

令和2年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)

特別養護老人ホームにおける看取り等のあり方に関する調査研究 報告書

令和3年3月



PwC コンサルティング合同会社

目次

0. 調査研究の概要	1
1. 調査研究の背景と目的	1
2. 調査研究の方法	2
1)研究会の設置・開催	2
2)アンケート調査の実施	3
3)アンケート調査結果の分析	6
I. 法人・施設に関する基本情報	7
1. 施設の種類〔問1(1)〕	7
2. 併設・隣接の状況〔問1(2)〕	8
3. 法人が運営している特別養護老人ホームの数	9
4. 各種加算の算定状況〔問1(3)〕	10
1)サービス提供体制強化加算〔問1(3)①〕	12
2)経口維持加算〔問1(3)②〕	13
3)褥瘡マネジメント加算〔問1(3)③〕	14
4)看護体制加算〔問1(3)④〕	15
5)夜間職員配置加算〔問1(3)⑤〕	16
6)看取り介護加算〔問1(3)⑥〕	17
5. 薬剤使用の適正化に向けた取組状況〔問4(2)〕	18
1)薬剤使用の適正化に向けた取組の実施有無〔問4(2)〕	18
2)薬剤の調整を行った入所者数〔問4(2)SQ1〕	19
II. 介護・看護職員の状況	20
1. 介護・看護職員比率〔問2(1)〕	20
2. 介護職員の状況〔問2(2)〕	20
1)介護職員数〔問2(2)〕	20
2)介護福祉士数〔問2(2)①〕	21
3)たんの吸引等の医療処置ができる介護職員の数〔問2(2)②〕	22
4)派遣職員数(介護職員)〔問2(2)③〕	23
5)夜勤専門として働いている介護職員数〔問2(2)④〕	24
3. 看護職員数の状況〔問2(3)〕	26
1)看護職員数〔問2(3)〕	26
2)常勤の看護職員数〔問2(3)①②〕	27
3)派遣職員数(看護職員)〔問2(3)③〕	28
4)夜勤専門として働いている看護職員数〔問2(3)④〕	29
5)看護職員が必ず勤務している時間帯〔問2(6)〕	30
4. 夜間(深夜帯)の職員数〔問2(7)〕	31
5. 夜間の看護体制〔問2(8)〕	32
6. 機能訓練指導員数〔問2(4)〕	33
7. ユニットリーダーの状況〔問2(5)〕	34
1)ユニットリーダー数〔問2(5)〕	34
2)兼務の状況〔問2(5)SQ1〕	35
8. 外国籍の介護職員数〔問2(9)〕	36
9. 介護職の補助業務を担う職員の状況〔問2(10)〕	38
1)介護職の補助業務を担う職員数(ボランティアを除く)〔問2(10)〕	38
2)介護職の補助業務を担う職員数(ボランティアのみ)〔問2(10)〕	38
3)介護職の補助業務を担う職員の勤務時間〔問2(10)〕	39

Ⅲ. 配置医師の状況	40
1. 配置医師の勤務状況〔問6(1)〕	40
1)配置医師数〔問6(1)〕	40
2)配置医師の勤務形態〔問6(1)SQ1①〕	41
3)施設特性別 配置医師の勤務形態〔クロス集計〕	42
4)非常勤の配置医師の所属〔問6(1)SQ1①〕	44
5)配置医師の診療科〔問6(1)SQ1②〕	45
6)配置医師の勤務時間〔問6(1)SQ1③〕	46
7)配置医師の勤務状況別 配置医師の勤務時間〔クロス集計〕	47
2. 配置医師の役割〔問6(2)〕	48
1)配置医師の役割〔問6(2)〕	48
2)配置医師の勤務状況別 配置医師の役割〔クロス集計〕	49
3. 配置医師緊急時対応加算〔問6(3)〕	50
1)配置医師緊急時対応加算をとっていない理由〔問6(3)SQ1〕	51
4. 緊急時における配置医師の対応〔問6(4)〕	52
1)緊急時における配置医師の対応〔問6(4)〕	52
2)配置医師の勤務状況別 緊急時における配置医師の対応〔クロス集計〕	53
3)配置医師に駆けつけ対応を求めない理由〔問6(4)①〕	54
Ⅳ. 協力・連携関係にある医療機関の状況	55
1. 協力・連携関係にある医療機関数〔問7(1)(2)(3)①〕	55
2. 協定書等を結んでいる医療機関数〔問7(1)(2)(3)②〕	56
3. 協定書等を結んでいる医療機関の診療科〔問7(1)(2)(3)③〕	57
4. 協力・連携関係にある医療機関の役割〔問7(4)〕	58
1)実際に担っているもの〔問7(4)①〕	58
2)今後強化していきたいこと〔問7(4)②〕	59
5. 配置医師の役割別 協力・連携関係にある医療機関の数〔クロス集計〕	60
Ⅴ. 入所者の状況	61
1. 定員数〔問3(1)〕	61
2. 入所者数〔問3(2)〕	62
3. 利用率〔問3(1)(2)〕	63
4. ユニット数〔問3(3)〕	63
5. 要介護度別入所者数〔問3(3)〕	64
6. 医療処置を要する入所者数〔問4(1)〕	64
7. 医療機関に入院していた入所者数〔問4(3)〕	65
8. 入院理由〔問4(4)〕	66
9. 入所者の平均的な入所期間	67
Ⅵ. 退所・逝去の状況	68
1. 退所者数〔問5(2)〕	68
2. 逝去した人数〔問5(1)〕	69
1)看取りの有無〔問5(1)①②〕	69
2) 看取りを行った人のうち、看取り予定であった人の割合〔問5(2)①〕	70
3)看取り予定であったが、看取ることができなかった人数〔問5(1)①③〕	70
Ⅶ. 救急搬送の状況(施設全体の状況)	72
1. 搬送件数〔問8(1)(2)(3)〕	72
1)119 番への救急要請の件数〔問8(1)〕	72
2)特定の病院への救急要請の件数〔問8(2)〕	74

3)施設の車等による搬送・緊急受診の件数〔問8(3)〕	76
4)施設特性格 119 番への救急要請の件数〔クロス集計〕	78
2. 搬送前に入所者の状況を連絡することになっている人、搬送の必要性を判断する人〔問8(4)〕	82
1)搬送前に入所者の状況を連絡することになっている人〔問8(4)①〕	82
2)搬送の必要性を判断する人〔問8(4)②〕	83
3. 搬送の回避に向けて必ず行う処置〔問8(5)〕	84
4. 搬送マニュアルの使用状況〔問8(6)〕	85
5. 搬送後の緊急対応状況に関する振り返り〔問8(7)〕	85
VII. 救急搬送の状況(個別ケースの詳細)	86
1. 搬送された方の状態像〔問9〕	86
1)搬送時の要介護度〔問9Q2〕	86
2)搬送時の年齢〔問9Q1〕	87
3)搬送時の認知症の程度〔問9Q3〕	88
4)看取りの対象としての認識〔問9Q4〕	89
2. 搬送時の状況〔問9〕	90
1)搬送された日時〔問9Q5①②〕	90
2)搬送方法〔問9Q6〕	91
3)搬送先の決め方〔問9Q7〕	91
4)搬送の原因となった症状・出来事〔問9Q8〕	92
5)搬送時の緊急度〔問9Q9〕	93
6)搬送を行うまでに連絡した先〔問9Q10〕	93
7)搬送の実施を判断した人〔問9Q11〕	94
8)搬送の要否を判断した理由〔問9Q12〕	95
9)搬送時の付き添い〔問9Q13〕	96
3. 搬送された入所者の状態像別 搬送時の状況〔クロス集計〕	97
1)搬送された入所者の状態像別 搬送日時〔クロス集計〕	97
2)搬送された入所者の状態像別 搬送方法〔クロス集計〕	99
3)搬送された入所者の状態像別 搬送の原因となった症状・出来事〔クロス集計〕	101
4)搬送された入所者の状態像別 搬送までに連絡した先〔クロス集計〕	103
5)搬送された入所者の状態像別 搬送の実施を判断した人〔クロス集計〕	104
6)搬送された入所者の状態像別 搬送の要否を判断した理由〔クロス集計〕	105
7)搬送された入所者の状態像別 搬送時の緊急度〔クロス集計〕	107
4. 搬送後の状況	109
1)搬送後の状況(現在の居場所)〔問9Q14〕	109
2)医療機関に滞在した期間〔問9Q14①〕	110
5. 搬送された入所者の状態像別 搬送後の状況・医療機関に滞在した期間〔クロス集計〕	111
1)搬送時の年齢別 搬送後の状況・医療機関に滞在した期間〔問9Q1×問9Q14〕	111
2)搬送時の要介護度別 搬送後の状況・医療機関に滞在した期間〔問9Q2×問9Q14〕	112
3)看取りの対象としての認識別 搬送後の状況・医療機関に滞在した期間〔問9Q4×問9Q14〕	113
6. 搬送時の状況別 搬送後の状況・医療機関に滞在した期間〔クロス集計〕	114
1)搬送された日時別 搬送後の状況・医療機関に滞在した期間〔問9Q5①②×問9Q14〕	114
2)搬送の原因となった症状・出来事別 搬送後の状況・医療機関に滞在した期間〔問9Q8×問9Q14〕	115
3)搬送時の緊急度別 搬送後の状況・医療機関に滞在した期間〔問9Q9×問9Q14〕	116
4)搬送の要否を判断した理由別 搬送後の状況・医療機関に滞在した期間〔問9Q12×問9Q14〕	117
7. 施設特性格 搬送後の状況〔クロス集計〕	118
1)地域別 搬送後の状況〔施設の所在地×問9Q14〕	119
2)平均要介護度別 搬送後の状況〔問3(4)×問9Q14〕	120
3)夜間の看護体制別 搬送後の状況〔問2(8)×問9Q14〕	120
4)配置医師の勤務形態別 搬送後の状況〔問6(1)×問9Q14〕	121

Ⅸ. 死亡退所の状況(個別ケースの詳細)	122
1. 退所者の状態像〔問10〕	122
1)入所期間〔問10Q1〕	122
2)死亡時の要介護度〔問 10Q3〕	123
3)死亡時の年齢〔問 10Q2〕	124
4)死因(疾患)〔問 10Q4〕	125
5)死亡場所〔問 10Q5〕	126
6)退所者の状態像別 死亡場所〔クロス集計〕	127
6)看取りの対象としての認識〔問 10Q6〕	129
7)退所者の状態像別 看取りの対象としての認識〔クロス集計〕	130
2. 看取りケースの詳細	132
1)看取りと判断された時期(死亡日から遡って)〔問 10Q6①〕	132
2)退所者の状態像別 看取りと判断された時期(死亡日から遡って)〔クロス集計〕	133
3)看取りに関する本人の意思確認(推定を含む)〔問 10Q6②〕	135
4)退所者の状態像別 看取りに関する本人の意思確認のタイミング〔クロス集計〕	136
5)看取りに関して家族の意見により方針変更を行った項目〔問 10Q6③〕	137
6)看取りの状況別 家族の意見による看取りに関する方針変更の有無〔クロス集計〕	138
7)看取りに関する情報共有の範囲〔問 10Q6④〕	139
8)亡くなる前2週間に見られた苦痛の伴う症状〔問 10Q6⑤〕	141
9)退所者の状態像別 亡くなる2週間前に見られた苦痛の症状〔クロス集計〕	142
11)亡くなる前2週間の本人の状態〔問 10Q6⑥〕	144
12)配置医師が担った役割〔問 10Q6⑦〕	145
13)退所者の状態像別 配置医師が担った役割〔クロス集計〕	146
Ⅹ. 看取りに関する施設の取り組み状況	147
1. 看取りの受け入れ状況	148
1)看取りの受け入れ方針〔問 11(1)〕	148
2)施設の特性別 看取りの受け入れ方針〔クロス集計〕	149
3)本人や家族の希望があっても、実態として看取りを受け入れないことがある理由〔問 11(2)〕	153
2. 看取り率〔問5(1)(2)〕	154
3. 看取り率が高い施設の特性〔クロス集計〕	155
1)併設・隣接状況別 看取り率〔問1(2)×問5〕	156
2)施設の平均要介護度別 看取り率〔問3(4)×問5〕	156
3)夜間の看護体制別 看取り率〔問2(8)×問5〕	156
4)救急要請・搬送回数別 看取り率〔問8(1)(2)(3)×問5〕	157
5)看取りの受け入れ方針別 看取り率〔問 11(1)×問5〕	158
6)夜間の看護体制・看取りの受け入れ方針別 看取り率〔問2(8)×問 11(1)×問5〕	158
4. 看取りに関する取り組み状況	159
1)原則として、看取りに関する説明・意思確認を実施するタイミング〔問 11(3)①②〕	159
2)看取りに関する意思確認の見直し〔問 11(4)〕	160
3)原則、説明・意思確認を行っている内容〔問 11(5)〕	160
4)指針・マニュアル〔問 11(6)〕	161
5)看取りに関する研修〔問 11(7)〕	162
6)看取りの振り返り〔問 11(8)〕	165
7)看取りの際に、原則、配置医師が行っている事柄〔問 11(9)〕	166
8)看取りと判断されて以降、配置医師の対応が特に増える事柄〔問 11(10)〕	167
9)看取りと判断されて以降、職員の対応が特に増える事柄〔問 11(11)〕	168
5. 看取りの受け入れ方針別 看取りに関する取り組み状況〔クロス集計〕	169
Ⅺ. 調査結果のまとめ	172
1. 配置医師の状況	172
2. 協力・連携関係にある医療機関の状況	172

3. 救急搬送の状況	173
1) 施設全体の状況	173
2) 個別ケースの状況	173
4. 死亡退去・看取りの状況	176
1) 死亡退去ケースの状況	176
2) 看取りに関する施設の取組状況	177
5. 特別養護老人ホームにおける看取りの一層の推進に向けて	178
6. 今後の調査研究課題	178



0. 調査研究の概要

1. 調査研究の背景と目的

特別養護老人ホームでは退所者の約 7 割が死亡による退所となっており、看取りに直面する機会が非常に多くなっている。このような状況において、日々のケアとともに、医療・看護体制の重要性はより一層増していると考えられる。

また、社会保障審議会介護給付費分科会(介護報酬改定検証・研究委員会)において、特別養護老人ホームにおける救急搬送のあり方が着目されている。これまでも特別養護老人ホームにおける医療・看護体制に関する調査研究は多数実施されてきたが、救急搬送に着目した調査研究は行われていない。

そこで、本調査研究では、特別養護老人ホームにおける配置医師・協力医療機関の役割や、救急搬送の状況、看取りを行ったケースの疾患・状態像や行われたケア等の実態を把握し、救急搬送や看取りのあり方等に関する検討を行う。

2. 調査研究の方法

1)研究会の設置・開催

当該分野に精通した有識者からなる研究会を設置し、その議論を踏まえて調査研究を進めた。なお、研究会は、以下の通り3回開催した。

特別養護老人ホームにおける看取り等のあり方に関する研究会 委員名簿

(50音順、敬省略)

	石飛 幸三	特別養護老人ホーム 芦花ホーム 医師 公益社団法人 全国老人福祉施設協議会 理事
	伊東 美緒	群馬大学大学院 保健学研究科 准教授
座長	井上 由起子	日本社会事業大学 教授
	鴻江 圭子	特別養護老人ホーム 白寿園 施設長 公益社団法人 全国老人福祉施設協議会 副会長
	佐々木 淳	医療法人 悠翔会 理事長
	島田 千穂	東京都健康長寿医療センター 研究副部長

<研究協力(オブザーバー)>

田中 志保	厚生労働省 老健局 高齢者支援課 主査
和田 直之	厚生労働省 老健局 高齢者支援課 企画法令係 係長

<その他調査協力>

公益社団法人 全国老人福祉施設協議会

<事務局>

PwC コンサルティング合同会社 安田 純子／長沼 裕介／初見 歌奈子

<開催日程および議題>

回数	日 程	議 題
第1回	2020年7月30日(木) 10:00～12:00	○調査研究の目的・内容の共有 ○調査の視点・項目に関するディスカッション
第2回	2020年12月7日(月) 10:00～12:00	○回収数及び回収率のご報告 ○単純集計結果のご報告 ○クロス集計案に関するディスカッション
第3回	2021年2月16日(火) 17:00～19:00	○クロス集計結果のご報告 ○報告書のとりまとめに向けたディスカッション

2)アンケート調査の実施

(1)調査設計

特別養護老人ホームにおける医療の状況や救急搬送の状況、死亡退所・看取りの状況を把握することを主な目的として、全国の特別養護老人ホームを対象としたアンケート調査を実施した。

また、クロス集計に使用する項目の一部について、回答者の負担軽減を図ることを目的として、介護サービス情報公表システムより情報を取得した。介護サービス情報公表システムより取得した情報は「法人が運営している特別養護老人ホーム特別養護老人ホームの数」と「入所者の平均的な入所期間」の2項目である。

図表 アンケートでの主な調査項目

I. 施設の概要
問1 施設に関する基本情報(施設の種類、併設・隣接の状況 等)
問2 介護・看護職員の状況(介護職員数、看護職員数、夜間の看護体制 等)
II. 現在の入所者の状況
問3 入所者の状況(定員数、入所者数、要介護度別入所者数 等)
問4 医療が必要な入所者(医療処置を要する入所者数、入院理由別の人数 等)
問5 直近半年間の逝去および退所の状況
III. 医療の状況
問6 配置医師の状況(配置医師数、配置医師の役割、配置医師の対応 等)
問7 協力・連携関係にある医療機関の状況(医療機関数 等)
IV. 救急搬送の状況
問8 組織方針・体制(救急搬送件数、マニュアルの使用状況 等)
問9 救急搬送に関する詳細(ケース)(搬送時の要介護度、搬送日時 等)
V. 死亡退所の状況
問10 死亡退所に関する詳細(ケース)(死因、死亡場所 等)
問11 組織方針・体制(看取りの受け入れ方針、看取りの振り返り 等)

(2)調査対象

開設期の状況が混入することを避けるため、1年以上運営実績のある特別養護老人ホーム 10,414 施設から、3,000 施設を無作為に抽出(抽出率:29.3%)し、アンケート調査票を送付した。送付対象は施設単位とし、同一建物内で複数の特別養護老人ホームを運営している場合も1施設として扱った。

《調査対象》

令和元(2019)年7月1日時点で運営している特別養護老人ホーム 10,414 施設

《発送数》

特別養護老人ホーム 3,000 施設

(3)調査方法・期間

郵送により調査票の送付・回収を行った。

2020(令和2)年8月25日に発送、2020(令和2)年10月19日到着分までを集計対象とした。

(4)回収状況

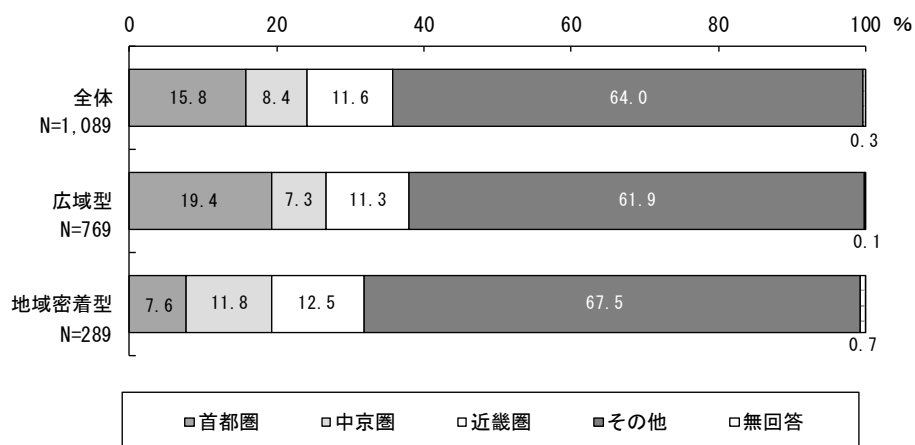
《有効回答数》

特別養護老人ホーム 1,089 施設(有効回答率:36.3%)

【都道府県別 有効回答状況】

都道府県	送付数	有効回答数	無効・非回収	有効回答率
北海道	150	55	95	36.7
青森	46	18	28	39.1
岩手	58	27	31	46.6
宮城	66	30	36	45.5
秋田	49	22	27	44.9
山形	3	2	1	66.7
福島	61	22	39	36.1
茨城	72	16	56	22.2
栃木	69	26	43	37.7
群馬	70	22	48	31.4
埼玉	133	45	88	33.8
千葉	128	39	89	30.5
東京	175	48	127	27.4
神奈川	132	40	92	30.3
新潟	99	49	50	49.5
富山	32	20	12	62.5
石川	34	13	21	38.2
福井	28	10	18	35.7
山梨	24	12	12	50.0
長野	57	27	30	47.4
岐阜	47	20	27	42.6
静岡	84	34	50	40.5
愛知	130	49	81	37.7
三重	58	22	36	37.9
滋賀	38	10	28	26.3
京都	65	19	46	29.2
大阪	183	51	132	27.9
兵庫	125	46	79	36.8
奈良	32	9	23	28.1
和歌山	35	10	25	28.6
鳥取	15	5	10	33.3
島根	32	10	22	31.3
岡山	71	25	46	35.2
広島	88	32	56	36.4
山口	50	17	33	34.0
徳島	22	14	8	63.6
香川	30	12	18	40.0
愛媛	52	23	29	44.2
高知	21	12	9	57.1
福岡	106	43	63	40.6
佐賀	20	4	16	20.0
長崎	50	19	31	38.0
熊本	38	17	21	44.7
大分	30	9	21	30.0
宮崎	31	12	19	38.7
鹿児島	37	14	23	37.8
沖縄	24	5	19	20.8
全 体	3,000	1,089	1,911	36.3

《参考》アンケートに回答した施設の地域分布
【都市圏】



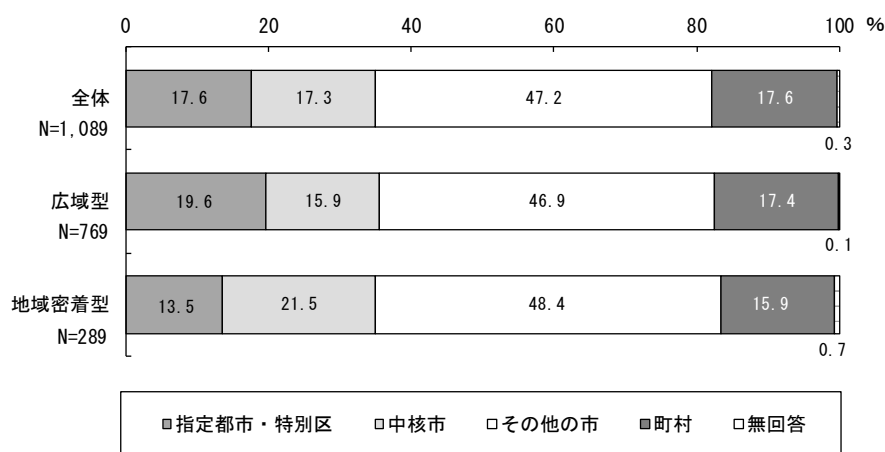
※本調査における都市圏の定義は下記の通りである。

首都圏：埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県、

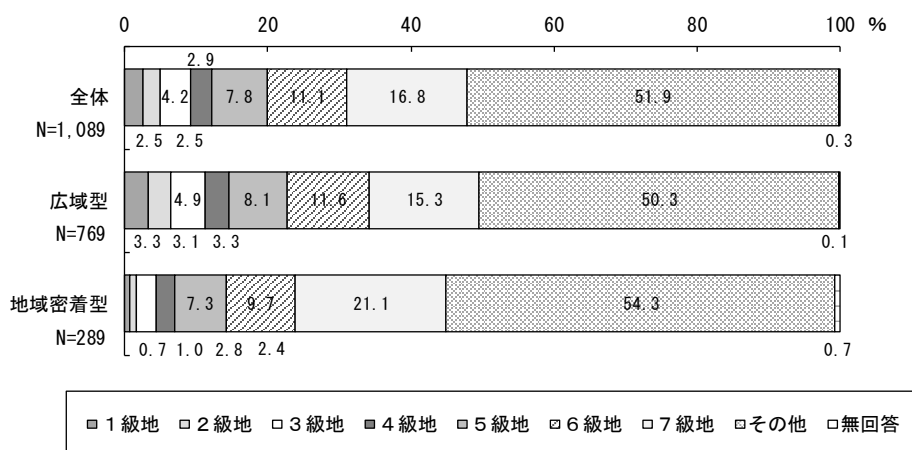
中京圏：岐阜県・愛知県・三重県、

近畿圏：滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県

【都市規模】



【都市区分(級地)】



3)アンケート調査結果の分析

以下の2種類の集計に基づき、アンケート結果の分析を行った。

(1)単純集計

調査に回答した施設「全体」での集計に加え、「広域型」、「地域密着型」別の集計を行った。なお、「施設の種類」(問1(1))で「広域型」と「地域密着型」の両方を選択した 31 施設¹⁾については、「広域型」と「地域密着型」のどちらの集計対象にも含めず、「全体」のみ集計対象とした。

また、各グラフには、各集計の対象とした施設数またはケース数を記載している。本記載では、施設単位の集計の際には「N」、ケース単位の集計の際には「n」と表記している。

(2)クロス集計

「医療の状況(配置医師及び協力・連携関係にある医療機関の状況)」、「救急搬送の状況」、「死亡退所・看取りの状況」の3つに焦点を当て、クロス集計を実施した。

1

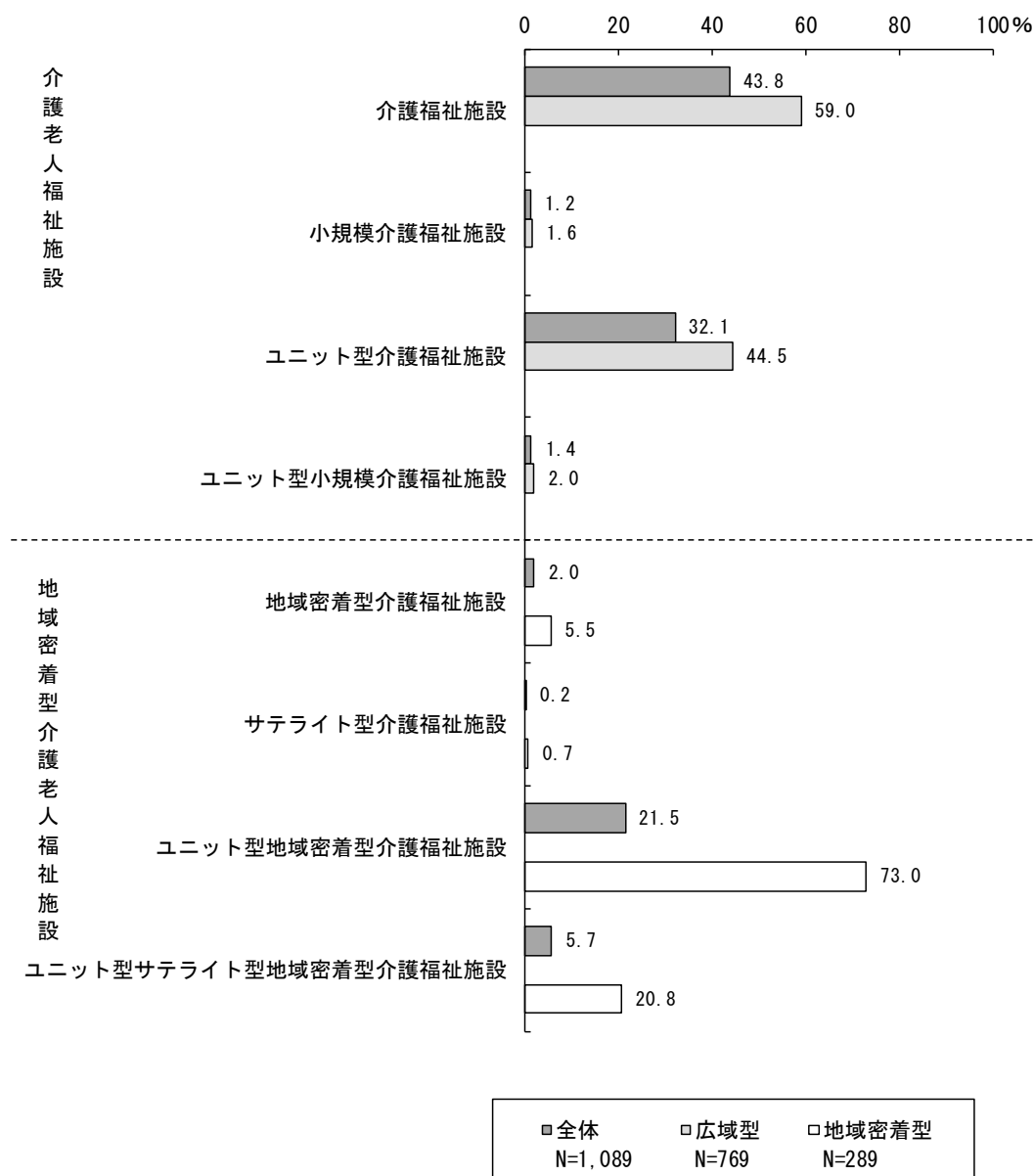
I. 法人・施設に関する基本情報

1. 施設の種類【問1(1)】

施設の種類の、「介護福祉施設」が 43.8%で最も多く、次いで「ユニット型介護福祉施設」が 32.1%、「ユニット型地域密着型介護福祉施設」が 21.5%であった。

施設の種類の別みると、広域型では従来型である「介護福祉施設」が 43.8%と最も多く、「ユニット型介護福祉施設」が 32.1%となっていたのに対し、地域密着型では「ユニット型地域密着型介護福祉施設」(73.0%)が最も多かった。

図表 施設の種類(複数回答)

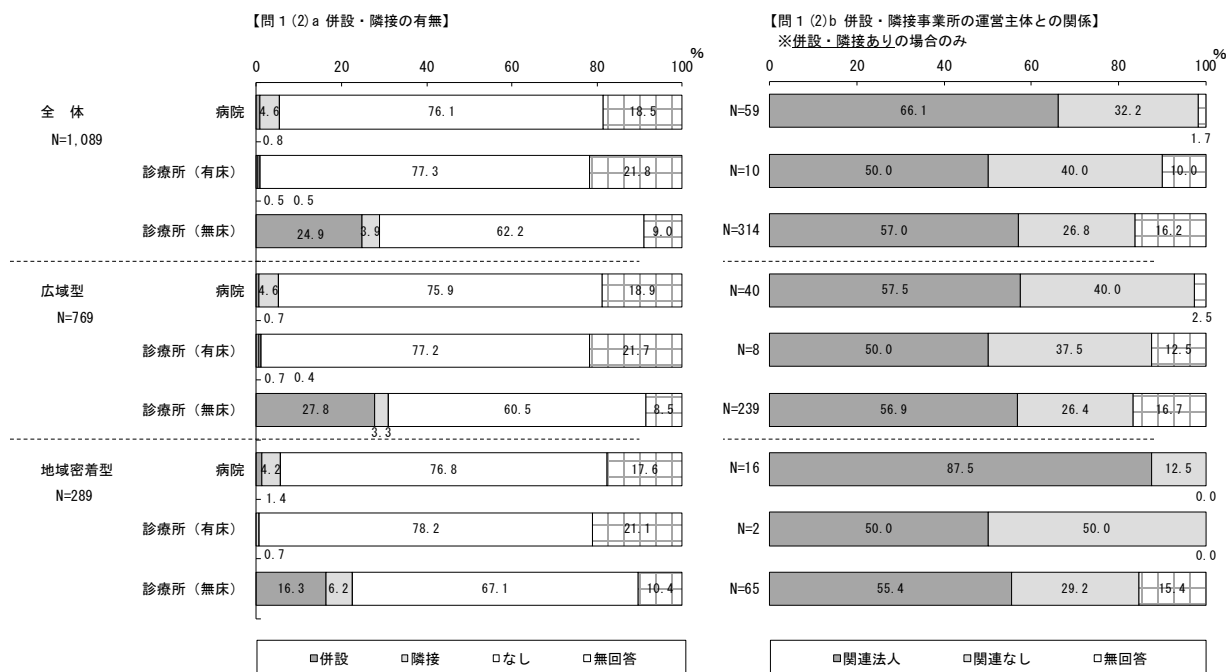


2. 併設・隣接の状況【問1(2)】

併設・隣接の状況は、「病院」「診療所(有床・無床)」のいずれにおいても併設・隣接「なし」の施設が過半数を占めていた。また、「診療所(無床)」を併設している施設は 24.9%であり、「病院」「診療所(有床)」を併設している施設よりも 20 ポイント以上高かった。施設の種別別にみても、「病院」「診療所(有床・無床)」のいずれにおいても併設・隣接「なし」の施設が過半数を占めていた。

併設・隣接事業所の運営主体との関係をみると、病院・診療所(有床・無床)のいずれについても「関連法人」が運営している割合が半数以上であった。

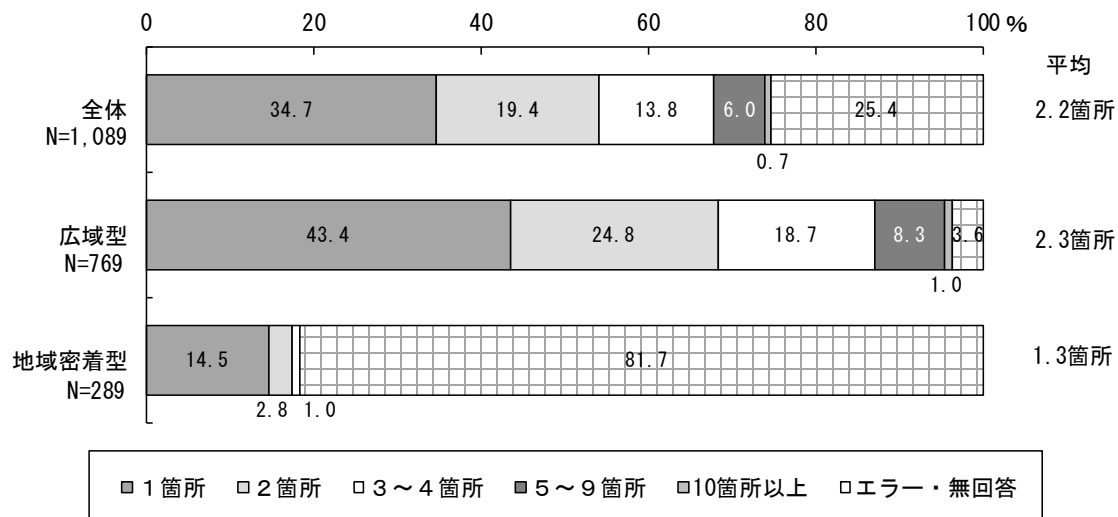
図表 併設・隣接の状況



3. 法人が運営している特別養護老人ホームの数

法人が運営している特別養護老人ホームの数は、「1箇所」が 34.7%で最も多く、次いで「2箇所」が 19.4%であった。

図表 法人が運営している特別養護老人ホームの数
(介護サービス情報公表システムより取得)



※ 本項目は介護サービス情報公表システムより取得した情報である。なお、介護サービス情報公表システムは各施設によって情報の更新頻度・最終更新日が異なっており、アンケート調査で把握した項目とは時点にずれがあることが予想される。

4. 各種加算の算定状況【問1(3)】

特別養護老人ホームにおける各種加算の算定状況を把握するため、下記加算の算定状況をアンケートにて調査した。

図表 本調査で把握した加算一覧
(加算要件等は 2021 年3月時点のもの)

1. サービス提供体制強化加算【問1(3)①】			
概要			
サービス提供体制を特に強化して基準を満たした事業者に対して加算される。			
加算種別		単位数	加算要件
I	(イ)	18 単位/日	- 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 60%以上であること。 - 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
	(ロ)	12 単位/日	- 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 50%以上であること。 - 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
II		6 単位/日	- 職員総数のうち、常勤職員の占める割合が 75%以上であること。 - 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
III		6 単位/日	- サービスを入所者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数 3 年以上の者の占める割合が 30%以上であること。 - 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
2. 経口維持加算【問1(3)②】			
概要			
入所者が認知機能や摂食、嚥下機能の低下により、経口摂食が困難となった場合でも、口で食べる楽しみを得られるよう、多職種共同での支援の充実と促進を行っている場合に算定される。			
加算種別		単位数	加算要件
I		400 単位/日	- 現在経口により食事を摂取しており、かつ、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員等が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行うこと。 - 入所者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成すること。 - 計画に従い、医師または歯科医師の指示を受けた管理栄養士または栄養士が、栄養管理を行うこと。 【施設基準】 - 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 - 入所者の摂食・嚥下機能が医師の診断により適切に評価されていること。 - 誤嚥等が発生した場合の管理体制が整備されていること。 - 食形態の配慮など誤嚥防止のための適切な配慮がなされていること。 - 多職種協働により上記 3 つの要件を実施するための体制が整備されていること。
	II	100 単位/日	- 経口維持加算 I を算定していること。 - 入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師、歯科医師、歯科衛生士または言語聴覚士が加わっていること。
3. 褥瘡マネジメント加算【問1(3)③】			
概要			
入所者の褥瘡発生を予防する取り組みを行っている施設に対して算定される。			
単位数		加算要件	
6 単位/日		- サービスを入所者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数 3 年以上の者の占める割合が 30%以上であること。 - 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	

4. 看護体制加算[問1(3)④]					
概要					
・ 医療ニーズや看取り介護に柔軟に対応し、看護職員を手厚く配置している施設に対して算定される。					
加算種別		単位数		対象	加算要件
地域密着型	I	(イ)	12 単位/日	地域密着型 ユニット型地域密着型	- 常勤の看護師を1名以上配置していること。 - 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
		(ロ)	4 単位/日	経過的地域密着型	
	II	(イ)	23 単位/日	地域密着型 ユニット型地域密着型	- 常勤換算方法で看護職員を2名以上配置していること。 - 施設の看護職員または、病院、診療所等の看護職員との連携により、24 時間連絡できる体制を確保していること。 - 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
		(ロ)	8 単位/日	経過的地域密着型	
地域密着型以外 (広域型)	I	(イ)	6 単位/日	入所定員 30 名以上 50 名以下	- 常勤の看護師を1名以上配置していること。 - 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
		(ロ)	4 単位/日	入所定員 51 名以上 または経過的小規模	
	II	(イ)	13 単位/日	入所定員 30 名以上 50 名以下	- 看護職員の数、常勤換算方法で、入所者数が 25 又はその端数を増すごとに 1 以上であり、かつ、基準に定める看護職員の数に 1 を加えた数以上であること。 - 地域密着型看護体制加算（II）の下 2 つ要件に同じ。
		(ロ)	8 単位/日	入所定員 51 名以上 または経過的小規模	

5. 夜勤職員配置加算[問1(3)⑤]					
概要					
・ 夜間の人員基準より多い職員を配置し、より安心して生活できる環境を提供する施設に対して算定される。					
加算種別		単位数		加算要件	
		広域型	地域密着型		
I	(イ)	22 単位/日	41 単位/日	- 介護老人福祉施設サービス費を算定していること。 - 人員基準+1 名以上の介護職員、看護職員を夜間に配置すること。または、見守りセンサーを入所者の 15% 以上に設置し、センサーの安全有効活用を目的にした委員会の設置と検討会の実施がある場合には、人員基準+0.9 名以上の配置をすること。	
	(ロ)	13 単位/日	13 単位/日		
II	(イ)	27 単位/日	46 単位/日	上記（I）の要件に加え、ユニット型介護老人福祉施設サービス費を算定していること。	
	(ロ)	18 単位/日	18 単位/日		
III	(イ)	28 単位/日	56 単位/日	看護職員を配置すること、あるいはたんの吸引等ができる介護職員を配置すること。	
	(ロ)	16 単位/日	16 単位/日		
IV	(イ)	33 単位/日	61 単位/日	上記（II）の要件に加え、看護職員を配置すること、あるいはたんの吸引等ができる介護職員を配置すること。	
	(ロ)	21 単位/日	21 単位/日		

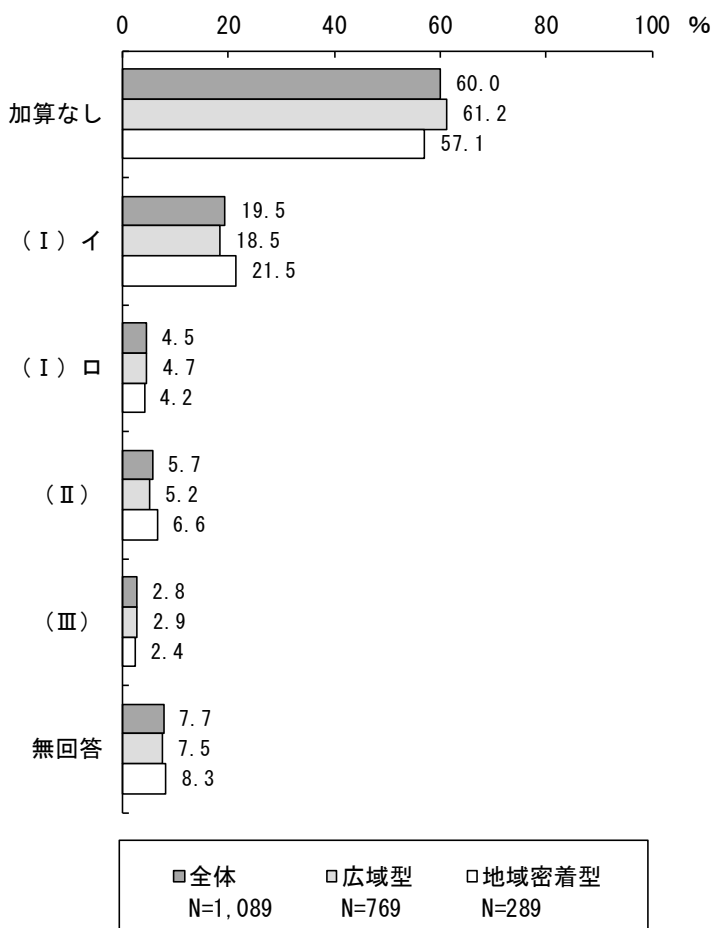
6. 看取り介護加算[問1(3)⑥]					
概要					
・ サービス提供体制を特に強化して基準を満たした事業者に対して加算される。					
加算種別		単位数		加算要件	
I	死亡日以前 4 日以上 30 日以下まで	144 単位/日	- 常勤の看護師を1名以上配置し、当該施設の看護職員、または病院、診療所、訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24 時間連絡できる体制を確保していること。 - 看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所者または家族等に対して、内容を説明し、同意を得ていること。 - 医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等による協議の上、施設における看取りの実績等を踏まえつつ、看取りに関する指針の見直しを行うこと。 - 看取りに関する職員研修を行うこと。 - 看取りを行う際に個室又は静養室の利用が可能となるよう配慮を行うこと。		
	死亡の前日および前々日	680 単位/日			
	死亡日	1280 単位/日			
II	死亡日以前 4 日以上 30 日以下まで	144 単位/日	- 看取り介護加算（I）の要件を満たしていること。 - 配置医師緊急時対応加算の施設基準に該当するものであること。		
	死亡の前日および前々日	780 単位/日			
	死亡日	1580 単位/日			

1)サービス提供体制強化加算【問1(3)①】

サービス提供体制強化加算は、「加算なし」の施設が 60.0%と過半数を占めており、「加算あり」の施設は 32.3%であった。施設の種類の別にも、概ね同様の比率になっていた。

加算の区分別にみると、「(Ⅰ)イ」が 19.5%で最も多く、次いで「(Ⅱ)」が 5.7%となっていた。

図表 サービス提供体制強化加算(複数回答)



(参考) サービス提供体制強化加算の内容(2020 年 3 月時点)

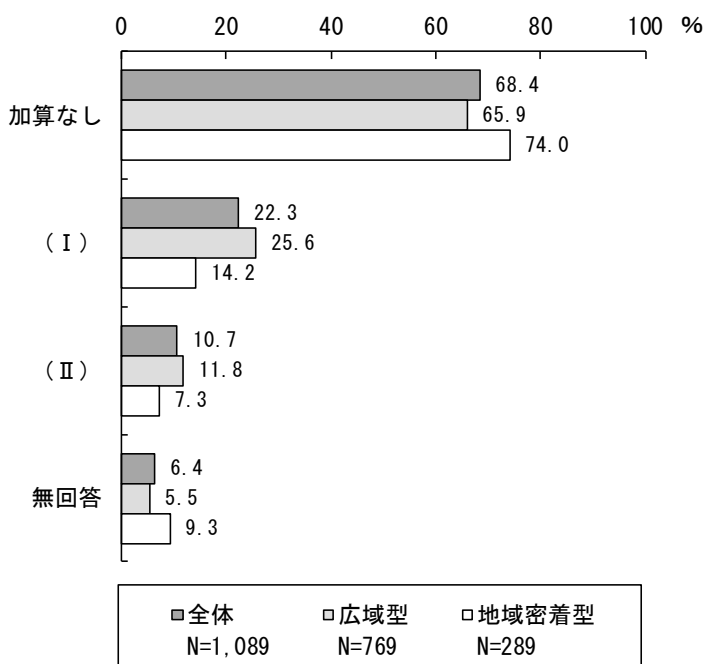
概要			
サービス提供体制を特に強化して基準を満たした事業者に対して加算される。			
加算種別	単位数	加算要件	
Ⅰ	(イ)	18 単位/日	- 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 60%以上であること。 - 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
	(ロ)	12 単位/日	- 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 50%以上であること。 - 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
Ⅱ	6 単位/日	- 職員総数のうち、常勤職員の占める割合が 75%以上であること。 - 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	
Ⅲ	6 単位/日	- サービスを入所者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数 3 年以上の者の占める割合が 30%以上であること。 - 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	

2)経口維持加算【問1(3)②】

経口維持加算は、「加算なし」の施設が 68.4%と過半数を占めており、「加算あり」の施設は 25.2%であった。施設の種類別にみても概ね同様の傾向であるが、地域密着型では「加算なし」が 74.0%と広域型 (65.9%) に比べて 8.9 ポイント高かった。

加算の区分は、「(Ⅰ)」が 22.3%で最も多く、「(Ⅱ)」は 10.7%となっていた。この傾向は広域型・地域密着型ともに同様であった。

図表 経口維持加算(複数回答)



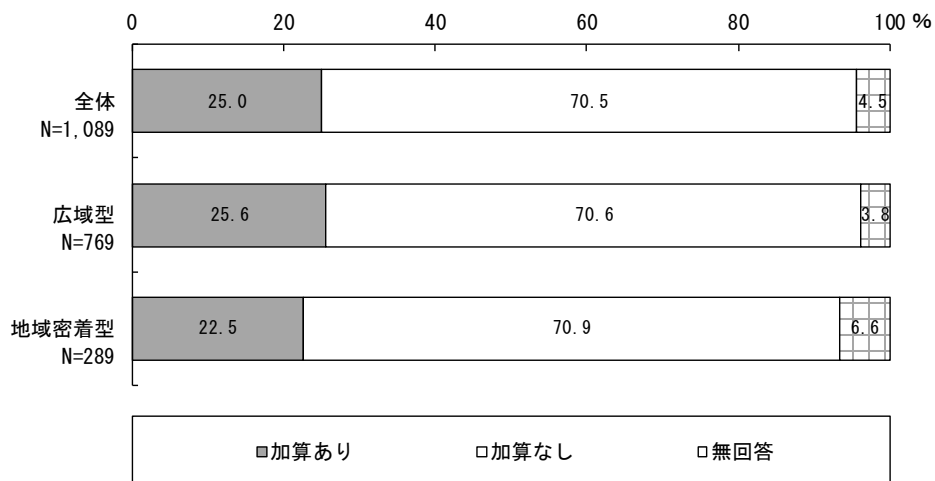
(参考) 経口維持加算の内容(2020 年 3 月時点)

概要		
入所者が認知機能や摂食、嚥下機能の低下により、経口摂食が困難となった場合でも、口で食べる楽しみを得られるよう、多職種共同での支援の充実と促進を行っている場合に算定される。		
加算種別	単位数	加算要件
I	400 単位/日	- 現在経口により食事を摂取しており、かつ、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員等が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行うこと。 - 入所者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成すること。 - 計画に従い、医師または歯科医師の指示を受けた管理栄養士または栄養士が、栄養管理を行うこと。 【施設基準】 - 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。 - 入所者の摂食・嚥下機能が医師の診断により適切に評価されていること。 - 誤嚥等が発生した場合の管理体制が整備されていること。 - 食形態の配慮など誤嚥防止のための適切な配慮がなされていること。 - 多職種協働により上記3つの要件を実施するための体制が整備されていること。
II	100 単位/日	- 経口維持加算 I を算定していること。 - 入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師、歯科医師、歯科衛生士または言語聴覚士が加わっていること。

3)褥瘡マネジメント加算【問1(3)③】

褥瘡マネジメント加算は、「加算なし」の施設が 70.5%と過半数を占めており、「加算あり」の施設は 25.0%であった。施設の種類別にみても、ほぼ同様の比率であった。

図表 褥瘡マネジメント加算



(参考) 褥瘡マネジメント加算の内容(2020 年 3 月時点)

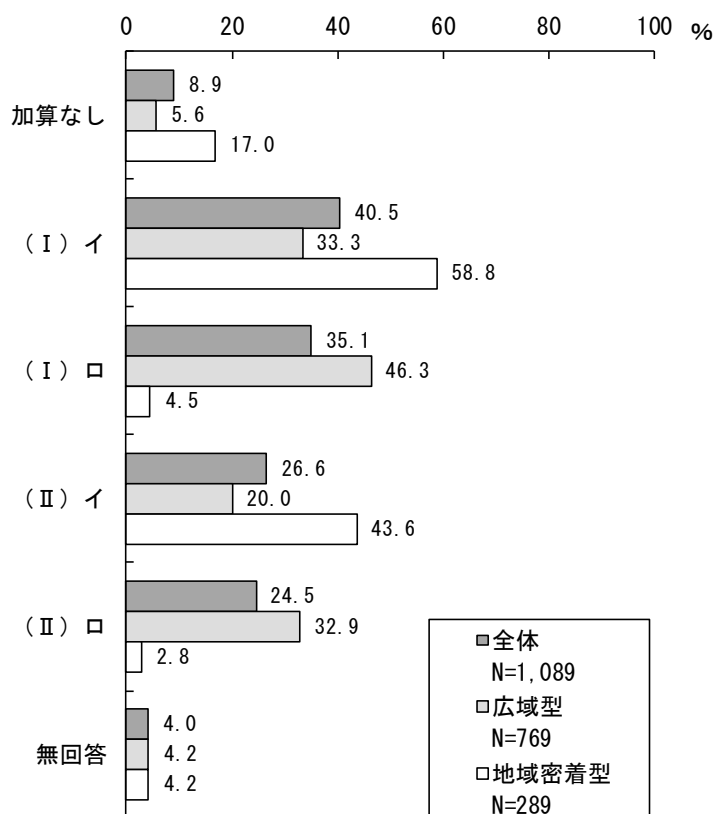
概要	
入所者の褥瘡発生を予防する取り組みを行っている施設に対して算定される。	
単位数	加算要件
6 単位/日	- サービスを入所者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数3年以上の者の占める割合が 30%以上であること。 - 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

4)看護体制加算【問1(3)④】

看護体制加算は、「加算あり」の施設が 87.1%と過半数を占めており、「加算なし」の施設は 8.9%であった。施設の種類別にみても概ね同様の比率であるが、地域密着型では「加算なし」が 17.0%と広域型(5.6%)よりも 11.4 ポイント高かった。

加算の区分は、「(Ⅰ)イ」が 40.5%で最も多く、次いで「(Ⅰ)ロ」が 35.1%であった。施設の種類別にみると、広域型では「(Ⅰ)ロ」(46.3%)が、地域密着型では「(Ⅰ)イ」(58.8%)が最も多かった。

図表 看護体制加算(複数回答)



(参考) 看護体制加算の内容(2020 年 3 月時点)

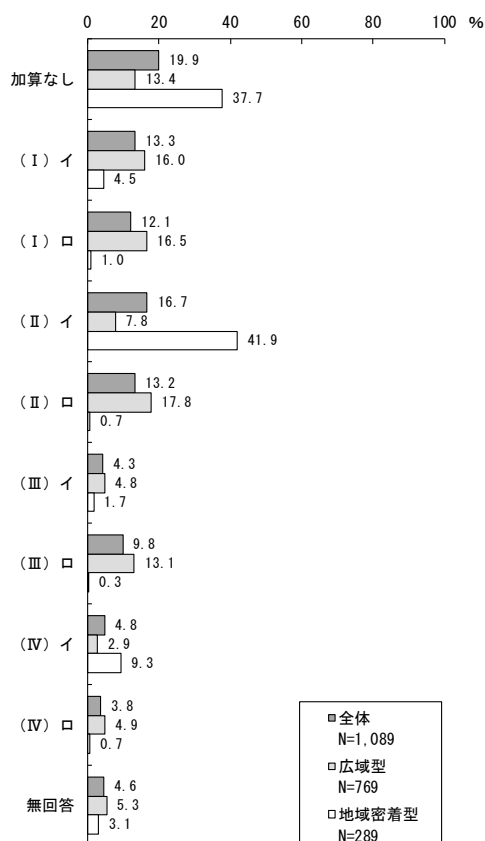
概要					
・ 医療ニーズや看取り介護に柔軟に対応し、看護職員を手厚く配置している施設に対して算定される。					
加算種別		単位数	対象	加算要件	
地域密着型	Ⅰ	(イ) 12 単位/日	地域密着型 ユニット型地域密着型	- 常勤の看護師を 1 名以上配置していること。 - 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	
		(ロ) 4 単位/日	経過的地域密着型		
	Ⅱ	(イ) 23 単位/日	地域密着型 ユニット型地域密着型	- 常勤換算方法で看護職員を 2 名以上配置していること。 - 施設の看護職員または、病院、診療所等の看護職員との連携により、24 時間連絡できる体制を確保していること。 - 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	
		(ロ) 8 単位/日	経過的地域密着型		
地域密着型以外	Ⅰ	(イ) 6 単位/日	入所定員 30 名以上 50 名以下	- 常勤の看護師を 1 名以上配置していること。 - 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。	
		(ロ) 4 単位/日	入所定員 51 名以上 または経過の小規模		
	Ⅱ	(イ) 13 単位/日	入所定員 30 名以上 50 名以下	- 看護職員の数、常勤換算方法で、入所者数が 25 又はその端数を増すごとに 1 以上であり、かつ、基準に定める看護職員の数に 1 を加えた数以上であること。 - 地域密着型看護体制加算(Ⅱ)の下 2 つ要件に同じ。	
		(ロ) 8 単位/日	入所定員 51 名以上 または経過の小規模		

5)夜間職員配置加算【問1(3)⑤】

夜間職員配置加算は、「加算あり」の施設が75.5%と過半数を占めており、「加算なし」の施設は19.9%であった。施設の種類の別に見ると、地域密着型では「加算なし」が37.7%と広域型(13.4%)に比べて24.3ポイント高かった。

加算の区分は、「(Ⅱ)イ」が16.7%で最も多く、次いで「(Ⅰ)イ」が13.3%であった。施設の種類の別に見ると、広域型では「(Ⅰ)ロ」(16.5%)が、地域密着型では「(Ⅱ)イ」(41.9%)が最も多かった。

図表 夜間職員配置加算(複数回答)



(参考) 夜間職員配置加算の内容(2020年3月時点)

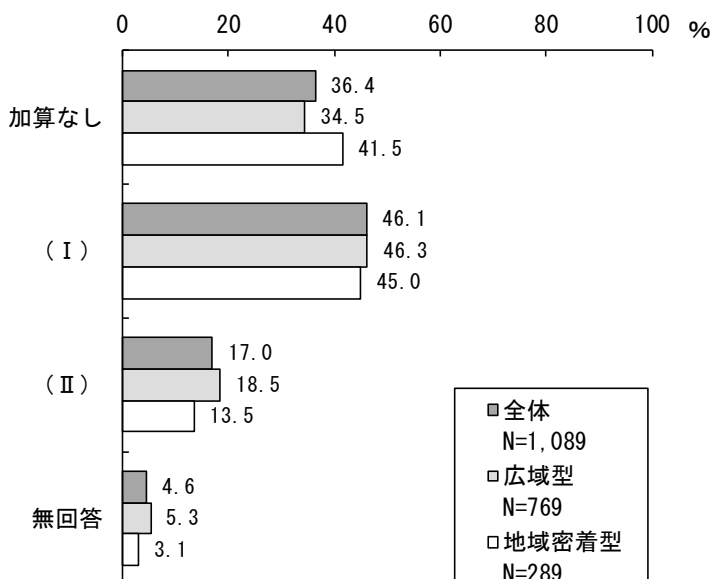
概要				
夜間の人員基準より多い職員を配置し、より安心して生活できる環境を提供する施設に対して算定される。				
加算種別	単位数		加算要件	
	広域型	地域密着型		
Ⅰ	(イ)	22 単位/日	41 単位/日	- 介護老人福祉施設サービス費を算定していること。 - 人員基準+1名以上の介護職員、看護職員を夜間に配置すること。または、見守りセンサーを入所者の15%以上に設置し、センサーの安全有効活用を目的とした委員会の設置と検討会の実施がある場合には、人員基準+0.9名以上の配置をすること。
	(ロ)	13 単位/日	13 単位/日	
Ⅱ	(イ)	27 単位/日	46 単位/日	上記(Ⅰ)の要件に加え、ユニット型介護老人福祉施設サービス費を算定していること。
	(ロ)	18 単位/日	18 単位/日	
Ⅲ	(イ)	28 単位/日	56 単位/日	看護職員を配置すること、あるいはたんの吸引等ができる介護職員を配置すること。
	(ロ)	16 単位/日	16 単位/日	
Ⅳ	(イ)	33 単位/日	61 単位/日	上記(Ⅱ)の要件に加え、看護職員を配置すること、あるいはたんの吸引等ができる介護職員を配置すること。
	(ロ)	21 単位/日	21 単位/日	

6)看取り介護加算【問1(3)⑥】

看取り介護加算は、「加算あり」の施設が 59.0%と過半数を占め、「加算なし」の施設は 36.4%であった。施設の種別別にみても概ね同様の比率となっていた。

加算の区分は、「(Ⅰ)」が 46.1%で最も多く、「(Ⅱ)」を算定している施設は 17.0%であった。この傾向は広域型・地域密着型ともに同様であった。

図表 看取り介護加算(複数回答)



(参考) 看取り介護加算の内容(2020 年 3 月時点)

概要			
サービス提供体制を特に強化して基準を満たした事業者に対して加算される。			
加算種別		単位数	加算要件
Ⅰ	死亡日以前 4 日以上 30 日以下まで	144 単位/日	- 常勤の看護師を 1 名以上配置し、当該施設の看護職員、または病院、診療所、訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24 時間連絡できる体制を確保していること。 - 看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所者または家族等に対して、内容を説明し、同意を得ていること。 - 医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等による協議の上、施設における看取りの実績等を踏まえつつ、看取りに関する指針の見直しを行うこと。 - 看取りに関する職員研修を行うこと。 - 看取りを行う際に個室又は静養室の利用が可能となるよう配慮を行うこと。
	死亡の前日および前々日	680 単位/日	
	死亡日	1280 単位/日	
Ⅱ	死亡日以前 4 日以上 30 日以下まで	144 単位/日	- 看取り介護加算 (Ⅰ) の要件を満たしていること。 - 配置医師緊急時対応加算の施設基準に該当するものであること。
	死亡の前日および前々日	780 単位/日	
	死亡日	1580 単位/日	

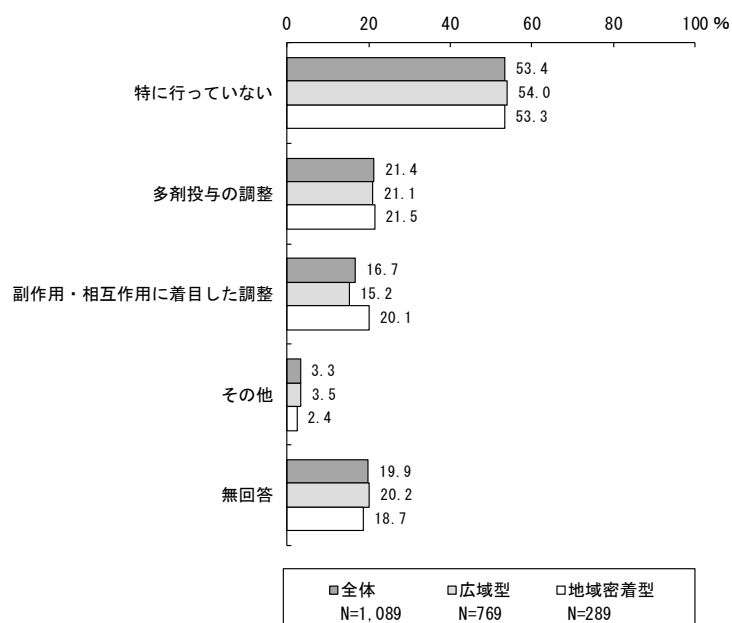
5. 薬剤使用の適正化に向けた取組状況【問4(2)】

1) 薬剤使用の適正化に向けた取組の実施有無【問4(2)】

薬剤使用の適正化に向けた取組は、「特に行っていない」施設が 53.4%と過半数を占めており、取組を行っている施設は 26.7%であった。この比率は広域型・地域密着型においてもほぼ同様となっていた。

薬剤使用の適正化に向けた取組を行っている場合、取組内容は「多剤投与の調整」が 21.4%で最も多く、次いで「副作用・相互作用に着目した調整」が 16.7%であった。施設の種別別にみても、大きな違いはみられなかった。

図表 薬剤使用の適正化に向けた取組状況（複数回答）



2)薬剤の調整を行った入所者数【問4(2)SQ1】

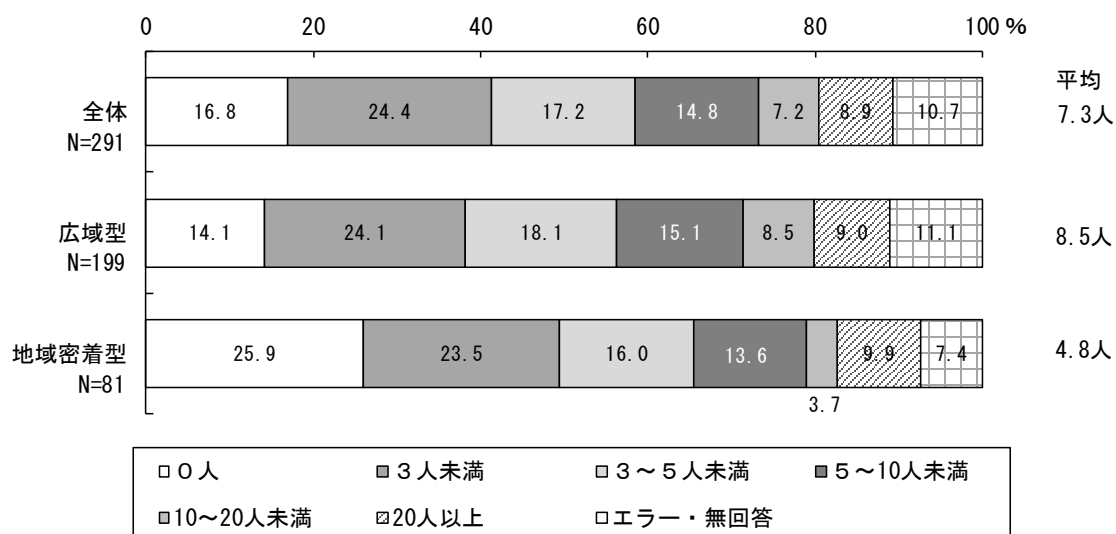
薬剤の調整を行った入所者数(2020年7月の実績)は、「3人未満」(24.4%)が最も多く、次いで「3～5人未満」が17.2%であった。また、2020年7月の1か月間で薬剤の調整を行った入所者数は1施設あたり平均7.3人であった。

施設の種別別にみると、広域型では、「3人未満」(24.1%)が最も多く、次いで「3～5人未満」が18.1%であった。一方、地域密着型では、「0人」が25.9%で最も多く、次いで「3人未満」が23.5%であった。薬剤の調整を行った入所者数(1施設あたり)は、広域型で平均8.5人、地域密着型で4.8人であった。

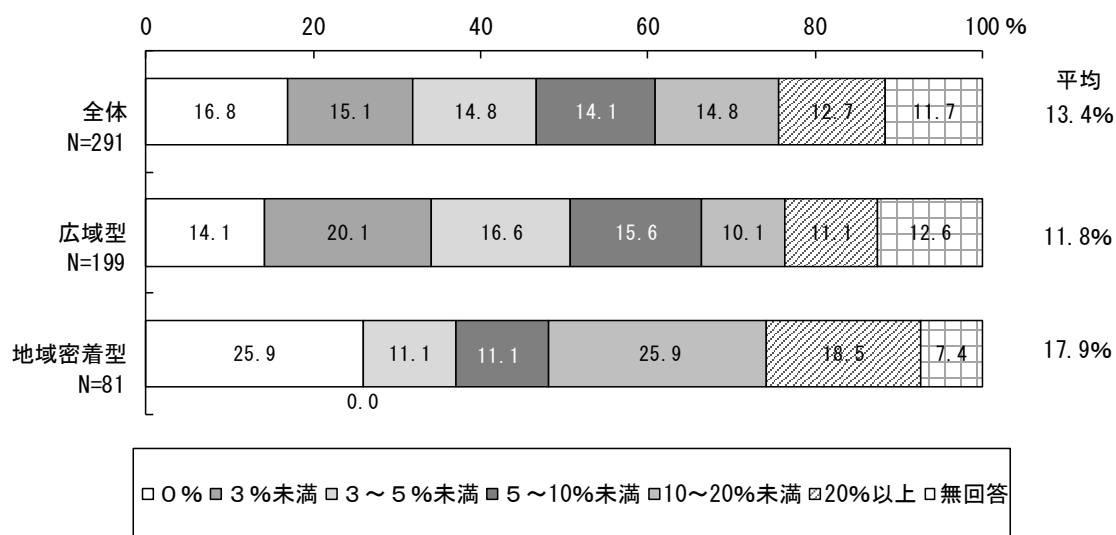
入所者総数のうち薬剤の調整を行った入所者数の割合をみると、広域型では「3%未満」が20.1%で最も多く、平均は11.8%であった。他方、地域密着型では「0%」と「10～20%未満」が同数の25.9%で最も多く、平均は17.9%であった。

図表 薬剤の調整を行った入所者数(2020年7月の実績)

(問4(2)で「多剤投与の調整」または「副作用・相互作用に着目した調整」、「その他」を1つ以上選択している場合)



図表 入所者総数に占める薬剤の調整を行った入所者数の割合



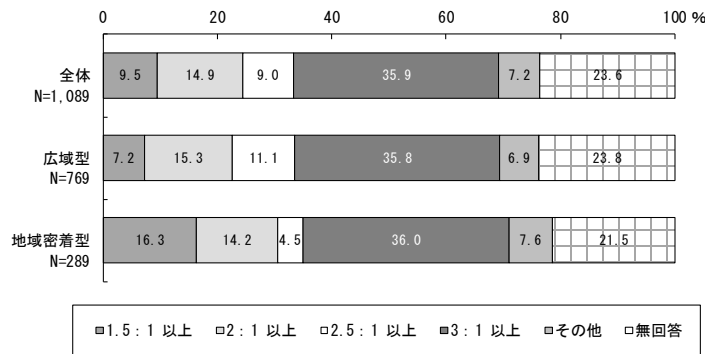
Ⅱ. 介護・看護職員の状況

1. 介護・看護職員比率【問2(1)】

介護・看護職員比率は「3:1 以上」が 35.9%で最も多く、次いで「2:1 以上」が 14.9%であった。

施設の種別別にみると、地域密着型では「1.5:1 以上」が 16.3%と広域型(7.2%)よりも 9.1 ポイント高くなっていた。

図表 介護・看護職員比率



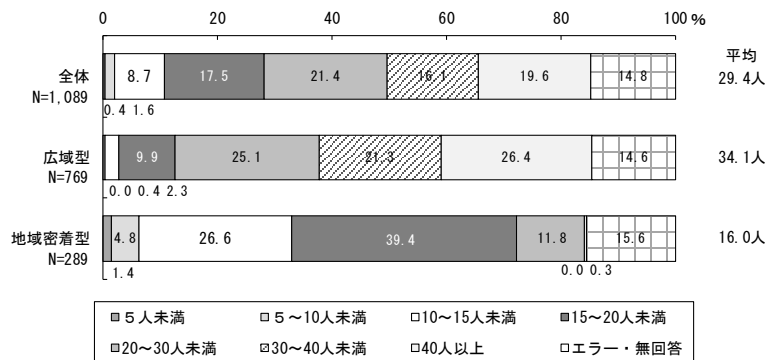
2. 介護職員の状況【問2(2)】

1) 介護職員数【問2(2)】

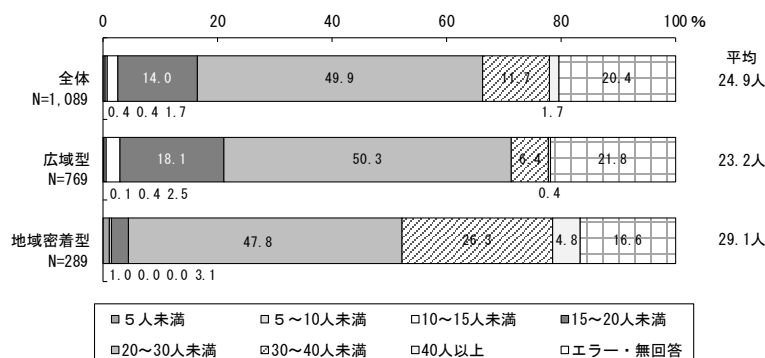
介護職員数(常勤換算数)は、広域型では、「40 人以上」が 26.4%と最も多く、次いで「20～30 人未満」が 25.1%、「30～40 人未満」が 21.3%であった。一方、地域密着型では、「15～20 人未満」が 39.4%で最も多く、次いで「10～15 人未満」が 26.6%であった。また、1施設あたりの平均介護職員数は広域型が 34.1 人、地域密着型が 16.0 人であった。

定員 50 人換算でみると、広域型・地域密着型ともに「20～30 人未満」(50.3%、47.8%)が最も多く、次いで広域型では「15～20 人未満」が 18.1%、地域密着型では「30～40 人未満」が 26.3%であった。

図表 介護職員数(常勤・非常勤合計)(常勤換算数)



<定員 50 人換算>



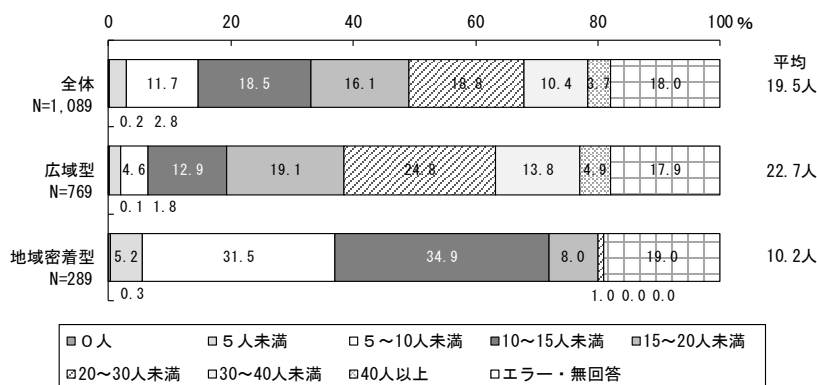
2)介護福祉士数〔問2(2)①〕

介護福祉士(常勤換算数)は、広域型では「20～30 人未満」が 24.8%で最も多く、次いで「15～20 人未満」が 19.1%、平均人数は 22.7 人であった。一方、地域密着型では「10～15 人未満」が 34.9%で最も多く、次いで「5～10 人未満」が 31.5%、平均人数は 10.2 人であった。

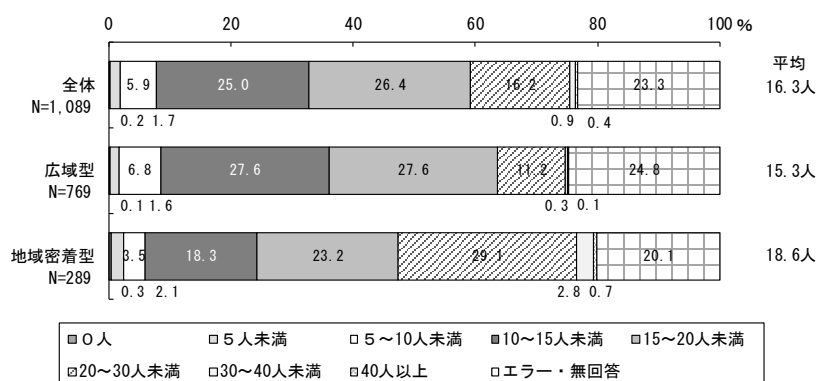
定員 50 人換算でみると、広域型では「10～15 人未満」「15～20 人未満」が 27.6%で最も多く、地域密着型では「20～30 人未満」が 29.1%で最も多かった。平均人数は広域型で 15.3 人、地域密着型で 18.6 人であった。

また、介護職員のうち介護福祉士が占める割合は広域型で平均 66.4%、地域密着型で平均 64.2%である。

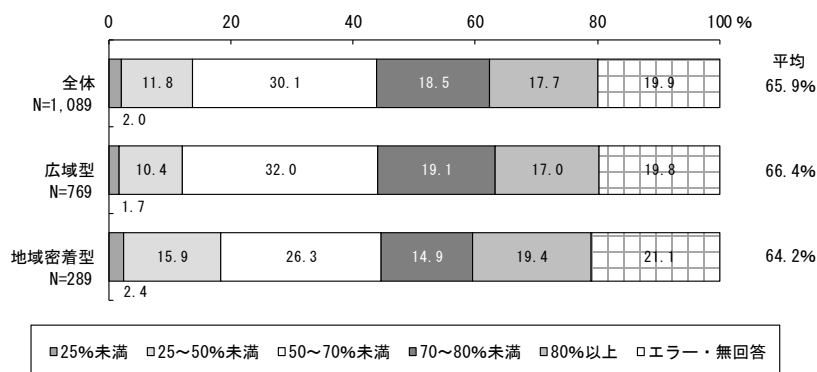
図表 介護福祉士数(常勤換算数)



<定員50人換算>



図表 介護福祉士が介護職員総数に占める割合(常勤換算数)

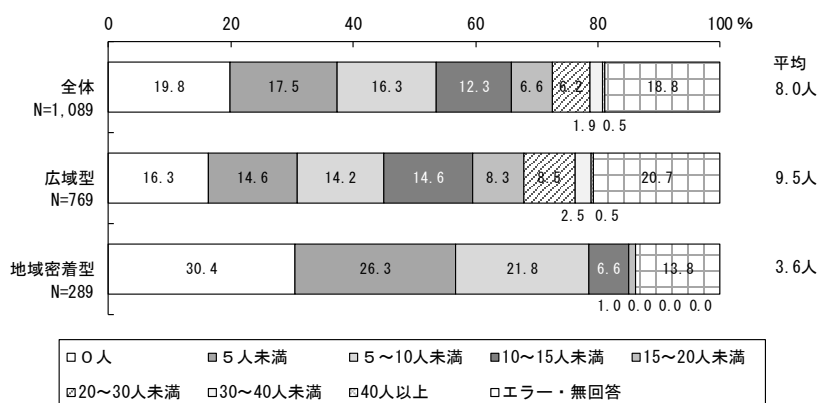


3) たんの吸引等の医療処置ができる介護職員の数【問2(2)②】

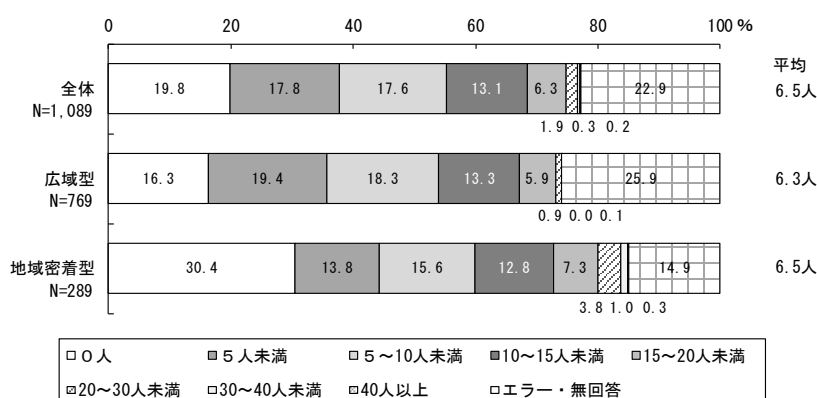
研修を受け、たんの吸引等の医療処置ができる介護職員の数(常勤換算数)は、広域型・地域密着型ともに「0人」(16.3%、30.4%)が最も多く、1施設あたりの平均人数は広域型で9.5人、地域密着型で3.6人であった。

研修を受け、たんの吸引等の医療処置ができる介護職員の介護職員総数に占める割合は、広域型で平均30.1%、地域密着型で平均24.1%であった。

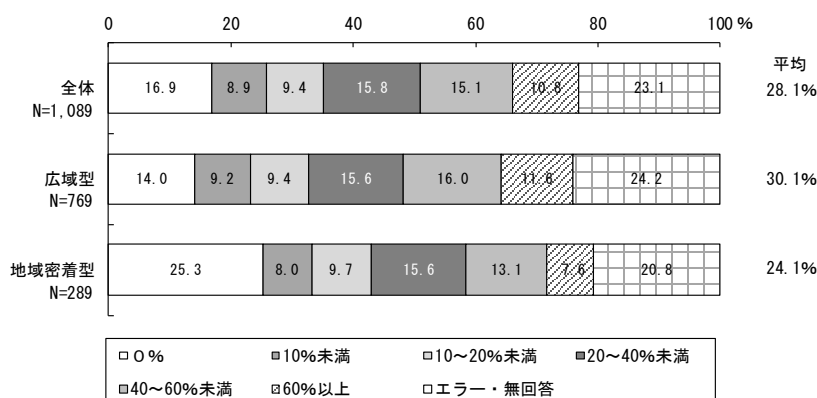
図表 研修を受け、たんの吸引等の医療処置ができる介護職員(常勤換算数)



