有る。全額自費では利用者の負担も大きすぎる。
6150	医療系サービスの有用性はあると思うが、認知症の方々の住まわれているグループホームということを考えると次のようなことを思う。制度としてどこへ向おうとしているのか。リハビリ実施に限界があるのではないかと。そのリハビリ内容の日々の継続がどれ程できるのか。共同生活、協働活動の場での生活支援よりも医療依存度の高い方への療養支援に移行するのか。サービスの位置づけとして特養化を目指すのか。
6151	専門的なリハビリを受けることが難しい。例えば、転倒し骨折→OPE→退院。入院中のリハビリが認知症等で難しい場合、グループホームに戻ってから時間をかけてリハビリを受けられれば回復の可能性が上がるし、職員のスキルも上がると思う。
6164	正直、年々重度化し以前のグループホームとは別物になっている。もう少し医療算定等が出来、現場のスタッフの労のねぎらいに使えるようにしてほしい。
6222	重度化、看取りの段階になると訪問リハビリ、訪問看護の必要性が大きくなり、利用者にとって介護保険の利用が出来れば、負担が少ないのではないかと思われる。
6227	保険で訪問リハビリが使えれば、ADLの維持向上や、重度化対策できる。ケアは増えるにもかかわらず、保険適用にならないという意味がわからない。例えば居宅で要介護5であれば36217単位使えるのに、GHでは26598単位になる。差額分の一部だけでも訪問リハ等の居宅系サービスが使えたら良いと思う。
6241	同一法人内に訪問看護ステーションがあり、積極的に看取りや可能な医療処置、リハビリを実施しているが、無報酬となる場合も多く算定可能に法改正してほしい。
6244	訪問看護サービスが制限されており、必要な状況でも利用できない現状がある。もう少し柔軟な対応ができると良いと常々感じている。
6252	現実的な需要は日々高まっている。
6298	入居者の入居歴が長くなっている。認知症対応のグループホームでも医療機関と連携する事が多くなってきている。看取りの対応も家族様の要望もあり、最後迄施設にて対応してほしいと依頼が多くなってきている。リハビリもスタッフ対応ではなく、指導、個別リハも算定してほしい。
6301	入居者の看取りがスムーズに行われるように、訪問看護のサービスが受けられるようにしてほしい。入居期間が長くなると徐々にADLが低下し、認知症が進む。
6307	ここ数年、グループホームでも身体的に重度の方が増えており、加えて重度の認知症でもあり、医療が必要となった場合の医療処置の拒否であったり、訪問看護等の医療サービスを使えば、もう少し長くホームで過ごしていただけることも増えると思う。
6312	当グループホームは週2日看護師が勤務している。週2日という中で18名の利用者の状態の把握や変化への対応などは困難であり、まして月2回の往診のみでは、変化に気付くのはより困難であると思う。しかし、認知症のグループホームでは介護保険内での訪問看護は不可となり、医療保険となると限定的な疾患のある

	人が対象に限られる。
6313	在宅扱いとして、地域の訪問看護ステーションのサービスを必要な時に受けられる体制を望む。
6343	グループホームでも、訪問リハや訪看を利用できるような制度改正をして欲しい。
6363	現在グループホームでは18名中15名が要5で残りの3名の方も重度(要4)となっている。一人一人のADL介助にとられる時間は多く、介護量も年々増えている。平均要介護度4以上の施設は加算が必要と感じている。また重度ケアにかかわらず、入院や退居が少ない施設では加算などで評価が必要だと思う。
6375	認知症と疾患がどちらか進行し、同じように悪くなる場合も増えてきている。算定できるようにしていただきたいと思う。
6396	Drの特別指示により、医療保険から月14日以内は訪問看護の利用はできるが、看取りは治療にあたらなため、特別指示が見つからない。看取りに関しては、ホームだけの力ではとてもできないものなので柔軟な対応ができるとうありがたい。
6400	これだけ超高齢化社会の中で、一度入居された方が施設を点々とされることは、本人にとって本当に良いことなのかと毎度考えさせられる。GHだが、この先、訪問の算定がGHでも可能な制度にしてほしいと思ったりもする。
6412	グループホームはデイサービスも介護保険では利用出来ず、出来ることが限られ、重度化していく方を介護したくても入浴サービスなどの利用も難しく感じている。
6419	協力医療機関に訪問診療のち訪問リハを利用して頂いている。医療保険の利用にもやりくりしている現実があるが、日数14日では不十分だと思う。
6446	職員体制や制度等が整えば受入れ可能。

第3章 入居者票の結果

1. 回答方法について

本調査対象となった住宅の入居者1人につき、あいうえお順で最も早い方から5人を抽出(5人未満の場合は全員)し、2021年9月30日時点の各入居者の状況を記入いただいた。回答にあたり本人の傷病、障害等を把握されていない場合は、可能な範囲で連携医療機関の医療職に確認のうえ、回答することを依頼した(確認が難しい場合などは、選択肢「不明」を選んでもらうこととした)。

入居者票の集計も住宅票同様、住宅種類別の集計を行った。以下に結果を示す。

2. 集計結果

回答のあった4,821人の住宅類型別の内訳は、特定(加算有)528人、特定(加算無)540人、非特定(有老)1,225人、非特定(サ高住)1,038人、GH(加算有)715人、GH(加算無)775人である。

(1) 要介護度

入居者の要介護度については、特定(加算有)、特定(加算無)、非特定(サ高住)で「要介護1」が最も多く、非特定(有老)、GH(加算有)、GH(加算無)では「要介護2」が最も多い。

図表 3-1 問1.要介護度 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	4821	528	540	1225	1038	715	775
要支援 1	4.3	7.0	8.7	4.1	7.1	0.0	0.0
要支援 2	6.1	8.7	5.9	5.6	7.3	5.2	4.6
要介護 1	21.0	20.5	23.3	18.6	23.1	20.8	20.6
要介護 2	20.5	15.9	18.1	19.5	20.8	22.7	24.5
要介護 3	18.3	17.6	18.3	17.6	13.5	22.8	22.5
要介護 4	14.7	17.0	15.0	16.8	12.2	15.0	12.4
要介護 5	11.3	11.7	8.0	16.1	8.1	9.9	11.2
自立	2.2	1.1	2.6	1.7	6.3	0.0	0.0
不明	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0
無回答	1.5	0.4	0.0	0.0	1.3	3.6	4.1

(2) 障害高齢者の日常生活自立度

入居者の「障害高齢者の日常生活自立度」をみると、非特定(サ高住)、GH(加算有)、GH(加算無)で「A1」が最も多く、特定(加算有)、特定(加算無)、非特定(有老)、GH(加算無)で「A2」が最も多い。また、「不明」については、非特定(有老)14.9%、非特定(サ高住)18.1%と一定の割合がみられる。

図表 3-2 問 2.障害高齢者の日常生活自立度 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	4821	528	540	1225	1038	715	775
自立	4.7	1.1	3.9	6.2	10.4	0.6	1.7
J1	4.7	4.0	4.3	5.0	6.9	3.1	3.6
J2	6.5	5.1	7.0	6.2	8.6	5.5	5.7
A1	19.3	19.3	17.4	13.7	15.0	29.0	26.1
A2	18.3	21.2	18.5	14.1	12.0	24.6	25.5
B1	10.4	12.1	13.7	10.8	6.5	11.7	10.6
B2	12.2	18.8	14.3	11.7	8.2	13.3	11.5
C1	3.3	3.4	4.4	5.1	1.7	2.4	2.6
C2	5.0	8.1	4.8	6.9	3.9	2.9	3.2
不明	10.3	3.2	7.0	14.9	18.1	4.2	5.0
無回答	5.3	3.6	4.6	5.5	8.6	2.8	4.5

(3) 認知症高齢者の日常生活自立度

入居者の「認知症高齢者の日常生活自立度」をみると、特定(加算有)、特定(加算無)非特定(有老)、非特定(サ高住)では「Ⅱb」が最も多く、GH(加算有)、GH(加算無)では「Ⅲa」が最も多い。グループホームでは「Ⅱb」「Ⅲa」といった、中等度の認知症のある方が多い傾向がうかがえる。

図表 3-3 問 3.認知症高齢者の日常生活自立度 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	4821	528	540	1225	1038	715	775
自立	7.4	9.3	8.9	8.1	14.5	0.4	1.0
I	9.1	11.6	12.8	10.0	14.1	2.9	2.3
Ⅱa	11.0	13.8	11.5	12.2	11.8	7.4	8.9
Ⅱb	18.7	19.9	20.6	17.0	13.0	21.7	24.3
Ⅲa	19.3	17.2	15.0	15.0	11.1	33.8	27.9
Ⅲb	9.5	10.0	9.3	6.9	5.3	15.4	13.4
IV	9.4	8.5	9.3	8.3	5.0	13.1	14.3
M	2.8	2.3	2.0	3.6	2.0	3.6	2.7
不明	6.8	3.6	6.1	10.3	12.7	0.3	2.2
無回答	6.0	3.8	4.6	8.7	10.4	1.3	3.0

(4) 現在の受診状況

現在の受診状況を見ると、非特定(サ高住)では「通院(家族や外部事業所に付き添いを依頼)」、特定(加算無)、GH(加算無)では「訪問診療(介助や交通手段があれば通院は可能)」、特定(加算有)、非特定(有老)、GH(加算有)では「訪問診療(通院が不可能なため)」が最も多い。

非特定(有老)、非特定(サ高住)では、通院時に家族や外部事業所に付き添いを依頼することが多い傾向がうかがえる。

図表 3-4 問 4.現在の受診状況 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	4821	528	540	1225	1038	715	775
通院 (一人で通院)	4.4	2.7	2.2	5.1	11.4	0.1	0.9
通院 (家族や外部事業所に 付き添いを依頼)	17.7	12.5	11.3	20.6	28.1	11.3	13.0
通院 (別途料金なしで住宅職 員が付き添う)	13.3	14.2	16.7	8.3	5.4	23.4	19.6
通院 (別途料金にて住宅職 員が付き添う)	5.6	8.7	4.1	8.1	5.6	4.9	1.0
訪問診療 (介助や交通手段 があれば通院は可能)	27.2	26.7	33.5	24.6	21.8	27.4	34.3
訪問診療 (通院が不可能な ため)	28.2	32.4	25.9	31.1	25.1	28.5	26.3
入院中 (1 週間未満見込 み)	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0
入院中 (1 週間以上見込 み)	0.5	0.6	0.9	0.4	0.8	0.3	0.1
その他	2.1	2.3	1.9	1.2	0.8	3.9	3.7
無回答	0.9	0.0	3.3	0.7	1.1	0.1	0.9

(5) 治療や経過観察中の傷病

治療や経過観察中の傷病をみると、いずれの住宅種類別でも「高血圧」「認知症」が多い。これ以外の傷病についてみると、「脳卒中」「虚血性心疾患」「肺炎、課例等による廃用症候群」等において、特定(加算有)の割合が若干多くなっている。

図表 3-5 問 5.治療や経過観察中の傷病 (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	4821	528	540	1225	1038	715	775
高血圧	44.1	44.5	47.6	48.3	39.3	45.3	40.3
糖尿病	14.5	15.0	15.0	15.8	14.4	14.4	12.3
認知症	62.4	46.2	50.9	54.9	40.7	92.0	95.2
精神疾患	11.3	10.0	13.0	11.9	9.4	13.1	11.1
褥瘡	1.9	1.7	0.2	2.6	1.7	2.9	1.4
脳卒中	10.5	14.6	14.1	12.1	11.7	6.4	5.0
虚血性心疾患	7.7	15.9	9.6	7.0	6.9	4.6	5.4
慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	1.5	2.3	0.9	2.0	2.1	0.7	0.4
悪性腫瘍(末期以外)	4.0	3.8	4.4	5.1	3.7	3.8	2.7
悪性腫瘍(末期)	1.0	0.4	0.7	1.3	1.6	0.6	0.4
進行性の神経難病 (パーキンソン病、ALS 等)	3.7	4.2	4.4	3.8	3.6	3.1	3.6
肺炎、加齢等による廃用症候群	8.9	12.7	9.1	10.2	7.6	7.1	7.4
変形性関節症	11.4	12.1	11.3	15.3	8.6	11.6	8.6
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節 又は膝関節の骨折	10.8	12.9	14.6	10.5	10.4	10.1	8.5
下腿以下の足関節・足指の骨折、捻挫	1.6	1.9	1.7	1.6	1.8	1.1	1.5
腕・手指・鎖骨・肋骨等の骨折、捻挫	2.0	2.1	2.8	2.2	1.8	1.7	1.4
外科手術等の治療時の安静による廃用症候群	1.5	2.3	1.7	1.8	1.8	0.8	0.8
その他	14.5	18.0	18.7	15.3	14.6	12.4	9.5
いずれもなし	4.0	1.7	4.1	4.2	6.6	2.2	3.4
不明	2.0	0.8	0.4	2.2	5.5	0.4	0.5
無回答	1.5	1.1	2.6	1.5	2.4	0.6	0.5

(6) 有している障害

有している障害についてみると、いずれの住宅種類別でも「筋力や耐久性の低下」「認知症」が多く、次いで「関節可動域制限・関節拘縮」が多くなっている。また、特定(加算有)と特定(加算無)については、「対麻痺」「循環障害」「認知症」を除く多くの項目で、特定(加算有)の割合が若干大きい傾向がうかがえる。

図表 3-6 問 6.有している障害 (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	4821	528	540	1225	1038	715	775
片麻痺	6.6	7.8	5.4	7.8	9.2	4.2	3.2
四肢麻痺	1.6	2.5	1.3	2.0	2.1	1.1	0.4
対麻痺	0.5	0.2	0.4	0.5	1.0	0.3	0.4
運動失調	7.4	9.8	6.3	9.1	6.1	5.6	7.4
呼吸障害	2.6	4.4	2.4	2.7	3.1	2.4	1.0
循環障害	3.9	4.7	5.0	4.7	2.3	3.4	4.0
筋力や耐久性の低下	43.4	57.6	48.3	46.7	34.5	39.4	40.8
関節可動域制限・関節拘縮	20.4	23.9	21.7	24.0	16.7	19.3	17.5
構音障害	2.4	2.7	1.9	2.5	2.8	1.8	2.6
感覚障害	2.9	3.2	2.0	4.1	1.7	3.2	2.6
認知症	63.7	49.8	54.4	55.3	41.3	96.1	93.3
失語症	3.8	3.4	2.6	3.0	3.3	3.6	6.8
摂食嚥下障害	7.1	7.6	6.1	8.8	4.7	7.3	7.5
癌性疼痛	0.7	0.8	0.2	0.7	1.3	0.6	0.3
運動器の疼痛	5.3	7.0	6.3	6.5	4.7	3.8	3.7
いずれもなし	10.4	11.2	13.1	12.2	18.3	1.3	2.7
不明	2.3	0.6	2.8	1.8	6.1	0.1	1.0
無回答	4.4	4.4	7.0	4.4	6.8	0.8	2.5

(7) 機能訓練や支援、リハビリテーションを必要とする ADL・IADL

機能訓練や支援、リハビリテーションを必要とするADL・IADLをみると、割合が大きい項目、少ない項目についてはいずれの住宅種類別でも類似の傾向がみられる。各項目を住宅種別に比較すると、GH(加算有)や GH(加算無)では、「歩行・移動」「入浴」「食事の用意・片付け」「洗濯」「掃除・整頓」「健康管理」など多くのADL・IADLにおいて割合が大きい傾向がうかがえる。

図表 3-7 問 7.機能訓練や支援、リハビリテーションを必要とする ADL・IADL (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	4821	528	540	1225	1038	715	775
歩行・移動	54.8	61.7	58.5	51.3	43.0	67.8	56.5
姿勢の保持	25.7	33.9	28.3	25.5	17.4	29.8	25.7
姿勢の変換	18.5	26.1	18.7	20.2	11.0	16.8	22.1
移乗	34.1	43.0	37.4	32.5	25.9	37.5	36.0
入浴	58.1	70.5	55.7	55.5	48.8	60.8	65.2
整容	29.9	32.4	31.3	26.8	18.0	35.5	42.7
トイレ動作	40.1	41.5	38.9	35.6	28.6	52.3	51.5
食事	22.8	25.6	20.7	19.5	14.4	30.9	31.5
食事の用意・片付け	54.3	60.2	57.0	49.1	45.7	57.5	65.0
洗濯	54.4	59.1	55.7	51.0	46.1	54.4	67.0
掃除・整頓	53.4	57.6	54.8	51.5	47.7	52.9	60.5
家や庭の手入れ	21.4	24.4	21.9	12.9	12.3	28.1	38.7
買い物	40.2	42.8	40.9	34.8	32.1	43.8	53.9
交通手段の利用	25.5	29.0	24.1	17.2	18.5	34.1	38.5
コミュニケーション	27.1	32.4	30.6	18.6	17.2	38.0	37.8
家族や地域との交流	23.8	28.0	26.7	12.6	10.8	36.9	42.1
趣味・社会活動	23.0	25.0	25.6	14.2	10.0	34.8	40.4
日課の遂行	27.0	29.4	24.3	16.2	14.5	42.5	46.6
健康管理	54.2	63.3	57.6	44.8	41.2	64.2	68.6
自己決定・意思決定	24.1	24.8	24.3	18.3	14.1	35.1	35.7
いずれもなし	7.2	4.2	7.2	8.7	11.8	3.4	4.3
不明	2.9	2.5	4.6	2.0	6.6	0.4	0.6
無回答	4.6	0.6	4.1	6.0	6.5	1.8	5.8

(8) 必要とする医療処置等

本人が必要とする医療処置等をみると、いずれの住宅種類別でも「バイタルチェック」「服薬支援」「栄養管理」「口腔ケア」が多くなっている。

図表 3-8 問 8.必要とする医療処置等（複数回答）

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	4821	528	540	1225	1038	715	775
バイタルチェック	87.0	95.5	92.4	83.8	71.6	95.4	95.1
服薬支援	86.6	93.0	90.0	85.3	72.8	94.8	92.8
栄養管理	56.5	71.2	65.0	52.4	34.0	75.8	59.1
口腔ケア	54.0	53.8	54.1	48.7	35.3	75.4	68.0
褥瘡予防・処置	11.7	15.9	11.1	12.8	7.8	12.7	11.9
点滴	1.2	1.1	0.2	2.3	1.4	1.1	0.1
抗生剤の点滴	0.3	0.4	0.2	0.8	0.0	0.4	0.0
血糖測定	1.8	2.1	1.1	3.0	1.2	2.0	1.2
インスリン注射	1.3	2.3	0.7	1.7	1.3	1.3	0.5
胃ろう・腸ろうの管理	1.4	2.7	1.1	2.4	1.4	0.3	0.0
経鼻経管栄養の管理	0.8	0.4	1.1	2.0	0.5	0.1	0.0
中心静脈栄養の管理	0.3	0.0	0.0	0.5	0.4	0.3	0.1
(膀胱留置カテーテル等の) カテーテルの管理	2.0	3.0	1.9	3.2	1.9	0.8	0.9
透析の管理（在宅自己腹膜 灌流を含む）	0.8	0.6	1.1	1.7	0.7	0.3	0.0
酸素療法	1.6	2.3	1.1	2.2	2.1	1.3	0.3
レスピレータ（人工呼吸器） の管理	0.1	0.0	0.2	0.1	0.2	0.0	0.0
気管切開の管理	0.2	0.4	0.0	0.4	0.2	0.1	0.0
喀たん吸引	1.7	3.0	1.3	3.0	1.3	1.0	0.1
人工膀胱・人工肛門の管理	0.5	0.9	0.7	0.3	0.5	0.4	0.1
抗がん剤の投与	0.1	0.0	0.0	0.2	0.3	0.0	0.0
疼痛の管理（麻薬を使用しない）	2.8	5.5	2.0	3.2	2.1	3.2	1.4
疼痛の管理（麻薬を使用）	0.5	0.0	0.2	0.8	1.2	0.0	0.1
看取りのケア	3.0	4.2	3.5	2.7	3.1	2.2	3.0
いずれもなし	5.7	0.9	2.2	7.3	14.5	0.0	1.9
不明	1.3	0.2	0.9	1.3	3.3	0.0	0.6
無回答	1.4	0.4	2.4	0.9	2.0	0.8	1.8

(9) 意思決定の状況

本人の意思決定の状況についてみると、非特定(サ高住)では「本人と家族等で決めている」が最も多く、それ以外での住宅種類別では「本人の判断能力は低下しており家族等、医療・ケアチームで決めている」が最も多い。

図表 3-9 問9.意思決定の状況 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	4821	528	540	1225	1038	715	775
本人が決めている	15.1	12.9	19.1	16.0	24.0	7.3	8.0
本人と家族等で決めている	32.9	36.7	29.6	34.7	38.8	29.9	24.6
本人の判断能力は低下しており家族等、医療・ケアチームで決めている	46.9	47.9	47.2	42.3	31.7	58.6	62.6
本人の判断能力は低下し、家族等もないため、医療・ケアチームで話し合っで決めている	3.6	0.9	1.9	5.8	3.6	3.1	3.5
その他	0.7	0.4	0.4	1.1	0.5	1.1	0.1
無回答	0.9	1.1	1.9	0.1	1.4	0.0	1.2

(10) 本人のケア・マネジメント、ケアプランの目標

本人のケア・マネジメント、ケアプランの目標をみると、特定(加算無)では「歩行訓練、転倒・骨折予防」、GH(加算有)、GH(加算無)では「認知機能の維持・低下予防」、特定(加算有)では「全身の健康状態の管理」、非特定(有老)、非特定(サ高住)では「風呂に入ることの継続」が最も多い。

また、特定(加算有)と特定(加算無)を比較すると、特定(加算有)のほうが多くの項目で回答割合が大きく、ケアマネジメント・ケアプランに含まれる目標が比較すると多い傾向がうかがえる。

図表 3-10 問 10.本人のケア・マネジメント、ケアプランの目標 (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	4821	528	540	1225	1038	715	775
急性期疾患の療養支援	2.6	1.7	3.1	4.2	1.8	2.8	1.3
慢性疾患の管理、予防	31.6	47.3	37.0	34.4	26.5	27.4	23.4
骨折等のケガの療養支援	4.7	8.5	4.8	4.5	3.3	4.6	4.4
全身の健康状態の管理 (フレイル、感染症等の予防)	47.2	61.4	51.7	46.2	37.5	52.2	44.5
歩行訓練、転倒・骨折予防	49.7	57.0	55.2	43.4	40.4	61.1	52.5
関節可動域の維持・関節拘縮予防	23.6	30.9	25.2	23.0	18.3	26.3	23.2
栄養指導・管理	28.0	46.2	25.6	22.0	18.2	41.4	27.2
口腔指導、咀嚼・嚥下機能の維持	30.7	38.6	29.6	24.6	18.4	46.3	37.8
認知機能の維持・低下予防	47.4	46.0	42.0	41.0	34.5	63.8	64.3
トイレに行くことの継続	35.6	38.4	32.8	31.6	26.3	40.8	49.5
風呂に入ることの継続	44.4	44.7	45.0	46.7	42.9	39.4	46.8
看取りケア	3.4	4.4	6.3	2.3	3.0	3.2	3.2
趣味活動の継続	27.7	33.0	36.5	19.2	18.8	35.0	36.5
社会活動の継続 (役割の創出)	17.1	16.1	13.1	9.0	9.2	31.6	30.8
社会活動の継続 (外出の継続)	14.5	10.6	7.4	14.2	15.2	15.2	20.8
農作業・家事等の継続	3.9	0.8	1.7	1.0	1.3	8.7	11.2
芸術・創作活動の継続	4.4	5.3	5.6	2.8	1.4	6.9	7.4
家族との交流の継続	26.4	33.1	25.4	18.8	18.6	33.4	38.7
地域交流、ピア活動の継続	4.3	3.6	1.5	4.4	1.3	7.7	7.4
その他	5.7	3.2	8.5	4.6	8.2	5.7	3.9
無回答	14.4	5.3	8.5	16.7	22.6	12.4	11.7

(11) 利用している医療保険・介護保険サービス・自費サービス

利用している医療保険・介護保険サービス・自費サービスをみると、非特定(有老)、非特定(サ高住)では「訪問介護(介護保険)」「通所介護(介護保険)」が半数を占める等、施設の制度的特性に沿った回答がみられる。「居宅療養管理指導(介護保険:医師による)」については、特定(加算有)29.7%が最も多く、次いで特定(加算無)28.3%である。

図表 3-11 問 11.利用している医療保険・介護保険サービス・自費サービス (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	4821	528	540	1225	1038	715	775
通所リハビリテーション(医療保険)	1.0	0.2	0.0	0.9	1.5	1.5	1.3
訪問リハビリテーション(医療保険)※	1.3	0.8	2.8	1.0	1.3	0.8	1.4
訪問看護(医療保険)※	4.4	1.9	0.2	6.5	4.0	4.8	5.7
事業者・本人の費用負担による訪問リハビリテーション	1.3	2.5	1.5	0.5	1.3	2.5	0.5
事業者・本人の費用負担による訪問看護	1.9	0.0	0.4	0.5	0.5	6.4	4.5
訪問介護(介護保険)	25.5	0.9	1.1	55.9	50.4	0.7	0.6
訪問入浴介護(介護保険)	1.8	0.0	0.0	3.8	3.8	0.0	0.0
訪問看護(介護保険)	8.8	1.3	0.0	14.9	12.3	7.0	7.5
訪問リハビリテーション(介護保険)	2.4	0.4	0.0	4.8	3.6	2.1	0.3
居宅療養管理指導(介護保険:医師による)	20.4	29.7	28.3	16.0	16.2	16.8	24.3
居宅療養管理指導(介護保険:看護師による)	1.4	1.9	1.1	0.7	1.3	1.8	2.1
通所介護(介護保険)	20.2	1.7	0.4	43.3	41.2	0.4	0.0
通所リハビリテーション(介護保険)	2.4	0.4	0.2	4.1	5.3	0.8	0.0
定期巡回・随時対応型訪問介護看護(介護保険)	1.6	0.9	0.9	1.2	4.3	0.0	0.6
小規模多機能型居宅介護(介護保険)	2.4	0.0	0.0	3.9	6.7	0.0	0.0
看護小規模多機能型居宅介護(介護保険)	0.2	0.0	0.0	0.8	0.1	0.0	0.0
その他訪問系・通所系のサービス(介護保険)	1.4	0.9	0.0	2.4	1.0	0.8	2.3
いずれもなし	25.3	49.1	48.5	2.2	6.0	42.5	39.6
不明	0.8	0.2	0.9	0.3	2.4	0.0	0.5
無回答	17.6	15.2	18.1	12.8	15.9	25.5	21.7

(12) 訪問リハビリテーションを受けている場合

① 訪問リハビリテーションを受けている場合、その期間

訪問リハビリテーションを受けている場合の期間をみると、特定(加算有)では「12～24 ヶ月未満」「24 ヶ月以上」が最も多く、特定(加算無)、非特定(サ高住)、GH(加算有)では「24 ヶ月以上」が最も多いことから、長期にわたり訪問リハビリを受けているケースもいくつかあることがうかがえる。

