

令和6年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

介護老人保健施設利用者等に対する
急変時等の治療方針に関する意思決定支援
にかかると調査研究事業
報 告 書

令和7(2025)年3月

公益社団法人 全国老人保健施設協会

はじめに

介護老人保健施設は創設当初から、包括的ケアサービスとリハビリテーションにより利用者の自立を支援し、在宅復帰・在宅生活を支える、地域に根差した施設との理念を掲げ、多職種協働で実践してきました。

全国の介護老人保健施設では、いまだ新型コロナウイルス感染症に対する感染対策を徹底し、諸物価の高騰、慢性的な人手不足に加え、他産業への流出等により、創設以来の厳しい局面に差しかかっています。そのような状況下にあっても、私たち介護老人保健施設には、障がいや認知症があっても住み慣れた場所で暮らし続けることが出来る社会を目指して、地域の介護・医療・福祉関係者、住民、行政機関と協働し、地域の高齢者を支えていく使命があることに変わりはありません。

令和 6 年度の老人保健健康増進等事業では、本人の意向を踏まえた医療的ニーズに対する適切な意思決定支援の在り方について調査した「介護老人保健施設利用者等に対する急変時等の治療方針に関する意思決定支援にかかる調査研究事業」、追加事業として、老健施設にて誤嚥性肺炎、窒息が発生した際の対応方法・低栄養状態の高リスク者に対する多職種による評価・取組等の実態を調査した「介護施設利用者の摂食嚥下機能の維持・改善に向けた事例集等の作成に係る調査研究事業」を実施いたしました。これらの調査研究事業から得られた貴重なデータは、これからの老健施設運営になくてはならないものとなります。業務ご多忙のなか、調査にご協力いただいた会員施設の皆さまに、この場をお借りして深く御礼申し上げます。

当協会が取り組む調査研究事業が目指すものは、地域に不可欠な社会資源である介護老人保健施設が果たしてきた役割の検証と、未来に向けた提言です。本調査研究事業の成果が広く活用され、わが国の介護サービスの発展に寄与することを祈念いたします。

令和7年3月

公益社団法人全国老人保健施設協会
会 長 東 憲太郎

目 次

第1章 事業の概要	1
1. 本事業の背景と目的	1
2. 研究班の設置	1
第2節 調査実施概要	3
1. 調査票を用いた郵送調査	3
2. インタビュー	4
第2章 調査票を用いた郵送調査の結果	7
第1節 回収状況	8
第2節 施設調査票	9
1. 所在都道府県	9
2. 施設類型	10
3. 職員体制	23
4. 利用者の状況	24
5. 協力医療機関について	24
6. 医療対応	33
7. 医療管理体制	37
8. 看取りに関する対応	43
9. ACP 時の対応	45
10. 看取り期にあった入所者の救急搬送事例	56
11. 入退所者	58
12. 救急搬送	61
第3節 管理医師調査票	66
1. 回答者の基本情報	66
2. 補助医師の有無	69
3. 往診を依頼している診療科	70
4. 救急搬送に関わる判断	71
5. 医療機関との連携	73
6. 老健を地域の医療機関に認識してもらうために実施していること	84
7. 全老健等主催の研修の受講状況	85
8. ACP 対応について	86
第4節 事例調査票	94
1. 施設内で看取った事例	94
2. 医療機関へ救急搬送した事例	103
第3章 インタビュー結果	132

第4章　まとめと考察	144
第1節　本調査研究事業により把握できた主な結果	145
1. 併設病院との関係、主たる協力病院との関係	145
2. 施設内での医療対応の状況	145
3. 看取りに関する対応	147
4. ACPの実施状況	148
5. 入所者の救急搬送	151
6. インタビュー調査	155
第2節　総括	156
調査実施要綱・調査票等	158

※本報告書の略語と用語定義に関して：本報告書においては、以下の通り略記を用いる場合がある。

- ・公益社団法人全国老人保健施設協会：全老健ないし当協会
- ・介護老人保健施設：老健施設ないし老健
- ・基本サービス費の在宅強化型を算定する介護老人保健施設：在宅強化型ないし強化型
- ・強化型のうち、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）を算定する介護老人保健施設：超強化型
- ・基本サービス費の基本型を算定する介護老人保健施設：基本型
- ・基本型のうち、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）を算定する介護老人保健施設：加算型
- ・基本サービス費のその他型を算定する介護老人保健施設：その他型
- ・介護療養型老人保健施設：療養型ないし療養型老健
- ・超強化型・在宅強化型・加算型・基本型・その他型・療養型の類型：施設類型ないし類型
- ・リハビリテーション：リハビリないしリハ

第 1 章 事業の概要

1. 本事業の背景と目的

令和 5 年度介護給付費分科会において議論がなされた通り、令和 3 年度 DPC データでは、介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院する患者が 75% となっており、現行多くの患者が入院をしている医療機関について、当該医療機関が提供しうる医療の内容と、要介護者等の高齢者が求める医療の内容に乖離がある可能性が指摘されている。

近年、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）が注目されている。ACP とは、将来の病気や介護に備えて、自分の希望や価値観を話し合うことである。介護老人保健施設に入所する高齢者は、入所後に健康状態が急変する可能性が高いことを想定した対応が望まれる。したがって、介護老人保健施設の入所時に ACP を行い、意思決定支援を行うことで、今後の救急搬送時における意思決定を事前に決めることは重要と考えるが、その実情に関しては不明な点が多い。

そこで、本事業では、介護老人保健施設等における利用者本人の意思決定支援等の実態について調査を実施した上で、適切な意思決定支援の在り方について、今後の施策検討に資する資料を作成する。

2. 研究班の設置

本事業の実施にあたり、有識者で構成される研究班を設置し、3 回にわたる研究班会議で検討したほか、メールにより協議を行った。

【委員名簿】

担当副会長	松田 晋哉	産業医科大学 医学部 公衆衛生学 教授
班長	浦野 友彦	国際医療福祉大学 医学部 老年病科 主任教授 介護老人保健施設マロニエ苑 施設長
班員	荒川 佳奈	老人保健施設六和会センテナリアン 施設長
	飯島 勝矢	東京大学 高齢社会総合研究機構 機構長・ 未来ビジョン研究センター 教授
	今村 英仁	公益社団法人日本医師会 常任理事
	浦 慶子	介護老人保健施設ベルアルト 相談課課長
	大河内 二郎	介護老人保健施設竜間之郷 施設長
	坂井 智達	名古屋大学医学部附属病院 老年内科 医員
	服部 ゆかり	東京大学大学院 医学系研究科在宅医療学講座 特任研究員

オブザーバー：厚生労働省老健局老人保健課

一部業務委託先：三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

社会政策部 主任研究員星芝由美子、研究員谷川香織、研究員荻野琴

経済財政政策部 主任研究員堀井聡子

【開催経緯】

第1回：令和6年7月22日（月）	15:00～16:30	※WEB 併用会議
第2回：令和6年12月18日（水）	10:00～11:45	※WEB 併用会議
第3回：令和7年3月11日（火）	10:00～11:10	※WEB 会議

第2節 調査実施概要

1. 調査票を用いた郵送調査

(1) 調査方法

2024年9月現在の全国老人保健施設協会正会員 3,545 施設を対象として、悉皆調査を実施した。

- 調査時期：2024年10月3日（木）～11月8日（金）
- 実施方法：郵送により調査票を発送、郵送・FAX・メールにより回収
- 調査票発出数：3,545 件、調査票回収数：897 件（回収率 25.3%）
- 調査票記入者：設問の内容に応じ、医師、看護師など医療提供にかかわる職種の方に記入いただくか、関係する多職種で協議のうえ回答を依頼

(2) 調査内容

調査票は施設調査票、管理医師調査票、事例調査票の3部構成で作成した。主な調査項目は以下の通りであった。

①施設調査票

- ・施設類型
- ・職員体制
- ・利用者の状況
- ・協力医療機関
- ・施設の医療対応、医療管理（体制）
- ・看取りに関する対応
- ・ACP 時の対応
- ・入退所者
- ・救急搬送の件数、医師の勤務状況、救急搬送の判断、救急搬送を行う具体的な基準

②管理医師調査票

- ・管理医師の基本情報、研修参加状況
- ・補助する医師、往診依頼する診療科
- ・救急搬送の判断
- ・医療機関との連携
- ・地域との連携
- ・ACP 時の対応

③事例調査票

- ・施設内での看取り（死亡退所）の事例（直近 5 例分）
 - 入所者の基本情報（年齢、性別、要介護度、自立度、入所期間、疾患名／等）
 - ACP の実施状況、方針と看取り期の対応の一致状況
- ・看取り対応中に救急搬送された事例（直近 2 例分）
 - 入所者の基本情報（年齢、性別、要介護度、自立度、入所期間、疾患名／等）
 - 救急搬送した医療機関、原因疾患、搬送の判断、理由、時間帯、医師の勤務状況、その後の状況
 - ACP の実施状況、方針と看取り期の対応の一致状況
- ・看取り対応中以外で、医療機関へ救急搬送された事例（直近 3 例分）
 - 入所者の基本情報（年齢、性別、要介護度、自立度、入所期間、疾患名／等）
 - 救急搬送した医療機関、原因疾患、搬送の判断、理由、時間帯、医師の勤務状況、その後の状況
 - ACP の実施状況、方針と看取り期の対応の一致状況

なお、具体的な調査項目については、巻末の「資料 調査実施要綱・調査票等」を参照されたい。

2. インタビュー

(1) 調査目的

調査票を用いた郵送調査の結果を補足するために、主に以下の 2 点を把握することを目的にインタビューを実施した。

- ①積極的に看取りに対応し、意思決定支援にも取り組んでいる施設における、ACP の実施状況、看取りに対する考え方、取組を進める工夫、推進体制、多職種連携の工夫等
- ②施設において看取り期や、看取り期以外に救急搬送を行う場合の、経緯や判断方法、搬送理由、ACP 方針との一致状況、搬送先の特徴等

(2) 調査方法

オンライン会議システムを用い、半構造化インタビューを実施した。インタビューは 90 分程度で行った。

(3) 調査対象

調査票を用いた郵送調査の回収施設より対象を抽出し、協力を得られた施設の管理医師、看護職員、支援相談員、介護支援専門員等を対象とした。

No.	施設名	参加職種	実施日
1	介護老人保健施設 A	施設長	1/6（月）
2	介護老人保健施設 B	施設長、看護師長	1/10（金）
3	介護老人保健施設 C	施設長、看護師長、支援相談員	1/24（金）
4	介護老人保健施設 D	管理医師、看護師長、介護支援専門員、事務員	1/30（木）

(4) 主な質問内容

主な質問内容は以下の通りであった。

○施設の基本情報（調査票から確認）

- ・施設類型／職員体制／併設施設／協力医療機関等

○外部医療機関との関係

- ・併設施設との関係：（平時の）入所者の受診や情報共有の状況
- ・協力医療機関との関係：（平時の）入所者の受診や情報共有の状況
- ・その他、一般的な受診先の特徴

○施設内看取りの対応の方針、対応状況

- ・看取り対応への方針・考え方
- ・対応をする際の条件、希望があっても対応が難しい状態・条件・医療的ケア等
- ・実際の対応頻度

○入所者の医療・ケア方針の一般的な決定方法

- ・誰が、どのように決定するか
- ・利用者本人の希望・意思の確認

○ACP の実施状況

- ・ACP についての施設としての考え方、ACP の実施割合、入所時の ACP 情報の引き継ぎ
（実施している場合）
- ・実施時期・頻度、参加職種、家族の参加状況
 - ACP を誰と行っているか、誰が参加しているか
（特に、家族の意向ではなく、本人の意思をしっかりと確認できているか）
- ・ACP で話し合う項目
 - 看取り期以外で高度な治療が必要な場合の搬送希望状況
 - 看取り期以外に施設で対応が難しい場合の搬送希望状況・具体的な症状

(脳血管障害の疑い、貧血、黄疸等)

- 最期を過ごしたい場所の希望を明示しているか

- ・多職種間での ACP 情報の連携・ICT 活用状況
- ・退所時の ACP 情報の引き継ぎについて
- ・ACP の研修受講状況、施設内での研修実施状況、ACP 研修で扱ってほしい内容

○救急搬送の実態について

(看取り期以外の救急搬送)

- ・主な疾患、時間帯、その時の職員体制、判断方法、搬送基準・搬送理由
- ・搬送先の特色

(看取り期の救急搬送がない施設の場合)

- ・看取り期の救急搬送事例がない理由
- ・状態悪化時の対応方法・支援体制

(看取り期に救急搬送を行った場合)

- ・救急搬送に至った経緯、施設内で対応困難と判断した状態
- ・時間帯、その時の職員体制、判断方法、搬送基準・搬送理由
- ・(ACP を実施していれば) ACP 方針を考慮した判断方法
- ・ACP で決まった方針と異なる搬送をした事例の有無、ある場合はその理由
- ・搬送先の特色

○急変時の対応や、急変時の治療方針に関する意思決定支援に関して課題と考えること

第 2 章 調査票を用いた郵送調査の結果

第 1 節 回収状況

回収状況は表のとおりであった。

図表 2-1 回収状況

	発送数	有効回収数	有効回収率
施設調査票	3,545 施設	897 施設	25.3%
管理医師調査票	3,545 人	871 人	24.6%
(事例調査票)			(施設ベース)
施設内での看取り	3,545 施設	2,912 件 (680 施設)	(19.2%)
看取り対応中の 救急搬送	3,545 施設	133 件 (97 施設)	(2.7%)
看取り対応中以外の 救急搬送	3,545 施設	1,614 件 (616 施設)	(17.4%)

第2節 施設調査票

1. 所在都道府県

回答施設の所在都道府県は「東京都」が 5.9%、「福岡県」が 5.5%であった。

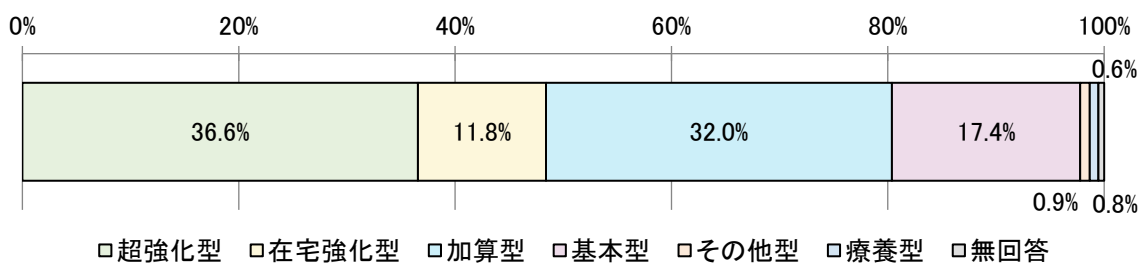
図表 2-2 所在都道府県

	回答数	構成比		回答数	構成比
北海道	32	3.6%	滋賀県	8	0.9%
青森県	12	1.3%	京都府	20	2.2%
岩手県	22	2.5%	大阪府	44	4.9%
宮城県	13	1.4%	兵庫県	36	4.0%
秋田県	13	1.4%	奈良県	16	1.8%
山形県	11	1.2%	和歌山県	7	0.8%
福島県	20	2.2%	鳥取県	7	0.8%
茨城県	30	3.3%	島根県	6	0.7%
栃木県	11	1.2%	岡山県	12	1.3%
群馬県	16	1.8%	広島県	30	3.3%
埼玉県	30	3.3%	山口県	12	1.3%
千葉県	26	2.9%	徳島県	10	1.1%
東京都	53	5.9%	香川県	12	1.3%
神奈川県	40	4.5%	愛媛県	17	1.9%
新潟県	25	2.8%	高知県	7	0.8%
富山県	13	1.4%	福岡県	49	5.5%
石川県	10	1.1%	佐賀県	11	1.2%
福井県	5	0.6%	長崎県	9	1.0%
山梨県	9	1.0%	熊本県	34	3.8%
長野県	19	2.1%	大分県	16	1.8%
岐阜県	24	2.7%	宮崎県	9	1.0%
静岡県	24	2.7%	鹿児島県	14	1.6%
愛知県	29	3.2%	沖縄県	9	1.0%
三重県	12	1.3%	無回答	3	0.3%
			全体	897	100.0%

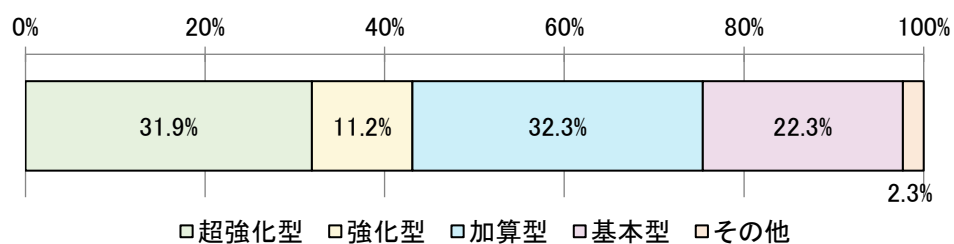
2. 施設類型

施設類型（令和 6 年 10 月 1 日現在）は、「超強化型」が 36.6%で最も割合が高く、次いで「加算型」が 32.0%、「基本型」が 17.4%であった。

図表 2-3 Q1 施設類型（令和 6 年 10 月 1 日現在）（n=897）



参考：施設類型：令和 6 年度介護給付費等実態統計（令和 6 年 8 月審査分）をもとに
当協会にて算出



① 在宅復帰率【前6月間（令和6年4月～9月）】

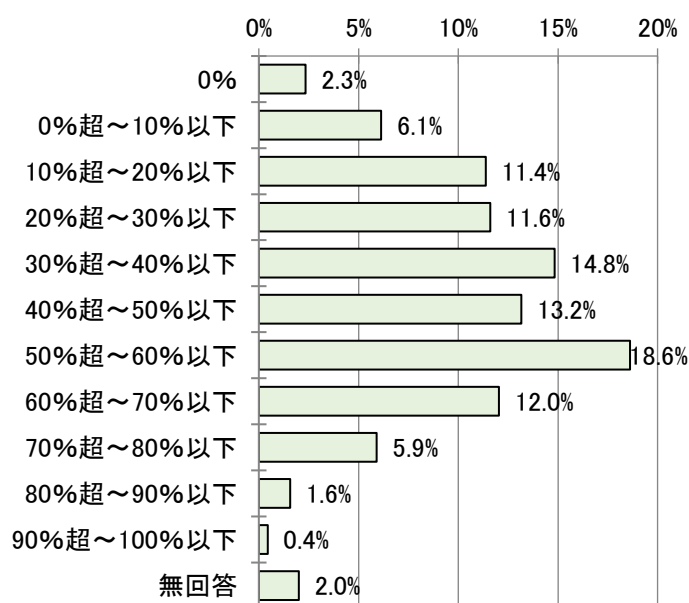
前6月間（令和6年4月～9月）における在宅復帰率は、平均41.3%であった。

図表 2-4 Q1-2-1 在宅復帰率【前6月間（令和6年4月～9月）】

（単位：％）

	n	平均値	標準偏差	中央値
在宅復帰率 【前6月間（令和6年4月～9月）】	879	41.3	21.3	42.8

図表 2-5 Q1-2-1 在宅復帰率の分布【前6月間（令和6年4月～9月）】（n=897）



② ベッド回転率【前3月間（令和6年7月～9月）】

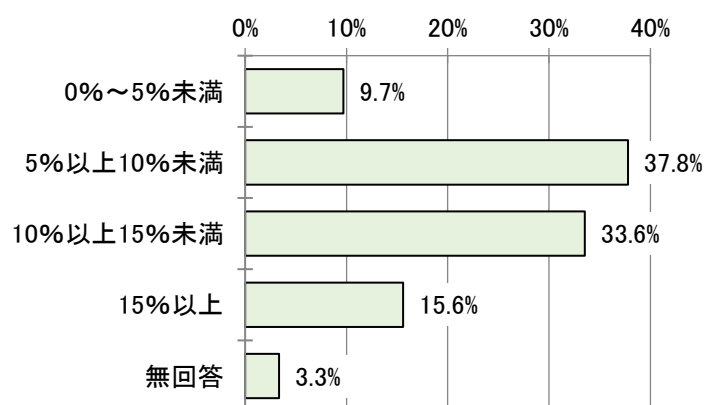
前3月間（令和6年7月～9月）におけるベッド回転率は、平均10.4%であった。

図表 2-6 Q1-2-2 ベッド回転率【前3月間（令和6年7月～9月）】

（単位：％）

	n	平均値	標準偏差	中央値
ベッド回転率 【前3月間（令和6年7月～9月）】	867	10.4	5.4	10.0

図表 2-7 Q1-2-2 ベッド回転率の分布【前3月間（令和6年7月～9月）】（n=897）



③ 入所前後訪問指導割合【前3月間（令和6年7月～9月）】

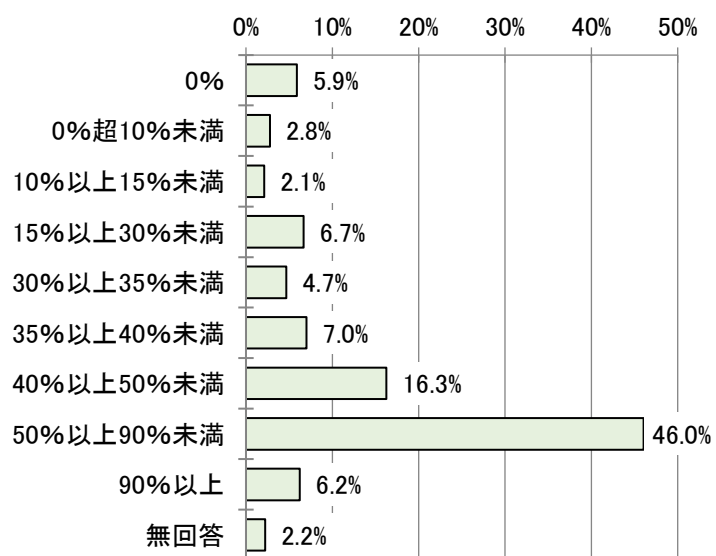
前3月間（令和6年7月～9月）における入所前後訪問指導の割合は、平均 49.9%であった。

図表 2-8 Q1-2-3 入所前後訪問指導割合【前3月間（令和6年7月～9月）】

(単位：%)

	n	平均値	標準偏差	中央値
入所前後訪問指導割合 【前3月間（令和6年7月～9月）】	877	49.9	24.8	50.0

図表 2-9 Q1-2-3 入所前後訪問指導割合の分布【前3月間（令和6年7月～9月）】(n=897)



④ 退所前後訪問指導割合【前3月間（令和6年7月～9月）】

前3月間（令和6年7月～9月）における退所前後訪問指導の割合は、平均 65.5%であった。

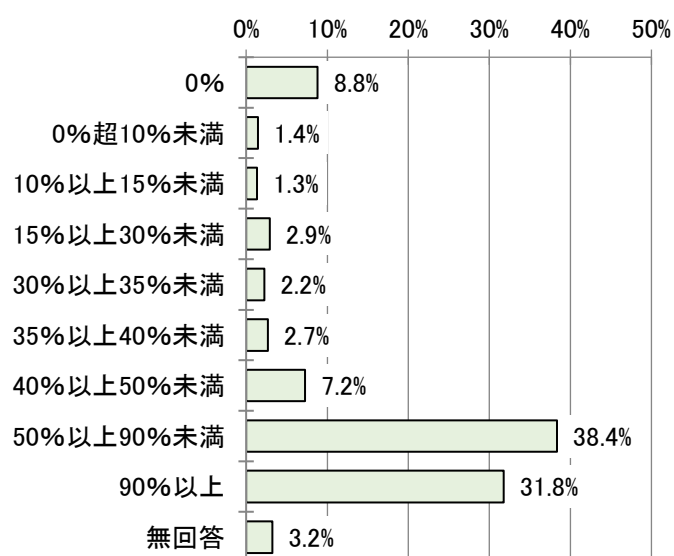
図表 2-10 Q1-2-4 退所前後訪問指導割合【前3月間（令和6年7月～9月）】

(単位：%)

	n	平均値	標準偏差	中央値
退所前後訪問指導割合 【前3月間（令和6年7月～9月）】	868	65.5	32.4	70.7

図表 2-11 Q1-2-4 退所前後訪問指導割合の分布【前3月間（令和6年7月～9月）】

(n=897)



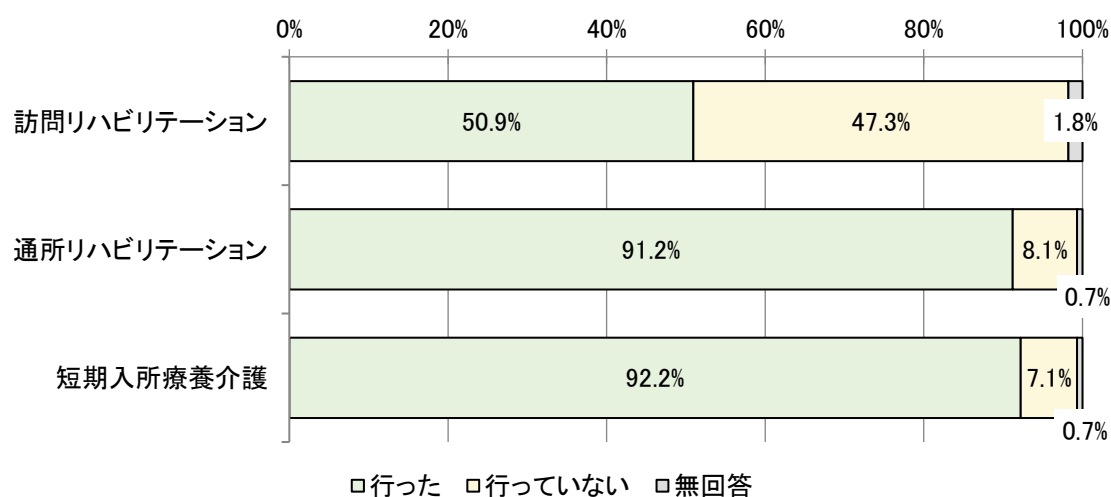
⑤ 居宅サービスの実施状況【前3月間（令和6年7月～9月）】

前3月間（令和6年7月～9月）における訪問リハビリテーションの実施状況は、「行った」が50.9%、「行っていない」が47.3%であった。

通所リハビリテーションの実施状況は、「行った」が91.2%、「行っていない」が8.1%であった。

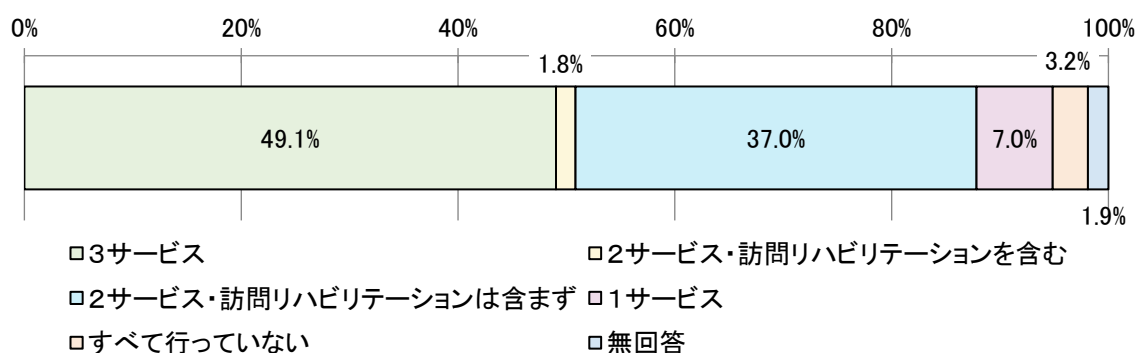
短期入所療養介護の実施状況は、「行った」が92.2%、「行っていない」が7.1%であった。

図表 2-12 Q1-2-5 居宅サービスの実施状況【前3月間（令和6年7月～9月）】（n=897）



前3月間（令和6年7月～9月）において、居宅サービスの実施数は「3サービス」が49.1%、「2サービス・訪問リハビリテーションは含まず」が37.0%であった。

図表 2-13 Q1-2-5 居宅サービスの実施数【前3月間（令和6年7月～9月）】（n=897）



⑥ リハビリ専門職の配置【前3月間（令和6年7月～9月）】

1) リハビリ専門職の配置

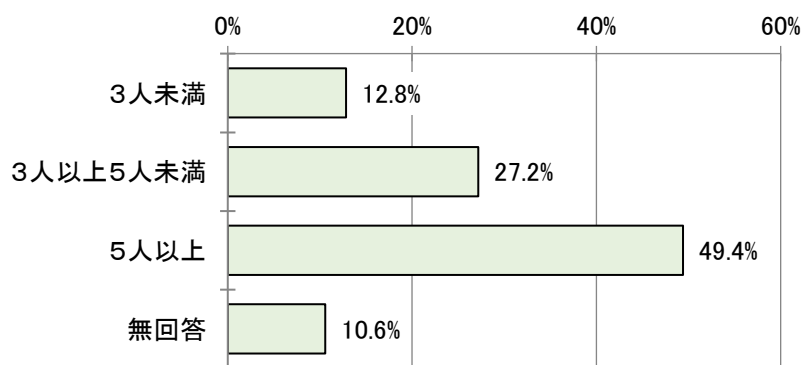
前3月間（令和6年7月～9月）における利用者100人当たりのリハビリ専門職の配置は、平均5.2人であった。

図表 2-14 Q1-2-6 リハビリ専門職の配置(利用者100人当たり)
【前3月間（令和6年7月～9月）】

(単位：人)

	n	平均値	標準偏差	中央値
リハビリ専門職の配置 (利用者100人当たり) 【前3月間（令和6年7月～9月）】	802	5.2	2.4	5.0

図表 2-15 Q1-2-6 リハビリ専門職の配置(利用者100人当たり)の分布
【前3月間（令和6年7月～9月）】(n=897)



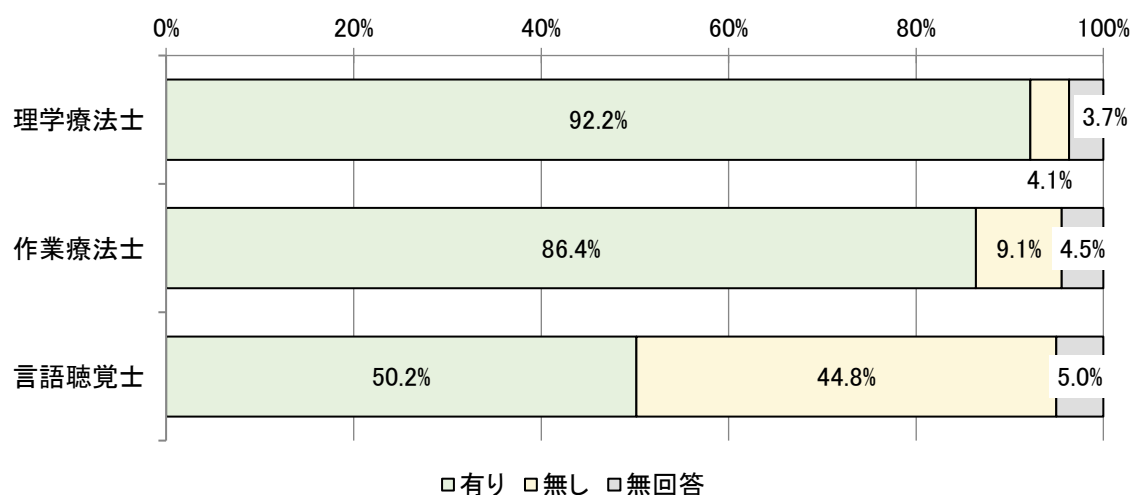
2) リハビリ専門職の職種別配置

利用者 100 人当たり 0.2 人以上、理学療法士の配置については、「有り」が 92.2%、「無し」が 4.1%であった。

作業療法士の配置については、「有り」が 86.4%、「無し」が 9.1%であった。

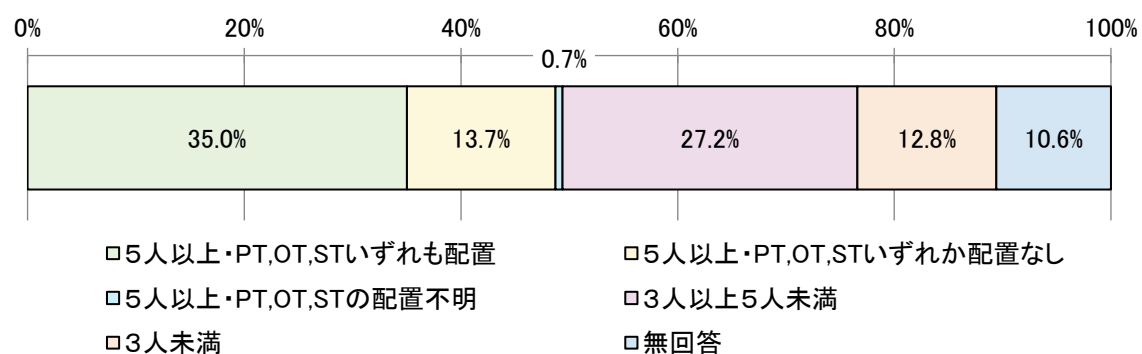
言語聴覚士の配置については、「有り」が 50.2%、「無し」が 44.8%であった。

図表 2-16 Q1-2-6-2 リハビリ専門職の職種別配置 (n=897)



リハビリ専門職について、利用者 100 人あたり 5 人以上配置で、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のいずれも配置している施設が 35.0%、リハビリ専門職について、利用者 100 人あたり 3 人以上 5 人未満が 27.2%であった。

図表 2-17 Q1-2-6-2 リハビリ専門職の配置職種・100 人当たりの配置人数 (n=897)



(注) PT：理学療法士、OT：作業療法士、ST：言語聴覚士

⑦ 支援相談員の配置（利用者 100 人当たり）【前 3 月間（令和 6 年 7 月～9 月）】

前 3 月間（令和 6 年 7 月～9 月）における利用者 100 人当たりの支援相談員の配置は、平均 3.0 人であった。

図表 2-18 Q1-2-7 支援相談員の配置（利用者 100 人当たり）

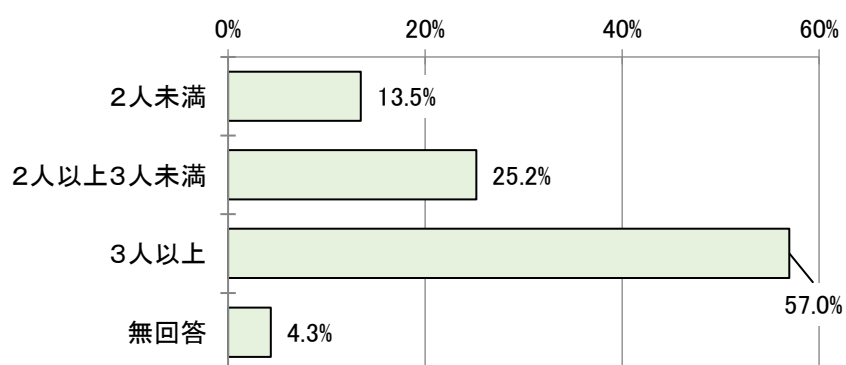
【前 3 月間（令和 6 年 7 月～9 月）】

（単位：人）

	n	平均値	標準偏差	中央値
支援相談員の配置 （利用者 100 人当たり） 【前 3 月間（令和 6 年 7 月～9 月）】	858	3.0	1.2	3.0

図表 2-19 Q1-2-7 支援相談員の配置（利用者 100 人当たり）の分布

【前 3 月間（令和 6 年 7 月～9 月）】（n=897）



⑧ 要介護4又は5の割合【前3月間（令和6年7月～9月）】

前3月間（令和6年7月～9月）における要介護4又は5の利用者の割合は、平均43.5%であった。

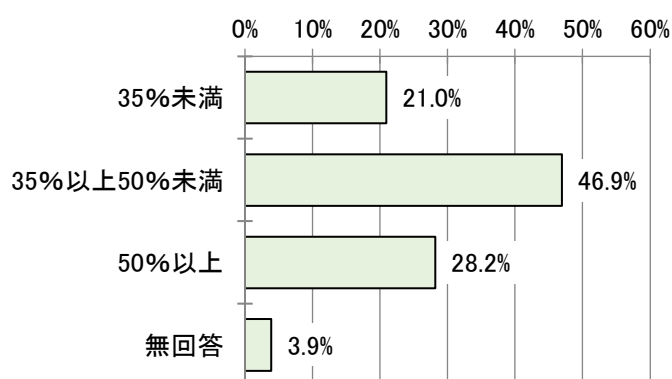
図表 2-20 Q1-2-8 要介護4又は5の割合【前3月間（令和6年7月～9月）】

（単位：％）

	n	平均値	標準偏差	中央値
要介護4又は5の割合 【前3月間（令和6年7月～9月）】	862	43.5	12.5	43.2

図表 2-21 Q1-2-8 要介護4又は5の割合の分布【前3月間（令和6年7月～9月）】

（n=897）



⑨ 喀痰吸引の実施割合【前3月間（令和6年7月～9月）】

前3月間（令和6年7月～9月）における喀痰吸引の実施割合は、平均7.7%であった。

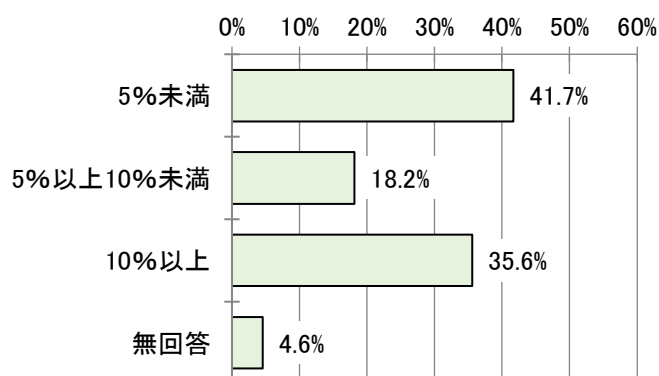
図表 2-22 Q1-2-9 喀痰吸引の実施割合【前3月間（令和6年7月～9月）】

（単位：％）

	n	平均値	標準偏差	中央値
喀痰吸引の実施割合 【前3月間（令和6年7月～9月）】	856	7.7	7.7	6.4

図表 2-23 Q1-2-9 喀痰吸引の実施割合の分布【前3月間（令和6年7月～9月）】

（n=897）



⑩ 経管栄養の実施割合【前3月間（令和6年7月～9月）】

前3月間（令和6年7月～9月）における経管栄養の実施割合は、平均5.4%であった。

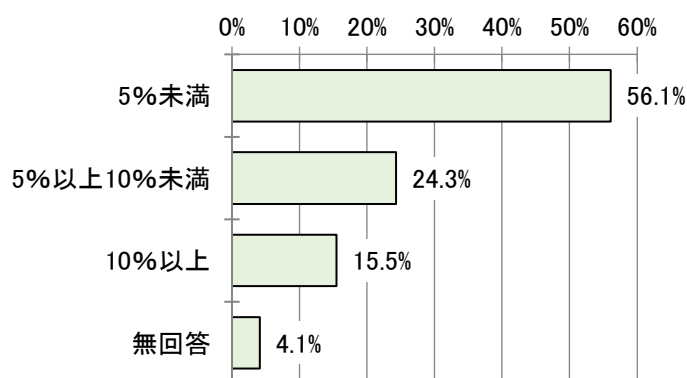
図表 2-24 Q1-2-10 経管栄養の実施割合【前3月間（令和6年7月～9月）】

（単位：％）

	n	平均値	標準偏差	中央値
経管栄養の実施割合 【前3月間（令和6年7月～9月）】	860	5.4	7.7	3.5

図表 2-25 Q1-2-10 経管栄養の実施割合の分布【前3月間（令和6年7月～9月）】

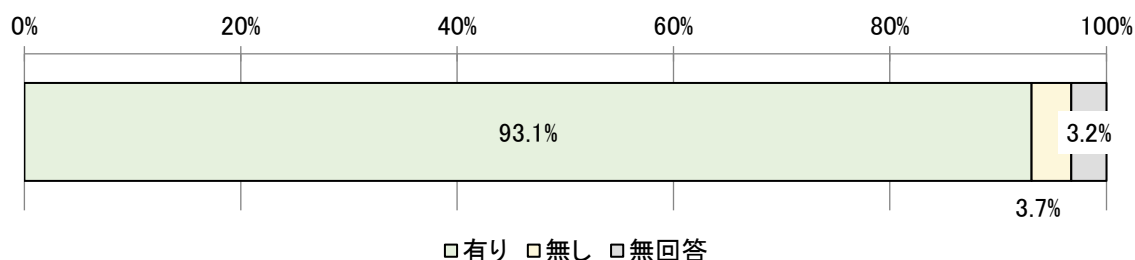
（n=897）



⑪ 退所時指導等の実施

退所時指導等（退所時指導及び退所後の状況確認）の実施については、「有り」が93.1%、「無し」が3.7%であった。

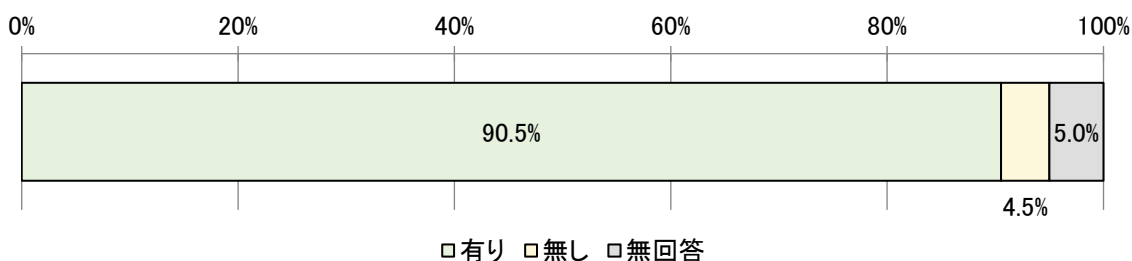
図表 2-26 Q1-2-11 退所時指導等の実施（n=897）



⑫ リハビリテーションマネジメントの実施

リハビリテーションマネジメントの実施については、「有り」が 90.5%、「無し」が 4.5%であった。

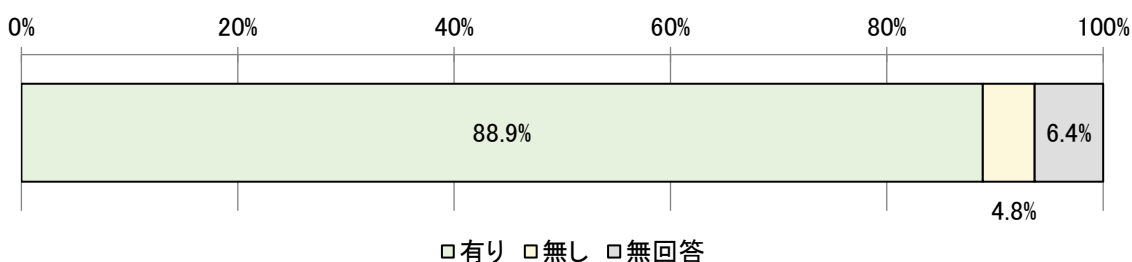
図表 2-27 Q1-2-12 リハビリテーションマネジメントの実施の有無 (n=897)



⑬ (リハビリにおける) 医師の詳細な指示の実施

リハビリにおいて、医師の詳細な指示の実施は、「有り」が 88.9%、「無し」が 4.8%であった。

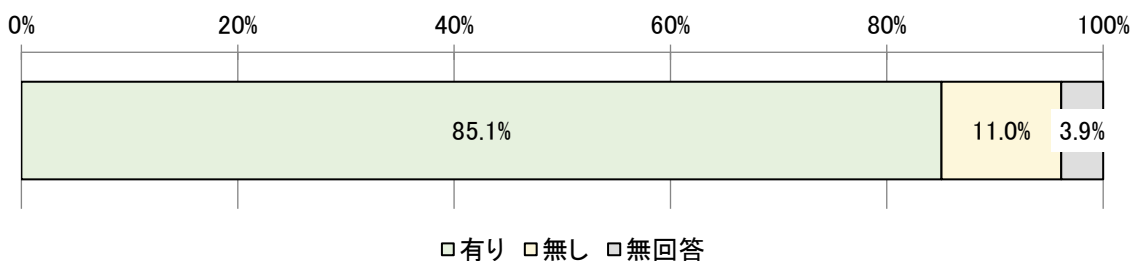
図表 2-28 Q1-2-13 (リハビリにおける) 医師の詳細な指示の実施の有無 (n=897)



⑭ 地域に貢献する活動の実施

地域に貢献する活動の実施は、「有り」が 85.1%、「無し」が 11.0%であった。

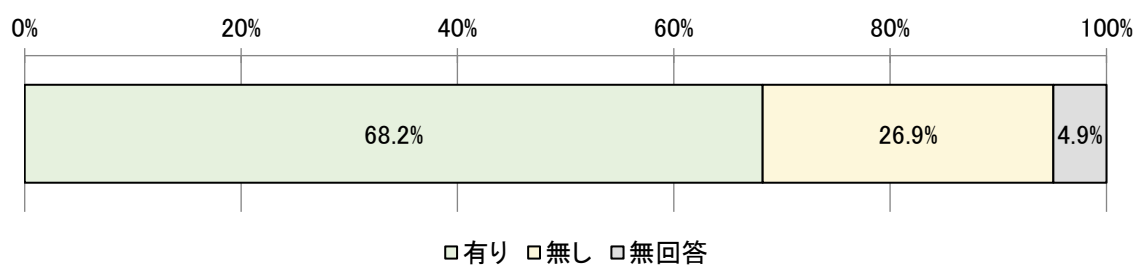
図表 2-29 Q1-2-14 地域に貢献する活動の実施 (n=897)



⑮ 充実したリハビリテーションの実施

充実したリハビリテーションの実施（少なくとも週３回以上）については、「有り」が 68.2%、「無し」が 26.9%であった。

図表 2-30 Q1-2-15 充実したリハビリテーションの実施（少なくとも週３回以上）
(n=897)