<定員 50 人換算>



図表 研修を受け、たんの吸引等の医療処置ができる介護職員が介護職員総数に占める割合(常勤換算数)

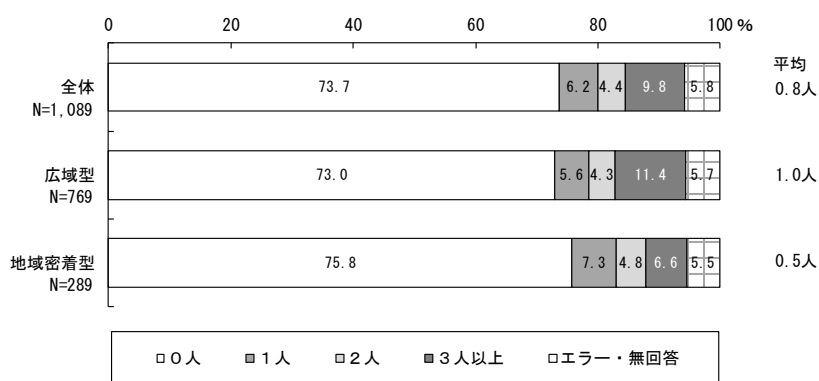


4)派遣職員数(介護職員)【問2(2)③】

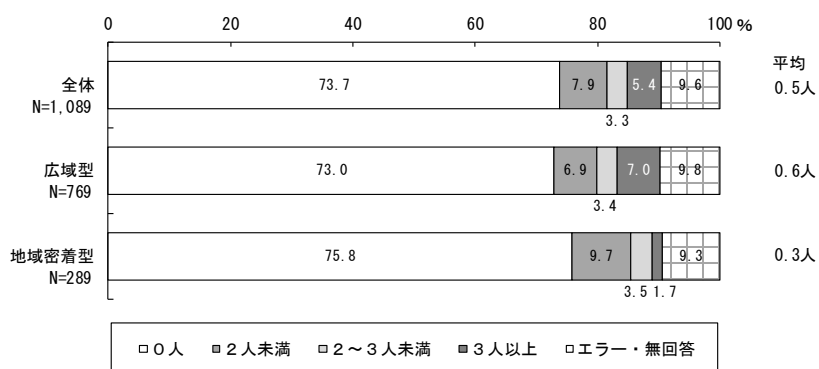
介護職員のうち派遣職員の数(実人数)は、広域型・地域密着型ともに「0人」(73.0%、75.8%)が最も多く、派遣職員が1人以上いる施設は広域型で21.3%、地域密着型で18.7%であった。派遣職員の1施設あたりの平均人数(実人数)は広域型で1.0人、地域密着型で0.5人、常勤換算では同0.6人、0.3人であった。

また、派遣職員が介護職員総数に占める割合(常勤換算)は、広域型で平均38.5%、地域密着型で平均18.7%であった。

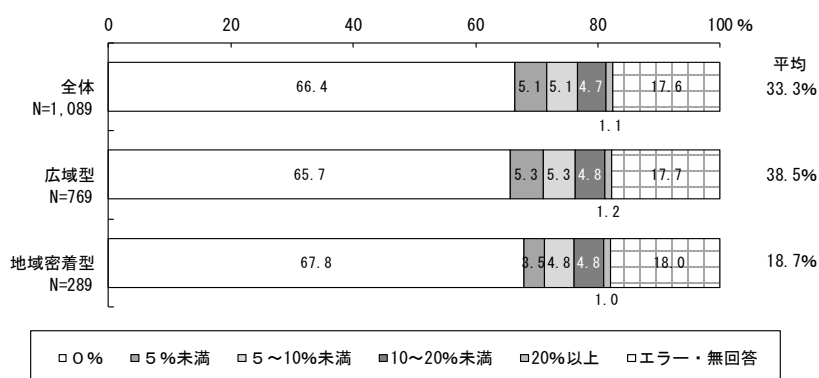
図表 派遣職員数(介護職員、実人数)



図表 派遣職員数(介護職員、常勤換算数)



図表 派遣職員が介護職員総数に占める割合(常勤換算数)

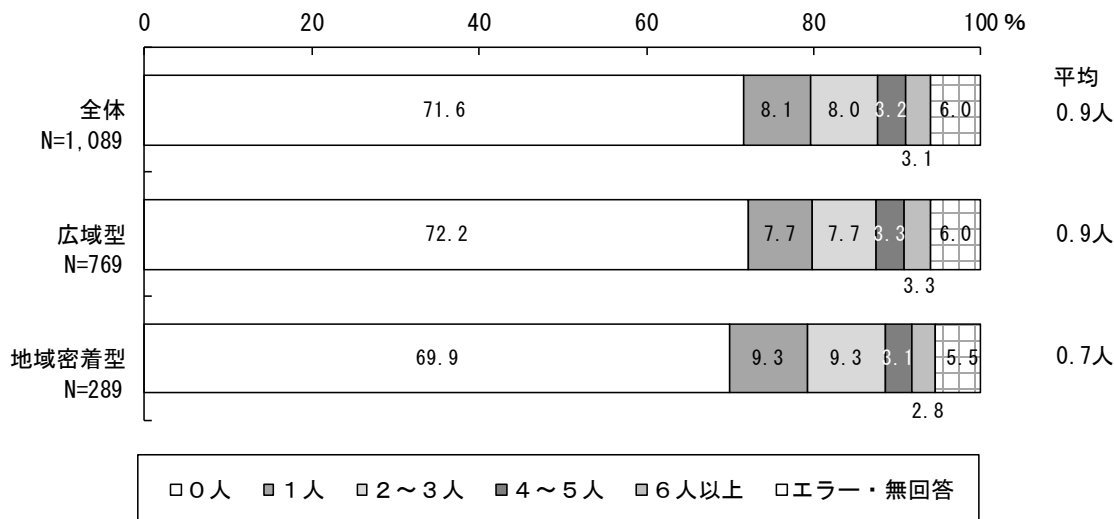


5)夜勤専門として働いている介護職員数【問2(2)④】

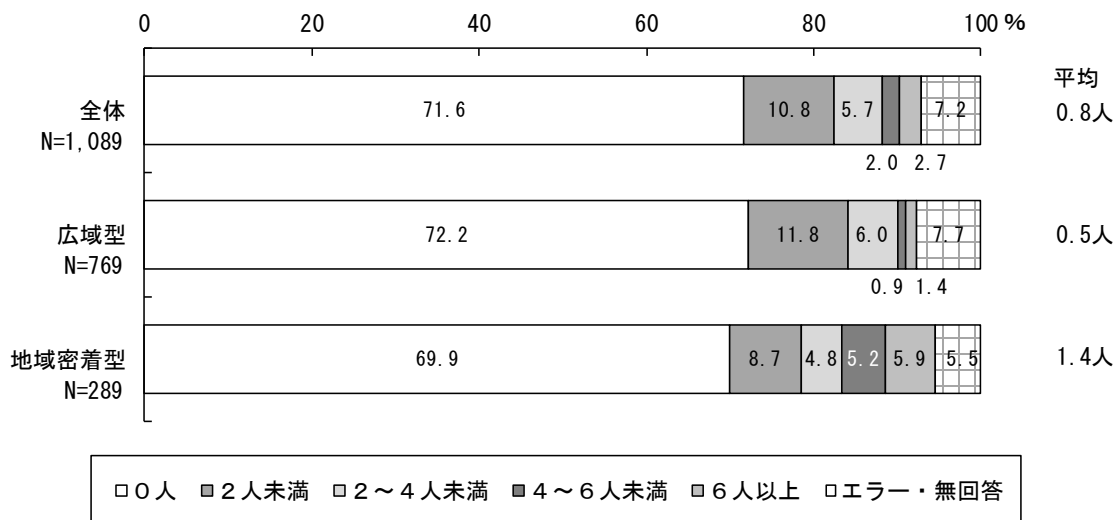
夜勤専門として働いている介護職員数(実人数)は、広域型・地域密着型ともに、「0 人」(72.2%、69.9%)が最も多く、夜勤専門として働いている介護職員が1人以上いる施設は広域型で 21.8%、地域密着型で 24.6%であった。また、夜勤専門として働いている介護職員の1施設あたりの平均人数は広域型で 0.9 人、地域密着型で 0.7 人であった。

定員 50 人換算でみると、平均人数は広域型で 0.5 人、地域密着型で 1.4 人であった。

図表 夜勤専門として働いている介護職員数(実人数)



<定員 50 人換算>





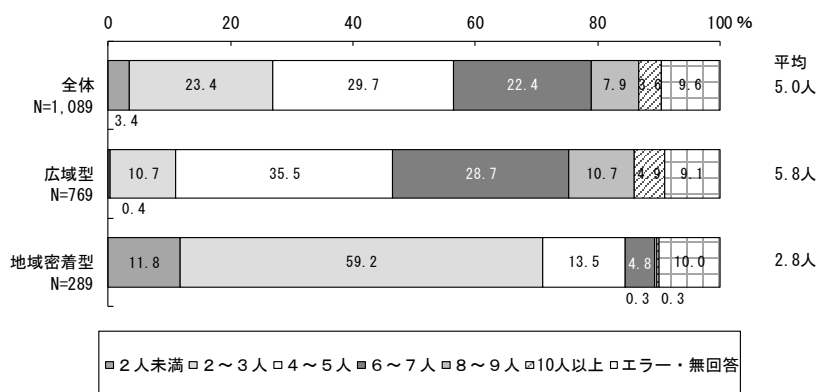
3. 看護職員数の状況【問2(3)】

1)看護職員数【問2(3)】

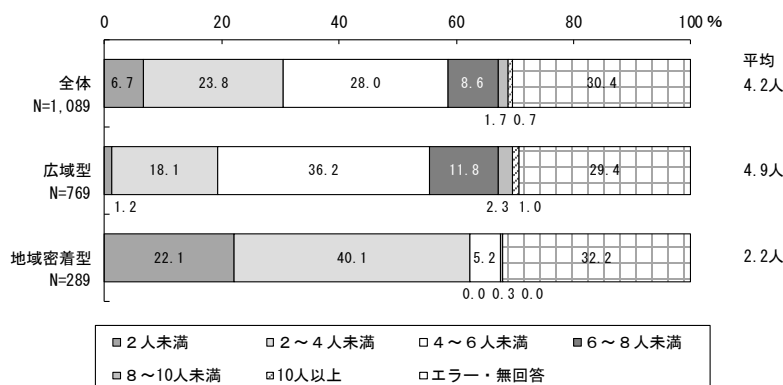
看護職員数(実人数)は、広域型では「4～5人」が 35.5%で最も多く、次いで「6～7人」が 28.7%であった。地域密着型では「2～3人」が 59.2%で最も多く、次いで「4～5人」が 13.5%であった。看護職員の1施設あたりの平均人数(実人数)は広域型で5.8人(常勤換算 4.9人)、地域密着型で2.2人(常勤換算 2.2人)となっていた。

定員 50 人換算でみると、看護職員の1施設あたりの平均人数(常勤換算数)は広域型で 3.4 人、地域密着型で 4.1 人であった。

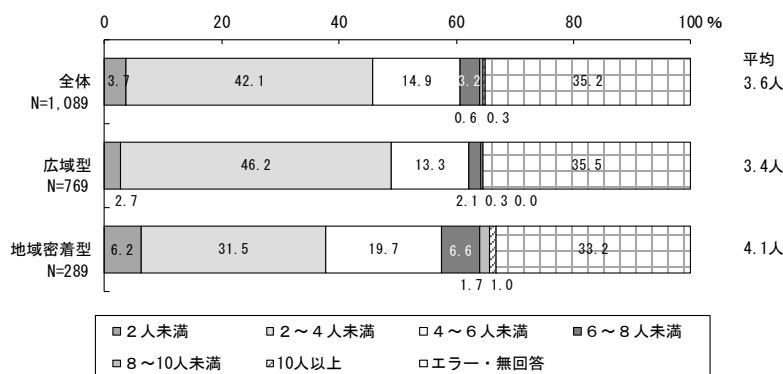
図表 看護職員数(実人数、常勤・非常勤合計)



図表 看護職員数(実人数、常勤・非常勤合計)



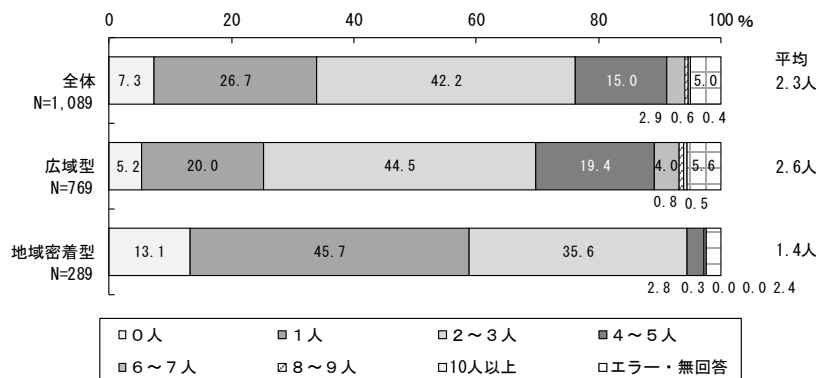
<定員 50 人換算>



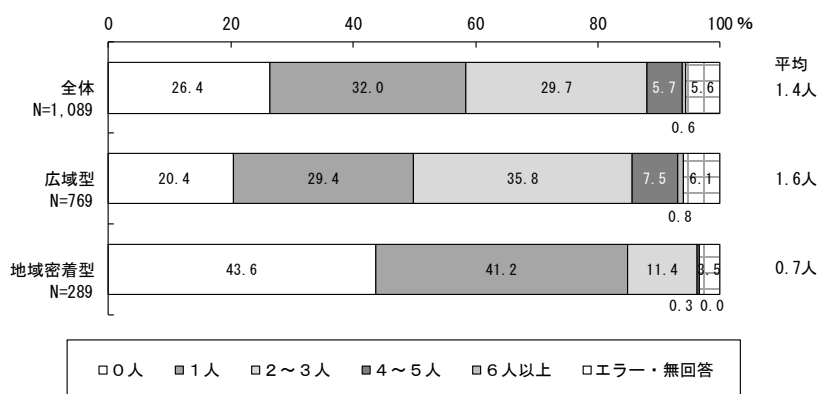
2)常勤の看護職員数【問2(3)①②】

看護職員のうち、常勤の看護師の平均人数(実人数)は、広域型で 2.6 人、地域密着型で平均 1.4 人であった。また、常勤の准看護師の平均人数(実人数)は、広域型で 1.6 人、地域密着型で 0.7 人であった。

図表 常勤の看護師数(実人数)



図表 常勤の准看護師数(実人数)

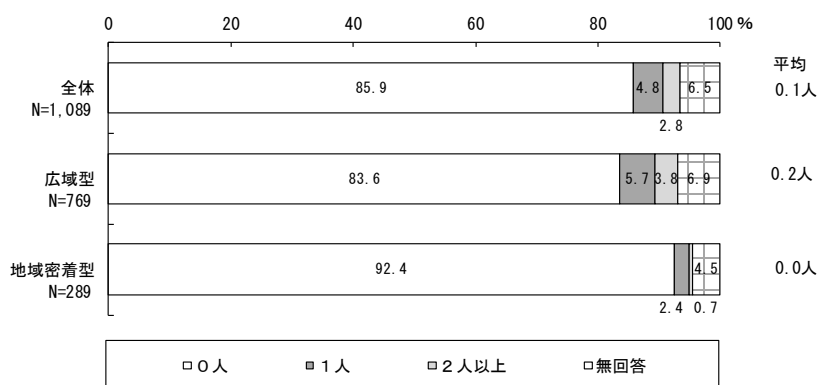


3)派遣職員数(看護職員)【問2(3)③】

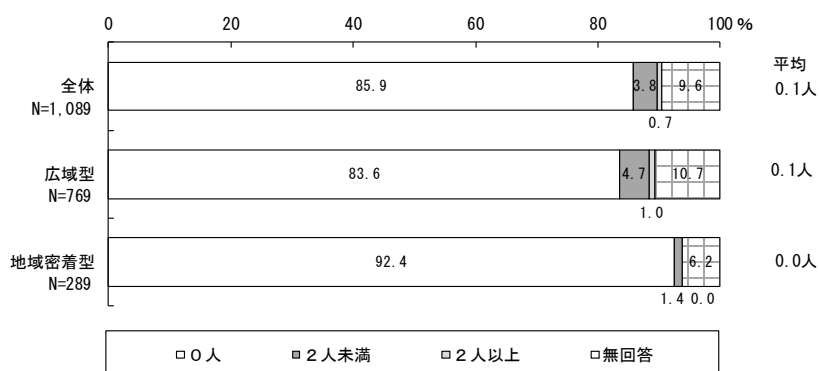
看護職員のうち派遣職員の数(実人数)は、広域型・地域密着型ともに「0人」(83.6%、92.4%)が最も多く、派遣職員が1人以上いる施設は広域型で9.5%、地域密着型で3.1%であった。派遣職員の1施設あたりの平均人数(実人数)は広域型で0.2人、地域密着型で0.0人、常勤換算では同0.6人、0.3人であった。

また、派遣職員が看護職員総数に占める割合(常勤換算)は、広域型で平均1.7%、地域密着型で平均0.2%であった。

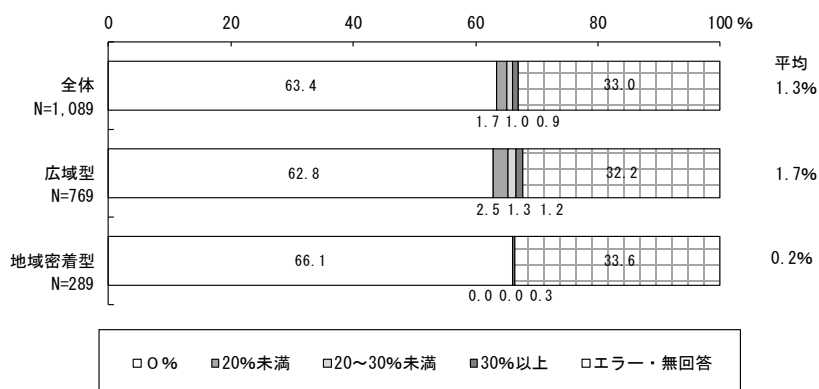
図表 派遣職員数(看護職員、実人数)



図表 派遣職員数(看護職員、常勤換算数)



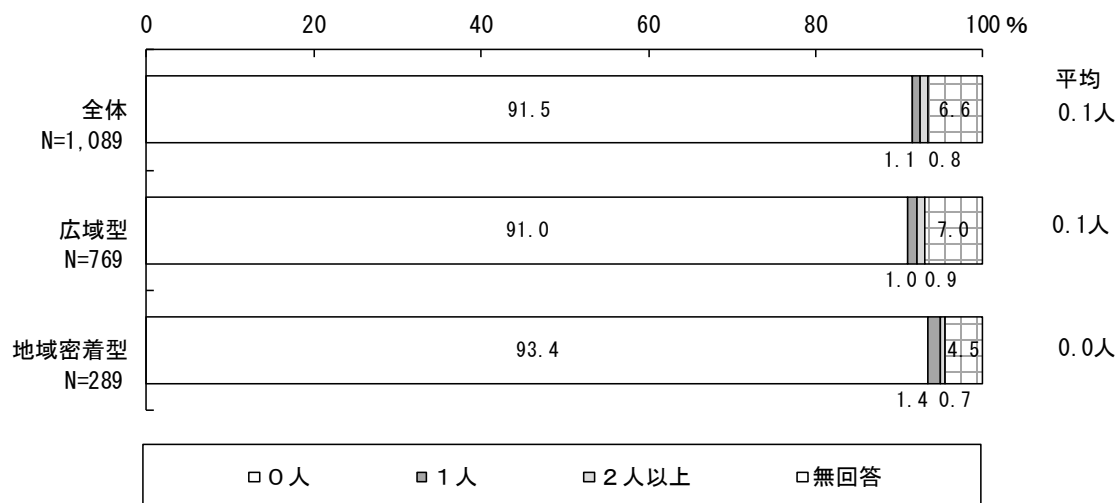
図表 派遣職員が看護職員総数に占める割合(常勤換算数)



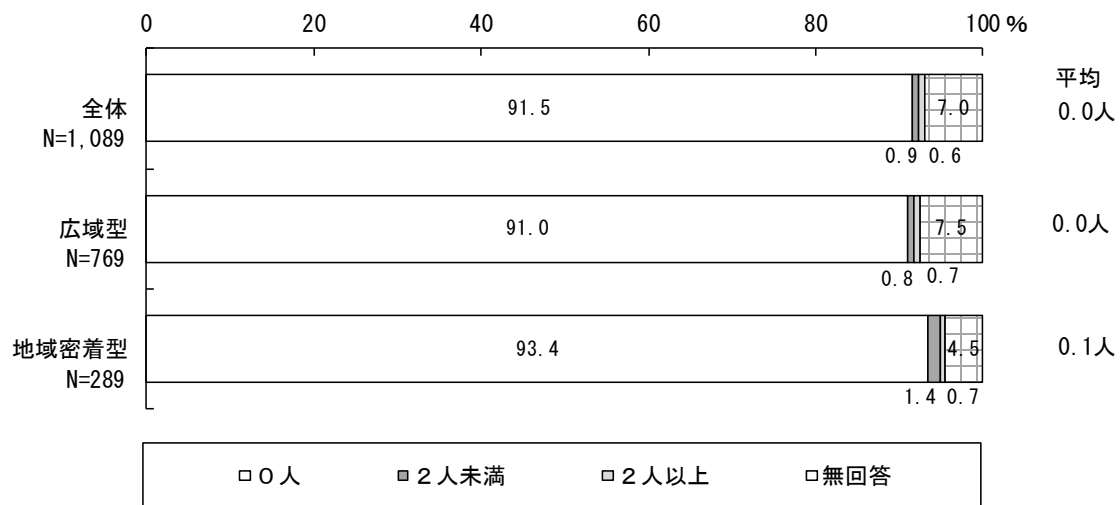
4)夜勤専門として働いている看護職員数〔問2(3)④〕

夜勤専門として働いている看護職員数(実人数)は、広域型・地域密着型ともに「0人」(91.0%、93.4%)が最も多く、夜勤専門として働いている看護職員が1人以上いる施設は広域型で 1.9%、地域密着型で 2.1%に留まっていた。

図表 夜勤専門として働いている看護職員数(実人数)



<定員 50 人換算>

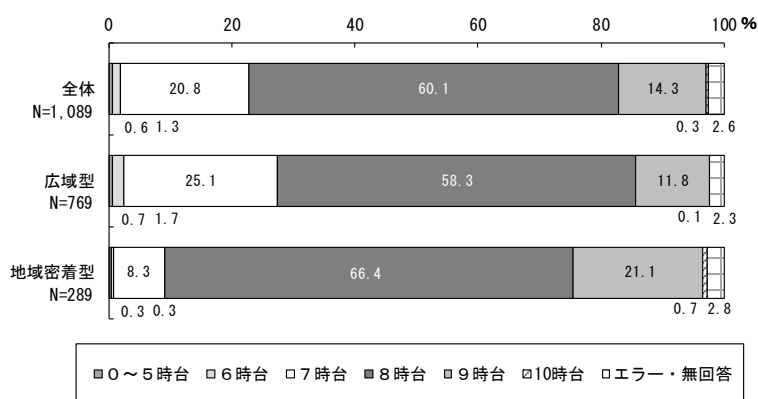


5)看護職員が必ず勤務している時間帯【問2(6)】

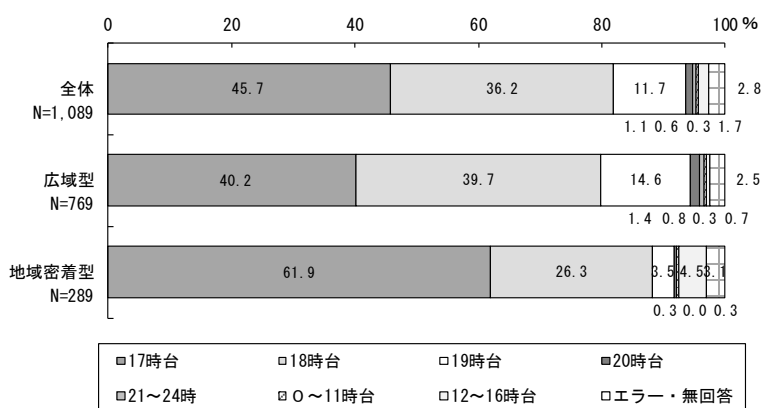
看護職員の勤務開始時刻は「8 時台」(60.1%)が最も多く、勤務終了時刻は「17 時台」(45.7%)が最も多かった。

看護職員の勤務時間数は、「9～10 時間未満」(50.0%)が半数を占めており、次いで「10～12 時間未満」が 32.0%であった。施設の種別別にみると、地域密着型では「9～10 時間未満」が 73.4%と広域型(41.7%)よりも 31.7 ポイント高かった。看護職員の平均勤務時間数は、広域型で 10.0 時間、地域密着型で 9.2 時間であった。

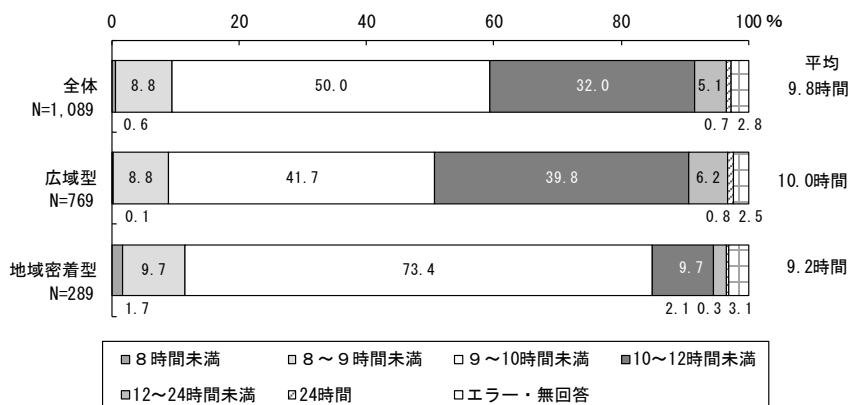
図表 看護職員が必ず勤務している時間帯－勤務開始時刻



図表 看護職員が必ず勤務している時間帯－勤務終了時刻



図表 看護職員が必ず勤務している時間帯－勤務時間数

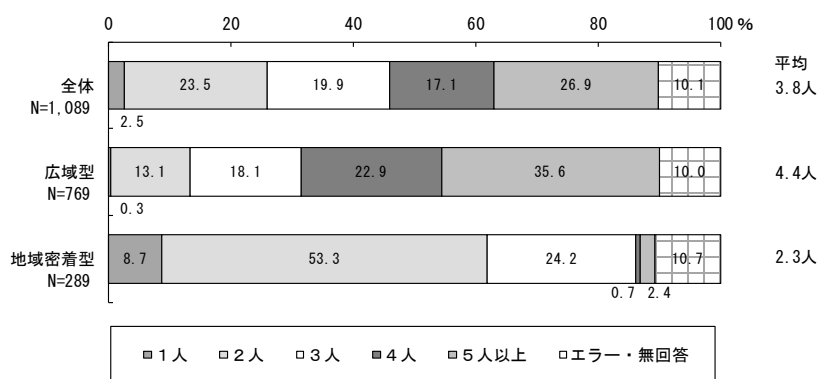


4. 夜間(深夜帯)の職員数【問2(7)】

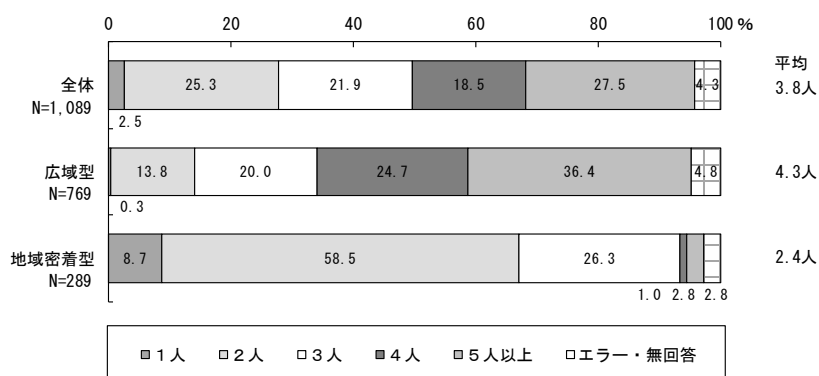
夜間(深夜帯)の職員数は、広域型では「5人以上」(35.6%)が最も多く、次いで「4人」が 22.9%であった。一方、地域密着型では「2人」(53.3%)が過半数を占めており、次いで「3人」が 24.2%であった。平均人数はそれぞれ 4.4 人、2.3 人となっていた。

また、夜間(深夜帯)の職員のうち、介護職員は広域型で平均 4.4 人、地域密着型で平均 2.3 人であるのに対し、看護職員は広域型、地域密着型ともに、平均 0.0 人であった。このことから、夜間職員のほとんどは介護職員であることがうかがえる。

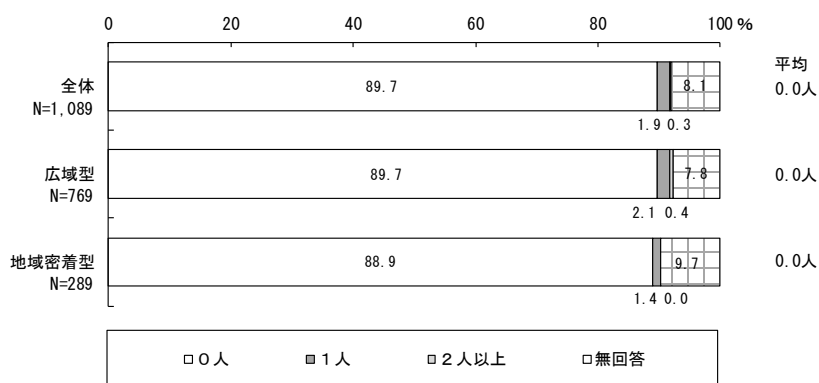
図表 夜間(深夜帯)の職員数(夜勤・宿直の合計、実人数)－介護職員＋看護職員



図表 夜間(深夜帯)の介護職員数(夜勤・宿直の合計、実人数)



図表 夜間(深夜帯)の看護職員数(夜勤・宿直の合計、実人数)

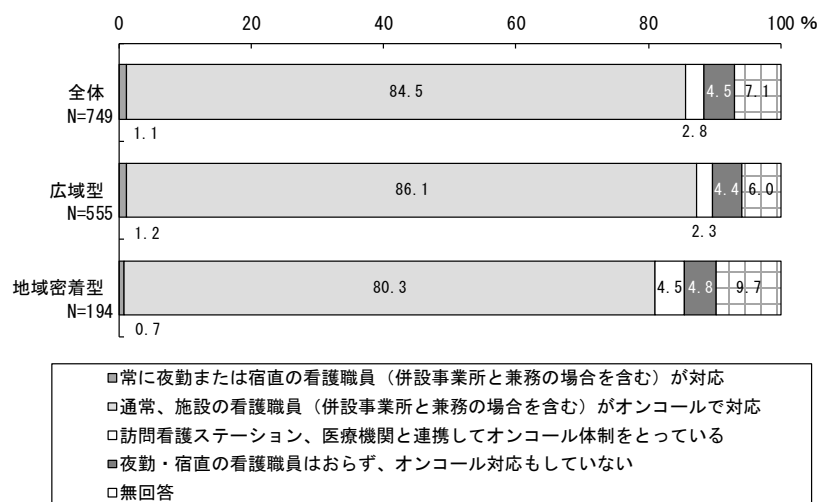


5. 夜間の看護体制【問2(8)】

夜間の看護体制は「通常、施設の看護職員（併設事業所と兼務の場合を含む）がオンコールで対応」が 84.5%を占めており、次いで「夜勤・宿直の看護職員はおらず、オンコール対応もしていない」が 4.5%、「訪問看護ステーション、医療機関と連携してオンコール対応をとっている」が 2.8%であった。

また、施設の種類別にみても概ね同様の比率となっていた。

図表 夜間の看護体制

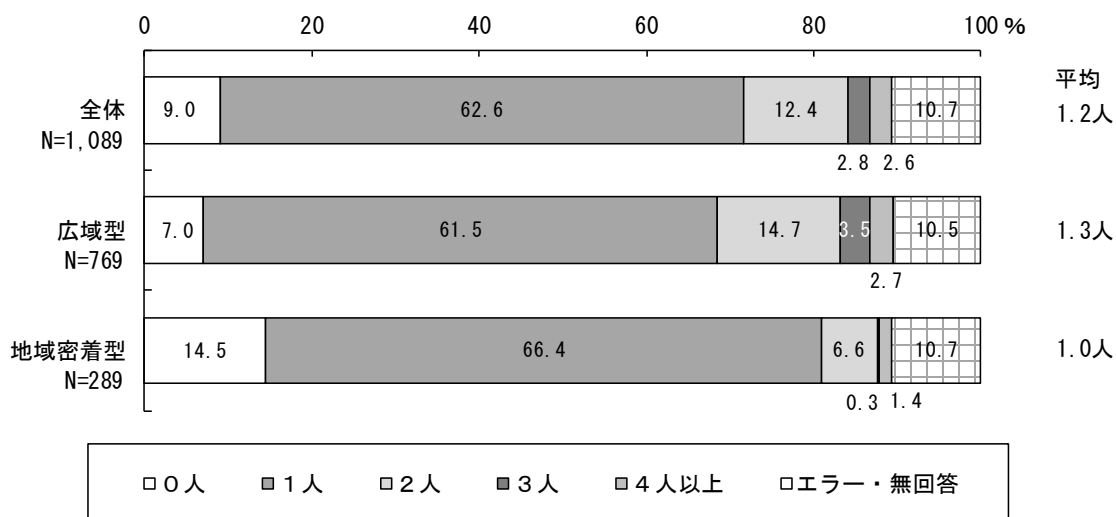


6. 機能訓練指導員数【問2(4)】

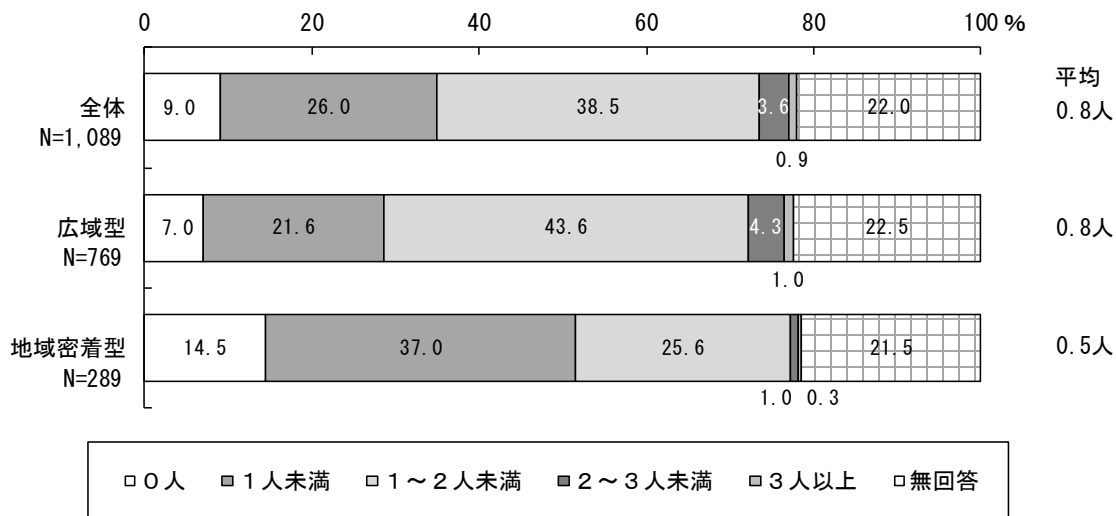
機能訓練指導員数(実人数)は、広域型、地域密着型ともに「1人」(61.5%、66.4%)が最も多く、平均人数はそれぞれ1.3人、1.0人であった。

常勤換算数をみると、広域型では「1～2人未満」(43.6%)が、地域密着型では「1人未満」(37.0%)が最も多かった。また、1施設あたりの平均人数は、広域型で0.8人、地域密着型で0.5人であった。

図表 機能訓練指導員数(実人数、常勤・非常勤合計)



図表 機能訓練指導員(常勤換算数、常勤・非常勤合計)



7. ユニットリーダーの状況【問2(5)】

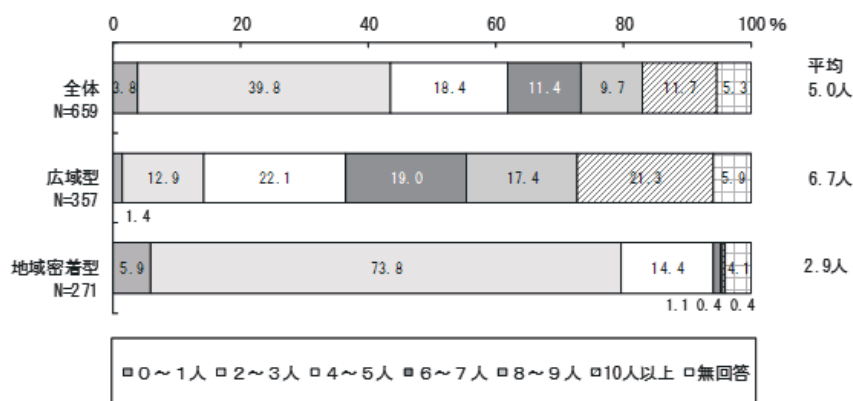
1) ユニットリーダー数【問2(5)】

常勤のユニットリーダー数は、広域型では「4～5人」が22.1%で最も多く、次いで「10人以上」が21.3%であった。一方、地域密着型では「2～3人」が73.8%で最も多く、次いで「4～5人」が14.4%であった。また、常勤のユニットリーダーの平均人数は、広域型で6.7人、地域密着型で2.9人となっていた。

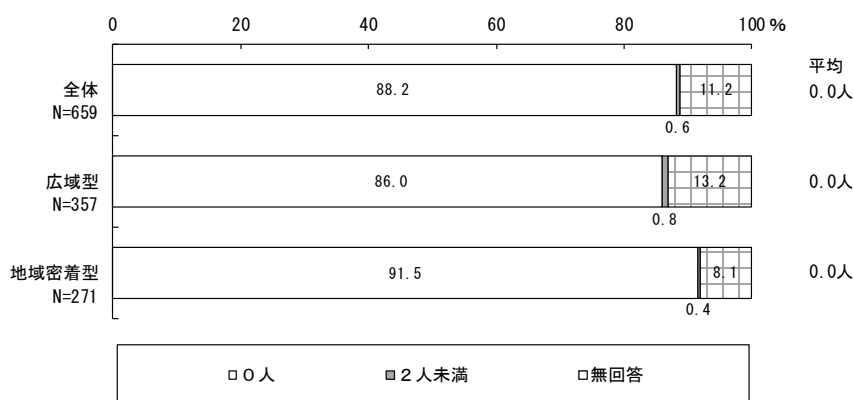
非常勤のユニットリーダー数は、広域型・地域密着型ともに「0人」が86.0%、91.5%で最も多く、非常勤のユニットリーダーがいる施設は広域型で0.8%、地域密着型で0.4%であった。

また、1ユニットあたりのユニットリーダー数(常勤換算数)は、広域型・地域密着型ともに「1～2人未満」(58.3%、64.6%)が最も多く、平均人数は広域型・地域密着型ともに1.0人であった。

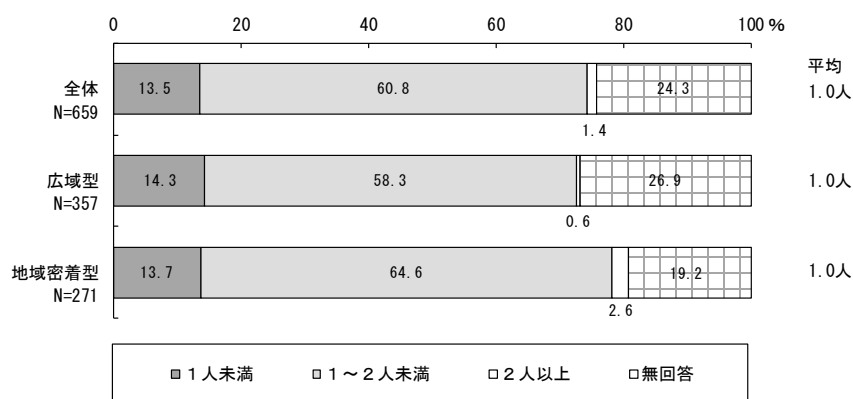
図表 常勤のユニットリーダー数(実人数)



図表 非常勤のユニットリーダー数(常勤換算数)



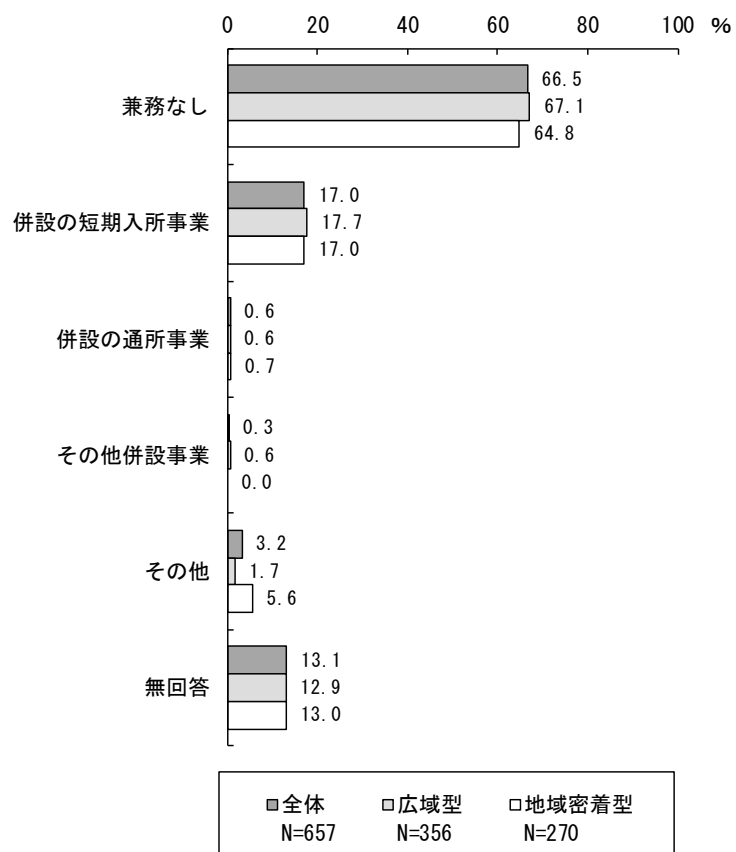
図表 1ユニットあたりのユニットリーダー数(常勤換算数)



2)兼務の状況【問2(5)SQ1】

ユニットリーダー(常勤)の兼務の状況は、広域型・地域密着型ともに「兼務なし」(67.1%、64.8%)が最も多かった。兼務している場合の兼務先は、広域型・地域密着型ともに「併設の短期入所事業」(17.7%、17.0%)が最も多かった。

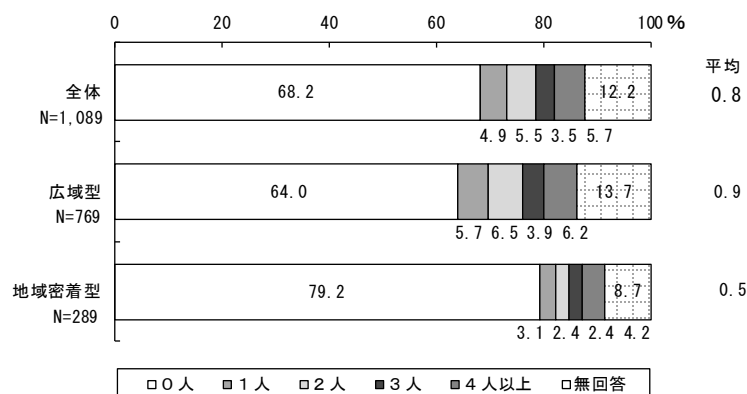
図表 ユニットリーダーの兼務の状況(複数回答)
(常勤の場合)



8. 外国籍の介護職員数【問2(9)】

外国籍の介護職員数(常勤＋非常勤)は広域型・地域密着型ともに「0人」(64.0%、79.2%)が最も多く、外国籍の介護職員が1人以上いる施設は広域型で 22.3%、地域密着型で 12.1%であった。また平均人数は広域が屋で 0.9 人、地域密着型で 0.5 人であった。

図表 外国籍の介護職員数(実人数)－常勤＋非常勤





9. 介護職の補助業務を担う職員の状況【問2(10)】

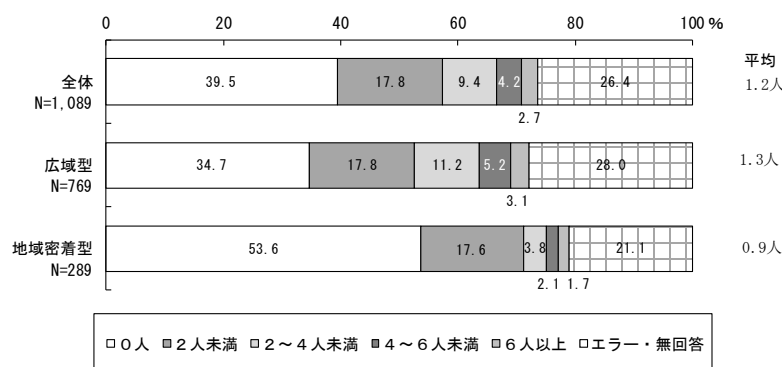
1) 介護職の補助業務を担う職員数(ボランティアを除く)【問2(10)】

介護職の補助業務を担う職員(常勤・非常勤の合計、常勤換算数)がいる施設は、広域型の 37.3%、地域密着型の 25.3%であった。

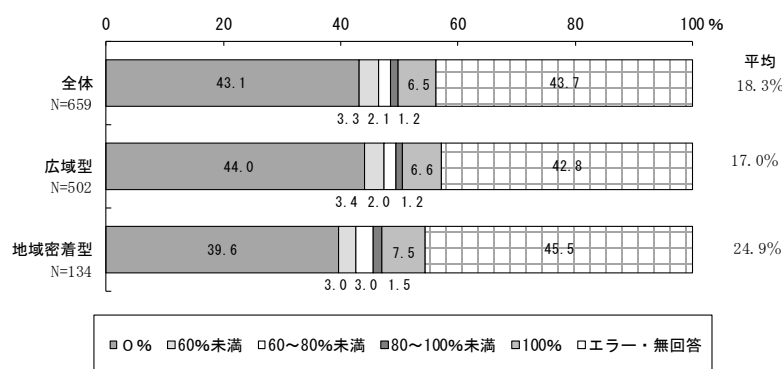
人数の分布をみると、広域型・地域密着型ともに「0人」(34.7%、53.6%)が最も多く、次いで「2人未満」がそれぞれ 17.8%、17.6%であった。介護職の補助業務を担う職員の1施設あたりの平均人数(常勤換算)は、広域型で 1.3 人、地域密着型で 0.9 人であった。

介護職の補助業務を担う職員のうち常勤が占める割合は、広域型で平均 17.0%、地域密着型で平均 24.9%であった。

図表 介護職の補助業務を担う職員数(常勤・非常勤合計、ボランティアを除く、常勤換算数)



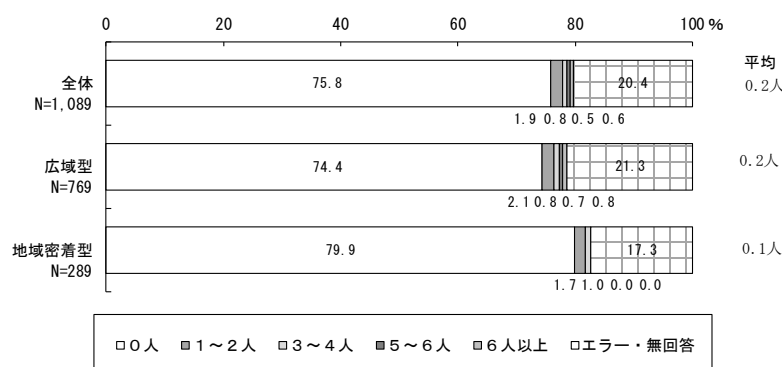
図表 介護職の補助業務を担う職員に占める常勤の割合(ボランティアを除く、常勤換算数)



2) 介護職の補助業務を担う職員数(ボランティアのみ)【問2(10)】

介護職の補助業務を担う職員(ボランティア、実人数)が1人以上いる施設は、広域型の 4.3%、地域密着型の 2.8%であった。

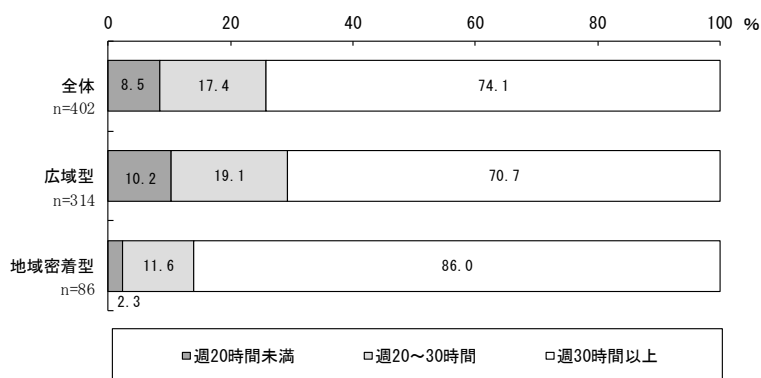
図表 介護職の補助業務を担う職員数(ボランティアのみ、実人数)



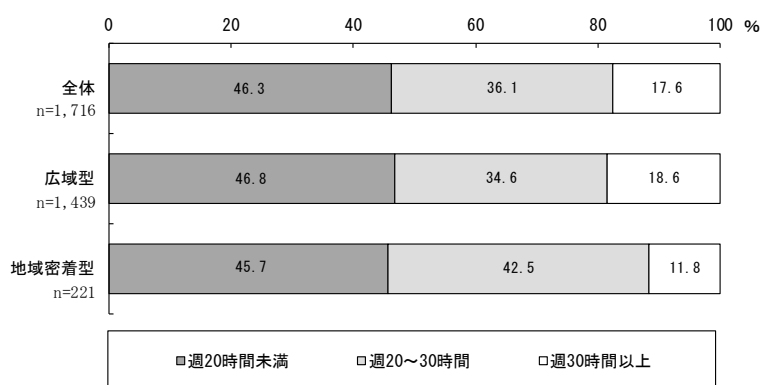
3)介護職の補助業務を担う職員の勤務時間【問2(10)】

介護職の補助業務を担う職員の勤務時間は、勤務形態が常勤の場合には「週 30 時間以上」が 74.1%で最も多く、次いで「週 20～30 時間」が 17.4%であった。また、勤務形態が非常勤の場合には、「週 20 時間未満」が 46.3%で最も多く、次いで「週 20～30 時間」が 36.1%であった。勤務形態がボランティアの場合には、「週 20 時間未満」が 95.1%を占めていた。

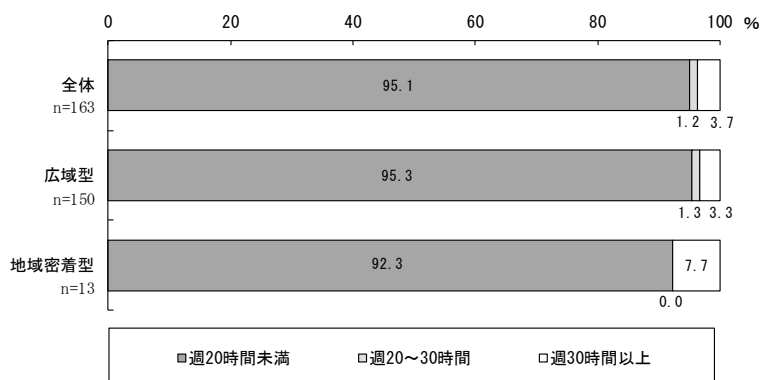
図表 介護職の補助業務を担う職員の勤務時間(常勤)



図表 介護職の補助業務を担う職員の勤務時間(非常勤)



図表 介護職の補助業務を担う職員の勤務時間(ボランティア)



Ⅲ. 配置医師の状況

1. 配置医師の勤務状況【問6(1)】

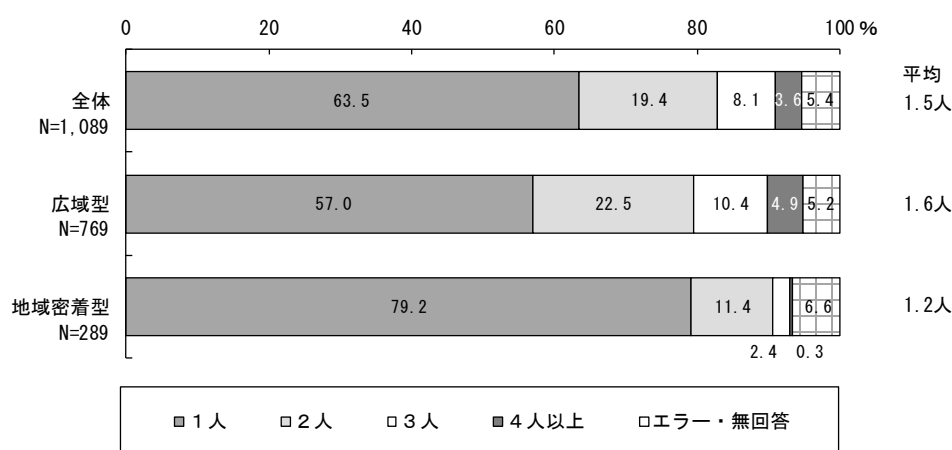
1) 配置医師数【問6(1)】

配置医師数は広域型・地域密着型ともに「1人」が 57.0%、79.2%で最も多く、配置医師の1施設あたりの平均人数(実人数)はそれぞれ 1.6 人、1.2 人であった。

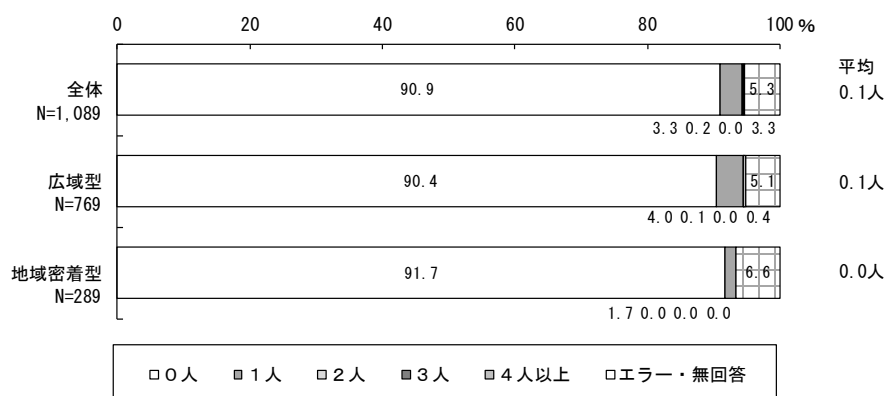
常勤の配置医師がいる施設は、広域型で 4.5%、地域密着型で 1.7%であった。また、常勤の配置医師の1施設あたりの平均人数はそれぞれ 0.1 人、0.0 人であった。

非常勤の配置医師数(実人数)は、広域型・地域密着型ともに「1人」(55. 5%、77.9%)が過半数を占め、1施設あたりの平均人数(実人数)は、広域型で 1.6 人、地域密着型で 1.2 人であった。

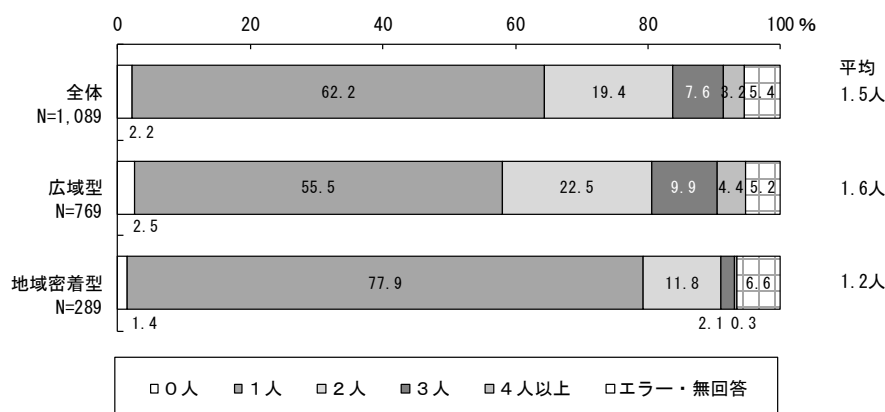
図表 配置医師数(実人数)－常勤＋非常勤



図表 配置医師数(実人数)－常勤



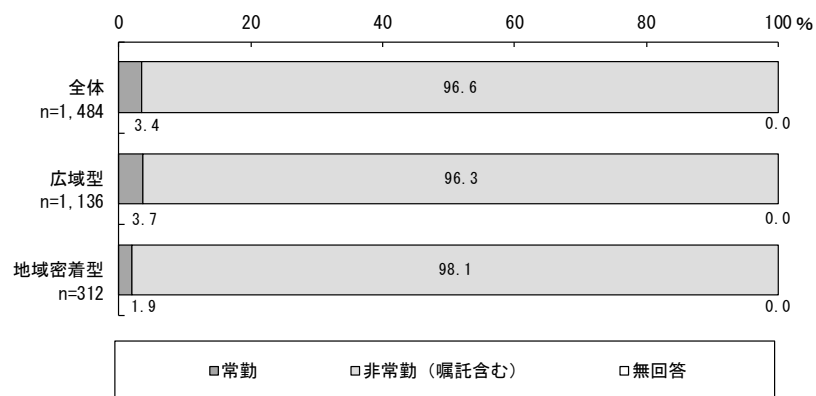
図表 配置医師数(実人数)－非常勤



2)配置医師の勤務形態【問6(1)SQ1①】

配置医師の勤務形態は、「非常勤(嘱託含む)」が 96.6%を占めており、施設の種類別にみても概ね同様の比率であった。

図表 配置医師の勤務形態(人数積み上げ)



3)施設特性格 配置医師の勤務形態〔クロス集計〕

施設特性によって配置医師の勤務形態に違いが見られるのかどうかを確認するため、以下の項目と「配置医師の勤務形態(問6(1))」とのクロス集計を行った。集計の結果、一定の傾向が見られた項目は*マークを付した5項目のみであった。なお、特徴が見いだせなかった項目については、本報告書には掲載していないが、別添の集計表に収録している。

- 都市圏(施設の所在地)・・・*
- 都市規模(施設の所在地)・・・*
- 地域区分(級地)(施設の所在地)・・・*
- 併設・隣接の状況(問1(2))・・・*
- 設立年(介護サービス情報公表システムより取得)
- 平均要介護度(問3(4))
- 要介護5の入所者の割合(問3(4))
- 医療処置を要する入所者の割合(問4(1)⑨⑩)
- 看護職員のうち常勤が占める割合(問2(3))
- 看護職員が必ず勤務している時間数(問2(6))・・・*
- 夜間の看護職員数(問2(7))
- 夜間の看護体制(問2(8))

(1)地域別 配置医師の勤務形態〔施設の所在地×問6(1)〕

地域別に配置医師の勤務形態をみると、常勤医師がいる施設の割合は、三大都市圏である「首都圏」(5.2%)、「中京圏」(4.4%)、「近畿圏」(5.6%)で三大都市圏以外「その他」の地域(3.0%)に比べて約2ポイント高くなっている。また、都市規模別にみると、「指定都市・特別区」では常勤医師のいる施設の割合が8.9%と、他の地域に比べて約6ポイント高かった。

図表 地域別 配置医師の勤務形態

		全体	常勤医師 あり	非常勤2 名以上	非常勤1 名	エラー・ 無回答
全 体		1,089	41	319	671	58
		100.0	3.8	29.3	61.6	5.3
都市圏	首都圏	172	5.2	41.9	50.6	2.3
	中京圏	91	4.4	31.9	58.2	5.5
	近畿圏	126	5.6	40.5	48.4	5.6
	その他	697	3.0	23.8	67.1	6.0
	無回答	3	0.0	33.3	66.7	0.0
都市規模	指定都市・特別区	192	8.9	30.7	56.3	4.2
	中核市	188	2.7	33.0	61.2	3.2
	その他の市	514	2.9	29.8	60.3	7.0
	町村	192	2.1	22.9	70.8	4.2
	無回答	3	0.0	33.3	66.7	0.0
地域区分	1級地	27	11.1	44.4	40.7	3.7
	2級地	27	7.4	48.1	40.7	3.7
	3級地	46	6.5	39.1	50.0	4.3
	4級地	32	12.5	43.8	37.5	6.3
	5級地	85	3.5	38.8	54.1	3.5
	6級地	121	5.0	33.9	58.7	2.5
	7級地	183	3.3	25.7	63.9	7.1
	その他	565	2.5	24.8	66.9	5.8
	無回答	3	0.0	33.3	66.7	0.0

※本調査における都市圏の定義は下記の通りである。

首都圏：埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県、
中京圏：岐阜県・愛知県・三重県、
近畿圏：滋賀県・京都府・大阪府・兵庫県

(2)併設・隣接状況別 配置医師の勤務形態〔問1(2)×問6(1)〕

併設・隣接状況別に配置医師の勤務形態をみると、「病院」「診療所(有床)」が併設または隣接している施設では、併設なしの施設に比べて「常勤医師あり」の割合が7～8ポイント高かった。

図表 併設・隣接状況別 配置医師の勤務形態

			全体	常勤医師あり	非常勤2名以上	非常勤1名	エラー・無回答
全 体			1,089	41	319	671	58
			100.0	3.8	29.3	61.6	5.3
問1(2) 併設・隣接の状況	病院	併設または隣接あり	59	10.2	30.5	50.8	8.5
		なし	829	2.3	30.3	62.1	5.3
		無回答	201	8.0	24.9	62.7	4.5
	診療所 (有床)	併設または隣接あり	10	10.0	20.0	70.0	0.0
		なし	842	2.4	30.4	61.8	5.5
		無回答	237	8.4	25.7	60.8	5.1
	診療所 (無床)	併設または隣接あり	314	5.7	29.0	61.1	4.1
		なし	677	2.2	30.6	61.6	5.6
		無回答	98	8.2	21.4	63.3	7.1

(3)看護職員が必ず勤務している時間数別 配置医師の勤務形態〔問2(6)×問6(1)〕

看護職員が必ず勤務している時間数別に配置医師の勤務形態をみると、看護職員が必ず勤務している時間数が「8～9時間未満」または「24時間」の施設では、常勤医師のいる割合が9.41%、37.5%と高い傾向がみられた(看護職員が「24時間」勤務している施設は8施設のため、参考値)。

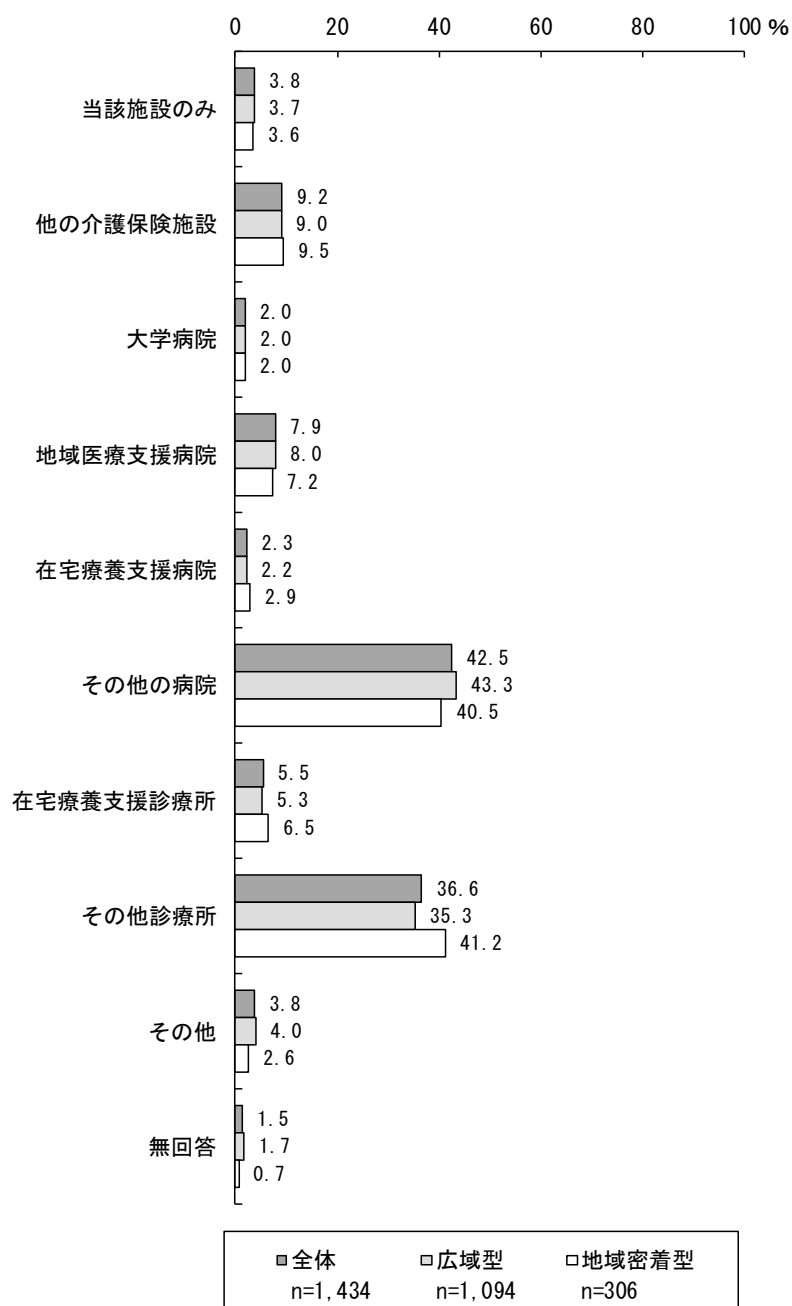
図表 看護職員が必ず勤務している時間数別 配置医師の勤務形態

			全体	常勤医師あり	非常勤2名以上	非常勤1名	エラー・無回答
全 体			1,089	41	319	671	58
			100.0	3.8	29.3	61.6	5.3
問2(6) 看護職員が必ず勤務している時間 (時間数)	8時間未満		6	0.0	33.3	66.7	0.0
	8～9時間未満		96	9.4	34.4	50.0	6.3
	9～10時間未満		545	2.6	24.0	67.5	5.9
	10～12時間未満		349	3.7	35.5	56.7	4.0
	12～24時間未満		55	3.6	27.3	65.5	3.6
	24時間		8	37.5	37.5	25.0	0.0
	エラー・無回答		30	0.0	36.7	50.0	13.3

4)非常勤の配置医師の所属【問6(1)SQ1①】

非常勤の配置医師の所属は、広域型・地域密着型ともに「その他の病院」(43.3%、40.5%)が最も多く、次いで「その他の診療所」が 36.6%、「他の介護保険施設」が 9.2%であった。また、非常勤の配置医師のうち、所属が「当該施設のみ」である割合は 3.8%であった。

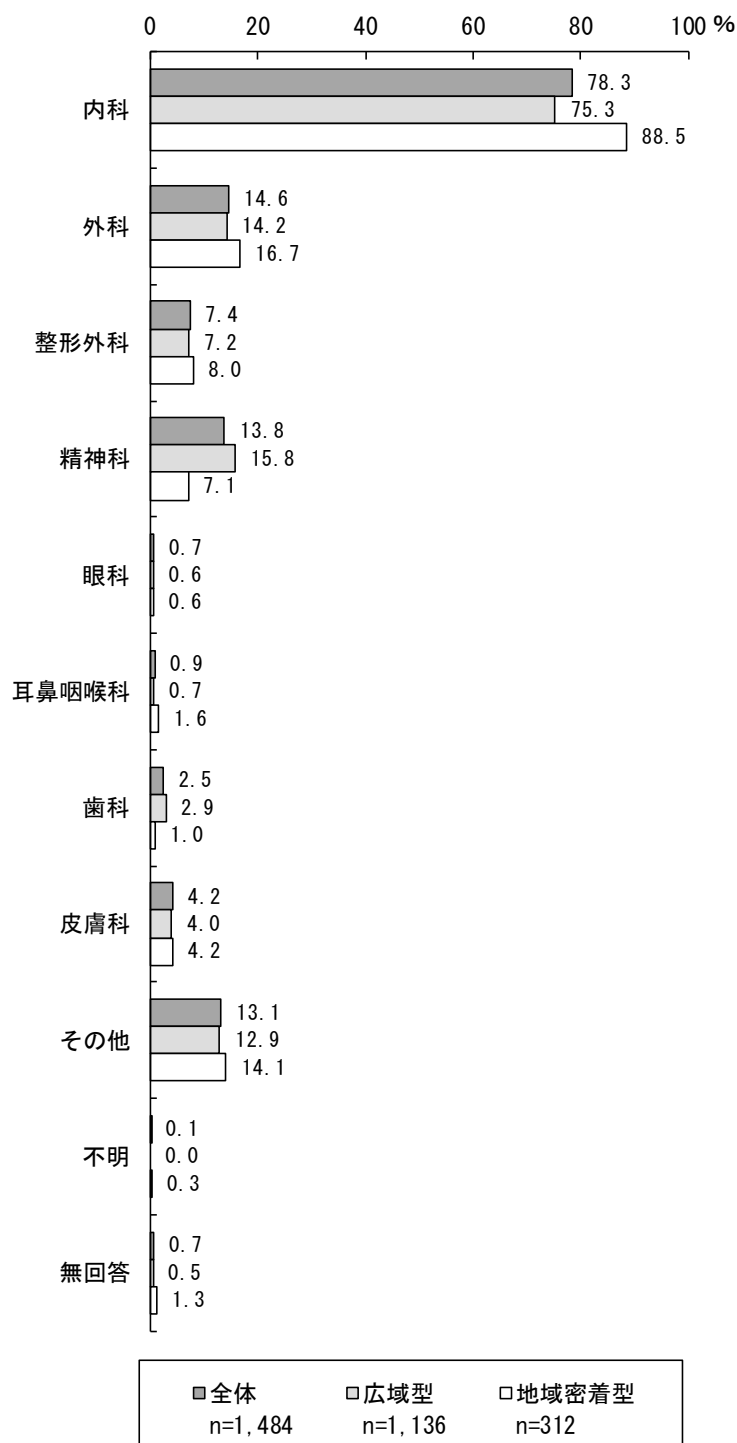
図表 非常勤の配置医師の所属(複数回答)



5)配置医師の診療科【問6(1)SQ1②】

配置医師の診療科は、「内科」が 78.3%で最も多く、次いで「外科」が 14.6%、「精神科」が 13.8%であった。施設の種別別にみると、広域型では「内科」(75.3%)が最も多く、次いで「精神科」が 15.8%、「外科」が 14.2%であった。地域密着型では「内科」(88.5%)が最も多く、次いで「外科」が 16.7%、「整形外科」が 8.0%であった。

図表 配置医師の診療科(複数回答)

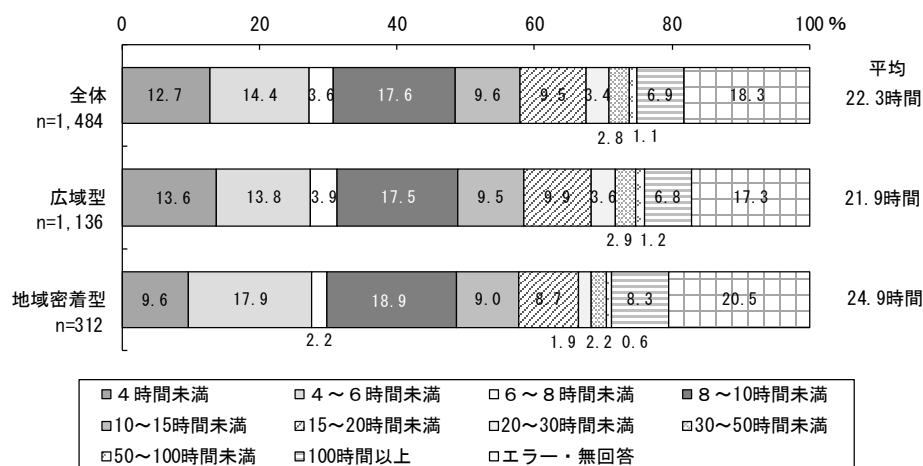


6)配置医師の勤務時間【問6(1)SQ1③】

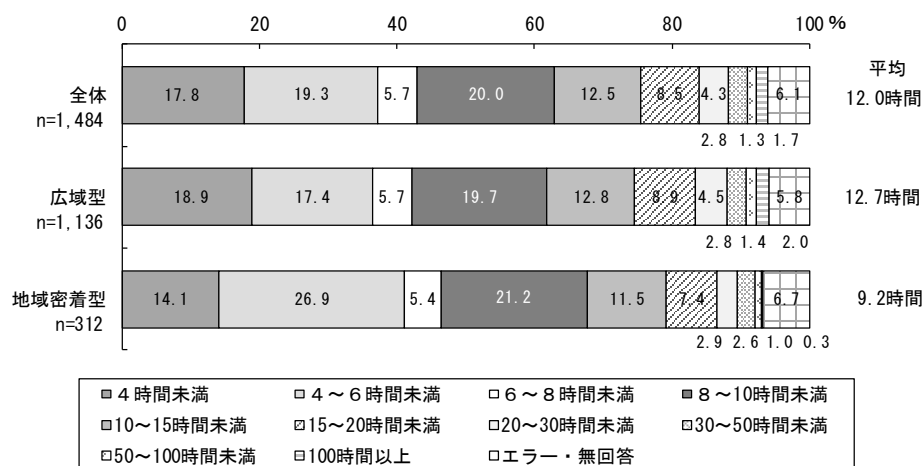
配置医師の勤務時間数をみると、契約上責任を持つ時間は、1か月あたり「8～10 時間未満」(17.6%)が最も多く、平均は 22.3 時間/月であった。施設の種類別にみると、広域型では平均 21.9 時間/月、地域密着型では平均 24.9 時間/月となっていた。

また、平均勤務時間のうち、実際に施設で勤務する時間は、広域型では1か月あたり「8～10 時間未満」(19.7%)が最も多かった一方で、地域密着型では1か月あたり「4～6時間未満」(26.9%)が最も多かった。平均勤務時間は広域型で 12.7 時間/月、地域密着型で 9.2 時間/月であった。

図表 配置医師の勤務時間(契約上責任を持つ時間/月)
(2020 年7月の実績、配置医師個人単位での集計)



図表 配置医師の勤務時間(実際に施設で勤務する時間/月)
(2020 年7月の実績、配置医師個人単位での集計)



7)配置医師の勤務状況別 配置医師の勤務時間【クロス集計】

配置医師の勤務形態によって配置医師の勤務時間に違いが見られるのかどうかを確認するため、「配置医師の勤務形態・所属(問6(1)SQ1①)」と「配置医師の勤務時間(問6(1)SQ1③)」とのクロス集計を行った。

(1)配置医師の勤務形態・所属別 配置医師の勤務時間【問6(1)SQ1①×問6(1)SQ1③】

配置医師の勤務形態・所属別に配置医師の勤務時間をみると、配置医師の勤務形態が「常勤医師」の場合、「契約上責任を持つ時間(平均時間/月)」は 97.9 時間、「実際に施設で勤務する時間(平均時間/月)」は 71.5 時間となっており、非常勤の配置医師に比べて勤務時間が大幅に長い傾向がみられた。

図表 配置医師の勤務形態・所属別 配置医師の勤務時間

		N数	契約上 責任を 持つ時間 (平均 時間/月)	実際に 施設で 勤務する 時間 (平均 時間/月)
全 体		1,484	22.3	12.0
		-	-	-
問6 SQ(1)-1①	常勤医師	50	97.9	71.5
問6 SQ(1)-1①SQ	非常勤医師(在宅療養支援病院または在宅療養支援診療所に所属)	109	18.4	8.7
勤務形態	非常勤医師(その他)	1,304	20.0	10.1
	無回答	21	8.4	8.5