図表 3-12 問 12.訪問リハビリテーションを受けている場合、その期間 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	235	19	23	75	63	38	17
3 ヶ月未満	12.3	15.8	17.4	10.7	1.6	7.9	58.8
3～6 ヶ月未満	9.4	10.5	21.7	9.3	7.9	7.9	0.0
6～12 ヶ月未満	18.7	5.3	4.3	25.3	27.0	13.2	5.9
12～24 ヶ月未満	21.7	31.6	8.7	25.3	15.9	28.9	17.6
24 ヶ月以上	25.1	31.6	21.7	21.3	23.8	39.5	11.8
不明	1.3	0.0	0.0	0.0	3.2	2.6	0.0
無回答	11.5	5.3	26.1	8.0	20.6	0.0	5.9

② 訪問リハビリテーションを受けている場合、原因の主傷病

訪問リハビリテーションを受けている場合の原因の主傷病をみると、「認知症」が17.0%で最も多く、次いで「脳卒中」「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の骨折」9.4%、「肺炎、加齢等による廃用症候群」8.5%となっている。

図表 3-13 問 12-1.訪問リハビリテーションを受けている場合、原因の主傷病（単一回答）

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	235	19	23	75	63	38	17
高血圧	0.4	0.0	0.0	1.3	0.0	0.0	0.0
糖尿病	0.4	0.0	0.0	1.3	0.0	0.0	0.0
認知症	17.0	5.3	13.0	8.0	0.0	71.1	17.6
精神疾患	0.9	5.3	0.0	1.3	0.0	0.0	0.0
褥瘡	0.4	0.0	0.0	1.3	0.0	0.0	0.0
脳卒中	9.4	31.6	4.3	14.7	6.3	0.0	0.0
虚血性心疾患	0.9	0.0	0.0	2.7	0.0	0.0	0.0
慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	0.4	0.0	0.0	1.3	0.0	0.0	0.0
悪性腫瘍(末期以外)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
悪性腫瘍(末期)	0.4	0.0	0.0	0.0	1.6	0.0	0.0
進行性の神経難病（パーキンソン病、ALS等）	8.1	15.8	4.3	8.0	14.3	0.0	0.0
肺炎、加齢等による廃用症候群	8.5	15.8	0.0	8.0	11.1	7.9	5.9
変形性関節症	7.2	0.0	4.3	9.3	7.9	2.6	17.6
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節 又は膝関節の骨折	9.4	5.3	21.7	9.3	11.1	5.3	0.0
下腿以下の足関節・足指の骨折、捻挫	1.3	0.0	0.0	0.0	1.6	0.0	11.8
腕・手指・鎖骨・肋骨等の骨折、捻挫	1.3	0.0	4.3	1.3	1.6	0.0	0.0
外科手術等の治療時の安静による廃用症候群	1.7	0.0	0.0	4.0	1.6	0.0	0.0
その他	8.1	5.3	4.3	6.7	11.1	0.0	29.4
いずれもなし	2.6	0.0	0.0	1.3	0.0	10.5	5.9
不明	4.7	10.5	0.0	10.7	1.6	0.0	0.0
無回答	17.0	5.3	43.5	9.3	30.2	2.6	11.8

③ 訪問リハビリテーションを受けている場合、主傷病を発症してからの期間

訪問リハビリテーションを受けている場合の、主傷病を発症してからの期間については、特定(加算有)、特定(加算無)、非特定(有老)、非特定(サ高住)、GH(加算有)において「24カ月以上」が最も多い。

図表 3-14 問 12-2.訪問リハビリテーションを受けている場合、主傷病を発症してからの期間
(単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	235	19	23	75	63	38	17
3カ月未満	2.6	0.0	4.3	1.3	0.0	7.9	5.9
3~6カ月未満	4.3	0.0	13.0	6.7	3.2	0.0	0.0
6~12カ月未満	5.5	0.0	0.0	6.7	12.7	0.0	0.0
12~24カ月未満	11.5	5.3	4.3	20.0	3.2	10.5	23.5
24カ月以上	37.4	63.2	34.8	40.0	28.6	44.7	17.6
不明	20.4	26.3	13.0	18.7	23.8	10.5	41.2
無回答	18.3	5.3	30.4	6.7	28.6	26.3	11.8

(13) 訪問看護を受けている場合

① 訪問看護を受けている場合、その期間

訪問看護を受けている場合の期間については、特定(加算有)、非特定(有老)、非特定(サ高住)、GH(加算有)、GH(加算無)では「24カ月以上」が30%を超えている。特定(加算無)では、件数は3人と少ないが「3カ月未満」が65%を超えている。

図表 3-15 問 13.訪問看護を受けている場合、その期間 (単一回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定(加算有)	特定(加算無)	非特定(有老)	非特定(サ高住)	GH(加算有)	GH(加算無)
合計	687	17	3	255	165	115	132
3カ月未満	7.6	0.0	66.7	8.6	7.9	9.6	3.0
3~6カ月未満	7.7	0.0	33.3	8.6	11.5	5.2	3.8
6~12カ月未満	14.1	0.0	0.0	20.0	9.7	12.2	12.1
12~24カ月未満	14.4	0.0	0.0	15.7	19.4	13.0	9.1
24カ月以上	41.8	35.3	0.0	38.4	30.3	45.2	61.4
不明	2.6	0.0	0.0	0.4	7.3	4.3	0.0
無回答	11.8	64.7	0.0	8.2	13.9	10.4	10.6

② 訪問看護を受けている場合、原因の主傷病

訪問看護を受けている場合の原因の主傷病については、合計で「認知症」が 22.6%と最も多く、次いで「その他」10.2%、「高血圧」6.3%である。

図表 3-16 問 13-1.訪問看護を受けている場合、原因の主傷病（単一回答）

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	687	17	3	255	165	115	132
高血圧	6.3	0.0	0.0	5.9	4.8	4.3	11.4
糖尿病	4.2	0.0	0.0	5.5	5.5	5.2	0.0
認知症	22.6	5.9	0.0	11.4	10.3	53.9	34.8
精神疾患	2.6	0.0	0.0	3.9	4.2	0.0	0.8
褥瘡	3.1	0.0	0.0	3.1	1.8	5.2	3.0
脳卒中	5.5	0.0	33.3	7.1	9.1	0.9	2.3
虚血性心疾患	3.2	11.8	0.0	3.5	4.8	2.6	0.0
慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	1.6	0.0	0.0	2.7	1.8	0.9	0.0
悪性腫瘍(末期以外)	1.7	0.0	0.0	2.0	2.4	0.9	1.5
悪性腫瘍(末期)	2.3	0.0	0.0	3.1	4.2	0.0	0.8
進行性の神経難病（パーキンソン病、ALS等）	4.5	11.8	0.0	7.5	4.8	0.9	0.8
肺炎、加齢等による廃用症候群	5.8	0.0	0.0	11.4	4.8	1.7	0.8
変形性関節症	1.3	0.0	0.0	2.4	0.6	0.9	0.8
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節 又は膝関節の骨折	2.8	0.0	0.0	2.7	4.8	1.7	1.5
下腿以下の足関節・足指の骨折、捻挫	0.3	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0	0.8
腕・手指・鎖骨・肋骨等の骨折、捻挫	0.4	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0	0.8
外科手術等の治療時の安静による廃用症候群	1.0	0.0	0.0	1.6	1.2	0.0	0.8
その他	10.2	5.9	33.3	11.8	12.1	6.1	8.3
いずれもなし	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0	4.3	3.8
不明	2.3	0.0	0.0	3.9	3.6	0.0	0.0
無回答	16.7	64.7	33.3	9.4	18.8	10.4	27.3

③ 訪問看護を受けている場合、主傷病を発症してからの期間

訪問看護を受けている場合の、主傷病を発症してからの期間については、いずれの住宅種類別においても「24カ月以上」が30%以上である。

図表 3-17 問 13-2.訪問看護を受けている場合、主傷病を発症してからの期間（単一回答）

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	687	17	3	255	165	115	132
3カ月未満	1.7	0.0	0.0	2.4	1.2	1.7	1.5
3～6カ月未満	3.6	0.0	33.3	4.7	4.8	0.9	2.3
6～12カ月未満	5.7	0.0	0.0	6.7	7.3	4.3	3.8
12～24カ月未満	8.9	0.0	0.0	12.5	10.9	4.3	4.5
24カ月以上	47.2	35.3	33.3	47.5	34.5	68.7	45.5
不明	16.4	0.0	0.0	17.3	25.5	9.6	12.1
無回答	16.4	64.7	33.3	9.0	15.8	10.4	30.3

(14) 現時点での、今後の入居継続の見込み

今後の入居継続の見込みについては、いずれの住宅種類別においても「今後も継続で入居予定である」が75%以上で最も多い。

図表 3-18 問 14.現時点での、今後の入居継続の見込み（複数回答）

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	4821	528	540	1225	1038	715	775
今後も継続で入居予定である	79.3	84.1	81.5	78.4	76.7	81.0	77.9
看取り期にあり、住宅で看取る予定	1.6	1.7	3.5	2.0	1.6	0.1	0.9
医療処置が必要なため退居を検討している	0.4	0.6	0.0	0.7	0.6	0.3	0.3
リハビリが必要なため退居を検討している	0.1	0.2	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1
申込中の他施設に空きが生じれば転居する（他施設の入居待ちである）	1.4	1.1	1.5	1.4	1.4	1.7	1.3
上記以外の理由（経済面等）のため退居を検討している	0.4	0.4	0.4	0.4	0.7	0.0	0.4
その他	0.6	0.6	1.9	0.3	0.7	0.0	0.9
不明	0.7	0.0	0.0	0.6	1.8	0.0	0.8
無回答	15.7	11.6	12.8	16.4	16.5	16.9	17.5

3. 利用サービス別のクロス集計結果

(1) 治療や経過観察中の傷病

利用している医療保険・介護保険サービス・自費サービスと、傷病のクロス集計を行った結果は以下のとおりである。

図表 3-19 問11.利用している医療保険・介護保険サービス・自費サービス ×
問5.治療や経過観察中の傷病（複数回答）

	合計	問5.治療や経過観察中の傷病										
		高血圧	糖尿病	認知症	精神疾患	褥瘡	脳卒中	虚血性心疾患	慢性閉塞性肺疾患(COPD)	悪性腫瘍(末期以外)	悪性腫瘍(末期)	進行性の神経難病(パーキンソン病、ALS等)
合計	4,821 100.0	2,128 100.0	700 100.0	3,010 100.0	547 100.0	92 100.0	507 100.0	369 100.0	71 100.0	193 100.0	46 100.0	180 100.0
通所リハビリテーション (医療保険)	49 1.0	14 0.7	9 1.3	28 0.9	11 2.0	1 1.1	5 1.0	6 1.6	0 0.0	2 1.0	0 0.0	2 1.1
訪問リハビリテーション (医療保険) ※	62 1.3	19 0.9	12 1.7	38 1.3	5 0.9	3 3.3	12 2.4	1 0.3	2 2.8	0 0.0	1 2.2	9 5.0
訪問看護 (医療保険) ※	211 4.4	75 3.5	29 4.1	142 4.7	29 5.3	15 16.3	18 3.6	25 6.8	5 7.0	9 4.7	13 28.3	18 10.0
事業者・本人の費用負担 による訪問リハビリテーション	62 1.3	26 1.2	8 1.1	34 1.1	7 1.3	0 0.0	8 1.6	4 1.1	0 0.0	0 0.0	1 2.2	6 3.3
事業者・本人の費用負担 による訪問看護	94 1.9	39 1.8	11 1.6	81 2.7	15 2.7	5 5.4	12 2.4	3 0.8	0 0.0	3 1.6	0 0.0	4 2.2
訪問介護(介護保険)	1,229 25.5	534 25.1	197 28.1	601 20.0	131 23.9	32 34.8	163 32.1	95 25.7	29 40.8	57 29.5	20 43.5	49 27.2
訪問入浴介護 (介護保険)	86 1.8	40 1.9	19 2.7	43 1.4	10 1.8	8 8.7	14 2.8	7 1.9	0 0.0	3 1.6	1 2.2	4 2.2
訪問看護(介護保険)	425 8.8	171 8.0	66 9.4	277 9.2	42 7.7	16 17.4	58 11.4	37 10.0	12 16.9	25 13.0	4 8.7	22 12.2
訪問リハビリテーション (介護保険)	115 2.4	45 2.1	15 2.1	71 2.4	14 2.6	5 5.4	24 4.7	14 3.8	2 2.8	3 1.6	0 0.0	8 4.4
居宅療養管理指導(介護保険:医師による)	982 20.4	444 20.9	149 21.3	686 22.8	137 25.0	21 22.8	124 24.5	104 28.2	18 25.4	43 22.3	7 15.2	36 20.0
居宅療養管理指導(介護保険:看護師による)	68 1.4	27 1.3	10 1.4	55 1.8	4 0.7	1 1.1	9 1.8	8 2.2	1 1.4	2 1.0	1 2.2	2 1.1
通所介護(介護保険)	973 20.2	465 21.9	144 20.6	512 17.0	101 18.5	16 17.4	111 21.9	73 19.8	21 29.6	50 25.9	9 19.6	25 13.9
通所リハビリテーション (介護保険)	114 2.4	63 3.0	14 2.0	43 1.4	7 1.3	2 2.2	23 4.5	8 2.2	3 4.2	6 3.1	0 0.0	2 1.1
定期巡回・随時対応型訪問介護看護(介護保険)	75 1.6	41 1.9	8 1.1	38 1.3	9 1.6	0 0.0	13 2.6	8 2.2	1 1.4	4 2.1	0 0.0	1 0.6
小規模多機能型居宅介護(介護保険)	118 2.4	47 2.2	16 2.3	70 2.3	14 2.6	1 1.1	18 3.6	4 1.1	3 4.2	6 3.1	1 2.2	4 2.2
看護小規模多機能型居宅介護(介護保険)	11 0.2	5 0.2	0 0.0	6 0.2	2 0.4	1 1.1	0 0.0	0 0.0	1 1.4	0 0.0	0 0.0	2 1.1
その他訪問系・通所系のサービス(介護保険)	68 1.4	38 1.8	14 2.0	47 1.6	5 0.9	0 0.0	6 1.2	10 2.7	1 1.4	6 3.1	0 0.0	2 1.1
いずれもなし	1,221 25.3	558 26.2	173 24.7	844 28.0	125 22.9	20 21.7	112 22.1	88 23.8	14 19.7	44 22.8	6 13.0	35 19.4
不明	39 0.8	3 0.1	2 0.3	10 0.3	1 0.2	0 0.0	0 0.0	1 0.3	0 0.0	1 0.5	0 0.0	0 0.0
無回答	850 17.6	373 17.5	124 17.7	551 18.3	105 19.2	16 17.4	84 16.6	59 16.0	4 5.6	29 15.0	10 21.7	38 21.1

次ページに続く

	合計	問5.治療や経過観察中の傷病									
		肺炎、 加齢等 による廃 用症候 群	変形性 関節症	大腿骨、 骨盤、脊 椎、股関 節又は膝 関節の骨 折	下腿以 下の足関 節・足指 の骨折、 捻挫	腕・手 指・鎖 骨・肋骨 等の骨 折、捻挫	外科手 術等の治 療時の安 静による 廃用症 候群	その他	いずれも なし	不明	無回答
合計	4,821 100.0	428 100.0	551 100.0	522 100.0	78 100.0	95 100.0	74 100.0	698 100.0	193 100.0	97 100.0	71 100.0
通所リハビリテーション (医療保険)	49 1.0	6 1.4	6 1.1	6 1.1	1 1.3	1 1.1	0 0.0	9 1.3	1 0.5	0 0.0	2 2.8
訪問リハビリテーション (医療保険) ※	62 1.3	6 1.4	7 1.3	9 1.7	3 3.8	2 2.1	1 1.4	13 1.9	2 1.0	0 0.0	0 0.0
訪問看護 (医療保険) ※	211 4.4	35 8.2	21 3.8	28 5.4	5 6.4	3 3.2	10 13.5	35 5.0	8 4.1	2 2.1	0 0.0
事業者・本人の費用負担に よる訪問リハビリテーション	62 1.3	10 2.3	7 1.3	8 1.5	0 0.0	3 3.2	1 1.4	8 1.1	1 0.5	1 1.0	0 0.0
事業者・本人の費用負担に よる訪問看護	94 1.9	12 2.8	13 2.4	11 2.1	2 2.6	1 1.1	0 0.0	23 3.3	1 0.5	0 0.0	0 0.0
訪問介護 (介護保険)	1,229 25.5	129 30.1	147 26.7	141 27.0	22 28.2	27 28.4	26 35.1	194 27.8	52 26.9	43 44.3	17 23.9
訪問入浴介護 (介護保険)	86 1.8	19 4.4	10 1.8	12 2.3	6 7.7	1 1.1	4 5.4	16 2.3	4 2.1	1 1.0	0 0.0
訪問看護 (介護保険)	425 8.8	53 12.4	55 10.0	37 7.1	4 5.1	6 6.3	10 13.5	56 8.0	13 6.7	6 6.2	2 2.8
訪問リハビリテーション (介護保険)	115 2.4	22 5.1	14 2.5	14 2.7	4 5.1	2 2.1	9 12.2	15 2.1	3 1.6	2 2.1	5 7.0
居宅療養管理指導 (介護 保険:医師による)	982 20.4	144 33.6	141 25.6	122 23.4	17 21.8	18 18.9	23 31.1	154 22.1	22 11.4	7 7.2	4 5.6
居宅療養管理指導 (介護 保険:看護師による)	68 1.4	5 1.2	16 2.9	11 2.1	1 1.3	0 0.0	3 4.1	6 0.9	1 0.5	0 0.0	0 0.0
通所介護 (介護保険)	973 20.2	73 17.1	119 21.6	107 20.5	20 25.6	21 22.1	14 18.9	168 24.1	49 25.4	20 20.6	10 14.1
通所リハビリテーション (介護保険)	114 2.4	10 2.3	25 4.5	17 3.3	2 2.6	3 3.2	1 1.4	11 1.6	3 1.6	5 5.2	1 1.4
定期巡回・随時対応型訪 問介護看護 (介護保険)	75 1.6	3 0.7	13 2.4	12 2.3	1 1.3	3 3.2	0 0.0	10 1.4	2 1.0	2 2.1	0 0.0
小規模多機能型居宅介護 (介護保険)	118 2.4	16 3.7	19 3.4	9 1.7	2 2.6	2 2.1	1 1.4	19 2.7	9 4.7	1 1.0	0 0.0
看護小規模多機能型居宅 介護 (介護保険)	11 0.2	0 0.0	0 0.0	1 0.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0	4 0.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0
その他訪問系・通所系の サービス (介護保険)	68 1.4	9 2.1	11 2.0	9 1.7	0 0.0	1 1.1	1 1.4	10 1.4	1 0.5	1 1.0	1 1.4
いずれもなし	1,221 25.3	87 20.3	130 23.6	129 24.7	15 19.2	28 29.5	14 18.9	195 27.9	54 28.0	9 9.3	11 15.5
不明	39 0.8	0 0.0	0 0.0	3 0.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 0.3	0 0.0	26 26.8	0 0.0
無回答	850 17.6	55 12.9	70 12.7	87 16.7	16 20.5	11 11.6	16 21.6	86 12.3	32 16.6	14 14.4	37 52.1

図表 3-20 2 訪問リハビリテーション(医療保険) ×
問 5.治療や経過観察中の傷病 (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	62 100.0	4 100.0	15 100.0	12 100.0	14 100.0	6 100.0	11 100.0
高血圧	19 30.6	1 25.0	6 40.0	4 33.3	6 42.9	1 16.7	1 9.1
糖尿病	12 19.4	1 25.0	1 6.7	1 8.3	6 42.9	2 33.3	1 9.1
認知症	38 61.3	0 0.0	7 46.7	8 66.7	7 50.0	5 83.3	11 100.0
精神疾患	5 8.1	0 0.0	0 0.0	2 16.7	0 0.0	2 33.3	1 9.1
褥瘡	3 4.8	1 25.0	0 0.0	1 8.3	0 0.0	1 16.7	0 0.0
脳卒中	12 19.4	0 0.0	3 20.0	2 16.7	6 42.9	0 0.0	1 9.1
虚血性心疾患	1 1.6	0 0.0	0 0.0	1 8.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0
慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	2 3.2	0 0.0	0 0.0	1 8.3	0 0.0	1 16.7	0 0.0
悪性腫瘍(末期以外)	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
悪性腫瘍(末期)	1 1.6	0 0.0	1 6.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
進行性の神経難病(パー キンソン病、ALS 等)	9 14.5	2 50.0	1 6.7	3 25.0	3 21.4	0 0.0	0 0.0
肺炎、加齢等による廃用症 候群	6 9.7	2 50.0	1 6.7	1 8.3	2 14.3	0 0.0	0 0.0
変形性関節症	7 11.3	1 25.0	1 6.7	1 8.3	2 14.3	0 0.0	2 18.2
大腿骨、骨盤、脊椎、股関 節又は膝関節の骨折	9 14.5	1 25.0	5 33.3	0 0.0	2 14.3	1 16.7	0 0.0
下腿以下の足関節・足指 の骨折、捻挫	3 4.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 7.1	0 0.0	2 18.2
腕・手指・鎖骨・肋骨等の 骨折、捻挫	2 3.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 14.3	0 0.0	0 0.0
外科手術等の治療時の安 静による廃用症候群	1 1.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 9.1
その他	13 21.0	1 25.0	3 20.0	1 8.3	2 14.3	0 0.0	6 54.5
いずれもなし	2 3.2	0 0.0	1 6.7	0 0.0	1 7.1	0 0.0	0 0.0
不明	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
無回答	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

図表 3-21 3 訪問看護(医療保険)×
問 5.治療や経過観察中の傷病 (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	211 100.0	10 100.0	1 100.0	80 100.0	42 100.0	34 100.0	44 100.0
高血圧	75 35.5	2 20.0	0 0.0	28 35.0	10 23.8	19 55.9	16 36.4
糖尿病	29 13.7	1 10.0	0 0.0	19 23.8	4 9.5	3 8.8	2 4.5
認知症	142 67.3	7 70.0	0 0.0	45 56.3	13 31.0	33 97.1	44 100.0
精神疾患	29 13.7	1 10.0	0 0.0	10 12.5	7 16.7	9 26.5	2 4.5
褥瘡	15 7.1	0 0.0	0 0.0	10 12.5	3 7.1	1 2.9	1 2.3
脳卒中	18 8.5	0 0.0	1 100.0	13 16.3	2 4.8	1 2.9	1 2.3
虚血性心疾患	25 11.8	4 40.0	0 0.0	12 15.0	4 9.5	1 2.9	4 9.1
慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	5 2.4	0 0.0	0 0.0	2 2.5	2 4.8	0 0.0	1 2.3
悪性腫瘍(末期以外)	9 4.3	1 10.0	0 0.0	6 7.5	1 2.4	1 2.9	0 0.0
悪性腫瘍(末期)	13 6.2	0 0.0	0 0.0	6 7.5	6 14.3	0 0.0	1 2.3
進行性の神経難病 (パー キンソン病、ALS 等)	18 8.5	2 20.0	0 0.0	8 10.0	6 14.3	1 2.9	1 2.3
肺炎、加齢等による廃用 症候群	35 16.6	2 20.0	0 0.0	19 23.8	8 19.0	2 5.9	4 9.1
変形性関節症	21 10.0	1 10.0	0 0.0	9 11.3	0 0.0	6 17.6	5 11.4
大腿骨、骨盤、脊椎、股 関節又は膝関節の骨折	28 13.3	0 0.0	0 0.0	10 12.5	8 19.0	6 17.6	4 9.1
下腿以下の足関節・足指 の骨折、捻挫	5 2.4	1 10.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 5.9	2 4.5
腕・手指・鎖骨・肋骨等の 骨折、捻挫	3 1.4	0 0.0	0 0.0	3 3.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0
外科手術等の治療時の 安静による廃用症候群	10 4.7	0 0.0	0 0.0	7 8.8	2 4.8	0 0.0	1 2.3
その他	35 16.6	1 10.0	0 0.0	8 10.0	12 28.6	6 17.6	8 18.2
いずれもなし	8 3.8	0 0.0	0 0.0	4 5.0	4 9.5	0 0.0	0 0.0
不明	2 0.9	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 5.9	0 0.0
無回答	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

図表 3-22 4 事業者・本人の費用負担による訪問リハビリテーション ×
問 5.治療や経過観察中の傷病（複数回答）

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	62 100.0	13 100.0	8 100.0	6 100.0	13 100.0	18 100.0	4 100.0
高血圧	26 41.9	4 30.8	3 37.5	2 33.3	6 46.2	10 55.6	1 25.0
糖尿病	8 12.9	1 7.7	2 25.0	1 16.7	1 7.7	3 16.7	0 0.0
認知症	34 54.8	5 38.5	3 37.5	3 50.0	1 7.7	18 100.0	4 100.0
精神疾患	7 11.3	1 7.7	3 37.5	1 16.7	0 0.0	2 11.1	0 0.0
褥瘡	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
脳卒中	8 12.9	5 38.5	0 0.0	1 16.7	1 7.7	1 5.6	0 0.0
虚血性心疾患	4 6.5	1 7.7	0 0.0	1 16.7	2 15.4	0 0.0	0 0.0
慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
悪性腫瘍(末期以外)	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
悪性腫瘍(末期)	1 1.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 7.7	0 0.0	0 0.0
進行性の神経難病（パー キンソン病、ALS 等）	6 9.7	1 7.7	1 12.5	1 16.7	3 23.1	0 0.0	0 0.0
肺炎、加齢等による廃用 症候群	10 16.1	3 23.1	1 12.5	1 16.7	1 7.7	4 22.2	0 0.0
変形性関節症	7 11.3	1 7.7	0 0.0	2 33.3	3 23.1	0 0.0	1 25.0
大腿骨、骨盤、脊椎、股 関節又は膝関節の骨折	8 12.9	1 7.7	0 0.0	1 16.7	3 23.1	3 16.7	0 0.0
下腿以下の足関節・足指 の骨折、捻挫	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
腕・手指・鎖骨・肋骨等の 骨折、捻挫	3 4.8	0 0.0	1 12.5	0 0.0	1 7.7	1 5.6	0 0.0
外科手術等の治療時の 安静による廃用症候群	1 1.6	1 7.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
その他	8 12.9	4 30.8	1 12.5	0 0.0	2 15.4	1 5.6	0 0.0
いずれもなし	1 1.6	0 0.0	1 12.5	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
不明	1 1.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 7.7	0 0.0	0 0.0
無回答	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

