

令和元年度 老人保健事業推進費等補助金

老人保健健康増進等事業

介護老人福祉施設における看取りの あり方に関する調査研究事業

報告書

令和2(2020)年3月



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

介護老人福祉施設における看取りのあり方に関する調査研究事業

報 告 書

■ ■ 目 次 ■ ■

第1章 事業実施概要.....	1
1. 目的	1
2. 調査実施概要	1
(1) 郵送調査.....	1
(2) ヒアリング調査.....	2
3. 事業実施体制	3
(1) 構成メンバー	3
(2) 調査研究委員会開催日程	3
第2章 郵送調査の結果.....	4
1. 回収状況	4
2. 施設票の結果	5
(1) 施設の概要.....	5
1) 基本情報	5
2) 併設・隣接医療機関等の状況.....	9
(2) 職員体制.....	13
1) 配置医師数.....	13
2) 平均的な1か月の医師の延べ勤務時間	14
3) 配置医師の定期診療日	15
4) 医師の勤務時間以外における対応.....	15
5) 配置医師との取り決めの有無.....	17
6) 医師が不在の場合、入所者の緊急時の医師との連携方法.....	17
7) 配置医師が対応困難な場合、連絡対応・訪問可能な医師の有無.....	21
8) 協力医療機関数	21
9) 主たる協力医療機関の種類	22
10) 協力歯科医療機関の有無	23
11) 職員体制(短期入所生活介護を除く)	23
12) 介護職員の採用・離職状況(実人数)(短期入所生活介護を除く).....	26
13) 看護職員の採用・離職状況(実人数)	28
14) 看護職員が必ず1人以上勤務している時間帯(平日)	30
15) 夜間の看護体制	31
16) 24時間対応の訪問看護ステーションとの連携	32

17) 夜間の医療対応について、たんの吸引ができる職員の有無	33
(3) 入所者の状況等	35
1) 居室へのトイレの設置状況	35
2) 要介護度別入所者数	36
3) 認知症高齢者日常生活自立度別入所者数	37
4) 年齢階級別入所者数	39
5) 医療処置を要する入所者数	39
6) 医療等の利用状況 (2019 年 6 月分)	42
7) 介護保険の利用者負担の割合	43
8) 生活保護を受給している入所者数	44
9) 介護保険料の負担段階	45
(4) 各種加算の算定状況 (2019 年 6 月分の状況)	45
1) サービス提供体制強化加算の算定状況	45
2) 日常生活継続支援加算の算定状況	46
3) 看護体制加算の算定状況	48
4) 夜勤職員配置加算の算定状況	50
5) 認知症専門ケア加算の算定状況	51
6) 認知症行動・心理症状緊急対応加算の算定状況	52
7) 若年性認知症入所者受入加算の算定状況	53
8) 看取り介護加算の算定状況	54
9) 配置医師緊急時対応加算の算定回数	57
10) 介護職員処遇改善加算の算定状況	57
11) その他の加算の算定状況	58
(5) 新規入所者の状況 (2019 年 1 月 1 日～6 月 30 日)	59
(6) 退所者の状況	60
(7) 死亡による契約終了の場合の逝去の状況	61
1) 一部の入所者について、看取り介護加算を算定しない場合の理由	66
(8) 施設における看取りの取組や本人、家族等の意思確認の状況	67
1) 看取りの受け入れ方針	67
2) 看取りを受け入れられないことがある場合の理由	69
3) 看取り指針の有無	73
4) 看取りマニュアルの有無	74
5) 本人、家族等に対して、最期を過ごす場所や看取り介護、医療等について説明するための資料準備の有無	76
6) 看取りに関する研修の有無	77
7) 人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等へ説明し、本人の意思の確認または、推定を行っているか	79

8) 人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と施設関係者が集まって話し合いを行うかどうか.....	80
9) 他医療機関・施設等へ移る際に、人生の最終段階における医療・ケアについて本人、家族等で話し合った内容の引き継ぎの有無.....	84
10) 他の医療機関、施設等から、貴施設に入所する際に、入所前の施設において人生の最終段階における医療・ケアについて本人、家族等で話し合った内容の引き継ぎの有無.....	84
11) 本人が意思決定できなくなった場合に備えて、どのような医療・ケアを受けたいのか、あるいは受けたくないのかをあらかじめ記載する書面（事前指示書）の有無.....	85
12) 本人が医療・ケアの選択について意思決定できなくなった場合に備えて、本人の意思を推定できる人の確認の有無.....	86
13) 看取りの進め方について、本人・家族等へ説明し、本人の意思を確認または、推定しているか.....	88
14) （看取りの進め方についての）説明や本人の意思の確認または推定を行う対象.....	89
15) 実施した看取り介護の振り返りの有無（過去1年以内）.....	90
16) 指針や実施体制の見直しの有無（過去1年以内）.....	91
17) 看取りに関する一連の動きを主導（マネジメント）する職種.....	92
18) 看取りの際に原則配置医師が行っている事柄.....	93
19) 看取りケアにおける課題.....	95
20) 2019年7月に施設内で看取った人の有無.....	96
(9) 参考:看取り率について.....	97
3. 死亡者票の結果.....	100
(1) 死亡者の基本情報.....	100
1) 在所期間.....	100
2) 性別.....	102
3) 年齢.....	102
4) 入所時の要介護度.....	103
5) 死亡時の要介護度.....	103
6) 死亡時の認知症高齢者の日常生活自立度.....	104
7) 有している疾患（既往歴）.....	105
8) 身元引受人.....	105
9) 施設の看取り指針についての入所時の説明の有無.....	106
10) 入所時から看取りを見据えた話し合いの有無.....	107
11) 医師に医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断され、医師等と本人、家族等が協議し看取りでの対応を行うことを決定した時期.....	107

(2) 看取りの状況	108
1) 死因	108
2) 訪問診療（配置医師以外による計画的な診療）の利用の有無	108
3) 亡くなる前 2 週間に悪化した症状	109
4) 亡くなる前 2 週間に実施したケア	111
5) 亡くなる前 2 週間に中止・減量した処置.....	112
6) 看取りの進め方について、本人、家族等へ説明し、本人の意思の確認または推定の有無	113
7) 看取りの進め方に関する説明や、本人の意思の確認または推定を行った対象	113
8) 看取りの進め方について、本人、家族等と施設関係者が集まっての話し合いの実施の有無	114
9) 看取り介護計画書作成の有無.....	118
10) 本人の状態に応じ、職種間で情報共有等を行いながら看取りの進め方や計画内容の変更をしたか.....	118
11) 本人が意思決定できなくなった場合に備えて、どのような医療・ケアを受けたいのか、あるいは受けたくないのかをあらかじめ記載する書面（事前指示書）の使用の有無	119
12) 本人が医療・ケアの選択について意思決定できなくなった場合に備えて、本人の意思を推定できる人の確認しかた	119
13) 看取りに関する家族等との合意	120
14) 看取り時の立ち会い者.....	121
15) 施設側からみた看取り結果に対する評価.....	122
16) 看取り後に、本事例に関わった職員による看取り介護の振り返りの有無	123
17) 指針や実施体制の見直しの有無	123
18) 看取り介護加算の算定の有無.....	124
19) 看取り介護加算を算定できなかった理由	125
第3章 ヒアリング調査結果.....	126
1. ヒアリングの要約	126
2. ヒアリングメモ	135
(1) A施設	135
(2) B施設.....	138
(3) C施設.....	141
(4) D施設.....	144
第4章 まとめ	147
(1) 施設票の結果.....	147

(2) 死亡者票の結果.....	151
(3) ヒアリングまとめ.....	153

調査票

第1章 事業実施概要

1. 目的

「終の棲家」としての役割が浸透している介護老人福祉施設においては、施設内での看取りも一般的になってきている。平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究「介護老人福祉施設における医療的ケアの現状についての調査研究事業」によれば、介護老人福祉施設の看取りの方針として、「希望があれば施設内で看取る」が78.0%、「原則、病院等に移す」が16.3%であった。ターミナルケアにおける課題としては、「介護職員の知識・技術の向上」や「配置医との関係強化」「夜間、休日の職員体制充実」「家族へのケア」といった点が挙げられていたところである。看取り期には頻回な観察、たんの吸引、点滴、酸素療法といった医療的ケアがその前の時期に比べて高くなっていることも明らかになっている。

ただこういった処置、課題等への対応も必要であるが、それ以上に、入所者の「自分らしい最期」を支援するため本人等の意思決定を基本とした看取りケアを進めることができているか、といった視点で介護老人福祉施設の看取りのあり方について、見直すことも重要であると考えられるところである。

厚生労働省では、平成30年3月に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」が改訂されてもおり、本事業では、介護老人福祉施設において看取りの方針や、看取りに向けての体制について調査する。また、認知症を有する入所者の増加や、医療的ケアのニーズも一層高まる中、特に、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに焦点をあて、最期の過ごし方についての本人の意思確認の状況、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の実施・活用状況、取組事例等について実態調査を行い、ターミナルケア・看取りの在り方について検討するための資料を作成することを目的とした。

2. 調査実施概要

全国の介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設を対象に郵送調査を行った。また、郵送調査の結果を補足するためにヒアリング調査を行った。

郵送調査では施設全体での方針や実態等を把握する調査票（施設票）に加えて、個別の事例を詳しく把握する事例票（死亡者票）の2部構成での調査を実施することで、ターミナルケア・看取りの具体的・詳細な事例を収集した。

（1）郵送調査

○調査の視点

- ・看取りの方針・体制、実施状況
- ・報酬改定の影響（平成30年度看取り関連加算の評価）

・特にACPに基づく支援状況

○調査方法：調査紙を用いた郵送調査

○対象施設：全国の介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設から無作為に抽出した1,500施設

○利用者個票の対象：上記、対象施設に入所する利用者のうち、2019年7月の死亡者で、直近で亡くなった1例

○調査期間：令和元年8月1日～8月22日を調査期間とした。

その後、再度のお願い状を送付、9月5日まで締切を延長し、実際には9月11日当社到着分までを有効票とし、集計対象とした。

○主な調査項目

【施設票】

1. 施設の概要
2. 入所者の状況
3. 各種加算の算定状況
4. 入退所の状況
5. 施設における看取りの取組や本人、家族の意思確認の状況

【死亡者票】

1. 死亡者の基本情報
2. 看取りの状況

(2) ヒアリング調査

○調査の視点：認知症を有する人が多い中での本人の意思確認の進め方、状態の違いによる対応の違い、家族との相談の進め方、ACPの実施・活用状況等について、郵送調査を補足し、課題等を抽出するものとする。

○対象施設：縁故法により抽出した4施設

○調査方法：訪問ヒアリング

○調査時期：令和2年1月～2月

3. 事業実施体制

事業の進め方や調査票の設計及び分析結果について検討するために、調査研究委員会を設置した。調査研究委員会の構成メンバーは、以下の通り。

(1) 構成メンバー

(敬称略、五十音順)

(○：委員長)

【委員】

- 井上 由起子 日本社会事業大学専門職大学院 教授
窪田 里美 特別養護老人ホーム味酒野ていれぎ荘 施設長
斉藤 克子 医療法人真正会 霞ヶ関南病院 副理事長
島田 千穂 東京都健康長寿医療センター研究所
福祉と生活ケア研究チーム
介護・エンドオブライフ研究 研究副部長
田口 将人 和光会グループ 介護事業本部 本部長
福井 小紀子 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 教授

【オブザーバー】

藤原 里美 厚生労働省老健局高齢者支援課 主査

【事務局】 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

星芝 由美子 社会政策部 主任研究員
谷川 香織 経済政策部 研究員
吉竹 一将 経営コンサルティング第一部 チーフコンサルタント
大八木 啓 経営コンサルティング第一部 ビジネスアナリスト

(2) 調査研究委員会開催日程

回	日程	主な議題
第1回	2019年7月22日	・事業の進め方の検討 ・調査票案の検討
第2回	2019年11月15日	・郵送調査の速報値報告と追加分析についての検討 ・ヒアリングの進め方の検討
第3回	2020年3月27日	・ヒアリング結果の報告 ・郵送調査の追加分析結果の報告 ・報告書案の検討

第2章 郵送調査の結果

本章では、郵送調査の結果を示す。調査の結果をみていくにあたり、過去の類似調査との比較を行った。過去調査については、株式会社野村総合研究所「平成29年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」の結果を示している。

ただし、本調査では、看取り介護だけでなく、人生の最終段階における医療・ケア（本調査においては、看取りのみならず、看取りの前段階の時期を含めた医療・ケアをいう）についても調査項目を設けており比較の読み取り方に留意が必要である。

1. 回収状況

調査票の回収数は以下の通りであった。

発送数：1,500 通

有効回収数：488 通（施設票 488 件、死亡者票 173 件）

有効回収率：32.5%

2. 施設票の結果

(1) 施設の概要

1) 基本情報

① 所在地

施設の所在地は、「東京都」が6.1%、「北海道」が4.5%、「福岡県」が4.3%であった。

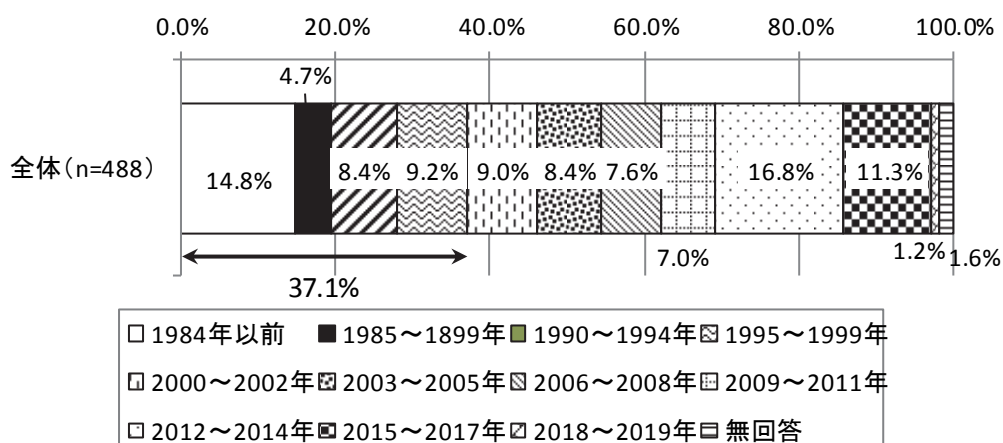
図表2-1 所在地(n=488)(問1)

都道府県	発送数		回収数		回収率 (回収数÷ 発送数)	都道府県	発送数		回収数		回収率 (回収数÷ 発送数)
		構成比		構成比				構成比		構成比	
北海道	70	4.7%	22	4.5%	31.4%	滋賀県	18	1.2%	6	1.2%	33.3%
青森県	20	1.3%	7	1.4%	35.0%	京都府	30	2.0%	12	2.5%	40.0%
岩手県	25	1.7%	15	3.1%	60.0%	大阪府	78	5.2%	12	2.5%	15.4%
宮城県	32	2.1%	11	2.3%	34.4%	兵庫県	63	4.2%	10	2.0%	15.9%
秋田県	22	1.5%	9	1.8%	40.9%	奈良県	16	1.1%	4	0.8%	25.0%
山形県	23	1.5%	10	2.0%	43.5%	和歌山県	17	1.1%	6	1.2%	35.3%
福島県	28	1.9%	8	1.6%	28.6%	鳥取県	8	0.5%	0	0.0%	0.0%
茨城県	43	2.9%	15	3.1%	34.9%	島根県	16	1.1%	3	0.6%	18.8%
栃木県	31	2.1%	10	2.0%	32.3%	岡山県	34	2.3%	11	2.3%	32.4%
群馬県	34	2.3%	8	1.6%	23.5%	広島県	37	2.5%	10	2.0%	27.0%
埼玉県	65	4.3%	19	3.9%	29.2%	山口県	23	1.5%	9	1.8%	39.1%
千葉県	64	4.3%	19	3.9%	29.7%	徳島県	12	0.8%	3	0.6%	25.0%
東京都	81	5.4%	30	6.1%	37.0%	香川県	14	0.9%	5	1.0%	35.7%
神奈川県	65	4.3%	15	3.1%	23.1%	愛媛県	21	1.4%	8	1.6%	38.1%
新潟県	46	3.1%	18	3.7%	39.1%	高知県	10	0.7%	1	0.2%	10.0%
富山県	16	1.1%	11	2.3%	68.8%	福岡県	59	3.9%	21	4.3%	35.6%
石川県	17	1.1%	7	1.4%	41.2%	佐賀県	10	0.7%	3	0.6%	30.0%
福井県	15	1.0%	5	1.0%	33.3%	長崎県	24	1.6%	9	1.8%	37.5%
山梨県	16	1.1%	5	1.0%	31.3%	熊本県	33	2.2%	17	3.5%	51.5%
長野県	34	2.3%	13	2.7%	38.2%	大分県	19	1.3%	8	1.6%	42.1%
岐阜県	25	1.7%	11	2.3%	44.0%	宮崎県	17	1.1%	7	1.4%	41.2%
静岡県	42	2.8%	18	3.7%	42.9%	鹿児島県	30	2.0%	9	1.8%	30.0%
愛知県	57	3.8%	19	3.9%	33.3%	沖縄県	11	0.7%	2	0.4%	18.2%
三重県	29	1.9%	7	1.4%	24.1%	全体	1,500	100.0%	488	100.0%	32.5%

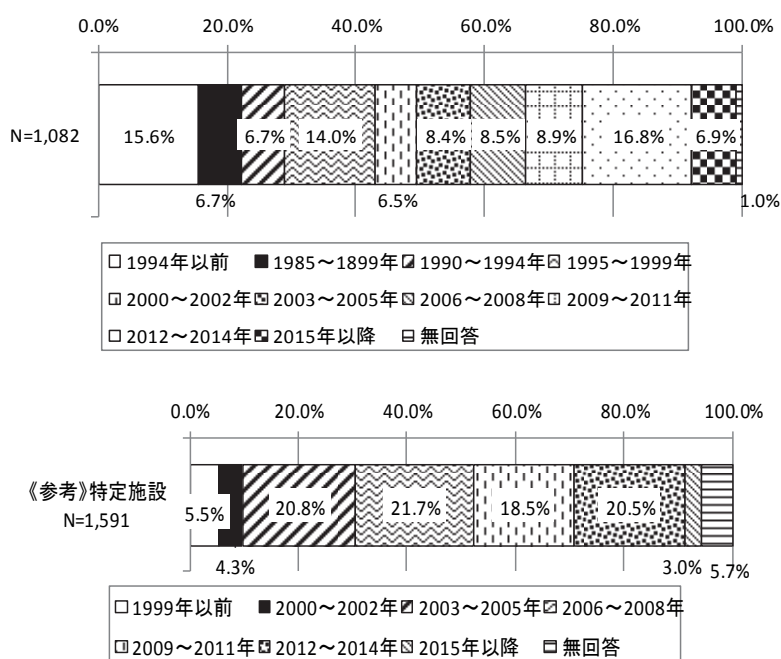
② 開設年

開設年は、「1999 年以前」が 37.1%、「2012 年～2014 年」が 16.8%、「2015 年～2017 年」が 11.3%であった。

図表2-2 開設年(n=488)(問 2)



(参考) 平成 29 年度 調査結果

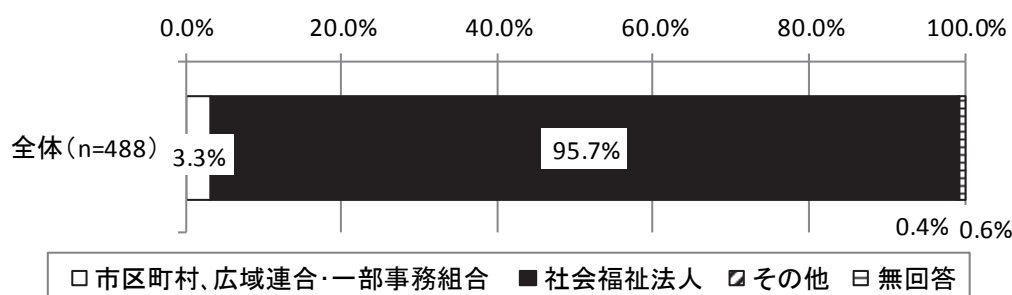


出所) 株式会社野村総合研究所「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」のデータを元に MURC が作成

③ 開設主体

開設主体は、「市区町村、広域連合・一部事務組合」が 3.3%、「社会福祉法人」が 95.7%であった。

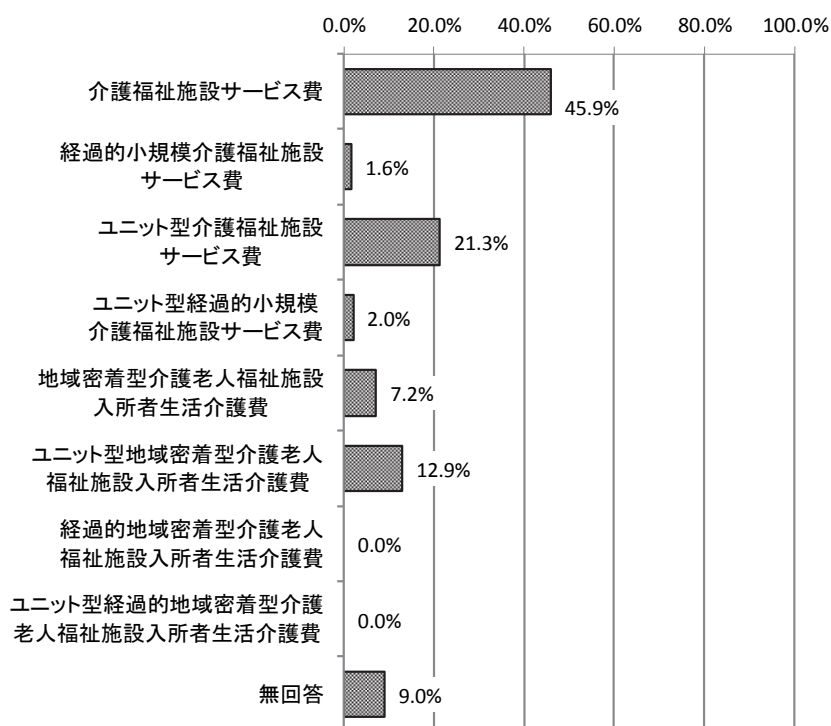
図表2-3 開設主体(n=488)(問3)



④ 介護報酬上の届出

介護報酬上の届出は、「介護福祉施設サービス費」が 45.9%、「ユニット型介護福祉施設サービス費」が 21.3%、「ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費」が 12.9%であった。

図表2-4 介護報酬上の届出(n=488)(問4)



図表2-5 介護報酬上の届出(まとめ)

	回答数	割合
広域型	346	70.9%
地域密着型	98	20.1%
無回答	44	9.0%
全体	488	100.0%

⑤ 入所定員（短期入所生活介護は除く）

短期入所生活介護を除く入所定員の平均は 61.5 人であった。広域型では平均 68.6 人、地域密着型では、平均 26.4 人であった。

図表2-6 入所定員（問 5）（単位：人）

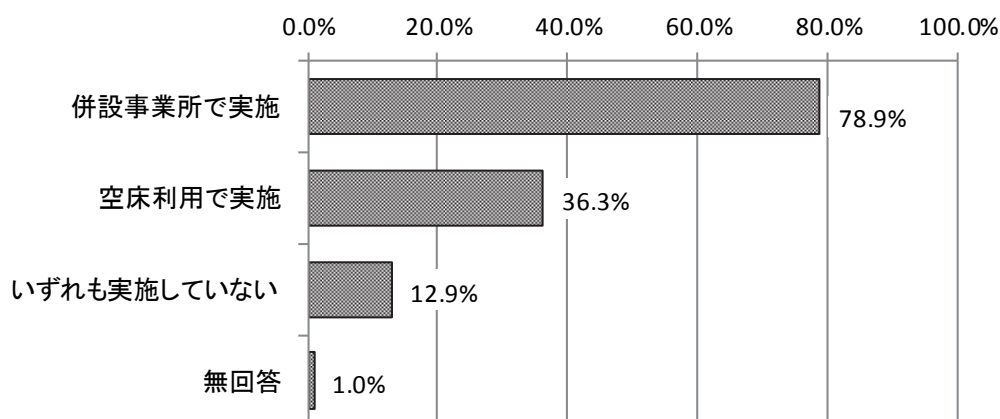
		件数	合計	平均	標準偏差	中央値
全体		485	29,838	61.5	32.3	50.0
Q4 介護報酬上の届出	介護福祉施設サービス費	224	15,478	69.1	26.2	60.0
	経過的小規模介護福祉施設サービス費	8	240	30.0		30.0
	ユニット型介護福祉施設サービス費	104	7,725	74.3	29.2	71.0
	ユニット型経過的小規模介護福祉施設サービス費	10	300	30.0		30.0
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費	35	949	27.1	4.2	29.0
	ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費	63	1,639	26.0	5.9	29.0
	経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費	0				
	ユニット型経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費	0				
Q4 介護報酬上の届出①	広域型	346	23,743	68.6	28.1	60.0
	地域密着型	98	2,588	26.4	5.4	29.0

⑥ 短期入所生活介護の実施状況

短期入所生活介護の実施状況は、「併設事業所で実施」が 78.9%、「空床利用で実施」が 36.3%、「いずれも実施していない」が 12.9%であった。

併設事業所で短期入所生活介護を実施している場合の定員は平均 13.5 人であった。

図表2-7 短期入所生活介護の実施状況(n=488)（問 6）（複数回答）



図表2-8 併設事業所で短期入所生活介護を実施している場合の定員(n=385)（問 6）（単位：人）

	合計値	平均値	標準偏差	中央値
併設事業所の定員	5,192	13.5	6.8	10.0

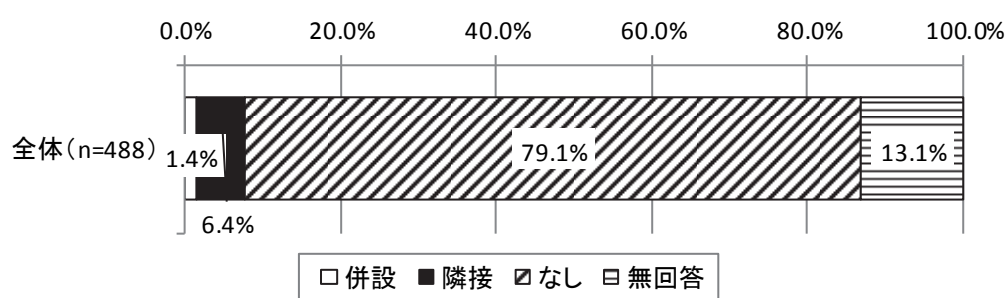
2) 併設・隣接医療機関等の状況

① 病院

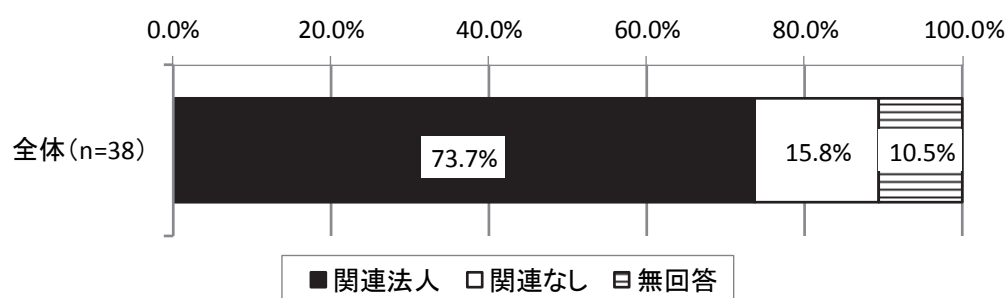
病院の併設・隣接の状況をみると、「併設」が 1.4%、「隣接」が 6.4%、「なし」が 79.1%であった。

「併設」または「隣接」と回答した 38 施設の併設・隣接医療機関等の運営主体との関係をみると、「関連法人」が 73.7%、「関連なし」が 15.8%であった。

図表2-9 併設・隣接医療機関等の状況：病院(n=488) (問 7)



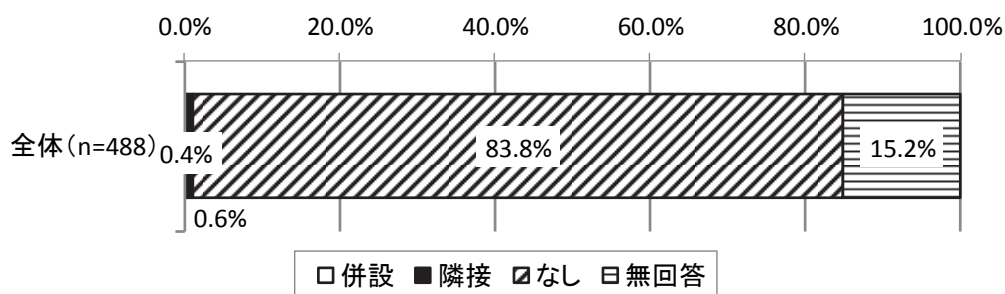
図表2-10 併設・隣接医療機関等の運営主体との関係：病院(n=38) (問 7)



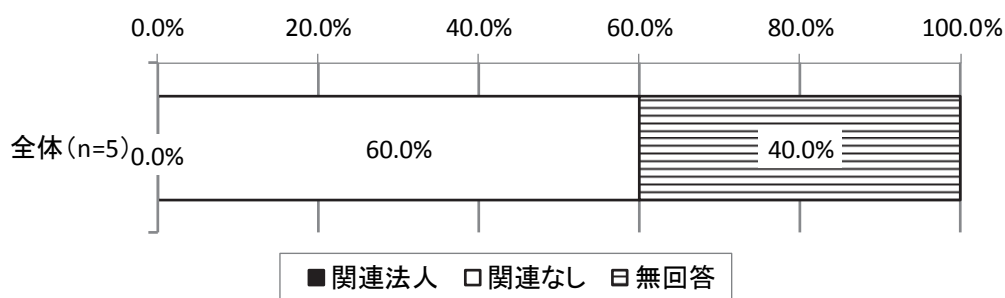
② 診療所（有床）

診療所（有床）の併設・隣接状況をみると、「併設」が0.4%、「隣接」が0.6%、「なし」が83.8%であった。

図表2-11 併設・隣接医療機関等の状況：診療所（有床）（n=488）（問7）



図表2-12 併設・隣接医療機関等の運営主体との関係：診療所（有床）（n=5）（問7）



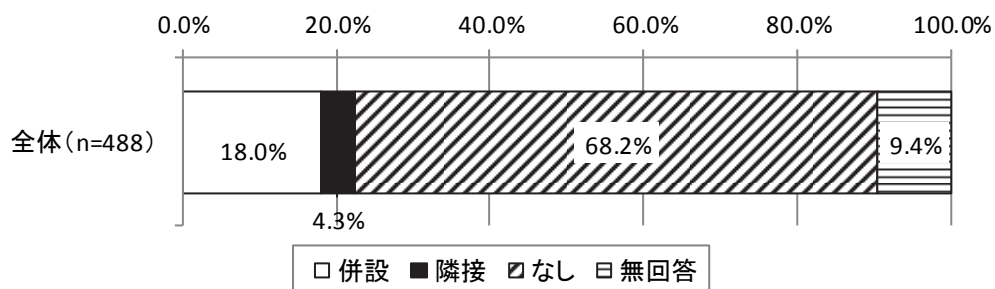
（注）回答数が少ないため、結果の見方、数値には注意する必要がある。

③ 診療所（無床）

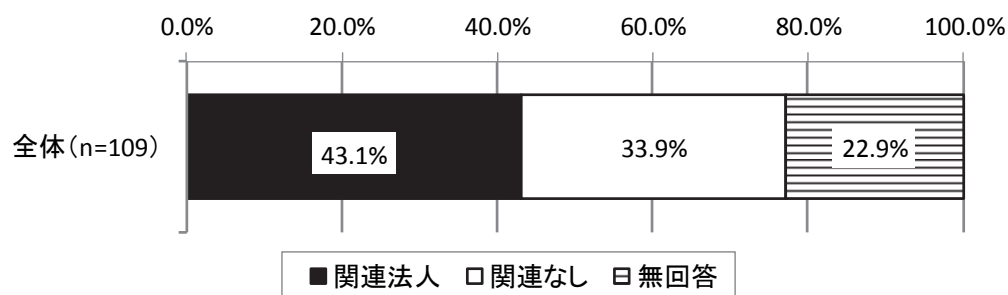
診療所（無床）の併設・隣接状況をみると、「併設」が18.0%、「隣接」が4.3%、「なし」が68.2%であった。

「併設」または「隣接」と回答した109施設の併設・隣接医療機関等の運営主体との関係をみると、「関連法人」が43.1%、「関連なし」が33.9%であった。

図表2-13 併設・隣接医療機関等の状況：診療所（無床）（n=488）（問7）



図表2-14 併設・隣接医療機関等の運営主体との関係：診療所（無床）（n=109）（問7）

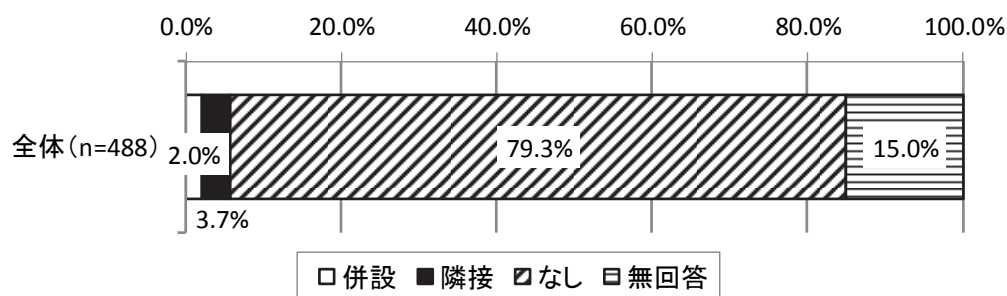


④ 訪問看護ステーション

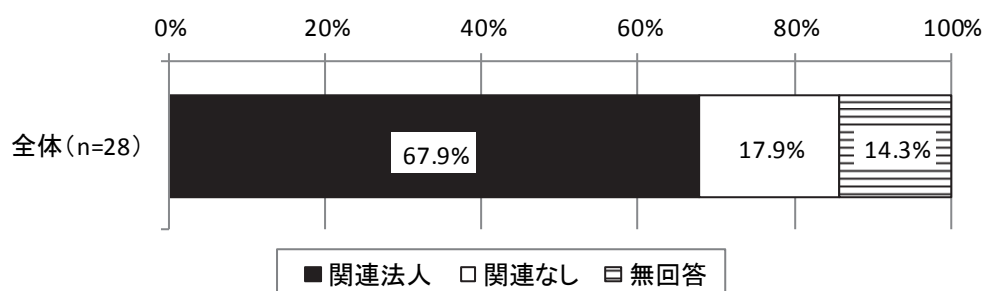
訪問看護ステーションの併設・隣接状況をみると、「併設」が2.0%、「隣接」が3.7%、「なし」が79.3%であった。

併設または隣接と回答した28施設の併設・隣接医療機関等の運営主体との関係をみると、「関連法人」が67.9%、「関連なし」が17.9%であった。

図表2-15 併設・隣接医療機関等の状況：訪問看護ステーション(n=488)(問7)



図表2-16 併設・隣接医療機関等の運営主体との関係：訪問看護ステーション(n=28)(問7)



(2) 職員体制

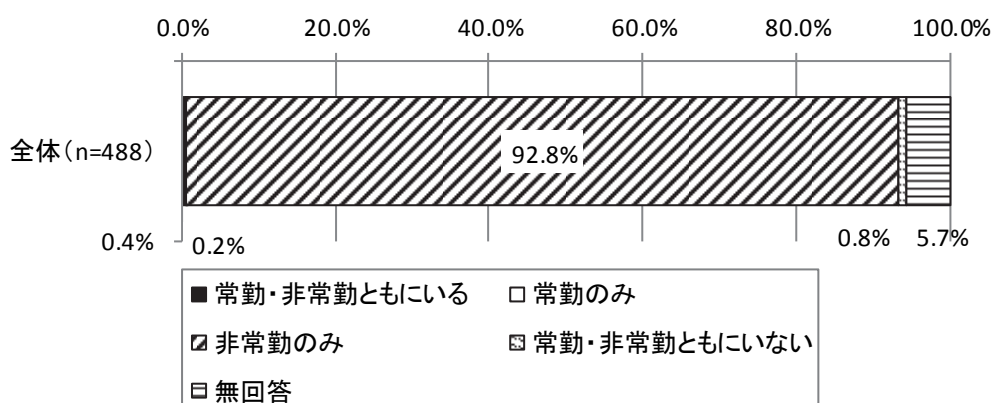
1) 配置医師数

配置医師の有無をみると、「非常勤のみ」が 92.8%であった。

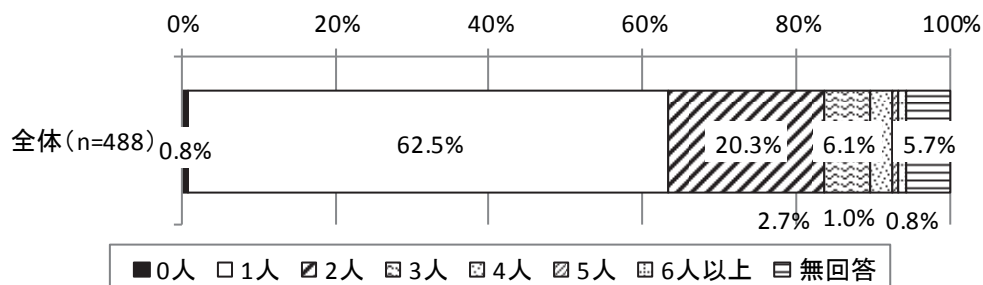
配置医師の状況を常勤・非常勤の実人数の合計でみると、「1人」が 62.5%と最も多く、次いで「2人」が 20.3%であった。

常勤の平均は 0.0 人、非常勤の平均は 1.5 人であった。

図表2-17 配置医師の有無(n=488)(問 8)



図表2-18 配置医師の状況:実人数(常勤・非常勤合計)(n=488)(問 8)

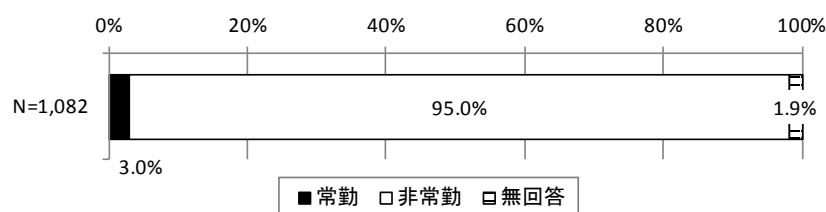


図表2-19 配置医師数(n=460)(問 8)(単位:人)

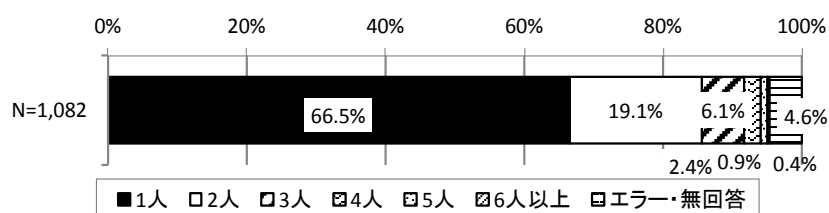
	平均値	標準偏差	中央値
常勤・非常勤合計	1.5	1.0	1.2
常勤	0.0	0.1	0.0
非常勤	1.5	1.0	1.0

(参考) 平成 29 年度 調査結果

○配置医師の状況 ①勤務体制



○配置医師の状況 ②実人数

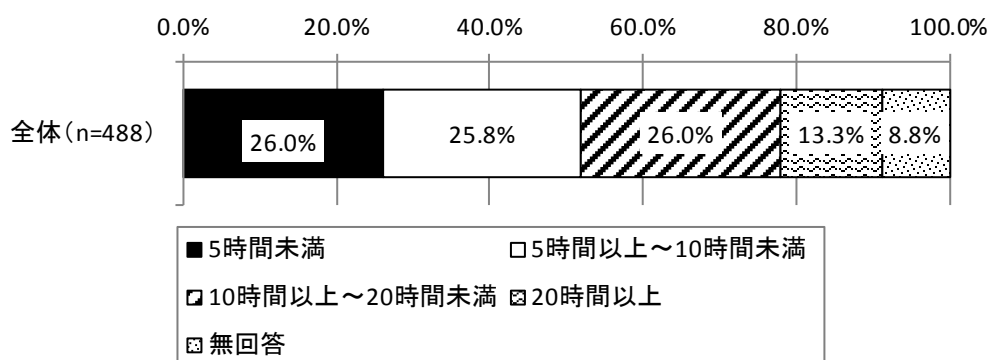


出所) 株式会社野村総合研究所「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分) 高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」のデータを元に MURC が作成

2) 平均的な 1 か月の医師の延べ勤務時間

平均的な 1 か月の医師の延べ勤務時間をみると、「5 時間未満」が 26.0%、「5 時間以上～10 時間未満」が 25.8%、「10 時間以上～20 時間未満」が 26.0%、「20 時間以上」が 13.3%であった。平均は 12.6 時間であった。

図表2-20 平均的な1か月の医師の延べ勤務時間の状況(n=488)(問 9)

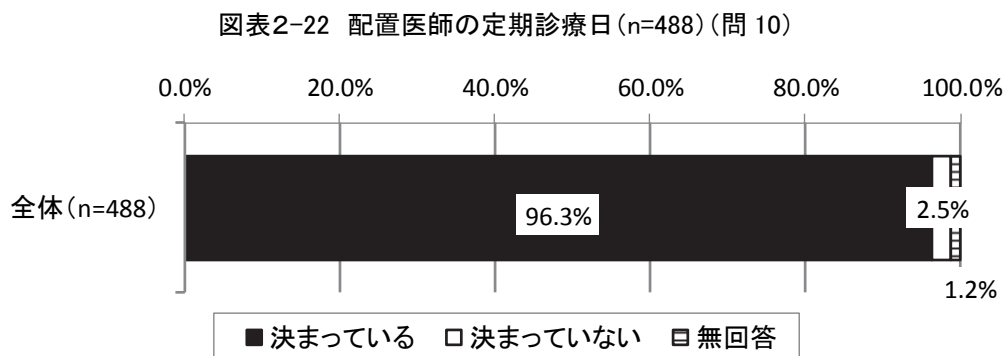


図表2-21 平均的な1か月の医師の延べ勤務時間(n=445)(問 9)(単位: 時間)

	平均値	標準偏差	中央値
医師の延べ勤務時間 (平均的な 1 か月)	12.6	18.7	8.0

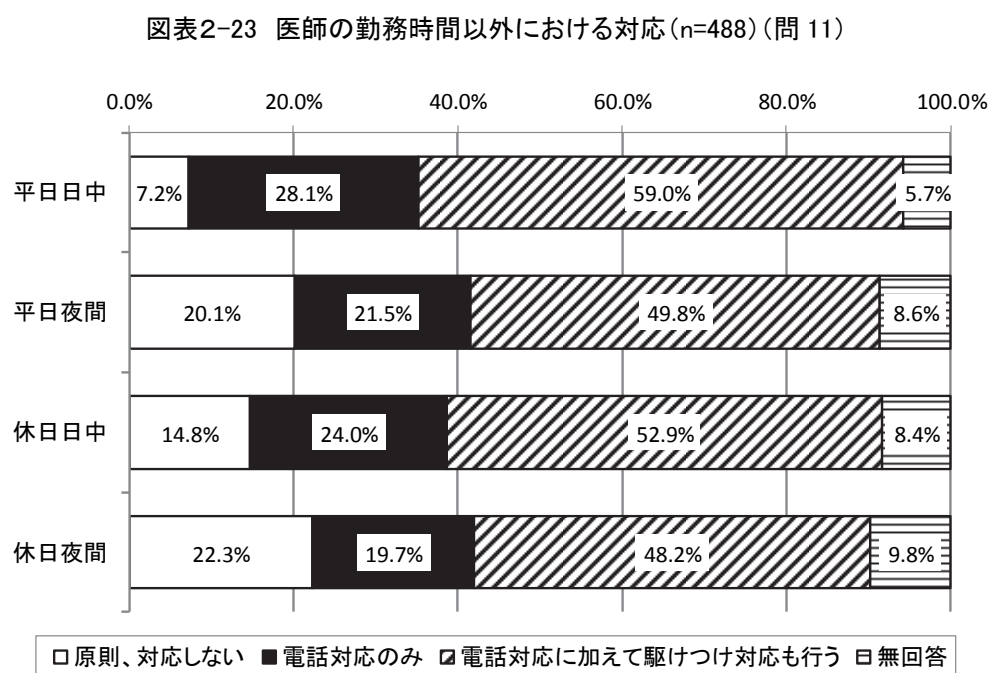
3) 配置医師の定期診療日

配置医師の定期診療日をみると、「決まっている」が96.3%、「決まっていない」が2.5%であった。

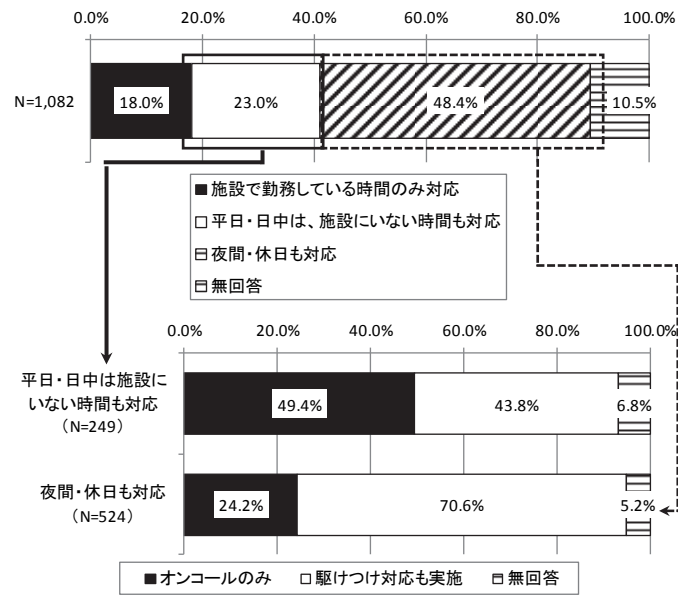


4) 医師の勤務時間以外における対応

医師の勤務時間以外における対応をみると、「電話対応に加えて駆けつけ対応も行う」がいずれの時間帯でも多かった。



(参考) 平成 29 年度 調査結果

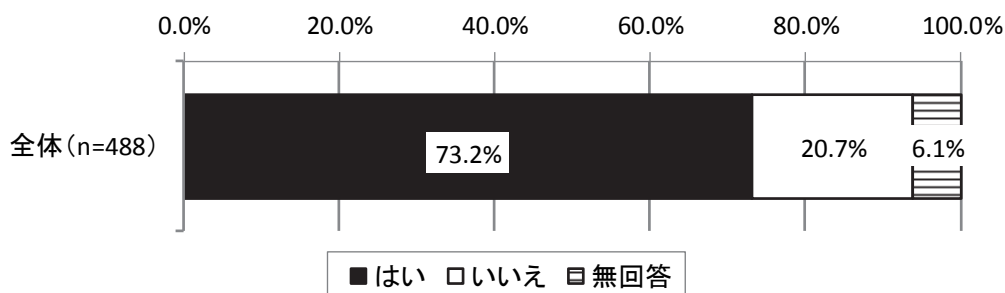


出所) 株式会社野村総合研究所「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分) 高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」のデータを元に MURC が作成

5) 配置医師との取り決めの有無

「入所者に対する緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法及び曜日や時間帯ごとの医師との連絡方法や診察を依頼するタイミングなどについて、配置医師と施設の間で、具体的な取り決めがなされていますか」とたずねたところ、「はい」が 73.2%、「いいえ」が 20.7%であった。

図表2-24 配置医師との情報共有等の取り決めの有無(n=488)(問 12)

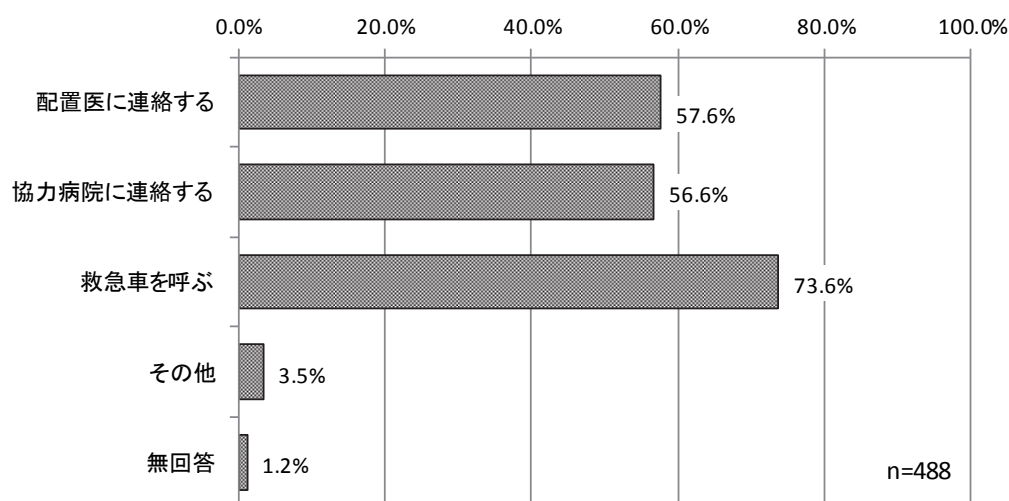


6) 医師が不在の場合、入所者の緊急時の医師との連携方法

① 医師が不在の場合の入所者の緊急時の医師との連携方法

医師が不在の場合、入所者の緊急時の医師との連携方法をみると、「配置医に連絡する」が 57.6%、「協力病院に連絡する」が 56.6%、「救急車を呼ぶ」が 73.6%であった。

図表2-25 医師が不在の場合の入所者の緊急時の医師との連携方法(n=488)(問 13)(複数回答)



※「その他」の具体的内容は「電話相談」「近隣の医療機関に相談」等であった。

② 「救急車を呼ぶ」のみを選択した施設の概要

「医師が不在の場合、入所者の緊急時の医師との連携方法」について回答を「救急車を呼ぶのみ」と回答した施設と、「その他の方法で連携をする」と回答した施設について違いをみていく。

医師が不在の場合、入所者の緊急時の医師との連携方法では、「救急車を呼ぶのみ」は10.2%、「その他の方法で連携をする」が88.5%であった。

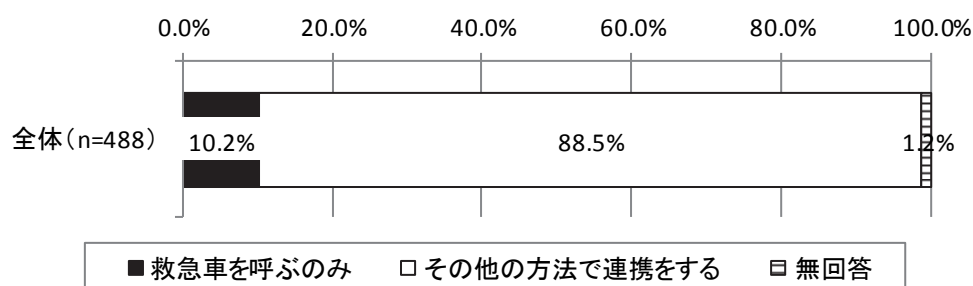
医師の勤務時間以外における対応別にみると、「原則、対応しない」と回答した施設で「救急車を呼ぶのみ」と回答した施設の割合が高い傾向がみられた。

配置医師が対応困難な場合、連絡対応・訪問可能な医師の有無別にみると、「無」と回答した施設で「救急車を呼ぶのみ」の回答の割合が高かった。

夜間の看護体制別にみると、「通常、オンコールで、電話対応のみ」と回答した施設で「救急車を呼ぶのみ」の回答の割合が高かった。

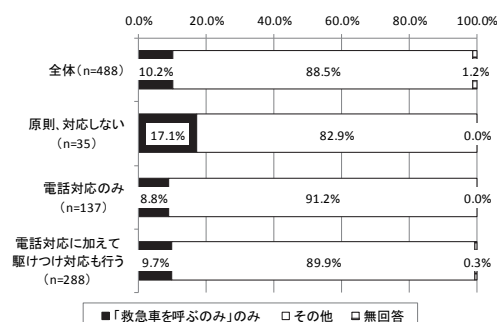
本人が意思決定できなくなった場合に備えて、どのような医療・ケアを受けたいのか、あるいは受けたくないのかをあらかじめ記載する書面を用いているか別にみると、「用いていない」と回答した施設で「救急車を呼ぶのみ」の割合が高かった。

図表2-26 医師が不在の場合の入所者の緊急時の医師との連携方法(n=488)(問 13)

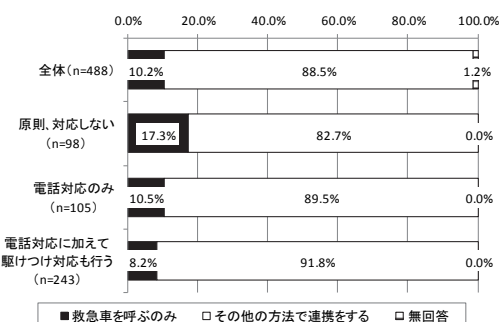


図表2-27 医師の勤務時間以外における対応別 医師が不在の場合、入所者の緊急時の医師との連携方法

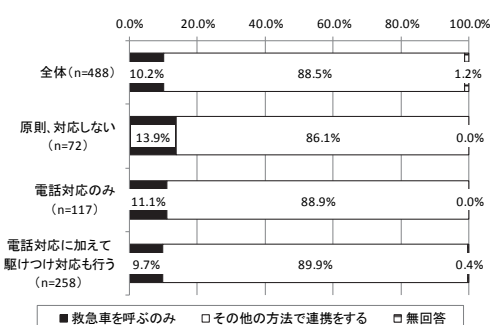
【平日日中】



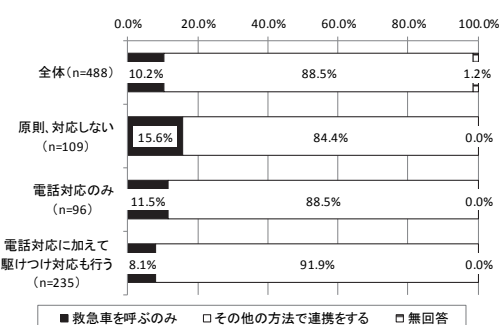
【平日夜間】



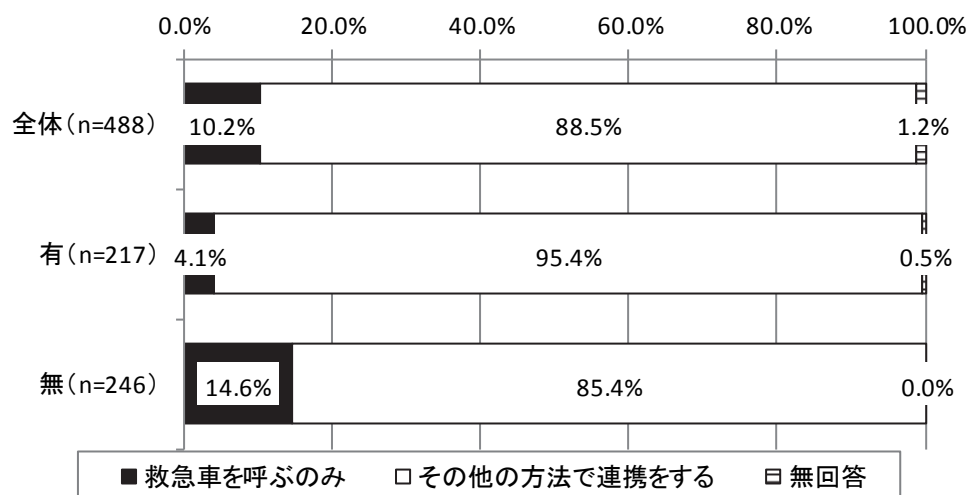
【休日日中】



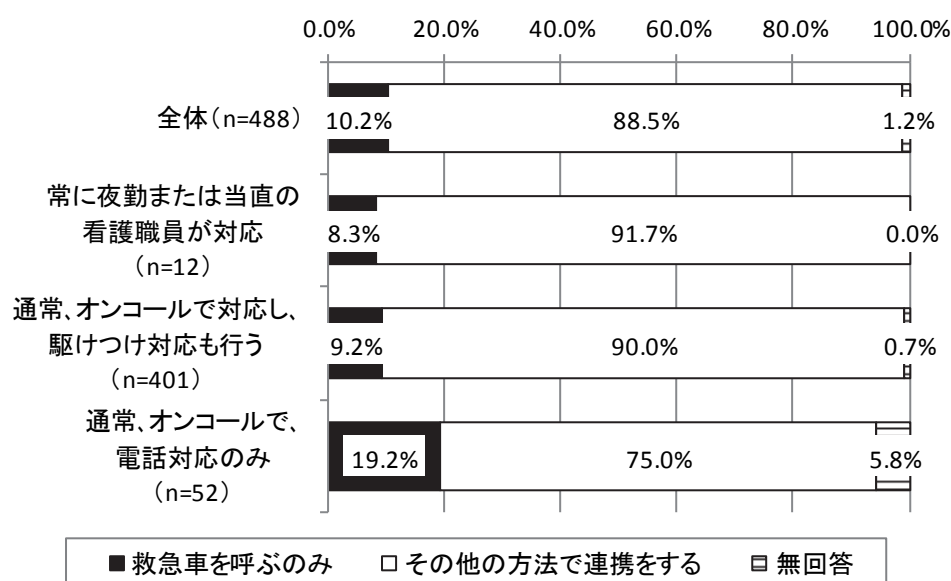
【休日夜間】



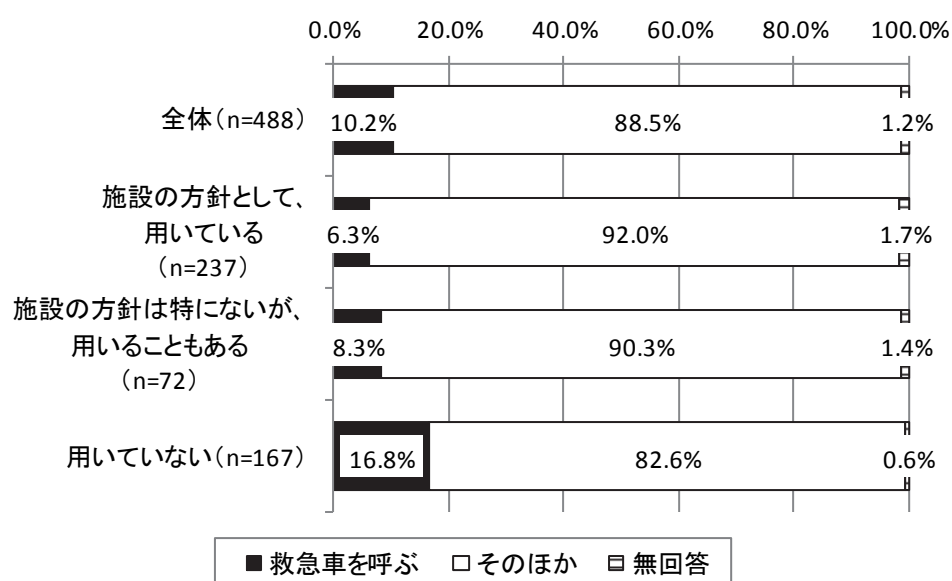
図表2-28 配置医師が対応困難な場合、連絡対応・訪問可能な医師の有無別 医師が不在の場合、入所者の緊急時の医師との連携方法