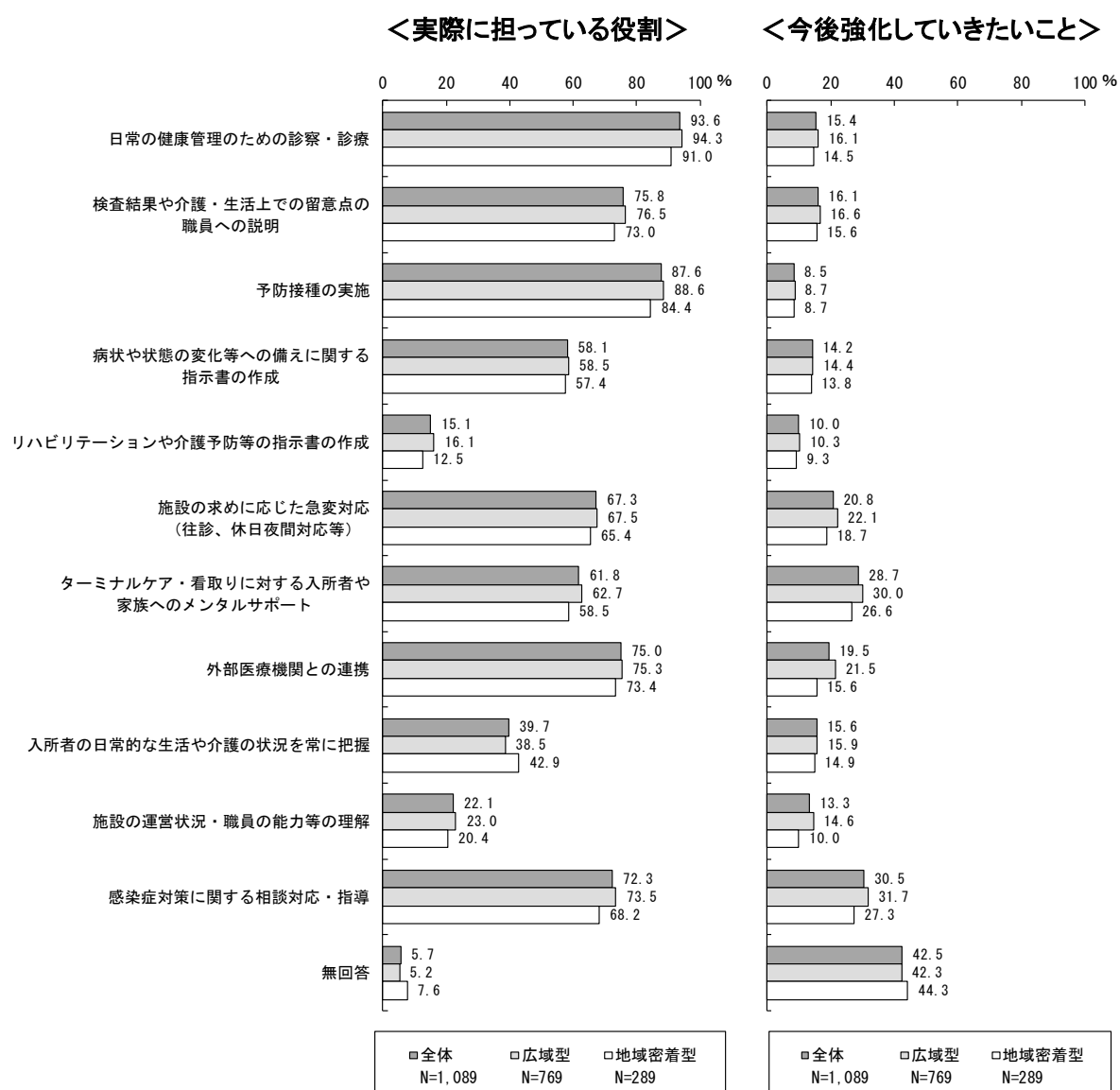
2. 配置医師の役割【問6(2)】

1) 配置医師の役割【問6(2)】

配置医師が実際に担っている役割は、「日常の健康管理のための診察・診療」が 93.6%で最も多く、次いで「予防接種の実施」が 87.6%、「検査結果や介護・生活上での留意点の職員への説明」が 75.8%であった。

配置医師の役割として今後強化していきたいことをみると、「感染症対策に関する相談対応・指導」が 30.5%で最も多く、次いで「ターミナルケア・看取りに対する入所者や家族へのメンタルサポート」(28.7%)、「施設の求めに応じた急変対応(往診、休日夜間対応等)」(20.8%)、「外部医療機関との連携」(19.5%)が上位を占めていた。なお、本設問には「(配置医師の役割として)今後強化していきたくないことはない」という選択肢を設けなかったことから、「無回答」とした 42.5%の施設には「今後強化していきたくないことはない」と考えている施設が含まれている可能性がある。

図表 配置医師の役割(複数回答)



2)配置医師の勤務状況別 配置医師の役割【クロス集計】

配置医師の勤務状況によって配置医師の役割に違いが見られるのかどうかを確認するため、以下の項目と「配置医師が実際に担っている役割(問6(2)①)」とのクロス集計を行った。集計の結果、一定の傾向が見られた項目は*マークを付した1項目のみであった。なお、特徴が見いだせなかった項目については、本報告書には掲載していないが、別添の集計表に収録している。

- 配置医師の勤務形態・所属(問6(1)SQ1①)・・・*
- 配置医師が実際に施設で勤務する時間(問611)SQ1③b)

(1)配置医師の勤務形態・所属別 配置医師が実際に担っている役割【問6(1)SQ1①×問6(2)①】

配置医師の勤務形態・所属別に配置医師が実際に担っている役割をみると、非常勤医師(在宅療養支援病院または在宅療養支援診療所)の場合には「施設の求めに応じた急変対応」(84.4%)や「ターミナルケア・看取りに対する入所者や家族へのメンタルサポート」(79.8%)を担っている割合が、常勤医師(56.0%、64.0%)、非常勤医師(その他)(71.1%、65.5%)と比較して高くなっていた。

図表 配置医師の勤務形態・所属別 配置医師が実際に担っている役割①

		全体	日常の健康管理のため の診察・診療	検査結果や 介護・生活 上での留意 点の職員へ の説明	予防接種の 実施	病状や状態 の変化等へ の備えに関 する指示書 の作成	リハビリ テーション や介護予防 等の指示書 の作成	施設の求め に応じた急 変対応(往 診、休日夜 間対応等)
全 体		1,484	1,470	1,192	1,374	931	240	1,061
		—	99.1	80.3	92.6	62.7	16.2	71.5
問6 SQ(1)-1①	常勤医師	50	98.0	82.0	94.0	62.0	20.0	56.0
問6 SQ(1)-1①SQ	非常勤医師(在宅療養支援病院または在宅療養支援診療所に所属)	109	99.1	76.1	94.5	67.0	18.3	84.4
勤務形態	非常勤医師(その他)	1,304	99.1	80.5	92.6	62.1	16.0	71.1
	無回答	21	100.0	85.7	76.2	81.0	9.5	66.7

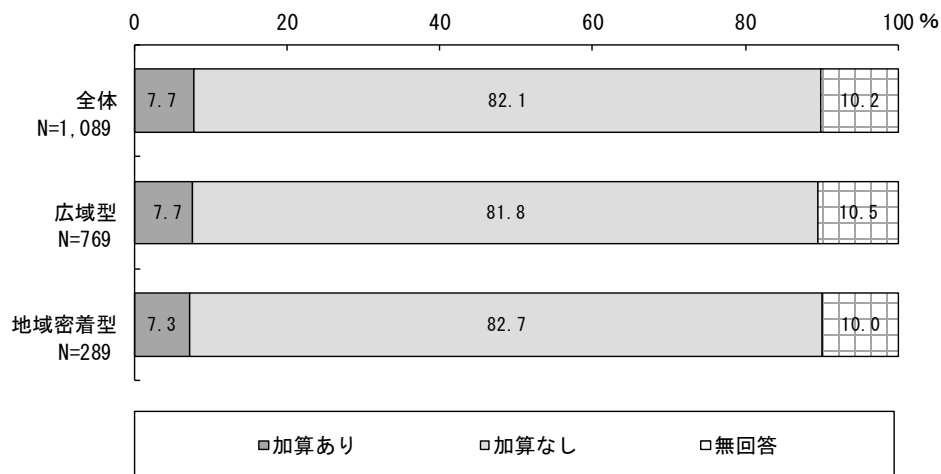
図表 配置医師の勤務形態・所属別 配置医師が実際に担っている役割②

		全体	ターミナル ケア・看取 りに対する 入所者や家 族へのメン タルサポー ト	外部医療機 関との連携	入所者の日 常的な生活 や介護の状 況を常に把 握	施設の運営 状況・職員 の能力等の 理解	感染症対策 に関する相 談対応・指 導	無回答
全 体		1,484	983	1,178	609	328	1,147	6
		—	66.2	79.4	41.0	22.1	77.3	0.4
問6 SQ(1)-1①	常勤医師	50	64.0	86.0	48.0	42.0	82.0	0.0
問6 SQ(1)-1①SQ	非常勤医師(在宅療養支援病院または在宅療養支援診療所に所属)	109	79.8	89.9	42.2	35.8	78.9	0.9
勤務形態	非常勤医師(その他)	1,304	65.5	78.5	41.2	20.3	76.9	0.4
	無回答	21	47.6	61.9	9.5	14.3	81.0	0.0

3. 配置医師緊急時対応加算【問6(3)】

配置医師緊急時対応加算は、「加算なし」が 82.1%を占めており、「加算あり」は 7.7%であった。なお、広域型・地域密着型ともに概ね同様の比率であった。

図表 配置医師緊急時対応加算の有無



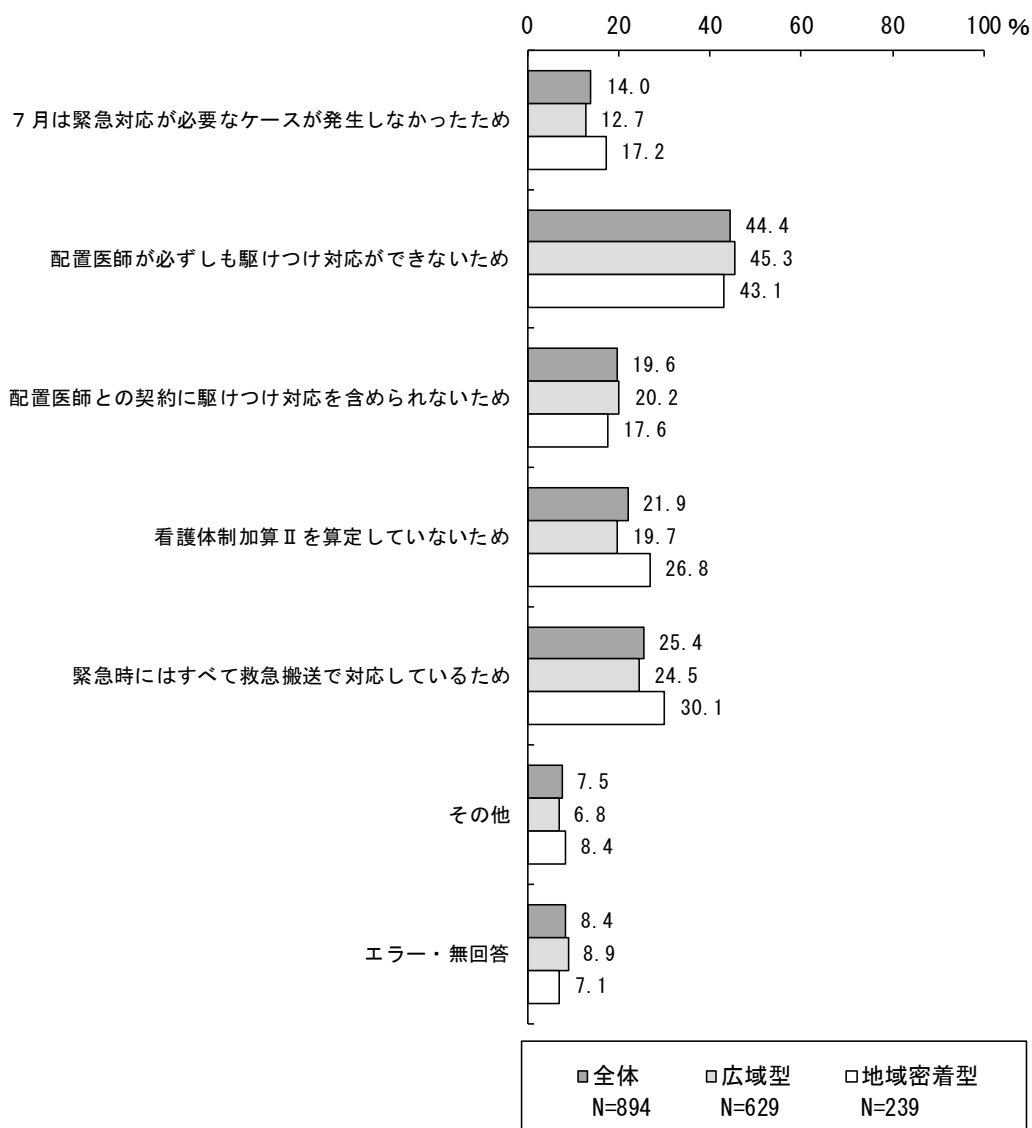
(参考) 配置医師緊急時対応加算の内容(2021 年 3 月時点)

概要		
配置医師が早朝・夜間、深夜に入所者の急変等の対応をした際に算定される。		
加算種別	単位数	加算要件
(早朝) 6 時～8 時 (夜間) 18 時～22 時	650 単位/回	- 配置医師が早朝または深夜に施設を訪問し、診療を行うこと及びその内容を記載すること。 - 利用者の病状の情報共有方法、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が、配置医師と施設の間で具体的に取り決められていること(※施設基準)。 - 複数名の配置医師を置いている、もしくは、配置医師と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じて 24 時間対応できる体制を確保していること(※施設基準)。 - 看護体制加算Ⅱを算定していること。
(深夜) 22 時～6 時	1300 単位/回	

1)配置医師緊急時対応加算をとっていない理由【問6(3)SQ1】

配置医師緊急時対応加算をとっていない理由は、「配置医師が必ずしも駆けつけ対応ができないため」(44.4%)が最も多く、次いで「緊急時にはすべて救急搬送で対応しているため」が 25.4%、「看護体制加算Ⅱを算定していないため」が 21.9%であった。施設の種別別にみても、傾向に大きな違いはみられなかった。

図表 加算をとっていない理由(複数回答)
(問6(3)で配置医師緊急事態対応加算について「加算なし」を選択している場合)



4. 緊急時における配置医師の対応【問6(4)】

1) 緊急時における配置医師の対応【問6(4)】

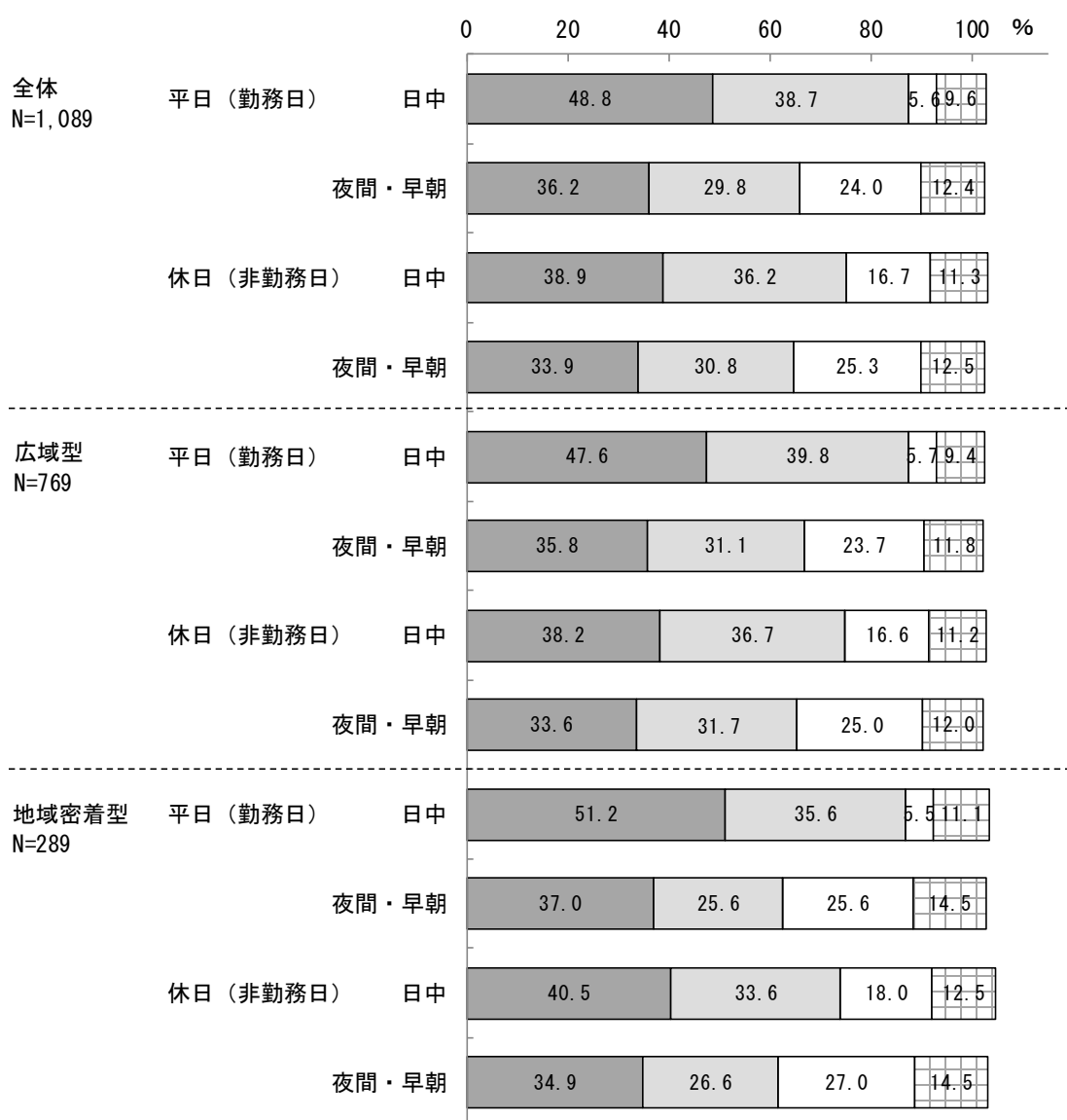
緊急時における配置医師の対応（施設の方針・原則）は、平日（勤務日）の日中は「電話対応に加えて駆けつけ対応も行う」が 48.8%と最も多く、次いで「電話対応のみ」が 38.7%、「原則対応しない」が 5.6%であった。

また、平日（勤務日）の夜間・早朝の対応は「電話対応に加えて駆けつけ対応も行う」(36.2%)が最も多く、次いで「電話対応のみ」が 29.8%、「原則対応しない」が 24.0%と、平日（勤務日）の日中に比べて「原則対応しない」という割合が 18.4 ポイント高かった。

休日（非勤務日）における日中の対応は、「電話対応に加えて駆けつけ対応も行う」(38.9%)が最も多く、「電話対応のみ」は 36.2%、「原則対応しない」は 16.7%であった。

休日（非勤務日）の夜間・早朝の対応は、「電話対応に加えて駆けつけ対応も行う」(33.9%)が最も多く、「電話対応のみ」が 30.8%、「原則対応しない」が 25.3%と、休日（非勤務日）の日中に比べて「原則対応しない」という割合が 8.6 ポイント高かった。

図表 緊急時における配置医師の対応
（施設の方針・原則、配置医師が施設内で勤務している時を除く）



■電話対応に加えて駆けつけ対応も行う □電話対応のみ □原則対応しない □無回答

2)配置医師の勤務状況別 緊急時における配置医師の対応〔クロス集計〕

配置医師の勤務時間によって緊急時における配置医師の対応に違いが見られるのかどうかを確認するため、以下の項目と「配置医師の対応(問6(4))」とのクロス集計を行った。集計の結果、一定の傾向が見られた項目は*マークを付した1項目のみであった。なお、特徴が見いだせなかった項目については、本報告書には掲載していないが、別添の集計表に収録している。

- 配置医師の勤務形態(問6(1))・・・*
- 配置医師の勤務時間(問6(1)SQ1③)

(1)配置医師の勤務形態別 緊急時における配置医師の対応〔問6(1)×問6(4)〕

「常勤医師あり」の施設では、平日(勤務日)、休日(非勤務日)のいずれの時間帯においても「電話対応に加えて駆けつけ対応も行う」(63.3%、48.8%)の割合が「非常勤の医師のみ」の施設に比べて高かった。特に平日(勤務日)の場合、「常勤医師あり」の施設では「電話対応に加えて駆けつけ対応も行う」の割合が過半数となっていた。

図表 配置医師の勤務形態別 緊急時における配置医師の対応(平日・勤務日)
(施設の方針・原則、配置医師が施設内で勤務している時を除く)

		①平日一日中					②平日一夜间・早朝				
		全体	電話対応に加えて駆けつけ対応も行う	電話対応のみ	原則対応しない	無回答	全体	電話対応に加えて駆けつけ対応も行う	電話対応のみ	原則対応しない	無回答
全 体		1,019	524	420	60	44	1,019	391	323	258	73
		—	51.4	41.2	5.9	4.3	—	38.4	31.7	25.3	7.2
問 6 (1) 配置医師の勤務形態	常勤医師あり	41	68.3	19.5	4.9	7.3	41	41.5	24.4	24.4	9.8
	非常勤の医師のみ	990	50.5	41.6	6.0	4.8	990	37.9	31.7	25.4	7.7
	(再掲) 非常勤2名以上	319	50.2	41.4	6.9	4.4	319	37.9	32.0	25.7	7.2
	(再掲) 非常勤1名	671	50.7	41.7	5.5	5.1	671	37.9	31.6	25.2	7.9
	エラー・無回答	58	5.2	1.7	0.0	93.1	58	3.4	1.7	0.0	94.8

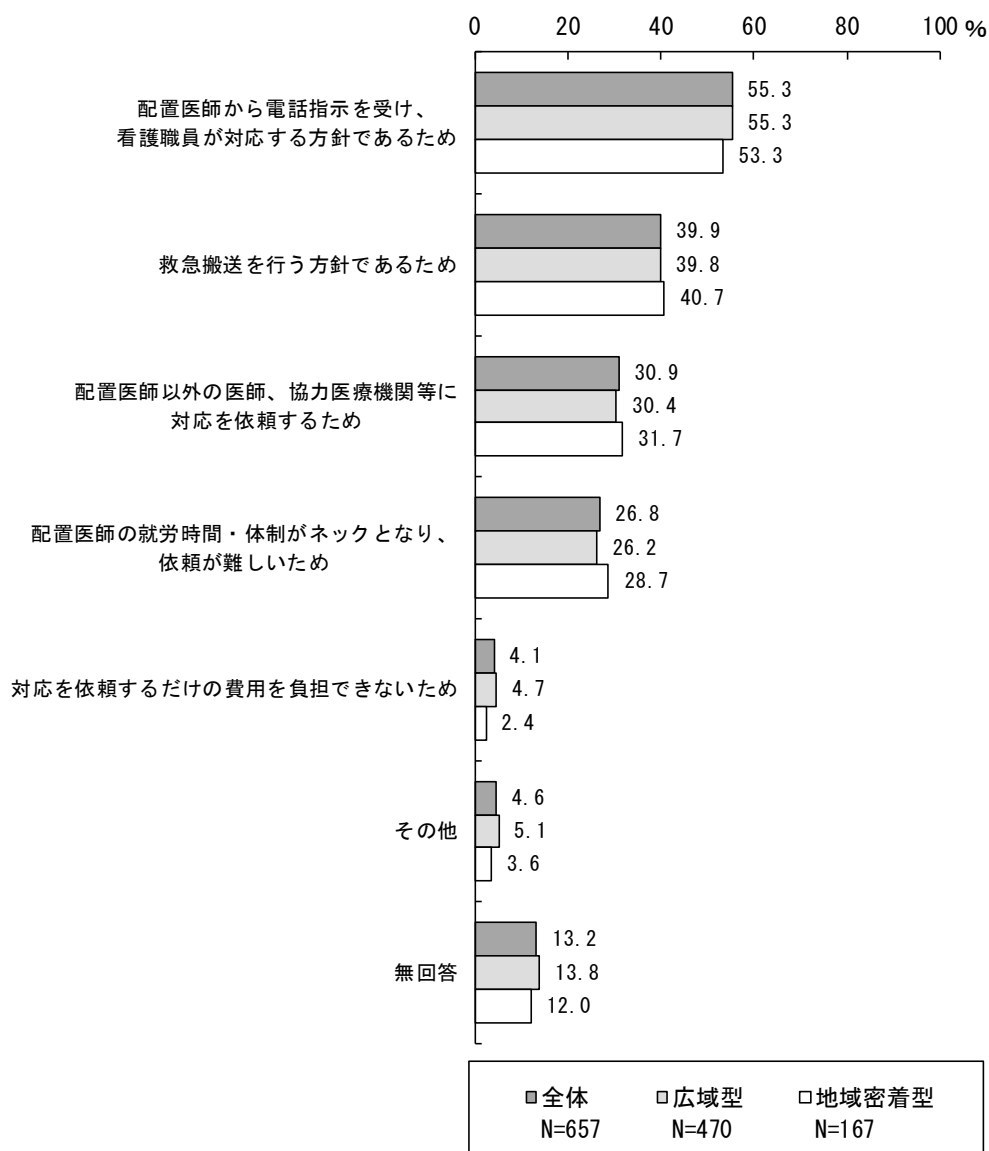
図表 配置医師の勤務形態別 緊急時における配置医師の対応(休日・非勤務日)
(施設の方針・原則、配置医師が施設内で勤務している時を除く)

		③休日一日中					④休日一夜间・早朝				
		全体	電話対応に加えて駆けつけ対応も行う	電話対応のみ	原則対応しない	無回答	全体	電話対応に加えて駆けつけ対応も行う	電話対応のみ	原則対応しない	無回答
全 体		1,019	421	389	181	62	1,019	366	332	272	75
		—	41.3	38.2	17.8	6.1	—	35.9	32.6	26.7	7.4
問 6 (1) 配置医師の勤務形態	常勤医師あり	41	48.8	34.1	12.2	7.3	41	41.5	26.8	22.0	9.8
	非常勤の医師のみ	990	40.6	38.2	17.9	6.7	990	35.4	32.5	26.9	7.9
	(再掲) 非常勤2名以上	319	42.3	36.1	18.8	6.0	319	35.4	32.9	27.9	6.9
	(再掲) 非常勤1名	671	39.8	39.2	17.4	7.0	671	35.3	32.3	26.4	8.3
	エラー・無回答	58	3.4	3.4	0.0	93.1	58	3.4	3.4	0.0	93.1

3)配置医師に駆けつけ対応を求めない理由【問6(4)①】

(施設の方針・原則として)配置医師に駆けつけ対応を求めない理由は、「配置医師から電話指示を受け、看護職員が対応する方針であるため」(55.3%)が最も多く、次いで「救急搬送を行う方針であるため」が39.9%、「配置医師以外の医師、協力医療機関等に対応を依頼するため」が30.9%であった。

図表 施設の方針・原則として、配置医師に駆けつけ対応を求めない理由(複数回答)
(問6(4)で「電話対応のみ」または「原則、対応しない」を1つ以上選択している場合)

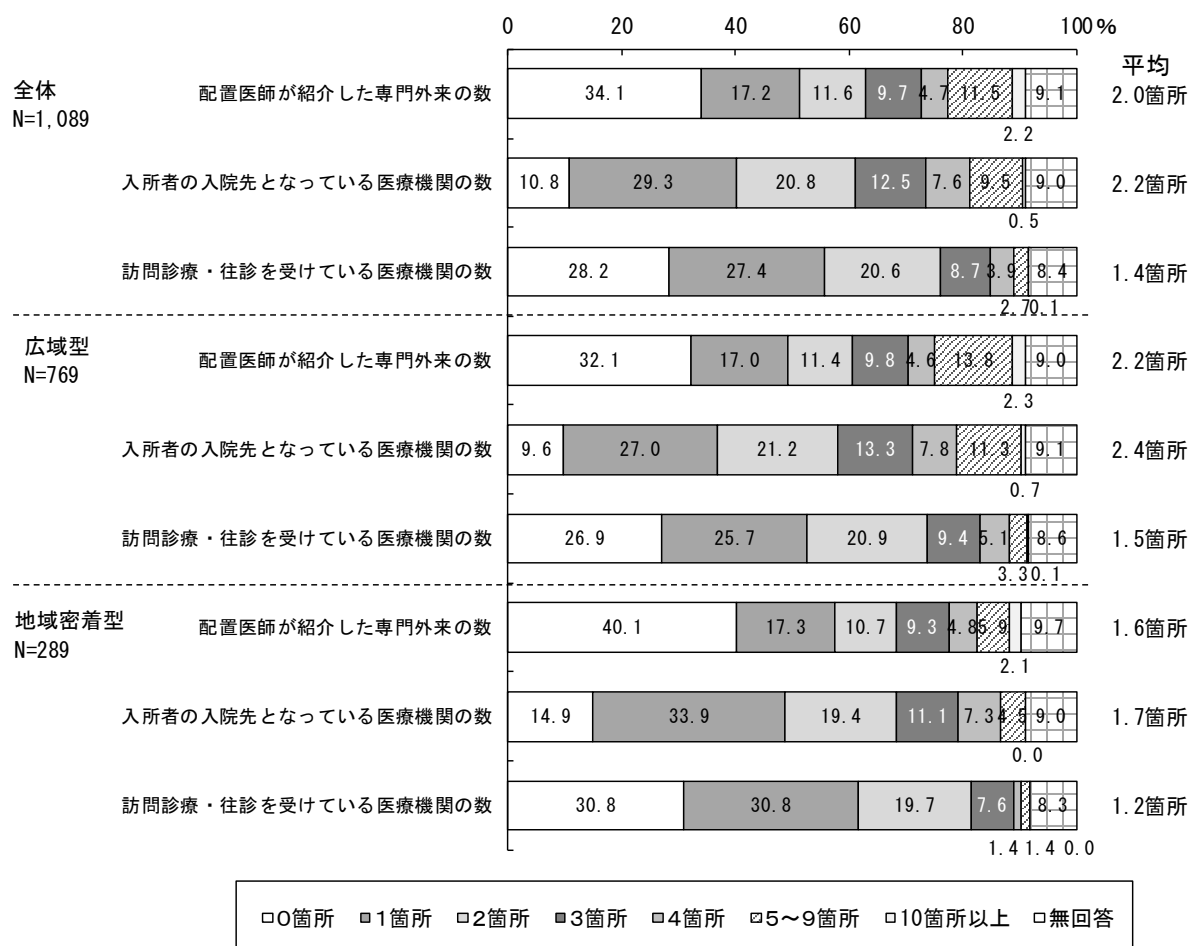


IV. 協力・連携関係にある医療機関の状況

1. 協力・連携関係にある医療機関数【問7(1)(2)(3)①】

協力・連携関係にある医療機関のうち、配置医師が紹介した専門外来は、広域型で平均 2.2 箇所、地域密着型で平均 1.6 箇所であった。また、入所者の入院先となっている医療機関は広域型で平均 2.4 箇所、地域密着型で平均 1.7 箇所、訪問診療・往診を受けている医療機関は、広域型で平均 1.5 箇所、地域密着型で平均 1.2 箇所であった。

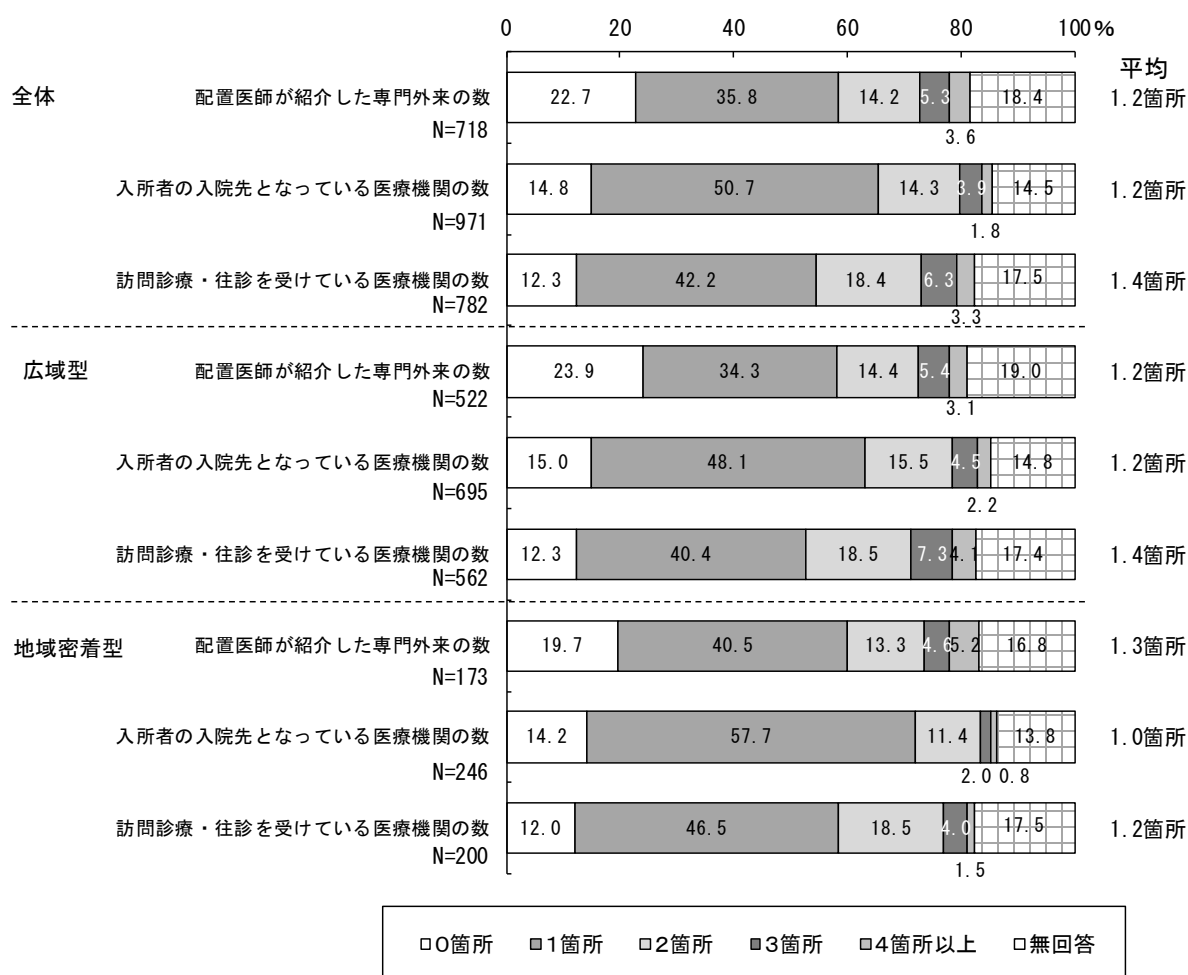
図表 協力・連携関係にある医療機関数



2. 協定書等を結んでいる医療機関数〔問7(1)(2)(3)②〕

配置医師が紹介した専門外来のうち、協定書等を結んでいる医療機関は、広域型で平均 1.2 箇所、地域密着型で平均 1.3 箇所であった。また、入所者の入院先となっている医療機関のうち、協定書等を結んでいる医療機関は、それぞれ平均 1.2 箇所、平均 1.0 箇所、訪問診療・往診を受けている医療機関のうち、協定書等を結んでいる医療機関は、それぞれ平均 1.4 箇所、平均 1.2 箇所であった。

図表 協定書等を結んでいる医療機関数
(問7(1)(2)(3)①で「1 箇所」以上と回答している場合)

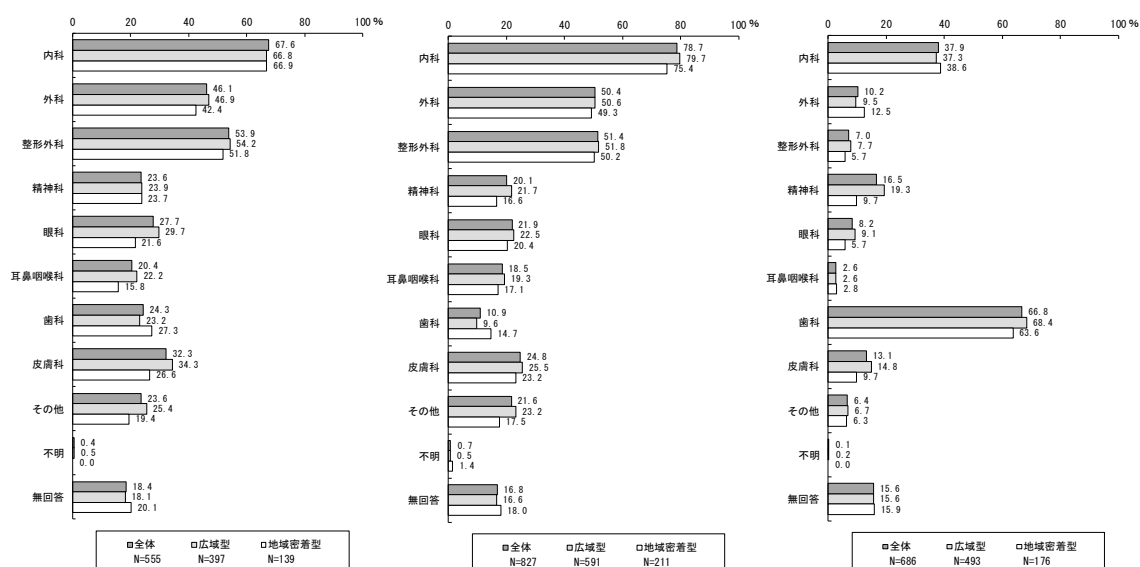


3. 協定書等を結んでいる医療機関の診療科【問7(1)(2)(3)③】

協定書等を結んでいる医療機関の診療科について、配置医師が紹介した専門外来では、「内科」が67.6%で最も多く、次いで「整形外科」が53.9%であった。また、入所者の入院先となっている医療機関についても、「内科」が78.7%、「整形外科」が51.4%と上位を占めていた。一方、訪問診療・往診を受けている医療機関は、「歯科」(68.4%、63.6%)が最も多かった。

図表 協定書等を結んでいる医療機関の診療科(複数回答)

＜配置医師が紹介した専門外来の診療科＞ ＜入所者の入院先となっている医療機関の診療科＞ ＜訪問診療・往診を受けている医療機関の診療科＞

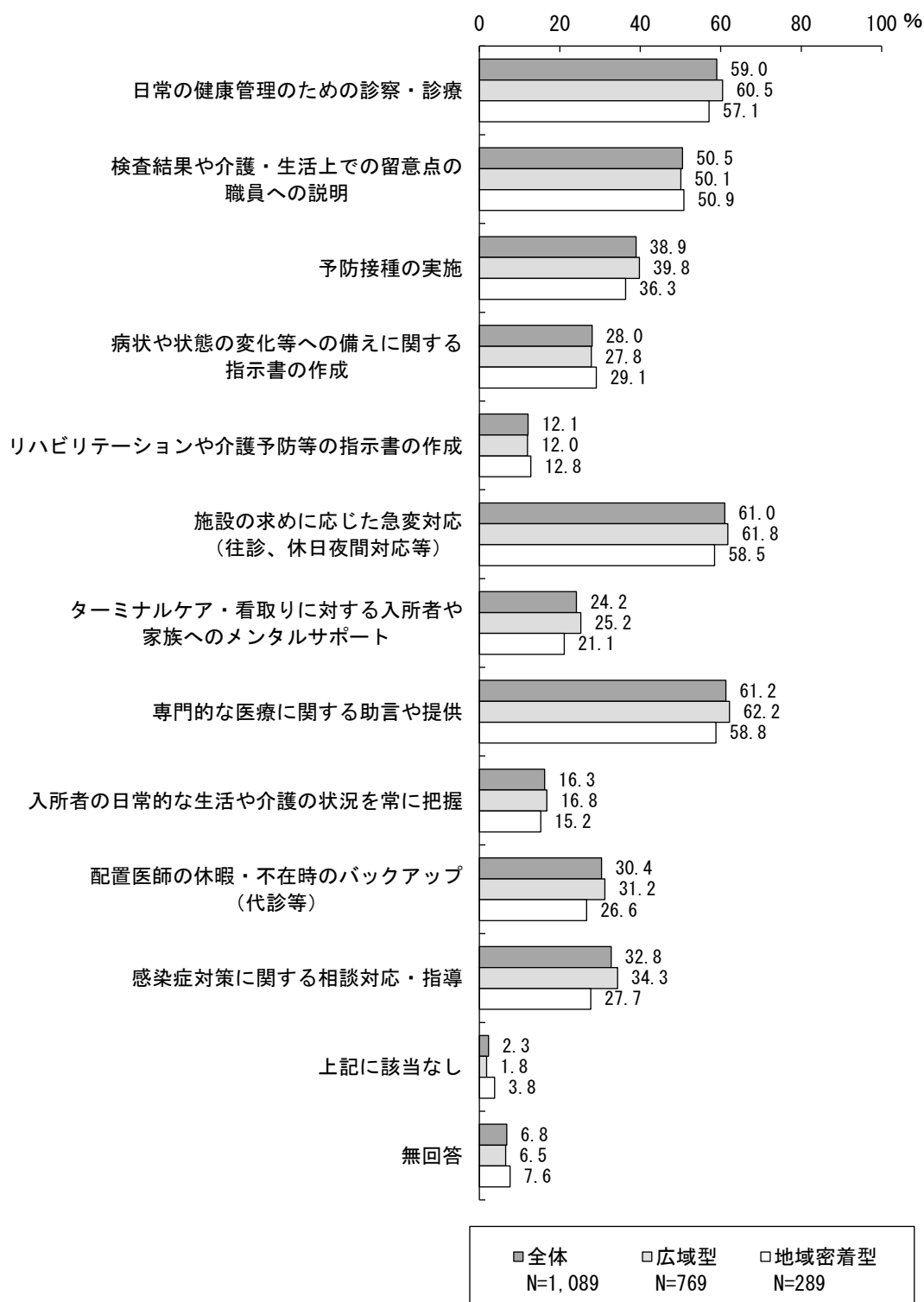


4. 協力・連携関係にある医療機関の役割【問7(4)】

1) 実際に担っているもの【問7(4)①】

協力・連携関係にある医療機関が実際に担っている役割は、「専門的な医療に関する助言や提供」(61.2%)、「施設の求めに応じた急変対応(往診、休日夜間対応等)」(61.0%)、「日常の健康管理のための診察・診療」(59.0%)が上位を占めていた。

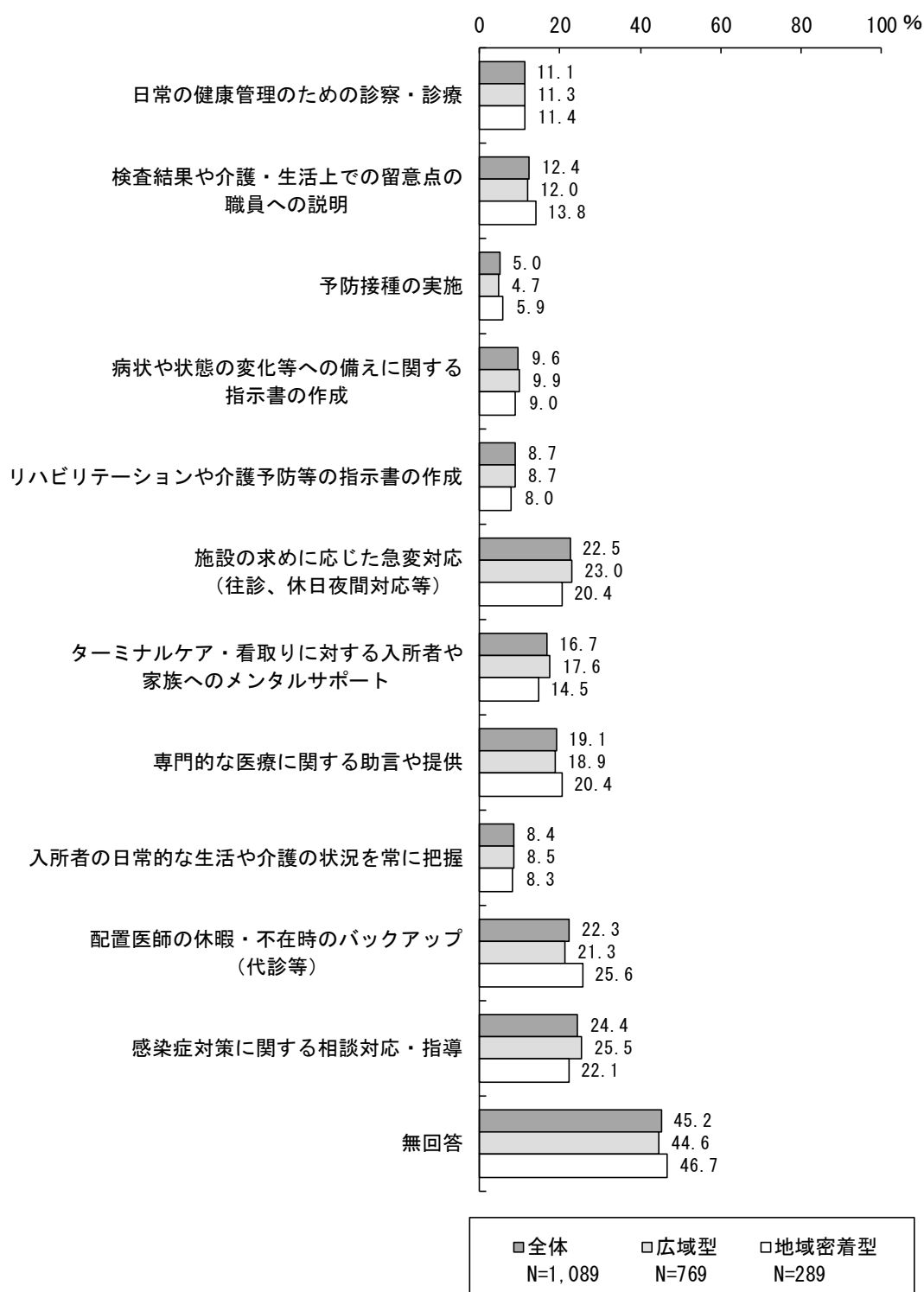
図表 協力・連携関係にある医療機関の役割(複数回答)－①実際に担っているもの



2)今後強化していきたいこと【問7(4)②】

協力・連携関係にある医療機関の役割として、今後強化していきたいことは、「感染症対策に関する相談対応・指導」(24.4%)、「施設の求めに応じた急変対応」(22.5%)、「配置医師休暇・不在時のバックアップ」(22.3%)が上位を占めていた。なお、本設問には「(協力・連携関係にある医療機関の役割として)今後強化していきたいことはない」という選択肢を設けなかったことから、「無回答」とした 45.2%の施設には「今後強化していきたいことはない」と考えている施設が含まれている可能性がある。

図表 協力・連携関係にある医療機関の役割(複数回答)－②今後強化していきたいこと



5. 配置医師の役割別 協力・連携関係にある医療機関の数【クロス集計】

配置医師が担っている役割と協力・連携関係にある医療機関が担っている役割に関連があるのかどうかを確認するため、「配置医師が実際に担っている役割(問6(2)①)」と「協力・連携関係にある医療機関が実際に担っている役割(問7(4)①)」とのクロス集計を行った。

(1)配置医師が担っている役割別 協力・連携関係にある医療機関が担っている役割【問6(2)①×問7(4)①】

配置医師が実際に担っている役割別と協力・連携関係にある医療機関が実際に担っている役割の関係のみをみると、「日常の健康管理のための診察・診療」「検査結果や介護・生活上の職員への留意点の職員への説明」「予防接種の実施」「外部医療機関との連携」「感染症対策に関する相談対応・指導」「ターミナルケア・看取りに対する入所者や家族へのメンタルサポート」は、協力・連携関係にある医療機関、配置医師のいずれかまたは両方が役割として担っている施設が2/3以上を占めた。

一方、「リハビリテーションや介護予防等の指示書の作成」「入所者の日常的な生活や介護の状況を常に把握」「施設の運営状況・職員の能力等の理解」については、協力・連携関係にある医療機関、配置医師のどちらも役割として担っていない施設が過半数であった。

図表 配置医師が担っている役割別 協力・連携関係にある医療機関が担っている役割
(実際に担っている役割)

		全体	(表側の項目を) 協力・連携関係 にある医療機関が 担っている	(表側の項目を) 協力・連携関係 にある医療機関が 担っていない
全 体		1,089		
日常の健康管理のための診察・診療	配置医師が担っている	1,019	53.6	39.9
	配置医師が担っていない	70	5.4	1.0
検査結果や介護・生活上での留意点の職員への説明	配置医師が担っている	826	41.9	34.0
	配置医師が担っていない	263	8.6	15.5
予防接種の実施	配置医師が担っている	954	32.2	55.4
	配置医師が担っていない	135	6.7	5.7
病状や状態の変化等への備えに関する指示書の作成	配置医師が担っている	633	19.8	38.3
	配置医師が担っていない	456	8.2	33.7
リハビリテーションや介護予防等の指示書の作成	配置医師が担っている	164	5.6	9.5
	配置医師が担っていない	925	6.5	78.4
施設の求めに応じた急変対応(往診、休日夜間対応等)	配置医師が担っている	733	42.1	25.3
	配置医師が担っていない	356	18.9	13.8
ターミナルケア・看取りに対する入所者や家族へのメンタルサポート	配置医師が担っている	673	18.5	43.3
	配置医師が担っていない	416	5.7	32.5
外部医療機関との連携	配置医師が担っている	817	47.6	27.5
	配置医師が担っていない	272	13.7	11.3
入所者の日常的な生活や介護の状況を常に把握	配置医師が担っている	432	11.8	27.8
	配置医師が担っていない	657	4.4	55.9
施設の運営状況・職員の能力等の理解	配置医師が担っている	241	9.9	12.2
	配置医師が担っていない	848	20.5	57.4
感染症対策に関する相談対応・指導	配置医師が担っている	787	26.6	45.6
	配置医師が担っていない	302	6.2	21.6

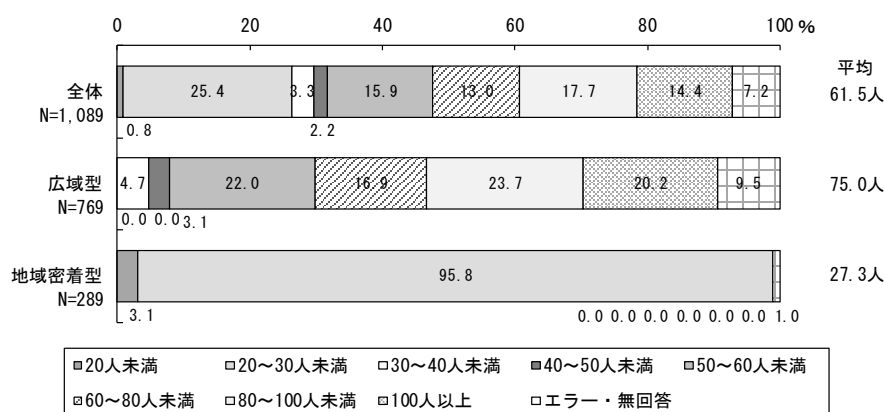
V. 入所者の状況

1. 定員数【問3(1)】

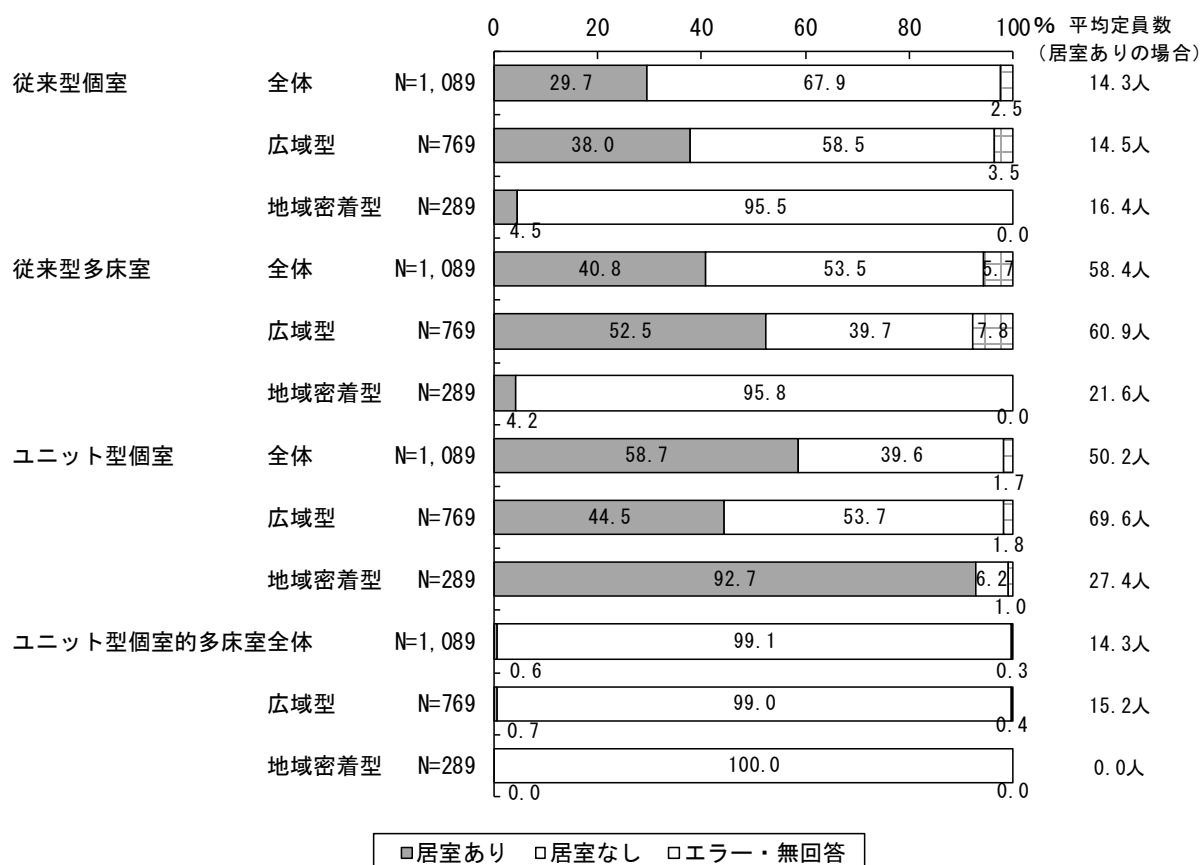
施設の定員数は、広域型では「80～100 人未満」が 23.7%で最も多く、次いで「50～60 人未満」が 22.0%、平均定員数は 75.0 人であった。一方、地域密着型では「20～30 人未満」が 95.8%を占め、平均定員数は 27.3 人となっていた。

居室タイプについて、従来型個室がある(定員が1人以上の)施設は広域型で 38.0%、地域密着型で 4.5%であり、従来型多床室については同 52.5%、4.2%となっていた。また、ユニット型個室がある(定員が1人以上の)施設は広域型で 44.5%、地域密着型で 92.7%であり、従来型多床室については同 0.7%、0.0%となっていた。

図表 定員数



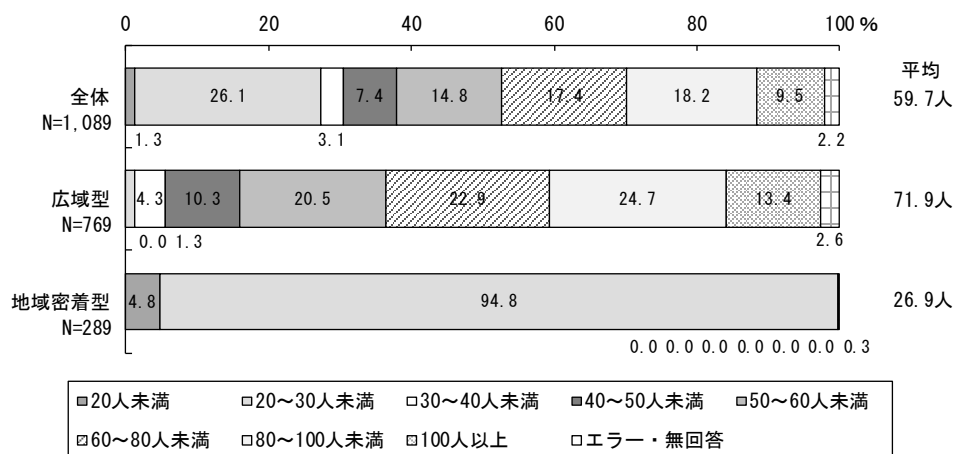
図表 各居室タイプの有無・平均定員数



2. 入所者数【問3(2)】

施設の入所者数は、広域型では「80～100 人未満」が 24.7%で最も多く、次いで「60～80 人未満」が 22.9%、平均入所者数は 71.9 人であった。地域密着型では「20～30 人未満」が 94.8%を占め、平均入所者数は 26.9 人となっていた。

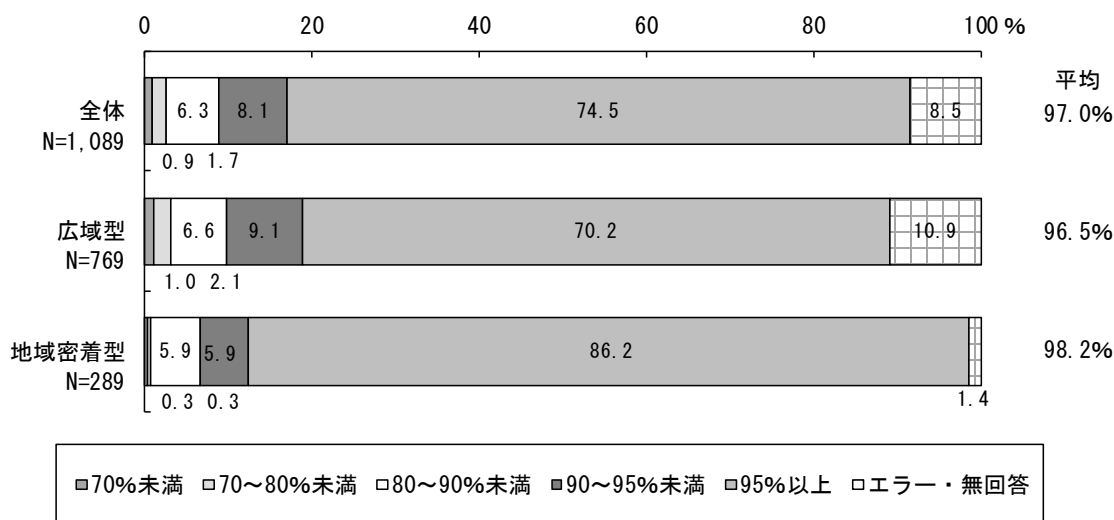
図表 入所者数



3. 利用率【問3(1)(2)】

利用率(入所者数/定員数)は、「95%以上」が74.5%と最も多く、次いで「90～95%未満」が8.1%、平均利用率は97.0%であった。施設の種類の別みると、広域型・地域密着型ともに「95%以上」(70.2%、86.2%)が最も多く、地域密着型では「95%以上」(86.2%)の割合が広域型(70.2%)よりも16.0ポイント高かった。また、平均利用率は広域型で96.5%、地域密着型で98.2%であった。

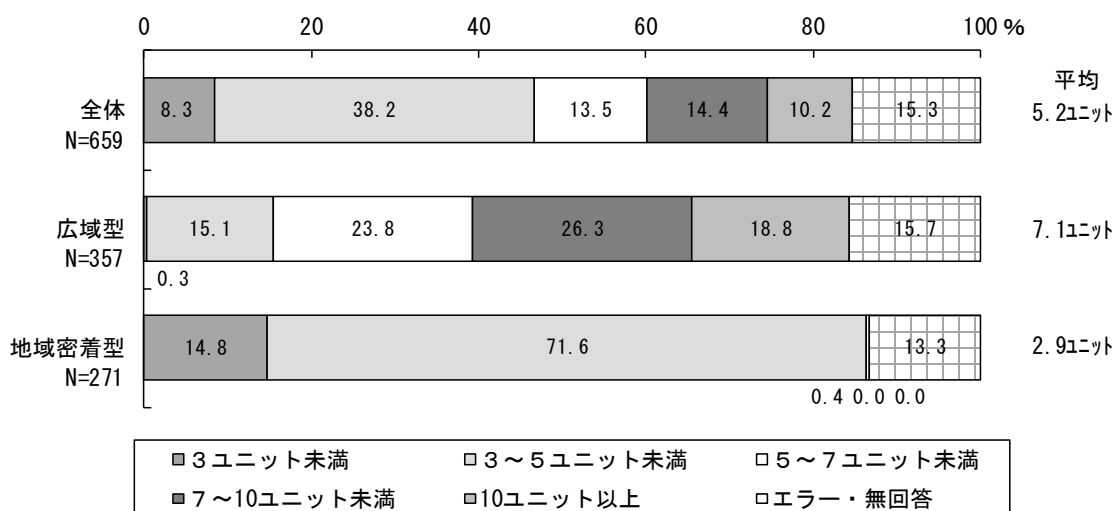
図表 利用率(合計)



4. ユニット数【問3(3)】

ユニット数は、「3～5ユニット未満」が38.2%と最も多く、平均は5.2ユニットであった。施設の種類の別みると、広域型では「7～10ユニット未満」(26.3%)が最も多いのに対して、地域密着型では「3～5ユニット未満」が71.6%と最も多かった。なお、広域型・地域密着型それぞれの平均ユニット数は7.1ユニット、2.9ユニットであった。

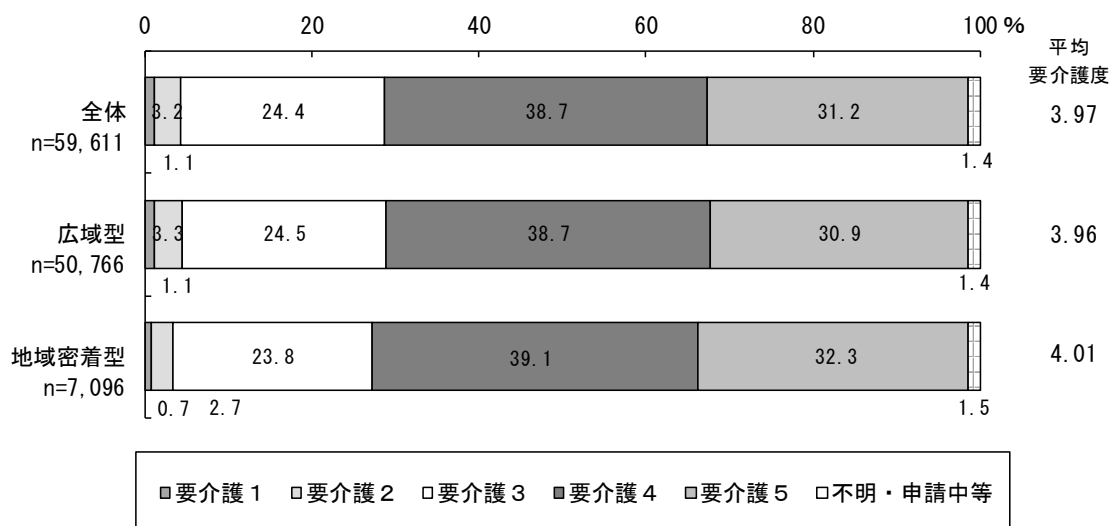
図表 ユニット数
(ユニット型個室またはユニット型個室的多床室がある場合)



5. 要介護度別入所者数【問3(3)】

入所者の要介護度をみると、「要介護4」が 38.7%と最も多く、次いで「要介護5」が 31.2%、「要介護3」が 24.4%であった。なお、平均要介護度は 3.97(広域型:3.96、地域密着型:4.01)となっていた。

図表 要介護度別入所者数(人数積み上げ)



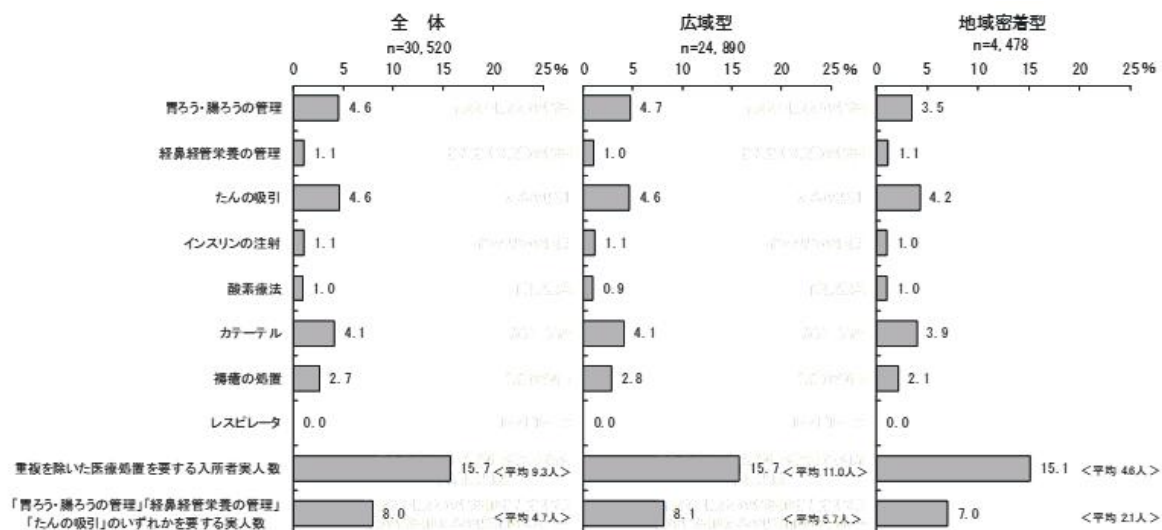
6. 医療処置を要する入所者数【問4(1)】

医療処置を要する入所者の状況をみると、「胃ろう・腸ろうの管理」を要する入所者が 4.6%と最も多く、次いで「たんの吸引」が 4.6%、「カテーテル」が 4.1%であった。

また、医療処置を要する入所者(重複を除いた実人数)が入所者総数に占める割合は 15.7%であり、平均人数は 9.3 人(広域型:11.0 人、地域密着型:4.6 人)であった。

さらに、「胃ろう・腸ろうの管理」「経鼻経管栄養の管理」「たんの吸引」のいずれかを要する入所者が入所者総数に占める割合は 8.0%、平均人数は 4.7 人(広域型:5.7 人、地域密着型:2.1 人)であった。

図表 医療処置を要する入所者数の入所者総数に対する割合(人数積み上げ)
(①～⑩まで全て回答している施設のみ)

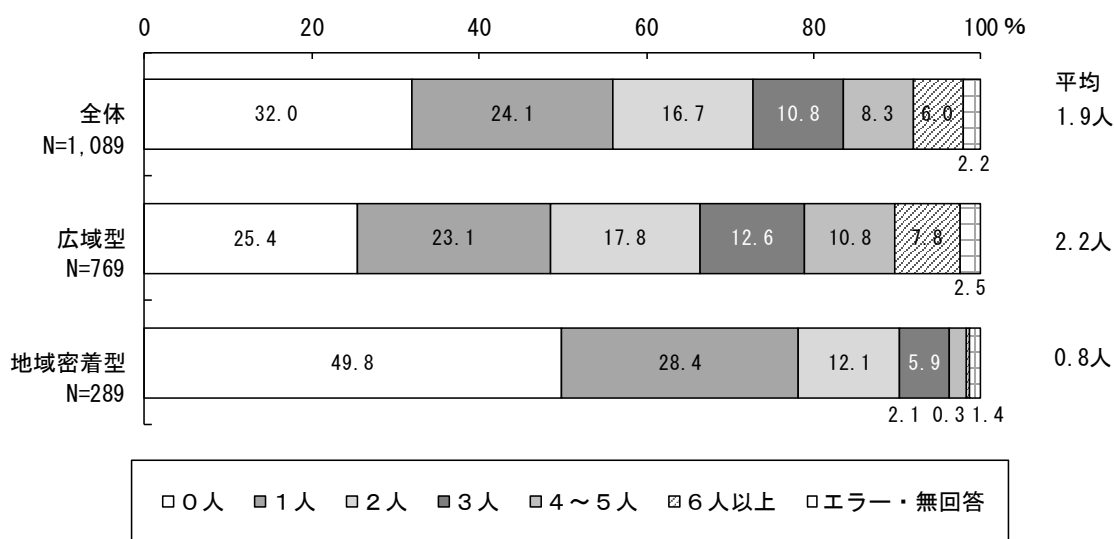


7. 医療機関に入院していた入所者数〔問4(3)〕

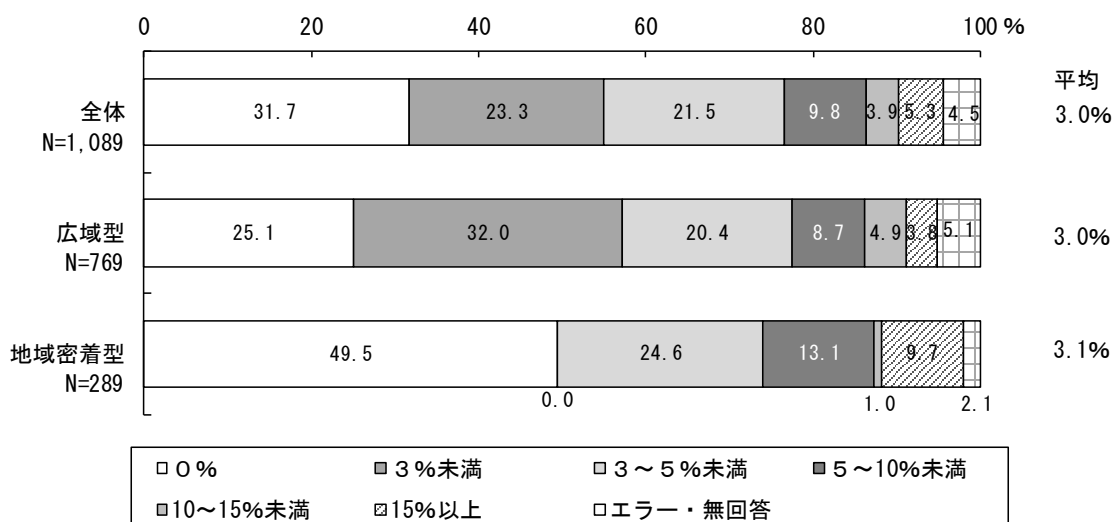
2020年7月1日時点で医療機関に入院していた入所者数は、「0人」が32.0%で最も多く、次いで「1人」が24.1%であった。施設の種別別にみると、広域型では、「0人」が25.4%であったのに対し、地域密着型では「0人」が49.8%と約半数を占めている。なお、平均人数は広域型で2.2人、地域密着型では0.8人であった。

医療機関に入院していた入所者が入所者総数に占める割合は、「0%」(31.7%)が最も多く、平均は3.0%であった。施設の種別別にみると、広域型では「3%未満」(32.0%)が最も多く、地域密着型では「0%」(49.5%)が約半数を占めていた。

図表 医療機関に入院していた入所者数
(2020年7月1日時点)



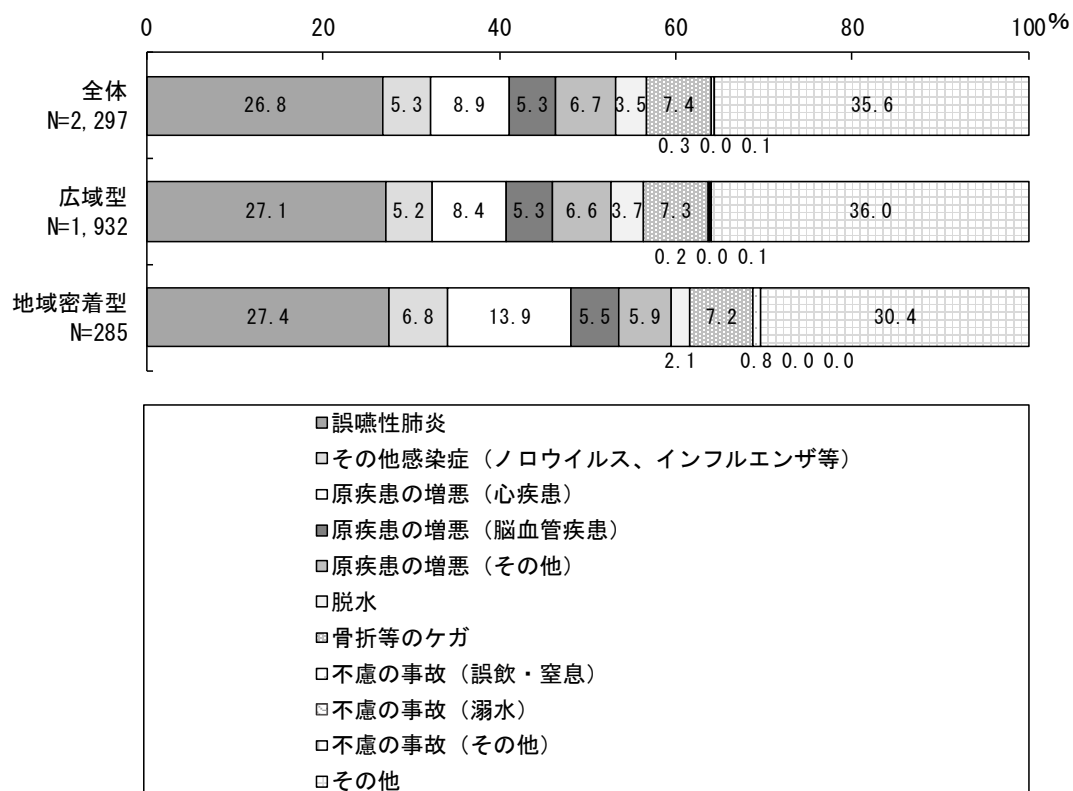
図表 入所者総数に占める医療機関に入院していた入所者数の割合
(2020年7月1日時点)



8. 入院理由〔問4(4)〕

入院理由は、「その他」が35.6%で最も多く、次いで「誤嚥性肺炎」が26.8%、「原疾患の増悪(心疾患)」が8.9%、「骨折等のケガ」が7.4%であった。

図表 入院理由(人数積み上げ)

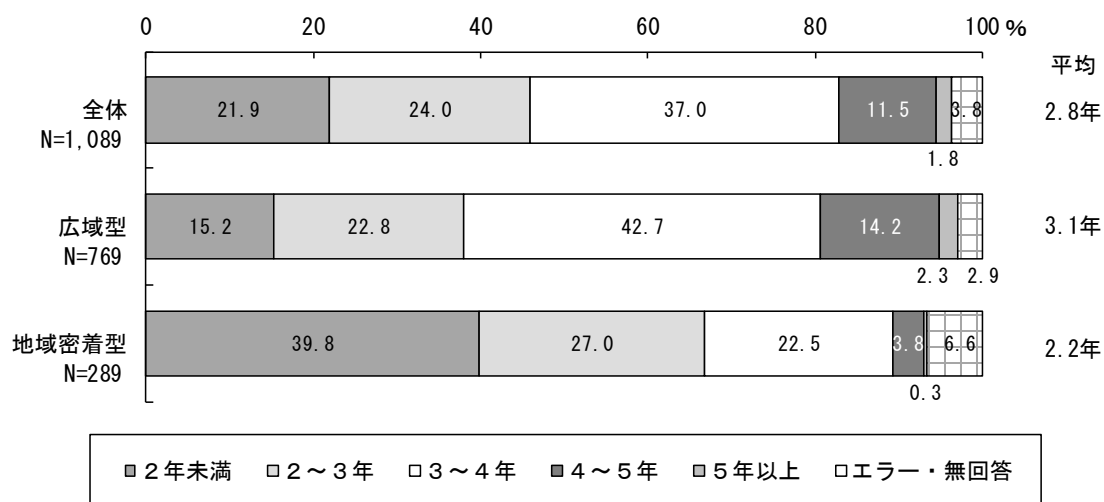


9. 入所者の平均的な入所期間

施設の種類の別は、「介護福祉施設」が 43.8%で最も多く、次いで「ユニット型介護福祉施設」が 32.1%、「ユニット型地域密着型介護福祉施設」が 21.5%であった。

施設の種類の別に見ると、広域型では従来型である「介護福祉施設」が 43.8%と最も多く、「ユニット型介護福祉施設」が 32.1%となっていたのに対し、地域密着型では「ユニット型地域密着型介護福祉施設」(73.0%)が最も多かった。

図表 入所者の平均的な入所期間
(介護サービス情報公表システムより取得)



※ 本項目は介護サービス情報公表システムより取得した情報である。なお、介護サービス情報公表システムは各施設によって情報の更新頻度・最終更新日が異なっており、アンケート調査で把握した項目とは時点にずれがあることが予想される。