図表 3-23 5 事業者・本人の費用負担による訪問看護 ×
問 5.治療や経過観察中の傷病（複数回答）

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	94 100.0	0 0.0	2 100.0	6 100.0	5 100.0	46 100.0	35 100.0
高血圧	39 41.5	0 0.0	1 50.0	3 50.0	3 60.0	24 52.2	8 22.9
糖尿病	11 11.7	0 0.0	1 50.0	1 16.7	1 20.0	4 8.7	4 11.4
認知症	81 86.2	0 0.0	2 100.0	1 16.7	2 40.0	42 91.3	34 97.1
精神疾患	15 16.0	0 0.0	0 0.0	1 16.7	0 0.0	9 19.6	5 14.3
褥瘡	5 5.3	0 0.0	0 0.0	1 16.7	0 0.0	4 8.7	0 0.0
脳卒中	12 12.8	0 0.0	0 0.0	3 50.0	3 60.0	3 6.5	3 8.6
虚血性心疾患	3 3.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 20.0	0 0.0	2 5.7
慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
悪性腫瘍(末期以外)	3 3.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.2	2 5.7
悪性腫瘍(末期)	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
進行性の神経難病（パーキンソン病、ALS 等）	4 4.3	0 0.0	0 0.0	2 33.3	0 0.0	1 2.2	1 2.9
肺炎、加齢等による廃用症候群	12 12.8	0 0.0	0 0.0	2 33.3	0 0.0	5 10.9	5 14.3
変形性関節症	13 13.8	0 0.0	0 0.0	1 16.7	0 0.0	6 13.0	6 17.1
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の骨折	11 11.7	0 0.0	0 0.0	1 16.7	1 20.0	4 8.7	5 14.3
下腿以下の足関節・足指の骨折、捻挫	2 2.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 5.7
腕・手指・鎖骨・肋骨等の骨折、捻挫	1 1.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.2	0 0.0
外科手術等の治療時の安静による廃用症候群	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
その他	23 24.5	0 0.0	0 0.0	2 33.3	3 60.0	14 30.4	4 11.4
いずれもなし	1 1.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 20.0	0 0.0	0 0.0
不明	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
無回答	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

介護保険による訪問看護の利用者は合計で 425 人、うち非特定(有老)が 182 人、非特定(サ高住)が 128 人、GH(加算無)が 58 人、GH(加算有)が 50 人、特定(加算有)が 7 人、特定(加算無)が 0 人であった。傷病(複数回答)をみると「認知症」、「高血圧」が多い。

図表 3-24 8 訪問看護(介護保険)×
問 5.治療や経過観察中の傷病 (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	425 100.0	7 100.0	0 0.0	182 100.0	128 100.0	50 100.0	58 100.0
高血圧	171 40.2	3 42.9	0 0.0	83 45.6	44 34.4	17 34.0	24 41.4
糖尿病	66 15.5	0 0.0	0 0.0	28 15.4	24 18.8	10 20.0	4 6.9
認知症	277 65.2	2 28.6	0 0.0	94 51.6	76 59.4	49 98.0	56 96.6
精神疾患	42 9.9	0 0.0	0 0.0	14 7.7	15 11.7	7 14.0	6 10.3
褥瘡	16 3.8	0 0.0	0 0.0	9 4.9	2 1.6	4 8.0	1 1.7
脳卒中	58 13.6	1 14.3	0 0.0	31 17.0	22 17.2	1 2.0	3 5.2
虚血性心疾患	37 8.7	1 14.3	0 0.0	14 7.7	15 11.7	5 10.0	2 3.4
慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	12 2.8	0 0.0	0 0.0	8 4.4	2 1.6	1 2.0	1 1.7
悪性腫瘍(末期以外)	25 5.9	2 28.6	0 0.0	8 4.4	10 7.8	2 4.0	3 5.2
悪性腫瘍(末期)	4 0.9	0 0.0	0 0.0	2 1.1	2 1.6	0 0.0	0 0.0
進行性の神経難病(パー キンソン病、ALS 等)	22 5.2	0 0.0	0 0.0	13 7.1	5 3.9	1 2.0	3 5.2
肺炎、加齢等による廃用 症候群	53 12.5	0 0.0	0 0.0	30 16.5	17 13.3	4 8.0	2 3.4
変形性関節症	55 12.9	0 0.0	0 0.0	25 13.7	13 10.2	6 12.0	11 19.0
大腿骨、骨盤、脊椎、股 関節又は膝関節の骨折	37 8.7	0 0.0	0 0.0	13 7.1	14 10.9	4 8.0	6 10.3
下腿以下の足関節・足指 の骨折、捻挫	4 0.9	0 0.0	0 0.0	1 0.5	3 2.3	0 0.0	0 0.0
腕・手指・鎖骨・肋骨等の 骨折、捻挫	6 1.4	0 0.0	0 0.0	4 2.2	0 0.0	1 2.0	1 1.7
外科手術等の治療時の 安静による廃用症候群	10 2.4	0 0.0	0 0.0	5 2.7	3 2.3	0 0.0	2 3.4
その他	56 13.2	2 28.6	0 0.0	31 17.0	15 11.7	5 10.0	3 5.2
いずれもなし	13 3.1	1 14.3	0 0.0	7 3.8	3 2.3	1 2.0	1 1.7
不明	6 1.4	0 0.0	0 0.0	1 0.5	5 3.9	0 0.0	0 0.0
無回答	2 0.5	0 0.0	0 0.0	2 1.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0

介護保険による訪問リハビリテーションの利用者は合計で 115 人、うち非特定(有老)が 59 人、非特定(サ高住)が 37 人、GH(加算有)が 15 人、GH(加算無)が 2 人、特定(加算有)が 2 人、特定(加算無)が 0 人であった。傷病(複数回答)をみると「認知症」、「高血圧」が多い。人数の多寡、傷病の傾向は介護保険の訪問看護と類似している。

図表 3-25 9 訪問リハビリテーション(介護保険)×
問 5.治療や経過観察中の傷病 (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	115 100.0	2 100.0	0 0.0	59 100.0	37 100.0	15 100.0	2 100.0
高血圧	45 39.1	0 0.0	0 0.0	26 44.1	8 21.6	10 66.7	1 50.0
糖尿病	15 13.0	0 0.0	0 0.0	7 11.9	5 13.5	3 20.0	0 0.0
認知症	71 61.7	1 50.0	0 0.0	33 55.9	21 56.8	15 100.0	1 50.0
精神疾患	14 12.2	0 0.0	0 0.0	4 6.8	8 21.6	2 13.3	0 0.0
褥瘡	5 4.3	0 0.0	0 0.0	3 5.1	2 5.4	0 0.0	0 0.0
脳卒中	24 20.9	0 0.0	0 0.0	13 22.0	11 29.7	0 0.0	0 0.0
虚血性心疾患	14 12.2	0 0.0	0 0.0	8 13.6	5 13.5	1 6.7	0 0.0
慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	2 1.7	0 0.0	0 0.0	2 3.4	0 0.0	0 0.0	0 0.0
悪性腫瘍(末期以外)	3 2.6	0 0.0	0 0.0	1 1.7	1 2.7	1 6.7	0 0.0
悪性腫瘍(末期)	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
進行性の神経難病(パー キンソン病、ALS 等)	8 7.0	0 0.0	0 0.0	6 10.2	2 5.4	0 0.0	0 0.0
肺炎、加齢等による廃用 症候群	22 19.1	2 100.0	0 0.0	11 18.6	9 24.3	0 0.0	0 0.0
変形性関節症	14 12.2	0 0.0	0 0.0	10 16.9	3 8.1	1 6.7	0 0.0
大腿骨、骨盤、脊椎、股 関節又は膝関節の骨折	14 12.2	0 0.0	0 0.0	7 11.9	6 16.2	1 6.7	0 0.0
下腿以下の足関節・足指 の骨折、捻挫	4 3.5	0 0.0	0 0.0	1 1.7	3 8.1	0 0.0	0 0.0
腕・手指・鎖骨・肋骨等の 骨折、捻挫	2 1.7	0 0.0	0 0.0	1 1.7	1 2.7	0 0.0	0 0.0
外科手術等の治療時の 安静による廃用症候群	9 7.8	0 0.0	0 0.0	7 11.9	2 5.4	0 0.0	0 0.0
その他	15 13.0	0 0.0	0 0.0	10 16.9	5 13.5	0 0.0	0 0.0
いずれもなし	3 2.6	0 0.0	0 0.0	2 3.4	0 0.0	0 0.0	1 50.0
不明	2 1.7	0 0.0	0 0.0	2 3.4	0 0.0	0 0.0	0 0.0
無回答	5 4.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	5 13.5	0 0.0	0 0.0

(2) 有している障害

図表 3-26 問 11.利用している医療保険・介護保険サービス・自費サービス ×
問 6.有している障害（複数回答）

	合計	問6.有している障害								
		片麻痺	四肢麻痺	対麻痺	運動失調	呼吸障害	循環障害	筋力や耐久性の低下	関節可動域制限・関節拘縮	構音障害
合計	4,821 100.0	316 100.0	77 100.0	24 100.0	358 100.0	126 100.0	188 100.0	2,093 100.0	984 100.0	117 100.0
通所リハビリテーション （医療保険）	49 1.0	4 1.3	0 0.0	1 4.2	3 0.8	2 1.6	2 1.1	23 1.1	7 0.7	1 0.9
訪問リハビリテーション （医療保険）※	62 1.3	9 2.8	2 2.6	0 0.0	6 1.7	1 0.8	1 0.5	26 1.2	16 1.6	1 0.9
訪問看護（医療保険）※	211 4.4	19 6.0	14 18.2	2 8.3	27 7.5	12 9.5	12 6.4	94 4.5	66 6.7	10 8.5
事業者・本人の費用負担に よる訪問リハビリテーション	62 1.3	5 1.6	5 6.5	0 0.0	4 1.1	5 4.0	1 0.5	29 1.4	24 2.4	7 6.0
事業者・本人の費用負担に よる訪問看護	94 1.9	11 3.5	0 0.0	1 4.2	4 1.1	2 1.6	8 4.3	51 2.4	26 2.6	6 5.1
訪問介護（介護保険）	1,229 25.5	108 34.2	32 41.6	7 29.2	101 28.2	41 32.5	47 25.0	552 26.4	264 26.8	31 26.5
訪問入浴介護（介護保 険）	86 1.8	9 2.8	8 10.4	0 0.0	15 4.2	3 2.4	7 3.7	52 2.5	33 3.4	3 2.6
訪問看護（介護保険）	425 8.8	36 11.4	16 20.8	3 12.5	41 11.5	18 14.3	23 12.2	199 9.5	122 12.4	10 8.5
訪問リハビリテーション （介護保険）	115 2.4	11 3.5	5 6.5	0 0.0	19 5.3	6 4.8	7 3.7	65 3.1	31 3.2	5 4.3
居宅療養管理指導 （介護保険:医師による）	982 20.4	74 23.4	16 20.8	3 12.5	93 26.0	31 24.6	49 26.1	549 26.2	295 30.0	19 16.2
居宅療養管理指導（介護 保険:看護師による）	68 1.4	6 1.9	1 1.3	1 4.2	5 1.4	3 2.4	4 2.1	33 1.6	20 2.0	1 0.9
通所介護（介護保険）	973 20.2	77 24.4	7 9.1	3 12.5	73 20.4	28 22.2	41 21.8	434 20.7	200 20.3	26 22.2
通所リハビリテーション （介護保険）	114 2.4	16 5.1	2 2.6	2 8.3	5 1.4	1 0.8	4 2.1	61 2.9	26 2.6	5 4.3
定期巡回・随時対応型訪 問介護看護（介護保険）	75 1.6	2 0.6	0 0.0	2 8.3	12 3.4	1 0.8	3 1.6	40 1.9	24 2.4	4 3.4
小規模多機能型居宅介護 （介護保険）	118 2.4	7 2.2	0 0.0	0 0.0	6 1.7	2 1.6	0 0.0	49 2.3	25 2.5	2 1.7
看護小規模多機能型居宅 介護（介護保険）	11 0.2	3 0.9	1 1.3	0 0.0	1 0.3	1 0.8	0 0.0	5 0.2	0 0.0	0 0.0
その他訪問系・通所系の サービス（介護保険）	68 1.4	5 1.6	0 0.0	0 0.0	5 1.4	1 0.8	7 3.7	38 1.8	11 1.1	1 0.9
いずれもなし	1,221 25.3	59 18.7	15 19.5	5 20.8	91 25.4	32 25.4	45 23.9	529 25.3	213 21.6	27 23.1
不明	39 0.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 0.5	7 0.3	0 0.0	0 0.0
無回答	850 17.6	51 16.1	12 15.6	5 20.8	51 14.2	9 7.1	26 13.8	292 14.0	148 15.0	15 12.8

次ページに続く

	合計	問6.有している障害								
		感覚障害	認知症	失語症	摂食嚥下障害	癌性疼痛	運動器の疼痛	いずれもなし	不明	無回答
合計	4,821 100.0	139 100.0	3,073 100.0	182 100.0	340 100.0	33 100.0	256 100.0	500 100.0	112 100.0	211 100.0
通所リハビリテーション (医療保険)	49 1.0	0 0.0	32 1.0	1 0.5	2 0.6	0 0.0	4 1.6	6 1.2	0 0.0	2 0.9
訪問リハビリテーション (医療保険) ※	62 1.3	4 2.9	40 1.3	4 2.2	11 3.2	0 0.0	5 2.0	5 1.0	0 0.0	2 0.9
訪問看護 (医療保険) ※	211 4.4	15 10.8	144 4.7	14 7.7	39 11.5	7 21.2	14 5.5	7 1.4	2 1.8	2 0.9
事業者・本人の費用負担による訪問リハビリテーション	62 1.3	1 0.7	37 1.2	3 1.6	7 2.1	1 3.0	3 1.2	9 1.8	1 0.9	0 0.0
事業者・本人の費用負担による訪問看護	94 1.9	2 1.4	86 2.8	6 3.3	15 4.4	0 0.0	6 2.3	1 0.2	1 0.9	0 0.0
訪問介護 (介護保険)	1,229 25.5	42 30.2	600 19.5	44 24.2	108 31.8	15 45.5	83 32.4	148 29.6	43 38.4	52 24.6
訪問入浴介護 (介護保険)	86 1.8	4 2.9	51 1.7	9 4.9	20 5.9	0 0.0	6 2.3	8 1.6	2 1.8	0 0.0
訪問看護 (介護保険)	425 8.8	12 8.6	267 8.7	26 14.3	51 15.0	2 6.1	21 8.2	39 7.8	5 4.5	14 6.6
訪問リハビリテーション (介護保険)	115 2.4	7 5.0	67 2.2	7 3.8	18 5.3	0 0.0	9 3.5	9 1.8	4 3.6	8 3.8
居宅療養管理指導 (介護保険:医師による)	982 20.4	47 33.8	691 22.5	50 27.5	101 29.7	12 36.4	58 22.7	60 12.0	10 8.9	35 16.6
居宅療養管理指導 (介護保険:看護師による)	68 1.4	5 3.6	54 1.8	5 2.7	6 1.8	1 3.0	3 1.2	3 0.6	0 0.0	0 0.0
通所介護 (介護保険)	973 20.2	32 23.0	529 17.2	27 14.8	47 13.8	8 24.2	64 25.0	121 24.2	16 14.3	45 21.3
通所リハビリテーション (介護保険)	114 2.4	2 1.4	55 1.8	9 4.9	3 0.9	0 0.0	10 3.9	15 3.0	5 4.5	4 1.9
定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (介護保険)	75 1.6	4 2.9	44 1.4	4 2.2	5 1.5	0 0.0	2 0.8	7 1.4	0 0.0	4 1.9
小規模多機能型居宅介護 (介護保険)	118 2.4	3 2.2	62 2.0	3 1.6	7 2.1	0 0.0	4 1.6	21 4.2	0 0.0	10 4.7
看護小規模多機能型居宅介護 (介護保険)	11 0.2	0 0.0	6 0.2	1 0.5	1 0.3	0 0.0	0 0.0	1 0.2	0 0.0	0 0.0
その他訪問系・通所系のサービス (介護保険)	68 1.4	2 1.4	48 1.6	0 0.0	3 0.9	0 0.0	6 2.3	7 1.4	3 2.7	3 1.4
いずれもなし	1,221 25.3	29 20.9	902 29.4	48 26.4	80 23.5	3 9.1	66 25.8	113 22.6	19 17.0	31 14.7
不明	39 0.8	0 0.0	10 0.3	0 0.0	1 0.3	0 0.0	0 0.0	4 0.8	24 21.4	0 0.0
無回答	850 17.6	16 11.5	546 17.8	32 17.6	45 13.2	6 18.2	23 9.0	100 20.0	16 14.3	74 35.1

図表 3-27 2 訪問リハビリテーション(医療保険) ×
問 6.有している障害 (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	62 100.0	4 100.0	15 100.0	12 100.0	14 100.0	6 100.0	11 100.0
片麻痺	9 14.5	1 25.0	3 20.0	3 25.0	2 14.3	0 0.0	0 0.0
四肢麻痺	2 3.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 7.1	1 16.7	0 0.0
対麻痺	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
運動失調	6 9.7	0 0.0	0 0.0	3 25.0	2 14.3	0 0.0	1 9.1
呼吸障害	1 1.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 16.7	0 0.0
循環障害	1 1.6	0 0.0	0 0.0	1 8.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0
筋力や耐久性の低下	26 41.9	3 75.0	2 13.3	4 33.3	8 57.1	1 16.7	8 72.7
関節可動域制限・関節拘縮	16 25.8	2 50.0	1 6.7	5 41.7	2 14.3	1 16.7	5 45.5
構音障害	1 1.6	0 0.0	0 0.0	1 8.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0
感覚障害	4 6.5	0 0.0	0 0.0	1 8.3	1 7.1	1 16.7	1 9.1
認知症	40 64.5	2 50.0	7 46.7	8 66.7	6 42.9	6 100.0	11 100.0
失語症	4 6.5	0 0.0	1 6.7	1 8.3	1 7.1	0 0.0	1 9.1
摂食嚥下障害	11 17.7	1 25.0	0 0.0	2 16.7	1 7.1	1 16.7	6 54.5
癌性疼痛	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
運動器の疼痛	5 8.1	0 0.0	0 0.0	2 16.7	2 14.3	0 0.0	1 9.1
いずれもなし	5 8.1	0 0.0	5 33.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
不明	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
無回答	2 3.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 14.3	0 0.0	0 0.0

図表 3-28 3 訪問看護(医療保険) ×
問 6.有している障害 (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	211 100.0	10 100.0	1 100.0	80 100.0	42 100.0	34 100.0	44 100.0
片麻痺	19 9.0	0 0.0	0 0.0	9 11.3	4 9.5	1 2.9	5 11.4
四肢麻痺	14 6.6	0 0.0	0 0.0	6 7.5	5 11.9	1 2.9	2 4.5
対麻痺	2 0.9	0 0.0	0 0.0	2 2.5	0 0.0	0 0.0	0 0.0
運動失調	27 12.8	1 10.0	0 0.0	16 20.0	5 11.9	1 2.9	4 9.1
呼吸障害	12 5.7	0 0.0	0 0.0	4 5.0	5 11.9	3 8.8	0 0.0
循環障害	12 5.7	1 10.0	0 0.0	5 6.3	2 4.8	2 5.9	2 4.5
筋力や耐久性の低下	94 44.5	6 60.0	0 0.0	46 57.5	16 38.1	12 35.3	14 31.8
関節可動域制限・関節拘縮	66 31.3	1 10.0	1 100.0	27 33.8	14 33.3	14 41.2	9 20.5
構音障害	10 4.7	0 0.0	0 0.0	5 6.3	4 9.5	0 0.0	1 2.3
感覚障害	15 7.1	0 0.0	0 0.0	12 15.0	0 0.0	3 8.8	0 0.0
認知症	144 68.2	8 80.0	1 100.0	46 57.5	16 38.1	34 100.0	39 88.6
失語症	14 6.6	0 0.0	0 0.0	5 6.3	2 4.8	1 2.9	6 13.6
摂食嚥下障害	39 18.5	1 10.0	0 0.0	21 26.3	5 11.9	4 11.8	8 18.2
癌性疼痛	7 3.3	0 0.0	0 0.0	2 2.5	5 11.9	0 0.0	0 0.0
運動器の疼痛	14 6.6	0 0.0	0 0.0	8 10.0	3 7.1	2 5.9	1 2.3
いずれもなし	7 3.3	0 0.0	0 0.0	3 3.8	4 9.5	0 0.0	0 0.0
不明	2 0.9	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.4	0 0.0	1 2.3
無回答	2 0.9	0 0.0	0 0.0	1 1.3	1 2.4	0 0.0	0 0.0

図表 3-29 4 事業者・本人の費用負担による訪問リハビリテーション×
問 6.有している障害（複数回答）

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	62 100.0	13 100.0	8 100.0	6 100.0	13 100.0	18 100.0	4 100.0
片麻痺	5 8.1	3 23.1	0 0.0	1 16.7	0 0.0	1 5.6	0 0.0
四肢麻痺	5 8.1	0 0.0	1 12.5	0 0.0	4 30.8	0 0.0	0 0.0
対麻痺	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
運動失調	4 6.5	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 15.4	0 0.0	2 50.0
呼吸障害	5 8.1	0 0.0	1 12.5	0 0.0	2 15.4	2 11.1	0 0.0
循環障害	1 1.6	0 0.0	0 0.0	1 16.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0
筋力や耐久性の低下	29 46.8	9 69.2	5 62.5	4 66.7	4 30.8	5 27.8	2 50.0
関節可動域制限・関節拘縮	24 38.7	6 46.2	5 62.5	3 50.0	5 38.5	4 22.2	1 25.0
構音障害	7 11.3	1 7.7	0 0.0	0 0.0	4 30.8	2 11.1	0 0.0
感覚障害	1 1.6	0 0.0	0 0.0	1 16.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0
認知症	37 59.7	6 46.2	5 62.5	3 50.0	3 23.1	18 100.0	2 50.0
失語症	3 4.8	1 7.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 11.1	0 0.0
摂食嚥下障害	7 11.3	2 15.4	1 12.5	1 16.7	0 0.0	3 16.7	0 0.0
癌性疼痛	1 1.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 7.7	0 0.0	0 0.0
運動器の疼痛	3 4.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 7.7	2 11.1	0 0.0
いずれもなし	9 14.5	2 15.4	1 12.5	1 16.7	3 23.1	0 0.0	2 50.0
不明	1 1.6	1 7.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
無回答	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

図表 3-30 5 事業者・本人の費用負担による訪問看護 ×
問 6.有している障害（複数回答）

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	94 100.0	0 0.0	2 100.0	6 100.0	5 100.0	46 100.0	35 100.0
片麻痺	11 11.7	0 0.0	1 50.0	2 33.3	2 40.0	5 10.9	1 2.9
四肢麻痺	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
対麻痺	1 1.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.2	0 0.0
運動失調	4 4.3	0 0.0	0 0.0	1 16.7	0 0.0	2 4.3	1 2.9
呼吸障害	2 2.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 4.3	0 0.0
循環障害	8 8.5	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 20.0	6 13.0	1 2.9
筋力や耐久性の低下	51 54.3	0 0.0	0 0.0	4 66.7	3 60.0	26 56.5	18 51.4
関節可動域制限・関節拘縮	26 27.7	0 0.0	0 0.0	2 33.3	2 40.0	14 30.4	8 22.9
構音障害	6 6.4	0 0.0	0 0.0	1 16.7	1 20.0	2 4.3	2 5.7
感覚障害	2 2.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 4.3	0 0.0
認知症	86 91.5	0 0.0	2 100.0	3 50.0	3 60.0	44 95.7	34 97.1
失語症	6 6.4	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 20.0	1 2.2	4 11.4
摂食嚥下障害	15 16.0	0 0.0	0 0.0	1 16.7	0 0.0	2 4.3	12 34.3
癌性疼痛	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
運動器の疼痛	6 6.4	0 0.0	0 0.0	1 16.7	1 20.0	3 6.5	1 2.9
いずれもなし	1 1.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.9
不明	1 1.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.9
無回答	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

介護保険による訪問看護の利用者は合計で 425 人、うち非特定(有老)が 182 人、非特定(サ高住)が 128 人、GH(加算無)が 58 人、GH(加算有)が 50 人、特定(加算有)が 7 人、特定(加算無)が 0 人であった。障害(複数回答)をみると、「認知症」、「筋力や耐久性の低下」、「関節可動域制限・関節拘縮」が多い。

図表 3-31 8 訪問看護(介護保険)×
問 6.有している障害 (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	425 100.0	7 100.0	0 0.0	182 100.0	128 100.0	50 100.0	58 100.0
片麻痺	36 8.5	0 0.0	0 0.0	18 9.9	13 10.2	4 8.0	1 1.7
四肢麻痺	16 3.8	0 0.0	0 0.0	13 7.1	3 2.3	0 0.0	0 0.0
対麻痺	3 0.7	0 0.0	0 0.0	1 0.5	1 0.8	1 2.0	0 0.0
運動失調	41 9.6	0 0.0	0 0.0	29 15.9	9 7.0	0 0.0	3 5.2
呼吸障害	18 4.2	0 0.0	0 0.0	11 6.0	5 3.9	2 4.0	0 0.0
循環障害	23 5.4	0 0.0	0 0.0	15 8.2	3 2.3	5 10.0	0 0.0
筋力や耐久性の低下	199 46.8	2 28.6	0 0.0	94 51.6	50 39.1	23 46.0	30 51.7
関節可動域制限・関節拘縮	122 28.7	0 0.0	0 0.0	62 34.1	34 26.6	9 18.0	17 29.3
構音障害	10 2.4	0 0.0	0 0.0	6 3.3	2 1.6	0 0.0	2 3.4
感覚障害	12 2.8	0 0.0	0 0.0	8 4.4	1 0.8	1 2.0	2 3.4
認知症	267 62.8	2 28.6	0 0.0	94 51.6	71 55.5	50 100.0	50 86.2
失語症	26 6.1	0 0.0	0 0.0	10 5.5	11 8.6	1 2.0	4 6.9
摂食嚥下障害	51 12.0	0 0.0	0 0.0	32 17.6	11 8.6	1 2.0	7 12.1
癌性疼痛	2 0.5	0 0.0	0 0.0	1 0.5	1 0.8	0 0.0	0 0.0
運動器の疼痛	21 4.9	0 0.0	0 0.0	12 6.6	6 4.7	0 0.0	3 5.2
いずれもなし	39 9.2	3 42.9	0 0.0	13 7.1	15 11.7	0 0.0	8 13.8
不明	5 1.2	0 0.0	0 0.0	4 2.2	1 0.8	0 0.0	0 0.0
無回答	14 3.3	0 0.0	0 0.0	6 3.3	8 6.3	0 0.0	0 0.0

