

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

地域包括ケアシステムの構築及び地域医療構想の実現に向けて、
養護老人ホーム・軽費老人ホームが求められている役割や
効果的な支援のあり方に関する調査研究事業

報告書

平成 30（2018）年 3 月
一般財団法人 日本総合研究所

第1章 事業概要.....	1
1. 事業の目的	2
2. 調査研究の方法	2
3. 検討の実施体制	5
4. 本研究事業での検討範囲と検討の視点.....	7
第2章 看取りに関する先行研究レビュー.....	11
第3章 養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウスにおける在宅医療への対応状況の実態 ...	23
1. 事業者向けアンケート調査.....	24
【実施概要】	24
(1) 目的	24
(2) 調査実施概要	24
【調査結果の概要】	25
(1) 回答施設の概要.....	25
(2) 入所（居）者の状況.....	29
(3) 職員体制	31
(4) 関係機関との連携状況.....	32
(5) 在宅医療が必要な高齢者への対応.....	34
(6) 看取り対応	36
(7) 看取りの取組実態（看取り実施施設のみ）	41
(8) 施設運営に関する諸課題.....	54
(9) 調査結果のまとめ.....	56
2 自治体向けアンケート調査.....	60
【実施概要】	60
(1) 目的	60
(2) 調査実施概要	60
【調査結果の概要】	61
(1) 養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウスとの関わり	61
(2) 在宅医療・介護連携の取組.....	64
(3) 養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウスへの期待.....	68
(4) 調査結果のまとめ.....	80

3 施設ヒアリング調査.....	82
【実施概要】	82
(1) 目的	82
(2) 調査実施概要	82
【調査結果】	84
(1)－1. 養護老人ホーム A (特定施設 (一般型))	84
(1)－2. 養護老人ホーム B (特定施設 (一般型))	87
(1)－3. 養護老人ホーム C (非特定施設)	92
(1)－4. ケアハウス D (特定施設 (一般型))	95
(1)－5. ケアハウス E (特定施設 (一般型))	98
(1)－6. ケアハウス F (非特定施設)	101
(2) 医師 (内科、緩和ケア内科、神経内科、リハビリテーション科)	105
(3) ヒアリング調査のまとめ.....	107
第4章 今後に向けた提案.....	113
参 考 資 料.....	121
アンケート調査票 (事業者、市町村)	121

正誤表

図表 3-2-5 自治体内の施設定員数、養護老人ホームへの措置人数

	合計	人口規模				
		3万人未満	3～5万人未満	5～10万人未満	10～30万人未満	30万人以上
養護老人ホーム（一般）	40,753	7,452	5,777	6,187	9,842	11,495
養護老人ホーム（盲・聴養護）	2,220	365	200	200	770	685
軽費A型	8,141	540	780	1,447	2,134	3,240
軽費B型	688	0	50	170	80	388
ケアハウス	53,058	2,976	4,980	7,791	12,825	24,486
都市型軽費	901	0	0	0	109	792
養護老人ホームへの措置人数	28,260	4,321	3,814	3,864	6,872	9,389
1自治体あたり措置人数（平均） 誤	31.0	10.4	18.9	22.0	40.9	112.4
1自治体あたり措置人数（平均） 正	62.9	37.6	42.9	44.4	70.1	156.5

※1自治体あたり措置人数は、養護老人ホームのある自治体を対象としたもの



第 1 章 事業概要

1. 事業の目的

都道府県がまとめた地域医療構想に基づく 2025 年の必要病床数は約 119 万床で、2013 年（135 万床）に比べ約 16 万床の減少が見込まれている。（高度急性期・急性期病床の減少は現役世代の減少が、慢性期病床の減少は在宅医療への転換要因等が影響とされる。）慢性期（長期療養）病床は約 7 万床の減少となり、在宅医療に切り替わる人数も少なくない。ただし、これらの該当者すべてが自宅で在宅医療を受けられるわけではなく、在宅生活が困難な人々については特養をはじめとする養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスや有料老人ホーム等が受け皿となることが期待されている。

一方で、養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスの入所者の中にも重度の要介護者等も生活しており、今後は医療的ケアや看取り対応へのニーズが高まることが予想される。

慢性期病床退院者等の受け入れ、既存入所（居）者の重度化等に伴う医療的ケアや看取りニーズの高まりが予想されるなか、本研究事業では養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスにおける関係機関との連携による適切な対応を行う体制や仕組みの構築に向けた検討を行うとともに、同施設における医療的ケアや看取り対応の限界等について明らかにする。

あわせて、本研究事業では、今後、養護老人ホームや軽費老人ホームが地域包括ケアシステムの中で一定の役割を果たしていくうえで取り組むべき課題の把握を行う。

2. 調査研究の方法

本研究事業では、養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスにおいて医療的ニーズを有する高齢者への支援の実態や課題とともに、自治体における在宅医療・介護連携推進に向けた取組状況を把握することを目的として、下記の調査を実施した。

（1）事業者向けアンケート調査

1）目的

在宅医療ニーズのある高齢者等の受け入れ、既存入所（居）者の重度化等に伴う在宅医療ニーズの高まりが予想されるなか、本調査では養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスにおける医療的ケアを必要とする高齢者や看取り対応に関する今後の中長期的な方向性を検討するにあたり、現状を把握し、課題整理を行うための基礎資料を得ることを目的として実施した。

2）調査対象

養護老人ホーム 955 施設（悉皆）

軽費老人ホーム・ケアハウス 2,262 施設（悉皆）

なお、調査対象施設名簿については、平成 29 年 7 月時点で各都道府県や指定都市・中核市のホームページ上に記載されている養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウス施設名簿から作成した。

3) 調査内容

- i 入所（居）者の状態像（要介護度、認知症や精神疾患等の人数）
- ii 施設職員の配置状況
- iii 医療的ニーズを有する高齢者への対応状況と課題、今後の意向
- iv 施設運営に関する課題 等

（2）自治体向けアンケート調査（市町村）

1) 目的

地域包括ケアや地域医療構想の中で養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスが一定の役割を担うためには、これらの施設に対する自治体の意識が重要となる。本調査では、施設と自治体等との連携実態や地域での役割を把握するとともに、今後、低所得高齢者や退院者などの住まい確保と生活支援の提供が期待されるこれらの施設との連携の在り方や課題について自治体の意向を明らかにすることを目的に実施した。

2) 調査対象

全国の市町村 1,741 自治体（悉皆）

3) 主な調査内容

- i 在宅医療・介護連携推進事業の取組状況
- ii 養護、軽費・ケアハウスとの連携状況
- iii 地域包括ケアシステムの中で養護、軽費・ケアハウスに期待する役割
- iv 医療的ニーズを有する高齢者の支援に関する養護、軽費・ケアハウスへの期待 等

（3）ヒアリング調査等

1) 目的

今後、在宅医療ニーズのある高齢者等の受け入れ、既存入所（居）者の重度化等に伴う在宅医療ニーズの高まりが予想されるなか、すでに医療的ケアや看取り対応の経験がある養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスを対象に、医療的ニーズへの支援や看取り対応が可能となる要素や要件、課題などを把握することを目的として実施した。

2) 調査対象

アンケート調査において看取り対応等の実績があると回答があった施設等

養護老人ホーム 3 施設

軽費老人ホーム・ケアハウス 4 施設

また、本調査では在宅医療に取り組んでいる医師 1 名に対するヒアリング調査を実施し、医療者の視点から施設内における医療的ニーズへの取組体制のあり方等に関する意見を収集した。

3) 主な調査項目

- i 入所（居）者の状態像、職員配置の状況
- ii 医療的ケアや看取りに取り組んだきっかけ、取組実績
- ii 医療的ケアや看取り対応時における嘱託医や訪問看護、関係事業所等との関わり
- iv 医療的ケアや看取り対応における課題 等

3. 検討の実施体制

本研究事業を推進するため、学識経験者や研究者、事業者、自治体職員から構成される検討委員会を設置し、養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスにおける医療的ニーズへの対応のあり方に関する検討を行った。委員会は平成30年3月までに5回開催した。

また、委員会運営を効率的・効果的に進めるため、学識経験者及び研究者による作業部会を設置し、検討を行った。作業部会は平成30年3月までに2回開催した。

委員会委員名簿

■委 員

五十音順、敬称略

氏 名	所 属
大 山 知 子	公益社団法人全国老人福祉施設協議会 介護保険事業等経営委員会 養護老人ホーム部会 部会長
菊 池 い づ み	日本社会事業大学社会福祉学部 教授
後 藤 友 子	国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部 研究員（看護師）
里 山 樹	全国軽費老人ホーム協議会 副理事長 社会福祉法人寿考会 軽費老人ホーム二宮寿考園 理事長
清 水 正 美	城西国際大学福祉総合学部 教授
関 泰 輔	越谷市福祉部地域包括ケア推進課 副課長
橋 本 直 美	株式会社エーアイエム 訪問看護ステーション 代表取締役（看護師）
早 坂 聡 久	東洋大学ライフデザイン学部 准教授
早 川 勇 夫	社会福祉法人清明会 ケアハウス向日葵 施設長
藤 井 陽 子	公益社団法人全国老人福祉施設協議会 介護保険事業等経営委員会 軽費老人ホーム部会 部会長
◎結 城 康 博	淑徳大学総合福祉学部 教授

◎：委員長

■研究協力者 白石敦子（日本社会事業大学大学院社会福祉学研究科 博士後期課程）

■オブザーバー

厚生労働省老健局高齢者支援課 課長補佐 吉行 崇
 厚生労働省老健局高齢者支援課 予算係長 岡本 慎
 厚生労働省老健局高齢者支援課 予算係 大江 翔

作業部会委員名簿

■委 員

五十音順、敬称略

氏 名	所 属
菊 池 いづみ	日本社会事業大学社会福祉学部 教授
後 藤 友 子	国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部 研究員（看護師）
清 水 正 美	城西国際大学福祉総合学部 教授
早 坂 聡 久	東洋大学ライフデザイン学部 准教授
◎結 城 康 博	淑徳大学総合福祉学部 教授

◎：委員長

■研究協力者 白石敦子（日本社会事業大学大学院社会福祉学研究科 博士後期課程）

4. 本研究事業での検討範囲と検討の視点

(1) 医療的ニーズの取扱い

本研究事業では、養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスにおける医療的ニーズへの対応について検討を行うが、特にその象徴的な行為として看取り対応を中心に検討を行う。

平成19年に実施された内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」によれば、高齢者の半数以上が「自宅で最期を迎えたい」という思いを抱いている。

厚生労働省「人口動態統計」によれば、近年は「病院・診療所」での死亡割合が低下し、「老人ホーム（特養・老健等）」における死亡数が急速に増加している。

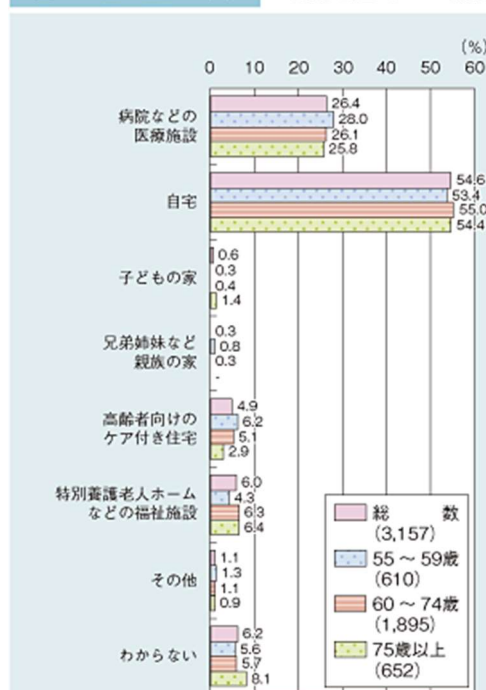
(2010年 57,750人→2016年 120,760人)

また、同統計の死因別死亡数（人口10万対）をみると、寿命の延伸によって「老衰」による死亡率が増加していることがわかる。

高齢化の進展によって全体の死亡数が増加する中、治療の必要性が低い高齢者は入院対象とはならず、自宅や高齢者施設等で最期を迎える高齢者が増加することは必然であり、養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスにおいても看取りニーズが高まる可能性が大きいと考えられる。

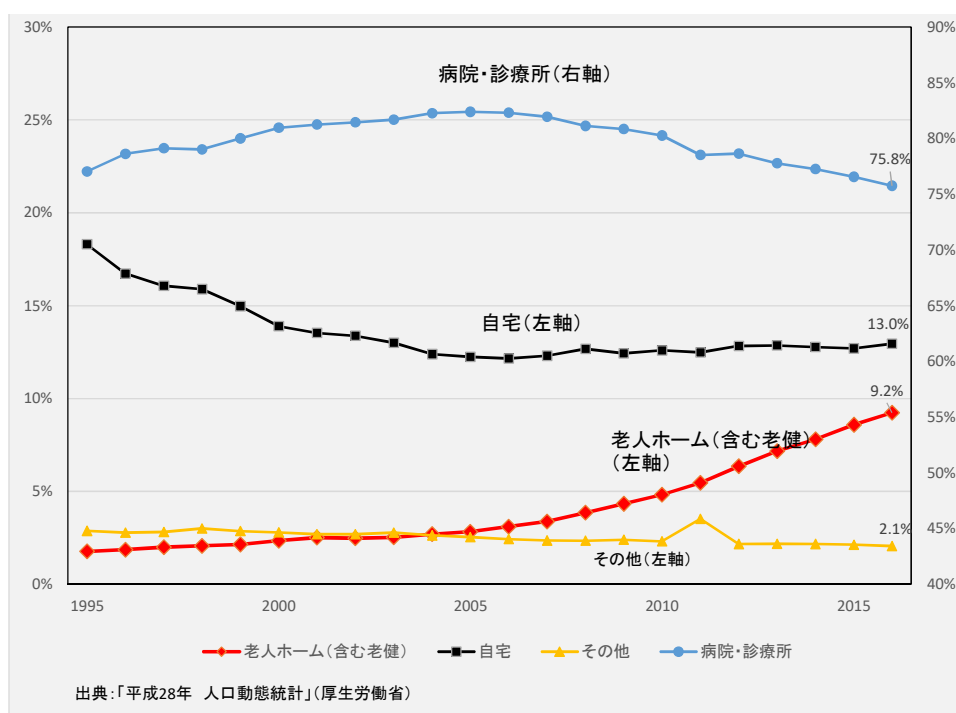
図表 1-1 最期を迎えたい場所

図 1-2-25-(1) 最期を迎えたい場所

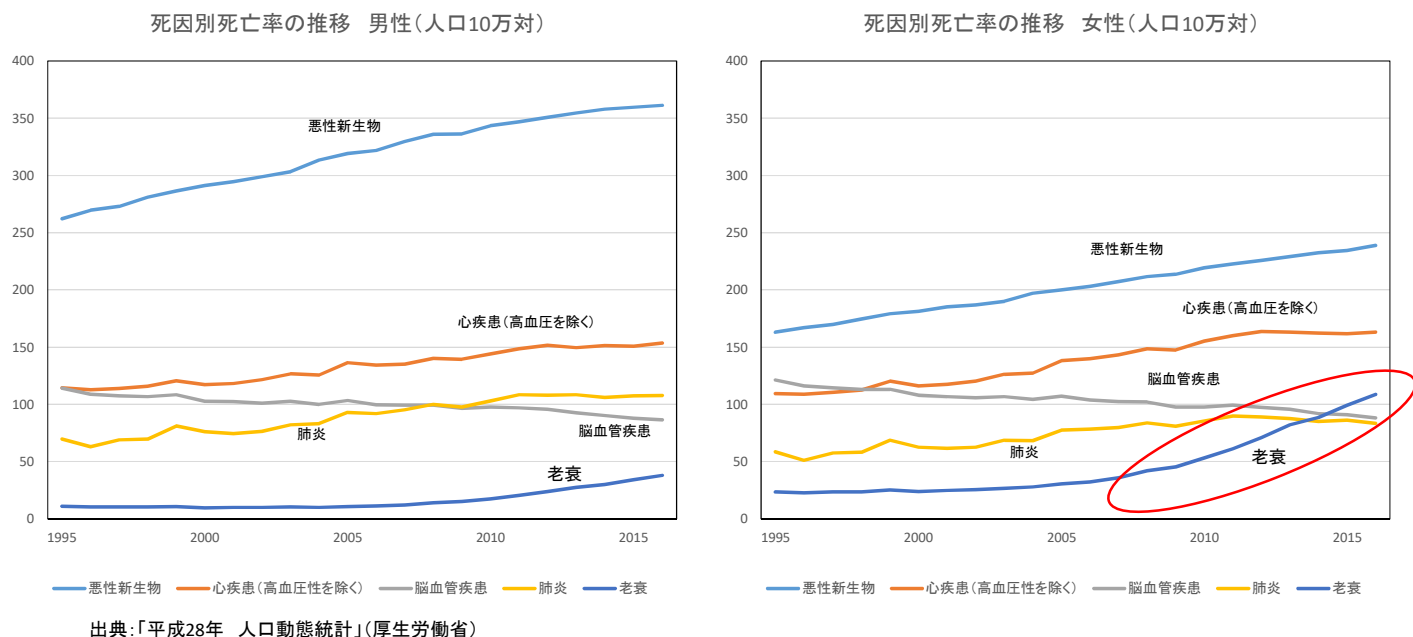


資料：内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」(平成19年)

図表 1-2 死亡場所割合の推移



図表 1-3 男女別死因別死亡数の推移（人口 10 万対）



（２）検討の前提

本研究事業では、今後増加が予想される施設内での看取り等の医療的ニーズに対して、養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスにおいて適切な対応が可能となるために必要な要件等に関する検討を行う。

なお、自施設よりも医療的ケアや看取り対応に適した関係機関等に転居可能な場合は、入所（居）者本人・家族の意向を確認して転居を勧めることも有効な対応のひとつである。しかし、すべての地域において転居可能な環境が整っているわけではないことから、本事業ではこのような転居が困難なケースを想定し、施設内で医療的ケアや看取り対応を行うための要素等を検討することとした。

また、施設内での医療的ケアや看取り対応は、入所（居）者本人や家族の意向が前提となる。養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスは生活の場であるため、提供できるケアには限界がある。それを入所（居）者本人や家族が十分に理解したうえで、施設内での医療的ケアや看取り対応を希望する場合を想定し、検討を進めることとした。

（３）検討の視点

本研究事業では、「最期まで施設で過ごしたい」という入所（居）者本人・家族の意向にどこまで応えることができるのか（対応の限界）、意向に添うためにはどのような対応が必要となるかを明らかとするため、下記の３つの視点から検討することとした。

①施設内での対応

施設内で入所（居）者の医療的ニーズに対応するにあたっては、個室や静養室など対応可能な環境が整備されていることとともに、看護職員の配置（増員）や介護職員への教育の必要性、夜間帯等における職員体制の工夫、対応方針や対応マニュアル等の整備など様々な取組が必要になると考えられる。

養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスは生活の場であり、医療的ニーズへの対応を想定した職員配置はなされていない。特に、ケアハウス等では特定施設入居者生活介護の事業所指定を受けていない限り、看護職員は配置されていない。また、看護職員が配置されている施設でも、夜間帯等は看護職員が不在となり、限られた夜勤者・宿直者での対応が不可避となる。

さらに、支援員や介護職員等のすべてがその養成課程で看取り等に関する教育を十分に受けているわけではなく、入所（居）者の死を受け止められないこともあると考えられる。看取り等の医療的ニーズに対応するためには、職員への教育研修とともに対応方針や看取り対応マニュアル等の整備も必要になると考えられる。

これらの課題がある中で、看取り等に取り組んでいる施設がどのような工夫を行っているのかを把握し、施設内対応として必要な要素を検討する。

②医師等との連携のあり方

施設内で医療的ケアや看取り対応を行うためには、在宅医療に理解のある医師（嘱託医等）や訪問看護など地域の医療機関等との連携（訪問診療や往診、24 時間対応等）が不可欠である。また、入所（居）者の容態急変時に入院可能な病院等の確保も必要となる。

そのため、看取り等の医療的ニーズに対応している施設における医師や訪問看護、医療機関等との関わり方を把握し、施設内対応を行うために必要な要素を検討する。

③在宅医療・介護連携推進の基盤

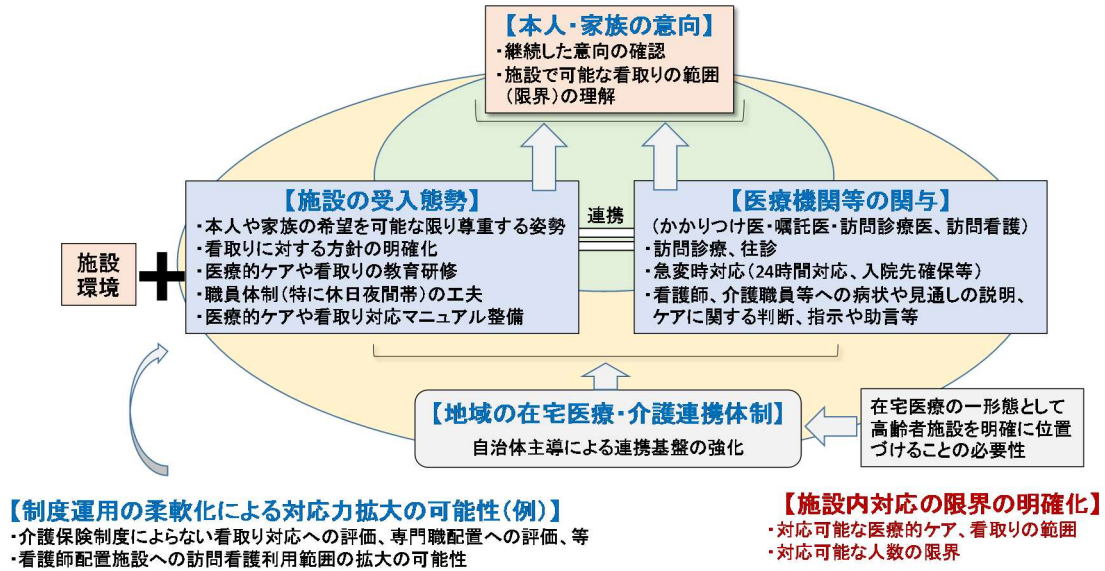
自治体が進める在宅医療・介護連携推進事業の取組により、施設内での医療的ニーズ対応への効果も期待できる。

そのため、各地域における在宅医療・介護連携推進事業の取組状況とともに、養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスの関与状況の把握を行う。

図表 1-4 検討の視点

養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウスにおける 医療的ケア・看取り体制確保に必要な要素等

看取り:施設内で行う医療的ケア等の象徴的な支援として位置付け





第2章 看取りに関する先行研究レビュー

本研究事業では、養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスにおいて医療的ニーズを有する高齢者への支援のあり方に関する研究を行うものであるが、「看取り」は医療的ニーズの象徴的なものと捉えることができる。

本章では、本研究事業において研究協力を仰いだ白石¹による「看取り」に関する先行研究レビューを紹介する。

看取りについて

1 はじめに

看取りは、現在でこそ医療・看護の領域となっているが、遡れば、日常の暮らしの営みのなかで行われてきたライフイベントの一つであり、介護の終着点、人生の最終段階に位置づけられるものである。ゆえに、高齢多死社会となる今こそ、社会福祉領域で捉え直すべき課題であり、看取りについて、社会福祉の観点からの直截的な制度・政策を早急に打ち出すことが求められる。介護は、「介護の社会化」の理念のもと、介護保険制度が施行され、家族介護から社会的介護へと、介護の担い手の代替や支援・協働が図られてきた。それと同様に、看取りについても、看取りを支援するサービスやシステムを確立し、社会全体で看取りを行っていく「看取りの社会化」の推進が必要である。そこで、本章では、看取りの定義・意味を整理し、社会福祉領域における看取りの研究動向を把握することとする。

2 看取りとは

(1) 用語としての定義

国語辞典では、一般に、病人の世話や看病（新村編 2008『広辞苑 第六版』）と定義している。社会福祉関連の辞典では、「死を迎える過程から死までのケア（死の看取り）」とし、その理想の姿として、「病院・ホスピス・自宅・特別養護老人ホームなど本人が望む場所で本人が望む人々に囲まれて看取られる姿こそ本来の看取りの姿」（庄司ほか編 1999『福祉社会事典』）としている。また、「死にゆく人がその人らしく死ぬことが最も価値あることであるという発想にたち、新しい死の看取りのかたちとして登場してきたのがホスピスケアやターミナルケアである」（秋元ほか編 2003『現代社会福祉辞典』）と定義している。

医学中央雑誌のデータベースでは、「看取り」で検索すると、「ターミナルケア」がシソーラス用語として提示される。これは、看取りという用語が、現時点では、テクニカルターム（専門用語）として捉えられていないことを意味する。その一方で、看取りに関連する用語は年々増加しており、「在宅看取り」、「施設看取り」、「看取り介護」、「看取りケア」など多様である。前2者は看取りの場所によるものと理解できるが、後2者の「看取り介護」と「看取りケア」はどう違うのか、明確な定義や意味づけはなされずに使用されている。また、国内外の先行研究を見れば、看取りに関連して、「ホスピスケア」、「パリアティブケア」、「エンド・オブ・ライフケア」、「スピリチュアルケア」などのキーワードが挙げられるが、それぞれ

¹ 白石敦子：日本社会事業大学大学院社会福祉学研究科博士後期課程

の用語において、看取りがどのように包含されているかは、不明瞭である。

社会保険制度上で使われている用語としては、診療報酬における「看取り加算」、「(在宅)ターミナルケア加算」、介護報酬における「看取り介護加算」、「看取り連携体制加算」などがある(厚生労働省 2017)。いずれも、「死亡日及び死亡日前 14 日以内に、2 回以上訪問看護を行っていること」などの算定要件を満たせば算定可とされている。なかには、「ターミナルケアを行っていること」が算定要件として明記されているものもあるが、その「ターミナルケア」の具体的な内容は定義されていない。「ターミナルケア」を行う体制整備、利用者及びその家族等に対する説明と同意取得、「ターミナルケア」の提供についての記録などが規定されているのみである。

(2) 看取りの期間

「ターミナルケア」は、看取りの具体的な期間に注目した用語という見方もできる。わが国では、「ターミナル」を「終末期」と訳し、「終末期ケア」という用語で使用される場合が多い。だが、実は、「終末期」の具体的な期間について、明確な定義はなされていない。日本老年医学会では、高齢者の「終末期」について、「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」(日本老年医学会 2012)と定義しているものの、「終末期」に具体的な期間の規定は設けていない。その理由として、高齢者の「終末期」の経過はきわめて多様であり、臨死期に至るまでは余命の予測が困難であることとしている。先行研究においては、特別養護老人ホームの看護職者は、「入所時」から「臨終まぎわ」に至る期間の中で高齢者に起こる変化等から「死を肌で感じ取る」ものの、看取りケアの開始時期の具体的な見極めは難しく、「医師が看取り期と判断したとき」に依拠するが多かったとするものがある(白岩ほか 2013)。しかし、判断を委ねられている現場の医師も「終末期」の診断は難しく、「専門医、在宅医の判断の総和として終末期の判断をしている」(山口ほか 2013)。一方、特別養護老人ホームで死亡した高齢者の 76.5%は、30 日以内に死が迫っていることを予測して看取りが開始されたという調査結果(全国高齢者ケア協会 2011)や、高齢者の死期のサインは約 1 ヶ月前と約 2 日前に現れるという報告もある(岩瀬ほか 2013)。「終末期医療に関する調査」(厚生労働省 2008)では、「治る見込みがなく死期が迫っている(6 ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定)と告げられた場合」という表現を用いて、終末期医療の実施に関する意向等を聴取している。また、介護保険制度の第 2 号被保険者(40~64 歳)の要介護認定では、2006 年に、一般に介護等を要する期間が 6 ヶ月以上継続することが想定されない末期がん患者についても、特定疾病として定めることとした(厚生労働省 2006)。

以上を踏まえると、看取りとは、治る見込みがなく死期が迫っていると告げられてから、死を迎えるまでのケアであり、その期間はおおよそ 6 ヶ月以内と捉えることができよう。

3 社会福祉領域における看取り

(1) 住み慣れた地域における看取り

次に、社会福祉領域における看取りに関する先行研究について述べる。先述したように、看取りといえは医療・看護の領域との認識が強いが、本章では、社会福祉領域で捉え直すことを目的としている。そこで、CiNii Articles と医学中央雑誌のデータベースを用いて、「看取り/ターミナルケア/終末期ケア」×「福祉/社会福祉」というキーワードで検索を行い、文献収集を行った。また、ハンド・サーチによっても収集した。文献の種類は特に制限せず、図書、学会誌・研究誌・紀要等に掲載の論文・論述等を対象とした。文献の収集時期は2017年5月～12月である。

社会福祉領域における看取りのキーワードは、地域包括ケアシステムの定義にもあるように、「住み慣れた地域」であることから、要介護高齢者を（自宅を中心とする）住み慣れた地域で看取することを可能とする要因・要件について言及している文献をレビューした。レビューの対象とした文献は、表1のとおりである。

今回のレビューで対象とした文献は、在宅ターミナルケアおよび在宅死の事例・実態についてのも（文献3、4、5、6）、看取った高齢者を在宅死/自宅死亡群と病院死群に分けて比較検討したもの（文献7、8、9、10）、施設における看取り介護・看取りケアのあり方についてのも（文献1、2）に大別された。

要介護高齢者を「看取った人」（主介護者）は、要介護高齢者の配偶者もしくは実子（特に娘）、子の配偶者（嫁が多いと推察される）が多く、介護と看取りを担っているのは、依然、女性が多いと推察される。

看取りの期間（日数）については、看取りの起点（はじまり）がどの時点なのかが不明であり、訪問看護や介護の期間を記載している文献もあるため、一概に算出することはできなかった。

住み慣れた地域における看取り（在宅死）を可能とする要件として最も多く挙げられていたのは、「看取られる人」である要介護高齢者本人と、「看取った人」（家族・身近な人など主介護者が該当）のそれぞれが、在宅での看取りを強く希望表明・意思表示していたことである（文献3、6、7、8、9、10）。それ以外の要因としては、在宅死が選択可能であることの周知や在宅看取りの提案といった看護職側からの働きかけが重要であること（文献7、10）、24時間の医療体制や往診医の確保など医師および医療機関との連携に関すること（文献4、10）、主介護者以外の副介護者・協力者の存在（文献5、9）が挙げられている。

対象とした文献のうち、制度・政策的視点から看取りについて言及した文献は半数を占めたが、社会全体で支えるサポート体制づくり（文献10）、代替となり得るサービスと新たなシステムの開発（文献5）、地域住民の意思を尊重したシステムづくり（文献9）、地域特性を生かした予防から看取りまでを支える仕組みづくり（文献4）といった看取りを支援・代替するシステム・体制づくりと、看取り介護（文献1）や在宅医療・介護支援体制（文献10）など看取り体制の基準化・標準化といった課題の提示にとどまっていた。

（２）制度・政策的観点からの看取り

続いて、高齢者福祉の制度・政策の観点から看取りを捉えた研究として、高木（2001）、高橋（2016）、三井（2013）の３文献について分析を行った。

高木（2001）は、1997年から1998年に『社会保険旬報』誌上で行われた末期医療のあり方に関する論争について詳細をまとめ、今後の高齢者のターミナルケアについて、利用者本位やQOL向上のためのケアのあり方などを慎重に議論しなければならないこと、医療費抑制という視点での議論は診療報酬支払い方法等の見直しの延長でなされるべきであること、高齢者自身が求めるケアの検討と提供、高齢者の自己決定を可能とする制度を構築すべきであることを提言している。

高橋（2016）は、高齢者に関する法・政策と看取りについて概括し、介護保険法はこれまでの高齢者福祉政策における法制度とは異なり、初めて死を対象として包括していると評価した。具体的には、介護保険制度のサービスの一つである訪問看護の「ターミナルケア加算」、介護老人福祉施設等の「看取り介護加算」が算定可能となったことである。だが、これらはあくまでも介護報酬の上乗せであり、利用者・家族側にとって直接メリットを感じにくい。そこで、当事者としての権利性を法的に明確にする、つまり、どのように最期を迎えることが可能かを老人福祉法や介護保険法に明示することを提起している（高橋 2016）。また、看取りのあり方を政策的に実行していくことのメリットに言及し、利用者・家族が望む場所（在宅や施設等）への転換を促すことが、増大する医療費削減につながり、QODの面でも効果が高められ福祉政策が発展、そして、介護職の職業的発展が実現する道筋も描けるとしている（高橋 2016）。

社会学の視点から看取りを分析した三井（2013）は、1990年代以降の日本において、体制として十分とはとても言いがたいが、看取りが診療報酬・介護報酬体系のなかに制度として位置づけられつつあることを肯定的に評価し、看取りは、医学的に決まる「終末期」における延命措置の意思と決定の問題ではなく、介護をはじめとする日常生活の支援の先にあるものである、と述べている。三井は、看取りの制度化を肯定し、看取りにつながる介護の重要性を示唆しているが、制度化への具体的取り組みをどのように推進していくかまでは言及していない。三井のいう看取りの制度化は、看取りに関する加算が算定可能になったということである（三井 2013）。

以上から、看取りに関する制度・政策の意義、その重要性和発展性は評価されているものの、制度・政策として取り組むべきか否かといった議論は進んでおらず、そのため、加算以外に具体的な策定と推進は取り組まれていないことが明らかとなった。

（３）看取りの場所としての養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウス

先行研究の中で、養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウスを看取りの場所として捉えた文献は少なく、表２に示したとおりである。

文献１～３はいずれも、施設での看取りの実態を明らかにするため、特定の自治体内にある高齢者施設すべてを対象とした調査を実施しており、その中に、養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウスがそれぞれ少数ながら含まれていた。施設での看取りを行う要件（困難の軽減）として、24時間の医療体制や夜間のオンコール体制の確保、職員の経験不足を補う研修

の実施が必要であることなどが挙げられている。制度・政策的視点としては、看取り介護加算による看取りの場所の変化に言及し、今後の看取りの政策に期待（文献1）、施設内の医療や介護力を補うため地域のケア資源を活用できるよう法整備が必要（文献3）といったことが述べられていた。

なお、文献4は軽費老人ホーム入居者の「死」に対する意識について明らかにしており、「入居時に終のすみかを意識した」、「どこで死ぬかを考えたことがある」など、入居者自身が、軽費老人ホームについて、最期を迎える場所・看取られる場所として捉えていることを示唆しているため、記載した。

4 総括

（1）看取りにおける具体的支援と制度・政策

先行研究において、住み慣れた地域における看取りを可能とする要件で最も多く挙がっていたのは、「看取られる人」である要介護高齢者本人と、「看取った人」のそれぞれが、在宅での看取りを強く希望表明・意思表示していたことであった。要介護高齢者本人がどこでどのように最期を迎えたいと思っているのか、そして、要介護高齢者を「看取る人」自身もどこでどのように看取りたいと思っているのか、その希望表明・意思表示を行うことは、お互いの意思決定を尊重し、満足できる看取りにつながると考えられる。このことは、看取りの場所が在宅でなくとも、施設や病院であっても、同様であろう。要介護高齢者と「看取る人」を支えるサービス提供事業者や専門職においても、どのような看取りを希望しているかを知ること、そのために必要なサービスや支援は何か、どんな準備や手配が必要かなどを気づくことができ、より適切な支援を行うことが可能になると思われる。

次に、制度・政策的視点から挙げられたのは、看取りを支援・代替するシステム・体制づくりと、看取り体制の基準化・標準化という課題であった。また、高齢者福祉の制度・政策の観点から看取りを捉えた研究においては、看取りに関する制度・政策の意義、その重要性と発展性は評価されていたものの、加算以外に具体的な策定と推進は取り組まれていないことが明らかとなった。これらのことから、看取りを制度・政策的視点から捉えること自体がこれまで少なかった、もしくは看取りが制度・政策の対象として捉えられてこなかったという現状が、浮き彫りになったと考えられる。

（2）養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウスについて

養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウスは、介護保険制度外施設ではあるが、地域包括ケアシステムでいうところの居住支援（住まい）と生活支援を担っており、（住み慣れた）地域における社会資源のひとつである。先行研究では、少数例ながら、看取りが可能な施設として捉えられており、入居者においても人生の最期を迎える場所・看取られる場所として意識されていた。また、すでに、利用者やその家族の要望に応える形で、看取りを行っている施設もある。今後、高齢多死社会の進展に伴い、社会全体で看取りに対応していくことが必要となり、これらの施設についても生活支援から介護、そして看取りの場所として、社会的要請が高まることは必至であろう。

【引用文献】

- 秋元美世・藤村正之・大島巖・森本佳樹・芝野松次郎・山縣文治編（2003）『現代社会福祉辞典』有斐閣.
- 秋山明子・沼田久美子・三上洋（2007）「在宅医療専門機関における在宅での高齢者の看取りを実施する要因に関する研究—療養者の遺族を対象とした調査による検討—」『日本老年医学会雑誌』一般社団法人日本老年医学会，44 巻 6 号：740-746.
- 秋山正子（2015）「訪問看護の実践からみた地域包括ケアにおける看取り—予防から看取りまで，地域の中で最期まで生きることを支える—」『医療と社会』公益財団法人医療科学研究所，Vol. 25No.1：71-85.
- 後藤真澄・間瀬敬子・榎本敬子（2014）「高齢者の看取り介護の現状とあり方についての検討—介護保険施設・居住系サービスの管理者インタビューを手がかりに—」『介護福祉学』日本介護福祉学会，21(1)：62-69.
- 服部文子・植村和正・益田雄一郎・茂木七香・内藤通孝・井口昭久（2001）「訪問診療対象高齢患者における在宅死を可能にする因子の検討」『日本老年医学会雑誌』一般社団法人日本老年医学会，38 巻 3 号：399-404.
- 早川富博・都筑瑞夫・池戸昌秋・長谷川千尋・坂田稔之・戸澤英樹・金澤太茂・安藤寿代・林美往・河合恵美子・宮治眞（2002）「中山間部における在宅死の現況」『日本農村医学会雑誌』一般社団法人日本農村医学会，第 50 巻第 5 号：683-689.
- 一般社団法人日本老年医学会（2012）『「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の『立場表明』』2012 (<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tachiba/jgs-tachiba> 2012. pdf, 2017. 11. 27).
- 伊藤知子・下風真衣・坂本裕史（2008）「在宅死に向けての取り組み～在宅死の現状と今後の課題～」『市立室蘭総合病院医誌』市立室蘭総合病院，第 33 巻第 1 号：57-60.
- 岩瀬和江・勝野とわ子（2013）「看取りを積極的に行っている特別養護老人ホームにおいて看護師が高齢者の死期を判断したサインとそのサインを察した時期」『老年看護学』日本老年看護学会，18 (1)：56-63.
- 兼田美代（2011）「グループホーム等小規模多機能型居宅介護施設における看取りの実態—インタビュー調査から『豊かな看取り』を模索する—」『甲南女子大学研究紀要第 5 号 看護学・リハビリテーション学編』甲南女子大学，119-127.
- 厚生労働省（2006）「特定疾病の選定基準の考え方」(<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/gaiyo3.html>, 2017. 11. 30).
- （2008）「終末期医療に関する調査」(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/s1027-12.html>, 2017. 11. 30).
- （2017）「場所に応じた看取りの現状と報酬上の評価」(<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000156003.pdf#search=%27E5%8E%9A%E7%94%9F%E5%8A%B4%E5%83%8D%E7%9C%81+%E7%9C%8B%E5%8F%96%E3%82%8A%27>, 2017. 12. 1).
- 三井さよ（2013）「看取りの社会学」庄司洋子編『親密性の福祉社会学 ケアが織りなす関係』東京大学出版会，145-163.
- 宮原伸二・人見裕江（1999）「農村における在宅死の多角的検討」『日本農村医学会雑誌』一般社

- 団法人日本農村医学会, 47 巻 6 号 : 879-893.
- 森本有里・新城拓也・関本雅子・東川俊昭・新國雅史・大石麻利子・石川朗宏・槇村博之・置塩隆・岡田泰長・本庄昭 (2015)「神戸市内の高齢者福祉施設の看取りと終末期ケアに対する実態調査」『Palliative Care Research』日本緩和医療学会, 10 巻 1 号 : 120-124.
- 中村佳子・中野正孝・佐藤有紀子・野尻雅美 (1996)「軽費老人ホーム入居者の健康と死に関する意識」『日本公衆衛生学会総会抄録集 55 回 III』日本公衆衛生学会, 30-31.
- 中村陽子・宮原伸二・人見裕江・小河孝則 (2000)「都市の在宅死と介護における医療福祉の課題」『川崎医療福祉学会誌』川崎医療福祉大学, Vol10No.2 : 225-230.
- 新村出編 (2008)『広辞苑 第六版』岩波書店.
- 西田伸一・玉木一弘・高瀬茂・清水恵一郎・新田國夫・狩野信夫 (2012)「東京都における介護施設の医療提供体制に関する調査」『日本医師会雑誌』日本医師会, 141 巻 8 号 : 1760-1764.
- 桶河華代 (2016)「在宅看取りという『選択』—介護の場の意思決定過程をめぐる事例分析—」『Core Ethics』立命館大学大学院, Vol. 12 : 37-49.
- 奥平定之・野田剛稔・詫摩和彦・白髭豊・安中正和・上戸穂高・吉原律子・船本太栄子 (2016)「長崎県における『施設看取り』の実態調査」『日本医師会雑誌』日本医師会, 145 巻 6 号 : 1249-1254.
- 白岩千恵子・武田恵子 (2013)「看護職者が考える特別養護老人ホームの看取りケアの開始時期」『川崎医療福祉学会誌』川崎医療福祉大学, 23 (1) : 169-176.
- 庄司洋子・木下康仁・武川正吾・藤村正之編 (1999)『福祉社会事典』弘文堂.
- 高木安雄 (2001)「高齢者のターミナルケアと政策選択 : QOL の向上と自己決定の課題と展望」『医療と社会』公益財団法人医療科学研究所, Vol. 10No.4 : 25-40.
- 高橋幸裕 (2016)「高齢者の看取り支援に対する政策的課題」『尚美学園大学総合政策研究紀要』尚美学園大学, 第 27 号 : 1-19.
- 山口鶴子・山路義生・丸井英二 (2013)「在宅医療ではどのように高齢者終末期の診断をしているのか : 終末期の診断の不可能性と判断のもとにケアすることの意義」『順天堂醫事雑誌』順天堂医学会, 59(6) : 474-479.
- 全国高齢者ケア協会 (2011)『特別養護老人ホームにおける看取りの実態調査』全国高齢者ケア協会.