3. 職員体制

職員の実人数（令和6年10月1日現在）について、医師は平均2.0人、看護職員は平均11.9人、介護職員は平均32.0人であった。

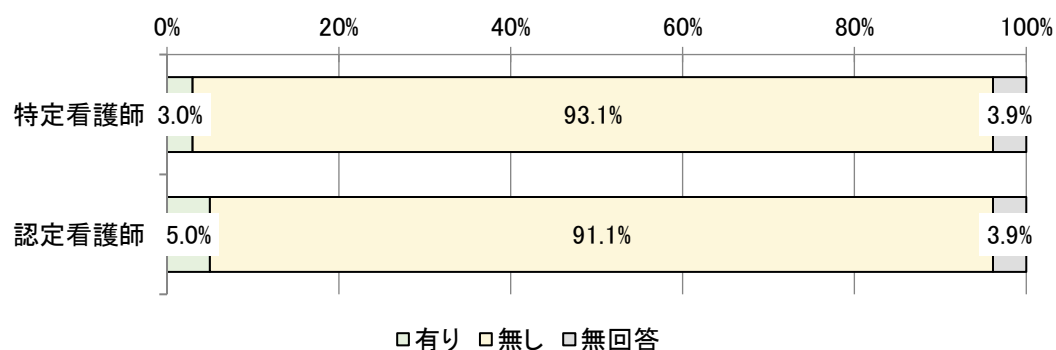
図表 2-31 Q2 職員体制（令和6年10月1日）

（単位：人）

		n	平均値	標準偏差	中央値
医師	実人数	878	2.0	1.4	2.0
	うち、常勤医師の人数	780	1.0	0.4	1.0
	常勤換算	847	1.1	0.4	1.0
看護職員	実人数	870	11.9	4.2	11.0
	うち、正看護師の人数	860	7.5	4.0	7.0
	うち、看護経験10年以上の正看護師の人数	837	6.0	4.1	5.0
	うち、特定看護師の有資格者	862	0.0	0.3	0.0
	うち、認定看護師の有資格者	862	0.1	0.3	0.0
	常勤換算	843	10.4	3.6	10.1
介護職員	実人数	857	32.0	11.5	31.0
	うち、介護福祉士の人数	858	22.9	9.8	22.5
	常勤換算	838	29.1	10.8	28.7

「特定看護師」が「いる」施設が3.0%、「認定看護師」が「いる」施設が5.0%であった。

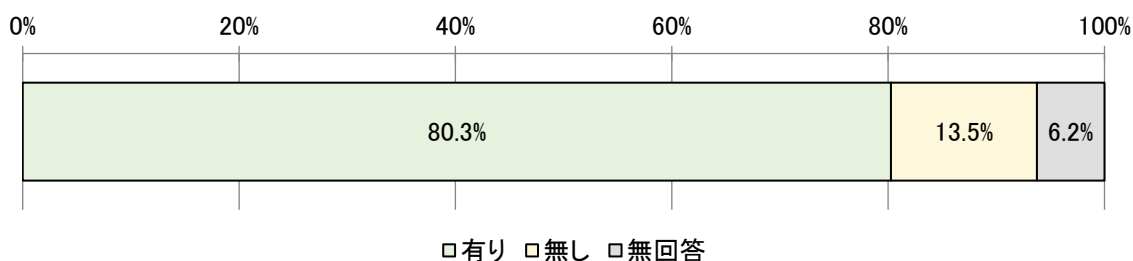
図表 2-32 Q2 特定看護師・認定看護師の有無（令和6年10月1日）（n=897）



① 看護職員の 24 時間配置

看護職員の 24 時間配置については、「有り」が 80.3%、「無し」が 13.5%であった。

図表 2-33 Q2-2-3 看護職員の 24 時間配置 (n=897)



4. 利用者の状況

入所定員は平均 92.7 床、入所サービスの利用者数（実人数）は平均 81.1 人、短期入所療養介護の利用者数は平均 2.5 人であった。

図表 2-34 Q3 利用者の状況（令和 6 年 10 月 1 日午前 0 時時点）

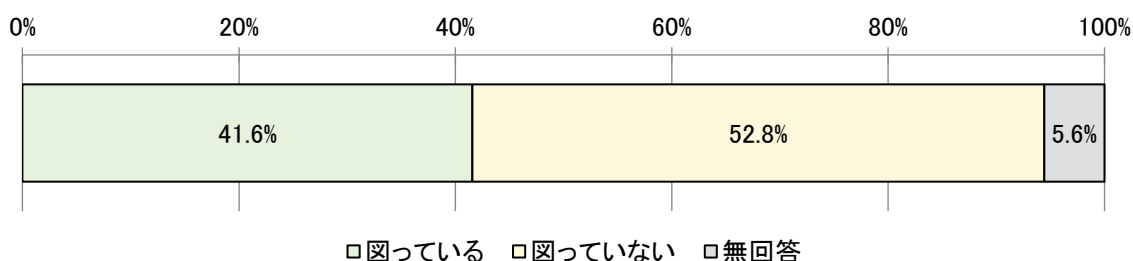
	n	平均値	標準偏差	中央値
入所定員	896	92.7 床	28.0	100.0 床
入所サービスの利用者(実人数)	887	81.1 人	26.1	83.0 人
短期入所療養介護の利用者(実人数)	885	2.5 人	3.9	1.0 人

5. 協力医療機関について

① ICT ツールを活用した連携

ICT ツール（インターネットを介した情報共有等）を活用して関係機関との連携を図っているかは、「図っている」が 41.6%、「図っていない」が 52.8%であった。

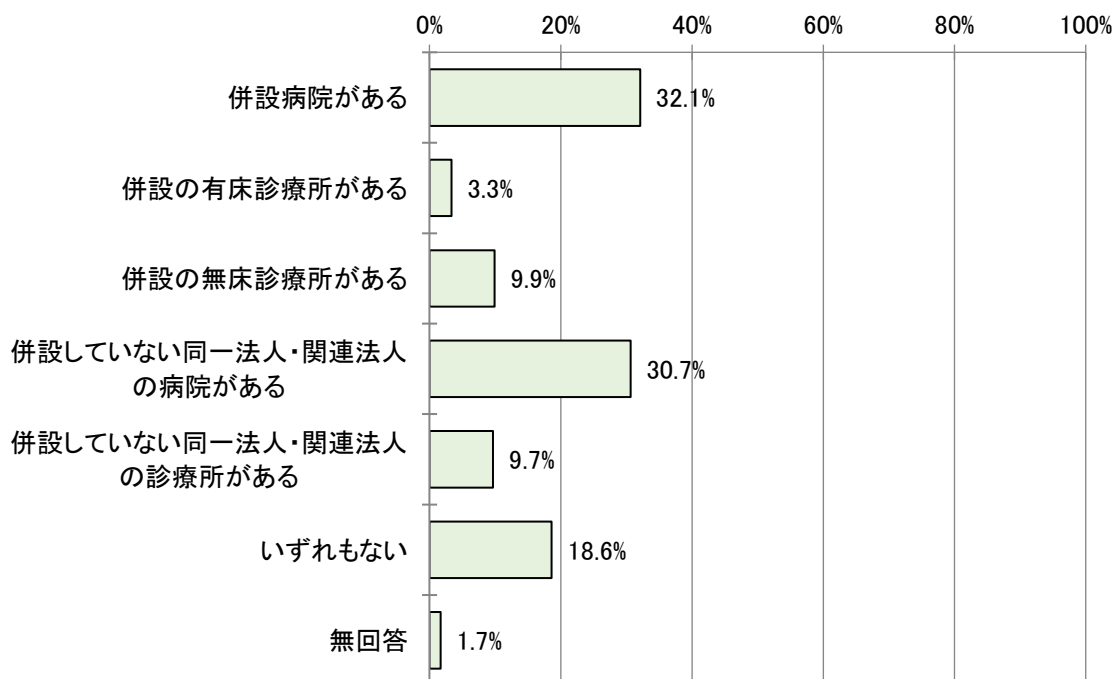
図表 2-35 Q4-1-1 ICT ツールを活用した関係機関との連携 (n=897)



② 併設病院等の有無

併設病院等の有無は、「併設病院がある」が 32.1%で最も割合が高く、次いで「併設していない同一法人・関連法人の病院がある」が 30.7%、「いずれもない」が 18.6%であった。

図表 2-36 Q4-1-2 併設病院等の有無 (n=897) : 複数回答



③ 協力病院数

協力病院数は、平均 1.9 件であった。

図表 2-37 Q4-1-3 協力病院数

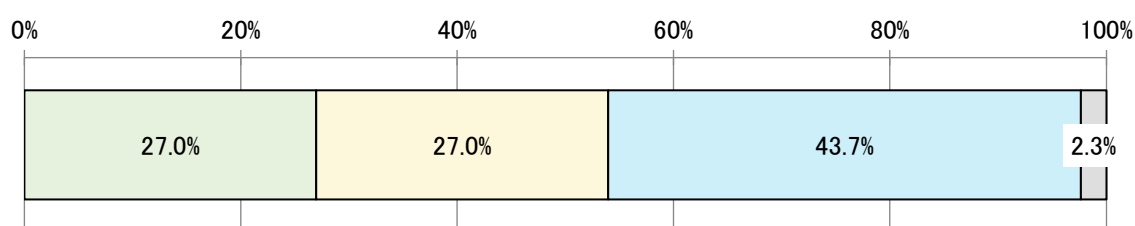
(単位：件)

	n	平均値	標準偏差	中央値
協力病院数	874	1.9	1.3	2.0

④ 主たる協力病院との関係

主たる協力病院との関係は、「同一法人または関連法人以外の病院が主たる協力病院である」が 43.7% で最も割合が高く、次いで「併設病院が主たる協力病院である」「併設病院ではないが同一法人または関連法人の病院が主たる協力病院である」がそれぞれ 27.0% であった。

図表 2-38 Q4-1-4 主たる協力病院との関係 (n=897)

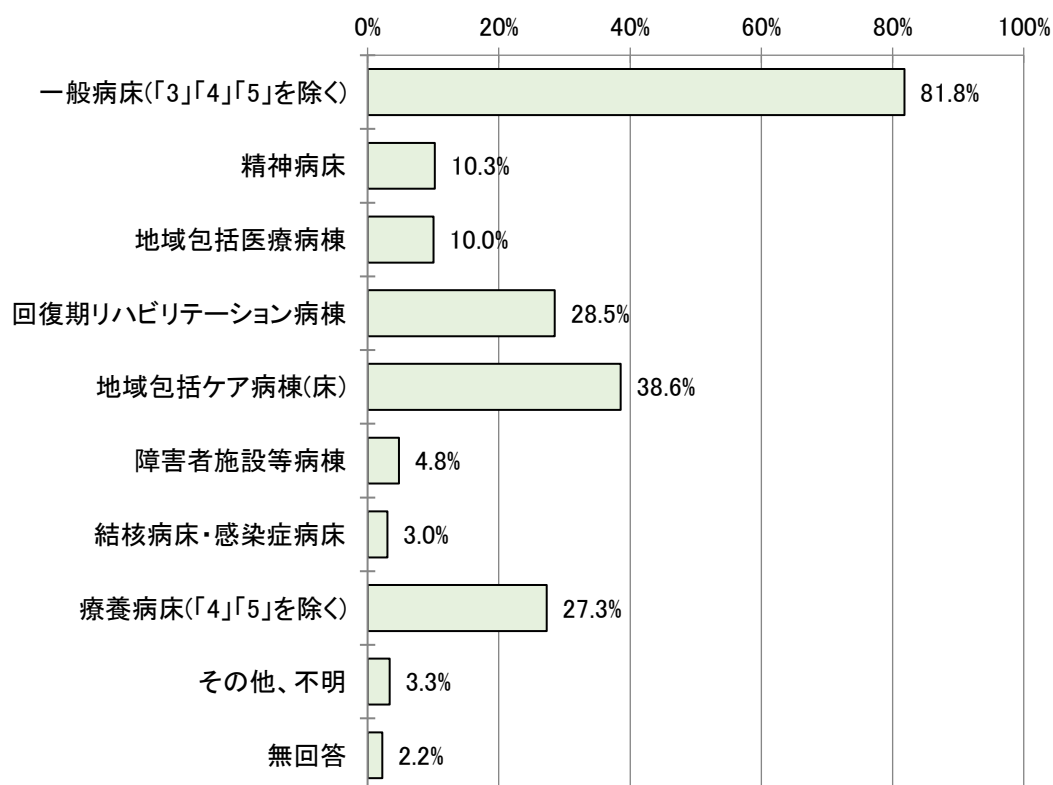


- ☐ 併設病院が主たる協力病院である
- ☐ 併設病院ではないが同一法人または関連法人の病院が主たる協力病院である
- ☐ 同一法人または関連法人以外の病院が主たる協力病院である
- ☐ 無回答

⑤ 主たる協力病院の病床・病棟の種別

主たる協力病院の病床・病棟の種別については、「一般病床（「地域包括医療病棟」「回復期リハビリテーション病棟」「地域包括ケア病棟（床）」を除く）」が 81.8%で最も割合が高く、次いで「地域包括ケア病棟（床）」が 38.6%、「回復期リハビリテーション病棟」が 28.5%、「療養病床（「回復期リハビリテーション病棟」「地域包括ケア病棟（床）」を除く）」が 27.3%であった。

図表 2-39 Q4-1-5 主たる協力病院の病床・病棟の種別（n=897）：複数回答

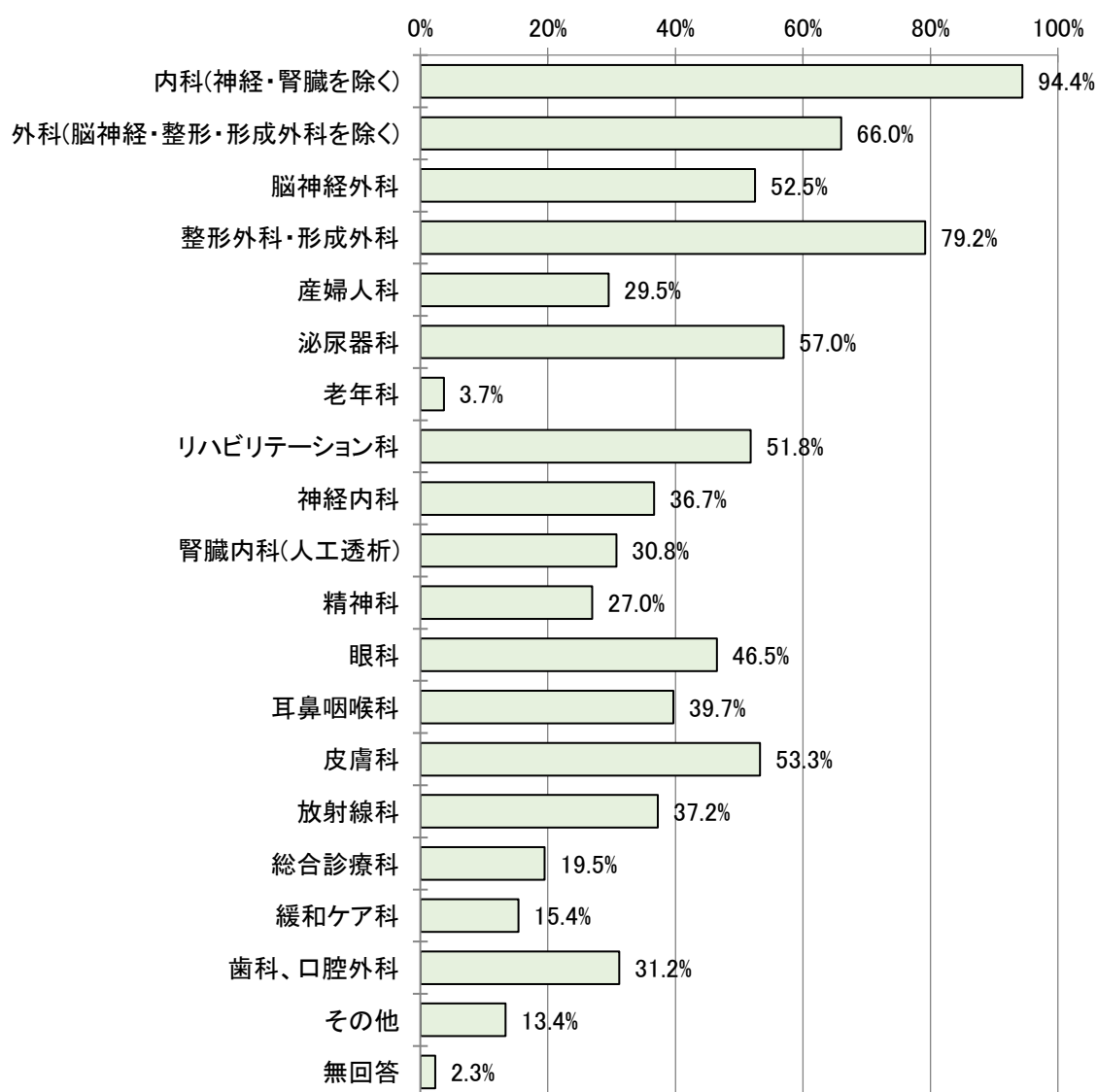


（注）調査票において、「3」は地域包括医療病棟、「4」は回復期リハビリテーション病棟、「5」は地域包括ケア病棟（床）を指す

⑥ 協力病院が標榜する診療科目

協力病院が標榜する診療科目は、「内科（神経・腎臓を除く）」が 94.4% で最も割合が高く、次いで「整形外科・形成外科」が 79.2%、「外科（脳神経・整形・形成外科を除く）」が 66.0% であった。

図表 2-40 Q4-1-6 協力病院が標榜する診療科目（n=897）：複数回答

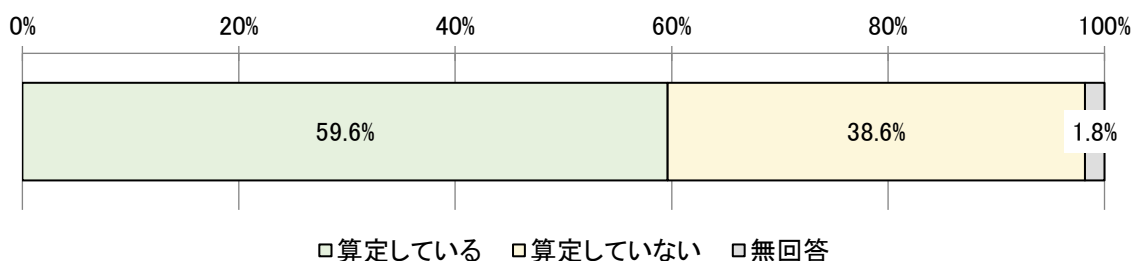


※その他の具体的な回答をみると、「小児科」「循環器（内科）」「消化器（内科・外科）」「麻酔科」「婦人科」「リウマチ科」などであった。

⑦ 協力医療機関連携加算の算定

協力医療機関連携加算の算定について、「算定している」が 59.6%、「算定していない」が 38.6%であった。

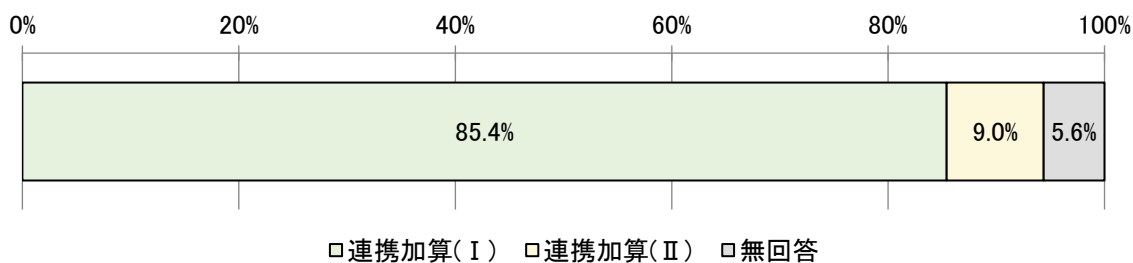
図表 2-41 Q4-1-7 協力医療機関連携加算の算定 (n=897)



協力医療機関連携加算を算定している場合、「連携加算（Ⅰ）」が 85.4%、「連携加算（Ⅱ）」が 9.0%であった。

図表 2-42 （協力医療機関連携加算を算定している場合）

Q4-1-8 協力医療機関連携加算の類型 (n=535)



⑧ 協力診療所について

1) 協力診療所数

協力診療所数は、平均 0.3 件であった。

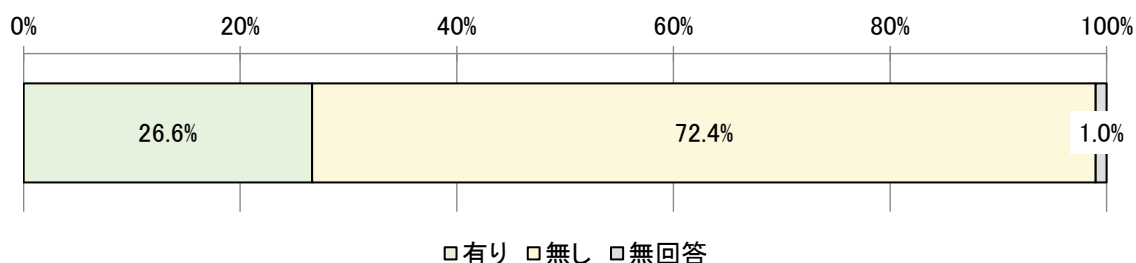
図表 2-43 Q4-2 協力診療所数

(単位：件)

	n	平均値	標準偏差	中央値
協力診療所数	888	0.3	0.7	0.0

協力診療所数が「有り」は 26.6%であった。

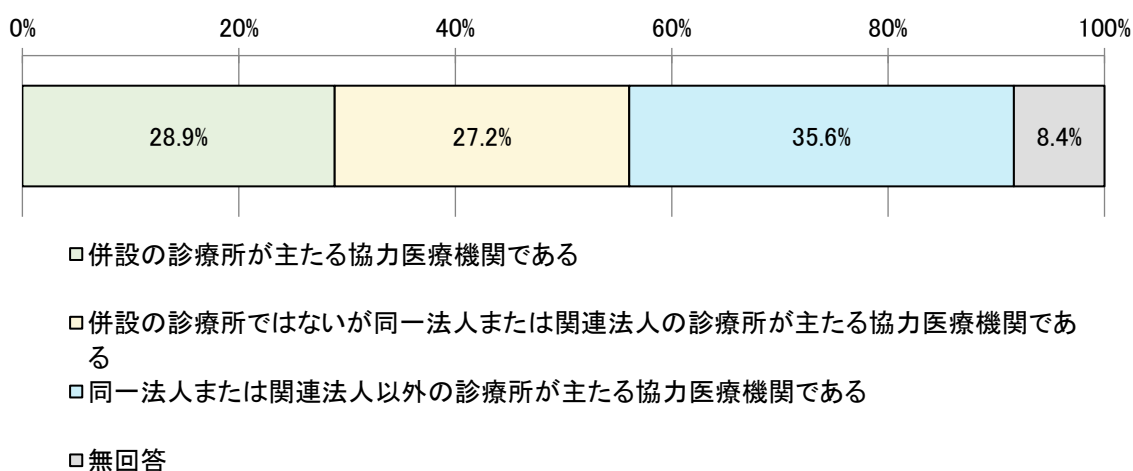
図表 2-44 Q4-2 協力診療所の有無 (n=897)



2) 協力診療所との関係

主たる協力診療所との関係は、「同一法人または関連法人以外の診療所が主たる協力医療機関である」が 35.6%で最も割合が高く、次いで「併設の診療所が主たる協力医療機関である」が 28.9%、「併設の診療所ではないが同一法人または関連法人の診療所が主たる協力医療機関である」が 27.2%であった。

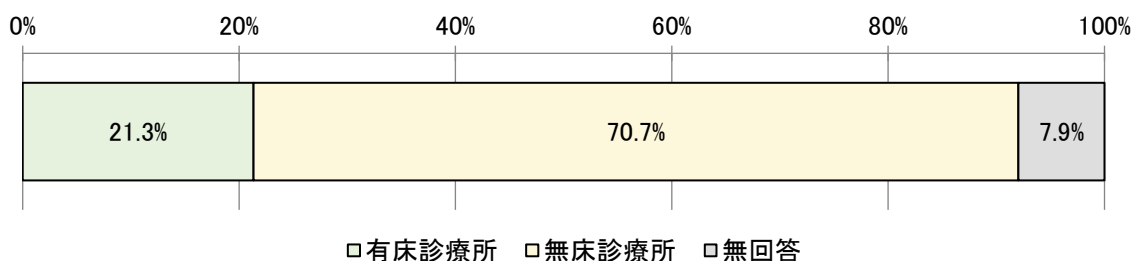
図表 2-45 Q4-2-1 貴施設と主たる協力診療所との関係 (n=239)



3) 主たる協力診療所の病床有無

主たる協力診療所の病床有無については、「有床診療所」が 21.3%、「無床診療所」が 70.7%であった。

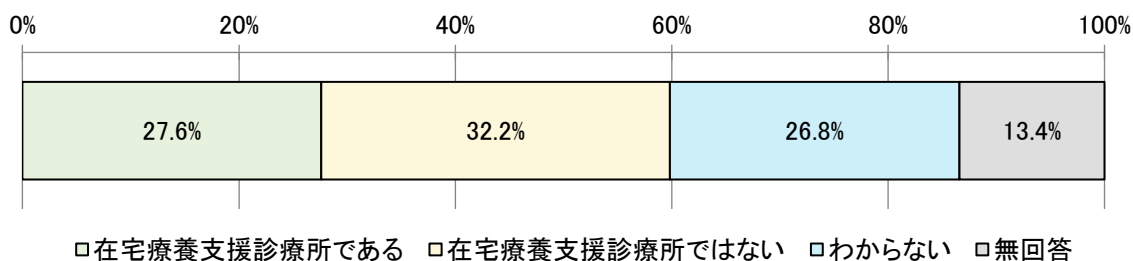
図表 2-46 Q4-2-2 主たる協力診療所の病床有無 (n=239)



4) 協力診療所の在宅支援診療所の別

主たる協力診療所が在宅支援診療所であるかは、「在宅療養支援診療所ではない」が 32.2%で最も割合が高く、次いで「在宅療養支援診療所である」が 27.6%、「わからない」が 26.8%であった。

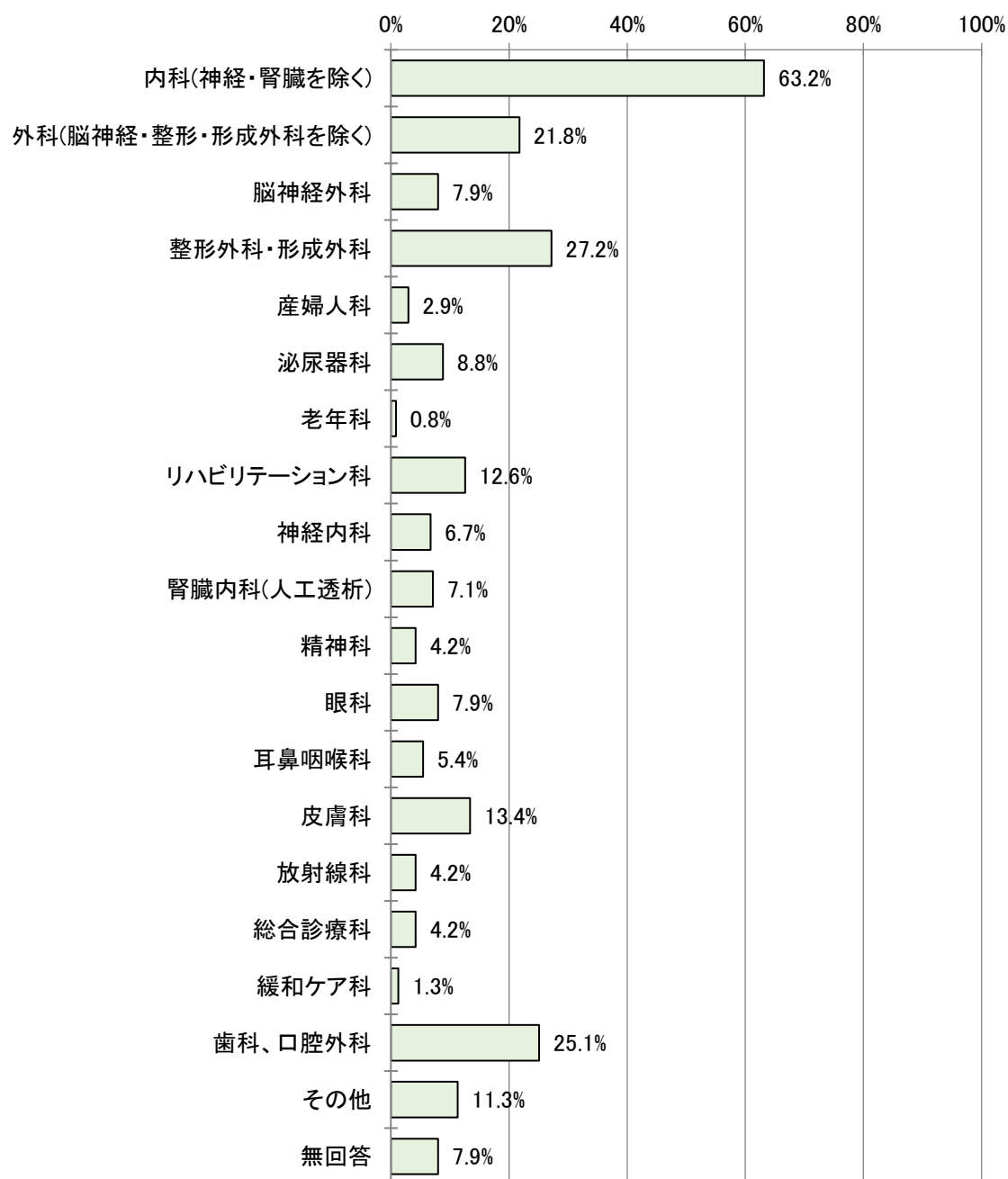
図表 2-47 Q4-2-3 主たる協力診療所の、在宅支援診療所の別 (n=239)



5) 協力診療所が標榜する診療科目

協力診療所が標榜する診療科目は、「内科（神経・腎臓を除く）」が 63.2% で最も割合が高く、次いで「整形外科・形成外科」が 27.2%、「歯科、口腔外科」が 25.1%、「外科（脳神経・整形・形成外科を除く）」が 21.8% であった。

図表 2-48 Q4-2-4 協力診療所が標榜する診療科目（n=239）：複数回答



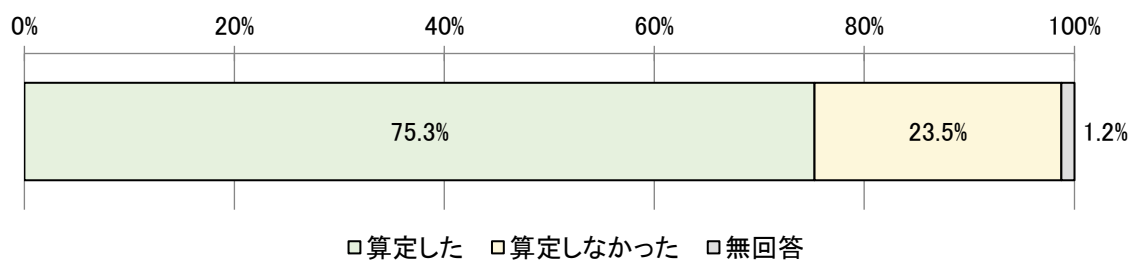
※その他の具体的な回答をみると、「小児科」「循環器科（内科）」「呼吸器科（内科）」「消化器（内科）」「麻酔科」「リウマチ科」などであった。

6. 医療対応

① 所定疾患施設療養費算定の有無

令和6年9月の1カ月間で、1人以上に所定疾患施設療養費の算定を行ったかについては、「算定した」が75.3%、「算定しなかった」が23.5%であった。

図表 2-49 Q5-1 1人以上の所定疾患施設療養費の算定有無（令和6年9月の1カ月間）
(n=897)



② 所定疾患施設療養費の算定状況

肺炎について、発症件数は本調査の回答施設の合計で 700 件であった。

発症した人が 1 人以上いた施設は、回答施設のうち 33.6%であった。

所定疾患施設療養費（Ⅰ）を算定した人数は回答施設の合計で 184 人、所定疾患施設療養費（Ⅱ）を算定した人数は 416 人であった。

算定延べ日数（Ⅰ）は、所定疾患施設療養費（Ⅰ）の算定があった 93 施設の合計で 987 日、1 施設あたり平均 10.6 日、算定人数 1 人あたり平均 5.4 日であった。

算定延べ日数（Ⅱ）は、所定疾患施設療養費（Ⅱ）の算定があった 181 施設の合計で 2,867 日、1 施設あたり平均 15.8 日、算定人数 1 人あたり平均 6.9 日であった。

尿路感染症について、発症件数は本調査の回答施設の合計で 2,292 件であった。

発症した人が 1 人以上いた施設は、回答施設のうち 62.2%であった。

所定疾患施設療養費（Ⅰ）を算定した人数は回答施設の合計で 672 人、所定疾患施設療養費（Ⅱ）を算定した人数は 1,530 人であった。

算定延べ日数（Ⅰ）は、所定疾患施設療養費（Ⅰ）の算定があった 194 施設の合計で 3,944 日、1 施設あたり平均 20.3 日、算定人数 1 人あたり平均 5.9 日であった。

算定延べ日数（Ⅱ）は、所定疾患施設療養費（Ⅱ）の算定があった 356 施設の合計で 9,408 日、1 施設あたり平均 26.4 日、算定人数 1 人あたり平均 6.1 日であった。

図表 2-50 Q5-2 所定疾患施設療養費の算定有無（令和 6 年 9 月の 1 カ月間）

		n	回答施設の合計値	平均値	標準偏差	中央値	算定者 1 人あたり算定日数
肺炎	発症件数（件）	719	700	1.0	2.0	0.0	
	うちⅠを算定した実人数（人）	93	184	2.0	1.9	1.0	
	うちⅡを算定した実人数（人）	181	416	2.3	2.2	1.0	
	算定延べ日数Ⅰ（日）	93	987	10.6	9.6	7.0	5.4
	算定延べ日数Ⅱ（日）	181	2,867	15.8	17.5	10.0	6.9

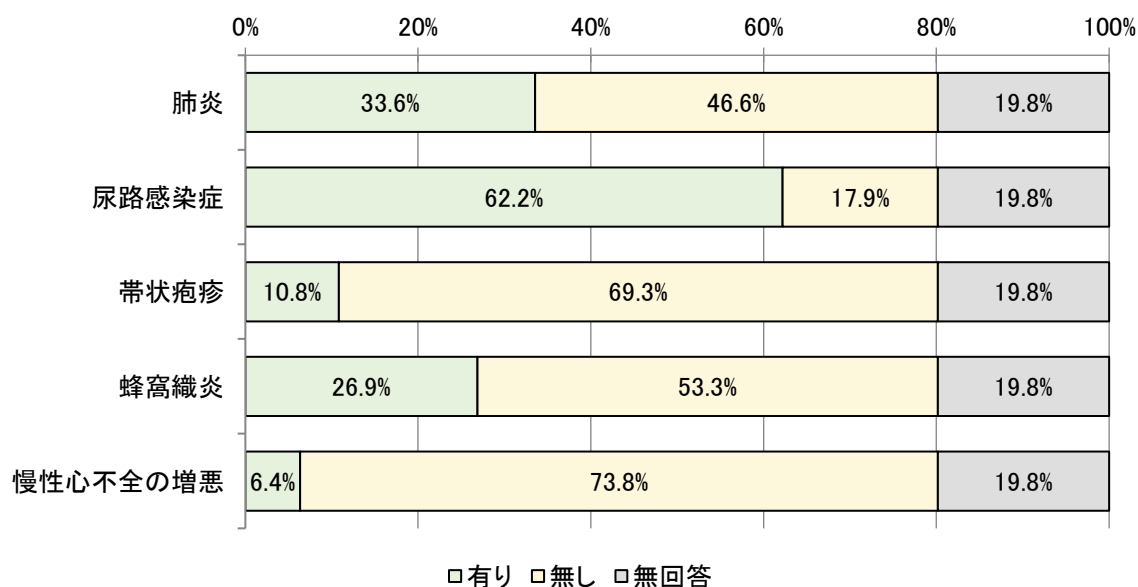
※Ⅰ：所定疾患施設療養費Ⅰ、Ⅱ：所定疾患施設療養費Ⅱ

(続き)

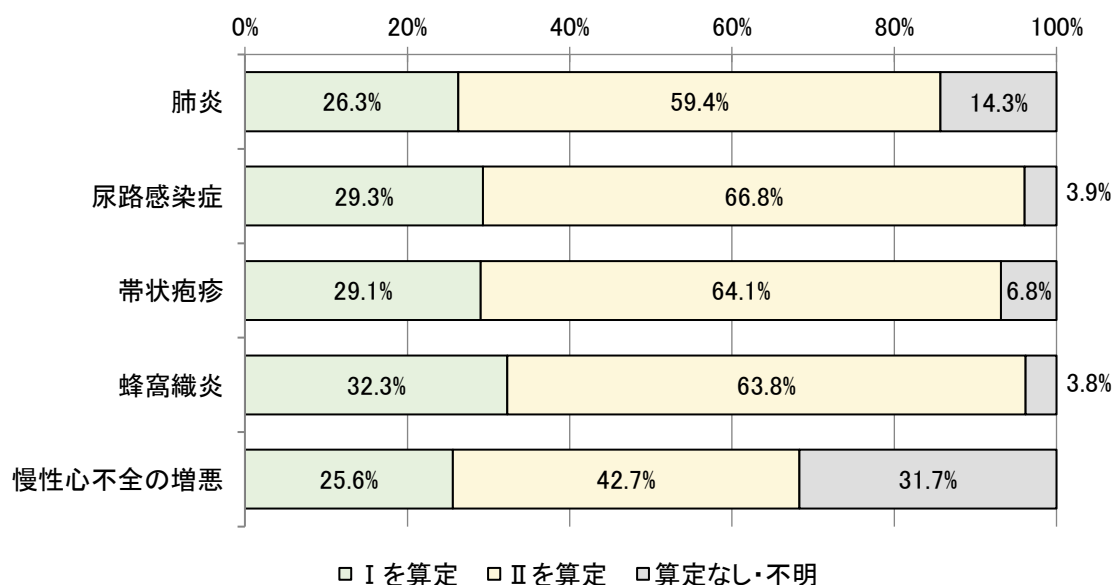
		n	回答 施設の 合計値	平均値	標準偏 差	中央 値	算定 者1 人あ たり 算定 日数
尿路感染症	発症件数（件）	719	2,292	3.2	5.1	2.0	
	うちⅠを算定した実人数（人）	194	672	3.5	7.2	2.0	
	うちⅡを算定した実人数（人）	356	1,530	4.3	3.9	3.0	
	算定延べ日数Ⅰ（日）	194	3,944	20.3	43.6	11.0	5.9
	算定延べ日数Ⅱ（日）	356	9,408	26.4	29.2	19.0	6.1
带状疱疹	発症件数（件）	719	117	0.2	0.5	0.0	
	うちⅠを算定した実人数（人）	29	34	1.2	0.5	1.0	
	うちⅡを算定した実人数（人）	62	75	1.2	0.5	1.0	
	算定延べ日数Ⅰ（日）	29	204	7.0	3.5	7.0	6.0
	算定延べ日数Ⅱ（日）	62	517	8.3	4.7	7.0	6.9
蜂窩織炎	発症件数（件）	719	365	0.5	0.9	0.0	
	うちⅠを算定した実人数（人）	74	118	1.6	1.2	1.0	
	うちⅡを算定した実人数（人）	156	233	1.5	1.0	1.0	
	算定延べ日数Ⅰ（日）	74	663	9.0	7.2	7.0	5.6
	算定延べ日数Ⅱ（日）	156	1,672	10.7	9.0	10.0	7.2
慢性心不全の増悪	発症件数（件）	719	82	0.1	0.5	0.0	
	うちⅠを算定した実人数（人）	12	21	1.8	1.4	1.0	
	うちⅡを算定した実人数（人）	29	35	1.2	0.5	1.0	
	算定延べ日数Ⅰ（日）	12	145	12.1	17.0	6.5	6.9
	算定延べ日数Ⅱ（日）	29	202	7.0	4.8	5.0	5.8

※所定疾患施設療養費を算定した実人数Ⅰ、Ⅱ、算定延べ日数Ⅰ、Ⅱは、それぞれ1人または1日以上
の回答があった施設を母数として集計した。

図表 2-51 Q5-2 疾患の発症の有無（疾患を発症した人が1人以上いた施設）
（令和6年9月の1カ月間）（n=897）



図表 2-52 Q5-2 発症件数のうち、所定疾患施設療養費を算定した人数
（令和6年9月の1カ月間）（n=897）



7. 医療管理体制

① 入所希望者の受け入れ

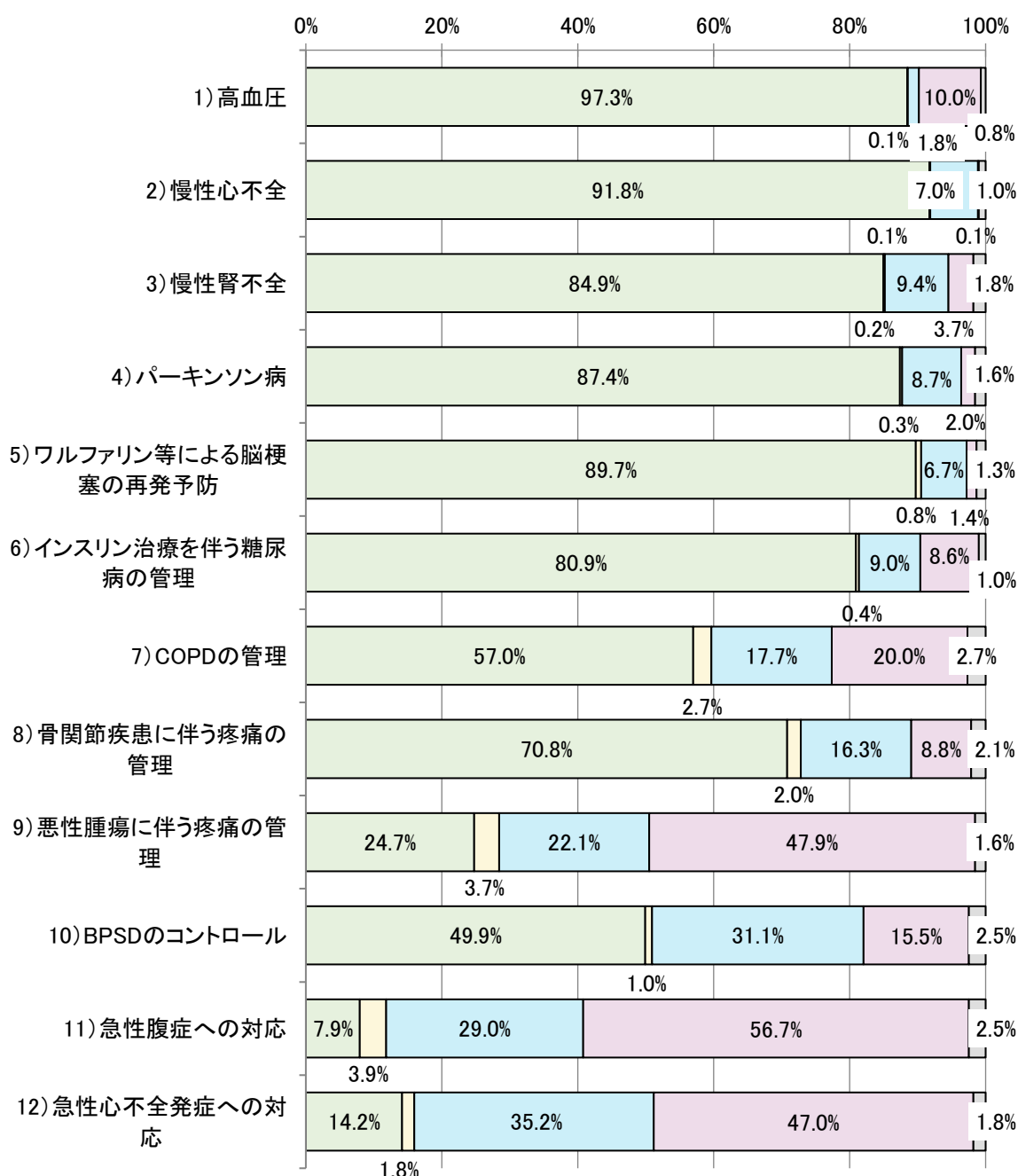
「1) 高血圧」～「12) 急性心不全発症への対応」の状況にある方から入所希望があった場合、受け入れが可能かを尋ねた。また、1)～12)の状況に加えて、BPSDを伴う認知症を有する方である場合の受け入れ可能性も把握した。

「自施設で対応可能であり、過去に受け入れた実績がある」割合が比較的高いのは、「1) 高血圧」が97.3%で最も高く、「2) 慢性心不全」(91.8%)、「5) ワルファリン等による脳梗塞の再発予防」(89.7%)、「4) パーキンソン病」(87.4%)が続いた。

「相当の検討を要する／対応できない」は、「11) 急性腹症への対応」で56.7%、「9) 悪性腫瘍に伴う疼痛の管理」で47.9%、「12) 急性心不全発症への対応」で47.0%と比較的高かった。

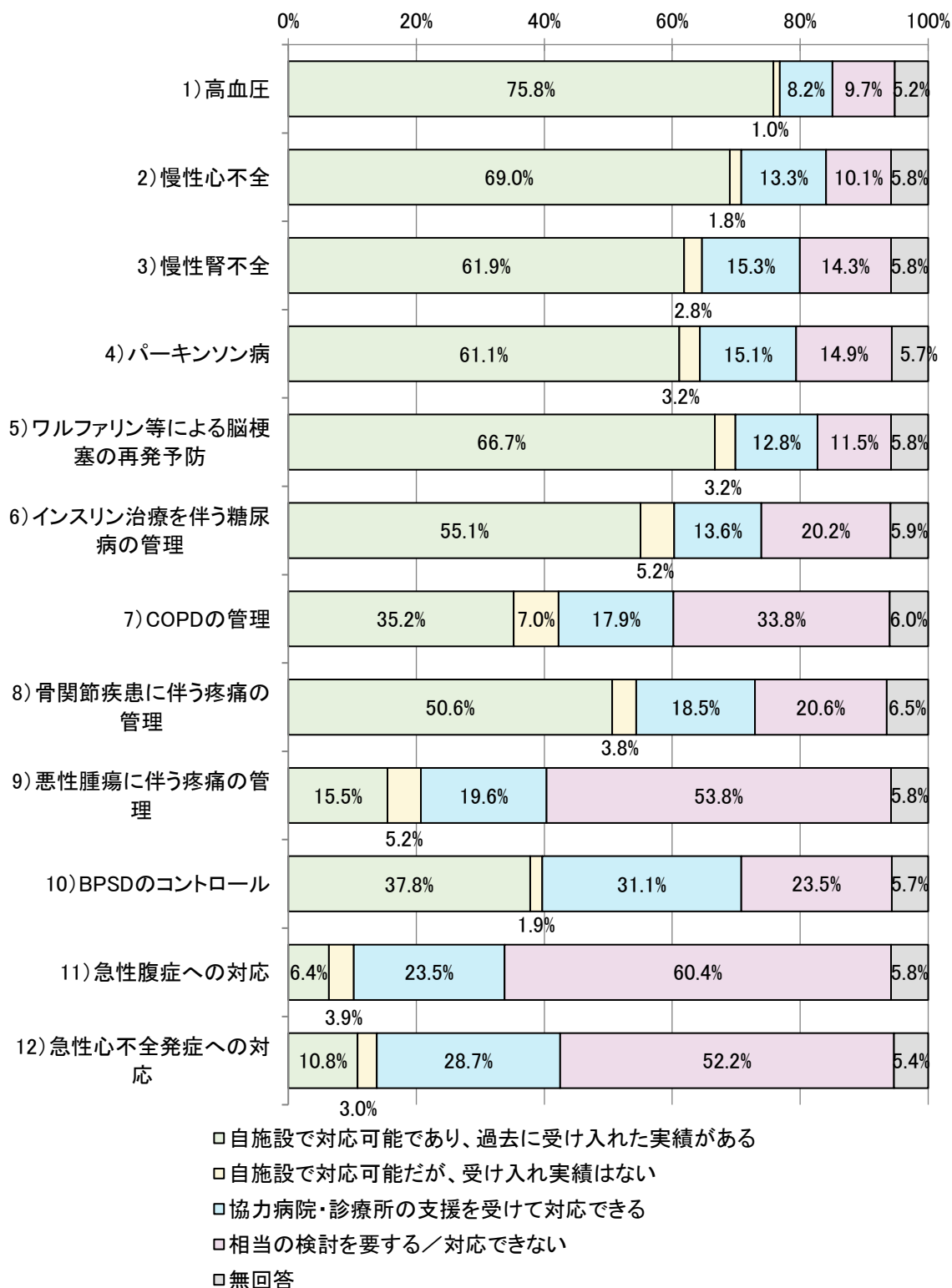
活発なBPSDを伴う認知症を有する方については、「9) 悪性腫瘍に伴う疼痛の管理」、「10) BPSDのコントロール」「11) 急性腹症への対応」、「12) 急性心不全発症への対応」以外の項目について、「自施設で対応可能であり、過去に受け入れた実績がある」割合がおおむね20ポイント程度低くなる傾向がみられた。

