

平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)

高齢者施設等における医療ニーズ対応のあり方に関する調査研究

報告書

平成 30 年 3 月

株式会社 野村総合研究所

目次

I. 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
II. 回答法人及び施設の概要	5
1. 基本情報	5
1) 法人が運営する特別養護老人ホームの数【問1(1)】	5
2) 事業開始年月【問2】	5
2. 居室等の状況	6
1) 居室数【問6(1)】	6
2) 入所定員数【問6(2)】	7
3) 居室タイプ別入所者数【問6(3)】	7
4) 入所率【問6(2)(3)より算出】	8
5) 居室へのトイレの設置状況【問6(6)】	9
3. 職員体制	10
1) 配置医師の体制【問3(1)】	10
2) 介護職員の体制【問3(2)】	11
3) 看護職員の体制【問3(3)】	12
4) 看護職員が必ず勤務している時間帯【問3(4)】	13
5) 夜間の看護体制【問3(5)】	14
6) 夜間の医療対応【問3(6)】	14
4. 併設・隣接の医療機関の状況	15
1) 併設・隣接の医療機関の状況【問4】	15
2) 1ヵ月間の医療等の利用状況【問5】	16
III. 現在の入所者の状況	17
1. 入所者の状況	17
1) 要介護度別入所者数【問6(7)】	17
2) 認知症の程度別入所者数【問6(8)】	18
3) 医療処置を要する入所者【問6(9)】	19
4) 医療処置を要する入所者への対応状況に関するクロス集計(*)	20
5) 生活保護を受給している入所者数【問6(10)】	22
2. 各種加算の算定状況	23
1) サービス提供体制加算【問7(1)】	23
2) 日常生活継続支援加算【問7(2)】	23
3) 看護体制加算【問7(3)】	24
4) 夜間職員配置加算【問7(4)】	24
5) 認知症専門ケア加算【問7(5)】	25
6) 認知症行動・心理症状緊急対応加算【問7(6)】	25
7) 若年性認知症入所者受入加算【問7(7)】	26
8) 看取り介護加算【問7(8)】	27
9) その他加算【問7(9)】	28

IV. 認知症ケアのあり方で最も悩んでいるケースの状況 29

1. 悩んでいるケースの有無、年齢・性別・要介護度等	29
1) 認知症ケアのあり方で悩んでいるケースの有無【問8】	29
2) 認知症ケアのあり方で悩んでいるケースの有無に関するクロス集計(*)	30
2. 認知症ケアのあり方で悩んでいるケースの認知症症状等	33
1) 性・年齢【問9(1)(2)】	33
2) 要介護度【問9(3)】	34
3) 日常生活自立度【問9(4)】	34
4) 認知症自立度【問9(5)】	35
5) 認知症の診断名【問9(6)】	35
6) 現在の認知機能(認知症の中核症状)【問9(7)】	36
7) 対応が難しいと感じる症状(認知症の周辺症状)【問9(8)】	37
8) 対応が難しいと感じる症状に関するクロス集計(*)	38
3. 薬の処方	46
1) 定時服用として処方を受けている薬の種類【問9(9)】	46
2) 処方を受けている薬の内容【問9(10)】	47
3) 向精神薬の種類数【問9(10)】	47
4) 薬の処方に関するクロス集計(*)	48

V. 入退所の状況 51

1. 入退所の状況	51
1) 半年間の新規入所者数【問10(1)】	51
2) 新規入所者の入所時の要介護度(人数積み上げ)【問11】	51
3) 今年に入ってから(平成29年1年1日～6月30日)の退所者【問10(2)】	52
4) 入所直前の居場所と退所先【問10(3)(4)】	53
5) 事業所開設年別にみた入所直前の居場所・退所先に関するクロス集計(*)	54
2. 死亡による契約終了における逝去と看取りの状況	55
1) 死亡による契約終了における逝去の状況【問12】	55
2) 看取りの実績のある施設【問12】	56
3) 看取り率	57

VI. 看取りに対する施設の取り組み 58

1. 看取に関する方針・スタンス	58
1) 看取りの受け入れ方針【問14(1)】	58
2) 看取りを受け入れられないことがある理由【問14(2)】	59
3) 主要職員の看取りに対するスタンス【問14(3)】	61
2. 指針・マニュアル・研修等の状況	62
1) 指針・マニュアルの整備状況【問14(4)】	62
2) 看取りに関する研修の実施状況【問14(5)】	63
3) 看取りの振り返りの実施状況【問14(6)】	65
3. 看取りに関する説明・意思確認等	66
1) 看取りに関する説明・意思確認の実施タイミング【問15(1)】	66
2) 看取りに関する説明・意思確認の対象【問15(2)】	66
3) 看取りにおいて配置医師が果たしている役割【問16】	67
4) 配置医師の対応可能な時間帯・配置医師が果たしている役割別クロス集計(*)	68

VII. 看取りに関するクロス集計(*) **69**

1. 看取り率に関するクロス集計(*)	69
1) 配置医師の対応可能な時間帯別	69
2) 配置医師が果たしている役割別	70
3) 配置医師の対応可能な時間帯別・夜間・緊急時の対応体制づくりの実施状況別	71
4) 看護職員が勤務している時間数別、夜間の看護体制別	72
5) 医療対応(たんの吸引)ができる体制別	73
6) 看取りに対する各種取り組みの状況別	74
7) 主要職員の看取りに対するスタンス別	75
8) 看取り介護加算の算定状況別	76
9) 看取りに関する説明・意思確認の実施タイミング別	77
10) 医療処置を要する入所者の割合別	77
11) 入所率別	78
2. 看取りの受入れ方針に関するクロス集計(*)	79
1) 医療処置を要する入所者(重複を除いた実人数)の割合別	79
2) 配置医師の対応可能な時間帯別	79
3) 看取りに置いて配置医師が果たしている役割別	80
4) 看護職員が勤務している時間数別	81
5) 夜間の看護体制別	81
7) 看護体制加算の算定状況別	82
6) 夜間の医療体制(たんの吸引ができる職員の状況)別	82
8) 主要職員等の看取りに対するスタンス別	83

VIII. 退所者に関する詳細(ケース単位の分析) **84**

1. 退所の状況【問 13 Q8・Q8-1・Q8-2】	84
2. 入所期間	85
1) 入所期間【問 13 Q1・Q2 より作成】	85
2) 入所期間に関するクロス集計(*)	86
3. 退所者の状態像	87
1) 性・年齢【問 13 Q3・Q4】	87
2) 要介護度【問 13 Q5・Q6】	88
3) 認知症の程度【問 13 Q7】	89
4. 看取りの状況(死亡ケースの詳細)	90
1) 死因(疾患)【問 13 Q8-2-(1)】	90
2) 亡くなる前2週間に悪化した症状【問 13 Q8-2-(2)】	90
3) 亡くなる前2週間に行ったケア、中止・減量した処置【問 13 Q8-2-(3)(4)】	91
5) 看取りに関する施設側の見通し【問 13 Q8-2-(5)】	92
6) 看取りに関する本人の希望【問 13 Q8-2-(6)】	92
7) 看取りに関する家族等との合意【問 13 Q8-2-(7)】	93
8) 施設側からみた看取り結果に対する評価【問 13 Q8-2-(8)】	93
9) 看取りに関する家族等との合意状況別 施設側からみた看取り結果に対する評価	94
10) 看取り介護加算の算定【問 13 Q8-2-(9)】	95
11) 看取り介護加算の算定に関するクロス集計(*)	95

5. 看取りができたケースの亡くなる2週間前の状況に関するクロス集計(*)	96
1) 死因・年齢別 退所時の要介護度	96
2) 死因・年齢別 亡くなる前2週間に悪化した症状	97
3) 死因・年齢別 亡くなる前2週間にいったケア	98
4) 死因・年齢別 亡くなる前2週間に中止・減量した処置	99
6. 看取りができたケースの亡くなる2週間前に悪化した症状に関するクロス集計(*)	100
1) 夜間の看護体制別 亡くなる前2週間に悪化した症状	100
2) 夜間の医療体制(たんの吸引ができる職員の状況)別 亡くなる前2週間に悪化した症状	101
3) 亡くなる前2週間の人工栄養/点滴/人工透析の実施状況別 亡くなる前2週間に悪化した症状	102

Ⅷ. まとめ **104**

1. 認知症ケアに関する実態	104
2. 看取りに関する実態	105
3. 特別養護老人ホームにおける看取りの推進に向けて	109

【付属資料】 特別養護老人ホームにおける看取り・認知症ケア等に関する調査(調査票)

I. 調査研究の概要

1. 調査研究の背景と目的

近年、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等の「高齢者向け住まい」では、要介護度が重い高齢者に加えて、日常生活自立度の高い認知症高齢者や、医療処置を要する高齢者等、高レベルなケアを要する多様な入居者の受入れが進んでいる。そうした実態を反映して、制度面でも、特定施設には医療機関連携加算、看取り介護加算、認知症専門ケア加算等が設けられ、重度化対応や看取り等への対応が進められてきた。

こうした流れを汲み、(株)野村総合研究所は、平成 28 年度に「高齢者向け住まいにおける認知症ケアや看取り、医療ニーズ等の重度化対応へのあり方に関する調査研究」を実施し、高齢者向け住まいにおける認知症ケアや看取りに関し、施設単位の実態(認知症の入居者数、医療処置を要する入居者数、看取り人数、各種加算算定状況等)と、退去者(ケース)単位の実態(退去時の性・年齢、要介護度、退去理由、退去先、看取りケアの状況)の双方を把握・分析した。特に、看取りに関しては、特定施設に限らず、住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅(非特定施設)でも看取り実績の多い施設があることが明らかになった。このような高齢者住まいは、特別養護老人ホームを代替し得る資源としてのポテンシャルが高いと考えられ、特に、需要に対して特別養護老人ホームの定員数が少なく、家族・地域等の介護力も弱い都市部において期待され、その役割が大きくなりつつある。

一方で、“終の棲家”と評されることの多い特別養護老人ホームをはじめ、介護保険施設におけるケアの実態を調査する研究は多く、中には退所の実態や看取りを取り上げた調査研究も存在している。例えば、平成 26 年度の老人保健健康増進等事業で、(公社)全国老人福祉施設協議会によって「特別養護老人ホームにおける看取りの推進と医療連携のあり方調査研究事業」が実施されている。

しかし、高齢者向け住まいと同じ視点・水準で両者の果たしている機能を対比・分析した研究はほとんど見られない。前述の全国老人福祉施設協議会の研究でも、特定施設との比較は行われてないほか、施設単位の調査項目のみで構成され、退所者(ケース)単位の調査項目は設けられていない。

今後、医療機関以外での看取りを推進する観点から、両者の持つ機能の比較分析を行うことには大きな意義があると考えられる。

このような状況を踏まえ、本研究では、特別養護老人ホームと高齢者向け住まいにおける認知症ケア・看取り対応について、対比可能な形で実態を把握し、その特徴等について分析を行うことを目的とする。そのため、平成 28 年度に高齢者向け住まいを対象に行った調査項目をベースに、特別養護老人ホームを対象とする調査を実施し、法人・施設の特性や入所者像、取組実態に加えて、退所(居)に至ったケースに関する状態像や退所(居)理由、うち看取りケースにおける亡くなる直前の症状やケアの状況等の把握を試みる。その上で、両者の入所者像の違い等を勘案しながら、特別養護老人ホームにおいて認知症ケアや看取りを一層推進するにあたっての課題等を明らかにすることとする。

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。

高齢者施設等における医療ニーズ対応のあり方に関する研究会 委員名簿

(50音順)

	伊東 美緒	東京都健康長寿医療センター 研究員(認知症ケア、看護)
座長	井上 由起子	日本社会事業大学 教授
	佐々木 淳	医療法人社団 悠翔会 理事長(医師)
	島田 千穂	東京都健康長寿医療センター 研究副部長(看取り介護)
	瀬戸 雅嗣	公益社団法人 全国老人福祉施設協議会 理事・統括幹事 特別養護老人ホーム厚別栄和荘 総合施設長
	長田 洋	高齢者住まい事業者団体連合会 事務局長 株式会社ベネッセスタイルケア 渉外部長

< 研究協力(オブザーバー) >

	八田 睦美	厚生労働省 老健局 高齢者支援課 老人介護専門官(看護)
	上野 翔平	厚生労働省 老健局 高齢者支援課 課長補佐(高齢者居住福祉担当)

< 開催日程および議題 >

回数	日程	議 題
第1回	平成 29 年 7 月 15 日 (火) 18:00~20:00	○調査研究の目的・内容(認識の共有) ○調査票(案)に関するディスカッション
第2回	平成 29 年 10 月 27 日 (火) 9:30~11:30	○調査結果(回収恐恐、単純集計)のご報告 ○クロス集計・分析に関するディスカッション
第3回	平成 30 年 2 月 28 日 (火) 10:00~12:00	○クロス集計結果のご報告 ○考察・報告書とりまとめに関するディスカッション

2) アンケート調査の概要

(1) 調査設計

高齢者住まいと比較できるようにするため、平成 28 年度研究で用いた調査票をベースとしながら、特別養護老人ホーム固有の特性等を加味して設計を行った。

具体的には、下記に示すとおり5つのブロックに分け、Ⅰ・Ⅱは施設に関する基礎的情報に関する項目、Ⅲは認知症ケアに関する項目、Ⅳ・Ⅴは入退所と看取りの実態に関する項目で構成した。

図表 主な調査項目

- | |
|----------------------------|
| Ⅰ. 法人・施設概要 |
| Ⅱ. 現在の入所者の状況 |
| Ⅲ. 認知症ケアのあり方で最も悩んでいるケースの状況 |
| Ⅳ. 入退所の状況（退所者に関するケース情報を含む） |
| Ⅴ. 看取りに対する取り組み |

(2) 調査対象

全国には、地域密着型を含め、約 10,000 施設の特別養護老人ホームが運営されていることから、この 25%に相当する 2,500 施設を無作為に抽出して調査対象とし、アンケート調査票を送付した。

(3) 調査方法

郵送配布・郵送回収にて実施。

(4) 調査期間

平成 29 年8月 14 日～9月 20 日(同日着分まで有効)

(5) 回収状況

1,082 施設回収(有効回収率 43.3%)

退所ケース 7,120 人分の情報を収集

(6) 集計・分析の種類と方法

アンケートの分析にあたっては、単純集計及びクロス集計を実施した。クロス集計は、研究会等での議論を踏まえ、分析する項目を決定した。本報告書では、単純集計結果に続けて、関連するクロス集計結果を織り込む形で掲載している。

また、ポイントとなる項目については、特定施設の調査結果との対比を合わせて行った。本報告書では、特に記載がない場合は、平成 28 年度に高齢者住まいを対象に実施した「高齢者向け住まいにおける認知症ケアや看取り、医療ニーズ等の重度化対応へのあり方に関する調査研究」のうち、特定施設分を比較対象として用いた。一部、必要に応じて、平成 29 年度に実施している研究結果と対比している箇所もあり、その場合は、注釈にてその旨を明示した。

【都道府県別 有効回答状況】

	送付施設数	回収数	有効回答率
北海道	126	61	48.4
青森県	36	20	55.6
岩手県	39	28	71.8
宮城県	39	19	48.7
秋田県	29	13	44.8
山形県	41	22	53.7
福島県	43	15	34.9
茨城県	68	24	35.3
栃木県	50	15	30.0
群馬県	55	19	34.5
埼玉県	101	35	34.7
千葉県	104	39	37.5
東京都	131	51	38.9
神奈川県	102	46	45.1
新潟県	77	44	57.1
富山県	16	10	62.5
石川県	36	16	44.4
福井県	24	10	41.7
山梨県	31	14	45.2
長野県	53	28	52.8
岐阜県	47	24	51.1
静岡県	84	35	41.7
愛知県	88	40	45.5
三重県	39	16	41.0
滋賀県	28	16	57.1
京都府	42	18	42.9
大阪府	126	37	29.4
兵庫県	110	46	41.8
奈良県	28	12	42.9
和歌山県	29	14	48.3
鳥取県	14	8	57.1
島根県	34	17	50.0
岡山県	56	22	39.3
広島県	74	30	40.5
山口県	42	20	47.6
徳島県	22	5	22.7
香川県	27	9	33.3
愛媛県	38	15	39.5
高知県	17	12	70.6
福岡県	100	34	34.0
佐賀県	21	7	33.3
長崎県	43	23	53.5
熊本県	64	38	59.4
大分県	27	10	37.0
宮崎県	28	10	35.7
鹿児島県	53	27	50.9
沖縄県	18	7	38.9
無回答	—	1	—
全 体	2,500	1,082	43.3

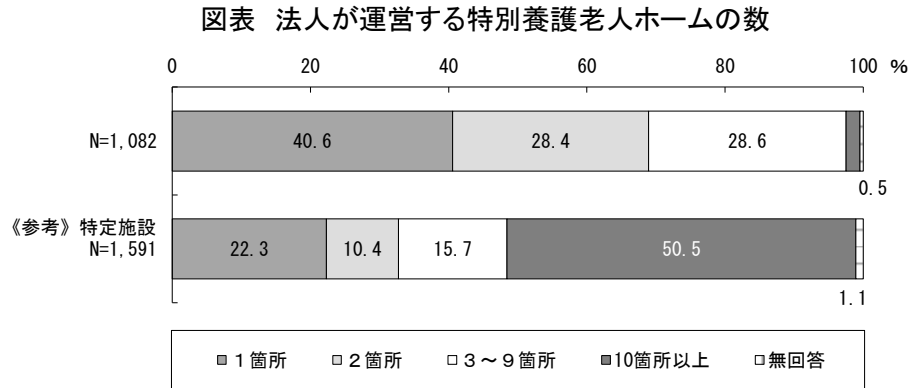
II. 回答法人及び施設の概要

1. 基本情報

1) 法人が運営する特別養護老人ホームの数【問1(1)】

「1箇所」が40.6%と最も多く、次いで「2箇所」28.4%、「3～9箇所」28.6%となっている。

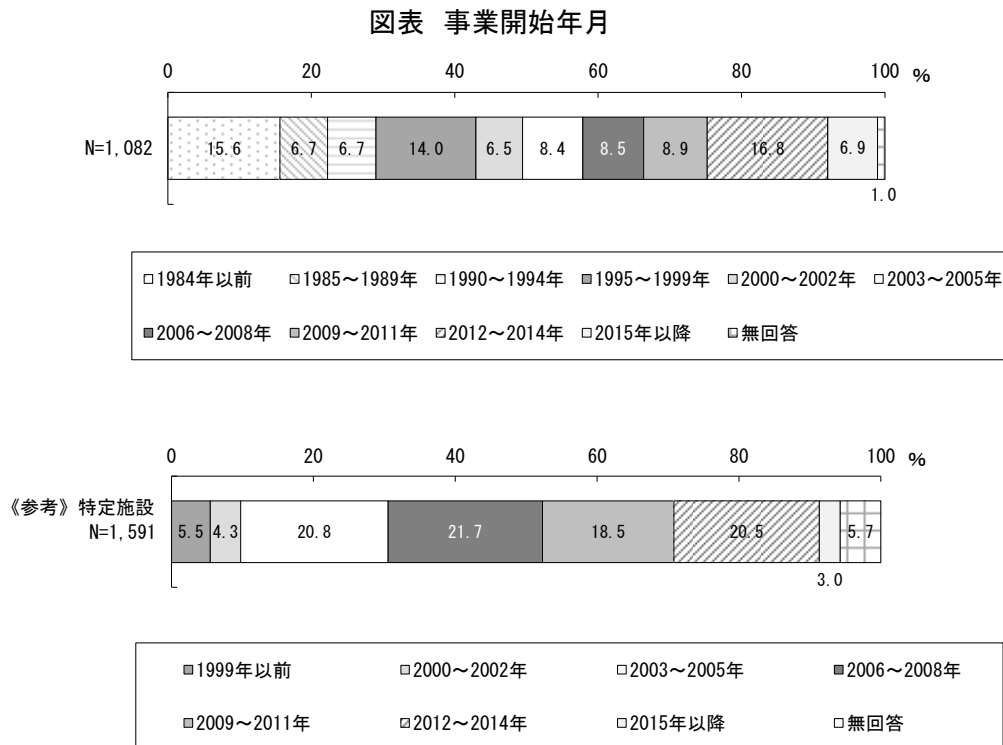
「10箇所以上」は2.0%のみであり、特定施設と比較すると、複数施設を展開する法人が少ない点が特徴となっている。



2) 事業開始年月【問2】

「2012～2014年」が16.8%と最も多く、次いで「1984年以前」が15.6%、「1995～1999年」が14.0%となっている。特定施設に比べ、1999年以前に開設した施設が多くなっている。

※2012～2014年開設の施設の割合が高いのは、ユニット型の事業所を分割した制度変更の影響の可能性がある。



2. 居室等の状況

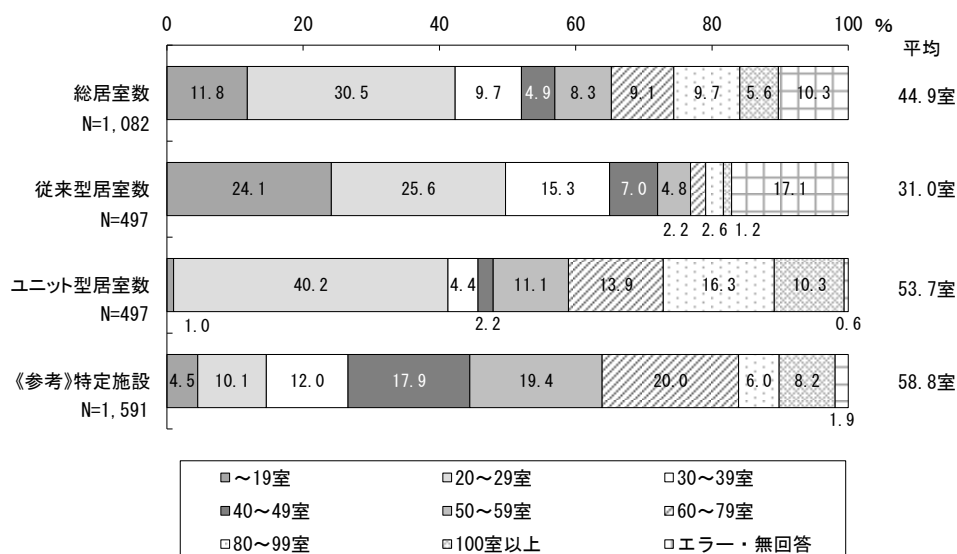
1) 居室数【問6(1)】

総居室数では、「20～29 室」が最も多く 30.5%、次いで「～19 室」が 11.8%を占めており、平均は 44.9 室である。

従来型の居室数では、「20～29 室」が最も多く 25.6%、次いで「～19 室」が 24.1%を占めており、平均は 31.0 室である。

ユニット型の居室数では、「20～29 室」が最も多く 40.2%、次いで「88～99 室」が 16.3%を占めており、平均は 53.7 室である。

図表 居室数



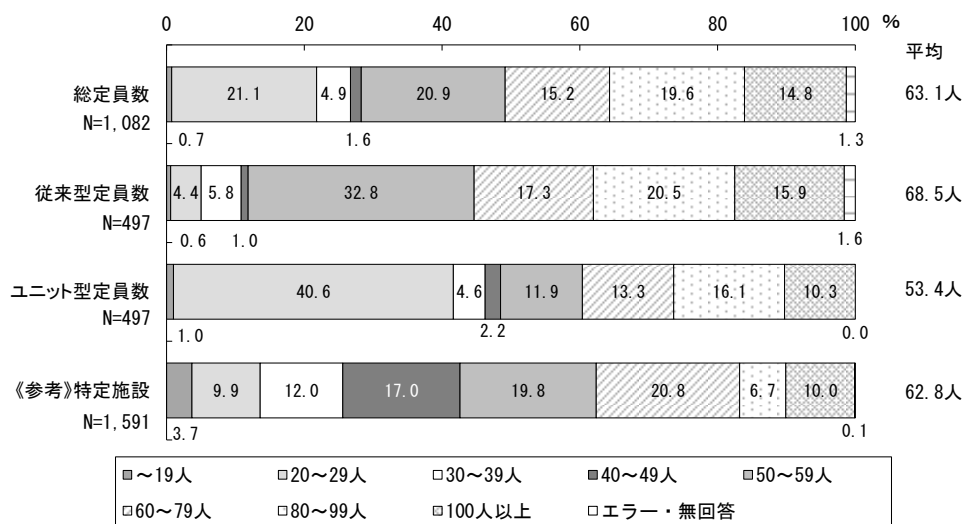
2) 入所定員数【問6(2)】

総定員数では、「20～29人」が最も多く21.1%、次いで「50～59人」が20.9%を占めており、平均は63.1人である。

従来型定員数では、「50～59人」が最も多く32.8%、次いで「80～99人」が20.5%を占めており、平均は68.5人である。

ユニット型定員数では、「20～29人」が最も多く40.6%、次いで「80～99人」が16.1%を占めており、平均は53.4人である。

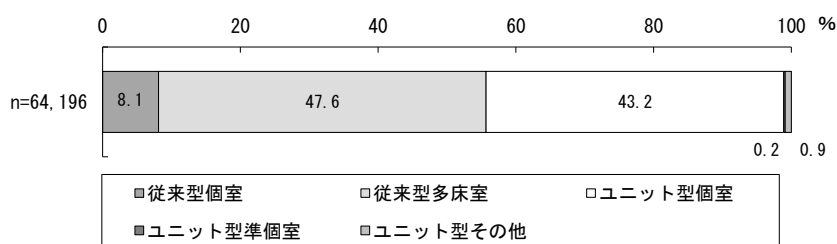
図表 入所定員数



3) 居室タイプ別入所者数【問6(3)】

居室タイプ別入所者の割合をみると、「従来型多床室」が最も多く47.6%、次いで「ユニット型個室」が43.2%を占めている。

図表 入所者数(人数積み上げ)

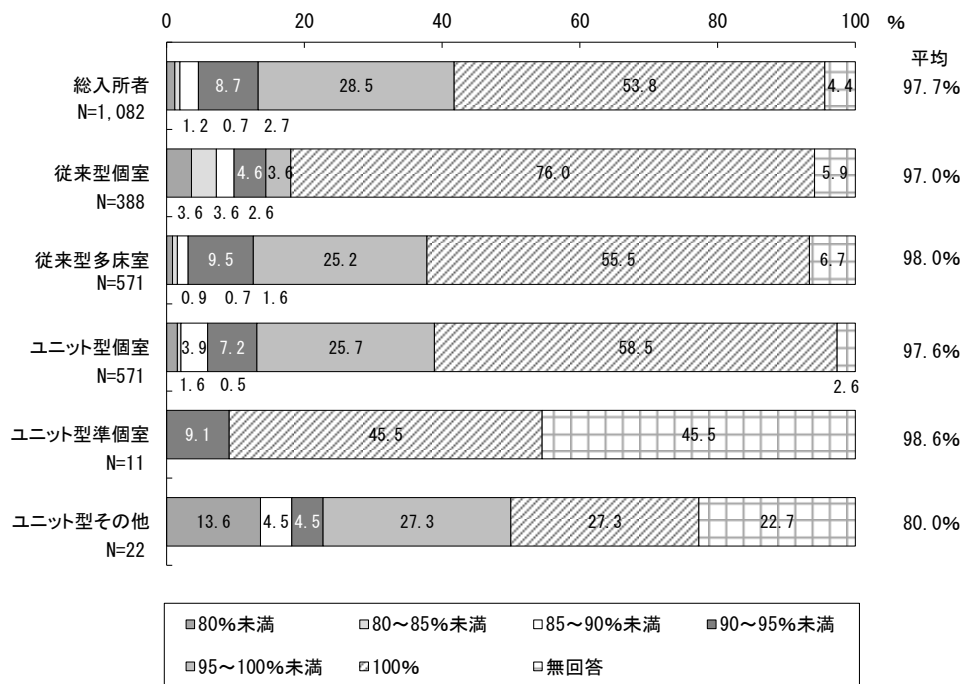


4) 入所率〔問6(2)(3)より算出〕

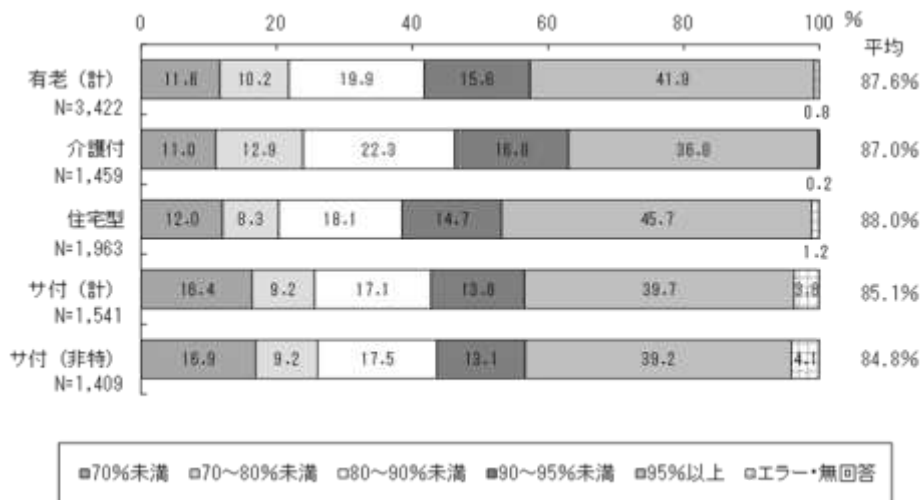
特別養護老人ホーム全体でみると、入所率「100%」の施設が 53.8%と過半数を占め、次いで「95～100%」が 28.5%と、8割超の施設で入所率 95%以上となっている。そのため、平均入所率も 97.7%と、特定施設(87.0%)と比較して高くなっている。

居室タイプ別にみると、入所率「100%」の施設が最も多いのは「従来型個室」で 76.0%、次いで「ユニット型個室」58.5%、「従来型多床室」55.5%の順となっている。平均入所率でみると、いずれも 97%以上と高くなっている。

図表 入所率



《参考》特定施設等の入居率

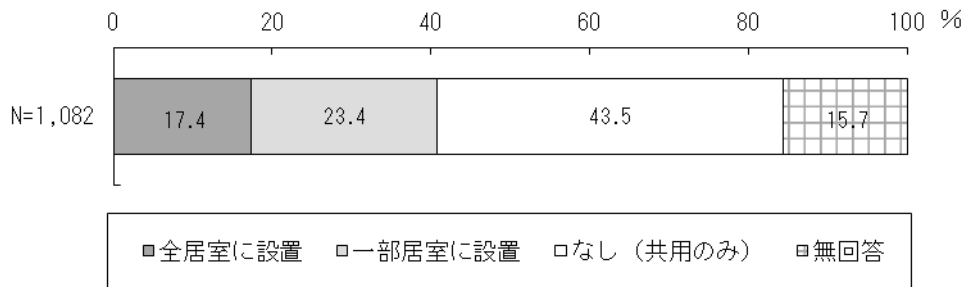


5)居室へのトイレの設置状況【問6(6)】

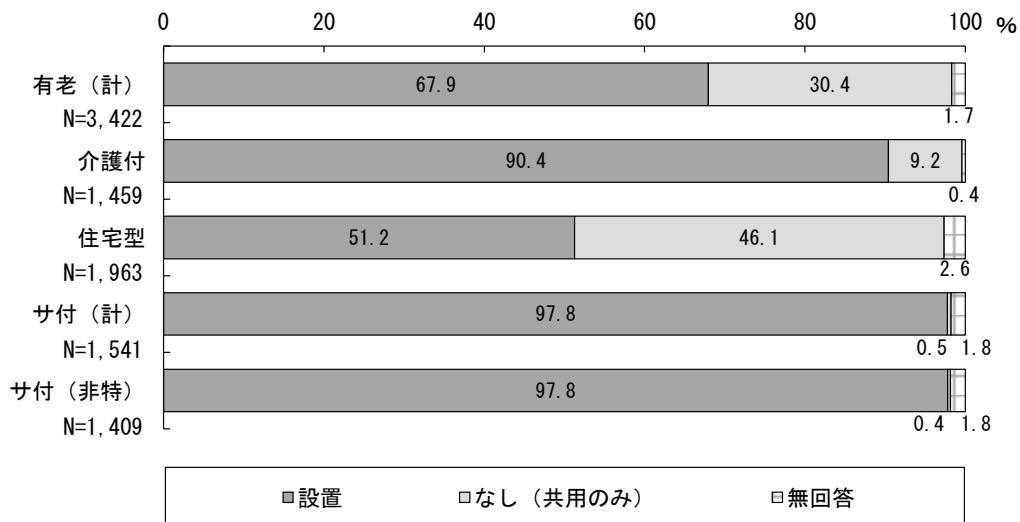
居室へのトイレの設置状況では、「なし(共用のみ)」が最も多く 43.5%、次いで「一部居室に設置」が 23.4%、「全居室に設置」が 17.4%となっている。

原則個室となっている特定施設では、最多居室タイプでトイレが設置されている割合は9割を超えていることと比べると、特別養護老人ホームでは居室への設置率は低くなっている。

図表 居室へのトイレの設置状況



《参考》特定施設等における最多居室タイプへのトイレの設置状況



3. 職員体制

1) 配置医師の体制 [問3(1)]

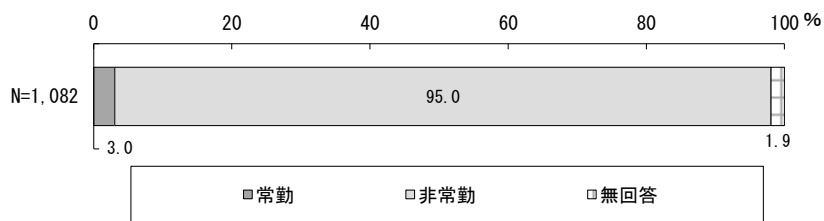
配置医師の勤務体制は、「非常勤」が 95.0%を占めた。

配置医師の実人数は「1人」が 66.5%と最も多く、次いで「2人」が 19.1%、「3人」が 6.1%となっており、これらで全体の約9割を占めた。

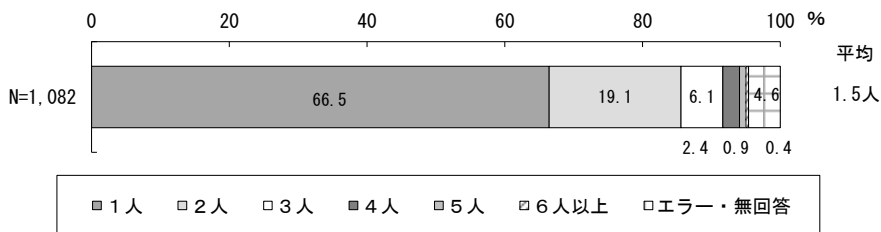
配置医師の対応可能な時間帯では、「夜間・休日も対応」が 48.4%と最も多く、次いで「平日・日中は、施設にいない時間も対応」が 23.0%、「施設で勤務している時間のみに対応」が 18.0%となっている。

施設にいない時間帯の対応方法は、平日・日中は「オンコールのみ」が 49.4%、「駆けつけ対応も実施」が 43.8%を占めている。夜間・休日では、「オンコールのみ」が 24.2%、「駆けつけ対応も実施」が 70.6%と、平日・日中よりも「駆けつけ対応」の割合が高くなっている。

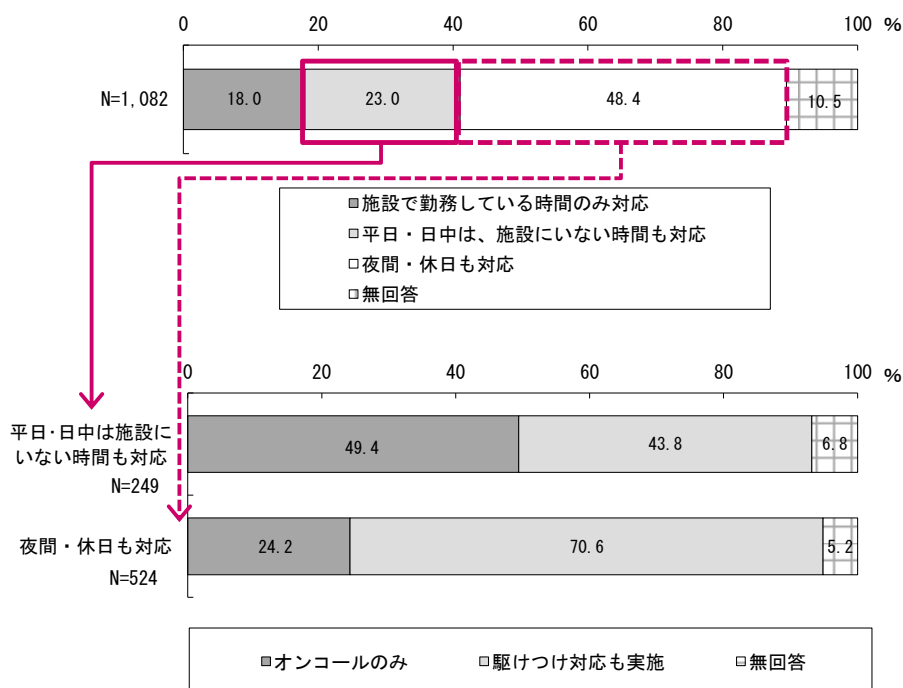
図表 配置医師の状況 ①勤務体制



図表 配置医師の状況 ②実人数



図表 配置医師の状況 ③対応可能な時間帯



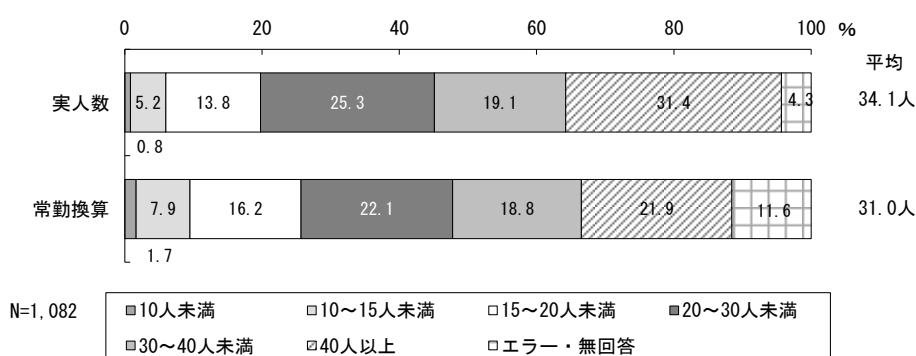
2) 介護職員の体制【問3(2)】

介護職員総数(常勤・非常勤合計)は、実人数ベースで見ると、「40人以上」が最も多く31.4%、次いで「20～30人未満」が25.3%、「30～40人未満」が19.1%で、平均34.1人となっている。常勤換算数ベースで見ると、「20～30人未満」が最も多く22.1%を占め、次いで「40人以上」が21.9%、「30～40人未満」が18.8%で、平均31.0人となっている。両者の差が少ないことから、常勤職員の割合が高いことがうかがわれる。

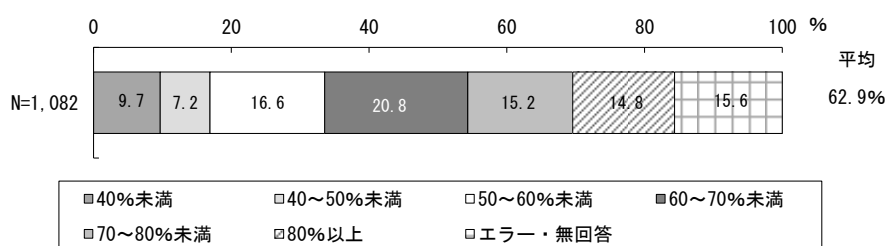
このうち、介護福祉士の状況については、介護職員総数に占める介護福祉士の割合で見ると、「60～70%未満」が最も多く20.8%を占め、次いで「50～60%未満」16.6%、「70～80%未満」15.2%となっており、平均では62.9%、介護福祉士の割合が50%以上を占める施設が6割以上となっている。

入所者6人に対する介護福祉士の人数で見ると、「1～2人未満」が41.7%、「2人以上」が36.1%と、両者で約8割を占め、平均では1.9人となった。

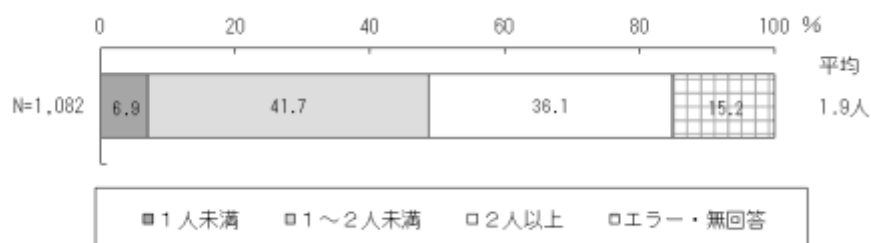
図表 介護職員総数(常勤・非常勤合計)



図表 介護職員総数に占める介護福祉士の割合



図表 入所者6人に対する介護福祉士の人数



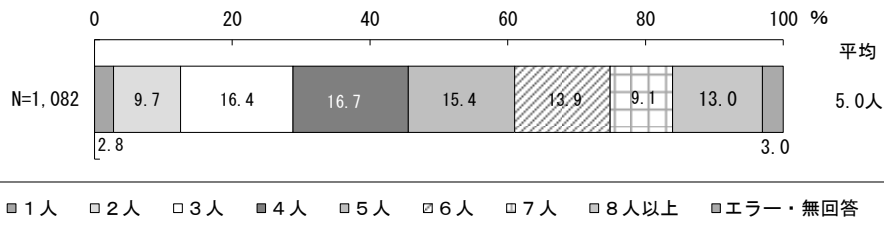
3) 看護職員の体制【問3(3)】

看護職員総数(常勤・非常勤合計)は、実人数ベースでは、「4人」が最も多く 16.7%、次いで「3人」が 16.4%、「5人」が 15.4%となっており、平均は 5.0 人であった。

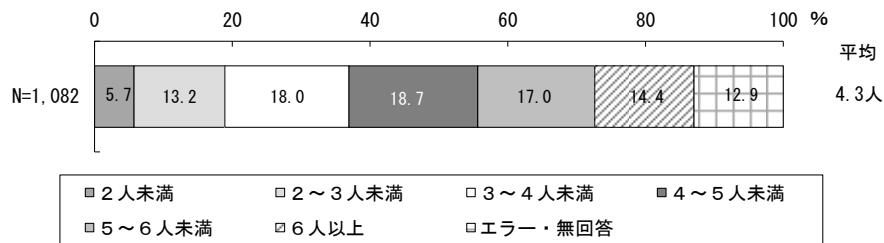
常勤換算数ベースでは、「4～5人」が最も多く 18.7%、次いで「3～4人」が 18.0%、「5～6人」が 17.0%となっており、平均は 4.3 人であった。

図表 看護職員総数(常勤・非常勤合計)

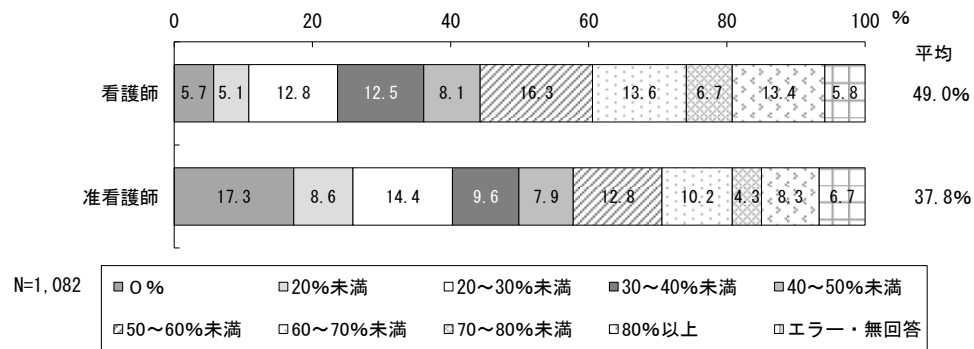
<実人数>



<常勤換算数>



図表 看護職員総数に占める常勤看護師・准看護師の割合

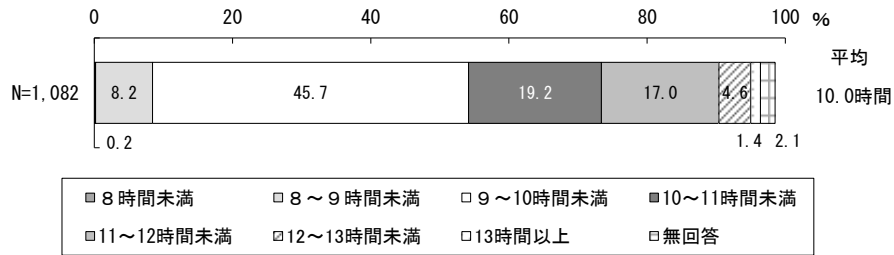


4) 看護職員が必ず勤務している時間帯【問3(4)】

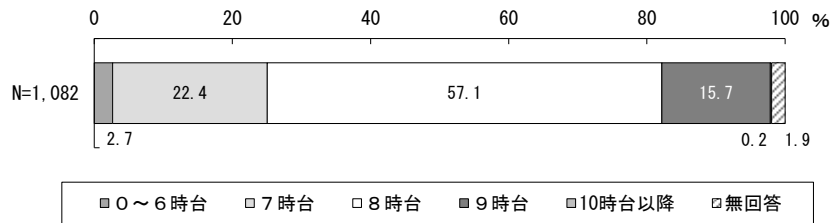
看護職員が必ず勤務している時間数は、「9～10 時間未満」が 45.7%と最も多く、次いで「10～11 時間未満」が 19.2%、「11～12 時間未満」が 17.0%となっており、平均は 10.0 時間であった。