介護保険による訪問リハビリテーションの利用者は合計で 115 人、うち非特定(有老)が 59 人、非特定(サ高住)が 37 人、GH(加算有)が 15 人、GH(加算無)が 2 人、特定(加算有)が 2 人、特定(加算無)が 0 人であった。障害(複数回答)をみると、「認知症」、「筋力や耐久性の低下」、「関節可動域制限・関節拘縮」が多い。人数の多寡、傷病の傾向は介護保険の訪問看護と類似している。

図表 3-32 9 訪問リハビリテーション(介護保険) ×
問 6.有している障害 (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	115 100.0	2 100.0	0 0.0	59 100.0	37 100.0	15 100.0	2 100.0
片麻痺	11 9.6	0 0.0	0 0.0	5 8.5	6 16.2	0 0.0	0 0.0
四肢麻痺	5 4.3	0 0.0	0 0.0	5 8.5	0 0.0	0 0.0	0 0.0
対麻痺	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
運動失調	19 16.5	1 50.0	0 0.0	13 22.0	5 13.5	0 0.0	0 0.0
呼吸障害	6 5.2	0 0.0	0 0.0	4 6.8	1 2.7	1 6.7	0 0.0
循環障害	7 6.1	0 0.0	0 0.0	4 6.8	2 5.4	1 6.7	0 0.0
筋力や耐久性の低下	65 56.5	2 100.0	0 0.0	34 57.6	22 59.5	7 46.7	0 0.0
関節可動域制限・関節拘縮	31 27.0	0 0.0	0 0.0	17 28.8	14 37.8	0 0.0	0 0.0
構音障害	5 4.3	0 0.0	0 0.0	4 6.8	0 0.0	1 6.7	0 0.0
感覚障害	7 6.1	0 0.0	0 0.0	4 6.8	3 8.1	0 0.0	0 0.0
認知症	67 58.3	1 50.0	0 0.0	32 54.2	18 48.6	14 93.3	2 100.0
失語症	7 6.1	0 0.0	0 0.0	4 6.8	3 8.1	0 0.0	0 0.0
摂食嚥下障害	18 15.7	0 0.0	0 0.0	10 16.9	4 10.8	4 26.7	0 0.0
癌性疼痛	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
運動器の疼痛	9 7.8	0 0.0	0 0.0	4 6.8	3 8.1	2 13.3	0 0.0
いずれもなし	9 7.8	0 0.0	0 0.0	6 10.2	2 5.4	1 6.7	0 0.0
不明	4 3.5	0 0.0	0 0.0	3 5.1	0 0.0	0 0.0	1 50.0
無回答	8 7.0	0 0.0	0 0.0	3 5.1	5 13.5	0 0.0	0 0.0

(3) 機能訓練や支援、リハビリテーションを必要とする ADL・IADL

図表 3-33 問 11.利用している医療保険・介護保険サービス・自費サービス
問 7.機能訓練や支援、リハビリテーションを必要とする ADL・IADL (複数回答)

	合計	問7.機能訓練や支援、リハビリテーションを必要とする ADL、IADL											
		歩行・移動	姿勢の保持	姿勢の変換	移乗	入浴	整容	トイレ動作	食事	食事の用意・片付け	洗濯	掃除・整頓	家や庭の手入れ
合計	4,821 100.0	2,640 100.0	1,237 100.0	891 100.0	1,643 100.0	2,800 100.0	1,440 100.0	1,935 100.0	1,100 100.0	2,617 100.0	2,624 100.0	2,573 100.0	1,034 100.0
通所リハビリテーション (医療保険)	49 1.0	29 1.1	13 1.1	8 0.9	14 0.9	33 1.2	17 1.2	21 1.1	12 1.1	27 1.0	28 1.1	28 1.1	7 0.7
訪問リハビリテーション (医療保険) ※	62 1.3	42 1.6	25 2.0	24 2.7	28 1.7	43 1.5	23 1.6	32 1.7	21 1.9	36 1.4	34 1.3	31 1.2	22 2.1
訪問看護 (医療保険) ※	211 4.4	115 4.4	82 6.6	61 6.8	73 4.4	129 4.6	62 4.3	90 4.7	67 6.1	89 3.4	80 3.0	79 3.1	32 3.1
事業者・本人の費用負担による訪問リハビリテーション	62 1.3	40 1.5	24 1.9	15 1.7	30 1.8	42 1.5	22 1.5	33 1.7	18 1.6	41 1.6	41 1.6	41 1.6	17 1.6
事業者・本人の費用負担による訪問看護	94 1.9	63 2.4	42 3.4	39 4.4	48 2.9	69 2.5	45 3.1	53 2.7	47 4.3	63 2.4	64 2.4	63 2.4	35 3.4
訪問介護 (介護保険)	1,229 25.5	619 23.4	296 23.9	203 22.8	377 22.9	690 24.6	302 21.0	406 21.0	235 21.4	598 22.9	647 24.7	666 25.9	153 14.8
訪問入浴介護 (介護保険)	86 1.8	40 1.5	28 2.3	21 2.4	28 1.7	58 2.1	27 1.9	24 1.2	19 1.7	50 1.9	55 2.1	56 2.2	8 0.8
訪問看護 (介護保険)	425 8.8	251 9.5	136 11.0	104 11.7	179 10.9	258 9.2	144 10.0	191 9.9	122 11.1	240 9.2	231 8.8	235 9.1	80 7.7
訪問リハビリテーション (介護保険)	115 2.4	70 2.7	54 4.4	33 3.7	64 3.9	78 2.8	46 3.2	59 3.0	34 3.1	51 1.9	55 2.1	53 2.1	13 1.3
居宅療養管理指導 (介護保険:医師による)	982 20.4	606 23.0	305 24.7	223 25.0	429 26.1	638 22.8	362 25.1	478 24.7	279 25.4	646 24.7	646 24.6	644 25.0	289 27.9
居宅療養管理指導 (介護保険:看護師による)	68 1.4	41 1.6	27 2.2	28 3.1	33 2.0	45 1.6	28 1.9	39 2.0	20 1.8	50 1.9	51 1.9	44 1.7	17 1.6
通所介護 (介護保険)	973 20.2	505 19.1	198 16.0	133 14.9	302 18.4	572 20.4	246 17.1	349 18.0	176 16.0	540 20.6	550 21.0	559 21.7	166 16.1
通所リハビリテーション (介護保険)	114 2.4	64 2.4	25 2.0	16 1.8	28 1.7	63 2.3	19 1.3	31 1.6	19 1.7	65 2.5	68 2.6	73 2.8	8 0.8
定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (介護保険)	75 1.6	43 1.6	19 1.5	17 1.9	27 1.6	47 1.7	15 1.0	21 1.1	8 0.7	40 1.5	41 1.6	39 1.5	4 0.4
小規模多機能型居宅介護 (介護保険)	118 2.4	53 2.0	23 1.9	13 1.5	31 1.9	62 2.2	17 1.2	43 2.2	15 1.4	71 2.7	69 2.6	73 2.8	23 2.2
看護小規模多機能型居宅介護 (介護保険)	11 0.2	11 0.4	8 0.6	9 1.0	10 0.6	11 0.4	7 0.5	11 0.6	5 0.5	4 0.2	5 0.2	3 0.1	2 0.2
その他訪問系・通所系のサービス (介護保険)	68 1.4	38 1.4	17 1.4	15 1.7	27 1.6	47 1.7	31 2.2	32 1.7	14 1.3	46 1.8	45 1.7	42 1.6	17 1.6
いずれもなし	1,221 25.3	735 27.8	324 26.2	214 24.0	423 25.7	743 26.5	395 27.4	534 27.6	295 26.8	680 26.0	688 26.2	654 25.4	310 30.0
不明	39 0.8	6 0.2	3 0.2	1 0.1	5 0.3	7 0.3	2 0.1	4 0.2	3 0.3	6 0.2	6 0.2	7 0.3	5 0.5
無回答	850 17.6	435 16.5	205 16.6	154 17.3	265 16.1	441 15.8	240 16.7	322 16.6	185 16.8	395 15.1	390 14.9	374 14.5	143 13.8

次ページに続く

	合計	問7.機能訓練や支援、リハビリテーションを必要とする ADL、IADL										
		買い物	交通手段の利用	コミュニケーション	家族や地域との交流	趣味・社会活動	日課の遂行	健康管理	自己決定・意思決定	いずれもなし	不明	無回答
合計	4,821 100.0	1,937 100.0	1,228 100.0	1,308 100.0	1,148 100.0	1,110 100.0	1,301 100.0	2,613 100.0	1,160 100.0	348 100.0	140 100.0	223 100.0
通所リハビリテーション (医療保険)	49 1.0	25 1.3	11 0.9	11 0.8	7 0.6	5 0.5	9 0.7	24 0.9	7 0.6	2 0.6	1 0.7	0 0.0
訪問リハビリテーション (医療保険) ※	62 1.3	29 1.5	17 1.4	21 1.6	15 1.3	14 1.3	13 1.0	35 1.3	16 1.4	2 0.6	1 0.7	3 1.3
訪問看護(医療保険) ※	211 4.4	59 3.0	33 2.7	53 4.1	45 3.9	24 2.2	54 4.2	98 3.8	49 4.2	27 7.8	9 6.4	6 2.7
事業者・本人の費用負担による訪問リハビリテーション	62 1.3	31 1.6	18 1.5	18 1.4	18 1.6	20 1.8	23 1.8	42 1.6	23 2.0	8 2.3	6 4.3	0 0.0
事業者・本人の費用負担による訪問看護	94 1.9	43 2.2	40 3.3	42 3.2	48 4.2	40 3.6	47 3.6	73 2.8	48 4.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0
訪問介護(介護保険)	1,229 25.5	438 22.6	210 17.1	245 18.7	140 12.2	142 12.8	178 13.7	562 21.5	208 17.9	93 26.7	51 36.4	53 23.8
訪問入浴介護(介護保険)	86 1.8	29 1.5	17 1.4	20 1.5	9 0.8	6 0.5	13 1.0	35 1.3	22 1.9	9 2.6	0 0.0	2 0.9
訪問看護(介護保険)	425 8.8	159 8.2	104 8.5	126 9.6	100 8.7	96 8.6	121 9.3	243 9.3	114 9.8	18 5.2	10 7.1	19 8.5
訪問リハビリテーション (介護保険)	115 2.4	43 2.2	24 2.0	36 2.8	31 2.7	23 2.1	36 2.8	67 2.6	28 2.4	0 0.0	2 1.4	6 2.7
居宅療養管理指導 (介護保険:医師による)	982 20.4	480 24.8	333 27.1	313 23.9	291 25.3	308 27.7	346 26.6	640 24.5	270 23.3	38 10.9	9 6.4	28 12.6
居宅療養管理指導(介護保険:看護師による)	68 1.4	40 2.1	30 2.4	18 1.4	20 1.7	29 2.6	30 2.3	40 1.5	21 1.8	0 0.0	0 0.0	1 0.4
通所介護(介護保険)	973 20.2	373 19.3	203 16.5	193 14.8	133 11.6	146 13.2	162 12.5	492 18.8	176 15.2	62 17.8	29 20.7	39 17.5
通所リハビリテーション (介護保険)	114 2.4	50 2.6	22 1.8	23 1.8	10 0.9	9 0.8	17 1.3	57 2.2	16 1.4	7 2.0	2 1.4	3 1.3
定期巡回・随時対応型訪問介護看護(介護保険)	75 1.6	20 1.0	7 0.6	20 1.5	10 0.9	6 0.5	15 1.2	36 1.4	18 1.6	7 2.0	0 0.0	1 0.4
小規模多機能型居宅介護 (介護保険)	118 2.4	48 2.5	34 2.8	21 1.6	21 1.8	26 2.3	32 2.5	70 2.7	17 1.5	6 1.7	0 0.0	10 4.5
看護小規模多機能型居宅介護(介護保険)	11 0.2	5 0.3	5 0.4	2 0.2	3 0.3	3 0.3	2 0.2	4 0.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
その他訪問系・通所系のサービス(介護保険)	68 1.4	27 1.4	16 1.3	22 1.7	23 2.0	19 1.7	28 2.2	43 1.6	24 2.1	6 1.7	3 2.1	2 0.9
いずれもなし	1,221 25.3	523 27.0	344 28.0	445 34.0	396 34.5	388 35.0	424 32.6	778 29.8	358 30.9	88 25.3	28 20.0	13 5.8
不明	39 0.8	6 0.3	4 0.3	4 0.3	3 0.3	3 0.3	3 0.2	10 0.4	6 0.5	4 1.1	21 15.0	0 0.0
無回答	850 17.6	291 15.0	190 15.5	195 14.9	174 15.2	155 14.0	208 16.0	373 14.3	195 16.8	87 25.0	18 12.9	114 51.1

図表 3-34 2 訪問リハビリテーション(医療保険) ×
問 7.機能訓練や支援、リハビリテーションを必要とする ADL・IADL (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	62 100.0	4 100.0	15 100.0	12 100.0	14 100.0	6 100.0	11 100.0
歩行・移動	42 67.7	4 100.0	10 66.7	7 58.3	9 64.3	4 66.7	8 72.7
姿勢の保持	25 40.3	3 75.0	5 33.3	7 58.3	4 28.6	2 33.3	4 36.4
姿勢の変換	24 38.7	2 50.0	5 33.3	6 50.0	4 28.6	1 16.7	6 54.5
移乗	28 45.2	3 75.0	6 40.0	3 25.0	7 50.0	2 33.3	7 63.6
入浴	43 69.4	4 100.0	13 86.7	7 58.3	8 57.1	2 33.3	9 81.8
整容	23 37.1	2 50.0	6 40.0	1 8.3	6 42.9	0 0.0	8 72.7
トイレ動作	32 51.6	3 75.0	6 40.0	6 50.0	7 50.0	2 33.3	8 72.7
食事	21 33.9	2 50.0	2 13.3	1 8.3	7 50.0	1 16.7	8 72.7
食事の用意・片付け	36 58.1	4 100.0	13 86.7	3 25.0	7 50.0	1 16.7	8 72.7
洗濯	34 54.8	4 100.0	12 80.0	3 25.0	6 42.9	1 16.7	8 72.7
掃除・整頓	31 50.0	3 75.0	11 73.3	3 25.0	5 35.7	1 16.7	8 72.7
家や庭の手入れ	22 35.5	2 50.0	9 60.0	1 8.3	3 21.4	0 0.0	7 63.6
買い物	29 46.8	3 75.0	8 53.3	3 25.0	5 35.7	1 16.7	9 81.8
交通手段の利用	17 27.4	3 75.0	6 40.0	1 8.3	4 28.6	0 0.0	3 27.3
コミュニケーション	21 33.9	1 25.0	4 26.7	2 16.7	5 35.7	2 33.3	7 63.6
家族や地域との交流	15 24.2	2 50.0	5 33.3	0 0.0	3 21.4	0 0.0	5 45.5
趣味・社会活動	14 22.6	3 75.0	3 20.0	1 8.3	3 21.4	0 0.0	4 36.4
日課の遂行	13 21.0	2 50.0	2 13.3	1 8.3	3 21.4	0 0.0	5 45.5
健康管理	35 56.5	3 75.0	8 53.3	7 58.3	6 42.9	1 16.7	10 90.9
自己決定・意思決定	16 25.8	1 25.0	3 20.0	1 8.3	2 14.3	1 16.7	8 72.7
いずれもなし	2 3.2	1 25.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 16.7	0 0.0
不明	1 1.6	1 25.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
無回答	3 4.8	0 0.0	0 0.0	1 8.3	2 14.3	0 0.0	0 0.0

図表 3-35 3 訪問看護(医療保険) ×
問 7.機能訓練や支援、リハビリテーションを必要とする ADL・IADL (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	211 100.0	10 100.0	1 100.0	80 100.0	42 100.0	34 100.0	44 100.0
歩行・移動	115 54.5	6 60.0	0 0.0	40 50.0	21 50.0	25 73.5	23 52.3
姿勢の保持	82 38.9	3 30.0	0 0.0	36 45.0	15 35.7	13 38.2	15 34.1
姿勢の変換	61 28.9	4 40.0	0 0.0	23 28.8	13 31.0	8 23.5	13 29.5
移乗	73 34.6	4 40.0	0 0.0	30 37.5	16 38.1	11 32.4	12 27.3
入浴	129 61.1	10 100.0	0 0.0	42 52.5	31 73.8	23 67.6	23 52.3
整容	62 29.4	8 80.0	0 0.0	19 23.8	14 33.3	11 32.4	10 22.7
トイレ動作	90 42.7	7 70.0	0 0.0	27 33.8	17 40.5	21 61.8	18 40.9
食事	67 31.8	4 40.0	0 0.0	26 32.5	13 31.0	12 35.3	12 27.3
食事の用意・片付け	89 42.2	3 30.0	0 0.0	23 28.8	29 69.0	8 23.5	26 59.1
洗濯	80 37.9	2 20.0	0 0.0	22 27.5	25 59.5	5 14.7	26 59.1
掃除・整頓	79 37.4	2 20.0	0 0.0	26 32.5	27 64.3	6 17.6	18 40.9
家や庭の手入れ	32 15.2	1 10.0	0 0.0	4 5.0	8 19.0	2 5.9	17 38.6
買い物	59 28.0	2 20.0	0 0.0	12 15.0	18 42.9	4 11.8	23 52.3
交通手段の利用	33 15.6	1 10.0	0 0.0	5 6.3	12 28.6	6 17.6	9 20.5
コミュニケーション	53 25.1	2 20.0	0 0.0	13 16.3	18 42.9	9 26.5	11 25.0
家族や地域との交流	45 21.3	1 10.0	0 0.0	7 8.8	10 23.8	7 20.6	20 45.5
趣味・社会活動	24 11.4	1 10.0	0 0.0	2 2.5	9 21.4	4 11.8	8 18.2
日課の遂行	54 25.6	2 20.0	0 0.0	6 7.5	13 31.0	18 52.9	15 34.1
健康管理	98 46.4	5 50.0	0 0.0	20 25.0	26 61.9	23 67.6	24 54.5
自己決定・意思決定	49 23.2	0 0.0	0 0.0	11 13.8	12 28.6	7 20.6	19 43.2
いずれもなし	27 12.8	0 0.0	0 0.0	14 17.5	8 19.0	0 0.0	5 11.4
不明	9 4.3	0 0.0	1 100.0	1 1.3	5 11.9	2 5.9	0 0.0
無回答	6 2.8	0 0.0	0 0.0	4 5.0	1 2.4	1 2.9	0 0.0

図表 3-36 4 事業者・本人の費用負担による訪問リハビリテーション ×
問 7.機能訓練や支援、リハビリテーションを必要とする ADL・IADL (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	62 100.0	13 100.0	8 100.0	6 100.0	13 100.0	18 100.0	4 100.0
歩行・移動	40 64.5	11 84.6	4 50.0	6 100.0	8 61.5	11 61.1	0 0.0
姿勢の保持	24 38.7	4 30.8	4 50.0	2 33.3	5 38.5	7 38.9	2 50.0
姿勢の変換	15 24.2	4 30.8	3 37.5	1 16.7	5 38.5	2 11.1	0 0.0
移乗	30 48.4	7 53.8	6 75.0	2 33.3	7 53.8	8 44.4	0 0.0
入浴	42 67.7	10 76.9	7 87.5	3 50.0	9 69.2	12 66.7	1 25.0
整容	22 35.5	7 53.8	4 50.0	1 16.7	4 30.8	6 33.3	0 0.0
トイレ動作	33 53.2	7 53.8	6 75.0	2 33.3	7 53.8	10 55.6	1 25.0
食事	18 29.0	4 30.8	4 50.0	1 16.7	4 30.8	5 27.8	0 0.0
食事の用意・片付け	41 66.1	13 100.0	7 87.5	2 33.3	11 84.6	7 38.9	1 25.0
洗濯	41 66.1	13 100.0	7 87.5	4 66.7	10 76.9	6 33.3	1 25.0
掃除・整頓	41 66.1	13 100.0	6 75.0	4 66.7	11 84.6	6 33.3	1 25.0
家や庭の手入れ	17 27.4	1 7.7	5 62.5	1 16.7	8 61.5	1 5.6	1 25.0
買い物	31 50.0	6 46.2	6 75.0	2 33.3	11 84.6	5 27.8	1 25.0
交通手段の利用	18 29.0	3 23.1	4 50.0	1 16.7	8 61.5	1 5.6	1 25.0
コミュニケーション	18 29.0	3 23.1	4 50.0	2 33.3	5 38.5	4 22.2	0 0.0
家族や地域との交流	18 29.0	3 23.1	4 50.0	1 16.7	5 38.5	5 27.8	0 0.0
趣味・社会活動	20 32.3	6 46.2	4 50.0	2 33.3	5 38.5	2 11.1	1 25.0
日課の遂行	23 37.1	7 53.8	5 62.5	1 16.7	5 38.5	4 22.2	1 25.0
健康管理	42 67.7	11 84.6	6 75.0	4 66.7	9 69.2	11 61.1	1 25.0
自己決定・意思決定	23 37.1	4 30.8	4 50.0	1 16.7	5 38.5	8 44.4	1 25.0
いずれもなし	8 12.9	1 7.7	0 0.0	0 0.0	5 38.5	1 5.6	1 25.0
不明	6 9.7	1 7.7	0 0.0	0 0.0	5 38.5	0 0.0	0 0.0
無回答	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

図表 3-37 5 事業者・本人の費用負担による訪問看護 ×
 問 7.機能訓練や支援、リハビリテーションを必要とする ADL・IADL (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	94 100.0	0 0.0	2 100.0	6 100.0	5 100.0	46 100.0	35 100.0
歩行・移動	63 67.0	0 0.0	2 100.0	3 50.0	4 80.0	34 73.9	20 57.1
姿勢の保持	42 44.7	0 0.0	2 100.0	4 66.7	2 40.0	26 56.5	8 22.9
姿勢の変換	39 41.5	0 0.0	2 100.0	5 83.3	1 20.0	21 45.7	10 28.6
移乗	48 51.1	0 0.0	2 100.0	3 50.0	2 40.0	28 60.9	13 37.1
入浴	69 73.4	0 0.0	1 50.0	3 50.0	4 80.0	37 80.4	24 68.6
整容	45 47.9	0 0.0	1 50.0	2 33.3	1 20.0	29 63.0	12 34.3
トイレ動作	53 56.4	0 0.0	1 50.0	2 33.3	3 60.0	32 69.6	15 42.9
食事	47 50.0	0 0.0	1 50.0	2 33.3	1 20.0	30 65.2	13 37.1
食事の用意・片付け	63 67.0	0 0.0	0 0.0	3 50.0	1 20.0	35 76.1	24 68.6
洗濯	64 68.1	0 0.0	0 0.0	3 50.0	1 20.0	35 76.1	25 71.4
掃除・整頓	63 67.0	0 0.0	0 0.0	3 50.0	1 20.0	35 76.1	24 68.6
家や庭の手入れ	35 37.2	0 0.0	0 0.0	1 16.7	0 0.0	20 43.5	14 40.0
買い物	43 45.7	0 0.0	0 0.0	3 50.0	1 20.0	25 54.3	14 40.0
交通手段の利用	40 42.6	0 0.0	0 0.0	1 16.7	0 0.0	25 54.3	14 40.0
コミュニケーション	42 44.7	0 0.0	0 0.0	3 50.0	1 20.0	30 65.2	8 22.9
家族や地域との交流	48 51.1	0 0.0	0 0.0	2 33.3	0 0.0	28 60.9	18 51.4
趣味・社会活動	40 42.6	0 0.0	0 0.0	2 33.3	0 0.0	23 50.0	15 42.9
日課の遂行	47 50.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	29 63.0	18 51.4
健康管理	73 77.7	0 0.0	0 0.0	3 50.0	3 60.0	36 78.3	31 88.6
自己決定・意思決定	48 51.1	0 0.0	0 0.0	2 33.3	2 40.0	34 73.9	10 28.6
いずれもなし	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
不明	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
無回答	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

介護保険による訪問看護の利用者は合計で 425 人、うち非特定(有老)が 182 人、非特定(サ高住)が 128 人、GH(加算無)が 58 人、GH(加算有)が 50 人、特定(加算有)が 7 人、特定(加算無)が 0 人であった。機能訓練や支援、リハビリテーションを必要とする ADL・IADL(複数回答)を合計についてみると、「歩行・移動」、「入浴」、「食事の用意・片付け」、「洗濯」、「掃除・整頓」、「健康管理」が 50%以上と多い。

図表 3-38 8 訪問看護(介護保険) ×
問 7.機能訓練や支援、リハビリテーションを必要とする ADL・IADL (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	425 100.0	7 100.0	0 0.0	182 100.0	128 100.0	50 100.0	58 100.0
歩行・移動	251 59.1	1 14.3	0 0.0	104 57.1	71 55.5	40 80.0	35 60.3
姿勢の保持	136 32.0	0 0.0	0 0.0	68 37.4	37 28.9	14 28.0	17 29.3
姿勢の変換	104 24.5	0 0.0	0 0.0	59 32.4	25 19.5	5 10.0	15 25.9
移乗	179 42.1	2 28.6	0 0.0	71 39.0	57 44.5	24 48.0	25 43.1
入浴	258 60.7	4 57.1	0 0.0	106 58.2	72 56.3	39 78.0	37 63.8
整容	144 33.9	3 42.9	0 0.0	58 31.9	30 23.4	26 52.0	27 46.6
トイレ動作	191 44.9	1 14.3	0 0.0	74 40.7	55 43.0	31 62.0	30 51.7
食事	122 28.7	3 42.9	0 0.0	43 23.6	39 30.5	20 40.0	17 29.3
食事の用意・片付け	240 56.5	2 28.6	0 0.0	80 44.0	70 54.7	41 82.0	47 81.0
洗濯	231 54.4	1 14.3	0 0.0	85 46.7	66 51.6	36 72.0	43 74.1
掃除・整頓	235 55.3	1 14.3	0 0.0	86 47.3	65 50.8	38 76.0	45 77.6
家や庭の手入れ	80 18.8	1 14.3	0 0.0	10 5.5	22 17.2	25 50.0	22 37.9
買い物	159 37.4	1 14.3	0 0.0	49 26.9	45 35.2	26 52.0	38 65.5
交通手段の利用	104 24.5	1 14.3	0 0.0	18 9.9	29 22.7	30 60.0	26 44.8
コミュニケーション	126 29.6	1 14.3	0 0.0	38 20.9	34 26.6	22 44.0	31 53.4
家族や地域との交流	100 23.5	1 14.3	0 0.0	25 13.7	16 12.5	31 62.0	27 46.6
趣味・社会活動	96 22.6	1 14.3	0 0.0	24 13.2	14 10.9	29 58.0	28 48.3
日課の遂行	121 28.5	1 14.3	0 0.0	28 15.4	18 14.1	35 70.0	39 67.2
健康管理	243 57.2	6 85.7	0 0.0	83 45.6	61 47.7	45 90.0	48 82.8
自己決定・意思決定	114 26.8	0 0.0	0 0.0	38 20.9	23 18.0	29 58.0	24 41.4
いずれもなし	18 4.2	1 14.3	0 0.0	5 2.7	11 8.6	0 0.0	1 1.7
不明	10 2.4	0 0.0	0 0.0	3 1.6	7 5.5	0 0.0	0 0.0
無回答	19 4.5	0 0.0	0 0.0	12 6.6	2 1.6	0 0.0	5 8.6