図表 2-53 Q6-1-1 入所希望者の受け入れ (n=897)



- 自施設で対応可能であり、過去に受け入れた実績がある
- 自施設で対応可能だが、受け入れ実績はない
- 協力病院・診療所の支援を受けて対応できる
- 相当の検討を要する／対応できない
- 無回答

図表 2-54 Q6-1-2 活発な BPSD を伴う認知症を有する入所希望者の受け入れ (n=897)



② 医療処置等を要する方の入所希望があった際の対応

「1) 創傷の処置」～「24) 酸素ボンベその他の手法による酸素提供」の処置が必要な方の入所希望があった場合、対応可能かを尋ねた。

「1) 創傷の処置」「2) 褥瘡の処置」「17) 胃ろう」「20) 口腔ケア」「21) 喀痰吸引」は 85%以上の施設で「自施設で対応可能であり、過去受け入れた実績がある」と回答した。

「3) 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」「8) 抗悪性腫瘍剤（内服）の使用・管理」「10) 麻薬の内服、貼付、坐剤の使用・管理」「18) 経鼻・経管栄養」「22) 認知症の BPSD に対する薬物治療（経口・注射）」「23) 在宅酸素療法による酸素提供」「24) 酸素ボンベその他の手法による酸素提供」は「自施設で対応可能であり、過去に受け入れた実績がある」が 23.4%～59.5%で、一方で「相当の検討を要する／対応できない」が 19.0%～54.7%と一定割合あった。

「4) 注射薬剤 3 種類以上の管理」「5) シリンジポンプの使用・管理」「6) 輸血や血液製剤の使用・管理」「7) 抗悪性腫瘍剤（注射剤のみ）の使用・管理」「9) 麻薬（注射剤のみ）の使用・管理」「11) 免疫抑制剤（注射剤のみ）の使用・管理」「12) 昇圧剤（注射剤のみ）の使用・管理」「13) 抗不整脈剤（注射剤のみ）の使用・管理」「14) 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用・管理」「15) ドレナージの管理」「16) 無菌治療室での治療」

「19) 中心静脈栄養」はおおむね 7 割以上の施設が「相当の検討を要する／対応できない」と回答した。

図表 2-55 Q6-2 医療処置等を要する方の入所希望があった際の対応 (n=897)

	合計	自施設 で対応 可能で あり、 過去に 受け入 れた実 績があ る	自施設 で対応 可能だ が、受 け入れ 実績は ない	協力病 院・診 療所の 支援を 受けて 対応で きる	相当の 検討を 要する ／対応 できない	無回答
1) 創傷の処置	897 100.0%	772 86.1%	12 1.3%	84 9.4%	10 1.1%	19 2.1%
2) 褥瘡の処置	897 100.0%	793 88.4%	4 0.4%	78 8.7%	9 1.0%	13 1.4%
3) 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	897 100.0%	290 32.3%	38 4.2%	144 16.1%	397 44.3%	28 3.1%
4) 注射薬剤3種類以上の管理	897 100.0%	113 12.6%	64 7.1%	72 8.0%	627 69.9%	21 2.3%
5) シリンジポンプの使用・管理	897 100.0%	58 6.5%	38 4.2%	47 5.2%	725 80.8%	29 3.2%
6) 輸血や血液製剤の使用・管理	897 100.0%	27 3.0%	11 1.2%	65 7.2%	775 86.4%	19 2.1%
7) 抗悪性腫瘍剤（注射剤のみ）の使用・管理	897 100.0%	27 3.0%	31 3.5%	61 6.8%	756 84.3%	22 2.5%
8) 抗悪性腫瘍剤（内服）の使用・管理	482 100.0%	263 29.3%	40 4.5%	179 20.0%	391 43.6%	24 2.7%
9) 麻薬（注射剤のみ）の使用・管理	897 100.0%	44 4.9%	35 3.9%	56 6.2%	744 82.9%	18 2.0%
10) 麻薬の内服、貼付、坐剤の使用・管理	897 100.0%	210 23.4%	43 4.8%	133 14.8%	491 54.7%	20 2.2%
11) 免疫抑制剤（注射剤のみ）の使用・管理	897 100.0%	23 2.6%	27 3.0%	62 6.9%	765 85.3%	20 2.2%
12) 昇圧剤（注射剤のみ）の使用・管理	897 100.0%	47 5.2%	48 5.4%	75 8.4%	706 78.7%	21 2.3%
13) 抗不整脈剤（注射剤のみ）の使用・管理	897 100.0%	42 4.7%	38 4.2%	72 8.0%	725 80.8%	20 2.2%
14) 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用・管理	897 100.0%	19 2.1%	16 1.8%	51 5.7%	791 88.2%	20 2.2%
15) ドレナージの管理	897 100.0%	60 6.7%	26 2.9%	80 8.9%	707 78.8%	24 2.7%
16) 無菌治療室での治療	897 100.0%	2 0.2%	3 0.3%	6 0.7%	867 96.7%	19 2.1%
17) 胃ろう	897 100.0%	776 86.5%	14 1.6%	44 4.9%	48 5.4%	15 1.7%
18) 経鼻・経管栄養	897 100.0%	409 45.6%	37 4.1%	42 4.7%	392 43.7%	17 1.9%

	合計	自施設 で対応 可能で あり、 過去に 受け入 れた実 績があ る	自施設 で対応 可能だ が、受 け入れ 実績は ない	協力病 院・診 療所の 支援を 受けて 対応で きる	相当の 検討を 要する ／対応 できない	無回答
19) 中心静脈栄養	897 100.0%	49 5.5%	27 3.0%	46 5.1%	751 83.7%	24 2.7%
20) 口腔ケア	897 100.0%	860 95.9%	3 0.3%	15 1.7%	5 0.6%	14 1.6%
21) 喀痰吸引	897 100.0%	829 92.4%	6 0.7%	14 1.6%	35 3.9%	13 1.4%
22) 認知症の BPSD に対 する薬物治療（経口・注 射）	897 100.0%	504 56.2%	15 1.7%	184 20.5%	170 19.0%	24 2.7%
23) 在宅酸素療法による 酸素提供	897 100.0%	488 54.4%	28 3.1%	76 8.5%	292 32.6%	13 1.4%
24) 酸素ボンベその他の 手法による酸素提供	897 100.0%	534 59.5%	18 2.0%	70 7.8%	259 28.9%	16 1.8%

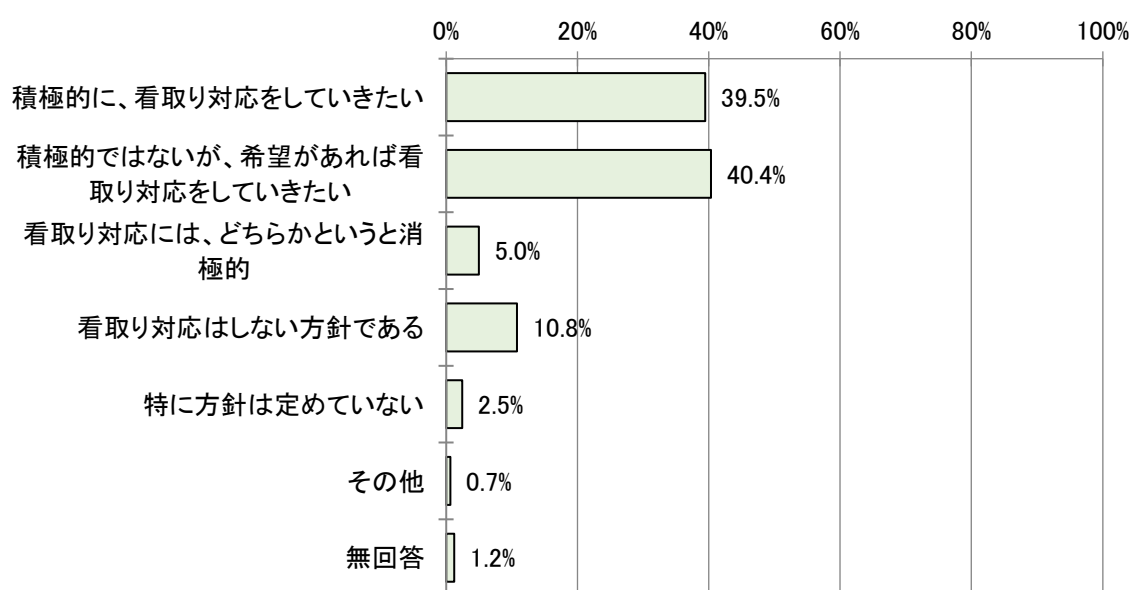
8. 看取りに関する対応

① 看取り対応の方針

看取りについての対応方針は、「積極的ではないが、希望があれば看取り対応をしていきたい」が 40.4%、「積極的に、看取り対応をしていきたい」が 39.5%であった。「看取り対応はしない方針である」が 10.8%であった。

施設類型別にみると「超強化型」は「積極的に、看取り対応をしていきたい」が 49.4%、「在宅強化型」で 46.2%と比較的高く、「加算型」では「積極的ではないが、希望があれば看取りをしていきたい」が 41.1%、「基本型」では 46.8%であった。

図表 2-56 Q7 看取り対応方針 (n=897)



※その他の具体的な回答をみると、「必要な場合には対応していきたい」「将来的に予定している」「実施するか検討中」「自然死においては対応しているが、癌性疼痛により医療用麻薬による治療が必要な場合は対応していない」「看取りを行っていない」などであった。

図表 2-57 施設類型別 看取り対応方針

		合計	Q7 看取り対応についてどのような方針をお持ちですか						
			積極的 に、看 取り対 応をし ていき たい	積極的 ではないが、 希望が あれば 看取り 対応を してい きたい	看取り 対応に は、ど ちらか という と消極 的	看取り 対応は しない 方針で ある	特に方 針は定 めてい ない	その他	無回答
全体		897 100.0%	354 39.5%	362 40.4%	45 5.0%	97 10.8%	22 2.5%	6 0.7%	11 1.2%
Q1 令和 6 年 10 月 1 日現 在に算定 する施設 類型	超強化型	328 100.0%	162 49.4%	126 38.4%	9 2.7%	17 5.2%	8 2.4%	2 0.6%	4 1.2%
	在宅強化型	106 100.0%	49 46.2%	36 34.0%	7 6.6%	11 10.4%	1 0.9%	0 0.0%	2 1.9%
	加算型	287 100.0%	93 32.4%	118 41.1%	19 6.6%	39 13.6%	9 3.1%	4 1.4%	5 1.7%
	基本型	156 100.0%	41 26.3%	73 46.8%	9 5.8%	29 18.6%	4 2.6%	0 0.0%	0 0.0%
	その他型	8 100.0%	3 37.5%	4 50.0%	1 12.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	療養型	7 100.0%	5 71.4%	2 28.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

(注)「その他型」「療養型」は回答数が少ないため結果の見方には注意が必要である。

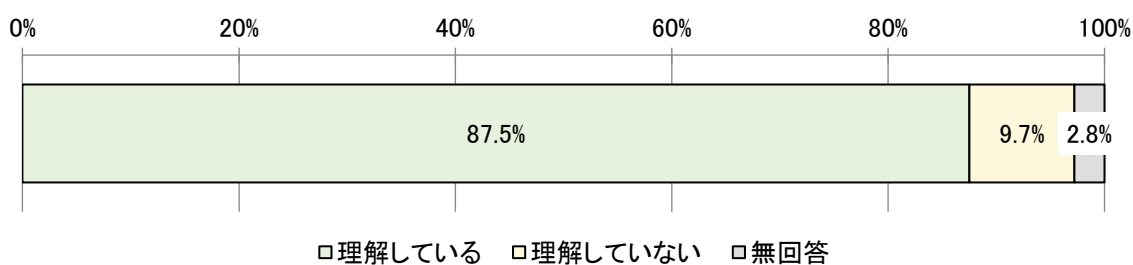
9. ACP 時の対応

① ACP への理解

ACP への理解について、「理解している」が 87.5%、「理解していない」が 9.7%であった。

施設類型別にみると、いずれも「理解している」割合が 8 割を超えているものの、「基本型」では「理解していない」が 15.4%と他の施設類型に比べるとやや高い傾向があった。

図表 2-58 Q8-1 ACP への理解 (n=897)



図表 2-59 施設類型別 ACP の理解

		合計	Q8-1 ACP について、理解していますか		
			理解している	理解していない	無回答
全体		897 100.0%	785 87.5%	87 9.7%	25 2.8%
Q1 令和 6 年 10 月 1 日現在に算定する施設類型	超強化型	328 100.0%	297 90.5%	26 7.9%	5 1.5%
	在宅強化型	106 100.0%	95 89.6%	8 7.5%	3 2.8%
	加算型	287 100.0%	248 86.4%	29 10.1%	10 3.5%
	基本型	156 100.0%	125 80.1%	24 15.4%	7 4.5%
	その他型	8 100.0%	8 100.0%	0 0.0%	0 0.0%
	療養型	7 100.0%	7 100.0%	0 0.0%	0 0.0%

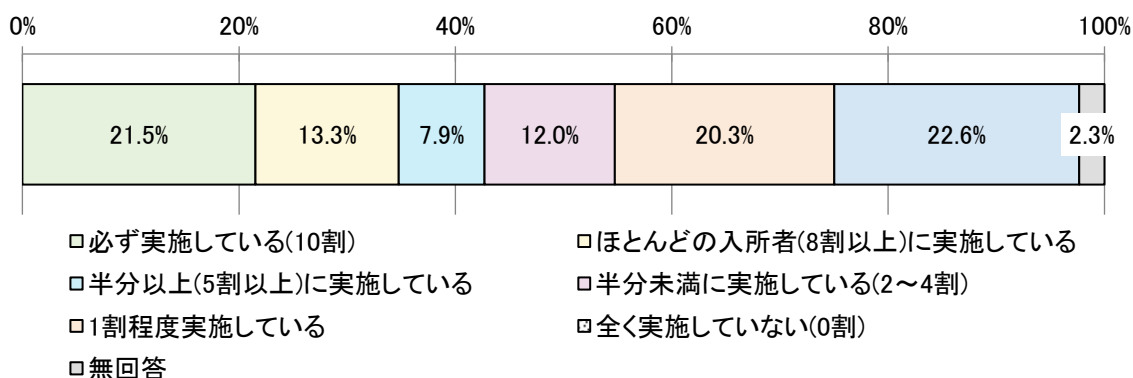
(注)「その他型」「療養型」は回答数が少ないため結果の見方には注意が必要である。

② 入所者に対する ACP の実施状況

入所者に対する ACP の実施状況について、「全く実施していない（0割）」が 22.6% で最も割合が高く、次いで「必ず実施している（10割）」が 21.5%、「1割程度実施している」が 20.3%であった。

看取り対応の方針別にみると「積極的に、看取り対応をしていきたい」施設では「必ず実施している（10割）」が 26.6%と他の対応方針に比べるとやや高い傾向にあった。

図表 2-60 Q8-2 入所者に対する ACP 実施状況（n=897）



図表 2-61 施設類型別 入所者に対する ACP 実施状況

		合計	Q8-2 どのくらいの入所者に対して ACP を実施していますか						
			必ず実施している (10割)	ほとんどの入所者(8割以上)に実施している	半分以上(5割以上)に実施している	半分未満に実施している(2～4割)	1割程度実施している	全く実施していない(0割)	無回答
全体		897 100.0%	193 21.5%	119 13.3%	71 7.9%	108 12.0%	182 20.3%	203 22.6%	21 2.3%
Q1 令和6年10月1日現在に算定する施設類型	超強化型	328 100.0%	84 25.6%	52 15.9%	26 7.9%	34 10.4%	69 21.0%	59 18.0%	4 1.2%
	在宅強化型	106 100.0%	15 14.2%	18 17.0%	7 6.6%	11 10.4%	21 19.8%	31 29.2%	3 2.8%
	加算型	287 100.0%	63 22.0%	29 10.1%	24 8.4%	41 14.3%	55 19.2%	66 23.0%	9 3.1%
	基本型	156 100.0%	27 17.3%	18 11.5%	13 8.3%	18 11.5%	33 21.2%	42 26.9%	5 3.2%
	その他型	8 100.0%	1 12.5%	0 0.0%	1 12.5%	2 25.0%	2 25.0%	2 25.0%	0 0.0%
	療養型	7 100.0%	2 28.6%	2 28.6%	0 0.0%	2 28.6%	1 14.3%	0 0.0%	0 0.0%

（注）「その他型」「療養型」は回答数が少ないため結果の見方には注意が必要である。

図表 2-62 看取り対応の方針別 入所者に対する ACP 実施状況

		合計	Q8-2 どのくらいの入所者に対して ACP を実施していますか					
			必ず実施している (10 割)	ほとんどの入所者(8 割以上)に実施している	半分以上(5 割以上)に実施している	半分未満に実施している(2～4 割)	1 割程度実施している	全く実施していない(0 割)
全体		897 100.0%	193 21.5%	119 13.3%	71 7.9%	108 12.0%	182 20.3%	203 22.6%
Q7 看取り対応の方針	積極的に、看取り対応をしていきたい	354 100.0%	94 26.6%	62 17.5%	40 11.3%	48 13.6%	58 16.4%	48 13.6%
	積極的ではないが、希望があれば看取り対応をしていきたい	362 100.0%	75 20.7%	45 12.4%	24 6.6%	50 13.8%	88 24.3%	75 20.7%
	看取り対応には、どちらかというと消極的	45 100.0%	6 13.3%	4 8.9%	3 6.7%	5 11.1%	12 26.7%	15 33.3%
	看取り対応はしない方針である	97 100.0%	11 11.3%	5 5.2%	4 4.1%	5 5.2%	17 17.5%	50 51.5%
	特に方針は定めていない	22 100.0%	2 9.1%	2 9.1%	0 0.0%	0 0.0%	4 18.2%	12 54.5%
	その他	6 100.0%	2 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 50.0%	1 16.7%

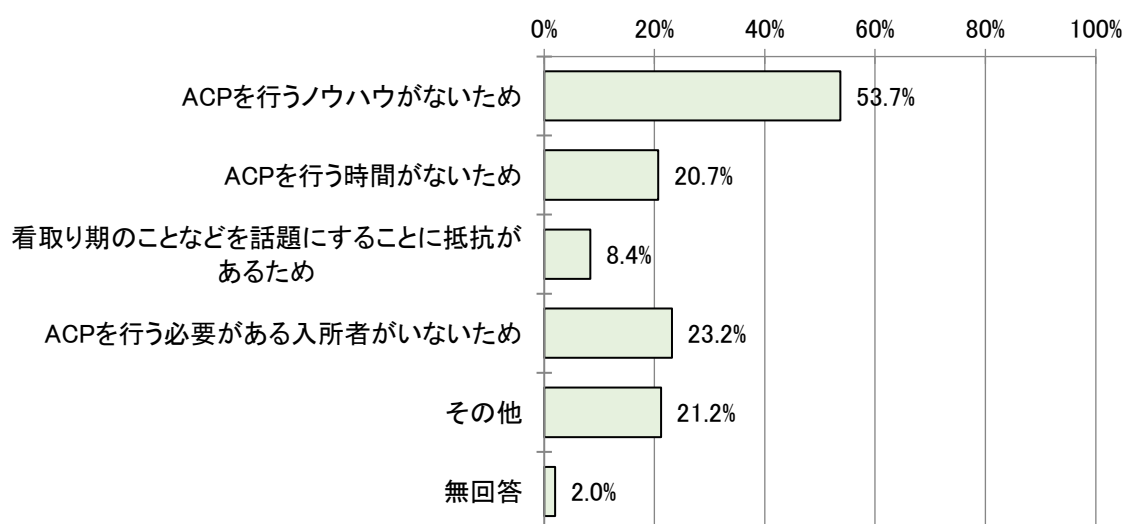
(注)「その他」は回答数が少ないため結果の見方には注意が必要である。

③ ACP を実施しない理由

ACP を「全く実施していない」と回答した場合に、実施しない理由を尋ねた。ACP を実施しない理由としては、「ACP を行うノウハウがないため」が 53.7%で最も割合が高く、次いで「ACP を行う必要がある入所者がいないため」が 23.2%であった。

図表 2-63 (ACP を全くしていない場合)

Q8-2-1 ACP を実施しない理由 (n=203) : 複数回答



※その他の具体的な回答をみると、「必要な場合には対応していきたい」「将来的に予定している」「実施するか検討中」「自然死においては対応しているが、癌性疼痛により医療用麻薬による治療が必要な場合は対応していない」「看取りを行っていない」などであった。

図表 2-64 ACP の理解状況別

(ACP を全くしていない場合) Q8-2-1 ACP を実施しない理由 (n=203) : 複数回答

		合計	Q8-2-1 ACP を実施しない理由					
			ACP を 行うノ ウハウ がない ため	ACP を 行う時 間がな いため	看取り期 のことな どを話題 にするこ とに抵抗 があるた め	ACP を行 う必要が ある入所 者がいな いため	その他	無回答
全体		203 100. 0%	109 53. 7%	42 20. 7%	17 8. 4%	47 23. 2%	43 21. 2%	4 2. 0%
Q8-1 ACP に ついて の理解 状況	理解して いる	142 100. 0%	64 45. 1%	33 23. 2%	16 11. 3%	33 23. 2%	36 25. 4%	3 2. 1%
	理解して いない	57 100. 0%	43 75. 4%	9 15. 8%	1 1. 8%	12 21. 1%	7 12. 3%	0 0. 0%

④ ACP を実施している施設の ACP 実施状況

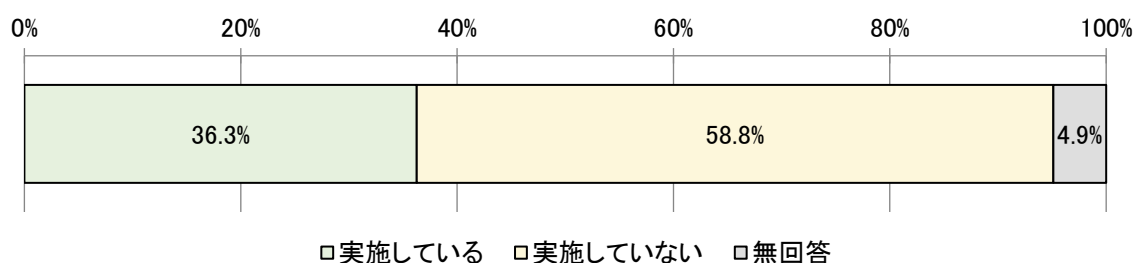
1) ACP の施設内研修の実施有無

ACP の施設内研修を行っているかについて、「実施している」が 36.3%、「実施していない」が 58.8%であった。

施設類型別にみると、おおむね全ての類型で「実施していない」が 5 割を超えていたが、「超強化型」では「実施している」が 42.6%で、他の類型よりやや高い傾向にあった。

また、看取りの対応方針別にみると、いずれも「実施していない」が 5 割を超えていたが、「積極的に、看取り対応をしていきたい」では「実施している」が 45.7%で、他よりやや高い傾向にあった。

図表 2-65 Q8-3 ACP の施設内研修の実施 (n=673)



図表 2-66 施設類型別 ACP の施設内研修の実施

		合計	Q8-3 ACP について、施設内研修を実施していますか		
			実施している	実施していない	無回答
全体		673 100.0%	244 36.3%	396 58.8%	33 4.9%
Q1 令和 6 年 10 月 1 日現在に算定する施設類型	超強化型	265 100.0%	113 42.6%	135 50.9%	17 6.4%
	在宅強化型	72 100.0%	25 34.7%	42 58.3%	5 6.9%
	加算型	212 100.0%	68 32.1%	136 64.2%	8 3.8%
	基本型	109 100.0%	30 27.5%	76 69.7%	3 2.8%
	その他型	6 100.0%	2 33.3%	4 66.7%	0 0.0%
	療養型	7 100.0%	6 85.7%	1 14.3%	0 0.0%

(注)「その他型」「療養型」は回答数が少ないため結果の見方には注意が必要である。

図表 2-67 看取り対応の方針別 ACP の施設内研修の実施

		合計	Q8-3 ACP について、施設内研修を実施していますか		
			実施している	実施していない	無回答
全体		673 100.0%	244 36.3%	396 58.8%	33 4.9%
Q7 看取り対応の方針	積極的に、看取り対応をしたい	302 100.0%	138 45.7%	154 51.0%	10 3.3%
	積極的ではないが、希望があれば看取り対応をしたい	282 100.0%	94 33.3%	176 62.4%	12 4.3%
	看取り対応には、どちらかというところ消極的	30 100.0%	3 10.0%	26 86.7%	1 3.3%
	看取り対応はしない方針である	42 100.0%	6 14.3%	29 69.0%	7 16.7%
	特に方針は定めていない	8 100.0%	1 12.5%	5 62.5%	2 25.0%
	その他	5 100.0%	0 0.0%	4 80.0%	1 20.0%

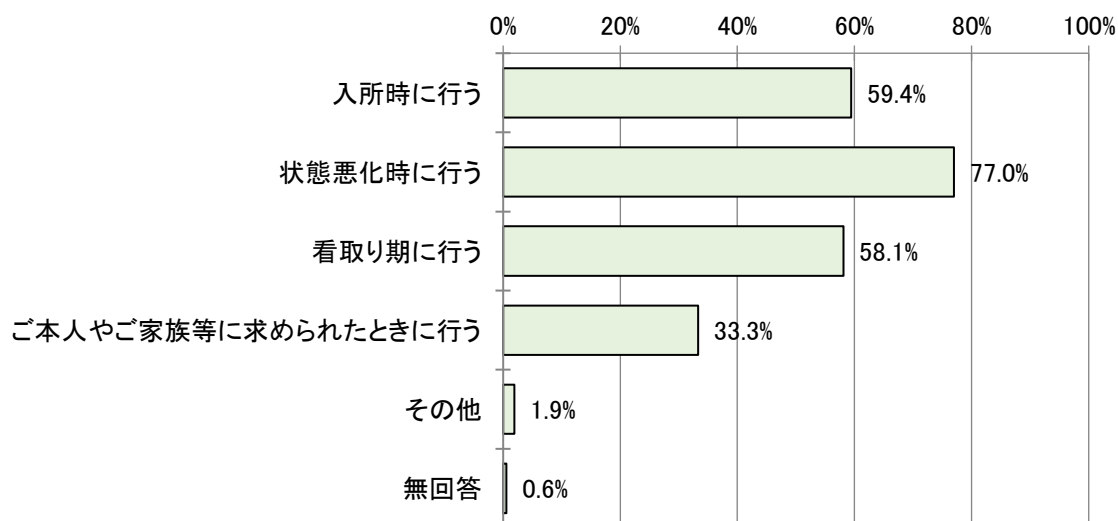
(注)「特に方針は定めていない」「その他」は回答数が少ないため結果の見方には注意が必要である。

2) ACP・看取りに関する話し合いの時期

ACP・看取りに関する話し合いの時期は、「状態悪化時に行く」が77.0%で最も割合が高く、次いで「入所時に行く」が59.4%、「看取り期に行く」が58.1%であった。

ACPの実施割合が高いほど、入所時に行く割合が高くなっており、ACPを「必ず実施している施設」では「入所時に行く」が89.6%で「状態悪化時に行く」(73.1%)よりも高い割合であった。

図表 2-68 Q8-4 ACP・看取りに関する話し合いの時期 (n=673)：複数回答



※その他の具体的な回答をみると、「契約時」「看取り希望で入所された時」「看取していないが状態悪化し必要あれば行く」「配置医師等が必要とした時」「入所後」「現在看取りをふくめ検討中」などであった。

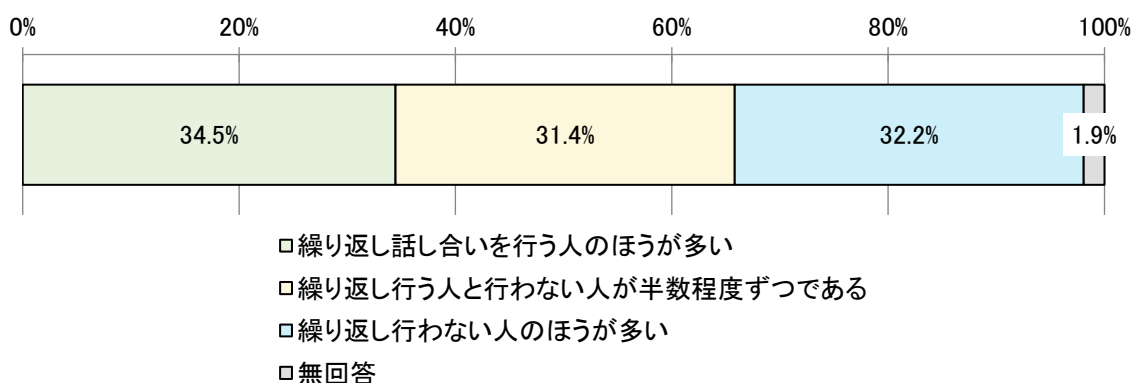
図表 2-69 ACP の実施割合別 ACP・看取りに関する話し合いの時期

		合計	Q8-4 ACP・看取りに関する話し合いについてはどの時期に行っていますか				
			入所時に行う	状態悪化時に行う	看取り期に行う	ご本人やご家族等に求められたときに行う	その他
全体		673	400	518	391	224	13
		100.0%	59.4%	77.0%	58.1%	33.3%	1.9%
Q8-2 どのくらいの入所者に対してACPを実施していますか	必ず実施している(10割)	193	173	141	115	71	2
		100.0%	89.6%	73.1%	59.6%	36.8%	1.0%
	ほとんどの入所者(8割以上)に実施している	119	91	95	71	41	1
		100.0%	76.5%	79.8%	59.7%	34.5%	0.8%
	半分以上(5割以上)に実施している	71	43	53	45	28	2
		100.0%	60.6%	74.6%	63.4%	39.4%	2.8%
	半分未満に実施している(2~4割)	108	49	91	62	35	2
		100.0%	45.4%	84.3%	57.4%	32.4%	1.9%
	1割程度実施している	182	44	138	98	49	6
		100.0%	24.2%	75.8%	53.8%	26.9%	3.3%
	全く実施していない(0割)	0	0	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

3) ACP・看取りに関して繰り返し話し合うか

どのくらいの人に対して、ACP・看取りに関する話し合いを繰り返し行っているかについては、「繰り返し話し合いを行う人のほうが多い」が34.5%で最も割合が高く、次いで「繰り返し行わない人のほうが多い」が32.2%、「繰り返し行う人と行わない人が半数程度ずつである」が31.4%であった。

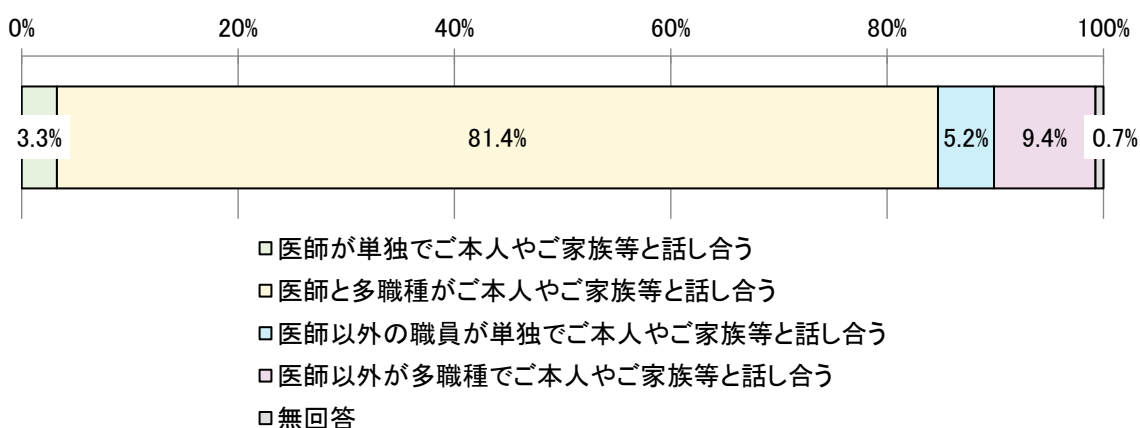
図表 2-70 Q8-5 ACP・看取りに関して繰り返し話し合うか (n=673)



4) ACP・看取りに関する話し合いへの多職種参加状況

ACP・看取りに関する話し合いへの参加者については、「医師と多職種がご本人やご家族等と話し合う」が81.4%で最も割合が高く、次いで「医師以外が多職種でご本人やご家族等と話し合う」が9.4%、「医師以外の職員が単独でご本人やご家族等と話し合う」が5.2%であった。

図表 2-71 Q8-6 ACP・看取りに関する話し合いへの多職種参加状況 (n=673)



図表 2-72 施設類型別 ACP・看取りに関する話し合いへの多職種参加状況

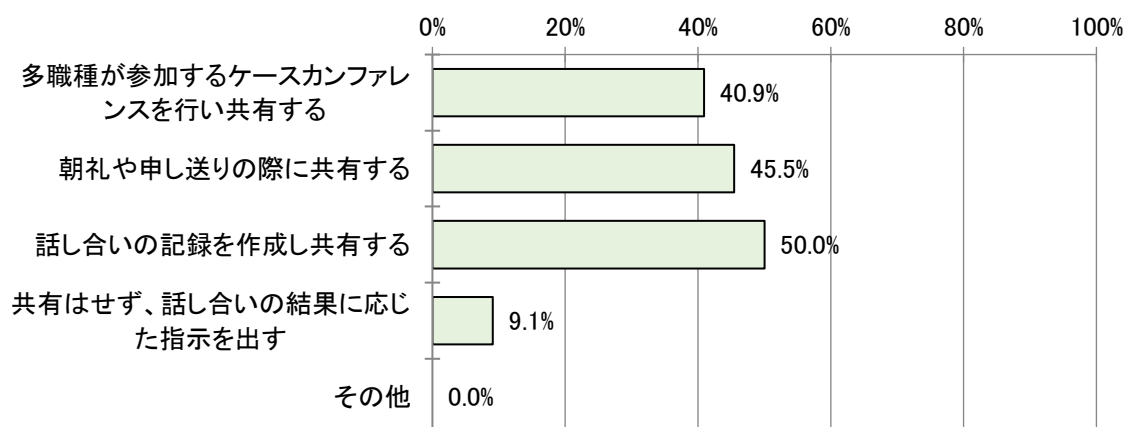
		合計	Q8-6 ACP・看取りに関する話し合いは、どのように行っていますか				
			医師が単独でご本人やご家族等と話し合う	医師と多職種がご本人やご家族等と話し合う	医師以外の職員が単独でご本人やご家族等と話し合う	医師以外が多職種でご本人やご家族等と話し合う	無回答
全体		673 100.0%	22 3.3%	548 81.4%	35 5.2%	63 9.4%	5 0.7%
Q1 令和6年10月1日現在に算定する施設類型	超強化型	265 100.0%	7 2.6%	226 85.3%	13 4.9%	18 6.8%	1 0.4%
	在宅強化型	72 100.0%	2 2.8%	62 86.1%	2 2.8%	5 6.9%	1 1.4%
	加算型	212 100.0%	10 4.7%	162 76.4%	9 4.2%	29 13.7%	2 0.9%
	基本型	109 100.0%	3 2.8%	85 78.0%	9 8.3%	11 10.1%	1 0.9%
	その他型	6 100.0%	0 0.0%	5 83.3%	1 16.7%	0 0.0%	0 0.0%
	療養型	7 100.0%	0 0.0%	6 85.7%	1 14.3%	0 0.0%	0 0.0%

(注)「その他型」「療養型」は回答数が少ないため結果の見方には注意が必要である。

5) 他職員への情報共有

医師が単独で本人と話し合う場合に、他職員への情報共有を行っているかについては、「話し合いの記録を作成し共有する」が 50.0% で最も割合が高く、次いで「朝礼や申し送りの際に共有する」が 45.5%、「多職種が参加するケースカンファレンスを行い共有する」が 40.9% であった。

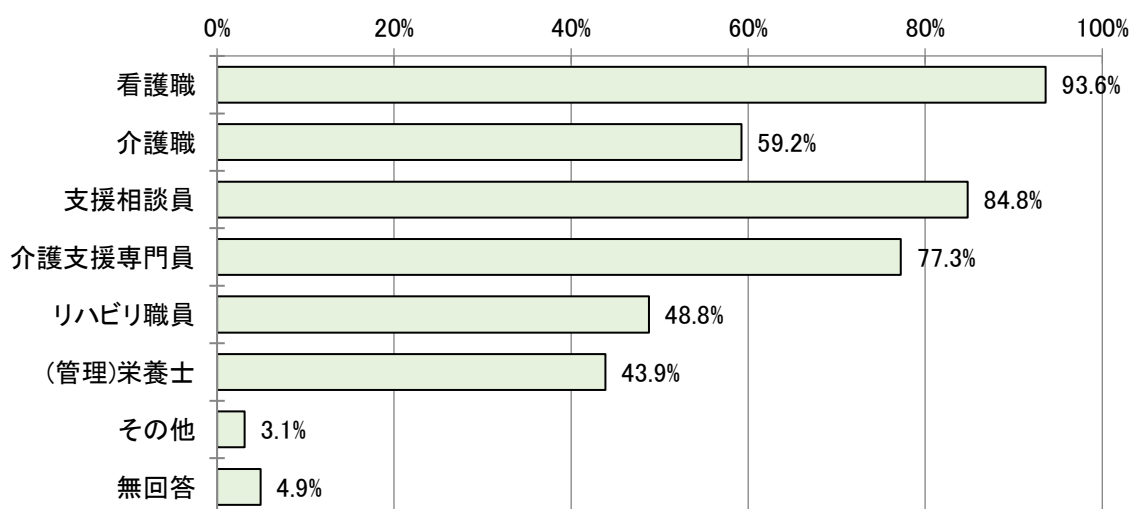
図表 2-73 Q8-6-1 医師が単独で本人と話し合う場合の、他職員への情報共有
(n=22) : 複数回答



6) ACP・看取りに関して多職種で話し合う際の職種

ACP・看取りに関して多職種で話し合う際の職種は、「看護職」が 93.6% で最も割合が高く、次いで「支援相談員」が 84.8%、「介護支援専門員」が 77.3% であった。

図表 2-74 Q8-6-2 多職種で話し合う際の職種 (n=611) : 複数回答

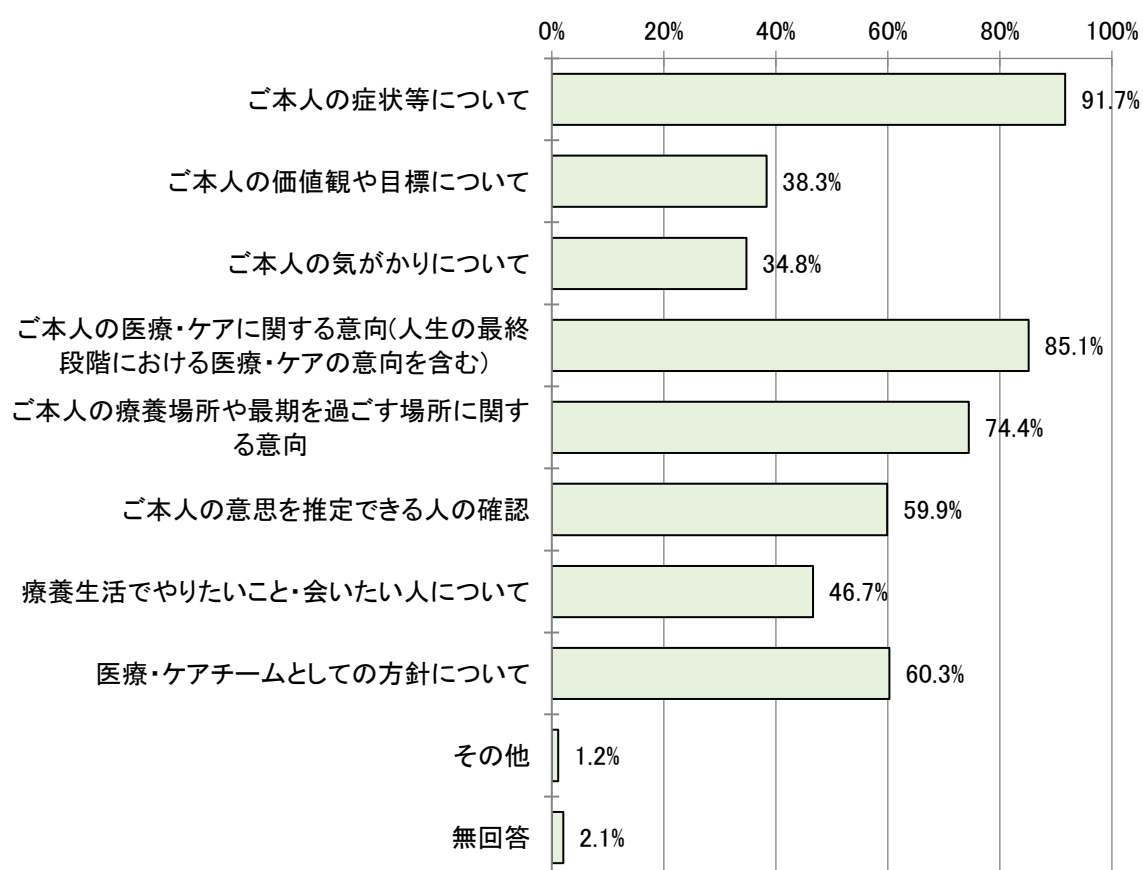


※その他の具体的な回答をみると、「医師」「歯科衛生士」「ケアマネジャー」などであった。

7) ACP・看取りに関する話し合いの主な内容

ACP・看取りに関する話し合いの主な内容は、「ご本人の症状等について」が91.7%で最も割合が高く、次いで「ご本人の医療・ケアに関する意向（人生の最終段階における医療・ケアの意向を含む）」が85.1%、「ご本人の療養場所や最期を過ごす場所に関する意向」が74.4%であった。

図表 2-75 Q8-7 ACP・看取りに関する話し合いの主な内容（n=673）：複数回答

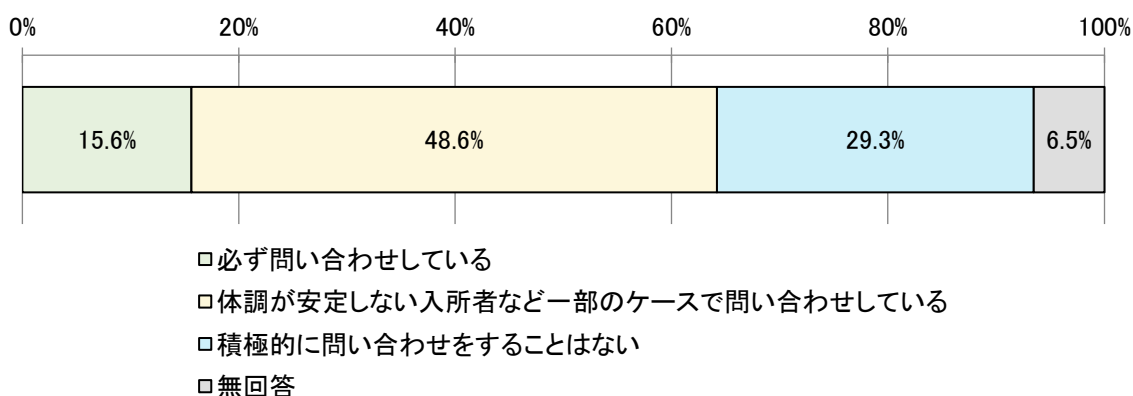


※その他の具体的な回答をみると、「老健内での治療意向、病院搬送意向」「葬儀屋、エンゼルメイク希望の有無」「家族の希望」「延命について」「リビングウィルの確認」などであった。

8) 入所前等の ACP 情報が不足している場合の対応

入所前や病院に入院している間に行われた ACP について、かかりつけ医や主治医等から入手する情報が不十分な場合の対応は、「体調が安定しない入所者など一部のケースで問い合わせしている」が 48.6%で最も割合が高く、次いで「積極的に問い合わせをすることはない」が 29.3%、「必ず問い合わせしている」が 15.6%であった。

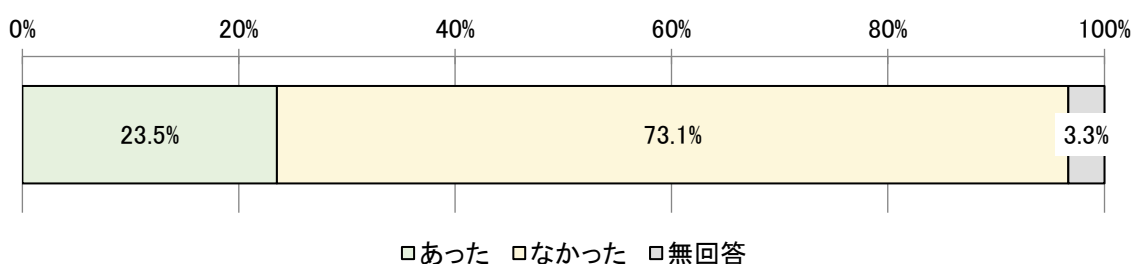
図表 2-76 Q8-8 入所前等の ACP 情報が不足している場合の対応 (n=673)



10. 看取り期にあった入所者の救急搬送事例

看取り期にあった入所者の救急搬送事例については、「あった」が 23.5%、「なかった」が 73.1%であった。

図表 2-77 Q8-9 施設内で看取り期にあった入所者の救急搬送事例 (n=897)