勤務開始時刻をみると、「8時台」が 57.1%と最も多く過半数を占め、次いで「7時台」が 22.1%、「9時台」が 15.7%となっている。勤務終了時刻をみると、「18 時台」が 40.8%と最も多く、次いで「17 時台」が 40.1%、「19 時台」が 12.8%となっている。

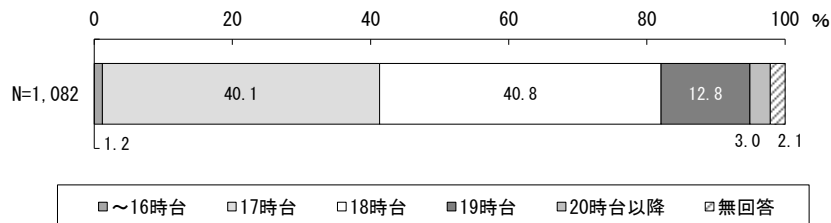
図表 看護職員が必ず勤務している時間帯 —勤務している時間数



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

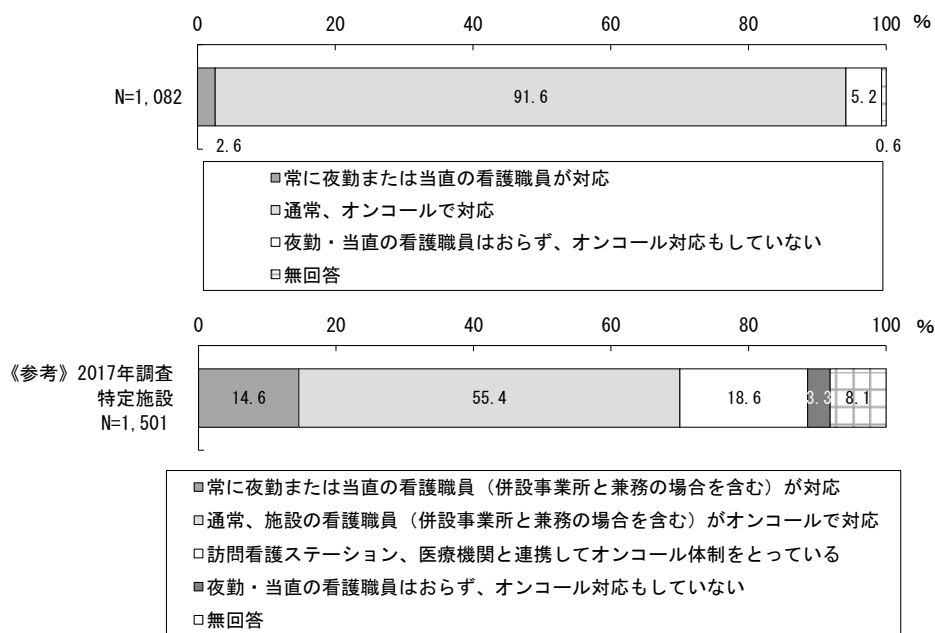


5) 夜間の看護体制【問3(5)】

夜間の看護体制は、「通常、オンコールで対応」が 91.6%を占めている。

特定施設でも、「オンコールで対応」している施設が 74.0%を占めているが、「常に夜勤または当直の看護職員が対応」も 14.6%見られており、一部の特定施設では特別養護老人ホームよりも夜間の看護体制が充実していることがうかがわれた。

図表 夜間の看護体制

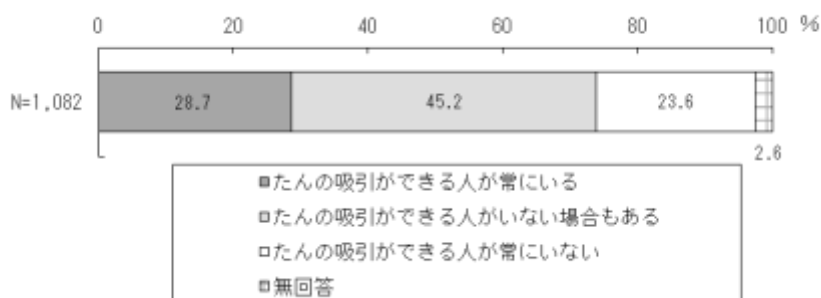


※当該設問に関しては、2016年調査より2017年調査の方が、選択肢が本調査と似ていることから、2017年の結果を掲載した。

6) 夜間の医療対応【問3(6)】

夜間に「たんの吸引ができる人が常にいる」施設は 28.7%で、「たんの吸引ができる人がいない場合もある」施設の方が 45.2%と多いことや、「たんの吸引ができる人が常にいる」施設も 23.6%あることが把握された。

図表 夜間の医療体制



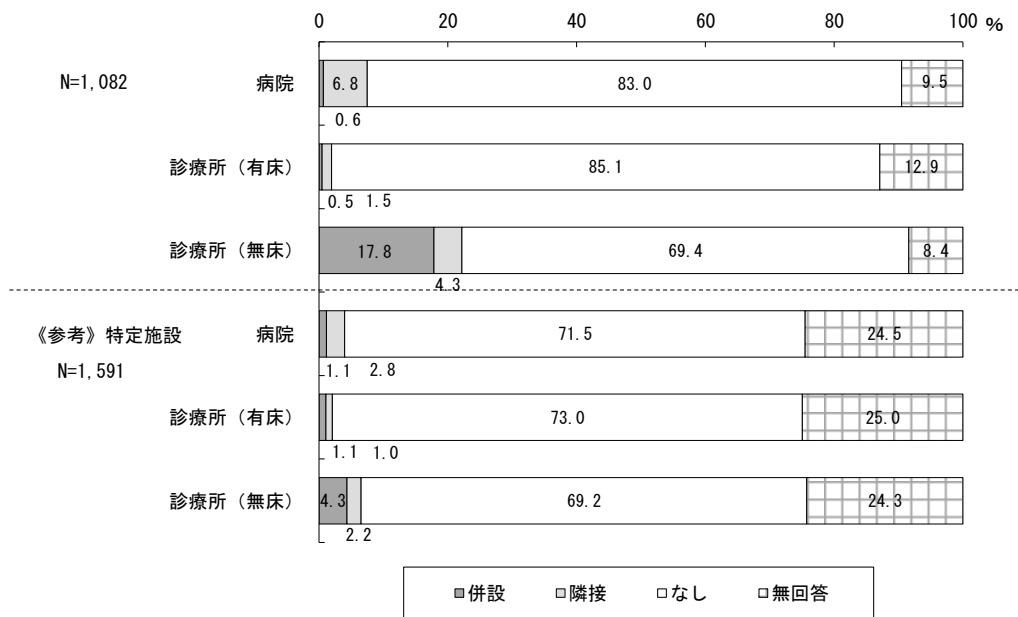
4. 併設・隣接の医療機関の状況

1) 併設・隣接の医療機関の状況【問4】

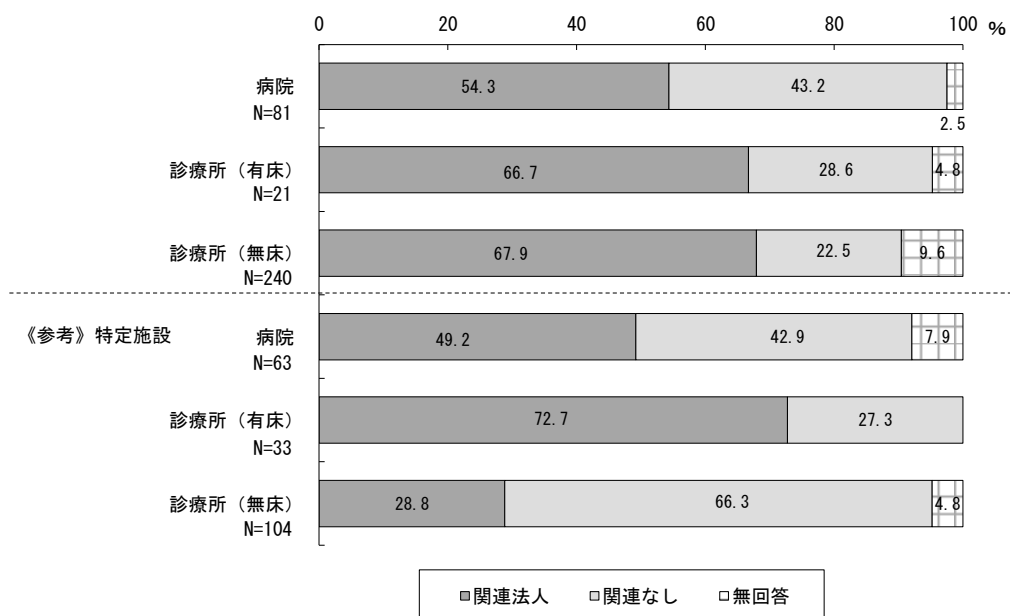
併設・隣接の医療機関がある割合は、病院が 7.5%、診療所(有床)が 1.9%、診療所(無床)が 22.2%となっている。特定施設と比較して、併設・隣接の医療機関がある特別養護老人ホームが多いことが確認された。

併設・隣接の事業所がある場合の、特別養護老人ホームの運営主体との関係性をみると、病院では5割強、診療所では約3分の2が「関連あり」となっている。特定施設と比べると、診療所(有床)は特定施設の方が関連法人の割合が高いが、病院と診療所(無床)は特別養護老人ホームの方が関連法人の割合が高かった。

図表 併設・隣接の医療機関 ①併設・隣接状況



図表 併設・隣接の医療機関 ②併設・隣接事業所の運営主体との関係 (併設・隣接の医療機関がある場合のみ)

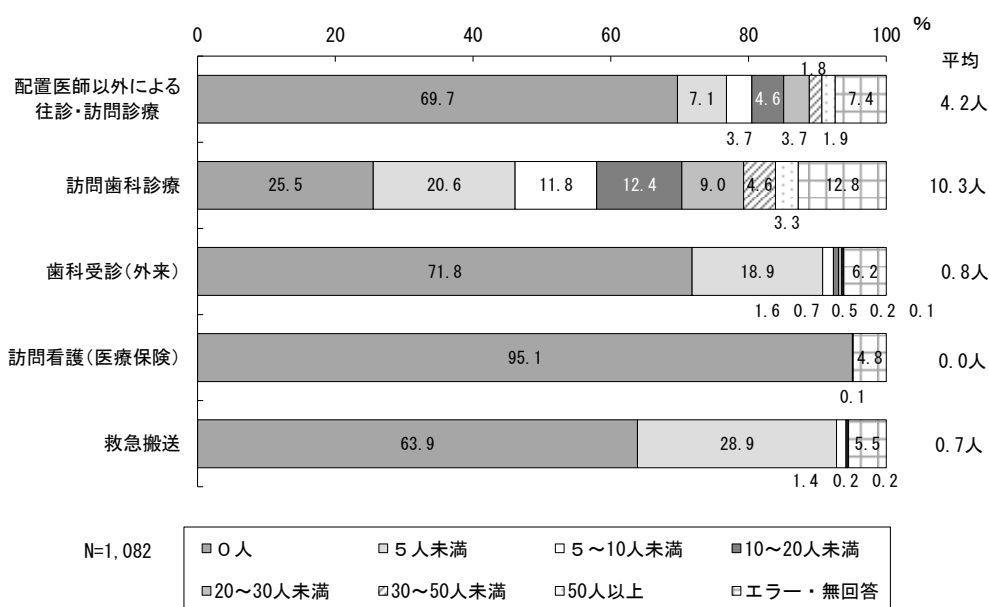


2) 1ヵ月間の医療等の利用状況【問5】

入所者の1ヵ月間の医療等の利用状況を利用者実人数ベースでみると、配置医師以外による往診・訪問診療は平均 4.2 人、訪問歯科診療は平均 10.3 人、歯科受診(外来)は平均 0.8 人、訪問看護(医療保険)は平均 0.0 人、救急搬送は平均 0.7 人であった。訪問歯科診療は6割超の施設で利用されている様子がうかがわれるが、それ以外はいずれも「0人」という回答が6割以上を占めている。特に、訪問看護(医療保険)は、がんの末期患者等特定の条件を満たした場合にのみ利用が認められるが、ほとんど利用されていないことが明らかになった。

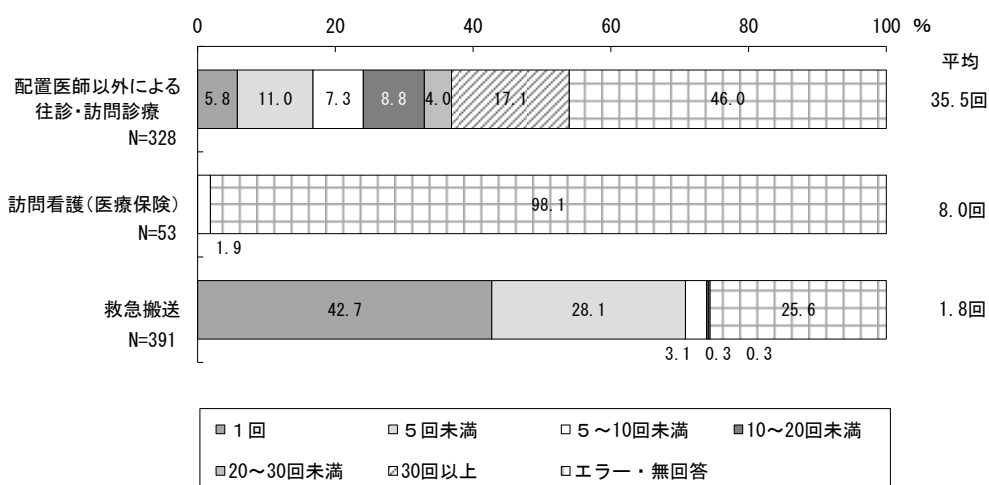
延べ利用回数をみると、配置医師以外による往診・訪問診療は平均月 35.5 回で、「30 回以上」(毎日)と回答した施設が 17.1%を占めた。救急搬送は平均月 1.8 回で、1%未満ではあるが、月 10 回以上利用している施設も見られた。

図表 1ヵ月間の医療等の利用状況 ①利用者実人数



図表 医療等の利用状況 ②延べ利用回数

(①で利用者がいると回答した施設のみ)



Ⅲ. 現在の入所者の状況

1. 入所者の状況

1) 要介護度別入所者数【問6(7)】

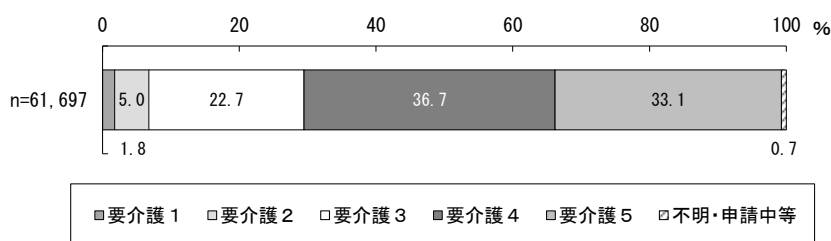
要介護度別入所者数では、「要介護4」が最も多く 36.7%、次いで「要介護5」が 33.1%、「要介護3」が 22.7%となっており、要介護度3以上で9割以上を占めている。

また特定施設では、「要介護1」、「要介護2」の入居者が多く、「要介護3」以上が全体の4割程度であるのに対し、特別養護老人ホームでは、「要介護3」以上が9割以上を占めている。

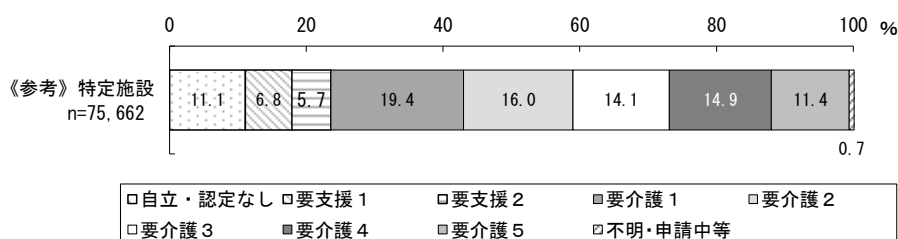
平均要介護度では、「3.5～4.0未満」が最も多く43.3%、次いで「4.0～4.5未満」が42.4%となっており、平均要介護度 3.5 以上が8割以上を占めている。

また特定施設では、平均要介護度「2.5～3.0未満」、「3.0～3.5未満」が全体の3分の2を占めており、平均要介護度 3.5 以上の施設は 15%程度であるのに対し、特別養護老人ホームでは平均要介護度 3.5 以上が8割強を占めている。

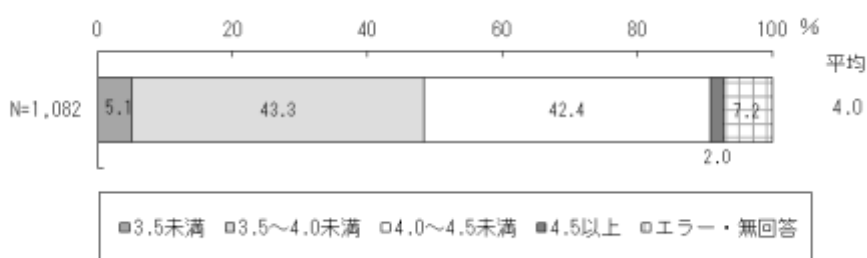
図表 要介護度別入所者数(人数積み上げ)



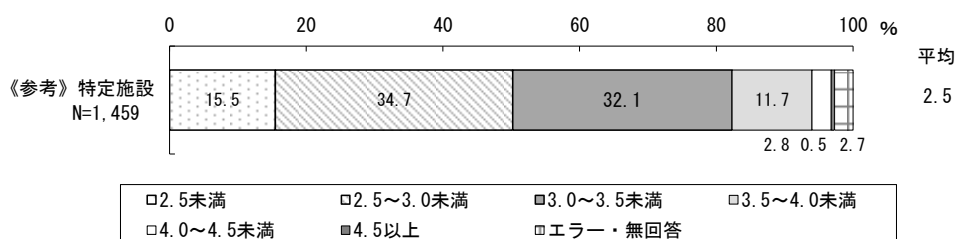
《参考》特定施設等における要介護度別入所者数(人数積み上げ)



図表 平均要介護度



《参考》特定施設における平均要介護度



※平均要介護度は、「自立」=0、「要支援1」=0.375、「要支援2」=1として算出。

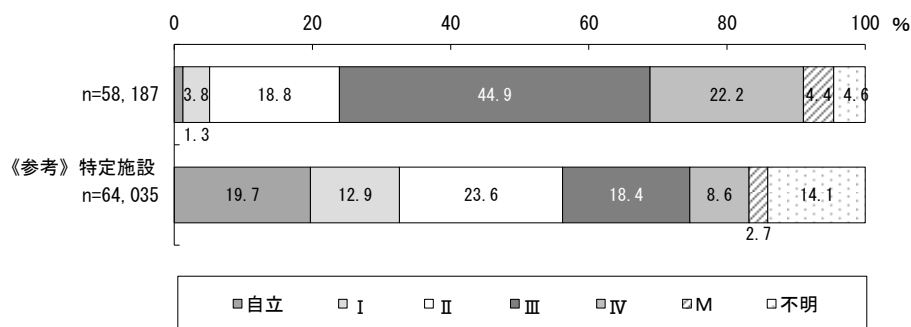
2) 認知症の程度別入所者数【問6(8)】

認知症の程度別にみると、「Ⅲ」の入所者が最も多く 44.9%を占め、次いで「Ⅳ」が 22.2%、「Ⅱ」が 18.8%となっている。

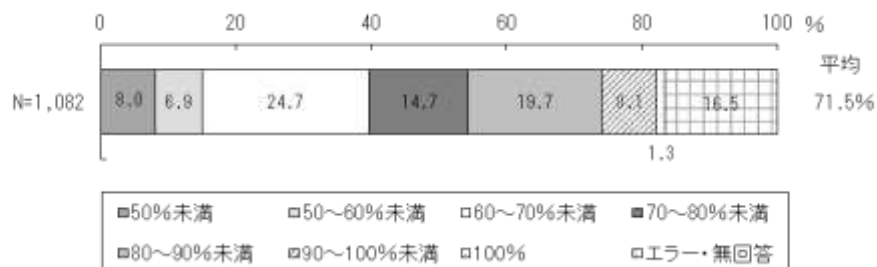
特定施設と比較すると、特定施設では、認知症の程度が「Ⅱ」が最も多く 23.6%、次いで「自立」が 19.7%を占めていることから、認知症の程度がⅢ以上の入所者は全体の3割程度であるのに対し、特別養護老人ホームでは7割を占めている。

入所者に占める認知症の程度がⅢ以上の重度認知症者の割合は、「60～70%未満」が最も高く24.7%で、次いで「80～90%未満」が 19.7%、「70～80%未満」が 14.7%となっており、重度認知症者が 60%以上の施設が7割を占める。

図表 認知症の程度別入所者数(人数積み上げ)



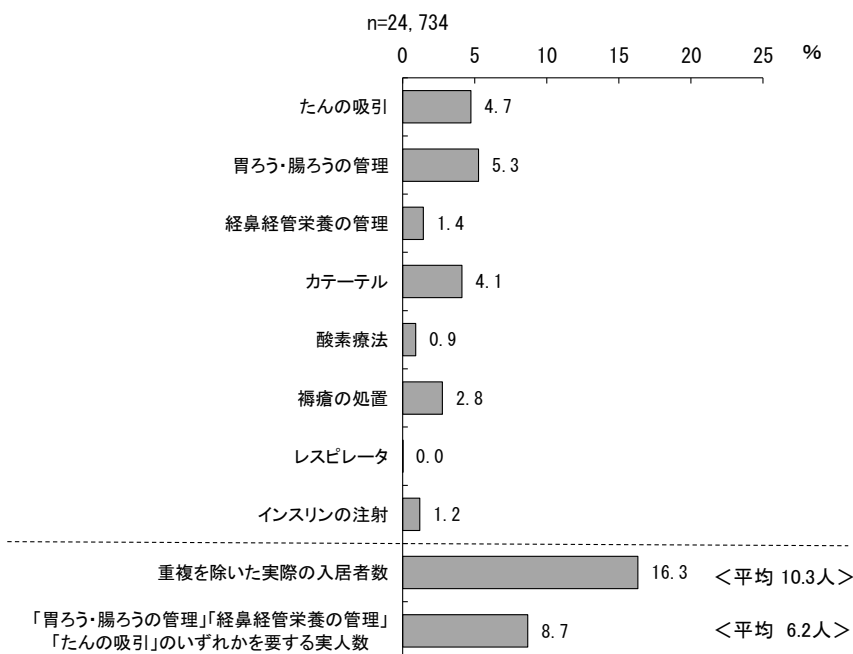
図表 入所者に占める重度認知症者(Ⅲ・Ⅳ・M)の割合



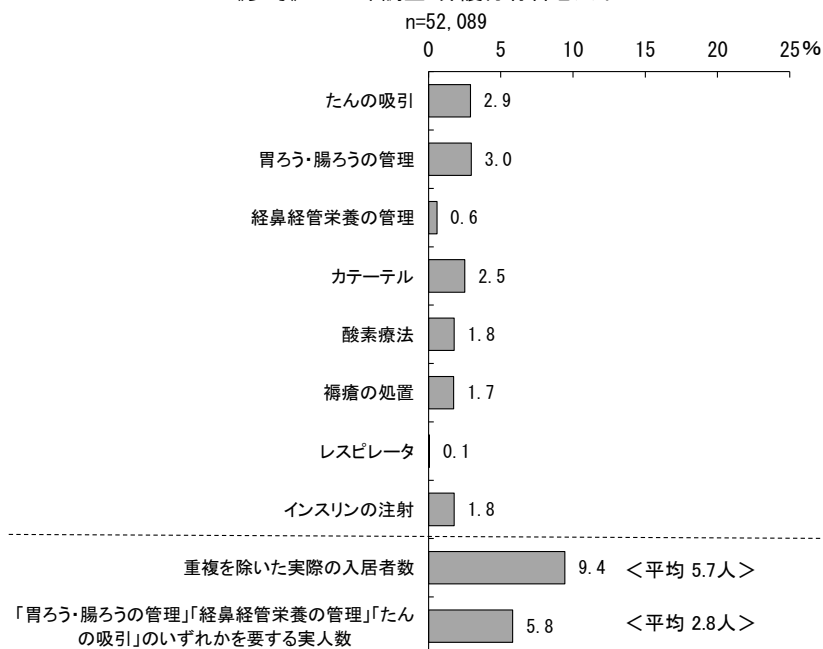
3) 医療処置を要する入所者【問6(9)】

医療処置を必要としている「重複を除いた実際の入所者数」は入所者全体の 16.3%、「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人の割合は 8.7%となっている。

図表 医療処置を要する入所者の割合



《参考》2017年調査 介護付有料老人ホーム

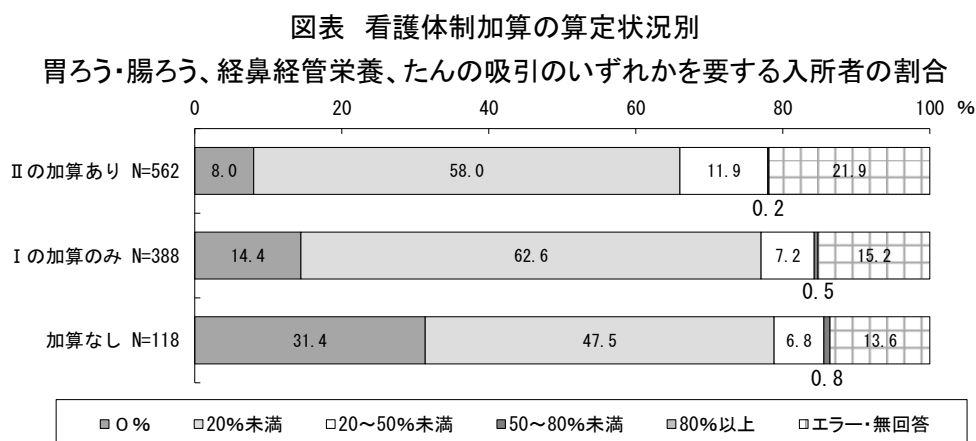
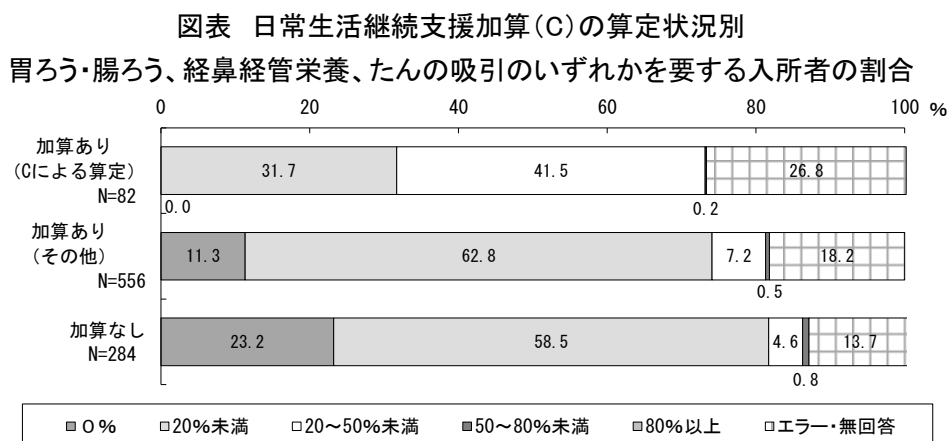


4) 医療処置を要する入所者への対応状況に関するクロス集計(*)

(1) 胃ろう・腸ろう、経鼻経管栄養、たんの吸引のいずれかを要する入所者の割合に関するクロス集計

日常生活継続支援加算を算定していない施設では、胃ろう・腸ろう、経鼻経管栄養、たんの吸引のいずれかを要する入所者は23.2%の施設では1人もおらず、58.5%の施設では入所者の2割未満である。これに対し、日常生活継続支援加算を算定している施設では、当該3行為のいずれかを要する入所者が1人もいない施設が11.3%、2割未満の施設が62.8%となる。さらに、日常生活継続支援加算についてC要件(当該3行為が必要な入所者が15%以上)を満たして算定している施設では、当該3行為のいずれかを要する入所者が20%未満の施設は31.7%に減り、20%以上の施設が4割超にのぼっている。

看護体制加算を算定していない施設では、当該3行為のいずれかを要する入所者が1人もいない施設が31.4%、2割未満の施設が47.5%であるのに対し、看護体制加算Ⅰを算定している施設では、当該3行為のいずれかを要する入所者が1人もいない施設が14.4%に減り、2割未満の施設が62.6%となる。さらに、24時間連絡体制の確保を含む看護体制加算Ⅱを算定している施設では、当該3行為のいずれかを要する入所者が1人もいない施設は8.0%まで減り、2割未満の施設が58.0%、2割以上の施設も12.1%となっている。

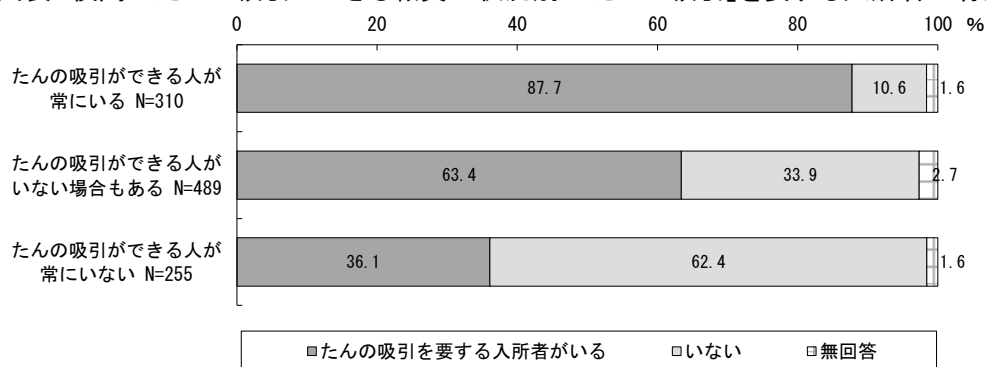


(2)「たんの吸引」を要する入所者の割合に関するクロス集計

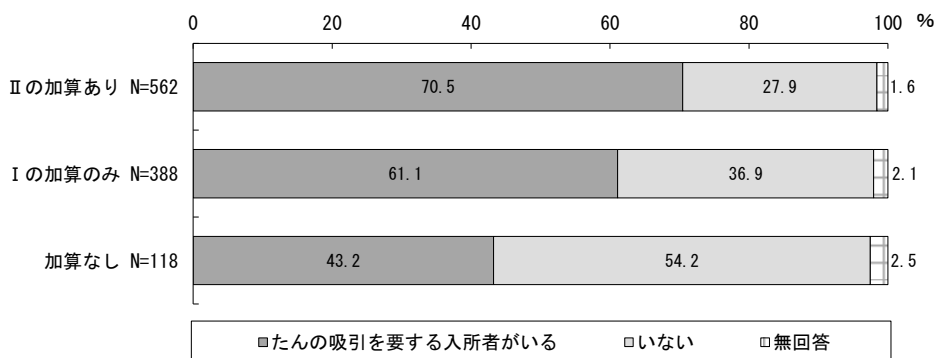
夜間の医療対応体制において、たんの吸引ができる職員が「常にいる」施設では、実際にたんの吸引を要する入所者がいる割合が9割近くを占めているのに対し、「常にいない」施設では、たんの吸引を要する入所者が「いない」が6割を超えている。

看護体制加算Ⅱを算定している施設では、たんの吸引が必要な入所者がいる施設の割合が7割を超えているのに対し、看護体制加算Ⅰを算定している施設では約6割、加算なしの施設では約4割となっている。

図表 夜間のたんの吸引ができる職員の状況別「たんの吸引」を要する入所者の有無



図表 看護体制加算の算定状況別「たんの吸引」を要する入所者の有無

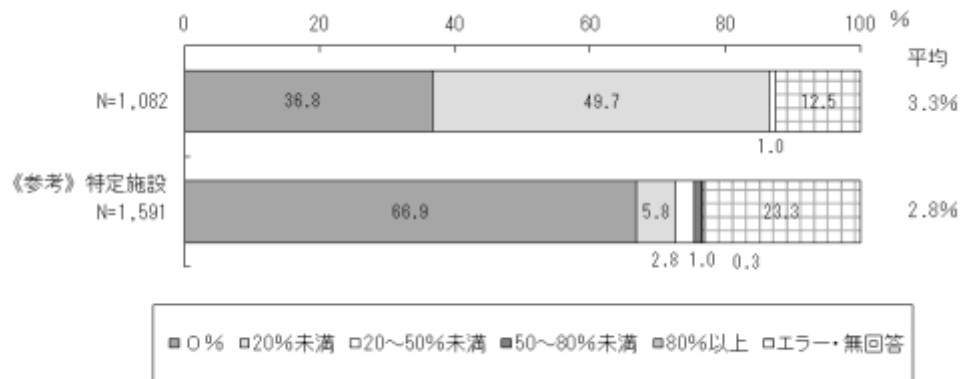


5)生活保護を受給している入所者数【問6(10)】

生活保護を受給している入所者が「20%未満」の施設が最も多く 49.7%、次いで「0%」が 36.8%となっている。約5割の施設で生活保護受給者が入所しており、平均 3.3%となっている。

特定施設と比較すると、特定施設の方が「0%」の割合が 66.9%と高い反面、平均は 2.8%と差が小さくなっている。

図表 入所者総数に占める生活保護を受給している入所者の割合

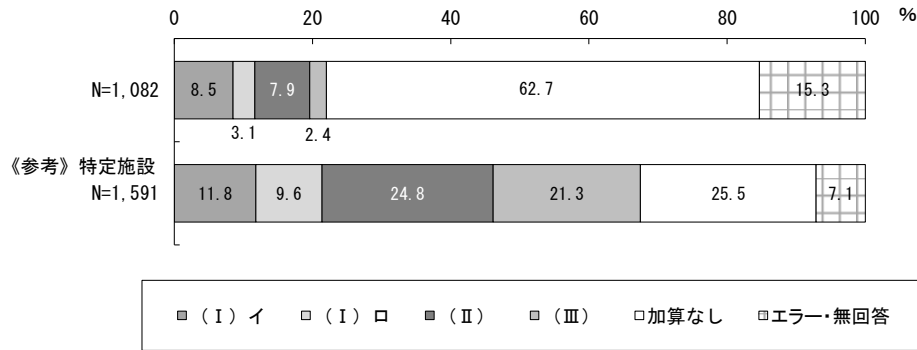


2. 各種加算の算定状況

1) サービス提供体制加算【問7(1)】

サービス提供大勢加算については、「加算なし」が最も多く 62.7%であり、何らかの加算を算定しているのは全体の約2割となっている。

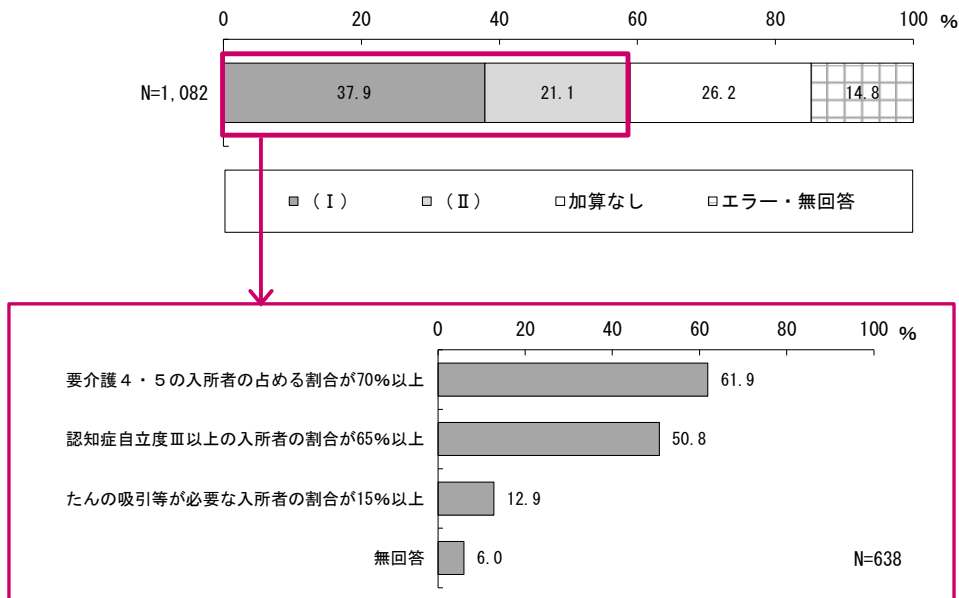
図表 サービス提供体制加算の算定状況



2) 日常生活継続支援加算【問7(2)】

日常生活継続支援加算については、「(I)」を算定している施設が最も多く 37.9%を占め、次いで「(II)」が 21.1%、「加算なし」は 26.2%となっている。何らかの加算を算定している施設は、全体の約6割を占めている。加算算定要件は「要介護4・5の入所者の占める割合が70%以上」が最も多く 61.9%となっている。

図表 日常生活継続支援加算の算定状況

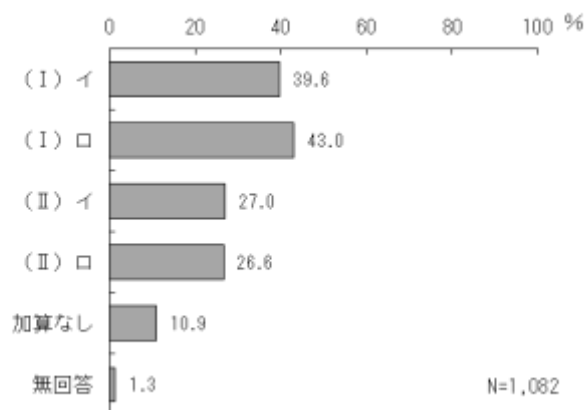


3) 看護体制加算【問7(3)】

看護体制加算では、「加算なし」は 10.9%のみであり、全体の9割近い施設で、何らかの加算が算定されている。

加算の種類の中では、「(I)ロ」が最も多く 43.0%、次いで「(I)イ」が 39.6%、「(II)イ」が 27.0%となっている。

図表 看護体制加算の算定状況(複数回答)

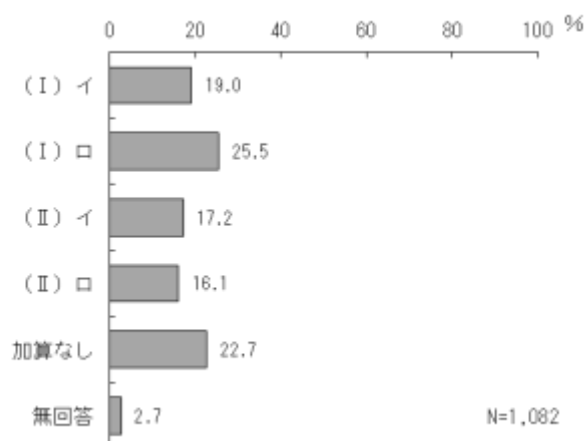


4) 夜間職員配置加算【問7(4)】

夜間職員配置加算では、「加算なし」が 22.7%であり、全体の 75%程度の施設で、何らかの加算が算定されている。

加算の種類の中では、「(I)ロ」が最も多く 25.5%、次いで「(I)イ」が 19.0%、「(II)イ」が 17.2%となっている。

図表 夜間職員配置加算の算定状況(複数回答)

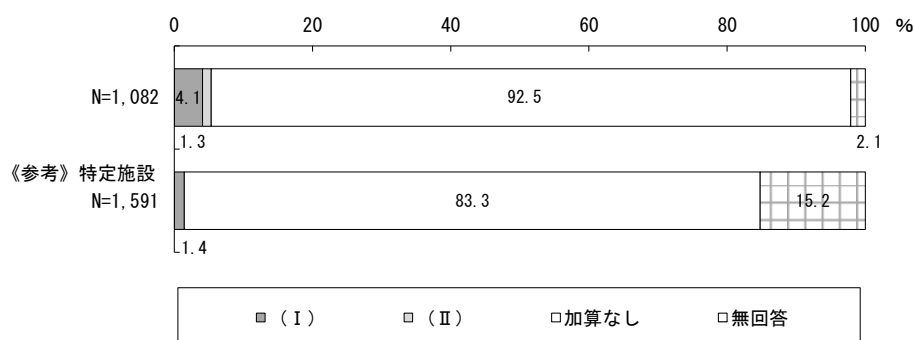


5) 認知症専門ケア加算【問7(5)】

認知症専門ケア加算では、「加算なし」が 92.5%を占め、何らかの加算を算定しているのは全体の 1 割未満となっている。

この割合は、特定施設と比較しても大きな違いは見られない。

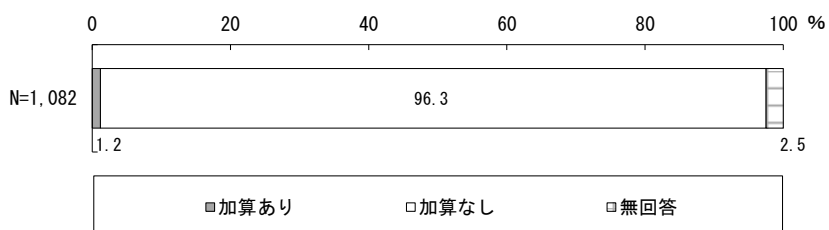
図表 認知症専門ケア加算の算定状況



6) 認知症行動・心理症状緊急対応加算【問7(6)】

認知症行動・心理症状緊急対応加算では、「加算なし」が 96.3%を占め、加算を算定しているのは全体の数%に満たない(13 施設のみ)状況であり、それらの施設のうち 12 施設では実際に算定した人数は「0人」、残りの1施設は無回答であった。

図表 認知症行動・心理症状緊急対応加算の算定状況



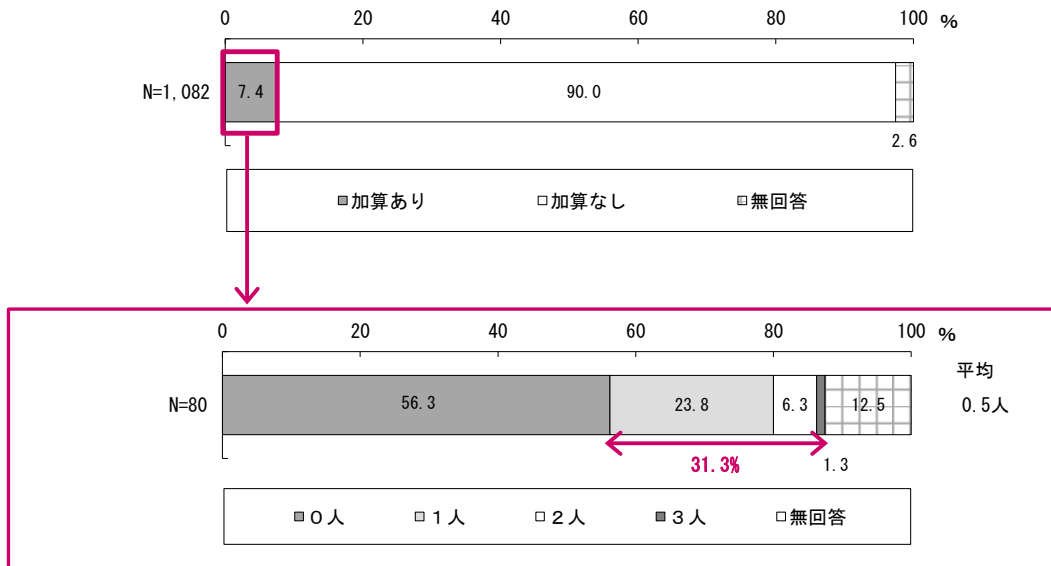
※当該加算を算定した施設は 13 施設のみで、うち 12 施設では実際に算定した人数は「0人」、残りの1施設は無回答のため、グラフは掲載しない。

7)若年性認知症入所者受入加算【問7(7)】

若年性認知症入所者受入加算では、「加算なし」が90.0%を占め、加算を算定しているのは全体の1割に満たない。

加算を算定している場合の平均算定人数は月 0.5 人で、その分布を見ると「0人」が最も多く 56.3%、次いで「1人」が 23.8%となっている。

図表 若年性認知症入所者受入加算の算定状況・算定人数(月)

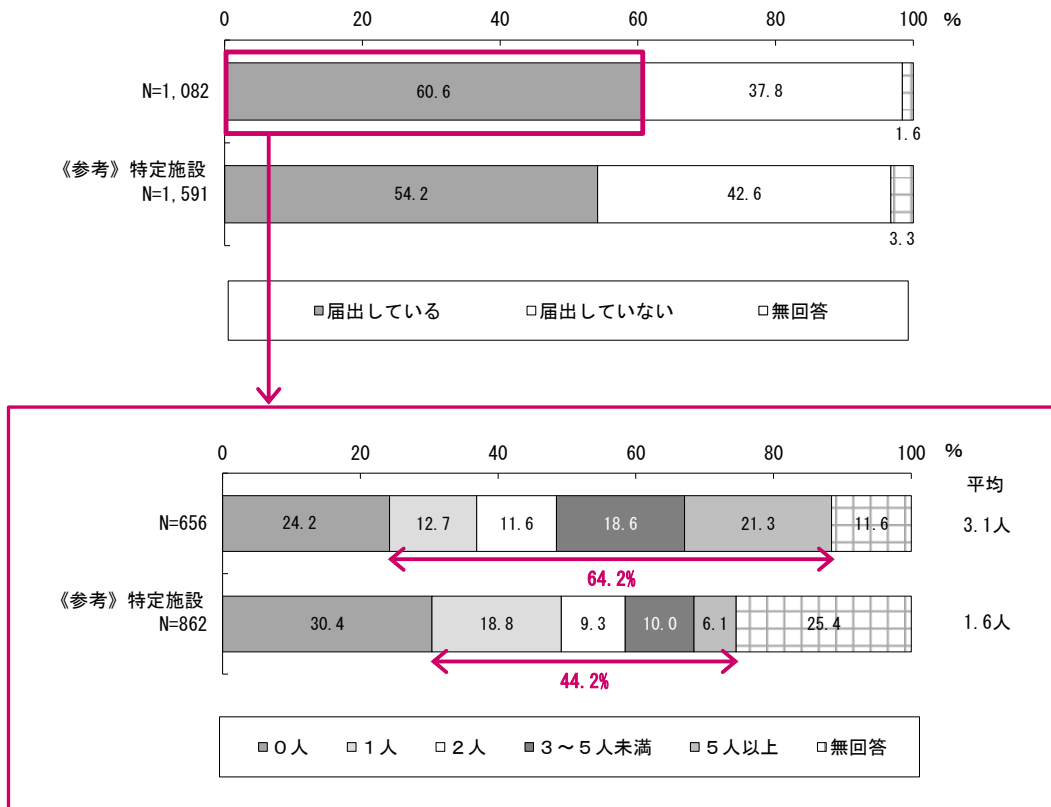


8) 看取り介護加算【問7(8)】

看取り介護加算については、加算算定の「届出している」施設が 60.6%、「届出していない」施設が 37.8%となっている。特定施設と比べ、5ポイント程度「届出している」施設の割合が高い。