表 1 住み慣れた地域における看取りに関する文献の一覧

ID	著者（年）	研究方法	調査対象	看取りの場	看取った人 （主介護者）	看取られた人	看取りの期間 （日数）	看取りに関する知見	制度・政策的視点（課題）
1	後藤真澄 （ほか） （2014）	半構成質問紙による面接方式で、自由に語ってもらい、分析	施設管理者 8人	介護施設 療養型病棟 サービス付き高齢者住宅	記載なし （家族および職員等と読み取れる）	入所者 （基本属性等の記載なし）	約30～168日 （最短1日、最長681日）	＜看取り介護のあり方＞ ○利用者や家族の意向に沿う ○生活の中で死を自然に受けとめて対応 ○職員の見守りや声かけを頻繁に行う・連絡体制を密にする ○看取り事例から学ぶ姿勢	看取り介護の基盤化 （ケアの質向上に向け て体系的マニュアル整備、疼痛や症状マネジメントなど）
2	兼田美代 （2011）	半構成的インタビュー調査を実施し、質的に分析	7施設の 職員14人	グループホーム 小規模多機能型居宅介護	子4人 孫2人 夫1人 兄弟姉妹1人 近所の知人1人	70～90代9人 男性2人 女性7人	記載なし	＜豊かな看取りケアの前提（要件）＞ ○看取りの価値観（施設看取りを肯定） ○管理者とスタッフの看取りを行う寛容 ○高齢者と家族の看取りに対する思いを受けとめる ○スタッフ同士が思いを分かちあう ○管理者の全面協力 ○医療関係者の協力（情緒的支えとなる）	なし
3	楠河華代 （2016）	半構造化面接によるインタビュー調査を実施し、語られたデータを帰納的に分析	介護者家族 7事例	自宅	娘3人 嫁2人 夫1人 息子1人	71～94歳 （平均87.3歳） 男性1人 女性6人	2年4ヶ月～16年 （平均8.7年） ※介護期間	＜介護の場の決定に影響した要因＞ ○両親・配偶者の介護体験がある ○介護が必要な状態の認識 ○介護の場の選択（同居・別居・独居等） ○家族・親族、経済・仕事、利用制度等の調整	なし
4	秋山正子 （2015）	訪問看護での看取りの実践事例について検討	在宅看取り 4例	自宅	例1：母親 例2,3：娘 例2：家族 例4：記載なし	例1：男性38歳 例2：男性76歳 例3：女性96歳 例4：女性96歳	例1：1か月 例2：3か月 例3：6年 例4：7年 ※訪問看護期間	＜地域における在宅看取り実現の要件＞ ○住民の意識改革 ○医療者の意識改革 ○地域の医療連携体制の確立 ○地域の介護体制の充実 ○予防から看取りまでを包括的に捉えられる行政の体制整備	各市町村独自に、地域特性を生かした予防から看取りまでを支える仕組みづくり
5	中村陽子 （ほか） （2000）	郵送による質問紙調査を実施	訪問看護ステーション 18か所	自宅	配偶者45人 実子31人 嫁23人 その他8人	男性60人 女性54人 （平均80.2歳）	急性死亡（1週間以内）20% 慢性死亡（1週間以上）80%	＜在宅死を可能にする要件＞ ○主介護者を支える副介護者の存在 ○在宅サービスの導入 ○本人および家族のQOLの保障	家族介護の限界を理解した上で、介護の代替者ともなるサービスと新たなシステムの開発が求められる

表 1 住み慣れた地域における看取りに関する文献の一覧 つづき

ID	著者 (年)	研究方法	調査対象	看取りの場	看取った人 (主介護者)	看取られた人	看取りの期間 (日数)	看取りに関する知見	制度・政策的視点 (課題)
6	宮原伸二 (ほか) (1999)	郵送方式によるアンケート調査および訪問による実態調査を実施	在宅死の実態を集計・整理している20町村	自宅	記載なし (主に家族と読み取れる)	男性371人 女性395人 (最頻値85～89歳)	在宅療養期間 3か月以上 44.1%、 1年以上 25.7% ※長期療養者は 多くない	＜在宅死を支える理念 (プライマリ・ケアの5つの要件の実現)＞ (1) 近接性 (2) 包括性 (3) 協調性 (4) 継続性 (5) 責任制 ○本人・家族とも大半が在宅死を希望 (本人91.8%、家族85.7%)	なし
7	伊藤知子 (ほか) (2008)	在宅ターミナルケア患者の症例を検討	在宅ケア患者33症例	自宅 病院	記載なし (家族および看護師等と読み取れる)	在宅死: 10症例 (平均85.8歳) 病院死: 23症例 (平均69.4歳)	5～455日間 ※訪問看護期間	＜看取りに必要な要件＞ ○患者と家族が死を受容し自らの希望を主体的に決定していくこと → 患者・家族の在宅死の希望が明確 ○早期からコミュニケーションの充実を図り在宅死も選択可能であることを伝える	なし
8	秋山明子 (ほか) (2007)	無記名自記式質問紙による郵送調査を実施し、在宅死群と病院死群に分けて比較検討	介護者145人	自宅 病院	在宅死群: 配偶者36人 子44人 子の配偶者22人 病院死群: 配偶者17人 子13人 子の配偶者5人	在宅死群: 108人 男性60人 女性48人 (平均80.9歳) 病院死群: 37人 男性12人 女性25人 (平均79.6歳)	記載なし	＜在宅死に影響する要因＞ ○療養者と介護者双方が在宅死を強く希望 ＜在宅療養や看取りに関する満足の構成要素＞ ○安らかな死 ○介護者の精神的安定 ○医師との信頼関係 ○サビズ体制の充実	なし
9	早川富博 (ほか) (2002)	訪問看護記録を在宅死群と病院死群に分類し比較検討	訪問看護利用中に死亡した107例	自宅 病院	在宅死・病院死とも、3/4が嫁・妻 在宅死は嫁の比率が高い	在宅死: 39例 (平均87.1歳) 病院死: 68例 (平均82.2歳)	記載なし 文中の2事例は 病院死: 約5か月 在宅死: 約4ヶ月	＜在宅死成立の要因＞ ○患者本人が比較的高齢で日常生活自立度が低い ○疼痛などの訴えが少ない ○在宅死に関し本人による意思決定 ○主介護者以外の (介護の) 協力者が多い	地域住民の意思を尊重したシステム作りのため、地域住民への啓蒙 ＝在宅死についての情報公開が重要
10	服部文子 (ほか) (2000)	訪問看護記録および一部の患者の外来・入院記録を自宅死亡群と病院死亡群に分けて調査、検討	在宅療養を経て死亡した患者81人	自宅 病院/老健施設	自宅死亡: 配偶者8人 子世代21人 病院死亡: 配偶者21人 子世代31人	自宅死亡: 男性11人 女性18人 (平均86.0歳) 病院死亡: 男性25人 女性27人 (平均82.3歳)	記載なし	＜在宅ターミナルケアを可能にする要件＞ ○在宅療養を選択可能な患者・家族 ○患者・家族・医療者いずれも、在宅死希望を意向表明 (自宅群で有意) ○24時間の医療体制 ○看護者側から在宅看取りを家族に提案するなどの働きかけ	社会全体で支えるサポート体制づくり、在宅医療体制・介護支援体制の更なる充実と標準化

表 2 養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウスを看取りの場所として捉えた文献の一覧

ID	著者（年）	研究方法	調査対象	分析軸	施設の看取り経験について	看取りに関する知見	制度・政策的視点
1	奥平定之 ほか (2016)	長崎県内の高齢者福祉施設を対 象とする質問紙 調査	長崎県内の高齢者 福祉施設362施設 (うち、ケアハウス 17施設)	各施設ごとに分析	○3年以内の看取りあり 137施設 (37.8%) うち、ケアハウス2施設 (11.7%) ○今後も看取り対応できない 59施設 (26.2%) うち、ケアハウス7施設 (46.7%) ○看取りに積極的に対応したい 24施設 (10.7%) ケアハウスの回答なし ○条件が整えば対応したい 137施設 (60.9%) うち、ケアハウス8施設 (53.3%)	＜看取りに対応できない理由＞ ○医療体制がとれていない ○施設の方針 ○人手不足 ○職員の経験不足	看取り介護加算を例に 挙げ、政策によっても看 取りの場所の死亡率が 変化することによる、 国の積極的な介入を 期待
2	森本有里 ほか (2015)	神戸市内の高齢 者福祉施設を対 象とする質問紙 調査	神戸市内の高齢者 福祉施設314施設 (うち、養護8施 設、軽費17施設)	施設内看取りの有無で 2群に分類	○看取りあり 121施設 (39%) うち、養護3施設、軽費10施設 ○看取りに取り組む意思あり 151施設 (48%) 内訳不明	＜看取りの困難さを軽減する方策＞ ○24時間の医療体制の確保 ○医療設備が使用可能（職員配置） ○職員を対象とする緩和医療研修の実施 ○施設側が看取りに関心を持ち業務とすること	なし
3	西田伸一 ほか (2012)	東京都内の全入 所系介護施設に 対するアンケート 調査	東京都内の全入所 系介護施設1453 施設（うち、軽費A 型9施設、軽費B型 4施設、ケアハウス 38施設）	特養、老健、有料、グ ループホームの4施設で 比較。 軽費A型・B型・ケアハ ウスは回答のあった29施 設（区部14、市部 15）の実態把握のみ	○看取り可能な施設 特養73.6%、老健43.0%、 有料80.3%、グループホーム54.4% 軽費24.1% ○過去1年間の看取り件数 特養平均7.0±6.5件、 老健平均3.9±4.5件、有料平均2.6±3.3件、 グループホーム平均0.7±1.0件 軽費平均1.4±3.4件	＜施設での看取りの可否に影響する要因＞ ※特養、老健、有料、グループホームの比較より ○医師との24時間連絡体制 ○医師の緊急時往診体制 ○外部からの訪問診療・訪問看護の受け入れ ○夜間の看護師オンコール体制	施設内の医療・看護や 介護力を補うため、訪 問診療や訪問看護等 の在宅ケア資源の有効 活用を可とする法整備 が必要
4	中村佳子 ほか (1996)	G県H町の軽費 A型とB型の入居 者に対する自記 式アンケート調査	G県H町の軽費A 型入居者60人、B 型入居者32人	軽費A型、軽費B型で 分析	記載なし	＜入居者の「死」に対する意識＞ ○入居時に「終のすみか」を意識 (A型86.7%、B型87.0%) ○死の話題を不快と感じない (A型78.3%、B型90.6%) ○どこで死ぬかを考えたことがある (A型78.3%、B型81.3%) ○「死への備え」を学ぶ場へ参加したい (A型48.3%、B型62.5%)	なし



第3章 養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケア ハウスにおける在宅医療への対応状況の実態

1. 事業者向けアンケート調査

【実施概要】

(1) 目的

現在、全国の自治体では、住み慣れた地域で最後まで暮らし続けることができる地域社会づくり（地域包括ケアシステムの構築）を目指して、「在宅医療・介護連携」の推進に取り組んでいる。

都道府県がまとめた地域医療構想では、各地域における機能別にみた必要病床数が示されており、一部都市圏を除いて慢性期（長期療養）病床が減少し、在宅医療ニーズを有する国民の増加が想定されている。

一方で、養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスでも重度の要介護者等も生活しており、今後は医療的ケアや看取り対応へのニーズが高まることが予想される。

在宅医療ニーズのある高齢者等の受け入れ、既存入所（居）者の重度化等に伴う在宅医療ニーズの高まりが予想されるなか、本調査では養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスにおける医療的ケアを必要とする高齢者や看取りに関する今後の中長期的な方向性を検討するにあたり、現状を把握し、課題整理を行うための基礎資料を得ることを目的として実施した。

(2) 調査実施概要

1) 調査時期

平成 29 年 11 月下旬～12 月下旬

2) 調査対象

全国の養護老人ホーム（955 施設）、軽費老人ホーム・ケアハウス（2,262 施設）に対し、悉皆調査を実施した。

3) 調査方法

調査票の発送：郵送法（希望者には電子媒体で提供）

調査票の回収：郵送法（一部、電子媒体での回答あり）

4) 回収率

図表 3-1-1 事業者向けアンケート調査回収状況

	発送数	回収数	回収率
養護老人ホーム	955	537	56.2%
軽費老人ホーム・ケアハウス	2,262	913	40.4%
合計	3,217	1,453	45.2%

注：回収数合計には施設種別不明の 3 施設分を含む。

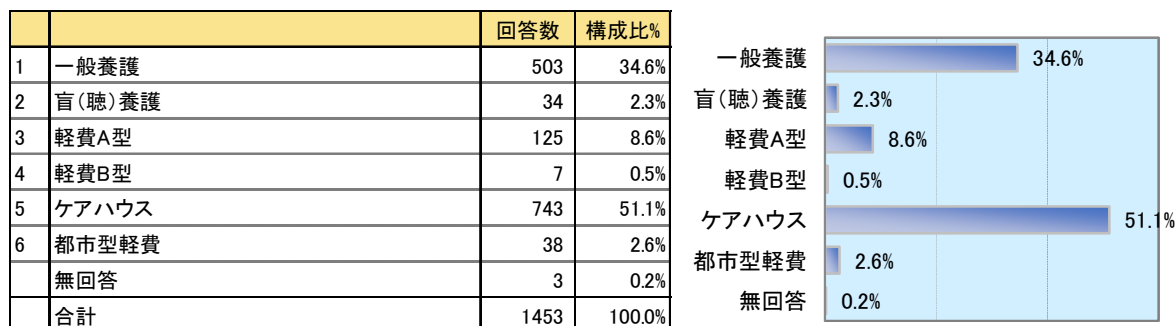
【調査結果の概要】

(1) 回答施設の概要

1) 回答施設の種類の種類

本調査に回答が寄せられた施設を種類別にみると、「ケアハウス」が 51.1%、「一般養護」が 34.6%を占めている。

図表 3-1-2 回答施設の種類の種類

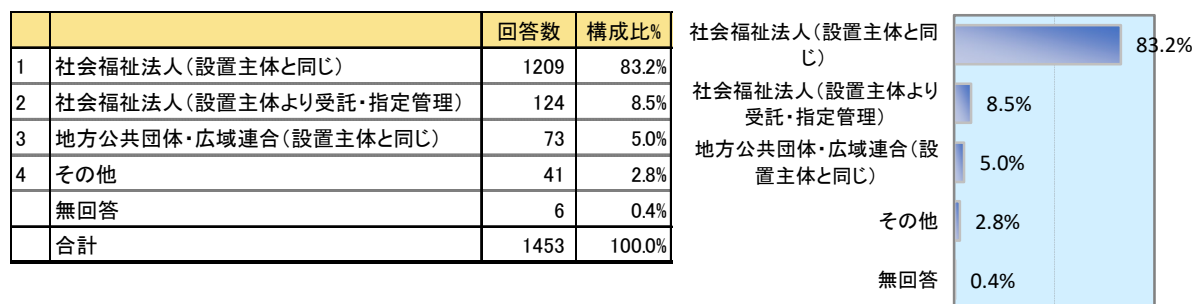


2) 施設の運営主体

施設の運営主体は、「社会福祉法人（設置主体と同じ）」が 83.2%を占めた。また、「社会福祉法人（設置主体より受託・指定管理）」の 8.5%を加えると、9 割程度の施設は社会福祉法人が運営していることがわかる。

一方で、施設種類別にみると、一般養護老人ホームの 1 割強は「地方公共団体・広域連合」が直接運営している。

図表 3-1-3 施設の運営主体



図表 3-1-4 施設の運営主体（施設種類別、特定施設入居者生活介護の指定状況別）

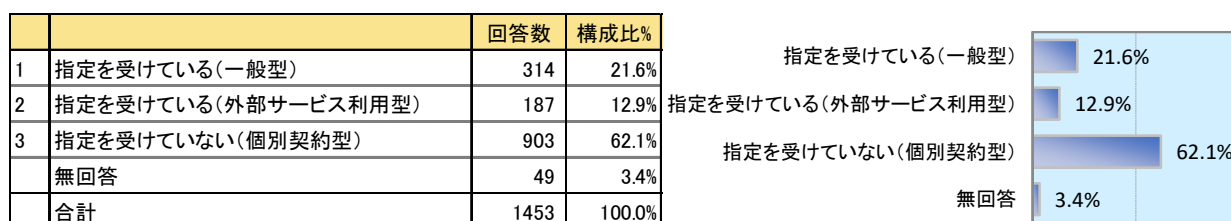
	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	1453	503	34	125	7	743	38	314	187	903
社会福祉法人(設置主体と同じ)	83.2%	67.0%	82.4%	93.6%	42.9%	95.0%	42.1%	90.1%	75.4%	82.7%
社会福祉法人(設置主体より受託・指定管理)	8.5%	19.3%	14.7%	5.6%	28.6%	1.7%	0.0%	4.5%	15.5%	8.7%
地方公共団体・広域連合(設置主体と同じ)	5.0%	12.7%	2.9%	0.0%	28.6%	0.5%	2.6%	1.3%	8.6%	5.6%
その他	2.8%	0.8%	0.0%	0.8%	0.0%	2.2%	52.6%	3.5%	0.5%	2.7%
無回答	0.4%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	2.6%	0.6%	0.0%	0.2%

3) 特定施設入居者生活介護の事業所指定の有無

回答が寄せられた施設のうち、介護保険の特定施設入居者生活介護の事業所指定を受けている割合は、一般型が 21.6%、外部サービス利用型が 12.9%であり、62.1%は事業所指定を受けていなかった。

施設種類別にみると、養護老人ホームは一般型が 14.7%、外部サービス利用型が 32.4%では、残り半数程度は指定を受けていない。一方、軽費老人ホームをみると、A型のうち事業所指定を受けている施設は 11.2%、B型はなし、ケアハウスは 29.1%、都市型軽費では 5.3%であり、全体的に事業所指定を受けている割合は養護老人ホームよりも低い。

図表 3-1-5 特定施設入居者生活介護の事業所指定の有無



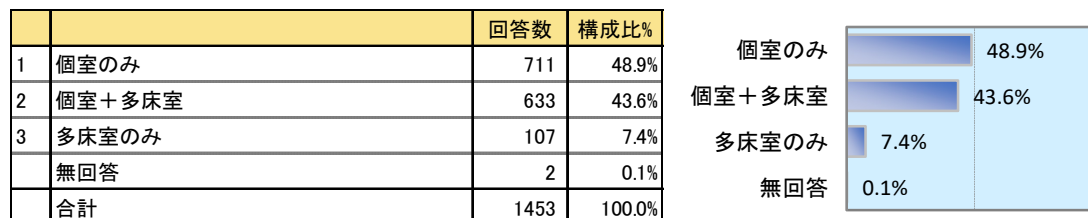
図表 3-1-6 特定施設入居者生活介護の事業所指定の有無（施設種類別、特定施設入居者生活介護の指定状況別）

	合計	施設種類別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	1453	503	34	125	7	743	38	314	187	903
指定を受けている(一般型)	21.6%	14.7%	17.6%	11.2%	0.0%	29.1%	5.3%	100.0%	0.0%	0.0%
指定を受けている(外部サービス利用型)	12.9%	32.4%	32.4%	1.6%	0.0%	1.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
指定を受けていない(個別契約型)	62.1%	49.7%	47.1%	86.4%	100.0%	66.4%	76.3%	0.0%	0.0%	100.0%
無回答	3.4%	3.2%	2.9%	0.8%	0.0%	3.2%	18.4%	0.0%	0.0%	0.0%

4) 居室の種類

居室の種類は、「個室のみ」の施設が半数近くを占めていた。「個室+多床室」は 43.6%、「多床室のみ」は 7.4%であった。ただし、施設種類別にみると、養護老人ホームでは「多床室のみ」の施設は 19.5%を占めている。

図表 3-1-7 居室の種類



図表 3-1-8 居室の種類（施設種類別、特定施設入居者生活介護の指定状況別）

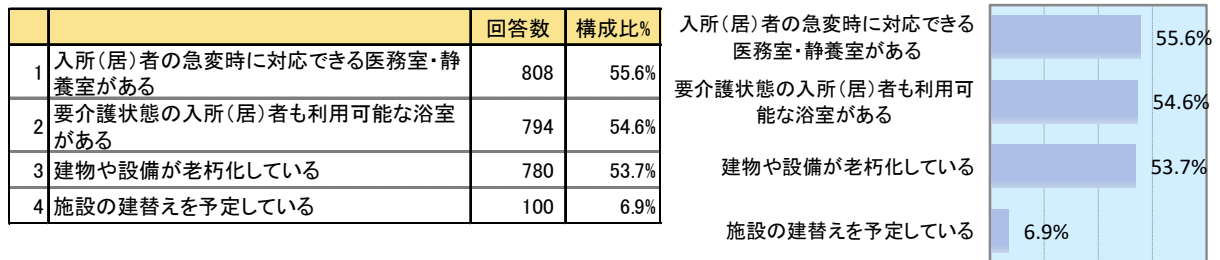
	合計	施設種類別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	1453	503	34	125	7	743	38	314	187	903
個室のみ	48.9%	47.9%	44.1%	56.0%	14.3%	46.3%	100.0%	67.8%	46.5%	43.3%
個室+多床室	43.6%	32.2%	32.4%	44.0%	85.7%	53.7%	0.0%	29.3%	38.5%	49.1%
多床室のみ	7.4%	19.5%	23.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.9%	15.0%	7.5%
無回答	0.1%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%

5) 設備等の状況

設備等の状況について確認したところ、「医務室・静養室」や「要介護状態の入所（居）者も利用可能な浴室」は、半数以上の施設で整備されている。

一方、「建物や設備が老朽化している」と回答した施設も半数を上回っていた。施設種類別にみると、一般養護では 57.1%、盲（聴）養護では 50.0%、軽費 A 型では 78.4%、軽費 B 型では 85.7%、ケアハウスでも 49.5%が建物・設備の老朽化問題を抱えている。

図表 3-1-9 設備等の状況



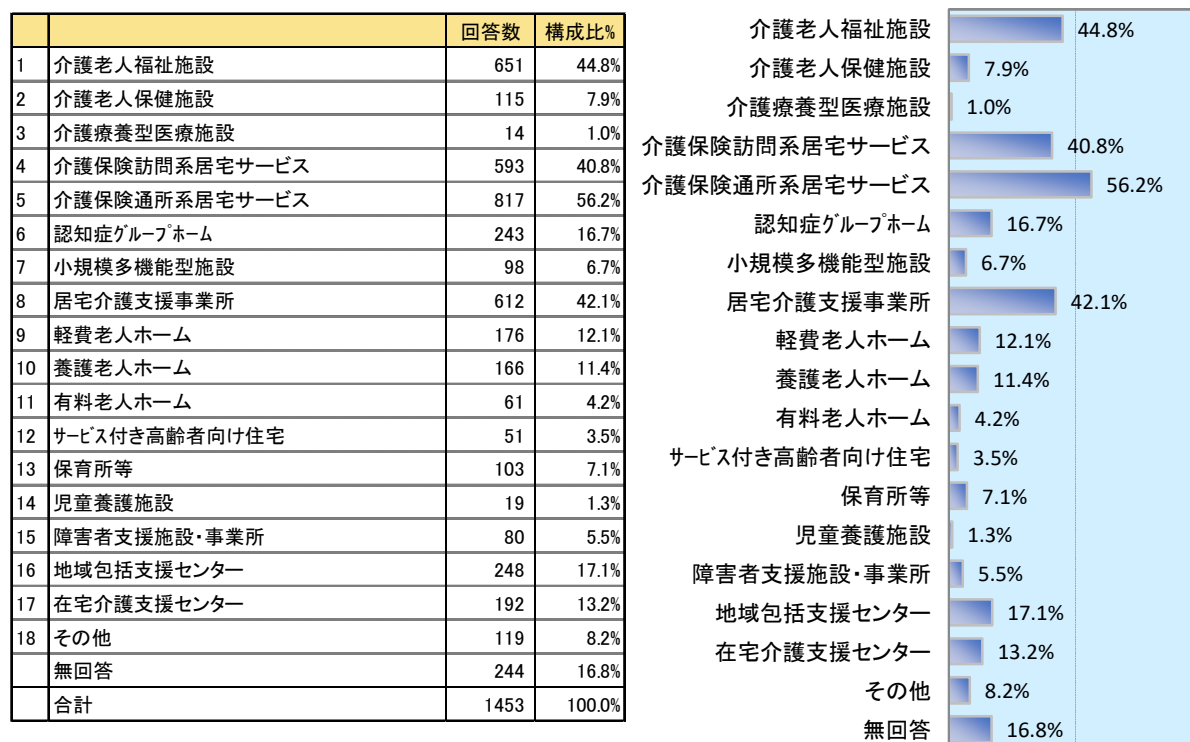
図表 3-1-10 設備等の状況（施設種類別、特定施設入居者生活介護の指定状況別）

	合計	施設種類別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	1453	503	34	125	7	743	38	314	187	903
①入所(居)者の急変時に対応できる医務室・静養室がある	55.6%	94.2%	97.1%	84.8%	14.3%	25.7%	5.3%	62.1%	89.8%	46.4%
②要介護状態の入所(居)者も利用可能な浴室がある	54.6%	54.9%	61.8%	40.0%	14.3%	57.2%	50.0%	88.9%	65.8%	40.9%
③建物や設備が老朽化している	53.7%	57.1%	50.0%	78.4%	85.7%	49.5%	2.6%	34.7%	58.3%	59.9%
④施設の建替えを予定している	6.9%	13.5%	11.8%	12.0%	14.3%	1.6%	0.0%	4.5%	11.8%	6.9%

6) 併設・隣接する施設・事業所

施設に併設または隣接する施設・事業所は、「介護保険通所系居宅サービス」が56.2%で割合が最も高く、次いで「介護老人福祉施設」44.8%、「居宅介護支援事業所」42.1%、「介護保険訪問系居宅サービス」40.8%、の順となっている。

図表 3-1-11 併設・隣接する施設・事業所



図表 3-1-12 併設・隣接する施設・事業所（施設種類別、特定施設入居者生活介護の指定状況別）

	合計	施設種類別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	1453	503	34	125	7	743	38	314	187	903
介護老人福祉施設	44.8%	37.2%	58.8%	39.2%	42.9%	51.8%	15.8%	42.7%	41.7%	46.7%
介護老人保健施設	7.9%	3.6%	2.9%	5.6%	14.3%	11.8%	0.0%	8.0%	4.3%	8.6%
介護療養型医療施設	1.0%	1.0%	0.0%	1.6%	0.0%	0.9%	0.0%	1.6%	1.1%	0.8%
介護保険訪問系居宅サービス	40.8%	40.0%	47.1%	36.8%	28.6%	43.2%	15.8%	35.4%	67.4%	38.1%
介護保険通所系居宅サービス	56.2%	44.3%	55.9%	43.2%	57.1%	68.1%	26.3%	53.5%	55.1%	58.0%
認知症グループホーム	16.7%	10.1%	11.8%	13.6%	28.6%	21.9%	13.2%	20.7%	13.4%	16.2%
小規模多機能型施設	6.7%	6.4%	8.8%	7.2%	0.0%	7.0%	5.3%	8.6%	7.0%	6.0%
居宅介護支援事業所	42.1%	32.0%	50.0%	36.0%	42.9%	51.0%	15.8%	39.5%	35.8%	45.4%
軽費老人ホーム	12.1%	10.3%	8.8%	20.8%	14.3%	12.0%	10.5%	18.8%	12.3%	10.0%
養護老人ホーム	11.4%	19.5%	29.4%	4.8%	0.0%	7.0%	0.0%	8.6%	24.6%	9.5%
有料老人ホーム	4.2%	3.4%	0.0%	5.6%	0.0%	5.0%	0.0%	5.7%	1.6%	4.1%
サービス付き高齢者向け住宅	3.5%	2.6%	5.9%	3.2%	0.0%	4.2%	2.6%	3.5%	2.7%	3.9%
保育所等	7.1%	7.8%	5.9%	5.6%	14.3%	7.3%	0.0%	8.6%	8.0%	6.5%
児童養護施設	1.3%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	2.6%	1.0%	2.1%	1.3%
障害者支援施設・事業所	5.5%	5.8%	11.8%	5.6%	0.0%	5.1%	5.3%	4.5%	3.7%	6.4%
地域包括支援センター	17.1%	12.7%	11.8%	18.4%	28.6%	20.7%	2.6%	16.2%	15.0%	18.1%
在宅介護支援センター	13.2%	11.9%	11.8%	16.0%	14.3%	14.3%	2.6%	11.1%	14.4%	13.8%
その他	8.2%	8.7%	5.9%	7.2%	14.3%	7.9%	10.5%	8.6%	7.5%	8.6%
無回答	16.8%	23.1%	11.8%	24.8%	28.6%	10.4%	36.8%	16.2%	12.3%	17.9%

(2) 入所（居）者の状況

1) 施設入所（居）者の要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度

施設入所（居）者の要介護度をみると、回答施設全体では「自立（未申請）」が 36.1%、「要支援 1～2」が 17.9%、「要介護 1～2」が 32.8%、「要介護 3～5」が 12.3%を占めた。

施設種別にみると、養護老人ホーム入所（居）者は軽費老人ホーム・ケアハウス入所（居）者に比べて「要介護 3～5」の割合が高い傾向がみられる。また、特定施設入居者生活介護の指定施設では、「要介護 3～5」の重度要介護者の割合が 20%前後を占めている。

図表 3-1-13 施設入所（居）者の要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
入所(居)者数(人)	66,852	29,174	1,877	6,470	271	28,283	653	15,399	11,274	38,417
<要介護度別割合>										
自立(未申請)	36.1%	44.3%	57.1%	40.8%	60.3%	25.1%	26.1%	21.1%	43.7%	39.9%
要支援1～2	17.9%	9.3%	7.3%	22.4%	21.0%	26.2%	28.5%	16.0%	8.9%	21.2%
要介護1～2	32.8%	29.5%	15.1%	32.3%	16.9%	37.4%	36.6%	39.5%	29.0%	31.1%
要介護3～5	12.3%	15.5%	17.9%	4.2%	1.1%	10.7%	8.2%	22.7%	17.7%	6.6%
申請中	1.0%	1.4%	2.6%	0.2%	0.7%	0.6%	0.6%	0.7%	0.6%	1.2%
<認知症高齢者の日常生活自立度割合>										
自立	37.6%	29.6%	49.7%	48.7%	82.4%	41.6%	55.3%	24.4%	27.5%	45.8%
I	17.1%	17.4%	8.1%	16.1%	6.7%	17.6%	15.0%	18.9%	18.0%	16.0%
II	22.0%	26.7%	19.9%	15.4%	6.7%	19.1%	12.0%	29.0%	29.3%	17.0%
Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ	13.1%	17.8%	15.6%	5.8%	0.8%	9.9%	5.3%	20.7%	19.7%	8.1%
不明	10.3%	8.5%	6.7%	14.0%	3.3%	11.8%	12.5%	6.9%	5.5%	13.1%

2) 入所（居）者の疾患の状況（1施設あたり平均人数）

入所（居）者の疾患等の状況を確認したところ、回答施設全体では「心臓病」や「うつ病・精神疾患」、「脳卒中」、「糖尿病」等の疾病のある入所（居）者が一定数みられた。

図表 3-1-14 入所（居）者の疾患の状況（1施設あたり平均人数）

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
脳卒中(人)	6.0人	8.7人	4.7人	6.9人	1.4人	4.3人	2.4人	7.7人	8.3人	5.1人
心臓病(人)	7.4人	10.6人	7.0人	8.3人	2.7人	5.4人	2.1人	9.1人	10.8人	6.2人
糖尿病(人)	5.9人	8.0人	8.3人	7.3人	5.1人	4.3人	2.4人	6.3人	8.1人	5.4人
呼吸器の病気(人)	3.3人	4.8人	3.8人	3.6人	2.0人	2.3人	1.4人	3.9人	4.4人	2.8人
腎臓・前立腺の病気(人)	3.3人	4.7人	6.3人	3.9人	1.6人	2.2人	1.2人	3.6人	4.9人	2.8人
がん(人)	2.5人	3.2人	3.1人	3.0人	2.1人	2.0人	0.6人	2.8人	3.2人	2.3人
うつ病・精神疾患(人)	7.1人	13.1人	11.0人	6.0人	1.0人	3.3人	2.5人	7.0人	13.9人	5.8人
難病(人)	0.8人	0.9人	1.6人	0.9人	1.1人	0.7人	0.4人	1.2人	0.9人	0.7人

3) 入退所の状況

①過去3年間の入所（居）者数及び入所（居）前の居住場所

過去3年間に施設に入所（居）した人数は、回答施設全体の平均では21.8人であった。

入所（居）前の居所は、「自宅単身世帯」が44.2%で最も多く、「自宅高齢者のみ世帯」11.6%、「単身・高齢者のみ世帯以外の自宅」12.3%など、自宅からの入所（居）者が7割近くを占めている。一方で、病院（「精神科以外の病院」10.3%、「精神科病院」4.8%）や「介護保険施設」6.3%からの入所（居）者も一定割合を占めている。

図表 3-1-15 過去3年間の入所（居）者数及び入所（居）前の居住場所

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
過去3年間の入所者数(人)	21.8人	23.7人	19.1人	27.1人	17.0人	20.3人	12.1人	25.4人	23.9人	20.3人
自宅単身世帯	44.2%	43.9%	42.3%	46.9%	61.3%	43.2%	64.0%	35.1%	46.3%	48.0%
自宅高齢者のみ世帯	11.6%	8.6%	15.2%	10.5%	13.4%	14.2%	7.6%	12.5%	8.2%	12.2%
単身・高齢者のみ世帯以外の自宅	12.3%	10.5%	11.9%	18.8%	13.4%	12.5%	7.6%	11.3%	9.2%	13.7%
精神科病院	4.8%	8.5%	6.1%	2.9%	0.0%	2.2%	2.2%	4.7%	8.3%	3.9%
精神科以外の病院	10.3%	9.7%	7.0%	8.8%	1.7%	11.4%	5.0%	14.6%	8.4%	7.9%
障害者施設	0.7%	1.4%	2.3%	0.3%	0.0%	0.2%	0.2%	0.4%	1.9%	0.6%
矯正施設	0.3%	0.6%	0.6%	0.2%	0.0%	0.1%	0.7%	0.3%	0.4%	0.3%
介護保険施設	6.3%	5.9%	3.2%	4.0%	0.0%	7.3%	3.7%	10.2%	6.4%	4.8%
介護保険居宅系事業所	1.2%	1.6%	0.9%	0.8%	0.0%	1.0%	0.2%	1.5%	2.0%	0.8%
有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅	3.6%	2.6%	3.5%	3.8%	3.4%	4.4%	2.4%	5.0%	2.9%	3.2%
その他	4.1%	6.3%	6.8%	2.5%	6.7%	2.6%	6.3%	3.6%	5.0%	4.2%
不明	0.7%	0.5%	0.3%	0.6%	0.0%	1.0%	0.0%	0.9%	1.1%	0.5%

②過去3年間の退所（居）者数及び退所先

過去3年間に退所（居）した人数は、回答施設全体平均では21.5人であった。

退所（居）先・理由をみると、病院への入院が20.1%（「精神科病院」2.6%、「精神科以外の病院」17.5%）、介護保険施設（「特養」14.6%、「老健」6.2%、「療養型」1.7%）への入所が22.5%であるが、死亡退去が33.9%（「施設内死亡」8.7%、「病院入院中死亡」25.2%）を占めている。

図表 3-1-16 過去3年間の退所（居）者数及び退所先

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
過去3年間の退所者数	21.5人	24.4人	19.9人	27.0人	17.7人	19.6人	5.8人	23.6人	24.3人	20.4人
自宅単身世帯	3.1%	1.9%	1.3%	5.3%	7.3%	3.7%	3.2%	2.4%	1.6%	3.9%
自宅高齢者のみ世帯	1.3%	0.7%	0.4%	1.6%	1.6%	1.8%	0.4%	0.8%	0.5%	1.6%
単身・高齢者以外の自宅	3.2%	1.4%	1.4%	5.8%	6.5%	4.2%	1.2%	2.5%	1.3%	4.0%
精神科病院	2.6%	3.6%	2.4%	3.1%	0.8%	1.6%	3.6%	2.1%	3.3%	2.6%
精神科以外の病院	17.5%	15.5%	10.8%	23.3%	15.3%	18.4%	10.1%	20.4%	14.9%	16.9%
介護保険施設(特養)	14.6%	15.3%	14.0%	14.5%	7.3%	14.0%	13.7%	13.1%	13.6%	15.4%
介護保険施設(老健)	6.2%	3.5%	0.7%	7.4%	0.8%	8.6%	2.8%	4.8%	3.9%	7.4%
介護保険施設(療養型)	1.7%	1.6%	1.3%	1.2%	4.0%	1.9%	2.4%	2.6%	1.5%	1.4%
介護保険居宅系事業所	4.5%	1.8%	0.4%	6.2%	5.6%	6.7%	5.2%	2.7%	1.6%	6.0%
退所先:有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅	7.5%	2.5%	1.3%	10.2%	11.3%	11.1%	23.4%	3.9%	2.2%	10.3%
死亡(施設内)	8.7%	12.0%	18.1%	3.6%	0.8%	6.7%	7.3%	15.2%	16.0%	4.3%
死亡(病院入院中)	25.2%	36.6%	45.3%	14.0%	20.2%	17.0%	18.1%	27.0%	36.6%	21.4%
その他	4.0%	3.6%	2.6%	3.8%	18.5%	4.3%	8.5%	2.7%	3.0%	4.9%

(3) 職員体制

1) 直接処遇職員の配置人数（1施設あたり平均人数：常勤換算）

直接処遇職員の配置人数は、施設種別や定員規模等によって異なっている。そのため、ケアハウス等では看護職員の配置人数が少なくなっている。また、介護職員・支援員のうち喀痰吸引等が可能な職員はわずかであった。

図表 3-1-17 直接処遇職員の配置人数

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
生活相談員	1.4人	2.0人	2.4人	1.0人	0.7人	1.0人	0.8人	1.3人	1.6人	1.4人
看護職員(常勤換算)	1.1人	1.7人	2.3人	1.0人	0.1人	0.6人	0.1人	2.1人	1.6人	0.6人
介護職員・支援員(常勤換算)	6.8人	9.2人	11.0人	4.9人	1.1人	5.3人	6.9人	12.8人	8.4人	4.5人
うち、喀痰吸引等可能者(常勤換算)	0.5人	0.7人	1.0人	0.3人	0.0人	0.4人	0.1人	1.0人	0.6人	0.3人

2) 夜間の職員体制

夜間の職員体制では、「宿直職員のみ配置」する施設が 44.4%、「夜勤職員を配置」する施設が 36.5%を占めた。なお、夜勤職員については主に介護職員が対応している。

夜間の看護職員の体制では、「施設の看護職員がいる」施設は 3.4%、「他事業所と兼務の看護職員がいる」施設は 1.7%と、夜間に看護職員がいる施設割合はわずかであり、「オンコール体制をとっている」割合が高い。

図表 3-1-18 夜間の職員体制

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	1453	503	34	125	7	743	38	314	187	903
宿直職員のみ配置	44.4%	21.5%	2.9%	83.2%	57.1%	55.7%	36.8%	8.0%	12.3%	63.6%
夜勤職員を配置	36.5%	59.2%	73.5%	5.6%	14.3%	24.1%	47.4%	73.2%	62.6%	19.3%
その他	10.4%	7.6%	0.0%	6.4%	28.6%	13.5%	7.9%	2.9%	9.1%	13.2%
無回答	8.7%	11.7%	23.5%	4.8%	0.0%	6.7%	7.9%	15.9%	16.0%	4.0%
夜勤職員の配置数 平均人数(人)										
介護職員	1.7人	1.7人	1.4人	1.4人	-	1.7人	1.0人	1.7人	1.6人	1.7人
看護職員	0.1人	0.1人	0.0人	0.0人	-	0.1人	0.0人	0.1人	0.0人	0.0人
その他	1.1人	1.2人	1.0人	1.0人	3.0人	1.1人	0.3人	1.1人	1.0人	1.2人

図表 3-1-19 夜間の看護職員の体制

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	1453	503	34	125	7	743	38	314	187	903
施設の看護職員(常勤又は非常勤)がいる	3.4%	4.4%	2.9%	6.4%	0.0%	2.3%	2.6%	6.4%	3.7%	2.3%
他事業所と兼務の看護職員がいる	1.7%	1.0%	5.9%	2.4%	14.3%	1.9%	0.0%	2.2%	2.7%	1.4%
施設の看護職員(常勤又は非常勤)でオンコール体制をとっている	40.7%	58.6%	76.5%	52.8%	0.0%	27.3%	0.0%	76.1%	58.8%	25.7%
訪問看護ステーションや医療機関と連携してオンコール体制をとっている	4.3%	2.2%	0.0%	4.8%	0.0%	5.7%	10.5%	5.7%	4.8%	3.9%
看護職員はいない	52.9%	36.4%	14.7%	41.6%	85.7%	65.7%	86.8%	17.2%	33.2%	68.5%
無回答	1.2%	1.2%	2.9%	0.0%	0.0%	1.3%	2.6%	0.6%	1.1%	1.2%

(4) 関係機関との連携状況

1) 嘱託医・協力医等の状況

今回の調査対象施設は、運営規程によって嘱託医等の配置が定められている施設もあるが、定められていない施設もある。そのため、ここでは施設入所（居）者の健康管理等の面で協力関係のある「嘱託医・協力医等」として、医師との関わりを把握した。なお、入所（居）者のかかりつけ医等も含まれている。

嘱託医・協力医等の人数は、回答施設全体では1.6人であった。主な診療科目では、「内科」が76.2%で最も多い。

嘱託医・協力医等が行っている主な業務内容は、「定期的な訪問診察」59.7%、「主治医意見書の作成」53.6%、「処方箋の発行」50.0%等であり、「入所（居）者や家族への病状説明や指導」38.3%や「施設職員への入所（居）者の病状説明や対応の指導」35.8%、「死亡診断書の作成」33.7%、「臨時の往診」31.5%等が続いている。「看取り」を実施している割合は13.6%であった。

図表 3-1-20 嘱託医・協力医等の人数

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	1453	503	34	125	7	743	38	314	187	903
施設の嘱託医等の人数(平均)	1.6人	1.6人	2.5人	1.5人	1.0人	1.7人	1.2人	1.9人	1.7人	1.6人