介護保険による訪問リハビリテーションの利用者は合計で 115 人、うち非特定(有老)が 59 人、非特定(サ高住)が 37 人、GH(加算有)が 15 人、GH(加算無)が 2 人、特定(加算有)が 2 人、特定(加算無)が 0 人であった。機能訓練や支援、リハビリテーションを必要とする ADL・IADL(複数回答)を合計についてみると、「歩行・移動」、「移乗」、「入浴」、「トイレ動作」、「健康管理」が 50%以上と多い。人数の多寡、ADL・IADLの傾向は介護保険の訪問看護とは異なっており、訪問リハビリテーションが ADL の維持向上に対応していることがうかがえる。

図表 3-39 9 訪問リハビリテーション(介護保険) ×
問 7.機能訓練や支援、リハビリテーションを必要とする ADL・IADL (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	115 100.0	2 100.0	0 0.0	59 100.0	37 100.0	15 100.0	2 100.0
歩行・移動	70 60.9	2 100.0	0 0.0	35 59.3	24 64.9	8 53.3	1 50.0
姿勢の保持	54 47.0	0 0.0	0 0.0	34 57.6	14 37.8	6 40.0	0 0.0
姿勢の変換	33 28.7	0 0.0	0 0.0	23 39.0	7 18.9	3 20.0	0 0.0
移乗	64 55.7	2 100.0	0 0.0	37 62.7	18 48.6	6 40.0	1 50.0
入浴	78 67.8	2 100.0	0 0.0	40 67.8	24 64.9	10 66.7	2 100.0
整容	46 40.0	1 50.0	0 0.0	26 44.1	9 24.3	8 53.3	2 100.0
トイレ動作	59 51.3	2 100.0	0 0.0	31 52.5	15 40.5	9 60.0	2 100.0
食事	34 29.6	0 0.0	0 0.0	18 30.5	8 21.6	8 53.3	0 0.0
食事の用意・片付け	51 44.3	2 100.0	0 0.0	24 40.7	12 32.4	12 80.0	1 50.0
洗濯	55 47.8	2 100.0	0 0.0	21 35.6	16 43.2	15 100.0	1 50.0
掃除・整頓	53 46.1	1 50.0	0 0.0	23 39.0	14 37.8	14 93.3	1 50.0
家や庭の手入れ	13 11.3	0 0.0	0 0.0	7 11.9	6 16.2	0 0.0	0 0.0
買い物	43 37.4	2 100.0	0 0.0	18 30.5	11 29.7	12 80.0	0 0.0
交通手段の利用	24 20.9	2 100.0	0 0.0	11 18.6	7 18.9	4 26.7	0 0.0
コミュニケーション	36 31.3	0 0.0	0 0.0	15 25.4	11 29.7	10 66.7	0 0.0
家族や地域との交流	31 27.0	2 100.0	0 0.0	13 22.0	6 16.2	10 66.7	0 0.0
趣味・社会活動	23 20.0	0 0.0	0 0.0	11 18.6	6 16.2	6 40.0	0 0.0
日課の遂行	36 31.3	0 0.0	0 0.0	17 28.8	7 18.9	12 80.0	0 0.0
健康管理	67 58.3	2 100.0	0 0.0	27 45.8	21 56.8	15 100.0	2 100.0
自己決定・意思決定	28 24.3	0 0.0	0 0.0	16 27.1	4 10.8	8 53.3	0 0.0
いずれもなし	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
不明	2 1.7	0 0.0	0 0.0	2 3.4	0 0.0	0 0.0	0 0.0
無回答	6 5.2	0 0.0	0 0.0	1 1.7	5 13.5	0 0.0	0 0.0

(4) 必要とする医療処置等

図表 3-40 問 11.利用している医療保険・介護保険サービス・自費サービス ×
問 8.必要とする医療処置等 (複数回答)

	問8.必要とする医療処置等													
	合計	バイタルチェック	服薬支援	栄養管理	口腔ケア	褥瘡予防・処置	点滴	抗生剤の点滴	血糖測定	インスリン注射	胃ろう・腸ろうの管理	経鼻経管栄養の管理	中心静脈栄養の管理	(膀胱留置カテーテル等の)カテーテルの管理
合計	4,821 100.0	4,192 100.0	4,175 100.0	2,722 100.0	2,604 100.0	565 100.0	59 100.0	16 100.0	89 100.0	63 100.0	66 100.0	39 100.0	13 100.0	98 100.0
通所リハビリテーション (医療保険)	49 1.0	36 0.9	36 0.9	20 0.7	22 0.8	2 0.4	0 0.0	0 0.0	2 2.2	1 1.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
訪問リハビリテーション (医療保険) ※	62 1.3	58 1.4	58 1.4	44 1.6	35 1.3	13 2.3	1 1.7	0 0.0	2 2.2	2 3.2	1 1.5	0 0.0	0 0.0	1 1.0
訪問看護 (医療保険) ※	211 4.4	200 4.8	194 4.6	140 5.1	135 5.2	58 10.3	13 22.0	4 25.0	7 7.9	3 4.8	8 12.1	4 10.3	3 23.1	16 16.3
事業者・本人の費用負担による訪問リハビリテーション	62 1.3	60 1.4	56 1.3	48 1.8	47 1.8	11 1.9	0 0.0	0 0.0	3 3.4	2 3.2	3 4.5	0 0.0	0 0.0	1 1.0
事業者・本人の費用負担による訪問看護	94 1.9	92 2.2	94 2.3	73 2.7	79 3.0	17 3.0	4 6.8	1 6.3	3 3.4	1 1.6	2 3.0	0 0.0	0 0.0	1 1.0
訪問介護 (介護保険)	1,229 25.5	974 23.2	1,013 24.3	549 20.2	531 20.4	141 25.0	34 57.6	9 56.3	32 36.0	22 34.9	28 42.4	23 59.0	7 53.8	40 40.8
訪問入浴介護 (介護保険)	86 1.8	64 1.5	78 1.9	42 1.5	46 1.8	24 4.2	5 8.5	1 6.3	3 3.4	2 3.2	3 4.5	7 17.9	1 7.7	5 5.1
訪問看護 (介護保険)	425 8.8	393 9.4	390 9.3	271 10.0	253 9.7	64 11.3	19 32.2	7 43.8	17 19.1	13 20.6	22 33.3	16 41.0	5 38.5	22 22.4
訪問リハビリテーション (介護保険)	115 2.4	106 2.5	104 2.5	76 2.8	77 3.0	19 3.4	2 3.4	0 0.0	2 2.2	2 3.2	2 3.0	0 0.0	1 7.7	3 3.1
居宅療養管理指導 (介護保険:医師による)	982 20.4	917 21.9	935 22.4	648 23.8	622 23.9	147 26.0	18 30.5	9 56.3	19 21.3	13 20.6	13 19.7	15 38.5	6 46.2	23 23.5
居宅療養管理指導 (介護保険:看護師による)	68 1.4	66 1.6	68 1.6	46 1.7	36 1.4	12 2.1	0 0.0	0 0.0	2 2.2	1 1.6	1 1.5	1 2.6	0 0.0	4 4.1
通所介護 (介護保険)	973 20.2	818 19.5	846 20.3	450 16.5	420 16.1	85 15.0	9 15.3	1 6.3	19 21.3	12 19.0	8 12.1	2 5.1	0 0.0	19 19.4
通所リハビリテーション (介護保険)	114 2.4	85 2.0	82 2.0	46 1.7	29 1.1	6 1.1	2 3.4	0 0.0	1 1.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 2.0
定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (介護保険)	75 1.6	70 1.7	72 1.7	39 1.4	32 1.2	7 1.2	0 0.0	0 0.0	2 2.2	2 3.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 2.0
小規模多機能型居宅介護 (介護保険)	118 2.4	110 2.6	106 2.5	57 2.1	50 1.9	4 0.7	0 0.0	0 0.0	2 2.2	2 3.2	2 3.0	1 2.6	0 0.0	1 1.0
看護小規模多機能型居宅介護 (介護保険)	11 0.2	11 0.3	11 0.3	11 0.4	10 0.4	2 0.4	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
その他訪問系・通所系のサービス (介護保険)	68 1.4	51 1.2	60 1.4	40 1.5	42 1.6	6 1.1	0 0.0	0 0.0	1 1.1	1 1.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 1.0
いずれもなし	1,221 25.3	1,136 27.1	1,112 26.6	774 28.4	746 28.6	132 23.4	5 8.5	3 18.8	13 14.6	8 12.7	13 19.7	3 7.7	0 0.0	14 14.3
不明	39 0.8	10 0.2	8 0.2	8 0.3	7 0.3	1 0.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
無回答	850 17.6	697 16.6	676 16.2	454 16.7	457 17.5	103 18.2	7 11.9	1 6.3	17 19.1	14 22.2	11 16.7	6 15.4	5 38.5	18 18.4

次ページに続く

	合計	問8.必要とする医療処置等												
		透析の管理 (在宅自己腹膜灌流を含む)	酸素療法	レスピレータ (人工呼吸器)の管理	気管切開の管理	喀たん吸引	人工膀胱・人工肛門の管理	抗がん剤の投与	疼痛の管理 (麻薬を使用しない)	疼痛の管理 (麻薬を使用)	看取りのケア	いずれもなし	不明	無回答
合計	4,821 100.0	39 100.0	78 100.0	4 100.0	10 100.0	82 100.0	22 100.0	6 100.0	135 100.0	24 100.0	145 100.0	273 100.0	61 100.0	67 100.0
通所リハビリテーション (医療保険)	49 1.0	1 2.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 4.5	0 0.0	1 0.7	0 0.0	0 0.0	9 3.3	0 0.0	1 1.5
訪問リハビリテーション (医療保険) ※	62 1.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 1.2	1 4.5	0 0.0	2 1.5	1 4.2	2 1.4	2 0.7	0 0.0	0 0.0
訪問看護 (医療保険) ※	211 4.4	3 7.7	14 17.9	1 25.0	5 50.0	13 15.9	1 4.5	1 16.7	7 5.2	3 12.5	17 11.7	5 1.8	0 0.0	0 0.0
事業者・本人の費用負担による訪問リハビリテーション	62 1.3	0 0.0	2 2.6	1 25.0	2 20.0	2 2.4	0 0.0	1 16.7	2 1.5	0 0.0	3 2.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0
事業者・本人の費用負担による訪問看護	94 1.9	1 2.6	1 1.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	5 3.7	0 0.0	2 1.4	0 0.0	0 0.0	0 0.0
訪問介護 (介護保険)	1,229 25.5	19 48.7	34 43.6	1 25.0	7 70.0	34 41.5	4 18.2	4 66.7	55 40.7	11 45.8	41 28.3	92 33.7	24 39.3	8 11.9
訪問入浴介護 (介護保険)	86 1.8	0 0.0	1 1.3	0 0.0	0 0.0	3 3.7	0 0.0	0 0.0	4 3.0	1 4.2	5 3.4	8 2.9	0 0.0	0 0.0
訪問看護 (介護保険)	425 8.8	4 10.3	20 25.6	1 25.0	3 30.0	26 31.7	4 18.2	0 0.0	21 15.6	3 12.5	16 11.0	9 3.3	1 1.6	0 0.0
訪問リハビリテーション (介護保険)	115 2.4	1 2.6	3 3.8	0 0.0	1 10.0	2 2.4	1 4.5	0 0.0	6 4.4	1 4.2	0 0.0	7 2.6	1 1.6	0 0.0
居宅療養管理指導 (介護保険:医師による)	982 20.4	4 10.3	17 21.8	1 25.0	1 10.0	26 31.7	4 18.2	0 0.0	41 30.4	2 8.3	41 28.3	15 5.5	0 0.0	6 9.0
居宅療養管理指導 (介護保険:看護師による)	68 1.4	0 0.0	0 0.0	1 25.0	0 0.0	1 1.2	0 0.0	0 0.0	5 3.7	0 0.0	1 0.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0
通所介護 (介護保険)	973 20.2	8 20.5	14 17.9	0 0.0	0 0.0	2 2.4	3 13.6	2 33.3	34 25.2	6 25.0	24 16.6	69 25.3	2 3.3	3 4.5
通所リハビリテーション (介護保険)	114 2.4	2 5.1	2 2.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 4.5	0 0.0	0 0.0	0 0.0	5 3.4	17 6.2	0 0.0	2 3.0
定期巡回・随時対応型訪問 介護看護 (介護保険)	75 1.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 0.7	0 0.0	4 2.8	1 0.4	0 0.0	1 1.5
小規模多機能型居宅介護 (介護保険)	118 2.4	1 2.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 2.4	2 9.1	0 0.0	0 0.0	1 4.2	0 0.0	3 1.1	0 0.0	0 0.0
看護小規模多機能型居宅 介護 (介護保険)	11 0.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
その他訪問系・通所系のサー ビス (介護保険)	68 1.4	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 16.7	1 0.7	0 0.0	0 0.0	8 2.9	0 0.0	0 0.0
いずれもなし	1,221 25.3	7 17.9	15 19.2	0 0.0	1 10.0	12 14.6	9 40.9	0 0.0	35 25.9	0 0.0	35 24.1	56 20.5	11 18.0	5 7.5
不明	39 0.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 1.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	5 1.8	23 37.7	0 0.0
無回答	850 17.6	5 12.8	9 11.5	1 25.0	1 10.0	18 22.0	2 9.1	1 16.7	16 11.9	9 37.5	27 18.6	63 23.1	12 19.7	43 64.2

図表 3-41 2 訪問リハビリテーション(医療保険) ×
問 8.必要とする医療処置等 (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	62 100.0	4 100.0	15 100.0	12 100.0	14 100.0	6 100.0	11 100.0
バイタルチェック	58 93.5	4 100.0	15 100.0	9 75.0	13 92.9	6 100.0	11 100.0
服薬支援	58 93.5	4 100.0	15 100.0	10 83.3	12 85.7	6 100.0	11 100.0
栄養管理	44 71.0	3 75.0	10 66.7	8 66.7	6 42.9	6 100.0	11 100.0
口腔ケア	35 56.5	1 25.0	6 40.0	5 41.7	8 57.1	4 66.7	11 100.0
褥瘡予防・処置	13 21.0	1 25.0	3 20.0	3 25.0	4 28.6	1 16.7	1 9.1
点滴	1 1.6	0 0.0	1 6.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
抗生剤の点滴	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
血糖測定	2 3.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 14.3	0 0.0	0 0.0
インスリン注射	2 3.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 14.3	0 0.0	0 0.0
胃ろう・腸ろうの管理	1 1.6	0 0.0	0 0.0	1 8.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0
経鼻経管栄養の管理	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
中心静脈栄養の管理	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
(膀胱留置カテーテル等の)カテーテルの管理	1 1.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 9.1
透析の管理(在宅自己腹膜灌流を含む)	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
酸素療法	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
レスピレータ(人工呼吸器)	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
気管切開の管理	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
喀たん吸引	1 1.6	0 0.0	0 0.0	1 8.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0
人工膀胱・人工肛門の管理	1 1.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 7.1	0 0.0	0 0.0
抗がん剤の投与	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
疼痛の管理(麻薬を使用しない)	2 3.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 18.2
疼痛の管理(麻薬を使用)	1 1.6	0 0.0	0 0.0	1 8.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0
看取りのケア	2 3.2	0 0.0	0 0.0	1 8.3	0 0.0	1 16.7	0 0.0
いずれもなし	2 3.2	0 0.0	0 0.0	2 16.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0
不明	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
無回答	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

図表 3-42 3 訪問看護(医療保険) ×
問 8.必要とする医療処置等 (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	211 100.0	10 100.0	1 100.0	80 100.0	42 100.0	34 100.0	44 100.0
バイタルチェック	200 94.8	10 100.0	1 100.0	77 96.3	34 81.0	34 100.0	44 100.0
服薬支援	194 91.9	10 100.0	1 100.0	74 92.5	36 85.7	34 100.0	39 88.6
栄養管理	140 66.4	8 80.0	0 0.0	53 66.3	25 59.5	34 100.0	20 45.5
口腔ケア	135 64.0	10 100.0	0 0.0	56 70.0	23 54.8	29 85.3	17 38.6
褥瘡予防・処置	58 27.5	5 50.0	1 100.0	28 35.0	14 33.3	8 23.5	2 4.5
点滴	13 6.2	1 10.0	0 0.0	7 8.8	4 9.5	1 2.9	0 0.0
抗生剤の点滴	4 1.9	0 0.0	0 0.0	3 3.8	0 0.0	1 2.9	0 0.0
血糖測定	7 3.3	0 0.0	0 0.0	5 6.3	1 2.4	1 2.9	0 0.0
インスリン注射	3 1.4	0 0.0	0 0.0	1 1.3	1 2.4	1 2.9	0 0.0
胃ろう・腸ろうの管理	8 3.8	0 0.0	0 0.0	4 5.0	4 9.5	0 0.0	0 0.0
経鼻経管栄養の管理	4 1.9	0 0.0	1 100.0	3 3.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0
中心静脈栄養の管理	3 1.4	0 0.0	0 0.0	2 2.5	1 2.4	0 0.0	0 0.0
(膀胱留置カテーテル等の) カテーテルの管理	16 7.6	1 10.0	0 0.0	11 13.8	3 7.1	0 0.0	1 2.3
透析の管理 (在宅自己腹 膜灌流を含む)	3 1.4	0 0.0	0 0.0	2 2.5	1 2.4	0 0.0	0 0.0
酸素療法	14 6.6	0 0.0	0 0.0	8 10.0	5 11.9	1 2.9	0 0.0
レスピレータ (人工呼吸器) の管理	1 0.5	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.4	0 0.0	0 0.0
気管切開の管理	5 2.4	1 10.0	0 0.0	3 3.8	1 2.4	0 0.0	0 0.0
喀たん吸引	13 6.2	2 20.0	0 0.0	8 10.0	2 4.8	1 2.9	0 0.0
人工膀胱・人工肛門の管理	1 0.5	0 0.0	0 0.0	1 1.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0
抗がん剤の投与	1 0.5	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.4	0 0.0	0 0.0
疼痛の管理 (麻薬を使用し ない)	7 3.3	0 0.0	0 0.0	5 6.3	2 4.8	0 0.0	0 0.0
疼痛の管理 (麻薬を使用)	3 1.4	0 0.0	0 0.0	1 1.3	2 4.8	0 0.0	0 0.0
看取りのケア	17 8.1	0 0.0	0 0.0	5 6.3	8 19.0	3 8.8	1 2.3
いずれもなし	5 2.4	0 0.0	0 0.0	3 3.8	2 4.8	0 0.0	0 0.0
不明	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
無回答	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

図表 3-43 4 事業者・本人の費用負担による訪問リハビリテーション ×
問 8.必要とする医療処置等（複数回答）

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	62 100.0	13 100.0	8 100.0	6 100.0	13 100.0	18 100.0	4 100.0
バイタルチェック	60 96.8	13 100.0	8 100.0	5 83.3	12 92.3	18 100.0	4 100.0
服薬支援	56 90.3	13 100.0	8 100.0	6 100.0	12 92.3	13 72.2	4 100.0
栄養管理	48 77.4	10 76.9	7 87.5	5 83.3	5 38.5	17 94.4	4 100.0
口腔ケア	47 75.8	11 84.6	7 87.5	3 50.0	6 46.2	17 94.4	3 75.0
褥瘡予防・処置	11 17.7	4 30.8	0 0.0	1 16.7	4 30.8	2 11.1	0 0.0
点滴	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
抗生剤の点滴	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
血糖測定	3 4.8	1 7.7	0 0.0	0 0.0	1 7.7	1 5.6	0 0.0
インスリン注射	2 3.2	1 7.7	0 0.0	0 0.0	1 7.7	0 0.0	0 0.0
胃ろう・腸ろうの管理	3 4.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0	3 23.1	0 0.0	0 0.0
経鼻経管栄養の管理	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
中心静脈栄養の管理	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
(膀胱留置カテーテル等 の)カテーテルの管理	1 1.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 7.7	0 0.0	0 0.0
透析の管理（在宅自己腹 膜灌流を含む）	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
酸素療法	2 3.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 7.7	1 5.6	0 0.0
レスピレータ（人工呼吸 器）	1 1.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 7.7	0 0.0	0 0.0
気管切開の管理	2 3.2	1 7.7	0 0.0	0 0.0	1 7.7	0 0.0	0 0.0
喀たん吸引	2 3.2	1 7.7	0 0.0	0 0.0	1 7.7	0 0.0	0 0.0
人工膀胱・人工肛門の管 理	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
抗がん剤の投与	1 1.6	0 0.0	0 0.0	1 16.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0
疼痛の管理（麻薬を使用し ない）	2 3.2	1 7.7	0 0.0	0 0.0	1 7.7	0 0.0	0 0.0
疼痛の管理（麻薬を使 用）	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
看取りのケア	3 4.8	1 7.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 11.1	0 0.0
いずれもなし	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
不明	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
無回答	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

図表 3-44 5 事業者・本人の費用負担による訪問看護 ×
問 8.必要とする医療処置等（複数回答）

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	94 100.0	0 0.0	2 100.0	6 100.0	5 100.0	46 100.0	35 100.0
バイタルチェック	92 97.9	0 0.0	2 100.0	5 83.3	5 100.0	45 97.8	35 100.0
服薬支援	94 100.0	0 0.0	2 100.0	6 100.0	5 100.0	46 100.0	35 100.0
栄養管理	73 77.7	0 0.0	1 50.0	4 66.7	2 40.0	39 84.8	27 77.1
口腔ケア	79 84.0	0 0.0	2 100.0	5 83.3	2 40.0	44 95.7	26 74.3
褥瘡予防・処置	17 18.1	0 0.0	1 50.0	3 50.0	0 0.0	12 26.1	1 2.9
点滴	4 4.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	3 6.5	1 2.9
抗生剤の点滴	1 1.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.2	0 0.0
血糖測定	3 3.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.2	2 5.7
インスリン注射	1 1.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.9
胃ろう・腸ろうの管理	2 2.1	0 0.0	0 0.0	2 33.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0
経鼻経管栄養の管理	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
中心静脈栄養の管理	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
(膀胱留置カテーテル等 の)カテーテルの管理	1 1.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.2	0 0.0
透析の管理（在宅自己 腹膜灌流を含む）	1 1.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.2	0 0.0
酸素療法	1 1.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.2	0 0.0
レスピレータ（人工呼吸 器）	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
気管切開の管理	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
喀たん吸引	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
人工膀胱・人工肛門の管 理	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
抗がん剤の投与	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
疼痛の管理（麻薬を使用 しない）	5 5.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.2	4 11.4
疼痛の管理（麻薬を使 用）	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
看取りのケア	2 2.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 4.3	0 0.0
いずれもなし	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
不明	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
無回答	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

介護保険による訪問看護の利用者は合計で 425 人、うち非特定(有老)が 182 人、非特定(サ高住)が 128 人、GH(加算無)が 58 人、GH(加算有)が 50 人、特定(加算有)が 7 人、特定(加算無)が 0 人であった。必要とする医療処置等を合計についてみると、「バイタルチェック」、「服薬支援」、「栄養管理」、「口腔ケア」が 50%以上で、「褥瘡予防・処置」が 15.1%、その他の項目は 0~6.1%まで一定の割合で見られ、訪問看護が様々な医療処置に対応していることがうかがえる。

図表 3-45 8 訪問看護(介護保険) ×
問 8.必要とする医療処置等 (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	425 100.0	7 100.0	0	182 100.0	128 100.0	50 100.0	58 100.0
バイタルチェック	393 92.5	5 71.4	0	165 90.7	115 89.8	50 100.0	58 100.0
服薬支援	390 91.8	5 71.4	0	169 92.9	108 84.4	50 100.0	58 100.0
栄養管理	271 63.8	1 14.3	0	119 65.4	64 50.0	44 88.0	43 74.1
口腔ケア	253 59.5	0 0.0	0	98 53.8	64 50.0	44 88.0	47 81.0
褥瘡予防・処置	64 15.1	0 0.0	0	32 17.6	19 14.8	4 8.0	9 15.5
点滴	19 4.5	0 0.0	0	14 7.7	3 2.3	2 4.0	0 0.0
抗生剤の点滴	7 1.6	0 0.0	0	6 3.3	0 0.0	1 2.0	0 0.0
血糖測定	17 4.0	0 0.0	0	12 6.6	4 3.1	1 2.0	0 0.0
インスリン注射	13 3.1	0 0.0	0	7 3.8	4 3.1	2 4.0	0 0.0
胃ろう・腸ろうの管理	22 5.2	0 0.0	0	16 8.8	6 4.7	0 0.0	0 0.0
経鼻経管栄養の管理	16 3.8	0 0.0	0	14 7.7	2 1.6	0 0.0	0 0.0
中心静脈栄養の管理	5 1.2	0 0.0	0	3 1.6	1 0.8	0 0.0	1 1.7
(膀胱留置カテーテル等の)カテーテルの管理	22 5.2	1 14.3	0	13 7.1	6 4.7	0 0.0	2 3.4
透析の管理(在宅自己腹膜灌流を含む)	4 0.9	0 0.0	0	3 1.6	1 0.8	0 0.0	0 0.0
酸素療法	20 4.7	0 0.0	0	10 5.5	8 6.3	1 2.0	1 1.7
レスピレータ(人工呼吸器)	1 0.2	0 0.0	0	0 0.0	1 0.8	0 0.0	0 0.0
気管切開の管理	3 0.7	0 0.0	0	3 1.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0
喀たん吸引	26 6.1	0 0.0	0	24 13.2	1 0.8	0 0.0	1 1.7
人工膀胱・人工肛門の管理	4 0.9	1 14.3	0	0 0.0	3 2.3	0 0.0	0 0.0
抗がん剤の投与	0 0.0	0 0.0	0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
疼痛の管理(麻薬を使用しない)	21 4.9	0 0.0	0	13 7.1	7 5.5	0 0.0	1 1.7
疼痛の管理(麻薬を使用)	3 0.7	0 0.0	0	2 1.1	1 0.8	0 0.0	0 0.0
看取りのケア	16 3.8	0 0.0	0	8 4.4	5 3.9	2 4.0	1 1.7
いずれもなし	9 2.1	1 14.3	0	1 0.5	7 5.5	0 0.0	0 0.0
不明	1 0.2	0 0.0	0	1 0.5	0 0.0	0 0.0	0 0.0
無回答	0 0.0	0 0.0	0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