加算算定を「届出をしている」施設における半年間の加算算定人数は、「0人」が最も多く 24.2%、次いで「5人以上」が 21.3%、「3～5人」が 18.6%で、平均 3.1 人となっている。特定施設に比べ、加算の算定人数もやや多い傾向が見られる。

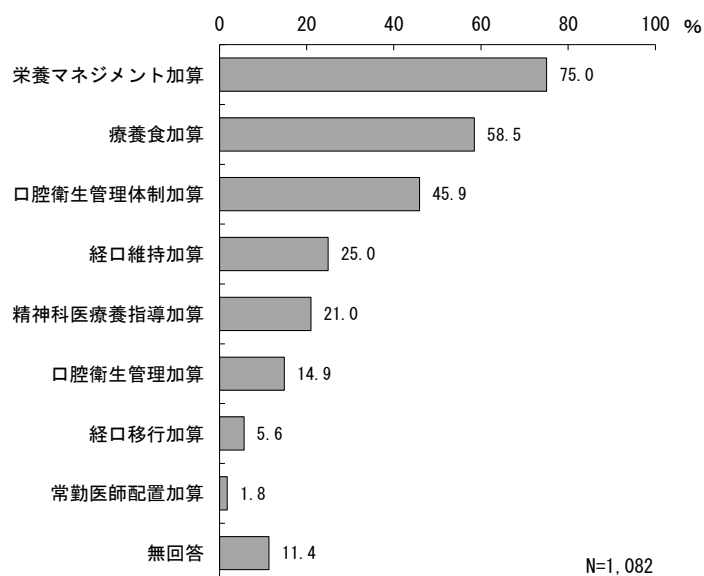
図表 看取り介護加算の算定状況・算定人数(1～6月の累計)



9)その他加算【問7(9)】

その他の加算については、算定している施設の割合が最も高いのは、「栄養マネジメント加算」で75.0%、次いで「療養食加算」が58.5%、「口腔衛生管理体制加算」が45.9%の順となっている。

図表 その他加算(複数回答)



IV. 認知症ケアのあり方で最も悩んでいるケースの状況

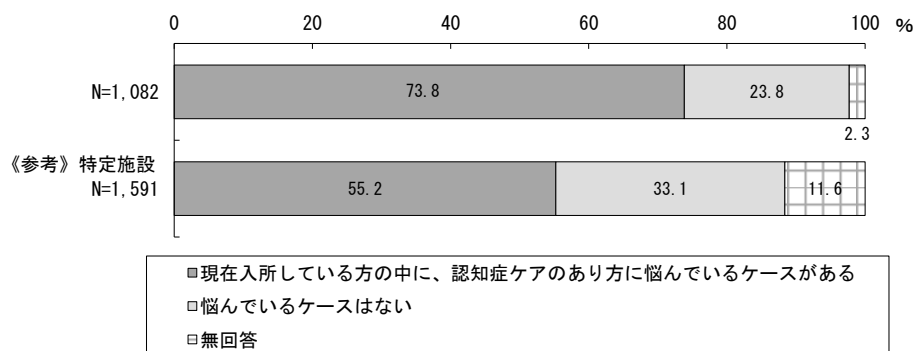
1. 悩んでいるケースの有無、年齢・性別・要介護度等

1) 認知症ケアのあり方で悩んでいるケースの有無【問8】

「現在入所している方の中に、認知症ケアのあり方に悩んでいるケースがある」の割合は、73.8%となっている。

特定施設と比べて、20ポイント近く高い結果となった。

図表 認知症ケアのあり方で悩んでいるケースの有無

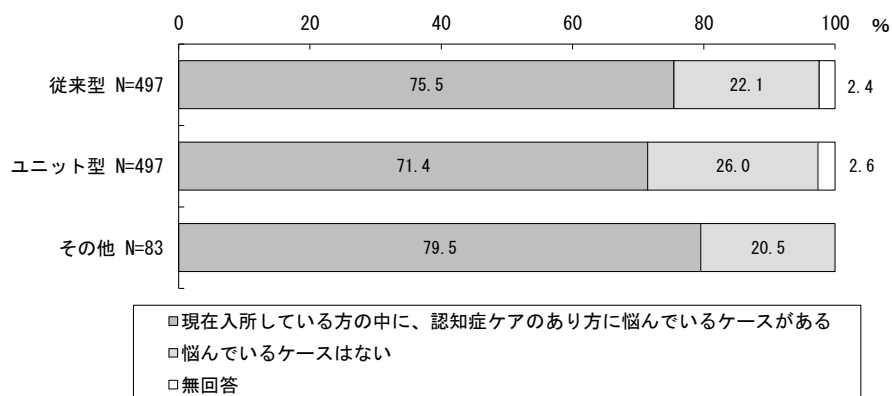


2) 認知症ケアのあり方で悩んでいるケースの有無に関するクロス集計(*)

(1) 施設類型(従来型/ユニット型/その他)別の傾向

従来型特別養護老人ホームの方がユニット型よりも「認知症ケアのあり方に悩んでいるケースがある」割合が高い。

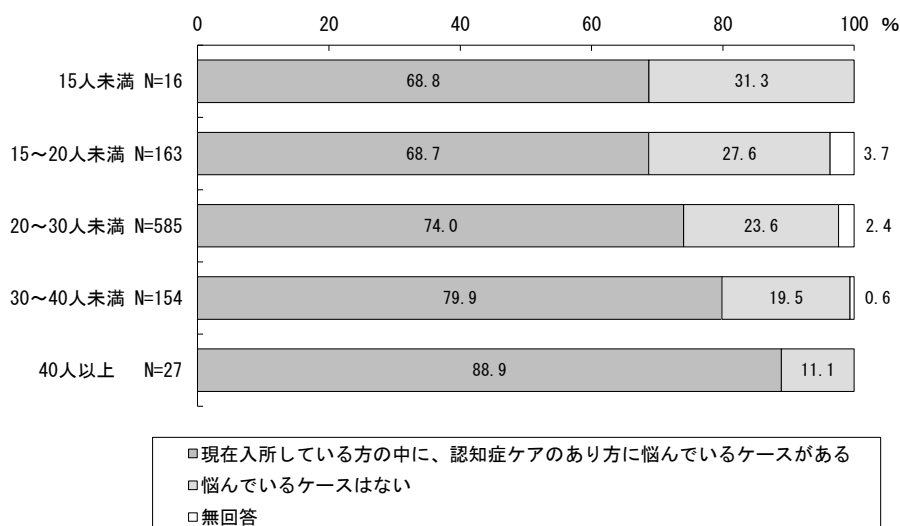
図表 施設類型(従来型/ユニット型/その他)別 認知症ケアのあり方で悩んでいるケースの有無



(2) 介護職員総数(定員 50 人換算)別の傾向

介護職員数が多い施設ほど、「認知症ケアのあり方に悩んでいるケースがある」割合が高くなる傾向が見られる。

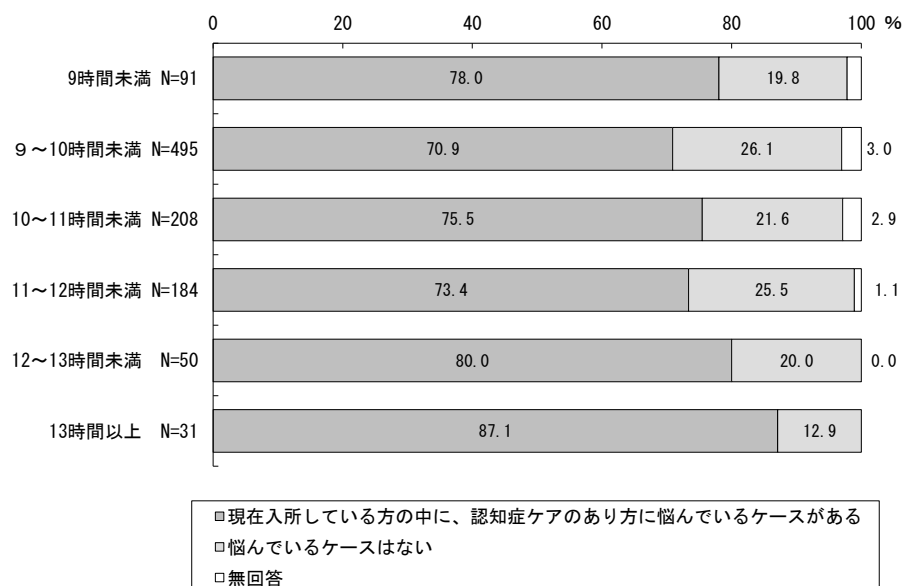
図表 介護職員総数(定員 50 人換算)別 認知症ケアのあり方で悩んでいるケースの有無



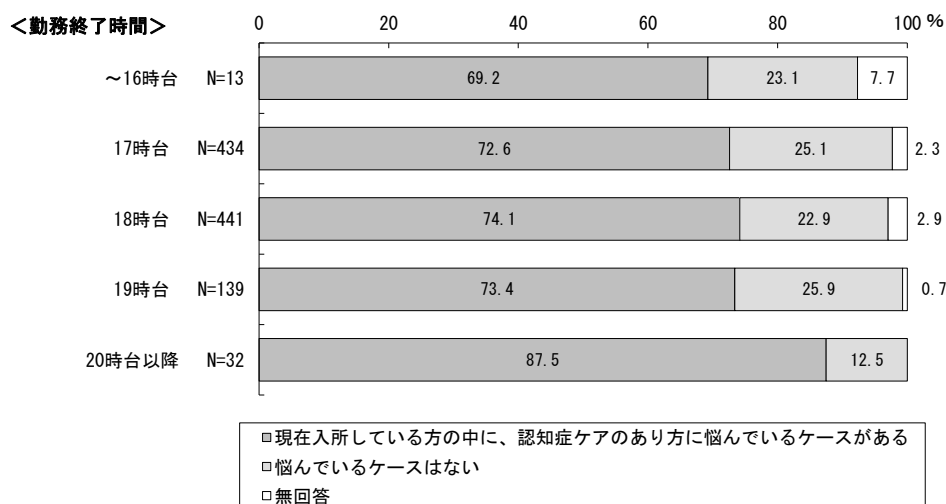
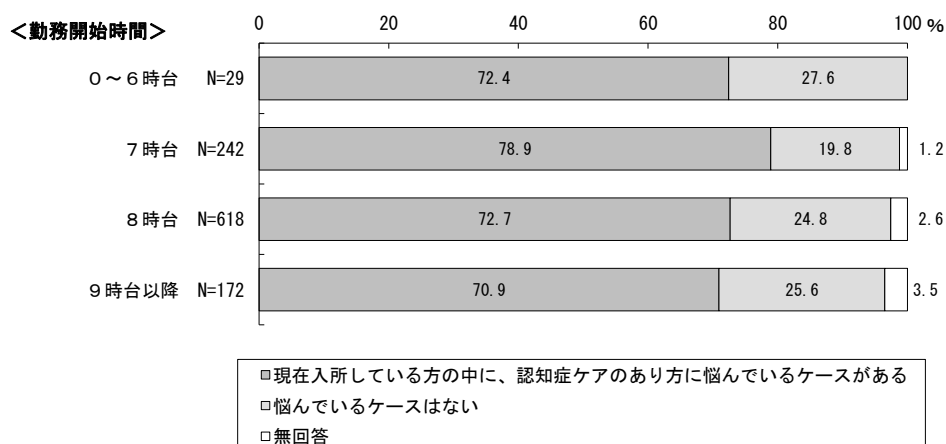
(3) 看護職員が勤務している時間別の傾向

看護師が勤務している時間数が多いほど、「認知症ケアのあり方に悩んでいるケースがある」割合が高くなる傾向が見られる。また、看護職員が7時台に勤務開始しているホームや、20時台以降まで勤務しているホームで、「認知症ケアのあり方に悩んでいるケースがある」割合が高い傾向が見られる。

図表 看護職員が勤務している時間数別 認知症ケアのあり方で悩んでいるケースの有無



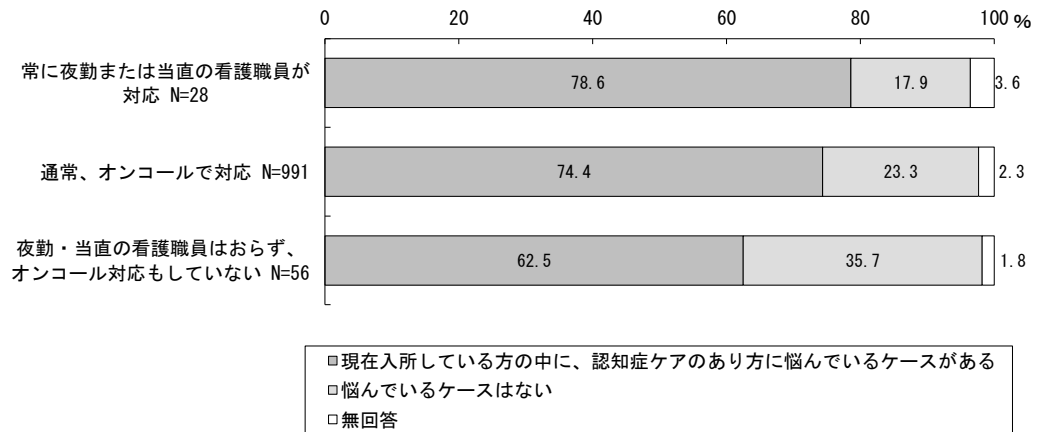
図表 看護職員が勤務している時間帯別 認知症ケアのあり方で悩んでいるケースの有無



(4) 夜間の看護体制別

夜間の看護体制では、「常に夜勤または当直の看護職員が対応」している場合に、最も「認知症ケアのあり方に悩んでいるケースがある」割合が高く、次いで「通常、オンコールで対応」している場合で高い傾向が見られる。

図表 夜間の看護体制別 認知症ケアのあり方で悩んでいるケースの有無



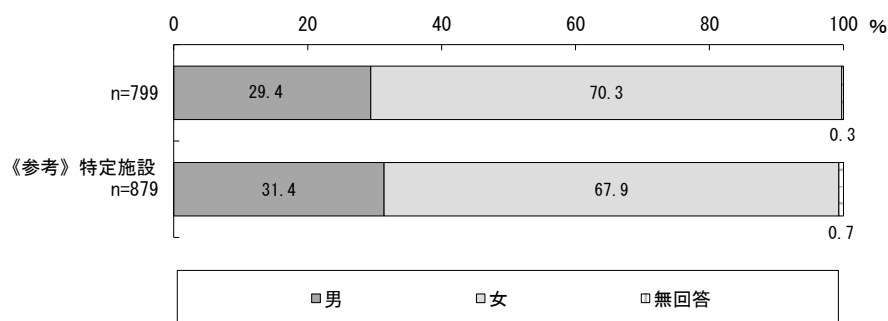
2. 認知症ケアのあり方で悩んでいるケースの認知症症状等

1) 性・年齢【問9(1)(2)】

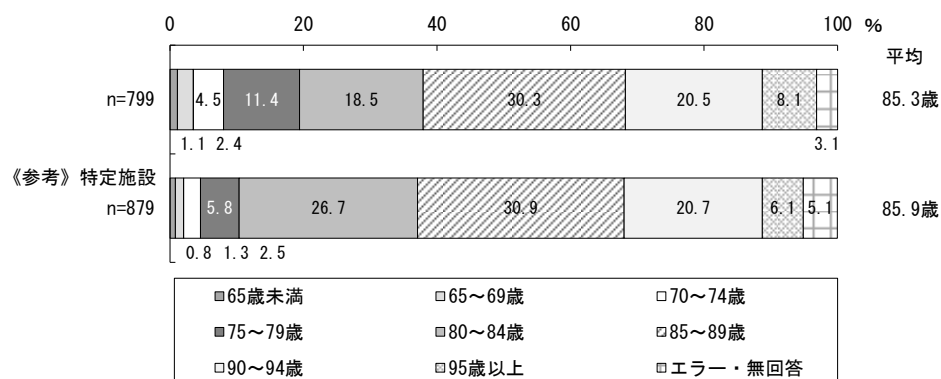
認知症ケアのあり方に最も悩んでいるケースでは、7割を女性が占める。特定施設と比べて、大きな差は見られない。

年齢では「85～89歳」が最も多く30.3%、次いで「90～94歳」が20.5%、「80～84歳」が18.5%となっており、平均年齢は85.3歳である。年齢に関しても、特定施設と比べて大きな差は見られない。

図表 性別



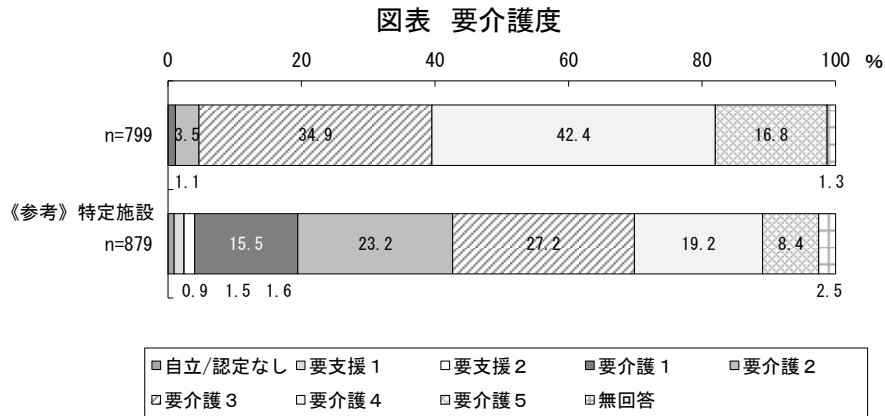
図表 年齢



2)要介護度【問9(3)】

認知症ケアのあり方に最も悩んでいるケースの要介護度は、「要介護4」が最も多く 42.4%、次いで「要介護3」が 34.9%、「要介護5」が 16.8%となっており、「要介護3」以上が全体の9割を占めている。

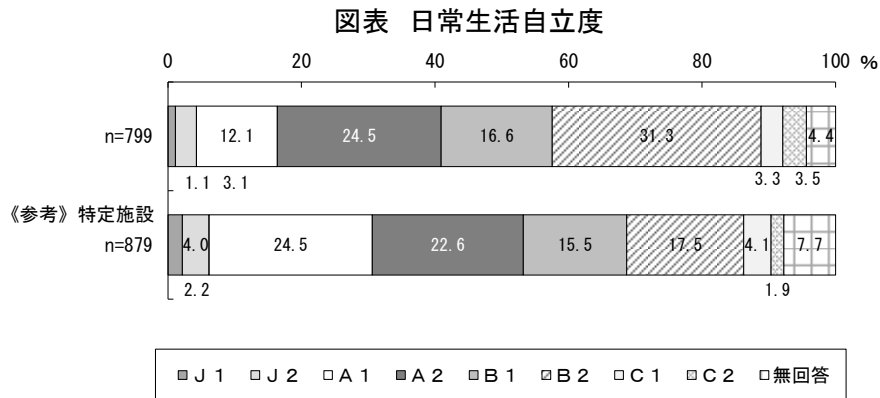
特定施設と比べると、特定施設では「要介護1」「要介護2」で悩んでいるケースが多い(4割弱)ことに特徴がある。



3)日常生活自立度【問9(4)】

認知症ケアのあり方に最も悩んでいるケースの日常生活自立度は、「B2」が最も多く 31.3%、次いで「A2」が 24.5%、「B1」が 16.6%となっている。

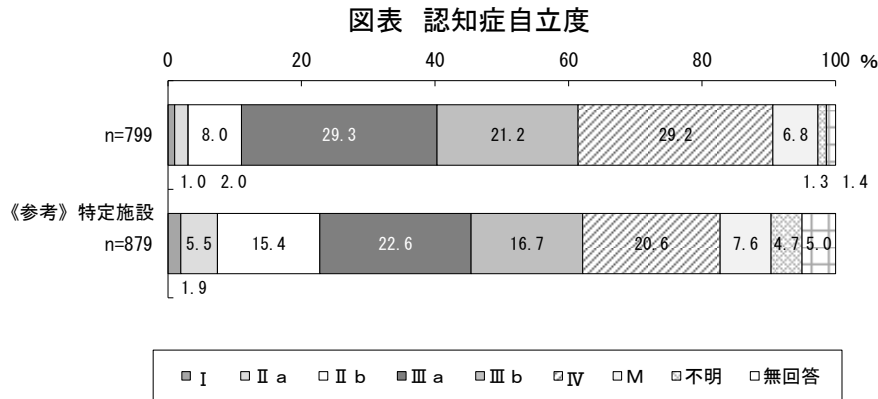
特定施設と比べると、特定施設では「A1」や「A2」の占める割合が高いことに特徴がある。



4) 認知症自立度 【問9(5)】

認知症ケアのあり方に最も悩んでいるケースの認知症自立度は、「Ⅲa」が最も多く 29.3%、次いで「Ⅳ」が 29.2%、「Ⅲb」が 21.2%となっており、「Ⅲa」以上が全体の約9割弱を占めている。

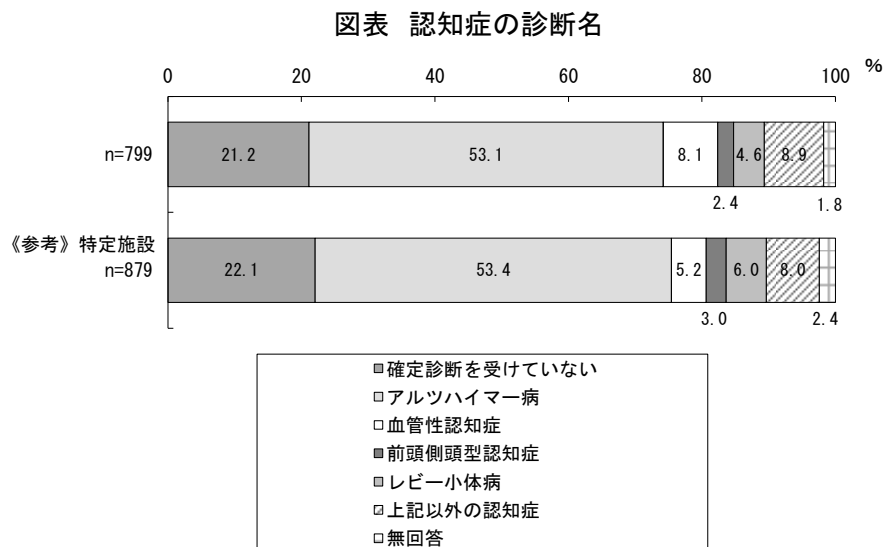
特定施設と比べると、特定施設では「Ⅱb」でも悩んでいる割合が少なくない点に特徴が見られる。



5) 認知症の診断名 【問9(6)】

認知症ケアのあり方に最も悩んでいるケースの認知症の診断名は、「アルツハイマー病」が最も多く 53.1%、次いで「確定診断を受けていない」が 21.2%となっている。

特定施設と比べて、大きな差は見られない。

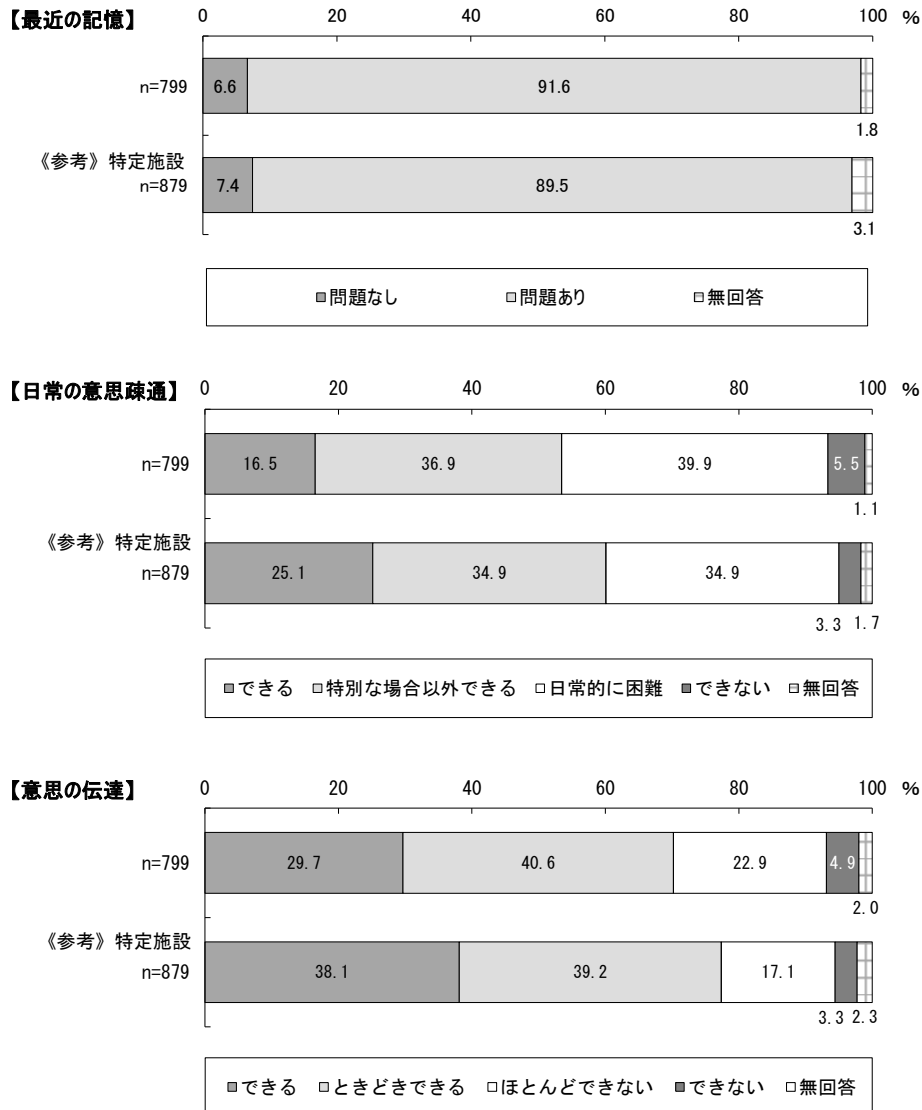


6)現在の認知機能(認知症の中核症状)【問9(7)】

認知症ケアのあり方に最も悩んでいるケースの認知症の中核症状についてみると、最近の記憶では、「問題あり」が 91.6%を占めている。日常の意思疎通では「日常的に困難」が最も多く 39.9%、次いで「特別な場合以外できる」が 36.9%となっている。医師の伝達では「ときどきできる」が最も多く 40.6%、次いで「できる」が 29.7%となっている。

特定施設と比較すると、特別養護老人ホームの法がやや「困難」「できない」等の割合が高いが、大きな差は見られない。

図表 認知症の中核症状

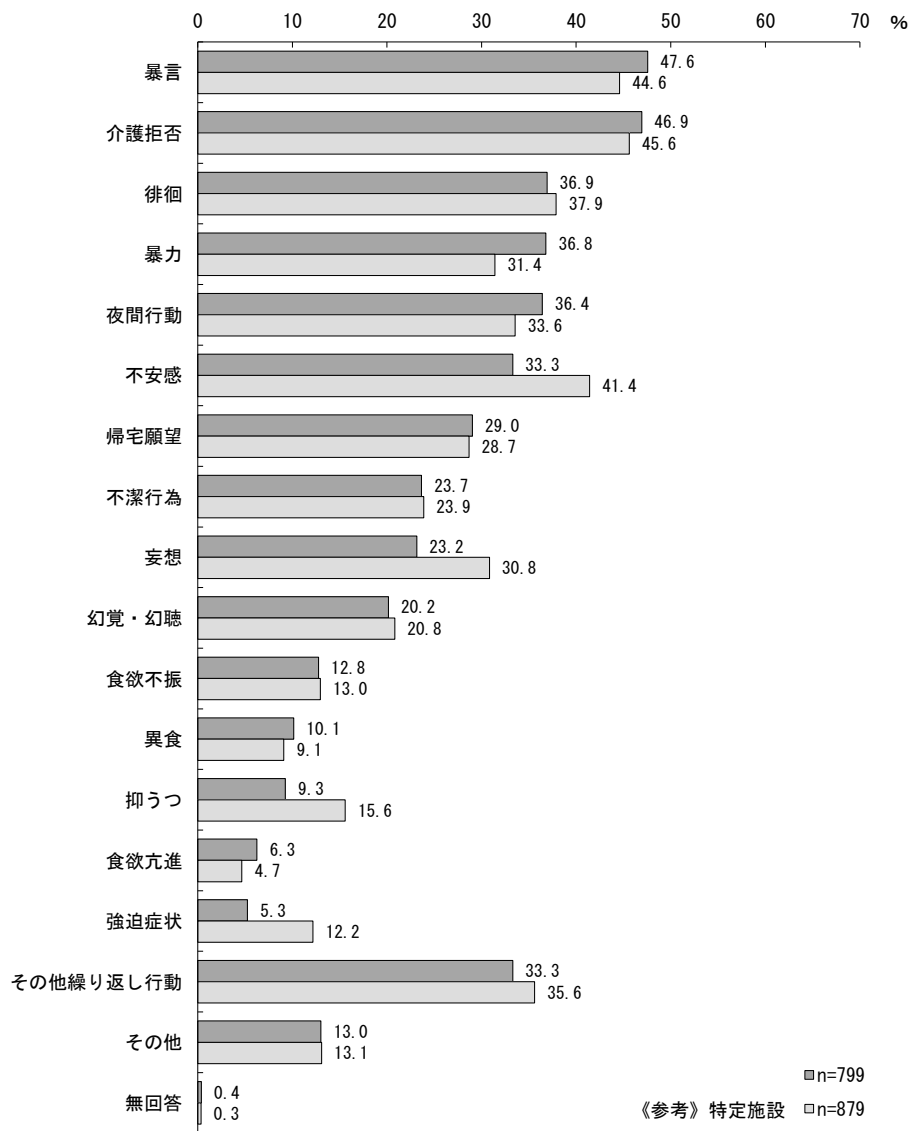


7) 対応が難しいと感じる症状(認知症の周辺症状) [問9(8)]

認知症ケアのあり方に最も悩んでいるケースの認知症の周辺症状についてみると、「暴言」、「介護拒否」、「徘徊」、「暴力」、「夜間行動」の順で悩んでいる割合が高くなっている。

特定施設と比べると、特定施設ではやや「不安感」、「妄想」、「抑うつ」、「強迫症状」の割合が高い傾向が見られた。

図表 対応が難しいと感じる症状(認知症の周辺症状)(複数回答)

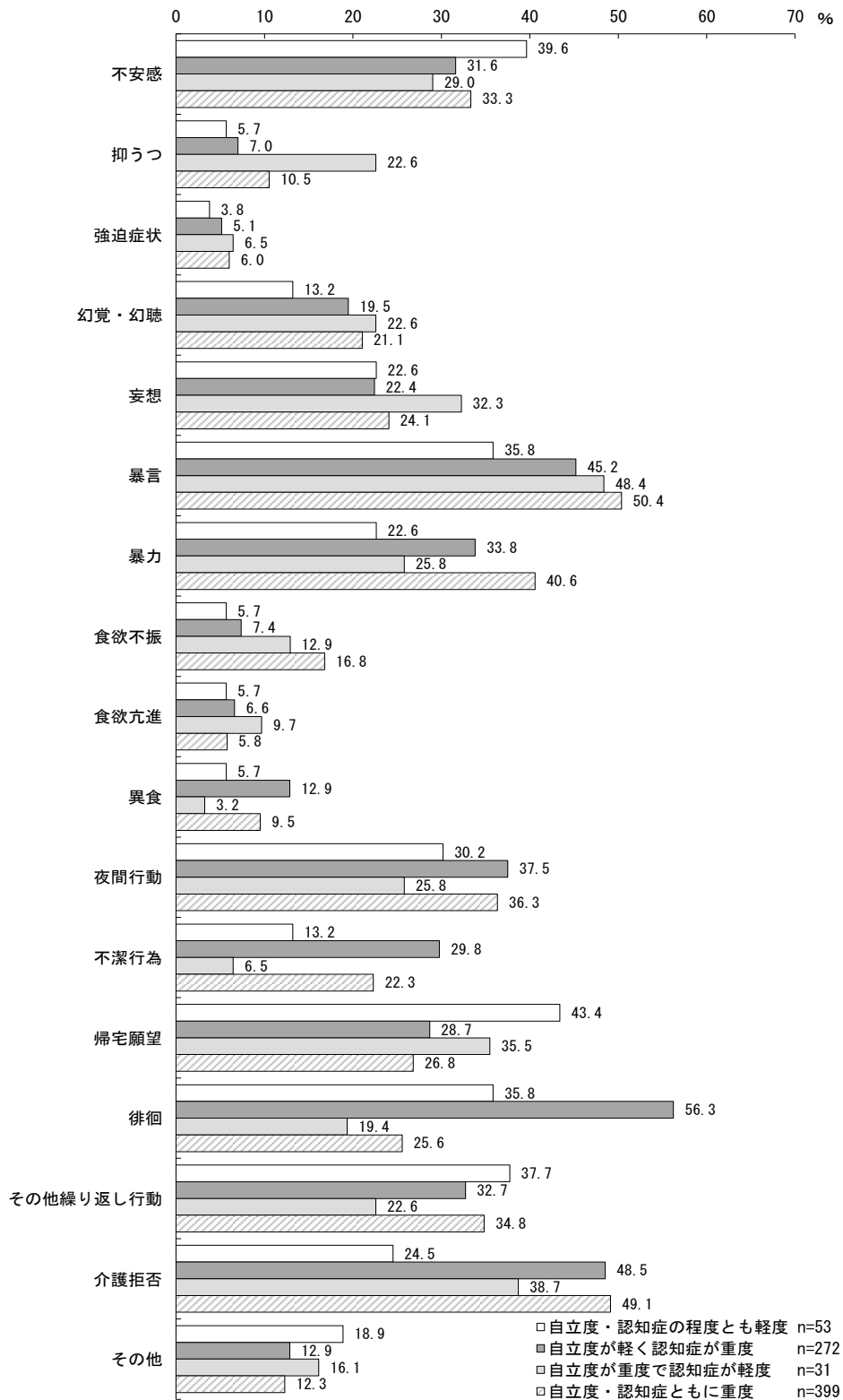


8) 対応が難しいと感じる症状に関するクロス集計(*)

(1) 日常生活自立度・認知症自立度の状態象4区分別の傾向

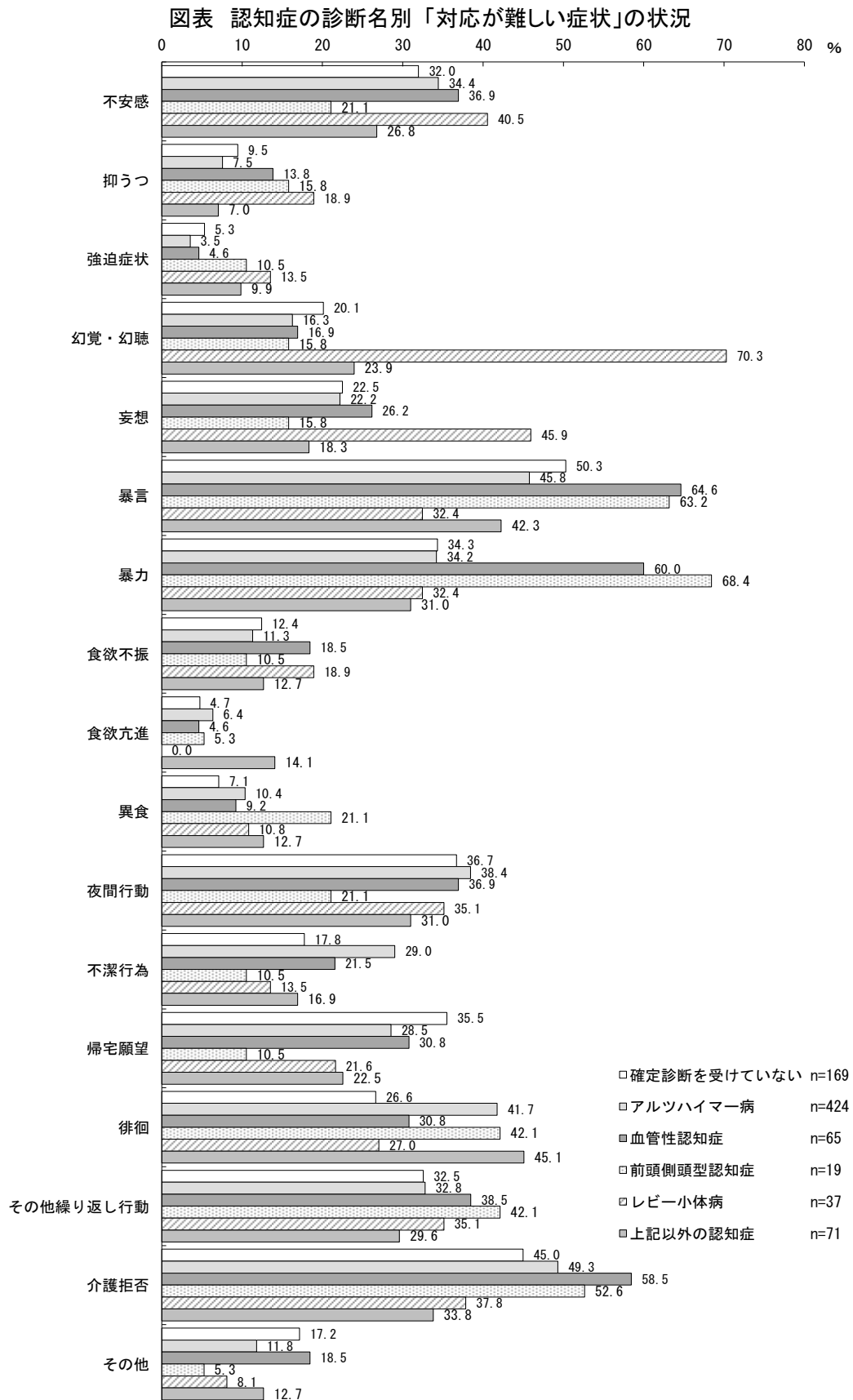
日常生活自立度が軽く認知症が重度のケースでは、「徘徊」、「介護拒否」、「暴言」、「夜間行動」、「不潔行為」で悩んでいる割合が高い。また、「暴力」や「異食」についても、他の3区分に比較して悩んでいる割合が高く出る傾向が見られる。

図表 日常生活自立度・認知症自立度の状態象4区分別「対応が難しい症状」の状況



(2) 認知症の診断名別の傾向

認知症の疾患(診断名)別にみると、「血管性認知症」、「前頭側頭型認知症」は「暴言」、「暴力」で悩んでいる割合が高く、「レビー小体病」では「幻覚・幻聴」、「妄想」で悩んでいる割合が高い。

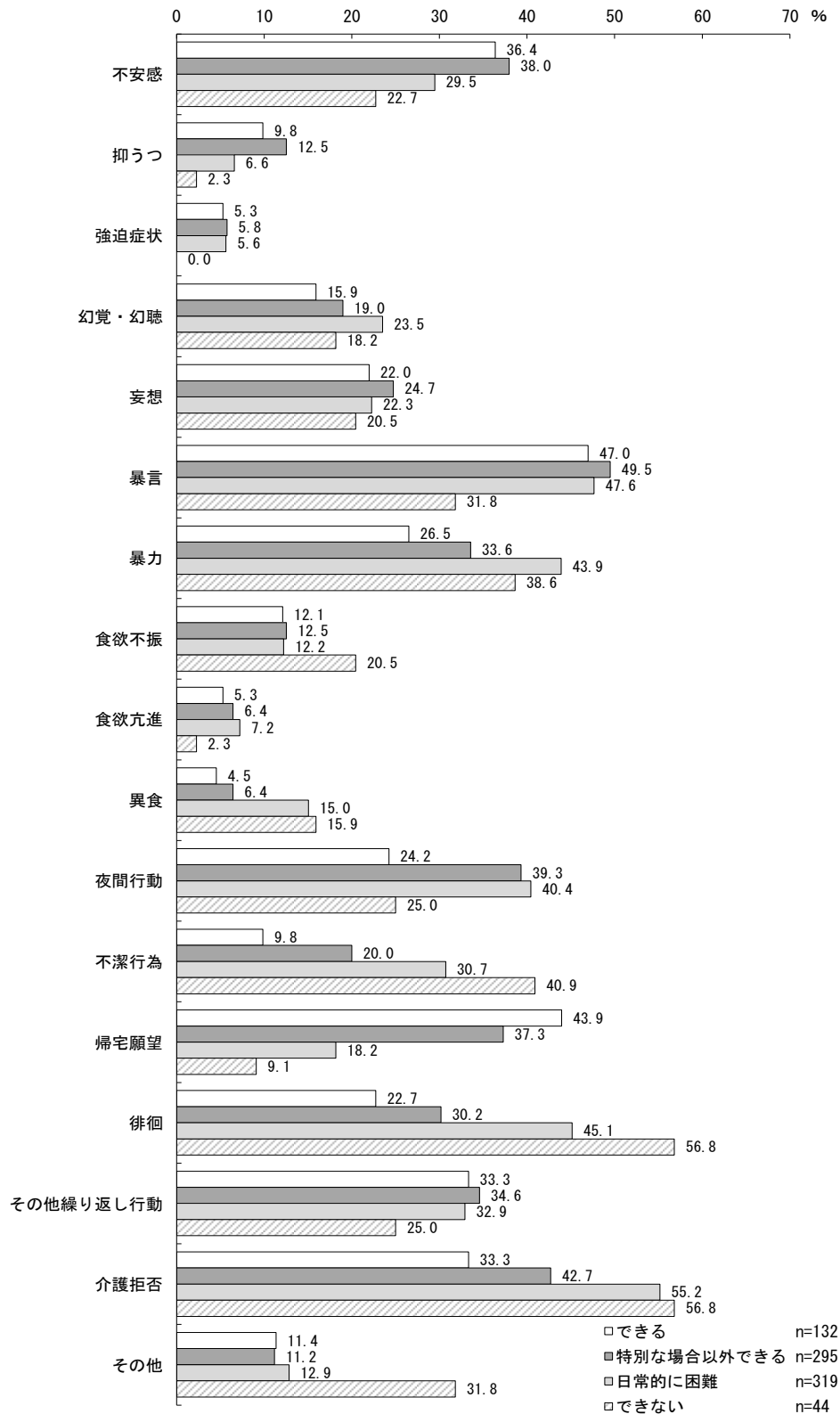


(3) 認知症の中核症状(日常の意思疎通)別の傾向

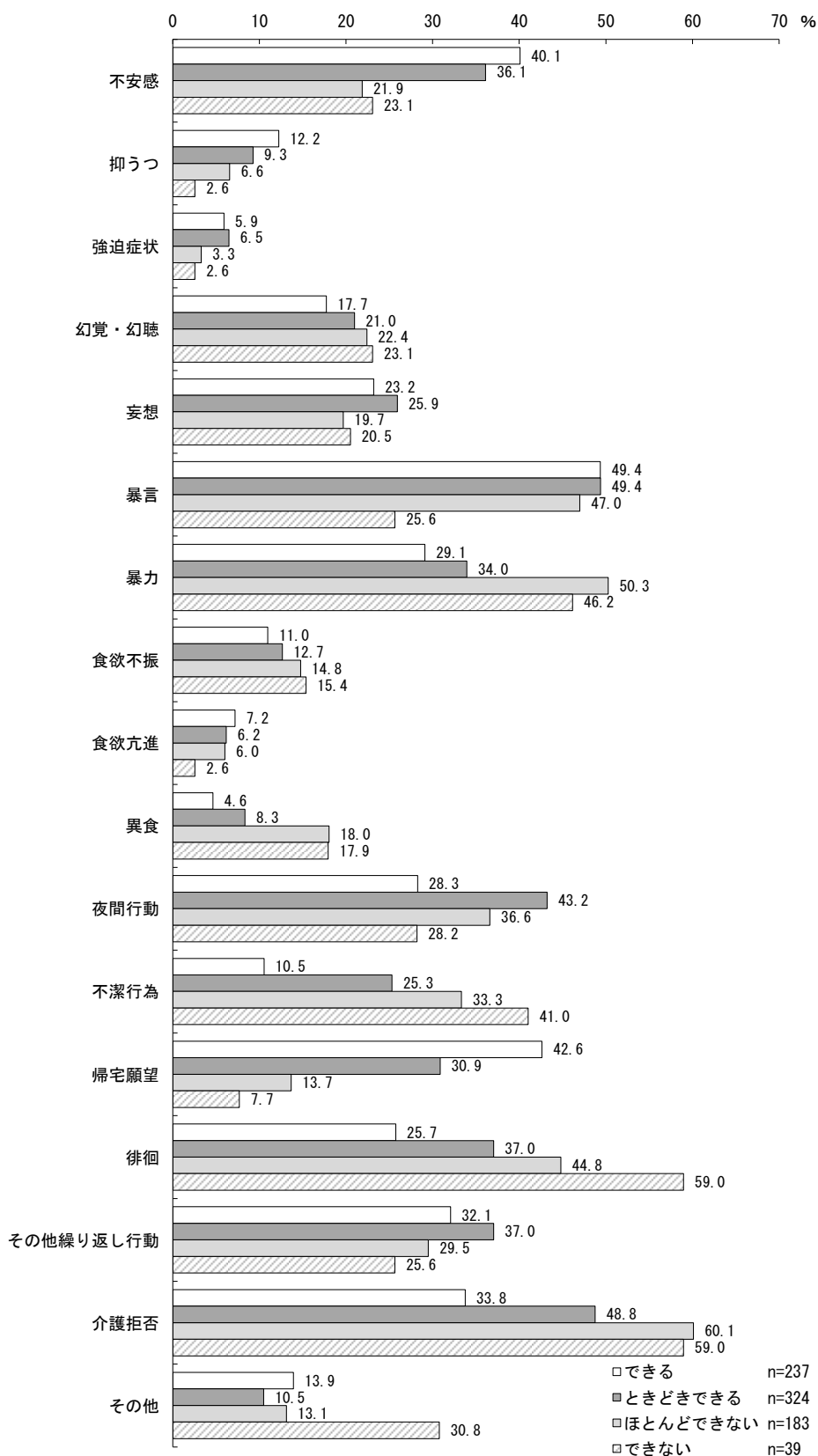
認知症の中核症状別にみると、意思疎通ができるケースでは「不安感」や「帰宅願望」に悩んでいる割合が高く、意思疎通ができないケースでは「不潔行為」、「徘徊」、「介護拒否」に悩んでいる割合が高い。