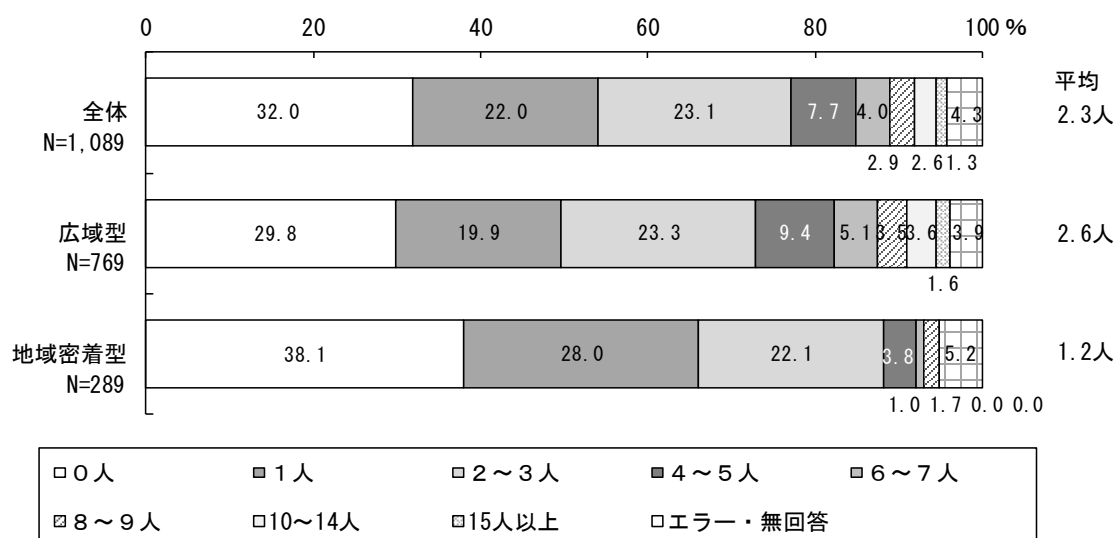
VI. 退所・逝去の状況

1. 退所者数【問5(2)】

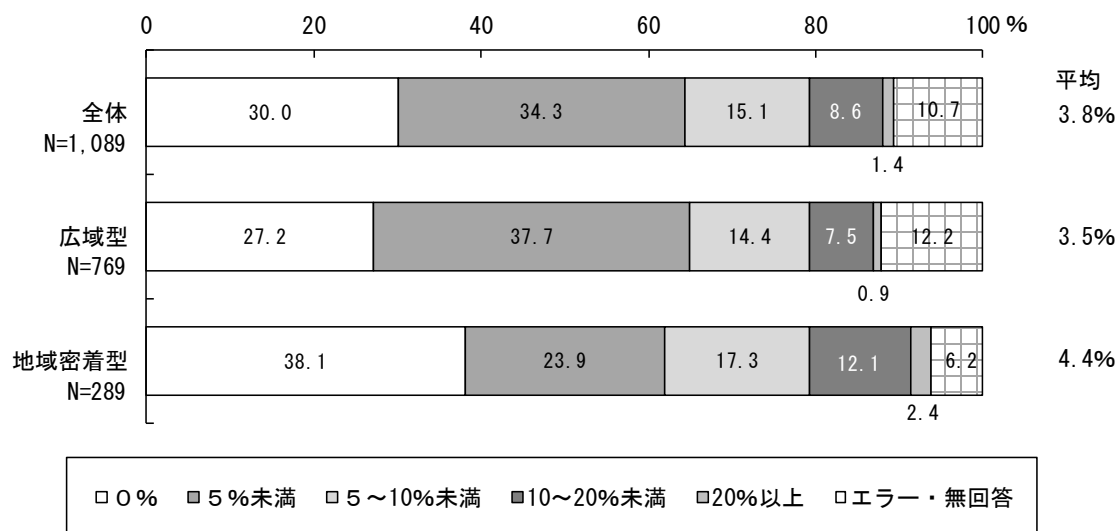
直近半年間(2020 年2～7月)の退所者数は、広域型・地域密着型ともに「0人」(29.8%、38.1%)が最も多く、平均退所者数(死亡退所を除く)は、広域型で2.6人、地域密着型で1.2人であった。

また、定員に対する退所者(逝去を除く)の割合は、「5%未満」が34.3%と最も多く、平均は3.8%であった。施設の種別別にみると、広域型では「5%未満」が37.7%で最も多く、地域密着型では「0%」が38.1%で最も多かった。平均は、広域型で3.5%、地域密着型で4.4%であった。

図表 直近半年間の退所者数(死亡退所を除く)

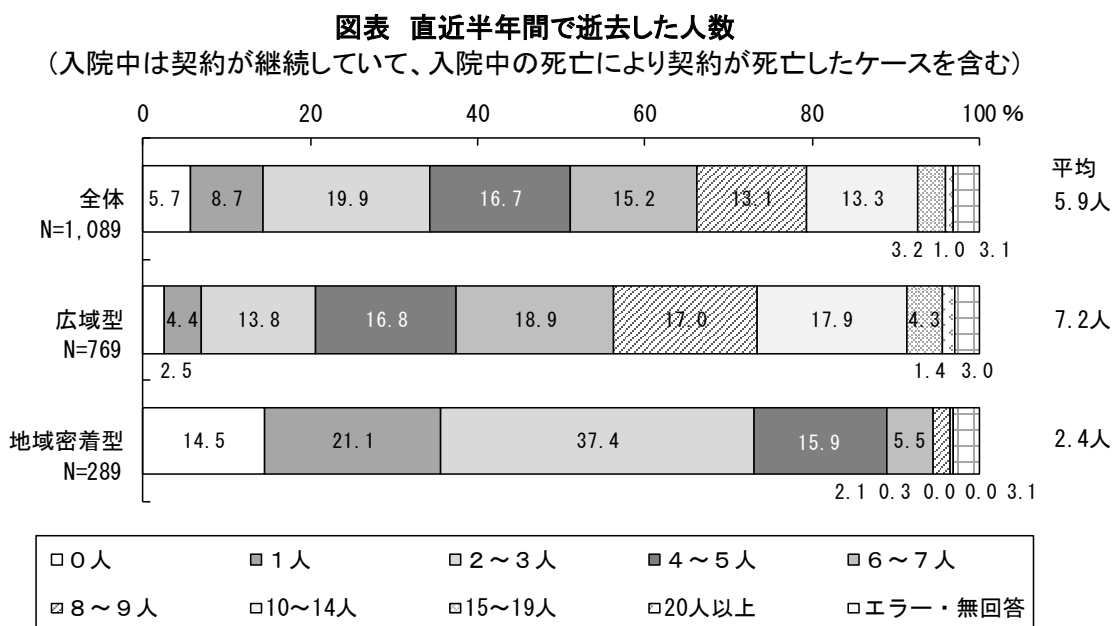


図表 定員に対する退所者(死亡退所を除く)の割合



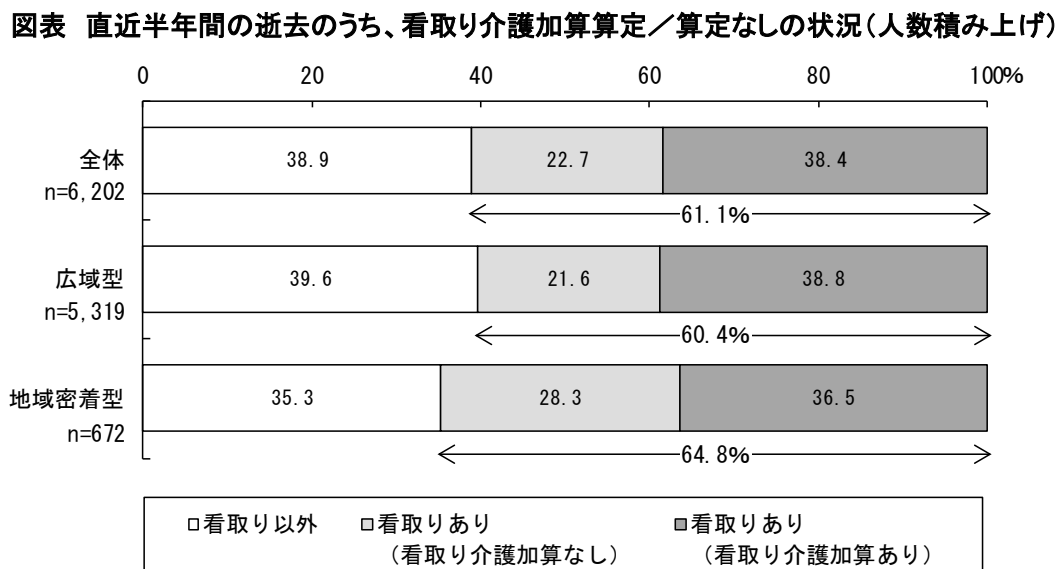
2. 逝去した人数【問5(1)】

直近半年間(2020 年2～7月)で逝去した人数は、広域型では「6～7人」が 18.9%で最も多く、次いで「10～14 人」が 17.9%であった。地域密着型では「2～3人」が 37.4%で最も多く、次いで「1人」が 21.1%であった。また、逝去した人数の平均は、広域型で 7.2 人、地域密着型で 2.4 人となっていた。



1) 看取りの有無【問5(1)①②】

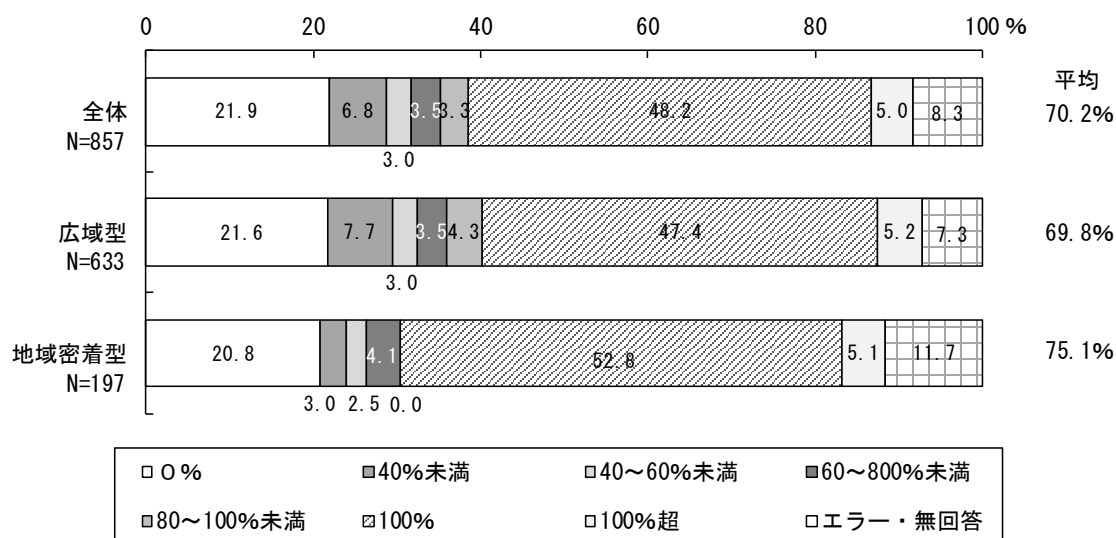
直近半年間(2020 年2～7月)の逝去における看取りの有無をみると、「看取りあり」が 61.1%、そのうち「看取り介護加算あり」は 38.4%であった。施設の種類別にみても概ね同じ比率であるが、地域密着型では「看取りあり」の割合が 64.8%と広域型(60.4%)よりも 4.4 ポイント高かった。



2) 看取りを行った人のうち、看取り予定であった人の割合【問5(2)①】

直近半年間(2020 年2～7月)で看取りを行った人のうち、看取り予定であった人の割合は、「100%」が48.2%で約半数を占めており、次いで「0%」が21.9%、平均は70.2%であった。広域型・地域密着型においても、「100%」が最も多いが、それぞれ47.4%、52.8%と地域密着型では「100%」が過半数を占めていた。平均は広域型で69.8%、地域密着型で75.1%と地域密着型の方が5.3ポイント高かった。

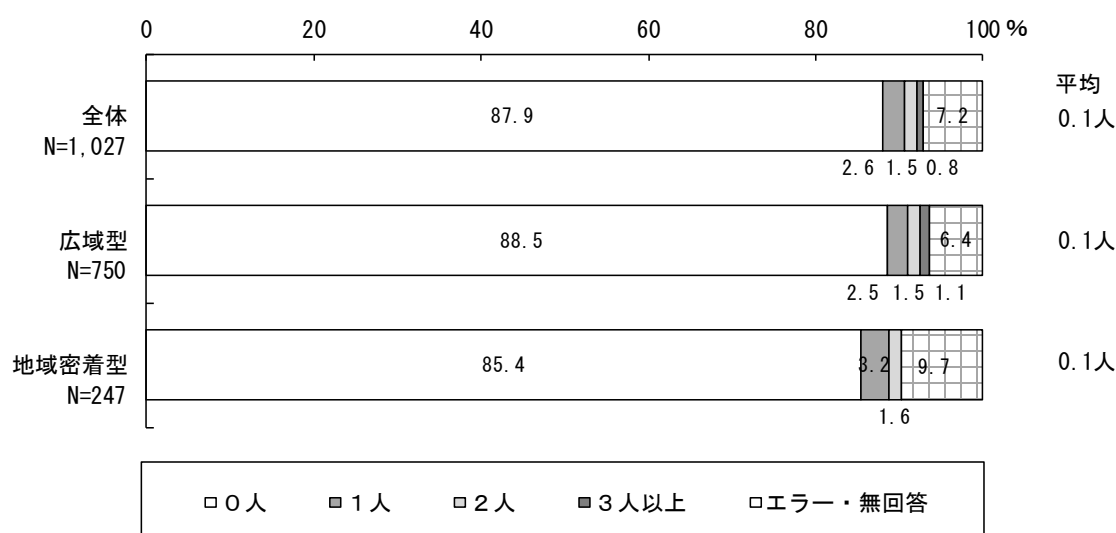
図表 看取りを行った人数のうち、看取り予定であった人の割合



3) 看取り予定であったが、看取ることができなかった人数【問5(1)①③】

直近半年間(2020 年2～7月)で逝去した人のうち、看取り予定であったが、看取ることができなかった人数は、「0人」が約9割を占めており、平均人数は0.1人であった。なお、広域型・地域密着型でも同様の傾向が見られ、「0人」のがそれぞれ88.5%、85.4%、平均人数はともに0.1人であった。

図表 逝去した人のうち、看取り予定であったが、看取ることができなかった人数 (1)③-(1)①





VII. 救急搬送の状況(施設全体の状況)

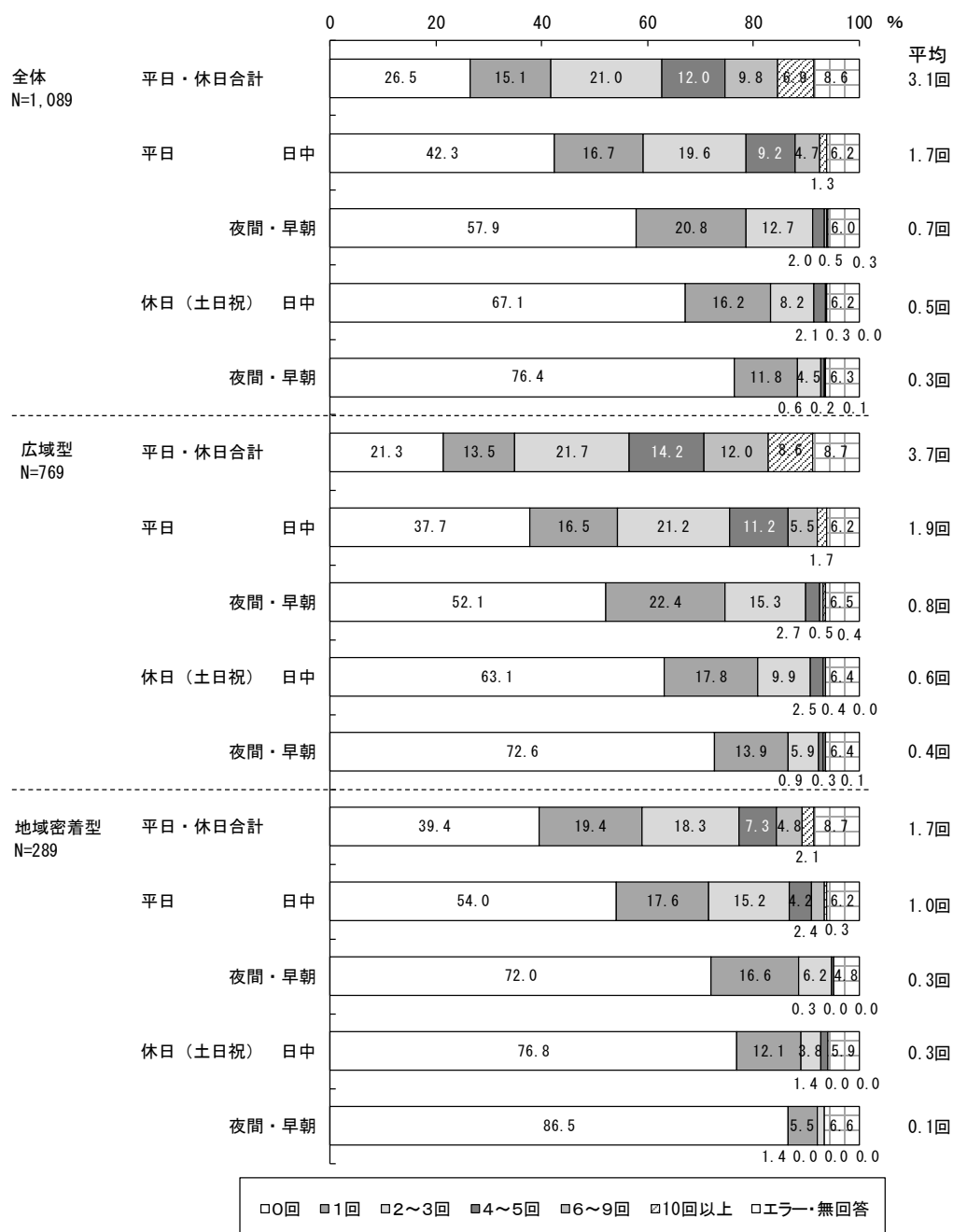
1. 搬送件数〔問8(1)(2)(3)〕

1)119 番への救急要請の件数〔問8(1)〕

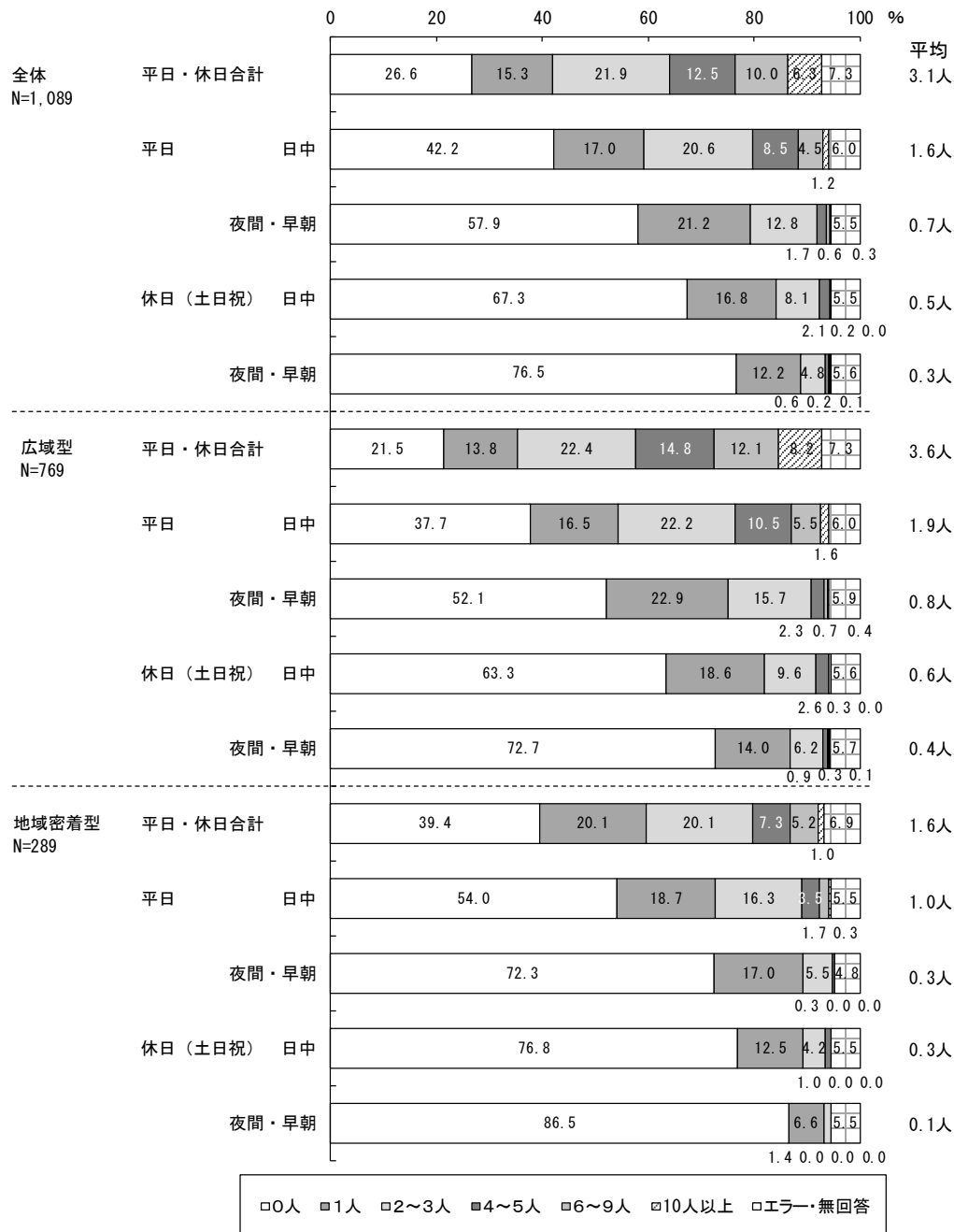
2020 年2～7月の半年間で 119 番への救急要請を1回以上行った施設は 66.1%と過半数を占めていた。搬送の平均延べ回数(平日・休日合計)は 3.1 回、重複を除いた実人数は平均 3.1 人であった。施設の種別別にみると、119 番への救急要請を1回以上行った施設は広域型で 70.0%、地域密着型では 51.9%であった。平均延べ回数(平日・休日合計)は広域型で 3.7 回、地域密着型で 1.7 回、重複を除いた実人数の平均は同 3.6 人、1.6 人となっていた。

搬送日時別にみると、119 番への救急要請の平均延べ回数は「平日日中」が 1.7 回と最も多く、次いで「平日夜間・早朝」が 0.7 回であった

図表 119 番への救急要請－延べ回数
(2020 年2～7月の半年間)



図表 119 番への救急要請—重複を除いた実人数
(2020 年2～7月の半年間)

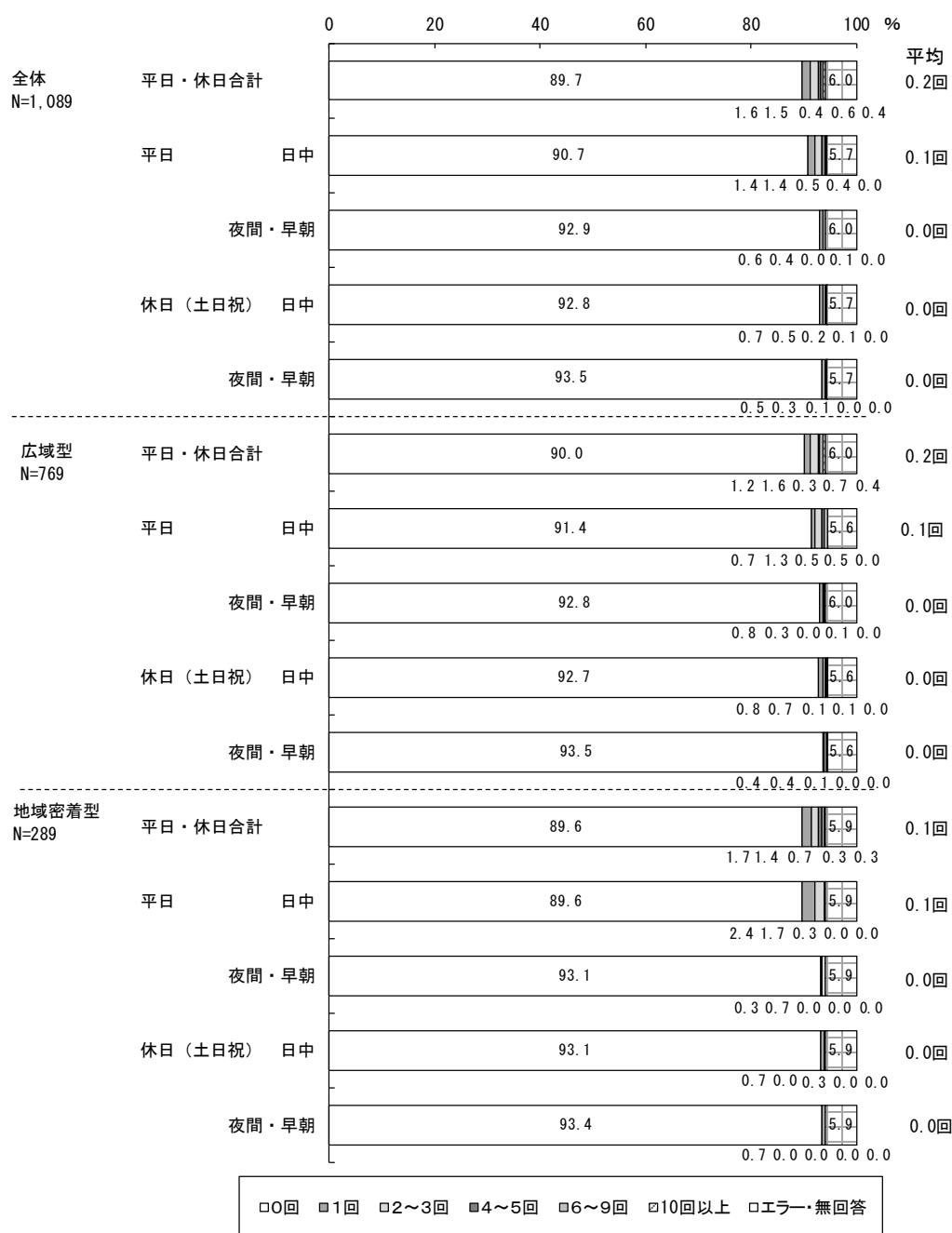


2)特定の病院への救急要請の件数【問8(2)】

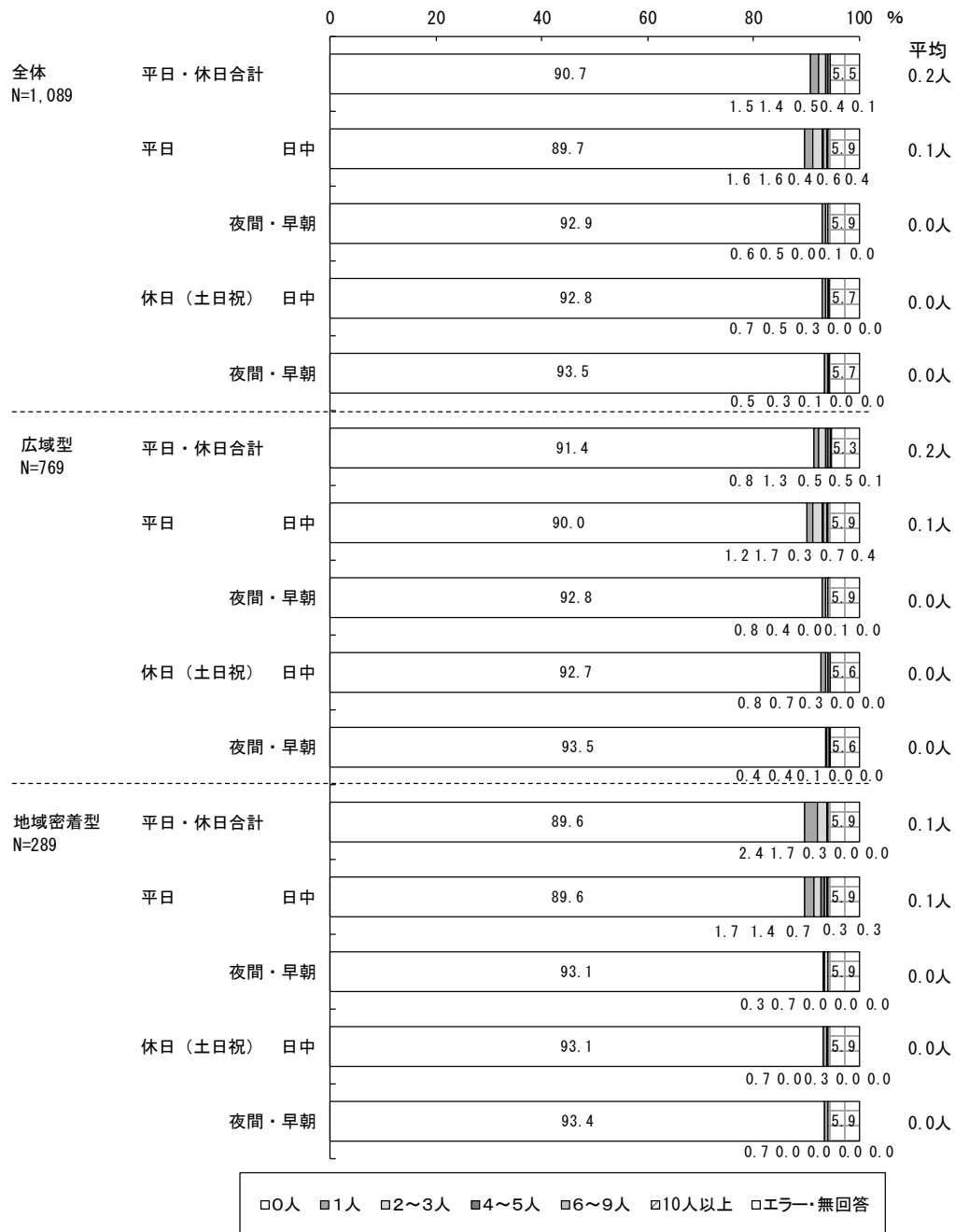
2020 年2～7月の半年間で特定の病院への救急要請を1回以上行った施設は 4.3%、平均延べ回数(平日・休日合計)は 0.2 回、重複を除いた実人数は平均 0.2 人であった。なお、特定の病院への救急要請を1回以上行った47施設のみを対象として平均を見ると、平均延べ回数(平日・休日合計)は3.7回、重複を除いた実人数は平均 3.6 人であった。

施設の種別別にみると、特定の病院への救急要請を1回以上行った施設は広域型で4.0%、地域密着型では4.5%であった。平均延べ回数(平日・休日合計)は広域型で0.2回、地域密着型で0.1回、重複を除いた実人数の平均は同 0.2 人、0.1 人となっていた。

図表 特定の病院への救急要請－延べ回数
(2020 年2～7月の半年間)



図表 特定の病院への救急要請－重複を除いた実人数
(2020 年2～7月の半年間)

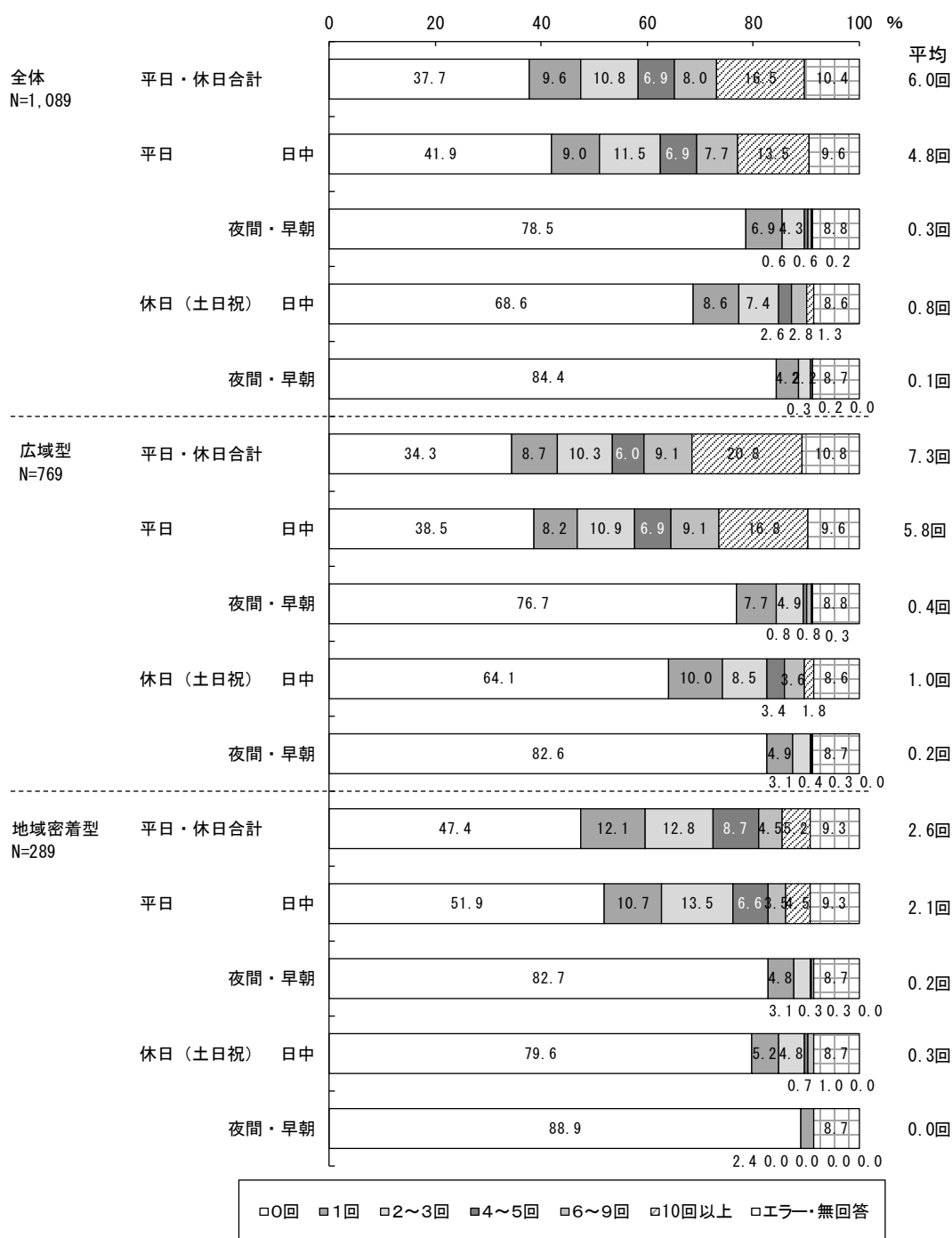


3)施設の車等による搬送・緊急受診の件数〔問8(3)〕

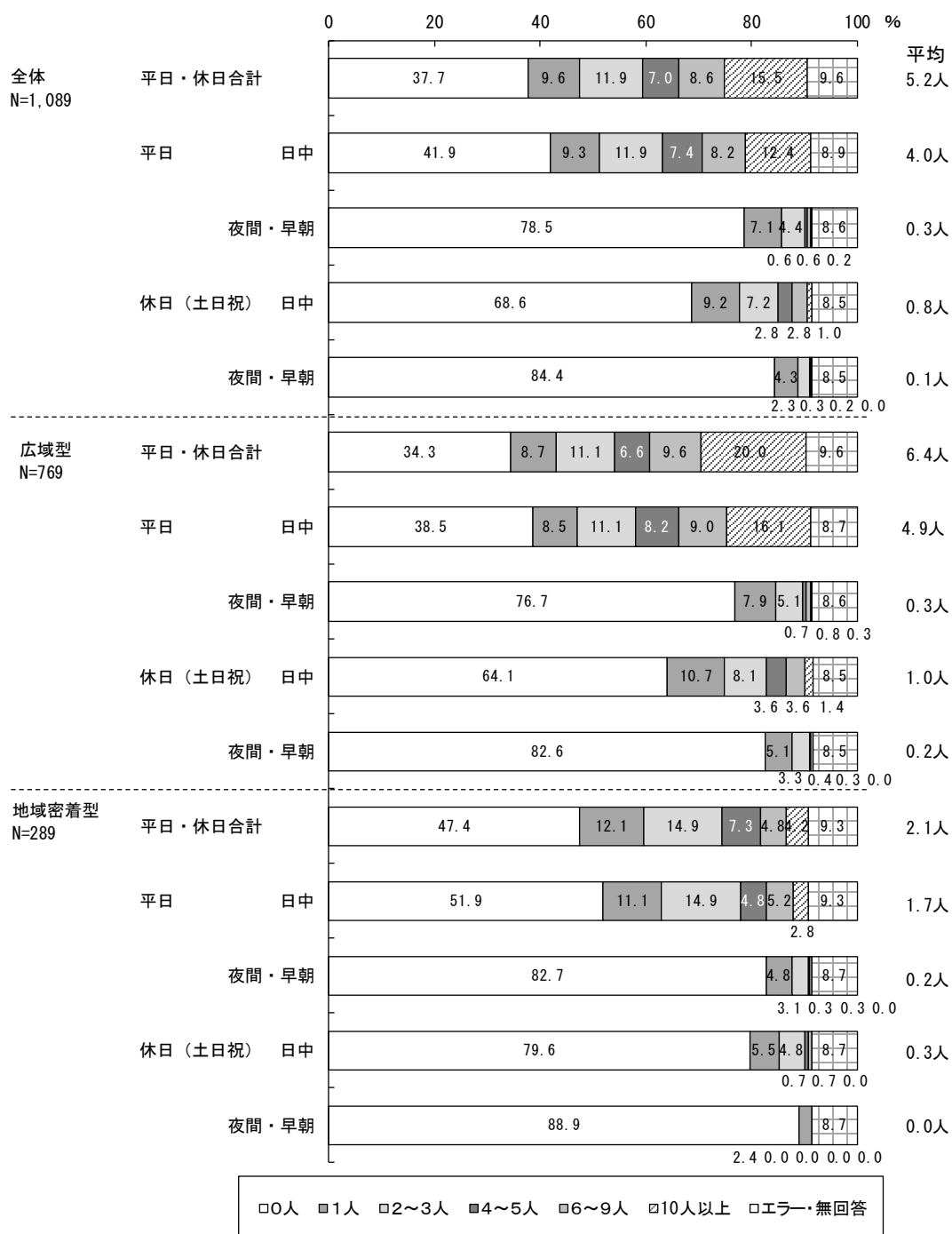
2020年2～7月の半年間で施設の車等による搬送・緊急受診を1回以上行った施設は51.9%と過半数を占めていた。搬送・緊急受診の平均延べ回数(平日・休日合計)は6.0回、重複を除いた実人数は平均5.2人であった。施設の種別別にみると、施設の車等による搬送・緊急受診を1回以上行った施設は広域型で54.9%、地域密着型では43.3%であった。平均延べ回数(平日・休日合計)は広域型で7.3回、地域密着型で2.6回、重複を除いた実人数の平均は同6.4人、2.1人となっていた。

搬送日時別にみると、119番への救急要請の平均延べ回数は「平日日中」が4.8回と最も多く、次いで「休日(土日祝)」が0.8回であった

図表 施設の車等による搬送・緊急受診－延べ回数
(2020年2～7月の半年間)



図表 施設の車等による搬送・緊急受診－重複を除いた実人数
(2020年2～7月の半年間)



4)施設特性格 119 番への救急要請の件数【クロス集計】

施設特性によって 119 番への救急要請の件数に違いが見られるのかどうかを確認するため、以下の項目と「119 番への救急要請の件数(延べ回数)(問 8 (1)b)」とのクロス集計を行った。集計の結果、一定の傾向が見られた項目は*マークを付した 9 項目のみであった。なお、特徴が見いだせなかった項目については、本報告書には掲載していないが、別添の集計表に収録している。

- 都市圏(施設の所在地)・・・*
- 都市規模(施設の所在地)・・・*
- 地域区分(級地)(施設の所在地)・・・*
- 施設の種類(問1(1))
- 併設・隣接の状況(問1(2))・・・*
- 設立年(介護サービス情報公表システムより取得)
- 定員数(問3(1))
- 入居率(問3(1)(2))
- 平均要介護度(問3(4))
- 要介護 5 の入所者の割合(問3(4))
- 医療処置を要する入所者の割合(問4(1)⑨⑩)
- 看護職員のうち常勤が占める割合(問2(3))
- 看護職員が必ず勤務している時間数(問2(6))
- 夜間の看護職員数(問2(7))・・・*
- 夜間の看護体制(問2(8))・・・*
- 配置医師の勤務形態(問6(1))・・・*
- 配置医師の勤務時間(問6(1)SQ1③)
- 配置医師の役割:施設の求めに応じた急変対応の有無(問6(2)①-6)
- 協力・連携関係にある医療機関数(問7(1)(2)(3))
- 協力・連携関係にある医療機関の役割:施設の求めに応じた急変対応の有無(問7(4))
- 搬送の必要性を判断する人(問 8 (4))
- 搬送の回避に向けて必ず行う処置(問 8 (5))・・・*
- 搬送マニュアルの使用状況(問 8 (6))
- 看取り率(問 5)・・・*
- 看取りの受け入れ方針(問 11(1))

(1)地域別 119 番への救急要請の件数〔施設の所在地×問8(1)b〕

地域別に 119 番への救急要請件数をみると、「その他(三大都市圏以外)」の地域では、119 番への救急要請の件数が「0回」である割合が他の地域より 10 ポイント以上高かった。また、平均回数は「首都圏」で 4.4 回、「中京圏」で 3.9 回、「近畿圏」で 4.1 回、「その他」で 2.6 回と、「その他」の地域の平均回数が最も少なかった。

都市規模別にみると、「指定都市・特別区」は他の地域に比べて「0回」(18.2%)が少なく、「10 回以上」(16.1%)が多かった。また、「指定都市・特別区」では平均回数が 5.1 回と他の地域に比べて約2回以上多かった。

地域区分別にみると、「その他」の地域で「0回」(32.9%)が多く、平均回数(2.3 回)も他の地域区分に比べて少なかった。

図表 地域別 119 番への救急要請の件数
(2020 年2～7月の半年間、延べ回数)

		平日・休日合計								平均 (回)
全 体		全体	0 回	1 回	2～3 回	4～5 回	6～9 回	10回以上	エラー・ 無回答	
		1,089	289	164	229	131	107	75	94	3.1
		100.0	26.5	15.1	21.0	12.0	9.8	6.9	8.6	
都市圏	首都圏	172	16.3	14.0	18.6	15.1	18.0	9.3	8.7	4.4
	中京圏	91	19.8	11.0	19.8	12.1	15.4	12.1	9.9	3.9
	近畿圏	126	15.1	14.3	24.6	18.3	11.1	8.7	7.9	4.1
	その他	697	32.1	16.1	21.1	10.2	6.9	5.3	8.3	2.6
	無回答	3	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	66.7	2.0
都市規模	指定都市・特別区	192	18.2	8.3	19.3	14.6	12.5	16.1	10.9	5.1
	中核市	188	26.6	14.4	23.9	12.8	12.2	4.8	5.3	3.0
	その他の市	514	28.4	17.5	20.8	11.7	9.1	5.1	7.4	2.7
	町村	192	30.2	16.1	20.3	9.9	6.8	4.7	12.0	2.5
		3	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	66.7	2.0
地域区分	1 級地	27	14.8	14.8	25.9	11.1	14.8	11.1	7.4	4.2
	2 級地	27	3.7	7.4	18.5	11.1	22.2	22.2	14.8	8.2
	3 級地	46	15.2	2.2	19.6	13.0	21.7	19.6	8.7	5.6
	4 級地	32	25.0	12.5	25.0	15.6	9.4	6.3	6.3	3.3
	5 級地	85	14.1	12.9	15.3	21.2	16.5	8.2	11.8	4.4
	6 級地	121	21.5	17.4	20.7	14.0	13.2	7.4	5.8	3.5
	7 級地	183	24.6	12.0	21.9	9.3	10.9	7.7	13.7	3.4
	その他	565	32.9	17.5	21.4	11.0	6.0	4.4	6.7	2.3
	無回答	3	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	66.7	2.0

※本調査における都市圏の定義は下記の通りである。

首都圏：埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県、

中京圏：岐阜県・愛知県・三重県、

近畿圏：滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県

(2)併設・隣接状況別 119 番への救急要請の件数〔問1(2)×問8(1)b〕

病院が併設または隣接している施設では、119 番への救急要請の件数が「0回」の割合が 54.2%と、診療所(有床・無床)が併設または隣接している施設(それぞれ 30.0%、24.2%)に比べて高かった。

図表 併設・隣接状況別 119 番への救急要請の件数

			平日・休日合計								平均 (回)
全 体			全体	0 回	1 回	2～3 回	4～5 回	6～9 回	10回以上	エラー・ 無回答	
			1,089	289	164	229	131	107	75	94	3.1
			100.0	26.5	15.1	21.0	12.0	9.8	6.9	8.6	
問 1 (2) 併設・隣接の状況	病院	併設または隣接あり	59	54.2	8.5	20.3	6.8	3.4	1.7	5.1	1.6
		なし	829	25.2	16.0	21.7	12.8	9.7	7.0	7.6	3.1
		無回答	201	23.9	12.9	18.4	10.4	12.4	8.0	13.9	3.6
	診療所 (有床)	併設または隣接あり	10	30.0	10.0	30.0	10.0	0.0	10.0	10.0	3.2
		なし	842	25.8	15.8	22.2	12.8	9.4	6.7	7.4	3.1
		無回答	237	29.1	12.7	16.5	9.3	11.8	7.6	13.1	3.3
	診療所 (無床)	併設または隣接あり	314	24.2	14.0	21.3	12.7	11.1	8.3	8.3	3.4
		なし	677	26.1	15.7	21.9	12.3	9.6	6.4	8.1	3.1
		無回答	98	36.7	14.3	14.3	8.2	7.1	6.1	13.3	2.6

(3)夜間の看護職員数別 119 番への救急要請の件数〔問2(7)×問8(1)b〕

夜間の看護職員数別に 119 番への救急要請の件数をみると、夜間に看護職員数いない(0人)の施設では、夜間に看護職員が1人以上いる施設と比べ、119番への救急要請が「0回」(26.4%)の割合が高いほか、平均回数(3.1回)も1回以上少なくなっている。

図表 夜間の看護職員数別 119 番への救急要請の件数
(2020 年2～7月の半年間、延べ回数)

			平日・休日合計								
			全体	0 回	1 回	2～3 回	4～5 回	6～9 回	10回以上	エラー・ 無回答	平均
全 体			1,089	289	164	229	131	107	75	94	3.1
			100.0	26.5	15.1	21.0	12.0	9.8	6.9	8.6	
問 2 (7) 夜間の看護職員数	看護師＋ 准看護師	0 人	977	26.4	15.4	21.4	12.3	9.4	7.0	8.2	3.1
		1 人	21	19.0	9.5	23.8	4.8	14.3	14.3	14.3	4.8
		2人以上	3	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	33.3	33.3	7.5
		無回答	88	30.7	13.6	15.9	11.4	13.6	3.4	11.4	3.0

(4)夜間の看護体制別 119 番への救急要請の件数〔問2(8)×問8(1)b〕

夜間の看護体制別に 119 番への救急要請の件数をみると、「常に夜勤または宿直の看護職員が対応」している施設と「夜勤・宿直の看護職員はおらず、オンコール対応もしていない」施設では平要請回数が6.6回、4.5回となっており、「通常、施設の看護職員がオンコールで対応」する施設、「訪問看護ステーション、医療機関と連携してオンコール体制をとっている」施設と比較して多い傾向がみられた。

図表 夜間の看護体制別 119 番への救急要請の件数
(2020 年2～7月の半年間、延べ回数)

			平日・休日合計								
			全体	0回	1回	2～3回	4～5回	6～9回	10回以上	エラー・ 無回答	平均 (回)
全 体			1,089	289	164	229	131	107	75	94	3.1
			100.0	26.5	15.1	21.0	12.0	9.8	6.9	8.6	
問 2 (8) 夜間の看護体制	常に夜勤または宿直の看護職員(併設事業所と兼務の場合を含む)が対応		12	25.0	0.0	25.0	0.0	8.3	33.3	8.3	6.8
	通常、施設の看護職員(併設事業所と兼務の場合を含む)がオンコールで対応		920	27.4	14.8	20.9	12.2	10.0	6.5	8.3	3.0
	訪問看護ステーション、医療機関と連携してオンコール体制をとっている		31	29.0	9.7	25.8	3.2	16.1	6.5	9.7	3.3
	夜勤・宿直の看護職員はおらず、オンコール対応もしていない		49	20.4	14.3	24.5	14.3	10.2	10.2	6.1	4.5
	無回答		77	19.5	23.4	18.2	14.3	5.2	5.2	14.3	2.7

(5)配置医師の勤務形態別 119 番への救急要請の件数〔問6(1)×問8(1)b〕

配置医師の勤務形態別に 119 番への救急要請の件数をみると、常勤医師がいる施設では 119 番への救急要請の件数が「0回」である割合が34.1%となっており、配置医師が非常勤の施設と比較して高い割合であった。ただし、常勤医師がいる施設では搬送回数が「6～9回」「10回以上」の割合も配置医師が非常勤の施設と比較して高くなっていた。平均要請回数は、常勤医師がいる施設で5.1回、非常勤の医師が2名以上いる施設で3.3回、非常勤の医師が1名いる施設で3.0回であった。

図表 配置医師の勤務形態別 119 番への救急要請の件数
(2020 年2～7月の半年間、延べ回数)

			平日・休日合計								
			全体	0 回	1 回	2～3 回	4～5 回	6～9 回	10回以上	エラー・ 無回答	平均 (回)
全 体			1,089	289	164	229	131	107	75	94	3.1
			100.0	26.5	15.1	21.0	12.0	9.8	6.9	8.6	
問 6 (1) 配置医師の勤務形態	常勤医師あり		41	34.1	2.4	7.3	9.8	17.1	14.6	14.6	5.1
	非常勤 2 名以上		319	24.1	14.1	23.2	12.2	11.0	6.6	8.8	3.3
	非常勤 1 名		671	27.7	16.2	20.1	11.9	9.2	6.6	8.2	3.0
	エラー・無回答		58	20.7	15.5	29.3	13.8	5.2	6.9	8.6	3.2

(6)搬送の回避に向けて必ず行う処置別 119 番への救急要請の件数〔問8(5)×問8(1)b〕

搬送の回避に向けて必ず行う処置別に 119 番への救急要請の件数をみると、搬送の回避に向けて必ず行う処置として「医師(配置医師・配置医師以外)による駆けつけ・診察」を行っている施設では、駆けつけ対応を行っていない施設よりも 119 番への救急要請を実施しなかった(「0 回」)割合が 7～8 ポイント高かった。一方で、「医師(配置医師・配置医師以外)による電話対応」を行っている施設では、電話対応を行っていない施設よりも 119 番への救急要請を実施しなかった(「0 回」)割合が低く、平均搬送回数もわずかに多かった。

図表 搬送の必要性を判断する人別 119 番への救急要請の件数
(2020 年2～7月の半年間、延べ回数)

			全体	0 回	1 回	2～3 回	4～5 回	6～9 回	10回以上	エラー・ 無回答	平均 (回)
全 体			1,089	289	164	229	131	107	75	94	3.1
			100.0	26.5	15.1	21.0	12.0	9.8	6.9	8.6	
問 8 (5) 搬送の回避に向けて必ず 行う処置 (複数回答)	A：配置医師による駆けつけ・診察	行っている	224	32.1	14.7	20.5	12.1	6.3	6.3	8.0	2.8
		行っていない	865	25.1	15.1	21.2	12.0	10.8	7.1	8.8	3.0
	B：配置医師以外の医師による駆けつけ・診察	行っている	20	35.0	5.0	25.0	15.0	5.0	5.0	10.0	2.5
		行っていない	1,069	26.4	15.2	21.0	12.0	9.9	6.9	8.6	3.3
	C：配置医師による電話対応	行っている	440	24.8	14.5	20.2	13.4	11.4	7.0	8.6	3.3
		行っていない	649	27.7	15.4	21.6	11.1	8.8	6.8	8.6	2.7
	D：配置医師以外による電話対応	行っている	21	14.3	14.3	33.3	4.8	9.5	14.3	9.5	3.2
		行っていない	1,068	26.8	15.1	20.8	12.2	9.8	6.7	8.6	3.0
	E：A～Dのいずれにも該当しない	行っている	337	23.4	17.8	22.8	11.3	10.4	7.7	6.5	3.1
		行っていない	752	27.9	13.8	20.2	12.4	9.6	6.5	9.6	3.2
	無回答	行っている	47	40.4	6.4	10.6	6.4	10.6	0.0	25.5	2.7
		行っていない	1,042	25.9	15.5	21.5	12.3	9.8	7.2	7.9	3.1

(7)看取り率別 119 番への救急要請の件数〔問5×問8(1)b〕

看取り率(高：55%以上/中：40%以上 55%未満/低：40%未満)別に 119 番への救急要請の件数をみたところ、看取り率「高」の施設では、119 番への救急要請を実施しなかった(「0 回」)割合が看取り率「中」「低」の施設よりも約 9 ポイント高いほか、平均搬送回数も 2.3 回と看取り率「中」「低」の施設と比較して 1 回以上少なくなっていた。

図表 看取り率別 119 番への救急要請の件数
(2020 年2～7月の半年間、延べ回数)

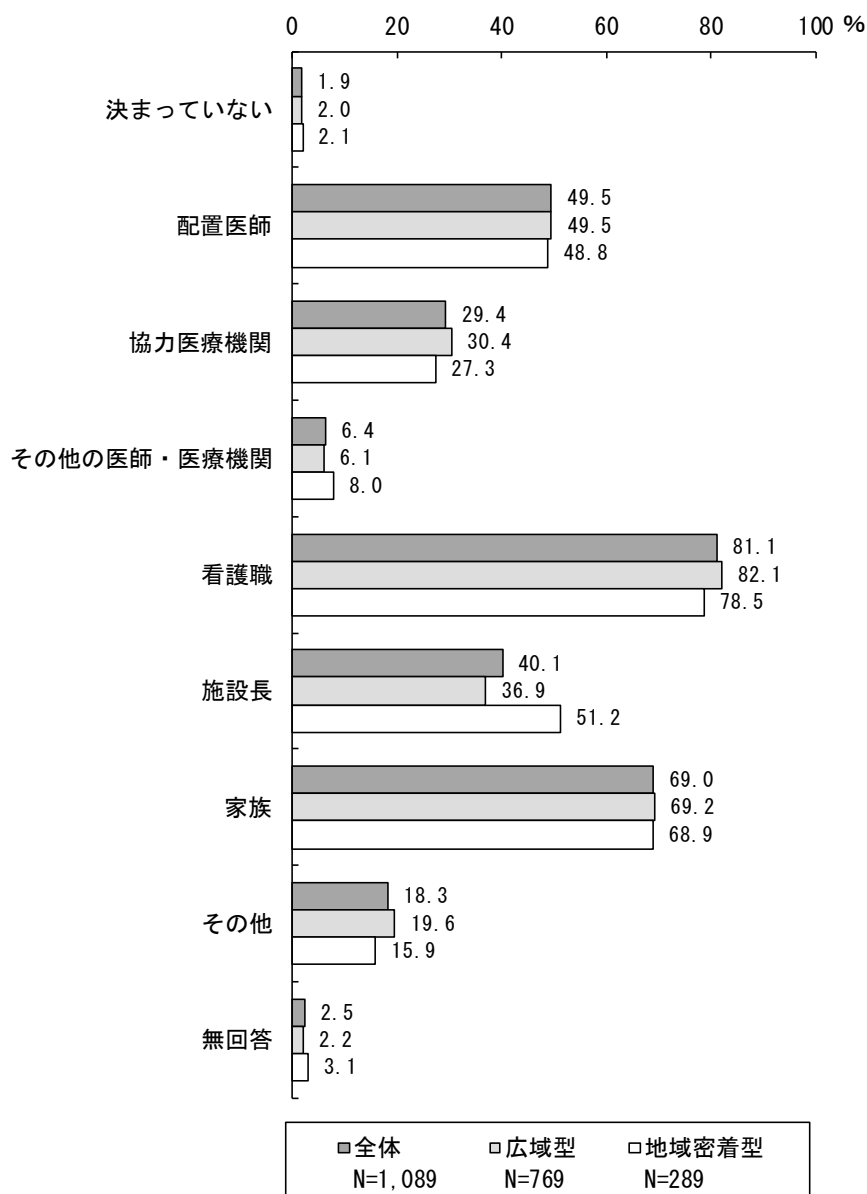
		全体	0 回	1 回	2～3 回	4～5 回	6～9 回	10回以上	エラー・ 無回答	平均 (回)
問 5	看取り率高：55%以上	448	31.0	16.5	21.9	12.1	8.5	2.7	7.4	2.3
看取り率	看取り率中：40%以上55%未満	160	21.3	15.6	22.5	16.9	8.8	6.3	8.8	3.3
	看取り率低：40%未満	410	22.0	13.9	20.5	11.0	12.0	11.7	9.0	4.1

2. 搬送前に入所者の状況を連絡することになっている人、搬送の必要性を判断する人【問8(4)】

1) 搬送前に入所者の状況を連絡することになっている人【問8(4)①】

搬送前に入所者の状況を連絡することになっている人は、「看護職」が 81.1%と最も多く、次いで「家族」が 69.0%であった。施設の種別別にみても概ね同様の傾向であるが、地域密着型では「施設長」の割合が 51.2%と広域型(36.9%)よりも 14.3 ポイント高かった。

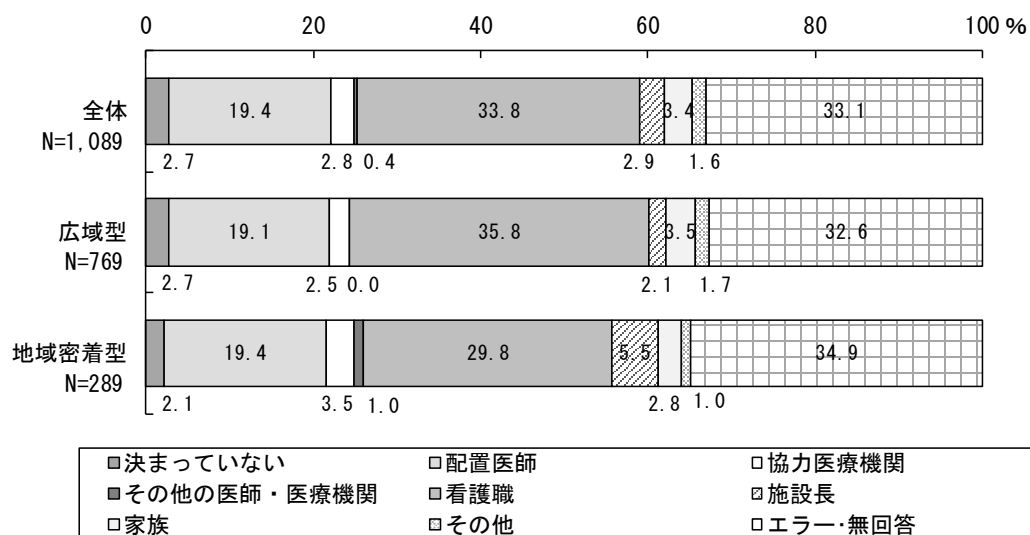
図表 搬送前に入所者の状況を連絡する人(複数回答)



2)搬送の必要性を判断する人【問8(4)②】

搬送の必要性を判断する人は、「看護職」が 33.8%と最も多く、次いで「配置医師」が 19.4%であった。広域型・地域密着型ともに同様の傾向が見られたが、広域型では搬送の必要性を判断する人が「看護職」の割合(35.8%)が地域密着型(29.8%)よりも 6.0 ポイント高かった。

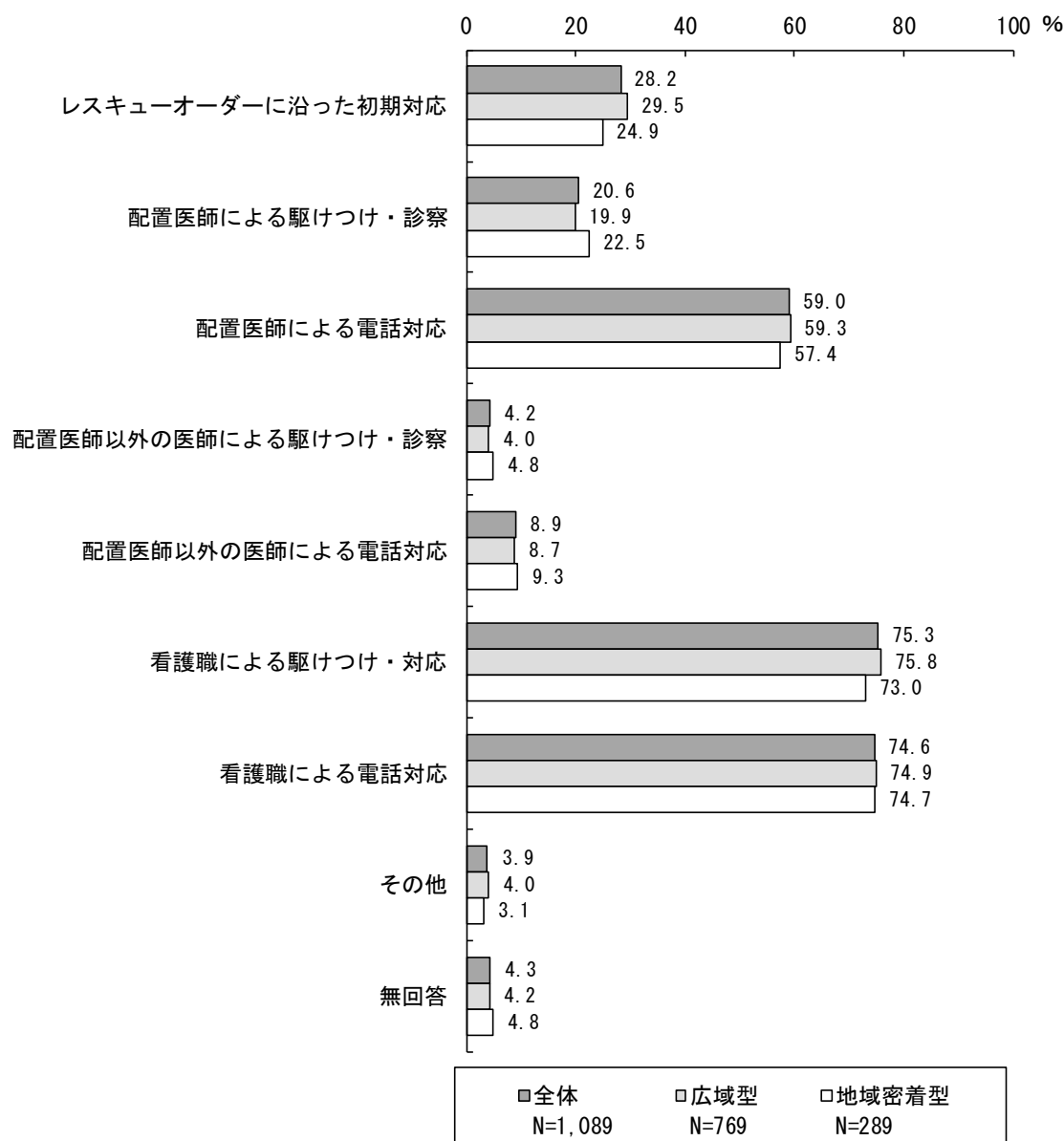
図表 搬送の必要性を判断する人



3. 搬送の回避に向けて必ず行う処置【問8(5)】

搬送の回避に向けて必ず行う処置は、「看護職による駆けつけ・対応」が 75.3%と最も多く、次いで「看護職による電話対応」が 74.6%、「配置医師による電話対応」が 59.0%であった。また、「レスキューオーダーに沿った初期対応」(28.2%)や「配置医師による駆けつけ・診察」(20.6%)を行っている施設は、2～3割程度となっていた。

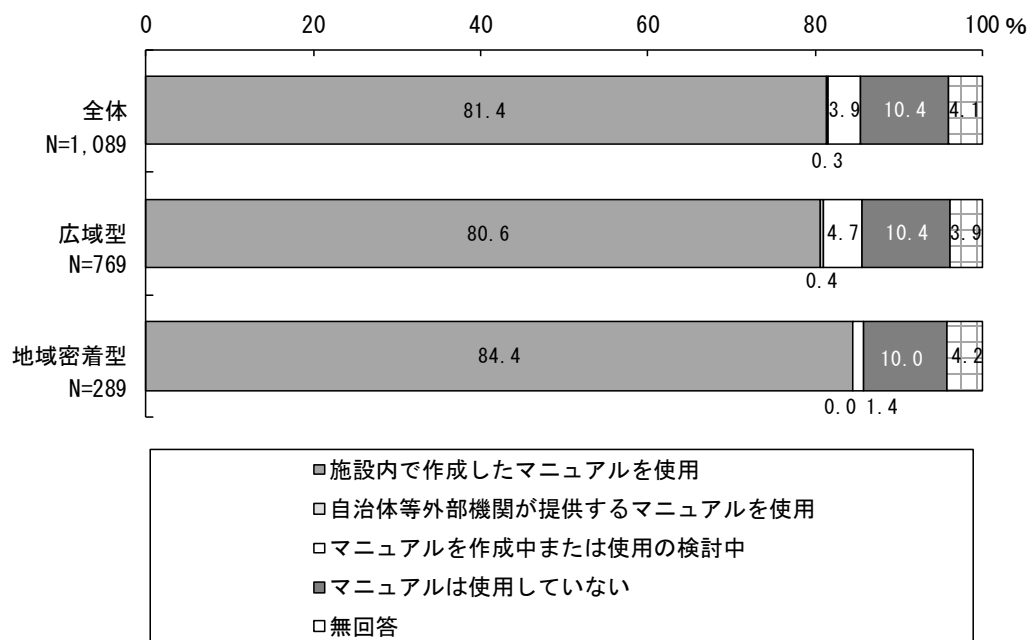
図表 搬送の回避に向けて必ず行う処置(複数回答)



4. 搬送マニュアルの使用状況【問8(6)】

搬送マニュアルの使用状況は、「施設内で作成したマニュアルを使用」している施設が 81.4%と最も多く、次いで「マニュアルは使用していない」施設が 10.9%、「マニュアルを作成中または使用の検討中」の施設が 3.9%であった。施設の種類の別にも、概ね同様の傾向が見られた。

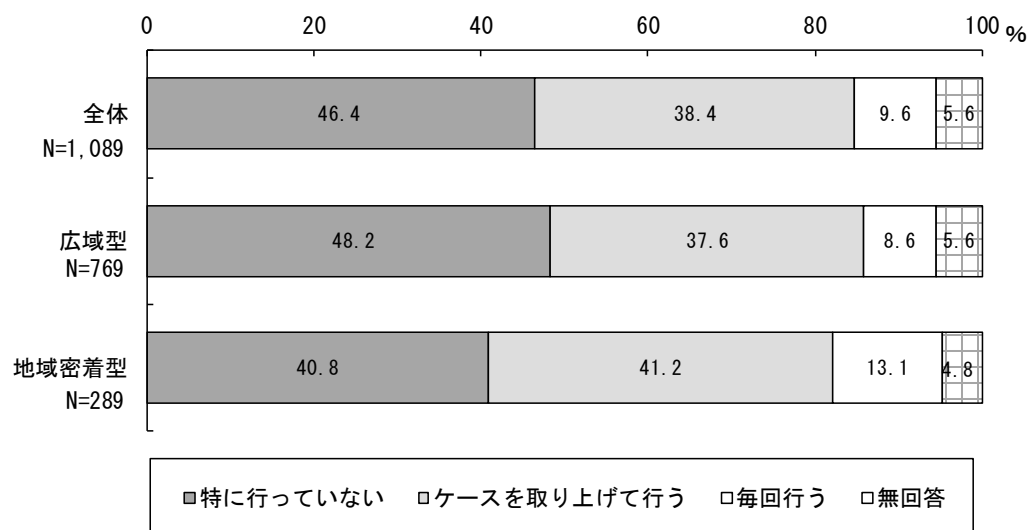
図表 搬送マニュアルの使用状況



5. 搬送後の緊急対応状況に関する振り返り【問8(7)】

搬送後の緊急対応状況に関する振り返りは、「特に行っていない」が 46.4%と最も多く、次いで「ケースを取り上げ行う」が 38.4%、「毎回行う」が 9.6%であった。施設の種類の別にも、地域密着型では「ケースを取り上げて行う」(41.2%)および「毎回行う」(13.1%)の割合が広域型(37.6%、8.6%)よりもそれぞれ 3.6 ポイント、4.5 ポイント高かった。

図表 搬送後の緊急対応状況に関する振り返り



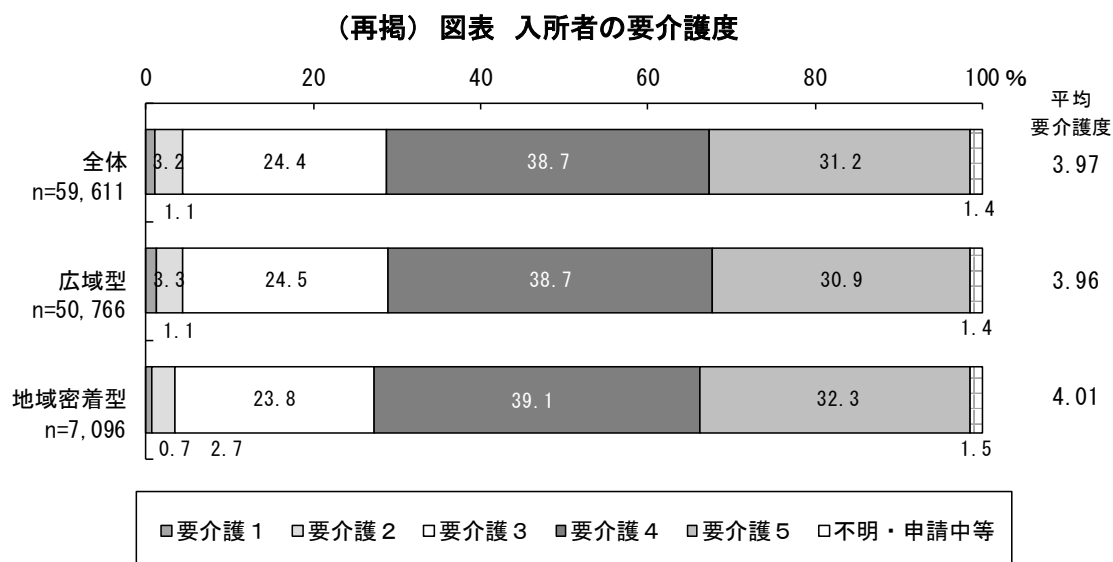
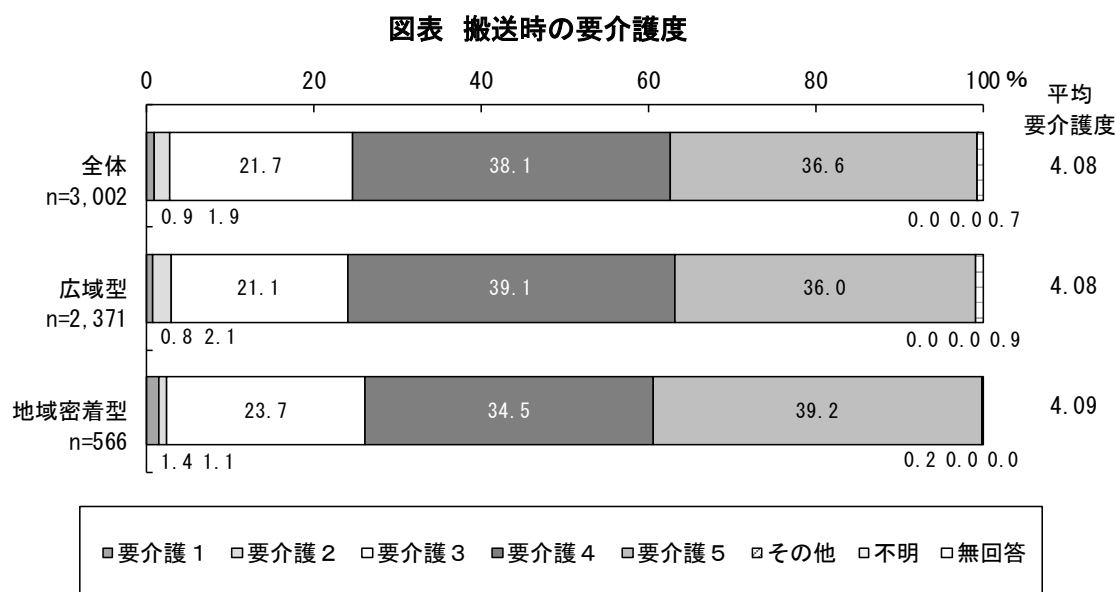
Ⅷ. 救急搬送の状況(個別ケースの詳細)

2020年1月1日以降に「救急搬送」(119番への救急要請及び特定の病院への救急要請)を行ったケースのうち、直近から遡った5ケースを対象として救急搬送の詳細を調査した。

1. 搬送された方の状態像【問9】

1) 搬送時の要介護度【問9Q2】

搬送時の要介護度は、「要介護4」(38.1%)が最も多く、次いで「要介護5」が36.6%、平均要介護度は4.08であった。施設の種別別にみても、概ね同様の比率であった。

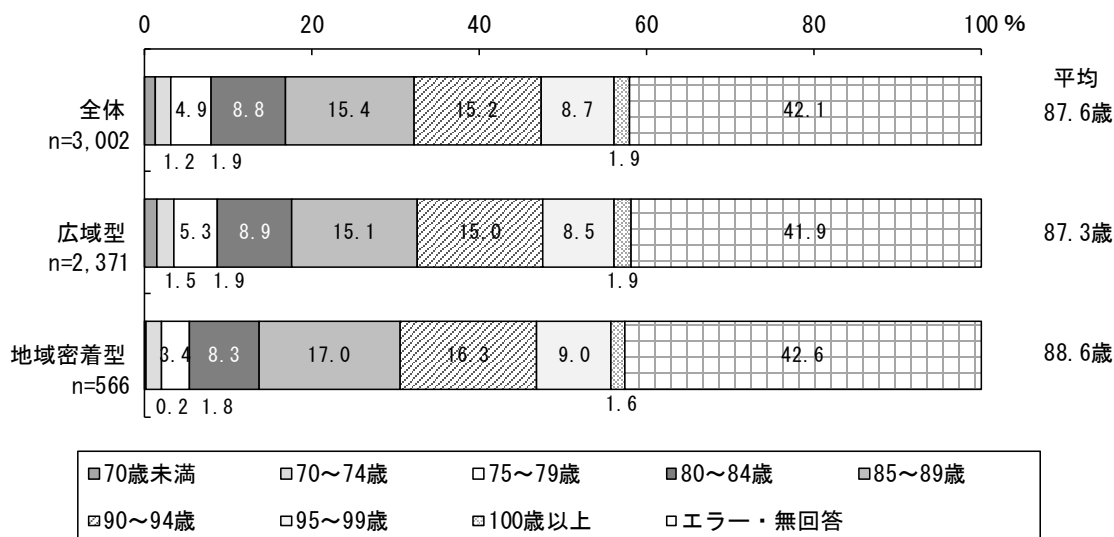


2)搬送時の年齢【問9Q1】

救急搬送された入所者の年齢は、「85～89 歳」(15.4%)が最も多く、次いで「90～94 歳」が 15.2%であった。また、平均年齢は 87.6 歳であった。施設の種類別にみると、広域型では平均 87.3 歳、地域密着型では平均 88.6 歳である。

また、入所者の要介護度別に平均年齢をみても、要介護度による大きな差は見られなかった。

図表 搬送時の年齢



図表 要介護度別 搬送時の年齢【クロス集計】

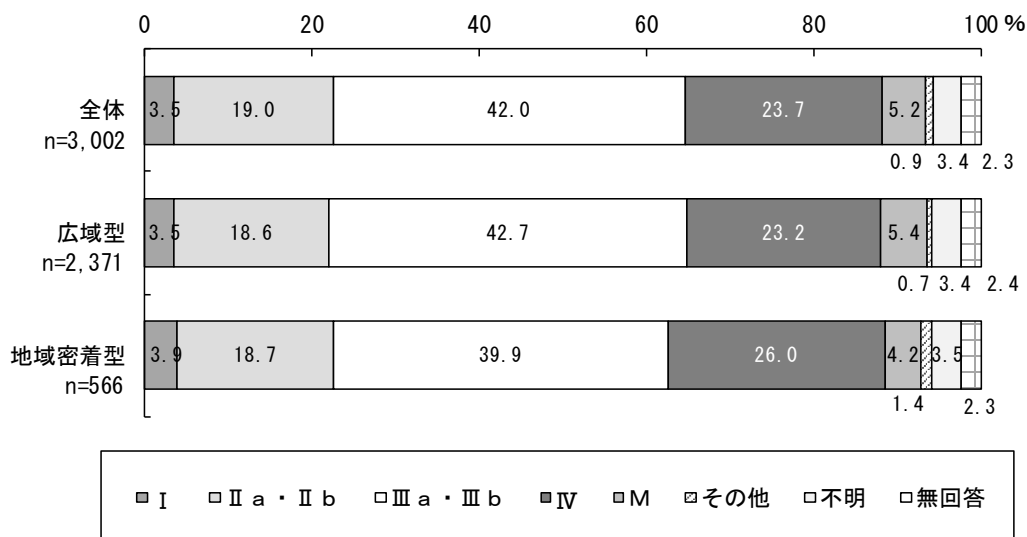
		全体	70歳未満	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90～94歳	95～99歳	100歳以上	エラー・無回答	平均(歳)
全 体		3,002	36	56	148	264	461	456	261	57	1,263	87.7
		100.0	1.2	1.9	4.9	8.8	15.4	15.2	8.7	1.9	42.1	
問9Q2 搬送時の要介護度	要介護1	28	0.0	0.0	7.1	10.7	14.3	10.7	14.3	3.6	39.3	89.1
	要介護2	57	1.8	5.3	7.0	3.5	10.5	14.0	12.3	1.8	43.9	87.1
	要介護3	652	1.2	1.8	4.3	8.4	15.3	16.3	9.2	2.3	41.1	88.0
	要介護4	1,143	1.1	1.5	4.4	9.4	16.0	16.1	9.4	1.8	40.2	88.1
	要介護5	1,100	1.3	2.2	5.8	8.8	15.1	13.9	7.4	1.7	43.8	87.1
	その他	1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	—
	不明	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	—
	無回答	21	0.0	0.0	0.0	0.0	9.5	9.5	4.8	0.0	76.2	92.4

