

【平成 29 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における看取り・認知症ケア等に関する調査

ご記入にあたってのお願い

1. 調査対象およびアンケート記入者

本調査票は、介護サービス情報公表システムや都道府県で公表されている全国の介護老人福祉施設（地域密着型を含む）のリストをもとに、平成 28(2016)年 7 月 1 日時点で運営されている施設より無作為抽出により選定した施設にお送りしています。

なお、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。

2. 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、同封の返信封筒に封入の上、平成 29 年 9 月 8 日(金)までにご投函ください。

3. ご記入いただいた情報について

ご記入頂いた内容は、施設名等の情報がわからないよう匿名化したうえで、今後の介護報酬改定・社会保障政策等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ることのないよう、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。

※下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。

(宛名 刷り込み印刷)

施設住所: 〒

住所

施設名:

(広域型 or 地域密着型)

本調査に関するお問い合わせ先

(株)野村総合研究所

消費サービス・ヘルスケアコンサルティング部 (担当: やすだ たかだ 安田、高田)

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-9-2 大手町FC グランキューブ

TEL : 0120-###-###

(8/14(月)より受付開始 平日 9:30~18:00)

E-mail : ###@nri.co.jp

I 貴法人・貴施設の概要

問 1 運営法人に関する基本情報

※平成 29 年 7 月 1 日時点の状況

(1) 貴法人が運営する特別養護老人ホームの数(貴施設を含む) (○は1つ)	1 1 箇所	3 3~9 箇所
	2 2 箇所	4 10 箇所以上

問 2 貴施設に関する基本情報

(1) 事業所開設年月	年	月
-------------	---	---

問 3 職員体制

※平成 29 年 7 月 1 日時点の状況 (該当者がいない場合「0」と記入)

(1) 配置医師の状況	① 勤務体制 (○は1つ)	1 常勤	2 非常勤
	② 実人数 (○は1つ)	()人	
	③ 対応可能な時間帯 (○は1つ)	1 施設で勤務している時間のみ対応 2 平日・日中は、施設にいない時間も対応 → [a オンコールのみ b 駆けつけ対応も実施] 3 夜間・休日も対応 → [a オンコールのみ b 駆けつけ対応も実施]	
介護・看護職員数		実人数	常勤換算数
(2) 介護職員 総数 (常勤・非常勤合計)		人	人
うち 介護福祉士		人	人
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) 看護職員 総数 (常勤・非常勤合計)		人	人
うち 常勤の看護師		人	人
うち 常勤の准看護師		人	人
(4) 看護職員が必ず勤務している時間帯		:	から :
(5) 夜間の看護体制 (○は1つ)	1 常に夜勤または当直の看護職員が対応 2 通常、オンコールで対応 3 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		
(6) 夜間の医療対応 (○は1つ)	たんの吸引ができる人が 1 常にいる 2 いない場合もある 3 常にないない		

問 4 併設・隣接事業所の状況

※併設：同一建物に事業所がある場合、隣接：同一敷地内で別棟の場合、もしくは、隣接する敷地(道路を挟む場合を含む)にある場合

事業所	①併設・隣接状況 (○は1つ)			②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

問 5 医療等の利用状況

※平成 29 年 6 月(1ヵ月間)の状況 (該当者がいない場合「0」と記入)

	① 利用者実人数	② 延べ利用回数
(1) 配置医師以外による往診・訪問診療	人	回
(2) 訪問歯科診療	人	
(3) 歯科受診 (外来)	人	
(4) 訪問看護 (医療保険)	人	回
(5) 救急搬送	人	回

II 現在の入所者の状況

問6 入所者の状況

※平成29年7月1日時点の状況を記入してください(該当者がいない場合「0」と記入)