意思の伝達ができるケースでは「不安感」や「帰宅願望」に悩んでいる割合が高く、意思の伝達ができないケースでは「不潔行為」、「徘徊」、「介護拒否」に悩んでいる割合が高い。

図表 認知症の中核症状(日常の意思疎通)別「対応が難しい症状」の状況



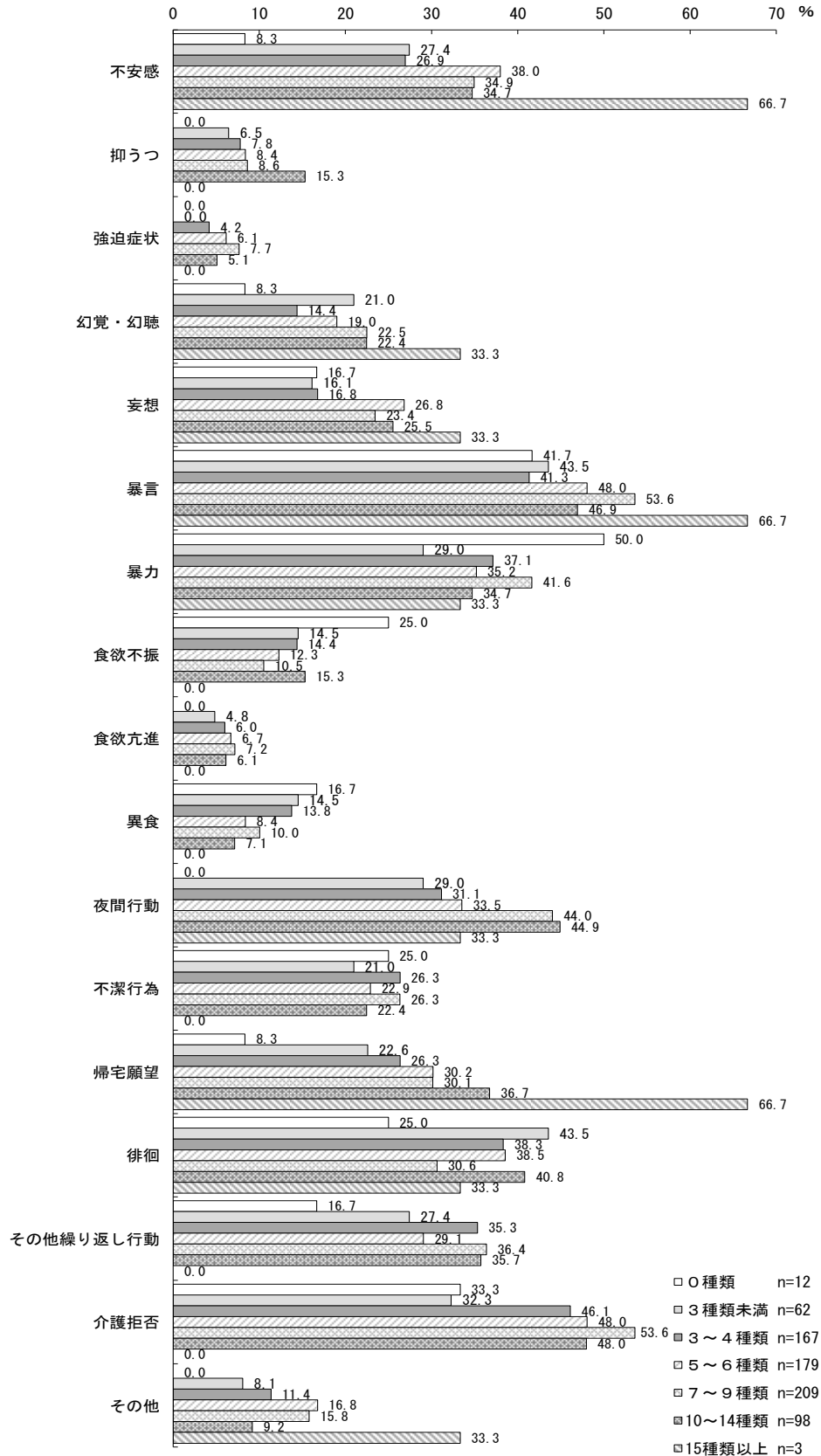
図表 認知症の中核症状(意思の伝達)別「対応が難しい症状」の状況



(4) 処方を受けている薬の種類数別の傾向

処方を受けている薬の種類が多いほど、「不安感」、「妄想」、「夜間行動」、「帰宅願望」、「介護拒否」に悩んでいる割合が高い。

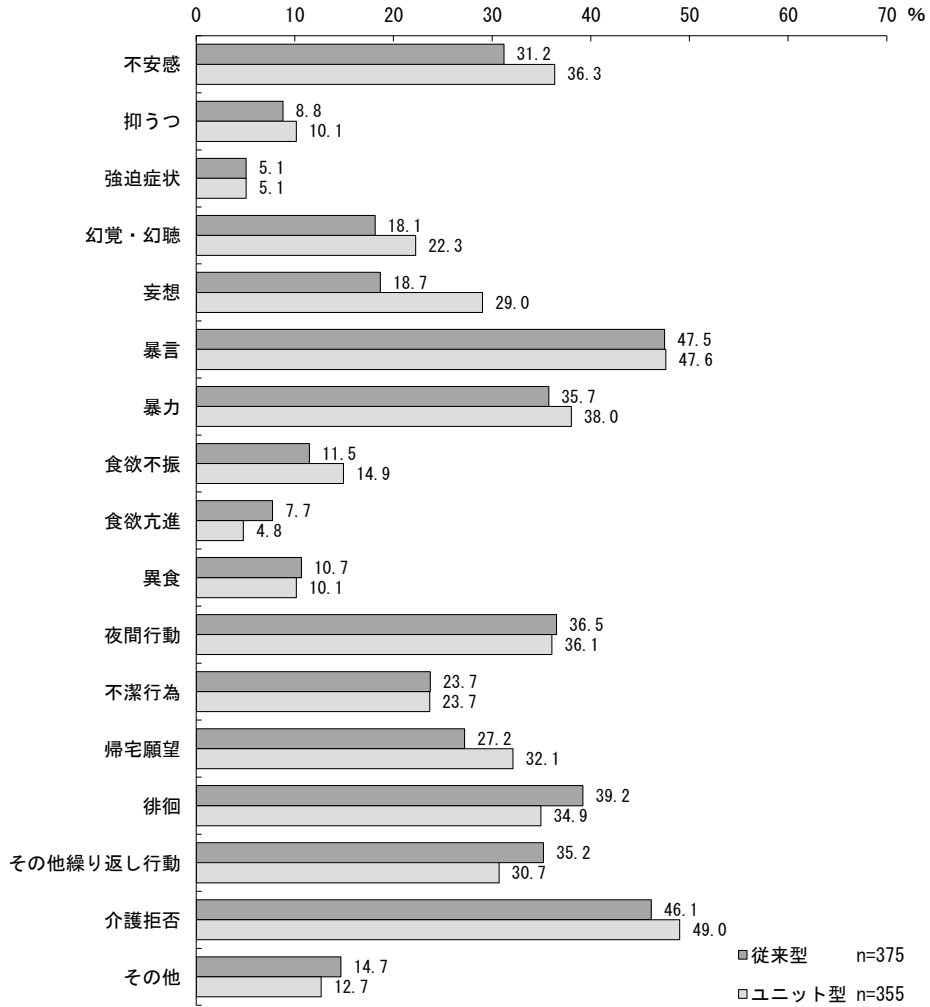
図表 処方を受けている薬の種類数別「対応が難しい症状」の状況



(5)施設類型(従来型/ユニット型)別の傾向

従来型に比べ、ユニット型では、「妄想」、「不安感」、「帰宅願望」、「食欲不振」に悩んでいる割合が高い。これに対し、「その他繰り返し行動」や「徘徊」は従来型の方が悩んでいる割合が高い。

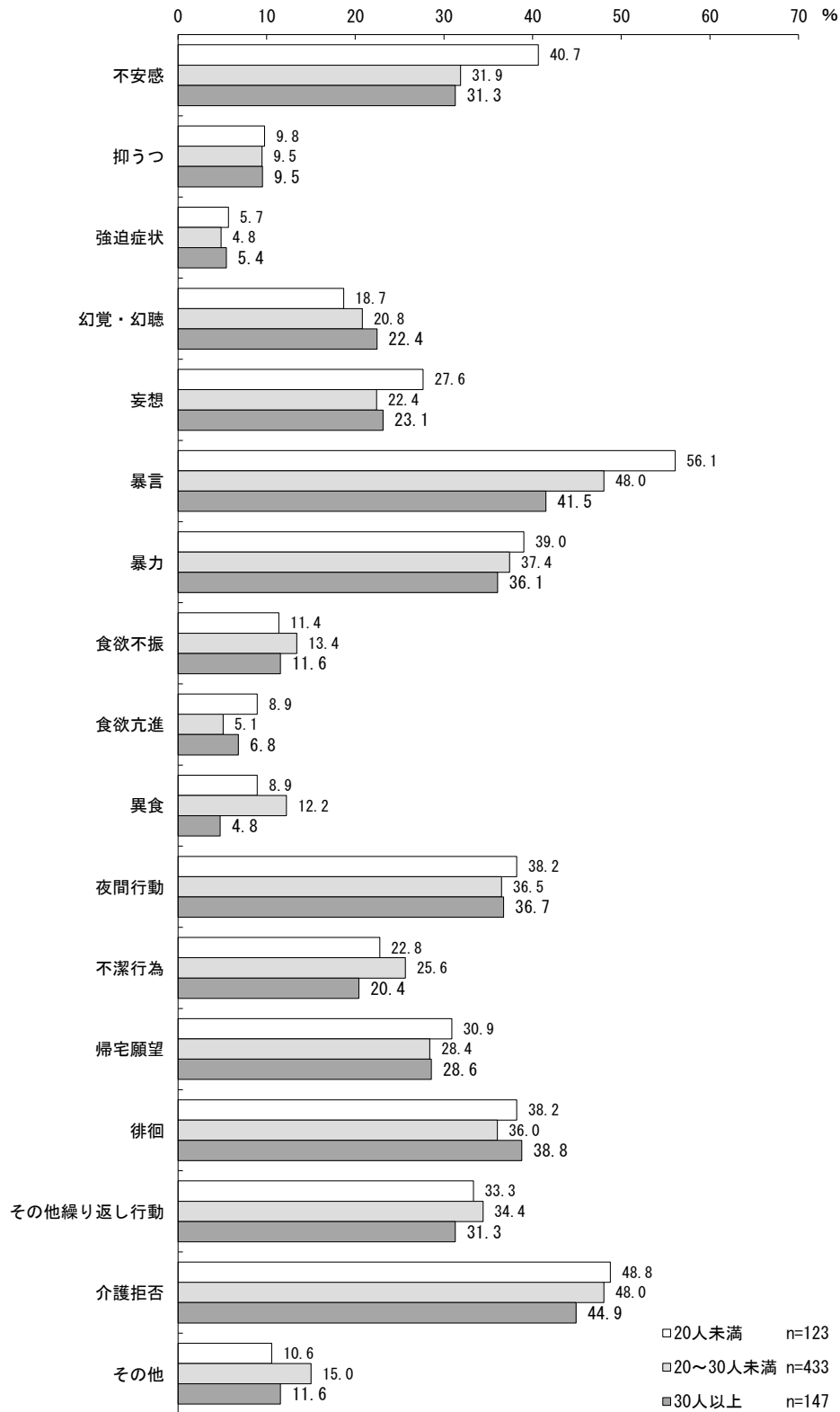
図表 施設類型(従来型/ユニット型)別「対応が難しい症状」の状況



(6) 介護職員総数(定員 50 人換算)別の傾向

介護職員総数(定員 50 人換算)が 20 人未満の施設では、「暴言」、「不安感」、「妄想」に悩んでいる割合が高い。

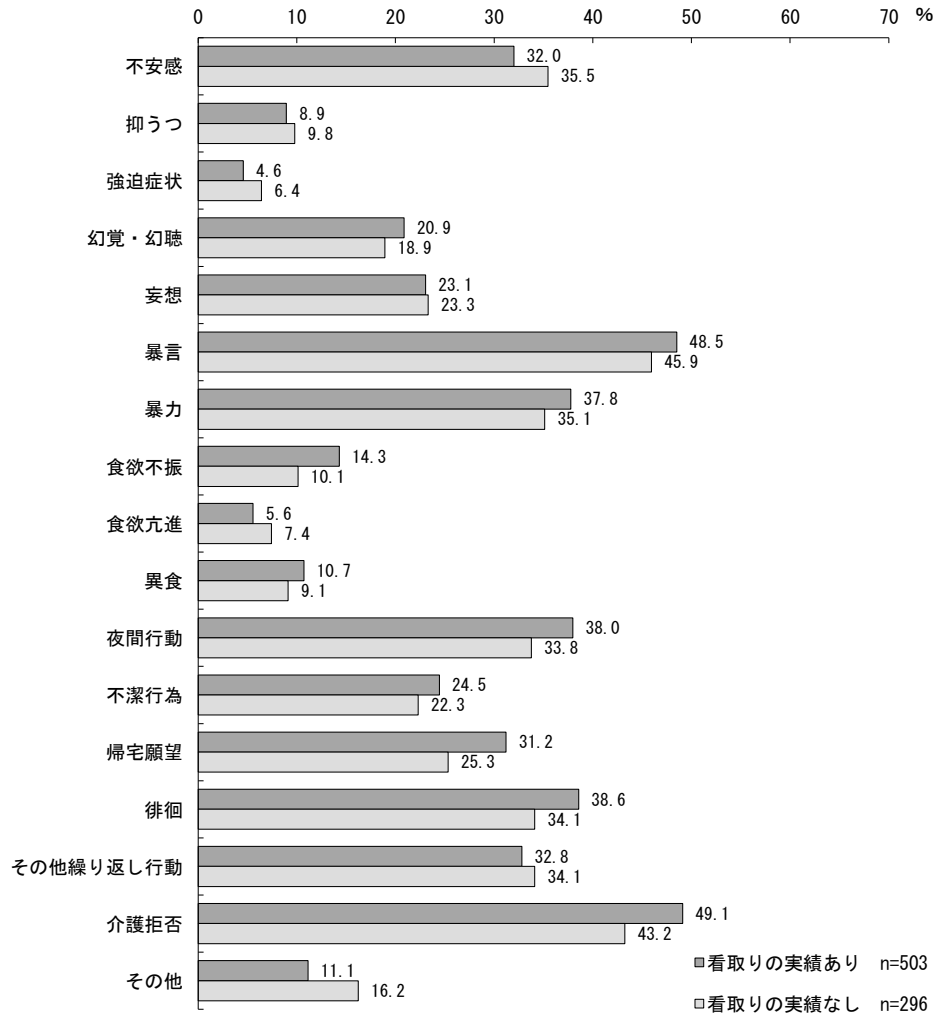
図表 介護職員総数(定員 50 人換算)別「対応が難しい症状」の状況



(7) 看取りを行った実績の有無別の傾向

看取り実績のある施設では、看取りの実績がない施設に比べて、「介護拒否」、「帰宅願望」、「徘徊」、「夜間行動」、「食欲不振」で悩んでいる割合が高い。

図表 看取りを行った実績の有無別「対応が難しい症状」の状況

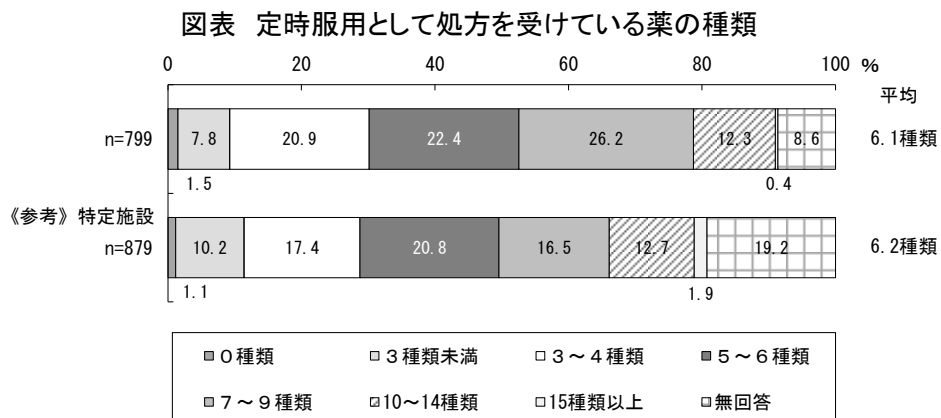


3. 薬の処方

1) 定時服用として処方を受けている薬の種類【問9(9)】

認知症ケアのあり方に最も悩んでいるケースにおいて定時服用している薬の種類数は、「7～9種類」が最も多く 26.2%、次いで「5～6種類」が 22.4%、「3～4種類」が 20.9%となっており、平均は 6.1 種類であった。

特定施設と比べて、大きな差は見られない。

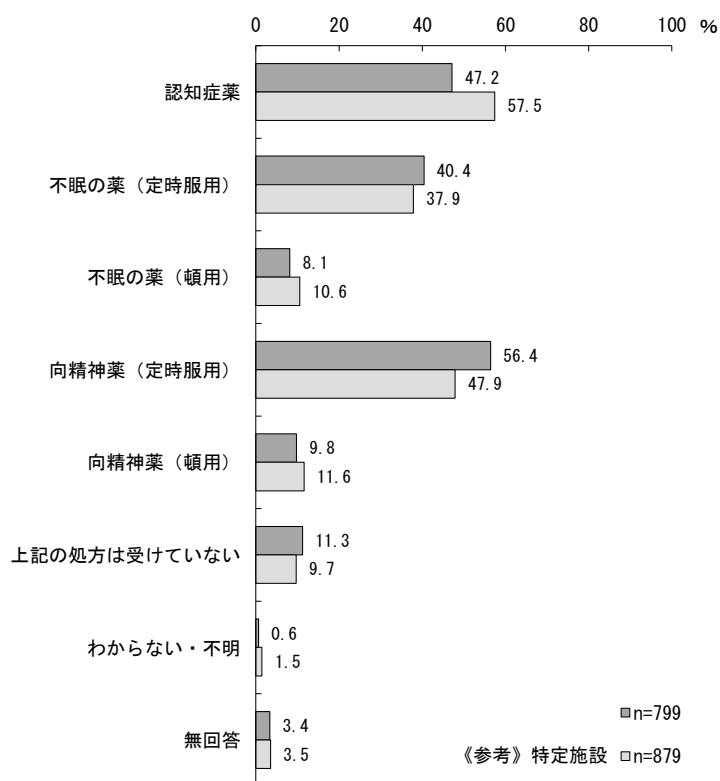


2) 処方を受けている薬の内容【問9(10)】

認知症ケアのあり方に最も悩んでいるケースにおいて処方を受けている薬の内容では、「向精神薬」が最も多く56.4%、次いで「認知症薬」が47.2%、「不眠の薬」が40.4%となっている。

特定施設と比べると、特定施設の方が「認知症薬」の処方を受けている割合が高く、特別養護老人ホームの方が「向精神薬」の処方を受けている割合が高い。

図表 処方を受けている薬の内容

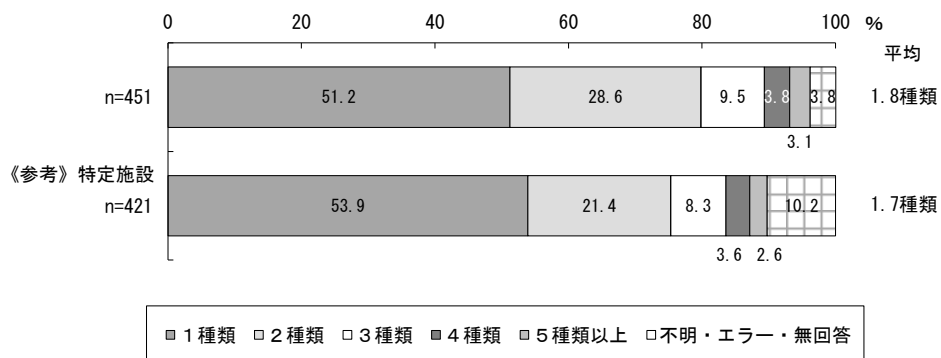


3) 向精神薬の種類数【問9(10)】

認知症ケアのあり方に最も悩んでいるケースにおいて処方を受けている向精神薬の種類数は、「1種類」が最も多く51.2%、次いで「2種類」が28.6%で、平均は1.8種類となっている。

特定施設と比べて、大きな差は見られない。

図表 向精神薬の種類数(向精神薬を定時服用している場合のみ)

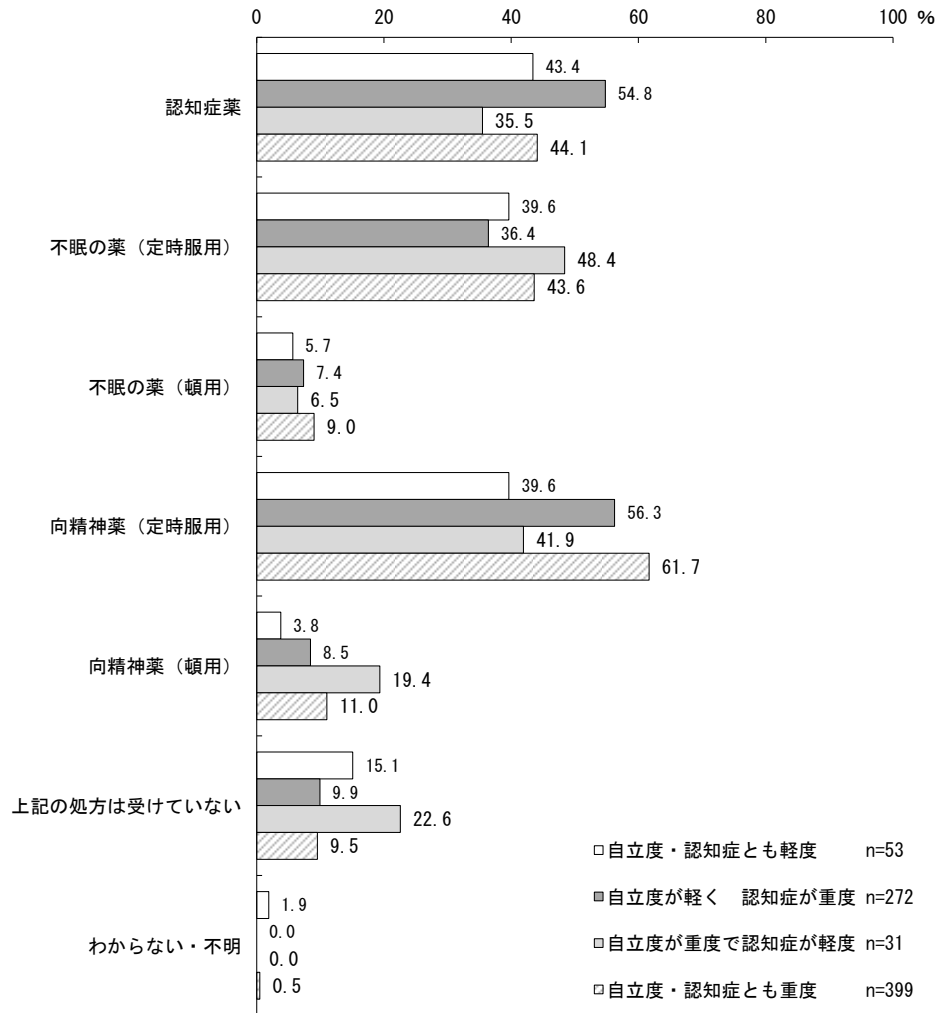


4)薬の処方に関するクロス集計(*)

(1)日常生活自立度・認知症自立度の状態象4区分別の傾向

認知症ケアのあり方に最も悩んでいるケースでは、認知症が重度のケースで「認知症薬」、「向精神薬」が処方されている割合が高い。

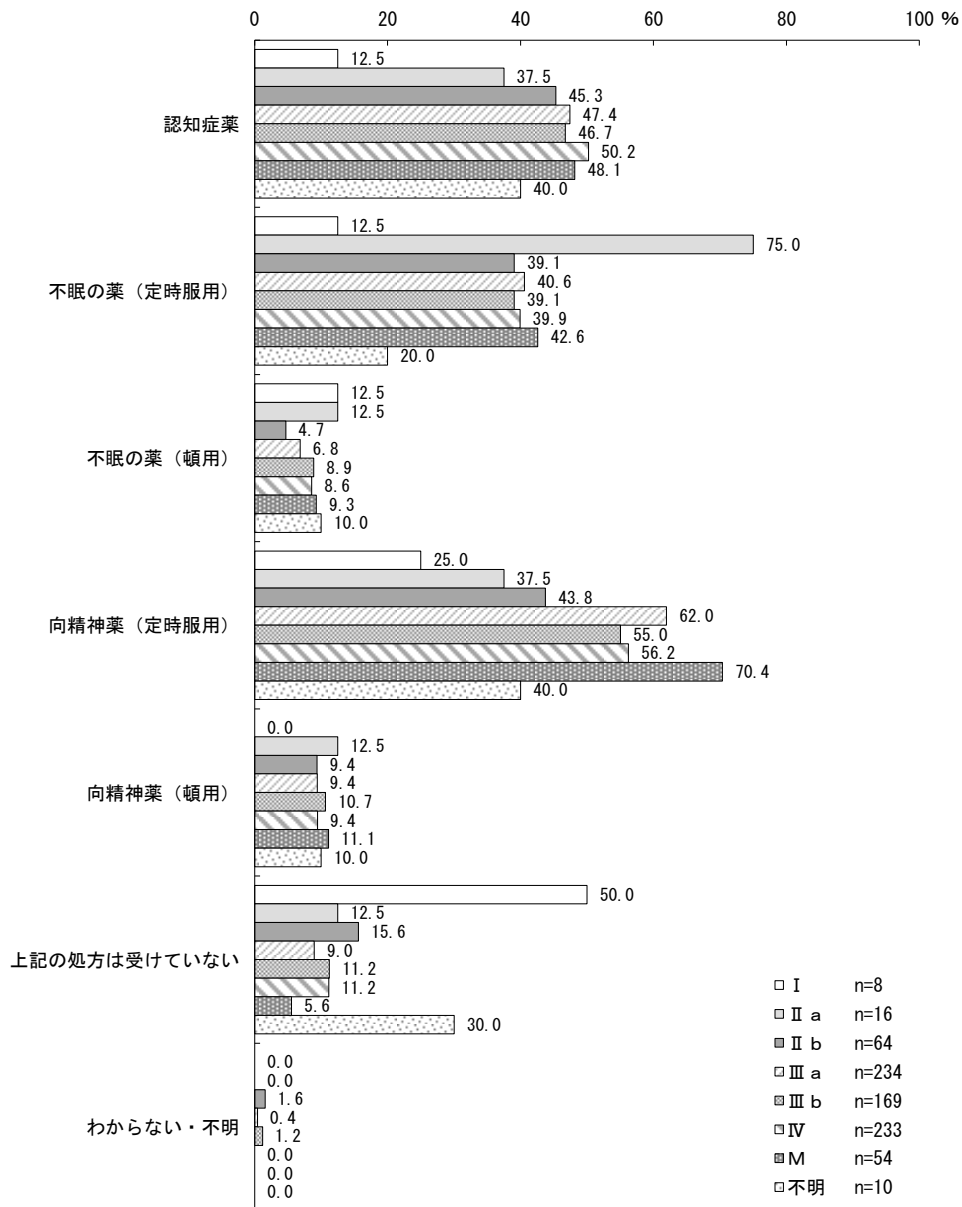
図表 日常生活自立度・認知症自立度の状態象4区分別 処方薬の内容



(2) 認知症の程度別の傾向

認知症ケアのあり方に最も悩んでいるケースでは、認知症の程度がⅡaの場合に「不眠の薬」が定時服用で処方されている割合が高くなっている。また認知症の程度がⅢa以上の場合に、「向精神薬」が処方されている割合が高くなっている。

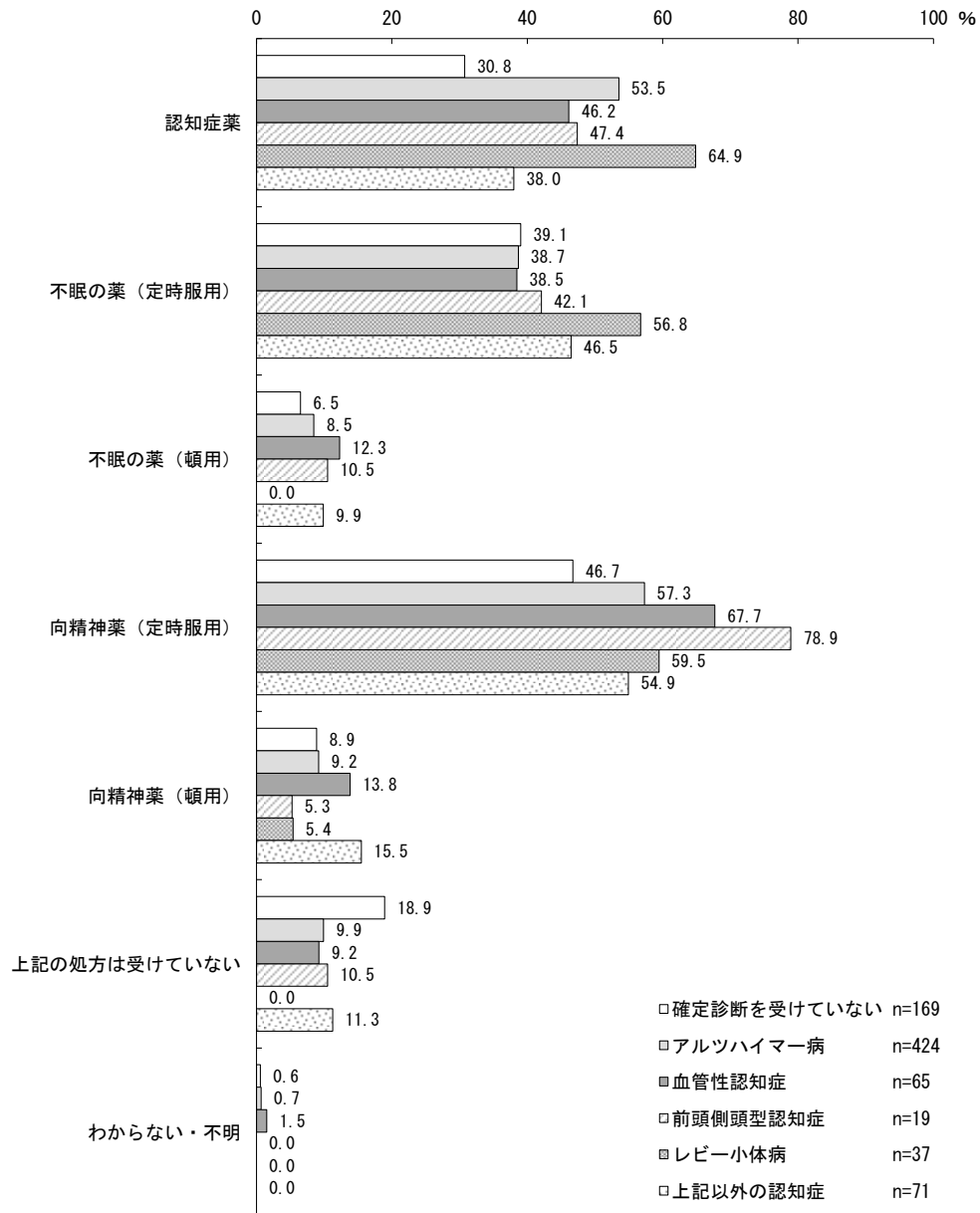
図表 認知症の程度別 処方薬の内容



(3) 認知症の診断名別の傾向

認知症ケアのあり方に最も悩んでいるケースでは、「血管性認知症」、「前頭側頭型認知症」の場合に「向精神薬」が処方されている割合が高くなっている。また、「レビー小体病」の場合に、「認知症薬」、「不眠の薬」が処方されている割合が高くなっている。

図表 認知症の診断名別 処方薬の内容



V. 入退所の状況

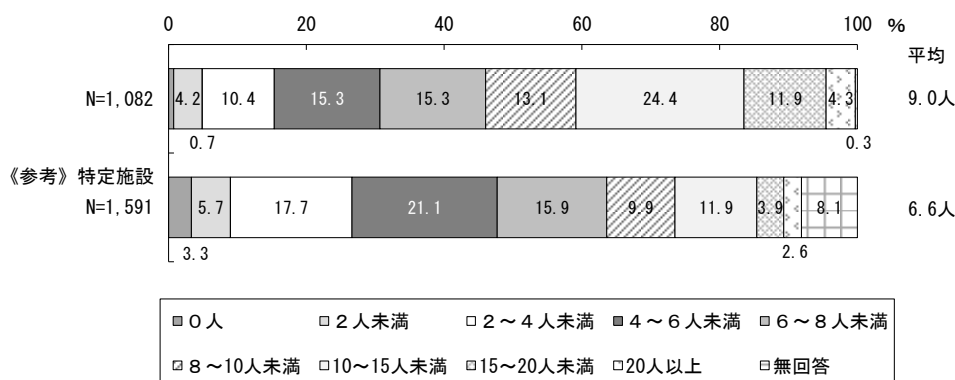
1. 入退所の状況

1) 半年間の新規入所者数【問 10(1)】

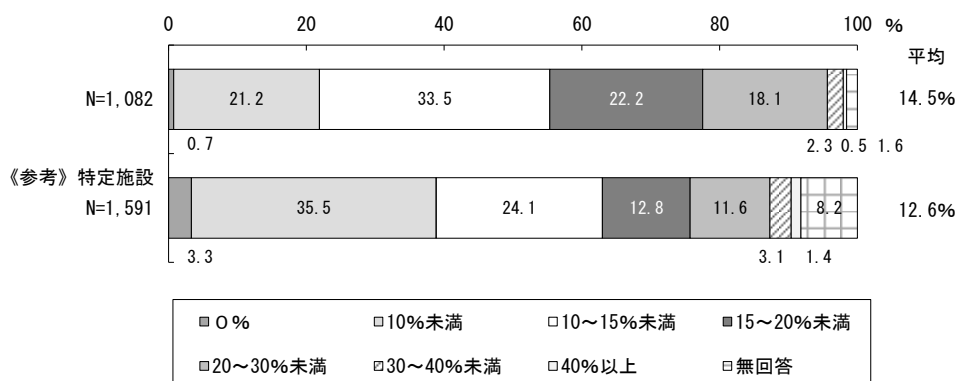
半年間(平成 29 年1年1日～6月 30 日)の新規入所者数は平均 9.0 人となっており、特定施設(平均 6.6 人)と比べてやや多い。

定員に対する割合は、「10～15%未満」が最も多く 33.5%、次いで「15～20%未満」が 22.2%、「10%未満」が 21.2%となっており、平均 14.5%である。この割合も特定施設に比べるとやや高い。

図表 今年に入ってから(平成 29 年1年1日～6月 30 日)の新規入所者



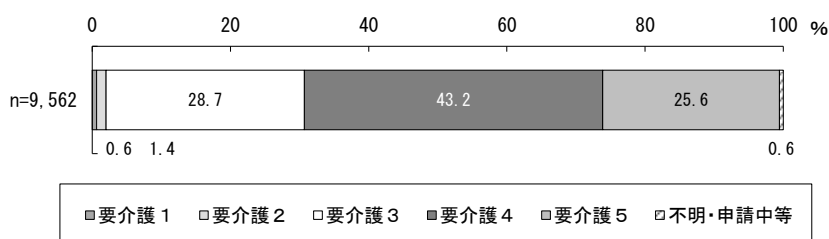
図表 今年に入ってからの新規入所者数の定員に対する割合



2) 新規入所者の入所時の要介護度(人数積み上げ)【問 11】

新規入所者の入所時の要介護度は、「要介護4」が最も多く 43.2%、次いで「要介護3」が 28.7%、「要介護5」が 25.6%となっており、特例入所にあたる「要介護2」以下の入所は2%程度であった。

図表 新規入所者の入所時の要介護度(人数積み上げ)

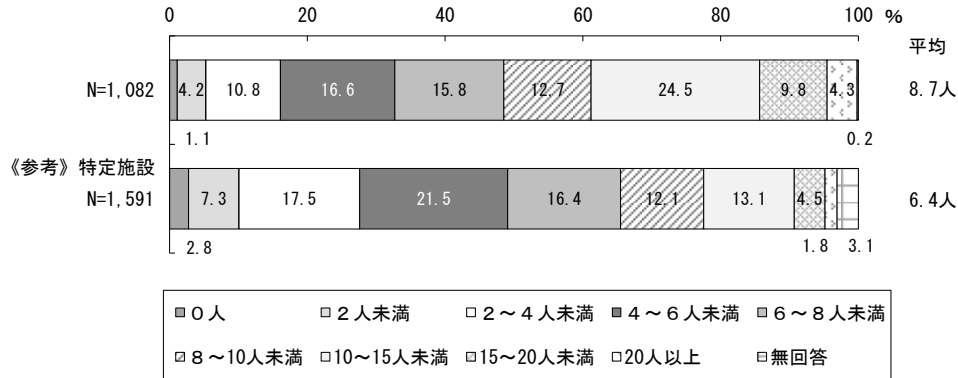


3)今年に入ってから(平成29年1年1日～6月30日)の退所者【問10(2)】

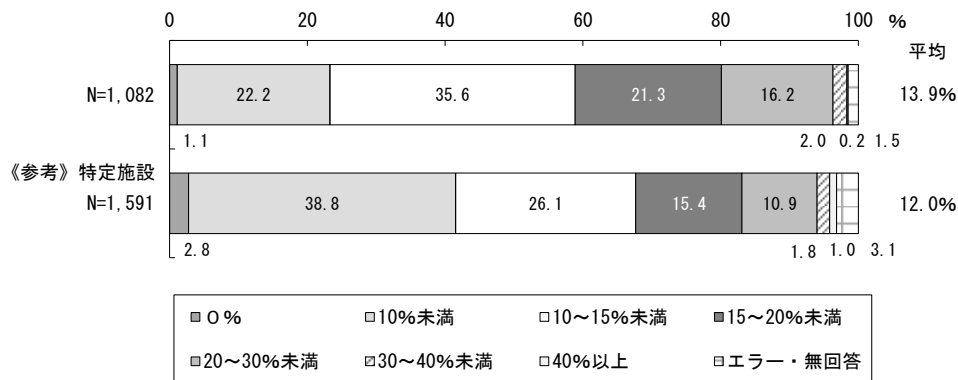
半年間(平成29年1年1日～6月30日)の退所者数は平均8.7人となっており、特定施設(平均6.4人)と比べるとやや多い。

定員に対する割合は、「10～15%未満」が最も多く35.6%、次いで「10%未満」が22.2%、「15～20%未満」が21.3%となっており、平均13.9%である。この割合も特定施設に比べるとやや高い。

図表 今年に入ってから(平成29年1年1日～6月30日)の退所者



図表 今年に入ってからからの退所者数の定員に対する割合



4) 入所直前の居場所 と 退所先 [問 10(3)(4)]

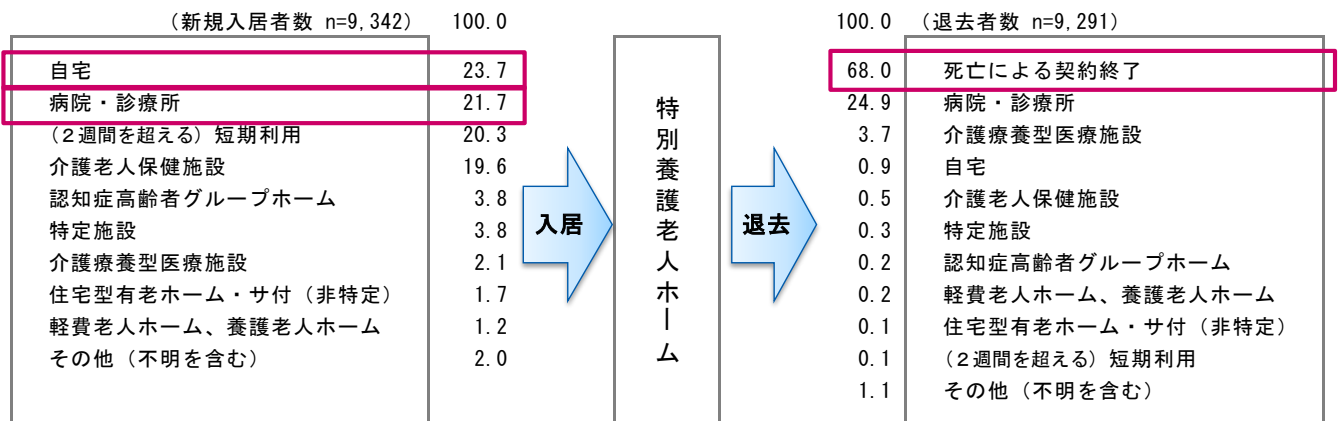
入所前の居場所については、自宅が最も多く 23.7%、次いで「病院・診療所」が 21.7%、「(2週間を超える)短期利用」が 20.3%、「介護老人保健施設」が 19.6%となっている。

介護付有料老人ホームと比較すると、特別養護老人ホームでは「病院・診療所」からの入所割合が少ない分、「短期利用」や「介護老人保健施設」からの入所割合が高いことに特徴がある。

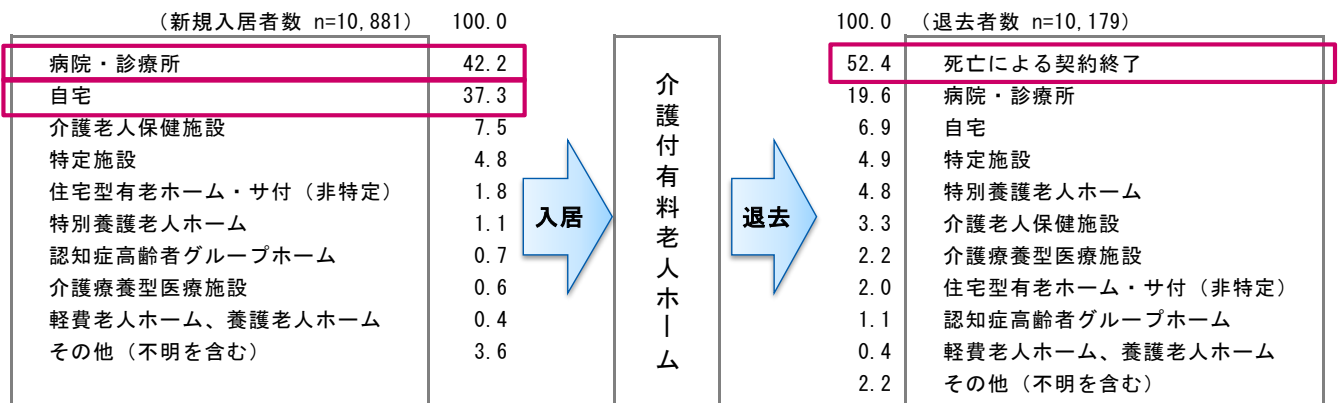
退所先については、「死亡による契約終了」が最も多く 68.0%、次いで「病院・診療所」が 24.9%で、これらで9割以上を占めている。

特定施設と比較すると、特定施設では「死亡による契約終了」や「病院・診療所」以外に、「自宅」や「特別養護老人ホーム」等施設への転居が数%程度ずつ見られるのが特徴となっている。