図表 3-1-21 嘱託医・協力医等の主な診療科目

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	1453	503	34	125	7	743	38	314	187	903
総合診療科	7.8%	7.2%	8.8%	5.6%	0.0%	8.7%	5.3%	7.3%	10.7%	7.3%
内科	76.2%	90.3%	100.0%	91.2%	71.4%	63.7%	63.2%	82.2%	88.2%	72.3%
心療内科	3.5%	4.0%	0.0%	4.8%	0.0%	3.2%	2.6%	3.5%	4.3%	3.5%
精神科	11.3%	20.7%	20.6%	4.0%	0.0%	6.5%	0.0%	11.5%	17.6%	9.9%
神経科	1.7%	2.0%	8.8%	1.6%	0.0%	1.3%	0.0%	1.9%	3.2%	1.4%
呼吸器科	5.5%	5.0%	5.9%	5.6%	0.0%	6.2%	0.0%	8.0%	4.8%	5.0%
消化器科	10.2%	11.3%	14.7%	5.6%	0.0%	10.5%	2.6%	14.6%	13.4%	8.1%
循環器科	10.2%	10.7%	2.9%	9.6%	0.0%	10.8%	0.0%	13.4%	9.6%	9.4%
アレルギー科	0.8%	1.0%	0.0%	1.6%	0.0%	0.7%	0.0%	0.6%	1.1%	0.9%
リウマチ科	1.1%	1.0%	0.0%	3.2%	0.0%	0.9%	0.0%	1.6%	0.5%	1.1%
外科	13.3%	13.7%	5.9%	12.8%	0.0%	14.1%	2.6%	14.3%	13.9%	12.7%
整形外科	12.0%	9.7%	2.9%	10.4%	0.0%	14.8%	2.6%	14.3%	9.6%	12.1%
眼科	4.7%	4.0%	17.6%	1.6%	0.0%	5.4%	0.0%	5.4%	4.3%	4.8%
耳鼻咽喉科	2.1%	1.2%	8.8%	1.6%	0.0%	2.6%	0.0%	1.3%	3.7%	2.1%
リハビリテーション科	5.4%	3.6%	0.0%	8.8%	0.0%	6.6%	0.0%	8.6%	2.7%	5.1%
神経内科	3.2%	2.4%	0.0%	5.6%	14.3%	3.6%	0.0%	4.8%	2.1%	3.1%
皮膚科	6.1%	6.0%	11.8%	3.2%	0.0%	6.9%	0.0%	9.9%	5.9%	5.0%
泌尿器科	4.1%	4.8%	5.9%	2.4%	0.0%	4.0%	0.0%	6.1%	4.8%	3.4%
歯科	18.7%	12.9%	32.4%	12.8%	0.0%	23.6%	13.2%	29.0%	18.2%	15.6%
その他	3.3%	2.2%	2.9%	4.8%	0.0%	4.0%	0.0%	3.8%	2.1%	3.4%
無回答	16.6%	1.6%	0.0%	5.6%	28.6%	28.4%	34.2%	11.1%	2.7%	20.8%

図表 3-1-22 嘱託医・協力医等が行っている業務内容

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	1453	503	34	125	7	743	38	314	187	903
定期的な訪問診療	59.7%	92.2%	94.1%	81.6%	14.3%	34.1%	34.2%	63.1%	88.8%	52.4%
臨時の往診	31.5%	37.4%	44.1%	31.2%	14.3%	27.1%	34.2%	40.4%	42.8%	26.5%
入所(居)者や家族への病状説明や指導	38.3%	50.5%	58.8%	40.0%	14.3%	30.1%	18.4%	52.9%	58.8%	30.1%
施設職員への入所(居)者の病状説明や対応の指導	35.8%	49.5%	52.9%	35.2%	14.3%	27.1%	15.8%	43.6%	48.1%	31.5%
主治医意見書の作成	53.6%	71.6%	76.5%	63.2%	0.0%	41.0%	21.1%	65.9%	73.3%	45.7%
処方箋の発行	50.0%	66.0%	67.6%	60.8%	0.0%	38.4%	26.3%	58.9%	72.7%	42.9%
職員に対する研修の講師	8.9%	10.7%	11.8%	8.8%	14.3%	7.9%	2.6%	13.7%	10.2%	7.5%
看取り	13.6%	18.5%	23.5%	7.2%	0.0%	11.6%	5.3%	29.3%	20.9%	7.1%
死亡診断書の作成	33.7%	49.9%	64.7%	26.4%	0.0%	24.1%	10.5%	47.8%	56.7%	24.3%
看取り後の家族や職員への精神的サポート	3.6%	3.2%	11.8%	3.2%	0.0%	3.6%	2.6%	8.9%	3.7%	1.8%
その他	7.4%	4.2%	0.0%	4.8%	42.9%	9.8%	10.5%	3.8%	2.1%	9.9%
無回答	19.3%	1.4%	0.0%	5.6%	28.6%	33.8%	34.2%	15.3%	3.2%	23.6%

2) 病院との関わり

病院との関わりでは、「病院の MSW 等から退院患者の受け入れに関する相談が寄せられる病院がある」と回答した割合が 53.5%、「入所(居)者の状態急変時等に受け入れてくれる病院がある(24 時間対応)」が 50.4%を占めた。「退院した入所(居)者の在宅医療に取り組んでいる病院がある」と回答した割合も 13.4%みられた。

図表 3-1-23 病院との関わり

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	1453	503	34	125	7	743	38	314	187	903
病院のMSW等から退院患者の受け入れに関する相談が寄せられる病院がある	53.5%	49.9%	44.1%	63.2%	57.1%	55.7%	31.6%	64.0%	50.3%	51.5%
入所(居)者の状態急変時等に受け入れてくれる病院がある(24時間対応)	50.4%	62.8%	52.9%	48.8%	28.6%	44.0%	18.4%	54.1%	66.3%	45.7%
退院した入所(居)者の在宅医療に取り組んでいる病院がある	13.4%	9.7%	14.7%	12.0%	14.3%	16.0%	15.8%	15.9%	9.6%	13.8%
無回答	25.7%	20.3%	23.5%	22.4%	42.9%	28.9%	47.4%	20.1%	16.6%	29.1%

3) 地域包括支援センターとの関わり

地域包括支援センターとの関わりにおいては、回答施設の 84.3%が「地域包括支援センターから在宅生活が難しくなった高齢者の入所(居)相談が寄せられる」と回答している。また、「退院予定の高齢者の入所(居)相談が寄せられる」割合も 59.5%を占めていた。

一方で、「入所(居)者の退去先を探す際に地域包括支援センターに相談する」割合は 21.3%、「地域包括支援センターから地域ケア会議への参加依頼がある」割合は 22.0%にとどまった。

図表 3-1-24 地域包括支援センターとの関わり

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	1453	503	34	125	7	743	38	314	187	903
地域包括支援センターから在宅生活が難しくなった高齢者の入所(居)相談が寄せられる	84.3%	76.5%	73.5%	92.0%	71.4%	88.7%	86.8%	84.4%	77.0%	86.4%
地域包括支援センターから退院予定の高齢者の入所(居)相談が寄せられる	59.5%	46.5%	47.1%	73.6%	71.4%	66.6%	52.6%	60.2%	48.7%	61.9%
入所(居)者の退去先を探す際に地域包括支援センターに相談する	21.3%	15.5%	14.7%	27.2%	42.9%	23.3%	39.5%	16.9%	15.0%	24.4%
地域包括支援センターから地域ケア会議への参加依頼がある	22.0%	22.3%	17.6%	27.2%	14.3%	21.8%	13.2%	27.1%	18.7%	20.9%
無回答	9.9%	14.7%	20.6%	5.6%	28.6%	6.9%	7.9%	9.6%	16.6%	8.3%

(5) 在宅医療が必要な高齢者への対応

1) 医療的ケアの必要な高齢者の受入状況

医療的ケアの必要な高齢者を「受け入れている」施設は 22.7%であった。「受け入れは行っていないが、医療的ケアが必要になった入所（居）者には対応している」施設が 26.9%、「受け入れている（又は、医療的ケアが必要になった入所（居）者は退去）」施設が 42.7%を占めた。

医療的ケアの必要な高齢者の受け入れ状況は、特定施設入居者生活介護の指定状況によって明確に差がみられる。

図表 3-1-25 医療的ケアの必要な高齢者の受入状況

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	1453	503	34	125	7	743	38	314	187	903
受け入れている	22.7%	26.2%	44.1%	23.2%	14.3%	20.3%	5.3%	40.1%	21.4%	17.4%
受け入れは行っていないが、医療的ケアが必要になった入所(居)者には対応している	26.9%	39.6%	20.6%	31.2%	14.3%	18.4%	18.4%	28.0%	39.0%	24.6%
受け入れている(又は、医療的ケアが必要になった入所(居)者は退去)	42.7%	27.4%	29.4%	36.8%	71.4%	52.9%	68.4%	26.1%	29.9%	50.3%
その他	6.0%	4.2%	2.9%	8.0%	0.0%	7.1%	5.3%	4.1%	5.3%	6.8%
無回答	1.7%	2.6%	2.9%	0.8%	0.0%	1.2%	2.6%	1.6%	4.3%	1.0%

図表 3-1-26 施設で対応可能な医療的ケアの種類

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	721	331	22	68	2	288	9	214	113	379
経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養	10.5%	10.6%	18.2%	1.5%	0.0%	11.8%	11.1%	19.2%	14.2%	4.5%
注射・点滴	31.5%	38.4%	27.3%	22.1%	0.0%	26.7%	22.2%	39.7%	45.1%	23.2%
膀胱洗浄、膀胱留置カテーテルの管理	32.6%	41.7%	27.3%	7.4%	0.0%	28.8%	22.2%	50.0%	38.1%	21.6%
褥瘡、創傷部処置	56.3%	68.9%	68.2%	35.3%	0.0%	46.9%	33.3%	76.6%	70.8%	40.9%
吸入・吸引	24.8%	30.8%	40.9%	11.8%	0.0%	20.5%	0.0%	40.2%	34.5%	13.2%
洗腸、排便	52.6%	66.8%	68.2%	41.2%	0.0%	39.2%	22.2%	67.8%	69.9%	39.3%
中心静脈栄養	1.0%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	1.4%	11.1%	1.9%	1.8%	0.3%
人工肛門、人工膀胱等の管理	37.9%	45.0%	40.9%	27.9%	50.0%	32.3%	11.1%	47.7%	47.8%	30.1%
酸素療法管理(在宅酸素、酸素吸入)	60.7%	62.8%	50.0%	45.6%	50.0%	62.8%	55.6%	72.4%	67.3%	51.7%
慢性疼痛の管理(ガン末期を除く)	15.5%	17.2%	22.7%	8.8%	50.0%	14.2%	11.1%	22.0%	23.9%	9.2%
ガン末期の疼痛管理	10.3%	10.6%	9.1%	5.9%	0.0%	10.8%	11.1%	15.9%	12.4%	6.9%
人工呼吸器の管理	1.4%	0.9%	0.0%	1.5%	0.0%	2.1%	0.0%	1.9%	2.7%	0.8%
インシュリン注射	50.6%	55.3%	72.7%	54.4%	50.0%	43.1%	33.3%	56.1%	59.3%	45.1%
その他	5.7%	3.9%	0.0%	5.9%	0.0%	8.0%	11.1%	2.3%	1.8%	9.0%
無回答	3.9%	1.5%	4.5%	2.9%	0.0%	6.6%	11.1%	0.9%	0.9%	6.3%

※ 1)で「受け入れている」「受け入れは行っていないが、医療的ケアが必要になった入所（居）者には対応している」と回答した施設を対象。

図表 3-1-27 医療的ケアが必要な入所（居）者数（1施設あたり平均人数）

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
医療的ケアが必要な入所者の平均人数	3.0人	4.7人	4.9人	1.7人	1.3人	2.1人	1.5人	5.6人	4.6人	1.8人

2) 医療的ケアが必要な高齢者の受け入れに対する将来的な意向

医療的ケアが必要な高齢者の受け入れに対する将来的な意向として、「可能な限り受け入れたい」と回答した施設は 28.9%、「受け入れは難しい」と回答した施設が 61.3%を占めた。

将来的な意向についても、特定施設入居者生活介護の指定状況によって回答割合が明確に異なっており、背景には職員体制の違いがあることが窺える。

図表 3-1-28 医療的ケアが必要な高齢者の受け入れに対する将来的な意向

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	1453	503	34	125	7	743	38	314	187	903
可能な限り受け入れたい	28.9%	36.2%	47.1%	28.8%	14.3%	24.1%	13.2%	46.2%	33.2%	22.1%
受け入れは難しい	61.3%	55.3%	50.0%	65.6%	85.7%	63.8%	81.6%	43.9%	55.6%	68.2%
その他	7.9%	6.8%	2.9%	3.2%	0.0%	10.0%	5.3%	8.6%	8.6%	7.8%
無回答	1.9%	1.8%	0.0%	2.4%	0.0%	2.2%	0.0%	1.3%	2.7%	1.9%

3) 医療的ケアが必要な高齢者を受け入れるために必要な要件

養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスにおいて、医療的ケアが必要な高齢者を受け入れるために必要な要件を尋ねたところ、「施設内対応の限界に対する利用者本人や家族等の理解」の割合が最も高く、次いで「状態急変時に入院できる病院の確保」63.2%や「訪問診療や往診が可能な嘱託医・協力医等の確保」62.2%など医師や医療機関の確保、「施設の看護職員の配置・増員」56.5%や「夜間帯の職員体制の増員」50.3%、「疾患や医療的ケア等に関する介護職員等への教育研修の充実」46.8%など施設側の職員体制の充実が指摘されている。

図表 3-1-29 医療的ケアが必要な高齢者を受け入れるために必要な要件

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	1453	503	34	125	7	743	38	314	187	903
訪問診療や往診が可能な嘱託医・協力医等の確保	62.2%	60.0%	35.3%	65.6%	71.4%	64.5%	57.9%	60.8%	59.4%	64.0%
訪問看護ステーションや医療機関からの訪問看護の利用	48.0%	37.2%	26.5%	62.4%	57.1%	53.6%	57.9%	31.5%	33.7%	56.9%
状態急変時に入院できる病院の確保	63.2%	65.2%	61.8%	76.0%	57.1%	60.0%	57.9%	67.2%	62.0%	62.7%
訪問介護サービスの利用(夜間帯等)	32.5%	22.7%	20.6%	47.2%	57.1%	36.1%	52.6%	8.0%	19.8%	44.0%
施設内対応の限界に対する利用者本人や家族等の理解	66.2%	63.6%	58.8%	80.0%	85.7%	66.1%	63.2%	67.2%	63.1%	66.2%
施設の看護職員の配置・増員	56.5%	65.0%	58.8%	52.0%	42.9%	51.8%	50.0%	57.3%	62.6%	55.8%
夜間帯の職員体制の増員	50.3%	56.7%	55.9%	56.8%	42.9%	45.6%	36.8%	50.0%	52.4%	51.4%
併設事業所等の支援	16.7%	7.8%	14.7%	12.8%	28.6%	24.0%	7.9%	13.1%	8.0%	19.7%
疾患や医療的ケア等に関する介護職員等への教育研修の充実	46.8%	54.1%	52.9%	48.0%	42.9%	41.6%	44.7%	57.0%	54.0%	42.2%
個室化などの施設環境面の整備	14.6%	28.4%	26.5%	13.6%	14.3%	5.0%	10.5%	8.9%	25.1%	14.5%
その他	1.5%	1.6%	0.0%	2.4%	0.0%	1.2%	5.3%	1.0%	1.1%	1.7%
無回答	6.0%	5.6%	8.8%	2.4%	0.0%	6.6%	10.5%	4.1%	5.9%	6.1%

(6) 看取り対応

1) 施設内での看取りを行った経験の有無

看取りの経験のある施設割合は全体では 24.5%だが、特定施設入居者生活介護の指定を受けている施設(一般型・外部サービス型)では 40%前後を占めている。(未指定施設は 14.3%)

施設の嘱託医師等が行っている業務内容との関連でみると、嘱託医師等が「臨時の往診」や「入所(居)者本人や家族への病状説明や指導」を行っている施設では看取り経験のある割合が 40%前後となっており、嘱託医師等の業務内容が施設での看取り実施割合に影響していることが窺われる。

また、併設施設・事業所の種類別にみると、介護保険施設を併設する施設の看取り経験割合は 22.9%であり、訪問・通所系サービスのみを併設する施設(34.6%)よりも経験割合は低い。介護保険施設が併設されている場合、入所(居)者に看取り等の医療的ケアが必要になった際には、併設施設への転居により対応しているケースも少なくないと考えられる。

図表 3-1-30 施設内での看取りを行った経験の有無

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	1453	503	34	125	7	743	38	314	187	903
看取り介護の経験がある	24.5%	34.0%	35.3%	11.2%	0.0%	21.0%	5.3%	44.3%	39.6%	14.3%
看取り介護の経験はない	70.0%	59.4%	55.9%	81.6%	100.0%	74.4%	92.1%	52.5%	53.5%	79.6%
わからない	2.5%	4.0%	2.9%	3.2%	0.0%	1.6%	0.0%	1.0%	4.3%	2.9%
無回答	3.0%	2.6%	5.9%	4.0%	0.0%	3.0%	2.6%	2.2%	2.7%	3.2%

図表 3-1-31 過去5年間での看取り対応件数(看取りの経験のある施設のみ)

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
過去5年間の看取り介護対応件数(実施施設)	7.8件	9.2件	10.6件	5.4件	-	6.4件	1.5件	9.7件	11.1件	4.1件

図表 3-1-32 施設内での看取りを行った経験の有無(施設の嘱託医師等の業務内容別)

		合計	施設の嘱託医師等が行っている業務内容								
			臨時的往診			入所(居)者や家族への病状説明や指導			施設職員への入所(居)者の病状説明や対応の指導		
			実施	未実施	無回答	実施	未実施	無回答	実施	未実施	無回答
回答数		1453	458	715	280	556	617	280	520	653	280
看取り介護の経験がある	構成比 (%)	24.5%	42.4%	16.9%	14.6%	37.4%	17.3%	14.6%	33.1%	21.9%	14.6%
看取り介護の経験はない		70.0%	50.0%	78.0%	82.1%	57.4%	75.9%	82.1%	60.8%	72.1%	82.1%
わからない		2.5%	2.6%	2.8%	1.8%	2.0%	3.4%	1.8%	2.5%	2.9%	1.8%
無回答		3.0%	5.0%	2.2%	1.4%	3.2%	3.4%	1.4%	3.7%	3.1%	1.4%

図表 3-1-33 施設内での看取りを行った経験の有無（併設施設・事業所の種類別）

	併設施設区分					
	全 体	設 介 護 保 険 施	料（居 等） G H 住 系 ・ 有	み サ 訪 ー 問 ビ 通 ス の 系	そ の 他 併 設	単 独
回答数	1453	703	223	211	244	72
看取り介護の経験がある	24.5%	22.9%	28.3%	34.6%	20.1%	13.9%
看取り介護の経験はない	70.0%	72.0%	62.8%	60.7%	75.8%	80.6%
わからない	2.5%	2.1%	4.5%	2.4%	2.0%	2.8%
不明	3.0%	3.0%	4.5%	2.4%	2.0%	2.8%

2）看取りに関する自治体等（自治体や地域包括支援センター）の関与

看取りに関する自治体と関わりについて、「自治体等から依頼相談されたことがある」施設は 3.2%、「自治体等に相談したことがある」施設は 5.1%であった。ただし、養護老人ホームでは10%程度が「自治体等に相談したことがある」と回答している。

図表 3-1-34 看取りの実施について、自治体等から依頼相談されたことの有無

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴) 養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型 軽費	一般型	外部サ ービス利 用型	未指定 個別契約
回答数	1453	503	34	125	7	743	38	314	187	903
ある	3.2%	4.4%	2.9%	1.6%	0.0%	2.7%	5.3%	3.8%	4.8%	2.5%
ない	91.8%	91.5%	82.4%	92.0%	85.7%	92.7%	86.8%	91.7%	88.8%	93.4%
無回答	5.0%	4.2%	14.7%	6.4%	14.3%	4.6%	7.9%	4.5%	6.4%	4.1%

図表 3-1-35 看取りの実施について、自治体等に相談したこと

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴) 養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型 軽費	一般型	外部サ ービス利 用型	未指定 個別契約
回答数	1453	503	34	125	7	743	38	314	187	903
ある	5.1%	10.7%	11.8%	2.4%	0.0%	1.5%	5.3%	5.4%	11.8%	3.2%
ない	89.4%	84.1%	73.5%	90.4%	85.7%	93.7%	86.8%	89.8%	80.7%	92.1%
無回答	5.5%	5.2%	14.7%	7.2%	14.3%	4.8%	7.9%	4.8%	7.5%	4.7%

3）施設内での看取りを希望する入所（居）者の有無

施設内での看取り希望者について、「希望者はいる（過去にいた）」と回答した施設が 36.1%、「希望者はいない」が 42.7%、「把握していない」が 19.7%であった。

「希望者はいる（過去にいた）」と回答した割合は、養護老人ホームでは 40%以上、特定施設入居者介護の指定施設（一般型・外部サービス利用型）では 50～63%を占めている。

図表 3-1-36 施設内での看取りを希望する入所（居）者の有無

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴) 養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型 軽費	一般型	外部サ ービス利 用型	未指定 個別契約
回答数	1453	503	34	125	7	743	38	314	187	903
希望者はいる(過去にいた)	36.1%	41.4%	64.7%	22.4%	14.3%	34.9%	13.2%	63.1%	50.3%	24.0%
希望者はいない	42.7%	36.4%	23.5%	52.0%	57.1%	44.7%	71.1%	22.6%	31.0%	51.8%
把握していない	19.7%	21.1%	11.8%	23.2%	28.6%	18.7%	15.8%	12.4%	18.2%	22.7%
無回答	1.5%	1.2%	0.0%	2.4%	0.0%	1.7%	0.0%	1.9%	0.5%	1.4%

4) 入所（居）者から施設内での看取りを希望された場合の対応方針

入所（居）者から施設内看取りを希望された場合に、「他施設や医療機関に転居・入院してもらおう」と回答した施設は 59.3%を占めた。

「一定の条件が整えば対応する」と回答した施設は全体では 33.6%であるが、特定施設入居者生活介護指定施設では 50%前後を占めている。

嘱託医師等の業務内容別にみると、「臨時の往診」や「入所（居）者や家族への病状説明や指導」を医師が行っている施設では 50%前後が「一定の条件が整えば対応する」と回答していることから、嘱託医師等の取組によって施設の対応方針が影響を受けていることが窺われる。

なお、入所（居）者から希望された場合の対応方針は、看取りを実施した経験の有無によって大きく異なっている。

図表 3-1-37 入所（居）者から施設内での看取りを希望された場合の対応方針

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲（聴）養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	1453	503	34	125	7	743	38	314	187	903
一定の条件が整えば対応する	33.6%	40.4%	55.9%	21.6%	0.0%	31.4%	13.2%	57.6%	47.6%	22.8%
他施設や医療機関に転居・入院してもらおう	59.3%	54.3%	41.2%	71.2%	100.0%	60.0%	81.6%	37.3%	49.7%	68.5%
その他	4.4%	3.2%	0.0%	4.8%	0.0%	5.4%	5.3%	2.9%	1.6%	5.6%
無回答	2.7%	2.2%	2.9%	2.4%	0.0%	3.2%	0.0%	2.2%	1.1%	3.0%

図表 3-1-38 入所（居）者から施設内での看取りを希望された場合の対応方針（嘱託医師等の業務内容別）

	合計	施設の嘱託医師等が行っている業務内容								
		臨時の往診			入所（居）者や家族への病状説明や指導			施設職員への入所（居）者の病状説明や対応の指導		
		実施	未実施	無回答	実施	未実施	無回答	実施	未実施	無回答
回答数	1453	458	715	280	556	617	280	520	653	280
一定の条件が整えば対応する	33.6%	51.7%	26.9%	21.1%	46.8%	27.4%	21.1%	41.5%	32.6%	21.1%
他施設や医療機関に転居・入院してもらおう	59.3%	42.4%	66.4%	68.9%	47.5%	65.6%	68.9%	52.1%	60.9%	68.9%
その他	4.4%	4.1%	4.2%	5.4%	4.1%	4.2%	5.4%	3.8%	4.4%	5.4%
無回答	2.7%	1.7%	2.5%	4.6%	1.6%	2.8%	4.6%	2.5%	2.0%	4.6%

図表 3-1-39 入所（居）者から施設内での看取りを希望された場合の対応方針

（看取りの経験有無別）

	施設内での看取り介護を行った経験の有無				
	全体	看取り介護経験あり	看取り介護経験なし	わからない	無回答
回答数	1453	356	1017	37	43
一定の条件が整えば対応する	33.6%	86.2%	14.9%	32.4%	39.5%
他施設や医療機関に転居・入院してもらおう	59.3%	9.3%	78.2%	54.1%	32.6%
その他	4.4%	3.9%	4.7%	5.4%	0.0%
不明	2.7%	0.6%	2.2%	8.1%	27.9%

図表 3-1-40 併設施設・事業所の種類別

	併設施設区分					
	全体	介護保険施設	等（居住系・有料）	訪問通所系のみ	その他併設	単独
合計	1453	703	223	211	244	72
一定の条件が整えば対応する	33.6%	33.4%	36.8%	41.2%	27.5%	23.6%
他施設や医療機関に転居・入院してもらう	59.3%	59.3%	58.3%	50.2%	65.2%	69.4%
その他	4.4%	4.8%	2.2%	6.6%	3.7%	2.8%
不明	2.7%	2.4%	2.7%	1.9%	3.7%	4.2%

図表 3-1-41 特定施設指定×併設施設種類別にみた看取り経験、希望者への対応方針

		回答数	施設内での看取り介護を行った経験				入所(居)者から施設内での看取りを希望された場合の対応方針			
			看取り介護の経験がある	看取り介護の経験はない	わからない	無回答	一定の条件が整えば対応する	他施設や医療機関に転居・入院してもらう	その他	無回答
全体		1453	24.5%	70.0%	2.5%	3.0%	33.6%	59.3%	4.4%	2.7%
特定（一般型）	小計	314	44.3%	52.5%	1.0%	2.2%	57.6%	37.3%	2.9%	2.2%
	介護保険施設(+α)	150	43.3%	54.7%	0.7%	1.3%	60.7%	33.3%	4.0%	2.0%
	居住系サービス(GH,小規模多機能、有料等)(+α)	64	46.9%	45.3%	1.6%	6.3%	56.3%	40.6%	1.6%	1.6%
	訪問通所系サービスのみ	37	51.4%	48.6%	-	-	62.2%	29.7%	5.4%	2.7%
	単独	51	39.2%	56.9%	2.0%	2.0%	51.0%	47.1%	-	2.0%
	その他併設	12	41.7%	58.3%	-	-	41.7%	50.0%	-	8.3%
特定（外部サビ）	小計	187	39.6%	53.5%	4.3%	2.7%	47.6%	49.7%	1.6%	1.1%
	介護保険施設(+α)	81	44.4%	46.9%	4.9%	3.7%	51.9%	44.4%	2.5%	1.2%
	居住系サービス(GH,小規模多機能、有料等)(+α)	37	43.2%	48.6%	5.4%	2.7%	48.6%	51.4%	-	-
	訪問通所系サービスのみ	42	38.1%	57.1%	2.4%	2.4%	54.8%	45.2%	-	-
	単独	23	21.7%	73.9%	4.3%	-	17.4%	73.9%	4.3%	4.3%
	その他併設	4	25.0%	75.0%	-	-	50.0%	50.0%	-	-
未指定（個別契約型）	小計	903	14.3%	79.6%	2.9%	3.2%	22.8%	68.5%	5.6%	3.0%
	介護保険施設(+α)	451	12.0%	82.5%	2.2%	3.3%	21.5%	69.8%	5.8%	2.9%
	居住系サービス(GH,小規模多機能、有料等)(+α)	111	12.6%	76.6%	6.3%	4.5%	22.5%	69.4%	3.6%	4.5%
	訪問通所系サービスのみ	126	28.6%	65.9%	3.2%	2.4%	31.7%	58.7%	8.7%	0.8%
	単独	162	13.0%	82.7%	1.9%	2.5%	21.0%	70.4%	4.9%	3.7%
	その他併設	53	7.5%	84.9%	3.8%	3.8%	18.9%	73.6%	3.8%	3.8%

注：上記区分は下記のとおり

「介護保険施設(+α)」：介護保険施設を併設（居住系サービスや訪問通所サービスを併設する場合も含む）

「居住系サービス(+α)」：居住系サービスを併設（介護保険施設は併設しない、訪問通所系サービスの併設を含む）

「訪問通所系サービスのみ」：介護保険施設や居住系サービスを併設せず、訪問通所系サービスのみ併設

「単独」：併設の介護保険施設・事業所がない

5) 施設で看取りを行うために必要な要件

施設内で看取りを行うために必要な要件は、「施設内対応の限界に対する利用者本人や家族等の理解」(71.0%)とともに、医師や医療機関の確保(「訪問診療や往診が可能な嘱託医・協力医等の確保」71.8%、「状態急変時に入院できる病院の確保」60.9%)、施設側の対応体制の充実(「看取り期のケアに関する介護職員等への教育研修の充実」63.1%、「夜間帯の職員体制の増員」57.4%、「施設の看護職員の配置・増員」56.4%、「施設の看取り介護に対する方針」50.2%)等の必要性が指摘されている。

なお、軽費老人ホームや特定施設未指定の施設では「訪問看護ステーションや医療機関からの訪問看護」や「訪問介護サービス」など外部サービスの活用を指摘する割合も高い。

また、養護老人ホームにおいては、「個室化などの施設環境面の整備」の必要性を指摘する割合も35%を占めている。

さらに、「身寄りのない入所(居)者の死後事務、残置物処理等の保証」を求める施設も全体の43%を占めていた。

図表 3-1-42 施設で看取りを行うために必要な要件

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	1453	503	34	125	7	743	38	314	187	903
訪問診療や往診が可能な嘱託医・協力医等の確保	71.8%	70.4%	55.9%	78.4%	71.4%	72.8%	63.2%	71.7%	69.0%	72.8%
訪問看護ステーションや医療機関からの訪問看護の利用	49.5%	39.8%	26.5%	65.6%	57.1%	54.0%	60.5%	25.5%	36.4%	60.8%
状態急変時に入院できる病院の確保	60.9%	63.2%	64.7%	69.6%	71.4%	58.4%	44.7%	55.4%	61.5%	62.9%
訪問介護サービスの利用(夜間帯等)	36.9%	25.4%	20.6%	51.2%	57.1%	41.7%	60.5%	8.3%	21.4%	50.1%
施設内対応の限界に対する利用者本人や家族等の理解	71.0%	72.2%	79.4%	73.6%	57.1%	70.1%	63.2%	75.5%	73.8%	69.4%
施設の看護職員の配置・増員	56.4%	64.0%	55.9%	53.6%	28.6%	52.6%	39.5%	54.5%	60.4%	56.7%
夜間帯の職員体制の増員	57.4%	64.8%	64.7%	58.4%	28.6%	52.4%	52.6%	53.5%	59.9%	58.7%
併設事業所等の支援	18.7%	8.9%	17.6%	19.2%	28.6%	25.4%	13.2%	12.7%	9.6%	22.9%
看取り期のケアに関する介護職員等への教育研修の充実	63.1%	70.4%	67.6%	62.4%	28.6%	59.2%	50.0%	75.5%	70.1%	57.7%
施設の看取り介護に対する方針	50.2%	54.7%	52.9%	51.2%	28.6%	47.8%	39.5%	52.5%	55.1%	49.4%
個室化などの施設環境面の整備	18.5%	35.2%	23.5%	16.8%	0.0%	7.8%	10.5%	14.3%	34.2%	17.2%
看取り加算等の制度的裏付け	30.6%	36.6%	29.4%	32.8%	28.6%	27.1%	15.8%	29.9%	36.4%	29.9%
身寄りのない入所(居)者の死後事務、残置物処理等の保証	43.2%	50.1%	58.8%	47.2%	57.1%	37.4%	34.2%	42.7%	47.6%	42.9%
その他	3.2%	1.2%	0.0%	4.8%	0.0%	4.0%	10.5%	1.6%	0.5%	4.3%
無回答	6.9%	4.0%	2.9%	8.0%	28.6%	8.3%	13.2%	3.5%	2.7%	8.4%

(7) 看取りの取組実態（看取り実施施設のみ）

ここでは、看取りに取り組んでいる 356 施設を対象に、看取りを始めたきっかけや取組の実態整理を行った。

1) 看取りを始めたきっかけ

看取りを始めたきっかけは、「入所（居）者本人や家族からの強い希望」が 44.4%で最も高く、次いで「施設の方針として以前から取り組んでいる」41.3%、「看取り期に受け入れてくれる病院・施設がなく（やむを得ず）開始した」14.3%の順となっている。

図表 3-1-43 看取りを始めたきっかけ

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	356	171	12	14	0	156	2	139	74	129
施設の方針として以前から取り組んでいる	41.3%	42.1%	41.7%	35.7%	0.0%	41.0%	50.0%	56.8%	48.6%	22.5%
入所(居)者本人や家族からの強い希望があり、(やむを得ず)開始した	44.4%	42.1%	58.3%	42.9%	0.0%	46.2%	0.0%	38.8%	48.6%	48.8%
看取り期に受け入れてくれる病院・施設がなく、(やむを得ず)開始した	14.3%	21.1%	25.0%	7.1%	0.0%	7.1%	0.0%	8.6%	16.2%	19.4%
その他	2.5%	2.9%	8.3%	0.0%	0.0%	1.3%	50.0%	2.2%	2.7%	3.1%
無回答	15.7%	15.2%	0.0%	21.4%	0.0%	17.3%	0.0%	9.4%	10.8%	24.0%

2) 看取りを実施した際の看取り加算の算定について

特定施設（一般型）の指定を受けている 139 施設のうち、看取り加算を算定している割合は 43.2%にとどまる。算定していない 62 施設が加算を算定していない理由は、「算定基準を満たしていない」が 40.3%を占めており、その多くは「正看護師の配置」基準を満たしていないことによる。

図表 3-1-44 看取り加算の算定

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	356	171	12	14	0	156	2	139	74	129
算定している	17.7%	7.6%	8.3%	14.3%	0.0%	30.1%	0.0%	43.2%	4.1%	0.0%
算定していない(特定施設ではない)	34.8%	38.6%	41.7%	57.1%	0.0%	28.2%	50.0%	3.6%	18.9%	74.4%
算定していない(特定施設)	32.3%	38.6%	41.7%	7.1%	0.0%	26.3%	50.0%	44.6%	66.2%	2.3%
無回答	15.2%	15.2%	8.3%	21.4%	0.0%	15.4%	0.0%	8.6%	10.8%	23.3%

図表 3-1-45 看取り加算を算定していない理由

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	115	66	5	1	0	41	1	62	49	3
算定基準を満たしていない	40.0%	39.4%	40.0%	0.0%	0.0%	43.9%	0.0%	40.3%	42.9%	0.0%
手続きが面倒である	20.0%	9.1%	40.0%	0.0%	0.0%	31.7%	100.0%	32.3%	6.1%	0.0%
その他の理由	34.8%	40.9%	20.0%	100.0%	0.0%	26.8%	0.0%	27.4%	44.9%	33.3%
無回答	8.7%	12.1%	0.0%	0.0%	0.0%	4.9%	0.0%	4.8%	8.2%	66.7%

図表 3-1-46 算定基準を満たしていない内容

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	46	26	2	0	0	18	0	25	21	0
正看護師の配置	56.5%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	66.7%	0.0%	64.0%	47.6%	0.0%
その他	21.7%	26.9%	50.0%	0.0%	0.0%	11.1%	0.0%	16.0%	28.6%	0.0%
無回答	23.9%	23.1%	0.0%	0.0%	0.0%	27.8%	0.0%	24.0%	23.8%	0.0%

3) 対応可能な要件

看取りを行うにあたり施設で対応可能な入所（居）者の病状等を尋ねたところ、「老衰」や「疼痛管理を伴わない疾患」は60～80%が対応可能であると回答しているが、「疼痛管理を伴う疾患」の場合でも対応可能と回答した割合は13%にとどまっている。

また、年間に対応可能な看取りの件数は平均で4.0件であった。特に、職員体制の手厚い特定施設入居者生活介護指定施設（一般型）では5.2件となっている。

看取りが複数重なった場合については、「対応可能」と回答した割合は24.2%にとどまっており、「対応は困難」が32.3%、「わからない」が27.8%を占めた。この結果は、看取りの際には夜間対応も含め施設職員への負担が増加することや、看取りの個別性の高さ等の要因が背景にあるものと考えられる。

図表 3-1-47 看取りを行うにあたり施設で対応可能と思われる入所（居）者の病状等

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	356	171	12	14	0	156	2	139	74	129
老衰	81.2%	83.6%	100.0%	71.4%	0.0%	78.2%	50.0%	89.2%	89.2%	69.0%
疼痛管理を伴わない疾患	62.4%	62.0%	66.7%	71.4%	0.0%	60.9%	100.0%	71.2%	67.6%	52.7%
疼痛管理を伴う疾患	13.2%	9.4%	8.3%	14.3%	0.0%	17.3%	50.0%	18.7%	14.9%	7.0%
その他	2.2%	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	2.6%	50.0%	0.7%	1.4%	3.9%
無回答	15.2%	14.6%	0.0%	21.4%	0.0%	16.7%	0.0%	9.4%	9.5%	24.0%

図表 3-1-48 年間に対応可能な看取りの件数（年間）

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	356	171	12	14	0	156	2	139	74	129
対応可能な件数／年	4.0件	4.0件	2.0件	1.9件	-	4.4件	1.0件	5.2件	4.3件	2.3件

図表 3-1-49 看取りが複数重なった場合の対応可否

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	356	171	12	14	0	156	2	139	74	129
対応可能	24.2%	24.0%	25.0%	14.3%	0.0%	25.6%	0.0%	39.6%	25.7%	9.3%
対応は困難	32.3%	35.1%	41.7%	42.9%	0.0%	27.6%	50.0%	23.7%	35.1%	38.8%
わからない	27.8%	25.7%	33.3%	21.4%	0.0%	29.5%	50.0%	25.2%	31.1%	27.9%
無回答	15.7%	15.2%	0.0%	21.4%	0.0%	17.3%	0.0%	11.5%	8.1%	24.0%

4) 看取りに関して入所（居）者や家族への説明を行う時期

看取りに関する入所（居）者・家族への説明時期は、「病状が悪化した時」が68.8%、「入所（居）者や家族から看取り介護の希望が出されたとき」が59.0%であり、多くは看取りの必要性が高まった際に説明がなされている。「施設入所（居）時」は36.8%であった。

図表 3-1-50 看取りに関して入所（居）者や家族への説明を行う時期

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	356	171	12	14	0	156	2	139	74	129
施設入所(居)時	36.8%	29.2%	25.0%	14.3%	0.0%	48.1%	50.0%	55.4%	32.4%	20.2%
入所(居)後定期的に確認(年に1回等)	7.6%	7.6%	0.0%	7.1%	0.0%	7.7%	50.0%	10.1%	8.1%	5.4%
不定期に確認	15.7%	18.7%	25.0%	0.0%	0.0%	12.8%	0.0%	12.9%	25.7%	14.0%
病状が悪化した時	68.8%	70.8%	100.0%	57.1%	0.0%	64.7%	100.0%	79.9%	75.7%	55.0%
入所(居)者や家族から看取り介護の希望が出されたとき	59.0%	57.3%	58.3%	64.3%	0.0%	60.9%	50.0%	61.2%	58.1%	58.9%
その他	3.1%	2.9%	0.0%	0.0%	0.0%	3.8%	0.0%	3.6%	1.4%	3.9%
無回答	13.8%	14.6%	0.0%	14.3%	0.0%	14.1%	0.0%	9.4%	8.1%	20.9%

5) 看取りへの対応体制

施設内で看取りを行うに際しては、職員への教育研修や対応マニュアル等の必要性も指摘されている。

職員に対して看取りの教育研修を実施している割合は、看取り実施施設全体では57.9%、特定施設入居者生活介護指定施設（一般型）では76.3%を占めている。

研修の実施方法は「施設内研修」（67.0%）や「外部研修」（42.7%）機会を活用している。

図表 3-1-51 看取りに関する職員への教育・研修等の実施状況

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	356	171	12	14	0	156	2	139	74	129
行っている	57.9%	52.6%	58.3%	28.6%	0.0%	66.0%	50.0%	76.3%	58.1%	41.1%
行っていない	21.1%	22.8%	33.3%	50.0%	0.0%	15.4%	50.0%	9.4%	21.6%	31.0%
無回答	21.1%	24.6%	8.3%	21.4%	0.0%	18.6%	0.0%	14.4%	20.3%	27.9%

図表 3-1-52 行っている研修等の方法

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	206	90	7	4	0	103	1	106	43	53
施設内研修	67.0%	63.3%	42.9%	25.0%	0.0%	72.8%	100.0%	71.7%	74.4%	56.6%
法人内研修	18.4%	12.2%	14.3%	50.0%	0.0%	23.3%	0.0%	21.7%	11.6%	15.1%
外部研修	42.7%	45.6%	57.1%	50.0%	0.0%	38.8%	100.0%	38.7%	44.2%	49.1%
その他	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%	0.0%	0.9%	0.0%	0.0%
無回答	1.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.9%	0.0%	1.9%	0.0%	1.9%

看取りに関する対応マニュアルを作成している割合は、看取り実施施設全体では40.4%、特定施設入居者生活介護指定施設（一般型）では64.7%を占めた。なお、併設の介護保険施設がある場合、そちらで作成している対応マニュアルを利用している施設もみられた。

また、看取り後のカンファレンスは、取組の振り返りだけでなく担当職員の精神面のフォローアップという意味合いからも重要性が指摘されている。看取り後のカンファレンスは、看取り実施施設全体では38.2%、特定施設入居者生活介護指定施設（一般型）では56.1%が実施していた。

図表 3-1-53 看取りに関する対応マニュアルの作成状況

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	356	171	12	14	0	156	2	139	74	129
作成している	40.4%	32.2%	41.7%	35.7%	0.0%	49.4%	50.0%	64.7%	41.9%	16.3%
作成していない	41.0%	48.0%	41.7%	57.1%	0.0%	32.1%	50.0%	20.9%	43.2%	58.9%
その他	4.5%	5.3%	8.3%	0.0%	0.0%	3.8%	0.0%	4.3%	5.4%	4.7%
無回答	14.0%	14.6%	8.3%	7.1%	0.0%	14.7%	0.0%	10.1%	9.5%	20.2%

図表 3-1-54 看取り後のカンファレンス実施状況

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	356	171	12	14	0	156	2	139	74	129
行っている	38.2%	26.3%	33.3%	35.7%	0.0%	51.3%	100.0%	56.1%	29.7%	27.1%
行っていない	25.3%	32.2%	25.0%	42.9%	0.0%	16.7%	0.0%	18.0%	32.4%	27.1%
ケースにより異なる	23.0%	27.5%	33.3%	14.3%	0.0%	17.9%	0.0%	17.3%	29.7%	24.8%
無回答	13.5%	14.0%	8.3%	7.1%	0.0%	14.1%	0.0%	8.6%	8.1%	20.9%

6) 施設として看取りに取り組む意義（自由回答、抜粋）

施設として看取りに取り組む意義について、268 件の回答が寄せられた。

（看取りに対する考え）

- ・看取ることまでが介護と考えているから。（ケアハウス）
- ・看取りは、生活の一部と考えるため、特別なことではない。（ケアハウス）

（本人の希望の尊重）

- ・慣れ親しんだ場所・環境で最後を迎えることができる安心感。（養護老人ホーム）
- ・人生最期の場面を、本人が苦痛なく送りだすこと。（養護老人ホーム）
- ・入所者が住み慣れた環境で関係ができていた職員にケアしてもらうことで、より良い最期を迎えることができる。（養護老人ホーム）
- ・高齢者の看取りが施設内でできないと別の施設へ転所させることとなり利用者やその家族が不安を覚え精神的にも肉体的にも負担となると思われる。（養護老人ホーム）
- ・最も大事なこととして、看取りをする施設ということで、本人家族が安心して入所でき、生活できる。（養護老人ホーム）
- ・ご本人や代弁者としてのご家族の意向に沿うことで、本人の尊厳を守る。（ケアハウス）