介護保険による訪問リハビリテーションの利用者は合計で 115 人、うち非特定(有老)が 59 人、非特定(サ高住)が 37 人、GH(加算有)が 15 人、GH(加算無)が 2 人、特定(加算有)が 2 人、特定(加算無)が 0 人であった。必要とする医療処置等を合計についてみると、「バイタルチェック」、「服薬支援」、「栄養管理」、「口腔ケア」が 65%以上で、「褥瘡予防・処置」が 16.5%、「疼痛の管理(麻薬を使用しない)」5.2%で、その他の項目は 0~2.6%と割合が低い。必要とする医療処置等の傾向は介護保険の訪問看護とは異なっている。

図表 3-46 9 訪問リハビリテーション(介護保険) ×
問 8.必要とする医療処置等 (複数回答)

	合計	住宅種類別(6種)					
		特定 (加算有)	特定 (加算無)	非特定 (有老)	非特定 (サ高住)	GH (加算有)	GH (加算無)
合計	115 100.0	2 100.0	0 0.0	59 100.0	37 100.0	15 100.0	2 100.0
バイタルチェック	106 92.2	2 100.0	0 0.0	55 93.2	32 86.5	15 100.0	2 100.0
服薬支援	104 90.4	2 100.0	0 0.0	51 86.4	34 91.9	15 100.0	2 100.0
栄養管理	76 66.1	2 100.0	0 0.0	40 67.8	18 48.6	15 100.0	1 50.0
口腔ケア	77 67.0	2 100.0	0 0.0	37 62.7	21 56.8	15 100.0	2 100.0
褥瘡予防・処置	19 16.5	0 0.0	0 0.0	14 23.7	5 13.5	0 0.0	0 0.0
点滴	2 1.7	0 0.0	0 0.0	1 1.7	1 2.7	0 0.0	0 0.0
抗生剤の点滴	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
血糖測定	2 1.7	0 0.0	0 0.0	1 1.7	1 2.7	0 0.0	0 0.0
インスリン注射	2 1.7	0 0.0	0 0.0	1 1.7	1 2.7	0 0.0	0 0.0
胃ろう・腸ろうの管理	2 1.7	0 0.0	0 0.0	2 3.4	0 0.0	0 0.0	0 0.0
経鼻経管栄養の管理	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
中心静脈栄養の管理	1 0.9	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.7	0 0.0	0 0.0
(膀胱留置カテーテル等 の)カテーテルの管理	3 2.6	0 0.0	0 0.0	1 1.7	2 5.4	0 0.0	0 0.0
透析の管理(在宅自己 腹膜灌流を含む)	1 0.9	0 0.0	0 0.0	1 1.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0
酸素療法	3 2.6	0 0.0	0 0.0	2 3.4	1 2.7	0 0.0	0 0.0
レスピレータ(人工呼吸 器)	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
気管切開の管理	1 0.9	0 0.0	0 0.0	1 1.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0
喀たん吸引	2 1.7	0 0.0	0 0.0	2 3.4	0 0.0	0 0.0	0 0.0
人工膀胱・人工肛門の管 理	1 0.9	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.7	0 0.0	0 0.0
抗がん剤の投与	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
疼痛の管理(麻薬を使用 しない)	6 5.2	0 0.0	0 0.0	6 10.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0
疼痛の管理(麻薬を使 用)	1 0.9	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.7	0 0.0	0 0.0
看取りのケア	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
いずれもなし	7 6.1	0 0.0	0 0.0	4 6.8	3 8.1	0 0.0	0 0.0
不明	1 0.9	0 0.0	0 0.0	1 1.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0
無回答	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

第4章 ヒアリング調査の結果

1. ヒアリング調査概要

(1) 調査目的

居住系サービスにおける訪問看護及び訪問リハビリテーションの提供状況、入所後の医療処置・機能訓練の実施状況、課題等についてアンケート調査を横断的に実施した。アンケート調査は、居住系サービスの医療ニーズについて、項目毎の定量的な断面比較を行うことを主眼として実施したが、医療ニーズの質的な評価を目的として医療・介護従事者による現地調査を実施した。

(2) 調査対象

- ・ 本事業で設置した事業検討委員会の委員の推薦に基づき、特定施設2カ所、グループホーム3カ所についてリモート会議にて実施した。
- ・ 参加者：当該住宅の入居者の治療、機能訓練、リハビリテーション、医療、介護・看護等にかかわっている医師、看護師、リハビリスタッフ、機能訓練指導員、相談員・ケアマネジャー等。連携先の病院、在宅診療診療所、訪問看護ステーション等の医療職にも参加いただいた。
- ・ 次ページの調査内容の6項目について、多職種によるグループ・ディスカッションにより、ヒアリングを実施した。

(3) 居住系サービス等における医療ニーズの調査研究 グループ・インタビューガイド

《事前準備》

- ・ 貴住宅における医療的ニーズをお伺いし、入居者のケア・医療提供をご担当されている貴住宅及び連携医療機関の医師、看護師、機能訓練指導員、リハビリスタッフ、相談員、ケアマネジャー、介護職、管理者のご参加をお願いいたします。
- ・ 現在、特定施設、認知症グループホームの入居者は、介護保険の訪問看護及び訪問リハビリテーションを利用することができませんが、貴特定施設・認知症グループホームにおいて、介護保険の訪問看護及び訪問リハビリテーションの利用が望まれる利用者がおられましたら、事例情報のご提供をお願いします。
- ・ インタビュー時間は約1時間半を想定しております。インタビューはWebツール(Zoom等)を用いて行います。
- ・ 内容のうち、個人が特定できる情報については、報告書掲載にあたっては特定を避けるよう加工して公表する予定です。差し支えない範囲でお話してください。
- ・ インタビューは、正確な記録のため録音をさせていただきます。

《インタビュー》

Q1. 出席者の自己紹介をお願いします。(職種、業務)

Q2. 施設の概要について伺います。

SQ1. 住宅の入居定員、職員体制、連携医療機関、加算算定状況等をご教示ください。

Q3. 介護保険の訪問看護、訪問リハビリテーションの利用ができるとした場合の望ましい利用形態

SQ1. 具体的な事例を挙げてください。

SQ2. 看護師による看護、PT・OT・ST等のリハビリ職によるリハビリテーションを受けることによる効果はどのようなものですか。

SQ3. 住宅職員として看護職やリハビリスタッフを採用・増員を希望されますか。加算で利用を希望しますか。外部サービスの利用を希望しますか。理由もお教えてください。

Q4. 多職種連携の在り方、ポイントはどのようなことですか

SQ1. 医師の診断と指示書

SQ2. 看護職、機能訓練指導員、リハ職、介護職、相談員・ケアマネジャー等

Q5. 特定施設、認知症グループホームの入居者が、介護保険の訪問看護、訪問リハビリテーションを利用できるための要件はどのようなものが望まれますか。

Q6. 病院、施設、自宅ではなく「住宅」としての特定施設、認知症グループホームにおいて、介護保険の訪問看護、訪問リハビリテーションを利用できるようにすることの意義をお教えてください。

2. ヒアリング調査結果

(1) 社会福祉法人 笠松会

1) 実施概要

◆ 実施日	2022年2月
◆ 調査方法	WEB会議
◆ 所要時間	約45分
◆ 参加者	<p>医師(委員の先生の同席)、看護師、リハビリスタッフ、機能訓練指導員、相談員・ケアマネジャー 計10名</p> <p>田中 圭一先生(笠松の郷理事長、 医療法人笠松会 有吉病院 院長)</p> <p>渡邊 智明様(グループホーム笠松の郷管理者)</p> <p>吉原 沙織様(グループホーム笠松の郷管理者)</p> <p>三木 千恵美様(ケアハウス笠松の郷介護課長)</p> <p>矢野 美苗様(ケアハウス笠松の施設ケアマネジャー)</p> <p>渡邊 みさ様(相談員)</p> <p>與田 ひろみ様(施設看護師)</p> <p>尾崎 廣子様(ケアハウス笠松の看護師)</p> <p>田中 千鶴枝様(ケアハウス笠松の機能訓練指導員)</p> <p>田中 徹也様(施設長)</p>

2) ポイント

- ・ 2022年1月までケアハウス(特定施設)にPTを配置していた。リハ職の配置ありと配置なしの比較について伺うことができた。
- ・ 特定施設は、歩行、室内移動、トイレ等の入居者ADLを維持するためには、機能訓練指導員1人では難しい。PTが職員配置され、住宅職員とともに、生活の中で入居者の心身状況の評価、環境調整、チームケアに参加することの効果を実感した(転倒回数の低下、可動域の拡大、入居者のモチベーションアップ、住宅スタッフの気づき等)。本来、リハ職の配置を介護報酬で評価することが望ましい。
- ・ グループホームは介護職主体で運営するサービス。認知症による介護量が大きくケアに苦慮している。しかし、PT、看護師等の医療職がいることで安易に頼ってしまうと、介護職が考えることが減ってしまうデメリットもある。
- ・ 医療法人系列で連携加算も算定しながら密接な医療介護連携の下、運営されている。医療、看護、リハビリの体制も、病院、訪問看護ステーション、特定施設の2名の看護師(365日中勤務)の連携で対応。グループホームは職員が主体的に考え動き、医療機関、看護師等と医療対応を行っている。

3) 住宅概要

◆ 住宅所在地	福岡県宮若市
◆ 住宅類型	特定施設:全 50 床 グループホーム:全 18 床(9 床×2 ユニット)
◆ 看護職員・医師の配置	特定施設:看護職員あり、GH:なし
◆ 医療提供に関する連携先	医療法人笠松会 有吉病院

医療法人の系列法人。同一敷地内にケアハウスが 2 つ(特定施設と非特定施設)、グループホーム(GHと略)がある。ヒアリングにはケアハウス笠松の郷(特定施設)とGH職員が参加。1F がグループホーム。法人のグループには、老健、特養、介護医療院もある。炭坑で栄えた町で、高齢になった時、安価で質の高いサービスを受けられる事業所を目指して開設された。

《質問事項》 ※ポイントに下線。

- 4) 特定施設、グループホームにおける機能訓練、リハビリテーションの状況。特定施設に PT を配置した効果(いないことの課題)。訪問看護、訪問リハビリテーションの利用が望まれる利用者の有無、状態像、理由。

【特定施設】

特定施設は本来、リハビリは内包しているはずであり、事業所、職員としてもやりたいと思っているが、やれていない現状がある。機能訓練指導員1人の体制での実施は難しい。機能訓練は、入居者の生活の質を落とさない、体力維持を目的とした歩行練習が多い。リハビリとは異なる。

特定施設にリハビリルームは無い。機能訓練指導員として、フロアでの集団リハビリでマシンを使った歩行訓練等の物理療法を行ったり、居室に向いて機能訓練等を行うなどして、生活リハビリにつなげている。レクリエーションを兼ねて、介護職と集団でリハビリ体操を行う。

コロナ以前は、嚥下体操、口腔体操等も実施していた。各フロアでのレクリエーションの集団体操や、移乗介助等に介護職と一緒に係ることで生活リハビリにつなげるように留意している。2022年1月までは、ケアハウスに理学療法士(PT)を配置していた。個別利用者の可動域等について、PTの専門的な指導を受けながら、個別リハ、集団リハを行っていた。

家族はリハビリをして現状を維持してほしいと願っている。体力維持のためにも、もう少し頻回の機能訓練が望まれる。PTが関わると効果的。

入居者は心疾患、肺炎、転倒による骨折等による入院が多い。退院後、フレイルが進み、要介護度要介護1→要介護2、3など重度化することも多い。退院後の重度化については、特定施設の機能訓練、リハビリで回復まではできていない。楽しくできる機能訓練、リハビリが充実していれば、回復も目指せる。機能訓練指導員1人では、回復まで期待することは難しい。

機能訓練指導員と連携して介護職は動いているが、かかわりは薄い。機能訓練指導員が各フロアや居室で歩行練習をしているところを、フロアスタッフが見てやり方を学び、日常介護につなげることで離床を目指している。

日常生活訓練は基本的に日常の中で行う。トイレ、食事、入浴などに対し支えることが大切。例えば、トイレを介助する人が一緒にトイレに行き、いわば短時間のリハビリを提供しながら機能維持する。そのことをケアプランに入れて提供しているか、そこでどういう人が足りなくなってくるか、場合によっては外付けで依頼しなくてはいけないこともある。だいぶ機能が低下している人には、集中的な提供が必要な場合もある。

動かし方、起こし方などを、直接介護する方も一緒に行っている。退院してレベルが落ちた方が多くなってきた。現場職員は、そういう方たちの介護のやり方について困っている。そこを一緒にやっていくことが生活リハビリの継続につながる。

■質問:特定施設だと利用者は、「家だから」とある意味放っておかれることもあると聞く。それに対し、笠松会は積極的に働きかけをしているように感じる。

【特定施設】

「寝たきりにしない」というスタンスで進めている。昼間は座位をとることをスタッフは心掛けている。毎日レクリエーション等を行うことで離床を促し、体力、筋力維持、改善につなげてもらっている。

病院から退院してきた方は、筋力が低下する。入院の多くは心臓疾患、肺炎、転倒による骨折等によるもので、ケアハウスに戻ってきたときには、かなり下肢筋力が落ちてしまう。要介護1の方が、要介護2～3になって戻ってくることもある。介護度を戻すのはなかなか難しい。機能訓練指導員が、生活の場での筋力の維持に努めている。転倒を避けるための対策を、転倒したフロアに行き、介護職員と一緒に話し合うなど、試行錯誤している。1月まではPTがいたため、PTの下で運動していたが今はおらず、下肢筋力が回復しない。看護師は3人いたが、1月からは2名体制でやっている。夜勤はしておらず、何かあればコールが来て対応する。基本的に日祝関係なく日勤体制で動いている。

5) 介護保険の訪問看護、訪問リハビリテーションの利用ができるとした場合の望ましい利用形態 (①住宅職員として看護職やリハビリスタッフを採用・増員、②加算、③外部から訪問看護・訪問リハビリをサービスとして利用等)

【特定施設】

機能訓練指導員とPTでは訓練内容が異なるため、PTはいたほうが良い。職員の疑問も聞くことができる。専門的立場で指導してもらえるため、PTはいたほうが良い。実際に、立位が出来た、可動域が広がるという効果があった。

医療機関併設型施設には、リハビリのニーズがあるため、4月からのPT配置に踏み切った。ところが、コロナの影響でマンパワーの有効利用が困難になり、医療側にマンパワーを集中させた。

【グループホーム】

グループホームは、もともと介護職が主体で運営している。グループホームの職員も最善を尽くしているが、理学療法士からのアドバイスや専門知識、最後の後押しがあると、ケアに根拠が出来るため心強い。特定施設にはPTの配置基準がない。他の事業所との差別化や、ケアの質向上のために、PTを採用して運営していた。今の制度では、施設内ではなく、他の病院やクリニックのPTからのアドバイスでしか、生活機能向上連携加算の加算としてみなされないというのがもどかしい。

現状を訴えたい。もともとリハビリが足りていなかった。ケアハウスでリハビリを積極的に行い、機能維持していくのは難しく、必要であれば外部の病院にリハビリをお願いし、機能維持に努めてきた。現場から見て、足りていない、必要だと思っていることがケアプランに反映できておらず、病院側でサポートを頑張っていたが、コロナで来院が減り、施設でのフレイルが進んでしまった。PTを入れたが、実際、加算に差はなく病院の収益減になるだけであった。病院のリハビリをケアハウスで利用すれば加算が付く。うちではリハビリを、あくまでサービスでやっていたが、もっと手厚くして欲しい。

リハビリについて、隣接する病院の PT の協力を求めた上で個別計画を立てた際につく個別機能訓練加算がある。一方、施設内に配置した PT が、利用者の日常生活を把握した上で、かつ計画をたてると加算がつかず、完全に持ち出しになり、その分どこかを削らざるを得ない。これは大きな問題だと感じる。

【特定施設】

例えば、在宅復帰の基準を考えた時に、医療サイドとしては、回復期リハビリ病棟などから在宅系の施設に移したい。しかし施設側が必要なサービスを提供できないというときに、病院側は提供できるところを探すが、特定施設側では提供したくても財源がない。矛盾がある。

【グループホーム】

GHに関して、認知症対応には非常に体力が求められる。認知症対応型のリハビリ施設が制度上の穴になっていると思う。

■質問：今ある連携加算の点数を高くするのか、あるいは、リハ職を特定施設に置いたときに加算がとれるようになることを期待するということか？

【特定施設】

施設側が、利用者のために必要な配置を行うための財源確保という意味での希望である。従来、入所の基本料の算定は、配置を平均的な利用者数で割った時の一日あたりの単価で算定していた。ベッド稼働率の低下と共に単価も下がったりするため、自費で PT を配置しても、施設側にプラスがない。PTからも、「私がいることで利用者さんが喜んでくれるが、施設のためになっているのか？」と聞かれるなど、PTのモチベーションが下がってしまった。PTを配置した際は、例えば准看護師、正看護師とで点数が異なる程度の方向性でアドバルーンを上げてほしい。

制度としては配置した時の加算となりやすいが、世の流れとしては、そのアウトカム・成果が大事になってきている。とはいえ、その評価が難しく、今後、アウトカムが重視されるとしたら、現場としてはどのような内容を提供するかが問われる。

専門職以外が評価をするのは難しく、大きな問題になると思う。実際にPTが入って、転倒、骨折の件数は減った。これが訓練によるものかは微妙だが、手すりの設置や移動距離の短縮などで転倒が防げるようになり、結果として骨折することが少なくなった。そのことで、利用者の生活が大きく変わったという効果はあったと思う。ただ、それを利得としてどう出すかは難しい。

【グループホーム】

介護職の知識と、理学療法士の根拠のあるアドバイスにより、福祉用具の選択肢が増えたり、利用者に合わせてものを選ぶことができた。専門職に頼るのではなく、共に学ぶ機会が増えたのは非常に大きな成果だった。PTによる機能訓練やレクリエーション、生活の中で必要な動作、例えばベッドからトイレに移るための移行動作を、生活リハビリの中に盛り込むためのアドバイスなどをもらい、機能維持することが非常に重要だと感じている。

■質問:リハ職を事業所に配置するのと外部機関と連携するのでは、どちらの方がメリットがあるか？

【特定施設】

圧倒的に事業所への配置が優位である。PTの最大の利点は運動の解析ができることである。例えば、現場からトランスファーの訓練を依頼され、立ち上がりの筋力を得るために通常歩行の訓練をするが、現場ではこのつながりが分からないことがある。それを OJT で教えたり、利用者の動きを日常で見ながらアドバイスすることが転倒防止につながると思う。寝たきりになると、後からのリカバリーは難しいため、中継地点として特定施設での訓練が必要だ。とはいえ、指標設定は難しい。一番効果を感じたのは、利用者のケアプランの中で、ある一点に絞り込んでチームケアを行ったことが、スタッフ側の気づきにつながったということだと思う。

■質問:リハ職がいた時に良かったことは？

【特定施設】

リハビリスタッフと一緒に転倒のアセスメントを行い、原因や対策について検証した。PTのアドバイスを介護職員にも実行してもらおうが、介護職員による運動よりも、PTによる運動のほうが利用者は「先生に診てもらった」とモチベーションが上がるようだ。一方で、認知症の利用者への対応には苦戦している。

介護職員によるリハビリやレクリエーションに参加しない部屋に閉じこもりだった利用者も、PTの場合にはやって来るなど、参加率はPTのほうが高かった。

機能訓練指導員とPTは全く異なるため、機能訓練という意味では、あまり役には立てていない。機能訓練指導員は、利用者との接し方や、介護職員への指導という点では役に立てている。認知症の利用者のリハビリにおいても、個別に話を聞いたうえでアドバイスのようなことができるという点で意味がある。

【グループホーム】

常に専門職がいる環境と、外付けとどちらかが良いのかは非常に迷う。看護師が常勤配置されていれば、急変時や移乗時、受診のサポート等が非常にスピーディに対応でき、助かる。他方、専門職が外付けであることで、介護職が育つという側面もある。以前、ケアハウスにいた時は、医師やPTの指示に従うなど、受け身に近いケアを行っていた。それが、グループホームに来てからは、介護職員が主体的にケアを担う必要があるため、薬や利用者の症状について勉強した上で、医師と対応するようになった。今回、PTが来たことで助かる一方で、自分で考えることが少なくなってきた感がある。

制度を濃厚にしていくと、ジレンマに陥る場合がある。グループホームは、他職種がない中で努力し、質の良いケアを提供しようとアウトカムを出す。他方、機能訓練士を置く制度設計がなされたケアハウスでは、どうアウトカムを出していくのか。制度設計にのっとった形で機能維持してもらおうことが、なぜできて

いないのか、何をしているのか、そういう意見を出す必要がある。

6) 多職種連携の在り方、ポイント

提携医療機関(有吉病院)では、基本的には高齢者に対する総合診療を行っている。整形外科医は毎日いないため、例外的に骨折時など緊急時の対応や、認知症の方が BPSD で極端な状態に陥った際には精神科に依頼したり、外科治療が必要な時は専門病院で診てもらったこともある。

主治医として、各利用者に対し月 1 回の診察を行っている。病院に来る、つまり社会に出るという行為自体もリハビリの一環のため、訪問はせず、病院に通院してもらっている。職員のチームケアには介入せず、任せている。

■質問:夜間の急変、呼び出しへの対応はどのように行っているか?

【特定施設】

夜間については、看護師に最初に電話が来て、すぐに対応するべきかどうかを判断する。緊急性が高い場合や、日曜など病院が休みの場合の救急搬送まではケアハウスで行う。

【グループホーム】

グループホームについては、緊急時の連絡は基本的に管理者に連絡が来る。対応の判断や、必要な場合の救急搬送の指示は管理者が行うが、そこに至るまでの対応等は介護職員が行う。判断に迷う場合は、看護師に指示を仰ぐという体制を確保している。グループホームの医療機関との連携については、医療連携体制加算を算定しており、有吉病院の訪問看護ステーションと連携している。訪問看護師との連携と、週 1 回の訪問看護を受けて対応している。

ケアハウスは医療連携体制加算と夜間看護体制を取っているため、有吉病院との連携と、夜間はオンコールで看護師に連絡している。

■質問:住宅で看取りは行っているか?

【特定施設】

看取りは行っていない。有吉病院の介護医療院と連携し、最後を迎える際には紹介している。

【グループホーム】

今は看取りを行っておらず、ケアハウス同様、介護医療院を紹介している。平成 25 年以前にワンユニットだった時には看取りを行っていた。

(2) 医療法人和香会

1) 実施概要

◆ 実施日	2022年2月
◆ 調査方法	WEB会議
◆ 所要時間	約1時間30分
◆ 参加者	理事長 江澤 和彦先生 運営企画室 山本様 笠原様（特定施設 管理者） 渡部様（特定施設 相談員） 岡本様（特定施設 ケアマネジャー） 春名様（特定施設 リハビリ担当） 古谷様（訪問看護ステーション看護師） 角場様（訪問看護ステーション看護師） 山本様（認知症グループホーム）

2) ポイント

- ・ 病院併設のサ高住と、敷地外にあるグループホームに対してヒアリングを実施した。事例等から居住系サービスにおける訪問看護、訪問リハビリテーションの医療ニーズがあることが確認された。今後ますます、回復期や慢性期の医療やリハビリテーションは居住系サービスで行う流れになると予想される。
- ・ サ高住では、退院後で高頻度での医療介入が必要な場合に備え、外部より訪問看護、訪問リハビリテーションが利用できる制度があれば、住み慣れた場所で医療やリハビリテーションが受けられ、効果も期待できる。入居者の経済的負担を考えると、介護保険内での利用の検討が望まれる。
- ・ 当住宅は病院合築で、建物内に訪問看護ステーションや訪問リハビリテーションがあり、医療保険の外来リハビリ等が利用しやすい環境にあるが、そうでない住宅では外部の訪問看護や訪問リハビリテーションの利用で入居者の選択肢も広がり、スタッフにとっても専門的な支援を受けられるという安心感につながる。
- ・ グループホームでは、外来看護師と24時間相談が出来る体制をとっているが、夜間急変時や看取りの必要性を考えると、定期巡回・随時対応型訪問介護看護のように少しの時間でも看護師が関与できる体制があれば、利用者の安心できる生活の提供や夜間帯の職員の不安解消につながる。
- ・ QOLの維持向上にADLの低下防止が不可欠である一方、グループホーム職員は少人数で多岐に渡る介護を行っており、リハビリテーションまでの介入・実施は難しいため、訪問リハビリテーションは特に必要性が高い。

3) 施設概要

◆ 施設所在地	岡山県倉敷市
◆ 施設類型	特定施設:全 50 床、非特定施設:全 80 床 グループホーム:全 18 床
◆ 職員の配置	【特定施設:職員数】 ・看護職員(8:30~17:30):2名 ・介護職員(24 時間) ・機能訓練指導員(8:30~17:30):1名 ・生活相談員(8:30~17:30) ・計画作成担当者(8:30~17:30)
	【グループホーム:職員数】 ・介護職員(24 時間):13 名 ・計画作成担当者(24 時間):2 名 ・機能訓練指導員(月1回和光園より)(兼務1名)
◆ 医療提供に関する連携先	医療法人和香会 倉敷スイートホスピタル

同一の医療法人を母体とするサービス付き高齢者向け住宅「倉敷スイートレジデンス」、およびグループホーム「和らぎ・歓び」である。

サ高住は病院との合築であり、1~3階が病院(倉敷スイートホスピタル)、4~5階がサ高住となっており、訪問看護ステーション・訪問介護ステーションも併設されている。サ高住は 50 床の特定施設と 80 床の非特定施設により構成されており、看取り等様々なサービスが柔軟に求められる場合には、非特定施設が使われることが多い。

グループホームは別敷地にあり、1 ユニット 9 床、計 18 床で構成されている。

《質問事項》 ※ポイントに下線。

(ア) 介護保険の訪問看護、訪問リハビリテーションの利用が望まれる利用者の有無、状態像、理由、入居の経緯等

サ高住、グループホームそれぞれにおいて訪問看護、訪問リハビリテーションが必要な利用者の実例(各4事例)を以下に挙げる。なお、以下4事例は例示であり、訪問看護、訪問リハビリテーションを必要とする利用者はこの他にもいる状況とのことであった。