図表 入退所の状況



《参考》

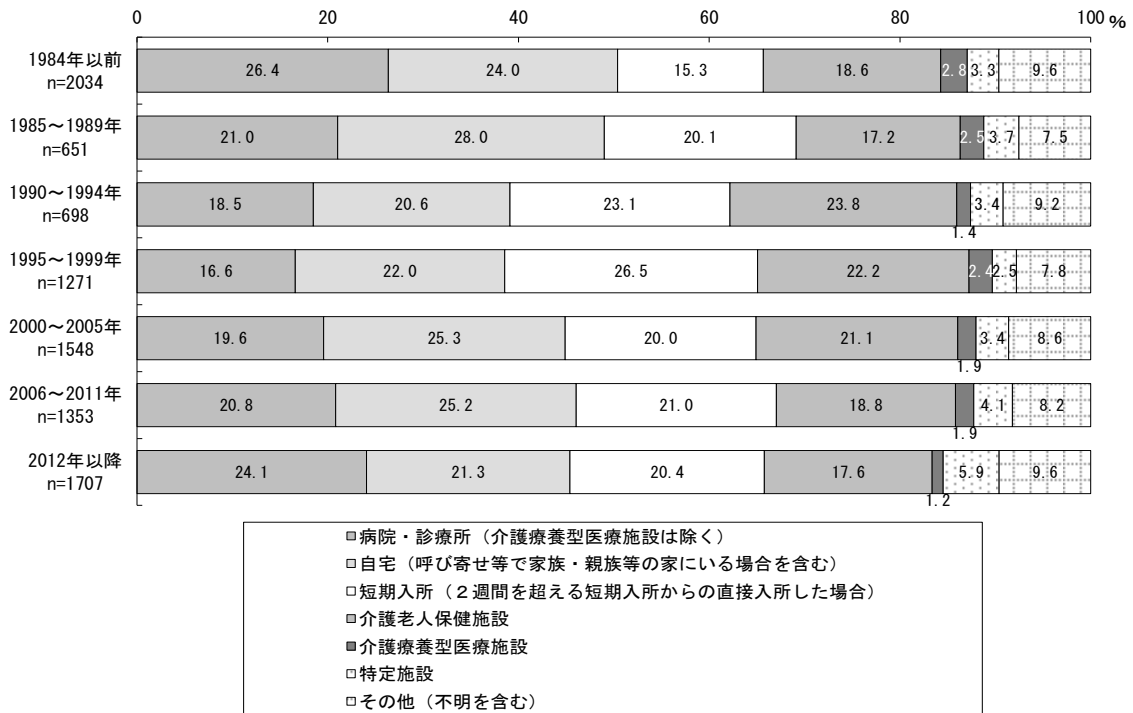


5) 事業所開設年別にみた入所直前の居場所・退所先に関するクロス集計(*)

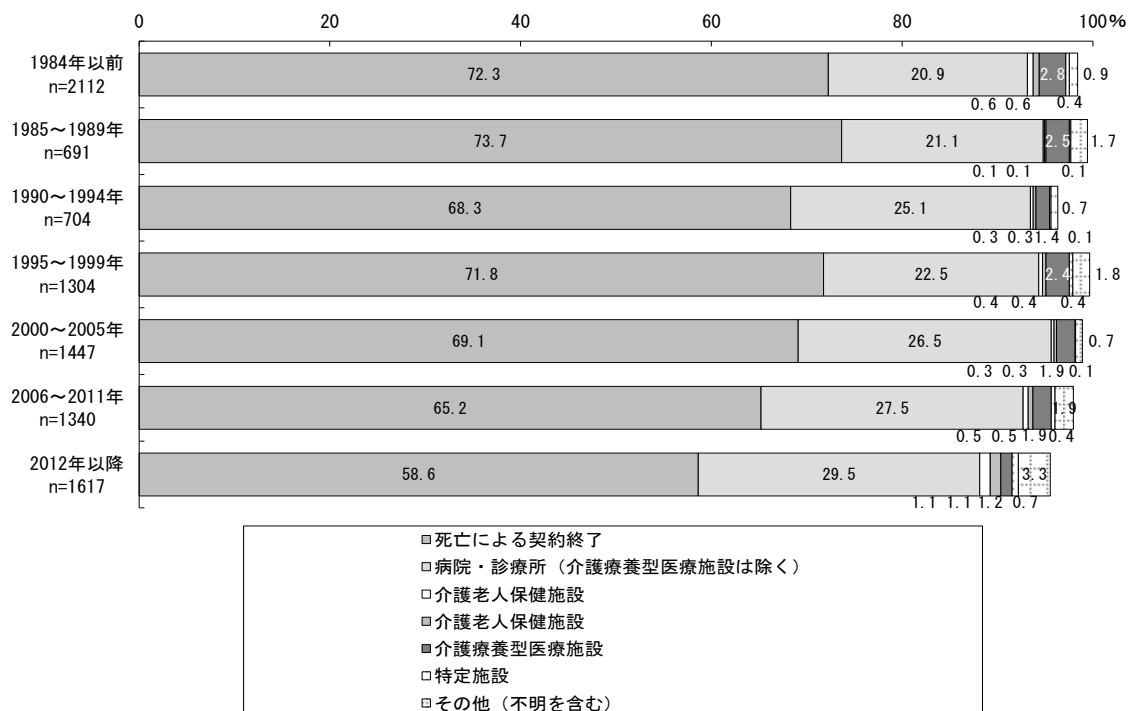
事業所開設年別に入居直前の居場所をみると、1990 年から 1999 年にかけて開設された施設で、「病院・診療所」及び「自宅」からの入所が少なく、「短期入所」や「介護老人保健施設」からの入所が多い傾向がみられる。

同様に、事業所開設年別に退所先の傾向を見ると、開設後の年数が短くなるに連れて「死亡による契約終了」の割合が減少し、「病院・診療所」の割合が高くなる傾向が見られ、特に 2000 年以降顕著である。

図表 事業所開設年別 入所直前の居場所



図表 事業所開設年別 退所先



2. 死亡による契約終了における逝去と看取りの状況

1) 死亡による契約終了における逝去の状況【問 12】

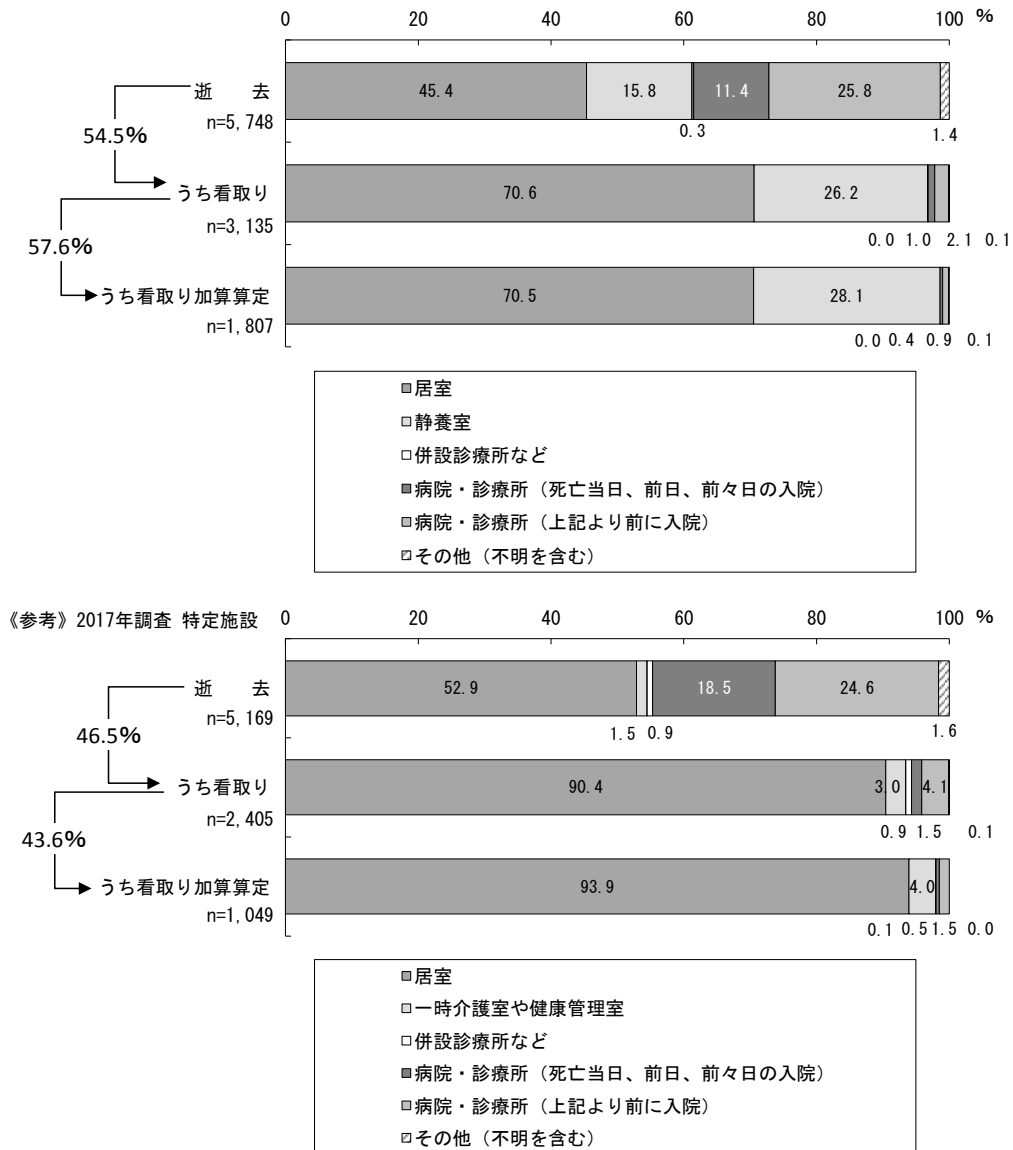
死亡による契約終了(回答施設全体で5,748人)のうち、看取りだったのは3,135人(逝去のうち54.5%)で、看取りのうち加算が算定できているのは1,807人(看取りの57.6%)となっている。

特定施設と比較すると、逝去に占める看取り割合も、看取りに定める加算算定割合も特別養護老人ホームの方が高い傾向が見られる。

逝去や看取りの場所については、逝去の場合は「病院・診療所」の割合が37.2%を占めている。これらは、「死亡当日、前日、前々日の入院」より「上記より前に入院」の方が倍以上を占めている。看取りや加算を算定したケースでは、「居室」7割超と「静養室」3割弱でほとんどを占めている。

特定施設でも、「病院・診療所」の割合に関してはおおむね同様の傾向を示しているが、特定施設では「一時介護室や健康管理室」の割合が低く、その分「居室」の割合が高いことに特徴がある。

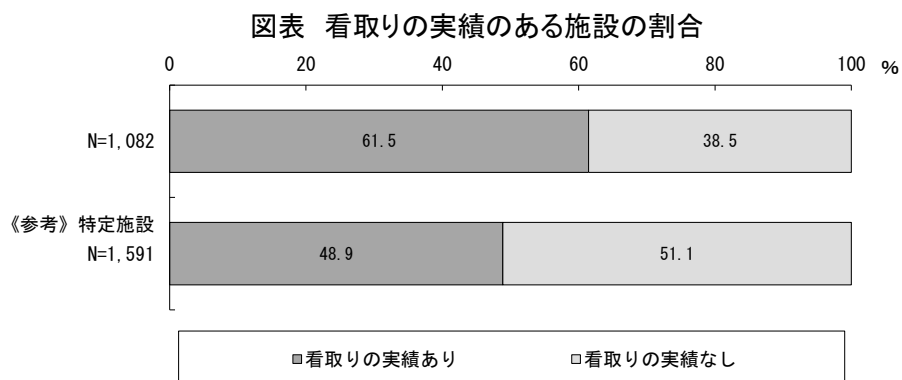
図表 死亡による契約終了における逝去の状況(人数積み上げ)



2) 看取りの実績のある施設【問 12】

半年間の退所の中で、看取りの実績が1件以上ある施設の割合は特別養護老人ホーム全体の61.5%となっている。

これは、特定施設(46.9%)と比べて10ポイント以上高い結果となっている。

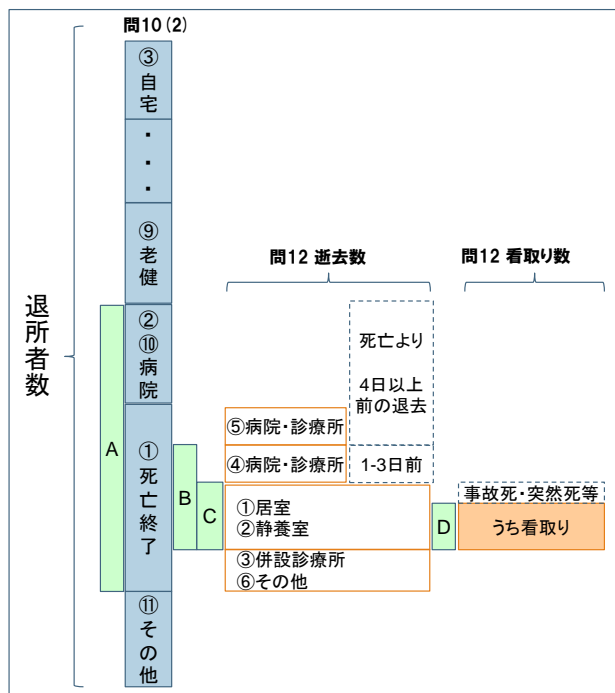


3) 看取り率

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」や「介護療養型医療施設」への退所の合計人数を分母とし、「居室」又は「一次介護室・健康管理室」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、全体で 35.0%、従来型で 36.4%、ユニット型で 34.6%であった。

図表 「看取り率」考え方

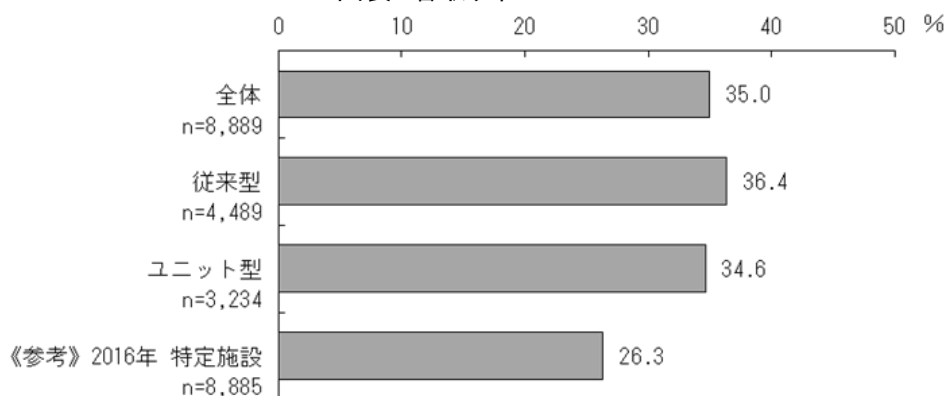


施設別の看取り率の算定式

$$\text{看取り率} = \frac{\text{居室・静養室での看取り(D)}}{\text{死亡による契約終了+病院・療養型へ転居(A)}}$$

- ◆ 昨年度研究において、「看取り率」の定義を設定した ⇒ 今年度もこれを踏襲した集計も実施。
 - ・ 分母 : 退去者総数、左図A
 - ・ 分子 : 左図B~D
- ◆ 1施設あたりの死亡退所数が少ないため、施設単位で「看取り率」を作成すると、傾向に歪みが生じやすいことから、該当カテゴリ内の人数を積み上げ算出する方法を採用することとした
- ◆ これにより、施設による傾向の相違(分散)は反映されにくいですが、カテゴリごとの平均的な傾向の把握が可能となる

図表 看取り率



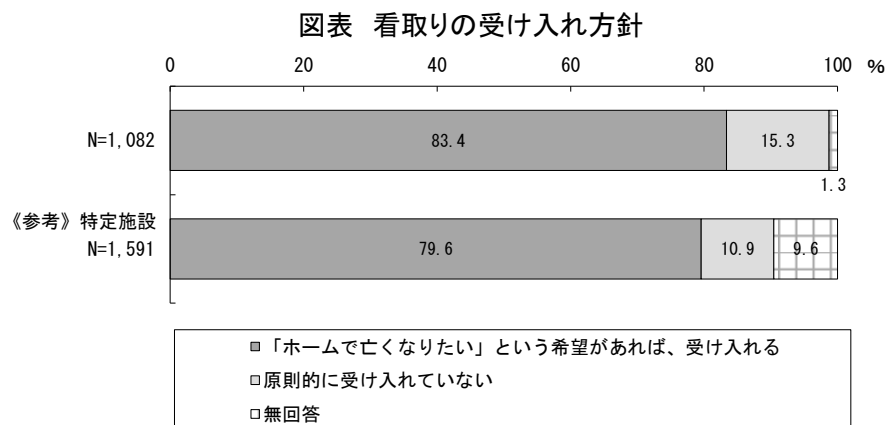
VI. 看取りに対する施設の取り組み

1. 看取に関する方針・スタンス

1) 看取りの受け入れ方針【問 14(1)】

施設における看取りの受け入れ方針については、「『ホームで亡くなりたい』という希望があれば、受け入れる」が 83.4%を占めている。

これは、特定施設(79.6%)と比較してやや高い割合となっている。



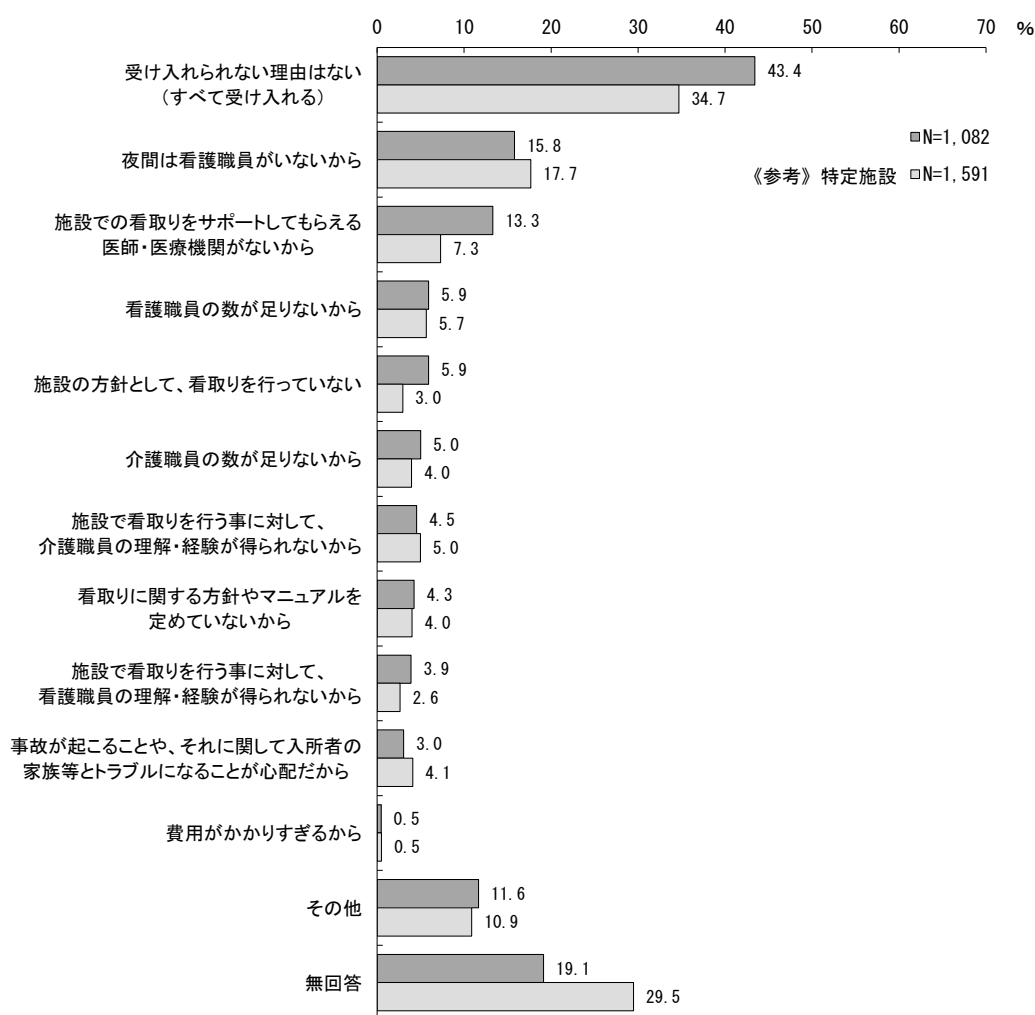
2)看取りを受け入れられないことがある理由【問 14(2)】

実態として、ご本人やご家族の希望があっても、看取りを受け入れられないことがある理由では、「受け入れられない理由はない(すべて受け入れる)」が43.4%を占めており、特定施設(34.7%)と比べても高い割合となっている。

理由の中で最も多かった回答は「夜間は看護職員はいないから」15.8%で、次いで「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」13.3%、「看護職員の数が足りないから」5.9%、「施設の方針として、看取りを行っていない」5.9%の順となっている。看護職員、医師に関する項目が上位にあがっている点は、特定施設とも共通する。

一方で、特定施設と比べると、「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」は特別養護老人ホームの方が8ポイント高くなっている。

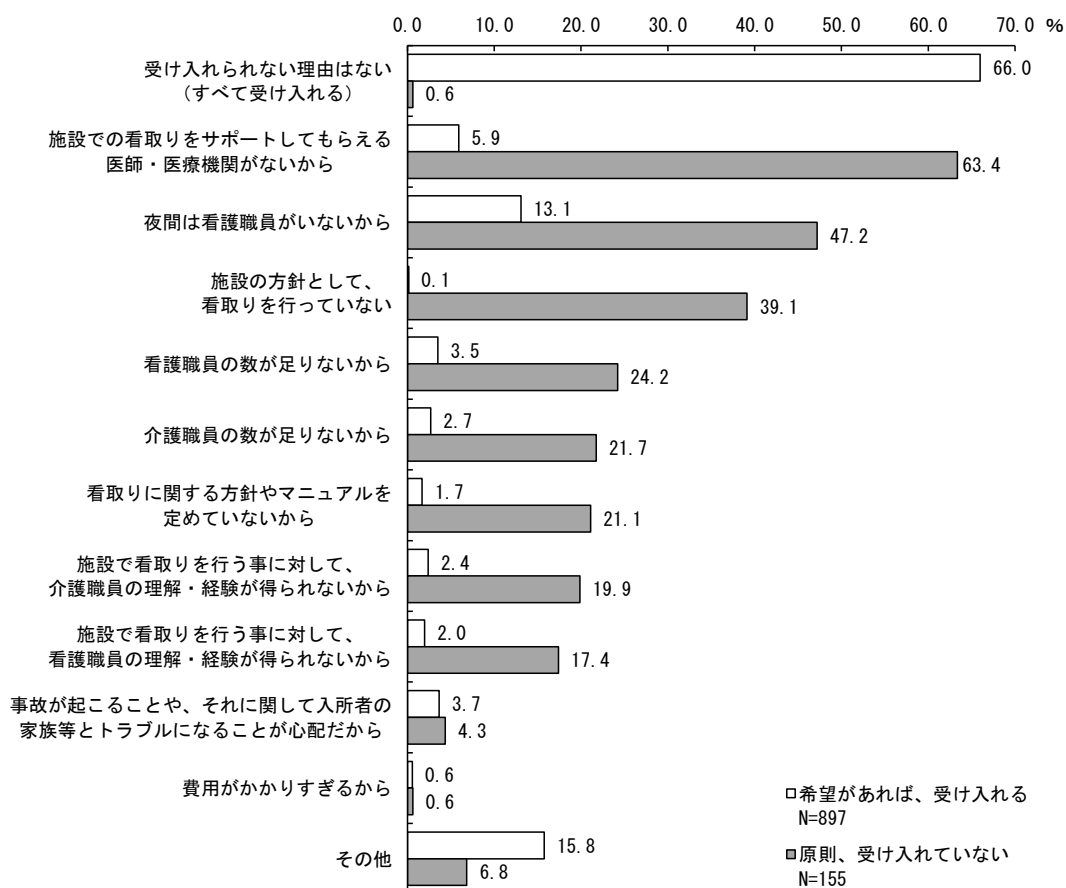
図表 看取りを受け入れられないことがある理由



看取りの受け入れ方針別に、受け入れられない理由をみると、「希望があれば、受け入れる」施設では「受け入れられない理由はない(すべて受け入れる)」が66.0%を占め、次いで「夜間は看護職員がいないから」が13.1%、「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5.9%となっている。

これに対し、「原則、受け入れていない」施設では、「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63.4%と最も多く、次いで「夜間は看護職員がいないから」47.2%、「施設の方針として、看取りを行っていない」39.1%の順となっている。

図表 看取りの受け入れ方針別 看取りを受け入れられないことがある理由



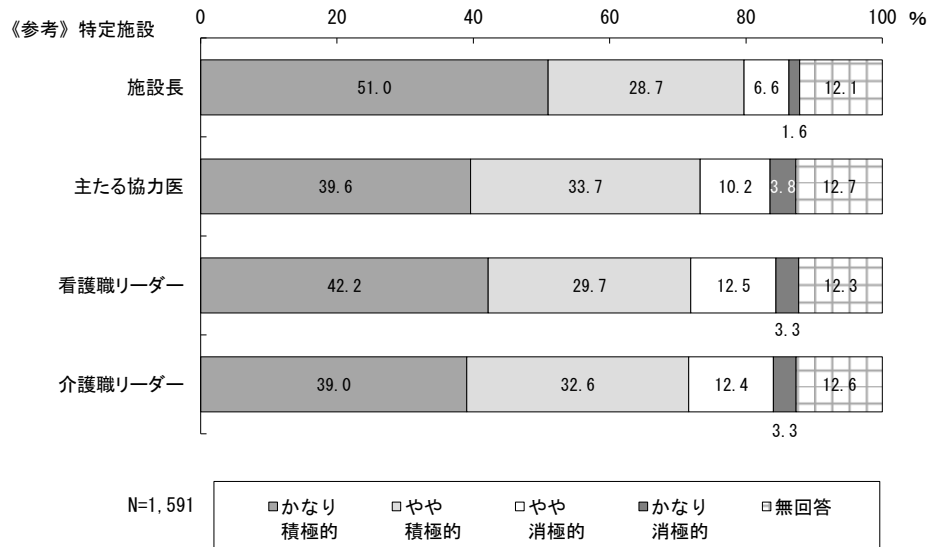
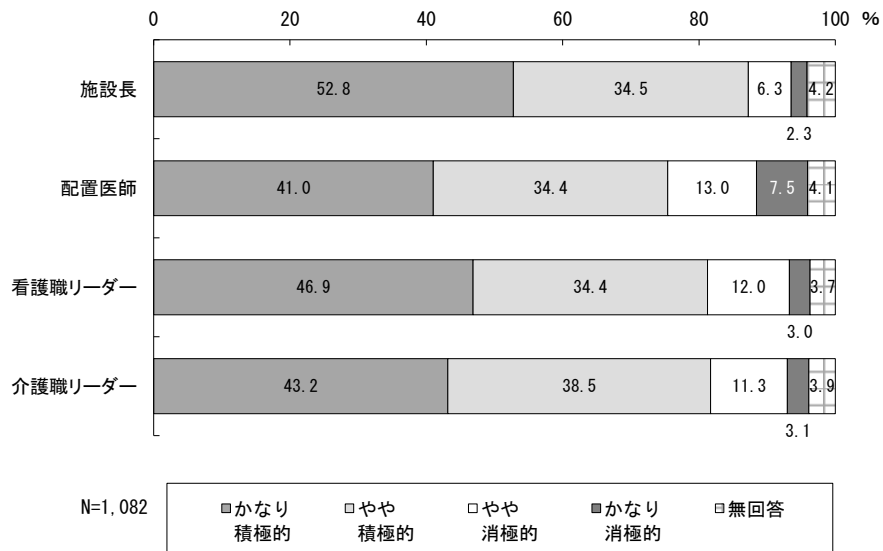
3) 主要職員の看取りに対するスタンス【問 14(3)】

看取りにおいてキーパーソンとなり得る立場・役職の職員の看取りに対するスタンスは、いずれの場合も、「かなり積極的」が最も多く、「やや積極的」と合わせると7割以上を占める結果となった。

特に、施設長がキーパーソンの中で最も「かなり積極的」「やや積極的」の割合が高く、施設での看取り推進を牽引している様子がうかがわれる。

こうした傾向は、特定施設の場合ともほぼ同様となっている。

図表 主要職員の看取りに対するスタンス



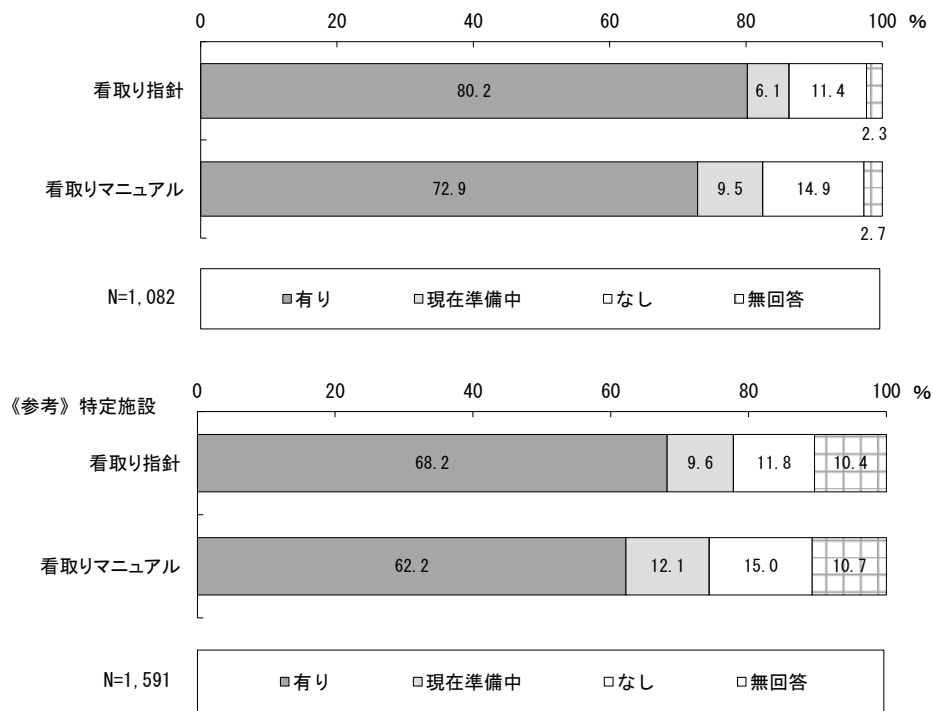
2. 指針・マニュアル・研修等の状況

1) 指針・マニュアルの整備状況【問 14(4)】

看取りに関する指針やマニュアルの整備状況については、「有り」の割合が高く、指針では 80.2%、マニュアルの場合で 72.9%を占めた。「現在準備中」を合わせると、8割以上の施設で指針やマニュアルを整備されていることとなる。特定施設と比べると、およそ 10 ポイント高い数値となっている。

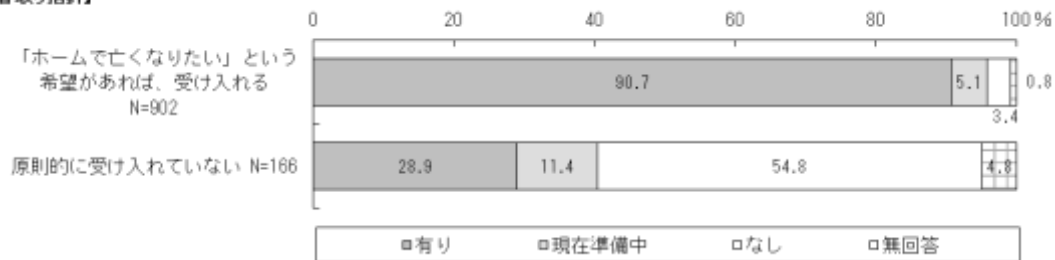
看取りの受け入れ方針との関係を見ると、「『ホームで亡くなりたい』という希望があれば、受け入れる」方針の施設では、看取り指針や看取りマニュアルを整備している割合が高い。

図表 指針・マニュアル

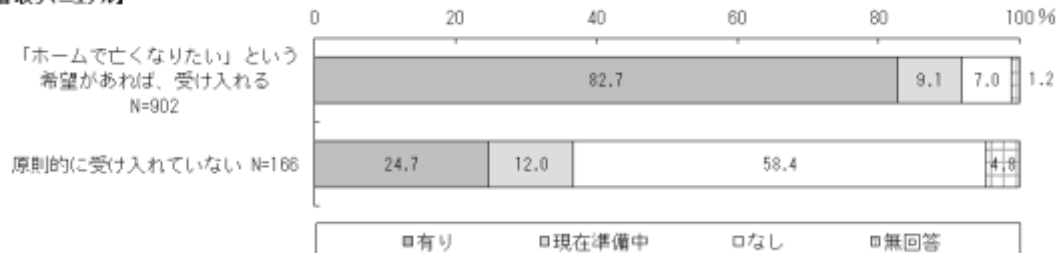


図表 看取りの受け入れ方針別 看取り指針・マニュアルの整備状況

【看取り指針】



【看取りマニュアル】



2) 看取りに関する研修の実施状況【問 14(5)】

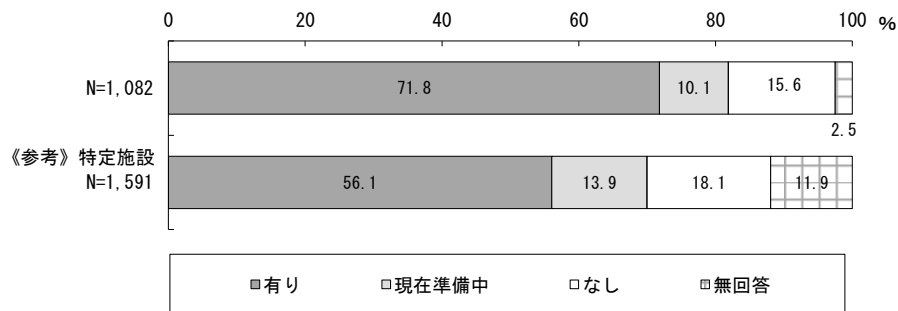
看取りに関する研修に関しては、「有り」が 71.8%、「現在準備中」と合わせると8割超を占めている。

看取りの受け入れ方針との関係を見ると、『「ホームで亡くなりたい」という希望があれば、受け入れる』方針の施設では、看取りに関する研修を実施している割合が高い。

研修の対象は、特定施設に比べて、「施設長」が 53.2%と他に比べてやや低いが、その他の職種は8割以上の施設で対象となっている。「施設長」が対象となっている割合は、特定施設と比べても低い。

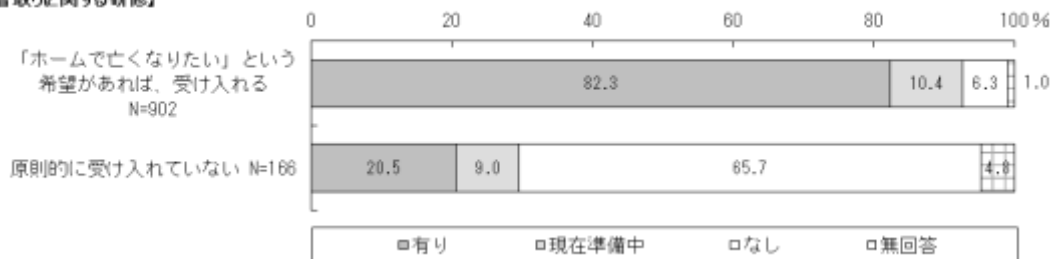
研修の実施方法は、「社内研修」が 89.6%を占め、次いで「外部研修(参加費助成)」が 53.4%となっている。特定施設と比べると、「外部研修(参加費助成)」の割合が高い点に特徴がある。

図表 看取りに関する研修

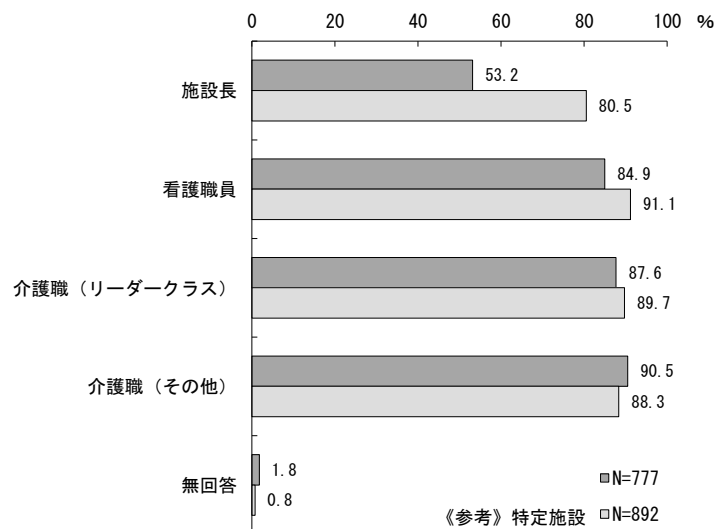


図表 看取りの受け入れ方針別 看取り研修の状況

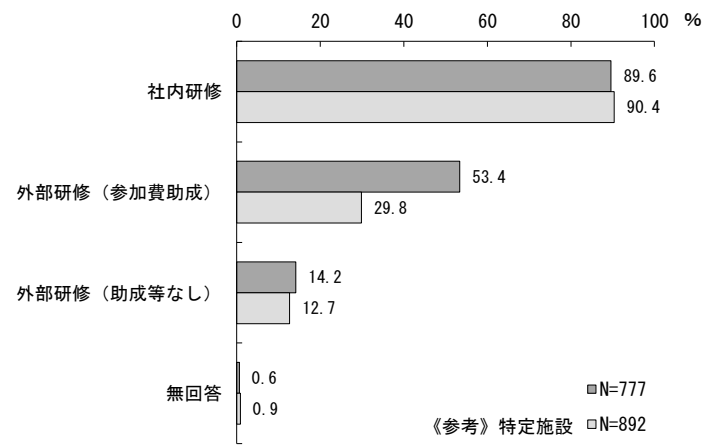
【看取りに関する研修】



図表 研修の対象(研修「有り」の場合のみ、複数回答)



図表 研修の実施方法(研修「有り」の場合のみ、複数回答)



3) 看取りの振り返りの実施状況【問 14(6)】

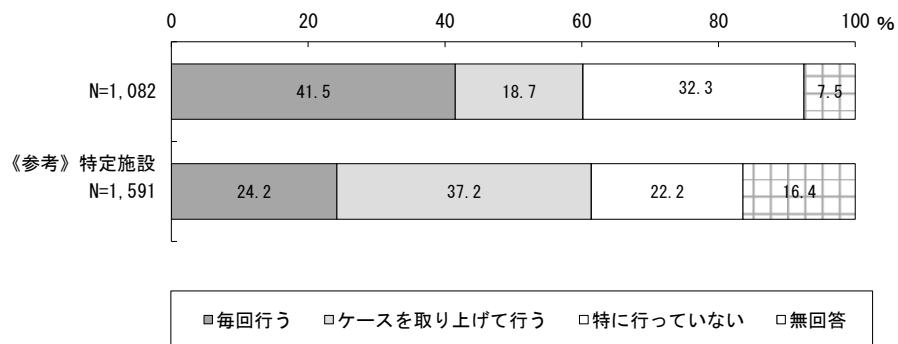
看取りの振り返りについては、「毎回行う」が 41.5%、「ケースを取り上げて行う」が 18.7%となっており、6割の施設で振り返りが行われている。

特定施設と比較すると、特別養護老人ホームでは「毎回行う」割合が高い点に特徴が見られる。

看取りの受け入れ方針との関係を見ると、『ホームで亡くなりたい』という希望があれば、受け入れる」方針の施設では、看取りの振り返りも「毎回行う」施設の割合が高く、「特に行っていない」割合が低い。

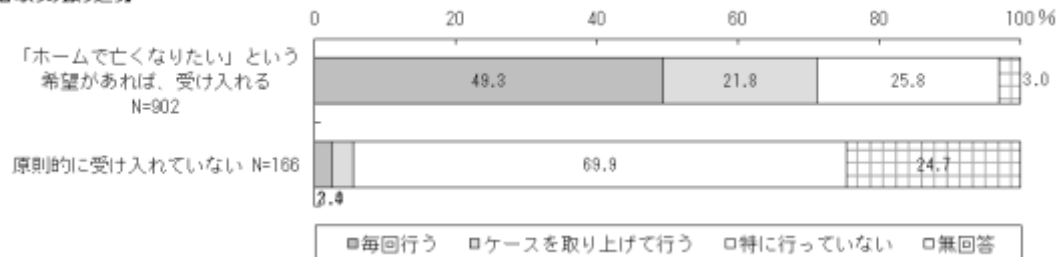
振り返りを実施している施設における振り返りへの配置医師の参加状況は、「原則参加しない」が 83.9%を占め、「参加する時としない時がある」が 12.7%、「必ず参加している」は 2.2%のみであった。

図表 看取りの振り返り



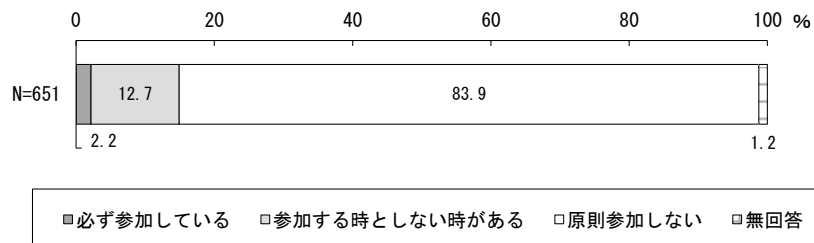
図表 看取りの受け入れ方針別 看取りの振り返りの実施状況

【看取りの振り返り】



図表 振り返りへの配置医師の参加状況

(振り返りを「毎回行う」「ケースを取り上げ行う」場合のみ)



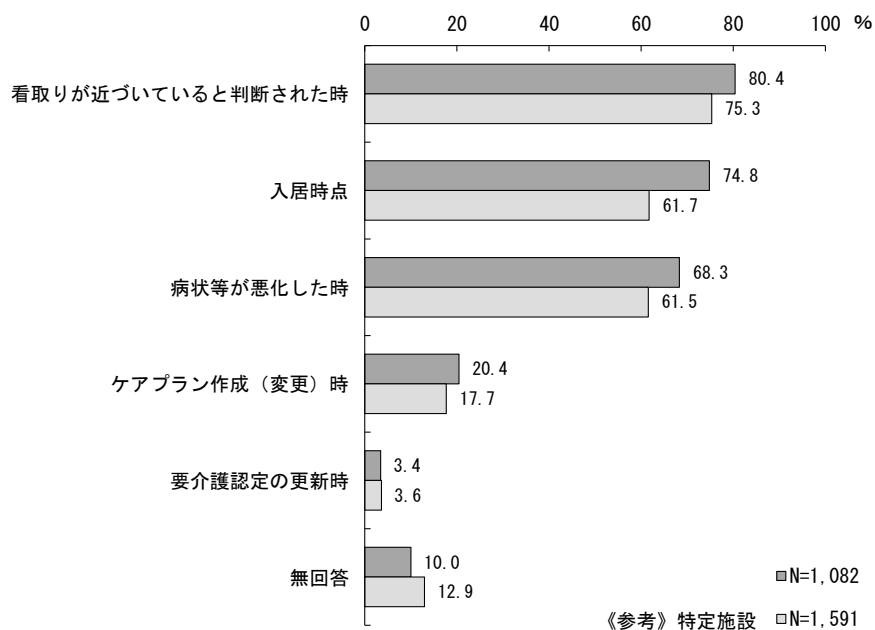
3. 看取りに関する説明・意思確認等

1) 看取りに関する説明・意思確認の実施タイミング【問 15(1)】

看取りに関する説明・意思確認の実施タイミングは、「看取りが近づいていると判断された時」が最も多く80.4%、次いで「入居時点」が74.8%、「症状が悪化した時」が68.3%となっており、「ケアプラン作成(変更)時」は20.4%に留まった。

特定施設と比べると、いずれのタイミングも特別養護老人ホームの方が説明を実施している割合が高い。

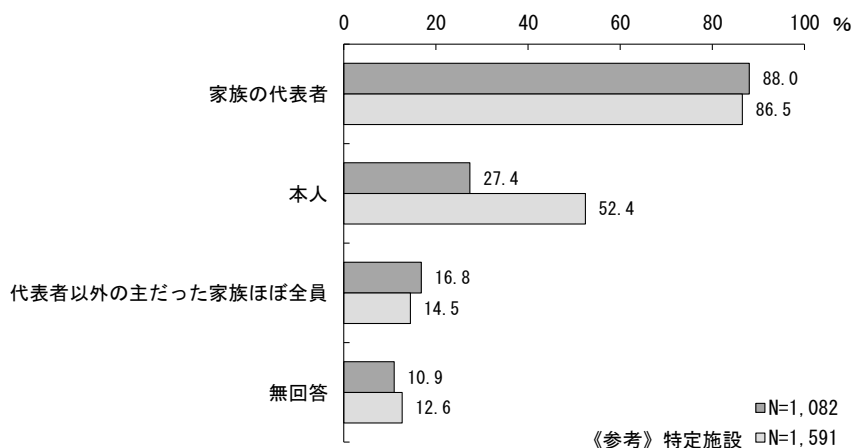
図表 看取りに関する説明・意思確認の実施タイミング(複数回答)



2) 看取りに関する説明・意思確認の対象【問 15(2)】

説明・意思確認の対象は、「家族の代表者」が最も多く88.0%、次いで「本人」が27.4%となっている。特定施設と比べると、「本人」の割合が低く、特定施設の半分程度の割合となっている。

図表 看取りに関する説明・意思確認の対象(複数回答)