居室タイプ		(1) 居室数	入所		短期入所				
			(2) 定員数	(3) 入所者数	(4) 定員数	(5) 利用者数 (空床利用を含む)			
従来型	個室	室	人	人	人	人			
	多床室		人	人	人	人			
ユニット型	個室	室	人	人	人	人			
	準個室		人	人	人	人			
	その他		人	人	人	人			
(6) 居室へのトイレの設置状況 (○は1つ)			1 全居室に設置	2 一部居室に設置	3 なし(共用のみ)				
(7) 要介護度別入所者数 ※①～⑥の合計が(3)入所者数合計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	
(8) 認知症の程度別入所者数 ※①～⑦の合計が(3)入所者数合計に一致するように記入 ※医師による最新の判定を採用 (ない場合は、「認定調査票(基本調査)」の記載を採用)			① 自立	② I	③ II	④ III	⑤ IV	⑥ M	⑦ 不明
(9) 医療処置を要する入所者数	① インスリンの注射 (自己注射できる場合を除く)		人		⑤ 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		
	② 酸素療法		人		⑥ たんの吸引		人		
	③ 胃ろう・腸ろうの管理		人		⑦ 褥瘡の処置		人		
	④ 経鼻経管栄養の管理		人		⑧ レスピレータ (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				人		
	⑩ 上記のうち、③・④・⑥のいずれかを要する入所者 の実人数		人				人		
(10) 生活保護を受給している入所者数							人		

問7 各種加算の算定状況

(1) サービス提供体制強化加算	1 加算なし	2 (I) イ	3 (I) 口	4 (II)	5 (III)
(2) 日常生活継続支援加算	1 加算なし	2 (I)	3 (II)		
	該当する加算算定要件 (あてはまるもの全てに○)	a 要介護4・5の入所者の 占める割合が70%以上		b 認知症自立度Ⅲ以上の 入所者の割合が65%以上	
		c たんの吸引等が必要な 入所者の割合が15%以上			
(3) 看護体制加算	1 加算なし	2 (I) イ	3 (I) 口	4 (II) イ	5 (II) 口
(4) 夜間職員配置加算	1 加算なし	2 (I) イ	3 (I) 口	4 (II) イ	5 (II) 口
(5) 認知症専門ケア加算	1 加算なし	2 (I)	3 (II)		
		① 有無		→「あり」の場合 ② 加算算定人数	
(6) 認知症行動・心理症状緊急対応加算	1 加算なし	2 加算あり	→	毎月	人程度
(7) 若年性認知症入所者受入加算	1 加算なし	2 加算あり	→	毎月	人程度
(8) 看取り介護加算	1 届出していない	2 届出している	→	1～6月の累計で	人
(9) その他加算 (算定しているもの全てに○)	1 常勤医師配置加算		4 口腔衛生管理加算		7 経口移行加算
	2 精神科医療養指導加算		5 栄養マネジメント加算		8 経口維持加算
	3 口腔衛生管理体制加算		6 療養食加算		

VI 認知症ケアのあり方で最も悩んでいるケースの状況

問 8 現在入所している方に対する認知症ケア

1 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 2 悩んでいるケースはない

※該当する方をよくご存知の方(フロアリーダー等)に回答頂いてください。

問 9 認知症ケアのあり方で最も悩んでいる方の認知症状等

(1) 性別 (いずれかに○)	男 ・ 女	(2) 年齢	歳
(3) 要介護度 (○は1つ)	1 要支援1 2 要支援2	3 要介護1 4 要介護2	5 要介護3 6 要介護4 7 要介護5
(4) 日常生活自立度(ADL) (○は1つ)	1 J1 2 J2	3 A1 4 A2	5 B1 6 B2 7 C1 8 C2
(5) 認知症自立度 (○は1つ)	1 I 2 II a	3 II b 4 III a	5 III b 6 IV 7 M 8 不明
(6) 認知症の診断名 (○は1つ)	1 確定診断を受けていない 2 アルツハイマー病 3 血管性認知症		4 前頭側頭葉型認知症 5 レビー小体病 6 2～5 以外の認知症
(7) 現在の認知機能 (○は1つ)	① 最近の記憶	1 問題なし 2 問題あり	
	② 日常の意思疎通	1 できる 2 特別な場合以外できる 3 日常的に困難 4 できない	
	③ 意思の伝達	1 できる 2 ときどきできる 3 ほとんどできない 4 できない	
(8) 対応が難しいと感じる症状 (あてはまるもの <u>全て</u> に○)	1 不安感 2 抑うつ 3 強迫症状 4 幻覚・幻聴 5 妄想	6 暴言 7 暴力 8 食欲不振 9 食欲亢進 10 異食	11 夜間行動 12 不潔行為 13 帰宅願望 14 徘徊 15 その他繰り返し行動
(9) 定時服用として処方を受けている薬の種類数 (処方を <u>受けている全て</u> の薬を含む)	種類 ※認知症に関係しない薬を含む		
(10) 処方を受けている薬の内容 (処方を <u>受けている薬全て</u> に○)	1 認知症薬 2 不眠の薬 (定時服用) 3 不眠の薬 (頓用) 4 向精神薬 (定時服用) → 種類数 : _____ 種類 5 向精神薬 (頓用)		6 1～5 の処方を受けていない 7 わからない・不明 ↑ 種類数が不明の場合「不明」と記載