【特定施設(サ高住)】

現病名	入居理由	望まれるサービスの理由
ケース1(サ高住)		
<ul style="list-style-type: none"> ・心房細動 ・下肢虚血 ・左大腿骨切断 ・腰椎症 ・下肢閉塞性動脈硬化症 	<p>妻と息子夫婦と同居。関節リウマチあり、定期的に同法人の病院に外来受診をしていた。2019年、両側性下肢閉塞動脈硬化症疑いにて入院。自宅療養となったが下肢痛続き、黒色壊死、敗血症性ショック、疼痛増強により2020年2月左大腿部切断。術後経過は良いが自宅での生活は難しいとのことで入居となった。</p>	<p>【望まれるサービス:訪問看護】</p> <p>入居中に脱水、食思低下、尿路感染により急性増悪による訪問看護指示あり。医療保険の訪問看護を利用(要入院ではないが、補液などの点滴の指示あり)。月に1回14日間の利用期間のため、その後は往診などで対応。</p> <p>医療保険の訪問看護で14日以内で改善できる方ばかりでなく、介護保険での訪問看護の利用などがあれば、往診だけの対応だけでなく本人・家族にとって選択肢が増える。</p>
ケース2(サ高住)		
<ul style="list-style-type: none"> ・胸腰椎圧迫骨折 ・骨粗しょう症 ・高血圧症 ・腰部脊柱管狭窄症 ・リウマチ性多発筋痛症 	<p>独居。配偶者他界後落ち込み、不安感があり、長女の住む倉敷へ転居。腰椎圧迫骨折での痛み、しびれが悪化し常時介護が必要なため、当サ高住へ入居。2020年7月脊柱管狭窄症で右腰部～大腿部の痛みが悪化し、入院後再度サ高住へ入居。</p>	<p>【望まれるサービス:訪問看護】</p> <p>入院中にバルーン留置。抜去後尿閉のため導尿あり。エブランチル内服するも自尿は乏しい。現在は夜間導尿が看護師不在のため困難で、バルーンを17時～9時頃使用。夜間に看護師不在の際、訪問看護で対応できれば夜間導尿も視野に入る。30分の訪問看護までは不要と考える。</p>
ケース3(サ高住)		
<ul style="list-style-type: none"> ・変形性膝関節症 ・高血圧症 ・レビー小体型認知症 	<p>独居生活に不安を感じた本人、家族の希望で、2018年に当サ高住(4階の住宅タイプ)に入居。2020年夏より幻覚・幻聴がみられるも内服により症状安定。2021年夏より下肢筋力低下やふらつきで日常生活の不安感が募る。本人の不安軽減や見守り体制強化等を踏まえ、5階特定施設への入居を希望。</p>	<p>【望まれるサービス:訪問リハ】</p> <p>施設内での日常生活をベースとしたりハビリテーションは行っている。さらに転倒予防や機能維持など医療的なりハビリテーションがプラスアルファで行えれば、進行性の疾患に対しては効果が期待できるのではないかと。加算などで外部PT、OT、STのサービス利用ができるとうい。</p>

ケース4(サ高住)		
<ul style="list-style-type: none"> ・悪性リンパ腫 ・大腿骨警部骨折 ・うつ病 ・胸椎圧迫骨折 ・人工関節周囲骨折 	<p>配偶者他界後独居。2010年びまん性大細胞型リンパ腫のため手術、寛解するも2015年再発。入院中に左大腿骨警部骨折、人工骨頭置換術施行後、長女の住む市内のサ高住に入居。2018年再度転倒し右大腿骨骨折、人工骨頭置換術を施行。入院中にADL、認知面の低下がみられ、退院後当サ高住への入居を希望される。</p> <p>2022年1月に転倒し、右人工関節周囲骨折。</p>	<p>【望まれるサービス:訪問リハ】</p> <p>痛みのない範囲で荷重可となるが入院期間中の認知症進行を家族が心配し、サ高住内でのリハビリを希望。主治医と検討し週2回医療保険での外来リハビリを算定期間内で行うこととなった。</p> <p>急性期疾患は入院での加療・安静をされるが住み慣れた場所での回復を望む場合もある。しかし医療的なりハビリが病院のように困難なため、医療保険の外来リハビリ期間だけではなく、介護保険で多少長期的に医療的なりハビリができればと考える。</p>

【グループホーム】

現病名	入居理由	望まれるサービスの理由
ケース1(グループホーム)		
<ul style="list-style-type: none"> ・高血圧 ・メニエール病 ・変形性膝関節症 ・認知症 	<p>ショートステイを利用しながら在宅生活を送っていたが、転倒し肩脱臼で入院。同居の娘は転倒への対応や認知症対応を受け入れ難く、入院をきっかけに入所となった。</p>	<p>【望まれるサービス:訪問リハ】</p> <p>自宅は段差が多く車いすの移動が難しく、本人・家族共にリハビリを懸命に行っていた。認知症もありグループホームへの入居となったが、一時外泊の目標のため自費でのリハビリの意向も聞かれた。結果医療保険でのリハビリを行ったが、生活の質向上や本人・家族の意欲向上のためには訪問リハビリテーションが有用と考える。</p>
ケース2(グループホーム)		
<ul style="list-style-type: none"> ・パーキンソン病 ・レビー小体型認知症 ・高血圧 	<p>自宅ストーブでやけどを負い入院・手術。手術後ADLの低下が顕著であったこともあり、別施設へ入所。在宅復帰に向けリハビリを行っていたが家族介護力の関係もあり在宅困難との判断となり、グループホームへ入居。</p>	<p>【望まれるサービス:訪問リハ】</p> <p>生活機能向上連携加算でセラピストのグループホームへの訪問は可能となったものの、介護職員への指導が中心で、効果的な指導であっても認知症のある本人に自発的にメニューを行ってもらうことは難しい。</p> <p>訪問リハビリがあればセラピストの個別対応ができるため、認知症の方にとって効果的。</p>

ケース3(グループホーム)		
<ul style="list-style-type: none"> ・パーキンソン病 ・腹部大動脈瘤 ・胆管結石 ・仙骨部褥瘡 	<p>パーキンソンにてADLが低下し、リハビリ目的で入退院を繰り返され在宅での介助量が増えてきて、家族も在宅生活継続の限界を感じていた中、再度リハビリ目的にて入院。主治区からこれ以上の改善は難しいと言われグループホームへの入居となる。</p>	<p>【望まれるサービス:訪問看護】</p> <p>生活全般に介助が必要な状態。軽度な認知症で迷惑をかけたくないという思いが強く、ふさぎこむ事も増えた。また全身の痛みを訴える事が多く臥床中心の生活で、元々あった仙骨部の褥瘡が悪化。スイートホスピタルへ入院となる。空床が長くなってしまうと退去となる事もあり完治していない状況で退院となり、特別指示書により形成外科からの訪問診療・訪問看護の開始となる。特定疾病のため6カ月継続し訪問看護が入れた事もあり完治することができた。</p>
ケース4(グループホーム)		
<ul style="list-style-type: none"> ・高血圧症 ・両膝変形性膝関節症 ・認知症 	<p>元々家族が入居していたグループホームに、本人の認知症進行により、在宅介護困難となったことから2015年8月入居。</p>	<p>【望まれるサービス:訪問看護】</p> <p>2021年10月頃から食事や水分が入らなくなり、11月から在宅酸素と点滴を開始、喀痰吸引も必要な状況で看取りに入り、2022年4月に看取られた。看取りは2カ月続き、通常可能な2週間の訪問看護が終わった後はクリニックから訪問診療で点滴を継続すると同時に、外来看護師の厚意で土日の喀痰吸引を対応していた。介護保険の訪問看護、または医療保険で2週間以上の訪問看護が望ましいケース。</p>

(イ) 介護保険の訪問看護、訪問リハビリテーションの利用ができるとした場合の望ましい利用形態

【特定施設(サ高住)】

■訪問看護

訪問看護に関しては、普段は日勤帯での住宅の看護師で人員は対応できており、増員の必要性は感じない。しかし、夜間に導尿や吸引、夕食後のインスリンなどを必要とする入居者がいる際は看護師が必要と感じることがあるため、加算対応で日割りで利用できればよい。定期巡回型サービスのように、時間の縛りが無く、対応が終われば途中退室可能であると使いやすい。

■訪問リハビリテーション

訪問リハビリテーションに関しては、現在、機能訓練指導員が入居者のリハビリテーションを行っているが、スタッフとして入居者の日常生活の近くにいるため、どうしても食事やトイレ介助などに割く時間も多い。増員でその人数を増やすよりは、外部より医療的なりハビリテーションができるようになれば入居者の生活機能の維持が期待できる。

【グループホーム】

■訪問看護

当グループホームでは看護師の配置がない。訪問看護に関しては、外来看護師とは 24 時間相談出来る体制をとっているが、夜間の急変時などには看護師が来ることは難しい。夜間帯の急変や看取りを考えると、定期巡回型のサービスがグループホームで利用できると、利用者の安心できる生活の提供や夜間帯職員の不安解消につながる。

以前は看護師が1名いた。グループホームでは看護の仕事は病院や老健ほど無いが、医療から生活の場への業務内容の切り替えや、2ユニット兼務で大変さはあったと考えられる。人員配置で1名となると、介護業務もになってもらうことになる。

グループホームでは、急変時対応、喀痰吸引、医療処置や医療面の相談、看取り時や家族への説明等、看護職を頼みとする場面は多くあり、家族の信頼も得られるため、看護職の存在は大変有益である。

現在は、医療連携体制加算Ⅰ：事業所の職員として、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、看護師を1名以上確保していること。認知症対応型医療連携体制加算Ⅰ 39 単位／日を加算している。

准看護師等または看護師の配置が今後あるとすれば、以下の加算が取れるようになる。

- ・医療連携体制加算Ⅱ：事業所の職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置していること。
- ・認知症対応型医療連携体制加算Ⅱ 49 単位／日医療連携体制加算Ⅲ：事業所の職員として看護師を常勤換算で1名以上配置していること。
- ・認知症対応型医療連携体制加算Ⅲ 59 単位／日
- ・医療連携体制加算Ⅰ～Ⅲ：事業所の職員である看護師、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携により、24 時間連絡できる体制を確保していること。

■訪問リハビリテーション

訪問リハビリテーションに関しては、生活機能向上連携加算200単位／月で、月1回セラピストの訪問・指導を受けているが、職員への指導が中心。人員配置で1名とするなら看護師同様、介護業務もして頂く事になる。グループホーム職員は食事作りから排泄介助まで仕事が多岐に渡り、リハビリ職単独の配置は経営的に難しいため、訪問リハビリという外部からの派遣という形が望ましい。

家族のリハビリに対するニーズは高いと感じる。老健からの入所や、自宅からの入居で元々、通所リハを利用していた方は特にリハビリを継続したいと希望される。生活機能向上連携加算で間接的にセラピストが関わるより、他者(セラピスト)と関わり、専門的なリハビリを直接受けられることで生活にメリハリができる。外来リハだと、認知症高齢者には待ち時間が苦痛ともなる。1人あたり週に2日でも、20～40分程度のリハビリがあれば拘縮予防、ADL維持・向上等につながる。摂食嚥下のリハビリも必要である。

(ウ) 多職種連携の在り方、ポイント（医師の診断と指示書、看護職、リハ職、介護職、相談員・ケアマネジャー等）

【特定施設(サ高住)】

カルテ、記録などの統一が重要。居住系サービスは多くの事業所や人が関わる。朝の申し送りや直接伝達できる機会もあるが、今後外部のサービス利用が活発になるにあたり、利用者の「今日の」状況や主治医の指示等がいつでも誰でも確認できるシステムが必要。外部の訪問看護師など施設外のスタッフにも有用である。

【グループホーム】

2021 年からタブレットやスマートフォンのソフトの利用により、同法人の訪問看護ステーションや老健と連携がとれるようになったが、この点は有用である。同法人内のネットワークを利用してメールでも連携している。法人外の診療所とも、ICT で連携が取れるとよい。

(エ) 介護保険の訪問看護、訪問リハビリテーションの利用要件（必要性、効果、制限等）

【特定施設(サ高住)】

今後ますます、回復期や慢性期の医療やリハビリテーションは居住系サービスで行う流れになると予想される。そのため、退院後に高頻度での医療介入が必要な場合に備え、外部より訪問看護、訪問リハビリテーションが利用できる制度があれば、住み慣れた場所で医療やリハビリテーションが受けられ、効果も期待できる。また入居者の経済的負担も考えると、これらは介護保険内での利用の検討が望まれる。

当住宅は病院合築で、建物内に訪問看護ステーションや訪問リハビリテーションがあり、医療保険の外來リハビリ等が利用しやすい環境にあるが、そうでない住宅では外部の訪問看護や訪問リハビリテーションの利用で入居者の選択肢も広がり、スタッフにとっても専門的な支援を受けられる場所があるという安心感につながる。

【グループホーム】

訪問看護では夜間・緊急時に備えて定期巡回型サービスがあるとよい。入院期間が短くなっている昨今、看護サービスの充実性は相対的に高まっている。また訪問リハビリテーションについてはグループホームで特に必要性が高い。QOL の維持向上には ADL の低下を防ぐことが欠かせないが、グループホーム職員は少人数で多岐に渡る介護を行っておりリハビリテーションまでの介入・実施は難しい。加算という形でセラピストの専門的な対応が仰げるとよい。現在の生活機能向上連携加算は職員指導という形であり、個別のリハ提供ができるようになることを望む。

セルフネグレクトで内服や入浴、食事等の拒否がある場合の医療的な介入も必要で、訪問看護や訪問リハはそのようなときに重要。私服の身近な職員よりも、白衣を着た専門家の助言・介入は効果的であることも多い。家族の希望も高いところである。

(3) 医療法人社団永生会

1) 実施概要

◆ 実施日	2022年3月
◆ 調査方法	WEB会議
◆ 所要時間	約1時間
◆ 参加者	安藤 高夫先生（医療法人社団永生会理事長） 石井 啓輔様（グループホーム寿限無 施設長） 山本 徹様（訪問看護ステーション 言語聴覚士） 原山 尋実様（訪問診療医師） 加藤 公恵様（現在、在宅総合ケアセンターのセンター長。 立上時は訪問看護ステーションの訪問看護師として関与）

2) ポイント

- ・ 看取りまで行う医療法人が運営するグループホームの施設長。同法人の連携機関の訪問看護師、リハビリ専門職（言語聴覚士）、診療所医師からの聞き取りを実施。
- ・ 医療連携体制加算（Ⅰ）で週1回の訪問看護を実施。訪問看護ステーションとは別途委託契約も行き、入居者に変化があれば速やかに診療所医師と連携して対応。
- ・ グループホーム職員が日常的な支援を行う中で、看護職やリハビリ専門職からの個別のアドバイスを受けることは大変有用で、利用者自身のADLやQOLの維持向上のみならず、職員の腰痛・膝痛予防の身体的負担の緩和にもつながるといった意見が聞かれた。
- ・ 診療所医師からは、同じような身体・医療面の状況であっても、在宅とグループホームでは受けられる医療・ケアが異なる場合があることから、柔軟な対応ができることが望ましいという意見、グループホーム利用者がリハビリを受けることの高い効果についての言及等が聞かれた。
- ・ グループホームは認知症の人の少数の「住まい」であり、専門職を内在化させることは現実的ではない。介護職員が本人の意思をくみ取り生活の中でのケアにつなげる際、外部機関の看護職、リハ職、医師等の専門職との連携があると、入居者の心身状況の維持や生活の質の向上とともに、職員の身体的負担の軽減も期待できる。

3) 住宅概要

◆ 住宅所在地	東京都八王子市
◆ 住宅類型	グループホーム:全 18 床
◆ 看護職員・医師の配置	なし
◆ 医療提供に関する連携先	永生病院・南多摩病院・永生クリニック・ 十字会ケアステーション・久富歯科クリニック

医療法人社団永生会が運営する認知症高齢者グループホーム「寿限無」は平成 21 年開設。本市において、看取りを行える数少ないグループホームである。同法人には病院、診療所、介護老人保健施設、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所があり、法人内の緊密な連携もとられている。

《質問事項》 ※ポイントに下線。

(ア) 介護保険の訪問看護、訪問リハビリテーションの利用が望まれる利用者の有無、状態像、理由、入居の経緯等

グループホーム内でのリハビリの活用に関して。当グループホームは近年、入居者の重度化が進んでいる。認知症が重度化してくると自身の意思がなかなか発信できない。家族の意見も聞きながら、どのようなケアを提供すべきかを職員は常に問われている。その中で、拘縮や身体機能の低下は、提供すべきケアの検討における判断材料となるが、こうした点はグループホーム職員だけでは判断が難しく、リハビリ専門職のアドバイスを受けられることは有用である。本人がどこまでリハビリを望んでいるかも重要なポイントとなる。この点をできるだけくみとり、日々のケアを進めたい。

高齢で認知症が進んでくると、意思確認が難しくなり、どのようなコミュニケーションをとることで意思疎通が適切に行えるようになるかを模索してきた。認知症の進行により、経口摂取が難しくなってくる利用者も多い。看取りに向かう中で口腔の状態、嚥下能力が変化していくが、できるだけ最期まで QOL を保てる方法を考えながら関わっている。こうした方法の検討は、日々利用者に関わるスタッフが実現できる方法として考えていかねばならず、専門職の関与が望ましいところ。専門職とスタッフが協働で考えていくことが重要である。

グループホームに 2 週に 1 回程度のペースで訪問診療を行う中で感じることもある。在宅でも認知症の方はたくさんおり、生活の場所がグループホームか在宅かということは、社会的背景を含む諸事情により変わってくるが、在宅では医療・リハビリ等柔軟に多くのことができる。一方、グループホームでは、ホーム内で生活は成り立っているため、逆に言えばもう少し何か介入していきたいと思っても、在宅と同じようにはできない。そういう意味で、同じような身体・医療面の状況であっても、グループホームか在宅かで受けられる医療やケアが変わるという状況が生じており、柔軟な対応ができるとよいと常々感じる。

平成 21 年にグループホーム寿限無が立ち上がった時から、365 日オンコールの医療連携体制の訪問看護師として関わってきた。現在は在宅総合ケアセンターのセンター長として、何かあれば現場に行きついてフォローする形で関わっている。最近は驚くほどの重度化が進んでいる。10 年間で、端的にいうと 80 歳が 90 歳になり、脳梗塞・脳卒中を起こした方、関節拘縮が進んだ方がみられるようになった。療養型病床や在宅療養の患者は、リハビリを受けて拘縮などがあまりみられない一方、グループホームでは関

節拘縮の方も一定程度いる。介護職が脳卒中のリハビリを学ぶ機会が十分でなかったことが考えられる。このため何度か法人からボランティアでリハビリ専門職が入り、職員への支援を行った。骨折した入居者の生活リハについても、リハビリ専門職がアドバイスを行った。常にリハビリ専門職がグループホームにいることまでは必要ないが、このように必要な際に速やかに短期集中で介入できるとよい。

当グループホームでは、3食なるべく食卓で食べられるよう支援しており、大変な努力を要している。食事の際に本人を起こすこととなるが、スタッフの身体的負担が大きく、多くのスタッフが腰痛、膝痛になっている。利用者によってはベッド→車いす→座椅子という順番で移乗する必要があり、全介助でそうした対応もしている。リハビリ専門職が、こうした介助のポイント、車いすの選定・ポジショニング、クッション等の効果的な使い方などに関与してもらえると有益である。

(イ) 介護保険の訪問看護、訪問リハビリテーションの利用ができるとした場合の望ましい利用形態。生活機能向上連携加算の算定の有無、医療処置のニーズについて。

生活機能向上連携加算は算定していない。しかし、当グループホームでは看取り対応も行っており、その方が亡くなるまでその人らしく、最期まで暮らせることを支援する中で、近年、重度化が進んでいることから、リハビリ専門職の介入の必要性を強く意識するようになってきている。

常時多くの医療処置を必要とするケースは、今までの経験上ほとんどないが、当法人は医療法人ということもあり、かなり手厚い対応が可能である。例えば、訪問看護で一時的な点滴等も適切に行える。一方で、医療行為が必要な場合は最期まで受けられないこともあり、その場合は本人・家族の意向も聞きながら、病院に入院して医療処置を受けることもある。

1 か月を超えるような長期入院で、戻れる見込みがない場合は、家族と話をした中で、退所となるか、どのような状態になれば戻れるかといったことを検討する。ホームに戻った段階では治療は必要ない状況が求められる。

長期入院は特に食事がとれなくなってくることがデメリット。一方で、入院中は食べられず経管栄養であった方も、グループホームに戻ると食べられるようになる。グループホーム職員が、本人の好きなもの等、少しでも経口摂取できるものを探してくれるところにあるが、食事量自体はどうしても減ってくる。食事量・栄養が足りているか、どういう形態がいいのか、といったところでも訪問看護等の専門職が関与できるとよい。

認知症の方は身体機能自体は保たれていることも多い。アルツハイマーが進行するとだんだん寝たきりになっていくが、胃ろう等、日常生活に常に医療行為が必要というケースは多くはない。高血圧、脳卒中、転倒による骨折等はみられる。リハビリや訪問看護がグループホームで受けられるにこしたことはないが、医療のある施設との住み分けということも出て来る。グループホームと病院でできることのギャップを埋める、グループホームでの対応の幅を広げられるといい。グループホームは、病院で寝たきりになる前になるべく早く退院してもらおう。

当グループホームは、立ち上がりを制止したり、スピーチロックをすることもない。一日約30回、夜も何回もトイレに行く方もいるが、夜、薬で眠らせることもしない。必要であれば職員が介助する。「本人がやりたいことをできるように支援する」が基本。トイレに自分で行こうとするが痛くて動けない時など、本人の意向を尊重・引き出し、これをどのように実現させるかという視点が重要。生活の質の向上にもつなが

るだろう。排泄介助にとどまらず、本人が「楽しい」と感じることを実現できるよう支援している。

利用者一人一人で生活歴、希望などは大きく異なる。こうした個々の対応にスタッフがどのように適切な支援ができるか、ここに専門職の関与があるとありがたい。

(ウ) 多職種連携の在り方、ポイント（医師の診断と指示書、看護職、リハ職、介護職、相談員・ケアマネジャー等）

当法人にはリハビリ専門職が多くいるが、これまでグループホーム内に専門職が入るケースは多くなかった。実際には、グループホームで拘縮のある方を見た時など、もう少し早くサポートに入れれば良かったと思うこともある。適切な介入ができないことは、本人の ADL 低下のみならず、重介護となり職員の腰痛、膝痛等の負担増にもつながる。

リハビリ専門職のボランティアについて。こうした早期のリハビリ面の介入が必要と判断される利用者を診てもらおうよう、対応可能な法人のリハビリ専門職(普段は管理職として活動)をお願いして、グループホームに入ってもらえることがある。これは日頃から法人内で良好な関係ができていことから実施可能な対応である。訪問看護は週1回定期的に入っており、何かあれば連携診療所の医師に報告のうえ指示を仰ぎ、うまく対応できている状況。必要時には指示書を出してもらい、医療保険での訪問看護を実施。

週1回の訪問看護に関しては、医療連携体制加算(Ⅰ)を算定している。訪問看護ステーションとは別途委託契約を結び、訪問してもらっている。

(エ) 介護保険の訪問看護、訪問リハビリテーションの利用要件（必要性、効果、制限等）

リハビリが入ることによる本人の機能向上は素晴らしい。リハビリをやったからといって、目に見えて心身機能が向上することはないが、リハビリをやらないでいると心身機能は確実に低下する。リハ後に訪問診療に行くと身体の硬さが全く違う。そうしたことを経験した本人・家族は、リハビリを強く希望されるようになる。本法人の特徴かもしれないが、リハビリが提供される機会が多くなっており、その効果を常々体感している。介入群・対照群のように正確な効果測定を行っているわけではないが、グループホームでリハビリが入っている方はまだ少ないと思うので広がるとよい。

専門職がピンポイントで入る場合、利用者がどのような暮らし方をしてきた方か、意向は何か等の正確な把握が難しいが、これによりリハの目指すべきゴールは大きく変わってくる。何となくリハビリが必要そう、という判断ではなく、何を目指すのかという目標がまずあって、かつ、この目標も本人・家族含む関係者の合意を得られたうえでリハビリが入るべきと考える。リハビリの効果は FIM などでは測り難く、暮らし方が変わったということをどう客観的に評価するかは課題と考える。

資料編

**【住宅票】 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅
認知症対応型共同生活介護（グループホーム）等**

■記入にあたってのご注意

1. 本アンケート調査は、居住系サービス等における医療ニーズを調査することを目的としています。管理者、看護・介護職員、機能訓練指導員、生活相談員、計画作成担当者等に回答をお願いします。
2. 特に指定の無い限り、**2021年9月30日時点**の状況についてご回答ください。
3. 該当する選択肢に「○」をつけてください。数値の記入をご記入いただく設問もございます。
4. お忙しいところ誠に恐縮ですが、**2021年12月21日（火）**までに調査票にご記入いただき、入居者票とともに、同封の返送用封筒を用いて調査事務局までご返送ください。

問1. 貴住宅の概要についてお伺いいたします。

1) 住宅の類型 (あてはまるものすべてに○)	1 サービス付き高齢者向け住宅 2 軽費老人ホーム・養護老人ホーム 3 有料老人ホーム 4 認知症対応型共同生活介護(認知症グループホーム)
2) 【問 1-1)で 1.2.3.を選択された場合のみ回答】 特定施設入居者生活介護の指定の有無 (あてはまるものすべてに○)	1 指定なし 2 一般型(介護) 3 一般型(介護予防) 4 地域密着型 5 外部サービス利用型
3) 運営法人に関する基本情報	
3)-1 運営法人の法人種別 (○は1つだけ) ※賃貸人(貸主)の法人と、入居者に安否確認や生活上のサービスを提供する法人が異なる場合は、入居者に安否確認や生活上のサービスを提供する法人についてご回答ください。	1 株式会社 2 有限会社 3 社会福祉法人 4 医療法人 5 財団法人・社団法人 6 NPO法人 7 その他
3)-2 母体となる法人の業種 (あてはまるものすべてに○) ※親法人がない場合、貴住宅の業種を記入	1 介護サービス関連 2 医療関連 3 社会福祉関連 4 不動産・建設業関連 5 金融関連 6 教育関連 7 製造業関連 8 その他
4) 法人が運営する有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅・認知症グループホーム等の数 (貴住宅を含む) (○は1つだけ)	1 1箇所 2 2箇所 3 3～9箇所 4 10～49箇所 5 50箇所以上
5) 開設年月 (数字を記入)	西暦 年 月
6) 宛先の貴高齢者住宅の入居定員、入居者数 (数字を記入)	入居定員 名 入居者数 名 うち入院者数(検査・治療等のため医療機関に泊まっている人) 名
7) ユニット制の有無とユニット数 (○は1つだけ、数字を記入)	1 ユニット制である 2 ユニット制でない (ユニット数: ユニット)
8) 居室数、うち個室 (数字を記入)	居室数 室 うち個室数 室

問2. 併設または隣接する施設・事業所についてお伺いいたします。

1) 併設または隣接している医療・介護施設・事業所 (あてはまるものすべてに○)	1 病院	2 一般診療所(有床)
	3 一般診療所(無床)	4 介護老人保健施設
2) 併設・隣接している医療・介護施設・事業所は同一・系列法人ですか? (あてはまるものすべてに○)	5 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	6 訪問看護ステーション
	7 訪問リハビリテーション	8 小規模多機能型居宅介護
3) 併設・隣接している医療・介護施設・事業所と連携していますか?(1つに○)	9 看護小規模多機能型居宅介護	10 通所介護
	11 デイケア	12 居宅介護支援事業所
	13 訪問介護	14 併設・隣接施設・事業所はない
	15 介護医療院・介護療養型医療施設	16 その他