図表 2-78 主たる協力病院との関係別 施設内で看取り期にあった入所者の救急搬送事例

		合計	Q8-9 施設内で看取り期にあった入所者について、救急搬送した事例がありましたか		
			あった	なかった	無回答
全体		897 100.0%	211 23.5%	656 73.1%	30 3.3%
Q4-4 貴施設と主たる協力病院との関係	併設病院が主たる協力病院である	242 100.0%	48 19.8%	189 78.1%	5 2.1%
	併設病院ではないが同一法人または関連法人の病院が主たる協力病院である	242 100.0%	73 30.2%	164 67.8%	5 2.1%
	同一法人または関連法人以外の病院が主たる協力病院である	392 100.0%	85 21.7%	289 73.7%	18 4.6%

図表 2-79 ACP の実施割合別 施設内で看取り期にあった入所者の救急搬送事例

		合計	Q8-9 施設内で看取り期にあった入所者について、救急搬送した事例がありましたか		
			あった	なかった	無回答
全体		897 100.0%	211 23.5%	656 73.1%	30 3.3%
Q8-2 どのくらいの入所者に対して ACP を実施していますか	必ず実施している (10 割)	193 100.0%	48 24.9%	138 71.5%	7 3.6%
	ほとんどの入所者 (8 割以上) に実施している	119 100.0%	24 20.2%	89 74.8%	6 5.0%
	半分以上 (5 割以上) に実施している	71 100.0%	16 22.5%	53 74.6%	2 2.8%
	半分未満に実施している (2 ~ 4 割)	108 100.0%	39 36.1%	69 63.9%	0 0.0%
	1 割程度実施している	182 100.0%	40 22.0%	138 75.8%	4 2.2%
	全く実施していない (0 割)	203 100.0%	40 19.7%	156 76.8%	7 3.4%

11. 入退所者

過去１年間（令和５年１０月～令和６年９月）の入所者延べ人数はリピータ利用も含め、平均 109.0 人であった。

過去１年間（令和５年１０月～令和６年９月）の退所者延べ人数はリピータ利用も含め、平均 107.6 人であった。

退所者のうち、医療機関へ入院した利用者の延べ人数は、「急性期一般病院」が平均 25.4 人で最も多かった。

退所者のうち、死亡退所者数は平均 12.3 人、ターミナルケア加算算定人数は平均 9.1 人であった。

図表 2-80 Q9 過去１年間（令和５年１０月～令和６年９月）に入所・退所した利用者延べ人数

（単位：人）

	n	平均値	標準偏差	中央値
入所者延べ人数 （リピータ利用もそれぞれカウント）	723	109.0	65.7	95.0
退所者延べ人数 （リピータ利用もそれぞれカウント）	801	107.6	69.5	91.0
うち、医療機関へ入院した利用者 延べ人数	754	37.5	26.7	33.0
急性期一般病院	754	25.4	25.5	20.5
地域包括医療病棟	754	0.4	3.4	0.0
回復期リハビリテーション病棟	754	0.2	1.2	0.0
地域包括ケア病棟（床）	754	1.1	6.1	0.0
上記以外の一般病床	754	5.6	13.5	0.0
療養病床〔上記以外〕	754	1.8	6.3	0.0
その他・不明	754	3.1	11.8	0.0
うち、死亡退所者数	790	12.3	12.5	9.0
うち、ターミナルケア加算算定人数	733	9.1	11.3	6.0

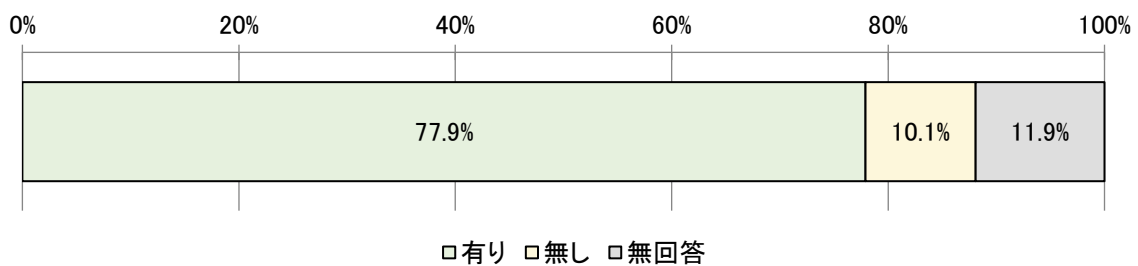
図表 2-81 Q9 過去 1 年間（令和 5 年 10 月～令和 6 年 9 月）に医療機関へ入院した利用者延べ人数（回答施設数 754 施設）

（単位：人）

	合計値	構成比
過去 1 年間（令和 5 年 10 月～令和 6 年 9 月） 医療機関へ入院した利用者延べ人数	28,302	100.0%
急性期一般病院	19,175	67.8%
地域包括医療病棟	315	1.1%
回復期リハビリテーション病棟	139	0.5%
地域包括ケア病棟（床）	794	2.8%
上記以外の一般病床	4,237	15.0%
療養病床〔上記以外〕	1,331	4.7%
その他・不明	2,311	8.2%

過去 1 年間の死亡退所者は「有り」の施設が 77.9%であった。

図表 2-82 Q9 過去 1 年間（令和 5 年 10 月～令和 6 年 9 月）の死亡退所者の有無（n=897）



施設類型別にみると、いずれも「有り」のほうが「無し」より多かったが、「加算型」では「無し」が 14.6%、「基本型」では「無し」が 15.4%と他の施設類型に比べてやや高い傾向があった。

図表 2-83 施設類型別 過去 1 年間（令和 5 年 10 月～令和 6 年 9 月）の死亡退所者の有無

		合計	Q9-4 過去 1 年間(令和 5 年 10 月～令和 6 年 9 月)の利用者延べ人数:うち、死亡退所者数		
			有り	無し	無回答
全体		897 100.0%	699 77.9%	91 10.1%	107 11.9%
Q1 令和 6 年 10 月 1 日現在に算定する 施設類型	超強化型	328 100.0%	285 86.9%	14 4.3%	29 8.8%
	在宅強化型	106 100.0%	82 77.4%	10 9.4%	14 13.2%
	加算型	287 100.0%	200 69.7%	42 14.6%	45 15.7%
	基本型	156 100.0%	116 74.4%	24 15.4%	16 10.3%
	その他型	8 100.0%	5 62.5%	0 0.0%	3 37.5%
	療養型	7 100.0%	7 100.0%	0 0.0%	0 0.0%

(注)「その他型」「療養型」は回答数が少ないため結果の見方には注意が必要である。

12. 救急搬送

① 救急搬送事例の症状別・時間帯別件数

救急搬送事例は、日中（8：00～18：00）は、小計で1施設あたり平均18.0件であった。症状別では、「肺炎（誤嚥性肺炎含む）」が平均3.8件で最も多く、次いで「発熱（尿路感染症含む）」が2.5件、「転倒および転落による外傷（打撲・出血等）」が2.4件であった。

夜間・早朝（18:00～翌8:00）は小計で1施設あたり平均3.6件であった。「肺炎（誤嚥性肺炎含む）」が平均0.7件で最も多く、次いで「転倒および転落による外傷（打撲・出血等）」が平均0.6件であった。

図表 2-84 Q10 救急搬送した症状別・時間帯別件数（令和5年10月から令和6年9月）
日中（8:00～18:00）

（単位：件）

	日中（8:00～18:00）							
					うち施設の車での搬送			
	n	平均 値	標準 偏差	中央 値	n	平均 値	標準 偏差	中央 値
転倒および転落による 外傷（打撲・出血等）	746	2.4	4.3	1.0	746	1.2	3.2	0.0
肺炎（誤嚥性肺炎含む）	746	3.8	6.2	2.0	746	1.6	4.1	0.0
心停止・心不全	746	1.2	2.6	0.0	746	0.5	2.2	0.0
脳梗塞・脳内出血	746	1.0	1.5	0.5	746	0.3	1.0	0.0
呼吸異常・呼吸不全	746	1.3	2.9	0.0	746	0.4	1.6	0.0
発熱（尿路感染症含む）	746	2.5	6.6	0.0	746	1.3	5.6	0.0
意識レベル低下	746	1.0	1.8	0.0	746	0.3	1.0	0.0
せん妄	746	0.1	0.3	0.0	746	0.0	0.2	0.0
貧血	746	0.2	0.8	0.0	746	0.1	0.5	0.0
黄疸	746	0.2	0.6	0.0	746	0.1	0.4	0.0
消化管出血	746	0.4	1.0	0.0	746	0.2	0.8	0.0
その他	746	4.0	7.8	1.0	746	2.1	6.7	0.0
小計	746	18.0	24.0	12.0	746	8.1	20.1	1.0

図表 2-85 Q10 救急搬送した症状別・時間帯別件数（令和 5 年 10 月から令和 6 年 9 月）

夜間・早朝（18:00～翌 8:00）

（単位：件）

	夜間・早朝（18:00～翌 8:00）							
					うち施設の車での搬送			
	n	平均 値	標準 偏差	中央 値	n	平均 値	標準 偏差	中央 値
転倒および転落による 外傷(打撲・出血等)	746	0.6	2.7	0.0	746	0.1	1.2	0.0
肺炎(誤嚥性肺炎含む)	746	0.7	1.8	0.0	746	0.1	0.6	0.0
心停止・心不全	746	0.3	0.8	0.0	746	0.0	0.3	0.0
脳梗塞・脳内出血	746	0.2	0.6	0.0	746	0.0	0.2	0.0
呼吸異常・呼吸不全	746	0.4	1.2	0.0	746	0.0	0.3	0.0
発熱(尿路感染症含む)	746	0.3	1.3	0.0	746	0.1	1.0	0.0
意識レベル低下	746	0.4	1.1	0.0	746	0.0	0.1	0.0
せん妄	746	0.0	0.1	0.0	746	0.0	0.0	0.0
貧血	746	0.0	0.1	0.0	746	0.0	0.0	0.0
黄疸	746	0.0	0.1	0.0	746	0.0	0.0	0.0
消化管出血	746	0.1	0.4	0.0	746	0.0	0.1	0.0
その他	746	0.5	1.1	0.0	746	0.1	0.5	0.0
小計	746	3.6	5.4	2.0	746	0.5	2.2	0.0

図表 2-86 Q10 救急搬送した症状別・時間帯別件数（令和 5 年 10 月から令和 6 年 9 月）

日中・夜間合計

（単位：件）

	日中・夜間合計							
					うち施設の車での搬送			
	n	平均 値	標準 偏差	中央 値	n	平均 値	標準 偏差	中央 値
転倒および転落による 外傷(打撲・出血等)	746	2.9	6.2	1.0	746	1.4	3.7	0.0
肺炎(誤嚥性肺炎含む)	746	4.4	7.0	2.0	746	1.7	4.4	0.0
心停止・心不全	746	1.5	2.9	1.0	746	0.5	2.2	0.0
脳梗塞・脳内出血	746	1.2	1.7	1.0	746	0.3	1.0	0.0
呼吸異常・呼吸不全	746	1.7	3.4	0.0	746	0.4	1.7	0.0
発熱(尿路感染症含む)	746	2.8	7.2	0.0	746	1.4	6.1	0.0
意識レベル低下	746	1.4	2.4	1.0	746	0.3	1.0	0.0
せん妄	746	0.1	0.3	0.0	746	0.0	0.2	0.0
貧血	746	0.2	0.8	0.0	746	0.1	0.5	0.0
黄疸	746	0.2	0.6	0.0	746	0.1	0.4	0.0
消化管出血	746	0.5	1.1	0.0	746	0.2	0.8	0.0
その他	746	4.5	8.2	2.0	746	2.2	6.8	0.0
小計	746	21.6	26.4	15.0	746	8.7	20.9	1.0

② 救急搬送時の医師の勤務状況

令和 5 年 10 月から令和 6 年 9 月の救急搬送時の医師の勤務状況について、医師勤務日の救急搬送は平均 15.5 件であった。そのうち、医師不在日前日の救急搬送は平均 2.7 件であった。医師不在日の救急搬送は平均 4.1 件であった。

図表 2-87 Q11 救急搬送時の医師の勤務状況（令和 5 年 10 月から令和 6 年 9 月）

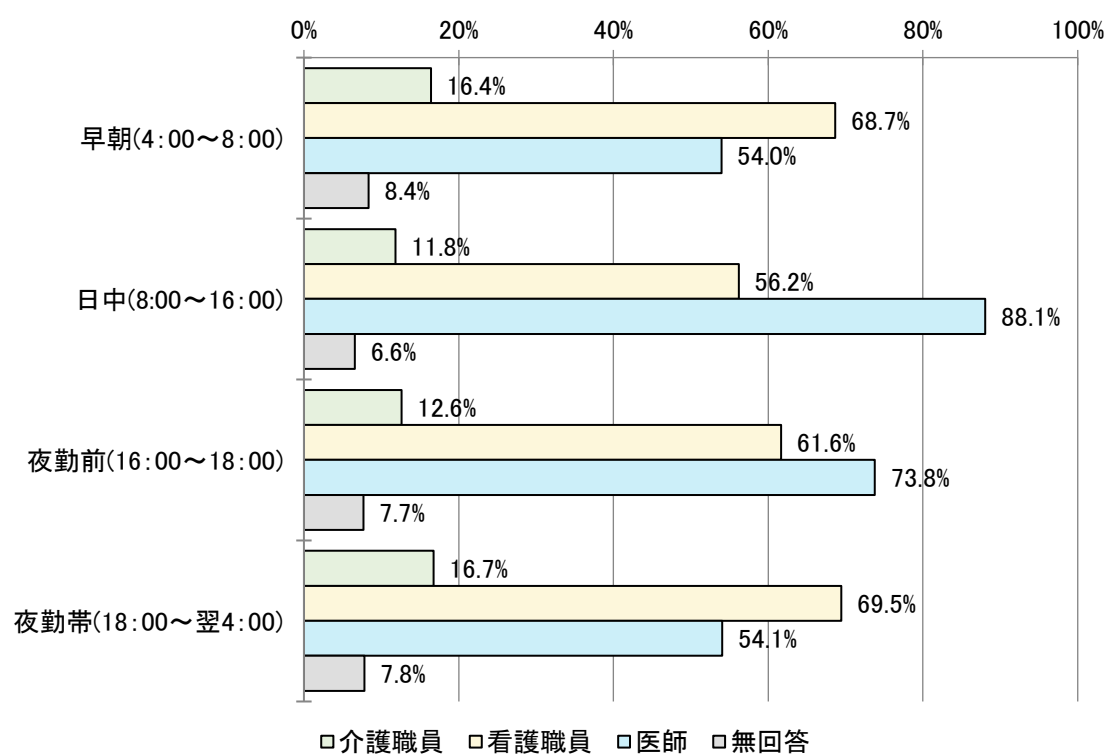
（単位：件）

	n	平均値	標準偏差	中央値
医師勤務日	703	15.5	22.2	10.0
うち医師不在日前日	431	2.7	4.5	1.0
医師不在日	698	4.1	5.7	2.0

③ 救急搬送の判断に関わる職員

救急搬送の判断に主に関わる職員は、早朝(4:00～8:00)および夜勤帯(18:00～翌4:00)においては看護職員がそれぞれ 68.7%、69.5%で最も割合が高かった。日中(8:00～16:00) および夜勤前(16:00～18:00)においては医師がそれぞれ 88.1%、73.8%で最も割合が高かった。

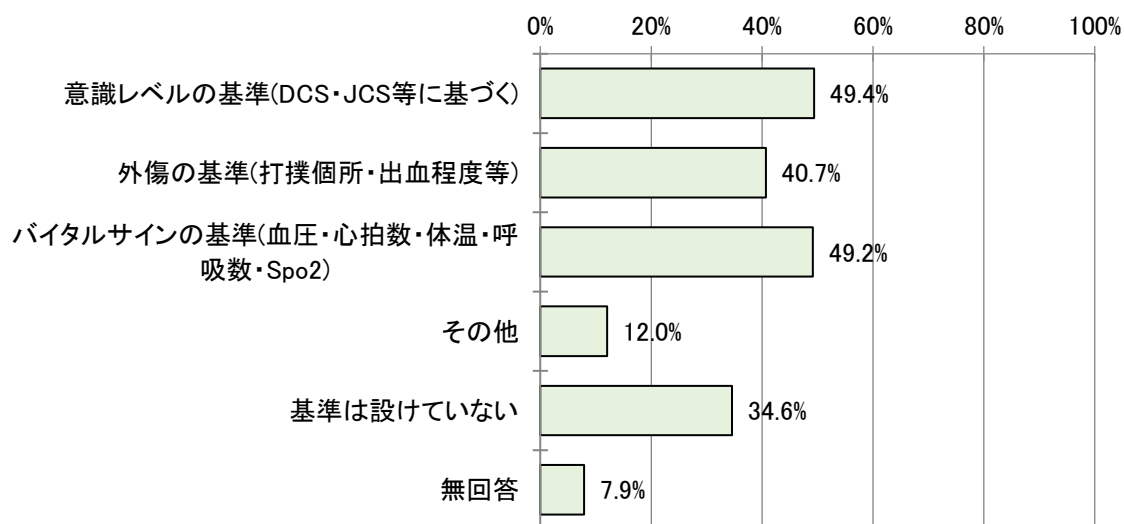
図表 2-88 Q12 救急搬送の判断に主に関わる職員 (n=897) : 複数回答



④ 救急搬送を行う具体的な基準

救急搬送を行う具体的な基準は、「意識レベルの基準（DCS・JCS等に基づく）」が49.4%で最も割合が高く、次いで「バイタルサインの基準（血圧・心拍数・体温・呼吸数・Spo2）」が49.2%、「外傷の基準（打撲箇所・出血程度等）」が40.7%であった。

図表 2-89 Q13 救急搬送を行う具体的な基準（n=673）：複数回答



※その他の具体的な回答をみると、「医師・看護師の判断」「家族・本人の希望」「骨折」「治療により回復が見込まれる」「検査結果」などであった。

第3節 管理医師調査票

1. 回答者の基本情報

① 年齢

回答者の年齢は、平均で 69.1 歳であった。

図表 2-90 Q1 年齢 (n=834)

(単位：歳)

	n	平均値	標準偏差	中央値
年齢	834	69.1	10.6	70.0

② 老健施設での勤続年数

老健施設での勤続年数は、平均で 8.6 年であった。

図表 2-91 Q1 老健施設での勤続年数 (n=829)

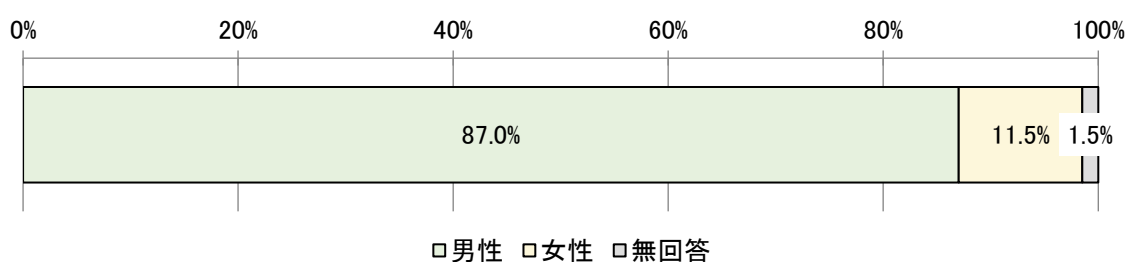
(単位：年)

	n	平均値	標準偏差	中央値
老健施設勤続年数	829	8.6	7.9	6.0

③ 性別

管理医師の性別は、「男性」が 87.0%、「女性」が 11.5%であった。

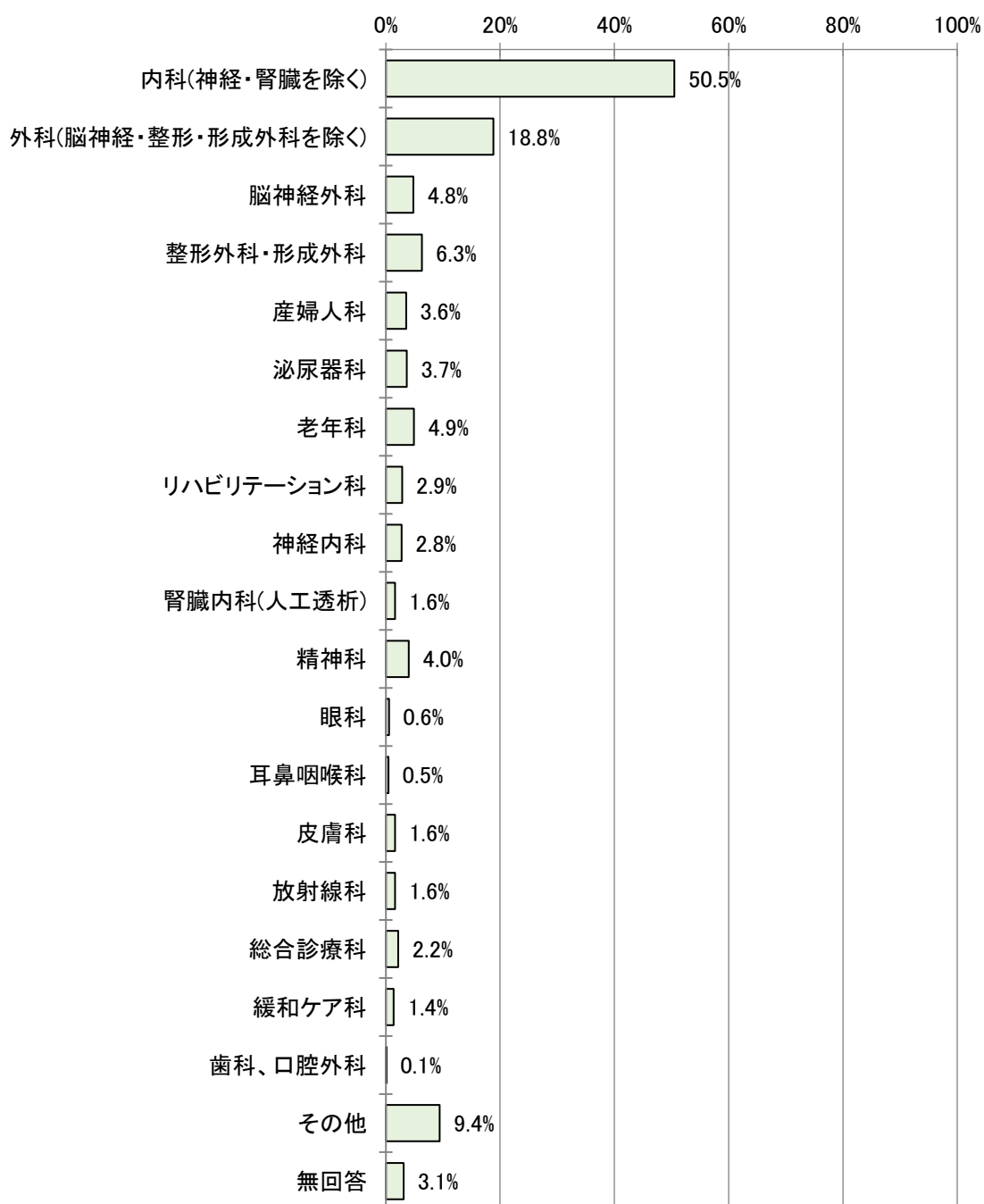
図表 2-92 Q1 性別 (n=871)



④ 専門科

管理医師の専門科は、「内科（神経・腎臓を除く）」が 50.5%で最も割合が高く、次いで「外科（脳神経・整形・形成外科を除く）」が 18.8%、「その他」が 9.4%であった。

図表 2-93 Q1 専門科（n=871）：複数回答

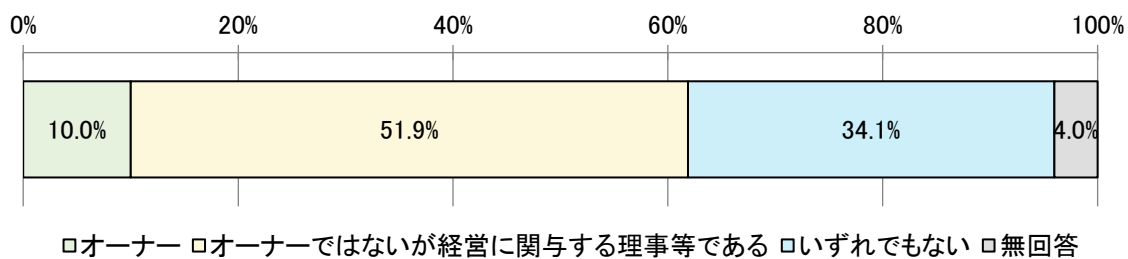


※その他の具体的な回答をみると、「小児科」「麻酔科」「呼吸器科」「心臓血管外科」「消化器科」などであった。

⑤ 役職

管理医師の役職は、「オーナーではないが経営に関与する理事等である」が 51.9%で最も割合が高く、次いで「いずれでもない」が 34.1%、「オーナー」が 10.0%であった。

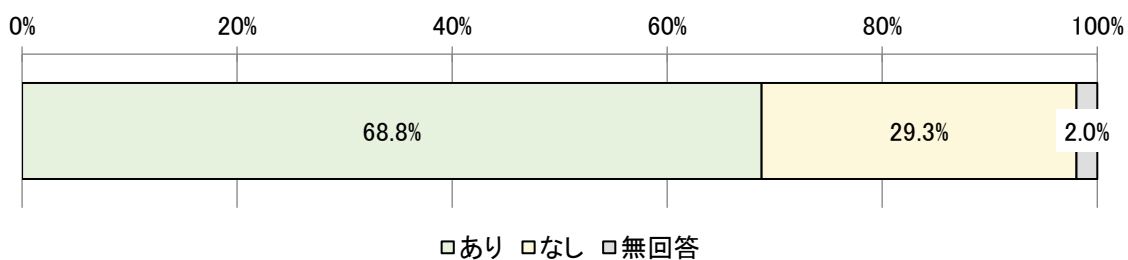
図表 2-94 Q1 役職 (n=871)



⑥ オンコール体制の有無

オンコール体制の有無は、「あり」が 68.8%、「なし」が 29.3%であった。

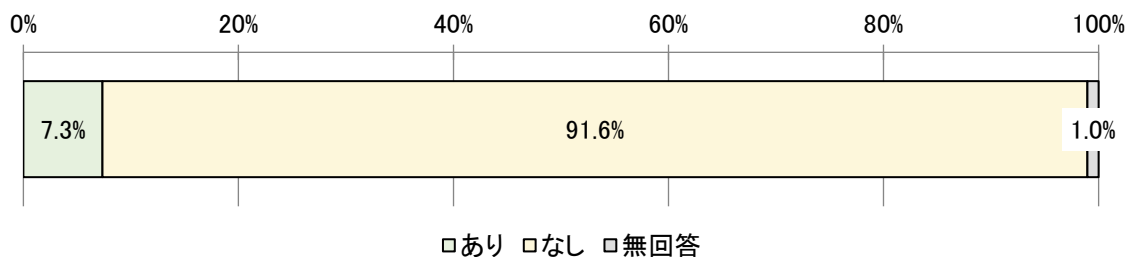
図表 2-95 Q1 オンコール体制 (n=871)



⑦ 当直の有無

当直の有無は、「あり」が 7.3%、「なし」が 91.6%であった。

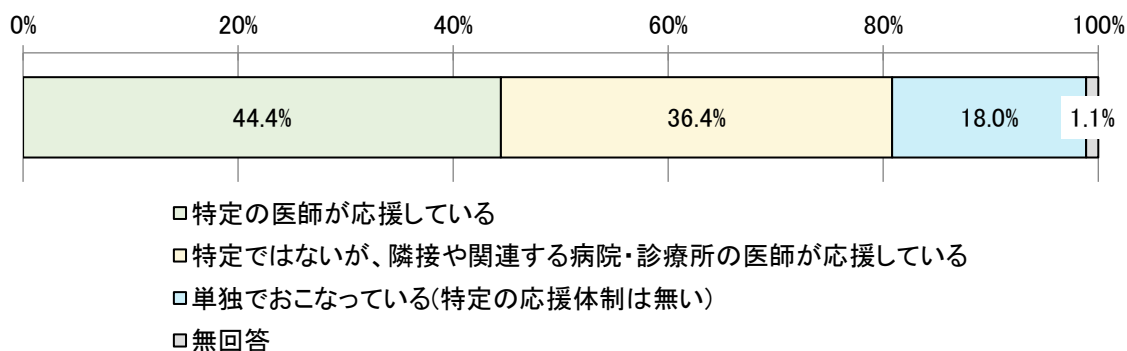
図表 2-96 Q1 当直 (n=871)



2. 補助医師の有無

管理医師を補助する医師の状況については、「特定の医師が応援している」が 44.4%で最も割合が高く、次いで「特定ではないが、隣接や関連する病院・診療所の医師が応援している」が 36.4%、「単独でおこなっている（特定の応援体制は無い）」が 18.0%であった。

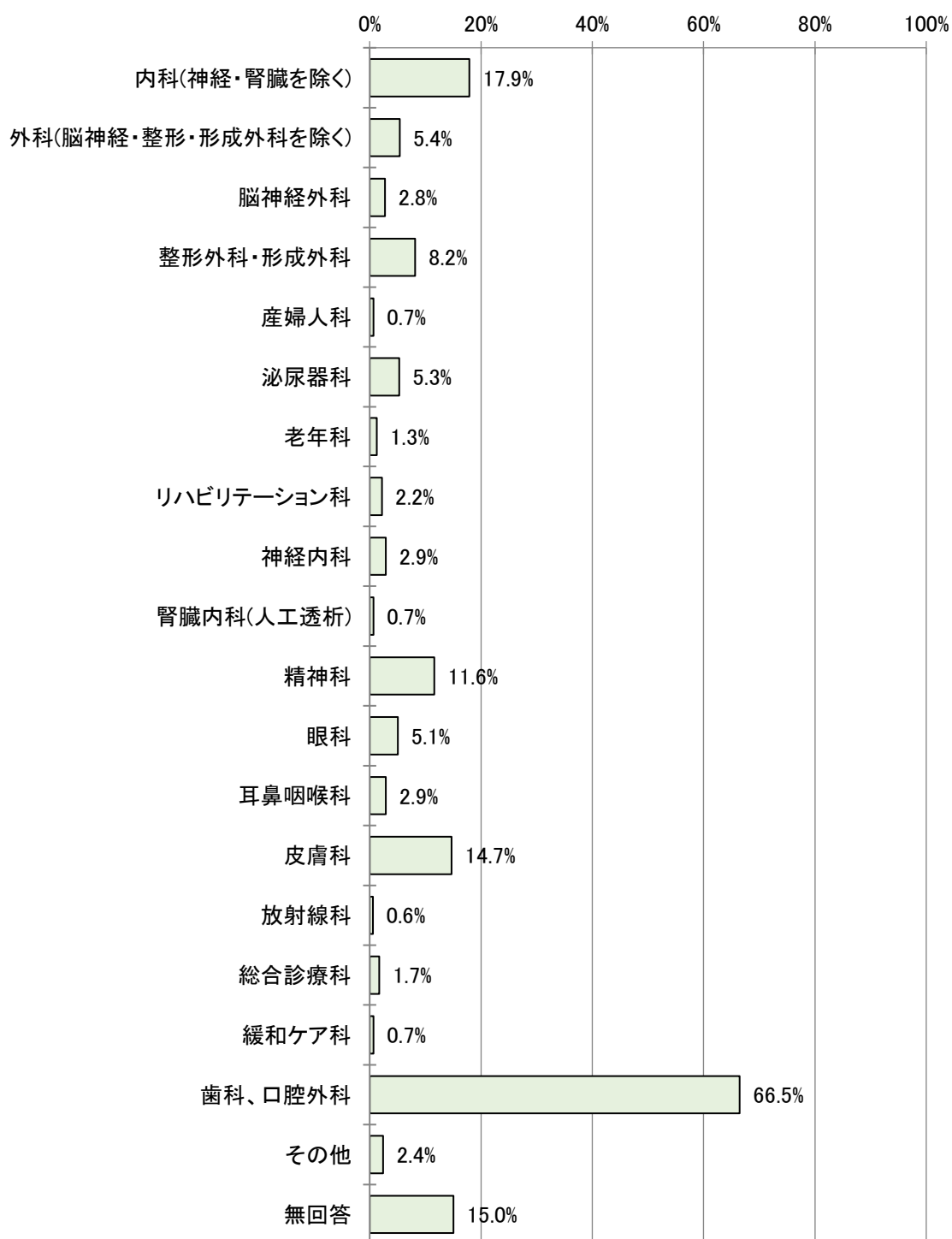
図表 2-97 Q2 主な応援体制 (n=871)



3. 往診を依頼している診療科

往診を依頼している診療科は、「歯科、口腔外科」が 66.5%で最も割合が高く、次いで「内科（神経・腎臓を除く）」が 17.9%、「皮膚科」が 14.7%であった。

図表 2-98 Q3 往診をお願いしている診療科（n=871）：複数回答



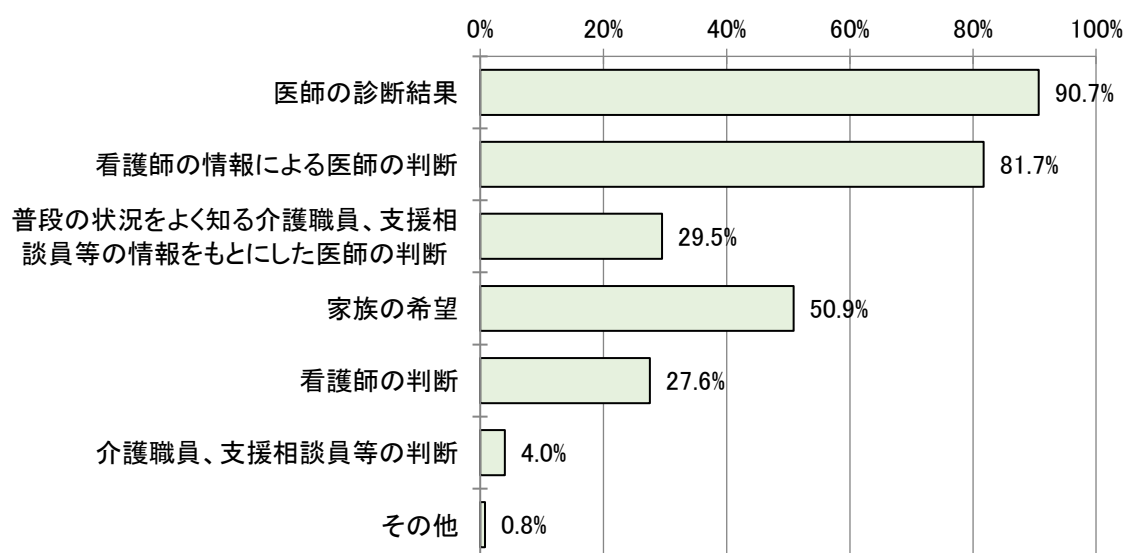
※その他の具体的な回答をみると、「隣接の病院」「協力病院・関連病院」「消化器科」「形成外科」などであった。

4. 救急搬送に関わる判断

① 医療機関への救急搬送の判断材料

医療機関への救急搬送の判断材料は、「医師の診断結果」が90.7%で最も割合が高く、次いで「看護師の情報による医師の判断」が81.7%、「家族の希望」が50.9%であった。

図表 2-99 04-1 医療機関への救急搬送の判断材料（n=871）：複数回答



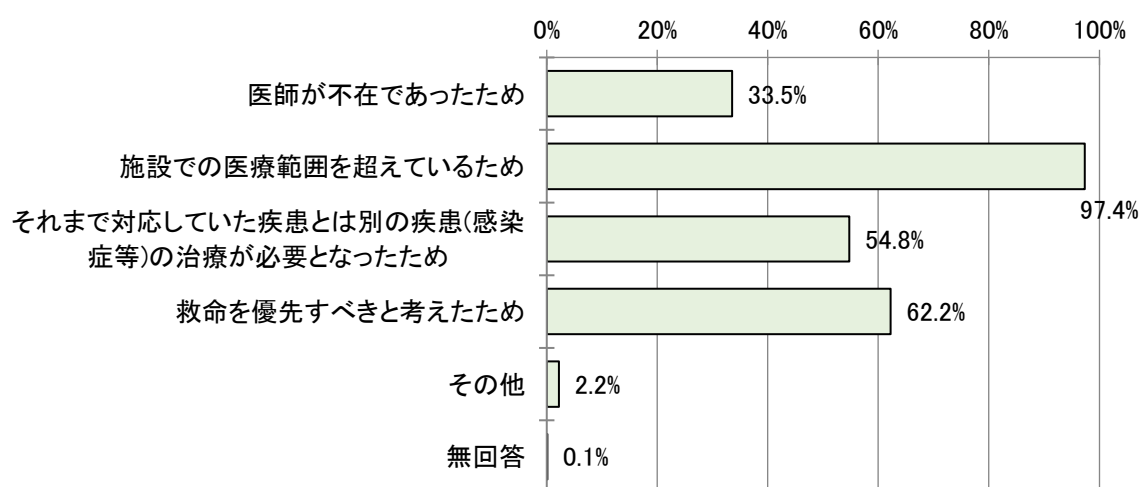
※その他の具体的な回答をみると、「夜間や日曜日は隣接する当直医」「搬送先の受入状況」「医療機関側の判断」などであった。

② 救急搬送を行う場合の理由

救急搬送を行う場合の理由は、「施設での医療範囲を超えているため」が 97.4%で最も割合が高く、次いで「救命を優先すべきと考えたため」が 62.2%、「それまで対応していた疾患とは別の疾患（感染症等）の治療が必要となったため」が 54.8%、「医師が不在であったため」が 33.5%であった。

管理医師の主な応援体制別にみると、いずれも「施設での医療範囲を超えているため」が 96%以上であったが、「単独で行っている（特定の応援体制は無い）」場合で「医師が不在であったため」が 42.7%と、他に比べてやや高めの割合であった。

図表 2-100 Q4-2 救急搬送を行う場合の理由（n=871）：複数回答



※その他の具体的な回答をみると、「家族の希望」「併設病院医師がみるので搬送ということはまずない」「病状変化の診断、治療の可否を判断する為」「必要時、併設病院に相談している」「延命治療のため」などであった。

図表 2-101 主な応援体制別 救急搬送を行う場合の理由

		合計	Q4-2 救急搬送を行う場合の理由					
			医師が不在であったため	施設での医療範囲を超えているため	それまで対応していた疾患とは別の疾患(感染症等)の治療が必要となったため	救命を優先すべきと考えたため	その他	無回答
全体		871 100.0%	292 33.5%	848 97.4%	477 54.8%	542 62.2%	19 2.2%	1 0.1%
Q2 主な応援体制	特定の医師が応援している	387 100.0%	116 30.0%	373 96.4%	208 53.7%	242 62.5%	9 2.3%	0 0.0%
	特定ではないが、隣接や関連する病院・診療所の医師が応援している	317 100.0%	106 33.4%	312 98.4%	180 56.8%	201 63.4%	8 2.5%	1 0.3%
	単独でおこなっている(特定の応援体制は無い)	157 100.0%	67 42.7%	153 97.5%	84 53.5%	91 58.0%	2 1.3%	0 0.0%

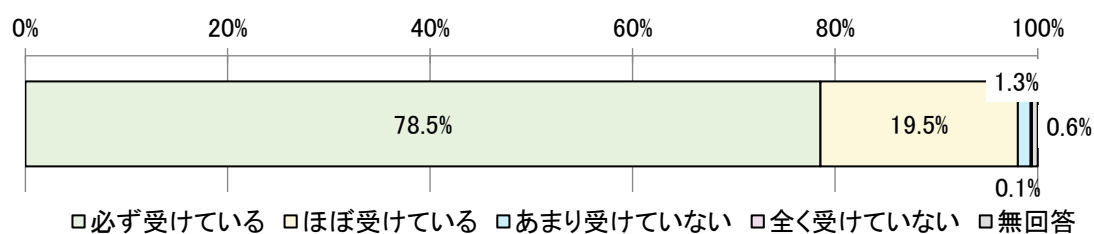
5. 医療機関との連携

① 入所判定時

1) 入所判定時の医療機関からの診療情報提供

入所判定時の医療機関からの診療情報提供は、「必ず受けている」が78.5%で最も割合が高く、次いで「ほぼ受けている」が19.5%、「あまり受けていない」が1.3%であった。

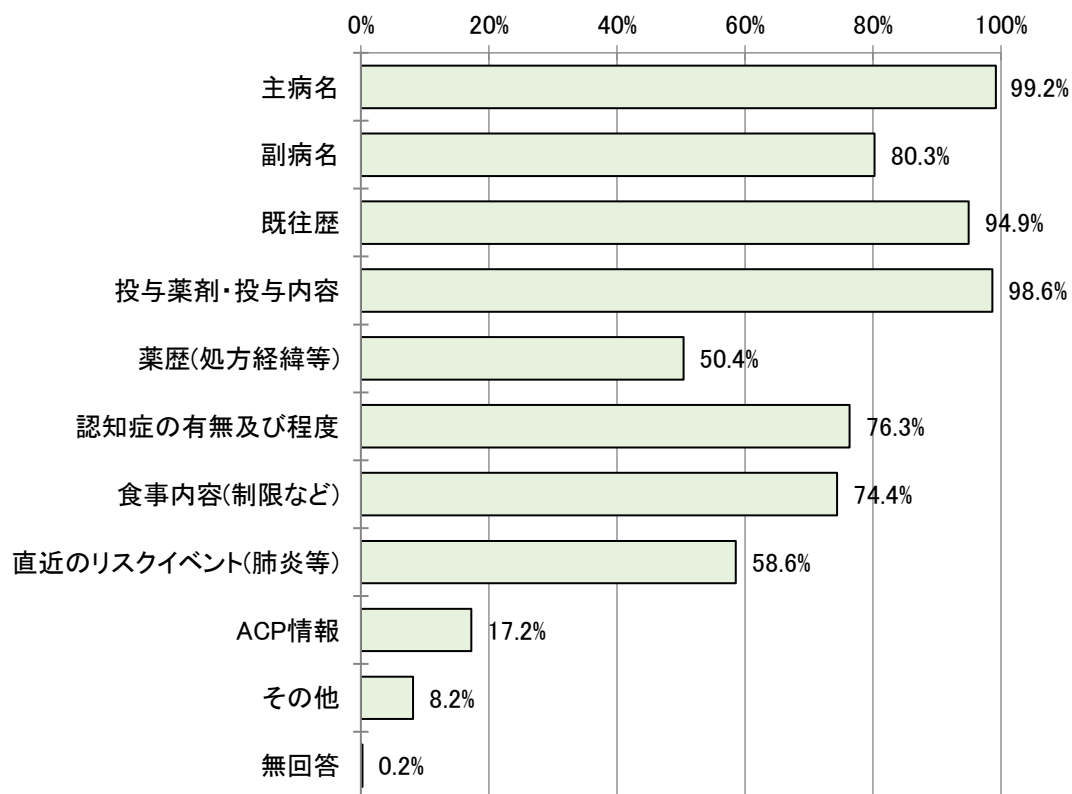
図表 2-102 Q5-1 入所判定時の医療機関からの診療情報提供 (n=871)



2) 入所時に必ず入手する、医療に関わる情報

利用者が入所する際に、必ず入手する医療に関わる情報については、「主病名」が99.2%で最も割合が高く、次いで「投与薬剤・投与内容」が98.6%、「既往歴」が94.9%であった。

図表 2-103 Q5-2 入所時に必ず入手する医療に関わる情報 (n=871)

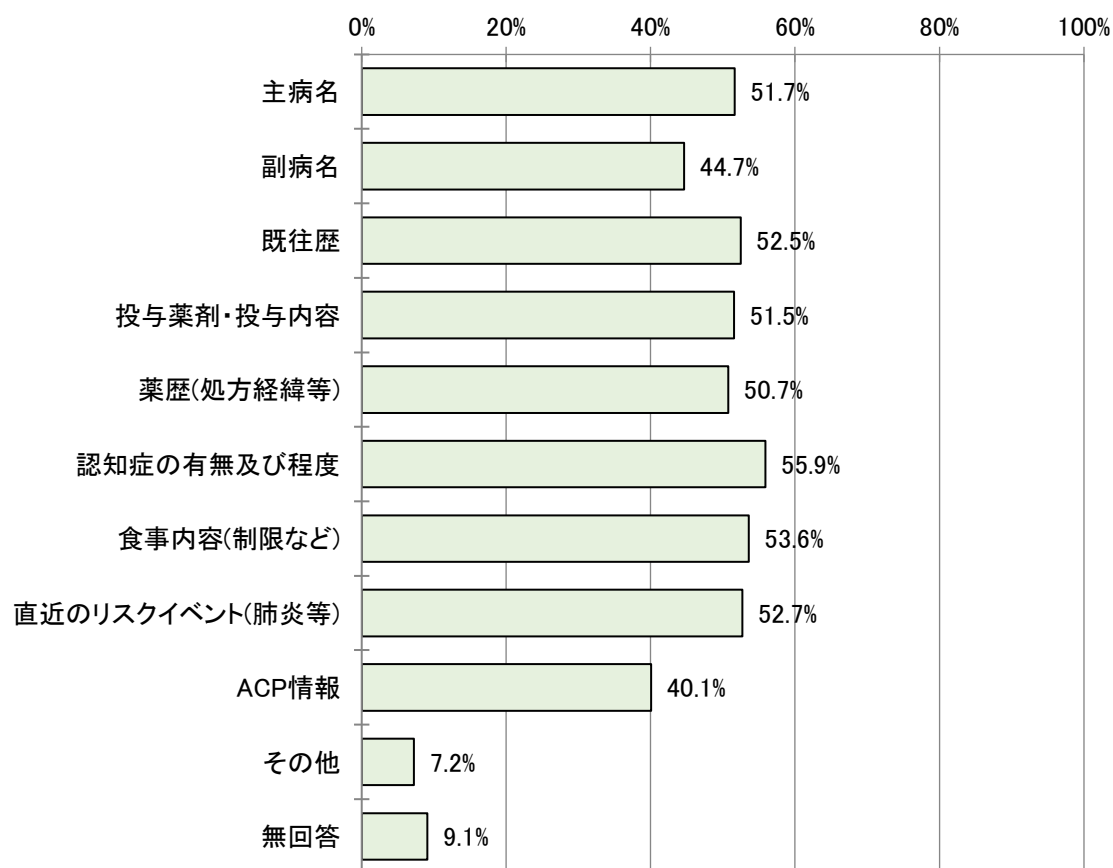


※その他の具体的な回答をみると、「検査データ」「画像データ」「ADL」「感染症の有無」などであった。

3) 入所時に可能な限り入手する、医療に関わる情報

利用者が入所する際に、可能な限り入手する医療に関わる情報については、「認知症の有無及び程度」が 55.9% で最も割合が高く、次いで「食事内容(制限など)」が 53.6%、「直近のリスクイベント(肺炎等)」が 52.7%、「既往歴」が 52.5%であった。