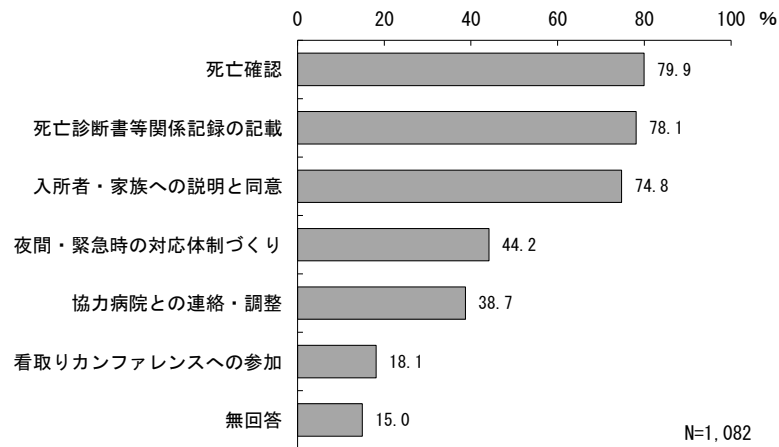


3)看取りにおいて配置医師が果たしている役割【問 16】

看取りの際に、原則、配置医師が行っている事柄では、「死亡確認」が最も多く 79.9%、次いで「死亡診断書等関係記録の記載」が 78.1%、「入所者・家族への説明と同意」が 74.8%となっている。

一方、「夜間・緊急時の対応体制づくり」は 44.2%、「協力病院との連絡・調整」は 38.7%、「看取りカンファレンスへの参加」は 18.1%に留まっている。

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)



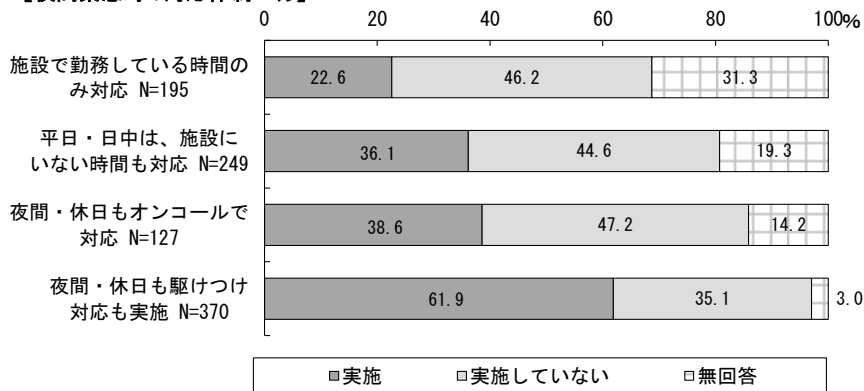
4) 配置医師の対応可能な時間帯・配置医師が果たしている役割別クロス集計(*)

配置医師が「施設で勤務時間のみ対応」している施設では、配置医師による「夜間・緊急時の対応体制づくり」ができていない施設が2割程度であるのに対し、「夜間・休日も駆けつけ対応も実施」している施設では、「夜間・緊急時の対応体制づくり」ができていない施設が6割超となっている。

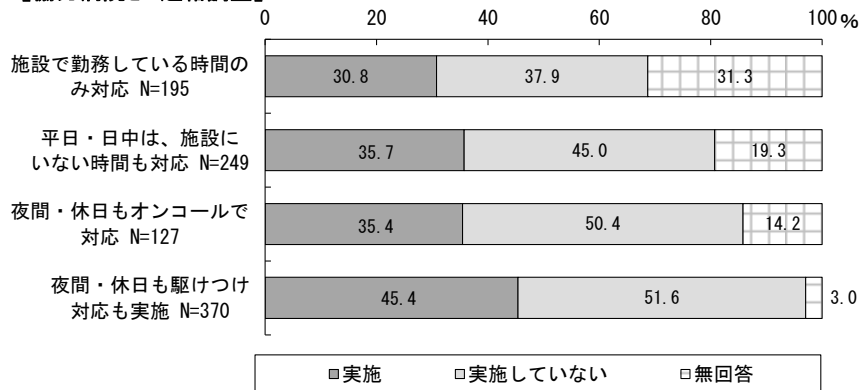
配置医師が「施設で勤務時間のみ対応」している施設では、配置医師による「協力病院との連絡調整」が実施されている施設は3割程度であるのに対し、「夜間・休日も駆けつけ対応も実施」している施設では、「協力病院との連絡調整」ができていない施設が45%を超えている。

図表 配置医師の対応可能な時間帯別にみた看取りにおいて配置医師が果たしている役割

【夜間緊急時の対応体制づくり】



【協力病院との連絡調整】



VII. 看取りに関するクロス集計(*)

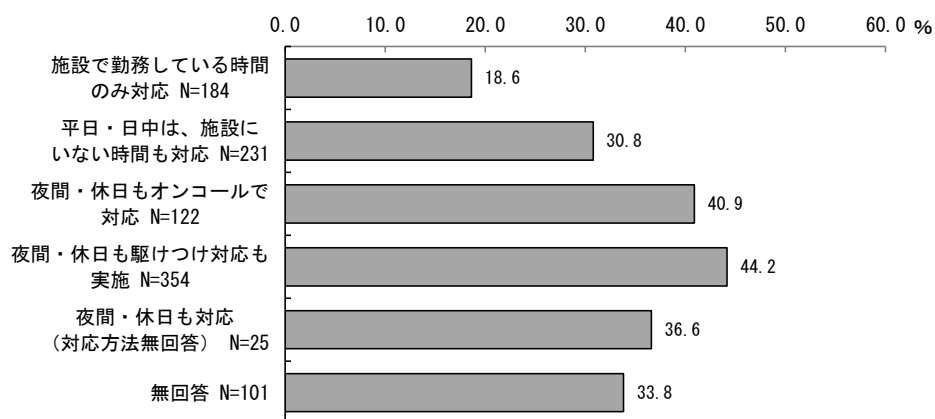
1. 看取り率に関するクロス集計(*)

1) 配置医師の対応可能な時間帯別

配置医師が「夜間・休日も駆けつけ対応も実施」の体制をとっている施設で最も看取り率が高く、「夜間・休日もオンコールで対応」している施設もそれに準じて看取り率が高い。

それに対し、「平日・日中は、施設にいない時間も対応」や「施設で勤務している時間のみ対応」の施設では看取り率が低い傾向が見られる。

図表 配置医師の対応可能な時間帯別 看取り率

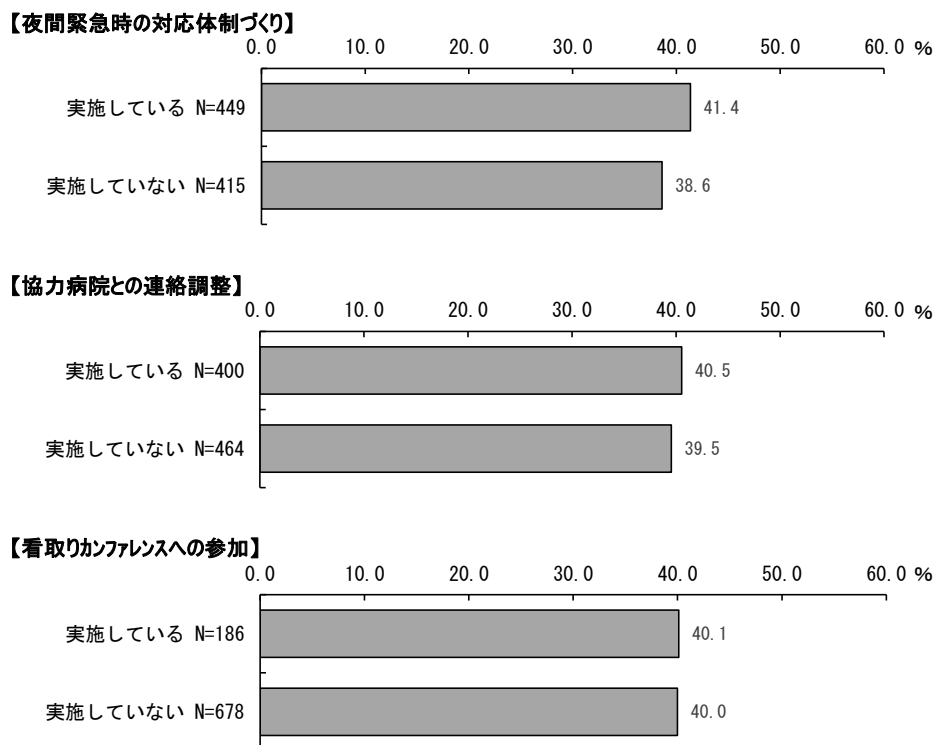


2) 配置医師が果たしている役割別

配置医師が夜間・緊急時の対応体制づくりを「実施している」施設では、「実施していない」施設に比べて看取り率が約4ポイント高い。

これに対し、協力病院との連絡調整や看取りカンファレンスについては、「実施している」施設と「実施していない」施設との差が小さい。

図表 配置医師が果たしている役割別 看取り率



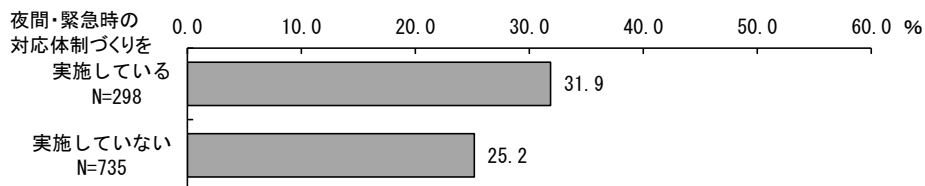
3) 配置医師の対応可能な時間帯別・夜間・緊急時の対応体制づくりの実施状況別

配置医師が「夜間・休日も駆けつけ対応も実施」している施設や「夜間・休日もオンコールで対応」している施設では、夜間・緊急時の対応体制づくりを実施していない場合でも看取り率が高い傾向があるが、「施設で勤務している時間のみ対応」している施設では、配置医師が予め夜間・緊急時の対応体制づくりを実施していると、実施していない場合より看取り率が高くなる傾向が見られた。

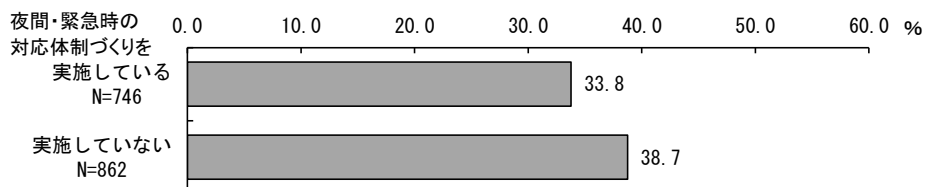
図表 配置医師の対応可能な時間帯別

配置医師による看取りに関する夜間・緊急時の対応体制づくりの実施状況別 看取り率

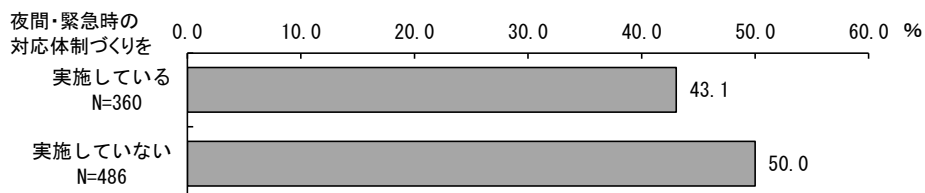
【施設で勤務している時間のみ対応】



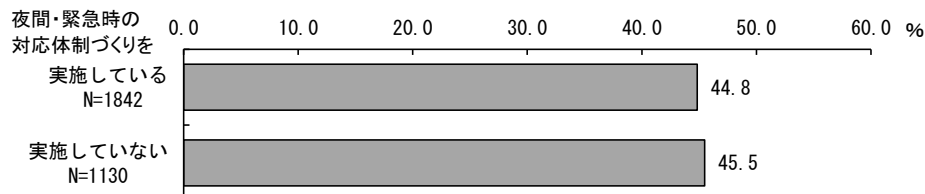
【平日・日中は、施設にいない時間も対応】



【夜間・休日もオンコールで対応】



【夜間・休日も駆けつけ対応も実施】



4) 看護職員が勤務している時間数別、夜間の看護体制別

看護職員が必ず勤務している時間が12時間を超える施設では看取り率が高い傾向が見られる。

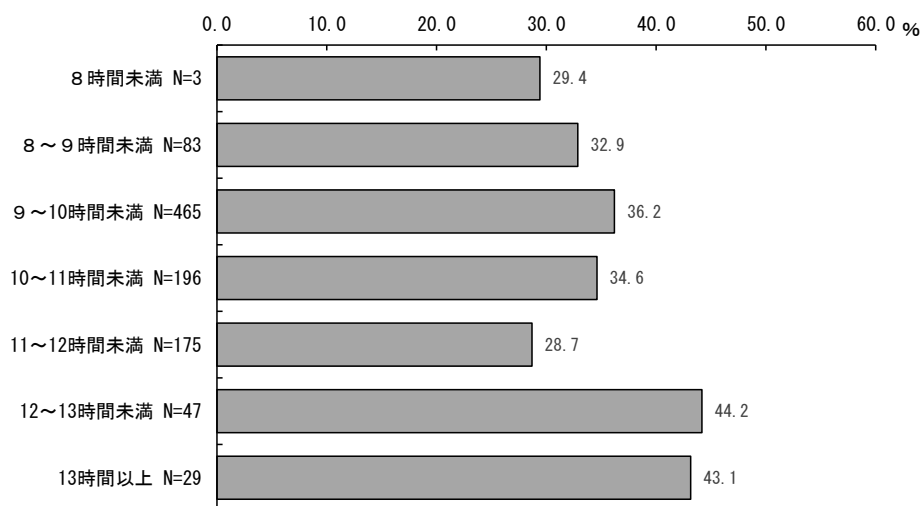
また、夜間の看護体制別の傾向をみると、「常に夜勤または当直の看護職員が対応」している施設や、「通常、オンコールで対応」している施設では、「夜勤・当直の看護職員はおらず、オンコール対応もしていない」施設に比べて看取り率が高い傾向が見られる。

さらに看取り方針を加味してクロス集計を行うと、看取りの「希望があれば、受け入れる」方針である施設では、夜間の看護体制によらず、「原則的に受け入れていない」施設と比べて、看取り率が圧倒的に高い。

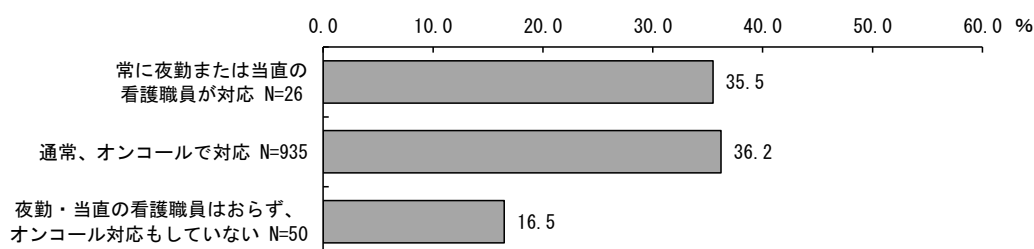
夜間の看護体制において、「夜勤・当直の看護職員が対応」している施設でも「原則的に受け入れていない」施設では看取り率が非常に低く、「通常オンコール対応もなし」の施設であっても「希望があれば、受け入れる」方針の施設では看取り率が高くなっている。

看護体制加算の算定状況では、「加算なし」に比べて、「Ⅰのみ加算あり」や「Ⅱの加算有り」の看取り率は高い傾向が見られる。

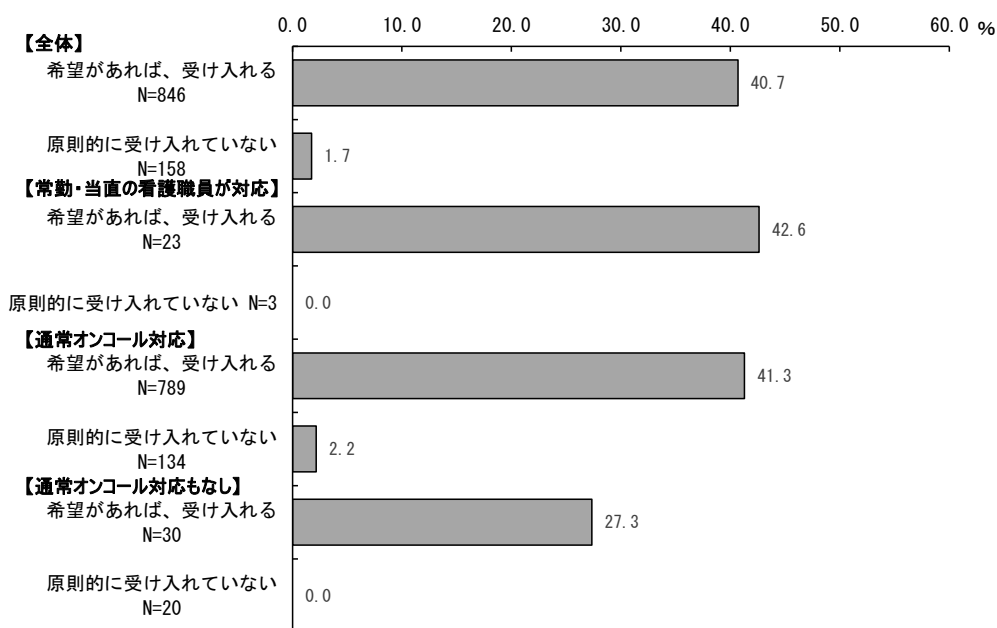
図表 看護職員が勤務している時間数別 看取り率



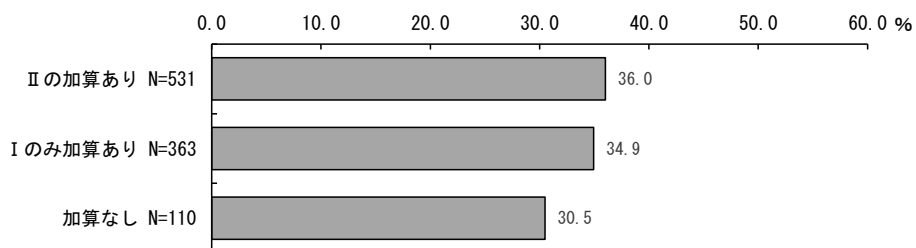
図表 夜間の看護体制別 看取り率



図表 看取りの受け入れ方針別・夜間の看護体制別 看取り率



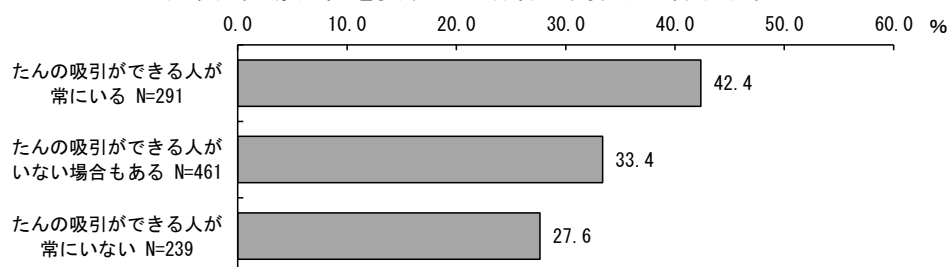
図表 看護体制加算の算定別 看取り率



5) 医療対応(たんの吸引)ができる体制別

「たんの吸引ができる人が常にいる」施設では、「たんの吸引ができる人がいない場合もある」や「たんの吸引ができる人が常にいない」施設に比べて看取り率が高い傾向が見られる。

図表 医療処置を要する入所者の割合別 看取り率

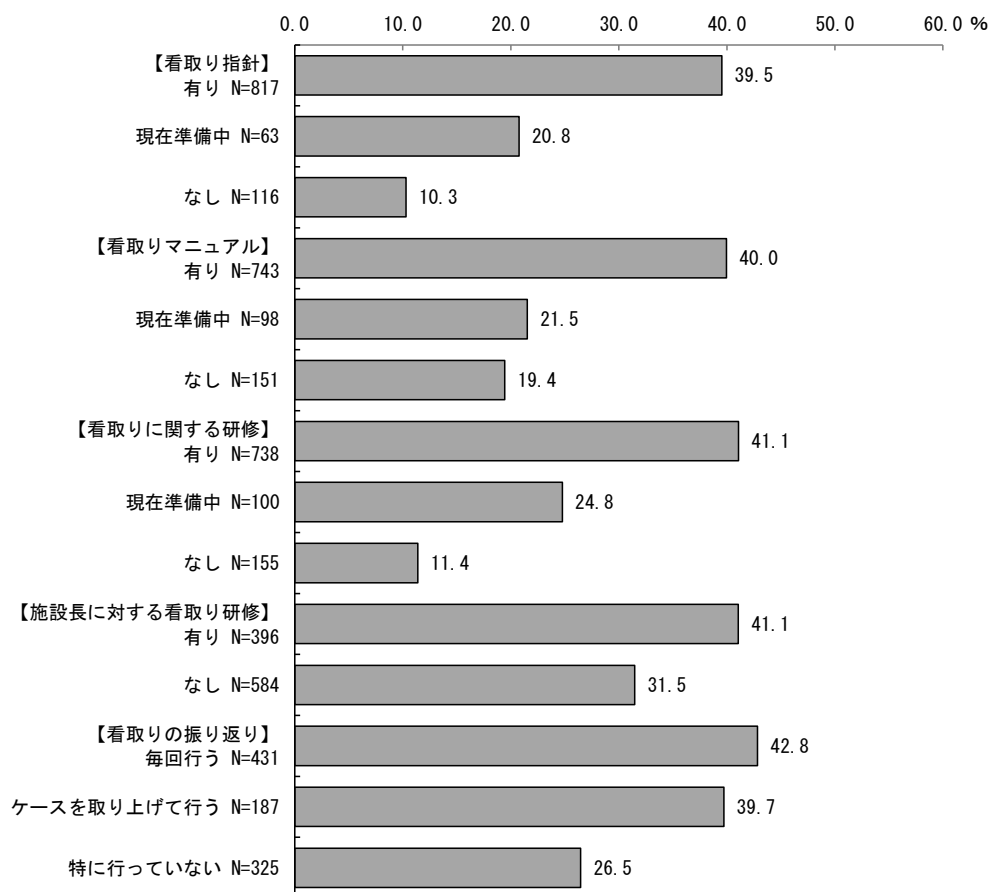


6) 看取りに対する各種取り組みの状況別

看取り指針や看取りマニュアルが有る施設では、ない施設に比べて看取り率が高い。

同様に、看取りに関する研修や振り返りも、実施している施設では実施していない施設に比べて看取り率が高い。

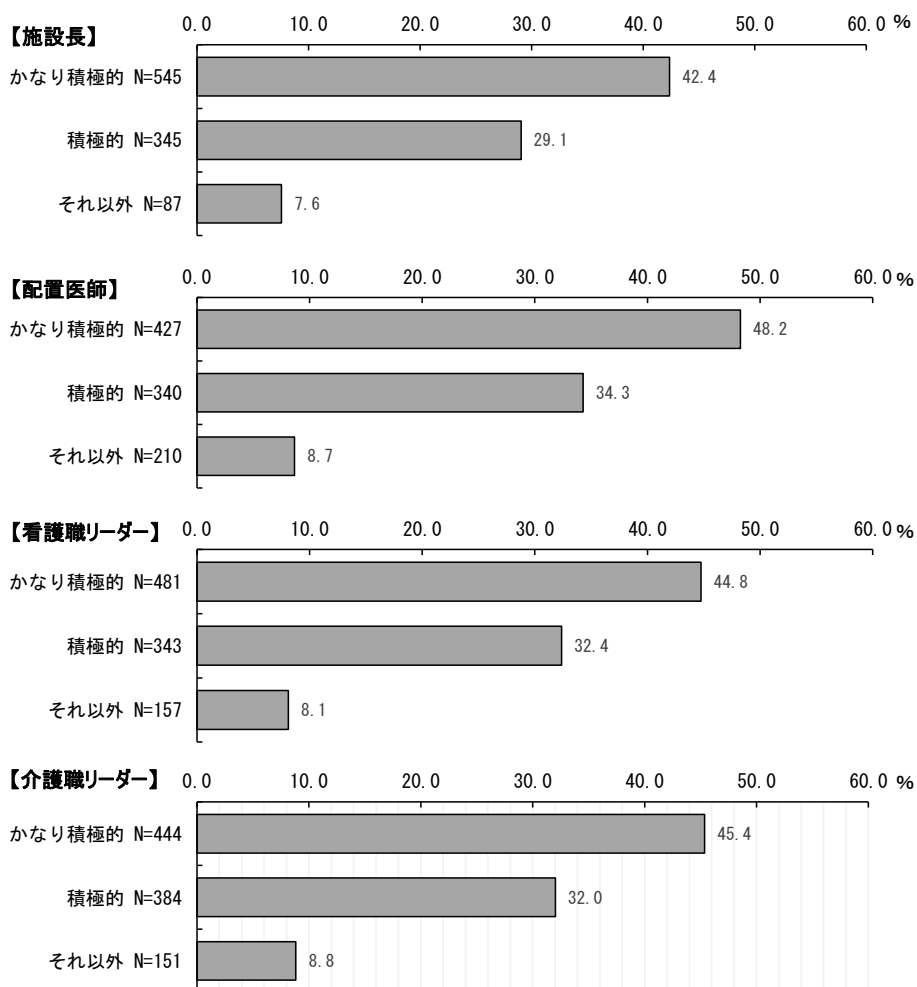
図表 看取りに対する各種取り組みの状況別 看取り率



7) 主要職員の看取りに対するスタンス別

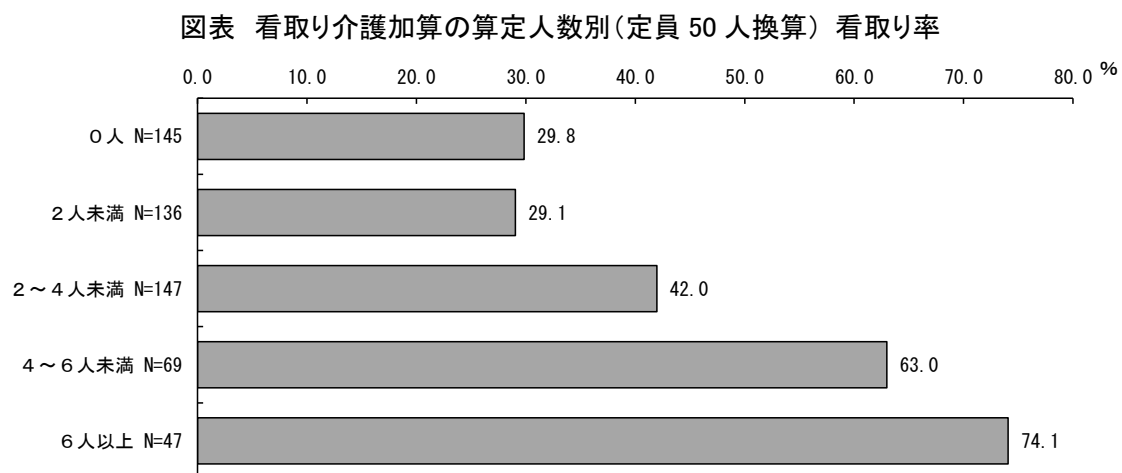
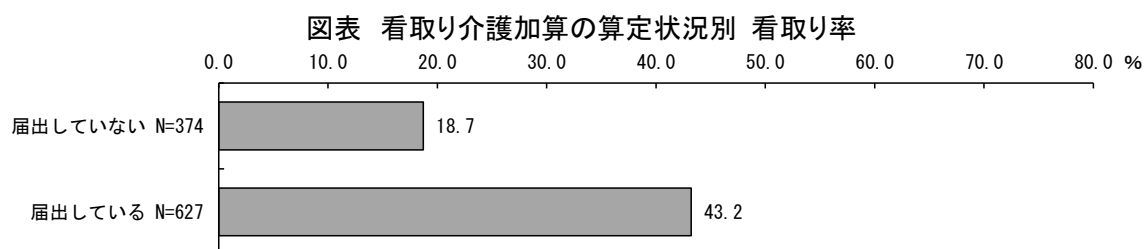
ケア現場においてキーパーソンとなる施設長、配置医師、看護職リーダー、介護職リーダーが、看取りに対して「かなり積極的」ないし「積極的」な姿勢を見せている場合は、看取り率が高い。

図表 主要職員の看取りに対するスタンス別 看取り率



8) 看取り介護加算の算定状況別

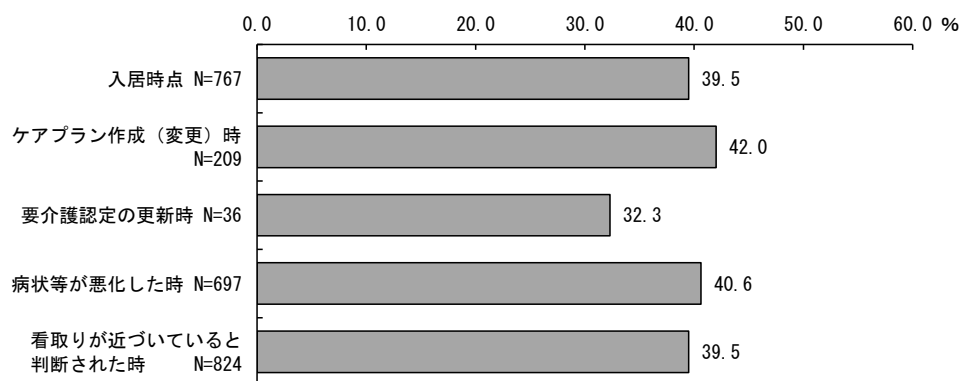
看取り介護加算について「届出している」施設では、「届出していない」施設に比べて看取り率が高い。
また、看取り介護加算の算定人数が多い施設ほど、看取り率が高い。



9) 看取りに関する説明・意思確認の実施タイミング別

タイミングによらず、説明・意思確認を実施している施設では看取り率が高い傾向が見られる。中でも、「ケアプラン作成(変更)時」に説明・意思確認を行っている場合に最も高い看取り率となっている。

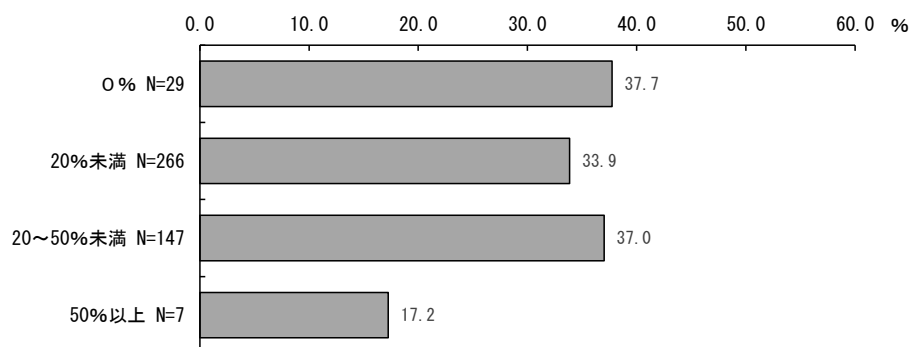
図表 説明・意思確認の実施タイミング別 看取り率



10) 医療処置を要する入所者の割合別

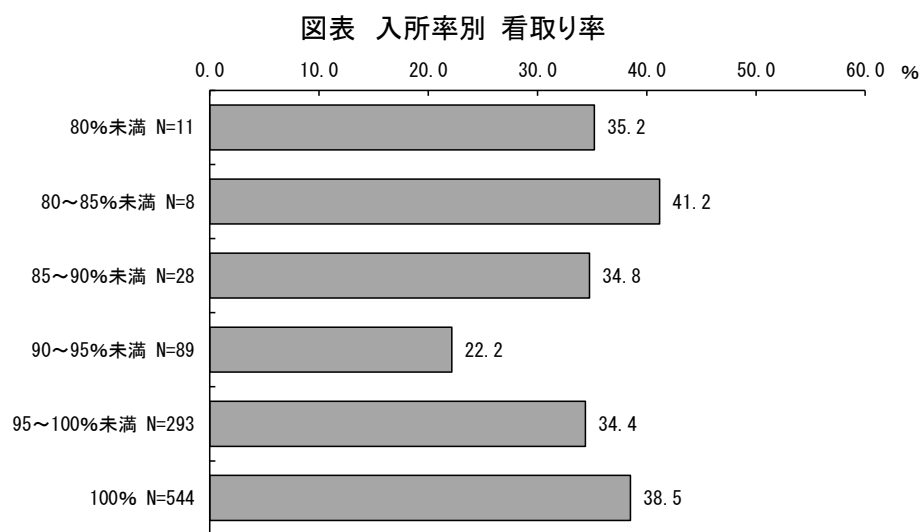
医療処置を要する入所者の割合と看取り率の間には相関性が見られず、医療処置を要する入所者が多いからといって、必ずしも看取り率が高いわけではないことが確認された。

図表 医療処置を要する入所者の割合別 看取り率



11) 入所率別

入所率と看取り率の間には相関性が見られず、必ずしも、入所率が高い施設で看取り率が高い(看取りができる施設の入所率が高い)とは言えないことが確認された。

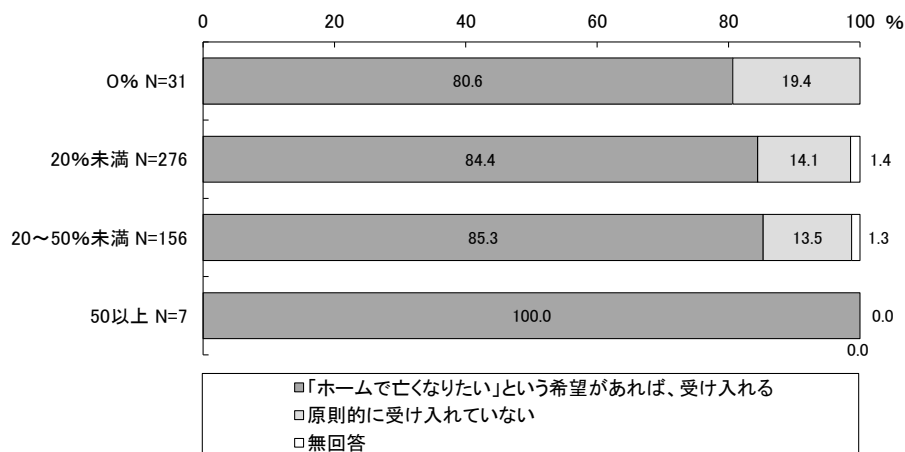


2. 看取りの受入れ方針に関するクロス集計(*)

1) 医療処置を要する入所者(重複を除いた実人数)の割合別

医療処置を要する入所者の割合が高い施設ほど、看取りを「受け入れる」方針の割合が高い。

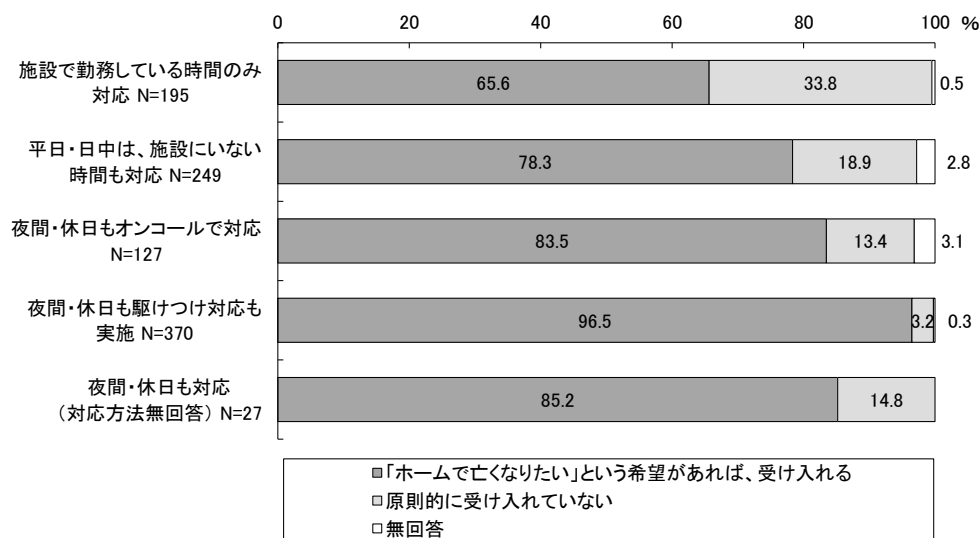
図表 医療処置を要する入所者(重複を除いた実人数)の割合別 看取りの受け入れ方針



2) 配置医師の対応可能な時間帯別

配置医師が夜間・休日も駆けつけ対応も実施している施設や夜間・休日もオンコールで対応している施設では、「『ホームで亡くなりたい』という希望があれば、受け入れる」方針の施設の割合が高い。

図表 配置医師の対応可能な時間帯別 看取りの受け入れ方針



3) 看取りに置いて配置医師が果たしている役割別

配置医師が、夜間・緊急時の対応体制づくりを実施している施設では「『ホームで亡くなりたい』という希望があれば、受け入れる」方針の施設の割合が高い。

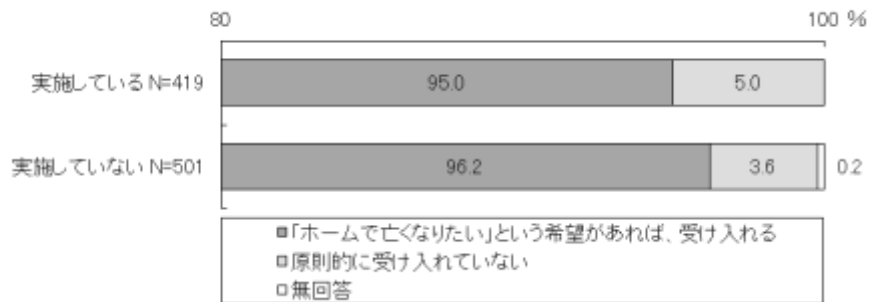
一方で、協力病院との連絡・調整については、実施しているか否かによって、看取りの受け入れ方針に大きくは影響しないことも確認された。

図表 看取りに置いて配置医師が果たしている役割別 看取りの受け入れ方針

【夜間・緊急時の対応体制づくり】



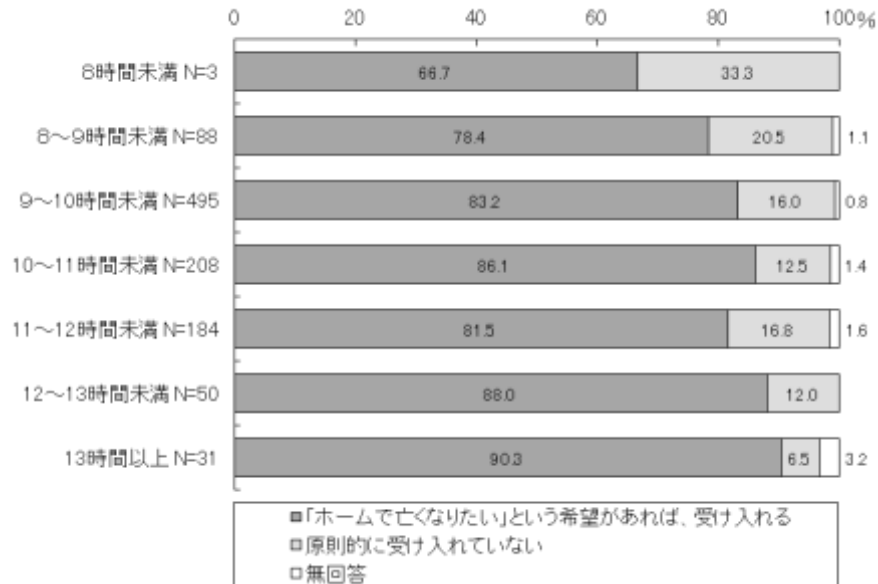
【協力病院との連絡・調整】



4) 看護職員が勤務している時間数別

看護職員が常に勤務している時間が長い施設ほど、「『ホームで亡くなりたい』という希望があれば、受け入れる」方針の施設の割合が高い。

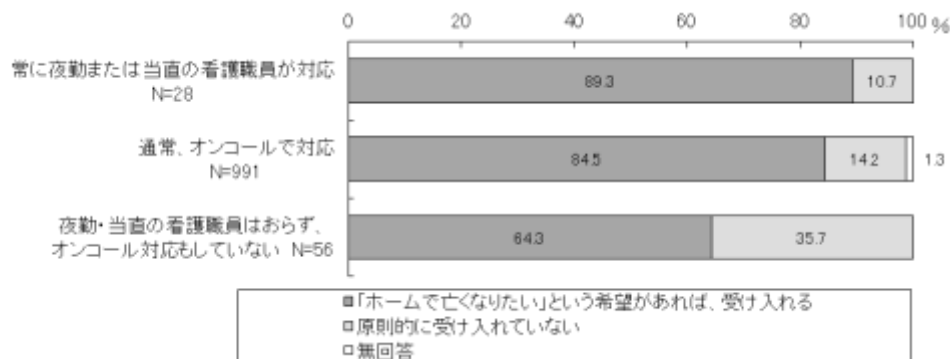
図表 看護職員が勤務している時間数別 看取りの受け入れ方針



5) 夜間の看護体制別

夜勤または当直の看護職員がいなくても、オンコール対応ができていない施設では、「『ホームで亡くなりたい』という希望があれば、受け入れる」方針としている割合が高い。

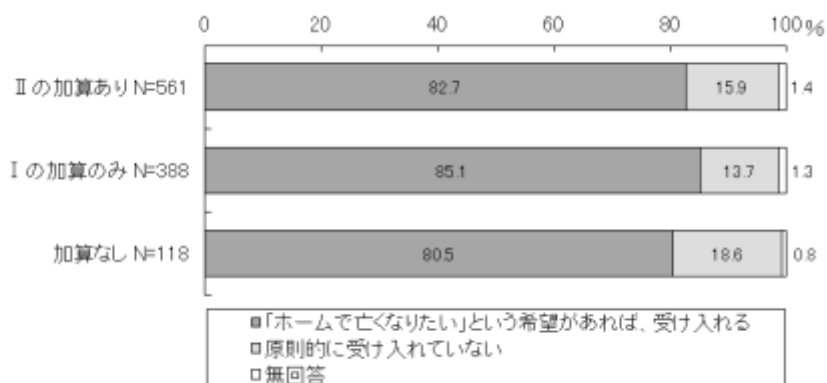
図表 夜間の看護体制別 看取りの受け入れ方針



7) 看護体制加算の算定状況別

看護体制加算Ⅱを算定していなくても、看護体制加算Ⅰの算定ができている施設では、加算を算定していない施設に比べて「『ホームで亡くなりたい』という希望があれば、受け入れる」方針としている割合が高い。

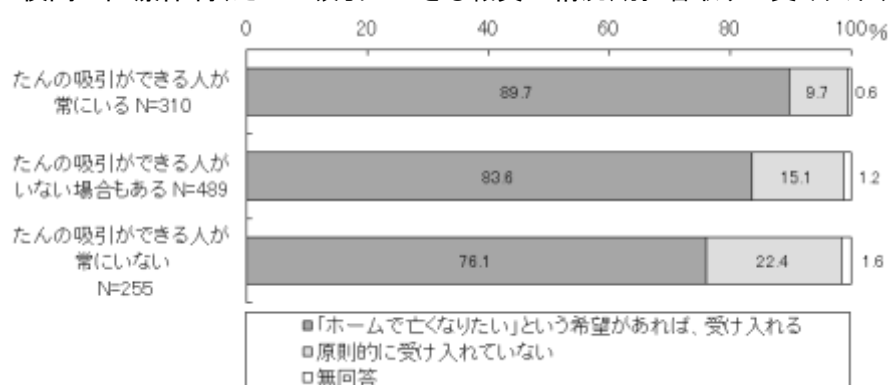
図表 看護体制加算の算定状況別 看取りの受け入れ方針



6) 夜間の医療体制(たんの吸引ができる職員の状況)別

「たんの吸引ができる人が常にいる」施設では、「『ホームで亡くなりたい』という希望があれば、受け入れる」方針の施設の割合が高い。

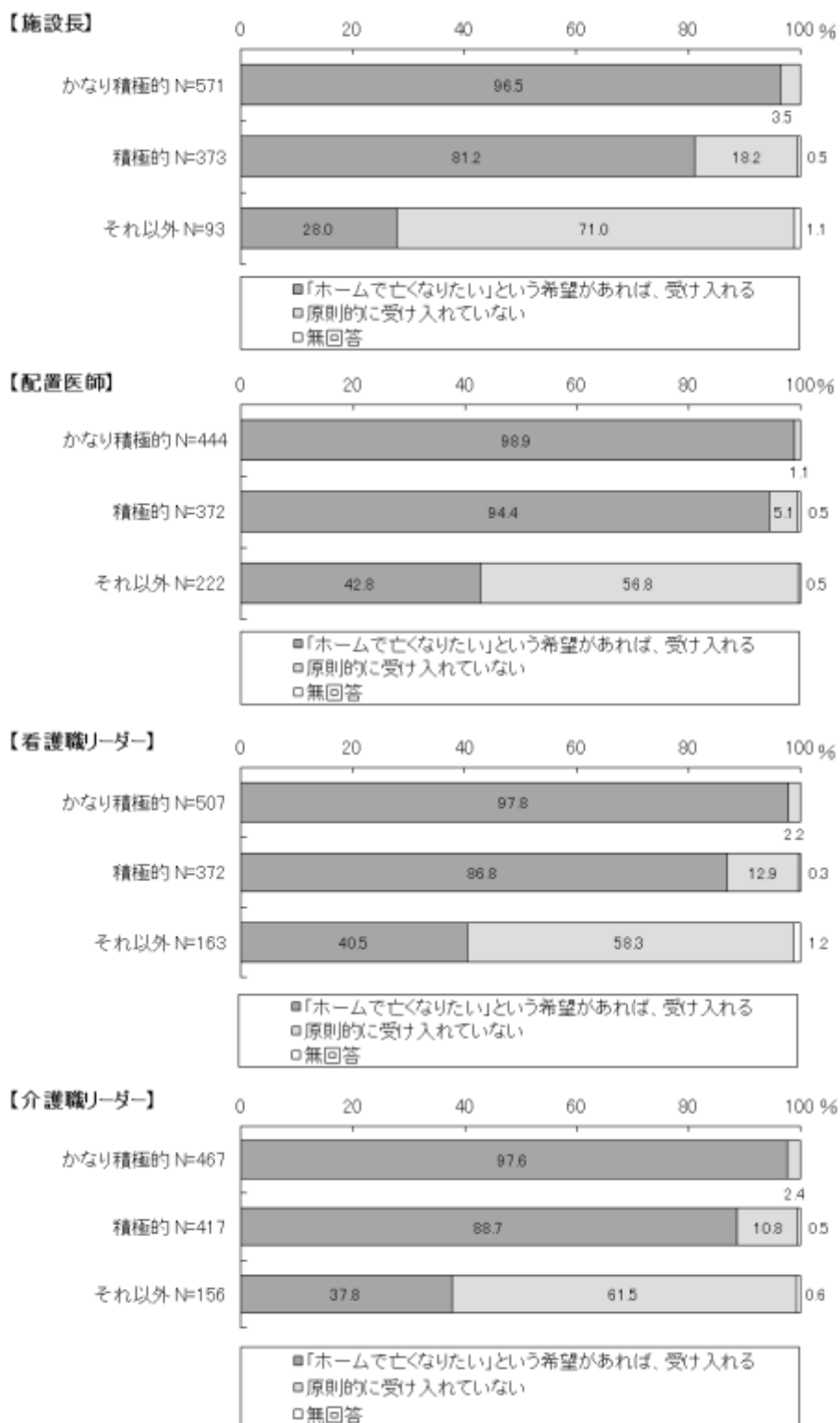
図表 夜間の医療体制(たんの吸引ができる職員の状況)別 看取りの受け入れ方針



8) 主要職員等の看取りに対するスタンス別

ケア現場のキーパーソンとなる施設長、配置医師、看護職リーダー、介護職リーダーが、看取りに対して積極的なスタンスを示しているほど、施設としても『「ホームで亡くなりたい」という希望があれば、受け入れる』方針を打ち出していることが多い。