（職員の成長、教育）

- ・ご本人、ご家族の要望に応えられる思いと職員が人として成長できるのではないかと考えます。（養護老人ホーム）
- ・いかなる入所者であっても最後まで満足していただけるよう対応する心構え。（養護老人ホーム）
- ・1 人の人間の尊厳の尊重を支える姿勢は支援者にとっても非常に大切な経験となり、その後の職務にプラスとなる。（養護老人ホーム）
- ・人生の完結の時まで、大切な人として尊厳をもって生活できるように支援していきます。それは職員にとっても一人ひとりが大切な存在であることの再確認につながります。（養護老人ホーム）
- ・最期まで責任をもてたという充実感。（養護老人ホーム）
- ・看取りに立ち会うことで入所者との関わりを振り返り、自らの仕事に対する姿勢を見直せる時間をつくれる。（養護老人ホーム）
- ・入居者の生活一部だけ見るのではなく、全体を見る意識を強く持てるようになった。（ケアハウス）
- ・人間の一生についてより深く考えることができ、お元気な時の過ごし方、接し方も変わる。（ケアハウス）

（他職種との連携・協力、チームケア力の向上）

- ・他職種との連携を通じて、様々な職種の価値観を知ることができ、すりあわせて実践していける。またご家族やご本人の思いを共有し、一緒に生活を考えていくことができる。（養護老人ホーム）
- ・入園者、ご家族の希望にそえる支援を提供することは不可欠である。命と向き合う時間は職員全員の資質・介護技術向上だけでなく人間的成長の機会ともいえる。（養護老人ホーム）
- ・チームケアの実践と向上を目指す。（ケアハウス）

（社会福祉法人、施設としての責任、使命）

- ・社会的責任、社会福祉法人の機能として取り組んでいる。（養護老人ホーム）
- ・終の棲家としての役割が地域内で必要。（養護老人ホーム）
- ・入院不可能な方へのセーフティネット。（養護老人ホーム）
- ・法人理念にかなう取り組みの一つとして捉えている。本人や家族の希望があれば可能な限り対応したい。（養護老人ホーム）
- ・養護老人ホームは特に、入居者の最後の住処となることが多く、家族との関係が希薄な方が多い。孤独感を持っている入居者の最後に寄りそうことは大きな意義がある。（養護老人ホーム）

- 今の多死時代、看護師を配置する施設においては看取り対応は必須であり、元気なうちから処遇してきた方の看取りを行うことは、専門職として貴重な経験である。（養護老人ホーム）
- 多様化する利用者のニーズに応えるには、経済面、保障人不在、等の問題もあり、看取りに取り組む意義が深いと考えられます。（養護老人ホーム）
- 社会との繋がり、社会貢献等いかにして社会と係わりを持ち日々過ごしていくか？ 養護老人ホームとしての役割も変化している。養護は通過点ではなく、最期までとの考えで看取り介護に取り組んでいる。（養護老人ホーム）
- 盲老人が安心して入所できる施設の存在。（盲養護老人ホーム）
- 介護の先にある避けられない死と本人の生涯に対して敬愛することが社会福祉施設としての理念と思う。（盲養護老人ホーム）
- 特定施設入居者生活介護施設として、人生の最後をここで迎えたいという利用者・家族の思いに可能な限り応えることが、介護施設としての役割であるとする。（ケアハウス）
- 全ての人生ステージを応援するという法人理念にのっとり実施している。（ケアハウス）
- 入居者の方が、ケアハウスでの最期を望まれるのであれば、できる限り応えることが施設としての責務である。取り組むことにより、選ばれる施設となる。（ケアハウス）
- 住みなれた場所で最後を迎えさせてあげたい。また、稼働率を安定させるため、入退院をくり返す人に看取りを入れて、往診医を確保している。（ケアハウス）

7) 看取りを実施するにあたっての課題（自由回答、抜粋）

施設として看取りを実施するにあたっての課題について、271 件の回答が寄せられた。

（協力、連携してくれる医療機関の確保が難しい）

- かかりつけ医であっても、往診してもらえない医療機関が少ない。又、土日、祭日や夜間など診療時間以外の受診や対応を断られるケースがあり、緊急時の対応についての不安がある。（養護老人ホーム）
- 各機関との連携が重要なキーポイントになりますが、十分な連携が取れていないように思います。特に医師との関係は気をつかいます。（養護老人ホーム）
- 全職員の意識だったり、嘱託医との意思疎通など共通認識が曖昧で進めて行くことの難しさを感じている。（養護老人ホーム）
- 急変時医療機関との連携に不安はないか？（施設側が望む対応をしてもらえるか？）（養護老人ホーム）
- 夜間の医療体制が困難（医師・看護師がいらない）、深夜の訪問診療が不可能。（養護老人ホーム）
- 主治医が外部の医療機関である場合、施設の配置医師との連絡調整や服薬の管理・変更等手続きが煩雑になることがある。（ケアハウス）
- 死亡診断書の交付が診療後24時間以内でなければならないためかかりつけ医が休診中、先生が不在時の場合、対応に困る。先生が不在時には救急搬送をしている。（ケアハウス）
- 亡くなる時間帯によっては、医師の往診に時間がかかり、ご家族を待たせてしまうことがある。（ケアハウス）
- 協力医がいても入居者ごとに主治医が違うため、関わりが困難なことがある。（ケアハウス）
- 主治医が1名体制で、急な体調不良、旅行時などの対応が難しい。また、高齢の方でもあることから、次を担ってくださる医師がいらないことの不安も大きい。（ケアハウス）
- 往診医・緩和病棟・介護サービスの連携が必要となる。（ケアハウス）
- その場所での出来ることと出来ないことを、本人・家族・医師・職員がしっかり話し合い理解してからのスタートでないと、看取りはできない。それぞれの負担も大きい中、良い連携がないと成り立たない。医師の考え方はとても大切。チームワークと看護師をはじめとするチーム全体の知識や技術力も重要と考える。（ケアハウス）

（職員の確保、人員不足）

- 施設職員が少なく、確保も難しい現状であるため、職員の増員と人員確保が必要。（養護老人ホーム）
- 看護師、介護職員の人材養成と確保。（養護老人ホーム）
- 養護老人ホームは職員数も少なく、看取りが増えると人員的に日常業務（通常）に支障が大きい。人員増が望ましいが、経費的に困難である。（養護老人ホーム）
- 看護師配置が不十分（看取りを現状の医療・介護の制度で実施することは困難）（軽費A型）
- ケアハウスにおいて外部（医療機関など）との連携は何とか構築できたとしても、施設側の人員（増員）確保に伴う予算確保が難しい。（ケアハウス）
- 職員の配置数が少ない。元気高齢者の予防支援と、長く生活されて高齢化重度化した入居者の支援は全くちがうので、職員をもっと増やして双方の充実を図りたいと思うが…。 （ケアハウス）
- 少ない職員体制で、誰がすき間の部分を担うのか。職員体制を厚くするのか、インフォーマルの部分を増やすのか。（ボランティア、家族 etc.）。体制整備を行わないと難しい。（ケアハウス）

（職員負担の大きさ）

- 職員の身体的・精神的負担が大きい。（養護老人ホーム）
- 一人夜勤のため、特に夜間帯の急変時の対応や医療行為への不安。（養護老人ホーム）
- 夜間は夜勤者1名と宿直者1名で対応しているので、夜勤者に負担がかかり、家族が遠方で、すぐ来られない時、遺体を長時間預かるようになったり、死後処置を2人でするため、職員が急に来られない時があり、職員の負担が大きくなります。死後手続きも遅くなります。（養護老人ホーム）
- 看護、介護には精神的な不安とこまめな巡回やケアなど業務量増加の負担。看護師にはオンコール対応が頻回となり、夜間呼び出し対応で翌日の勤務に負担あり。家族関係が複雑だったり、疎遠だったりすると、キーパーソン以外の親族への対応が負担になる。（養護老人ホーム）

- ・一人夜勤のため、感染症蔓延の冬季のバイタル測定、急変時が重なった時等、夜勤者は計り知れない精神的重圧と体力的負担大きい。(養護老人ホーム)
- ・夜間帯は1名の職員が、他の利用者へのサービス提供から、家族連絡及び対応、また、医師への連絡、死後の事務処理など、職員1名での看取り介護は負担が大きすぎる。(養護老人ホーム)
- ・遺体を長時間施設で安置する不安感が職員に残った。(特に夜間)。(盲養護老人ホーム)
- ・日中は職員が数名いるので急変時にも対応ができるが、夜間帯は1名のため、他入所者様への対応が難しい。(盲養護老人ホーム)
- ・各書類が増大になり、その分スタッフの負担も大きい。(ケアハウス)
- ・夜間帯に急変される方、不穏の方等が重なると職員の負担が大きくなる。(ケアハウス)
- ・看取りの期間が長期化するにつれて、職員のモチベーションの低下。(ケアハウス)
- ・他入居者の方へもある程度の説明と理解をしていただく必要があるが、各人の認知具合によっては難しい。(ケアハウス)

(職員の知識、スキルが不十分)

- ・看取りに対する医療的な知識、技術が重要だが、病院との連携、また看護師、特に介護職員の医療に対する知識、理解力等対応が難しい。(養護老人ホーム)
- ・痛みや精神不安定がある場合、夜勤者がどこまで対応できるか？(養護老人ホーム)
- ・ケアハウスの入居者として軽・中介護者を想定しており、職員の自覚や教育が不足している(ケアハウス)
- ・経験の浅い介護職員への指導や、施設全体での資質の向上が必要である。(ケアハウス)

(本人意思の尊重が難しい、家族、親族の理解、協力が得られない(得られにくい))

- ・看取りを実施する際、親族、医師を含めて事前に確認していても、死に直面した際、親族の心の変化もあり、施設の対応について、不満が出ることもある。(養護老人ホーム)
- ・本人が希望しても、急変時は家族の意見が優先される。病院への搬送の事例が多く感じる。本人の意思が尊重されないことは仕方ないと思うががゆさを感じる。(ケアハウス)
- ・家族間での意見がバラバラになってしまう。特に今まで近くにいなかった方が反対する等がある。(ケアハウス)
- ・職員へ高い質を求めてくる家族への対応が大変(ドラマや映画の看取りのシーンを施設でも行っていると思う)。(ケアハウス)
- ・ご家族がいない方が増え、または関係が薄い方が増え、連絡がとりにくいことがある。(ケアハウス)

(身寄りのない方への対応)

- ・身元引受人不在の場合の死後事務については、行政の協力があれば可能。本人の意思確認ができない状態での入所及び家族不在の場合の看取りの是非の判断は難しい。(養護老人ホーム)
- ・身元がないケースや身元が希薄な場合、医師から状態の説明を受け、看取りを希望するかの確認があいまいとなるケース多い。(養護老人ホーム)
- ・死後事務では、身元引受人がいない場合、経済的困窮者の場合など、葬祭費用等、後々まで問題となる。(養護老人ホーム)
- ・引き取り手のない遺骨がかなり残されていることも問題。(養護老人ホーム)
- ・(施設葬も対応しているが)業務的負担は大。(養護老人ホーム)
- ・相続権がない身元引受人が葬儀等行う時の費用等。(養護老人ホーム)
- ・家族がいない入居者に対し、エンディングに対する聞き取り(本人の希望と家族の希望)を、生前からしっかりすること。(ケアハウス)

（残置物の取り扱い）

- ・生保対象外の方で金銭的余裕がない場合、死後の手続きや支払いが、大変である。行政窓口や銀行でなかなか理解が得られない。（養護老人ホーム）
- ・残置物処理ですが、家人からは「いるものがあれば、使ってください」と申し出あるも、あまり使用につながるものなく、処分に困ることが多々あり。（養護老人ホーム）

（設備面）

- ・最後はその人らしい状態で看取りたいと思うが、施設が個室ではないため不自由をかけているのではないかと（養護老人ホーム）
- ・相部屋の方への影響。（養護老人ホーム）
- ・他の利用者への配慮の意味での静養室や霊安室等の設備が不十分（ケアハウス）
- ・医療器機も充実していないため、手厚い看取りは難しい。（ケアハウス）

（制度面の課題（報酬、加算））

- ・特定施設ではないので看取り加算の請求ができず、時間外勤務手当など人件費にも影響が出てきて厳しい。（養護老人ホーム）
- ・人員配置基準の見直し
- ・加算対象の拡大、措置費の見直しが必要と考える。（養護老人ホーム）
- ・看取り介護を実施するためには、必要時に職員の増員、夜勤者の配置等が必要になり、介護保険施設でなくとも、看取り介護加算等がつく必要があると思う。（軽費 A 型）
- ・看取り介護施設として位置付けるなら、介護保険での加算等の裏付けをすべきである。（ケアハウス）
- ・どのような看取りを行うかは、事業所毎の競争分野。加算取得を質の担保とする形を改め、本体報酬で長期的な事業計画を策定できる様、変化を求める。（ケアハウス）
- ・加算の算定要件が厳しすぎる。（加算開始までの期間が長く、長い人で数年かかることがあり、そこまでの労力・時間人員等全てを確保するのが難しい。）（ケアハウス）

8) 地域の医療機関や自治体に対して期待すること（自由回答、抜粋）

地域の医療機関や自治体に対して期待することについて、693 件の回答が寄せられた。

【地域の医療機関に対して】

（医療機関の協力、連携）

- ・関係する医療機関の理解・協力が不可欠であるとする（現在の協力医からは断られている）。（養護老人ホーム）
- ・在宅医療は、何よりも医師の協力が一番です。医師の判断で看護師・支援員は動けますので適格なアドバイスをしていただきたい。（養護老人ホーム）
- ・かかりつけ医以外（他科）への受診は、看取り期になると難しい。是非往診をしてもらえる医療機関が増えることを望んでいます。協力医療機関自体が医療チームを組んで頂けると、非常にありがたい。（養護老人ホーム）
- ・急変時や施設での医療対応が難しくなった場合に、迅速に入院を受け入れてくれる医療機関をつくるようにしてほしい。（養護老人ホーム）
- ・24 時間電話相談・対応してくれる訪問看護ステーションや医療機関。（養護老人ホーム）
- ・施設入所継続が困難化（認知症や病状の進行等）した場合の入院・移動についての協力体制があると、中間施設として医療的ケアの必要な方の受入も増やせると思う。（養護老人ホーム）
- ・在宅や施設での生活が継続できるよう、退院前・退院後の医療専門職からの指導や相談体制を構築してもらいたい。（養護老人ホーム）
- ・当事業所では、協力病院が隣接しており日々関わることができているが、中核病院や精神疾患など特別な支援が必要な医療機関との垣根の低い連携が必要と感じる。（養護老人ホーム）
- ・施設入所者の個人情報ではあるが、既往歴や現在の疾病、投薬情報など地域の医療機関や自治体がオンラインで情報共有できると良いと思う。（養護老人ホーム）
- ・医師が中心市街地に集中しているので、医療機関等の協力を得られるよう医師の数を増やしてほしい。（養護老人ホーム）
- ・過疎地域では交通の便が悪いところが多いため、地域ごと、施設ごとに定期的に回診していただけるとありがたいです。（ケアハウス）
- ・緊急時に家族がいなくても受け入れてくれる病院が必要である。（ケアハウス）

（養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウスに対する理解）

- ・養護と特養の違いなどを理解されていない自治体や医療機関も多数あり、制度の理解と、連携の必要性について、考えていただきたい。（養護老人ホーム）
- ・養護老人ホームに関する理解が乏しい。施設としての受け入れの限界を知ってほしい。個人情報を扱うために、情報共有の場面で逆に壁になることが非常に多い。（養護老人ホーム）
- ・養護老人ホームをよく理解されていない福祉事務所、医療機関が多いように思われるので、もっと理解を深めてほしい。（養護老人ホーム）
- ・特に医療機関が、軽費 A 型に対する理解がとぼしい。（軽費 A 型）
- ・医療機関は「施設」とひとくくりにせずに、ケアハウスの自立型タイプがどのような体制になっているか、できることとできないことの理解をお願いしたい。（ケアハウス）

【自治体に対して】

（関係部署・機関とのネットワーク構築）

- ・地域包括ケアシステムの検討と同時にこの問題を捉え、大きな枠組みの中で計画的に考えていくことを期待。（養護老人ホーム）
- ・各自治体は医療介護に精通した人員を増やしアウトリーチを強化し、各在宅訪問巡回等の頻度向上を図る。地域医療機関は、当番制等により 365 日、24 時間体制を構築しいつでも受入れ可能な状態を敷いてほしい。（養護老人ホーム）
- ・在宅診療を充実するためには、行政も中に入り積極的に参加してもらい、在宅診療・医療等の連絡会を実施してもらいたい。（養護老人ホーム）
- ・施設では、医師の配置が義務付けされていますが、地域の医療機関に従事する医師も忙しく、嘱託医への就任を依頼しても断られることもあったため、自治体も、このような事案が発生した際は、仲介役として対処してほしい。（養護老人ホーム）
- ・地域包括支援センターや、病院の医療連携室、地域の施設等と合同で、情報交換やケアについて話し合える場があれば、地域に密着した、本人に必要なケアができ、入所者に還元できるのではないかとと思われる。（養護老人ホーム）
- ・ケアマネージャーが、医師と連携しやすくなるようにしてほしい。（養護老人ホーム）
- ・施設の実態を理解していただくために、自治体開催の医療・ケアマネ会議などに、計画作成担当者も参加する機会があれば良い。（養護老人ホーム）
- ・訪問診療や往診が 24 時間 365 日可能な医療機関の確保。低所得者・生活保護受給者でも受診可能な訪問診療・往診・訪問歯科診療の確保と自治体、保険者の理解。（養護老人ホーム）
- ・さまざまな事例検討を通してケース検討をしていく場をつくったほうがよい。まだまだ医療機関と介護関係者が話をする機会が少ないと感じる。（盲養護老人ホーム）
- ・互いに顔の見える関係づくりをはじめる必要がある。行政、医療機関に軽費 A 型の役割を理解していただきたい。（軽費 A 型）
- ・介護施設での医療的ケアを必要とする高齢者の受け入れや看取りを行うためには、看護師不足は深刻であり、その確保が必要である。地域が一体となってケアハウス等を在宅医療・介護の拠点とするには、地域医師会や救急医療を担う病院との連携が必要であり、行政が積極的に施設と医療機関との関係構築に関わってほしい。（ケアハウス）

（情報発信、情報共有）

- ・看取りについての相談先になってほしい。また、医療・介護だけでなく、地域住民へも「看取りとは？」というテーマでのシンポジウム、研修があると、意識のズレなど減っていくと思う。（養護老人ホーム）
- ・医療機関や自治体の取り組み、情報を知りたい。（養護老人ホーム）
- ・看取り、延命治療、緩和ケア、家族の心のケア等について、地域住民に対する情報提供や教育の場をつくってもらえるとよいと思います。（軽費 A 型）
- ・自治体は、地域の医療機関や施設の情報を把握して、情報提供をお願いしたい。ケアハウスでは、在宅医療が必要な入居者の受け入れが難しく、他の施設を紹介することも多いため。（ケアハウス）

（入所（居）者の確保）

- ・養護老人ホームの特性を理解し、有効に活用してほしい。行政も、措置控えではなく、他に有効性を検討し、活用できる方法を考えてほしい。（養護老人ホーム）
- ・職員の増員をするための、措置人員の増。（養護老人ホーム）

（自治体の関与）

- ・養護老人ホームに入所する高齢者は、身元引受人が明確ではない。あるいはいない人々であることを、措置権者である自治体がよく理解し、措置後の生活を施設職員とともに支えていただきたい。（養護老人ホーム）
- ・身寄りのない方等はお元気な時から行政の方と協力していけると良いと考えるので積極的に関わってほしい。相続の問題等で難しい時は弁護士等を紹介してほしい。死後の検死等法律的なことを一般の方にも広く理解していただき、警察が関わることへの抵抗感を減らしてほしい。（養護老人ホーム）
- ・自治体には、地域医療体制によって対応が異なることがないように、広域的な取組と方針を示してほしい。（ケアハウス）

（養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウスに対する理解）

- ・「看取り」の問題だけでなく、養護老人ホームの現状の理解を深めてほしい。養護＝軽度ではない。特養が避けていくような多問題、課題を有する入所者は年々増えている。（養護老人ホーム）
- ・自治体担当者が知識、経験不足、また意欲が乏しいので連携が危ぶまれる。（盲養護老人ホーム）
- ・地域包括支援センター職員のなかには、軽費老人ホーム・ケアハウスの支援内容を理解していない人が多い。各施設の業務内容を理解していただきたい。（軽費 A 型）
- ・自治体の方には、医療と介護の隔たりや介護職が医療的ケアに関わる際の負担を理解してほしい。（ケアハウス）

（財政的支援）

- ・日頃から医療機関との協力体制の維持と緊急時の即応体制の確保・看取り介護を実施するうえで職員の増員配置に対する自治体の経済的支援。（養護老人ホーム）
- ・本人、家族支援の観点から個室環境、家族の休憩場所等、構造的に解決しなければならない課題も多い。現状、建物の老朽化の問題に直面しており、改築予定もない中、積極的な看取りの対応に取り組める状況の整備は難しいと考える。（養護老人ホーム）
- ・医療的ケア・看取り介護を実施するには、職員の増員が必要と思いますので運営費の増額を図っていただきたい。（養護老人ホーム）
- ・人員配置基準の見直し、施設の老朽化に対する資金援助。（軽費 A 型）
- ・喀痰吸引研修受講へのサポート（料金、研修場所）の補助があれば、支援の幅が広がると思う。（ケアハウス）

【制度に対して】

（報酬、加算）

- ・ 特定施設でなくても看取りに対する加算を願います。（養護老人ホーム）
- ・ 施設で身取りケアを行っていかなくてはならない状況が多くなっている中、それに対する加算等をつけていただくことで職員の配置数等を充実させていく方向で考えていただきたい。（養護老人ホーム）
- ・ 急変時、看取り時に適切に Dr.や看護師を院外に出せる仕組みと相応な報酬設定をしてほしい。介護保険施設で行われていることを行政が認可するのであれば、軽費 A 型にも認めてほしい。（軽費 A 型）

（人材確保）

- ・ マンパワー確保のための、助成金や人材紹介が先決である。（養護老人ホーム）
- ・ 高齢化が進み医療の必要性が高まる中で、入院医療ではなく在宅医療で対応しようとしても、医療・介護分野は人材確保が困難を極める状況の中で構想が実現できるのか疑問である。人材確保対策を早急に進めて欲しい。（養護老人ホーム）

（入所（居）者の確保）

- ・ 看取り死が「変死」の扱いを受けないよう、協力病院において主治医（嘱託医）以外の医師であっても 24 時間死亡診断書が作成できるよう体制をとっていただくこと。（養護老人ホーム）
- ・ 地域の医療機関の往診、在宅での看取りの協力体制、また、看取り加算等を措置費の中に組み込んでいただきたい。重度化しているための人員配置の改正等。（養護老人ホーム）
- ・ 養護老人ホームの嘱託医が応診できる体制が整えば看取り介護がより進めやすくなる。（養護老人ホーム）
- ・ 訪問診療や往診等緊急時の対応をしてくれる医療機関との連携がなくては医療依存度の高い入居者への対応はできない。また、平時でも訪問介護サービスを受けることで看取りもスムーズになると考えるが、外部サービスの報酬が低いことでなかなかサービスを受けられない問題がある。養護や軽費等の施設でも在宅と同等の医療サービスがうけられない現状では施設内の看取りは難しいと思います。（養護老人ホーム）
- ・ 医療機関等に入院された方が、医療機関の入院期間の制限により、退院しなければならなくなるが、当地域では単身世帯や老老世帯が多く、在宅に戻れる可能性が低く、戻れても、在宅の介護サービスには限界があり、施設への入所や、実際はショートステイ利用が多くなっている。そういう方の、介護保険以外での受け入れや、サービスの充実をお願いしたい。（養護老人ホーム）
- ・ 在宅医療がスピーディに促進されるように、在宅医療への取組を制度上義務化したり、報酬上のインセンティブやペナルティを設定してはどうか。（ケアハウス）

(8) 施設運営に関する諸課題

ここでは、養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスの運営面に関する課題の把握を目的として、「入所（居）者の確保、支援内容」、「職員の確保」、「自治体との関わりや制度運用」の3つの視点から施設運営上の課題把握を行った。

1) 入所（居）者の確保、支援内容等に関して

養護老人ホームでは、「入所（居）者の確保」とともに、要介護状態の入所（居）者に対する支援負担、認知症や精神疾患、集団生活に馴染めない高齢者への対応への負担等を指摘する割合が上位を占めている。

また、軽費老人ホーム・ケアハウスにおいても、要介護状態の入所（居）者に対する支援負担、認知症や精神疾患のある高齢者への対応負担、「入所（居）者の確保」などが上位を占める。なお、軽費老人ホーム A 型や B 型施設では、施設の老朽化・バリアフリー未対応のために入所（居）者支援に要する負担が大きいことも指摘されている。

図表 3-1-55 入所（居）者の確保、支援内容等に関する課題

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	1453	503	34	125	7	743	38	314	187	903
入所(居)者の確保が困難である	48.7%	59.4%	73.5%	44.0%	28.6%	42.7%	18.4%	42.0%	57.8%	49.5%
身元保証人や緊急連絡先のない高齢者等からの相談が増加している	45.6%	38.6%	44.1%	63.2%	57.1%	47.2%	47.4%	36.0%	36.9%	50.7%
(軽費・ケアハウス)入居費用負担が困難になる利用者が増加している	18.5%	3.2%	0.0%	42.4%	14.3%	25.2%	26.3%	22.6%	4.3%	19.9%
要介護状態の入所(居)者が多く、介護保険サービス以外にかかる職員負担が大きい	56.6%	66.0%	58.8%	59.2%	14.3%	51.1%	34.2%	40.1%	64.2%	61.5%
認知症による周辺症状対応への負担が大きい	55.2%	59.6%	61.8%	51.2%	28.6%	54.1%	34.2%	54.5%	57.8%	55.5%
精神疾患を抱える入所(居)者への生活支援が難しい	51.3%	66.4%	64.7%	51.2%	0.0%	41.9%	39.5%	47.1%	66.3%	50.5%
医療的ケアや看取り介護に対する負担が大きい	13.4%	18.3%	32.4%	10.4%	0.0%	10.2%	7.9%	19.7%	17.6%	11.0%
施設内での集団生活に馴染まない入所(居)者への生活支援が難しい	45.1%	53.5%	50.0%	36.8%	28.6%	40.6%	50.0%	39.8%	49.2%	46.6%
虐待やDVを受けた高齢者へのケアが難しい	5.6%	10.1%	2.9%	10.4%	0.0%	2.3%	0.0%	3.5%	8.0%	6.0%
建物設備の老朽化やバリアフリー未対応のため、入所(居)者の支援に要する負担が大きい	23.3%	35.8%	26.5%	50.4%	42.9%	11.0%	0.0%	11.1%	36.4%	25.5%
本人の状態にあった移行先(介護施設や地域内の住宅等)の確保が難しい	30.1%	34.0%	23.5%	32.8%	14.3%	26.2%	50.0%	21.7%	25.7%	33.6%
その他	5.6%	3.8%	0.0%	7.2%	0.0%	7.0%	5.3%	5.4%	4.3%	6.2%
無回答	3.2%	2.6%	0.0%	1.6%	0.0%	3.9%	5.3%	4.1%	2.7%	2.7%

2) 職員の確保等に関して

職員の確保等に関しては、施設共通の課題として「介護職員・看護職員の確保・定着が困難」であることが指摘されており、養護老人ホームや特定施設入居者生活介護（一般型）では70%以上が困難であると回答している。

図表 3-1-56 職員の確保等に関する課題

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	1453	503	34	125	7	743	38	314	187	903
介護職員・看護職員の確保・定着が困難	56.8%	72.6%	73.5%	52.0%	0.0%	46.8%	52.6%	72.6%	75.4%	47.4%
施設が介護保険制度の対象が否かにより法人内で介護職員の給与格差が生じている	25.2%	22.7%	23.5%	31.2%	0.0%	25.6%	39.5%	14.3%	12.3%	31.7%
職員の教育や研修に関する取り組みが十分にできていない	27.2%	30.0%	8.8%	23.2%	14.3%	26.6%	31.6%	32.8%	28.9%	25.2%
その他	7.4%	5.8%	5.9%	8.0%	42.9%	8.1%	7.9%	4.8%	5.9%	8.6%
無回答	19.3%	10.9%	14.7%	16.8%	42.9%	25.2%	23.7%	12.4%	10.7%	23.1%

3) 自治体との関わりや制度運用に関して

自治体との関わりや制度運用に関しては、「職員配置基準が現状の入所（居）者層に適合していない」（40.2%）ことや、「自治体職員が施設のことを理解していない」（34.4%）、「自治体において施設の建替え・改修補助費確保が困難である」（31.5%）を指摘する回答が上位を占めた。

また、養護老人ホームでは「入所判定機会が少ない、入所判定が画一的で柔軟性がない等」など自治体の入所判定運用面での課題を指摘する割合も少なくない。

ケアハウスの20年問題（20年経過後の居住費徴収が認められていない）に回答した割合はケアハウスの10.5%であり、現時点では一部地域における課題であることが窺える。また、経過型施設である軽費A型施設では、「福祉医療機構による施設の建替え・改修補助が利用できない」ことを課題としてあげている施設も一部にみられた。

図表 3-1-57 自治体との関わりや制度運用面での課題

	合計	施設種別						特定施設入居者生活介護		
		一般養護	盲(聴)養護	軽費A型	軽費B型	ケアハウス	都市型軽費	一般型	外部サービス利用型	未指定個別契約
回答数	1453	503	34	125	7	743	38	314	187	903
自治体や地域包括支援センターと情報共有・意見交換する機会がない	25.3%	22.9%	38.2%	25.6%	14.3%	26.2%	26.3%	25.8%	25.7%	25.1%
自治体職員が施設のことを理解していない(措置制度や軽費老人ホームの理解が低い)	34.4%	38.2%	58.8%	50.4%	14.3%	27.9%	39.5%	28.3%	36.4%	36.5%
(養護)入所判定機会が少ない、入所判定が画一的で柔軟性がない等	14.7%	36.4%	58.8%	4.0%	0.0%	0.8%	0.0%	7.6%	32.6%	13.5%
(ケアハウス)20年経過後の居住費の徴収が認められていない	5.6%	0.2%	0.0%	2.4%	0.0%	10.5%	0.0%	5.4%	0.0%	7.1%
職員配置基準が現状の入所(居)者層に適合していない	40.2%	54.7%	41.2%	42.4%	0.0%	31.8%	13.2%	30.6%	50.8%	42.3%
自治体において施設の建替え・改修補助費確保が困難である	31.5%	33.6%	29.4%	47.2%	28.6%	28.8%	5.3%	21.0%	33.7%	35.2%
福祉医療機構による施設の建替え・改修補助が利用できない	5.4%	5.0%	2.9%	16.0%	0.0%	4.4%	0.0%	3.8%	7.5%	5.6%
その他	3.7%	4.6%	0.0%	3.2%	0.0%	3.6%	0.0%	3.5%	5.9%	3.4%
無回答	19.7%	12.7%	2.9%	16.0%	42.9%	24.5%	42.1%	25.5%	13.4%	17.8%

(9) 調査結果のまとめ

1) 医療的ケアが必要な高齢者への対応

【医療的ケアが必要な高齢者への対応状況と今後の意向】

入所（居）時から積極的に医療的ケアが必要な高齢者を受け入れている施設（22.7%）は決して多くないものの、入所（居）中に医療的ケアが必要になった場合に対応している施設（26.9%）と合わせれば、半数程度の施設が入所（居）者の医療的ケアに対応している実態が明らかとなった。

なお、この回答割合は、特定施設入居者生活介護の指定状況によって明確に差がみられることから、看護・介護の職員体制が大きく影響していることが窺える。

また、将来的な意向として「可能な限り受け入れたい」と回答した施設は28.9%、「受け入れは難しい」が61.3%を占めた。「受け入れは難しい」と回答した施設の中には、現在入所（居）者の医療的ケアへの対応を行っている施設も含まれており、職員負担が大きいことが回答に影響していることが窺える。

【医療的ケアが必要な高齢者を受け入れるための要件】

医療的ケアが必要な高齢者を受け入れるために必要な要件は下記のとおりであった。

この結果からは、施設内で医療的ケアを行う前提として入所（居）者本人や家族が施設内対応の限界を理解してもらう必要があること、また訪問診療や往診をしてくれる医師や緊急時の受入病院など医療機関等との関係構築の必要性、施設内の職員体制拡充や教育研修の充実が必要であることが窺える。

なお、看護職員がいないケアハウスや特定未指定施設においては、外部の専門機関（訪問看護、訪問介護）との連携の必要性を指摘する回答が寄せられている。

また、相部屋のある施設が多い養護老人ホームでは、個室化など施設環境整備の必要性も指摘されている。

（医療機関や訪問看護等の確保や利用）

訪問診療や往診が可能な嘱託医・協力医等の確保	62.2%
訪問看護ステーションや医療機関からの訪問看護の利用	48.0% ※1
状態急変時に入院できる病院の確保	63.2%
訪問介護サービスの利用（夜間帯等）	32.5% ※1

（本人や家族の理解）

施設内対応の限界に対する利用者本人や家族等の理解	66.2%
--------------------------	-------

（施設内の体制強化、環境整備）

施設の看護職員の配置・増員	56.5%
夜間帯の職員体制の増員	50.3%
併設事業所等の支援	16.7%
疾患や医療的ケア等に関する介護職員等への教育研修の充実	46.8%
個室化などの施設環境面の整備	14.6% ※2

※1：軽費老人ホーム・ケアハウス、特定未指定施設の回答割合が高い項目

※2：養護老人ホームの回答割合が高い項目

2) 看取りへの対応

【看取りの経験】

看取りの経験のある割合は回答施設全体では 24.5%であった。養護老人ホームでは 34～35%が、特定施設入居者生活介護の指定を受けている施設（一般型・外部サービス型）では 40%前後が看取りの経験があると回答している（未指定施設は 14.3%）。

また、施設の嘱託医師等が「臨時の往診」や「入所（居）者本人や家族への病状説明や指導」を行っている施設では看取り経験のある割合が 40%前後を占めており、嘱託医師等の業務内容が施設での看取り実施割合に影響していることが窺われる。

なお、併設施設・事業所の種類別にみると、介護保険施設を併設する施設の看取り経験割合は 22.9%であり、訪問・通所系サービスのみを併設する施設の経験割合 34.6%よりも低い。介護保険施設が併設されている場合、入所（居）者に看取り等の医療的ケアが必要になった際には、併設施設への転居により対応しているケースも少なくないと考えられる。このような施設では、施設内で看取りに取り組む必要性がないため、経験の有無だけでは判断できない側面もあることに注意が必要である。

【入所（居）者の希望と対応方針】

施設内での看取りについて「希望者はいる（過去にいた）」割合が 36.1%、「希望者はいない」が 42.7%、「把握していない」が 19.7%であった。「希望者はいる（過去にいた）」割合は特定施設入居者介護指定施設で高くなっており、これらの施設では入所（居）時から終の棲家として施設を選択している入所（居）者が少なくないことが窺える。

入所（居）者から施設内看取りを希望された場合の対応では、「他施設や医療機関に転居・入院してもらう」と回答した施設は 59.3%を占めた。「一定の条件が整えば対応する」と回答した施設は全体では 33.6%であるが、特定施設入居者生活介護指定施設では一般型が 57.6%、外部サービス利用型では 47.6%を占めており、未指定施設 22.8%とは大きく回答が異なっていた。施設職員の対応体制が大きく影響していることが窺える。

また、この対応方針に関しても嘱託医等の業務内容が影響していると考えられ、嘱託医師等が「臨時の往診」や「入所（居）者や家族への病状説明や指導」を行っている施設では「一定の条件が整えば対応する」割合が 46～51%を占めている。

なお、看取り希望者への対応方針は、看取り経験の有無によって回答が明確に分かれており、経験のある施設では「一定の条件が整えば対応する」割合が 86%を占めていた。

【施設内で看取りに取り組むための要件】

施設内で看取りを行うために必要な要件は下記のとおりであり、基本的には医療的ケアが必要な高齢者の受入要件と同じである。

結果からは、施設内で看取りを行う前提として入所（居）者本人や家族が施設内対応の限界を理解してもらう必要があること、また訪問診療や往診が可能な医師や緊急時の受入病院など医療機関等との関係構築の必要性、施設内の職員体制拡充や教育研修の充実が必要であることが窺える。

なお、看護職員がいないケアハウスや特定未指定施設においては、外部の専門機関（訪問看護、訪問介護）との連携の必要性が指摘されており、また、相部屋のある施設が多い養護老人ホームでは個室化など施設環境整備の必要性も指摘されている。

（医療機関や訪問看護等の確保や利用）

訪問診療や往診が可能な嘱託医・協力医等の確保	71.8%
訪問看護ステーションや医療機関からの訪問看護の利用	49.5% ※1
状態急変時に入院できる病院の確保	60.9%
訪問介護サービスの利用（夜間帯等）	36.9% ※1

（本人や家族の理解）

施設内対応の限界に対する利用者本人や家族等の理解	71.0%
--------------------------	-------

（施設内の体制強化、環境整備）

施設の看護職員の配置・増員	56.4%
夜間帯の職員体制の増員	57.4%
併設事業所等の支援	18.7%
看取り期のケアに関する介護職員等への教育研修の充実	63.1%
施設の看取り介護に対する方針	50.2%
個室化などの施設環境面の整備	18.5% ※2
看取り加算等の制度的裏付け	30.6%
身寄りのない入所（居）者の死後事務、残置物処理等の保証	43.2%

※1：軽費老人ホーム・ケアハウス、特定未指定施設の回答割合が高い項目

※2：養護老人ホームの回答割合が高い項目

3）看取りの実際（実施 356 施設を対象）

【看取りを始めたきっかけ】

看取りを始めたきっかけは、「施設の方針」が 41.3%を占めるものの、「入所（居）者本人や家族からの強い希望」(44.4%) や「受け入れてくれる病院・施設がなかった」(14.3%) など、やむを得ずに看取りに取り組み始めた施設が少なくないことがわかる。

また、看取りに取り組んでいる施設の約 4 割は特定施設（一般型）であるが、そのうち看取り加算を算定している施設は 43.2%にとどまっている。算定していない 62 施設が加算を算定していない理由は、「算定基準を満たしていない」が 40.3%（うち 2／3 は正看護師の配置要件である）、「手続きが面倒である」32.3%、「その他」27.4%であり、必ずしも加算を目的として看取りを実施しているわけではないことが窺える。

【対応可能件数】

対応可能な看取り件数は平均で 4.0 件／年、職員体制の手厚い特定施設（一般型）では 5.2 件／年であるが、看取りが複数重なった場合に「対応可能」と回答した施設は 24.2%にとどまっており、職員体制の面からも年間数件程度が限界であることが窺える。

【看取りへの対応体制】

看取りに取り組むにあたっては、教育研修やマニュアル等の必要性も指摘されている。また、担当職員の精神的フォローも欠かせない。今回の調査では、職員に対する看取りの教育研修を実施している割合は、看取り実施施設全体では57.9%、特定施設（一般型）では76.3%であった。また、看取り対応マニュアルを作成している割合は、看取り実施施設全体では40.4%、特定施設（一般型）では64.7%、看取り後のカンファレンス実施割合は、看取り実施施設全体では38.2%、特定施設（一般型）では56.1%であった。入所（居）者本人や家族からの希望や受入先がない等やむを得ない理由から看取りに取り組んだ施設が少なくないことから、現状では職員への教育研修や対応マニュアルの整備が追いついていないものと考えられる。

4）施設運営の課題

【入所（居）者の確保、支援内容、職員体制等】

施設共通の課題として、「介護職員・看護職員の確保・定着」が挙げられている。

養護老人ホームでは、「入所（居）者の確保」とともに、要介護状態の入所（居）者に対する支援負担、認知症や精神疾患、集団生活に馴染めない高齢者への対応への負担を指摘する割合が上位を占めている。

軽費老人ホーム・ケアハウスにおいても、要介護状態の入所（居）者に対する支援負担、認知症や精神疾患のある高齢者への対応負担、「入所（居）者の確保」などが上位を占める。なお、軽費A型やB型施設では、施設の老朽化・バリアフリー未対応のために入所（居）者支援に要する負担が大きいことも指摘されている。

養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウスともに、職員の確保・定着と同時に様々な生活支援ニーズを有する入所（居）者への支援に関する課題を抱えている実態が明らかとなった。

【自治体との関係、制度運用面】

自治体との関わりや制度運用に関しては、「職員配置基準が現状の入所（居）者層に適合していない」ことや、「自治体職員が施設のことを理解していない」、「自治体において施設の建替え・改修補助費確保が困難である」ことを指摘する回答が上位を占めた。養護老人ホームでは「入所判定機会が少ない、入所判定が画一的で柔軟性がない」など自治体の入所判定会議運用面での課題を指摘する割合も少なくない。

ケアハウスの1割は、いわゆる20年問題（20年経過後の居住費徴収が認められていない）に回答している。また、経過型施設である軽費A型では「福祉医療機構による施設の建替え・改修補助が利用できない」ことを指摘する回答も16%ほどあった。これらの課題は、今後の施設運営に大きく影響するものであり、国や自治体において対応を検討する必要があるのではないかと考えられる。

2 自治体向けアンケート調査

【実施概要】

(1) 目的

地域包括ケアシステムや地域医療構想の中で養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスが一定の役割を担うためには、これらの施設に対する自治体の意識が重要となる。本調査では、施設と自治体等との連携実態や地域での役割を把握するとともに、今後、低所得高齢者や退院者などの住まい確保と生活支援の提供が期待されるこれらの施設との連携の在り方や課題について自治体の意向を明らかにすることを目的に実施した。

(2) 調査実施概要

1) 調査時期

平成 29 年 11 月下旬～12 月下旬

2) 調査対象

全国の市町村（1,741 自治体）に対し、悉皆調査を実施した。

3) 調査方法

調査票の発送：郵送法（希望者には電子媒体で提供）

調査票の回収：郵送法（一部、電子媒体での回答あり）

4) 回収率

図表 3-2-1 自治体向けアンケート調査の回収状況

	発送数	回収数	回収率
自治体向け調査	1,741	913	52.5%

【調査結果の概要】

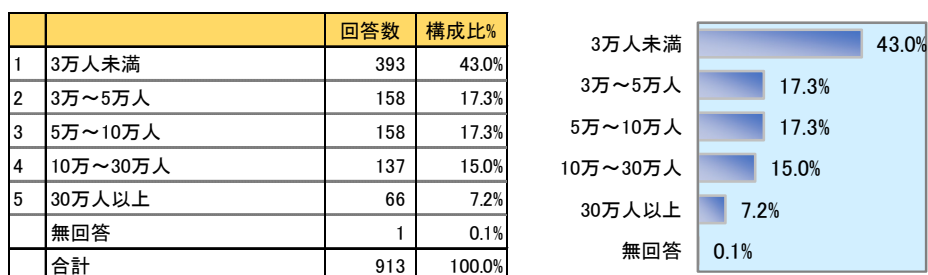
（１）養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウスとの関わり