図表 2-104 Q5-3 入所時に可能な限り入手する医療に関わる情報 (n=871)：複数回答

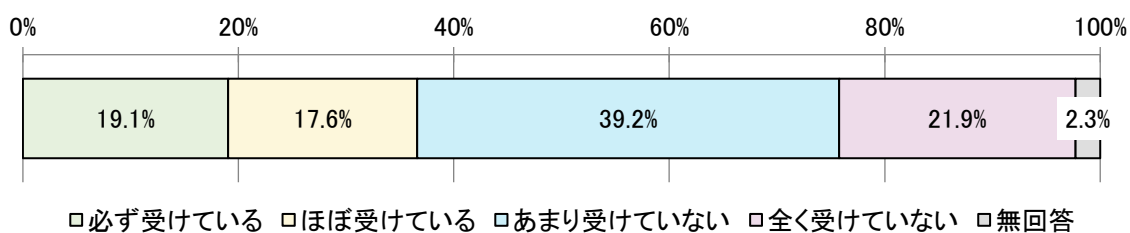


※その他の具体的な回答をみると、「検査データ」「画像データ」「家族情報」「感染症の有無」「ADL」などであった。

4) 医療機関からの面会・電話等による診療情報提供の有無

診療情報提供を受ける際に、医療機関と面会・電話等によって、直接説明を受けているかについては、「あまり受けていない」が 39.2%で最も割合が高く、次いで「全く受けていない」が 21.9%、「必ず受けている」が 19.1%であった。

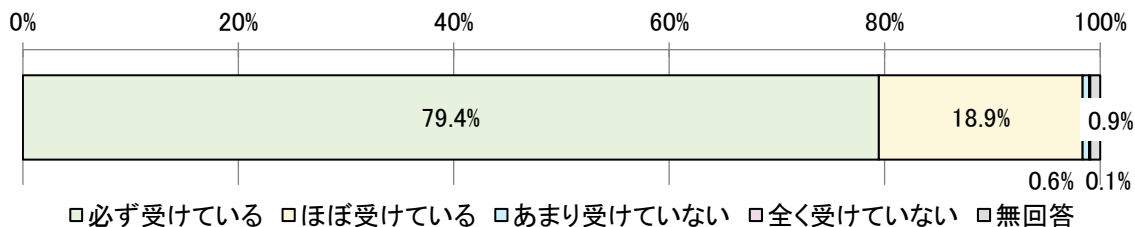
図表 2-105 Q5-4 診療情報提供時の、医療機関からの面会・電話等による直接説明
(n=871)



5) 診療情報の書面による提供

診療情報の書面による提供は、「必ず受けている」が 79.4%で最も割合が高く、次いで「ほぼ受けている」が 18.9%、「あまり受けていない」が 0.6%であった。

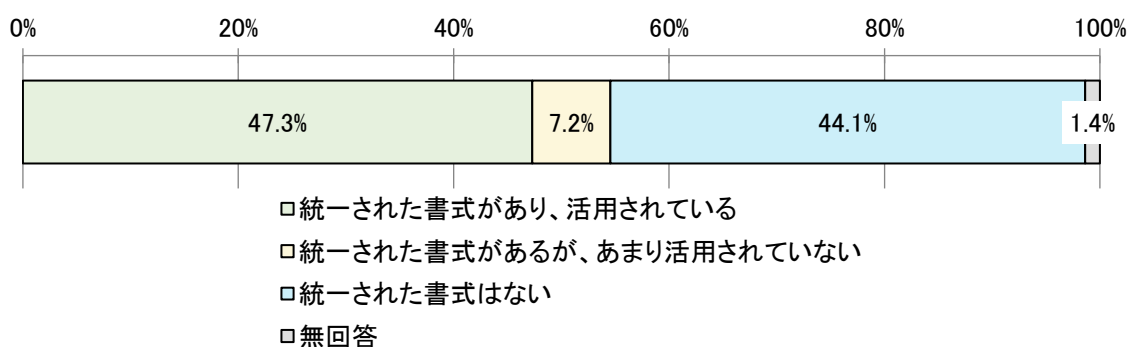
図表 2-106 Q5-5 診療情報の書面による提供 (n=871)



6) 診療情報提供時の統一書式の活用状況

診療情報を受ける為に統一された書式を活用しているかについては、「統一された書式があり、活用されている」が47.3%で最も割合が高く、次いで「統一された書式はない」が44.1%、「統一された書式があるが、あまり活用されていない」が7.2%であった。

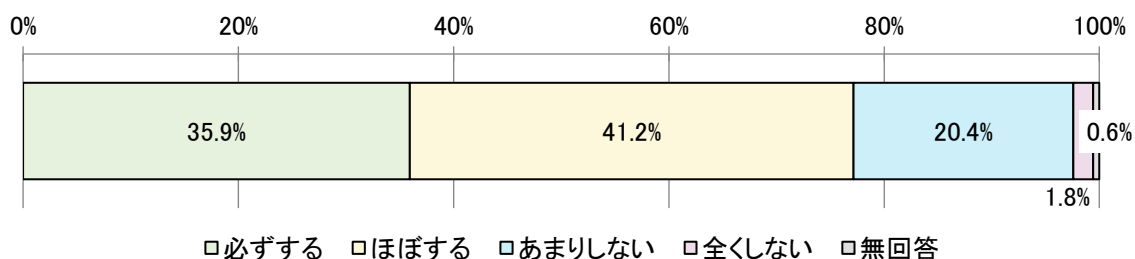
図表 2-107 Q5-6 診療情報を受ける為の統一書式 (n=871)



7) 事前の診療情報と相違があった場合の、医療機関への確認状況

事前に入手した診療情報と実際の状況が異なる場合、医療機関への確認は、「ほぼする」が41.2%で最も割合が高く、次いで「必ずする」が35.9%、「あまりしない」が20.4%であった。

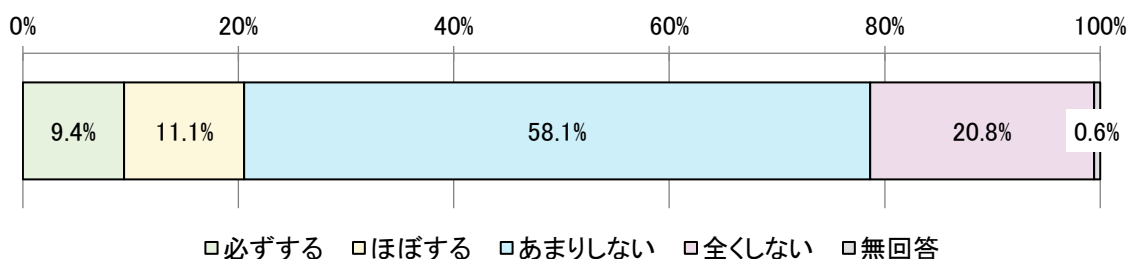
図表 2-108 Q5-7 事前の診療情報と相違があった場合の、医療機関への確認状況 (n=871)



8) 薬剤状況についての医療機関からの電話等での直接説明

薬剤状況について、医療機関から電話等で直接説明を受けるかについて、「あまりしない」が 58.1%で最も割合が高く、次いで「全くしない」が 20.8%、「ほぼする」が 11.1%であった。

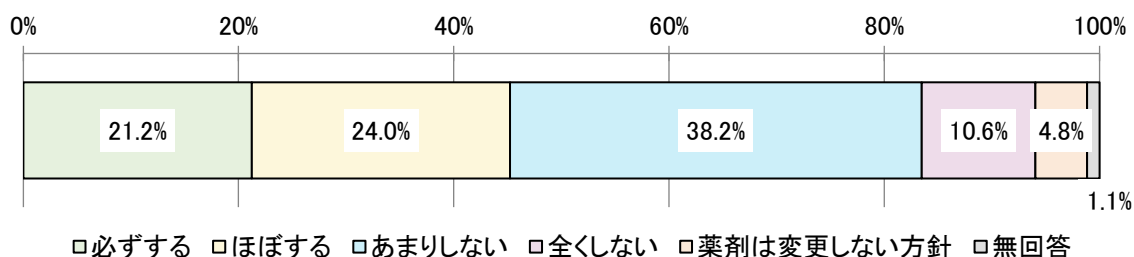
図表 2-109 Q5-8 薬剤状況についての医療機関からの電話等での直接説明 (n=871)



9) 薬剤の中止・変更可能性に関する医療機関への説明状況

入所に際し、薬剤の中止・変更の可能性について、医療機関に説明し理解を得るかについて、「あまりしない」が 38.2%で最も割合が高く、次いで「ほぼする」が 24.0%、「必ずする」が 21.2%であった。

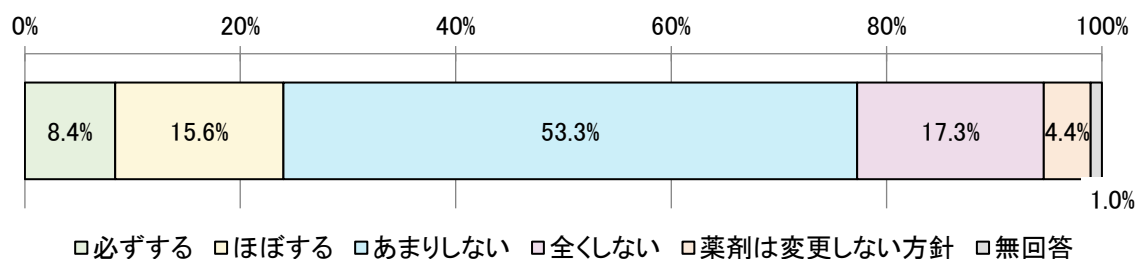
図表 2-110 Q5-9 入所時の薬剤中止・変更可能性に関わる、医療機関への説明状況 (n=871)



10) 薬剤の中止・変更前における医療機関への説明状況

薬剤を中止・変更する際、中止・変更前に医療機関に説明するかについて、「あまりしない」が53.3%で最も割合が高く、次いで「全くしない」が17.3%、「ほぼする」が15.6%であった。

図表 2-111 Q5-10 薬剤を中止・変更する際、中止・変更前に医療機関に説明するか
(n=871)

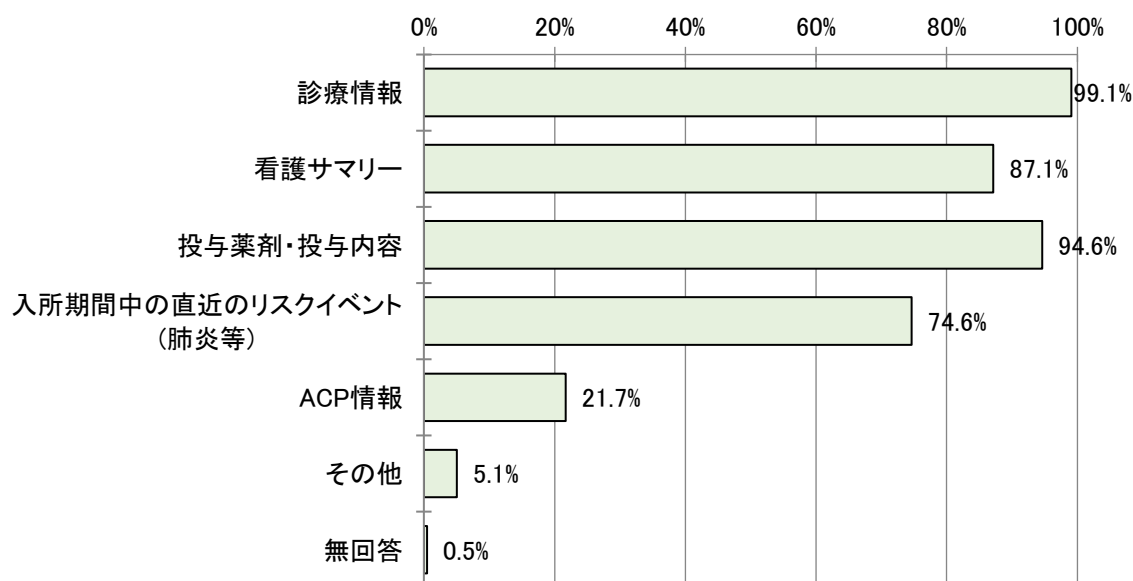


② 退所時・退所後

1) 退所時の医療機関への情報提供状況

退所時に医療機関に提供する医療に関わる情報については、「診療情報」が99.1%で最も割合が高く、次いで「投与薬剤・投与内容」が94.6%、「看護サマリー」が87.1%であった。

図表 2-112 Q5-11 退所時、医療機関に提供する医療に関わる情報（n=871）：複数回答

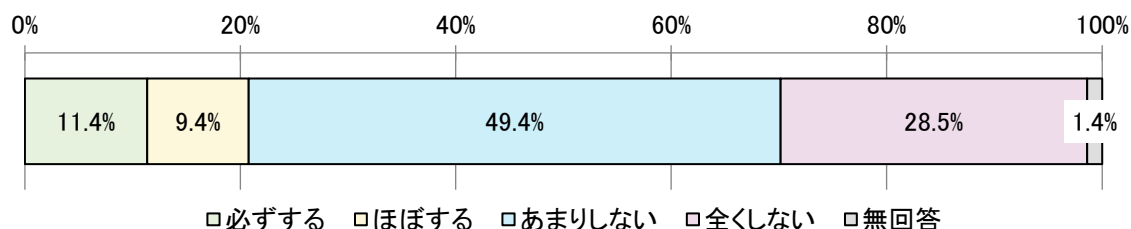


※その他の具体的な回答をみると、「リハビリサマリー」「栄養サマリー」「ADL」「検査データ」などであった。

2) 診療情報提供時の、医療機関への電話等での直接説明

医療機関に診療情報提供をする際に、電話等で直接説明を行うかについては、「あまりしない」が49.4%で最も割合が高く、次いで「全くしない」が28.5%、「必ずする」が11.4%であった。

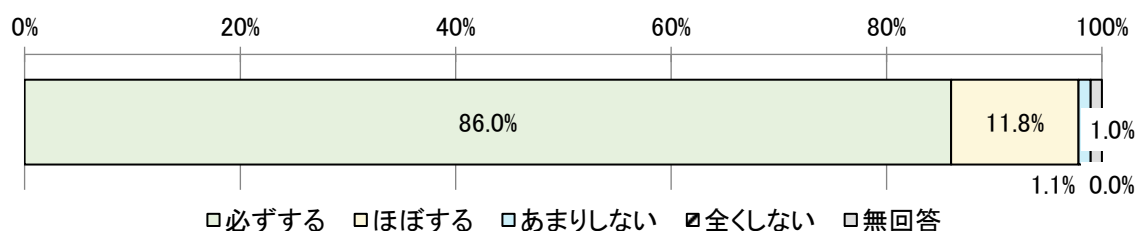
図表 2-113 Q5-12 診療情報提供をする際の、医療機関への電話等での直接説明（n=871）



3) 診療情報提供時の、書面による診療情報提供の頻度

書面によって診療情報の提供を行う頻度については、「必ずする」が 86.0%で最も割合が高く、次いで「ほぼする」が 11.8%、「あまりしない」が 1.1%であった。

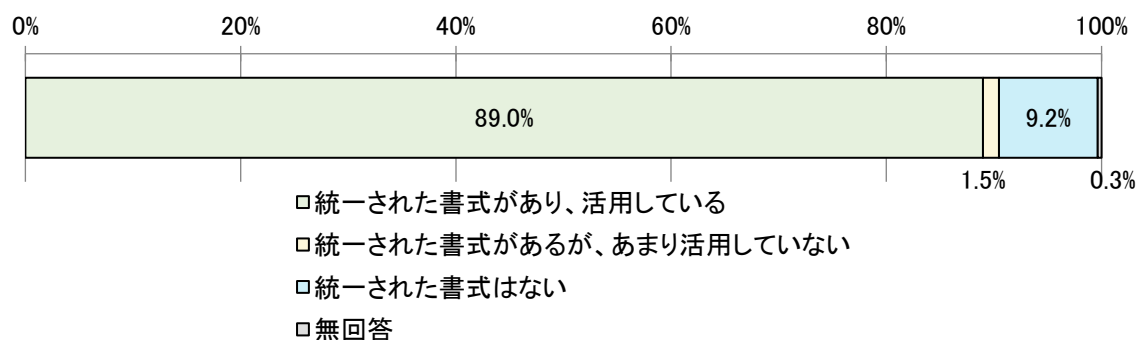
図表 2-114 Q5-13 診療情報を提供する際の、書面による診療情報提供の頻度 (n=871)



4) 医療機関への診療情報提供における統一書式の活用状況

施設から医療機関へ診療情報を提供する際に、統一書式を活用しているかについて、「統一された書式があり、活用している」が 89.0%で最も割合が高く、次いで「統一された書式はない」が 9.2%、「統一された書式があるが、あまり活用していない」が 1.5%であった。

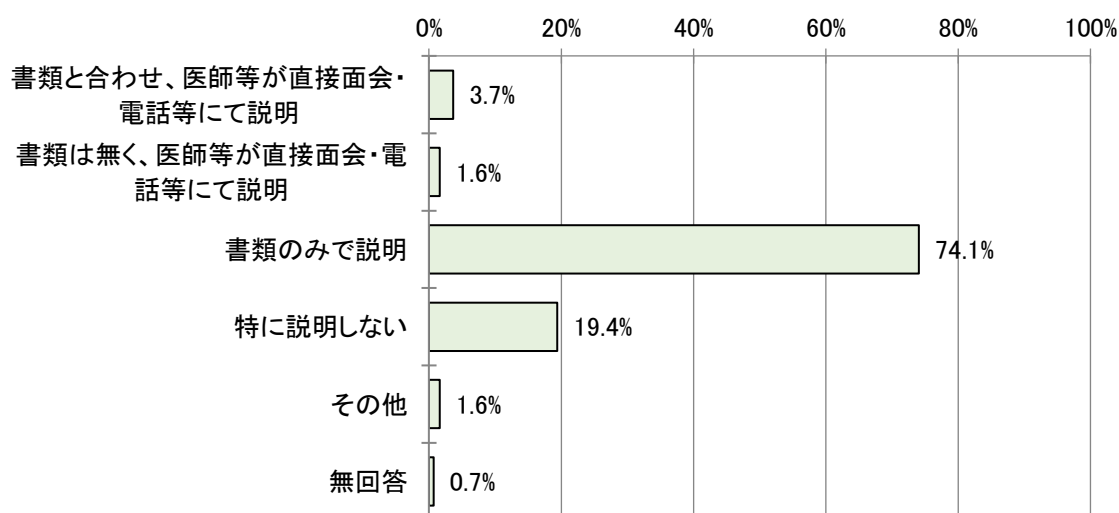
図表 2-115 Q5-14 施設から医療機関へ診療情報を提供する為の統一書式 (n=871)



5) 薬剤を中止・変更した場合の、かかりつけ医への説明

薬剤を中止・変更した場合の、かかりつけ医への説明は、「書類のみで説明」が74.1%で最も割合が高く、次いで「特に説明しない」が19.4%、「書類と合わせ、医師等が直接面会・電話等にて説明」が3.7%であった。

図表 2-116 Q5-15 薬剤を中止・変更した場合の、かかりつけ医への説明
(n=871)：複数回答



③ 医療機関との連携に関する課題

医療機関との連携に関する課題は以下の通りとなった。

図表 2-117 Q5-16 医療機関との連携に関する課題（自由記入）

- 特になし
- 医療機関と隣接しているため問題はない
- 薬剤について
 - ・投薬が多い
 - ・多剤服用の際の薬剤処方の方針が判然としない事がある
 - ・医療機関側で薬剤の中止、変更の理解が得られてない
 - ・施設採用薬の種類に限りがあり、入所に当たり変更を要するケースがある / 等
- 介護老人保健施設についての理解不足
 - ・医療機関による介護老人保健施設に対する理解
 - ・施設で行える医療行為を病院医師が十分に把握していない
 - ・施設での診療制限に関する無理解
 - ・介護保険と医療保険の差異と認識のなさ
 - ・医療機関が退院させたい患者の状態と介護老人保健施設が受け入れ可能な利用者の状態にギャップがある / 等
- 緊急時の受入について
 - ・緊急時の受け入れ時間帯
 - ・緊急時の対応と協力体制
 - ・緊急時の医療機関の受け入れと治療終了後の速やかな施設受け入れ / 等
- 受入について

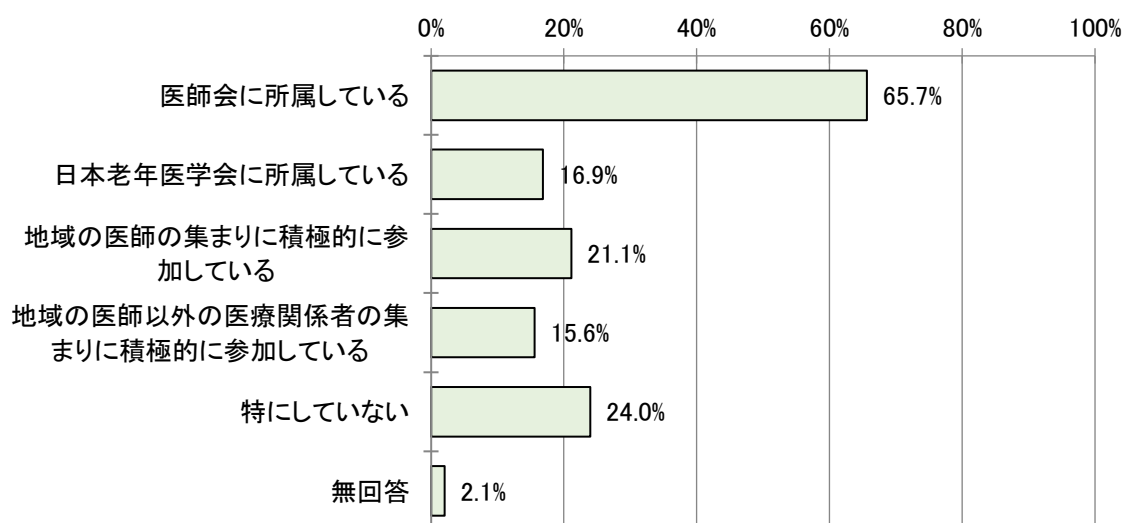
- ・急変入所者の受診や入院を受けてもらえない場合があること
- ・入院が必要な方へのスムーズな受け入れが課題
- ・救急搬送が必要になった時の受け入れ体制
- ・受け入れ先が満床で他病院をさがさざるを得ない時
- ・医療機関側が連携について理解していない / 等
- 情報共有について
 - ・診療情報提供書の内容が一定ではない
 - ・施設で必要となる情報が不足している
 - ・検査データの詳細な共有が出来ない事がある
 - ・夜勤帯での連携が課題となっている
 - ・情報提供に関しては必要項目にとどめ簡素化を試みている
 - ・既往歴が後になり分かる事がある
 - ・病院からの紹介所が多く、「かかりつけ医」からの情報が充分でない時がある
 - ・急変時の情報共有
 - ・入所中の症状の変化、特に悪化をうまく伝えられない事がある
 - ・医療機関と施設とで、知りたい情報が異なるため、情報提供書やサマリーは、協議の上、様式を作成できるとよい
 - ・病歴既往歴に加えて利用者の生活史情報、利用者の人柄に関する情報、利用者家族に関する情報が必要
 - ・スムーズな情報交換と連携
 - ・入所前の情報が不十分な事がしばしばあり、改善したい / 等
- ACP について
 - ・ACP の活用
 - ・ACP の情報が不十分
 - ・ACP の意義は理解できるが、在宅復帰を主目的とする介護老人保健施設入所時に全ての入所者に対して話すことには困難を伴う
 - ・DNAR とターミナルケアの違い
 - ・延命に関する事項
 - ・ターミナルを前提とした紹介が多くなった / 等
- 状態変化について
 - ・全身の状態とバイタルサインの確認
 - ・医療機関において、主病変は改善するも、入院安静等により、悪化した病変に対し、治療が行われていない場合が多々ある
 - ・高度認知症の入所者が急変した時に急性期病院で対応が困難な場合がある
 - ・施設入所中の外来受診による医療費負担（術前検査等）
 - ・医療機関への通院の可否 / 等
- 医師・他科医師との対応
 - ・専門医が不在の場合の対応
 - ・かかりつけ医が複数ある場合の連携
 - ・入所の前後でかかりつけ医の変更希望がある場合の対応
 - ・門外漢の科がある場合、説得が困難と思われる
 - ・相談員と医師が連携できていない施設がある
 - ・医師同士での話し合いや説明はほとんどなく、ケースワーカーを通じて行うことが多い
 - ・定期的に入所者に関する情報交換の場を設けたいが医療機関の医師が忙しく、その機会が少ない
 - ・介護老人保健施設の入所と在宅復帰をくり返す場合にどちらの主治医が主導すべきか / 等
- 施設への再入所

- ・医療機関に入院しても、充分完治せずに退院してくるので再発、再入院が多い
 - ・緊急入院後の再入所の時期
 - ・緊急時の医療機関の受け入れと治療終了後の速やかな施設受け入れ
 - ・病態変化による再入所について入所中の経過と施設対応について
 - ・受け入れ可能であることを退所前に十分に相談する事が必要 / 等
- 本人・家族について
- ・症状や家族との対応、これからの本人への対応
 - ・本人情報はともかく、家族が何を望んでいるのかが不明確な点が多い
 - ・家族の希望により受診や入退院の同意が得られない（仕事の都合など）
 - ・本人受診の際のスタッフの付きそい時間
 - ・連絡の窓口（相手）を決めておくこと
 - ・本人の ADL や認知機能によっては受診が難しい
 - ・本人の意思が表示できない時に、治療方針の決定が医療サイドなのか、家族サイドにあるかが、あいまいのことが多い / 等
- その他
- ・すぐに入院が出来ない場合は、介護老人保健施設でできる治療を行っている
 - ・入院するほどではないとされた場合、かつ当施設でも対応できない場合
 - ・感染症拡大時の対応
 - ・介護老人保健施設であるため高度な一般救急病院に依頼が難しい
 - ・癌患者で治療中の場合は、介護老人保健施設として受け入れるのは難しい
 - ・入院調整がうまくいかない
 - ・救急急変時の対応について救急病院との連携
 - ・連携する医療機関の医師同士もっと気楽に近密に連絡しあっているとよい / 等

6. 老健を地域の医療機関に認識してもらうために実施していること

老健を地域の医療機関に認識してもらうために実施していることは、「医師会に所属している」が 65.7%で最も割合が高く、次いで「特にしていない」が 24.0%、「地域の医師の集まりに積極的に参加している」が 21.1%であった。

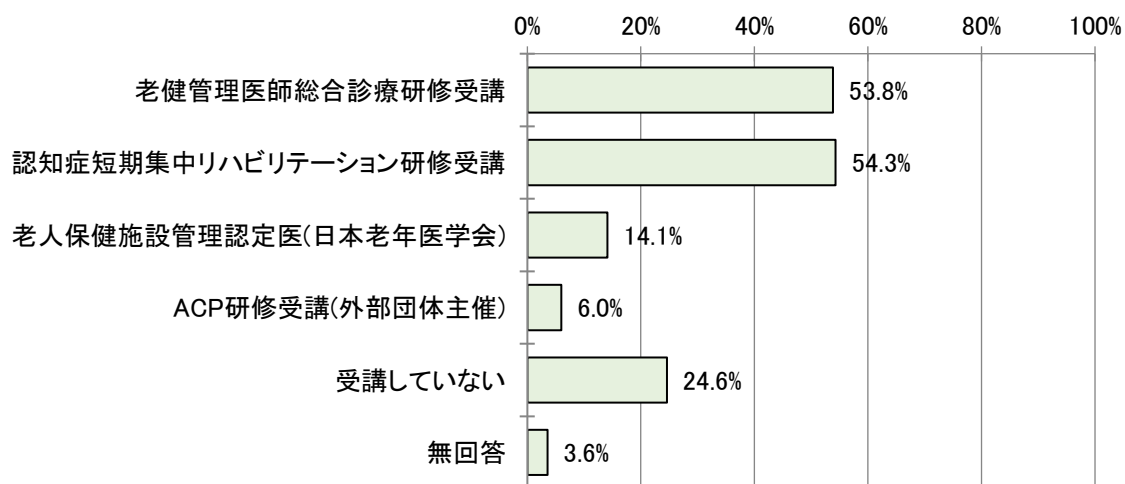
図表 2-118 Q6 老健を地域の医療機関に認識してもらうために実施していること
(n=871)：複数回答



7. 全老健等主催の研修の受講状況

管理医師及び補助医師の全老健等主催の研修の受講状況は、「認知症短期集中リハビリテーション研修受講」が 54.3%、「老健管理医師総合診療研修受講」が 53.8%、「受講していない」が 24.6%であった。

図表 2-119 Q7 全老健等主催の研修の受講状況 (n=871) : 複数回答

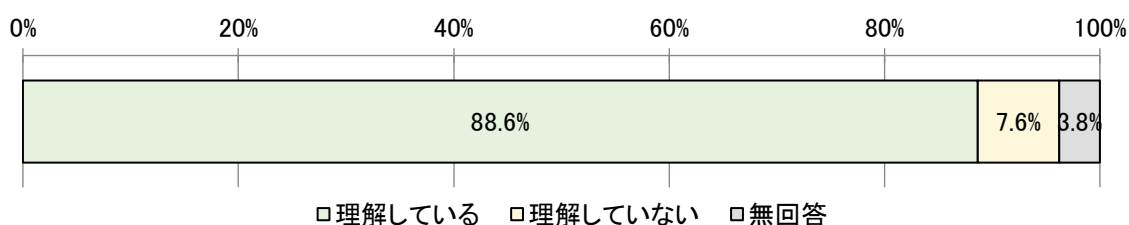


8. ACP 対応について

① ACP についての理解

ACP について、「理解している」が 88.6%、「理解していない」が 7.6%であった。

図表 2-120 Q8-1 ACP についての理解 (n=871)



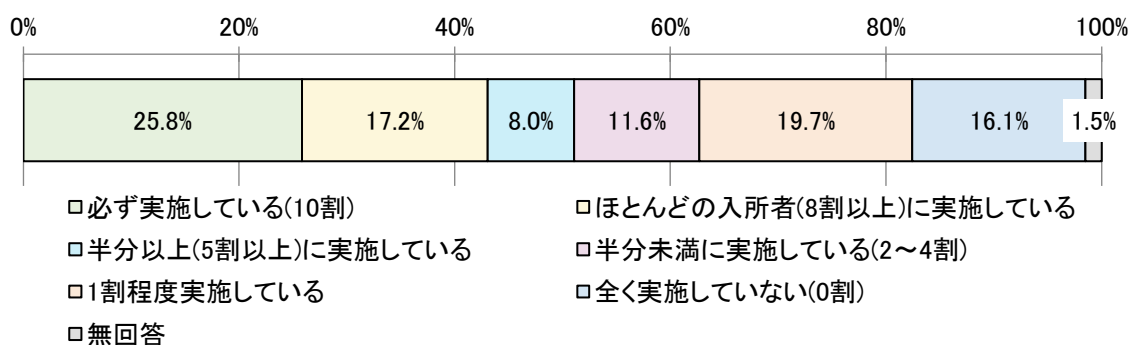
図表 2-121 全老健等主催の研修受講状況別 ACP についての理解

		合計	Q8-1 ACP について、理解していますか		
			理解している	理解していない	無回答
全体		871 100.0%	772 88.6%	66 7.6%	33 3.8%
Q7 全老健等 主催の研修受 講状況	老健管理医師総合 診療研修受講	469 100.0%	434 92.5%	25 5.3%	10 2.1%
	認知症短期集中リ ハビリテーション 研修受講	473 100.0%	436 92.2%	29 6.1%	8 1.7%
	老人保健施設管理 認定医(日本老年 医学会)	123 100.0%	121 98.4%	1 0.8%	1 0.8%
	ACP 研修受講(外部 団体主催)	52 100.0%	52 100.0%	0 0.0%	0 0.0%
	受講していない	214 100.0%	174 81.3%	26 12.1%	14 6.5%

② 入所者に対する ACP の実施状況

入所者に対する ACP の実施状況について、「必ず実施している（10 割）」が 25.8%で最も割合が高く、次いで「1 割程度実施している」が 19.7%、「ほとんどの入所者（8 割以上）」に実施している」が 17.2%であった。

図表 2-122 Q8-2 入所者に対しての ACP 実施状況（n=871）



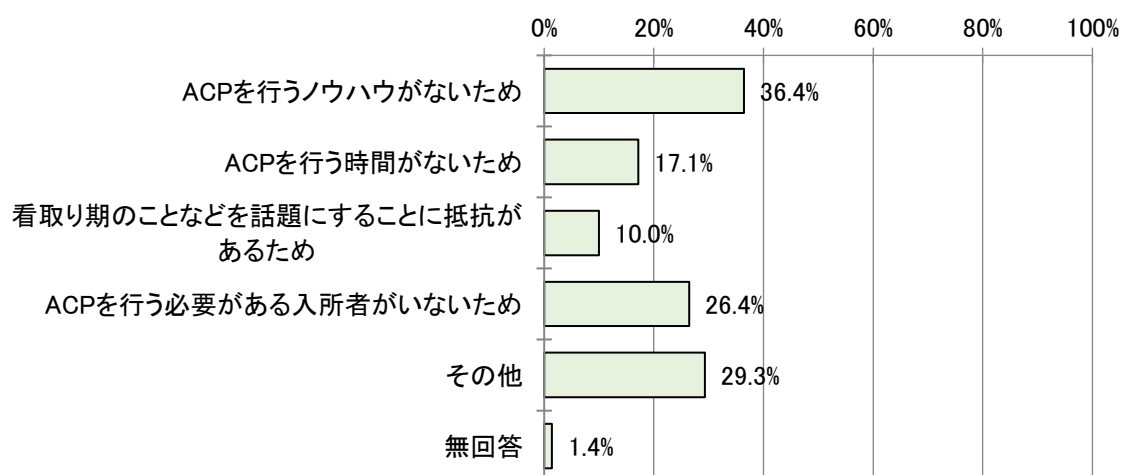
図表 2-123 全老健等主催の研修受講状況別 入所者に対しての ACP 実施状況

		合計	Q8-2 どのくらいの入所者に対して ACP を実施していますか						
			必ず実施している(10割)	ほとんどの入所者(8割以上)に実施している	半分以上(5割以上)に実施している	半分未満に実施している(2～4割)	1割程度実施している	全く実施していない(0割)	無回答
全体		871 100.0%	225 25.8%	150 17.2%	70 8.0%	101 11.6%	172 19.7%	140 16.1%	13 1.5%
Q7 全老健等主催の研修受講状況	老健管理医師総合診療研修受講	469 100.0%	127 27.1%	90 19.2%	44 9.4%	56 11.9%	90 19.2%	60 12.8%	2 0.4%
	認知症短期集中リハビリテーション研修受講	473 100.0%	135 28.5%	80 16.9%	44 9.3%	56 11.8%	89 18.8%	66 14.0%	3 0.6%
	老人保健施設管理認定医(日本老年医学会)	123 100.0%	41 33.3%	26 21.1%	14 11.4%	11 8.9%	19 15.4%	12 9.8%	0 0.0%
	ACP 研修受講(外部団体主催)	52 100.0%	24 46.2%	12 23.1%	2 3.8%	7 13.5%	6 11.5%	1 1.9%	0 0.0%
	受講していない	214 100.0%	48 22.4%	34 15.9%	10 4.7%	19 8.9%	48 22.4%	51 23.8%	4 1.9%

③ ACP を実施しない理由

ACP を「全く実施していない」施設が ACP を実施しない理由は、「ACP を行うノウハウがないため」が 36.4%で最も割合が高く、次いで「その他」が 29.3%、「ACP を行う必要がある入所者がいないため」が 26.4%であった。

図表 2-124 Q8-2-1 ACP を実施しない理由 (n=140) : 複数回答



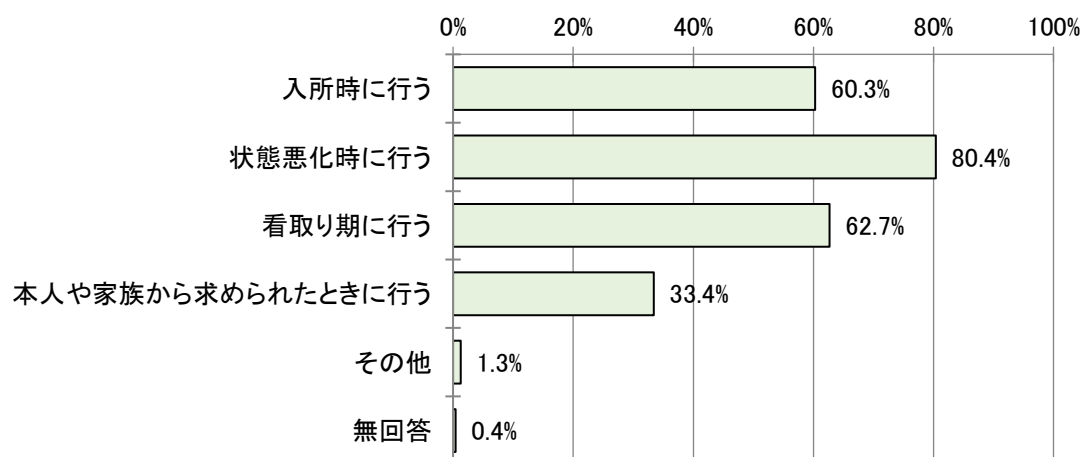
※その他の具体的な回答をみると、「看取りを実施していない」「家族と面談」「入所者の理解力がない」「体制を準備中」「必要時に実施している」などであった。

④ ACP を実施している施設における ACP 実施状況

1) ACP・看取りに関する話し合いの時期

ACP・看取りに関する話し合いの時期は、「状態悪化時に行く」が 80.4% で最も割合が高く、次いで「看取り期に行く」が 62.7%、「入所時に行く」が 60.3% であった。

図表 2-125 Q8-3 ACP・看取りに関する話し合いの時期（n=718）：複数回答

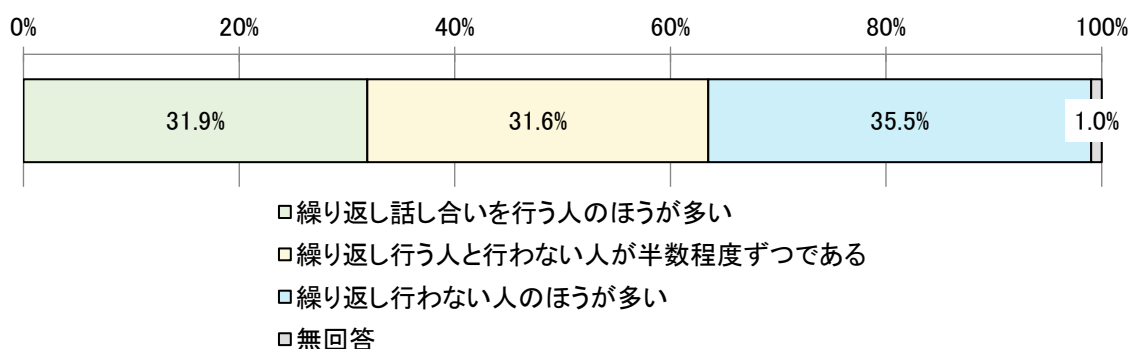


※その他の具体的な回答をみると、「話し合いが可能か認知機能と希望を評価して行う」「病状に応じて」「入所前も行う場合あり」「特に決めてない」「施設サービス計画書作成、交付」「看護師の報告」などであった。

2) ACP・看取りに関して繰り返し話し合うか

どのくらいの人に対して、ACP・看取りに関して繰り返し話し合いを行っているかについては、「繰り返し行わない人のほうが多い」が 35.5% で最も割合が高く、次いで「繰り返し話し合いを行う人のほうが多い」が 31.9%、「繰り返し行う人と行わない人が半数程度ずつである」が 31.6% であった。

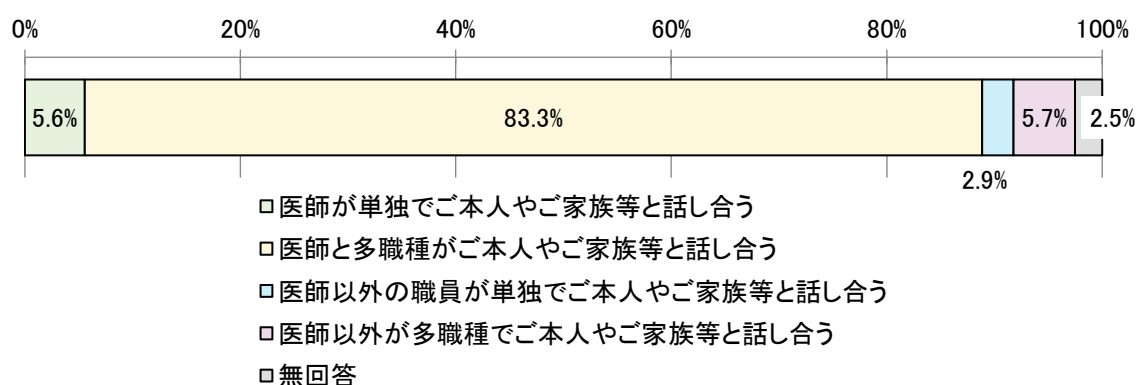
図表 2-126 Q8-4 ACP・看取りに関して繰り返し話し合うか（n=718）



3) ACP・看取りに関する話し合いへの多職種参加状況

ACP・看取りに関する話し合いへの参加者については、「医師と多職種がご本人やご家族等と話し合う」が83.3%で最も割合が高く、次いで「医師以外が多職種でご本人やご家族等と話し合う」が5.7%、「医師が単独でご本人やご家族等と話し合う」が5.6%であった。

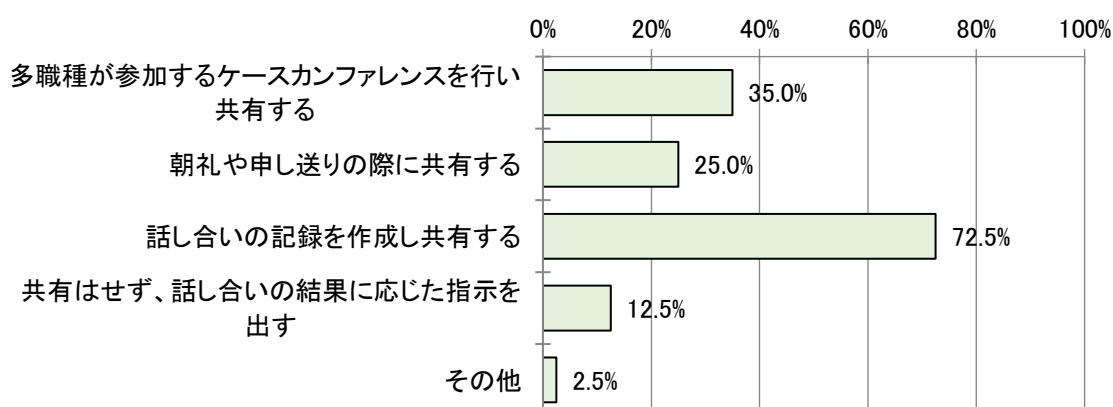
図表 2-127 Q8-5 ACP・看取りに関する話し合いへの多職種参加状況 (n=718)



4) 他職員への情報共有

医師が単独で本人と話し合う場合に、他職員への情報共有を行っているかについては、「話し合いの記録を作成し共有する」が72.5%で最も割合が高く、次いで「多職種が参加するケースカンファレンスを行い共有する」が35.0%、「朝礼や申し送りの際に共有する」が25.0%であった。

図表 2-128 Q8-5-1 医師が単独で本人と話し合う場合の、他職員への情報共有 (n=40)：複数回答

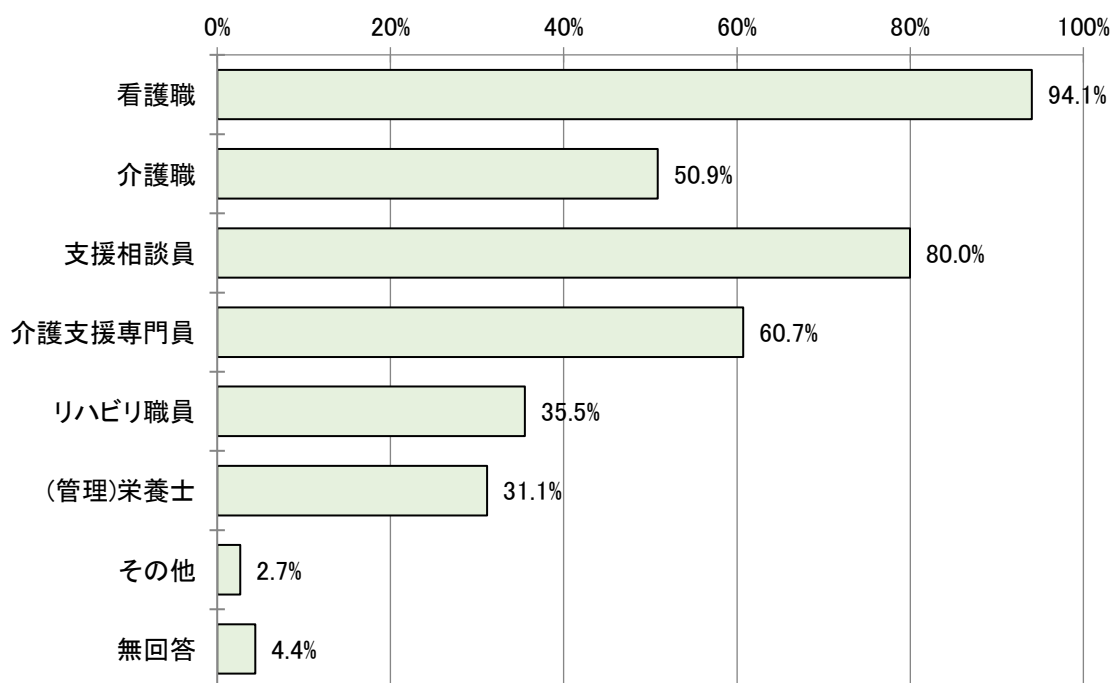


※その他の具体的な回答をみると、「状態悪化したご本人とは話し合いはできない」「看取りケア開始前後からは多職種と家族で話し合う」「カルテに記入した内容を見て」であった。

5) ACP・看取りに関して多職種で話し合う際の職種

ACP・看取りに関して多職種で話し合う際の職種は、「看護職」が94.1%で最も割合が高く、次いで「支援相談員」が80.0%、「介護支援専門員」が60.7%であった。