図表2-29 夜間の看護体制別 医師が不在の場合、入所者の緊急時の医師との連携方法



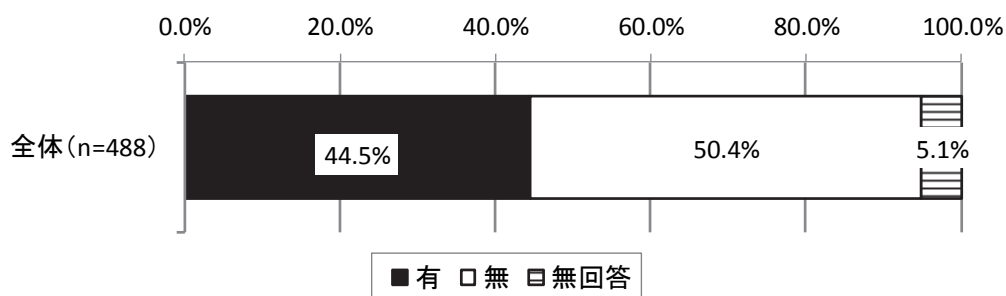
図表2-30 本人が意思決定できなくなった場合に備えて、どのような医療・ケアを受けたいのか、あるいは受けたくないのかをあらかじめ記載する書面を用いているか別 医師が不在の場合、入所者の緊急時の医師との連携方法



7) 配置医師が対応困難な場合、連絡対応・訪問可能な医師の有無

配置医師が対応困難な場合、連絡対応・訪問可能な医師の有無をみると、「有」が 44.5%、「無」が 50.4%であった。

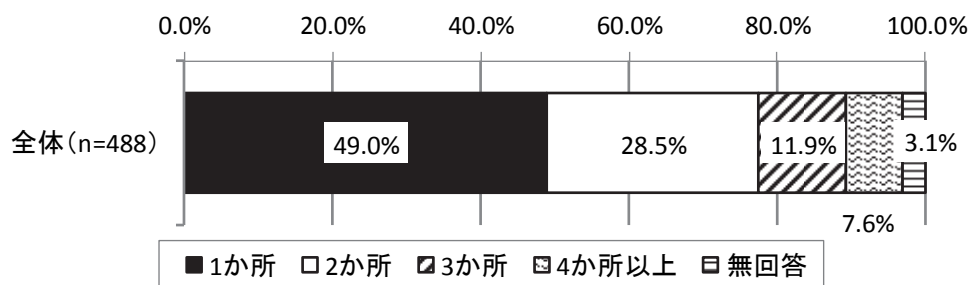
図表2-31 配置医師が対応困難な場合、連絡対応・訪問可能な医師の有無(n=488)(問 14)



8) 協力医療機関数

協力医療機関数をみると、「1 か所」が 49.0%、「2 か所」が 28.5%であった。平均は 1.8 か所であった。

図表2-32 協力医療機関数(n=488)(問 15)



(単位：か所)

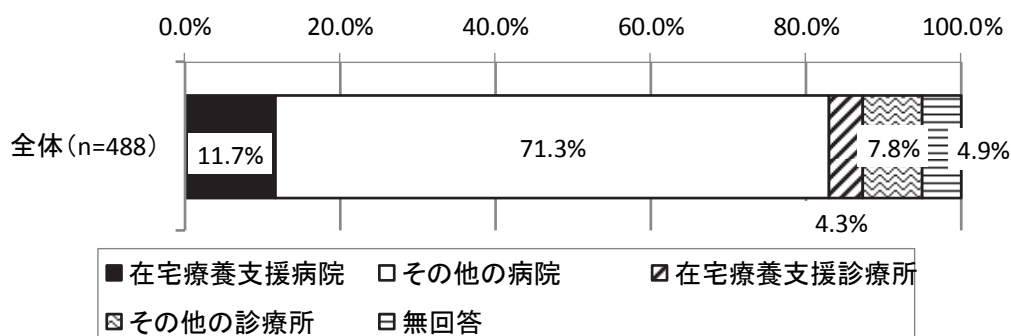
	件数	平均値	標準偏差	中央値
協力医療機関数	474	1.8	1.2	1.0

9) 主たる協力医療機関の種類

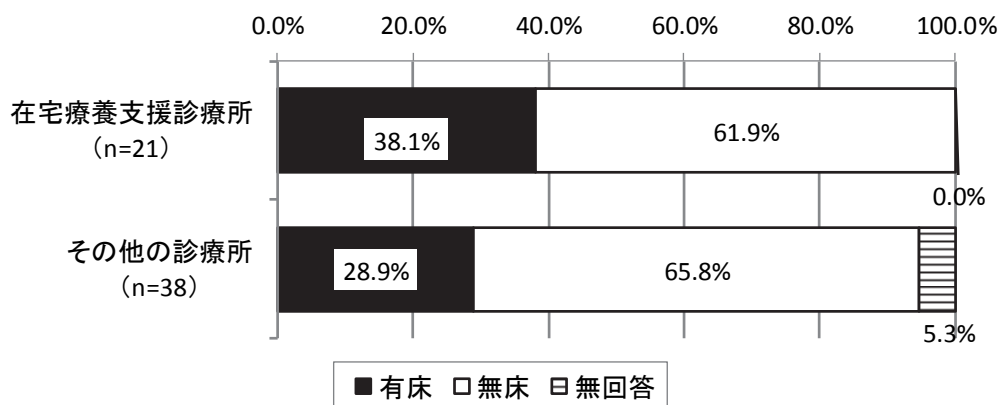
主たる協力医療機関の種類をみると、「その他の病院」が 71.3%、「在宅療養支援病院」が 11.7%であった。

主たる協力医療機関が「在宅療養支援診療所」では有床が 38.1%、無床が 61.9%であった。「その他の診療所」では、有床が 28.9%、無床が 65.8%であった。

図表2-33 主たる協力医療機関の種類(n=488)(問 16)



図表2-34 診療所の有床・無床の別(問 16)

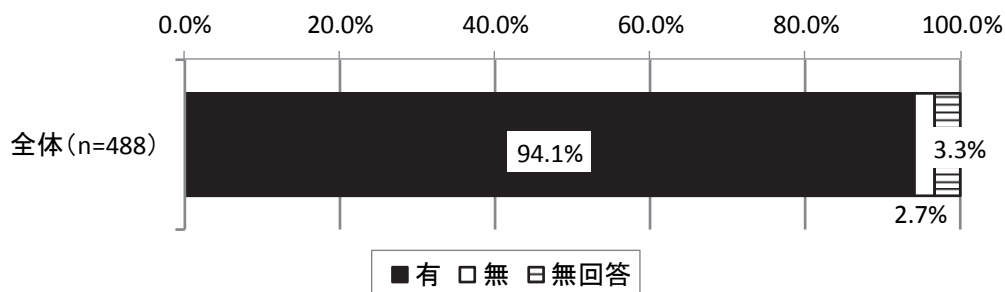


(注) 回答数が少ないため、結果の見方、数値には注意する必要がある。

10) 協力歯科医療機関の有無

協力歯科医療機関の有無をみると、「有」が 94.1%、「無」が 2.7%であった。

図表2-35 協力歯科医療機関の有無 (n=488) (問 17)



11) 職員体制(短期入所生活介護を除く)

職員体制をみると、介護職員総数の実人数は、平均で 32.2 人であった。そのうち介護福祉士は平均で 20.2 人、認定特定行為を実施できる介護職員は平均 8.6 人であった。

看護職員数の実人数をみると、平均で 5.1 人、うち常勤の看護師は、平均 2.3 人、常勤の准看護師は平均 1.5 人であった。

介護職員の常勤換算数は、平均で 29.5 人であった。そのうち介護福祉士は平均で 18.9 人、認定特定行為を実施できる介護職員の平均は 8.2 人であった。

看護職員の常勤換算数は、平均で 4.2 人であった。

図表2-36 職員体制(実人数) (n=460) (問 18) (単位: 人)

	合計値	平均値	標準偏差	中央値
介護職員総数 (実人数)	14,828	32.2	17.0	28.0
うち、介護福祉士	9,309	20.2	11.2	18.0
うち、認定特定行為を実施できる介護職員	3,951	8.6	8.9	6.0
看護職員総数 (実人数)	2,331	5.1	2.7	5.0
うち、常勤の看護師	1,037	2.3	1.6	2.0
うち、常勤の准看護師	712	1.5	1.4	1.0

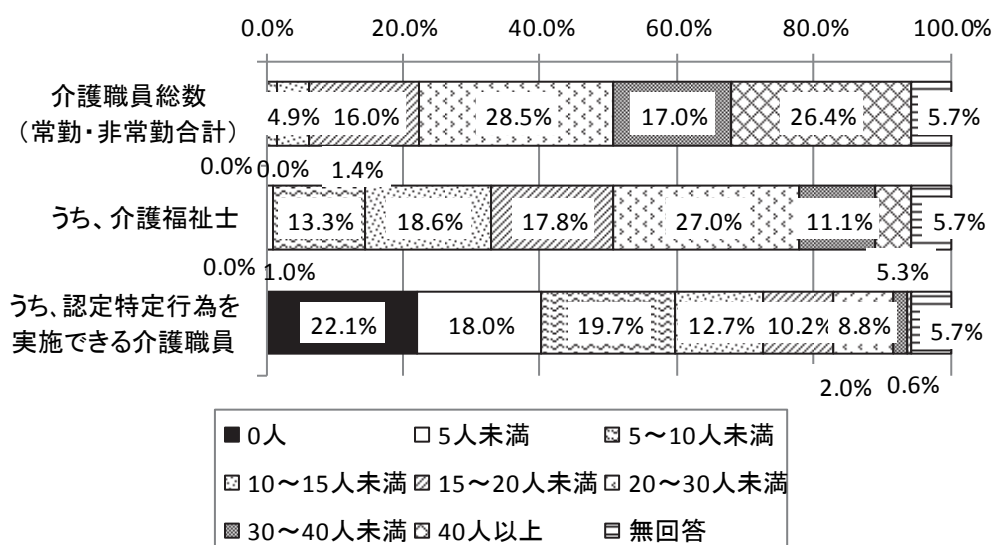
図表2-37 職員体制(常勤換算) (n=335) (問 18) (単位: 人)

	合計値	平均値	標準偏差	中央値
介護職員総数 (常勤換算)	9,871.7	29.5	15.0	26.2
うち、介護福祉士	6,331.8	18.9	10.6	17.0
うち、認定特定行為を実施できる介護職員	2,753.1	8.2	8.4	6.0
看護職員総数 (常勤換算)	1,396.9	4.2	2.1	4.0

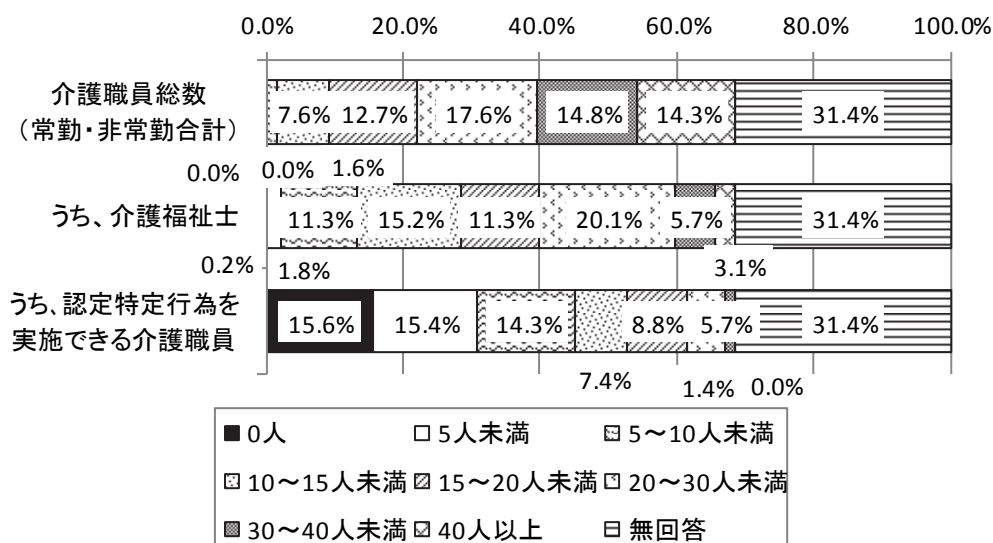
図表2-38 看護職員数:定員100人あたりの常勤換算数の分布(n=488)

	回答件数	割合
5人未満	50	10.2%
5人以上～6人未満	68	13.9%
6人以上～7人未満	70	14.3%
7人以上～8人未満	50	10.2%
8人以上～10人未満	44	9.0%
10人以上	52	10.7%
無回答	154	31.6%
全体	488	100.0%

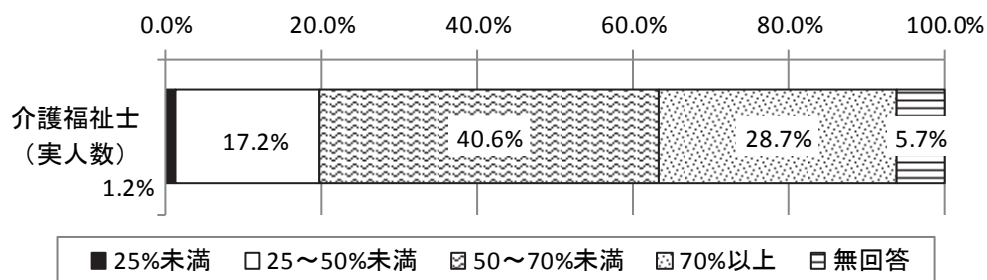
図表2-39 介護職員数(常勤・非常勤合計):実人数(n=488)(問18①)



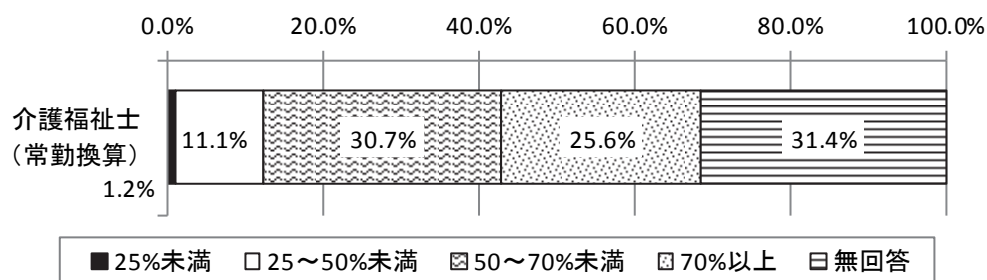
図表2-40 介護職員数(常勤・非常勤合計):常勤換算数(n=488)(問18①)



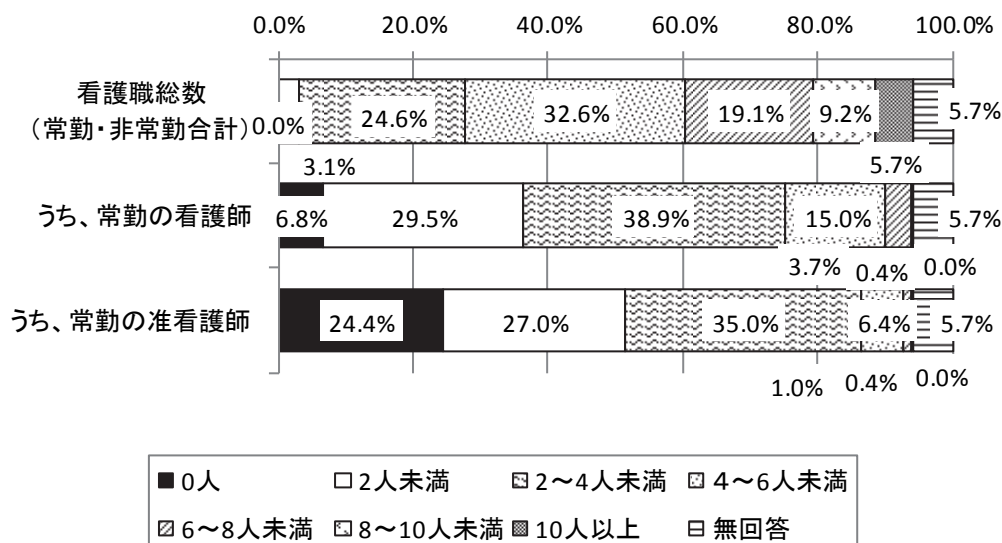
図表2-41 介護職員に占める介護福祉士の割合:実人数(n=488)(問 18①)



図表2-42 介護職員に占める介護福祉士の割合:常勤換算(n=488)(問 18①)



図表2-43 看護職員(常勤・非常勤合計):実人数(n=488)(問 18②)



12) 介護職員の採用・離職状況（実人数）（短期入所生活介護を除く）

常勤の介護職員数の平均は 26.0 人、2018 年 7 月 1 日～2019 年 6 月 30 日の 1 年間の採用者数は 3.5 人、同、離職者数は 3.2 人、採用率は 13.6%、離職率は 12.5%であった。

非常勤の介護職員数の平均は 7.9 人、同、採用者数は 1.8 人、同離職者数は 1.4 人、採用率は 22.4%、離職率は 17.6%であった。

図表2-44 介護職員の採用・離職状況(実人数)(n=411)(問 19)(単位:人)

		合計値	平均値	標準偏差	中央値
常勤	介護職員数	10,686	26.0	12.8	23.0
	採用者数	1,448	3.5	3.7	2.0
	離職者数	1,333	3.2	3.3	2.0
非常勤	介護職員数	3,262	7.9	8.6	5.0
	採用者数	731	1.8	2.6	1.0
	離職者数	575	1.4	2.3	0.0

図表2-45 介護職員の採用率(n=488)

	常勤	非常勤	常勤・非常勤合計
0%	10.5%	25.8%	5.9%
5%未満	9.8%	0.6%	9.2%
5～10%未満	19.3%	3.1%	17.2%
10～15%未満	13.5%	7.8%	16.8%
15～20%未満	12.7%	4.1%	13.5%
20～25%未満	6.4%	2.7%	6.4%
25～30%未満	4.3%	5.7%	6.1%
30～35%未満	3.3%	4.7%	2.3%
35～40%未満	1.4%	1.4%	1.8%
40～50%未満	1.4%	3.9%	3.3%
50～60%未満	0.8%	4.7%	1.2%
60%以上	0.8%	8.4%	0.4%
エラー・無回答	15.8%	27.0%	15.8%
平均	13.6%	22.4%	15.6%

注) 2019 年 7 月 1 日時点の職員数に対する 2018 年 7 月 1 日～2019 年 6 月 30 日の 1 年間の採用者数を採用率とした。

図表2-46 介護職員の離職率(n=488)

	常勤	非常勤	常勤・非常勤合計
0%	13.3%	32.6%	9.0%
5%未満	7.8%	0.6%	8.8%
5～10%未満	20.3%	4.3%	18.6%
10～15%未満	14.8%	7.2%	16.2%
15～20%未満	9.2%	4.3%	11.5%
20～25%未満	8.0%	3.7%	9.2%
25～30%未満	4.9%	5.1%	3.9%
30～35%未満	1.8%	3.5%	2.7%
35～40%未満	1.6%	0.8%	2.0%
40～50%未満	1.0%	1.4%	1.2%
50～60%未満	0.4%	2.5%	0.4%
60%以上	1.0%	7.0%	0.6%
エラー・無回答	15.8%	27.0%	15.8%
平均	12.5%	17.6%	13.7%

注) 2019年7月1日時点の職員数に対する2018年7月1日～2019年6月30日の1年間の離職者数を離職率とした。

13) 看護職員の採用・離職状況（実人数）

常勤の看護職員数の平均は 3.5 人、2018 年 7 月 1 日～2019 年 6 月 30 日の 1 年間の採用者数は 0.7 人、同、離職者数は 0.5 人、採用率は 21.1%、離職率は 15.6%であった。

非常勤の看護職員数の平均は 1.7 人、同、採用者数は 0.5 人、同、離職者数は 0.4 人、採用率は 28.1%、離職率は 21.4%であった。

図表2-47 看護職員の採用・離職状況(実人数)(n=411)(問 20)(単位:人)

		合計値	平均値	標準偏差	中央値
常勤	看護職員数	1,439	3.5	2.1	3.0
	採用者数	304	0.7	1.1	0.0
	離職者数	224	0.5	0.9	0.0
非常勤	看護職員数	705	1.7	2.2	1.0
	採用者数	198	0.5	1.1	0.0
	離職者数	151	0.4	0.8	0.0

図表2-48 看護職員の採用率(n=488)

	常勤	非常勤	常勤・非常勤合計
0%	42.6%	29.7%	32.4%
5%未満	0.0%	0.0%	0.0%
5～10%未満	0.4%	0.2%	0.8%
10～15%未満	0.8%	0.6%	4.3%
15～20%未満	1.6%	0.4%	4.1%
20～25%未満	3.3%	1.6%	6.8%
25～30%未満	7.0%	2.3%	8.0%
30～35%未満	8.2%	2.9%	6.8%
35～40%未満	0.4%	0.0%	0.6%
40～50%未満	1.2%	1.2%	3.5%
50～60%未満	7.0%	4.3%	6.4%
60%以上	8.8%	8.0%	8.0%
エラー・無回答	18.6%	48.8%	18.4%
平均	21.1%	28.1%	23.4%

図表2-49 看護職員の離職率(n=488)

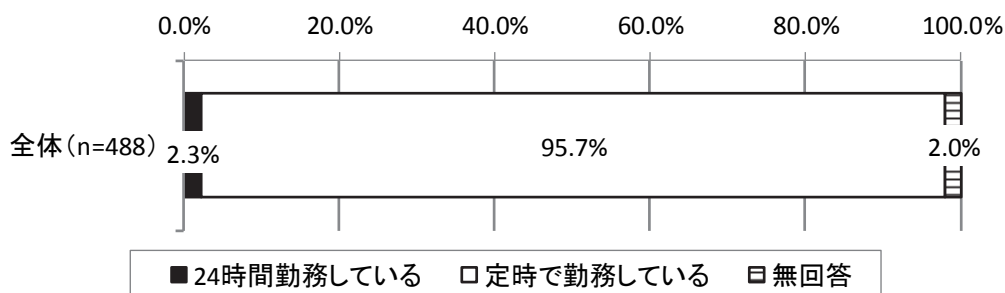
	常勤	非常勤	常勤・非常勤合計
0%	50.8%	34.6%	39.5%
5%未満	0.0%	0.0%	0.2%
5～10%未満	0.2%	0.6%	1.0%
10～15%未満	0.6%	0.2%	4.5%
15～20%未満	1.6%	0.6%	4.7%
20～25%未満	2.9%	1.6%	5.5%
25～30%未満	5.5%	1.2%	6.8%
30～35%未満	5.1%	2.7%	6.4%
35～40%未満	0.2%	0.0%	0.0%
40～50%未満	0.6%	0.8%	1.2%
50～60%未満	5.3%	3.5%	3.1%
60%以上	8.4%	5.3%	8.6%
エラー・無回答	18.6%	48.8%	18.4%
平均	15.6%	21.4%	17.5%

14) 看護職員が必ず1人以上勤務している時間帯（平日）

看護職員が必ず1人以上勤務している時間帯（平日）をみると、「24時間勤務している」が2.3%、「定時で勤務している」が95.7%であった。

定時で勤務していると回答した施設での勤務時間をみると、「8時30分～17時30分」（18.6%）が最も多かった。

図表2-50 看護職員が必ず1人以上勤務している時間帯（平日）（n=488）（問21）



図表2-51 看護職員が必ず1人以上勤務している時間帯（平日）（問21）

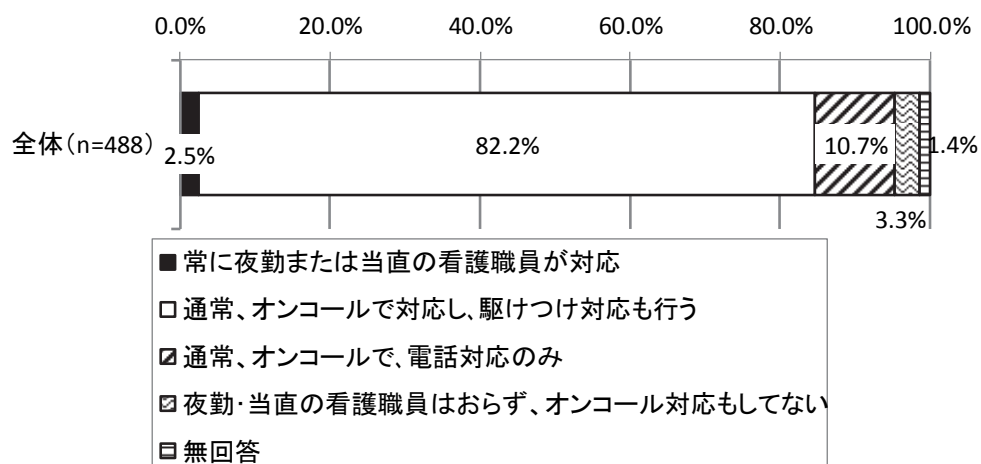
	回答数	割合
7時00分～18時30分	10	2.1%
7時00分～19時00分	15	3.2%
7時30分～18時30分	26	5.6%
7時30分～19時00分	12	2.6%
8時00分～17時00分	31	6.6%
8時00分～17時30分	12	2.6%
8時00分～18時00分	26	5.6%
8時00分～18時30分	20	4.3%
8時00分～19時00分	17	3.6%
8時30分～17時00分	11	2.4%
8時30分～17時15分	11	2.4%
8時30分～17時30分	87	18.6%
8時30分～18時00分	13	2.8%
8時30分～18時30分	11	2.4%
9時00分～18時00分	38	8.1%
その他	126	27.0%
無回答	1	0.2%
全体	467	100.0%

15) 夜間の看護体制

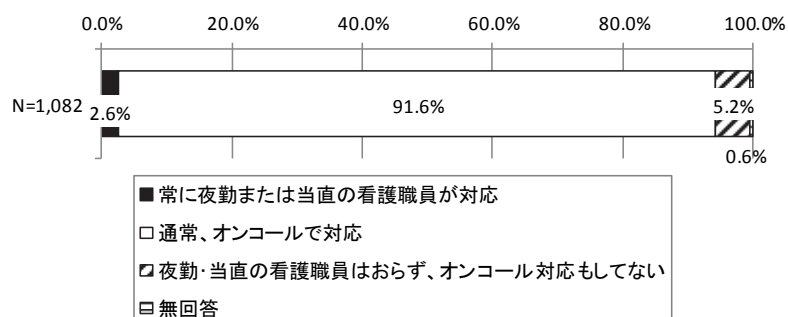
夜間の看護体制をみると、「常に夜勤または当直の看護職員が対応」が 2.5%、「通常、オンコールで対応し、駆けつけ対応も行う」が 82.2%、「通常、オンコールで、電話対応のみ」が 10.7%、「夜勤・当直の看護職員はおらず、オンコール対応もしていない」が 3.3%であった。

常に夜勤または当直の看護職員が対応している理由をみると、「入所者やご家族等の安心のため」が 91.7%と最も多く、次いで「夜間勤務する介護職員の安心感のため」(83.3%) となった。

図表2-52 夜間の看護体制(n=488)(問 22)

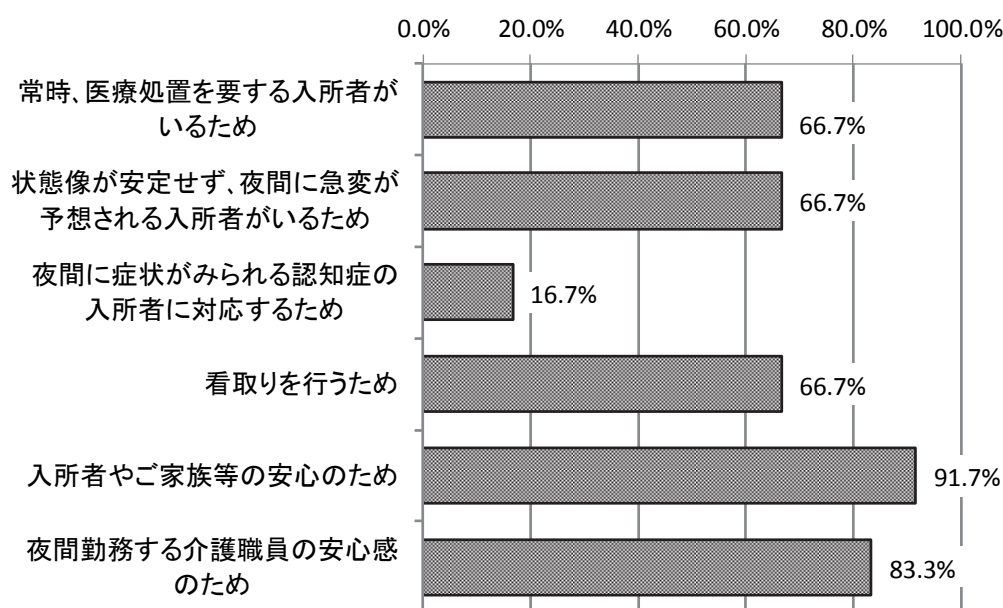


(参考) 平成 29 年度 調査結果



出所) 株式会社野村総合研究所「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分) 高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」のデータを元に MURC が作成

図表2-53 常に夜勤または当直の看護職員が対応している理由(n=12)(問 22)(複数回答)

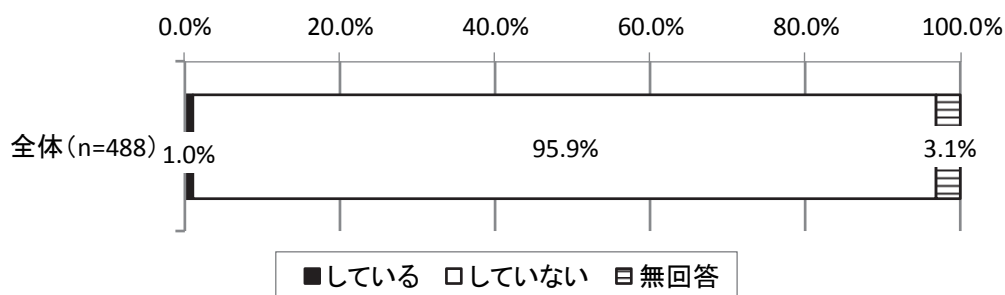


(注) 回答数が少ないため、結果の見方、数値には注意する必要がある。

16) 24 時間対応の訪問看護ステーションとの連携

24 時間対応の訪問看護ステーションとの連携をみると、「(連携) している」が 1.0%、「(連携) していない」が 95.9%であった。

図表2-54 24 時間対応の訪問看護ステーションとの連携(n=488)(問 23)



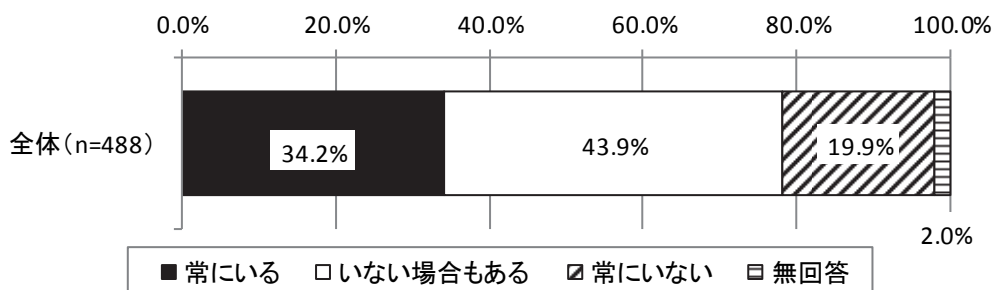
17) 夜間の医療対応について、たんの吸引ができる職員の有無

夜間の医療対応について、たんの吸引ができる職員の有無をみると、「常にいる」が 34.2%、「いない場合もある」が 43.9%、「常にいない」が 19.9%であった。

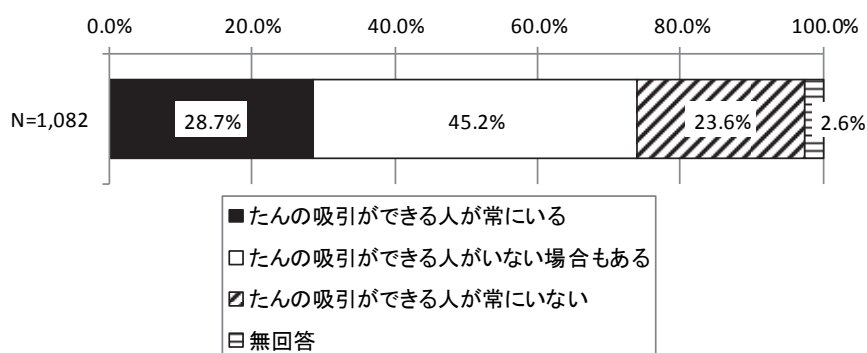
たんの吸引を要する入所者の有無別に夜間にたんの吸引ができる職員の有無をみると、「たんの吸引が必要」な入所者がいる施設では、たんの吸引ができる職員が「常にいる」が 44.6%であった。

また、看取りの受け入れ方針別に夜間にたんの吸引ができる職員の有無をみると、『ホームで亡くなりたい』という希望があれば、受け入れる」施設では「常にいる」と回答した施設が 35.4%であった。

図表2-55 夜間の医療対応についてたんの吸引ができる職員の有無(n=488)(問 24)

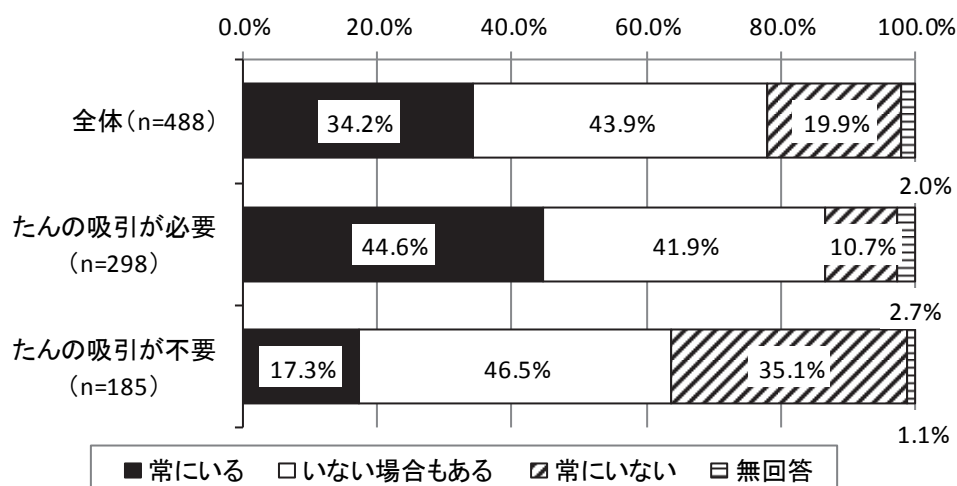


(参考) 平成 29 年度 調査結果

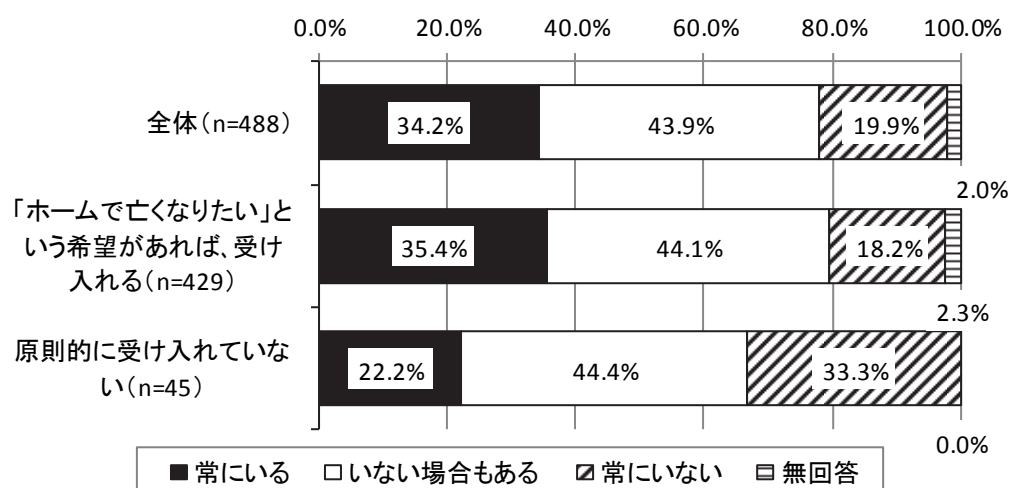


出所) 株式会社野村総合研究所「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」のデータを元に MURC が作成

図表2-56 たんの吸引を要する入所者の有無別 夜間の医療対応についてたんの吸引ができる職員の有無



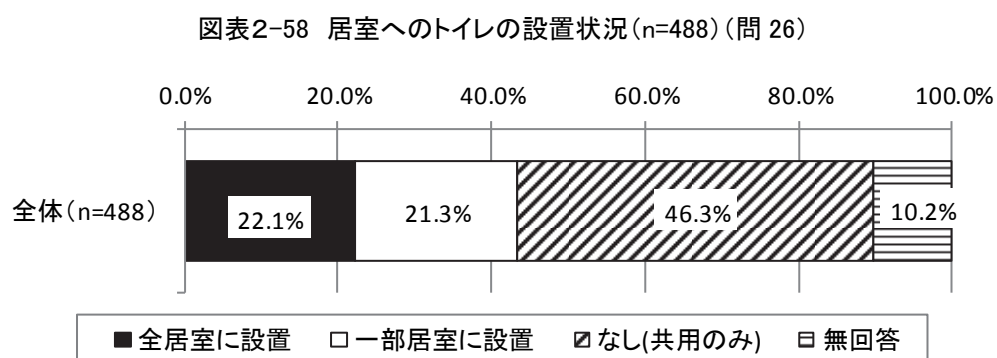
図表2-57 看取りの受入方針別 夜間の医療対応についてたんの吸引ができる職員の有無



(3) 入所者の状況等

1) 居室へのトイレの設置状況

居室へのトイレの設置状況をみると、「全居室に設置」が 22.1%、「一部居室に設置」が 21.3%、「なし（共用のみ）」が 46.3%であった。



2) 要介護度別入所者数

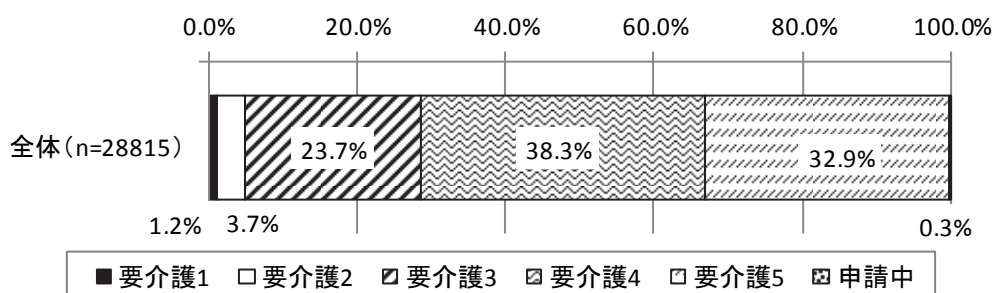
要介護度別入所者数をみると、平均で「要介護 1」が 0.7 人、「要介護 2」が 2.2 人、「要介護 3」が 14.2 人、「要介護 4」が 22.9 人、「要介護 5」が 19.7 人、「申請中」が 0.2 人であった。

平均要介護度をみると、「3.5 未満」が 4.1%、「3.5~4.0 未満」が 43.2%、「4.0~4.5 未満」が 48.8%、「4.5 以上」が 2.5%であった。

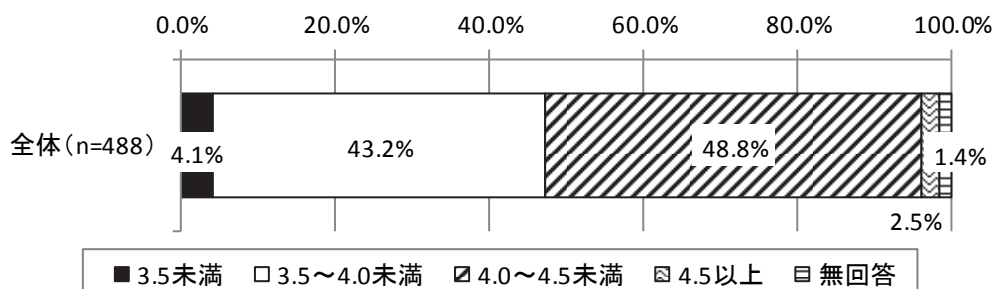
図表2-59 要介護度別 入所者数(n=481)(問 27)(単位:人)

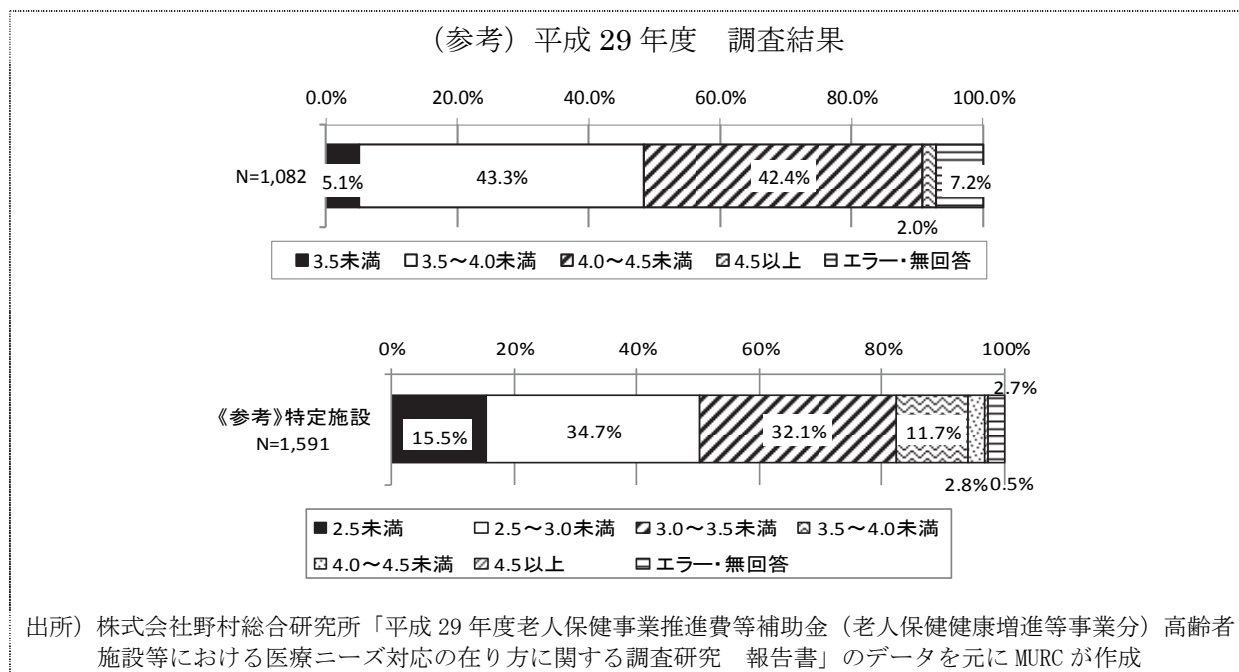
	合計値	構成比	平均値	標準偏差	中央値
要介護 1	350	1.2%	0.7	1.3	0.0
要介護 2	1,068	3.7%	2.2	3.2	1.0
要介護 3	6,831	23.7%	14.2	10.1	12.0
要介護 4	11,023	38.3%	22.9	12.5	21.0
要介護 5	9,469	32.9%	19.7	12.1	18.0
申請中	74	0.3%	0.2	1.6	0.0
合計	28,815	100.0%	59.9	31.4	50.0

図表2-60 要介護度別 入所者数(人数積み上げ)



図表2-61 平均要介護度(問 27)





3) 認知症高齢者日常生活自立度別入所者数

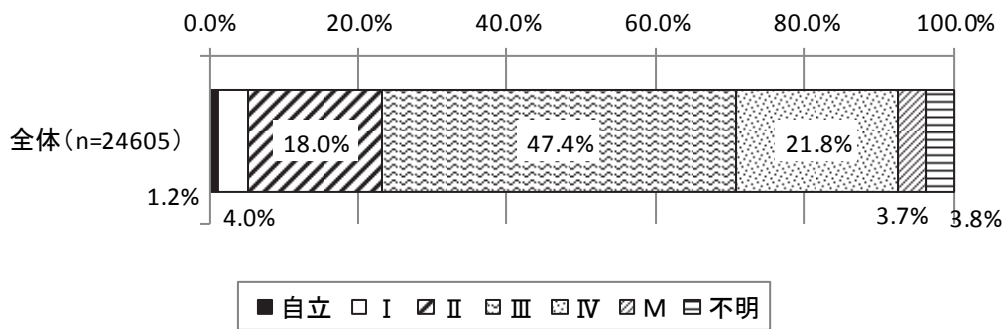
認知症高齢者日常生活自立度別入所者数をみると、平均で「自立」が 0.8 人、「Ⅰ」が 2.4 人、「Ⅱ」が 10.9 人、「Ⅲ」が 28.6 人、「Ⅳ」が 13.2 人、「Ⅴ」が 2.2 人、「不明」が 2.3 人であった。構成比をみると、「Ⅲ」が 47.4%となった。

入所者に占める重度認知症（Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ）の割合をみると、「70~80%未満」が 23.0%となった。

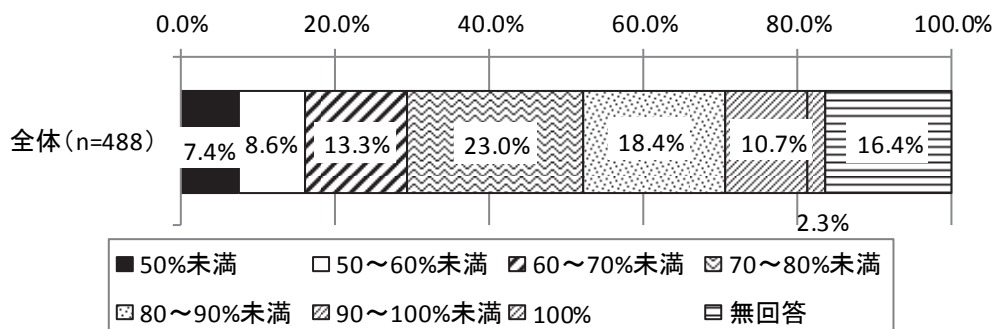
図表2-62 認知症高齢者日常生活自立度別 入所者数(n=408)(問 28)(単位:人)

	合計値	構成比	平均値	標準偏差	中央値
自立	306	1.2%	0.8	1.6	0.0
Ⅰ	979	4.0%	2.4	2.9	2.0
Ⅱ	4,441	18.0%	10.9	8.8	9.0
Ⅲ	11,660	47.4%	28.6	19.6	24.0
Ⅳ	5,375	21.8%	13.2	11.1	10.0
Ⅴ	910	3.7%	2.2	4.5	1.0
不明	934	3.8%	2.3	10.4	0.0
合計	24,605	100.0%	60.3	32.0	50.0

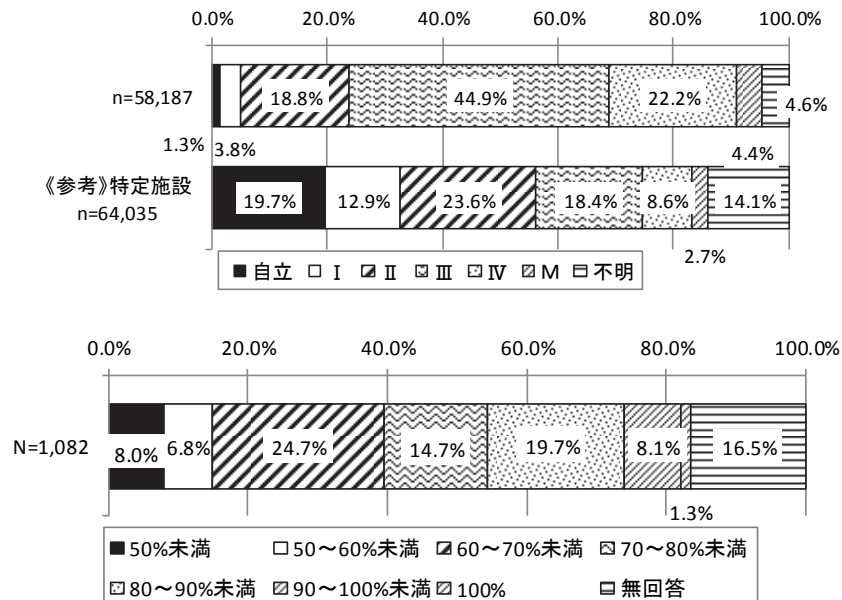
図表2-63 認知症高齢者日常生活自立度別入所者数(人数積み上げ)



図表2-64 入所者に占める重度認知症者(Ⅲ・Ⅳ・M)の割合(n=488)



(参考) 平成 29 年度 調査結果



出所) 株式会社野村総合研究所「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分) 高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」のデータを元に MURC が作成

4) 年齢階級別入所者数

年齢階級別入所者数の平均人数をみると、「65歳未満」が0.5人、「65～74歳」が3.4人、「75～79歳」が5.1人、「80～84歳」が9.9人、「85～89歳」が16.0人、「90歳以上」が25.4人であった。

図表2-65 年齢階級別入所者数(n=480)(問29)(単位:人)

	合計値	構成比	平均値	標準偏差	中央値
65歳未満	242	0.8%	0.5	0.8	0.0
65～74歳	1,618	5.6%	3.4	3.1	3.0
75～79歳	2,444	8.4%	5.1	4.3	4.0
80～84歳	4,758	16.4%	9.9	6.8	8.0
85～89歳	7,664	26.5%	16.0	9.5	14.0
90歳以上	12,202	42.2%	25.4	14.5	23.0
合計	28,928	100.0%	60.3	32.0	50.0

5) 医療処置を要する入所者数

医療処置を要する入所者数の平均人数をみると、「たんの吸引」「胃ろう・腸ろうの管理」がいずれも2.9人、「カテーテルの管理」が2.2人、「褥瘡の処置」が1.5人であった。

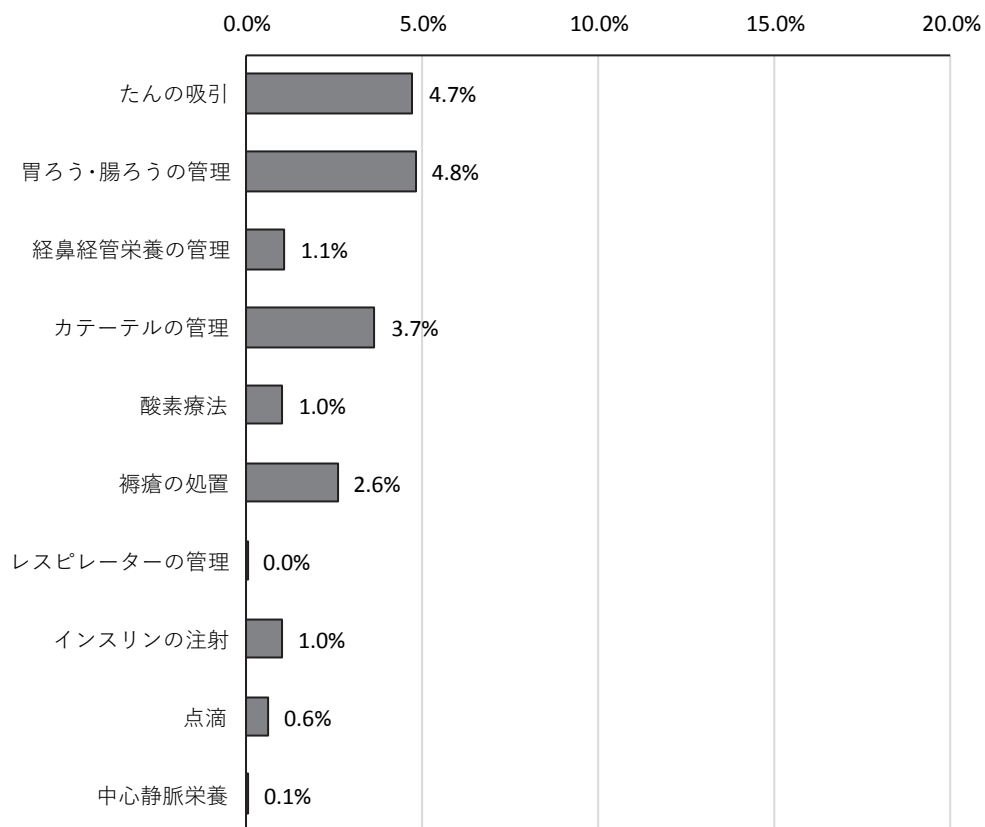
また、重複を除いた医療処置を要する入所者の実人数の平均は10.2人、「たんの吸引」「胃ろう・腸ろうの管理」「経鼻経管栄養の管理」のいずれかを要する入所者の実人数の平均は5.2人であった。

看取りの受け入れ方針別に医療処置を要する入所者の割合をみると、『『ホームで亡くなりたい』という希望があれば、受け入れる』と回答した施設の方が「原則的に受け入れていない」と回答した施設よりも高くなっている。

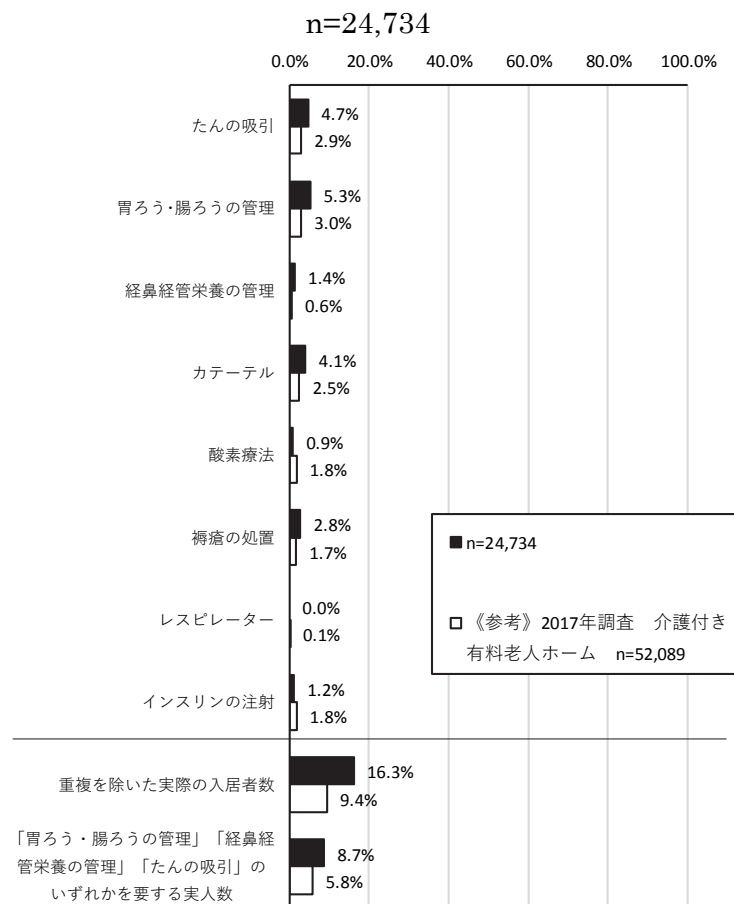
図表2-66 医療処置を要する入所者数(問30)(単位:人)