3)搬送時の認知症の程度【問9Q3】

搬送時の認知症の程度は、「Ⅲa・Ⅲb」(42.0%)が最も多く、次いで「Ⅳ」が 23.7%であった。なお、広域型・地域密着型ともに、同様の傾向が見られた。

また、要介護度別に搬送時の認知症の程度をみると、要介護度が高くなるほど、認知症の程度が重くなっていた。

図表 搬送時の認知症の程度



図表 要介護度別 搬送時の認知症の程度【クロス集計】

		全体	Ⅰ	Ⅱ a・Ⅱ b	Ⅲ a・Ⅲ b	Ⅳ	Ⅴ	その他	不明	無回答
全 体		3,002	106	571	1,262	710	156	26	101	70
		100.0	3.5	19.0	42.0	23.7	5.2	0.9	3.4	2.3
問 9 Q2 搬送時の要介護度	要介護 1	28	21.4	50.0	7.1	3.6	0.0	7.1	7.1	3.6
	要介護 2	57	8.8	49.1	21.1	5.3	1.8	0.0	3.5	10.5
	要介護 3	652	5.4	31.0	45.2	11.0	1.8	1.1	3.1	1.4
	要介護 4	1,143	3.8	19.9	48.4	19.1	3.1	0.5	3.1	2.0
	要介護 5	1,100	1.5	8.9	36.3	37.8	9.5	1.0	3.6	1.5
	その他	1	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	不明	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	無回答	21	0.0	4.8	0.0	0.0	14.3	0.0	9.5	71.4

(参考) 認知症高齢者の日常生活自立度の内容

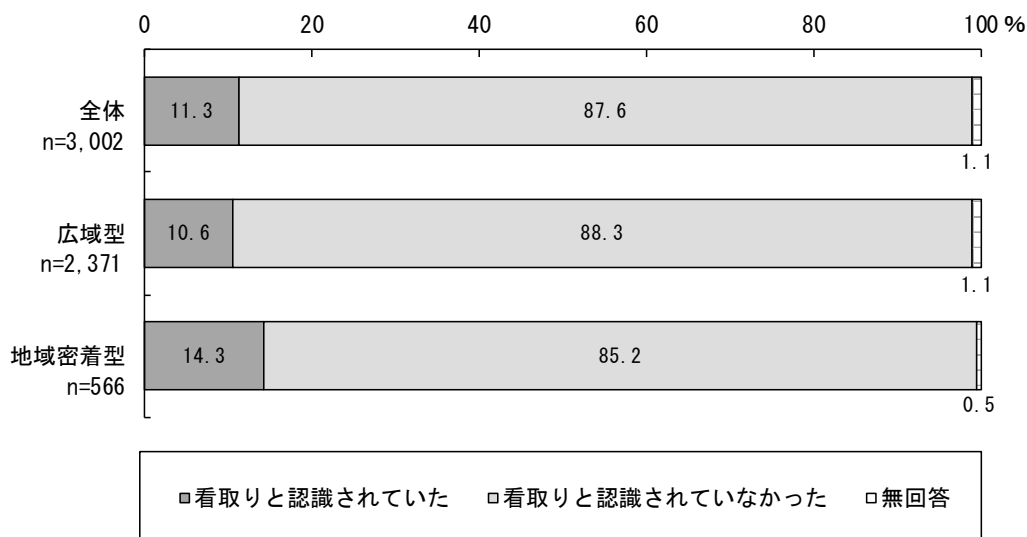
ランク	判定基準	
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
	II a	家庭外で上記 II の状態が見られる。
	II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる。
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
	III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。
	III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	

4)看取りの対象としての認識【問9Q4】

看取りの対象としての認識をみると、「看取りと認識されていた」割合は 11.3%であった。広域型と地域密着型を比較すると、「看取りと認識されていた」割合は、広域型(10.6%)より地域密着型(14.3%)の方が 3.7 ポイント高かった。

また、要介護度別に看取りの対象としての認識をみると、要介護度が高くなるほど「看取りと認識されていた」割合が高くなっていた。

図表 看取りの対象としての認識



図表 搬送時の要介護度別 看取りの対象としての認識【クロス集計】

		全体	看取りと認識されていた	看取りと認識されていなかった	無回答
全 体		3,002	339	2,631	32
		100.0	11.3	87.6	1.1
問 9 Q2 搬送時の要介護度	要介護 1	28	0.0	100.0	0.0
	要介護 2	57	5.3	94.7	0.0
	要介護 3	652	7.7	90.8	1.5
	要介護 4	1,143	11.3	88.0	0.7
	要介護 5	1,100	14.1	84.6	1.3
	その他	1	100.0	0.0	0.0
	不明	0	0.0	0.0	0.0
	無回答	21	4.8	95.2	0.0

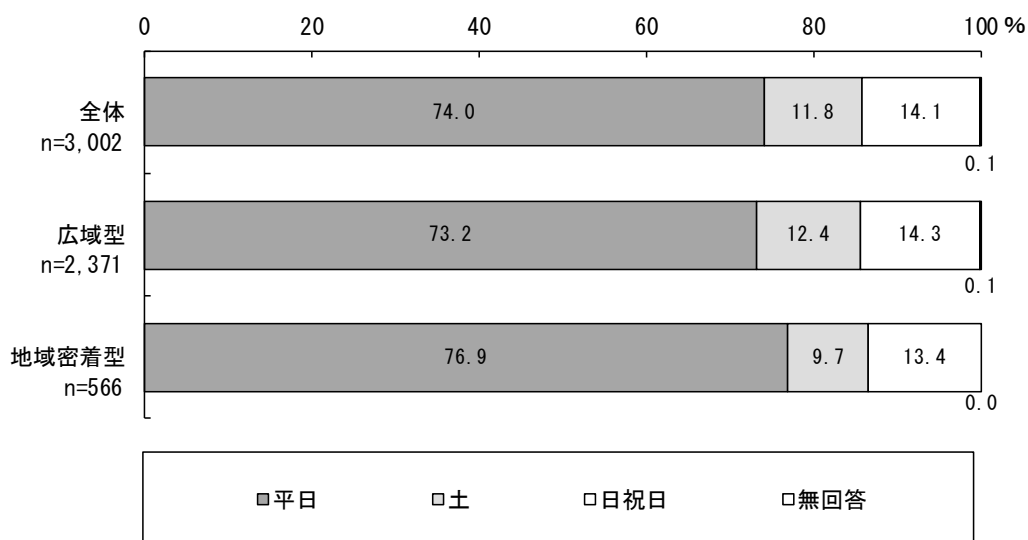
2. 搬送時の状況【問9】

1)搬送された日時【問9Q5①②】

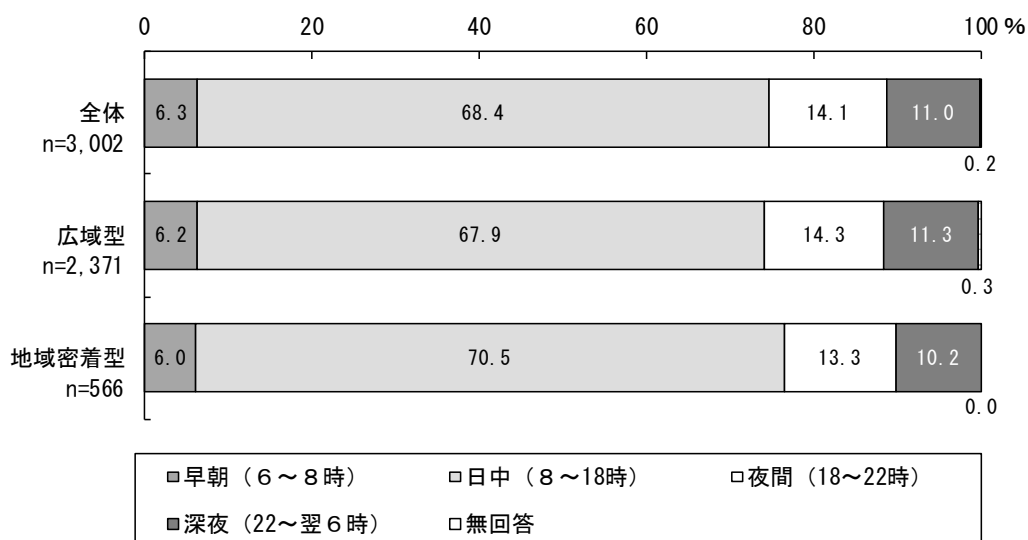
救急搬送された日時は、広域型・地域密着型ともに「平日」が最も多く、それぞれ 73.2%、76.9%であった。次いで、「日祝日」ではそれぞれ 14.3%、13.4%であった。

また、救急搬送された時間帯においても、広域型・地域密着型で同様の傾向が見られ、「日中(8～18時)」(それぞれ 67.9%、70.5%)が最も多く、次いで「夜間(18～22 時)」(それぞれ 14.3%、13.3%)が続いた。

図表 搬送された曜日



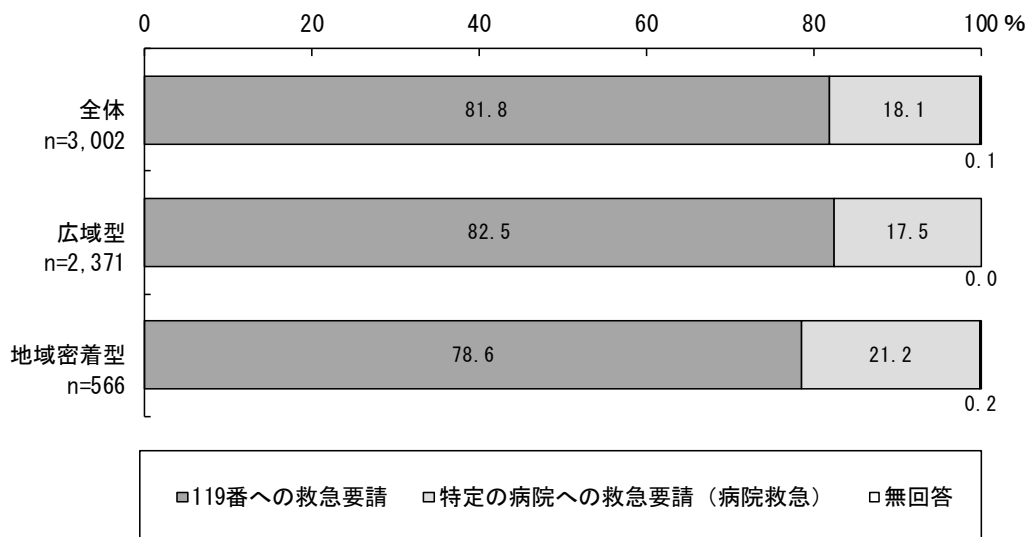
図表 搬送された時間帯



2)搬送方法【問9Q6】

搬送方法は、広域型・地域密着型ともに「119 番への救急要請」(それぞれ 82.5%、78.6%)が最も多く、「特定の病院への救急要請(病院救急)」はそれぞれ 17.5%、21.2%であった。

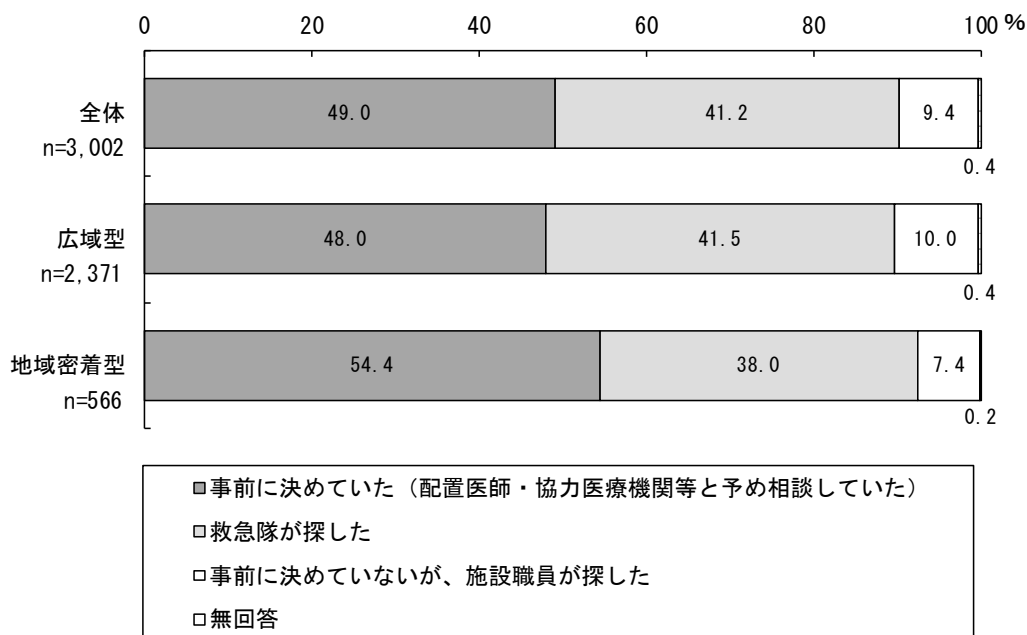
図表 搬送方法



3)搬送先の決め方【問9Q7】

搬送先の決め方は、「事前に決めていた」(49.0%)が約半数を占めて最も多く、次いで「救急隊が探した」が 41.2%であった。「事前に決めていた」施設は、広域型では 48.0%、地域密着型では 54.4%であり、地域密着型の方が 6.4 ポイント高い。

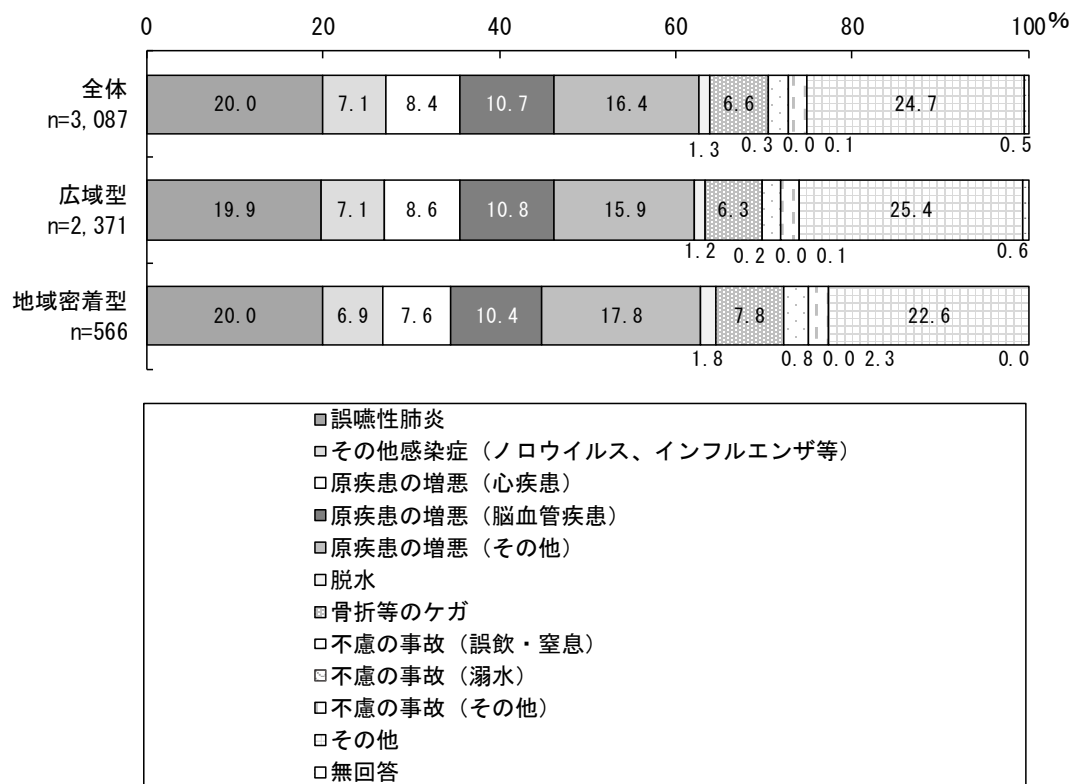
図表 搬送先の決め方



4)搬送の原因となった症状・出来事【問9Q8】

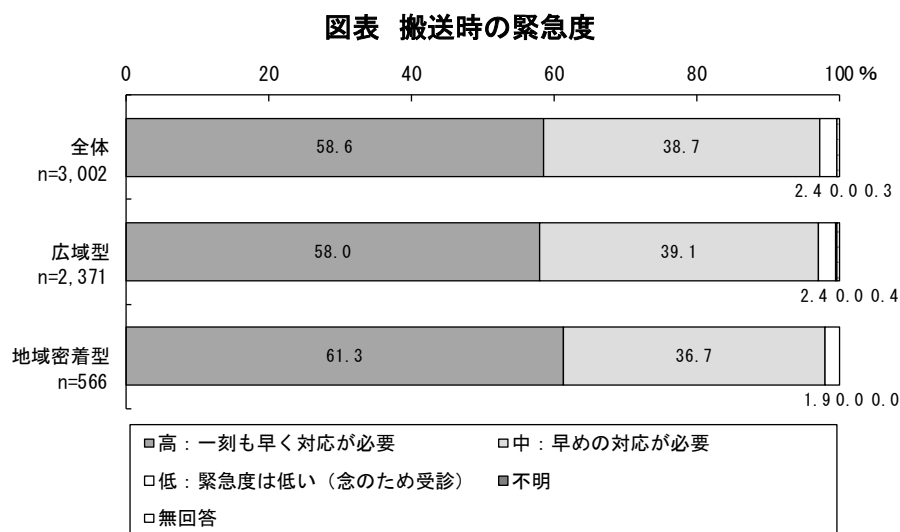
搬送の原因となった症状・出来事は、「その他」(24.7%)を除くと「誤嚥性肺炎」(20.0%)が最も多く、次いで「持病の悪化(その他)」が16.4%、「持病の悪化(心疾患)」が10.7%となっていた。施設の種類の別にも、概ね同様の傾向が見られた。

図表 搬送の原因となった症状・出来事



5)搬送時の緊急度【問9Q9】

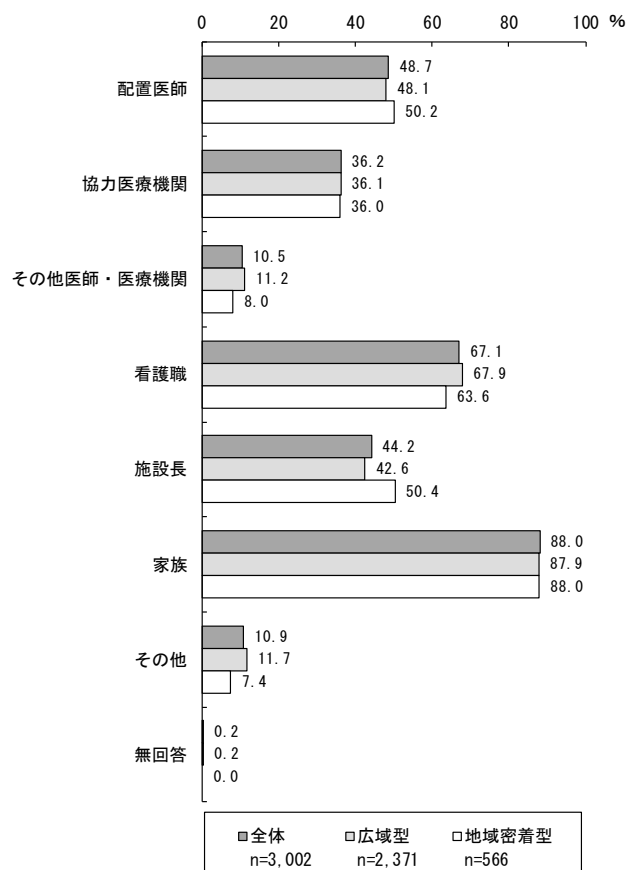
搬送時の緊急度は、「高：一刻も早く対応が必要」が58.6%と過半数を占め、次いで「中：早めの対応が必要」が38.7%、「低：緊急度は低い（念のため受診）」が2.4%となっていた。



6)搬送を行うまでに連絡した先【問9Q10】

搬送を行うまでに連絡した先は、「家族」が88.0%で最も多く、次いで「介護職」が67.1%、「配置医師」が48.7%、「施設長」が44.2%であった。施設の種別別にみても概ね同様の傾向であるが、地域密着型では「施設長」の割合(50.4%)が広域型(42.6%)よりも7.8ポイント高かった。

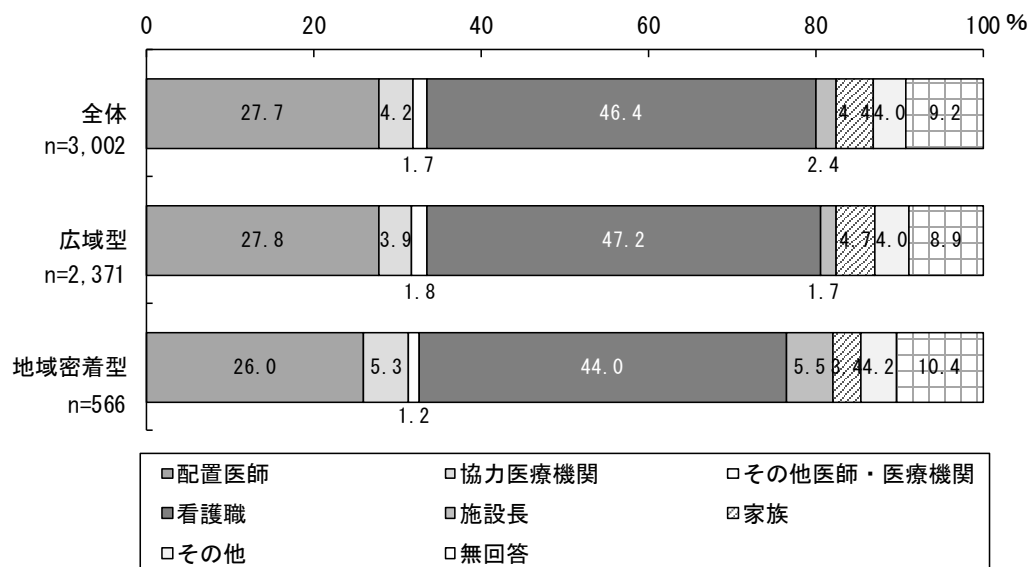
図表 搬送を行うまでに連絡した先（複数回答）



7)搬送の実施を判断した人【問9Q11】

搬送の実施を判断した人は、「看護職」が46.4%で最も多く、次いで「配置医師」が27.7%であった。施設の種類別にみても、概ね同様の比率であった。

図表 搬送の実施を判断した人

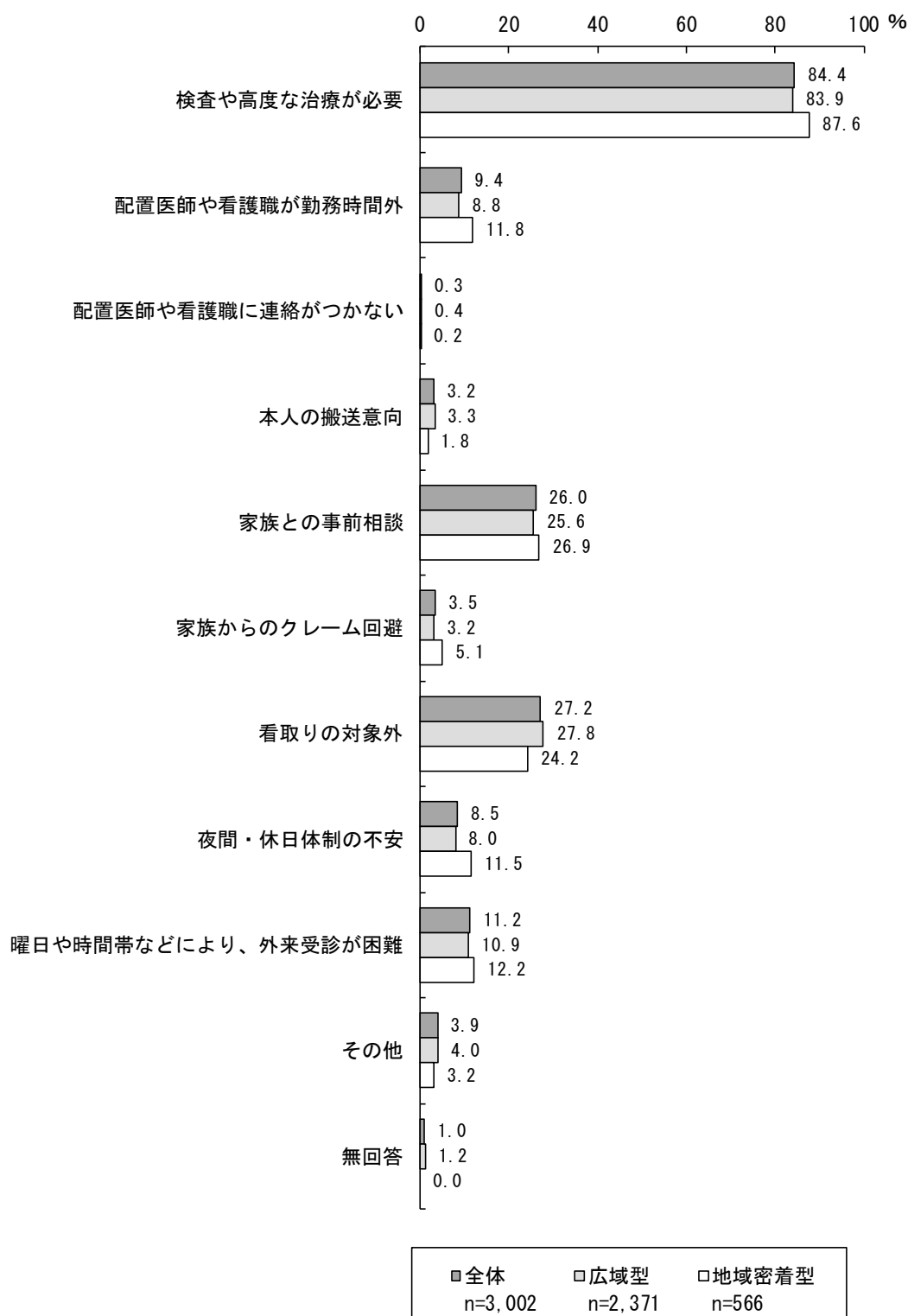


8)搬送の要否を判断した理由【問9Q12】

搬送の要否を判断した理由は、「検査や高度な治療が必要」が 84.4%で最も多く、次いで「看取りの対象外」が 27.2%、「家族との事前相談」が 26.0%であった。

施設の種別別にみると、広域型では「検査や高度な治療が必要」が 83.9%と最も多く、次いで「看取りの対象外」が 27.8%、「家族との事前相談」が 25.6%であった。また、地域密着型では「検査や高度な治療が必要」が 87.6%と広域型より 3.7 ポイント多く、次いで「家族との事前相談」が 26.9%、「看取りの対象外」が 24.2%であった。

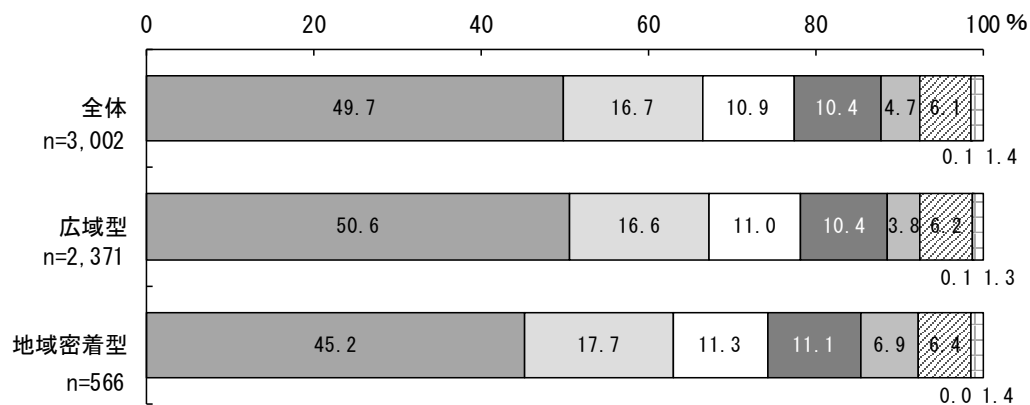
図表 搬送の要否を判断した理由(複数回答)



9)搬送時の付き添い【問9Q13】

搬送時の付き添いは、「看護職が同乗し、診断がつくまで付き添い」(49.7%)が約半数を占めており、次いで「介護職が同乗し、ご家族が到着後に引き継ぎ」が 16.7%、「介護職が同乗し、診断がつくまで付き添い」が 10.9%であった。施設の種類別にみても、概ね同様の比率であった。

図表 搬送時の付き添い



- 看護職が同乗し、診断がつくまで付き添い
- 看護職が同乗し、ご家族が到着後に引き継ぎ
- 介護職が同乗し、診断がつくまで付き添い
- 介護職が同乗し、ご家族が到着後に引き継ぎ
- 同乗時点からご家族が対応
- その他
- 不明
- 無回答

3. 搬送された入所者の状態像別 搬送時の状況〔クロス集計〕

1)搬送された入所者の状態像別 搬送日時〔クロス集計〕

搬送された入所者の状態像によって搬送日時に違いが見られるのかどうかを確認するため、以下の項目と「搬送日時(問9Q5)」とのクロス集計を行った。集計の結果、一定の傾向が見られた項目は*マークを付した3項目のみであった。なお、特徴が見いだせなかった項目については、本報告書には掲載していないが、別添の集計表に収録している。

- ・ 搬送時の年齢(問9Q1)
- ・ 搬送時の要介護度(問9Q2)・・・*
- ・ 看取りとしての認識(問9Q4)
- ・ 搬送先の決め方(問9Q7)・・・*
- ・ 搬送の原因となった症状・出来事(問9Q8)・・・*

(1)要介護度別 搬送日時〔問9Q2×問9Q5〕

搬送された入所者の要介護度別に搬送日時をみると、「要介護1」の入所者が「平日日中」に搬送された割合が64.3%と最も多く、他の要介護度に比べて約10～20ポイント高い。

図表 要介護度別 搬送日時

		全体	平日日中	平日夜間 深夜早朝	土日祝日 日中	土日祝日 夜間深夜 早朝	無回答
全 体		3,002 100.0	1,547 51.5	671 22.4	504 16.8	272 9.1	8 0.3
問9Q2 搬送時の要介護度	要介護1	28	64.3	17.9	14.3	3.6	0.0
	要介護2	57	40.4	28.1	21.1	10.5	0.0
	要介護3	652	51.1	23.9	16.1	8.9	0.0
	要介護4	1,143	52.5	20.2	17.8	9.1	0.4
	要介護5	1,100	50.8	23.4	16.4	9.4	0.1
	その他	1	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0
	不明	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
無回答		21	66.7	23.8	0.0	0.0	9.5

(2)搬送先の決め方別 搬送日時〔問9Q7×問9Q5〕

搬送先の決め方別に搬送日時を見ると、搬送先を「事前に決めていた(配置医師・協力医療機関等と予め相談していた)」場合、「平日日中」に搬送される割合が平均よりも8.9ポイント高かった。また、「救急隊が探した」場合、搬送日時は「平日夜間・深夜・早朝」(40.4%)が最も多い。

図表 搬送先の決め方別 搬送日時

		全体	平日日中	平日夜間 深夜早朝	土日祝日 日中	土日祝日 夜間深夜 早朝	無回答
全 体		3,002 100.0	1,547 51.5	671 22.4	504 16.8	272 9.1	8 0.3
問9Q7 搬送先の決め方	事前に決めていた(配置医師・協力医療機関等と予め相談していた)	1,472	60.4	17.5	15.4	6.4	0.3
	救急隊が探した	1,237	40.4	29.2	17.6	12.5	0.2
	事前に決めていないが、施設職員が探した	281	53.4	17.4	21.0	8.2	0.0
	無回答	12	66.7	33.3	0.0	0.0	0.0

(3)搬送の原因となった症状・出来事別 搬送日時〔問9Q8×問9Q5〕

搬送の原因となった症状・出来事別に搬送日時をみると、「脱水」が原因となって搬送された場合、「平日日中」に搬送された割合は平均よりも 12.6 ポイント高かった。また、「不慮の事故(誤飲・窒息)」の場合、「土日祝日夜間・深夜・早朝」に搬送された割合は平均よりも 8.3 ポイント高かった。

図表 搬送の原因となった症状・出来事別 搬送日時

		全体	平日日中	平日夜間 深夜早朝	土日祝日 日中	土日祝日 夜間深夜 早朝	無回答
全 体		3,002	1,547	671	504	272	8
		100.0	51.5	22.4	16.8	9.1	0.3
問9Q8	誤嚥性肺炎	600	52.5	22.8	16.5	7.8	0.3
搬送の原因となった	その他感染症	212	53.8	14.2	20.8	11.3	0.0
症状・出来事	持病の悪化（脳血管疾患）	252	57.5	19.8	14.7	7.1	0.8
	持病の悪化（心疾患）	322	47.5	26.1	16.5	9.9	0.0
	持病の悪化（それ以外）	492	54.5	18.5	17.5	8.9	0.6
	脱水	39	64.1	10.3	23.1	2.6	0.0
	骨折等のケガ	199	49.2	20.6	20.6	9.0	0.5
	不慮の事故（誤飲・窒息）	69	56.5	15.9	10.1	17.4	0.0
	不慮の事故（溺水）	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	不慮の事故（それ以外）	61	39.3	31.1	19.7	9.8	0.0
	その他	741	48.2	27.1	15.2	9.4	0.0
	無回答	15	60.0	20.0	20.0	0.0	0.0

2)搬送された入所者の状態像別 搬送方法【クロス集計】

搬送された入所者の状態像によって搬送方法に違いが見られるのかどうかを確認するため、以下の項目と「搬送方法(問9Q6)」とのクロス集計を行った。集計の結果、一定の傾向が見られた項目は＊マークを付した4項目のみであった。なお、特徴が見いだせなかった項目については、本報告書には掲載していないが、別添の集計表に収録している。

- ・ 搬送時の年齢(問9Q1)・・・＊
- ・ 搬送時の要介護度(問9Q2)
- ・ 看取りとしての認識(問9Q4)
- ・ 搬送された日時(問9Q5)・・・＊
- ・ 搬送先の決め方(問9Q7)・・・＊
- ・ 搬送の原因となった症状・出来事(問9Q8)・・・＊

(1)年齢別 搬送方法【問9Q1×問9Q6】

年齢別に搬送方法をみると、全ての年齢層において「119番への救急要請」が7～9割弱で最も多かった。また「70歳未満」では、「特定の病院への救急要請(病院救急)」の割合が27.8%と、他の年齢層に比べて約10ポイント高かった。

図表 年齢別 搬送方法

		全体	119番への救急要請	特定の病院への救急要請(病院救急)	無回答
全 体		3,002	2,456	544	2
		100.0	81.8	18.1	0.1
問9Q1 年齢	70歳未満	36	72.2	27.8	0.0
	70～74歳	56	87.5	12.5	0.0
	75～79歳	148	83.8	16.2	0.0
	80～84歳	264	84.5	15.2	0.4
	85～89歳	461	81.1	18.7	0.2
	90～94歳	456	83.8	16.2	0.0
	95～99歳	261	81.2	18.8	0.0
	100歳以上	57	87.7	12.3	0.0
	エラー・無回答	1,263	80.4	19.6	0.0

(2)搬送された日時別 搬送方法【問9Q5×問9Q6】

搬送された日時別に搬送方法をみると、いずれの日時においても「119番への救急要請」が最も多かった(約7～9割)。「平日日中」、「土日祝日日中」に搬送された場合、「特定の病院への救急要請(病院救急)」の割合が「平日夜間深夜早朝」「土日祝日夜間深夜早朝」に搬送されたケースと比べて10～15ポイント高かった。

図表 搬送された日時別 搬送方法

		全体	119番への救急要請	特定の病院への救急要請(病院救急)	無回答
全 体		3,002	2,456	544	2
		100.0	81.8	18.1	0.1
問9Q5①② 搬送された日時	平日日中	1,547	76.3	23.5	0.1
	平日夜間深夜早朝	671	89.9	10.1	0.0
	土日祝日日中	504	82.5	17.5	0.0
	土日祝日夜間深夜早朝	272	91.5	8.5	0.0
	無回答	8	87.5	12.5	0.0

(3)搬送先の決め方別 搬送方法〔問9Q7×問9Q6〕

搬送先の決め方別に搬送方法をみると、搬送先を「救急隊が探した」ケースでは、「119 番への救急要請」による搬送の割合が 99.1%と、「事前に決めていた」ケース、「事前に決めていないが、施設職員が探した」ケースと比べて約 30 ポイント高かった。

図表 搬送先の決め方別 搬送方法

		全体	119番への救急要請	特定の病院への救急要請 (病院救急)	無回答
全 体		3,002 100.0	2,456 81.8	544 18.1	2 0.1
問 9 Q7 搬送先の決め方	事前に決めていた(配置医師・協力医療機関等と予め相談していた)	1,472	69.2	30.7	0.1
	救急隊が探した	1,237	99.1	0.9	0.0
	事前に決めていないが、施設職員が探した	281	71.5	28.5	0.0
	無回答	12	91.7	8.3	0.0

(4)搬送の原因となった症状・出来事別 搬送方法〔問9Q8×問9Q6〕

搬送の原因となった症状・出来事別に搬送方法をみると、「不慮の事故(誤飲・窒息)」のケースでは「119 番への救急要請」による搬送の割合が 89.9%と、他の症状・出来事が原因で搬送されたケースと比較して約 5～10 ポイント高かった。

図表 搬送の原因となった症状・出来事別 搬送方法

		全体	119番への救急要請	特定の病院への救急要請 (病院救急)	無回答
全 体		3,002 100.0	2,456 81.8	544 18.1	2 0.1
問 9 Q8 搬送の原因となった 症状・出来事	誤嚥性肺炎	600	83.7	16.3	0.0
	その他感染症	212	73.6	26.4	0.0
	持病の悪化(脳血管疾患)	252	83.3	16.7	0.0
	持病の悪化(心疾患)	322	84.5	15.2	0.3
	持病の悪化(それ以外)	492	77.4	22.6	0.0
	脱水	39	74.4	25.6	0.0
	骨折等のケガ	199	76.9	23.1	0.0
	不慮の事故(誤飲・窒息)	69	89.9	10.1	0.0
	不慮の事故(溺水)	0	0.0	0.0	0.0
	不慮の事故(それ以外)	61	83.6	16.4	0.0
	その他	741	84.8	15.1	0.1
	無回答	15	80.0	20.0	0.0

3)搬送された入所者の状態像別 搬送の原因となった症状・出来事【クロス集計】

搬送された入所者の状態像によって搬送の原因となった症状・出来事に違いが見られるのかどうかを確認するため、以下の項目と「搬送の原因となった症状・出来事(問9Q8)」とのクロス集計を行った。集計の結果、一定の傾向が見られた項目は*マークを付した3項目のみであった。なお、特徴が見いだせなかった項目については、本報告書には掲載していないが、別添の集計表に収録している。

- 搬送時の年齢(問9Q1)
- 搬送時の要介護度(問9Q2)・・・*
- 搬送時の認知症の程度(問9Q3)・・・*
- 看取りとしての認識(問9Q4)・・・*
- 状態像(要介護度×認知症の程度×看取りの対象としての認識)
- 搬送された日時(問9Q5)
- 搬送先の決め方(問9Q7)

(1)要介護度別 搬送の原因となった症状・出来事【問9Q2×問9Q8】

搬送時の要介護度別に搬送の原因となった症状・出来事をみると、要介護度が上がるほど「誤嚥性肺炎」が原因となって搬送された割合が高い傾向が見られた。

図表 要介護度別 搬送の原因となった症状・出来事①

		全体	誤嚥性肺炎	その他感染症	持病の悪化(脳血管疾患)	持病の悪化(心疾患)	持病の悪化(それ以外)	脱水
全 体		3,002 100.0	600 20.0	212 7.1	252 8.4	322 10.7	492 16.4	39 1.3
問9Q2 搬送時の 要介護度	要介護1	28	7.1	7.1	7.1	17.9	14.3	0.0
	要介護2	57	15.8	3.5	7.0	21.1	12.3	0.0
	要介護3	652	13.5	4.4	9.0	10.7	15.3	0.9
	要介護4	1,143	18.2	8.1	8.5	11.5	17.2	1.6
	要介護5	1,100	26.3	7.8	7.9	9.1	16.3	1.4
	その他	1	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	不明	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
無回答		21	14.3	0.0	14.3	19.0	23.8	0.0

図表 要介護度別 搬送の原因となった症状・出来事②

		全体	骨折等のケガ	不慮の事故(誤飲・窒息)	不慮の事故(溺水)	不慮の事故(それ以外)	その他	無回答
全 体		3,002 100.0	199 6.6	69 2.3	0 0.0	61 2.0	741 24.7	15 0.5
問9Q2 搬送時の 要介護度	要介護1	28	14.3	3.6	0.0	0.0	28.6	0.0
	要介護2	57	14.0	3.5	0.0	0.0	22.8	0.0
	要介護3	652	14.4	1.2	0.0	3.5	26.7	0.2
	要介護4	1,143	5.2	2.9	0.0	2.1	24.2	0.5
	要介護5	1,100	3.1	2.3	0.0	1.3	23.9	0.7
	その他	1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	不明	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
無回答		21	0.0	0.0	0.0	0.0	28.6	0.0

(2)認知症の程度別 搬送の原因となった症状・出来事【問9Q3×問9Q8】

搬送時の認知症の程度別に搬送の原因となった症状・出来事をみると、認知症の程度が「IV(日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする)」と「M(著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする)」の場合、「誤嚥性肺炎」を原因とする搬送の割合はそれぞれ 26.9%と、他の認知症の程度に比べて約 10 ポイント高かった。

図表 認知症の程度別 搬送の原因となった症状・出来事①

		全体	誤嚥性肺炎	その他感染症	持病の悪化(脳血管疾患)	持病の悪化(心疾患)	持病の悪化(それ以外)	脱水
全 体		3,002	600	212	252	322	492	39
		100.0	20.0	7.1	8.4	10.7	16.4	1.3
問9Q3 認知症の程度	I	106	14.2	9.4	7.5	16.0	22.6	0.0
	II a・II b	571	13.7	8.1	9.1	14.0	17.0	0.9
	III a・III b	1,262	18.9	6.9	8.8	9.7	16.6	1.6
	IV	710	26.9	6.8	7.5	8.7	15.6	1.4
	M	156	26.9	5.8	9.6	7.1	10.9	2.6
	その他	26	15.4	3.8	0.0	26.9	19.2	0.0
	不明	101	18.8	5.9	5.0	9.9	13.9	0.0
無回答		70	17.1	7.1	11.4	17.1	20.0	0.0

図表 認知症の程度別 搬送の原因となった症状・出来事①

		全体	骨折等のケガ	不慮の事故(誤飲・窒息)	不慮の事故(溺水)	不慮の事故(それ以外)	その他	無回答
全 体		3,002	199	69	0	61	741	15
		100.0	6.6	2.3	0.0	2.0	24.7	0.5
問9Q3 認知症の程度	I	106	3.8	3.8	0.0	1.9	19.8	0.9
	II a・II b	571	7.9	2.3	0.0	2.6	24.2	0.4
	III a・III b	1,262	8.1	1.8	0.0	1.6	25.6	0.3
	IV	710	4.2	2.7	0.0	2.3	23.2	0.7
	M	156	8.3	1.3	0.0	3.2	23.7	0.6
	その他	26	0.0	11.5	0.0	0.0	23.1	0.0
	不明	101	3.0	2.0	0.0	2.0	37.6	2.0
無回答		70	2.9	4.3	0.0	1.4	18.6	0.0

(3)看取りの対象としての認識別 搬送の原因となった症状・出来事【問9Q4×問9Q8】

看取りの対象としての認識別に搬送の原因となった症状・出来事をみると、「看取りと認識されていた」場合、「誤嚥性肺炎」(24.8%)、「持病の悪化(それ以外)」(18.9%)が原因による搬送の割合が、「看取りと認識されていなかった」場合と比較して約5ポイント高かった。

図表 看取りの対象としての認識別 搬送の原因となった症状・出来事①

		全体	誤嚥性肺炎	その他感染症	持病の悪化(脳血管疾患)	持病の悪化(心疾患)	持病の悪化(それ以外)	脱水
全 体		3,002	600	212	252	322	492	39
		100.0	20.0	7.1	8.4	10.7	16.4	1.3
問9Q4 看取り対象としての認識	看取りと認識されていた	339	24.8	5.6	6.8	8.6	18.9	1.5
	看取りと認識されていなかった	2,631	19.4	7.3	8.6	10.9	16.1	1.3
	無回答	32	15.6	6.3	9.4	15.6	15.6	0.0

図表 看取りの対象としての認識別 搬送の原因となった症状・出来事②

		全体	骨折等のケガ	不慮の事故(誤飲・窒息)	不慮の事故(溺水)	不慮の事故(それ以外)	その他	無回答
全 体		3,002	199	69	0	61	741	15
		100.0	6.6	2.3	0.0	2.0	24.7	0.5
問9Q4 看取り対象としての認識	看取りと認識されていた	339	4.4	3.5	0.0	1.2	24.5	0.3
	看取りと認識されていなかった	2,631	7.0	2.1	0.0	2.1	24.7	0.5
	無回答	32	3.1	3.1	0.0	3.1	28.1	0.0

4)搬送された入所者の状態像別 搬送までに連絡した先〔クロス集計〕

搬送された入所者の状態像によって搬送までに連絡した先に違いが見られるのかどうかを確認するため、「搬送の原因となった症状・出来事(問9 Q8)」と「搬送までに連絡した先(問9 Q10)」とのクロス集計を行った。

(1)搬送の原因となった症状・出来事別 搬送までに連絡した先〔問9 Q8 × 問9 Q10〕

搬送の原因となった症状・出来事別に搬送を行うまでに連絡した先をみると、症状・出来事に関わらず、「家族」に連絡した割合が最も多く、7～9割を占めている。また、「その他感染症」、「持病の悪化(脳血管疾患)」、「持病の悪化(それ以外)」の場合、「配置医師」に連絡する割合はそれぞれ5割を超えていた。

図表 搬送の原因となった症状・出来事別 搬送までに連絡した先

		全体	配置医師	協力医療機関	その他医師・医療機関	看護職	施設長	家族	その他	無回答
全 体		3,002	1,461	1,086	314	2,014	1,326	2,642	328	5
		—	48.7	36.2	10.5	67.1	44.2	88.0	10.9	0.2
問9 Q8 搬送の原因とな った症状・出 来事	誤嚥性肺炎	600	50.3	39.7	8.0	65.0	43.8	86.8	11.0	0.2
	その他感染症	212	58.5	46.2	11.3	60.8	42.0	92.5	4.2	0.0
	持病の悪化(脳血管疾患)	252	54.8	32.1	14.7	73.0	50.4	89.7	11.9	0.4
	持病の悪化(心疾患)	322	49.1	38.2	11.2	68.6	47.5	87.9	7.8	0.0
	持病の悪化(それ以外)	492	53.5	39.8	14.0	63.2	42.9	86.2	10.2	0.0
	脱水	39	38.5	38.5	5.1	74.4	46.2	92.3	10.3	0.0
	骨折等のケガ	199	42.2	32.7	13.1	75.4	44.7	94.0	9.0	0.0
	不慮の事故(誤飲・窒息)	69	39.1	20.3	10.1	58.0	59.4	91.3	11.6	0.0
	不慮の事故(溺水)	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	不慮の事故(それ以外)	61	23.0	27.9	13.1	73.8	50.8	73.8	11.5	0.0
	その他	741	44.7	31.4	7.6	68.4	40.5	87.7	15.0	0.3
	無回答	15	33.3	40.0	6.7	53.3	26.7	73.3	0.0	6.7

5)搬送された入所者の状態像別 搬送の実施を判断した人〔クロス集計〕

搬送された入所者の状態像によって搬送の実施を判断した人に違いが見られるのかどうかを確認するため、以下の項目と「搬送の実施を判断した人(問9Q11)」とのクロス集計を行った。集計の結果、一定の傾向が見られた項目は*マークを付した1項目のみであった。なお、特徴が見いだせなかった項目については、本報告書には掲載していないが、別添の集計表に収録している。

- ・ 看取りの対象としての認識(問9Q4)
- ・ 搬送された日時(問9Q5)
- ・ 搬送の原因となった症状・出来事(問9Q8)・・・*

(1)搬送の原因となった症状・出来事別 搬送の実施を判断した人〔問9Q8×問9Q11〕

搬送の原因となった症状・出来事別に搬送の実施を判断した人をみると、「不慮の事故(誤飲・窒息)」が原因で搬送された場合、「看護師」が搬送の実施を判断した割合は平均よりも24.6ポイント高かった。

図表 搬送の原因となった症状・出来事別 搬送の実施を判断した人

		全体	配置医師	協力医療機関	その他医師・医療機関	看護職	施設長	家族	その他	無回答
全 体		3,002	832	125	50	1,394	72	133	120	276
		100.0	27.7	4.2	1.7	46.4	2.4	4.4	4.0	9.2
問9Q8	誤嚥性肺炎	600	25.8	4.0	1.5	48.5	1.8	4.8	1.8	11.7
搬送の原因と	その他感染症	212	37.3	4.2	0.9	39.2	2.8	4.2	1.9	9.4
なった症状・出	持病の悪化(脳血管疾患)	252	33.7	4.8	0.8	42.1	2.8	4.4	4.4	7.1
来事	持病の悪化(心疾患)	322	28.0	3.7	1.2	45.7	1.6	5.0	4.0	10.9
	持病の悪化(それ以外)	492	32.3	3.5	1.6	40.4	3.3	5.3	3.3	10.4
	脱水	39	17.9	12.8	0.0	48.7	5.1	12.8	0.0	2.6
	骨折等のケガ	199	21.6	5.0	3.5	53.3	3.0	2.0	4.5	7.0
	不慮の事故(誤飲・窒息)	69	7.2	0.0	1.4	71.0	5.8	1.4	8.7	4.3
	不慮の事故(溺水)	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	不慮の事故(それ以外)	61	11.5	4.9	3.3	54.1	3.3	4.9	6.6	11.5
	その他	741	27.0	4.3	2.0	47.9	1.8	3.8	6.2	7.0
	無回答	15	13.3	6.7	0.0	40.0	0.0	6.7	0.0	33.3

6)搬送された入所者の状態像別 搬送の要否を判断した理由〔クロス集計〕

搬送された入所者の状態像によって搬送の要否を判断した理由に違いが見られるのかどうかを確認するため、以下の項目と「搬送の要否を判断した理由（問9Q12）」とのクロス集計を行った。

- ・ 看取りの対象としての認識(問9Q4)
- ・ 搬送の原因となった症状・出来事(問9Q8)
- ・ 搬送時の緊急度(問9Q9)

(1)看取りの対象としての認識別 搬送の要否を判断した理由〔問9Q4×問9Q12〕

看取りの対象としての認識別に搬送の要否を判断した理由をみると、「検査や高度な治療が必要」な割合が最も多く、「看取りと認識されていた」場合は 78.5%、「看取りと認識されていなかった」場合は 85.4%であった。

図表 看取りの対象としての認識別 搬送の要否を判断した理由

		全体	検査や高度な治療が必要	配置医師や看護職が勤務時間外	配置医師や看護職に連絡がつかない	本人の搬送意向	家族との事前相談	家族からのクレーム回避	看取りの対象外	夜間・休日体制の不安	曜日や時間帯などにより、外来受診が困難	その他	無回答
全 体		3,002	2,533	281	10	95	781	106	817	255	337	118	31
		—	84.4	9.4	0.3	3.2	26.0	3.5	27.2	8.5	11.2	3.9	1.0
問9Q4	看取りと認識されていた	339	78.5	11.5	0.0	2.9	29.2	3.2	9.7	6.8	8.8	6.5	1.2
看取り対象としての認識	看取りと認識されていなかった	2,631	85.4	8.9	0.4	3.2	25.7	3.6	29.6	8.8	11.6	3.4	1.0
	無回答	32	65.6	21.9	0.0	3.1	18.8	3.1	12.5	0.0	6.3	21.9	6.3

(2)搬送の原因となった症状・出来事別 搬送の要否を判断した理由〔問9Q8×問9Q12〕

搬送の原因となった症状・出来事別に搬送の要否を判断した理由をみると、「検査や高度な治療が必要」な割合が最も多く、8～9割を占めている。

「家族との事前相談」の上で搬送の判断をした場合、「その他感染症」の割合が37.3%と平均よりも11.3ポイント高かった。また、「看取りの対象外」であった場合、搬送の原因が「脱水」である割合が最も多く、35.9%であった。

図表 搬送の原因となった症状・出来事別 搬送の要否を判断した理由

		全体	検査や高度な治療が必要	配置医師や看護職が勤務時間外	配置医師や看護職に連絡がつかない	本人の搬送意向	家族との事前相談	家族からのクレーム回避	看取りの対象外	夜間・休日体制の不安	曜日や時間帯などにより、外来受診が困難	その他	無回答
全 体		3,002	2,533	281	10	95	781	106	817	255	337	118	31
		—	84.4	9.4	0.3	3.2	26.0	3.5	27.2	8.5	11.2	3.9	1.0
問9Q8	誤嚥性肺炎	600	83.7	9.8	0.2	2.5	28.5	3.8	32.7	10.8	10.5	2.2	1.3
搬送の原因とな	その他感染症	212	89.2	12.3	0.9	4.2	37.3	3.3	28.8	12.3	13.7	3.3	0.5
なった症状・出	持病の悪化（脳血管疾患）	252	88.5	5.2	0.4	0.8	23.8	1.2	26.6	4.8	11.1	3.2	2.0
来事	持病の悪化（心疾患）	322	82.3	9.3	0.0	6.8	26.1	2.2	25.2	7.8	11.5	4.3	0.6
	持病の悪化（それ以外）	492	84.3	9.3	0.2	4.1	31.1	3.7	26.4	10.6	12.6	2.4	0.4
	脱水	39	74.4	5.1	0.0	0.0	25.6	15.4	35.9	12.8	15.4	5.1	0.0
	骨折等のケガ	199	89.4	8.5	1.0	2.5	25.6	4.5	19.1	6.5	14.6	2.5	0.0
	不慮の事故（誤飲・窒息）	69	88.4	7.2	0.0	1.4	8.7	5.8	27.5	2.9	7.2	8.7	0.0
	不慮の事故（溺水）	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	不慮の事故（それ以外）	61	77.0	9.8	0.0	0.0	23.0	3.3	11.5	4.9	11.5	4.9	0.0
	その他	741	82.5	10.4	0.4	2.8	20.4	3.6	27.3	6.7	9.4	6.5	1.6
	無回答	15	86.7	0.0	0.0	0.0	13.3	0.0	13.3	13.3	6.7	0.0	6.7

(3)搬送時の緊急度別 搬送の要否を判断した理由〔問9Q9×問9Q12〕

搬送時の緊急度別に搬送の要否を判断した理由をみると、搬送時の緊急度が高いほど「検査や高度な治療が必要」な割合が高く、それぞれ 88.2%、81.0%、56.3%となっている。

緊急度が「中：早めの対応が必要」であった場合、「家族との事前相談」の割合が「検査や高度な治療が必要」に次いで高く、30.3%であった。

緊急度が「低：緊急度は低い(念のため受診)」の場合、「配置医師や看護職が勤務時間外」(14.1%)、「家族からのクレーム回避」が他に比べて約5ポイント高くなっている。

図表 搬送時の緊急度別 搬送の要否を判断した理由

		全体	検査や高度な治療が必要	配置医師や看護職が勤務時間外	配置医師や看護職に連絡がつかない	本人の搬送意向	家族との事前相談	家族からのクレーム回避	看取りの対象外	夜間・休日体制の不安	曜日や時間帯などにより、外来受診が困難	その他	無回答
全 体		3,002	2,533	281	10	95	781	106	817	255	337	118	31
		—	84.4	9.4	0.3	3.2	26.0	3.5	27.2	8.5	11.2	3.9	1.0
問9Q9 搬送時の緊急度	高：一刻も早く対応が必要	1,758	88.2	9.6	0.3	2.9	23.3	3.2	29.9	7.2	11.0	3.9	0.7
	中：早めの対応が必要	1,162	81.0	8.8	0.3	3.5	30.3	3.9	23.8	10.4	11.8	3.7	1.1
	低：緊急度は低い（念のため受診）	71	56.3	14.1	0.0	4.2	25.4	7.0	14.1	9.9	8.5	8.5	1.4
	不明	1	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	無回答	10	10.0	10.0	0.0	0.0	0.0	0.0	40.0	0.0	10.0	10.0	50.0

7)搬送された入所者の状態像別 搬送時の緊急度〔クロス集計〕

搬送された入所者の状態像によって搬送時の緊急度に違いが見られるのかどうかを確認するため、以下の項目と「搬送時の緊急度(問9Q9)」とのクロス集計を行った。集計の結果、一定の傾向が見られた項目は*マークを付した4項目のみであった。なお、特徴が見いだせなかった項目については、本報告書には掲載していないが、別添の集計表に収録している。

- ・ 搬送時の要介護度(問9Q2)
- ・ 搬送時の認知症の程度(問9Q3)・・・*
- ・ 看取りの対象としての認識(問9Q4)・・・*
- ・ 搬送の原因となった症状・出来事(問9Q8)・・・*
- ・ 搬送の実施を判断した人(問9Q11)・・・*

(1)認知症の程度別 搬送時の緊急度〔問9Q3×問9Q9〕

認知症の程度別に搬送時の緊急度をみると、認知症の程度が「M(著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする)」の場合、搬送時の緊急度が「高:一刻も早く対応が必要」の割合が76.9%と平均よりも6.8ポイント高かった。

図表 認知症の程度別 搬送時の緊急度

		全体	高:一刻も早く対応が必要	中:早めの対応が必要	低:緊急度は低い(念のため受診)	不明	無回答
全 体		3,002	1,758	1,162	71	1	10
		100.0	58.6	38.7	2.4	0.0	0.3
問9Q3 認知症の程度	I	106	59.4	37.7	1.9	0.0	0.9
	II a・II b	571	55.7	41.3	2.5	0.0	0.5
	III a・III b	1,262	58.6	38.5	2.5	0.1	0.2
	IV	710	57.7	39.0	2.8	0.0	0.4
	M	156	65.4	34.0	0.6	0.0	0.0
	その他	26	76.9	19.2	3.8	0.0	0.0
	不明	101	59.4	40.6	0.0	0.0	0.0
	無回答	70	64.3	34.3	1.4	0.0	0.0

(2)看取りの対象としての認識別 搬送時の緊急度〔問9Q4×問9Q9〕

看取りの対象としての認識別に搬送時の緊急度をみると、「看取りと認識されていた」場合、「看取りと認識されていなかった」場合に比べて、緊急度が「高:一刻も早く対応が必要」が5.6ポイント低く、「中:早めの対応が必要」「低:緊急度は低い(念のため受診)」がそれぞれ2ポイント前後高かった。

図表 看取りの対象としての認識別 搬送時の緊急度

		全体	高:一刻も早く対応が必要	中:早めの対応が必要	低:緊急度は低い(念のため受診)	不明	無回答
全 体		3,002	1,758	1,162	71	1	10
		100.0	58.6	38.7	2.4	0.0	0.3
問9Q4 看取り対象としての認識	看取りと認識されていた	339	53.4	41.9	4.7	0.0	0.0
	看取りと認識されていなかった	2,631	59.0	38.5	2.1	0.0	0.4
	無回答	32	78.1	18.8	3.1	0.0	0.0

(3)搬送の原因となった症状・出来事別 搬送時の緊急度〔問9Q8×問9Q9〕

搬送の原因となった症状・出来事別に搬送時の緊急度をみると、「不慮の事故(誤飲・窒息)」の場合、緊急度「高:一刻も早く対応が必要」の割合が平均よりも 25.5 ポイント高くなっている。

また、「その他感染症」、「脱水」、「骨折等のケガ」の場合、緊急度「中:早めの対応が必要」が最も多く、それぞれ 49.5%、53.8%、56.3%となっている。

図表 搬送の原因となった症状・出来事別 搬送時の緊急度

		全体	高:一刻も早く対応が必要	中:早めの対応が必要	低:緊急度は低い(念のため受診)	不明	無回答
全 体		3,002	1,758	1,162	71	1	10
		100.0	58.6	38.7	2.4	0.0	0.3
問9Q8 搬送の原因とな った症状・出 来事	誤嚥性肺炎	600	58.5	40.0	1.3	0.0	0.2
	その他感染症	212	49.1	49.5	1.4	0.0	0.0
	持病の悪化(脳血管疾患)	252	68.7	29.4	0.8	0.0	1.2
	持病の悪化(心疾患)	322	71.4	27.3	1.2	0.0	0.0
	持病の悪化(それ以外)	492	51.6	45.5	2.6	0.0	0.2
	脱水	39	35.9	53.8	10.3	0.0	0.0
	骨折等のケガ	199	38.7	56.3	4.5	0.0	0.5
	不慮の事故(誤飲・窒息)	69	84.1	14.5	1.4	0.0	0.0
	不慮の事故(溺水)	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	不慮の事故(それ以外)	61	47.5	44.3	8.2	0.0	0.0
	その他	741	62.1	34.4	3.0	0.1	0.4
	無回答	15	53.3	40.0	0.0	0.0	6.7

(4)搬送の実施を判断した人別 搬送時の緊急度〔問9Q11×問9Q9〕

搬送の実施を判断した人別に搬送時の緊急度をみると、搬送の実施を判断した人が「看護職」(62.9%)、「施設長」(69.4%)、「その他」(78.3%)の場合、緊急度が「高:一刻も早く対応が必要」の割合が平均よりも高く、特に「その他」は 19.7 ポイント高い。

一方で「協力医療機関」、「家族」が搬送の実施を判断した場合には、緊急度が「中:早めの対応が必要」の割合が過半数を占めている。

図表 搬送の実施を判断した人別 搬送時の緊急度

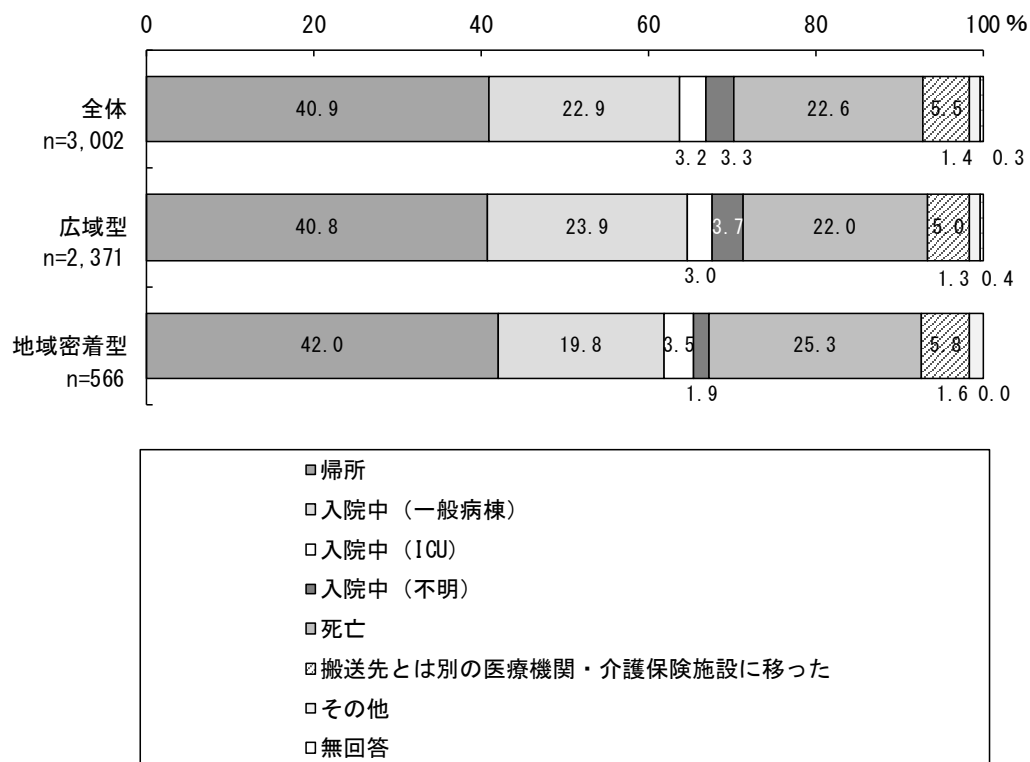
		全体	高:一刻も早く対応が必要	中:早めの対応が必要	低:緊急度は低い(念のため受診)	不明	無回答
全 体		3,002	1,758	1,162	71	1	10
		100.0	58.6	38.7	2.4	0.0	0.3
問9Q11 搬送の実施を判 断した人	配置医師	832	53.7	43.3	2.9	0.0	0.1
	協力医療機関	125	48.0	51.2	0.8	0.0	0.0
	その他医師・医療機関	50	52.0	46.0	2.0	0.0	0.0
	看護職	1,394	62.9	34.6	2.2	0.1	0.3
	施設長	72	69.4	27.8	2.8	0.0	0.0
	家族	133	42.1	51.1	6.8	0.0	0.0
	その他	120	78.3	20.8	0.8	0.0	0.0
	無回答	276	53.6	43.5	1.1	0.0	1.8

4. 搬送後の状況

1) 搬送後の状況(現在の居場所)【問9Q14】

搬送後の状況(現在の居場所)は、「帰所」(40.9%)が最も多く、次いで「入院中(一般病棟)」(22.9%)、「死亡」(22.6%)、と続いている。なお、広域型・地域密着型ともに、同様の傾向が見られた。

図表 搬送後の状況(現在の居場所)

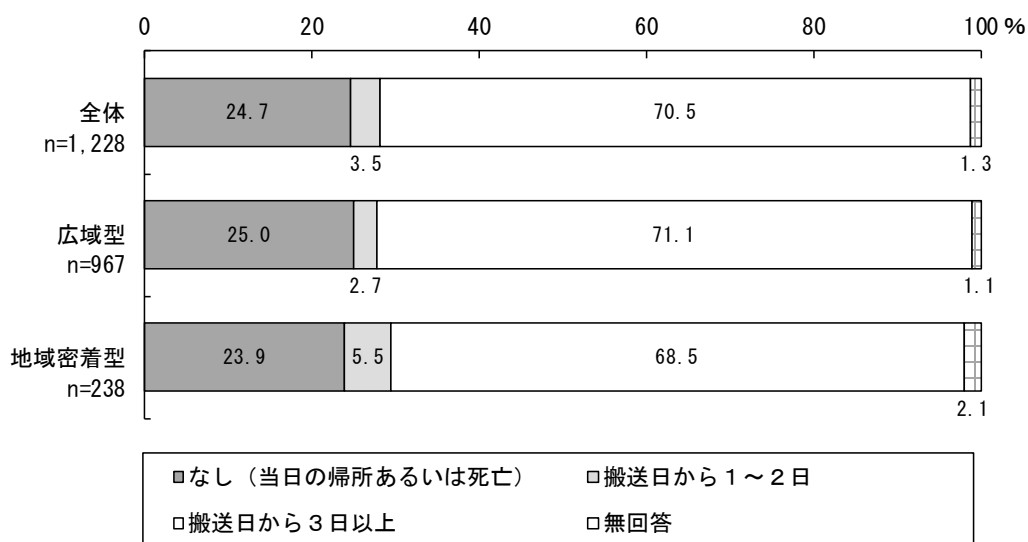


2)医療機関に滞在した期間【問9Q14①】

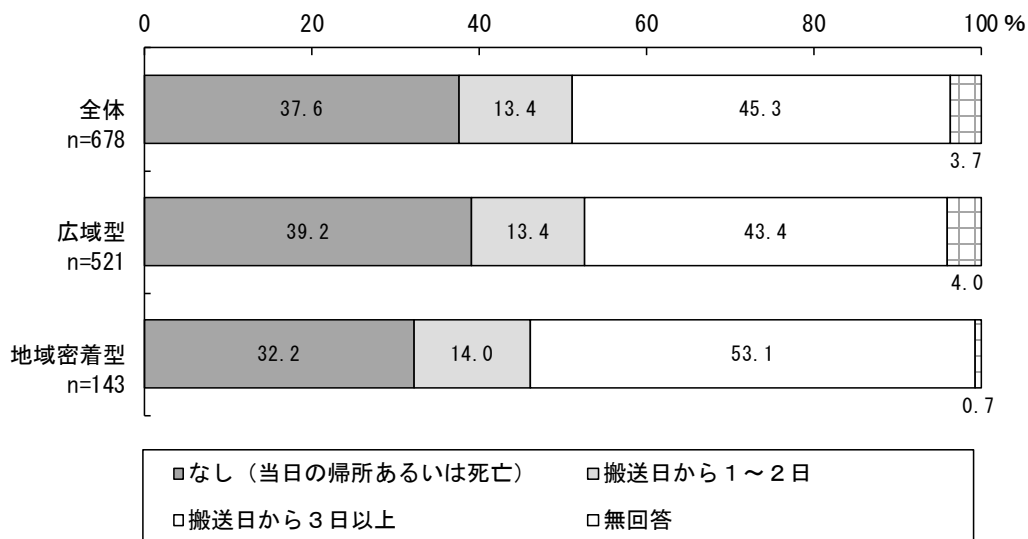
搬送後の状況として帰所している場合、医療機関に滞在した期間は、「搬送日から3日以上」の割合が70.5%で最も多く、次いで「なし(当日の帰所あるいは死亡)」が24.7%であった。

また、搬送後に入所者が死亡した場合、医療機関に滞在した期間は、「搬送日から3日以上」(45.3%)が最も多く、次いで「なし(当日の帰所あるいは死亡)」が37.6%となっている。なお、広域型・地域密着型ともに、同様の傾向が見られた。

図表 医療機関に滞在した期間－帰所
(問9Q14で「帰所」を選択している場合)



図表 医療機関に滞在した期間－死亡
(問9Q14で「死亡」を選択している場合)



5. 搬送された入所者の状態像別 搬送後の状況・医療機関に滞在した期間【クロス集計】

搬送された入所者の状態像によって搬送後の状況・医療機関に滞在した期間に違いが見られるのかどうかを確認するため、以下の項目と「搬送後の状況・医療機関に滞在した期間(問9Q14)」とのクロス集計を行った。集計の結果、一定の傾向が見られた項目は*マークを付した3項目のみであった。なお、特徴が見いだせなかった項目については、本報告書には掲載していないが、別添の集計表に収録している。

- ・ 搬送時の年齢(問9Q1)・・・*
- ・ 搬送時の要介護度(問9Q2)・・・*
- ・ 搬送時の認知症の程度(問9Q3)
- ・ 看取りの対象としての認識(問9Q4)・・・*

1)搬送時の年齢別 搬送後の状況・医療機関に滞在した期間【問9Q1×問9Q14】

搬送時の年齢別に搬送後の状況・医療機関に滞在した期間をみると、いずれの年齢においても「帰所(搬送から3日以上)」の割合が最も多く、特に「70歳未満」(44.4%)では平均よりも15.6ポイント高くなっている。

図表 搬送時の年齢別 搬送後の状況・医療機関に滞在した期間①

		全体	帰所(搬送当日ないし搬送から1～2日)	帰所(搬送から3日以上)	帰所(滞在期間不明)	入院中(ICU)	入院中(その他)
全 体		3,002 100.0	346 11.5	866 28.8	16 0.5	96 3.2	786 26.2
問9Q1 年齢	70歳未満	36	11.1	44.4	0.0	8.3	13.9
	70～74歳	56	10.7	28.6	3.6	3.6	17.9
	75～79歳	148	10.1	37.2	0.7	1.4	20.3
	80～84歳	264	9.8	30.7	1.1	4.5	26.1
	85～89歳	461	11.1	28.0	1.1	3.0	24.9
	90～94歳	456	8.6	28.3	0.7	4.2	26.5
	95～99歳	261	12.3	32.6	0.4	2.7	20.7
	100歳以上	57	14.0	29.8	0.0	3.5	24.6
エラー・無回答		1,263	13.1	26.8	0.1	2.8	29.1

図表 搬送時の年齢別 搬送後の状況・医療機関に滞在した期間②

		全体	死亡(搬送当日ないし搬送から1～2日)	死亡(搬送から3日以上)	死亡(滞在期間不明)	搬送先とは別の医療機関・介護保険施設に移った	その他	無回答
全 体		3,002 100.0	346 11.5	307 10.2	25 0.8	164 5.5	41 1.4	9 0.3
問9Q1 年齢	70歳未満	36	5.6	8.3	0.0	8.3	0.0	0.0
	70～74歳	56	14.3	14.3	0.0	5.4	1.8	0.0
	75～79歳	148	10.1	12.2	0.0	8.1	0.0	0.0
	80～84歳	264	8.3	10.6	0.0	7.6	1.1	0.0
	85～89歳	461	10.2	11.3	2.0	6.9	1.3	0.2
	90～94歳	456	12.1	12.3	2.4	3.7	1.3	0.0
	95～99歳	261	15.3	10.7	0.8	3.8	0.4	0.4
	100歳以上	57	14.0	5.3	0.0	7.0	1.8	0.0
エラー・無回答		1,263	11.8	8.8	0.2	5.0	1.8	0.6

2)搬送時の要介護度別 搬送後の状況・医療機関に滞在した期間【問9Q2×問9Q14】

搬送時の要介護度別に搬送後の状況・医療機関に滞在した期間をみると、「要介護1」、「要介護3」、「要介護4」では「帰所(搬送当日ないし搬送から1～2日)」の割合が最も高く、それぞれ 28.6%、30.7%、30.1%である。

また、「要介護2」では「入院中(その他)」(29.8%)が最も多く、「要介護5」では「帰所(搬送当日ないし搬送から1～2日)」と「入院中(その他)」がどちらも 27.3%を占める。

図表 搬送時の要介護度別 搬送後の状況・医療機関に滞在した期間①

		全体	帰所（搬送当日ないし搬送から1～2日）	帰所（搬送から3日以上）	帰所（滞在期間不明）	入院中（ICU）	入院中（その他）
全 体		3,002 100.0	346 11.5	866 28.8	16 0.5	96 3.2	786 26.2
問9Q2 搬送時の要介護度	要介護1	28	17.9	28.6	0.0	0.0	21.4
	要介護2	57	12.3	21.1	0.0	1.8	29.8
	要介護3	652	14.0	30.7	0.5	4.3	24.4
	要介護4	1,143	11.4	30.1	0.7	3.4	26.2
	要介護5	1,100	10.2	27.3	0.5	2.5	27.3
	その他	1	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
	不明	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	無回答	21	4.8	9.5	0.0	0.0	19.0

図表 搬送時の要介護度別 搬送後の状況・医療機関に滞在した期間②

		全体	死亡（搬送当日ないし搬送から1～2日）	死亡（搬送から3日以上）	死亡（滞在期間不明）	搬送先とは別の医療機関・介護保険施設に移った	その他	無回答
全 体		3,002 100.0	346 11.5	307 10.2	25 0.8	164 5.5	41 1.4	9 0.3
問9Q2 搬送時の要介護度	要介護1	28	10.7	10.7	0.0	10.7	0.0	0.0
	要介護2	57	15.8	12.3	0.0	3.5	3.5	0.0
	要介護3	652	9.5	8.1	1.2	5.5	1.5	0.3
	要介護4	1,143	10.5	10.1	0.4	5.5	1.2	0.4
	要介護5	1,100	13.4	10.9	1.1	5.5	1.3	0.2
	その他	1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	不明	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	無回答	21	23.8	38.1	0.0	0.0	4.8	0.0

3)看取りの対象としての認識別 搬送後の状況・医療機関に滞在した期間【問9Q4×問9Q14】

看取りの対象としての認識別に搬送後の状況・医療機関に滞在した期間をみると、「帰所（搬送から3日以上）」が最も多く、「看取りと認識されていた」場合は 26.3%、「看取りと認識されていなかった」場合は 29.4%である。

「死亡（搬送当日ないし搬送から1～2日）」について、「看取りと認識されていた」場合、認識されていなかった場合と比べて 6.7 ポイント高くなっている。

図表 看取りの対象としての認識別 搬送後の状況・医療機関に滞在した期間①

		全体	帰所（搬送当日ないし搬送から1～2日）	帰所（搬送から3日以上）	帰所（滞在期間不明）	入院中（ICU）	入院中（その他）
全 体		3,002 100.0	346 11.5	866 28.8	16 0.5	96 3.2	786 26.2
問9Q4	看取りと認識されていた	339	11.2	26.3	0.6	1.8	18.9
看取り対象としての認識	看取りと認識されていなかった	2,631	11.6	29.4	0.5	3.3	26.9
	無回答	32	12.5	9.4	0.0	9.4	40.6

図表 看取りの対象としての認識別 搬送後の状況・医療機関に滞在した期間②

		全体	死亡（搬送当日ないし搬送から1～2日）	死亡（搬送から3日以上）	死亡（滞在期間不明）	搬送先とは別の医療機関・介護保険施設に移った	その他	無回答
全 体		3,002 100.0	346 11.5	307 10.2	25 0.8	164 5.5	41 1.4	9 0.3
問9Q4	看取りと認識されていた	339	17.4	13.9	2.1	6.2	1.5	0.3
看取り対象としての認識	看取りと認識されていなかった	2,631	10.7	9.8	0.7	5.4	1.3	0.3
	無回答	32	15.6	6.3	0.0	3.1	3.1	0.0

6. 搬送時の状況別 搬送後の状況・医療機関に滞在した期間【クロス集計】

搬送時の状況によって搬送後の状況・医療機関に滞在した期間に違いが見られるのかどうかを確認するため、以下の項目と「搬送後の状況・医療機関に滞在した期間(問9Q14)」とのクロス集計を行った。集計の結果、一定の傾向が見られた項目は*マークを付した4項目のみであった。なお、特徴が見いだせなかった項目については、本報告書には掲載していないが、別添の集計表に収録している。

- 搬送された日時(問9Q5①②)・・・*
- 搬送方法(問9Q6)
- 搬送先の決め方(問9Q7)
- 搬送の原因となった症状・出来事(問9Q8)・・・*
- 搬送時の緊急度(問9Q9)・・・*
- 搬送の実施を判断した人(問9Q11)
- 搬送の要否を判断した理由(問9Q12)・・・*