図表 2-129 Q8-5-2 多職種で話し合う際の職種 (n=639) : 複数回答

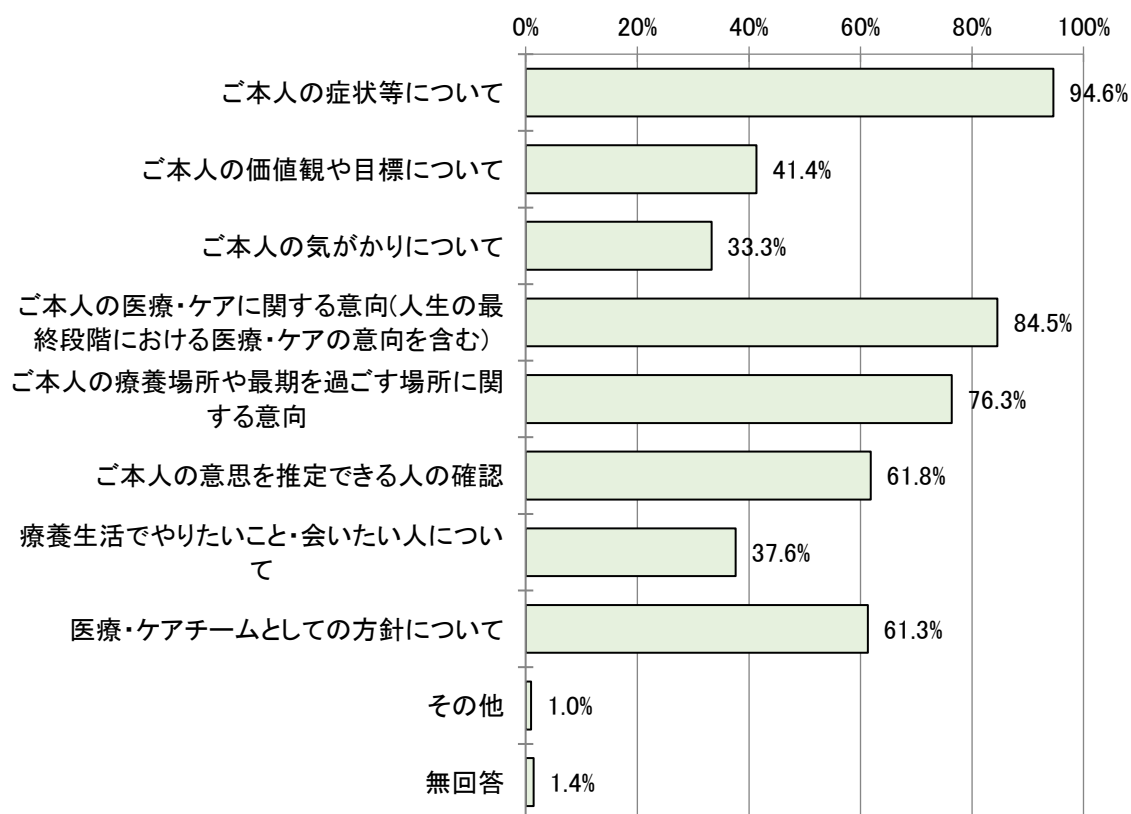


※その他の具体的な回答をみると、「歯科衛生士」「事務職」「関係職員」などであった。

6) ACP・看取りに関する話し合いの主な内容

ACP・看取りに関する話し合いの主な内容は、「ご本人の症状等について」が94.6%で最も割合が高く、次いで「ご本人の医療・ケアに関する意向（人生の最終段階における医療・ケアの意向を含む）」が84.5%、「ご本人の療養場所や最期を過ごす場所に関する意向」が76.3%であった。

図表 2-130 Q8-6 ACP・看取りに関する話し合いの主な内容（n=718）：複数回答

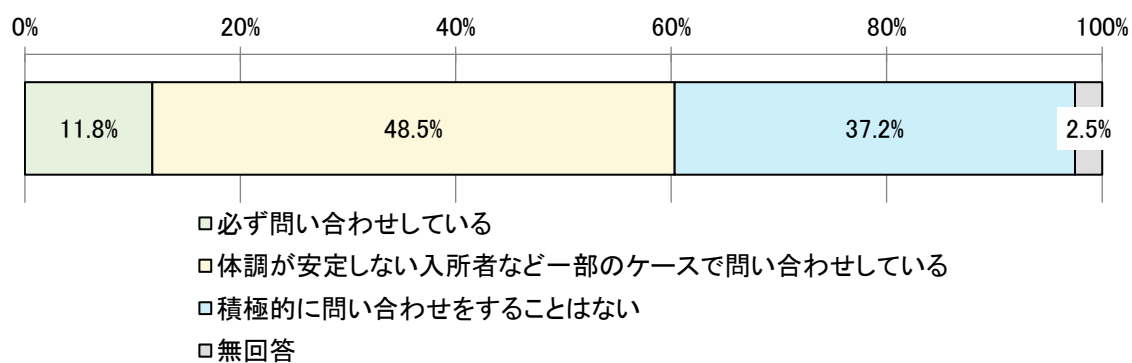


※その他の具体的な回答をみると、「家族の希望」「成年後見人の場合、死亡時の対応・内容確認」「医療行為について」などであった。

7) 入所前等の ACP 情報が不足している場合の対応

入所前や病院に入院している間に行われた ACP について、かかりつけ医や主治医等から入手した情報が不十分な場合は、「体調が安定しない入所者など一部のケースで問い合わせしている」が 48.5%で最も割合が高く、次いで「積極的に問い合わせをすることはない」が 37.2%、「必ず問い合わせしている」が 11.8%であった。

図表 2-131 Q8-7 入所前や病院に入院中等に行われた ACP について、かかりつけ医や主治医等から入手する情報が不十分な場合の対応 (n=718)



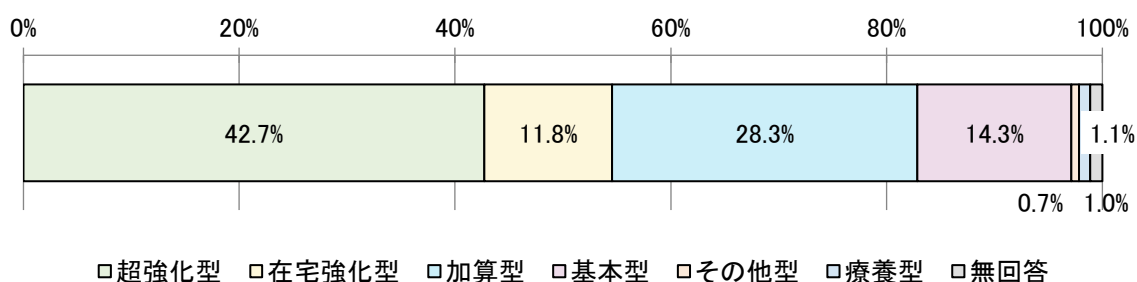
第4節 事例調査票

1. 施設内で看取った事例

① 回答施設

施設内で看取った事例について、680施設から、2,912件の事例の回答を得た。

図表 2-132 事例の回答施設の類型（n=2,912、680施設分）



② 対象者の年齢

対象者の平均年齢は 91.3 歳であった。

図表 2-133 Q1 対象者の年齢

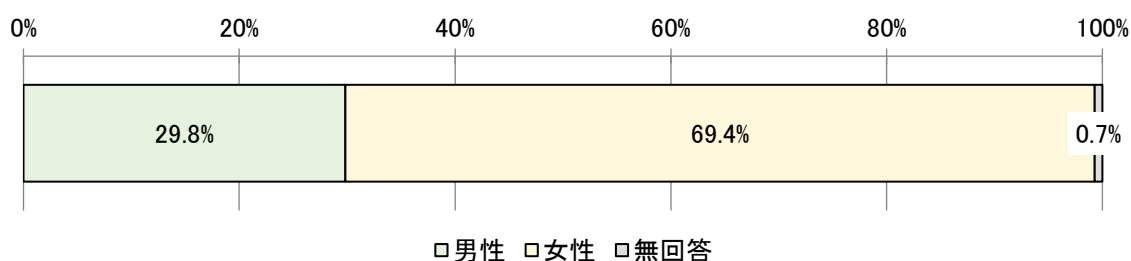
(単位：歳)

	n	平均値	標準偏差	中央値
年齢	2,908	91.3	7.1	92.0

③ 対象者の性別

対象者の性別は、「男性」が 29.8%、「女性」が 69.4%であった。

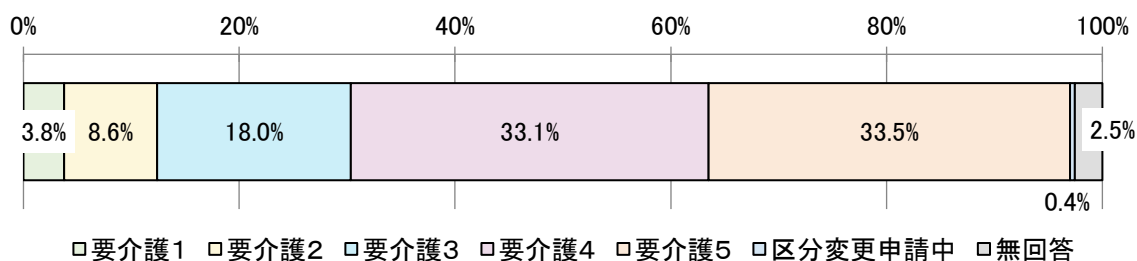
図表 2-134 Q1-2 対象者の性別（n=2,912）



④ 対象者の要介護度

対象者の要介護度は、「要介護5」が33.5%で最も割合が高く、次いで「要介護4」が33.1%、「要介護3」が18.0%であった。

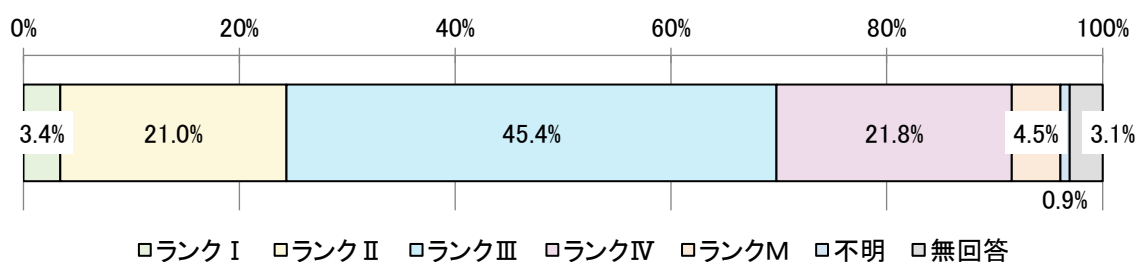
図表 2-135 Q1-3 要介護度 (n=2,912)



⑤ 認知症高齢者の日常生活自立度

対象者について、認知症高齢者の日常生活自立度は、「ランクⅢ」が45.4%で最も割合が高く、次いで「ランクⅣ」が21.8%、「ランクⅡ」が21.0%であった。

図表 2-136 Q1-4 認知症高齢者の日常生活自立度 (n=2,912)

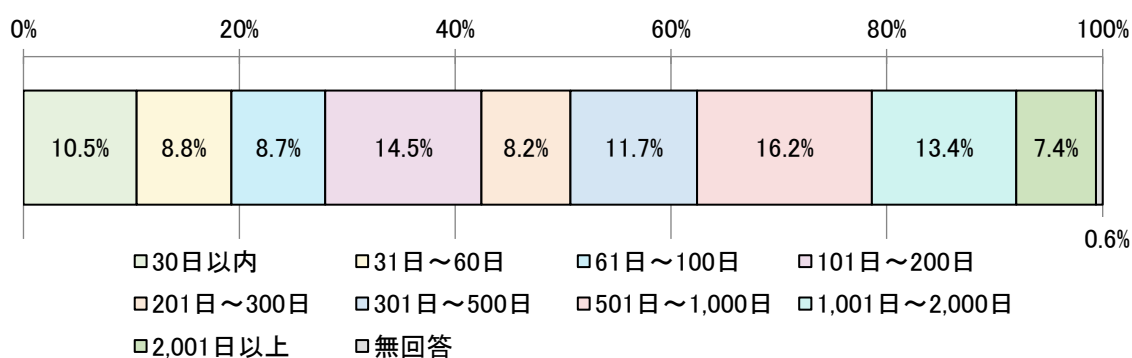


⑥ 直近の入所期間

直近の入所期間は、「501 日～1,000 日」が 16.2%で最も割合が高く、次いで「101 日～200 日」が 14.5%、「1,001 日～2,000 日」が 13.4%であった。

直近の平均入所期間は、634.1 日であった。

図表 2-137 Q1-5 入所期間 (n=2,912)



(単位：日)

	n	平均値	標準偏差	中央値
直近の入所期間（日数）	2,894	634.1	896.8	290.0

⑦ 入所延べ日数

入所延べ日数（再入所した場合は、総合計日数）は、平均 821.4 日であった。

表 2-138 Q1-6 入所延べ日数

(単位：日)

	n	平均値	標準偏差	中央値
入所延べ日数 （再入所した場合は、総合計日数）	2,744	821.4	991.5	426.0

⑧ 死亡診断書の疾患名

死亡診断書の疾患名は、「慢性心不全」が7.1%で最も割合が高く、次いで「誤嚥性・吸引性（不顕性）肺炎などの慢性呼吸器感染症」が6.8%、「悪性新生物」が4.4%であった。該当がない場合の疾患名では「老衰」の記載が多かった。

図表 2-139 Q1-7 死亡診断書の疾患名（n=2,912）：複数回答

	回答数	%
脳梗塞	53	1.8%
脳出血	10	0.3%
多発性脳梗塞	0	0.0%
くも膜下出血	1	0.0%
硬膜下血腫	1	0.0%
硬膜下血腫および脳挫傷	2	0.1%
その他の脳血管疾患	11	0.4%
高血圧症（認知症や脳血管障害など他の病態を伴わない）	1	0.0%
慢性心不全	207	7.1%
心筋梗塞	11	0.4%
狭心症	1	0.0%
不整脈	2	0.1%
心房細動	5	0.2%
その他の心疾患	46	1.6%
閉塞性動脈硬化症	1	0.0%
その他の中枢または末梢血管の疾患	3	0.1%
アルツハイマー型認知症	43	1.5%
脳血管性認知症	0	0.0%
レビー小体型認知症	4	0.1%
下記以外の認知症（脳血管性・アルツハイマー型・混合型・レビー小体型・ピック病）	9	0.3%
前頭・側頭葉型認知症（ピック病等）	0	0.0%
混合型認知症	1	0.0%
まだ確定診断のついていない認知症	9	0.3%
うつ病	0	0.0%
統合失調症	0	0.0%
その他の精神疾患	0	0.0%
パーキンソン病	6	0.2%
パーキンソン病以外の脊髄小脳変性疾患	0	0.0%
症候性てんかん、てんかん	0	0.0%
その他の中枢神経疾患	5	0.2%
末梢神経疾患	0	0.0%
糖尿病（認知症や脳血管障害など他の病態を伴わない）	7	0.2%
栄養障害	6	0.2%
肥満	0	0.0%
脂質異常症（高脂血症）	0	0.0%
甲状腺機能障害	0	0.0%
その他の代謝・内分泌疾患	1	0.0%
脊髄損傷	0	0.0%

	回答数	%
脊柱管狭窄症	0	0.0%
変形性脊椎症	0	0.0%
下肢の変形性関節症(股関節・膝関節)	0	0.0%
上肢の変形性関節症(肩関節・肘関節)	0	0.0%
大腿骨の骨折(手術を行った)	2	0.1%
大腿骨以外の骨折(手術を行った)	0	0.0%
骨折(保存的治療のみ)	1	0.0%
骨粗しょう症	0	0.0%
関節リウマチ	1	0.0%
関節リウマチ以外の全身性結合組織障害	0	0.0%
筋、軟部組織の障害	1	0.0%
気管支喘息	2	0.1%
肺気腫等慢性閉塞性肺疾患	6	0.2%
誤嚥性・吸引性(不顕性)肺炎などの慢性呼吸器感染症	198	6.8%
急性呼吸器感染症	30	1.0%
その他肺および胸膜など呼吸器の疾患	50	1.7%
腎不全(慢性・急性を含む)	50	1.7%
尿路結石症など尿路の疾患	1	0.0%
尿路感染症(膀胱炎など)	10	0.3%
乳房・女性生殖器・骨盤臓器の疾患	2	0.1%
前立腺肥大症などの男性生殖器の疾患	2	0.1%
胃・食道疾患	9	0.3%
小腸・大腸の疾患	16	0.5%
肝胆膵の疾患	11	0.4%
ヘルニア	0	0.0%
肛門の疾患	0	0.0%
その他の消化器の疾患(腹膜、口腔、唾液腺、顎等を含む)	5	0.2%
悪性新生物	128	4.4%
良性新生物およびその他特定されない新生物	0	0.0%
緑内障・白内障などの眼およびその付属器の疾患	0	0.0%
耳および乳様突起の疾患	0	0.0%
疥癬・蜂窩織炎・白癬等感染症	1	0.0%
水疱症(天疱瘡・類天疱瘡等)	0	0.0%
アレルギー性皮膚疾患	0	0.0%
褥創	0	0.0%
皮膚の外傷およびその他の皮膚疾患	1	0.0%
感染症	1	0.0%
貧血	1	0.0%
貧血以外の血液・免疫および凝固系の疾患	5	0.2%
周産期や小児期の疾患の後遺症(脳性麻痺、精神発達遅滞を含む)	0	0.0%
先天奇形・変形および染色体異常	0	0.0%
損傷、中毒及びその他の外因の影響	0	0.0%
PTCA 等心臓手術の既往	0	0.0%
ペースメーカー装着者	1	0.0%
気管切開状態	0	0.0%

	回答数	%
透析	1	0.0%
尿道カテーテル留置や人工膀胱状態	0	0.0%
経鼻胃管や胃瘻等経管栄養状態	0	0.0%
HBV キャリア	0	0.0%
HCV キャリア	1	0.0%
褥創	1	0.0%
片麻痺	0	0.0%
失語	0	0.0%
片麻痺・失語以外の高次機能障害	0	0.0%
無回答	1,928	66.2%
全体	2,912	100.0%

⑨ その他の疾患名

その他の疾患は、「アルツハイマー型認知症」が 10.9%で最も割合が高く、次いで「脳梗塞」が 7.3%、「慢性心不全」が 6.3%であった。

図表 2-140 Q1-8 その他の疾患名 (n=2,912) : 複数回答

	回答数	%
脳梗塞	214	7.3%
脳出血	53	1.8%
多発性脳梗塞	13	0.4%
くも膜下出血	18	0.6%
硬膜下血腫	8	0.3%
硬膜下血腫および脳挫傷	5	0.2%
その他の脳血管疾患	19	0.7%
高血圧症(認知症や脳血管障害など他の病態を伴わない)	150	5.2%
慢性心不全	182	6.3%
心筋梗塞	20	0.7%
狭心症	30	1.0%
不整脈	17	0.6%
心房細動	64	2.2%
その他の心疾患	49	1.7%
閉塞性動脈硬化症	7	0.2%
その他の中枢または末梢血管の疾患	11	0.4%
アルツハイマー型認知症	316	10.9%
脳血管性認知症	25	0.9%
レビー小体型認知症	28	1.0%
下記以外の認知症(脳血管性・アルツハイマー型・混合型・レビー小体型・ピック病)	116	4.0%
前頭・側頭葉型認知症(ピック病等)	1	0.0%
混合型認知症	10	0.3%
まだ確定診断のついていない認知症	48	1.6%
うつ病	9	0.3%
統合失調症	9	0.3%

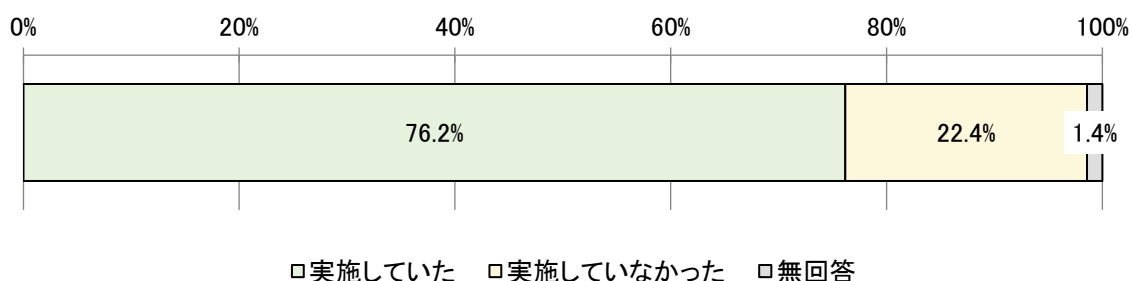
	回答数	%
その他の精神疾患	4	0.1%
パーキンソン病	31	1.1%
パーキンソン病以外の脊髄小脳変性疾患	2	0.1%
症候性てんかん、てんかん	13	0.4%
その他の中枢神経疾患	5	0.2%
末梢神経疾患	2	0.1%
糖尿病(認知症や脳血管障害など他の病態を伴わない)	95	3.3%
栄養障害	12	0.4%
肥満	0	0.0%
脂質異常症(高脂血症)	24	0.8%
甲状腺機能障害	13	0.4%
その他の代謝・内分泌疾患	3	0.1%
脊髄損傷	2	0.1%
脊柱管狭窄症	17	0.6%
変形性脊椎症	12	0.4%
下肢の変形性関節症(股関節・膝関節)	27	0.9%
上肢の変形性関節症(肩関節・肘関節)	1	0.0%
大腿骨の骨折(手術を行った)	78	2.7%
大腿骨以外の骨折(手術を行った)	11	0.4%
骨折(保存的治療のみ)	57	2.0%
骨粗しょう症	39	1.3%
関節リウマチ	6	0.2%
関節リウマチ以外の全身性結合組織障害	3	0.1%
筋、軟部組織の障害	3	0.1%
気管支喘息	13	0.4%
肺気腫等慢性閉塞性肺疾患	15	0.5%
誤嚥性・吸引性(不顕性)肺炎などの慢性呼吸器感染症	86	3.0%
急性呼吸器感染症	5	0.2%
その他肺および胸膜など呼吸器の疾患	30	1.0%
腎不全(慢性・急性を含む)	80	2.7%
尿路結石症など尿路の疾患	7	0.2%
尿路感染症(膀胱炎など)	34	1.2%
乳房・女性生殖器・骨盤臓器の疾患	4	0.1%
前立腺肥大症などの男性生殖器の疾患	17	0.6%
胃・食道疾患	22	0.8%
小腸・大腸の疾患	21	0.7%
肝胆膵の疾患	38	1.3%
ヘルニア	10	0.3%
肛門の疾患	0	0.0%
その他の消化器の疾患(腹膜、口腔、唾液腺、顎等を含む)	6	0.2%
悪性新生物	70	2.4%
良性新生物およびその他特定されない新生物	3	0.1%
緑内障・白内障などの眼およびその付属器の疾患	19	0.7%
耳および乳様突起の疾患	0	0.0%
疥癬・蜂窩織炎・白癬等感染症	2	0.1%
水疱症(天疱瘡・類天疱瘡等)	1	0.0%

	回答数	%
アレルギー性皮膚疾患	1	0.0%
褥創	2	0.1%
皮膚の外傷およびその他の皮膚疾患	2	0.1%
感染症	1	0.0%
貧血	34	1.2%
貧血以外の血液・免疫および凝固系の疾患	5	0.2%
周産期や小児期の疾患の後遺症(脳性麻痺、精神発達遅滞を含む)	0	0.0%
先天奇形・変形および染色体異常	1	0.0%
損傷、中毒及びその他の外因の影響	1	0.0%
PTCA 等心臓手術の既往	0	0.0%
ペースメーカー装着者	13	0.4%
気管切開状態	1	0.0%
透析	1	0.0%
尿道カテーテル留置や人工膀胱状態	5	0.2%
経鼻胃管や胃瘻等経管栄養状態	16	0.5%
HBV キャリア	0	0.0%
HCV キャリア	0	0.0%
褥創	2	0.1%
片麻痺	5	0.2%
失語	1	0.0%
片麻痺・失語以外の高次機能障害	1	0.0%
無回答	1,179	40.5%
全体	2,912	100.0%

⑩ 対象者に対する ACP の実施状況

対象者に対する ACP の実施状況は、「実施していた」が 76.2%、「実施していなかった」が 22.4%であった。

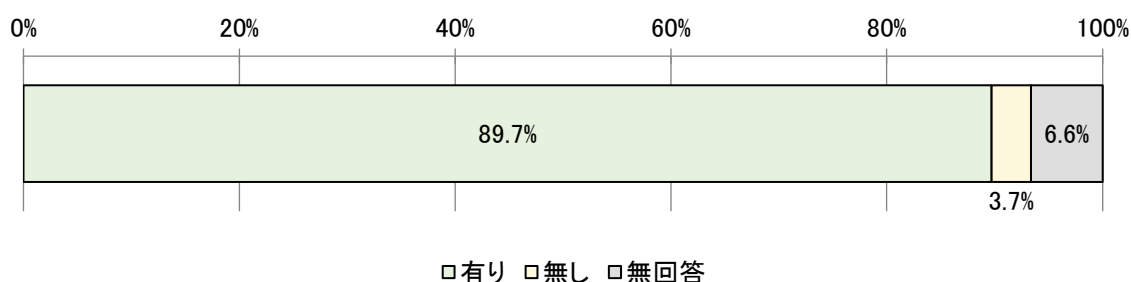
図表 2-141 Q1-9 ACP の実施状況 (n=2,912)



1) ACP への家族の参加有無

対象者の ACP を実施していた場合、家族が ACP に参加していたかを把握した。家族の参加状況は、参加「有り」が 89.7%、「無し」が 3.7%であった。

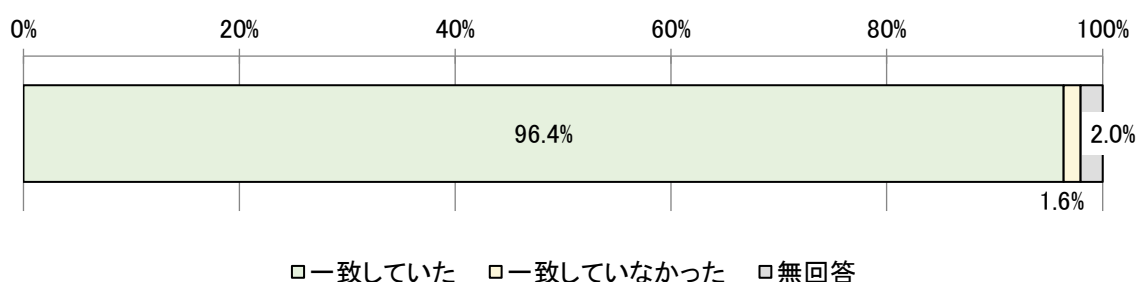
図表 2-142 Q1-9-1 家族等の参加の有無 (n=2,218)



⑪ ACP で決まった方針と看取り対応の一致状況

利用者に ACP を実施していた場合、ACP で決まった方針と看取り期の対応が一致していたかをみると、「一致していた」が 96.4%、「一致していなかった」が 1.6%であった。

図表 2-143 Q1-10 ACP で定まった方針と看取り対応の一致状況 (n=2,218)



2. 医療機関へ救急搬送した事例

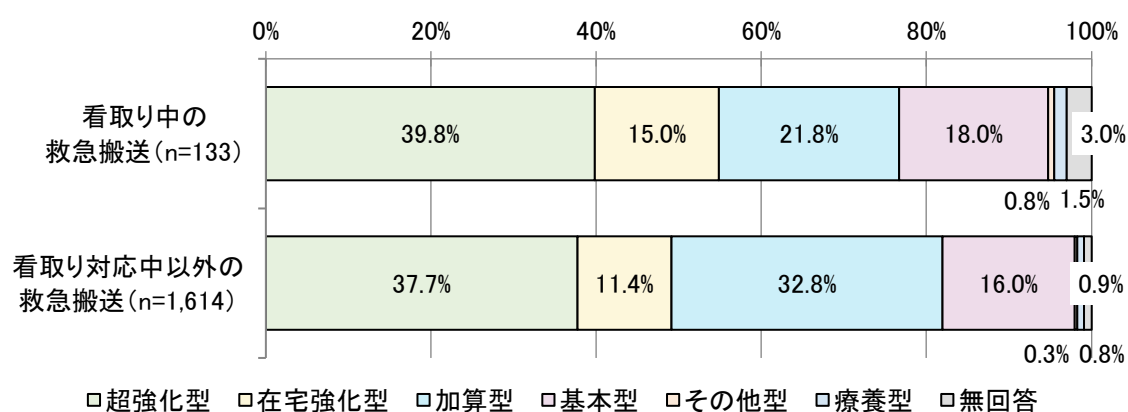
看取り中の救急搬送について、97 施設から、133 件の事例の回答を得た。

看取り対応中以外の救急搬送について、616 施設から 1,614 件の事例の回答を得た。

① 事例の回答施設の類型

事例が回答された施設類型は、看取り中の救急搬送では「超強化型」が 39.8%、「看取り対応中以外の救急搬送」では「超強化型」が 37.7%、「加算型」が 32.8%であった。

図表 2-144 Q2・Q3 事例の回答施設の類型



※看取りの中の救急搬送は 97 施設分の合計、看取り対応中以外の救急搬送は 616 施設分の合計

② 対象者の年齢

看取り中に救急搬送された対象者の平均年齢は 89.6 歳であった。

看取り対応中以外で救急搬送された対象者の平均年齢は 87.3 歳であった。

図表 2-145 Q2-1・Q3-1 年齢

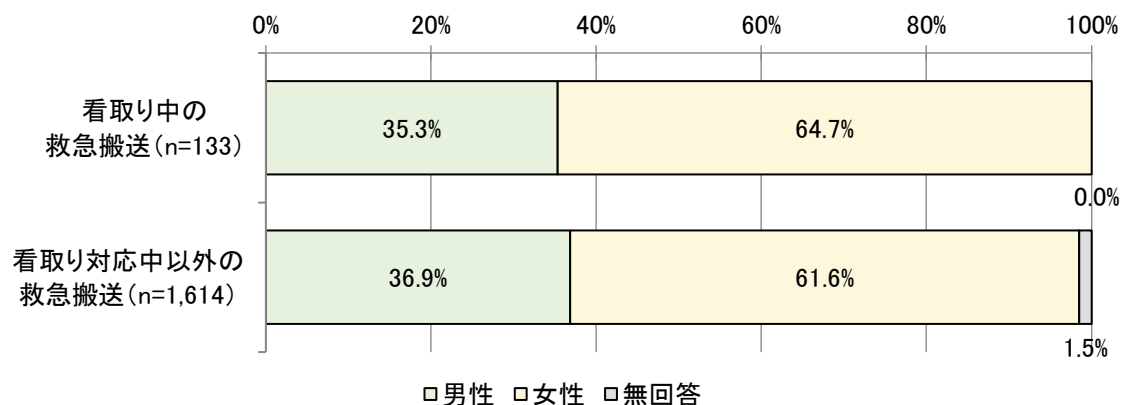
(単位：歳)

	n	平均値	標準偏差	中央値
看取り中の救急搬送	133	89.6	8.1	90.0
看取り対応中以外の救急搬送	1,603	87.3	7.5	88.0

③ 対象者の性別

対象者の性別について、「看取り中の救急搬送」、「看取り対応中以外の救急搬送」いずれの場合も、「女性」の割合が高く、それぞれ、64.7%、61.6%であった。次いで「男性」が 35.3%、36.9%であった。

図表 2-146 Q2-2・Q3-2 性別

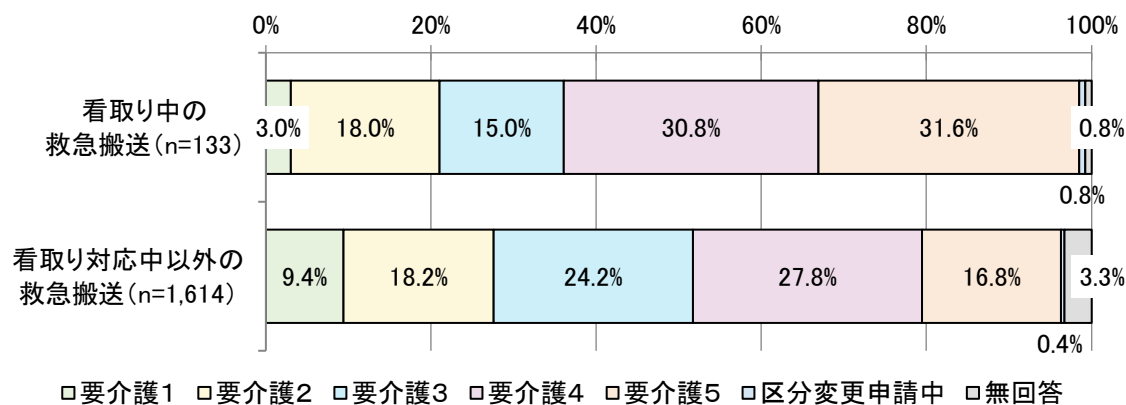


④ 対象者の要介護度

対象者の要介護度について、「看取り中の救急搬送」では、「要介護 5」が 31.6%で最も割合が高く、次いで「要介護 4」が 30.8%であった。

「看取り対応中以外の救急搬送」では、「要介護 4」が 27.8%で最も割合が高く、次いで「要介護 3」が 24.2%であった。

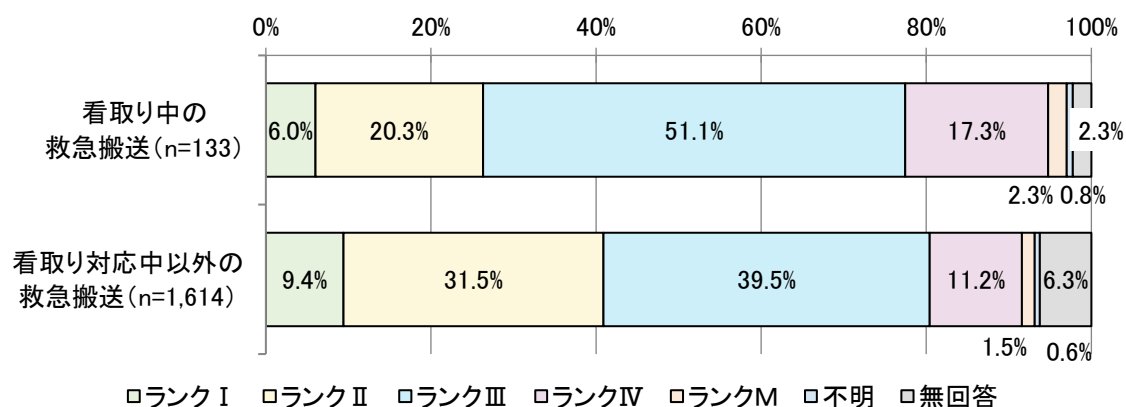
図表 2-147 Q2-3・Q3-3 要介護度



⑤ 認知症高齢者の日常生活自立度

対象者について、認知症高齢者の日常生活自立度をみると、「看取り中の救急搬送」、「看取り対応中以外の救急搬送」とともに「ランクⅢ」が最も割合が高く、それぞれ、51.1%、39.5%であった。次いで割合が高かったのはいずれも「ランクⅡ」で、それぞれ、20.3%、31.5%であった。

図表 2-148 Q2-4・Q3-4 認知症高齢者の日常生活自立度

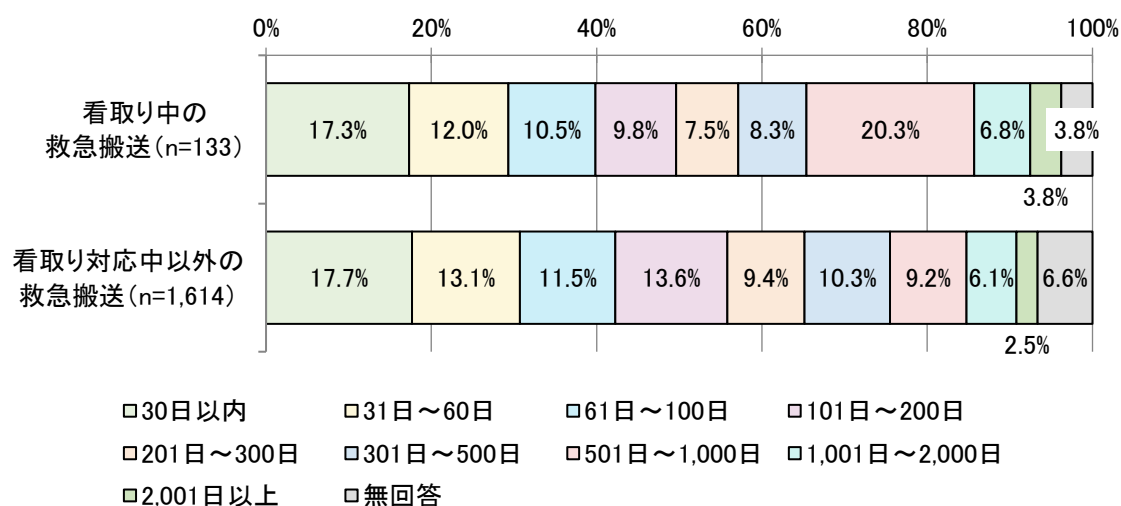


⑥ 直近の入所期間

看取り中に救急搬送された対象者の直近の平均入所期間は 474.9 日であった。

看取り対応中以外で救急搬送された対象者の直近の平均入所期間は 369.5 日であった。

図表 2-149 Q2-5・Q3-5 直近の入所期間



(単位：日)

	n	平均	標準偏差	中央値
看取り中の救急搬送	128	474.9	731.5	167.5
看取り対応中以外の救急搬送	1,507	369.5	753.8	126.0

⑦ 入所延べ日数

看取り中に救急搬送された対象者の平均入所延べ日数（再入所した場合は総合計日数）は 704.8 日であった。

看取り対応中以外で救急搬送された対象者の平均入所延べ日数は 491.3 日であった。

図表 2-150 Q2-6・Q3-6 入所延べ日数

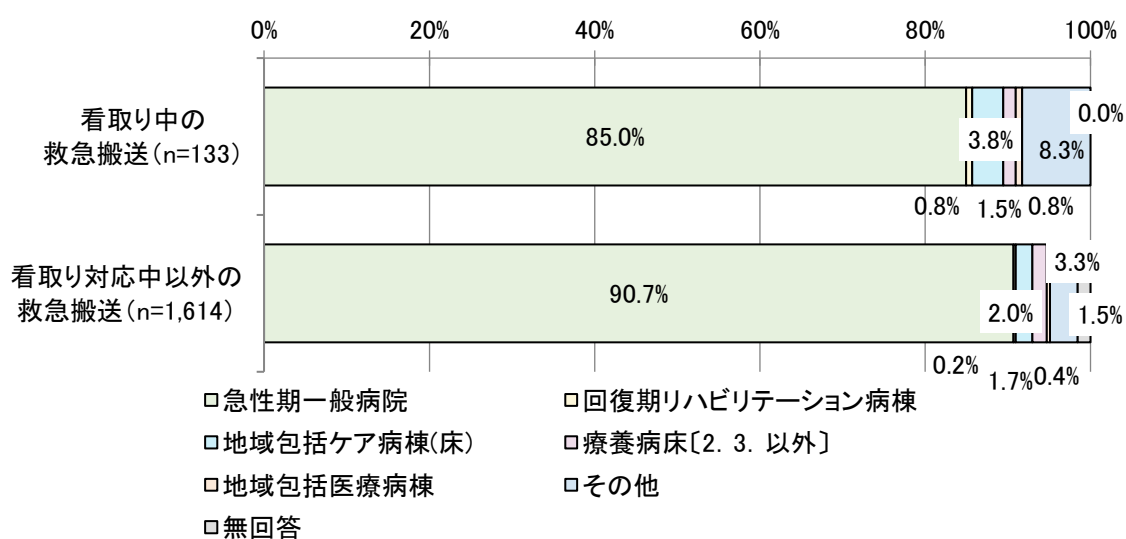
（単位：日）

	n	平均	標準偏差	中央値
看取り中の救急搬送	114	704.8	844.5	439.5
看取り対応中以外の救急搬送	1,476	491.3	746.6	222.5

⑧ 救急搬送した医療機関の種別

対象者を救急搬送した医療機関の種別をみると、「看取り中の救急搬送」、「看取り対応中以外の救急搬送」とともに「急性期一般病院」が最も割合が高く、それぞれ、85.0%、90.7%であった。次いで割合が高かったのはいずれも「その他」で、それぞれ、8.3%、3.3%であった。

図表 2-151 Q2-7・Q3-7 救急搬送した医療機関の種別



（注）調査票において、「2」は回復期リハビリテーション病棟、「3」は地域包括ケア病棟を指す
※その他の具体的な回答

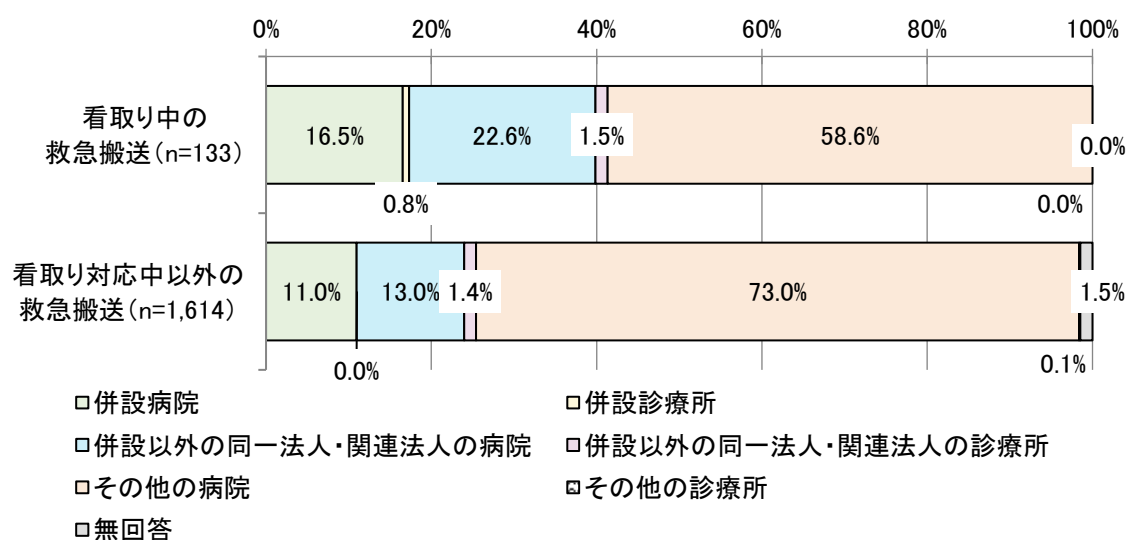
看取り中：「一般病棟」「一般病床」「緩和ケア」など

看取り対応中以外：「一般病棟」「急性期型総合病院」「精神科」「有床診療所」など

⑨ 搬送先医療機関との関係

搬送先医療機関との関係は、「看取り中の救急搬送」、「看取り対応中以外の救急搬送」とともに「その他の病院」が最も割合が高く、それぞれ、58.6%、73.0%であった。次いで割合が高かったのはいずれも「併設以外の同一法人・関連法人の病院」で、それぞれ、22.6%、13.0%であった。

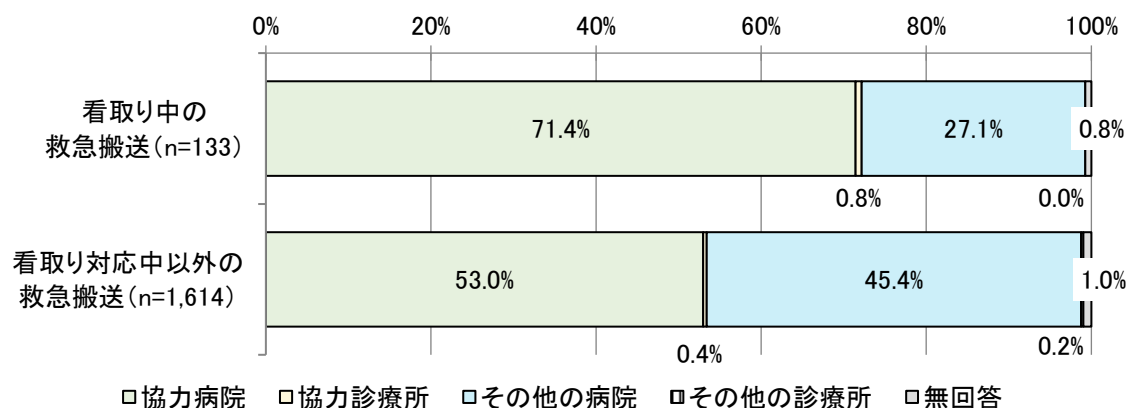
図表 2-152 Q2-8・Q3-8 搬送先医療機関との関係



⑩ 協力医療機関の別

搬送先の医療機関が協力医療機関であったかについては、「看取り中の救急搬送」、「看取り対応中以外の救急搬送」とともに「協力病院」が最も割合が高く、それぞれ、71.4%、53.0%であった。次いで割合が高かったのはいずれも「その他の病院」で、それぞれ、27.1%、45.4%であった。

図表 2-153 Q2-9・Q3-9 搬送先は協力医療機関か



⑪ 救急搬送となった原因疾患

医療機関へ救急搬送することになった原因疾患は、「看取り中の救急搬送」、「看取り対応中以外の救急搬送」とともに「誤嚥性・吸引性（不顕性）肺炎などの慢性呼吸器感染症」が最も割合が高く、それぞれ、22.6%、19.2%であった。

図表 2-154 Q2-10・Q3-10 救急搬送となった原因疾患名

	合計	脳梗塞	脳出血	多発性 脳梗塞	くも膜 下出血	硬膜下 血腫	硬膜下 血腫お よび脳 挫傷
看取り中の救急搬送	133 100.0%	8 6.0%	3 2.3%	1 0.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
看取り対応中以外の 救急搬送	1,614 100.0%	99 6.1%	32 2.0%	0 0.0%	3 0.2%	16 1.0%	4 0.2%

	合計	その他 の脳血 管疾患	高血圧 症（認 知症や 脳血管 障害な ど他の 病態を 伴わな い）	慢性心 不全	心筋梗 塞	狭心症	不整脈
看取り中の救急搬送	133 100.0%	0 0.0%	1 0.8%	9 6.8%	2 1.5%	0 0.0%	0 0.0%
看取り対応中以外の 救急搬送	1,614 100.0%	3 0.2%	3 0.2%	88 5.5%	22 1.4%	2 0.1%	6 0.4%

	合計	心房細 動	その他 の心疾 患	閉塞性 動脈硬 化症	その他 の中枢 または 末梢血 管の疾 患	アルツ ハイマ ー型認 知症	脳血管 性認知 症
看取り中の救急搬送	133 100.0%	3 2.3%	0 0.0%	1 0.8%	1 0.8%	1 0.8%	0 0.0%
看取り対応中以外の 救急搬送	1,614 100.0%	7 0.4%	44 2.7%	4 0.2%	8 0.5%	5 0.3%	0 0.0%

(続き)

	合計	レビー 小体型 認知症	下記以 外の認 知症 (脳血 管性・ アルツ ハイマ ー型・ 混合 型・レ ビー小 体型・ ピック 病)	前頭・ 側頭葉 型認知 症(ピ ック病 等)	混合型 認知症	まだ確 定診断 のつい ていな い認知 症	うつ病
看取り中の救急搬送	133 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
看取り対応中以外の 救急搬送	1,614 100.0%	1 0.1%	1 0.1%	1 0.1%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.1%

	合計	統合失 調症	その他 の精神 疾患	パーキ ンソン 病	パーキ ンソン 病以外 の脊髄 小脳変 性疾患	症候性 てんかん、 てんかん	その他 の中樞 神経疾 患
看取り中の救急搬送	133 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.8%	0 0.0%
看取り対応中以外の 救急搬送	1,614 100.0%	0 0.0%	2 0.1%	4 0.2%	0 0.0%	22 1.4%	2 0.1%