１）回答自治体の属性

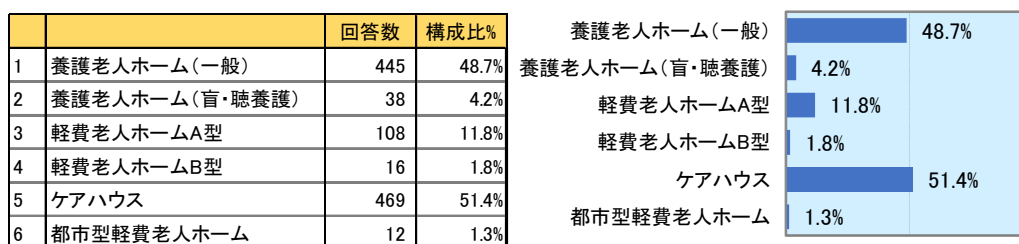
回答が寄せられた 913 市町村のうち、人口 3 万人未満の自治体が 43.0%を占めている。

自治体内の施設の有無では、養護老人ホーム（一般）のある自治体が 48.7%、ケアハウスのある自治体が 51.4%を占めるが、その他の施設については自治体内に施設がある割合は低い。

図表 3-2-2 回答自治体の人口規模



図表 3-2-3 自治体内に養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウスがある市町村



図表 3-2-4 自治体内に養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウスがある割合（人口規模別）

	合計	人口規模				
		3万人未満	3～5万人未満	5～10万人未満	10～30万人未満	30万人以上
回答数	913	393	158	158	137	66
養護老人ホーム（一般）	48.7%	29.0%	55.7%	54.4%	70.8%	90.9%
養護老人ホーム（盲・聴養護）	4.2%	1.5%	2.5%	1.9%	8.8%	19.7%
軽費老人ホームA型	11.8%	2.8%	7.0%	15.8%	23.4%	43.9%
軽費老人ホームB型	1.8%	0.0%	1.3%	1.9%	2.9%	10.6%
ケアハウス	51.4%	20.4%	58.2%	75.3%	84.7%	93.9%
都市型軽費老人ホーム	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%	1.5%	15.2%

図表 3-2-5 自治体内の施設定員数、養護老人ホームへの措置人数

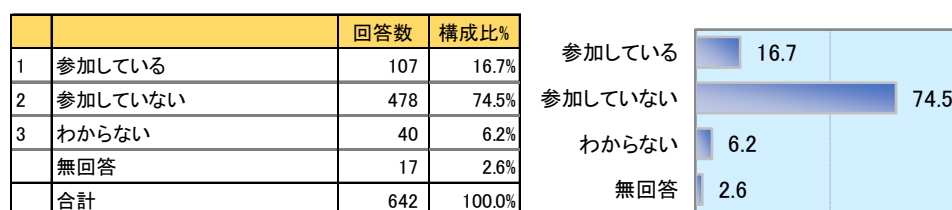
	合計	人口規模				
		3万人未満	3～5万人未満	5～10万人未満	10～30万人未満	30万人以上
養護老人ホーム（一般）	40,753	7,452	5,777	6,187	9,842	11,495
養護老人ホーム（盲・聴養護）	2,220	365	200	200	770	685
軽費A型	8,141	540	780	1,447	2,134	3,240
軽費B型	688	0	50	170	80	388
ケアハウス	53,058	2,976	4,980	7,791	12,825	24,486
都市型軽費	901	0	0	0	109	792
養護老人ホームへの措置人数	28,260	4,321	3,814	3,864	6,872	9,389
1自治体あたり措置人数（平均）	31.0	10.4	18.9	22.0	40.9	112.4

2) 日常生活圏域レベルの地域ケア会議への養護・軽費関係者の参加状況

※自治体内に養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウスがある市町村を対象

日常生活圏域レベルの地域ケア会議に、養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウス関係者が「参加している」割合は、養護又は軽費・ケアハウスのある自治体の16.7%であった。

図表 3-2-6 日常生活圏域レベルの地域ケア会議への養護・軽費関係者の参加状況



図表 3-2-7 日常生活圏域レベルの地域ケア会議への養護・軽費関係者の参加状況（人口規模、施設の有無別）

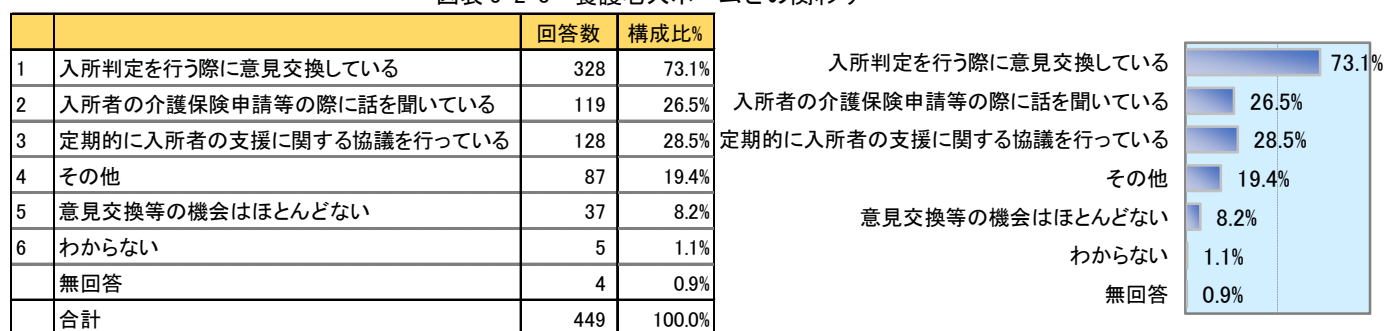
	合計	人口規模					施設の有無			
		3万人未満	3～5万人未満	5～10万人未満	10～30万人未満	30万人以上	養護あり	養護なし	軽費あり	軽費なし
回答数	642	180	129	138	129	66	449	193	500	142
参加している	16.7%	30.0%	10.1%	12.3%	9.3%	16.7%	17.4%	15.0%	14.8%	23.2%
参加していない	74.5%	63.3%	81.4%	79.7%	83.7%	62.1%	73.5%	76.7%	75.8%	69.7%
わからない	6.2%	2.8%	4.7%	5.8%	6.2%	19.7%	6.9%	4.7%	7.2%	2.8%
無回答	2.6%	3.9%	3.9%	2.2%	0.8%	1.5%	2.2%	3.6%	2.2%	4.2%

3) 施設との関わり

①養護老人ホームとの関わり（自治体内に養護老人ホームのある市町村）

養護老人ホームと関わる機会は、「入所判定を行う際に意見交換している」73.1%のほか、「定期的に入所者の支援に関する協議を行っている」28.5%、「入所者の介護保険申請等の際に話を聞いている」26.5%の順であった。「意見交換等の機会はほとんどない」も8.2%みられた。

図表 3-2-8 養護老人ホームとの関わり



図表 3-2-9 養護老人ホームとの関わり（人口規模、施設の有無別）

	合計	人口規模					施設の有無			
		3万人未満	3～5万人未満	5～10万人未満	10～30万人未満	30万人以上	養護あり	養護なし	軽費あり	軽費なし
回答数	449	115	89	87	98	60	449	-	307	142
入所判定を行う際に意見交換している	73.1%	77.4%	77.5%	73.6%	74.5%	55.0%	73.1%	-	72.0%	75.4%
入所者の介護保険申請等の際に話を聞いている	26.5%	32.2%	32.6%	23.0%	20.4%	21.7%	26.5%	-	25.1%	29.6%
定期的に入所者の支援に関する協議を行っている	28.5%	18.3%	23.6%	32.2%	39.8%	31.7%	28.5%	-	31.3%	22.5%
その他	19.4%	16.5%	18.0%	16.1%	19.4%	31.7%	19.4%	-	20.8%	16.2%
意見交換等の機会はほとんどない	8.2%	7.0%	5.6%	9.2%	10.2%	10.0%	8.2%	-	9.1%	6.3%
わからない	1.1%	0.9%	0.0%	0.0%	1.0%	5.0%	1.1%	-	1.3%	0.7%
無回答	0.9%	1.7%	2.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%	-	0.7%	1.4%

②軽費老人ホーム・ケアハウスとの関わり（自治体内に軽費老人ホーム・ケアハウスのある市町村）

軽費老人ホーム・ケアハウスと関わる機会は、「入居者への支援に関する相談を受けている」32.4%、「介護保険申請等の際に話を聞いている」29.6%など一定割合を占めるものの、「意見交換等の機会はほとんどない」自治体が35.6%を占めている。

図表 3-2-10 軽費老人ホーム・ケアハウスとの関わり

		回答数	構成比%		
1	入居者の介護保険申請等の際に話を聞いている	148	29.6%	入居者の介護保険申請等の際に話を聞いている	29.6%
2	入居者への支援に関する相談を受けている	162	32.4%	入居者への支援に関する相談を受けている	32.4%
3	その他	66	13.2%	その他	13.2%
4	意見交換等の機会はほとんどない	178	35.6%	意見交換等の機会はほとんどない	35.6%
5	わからない	36	7.2%	わからない	7.2%
	無回答	31	6.2%	無回答	6.2%
	合計	500	100.0%		

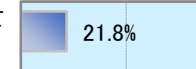
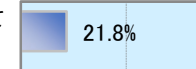
図表 3-2-11 軽費老人ホーム・ケアハウスとの関わり（人口規模、施設の有無別）

	合計	人口規模					施設の有無			
		3万人未満	3～5万人未満	5～10万人未満	10～30万人未満	30万人以上	養護あり	養護なし	軽費あり	軽費なし
回答数	500	88	101	126	119	66	307	193	500	-
入居者の介護保険申請等の際に話を聞いている	29.6%	59.1%	30.7%	22.2%	23.5%	13.6%	20.5%	44.0%	29.6%	-
入居者への支援に関する相談を受けている	32.4%	48.9%	35.6%	27.0%	28.6%	22.7%	28.3%	38.9%	32.4%	-
その他	13.2%	11.4%	11.9%	7.1%	13.4%	28.8%	13.0%	13.5%	13.2%	-
意見交換等の機会はほとんどない	35.6%	13.6%	28.7%	54.8%	40.3%	30.3%	40.4%	28.0%	35.6%	-
わからない	7.2%	3.4%	6.9%	4.0%	10.1%	13.6%	8.5%	5.2%	7.2%	-
無回答	6.2%	5.7%	9.9%	4.8%	5.9%	4.5%	6.2%	6.2%	6.2%	-

4）養護老人ホーム入所判定委員会の開催方法

養護老人ホーム入所判定委員会の開催方法では、「必要に応じて随時開催（決裁）」が56.0%、「定期的に開催し、あわせて必要に応じて随時開催（決裁）」が21.8%であった。

図表 3-2-12 養護老人ホーム入所判定委員会の開催方法

		回答数	構成比%			
1	定期的に開催し、あわせて必要に応じて随時開催（決裁）している	199	21.8%	定期的に開催し、あわせて必要に応じて随時開催（決裁）している		21.8%
2	定期的な開催のみ	83	9.1%			9.1%
3	必要に応じて随時開催（決裁）している	511	56.0%	必要に応じて随時開催（決裁）している	56.0%	
4	入所判定委員会を設置していない	43	4.7%	入所判定委員会を設置していない		4.7%
	無回答	77	8.4%			8.4%
	合計	913	100.0%	無回答		

図表 3-2-13 養護老人ホーム入所判定委員会の開催方法（人口規模、施設の有無別）

	合計	人口規模					施設の有無			
		3万人未満	3～5万人未満	5～10万人未満	10～30万人未満	30万人以上	養護あり	養護なし	軽費あり	軽費なし
回答数	913	393	158	158	137	66	449	464	500	413
定期的に開催し、あわせて必要に応じて随時開催（決裁）している	21.8%	16.3%	19.0%	25.9%	35.0%	24.2%	28.7%	15.1%	25.6%	17.2%
定期的な開催のみ	9.1%	7.1%	2.5%	10.8%	10.2%	30.3%	12.9%	5.4%	10.2%	7.7%
必要に応じて随時開催（決裁）している	56.0%	55.5%	72.2%	58.2%	48.2%	30.3%	49.9%	61.9%	54.8%	57.4%
入所判定委員会を設置していない	4.7%	8.7%	0.6%	1.9%	1.5%	4.5%	0.9%	8.4%	2.4%	7.5%
無回答	8.4%	12.5%	5.7%	3.2%	5.1%	10.6%	7.6%	9.3%	7.0%	10.2%

（２）在宅医療・介護連携の取組

現在、全国の自治体では、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、在宅医療と介護サービスを一体的に提供するために、医療機関と介護サービス事業者などの関係者の連携推進を目的とした「在宅医療・介護連携推進事業」に取り組んでいる。

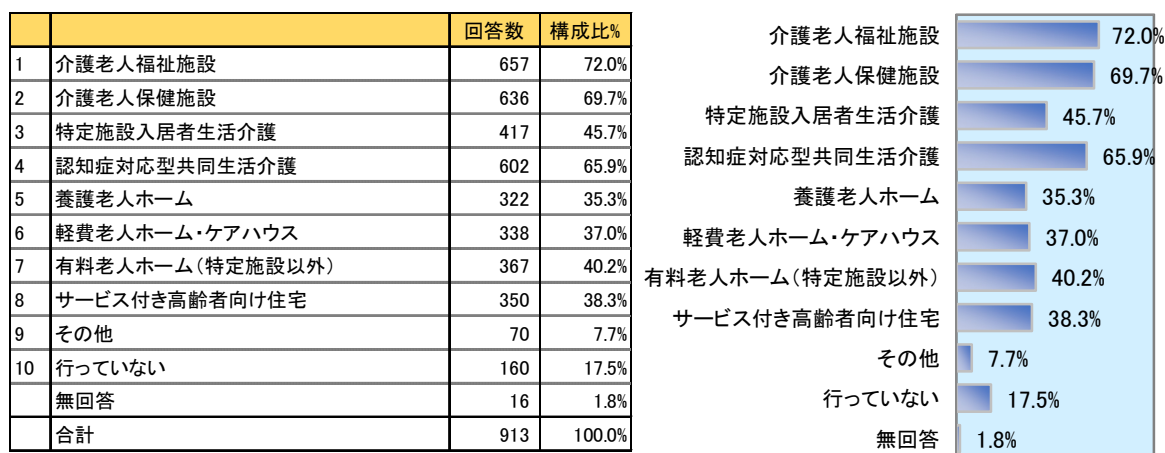
本調査では、この在宅医療・介護連携推進事業において養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスがどの程度関与できているのかを把握するため、各自治体の取組状況等の把握を行った。

１）在宅医療が必要な高齢者の自宅以外の居所として情報収集・提供している施設等

在宅医療が必要な高齢者の自宅以外の居所として情報収集・提供している施設種類では、介護保険施設（特養、老健）や介護保険居住系サービス（特定施設、グループホーム）が上位を占めている。養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスを対象としている割合は35～37%であった。

ただし、自治体内に養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスがある自治体では、これらの施設も対象としている割合は50%を超えている。

図表 3-2-14 在宅医療が必要な高齢者の自宅以外の居所として情報収集・提供している施設等



図表 3-2-15 在宅医療が必要な高齢者の自宅以外の居所として情報収集・提供している施設等（人口規模、施設有無別）

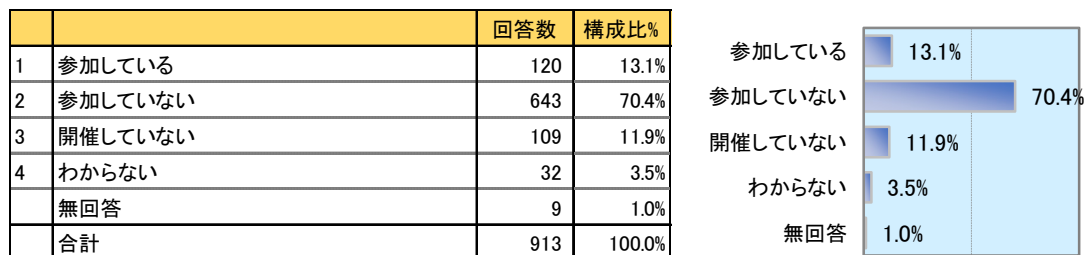
	合計	人口規模					施設の有無			
		3万人未満	3～5万人未満	5～10万人未満	10～30万人未満	30万人以上	養護あり	養護なし	軽費あり	軽費なし
回答数	913	393	158	158	137	66	449	464	500	413
介護老人福祉施設	72.0%	72.0%	74.7%	74.1%	69.3%	66.7%	73.3%	70.7%	72.4%	71.4%
介護老人保健施設	69.7%	66.2%	74.1%	74.7%	70.1%	68.2%	72.4%	67.0%	71.2%	67.8%
特定施設入居者生活介護	45.7%	33.1%	48.1%	52.5%	64.2%	60.6%	53.9%	37.7%	53.4%	36.3%
認知症対応型共同生活介護	65.9%	62.1%	69.6%	69.0%	69.3%	66.7%	70.4%	61.6%	70.0%	61.0%
養護老人ホーム	35.3%	35.1%	29.1%	37.3%	35.8%	45.5%	51.2%	19.8%	36.8%	33.4%
軽費老人ホーム・ケアハウス	37.0%	26.5%	42.4%	46.2%	44.5%	50.0%	42.8%	31.5%	53.4%	17.2%
有料老人ホーム（特定施設以外）	40.2%	35.1%	44.3%	46.8%	38.7%	48.5%	45.4%	35.1%	43.8%	35.8%
サービス付き高齢者向け住宅	38.3%	32.6%	42.4%	46.2%	39.4%	42.4%	42.1%	34.7%	41.6%	34.4%
その他	7.7%	6.9%	7.0%	6.3%	13.1%	6.1%	8.9%	6.5%	8.8%	6.3%
行っていない	17.5%	15.0%	15.8%	17.7%	22.6%	24.2%	17.6%	17.5%	19.8%	14.8%
無回答	1.8%	2.5%	1.3%	1.3%	1.5%	0.0%	0.9%	2.6%	0.8%	2.9%

2) 在宅医療・介護連携に関する検討会議への養護、軽費・ケアハウス関係者の参加状況

在宅医療・介護連携に関する課題の抽出や対応方策の検討を行う検討会議に、養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウス関係者が「参加している」と回答した割合は13.1%であった。

自治体内の施設の有無別にみても、参加している割合に大きな差はみられなかった。

図表 3-2-16 在宅医療・介護連携に関する検討会議への養護、軽費・ケアハウス関係者の参加状況



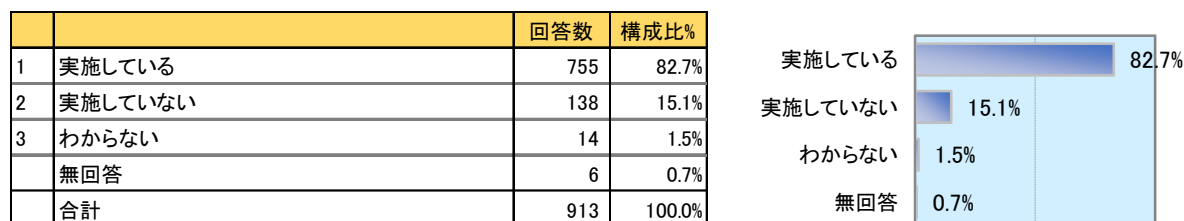
図表 3-2-17 在宅医療・介護連携に関する検討会議への養護、軽費・ケアハウス関係者の参加状況
(人口規模、施設の有無別)

	合計	人口規模					施設の有無			
		3万人未満	3～5万人未満	5～10万人未満	10～30万人未満	30万人以上	養護あり	養護なし	軽費あり	軽費なし
回答数	913	393	158	158	137	66	449	464	500	413
参加している	13.1%	14.5%	15.8%	7.6%	9.5%	19.7%	16.3%	10.1%	14.6%	11.4%
参加していない	70.4%	61.1%	66.5%	83.5%	83.2%	77.3%	71.3%	69.6%	74.0%	66.1%
開催していない	11.9%	17.3%	13.3%	6.3%	6.6%	1.5%	8.9%	14.9%	8.4%	16.2%
わからない	3.5%	5.1%	3.8%	2.5%	0.7%	1.5%	3.3%	3.7%	2.8%	4.4%
無回答	1.0%	2.0%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	1.7%	0.2%	1.9%

3) 在宅医療・介護連携推進のための研修会や事例検討会

在宅医療・介護連携推進のための研修会や事例検討会は、回答した自治体の8割以上で実施されていた。一方、これらの取組を養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスに「周知している」と回答した割合は全体では37.0%を占めたが、自治体内の施設の有無によって周知割合に差がみられた。

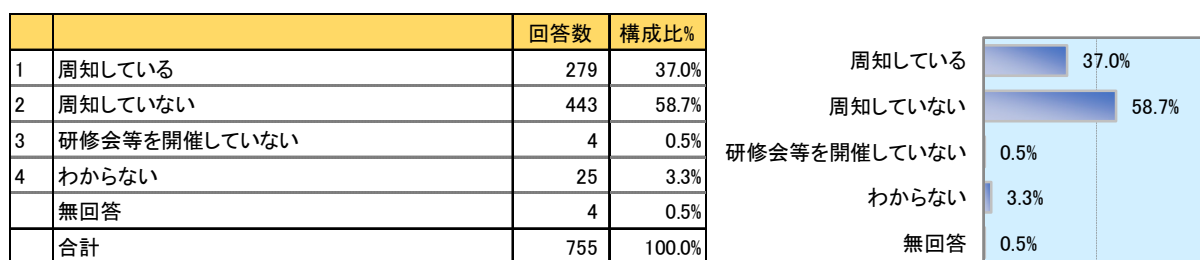
図表 3-2-18 在宅医療・介護連携推進のための研修会や事例検討会の実施状況



図表 3-2-19 在宅医療・介護連携推進のための研修会や事例検討会の実施状況 (人口規模、施設の有無別)

	合計	人口規模					施設の有無			
		3万人未満	3～5万人未満	5～10万人未満	10～30万人未満	30万人以上	養護あり	養護なし	軽費あり	軽費なし
回答数	913	393	158	158	137	66	449	464	500	413
実施している	82.7%	70.5%	86.7%	93.0%	95.6%	93.9%	88.6%	76.9%	90.6%	73.1%
実施していない	15.1%	26.0%	11.4%	5.7%	3.6%	6.1%	9.4%	20.7%	8.4%	23.2%
わからない	1.5%	2.3%	1.3%	1.3%	0.7%	0.0%	1.3%	1.7%	0.8%	2.4%
無回答	0.7%	1.3%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	0.6%	0.2%	1.2%

図表 3-2-20 研修会や事例検討会の養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスへの周知状況



図表 3-2-21 研修会や事例検討会の養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスへの周知状況

(人口規模、施設有無別)

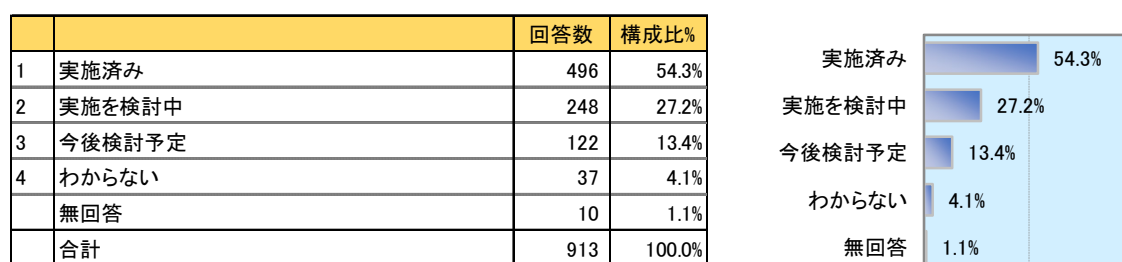
	合計	人口規模					施設の有無			
		3万人未満	3～5万人未満	5～10万人未満	10～30万人未満	30万人以上	養護あり	養護なし	軽費あり	軽費なし
回答数	755	277	137	147	131	62	398	357	453	302
周知している	37.0%	36.5%	45.3%	35.4%	35.9%	27.4%	46.2%	26.6%	43.7%	26.8%
周知していない	58.7%	57.0%	51.8%	60.5%	64.1%	64.5%	49.5%	68.9%	53.0%	67.2%
研修会等を開催していない	0.5%	1.1%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.8%	0.0%	1.3%
わからない	3.3%	4.0%	2.2%	4.1%	0.0%	8.1%	4.0%	2.5%	3.3%	3.3%
無回答	0.5%	1.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%	0.0%	1.3%

4) 在宅医療と介護連携を支援する相談窓口についての取組状況

在宅医療と介護連携を支援する相談窓口については、「実施済み」が54.3%、「実施を検討中」が27.2%を占めた。自治体の人口規模が大きくなるに従って「実施済み」の割合も高まる傾向がみられる。

なお、養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスのある自治体の60%弱は「実施済み」と回答していた。

図表 3-2-22 在宅医療と介護連携を支援する相談窓口についての取組状況



図表 3-2-23 在宅医療と介護連携を支援する相談窓口についての取組状況 (人口規模、施設の有無別)

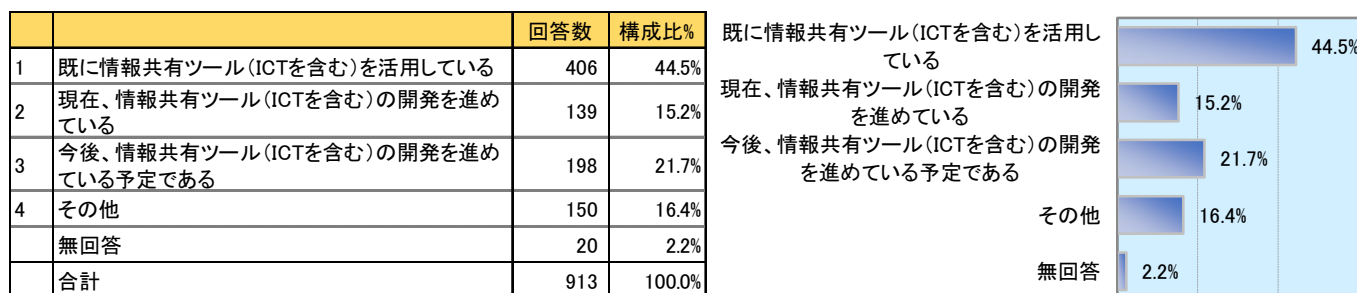
	合計	人口規模					施設の有無			
		3万人未満	3～5万人未満	5～10万人未満	10～30万人未満	30万人以上	養護あり	養護なし	軽費あり	軽費なし
回答数	913	393	158	158	137	66	449	464	500	413
実施済み	54.3%	49.9%	51.3%	60.1%	57.7%	66.7%	58.8%	50.0%	56.6%	51.6%
実施を検討中	27.2%	23.2%	31.6%	25.3%	35.8%	27.3%	27.2%	27.2%	30.0%	23.7%
今後検討予定	13.4%	18.3%	12.7%	12.0%	5.8%	4.5%	9.8%	16.8%	10.8%	16.5%
わからない	4.1%	6.4%	3.8%	2.5%	0.7%	1.5%	3.3%	4.7%	2.4%	6.1%
無回答	1.1%	2.3%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%	1.3%	0.2%	2.2%

5) 関係者間での情報共有を支援するツール活用の取組状況

関係者間での情報共有を支援するツールの活用については、「既に情報共有ツール（ICTを含む）を活用している」と回答した自治体が44.5%を占めた。

なお、養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスのある自治体の半数程度は「既に情報共有ツール（ICTを含む）を活用している」と回答していた。

図表 3-2-24 関係者間での情報共有を支援するツール活用の取組状況



図表 3-2-25 関係者間での情報共有を支援するツール活用の取組状況（人口規模、施設の有無別）

	合計	人口規模					施設の有無			
		3万人未満	3～5万人未満	5～10万人未満	10～30万人未満	30万人以上	養護あり	養護なし	軽費あり	軽費なし
回答数	913	393	158	158	137	66	449	464	500	413
既に情報共有ツール(ICTを含む)を活用している	44.5%	33.1%	41.1%	51.9%	64.2%	60.6%	49.0%	40.1%	52.0%	35.4%
現在、情報共有ツール(ICTを含む)の開発を進めている	15.2%	16.0%	17.1%	13.9%	14.6%	10.6%	14.7%	15.7%	15.2%	15.3%
今後、情報共有ツール(ICTを含む)の開発を進めている予定である	21.7%	28.2%	22.8%	18.4%	10.2%	12.1%	18.9%	24.4%	18.6%	25.4%
その他	16.4%	19.3%	17.1%	14.6%	9.5%	16.7%	15.6%	17.2%	13.2%	20.3%
無回答	2.2%	3.3%	1.9%	1.3%	1.5%	0.0%	1.8%	2.6%	1.0%	3.6%

(3) 養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウスへの期待

1) 地域包括ケアシステムの中で施設に期待する役割

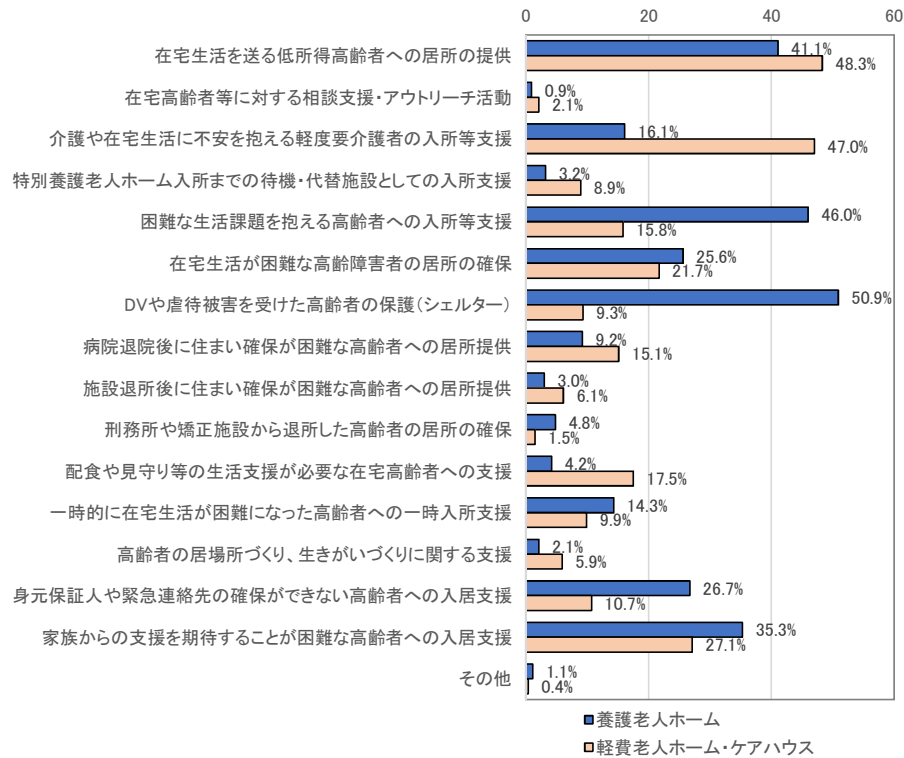
地域包括ケアシステム構築の中で施設に期待する役割をみると、養護老人ホームに対しては「DVや虐待被害を受けた高齢者の保護（シェルター）」50.9%、「困難な生活課題を抱える高齢者への入所等支援」46.0%、「在宅生活を送る低所得高齢者への居所の提供」41.1%の順であった。

軽費老人ホーム・ケアハウスに対しては「在宅生活を送る低所得高齢者への居所の提供」48.3%、「介護や在宅生活に不安を抱える軽度要介護高齢者の入所等支援」47.0%が高い。

図表 3-2-26 地域包括ケアシステムの中で施設に期待する役割

		養護老人ホーム		軽費老人ホーム・ケアハウス	
		回答数	構成比%	回答数	構成比%
1	在宅生活を送る低所得高齢者への居所の提供	375	41.1%	441	48.3%
2	在宅高齢者等に対する相談支援・アウトリーチ活動	8	0.9%	19	2.1%
3	介護や在宅生活に不安を抱える軽度要介護者の入所等支援	147	16.1%	429	47.0%
4	特別養護老人ホーム入所までの待機・代替施設としての入所支援	29	3.2%	81	8.9%
5	困難な生活課題を抱える高齢者への入所等支援	420	46.0%	144	15.8%
6	在宅生活が困難な高齢障害者の居所の確保	234	25.6%	198	21.7%
7	DVや虐待被害を受けた高齢者の保護（シェルター）	465	50.9%	85	9.3%
8	病院退院後に住まい確保が困難な高齢者への居所提供	84	9.2%	138	15.1%
9	施設退所後に住まい確保が困難な高齢者への居所提供	27	3.0%	56	6.1%
10	刑務所や矯正施設から退所した高齢者の居所の確保	44	4.8%	14	1.5%
11	配食や見守り等の生活支援が必要な在宅高齢者への支援	38	4.2%	160	17.5%
12	一時的に在宅生活が困難になった高齢者への一時入所支援	131	14.3%	90	9.9%
13	高齢者の居場所づくり、生きがいづくりに関する支援	19	2.1%	54	5.9%
14	身元保証人や緊急連絡先の確保ができない高齢者への入居支援	244	26.7%	98	10.7%
15	家族からの支援を期待することが困難な高齢者への入居支援	322	35.3%	247	27.1%
16	その他	10	1.1%	4	0.4%
17	特になし	9	1.0%	13	1.4%
18	わからない	12	1.3%	30	3.3%
	無回答	31	3.4%	94	10.3%
	合計	913	100.0%	913	100.0%

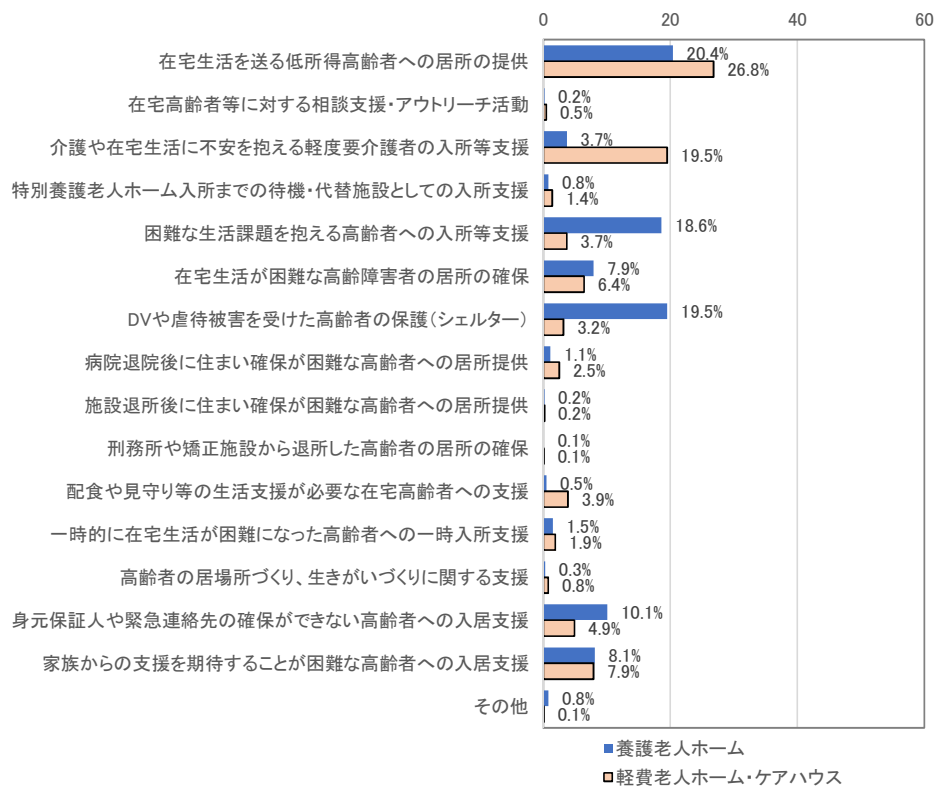
図表 3-2-26 地域包括ケアシステムの中で施設に期待する役割



◇参考 最も期待する役割◇

図表 3-2-27 地域包括ケアシステムの中で施設に最も期待する役割

		養護老人ホーム		軽費老人ホーム・ケアハウス	
		回答数	構成比%	回答数	構成比%
1	在宅生活を送る低所得高齢者への居所の提供	186	20.4%	245	26.8%
2	在宅高齢者等に対する相談支援・アウトリーチ活動	2	0.2%	5	0.5%
3	介護や在宅生活に不安を抱える軽度要介護者の入所等支援	34	3.7%	178	19.5%
4	特別養護老人ホーム入所までの待機・代替施設としての入所支援	7	0.8%	13	1.4%
5	困難な生活課題を抱える高齢者への入所等支援	170	18.6%	34	3.7%
6	在宅生活が困難な高齢障害者の居所の確保	72	7.9%	58	6.4%
7	DVや虐待被害を受けた高齢者の保護(シェルター)	178	19.5%	29	3.2%
8	病院退院後に住まい確保が困難な高齢者への居所提供	10	1.1%	23	2.5%
9	施設退所後に住まい確保が困難な高齢者への居所提供	2	0.2%	2	0.2%
10	刑務所や矯正施設から退所した高齢者の居所の確保	1	0.1%	1	0.1%
11	配食や見守り等の生活支援が必要な在宅高齢者への支援	5	0.5%	36	3.9%
12	一時的に在宅生活が困難になった高齢者への一時入所支援	14	1.5%	17	1.9%
13	高齢者の居場所づくり、生きがいづくりに関する支援	3	0.3%	7	0.8%
14	身元保証人や緊急連絡先の確保ができない高齢者への入居支援	92	10.1%	45	4.9%
15	家族からの支援を期待することが困難な高齢者への入居支援	74	8.1%	72	7.9%
16	その他	7	0.8%	1	0.1%
	無回答	56	6.1%	147	16.1%
	合計	913	100.0%	913	100.0%



【養護老人ホームへの期待】

（多様な生活課題のある高齢者の受け入れ）

- ・低所得要支援者で身寄りのない人の受入れ。
- ・経済的に民間施設への入所が困難である低所得世帯で、在宅での生活が困難である方への支援を期待している。
- ・措置入所の継続
- ・生活課題を抱える方が入所し安心した環境で再び地域社会の一員として生活するようになること。
- ・困難な生活課題を抱える高齢者への入所等支援をより一層スムーズに実施してもらいたい。
- ・要介護度や身元引受人の問題、収入など様々な要因から他施設への入所が難しい高齢者の受け皿としての役割を期待したい。
- ・介護保険制度の成熟に伴い、在宅サービスや施設が充実し、養護老人ホームの役割が限定的になっている。一方、介護保険サービスの導入が難しいケース（聴覚障害者等）も依然としてあり、このような場合に、特別な機能がある養護老人ホームに自宅としての役割を期待したい。
- ・生活環境や家族関係等の事情から在宅生活の維持が困難な高齢者に対し、適切な支援を実施できる施設としての役割を期待しています。
- ・養護老人ホームの対象者の拡大による多面的な活用。
- ・虐待等権利侵害、命の危険がある事例、低所得者で住宅がない等の事例への支援
- ・高齢者のセーフティネットとして、今後はADLが低い方や課題のある高齢者の積極的受け入れに期待したい。

（支援内容）

- ・成年後見制度の有効活用。
- ・本来の目的のとおり役割を果たしてほしい。
- ・入所者の生きがいづくり（その人に合った生活等）入所者の興味があるもの（クラブなど）。
- ・身元引受人等がない場合、あらかじめ医療同意や遺骨及び遺留金品の取り扱いについて、公正証書等作成し、対応してほしい。
- ・一時的な経済困窮時に課税世帯でも一時保護をする。
- ・就労支援や相談援助を通じ、在宅生活への復帰が可能となるような関わりを期待する。

（施設機能）

- ・施設として、契約の施設への移行が可能かを評価する機会を設けてほしい。措置は一定期間で良い場合もあり、通過施設とも考えるべき。そうすると、措置の対象を広げていくことは可能と考える。
- ・養護老人ホームには、低所得で要介護度が軽い方のセーフティネットとしての役割を期待している。
- ・養護老人ホームに期待する役割は十分あるが、入所措置費が市のほぼ100%負担のため予算上入所制限しなければならないことがある。

【軽費老人ホーム・ケアハウスへの期待】

（多様な生活課題のある高齢者の受け入れ）

- ・重度介護低所得者への居住
- ・特定施設入居者生活介護事業所として、設備・人員基準を満たす軽費老人ホーム・ケアハウスとして、在宅生活が困難な高齢者の入所等支援に取り組んでももらいたい。
- ・身元引受人の設定が困難な低所得高齢者に対しても、入所希望者と共に方法を考えられるような、福祉の立場にある意識。
- ・生活保護受給者の受入
- ・緊急的に入所を要する案件は柔軟に対応してほしい。（待機順問わず。）
- ・高齢化により身元保証人が不在な場合でも入所を拒まないでほしい。
- ・養護のように保証人なしで入所できるように配慮できないか。

- ・町内の軽費老人ホームは、特定施設入居者生活介護指定は持っておらず、ＡＤＬ低下、介助が多くなるとすぐ退所となる。家族（緊急連絡先）が複数必要で、家庭の事情がある方や家族がいないと入所できない。今後、事情がある方を考慮してもらえるとありがたい。

（支援内容）

- ・多様化する入所者に対するケースワークの向上。
- ・介護施設との連携。
- ・一定収入のある者への生活の場の提供。

（入所要件・費用負担等）

- ・入居一時金の支弁、負担が大きく、身元引受人の確保も課題となっている。入所要件の緩和策を期待したい。
- ・利用料金が安い。
- ・低所得者層に対する低廉な入居費用の設定。
- ・軽費老人ホームは市外にあり、当自治体内に２か所あるのは県が整備を進めている高齢者施設です。施設によって入居にかかる費用に差があり、低所得の方の入居や、独居で在宅生活が限界になった高齢者について特段の配慮をいただきたい。（認知症も有しやすいが）軽費とは職員配置の違いもあり、軽費の需要は高い。
- ・在宅生活が困難な低所得高齢者の居住場所の確保としての役割は重要だが、費用面で自治体の負担を軽減する施策が必要。

【養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウス双方への期待】

（多様な生活課題を有する高齢者への支援）

- ・今後、更に高齢者世帯（独居含む）の増加が見込まれている中で、既入所者や近隣に居住する高齢者の居場所や生きがいづくりを支援することで双方の交流や認知症予防につながると考えます。また、シェルター等が遠方にしかない、障がい者の短期入所施設が少ないなどの地域においては、高齢者に限らず、空室等を利用して、ＤＶ被害者等のシェルターの役割や障がい者の緊急的短期入所などを担うことにより、人命の保全、人権の擁護につながること期待したい。
- ・短期入所の受入れ。（ホームページ等で空き状況の提供）
- ・地域共生の理念に基づく多様な住民が入居できる体制
- ・冬季一時入所、退院後の身体状況復活までの一時滞在など。
- ・地域密着型、通ったり帰れたりできる。また地域の方が頻繁に出入りする施設。
- ・独居困難、金銭的困難、虐待等様々な要因で居住先に困っており、要介護状態でないため介護サービスで生活を支えることもできない高齢者が増えると思われる。そうした層への救済となることを期待したい。
- ・ＤＶ、虐待被害を受けた高齢者の早期の受入れ。
- ・短期間でいいので、ＤＶなどの緊急時の受入れを柔軟に対応できればいいと思う。
- ・養護→高齢者の保護施設、緊急一時避難場所。軽費→低所得で在宅生活が困難な高齢者の居所提供。
- ・高齢者の居住について、経済的問題や世帯の問題により対応が困難なケースが今後増えてくると思うので、市内に同施設があればよいと願う。
- ・数年前と比べ高齢者が抱える問題が複雑化しているため、従来通りに入所者の支援することが難しく、さらに多分野の支援も必要となり、現代の問題を理解し、対応を求めたい。