	件数	合計値	平均値	標準偏差	中央値
たんの吸引①	483	1,381	2.9	4.2	1.0
胃ろう・腸ろうの管理②	483	1,402	2.9	3.4	2.0
経鼻経管栄養の管理③	483	314	0.7	2.1	0.0
カテーテルの管理	483	1,066	2.2	2.3	2.0
酸素療法	483	300	0.6	1.3	0.0
褥瘡の処置	483	748	1.5	2.3	1.0
レスピレーターの管理	483	7	0.0	0.2	0.0
インスリンの注射	483	294	0.6	1.1	0.0
点滴	483	182	0.4	1.1	0.0
中心静脈栄養	483	16	0.0	0.4	0.0
重複を除いた医療処置を要する入所者の実人数	139	1,411	10.2	10.8	7.0
上記のうち、①・②・③のいずれかを要する入所者の実人数	360	1,875	5.2	5.5	4.0

図表2-67 医療処置を要する入所者の割合（n=28,629、475 施設）



(参考) 平成 29 年度 調査結果



出所) 株式会社野村総合研究所「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」のデータを元に MURC が作成

6) 医療等の利用状況（2019 年 6 月分）

医療等の利用状況（2019 年 6 月分）のうち利用実人数の平均は、「訪問歯科診療」が 11.8 人、「配置医師による予定外の診療」は 1.0 人、「配置医師以外による往診・訪問診療」が 0.7 人であった。

延べ利用回数の平均は、「配置医師による予定外の診療」で 1.3 回、「配置医師以外による往診・訪問診療」が 1.0 回であった。1 回以上、救急搬送をしたことがある施設は 136 施設（27.9%）であった。

訪問歯科診療の主な受診理由をみると、「歯周病」が 31.4%、「義歯の調整」が 71.4%、「摂食・嚥下訓練」が 10.3%であった。

歯科受診の主な受診理由をみると、「う歯」が 15.2%、「歯周病」が 10.1%、「義歯の調整」が 54.4%、「摂食・嚥下訓練」が 2.5%であった。

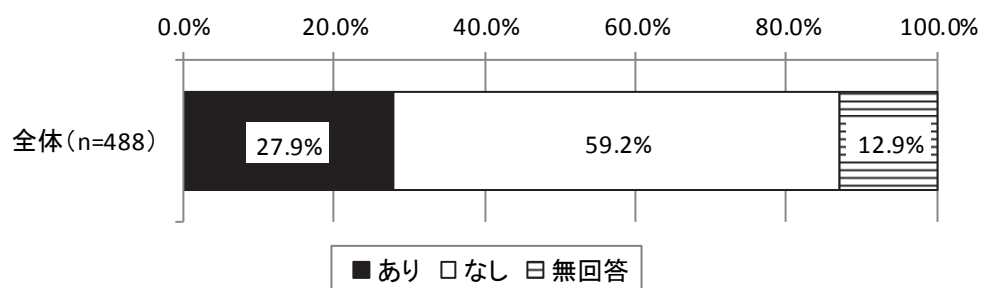
図表2-68 医療等の利用状況：利用実人数(n=425)(問 31①)(単位:人)

	合計値	平均値	標準偏差	中央値
配置医師による予定外の診療	439	1.0	2.4	0.0
配置医師以外による往診・訪問診療	309	0.7	3.4	0.0
うち、緊急時の依頼による対応	30	0.1	0.5	0.0
訪問歯科診療	5,024	11.8	20.8	3.0
歯科受診(外来)	179	0.4	1.7	0.0
訪問看護(医療保険)末期の悪性腫瘍の患者	0	0.0	0.0	0.0
訪問看護(医療保険)精神疾患を有する者(認知症を除く)	7	0.0	0.3	0.0
救急搬送	253	0.6	1.1	0.0

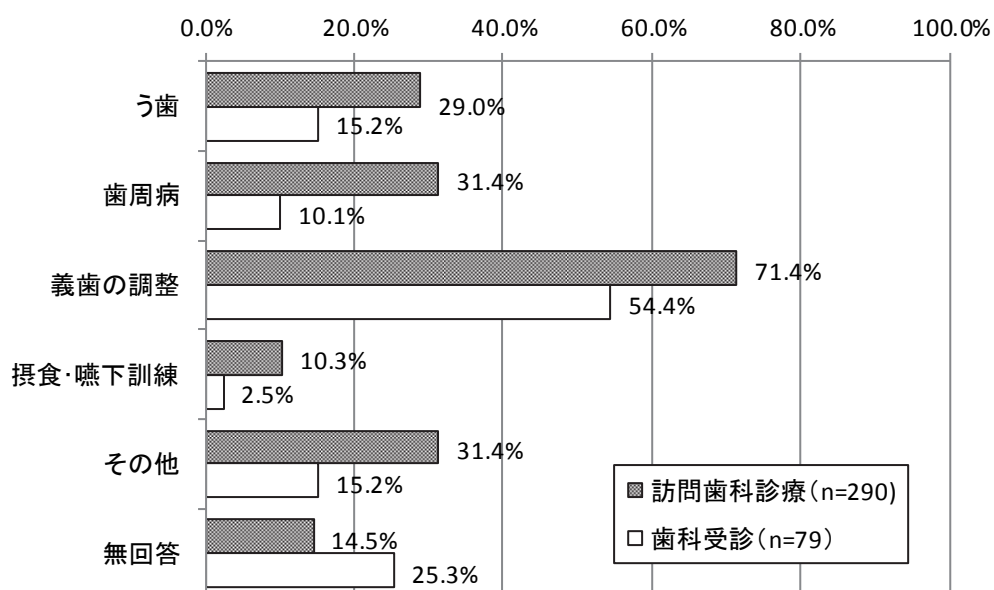
図表2-69 医療等の利用状況：延べ利用回数(n=425(問 31②)(単位:回)

	合計値	平均値	標準偏差	中央値
配置医師による予定外の診療	566	1.3	3.8	0.0
配置医師以外による往診・訪問診療	425	1.0	4.6	0.0
うち、緊急時の依頼による対応	30	0.1	0.5	0.0
訪問看護(医療保険)末期の悪性腫瘍の患者	0	0.0	0.0	0.0
訪問看護(医療保険)精神疾患を有する者(認知症を除く)	14	0.0	0.7	0.0
救急搬送	264	0.6	1.3	0.0

図表2-70 1回以上救急搬送した施設の割合



図表2-71 主な受診理由(問 31)(複数回答)



7) 介護保険の利用者負担の割合

介護保険の利用者負担の割合別平均人数をみると、「1割負担」は56.6人、「2割負担」は1.5人、「3割負担」は0.9人であった。

図表2-72 介護保険の利用者負担の割合(n=470)(問 32)(単位:人)

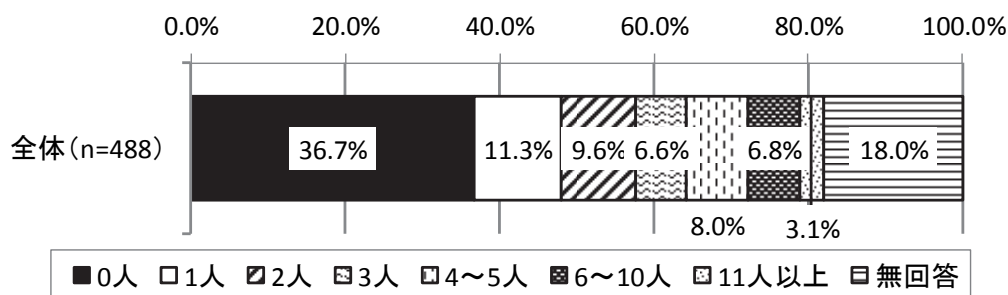
	合計値	構成比	平均値	標準偏差	中央値
1割負担	26,613	95.9%	56.6	30.0	49.0
2割負担	697	2.5%	1.5	2.1	1.0
3割負担	431	1.6%	0.9	2.1	0.0
合計	27,741	100.0%	59.0	31.2	50.0

8) 生活保護を受給している入所者数

生活保護を受給している入所者数をみると、「0人」が36.7%、「1人」が11.3%、「2人」が9.6%であった。平均は2.2人であった。

入所者に占める生活保護を受給している割合をみると、「20%未満」が44.1%と最も多く、次いで「0%」が36.1%となった。

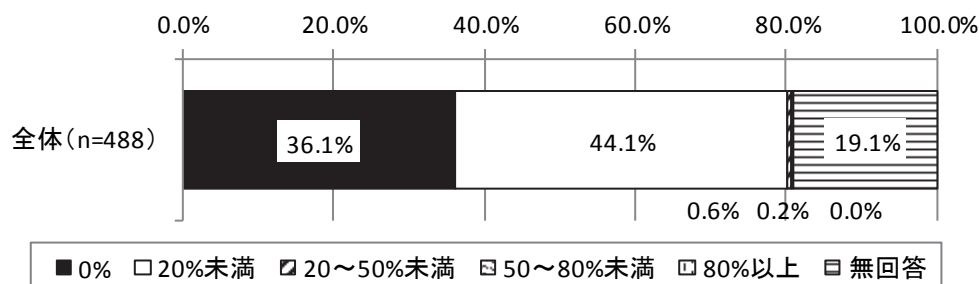
図表2-73 生活保護を受給している入所者数(n=488) (問 33)



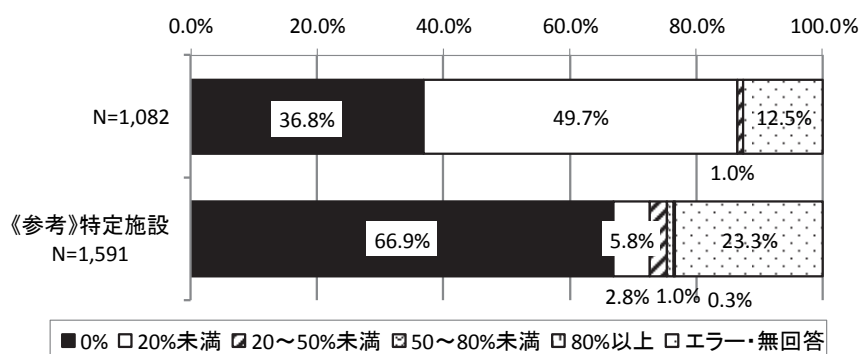
(単位：人)

	件数	合計値	平均値	標準偏差	中央値
生活保護を受給している入所者数	400	895	2.2	3.6	1.0

図表2-74 入所者に占める生活保護を受給している入所者の割合



(参考) 平成 29 年度 調査結果



出所) 株式会社野村総合研究所「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分) 高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」のデータを元に MURC が作成

9) 介護保険料の負担段階

介護保険料の負担段階の平均人数をみると、「住民税非課税所得世帯(第一段階)」が2.5人、「住民税非課税所得世帯(第二段階)」が15.6人、「住民税非課税所得世帯(第三段階)」24.1人、「住民税非課税所得世帯(第四段階以上)」が17.5人であった。

図表2-75 介護保険料の負担段階(n=448)(問34)(単位:人)

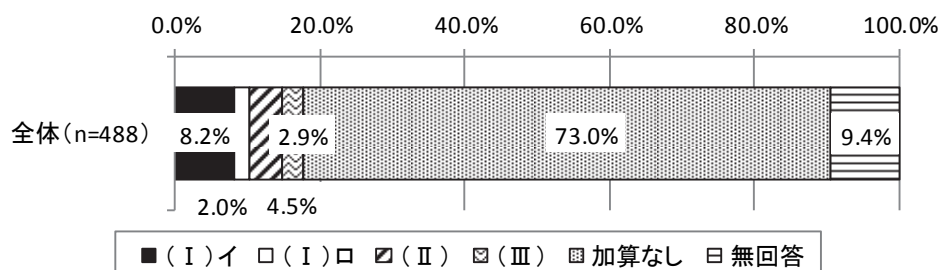
	合計値	構成比	平均値	標準偏差	中央値
住民税非課税所得世帯 (第一段階)	1,117	4.2%	2.5	4.1	1.0
住民税非課税所得世帯 (第二段階)	6,984	26.1%	15.6	11.5	13.0
住民税非課税所得世帯 (第三段階)	10,792	40.3%	24.1	14.8	21.0
住民税非課税所得世帯 (第四段階以上)	7,860	29.4%	17.5	13.5	14.0
合計	26,753	100.0%	59.7	32.0	50.0

(4) 各種加算の算定状況(2019年6月分の状況)

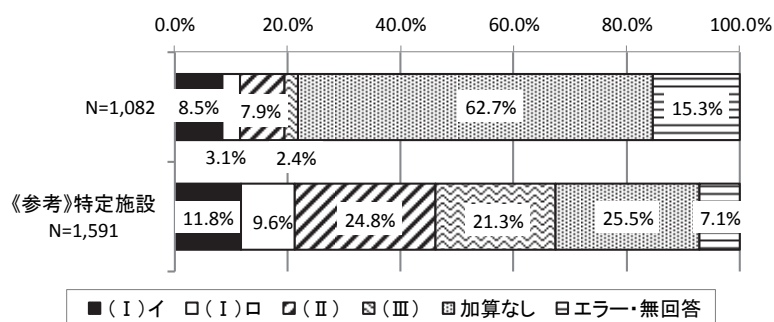
1) サービス提供体制強化加算の算定状況

サービス提供体制強化加算の算定状況は、「(Ⅰ)イ」が8.2%、「(Ⅰ)ロ」が2.0%、「(Ⅱ)」が4.5%、「(Ⅲ)」が2.9%、「加算なし」が73.0%であった。

図表2-76 サービス提供体制強化加算の算定状況(n=488)(問35①)



(参考) 平成29年度 調査結果



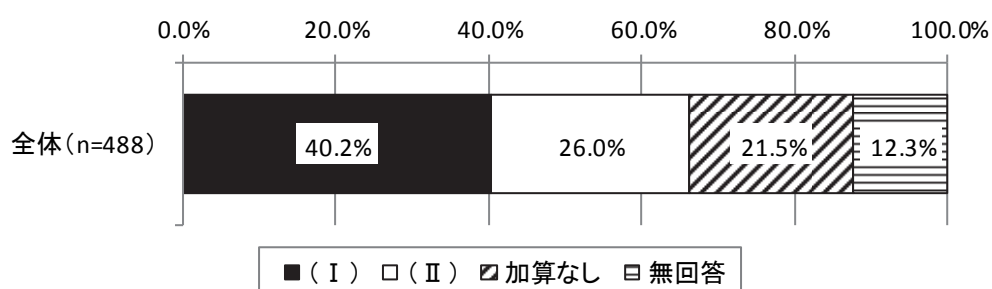
出所) 株式会社野村総合研究所「平成29年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」のデータを元にMURCが作成

2) 日常生活継続支援加算の算定状況

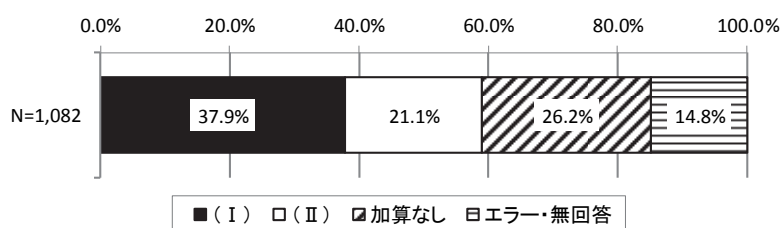
日常生活継続支援加算をみると、「(Ⅰ)」が 40.2%、「(Ⅱ)」が 26.0%、「加算なし」が 21.5%であった。

加算を算定するのに該当する加算算定要件をみると、「要介護 4・5 の入所者の占める割合が 70%以上」が 66.3%、「認知症自立度Ⅲ以上の入所者の割合が 65%以上」が 50.8%、「たんの吸引等が必要な入所者の割合が 15%以上」が 9.9%であった。

図表2-77 日常生活継続支援加算の算定状況(n=488)(問 35②)

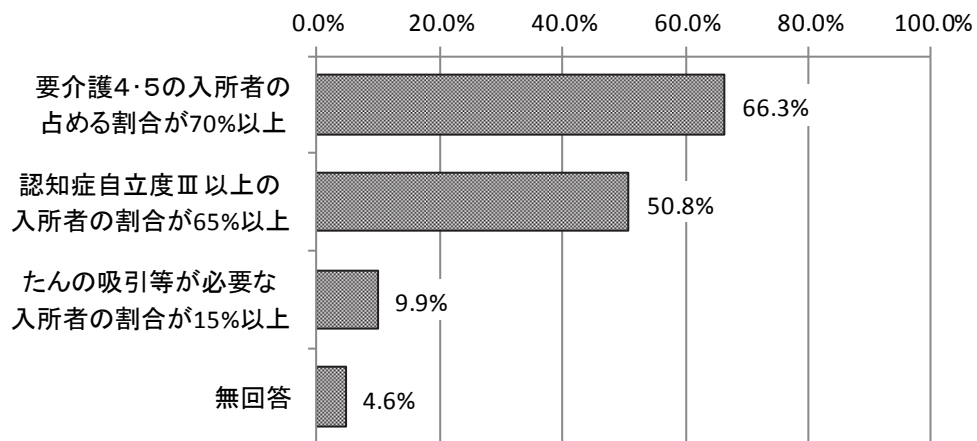


(参考) 平成 29 年度 調査結果

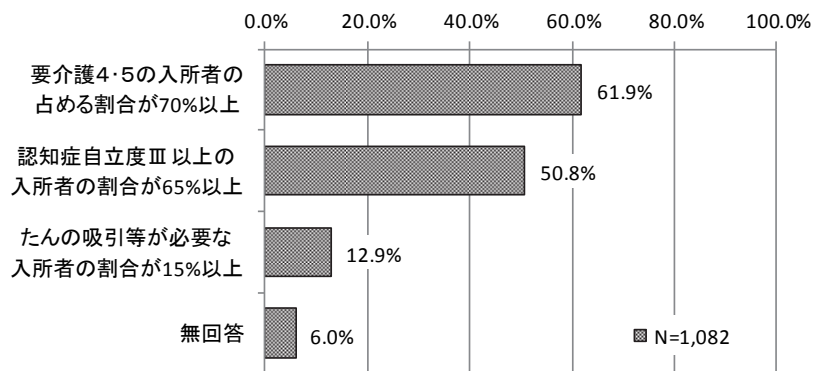


出所) 株式会社野村総合研究所「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」のデータを元に MURC が作成

図表2-78 該当する加算算定要件(n=323)(問 35②)(複数回答)



(参考) 平成 29 年度 調査結果



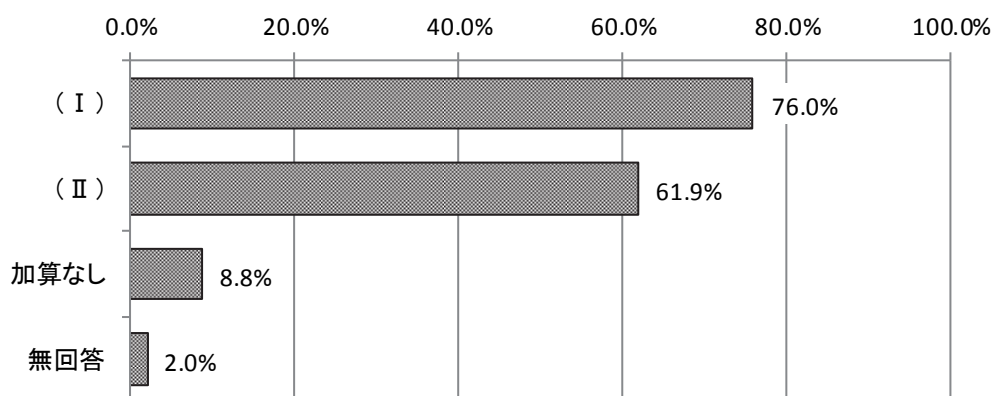
出所) 株式会社野村総合研究所「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分) 高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」のデータを元に MURC が作成

3) 看護体制加算の算定状況

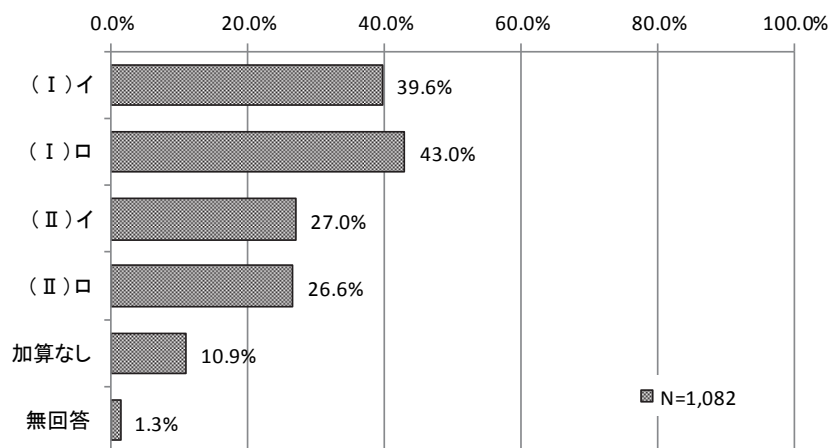
看護体制加算の算定状況をみると、「(Ⅰ)」が 76.0%、「(Ⅱ)」が 61.9%、「加算なし」が 8.8%であった。

24 時間連絡できる体制の確保方法をみると、「自施設の看護職員により体制を確保している」が 90.7%、「病院又は診療所との連携により体制を確保している」が 21.2%、「訪問看護ステーションとの連携により体制を確保している」が 0.3%であった。

図表2-79 看護体制加算の算定状況 (n=488) (問 35③) (複数回答)

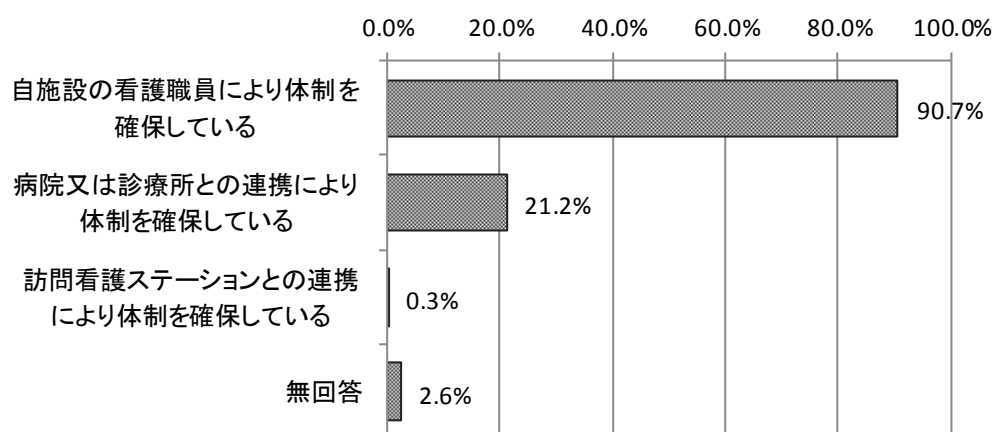


(参考) 平成 29 年度 調査結果



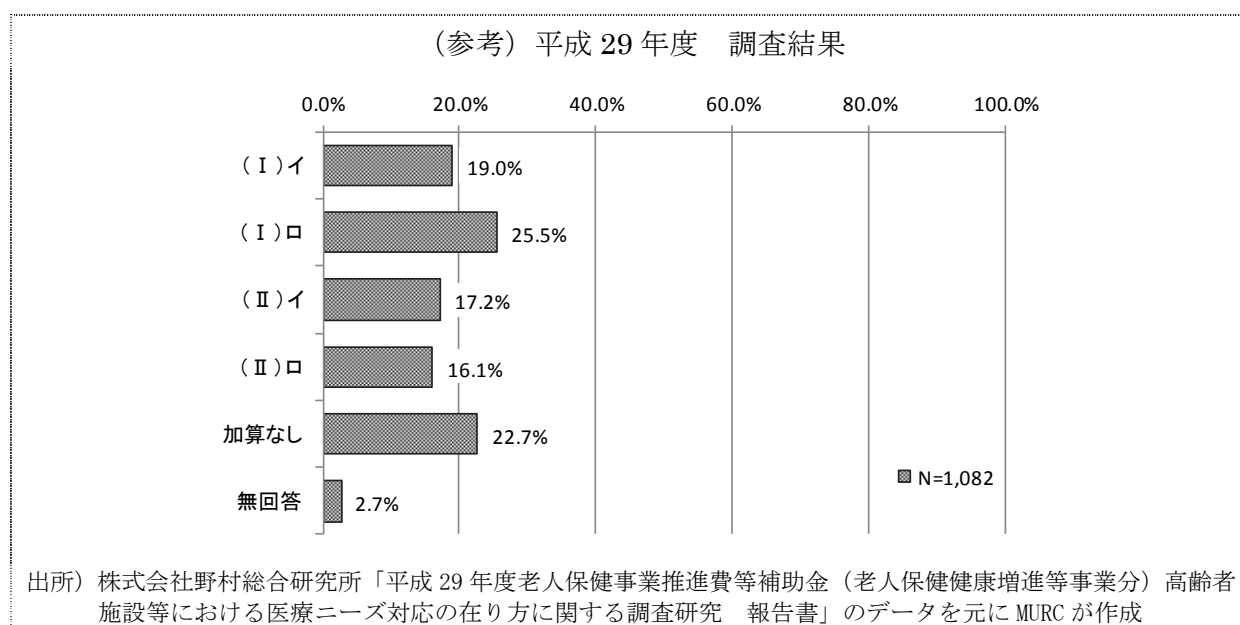
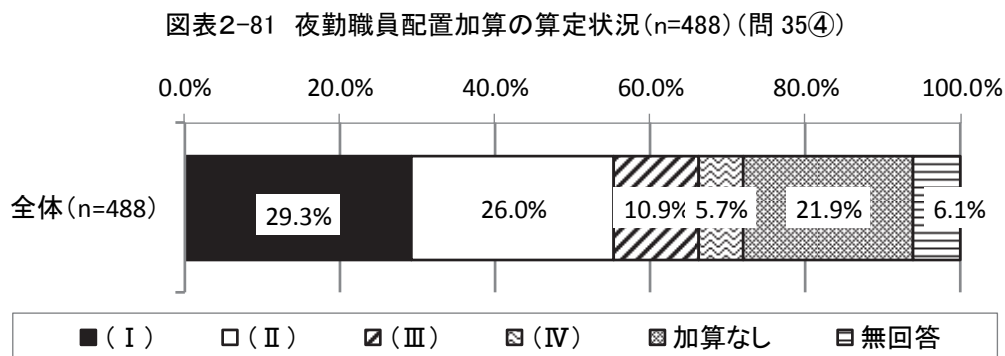
出所) 株式会社野村総合研究所「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分) 高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」のデータを元に MURC が作成

図表2-80 24時間連絡できる体制の確保方法(n=302)(問35③)(複数回答)



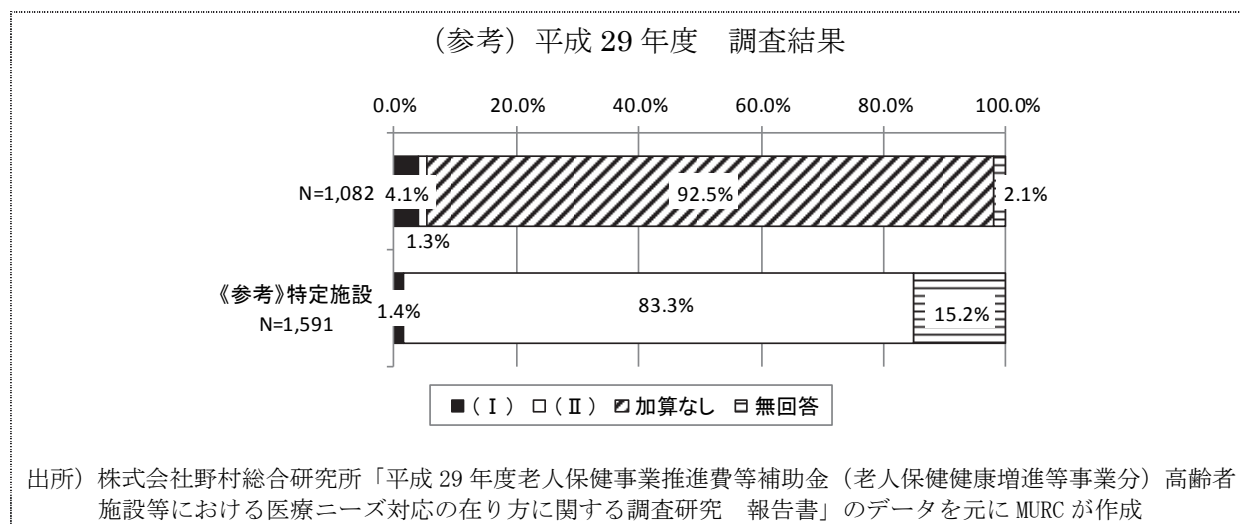
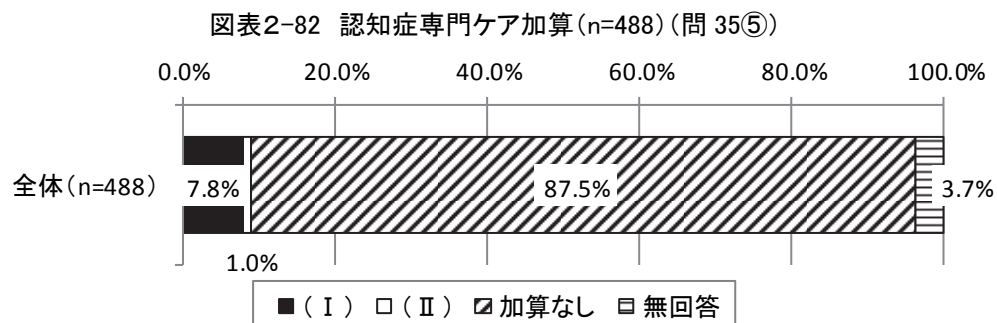
4) 夜勤職員配置加算の算定状況

夜勤職員配置加算の算定状況をみると、「(Ⅰ)」が 29.3%、「(Ⅱ)」が 26.0%、「(Ⅲ)」が 10.9%、「(Ⅳ)」が 5.7%、「加算なし」が 21.9%であった。



5) 認知症専門ケア加算の算定状況

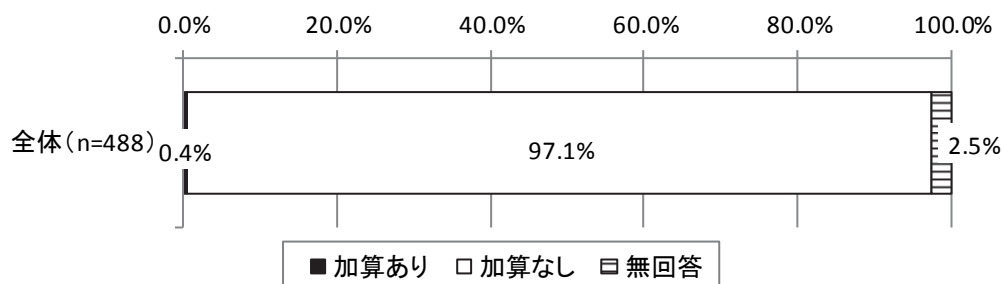
認知症ケア加算の算定状況をみると、「(Ⅰ)」が 7.8%、「(Ⅱ)」が 1.0%、「加算なし」が 87.5%であった。



6) 認知症行動・心理症状緊急対応加算の算定状況

認知症行動・心理症状緊急対応加算の算定状況をみると、「加算あり」が 0.4%、「加算なし」が 97.1%であった。

図表2-83 認知症行動・心理症状緊急対応加算の算定状況(n=488) (問 35⑥)

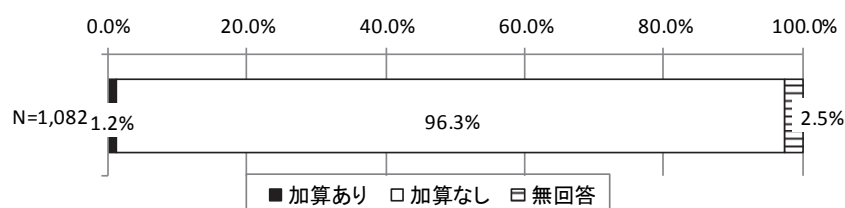


図表2-84 毎月の認知症行動・心理症状緊急対応加算の加算人数(問 35⑥) (単位:人)

	件数	合計値	平均値	標準偏差	中央値
加算人数	1	1.0	1.0	-	1.0

(注) 回答数が少ないため、結果の見方、数値には注意する必要がある。

(参考) 平成 29 年度 調査結果



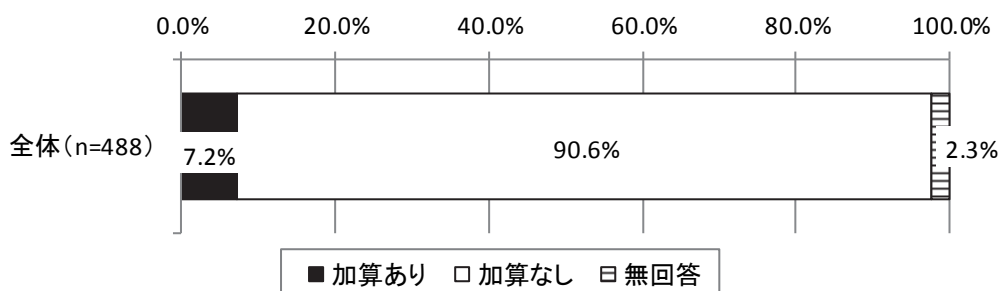
出所) 株式会社野村総合研究所「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」のデータを元に MURC が作成

7) 若年性認知症入所者受入加算の算定状況

若年性認知症入所者受入加算の算定状況をみると、「加算あり」が 7.2%、「加算なし」が 90.6%であった。

毎月の加算人数は平均 1.1 人であった。

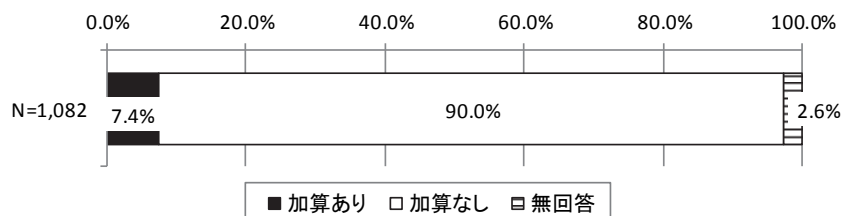
図表2-85 若年性認知症入所者受入加算の算定状況(n=488)(問 35⑦)



図表2-86 毎月の若年性認知症入所者受け入れ加算の加算人数(問 35⑦)(単位:人)

	件数	合計値	平均値	標準偏差	中央値
加算人数	16	17.0	1.1	0.3	1.0

(参考) 平成 29 年度 調査結果



出所) 株式会社野村総合研究所「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」のデータを元に MURC が作成

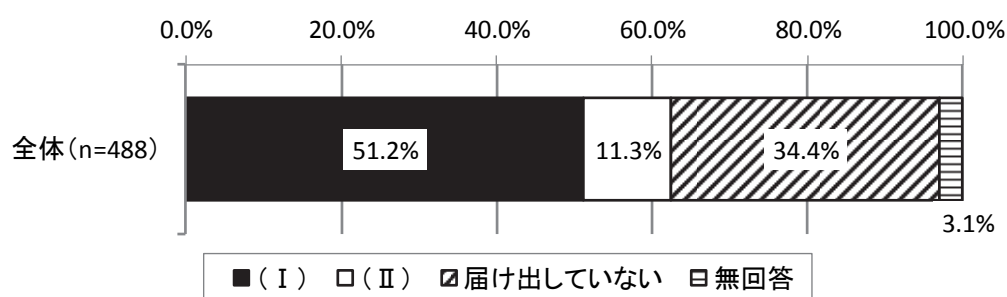
8) 看取り介護加算の算定状況

看取り介護加算は「(Ⅰ)」が 51.2%、「(Ⅱ)」11.3%、「届け出をしていない」が 34.4%となった。

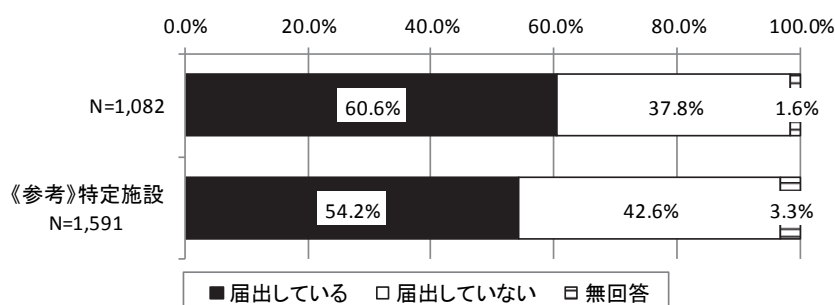
算定件数（1月から6月の累計）は「看取り介護加算（Ⅰ）」は1施設あたり平均で3.8件、「看取り介護加算（Ⅱ）」は4.5件であった。

看取り介護加算の届け出をしていない、または、算定件数が「0」件の理由をみると、「加算を算定する要件を満たすことが困難であった」が 46.4%、「加算を算定する意向がなかった」が 24.4%であった。

図表2-87 看取り介護加算の算定状況(n=488) (問 35⑧)

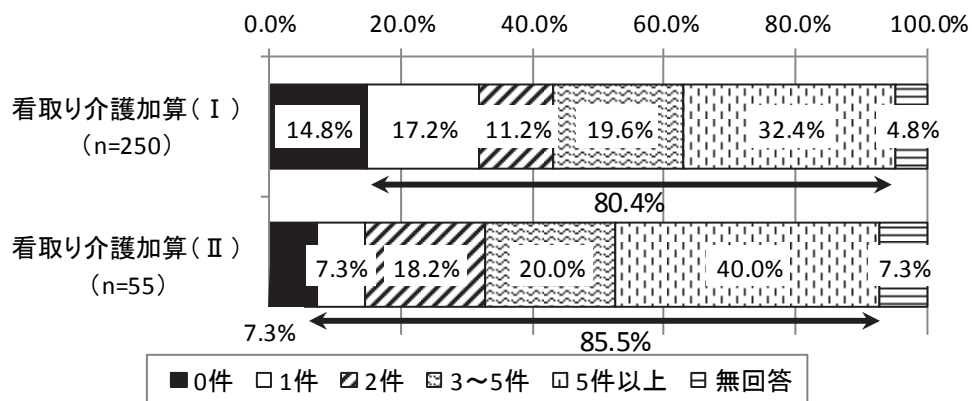


(参考) 平成 29 年度 調査結果



出所) 株式会社野村総合研究所「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」のデータを元に MURC が作成

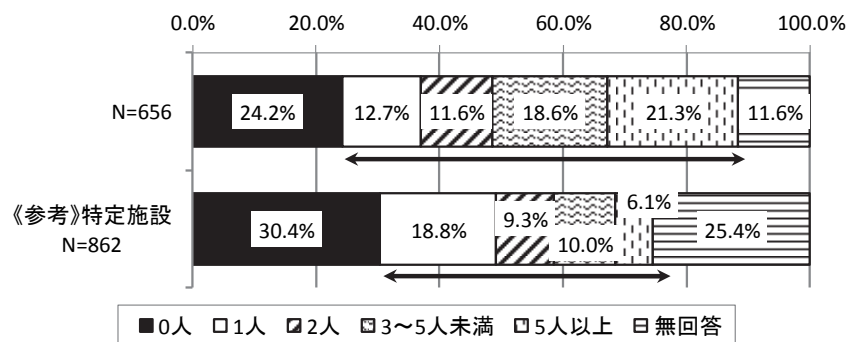
図表2-88 算定件数(1月～6月の累計)(n=488)(問 35⑧)



(単位：件)

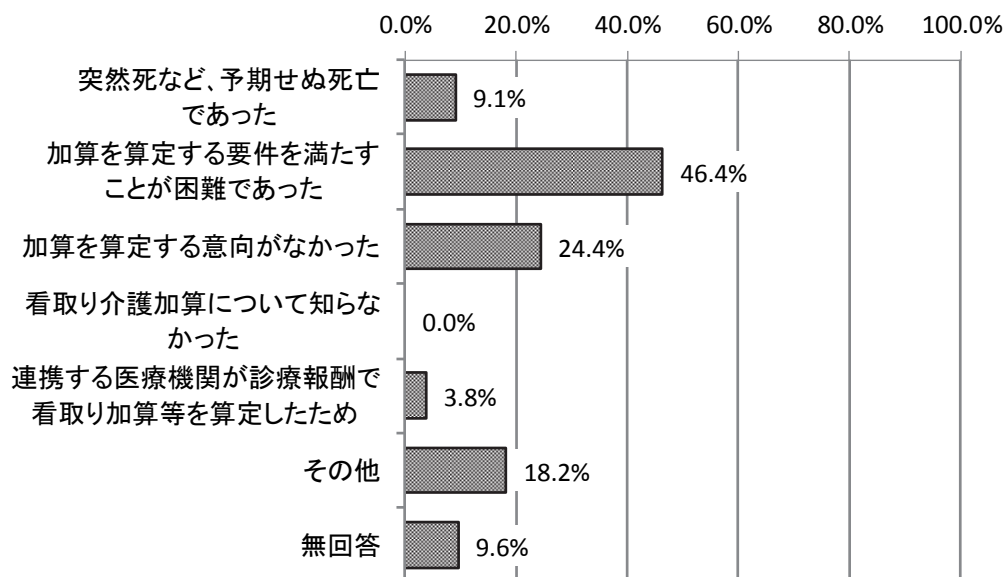
	回答件数	合計値	平均値	標準偏差	中央値
看取り介護加算(Ⅰ)	238	905	3.8	3.6	3.0
看取り介護加算(Ⅱ)	51	227	4.5	3.3	4.0

(参考) 平成 29 年度 調査結果



出所) 株式会社野村総合研究所「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分) 高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」のデータを元に MURC が作成

図表2-89 看取り介護加算を「1 届け出していない」または、算定件数が「0件」の理由 (n=209)
(問 35⑧)(複数回答)



※「その他」の具体的内容は「対象者がいなかった」「調査対象期間中に看取り実績なし」等であった。

図表2-90 (「連携する医療機関が診療報酬で看取り加算等を算定したため」と回答した施設)
連携する医療機関の算定件数(2019年1月～6月の累計)(n=4)(単位:件)

	合計値	平均値	標準偏差	中央値
連携する医療機関が算定した件数	27	6.8	4.5	5.5

(注) 回答数が少ないため、結果の見方、数値には注意する必要がある。

9) 配置医師緊急時対応加算の算定回数

配置医師緊急時対応加算の算定回数をみると、「早朝・夜間」は平均 0.3 回、「深夜」は平均 0.2 回であった。

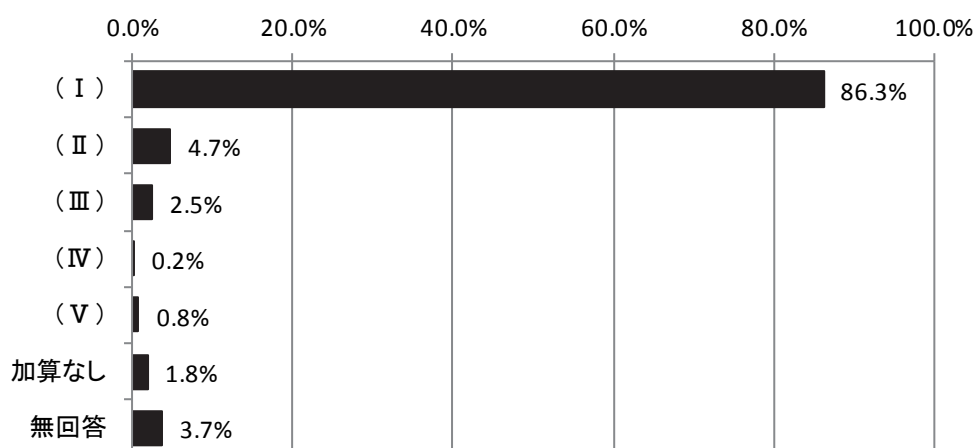
図表2-91 配置医師緊急時対応加算算定回数(n=190)(問 35⑨)(単位:回)

	合計値	平均値	標準偏差	中央値
早朝・夜間	59	0.3	1.1	0.0
深夜	33	0.2	0.6	0.0

10) 介護職員処遇改善加算の算定状況

介護職員処遇改善加算の算定状況をみると、「加算なし」が 1.8%、「(Ⅰ)」が 86.3%、「(Ⅱ)」が 4.7%、「(Ⅲ)」が 2.5%、「(Ⅳ)」が 0.2%、「(Ⅴ)」が 0.8%であった。

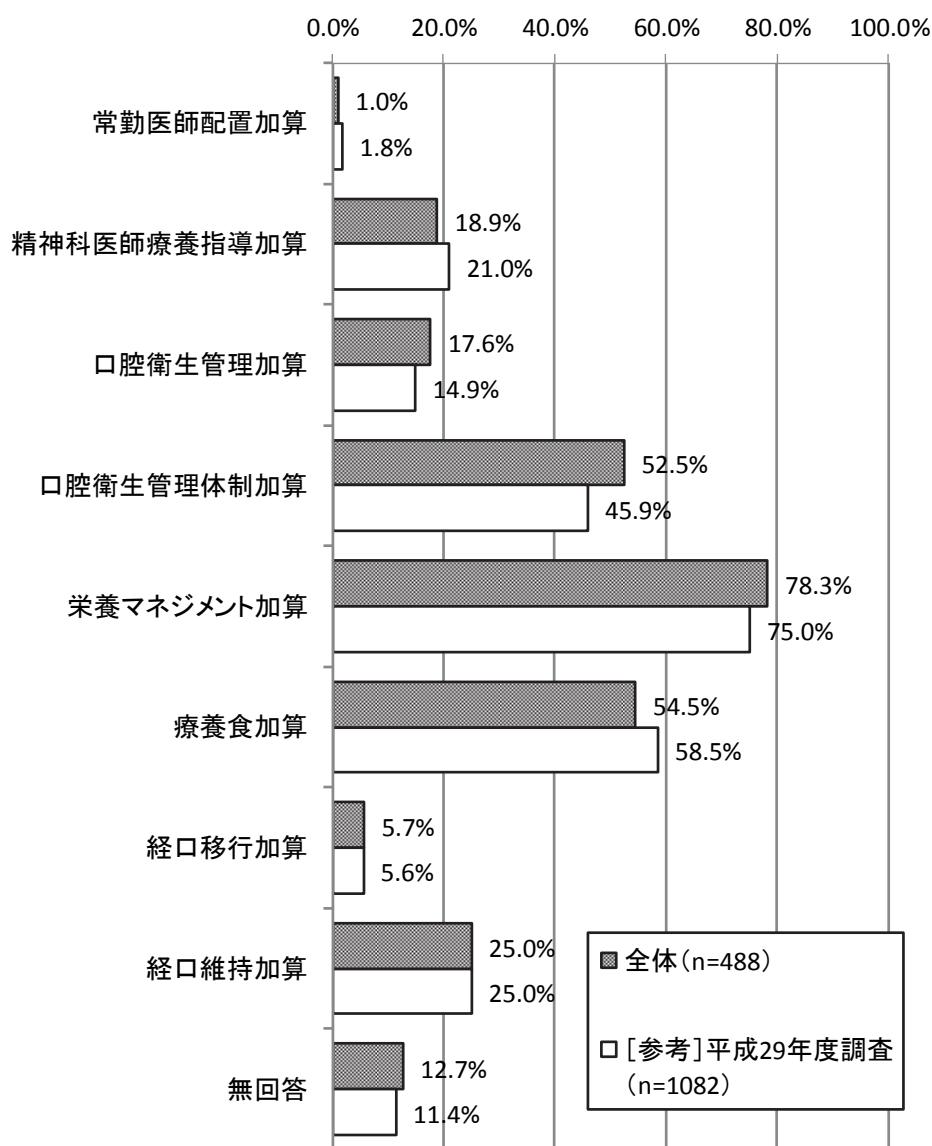
図表2-92 介護職員処遇改善加算の算定状況(n=488)(問 35⑩)



11) その他の加算の算定状況

その他の加算の算定状況をみると、「常勤医師配置加算」が 1.0%、「精神科医師療養指導加算」が 18.9%、「口腔衛生管理加算」が 17.6%、「口腔衛生管理体制加算」が 52.5%、「栄養マネジメント加算」が 78.3%、「療養食加算」が 54.5%、「経口移行加算」が 5.7%、「経口維持加算」が 25.0%であった。

図表2-93 その他の加算(n=488)(問 35⑪)(複数回答)



出所) 株式会社野村総合研究所「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分) 高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」のデータを元に MURC が作成

(5) 新規入所者の状況 (2019 年 1 月 1 日～6 月 30 日)

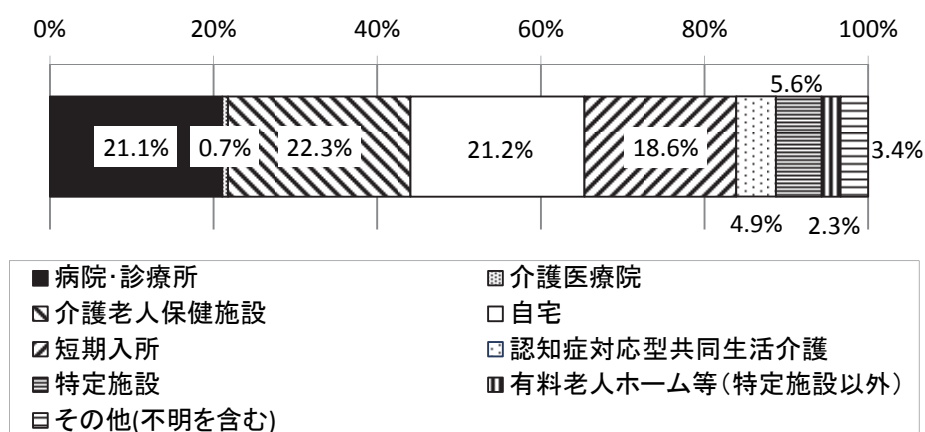
2019 年 1 月 1 日～6 月 30 日の新規入所者数をみると、平均で 8.6 人であった。

入所直前の居場所は、「介護老人保健施設」が 1.9 人、「病院・診療所」「自宅」がそれぞれ 1.8 人、「短期入所」が 1.6 人であった。

図表2-94 新規入所者数(問 36)(n=482 施設)(単位:人)

	合計値	構成比	平均値	標準偏差	中央値
新規入所者数	4,132	100.0%	8.6	5.5	7.0
病院・診療所	870	21.1%	1.8	2.2	1.0
うち、介護療養型医療施設	88	2.1%	0.2	0.7	0.0
介護医療院	29	0.7%	0.1	0.5	0.0
介護老人保健施設	922	22.3%	1.9	2.4	1.0
自宅	878	21.2%	1.8	2.2	1.0
短期入所	767	18.6%	1.6	2.5	1.0
認知症対応型共同生活介護	201	4.9%	0.4	1.0	0.0
特定施設	230	5.6%	0.5	1.0	0.0
特定施設以外の有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅、軽費老人ホーム、養護老人ホーム	96	2.3%	0.2	0.6	0.0
その他(不明を含む)	139	3.4%	0.3	1.2	0.0

図表2-95 新規入所者の入所直前の居場所の内訳(n=482 施設、合計 4,132 人)



(6) 退所者の状況

2019年1月1日～6月30日の退所者数をみると、平均で8.7人であった。

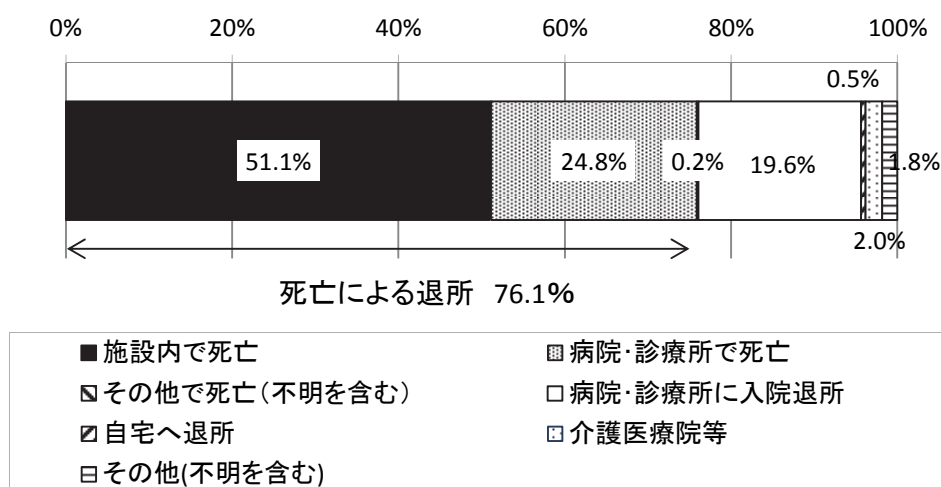
退所先は、「死亡による契約終了」が6.6人、「病院・診療所」が1.7人であった。

退所先が「病院・診療所」の場合、退院後、別の事業所等へ移動しているケースもあることに留意する必要がある。

図表2-96 退所者数(問37)(n=454施設)(単位:人)

	合計値	平均値	標準偏差	中央値
退所者数	3,969	8.7	5.5	8.0
死亡による契約終了	3,019	6.6	4.7	6.0
うち、家族等の関わりがなかった人	39 (1.3%)	0.1	0.5	0.0
うち、施設内で死亡した人	2,028	4.5	4.1	3.0
うち、病院・診療所で死亡した人	983	2.2	2.6	1.5
病院・診療所	777	1.7	2.5	1.0
うち、介護療養型医療施設	133	0.3	1.1	0.0
介護医療院	12	0.0	0.4	0.0
介護老人保健施設	23	0.1	0.2	0.0
自宅	21	0.0	0.2	0.0
短期入所	14	0.0	0.3	0.0
認知症対応型共同生活介護	0	0.0	0.0	0.0
特定施設	25	0.1	0.4	0.0
特定施設以外の有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅、軽費老人ホーム、養護老人ホーム	5	0.0	0.1	0.0
その他(不明を含む)	73	0.2	0.7	0.0

図表2-97 退所者の退所先の内訳(n=454施設、合計3,969人)



(注) 介護医療院等：介護医療院、介護老人保健施設、短期入所、特定施設、有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅、軽費老人ホーム、養護老人ホーム

(7) 死亡による契約終了の場合の逝去の状況

死亡による契約終了の場合の逝去の状況は、逝去した場所は「居室」が平均 3.6 人、「病院・診療所（死亡日前々日以前に入院）」が平均 1.5 人であった。

図表2-98 死亡による契約終了の場合の逝去の状況(1施設あたり平均値)