IV 入退去の状況

問 10 今年に入ってから(平成 29 年 1 月 1 日～6 月 30 日)の新規入所者/退所者

※該当者がいない場合「0」と記入

	(1) 新規入所者	(2) 退所者
		人

※①～⑪までの合計が(1)(2)と一致するように記入

	(3) 入所直前の居場所	(4) 退所先
	① 死亡による契約終了	
② 病院・診療所 (介護療養型医療施設は除く→⑩)	人	人
③ 自宅 (呼び寄せ等で家族・親族等の家にいる場合を含む)	人	人
④ 短期入所 (2週間を超える短期入所からの直接入所した場合。それ以外は③を含む)	人	人
⑤ 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホームまたはサービス付き高齢者向け住宅	人	人
⑥ 特定施設入居者生活介護の指定を受けている有料老人ホームまたはサービス付き高齢者向け住宅	人	人
⑦ 軽費老人ホーム、養護老人ホーム	人	人
⑧ 認知症高齢者グループホーム	人	人
⑨ 介護老人保健施設	人	人
⑩ 介護療養型医療施設	人	人
⑪ その他 (不明を含む)	人	人

問 11 新規入所者(問 10(1))の入所時の要介護度

※(1)～(6)までの合計が問 10(1)と一致するように記入(該当者がいない場合「0」と記入)

(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 12 死亡による契約終了(問 10(4)①)の場合の逝去の状況

※(1)～(6)までの①逝去した人数の合計が問 10(4)①と一致するように記入(該当者がいない場合「0」と記入)

逝去した場所	①逝去した人数		
		②うち看取り (加算算定の有無によらず、実態として看取った人数)	
			③うち看取り加算算定
(1) 居室	人	人	人
(2) 静養室	人	人	人
(3) 併設診療所など	人	人	人
(4) 病院・診療所 (死亡当日、前日、前々日の入院)	人	人	人
(5) 病院・診療所 ((4)より前に入院)	人	人	人
(6) その他 (不明を含む)	人	人	人

問 13 退所者に関する詳細

問 10(2)で回答した退所者総数に該当するケース全員(9名を超える場合は、直近の退所者からさかのぼって9名)について、

問10(2) 退所者総数分、すべての施設が回答する設問

Q8で2と回答

No.	Q1			Q2			Q3	Q4		Q5	Q6	Q7	Q8	Q8で2, 3と回答した場合
	入所年月日			退所年月日			性別	生年・月		入所時の要介護度	退所時の要介護度	退所時の認知症の程度	退去先	入院理由
	(記入)			(記入)			(いずれかに○)	(記入)		(記入)	(記入)	(記入)	(○は1つ)	(最も影響した理由1つに○)
	平均入所期間算出に利用しますので、年・月・日まで記載ください。												※Q8で1と回答した場合 ※Q8で2, 3と回答した場合 1 死亡による契約終了 2 病院・診療所 3 介護療養型 4 自宅(在宅) 5 その他 1 主に治療目的 2 主に看取り目的 3 医療処置が必要となった 4 その他 (終了)	
記入例	2009年	3月	2日	2017年	2月	16日	男・女	1932年	12月	3	2	1	2	1
	2014年	10月	23日	2017年	6月	4日	男・女	1929年	2月	4	4	2	1	-
1	年	月	日	2017年	月	日	男・女	年	月					
2	年	月	日	2017年	月	日	男・女	年	月					
3	年	月	日	2017年	月	日	男・女	年	月					
4	年	月	日	2017年	月	日	男・女	年	月					
5	年	月	日	2017年	月	日	男・女	年	月					
6	年	月	日	2017年	月	日	男・女	年	月					
7	年	月	日	2017年	月	日	男・女	年	月					
8	年	月	日	2017年	月	日	男・女	年	月					
9	年	月	日	2017年	月	日	男・女	年	月					