（低所得高齢者の受け入れ）

- ・低所得高齢者の緊急時の一時入所支援。
- ・住宅が少ないため、低所得高齢者の１人での入居は難しい。
- ・低所得者でも入れる施設があればと思います。
- ・低所得高齢者の居所の提供。
- ・低所得で、介護保険の軽度認定者だが、日常的な見守りや相談支援が必要な方が、より良い生活を営めるよう支援いただきたい。

（身元保証人のいない高齢者の受け入れ）

- ・身元引き受けもおらず、家族、親族から全く支援を受けられない方への支援。
- ・身寄りがない高齢者が増加する中で、身寄りがなくても受け入れができる。
- ・身元保証人や緊急時連絡先の確保ができない理由で入居を断られるケースが増えています。このような対象者が入居できるシステムを検討していただきたい。

（看取り、介護・医療ニーズへの対応）

- ・看取りの出来る体制を整えてほしい。自己注射等の医療行為（人工肛門やインシュリン等）がある人でも入所できるようにしてほしい。
- ・介護ニーズ・医療ニーズのある人の緊急的な受け入れ。

（その他）

- ・地域包括支援センター、民生委員、地域住民に「ホームはこういう人のための施設です」という趣旨の普及啓発を積極的にしてほしい。
- ・今後、ますます増えていくであろう、在宅高齢者の見守りが必要である人達の住まいとして重要な役割を果たすようになると思われる。
- ・在宅生活と介護保険入所施設の中間的施設としての役割。
- ・養護老人ホームへの入所が必要と考えられる高齢者がスムーズに入所可能となるよう、両者と行政との連携強化を望みます。
- ・入所が必要な方を円滑に受け入れ、退所可能な方の次の行き先での生活への支援。
- ・他の介護施設や高齢者向け住宅に入居できない方の受け皿。

2) 在宅医療ニーズ（看取りを含む）のある高齢者の居所としての役割の期待

在宅医療ニーズ（看取りを含む）のある高齢者の居所として、養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスに「期待したい」割合が50%前後を占めた。

「期待したい」と回答した理由をみると、「在宅医療ニーズの有無に関わらず、低所得高齢者への支援の役割を担って欲しい」が66～67%を占めて最も高く、次いで「居所確保が困難な退院患者等の受け皿として支援を提供して欲しい」55～60%、「看取り介護など入居者等の意思（選択）を尊重できる支援を提供して欲しい」39%となっている。

一方で、「期待していない」と回答した理由をみると、「施設の性格上、在宅医療ニーズのある高齢者の居所として適さない」が80%弱を占めている。また、「施設の職員体制では対応が難しいと思われる」も50%弱を占めており、施設が有している機能や職員体制面からの危惧を指摘する割合が高い。

図表 3-2-28 在宅医療ニーズのある高齢者の居所としての役割の期待

		養護老人ホーム		軽費老人ホーム・ケアハウス	
		回答数	構成比	回答数	構成比
1	期待したい	455	49.8%	463	50.7%
2	期待していない	243	26.6%	148	16.2%
3	わからない	198	21.7%	207	22.7%
	無回答	17	1.9%	95	10.4%
	合計	913	100.0%	913	100.0%

図表 3-2-29 在宅医療ニーズのある高齢者の居所としての役割の期待

<<養護老人ホームへの期待：人口規模、施設の有無別>>

	合計	人口規模					施設の有無			
		3万人未満	3～5万人未満	5～10万人未満	10～30万人未満	30万人以上	養護あり	養護なし	軽費あり	軽費なし
回答数	913	393	158	158	137	66	449	464	500	413
期待したい	49.8%	52.2%	49.4%	44.3%	52.6%	45.5%	50.1%	49.6%	47.0%	53.3%
期待していない	26.6%	18.1%	27.8%	32.9%	37.2%	37.9%	35.0%	18.5%	33.0%	18.9%
わからない	21.7%	27.2%	21.5%	21.5%	8.8%	15.2%	14.7%	28.4%	18.0%	26.2%
無回答	1.9%	2.5%	1.3%	1.3%	1.5%	1.5%	0.2%	3.4%	2.0%	1.7%

図表 3-2-30 在宅医療ニーズのある高齢者の居所としての役割の期待

<<軽費老人ホーム・ケアハウスへの期待：人口規模、施設の有無別>>

	合計	人口規模					施設の有無			
		3万人未満	3～5万人未満	5～10万人未満	10～30万人未満	30万人以上	養護あり	養護なし	軽費あり	軽費なし
回答数	913	393	158	158	137	66	449	464	500	413
期待したい	50.7%	43.3%	57.6%	53.8%	62.0%	48.5%	47.7%	53.7%	57.6%	42.4%
期待していない	16.2%	12.5%	13.9%	15.2%	20.4%	37.9%	20.7%	11.9%	21.2%	10.2%
わからない	22.7%	27.5%	21.5%	21.5%	16.1%	12.1%	19.8%	25.4%	17.0%	29.5%
無回答	10.4%	16.8%	7.0%	9.5%	1.5%	1.5%	11.8%	9.1%	4.2%	17.9%

図表 3-2-31 在宅医療ニーズのある高齢者の居所としての役割を期待する理由

		養護老人ホーム		軽費老人ホーム・ケアハウス	
		回答数	構成比%	回答数	構成比%
1	在宅医療ニーズの有無に関わらず低所得高齢者への支援の役割を担って欲しい	308	67.7%	308	66.5%
2	居所確保が困難な退院患者等の受け皿として支援を提供して欲しい	273	60.0%	255	55.1%
3	看取り介護など入居者等の意思(選択)を尊重できる支援を提供して欲しい	178	39.1%	183	39.5%
4	その他	12	2.6%	10	2.2%
5	わからない	3	0.7%	2	0.4%
	無回答	1	0.2%	5	1.1%
	合計	455	100.0%	463	100.0%

図表 3-2-32 在宅医療ニーズのある高齢者の居所としての役割を期待しない理由

		養護老人ホーム		軽費老人ホーム・ケアハウス	
		回答数	構成比%	回答数	構成比%
1	施設の性格上、在宅医療ニーズのある高齢者の居所として適さない	194	79.8%	115	77.7%
2	地域の中に他に相応しい施設等があると思う	53	21.8%	27	18.2%
3	施設の職員体制では対応が難しいと思われる	112	46.1%	72	48.6%
4	居室環境(相部屋等)面から在宅医療に適していないと思われる	46	18.9%	14	9.5%
5	その他	14	5.8%	7	4.7%
6	わからない	0	0.0%	0	0.0%
	無回答	3	1.2%	0	0.0%
	合計	243	100.0%	148	100.0%

【養護老人ホームへの期待】

(医療的ケア)

- ・養護老人ホームに入所されている方も高齢化し、医療ニーズも高くなっているため。
- ・インシュリンなどが必要になると、養護老人ホームを退所し、次の医療的ケアが可能な施設を探さなければならなくなる。本人及び家族の負担が増す。
- ・生活の場での医療、看取りを希望される方のニーズに答えてほしい。
- ・諸々の事情があり措置入所した高齢者が、事情の解決に至らず、結果的に入所が長期化し、養護老人ホームが「自宅」になり、そのまま最期を迎えることがある。「自宅」となった養護老人ホームで、自宅と同じレベル以上で、在宅医療・介護サービスが一体的に提供できる体制が整っていることを期待する。
- ・住み慣れた場所で最期まで暮らし続けられるよう、医療的ケアや看取りの対応が可能な施設が求められている。
- ・退院はできる状態だが、単身生活が困難な低所得の高齢者は少なくない。病院との連携(通院等)を深め、そのような方々の受け皿となるよう期待している。
- ・医療機関退院後も、医療以外に生活に対する支援を必要とする高齢者は一定数存在することが予想されるため。
- ・医療依存度の高い退院患者について、在宅生活が困難な場合の受け皿が不足しているため。
- ・入院の必要はないが在宅での生活が困難という方が一定数おり、こうした方々を対応可能な範囲で受け入れていただきたいため。
- ・医療機関での社会的入院の回避。
- ・所得の面で長期入院が難しい方がいるため。
- ・所得に関わらず、入所者の意思に応じた在宅医療の支援を行ってほしい。
- ・養護老人ホームは、生活困窮者や居住場所の確保が困難な方、身体的自立をされた方が入居対象者となることから、医療依存度の低い入居対象者になりうる方に対しては受入れ先として期待できると思われる。

- ・今後ニーズが増加する方向であれば期待したいが、一方で養護老人ホームの職員配置基準があるため、重度の方の入所はリスクも増大することが懸念される。
- ・医療依存度の高い人は、人員体制上難しいと思うが、比較的ADL・認知が自立又は軽度でDVや高齢者虐待の一時避難として。

（看取り介護）

- ・本人の意思を尊重した最後を迎えられるように期待する。
- ・社会全体の高齢化に伴い、施設入所者も高齢化が進んでいる中で、看護師の配置や嘱託医もあることから、入所者にとっては「家」であることから、希望する者には平穏な終末期を迎えられるよう支援体制を整え、対応できるよう期待したい。
- ・一人暮らし、高齢者世帯等、在宅での看取りを希望しても、環境的に困難な場合が多いため、選択肢の1つとして支援を提供してほしい。
- ・看取り介護は、それまで過ごした場所で家族をはじめ介護してくれたスタッフに見守られながら安心して死を迎えることができるから。
- ・対応困難事例に対する対応を支援してもらっているため。また、看取りや財産管理についても行ってもらい、今後も施設の対応に期待する。

（低所得高齢者の受け皿として）

- ・家庭で養護を受けることが困難であり、低所得の高齢者が増加すると予想されるため。
- ・特に年金が少なく、古い家屋に暮らす高齢者にとって、居場所があり、かつ心身の状況のフォローがあることは、大きな安心につながる。
- ・無縁高齢者・低所得高齢者への支援。
- ・今後、居所確保が困難な高齢者はますます増えてくることが予測されるため。
- ・独居低所得高齢者が増加するなか、在宅生活が難しい方の受け皿になってほしい。
- ・養護が必要となっている方に関しては、在宅サービスだけで生活を営むことが困難な場合が多いため。
- ・家族支援の受けられない高齢者の引き受け。
- ・介護保険制度におけるサービスが充実する中においても、低所得者層をはじめとして、主要な受け皿の一つとなるため。
- ・在宅生活が困難になってきた低所得高齢者の相談件数が多いため。
- ・盲・ろう・知的障がい等がある低所得高齢者が自宅での生活が困難になった場合、最期まで生活援助等が受けられる施設。
- ・精神科の長期入院患者の受入れが増加している。今後もその役割を期待する。
- ・過疎、高齢化の進む現状で施設の新規増は望めずスタッフ確保も困難。現施設での最大限の機能を期待したい。
- ・生活困窮者が増加していくと考えられるため。
- ・居所確保が困難な高齢者が増加することが予想されるため。
- ・措置でしか入所できない高齢者もいるため柔軟に対応してほしい。
- ・自立した高齢者の施設ではあるが、入所者の希望が尊重されることは望ましい。
- ・養護老人ホーム入居者は、ほとんど家族支援は望めないため。
- ・地域包括ケアにおいて、個々人の状態に応じて自宅以外の居所の選択肢が必要と考えられる。
- ・最近、国民年金のみの受給者や生活保護受給者の入所希望の相談が増加してきているため。
- ・養護老人ホームは経済的な課題を抱える低所得高齢者の受け皿となる施設であるので、本来の役割を期待する。
- ・家庭での生活が困難なひとり暮らし高齢者が増加していくなかで、入所者に対し、専門的な知識を活かした生活支援を期待する。
- ・低所得の人の受け皿が養護老人ホームしかないから。
- ・養護老人ホームは経済的・環境上の理由で在宅生活を行うことが困難で入院の適用でない高齢者が入所する施設のため。
- ・施設が多様化していますが、低所得者の受け皿が必要と思います。
- ・介護度が低く在宅生活が困難な場合、他に支える方法がない場合が多々あります。

（他の社会資源）

- ・介護保険施設の空きがなかなか出ないため。
- ・入所者の状態が医療・介護が必要となった場合、すぐに居所を確保できないため。
- ・低所得者の居所の選択肢が少ないため。
- ・特養やGHですら、医療ニーズを抱えた利用者を受けられないことがある。可能な限り、利用者が選択出来る社会資源が確保できれば…と考える。
- ・医療ニーズの高まりとともに、退所後の療養支援サービスが不足しているため。
- ・地域的に訪問看護ステーションもなく資源不足であり、低所得者が多いため。
- ・小さな自治体は、施設やサービスが少なく、町全体で支援しなければならないから。

（職員体制）

- ・在宅医療ニーズのある高齢者の受け入れができるような体制確保ができるよう、養護老人ホームの体制も見直しが必要ではないかと思います。介護保険制度にのらない養護老人ホームは取り残されている感が否めない。
- ・現在も様々な方の支援をしてくれています。現在養護老人ホームは介護の方の受け入れもあり、今までの自立の方だけの受け入れとは違い特養化している気がします。施設、職員体制等見直した上で期待します。特に職員体制について国に早急に見直しをお願いしたい。

【軽費老人ホーム・ケアハウスへの期待】

（医療的ケア、看取り）

- ・ひとり暮らし高齢者の増加により、長期入院（所）により住まいの処分が行なわれ、退院（所）後の住まいの確保に苦慮するケースがあるため。
- ・医療ニーズがあり、要介護度の低い方の受け皿となる施設が少ないため。
- ・特養やGHですら、医療ニーズを抱えた利用者を受けられないことがある。可能な限り、利用者が選択出来る社会資源が確保できれば…と考える。
- ・特定の指定を受けたケアハウスについては、介護保険の制度にも、看取りを行うことを評価しているのでそのような体制整備を期待している。
- ・軽費老人ホーム・ケアハウスは特定施設の指定を受けずして開所、運営することが可能だが、医療ニーズの高い入居者、看取り介護を希望する入居者の受け入れのためには、相当の人員・設備が必要。特養の床数で充足することは困難なので、特定施設として低所得高齢者への支援、居所確保が困難な軽度要介護者の受け皿の役割を担ってほしい。
- ・見守りが必要で、自宅での在宅医療が難しい高齢者を受け入れて欲しい。
- ・一人暮らし、高齢者世帯等、在宅での看取りを希望しても、環境的に困難な場合が多いため、選択肢の1つとして支援を提供して欲しい。
- ・職員による通院支援がしっかりしている。外部の訪問看護サービス利用による対応が可能（特定以外）
- ・在宅生活の継続が難しくて入所している方がほとんどであるので、最期の看取りまで、お任せできる体制が確保できれば、安心してそこで住み続けられると思う。
- ・生活の場での医療、看取りへのニーズに答えてほしい。
- ・訪問看護の利用を行うなどして、在宅医療が必要な方の行き場のひとつであってほしいため。

（施設での支援の継続）

- ・介護が必要になっても、退所せずに生活していただきたい。
- ・介護度が上がったり、身元保証人のこと等で退所をせまられても、容易に次の施設に入所することが困難であるため、最期まで支援できる体制を確保する必要があると思われるため。
- ・低所得者の第2の家として出来るだけ長く生活してもらいたい。

（自宅と介護施設の中間的受け皿）

- ・ 自宅で生活するのが困難で、身体機能が低下した方の居場所として期待できるから。
- ・ 自立支援を基本としつつも、介護を要する高齢者の受皿の一つを引き続き担っていただけるよう期待している。
- ・ 介護度が軽いため、利用できるサービスには限界があり、高齢者の近隣に住んでいる人たちもみんな高齢で、なおかつ山間部となれば、ケアハウスへの期待は大きい。
- ・ 困難な生活課題を抱えた高齢者に対し、中間施設的に利用できる場があると望ましい。
- ・ 特養の入所要件が要介護3以上のため、契約による高齢者の住まいとして要介護状態の人も入居し続けられること。また看取り介護など入居者の意思を尊重できる施設であることを期待する。
- ・ 自宅での生活に不安を抱える方に向けて、24時間の介護体制で生活支援をしてほしいから。
- ・ 軽度の方でも在宅生活に不安を感じる方も多く、通院できない方が多くみられるため。
- ・ 介護認定が自立と判断される低所得高齢者で、独居生活に不安がある方が安心して暮らせる施設。

（低中所得高齢者層の受け皿）

- ・ 中間層の受け皿として必要と感ずるため。
- ・ 低所得者の居所の選択肢が少ないため。
- ・ 軽費で自立した生活ができる施設の一定数の確保は必要であると考えられるため。
- ・ 豪雪地帯であり、施設へのニーズが高いため。
- ・ 所得の面で長期入院が難しい方がいるため。
- ・ 低所得者に対する受け皿となり、また、身寄りのない方の看取りまでも今後は期待したい。
- ・ 低所得の高齢者には必要な施設であるので、引き続き必要数を確保して欲しい。
- ・ 高齢者の住まいの確保は、重要。特に都市部では、低所得者への支援が難しい現状があるため。
- ・ 居所確保が困難となる高齢者が増えることが予想されるため。
- ・ 低所得の軽度要介護者を受け入れてくれる施設が少ない。
- ・ 今後、ますます高齢化と身寄りに支援を期待できない低所得高齢者が増加すると予想されるため。
- ・ 他の有料老人ホームに比べ入居費が安いということで、自宅で生活するのに不安を感じながら生活されている方の中には、年金収入の少ない方もおり、入居できることが安心感につながると思う。不安が軽減され、残された能力を発揮でき、自立した生活ができるのではないかと期待する。
- ・ グループホームに入るには経済的に困難な方のニーズが高い。
- ・ 低所得高齢者が入居できる施設は少ないため。
- ・ 独居低所得高齢者が増加するなか、在宅生活が難しい方の受け皿になってほしい。

（ニーズの多様化）

- ・ 利用者のニーズが複雑化、多様化しているため。
- ・ DVなどの一時入所施設として。医療依存度の高い人は人員体制上難しいと思うが、比較的ADL・認知が自立又は軽度でDVや高齢者虐待の一時避難場所として。
- ・ 今後、該当者の増加が予想されることから幅広い支援が必要になると考えられるため。
- ・ 在宅生活は困難だが養護のレベルではない、高齢者の居場所として役割を担ってほしい。
- ・ ある程度自立している人もいる中、一緒に食事をつくって食べるなどの機会もあれば、入居者の楽しみにもなるのではないかとと思う。（サポートハウスでは人員的に厳しいと思われる。）

（その他）

- ・ 本人の意思に応じ、様々な選択が行える支援があれば良いと思う。
- ・ 対象者にとっても施設等利用者にとっても選択の幅が広がることは有益で、地域包括ケアシステムの構築につながるものと考えため。
- ・ 少しの支援があれば在宅生活を続けることができる高齢者が多いと考えます。その受け皿となってほしいです。
- ・ 在宅医療ニーズに限らず、本人の生活歴や身元保証、緊急連絡先の状況など様々な理由で入所が難しいことがあるため。
- ・ 地域包括ケアにおいて、個々人の状態に応じて自宅以外の居所の選択肢が必要と考えられる。
- ・ 住み慣れた場所で最期まで暮らし続けられるよう、医療的ケアや看取りの対応が可能な施設が求められている。
- ・ 環境を整えること（お風呂、トイレ、食事の提供等）によって自立した生活を送れる人がいるから。

3) 看取りに関する施設との関わり

看取りに関して、養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスに依頼相談したり、施設から相談を受けた経験の有無を尋ねたところ、施設に対する依頼相談を行ったことが「ある」自治体は全体では6.7%であった。域内に施設のある自治体でも8%前後にとどまっている。

一方で、施設から相談を受けたことが「ある」と回答した自治体は全体の11.6%を占めた。施設の有無別にみると、域内に施設のある自治体では13～15%である。

図表 3-2-33 看取りの実施について施設に依頼相談したこと

	合計	人口規模					施設の有無			
		3万人未満	3～5万人未満	5～10万人未満	10～30万人未満	30万人以上	養護あり	養護なし	軽費あり	軽費なし
回答数	913	393	158	158	137	66	449	464	500	413
ある	6.7%	4.8%	9.5%	5.1%	8.8%	10.6%	8.0%	5.4%	7.6%	5.6%
ない	90.7%	91.9%	88.6%	91.8%	89.1%	89.4%	89.5%	91.8%	90.8%	90.6%
無回答	2.6%	3.3%	1.9%	3.2%	2.2%	0.0%	2.4%	2.8%	1.6%	3.9%

図表 3-2-34 看取りの実施について施設から相談を受けたこと

	合計	人口規模					施設の有無			
		3万人未満	3～5万人未満	5～10万人未満	10～30万人未満	30万人以上	養護あり	養護なし	軽費あり	軽費なし
回答数	913	393	158	158	137	66	449	464	500	413
ある	11.8%	7.6%	12.7%	12.0%	14.6%	28.8%	15.8%	8.0%	13.8%	9.4%
ない	85.9%	89.8%	85.4%	84.8%	83.2%	71.2%	82.4%	89.2%	84.4%	87.7%
無回答	2.3%	2.5%	1.9%	3.2%	2.2%	0.0%	1.8%	2.8%	1.8%	2.9%

（４）調査結果のまとめ

１）施設との関わり状況

日常生活圏域レベルの地域ケア会議に、養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウス関係者が「参加している」割合は、養護又は軽費・ケアハウスのある自治体の 16.7%であった。

自治体内に養護老人ホームがある自治体において、養護老人ホームと関わる機会は、「入所判定を行う際に意見交換している」73.1%のほか、「定期的に入所者の支援に関する協議を行っている」28.5%、「入所者の介護保険申請等の際に話を聞いている」26.5%の順であった。「意見交換等の機会はほとんどない」自治体も 8.2%を占めている。

自治体内に軽費老人ホームのある自治体が軽費老人ホーム・ケアハウスと関わる機会は、「入居者への支援に関する相談を受けている」32.4%、「介護保険申請等の際に話を聞いている」29.6%など一定割合を占めるものの、「意見交換する機会はほとんどない」自治体が 35.6%を占めている。指定都市や中核市は施設運営補助等の関係もあることから軽費老人ホームと関わる機会は少なくないと考えられるが、一般の市町村では施設運営等に関して意見交換する機会は少ないことが窺える。

養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスは、特に低所得高齢者を対象とした老人福祉施設であるが、自治体と施設との関わり状況を見る限りにおいて、各地域における地域包括ケアシステムの中で施設機能を踏まえた役割を明確に位置づけている自治体は少ないことが想定される。

各自治体においては、地域内の社会資源を有効に活用する視点から、これら施設の機能を十分に理解して地域包括ケアシステムの中での役割や位置づけを明確化し、様々な意見交換機会を設けるなどして連携を図ることが必要ではないか。

２）在宅医療・介護連携の取り組み

在宅医療が必要な高齢者の自宅以外の居所として情報収集・提供している施設種類では、介護保険施設（特養、老健）や介護保険居住系サービス（特定施設、グループホーム）が上位を占めている。養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスを対象としている割合は 40%弱であった。多くの自治体においては、これらの施設は在宅医療が必要な高齢者の居所として認識されていないことが窺える。

また、在宅医療・介護連携に関する課題の抽出や対応方策の検討を行う検討会議に養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウス関係者が「参加している」と回答した割合は 13.1%にとどまっている。

在宅医療・介護連携推進のための研修会や事例検討会は回答した自治体の 8 割以上で実施されていた。一方で、これらの取組を養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスに「周知している」と回答した割合は 37.0%であった。

自治体においては、高齢者の終末期等は医療機関への入院や介護老人福祉施設への入所も叶わないために、これらの施設内で看取りを実施せざるを得ない実態があることを認識

する必要があるのではないか。そのうえで、事例検討会議等への参加を呼びかけるなど、地域全体の在宅医療・介護連携の質を担保するための取組が望まれる。

在宅医療と介護連携を支援する相談窓口については、「実施済み」が 54.3%、「実施を検討中」が 27.2%を占めた。また、関係者間での情報共有を支援するツールの活用については、「既に情報共有ツール（ICT を含む）を活用している」と回答した自治体が 44.5%を占めた。

在宅医療・介護連携の推進にあたっては、医療機関退院者の受け皿調整ばかりでなく、地域の社会資源の状況に即して終末期までの在宅医療・介護連携の体制が整うよう、養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスも含めた関係機関と調整していくことが必要ではないか。

3) 施設に対する期待

(地域包括ケアシステムにおいて期待する役割)

地域包括ケアシステム構築の中で施設に期待する役割をみると、養護老人ホームに対しては「DV や虐待被害を受けた高齢者の保護（シェルター）」50.9%、「困難な生活課題を抱える高齢者への入所等支援」46.0%、「在宅生活を送る低所得高齢者への居所の提供」41.1%の順に高い。

また、軽費老人ホーム・ケアハウスに対しては、「在宅生活を送る低所得高齢者への居所の提供」48.3%、「介護や在宅生活に不安を抱える軽度要介護高齢者の入所等支援」47.0%が高い。

都市部を中心とする高齢者人口の増大に伴って低所得高齢者の増加も予想される中で、養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスの果たすべき役割は今後更に高まると考えられる。自治体においても、経済的理由や環境上の理由等によって在宅生活が困難になった低所得高齢者の居所としてこれらの施設に期待しているといえよう。

(在宅医療ニーズのある高齢者の居所としての期待)

在宅医療ニーズ（看取りを含む）のある高齢者の居所として、養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスに「期待したい」割合が 50%程度を占めた。

この結果を踏まえれば、自治体は養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウス関係者に対して在宅医療・介護連携推進事業への参画を積極的に呼びかけ、今後増加が予想される在宅医療ニーズのある高齢者の生活を支えるための基盤強化を図ることが必要ではないか。

また、日常生活圏域レベルの地域ケア会議等における意見交換等も活用し、これらの施設機能（援助手法等）を在宅高齢者支援に展開するなど、地域包括ケアシステムの中で協働していく形を構築していくことが必要ではないか。

3 施設ヒアリング調査

【実施概要】

(1) 目的

現在、国で進められている「在宅医療・介護連携」の流れを受けて、今後、医療依存度の低い退院者や、在宅医療を必要とする高齢者の増加が予測されている。平成 29 年度は第 7 次医療計画と第 7 期介護保険事業（支援）計画が同時に改定される年であり、在宅や介護保険施設、グループホームにおける在宅医療や看取りを促進する目的で介護報酬の改定もなされている。

一方で、介護保険制度にかかわらず、養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスの中には、運営する施設を「入所（居）者の生活の場」と位置付け、「入所（居）者への支援の一環や延長」として、医療的ケアや看取りに取り組んでいる施設もある。

今後、在宅医療ニーズのある高齢者等の受け入れ、既存入所（居）者の重度化等に伴う在宅医療ニーズの高まりが予想されるなか、すでに医療的ケアや看取り対応の経験がある養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスからこうした支援や対応を可能とする要素や要件、課題などを聞き取り、いまだ医療的ケアや看取り対応の経験のない施設が今後こうした支援や対応を行う際の参考となるような示唆を得ることを目的に、本調査を行った。

(2) 調査実施概要

1) 調査時期

平成 29 年 7 月～平成 30 年 2 月

2) 調査対象

以下の養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウス、医師に対し、ヒアリング調査を行った。（詳細は次頁）

●養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウス（7 施設）

- ・本事業検討委員のうち、医療的ケアを必要とする高齢者や看取りを行っている事業者委員が所属する施設
- ・本事業検討委員により推薦された施設
- ・今年度実施したアンケート調査で、医療的ケアを必要とする高齢者や看取りを行っていると回答した施設

●医師（1 名）

- ・本事業検討委員により推薦された、高齢者施設における訪問診療や看取りを行っている医師

図表 3-3-1 ヒアリング対象施設の概要

●養護老人ホーム、ケアハウス

	施設名	開設年	定員	現入所（居）者数（本調査時）	施設内での 看取りの経験 (H24年度～H29.9まで)	看取り 研修	看取り マニュアル	特定施設の 有無、内容	併設事業所
1	養護老人 ホーム A	H16	50 名	50 名	18 件	実施 (施設内)	他施設のもの を参考に している	特定 (一般型)	・地域密着型特養、ショート ・訪問介護 ・居宅介護支援事業所
2	養護老人 ホーム B	S3	50 名	49 名	10 件	実施 (施設内)	あり	特定 (一般型)	・特養、ショート ・訪問介護 ・デイ、認知症デイ ・居宅介護支援事業所 ・認知症 GH
3	養護老人 ホーム C	S27	45 名	29 名	3 件	実施 (外部)	あり	未指定	・デイ
4	ケアハウス D	S52 軽費 A 型として開設。H20 ケアハウスに全面改築。	50 名	45 名	15 件	実施 (施設内外)	(未確認)	特定 (一般型)	・なし
5	ケアハウス E	H24	52 名	48 名	4 件	実施 (外部)	なし	特定 (一般型)	(・診療所)
6	ケアハウス F	H9	50 名	48 名	6 件	未実施	なし	未指定	・訪問介護、デイ ・居宅介護支援事業所
7	ケアハウス G	H8	80 名	80 名	施設開設時から 2 件	未実施	なし	未指定	・訪問介護、デイ ・居宅介護支援事業所

●医師

- 内科、緩和ケア内科、神経内科、リハビリテーション科。
- 訪問看護 st. 併設

(3) 調査方法

訪問による聞き取り調査

【調査結果】

(1) - 1. 養護老人ホーム A (特定施設 (一般型))

①施設概要

施設開設年月	平成 16 年 4 月 (自治体より移譲)
定員数	50 名
居室	50 室 (全個室)
入所者数	50 名 (平成 29 年 10 月 1 日現在)
併設事業所	地域密着型特養、ショート、訪問介護、居宅介護支援事業所

②職員体制等

看護職員体制	・常勤看護師 2 名。
介護職員体制	・常勤専従で 1 名、常勤兼務で 15 名、非常勤 1 名。
夜勤体制	・介護職 (夜勤専門の職員 (8 時間) と遅番 (～23 : 30 まで勤務)) を常に 2 人配置。 ・緊急時には看護師にオンコールで連絡が入り、看護師が判断する。必要に応じて、嘱託医の指示を仰ぐ流れになっている。
看取り加算	・なし (算定基準を満たしていない (正看護師の配置))。

③医療的ケア、看取りへの取組について

ア. 医療的ケアへの対応

- ・現在行っている医療的ケアは、
 - －注射・点滴
 - －褥瘡、創傷部処置
 - －吸入・吸引
 - －浣腸、排便
 - －人工肛門等の管理
 - －慢性疼痛の管理 (ガン末期を除く)
 - －ガン末期の疼痛管理
 - －インシュリン注射
- ・定期的な回診は週 1 回。入所者は月 1 回のペースで診てもらっている (4 ユニット)。嘱託医からの指示で、毎日午前午後、メールで入所者の状態を嘱託医に連絡している。

イ. 施設で医療的ケアを行うことについて

- ・現在、入所者 50 名に対して看護師 2 名。ナースコールも鳴っていることが多い状態。また、現在の入所者のなかの半数は介護度がついている人で、要介護 4、5 の人も 16% いる。介護度の高い人については、特養との住み分けもひとつの手段と考えている。
- ・当施設の目標は「最後まで口で食べられること」。経管栄養や胃ろう造設されている方の新規受け入れ、対応は技術的、人間的に難しい。
- ・入院時、経管栄養になった場合、施設に戻ることは難しいことを、本人、家族、病院に伝えている。

ウ. 看取りの実績

- ・初めての看取りの時期は、開所後2、3年目くらいから。初めは、マニュアルもなく、見送りも玄関から出していいのか、入所者に伝えていいのかなど、試行錯誤で取り組んだ。
- ・過去5年間（平成24年度～平成29年9月末まで）の看取り対応件数は18件。

エ. 入所者の意向確認のタイミング（アンケート調査回答より）

- ・施設入所時、病状が悪化したとき。

オ. 施設における看取りの内容

- ・嘱託医の回診時に介護職も同行している。その際、嘱託医から介護職に対し、入所者理解の重要性を説明される（入所者のことをきちんと把握しているか質問されたり、数値ではなく、人として向き合い、受け止める必要性を説かれたり「誰のための看取りなのか」、「本人と家族のための看取り。職員の自己満足で終わってはいけない」と指導されている）。こうした日々の対応が職員教育にもなっている。
- ・嘱託医は、毎回、看取り後のカンファレンスにも同席し、自身の診断や施設の対応の良かった点、悪かった点について助言してくれる。事業所としてのカンファレンスは、施設開所10年で延べ90回を数え、看取りのカンファレンスは、うち30回くらい実施している。
- ・入所者個々の部屋にその人独自の申し送りノートを置いて、状態変化など気付いたことを随時記入している。こまめにノートに記載できるよう、ノートを各部屋に置くようにした。
- ・夜勤時に新人同士で組むことがないようにシフトを組んでいる。

カ. 施設における看取りを行ったことの効果、大変だったこと、課題

[効果]

- ・病院で亡くなると、電話で連絡を受けるだけ。だが、施設で職員が協力しながら看取りを経験することで、心身ともに全力で取り組む。その経験の積み重ねが、職員の成長につながっている。生前のケアの質も高まっている（日常のケアがより細かくなった。観察能力が高まった。）
- ・回診時の嘱託医からの質問により、職員の専門性も高められている。
- ・全職員がカンファレンス後のふりかえりをまとめている。書いて気持ちを整理し、全職員分を嘱託医の前で読み、他の職員と思いを共有できる。この看取り後のとりまとめが、新人や他の職員の勉強にもつながっている。
- ・看取り期のカンファレンスの書式も試行錯誤しながらつくっている。これらを読むことで、新人や他の職員の勉強にもつながっている。
- ・疎遠だった家族に何度も連絡をとることで、本人と家族との関係再構築にもつながることがあり、その場合、家族からも感謝される。

[大変だったこと、課題]

- ・限られた職員で看取りを行うため、職員の身体面、精神面での負担が大きい。
- ・遠方に住んでいる身元引受人には、いてほしいときにいてもらえないことがある。また、入所期間が長くなるほど預貯金額が多くなる。措置費の計算には預貯金はカウントされないが、介護保険の高額介護サービス費ではカウントされている。生前、関わりの薄かった身元引受人が引渡し先になることもある。
- ・自治体は施設に任せきりにしない。自治体の立会いの下で、身元引受人の変更手続きも進めてくれる。現在の入所者はすべて身元引受人がいる人だが、市町村が医療同意をするのは難しい。施設でもできないこともあり、治療方針の決定等、方向性が定まりにくいこともある。

④養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウスで医療的ケア、看取りを行うために必要なこと

ア. 医療的ケア、看取りに対して積極的な医師の理解と協力

- ・嘱託医 2 名（産婦人科医・内科医、歯科医）。併設の地域密着型特養の嘱託医も兼ねている。
- ・嘱託医は、介護保険が始まる当時の医師会長で、介護保険も熟知している方。看取りを開始したのは、嘱託医からの申し出（「やろう」と言ってくれた）。＝24 時間医師に電話がつながり、話を聞いてもらえる安心感。
- ・当施設の嘱託医と同じように夜間対応してもらうことが難しい別の施設では、看取り対応ができていない。

イ. 看護職、介護職員に対する教育、研修の充実、負担の軽減

- ・最初は、やむを得ず取り組み、看取りに対する職員の抵抗も大きかったが、10 数年看取りの経験を積み重ねたこと、「ここ（施設）で亡くなりたい」という入所者の声を聞き、自分たちが最期まで看取る、他に誰が支えるの？という気持ちに変わっていった。
＝特養は契約施設。養護は生活を支援する場という意識が根付いていて、入所者と職員が組織の文化として看取りの意識をつくっていった。
- ・回診時の嘱託医からの質問により、職員の専門性も高められている。
- ・「看取り期における看護職員不在時の介護職員等による観察項目」や「バイタル確認のサイン」を整備しており、看取りファイルを用意して、いつでも見られるようにしている。また、個々の入所者のバイタル状況に応じて、看護師に連絡する基準が明確化、共有化されている。脈を図る頻度や清拭のタイミングなど、介護職からも提案がなされ、介護職と看護職が協議をしながら、入所者の看取り期を支えている。
- ・新人職員、正規職員向けに、看取りの内部研修を実施している（それぞれ年 1 回）。資料は施設職員の手作り。
- ・様々な機会に、入所者の状態や観察ポイントを共有している（カンファレンス、委員会（業務改善委員会と自立支援委員会）、月 1 回の全体会議、朝 9 時の申し送り時など）。

ウ. 本人や家族の思い

- ・養護老人ホームの入所者は、家族関係が希薄な人が多い。特養の待機者も多く、特養に移れるだけの経済的負担が難しい人も多い。例えばがんて入院して戻ってきて、徐々に体調が悪化した場合、施設に在ることを希望する入所者が多い。健康な状態にある人でも、施設で最期を迎えることを希望している人が多い。また、誰かが亡くなった際、焼香や見送りに来てくれる入所者のなかには「自分のときもこのように見送ってほしい」と口にする人もいる。
- ・最初は、焼香を嫌がる入所者もいたが、看取り期にある入所者の状態が悪いことを隠さずに、顔を見てあげてねというような声かけをしたり、玄関から見送りをすることを重ねていくことで、自分も同じように見送ってもらえるという安心感を得て、入所者も家族も学習していったと考えられる。

エ. 地域の医療者・介護者との連携

- ・平成 23 年に、近隣 5 自治体の医療者、介護者有志で「地域医療福祉連携研究会」を立ち上げた。立ち上げの経緯は、当法人の理事長が地区のケアマネ協議会の会長職を引き受けていた当時、法人内のケアマネが、医師から「入院時の患者に関する情報が不十分」、「退院入所先が見つからない」と苦情を言われたという話を聞き、医療者と介護者とで顔の見える関係をつくる必要性を実感したこと。
- ・また、医師と話をするなかで、医療者側も同時期に、日本老年医学会が作成したガイドランをもとに、地域版の「看取りに関するガイドライン」を作成しようという動きがあり、医療者と介護者とで勉強を始めた。他県の取組も参考に「事前指示書」も作成した。
- ・「事前指示書」は、判断を迫られる場面で、家族、医師が困らないことを意図して作成した。使い方としては、この「事前指示書」をきっかけに、家族で話し合うきっかけになるといいと考えている。地域の銀行などにも置いてもらっている。

(1) - 2. 養護老人ホーム B (特定施設 (一般型))

①施設概要

施設開設年月	昭和 3 年 3 月
定 員 数	50 名
居 室	50 室 (全個室)
入所者数	49 名 (平成 29 年 10 月 1 日現在)
併設事業所	特養、ショート、訪問介護、デイ、認知症デイ、認知症 GH、居宅介護支援事業所

②職員体制等

看護職員体制	・常勤看護師 3 名 (正看護師 2 名、准看護師 1 名)。 ・その他、併設事業所に複数の看護師がいる (特養 5 名、デイ、GH)。
介護職員体制	・介護職：常勤換算で 13.8 名。
夜勤体制	・介護職 1~2 名、看護職 0~1 名配置。 ・夜間時は、月の 2/3 は、養護か特養どちらかに看護師 1 名配置体制を確保し、両方の施設に対応している。夜間の配置が難しい場合は、オンコール対応。 ・デイの看護師に宿直で入ってもらう場合もある。
看取り加算	・算定している。

③医療的ケア、看取りへの取組について

ア. 医療的ケアへの対応

- ・現在行っている医療的ケアは、
 - ー注射・点滴
 - ー膀胱洗浄、膀胱留置カテーテルの管理
 - ー褥瘡、創傷部処置
 - ー酸素療法管理 (在宅酸素、酸素吸入)
 - ーインシュリン注射

イ. 施設で医療的ケアを行うことについて

- ・本人と家族が望めば、住み慣れたところで医療を受けたり亡くなることに違和感はない。もともと特定施設の指定の有無にかかわらず、看取りを行っていた。看取りは施設と切り離せない機能だと思う。
- ・できる医療行為は限られているが、特養が併設されているため、夜間の看護体制は養護老人ホーム単体で行うよりも手厚いと思う。

ウ. 看取りの実績

- ・過去 5 年間 (平成 24 年度~平成 29 年 9 月末まで) の看取り対応件数は 10 件。

エ. 入所者の意向確認のタイミング

- ・施設入所時に確認する他、施設での生活に慣れてきた頃を見計らって、カンファレンス時に意思確認をしている。どこで亡くなりたいか、どのような亡くなり方をしたいか、どこに埋葬してほしいかなど。その際、選択肢を提示する（病院に入院して治療を受ける、他の施設に移動する、できることは限られているがこの施設にいるなど）とともに「緊急時（終末期）の対応に関する意向確認書」も利用している（90p、91p 参照）。時期をみて内容を更新している。
- ・「緊急時（終末期）の対応に関する意向確認書」は、特養を併設した平成8年以降に整備した。
- ・もともと養護老人ホームで行っていた看取りのノウハウを特養でも取り入れ、特養で法人としての看取りのかたちをつくり、再び当施設で取り入れたというイメージ。

オ. 施設における看取りの内容

- ・現在は、看護師主導で、看取り期の観察のポイントや対応の仕方、カンファレンスの持ち方など、勉強会のかたちで伝授している。
- ・他に「重度化対応・看取り介護指針」、「夜間緊急時の連絡・対応マニュアル」を整備、共有している。

カ. 施設における看取りを行ったことの効果、大変だったこと、課題

【効果】

- ・事前にカンファレンスを重ねることで、抵抗感なく看取りの実施ができた。そのおかげで、次の看取りについても実施できている。
- ・看取りを通じた職員教育ができています。
- ・一人の人が人生を歩み、生活を続けていくなかで喜びと希望をもつことができるような処遇を行うことは、その人だけでなく、職員にもやりがいを持ってもらえるものであると考えている。命というもの、人生というものについて考える機会であり、処遇に反映されることを望んでいる。

【大変だったこと、課題】

- ・夜間の看護体制を手厚くしているものの、看護師不在時に看取り対応が必要になる場合もある。そのときにはオンコール対応となるが、夜中に出てきて死後の処理を行うことの負担は大きい。また、通常業務＋看取りに関するケアが追加されることの負担も大きいと思う。
- ・本人の意思確認ができない状態で、看取りの是非の判断は難しい。