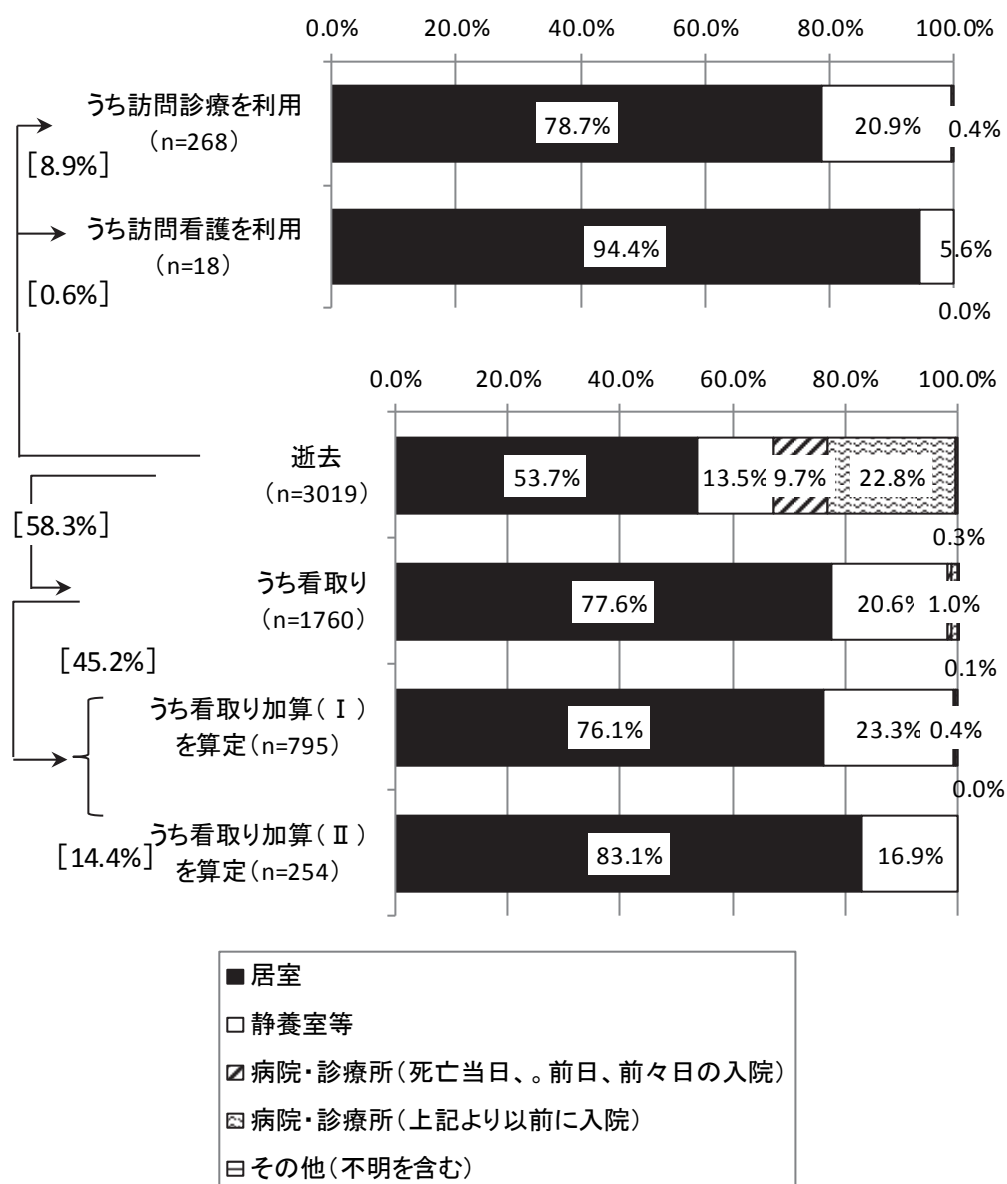
(n=454) (問 38) (単位: 人)

逝去した場所	①逝去した人数					⑤逝去した人数のうち、訪問診療を利用して いた人数 (逝去前 6 か 月 間)	⑥逝去した人数のうち、訪問看護 (医療保険)を利用していた人数 (逝去前 6 か 月 間)
	②うち、看取りを行った人数 (加算算定の有無によらない)	③うち、看取り介護加算 (Ⅰ)を算定		④うち、看取り介護加算 (Ⅱ)を算定			
(1) 居室	3.6	3.0	1.3	0.5	0.5	0.0	
(2) 静養室等	0.9	0.8	0.4	0.1			
(3) 病院・診療所 (死亡当日、前日、前々日の入院)	0.6	0.0	0.0		0.1	0.0	
(4) 病院・診療所 ((3) より前に入院)	1.5	0.0	0.0				
(5) その他(不明を含む)	0.0	0.0	0.0				

※合計値は図表 2-100 参照

注) 本調査では「看取りを行う」は「看取りケアを行う」ことを指すものと捉えて分析した。

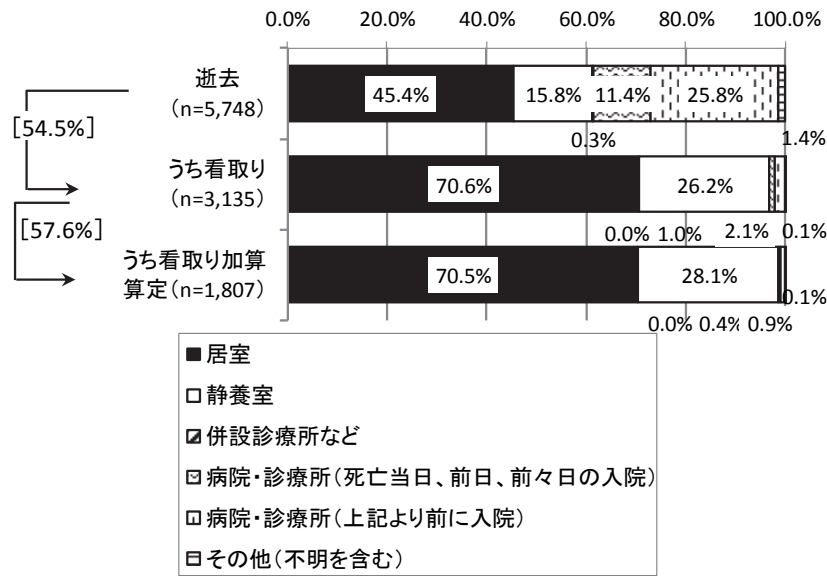
図表2-99 死亡による契約終了の場合の逝去の場所(問 38)



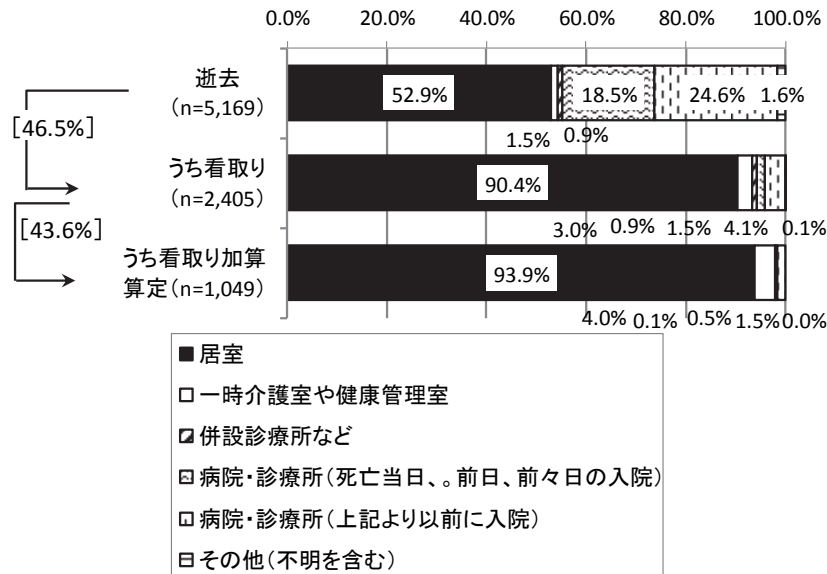
図表2-100 死亡による契約終了の場合の逝去の状況(n=454)(問38)(単位:人)

	合計値	平均値	標準偏差	中央値
Q38①1 逝去した人数:居室	1,621	3.6	3.8	2.5
Q38①2 逝去した人数:静養室等	407	0.9	2.2	0.0
Q38①3 逝去した人数:病院・診療所(死亡当日、前日、前々日の入院)	294	0.6	1.3	0.0
Q38①4 逝去した人数:病院・診療所((3)より前に入院)	689	1.5	2.1	1.0
Q38①5 逝去した人数:その他の場所(不明を含む)	8	0.0	0.1	0.0
Q38②1 うち、看取りを行った人数:居室	1,366	3.0	3.6	2.0
Q38②2 うち、看取りを行った人数:静養室等	363	0.8	2.1	0.0
Q38②3 うち、看取りを行った人数:病院・診療所(死亡当日、前日、前々日の入院)	13	0.0	0.2	0.0
Q38②4 うち、看取りを行った人数:病院・診療所(前々日より前に入院)	17	0.0	0.3	0.0
Q38②5 うち、看取りを行った人数:その他(不明を含む)	1	0.0	0.0	0.0
Q38③1 うち、看取り介護加算(I)を算定:居室	605	1.3	2.6	0.0
Q38③2 うち、看取り介護加算(I)を算定:静養室等	185	0.4	1.5	0.0
Q38③3 うち、看取り介護加算(I)を算定:病院・診療所(死亡当日、前日、前々日の入院)	2	0.0	0.1	0.0
Q38③4 うち、看取り介護加算(I)を算定:病院・診療所(前々日より前に入院)	3	0.0	0.1	0.0
Q38③5 うち、看取り介護加算(I)を算定:その他(不明を含む)	0	0.0	0.0	0.0
Q38④1 うち、看取り介護加算(II)を算定:居室	211	0.5	1.7	0.0
Q38④2 うち、看取り介護加算(II)を算定:静養室等	43	0.1	0.6	0.0
Q38⑤1~2 逝去した人数のうち、訪問診療を利用していた人数:居室・静養室等	211	0.5	1.8	0.0
Q38⑤3~4 逝去した人数のうち、訪問診療を利用していた人数:病院・診療所	56	0.1	0.9	0.0
Q38⑤5 逝去した人数のうち、訪問診療を利用していた人数:その他(不明を含む)	1	0.0	0.0	0.0
Q38⑥1~2 逝去した人数のうち、訪問看護を利用していた人数:居室・静養室等	17	0.0	0.7	0.0
Q38⑥3~4 逝去した人数のうち、訪問看護を利用していた人数:病院・診療所	1	0.0	0.0	0.0
Q38⑥5 逝去した人数のうち、訪問看護を利用していた人数:その他(不明を含む)	0	0.0	0.0	0.0

(参考) 平成 29 年度 調査結果

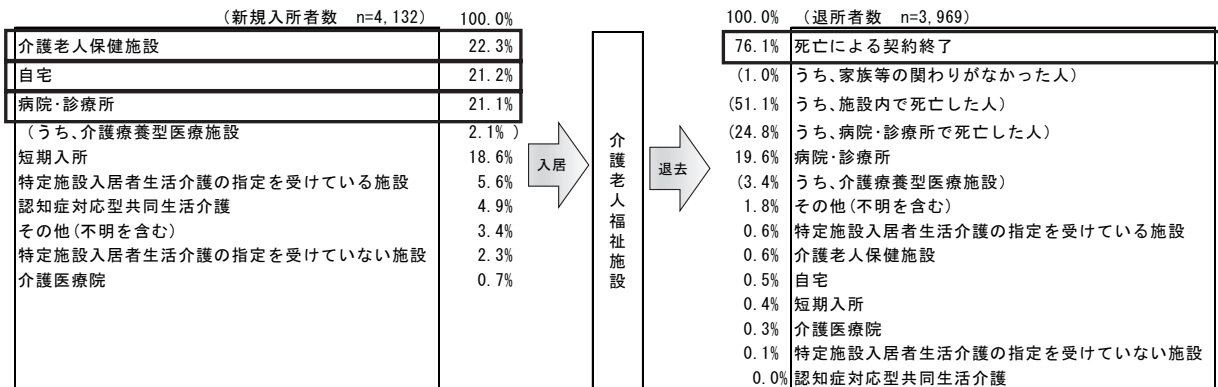


《参考》2017 年調査 特定施設

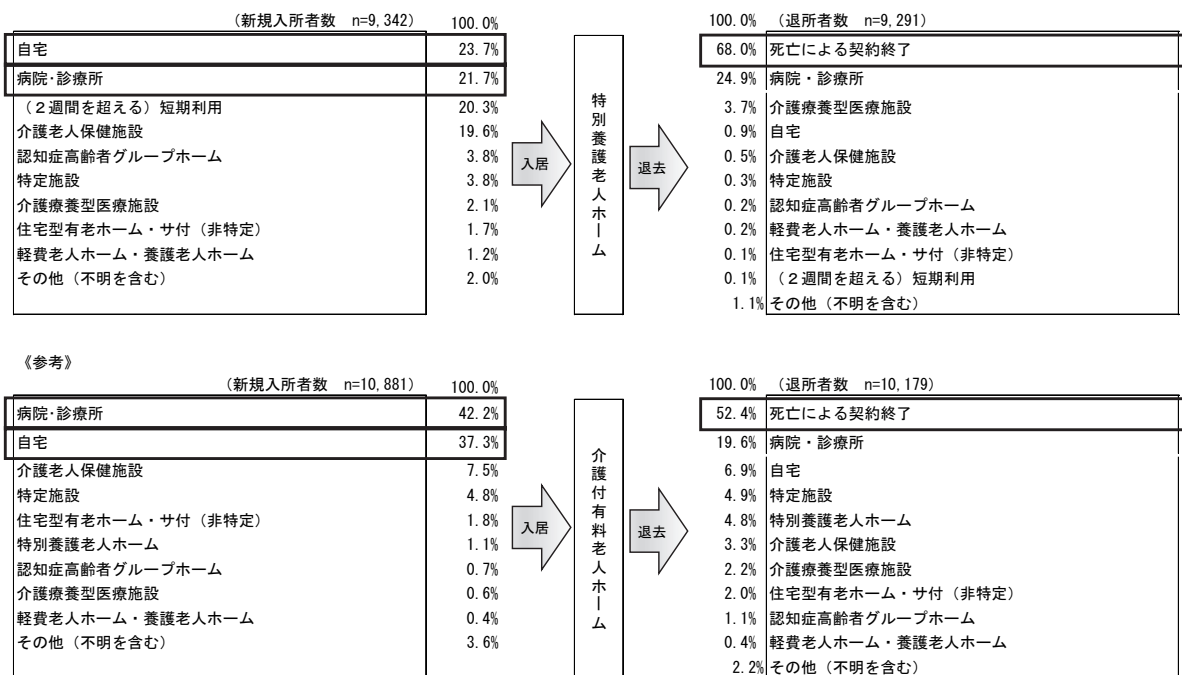


出所) 株式会社野村総合研究所「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」のデータを元に MURC が作成

図表2-101 入退去の状況

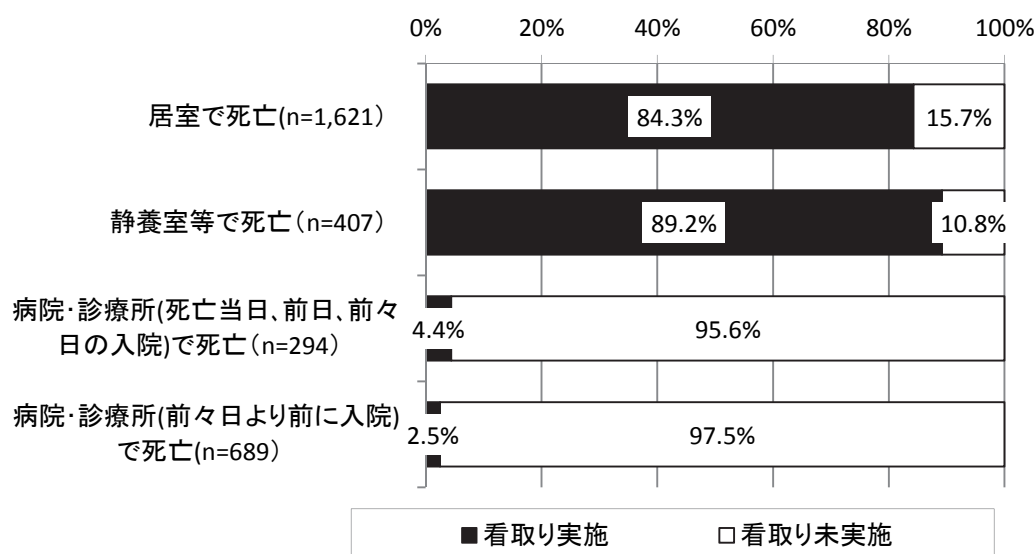


(参考) 平成 29 年度 調査結果



出所) 株式会社野村総合研究所「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」のデータを元に MURC が作成

図表2-102 死亡場所別 看取りの実施の有無

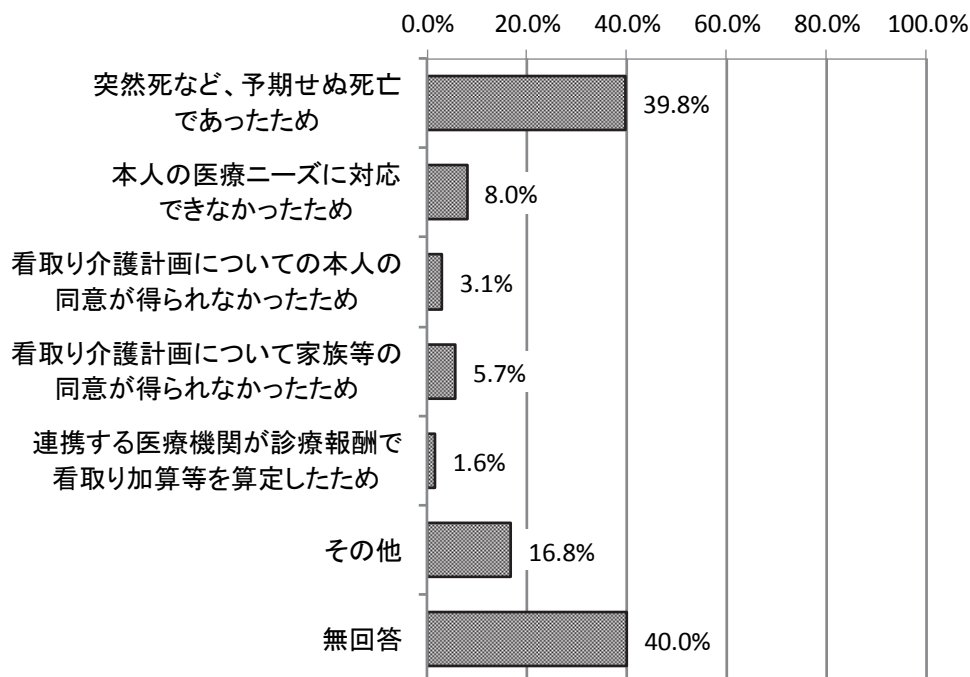


1) 一部の入所者について、看取り介護加算を算定しない場合の理由

一部の入所者について、看取り介護加算を算定しない場合の理由をみると、「突然死など、予期せぬ死亡であったため」が 39.8%と最も多くなった。

図表2-103 一部の入所者について、看取り介護加算を算定しない場合の理由(n=488)

(問 39)(複数回答)



※「その他」の具体的内容は「算定要件を満たさない」「個室の用意ができない」「看護師が不在」「病院での長期入院のため」「配置医師の意向」等であった。

図表2-104 連携する医療機関が算定した件数(2019年1月～6月)(n=3)(単位:件)

	合計値	平均値	標準偏差	中央値
連携する医療機関が算定した件数	8	2.7	1.5	3.0

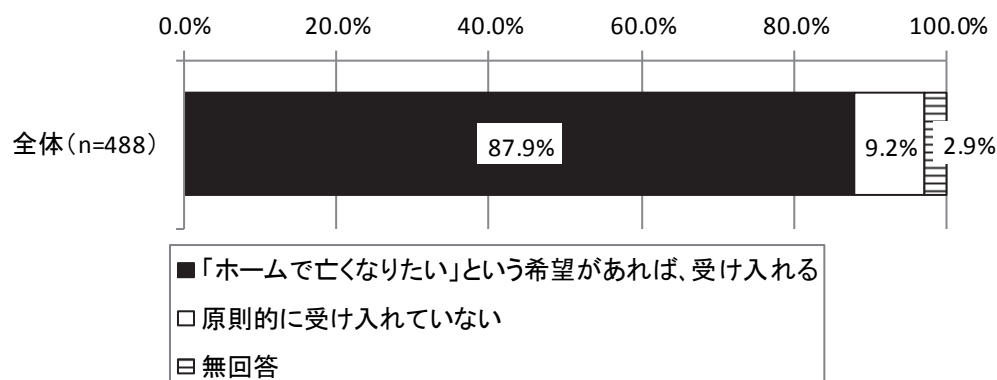
(注) 回答数が少ないため、結果の見方、数値には注意する必要がある。

(8) 施設における看取りの取組や本人、家族等の意思確認の状況

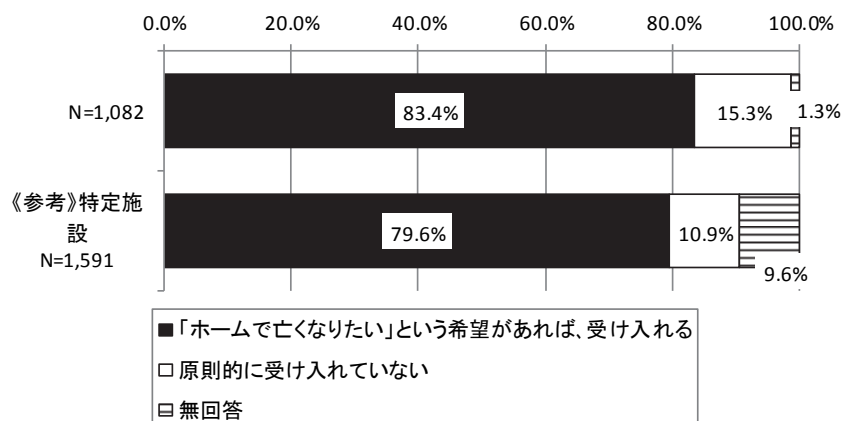
1) 看取りの受け入れ方針

看取りの受入方針をみると、『ホームで亡くなりたい』という希望があれば、受け入れる」が 87.9%、「原則的に受け入れていない」が 9.2%であった。

図表2-105 看取りの受け入れ方針(n=488)(問 40)

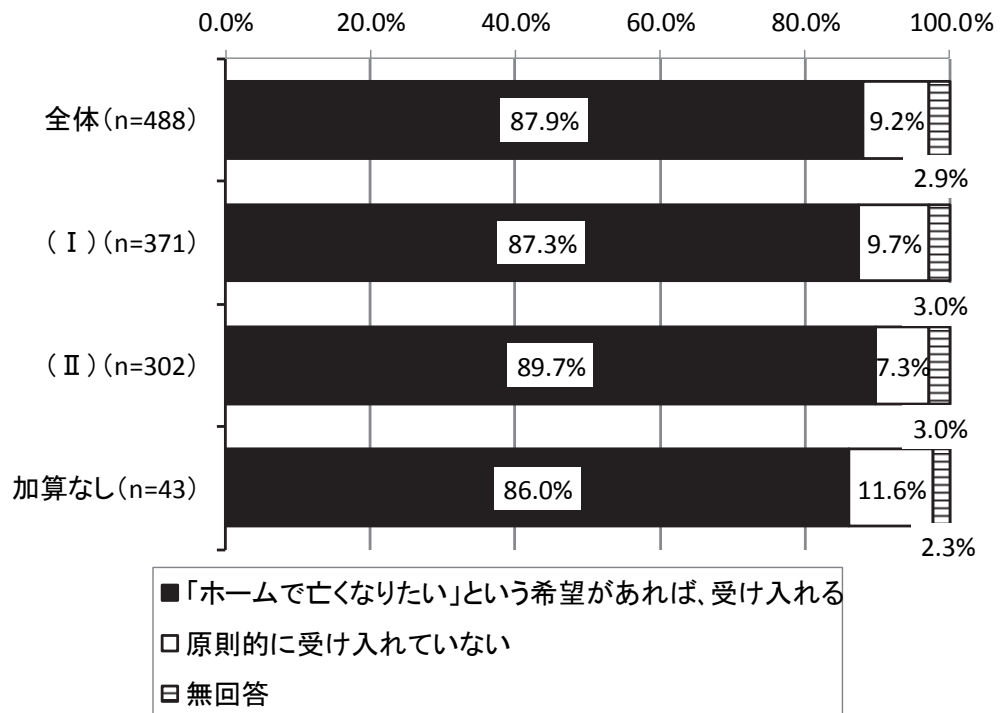


(参考) 平成 29 年度 調査結果



出所) 株式会社野村総合研究所「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分) 高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」のデータを元に MURC が作成

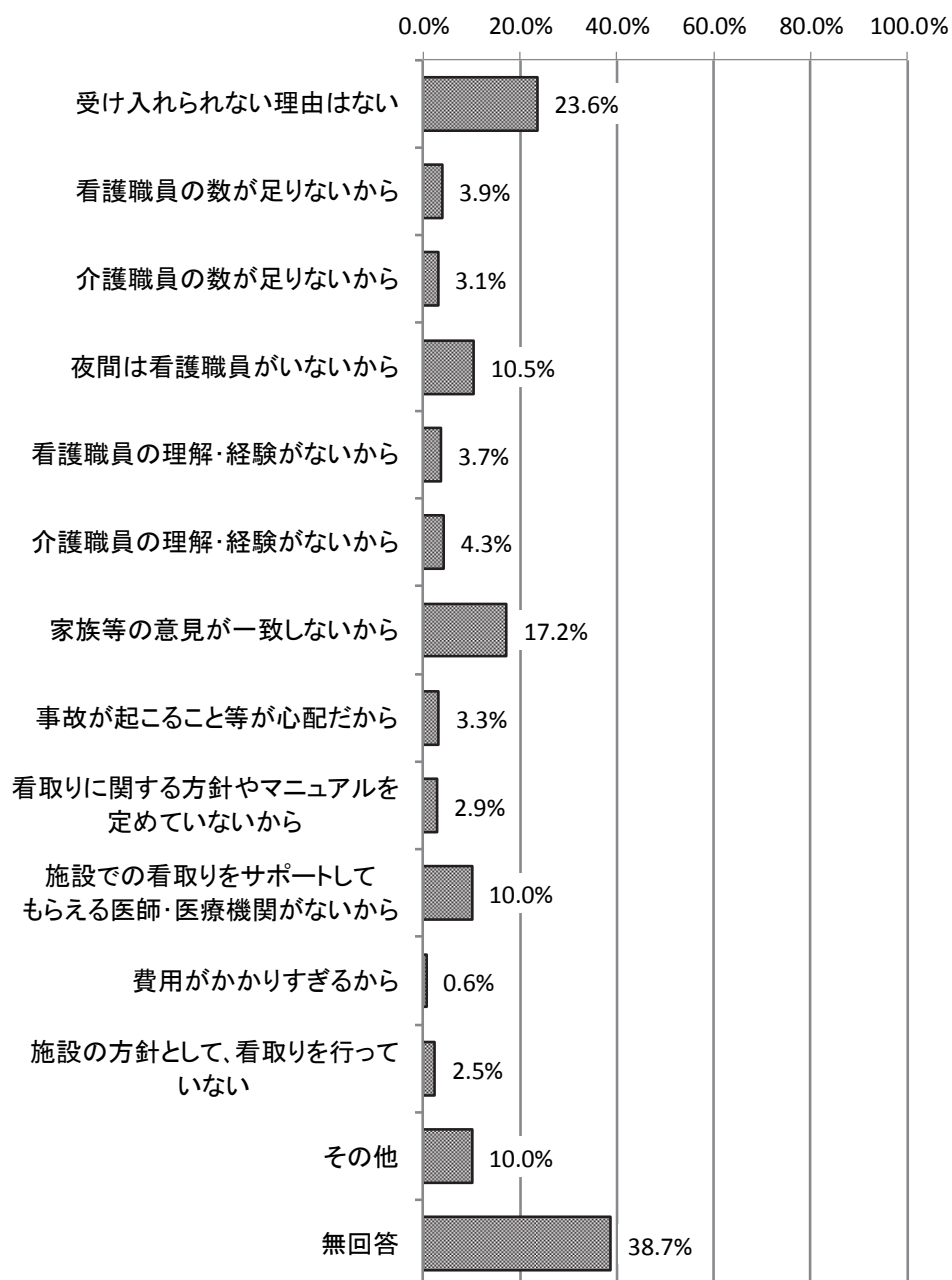
図表2-106 看護体制加算の算定別 看取りの受け入れ方針



2) 看取りを受け入れられないことがある場合の理由

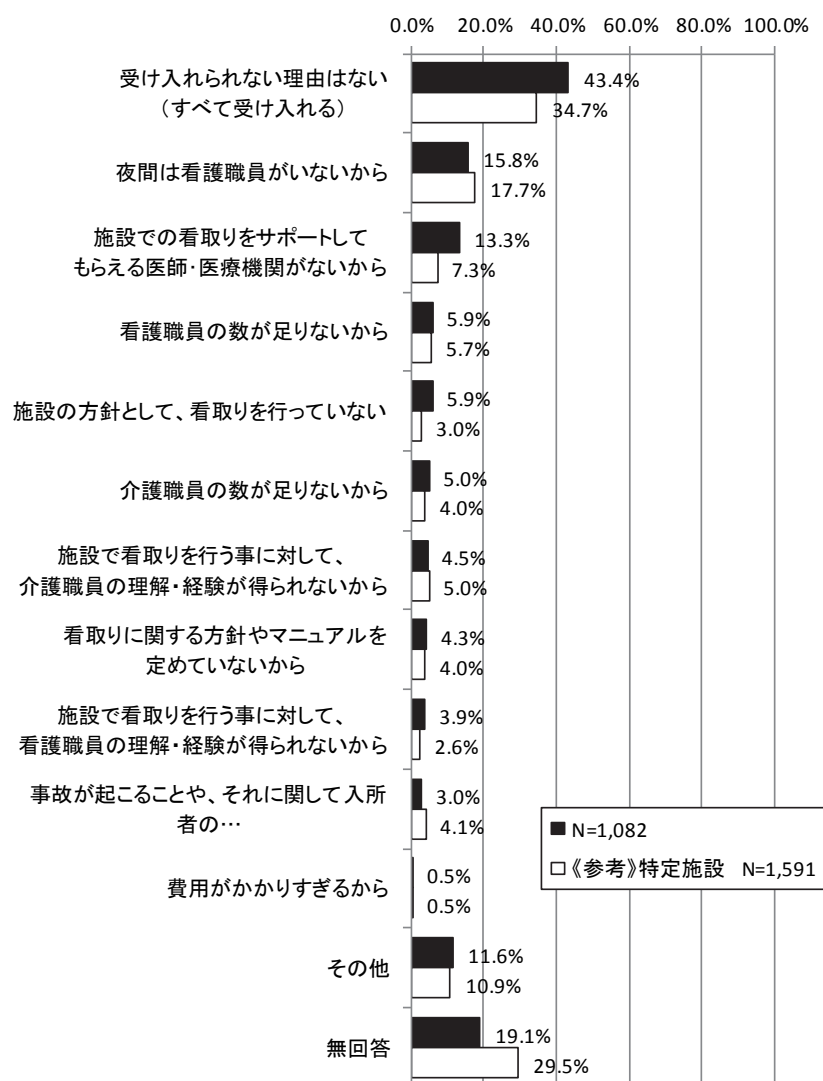
看取りを受け入れられないことがある場合の理由をみると、「受け入れられない理由はない」が23.6%と最も多く、次いで「家族等の意見が一致しないから」が17.2%、「夜間は看護職員がいないから」が10.5%、「施設での看取りをサポートしてもらえる医師・医療機関がないから」が10.0%となった。

図表2-107 看取りを受け入れられないことがある場合の理由(n=488)(問41)(複数回答)



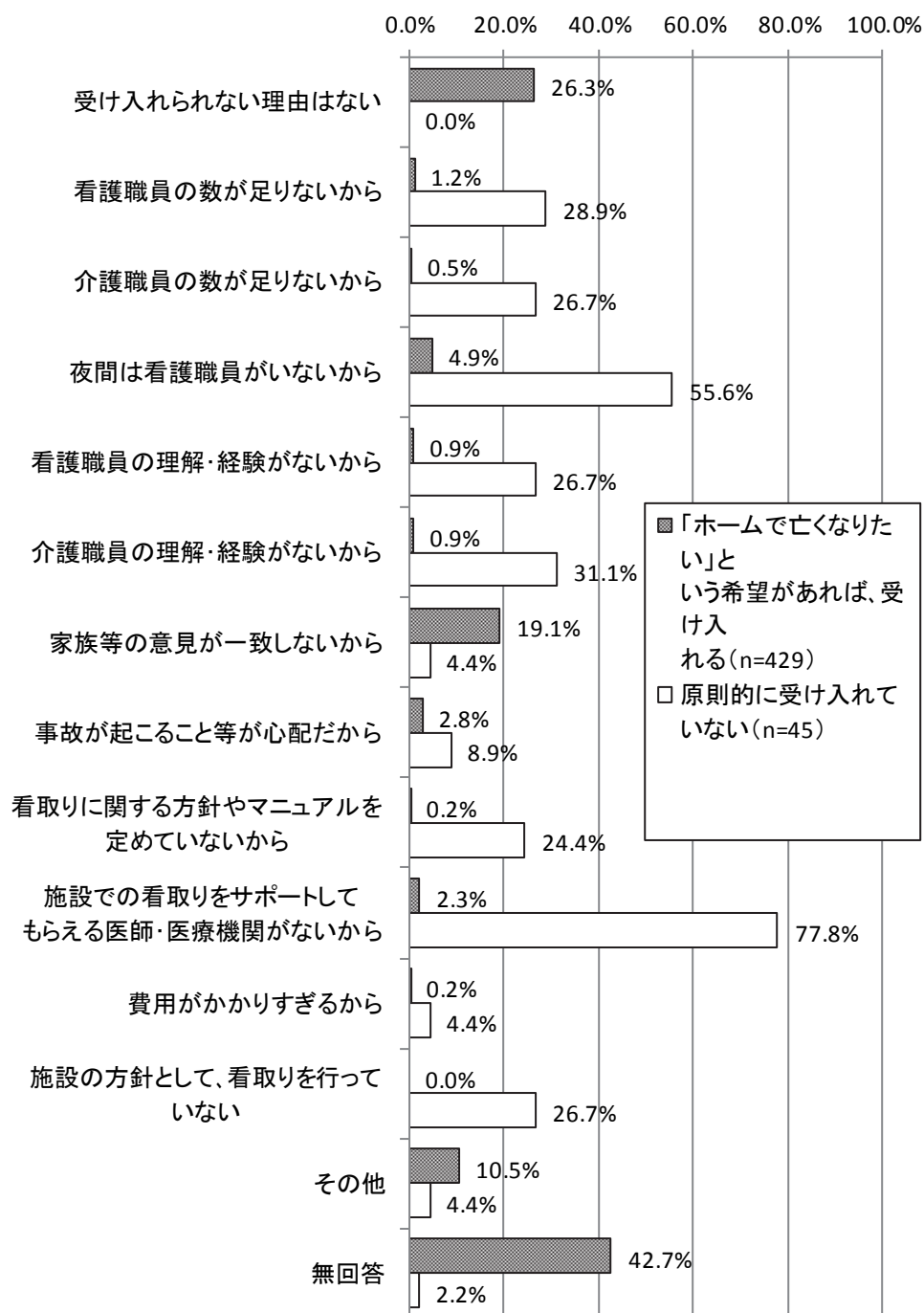
※「その他」の具体的内容は「医療ニーズへの対応が不可」「家族の意向」「嘱託医の判断」等であった。

(参考) 平成 29 年度 調査結果

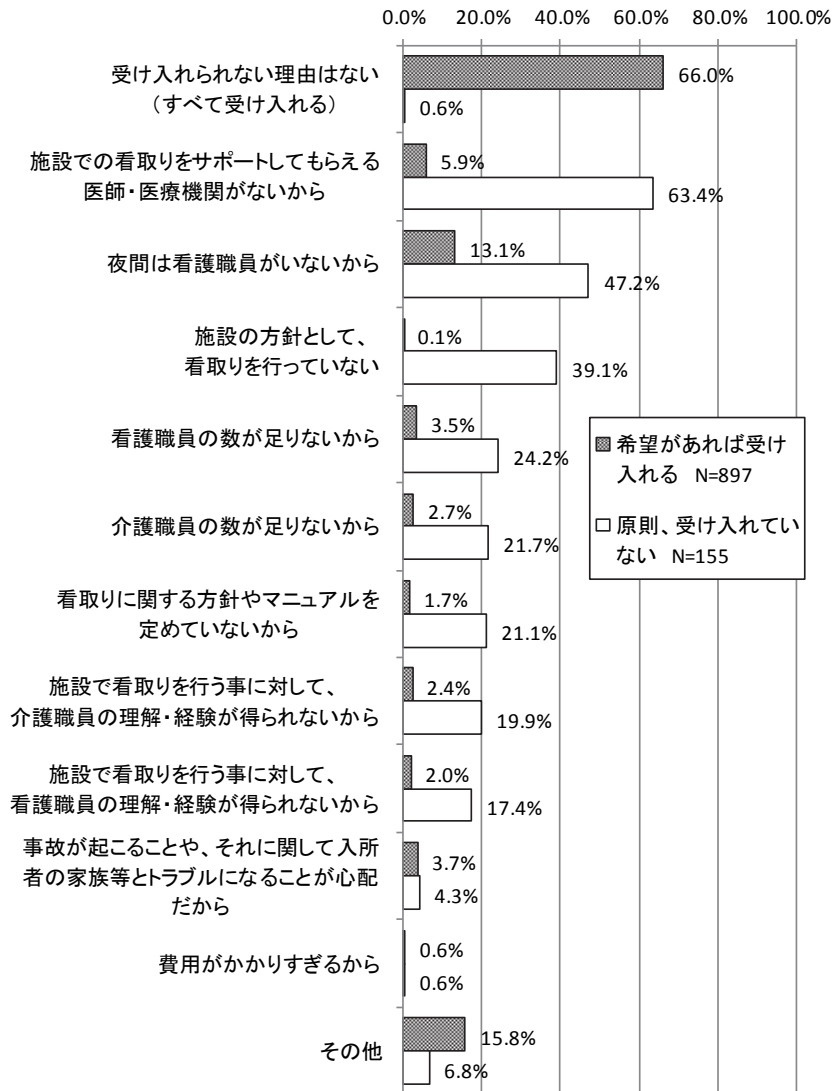


出所) 株式会社野村総合研究所「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分) 高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」のデータを元に MURC が作成

図表2-108 看取りの受入方針別 看取りを受け入れられないことがある場合の理由
(問 41)(複数回答)



(参考) 平成 29 年度 調査結果



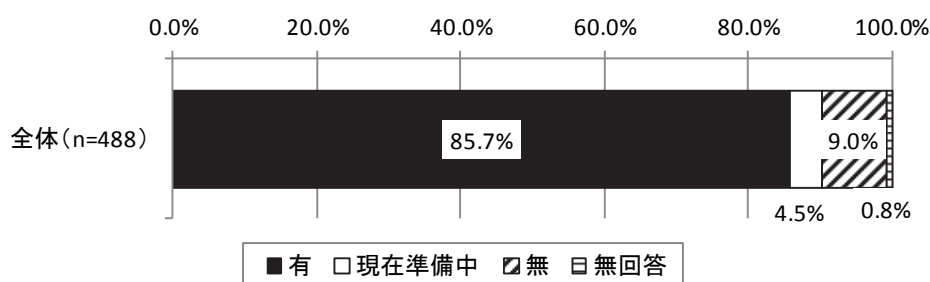
出所) 株式会社野村総合研究所「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分) 高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」のデータを元に MURC が作成

3) 看取り指針の有無

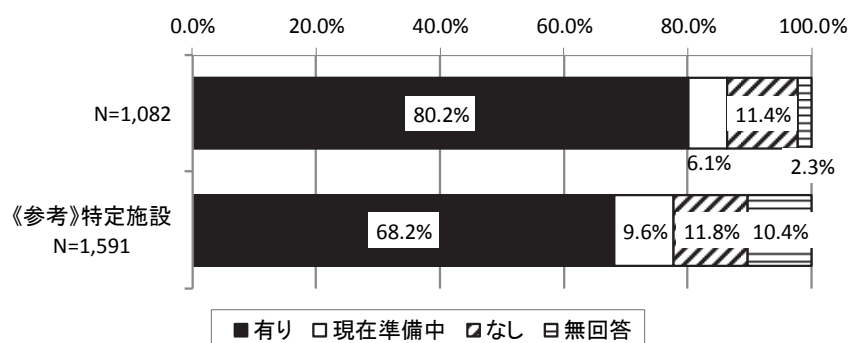
看取り指針の有無についてみると、「有」が 85.7%、「現在準備中」が 4.5%、「無」が 9.0%であった。

看取りの受入方針別に看取り指針の有無をみると、『「ホームで亡くなりたい」という希望があれば受け入れる」施設のうち、看取りの受入方針が「有」と回答した施設が 92.1%だったのに対し、「原則的に受け入れていない」施設では、看取り指針が「無」と回答した施設が 62.2%となった。

図表2-109 看取り指針の有無(n=488)(問 42)

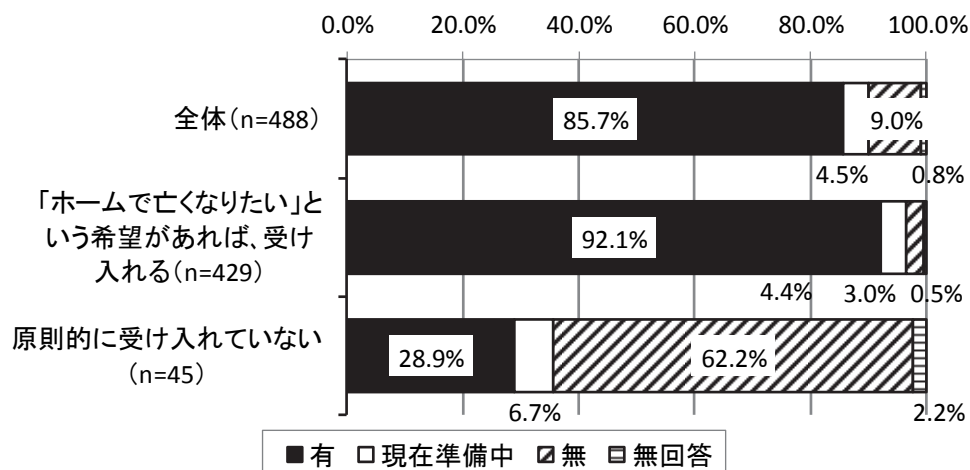


(参考) 平成 29 年度 調査結果



出所) 株式会社野村総合研究所「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」のデータを元に MURC が作成

図表2-110 看取りの受け入れ方針別 看取りの指針の有無



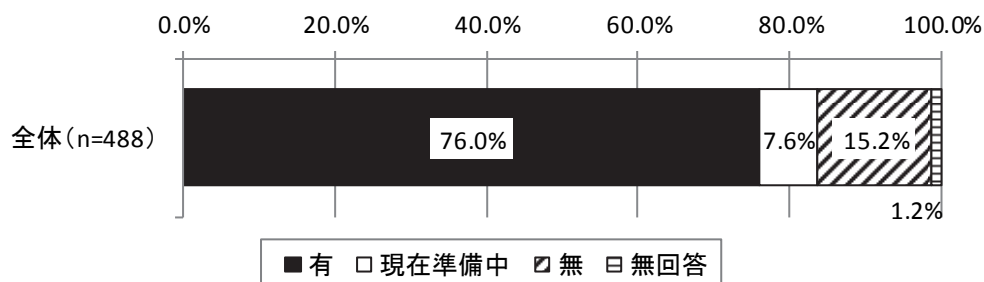
4) 看取りマニュアルの有無

看取りマニュアルの有無をみると、「有」が 76.0%、「現在準備中」が 7.6%、「無」が 15.2%であった。

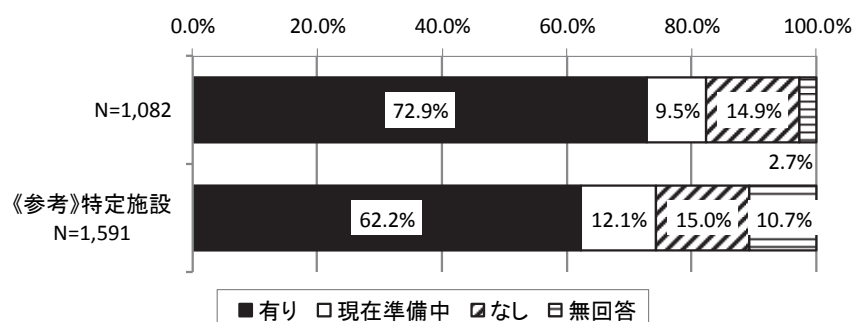
看取りの受入方針別に看取りマニュアルの有無をみると、『『ホームで亡くなりたい』という希望があれば受け入れる』施設のうち、看取りマニュアルが「有」と回答した施設が 83.0%だったのに対し、「原則的に受け入れていない」施設では、看取りマニュアルが「無」と回答した施設が 73.3%となった。

看取りマニュアルへの看取り期に応じたケア・医療等について説明するための記載の有無をみると、「有」が 94.1%、「無」が 3.8%であった。

図表2-111 看取りマニュアルの有無 (n=488) (問 43)

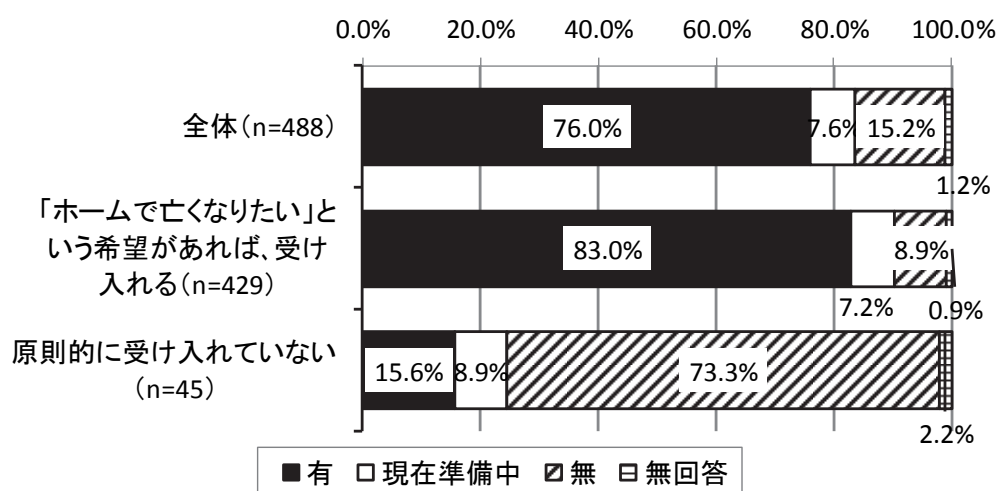


(参考) 平成 29 年度 調査結果

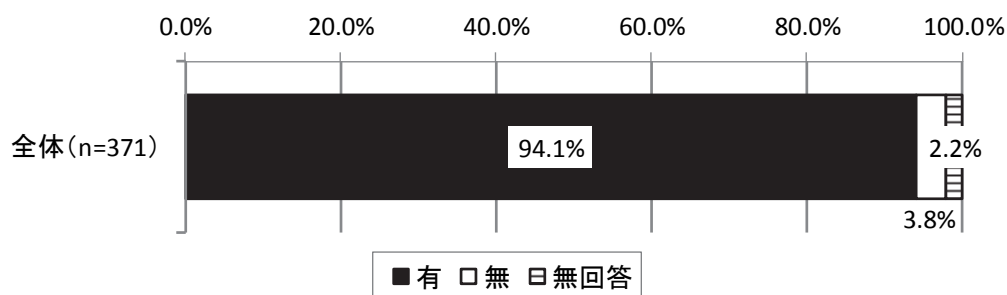


出所) 株式会社野村総合研究所「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分) 高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」のデータを元に MURC が作成

図表2-112 看取りの受入方針別 看取りマニュアルの有無



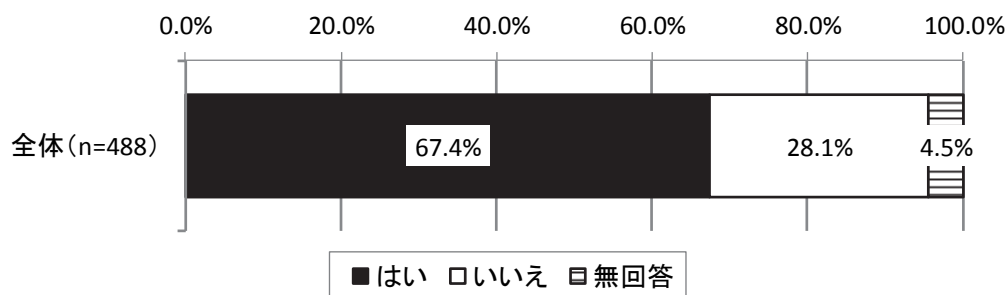
図表2-113 看取りマニュアルへの看取り期に応じたケア・医療等について説明するための記載の有無 (n=371)



5) 本人、家族等に対して、最期を過ごす場所や看取り介護、医療等について説明するための資料準備の有無

本人、家族等に対して、最期を過ごす場所や看取り介護、医療等について説明するための資料準備の有無をみると、「はい」が 67.4%、「いいえ」が 28.1%であった。

図表2-114 本人、家族等に対して、最期を過ごす場所や看取り介護、医療等について説明するための資料準備の有無(n=488)(問 44)



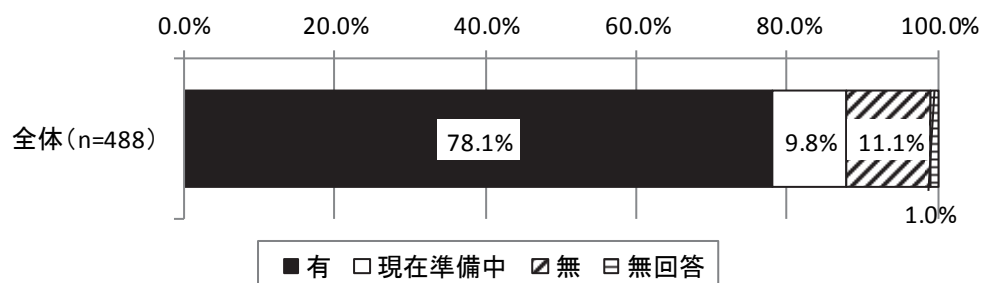
6) 看取りに関する研修の有無

看取りに関する研修の有無をみると、「有」が 78.1%、「現在準備中」が 9.8%、「無」が 11.1% となった。

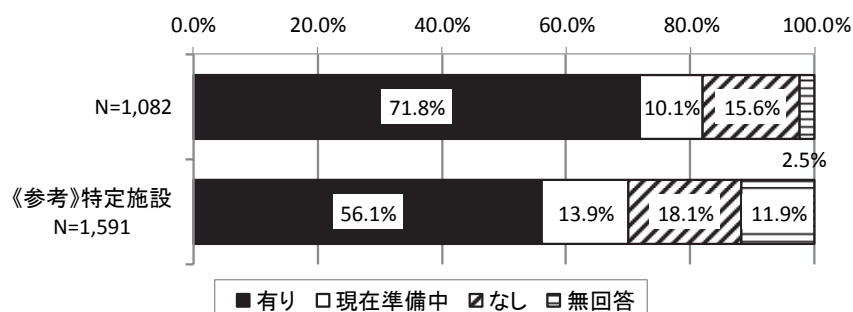
研修の対象は、「施設長」が 51.4%、「看護職員」が 89.2%「介護職員（リーダークラス）」が 80.8%、「介護職員（その他）」が 87.4%であった。

看取りの受入方針別に研修の有無をみると、『『ホームで亡くなりたい』という希望があれば受け入れる』施設でのうち、看取りに関する研修が「有」と回答した施設が 83.4%だったのに対し、「原則的に受け入れていない」施設では、研修が「無」と回答した施設が 55.6%となった。

図表2-115 看取りに関する研修(n=488)(問 45)

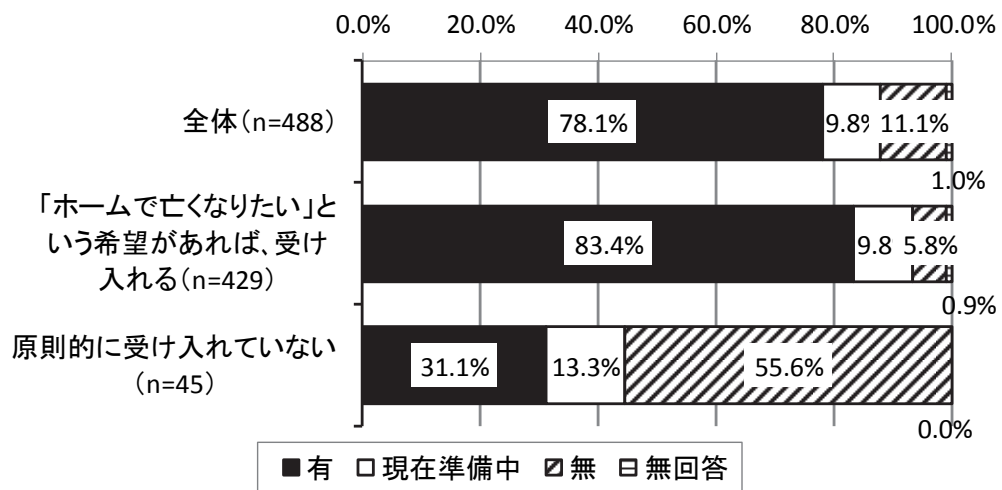


(参考) 平成 29 年度 調査結果

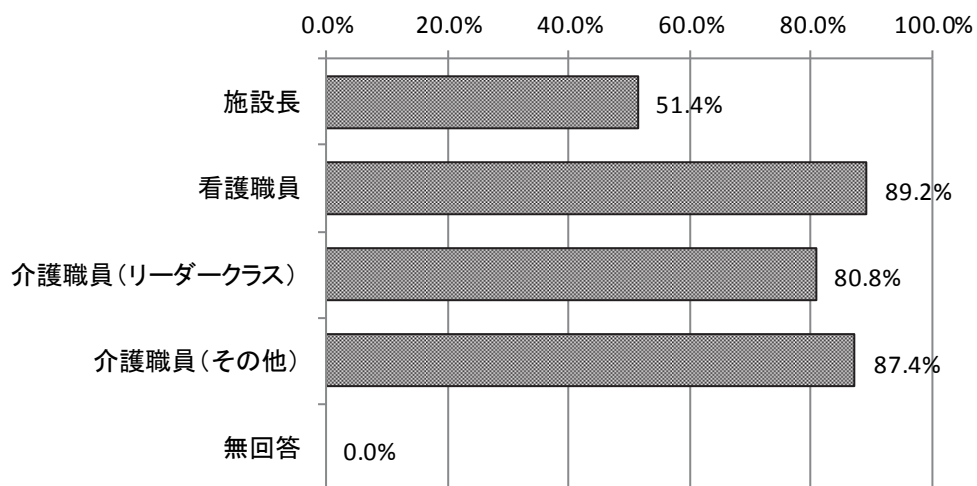


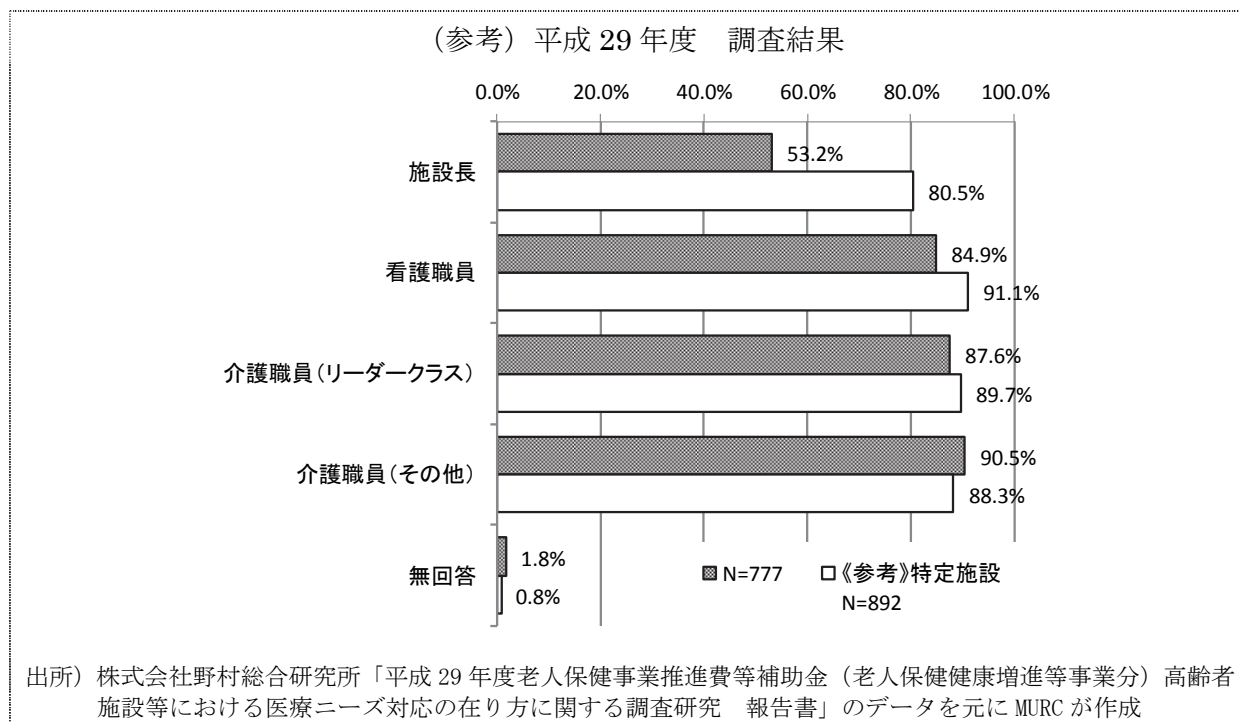
出所) 株式会社野村総合研究所「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分) 高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」のデータを元に MURC が作成