	合計	末梢神 経疾患	糖尿病 (認知 症や脳 血管障 害など 他の病 態を伴 わない)	栄養障 害	肥満	脂質異 常症 (高脂 血症)	甲状腺 機能障 害
看取り中の救急搬送	133 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
看取り対応中以外の 救急搬送	1,614 100.0%	1 0.1%	10 0.6%	8 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

(続き)

	合計	その他の代 謝・内 分泌疾 患	脊髄損 傷	脊柱管 狭窄症	変形性 脊椎症	下肢の 変形性 関節症 (股関 節・膝 関節)	上肢の 変形性 関節症 (肩関 節・肘 関節)
看取り中の救急搬送	133 100.0%	1 0.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
看取り対応中以外の 救急搬送	1,614 100.0%	8 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.1%	0 0.0%

	合計	大腿骨 の骨折 (手術 を行った)	大腿骨 以外の 骨折 (手術 を行った)	骨折 (保存 的治療 のみ)	骨粗し ょう症	関節リ ウマチ	関節リ ウマチ 以外の 全身性 結合組 織障害
看取り中の救急搬送	133 100.0%	5 3.8%	0 0.0%	3 2.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
看取り対応中以外の 救急搬送	1,614 100.0%	122 7.6%	11 0.7%	34 2.1%	2 0.1%	0 0.0%	0 0.0%

	合計	筋、軟 部組織 の障害	気管支 喘息	肺気腫 等慢性 閉塞性 肺疾患
看取り中の救急搬送	133 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 2.3%
看取り対応中以外の 救急搬送	1,614 100.0%	1 0.1%	5 0.3%	6 0.4%

(続き)

	合計	誤嚥性・吸引性(不顕性)肺炎などの慢性呼吸器感染症	急性呼吸器感染症	その他肺および胸膜など呼吸器の疾患	腎不全(慢性・急性を含む)	尿路結石症など尿路の疾患	尿路感染症(膀胱炎など)
看取り中の救急搬送	133 100.0%	30 22.6%	12 9.0%	5 3.8%	3 2.3%	0 0.0%	3 2.3%
看取り対応中以外の救急搬送	1,614 100.0%	310 19.2%	85 5.3%	51 3.2%	28 1.7%	18 1.1%	71 4.4%

	合計	乳房・女性生殖器・骨盤臓器の疾患	前立腺肥大症などの男性生殖器の疾患	胃・食道疾患	小腸・大腸の疾患	肝胆膵の疾患	ヘルニア
看取り中の救急搬送	133 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 5.3%	6 4.5%	1 0.8%
看取り対応中以外の救急搬送	1,614 100.0%	0 0.0%	1 0.1%	21 1.3%	79 4.9%	83 5.1%	8 0.5%

	合計	肛門の疾患	その他の消化器の疾患(腹膜、口腔、唾液腺、顎等を含む)	悪性新生物	良性新生物およびその他特定されない新生物	緑内障・白内障などの眼およびその付属器の疾患	耳および乳様突起の疾患
看取り中の救急搬送	133 100.0%	0 0.0%	1 0.8%	5 3.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
看取り対応中以外の救急搬送	1,614 100.0%	1 0.1%	11 0.7%	19 1.2%	1 0.1%	1 0.1%	0 0.0%

(続き)

	合計	疥癬・蜂窩織炎・白癬等感染症	水疱症(天疱瘡・類天疱瘡等)	アレルギー性皮膚疾患	褥創	皮膚の外傷およびその他の皮膚疾患	感染症
看取り中の救急搬送	133 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.8%	0 0.0%
看取り対応中以外の救急搬送	1,614 100.0%	10 0.6%	1 0.1%	0 0.0%	2 0.1%	3 0.2%	18 1.1%

	合計	貧血	貧血以外の血液・免疫および凝固系の疾患	周産期や小児期の疾患の後遺症(脳性麻痺、精神発達遅滞を含む)	先天奇形・変形および染色体異常	損傷、中毒及びその他の外因の影響	PTCA等心臓手術の既往
看取り中の救急搬送	133 100.0%	1 0.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
看取り対応中以外の救急搬送	1,614 100.0%	8 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	8 0.5%	0 0.0%

	合計	ペースメーカー装着者	気管切開状態	透析	尿道カテーテル留置や人工膀胱状態	経鼻胃管や胃瘻等経管栄養状態	HBVキャリア
看取り中の救急搬送	133 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
看取り対応中以外の救急搬送	1,614 100.0%	1 0.1%	0 0.0%	0 0.0%	4 0.2%	3 0.2%	0 0.0%

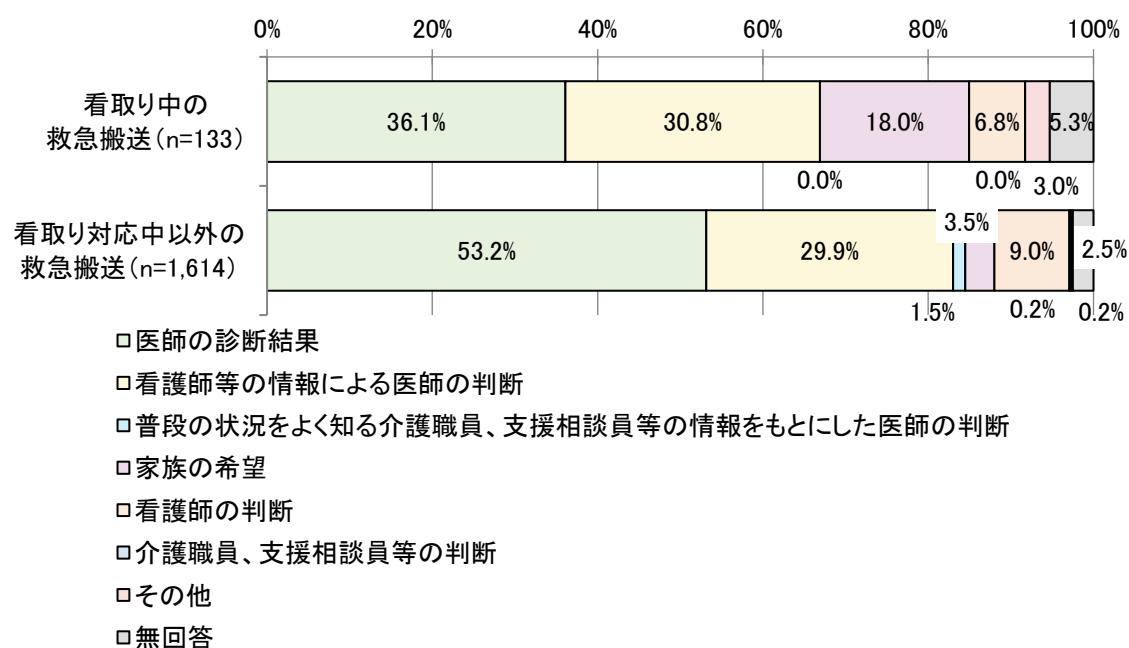
(続き)

	合計	HCV キ ャリア	褥創	片麻痺	失語	片麻 痺・失 語以外 の高次 機能障 害	無回答
看取り中の救急搬送	133 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	17 12.8%
看取り対応中以外の 救急搬送	1,614 100.0%	0 0.0%	2 0.1%	4 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	226 14.0%

⑫ 救急搬送の判断

救急搬送の判断については、「看取り中の救急搬送」、「看取り対応中以外の救急搬送」とともに「医師の診断結果」による判断の割合が最も高く、それぞれ、36.1%、53.2%であった。次いで割合が高かったのはいずれも「看護師等の情報による医師の判断」で、それぞれ、30.8%、29.9%であった。

図表 2-155 Q2-11・Q3-11 救急搬送の判断



※その他の具体的な回答

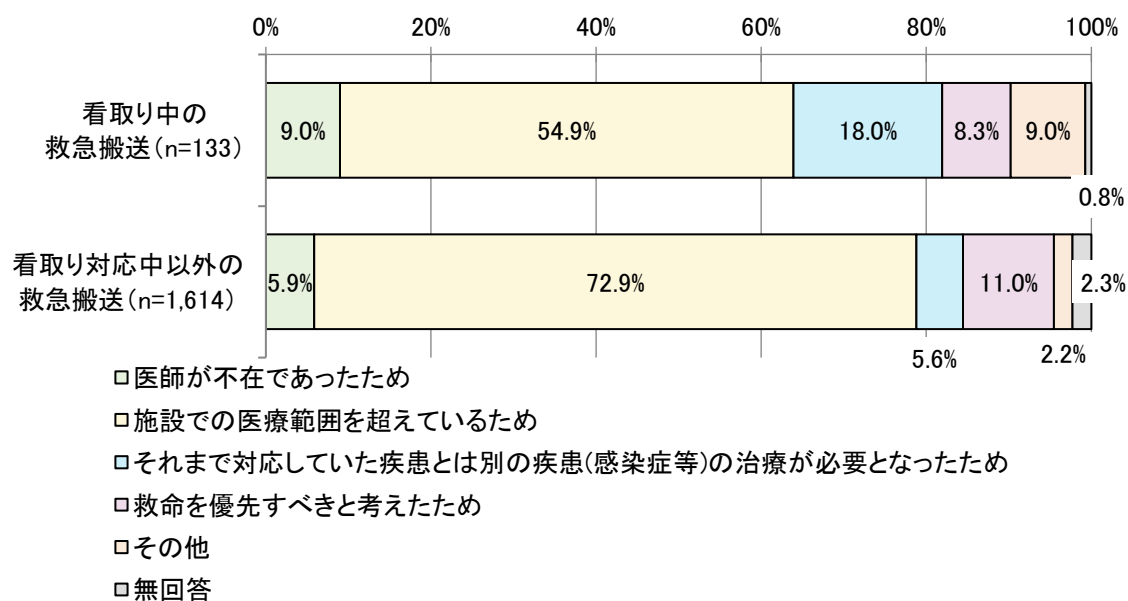
看取り中の救急搬送：「医師へ電話報告した結果」「本人の希望」など

看取り対応中以外救急搬送：「夜勤看護師」「本人の希望」「併設病院医師」「入所時、医師が家族と話をし、結果、DNR同意なし急変時救急搬送指示だった」「先方の医療機関と状態を相談して判断」「医師不在のため協力病院の医師の診断による」など

⑬ 救急搬送の理由

対象者を救急搬送した理由について、「看取り中の救急搬送」では、「施設での医療範囲を超えているため」が 54.9%で最も割合が高く、次いで「それまで対応していた疾患とは別の疾患（感染症等）の治療が必要となったため」が 18.0%であった。「看取り対応中以外の救急搬送」では、「施設での医療範囲を超えているため」が 72.9%で最も割合が高く、次いで「救命を優先すべきと考えたため」が 11.0%であった。

図表 2-156 Q2-12・Q3-12 救急搬送を判断した理由



※その他の具体的な回答

看取り中の救急搬送：「本人の希望」「家族の希望」「急な状態変化があった為」など

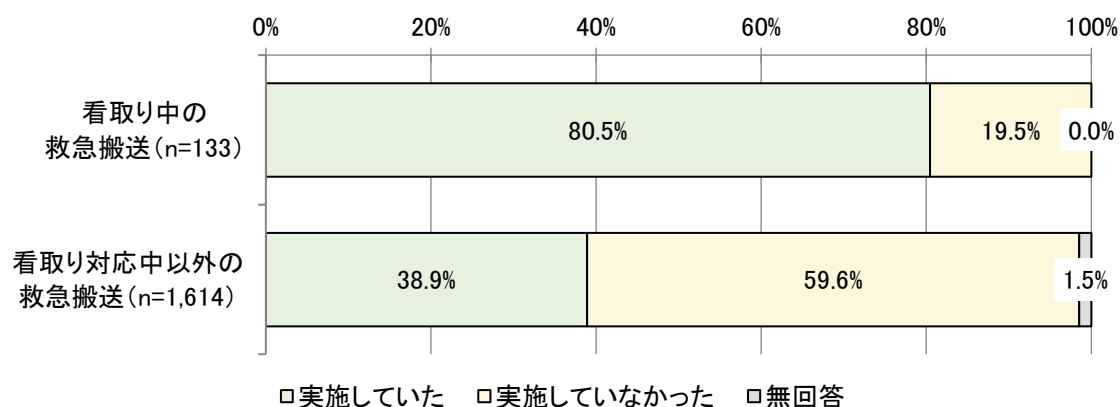
看取り対応中以外の救急搬送：「家族の希望」「病院の指示」「状態悪化のため」「看取りの話し合いをしていないため」など

⑭ ACP の実施状況

対象者に ACP を実施していたかについて、「看取り中の救急搬送」では、「実施していた」が 80.5%で最も割合が高く、次いで「実施していなかった」が 19.5%であった。

「看取り対応中以外の救急搬送」では、「実施していなかった」が 59.6%で最も割合が高く、次いで「実施していた」が 38.9%であった。

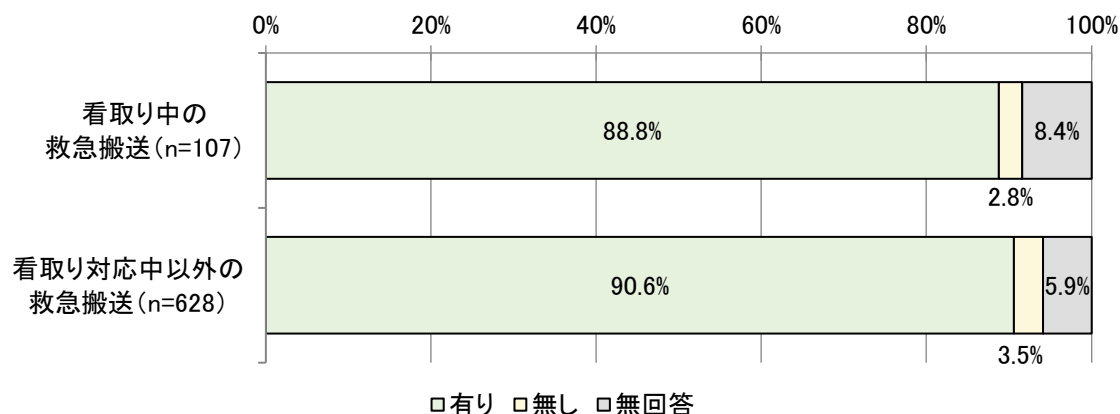
図表 2-157 Q2-13・Q3-13 ACP の実施状況



1) ACP への家族の参加

対象者に ACP を実施していた場合に、家族が参加していたかを尋ねた。結果は「看取り中の救急搬送」、「看取り対応中以外の救急搬送」とともに家族の参加「有り」が最も割合が高く、それぞれ、88.8%、90.6%であった。「無し」はそれぞれ、2.8%、3.5%であった。

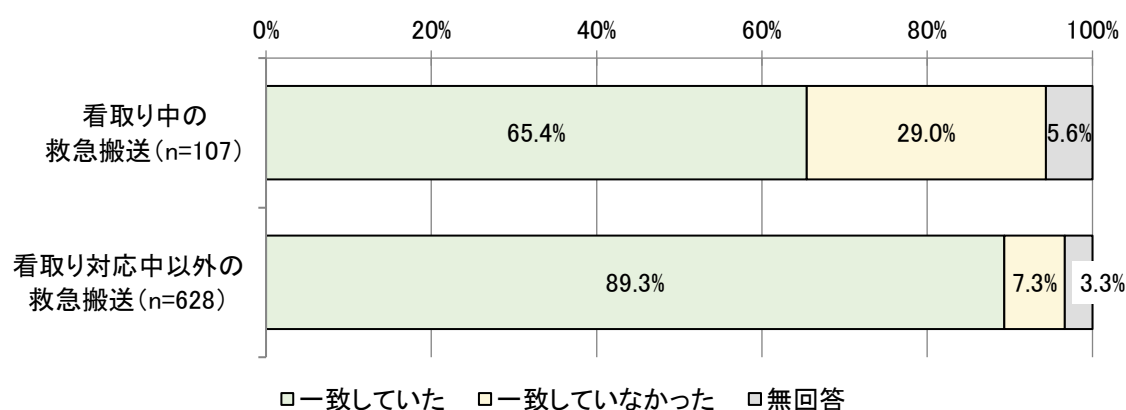
図表 2-158 Q2-13・Q3-13 家族等の参加の有無



⑮ ACP で決まった方針と救急搬送の判断の合致状況

対象者に ACP を実施していた場合に、ACP で決まった方針と救急搬送の判断が一致していたかを尋ねた。結果は、「看取り中の救急搬送」、「看取り対応中以外の救急搬送」とともに「一致していた」方が割合が高く、それぞれ、65.4%、89.3%であった。「一致していなかった」は、それぞれ、29.0%（31 件）、7.3%（46 件）であった。

図表 2-159 Q2-14・Q3-14 ACP で決まった方針と救急搬送の判断の一致状況



以下で ACP で決まった方針と救急搬送の判断が一致していなかった状況における特色をみていく。

○ACP の実施状況

- ・看取り中・看取り対応中以外ともに、ACP についての理解や実施状況についての差は認められなかった。

○本人の状態

- ・要介護度：看取り対応中以外において、ACP で決まった方針と救急搬送の判断が一致していなかった場合に、一致していた場合より、やや要介護 1、要介護 2 が高い傾向があった。
- ・救急搬送となった原因疾患：看取り中は、一致していた場合、「誤嚥性・吸引性（不顕性）肺炎などの慢性呼吸器感染症」がやや高く、一致していなかった場合に「慢性心不全」がやや高かった。
- ・救急搬送となった原因疾患：看取り対応中以外で、一致していた場合、「大腿骨の骨折（手術を行った）」がやや高く、一致していなかった場合は「脳梗塞」がやや高かった。

○救急搬送について

- ・医療機関への救急搬送の判断：看取り中・看取り対応中以外ともに一致していなかった場合に、「家族の希望」が一致していた場合より高かった。

- ・救急搬送を判断した根拠、理由：看取り中・看取り対応中以外とも一致していなかった場合に「施設での医療範囲を超えていた」が一致していた場合より低かった。
- ・救急搬送された医療機関でのその後の状況：看取り中・看取り対応中以外とも一致していなかった場合は「死亡」が一致していた場合より高い割合で、「もとの老健施設へ再び入所」の割合が低かった。
- ・看取り対応についての方針：看取り中・看取り対応中以外とも一致していなかった場合は「看取り対応はしない方針である」が一致していた場合より高かった。

【ACPの実施状況】

図表 2-160 （看取り中の救急搬送） ACP で決まった方針と救急搬送の判断の一致状況別

【施設票】ACP 理解

看取り中の救急搬送	合計	【施設票】Q8-1 ACP について、理解していますか		
		理解している	理解していない	無回答
全体	133 100.0%	122 91.7%	10 7.5%	1 0.8%
一致していた	70 100.0%	67 95.7%	2 2.9%	1 1.4%
一致していなかった	31 100.0%	29 93.5%	2 6.5%	0 0.0%

図表 2-161 （看取り対応中以外の救急搬送） ACP で決まった方針と救急搬送の判断の

一致状況別 【施設票】ACP 理解

看取り対応中以外の救急搬送	合計	【施設票】Q8-1 ACP について、理解していますか		
		理解している	理解していない	無回答
全体	1,614 100.0%	1,417 87.8%	173 10.7%	24 1.5%
一致していた	561 100.0%	494 88.1%	52 9.3%	15 2.7%
一致していなかった	46 100.0%	42 91.3%	4 8.7%	0 0.0%

図表 2-162 （看取り中の救急搬送）ACP で決まった方針と救急搬送の判断の一致状況別

【施設票】ACP 実施状況

看取り中の救急搬送	合計	【施設票】Q8-2 どのくらいの入所者に対して ACP を実施していますか						
		必ず実施している (10割)	ほとんどの入所者(8割以上)に実施している	半分以上(5割以上)に実施している	半分未満に実施している(2~4割)	1割程度実施している	全く実施していない(0割)	無回答
全体	133 100.0%	31 23.3%	20 15.0%	2 1.5%	20 15.0%	34 25.6%	26 19.5%	0 0.0%
一致していた	70 100.0%	15 21.4%	11 15.7%	2 2.9%	10 14.3%	21 30.0%	11 15.7%	0 0.0%
一致していなかった	31 100.0%	6 19.4%	6 19.4%	0 0.0%	6 19.4%	8 25.8%	5 16.1%	0 0.0%

図表 2-163 （看取り対応中以外の救急搬送）ACP で決まった方針と救急搬送の判断の一致

状況別 【施設票】ACP 実施状況

看取り対応中以外の救急搬送	合計	【施設票】Q8-2 どのくらいの入所者に対して ACP を実施していますか						
		必ず実施している (10割)	ほとんどの入所者(8割以上)に実施している	半分以上(5割以上)に実施している	半分未満に実施している(2~4割)	1割程度実施している	全く実施していない(0割)	無回答
全体	1,614 100.0%	336 20.8%	202 12.5%	125 7.7%	197 12.2%	322 20.0%	404 25.0%	28 1.7%
一致していた	561 100.0%	120 21.4%	69 12.3%	46 8.2%	61 10.9%	117 20.9%	132 23.5%	16 2.9%
一致していなかった	46 100.0%	8 17.4%	6 13.0%	3 6.5%	7 15.2%	10 21.7%	12 26.1%	0 0.0%

図表 2-164 （看取り中の救急搬送）ACP で決まった方針と救急搬送の判断の一致状況別

【施設票】ACP・看取りに関して繰り返し話し合うか

看取り中の救急搬送	合計	【施設票】Q8-5 ACP・看取りに関する話し合いは、対象者ごとに、繰り返し行っていますか			
		繰り返し話し合いを行う人のほうが多い	繰り返し行う人を行わない人が半数程度ずつである	繰り返し行わない人のほうが多い	無回答
全体	107 100.0%	37 34.6%	29 27.1%	37 34.6%	4 3.7%
一致していた	59 100.0%	20 33.9%	14 23.7%	22 37.3%	3 5.1%
一致していなかった	26 100.0%	11 42.3%	8 30.8%	7 26.9%	0 0.0%

図表 2-165 （看取り対応中以外の救急搬送）ACP で決まった方針と救急搬送の判断の

一致状況別 【施設票】ACP・看取りに関して繰り返し話し合うか

看取り対応中以外の救急搬送	合計	【施設票】Q8-5 ACP・看取りに関する話し合いは、対象者ごとに、繰り返し行っていますか			
		繰り返し話し合いを行う人のほうが多い	繰り返し行う人を行わない人が半数程度ずつである	繰り返し行わない人のほうが多い	無回答
全体	1,182 100.0%	387 32.7%	380 32.1%	393 33.2%	22 1.9%
一致していた	413 100.0%	135 32.7%	143 34.6%	129 31.2%	6 1.5%
一致していなかった	34 100.0%	11 32.4%	10 29.4%	13 38.2%	0 0.0%

図表 2-166 （看取り中の救急搬送）ACP で決まった方針と救急搬送の判断の一致状況別

【施設票】ACP・看取りに関する話し合いへの多職種の参加状況

看取り中の 救急搬送	合計	【施設票】Q8-6 ACP・看取りに関する話し合いは、どのように行 っていますか				
		医師が単 独でご本 人やご家 族等と話 し合う	医師と多 職種がご 本人やご 家族等と 話し合う	医師以外の職 員が単独でご 本人やご家族 等と話し合う	医師以外 が多職種 でご本人 やご家族 等と話し 合う	無回答
全体	107 100.0%	2 1.9%	90 84.1%	3 2.8%	10 9.3%	2 1.9%
一致してい た	59 100.0%	1 1.7%	50 84.7%	2 3.4%	5 8.5%	1 1.7%
一致してい なかった	26 100.0%	0 0.0%	23 88.5%	1 3.8%	2 7.7%	0 0.0%

図表 2-167 （看取り対応中以外の救急搬送）ACP で決まった方針と救急搬送の判断の

一致状況別 【施設票】ACP・看取りに関する話し合いへの多職種の参加状況

看取り対応中 以外の救急搬 送	合計	【施設票】Q8-6 ACP・看取りに関する話し合いは、どのように行 っていますか				
		医師が単 独でご本人や ご家族等と 話し合う	医師と多職 種がご本人 やご家族等 と話し合う	医師以外の 職員が単 独でご本人 やご家族 等と話し 合う	医師以外 が多職種 でご本人 やご家 族等と話 し合う	無回答
全体	1,182 100.0%	32 2.7%	957 81.0%	75 6.3%	109 9.2%	9 0.8%
一致していた	413 100.0%	16 3.9%	333 80.6%	27 6.5%	34 8.2%	3 0.7%
一致してい なかった	34 100.0%	0 0.0%	29 85.3%	2 5.9%	3 8.8%	0 0.0%

図表 2-168 (看取り中の救急搬送) ACP で決まった方針と救急搬送の判断の一致状況別

【施設票】ACP・看取りに関する話し合いの主な内容

看取り中の救急搬送	合計	【施設票】Q8-7 ACP・看取りに関する話し合いの主な内容								
		ご本人の症状等について	ご本人の価値観や目標について	ご本人の気がかりについて	ご本人の医療・ケアに関する意向(人生の最終段階における医療・ケアの意向を含む)	ご本人の療養場所や最期を過ごす場所に関する意向	ご本人の意思を推定できる人の確認	療養生活でやりたいこと・会いたい人について	医療・ケアチームとしての方針について	無回答
全体	107 100.0%	96 89.7%	30 28.0%	32 29.9%	88 82.2%	85 79.4%	64 59.8%	44 41.1%	56 52.3%	4 3.7%
一致していた	59 100.0%	54 91.5%	19 32.2%	15 25.4%	48 81.4%	46 78.0%	31 52.5%	20 33.9%	30 50.8%	2 3.4%
一致していなかった	26 100.0%	21 80.8%	4 15.4%	10 38.5%	23 88.5%	20 76.9%	17 65.4%	13 50.0%	11 42.3%	1 3.8%

図表 2-169 (看取り対応中以外の救急搬送) ACP で決まった方針と救急搬送の判断の

一致状況別 【施設票】ACP・看取りに関する話し合いの主な内容

看取り 対応中 以外の 救急搬 送	合計	【施設票】 Q8-7 ACP・看取りに関する話し合いの主な内容									
		ご本 人の 症状 等につ いて	ご本 人の 価値 観や 目標 につ いて	ご本 人の 気が かり につ いて	ご本人 の医 療・ケ アに関 する意 向(人 生の最 終段階 における医 療・ケ アの意 向を含 む)	ご本人 の療養 場所や最 期を過 ごす場 所に関 する意 向	ご本人 の意思 を推定 できる 人の 確認	療養 生活で やりたい こと・ 会いた い人につ いて	医療・ ケアチ ームと しての 方針につ いて	その他	無回 答
全体	1,182 100.0%	1,088 92.0%	444 37.6%	401 33.9%	993 84.0%	878 74.3%	687 58.1%	565 47.8%	729 61.7%	15 1.3%	31 2.6%
一致し ていた	413 100.0%	387 93.7%	136 32.9%	130 31.5%	350 84.7%	305 73.8%	237 57.4%	186 45.0%	242 58.6%	0 0.0%	8 1.9%
一致し ていな かった	34 100.0%	30 88.2%	10 29.4%	11 32.4%	30 88.2%	25 73.5%	14 41.2%	14 41.2%	21 61.8%	1 2.9%	1 2.9%

【本人の状態】

図表 2-170 （看取り中の救急搬送） ACP で決まった方針と救急搬送の判断の一致状況別
要介護度

看取り中の救急搬送	合計	Q2(3) 要介護度						
		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	区分変更申請中	無回答
全体	133 100.0%	4 3.0%	24 18.0%	20 15.0%	41 30.8%	42 31.6%	1 0.8%	1 0.8%
一致していた	70 100.0%	3 4.3%	13 18.6%	10 14.3%	19 27.1%	24 34.3%	0 0.0%	1 1.4%
一致していなかった	31 100.0%	1 3.2%	6 19.4%	5 16.1%	10 32.3%	8 25.8%	1 3.2%	0 0.0%

図表 2-171 （看取り対応中以外の救急搬送） ACP で決まった方針と救急搬送の判断の
一致状況別 要介護度

看取り対応中以外の救急搬送	合計	Q2(3) 要介護度						
		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	区分変更申請中	無回答
全体	1,614 100.0%	152 9.4%	293 18.2%	390 24.2%	448 27.8%	271 16.8%	7 0.4%	53 3.3%
一致していた	561 100.0%	47 8.4%	92 16.4%	140 25.0%	164 29.2%	92 16.4%	4 0.7%	22 3.9%
一致していなかった	46 100.0%	6 13.0%	12 26.1%	6 13.0%	9 19.6%	9 19.6%	0 0.0%	4 8.7%

図表 2-172 (看取り中の救急搬送) ACP で決まった方針と救急搬送の判断の一致状況別

医療機関へ救急搬送となった原因疾患名

看取り中の救急搬送	合計	Q2(10)1 医療機関へ救急搬送となった原因疾患名							
		誤嚥性・吸引性(不顕性)肺炎などの慢性呼吸器感染症	急性呼吸器感染症	慢性心不全	脳梗塞	小腸・大腸の疾患	肝胆膵の疾患	大腿骨の骨折(手術を行った)	その他肺および胸膜など呼吸器の疾患
全体	133 100.0%	30 22.6%	12 9.0%	9 6.8%	8 6.0%	7 5.3%	6 4.5%	5 3.8%	5 3.8%
一致していた	70 100.0%	20 28.6%	7 10.0%	1 1.4%	5 7.1%	4 5.7%	3 4.3%	3 4.3%	4 5.7%
一致していなかった	31 100.0%	6 19.4%	4 12.9%	5 16.1%	2 6.5%	1 3.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

	合計	Q2(10)1 医療機関へ救急搬送となった原因疾患名							
		悪性新生物	脳出血	心房細動	骨折(保存的治療のみ)	肺気腫等慢性閉塞性肺疾患	腎不全(慢性・急性を含む)	尿路感染症(膀胱炎など)	心筋梗塞
全体	133 100.0%	5 3.8%	3 2.3%	3 2.3%	3 2.3%	3 2.3%	3 2.3%	3 2.3%	2 1.5%
一致していた	70 100.0%	4 5.7%	1 1.4%	1 1.4%	2 2.9%	1 1.4%	2 2.9%	1 1.4%	0 0.0%
一致していなかった	31 100.0%	0 0.0%	2 6.5%	0 0.0%	1 3.2%	0 0.0%	1 3.2%	2 6.5%	0 0.0%

図表 2-173 (看取り対応中以外の救急搬送) ACP で決まった方針と救急搬送の判断の

一致状況別 医療機関へ救急搬送となった原因疾患名

看取り 対応中 以外の 救急搬 送	合計	Q2(10)1 医療機関へ救急搬送となった原因疾患名							
		誤嚥 性・ 吸引 性(不 顕性) 肺炎 など の慢 性呼 吸器 感染 症	大腿 骨の 骨折 (手術 を行 った)	脳梗 塞	慢性 心不 全	急性 呼吸 器感 染症	肝胆 脾の 疾患	小腸・ 大腸 の疾 患	尿路 感染 症(膀 胱炎 など)
全体	1,614 100.0%	310 19.2%	122 7.6%	99 6.1%	88 5.5%	85 5.3%	83 5.1%	79 4.9%	71 4.4%
一致し ていた	561 100.0%	104 18.5%	44 7.8%	25 4.5%	30 5.3%	41 7.3%	34 6.1%	23 4.1%	29 5.2%
一致し ていな かった	46 100.0%	9 19.6%	1 2.2%	5 10.9%	2 4.3%	4 8.7%	1 2.2%	1 2.2%	1 2.2%

	合計	Q2(10)1 医療機関へ救急搬送となった原因疾患名							
		その 他肺 およ び胸 膜な ど呼 吸器 の疾 患	その 他の 心疾 患	骨折 (保存 的治 療の み)	脳出 血	腎不 全(慢 性・ 急性 を含 む)	心筋 梗塞	症候 性て んか ん、 てん かん	悪性 新生 物
全体	1,614 100.0%	51 3.2%	44 2.7%	34 2.1%	32 2.0%	28 1.7%	22 1.4%	22 1.4%	19 1.2%
一致し ていた	561 100.0%	18 3.2%	18 3.2%	16 2.9%	7 1.2%	12 2.1%	5 0.9%	8 1.4%	7 1.2%
一致し ていな かった	46 100.0%	1 2.2%	1 2.2%	1 2.2%	0 0.0%	0 0.0%	2 4.3%	1 2.2%	0 0.0%

【救急搬送の状況】

図表 2-174 （看取り中の救急搬送） ACP で決まった方針と救急搬送の判断の一致状況別

救急搬送の判断方法

看取り中の 救急搬送	合計	Q2(11) 医療機関への救急搬送の判断はどのように決めましたか							
		医師 の診 断結 果	看護 師等 の情 報に よる 医師 の判 断	普段の状 況をよく 知る介護 職員、支 援相談員 等の情報 をもとに した医師 の判断	家族 の希 望	看護 師の 判断	介護 職員、 支援 相談員 等の判 断	その 他	無回 答
全体	133 100.0%	48 36.1%	41 30.8%	0 0.0%	24 18.0%	9 6.8%	0 0.0%	4 3.0%	7 5.3%
一致してい た	70 100.0%	27 38.6%	26 37.1%	0 0.0%	9 12.9%	2 2.9%	0 0.0%	2 2.9%	4 5.7%
一致してい なかった	31 100.0%	12 38.7%	7 22.6%	0 0.0%	10 32.3%	1 3.2%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.2%

図表 2-175 （看取り対応中以外の救急搬送） ACP で決まった方針と救急搬送の判断の

一致状況別 救急搬送の判断方法

看取り対応中 以外の救急搬 送	合計	Q2(11) 医療機関への救急搬送の判断はどのように決めましたか							
		医師 の診 断結 果	看護 師等 の情 報に よる 医師 の判 断	普段の状 況をよく 知る介護 職員、支 援相談員 等の情報 をもとに した医師 の判断	家族 の希 望	看護 師の 判断	介護 職員、 支援 相談員 等の判 断	その 他	無回 答
全体	1,614 100.0%	858 53.2%	482 29.9%	24 1.5%	57 3.5%	146 9.0%	3 0.2%	4 0.2%	40 2.5%
一致していた	561 100.0%	311 55.4%	154 27.5%	14 2.5%	20 3.6%	46 8.2%	2 0.4%	0 0.0%	14 2.5%
一致していな かった	46 100.0%	19 41.3%	9 19.6%	1 2.2%	13 28.3%	2 4.3%	0 0.0%	1 2.2%	1 2.2%

図表 2-176 (看取り中の救急搬送) ACP で決まった方針と救急搬送の判断の一致状況別

救急搬送を判断した理由

看取り中の救急搬送	合計	Q2(12) 救急搬送を判断した根拠、理由					
		医師が不在であったため	施設での医療範囲を超えているため	それまで対応していた疾患とは別の疾患(感染症等)の治療が必要となったため	救命を優先すべきと考えたため	その他	無回答
全体	133 100.0%	12 9.0%	73 54.9%	24 18.0%	11 8.3%	12 9.0%	1 0.8%
一致していた	70 100.0%	4 5.7%	43 61.4%	14 20.0%	4 5.7%	4 5.7%	1 1.4%
一致していなかった	31 100.0%	3 9.7%	13 41.9%	7 22.6%	3 9.7%	5 16.1%	0 0.0%

図表 2-177 (看取り対応中以外の救急搬送) ACP で決まった方針と救急搬送の判断の

一致状況別 救急搬送を判断した理由

看取り対応中以外の救急搬送	合計	Q2(12) 救急搬送を判断した根拠、理由					
		医師が不在であったため	施設での医療範囲を超えているため	それまで対応していた疾患とは別の疾患(感染症等)の治療が必要となったため	救命を優先すべきと考えたため	その他	無回答
全体	1,614 100.0%	95 5.9%	1,177 72.9%	91 5.6%	178 11.0%	36 2.2%	37 2.3%
一致していた	561 100.0%	27 4.8%	422 75.2%	40 7.1%	51 9.1%	10 1.8%	11 2.0%
一致していなかった	46 100.0%	1 2.2%	26 56.5%	5 10.9%	6 13.0%	7 15.2%	1 2.2%

図表 2-178 （看取り中の救急搬送） ACP で決まった方針と救急搬送の判断の一致状況別

救急搬送された医療機関でのその後の状況

看取り中の救急搬送	合計	Q2(17) 救急搬送された医療機関でのその後の状況						
		入院継続中	退院し在宅へ	死亡	もとの老健施設へ再び入所	別の施設等へ転所	その他	無回答
全体	133 100.0%	12 9.0%	0 0.0%	58 43.6%	57 42.9%	4 3.0%	6 4.5%	0 0.0%
一致していた	70 100.0%	6 8.6%	0 0.0%	27 38.6%	33 47.1%	2 2.9%	5 7.1%	0 0.0%
一致していなかった	31 100.0%	4 12.9%	0 0.0%	17 54.8%	8 25.8%	2 6.5%	1 3.2%	0 0.0%

図表 2-179 （看取り対応中以外の救急搬送） ACP で決まった方針と救急搬送の判断の

一致状況別 救急搬送された医療機関でのその後の状況

看取り対応中以外の救急搬送	合計	Q2(17) 救急搬送された医療機関でのその後の状況						
		入院継続中	退院し在宅へ	死亡	もとの老健施設へ再び入所	別の施設等へ転所	その他	無回答
全体	1,614 100.0%	408 25.3%	15 0.9%	368 22.8%	697 43.2%	78 4.8%	68 4.2%	12 0.7%
一致していた	561 100.0%	143 25.5%	5 0.9%	114 20.3%	253 45.1%	28 5.0%	32 5.7%	1 0.2%
一致していなかった	46 100.0%	6 13.0%	1 2.2%	14 30.4%	17 37.0%	3 6.5%	5 10.9%	0 0.0%

図表 2-180 （看取り中の救急搬送）ACP で決まった方針と救急搬送の判断の一致状況別

【施設調査票】看取り対応方針

看取り中の救急搬送	合計	【施設調査票】Q7 看取り対応についてどのような方針をお持ちですか						
		積極的に、看取り対応をしていきたい	積極的ではないが、希望があれば看取り対応をしていきたい	看取り対応には、どちらかというと消極的	看取り対応はしない方針である	特に方針は定めていない	その他	無回答
全体	133 100.0%	51 38.3%	54 40.6%	7 5.3%	17 12.8%	2 1.5%	1 0.8%	1 0.8%
一致していた	70 100.0%	28 40.0%	29 41.4%	1 1.4%	8 11.4%	2 2.9%	1 1.4%	1 1.4%
一致していなかった	31 100.0%	11 35.5%	11 35.5%	3 9.7%	6 19.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

図表 2-181 （看取り対応中以外の救急搬送）ACP で決まった方針と救急搬送の判断の

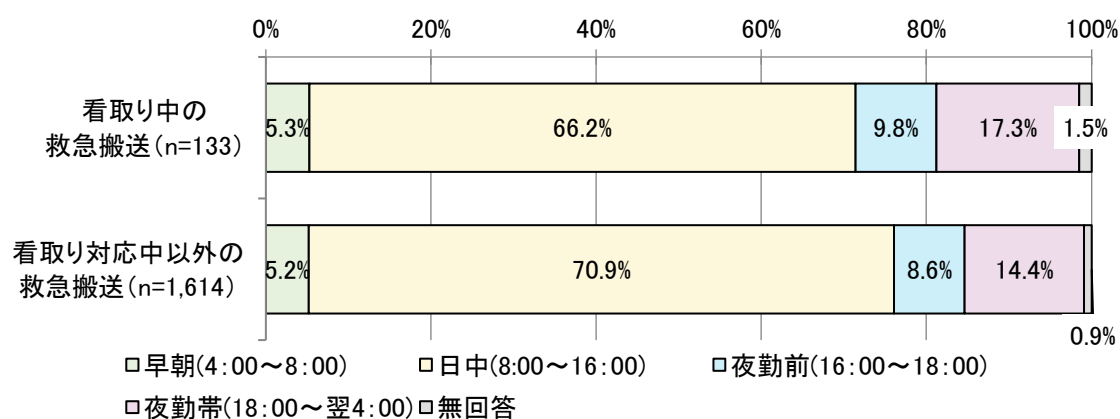
一致状況別 【施設調査票】看取り対応方針

看取り対応中以外の救急搬送	合計	【施設調査票】Q7 看取り対応についてどのような方針をお持ちですか						
		積極的に、看取り対応をしていきたい	積極的ではないが、希望があれば看取り対応をしていきたい	看取り対応には、どちらかというと消極的	看取り対応はしない方針である	特に方針は定めていない	その他	無回答
全体	1,614 100.0%	621 38.5%	647 40.1%	93 5.8%	186 11.5%	40 2.5%	13 0.8%	14 0.9%
一致していた	561 100.0%	218 38.9%	216 38.5%	37 6.6%	61 10.9%	15 2.7%	6 1.1%	8 1.4%
一致していなかった	46 100.0%	9 19.6%	22 47.8%	3 6.5%	11 23.9%	1 2.2%	0 0.0%	0 0.0%

⑩ 救急搬送した時間帯

対象者を救急搬送した時間帯は、「看取り中の救急搬送」、「看取り対応中以外の救急搬送」とともに「日中（8:00～16:00）」が最も割合が高く、それぞれ、66.2%、70.9%であった。次いで割合が高かったのはいずれも「夜勤帯（18:00～翌4:00）」で、それぞれ、17.3%、14.4%であった。

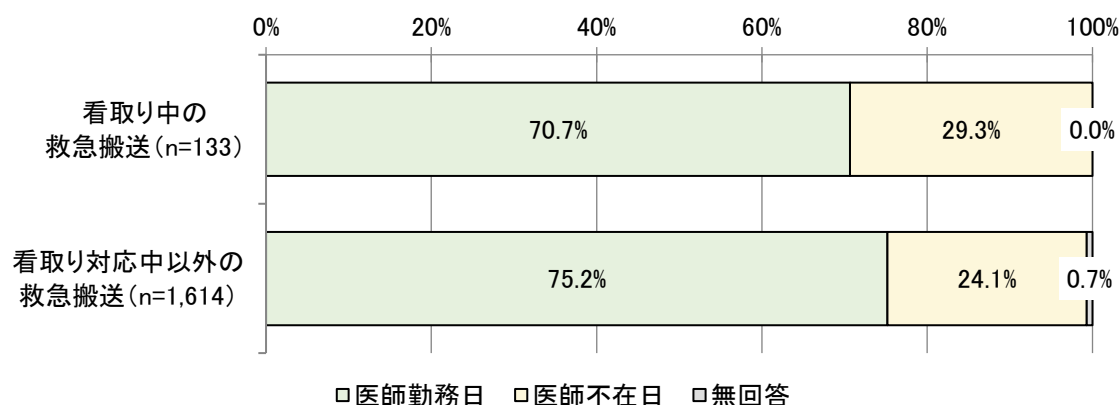
図表 2-182 Q2-15・Q3-15 救急搬送した時間帯



⑪ 救急搬送した時の医師の勤務状況

対象者を救急搬送した時の医師の勤務状況は、「看取り中の救急搬送」、「看取り対応中以外の救急搬送」とともに「医師勤務日」が最も割合が高く、それぞれ、70.7%、75.2%であった。「医師不在日」は、それぞれ、29.3%、24.1%であった。

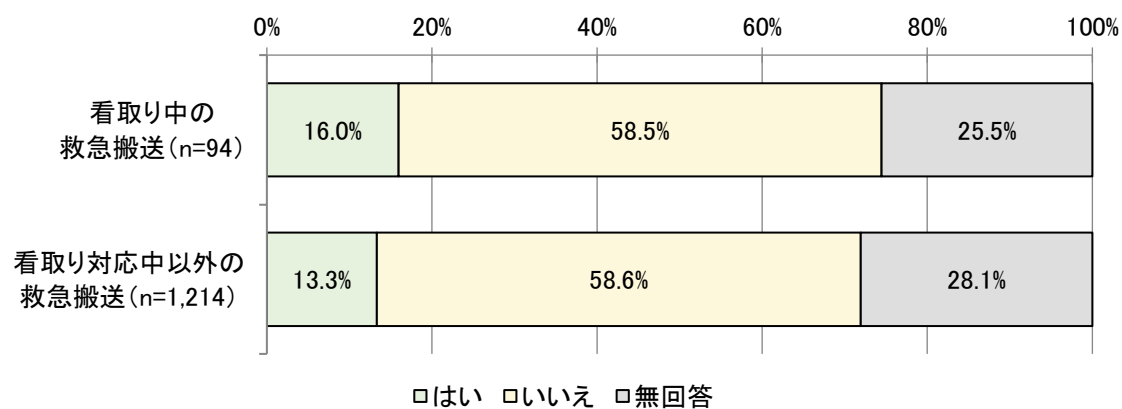
図表 2-183 Q2-16・Q3-16 救急搬送した医師の勤務状況



1) 医師不在日前日か

医師勤務日に、対象者を救急搬送した場合、その日が医師の不在日前日であったかを尋ねた。結果は、「看取り中の救急搬送」、「看取り対応中以外の救急搬送」とともに、医師不在前日ではない（「いいえ」）が最も割合が高く、それぞれ、58.5%、58.6%であった。医師不在日（「はい」）は、それぞれ、16.0%、13.3%であった

図表 2-184 Q2-16-1・Q3-16-1 医師不在日前日でしたか

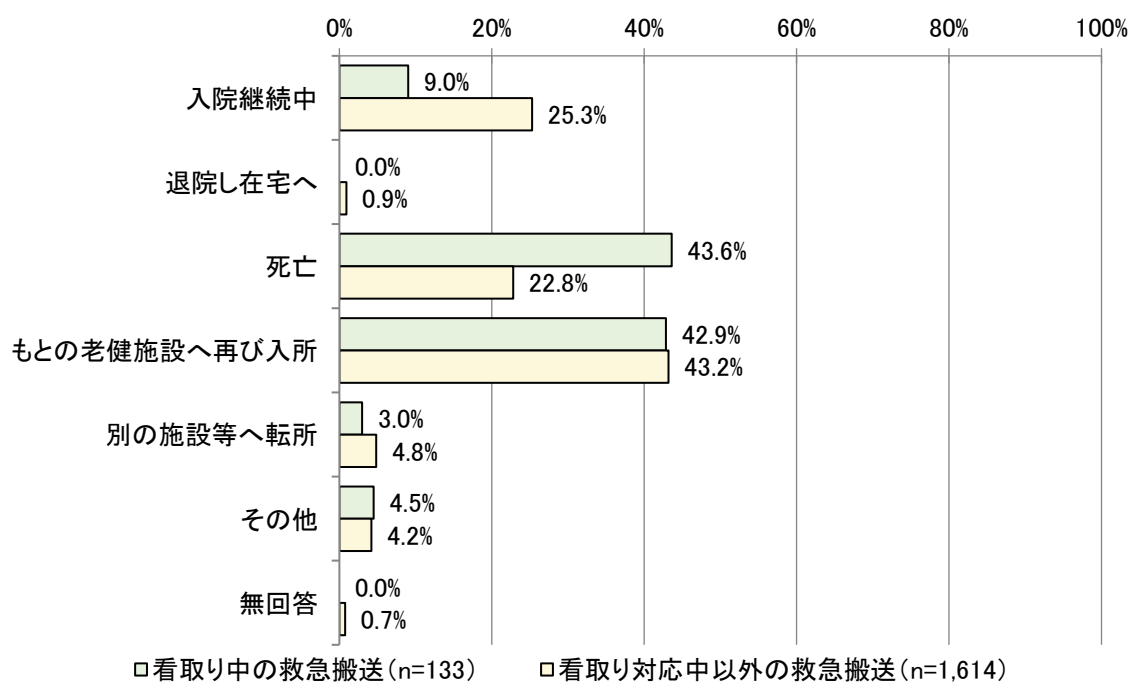


⑩ その後の状況

搬送された利用者のその後の状況については、「看取り中の救急搬送」では、「死亡」が43.6%で最も割合が高く、次いで「もとの老健施設へ再び入所」が42.9%であった。