1)搬送された日時別 搬送後の状況・医療機関に滞在した期間【問9Q5①②×問9Q14】

搬送された日時別に搬送後の状況・医療機関に滞在した期間をみると、搬送された日時が平日の場合は「帰所(搬送当日ないし搬送から1～2日)」が最も多く、日中の場合は 31.7%、夜間・深夜・早朝の場合は 27.0%となっている。土日に搬送された場合、「入院中(その他)」が最も多く、日中の場合は 27.6%、夜間・深夜・早朝の場合は 26.5%となっている。

また、夜間・深夜・早朝に搬送された場合、「死亡(搬送当日ないし搬送から1～2日)」の割合が日中の搬送と比較して約 10 ポイント高くなっている。

図表 搬送された日時別 搬送後の状況・医療機関に滞在した期間①

		全体	帰所（搬送当日ないし搬送から1～2日）	帰所（搬送から3日以上）	帰所（滞在期間不明）	入院中（ICU）	入院中（その他）
全 体		3,002	346	866	16	96	786
		100.0	11.5	28.8	0.5	3.2	26.2
問9Q5①② 搬送された日時	平日日中	1,547	10.7	31.7	0.5	2.7	27.3
	平日夜間深夜早朝	671	12.1	27.0	0.3	4.0	22.1
	土日祝日日中	504	13.9	25.8	1.0	3.6	27.6
	土日祝日夜間深夜早朝	272	11.0	23.5	0.4	3.3	26.5
	無回答	8	0.0	12.5	0.0	0.0	62.5

図表 搬送された日時別 搬送後の状況・医療機関に滞在した期間②

		全体	死亡（搬送当日ないし搬送から1～2日）	死亡（搬送から3日以上）	死亡（滞在期間不明）	搬送先とは別の医療機関・介護保険施設に移った	その他	無回答
全 体		3,002	346	307	25	164	41	9
		100.0	11.5	10.2	0.8	5.5	1.4	0.3
問9Q5①② 搬送された日時	平日日中	1,547	8.0	10.3	0.9	6.1	1.6	0.3
	平日夜間深夜早朝	671	19.4	9.5	0.6	4.2	0.6	0.3
	土日祝日日中	504	6.9	12.3	0.6	6.2	1.8	0.4
	土日祝日夜間深夜早朝	272	20.2	8.1	1.5	4.0	1.5	0.0
	無回答	8	25.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

2)搬送の原因となった症状・出来事別 搬送後の状況・医療機関に滞在した期間〔問9Q8×問9Q14〕

搬送の原因となった症状・出来事別に搬送後の状況・医療機関に滞在した期間をみると、「脱水」(23.1%)、「骨折等のケガ」(25.1%)、「不慮の事故(それ以外)」(59.0%)で搬送された場合、「帰所(搬送当日ないし搬送から1～2日)」の割合が平均よりも高く、特に「不慮の事故(それ以外)」は平均より 47.5 ポイント高くなっている。

また、「持病の悪化(心疾患)」(23.3%)、「不慮の事故(誤飲・窒息)」(42.0%)、「その他」(15.4%)で搬送された場合、「死亡(搬送当日ないし搬送から1～2日)」の割合が平均よりも高く、特に「不慮の事故(誤飲・窒息)」は平均より 30.5 ポイント高くなっている。

図表 搬送の原因となった症状・出来事別 搬送後の状況・医療機関に滞在した期間①

		全体	帰所（搬送当日ないし搬送から1～2日）	帰所（搬送から3日以上）	帰所（滞在期間不明）	入院中（ICU）	入院中（その他）
全 体		3,002	346	866	16	96	786
		100.0	11.5	28.8	0.5	3.2	26.2
問9Q8 搬送の原因となつた症状・出来事	誤嚥性肺炎	600	2.5	28.2	0.3	3.7	34.5
	その他感染症	212	7.1	36.3	1.4	2.4	27.8
	持病の悪化（脳血管疾患）	252	7.1	32.1	0.0	5.2	27.4
	持病の悪化（心疾患）	322	8.4	20.5	0.0	5.6	21.7
	持病の悪化（それ以外）	492	10.6	31.7	0.8	3.5	23.4
	脱水	39	23.1	17.9	0.0	0.0	33.3
	骨折等のケガ	199	25.1	37.7	0.5	1.5	27.1
	不慮の事故（誤飲・窒息）	69	11.6	15.9	0.0	1.4	18.8
	不慮の事故（溺水）	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	不慮の事故（それ以外）	61	59.0	18.0	0.0	1.6	6.6
	その他	741	15.7	28.2	0.8	2.0	23.8
	無回答	15	0.0	26.7	0.0	6.7	40.0

図表 搬送の原因となった症状・出来事別 搬送後の状況・医療機関に滞在した期間②

		全体	死亡（搬送当日ないし搬送から1～2日）	死亡（搬送から3日以上）	死亡（滞在期間不明）	搬送先とは別の医療機関・介護保険施設に移った	その他	無回答
全 体		3,002	346	307	25	164	41	9
		100.0	11.5	10.2	0.8	5.5	1.4	0.3
問9Q8 搬送の原因となつた症状・出来事	誤嚥性肺炎	600	7.0	13.3	1.0	7.5	1.8	0.2
	その他感染症	212	3.8	10.8	0.0	7.1	3.3	0.0
	持病の悪化（脳血管疾患）	252	6.7	10.7	0.8	8.7	0.8	0.4
	持病の悪化（心疾患）	322	23.3	14.0	1.9	3.1	1.2	0.3
	持病の悪化（それ以外）	492	11.0	12.2	0.6	5.1	1.0	0.2
	脱水	39	2.6	7.7	0.0	12.8	0.0	2.6
	骨折等のケガ	199	0.5	1.5	0.5	4.5	1.0	0.0
	不慮の事故（誤飲・窒息）	69	42.0	5.8	1.4	2.9	0.0	0.0
	不慮の事故（溺水）	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	不慮の事故（それ以外）	61	6.6	4.9	0.0	1.6	1.6	0.0
	その他	741	15.4	7.7	0.8	4.0	1.2	0.4
	無回答	15	6.7	13.3	0.0	0.0	0.0	6.7

3)搬送時の緊急度別 搬送後の状況・医療機関に滞在した期間[問9Q9×問9Q14]

搬送時の緊急度別に搬送後の状況・医療機関に滞在した期間をみると、搬送時の緊急度が「高：一刻も早く対応が必要」、「中：早めの対応が必要」の場合、「帰所（搬送から3日以上）」が最も多く、それぞれ25.1%、35.3%となっている。

搬送時の緊急度が「高：一刻も早く対応が必要」の場合、「死亡（搬送当日ないし搬送から1～2日）」の割合が17.7%であり、他の緊急度に比べて約15ポイント高くなっている。

また、搬送時の緊急度が「低：緊急度は低い（念のため受診）」のケースでは、「帰所（搬送当日ないし搬送から1～2日）」が最も多く、42.3%を占めている。

図表 搬送時の緊急度別 搬送後の状況・医療機関に滞在した期間①

		全体	帰所（搬送当日ないし搬送から1～2日）	帰所（搬送から3日以上）	帰所（滞在期間不明）	入院中（ICU）	入院中（その他）
全 体		3,002 100.0	346 11.5	866 28.8	16 0.5	96 3.2	786 26.2
問9Q9 搬送時の緊急度	高：一刻も早く対応が必要	1,758	8.8	25.1	0.3	4.5	23.3
	中：早めの対応が必要	1,162	13.7	35.3	0.5	1.4	31.0
	低：緊急度は低い（念のため受診）	71	42.3	16.9	5.6	1.4	22.5
	不明	1	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	無回答	10	20.0	30.0	0.0	0.0	0.0

図表 搬送時の緊急度別 搬送後の状況・医療機関に滞在した期間②

		全体	死亡（搬送当日ないし搬送から1～2日）	死亡（搬送から3日以上）	死亡（滞在期間不明）	搬送先とは別の医療機関・介護保険施設に移った	その他	無回答
全 体		3,002 100.0	346 11.5	307 10.2	25 0.8	164 5.5	41 1.4	9 0.3
問9Q9 搬送時の緊急度	高：一刻も早く対応が必要	1,758	17.7	12.1	1.1	5.6	1.4	0.2
	中：早めの対応が必要	1,162	2.8	8.2	0.5	5.5	1.2	0.0
	低：緊急度は低い（念のため受診）	71	4.2	0.0	0.0	2.8	2.8	1.4
	不明	1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	無回答	10	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0

4)搬送の要否を判断した理由別 搬送後の状況・医療機関に滞在した期間【問9Q12×問9Q14】

搬送の要否を判断した理由別に搬送後の状況・医療機関に滞在した期間をみると、搬送の要否を判断した理由に「検査や高度な治療が必要」が含まれる場合、「帰所（搬送当日ないし搬送から1～2日）」（29.8%）が最も多く、次いで「入院中（その他）」が26.7%である。

また、「配置医師や看護職に連絡がつかない」、「家族からのクレーム回避」が含まれる場合、「入院中（その他）」の割合がそれぞれ40.0%、40.6%と、平均よりも約15ポイント高くなっている。

図表 搬送の要否を判断した理由別 搬送後の状況・医療機関に滞在した期間①

			全体	帰所（搬送当日ないし搬送から1～2日）	帰所（搬送から3日以上）	帰所（滞在期間不明）	入院中（ICU）	入院中（その他）
全 体			3,002	346	866	16	96	786
			100.0	11.5	28.8	0.5	3.2	26.2
問9Q12 搬送の要否を判断した理由 (複数回答)	検査や高度な治療が必要	あり	2,533	10.7	29.8	0.5	3.4	26.7
		なし	469	15.8	23.5	0.6	2.3	23.5
	配置医師や看護職が勤務時間外	あり	281	15.3	24.6	0.4	2.8	23.5
		なし	2,721	11.1	29.3	0.6	3.2	26.5
	配置医師や看護職に連絡がつかない	あり	10	10.0	40.0	0.0	0.0	40.0
		なし	2,992	11.5	28.8	0.5	3.2	26.1
	本人の搬送意向	あり	95	16.8	28.4	1.1	2.1	22.1
		なし	2,907	11.4	28.9	0.5	3.2	26.3
	家族との事前相談	あり	781	10.2	29.7	0.3	2.9	25.0
		なし	2,221	12.0	28.5	0.6	3.3	26.6
	家族からのクレーム回避	あり	106	11.3	17.9	2.8	1.9	40.6
		なし	2,896	11.5	29.2	0.4	3.2	25.7
	看取りの対象外	あり	817	10.0	25.9	0.5	4.0	26.8
		なし	2,185	12.1	29.9	0.5	2.9	25.9
	夜間・休日体制の不安	あり	255	12.5	26.7	0.4	1.6	32.2
		なし	2,747	11.4	29.0	0.5	3.3	25.6
	曜日や時間帯などにより、外来受診が困難	あり	337	16.9	27.0	0.0	2.7	27.3
		なし	2,665	10.8	29.1	0.6	3.3	26.0
	その他	あり	118	18.6	17.8	0.0	5.9	16.9
		なし	2,884	11.2	29.3	0.6	3.1	26.6
	無回答	あり	31	0.0	48.4	0.0	6.5	22.6
		なし	2,971	11.6	28.6	0.5	3.2	26.2

図表 搬送の要否を判断した理由別 搬送後の状況・医療機関に滞在した期間②

			全体	死亡（搬送当日ないし搬送から1～2日）	死亡（搬送から3日以上）	死亡（滞在期間不明）	搬送先とは別の医療機関・介護保険施設に移った	その他	無回答
全 体			3,002	346	307	25	164	41	9
			100.0	11.5	10.2	0.8	5.5	1.4	0.3
問9Q12 搬送の要否を判断した理由 (複数回答)	検査や高度な治療が必要	あり	2,533	10.3	10.6	0.9	5.5	1.4	0.1
		なし	469	18.1	8.1	0.4	5.1	1.3	1.3
	配置医師や看護職が勤務時間外	あり	281	16.4	10.0	0.4	5.0	1.8	0.0
		なし	2,721	11.0	10.3	0.9	5.5	1.3	0.3
	配置医師や看護職に連絡がつかない	あり	10	0.0	10.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		なし	2,992	11.6	10.2	0.8	5.5	1.4	0.3
	本人の搬送意向	あり	95	8.4	10.5	3.2	6.3	0.0	1.1
		なし	2,907	11.6	10.2	0.8	5.4	1.4	0.3
	家族との事前相談	あり	781	9.2	13.8	1.0	5.6	2.2	0.0
		なし	2,221	12.3	9.0	0.8	5.4	1.1	0.4
	家族からのクレーム回避	あり	106	14.2	6.6	0.9	3.8	0.0	0.0
		なし	2,896	11.4	10.4	0.8	5.5	1.4	0.3
	看取りの対象外	あり	817	14.7	9.4	0.9	6.5	1.2	0.0
		なし	2,185	10.3	10.5	0.8	5.1	1.4	0.4
	夜間・休日体制の不安	あり	255	5.9	10.2	0.0	9.0	1.6	0.0
		なし	2,747	12.0	10.2	0.9	5.1	1.3	0.3
	曜日や時間帯などにより、外来受診が困難	あり	337	9.8	7.1	0.3	8.3	0.6	0.0
		なし	2,665	11.7	10.6	0.9	5.1	1.5	0.3
	その他	あり	118	29.7	5.1	0.8	5.1	0.0	0.0
		なし	2,884	10.8	10.4	0.8	5.5	1.4	0.3
	無回答	あり	31	3.2	0.0	3.2	0.0	0.0	16.1
		なし	2,971	11.6	10.3	0.8	5.5	1.4	0.1

7. 施設特性格 搬送後の状況【クロス集計】

施設特性によって搬送後の状況に違いが見られるのかどうかを確認するため、以下の項目と「搬送後の状況(問9 Q14)」とのクロス集計を行った。集計の結果、一定の傾向が見られた項目は*マークを付した5項目のみであった。なお、特徴が見いだせなかった項目については、本報告書には掲載していないが、別添の集計表に収録している。

- 都市圏(施設の所在地)
- 都市規模(施設の所在地)・・・*
- 地域区分(級地)(施設の所在地)・・・*
- 施設の種類
- 併設・隣接の状況(問1(2))・・・*
- 設立年(介護サービス情報公表システムより取得)・・・*
- 定員数(問3(1))
- 入居率(問3(1)(2))・・・*
- 平均要介護度(問3(4))・・・*
- 要介護5の入所者の割合(問3(4))・・・*
- 医療処置を要する入所者の割合(問4(1)⑨⑩)
- 看護職員が必ず勤務している時間数(問2(6))・・・*
- 夜間の看護職員数(問2(7))・・・*
- 夜間の看護体制(問2(8))・・・*
- 配置医師の勤務形態(問6(1))・・・*
- 配置医師の契約上責任をもつ時間(問6(1)SQ1③a)
- 配置医師の実際に施設で勤務する時間(問6(1)SQ1③b)・・・*
- 配置医師の役割：施設の求めに応じた急変対応(問6(2)①6)

1)地域別 搬送後の状況〔施設の所在地×問9Q14〕

都市規模別に搬送後の状況をみると、「指定都市・特別区」の施設では、「入院中(一般病棟)」(28.3%)の割合が平均よりも 5.7 ポイント高いほか、「死亡」(15.3%)の割合が平均よりも 7.3 ポイント低かった。

地域区分別にみると、「1級地」、「2級地」、「4級地」では「帰所」(各 47.1%、46.5%、48.6%)の割合が平均より約6～8ポイント高くなっている。また、「1級地」、「2級地」では「死亡」(各 11.8%、11.6%)の割合が平均よりそれぞれ約 11 ポイント低かった。

図表 地域別 搬送後の状況①

		全体	帰所	入院中	入院中 (一般病棟)	入院中 (ICU)	入院中 (不明)
全 体		3,002	1,228	882	686	96	100
		100.0	40.9	29.4	22.9	3.2	3.3
都市規模	指定都市・特別区	628	42.8	35.7	28.3	4.1	3.2
	中核市	524	38.4	25.2	18.1	2.3	4.8
	その他の市	1,332	39.9	30.3	23.3	3.5	3.5
	町村	508	44.1	23.8	19.9	2.4	1.6
	無回答	10	30.0	10.0	10.0	0.0	0.0
地域区分	1級地	85	47.1	35.3	27.1	5.9	2.4
	2級地	86	46.5	37.2	27.9	1.2	8.1
	3級地	172	41.3	32.6	32.0	0.0	0.6
	4級地	105	48.6	26.7	21.0	4.8	1.0
	5級地	306	39.5	31.7	22.5	2.3	6.9
	6級地	357	36.7	30.3	21.3	5.6	3.4
	7級地	521	38.0	31.1	22.3	5.6	3.3
	その他	1,360	42.1	27.1	22.1	2.1	2.9
	無回答	10	30.0	10.0	10.0	0.0	0.0

※本調査における都市圏の定義は下記の通りである。

首都圏：埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県、
中京圏：岐阜県・愛知県・三重県、
近畿圏：滋賀県・京都府・大阪府・兵庫県

図表 地域別 搬送後の状況②

		全体	死亡	搬送先とは別の医療機関・介護保険施設に移った	その他	無回答
全 体		3,002	678	164	41	9
		100.0	22.6	5.5	1.4	0.3
都市規模	指定都市・特別区	628	15.3	5.9	0.3	0.0
	中核市	524	26.5	8.6	1.3	0.0
	その他の市	1,332	24.2	3.8	1.1	0.7
	町村	508	22.8	5.7	3.5	0.0
	無回答	10	40.0	20.0	0.0	0.0
地域区分	1級地	85	11.8	4.7	1.2	0.0
	2級地	86	11.6	4.7	0.0	0.0
	3級地	172	19.2	7.0	0.0	0.0
	4級地	105	21.9	2.9	0.0	0.0
	5級地	306	22.5	4.9	1.3	0.0
	6級地	357	25.8	6.4	0.8	0.0
	7級地	521	20.9	7.3	1.7	1.0
	その他	1,360	24.1	4.6	1.8	0.3
	無回答	10	40.0	20.0	0.0	0.0

2)平均要介護度別 搬送後の状況【問3(4) × 問9Q14】

施設の平均要介護度別に搬送後の状況をみると、平均要介護度が高い施設ほど「帰所」の割合が低く、「死亡」の割合が高くなっている。

平均要介護度が「4.5 以上」の場合、「帰所」の割合は 17.3%、「死亡」の割合は 28.8%である。

図表 平均要介護度別 搬送後の状況①

		全体	帰所	入院中	入院中（一般病棟）	入院中（ICU）	入院中（不明）
全 体		3,002	1,228	882	686	96	100
		100.0	40.9	29.4	22.9	3.2	3.3
問 3 (4)	3.5未満	131	51.1	25.2	18.3	4.6	2.3
施設の平均要介護度	3.5～4.0未満	1,269	40.8	30.7	25.1	2.4	3.2
	4.0～4.5未満	1,299	40.6	28.3	22.2	3.0	3.1
	4.5以上	52	17.3	51.9	42.3	7.7	1.9
	エラー・無回答	251	42.6	25.5	12.7	6.4	6.4

図表 平均要介護度別 搬送後の状況②

		全体	死亡	搬送先とは別の医療機関・介護保険施設に移った	その他	無回答
全 体		3,002	678	164	41	9
		100.0	22.6	5.5	1.4	0.3
問 3 (4)	3.5未満	131	18.3	5.3	0.0	0.0
施設の平均要介護度	3.5～4.0未満	1,269	21.4	5.1	1.6	0.4
	4.0～4.5未満	1,299	23.2	6.2	1.5	0.3
	4.5以上	52	28.8	1.9	0.0	0.0
	エラー・無回答	251	26.7	4.4	0.8	0.0

3)夜間の看護体制別 搬送後の状況【問2(8) × 問9Q14】

夜間の看護体制別に搬送後の状況をみると、「常に夜勤または宿直の看護職員(併設事務所と兼務の場合を含む)が対応」の場合、「入院中(一般病棟)」が最も多く、48.8%を占めている。

また、「通常、施設の看護職員(併設事業所と兼務の場合を含む)がオンコールで対応」、「訪問看護ステーション、医療機関と連携してオンコール体制をとっている」場合は「帰所」は最も多く、それぞれ 41.4%、42.5%である。

図表 夜間の看護体制別 搬送後の状況①

		全体	帰所	入院中	入院中（一般病棟）	入院中（ICU）	入院中（不明）
全 体		3,002	1,228	882	686	96	100
		100.0	40.9	29.4	22.9	3.2	3.3
問 2 (8)	常に夜勤または宿直の看護職員(併設事業所と兼務の場合を含む)が対応	41	34.1	48.8	48.8	0.0	0.0
夜間の看護体制	通常、施設の看護職員(併設事業所と兼務の場合を含む)がオンコールで対応	2,546	41.4	29.1	22.6	3.3	3.3
	訪問看護ステーション、医療機関と連携してオンコール体制をとっている	80	42.5	32.5	20.0	7.5	5.0
	夜勤・宿直の看護職員はおらず、オンコール対応もしていない	135	33.3	37.0	28.9	2.2	5.9
	無回答	200	41.0	22.5	18.0	2.0	2.5

図表 夜間の看護体制別 搬送後の状況②

		全体	死亡	搬送先とは別の医療機関・介護保険施設に移った	その他	無回答
全 体		3,002	678	164	41	9
		100.0	22.6	5.5	1.4	0.3
問 2 (8)	常に夜勤または宿直の看護職員(併設事業所と兼務の場合を含む)が対応	41	17.1	0.0	0.0	0.0
夜間の看護体制	通常、施設の看護職員(併設事業所と兼務の場合を含む)がオンコールで対応	2,546	22.6	5.3	1.3	0.3
	訪問看護ステーション、医療機関と連携してオンコール体制をとっている	80	21.3	2.5	1.3	0.0
	夜勤・宿直の看護職員はおらず、オンコール対応もしていない	135	22.2	7.4	0.0	0.0
	無回答	200	24.0	8.5	3.0	1.0

4)配置医師の勤務形態別 搬送後の状況[問6(1)×問9Q14]

配置医師の勤務形態別に搬送後の状況をみると、常勤の配置医師がいる施設では、「帰所」(50.4%)が平均よりも9.5ポイント高く、「死亡」(13.3%)は平均より9.3ポイント低かった。

図表 配置医師の勤務形態別 搬送後の状況①

		全体	帰所	入院中	入院中（一般病棟）	入院中（ICU）	入院中（不明）
全 体		3,002 100.0	1,228 40.9	882 29.4	686 22.9	96 3.2	100 3.3
問 6 (1) 配置医師の勤務形態	常勤医師あり	135	50.4	31.1	25.9	1.5	3.7
	非常勤2名以上	957	42.8	28.6	22.6	2.7	3.3
	非常勤1名	1,744	39.9	28.7	21.5	3.6	3.6
	エラー・無回答	166	33.1	39.8	36.1	3.0	0.6

図表 配置医師の勤務形態別 搬送後の状況②

		全体	死亡	搬送先とは別の医療機関・介護保険施設に移った	その他	無回答
全 体		3,002 100.0	678 22.6	164 5.5	41 1.4	9 0.3
問 6 (1) 配置医師の勤務形態	常勤医師あり	135	13.3	5.2	0.0	0.0
	非常勤2名以上	957	22.4	5.1	1.0	0.0
	非常勤1名	1,744	23.8	5.5	1.7	0.5
	エラー・無回答	166	18.7	7.2	1.2	0.0

Ⅸ. 死亡退所の状況(個別ケースの詳細)

2020年1月1日以降の死亡退所ケースのうち、直近から遡った5ケースを対象として死亡退所の詳細を調査した。

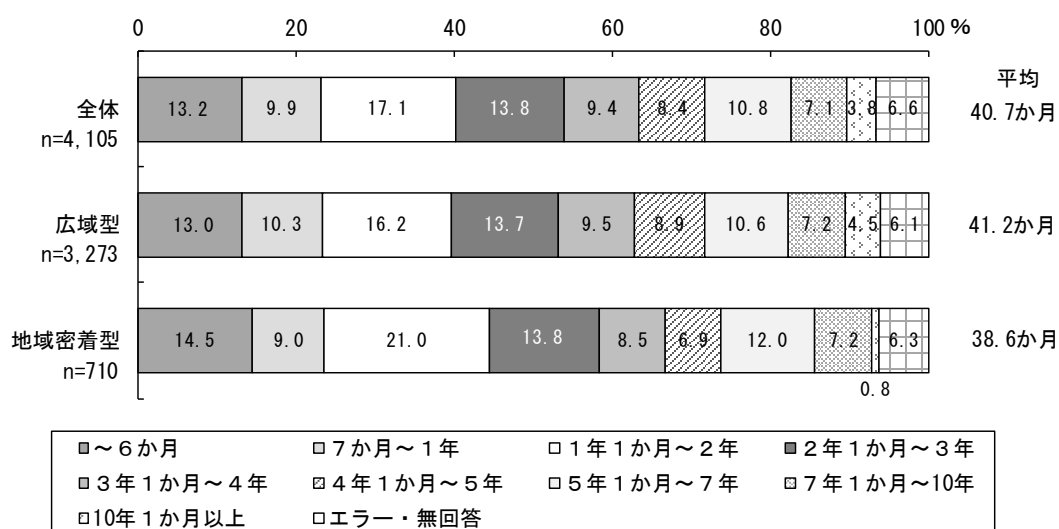
1. 退所者の状態像【問10】

1) 入所期間【問10Q1】

死亡退所した入所者の平均入所期間は 40.7 か月であった。「1年1か月～2年」が 17.1%と最も多く、次いで「2年1か月～3年」が 13.8%、「～6か月」が 13.2%と続いている。

施設の種別別にみると、広域型・地域密着型の平均入所期間はそれぞれ 41.2 か月、38.6 か月であり、地域密着型の方が 2.6 か月短い。

図表 入所期間



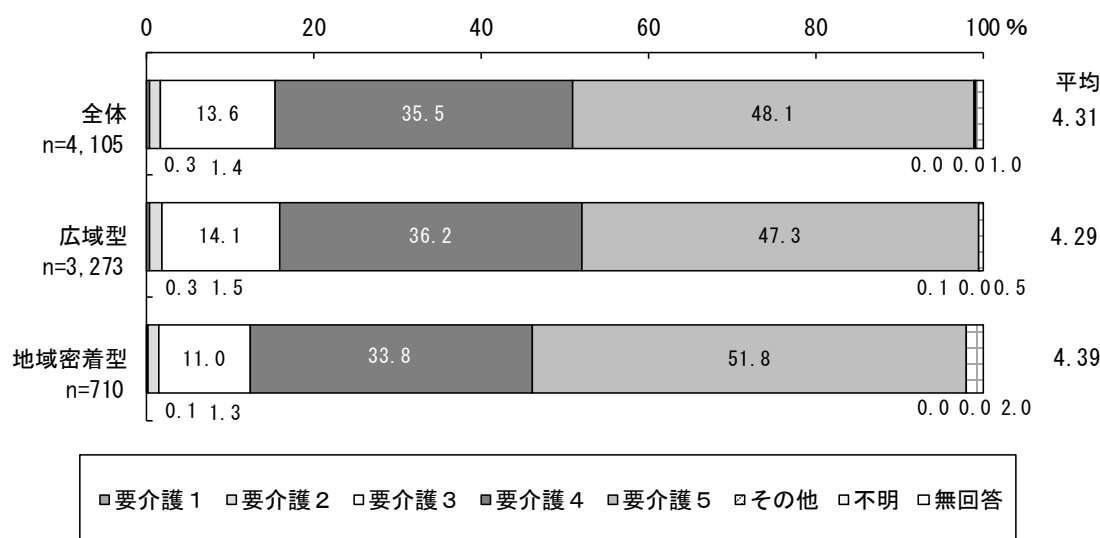
2)死亡時の要介護度〔問 10Q3〕

死亡時の要介護度は、「要介護5」が 48.1%で最も多く、次いで「要介護4」が 35.5%であった。なお、要介護度の平均は 4.31 である。

施設の種別別にみると、地域密着型の「要介護5」の割合は 51.8%であり、広域型(47.3%)より 4.5 ポイント多くなっている。要介護度の平均は、広域型で 4.29、地域密着型で 4.39 であった。

年齢別に死亡時の要介護度を見ると、いずれの年齢においても「要介護5」が最も多い。「70 歳未満」では、「要介護3」の割合が 20.0%と、他の年齢よりも約6ポイント高くなっている。

図表 死亡時の要介護度



年齢別 死亡時の要介護度〔クロス集計〕

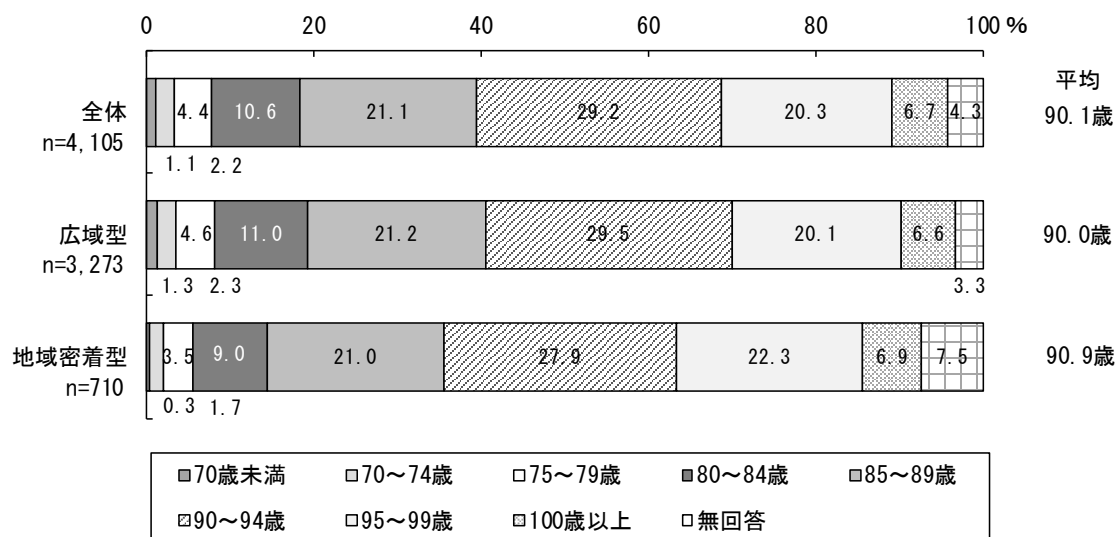
	全体	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	不明	無回答	平均 要介護度
全 体	4,105	12	58	560	1,458	1,976	2	0	39	4.31
	100.0	0.3	1.4	13.6	35.5	48.1	0.0	0.0	1.0	
問10Q2										
死亡時の年齢										
70歳未満	45	0.0	2.2	20.0	28.9	46.7	0.0	0.0	2.2	4.23
70～74歳	90	0.0	1.1	13.3	32.2	53.3	0.0	0.0	0.0	4.38
75～79歳	182	0.0	1.6	13.2	37.9	46.2	0.5	0.0	0.5	4.30
80～84歳	437	0.2	0.5	13.7	35.9	49.4	0.0	0.0	0.2	4.34
85～89歳	865	0.0	2.0	13.3	37.2	47.3	0.0	0.0	0.2	4.30
90～94歳	1,200	0.3	1.6	14.4	34.8	48.5	0.1	0.0	0.3	4.30
95～99歳	835	0.4	1.2	14.0	38.4	45.4	0.0	0.0	0.6	4.28
100歳以上	276	1.1	1.4	13.8	31.9	51.8	0.0	0.0	0.0	4.32
無回答	175	0.6	0.6	6.9	23.4	53.7	0.0	0.0	14.9	4.52

3)死亡時の年齢【問 10Q2】

死亡退所した入所者の年齢は、「90～94歳」で29.2%、「85～89歳」で21.1%、「95～100歳」で20.3%となっており、90歳以上が過半数を占めていた。また、平均年齢は90.1歳であった。

広域型・地域密着型においても同様の傾向が見られ、平均年齢はそれぞれ90.0歳、90.9歳であった。

図表 死亡時の年齢



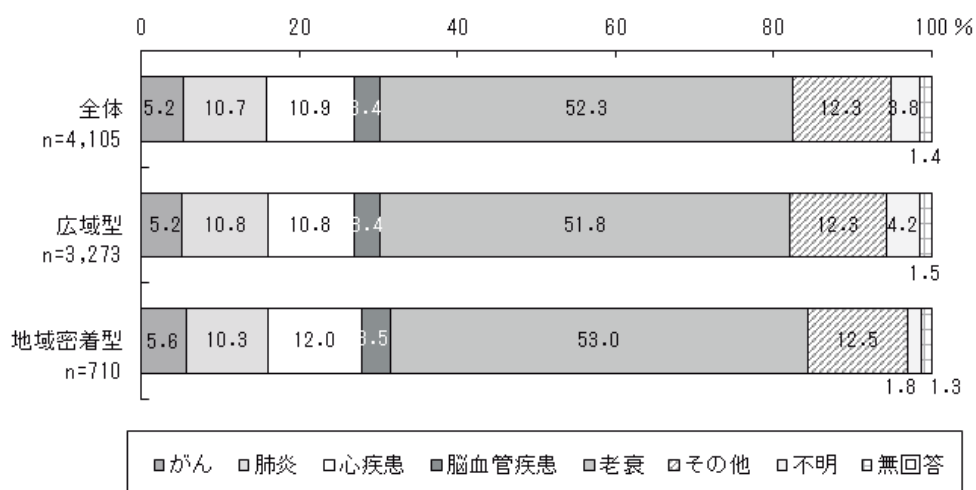
4)死因(疾患)[問 10Q4]

死亡退所した入所者の死因(疾患)は、「老衰」が 52.3%と最も多く、次いで「心疾患」が 10.9%、「肺炎」が 10.7%であった。なお、広域型・地域密着型でも同様の傾向が見られた。

年齢別に死因(疾患)を見ると、年齢が高くなるにつれて「老衰」の割合が高くなる傾向があり、「75～79歳」では「がん」の割合が 14.3%と平均よりも 9.1 ポイント高かった。

要介護度別に死因(疾患)を見ると、「要介護2」では「老衰」の割合が 27.6%と平均よりも 10.0 ポイント低い。また、「がん」「心疾患」「その他」の割合が2割前後であり、それぞれの平均よりも約 10 ポイント高い。

図表 死因(疾患)



図表 年齢別 死因(疾患)

		全体	がん	肺炎	心疾患	脳血管疾患	老衰	その他	不明	無回答
全 体		4,105	214	438	449	140	2,145	504	156	59
		100.0	5.2	10.7	10.9	3.4	52.3	12.3	3.8	1.4
問10Q2 死亡時の年齢	70歳未満	45	4.4	15.6	4.4	13.3	13.3	42.2	4.4	2.2
	70～74歳	90	6.7	18.9	13.3	6.7	18.9	27.8	5.6	2.2
	75～79歳	182	14.3	13.2	8.8	5.5	28.0	22.0	6.6	1.6
	80～84歳	437	6.6	15.6	11.2	5.3	39.4	17.4	3.0	1.6
	85～89歳	865	7.1	13.3	11.2	3.9	45.0	13.4	5.2	0.9
	90～94歳	1,200	4.3	8.9	11.8	2.8	55.3	11.5	3.8	1.7
	95～99歳	835	3.0	8.0	10.7	2.0	64.7	7.9	2.4	1.3
	100歳以上	276	1.4	5.4	7.2	2.2	77.5	4.7	0.7	0.7
	無回答	175	5.7	10.3	13.1	2.3	53.1	6.3	6.3	2.9

図表 要介護度別 死因(疾患)

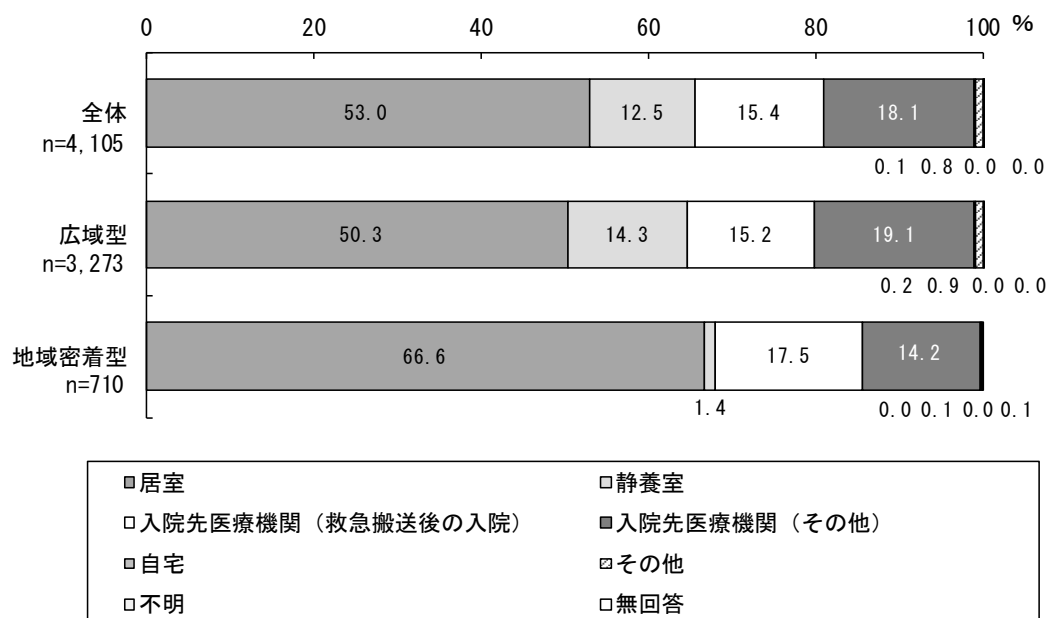
		全体	がん	肺炎	心疾患	脳血管疾患	老衰	その他	不明	無回答
全 体		4,105	214	438	449	140	2,145	504	156	59
		100.0	5.2	10.7	10.9	3.4	52.3	12.3	3.8	1.4
問10Q3 死亡時の要介護度	要介護1	12	16.7	16.7	8.3	8.3	50.0	0.0	0.0	0.0
	要介護2	58	20.7	6.9	19.0	1.7	27.6	22.4	1.7	0.0
	要介護3	560	10.4	8.4	15.0	4.6	42.3	13.6	5.0	0.7
	要介護4	1,458	5.4	11.1	12.2	3.4	49.0	13.5	3.8	1.6
	要介護5	1,976	3.0	11.2	8.6	3.1	58.3	11.0	3.5	1.3
	その他	2	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	不明	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	無回答	39	5.1	5.1	15.4	2.6	51.3	2.6	5.1	12.8

5)死亡場所【問 10Q5】

死亡退所した入所者の死亡場所は、「居室」が 53.0%で最も多く、次いで「入院先医療機関(その他)」が 18.1%、「入院先医療機関(救急搬送後の入院)」が 15.4%と続いている。

施設の種別別にみると、地域密着型では、静養室がない場合も多いことから、「居室」(66.6%)の割合が広域型(50.3%)よりも 16.3 ポイント高くなっている。

図表 死亡場所



6)退所者の状態像別 死亡場所【クロス集計】

退所者の状態像によって死亡場所に違いが見られるのかどうかを確認するため、以下の項目と「死亡場所（問 10Q5）」とのクロス集計を行った。

- 死亡時の要介護度(問 10Q3)
- 死因(疾患)(問 10Q4)
- 看取りの対象としての認識(問 10Q6)
- 状態像:要介護度・死因(疾患)・看取りの対象としての認識(問 10Q3 Q4)

(1)死亡時の要介護度別 死亡場所【問 10Q3×問 10Q5】

死亡時の要介護度別に死亡場所をみると、「要介護 1」のケースでは「入院先医療機関」が 66.7%で最も多く、うち救急搬送後にそのまま入院先医療機関で亡くなっているケースは 33.3%であった。

また、「要介護 2～5」のケースでは「居室」での死亡が 5 割以上で最も多い。

図表 死亡時の要介護度別 死亡場所

		全体	居室	静養室	入院先 医療 機関	救急搬 送後の 入院	その他	自宅	その他	不明	無回答
全 体		4,105	2,176	514	1,374	631	743	5	34	1	1
		100.0	53.0	12.5	33.5	15.4	18.1	0.1	0.8	0.0	0.0
問10Q3 死亡時の要介護度	要介護 1	12	33.3	0.0	66.7	33.3	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0
	要介護 2	58	50.0	5.2	44.8	20.7	24.1	0.0	0.0	0.0	0.0
	要介護 3	560	48.0	10.4	39.5	18.2	21.3	0.2	1.6	0.2	0.2
	要介護 4	1,458	50.5	12.3	36.1	16.2	20.0	0.1	0.9	0.0	0.0
	要介護 5	1,976	56.1	13.7	29.5	14.0	15.5	0.1	0.6	0.0	0.0
	その他	2	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	不明	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	無回答	39	69.2	7.7	23.1	2.6	20.5	0.0	0.0	0.0	0.0

(2)死因(疾患)別 死亡場所【問 10Q4×問 10Q5】

死因(疾患)別に死亡場所をみると、「がん」または「老衰」のケースでは「居室」での死亡が 5 割以上を占め、それぞれ 50.9%、69.7%である。

一方、「がん」および「老衰」以外のケースでは「入院先医療機関」での死亡が最も多く、「肺炎」では 62.3%、「心疾患」では 52.8%、「脳血管疾患」では 54.3%である。

図表 死因(疾患)別 死亡場所

		全体	居室	静養室	入院先 医療 機関	救急搬 送後の 入院	その他	自宅	その他	不明	無回答
全 体		4,105	2,176	514	1,374	631	743	5	34	1	1
		100.0	53.0	12.5	33.5	15.4	18.1	0.1	0.8	0.0	0.0
問10Q4 死因（疾患）	がん	214	50.9	14.0	34.1	10.3	23.8	0.5	0.5	0.0	0.0
	肺炎	438	30.6	6.8	62.3	29.9	32.4	0.0	0.2	0.0	0.0
	心疾患	449	39.0	6.5	52.8	27.8	24.9	0.0	1.8	0.0	0.0
	脳血管疾患	140	33.6	12.1	54.3	29.3	25.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	老衰	2,145	69.7	17.5	12.1	5.0	7.1	0.1	0.7	0.0	0.0
	その他	504	34.5	6.2	58.1	28.0	30.2	0.0	0.8	0.2	0.2
	不明	156	11.5	0.0	85.9	35.3	50.6	0.0	2.6	0.0	0.0
	無回答	59	42.4	3.4	47.5	15.3	32.2	3.4	3.4	0.0	0.0

(3)看取りの対象としての認識別 死亡場所〔問 10Q6×問 10Q5〕

看取りの対象としての認識別に死亡場所をみると、「看取りなしと認識」されていたケースでは「入院先医療機関」での死亡が最も多く、75.2%であった。

一方、「看取りあり」と認識されていたケースでは「居室」での死亡が最も多く、「加算あり」の場合は78.6%、「加算なし」の場合は66.5%であった。

また、看取りありと認識されているが看取り介護加算が算定されていないケースの12.1%は「入院先医療機関」での死亡であった。

図表 看取りの対象としての認識別 死亡場所

		全体	居室	静養室	入院先 医療 機関	救急搬 送後の 入院	その他	自宅	その他	不明	無回答
全 体		4,105	2,176	514	1,374	631	743	5	34	1	1
		100.0	53.0	12.5	33.5	15.4	18.1	0.1	0.8	0.0	0.0
問10Q6	看取りなしと認識	1,581	21.1	2.6	75.2	34.4	40.8	0.0	1.0	0.1	0.1
看取り対象としての認識	看取りありと認識（加算あり）	1,665	78.6	18.8	1.6	1.1	0.4	0.2	0.8	0.0	0.0
	看取りありと認識（加算なし）	770	66.5	20.6	12.1	5.1	7.0	0.3	0.5	0.0	0.0
	無回答	89	24.7	1.1	74.2	32.6	41.6	0.0	0.0	0.0	0.0

(4)状態像別 死亡場所〔問 10Q3・Q4×問 10Q5〕

状態像（要介護度・死因（疾患）・看取りの対象としての認識）別に死亡場所をみると、要介護度4以上のケースについて、死因が「老衰」で「看取りあり」の場合、「居室」での死亡の割合が最も高く、それぞれ75.0%、76.5%であった。

また、死因が「老衰以外」や、死因が「老衰」で「看取りなし」の場合、「入院先医療機関」での死亡が過半数を占めている。

図表 状態像別 死亡場所

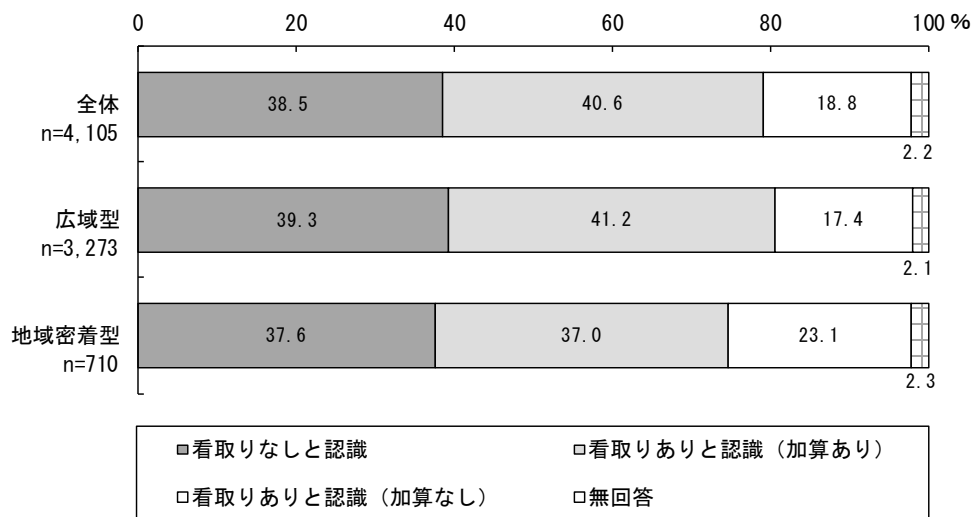
		全体	居室	静養室	入院先 医療 機関	救急搬 送後の 入院	その他	自宅	その他	不明	無回答
全 体		4,105	2,176	514	1,374	631	743	5	34	1	1
		100.0	53.0	12.5	33.5	15.4	18.1	0.1	0.8	0.0	0.0
問10Q3Q4Q6より 状態像新区分	要介護3以下	630	47.9	9.7	40.5	18.7	21.7	0.2	1.4	0.2	0.2
	要介護4、死因：老衰以外	468	37.2	8.1	53.6	23.9	29.7	0.0	1.1	0.0	0.0
	要介護4、死因：老衰、看取りあり	588	75.0	20.9	2.9	1.5	1.4	0.3	0.9	0.0	0.0
	要介護4、死因：老衰、看取りなし	115	40.9	3.5	55.7	25.2	30.4	0.0	0.0	0.0	0.0
	要介護4、死因：老衰、看取り有無不明	11	72.7	0.0	27.3	9.1	18.2	0.0	0.0	0.0	0.0
	要介護4、死因：その他・不明・無回答	276	24.3	5.1	69.6	30.8	38.8	0.0	1.1	0.0	0.0
	要介護5、死因：老衰以外	511	37.2	10.2	52.1	26.4	25.6	0.0	0.6	0.0	0.0
	要介護5、死因：老衰、看取りあり	945	76.5	20.5	2.4	0.6	1.8	0.0	0.5	0.0	0.0
	要介護5、死因：老衰、看取りなし	196	42.3	5.6	51.5	21.9	29.6	0.0	0.5	0.0	0.0
	要介護5、死因：老衰、看取り有無不明	11	9.1	0.0	90.9	27.3	63.6	0.0	0.0	0.0	0.0
	要介護5、死因：その他・不明・無回答	313	35.5	4.5	58.5	28.4	30.0	0.6	1.0	0.0	0.0
	要介護その他・不明・無回答	41	70.7	7.3	22.0	2.4	19.5	0.0	0.0	0.0	0.0

6)看取りの対象としての認識【問 10Q6】

死亡退所した入所者に対する看取りの対象としての認識は、看取り対象であったケースの合計が59.4%であり、その内訳は「看取りありと認識(加算あり)」が40.6%、「看取りありと認識(加算なし)」が18.8%であった。

施設の種別別にみると、「看取りありと認識(加算なし)」は広域型で17.4%、地域密着型では23.1%と、地域密着型の方が5.7ポイント高くなっている。

図表 看取りの対象としての認識



7)退所者の状態像別 看取りの対象としての認識【クロス集計】

退所者の状態像によって看取りの対象としての認識に違いが見られるのかどうかを確認するため、以下の項目と「看取りの対象としての認識(問 10Q6)」とのクロス集計を行った。

- 死亡時の年齢(問 10Q2)
- 死亡時の要介護度(問 10Q3)
- 死因(疾患)(問 10Q4)

(1) 死亡時の年齢別 看取りの対象としての認識【問 10Q2×問 10Q6】

死亡時の年齢別に看取りの対象としての認識をみると、年齢が高くなるほど「看取りありと認識」の割合が高くなっており、「100 歳以上」では 72.8%を占めている。「看取り介護加算あり」の割についても、同様の傾向が見られる。

死亡時の年齢が「70 歳未満」の場合、「看取りなしと認識」が 62.2%であり、平均より 23.7 ポイント高くなっている。

図表 年齢別 看取りの対象としての認識

		全体	看取り なしと 認識	看取り ありと 認識	看取り 介護加算 あり	看取り 介護加算 なし
全 体		4,105	1,581	2,435	1,665	770
		100.0	38.5	59.3	40.6	18.8
問10Q2 死亡時の年齢	70歳未満	45	62.2	35.6	15.6	20.0
	70～74歳	90	48.9	47.8	33.3	14.4
	75～79歳	182	47.3	51.1	34.6	16.5
	80～84歳	437	45.5	52.2	33.2	19.0
	85～89歳	865	40.6	57.0	37.6	19.4
	90～94歳	1,200	39.1	59.0	40.6	18.4
	95～99歳	835	32.1	65.6	46.7	18.9
	100歳以上	276	25.7	72.8	50.0	22.8
	無回答	175	37.1	60.0	45.7	14.3

(2) 死亡時の要介護度別 看取りの対象としての認識【問 10Q3×問 10Q6】

死亡時の要介護度別に看取りの対象としての認識をみると、要介護度が高くなるほど「看取りありと認識」の割合が高くなっている。また、「看取り介護加算あり」についても同様の傾向が見られる。

図表 死亡時の要介護度別 看取りの対象としての認識

		全体	看取り なしと 認識	看取り ありと 認識	看取り 介護加算 あり	看取り 介護加算 なし
全 体		4,105	1,581	2,435	1,665	770
		100.0	38.5	59.3	40.6	18.8
問10Q3 死亡時の要介護度	要介護 1	12	50.0	41.7	33.3	8.3
	要介護 2	58	51.7	43.1	32.8	10.3
	要介護 3	560	44.6	51.8	35.7	16.1
	要介護 4	1,458	40.5	57.8	41.0	16.7
	要介護 5	1,976	35.2	62.9	41.8	21.1
	その他	2	0.0	100.0	50.0	50.0
	不明	0	0.0	0.0	0.0	0.0
	無回答	39	23.1	74.4	43.6	30.8

(3)死因(疾患)別 看取りの対象としての認識[問 10Q4×問 10Q6]

死因(疾患)別に看取りの対象としての認識をみると、死因(疾患)が「がん」または「老衰」のケースでは、「看取りありと認識」が64.0%、81.8%で最も多かった。「老衰」のケースでは「看取り介護加算あり」の割合が57.3%である。

一方、「がん」および「老衰」以外のケースでは、「看取りなしと認識」が過半数を占めていた。

図表 死因(疾患)別 看取りの対象としての認識

		全体	看取り なしと 認識	看取り ありと 認識	看取り 介護加算 あり	看取り 介護加算 なし
全 体		4,105	1,581	2,435	1,665	770
		100.0	38.5	59.3	40.6	18.8
問10Q4 死因(疾患)	がん	214	32.7	64.0	41.6	22.4
	肺炎	438	64.2	32.2	21.2	11.0
	心疾患	449	67.7	28.7	17.6	11.1
	脳血管疾患	140	57.1	41.4	27.1	14.3
	老衰	2,145	16.9	81.8	57.3	24.5
	その他	504	65.3	32.5	23.0	9.5
	不明	156	84.6	10.3	4.5	5.8
	無回答	59	39.0	59.3	22.0	37.3

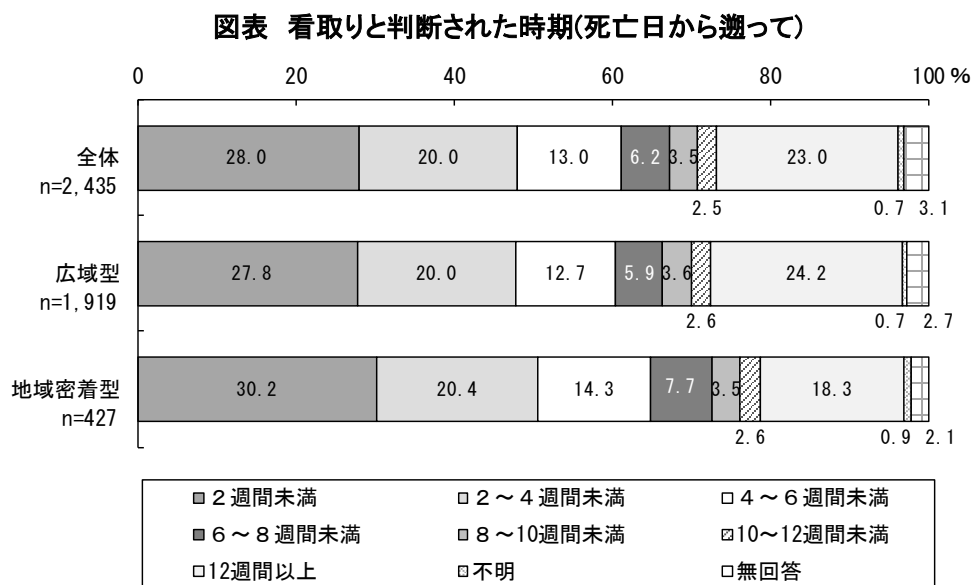
2. 看取りケースの詳細

(問 10Q6 で「看取りありと認識(加算あり)(加算なし)」を選択している場合)

1) 看取りと判断された時期(死亡日から遡って)〔問 10Q6①〕

看取りと判断された時期は、「2週間未満」が 28.0%で最も多く、次いで「12 週間以上」が 23.0%、「2～4週間未満」が 20.0%であった。

施設の種別別にみると、広域型でも同様に「2週間未満」(27.8%)が最も多く、次いで「12 週間以上」が 24.2%、「2～4週間未満」が 20.0%であった。また、地域密着型では「2週間未満」(30.2%)が最も多く、次いで「2～4週間未満」が 20.4%、「12 週間以上」が 18.3%であった。



2)退所者の状態像別 看取りと判断された時期(死亡日から遡って)〔クロス集計〕

退所者の状態像によって看取りと判断された時期に違いが見られるのかどうかを確認するため、以下の項目と「看取りと判断された時期(問 10Q6SQ1)」とのクロス集計を行った。

- 死亡時の年齢(問 10Q2)
- 死亡時の要介護度(問 10Q3)
- 死因(疾患)(問 10Q4)

(1)死亡時の年齢別 看取りと判断された時期〔問 10Q2×問 10Q6SQ1〕

死亡時の年齢別に看取りと判断された時期をみると、99 歳以下の死亡退所者が看取りと判断された時期は、「2 週間未満」が最も多く、約 3 割を占めている。なお、年齢が高いほど「2 週間未満」の割合が低い傾向にある。

「100 歳以上」の死亡退所者が看取りと判断された時期は、「12 週間以上」が最も多く、29.9%であった。

図表 死亡時の年齢別 看取りと判断された時期

		全体	2 週間未満	2 ～ 4 週間未満	4 ～ 6 週間未満	6 ～ 8 週間未満	8 ～ 10 週間未満	10 ～ 12 週間未満	12 週間以上	不明	無回答
全 体		2,435	682	487	317	151	85	60	561	17	75
		100.0	28.0	20.0	13.0	6.2	3.5	2.5	23.0	0.7	3.1
問10Q2 死亡時の年齢	70歳未満	16	31.3	6.3	25.0	12.5	0.0	0.0	18.8	0.0	6.3
	70～74歳	43	30.2	18.6	14.0	4.7	2.3	0.0	23.3	2.3	4.7
	75～79歳	93	32.3	15.1	14.0	8.6	3.2	2.2	21.5	1.1	2.2
	80～84歳	228	31.1	20.2	11.4	5.3	3.1	3.5	21.9	0.9	2.6
	85～89歳	493	30.0	18.3	14.0	4.9	3.2	2.2	22.9	0.4	4.1
	90～94歳	708	25.7	21.5	14.3	5.9	4.2	2.5	22.7	0.4	2.7
	95～99歳	548	27.9	20.1	11.1	7.3	3.3	3.1	23.7	0.9	2.6
	100歳以上	201	24.4	18.9	11.4	7.5	3.5	1.5	29.9	1.5	1.5
	無回答	105	29.5	26.7	13.3	5.7	2.9	1.0	13.3	0.0	7.6

(2)死亡時の要介護度別 看取りと判断された時期〔問 10Q3×問 10Q6SQ1〕

死亡時の要介護度別に看取りと判断された時期をみると「要介護 1 ～ 4」では「2 週間未満」が最も多く、特に「要介護度 1」では 60.0%を占めている。なお、要介護度が高いほど「2 週間未満」の割合が低い傾向にある。

「要介護 5」の死亡退所者では、「12 週間以上」が最も多く、26.2%であった。

図表 死亡時の要介護度別 看取りと判断された時期

		全体	2 週間未満	2 ～ 4 週間未満	4 ～ 6 週間未満	6 ～ 8 週間未満	8 ～ 10 週間未満	10 ～ 12 週間未満	12 週間以上	不明	無回答
全 体		2,435	682	487	317	151	85	60	561	17	75
		100.0	28.0	20.0	13.0	6.2	3.5	2.5	23.0	0.7	3.1
問10Q3 死亡時の要介護度	要介護 1	5	60.0	40.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	要介護 2	25	32.0	12.0	20.0	0.0	8.0	8.0	20.0	0.0	0.0
	要介護 3	290	31.7	18.3	12.8	6.2	3.1	2.1	22.1	1.0	2.8
	要介護 4	842	30.6	21.4	13.4	6.2	3.0	2.6	19.2	0.5	3.1
	要介護 5	1242	25.2	19.6	12.6	6.3	3.9	2.4	26.2	0.8	2.8
	その他	2	50.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	不明	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	無回答	29	24.1	17.2	13.8	10.3	0.0	0.0	13.8	0.0	20.7

(3)死因(疾患)別 看取りと判断された時期【問 10Q4×問 10Q6SQ1】

死因(疾患)別に看取りと判断された時期をみると、いずれの死因(疾患)においても「2週間未満」が最も多い。

「肺炎」または「脳血管疾患」のケースでは「2週間未満」がそれぞれ41.8%、39.7%であり、平均より約10ポイント高くなっている。

図表 死因(疾患)別 看取りと判断された時期

		全体	2週間未満	2～4週間未満	4～6週間未満	6～8週間未満	8～10週間未満	10～12週間未満	12週間以上	不明	無回答
全 体		2,435	682	487	317	151	85	60	561	17	75
		100.0	28.0	20.0	13.0	6.2	3.5	2.5	23.0	0.7	3.1
問10Q4	がん	137	24.8	21.2	15.3	10.2	1.5	2.9	21.9	0.0	2.2
死因(疾患)	肺炎	141	41.8	16.3	11.3	5.7	1.4	0.7	17.0	1.4	4.3
	心疾患	129	26.4	21.7	13.2	6.2	5.4	0.8	20.9	2.3	3.1
	脳血管疾患	58	39.7	8.6	12.1	12.1	0.0	3.4	19.0	1.7	3.4
	老衰	1755	26.6	21.1	13.2	5.9	3.9	2.4	23.8	0.5	2.7
	その他	164	36.0	13.4	11.0	5.5	3.0	4.3	20.7	1.2	4.9
	不明	16	18.8	12.5	25.0	0.0	0.0	6.3	25.0	6.3	6.3
	無回答	35	11.4	20.0	8.6	2.9	0.0	5.7	40.0	0.0	11.4

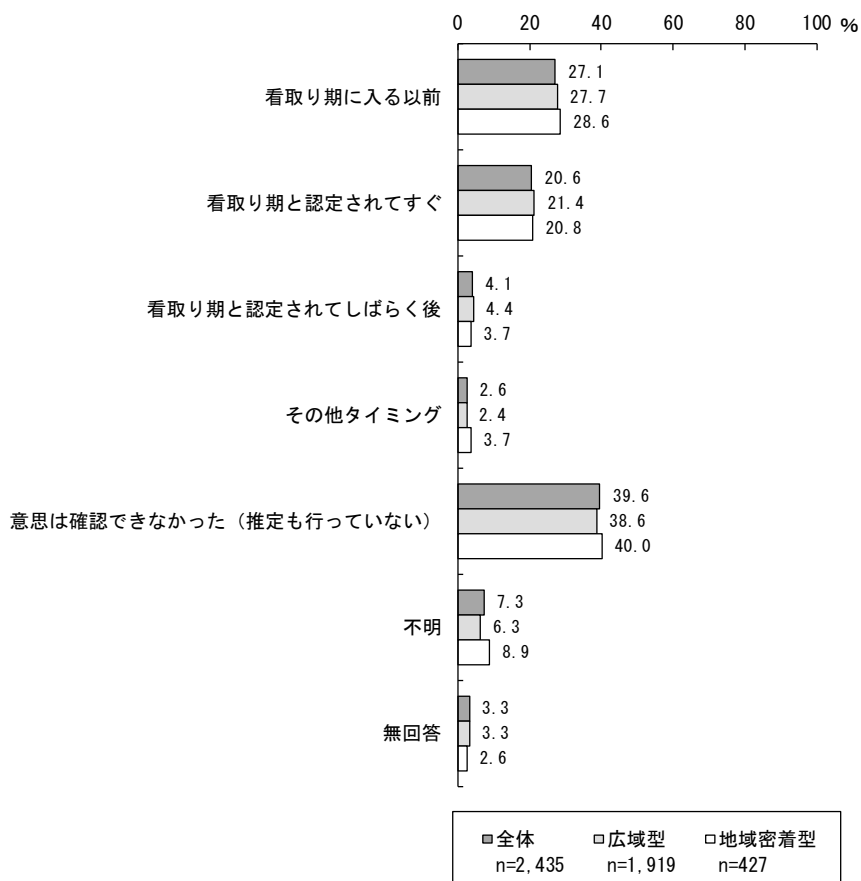
3)看取りに関する本人の意思確認(推定を含む)[問 10Q6②]

看取りに関する本人の意思確認のタイミングは、「意思は確認できなかった(推定も行っていない)」が 39.6%と最も多く、次いで「看取り期に入る以前」が 27.1%、「看取り期と認定されてすぐ」が 20.6%であった。なお、広域型・地域密着型ともに同様の傾向が見られた。

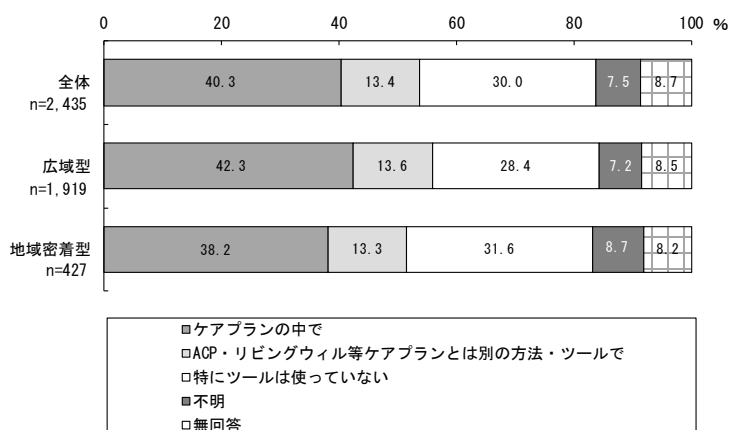
また、看取りに関する本人の意思確認のツールは、「ケアプランの中で」(40.3%)が最も多く、次いで「特にツールは使っていない」が 30.0%、「ACP・リビングウィル等のケアプランとは別の方法・ツールで」が 13.4%であった。

施設の種類の別に見ると、「ケアプランの中で」本人の意思確認をしている割合について、広域型(42.3%)の方が地域密着型(38.2%)よりも 4.1 ポイント高くなっている。

図表 看取りに関する本人の意思確認のタイミング(複数回答)



図表 看取りに関する本人の意思確認のツール



4)退所者の状態像別 看取りに関する本人の意思確認のタイミング【クロス集計】

退所者の状態像によって看取りに関する本人の意思確認のタイミングに違いが見られるのかどうかを確認するため、以下の項目と「看取りに関する本人の意思確認のタイミング(問 10Q6SQ2①)」とのクロス集計を行った。

- 死亡時の要介護度(問 10Q3)
- 死因(疾患)(問 10Q4)
- 看取り介護加算の有無(問 10Q6)

(1)死亡時の要介護度別 看取りに関する本人の意思確認のタイミング【問 10Q3×問 10Q6SQ2①】

死亡時の要介護度別に看取りに関する本人の意思確認のタイミングをみると、死亡時の要介護が高いほど「意思確認(推定)を行った」の割合が低い傾向が見られた。特に、要介護1～4では半数を超えている。

図表 死亡時の要介護度別 看取りに関する本人の意思確認のタイミング

		全体	意思確認 (推定) を行った	看取り期 に入る以 前	看取り期 と認定さ れてすぐ	看取り期 と認定さ れてしば らく後	その他タ イミング	意思は確 認できな かった (推定も 行ってい ない)	不明	無回答
全 体		2,435	1,212	661	502	101	63	965	178	80
		100.0	49.8	27.1	20.6	4.1	2.6	39.6	7.3	3.3
問10Q3 死亡時の要介護度	要介護1	5	60.0	40.0	0.0	0.0	20.0	0.0	40.0	0.0
	要介護2	25	56.0	28.0	24.0	4.0	4.0	44.0	0.0	0.0
	要介護3	290	54.8	32.1	22.4	3.1	2.1	36.9	5.5	2.8
	要介護4	842	51.9	28.9	21.6	3.7	2.9	37.9	6.7	3.6
	要介護5	1,242	47.3	25.0	19.8	4.6	2.5	41.6	8.1	3.0
	その他	2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	50.0	0.0
	不明	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	無回答	29	37.9	17.2	10.3	10.3	0.0	34.5	10.3	17.2

(2)死因(疾患)別 看取りに関する本人の意思確認のタイミング【問 10Q4×問 10Q6SQ2①】

死因(疾患)別に看取りに関する本人の意思確認のタイミングをみると、死因(疾患)が「がん」、「肺炎」、「その他」のケースでは「意思確認(推定)を行った」が最も多く、過半数を占めている。死因(疾患)が「脳血管疾患」のケースでは「意思確認できなかった(推定も行っていない)」の割合が最も多く、44.8%であった。

図表 死因(疾患)別 看取りに関する本人の意思確認のタイミング

		全体	意思確認 (推定) を行った	看取り期 に入る以 前	看取り期 と認定さ れてすぐ	看取り期 と認定さ れてしば らく後	その他タ イミング	意思は確 認できな かった (推定も 行ってい ない)	不明	無回答
全 体		2,435	1,212	661	502	101	63	965	178	80
		100.0	49.8	27.1	20.6	4.1	2.6	39.6	7.3	3.3
問10Q4 死因(疾患)	がん	137	55.5	27.7	23.4	3.6	2.9	38.7	3.6	2.2
	肺炎	141	50.4	28.4	16.3	4.3	2.8	40.4	3.5	5.7
	心疾患	129	48.1	26.4	17.8	4.7	1.6	37.2	10.9	3.9
	脳血管疾患	58	37.9	17.2	17.2	6.9	1.7	44.8	12.1	5.2
	老衰	1,755	49.7	27.7	20.8	3.5	2.8	39.9	7.7	2.6
	その他	164	50.6	24.4	26.2	5.5	1.8	37.2	6.7	5.5
	不明	16	43.8	37.5	6.3	0.0	0.0	43.8	6.3	6.3
	無回答	35	51.4	17.1	14.3	25.7	0.0	34.3	0.0	14.3

(3)看取り介護加算の有無別 看取りに関する本人の意思確認のタイミング【問 10Q6×問 10Q6SQ2①】

看取り介護加算の有無別に看取りに関する本人の意思確認のタイミングをみると、「意思確認(推定)を行った」割合について、「看取り介護加算あり」は、「看取り介護加算なし」よりも13.1ポイント高くなっている。

特に「看取り期と認定されてすぐ」のタイミングでの実施割合は、「看取り介護加算あり」の方が9.2ポイント高い。

図表 看取り介護加算の有無別 看取りに関する本人の意思確認のタイミング

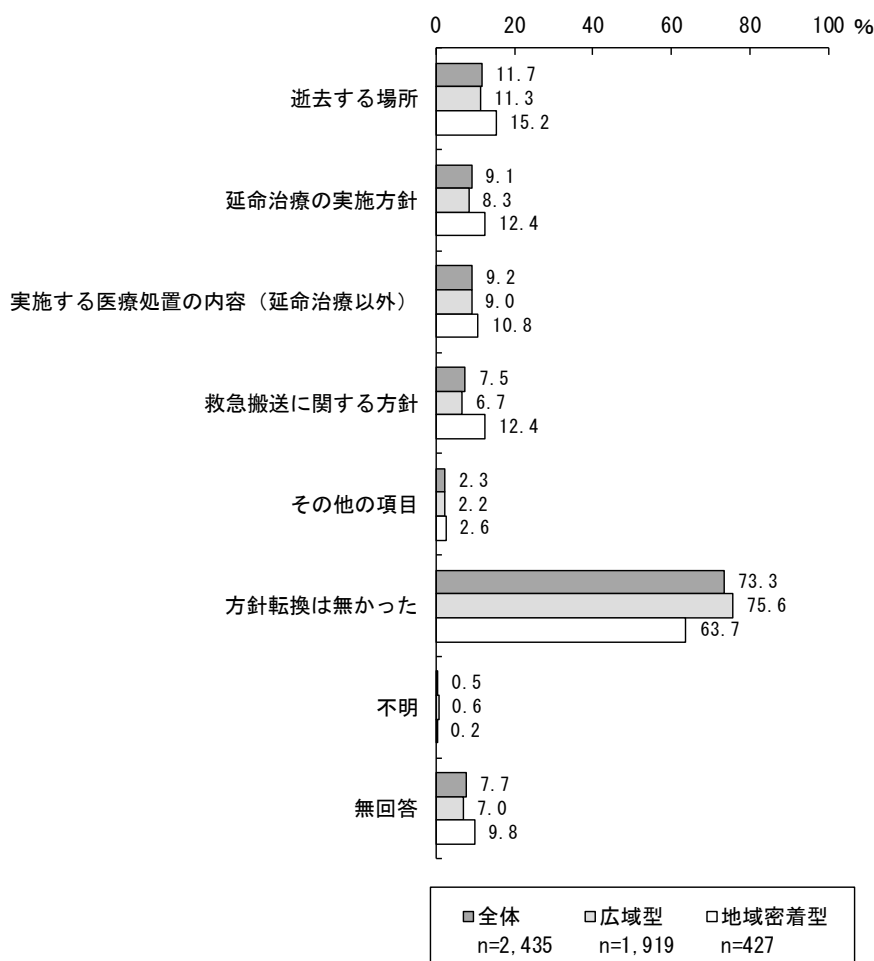
		全体	意思確認 (推定) を行った	看取り期 に入る以 前	看取り期 と認定さ れてすぐ	看取り期 と認定さ れてしば らく後	その他タ イミング	意思は確 認できな かった (推定も 行ってい ない)	不明	無回答
全 体		2,435	1,212	661	502	101	63	965	178	80
		100.0	49.8	27.1	20.6	4.1	2.6	39.6	7.3	3.3
問10Q6	看取り介護加算あり	1,665	53.9	28.8	23.5	4.2	2.8	37.5	6.7	1.9
看取り介護加算	看取り介護加算なし	770	40.8	23.5	14.3	4.0	2.1	44.3	8.7	6.2
の有無	無回答	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

5)看取りに関して家族の意見により方針変更を行った項目【問 10Q6③】

看取りに関して家族の意見により方針変更を行った項目を見ると、「方針転換は無かった」が最も多く、73.3%であった。

方針転換した場合は、「逝去する場所」(11.7%)が最も多く、次いで「延命治療の実施方針」(9.1%)が多かった。広域型・地域密着型ともに同様の傾向が見られたが、「方針転換は無かった」割合は、広域型(75.6%)の方が地域密着型(63.7%)よりも11.9ポイント高い。

図表 看取りに関して家族の意見により方針変更を行った項目(複数回答)



6)看取りの状況別 家族の意見による看取りに関する方針変更の有無〔クロス集計〕

看取りの状況によって家族の意見による看取りに関する方針変更の有無に違いが見られるのかどうかを確認するため、以下の項目と「家族の意見による看取りに関する方針変更の有無(問 10Q6SQ3)」とのクロス集計を行った。

- ・ 看取りに関する本人の意思確認のタイミング(問 10Q6SQ2①)・・・*
- ・ 看取りに関する情報共有の範囲：看取りに関する本人の意思及びケアプランの目標・方針(問 10Q6SQ4①)・・・*

(1)看取りに関する意思確認のタイミング別 家族の意見による看取りに関する方針変更の有無〔問 10Q6SQ2①×問 10Q6SQ3〕

看取りに関する意思確認のタイミング別に家族の意見による看取りに関する方針変更の有無をみると、「看取りに関する意思確認(推定)を行った」ケースでは、「意思は確認できなかった(推定も行っていない)」ケースよりも「方針変更あり」の割合が6.2ポイント高くなっていた。

図表 看取りに関する意思確認のタイミング別 家族の意見による看取りに関する方針変更の有無

		全体	方針変更あり	方針変更なし	不明・無回答
全 体		2,435 100.0	448 18.4	1,786 73.3	201 8.3
問10SQ6-2① 意思確認の タイミング	意思確認(推定)を行った	1,212	21.1	72.5	6.4
	(再掲) 複数のタイミング(選択肢4つに○)	3	0.0	100.0	0.0
	(再掲) 複数のタイミング(選択肢3つに○)	11	18.2	63.6	18.2
	(再掲) 複数のタイミング(選択肢2つに○)	73	20.5	67.1	12.3
	(再掲) 複数のタイミング(選択肢1つに○)	1,125	21.2	72.9	5.9
	意思は確認できなかった(推定も行っていない)	965	14.9	79.3	5.8
不明・無回答		258	18.6	55.0	26.4

(2)看取りに関する情報共有の範囲別 家族の意見による看取りに関する方針変更の有無〔問 10Q6SQ4①×問 10Q6SQ3〕

看取りに関する情報共有の範囲別に家族の意見による看取りに関する方針変更の有無をみると、看取りに関する本人の意思及びケアプランの目標・方針の情報共有の範囲別にみると「家族(キーパーソン)」に情報共有しているケースでは、情報共有していないケースと比較して「方針変更あり」の割合が7.1ポイント低かった。

図表 看取りに関する情報共有の範囲別 家族の意見による看取りに関する方針変更の有無

			全体	方針変更あり	方針変更なし	不明・無回答
全 体			2,435 100.0	448 18.4	1,786 73.3	201 8.3
問10SQ6-4① 情報共有の範囲 (複数回答)	施設長	該当あり	1,842	18.4	75.3	6.3
		該当なし	593	18.4	67.3	14.3
	家族(キーパーソン)	該当あり	2,164	17.6	76.5	5.9
		該当なし	271	24.7	48.3	26.9
	家族(主な家族全員)	該当あり	730	18.8	77.7	3.6
		該当なし	1,705	18.2	71.5	10.3