図表2-116 看取りの受入方針別 看取りに関する研修



図表2-117 (研修が有の場合)研修の対象(n=381)(複数回答)

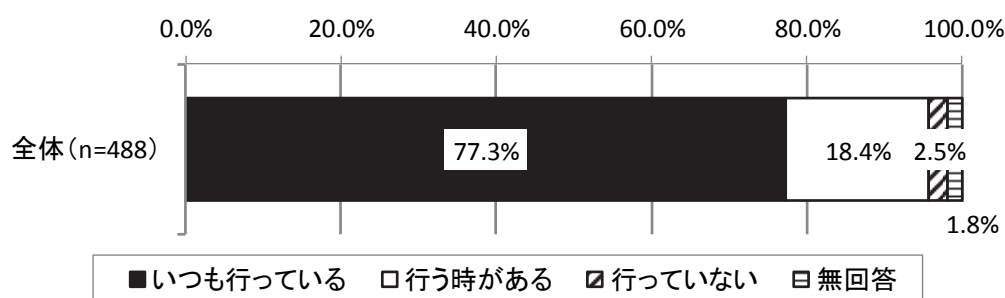




7) 人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等へ説明し、本人の意思の確認または、推定を行っているか

人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等へ説明し、本人の意思の確認または、推定を行っているかどうかをたずねたところ、「いつも行っている」が 77.3%、「行う時がある」が 18.4%、「行っていない」が 2.5%であった。

図表2-118 人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等へ説明し、本人の意思の確認または、推定を行っているかどうか(n=488) (問 46)



8) 人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と施設関係者が集まって話し合いを行うかどうか

人生の最終段階における医療・ケアについて本人、家族等と施設関係者が集まって話し合いを行うかどうかをたずねたところ、「いつも行っている」が 60.9%、「行う時がある」が 32.4%、「行っていない」が 5.3%であった。

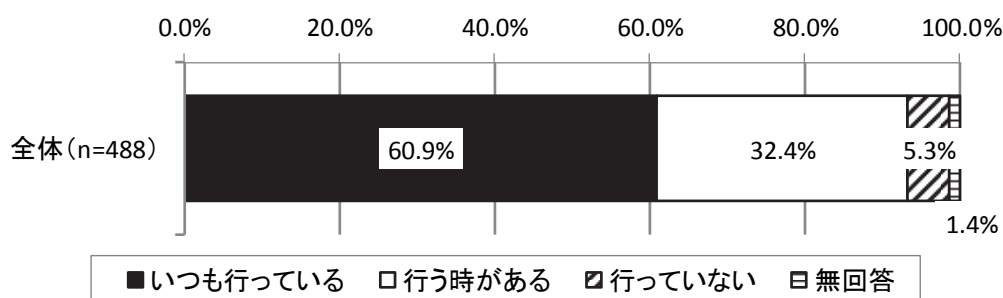
話し合いに参加する施設関係者の職種をみると、「施設の看護職員」が 97.6%と最も多く、次いで、「生活相談員」が 89.2%、「介護支援専門員」が 84.2%、「介護職員」が 76.0%、「配置医師」が 62.4%となった。

人生の最終段階における医療・ケアについての話し合いを繰り返し（複数回）行っているかをみると、「いつも行っている」が 42.6%、「行う時がある」が 49.0%、「行っていない」が 3.7%となった。

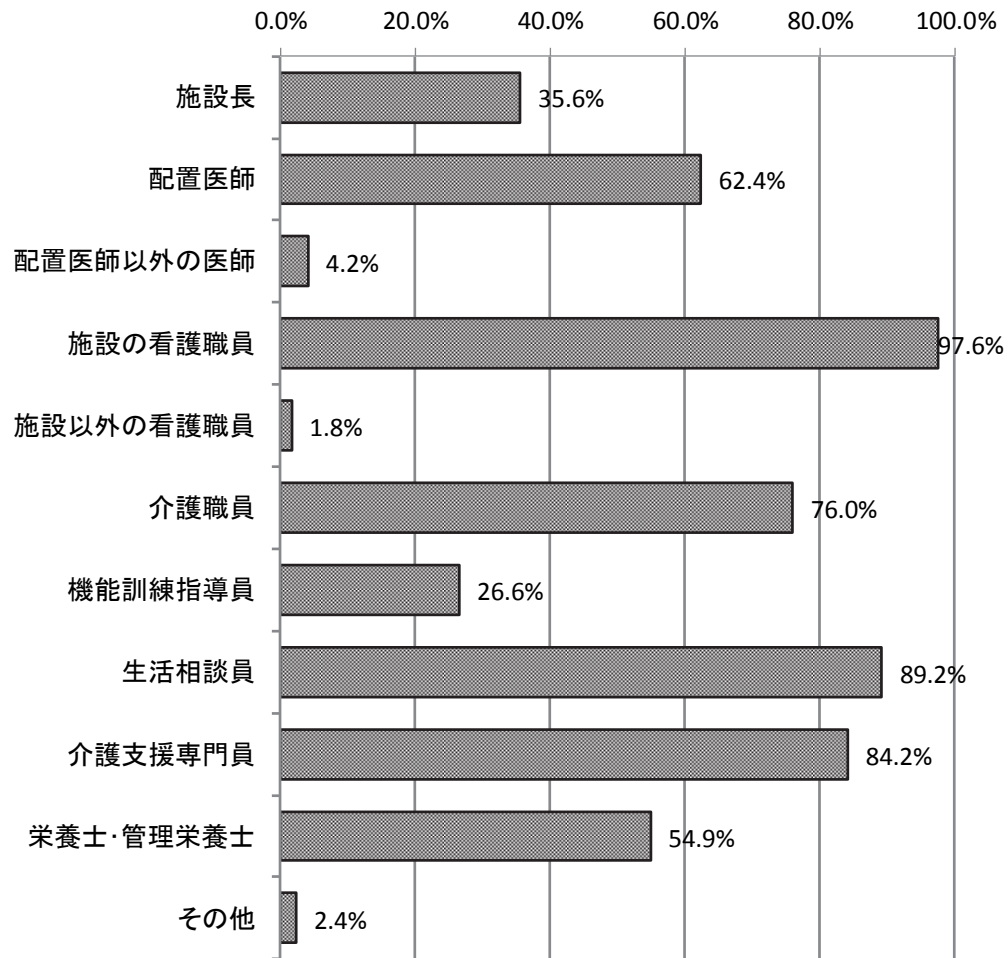
人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と施設関係者との話し合いをいつ行っているかをみると、「医学的治験に基づき、回復の見込みがないと診断された時」が 88.8%で最も多く、次いで「病状の進行、衰弱傾向を認める時期」が 87.5%、「状態に関係なく、施設に入所したとき」が 55.8%、「人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき」が 53.8%となった。

本人、家族等との話し合いの結果を記録するための書面様式の有無をみると、「施設で統一した書面様式を用いている」が 74.3%、「施設で統一されていないが、書面様式は用いている場合もある」が 12.7%、「用いていない」が 9.2%であった。

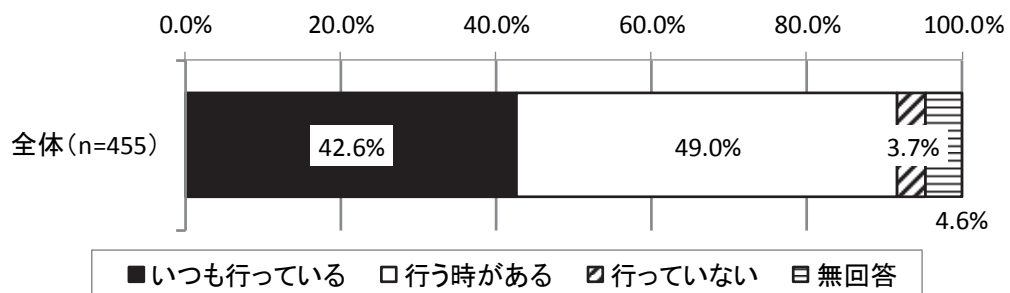
図表2-119 人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と施設関係者が集まっての話し合いを行うかどうか(n=488)(問 47)



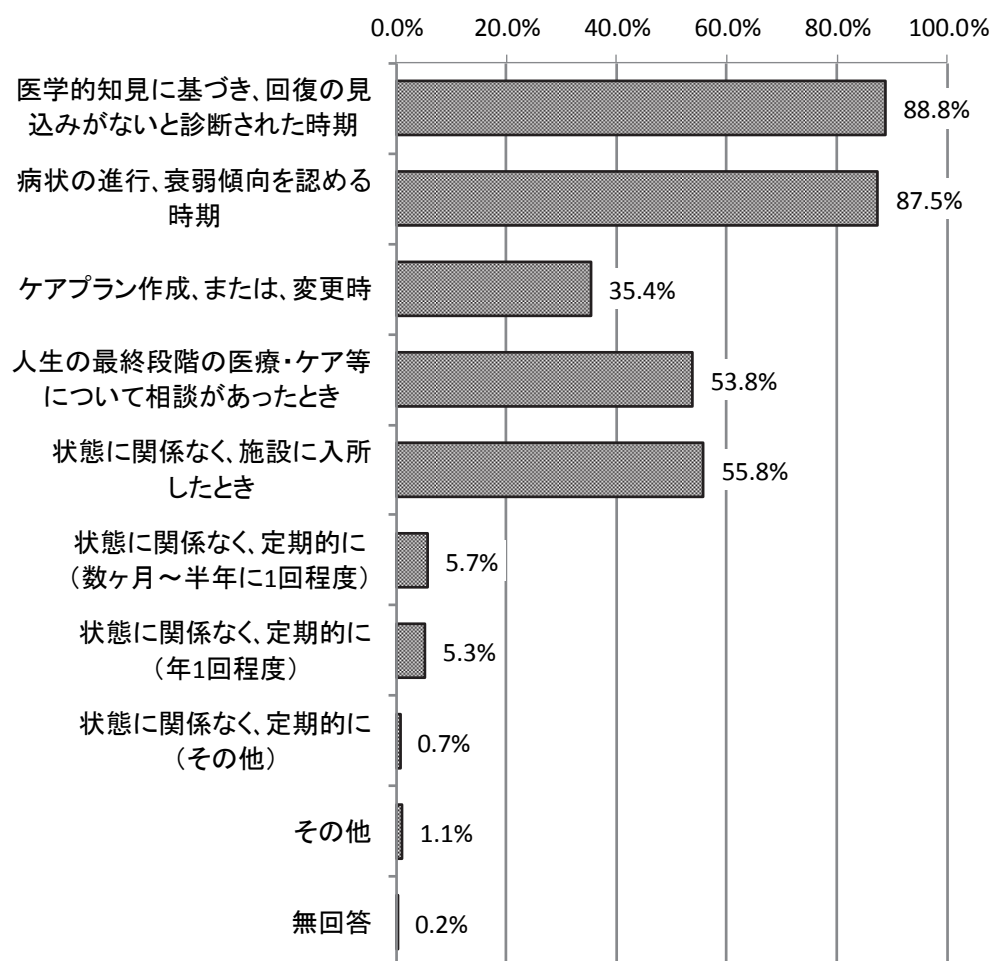
図表2-120 話し合いに参加する施設関係者の職種(n=455) (問 47①)(複数回答)

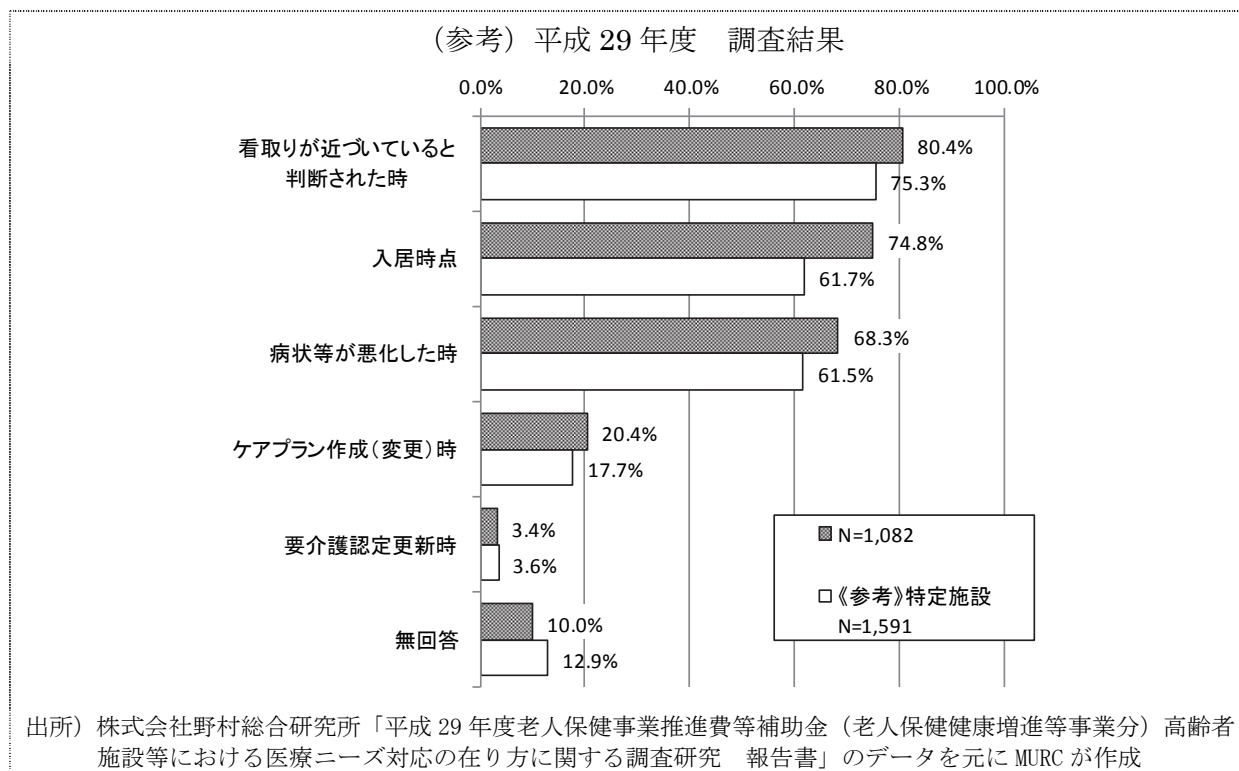


図表2-121 人生の最終段階における医療・ケアについての話し合いを
繰り返し(複数回)行っているか(n=455) (問 47②)

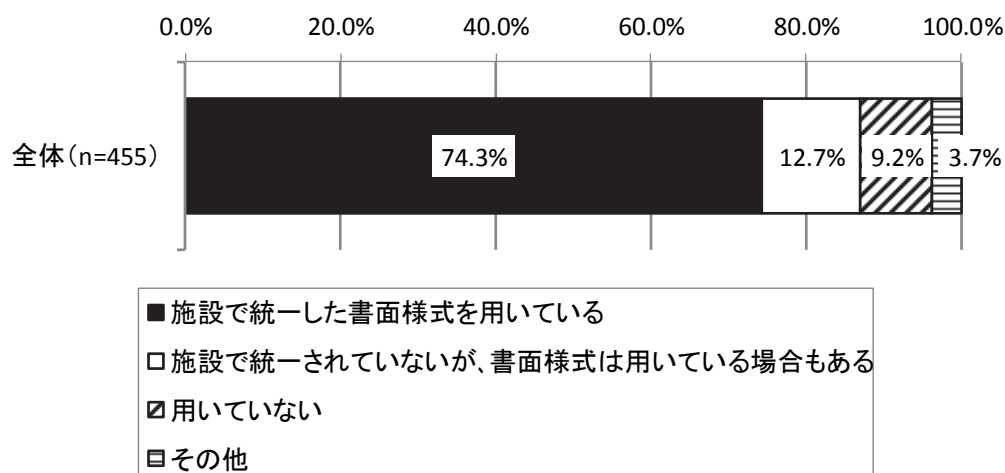


図表2-122 人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と施設関係者との話し合いをいつ
行っているか(n=455) (問 47③) (複数回答)





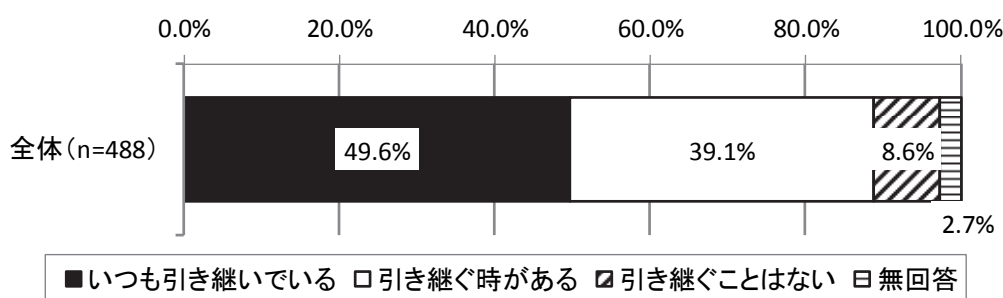
図表2-123 本人、家族等との話し合いの結果を記録するための書面様式の有無(n=455) (問 47④)



9) 他医療機関・施設等へ移る際に、人生の最終段階における医療・ケアについて本人、家族等で話し合った内容の引き継ぎの有無

他医療機関・施設等へ移る際に、人生の最終段階における医療・ケアについて本人、家族等で話し合った内容の引き継ぎの有無をみると、「いつも引き継いでいる」が 49.6%、「引き継ぐ時がある」が 39.1%、「引き継ぐことはない」が 8.6%であった。

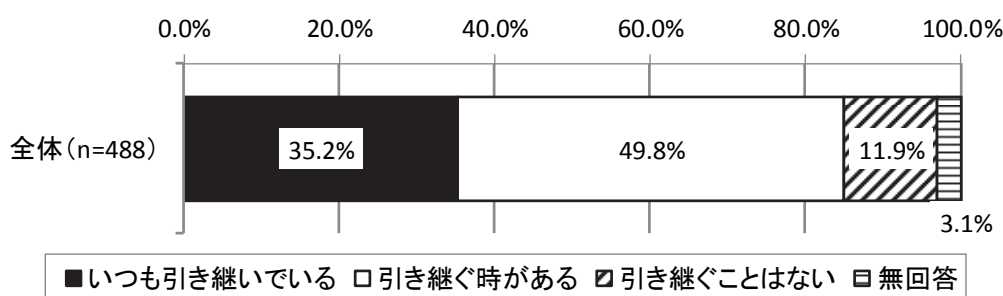
図表2-124 他医療機関・施設等へ移る際に、人生の最終段階における医療・ケアについて本人、家族等で話し合った内容の引き継ぎの有無（問 48）



10) 他の医療機関、施設等から、貴施設に入所する際に、入所前の施設において人生の最終段階における医療・ケアについて本人、家族等で話し合った内容の引き継ぎの有無

他の医療機関、施設等から、貴施設に入所する際に、入所前の施設において人生の最終段階における医療・ケアについて本人、家族等で話し合った内容の引き継ぎの有無をみると、「いつも引き継いでいる」が 35.2%、「引き継ぐ時がある」が 49.8%、「引き継ぐことはない」が 11.9%であった。

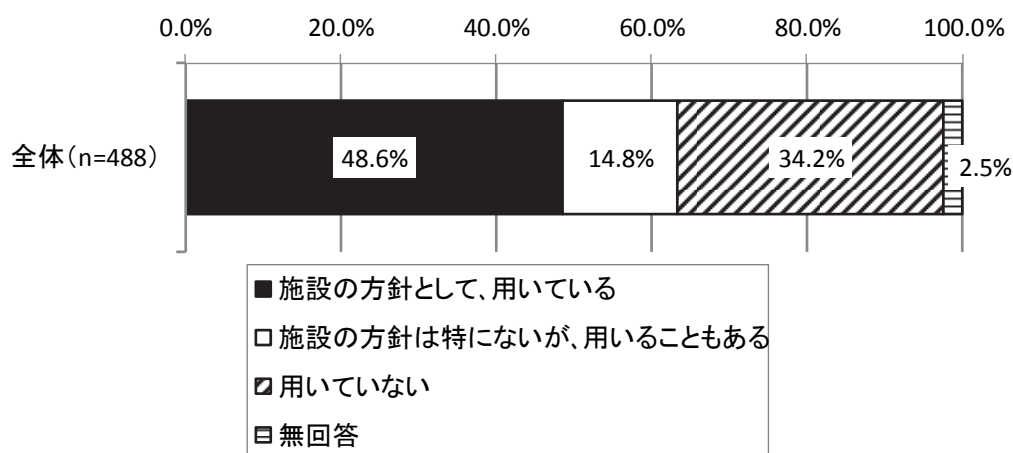
図表2-125 他の医療機関、施設等から、貴施設に入所する際に、入所前の施設において人生の最終段階における医療・ケアについて本人、家族等で話し合った内容の引き継ぎの有無（問 49）



11) 本人が意思決定できなくなった場合に備えて、どのような医療・ケアを受けたいのか、あるいは受けたくないのかをあらかじめ記載する書面（事前指示書）の有無

本人が意思決定できなくなった場合に備えて、どのような医療・ケアを受けたいのか、あるいは受けたくないのかをあらかじめ記載する書面（事前指示書）の有無をみると、「施設の方針として用いている」が 48.6%、「施設の方針は特にないが、用いることもある」が 14.8%、「用いていない」が 34.2%であった。

図表2-126 本人が意思決定できなくなった場合に備えて、どのような医療・ケアを受けたいのか、あるいは受けたくないのかをあらかじめ記載する書面(事前指示書)の有無（問 50）

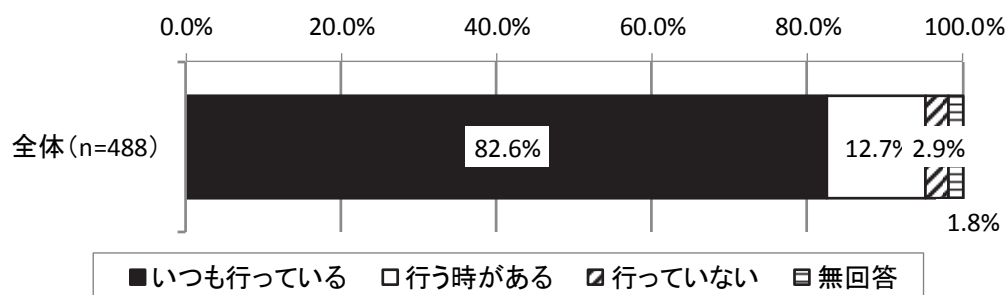


12) 本人が医療・ケアの選択について意思決定できなくなった場合に備えて、本人の意思を推定できる人の確認の有無

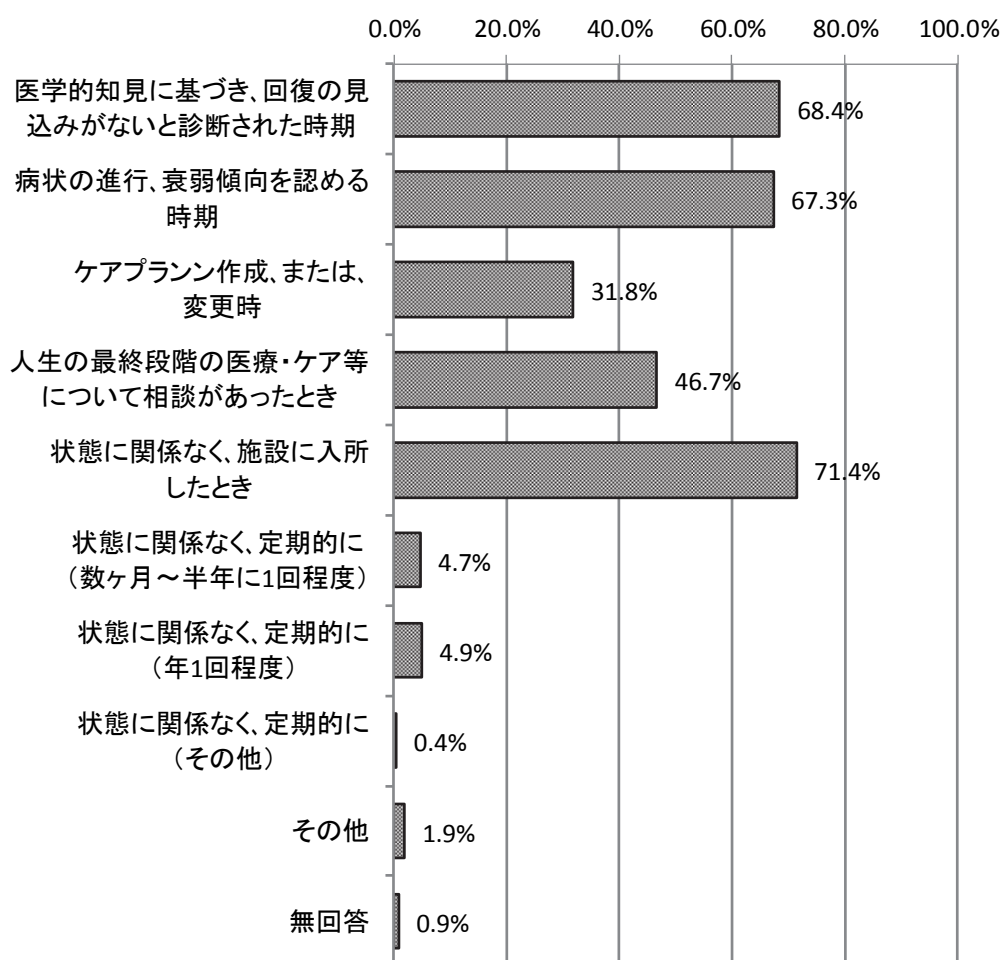
本人が医療・ケアの選択について意思決定できなくなった場合に備えて、本人の意思を推定できる人の確認の有無をみると、「いつも行っている」が 82.6%、「行う時がある」が 12.7%、「行っていない」が 2.9%であった。

本人の意思を推定できる人の確認時期をみると、「状態に関係なく、施設に入所したとき」が 71.4%と最も多く、次いで、「医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期」が 68.4%、「病状の進行、衰弱傾向を認める時期」が 67.3%であった。

図表2-127 本人が医療・ケアの選択について意思決定できなくなった場合に備えて、本人の意思を推定できる人の確認の有無（問 51）



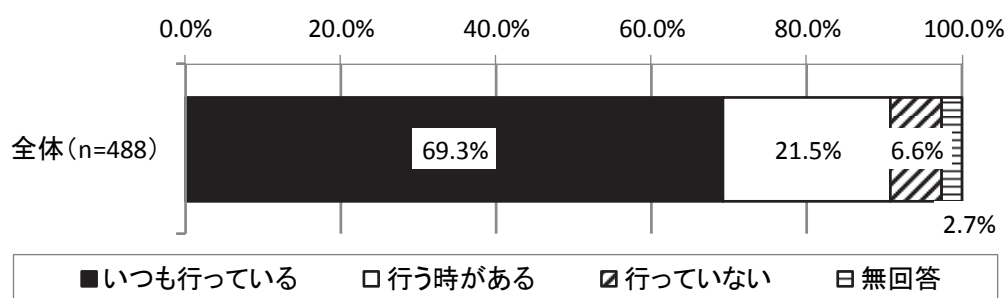
図表2-128 本人の意思を推定できる人の確認時期(n=465) (複数回答)



13) 看取りの進め方について、本人・家族等へ説明し、本人の意思を確認または、推定しているか

看取りの進め方について、本人・家族等へ説明し、本人の意思を確認または、推定をしているかをみると、「いつも行っている」が 69.3%、「行う時がある」が 21.5%、「行っていない」が 6.6%であった。

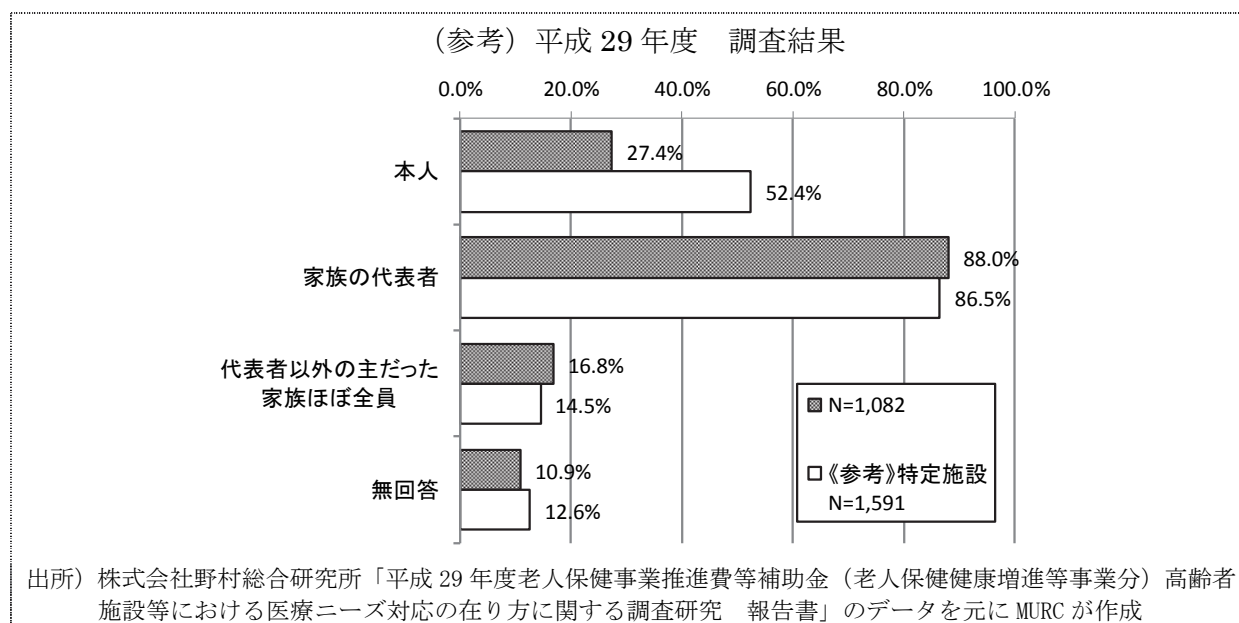
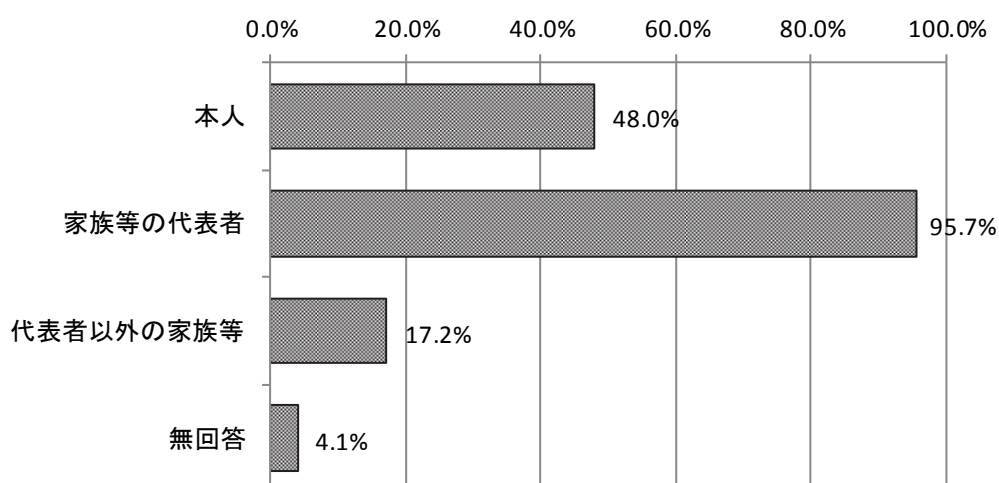
図表2-129 看取りの進め方についての、本人・家族等への説明し、本人の意思を確認または、推定しているか（問 52）



14) (看取りの進め方についての) 説明や本人の意思の確認または推定を行う対象

(看取りの進め方についての) 説明や本人の意思の確認または推定を行う対象をみると、「本人」が 48.0%、「家族等の代表者」が 95.7%、「代表者以外の家族等」が 17.2%であった。
約半数の施設で意思の確認または推定を「本人」に行っており、昨年度の結果に比べると高くなっている。

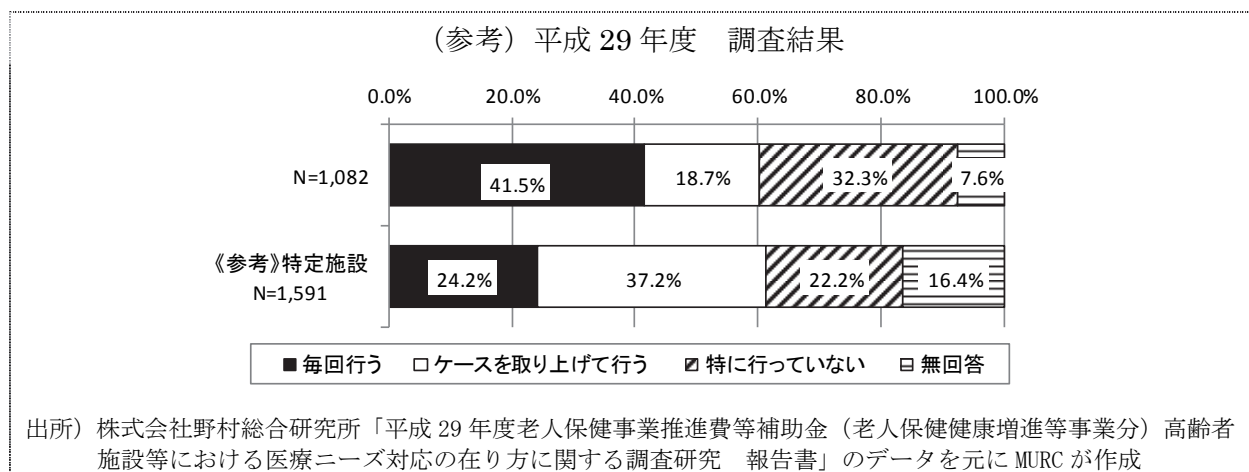
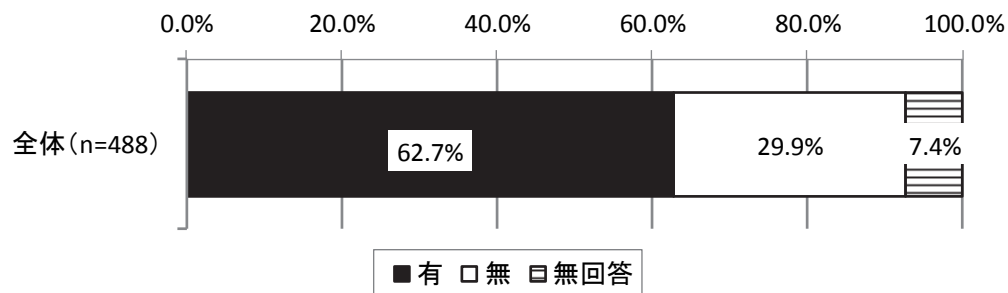
図表2-130 (看取りの進め方についての) 説明や、本人の意思の確認または推定を行う対象
(n=488)(問 53)(複数回答)



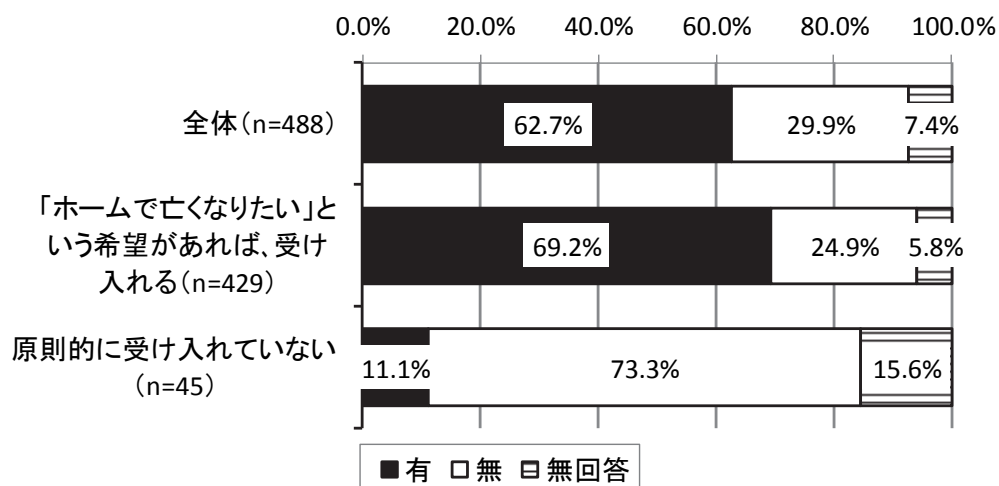
15) 実施した看取り介護の振り返りの有無（過去1年以内）

実施した看取り介護の振り返りの有無をみると「有」が 62.7%、「無」が 29.9%であった。
看取りの受入方針別に過去 1 年以内の実施した看取り介護の振り返りの有無をみると、「『ホームで亡くなりたい』という希望があれば受け入れる」と回答した施設では、「有」が 69.2%、「原則的に受け入れていない」と回答した施設では、「無」が 73.3%であった。

図表2-131 実施した看取り介護の振り返りの有無（過去1年以内）（問 54）



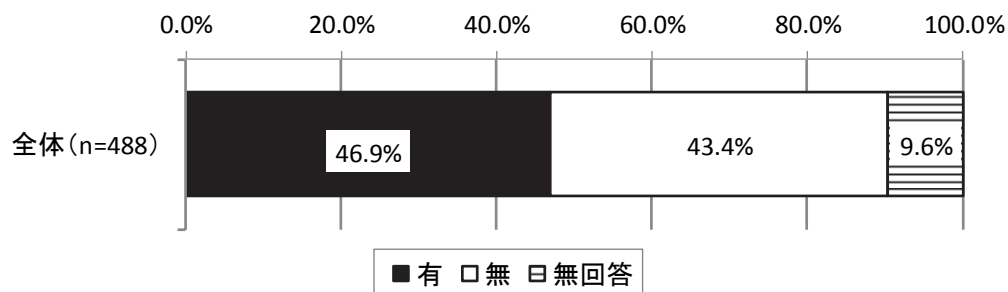
図表2-132 看取りの受入方針別実施した看取り介護の振り返りの有無（過去1年以内）



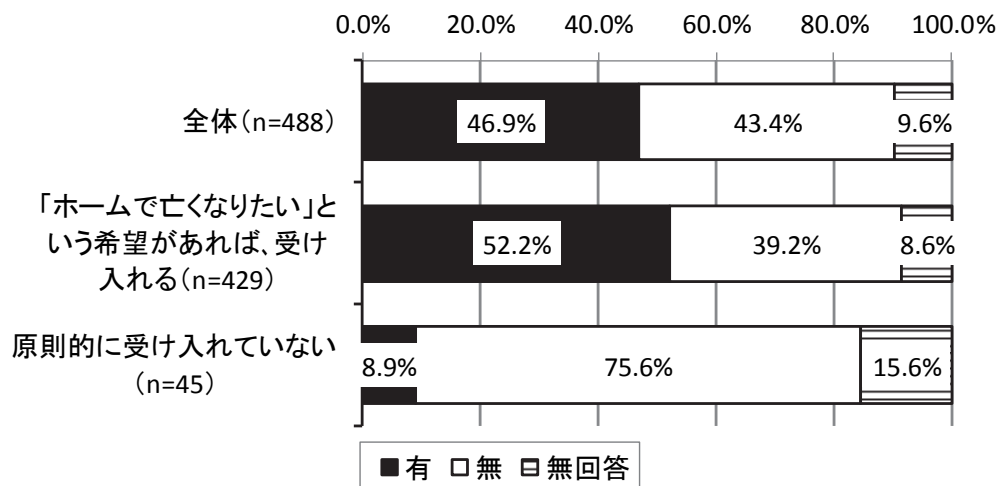
16) 指針や実施体制の見直しの有無（過去1年以内）

指針や実施体制の見直しの有無をみると、「有」が46.9%、「無」が43.4%であった。

図表2-133 指針や実施体制の見直しの有無（過去1年以内）（問55）



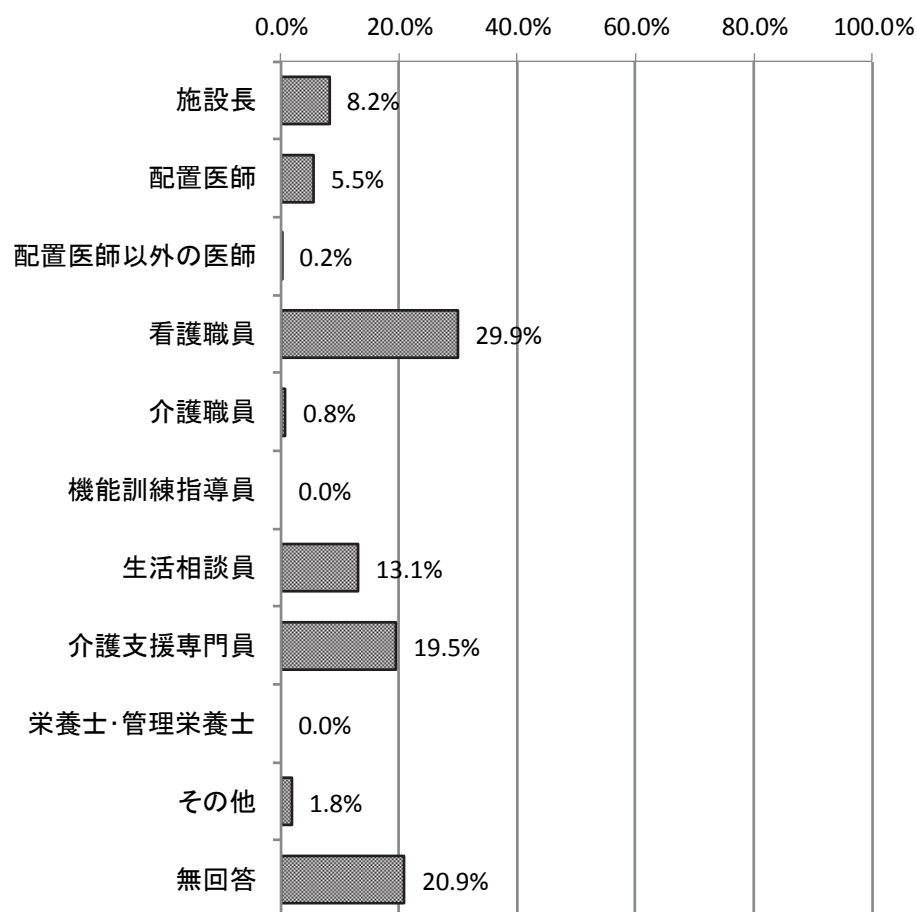
図表2-134 看取りの受入方針別 指針や実施体制の見直しの有無（過去1年以内）



17) 看取りに関する一連の動きを主導（マネジメント）する職種

看取りに関する一連の動きを主導（マネジメント）する職種をみると、「看護職員」が 29.9% で最も多く、次いで、「介護支援専門員」が 19.5%、「生活相談員」が 13.1%であった。

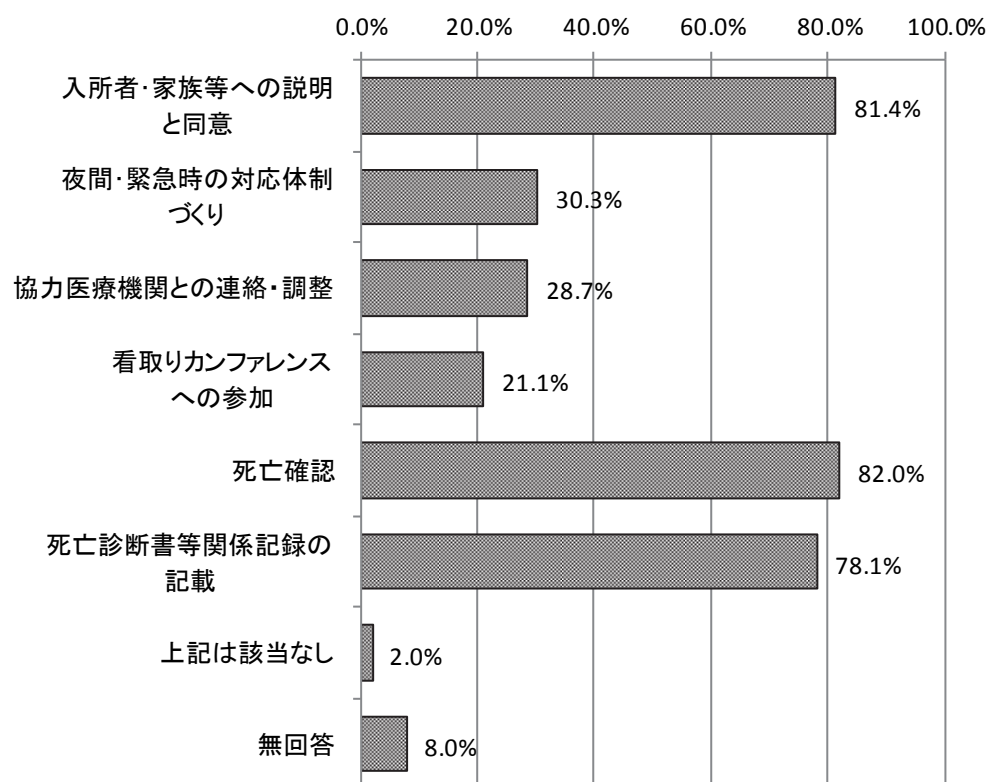
図表2-135 看取りに関する一連の動きを主導（マネジメント）する職種（n=488）（問 56）



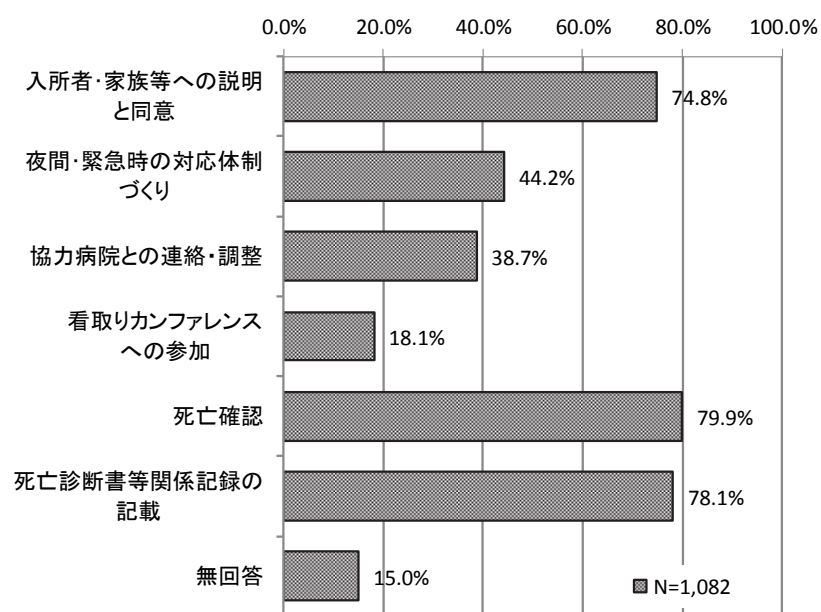
18) 看取りの際に原則配置医師が行っている事柄

看取りの際に原則配置医師が行っている事柄をみると、「死亡確認」が 82.0%で最も多く、次いで、「入所者・家族等への説明と同意」が 81.4%、「死亡診断書等関係記録の記載」が 78.1%であった。

図表2-136 看取りの際に原則配置医師が行っている事柄(n=488)(問 57)(複数回答)



(参考) 平成 29 年度 調査結果

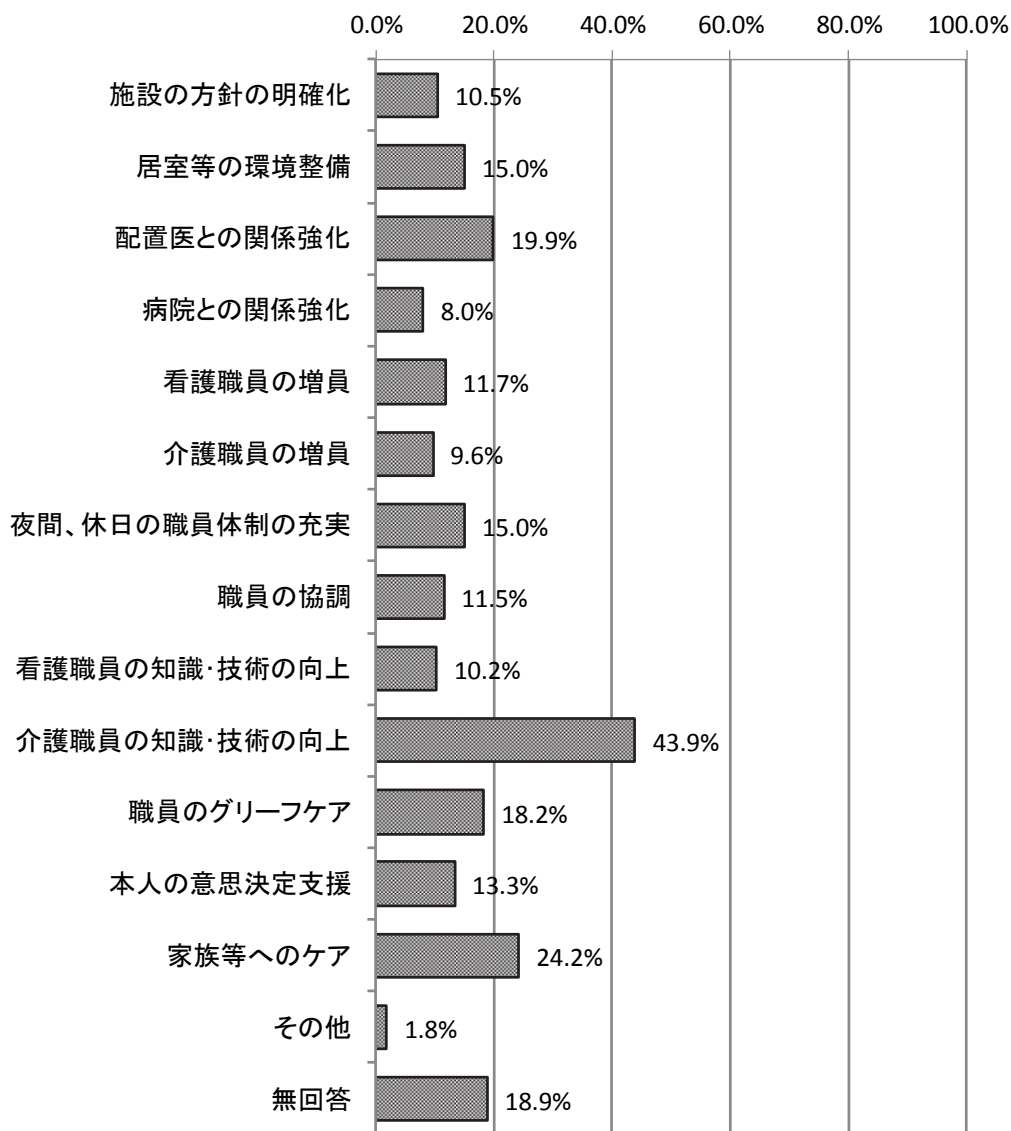


出所) 株式会社野村総合研究所「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」のデータを元に MURC が作成

19) 看取りケアにおける課題

看取りケアにおける課題をみると、「介護職員の知識・技術の向上」が 43.9%で最も多く、次いで、「家族等へのケア」(24.2%)、「配置医との関係強化」(19.9%)、「職員のグリーフケア」(18.2%)、「居室等の環境整備」「夜間、休日の職員体制の充実」(いずれも 15.0%) の順となった。

図表2-137 看取りケアにおける課題(n=485) (問 58) (重要なもの3つ)

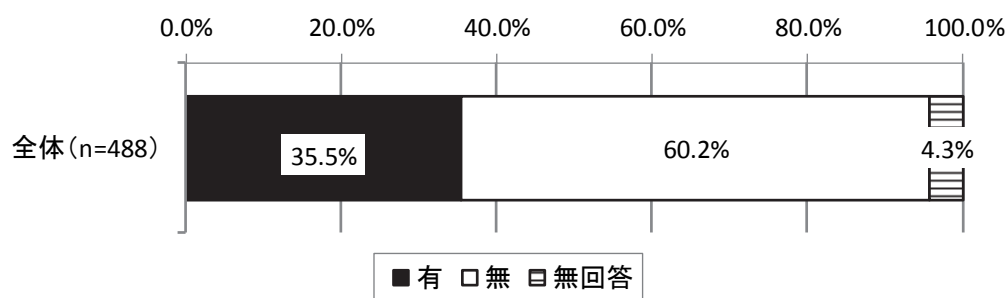


20) 2019 年 7 月に施設内で看取った人の有無

2019 年 7 月に施設内で看取った人の有無をみると、「有」が 35.5%、「無」が 60.2%であった。

施設内で看取った人数は、平均で 1.8 人であった。

図表2-138 2019 年7月に施設内で看取った人の有無 (n=488)



図表2-139 2019 年7月に施設内で看取った人数(単位:人)

	件数	合計値	平均値	標準偏差	中央値
2019 年 7 月に施設内で看取った人数	168	301	1.8	1.6	1.0

（９）参考：看取り率について

本調査では介護老人福祉施設の看取りの実態について把握することを目的として、調査を行い、以上のことが分かった。郵送調査の結果の分析にあたっては、先行調査（野村総合研究所「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」）に準じ、退所者のうち「死亡による契約終了」と「病院・診療所」への退所者を分母とし、死亡による契約終了の場合で「居室」「静養室」で看取りを行った人を分子に「看取り率」を算出してみた。

ただし、本調査研究委員会では、介護老人福祉施設の特性を踏まえて、「看取り率」の計算方式については、いくつかの代案が提案され、議論を行ったところである。

<検討した調査方法>

先行調査での計算方法：

（施設内で看取りケアが行われたうえで、施設内の居室・静養室で亡くなった人）÷

（死亡による契約終了者+病院・診療所（介護療養型医療施設を含む）への退所者）

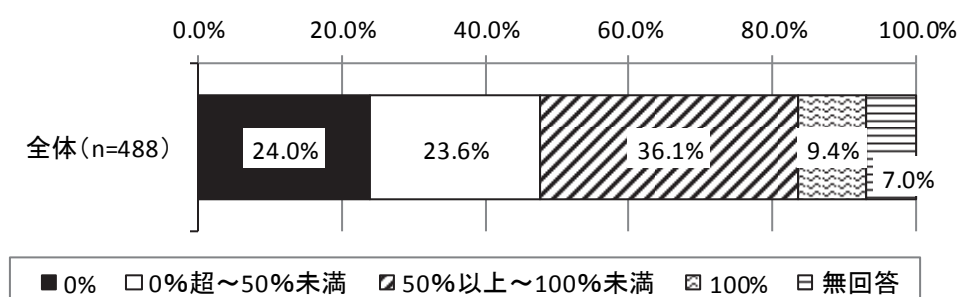
→本調査での看取り率の計算値は $1,729 \div 3,796 = 45.5\%$ であった。

なお、本調査のデータを用い、施設ごとに看取り率を集計してみたところ、平均は 45.4%、分布は以下のとおりであった。半年分のデータを用いており、対象件数が少ないため、変動が大きくなることが予想されるので、取り扱いには注意が必要であると考えられる。

図表2-140 施設後ごとにみた看取り率

	件数	平均	標準偏差	中央値
看取り率	446	45.4%	17.5%	34.4%

施設ごとにみた看取り率の分布



案１：

（施設内で看取りケアが行われたうえで、施設内または病院・診療所で亡くなった人）÷
（死亡による契約終了者+病院・診療所（介護療養型医療施設を含む）への退所者）

→本調査での計算値は、 $1,759 \div 3,796 = 46.3\%$

※分母に、介護療養型医療施設を含めるかどうかは、今後さらに検討が必要と考えられた。

案２：

（死亡による契約終了した人で、施設内で死亡した人）÷（退所者）

→本調査での計算値は $2,028 \div 3,969 = 51.1\%$

※この方法では、看取りケアの実施の有無は考慮しないこととなる。

案３：

（施設内で看取りケアが行われたうえで、施設内で亡くなった人）÷（退所者）

→本調査での計算値は $1,729 \div 3,969 = 43.6\%$

案４：

（看取りケアを行った人）÷（死亡による契約終了した人）

→本調査での計算値は $1,760 \div 3,019 = 58.3\%$

先行調査の計算方式は、施設において看取りケアが行われ、さらに、施設内で亡くなっていることに注目している。案１では、施設において看取りケアが行われることに注目するが、亡くなる場所自体は、病院・診療所も含めており、看取り介護加算の算定要件により近い。ただし、現在の計算では介護療養型医療施設は病院・診療所として、含めており、この点はさらに検討が必要である。