1人につき1行で、状況をご記入ください。

した施設以外が回答

看取りを行ったケースのみ回答

Q8で1と回答した場合	No.									
SQ8-2	SQ8-2で1と回答した場合：看取りに関する詳細									
死亡による契約終了の詳細	SQ8-2-(1)	SQ8-2-(2)	SQ8-2-(3)	SQ8-2-(4)	SQ8-2-(5)	SQ8-2-(6)	SQ8-2-(7)	SQ8-2-(8)	SQ8-2-(9)	
(○は1つ)	(○は1つ)	(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)	(いずれか近い方に○)	(○は1つ)	(○は1つ)	(いずれか近い方に○)	(○は1つ)	
1 施設内での予期された看取り 2 施設内での予期せぬ死 (施設外) 3 計画的な入院 4 受診後、即日入院 5 救急搬送 6 その他	1 がんによる死亡 2 その他 ※「看取りの場合、右の全ての設問(SQ8-2-(1)~(9))にご回答下さい。	1 むくみ 2 多量のたん 3 発熱 4 褥瘡 5 口腔内乾燥 6 呼吸苦 7 上記のいずれもなし	1 人工栄養 2 点滴 3 人工透析 4 頻回のたんの吸引 5 疼痛緩和 6 食事介助 7 入浴介助 8 口腔ケア 9 上記のいずれもなし	1 薬の服用 2 人工栄養 3 点滴 4 酸素吸入 5 褥瘡処置 6 1上記のいずれもなし ※もともと服用・利用がなかった場合は無記入	1 看取れると思っていた 2 看取れると思っていなかった	(終末期と認識された時点で) 1 施設での看取りを希望していた 2 施設での看取りは希望していなかった 3 不明	(終末期と認識された時点で) 1 主だった家族ほぼ全員と合意していた 2 家族の代表者と合意していた 3 特段合意はなかった 4 不明 5 該当する家族はいなかった	1 よい看取りだった 2 悔いの残る看取りだった	1 算定した 2 算定できなかった	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	記入例
1	2	1、2、5	1、2、4	4	1	1	2	1	1	1
										2
										3
										4
										5
										6
										7
										8
										9

V 看取りに対する貴施設での取り組み

問 14 貴施設における看取りの受け入れ状況

(1) 看取りの受け入れ方針 (○は1つ)	1 「ホームで亡くなりたい」という希望があれば、受け入れる 2 原則的に受け入れていない				
(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 (あてはまるものを全てに○)	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 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 8 看取りに関する方針やマニュアルを定めていないから 9 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 10 費用がかかりすぎるから 11 施設の方針として、看取りを行っていない 12 その他				
(3) 主要職員等の看取りに対するスタンス (○はそれぞれ1つ)	① 施設長	1 かなり積極的	2 やや積極的	3 やや消極的	4 かなり消極的
	② 配置医師	1 かなり積極的	2 やや積極的	3 やや消極的	4 かなり消極的
	③ 看護職リーダー	1 かなり積極的	2 やや積極的	3 やや消極的	4 かなり消極的
	④ 介護職リーダー	1 かなり積極的	2 やや積極的	3 やや消極的	4 かなり消極的
(4) 指針・マニュアル (○は1つ)	① 看取り指針	1 なし	2 現在準備中	3 有り	
	② 看取りマニュアル	1 なし	2 現在準備中	3 有り	
(5) 看取りに関する研修 (○は1つ)	1 なし 2 現在準備中 3 有り ⇒ SQ1・2△				
SQ1 研修の対象 (あてはまるものを全てに○)	1 施設長 2 看護職員 3 介護職(リーダークラス) 4 介護職(その他)				
SQ2 研修の実施方法 (あてはまるものを全てに○)	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)				
(6) 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△ 3 毎回行う ⇒ SQ1△				
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				

問 15 看取りに関する説明・意思確認

(1) 看取りに関する説明・意思確認の実施タイミング (実施しているものを全てに○)	1 入所時点 2 ケアプラン作成(変更)時 3 要介護認定の更新時	4 病状等が悪化した時 5 看取りが近づいていると判断された時
(2) 説明・意思確認の対象 (あてはまるものを全てに○)	1 本人 2 家族の代表者	3 代表者以外の主だった家族ほぼ全員

問 16 看取りにおいて配置医師が果たしている役割

(1) 看取りの際に、原則、配置医師が行っている事柄 (実施しているものを全てに○)	1 入所者・家族への説明と同意 2 夜間・緊急時の対応体制づくり 3 協力病院との連絡・調整	4 看取りカンファレンスへの参加 5 死亡確認 6 死亡診断書等関係記録の記載
---	--	---

ご協力ありがとうございました