7)看取りに関する情報共有の範囲【問 10Q6④】

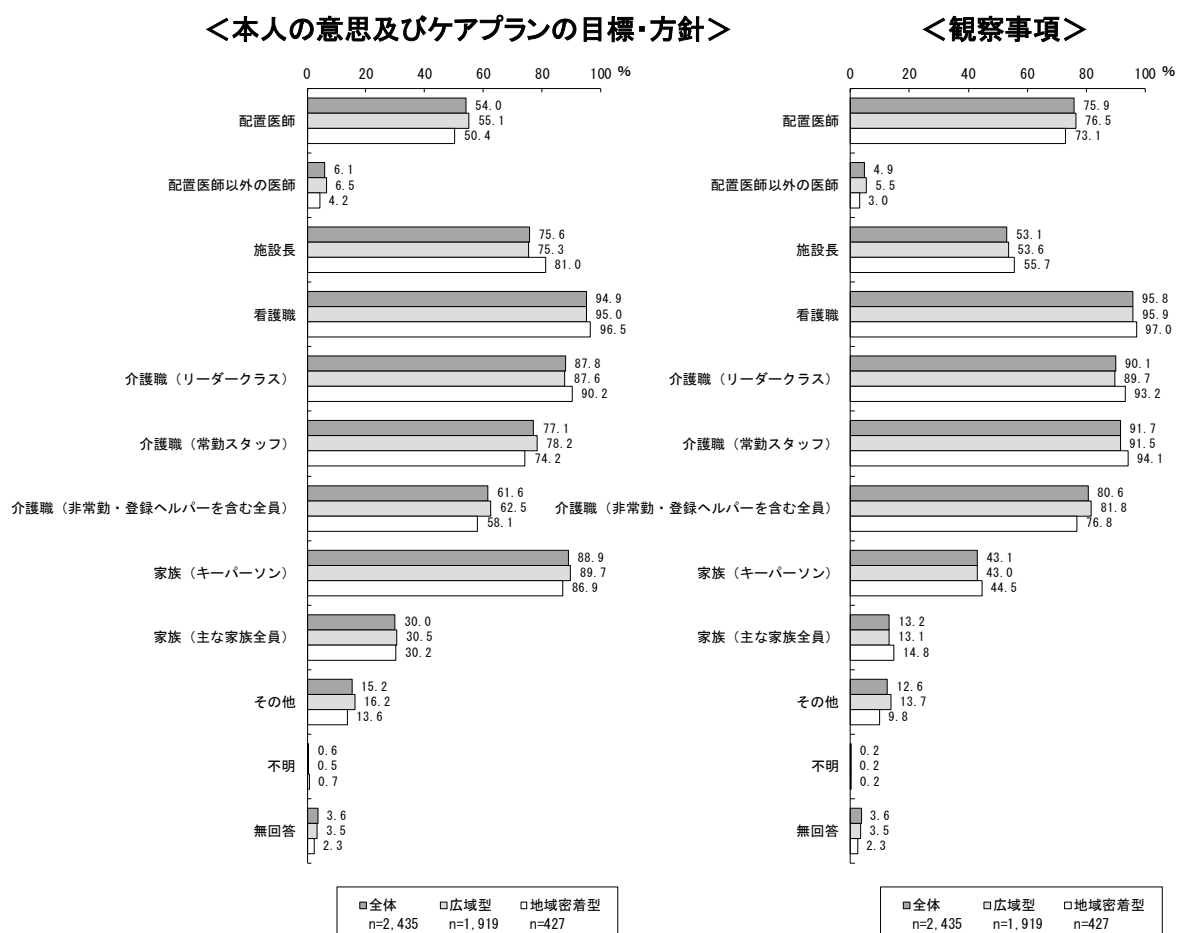
看取りに関する本人の意思及びケアプランの目標・方針の情報共有範囲は、「介護職」(94.9%)、「家族(キーパーソン)」(88.9%)、「介護職(リーダークラス)」(87.8%)が上位を占めていた。施設の種類別にみると、広域型・地域密着型ともに「看護職」(それぞれ 95.0%、96.5%)、「家族(キーパーソン)」(それぞれ 89.7%、86.9%)、「介護職(リーダークラス)」(それぞれ 87.6%、90.2%)が上位を占めていた。

また、看取りに関する観察事項の情報共有範囲は、「看護職」(95.8%)が最も多く、次いで「介護職(常勤スタッフ)」(91.7%)、「介護職(リーダークラス)」(90.1%)、「介護職(非常勤・登録ヘルパーを含む全員)」(80.6%)と続いている。

さらに、看取りに関して行うべき行為の情報共有範囲は、「看護職」(95.2%)が最も多く、次いで「介護職(常勤スタッフ)」(90.1%)、「介護職(リーダークラス)」(89.6%)、「介護職(非常勤・登録ヘルパーを含む全員)」(81.6%)が上位を占めていた。

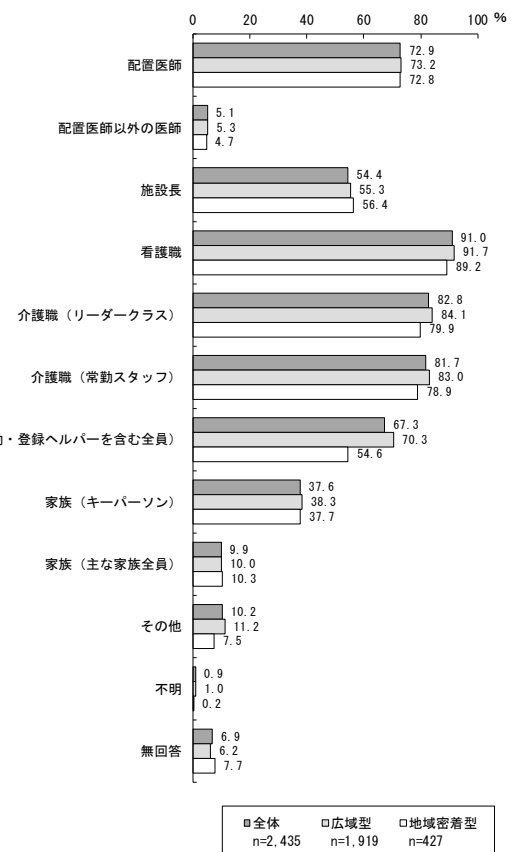
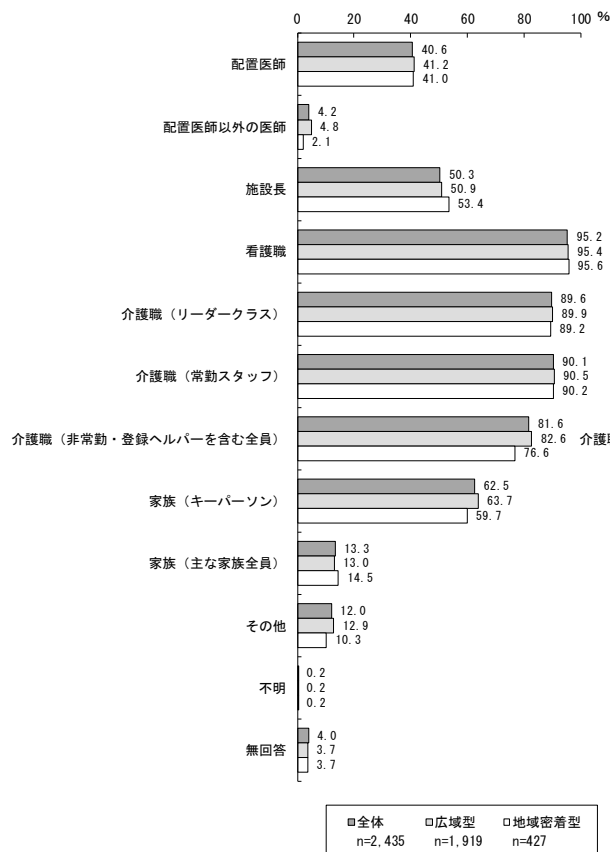
最後に、看取りに関する急変時の初期対応の内容(レスキューオーダー)の情報共有範囲は、「看護職」(91.0%)が最も多く、次いで「介護職(リーダークラス)」(82.8%)、「介護職(常勤スタッフ)」(81.7%)、「配置医師」(72.9%)が続いた。

図表 看取りに関する情報共有範囲(複数回答)



＜行うべき行為＞

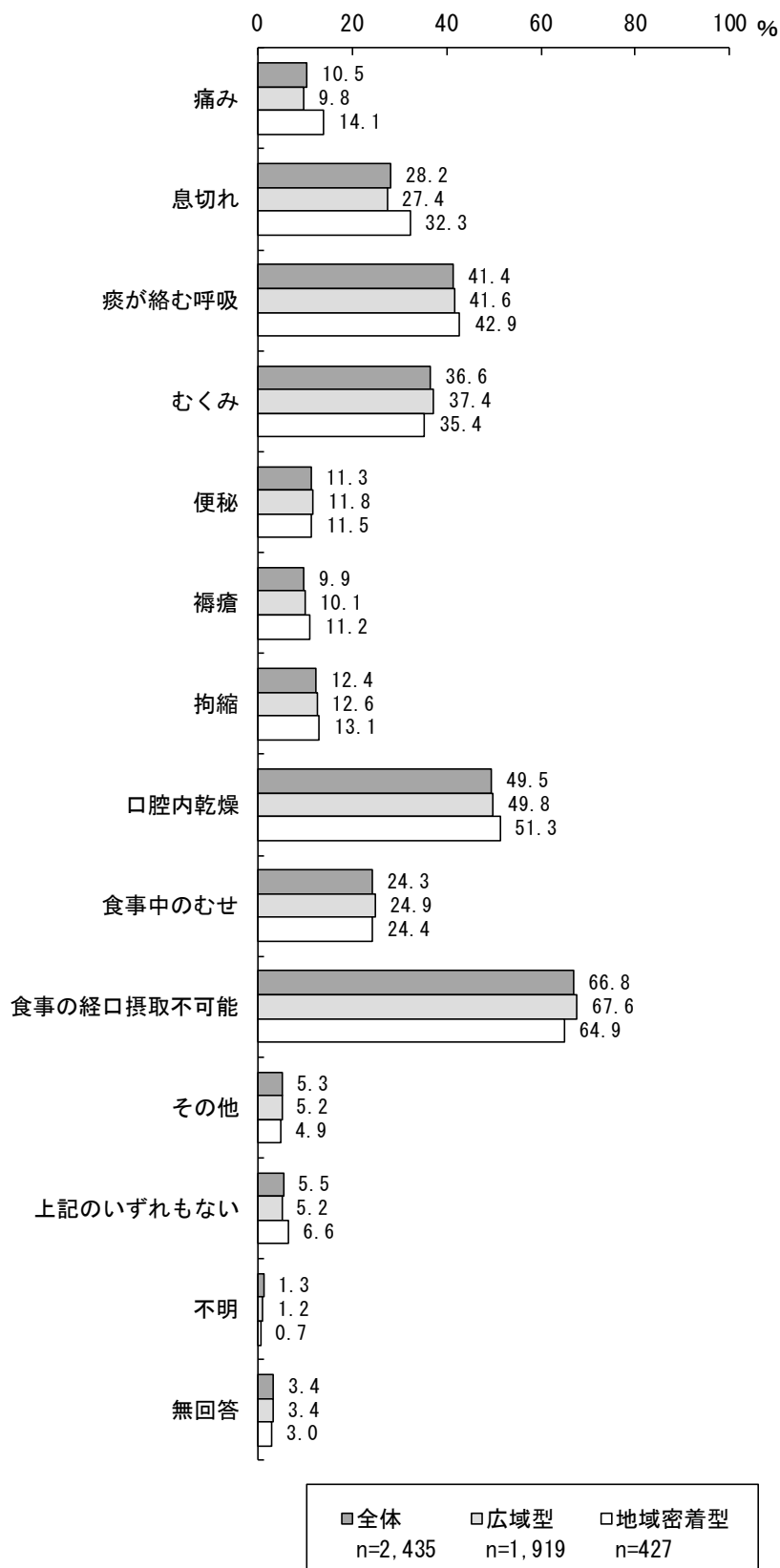
＜急変時の初期対応の内容(レスキューオーダー)＞



8)亡くなる前2週間に見られた苦痛の伴う症状【問 10Q6⑤】

亡くなる前2週間に見られた苦痛を伴う症状は、「食事の経口摂取不可能」が 66.8%で最も多く、次いで「口腔内乾燥」が 49.5%、「痰が絡む呼吸」が 41.4%であった。広域型・地域密着型でも同様の傾向が見られた。

図表 亡くなる前2週間に見られた苦痛の伴う症状(複数回答)



9)退所者の状態像別 亡くなる2週間前に見られた苦痛の症状〔クロス集計〕

退所者の状態像によって亡くなる2週間前に見られた苦痛の症状に違いが見られるのかどうかを確認するため、以下の項目と「亡くなる2週間前に見られた苦痛の症状(問10Q6SQ5)」とのクロス集計を行った。集計の結果、一定の傾向が見られた項目は*マークを付した3項目であった。なお、特徴が見いだせなかった項目については、本報告書には掲載していないが、別添の集計表に収録している。

- 死亡時の年齢(問10Q2)
- 死亡時の要介護度(問10Q3)・・・*
- 死因(疾患)(問10Q4)・・・*
- 死亡場所(問10Q5)・・・*
- 看取りと判断された時期(問10Q6SQ1)

(1)死亡時の要介護度別 亡くなる2週間前に見られた苦痛の症状〔問10Q3×問10Q6SQ5〕

死亡時の要介護度別に亡くなる2週間前に見られた苦痛の症状をみると、いずれの要介護度においても「食事経口摂取不可能」があった割合が最も多く、5～7割を占めている。

「要介護度1」では、「むくみ」があったケースが60.0%見られ、平均より23.4ポイント高い。

図表 死亡時の要介護度別 亡くなる2週間前に見られた苦痛の症状

		全体	痰が絡む呼吸あり	むくみあり	食事経口摂取不可能あり
全 体		2,435	1,008	891	1,627
		100.0	41.4	36.6	66.8
問10Q3 死亡時の要介護度	要介護1	5	40.0	60.0	60.0
	要介護2	25	28.0	36.0	52.0
	要介護3	290	30.0	35.2	62.8
	要介護4	842	42.8	37.3	67.8
	要介護5	1,242	43.8	36.3	68.1
	その他	2	0.0	50.0	50.0
	不明	0	0.0	0.0	0.0
無回答		29	27.6	37.9	37.9

(2)死因(疾患)別 亡くなる2週間前に見られた苦痛の症状〔問 10Q4×問 10Q6SQ5〕

死因(疾患)別に亡くなる2週間前に見られた苦痛の症状をみると、いずれの死因(疾患)においても「食事経口摂取不可能」があった割合が最も多く、6～7割を占めている。

死因(疾患)が「心疾患」のケースでは、「むくみ」があった割合が50.4%と、平均より13.8ポイント高くなっている。

図表 死因(疾患)別 亡くなる2週間前に見られた苦痛の症状

		全体	痰が絡む呼吸 あり	むくみ あり	食事経口摂取 不可能 あり
全 体		2,435 100.0	1,008 41.4	891 36.6	1,627 66.8
問10Q4 死因 (疾患)	がん	137	29.9	46.7	67.9
	肺炎	141	63.1	35.5	68.1
	心疾患	129	38.8	50.4	55.8
	脳血管疾患	58	48.3	31.0	56.9
	老衰	1,755	40.6	35.5	68.8
	その他	164	40.9	34.8	60.4
	不明	16	37.5	37.5	43.8
	無回答	35	42.9	22.9	54.3

(3)死亡場所別 亡くなる2週間前に見られた苦痛の症状〔問 10Q5×問 10Q6SQ5〕

死亡場所別に亡くなる2週間前に見られた苦痛の症状をみると、いずれの死亡場所においても「食事経口摂取不可能」があった割合が最も多い。特に、死亡場所が「居室」または「静養室」のケースでは、「食事経口摂取不可能」が他の症状より約30ポイント高く、それぞれ67.8%、71.8%である。

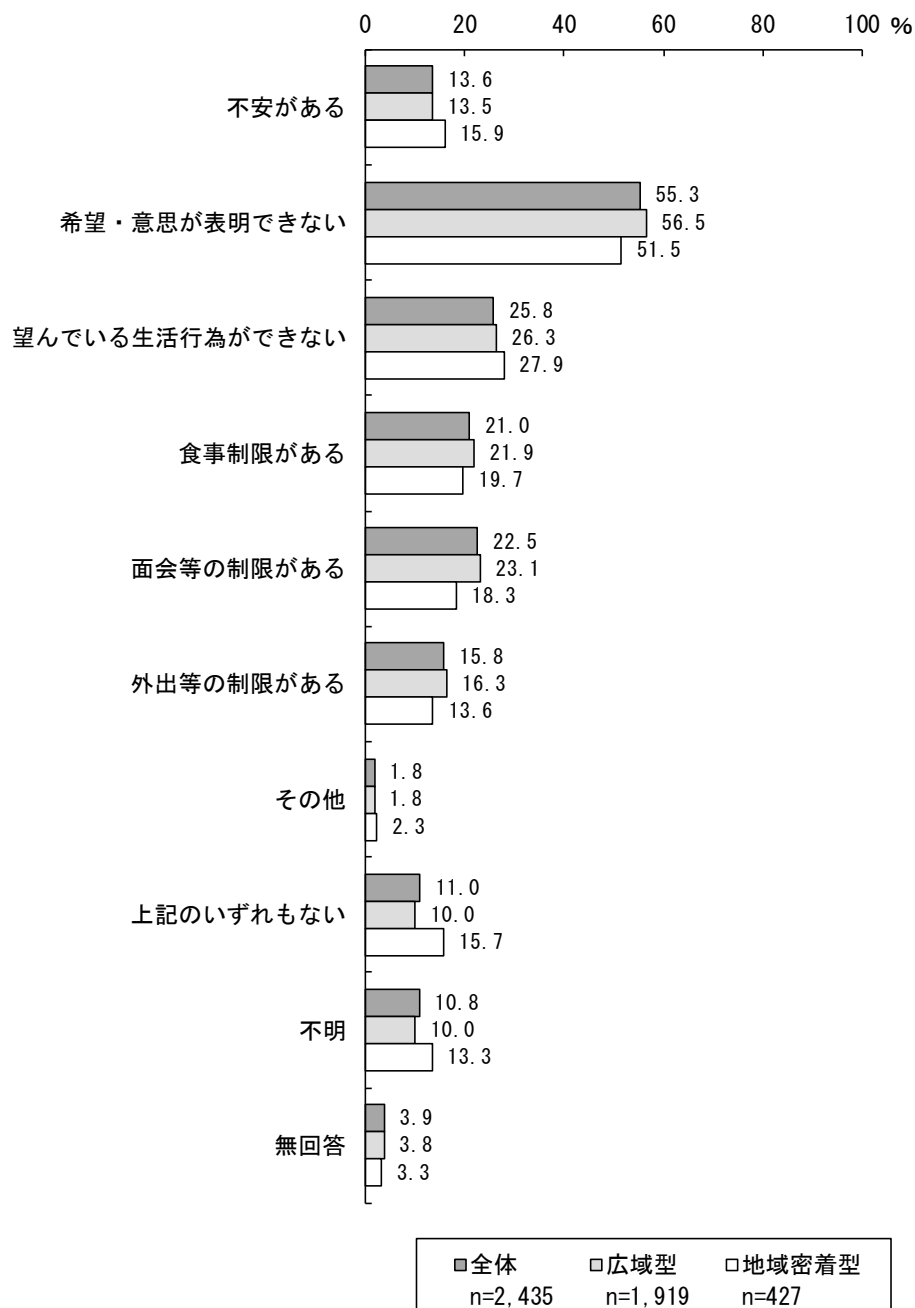
図表 死亡場所別 亡くなる2週間前に見られた苦痛の症状

		全体	痰が絡む呼吸 あり	むくみ あり	食事経口摂取 不可能 あり
全 体		2,435 100.0	1,008 41.4	891 36.6	1,627 66.8
問10Q5 死亡場所	居室	1,821	42.5	37.5	67.8
	静養室	472	42.8	36.9	71.8
	入院先医療機関	119	23.5	23.5	34.5
	(再掲) 入院先医療機関 (救急搬送後の入院)	58	29.3	29.3	34.5
	(再掲) 入院先医療機関 (その他)	61	0.0	0.0	0.0
	自宅	5	20.0	0.0	40.0
	その他	18	16.7	33.3	55.6
	不明	0	0.0	0.0	0.0
	無回答	0	0.0	0.0	0.0

11)亡くなる前2週間の本人の状態【問 10Q6⑥】

亡くなる前2週間の本人の状態は、「希望・意思が表明できない」が 55.3%で最も多く、次いで「望んでいる生活行為ができない」が 25.8%であった。

図表 亡くなる前2週間の本人の状態(複数回答)

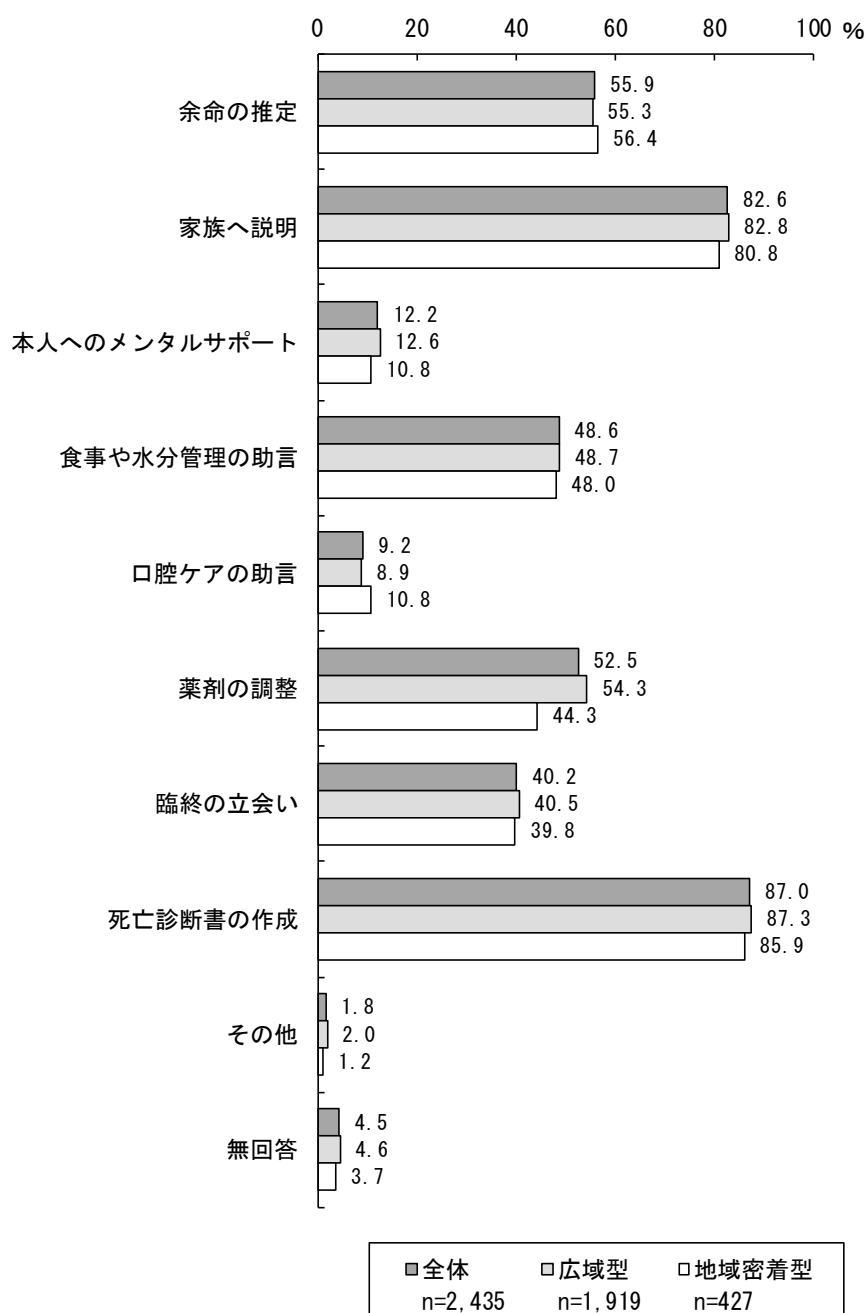


12)配置医師が担った役割【問 10Q6⑦】

看取りの際に配置医師が担った役割は、「死亡診断書の作成」が 87.0%と最も多く、次いで「家族への説明」が 82.6%、「余命の推定」が 55.9%であった。

施設の種別別にみると、広域型では「死亡診断書の作成」(87.3%)、「家族への説明」(82.8%)、「余命の推定」(55.3%)に次いで、「薬剤の調整」(54.3%)、「食事や水分管理の助言」(48.7%)が続いた。また、地域密着型では、「死亡診断書の作成」(85.9%)、「家族への説明」(80.8%)、「余命の推定」(56.4%)に次いで、「食事や水分管理の助言」(48.0%)、「薬剤の調整」(44.3%)が続いた。

図表 配置医師が担った役割(複数回答)



13)退所者の状態像別 配置医師が担った役割【クロス集計】

退所者の状態像によって配置医師が担った役割に違いが見られるのかどうかを確認するため、以下の項目と「配置医師が担った役割(問 10Q6SQ7)」とのクロス集計を行った。集計の結果、一定の傾向が見られた項目は*マークを付した2項目のみであった。なお、特徴が見いだせなかった項目については、本報告書には掲載していないが、別添の集計表に収録している。

- 死亡時の要介護度(問 10Q3)
- 死因(疾患)(問 10Q4)・・・*
- 看取り介護加算の有無(問 10Q6)・・・*

(1)死因(疾患)別 配置医師が担った役割【問 10Q4×問 10Q6SQ7】

死因(疾患)別に配置医師が担った役割をみると、いずれの死因(疾患)においても「死亡診断書の作成」が最も多く、次いで「家族へ説明」が続いている。

「がん」のケースでは、配置医師が「本人へのメンタルサポート」を担っていた割合が17.5%であり、平均より5.2ポイント高くなっている。

図表 死因(疾患)別 配置医師が担った役割

		全体	余命の推定	家族へ説明	サ本人へのメンタル	助食事や水分管理の	口腔ケアの助言	薬剤の調整	臨終の立会い	死亡診断書の作成	その他	無回答
全 体		2,435	1,360	2,011	297	1,184	224	1,278	978	2,118	43	109
		—	55.9	82.6	12.2	48.6	9.2	52.5	40.2	87.0	1.8	4.5
問10Q4 死因(疾患)	がん	137	59.1	79.6	17.5	53.3	13.9	55.5	38.0	80.3	1.5	7.3
	肺炎	141	51.8	79.4	6.4	46.8	6.4	50.4	40.4	86.5	1.4	7.1
	心疾患	129	55.0	82.2	15.5	37.2	10.9	57.4	46.5	90.7	1.6	5.4
	脳血管疾患	58	60.3	82.8	10.3	62.1	10.3	56.9	37.9	82.8	0.0	8.6
	老衰	1,755	55.6	83.4	12.4	48.9	9.1	51.6	39.9	87.9	1.8	3.7
	その他	164	59.8	82.9	10.4	53.0	8.5	56.1	37.8	86.0	1.8	5.5
	不明	16	31.3	56.3	12.5	18.8	6.3	62.5	12.5	56.3	6.3	6.3
	無回答	35	62.9	77.1	5.7	37.1	2.9	48.6	62.9	80.0	2.9	5.7

(2)看取り介護加算の有無別 配置医師が担った役割【問 10Q6×問 10Q6SQ7】

看取り介護加算の有無別に配置医師が担った役割をみると、「家族へ説明」について、「看取り介護加算あり」は「看取り介護加算なし」よりも18.4ポイント高くなっている。また、「死亡診断書の作成」では、「看取り介護加算あり」の方が10.8ポイント高くなっている。

図表 看取り介護加算の有無別 配置医師が担った役割

		全体	余命の推定	家族へ説明	サ本人へのメンタル	助食事や水分管理の	口腔ケアの助言	薬剤の調整	臨終の立会い	死亡診断書の作成	その他	無回答
全 体		2,435	1,360	2,011	297	1,184	224	1,278	978	2,118	43	109
		—	55.9	82.6	12.2	48.6	9.2	52.5	40.2	87.0	1.8	4.5
問10Q6 看取り介護加算の有無	看取り介護加算あり	1,665	58.1	88.4	13.8	50.9	8.5	54.0	40.0	90.4	1.4	2.5
	看取り介護加算なし	770	51.0	70.0	8.7	43.8	10.8	49.2	40.5	79.6	2.5	8.8
	無回答	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

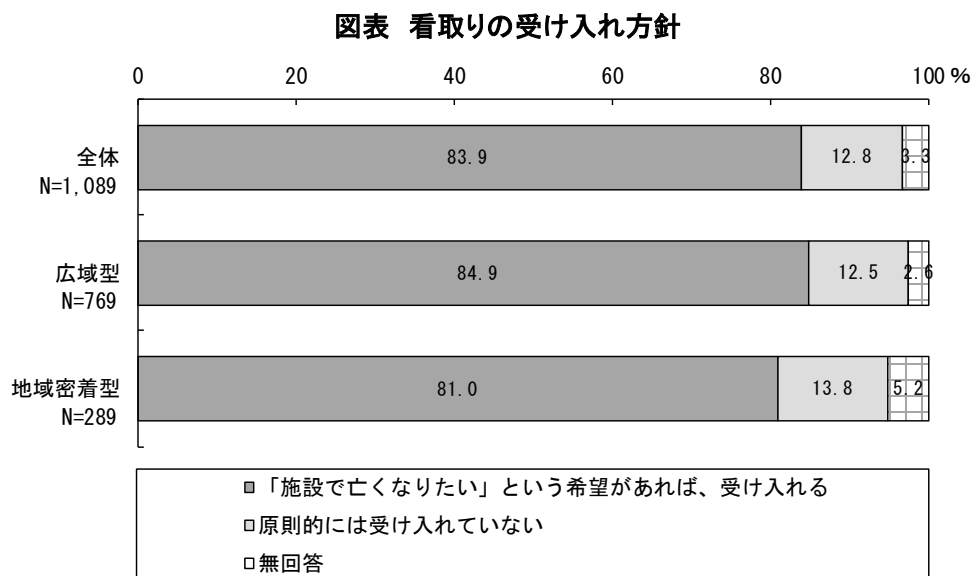


X. 看取りに関する施設の取り組み状況

1. 看取りの受け入れ状況

1)看取りの受け入れ方針【問 11(1)】

看取りの受け入れ方針は、「施設で亡くなりたいという希望があれば、受け入れる」が最も多く、83.9%であった。施設の種類の別に見ると、広域型・地域密着型ともに同様の傾向が見られたが、「施設で亡くなりたいという希望があれば、受け入れる」は広域型(84.9%)の方が地域密着型(81.0%)よりも 3.9 ポイント高かった。



2)施設の特性別 看取りの受け入れ方針【クロス集計】

施設特性によって看取りの受け入れ方針に違いが見られるのかどうかを確認するため、以下の項目と「看取りの受け入れ方針(問11(1))」とのクロス集計を行った。集計の結果、一定の傾向が見られた項目は*マークを付した8項目のみであった。なお、特徴が見いだせなかった項目については、本報告書には掲載していないが、別添の集計表に収録している。

- 都市圏(施設の所在地)・・・*
- 都市規模(施設の所在地)・・・*
- 地域区分(級地)(施設の所在地)・・・*
- 施設の種類(問1(1))
- 併設・隣接の状況(問1(2))
- 設立年(情報公表システムより取得)
- 定員数(問3(1))・・・*
- 入所者の平均要介護度(問3(4))・・・*
- 要介護5の入所者の割合(問3(4))
- 医療処置を要する入所者の割合(問4(1)⑨⑩)
- 看護職員が必ず勤務している時間数(問2(6))・・・*
- 夜間の看護職員数(問2(7))
- 夜間の看護体制(問2(8))
- 配置医師の勤務形態(問6(1)SQ1③a)
- 配置医師の勤務時間(問6(1)SQ1③b)・・・*
- 配置医師の役割:ターミナルケア・看取りに対する入所者や家族へのメンタルサポート(問6(2)①-7)・・・*
- 協力・連携関係にある医療機関数(問7(1)(2)(3))
- 協力・連携関係にある医療機関の役割:ターミナルケア・看取りに対する入所者や家族へのメンタルサポート(問7(4)①-7)

(1)地域別 看取りの受け入れ方針【施設の所在地×問 11(1)】

地域別に看取りの受け入れ方針をみると、「『施設で亡くなりたい』という希望があれば、受け入れる」割合は、首都圏(84.9%)、中部圏(86.8%)、近畿圏(87.3%)の方が「その他(三大都市圏以外)」の地域に比べて約4ポイント高くなっている。

また、都市規模別にみると、「原則的には受け入れていない」施設の割合は、「町村」(16.1%)で平均よりも3.3ポイント高い。

さらに、地域区分別では、「1級地」、「5級地」、「6級地」、「その他」の地域で「原則的には受け入れていない」施設の割合が約15%であり、平均よりも約2ポイント高くなっている。

図表 地域別 看取りの受け入れ方針

		全体	「施設で亡くなりたい」という希望があれば、受け入れる	原則的には受け入れていない	無回答
全 体		1,089 100.0	914 83.9	139 12.8	36 3.3
都市圏	首都圏	172	84.9	12.8	2.3
	中部圏	91	86.8	8.8	4.4
	近畿圏	126	87.3	9.5	3.2
	その他	697	82.8	13.9	3.3
	無回答	3	66.7	0.0	33.3
都市規模	指定都市・特別区	192	81.8	13.0	5.2
	中核市	188	84.6	11.7	3.7
	その他の市	514	85.2	11.9	2.9
	町村	192	82.3	16.1	1.6
	無回答	3	66.7	0.0	33.3
地域区分	1級地	27	85.2	14.8	0.0
	2級地	27	88.9	7.4	3.7
	3級地	46	87.0	6.5	6.5
	4級地	32	93.8	6.3	0.0
	5級地	85	77.6	15.3	7.1
	6級地	121	83.5	13.2	3.3
	7級地	183	87.4	8.2	4.4
	その他	565	82.8	14.9	2.3
	無回答	3	66.7	0.0	33.3

※本調査における都市圏の定義は下記の通りである。

首都圏：埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県、

中京圏：岐阜県・愛知県・三重県、

近畿圏：滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県

(2)定員数別 看取りの受け入れ方針【問3(1)×問 11(1)】

定員数別に看取りの受け入れ方針をみると、定員が「20～30人未満」、「40～50人未満」、「50～60人未満」の施設では、「『施設で亡くなりたい』という希望があれば、受け入れる」割合が平均よりも約4ポイント低くなっている。

また、定員が「50～60人未満」の施設では「原則的には受け入れていない」割合が19.1%であり、平均よりも6.3ポイント高い。

図表 定員数別 看取りの受け入れ方針

		全体	「施設で亡くなりたい」という希望があれば、受け入れる	原則的には受け入れていない	無回答
全 体		1,089 100.0	914 83.9	139 12.8	36 3.3
問3(1)	20人未満	9	88.9	11.1	0.0
定員数	20～30人未満	277	80.9	13.7	5.4
合計	30～40人未満	36	88.9	11.1	0.0
	40～50人未満	24	79.2	16.7	4.2
	50～60人未満	173	79.2	19.1	1.7
	60～80人未満	142	89.4	9.2	1.4
	80～100人未満	193	88.1	9.3	2.6
	100人以上	157	86.6	8.9	4.5
	無回答	78	78.2	17.9	3.8

(3)施設の平均要介護度別 看取りの受け入れ方針【問3(4)×問 11(1)】

施設の平均要介護度別に看取りの受け入れ方針をみると、平均要介護度が「4.0～4.5 未満」の施設では、「『施設で亡くなりたい』という希望があれば、受け入れる」割合が 87.8%であり、平均よりも 3.9 ポイント高い。

また、平均要介護度が「3.5 未満」の施設では「原則的には受け入れていない」割合が 23.8%であり、平均よりも 11.0 ポイント高くなっている。

図表 施設の平均要介護度別 看取りの受け入れ方針

		全体	「施設で亡くなり たい」という希望が あれば、受け入 れる	原則的には受 け入れていな い	無回答
全 体		1,089 100.0	914 83.9	139 12.8	36 3.3
問 3 (4)	3.5未満	42	73.8	23.8	2.4
施設の平均要介護度	3.5～4.0未満	437	82.4	14.2	3.4
	4.0～4.5未満	492	87.8	9.8	2.4
	4.5以上	20	80.0	15.0	5.0
	エラー・無回答	98	76.5	16.3	7.1

(4)看護職員が必ず勤務している時間数別 看取りの受け入れ方針【問2(6)×問 11(1)】

看護職員が必ず勤務している時間数別に看取りの受け入れ方針をみると、勤務時間が「8時間未満」の施設においては、「『施設で亡くなりたい』という希望があれば、受け入れる」割合が 100%であった。

また、看護職員が必ず勤務している時間が「8～9時間」の施設では、「原則的には受け入れていない」施設が 25.0%であり、平均より 12.2 ポイント高かった。

図表 看護職員が必ず勤務している時間数別 看取りの受け入れ方針

		全体	「施設で亡く なりたい」と いう希望があ れば、受け入 れる	原則的には受 け入れていな い	無回答
全 体		1,089 100.0	914 83.9	139 12.8	36 3.3
問 2 (6)	8 時間未満	6	100.0	0.0	0.0
看護職員が必ず勤務し ている時間	8～9 時間未満	96	71.9	25.0	3.1
	9～10時間未満	545	83.9	12.8	3.3
	10～12時間未満	349	87.1	10.6	2.3
	12～24時間未満	55	85.5	9.1	5.5
	24時間	8	75.0	12.5	12.5
	エラー・無回答	30	83.3	6.7	10.0

(5)配置医師の勤務時間別 看取りの受け入れ方針【問6(1)SQ③b×問 11(1)】

配置医師の勤務時間別に看取りの受け入れ方針をみると、配置医師の勤務時間が「20～30 時間未満」の施設では、「『施設で亡くなりたい』という希望があれば、受け入れる」割合が 89.3%であり、平均よりも 5.4 ポイント高い。

一方、配置医師の勤務時間が「4 時間未満」の施設では「原則的には受け入れていない」施設が 23.6%であり、平均よりも 10.8 ポイント高くなっている。

図表 配置医師の勤務時間別 看取りの受け入れ方針

		全体	「施設で亡くなりたい」という希望があれば、受け入れる	原則的には受け入れていない	無回答
全 体		1,089	914	139	36
		100.0	83.9	12.8	3.3
問 6 (1) SQ③b	4 時間未満	55	72.7	23.6	3.6
実際に施設で勤務する時間 (施設単位)	4～6 時間未満	140	82.9	14.3	2.9
	6～8 時間未満	72	87.5	11.1	1.4
	8～10時間未満	201	85.6	12.4	2.0
	10～15時間未満	170	81.2	14.7	4.1
	15～20時間未満	129	87.6	8.5	3.9
	20～30時間未満	84	89.3	6.0	4.8
	30～50時間未満	54	79.6	16.7	3.7
	50～100時間未満	24	87.5	12.5	0.0
	100時間以上	22	81.8	18.2	0.0
	エラー・無回答	68	88.2	7.4	4.4

(6)配置医師の役割別 看取りの受け入れ方針【問6(2)①-7×問 11(1)】

配置医師の役割別に看取りの受け入れ方針をみると、配置医師が「ターミナルケア・看取りに対する入所者や家族へのメンタルサポートを行っている」施設では、行っていない施設に比べて「『施設で亡くなりたい』という希望があれば、受け入れる」割合が 26.9 ポイント高く、94.2%であった。

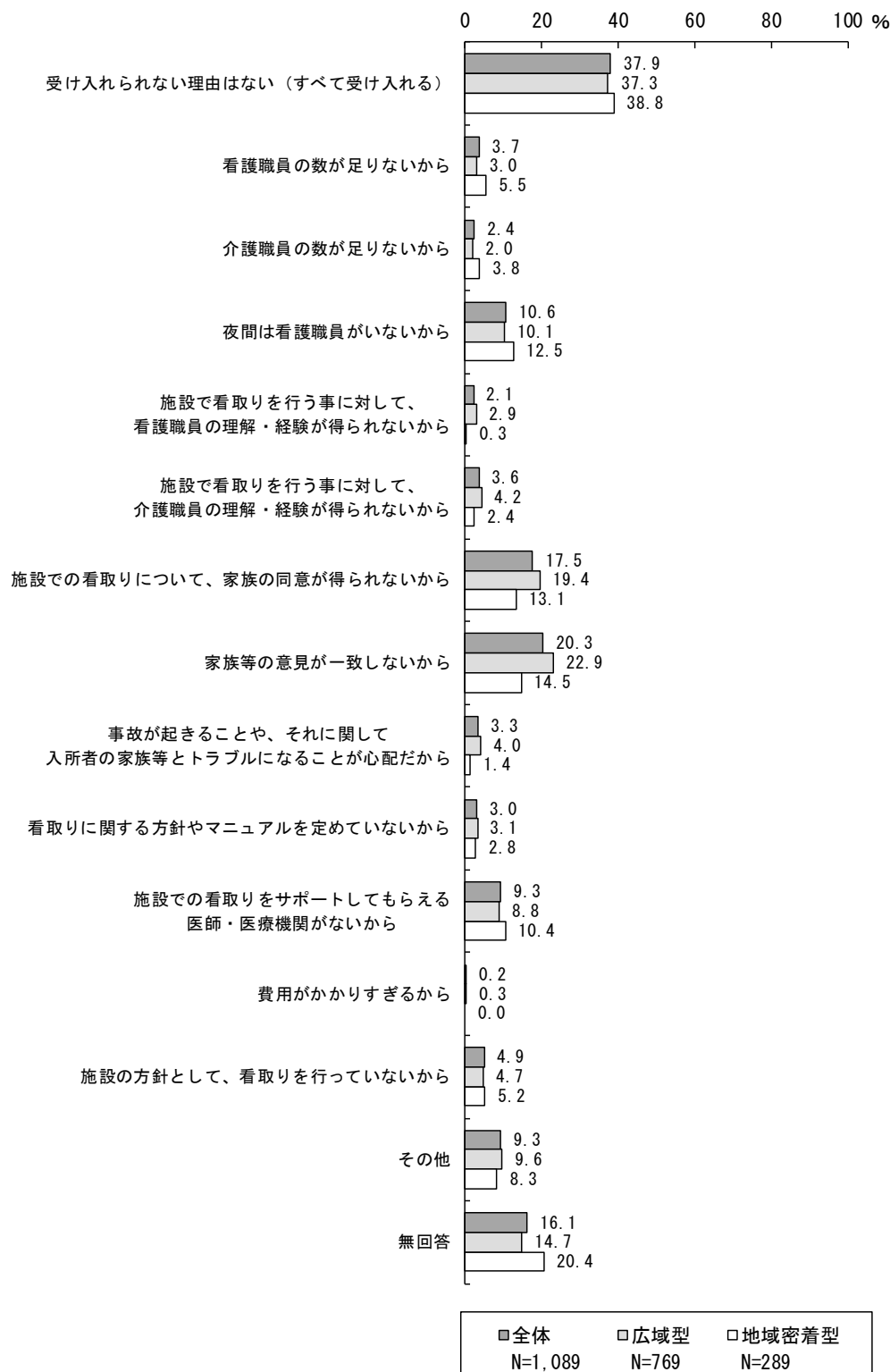
図表 配置医師の役割別 看取りの受け入れ方針

		全体	「施設で亡くなりたい」という希望があれば、受け入れる	原則的には受け入れていない	無回答
全 体		1,089	914	139	36
		100.0	83.9	12.8	3.3
問 6 (2) ①-7	ターミナルケア・看取りに対する入所者や家族へのメンタルサポートを行っている	673	94.2	3.0	2.8
配置医師の役割	ターミナルケア・看取りに対する入所者や家族へのメンタルサポートを行っていない	416	67.3	28.6	4.1

3)本人や家族の希望があっても、実態として看取りを受け入れないことがある理由【問 11(2)】

本人や家族の希望があっても、実態として看取りを受け入れないことがある理由は、「受け入れない理由はない(すべて受け入れる)」が 37.9%と最も多かった。受け入れないことがある場合、「家族等の意見が一致しないから」(20.3%)が最も多く、次いで「施設での看取りについて、家族等の同意が得られないため」が 17.5%、「夜間は看護職員がいないから」が 10.6%であった。なお、広域型・地域密着型ともに同様の傾向が見られた。

図表 本人や家族の希望があっても、実態として看取りを受け入れないことがある理由(複数回答)

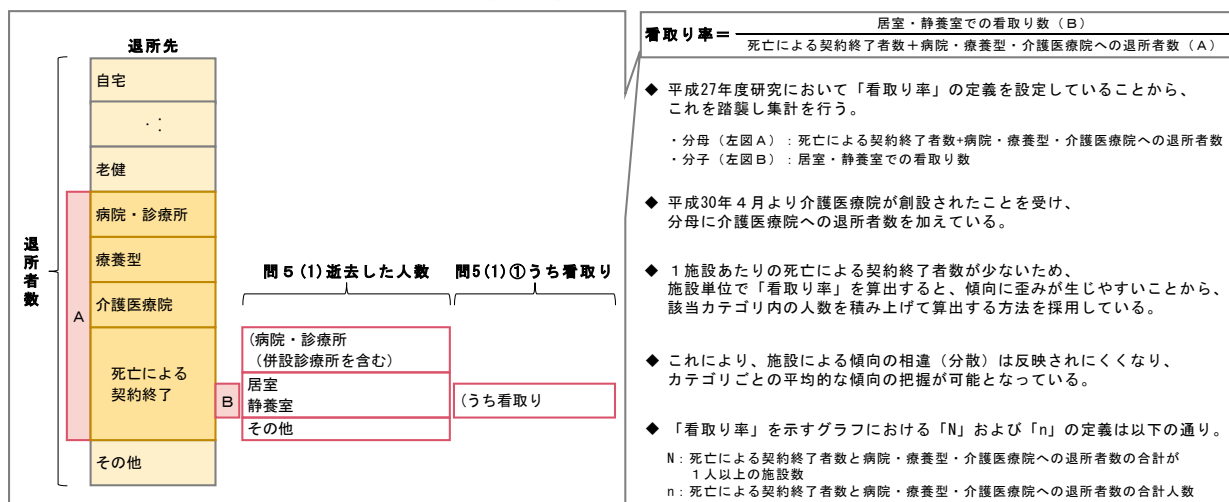


2. 看取り率【問5(1)(2)】

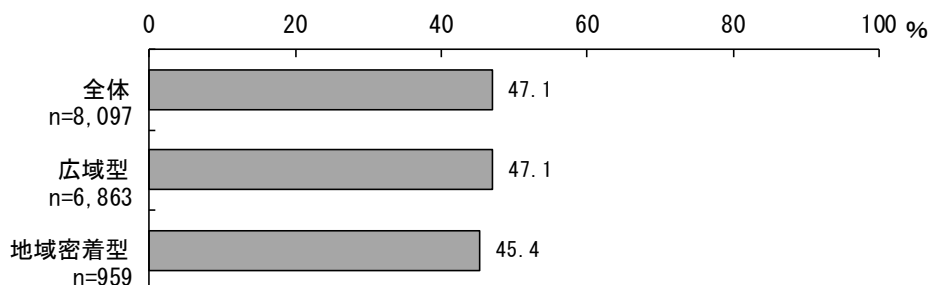
看取りを行う可能性のあった対象として、「死亡による契約終了」と、「病院・診療所」、「介護療養型医療施設」への退去の合計人数を分母とし、「居室」または「静養室」で「看取り」を実施した人数を分子とした「看取り率」という指標を作成し、分析を行った。

看取り率は 47.1% はであり、施設の種別別にみると、広域型(47.1%)は地域密着型(45.4%)よりも 1.7 ポイント高かった。

《参考》「看取り率」の考え方



図表 看取り率



3. 看取り率が高い施設の特性【クロス集計】

施設特性によって看取り率に違いが見られるのかどうかを確認するため、以下の項目と「看取り率(問5)」とのクロス集計を行った。集計の結果、一定の傾向が見られた項目は*マークを付した6項目のみであった。なお、特徴が見いだせなかった項目については、本報告書には掲載していないが、別添の集計表に収録している。

- 都市圏(施設の所在地)
- 都市規模(施設の所在地)
- 地域区分(級地)(施設の所在地)
- 施設の種類(問1(1))
- 併設・隣接の状況(問1(2))・・・*
- 設立年(介護サービス情報公表システムより取得)
- 定員数(問3(1))
- 入所者の平均要介護度(問3(4))・・・*
- 要介護5の入所者の割合(問3(4))
- 医療処置を要する入所者の割合(問4(1)⑨⑩)
- 看護職員が必ず勤務している時間数(問2(6))
- 夜間の看護職員数(問2(7))
- 夜間の看護体制(問2(8))・・・*
- 配置医師の勤務形態(問6(1)SQ1③a)
- 配置医師の勤務時間(問6(1)SQ1③b)
- 配置医師の役割:施設の求めに応じた急変対応の有無(問6(2)①-7)
- 協力・連携関係にある医療機関数(問7(1)(2)(3))
- 協力・連携関係にある医療機関の役割:施設の求めに応じた急変対応の有無(問7(4)①-7)
- 救急要請・搬送回数(問8(1)(2)(3))・・・*
- 看取りの受け入れ方針(問11(1))・・・*
- 受け入れられないことがある理由(問11(2))
- 看取り指針・マニュアルの有無(問11(6))
- 看取りに関する研修の有無(問11(7))
- 看取り介護の振り返りの有無(問11(8))
- 夜間の看護体制・看取りの受け入れ方針(問2(8)・問11(1))・・・*

1)併設・隣接状況別 看取り率〔問1(2)×問5〕

併設・隣接状況別に看取り率をみると、「病院」が併設・隣接していない施設の方が併設・隣接している施設よりも看取り率が2.6ポイント高く、46.4%であった。

他方、介護老人福祉診療所が併設・隣接している施設では、併設・隣接していない施設よりも看取り率が高く、有床診療所では54.1%、無床診療所では50.0%であった。

図表 併設・隣接状況別 看取り率

			N	n	看取り率
全 体			N=1,018	n=8,097	47.1
問1(2) 併設・隣接の状況	病院	併設または隣接あり	N=58	n=550	43.8
		なし	N=772	n=6,044	46.4
		無回答	N=188	n=1,503	51.0
	診療所 (有床)	併設または隣接あり	N=10	n=74	54.1
		なし	N=786	n=6,156	46.8
		無回答	N=222	n=1,867	47.5
	診療所 (無床)	併設または隣接	N=292	n=2,376	50.0
		なし	N=632	n=4,941	46.5
		無回答	N=94	n=780	41.7

2)施設の平均要介護度別 看取り率〔問3(4)×問5〕

施設の平均要介護度別に看取り率をみると、平均要介護度が高いほど看取り率が高く、平均要介護度が「4.5以上」の施設では看取り率が53.8%であった。

図表 施設の平均要介護度別 看取り率

			N	n	看取り率
全 体			N=1,018	n=8,097	47.1
問3(4) 施設の平均要介護度	3.5未満		N=38	n=264	46.6
	3.5～4.0未満		N=411	n=3,440	45.1
	4.0～4.5未満		N=465	n=3,552	48.9
	4.5以上		N=18	n=117	53.8
	エラー・無回答		N=86	n=724	46.5

3)夜間の看護体制別 看取り率〔問2(8)×問5〕

夜間の看護体制別に看取り率をみると、「常に夜勤または宿直の看護職員(併設事業所と兼務の場合を含む)がオンコールで対応」している施設で最も看取り率が高く、48.5%であった。

「夜勤・宿直の看護職員はおらず、オンコール対応もしていない」施設では看取り率が32.4%であり、平均よりも14.7ポイント低くなっている。

図表 夜間の看護体制別 看取り率

			N	n	看取り率
全 体			N=1,018	n=8,097	47.1
問2(8) 夜間の看護体制	常に夜勤または宿直の看護職員(併設事業所と兼務の場合を含む)が対応		N=11	n=87	39.1
	通常、施設の看護職員(併設事業所と兼務の場合を含む)がオンコールで対応		N=866	n=6,847	48.5
	訪問看護ステーション、医療機関と連携してオンコール体制をとっている		N=29	n=215	46.5
	夜勤・宿直の看護職員はおらず、オンコール対応もしていない		N=42	n=339	32.4
	無回答		N=70	n=609	40.6

4)救急要請・搬送回数別 看取り率[問8(1)(2)(3)×問5]

救急搬送件数別に看取り率をみると、119 番への救急要請の延べ回数が少ないほど看取り率は高く、「0 回」の施設では 52.9%であった。施設の車等による搬送・緊急受診の延べ回数においても同様の傾向がみられ、「0 回」では 51.6%、「1 回」では 57.0%であった。

一方、特定の病院への救急要請の延べ回数をみると、「10 回以上」(50.0%)、「6～9 回」(52.8%)では、看取り率が平均よりも約 3～6 ポイント高くなっている。

図表 119 番への救急要請回数別 看取り率

		N	n	看取り率
全 体		N=1,018	n=8,097	47.1
問 8 (1)	0 回	N=263	n=1,605	52.9
119番への救急要請	1 回	N=156	n=1,110	51.2
平日・休日合計	2～3 回	N=218	n=1,683	50.7
延べ回数	4～5 回	N=126	n=1,125	47.7
	6～9 回	N=101	n=995	41.0
	10回以上	N=70	n=843	30.0
	エラー・無回答	N=84	n=736	46.5

図表 特定の病院への救急要請回数別 看取り率

		N	n	看取り率
全 体		N=1,018	n=8,097	47.1
問 8 (2)	0 回	N=921	n=7,251	47.2
特定の病院への救急要請	1 回	N=14	n=91	37.4
平日・休日合計	2～3 回	N=15	n=131	42.7
延べ回数	4～5 回	N=4	n=28	17.9
	6～9 回	N=5	n=36	52.8
	10回以上	N=4	n=36	50.0
	エラー・無回答	N=55	n=524	48.3

図表 施設の車等による搬送・緊急受診回数別 看取り率

		N	n	看取り率
全 体		N=1,018	n=8,097	47.1
問 8 (3)	0 回	N=383	n=2,894	51.6
施設の車等による搬送・緊急受診	1 回	N=99	n=665	57.0
平日・休日合計	2～3 回	N=111	n=816	43.6
延べ回数	4～5 回	N=74	n=459	48.8
	6～9 回	N=82	n=715	42.9
	10回以上	N=171	n=1,678	37.4
	エラー・無回答	N=98	n=870	48.9

5)看取りの受け入れ方針別 看取り率【問 11(1)×問5】

看取りの受け入れ方針別に看取り率をみると、『施設で亡くなりたい』という希望があれば、受け入れる」施設の方が「原則的には受け入れていない」施設よりも看取り率は52.1ポイント高く、53.4%となっていた。

図表 看取りの受け入れ方針別 看取り率

		N	n	看取り率
全 体		N=1,018	n=8,097	47.1
問11(1) 看取りの受け入れ方針	「施設で亡くなりたい」という希望があれば、受け入れる	N=861	n=6,970	53.4
	原則的には受け入れていない	N=125	n=892	1.3
	無回答	N=32	n=235	32.8

6)夜間の看護体制・看取りの受け入れ方針別 看取り率【問2(8)×問 11(1)×問5】

夜間の看護体制および看取りの受け入れ方針別の看取り率をみると、夜間の看護体制にかかわらず『施設で亡くなりたい』という希望があれば、受け入れる」施設では看取り率が高い傾向となっていた。

図表 夜間の看護体制・看取りの受け入れ方針別 看取り率

			N	n	看取り率
問 2 (8) 夜間の看護体制	常に夜勤または宿直の看護職員（併設事業所と兼務の場合を含む）が対応	「施設で亡くなりたい」という希望があれば、受け入れる	N=8	n=61	45.9
		原則的には受け入れていない	N=1	n=8	0.0
		無回答	N=2	n=18	33.3
	通常、施設の看護職員（併設事業所と兼務の場合を含む）がオンコールで対応	「施設で亡くなりたい」という希望があれば、受け入れる	N=741	n=5,967	54.4
		原則的には受け入れていない	N=100	n=702	1.6
		無回答	N=25	n=178	33.1
	訪問看護ステーション、医療機関と連携してオンコール体制をとっている	「施設で亡くなりたい」という希望があれば、受け入れる	N=25	n=188	53.2
		原則的には受け入れていない	N=3	n=14	0.0
		無回答	N=1	n=13	0.0
	夜勤・宿直の看護職員はおらず、オンコール対応もしていない	「施設で亡くなりたい」という希望があれば、受け入れる	N=28	n=240	45.0
		原則的には受け入れていない	N=13	n=96	1.0
		無回答	N=1	n=3	33.3
	無回答	「施設で亡くなりたい」という希望があれば、受け入れる	N=59	n=514	45.9
		原則的には受け入れていない	N=8	n=72	0.0
		無回答	N=3	n=23	47.8

4. 看取りに関する取り組み状況

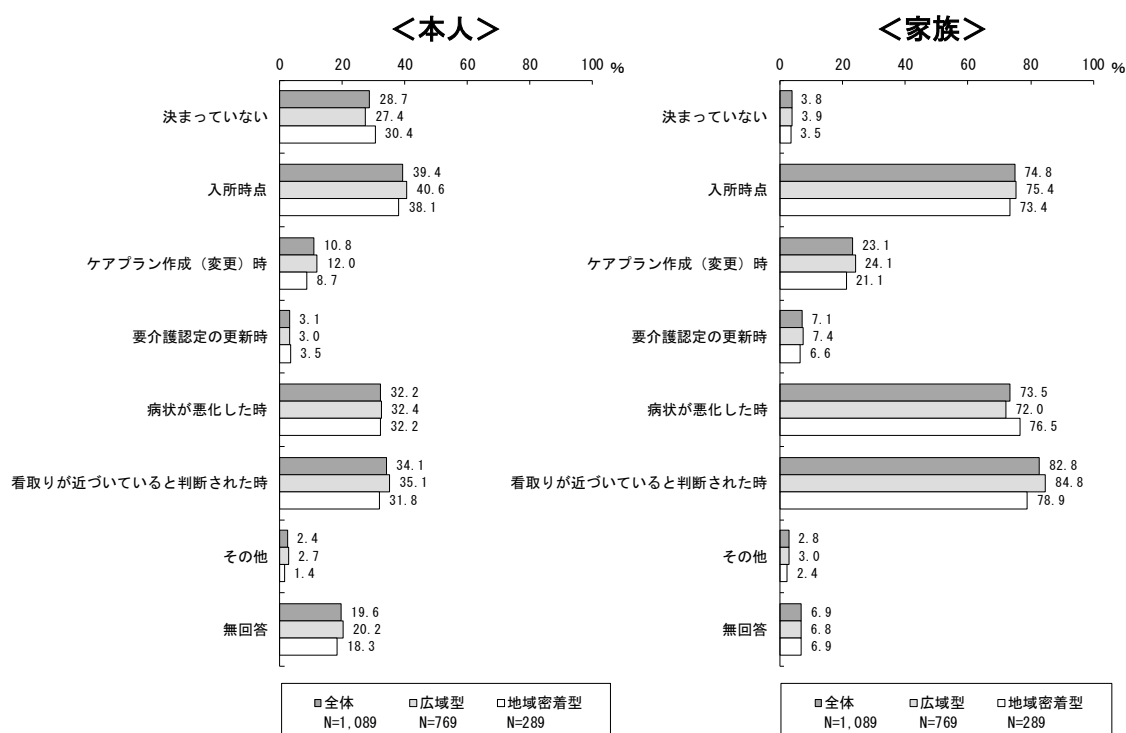
1)原則として、看取りに関する説明・意思確認を実施するタイミング【問 11(3)①②】

本人に看取りに関する説明・意思確認を実施するタイミングは、「入所時点」(39.4%)が最も多く、「看取りが近づいていると判断された時」が 34.1%、「病状が悪化した時」が 32.2%であった。また、「決まっていない」は 28.7%であった。

他方、家族に対して看取りに関する説明・意思確認を実施するタイミングは、「看取りが近づいていると判断された時」(82.8%)が最も多く、次いで「入所時点」が 74.8%、「病状が悪化した時」が 73.5%であった。

また、本人に看取りに関する説明・意思確認を実施するタイミングが「決まっていない」割合は 28.7%であり、家族に対して実施するタイミングが「決まっていない」割合に比べて 24.9 ポイント高かった。

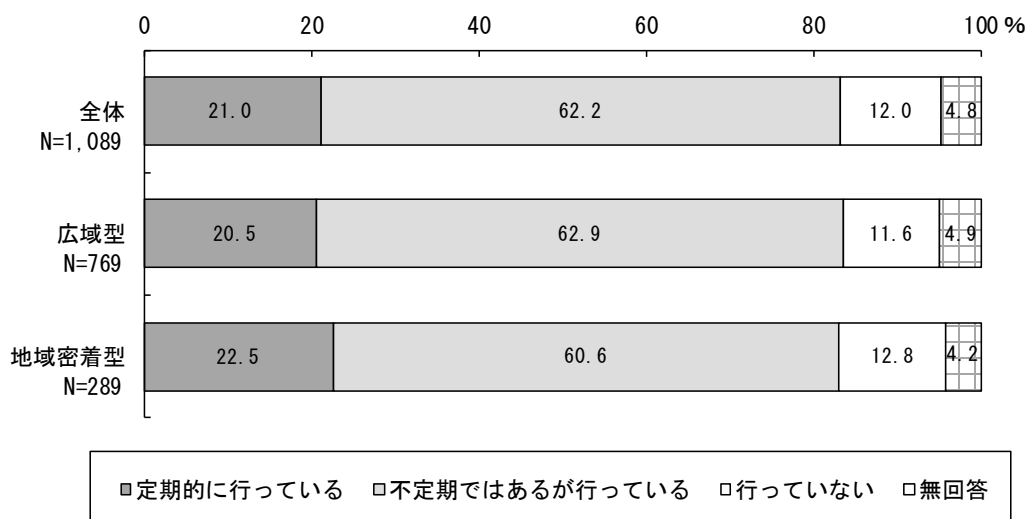
図表 原則として、看取りに関する説明・意思確認を実施するタイミング(複数回答)



2)看取りに関する意思確認の見直し【問 11(4)】

看取りに関する意思確認の見直しは、「不定期ではあるが行っている」が 62.2%で最も多く、次いで「定期的に行っている」が 21.0%、「行っていない」は 12.0%であった。なお、広域型・地域密着型ともに同様の傾向が見られた。

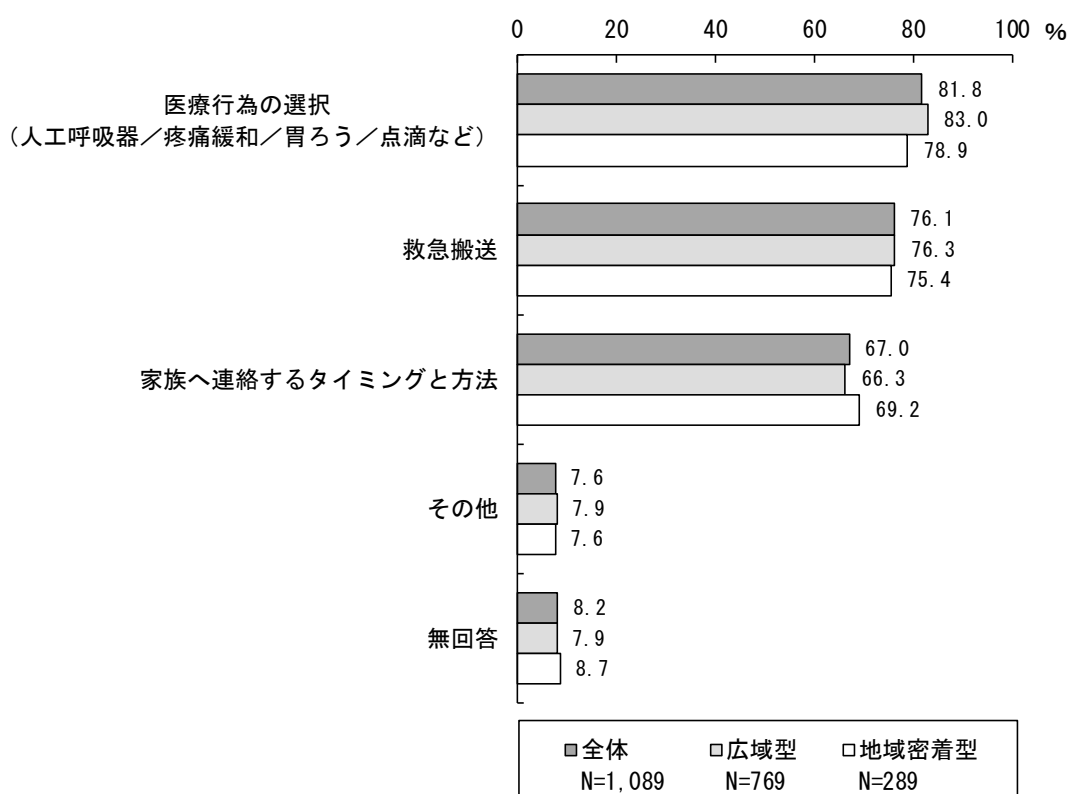
図表 看取りに関する意思確認の見直し



3)原則、説明・意思確認を行っている内容【問 11(5)】

看取りに関する説明・意思確認を行っている内容は、「医療行為の選択」が 81.8%と最も多く、次いで「救急搬送」が 76.1%、「家族へ連絡するタイミングと方法」が 67.0%であった。なお、広域型・地域密着型ともに同様の傾向が見られた。

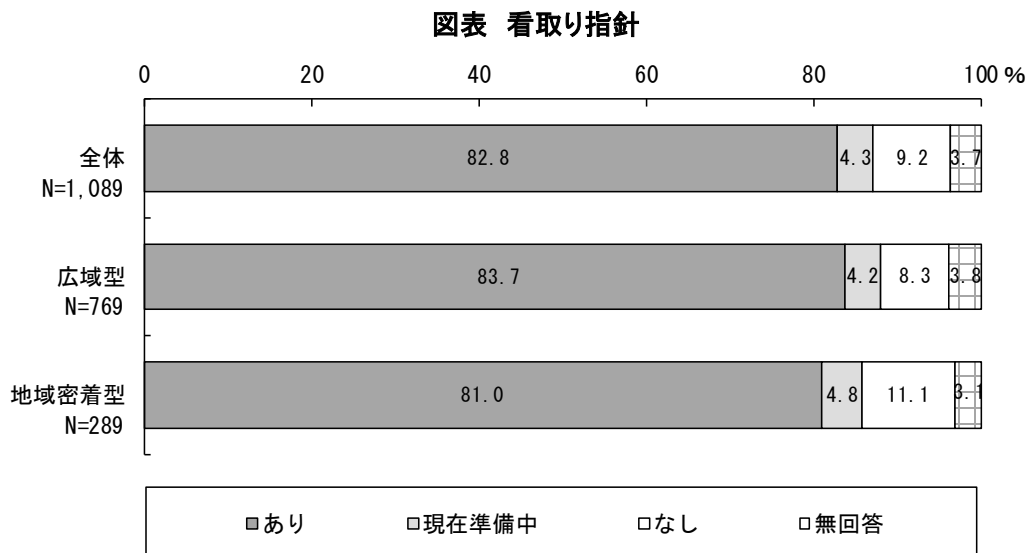
図表 原則、説明・意思確認を行っている内容(複数回答)



4)指針・マニュアル【問 11(6)】

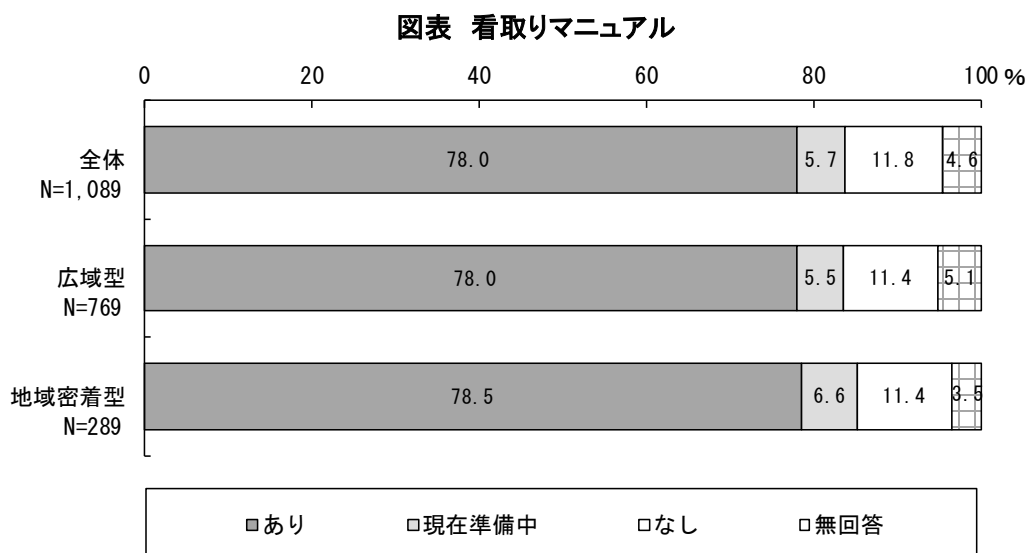
(1)看取り指針【問 11(6)①】

看取り指針の有無を見ると、「あり」が82.8%で最も多く、次いで「なし」が9.2%、「現在準備中」が4.3%であった。施設の種類別にみると、看取り指針が「あり」の割合は地域密着型(81.0%)よりも広域型(83.7%)の方が2.7ポイント高かった。



(2)看取りマニュアル【問 11(6)②】

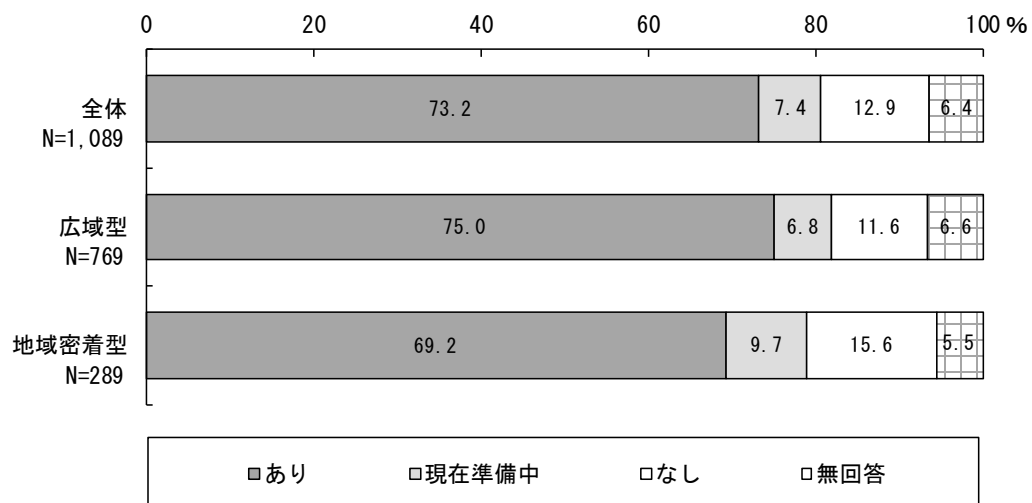
看取りマニュアルの有無を見ると、「あり」が78.0%で最も多く、次いで「なし」が11.8%、「現在準備中」が5.7%であった。なお、広域型・地域密着型ともに同様の傾向が見られた。



5)看取りに関する研修【問 11(7)】

看取に関する研修の有無を見ると、「あり」が73.2%で最も多く、次いで「なし」が12.9%、「現在準備中」が 7.4%であった。施設の種別別にみると、看取りに関する研修が「あり」の割合は地域密着型(69.2%)よりも広域型(75.0%)の方が 5.8 ポイント高かった。

図表 看取りに関する研修

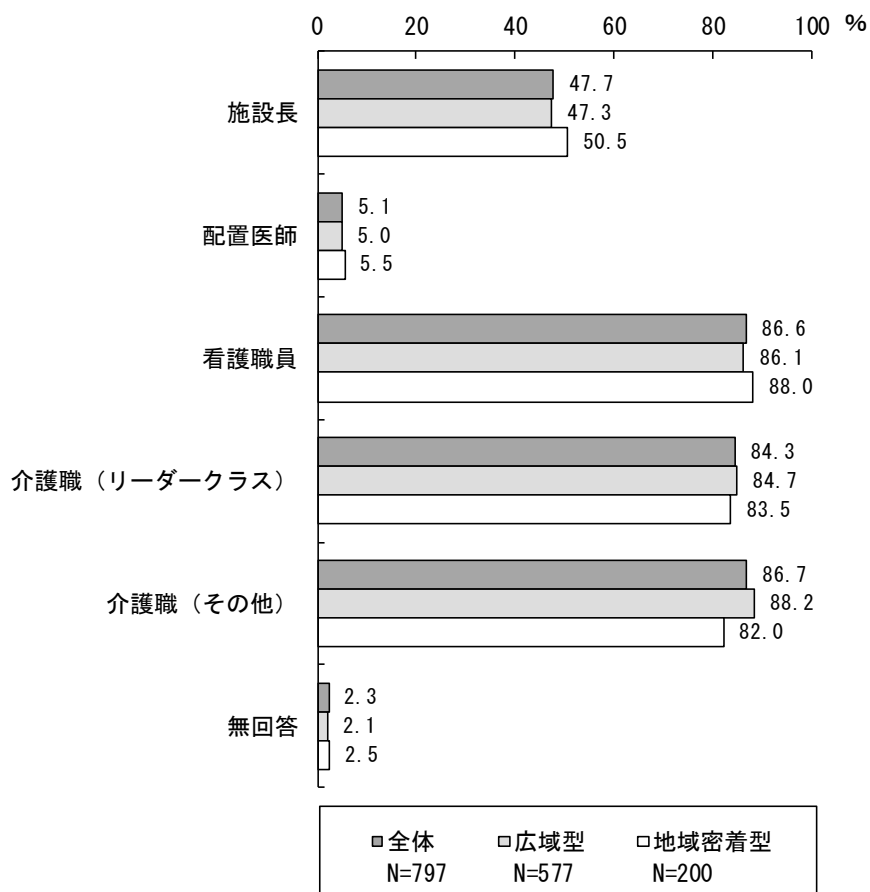


(1)看取りに関する研修の対象【問 11(7)SQ1】

看取りに関する研修を実施している場合の参加対象は、「看護職員」(86.6%)、「介護職(リーダークラス)」(84.3%)、「介護職(その他)」(86.7%)が上位を占めていた。次いで、「施設長」は 47.7%、「配置医師」は 5.1%であった。なお、広域型・地域密着型ともに同様の傾向が見られた。

図表 看取りに関する研修の対象(複数回答)

(問 11(7)で「あり」を選択している場合)

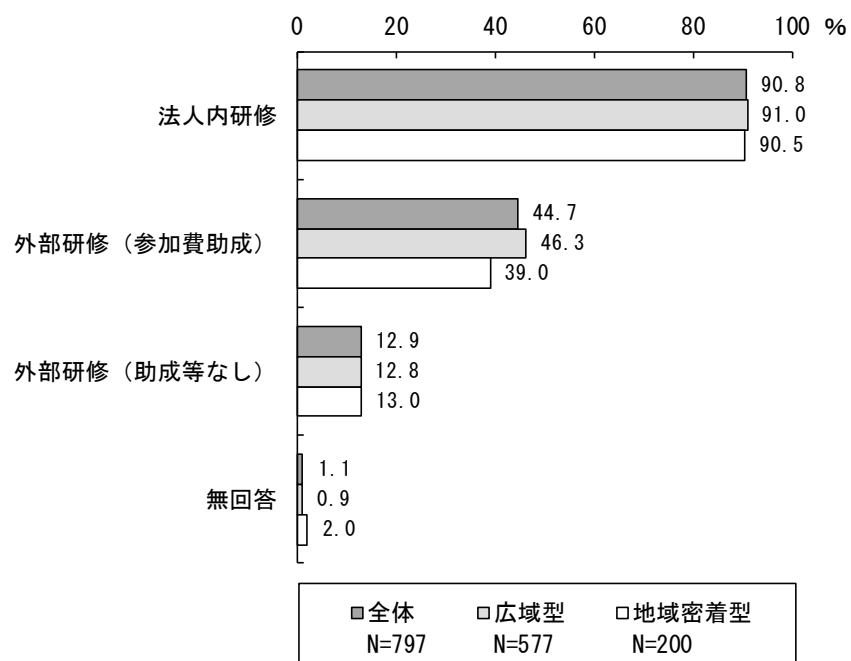


(2)看取りに関する研修の実施方法〔問 11(7)SQ2〕

看取りに関する研修を実施している場合の実施方法は、「法人内研修」が 90.8%で最も多く、次いで「外部研修(参加費助成)」が 44.7%、「外部研修(助成等なし)」が 12.9%であった。なお、広域型・地域密着型ともに同様の傾向が見られた。

図表 看取りに関する研修の実施方法(複数回答)

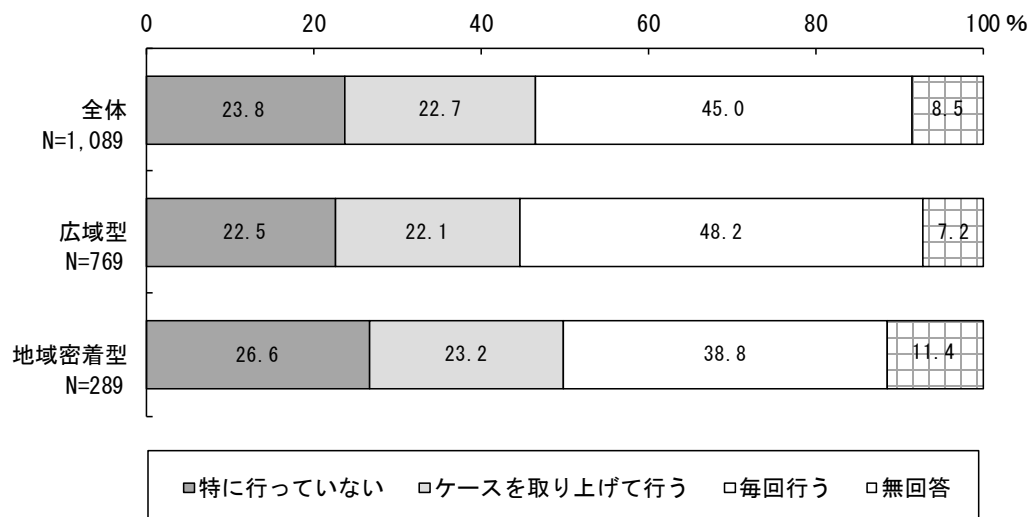
(問 11(7)で「あり」を選択している場合)



6)看取りの振り返り【問 11(8)】

看取りの振り返りは、「毎回行う」が最も多く、45.0%であった。次いで、「特に行っていない」が 23.8%、「ケースを取り上げて行う」が 22.7%であった。なお、広域型・地域密着型ともに同様の傾向が見られた。