案２は退所者全体に対して、亡くなる場所に注目した計算方式であり、看取りケアの有無は考慮しない。また、看取りケアが行われていたとしても、最期、病院・診療所に搬送された場合は含まれない。案３は案２に加えて、看取りケアが行われている人に限定するが、案２同様、看取りケアが行われていたとしても、最期、病院・診療所に搬送された場合は含まれない。

案４では、死亡による契約終了した人に対する看取りケアの実施率に注目したものであり、上記とは持つ意味が大きく異なる。

介護老人福祉施設における看取りの状況を示す指標として、本委員会では結論づけることはしなかったが、どのような計算方式が有用であるか、本調査の結果なども参考に、今後さらに検討が深められることが期待される。

参考：介護老人福祉施設の看取り介護加算について

I-① 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応（その3）

- 特養の配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行ったことに対する評価を設ける。
- 特養内での看取りを進めるため、一定の医療提供体制を整えた特養内で、実際に利用者を看取った場合の評価を充実させる。

介護老人福祉施設

- 複数の医師を配置するなどの体制を整備した特養について、配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行った場合を新たに評価する。
配置医師緊急時対応加算 650単位/回（早朝・夜間の場合）（新設）
1300単位/回（深夜の場合）（新設）
- 看取り介護加算について、上記の配置医師緊急時対応加算の算定に係る体制を整備し、さらに施設内で実際に看取った場合、より手厚く評価する。

<現行>

看取り介護加算

死亡日以前4日以上30日以下 144単位/日
死亡日の前日又は前々日 680単位/日
死亡日 1280単位/日

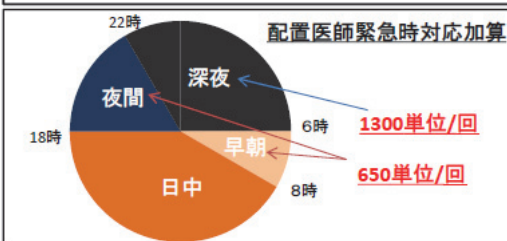
<改定後>

看取り介護加算（Ⅰ）

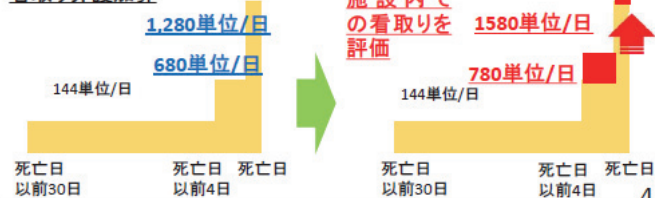
死亡日以前4日以上30日以下 144単位/日
死亡日の前日又は前々日 680単位/日
死亡日 1280単位/日

看取り介護加算（Ⅱ）（新設）

死亡日以前4日以上30日以下 144単位/日
死亡日の前日又は前々日 780単位/日
死亡日 1580単位/日



看取り介護加算



出所：厚生労働省資料「平成30年度介護報酬改定の主な事項について」より

3. 死亡者票の結果

死亡者票について、173 人分の回答が得られた。

(1) 死亡者の基本情報

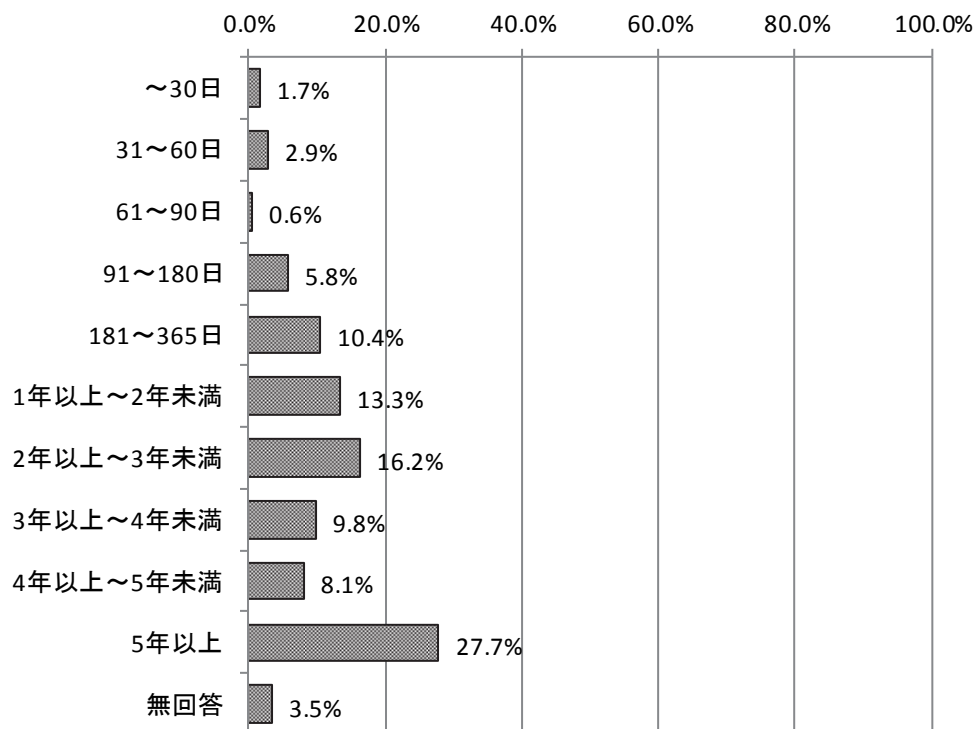
1) 在所期間

2019 年 7 月に死亡した利用者の在所期間は、「1 年未満」が 21.4%と最も多く、次いで、「2 年以上～3 年未満」(16.2%)、「1 年以上～2 年未満」(13.3%) の順となった。

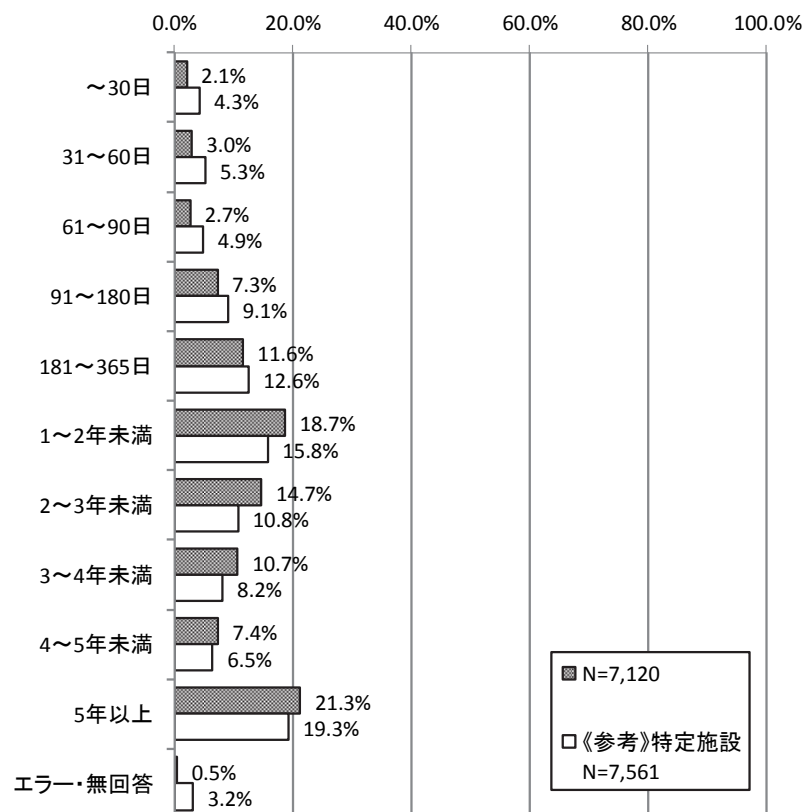
図表3-1 在所期間(n=173)(死亡者票 1)・2))

	回答数	割合
1 年未満	37	21.4%
1 年以上～2 年未満	23	13.3%
2 年以上～3 年未満	28	16.2%
3 年以上～4 年未満	17	9.8%
4 年以上～5 年未満	14	8.1%
5 年以上～6 年未満	15	8.7%
6 年以上～7 年未満	7	4.0%
7 年以上～8 年未満	6	3.5%
8 年以上～9 年未満	6	3.5%
9 年以上～10 年未満	5	2.9%
10 年以上	9	5.2%
無回答	6	3.5%
全体	173	100.0%

図表3-2 在所期間(n=173)



(参考) 平成 29 年度 調査結果

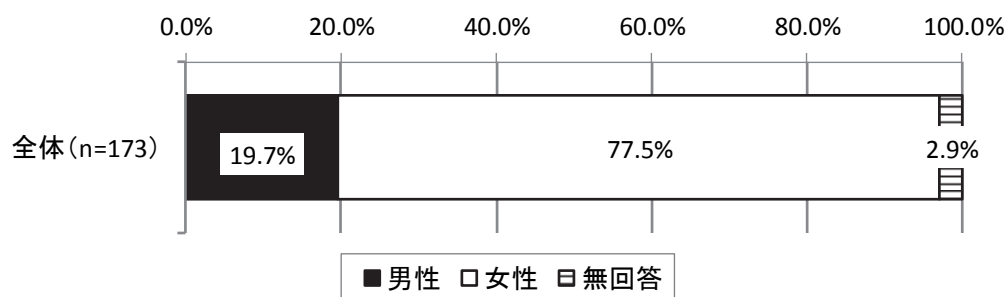


出所) 株式会社野村総合研究所「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」のデータを元に MURC が作成

2) 性別

性別をみると、「男性」が 19.7%、「女性」が 77.5%であった。

図表3-3 性別(n=173)(死亡者票 3))



3) 年齢

死亡時の年齢をみると、「91 歳～95 歳」が 33.5%と最も多く、次いで、「86 歳～90 歳」(24.3%)、「96 歳～100 歳」(20.2%) の順となった。

死亡時の平均年齢は 92.1 歳であった。

図表3-4 年齢(n=173)

	回答数	割合
80 歳以下	7	4.0%
81 歳～85 歳	11	6.4%
86 歳～90 歳	42	24.3%
91 歳～95 歳	58	33.5%
96 歳～100 歳	35	20.2%
101 歳以上	10	5.8%
無回答	10	5.8%
全体	173	100.0%

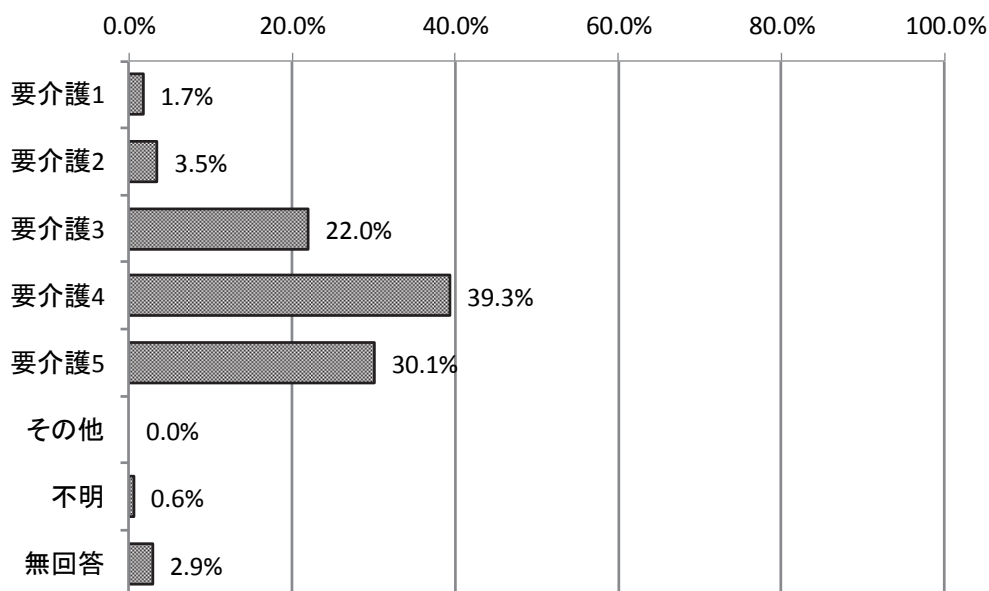
図表2-5 年齢(n=163)(単位:歳)

	平均値	標準偏差	中央値
年齢	92.1	6.1	93.0

4) 入所時の要介護度

入所時の要介護度は、「要介護 1」が 1.7%、「要介護 2」が 3.5%、「要介護 3」が 22.0%、「要介護 4」が 39.3%、「要介護 5」が 30.1%であった。

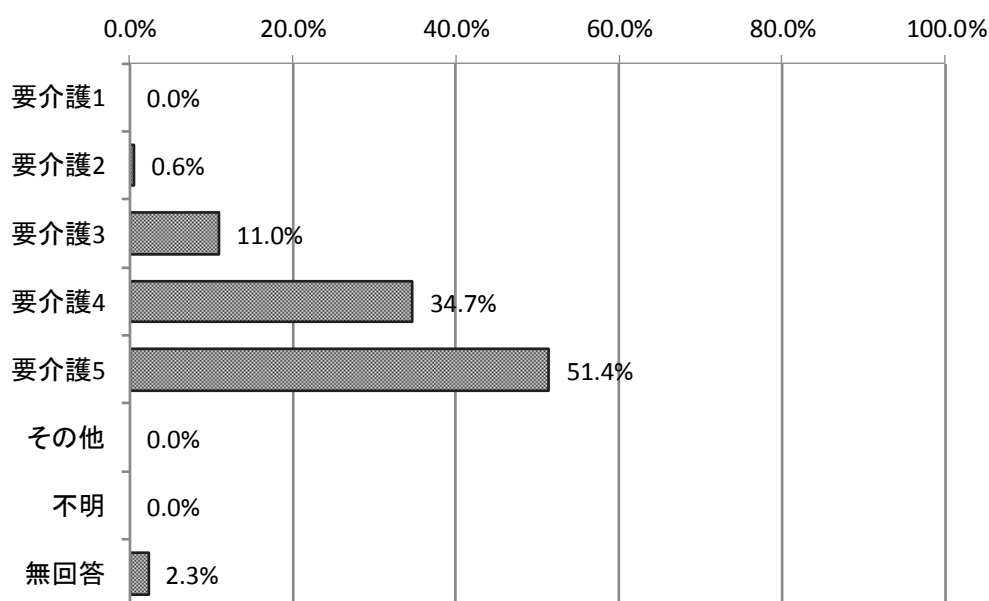
図表3-6 入所時の要介護度(n=173)(死亡者票 5))



5) 死亡時の要介護度

死亡時の要介護度は「要介護 1」が 0.0%、「要介護 2」が 0.6%、「要介護 3」が 11.0%、「要介護 4」が 34.7%、「要介護 5」が 51.4%であった。

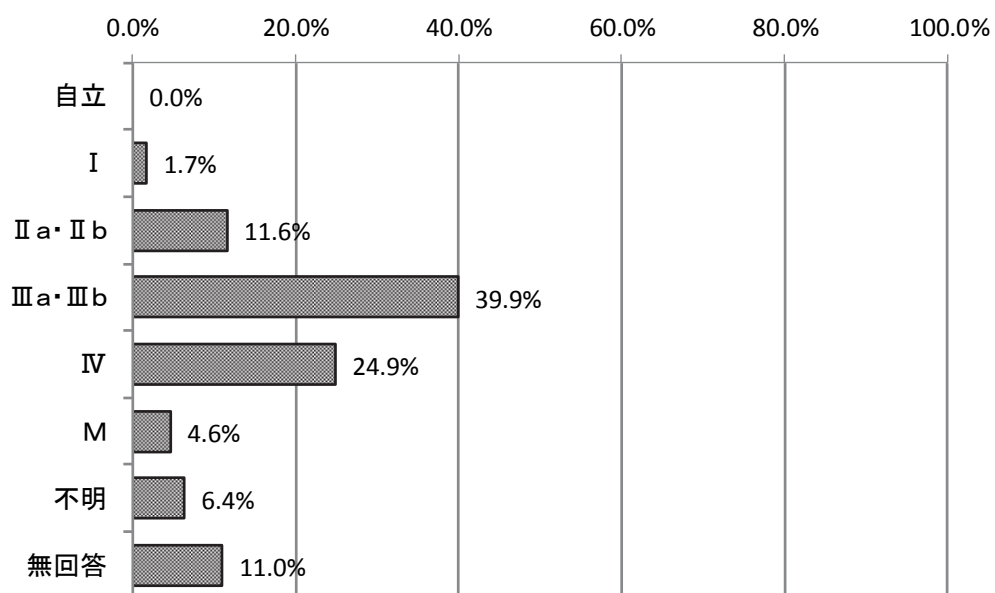
図表3-7 死亡時の要介護度(n=173)(死亡者票 6))



6) 死亡時の認知症高齢者の日常生活自立度

死亡時の認知症高齢者日常生活自立度は、「自立」が 0.0%、「Ⅰ」が 1.7%、「Ⅱa・Ⅱb」が 11.6%、「Ⅲa・Ⅲb」が 39.9%、「Ⅳ」が 24.9%、「M」が 4.6%、「不明」が 6.4%であった。

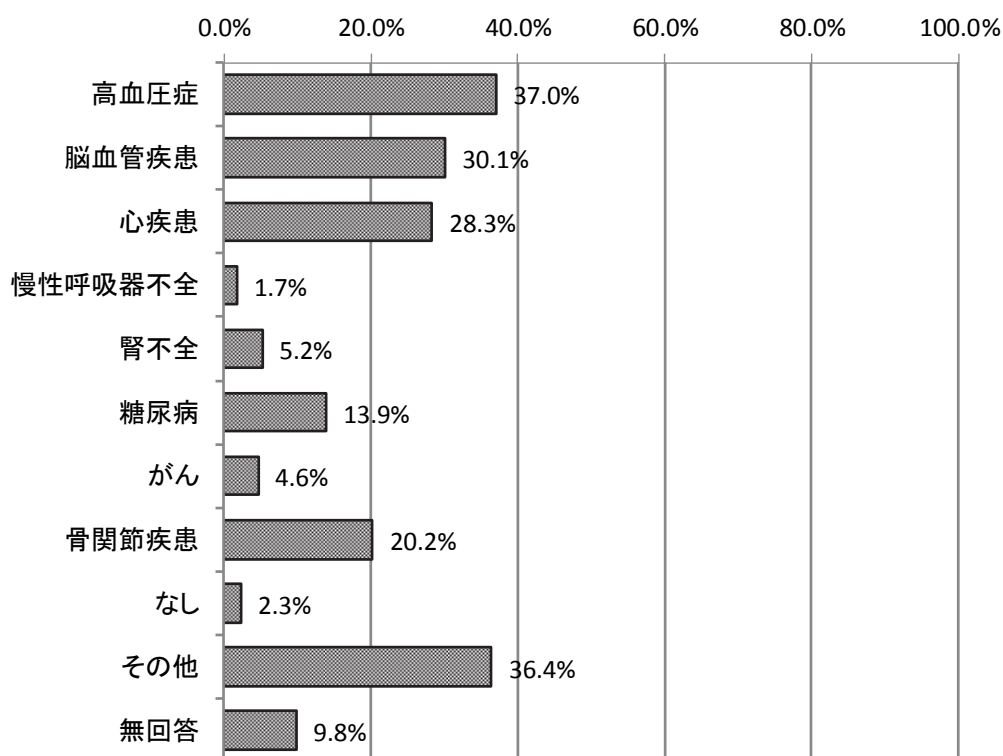
図表3-8 死亡時の認知症高齢者の日常生活自立度(n=173)(死亡者票 7))



7) 有している疾患（既往歴）

有している疾患（既往歴）は、「高血圧症」が 37.0%と最も多く、次いで「脳血管疾患」（30.1%）、「心疾患」（28.3%）、「骨関節疾患」（20.2%）の順となった。

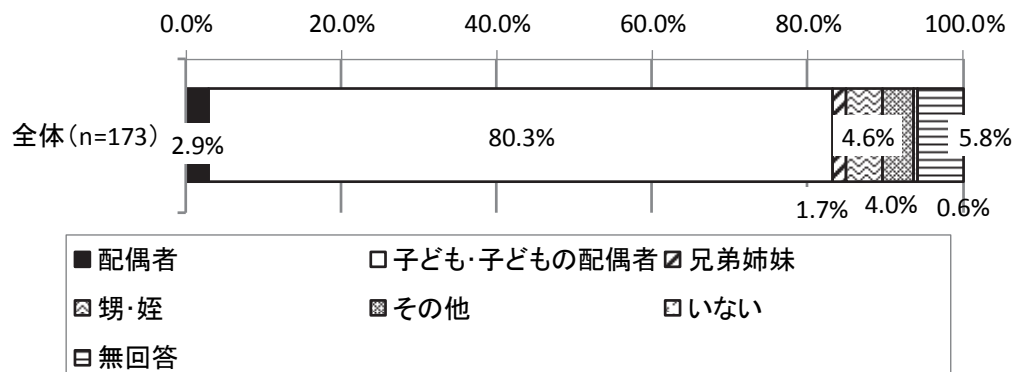
図表3-9 有している疾患(既往歴)(n=173)(死亡者票 8))(複数回答)



8) 身元引受人

身元引受人は、「子ども・子どもの配偶者」が 80.3%であった。

図表3-10 身元引受人(n=173)(死亡者票 9))

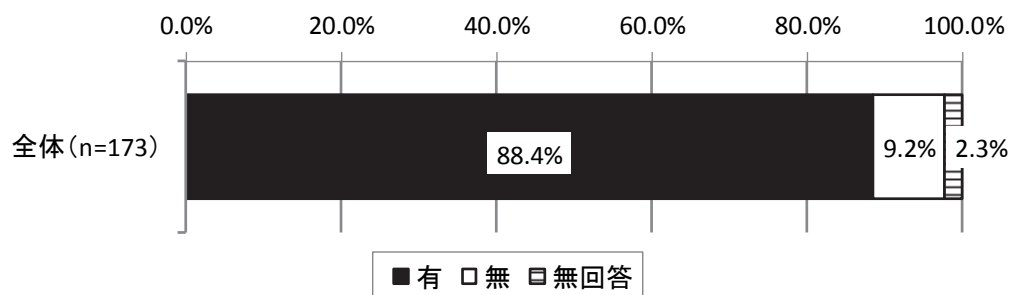


9) 施設の看取り指針についての入所時の説明の有無

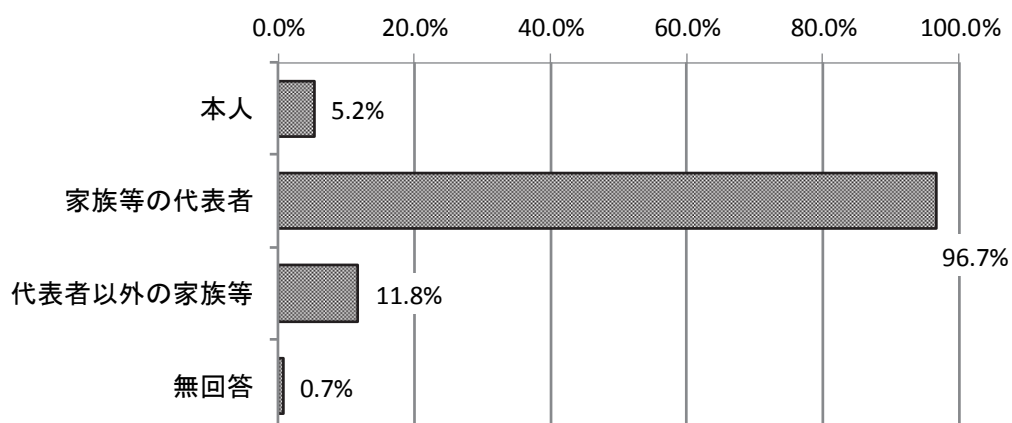
施設の看取り指針についての入所時の説明の有無は、「有」が 88.4%、「無」が 9.2%であった。

説明した相手は、「家族等の代表者」が 96.7%と最も多く、次いで「代表者以外の家族等」(11.8%)であった。

図表3-11 施設の看取り指針についての入所時の説明の有無(n=173)(死亡者票 10)



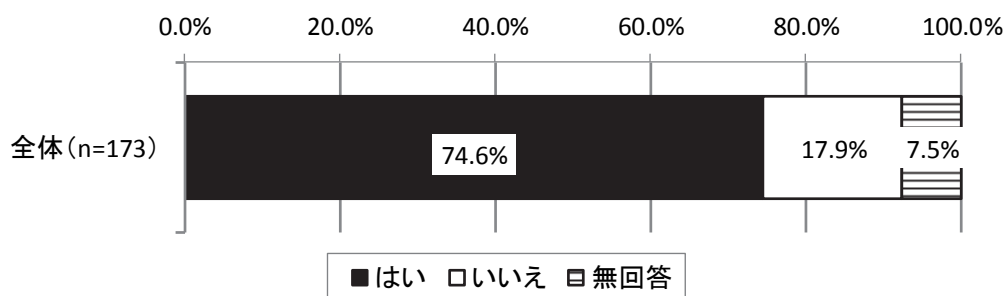
図表3-12 (説明有の場合)説明した相手(n=153)(複数回答)



10) 入所時から看取りを見据えた話し合いの有無

入所時から看取りを見据えた話し合いの有無は、「はい」が 74.6%、「いいえ」が 17.9%であった。

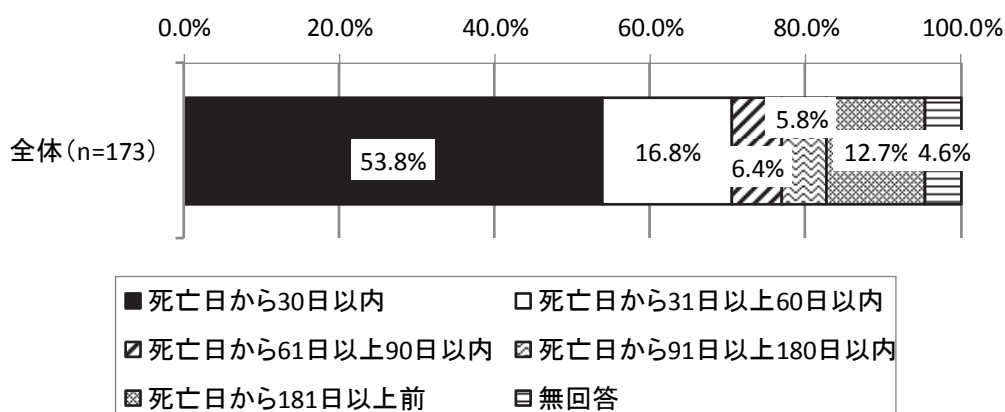
図表3-13 入所時から看取りを見据えた話し合いの有無(n=173)(死亡者票 11))



11) 医師に医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断され、医師等と本人、家族等が協議し看取りでの対応を行うことを決定した時期

医師に医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断され、医師等と本人、家族等が協議し看取りでの対応を行うことを決定した時期は、「死亡日から 30 日以内」が 53.8%と最も多く、次いで「死亡日から 31 日以上 60 日以内」(16.8%)、「死亡日から 181 日以上前」(12.7%)であった。

図表3-14 医師に医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断され、医師等と本人、家族等が協議し看取りでの対応を行うことを決定した時期(n=173)(死亡者票 12))



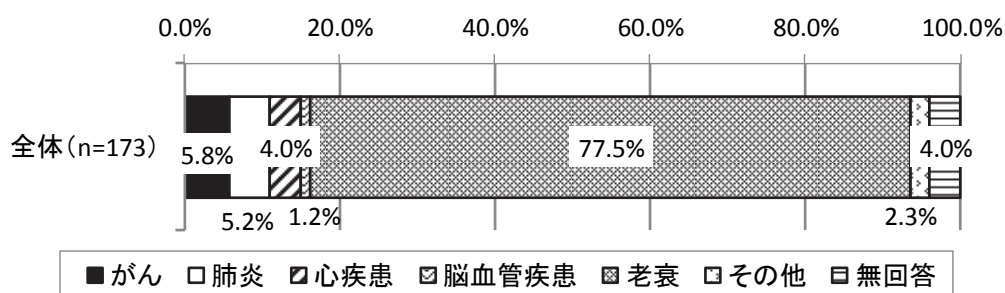
（２）看取りの状況

1) 死因

死因をみると、「老衰」が 77.5%、「がん」が 5.8%、「肺炎」が 5.2%、「心疾患」が 4.0%、「脳血管疾患」が 1.2%であった。

死因が「がん」の入所者の 10 人は、すべて訪問看護の利用はなかった。

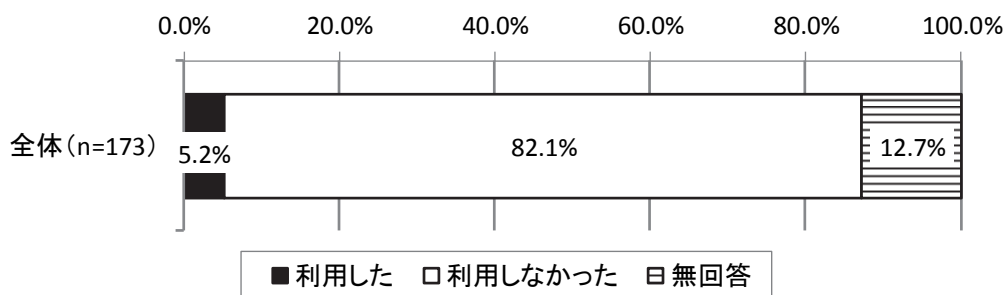
図表3-15 死因(n=173)(死亡者票 13)



2) 訪問診療（配置医師以外による計画的な診療）の利用の有無

訪問診療（配置医師以外による計画的な診療）の利用の有無は、「利用した」が 5.2%、「利用しなかった」が 82.1%であった。

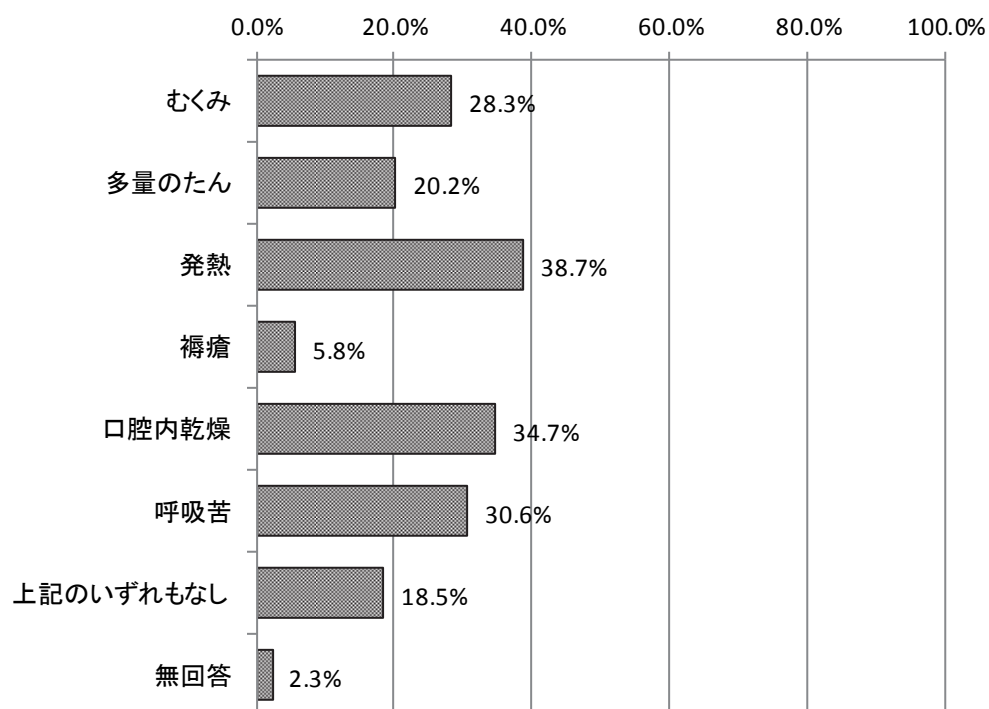
図表3-16 訪問診療（配置医師以外による計画的な診療）の利用の有無(n=173)(死亡者票 14)



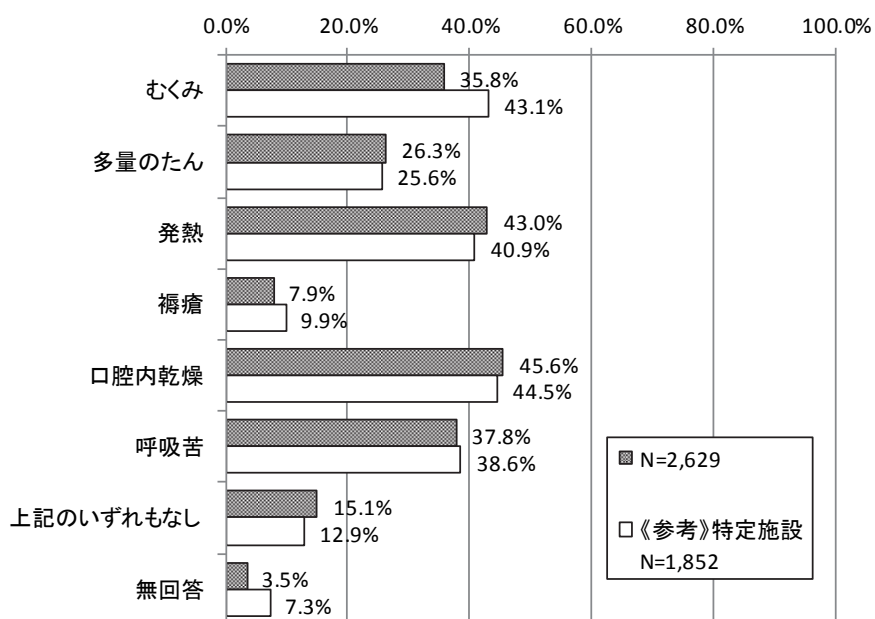
3) 亡くなる前 2 週間に悪化した症状

亡くなる前 2 週間に悪化した症状は、「発熱」が 38.7%で最も多く、次いで「口腔内乾燥」(34.7%)、「呼吸苦」(30.6%) の順であった。

図表3-17 亡くなる前 2 週間に悪化した症状(n=173)(死亡者票 15)(複数回答)



(参考) 平成 29 年度 調査結果



出所) 株式会社野村総合研究所「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」のデータを元に MURC が作成

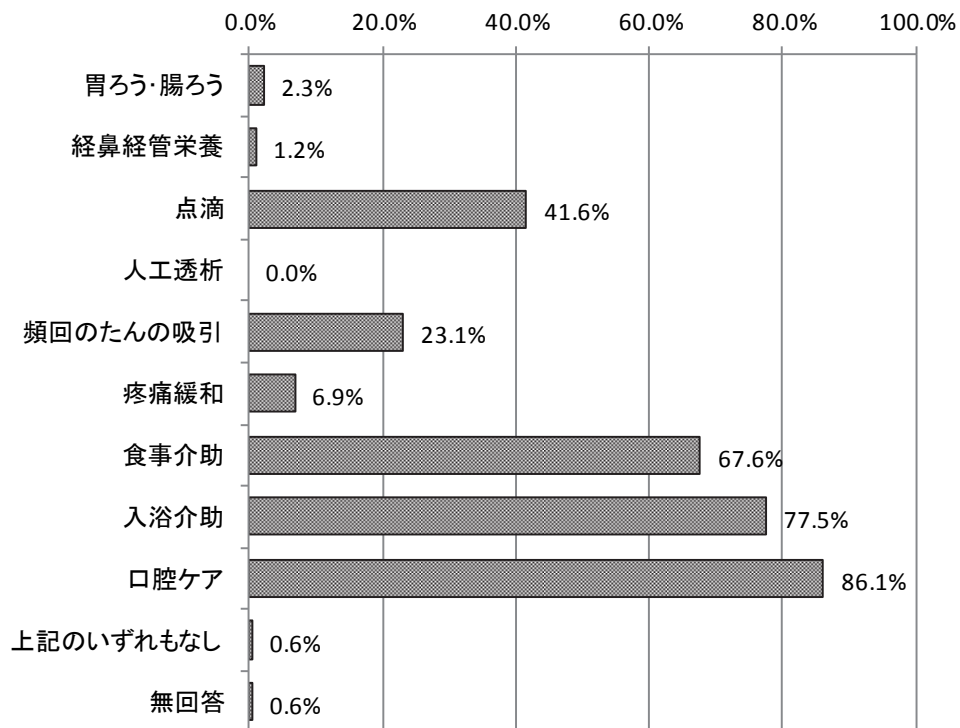
図表3-18 亡くなる2週間前に実施したケア別 亡くなる前2週間に悪化した症状

	合計	むくみ	多量の たん	発熱	褥瘡	口腔内 乾燥	呼吸苦	上記の いずれ もなし	無回答
全体	173 100.0%	49 28.3%	35 20.2%	67 38.7%	10 5.8%	60 34.7%	53 30.6%	32 18.5%	4 2.3%
胃ろう・腸 ろう	4 100.0%	2 50.0%	2 50.0%	2 50.0%	0 0.0%	1 25.0%	3 75.0%	0 0.0%	0 0.0%
経鼻経管 栄養	2 100.0%	0 0.0%	1 50.0%	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%	1 50.0%	0 0.0%
点滴	72 100.0%	21 29.2%	22 30.6%	35 48.6%	6 8.3%	28 38.9%	29 40.3%	5 6.9%	1 1.4%
人工透析	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%
頻回のた んの吸引	40 100.0%	14 35.0%	26 65.0%	20 50.0%	3 7.5%	14 35.0%	18 45.0%	1 2.5%	0 0.0%
疼痛緩和	12 100.0%	3 25.0%	1 8.3%	6 50.0%	0 0.0%	6 50.0%	6 50.0%	1 8.3%	0 0.0%
食事介助	117 100.0%	35 29.9%	22 18.8%	46 39.3%	8 6.8%	36 30.8%	36 30.8%	25 21.4%	1 0.9%
入浴介助	134 100.0%	38 28.4%	28 20.9%	50 37.3%	9 6.7%	42 31.3%	43 32.1%	25 18.7%	2 1.5%
口腔ケア	149 100.0%	44 29.5%	32 21.5%	56 37.6%	9 6.0%	57 38.3%	47 31.5%	27 18.1%	1 0.7%
上記のい ずれもな し	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%

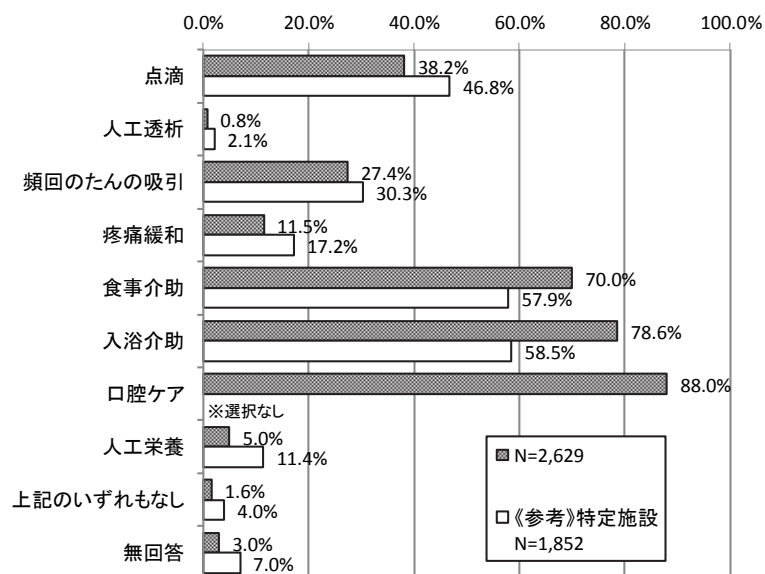
4) 亡くなる前 2 週間に実施したケア

亡くなる前 2 週間に実施したケアは、「口腔ケア」が 86.1%、「入浴介助」が 77.5%、「食事介助」が 67.6%、「点滴」が 41.6%であった。

図表3-19 亡くなる前 2 週間に実施したケア(n=173) (死亡者票 16)) (複数回答)



(参考) 平成 29 年度 調査結果

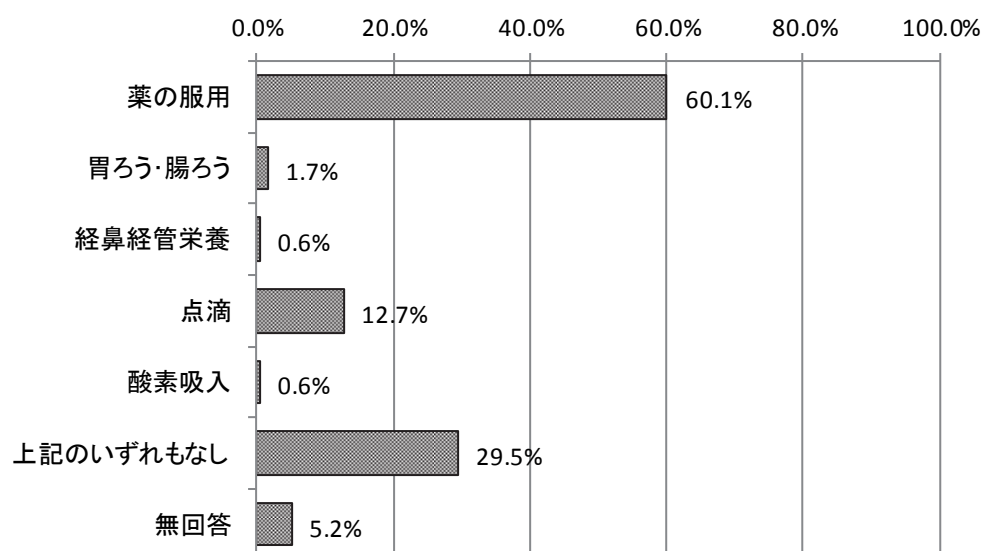


出所) 株式会社野村総合研究所「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分) 高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」のデータを元に MURC が作成

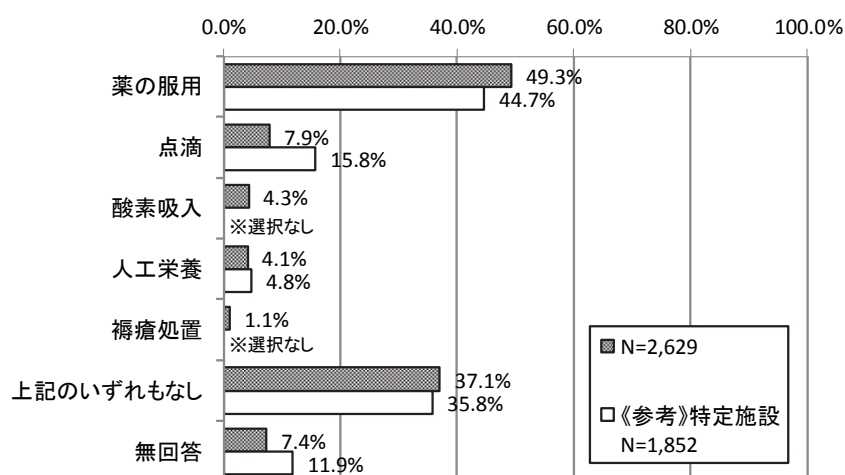
5) 亡くなる前2週間に中止・減量した処置

亡くなる前2週間に中止・減量した処置は、「薬の服用」が60.1%と最も多く、次いで「いずれもなし」(29.5%)、「点滴」(12.7%)の順となった。

図表3-20 亡くなる前2週間に中止・減量した処置(n=173)(死亡者票 17)(複数回答)



(参考) 平成 29 年度 調査結果

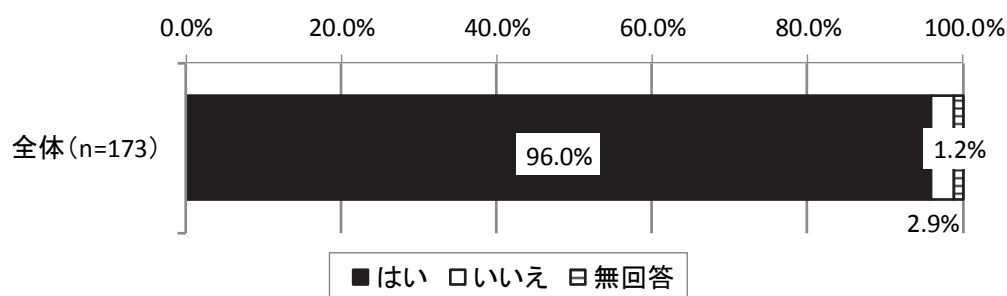


出所) 株式会社野村総合研究所「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分) 高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」のデータを元に MURC が作成

6) 看取りの進め方について、本人、家族等へ説明し、本人の意思の確認または推定の有無

看取りの進め方について、本人、家族等へ説明し、本人の意思の確認または推定の有無をみると、「はい」が 96.0%、「いいえ」が 2.9%であった。

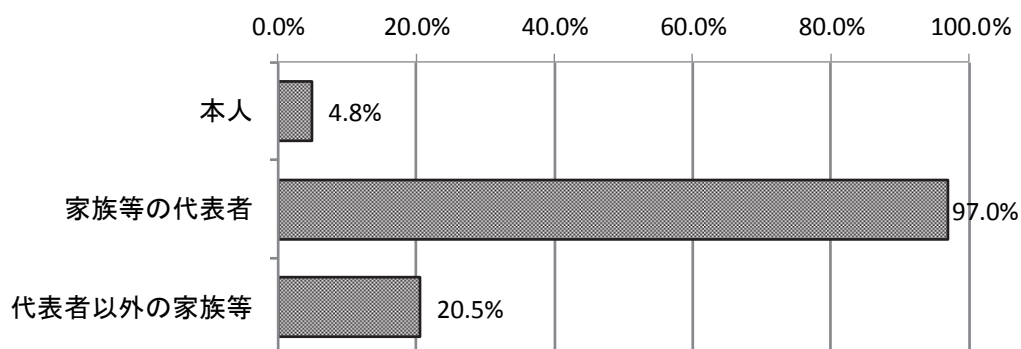
図表3-21 看取りの進め方について、本人、家族等へ説明し、本人の意思の確認または推定の有無(死亡者票 18))(n=173)



7) 看取りの進め方に関する説明や、本人の意思の確認または推定を行った対象

説明や、本人の意思の確認または推定を行った場合、その対象は、「本人」が 4.8%、「家族等の代表者」が 97.0%、「代表者以外の家族等」が 20.5%であった。

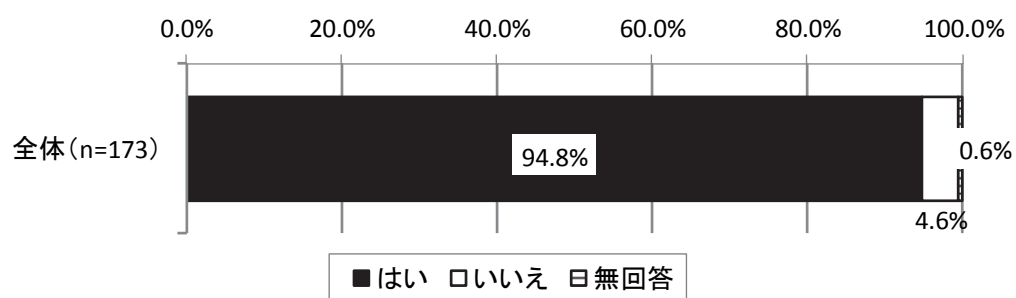
図表3-22 (説明や、本人の意思の確認または推定を行った場合)対象(n=166)
(死亡者票 19))(複数回答)



8) 看取りの進め方について、本人、家族等と施設関係者が集まっての話し合いの実施の有無

看取りの進め方について、本人、家族等と施設関係者が集まっての話し合いの実施有無は、「はい」が94.8%、「いいえ」が4.6%であった。

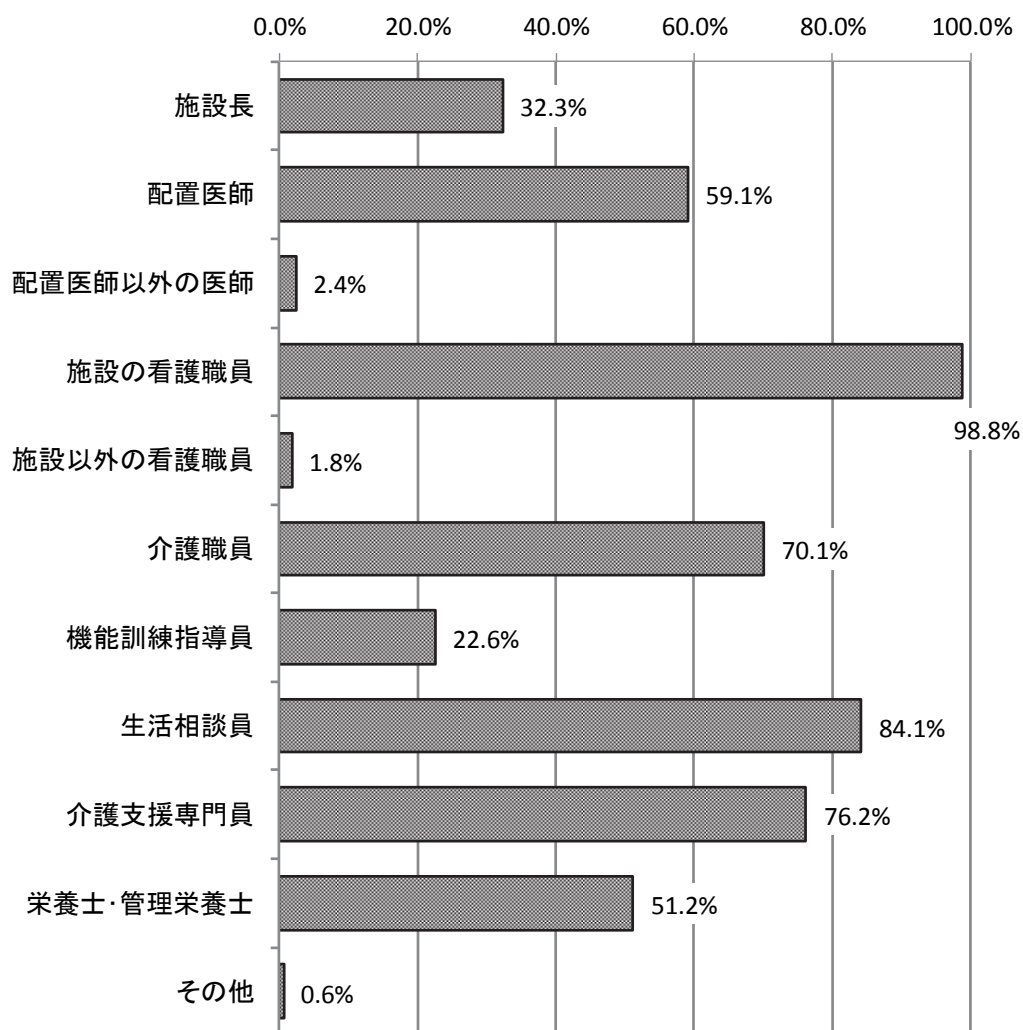
図表3-23 看取りの進め方について、本人、家族等と施設関係者が集まっての話し合いの実施の有無(死亡者票 20))(n=173)



① 話し合いに参加する施設関係者等の職種

話し合いを行った場合、話し合いに参加する施設関係者等の職種は、「施設の看護職員」が98.8%、「生活相談員」が84.1%、「介護支援専門員」が76.2%、「介護職員」が70.1%であった。

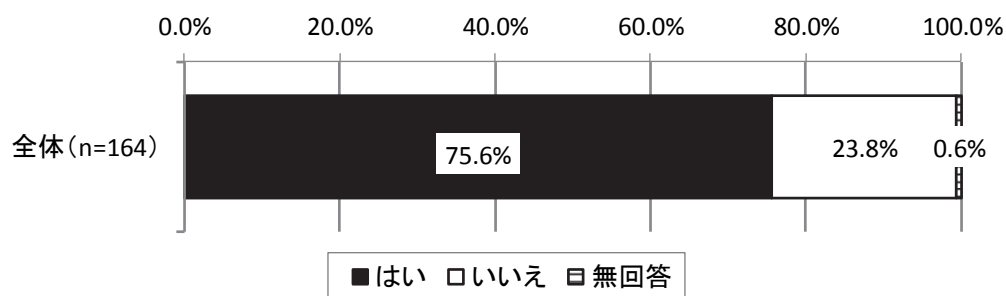
図表3-24 (話し合いを行った場合)話し合いに参加する施設関係者等の職種(n=164)
(死亡者票 21)(複数回答)



② 看取りの進め方について、本人・家族等と施設関係者が集まって繰り返し（複数回）話し合いを実施の有無

看取りの進め方について、本人・家族等と施設関係者が集まって繰り返し（複数回）話し合いを実施したかどうかをみると、「はい」が75.6%、「いいえ」が23.8%であった。

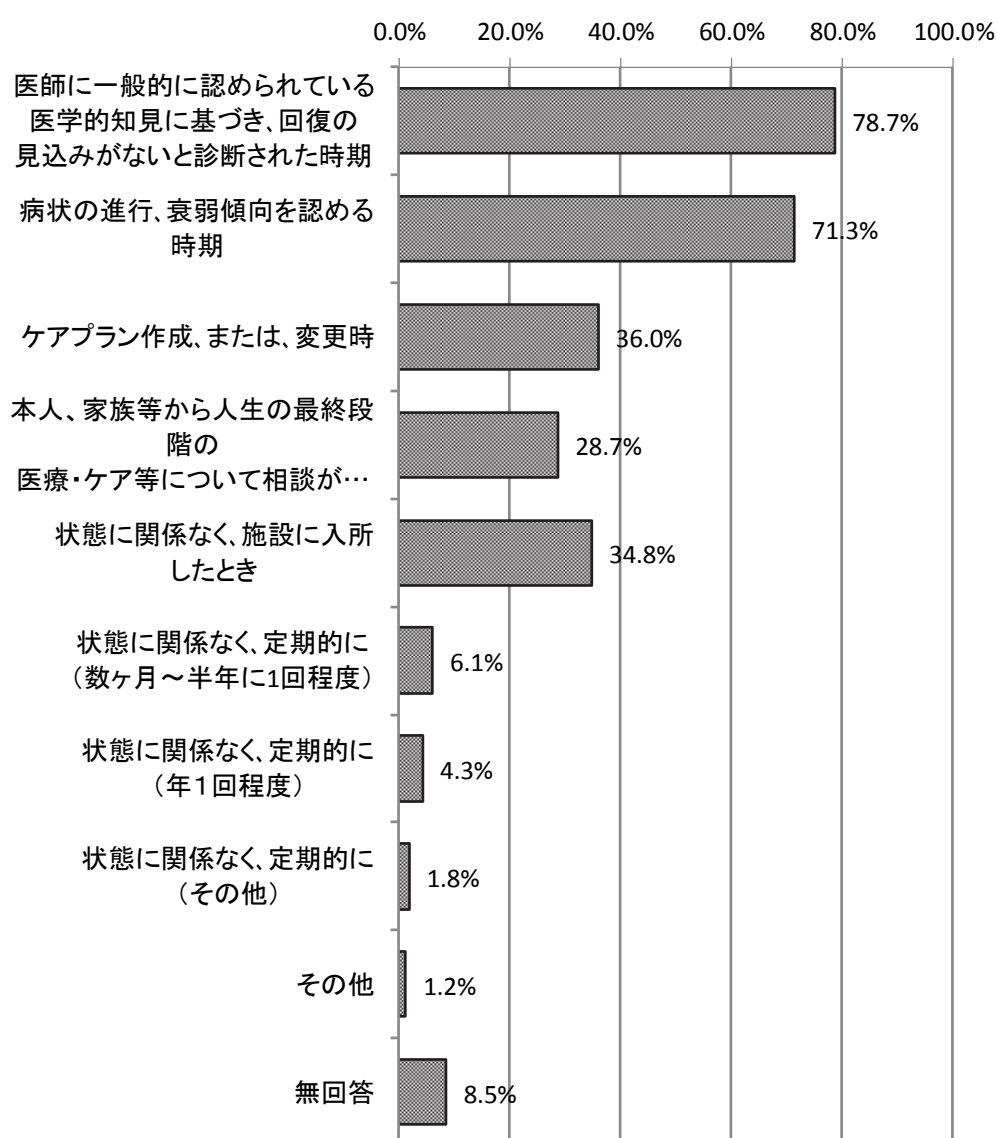
図表3-25 （話し合いを行った場合）看取りの進め方について、本人・家族等と施設関係者が集まって繰り返し（複数回）話し合いを実施の有無（死亡者票 22）（n=164）



③ 看取りに関する説明や意思の確認または推定を行い、介護計画について、本人、家族等と施設関係者との話し合いを行った時期

看取りに関する説明や意思の確認または推定を行い、介護計画について、本人、家族等と施設関係者との話し合いを行った時期は、「医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期」が 78.7%と最も多く、次いで「病状の進行、衰弱傾向を認める時期」(71.3%)であった。