図表 主要職員等の看取りに対するスタンス別 看取りの受け入れ方針



Ⅷ. 退所者に関する詳細(ケース単位の分析)

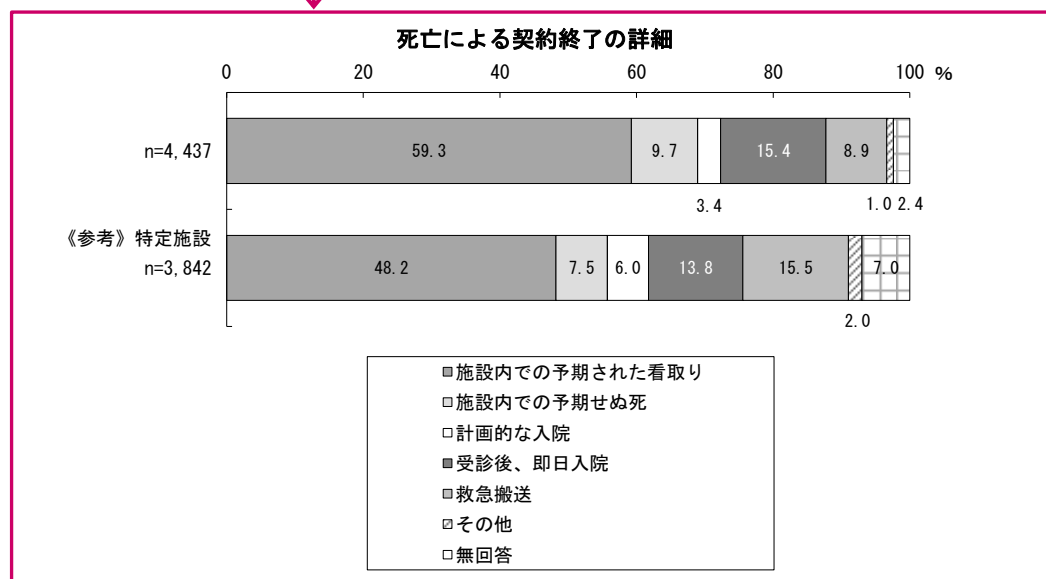
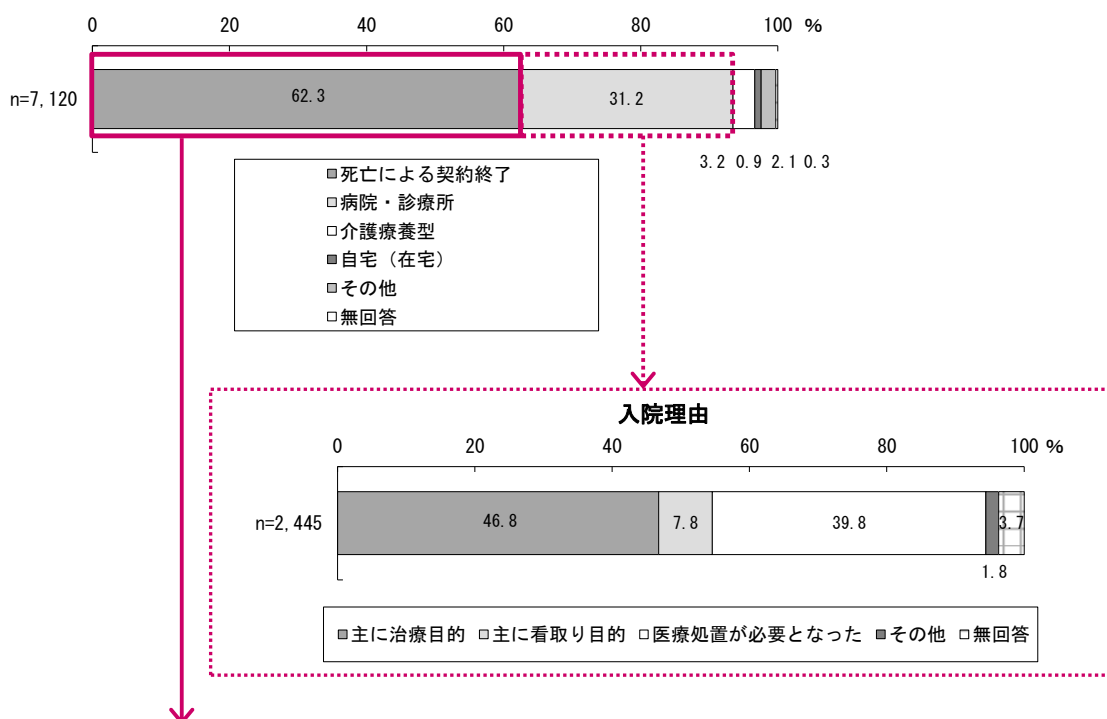
1. 退所の状況【問13 Q8・Q8-1・Q8-2】

退居先に関しては、「死亡による契約終了」が最も多く 62.3%、次いで「病院・診療所」が 31.2%となっており、両者で9割を占めている。

「病院・診療所」に入院したケースについて、その理由をみると、「主に治療目的」が 46.8%、「医療処置が必要となった」が 39.8%となっており、両者で8割以上を占めているが、「主に看取り目的」も 7.8%存在する。

一方で、「死亡による契約終了」の場合について、その詳細をみると、「施設内での予期された看取り」が最も多く 59.3%、次いで「受診後、即日入院」15.4%、「施設内での予期せぬ死」9.7%の順で、「救急搬送」も 8.9%見られている。特定施設と比較すると、「救急搬送」や「計画的な入院」の割合が低くなっている。

表 退所先



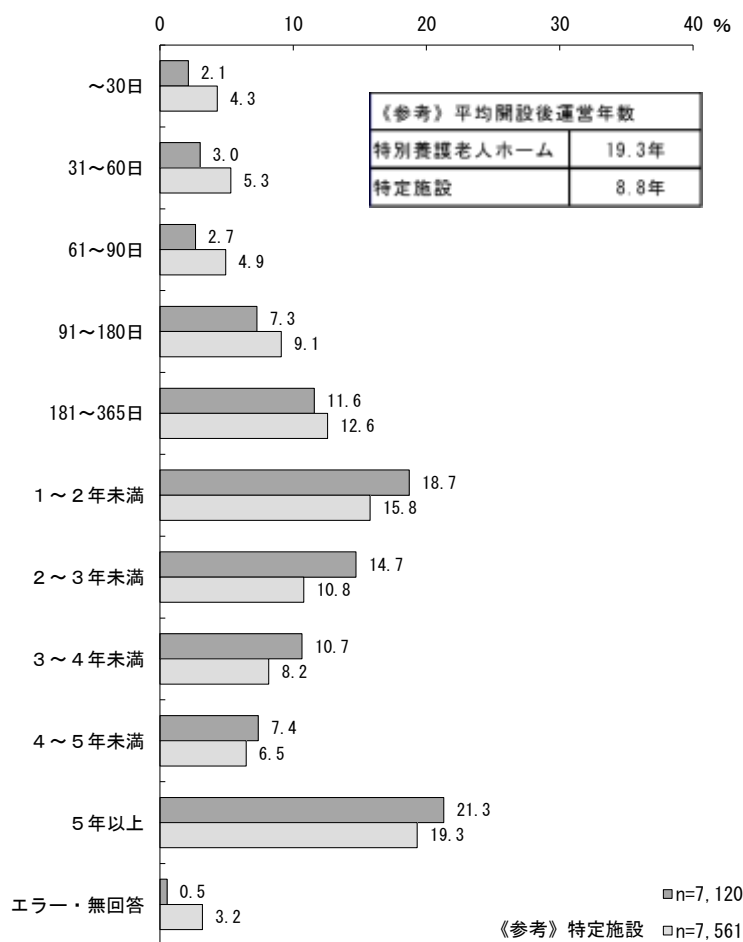
2. 入所期間

1) 入所期間 [問 13 Q1・Q2 より作成]

特別養護老人ホームの退所者の入所期間は、平均 1,260 日（約3年5ヵ月）であり、特定施設（平均 1,116 日、約3年1ヵ月）に比べて入所期間が長い傾向が見られた。これは、特別養護老人ホームの方が特定施設よりも平均開設後運営年数が長いことの影響を受けていると考えられる。

分布をみると、「5年以上」が 21.3%を占めている一方で、1年未満の割合が 26.7%、「1～2年未満」が 18.7%を占めている。特定施設と比較すると、特定施設の方が1年未満の割合が高い傾向が見られる。

図表 入所期間



2) 入所期間に関するクロス集計(*)

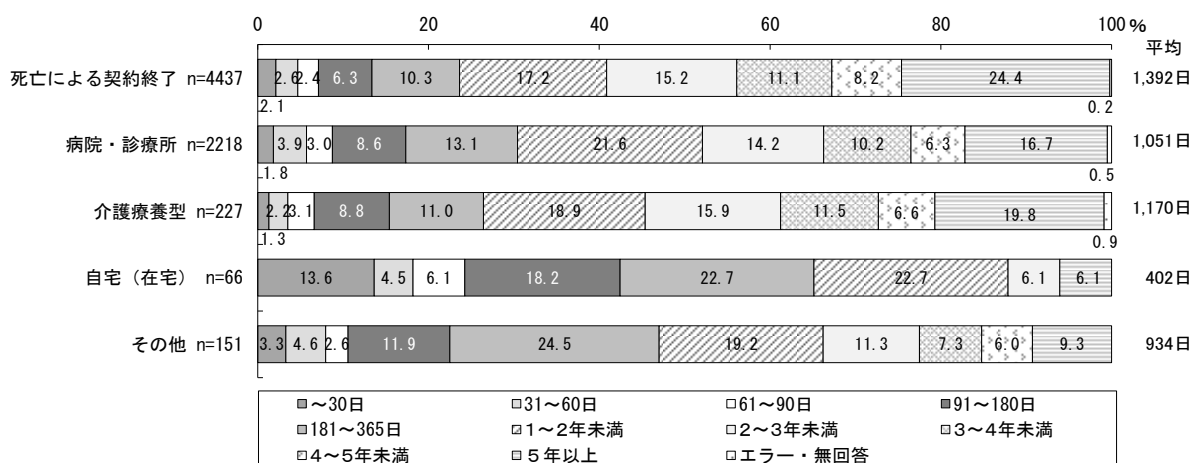
退所先別入所期間をみると、「死亡による契約終了」のケースでは、入所期間が「5年以上」の割合が約4分の1を占めることから、入所期間が長い傾向が見られ、平均入所期間は1,392日(約3年10ヵ月)となっている。

「病院・診療所」に退所したケースでは、「1～2年」の割合が高く、平均入所期間は1,051日(約2年11ヵ月)となっている。「介護療養型」に退所したケースと比較しても平均入所期間が短いことから、療養ではなく、疾患等の急変・急性増悪等が生じたために搬送されたり、入院に至ったりするケースが含まれていると考えられる。

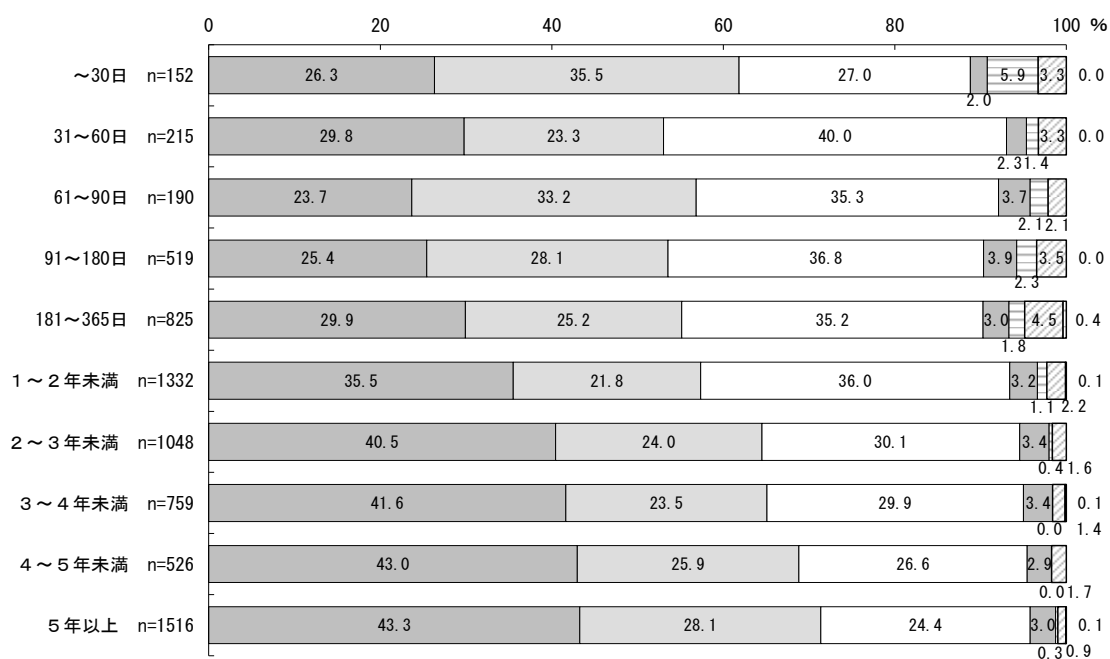
一方で、「自宅(在宅)」に戻っているケースでは、90日未満が約4分の1、1年以内が3分の2を占めており、短期入所よりやや長い、いわゆる「ミドルステイ」のような形で利用されていることがうかがわれる。

なお、入所期間別の退所先を見ると、入所期間が長いほど「病院・診療所」への退去が減り、「死亡による契約終了(うち看取り)」の割合が高まる傾向が見られている。

図表 退所先別 入所期間



《参考》入所期間別 退所先



□死亡による契約終了(うち看取り) □死亡による契約終了(看取り以外) □病院・診療所 □介護療養型 □自宅(在宅) □その他 □無回答

3. 退所者の状態像

本節では、退所ケースに関する設問(問 13)の回答から、退所者(n=7,120)の性・年齢、要介護度、認知症の程度について整理する。

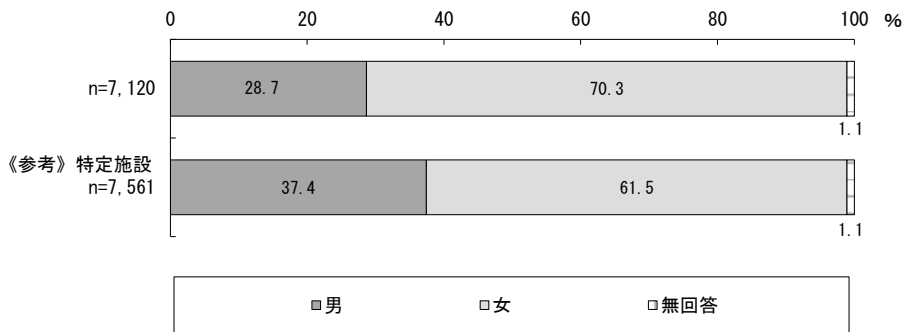
1)性・年齢【問 13 Q3-Q4】

退所者の 70.3%を女性が占めている。特定施設と比べて、女性の割合が 10 ポイント近く高くなっている。

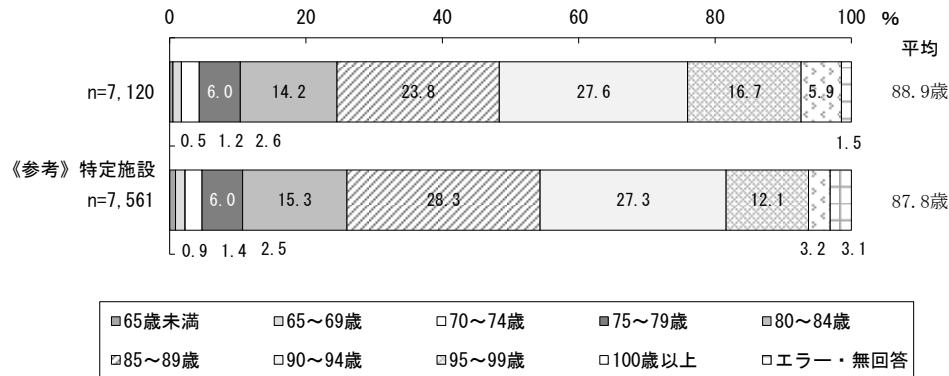
退所時の年齢は、「90～94 歳」が最も多く 27.6%、次いで「85～89 歳」が 23.8%、「95～99 歳」が 16.7% となっており、平均は 88.9 歳である。退所時年齢は、特定施設と比べて、大きな差は見られない。

退所者全体と看取りができたケースで比較すると、看取りができたケースの方が、退所者全体に比べて年齢が高い傾向が見られる。

図表 性別

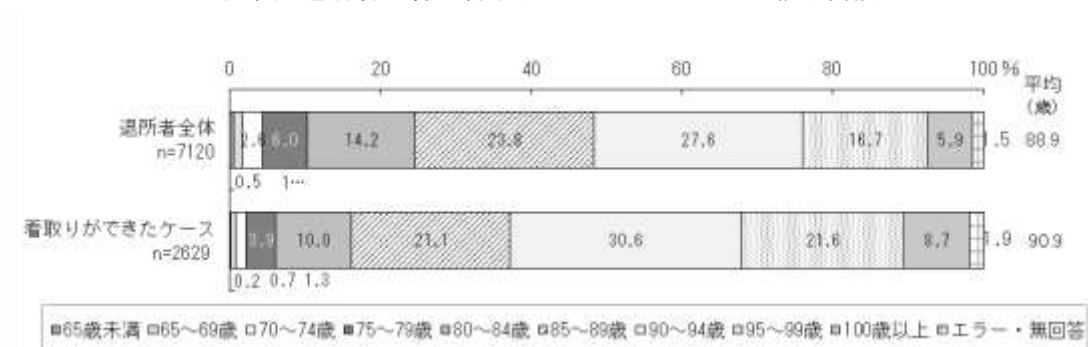


図表 年齢



看取りができたケースは、退所者全体に比べて年齢が高い傾向が見られる。

図表 退所者全体と看取りができたケースの比較(年齢)

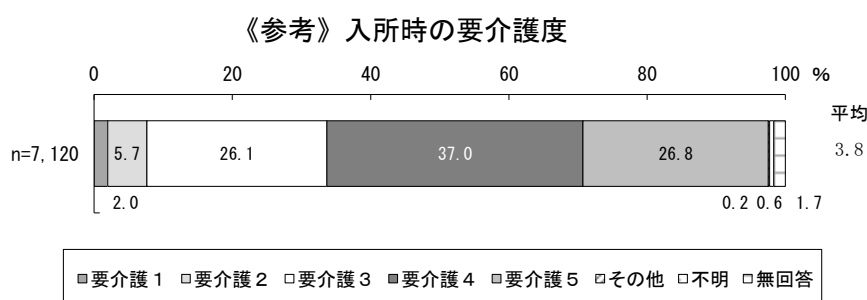
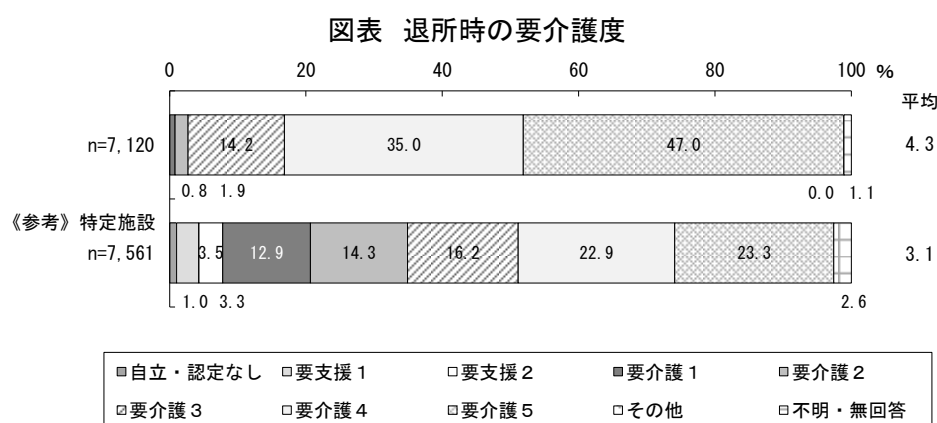


2)要介護度 [問 13 Q5-Q6]

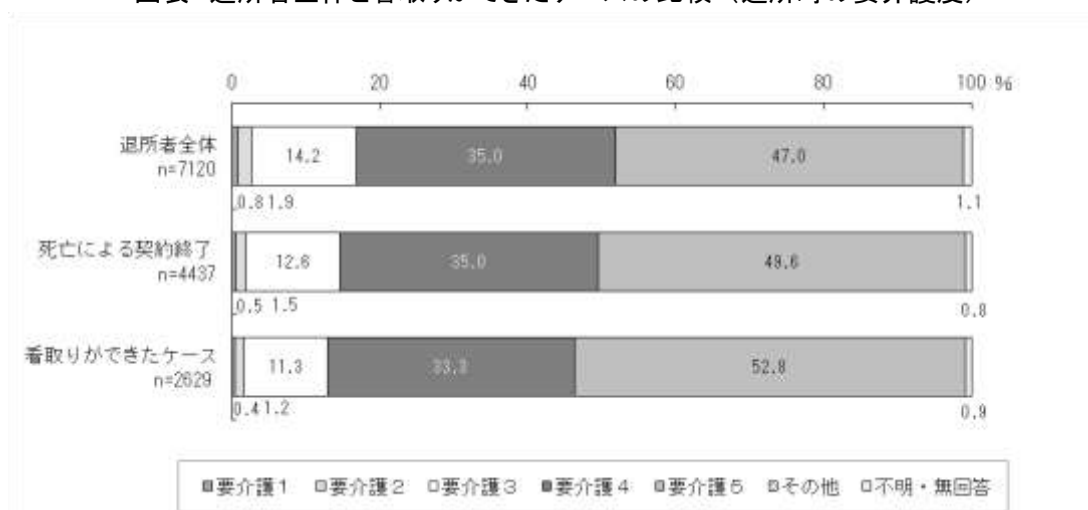
退所時の要介護度は、「要介護5」が最も多く 47.0%、次いで「要介護4」が 35.0%、「要介護3」が 14.2%となっており、要介護4以上で8割を占めている。平均要介護度は 4.3 と、特定施設と比べて、退所時の要介護度が高くなっている。

参考までに、入所時の要介護度は、「要介護4」が最も多く 37.0%、次いで「要介護5」が 26.8%、「要介護3」が 26.1%で、平均要介護度は 3.8 であった。

退所者全体と看取りができたケースで比較すると、死亡による契約終了のケースは退所者全体に比べて退所時の要介護度が重い傾向が見られる。看取りができたケースは、それよりさらに要介護度が重い傾向が見られる。



図表 退所者全体と看取りができたケースの比較（退所時の要介護度）

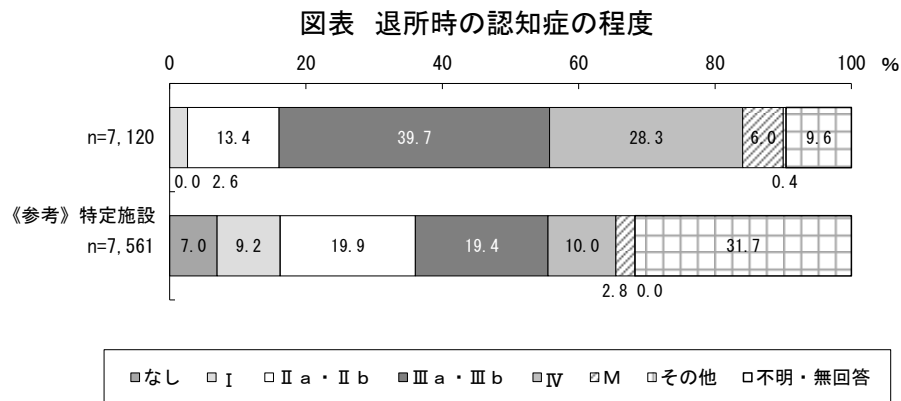


3) 認知症の程度 [問 13 Q7]

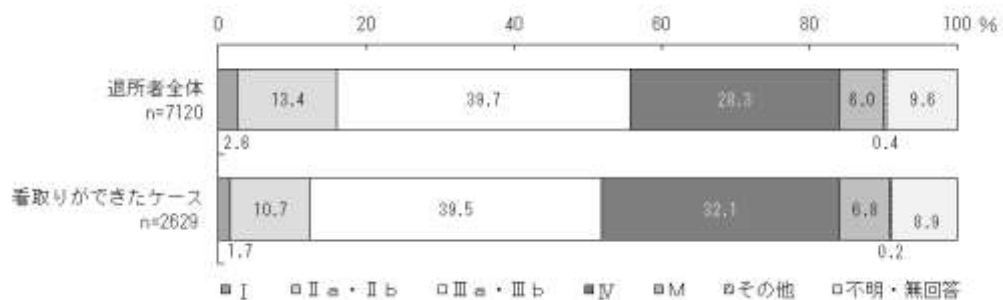
退所時の認知症の程度は、「Ⅲa・Ⅲb」が最も多く 39.7%、次いで「Ⅳ」が 28.3%、「Ⅱa・Ⅱb」が 13.4% となっている。

特定施設では、「不明・無回答」の割合が高いため、厳密な比較はできないが、特別養護老人ホームの方が「M」の割合が高く、特定施設の方が「Ⅱa・Ⅱb」の割合が高い傾向が見られる。

退所者全体と看取りができたケースで比較すると、看取りができたケースは退所者全体に比べて認知症の程度も重い傾向が見られる。



図表 退所者全体と看取りができたケースの比較（退所時の認知症の程度）



4. 看取りの状況(死亡ケースの詳細)

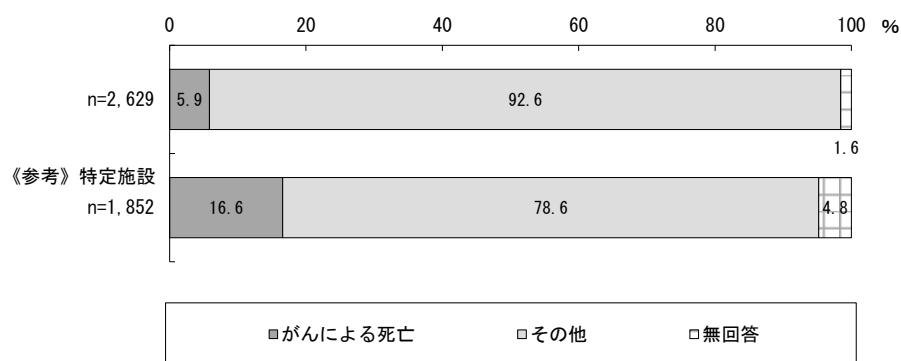
本節では、退所ケースに関する設問(問 13)の回答から、「死亡による契約終了」に該当し、さらにそれが「施設内での予期された看取り」であったケース(n=2,629)の死因や亡くなる前2週間の症状やケア、看取りに関する希望や家族との合意等、看取りに関する詳細な状況について整理する。

1) 死因(疾患)【問 13 Q8-2-(1)】

看取りができたケースの死因(疾患)をみると、「がんによる死亡」は全体の 5.9%のみで、「その他」が 92.6%を占めている。

特定施設では、「がんによる死亡」が 16.6%見られたことと比較して低い割合と言える。

図表 死因(疾患)

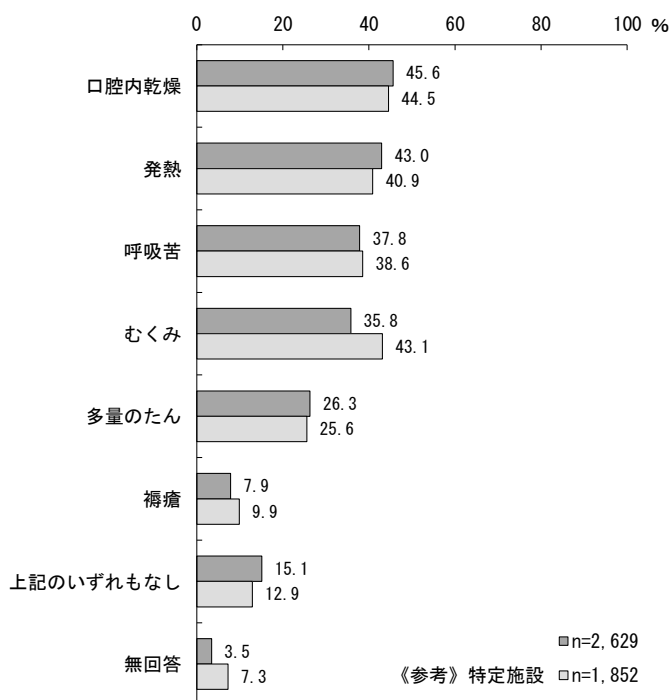


2) 亡くなる前2週間に悪化した症状【問 13 Q8-2-(2)】

看取りができたケースで亡くなる前2週間に悪化した症状では、「口腔内乾燥」が最も多く 45.6%、次いで「発熱」43.0%、「呼吸苦」37.8%、「むくみ」35.8%となっている。「上記のいずれもなし」も 15.1%みられた。

特定施設と比較して、大きな差は見られない。

図表 亡くなる前2週間に悪化した症状



3) 亡くなる前2週間に行ったケア、中止・減量した処置【問 13 Q8-2-(3)(4)】

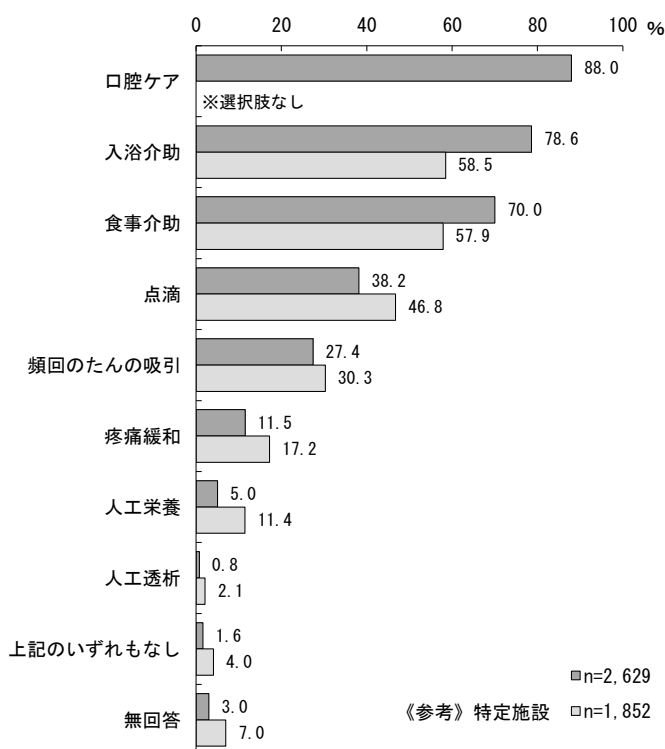
看取りができたケースにおいて、亡くなる前2週間に行ったケアは、「口腔ケア」が最も多く88.0%、次いで「入浴介助」78.6%、「食事介助」70.0%、「点滴」38.2%、「頻回のたんの吸引」27.4%となっている。

特定施設と比べると、「入浴介助」、「食事介助」を行っている割合が高く、「点滴」や「頻回のたんの吸引」、「疼痛緩和」、「人工栄養」等の割合が低い傾向が見られる。

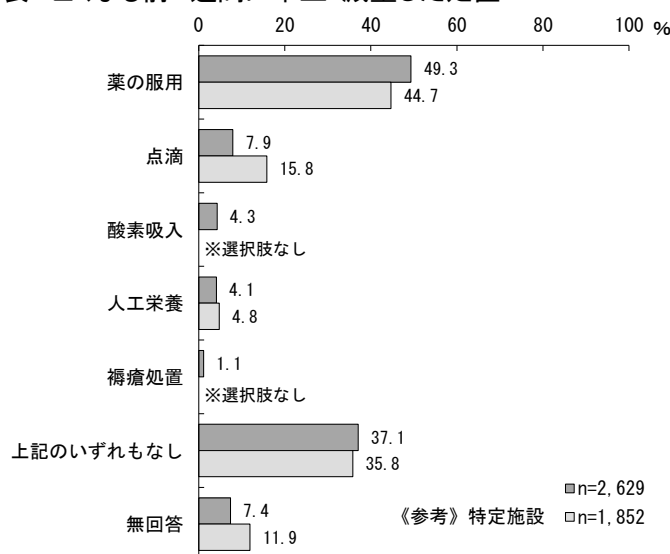
反対に、亡くなる前2週間で中止・減量した処置では、「薬の服用」が最も多く49.3%、次いで「上記のいずれもなし」が37.1%を占めており、「点滴」(7.9%)や「酸素吸入」(4.3%)は低い割合に留まった。

特定施設と比べると、「点滴」を中止・減量している割合が低くなっている。

図表 亡くなる前2週間に行ったケア



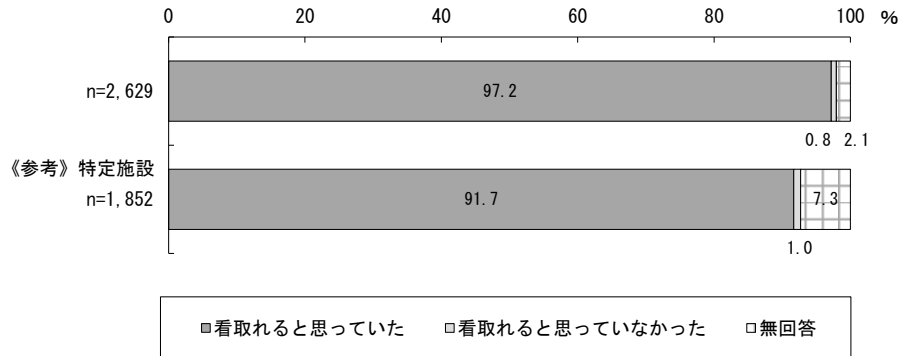
図表 亡くなる前2週間に中止・減量した処置



5) 看取りに関する施設側の見通し 【問 13 Q8-2-(5)】

看取りができたケースにおける施設側の見通しは、「看取れると思っていた」が 97.2%を占めている。特定施設も「看取れると思っていた」が9割を超えているが、それと比較してもさらに高い割合である。

図表 看取りに関する施設側の見通し

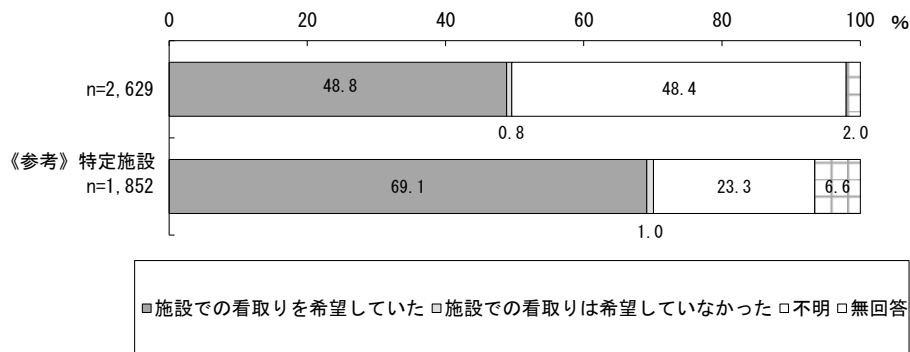


6) 看取りに関する本人の希望 【問 13 Q8-2-(6)】

看取りができたケースにおける終末期と認識された時点での本人の希望は、「施設での看取りを希望していた」が 48.8%、「施設での看取りは希望していなかった」が 48.4%となっている。

特定施設と比べると、「施設での道路を希望していた」の割合は、特定しえ s つのほうが 20 ポイントほど高い。

図表 終末期と認定された時点における看取りに関する施設側の見通し

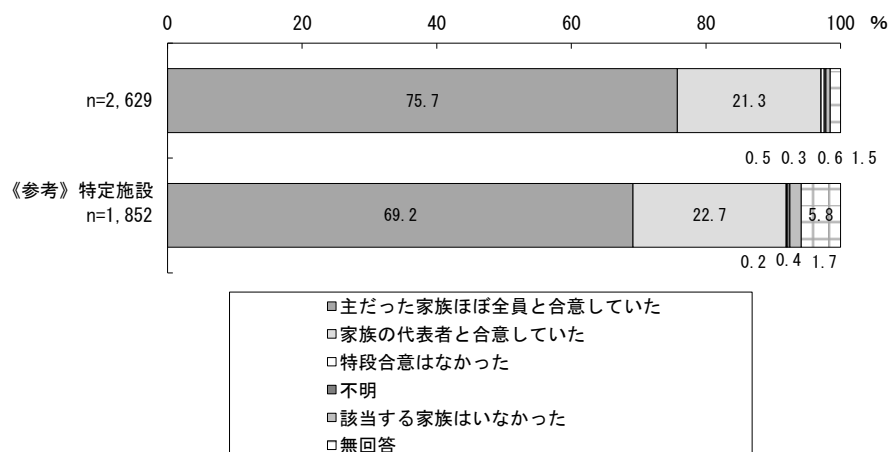


7) 看取りに関する家族等との合意 [問 13 Q8-2-(7)]

看取りができたケースにおける終末期と認識された時点での家族等との合意は、「主だった家族とほぼ全員と合意していた」が 75.7%、次いで「家族の代表者と合意していた」が 21.3%となっており、「特段の合意はなかった」は 0.5% (13 ケース)、「該当する家族はいなかった」は 0.6% (17 ケース)のみであった。

特定施設と比較すると、「主だった家族とほぼ全員と合意していた」割合が 6 ポイントほど高くなっている。

図表 終末期と認識された時点における看取りに関する家族等との合意

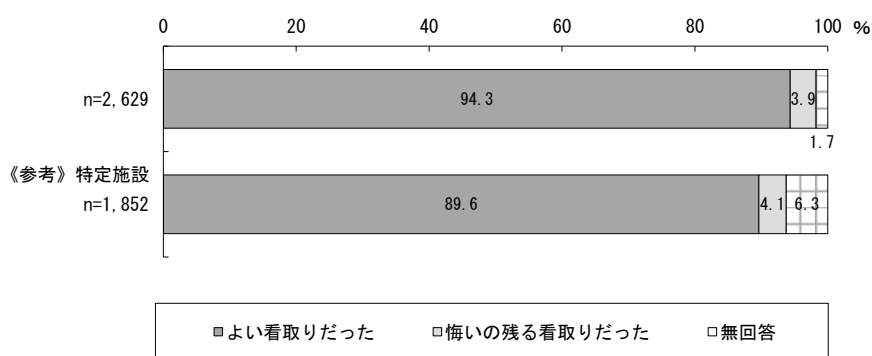


8) 施設側からみた看取り結果に対する評価 [問 13 Q8-2-(8)]

看取りができたケースの、施設側からみた看取り結果に対する評価は、「よい看取りだった」が 94.3%で、「悔いの残る看取りだった」は 3.9%のみであった。

特定施設では、「無回答」の割合が特別養護老人ホームより高いことを勘案すると、両者の割合の差は大きな差とは言えない。

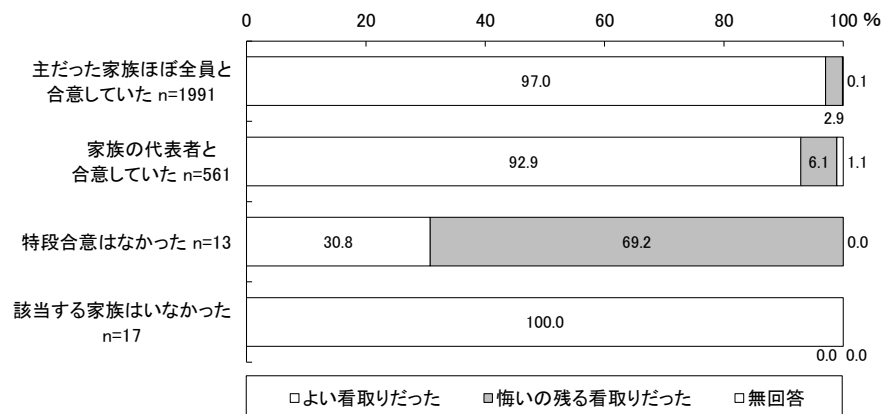
図表 施設側からみた看取り結果に対する評価



9)看取りに関する家族等との合意状況別 施設側からみた看取り結果に対する評価

看取りに関して家族等と「特段の合意はなかった」ケース(n=13)では約7割(n=9)が、「家族の代表者(のみ)と合意」していたケースでは6%が「悔いが残る看取りだった」と回答している。

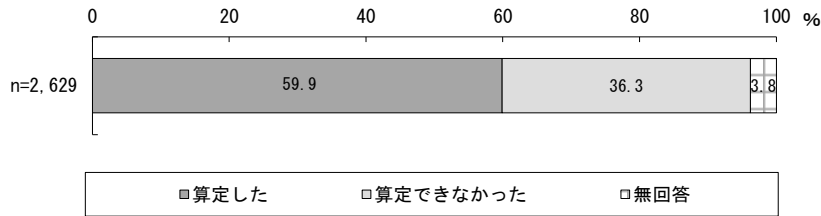
図表 看取りに関する家族等との合意状況別 施設側からみた看取り結果に対する評価



10) 看取り介護加算の算定 [問 13 Q8-2-(9)]

看取りができたケースにおいて看取り介護加算を「算定した」割合は 59.9%で、「算定できなかった」が 36.3%見られた。

図表 看取り介護加算の算定



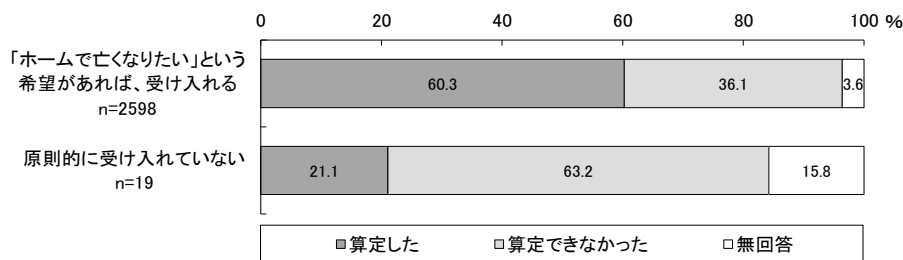
11) 看取り介護加算の算定に関するクロス集計 (*)

看取りの受け入れ方針別看取り介護加算算定状況を見ると、看取りを「受け入れる」方針の施設では、看取り介護加算を実際に算定している割合が高い。

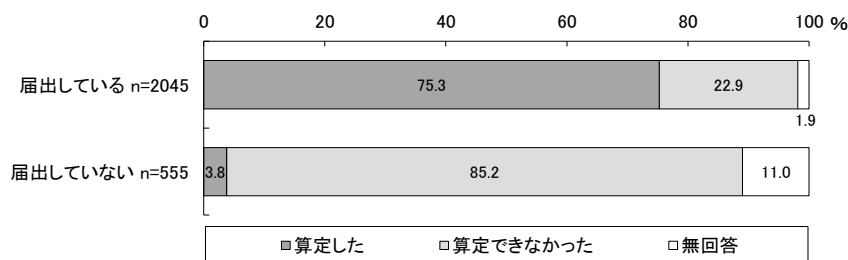
看取り介護加算の届出状況別にみると、看取り介護加算を「届出している」施設では、実際に算定した割合が高いが、算定できていないケースも 22.9%見られた。

看護体制加算の算定状況別にみると、看護体制加算の「算定なし」の施設に比べ、加算を算定している施設では、看取り介護加算も算定できている割合が高い。一方で、看護体制加算が必ずしも「Ⅱの加算あり」でなくとも、「Ⅰの加算のみ」算定できている施設では、看取り介護加算を算定している割合が過半数を超えている。