④養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウスで医療的ケア、看取りを行うために必要なこと

ア. 医療的ケア、看取りに対して積極的な医師の理解と協力

- ・嘱託医 1 名（内科医）。近隣の病院から、養護、特養にそれぞれ派遣してもらっている。養護と特養は別の医師。各施設が病院と契約している。
- ・以前の協力病院から、夜間対応が大変と言われ、約 10 年前に現在の病院に依頼した。
- ・嘱託医が行っている業務内容
 - －定期的な訪問診療（月 2 回、入所者が半分ずつに分かれて診察してもらう）
 - －臨時の往診（看取り期の夜間対応、もしくは電話での指示）
 - －入所者や家族への病状説明や指導
 - －施設職員への入所者の病状説明や対応の指導
 - －主治医意見書の作成
 - －処方箋の発行
 - －看取り、死亡診断書の作成

イ. 看護職、介護職員に対する教育、研修の充実、負担の軽減

（・先述。）

ウ. 本人の思いの尊重

（・先述。）

エ. 行政の協力

- ・身元引受人不在の場合の死後事務について、行政が成年後見の首長申立てをする場合に親族調査をするように、死亡時にも親族調査をしてもらえると、財産を引き渡せる相手を見つけやすいと思う。

オ. 制度面（報酬・加算）

- ・看取り対応を行ったことによる報酬をもらえるのはありがたいが、報酬をもらうための看取りと考えると割に合わないと思う。
 - －余命がどのくらいと言われても予測ができない（死期が近いと言われても、それから 2、3 年長生きする人もいる）。
 - －加算分では、医師や看護師の夜間対応分のカバーはできない。補填はできても充足できない。
- ・介護職員処遇改善加算があるため、職種間での賃金格差が生じている。その格差に伴い、介護職→管理職、相談員へのキャリアアップを希望しない者がおり、人材育成面からみても問題が生じている。

看取りに関する資料「緊急時（終末期）の対応に関する意向確認書」

(別紙 2) 緊急時（終末期）の対応に関する意向確認書

当施設に入所されている方々は様々な疾患を抱えておられる場合が多く、ご高齢であることもあり、何時どのように急変されるか判らない状態です。

しかしながら、医療中心の病院とは違い、養護老人ホームはあくまでも生活の場であるため、施設内でできる医療行為には限りがあります。当施設においては協力病院の〇〇病
院の内科医師による往診が行われていますが、必要時には病院受診後に入院となる場合も
あります。

つきましては、医療的な対応がスムーズにできるように、ご本人様及びご家族様のお考えをお聞きたいと思ひます。以下の質問項目により、可能な範囲で結構ですので、ご回答いただきますようお願い申し上げます。

1. 夜間急変した場合（例えば：意識はないが、脈は触れるなど）
- ☐ 夜間は 〇〇 病院へ救急搬送希望
- ☐ 夜間帯は施設で様子を見て、翌日に 〇〇 病院受診
- ※ 日中は基本的には 〇〇 病院へ受診いたします
2. 徐々に一般状態が悪化し衰弱してきた場合・命に関わる重大な病気になった場合
- ☐ 病院で積極的な治療を望む
- ☐ 病院で苦痛のない必要最小限の治療でよい
- ※入院期間が3カ月を超える場合は退所となります
- ☐ 特に治療はせずに静かに施設で終末を迎える
3. 食べられなくなったとき
- ☐ 口から食べられるだけでよい
- ※栄養補給のための点滴はホームではありません。ただし医師の判断で1日1本程度（概ね3日間程度）の点滴の指示がある事もあります。
- ☐ 病院で積極的な治療を望む
4. どこで人生の終わりを迎えようと思いますか？
- ☐ 今いるところ（施設： 〇〇 ）
- ☐ 病院（ 〇〇 ）
- ☐ 家族のところ（ 〇〇 ）
5. 病気について全てをお知りになりたいですか？
- ☐ 知りたい
- ☐ 知りたくない
- ☐ 今はわからない

6. 通夜・葬儀等についてのお考えをお聞かせください。

- ☐ 自宅 ()
☐ 斎場 ()
☐ その他 ()
☐ 今はまだ考えていない

7. 納骨場所等についてお聞かせください。

- ☐ あり ()
☐ なし ()
☐ 今はまだ考えていない

8. その他（ご希望、ご要望があればご記入ください）

注) この意向確認書に記載された内容は、変更したり、見直したりすることが可能です。
いつでもお申し付けください。

また、本紙記載は入所にあたって必ずご記入いただく性質のものではありません。

平成 年 月 日

利用者氏名 _____ 印

身元引受人氏名 _____ 印

身元引受人氏名 _____ 印

説明者職員氏名 _____ 印

立会者職員氏名 _____ 印

施設長 _____ 印

(1) - 3. 養護老人ホーム C (非特定施設)

①施設概要

施設開設年月	昭和 27 年 7 月
定 員 数	45 名
居 室	45 室 (全個室)
入所者数	29 名 (平成 29 年 10 月 1 日現在)
併設事業所	デイサービス

②職員体制等

看護職員体制	・常勤看護師 1 名。 ・夜間、休日に点滴が必要な場合、 ー土曜日：施設の看護師が出勤できる場合は、当看護師が対応。難しい場合、併設のデイの看護師が応援に来てくれる。 ー日曜日：施設の看護師が出勤できる場合は、当看護師が対応。難しい場合、嘱託医（内科）の看護師に相談。
介護職員体制	・常勤専従で 8 名（事務職との兼務者がプラス 1 名）。 ・市営の頃からの職員配置を継続している。
夜勤体制	・夜勤者（介護職）と宿直者が各 1 人配置。 ・緊急時には看護師、副施設長にオンコールで連絡が入り、嘱託医の指示を仰ぐ流れになっている。
看取り加算	・なし（特定施設の指定を受けていない）。

③医療的ケア、看取りへの取組について

ア. 医療的ケアへの対応

- ・現在行っている医療的ケアは、
 ー注射・点滴
 ー膀胱洗浄、膀胱留置カテーテルの管理
 ー褥瘡、創傷部処置
 ー吸入・吸引
 ー浣腸、摘便
 ー人工肛門、人工膀胱等の管理
 ーインシュリン注射（自己管理に限定）

イ. 看取りの実績

- ・過去 5 年間（平成 24 年度～平成 29 年 9 月末まで）の看取り対応件数は 3 件。

ウ. 入所者の意向確認のタイミング

- ・年 1 回、入所者全員に「最期の迎え方」に関する意思確認をしている。どこで亡くなりたいか、どのような亡くなり方をしたいか、どこに埋葬してほしいかなど。お墓を持っている人には、そのあとの世話をしてくれる人がいるかも確認し、そのような人がいない場合で、本人が永大供養を希望する場合、その手続きも支援する。
- ・施設に納骨堂があり、年 1 回大法要を行うため、施設の納骨堂に骨を入れてほしいと希望する人もいる（納骨堂に納骨されるには市の厳しいチェックあり）。

エ. 施設における看取りの内容

- ・施設において「看取り介護の注意事項」を作成し、死期が迫った入所者の確認ポイントや連絡の流れなどを、全職員で共有している。

オ. 施設における看取りを行ったことの効果、大変だったこと、課題

【効果】

- ・職員全員で尊厳のある死を支え、亡くなられた後、達成感のようなやり遂げた思いがある。
- ・最後のときまで寄り添い、その方が最後までその人らしく生きるお手伝いができることは、介護職として達成感を得られる。
- ・他の入所者に看取り期にある入所者の状態を話しているわけではないが、看取り期の入所者の部屋には医師や看護師の出入りがあり、職員同士の話を聞いたりして、他の入所者は自分も同じように接してもらえだろうと察していると思う。

【大変だったこと、課題】

- ・夜勤者 1 名であり、自分の担当時に亡くなると、少しの間、もっとああしてあげればよかったと悔いが残る。
- ・死後の手続きから葬儀、火葬、納骨までと個々の対応が大変。
- ・残置物処理に労力がとられる（個人の費用負担はなし）。

④養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウスで医療的ケア、看取りを行うために必要なこと

ア. 医療的ケア、看取りに対して積極的な医師の理解と協力

- ・嘱託医 1 名（内科医）。その他、精神科医、眼科医、歯科医の協力もあり（協力してくれる医師は全 4 名）。
- ・内科医は市営の頃からの契約（現在は二代目の医師）。市営の頃から同じ契約内容、契約金額で、往診（週 1 回）と健康診断（年 2 回）に来てくれる。看取りへの対応も依頼している。
- ・近隣の精神科病院からの退院者を施設で引き受けたことを機に、精神科医（現在は二代目の医師）も往診（月 1 回）してくれている。特養にも精神科にかかる入所者が多いので、精神科医は法人として契約している。
- ・こうした医師の協力により、通院時の付き添いや、薬が合わなかったり、切れたりした場合にも迅速に対応してもらっている。

イ. 看護職、介護職員に対する教育、研修の充実、負担の軽減

- ・看護師、介護職ともに、医療に関する知識や技術を高めたいという高い意欲をもっている。
- ・現在、夜間帯は介護職 1 名なので、2 名体制で痰の吸引ができる体制がとれば非常に心強い。
- ・県老協と県社協が実施している看取りに関する研修（年 1 回）や、介護職のための医学的知識などの外部研修を受講している。

ウ. 施設設備と職員体制

- ・全面改修工事により個室化したのが、電動ベッドは少ないし、風呂も重度化対応できていない。
- ・また、養護老人ホームの場合、本人への支援は「入所後の施設内の支援」ととどまらない。入所前、借家や借地だった人の場合、片付けや処分、隣家とのトラブル対応（塀が傾いた、柿の木が伸びてきたなど）も行うし、死後対応や永大供養の手続き支援も含め、「その人にまつわる支援」を行っている。「入所前後」で支援の線引きはできない。さらに、認知症や精神疾患の入所者もいるため、現在の職員体制では、今の入所者への対応や今の入所者の終末期対応だけで精一杯。退院者を受け入れるのは非常に難しい。

エ. 自治体や法人の養護老人ホームの現状に対する理解

- ・上記のような状況だが、自治体や法人からは、養護老人ホームでは医療に関する研修は必要ないと言われ、法人の痰の吸引に関する研修に声をかけてもらえない。
- ・また、終末期の人は、退院者でも養護老人ホームの入所者でも、看取りの段階で特養に入れることないでしようと言われる。

オ. 制度面、今後の養護老人ホームのあり方

- ・現在、入所者が市に認められている介護保険サービスは、デイの入浴と訪問入浴。それぞれ該当者がいたため、市に相談したところ、利用が認められた（デイの昼食は×。入浴のみ。）。長期的に訪問看護の必要な人がいなかったため、現在まで検討もしていない。養護老人ホームでも、外部の訪問看護 St. を利用できると、施設の看護師を休ませられるのでいいと思う。
- ・県内の養護老人ホームのうち、満床なのは 1 施設のみ。どこもベッドが空いている。今後、こんなに空きベッドがあるのでは経営的に難しい。食事や買い物に困っている独居の高齢者がいると思うので、措置だけにとどまらず、契約やショートの利用に門戸を広げるとよいと思う。そうすれば子供世代は安心して働きに出られるし、雇用も増えると思う。

(1) - 4. ケアハウス D (特定施設 (一般型))

①施設概要

施設開設年月	昭和 52 年 軽費 A 型として開設。平成 20 年ケアハウスに全面改築。
定 員 数	50 名
居 室	50 室 (全個室)
入所者数	45 名 (平成 29 年 7 月現在)
併設事業所	なし

②職員体制等

看護職員体制	・現在、看護職員は常勤 2 名、非常勤 2 名であり、基準よりも手厚く配置している。
介護職員体制	・介護職：常勤換算で 9.1 名。
夜勤体制	・夜勤は介護職が行っており、看護職員は自宅待機 (オンコール対応)。なお、施設長が近隣在住であるため、何かあれば施設長にまず連絡が入り、その後で医師等に繋ぐ体制になっている。
看取り加算	・看取り加算は取っていない。書類準備や作成等の煩雑さや看護職員の配置 (正看護師しか認められない) 等が主な原因。

③医療的ケア、看取りへの取組について

ア. 医療的ケアへの対応

- ・現在行っている医療的ケアは、
 - －注射・点滴
 - －膀胱洗浄、膀胱留置カテーテルの管理
 - －褥瘡、創傷部処置
 - －浣腸、摘弁
 - －人工肛門、人口膀胱等の管理
 - －酸素療法管理 (在宅酸素、酸素吸入)
 - －インシュリン注射

イ. 施設で医療的ケアを行うことについて

- ・ケアハウスでは点滴や在宅酸素程度しかできないが、本人や家族に説明し、納得してもらえるのであれば、できる対応はしたいと考えている。

ウ. 看取りの実績

- ・過去 5 年間 (平成 24 年度～平成 29 年 9 月末まで) の看取り対応件数は 15 件。

エ. 入居者の意向確認のタイミング

- ・利用者が入居する際に、最期をどこで迎えたいか（病院かケアハウスか）を確認している。家族からはいつまで居られるのかを尋ねられるため、ケアハウスでは点滴や在宅酸素程度しかできないことを伝え、納得したうえで利用してもらっている。
- ・病院を希望する方にはクリニックへ通院してもらい、クリニックとの関係性をつくってもらうようにしている。（地域には緩和ケア病院が1つしかない）
- ・ターミナルが近づいた入居者に対して、嘱託医から生活相談員に「最期をどうしたいか確認が必要」と指示があり、生活相談員は家族の意向を確認している。また、本人には早めに意向を確認するようにしている。

オ. 施設における看取りの内容

- ・医師の了解が取れば、看取り期であってもスープとか本人が好きなものを食べていただいている。そこで誤嚥性肺炎になってしまうと入院して治療する必要があるが、回復して戻ってこられる方もいる。
- ・看取りケースでは、毎日15～30分くらいのカンファレンスで入居者の状態を確認し、食事をどうするか等を話し合っている。家族にも状態を説明し、次のステージに行くこと等を話している。

カ. 施設における看取りを行ったことの効果、大変だったこと、課題

[効果]

- ・命の尊厳を実感し最期まで関わることで仕事の達成感、充実感が得られる。
- ・現状において、看取りは年に1ケース程度であれば対応可能。
- ・看取りを行うことで、職員は病気のことを自分たちで調べたり、より良いケアを提供するために何をすべきかを考えるなど、意欲が高まりチームワークを高めるといった副次的な効果もみられる。

[大変だったこと、課題]

- ・精神的に過大な負担（不安、心理的圧迫等）を抱えてしまう。
- ・これまで看取った方の中にはガンで亡くなった方もいるが、幸い激しい痛みは出ず疼痛管理は必要なかった。疼痛コントロールが必要な方は、施設内では医療行為はできないため緩和ケア病院に入院していただくしかない。
- ・看取りケースが複数重なると、他の利用者へのケアが手薄になってしまう。また、夜勤職員の負担や死に対する動揺も大きいため、何ケースもできる状況にはない。

④養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウスで医療的ケア、看取りを行うために必要なこと

ア. 医療的ケア、看取りに対して積極的な医師の理解と協力

- ・日頃からの付き合いの中で、電話をすれば来てくれる関係性をつくれていることが心強い。
- ・本施設では、嘱託医のほかにも何かあれば協力してくれる地域の医師が数名いる。実際に、この方たちに看取りケアの応援に来ていただいたことはないが、複数の医師との協力関係があることは心強い。
- ・協力医たちとは昔からの付き合いであり、地方都市であればそういった付き合いはどこにでもあると思う。

イ. 看護職、介護職員に対する教育、研修の充実、負担の軽減

- ・法人内の養護老人ホームでも施設内看取りを行っているため、入職時には看取りまで行う職場であることを伝え、納得してもらったうえで仕事に就いてもらっている。
- ・入職後は、施設内外の研修に参加して看取りを学ぶほか、医師が往診に来るたびに現場の職員に対して今後予想される事態を説明し、どのような対応をすればよいか指導・助言をしてくれるため、職員も安心して取り組んでいる。
- ・実際に経験しないとわからないことも多いため、関係者でのカンファレンスを非常に重視している。

ウ. 本人、家族の思い

- ・家族からは施設のケアに対する要望がどんどん増えてくるが、施設としてできる範囲もあるため不満を抱きやすい。何度もコミュニケーションを重ねながら、相互の理解を深めていく作業が必要になる。

エ. 他の入居者の協力（本人意思の尊重の重要性）

- ・元気な利用者の中には施設内での看取りを嫌がる人もいる。
- ・最期をどこで迎えたいか、どこまで治療したいのかを自己決定できるということは非常に重要なことであり、そのようなことを理解してもらえよう少しずつ話していくしかない。

(1) - 5. ケアハウス E (特定施設 (一般型))

①施設概要

施設開設年月	平成 24 年 4 月
定 員 数	52 名
居 室	49 室 (2 人部屋 : 3 室)
入所者数	48 名 (平成 29 年 12 月 1 日現在 介護サービス利用者 : 43 名)
併設事業所	(診療所)

②職員体制等

看護職員体制	・ 現在、常勤 2 名 (共に准看護師)・非常勤 1 名 (正看護師) を 8 : 30-17 : 15 の日中時間のみ配置。
介護職員体制	・ 常勤専従で 8 名、非常勤で 10 名。
夜勤体制	・ 19 : 15-7 : 15 の時間帯に、夜勤者 (介護職) 1 名配置 (夜間中に介護サービスを要する入居者は 15 名程度)。 ・ 施設長、生活相談員、常勤看護職員の 4 名でオンコール対応を行っている。
看取り加算	・ 正看護師が常勤でないために、算定できず。また、細やかな算定要件 (規定や指針の策定、同意書など) を満たすにはまだ十分でない状況。

③医療的ケア、看取りへの取組について

ア. 医療的ケアへの対応

- ・ 現在行っている医療的ケアは、
 - ー酸素療法管理 (在宅酸素、酸素吸入)
 - ーインシュリン注射 (自己管理)

イ. 施設で医療的ケアを行うことについて

- ・ 施設で行える医療的ケアとしては在宅酸素、酸素吸入やインシュリン注射 (自己管理) に限られる。しかし、数年前から地域の大学病院が、対象地域の高齢者施設 (老健、特養、軽費・ケアハウス、GH、有料老人ホーム、サ高住等) に関して収集した情報を一覧表として共有してもらえるようになった。こうした取組は、当病院にとっての退院先に関する情報収集の一環と考えられるが、当病院からは入院が必要になったらいつでも連絡してよいと言われており、入退院先として相互に連携できる関係が構築されていることは非常に心強く感じる。

ウ. 看取りの実績

- ・ 過去 5 年間 (平成 24 年度～平成 29 年 9 月末まで) の看取り対応件数は 4 件。

エ. 入居者の意向確認のタイミング

- ・見学時や申し込み時に、看取り対応の可否などの施設の状況を伝えている。
- ・契約時には具体的な状況を伝えるにとどめ、明確な希望は聞き取っていないが、人によってケアハウスの認識はさまざま。制度を知っている人は「ケアハウスは軽度者の住まいだろうから、最期までは看てもらえない」と言うし、そうでない人からは「最期まで施設で看てほしい」と言われる。
- ・状態変化が見られ始めている入居者については、家族との日常的な報告・連絡・相談のなかで、自然と最期の希望を聞き取るような会話をしており、明確に時期を定めた確認はしていない。

オ. 施設における看取りの内容

- ・家族、本人からの確かな看取り希望があり、終末期対応が求められる状況の場合は、
 - ①往診医の確保
 - ②介護サービス量と職員体制の現状
 - ③家族のバックアップ力
 - ④全職員の理解など、いくつかの条件を確認し、実施可否判断を行う。
- ・終末期対応実施決定後、往診医の見解をもとに各部署の職員が集まり、看取りを含めた介護サービス計画書を作成する。
- ・介護サービス計画書にもとづいたケアの実施。変化に応じた対応検討。
- ・往診医による定期往診と往診医と確認した連絡基準※にもとづいた臨時往診の実施。
※連絡基準：意識・反応が感じられない、取り決められたバイタルサインを下回ったなど。

カ. 施設における看取りを行ったことの効果、大変だったこと、課題

[効果]

- ・支援方針を共有化しやすい。

[大変だったこと、課題]

- ・夜勤者 1 名でできる介護サービス量は限られているため、対象となる可能性がある入居者の家族へは、早めに現状に即した今後の支援の提案や、希望に応じて住み替えの案内を行う必要がある。
- ・現在の夜間コール対応者は駆けつけるまでに 30 分以上かかる職員が多く、早急な連絡対応が求められる場合には、近隣職員の負担となる場合がある。
- ・医療機関（往診医）ごとの対応を行う必要があり、勤務や薬剤などのスケジュール調整が煩雑となった。

④養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウスで医療的ケア、看取りを行うために必要なこと

ア. 医療的ケア、看取りに対して積極的な医師の理解と協力

- ・嘱託医 1 名（内科医）。行っている業務としては、定期的な訪問診療、臨時の往診、主治医意見書の作成、処方箋の発行。
- ・法人内において診療所を立ち上げているが、報酬改定の影響などにより週 1 回の診療にとどまっている（契約医師が遠方在住者のため、看取り対応は難しい）。
- ・現在は、近隣の大学病院が緊急時対応を受け入れてくれており、看取り期になると、近隣の法人外往診医にかかりつけ医を変更している。

イ. 看護職、介護職員に対する教育、研修の充実、負担の軽減

- ・看取りは日常生活の延長線上にあり、特別に力を入れる支援ではない。当事業所ならではのマニュアルを整備し、暮らしの場での最期を見届ける思いと仕組みを共有することが必要。
- ・また、夜間勤務時の職員と当日の優先順位を共有するなど、心理的な負担軽減に努めながらの対応を共有することが重要。
- ・特養は決められた仕事をするが、ケアハウスでは個々の入居者に寄り添った支援を行うという違いがあり、法人内の特養で看取りを経験した職員が、当施設にも異動してきていることで、経験の蓄積になっている。

ウ. 施設設備と職員体制

- ・40 名以上の介護サービス利用者が在籍する中で、身体介護を多く要する要介護 3 以上の入所者の割合が 2 割を超えている。
- ・現在、特浴がなく、軽介助者に有効な設備しか整っていない状況。終末期を迎えるまでに適切な衛生管理を行うためには、特浴の設置が望ましいが、予算的に難しい。

エ. 本人、家族の理解、協力

- ・現在、夜間中に介護サービスを必要とする入居者は 15 名程度。限られた人員で対応することに対して、本人、家族に十分理解をしてもらう必要がある。
- ・看取りの実施には、近隣家族のバックアップが不可欠。これまでの事例は、細やかな連絡体制がとれている家族だった（何曜日と何曜日のこの時間帯はの方、その他の時間はこの方等々）。家族には、連絡が取れる窓口の明確化と、ある程度統一された意思の共有をお願いしたい。

オ. 制度面（介護保険）

- ・次期改定にも新たな加算が創設されるが、どの加算も算定要件を継続することに一定のハードルがあり、安定運営にはつながらない。有資格者の雇用は変動することがあり、その変動に合わせて届け出や取り下げ、規定類の変更、利用者や家族からの同意、間違いのない請求などの煩雑な対応が必要。労働人口が減少するなかで、加算により有能な職員を雇用し続けることに、将来性は見出しづらい。安定した本体報酬で事業継続をすることにより、より質の高い看取りが実現できると考える。

(1) - 6. ケアハウス F (非特定施設) (※一部、ケアハウス G (非特定施設) の回答を含む)

①- 1. 施設概要 (ケアハウス F)

施設開設年月	平成 9 年 1 月
定 員 数	50 名
居 室	36 室
入所者数	48 名 (平成 30 年 3 月 1 日現在)
併設事業所	訪問介護、デイ、居宅介護支援事業所

①- 2. 施設概要 (ケアハウス G)

施設開設年月	平成 11 年 4 月
定 員 数	80 名
居 室	80 室 (全個室)
入所者数	80 名 (平成 30 年 3 月 1 日現在)
併設事業所	訪問介護、デイ、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター

②職員体制等 (ケアハウス F)

看護職員体制	・ デイサービスに看護職員が配置されている (2 名)。これまでの看取りの事例 (老衰、末期がん) では、本人・家族の希望で日中はデイサービスを利用し、その間に看護職員が入浴や点滴量の判断などで関与。
介護職員体制	・ 通常の配置基準に約 1.5 人プラスして配置。看取りについてはベテラン職員を中心に対応している。
夜勤体制	・ 夜勤は宿直 (22 時～6 時) 1 人に対応。ケアハウスで看取りを行うかの話し合い時、入居者、家族に対して、22 時～6 時の間に対応できないことを説明し、同意のうえで、看取りを行っている。 ・ 緊急時にはまず管理者に連絡が入り、救急車もしくは医師に連絡を繋ぐ流れになっている。
看取り加算	・ なし (特定施設の指定を受けていない)。

③医療的ケア、看取りへの取組について

ア. 医療的ケアへの対応 ・ 現在行っている医療的ケアは、特になし。 イ. 施設で医療的ケアを行うことについて ・ 日中帯であれば、施設内で医療的ケアを行うことが可能な場合もある。
--

ウ. 看取りの実績

- ・過去5年間（平成24年度～平成29年9月末まで）の看取り対応件数は6件。
- ・10数年前に、初めて看取りを実施。それからは年間で0～2名程度で推移していたが、平成28年度は5名の看取りを経験。平成28年1月、9月、10月、11月、12月に各1名（9月からは連続）。昨年（平成29年）の5名の死因内訳は老衰が4名、胆管癌末期が1名。訪問看護による疼痛管理も実施。

エ. 入居者の意向確認のタイミング

- ・以前は入居時にも説明していたが、必ずしもすべてのケースについて施設で看取りができるわけではない。看取り対応できなかった際、家族からその矛盾を指摘されたことがあるため、現在は入居時の説明はしていない。
- ・座位保持が難しくなり、通院が難しくなってきたタイミングで、家族と施設長、ケアマネ、生活相談員が話し合いの機会を持ち往診に切り替える。医師が看取り期の判断をすれば、家族には宿直（22時～6時）時間帯は対応できないことを説明するが、それでも本人や家族が希望すれば施設での看取りを行っている。同意書はとっていない。

オ. 施設における看取りの内容

○事例1（女性、90歳以上、要介護4、老衰）

- ・通院→訪問診療に切り替えるタイミングで、家族とケアハウス、事業所、ケアマネで話し合い。
- ・ケアハウスと事業所、ケアマネは、役割分担と各部署での伝達を徹底。
 - ーデイサービス：家族の意向で、朝からデイにベッドで参加。
定時のおむつ交換、看護師による体調管理と入浴可否の判断などを実施。
 - ーヘルパー：サービス提供責任者に対応を依頼し、頻回のプラン変更、頻回の訪問の実施。
 - ー福祉用具事業所：マット交換などにすぐ対応してくれる事業者へ依頼。
 - ーケアハウス：ヘルパー、デイで対応できない時間帯の対応（起床就寝介助、排泄介助、水分補給、食事量のチェック、服薬管理、見回りなど）

○事例2（女性、90歳以上、要介護4、現在の状態：慢性肝障害）※現在進行中の事例

- ・食事ができなくなったため、病院を受診。病院から希望を尋ねられた際、家族（他県在住）が治療を希望しなかったら、病院からは「治療しないのであれば、入院はできない」と拒否された。
- ・家族から「ケアハウスで看取りをできるか」と尋ねられ、過去に実績がある旨を伝えるとともに、在宅医療に熱心に取り組んでいる医師と訪問看護と家族が面談する機会を設け、話し合いの結果ケアハウスで看取りを行うこととなった。（施設では、死後事務について家族との話し合いも実施している。）
- ・しばらくすると、本人は体調が回復し、食事ができるようになり、動けるようにもなってきた。そのため、家族に特養入所を提案して、家族が数カ所の特養への入所と看取りの希望を伝えたが、特養からは拒否されてしまった。そのため、家族は再度ケアハウスでの看取りを希望し、食事も「もう食べさせないで」と言われた。施設としては医師の判断に従って対応するしかないため、関係者全員を集めての担当者会議を開催し、対応方針を検討している状況にある。

カ. 施設における看取りを行ったことの効果、大変だったこと、課題

[効果]

- ・介護職員の意識の変化（自分たちの仕事の見直し）：自分たちの仕事は死に直面する仕事である。と意識できるようになった。
- ・介護知識、技術の向上：
 - －知識：食べたいとき、飲みたいときに対応することが、本人にとって望ましいこと。
 - －技術：おむつやシーツの少しのズレが褥瘡をつくる原因になることを学び、適切な技術習得につながった。
- ・家族との信頼関係構築。
- ・他の入所者に対する接遇の向上。
- ・看取りが続いたことで経験を積み重ねることができ、会議時間の短縮化につながった。

[大変だったこと、課題]

- ・夜間に対応できないことや看取りに関する知識、技術が乏しいことによる、介護職員としての無力感。
- ・積極的／消極的な職員が混在していることから、ケアハウスと事業所、ケアマネにより役割分担を詳細に決めて、会議録を残し、各部署での共有と対応の徹底を求めたが、難しかった。
- ・職員、家族に対するアフターケア。職員、家族とも燃え尽きた感をもつ。

④養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウスで医療的ケア、看取りを行うために必要なこと

ア. 医療的ケア、看取りに対して積極的な医師の理解と協力

- ・10数年前に、初めて看取りを実施した際に、訪問診療所を経営していた医師に依頼。それ以来、その医師に看取りを依頼。その医師は自分の携帯電話の番号を家族、ケアハウス、事業所にもおしえてくれているため、介護職員の精神的安心感につながっている。

イ. 看護職、介護職員に対する教育、研修の充実、負担の軽減

- ・特に、看取り未経験の若い職員は「看取り」と聞いただけで拒絶感を示す。そのため、生活相談員が説明して受け入れ可能性を探る。
- ・今後、看取りに取り組むかどうかにかかわらず、マニュアルの整備は必要と考えている。
- ・看取りに対する医師や看護師の考え方と、福祉系職員の考え方には大きな隔たりがある（医師や看護師は、基本的には何もせずに自然に逝くことを基本に考えるが、福祉職は何かしてあげたいという思いが強く、実際これまでも回復した例もみているので、そのような気持ち強いのだと思う）。

ウ. 本人、家族の理解、協力

- ・本人、家族に対し、宿直（22時～6時）時間帯は対応できないことを説明し、同意のうえで、看取りを行っている。その理解と同意がないと難しい。

エ. 併設事業所との連携と協力

- ・ケアハウス単体での看取りは難しい。居宅介護支援事業所、訪問介護、デイサービスとの役割分担で対応できている。同一法人であり、同じ建物内にあるため可能なのかもしれない。

オ. 制度面（介護保険）

- ・看取りの際は、日々プランの内容が変わる。看取り期のみ、柔軟にサービスを入れられるようになるとうい。
- ・ケアハウスでも看取りをすることに対する評価をしてもらえるとよい。特定施設の指定を受けるのは物理的な面からも職員確保の面からもハードルが高いため、看取りに対する評価をしてもらえるとありがたい。それをしてもらえれば、家族の負担軽減にもなり、ケアハウスでの看取りも増えていくと思う。
- ・末期がんの場合、ケアマネの訪問は頻回になる。併設事業所の負担も大きい。そのため、併設事業所にも看取り加算をつけてもらえるとよい。
- ・現状では、ケアハウスの介護職員に対する処遇加算が認められておらず、法人内の特養とケアハウスの職員では4～5万円の給与格差が生じている。このような状況下において、ケアハウスでの看取りを議論することは飛躍しすぎではないか。

(2) 医師（内科、緩和ケア内科、神経内科、リハビリテーション科）

【参考】ヒアリング調査協力医療機関所在自治体に関する概要

ア. 概要

- ・人口：約 25 万人（H29. 1. 1 現在）

イ. 医療・介護体制

- ・開業医が少ない地域。開業医の多くが総合診療科の役割を担っている（小児科医が近隣の高齢がん患者のかかりつけ医として診療を続けるなど。）
- ・精神科神経科の常勤医がいないことを理由に、二次救急である公立病院が、認知症の入院対応ができない。
- ・輸血療法に対応できる医療機関が少ない。
- ・看取りをしていない特養も多い。

ウ. 住民の傾向

- ・介護保険料の自己負担額が負担になり、利用しないケースが目立つ。医療依存度が高い人が入院レベルになるまで医療にもかからず、介護保険サービスも使わずに在宅生活を続けていることも多い。

エ. 自治体の認識

- ・当自治体は資源もなく、人材も不足しているが、危機感が感じられない。優秀な人材も流出している。
- ・自治体が医師会に丸投げしている印象。だが、医師会もあてにするのは難しい。
- ・第 7 次医療計画をみても、当自治体における、今後の在宅医療等の必要量として 3 倍くらいの伸びが予測されているが、みんな他人事のように感じているようにみえる。

①クリニック、医師の概要

ア. 概要

- ・内科、緩和ケア科、神経内科、リハビリテーション科（外来は行っていない）
- ・医師：院長含め 4 名体制
- ・機能強化型在宅療養支援診療所（市内にある 4 つの診療所と、連携しながら在宅診療を行っている）
- ・併設事業所：訪問看護 St.

イ. 訪問診療を始めた経緯、経験年数

- ・救命センターを有する高度機能病院で整形外科専門医としての勤務後、在宅医療に専従。他地域で在宅医療連携拠点事業を経験した後、当地域で現在のクリニックを開設。
- ・これまでの訪問診療の経験：通算 20 年
- ・現在、訪問診療の契約は、提携：有料老人ホーム、個別契約：ケアハウス

②当施設での医療的ケア、看取りの概要

ア. 施設概要

- ・定員 50 名

イ. 当施設で看取りに関わり始めた経緯、経験

- ・当地域で開業後、当施設の副施設長（ケアマネ）から、入居者（認知症で抑制されていた方）が脳梗塞で点滴管理が必要なまま退院を希望している、病院から訪問看護指示書が出されている、在宅医療に切り替えるため主治医を切り替えるので、訪問診療してほしいとの依頼が入った。訪問看護にて点滴、そのあと回復して定期訪問診療、老衰、心不全で看取りまで行った。経過で腫瘍マーカーが上昇し、担癌状態であることが解った。
- ・これまでに当施設で看取った事例は3例（すべてがんのケース）。

ウ. 当施設における業務内容

- ・定期的な訪問診療（週2回）
- ・当施設の提携病院（一般病院）への通院が困難になった方や、医療依存度の高い方（ストマ、尿カテーテル永久留置のため訪問看護が必要なケース）を診療している。
- ・医療的ケアが必要になると、訪問看護を依頼されることが多い。→訪問診療に切り替える。

③養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウスで医療的ケア、看取りを行うために必要なこと

ア. 在宅と施設における医療的ケア、看取りの違い

- ・大事なのは、本人と家族の意思、施設長の考え。
- ・看取り期における医師の役割としては、具体的に予測を示すこと（こういう状態になったら往診依頼をするなど）。
- ・具合が悪くなれば訪問頻度が高まるし、家族（職員）が不安になると電話が多くなるなど、基本的に居宅である在宅医療と同じ（ほとんど違いはない）。ただ、施設と在宅の違いは、
 - ー 常時介護職がいるため、（看護の指示のレベルまでは難しくても）事前に指示が出せる。指示が出せれば、施設の方が在宅より往診依頼の頻度は少ない。
 - ー 介護職がいるため、訪問看護の仕事が少ない。摘便や医療的ケアなど、やることが限られる。
 - ー 定期訪問診療時、施設でできる対応の限界を熟している施設長かケアマネ、介護職が必ず同席し、その場が担当者会議となっている。
医療保険の訪問看護（特別訪問看護指示、がんや難病の訪問看護指示）であれば介護施設でも利用できる。
（介護保険上の訪問看護はシフトを組める（予定を立てられる）ので、効率化できる。）

イ. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウスで看取りをできるようにするためには 〔施設〕

- ・施設側が、施設でできる対応の限界を熟知すること
 - ・緊急時に連絡をとれ、訪問してくれる医師の確保
 - ・施設の看護職による、介護職に対する指導
 - ・施設のリーダークラスの職員が的確な医療的判断をできること
- （当施設では、
- ー 副施設長がケアマネージャーとして実働しており、医療ニーズを判断している。医療ニーズの高い入居者を選んで訪問診療を依頼することができる。
 - ー 最期の段階になると、施設長と副施設長が施設に泊まり込みをしていた。）
- ・医師、看護師、介護職との連携と共有（どのような情報が必要か、どのような場合にどのような対応をするか、の共有）
- これらが整えられていることと、あとは事例の積み重ね（事例を積み重ねることで自信がついていると思う）。
- 地域全体の看護職、介護職のスキルアップ

（３）ヒアリング調査のまとめ

ヒアリング調査を通じて、すでに医療的ケアや看取り対応の経験がある養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスがこうした支援や対応を可能とする要素や要件、課題などを聞き取り、以下のようなことを確認できた。

１）医療機関等の関与

今回のヒアリング調査協力施設では、６施設が、施設所在地で在宅・訪問診療を行っている医療機関や医師と契約を結び、施設において日常的な医療的ケアや看取り対応を行ってもらっていた。すべての施設からの話を整理すると、養護老人ホーム、ケアハウスで医療的ケアや看取りを行うために不可欠なのは「２４時間緊急時に連絡がとれ、訪問診療をしてくれる医師の存在」と「医師による、施設職員（看護職、介護職）、本人や家族に対する病状の見通しや、ケアに関する判断等の指示、説明」ということだった。

「２４時間緊急時に連絡がとれ、訪問診療をしてくれる医師の存在」については、こうした医療機関、医師が見当たらない場合、施設における看取りはできないと明言する施設や協力病院を変えたという施設もあり、こうした医療機関、医師との関係構築は、養護老人ホーム、ケアハウスで医療的ケアや看取りを行うための不可欠で最優先事項といえる。

〔２４時間緊急時に連絡がとれ、訪問診療をしてくれる医師の存在〕

- ・当施設の嘱託医と同じように夜間対応してもらうことが難しい別の施設では、医療的ケアや看取り対応ができていない。
- ・以前の協力病院から、夜間対応が大変と言われ、約１０年前に現在の病院に依頼した。

２）施設として、職員の理解や知識・技術を高めるための取組や負担軽減が行われていること

①施設として、職員の理解や知識・技術を高めるための取組

今回のヒアリング調査協力施設では、いずれの施設においても、医療的ケアや看取りを行うために、施設として、職員の理解や知識・技術を高めるための取組がなされていた。

特徴的だったのは、（ア）いずれの施設も手探りで試行錯誤を繰り返し、職員全員で良かった点、反省点を振り返り、共有しながら、その施設独自の医療的ケアや看取りの取組や認識、仕組みを定着させている点である。

また、（イ）いずれの施設も、医療的ケアや看取りの経験を積み重ねることで、自分たちの施設の位置づけ（「入所居（者）にとって」、「社会的役割として」）や、自分たちが提供している支援の意義を常に見直し、施設全体のケアの質を高めることと結びつけていた。他の施設の取組や体制を単純に取り入れている施設は皆無だった。

〔人材育成・研修〕

- ・ 県老施協と県社協が実施している看取りに関する研修（年 1 回）や、介護職のための医学的知識などの外部研修を受講している。
- ・ 介護職員の意識の変化（自分たちの仕事の見直し）：自分たちの仕事は死に直面する仕事である。と意識できるようになった。
- ・ 介護知識、技術が向上した：
 - － 知識：食べたいとき、飲みたいときに対応することが、本人にとって望ましいこと。
 - － 技術：おむつやシーツの少しのズレが褥瘡をつくる原因になることを学び、適切な技術習得につながった。
- ・ 家族との信頼関係構築。
- ・ 他の入所者に対する接遇の向上。
- ・ 看取りが続いたことで経験を積み重ねることができ、会議時間の短縮化につながった。

〔医療的ケアや看取り対応マニュアルの整備〕

- ・ 「看取り期における看護職員不在時の介護職員等による観察項目」や「バイタル確認のサイン」を整備しており、看取りファイルを用意して、いつでも見られるようにしている。また、個々の入所者のバイタル状況に応じて、看護師に連絡する基準が明確化、共有化されている。脈を図る頻度や清拭のタイミングなど、介護職からも提案がなされ、介護職と看護職が協議をしながら、入所者の看取り期を支えている。
- ・ もともと養護老人ホームで行っていた看取りのノウハウを特養でも取り入れ、特養で法人としての看取りのかたちをつくり、再び養護老人ホームで取り入れたというイメージ。現在は、看護師主導で、看取り期の観察のポイントや対応の仕方、カンファレンスの持ち方など、勉強会のかたちで伝授している。他に「重度化対応・看取り介護指針」、「夜間緊急時の連絡・対応マニュアル」を整備、共有している。
- ・ 法人内の養護老人ホームでも施設内看取りを行っているため、入職時には看取りまで行う職場であることを伝え、納得してもらったうえで仕事に就いてもらっている。入職後は、施設内外の研修に参加して看取りを学ぶほか、医師が往診に来るたびに現場の職員に対して今後予想される事態を説明し、どのような対応をすればよいか指導・助言をしてくれるため、職員も安心して取り組んでいる。

②職員体制や負担軽減等

一方で、いずれの施設でも共通に聞かれたのは、医療的ケアや看取りを行うにあたっての「職員の負担の大きさ」である。

具体的には、以下のような内容だった。

- ・精神的負担の大きさ（介護職員の医療的ケアや看取りに関する知識、経験不足）
- ・職員不足
- ・全入所（居）者に占める、要介護度の高い入所（居）者の多さ

こうした現実がありながらも、どの施設でも職員体制や職員の負担軽減を図るための様々なことに取り組んでいたことも特徴といえる。

〔職員体制や負担軽減〕

- ・入所者個々の部屋にその人独自の申し送りノート置いて、状態変化など気付いたことを随時記入している。こまめにノートに記載できるよう、ノートを各部屋に置くようにした。
- ・介護職（夜勤専門の職員（8時間）と遅番（～23：30まで勤務））を常に2人配置。また、夜勤時に新人同士で組むことがないようにシフトを組んでいる。
- ・夜間時は、月の2/3は、養護か特養どちらかに看護師1名配置体制を確保し、両方の施設に対応している。夜間の配置が難しい場合は、オンコール対応。
- ・実際に経験しないとわからないことも多いため、関係者でのカンファレンスを非常に重視している。また、看取りケースでは、毎日15～30分くらいのカンファレンスで入居者の状態を確認し、食事をどうするか等を話し合っている。家族にも状態を説明し、次のステージに行くこと等を話している。
- ・夜間勤務時の職員と当日の優先順位を共有するなど、心理的な負担軽減に努めながらの対応を共有することが重要。
- ・緊急時にはまず管理者に連絡が入り、救急車もしくは医師に連絡を繋ぐ流れになっている。

3）施設で可能な医療的ケアや看取りの範囲（限界）に対する理解（施設、本人、家族）

複数の施設から、施設が医療的ケアや看取りを行ううえでの限界があるという話も聞いた。具体的には、以下のような内容だった。

- ・職員体制（特に夜間）
- ・看護職の不在（特に夜間）
- ・施設設備

ヒアリング調査協力医師からも「高齢者施設で看取りをできるようにするためには、施設側が、施設でできる対応の限界を熟知すること」の重要性が指摘されているように、施設側が自らの施設の限界を把握し、本人、家族からの納得を得る必要があることが確認された。