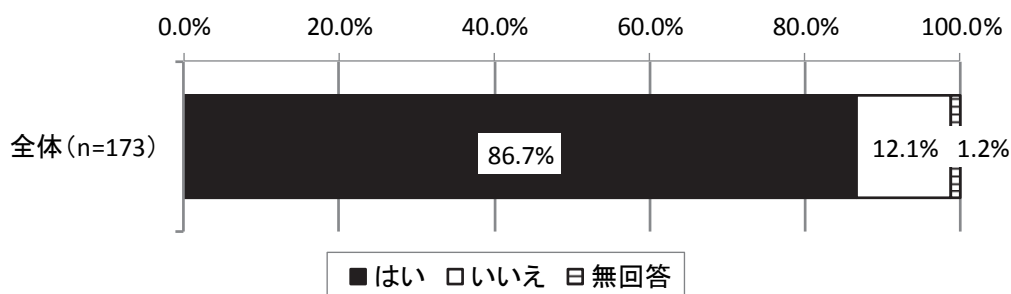
図表3-26 (話し合いを行った場合)看取りに関する説明や意思の確認または推定を行い、介護計画について、本人、家族等と施設関係者との話し合いを行った時期
(n=164)(死亡者票 23))(複数回答)



9) 看取り介護計画書作成の有無

看取り介護計画書作成の有無をみると、「はい」が86.7%、「いいえ」が12.1%であった。

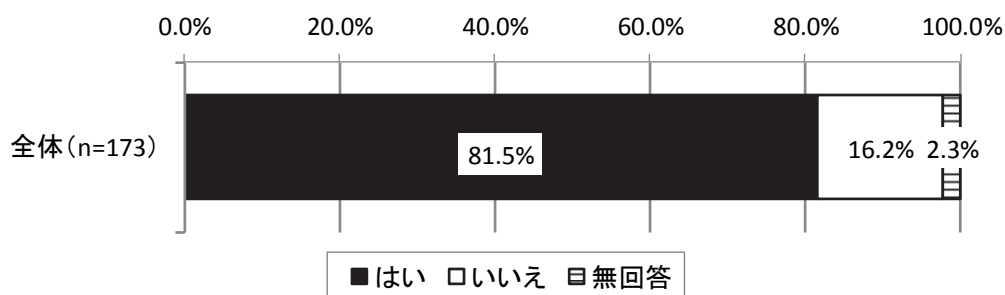
図表3-27 看取り介護計画書作成の有無(n=173)(死亡者票 24)



10) 本人の状態に応じ、職種間で情報共有等を行いながら看取りの進め方や計画内容の変更をしたか

本人の状態に応じ、職種間で情報共有等を行いながら看取りの進め方や計画内容の変更をしたかどうかをみると、「はい」が81.5%、「いいえ」が16.2%であった。

図表3-28 本人の状態に応じ、職種間で情報共有等を行いながら看取りの進め方や計画内容変更の有無
(n=173)(死亡者票 25)

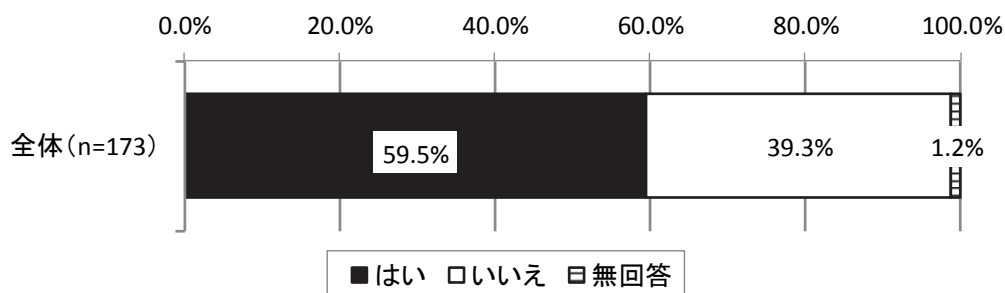


11) 本人が意思決定できなくなった場合に備えて、どのような医療・ケアを受けたいのか、あるいは受けたくないのかをあらかじめ記載する書面（事前指示書）の使用の有無

本人が意思決定できなくなった場合に備えて、どのような医療・ケアを受けたいのか、あるいは、受けたくないのかをあらかじめ記載する書面（事前指示書）の使用の有無をみると、「はい」が 59.5%、「いいえ」が 39.3%であった。

図表3-29 本人が意思決定できなくなった場合に備えて、どのような医療・ケアを受けたいのか、あるいは受けたくないのかをあらかじめ記載する書面（事前指示書）の使用の有無

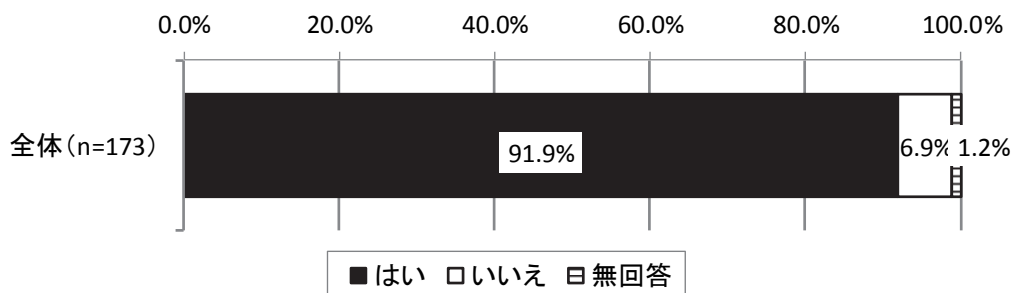
(n=173) (死亡者票 26)



12) 本人が医療・ケアの選択について意思決定できなくなった場合に備えて、本人の意思を推定できる人の確認しかた

本人が医療・ケアの選択について意思決定できなくなった場合に備えて、本人の意思を推定できる人の確認の有無をみると、「はい」が 91.9%、「いいえ」が 6.9%であった。

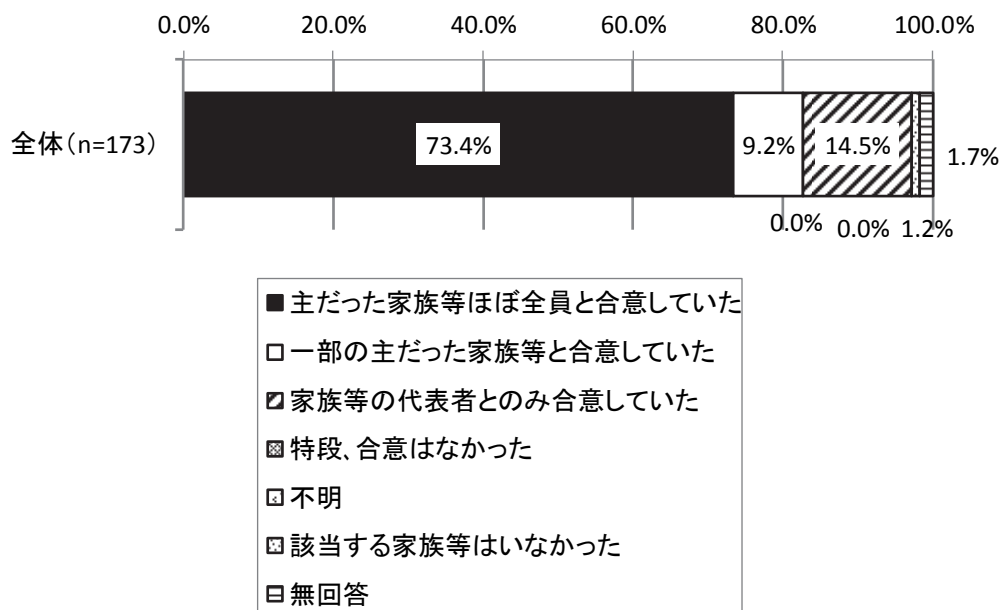
図表3-30 本人が医療・ケアの選択について意思決定できなくなった場合に備えて、本人の意思を推定できる人の確認をしたか(n=173) (死亡者票 27)



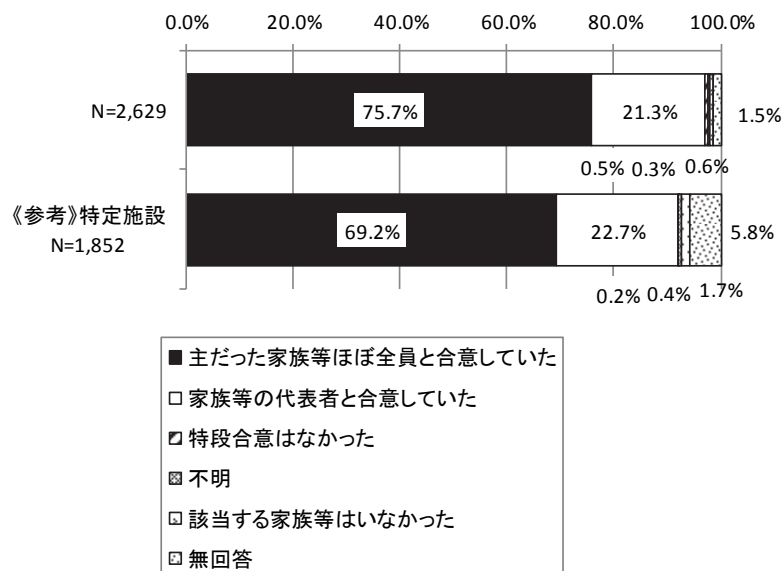
13) 看取りに関する家族等との合意

看取りの関する家族等との合意は、「主だった家族等ほぼ全員と合意していた」が 73.4%、「家族等の代表者とのみ合意していた」が 14.5%、「一部の主だった家族等と合意していた」が 9.2%であった。

図表3-31 看取りに関する家族等との合意(n=173)(死亡者票 28))



(参考) 平成 29 年度 調査結果



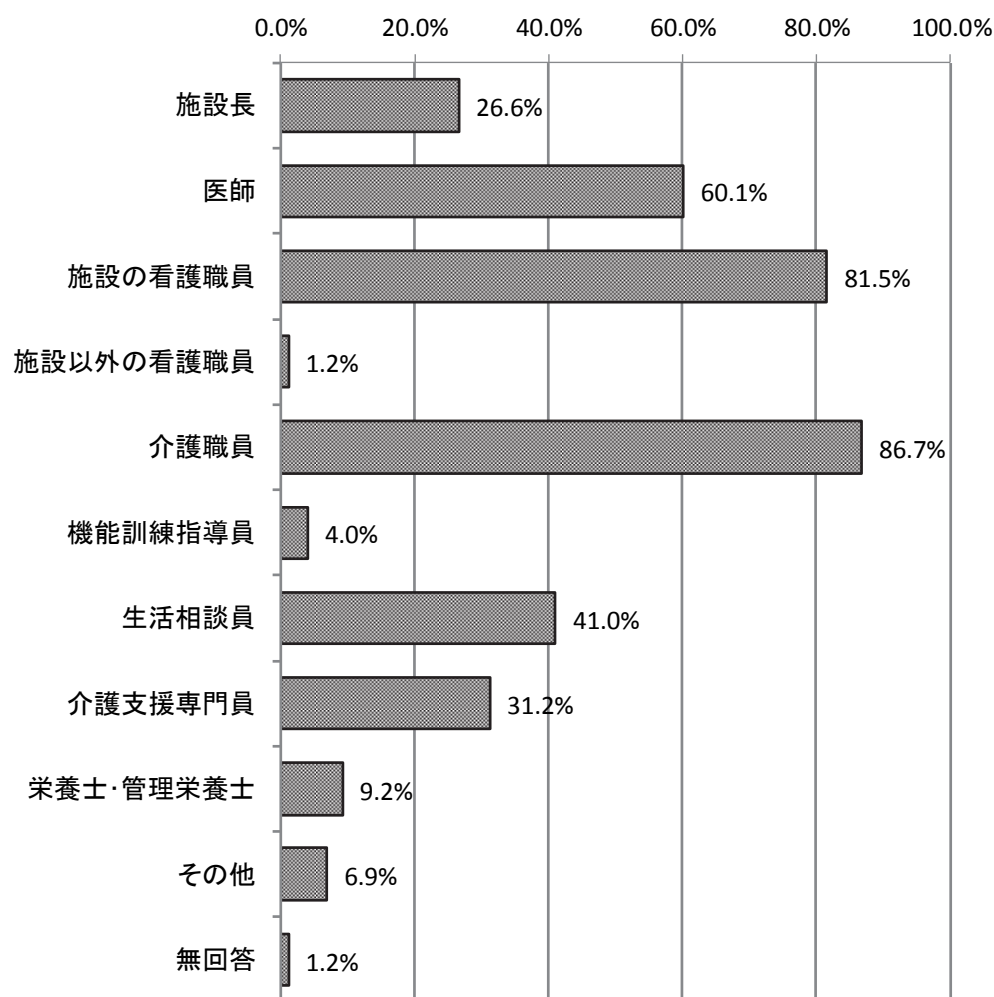
出所) 株式会社野村総合研究所「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」のデータを元に MURC が作成

14) 看取り時の立ち会い者

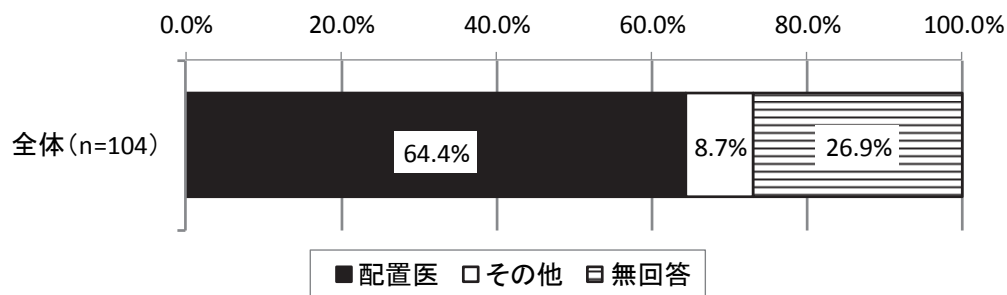
看取り時の立ち会い者をみると、「介護職員」が 86.7%で最も多く、次いで、「施設の看護職員」(81.5%)、「医師」(60.1%) の順となった。

看取り時に立ち会った医師は、「配置医」が 64.4%、「その他」が 8.7%であった。

図表3-32 看取り時の立ち会い者(n=173)(死亡者票 29)(複数回答)



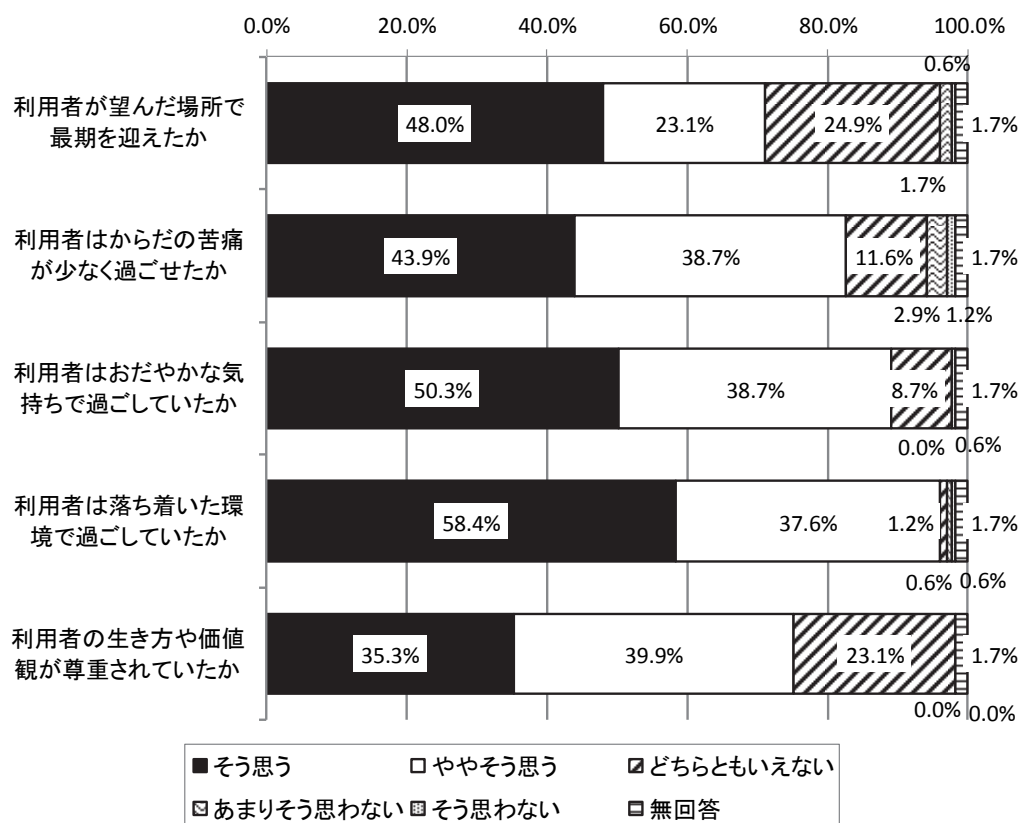
図表3-33 医師の種別(n=104)(死亡者票 29)



15) 施設側からみた看取り結果に対する評価

施設側からみた看取り結果に対する評価をみると、いずれの設問も「思う（「思う」と「やや思う」の合計）」が7割を超える結果となった。

図表3-34 施設側からみた看取り結果に対する評価(n=173)(死亡者票 30)

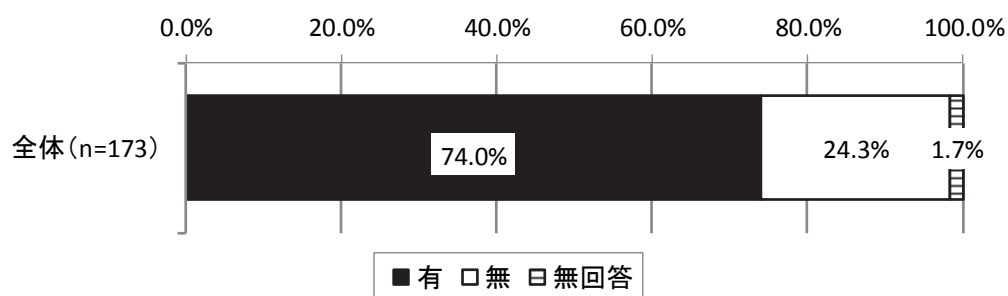


16) 看取り後に、本事例に関わった職員による看取り介護の振り返りの有無

看取り後に、本事例に関わった職員による看取り介護の振り返りの有無は、「有」が 74.0%、「無」が 24.3%であった。

図表3-35 看取り後に、本事例に関わった職員による看取り介護の振り返りの有無

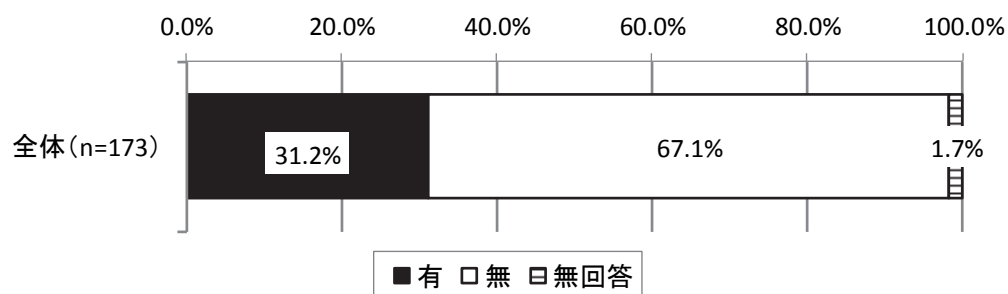
(n=173)(死亡者票 31))



17) 指針や実施体制の見直しの有無

指針や実施体制の見直しの有無をみると、「有」が 31.2%、「無」が 67.1%であった。

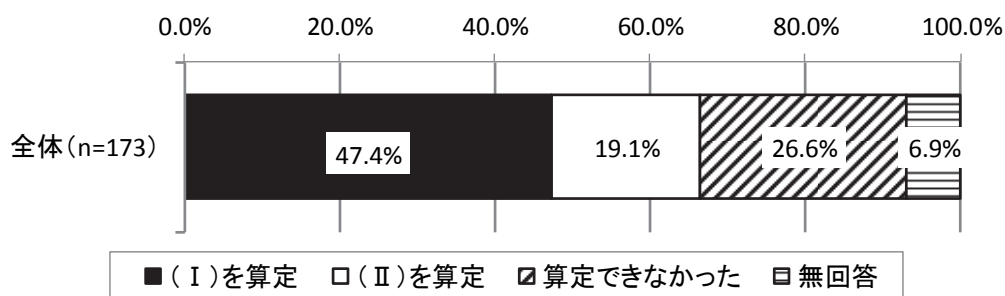
図表3-36 指針や実施体制の見直しの有無(n=173)(死亡者票 32))



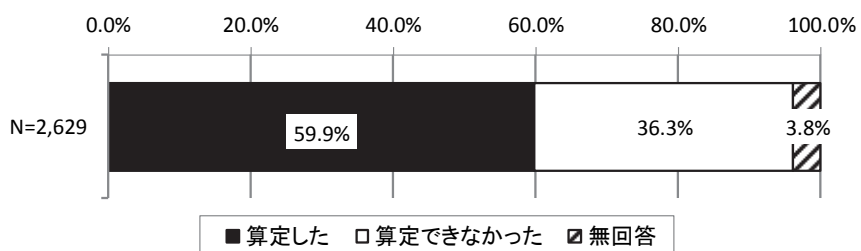
18) 看取り介護加算の算定の有無

看取り介護加算の算定は、「(Ⅰ)を算定」が 47.4%、「(Ⅱ)を算定」が 19.1%、「算定できなかった」が 26.6%であった。

図表3-37 看取り介護加算の算定の有無(n=173)(死亡者票 33)



(参考) 平成 29 年度 調査結果

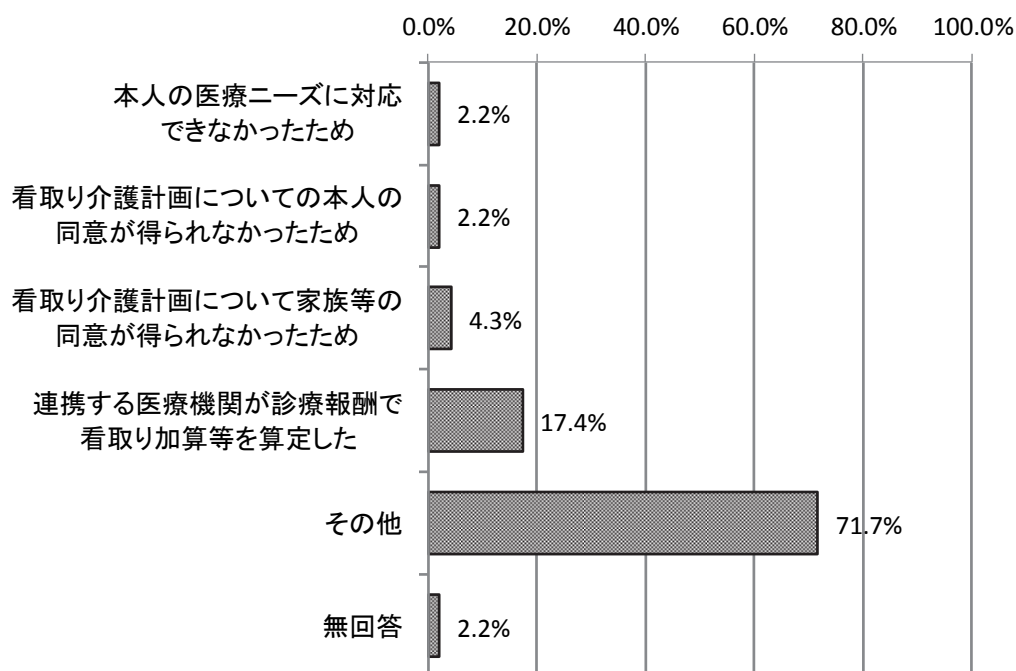


出所) 株式会社野村総合研究所「平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)高齢者施設等における医療ニーズ対応の在り方に関する調査研究 報告書」のデータを元に MURC が作成

19) 看取り介護加算を算定できなかった理由

看取り介護加算を算定できなかった理由は、「連携する医療機関が診療報酬で看取り加算等を算定した」が17.4%であった。

図表3-38 看取り介護加算を算定できなかった理由(n=46)(死亡者票 34)(複数回答)



※「その他」の具体的内容は「算定要件を満たさない」「個室の用意ができない」「看護師が不在」「届出をしていない」等であった。

第3章 ヒアリング調査結果

1. ヒアリングの要約

ここではヒアリングの主な内容をまとめた。

	A施設	B施設	C施設	D施設
1.概要				
1-1. 法人の概要	・ 開設6年目 ・ 同法人内に特養1施設 ・ 兄弟法人に病院、老健、訪問看護、地域包括支援センターがある（病院は当施設の担当ではない）	・ 開設57年目 ・ 同グループに病院、老健各1施設、病院内にケアオフィス有、病院は隣接 ・ 近隣の施設や訪問看護事業者と連携あり	・ 開設43年目 ・ 同グループに病院（回リハ病床中心）1施設、クリニック1施設、ケアセリナー2施設、グループホーム1施設、他複数施設	・ 開設8年目 ・ 同グループに病院（一般と地域包括ケア）、クリニック、在宅クリニックを保有し、グループ内の施設は全て連携 ・ 社会福祉法人として多くの施設を保有
1-2. 地域の概要	・ 新興住宅があり、若年層から高齢者まで存在 ・ 坂が多く、高齢者にとって生活しにくい側面もあり、外に出なくなっている高齢者が多い地域 ・ 広域型の特養だが、3分の1は近隣に（家族が）住んでいる ・ この施設は面会が多い施設であり、毎日面会される家族もいる ・ 職員は車通勤が殆ど	・ 複数自治体と隣接している地域 ・ 落ち着いた住宅地であり町内会が強く地域の連帯も強い ・ 近隣と比較して要介護認定が多い地域 ・ 急性期や地域包括ケア病棟があり医療資源は充実しているが、老健施設は不足気味との声も	・ 入所者は地域住民が多く、増えている印象。域外の入所者は家族が近いケースが多い ・ 家族の面会は頻度が高い印象	・ 中核市中心部に所在 ・ 医療資源は充足している ・ 福祉サービスも同地域に他法人の同様の施設があり、老人ホームもあり充足している ・ 以前は待機者が多かったが現在在宅で看取りができるようになってから待機者は減った ・ 家族は同地域内が殆どで、訪問頻度は高い（週に1回程度）

	A施設	B施設	C施設	D施設
1-3.施設の概要				
1-3-1. 定員・入所者数	- 定員 60 名 (個室) - 入所者は 60 名 近く	- 定員 70 名 (多床室) - 入所者は 70 名	- 定員 100 名 (個室) - 入所者は 94 名	- 定員 80 名 (個室) - 入所者は 80 名
1-3-2. 職員配置	- 総数 60 名 - 医師は、車で 3 分程の距離の所にある病院の医師に嘱託医を依頼 - 看護師は 4.5 名、内常勤の准看護師 2 名 - 介護職員は実人数 36 名、内介護福祉士 30 名、内特定認定行為可能なのは 3 名 - 新卒は開所時のみの採用 (退職者少も要因)	- 隣接する同法人の病院に勤務する医師 4 名 (内科医) が入所者の主治医を担当、入所者を病歴に応じて担当が決まっている - 看護師は実人数 4 名 - 介護職員は実人数 31 名、内介護福祉士 23 名、内特定認定行為可能なのは 21 名	- 総数 82 名 - 同法人のクリニックに勤める医師が主治医となっている - 看護師は実人数 6 名、内常勤の准看護師 2 名 - 介護職員は実人数 68 名、内介護福祉士 39 名、内特定認定行為可能なのは 0 名	- 総数 67 名 - 同グループの医療施設に勤務する医師が主治医となっている - 看護師は実人数 10 名、内常勤の准看護師 1 名 - 介護職員は実人数 57 名、内介護福祉士 37 名、内特定認定行為可能なのは 20 名 - 認定特定行為の研修は法人負担かつ手当を付ける形で増やそうとしている
2. 入所者の特色、医療ニーズ、医療等の利用状況	- 年齢層が高い - 多い時で 2～3 名の入院。入院期間は 1 週間程度 - 家族からの要望で専門医に繋がったり、体調不良時の救急搬送を希望されたりする場合がある	- どの入所者も病歴があり、ほぼ認知症を抱えている - 医療処置は施設内で対応可能なものは看護師対応であり、対応できないものは隣接病院で対応	- 入所者の要介護度は上がっている印象 - 入所段階で病院に行く必要がある方は少ない - 外部に通院等をする入所者もまれにいますが、状況が進行するにつれ同グループ医療機関での対応に切り替わる人が多い	入所者の要介護度は徐々に高くなっていく印象
3. 医師・連携医療	主治医が往診に来て月に 1 回は受ける	隣接する同法人の病院の医師 4 名 (内科医) が	週 1 回同法人の在宅系施設と情報共有するよ	同グループの医療施設が主治医となっている

機 関 と の 関 係 性	A 施設 ・ 嘱託医（主治医）が車で 3分程度 ・ 歯科も訪問	B 施設 主治医を担当し、入所者 を病歴に応じて割り振 っている ・ 異常があればすぐに隣 接病院に入院できる体 制がある ・ 隣接病院とは電子カル テを共有しており情報 共有している ・ 近隣薬局と提携し、処方 薬は施設まで配達され る	C 施設 うにしている ・ 同法人のクリニックが 主治医になっている ・ CTなどは同グループ病 院で外来として検査を うける ・ 急性増悪の場合は近隣 の別法人の病院に送る ・ 主治医との情報共有は 往診日と変化があった 際に行っている ・ 病院とクリニックとは 電子カルテを共有して いる。往診時に施設内で も書き込むことができ る	D 施設 （施設配置医） ・ 同グループの提携医療 機関とは電子カルテを 共有し、相互閲覧が可 能。医師往診時には当施 設で書き込み可能 ・ 当施設から医療機関へ は往診時と都度での報 告を行う ・ 医療機関側から当施設 の医師のアセスメント、 ケア記録、看護記録をシ ステムで閲覧できる ・ 他職種が持つ情報や家 族とのやり取りの情報 は電子カルテに記録し、 医師も閲覧できる
4. 退所者の実績	・ 殆どが死亡退所	・ 殆どが死亡退所	・ 殆どが死亡退所	・ 殆どが死亡退所
5. 看 取 り の 取 組				
5-1. 看 取 り に つ い て の 基 本 方 針 有 無	- 基本指針あり（2 年前 （2018 年）に改訂） - 職員用マニュアルは存 在するが見直しは出来 ていない - 退職職員が少なく、マニ ュアルを細かく参照せ ずとも口伝で十分伝え ることができている	基本指針とマニュアル、 共に整備しており、定期 的に見直しを行っている	- 基本指針、マニュアル共 にあり - 指針やマニュアルは基 本部分であり、重要な ケースバイケースの 対応なので研修や職員 間の普段のコミュニケ ーションで伝えている	- 基本指針、マニュアル共 にあり（定期的な見直し あり） - マニュアルに従って看 取りを行っている - 看護師が担当する年 2 回の研修を実施

	A施設	B施設	C施設	D施設
5-2.意思確認				
5-2-1. 入所者本人との関わり	- 入所者の殆どは高齢で意思表示が上手くできない - 意思がはっきりしていない方でも家族から意思確認をしてもらうようになっている - 日常生活の中で病院へ行くことや胃ろうなどへの意思について確認している	- 認知症を抱える入所者が殆どだが出来る限り本人の意思を確認・推定するようになっている - 日常生活の場で、入院の意思などを質問し、家族にも確認してもらおうようになっている - 隣接病院入院後も入所者らしい最期を迎えられるための判断を病院側でも考えるようになっている - 本人は入院したくないと言っていたが、家族の意向で入院したケースもある	- 意思確認ができる入所者はほばいない印象 - 入所する前の生活スタイルや会話内容を家族から聞くようにしている - 入所前に意思書いたカードなどを持っている方もいる - 体調が悪くなった際に病院にいくかどうかと聞くようにしているが、殆どは施設にいたいと答える	- 介護職員が入所後の生活や会話から意思を推定するようし、本人意思として反映できるようにしている - 少ないケースだが施設に残りたいと本人が意思表示したこともあった
5-2-2. 家族との関わり	- 入所者本人の生活の様子や体調等の状況を記載したノートを居室に置くようし、家族が確認できるようにしている。家族もノートに記入できるようにしておおり、家族と職員（ユニット長や看護師、相談員）との意思疎通のツールとして活用している - 医師より看取りの診断	- 看取りについて基本的に施設から直接説明を行う - 家族への説明も段階に依り、家族の意向が固まった状態で説明するパターンが多い。一方入所直後など信頼関係がまだ構築されていない状態は難しく、医師が入って説明をする流れ	- 家族の中には体調悪化すると病院に行くものだ認識する方も多い - 元気な時からコミュニケーションを取りやすい。一方距離のある親族や、子供世代となると看取りのイメージがつきにくいようだ - 看取り期に入っていく	- 病院での最期を望む方は非常に少ない - 施設の立場としては施設での看取りを誘導するものではない - 看取り期に入っていく際には改めて家族と話す機会を持つ - 状況の変化については事前に都度情報共有を行っており、家族も心づもりができるようにし

	A施設	B施設	C施設	D施設
	が出てから家族に看取りについての具体的な情報を伝えている - 医師の診断後、医師から家族への説明、施設で体制などの説明、意思決定という流れで進めている - 看取りに入ることへの説明は病院で書面に基づいて医師が行う - 家族の中で意見が分かれている場合、キーパーソンの方に意見をまとめってもらうことが多い - 本人の意向が分からないケースが多いので、家族と本人との意見が異なるケースは少ない	にしている - 書類を交わせば終わってしまうわけではなく、段階は人それぞれであるので、終末期に入ったタ イミングで同意書をとる。同意書のない場合は看取りにはならないので、病院に入院してもらう - 老衰の段階を家族にしっかりと説明して先のことを意識できるようなにしている。食事がとれなくなると、活気がなくなってきたり、徐々に最期に向かっていることを意識できるような具体的な情報を伝えている - 自治体が出しているガイドラインには特養は ついの棲家ではないとの記述があるが、当施設では看取りができることを家族に説明している - 点滴ぐらいいはしてほしい、との声もある。点滴によって治るとの感覚	状況は本人の前ではなく、場所を変えて家族に伝えていく。家族の状況に合わせて場所や医師の同席などを変える - 家族内で意見対立する際は医師が説明することとが有効であることもある - 最近施設は看護師が健康面での説明を殆ど担っており、医師の出番を減らすことが出来ている - 点滴について家族から望まれるケースが多いが、医師から必要性についての説明や、看護師と相談することで結果無理にしないで済む場合が多い - 様々な含みを持たせながら徐々に意思を固めてもらうようにしている。きつちりとした仕切りは難しいと思う - 療養の病床が同法人にあるので、選択肢として提示できることは大きい	ている - 最終的な看取り判断段階では医師から説明(IC)する。日々の状況については看護師・生活相談員から行っている - 本人と家族、家族内で意見相違が起きるケースもあった - 本人と家族との意見相違は家族が医療行為(点滴)を望むパターンである。特に食事については強く関心を持っているようだ - 他職種間カンファレンスに家族も参加してもらい、状況を理解してもらうこともある

	A施設	B施設	C施設	D施設
		もあるようだ 職員にとつては幾人もの死と向き合ってきたが、家族にとつては最初のケースであるので、意識するようにしている	家族と看護師と介護士間で経口の食事をどうするかが問題となりやすい。その場合は病院のSTの評価を受け、説明すると効果的である	
5-3.看取り対応				
5-3-1 看取りの対応	- 看取りに入ってから以降のケアはユニットにいるケアマネジャーが主導する - 本人の状況は看護師や介護職員も毎日確認し、医師へも報告を行う - 家族室を備えている	- 看取り期には家族が頻繁に訪問されるケースが多い - 入所の際に、家族も一緒に看取りを、という説明をしている - 終末期に入ったタイミングで家族とアロママッサージを行っている - 家族室はないが会議室などを代用することは可能	- 家族室はないが、宿泊可能な部屋がある。個室なので家族は居室で看取りに立ち会う - 急変や家族の希望がない限り、医師の死亡確認は夜間に行わず、朝に行うようにした。このことで医師もだが家族も朝に見送ることができている。ほぼ全ての家族が高い。ほぼ全ての家族が朝の見送りを望んでいる	- 最期を迎える際には夜間であっても家族に連絡する。それを希望する家族が殆ど - 看取りに入るタイミングで家族にサインを求めているが、その際に夜間連絡も了承を得るようになっている - 配置医は深夜対応しないが、看護師が対応する - 看取りのための家族室は無く、居室に簡易ベッドなどを置くこともある
5-3-2 看取り後の対応	- 死亡入浴を行っており、できるだけ家族と行うようにしている - 施設からの見送りは職員総出で行い、葬儀にも参加することがある	- エンゼルケアは介護士が行い、死に化粧は家族と行っている - 施設からの見送りは全職員で行っている - 定期的に偲ぶ会を行っており、遺族、職員、現在の利用者家族も参加	- 死に化粧や末期の水等を出来るだけ家族にも行ってもらっている - 施設からの見送りの際にユニットにいる介護職員が見送る	- エンゼルケアを家族と共同で行うように提案している - 施設から見送る際は手の空いている職員全員で見送る - 入所者の家族会に看取りをした遺族を呼んで

	A施設	B施設 する	C施設	D施設 講和を行ったことがある
5-4.職員				
5-4-1 職員の体制・連携	- 職員間で日々のADL情報と本人の様子、家族の意思などを共有する用紙を作成し、変化を記録している - ユニットごとにケアマネジャーとリーダーがおり、情報共有のハブになっている - 他のユニットの担当者にも情報共有している - 家族への情報共有は役割分担をしつつ行っている。生活相談員が全体をみていることが前提だが、医療部分と介護部分で説明の分担を行っている	- 看護師が情報の取りまとめを行っている。亡くなる原因の殆どは身体機能の低下なので医療知識がないといけない。介護士に注意点を説明するなども行う - 看護師は病院側との連携も担う - 相談員の方が家族との関わりを持っているので、家族への接点は相談員が主体となる	- 家族との応対は相談員が主であるが、施設に1名しか在籍していないため、看護師なども行っている - 看取りについての情報統括は看護師が行っている。職員間でチームとして意思の共有を行っている - 看護師が夜間対応の介護職員に対して状況を理解してもらえらえるように説明することが重要であると考えている	- 看取り期の入所者家族にたいしては介護職員が対応。専門知識が必要になった場合に看護師や栄養士が対応する - 他職種のカンファレンスを週1回開催し情報共有を行っている - 情報の核は看護職員。医師との関わりや医療的な情報を提供できるため
5-4-2 職員のグリーフケア		- 看取り介護とはどういうものかを周知する研修を行っている。介護士から相談員になった職員に両方の目線から看取りについて研修をしてももらった - 多床室の施設であり、日々チームで介護を行		- 若い職員は特に精神的負担を感じる人も多い - 看取り後にカンファレンスを行い、職員間で精神ケアを行っている

	A施設	B施設	C施設	D施設
		っているので職員個々の心理負担は少ないように感じる		
6. 独自の取り組み	施設内に地域住民などでも利用できる多目的スペースを確保し、地域や家族との関わりを持っている			- グループ内の施設間で、合同の部会を行うことや、合同の職員間交流を行うことで、他施設の事例を共有するようにしている - 看取り期と状況変化時のカンファレンスを頻繁に行っている - 看取り後に家族へ手紙を書いている - 本人の外出・外泊支援を行っている
7. 看取りを行う上での課題	- 介護職員が夜間に1人でユニットを見ているので、体調急変などの際に看護師に連絡するタイミングなどは悩むようである - 夜間に看護師がいないので夕方に体調急変が起きた際に看護師や中心職員が残業せざるを得なくなっている	- 本人の意思確認が課題。家族から本人の意向が置いていかれてしまっているケースもある。最期は苦しませたくない、という意思是家族にも多いが、看取りとイメージが繋がらず、タイミングを逸してしまうことも多い - 胃ろうなどを病院で行う場合、それがどのような意味があるのかを知る前にとりあえずで経	看取りについて介護職員がよく理解できているか不安がある。医師・看護師と介護職員で感覚が違っていると感じる	看取りに関しては特に看護師と介護職での認識の違いがある。看護師はバイタル等の状態を把握し身体の状態を意識しながら看取り期の対応を行うが、介護職は、入居者の生活と密接にかかわっており、入居者の日々の状態や家族との会話を踏まえ、生活ということを意識しながら看取り期の対応を行う傾向がある

	A施設	B施設	C施設	D施設
		鼻経管を始めてしまう のが問題		- 看護職員が不足している。看取りだけに関わることでは出来ない中で、余裕がよりあれば良い - 家族の意思を最優先し点滴などをしている時に、本人の意思はどうかと気になっている
8. 要望等その他	- 加算に加え、夜間看護師を配置してほしい - 同じ命を預かる介護現場であるが、医療や療養型、老健よりも看取りの金額が低いのが現状であり、せめて介護保険施設とは同額にしてほしい	- 介護職員の特定認定行為の認定証取得のためには55時間の研修時間が必要である。できる限り職員には研修を受けてもらいたいだが、少ない職員で施設を回している為、施設にとって負担が大きい - 家族は看取りということに慣れているわけではなく、利用者の体調がどう変化していくかのイメージなどを持ってないことが多い。そのため、施設では家族に対して、「看取りとは」というテーマで研修もしなければいけないと考えている	- 看護師の配置を増やし、ユニットに入って介護職と同時にケアできる仕組みがあるといいと思う。チーム体制がより強固になると思う - 喀痰吸引が出来るように体制強化をしたいが、研修の時間数が多く、施設にとっても大きな負担になってしまっているので、仕事しながら取れる現場研修の仕組みなど検討してほしい	- 特養の看護師を望む人が少ない。介護職員や介護というものへの関わりに不安があるようだが、看護師の配置不足を感じる - 臓器提供意思表示のよいうに看取りの意思表示をするツールがあれば良いと思う - 特養の現行の配置基準では看取りに対して不十分であると感じる - 看取りに対する社会的認知が上がってほしい

2. ヒアリングメモ

(1) A施設

●施設概要

定員	ユニット型特養60床6ユニット
併設医療機関 (病床区分、病床数)	なし
関連法人が運営する介護保険サービス・定員	高齢者総合福祉施設（特別養護老人ホーム〔定員59名〕、ショートステイ〔定員11名〕、居宅介護等） 介護老人保健施設（定員100床、通所50名）、地域包括支援センター

1 概要

1-1 法人の概要

- ・ 開設6年目
- ・ 同法人内に特養1施設がある
- ・ 関連法人に病院、介護老人保健施設、訪問看護、地域包括支援センターがある。関連病院はあるが、関連病院と施設とで距離が離れている為、関連病院の医師が、当施設の入所者の嘱託医となっているわけではない。

1-2 地域の概要

- ・ 新興住宅地であり、若年層から高齢者まで幅広い層が地域に住んでいる。
- ・ 坂が多く、高齢者にとって歩きにくく、外出をためらう高齢者も多い
- ・ 広域型の介護老人福祉施設だが、入所者の内、3分の1は近隣に住んでいる。家族が近くに住んでいるということにも起因していると考え
- ・ ご家族の面会頻度は高い。毎日面会される家族もいる

1-3 施設の概要

1-3-1 定員・入所者数

- ・ 定員は60名（個室）である
- ・ 入所者はほぼ60名近い状況である

1-3-2 職員配置

- ・ 総数60名である
- ・ 医師は、車で3分程の距離の所にある病院の医師に嘱託医となってもらっている。
- ・ 看護職員は4.5名、内常勤の准看護師2名である
- ・ 介護職員は実人数36名、内介護福祉士30名、内特定認定行為可能である職員は3名

- 開所時には新卒の職員を採用して職員体制を確保したが開所時以外は新卒職員を採用していない。幸いにも職員の離職率が低く、新卒採用・中途採用を積極的にしなければならないという状況にはない。

2 入所者の特色、医療ニーズ、医療等の利用状況

- 体調を崩し、入院する入所者も一定数いる。多い月で2～3名が入院している。入院期間は1週間程度である
- 家族からの医療ニーズが高く、胃ろうの増設など積極的に専門医に繋げることを希望されたり、体調不良の際には救急搬送を希望されたりする場合がある

3 医師・連携医療機関との関係性

- 嘱託医（利用者の主治医）は車で3分程度の距離におり、利用者の状態が急変する等の場合でもすぐに来てもらえる状況にある
- 歯科医も来訪し、入所者の口腔機能チェックと口腔ケアを実施している

4 退所者の実績

- 入所者の殆どが死亡による退所である

5 看取りの取組

5-1 看取りについての基本方針の有無

- 看取りに関する基本指針はある（2018年に見直しを行った）
- 職員用マニュアルを作ってはいるが、見直しは出来ていない
- 退職する職員が少ないためマニュアルを細かく参照せずとも口伝で伝えている

5-2 意思確認

5-2-1 入所者本人との関わり

- 入所者の殆どは高齢であり、また、認知症を抱えていることが多いので、意思表示が上手くできない
- 意思がはっきりしている入所者でも家族と共に意思確認をしてもらっている
- 日常生活の中で病院へ行くことや胃ろう等への意思について確認している

5-2-2 家族との関わり

- 入所者本人の生活の様子や体調等の状況を記載したノートを居室に置くようにし、家族が確認できるようにしている。家族もノートに記入できるようになっており、家族と職員（ユニット長や看護師、相談員）との意思疎通のツールとして活用している
- 新規入所の時点で家族に看取りについての説明を行い、事前の理解を得ておき、医師より看取り期であるとの判断がされた後、看取りについての具体的な進め方等の情報を家族に伝えている
- 医師の判断後、医師から家族への説明を行った後、施設内での体制を説明し、意思決定という流れで進めている
- 嘱託医が看取りに入ることへの説明を書面に基づいて行い、最後に署名をもらっている
- 家族間で意見が分かれている場合、キーパーソンの方に意見をまとめてもらうこと

が多い

- 入所者本人の意向が分からないケースが多いので、家族と入所者本人との意見が異なるケースは少ない

5-3 看取りの対応

5-3-1 看取り期の対応

- 看取り期に入った以降のケアは、ユニットにいるケアマネジャーが主導する
- 本人の状況は看護職員や介護職員も毎日確認し、医師へも報告を行う
- 家族室を備えており、看取りの直前ではご家族が施設に泊まり、一緒に最期を過ごすこともできるようにしている

5-3-2 看取り後の対応

- 死亡後の入浴はできるだけ家族と行うようにしている
- 施設からの見送りは職員総出で行い、職員が葬儀にも参加することがある

5-4 職員

5-4-1 職員の体制・連携

- 職員間で日々の ADL 情報と本人の様子、家族の意思などを共有する用紙を作成し、変化を記録している
- ユニットごとにケアマネジャーとリーダーがおり、入所者の状況を職員間で共有するハブになっている
- 他のユニットの担当者にも入所者の状況について情報共有している
- 家族への情報共有は役割分担をしながら行っている。相談員が、入所者の日常生活や身の回りなどの情報をお伝えし、身体の状態等バイタル等に関することや体調等医療に関する内容は看護職員が説明を行っている

6 その他独自の取組

- 施設内に地域住民なども利用できる多目的スペースを確保し、地域や家族との関わりを持っている

7 看取りを行う上での課題

- 夜間、介護職員 1 人がユニット全体（20 名）を見ている状況である。看護職員は夜間常駐しているわけではないので、入所者の体調が急変した際に看護職員に連絡するタイミングなどは悩んでいる
- 夜間に看護職員がいないので夕方に体調急変が起きた際、看護師が中心となり作業することになり、また、看護師は少ない為、残業せざるを得なくなっている

8 要望等その他

- 加算に加え、夜間に看護職員を配置しやすい環境を作ってほしい
- 同じ命を預かる介護現場であるが、医療や療養型、老健よりも看取りの金額が低いのが現状であり、せめて介護保険施設とは同額にしてほしい

(2) B施設

●施設概要

定員	70 名（多床室）
併設医療機関 （病床区分、病床数）	病院（急性期 199 床）
関連法人が運営する介護 保険サービス・定員	当施設他に老人保健施設 1 施設（入所 60 名、デイケア 30 名）、ケアオフィス(居宅介護支援事業所) 1 事業所

1 概要

1-1 法人の概要

- 開設 57 年目
- 社会福祉法人として当施設と同一敷地内に病院、介護老人保健施設各 1 施設、病院内に居宅介護支援事業所を併設。
- 病院は居宅介護支援事業所を仲介に、近隣の施設や訪問看護ステーションと連携して地域の看取りの「方向づけ」「受ける」「繋ぐ」等の支援を行っている

1-2 地域の概要

- 所在する自治体の北端に位置し、複数自治体の境界に近いエリアである
- 落ち着いた住宅地にあり町内会の活動が活発で、地域との連帯も強い
- 近隣地域と比較して、要介護認定者が多い地域である
- 地域には急性期病床や地域包括ケア病床が多数あり、医療資源は充実しているが、老人保健施設は不足気味であると感じている

1-3 施設の概要

1-3-1 定員・入所者数

- 定員 70 名（多床室）
- 入所者は 70 名

1-3-2 職員配置

- 隣接する同法人の病院医師 4 名（内科医）が入所者の主治医を担当し、入所者を病歴に応じて割り振っている
- 看護職員は実人数 4 名
- 介護職員は実人数 31 名、内介護福祉士 23 名、内特定認定行為可能である職員は 21 名

2 入所者の特色、医療ニーズ、医療等の利用状況

- どの入所者も病歴があり、ほぼ認知症疾患を有している
- 看護師で対応できる医療処置は施設内で対応し、対応できないものは隣接の病院で対応してもらっている

3 医師・連携医療機関との関係性

- 隣接する同法人の病院医師 4 名（内科医）が入所者の主治医を担当し、入所者を病歴に応じて割り振っている

- 異常があればすぐに併設病院に入院できる体制がある
- 併設病院とは電子カルテを共有しており、入所者の情報を共有している
- 近隣薬局とも提携し、処方薬は施設まで配達される仕組みをとっている

4 退所者の実績

- 入所者の殆どが死亡退所である。

5 看取りの取組

5-1 看取りについての基本方針の有無

- 看取りに関する基本指針、マニュアル共にあり

5-2 意思確認

5-2-1 入所者本人との関わり

- 認知症が殆どだが出来る限り本人の意思を確認・推定するようにしている
- 日常で入院することの意思などを質問し、家族にも確認してもらうようにしている
- 併設病院入院後も入所者らしい最期を迎えられるための判断を病院側でも考えるようにしている
- 本人は入院したくないと言っていたが、家族が、入院させて治療をしてほしいという意向で入院したケースもある

5-2-2 家族との関わり

- 看取りについて施設職員が直接説明を行うようにしている
- 施設から家族への説明は本人が看取り期に向かっていく各段階に応じて説明しているので、家族の意向が事前に固まった状態で看取りについて説明するパターンが多い。一方入所直後など信頼関係がまだ構築されていない段階では、施設からの説明は難しく、医師が直接説明をすることになっている
- 施設と家族が看取りについての合意書類を交わせれば終わりというわけではなく、段階の進み方は入所者それぞれであるので、終末期に入ったタイミングで同意書をとる等の対応をしている
- 家族にしっかりと説明して先のことを意識できるようにしている。食事がとれなくなる、活気がなくなってきたなど、徐々に最期に向かっていることを意識できるような具体的な情報を伝えている
- 自治体が作っているガイドラインには特別養護老人ホームは終の棲家ではないとの記述があるが、当施設では看取りができることを家族に説明している
- 「点滴ぐらいはしてほしい」という家族の声も多い。ご家族は「何かしてあげたい」という気持ちからであり、点滴をすれば改善されるという感覚を持っているようだ
- 職員にとっては幾人もの死と向き合ってきたが、家族にとっては最初のケースであるので、感覚の差があることを意識するようにしている

5-3 看取りの対応

5-3-1 看取り期の対応

- 看取り期には家族が頻繁に訪問されるケースが多い

- 入所の際に、家族も一緒に看取りをしてほしい、という説明をしている
- 終末期に入ったタイミングで家族と一緒にアロママッサージ等を行っている
- 施設内には家族室はない。ご家族がお泊りになる場合は会議室などを代用する等し、対応している

5-3-2 看取り後の対応

- エンゼルケアは介護職員が行い、死に化粧は家族と行っている
- 施設からの見送りは全職員で行っている
- 定期的に偲ぶ会を行っており、遺族、職員、現在の利用者家族も参加している

5-4 職員

5-4-1 職員の体制・連携

- 看護師が情報の取りまとめを行っている。亡くなる原因の殆どは身体機能の低下なので医療知識がないといけない。介護職員に注意点を説明するなども行う
- 看護師は病院側との連携も担う
- 相談員の方が家族との関わりを持っているので、家族への接点は相談員が主体となる

5-4-2 職員のグリーフケア

- 看取り介護とはどういうものかを周知する研修を行っている。介護職員から相談員になった職員に両方の目線から看取りについて研修をしてもらった
- 多床室の施設であり、日々チームで介護を行っているので職員個々の心理負担は少ないように感じる

6 看取りを行う上での課題

- 本人の意思確認が課題。認知症の入所者でも本人の言葉から意思を聞き取れることがあるが、その場に立ち会うことが出来ない家族に伝えるのが難しく、家族から本人の意向が置かれてしまっているケースもある。最期は苦しませたくない、という意味は家族にも多いが、無理な医療や栄養を入れることが苦痛になることを理解するまで時間がかかるため、看取りとイメージが繋がらず、タイミングを逸してしまうこともある
- 胃ろうなどを病院で行う場合、それがどのような意味があるのかを知る前にとりあえず、で経管栄養を始めてしまうのが問題

7 要望等その他

- 介護職員の特定認定行為の認定証取得のためには 55 時間の研修時間が必要である。できる限り職員には研修を受けてもらいたいが、少ない職員で施設を回している為、施設にとって負担が大きい
- 家族は看取りということに慣れているわけではないので、利用者の体調がどう変化していくかのイメージなどを持ってないことが多い。そのため、施設では家族に対して、「看取りとは」というテーマで研修もしなければいけないと考えている。

(3) C施設

●施設概要

定員	100 名（個室）
併設医療機関 （病床区分、病床数）	なし 同グループ（近隣施設）に病院（回復期リハビリテーション 123 床、障がい者一般 37 床、医療療養 39 床）、クリニック
関連法人が運営する介護保険サービス・定員	ケアセンター（デイサービス、居宅介護支援、地域包括支援センター）2 施設、グループホーム 1 事業所、通所介護 1 事業所、他

1 概要

1-1 法人の概要

- 開所 43 年目
- 同グループに病院（回復期リハビリテーション病棟中心）1 施設、診療所 1 施設、ケアセンター（デイサービスと居宅以後支援事業所と地域包括支援センターの複合事業所）2 事業所、グループホーム 1 事業所、他複数施設

1-2 地域の概要

- 東京近郊に所在
- 入所者は地域住民が多く、また、地域住民である割合が増えてきている印象である。域外の入所者は家族が近くに住んでいるケースが多い
- 家族の面会頻度は高い印象

1-3 施設の概要

1-3-1 定員・入所者数

- 定員 100 名（個室）
- 入所者は 94 名

1-3-2 職員配置

- 総数 82 名
- 同法人のクリニックに努める医師が主治医となっている
- 看護職員は実人数 6 名、内常勤の准看護師 2 名
- 介護職員は実人数 68 名、内介護福祉士 39 名、内特定認定行為可能なのは 0 名

2 入所者の特色、医療ニーズ、医療等の利用状況

- 入所者の要介護度は上がっていった印象がある（現在の平均要介護度は 4.0）
- 入所段階で提携の医療機関以外の病院に行く必要がある方はほぼいない
- 同グループの提携医療機関以外の医療機関に通院等を希望する入所者もまれにいますが、状況が進行するにつれ通院が難しくなり、状況が進行するにつれ同グループ医療機関での対応に切り替わることが多い

3 医師・連携医療機関との関係性

- 週 1 回同法人の在宅介護向け施設と情報共有するようにしている
- 同法人のクリニックが主治医になっている
- CT などの検査が必要になった場合は、同グループ病院に外来として検査をうけている
- 急性増悪した場合、主治医の診療所では十分な設備が整っていない為、近隣にある別法人の病院にお願いしている。
- 主治医と入所者の情報共有は往診日と、変化があった時は適宜行っている
- 病院とクリニックと施設では電子カルテを共有しており、主治医が往診した際、施設内でも書き込むことができる

4 退所者の実績

- 入所者の殆どが死亡退所

5 看取りの取組

5-1 看取りについての基本方針の有無

- 看取りに関する基本指針、マニュアルは共に存在する
- 指針やマニュアルは基本部分を記載しており、重要となるこれまでの経験やその時の対応方法等は、ケースバイケースでの対応なので、研修や職員間の普段のコミュニケーションで伝えるようにしている

5-2 意思確認

5-2-1 入所者本人との関わり

- 意思確認ができる入所者はほぼいない
- 入所する前の生活スタイルや会話内容を家族から聞くようにしている
- 入所前に意思表示を示したカード等を持っているご家族・入所者もいる
- 体調が悪くなった際に病院に行くかどうかと聞くようにしているが、殆どは施設にいたいと答える