図表 看取りの振り返り

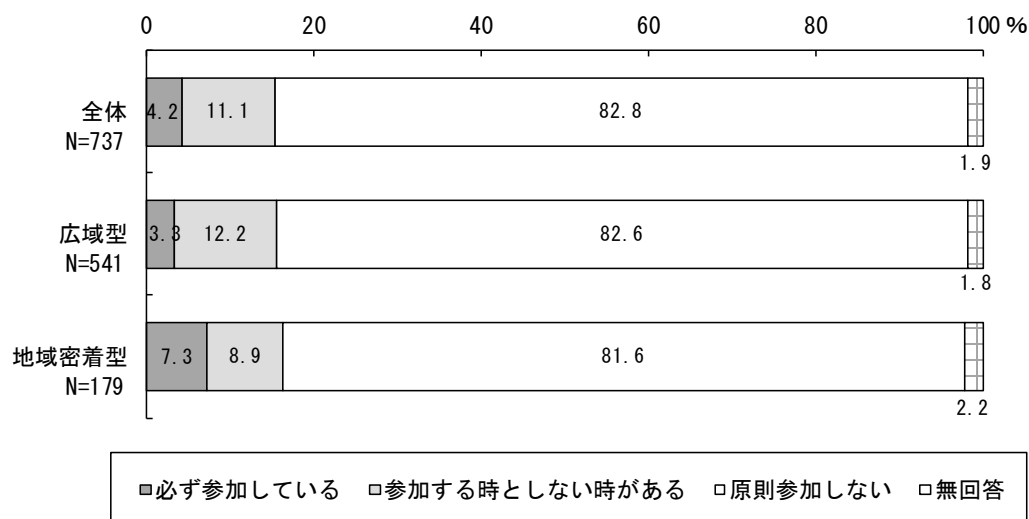


(1)振り返りへの配置医師の参加【問 11(8)SQ1】

看取りの振り返りを実施する場合の配置医師の参加状況は、「原則参加しない」が 82.8%で最も多く、次いで「参加する時としない時がある」が 11.1%、「必ず参加している」が 4.2%であった。なお、広域型・地域密着型ともに同様の傾向が見られた。

図表 振り返りへの配置医師の参加

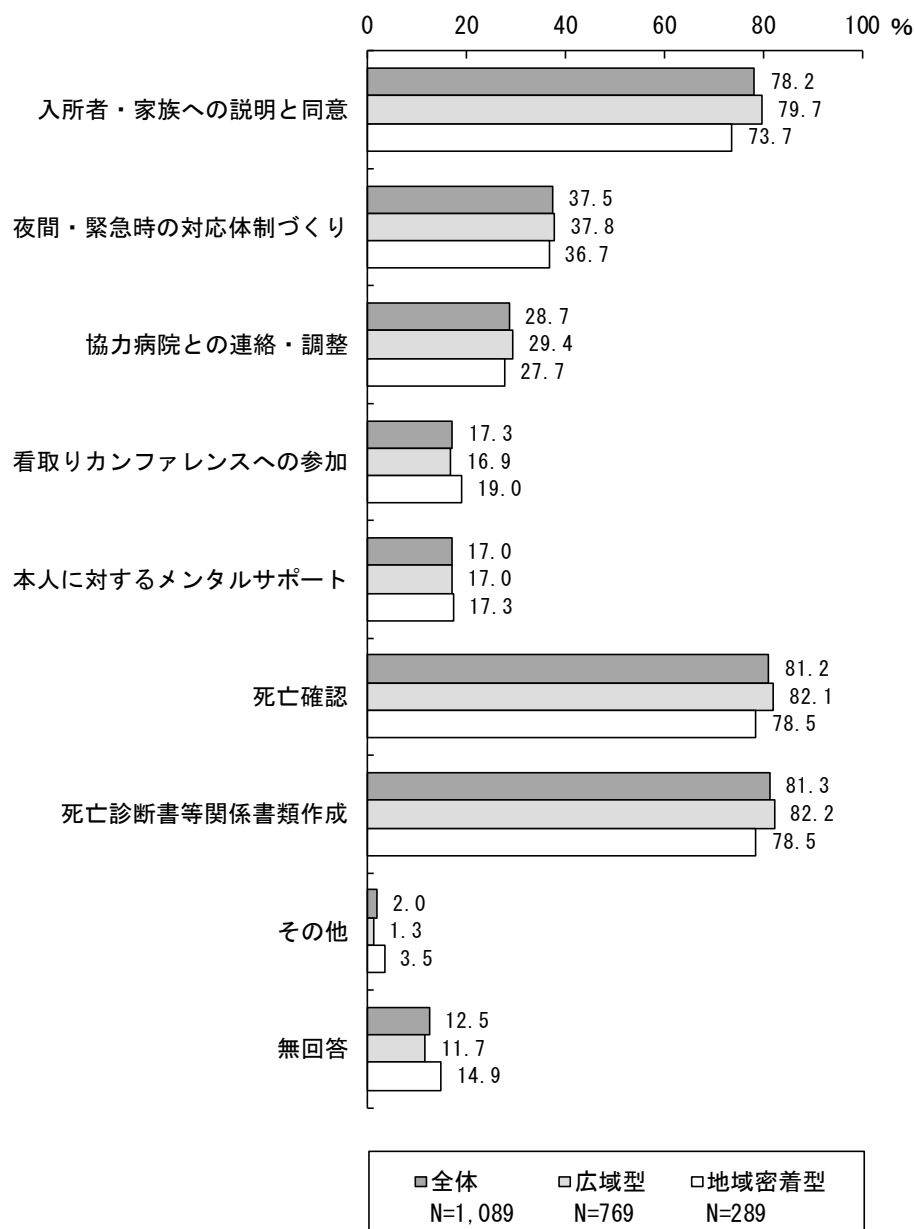
(問 11(8)で「ケースを取り上げて行う」あるいは「毎回行う」を選択している場合)



7)看取りの際に、原則、配置医師が行っている事柄【問 11(9)】

看取りの際に、原則、配置医師が行っている事柄は、「死亡診断書等関係書類作成」が 81.3%で最も多く、次いで「死亡確認」が81.2%、「入所者・家族への説明と同意」が78.2%であった。なお、広域型・地域密着型ともに同様の傾向が見られた。

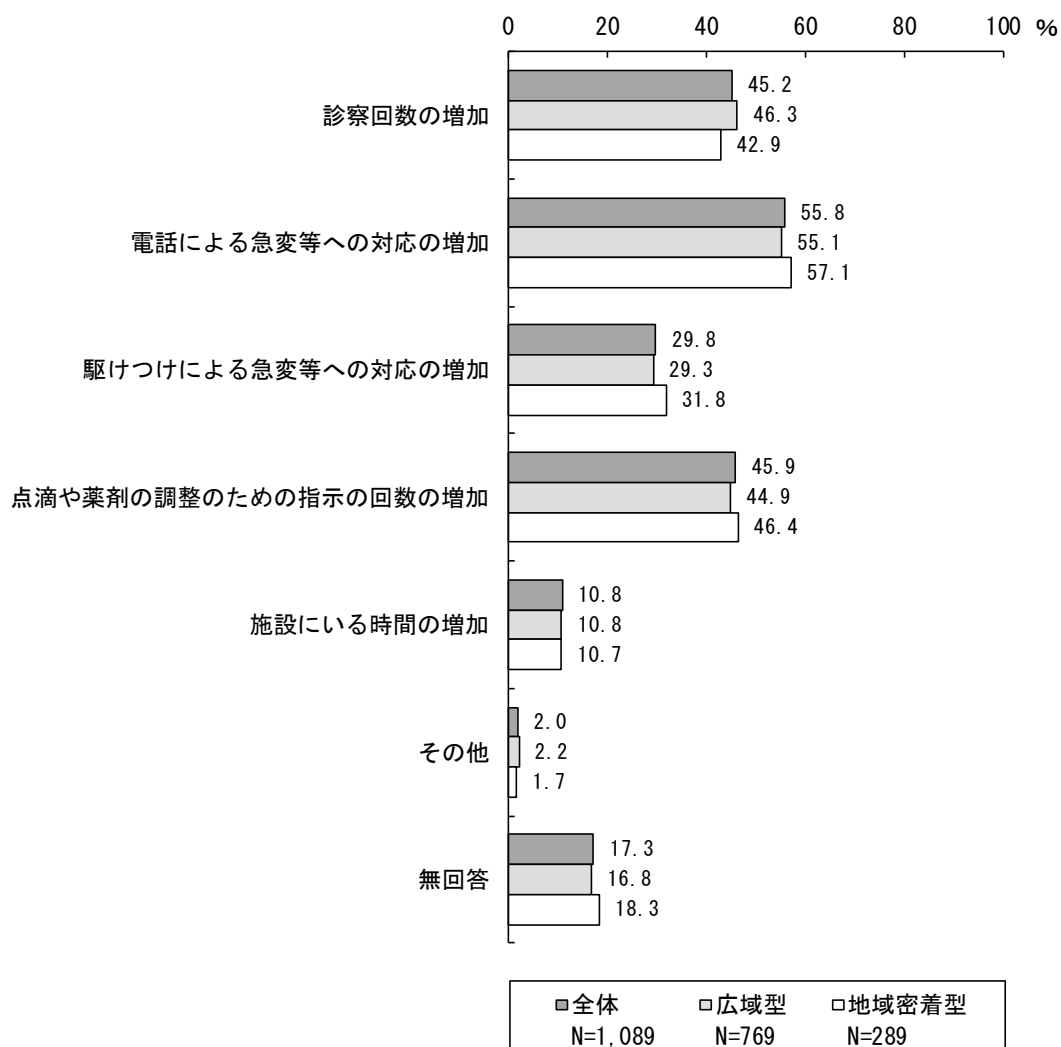
図表 看取りの際に、原則、配置医師が行っている事柄(複数回答)



8)看取りと判断されて以降、配置医師の対応が特に増える事柄【問 11(10)】

看取りと判断されて以降、配置医師の対応が特に増える事柄は、「電話による急変等への対応の増加」が最も多く、55.8%であった。次いで、「点滴や薬剤調整のための指示の回数の増加」が 45.9%、「診察回数の増加」が 45.2%であった。なお、広域型・地域密着型ともに同様の傾向が見られた。

図表 看取りと判断されて以降、配置医師の対応が特に増える事柄(複数回答)



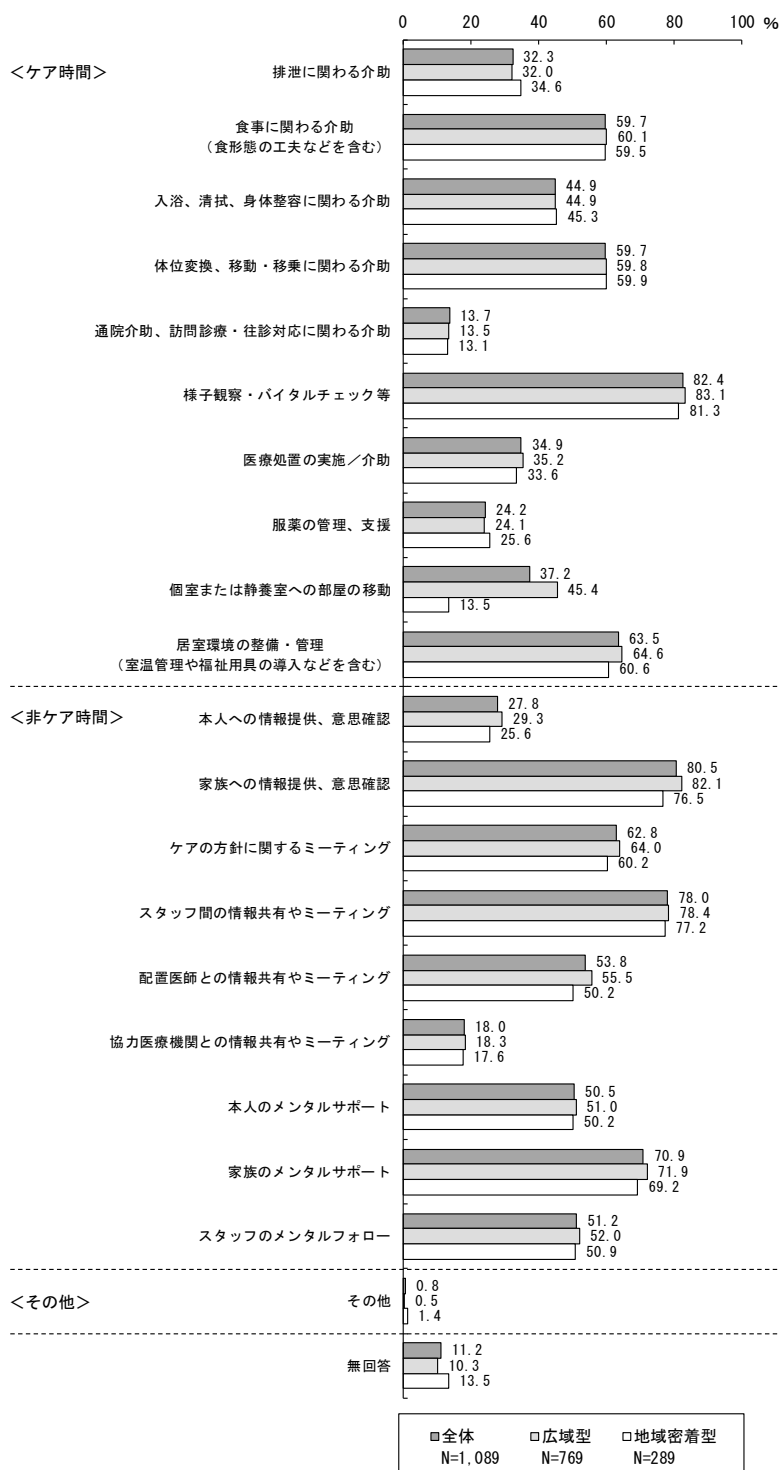
9)看取りと判断されて以降、職員の対応が特に増える事柄【問 11(11)】

看取りと判断されて以降、職員の対応が特に増える事柄は、ケア時間においては「様子観察・バイタルチェック」が最も多く、82.4%であった。次いで、「異質環境の整備・管理」が 63.5%、「体位変換、移動・移乗に関わる介助」が 59.7%、「食事に関わる介助」が 59.7%であった。

また、非ケア時間においては、「家族への情報提供・意思確認」(80.5%)、「スタッフ間の情報共有やミーティング」(78.0%)、「家族のメンタルサポート」(70.9%)が上位を占めていた。

なお、ケア時間、非ケア時間ともに、広域型・地域密着型においても同様の傾向が見られた。

図表 看取りと判断されて以降、職員の対応が特に増える事柄(複数回答)



5. 看取りの受け入れ方針別 看取りに関する取り組み状況【クロス集計】

看取りの受け入れ方針によって看取りに関する取り組み状況に違いが見られるのかどうかを確認するため、「看取りの受け入れ方針(問 11(1))」と以下の項目でクロス集計を行った。

- 受け入れられないことがある理由(問 11(2))
- 看取り指針・マニュアルの有無(問 11(6))
- 看取りに関する研修の有無(問 11(7))
- 看取り介護の振り返りの有無(問 11(8))

(1)看取りの受け入れ方針別 受け入れられないことがある理由【問 11(1)×問 11(2)】

看取りの受け入れ方針別に看取りを受け入れられないことがある理由をみると、『施設で亡くなりたくない』という希望があれば、受け入れる」施設では、「家族等の意見が一致しないから」が 23.0%、「施設での看取りについて、家族の同意が得られないから」が 20.6%であった。

一方、「原則的には受け入れていない」理由として、「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 56.8%と最も多く、次いで「夜間は看護職員がいないから」(48.2%)、「施設の方針として、看取りを行っていないから」(38.1%)と続いた。

図表 看取りの受け入れ方針別 受け入れられないことがある理由①(複数回答)

		全体	受け入れられない理由はない(すべて受け入れる)	看護職員の数が足りないから	介護職員の数が足りないから	夜間は看護職員がいないから	施設で看取りを行う事に対して、看護職員の理解・経験が得られないから	施設で看取りを行う事に対して、介護職員の理解・経験が得られないから	施設での看取りについて、家族の同意が得られないから
全 体		1,089	413	40	26	115	23	39	191
		—	37.9	3.7	2.4	10.6	2.1	3.6	17.5
問11(1)	「施設で亡くなりたくない」という希望があれば、受け入れる	914	44.3	1.6	1.3	4.9	0.7	0.5	20.6
看取りの受け入れ方針	原則的には受け入れていない	139	0.0	18.0	10.1	48.2	12.2	24.5	0.0
	無回答	36	22.2	0.0	0.0	8.3	0.0	0.0	8.3

図表 看取りの受け入れ方針別 受け入れられないことがある理由②(複数回答)

		家族等の意見が一致しないから	事故が起きることや、それに関し入所者の家族等とトラブルになることが心配だから	看取りに関する方針やマニュアルを定めていないから	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	費用がかかりすぎるから	施設の方針として、看取りを行っていないから	その他	無回答
全 体		221	36	33	101	2	53	101	175
		20.3	3.3	3.0	9.3	0.2	4.9	9.3	16.1
問11(1)	「施設で亡くなりたくない」という希望があれば、受け入れる	23.0	3.1	0.3	2.3	0.2	0.0	10.2	16.5
看取りの受け入れ方針	原則的には受け入れていない	3.6	5.0	21.6	56.8	0.0	38.1	5.0	2.2
	無回答	16.7	2.8	0.0	2.8	0.0	0.0	2.8	58.3

(2)看取りの受け入れ方針別 看取り指針・マニュアルの有無〔問 11(1)×問 11(6)〕

看取りの受け入れ方針別に看取り指針・看取りマニュアルの有無をみると、『施設で亡くなりたい』という希望があれば、受け入れる」施設において、指針・マニュアルが「あり」の割合はそれぞれ 93.1%、88.2%であった。

図表 看取りの受け入れ方針別 看取り指針の有無

		全体	あり	現在準備中	なし	無回答
全 体		1,089	902	47	100	40
		100.0	82.8	4.3	9.2	3.7
問11(1)	「施設で亡くなりたい」という希望があれば、受け入れる	914	93.1	2.8	3.0	1.1
看取りの受け入れ	原則的には受け入れていない	139	24.5	13.7	50.4	11.5
方針	無回答	36	47.2	5.6	8.3	38.9

図表 看取りの受け入れ方針別 看取りマニュアルの有無

		全体	あり	現在準備中	なし	無回答
全 体		1,089	849	62	128	50
		100.0	78.0	5.7	11.8	4.6
問11(1)	「施設で亡くなりたい」という希望があれば、受け入れる	914	88.2	4.5	5.4	2.0
看取りの受け入れ	原則的には受け入れていない	139	18.7	12.9	55.4	12.9
方針	無回答	36	47.2	8.3	5.6	38.9

(3)看取りの受け入れ方針別 看取りに関する研修の有無〔問 11(1)×問 11(7)〕

看取りの受け入れ方針別に看取りに関する研修の有無をみると、『施設で亡くなりたい』という希望があれば、受け入れる」施設において、研修が「あり」の割合は 82.8%であった。

図表 看取りの受け入れ方針別 看取りに関する研修の有無

		全体	あり	現在準備中	なし	無回答
全 体		1,089	797	81	141	70
		100.0	73.2	7.4	12.9	6.4
問11(1)	「施設で亡くなりたい」という希望があれば、受け入れる	914	82.8	6.7	6.7	3.8
看取りの受け入れ	原則的には受け入れていない	139	18.0	11.5	55.4	15.1
方針	無回答	36	41.7	11.1	8.3	38.9

(4)看取りの受け入れ方針別 看取り介護の振り返りの有無〔問 11(1)×問 11(8)〕

看取りの受け入れ方針別に看取り介護の振り返りの有無をみると、『施設で亡くなりたい』という希望があれば、受け入れる」施設において、振り返りを「毎回行う」割合は 52.5%であった。

図表 看取りの受け入れ方針別 看取り介護の振り返りの有無

		全体	特に行っていない	ケースを取り上げて行う	毎回行う	無回答
全 体		1,089	259	247	490	93
		100.0	23.8	22.7	45.0	8.5
問11(1)	「施設で亡くなりたい」という希望があれば、受け入れる	914	19.1	25.6	52.5	2.7
看取りの受け入れ	原則的には受け入れていない	139	56.8	5.8	1.4	36.0
方針	無回答	36	13.9	13.9	22.2	50.0



XI. 調査結果のまとめ

1. 配置医師の状況

- 配置医師の平均人数(実人数)は1施設あたり1.5人(常勤0.1人、非常勤1.5人)であった。勤務形態をみると、常勤の配置医師がいる施設は全体の3.4%であり、大半の施設では非常勤の配置医師のみであった。[p41]
 - ・施設特性別に配置医師の勤務形態をみると、「指定都市・特別区」の施設、「病院または診療所(有床)が併設している」施設、看護職員が勤務している時間が「8～9時間未満」の施設では、常勤医師のいる割合が1割前後と高くなっていた。[p42-43]
- 配置医師の診療科は、「内科」が7割以上と最も多く、次いで広域型では「精神科」が15.8%、地域密着型では「外科」が16.7%であった。[p45]
- 平均的な1か月における配置医師の勤務時間は、契約上責任を持つ時間が平均22.3時間/月、実際に施設で勤務する時間が12.0時間/月であった。[p46]
 - ・配置医師の勤務形態別にみると、常勤の場合、実際に施設で勤務する時間は平均71.5時間/月であるが、非常勤(在宅療養支援病院または在宅療養支援診療所に所属)では8.7時間/月、非常勤(その他)では10.1時間/月であった。[p47]月の勤務日を20日として換算すると、常勤医師の場合でも、1勤務日あたりの実際に施設で勤務する時間は平均約3.5時間という実態がうかがわれる。
- 配置医師の役割(実際に担っているもの)は、「日常の健康管理のための診察・診療」が93.6%で最も多く、次いで「予防接種の実施」が87.6%、「検査結果や介護・生活上での留意点の職員への説明」が75.8%であった。[p48]
 - ・配置医師の勤務形態別にみると、「施設の求めに応じた急変対応」を担っている割合が非常勤医師(在宅療養支援病院または在宅療養支援診療所に所属)の場合に84.4%と、常勤医師(56.0%)、非常勤医師(その他)の71.1%と比較して高くなっていた。また、非常勤医師(在宅療養支援病院または在宅療養支援診療所に所属)の場合には、「ターミナルケア・看取りに対する入所者や家族へのメンタルサポート」(79.8%)を担っている割合が常勤・非常勤(その他)よりも約15ポイント高かった。[p49]
- 2020年7月に配置医師緊急時対応加算の算定があった施設は、7.7%であった。加算をとっていない理由としては、「配置医師が必ずしも駆けつけ対応ができないため」(44.4%)が最も多く、次いで「緊急時にはすべて救急搬送で対応しているため」が25.4%であった。[p50]
- 緊急時における配置医師の対応は、平日・休日や時間帯にかかわらず「電話対応に加えて駆けつけ対応も行う」が最も多く、3割以上。また、夜間・早朝は「原則対応しない」が25%前後となっていた。[p52]
 - ・「常勤医師あり」の施設では、平日、休日のいずれの時間帯においても「電話対応に加えて駆けつけ対応も行う」の割合が高かった。[p53]

2. 協力・連携関係にある医療機関の状況

- 協力・連携関係にある医療機関の状況について、「配置医師から紹介した医療機関(専門外来)」は平均2.0箇所、「入所者の入院先となっている医療機関」は平均2.2箇所、「訪問診療・往診を受けている医療機関」は平均1.4箇所であった。[p55]
- 協力・連携関係にある医療機関の役割(実際に担っているもの)は、広域型、地域密着型ともに「専門的な医療に関する助言や提供」が61.2%で最も多く、次いで「施設の求めに応じた急変対応(往診、休日夜間対応等)」が61.0%であった。[p58]
 - ・配置医師の役割(実際に担っているもの)とのクロス集計を実施したところ、「日常の健康管理のための診察・診療」「検査結果や介護・生活上の職員への留意点の職員への説明」「予防接種の実施」「外部医療機関との連携」「感染症対策に関する相談対応・指導」「ターミナルケア・看取りに対する入所者や家族へのメンタルサポート」は、協力・連携関係にある医療機関、配置医師のいずれかまたは両方が役割として担っている施設が2/3以上を占めた。[p60]
 - ・一方、「リハビリテーションや介護予防等の指示書の作成」「入所者の日常的生活や介護の状況を常に把握」「施設の運営状況・職員の能力等の理解」については、協力・連携関係にある医療機関、配置医師のどちらも役割として担っていない施設が5割以上であった。[p60]

3. 救急搬送の状況

1) 施設全体の状況

○2020 年2～7月の半年間で 119 番への救急要請を1回以上行った施設は全体の 64.9%、特定の病院への救急要請を1回以上行った施設は全体の 4.3%、施設の車等による搬送・緊急受診を1回以上行った施設は全体の 51.9%であった。また、平均延べ回数は、119 番への救急要請が 3.1 回、特定の病院への救急要請が 0.2 回、施設の車等による搬送・緊急受診が 6.0 回となっていた。[p72-77]

- ・ 地域別にみると「三大都市圏(首都圏・中京圏・近畿圏)」や「指定都市・特別区」では他の地域に比べて 119 番への救急要請を実施した回数が多い傾向があった。[p79]
- ・ 施設特性別にみると、病院が併設または隣接している施設、入所者の平均要介護度が高い施設では、119 番への救急要請が「0回」の割合が高かった。一方、常勤医師がいる施設、夜間に看護職員が1人以上いる施設、夜間に夜勤・宿直の看護職員はおらずオンコール対応もしていない施設では 119 番への救急要請の回数が平均よりも1回以上多い傾向が見られた。[p79-80]
- ・ 搬送の回避に向けて必ず行う処置として「医師(配置医師・配置医師以外)による駆けつけ・診察」を行っている施設では、駆けつけ・診察を行っていない施設よりも 119 番への救急要請が「0回」の割合が7ポイント高かった。また、「医師(配置医師・配置医師以外)による電話対応」を行っている施設と行っていない施設を比べると、電話対応を行っている施設では 119 番への救急要請が「0回」の割合が 2.9 ポイント低く、平均搬送回数が 0.6 回多かった。[p81]
- ・ 看取り率との関係をみると、看取り率の低い施設ほど、119 番への救急要請が多い傾向が見られた。[p81]

○搬送前に入所者の状況を連絡する人は、「看護職」が 81.1%、「家族」が 69.0%、「配置医師」が 49.5%となっていた。また、搬送の必要性を判断する人は「看護職」が 33.8%で最も多く、次いで「配置医師」が 19.4%であった。[p83]

○搬送の回避に向けて必ず行う処置は、「看護職による駆けつけ・対応」(75.3%)が最も多く、次いで「看護職による電話対応」が 74.6%、「配置医師による電話対応」が 59.0%であった。一方、「レスキューオーダーに沿った初期対応」(28.2%)や「配置医師による駆けつけ・診察」(20.6%)は3割未満にとどまった。[p85]

○搬送マニュアルの使用状況は、「施設内で作成したマニュアルを使用」している施設が 81.4%であった。また、搬送後の緊急対応状況に関する振り返りは「特に行っていない」が 46.4%で最も多く、次いで「ケースを取り上げて行う」が 38.4%、「毎回行う」は 9.6%であった。[p86]

2) 個別ケースの状況

○搬送時の平均要介護度は 4.08、搬送時の年齢は平均 87.6 歳であった。また、搬送時の認知症の程度は「Ⅲa・Ⅲb」(42.0%)が最も多く、次いで「Ⅳ」が 23.7%となっていた。[p87-89]

○看取りの対象としての認識の有無については、「看取りと認識されていなかった」ケースが 87.6%を占めており、「看取りと認識されていた」ケースは 11.3%であった。また、要介護度が高くなるほど「看取りと認識されていた」ケースの割合が高くなっていた。[p90]

○搬送された曜日は「平日」が 74.0%、「日祝日」が 14.1%であった。搬送された時間帯は「日中(8～18 時)」が 68.4%、「夜間(18～22 時)」が 14.1%となっていた。[p91]

- ・ 要介護1のケース、搬送先を事前に決めていた(配置医師・協力医療機関等と予め相談していた)ケース、脱水のケースでは「平日日中」に搬送された割合が6割以上であった。[p98-99]
 - 脱水のケースは、症状がゆっくりと経過していくため、勤務職員の人数が多く、搬送するという合意が形成しやすい「平日日中」の搬送が多くなるのではないかと研究会で指摘があった。
- ・ また、不慮の事故(誤飲・窒息)の場合は「土日祝日夜間・深夜・早朝」が多い傾向が見られた。[p99]

○搬送方法は「119 番への救急要請」が 81.8%、「特定の病院への救急要請(病院救急)」が 17.5%であった。[p92]

- 70 歳以上のケース、夜間・深夜・早朝に搬送されたケース、不慮の事故（誤飲・窒息）による搬送のケースでは「119 番への救急要請」の割合が高い傾向が見られた。[p100-101]
 - 70 歳未満のケース、搬送先を事前に決めていた（配置医師・協力医療機関等と予め相談していた）ケースでは「特定の病院への救急要請（病院救急）」の割合が高い傾向があった。[p100-101]
- 搬送先の決め方**は、「事前に決めていた（配置医師・協力医療機関等と予め相談していた）」が 49.0%で最も多く、次いで「救急隊が探した」が 41.2%であった。[p92]
- 搬送の原因となった症状・出来事**は、「（その他」（24.7%）を除くと「誤嚥性肺炎」（20.0%）が最も多く、次いで「持病の悪化（それ以外）」が 16.4%、「持病の悪化（心疾患）」が 10.7%であった。[p93]
- 認知症の程度が「IV」または「M」のケース、または要介護度が高くなるほど「誤嚥性肺炎」の割合が高くなっていた。[p102-103]
 - 「看取りと認識されていた」ケースでは、「（その他」（24.5%）を除くと「誤嚥性肺炎」が 24.8%で最も多く、次いで「持病の悪化（脳血管疾患・心疾患以外）」が 18.9%であった。「看取りと認識されていなかった」ケースと比較すると、大きな傾向は同様だが「誤嚥性肺炎」の割合が 5.4 ポイント高かった。[p103]
- 搬送時の緊急度**は、「高：一刻も早く対応が必要」が 58.6%、「中：早めの対応が必要」が 38.7%であり、「低：緊急度は低い（念のため受診）」は 2.4%に留まっていた。[p94]
- 認知症の程度が「M」のケース、搬送の原因が「持病の悪化（脳血管疾患、心疾患）」または「不慮の事故（誤飲・窒息）」のケースで、緊急度「高：一刻も早く対応が必要」の割合が高い傾向が見られた。[p108-109]
 - 「看取りと認識されていた」ケースでは「看取りと認識されていなかった」ケースに比べて、緊急度「高：一刻も早く対応が必要」の割合が 5.6 ポイント低く、「中：早めの対応が必要」「低：緊急度は低い（念のため受診）」の割合がそれぞれ2ポイント前後高かった。[p108]
 - 搬送の実施を判断した人が「看護職」「施設長」「その他」のケースでは、緊急度「高：一刻も早く対応が必要」の割合が高い傾向が見られる。一方、「家族」が判断したケースでは、緊急度「高：一刻も早く対応が必要」の割合は約4割に留まり、緊急度「中：早めの対応が必要」（51.1%）と緊急度「低：緊急度は低い（念のため受診）」（6.8%）の割合が平均よりも高くなっていた。[p109]
- 搬送を行うまでに連絡した先**は、「家族」（88.0%）が最も多く、次いで「介護職」が 67.1%、「配置医師」が 48.7%、「施設長」が 44.2%となっていた。[p94]
- 搬送の原因が「持病の悪化（脳血管疾患）」「脱水」「骨折等のケガ」「不慮の事故（それ以外）」のケースでは「看護職」に連絡した割合が7割を超えていた。また、「不慮の事故（誤飲・窒息）」による搬送のケースでは、「家族」（91.3%）に次いで「施設長」（59.4%）に連絡した割合が高く、「配置医師」（39.1%）や「看護職」（58.0%）の割合が平均よりも低くなっていた。[p104]
- 搬送の実施を判断した人**は、「看護職」46.4%が最も多く、次いで「配置医師」が 27.7%であった。[p95]
- 「不慮の事故（誤飲・窒息）」の場合、「看護職」が判断した割合が 71.0%と高くなっていた。また、「脱水」の場合には家族が判断した割合が 12.8%であり、平均よりも 8.4 ポイント高かった。[p105]
- 搬送の要否を判断した理由**は、「検査や高度な治療が必要」が 84.4%で突出して高く、次いで「看取りの対象外」が 27.2%、「家族との事前相談」が 26.0%となっている。[p96]
- 看取りと認識されていたケースでは、「検査や高度な治療が必要」が 78.5%で最も多く、次いで「配置医師や看護職員が勤務時間外」が 11.5%、「家族との事前相談」が 29.2%であった。一方、看取りと認識されていなかったケースでは、「検査や高度な治療が必要」（85.4%）に次いで「看取りの対象外」が 29.6%、「家族との事前相談」が 25.7%となっていた。[p106]
 - 搬送の原因が「脱水」のケースでは、「家族からのクレーム回避」（15.4%）、「看取りの対象外」（35.9%）の割合が平均よりも 10 ポイント前後高かった。また、「骨折等のケガ」による搬送のケースでは「曜日や時間帯などにより、外来受診が困難」（14.6%）が平均より 3.4 ポイント高くなっていた。[p106]
 - 搬送時の緊急度が「中：早めの対応が必要」のケースでは「家族との事前相談」の割合が平均よりも

4.3 ポイント高かった。また、緊急度が「低:緊急度は低い(念のため受診)」のケースでは「検査や高度な治療が必要」「看取りの対象外」が平均よりも 10 ポイント以上低く、「配置医師や看護職員が勤務時間外」「本人の搬送意向」「家族からのクレーム回避」「夜間休日体制の不安」の割合が平均よりも高くなっていた。[p107]

○**搬送時の付き添い**は、「看護職が同乗し、診断がつくまで付き添い」が 49.7%と最も多く、次いで「介護職が同乗し、ご家族が到着後に引き継ぎ」が 16.7%、「介護職が同乗し、診断がつくまで付き添い」が 10.9%となっている。[p97]

○**搬送後の状況**は、「帰所」(40.9%)が最も多く、次いで「死亡」(22.6%)、「入院中(一般病棟)」(22.9%)が多かった。[p110]

【搬送された入所者の状態像別】

- 70 歳未満のケースでは、帰所が5割以上を占めており「死亡」の割合がやや低かったほか、「入院中(ICU)」の割合が平均よりも 4.9 ポイント高くなっていた。また、要介護2または5のケースでは:「死亡(搬送当日ないし搬送から1~2日)」の割合がやや高かった。[p112-113]
- 看取りと認識されていたケースでは、「入院中」の割合が低く、「死亡」の割合が高かった。看取りと認識されていなかったケースと比較すると、それぞれ 10 ポイント前後の差が見られた。[p114]

【搬送時の状況別】

- 搬送された時間帯が「(平日・土日祝日)夜間深夜早朝」のケースでは、「死亡(搬送当日ないし搬送から1~2日)」の割合が約2割と平均(11.5%)と比較して高くなっていた。[p115]
- 搬送の原因が「脱水」「骨折」「不慮の事故(誤飲・窒息・溺水以外)」のケースでは、「帰所(搬送当日ないし搬送から1~2日)」の割合が2割以上と平均(11.5%)よりも高かった。一方で、「持病の悪化(心疾患)」「不慮の事故(誤飲・窒息)」で搬送されたケースでは「死亡(搬送当日ないし搬送から1~2日)」が2割以上であった。[p116]
- 搬送時の緊急度が「高:一刻も早く対応が必要」のケースでは、「死亡(搬送当日ないし搬送から1~2日)」の割合が 17.7%であった。また、搬送時の緊急度が「低:緊急度は低い(念のため受診)」のケースでは、「帰所(搬送当日ないし搬送から1~2日)」が 42.3%を占めている。[p117]
- 搬送の可否を判断した理由が「配置医師や看護職が勤務時間外」「本人の搬送意向」「曜日や時間帯などにより、外来受診が困難」のケースでは、「帰所(搬送当日ないし搬送から1~2日)」の割合が平均(11.5%)よりやや高かった(各 15.3%、16.8%、16.9%)。[p118]

【施設特性別】

- 「指定都市・特別区」の施設では、「入院中(一般病棟)」(28.3%)の割合が平均(22.9%)よりも 5.7 ポイント高かったほか、「死亡」(15.3%)の割合が平均(22.6%)よりも 7.3 ポイント低くなっていた。[p120]
- 平均要介護度が高い施設ほど「帰所」の割合が低く、「死亡」の割合が高くなる傾向が見られた。[p121]
- 夜間に「常に夜勤または宿直の看護職員(併設事業所と兼務の場合を含む)」が対応する施設では「帰所」(34.1%)と「死亡」(17.1%)の割合が平均よりも5ポイント前後低く、「入院中」が 48.8%となっている。[p121]
- 常勤の配置医師がいる施設では、「帰所」の割合が平均よりも 9.5 ポイント高く、「死亡」の割合も平均より 9.3 ポイント低い。[p122]

4. 死亡退去・看取りの状況

1) 死亡退去ケースの状況

○死亡退所者の入所期間は平均 40.7 か月となっている。また、年齢は平均 90.1 歳、平均要介護度は 4.31 であった。[p123-125]

○死因(疾患)は「老衰」が 52.3%と最も多く、次いで「心疾患」が 10.9%、「肺炎」が 10.7%であった。[p126]

- ・ 年齢が高くなるにつれて「老衰」の割合が高くなる傾向があり、「75～79 歳」では「がん」の割合が 14.3%と他の年齢層よりの2倍以上であった。[p126]
- ・ 要介護度別にみると、「要介護2」では「老衰」の割合が 27.6%と他の要介護度よりも 10 ポイント以上低く、「がん」「心疾患」「その他」の割合が2割前後とやや高くなっていた。[p126]

○死亡場所は「居室」が 53.0%と半数以上を占めており、次いで「入院先医療機関(その他)」(18.1%)、「入院先医療機関(救急搬送後の入院)」(15.4%)が多かった。[p127]

- ・ 要介護度別にみると、「要介護1」のケースでは「入院先医療機関」が 66.7%と過半数を占めており、搬送後にそのまま入院先医療機関で亡くなっているケースも3割を超えていた。また、「要介護2～5」のケースでは「居室」での死亡が5割以上であった。[p128]
- ・ 「がん」や「老衰」のケースでは「居室」での死亡が5割以上となっている。一方、「がん」「老衰」以外のケースでは「入院先医療機関」での死亡が最も多かった。[p128]
- ・ 「看取りなしと認識」されていたケースでは「入院先医療機関」での死亡が7割以上である。一方、「看取りあり」と認識されていたケースでは「居室」と「静養室」で8割以上を占めていた。[p129]

○看取りの有無については、「看取りあり」が 59.4%である。また、看取り介護加算を算定しているケースは全体の 40.6%となっていた。[p130]

- ・ 年齢や要介護度が高くなるにつれて「看取りあり」の割合が高くなる傾向がある。また、「要介護4・5」では「看取り介護加算あり」の割合が4割以上となっていた。[p131]
- ・ 死因(疾患)が「がん」「老衰」のケースでは、「看取りありと認識」が 64.0%、81.8%で最も多い。「老衰」のケースでは「看取り介護加算あり」の割合も6割近くを占めていた。一方、「がん・老衰以外」のケースでは、「看取りなしと認識」が過半数であった。[p132]

○看取りと判断された時期は「2週間未満」(28.0%)が最も多く、次いで「12 週間以上」が 23.0%、「2～4週間未満」が 20.0%であった。[p133]

- ・ 年齢別にみると「99 歳以下」では「2週間未満」が3割前後で最も多くなっている。一方、「100 歳以上」では「12 週間以上」が 29.9%で最も多かった。[p134]
- ・ 死亡時の要介護度別にみると「要介護1～4」では「2週間未満」が3割以上で最も多くなっている。一方、「要介護5」では「12 週間以上」が 26.2%で最も多かった。[p134]
- ・ 死因(疾患)別にみると、看取りと判断された時期は死因(疾患)にかかわらず「2週間未満」のケースが最も多く、特に「肺炎」「脳血管疾患」のケースでは約4割が「2週間未満」となっていた。一方、死因(疾患)が「がん」「心疾患」「老衰」のケースでは「2週間未満」と「12 週間以上」がそれぞれ 20～25%程度であった。[p135]

○看取りに関する本人の意思確認(推定を含む)のタイミングは「意思は確認できなかった(推定も行っていない)」が 39.6%と最も多く、次いで「看取り期に入る以前」が 27.1%、「看取り期と認定されてすぐ」が 20.6%となっていた。[p136]

- ・ 死亡時の要介護が低いほど「意思確認を行った」の割合が高い傾向が見られる。また、「要介護2」および「要介護5」では「意思は確認できなかった(推定も行っていない)」が4割を超えていた。[p137]
- ・ 死因(疾患)が「脳血管疾患」のケースでは「意思は確認できなかった(推定も行っていない)」の割合が平均よりも 5.2 ポイント高かった。[p137]
- ・ 看取り介護加算ありのケースでは、「看取り介護加算なし」のケースよりも「意思確認(推定)を行った」

の割合が 13.1 ポイント高く、特に「看取り期と認定されてすぐ」のタイミングでの実施割合には 9.2 ポイントの差が見られた。[p138]

○**家族による方針変更**については、「方針変更は無かった」が 73.3%と7割以上を占めていた。方針変更した場合、「逝去する場所」が 11.7%と最も多く、次いで「延命治療の実施方針」が 9.1%であった。[p138]

- ・ 看取りに関する本人の意思及びケアプランの目標・方針を「家族(キーパーソン)」に情報共有しているケースでは、情報共有していないケースと比べ「方針変更あり」の割合が 7.1 ポイント低かった。[p139]

○**亡くなる前2週間の苦痛を伴う症状**は「食事の経口摂取不可能」(66.8%)、「口腔内乾燥」(49.5%)、「痰が絡む呼吸」(41.4%)が上位を占めた。[p142]

- ・ 死因(疾患)が「肺炎」のケースでは「痰が絡む呼吸」が、「心疾患」のケースでは「むくみ」があった割合が5割以上となっていた。[p144]

○**配置医師が担った役割**は「死亡診断書の作成」が 87.0%と最も多く、次いで「家族への説明」が 82.6%、「余命の推定」が 55.9%であった。[p146]

- ・ 死因(疾患)が「がん」「心疾患」のケースでは、配置医師が「本人へのメンタルサポート」を担っていた割合が 17.5%、15.5%と全体平均よりもやや高かった。[p147]
- ・ 「看取り介護加算あり」のケースは「看取り介護加算なし」のケースと比較して、配置医師が担った役割がやや多い傾向がある。特に「家族への説明」「死亡診断書の作成」では看取り介護加算の有無によって 10 ポイント以上の差が見られた。[p147]

2) 看取りに関する施設の取組状況

○**看取りの受け入れ方針**について、「『施設で亡くなりたい』という希望があれば、受け入れる」施設は 83.9%、「原則的に受け入れていない」施設は 12.8%であった。[p144]

- ・ 「首都圏」「その他の地域(三大都市圏以外)」または「指定都市・特別区」「町村」の施設では「原則的に受け入れていない」の割合が他の地域に比べてやや高かった。[p146]
- ・ 定員が「40～60 人」の施設では「原則的に受け入れていない」の割合がやや高かった。[p146]
- ・ 平均要介護度が「3.5 未満」または「4.5 以上」の施設では「原則的に受け入れていない」の割合が 15%以上となっていた。[p147]
- ・ 看護職員の勤務時間が「8～9時間未満」の施設では「原則的に受け入れていない」の割合が2割以上と平均よりも高かった。[p147]
- ・ 配置医師が実際に施設で勤務する時間が「4時間未満」の施設では、「原則的に受け入れていない」の割合が 23.6%と平均よりも高かった。また、配置医師が「ターミナルケア・看取りに関する入所者や家族へのメンタルサポート」を行っている施設では、「『施設で亡くなりたい』という希望があれば、受け入れる」の割合が 94.2%であった。[p148]

○また、分母を死亡による契約終了または病院・診療所(介護療養型医療施設を含む)への退去人数とし、分子を看取りの件数として算出した「看取り率」は 47.1%であった。[p154]

- ・ 診療所(有床・無床)が併設している施設や平均要介護度が高い施設、半年間での 119 番への救急要請が「0回」の施設、配置医師が看取りに関するメンタルサポートを行っている施設では、看取り率が高い傾向が見られた。[p156-157]
- ・ 夜間の看護体制別に看取り率をみると、「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」施設において看取り率が平均よりも 14.7 ポイント低かった。[p158]
- ・ 看取りを「原則的に受け入れていない」方針の施設の看取り率は 1.3%であるのに対し、「『施設で亡くなりたい』という希望があれば、受け入れる」方針の施設では 53.4%であり、看取りの受け入れ方針によって看取り率に大きな差が見られた。[p158]
- ・ 看取りを「『施設で亡くなりたい』という希望があれば、受け入れる」施設では、看取りに関する指針やマニュアル、研修が整備されている割合が高く、そのような施設では看取り率も高い傾向が見られた。[p170]

5. 特別養護老人ホームにおける看取りの一層の推進に向けて

○一般に、適切なタイミングで効果的なケアをすることで入院を減らすことができる状態、逆にいえば、適切なタイミングでケアができなければ入院、場合によっては救急搬送が必要となってしまう脆弱な状態はACSCs (Ambulatory Care-Sensitive Conditions)と呼ばれ、入院・救急搬送に至る要因は、

- ①医学的要因(疾患特性とその治療法によるもの)
- ②医療者側要因(医療者の考え方や診断の不確実性等によるもの)
- ③患者側要因(患者の考え方や行動によるもの)
- ④社会的要因(社会的支援の欠如や家族介護者の考え方によるもの)
- ⑤システム要因(資源の不足・偏在等システム上の問題によるもの)

に分類できるとされている。研究会では、特別養護老人ホーム入所者の搬送ケースをこれに当てはめて考えると、緊急度や重症度が高いケースでの救急搬送は①医学的要因による場合が多いと考えられ、看取り対象であったり、緊急度がそれほど高くない状態であったりするにもかかわらず、救急搬送されるケースは本人の意思(③患者側要因)や、家族の意向(④社会的要因)による影響が強いという傾向が表れているのではないかと、という指摘があった。

○そして、研究会では「疾患の治療など医療面を重視してケアが組み立てられている施設ほど、医療体制の機能強化を重視する傾向がある。しかし、このような施設では医療に依存するのであるが故に救急搬送件数が多くなるなど、医療体制の機能強化が必ずしも看取り率を高めることにつながっていないのではないかと推察される。対照的に、介護職を中心として生活を重視したケアが組み立てられている施設ほど、日常的な生活のケアの延長線上に看取りを位置付けているため、救急搬送件数が少なく、看取り率が高くなっているのではないかと考えられる。」という指摘があった。

○これらを踏まえ、研究会では、特別養護老人ホームでの看取りを一層推進していくためには、配置医師や看護職員の配置といった医療体制の機能強化だけでなく、介護職を中心として生活を重視したケアを提供し「くらしの中で看取る」ことを、配置医師や協力医療機関、看護職等が支える体制づくりが重要であるという考え方で概ね一致した。

6. 今後の調査研究課題

○本調査では、回答者を「施設の全体像を把握している管理者(施設長 もしくは その代理の職にある方)」としたが、設問によっては回答者の属性(所有資格や経験・経歴等)による影響を受けやすい項目もあることから、回答者の職種等を指定することや回答者の属性を把握する設問を追加する等の工夫が必要と考えられる。

○本調査では救急搬送及び看取りにおける「配置医師」や「協力・連携関係にある医療機関」、「看護職」の役割に着目して検討を行ってきたが、こうした考察を踏まえ、看取りにおける介護職の役割や、介護職主体の看取りを支える医療職のかかわり方に着眼した調査の実施が今後の課題のひとつと言える。

付属資料



施設住所：〒

法人名：

施設名：

0001

※上記の内容をご確認の上、誤りがある場合は赤字で修正してください。

【令和2年度 厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金事業】

特別養護老人ホームの医療や看取りのあり方に関する アンケート調査

ご記入にあたってのお願い

1. 調査対象

本調査票は、介護サービス情報公表システムの登録情報をもとに、令和元年7月1日時点で開設されている施設より無作為抽出によって選定した施設にお送りしています。表紙左上に記載の施設についてお答えください。

各設問への回答については、施設単位でお答えください(例えば、従来型とユニット型とでそれぞれ指定を受けている場合は、合算してお答えください)。

2. アンケート記入者

本調査票は、特に指示がない限り、施設の全体像を把握している管理者(施設長もしくはその代理の職にある方)が記入してください。

なお、問9、問10(p5～p8)については、介護部門を統括する立場の方にご回答いただくよう、施設内での調整をお願い申し上げます。

3. 記入 および 返信の方法

筆記用具は、鉛筆、ボールペンなど、どのようなものでもかまいません。

ご記入後は、同封の返信用封筒に封入の上、2020年9月23日(水)までにご投函ください。

4. ご記入いただいた情報について

ご記入いただいた内容は、施設名等の情報がわからないよう匿名化したうえで、今後の社会保障政策の検討にのみ活用します。また、分析結果の公表に際しては、統計的に処理する等、個別の施設や個人が特定されないよう、十分に配慮します。

ご多忙のところ大変恐縮ですが、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

本調査に関するお問い合わせ先

PwC コンサルティング合同会社 公共事業部 (担当: やすだ はつみ ながぬま
安田・初見・長沼)
〒100-6921 東京都千代田区丸の内 2-6-1 丸の内パークビルディング
TEL: **0120-####-####**
(8/27(木)より受付開始. 平日 9:00～18:30)
E-mail: **###2020@pwc.com**

I 貴施設の概要

問 1 貴施設に関する基本情報

※2020 年7月1日時点の状況

(1) 施設の種類 (介護報酬上の届出) (あてはまるものを全てに○)	<介護老人福祉施設> 1 介護福祉施設 2 小規模介護福祉施設 3 ユニット型介護福祉施設 4 ユニット型小規模介護福祉施設			<地域密着型介護老人福祉施設> 5 地域密着型介護福祉施設 6 サテライト型地域密着型介護福祉施設 7 ユニット型地域密着型介護福祉施設 8 ユニット型サテライト型地域密着型介護福祉施設		
(2) 併設・隣接の状況 ※併設: 同一建物に事業所がある場合 隣接: 同一の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	a 併設・隣接状況 (○は1つ)			b 併設・隣接事業所の運営主体との関係 (○は1つ)		
	併設	隣接	なし	関連法人	関連なし	
① 病院	1	2	3	1	2	
② 診療所(有床)	1	2	3	1	2	
③ 診療所(無床)	1	2	3	1	2	
(3) 各種加算の算定状況 (それぞれ○は1つ)						
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 経口維持加算	1 加算なし	2 (Ⅰ)	3 (Ⅱ)			
③ 褥瘡マネジメント加算	1 加算なし	2 加算あり				
④ 看護体制加算	1 加算なし	2 (Ⅰ)イ	3 (Ⅰ)ロ	4 (Ⅱ)イ	5 (Ⅱ)ロ	
⑤ 夜勤職員配置加算	1 加算なし 6 (Ⅲ)イ	2 (Ⅰ)イ 7 (Ⅲ)ロ	3 (Ⅰ)ロ 8 (Ⅳ)イ	4 (Ⅱ)イ 9 (Ⅳ)ロ	5 (Ⅱ)ロ	
⑥ 看取り介護加算	1 加算なし	2 (Ⅰ)	3 (Ⅱ)			

問 2 介護・看護職員の状況

※2020 年7月1日時点の状況

(1) 介護・看護職員比率	※重要事項説明書「介護に係る職員体制」に記載している介護・看護職員比率 1 1.5:1 以上 2 2:1 以上 3 2.5:1 以上 4 3:1 以上 5 その他				
介護・看護職員数等 (常勤・非常勤合計、派遣職員を含む)			a 実人数	b 常勤換算数	
(2) 介護職員数			人	. 人	
① うち 介護福祉士			人	. 人	
② うち 研修を受け、たんの吸引等の医療処置ができる介護職員			人	. 人	
③ うち 派遣職員			人	. 人	
④ うち 夜勤専門として働いている介護職員			人		
(3) 看護職員数			人	. 人	
① うち 常勤の看護師			人		
② うち 常勤の准看護師			人		
③ うち 派遣職員			人	人	
④ うち 夜勤専門として働いている看護職員			人		
(4) 機能訓練指導員数 ※機能訓練指導員として以外の勤務時間を除く			人	. 人	
(5) ユニットリーダー人数 ※ユニット型の場合のみ回答			① 常勤 → SQ(5)-1 へ ② 非常勤	人	. 人
SQ(5)-1 兼務の状況 (あてはまるものを全てに○)			1 兼務なし 2 併設の短期入所事業 3 併設の通所事業 4 その他併設事業 5 その他		
(6) 看護職員が必ず勤務している時間帯			:	から	:
(7) 夜間(深夜帯)の職員数 ※7月1日深夜の実績 (実人数)			(夜勤・宿直の合計) a 介護職員: 人 b 看護師: 人 c 准看護師: 人		
(8) 夜間の看護体制 (○は1つ)			1 常に夜勤または宿直の看護職員(併設事業所と兼務の場合を含む)が対応 2 通常、施設の看護職員(併設事業所と兼務の場合を含む)がオンコールで対応 3 訪問看護ステーション、医療機関と連携してオンコール体制をとっている 4 夜勤・宿直の看護職員はおらず、オンコール対応もしていない		
(9) 外国籍の介護職員数 (実人数) ※就労目的で来日した方 または 留学生アルバイトの方のみ			a 常勤: 人	b 非常勤: 人	
(10) 介護職の補助業務を担う職員(介護助手、介護サポーター等)の人数			a 週 20 時間未満	b 週 20~30 時間	c 週 30 時間以上
① 常勤 (実人数)			人	人	人
② 非常勤 (実人数)			人	人	人
③ 非常勤 (常勤換算数)			. 人	. 人	. 人
④ ボランティア (実人数) ※雇用契約による就労を除き、有償ボランティアを含む			人	人	人

Ⅱ 現在の入所者の状況

問 3 入所者の状況

※2020年7月1日時点の状況(該当者がいない場合は「0」と記入)

居室タイプ	従来型		ユニット型			
	① 個室	② 多床室	③ 個室	④ 個室的多床室 (準個室)		
(1) 定員数(オープンしていない居室の定員は除く)	人	人	人	人		
(2) 入所者数	人	人	人	人		
(3) ユニット数			ユニット			
(4) 要介護度別入所者数(短期入所除く) ※①～⑥の合計が(2)入所者数に一致するように記入	① 要介護1	② 要介護2	③ 要介護3	④ 要介護4	⑤ 要介護5	⑥不明 申請中等
	人	人	人	人	人	人

問 4 医療が必要な入所者

※2020年7月1日時点の状況(該当者がいない場合は「0」と記入)

(1)医療処置を要する 入所者数	① 胃ろう・腸ろうの管理	人	⑤ 酸素療法	人
	② 経鼻経管栄養の管理	人	⑥ 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	人
	③ たんの吸引	人	⑦ 褥瘡の処置	人
	④ インスリンの注射 (自己注射できる場合を除く)	人	⑧ レスビレータ(人工呼吸器)の 管理	人
	⑨ 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①～⑧に加え、以下の行為も含む。 透析、中心静脈栄養、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			人
⑩ 上記のうち、①・②・③のいずれかを要する入所者 の実人数			人	
(2) 薬剤使用の適正化に向けた取組状況 (あてはまるものを <u>全て</u> に○)		1 特に行っていない 2 多剤投与の調整 3 副作用・相互作用に着目した調整 4 その他		
SQ(2)-1 薬剤の調整を行った入所者数		※2020 年7月(1か月間)の実績		人
(3) 2020 年7月1日時点で医療機関に入院していた入所者数				
(4) 入院理由別の人数 ※①～⑦の合計が(3)と一致 するように記入	① 誤嚥性肺炎	人	⑤ 骨折等のケガ	人
	② その他感染症 (ノロウイルス、インフルエンザ等)	人	⑥ 不慮の事故 (骨折等のケガを除く)	人
	③ 原疾患の憎悪(持病の悪化)	人	a うち、誤飲・窒息	人
	a うち、心疾患	人	b うち、溺水	人
	b うち、脳血管疾患	人	⑦ その他	人
④ 脱水		人		

問 5 直近半年間(2020年2月1日～7月31日)の逝去および退所の状況

※該当者がいない場合は「0」と記入

(1) 逝去した人数(入院中は契約が継続していて、入院中の死亡により契約が終了したケースを含む)		人
① うち、施設内(居室・静養室)において、看取りを行った人数		人
② うち、看取り介護加算を算定した人数		人
③ うち、看取り予定であった人数		人
(2) 退所者数(逝去した方は除く)		人
① うち、退所先が 病院・診療所・介護療養型医療施設・介護医療院 のいずれかである人数		人

Ⅲ 医療の状況

問 6 配置医師の状況 ※配置医師として届出をしている方(個人)についてご記載ください。

なお、配置医師の不在時の体制等については「問7 協力・連携関係にある医療機関」でお答えください。

(1) 配置医師数(実人数) ※2020年7月1日時点		① 常勤		人	② 非常勤		人
SQ(1)-1 配置医師の詳細 ※各配置医師の状況を個別に記入(最大5名)							
No.	① 勤務形態 (○は1つ) 1 常勤 2 非常勤 → (嘱託含む)	SQ①—1 非常勤の場合の所属 (あてはまるもの全てを選択)		② 診療科 (あてはまるもの全てを選択)		③ 施設での1か月における平均勤務時間	
						a 契約上責任を持つ時間	b 実際に施設で勤務する時間
		1 当該施設のみ 2 他の介護保険施設 3 大学病院 4 地域医療支援病院 5 在宅療養支援病院	6 その他病院 7 在宅療養支援診療所 8 その他診療所 9 その他 10 不明	1 内科 2 外科 3 整形外科 4 精神科 5 眼科	6 耳鼻咽喉科 7 歯科 8 皮膚科 9 その他 10 不明	7月(1か月間)の実績 ※平日 9~17時 (休憩1時間)の契約の場合、7時間 ×21日=147時間	7月1か月間の実績
例	1	3、7		1、4		147 時間	48 時間
1						時間	時間
2						時間	時間
3						時間	時間
4						時間	時間
5						時間	時間
(2) 配置医師の役割				① 実際に担っているもの (あてはまるもの全てに○)		② 今後強化していきたいこと (あてはまるもの全てに○)	
		1 日常の健康管理のための診察・診療 2 検査結果や介護・生活上での留意点の職員への説明 3 予防接種の実施 4 病状や状態の変化等への備えに関する指示書の作成 5 リハビリテーションや介護予防等の指示書の作成 6 施設の求めに応じた急変対応(往診、休日夜間対応等) 7 ターミナルケア・看取りに対する入所者や家族へのメンタルサポート 8 外部医療機関との連携 9 入所者の日常的な生活や介護の状況を常に把握 10 施設の運営状況・職員の能力等の理解 11 感染症対策に関する相談対応・指導		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	
(3) 配置医師緊急時対応加算 (○は1つ)		1 加算あり → 7月対応実績: 早朝・夜間()回、深夜()回 2 加算なし → SQ(3)-1へ					
SQ(3)-1 加算をとっていない理由 (あてはまるもの全てに○)		1 7月は緊急対応が必要なケースが発生しなかったため 2 配置医師が必ずしも駆けつけ対応ができないため 3 配置医師との契約に駆けつけ対応を含められないため 4 看護体制加算Ⅱを算定していないため 5 緊急時にはすべて救急搬送で対応しているため 6 その他					
(4) 配置医師の対応 (施設の方針・原則を回答) ※配置医師が施設にいる時を除く (あてはまるもの全てに○)		1 電話対応に加えて駆けつけ対応も行う	2 電話対応のみ	3 原則、対応しない	2, 3に1つでも○がつく場合 SQ(4)-1 施設の方針・原則として、配置医師に駆けつけ対応を求めない理由 (あてはまるもの全てに○)		
平日	① 日中 (8:00-18:00)	1	2	3	1 配置医師から電話指示を受け、看護職員が対応する方針であるため 2 救急搬送を行う方針であるため 3 配置医師以外の医師、協力医療機関等に対応を依頼するため 4 配置医師の就労時間・体制がネックとなり、依頼が難しいため 5 対応を依頼するだけの費用を負担できないため 6 その他		
	② 夜間・早朝 (18:00-翌 8:00)	1	2	3			
休日 (土日祝)	③ 日中 (8:00-18:00)	1	2	3			
	④ 夜間・早朝 (18:00-翌 8:00)	1	2	3			

問 7 協力・連携関係にある医療機関の状況 ※2020 年7月1日時点の状況(該当する医療機関が無い場合は「0」と記入)

	① 医療機関数 ※概算で構いません	②うち、協定等を結んで いる医療機関数	③ 協定書等を結んでいる医療機関の診療科 (あてはまるもの <u>全て</u> に○)			
(1) 配置医師が紹介した 専門外来の数・診療科	箇所	箇所	1 内科 2 外科 3 整形外科	4 精神科 5 眼科 6 耳鼻咽喉科	7 歯科 8 皮膚科 9 その他	10 不明
(2) 入所者の入院先となっている 医療機関の数・診療科	箇所	箇所	1 内科 2 外科 3 整形外科	4 精神科 5 眼科 6 耳鼻咽喉科	7 歯科 8 皮膚科 9 その他	10 不明
(3) 訪問診療・往診を受けている 医療機関の数・診療科	箇所	箇所	1 内科 2 外科 3 整形外科	4 精神科 5 眼科 6 耳鼻咽喉科	7 歯科 8 皮膚科 9 その他	10 不明
(4)協力・連携 関係にある 医療機関の 役割			① 実際に担っているもの (あてはまるもの <u>全て</u> に○↓)		② 今後強化していきたいこと (あてはまるもの <u>全て</u> に○↓)	
	1 日常の健康管理のための診察・診療		1		1	
	2 検査結果や介護・生活上での留意点の職員への説明		2		2	
	3 予防接種の実施		3		3	
	4 病状や状態の変化等への備えに関する指示書の作成		4		4	
	5 リハビリテーションや介護予防等の指示書の作成		5		5	
	6 施設の求めに応じた急変対応(往診、休日夜間対応等)		6		6	
	7 ターミナルケア・看取りに対する入所者や家族へのメンタルサポート		7		7	
	8 専門的な医療に関する助言や提供		8		8	
	9 入所者の日常的な生活や介護の状況を常に把握		9		9	
	10 配置医師の休暇・不在時のバックアップ(代診等)		10		10	
	11 感染症対策に関する相談対応・指導		11		11	

IV 救急搬送の状況

問 8 組織方針・体制

※直近半年間(2020 年2月1日～7月31日)の状況 (該当者がいない場合は「0」と記入)

救急搬送	平日				休日(土日祝)			
	① 日中 (8:00～18:00)		② 夜間・早朝 (18:00～翌 8:00)		③ 日中 (8:00～18:00)		④ 夜間・早朝 (18:00～翌 8:00)	
	a 実人数	b 延べ回数	a 実人数	b 延べ回数	a 実人数	b 延べ回数	a 実人数	b 延べ回数
(1) 119 番への救急要請	人	回	人	回	人	回	人	回
(2) 特定の病院への救急要請 ※病院が所有する救急車等による搬送	人	回	人	回	人	回	人	回
(3) 施設の車等による 搬送・緊急受診	人	回	人	回	人	回	人	回
(4) 搬送前に入所者の状況を 連絡することになっている人、 搬送の必要性を判断する人					① 連絡する人 (あてはまるもの <u>全て</u> に○↓)		② 判断する人 (○は1つ)	
	1 決まっていない				1		1	
	決まっ てい る	2 配置医師			2		2	
		3 協力医療機関			3		3	
		4 その他の医師・医療機関			4		4	
		5 看護職			5		5	
		6 施設長			6		6	
		7 家族			7		7	
		8 その他			8		8	
(5) 搬送の回避に向けて 必ず行う処置 (あてはまるもの <u>全て</u> に○)	1 レスキューオーダー(対象者ごとに予め医師から 受けている初期対応指示)に沿った初期対応 2 配置医師による駆けつけ・診察 3 配置医師による電話対応 4 配置医師以外の医師による駆けつけ・診察				5 配置医師以外の医師による電話対応 6 看護職による駆けつけ・対応 7 看護職による電話対応 8 その他			
(6) 搬送に関するマニュアルの 使用状況 (○は1つ)	1 施設内で作成したマニュアルを使用 2 自治体等外部機関が提供するマニュアルを使用				3 マニュアルを作成中または使用の検討中 4 マニュアルは使用していない			
(7) 搬送後の緊急対応状況に 関する振り返り (○は1つ)	1 特に行っていない				2 ケースを取り上げて行う		3 毎回行う	

問 9 救急搬送に関する詳細

2020 年 1 月 1 日以降に「救急搬送」(119 番への救急要請 及び 特定の病院への救急要請)を行ったケースのうち、直近から遡って5ケースについて、1人につき1行で状況をご記入下さい(救急搬送後に退所したケースも含む)。

No.	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5		Q6	Q7	Q8
	生年・月	搬送時の 要介護度	搬送時の 認知症 の程度	看取りの対象 としての認識	搬送された日時		搬送方法	搬送先の 決め方	搬送の原因となった症 状・出来事
					①曜日	②時間帯			
	(記入)	(あてはまる もの1つ)	(あてはまる もの1つ)	(あてはまる もの1つ)	(あてはまる もの1つ)	(あてはまる もの1つ)	(あてはまる もの1つ)	(あてはまる もの1つ)	(最も大きなもの1つ)
		1 要介護1 2 要介護2 3 要介護3 4 要介護4 5 要介護5 6 その他 7 不明	1 I 2 II a・II b 3 III a・III b 4 IV 5 M 6 その他 7 不明	1 看取りと認識 されていた 2 看取りと認識 されていなかった	1 平日 2 土 3 日祝日	1 早朝 (6-8時) 2 日中 (8-18時) 3 夜間 (18-22時) 4 深夜 (22-翌6時)	1 119番への 救急要請 2 特定の病院 への救急要請 (病院救急)	1 事前に決めていた (配置医師・協力医療 機関等と予め相談していた) 2 救急隊が探した 3 事前に決めていないが、 施設職員が探した	1 誤嚥性肺炎 2 その他感染症 3 持病の悪化(脳血管疾患) 4 持病の悪化(心疾患) 5 持病の悪化(それ以外) 6 脱水 7 骨折等のケガ 8 不慮の事故(誤飲・窒息) 9 不慮の事故(溺水) 10 不慮の事故(それ以外) 11 その他
記入例	1937年 12月	3	1	2	1	4	1	2	1
	1940年 2月	4	2	1	3	2	2	1	6
1	年 月								
2	年 月								
3	年 月								
4	年 月								
5	年 月								

Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q14で1または5と回答した場合	No.
搬送時の 緊急度	搬送を行うまでに 連絡した先	搬送の実施を 判断した人 (電話対応で判断した 場合を含む)	搬送の可否を判断した 理由	搬送時の 付き添い	搬送後の状況 (現在の居場所)	SQ14-1 医療機関に滞在 した期間	
(あてはまる もの1つ)	(あてはまる もの全て)	(あてはまる もの1つ)	(あてはまる もの全て)	(あてはまる もの1つ)	(あてはまる もの1つ)	(あてはまる もの1つ)	
1 高:一刻も早く 対応が必要 2 中:早めの対応 が必要 3 低:緊急度は低い (念のため受診) 4 不明	1 配置医師 2 協力医療機関 3 その他医師・ 医療機関 4 看護職 5 施設長 6 家族 7 その他	1 配置医師 2 協力医療機関 3 その他医師・ 医療機関 4 看護職 5 施設長 6 家族 7 その他	1 検査や高度な治療が必要 2 配置医師や看護職が勤務 時間外 3 配置医師や看護職に連絡が つかない 4 本人の搬送意向 5 家族との事前相談 6 家族からのクレーム回避 7 看取りの対象外 8 夜間・休日体制の不安 9 曜日や時間帯などにより、 外来受診が困難 10 その他	1 看護職が同乗し、 診断がつくまで付き添い 2 看護職が同乗し、 ご家族が到着後に引継ぎ 3 介護職が同乗し、 診断がつくまで付き添い 4 介護職が同乗し、 ご家族が到着後に引継ぎ 5 同乗時点からご家族が対応 6 その他 7 不明	1 帰所 2 入院中(一般病棟) 3 入院中(ICU) 4 入院中(不明) 5 死亡 6 搬送先とは別の医療 機関・介護保険施設 に移った 7 その他	1 なし(当日の帰所 あるいは死亡) 2 搬送日から1~2日 3 搬送日から3日以上	
2	2、4、5、6	2	1、5、6	1	2	3	記入例
1	1、4、5、6	1	2、4、6、7	5	3	2	
							1
							2
							3
							4
							5

V 死亡退所の状況

問 10 死亡退所に関する詳細

2020 年1月1日以降の死亡退所ケースのうち、直近から選って5ケースについて、1人につき1行で状況をご記入下さい

すべての死亡退所ケースについて回答する設問

看取りを行ったケースのみ回答

No.	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q5で3と回答した場合	Q6	Q6で2, 3と回答した場合：看取りに関する詳細		
	入所・退所 (死亡) 年月	生年・月	死亡時の 要介護度	死因 (疾患)	死亡場所	SQ5-1 救急搬送の 詳細	看取り対象 としての認識	SQ6-1 看取りと 判断された 時期	SQ6-2 看取りに関する 本人の意思確認 (推定を含む)	
	(記入)	(記入)	(あてはまる もの1つ)	(最もあてはまる もの1つ)	(あてはまる もの1つ)	(記入)	(あてはまる もの1つ)	(あてはまる もの1つ)	(あてはまる もの全て)	(あてはまる もの1つ)
	年・月を ご記入 ください		1 要介護1 2 要介護2 3 要介護3 4 要介護4 5 要介護5 6 その他 7 不明	1 がん 2 肺炎 3 心疾患 4 脳血管疾患 5 老衰 6 その他 7 不明	1 居室 2 静養室 3 入院先医療機関 (救急搬送後の入院) 4 入院先医療機関 (その他) 5 自宅 6 その他 7 不明	問9「救急搬送に 関する詳細」での No.を記入 ※該当しない 場合には×を 記入	1 看取りなし と認識 → 回答終了 2 看取りあり と認識 (加算あり) 3 看取りあり と認識 (加算なし) ※看取りの場合、 右の全ての設問 (SQ6-1～7)に ご回答下さい。	(死亡日から) 1 2週間未満 2 2～4週間未満 3 4～6週間未満 4 6～8週間未満 5 8～10週間未満 6 10～12週間未満 7 12週間以上 8 不明	1 看取り期に入る以前 2 看取り期と認定されて すぐ 3 看取り期と認定されて しばらく後 4 その他タイミング 5 意思は確認できな かった(推定も行って いない) 6 不明	1 ケアプランの中で 2 ACP・リビング ウィル等ケアプラン とは別の方法・ ツールで 3 特にツールは 使っていない 4 不明
記入例	(入所) 2017年 1月 (退所)	1935年 6月	5	5	2	—	2	4	2	1
	(入所) 2020年 2月 (退所)	1939年 7月	4	1	3	2	1	—	—	—
1	(入所) 年 月 (退所) 年 月	年 月								
2	(入所) 年 月 (退所) 年 月	年 月								
3	(入所) 年 月 (退所) 年 月	年 月								
4	(入所) 年 月 (退所) 年 月	年 月								
5	(入所) 年 月 (退所) 年 月	年 月								

							No.
SQ6-3	SQ6-4				SQ6-5	SQ6-6	SQ6-7
看取りに関して 家族の意見により 方針変更を行った項目	看取りに関する 情報共有の範囲				亡くなる前 2週間に見られた 苦痛の伴う症状	亡くなる前 2週間の 本人の状態	配置医師が担った 役割
	①看取りに 関する 本人の意思 及び ケアプランの 目標・方針	②観察 事項	③行うべき 行為	④急変時の 初期対応 の内容 (レスキュー オーダー)			
(あてはまる もの全て)	(あてはまる もの全て)				(あてはまる もの全て)	(あてはまる もの全て)	(あてはまる もの全て)
1 逝去する場所 2 延命治療の実施方針 3 実施する医療処置の内容 (延命治療以外) 4 救急搬送に関する方針 5 その他の項目 6 方針転換は無かった 7 不明	1 配置医師 2 配置医師以外の医師 3 施設長 4 看護職 5 介護職(リーダークラス) 6 介護職(常勤スタッフ) 7 介護職(非常勤・登録ヘルパーを含む全員) 8 家族(キーパーソン) 9 家族(主な家族全員) 10 その他 11 不明				1 痛み 2 息切れ 3 痰が絡む呼吸 4 むくみ 5 便秘 6 褥瘡 7 拘縮 8 口腔内乾燥 9 食事のむせ 10 食事の経口摂取 不可能 11 その他 12 上記1～11の いずれもない 13 不明	1 不安がある 2 希望・意思が 表明できない 3 望んでいる 生活行為が できない 4 食事制限がある 5 面会等の 制限がある 6 外出等の 制限がある 7 その他 8 上記1～7の いずれもない 9 不明	1 余命の推定 2 家族への説明 3 本人へのメンタル サポート 4 食事や水分管理の 助言 5 口腔ケアの助言 6 薬剤の調整 7 臨終の立会い 8 死亡診断書の作成 9 その他
1	3. 4. 5. 8	1. 3. 4. 5. 6. 7	3. 4. 5. 6. 7. 8	1. 3. 4. 5. 6. 7	3. 8. 10	1. 3. 4	1. 2. 5. 7
—	—	—	—	—	—	—	—
							1
							2
							3
							4
							5

問 11 組織方針・体制

(1) 看取りの受け入れ方針 (○は1つ)		1 「施設で亡くなりたい」という希望があれば、受け入れる 2 原則的には受け入れていない	
(2) 本人や家族の希望があっても、実態として看取りを受け入れないことがある理由 (あてはまるもの <u>全て</u> に○)	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事に対して、看護職員の理解・経験が得られないから 6 施設で看取りを行う事に対して、介護職員の理解・経験が得られないから		7 施設での看取りについて、家族の同意が得られないから 8 家族等の意見が一致しないから 9 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 10 看取りに関する方針やマニュアルを定めていないから 11 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 12 費用がかかりすぎるから 13 施設の方針として、看取りを行っていないから 14 その他
(3) 原則として、看取りに関する説明・意思確認を実施するタイミング			① 本人 (あてはまるもの <u>全て</u> に○↓)
			② 家族 (あてはまるもの <u>全て</u> に○↓)
	1 決まっていない		1
	決まっている	2 入所時点	2
		3 ケアプラン作成(変更)時	3
		4 要介護認定の更新時	4
		5 病状が悪化した時	5
		6 看取りが近づいていると判断された時	6
7 その他 ()		7	
(4) 看取りに関する意思確認の見直し (○は1つ)		1 定期的に行っている 2 不定期ではあるが行っている 3 行っていない	
(5) 原則、説明・意思確認を行っている内容 (あてはまるもの <u>全て</u> に○)		1 医療行為の選択 (人工呼吸器/疼痛緩和/胃ろう/点滴など) 3 家族へ連絡するタイミングと方法 2 救急搬送 4 その他	
(6) 指針・マニュアル (○はそれぞれ1つ)	① 看取り指針	1 あり 2 現在準備中 3 なし	
	② 看取りマニュアル	1 あり 2 現在準備中 3 なし	
(7) 看取りに関する研修 (○は1つ)		1 あり→SQ1-2へ 2 現在準備中 3 なし	
SQ1 研修の対象 (あてはまるもの <u>全て</u> に○)		1 施設長 2 配置医師 3 看護職員 4 介護職(リーダークラス) 5 介護職(その他)	
SQ2 研修の実施方法 (あてはまるもの <u>全て</u> に○)		1 法人内研修 2 外部研修(参加費助成) 3 外部研修(助成等なし)	
(8) 看取りの振り返り (○は1つ)		1 特に行っていない 2 ケースを取り上げて行う→SQ1へ 3 毎回行う→SQ1へ	
SQ1 振り返りへの配置医師の参加 (○は1つ)		1 必ず参加している 2 参加する時としない時がある 3 原則参加しない	
(9) 看取りの際に、原則、配置医師が行っている事柄 (実施しているもの <u>全て</u> に○)		1 入所者・家族への説明と同意 5 本人に対するメンタルサポート 2 夜間・緊急時の対応体制づくり 6 死亡確認 3 協力病院との連絡・調整 7 死亡診断書等関係書類作成 4 看取りカンファレンスへの参加 8 その他	
(10) 看取りと判断されて以降、配置医師の対応が特に増える事柄 (あてはまるもの <u>全て</u> に○)		1 診察回数の増加 4 点滴や薬剤の調整のための指示の回数の増加 2 電話による急変等への対応の増加 5 施設にいる時間の増加 3 駆けつけによる急変等への対応の増加 6 その他 ()	
(11) 看取りと判断されて以降、職員の対応が特に増える事柄 (あてはまるもの <u>全て</u> に○)	<ケア時間>		<非ケア時間>
	1 排泄に関わる介助 2 食事に関わる介助(食形態の工夫などを含む) 3 入浴、清拭、身体整容に関わる介助 4 体位変換、移動・移乗に関わる介助 5 通院介助、訪問診療・往診対応に関わる介助 6 様子観察・バイタルチェック等 7 医療処置の実施/介助 8 服薬の管理、支援 9 個室または静養室への部屋の移動 10 居室環境の整備・管理 (室温管理や福祉用具の導入などを含む)		11 本人への情報提供、意思確認 12 家族への情報提供、意思確認 13 ケアの方針に関するミーティング 14 スタッフ間の情報共有やミーティング 15 配置医師との情報共有やミーティング 16 協力医療機関との情報共有やミーティング 17 本人のメンタルサポート 18 家族のメンタルサポート 19 スタッフのメンタルフォロー <その他> 20 その他 ()

ご協力ありがとうございました

令和2年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)

特別養護老人ホームにおける看取り等のあり方に関する調査研究

報告書

令和3年3月

PwC コンサルティング合同会社

〒100-6921 東京都千代田区大手町 1-2-1

Otemachi One タワー

TEL : 03 - 6257 - 0700 (代表)

〔JOB コード:50002805-Y079〕