問3. 貴住宅への入居要件、要介護度等についてお伺いいたします。 ※2021年9月30日時点

1) 要介護認定に関する入居時要件の原則(○は1つだけ)	1 自立のみ		2 自立・要支援のみ							
	3 要支援1以上・要介護のみ		4 要支援2以上・要介護のみ							
	5 要介護のみ		6 入居時の要件なし							
2) 入居者の要介護度	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	申請中	自立	不明
	___人	___人	___人	___人	___人	___人	___人	___人	___人	___人
3) 入居者の障害高齢者の日常生活自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	不明
	___人	___人	___人	___人	___人	___人	___人	___人	___人	___人
4) 入居者の認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	不明	
	___人	___人	___人	___人	___人	___人	___人	___人	___人	

問4. 2021年9月30日時点での介護を必要とする原因の主傷病別の人数を記入ください。一人の入居者が複数傷病を有する場合は、それぞれの傷病でカウントしてください。

入居者のうち介護を必要としている人の有無と人数			1 いる (人) 2 いない	
傷病	1 悪性腫瘍	人	2 脳血管疾患	人
	3 肺炎	人	4 神経難病	人
	5 心疾患	人	6 老衰	人
	7 認知症	人	8 その他	人

問5. 2021年9月30日時点での看取り期の入居者の有無と人数、看取り期の人々の傷病を記入ください。一人の入居者が複数傷病を有する場合は、それぞれの傷病でカウントしてください。

※本調査では、「看取り期」とは、本人・家族等と多職種の医療・ケアチームの連携の下、医師の診断に基づいて、心身機能の低下や障害が明らかに回復不能な状態であり、かつ近い将来に確実に死に至ることが差し迫っている状態をいいます。

看取り期の入居者の有無と人数			1 いる (人) 2 いない	
傷病	1 悪性腫瘍	人	2 脳血管疾患	人
	3 肺炎	人	4 神経難病	人
	5 心疾患	人	6 老衰	人
	7 認知症	人	8 その他	人

問6. 貴住宅は、入居者が要介護4・5と重度化しても、対応可能なバリアフリー化がされていますか。

(各項目について近いもの1つに○)	a. 対応できている	b. 対応できていない	c. どちらともいえない
1 トイレ	a	b	c
2 風呂	a	b	c
3 車いすが通れる空間	a	b	c
4 室内の段差の解消	a	b	c
5 屋外の段差の解消	a	b	c
6 エレベーターの設置	a	b	c

問 8. 貴住宅における機能訓練についてお伺いいたします。 ※2021年9月30日時点

<p>1) 誰が指導して機能訓練を行っていますか。 (あてはまるものすべてに○)</p>	<p>1 理学療法士 2 作業療法士 3 言語聴覚士 4 看護師 5 准看護師 6 柔道整復師 7 はり師・きゅう師 8 あん摩マッサージ師 9 介護職 10 ケアマネジャー・相談員 11 外部の訪問・通所リハビリテーション事業所の職員 12 外部の訪問看護ステーションの職員 13 その他</p>
<p>2) 貴住宅に勤務する機能訓練指導員の常勤換算した人数 (常勤換算数、小数点以下第2位を四捨五入) 例) 1 理学療法士 (0.33人→0.3人と記入)</p>	<p>1 理学療法士 (____ . ____ 人) 2 作業療法士 (____ . ____ 人) 3 言語聴覚士 (____ . ____ 人) 4 看護師 (____ . ____ 人) 5 准看護師 (____ . ____ 人) 6 柔道整復師 (____ . ____ 人) 7 はり師・きゅう師 (____ . ____ 人) 8 あん摩マッサージ師 (____ . ____ 人) 9 その他 10 いずれも配置されていない</p>
<p>3) 貴住宅では、どのような機能訓練を行っていますか。 (あてはまるものすべてに○)</p>	<p>1 歩行・階段昇降の訓練 2 関節可動域訓練 (体操等) 3 マッサージ・あん摩 4 マシン・トレーニング 5 会話・言語訓練 6 口腔・嚥下機能訓練 7 認知訓練 (計算・ゲーム等) 8 手作業 (塗り絵、手芸等) 9 社会活動 (就労・ピアサポート) 10 農作業・家事等 11 芸術療法 (音楽、創作等) 12 社会参加 (外出・地域交流等) 13 家族との交流 14 その他 15 実施していない</p>
<p>4) 機能訓練の課題 (最も近いもの一つに○)</p>	<p>1 機能訓練の必要性について、認知症等により本人の理解が難しい 2 機能訓練の必要性について、家族の理解が得られにくい 3 住宅職員のみでは、正確な心身機能の評価が難しい 4 医師、PT・OT・ST等との連携が難しい 5 個々人に有効な機能訓練のプログラムの提供が難しい 6 入居者の重度化等により、機能訓練のプログラムの実施が難しい 7 その他 (具体的: _____) 8 特にない</p>

問9. 2021年9月の貴住宅の下記の加算の算定状況についてお伺いいたします。

(1) 特定施設のみ回答

加算の種類	算定の有無
1) 夜間看護体制加算：10 単位／日	1. ない 2. ある
2) 生活機能向上連携加算（Ⅰ）：100 単位／月（3月に1回を限度）	1. ない 2. ある
3) 生活機能向上連携加算（Ⅱ）：200 単位／月	1. ない 2. ある
4) 個別機能訓練加算（Ⅰ）：12 単位／日	1. ない 2. ある
5) 個別機能訓練加算（Ⅱ）：20 単位／日	1. ない 2. ある
6) 医療機関連携加算：80 単位／月	1. ない 2. ある
7) 科学的介護推進体制加算：40 単位／月	1. ない 2. ある
8) ADL 維持等加算（Ⅰ）：30 単位／月	1. ない 2. ある
9) ADL 維持等加算（Ⅱ）：60 単位／月	1. ない 2. ある
10) 入居継続支援加算（Ⅰ）：36 単位／日	1. ない 2. ある
11) 入居継続支援加算（Ⅱ）：22 単位／日	1. ない 2. ある
12) 退院退所時連携加算：30 単位／月	1. ない 2. ある
13) 看取り介護加算（Ⅰ）	1. ない 2. ある
14) 看取り介護加算（Ⅱ）	1. ない 2. ある

(2) 認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）のみ回答

加算の種類	算定の有無
1) 夜間支援体制加算（Ⅰ）：50 単位／日	1. ない 2. ある
2) 夜間支援体制加算（Ⅱ）：25 単位／日	1. ない 2. ある
3) 医療連携体制加算（Ⅰ）：39 単位／日	1. ない 2. ある
4) 医療連携体制加算（Ⅱ）：49 単位／日	1. ない 2. ある
5) 医療連携体制加算（Ⅲ）：59 単位／日	1. ない 2. ある
6) 生活機能向上連携加算Ⅰ：100 単位／月（3月に1回を限度）	1. ない 2. ある
7) 生活機能向上連携加算Ⅱ：200 単位／月	1. ない 2. ある
8) 科学的介護推進体制加算：40 単位／月	1. ない 2. ある
9) 看取り介護加算（Ⅰ）	1. ない 2. ある
10) 看取り介護加算（Ⅱ）	1. ない 2. ある

問 10. 貴住宅の医療処置や看取りに関する取組についてお伺いします。

<p>1) 医療処置の対応方針 (最も近いものに○は1つだけ)</p>	<p>1 24時間の看護対応や医療処置を必要とする人（痰の吸引、人工呼吸器の管理、急変の可能性のある看取り期等）も受け入れている</p> <p>2 日中、住宅職員や外部の医療機関の医師・看護師等で対応可能な医療処置の人であれば受け入れている</p> <p>3 入居者の傷病、医療処置の内容等によって、個別に判断して、対応可能と判断すれば受け入れている</p> <p>4 住宅であり、医療処置を必要とする人の受け入れは原則、難しく、医療処置が必要になった場合、退居していただく</p> <p>5 その他</p>
<p>2) 看取りの対応方針 (○は1つだけ)</p>	<p>1 「ホームで亡くなりたい」という希望があれば、原則受け入れている</p> <p>2 原則的に受け入っていない</p>
<p>【2）で、「1 原則受け入れている」と回答した住宅もお答えください】</p> <p>3) 貴住宅内で看取りを行えない入居者への医療機関・施設・住宅の紹介 (あてはまるものすべてに○)</p>	<p>1 同一法人・系列法人の看取りを行う医療機関・施設・住宅を紹介する</p> <p>2 同一法人・系列法人ではないが、あらかじめ連携している、看取りを行う医療機関・施設・住宅を紹介する</p> <p>3 1,2以外の看取りを行う医療機関・施設・住宅を紹介する</p> <p>4 紹介は行っていない</p>
<p>4) 看取りのケアを住宅内で行う上での課題 (あてはまるものすべてに○)</p>	<p>1 夜間に看護職員がおらず、急変時や医療行為に対応できない</p> <p>2 住宅内での看取りに関して介護職員の経験が不足している</p> <p>3 住宅内での看取りに関して看護職員の経験が不足している</p> <p>4 本人、家族等の意見が一致しないケースがある</p> <p>5 死亡に関して、住宅が責任を問われるリスクがある</p> <p>6 看取り以前に、ADLが低下する等、重度化した際、そもそも入居の継続が難しい</p> <p>7 重度化した際、対応できるよう、住宅がバリアフリー化されていない</p> <p>8 その他</p>
<p>5) 2025年を見据えた今後の看取りへの意識 (○は1つだけ)</p>	<p>1 今後、積極的に看取りを行っていきたい</p> <p>2 今後、看取りを行っていかなければならないと思う</p> <p>3 今後、看取りを行う必要性は感じていない</p> <p>4 その他（具体的に)</p>

問 1 1. 貴住宅における外部の医療機関・訪問看護ステーションとの連携等についてお伺いいたします。

◇ 医療機関	
1) 協力医療機関の有無 ※入居者の主治医がいる医療機関 (○は1つだけ)	1 ある 2 ない 3 住宅では主治医を把握していない
【問 11-1)が「1 ある」のみ】 2) 協力医療機関の種類と箇所数 (あてはまるものすべてに○をつけて数字を記入)	1 在宅療養支援病院 (箇所) 2 その他の病院 (箇所) 3 在宅療養支援診療所 (箇所) 4 その他の一般診療所 (箇所)
【2)で「2 その他の病院」、「4 その他の一般診療所」を選んだ場合】 2)-1 病院・診療所は 24 時間対応か (○は1つだけ)	1 すべて 24 時間対応である 2 一部 24 時間対応である 3 すべて 24 時間対応ではない
3) 協力医療機関は貴住宅と同一法人・系列法人のものか (○は1つだけ)	1 すべて同一法人・系列法人内である 2 一部同一法人・系列法人内である 3 すべて同一法人・系列法人内ではない
4) 協力医療機関は貴住宅と併設または隣接しているか (○は1つだけ)	1 すべて併設または隣接している 2 一部併設または隣接している 3 すべて併設も隣接もしていない
◇ 訪問看護ステーション	
5) 連携している訪問看護ステーションの有無と数 (数字を記入) (○は1つだけ)	1 ある (箇所) 2 ない 3 個人の居宅サービスのため住宅では把握していない
【5)が「1 ある」のみ】 5)-1 連携している訪問看護ステーションは 24 時間対応か (○は1つだけ)	1 すべて 24 時間対応である 2 一部 24 時間対応である 3 すべて 24 時間対応ではない
【5)が「1 ある」のみ】 5)-2 連携している訪問看護ステーションは 貴住宅と同一法人・系列法人のもの (○は1つだけ)	1 すべて同一法人・系列法人内である 2 一部同一法人・系列法人内である 3 すべて同一法人・系列法人内ではない
【5)が「1 ある」のみ】 5)-3 連携している訪問看護ステーションは 貴住宅の併設または隣接か (○は1つだけ)	1 すべて併設または隣接している 2 一部併設または隣接している 3 すべて併設も隣接もしていない

問 1 2. 貴住宅における訪問看護に関する業務委託契約についてお伺いいたします。

※2021年9月時点

<p>1) 貴住宅は、訪問看護について、事業所として、訪問看護ステーションや医療機関と「業務委託契約」を結んでいますか (あてはまるものすべてに○) ※業務委託契約：医療保険、介護保険外の事業所や居住者の費用負担によるサービス</p>	<p>1 訪問看護ステーションと契約している 2 医療機関と契約している 3 契約していない 4 入居者個人で契約して利用する事例はある 5 その他</p>
<p>2) 貴住宅が、訪問看護について、事業所として、訪問看護ステーションや医療機関と「業務委託契約」を結んでいる場合の契約業務 (あてはまるものすべてに○)</p>	<p>1 健康管理 2 医療処置の実施 3 機能訓練の実施 4 リハビリテーションの実施 5 住宅職員への相談・助言指導 6 協力医療機関や主治医への報告・連携 7 認知症の入居者への対応 8 急変時、看取り期の対応 9 記録の作成 10 その他</p>

問 1 3. 貴住宅における訪問リハビリテーションに関する業務委託契約についてお伺いいたします。

※2021年9月時点

<p>1) 貴住宅は、訪問リハビリテーションについて、事業所として、訪問リハビリテーション事業所や医療機関と「業務委託契約」を結んでいますか (あてはまるものすべてに○) ※業務委託契約：医療保険、介護保険外の事業所や居住者の費用負担によるサービス</p>	<p>1 訪問リハビリテーション事業所と契約している 2 医療機関と契約している 3 契約していない 4 入居者個人で契約して利用する事例はある 5 その他</p>
<p>2) 貴住宅が、訪問リハビリテーションについて、事業所として、訪問リハビリテーション事業所や医療機関と「業務委託契約」を結んでいる場合の契約業務 (あてはまるものすべてに○)</p>	<p>1 健康管理 2 医療処置の実施 3 機能訓練の実施 4 リハビリテーションの実施 5 住宅職員への相談・助言指導 6 協力医療機関や主治医への報告・連携 7 認知症の入居者への対応 8 急変時、看取り期の対応 9 記録の作成 10 その他</p>

問14. 貴住宅における医療提供の対応可否についてお伺いします。

(各医療行為について、対応の方針に最も近いものの1つに○)	a. 対応不可	b. 外部の医療機関・訪問看護ステーションの職員が対応可能	c. 内部の職員が医師の指示にもとづいて対応可能
1 褥瘡予防・処置	a	b	c
2 点滴	a	b	c
3 抗生剤の点滴	a	b	c
4 血糖測定	a	b	c
5 インスリン注射	a	b	c
6 胃ろう・腸ろうの管理	a	b	c
7 経鼻経管栄養の管理	a	b	c
8 中心静脈栄養の管理	a	b	c
9 (膀胱留置カテーテル等の) カテーテルの管理	a	b	c
10 透析の管理 (在宅自己腹膜灌流を含む)	a	b	c
11 酸素療法	a	b	c
12 レスピレータ (人工呼吸器) の管理	a	b	c
13 気管切開の管理	a	b	c
14 喀たん吸引	a	b	c
15 人工の膀胱・人工肛門の管理	a	b	c
16 抗がん剤の投与	a	b	c
17 疼痛の管理 (麻薬を使用しない)	a	b	c
18 疼痛の管理 (麻薬を使用)	a	b	c

問15. 貴住宅の退居者数と転帰について

2020年10月～2021年9月の12カ月間に退居された人数と転帰の内訳 (実人数)

※数字を記入

退居者数		人		
転 帰 内 訳	1 救急搬送後、退居	人	2 入院 ※入院後、死亡を含む	人
	3 特別養護老人ホーム	人	4 介護医療院・介護療養型病床	人
	5 他の特定施設・高齢者向け住宅	人	6 自宅	人
	7 貴住宅で死亡	人	8 その他	人

問16. 問15でご回答いただいた、2020年10月～2021年9月の12カ月間の退居者のうち、直近の方3人について、退居時の傷病、心身状況、必要としていた医療処置をご回答ください。 ※複数項目に該当する場合、それぞれの項目に○をしてください。

(各項目、各人に該当するものに○)		1人目	2人目	3人目
1) 死亡退居か否か	貴住宅で死亡された場合、欄に○			
2) 退居の原因となった傷病	1 がん			
	2 脳卒中			
	3 心疾患			
	4 肺炎			
	5 骨折			
	6 その他			
	7 退居の原因と傷病は特に関係ない			
3) ADL・IADL	1 立位が取れない			
	2 座位が取れない			
	3 歩行に介助が必要			
	4 排せつが全介助			
	5 入浴が全介助			
4) 認知機能	1 意思の表明が難しい			
	2 職員等とコミュニケーションが難しい			
	3 著しい認知症の中核症状			
	4 著しい認知症の行動・心理症状			
5) 医療処置	1 喀たん吸引			
	2 経鼻経管栄養の管理			
	3 胃ろう・腸ろうの管理			
	4 点滴			
	5 カテーテルの管理			
	6 中心静脈栄養の管理			
	7 酸素療法			
	8 人工呼吸器の管理			
	9 気管切開の管理			
	10 人工の膀胱・肛門の管理			
	11 疼痛の管理 (麻薬含まず)			
	12 疼痛の管理 (麻薬含む)			
	13 抗がん剤の投与			
	14 褥瘡処置			
	15 血糖測定			
	16 インスリン注射			
	17 抗生剤の点滴			
	18 透析の管理			
	19 看取りのケア			

問17. 高齢者住宅は、入居者の加齢にともない重度化し、医療処置を必要とする人が増えています。現在、「特定施設入居者生活介護の指定を受けた特定施設」、「認知症グループホーム」では、介護報酬上、入居者は介護保険の訪問リハビリテーション・訪問看護等の医療系サービスを算定できません。このことについて、ご意見があれば自由にご記入ください。

- 設問はこれで終了です。同封の封筒のうち、返信用封筒に本調査票と入居者票を封入し、ご返送ください。切手は不要です。

【入居者票】

※入居者1人につき、横方向の一行で、下記の回答欄にご記入ください。あいうえお順で最も早い方から5人を抽出してください。5人未満の場合は、全員分の記入をお願いします。

※2021年9月30日現在の状況についてご回答ください。

※貴住宅で、本人の傷病、障害等を把握されていない場合、可能であれば、連携医療機関の医療職にご確認いただき、回答をお願いいたします。ご確認いただくことが難しい場合などは、選択肢の「不明」を選択してください。

※年齢の設問の()内には、数値をご回答ください。問1以降の設問については、選択肢の番号を記入し、該当するものがない場合、「-」をご記入ください。

番号	年齢	問1_要介護度 【1つ】	問2_障害高齢者の日常生活自立度 【1つ】	問3_認知症高齢者の日常生活自立度 【1つ】	問4_現在の受診状況 【最も近いもの1つ】	問5_治療や経過観察中の傷病 【あてはまる番号をすべて記入】		問6_有している障害 【あてはまる番号をすべて記入】	問7_機能訓練や支援、リハビリテーションを必要とするADL、IADL 【あてはまる番号をすべて記入】	問8_必要とする医療処置等 【あてはまる番号をすべて記入】		問9_意思決定の状況 【最も近い番号を1つ】
		1:要支援1 2:要支援2 3:要介護1 4:要介護2 5:要介護3 6:要介護4 7:要介護5 8:自立 9:不明	1:自立 2:J1 3:J2 4:A1 5:A2 6:B1 7:B2 8:C1 9:C2 10:不明	1:自立 2:I 3:IIa 4:IIb 5:IIIa 6:IIIb 7:IV 8:M 9:不明	1:通院(一人で通院) 2:通院(家族や外部事業所に付き添いを依頼) 3:通院(別途料金なしで住宅職員が付き添う) 4:通院(別途料金にて住宅職員が付き添う) 5:訪問診療(介助や交通手段があれば通院は可能) 6:訪問診療(通院が不可能なため) 7:入院中(1週間未満見込み) 8:入院中(1週間以上見込み) 9:その他	■内科系の傷病 1:高血圧 2:糖尿病 3:認知症 4:精神疾患 5:褥瘡 6:脳卒中 7:虚血性心疾患 8:慢性閉塞性肺疾患(COPD) 9:悪性腫瘍(末期以外) 10:悪性腫瘍(末期) 11:進行性の神経難病(パーキンソン病、ALS等) 12:肺炎、加齢等による廃用症候群	■外科系の傷病 13:変形性関節症 14:大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の骨折 15:下腿以下の足関節・足指の骨折、捻挫 16:腕・手指・鎖骨・肋骨等の骨折、捻挫 17:外科手術等の治療時の安静による廃用症候群 18:その他 19:いずれもなし 20:不明	■運動障害等 1:片麻痺 2:四肢麻痺 3:対麻痺 4:運動失調 5:呼吸障害 6:循環障害 7:筋力や耐久性の低下 8:関節可動域制限・関節拘縮 9:構音障害 ■感覚・認知症・高次脳機能障害・摂食嚥下障害等 10:感覚障害 11:認知症 12:失語症 13:摂食嚥下障害 14:癌性疼痛 15:運動器の疼痛 16:いずれもなし 17:不明	■ADL 1:歩行・移動 2:姿勢の保持 3:姿勢の変換 4:移乗 5:入浴 6:整容 7:トイレ動作 8:食事 ■IADL 9:食事の用意・片付け 10:洗濯 11:掃除・整頓 12:家や庭の手入れ 13:買い物 14:交通手段の利用 15:コミュニケーション 16:家族や地域との交流 17:趣味・社会活動 18:日課の遂行 19:健康管理 20:自己決定・意思決定 21:いずれもなし 22:不明	1:バイタルチェック 2:服薬支援 3:栄養管理 4:口腔ケア 5:褥瘡予防・処置 6:点滴 7:抗生剤の点滴 8:血糖測定 9:インスリン注射 10:胃ろう・腸ろうの管理 11:経鼻経管栄養の管理 12:中心静脈栄養の管理 13:(膀胱留置カテーテル等の)カテーテルの管理	14:透析の管理(在宅自己腹膜灌流を含む) 15:酸素療法 16:レスピレータ(人工呼吸器)の管理 17:気管切開の管理 18:喀たん吸引 19:人工膀胱・人工肛門の管理 20:抗がん剤の投与 21:疼痛の管理(麻薬を使用しない) 22:疼痛の管理(麻薬を使用) 23:看取りのケア 24:いずれもなし 25:不明	1:本人が決めている 2:本人と家族等で決めている 3:本人の判断能力は低下しており家族等、医療・ケアチームで決めている 4:本人の判断能力は低下し、家族等もいないため、医療・ケアチームで話し合っている 5:その他
記入例	(88)歳	5	7	6	4	3, 6, 8		1, 8, 9, 11, 12	1, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 15, 19	1, 2, 3, 4		3
1	()歳											
2	()歳											
3	()歳											
4	()歳											
5	()歳											

裏面に続きます→

(裏面)

	問 10_本人のケア・マネジメント、 ケアプランの目標 (2021年9月30日時点) 【あてはまる番号をすべて記入】	問 11_利用している医療保険・ 介護保険サービス・自費サービス (2021年9月の1カ月の利用状況) 【あてはまる番号をすべて記入】	問 12_訪問リハ ビリテーション を受けている場 合、その期間 【1つ記入】	付問 12-1_訪問リ ハビリテーション を受けている場 合、原因の主傷病 【問5の治療や経 過観察中の傷病 から1つ記入】	付問 12-2_訪問リ ハビリテーション を受けている場 合、主傷病を 発症してからの 期間 【1つ記入】	問 13_訪問看護を 受けている場合、 その期間 【1つ記入】	付問 13-1_訪問看 護を受けている場 合、原因の主傷病 【問5の治療や経 過観察中の傷病 から1つ記入】	付問 13-2_訪問 看護を受けている 場合、主傷病を 発症してからの 期間 【1つ記入】	問 14_現時点での、 今後の入居継続の見 込み 【あてはまる番号を すべて記入】
番号	<p>■機能回復・維持・生活維持</p> <p>1:急性期疾患の療養支援 2:慢性疾患の管理、予防 3:骨折等のケガの療養支援 4:全身の健康状態の管理（フレイル、感染症等の予防） 5:歩行訓練、転倒・骨折予防 6:関節可動域の維持・関節拘縮予防 7:栄養指導・管理 8:口腔指導、咀嚼・嚥下機能の維持 9:認知機能の維持・低下予防 10:トイレに行くことの継続 11:風呂に入ることの継続 12:看取りケア</p> <p>■社会参加</p> <p>13:趣味活動の継続 14:社会活動の継続（役割の創出） 15:社会活動の継続（外出の継続） 16:農作業・家事等の継続 17:芸術・創作活動の継続 18:家族との交流の継続 19:地域交流、ピア活動の継続 20:その他</p>	<p>1:通所リハビリテーション（医療保険） 2:訪問リハビリテーション（医療保険）※ 3:訪問看護（医療保険）※ 4:事業者・本人の費用負担による訪問リハビリテーション 5:事業者・本人の費用負担による訪問看護 ※急性増悪等により、一時的に必要な場合に実施するもの</p> <p>6:訪問介護（介護保険） 7:訪問入浴介護（介護保険） 8:訪問看護（介護保険） 9:訪問リハビリテーション（介護保険） 10:居宅療養管理指導（介護保険:医師による） 11:居宅療養管理指導（介護保険:看護師による） 12:通所介護（介護保険） 13:通所リハビリテーション（介護保険） 14:定期巡回・随時対応型訪問介護看護（介護保険） 15:小規模多機能型居宅介護（介護保険） 16:看護小規模多機能型居宅介護（介護保険） 17:その他訪問系・通所系のサービス（介護保険） 18:いずれもなし 19:不明</p>	<p>1:3カ月未満 2:3～6カ月未満 3:6～12カ月未満 4:12～24カ月未満 5:24カ月以上 6:不明</p>	前頁、問5の選択肢1～20	<p>1:3カ月未満 2:3～6カ月未満 3:6～12カ月未満 4:12～24カ月未満 5:24カ月以上 6:不明</p>	<p>1:3カ月未満 2:3～6カ月未満 3:6～12カ月未満 4:12～24カ月未満 5:24カ月以上 6:不明</p>	前頁、問5の選択肢1～20	<p>1:3カ月未満 2:3～6カ月未満 3:6～12カ月未満 4:12～24カ月未満 5:24カ月以上 6:不明</p>	<p>1:今後も継続で入居予定である 2:看取り期にあり、住宅で看取る予定 3:医療処置が必要なため退居を検討している 4:リハビリが必要なため退居を検討している 5:申込中の他施設に空きが生じれば転居する（他施設の入居待ちである） 6:上記以外の理由（経済面等）のため退居を検討している 7:その他 8:不明</p>
記入例	5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 18	9, 12	5	6	5	-	-	-	1
1									
2									
3									
4									
5									

ご記入ありがとうございました。

不許複製 禁無断転載

令和3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）
居住系サービス等における医療ニーズの調査研究事業
報告書

発行日 2022年3月

発行者 公益社団法人全日本病院協会

住 所 〒101-8378

東京都千代田区神田猿樂町2-8-8 住友不動産猿樂町ビル 7F

電話 03-5283-7441（代）