5-2-2 家族との関わり

- 家族の中には体調悪化すると病院に行くものだと認識する方も一定数いる
- 元気な時からコミュニケーションを取れている家族には看取りの理解を取りやすい。一方、施設から遠い場所におり入居所の状況をこまめに確認できない親族や、子供世代となると看取りのイメージがつきにくい
- 家族に対する看取り期に入っていくことの説明は本人の前ではなく、場所を変えて家族に伝えている。家族の状況に合わせて説明場所や医師の同席有無などを変えている
- 家族内で意見対立する際は医師が説明することが有効である場合もある
- 最近は施設の看護師が健康面での説明を殆ど担っており、医師の出番を減らすことが出来ている
- 点滴について家族から望まれるケースが多いが、医師から必要性についての説明や、

看護師と相談することで結果無理にしないで済む場合が多い

- 家族には様々な含みを持たせながら徐々に意思を固めてもらうようにしている。意思確認において明確な仕切りは難しいと思う
- 療養の病床が同グループにあるので、選択肢として提示できることは大きい
- 家族と看護師と介護士間で経口の食事をどうするかが問題となりやすい。その場合は同グループ病院の ST の評価を受け、説明すると効果的である
- 残った家族（キーパーソン）が遠い親族から責められないように、チームとして情報状況の共有を行っている

5-3 看取りの対応

5-3-1 看取り期の対応

- 家族室を用意してはいないが、ユニットとは別の階に宿泊可能な和室がある。個室なので家族は居室で看取りに立ち会うことが出来る

5-3-2 看取り後の対応

- 死に化粧や末期の水等を出来るだけ家族にも行ってもらうようにしている
- 施設からの見送りの際にはユニットにいる介護職員全員で見送る

5-4 職員

5-4-1 職員の体制・連携

- 家族との対応は相談員が主であるが、施設に 1 名しか在籍していないため、看護師なども状況に応じて行っている
- 看取りについての情報統括は看護師が行っている。看護師を中心に職員間でチームとして意識の共有を行っている
- 看護師が夜間対応の介護職員に対して入所者の状況を理解してもらえるように説明することが重要であると考えている

5-4-2

6 その他独自の取組

- 体調の急変や家族の希望がない限り、医師の死亡確認は夜間に行わず、朝に行うようにした。このことで医師も家族も朝に見送ることができるようになって満足度が高い。ほぼ全ての家族が朝の見送りを望んでいる

7 看取りを行う上での課題

- 看取りについて介護職員がよく理解できているか不安がある。医師・看護師と介護職員で感覚が違っていると感じる

8 要望等その他

- 看護師の配置を増やし、ユニットに入って介護職と同時にケアできる仕組みがあるといいと思う。チーム体制がより強固になると思う
- 喀痰吸引が出来るように体制強化をしたいが、研修の時間数が多く、施設にとって大きな負担になってしまうので、仕事しながら取れる現場研修の仕組みなど検討してほしい

（４）Ｄ施設

●施設概要

定員	80 名(個室)
併設医療機関 (病床区分、病床数)	なし 同グループに病院（一般 57 床〔内地域包括ケア 29 床〕回復期リハビリテーション 56 床）、在宅療養支援診療所 2 施設
関連法人が運営する介護保険サービス・定員	複数種類の施設を当施設他 46 施設運営

1 概要

1-1 法人の概要

- 開所 8 年目
- 同グループに病院（一般と地域包括ケア）、クリニック、在宅クリニックを有し、グループ内の施設間での連携はスムーズに行えている
- 社会福祉法人として多くの施設を有している

1-2 地域の概要

- 岐阜市中心部に所在
- 地域における医療資源は充足している
- 岐阜市内には、介護・福祉サービスは多数あり、また、老人ホームも充足している
- 以前は待機者が多かったが在宅で看取りができるようになってから待機者数は減った
- 家族は同地域内に居住していることが殆どで、家族が来所される頻度は高い（週に 1 回程度）

1-3 施設の概要

1-3-1 定員・入所者数

- 定員 80 名（個室）
- 入所者は 80 名

1-3-2 職員配置

- 総数 67 名
- 同グループの医療施設に勤務する医師が主治医となっている（施設配置医）
- 看護職員は実人数 10 名、内常勤の准看護師 1 名
- 介護職員は実人数 57 名、内介護福祉士 37 名、内特定認定行為可能なのは 20 名
- 認定特定行為の研修は法人負担かつ手当を付ける形で増やそうとしている

2 入所者の特色、医療ニーズ、医療等の利用状況

- 入所者の要介護度は徐々に高くなっている印象

3 医師・連携医療機関との関係性

- 同グループの医療施設に勤務する医師が主治医となっている（施設配置医）
- 同グループの提携医療機関とは電子カルテを共有し、相互閲覧が可能。医師往診時には当施設で書き込むことが可能

- 当施設から医療機関へは往診時と都度での報告を行う
- 医療機関側から当施設の医師のアセスメント、ケア記録、看護記録をシステムで閲覧できる
- 他職種が持つ情報や家族とのやり取りの情報は電子カルテに記録し、医師も閲覧できる

4 退所者の実績

- 殆どが死亡退所

5 看取りの取組

5-1 看取りについての基本方針の有無

- 基本指針、マニュアル共にあり（定期的な見直しあり）
- マニュアルに従って看取りを行っている
- 年に2回程、看護師が講師を担当し、研修会を実施している

5-2 意思確認

5-2-1 入所者本人との関わり

- 介護職員が入所後の生活や会話から意思を推定するようにし、本人意思として反映できるようにしている
- 本人が意思表示を行えるケースは少ないが、本人が施設に残りたいと意思表示したことがあった

5-2-2 家族との関わり

- 病院で看取りを望む入居者は少ない
- 看取り期に入っていく際には改めて家族と話す機会を持つようにしている。施設の立場としては施設での看取りを誘導するものではないが、施設での看取りを希望されるご家族が多い
- 入居者の体調等の変化については事前に情報共有を行っている。情報があることで、家族も心づもりができていくケースが多い
- 最終的な看取り判断段階では医師から説明（IC）する。日々の状況については看護師・相談員から行っている
- 本人と家族、家族内で意見相違が起きるケースも過去にはあった
- 本人と家族との意見相違は、家族が医療行為（点滴）を望むパターンである。特に食事については、最後まで取らせたいと、強く希望するケースがある
- 職種間でのカンファレンスに家族も参加してもらい、状況を理解してもらうこともある

5-3 看取りの対応

5-3-1 看取り期の対応

- 最期を迎える際には夜間であっても家族に連絡する。それを希望する家族が殆ど
- 看取りに入るタイミングで家族に署名（サイン）を求めるが、その際に夜間連絡も了承を得るようにしている

- 夜間は看護師が対応し、配置医は看護師から連絡を受けて翌朝対応することが多い
- 看取りのための家族室は設置していない。居室に簡易ベッドなどを置くこともある

5-3-2 看取り後の対応

- エンゼルケアを家族と共同で行うように提案している
- 施設から見送る際は手の空いている職員全員で見送るようにしている
- 入所者の家族会を定期的に行う。看取りをした遺族を呼んで講和を行ったことがある

5-4 職員

5-4-1 職員の体制・連携

- 看取り期の入所者家族に対しては介護職員が対応。専門知識が必要になった場合に看護師や管理栄養士が対応する
- 他職種のカンファレンスを週 1 回開催し情報共有を行っている
- 情報は看護師が集約するようにしている。医師との関わりや医療的な情報を提供できるためである

5-4-2 職員のグリーフケア

- 若い職員は特に精神的負担を感じる人も多い
- 看取り後にカンファレンスを行い、職員間で精神ケアを行っている

6 その他独自の取組

- グループ内の施設間で、合同の部会を行うことや、合同の職員間交流を行うことで、他施設の事例を共有するようにしている
- 看取り期と状況変化時のカンファレンスを頻繁に行っている
- 看取り後に家族へ手紙を書いている
- 本人の外出・外泊支援を行っている

7 看取りを行う上での課題

- 看取りに関しては特に看護師と介護職での認識の違いがある。看護師はバイタル等の状態を把握し身体の状態を意識しながら看取り期の対応を行うが、介護職は、入居者の生活と密接にかかわっており、入居者の日々の状態や家族との会話を踏まえ、生活ということを意識しながら看取り期の対応を行う傾向がある。
- 看護職員が不足している。看取りだけに関わることは出来ないため、余裕がよりあれば良い
- 家族の意思を最優先し点滴などを行っている時に、本人の意思はどうかと気になっている

8 要望等その他

- 看護師の配置不足を感じる
- 臓器提供意思表示のように看取りの意思表示をするツールがあれば良いと思う
- 特養の現行の配置基準では看取りに対して不十分であると感じる
- 看取りに対する社会的認知が上がってほしい

第4章 まとめ

(1) 施設票の結果

ここでは施設票の結果から主な結果をまとめた。

(回答施設の基本情報)

- ・開設主体は、「社会福祉法人」が 95.7%であった。
- ・「広域型」が 70.9%、「地域密着型」が 20.1%であった。
- ・入所定員は「広域型」で平均 68.6 人、「地域密着型」で平均 26.4 人であった。

(医療の体制・連携等の状況)

介護老人福祉施設の配置医師はほとんどが非常勤であった。

1 施設あたり、1 か月あたりの医師の延べ勤務時間は平均 12.6 時間であり、1 週間あたり 3 時間程度であった。

入所者に対する緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法及び曜日や時間帯ごとの医師との連絡方法や診察を依頼するタイミングなどについての、配置医師と施設の間で取り決めがない施設が約 2 割であった。

配置医師の対応が困難な場合は、連絡対応・訪問可能な医師がいない施設が約半数であり、医師が不在の場合、入所者の緊急時の医師との連携方法は、「配置医に連絡する」が 57.6%、「協力病院に連絡する」が 56.6%、「救急車を呼ぶ」が 73.6%であった。「救急車を呼ぶ」のみを回答した施設は、全体の 10.2%であった。

配置医師が勤務時間以外は原則対応しないという施設や、配置医師が対応困難な場合、連絡対応・訪問可能な医師がいない施設、夜間の看護体制として、通常オンコールで電話対応のみ(駆けつけ対応行わない)施設で、比較的救急車を呼ぶのみの回答割合が高い傾向がみられた。

医療機関、配置医師との連絡、協力関係の構築については施設による相違がみられた。

(職員体制)

介護老人福祉施設の 1 施設当たりの看護職員は常勤換算数で、平均 4.2 人であった。看護職員は、おおむね日中のみの勤務体制であり、夜間は、8 割以上の施設で、通常、オンコールで対応し、駆けつけ対応も行っている状況であり、施設内に夜間、看護職員が勤務、当直をしている施設は少ない。

また、夜間にたんの吸引ができる職員が「常にいる」施設は 34.2%で、24 時間のたんの吸引が必要な利用者に対応できる施設は約 3 分の 1 程度と見込まれた。

(入所者の基本状況)

- ・入所者の要介護度は、回答施設の合計で、要介護 5 が 32.9%、要介護 4 が 38.3%、要介護 3 が 23.7%であった。
- ・認知症高齢者日常生活自立度は、Ⅲ以上が 72.9%であった。
- ・年齢は、90 歳以上が 42.2%であった。
- ・介護保険料の負担段階別の構成比は、「住民税非課税所得世帯（第一段階）」が 4.2%、「住民税非課税所得世帯（第二段階）」26.1%、「住民税非課税所得世帯（第三段階）」40.3%、「住民税非課税所得世帯（第四段階以上）」29.4%であった。
- ・医療処置を要する入所者数の 1 施設あたりの平均人数をみると、「たんの吸引」「胃ろう・腸ろうの管理」がいずれも 2.9 人、「カテーテルの管理」が 2.2 人、「褥瘡の処置」が 1.5 人であった。

(看取りに関わる加算等について)

夜勤職員配置加算の算定状況をみると、「(Ⅰ)」が 29.3%、「(Ⅱ)」が 26.0%、「(Ⅲ)」が 10.9%、「(Ⅳ)」が 5.7%、「加算なし」が 21.9%であった。

看取り介護加算は「(Ⅰ)」が 51.2%、「(Ⅱ)」11.3%、「届け出をしていない」が 34.4%となった。算定件数（1 月から 6 月の累計）は「看取り介護加算（Ⅰ）」は 1 施設あたり平均で 3.8 件、「看取り介護加算（Ⅱ）」は 4.5 件であった。

看取り介護加算の届け出をしていない、または、算定件数が「0」件の理由をみると、「加算を算定する要件を満たすことが困難であった」が 46.4%、「加算を算定する意向がなかった」が 24.4%であった。

配置医師緊急時対応加算の算定回数をみると、「早朝・夜間」は平均 0.3 回、「深夜」は平均 0.2 回であった。

(施設における看取りの方針や取組体制)

9 割近くの施設が「ホームで亡くなりたい」という希望が受け入れる方針であった。

原則的に、受け入れていない施設では、看取りを受け入れられないことがある場合の理由としては、「施設でのみ看取りをサポートしてもらえる医師・医療機関がないから」が77.8%にのぼった。次いで、「夜間は看護職員がいないから」が55.6%と医療体制、看護体制を原因にあげた。一方で、希望があれば受け入れている施設では、「家族等の意見が一致しないから」が19.1%あったほかは、「受け入れ入れられない理由はない」が26.3%、「無回答」が42.7%と医療体制や看護体制を理由にあげる施設は少なく、受け入れられない理由が全体的に低かった。

看取り指針は85.7%が有していた。また、看取りマニュアルは76.0%が有しており、看取りマニュアルへの看取り期に応じたケア・医療等について説明するための記載がある施設が94.1%、研修は78.1%、説明用の資料の準備が67.4%と比較的準備はされている。研修の対象は、「施設長」が51.4%、「看護職員」が89.2%「介護職員（リーダークラス）」が80.8%、「介護職員（その他）」が87.4%と、看護職員、介護職員に対する研修を実施している施設は多かった。

ただし、原則的に受け入れていない施設では指針は「有」が28.9%、マニュアルは「有」が15.6%、研修を実施しているのは、31.1%と低かった。

なお、看取りに関する一連の動きを主導（マネジメント）する職種をみると、「看護職員」が29.9%で最も多く、次いで、「介護支援専門員」が19.5%、「生活相談員」が13.1%であった。

（本人、家族の意思確認、話し合い）

人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と施設関係者が集まっては話し合いを行っているかをたずねたところ、「いつも行っている」「行うときがある」をあわせると、93.3%とほとんどの施設がなんらか行っている状況であった。その実施方法等について、本調査からは主に以下の点がわかった。

- ・話し合いに参加する施設関係者の職種をみると、「施設の看護職員」が97.6%と最も多く、次いで、「生活相談員」が89.2%、「介護支援専門員」が84.2%、「介護職員」が76.0%、「配置医師」が62.4%となった。
- ・人生の最終段階における医療・ケアについての話し合いを繰り返し（複数回）行っているかをみると、「いつも行っている」が42.6%、「行う時がある」が49.0%、「行っていない」が3.7%となった。
- ・人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と施設関係者との話し合いをいつ行っているかをみると、「医学的治験に基づき、回復の見込みがないと診断された時」が88.8%で最も多く、次いで「病状の進行、衰弱傾向を認める時期」が87.5%、「状態に関係なく、施設に入所したとき」が55.8%、「人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき」が53.8%となった。

- ・本人、家族等との話し合いの結果を記録するための書面様式の有無をみると、「施設で統一した書面様式を用いている」が 74.3%、「施設で統一されていないが、書面様式は用いている場合もある」が 12.7%、「用いていない」が 9.2%であった。
- ・他医療機関・施設等へ移る際に、人生の最終段階における医療・ケアについて本人、家族等で話し合った内容の引き継ぎの有無をみると、「いつも引き継いでいる」が 49.6%、「引き継ぐ時がある」が 39.1%、「引き継ぐことはない」が 8.6%であった。
- ・他の医療機関、施設等から、貴施設に入所する際に、入所前の施設において人生の最終段階における医療・ケアについて本人、家族等で話し合った内容の引き継ぎの有無をみると、「いつも引き継いでいる」が 35.2%、「引き継ぐ時がある」が 49.8%、「引き継ぐことはない」が 11.9%であった。

(事前指示書、本人の意思の確認・推定)

看取りの進め方について、本人・家族等へ説明し、本人の意思を確認または、推定をしているかをたずねたところ、「いつも行っている」が 69.3%、「行う時がある」が 21.5%、「行っていない」が 6.6%であった。

(看取りの進め方についての)説明や本人の意思の確認または推定を行う対象をみると、「本人」が 48.0%と約半数、「家族等の代表者」が 95.7%で、「代表者以外の家族等」が 17.2%で、家族等の代表者が 95%以上であった。

本人が医療・ケアの選択について意思決定できなくなった場合に備えて、本人の意思を推定できる人の確認の有無をみると、「いつも行っている」が 82.6%、「行う時がある」が 12.7%、「行っていない」が 2.9%であった。本人の意思を推定できる人の確認時期は、「状態に関係なく、施設に入所したとき」が 71.4%と最も多く、次いで、「医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期」が 68.4%、「病状の進行、衰弱傾向を認める時期」が 67.3%であった。

一方で、本人が意思決定できなくなった場合に備えて、どのような医療・ケアを受けたいのか、あるいは受けたくないのかをあらかじめ記載する書面（事前指示書）の有無をみると、「施設の方針として用いている」が 48.6%、「施設の方針は特にないが、用いることもある」が 14.8%、「用いていない」が 34.2%であった。

(看取りの振り返り、指針等の見直し、課題)

実施した看取り介護の振り返りの有無をみると「有」が 62.7%、「無」が 29.9%であった。

また、指針や実施体制の見直しの有無をみると、「有」が 46.9%、「無」が 43.4%であり、実施した看取り介護の振り返りの実施は、6割に留まり、指針や実施体制の見直しも実施は半数以下であった。

看取りケアにおける課題をみると、「介護職員の知識・技術の向上」が 43.9%で最も多く、次いで、「家族等へのケア」(24.2%)、「配置医との関係強化」(19.9%)、「職員のグリーフケア」(18.2%)、「居室等の環境整備」「夜間、休日の職員体制の充実」(いずれも 15.0%) の順となった。

(2) 死亡者票の結果

ここでは死亡者票の結果から、主な結果をまとめた。

(死亡者の基本情報)

- ・2019年7月に死亡した利用者の在所期間は、「1年未満」が 21.4%、「2年以上～3年未満」(16.2%)、「1年以上～2年未満」(13.3%)であった。
- ・性別は、「男性」が 19.7%、「女性」が 77.5%であった。
- ・死亡時の平均年齢は 92.1 歳であった。
- ・死亡時の要介護度は「要介護 4」が 34.7%、「要介護 5」が 51.4%であった。
- ・死亡時の認知症高齢者日常生活自立度は、「自立」が 0.0%、「Ⅰ」が 1.7%、「Ⅱa・Ⅱb」が 11.6%、「Ⅲa・Ⅲb」が 39.9%、「Ⅳ」が 24.9%、「M」が 4.6%、「不明」が 6.4%となった。
- ・身元引受人は「子ども・子どもの配偶者」が 80.3%であった。

(看取り指針の説明、話し合い等)

- ・施設の看取り指針についての入所時の説明は、「有」が 88.4%であった。
- ・説明した相手は、「家族等の代表者」が 96.7%と最も多かった。
- ・入所時から看取りを見据えた話し合いの有無は、「はい」が 74.6%、「いいえ」が 17.9%であった。

(看取り時の状態、ケアの状況)

- ・死因は、「老衰」が 77.5%、「がん」が 5.8%、「肺炎」が 5.2%、「心疾患」が 4.0%、「脳血管疾患」が 1.2%であった。
- ・亡くなる前2週間に悪化した症状は、「発熱」が 38.7%で最も多く、次いで「口腔内乾燥」(34.7%)、「呼吸苦」(30.6%)の順であった。
- ・亡くなる前2週間に実施したケアは、「口腔ケア」が 86.1%、「入浴介助」が 77.5%、「食事介助」が 67.6%、「点滴」が 41.6%であった。
- ・亡くなる前2週間に中止・減量した処置は、「薬の服用」が 60.1%と最も多く、次いで「い

ずれもなし」(29.5%)、「点滴」(12.7%)の順となった。

- ・看取り時の立ち会い者をみると、「介護職員」が86.7%で最も多く、次いで、「施設の看護職員」(81.5%)、「医師」(60.1%)の順となった。看取り時に立ち会った医師は、「配置医」が64.4%、「その他」が8.7%であった。

(看取りの進め方について意思確認、話し合い、関係者での共有等)

- ・看取りの進め方について、本人、家族等へ説明し、本人の意思の確認または推定をしたかどうかをみると、「はい」が96.0%、「いいえ」が2.9%であった。
- ・説明や、本人の意思の確認または推定を行った場合、その対象は、「本人」が4.8%、「家族等の代表者」が97.0%、「代表者以外の家族等」が20.5%であった。
- ・看取りの進め方について、本人、家族等と施設関係者が集まっての話し合いの実施有無は、「はい」が94.8%、「いいえ」が4.6%であった。話し合いを行った場合、話し合いに参加する施設関係者等の職種は、「施設の看護職員」が98.8%、「生活相談員」が84.1%、「介護支援専門員」が76.2%、「介護職員」が70.1%であった。
- ・看取りの進め方について、本人・家族等と施設関係者が集まって繰り返し(複数回)話し合いを実施したかどうかをみると、「はい」が75.6%、「いいえ」が23.8%であった。
- ・看取りに関する説明や意思の確認または推定を行い、介護計画について、本人、家族等と施設関係者との話し合いを行った時期は、「医師に一般的にみとめられている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期」が78.7%と最も多く、次いで「病状の進行、衰弱傾向を認める時期」(71.3%)であった。
- ・看取り介護計画書作成の有無をみると、「はい」が86.7%、「いいえ」が12.1%であった。
- ・本人の状態に応じ、職種間で情報共有等を行いながら看取りの進め方や計画内容の変更をしたかどうかをみると、「はい」が81.5%、「いいえ」が16.2%であった。
- ・本人が意思決定できなくなった場合に備えて、どのような医療・ケアを受けたいのか、あるいは、受けたくないのかをあらかじめ記載する書面(事前指示書)の使用の有無をみると、「はい」が59.5%、「いいえ」が39.3%であった。
- ・本人が医療・ケアの選択について意思決定できなくなった場合に備えて、本人の意思を推定できる人の確認の有無をみると、「はい」が91.9%、「いいえ」が6.9%であった。
- ・看取りの関する家族等との合意は、「主だった家族等ほぼ全員と合意していた」が73.4%、「家族等の代表者とのみ合意していた」が14.5%、「一部の主だった家族等と合意していた」が9.2%であった。

(評価、振り返り)

- ・施設側からみた看取り結果に対する評価をみると、いずれの設問も「思う(「そう思う」と

「ややそう思う」の合計)」が7割を超える結果となった。

(設問：・利用者が望んだ場所で最期を迎えたか

- ・利用者はからだの苦痛が少なく、過ごせたか
 - ・利用者はおだやかな気持ちで過ごしていたか
 - ・利用者は落ち着いた環境で過ごしていたか
 - ・利用者の生き方や価値観が尊重されていたか
- ・看取り後に、本事例に関わった職員による看取り介護の振り返りの有無は、「有」が74.0%、「無」が24.3%であった。
- ・指針や実施体制の見直しの有無をみると、「有」が31.2%、「無」が67.1%であった。

(看取り介護加算)

- ・看取り介護加算の算定は、「(Ⅰ)を算定」が47.4%、「(Ⅱ)を算定」が19.1%、「算定できなかった」が26.6%であった。・看取り介護加算を算定できなかった理由は、「連携する医療機関が診療報酬で看取り加算等を算定した」が17.4%であった。他に、算定要件を満たさない、届け出をしていない、等があった。

(3) ヒアリングまとめ

ここではヒアリングの内容を踏まえた主な意見を取りまとめた。

(意思確認 (5-2))

○ 入所者本人との関わり (5-2-1)

- ・ 全ての施設で入所者本人から明確な意思確認は殆ど不可能と回答、一方本人の意思を出来る限り反映したいという目的から、意思の推定について各施設取組を行っていた。全ての施設で日常の本人と職員との会話から意思確認を行っており、入所後の生活のスタイルを参考にしている施設や、入所前の会話や生活スタイルを家族経由で確認する施設もあった。

○ 家族との関わり (5-2-2)

- ・ 看取り期に入る前の関わりとしては、全ての施設で入所者の日常生活・体調などの状況を家族に情報共有する中で、家族に看取りについての理解を進めてもらい、意見・合意形成を進めていた。
- ・ 看取り期に入る意思決定のタイミングでは家族との関わりに差異が見られ、大きくは医師の主導で説明を進める2施設と、施設の職員の主導で説明を進める2施設で分かれた。しかし、施設主導で説明を進める施設でも、家族と施設の関係

性が比較的弱い場合や、家族内で意見対立が発生している場合は医師が説明を行うと回答した。

- ・ 本人と家族の意思相違が起きると回答した施設において、施設での看取りを望む望まないにかかわらず、点滴ぐらひはしてほしいと要望に上がることが多いとした。その際は医師や看護師が家族に対して必要性を説明するなど対応を行っていた。
- ・ 家族が看取りそのものや、看取り期の医療行為の効果等に理解が進まず、家族が看取り期に必要な性の低い医療行為について、判断を迷うケースがある。
- ・ 看取りについて家族に対しての説明には、医師の負担減と介護施設として主導する観点から出来る限り施設から行いたいとする一方で、医師からの説明に家族が納得しやすいという現状もある。

(看取り対応 (5-3))

○ 看取りの対応 (5-3-1)

- ・ 看取り時には全ての施設で家族が立ち会うことを推奨しているが、夜間の対応には差異が見られた。1 施設では体調の急変や家族の希望がない限り夜間の家族立ち会いと医師の死亡確認は行わず、翌朝に医師の死亡確認を家族立ち会いで行うようにし、それをほぼ全ての家族が望んでいると回答した。一方別の施設では医師の死亡確認は翌朝であっても、原則夜間の家族立ち会いを行い、それを同じくほぼ全ての家族が望んでいるとした。

○ 看取り後の対応 (5-3-2)

- ・ 全ての施設で看取り直後のエンゼルケアを家族と共にを行うことを推奨しており、家族の精神ケアの一部と位置付けていた。また、施設からの見送りの際も範囲(全職員からユニット単位まで)には差があるが多くの職員で見送ることを意識し、実施していた。
- ・ エンゼルケアの具体的な方法は各施設で差異があり、施設毎に独自で取組を検討・実施している。

(職員 (5-4))

○ 職員の体制・連携 (5-4-1)

- ・ 入所者についての情報連携の中心にいるのは 3 施設で看護職、1 施設で生活相談員であった。看護職が中心と答えた 2 施設では理由として病院との連携や医療知識を挙げた。
- ・ 家族への説明の中心は全ての施設で主に生活相談員であり、医療部分の説明が必要になった際は看護師が説明するなど役割分担をしていた。

○ 職員のグリーフケア (5-4-2)

- ・ 回答を得られた 2 施設では、看取りを担当した職員のグリーフケアとして重要

な要素に「チームとしての対応」を挙げた。精神的負担が職員個々にかからないように、チームとして看取り介護を行っていることを職員に意識させるようにしていた。

(その他の課題・要望 (7,8))

- ・ 複数の施設から挙げた課題・要望は、「夜間の看護師配置」「介護士の特定認定行為を可能にするための研修負担」「看取りについての家族・社会とのイメージ相違」である。

調 査 票

令和元年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業
介護老人福祉施設における看取りのあり方に関する調査研究事業
調査票

※本調査票の8ページまでは、貴施設の施設長の方がご記入ください。なお記入にあたっては必要に応じて各ご担当者に確認のうえご記入ください。9ページ以降は、対象者の状況に詳しい職員の方がご記入ください。
※回答の際は、あてはまる番号や記号を○で囲んでください。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けたいたただく場合は、質問文に「複数回答可」等と記載しています。
※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入ください。
※調査時点は、2019年7月1日、または、質問に記載している期間とします。

1 施設の概要

(1) 基本情報

問1 所在地	() 都・道・府・県 () 年 () 月 () 市・区・町・村
問2 開設年月	西暦 () 年 () 月
問3 開設主体	1 市区町村、広域連合・一部事務組合 2 社会福祉法人 3 その他 ()
問4 介護報酬上の届出	1 介護福祉施設サービス費 2 経過的介護福祉施設サービス費 (注：定員30名) 3 ユニット型介護福祉施設サービス費 4 ユニット型経過的介護福祉施設サービス費 (注：定員30名) 5 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費 6 ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費 7 経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費 8 ユニット型経過的介護福祉施設入所者生活介護費

問5 入所定員(短期入所生活介護は除く)	() 人
問6 短期入所生活介護の実施状況(複数回答可)	1 併設事業所で実施 定員 () 人 2 空床利用で実施 3 いずれも実施していない
問7 併設・隣接医療機関等の状況(※併設・同一建物に医療機関等がある場合、隣接：同一敷地内で別棟の場合、もしくは、隣接する敷地(道路を挟む場合を含む)にある場合	①併設・隣接状況

	併設	隣接	なし	関連法人	関連なし
病院	1	2	3	1	2
診療所(有床)	1	2	3	1	2
診療所(無床)	1	2	3	1	2
訪問看護ステーション	1	2	3	1	2

(2) 職員体制

問8 配置医師数	1 常勤 () 人 2 非常勤 () 人
問9 貴施設における平均的な1か月の医師の延べ勤務時間(合計時間、複数の医師がいる場合は合算してください)(往診や訪問診療による時間は含みません)	約 () 時間
問10 配置医師の定期診療日は決まっていますか。(毎月1日、第3水曜日など)	1 決まっている 2 決まっていない

問11 医師の勤務時間以外における対応 ※あてはまるもの全てに○を付けてください。	平日日中	平日夜間	休日日中	休日夜間
1 原則、対応しない	1	1	1	1
2 電話対応のみ	2	2	2	2
3 電話対応に加えて駆けつけ対応も行う	3	3	3	3
問12 入所者に対する緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法及び曜日や時間帯ごとの医師との連絡方法や診察を依頼するタイミングなどについて、配置医師と施設の間で、具体的な取り決めがなされていますか。	1 はい 2 いいえ			

問13 医師が不在の場合、入所者の緊急時の医師との連絡方法(複数回答可)	1 配置医に連絡する 3 救急車を呼ぶ 4 その他 ()
問14 配置医師が対応困難な場合、連絡対応・訪問可能な医師の有無	1 有 2 無
問15 協力医療機関数	() か所
問16 主たる協力医療機関の種類(○は1つ)	1 在宅療養支援病院 2 その他の病院 3 在宅療養支援診療所 ➡ (a 有床 b 無床) 4 その他の診療所 ➡ (a 有床 b 無床)
問17 協力歯科医療機関の有無	1 有 2 無
問18 貴施設の職員体制についてお伺いします。(短期入所生活介護を除く) ※常勤換算数は「従事者の1週間の勤務延時間÷貴施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数」で計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。配置がある場合で得られた結果が0.1に満たない場合は0.1と記入してください。	実人数
①介護職員 総数(常勤・非常勤合計)	人
うち、介護福祉士	人
うち、認定特定行為を実施できる介護職員(認定証の交付を受けた職員および経過措置により実施できる職員等)	人
②看護職員 総数(常勤・非常勤合計)	人
うち、常勤の看護師	人
うち、常勤の准看護師	人

問19 介護職員の採用・離職状況(実人数)	常勤	非常勤
① 介護職員数 (2019年7月1日時点)	人	人
② 介護職員 採用者数 (2018年7月1日～2019年6月30日)	人	人
③ 介護職員 離職者数 (2018年7月1日～2019年6月30日)	人	人
問20 看護職員の採用・離職状況(実人数)	常勤	非常勤
① 看護職員数 (2019年7月1日時点)	人	人
② 看護職員 採用者数 (2018年7月1日～2019年6月30日)	人	人
③ 看護職員 離職者数 (2018年7月1日～2019年6月30日)	人	人

問21 看護職員が必ず1人以上勤務している時間帯(平日) ※24時間制でご記入ください。	1 24時間勤務している 2 () 時 () 分～ () 時 () 分
問22 夜間の看護体制	1 常に夜勤または当直の看護職員が対応 2 通常、オンコールで対応し、駆けつけ対応も行う 3 通常、オンコールで、電話対応のみ 4 夜勤・当直の看護職員はおらず、オンコール対応もしていない

夜間の看護体制について、「1 常に夜勤または当直の看護職員が対応」の場合： その理由(複数回答可)	1 常時、医療処置を要する入所者がいるため
	2 状態像が安定せず、夜間に急変が予想される入所者がいるため
	3 夜間に症状がみられる認知症の入所者に対応するため
	4 看取りを行うため
	5 入所者やご家族等の安心のため
	6 夜間勤務する介護職員の安心感のため
問 23 24 時間対応の訪問看護ステーションとの連携	1 している 2 していない
問 24 夜間の医療対応について たんの吸引ができる職員の有無	1 常にいる 2 いない場合もある 3 常にいない

2 入所者の状況等(短期入所者生活介護は除く) ※2019 年 7 月 1 日時点の状況

問 25 居室タイプ別居室数・定員数・入所者数											
居室タイプ		居室数		居室数		定員数		定員数		入所者数	
従来型	個室							人		人	
	多床室			室				人		人	
ユニット型	個室							人		人	
	準個室							人		人	
	その他			室				人		人	
問 26 居室へのトイレの設置状況				1 全居室に設置		2 一部居室に設置		3 なし（共用のみ）			
問 27 要介護度 別入所者数	要介護 1	要介護 2		要介護 3		要介護 4		要介護 5		申請中	
	人	人		人		人		人		人	
	自立	I		II		III		IV		M	
問 28 認知症高齢者日常生活自立度別入所者数	人	人		人		人		人		不明	
問 29 年齢階級別入所者数	65 歳未満	65～74 歳		75～79 歳		80～84 歳		85～89 歳		90 歳以上	
	人	人		人		人		人		人	
問 30 医療処置を要する入所者数(実人数を記入。あてはまる複数の項目それぞれに計上)											
① たんの吸引											
② 胃ろう・腸ろうの管理											
③ 経鼻経管栄養の管理											
④ カテーテル(留置カテーテル、コンドームカテーテル等)の管理											
⑤ 酸素療法											
⑥ 褥瘡の処置											
⑦ レスビレーター(人工呼吸器)の管理											
⑧ インスリンの注射(自己注射できる場合を除く)											
⑨ 点滴											
⑩ 中心静脈栄養											
⑪ 重複を除いた医療処置を要する入所者の実人数 ※医療処置には、上記①～⑩に加え、以下の行為も含む。透析、疼痛の看護、気管切開のケア、モニター測定、創傷の処置、ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理、ネブライザー(吸入器)の管理											
⑫ 上記のうち、①・②・③のいずれかを要する入所者の実人数											

問 31 医療等の利用状況 (2019 年 6 月分)	①利用実人数	②延べ利用回数	③歯科について: 主な受診理由
配置医師による予定外の診療 (緊急時に依頼しての対応)	人	回	
配置医師以外による住診・訪問診療 (歯科診療を除く)	人	回	
うち、緊急時の依頼による対応	人	回	
訪問歯科診療	人		1 う歯 2 歯周病 3 義歯の調整 4 摂食・嚥下訓練 5 その他
歯科受診(外来)	人		1 う歯 2 歯周病 3 義歯の調整 4 摂食・嚥下訓練 5 その他
訪問看護(医療保険): 末期の悪性腫瘍の患者	人	回	
訪問看護(医療保険): 精神疾患を有する者(認知症を除く)	人	回	
救急搬送	人	回	

問 32 介護保険の利用者負担の割合		1割負担	2割負担	3割負担
問 33 生活保護を受給している入所者数		人	人	人
問 34 介護保険料の負担段階	住民税非課税所得世帯(第一段階)	人	人	人
問 35 各種加算の算定状況		住民税非課税所得世帯(第二段階)	住民税非課税所得世帯(第三段階)	第四段階以上

3 各種加算の算定状況 ※2019 年 6 月分の状況

問 35 各種加算の算定状況							
① サービス提供体制強化加算	1 加算なし	2 (Ⅰ)	イ	3 (Ⅰ)	ロ	4 (Ⅱ)	5 (Ⅲ)
② 日常生活継続支援加算	1 加算なし	2 (Ⅰ)	3 (Ⅱ)				
該当する加算算定要件 (複数回答可)	1 要介護 4・5 の入所者の占める割合が 70%以上						
	2 認知症自立度Ⅲ以上の入所者の割合が 65%以上						
	3 たんの吸引等が必要な入所者の割合が 15%以上						
③ 看護体制加算	1 加算なし	2 (Ⅰ)	3 (Ⅱ)				
看護体制加算(Ⅱ)を算定している 場合: 24 時間連絡できる体制の確 保方法 (複数回答可)	1 自施設の看護職員により体制を確保している						
	2 病院又は診療所との連携により体制を確保している						
	3 訪問看護ステーションとの連携により体制を確保している						
④ 夜勤職員配置加算	1 加算なし	2 (Ⅰ)	3 (Ⅱ)	4 (Ⅲ)	5 (Ⅳ)		
⑤ 認知症専門ケア加算	1 加算なし	2 (Ⅰ)	3 (Ⅱ)				
⑥ 認知症行動・心理症状緊急対応加算	1 加算なし	2 加算あり ➡	(毎月	人程度)			
⑦ 若年性認知症入所者受入加算	1 加算なし	2 加算あり ➡	(毎月	人程度)			
⑧ 看取り介護加算 (※件数は、1月～6月の累計)	1 届け出していない						
	2 (Ⅰ) ➡ () 件	3 (Ⅱ) ➡ () 件					

⑨ 配置医師緊急時対応加算 ⑩ 介護職員処遇改善加算 ⑪ その他の加算 (算定しているもの全て に○)	1 突然死など、予期せぬ死亡であった 2 加算を算定する要件を満たすことが困難であった 3 加算を算定する意向がなかった 4 看取り介護加算について知らなかった 5 連携する医療機関が診療報酬で看取り加算等を算定したため、施設 では算定できない ➡ 連携する医療機関が算定した件数 () 件 (※件数は、2019年1月～6月の累計) 6 その他 ()
	早期・夜間 () 回 深夜 () 回
	1 加算なし 2 (Ⅰ) 3 (Ⅱ) 4 (Ⅲ) 5 (Ⅳ) 6 (Ⅴ) 常勤医師配置加算 2 精神科医師栄養指導加算 3 口腔衛生管理加算 4 口腔衛生管理体制加算 5 栄養マネジメント加算 6 療養食加算 7 経口移行加算 8 経口維持加算

4 入退所の状況

(1) 新規入所者の状況

問 36 新規入所者数	人
【内訳】入所直前の居場所	
① 病院・診療所	人
うち、介護療養型医療施設	人
② 介護医療院	人
③ 介護老人保健施設	人
④ 自宅（呼び寄せ等で家族・親族等の家にいる場合を含む）	人
⑤ 短期入所（2週間を超える短期入所から直接入所した場合。それ以外は「④自宅」を含む）	人
⑥ 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	人
⑦ 特定施設入居者生活介護の指定を受けている 有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホーム、養護老人ホーム	人
⑧ 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない 有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホーム、養護老人ホーム	人
⑨ その他（不明を含む）	人

(2) 退所者の状況 ※2019年1月1日～6月30日

問 37 退所者数	人
【内訳】退所先	
① 死亡による契約終了 ※問 38 の①の(1)～(5)までの人数の合計と一致します	人
うち、家族等の関わりがなかった人 ※家族等の有無によらず	人
うち、施設内で死亡した人 ※問 38 の①の(1)+(2)と一致します。	人
うち、病院・診療所で死亡した人 ※問 38 の①の(3)+(4)と一致します。	人
② 病院・診療所	人
うち、介護療養型医療施設	人
③ 介護医療院	人
④ 介護老人保健施設	人
⑤ 自宅(家族・親族等の家)にいる場合を含む)	人

(続)

⑥ 短期入所（2週間を超える短期入所の場合。それ以外は「⑤自宅」に含む）	人
⑦ 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	人
⑧ 特定施設入居者生活介護の指定を受けている 有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホーム、養護老人ホーム	人
⑨ 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない 有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホーム、養護老人ホーム	人
⑩ その他（不明を含む）	人

(3) 死亡による契約終了の場合の逝去の状況

問38 死亡による契約終了の場合の状況

逝去した場所	①逝去した人数	②うち、看取りを行った人数(加算算定の有無によらない)				⑤逝去した人数のうち、訪問診療を利用していた人数(逝去前6か月間)	⑥逝去した人数のうち、訪問診療(医療保険)を利用していた人数(逝去前6か月間)
		③うち、看取り介護加算(Ⅰ)を算定	④うち、看取り介護加算(Ⅱ)を算定				
			③うち、看取り介護加算(Ⅰ)を算定	④うち、看取り介護加算(Ⅱ)を算定			
(1)居室	人	人	人	人		人	
(2)静養室等	人	人	人	人		人	
(3)病院・診療所 (死亡当日、前日、前々日の入院)	人	人	人				
(4)病院・診療所 ((3)より前に入院)	人	人	人			人	
(5)その他(不明を含む)	人	人	人			人	

問 39 一部の入所者について、看取り介護加算を算定しない場合、その理由(複数回答可)

- 突然死など、予期せぬ死亡であったため
- 本人の医療ニーズに対応できなかったため
- 看取り介護計画についての本人の同意が得られなかったため
- 看取り介護計画について家族等の同意が得られなかったため
- 連携する医療機関が診療報酬で看取り加算等を算定したため、連携する医療機関が算定した件数 () 件 (※件数は、2019年1月～6月)
- その他 ()

5 施設における看取りの取組や本人、家族等の意思確認の状況

問 40	看取りの受け入れ方針	1 「ホームで亡くなりたい」という希望があれば、受け入れられる
		2 原則的に受け入れていない
問 41	看取りを受け入れられないことがある場合：その理由（複数回答可）	1 受け入れられない理由はない（すべて受け入れる）
		2 看護職員の数が足りないから
		3 介護職員の数が足りないから
		4 夜間は看護職員がいないから
		5 施設で看取りを行うことに対して、看護職員の理解・経験がないから
		6 施設で看取りを行うことに対して、介護職員の理解・経験がないから
		7 家族等の意見が一致しないから
		8 事故が起こることや、それに関して入所者の家族等とトラブルになることが心配だから
		9 看取りに関する方針やマニュアルを定めていないから
		10 施設での看取りをサポートしてもらえない医師・医療機関がないから
		11 費用がかかりすぎるから
		12 施設の方針として、看取りを行っていない
		13 その他（ ）

問 42 看取り指針	1 無	2 現在準備中	3 有
問 43 看取りマニュアル	1 無	2 現在準備中	3 有
看取りマニュアルについて、「3 有」の場合： 看取り期に応じたケア・医療等について説明するための記載がありますか。			
問 44 本人、家族等に対して、最期を過ごす場所や看取り介護、医療等について説明するための資料（パンフレット、リーフレット、書類）を準備していますか。	1 有	2 無	
問 45 看取りに関する研修	1 無	2 現在準備中	3 有
看取りに関する研修について、「3 有」の場合： 場合：研修の対象（複数回答可）	1 施設長	2 看護職員	
問 46 基本的に、人生の最終段階における医療・ケア（※）について、本人、家族等へ説明し、本人の意思を確認または、推定していますか。 ※人生の最終段階における医療・ケア：本調査においては、看取りのみならず、看取りの前段階の時期を含めた医療・ケアをいいます。	3 介護職員（リーダークラス）	4 介護職員（その他）	
問 47 基本的に、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と施設関係者が集まって話し合いを行っていますか。	1 いつも行っている	2 行っている	3 行っていない
「1 いつも行っている」「2 行っている」の場合、以下の①～④の設問にご回答ください。	1 施設長	2 配置医師	3 配置医師以外の医師
① 話し合いに参加する、施設関係者の職種（複数回答可）	4 施設の看護職員	5 施設以外の看護職員	6 介護職員
	7 機能訓練指導員	8 生活相談員	9 介護支援専門員
	10 栄養士・管理栄養士	11 その他（ ）	
② 基本的に、人生の最終段階における医療・ケアについての話し合いを繰り返す（複数回）行っていますか。	1 いつも行っている	2 行っている	3 行っていない
③ 人生の最終段階における医療・ケアについて、医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期	1 施設長	2 配置医師	3 配置医師以外の医師
	4 病状の進行、衰弱傾向を認める時期	5 ケアプラン作成、または、変更時	6 機能訓練指導員
	7 ケアプラン作成、または、変更時	8 本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき	9 状態に関係なく、施設に入所したとき
	10 状態に関係なく、施設に入所したとき	11 状態に関係なく、定期的（数ヶ月～半年に1回程度）	12 状態に関係なく、定期的（年1回程度）
	13 状態に関係なく、定期的（年1回程度）	14 状態に関係なく、定期的（年1回程度）	15 状態に関係なく、定期的（年1回程度）
	16 状態に関係なく、定期的（年1回程度）	17 状態に関係なく、定期的（年1回程度）	18 状態に関係なく、定期的（年1回程度）
④ 本人、家族等との話し合いの結果を記録するための書面様式がありますか。	1 施設で統一した書面様式を用いている	2 施設で統一されていないが、書面様式は用いている場合もある	3 用いていない
問 48 貴施設から、他の医療機関、施設等へ移る際に、人生の最終段階における医療・ケアについて本人、家族等で話し合った内容を引き継いでいますか。	1 引き継いでいる	2 引き継ぐ時がある	3 引き継ぐことはない
問 49 他の医療機関、施設等から、貴施設に入所する際に、入所前の施設において人生の最終段階における医療・ケアについて本人、家族等で話し合った内容を引き継いでいますか。	1 引き継いでいる	2 引き継ぐ時がある	3 引き継ぐことはない
問 50 本人が意思決定できなくなった場合に備えて、どのような医療・ケアを受けたいのか、あるいは受けたくないのかをあらかじめ記載する書面（事前指示書）を用いていますか。	1 施設の方針として、用いている	2 施設の方針は特にないが、用いることもある	3 用いていない
問 51 基本的に、本人が医療・ケアの選択について意思決定できなくなった場合に備えて、本人の意思を推定できる人を確認していますか。	1 いつも行っている	2 行っている	3 行っていない

1 医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期	1 施設長	2 配置医師	3 配置医師以外の医師
2 病状の進行、衰弱傾向を認める時期	4 ケアプラン作成、または、変更時	5 ケアプラン作成、または、変更時	6 機能訓練指導員
3 ケアプラン作成、または、変更時	7 本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき	8 状態に関係なく、施設に入所したとき	9 状態に関係なく、定期的（数ヶ月～半年に1回程度）
4 本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき	10 状態に関係なく、定期的（年1回程度）	11 状態に関係なく、定期的（年1回程度）	12 状態に関係なく、定期的（年1回程度）
5 状態に関係なく、施設に入所したとき	13 状態に関係なく、定期的（年1回程度）	14 状態に関係なく、定期的（年1回程度）	15 状態に関係なく、定期的（年1回程度）
6 状態に関係なく、定期的（年1回程度）	16 状態に関係なく、定期的（年1回程度）	17 状態に関係なく、定期的（年1回程度）	18 状態に関係なく、定期的（年1回程度）
7 状態に関係なく、定期的（年1回程度）	19 状態に関係なく、定期的（年1回程度）	20 状態に関係なく、定期的（年1回程度）	21 状態に関係なく、定期的（年1回程度）
8 状態に関係なく、定期的（年1回程度）	22 状態に関係なく、定期的（年1回程度）	23 状態に関係なく、定期的（年1回程度）	24 状態に関係なく、定期的（年1回程度）
9 その他（ ）	25 状態に関係なく、定期的（年1回程度）	26 状態に関係なく、定期的（年1回程度）	27 状態に関係なく、定期的（年1回程度）
問 52 特に、看取りの進め方について、本人・家族等へ説明し、本人の意思を確認または、推定していますか。	1 本人	2 家族等の代表者	3 代表者以外の家族等
問 53 説明や、本人の意思の確認または、推定を行う対象（複数回答可）	1 施設長	2 配置医師	3 配置医師以外の医師
問 54 実施した看取り介護の振り返りの有無（過去1年以内）	4 看護職員	5 介護職員	6 機能訓練指導員
問 55 指針や実施体制の見直しの有無（過去1年以内）	7 生活相談員	8 介護支援専門員	9 栄養士・管理栄養士
問 56 看取りに関する一連の動きを主導（マネジメント）する職種（1つに○）	10 その他（ ）	11 その他（ ）	12 その他（ ）
問 57 看取りの際に、原則、配置医師が行っている事柄（複数回答可）	1 入所者・家族等への説明と同意	2 夜間・緊急時の対応体制づくり	3 協力医療機関との連絡・調整
	4 看取りカンファレンスへの参加	5 死亡確認	6 死亡診断書等関係記録の記載
	7 1～6は該当なし	8 居室等の環境整備	9 病院との関係強化
問 58 貴施設での看取りケアにおける課題（重要なもの3つまで）	1 配置医との関係強化	2 看護職員の増員	3 看護職員の増員
	4 看護職員の増員	5 夜間、休日の職員体制の充実	6 職員の協調
	7 看護職員の知識・技術の向上	8 看護職員の知識・技術の向上	9 看護職員の知識・技術の向上
	10 職員のグリーフケア	11 家族等へのケア	12 本人の意思決定支援
	13 その他（ ）	14 その他（ ）	15 その他（ ）

以上で、施設の状態に関する質問は終わります。
以下の死亡苦票では、**2019年7月**に施設内で、看取り介護を行い看取った人で、直近1名について、詳しい状況をご記入ください。該当者がいない場合は、調査はここまでで終了です。ご協力ありがとうございます。

2019年7月に施設内で看取った人：1 有 → 人数（ ）人 2 無

死亡者票

※本調査の対象は、貴施設の入所者のうち、**2019年7月に、看取り介護を行い、施設内で看取った人**のうち、記入日に最も近い日に亡くなった1名です。
※本調査票は、入所者の状況について詳しい職員の方がご記入ください。対象者本人やご家族等にご確認いただく必要はありません。分かる範囲でご記入ください。
※調査時点は、死亡時点、または質問に記載している期間とします。

1. 死亡者の基本情報

1)入所日	西暦()年()月()日									
2)死亡日	2019年7月()日									
3)性別	1 男 2 女									
4)生年月	西暦()年()月									
5)入所時の要介護度	1 要介護1 6 その他	2 要介護2 7 不明	3 要介護3	4 要介護4	5 要介護5					
6)死亡時の要介護度	1 要介護1 6 その他	2 要介護2 7 不明	3 要介護3	4 要介護4	5 要介護5					
7)死亡時の認知症高齢者の日常生活自立度	1 自立 6 M	2 I 7 不明	3 II a・II b	4 III a・III b	5 IV					
8)有している疾患(既往歴)	1 高血圧症 5 腎不全 9 なし	2 脳血管疾患 6 糖尿病 10 その他	3 心疾患 7 がん	4 慢性呼吸器不全 8 骨関節疾患						
9)身元引受人	1 配偶者 4 甥・姪	2 子ども 5 その他	3 子どもの配偶者 6 いない	3 兄弟姉妹						
10)施設の看取り指針についての入所時の説明	1 有 ➡ 誰に説明しましたか(複数回答可) (1 本人 2 家族等の代表者 3 代表者以外の家族等) 2 無									
11)入所時から看取りを見据えた話し合いを、本人や家族等と行いましたか。	1 はい				2 いいえ					
12)医師に医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断され、医師等と本人、家族等が協議し看取りでの対応を行うことを決定した時期	1 死亡日から30日以内 2 死亡日から31日以上60日以内 3 死亡日から61日以上90日以内 4 死亡日から91日以上180日以内 5 死亡日から181日以上前									

2. 看取りの状況

13)死因	1 がん 6 その他	2 肺炎 3 心疾患 4 脳血管疾患 5 老衰							
「1 がん」の場合：訪問看護の利用の有無									
1 利用した 2 利用しなかった									
14) 訪問診療 (配置医師以外による計画的な診療) の利用の有無	1 利用した 2 利用しなかった								
15) 亡くなる前2週間に悪化した症状(複数回答可)	1 むくみ 5 口腔内乾燥	2 多量のたん 6 呼吸苦	3 発熱 7 上記のいずれもなし	4 褥瘡					
16) 亡くなる前2週間に実施したケア(複数回答可)	1 胃ろう・腸ろう 4 人工透析 7 食事介助	2 経鼻経管栄養 5 頻回のたんの吸引 8 入浴介助	3 点滴 6 疼痛緩和 9 口腔ケア						
10 上記のいずれもなし									

17) 亡くなる前2週間に中止・減量した処置(複数回答可)	1 薬の服用 4 点滴	2 胃ろう・腸ろう 5 酸素吸入	3 経鼻経管栄養 6 上記のいずれもなし
18) 看取りの進め方について、本人、家族等へ説明し、本人の意思の確認または推定を行いましたか。	1 はい 2 いいえ		
(「1 はい」の場合)	1 本人 2 家族等の代表者		
19) 説明や、本人の意思の確認または推定を行った対象(複数回答可)	3 代表者以外の家族等		
20) 看取りの進め方について、本人、家族等と施設関係者が集まって話し合いが行われましたか。	1 はい 2 いいえ		
(「1 はい」の場合)	1 施設長 7 施設以外の看護職員 10 栄養士・管理栄養士	2 配置医師 5 施設以外の看護職員 8 生活相談員 11 その他	3 配置医師以外の医師 6 介護職員 9 介護支援専門員
21) 話し合いに参加する、施設関係者等の職種(複数回答可)			
(「1 はい」の場合)			
22) 看取りの進め方について、本人・家族等と施設関係者が集まって繰り返し(複数回)話し合いを行いましたか。	1 はい 2 いいえ		
(20)で「1 はい」の場合	1 医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期		
23) 看取りに関する説明や意思の確認または推定を行い、介護計画について、本人、家族等と施設関係者と話し合いを行いましたか。(複数回答可)	2 病状の進行、衰弱傾向を認める時期 3 ケアプラン作成、または、変更時 4 本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき 5 状態に関係なく、施設に入所したとき 6 状態に関係なく、定期的に(数ヶ月～半年に1回程度) 7 状態に関係なく、定期的に(年1回程度) 8 状態に関係なく、定期的に(その他:) 9 その他()		
24) 看取り介護計画書を作成しましたか。	1 はい 2 いいえ		
25) 本人の状態に応じ、職種間で情報共有等を行いながら看取りの進め方や計画内容を変更しましたか。	1 はい 2 いいえ		
26) 本人が意思決定できなくなった場合に備えて、どのような医療・ケアを受けたのか、あるいは受けたくないのかをあらかじめ記載する書面(事前指示書)を用いましたか。	1 はい 2 いいえ		
27) 本人が医療・ケアの選択について意思決定できなくなった場合に備えて、本人の意思を推定できる人を確認しましたか。	1 はい 2 いいえ		
28) 看取りに関する家族等との合意(人生の最終段階と認識された時点)	1 主だった家族等はほぼ全員と合意していた 2 一部の主だった家族等と合意していた 3 家族等の代表者とのみ合意していた 4 特段、合意はなかった 5 不明 6 該当する家族等はいなかった		
29) 看取り時の立ち会い者(複数回答可)	1 施設長 4 施設以外の看護職員 7 生活相談員 10 その他	2 医師 ➡ (a 配置医 5 介護職員 8 介護支援専門員 9 栄養士・管理栄養士 6 機能訓練指導員)	3 施設の看護職員 6 機能訓練指導員

30) 施設側からみた看取り結果に対する評価	そう思う	ややそう思う	どちらとも いえない	あまり そう思わない	そう思わない
利用者が望んだ場所で最期を迎えられましたか	1	2	3	4	5
利用者はからだの苦痛が少なく過ごせましたか	1	2	3	4	5
利用者はおだやかな気持ちで過ごされていましたか	1	2	3	4	5
利用者は落ち着いた環境で過ごされましたか	1	2	3	4	5
利用者の生き方や価値観が尊重されていましたか	1	2	3	4	5
31) 看取り後に、本事例に関わった職員による看取り介護の振り返りの有無				1 有	2 無
32) 指針や実施体制の見直しの有無				1 有	2 無
33) 看取り介護加算の算定	1 (Ⅰ) を算定	2 (Ⅱ) を算定	3 算定できなかった		
34) その理由 (「3 算定できなかった」の場合)	1 本人の医療ニーズに対応できなかったため				
	2 看取り介護計画についての本人の同意が得られなかったため				
	3 看取り介護計画について家族等の同意が得られなかったため				
	4 連携する医療機関が診療報酬で看取り加算等を算定した				
	5 その他 ()				

質問は以上で終わります。ご協力ありがとうございました。

令和元年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
介護老人福祉施設における看取りのあり方に関する調査研究事業

報 告 書

令和2（2020）年3月
三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
〒105-8501 東京都港区虎ノ門 5-11-2
電話：03-6733-1024