〔職員体制〕

- ・現在、入所者 50 名に対して看護師 2 名。ナースコールも鳴っていることが多い状態。また、現在の入所者のなかの半数は介護度がついている人で、要介護 4、5 の人も 16%いる。介護度の高い人については、特養との住み分けもひとつの手段と考えている。
- ・看取りケースが複数重なってしまうと、他の利用者へのケアが手薄になってしまう。また、夜勤職員の負担や死に対する動揺も大きいため、何ケースもできる状況にはない。
- ・現在の夜間コール対応者は駆けつけるまでに 30 分以上かかる職員が多く、早急な連絡対応が求められる場合には、近隣職員の負担となる場合がある。
- ・ケアハウス単体での看取りは難しい。居宅介護支援事業所、訪問介護、デイサービスとの役割分担で対応できている。同一法人であり、同じ建物内にあるため可能なのかもしれない。

〔看護職の不在〕

- ・夜間の看護体制を手厚くしているものの、看護師不在時に看取り対応が必要になる場合もある。そのときにはオンコール対応となるが、夜中に出てきて死後の処理を行うことの負担は大きい。また、通常業務＋看取りに関するケアが追加されることの負担も大きいと思う。

〔施設設備〕

- ・全面改修工事により個室化したのが、電動ベッドは少ないし、風呂も重度化対応できていない。
- ・疼痛コントロールが必要な方は、施設内では医療行為はできないため緩和ケア病院に入院していただくしかない。
- ・現在、特浴がなく、軽介助者に有効な設備しか整っていない状況。終末期を迎えるまでに適切な衛生管理を行うためには、特浴の設置が望ましいが、予算的に難しい。
- ・本人、家族に対し、宿直（22 時～6 時）時間帯は対応できないことを説明し、同意のうえで、看取りを行っている。その理解と同意がないと難しい。

4) 制度面

養護老人ホーム、ケアハウスで医療的ケアや看取りを行うための要素として、制度面からの指摘もなされた。

ひとつは「看取り加算」に対してである。特定施設の指定を受けている養護老人ホームとケアハウス各1施設から、「看取り加算」では安定経営や人材確保にはつながらないことが指摘されている。

ふたつめは「介護職員処遇改善加算」に対してである。介護職のみに対する処遇改善加算の影響で職種間、施設間格差が生じていること、また管理職や相談員職へのキャリアアップを希望しない者が出てきているため、人材育成面からも問題が生じているとの意見が聞かれた。

3つめには「養護老人ホームの措置以外の利用拡大」に対してである。措置施設であるが故に、入所者の確保に対する先の見通しがたたないことが意見としてあげられた。この意見は養護老人ホームに特有の課題といえる。

〔看取り加算に対して〕

- ・看取り対応を行ったことによる報酬をもらえるのはありがたいが、報酬をもらうために看取りをするのは割に合わないと思う。
 - －余命がどのくらいと言われても予測ができない（死期が近いと言われても、それから2、3年長生きする人もいる）。
 - －加算分では、医師や看護師の夜間対応分のカバーできない。補填はできても充足できない。
- ・次期改定にも新たな加算が創設されるが、どの加算も算定要件を継続することに一定のハードルがあり、安定運営にはつながらない。有資格者の雇用は変動することがあり、その変動に合わせて届け出や取り下げ、規定類の変更、利用者や家族からの同意、間違いのない請求などの煩雑な対応が必要。労働人口が減少するなかで、加算により有能な職員を雇用し続けることに、将来性は見出しづらい。安定した本体報酬で事業継続をすることにより、より質の高い看取りが実現できると考える。
- ・末期がんの場合、ケアマネの訪問は頻回になる。事業所の負担も大きい。そのため、事業所にも看取り加算をつけてもらえるとよい。

〔介護職員処遇改善加算に対して〕

- ・介護職員処遇改善加算があるため、職種間での賃金格差が生じている。その格差に伴い、介護職→管理職、相談員へのキャリアアップを希望しない者がおり、人材育成面からみても問題が生じている。
- ・現状では、ケアハウスの介護職員に対する処遇加算が認められておらず、法人内の特養とケアハウスの職員では4～5万円の給与格差が生じている。このような状況下において、ケアハウスでの看取りを議論することは飛躍しすぎではないか。

〔養護老人ホームの措置以外の利用拡大に対して〕

- ・県内の養護老人ホームのうち、満床なのは1施設のみ。どこもベッドが空いている。今後、こんなに空きベッドがあるのでは経営的に難しい。食事や買い物に困っている独居の高齢者がいると思うので、措置だけにとどまらず、契約やショートの利用に門戸を広げるとよいと思う。そうすれば子供世代は安心して働きに出られるし、雇用も増えると思う。



第4章 今後に向けた提案

検討委員会では、調査結果を踏まえて養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスにおける医療的ニーズを有する高齢者への支援のあり方について検討を行った。

1. 在宅医療ニーズを有する高齢者への対応のあり方

医療制度改変等の流れの中で、入院治療が必要ない退院者や在宅生活が困難になった医療的ニーズを有する高齢者の増加が予想されており、それら的高齢者が生活できる居所の確保が求められている。

現在、介護保険施設や認知症グループホーム、有料老人ホーム等の居住系サービスにおいても医療的ニーズを有する高齢者への支援取組が進められているが、経済的理由や環境上の理由からこれらの施設を利用できない高齢者も一定数存在する。そのため、養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスでも、今後医療的ニーズを有する入所（居）者、あるいは入所（居）希望者の増加が考えられることから、施設内での医療的ニーズへの対応が求められることが予想される。

委員会意見：看取りに対する意識を変える必要性

「次第に、在宅含め、施設で亡くなる人が増えていき、それを自然なこととして、施設も職員も受け止めていくことが必要だと思う。」

もとより、養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスでは医療的ニーズを有する高齢者への支援は想定されておらず、本人の安全を図る観点から、人員体制の手厚い他施設等への転居を勧めることも多いと考えられる。しかし、特に看取り期においては受入先が決まらず、入所（居）者本人や家族が施設内での対応を強く希望することもある。そのような場合には、地域の医師や訪問看護事業所、併設施設事業所等と連携しながら施設内で医療的ケアや看取りに取り組んでいる施設も存在している。

このような取組を行っている施設の多くは、入所（居）者本人や家族の思いに応えるために取り組んでいるが、職員にかかる負荷（特に精神面）が大きいことが課題として指摘されている。このような施設の過大な負担によって医療的ケアや看取りに取り組んでいる状況は、現場の疲弊を招き、重大な事故等が発生しかねないおそれもある。

今後、養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスで医療的ニーズのある高齢者への支援を実施するうえでは一定の仕組みを定め、その中で対応していくことが必要ではないか。

委員会意見：一定の仕組みを構築する必要性

- ・「これまではボランティア精神で取り組んできたかもしれないが、地域医療構想のもとに在宅で退院者を受け入れるのであれば、きちんとした仕組みを整える必要がある。高齢者が入る施設や住宅の状況、医師会がどれだけ力があるかなど、地域の状況によって大きく異なるので、国や地方公共団体と施設が役割分担しながら、市町村がきちんと仕組みを整えていくことが必要。」
- ・「社会福祉法人の過大な負担で成り立つ仕組みは長く続かない。アンケート調査では職員の負担が大きいという回答が非常に多い。職員の負担が大きい現実があり、そのうえで医療的ケアや看取りを進めていくには、仕組みとして整備する必要がある。」

2. 看取りに対応するために必要な仕組み等

本事業での調査結果を踏まえれば、養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスにおいて看取り等の医療的ニーズに対応するためには、施設として下記の環境条件が備わっている必要性が明らかとなっている。

なお、ここではあくまでも入所（居）者本人や家族が施設内での医療的ケアや看取り対応の限界を十分に理解した上で、希望していることが前提である。

本人や家族の希望に応えるためには、

- ・在宅医療に理解のある医師等との協力関係ができていること
- ・施設職員の理解や知識・技術を高めるための取組が行われていること
- ・対応可能な居室等が確保されていること
- ・（施設職員体制が不十分な場合）併設事業所等を含む関係機関との連携ができていること

本人や家族とともに施設職員も安心して医療的ケアや看取りに取り組める環境を整えることが必要である。

なお、上記のような要件が備わっていない場合には、安全面や職員負担等に関するリスクが大きいため、入所（居）者が医療的ケアや看取りが必要になった際には、入所（居）者本人や家族が安心できる適切な施設等へ転居できるよう施設として調整を図ることが必要であろう。

（１）在宅医療に理解のある医師や医療機関との連携

入所（居）者の医療的ニーズに対応するには、医師との連携が不可欠である。今回実施したアンケート調査結果からは、施設の嘱託医等が行っている業務内容によって看取りへの対応状況に差があることが明らかとなった。また、ヒアリング調査においても、嘱託医等が看取り後のカンファレンスに参加してスーパーバイズを行うことで職員の成長を促すなど、医師の積極的な関与によって施設の対応水準（支援内容の水準）が高まっていることも明らかとなった。医師の取組方針が施設内対応の可否に大きく影響しており、在宅医療に積極的な医師との連携なくして本人や家族、施設職員が安心して看取り等に取り組める環境を構築することは困難といえよう。

現在、各自治体では、各地域の実情に応じて、関係者間で連携、協力しながら、在宅での医療と介護の一体的な支援によって高齢者の生活を支えることを目指す在宅医療・介護連携推進事業が進められている。この中で、施設入所（居）者も在宅医療の対象であることの周知を促すとともに、在宅医療に理解のある医師や医療機関等の情報が、施設や地域住民等に提供されることも必要である。

今後、医療的ニーズのある在宅高齢者の増加が見込まれる中で、医療提供者と家族介護者、施設職員等の協働によって高齢者の生活を支える環境整備が求められている。自治体はもとより、地域の医療機関や医師会、関係機関等による積極的な協力が求められる。

（２）より安全性の高いケアの提供と職員の負担軽減に向けて

①施設職員への教育研修、対応マニュアルの整備

支援員や介護職員等のすべてはその養成課程において医療的ケアや看取り等に関する十分な教育を受けているわけではなく、知識や技術、経験の乏しさからこれらのケアの際には精神的にも非常に大きな負担が掛かっている実態がある。

今回調査において、看取り実施施設における職員への看取りに関する教育研修の取組状況を確認したところ、必ずしもすべての施設で行われているわけではなかった。また、看取り対応マニュアルの整備状況についても同様であった。このような環境の中で、職員は本人や家族の希望に寄り添う看取りに取り組んでいた。

今後、在宅医療ニーズのある高齢者が増加することを鑑みれば、介護職員等の養成課程において介護の先にある看取り（死生観）に関する基礎的な教育のみならず、より実践的な教育が必要となるであろう。また、自治体が行っている在宅医療・介護連携推進事業の中で施設職員を対象とする教育研修の場を設けたり、都道府県が実施する研修にメニューを加えるなど、一定の知識や実践力を高める役割を自治体が担うことも考えられる。

さらに、施設内での看取り対応マニュアルの整備も必要である。養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスでは、施設種別や特定施設入居者生活介護の事業所指定状況によって職員の人員配置基準が異なっており、また医療機関や介護事業所等の社会資源は地域ごとに異なっている。これらを踏まえ、事業者団体等において一定の雛形を検討し普及を図ることも必要と考えられる。

委員会意見：施設職員への教育研修、対応マニュアル整備の必要性

「看取り期には、どういう状態になっても不思議ではないということを支えるバックアップの仕組みが必要。それは、教育であり、研修やマニュアル。現場の職員はそれらを強く欲している。その知識と経験がないと不安が大きく、自分一人の夜勤のときになぜ亡くなってしまったのかというとまどいが大きい。」

②柔軟な制度運用

現在の制度上は、特定施設（外部サービス利用型）の場合は、訪問看護ステーションと施設の契約によって訪問看護を利用することが可能だが、一般型の指定を受けている特定施設では利用できないこととなっている（特定施設の指定を受けていない場合は利用可能）。

ただし、末期がんなど特定疾患に関しては医療保険による訪問看護の利用が認められている。これと同様に、例えば看取り期に限定して訪問看護の利用を認めるなど、柔軟な制度運用が図られることで施設職員の過度な負担が軽減されるのではないかと。

委員会意見：訪問看護サービス制度運用の柔軟化

「例えば特定施設の指定を受けていても看取りの負担は大きいのが現実である。現在の制度上は特定施設では訪問看護を利用することはできないが、看取り期の人に限って訪問看護を利用できるようにすれば施設の負担も軽減されるのではないかと。」

③看取り対応への評価の仕組み

特定施設入居者生活介護の事業所指定を受けた施設では、一定要件を満たす場合に看取り加算の算定が認められている。しかし、今回実施した調査では、事業所指定を受けている施設であっても看取り加算を算定している割合は半数に満たないことが明らかとなっている。その理由のひとつは正看護師の配置が看取り加算の必須要件となっていることにある。人材確保が困難な現状において正看護師の配置要件は高いハードルとなっている。

一方で、特定施設入居者生活介護の事業所指定を受けていなくても、入所（居）者本人や家族の意向を尊重し、医師や訪問看護事業所、併設事業所等との連携によって看取りに取り組んでいる施設もあることも明らかとなった。

特定施設入居者生活介護の事業所指定を受けるためには、居室等ハード面での基準とともに職員配置基準を満たす必要がある。現状では、建物設備の老朽化問題を抱えている施設が半数を占めるものの、建替えを予定している施設はわずかしかない。これは、建替え費用の確保が大きな課題になっていると考えられる。また人材確保が困難であることも前述のとおりである。このような状況を踏まえれば、特定施設入居者生活介護の事業所指定をすぐに受けられる施設ばかりではない。

今後、退院者や自宅生活が困難な医療的ニーズのある高齢者の受け皿として、養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスが一定の役割を担う場合には、施設本来の役割（生活支援）とは異なる付加的ケアに対する一定の対価（職員が担う業務負担への対価）は必要であろう。特定施設入居者生活介護事業所指定の如何にかかわらず、養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウス等の施設において看取り対応を行った場合には、それを評価する仕組みについて検討を始める必要がある。

委員会意見：職員の業務負担に対する対価の必要性

「特定施設の指定の有無にかかわらず、看取り期には必ず一時対応が必要になり、職員が行うことになる。それが長期化すれば、職員は少ない人員体制のなかで負担が増えていく。

特定施設の指定をとれば、職員体制を整えられ、そのための保障もされるので重度化にも対応できるが、特定施設の指定を受けないと看取りができないという話になる。そうではなく、今の人員体制で看取りをするのであれば、加算をつけてほしい。」

委員会意見：看取り加算は必ずしも取組普及のインセンティブにはつながらない

「現在、訪問看護ステーションと契約して看取りを行っているグループホームには介護加算がつくようになったが、これはグループホームがやむを得ず看取りに対応してきて、その実績を積み重ねてきた結果である。そのため、先に看取り加算をつけてというのは違和感がある。

また、加算がついたから養護老人ホーム、軽費・ケアハウスが積極的に看取りをするかというと、必ずしもそうはならないだろう。また、加算をつけたから積極的に看取りをしろとも言えない。」

④入所（居）者のニーズに即した医療機関等との連携強化の必要性

高齢者の医療的ニーズは様々なものがあり、看取り期に限ったことではない。特に、養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスでは、精神疾患のある入所（居）者が一定数いるにもかかわらず、施設の嘱託医・協力医の標榜診療科が精神科の割合は全体で11%と低い状況であった。精神疾患のある入所（居）者には精神科の主治医がいると考えられるが、必ずしも施設と連携できているわけではない。

今後、養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスにおいては、入所（居）者の医療的ニーズを踏まえて、様々な医療機関との連携・協力関係を築いていくことが求められる。

委員会意見：入所（居）者のニーズに即した医療機関等との連携強化が必要

「特定施設の場合、入所（居）者の平均要介護度は2くらい。そうすると、入所（居）者の生活全般の課題に目配せする必要がある。だが、今回のアンケート調査結果をみると、看取りの部分だけがクローズアップされている印象を受ける。

例えば、養護老人ホーム、軽費・ケアハウスともに精神疾患を抱えている入所（居）者は多いにも関わらず「嘱託医・協力医等の主な診療科目」で精神科医の割合が低い。

養護老人ホーム、軽費・ケアハウスともに、入所（居）者の医療ニーズは看取り期だけの話ではないこと、現在は入所（居）者に必要なニーズに対応した医療との関係が構築できていないことを周知すべきではないか。」

3. 在宅医療と介護連携の推進に向けて ―地域包括ケアシステムにおける協働モデル―

これまでの地域における仕組みは、医療と介護がそれぞれ独立的に高齢者等のニーズに即して提供されており、高齢者の生活全体を俯瞰した一体的な取組はごく限られた範囲にとどまっていた。高齢者が住み慣れた地域で最後まで暮らし続けることができる環境と仕組みの整備を目指す地域包括ケアシステムでは、高齢者の生活を包括的に把握し、住まいや生活支援、医療、介護など様々なニーズに対して一体的に取り組むことが求められている。（単に地域内に一定の社会資源があればよいという話ではない。）その意味で、在宅医療と介護の連携は、地域包括ケアシステムの重要な根幹をなしているといえよう。

委員会意見：包括的につなげる視点が必要

「市町村アンケート調査結果からは、養護費を「住まい」としては認識しているが、現在の入所（居）者が高齢化していくこと、医療が必要になることは、認識としても政策としてもつながっていないと感じた。もう少し地域包括ケアシステムというスキームとしてとらえる必要がある。住まい～医療・介護～生活全般をつなげる視点で支援にあたるのが地域包括ケアシステムであることを再認識してもらうことが必要ではないか。」

養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスは、地域包括ケアシステムを構成する一員であり、地域の高齢者の生活を支える重要な役割を果たしている。自治体は、これらの施設が医療的ニーズのある高齢者の住まいとして機能している実態を認識し、これらの施設が地域の医療機関や関係機関等と連携を図りながら適切なケアを提供できるための環境整備を進めることが必要と考えられる。

今後、増大が予想される在宅医療ニーズへの対応では、地域の医師会や医療機関等の協力が不可欠である。地域の医療や介護の関係者が集まる地域ケア会議や在宅医療・介護連携推進の取組の中で、地域内の人材や社会資源を確認しながら医療的ニーズのある高齢者への支援方策を検討し対応を図るなど、現場レベルでの協働による取組を展開していくことが求められている。

委員会意見：地域内での協働モデルの提案

「地域ケア会議等の事例検討テーマとして、例えば医療的ケアが必要な人のテーマを取り上げようというように、地域ケア会議の取り組み方も含めて提案できないか。自分たちの地域には、このような状態の人たちがいて、このような社会資源があるから、このような対応ができるね、という協働のモデルをつくっていくことが今後の医療的ケアのあり方ではないか。2025年を見据えて、みんなで取り組む協働モデルをつくるという方向で話を進めるのが建設的ではないか。」



参 考 資 料

アンケート調査票（事業者、市町村）

養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウスにおける
在宅医療への対応状況に関するアンケート調査票

はじめに、貴施設の基本情報のご記入をお願いします。

法人名	法人設立年（西暦）：_____年		
施設名	施設開設年（西暦）_____年	建替え・改築修繕年（西暦）_____年	定員_____名
	施設種別： ☐ 一般養護 ☐ 盲（聴）養護 ☐ ケアハウス ☐ 都市型軽費 ☐ 軽費A型 ☐ 軽費B型		
所在地	〒_____都・道・府・県_____市・区・町・村_____区_____		
記入者	氏 名：	役職：	
	電話番号：	Fax：	
	E-mail：		

問1 貴施設の概要についてうかがいます。

(1) 設置主体 (Oは1つ)

1. 社会福祉法人	2. 地方公共団体・広域連合	3. その他 ()
-----------	----------------	------------

(2) 運営主体 (Oは1つ)

1. 社会福祉法人 (設置主体と同じ)	2. 社会福祉法人 (設置主体より受託・指定管理)
3. 地方公共団体・広域連合 (設置主体と同じ)	4. その他 ()

(3) 法人の母体 (Oは1つ)

1. 社会福祉法人	2. 医療法人	3. 宗教法人	4. 学校法人	5. 財団・社団法人
6. 生活協同組合	7. 企業組合	8. 株式会社	9. 市民活動団体	10. NPO 法人
11. 自治体	12. その他 ()			

(4) 介護保険特定施設入居者生活介護の事業所指定の有無 (Oは1つ)

1. 指定を受けている (一般型)	2. 指定を受けていない (個別契約型)
3. 指定を受けていない (個別契約型)	

(5) 併設隣接する施設・事業所 (Oはいくつでも)

1. 介護老人福祉施設	2. 介護老人保健施設	3. 介護療養型医療施設
4. 介護保険訪問系居宅サービス (1. 訪問介護 2. 訪問看護 3. 訪問リハ 4. 訪問入浴介護)		
5. 介護保険通所系居宅サービス (1. 通所介護 2. 通所リハ 3. 認知症デイサービス)		
6. 認知症グループホーム	7. 小規模多機能型施設	8. 居宅介護支援事業所
9. 軽費老人ホーム	10. 養護老人ホーム	11. 有料老人ホーム
12. サービス付き高齢者向け住宅	13. 保育所等	14. 児童養護施設
15. 障害者支援施設・事業所		
16. 地域包括支援センター (→ 1. 同一敷地内に併設 2. 併設はしていない)		
17. 在宅介護支援センター (→ 1. 同一敷地内に併設 2. 併設はしていない)		
18. その他 ()		

(6) 居室の種類と数

個室_____室、	2人部屋_____室、	3人以上部屋_____室、	合計_____室
-----------	-------------	---------------	----------

(7) 貴施設の設定等の状況についてお答えください。(それぞれOは1つ)

- ①入所 (居) 者の急変時に対応できる医務室・静養室の有無 1. ある 2. ない
- ②要介護状態の入所 (居) 者も利用可能な浴室の有無 1. ある 2. ない
- ③建物や設備が老朽化している 1. 該当 2. 非該当
- ④施設の建替えを予定している 1. 該当 2. 非該当

問2 入所 (居) 者の状況についてうかがいます。

(1) 入所 (居) 者総数および介護保険要介護認定者数をご記入ください。(平成29年10月1日現在)

入所 (居) 者総数	自立 (未申請)	要支援 1～2	要介護 1～2	要介護 3～5	申請中
人	人	人	人	人	人

(2) 認知症の日常生活自立度別人数をご記入ください。(平成29年10月1日現在)

入所 (居) 者総数	自立	I	II	III・IV・M	不明
人	人	人	人	人	人

(3) 下記の疾患に該当する入所 (居) 者数をご記入ください。(平成29年10月1日現在)

※複数の疾患に該当する場合は、それぞれにカウントしてください。

疾患	人数	疾患	人数
1. 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	人	5. 腎臓・前立腺の病気	人
2. 心臓病	人	6. がん (悪性新生物)	人
3. 糖尿病	人	7. うつ病・精神疾患	人
4. 呼吸器の病気 (肺炎や気管支炎等)	人	8. 難病	人

(4) 過去3年間 (平成26～28年度) の入退所 (居) 者について、入所 (居) 前の住まい別、退所先別の人数をご記入ください。

①過去3年間の入所者数：_____人 ②過去3年間の退所者数：_____人

①入所 (居) 前の住まい・世帯	人数	②退所先	人数
1. 自宅 (借家含む) 単身世帯	人	1. 自宅 (借家含む) 単身世帯	人
2. 自宅 (借家含む) 高齢者のみ世帯	人	2. 自宅 (借家含む) 高齢者のみ世帯	人
3. 2. 以外の自宅 (65歳未満の者と同居)	人	3. 2. 以外の自宅 (65歳未満の者と同居)	人
4. 精神科病院	人	4. 精神科病院	人
5. 精神科以外の病院	人	5. 精神科以外の病院	人
6. 障害者施設	人	6. 介護保険施設 (特養)	人
7. 矯正施設	人	7. 介護保険施設 (老健)	人
8. 介護保険施設	人	8. 介護保険施設 (療養型)	人
9. 介護保険居宅系事業所 (小規模多機能・グループホーム)	人	9. 介護保険居宅系事業所 (小規模多機能・グループホーム)	人
10. 有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅	人	10. 有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅	人
11. その他 ()	人	11. 死亡 (施設内)	人
12. 不明	人	12. 死亡 (病院入院中)	人
		13. その他 ()	人

問3 職員体制

(1) 貴施設の下記の職員数について、職種ごとに常勤専従者数、常勤兼務者数（常勤換算数）、非常勤職員数（常勤換算数）をご記入ください。

生活相談員	性別 (○は1つ)	年代 (○は1つ)	貴施設での経験年数		保有資格 (○はいくつでも)
			①常勤専従	②常勤兼務	③非常勤
1. 生活相談員			人		常勤換算数
2. 看護職員			人	人	人
3. 介護職員・支援員			人	人	人
うち、喀痰吸引等可能者			人	人	人

(2) 貴施設の生活相談員（または同等の業務を行っている方）の性別、年齢、経験年数、保有資格についてお答えください。生活相談員が3名以上いる場合は、経験年数の長い職員から3名お答えください。

生活相談員	性別 (○は1つ)	年代 (○は1つ)	貴施設での経験年数	保有資格 (○はいくつでも)
No. 1	1. 男性 2. 女性	1. 20 歳代	年	1. 社会福祉士
		2. 30 歳代		2. 介護福祉士
		3. 40 歳代		3. 精神保健福祉士
		4. 50 歳代		4. 介護支援専門員
		5. 60 歳以上		6. 介護福祉士 (級)
No. 2	1. 男性 2. 女性	1. 20 歳代	年	1. 社会福祉士
		2. 30 歳代		2. 介護福祉士
		3. 40 歳代		3. 精神保健福祉士
		4. 50 歳代		4. 介護支援専門員
		5. 60 歳以上		6. 介護福祉士 (級)
No. 3	1. 男性 2. 女性	1. 20 歳代	年	1. 社会福祉士
		2. 30 歳代		2. 介護福祉士
		3. 40 歳代		3. 精神保健福祉士
		4. 50 歳代		4. 介護支援専門員
		5. 60 歳以上		6. 介護福祉士 (級)

(3) 貴施設の夜間の職員体制について、該当するものに○をつけてください。

①夜間の職員体制 (○は1つ)

1. 宿直職員のみ配置	①介護職 名、②看護職 名、③その他 () 名
2. 夜勤職員を配置	①介護職 名、②看護職 名、③その他 () 名
3. その他 ()	

②夜間の看護職員の体制について (○はいくつでも)

1. 施設の看護職員 (常勤又は非常勤) がいる
2. 他事業所と兼務の看護職員がいる
3. 施設の看護職員 (常勤又は非常勤) でオンコール体制をとっている
4. 訪問看護ステーションや医療機関と連携してオンコール体制をとっている
5. 看護職員はいない

問4 関係機関との連携状況についてうかがいます。

(1) 貴施設の嘱託医 (協力医等を含む) の人数をご記入ください。 嘱託医等の人数 人

(2) 貴施設の嘱託医の主な診療科目に○印をつけてください。(○はいくつでも)

1. 総合診療科	2. 内科	3. 心療内科	4. 精神科	5. 神経科	6. 呼吸器科	7. 消化器科
8. 循環器科	9. アレルギー科	10. リウマチ科	11. 外科	12. 整形外科	13. 眼科	
14. 耳鼻咽喉科	15. リハビリテーション科	16. 神経内科	17. 皮膚科	18. 泌尿器科		
19. 歯科	20. その他 ()					

(3) 貴施設の嘱託医が行っている業務について、該当するものに○印をつけてください。(○はいくつでも)

1. 定期的な訪問診療	2. 臨時の往診	3. 入所 (居) 者や家族への病状説明や指導
4. 施設職員への入所 (居) 者の病状説明や対応の指導	5. 主治医意見書の作成	
6. 処方箋の発行	7. 職員に対する研修の講師	8. 看取り
9. 死亡診断書の作成	10. 看取り後の家族や職員への精神的サポート	
11. その他 ()		

(4) 貴施設と関係のある病院の中で、下記に該当するものがあれば○印をつけてください。(○はいくつでも)

1. 病院のMSW等から退院患者の受け入れに関する相談が寄せられる病院がある
2. 入所 (居) 者の状態急変時等に受け入れてくれる病院がある (24 時間対応)
3. 退院した入所 (居) 者の在宅医療に取り組んでいる病院がある

(5) 地域包括支援センターとの関係についてうかがいます。

貴施設では地域包括支援センターと下記のような関わりがありますか。(○はいくつでも)

1. 地域包括支援センターから在宅生活が難しくなった高齢者の入所 (居) 相談が寄せられる
2. 地域包括支援センターから退院予定の高齢者の入所 (居) 相談が寄せられる
3. 入所 (居) 者の退去先を探す際に地域包括支援センターに相談する
4. 地域包括支援センターから地域ケア会議への参加依頼がある

問5 今後の医療的ケアを必要とする高齢者の受入れについてうかがいます。

現在、国では「在宅医療・介護連携」を推進する施策が進められており、治療の必要性の低い入院患者の退院促進等により、在宅（施設入所を含む）で医療的ケア等が必要な高齢者が増加することが見込まれています。また、高齢者施設においても医療的ケアを必要とする入所（居）者の増加が予想されます。

(1) 医療的ケアを必要とする高齢者の受入れ（又は継続入所（居））について、貴施設ではどのような方針で対応されていますか。(○は1つ)

1. 受け入れている
2. 受け入れは行っていないが、医療的ケアが必要になった入所（居）者には対応している
3. 受け入れている（又は、医療的ケアが必要になった入所（居）者は退去）
4. その他 ()

→ S Q 貴施設で対応可能な医療的ケアに○印をつけてください。(○はいくつでも)

1. 経鼻栄養・胃ろう・経腸栄養	2. 注射・点滴
3. 膀胱洗浄、膀胱留置カテーテルの管理	4. 褥瘡、創傷部処置
5. 吸入・吸引	6. 浣腸、排便
7. 中心静脈栄養	9. 酸素療法管理（在宅酸素、酸素吸入）
8. 人工肛門、人工膀胱等の管理	11. ガン末期の疼痛管理
10. 慢性疼痛の管理（ガン末期を除く）	13. インシュリン注射
12. 人工呼吸器の管理	14. その他 ()

現在、医療的ケアが必要な入所（居）者の実人数をご記入ください。 人

(2) 貴施設では、医療的ケアが必要な高齢者の受入れに対して、将来的にどのような意向をお持ちですか。(○は1つ)

1. 可能な限り受け入れたい	2. 受け入れは難しい	3. その他 ()
----------------	-------------	------------

(3) 貴施設で医療的ケアが必要な高齢者を受け入れるためには、どのような条件が必要だとお考えですか。また、特に必要と思われる条件等を具体的ににお聞かせください。

（〇はいくつでも）

1. 訪問診療や往診が可能な嘱託医・協力医等の確保	2. 訪問看護ステーションや医療機関からの訪問看護の利用	3. 状態急変時に入院できる病院の確保	4. 訪問介護サービスの利用（夜間帯等）
5. 施設内対応の限界に対する利用者本人や家族等の理解	6. 施設の看護職員の配置・増員	7. 夜間帯の職員体制の増員	8. 併設事業所等の支援
9. 疾患や医療的ケア等に関する介護職員等への教育研修の充実	10. 個室化などの施設環境面の整備	11. その他（ ）	

【特に必要と思われる条件等】

問 6 看取り介護についてうかがいます

（1）貴施設では、これまでに施設内での看取り介護を行った経験はありますか。（〇は1つ）
1. 看取り介護の経験がある 2. 看取り介護の経験はない 3. わからない

過去5年間の看取り介護対応件数 件（平成24年度～平成29年9月末まで）

（2）自治体や地域包括支援センターとの関係で、下記のようなことはありますか。（〇は1つ）
①看取り介護の実施について、自治体等から依頼相談されたこと 1. ある 2. ない
②看取り介護の実施について、自治体等に相談をしたこと 1. ある 2. ない

(3) 貴施設では、施設内での看取りを希望する入所（居）者はいいますか（又は、過去にいましたか）。（〇は1つ）

1. 希望者はいる（過去にいた） 2. 希望者はいない 3. 把握していない
--

(4) 入所（居）者から施設内での看取りを希望された場合、貴施設ではどのような方針で対応しますか。（〇は1つ）

1. 一定の条件が整えば対応する
2. 他施設や医療機関に転居・入院してもらう（施設内での看取りは行わない）
3. その他（ ）

(5) 貴施設で看取り介護を行うためには、どのような条件が必要だとお考えですか。また、特に必要と思われる条件等を具体的ににお聞かせください。（〇はいくつでも）

※利用者本人や家族から施設内看取りへの継続的な希望があることを前提としてお答えください。

1. 訪問診療や往診が可能な嘱託医・協力医等の確保	2. 訪問看護ステーションや医療機関からの訪問看護の利用	3. 状態急変時に入院できる病院の確保	4. 訪問介護サービスの利用（夜間帯等）
5. 施設内対応の限界に対する利用者本人や家族等の理解	6. 施設の看護職員の配置・増員	7. 夜間帯の職員体制の増員	8. 併設事業所等の支援
9. 看取り期のケアに関する介護職員等への教育研修の充実	10. 施設の看取り介護に対する方針	11. 個室化などの施設環境面の整備	12. 看取り加算等の制度的裏付け
13. 身寄りのない入所（居）者の死後事務、残置物処理等の保証	14. その他（ ）		

【特に必要と思われる条件等】

問 7 【看取り介護を実施している施設の方にかがいます】

（1）貴施設において看取り介護をはじめられたきっかけをお聞かせください。（〇はいくつでも）
1. 施設の方針として以前から取り組んでいる
2. 入所（居）者本人や家族からの強い希望があり、（やむを得ず）開始した
3. 看取り期に受け入れてくれる病院・施設がなく、（やむを得ず）開始した
4. その他（ ）

（2）貴施設では、看取り介護を実施した際に、看取り加算を算定していますか。（〇は1つ）
1. 算定している 2. 算定していない（特定施設ではない） 3. 算定していない（特定施設）

S Q 「3. 算定していない（特定施設）」と回答された方へ、その理由をお聞かせください。

1. 算定基準を満たしていない → 1. 正看護師の配置 2. その他（ ）
2. 手続きが面倒である
3. その他の理由（ ）

(3) 貴施設で対応可能な看取り介護の範囲について、お考えをお聞かせください。

①貴施設で対応可能と思われる入所（居）者の病状等（〇はいくつでも）

1. 老衰 2. 疼痛管理を伴わない疾患 3. 疼痛管理を伴う疾患
4. その他（ ）

②貴施設での対応可能な件数 年間およそ 件程度

③看取りが複数重なった場合 1. 対応可能 2. 対応は困難 3. わからない

(4) 施設での看取り介護に関して、入所（居）者や家族への説明はいつ行っていますか。
(○はいくつでも)

1. 施設入所（居）時	2. 入所（居）後定期的に確認（年に1回等）	3. 不定期に確認
4. 病状が悪化した時	5. 入所（居）者や家族から看取り介護の希望が出されたとき	
6. その他（ ）		

(5) 職員研修等について

①貴施設では看取り介護に関して生活相談員や介護職員への教育・研修等を行っていますか。
(○は1つ)

1. 行っている	→	1. 施設内研修	2. 法人内研修	3. 外部研修	4. その他
2. 行っていない					

②貴施設では、看取り介護に関するマニュアルを作成していますか (○は1つ)

1. 作成している	2. 作成していない	3. その他（ ）
-----------	------------	-----------

③貴施設では、看取り後に職員間でカンファレンスを実施していますか。(○は1つ)

1. 行っている	2. 行っていない	3. ケースにより異なる
----------	-----------	--------------

(6) 看取り介護を実施したことによって、施設職員にどのような効果があったと思いますか。
プラス面、マイナス面それぞれお聞かせください。

【①プラス面の効果】	【②マイナス面の効果】
------------	-------------

(7) 施設として看取り介護に取り組む意義について、お考えをお聞かせください。

【看取り介護に取り組む意義】

(8) 看取り介護を実施するにあたり、どのような課題があるとお考えですか。職員の負担面、他入所（居）者への影響、医療機関等との関わり、死後事務や残置物処理など、様々な視点からご意見をお聞かせください。
--

問8 【すべての方がお答えください】
現在、各自治体では在宅医療・介護の連携推進を目指した取り組みが進められています。在宅医療が必要な入所（居）者へのケア（看取りを含む）をより効果的に実施するために、地域の医療機関や自治体に対して期待することがあれば、ご意見をお聞かせください。

問9 施設運営に関してうかがいます。貴施設の運営面において、現在どのような課題があるかお聞かせください。

(1) 入所（居）者の確保、支援内容等に関して (○はいくつでも)

1. 入所（居）者の確保が困難である
2. 身元保証人や緊急連絡先のない高齢者等からの相談が増加している
3. (経費・ケアハウス) 入居費用負担が困難になる利用者が増加している
4. 要介護状態の入所（居）者が多く、介護保険サービス以外の介護等にかかる職員負担が大きい
5. 認知症による周辺症状対応への負担が大きい
6. 精神疾患を抱える入所（居）者への生活支援が難しい
7. 医療的ケアや看取り介護に対する負担が大きい
8. 施設内での集団生活に馴染まない入所（居）者への生活支援が難しい
9. 虐待やDVを受けた高齢者へのケアが難しい
10. 建物設備の老朽化やバリアフリー未対応のため、入所（居）者の支援に要する負担が大きい
11. 本人の状態にあった移行先（介護施設や地域内の住宅等）の確保が難しい
12. その他 []

(2) 職員の確保等に関して (○はいくつでも)

1. 介護職員・看護職員の確保・定着が困難 (→ 1. 介護職員 2. 看護職員)
2. 施設・事業所が介護保険制度の対象が否かにより法人内で介護職員の給与格差が生じている
3. 職員の教育や研修に関する取り組みが十分にできていない
4. その他 []

(3) 自治体との関わりや制度運用に関して (○はいくつでも)

1. 自治体や地域包括支援センターと情報共有・意見交換する機会がない
2. 自治体職員が施設のことを理解していない (措置制度や経費老人ホームへの理解が低い)
3. (養護) 入所判定機会が少なく、入所判定が画一的で柔軟性がない等
4. (ケアハウス) 20年経過後の居住費の徴収が認められていない
5. 職員配置基準が現状の入所（居）者層に適合していない
6. 自治体において施設の建替え・改修補助費確保が困難である
7. 福祉医療機構による施設の建替え・改修補助が利用できない
8. その他 []

(4) 施設運営において特に課題と感じていること（優先度の高い課題）をお聞かせください。

【特に課題と感じていること】

◎ご協力ありがとうございました

在宅医療・介護連携における養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウスの役割に関する市町村アンケート調査票

◆貴自治体およびご回答者様についておたずねします。

自治体名

都 道・府・県

市・区・町・村

区

人口

人、高齢者数

人（平成

年

月

日現在）

部署名

氏名：

役職：

回答者

電話番号：

Fax：

E-mail：

問 1. 貴自治体における養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウスの現状についてうかがいます。

（1）貴自治体内の養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウスの施設数、定員数（H29.10.1現在）（1はどちらから1つに○。1で「2.あり」を選択した方のみ2～5の該当欄に数字を記入）

	1. 有無	2. 施設数	3. 定員数	4. 2のうち 特定指定施設数	5. 貴自治体 の措置人数
養護老人ホーム	1. なし 2. あり→				人
①養護老人ホーム（一般）					
②養護老人ホーム（盲・聴養護）	1. なし 2. あり→				人
③軽費A型	1. なし 2. あり→				
④軽費B型	1. なし 2. あり→				
⑤ケアハウス	1. なし 2. あり→				
⑥都市型軽費	1. なし 2. あり→				

【自治体内に養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウスがある方にうかがいます】

（2）貴自治体では日常生活圏域レベルの地域ケア会議に、養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウス関係者は参加していますか。（○は1つ）

1. 参加している

2. 参加していない

3. わからない

（3）貴自治体や地域包括支援センター等※では、養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウス関係者と情報共有・意見交換する機会がありますか。（○はいくつでも）

※「在宅医療・介護連携推進事業」に基づく連携拠点を含む。

①養護老人ホームとの関わり	②軽費老人ホーム・ケアハウスとの関わり
1. 入所判定を行う際に意見交換している	1. 入居者の介護保険申請等の際に話を聞いている
2. 入所者の介護保険申請等の際に話を聞いている	2. 入居者への支援に関する相談を受けている
3. 定期的に入所者の支援に関する協議を行っている	3. その他（
4. その他（	4. 意見交換等の機会はほとんどない
5. 意見交換等の機会はほとんどない	5. わからない
6. わからない	

【すべての方にうかがいます】

（4）養護老人ホームの入所判定委員会の開催頻度についてご回答ください。（○は1つ）

1. 定期的に開催（年回）し、あわせて必要に応じて随時開催（決裁）している

2. 定期的な開催（年回）のみ

3. 必要に応じて随時開催（決裁）している

4. 入所判定委員会を設置していない

問 2 貴自治体における在宅医療・介護連携の取り組みについてうかがいます。

（1）貴自治体では、在宅医療・介護連携事業の中で在宅医療（医療的ケア等）が必要な高齢者の自宅以外の居所として、どのような施設等の情報収集・提供（リスト化やマップ等作成）を行っていますか。（医療機関、訪問・通所系サービス以外）（○はいくつでも）

1. 介護老人福祉施設

2. 介護老人保健施設

3. 特定施設入居者生活介護

4. 認知症対応型共同生活介護

5. 養護老人ホーム

6. 軽費老人ホーム・ケアハウス

7. 有料老人ホーム（特定施設以外）

8. サービス付き高齢者向け住宅

9. その他（

）

10. 行っていない

（2）在宅医療・介護連携に関する課題抽出と対応策を検討する会議において、参加メンバーの中に養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスの関係者は参加していますか。（または調査対象としていますか。）（○は1つ）

1. 参加している

2. 参加していない

3. 開催していない

4. わからない

（3）在宅医療・介護連携を推進するためには、高齢者の生活支援に必要な医療知識の習得のための研修会や勉強会、事例検討会等を開催し、医療や介護、高齢者福祉に携わる関係者の多職種連携を促進することも求められています。

①貴自治体では、在宅医療・介護連携を推進するための研修会や事例検討会を実施していますか。（○は1つ）

1. 実施している

2. 実施していない

3. わからない

②このような取組を行う際に、貴自治体では養護老人ホームや軽費老人ホーム・ケアハウスにも周知を図っていますか。（○は1つ）

1. 周知している

2. 周知していない

3. 研修会等を開催していない

4. わからない

（4）地域の在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口について、貴自治体の取組状況をお答えください。（○は1つ）

1. 実施済み

2. 実施を検討中

3. 今後検討予定

4. わからない

（5）在宅医療と介護の連携を推進するにあたっては、関係者間での情報共有を支援するツール（情報共有シート・連絡帳・地域連携クリティカルパス等）活用が重要となります。貴自治体の取組状況をお答えください。（○は1つ）

1. 既に情報共有ツール（ICTを含む）を活用している

2. 現在、情報共有ツール（ICTを含む）の開発を進めている

3. 今後、情報共有ツール（ICTを含む）の開発を進めている予定である

4. その他（

）

126

1

2

平成 29 年度 厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

「地域包括ケアシステムの構築及び地域医療構想の実現に向けて、
養護老人ホーム・軽費老人ホームが求められている役割や
効果的な支援のあり方に関する調査研究事業」
報告書

平成 30（2018）年 3 月

一般財団法人 日本総合研究所