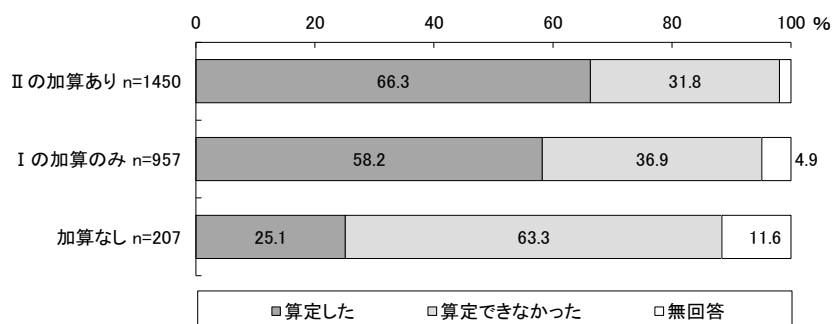
図表 看取りの受け入れ方針別 看取り介護加算の算定



図表 看取り介護加算の届出状況別 看取り介護加算の算定



図表 看護体制加算の算定状況別 看取り介護加算の算定

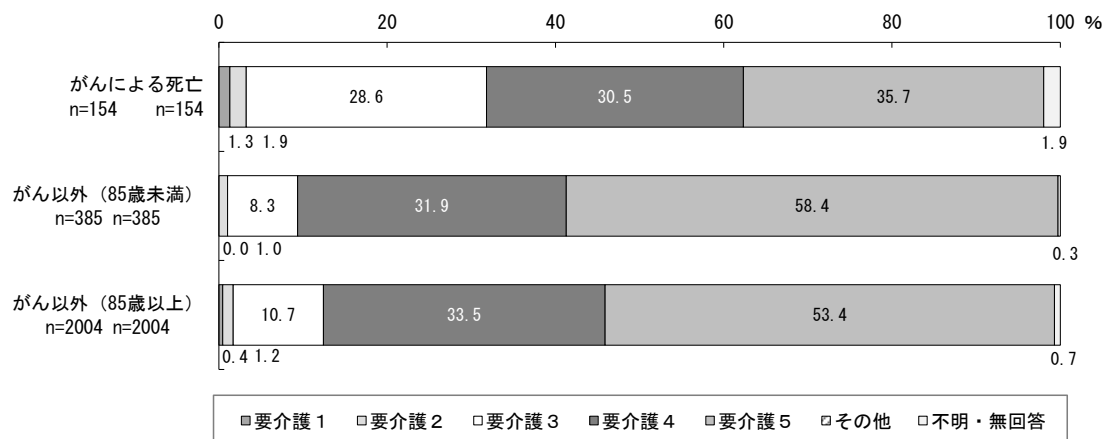


5. 看取りができたケースの亡くなる2週間前の状況に関するクロス集計(*)

1) 死因・年齢別 退所時の要介護度

死因が「がんによる死亡」のケースでは、「がん以外」のケースに比べて、退所時の要介護度が「要介護3」の割合が高く、28.6%を占めている。これに対し、「がん以外」で死亡したケースは、年齢によらず、「要介護5」が過半数を占めている。

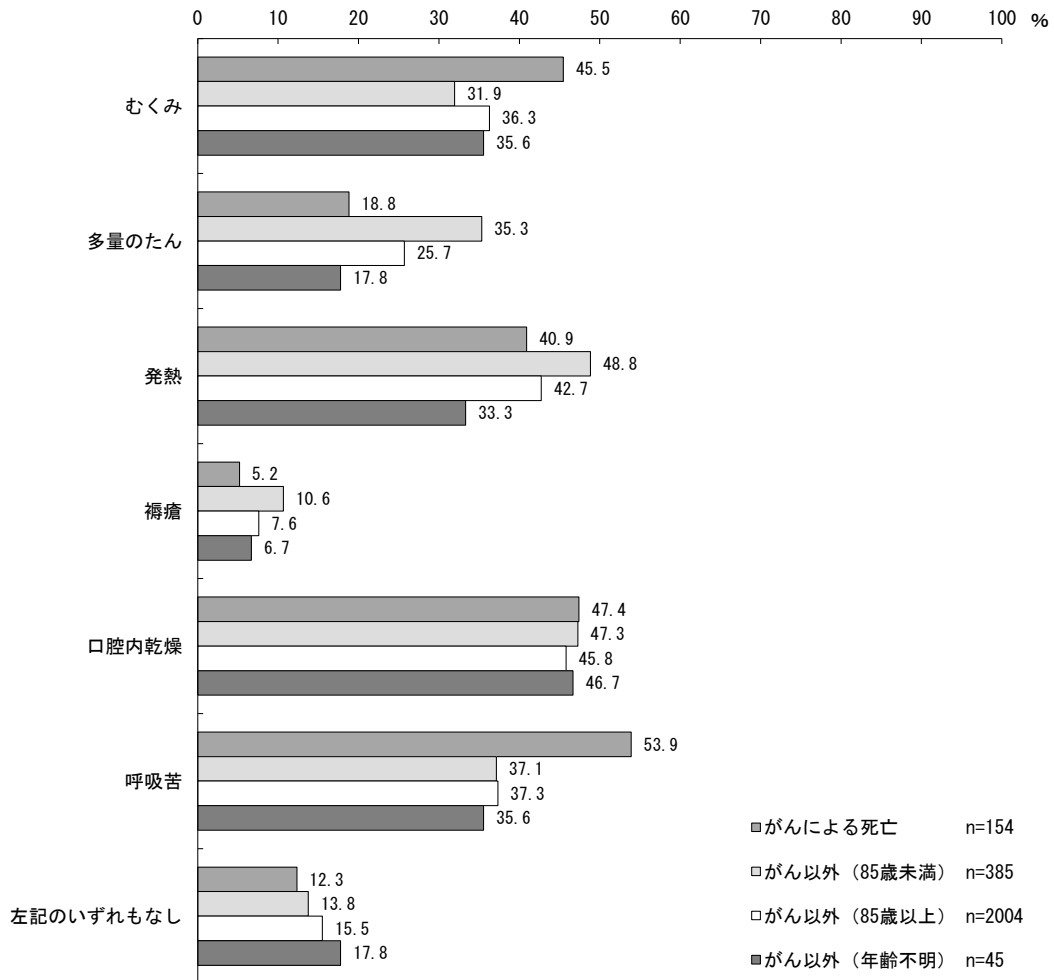
図表 死因・年齢別 退所時の要介護度



2)死因・年齢別 亡くなる前2週間に悪化した症状

「がんによる死亡」のケースでは、亡くなる前2週間に悪化した症状として「むくみ」や「呼吸苦」などの症状の挙げられているのに対し、「がん以外(85歳未満)」のケースでは、「発熱」や「多量のたん」の症状が挙げられる割合が高い。

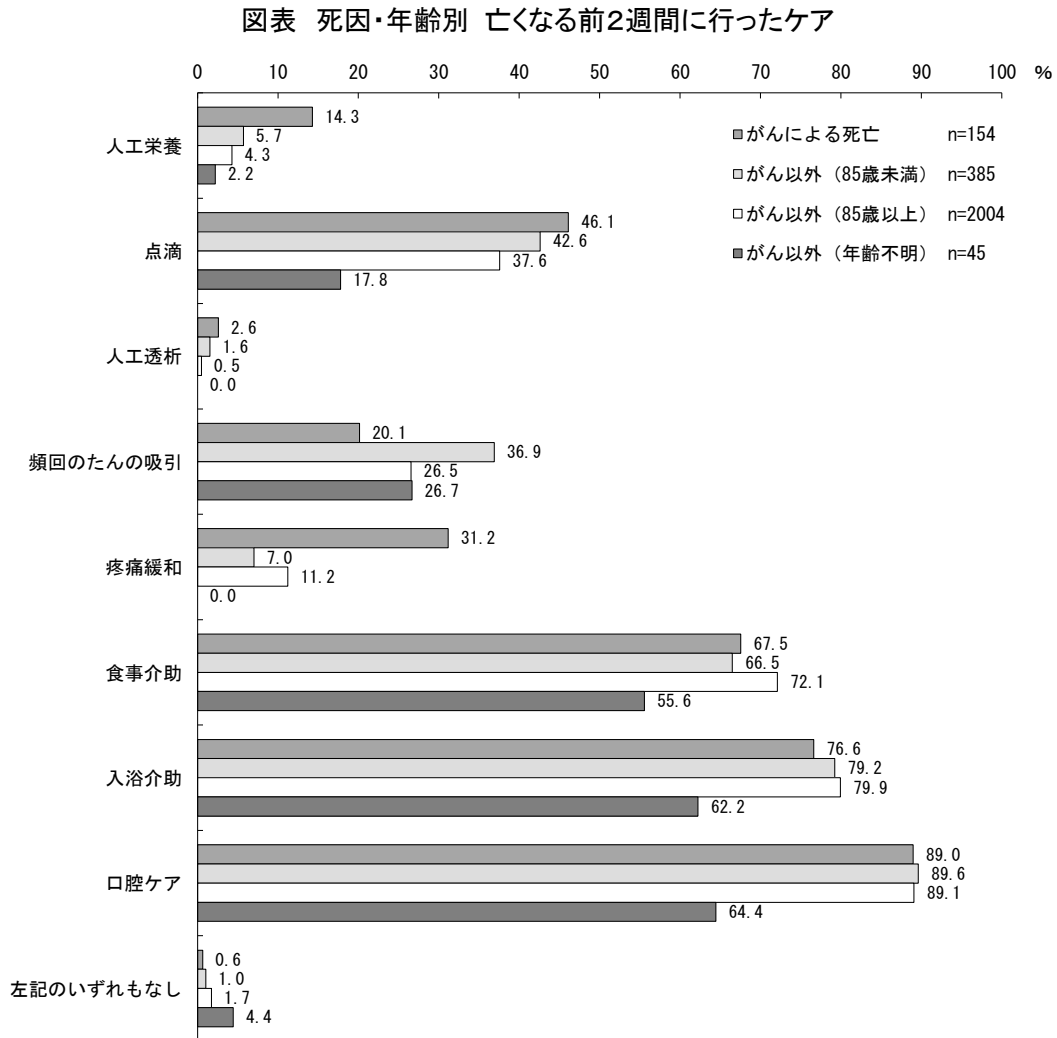
図表 死因・年齢別 亡くなる前2週間に悪化した症状



3)死因・年齢別 亡くなる前2週間にいったケア

死因によらず、「口腔ケア」、「入浴介助」、「食事介助」が実施されている割合は高く、過半数のケースで実施されている。

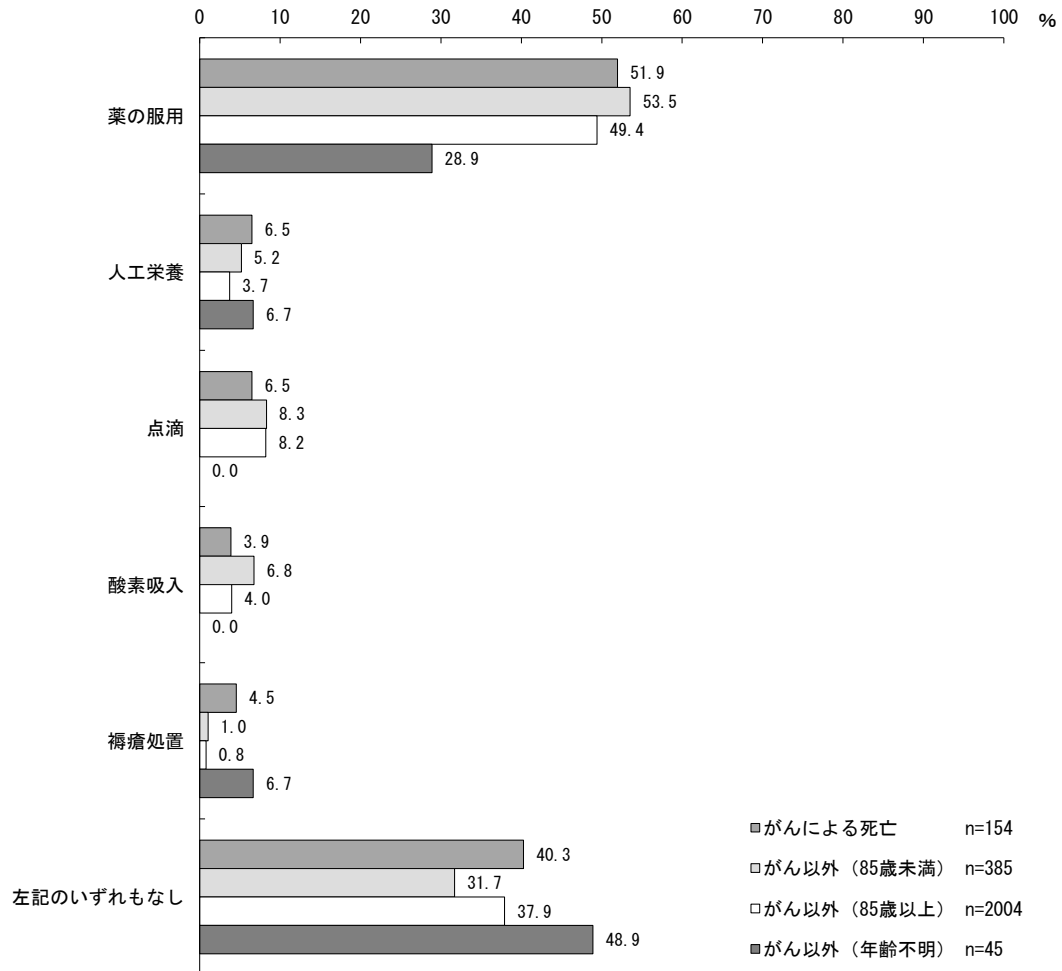
「がんによる死亡」のケースでは、「疼痛緩和」の実施割合が高く、「点滴」の割合もやや高い傾向が見られる。



4)死因・年齢別 亡くなる前2週間に中止・減量した処置

亡くなる前2週間に中止・減量した処置は、死因・年齢による差は見られず、総じて「薬の服用」を中止・減量している割合が高い。

図表 死因・年齢別 亡くなる前2週間に中止・減量した処置

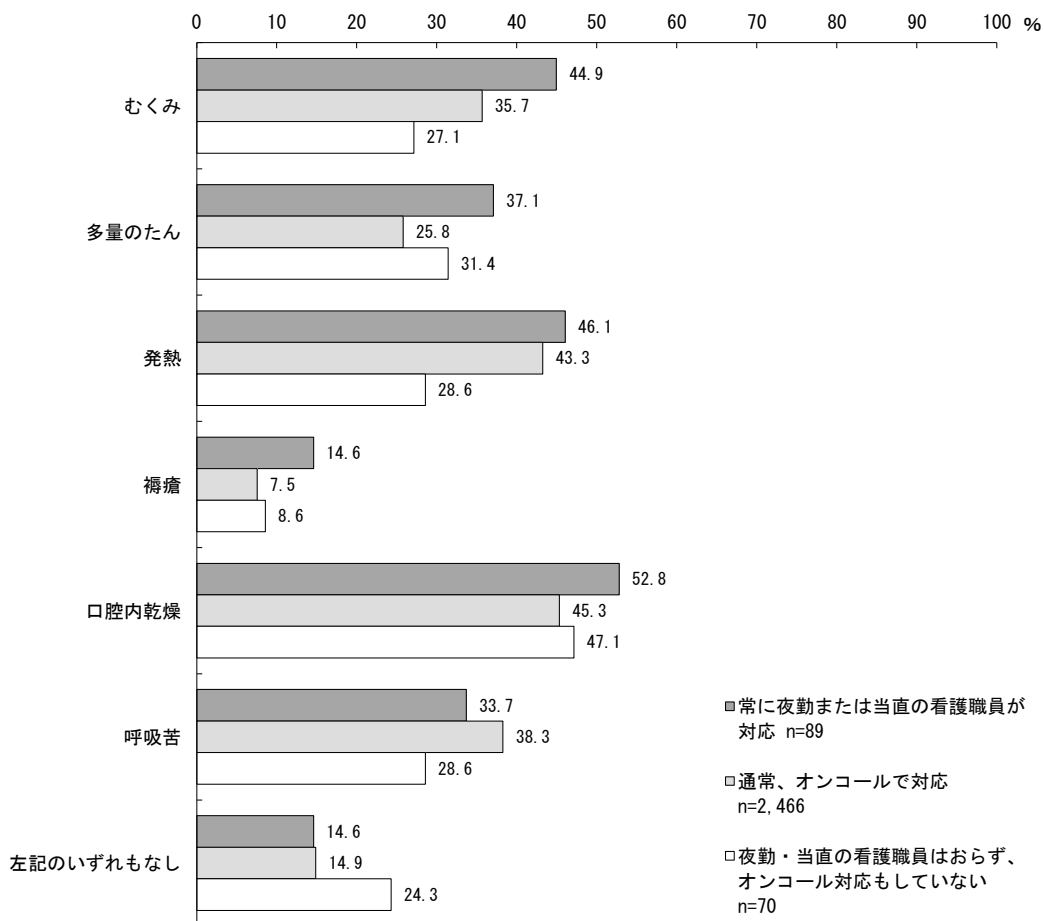


6. 看取りができたケースの亡くなる2週間前に悪化した症状に関するクロス集計(*)

1) 夜間の看護体制別 亡くなる前2週間に悪化した症状

「常に夜勤または当直の看護職員が対応」している場合や「通常、オンコールで対応」している場合は、亡くなる前2週間に悪化した症状として「むくみ」、「発熱」、「呼吸苦」が挙げられている割合が高い。

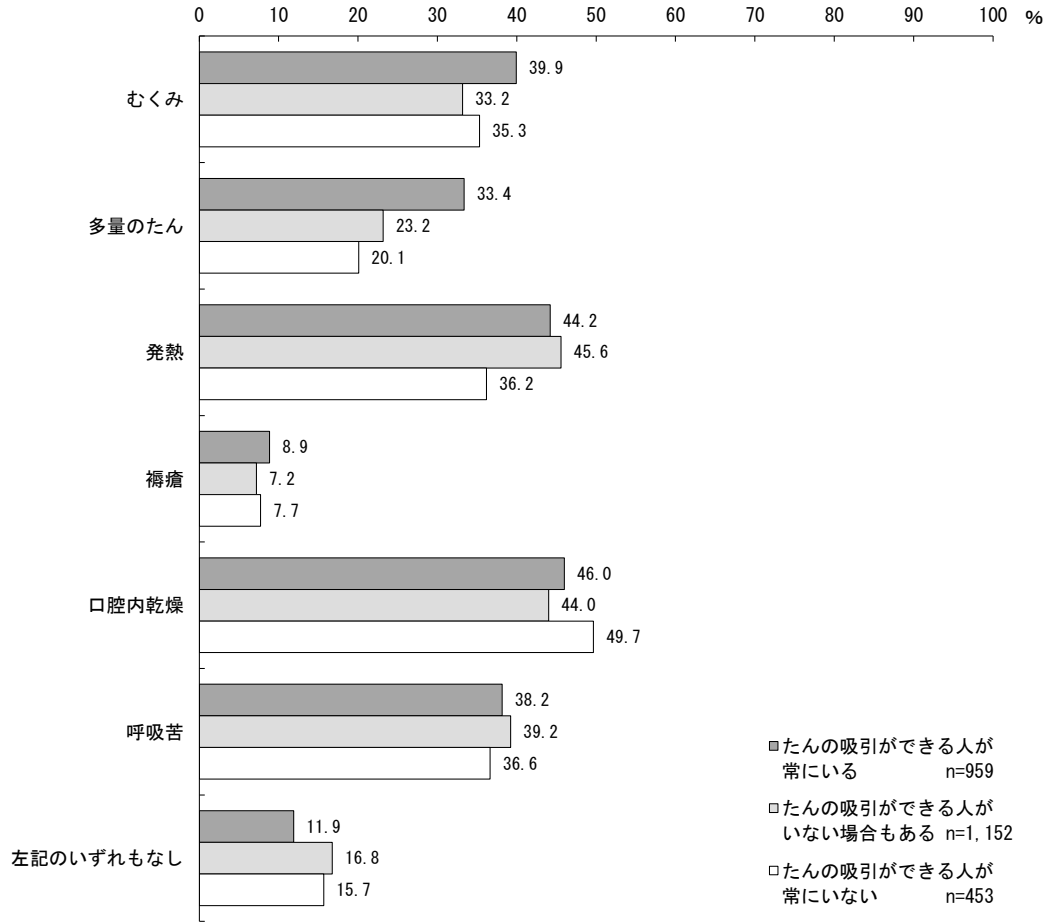
図表 夜間の看護体制別 亡くなる前2週間に悪化した症状



2)夜間の医療体制(たんの吸引ができる職員の状況)別 亡くなる前2週間に悪化した症状

「たんの吸引ができる人が常にいる」施設では、亡くなる前2週間に悪化した症状として「大量のたん」が挙げられている割合が高い。

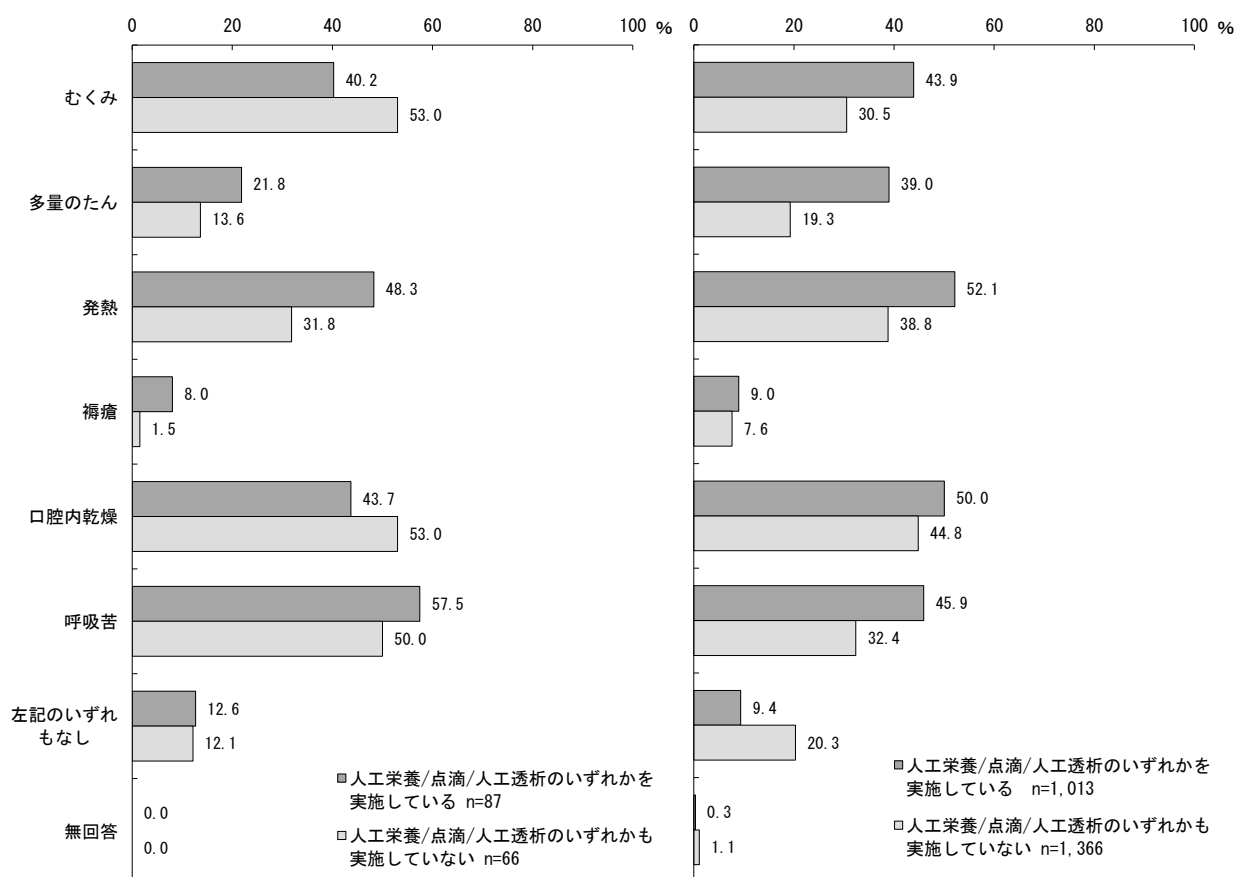
図表 夜間の医療体制(たんの吸引ができる職員の状況)別 亡くなる前2週間に悪化した症状



3) 亡くなる前2週間の人工栄養/点滴/人工透析の実施状況別 亡くなる前2週間に悪化した症状

「がん」「がん以外」の疾患別に、亡くなる前2週間に人工栄養、点滴、人工透析のいずれかを実施しているか否かによる亡くなる前2週間に悪化した症状の差をみると、「がん以外」では、人工栄養、点滴、人工透析のいずれかを実施している場合の方が実施していない場合よりもいずれの症状でも悪化した割合が高くなっている。「がん」に関しては「多量のたん」、「発熱」、「呼吸苦」の症状が悪化した割合が高くなっている。

図表 亡くなる前2週間の人工栄養/点滴/人工透析の実施状況別 亡くなる前2週間に悪化した症状
【死因：がん】 【死因：がん以外】





Ⅷ. まとめ

1. 認知症ケアに関する実態

- 特別養護老人ホームでは、入所者に占める認知症の程度「Ⅲ」以上の重度者の割合が約7割を占めており、特定施設では3割程度であるのと比べても倍以上の割合を占めている【P18】。
- 認知症のケアで悩んでいるケースがある施設の割合も74%に上っており、特定施設の55%と比較して20ポイント近く高い【P29】。悩んでいるケースがある施設の割合は、ユニット型よりも従来型の施設で多く、また、介護職員数が多い施設や、看護職員が勤務している時間帯が長い施設、夜間の看護体制を整えている施設等で高い傾向が見られた【P30-32】。これは、体制の手厚い施設では、難しい症状を抱える方を受け入れようと努力している結果ではないかと推察される。

<認知症のケアのあり方で最も悩んでいる1ケースの状況>

- 悩んでいるケースの要介護度は、「要介護4」が最も多く42%、次いで「要介護3」が35%を占めた【P34】。特定施設では「要介護3」に続いて「要介護2」が多いことと比べ、重度なケースの割合が高い。日常生活自立度は「B2」が最も多く31%、次いで「A2」が25%と、要介護度が重度であるのに比して、自立度は高いことが特徴となっている【P34】が、特定施設では「A1」「A2」が多いことと比べると、やや重度と言える。
- 悩んでいるケースの認知症の程度は、「Ⅲa」が最も多く29%、次いで「Ⅳ」が29%、「Ⅲb」が21%と、この3つのレベルで約8割を占めている【P35】。特定施設では「Ⅱb」でも悩んでいるケースが15%ほど見られることに比べ、やや重度と言える。診断名では53%が「アルツハイマー病」であるが、「確定診断を受けていない」ケースも21%見られ、この点は特定施設と比べても差はない【P35】。
- 認知症の中核症状では、最近の記憶は9割が「問題あり」であるが、日常の意思疎通は「できる」「特別な場合以外できる」が5割超、意思の伝達も「できる」「ときどきできる」が約7割を占めている。特定施設と比べると、「できない」「日常的に困難/ほとんどできない」の割合が若干高い【P36】。
- 対応が難しいと感じている症状で、多く見られるのは、「暴言」、「介護拒否」、「徘徊」、「暴力」、「夜間行動」等の行動関連症状であり、いずれの施設類型でも、悩んでいるケースの3分の1以上でこれらの症状を挙げられている。特定施設では「不安感」も4割を超えるケースで見られたが、特別養護老人ホームでは3分の1程度となっている【P37】。
 - 症状によって特性があり、「不安感」は日常生活自立度も認知症の程度も軽いケースで悩んでいる割合が高く、「抑うつ」や「妄想」は、日常生活自立度が重度で認知症が軽いケースで悩んでいる割合が高い。「暴言」、「暴力」、「夜間行動」、「介護拒否」は認知症が重度なケースで悩んでいる割合が高い。「徘徊」は日常生活自立度が高く、認知症が重度なケースで悩んでいる割合が高い【P38】。
 - 「血管性認知症」、「前頭側頭認知症」は「暴言」、「暴力」で悩んでいる割合が高く、「レビー小体病」では「幻覚・幻聴」、「妄想」で悩んでいる割合が高い【P39】。
 - 認知症の中核症状別にみると、意思疎通ができるケースでは「不安感」や「帰宅願望」に悩んでいる割合が高く、できないケースでは「不潔行為」、「徘徊」、「介護拒否」に悩んでいる割合が高い【P40】。意思の伝達ができるケースでは「不安感」や「帰宅願望」に悩んでいる割合が高く、できないケースでは「不潔行為」、「徘徊」、「介護拒否」に悩んでいる割合が高い【P41】。
 - 処方を受けている薬の種類が多いほど「不安感」、「妄想」、「夜間行動」、「帰宅願望」、「介護拒否」に悩んでいる割合が高い【P42】。
 - 従来型に比べ、ユニット型では、「妄想」、「不安感」、「帰宅願望」、「食欲不振」に悩んでいる割合が高い。これに対し、「その他繰り返し行動」や「徘徊」は従来型の方が悩んでいる割合が高い【P43】。
 - 介護職員の体制が薄い施設ほど、「暴言」、「不安感」、「妄想」に悩んでいる割合が高い【P44】。
 - 看取り実績のある施設では、看取りの実績がない施設に比べて、「介護拒否」、「帰宅願望」、「徘徊」、「夜間行動」、「食欲不振」で悩んでいる割合が高い【P45】。

○処方されている薬の状況を見ると、悩んでいるケースの 56%に向精神薬(定時服用)が、47%に認知症薬が、40%に不眠の薬(定時服用)が処方されており、処方されている薬の平均種類数は 6.1 種類(うち、向精神薬が平均1.8種類)となっている【P46-47】。処方されている薬の種類数が7種類以上となっているケースの割合が3割超、向精神薬が3種類以上処方されているケースの割合が2割弱となっている【P46-47】。

- 日常生活自立度が高く、認知症が重度な場合に認知症薬が、日常生活自立度が重度で認知症が軽度な場合に不眠の薬(定時服用)が、認知症の程度が重度な場合に「向精神薬」が処方される割合が高い傾向が見られる【P48-49】。
- 認知症の疾患別に見ると、レビー小体病のケースで「認知症薬」、「不眠の薬」が処方されている割合や、「前頭側頭型認知症」、「血管性認知症」の場合に「向精神薬」が処方されている割合が高くなっている【P50】。本来、適用ではないその他の疾患や、確定診断を受けていない場合でも認知症薬が処方されているケースが見られ、症状の変化に合わせて見直しができている恐れがある。また、このような症状に適合しない薬の使用法により、周辺症状等が生じていることも考えられる。

2. 看取りに関する実態

○半年間で看取りを1件以上行っている施設の割合は 62%で、特定施設(49%)と比べて 10 ポイント以上高い結果となった【P56】。

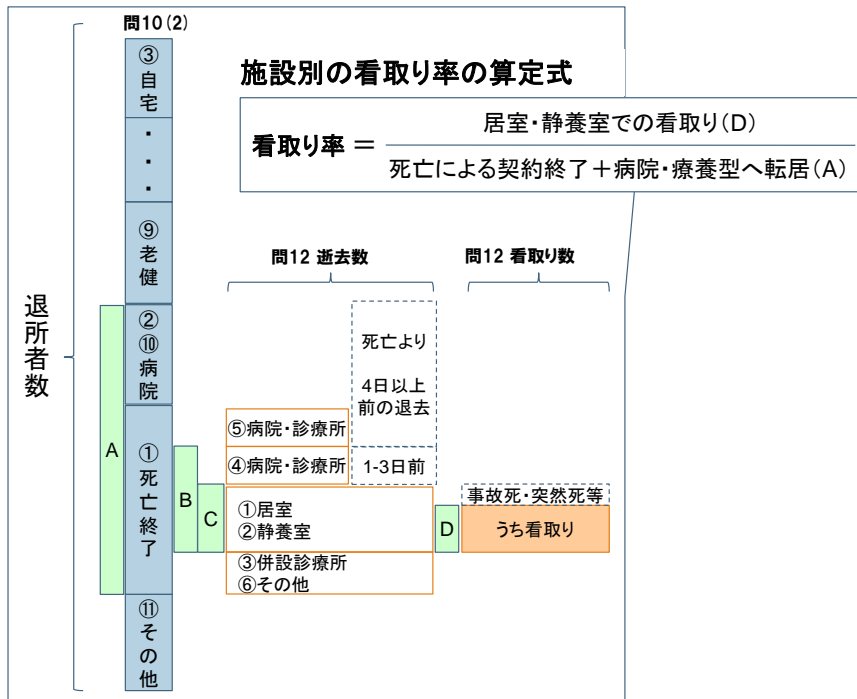
○看取りの受入方針として、「希望があれば、受け入れる」施設が 83%にのぼり、特定施設(80%)と比べてやや高い割合となった【P58】。

- 看取りを受け入れられないことがある理由については、看取りを「原則、受け入れていない」施設では、「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 63%、「夜間は看護職員がいないから」が 47%と非常に高い割合を占めたのに対し、看取りを受け入れる方針の施設では、「夜間は看護職員がいないから」は 13%、「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」は 6%のみで、66%が「受け入れられない理由はない」と回答している【P60】。看取りを行っていない施設では、看取りにおける医師・医療機関の支援や夜間の看護職員の存在に対する期待が大きい様子がうかがわれる。

○看取りにおいて配置医師が果たしている役割は、「死亡確認」が 80%、次いで「死亡診断書等関係記録の記載」が 78%、「入所者・家族への説明と同意」が 75%と高い割合を占めた。一方、「夜間・緊急時の対応体制づくり」は 44%、「協力病院との連絡・調整」は 39%、「看取りカンファレンスへの参加」は 18%に留まった【P67】。

- 配置医師が看取りにおいて「夜間・緊急時の対応体制づくり」を実施している割合は、配置医師が「夜間・休日も駆けつけ対応」をしている場合では 62%、「夜間・休日もオンコールで対応」している施設では 37%と開きが見られた。同様に、看取りにおいて「協力病院との連絡調整」を実施している割合は、「夜間・休日も駆けつけ対応」をしている場合では 45%、「夜間・休日もオンコールで対応」している施設では 35%となっており、夜間・休日に対応している医師ほど、看取りに関する「夜間・緊急時の対応体制づくり」や「協力病院との連絡調整」も行っているという正相関が見られている【P68】。

○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作成した「**看取り率**」を見ると、特別養護老人ホーム全体で 35%(従来型で 36.4%、ユニット型で 34.6%)となり、特定施設(26.3%, 2016 年)と比べ、看取り率が高くなっている【P57】。



- 配置医師の対応可能な時間帯別看取り率を見ると、配置医師が「夜間・休日も駆けつけ対応も実施」している施設で看取り率が 44%と高く、「夜間・休日もオンコールで対応」で 41%、「施設で勤務している時間のみ対応」で 19%となっている【P69】。一方、配置医師が看取りにおいて「夜間・緊急時の対応体制づくり」を実施している施設では、配置医師自身は「施設に勤務している時間のみ対応」する状況であっても、体制づくりをしていない施設(25%)に比べて看取り率が高い(32%)傾向が見られた【P70-71】。このことから、看取りには、夜間や休日に、配置医師に連絡が付き、指示を仰げる体制が重要であること、配置医師自身による対応が難しい場合を想定した夜間・緊急時の対応体制づくりをしておくことが重要であることがうかがわれる。
- 看護職員が勤務している時間帯別に看取り率を見ると、看護師が必ず勤務している時間が 12 時間を超える施設で看取り率が高い傾向が見られる【P72】。また、夜間の看護体制別看取り率では、「常に夜勤または当直の看護職員が対応」している施設や、「通常、オンコールで対応」している施設では、「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」施設に比べて看取り率が高い傾向が見られる【P72】。また、看護体制加算なしに比べて看護体制加算Ⅰを算定している場合は看取り率が 4.5 ポイント高く、看護体制加算Ⅱを算定している場合は 5.5 ポイント高い(看護体制加算Ⅰとの差は 1.0 ポイントのみ)ことも確認されている【P73】。これらの結果から、看取りを行う上では、朝食前の早朝の時間帯や夕食後の時間帯に看護職員が勤務していることにより、看取りが行いやすくなる効果があること、その一方で、それ以降の夜間帯は、必ずしも施設に勤務していなくても、オンコールを含めて夜間に看護職員に指示を仰げる体制であれば、一定の効果が見られることがうかがわれる。
- さらに、夜間の看護体制別看取り率に看取り方針を加味したクロス集計結果からは、看取りの「希望があれば、受け入れる」方針である施設では、夜間の看護体制によらず、「原則的に受け入れていない」施設と比べて、看取り率が圧倒的に高い【P73】ことから、施設では、まず、看取りを受け入れる方針を立て、それに合わせて体制づくり等が進められている場合が多いと考えられる。

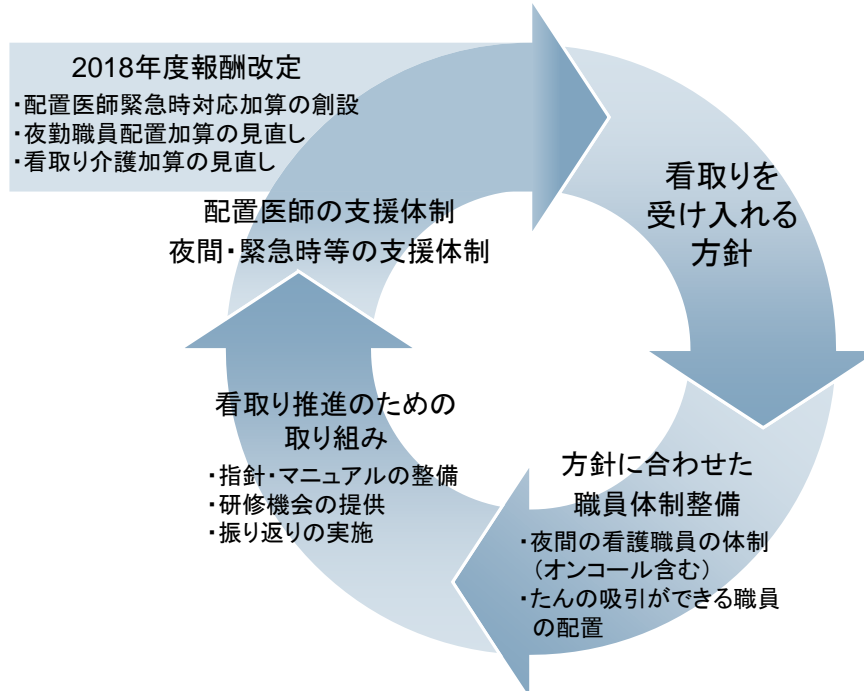
- 夜間に「たんの吸引ができる人が常にいる」施設では、「いない場合もある」施設や「常にいない」施設に比べて看取り率が高い傾向が見られる【P73】。
 - また、施設長、看護職リーダー、介護職リーダー、主たる協力医のいずれをとっても、看取りに対するスタンスが積極的なほど看取り率も比例して高くなる傾向が見られ、ここからも、看取りに対する姿勢が実績に大きく影響している様子がうかがわれる【P75】。
 - 看取り指針やマニュアルの整備、看取りに関する研修、看取りの振り返り等の取り組みを実施している施設では、実施していない施設に比べて看取り率が高い【P74】。
- 看取りに対する指針が整備されている施設の割合は 80%、看取りマニュアルを整備している施設の割合は 73%、看取りに関する研修を実施している施設の割合は 72%と、いずれも高い割合となっている【P62-63】。
- 看取り研修を実施している施設では、看護職員、介護職に対しては 85～90%の割合で研修が行われているが、施設長に対する研修があるのは 53%に留まった。これは特定施設(81%)と比べてもかなり低い割合となっている【P63】。
 - 研修の実施方法は、看取り研修を実施している施設の9割が「社内研修」を実施しているが、「外部研修(参加費助成)」も 53%の施設で行われている。特定施設のこの割合は 30%であり、外部研修機関による研修機会は特別養護老人ホームの向けの方が多く提供されている(特別養護老人ホームの方が外部研修を受けやすい)様子がうかがわれる【P64】。
- 看取りの振り返りも、「毎回行う」施設の割合が 42%、「ケースを取り上げて行う」が 17%となっている【P65】。
- 看取りの振り返りに対し、配置医師が「必ず参加している」は2%のみで、「参加するときとしない時がある」13%を含めても参加が少ない様子がうかがわれる【P65】。
- 看取りを受け入れる方針の施設の特徴として、以下のような傾向が見られた。
- 医療処置を要する入所者の割合が高い施設ほど、看取りを「受け入れる」方針の施設の割合が高い【P79】反面、看取り率は医療処置を要する入所者の割合の影響をあまり受けていない結果となった【P77】。これは、医療処置を要する入所者の場合、状態の急変等により病院へ搬送される場合があることの影響と考えられる。
 - 配置医師が夜間・休日も駆けつけ対応も実施している施設や夜間・休日もオンコールで対応している施設では、看取りを「受け入れる」方針の施設の割合が高い【P79】。
 - 配置医師が看取りに関して夜間・緊急時の対応体制づくりを実施している施設では、看取りを「受け入れる」方針の施設の割合が高い【P80】。
 - 看護職員が常に勤務している時間が長い施設ほど、看取りを「受け入れる」方針の施設の割合が高い【P81】。一方で、夜勤または当直の看護職員がいなくても、オンコール対応ができている施設では看取りを「受け入れる」方針の施設の割合が高い【P81】。また、看護体制加算Ⅱを算定していなくても、看護体制加算Ⅰの算定ができている施設では、看取りを「受け入れる」方針の施設の割合が高い【P82】。
 - 夜間に「たんの吸引ができる人が常にいる」施設では、看取りを「受け入れる」方針の施設の割合が高い【P82】。
 - ケア現場のキーパーソンとなる施設長、配置医師、看護職リーダー、介護職リーダーが、看取りに対して積極的なスタンスを示しているほど、看取りを「受け入れる」方針の施設の割合が高い【P83】。

＜看取りができたケースの状況＞

- 看取りができたケースの要介護度は、「要介護5」が 53%、「要介護4」が 33%で、特別養護老人ホームの退所者全体の要介護度と比べても「要介護5」の割合が高い傾向が見られる【P88】。同様に、認知症の程度は、「Ⅲb」が 40%、「Ⅳ」が 32%を占め、退所者全体に比べて「Ⅳ」の割合が高い傾向が見られている【P89】。
- 看取りができたケースの死因は、「がんによる死亡」は 6%のみで、その他が大半を占める【P90】。特定施設(17%)と比べると 10 ポイント以上低く、要介護度が重いこと等も加味して考えると、老衰に近い状態の死亡が多いと推察される。
- 死因とも関連して、亡くなる前2週間に行ったケアは、特別養護老人ホームでは「口腔ケア」、「入浴介助」、「食事介助」といった生活行為の支援が上位を占め、死因によらず過半数のケースで実施されている。「点滴」は 38%(特定施設では 47%)、「頻回のたんの吸引」は 27%(同 30%)、「疼痛緩和」は 11%(同 17%)、「人工栄養」は 5%(同 11%)と、特定施設と比較して低い割合となった【P91】。亡くなる前2週間に中止・減量した処置も、「薬の服用」49%以外は低く留まっていることから、点滴や人工栄養等の衣装処置等は看取り期に入る以前から利用が少ないと推察される【P91】。
- 亡くなる前2週間に悪化した症状は、多くの症状に関しては特定施設と同様の割合で見られたが、「むくみ」については特定施設 43%に対し、特別養護老人ホームでは 36%と7ポイントの開きが見られた【P90】。これも、点滴や人工栄養等の利用が少ないことと関連していると考えられる。
- なお、人工栄養、点滴、人工透析のいずれかを実施している場合の方が、実施していない場合よりも、亡くなる前2週間に各症状が悪化している割合が高く、点滴等が必ずしも苦痛症状を緩和することにはつながっていない様子が見られる【P102】。

3. 特別養護老人ホームにおける看取りの推進に向けて

- 看取り率が高い施設では、看取りを受け入れるという方針を打ち出しており、施設長や配置医師、看護職リーダー、介護職リーダーといったキーパーソンの看取りに対する積極性も高い。そして、そのような施設では、方針に合わせた職員体制の整備が行われ、看取り推進のための指針・マニュアルの策定や研修・振り返りの実施等の取り組みも行われている。そして、配置医師を中心に、その他医療機関と連携して、夜間や緊急時の対応体制が整備できている、といった好循環が形成されている。
- このような状況を踏まえると、今後、特別養護老人ホームにおける看取りを推進していくためには、
 - 現在看取りを行っていない施設において、看取りに取り組む施設を増やすこと
 - 既に看取りに取り組んでいる施設において、看取り率を高めることの2つの方向性が考えられる。
- 看取りができたケースの状態像として、がんによる死亡は少なく、要介護度や認知症の程度が高い状態で亡くなっていることや、看取りを受け入れる方針の施設の特徴などを踏まえると、常時の医療(あるいは医療的ケア)は要しないものの、看取り期の状態像変化に関して医師や看護師に相談して助言を受けたい場面が生じていることがうかがわれる。そのため、朝食前や夕食後などの時間帯に看護職員が勤務しているシフトになっていることや、夜間に看護職員や配置医師ないしはその代理が可能な医師・医療機関に連絡でき、適切な指示が仰げることが自信をもって看取りを行える状態を支えていると考えられる。
- このような環境・体制づくりを支えるという観点から考えると、2018年度介護報酬改定で位置づけられた配置医師緊急時対応加算の創設、夜勤職員配置加算の見直し(充実)、看取り介護加算の見直し(充実)がどのような効果をもたらすのか、今後、検証を行っていく必要があると考えられる。



平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

高齢者施設等における医療ニーズ対応のあり方に関する調査研究
報告書

平成 30 年 3 月

株式会社 野村総合研究所

〒100-0004 東京都千代田区大手町1-9-2
大手町フィナンシャルシティ グランキューブ
TEL : 03-5533-2111(代表)

[ユニットコード:6939350]