「看取り対応中以外の救急搬送」では、「もとの老健施設へ再び入所」が43.2%で最も割合が高く、次いで「入院継続中」が25.3%であった。

図表 2-185 Q2-17・Q3-17 救急搬送された医療機関でのその後の状況：複数回答



※その他の具体的な回答

看取り中の救急搬送：「別の医療機関に転院後死亡」「別の医療機関に転院」「不明」など

看取り対応中以外の救急搬送：「別の医療機関に転院」「入院せず施設に戻る」「入院中」「不明」など

第 3 章 インタビュー結果

1. 介護老人保健施設A

POINT

- 老健で対応できる医療行為の内容について、本人・家族が理解できるように医師から説明することにより、看取り期に本人・家族が望まないような救急搬送を防ぐことができている。
- プレターミナルACPを重視し、最終段階(延命)についてだけ話し合うのではなく、どこまで治療・医療介入を行うのか等を話し合う場と捉えて、状態が悪化する前の早い段階から実施するよう努めている。
- ACP=会議ではなく、日常のケアを通じて、入所者の希望を聞き取り、ライフプランに生かしている。

施設の概要

- 施設類型：超強化型
- 所在地：東海北陸地方
- 定員：約100人
- 職員体制：医師1.1人／看護職員11.6人／介護職員37.8人
支援相談員(利用者100人当たり) 4人
- 併設病院・協力医療病院等
 - 協力医療機関：3か所。他にも、協定書を交わしていないものの協力関係にある施設が数力所あり。
 - 併設の無床診療所もあるが、主たる協力病院は関連法人以外の病院(急性期150床、地域包括ケア病棟50床)。以前から同施設とは密に情報共有していたが、令和6年の介護報酬改定以降、月一度の定期会議を実施することにより、連携関係が深化した。
- その他の特徴
 - 職員間の情報共有、家族との連絡、ケアプランの作成・共有にはICTツールを活用。他施設とのオンライン会議にも利用。

看取りへの対応

- 看取りの対応方針：積極的に対応
- 令和5年10月～令和6年9月の死亡退所者数：28名／ターミナルケア加算 算定者数：27名
- 看取り目的の入所は、在宅または医療機関で療養していた患者が摂食・嚥下機能低下となって紹介されてくるケースがほとんど。ただし、医療機関からの紹介の中には、老健でのケア(好みの食事への切り替え、多剤投与の中止等)により経口摂取が可能になり、結果的に看取りが不要になるというケースも少なくない。
- 看取りのための体制整備：以前はACPに関する研修を個人レベルで受講していた。現在は、看取りの経験を職員間で共有したり、自組織の取り組みを学会等で発表したりしている。

救急搬送の実態

看取り期以外
の救急搬送
(看取り期の
救急搬送事例
なし)

- 具体的な場面：転倒、重度のてんかん発作等
- 老健で可能な医療行為はすべて対応。このため、基本的には本人・家族の希望があれば救急搬送せずに自組織で対応する(痛みコントロールが必要な悪性腫瘍の看取りを含む)。

1. 介護老人保健施設A

ACPについての考え方

- 本人の意思を優先する(ただし、そのためには認知機能の正確な把握が不可欠)。本人だけでなく家族にも説明することで、より納得いく意思決定を支援する。
- 看取り期だけでなくそれより前に必要となる医療介入等についても、早い段階から(状態悪化前に)話し合うプレターミナルACPを実施。
- ACPの実施状況は5割程度。

ACPの実施時期・方法

入所後
(入所時は
ACP実施せず)

- 参加者:本人／家族／医師／看護職員／支援相談員
- 最初に本人、その後に家族と話す(本人の認知・意思がしっかりしている場合)。本人が認知症中期(中等度)以上の場合、相談員から前もって情報提供する等、十分な準備をしたうえで話し合いの機会を設定している。
- 高齢者に起こりうる病状および老健で対応できる医療の説明を行う。そのうえで、老健で対応できない場合に救急搬送するかどうかを話し合う(老健で実施できる医療で助からない場合、その状況を寿命ととらえてよいかの確認をする)。
- ACP“会議”だけでなく、日常のケアを通じて、入所者本人の好み・価値観を本人・家族から聞き取り、職員間で共有し、ケアに生かしている。

状態悪化時
看取り期

- 参加者:家族／医師等
- 以前はかなり状態が悪くなってからACPを行っていたが、現在は状態が悪化する前に実施している。ただし、本人が元気な時に話すことで、抵抗感を抱く家族がいるため、家族が覚悟できそうなタイミングで実施している。

ACP実施時のポイント・工夫

- ✓ **プレターミナルACPという考え方**
看取り期だけでなく、どこまでの治療・医療介入を行うかを、早い段階で話し合うようにする。
- ✓ **本人の意思を尊重した話し合い**
家族の意見に本人の意思が反映されていないケースや、家族間で意見が異なるケースも少なくないため、医師も本人・家族とともに一緒に考えるという姿勢で話し合いに加わる。また、身寄りのない人には後見人を付ける等の対応をとる。
- ✓ **日常のケアを通じた情報収集・プランニング**
ACP“会議”としてではなく、日常のケアを通じて、入所者本人の好み・価値観を本人・家族から聞き取り、職員間で共有しケアに生かす。

効果

- プレターミナルACPという考え方を導入することで、本人・家族が望まないような救急搬送を防ぐことにつながった。
- 職員の看取りに関する意識が醸成され、施設でのターミナル期をその人らしく過ごすことができる入所者が増えた(部屋に思い出の写真を飾る、好きな曲・動画を流す等)。

今後の課題

- DNARに限定したACPではなく、包括的なライフプランについて、可能な限り早期から(時間軸)、どのような医療・ケアを望むかについて(価値観軸)、話し合うことが重要。
- 日本では、死＝縁起の悪いこと、デリケートなことから捉えられており、家族内で議論しにくいテーマ。日本の文化・信念(ビリーフ)に配慮したACPの在り方を検討する必要性あり(終活としてのACP等)。

2. 介護老人保健施設B

POINT

- 入所前に、介護老人保健施設の役割や、老健でできる医療、できない医療に加えて、老年期に必要な医療・ケアについても予め丁寧に説明し、理解を得ている。
- ACPでは、明確な事前指示を得るよりは、医療・ケアチームが利用者にとっての最善を検討し、家族と方針を決められるように、情報を得ることを重視している。
- 話し合いでは、医師のリーダーシップの下で、他の専門職の意見や、家族の考えをふまえて、チームとして納得できる方針を探すことを基本方針としている。

施設の概要

- 施設類型：基本型
- 所在地：近畿地方
- 定員：約100人
- 職員体制：医師1.0人／看護師9.4人／介護職員26.7人
支援相談員(利用者100人当たり)2.0人
- 併設病院・協力医療病院等
 - 地域の3つの病院を協力医療機関として指定。
 - 併設病院は精神科のみであるため、連携は稀である。
- その他の特徴
 - 医師は1名だが、老人保健施設の経験を豊富に持ち、24時間オンコール体制をとっている。

看取りへの対応

- 看取りの対応方針：積極的に対応
- 令和5年10月～令和6年9月の死亡退所者数：38名／ターミナルケア加算 算定者数：10名
- 平成30年頃から看取りに関して施設内で話し合いを開始。当初は手探りで進めていたが、現在は、昨年交代した施設長のリーダーシップのもとでACPを実践しつつ、看取り対応を行っている。

救急搬送の実態

看取り期以外の救急搬送

- 具体的な場面：骨折／気胸／吐血(輸血が必要な場合)／黄疸、など
- 救急搬送の要否は、医師が利用者の状況を見て判断している。基本的には、負担の少ない処置で回復が見通せる場合には、救急搬送を行う。
- 一方で、非常に高度な医療などは、その後の回復を考慮すると、必ずしも高齢の利用者の利益にならない場合もあるため、多くの場合、家族に十分に説明したうえで、救急搬送せずに施設内でできる範囲の医療で対応する方針をとっている。

看取り期の救急搬送

- 看取り期に救急搬送を行うケースはほとんどない。
- 看取り期の対応については、老人保健施設でできるケアを家族に説明して、理解を得ており、施設内で穏やかに看取っている。

ACPについての考え方

- 家族での介護が難しくなって施設に入ることが多いため、入所時から施設は看取りの場として意識されており、早い段階から最期を見据えた話し合いを行っている。
- 医療やケアに関わる意思決定支援では、医師を中心に、医療・ケアチームが利用者にとっての最善を判断し、それを本人や家族に丁寧に説明したうえで、理解を得ることを基本としている。
- 医師を含めた職員が日頃から入所者とコミュニケーションをとっており、日々のやりとりの中で本人の希望や、考え方など大事な情報を聞き取ることも重視している。

2. 介護老人保健施設B

ACPの実施時期・方法

入所前

- 参加者: 家族／医師／看護部長／介護主任／支援相談員
- 入所相談時に、家族に対して、介護保険制度や介護老人保健施設の役割、可能な医療的処置について十分に説明。施設で最期まで看取ることが可能な旨も伝える。
- また、緊急時や看取り期の対応では、医療・ケアチームが責任をもって利用者にとって最善の方法を考えること、家族にも方針決定に協力してほしいことを説明している。

入所時

- 参加者: 利用者／家族／医師／看護職員／介護職員／支援相談員／介護支援専門員／リハビリ職員／栄養士
- 入所時に、本人と家族、施設の専門職で集まり、今後のケアについて話し合いを行う。明示的な事前指示を得ることを目指すのではなく、いざという時に、医療・ケアチームが最善を考え、家族と方針を決定していけるように、情報を引き出す。

入所後

- 参加者: 利用者／医師／看護師／介護士等、家族／医師／看護師等
- 医師は毎朝回診を行い、利用者の体調や、ケアの希望を把握。看護師、介護士なども日々のケアの中で、利用者から昔の話や、好きなこと、今後の意向を聞き取ることがあり、大事な情報はカルテに書き込んでいる。
- 家族とは面会時に随時情報共有をしている。

状態悪化時 看取り期

- 参加者: 家族／医師／看護職員／介護士
- 利用者の状態とケアの方針を丁寧に説明し、家族をサポート。また、利用者と長く一緒に過ごしたいなど、家族の希望も聞き取って、施設としてできる限り対応する。

ACP実施時のポイント・工夫

- ✓ **話し合う際は時間にゆとりを持たせ、利用者、家族が意見を言いやすいように配慮**
とりわけ、医師に余裕がない態度だと、利用者や家族は意見を述べるのを遠慮してしまう。そのため、ACP実施時には、1時間は時間を確保し、本人の希望についてや、医療・ケアの方針をゆっくり話し合っている。
- ✓ **医療・ケアチームが専門性を発揮し最善を検討**
医療やケアの方針は、医師等が十分な説明をしなければ選べないが、入所前にACPが行われているケースはあまりなく、また、施設入所時には認知症が進んでしまい、本人の意向が明確には分からない場合が多い。そのため、本人や家族から得られた情報を基に、状況に応じて、最善の方法を医療・ケアチームが判断し、家族に提案することで、意思決定をサポートしている。
- ✓ **皆が合意できることを重視**
利用者の意向が必ずしも明確でない中で、話し合いを行ったり、方針を決めたりするときには、利用者をサポートする各専門職の意見、家族の考えなどをふまえ、医師のリーダーシップの下で、チーム皆が利用者にとってよいと思えるような選択肢を探るようにしている。

効果・今後の課題

- 入所相談時から、医師を中心として医療・ケアチームが丁寧に説明を行い、利用者や家族と信頼関係を構築できているため、方針決定における課題はなく、穏やかに看取ることができている。
- 介護老人保健施設では、詳細な検査を行うことができないため、限られた情報の中で、利用者の状態を把握し、方針を話し合う必要がある。これにはスキルが必要であるため、医師が介護老人保健施設に来る前に、予め身に付けておく必要がある。

3. 介護老人保健施設C

POINT

- 入所相談時に、施設で作成したフォーマットを用いてACPを導入。入所前に主治医等の支援の下で話し合いの機会を持ってもらえるように促し、何度も多様な専門職と話し合う機会をつくる。
- 認知症の程度によらず、必ず利用者と話し合い、本人の意向や希望を引き出す。本人の意思を中心に、最善の方針を家族と医療・ケアチームで一緒に考える。
- 利用者・家族が馴染みのない治療は、動画を見ながら説明し、理解を深めてもらうことで、意思決定をサポート。

施設の概要

- 施設類型：超強化型
- 所在地：東海北陸地方
- 定員：約200人
- 職員体制：医師2.4人／看護職員26.1人／介護職員64.7人
支援相談員(利用者100人当たり)3.9人
- 併設病院・協力医療病院等
 - 協力医療機関は、施設から30分圏内にある病院
 - 系列病院へは車で50分ほどかかるため利用は少ない。
- その他の特徴
 - 常勤、非常勤を合わせて6名の医師が勤務しており、多様な専門科をカバー

看取りへの対応

- 看取りの対応方針：積極的に対応
- 令和5年10月～令和6年9月の死亡退所者数：46名／ターミナルケア加算 算定者数：38名
- 平成30年頃から看取り体制を整備。支援相談員や看護師が外部研修でACPを学び、施設でも実践し始めた。

救急搬送の実態

看取り期以外の救急搬送

- 具体的な場面：詳細な検査が必要な時／輸血が必要な場合(大量の下血等)／緩和ケアや鎮静が必要な場合
- 救急搬送の要否は、医師が家族と相談し、ACPでの話し合いをふまえて判断する。
- 看取り期にない場合は、治療の余地があり、本人にとってメリットが大きいならば病院に搬送する方がよいと考えている。

看取り期の救急搬送

- 看取り期に救急搬送を行うケースはほとんどない。
- ACPを丁寧に実施しており、家族の意向が一致しないケースや、本人と家族の意向が食い違うケースも経験していない。
- ACPを行うようになってから、利用者や家族と話し合っ方方針をあらかじめ決めておくことができるため、救急搬送を行うケースは減少。

ACPについての考え方

- 施設入所前から、利用者の状況を一番よく知っている主治医や看護師と話し合いの機会を持ってもらえるように支援。
- ACPの際には、介護老人保健施設の特徴や可能な医療処置、施設で対応が難しいことを丁寧に説明。
- 本人の認知機能の状況に関わらず、利用者と話し合い、希望や意向をくみ取って、本人にとって最善の方針を検討する。

3. 介護老人保健施設C

ACPの実施時期・方法

入所前

- 参加者：家族／支援相談員
- 入所相談時に、ACPを開始。利用者は認知症の方が多いため、まずは家族に本人の意向を確認したり、今後考えていきたいことを説明する。
- これまで家族と本人と話し合いをしたことがない場合は、入所前に、主治医の支援の下で、一度話し合うように促す。

入所時

- 参加者：利用者／医師／看護職員 ⇒ 家族／医師／看護職員／支援相談員／（利用者）
- 入所時に、必ず医師が利用者と話し合い、意向や大まかな希望、大切にしたいことなどを聞き出す。
- 本人の意向を基に、家族と今後の方針を再度話し合う。可能であれば本人も同席。

入所後 (1カ月)

- 参加者：家族／支援相談員／利用者
- 入所時の話し合いで方針が決まらないときには、支援相談員が中心となって、繰り返し面談を行い、意思決定支援をサポート。
- 医師の説明などが記憶にあるうちに、話し合いを進める。

状態悪化時 看取り期

- 参加者：家族／医師／看護職員／支援相談員
- 入所中に定期的にACPを見直すことはしていない。患者の状態が変わったタイミングや、看取り期などには、可能な限り家族に状況を説明し、方針を再確認。

ACP実施時のポイント・工夫

- ✓ **動画の活用**
経鼻栄養や中心静脈栄養など、馴染みのない治療は公開されている動画を見せながら説明。
- ✓ **本人中心の話し合い**
家族の役割が大きくなるときには、「利用者が元気で話し合えとしたり何を望むと思うか、どのような回答をしたと思うか」と問いかけて、負担を和らげ、本人の意思を推定してもらえるように促す。
- ✓ **専門職の役割分担**
医師は医療に関わる部分を説明、看護師は利用者・家族の理解を助けつつ、事例等の情報を提供、支援相談員は家族の悩みを受け止めながら、話し合いを整理し、意思決定を支援。
- ✓ **フォーマットの活用**
職員によって話し合いの進め方がばらついたり、話し合うべき項目が抜けないように、フォーマットを作成し活用。自由記述欄は少なくし、選択式をベースとすることで記載項目を統一。フォーマットは施設職員の他、家族にも共有し、いつでも振り返られるようにしている。

効果・今後の課題

- 動画も活用し、医師、看護師、支援相談員が丁寧に説明を行い、話し合うことで、方針を決められないケースが少なくなった。
- また、ACPを行っていることで、本人の希望に反するような看取り期の救急搬送件数が減少、穏やかに施設内で看取ることができている。
- ACPはあくまで一時点での決定なので、急変時等にはできるだけ家族と連絡をとり再度方針を確認したいが、連絡がつかない場合には迷うこともある。

3. 介護老人保健施設C

【参考】治療・延命に関する意向確認書(様式1)

- 入所説明時に本資料を基に今後話したいことを導入。入所時までに考えてきてもらう。
- ①～⑥を決めることが難しい利用者には、まずは「これからの治療・ケアに関する話し合い」(様式1-1)を活用し、話し合うことで意思決定支援をサポート。

(様式1)

【治療・延命に関する意向確認書】

入所者	様	生年月日	大・昭	年	月	日
① 突然の心停止、呼吸停止が起こった場合、高度な医療・延命措置を希望されますか？	・希望する（人工呼吸器、その他：） ・希望しない					
② 治療や延命について、ご本人の意向を聞いたことはありますか？	・聞いたことがある ・聞いたことがない (当施設ではご本人に延命治療の意向を確認します)					
③ 感染症等に罹患した場合、どこでの治療を希望されますか？	・ での治療を希望したい (抗生剤点滴、一時的な酸素療法などを行うことができます) ・ 医療機関での治療を希望したい					
④ 食事や水分を飲み込むことができなくなった場合、右記の延命処置を希望されますか？	・ 経鼻栄養（希望する／希望しない／不明） ・ 胃ろう（希望する／希望しない／不明） ・ 中心静脈栄養（希望する／希望しない／不明） ・ 末梢点滴（希望する／希望しない／不明） ※ 不明は後日面談を行います					
⑤ 最期をどこで迎えたいと考えていますか？	・ 介護施設 ・ 自宅 ・ その他（）					
⑥ 心停止・呼吸停止に病院への搬送を希望されますか？	・ 希望する ・ 希望しない（様式1-2を記入）					

上記のご回答について、いつでもご変更の受付致しますので、ご遠慮なくお申出ください。

令和 年 月 日

氏名 (関係)

【説明者】

氏名 (職種)

3. 介護老人保健施設C

【参考】これからの治療・ケアに関する話し合い(様式1-1)

- ACPをしたことがなかったり、利用者の状態悪化時について考えることが難しい場合に、本資料を活用する。
- この資料を作成しながら、再度「治療・延命に関する意向確認書」(様式1)を検討してもらう。

(様式 1-1)

これからの治療・ケアに関する話し合い

ACP=人生会議

1. 病名や病状、予測される今後の経過

[]

2. 病状が悪化した際、どのような治療やケアを望みますか？

- ☐ 延命を最も重視した治療：人工呼吸器や集中治療室での治療など心身に大きなつらさや負担を伴う処置を受けても、できる限り長く生きることを重視した治療を受ける。
- ☐ 延命効果を伴った基本的、一般的な内科医療：人工呼吸器や集中治療室での治療など心身に大きなつらさや負担を伴う処置までは希望しないが、その上で少しでも長く生きるための治療を受ける。
- ☐ 快適さを重視した治療：治療による延命効果を期待するよりも、できる限り苦痛の緩和や快適な暮らしを大切にしたい治療を受ける。

[]

3. 病状が悪化した際に、してほしい治療やケア、これだけはしてほしくないという治療やケアにはどのようなものがありますか？

① してほしい治療やケア

[]

② してほしくない治療やケア

[]

4. その他

[]

令和 年 月 日

利用者氏名 _____

身元引受人氏名 _____

【話し合い同席者】

医師： _____

看護職： _____

支援相談員： _____

3. 介護老人保健施設C

【参考】当施設における心停止・呼吸停止時の体制の説明書(様式1-2)

- 「治療・延命に関する意向確認書」(様式1)で心停止・呼吸停止時に病院への搬送を「希望しない」と回答した方に、施設での看取り体制を説明するときに利用。
- なお、看取り期には別様式(非掲載)の資料を用いて、施設で行う医療やケアについて再度丁寧に説明を行う。

(様式1-2)

当施設における心停止・呼吸停止時の体制の説明書

当施設での心停止・呼吸停止時の体制について、下記の通り説明させていただきます。

- ① 医師は平日の昼間のみ勤務をしています。夜間心停止・呼吸停止となった場合、翌朝医師が死亡確認します。
- ② 日曜・祝日・年末年始など医師は勤務していません。医師が駆けつけるまでに時間を要することにご理解ください。
- ③ 夜間帯に呼吸停止なされ、駆け付けられる際は、少人数・短時間をお願いします。その後のご来所は、午前8時以降でお願いします。

令和 年 月 日

説 明 者

氏 名 : (所属)

上記内容の説明を受け同意致します。

令和 年 月 日

利 用 者 :

身元引受人 : (続柄)

4. 介護老人保健施設D

POINT

- 入所相談時に、家族と話し合い、急変時の搬送希望・延命治療の希望を確認。
- その後は日々のケアの中で、利用者の希望や意向を拾い上げ、状態が変化した際や、悪化した際のケア方針の決定に生かす。
- 利用者・家族と多専門職が揃って話し合う場を繰り返し設けるわけではないが、必要なケアに変化が生じたタイミングで、医師、看護職員等が家族の意向を確認している。

施設の概要

- 施設類型：超強化型
- 所在地：東北地方
- 定員：約60人
- 職員体制：医師0.8人／看護職員6.5人／介護職員20.5人
支援相談員(利用者100人当たり)3.5人
- 併設病院・協力医療病院等
 - 医師が併設病院の院長を兼務しており、検査等で受診することもある。また、併設病院に入院していた方が、施設に入所されることも多い。
 - 4カ所の協力病院があり、うち1カ所とは月に1回会議を行い、情報共有することで、連携を深めている。
- その他の特徴
 - 看取り期やACPの研修は特に行っていないが、新たに配属した職員には、老人保健施設の仕組み、できること、できないことをその都度説明している。

看取りへの対応

- 看取りの対応方針：積極的ではないが、希望があれば看取り対応をしていきたい
- 令和5年10月～令和6年9月の死亡退所者数：8名／ターミナルケア加算 算定者数：8名
- 希望があれば看取りを見据えた入所も受けるが、超強化型であるため、在宅復帰する方も多い。ただし、医師が他の施設の往診や、外来受診した方に、看取りの対応が必要であると感じる場合など、地域で看きれなくなった方を施設で受け入れることもある。
- また、看取り期のケアは、利用者を中心に据えて行っている。たとえば、利用者が家で過ごしたいといった希望を持っていることも多いので、状態が安定していて外泊ができるタイミングで自宅に帰れるように支援するなどしている。
- 基本的には看取りの対応を行うが、疼痛管理が必要な場合には施設での看取りは難しく、病院などに転院してもらう必要がある。

救急搬送の実態

看取り期以外の救急搬送

- 具体的な場面：骨折／脳梗塞／消化管出血／イレウス／急性腹症
- 病院が併設されているため、施設で対応できることも多く、医師が不在であること等を理由に救急搬送を行うことはない。
- 看取り期にない場合には、救命を優先し、利用者の状況や、家族の希望をふまえて協力医療機関に搬送している。

看取り期の救急搬送

- 看取り期に、モルヒネ等を利用した緩和ケアが必要となった場合や、家族が希望した場合は救急搬送することにしており、必要時には看護師等から医師に相談の上、指示を仰ぐ。
- ACPを実施していても、家族の意向が変わることがあり、その場合にはその気持ちを尊重し、対応を決めている。

4. 介護老人保健施設D

ACPについての考え方

- 入所者の半数程度は、入所前から併設病院等を通じて関わりがあり、関係構築ができている他、家族構成なども把握しているため、入所相談のタイミングで状態悪化時を見据えて延命治療の希望を聞く。
- 入所後は、利用者、家族、多専門職が揃って何度も会議を行うことは難しく、状況の変化があったときに、医師や看護師等が家族と都度話し合っている。
- その際には、職員が日々の生活の中で聞き取った、利用者の希望や意向を尊重しながら、家族と方針を決めている。

ACPの実施時期・方法

入所前

- 参加者：家族／医師／看護職員／介護支援専門員
- 入所相談時に、施設で可能な医療的処置を説明しながら、リスク説明書をベースに、大まかな救急搬送の希望、延命治療の希望のみ確認。
- 本人は認知症で話し合いが難しいことも多く、基本的には家族に参加してもらう。

入所後

- 参加者：利用者／介護支援専門員／看護職員／介護職員
- 入所後には、日々のケアの中で、利用者本人が示す思いや、希望を拾い上げる。
- 集めた情報はカルテ上に記録しており、担当者間で共有している。また、状態悪化時などに見返して、方針を決める際に参考にしている。

状態悪化時 看取り期

- 参加者：家族／医師／看護職員／介護支援専門員／支援相談員等
- 看護職員が利用者の状態悪化を捉えて、まずは利用者と日々関わってきたスタッフでカンファレンスを行う。そこで得られた情報をまとめて医師に共有し、家族と話し合う場を調整している。
- 家族との話し合いでは、医師が利用者の様子を共有し、施設で可能なケア、利用者に必要なケアを説明しながら、家族の意向を確認する。また、不安を抱えており、うまく理解できない場合もあるので、看護職員等がフォローしながら、様子を見て繰り返し説明の場を設けている。

ACP実施時のポイント・工夫

- ✓ **家族に繰り返し説明することを重視**
家族の中で方針が共有されていないことも多いため、特に看取り期などには、その都度何度も説明し、利用者の状況と、ケアの方針、施設でできること、できないことを理解してもらうようにしている。
- ✓ **多専門職の意識合わせ**
看護職員の視点と介護職員の視点が違うことで、異なる意見が出たときには、介護支援専門員が間に入って、利用者、家族の意向をあらためて整理して伝え、看護師長を中心に専門職間での意識合わせをしている。

効果・今後の課題

- 患者の状態が急変した時にも、事前に話し合いをしていることで、救急搬送するかどうか等、迷わずに対応できるようになった。
- 一方で、病院が併設されていることで、病院と同じような医療的ケアをしてもらえと思っている場合があり、理解を得づらい。
- 事前に話し合っているにもかかわらず、実際に状態が悪化した場面で、家族の気持ちや考えが変わることもある。また、延命治療と一口に言っても、種類も場面も様々であり、事前にどこまで話し合うことができるのか、状態が変わっていく中でどのようにACPを進めて行けばよいのか課題に思うこともある。

第 4 章 まとめと考察

現在の日本では、介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院する患者が75%となっている。また、当該医療機関が提供する医療の内容と、要介護者等の高齢者が求める医療の内容に乖離がある可能性が指摘されている。そこで本調査研究事業では、介護老人保健施設等における救急搬送の実態や、ACPを含めた意思決定支援等の実態について郵送調査およびインタビュー調査を実施した。また、ACPを含めた意思決定支援を実施する上では、ACPを実施するタイミングや対応する職員に加え、本人や家族の意思が変化することもふまえて繰り返し話し合うことが重要であることから、インタビュー調査を行うことで、意思決定支援の実態についての詳細を明らかにした。

この結果をもとに、介護老人保健施設等における適切な意思決定支援の在り方について、今後の施策検討に資する資料を作成することを目的とした。

以下では、本調査研究事業により把握した主な結果をまとめたのち、得られた示唆や、今後に向けた課題を考察する。

第 1 節 本調査研究事業により把握できた主な結果

1. 併設病院との関係、主たる協力病院との関係

回答施設においては、併設病院がある施設が 32.1%、併設していない同一法人・関連法人の病院がある施設が 30.7%であった。

主たる協力病院との関係は、「同一法人または関連法人以外の病院が主たる協力病院である」が 43.7%で最も割合が高く、次いで「併設病院が主たる協力病院である」「併設病院ではないが同一法人または関連法人の病院が主たる協力病院である」がそれぞれ 27.0%であった。

協力医療機関連携加算の算定について、「算定している」が 59.6%、「算定していない」が 38.6%であった。協力医療機関連携加算を算定している場合、「連携加算（Ⅰ）」が 85.4%、「連携加算（Ⅱ）」が 9.0%であった。

インタビューでも、いくつかの事例で、令和 6 年の介護報酬改定を受けて、協力医療機関と月に 1 回の定期会議を開催しており、それによって連携関係が深化したとの報告があった。

2. 施設内での医療対応の状況

令和 6 年 9 月の 1 カ月間で、1 人以上に所定疾患施設療養費の算定を行ったかについては、「算定した」が 75.3%、「算定しなかった」が 23.5%であった。

対象の 5 疾患について、発症した人が多かったのは、「尿路感染症」で 62.2%の施設で発症者が 1 人以上いた。回答施設の合計では 2,292 件発症があり、1 施設あたり、3.2 件であった。所定疾患施設療養費（Ⅰ）を算定した人数は回答施設の合計で 672 人、

所定疾患施設療養費（Ⅱ）を算定した人数は 1,530 人であった。

算定延べ日数（Ⅰ）は、所定疾患施設療養費（Ⅰ）の算定があった 194 施設の合計で 3,944 日、1 施設あたり平均 20.3 日、算定人数 1 人あたり平均 5.9 日であった。

算定延べ日数（Ⅱ）は、所定疾患施設療養費（Ⅱ）の算定があった 356 施設の合計で 9,408 日、1 施設あたり平均 26.4 日、算定人数 1 人あたり平均 6.1 日であった。

このように、所定疾患施設療養費の算定は十分に行われるようになっていることが示唆される。特に感染症対策に関する内容を含む研修の受講が必要条件となる所定疾患施設療養費（Ⅱ）の方が（Ⅰ）よりも 1 ヶ月あたりの算定日数が多いことから、研修受講をしている医師の方が施設内での感染症をはじめとした疾患に対して、積極的な治療を行い加算算定している可能性がある。

入所希望者の受け入れについてみると、「自施設で対応可能であり、過去に受け入れた実績がある」割合が比較的高いのは、「高血圧」が 97.3%で最も高く、「慢性心不全」（91.8%）、「ワルファリン等による脳梗塞の再発予防」（89.7%）が続いた。

「相当の検討を要する／対応できない」は、「急性腹症への対応」で 56.7%、「悪性腫瘍に伴う疼痛の管理」で 47.9%、「急性心不全発症への対応」で 47.0%と比較的高かった。

活発な BPSD を伴う認知症を有する方については、「悪性腫瘍に伴う疼痛の管理」、「BPSD のコントロール」「急性腹症への対応」、「急性心不全発症への対応」以外の項目について、「自施設で対応可能であり、過去に受け入れた実績がある」割合がおおむね 20 ポイント程度低くなる傾向がみられた。

医療処置等を要する方の入所希望があった際の対応については、「創傷の処置」「褥瘡の処置」「胃ろう」「口腔ケア」「喀痰吸引」は 85%以上の施設で「自施設で対応可能であり、過去受け入れた実績がある」と回答した。

「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」「抗悪性腫瘍剤（内服）の使用・管理」「麻薬の内服、貼付、坐剤の使用・管理」「経鼻・経管栄養」「認知症の BPSD に対する薬物治療（経口・注射）」「在宅酸素療法による酸素提供」「酸素ボンベその他の手法による酸素提供」は「自施設で対応可能であり、過去に受け入れた実績がある」が 23.4%～59.5%で、一方で「相当の検討を要する／対応できない」が 19.0%～54.7%と一定割合あった。これらの項目に関しては受け入れに関して、施設間で認識にばらつきがあることが示唆された。

「注射薬剤 3 種類以上の管理」「シリンジポンプの使用・管理」「輸血や血液製剤の使用・管理」「抗悪性腫瘍剤（注射剤のみ）の使用・管理」「麻薬（注射剤のみ）の使用・管理」「免疫抑制剤（注射剤のみ）の使用・管理」「昇圧剤（注射剤のみ）の使用・管理」「抗不整脈剤（注射剤のみ）の使用・管理」「抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用・管理」「ドレナージの管理」「無菌治療室での治療」「中心静脈栄養」はおおむね 7 割以上の施設が「相当の検討を要する／対応できない」と回答した。

3. 看取りに関する対応

看取りについての対応方針は、「積極的ではないが、希望があれば看取り対応をしていきたい」が 40.4%、「積極的に、看取り対応をしていきたい」が 39.5%であった。「看取り対応はしない方針である」が 10.8%であった。

施設類型別にみると「超強化型」は「積極的に、看取り対応をしていきたい」が 49.4%、「在宅強化型」で 46.2%と比較的高く、「加算型」では「積極的ではないが、希望があれば看取りをしていきたい」が 41.1%、「基本型」では 46.8%であった。

過去 1 年間の死亡退所者は「有り」の施設が 77.9%であった。

施設類型別にみると、いずれも「有り」のほうが「無し」より多かったが、「加算型」では「無し」が 14.6%、「基本型」では「無し」が 15.4%と他の施設類型に比べてやや高い傾向があった。

インタビューでは、複数の事例で平成 30 年頃から ACP を含めた看取り体制の整備を本格的に開始したとの回答がみられ、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂を契機に取組が進んだという指摘もあった。また、施設によっては、入所時から最期を看取することを想定して利用者を受け入れていたり、他の施設で看取り対応が難しくなったケースを引き受けているケースもあり、介護老人保健施設が地域の中で看取り期を支える役割を担っていることがうかがえた。

また、本調査では事例調査票を用いて過去 1 年以内に施設内で看取った事例について把握した。680 施設から 2,912 件の事例の回答を得た。

【看取り事例の主な結果】

- ・対象者の平均年齢は 91.3 歳であった。
- ・対象者の性別は、「男性」が 29.8%、「女性」が 69.4%であった。
- ・対象者の要介護度は、「要介護 5」が 33.5%で最も割合が高く、次いで「要介護 4」が 33.1%、「要介護 3」が 18.0%であった。
- ・対象者について、認知症高齢者の日常生活自立度は、「ランクⅢ」が 45.4%で最も割合が高く、次いで「ランクⅣ」が 21.8%、「ランクⅡ」が 21.0%であった。
- ・直近の入所期間は、「501 日～1,000 日」が 16.2%で最も割合が高く、次いで「101 日～200 日」が 14.5%、「1,001 日～2,000 日」が 13.4%であった。
- ・直近の平均入所期間は、634.1 日であった。
- ・入所延べ日数（再入所した場合は、総合計日数）は、平均 821.4 日であった。
- ・死亡診断書の疾患名は、「慢性心不全」が 7.1%で最も割合が高く、次いで「誤嚥性・吸引性（不顕性）肺炎などの慢性呼吸器感染症」が 6.8%、「悪性新生物」が 4.4%で

あった。

- ・その他の疾患は、「アルツハイマー型認知症」が 10.9%で最も割合が高く、次いで「脳梗塞」が 7.3%、「慢性心不全」が 6.3%であった。
- ・対象者に対する ACP の実施状況は、「実施していた」が 76.2%、「実施していなかった」が 22.4%であった。
- ・対象者の ACP を実施していた場合、家族が ACP に参加していたかを把握した。家族の参加状況は、参加「有り」が 89.7%、「無し」が 3.7%であった。
- ・対象者の ACP を実施していた場合、ACP で決まった方針と看取り期の対応が一致していたかをみると、「一致していた」が 96.4%、「一致していなかった」が 1.6%であった。

本調査から、要介護度が高く、入所期間が長い入所者に関して、ACP を行った上で、看取りを行っている症例が大多数を占めており、介護老人保健施設における看取り事例の実態が明らかになったと考える。

4. ACP の実施状況

ACP への理解について、「理解している」が 87.5%、「理解していない」が 9.7%であった。施設類型別にみると、いずれも「理解している」割合が 8 割を超えているものの、「基本型」では「理解していない」が 15.4%と他の施設類型に比べるとやや高い傾向があり、さらなる周知啓発が求められる。

入所者に対する ACP の実施状況について、「全く実施していない（0 割）」が 22.6%で最も割合が高く、次いで「必ず実施している（10 割）」が 21.5%、「1 割程度実施している」が 20.3%であった。看取り対応の方針別にみると「積極的に、看取り対応をしていきたい」施設では「必ず実施している（10 割）」が 26.6%と他の類型に比べるとやや高い傾向にあった。

ACP を「全く実施していない」と回答した場合に、実施しない理由を尋ねた。ACP を実施しない理由としては、「ACP を行うノウハウがないため」が 53.7%で最も割合が高く、次いで「ACP を行う必要がある入所者がいないため」が 23.2%であった。ACP について「理解している」と回答した者に限ってみても、45.1%が「ACP を行うノウハウがないため」、23.2%が「ACP を行う必要がある入所者がいないため」と回答した。ACP について理解しているとの回答が多かったものの、十分な理解に至っているかについては懸念がある。厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の前回改訂から 6 年が経ち、ACP という言葉の認知度や理念への理解度は高まっていることがうかがえた。一方で、実際に施設で ACP を実施するためには、概念的理解にとどまらない、より実践的なノウハウが必要とされており、さらなる啓発の必要性が示唆された。

ACP の施設内研修を行っているかについて、「実施している」が 36.3%、「実施していない」が 58.8%であった。

施設類型別にみると、おおむね全ての類型で「実施していない」が 5 割を超えていたが、「超強化型」では「実施している」が 42.6%で、他の類型よりやや高い傾向にあった。

また、看取りの対応方針別にみると、いずれも「実施していない」が 5 割を超えていたが、「積極的に、看取り対応をしていきたい」では「実施している」が 45.7%で、他よりやや高い傾向にあった。

管理医師調査票では医師の研修参加状況について尋ねた。

管理医師及び補助医師の研修受講状況は、「認知症短期集中リハビリテーション研修受講」が 54.3%、「老健管理医師総合診療研修受講」が 53.8%、「受講していない」が 24.6%であった。

また、管理医師調査票では ACP 情報の引継ぎ状況についても尋ねた。入所前に ACP 情報を入手するかについて、必ず入手するが 17.2%、可能な限り入手するが 40.1%であった。一方で、退所時に医療機関に ACP 情報を提供すると回答した者は 21.7%と少なく、現状では ACP 情報が施設退所時に途切れていることが示唆された。今後、地域の中で ACP 情報をどのように繋いでいくのか、ICT の活用も念頭に、介護老人保健施設も含めた情報連携の在り方について検討が必要である。

施設調査票において、ACP・看取りに関する話し合いの時期は、「状態悪化時に行う」が 77.0%で最も割合が高く、次いで「入所時に行う」が 59.4%、「看取り期に行う」が 58.1%であった。ACP の実施割合が高いほど、入所時に行う割合が高くなっており、ACP を「必ず実施している施設」では「入所時に行う」が 89.6%で「状態悪化時に行う」の 73.1%よりも高い割合であった。

利用者本人の意向や推定意思に沿ったより良いケアや看取り対応を行うためには、早い段階から多職種が本人や家族と方針を話し合っておくことが重要であるが、本調査結果では、入所時から ACP を行う施設が 6 割にとどまった点には留意したい。先述の通り、介護老人保健施設で利用者を看取った事例では、延べ入所日数の平均が 800 日を超え、長期間利用しているケースが多かった。入所時から看取り期まで、利用者の変化を受け止めつつ対応していくことが求められる点をふまえると、介護老人保健施設の ACP においては、状態が悪くなる前に、看取り期だけでなく、その前の段階も含めて、どのような医療的介入を希望するのか、話し合っておく必要があると考えられる（プレターミナル ACP）。

ACP・看取りに関する話し合いを繰り返し行っているかについては、「繰り返し話し合いを行う人のほうが多い」が 34.5%でもっとも割合が高く、次いで、「繰り返し行わない人のほうが多い」が 32.2%であった。

また、話し合いの内容としては、「ご本人の症状等について」が 91.7%でもっとも割合が高く、次いで「ご本人の医療・ケアに関する意向」が 85.1%であった。一方で、「ご本人の価値観や目標について」、「ご本人の気がかりについて」といった意思決定の基礎となるような本人に関するナラティブな内容は、それぞれ 38.3%、34.8%にとどまった。話し合いの中では、看取り期を含めた医療・ケアに関する意向の聞き取りに、より重きが置かれている現状がうかがえた。自己決定の基礎となる本人の価値観や気がかりといったナラティブな情報は、状態悪化時に改めて本人の意思を推定したり、事前指示の適応性を判断する上で有用であると考えられる。既に ACP を何らかの仕方で行っている施設が 8 割弱にのぼる現状をふまえ、今後は、ACP をどのようなタイミングで行い、何を話し合い、また、話し合った内容をどのように生かすのか、より具体的で実践的なノウハウについて、整理し、啓発していく必要があるだろう。

インタビューにおいては、入所相談の段階から ACP を開始し、入所後も繰り返し話し合いの機会を設けている事例が多かった。また、話し合いの場では、共通して介護老人保健施設において提供可能な医療の範囲が丁寧に説明されており、その上で、対応が難しい状況が生じた際に、どのような方針をとるかが話し合われていた。このプロセスの中には、看取り期だけでなく、看取り期より前の段階で、状態が変化した際の方針検討も含まれており、プレターミナル ACP も行われていた。

ACP の実施割合については、すべての利用者に実施していると回答した施設から、5 割程度と回答した施設まで幅があった。ACP を 5 割程度の利用者に実施している施設では、利用者がまだ元気な時期や、在宅復帰を見据えている時期には、状態悪化時や看取り期について考えることに抵抗感を抱くケースが多いため、利用者の状態に変化がみられたタイミングで ACP を開始していた。一方で、すべての利用者に ACP を実施しているという場合には、入所時のリスク説明等をきっかけに、急変時の対応や、看取り期の医療処置の希望について話し合いを始めていた。

また、利用者の認知機能が低下している場合がほとんどであるため、話し合いは家族を中心に行っている事例が多かった。ただし、意思決定における家族の役割が大きくなる場合でも、まずは本人の意向を汲み取るように努めている事例や、家族等に対して本人の意思の推定が重要であることを丁寧に説明している事例などが見られ、本人にとっての最善の利益を軸とした意思決定支援が重視されていた。

一方で、入所時には話し合いを行うものの、入所後は日々のケアの中でのやり取りや、状態悪化時の家族等への意向確認を中心とし、多職種で家族等と話し合う場を何度も設けることは難しいと回答した施設もあった。また、そうした施設では、状態悪化時や看取り期に、家族等の希望で ACP の方針とは一致しない対応を迫られるといった事例が聞かれた。医療・ケアチームが、利用者の状態が悪化する以前から、利用者、家族等と複数回話し合う場を持つことで、利用者の意思をより尊重したケアが可能となるだけでなく、家族等にとっても状態悪化時や看取り期に向けた心構えができると考えられ、繰り返し話し合いを行うことの意義が示唆された。

ただし、施設職員にとっての負担感は重要な課題であり、これを軽減しながら、より良い意思決定支援を行うにはどうすればよいのか、負担感を生み出す要因の分析と併せて、具体的な方策の検討が求められる。

5. 入所者の救急搬送

看取り期にあった入所者の救急搬送事例については、過去1年間に「あった」が23.5%、「なかった」が73.1%であった。

救急搬送事例は、日中（8：00～18：00）は、小計で1施設あたり平均18.0件であった。症状別では、「肺炎（誤嚥性肺炎含む）」が平均3.8件で最も多く、次いで「発熱（尿路感染症含む）」が2.5件であった。

夜間・早朝（18:00～翌8:00）は1施設あたり平均3.6件であった。「肺炎（誤嚥性肺炎含む）」が平均0.7件で最も多く、次いで「転倒および転落による外傷（打撲・出血等）」が平均0.6件であった。

救急搬送の判断に主に関わる職員は、早朝（4：00～8：00）および夜勤帯（18：00～翌4：00）においては看護職員がそれぞれ68.7%、69.5%で最も割合が高かった。日中（8：00～16：00）および夜勤前（16：00～18：00）においては医師がそれぞれ88.1%、73.8%で最も割合が高かった。

救急搬送を行う場合の理由は、「施設での医療範囲を超えているため」が97.4%で最も割合が高く、次いで「救命を優先すべきと考えたため」が62.2%、「それまで対応していた疾患とは別の疾患（感染症等）の治療が必要となったため」が54.8%、「医師が不在であったため」が33.5%であった。管理医師の主な応援体制別にみると、いずれも「施設の医療範囲を超えているため」が96%以上であったが、「単独で行っている（特定の応援体制は無い）」場合で「医師が不在であったため」が42.7%と、他に比べてやや高めの割合であった。

本調査では事例調査票を用いて過去1年以内に医療機関へ搬送した事例についても調査した。看取り中の救急搬送について、97施設から、133件の事例、看取り対応中以外の救急搬送については、616施設から1,614件の事例の回答を得た。

【救急搬送事例の主な結果】

① 対象者の要介護度

対象者の要介護度について、「看取り中の救急搬送事例」では、「要介護 5」が 31.6%で最も割合が高く、次いで「要介護 4」が 30.8%であった。

「看取り対応中以外の救急搬送事例」では、「要介護 4」が 27.8%で最も割合が高く、次いで「要介護 3」が 24.2%であった。

② 認知症高齢者の日常生活自立度

対象者について、認知症高齢者の日常生活自立度をみると、「看取り中の救急搬送事例」、「看取り対応中以外の救急搬送事例」とともに「ランクⅢ」が最も割合が高く、それぞれ、51.1%、39.5%であった。次いで割合が高かったのはいずれも「ランクⅡ」で、それぞれ、20.3%、31.5%であった。

③ 直近の入所期間

看取り中に救急搬送された対象者の直近の平均入所期間は 474.9 日であった。

看取り対応中以外で救急搬送された対象者の直近の平均入所期間は 369.5 日であった。

④ 入所延べ日数

看取り中に救急搬送された対象者の平均入所延べ日数（再入所した場合は総合計日数）は 704.8 日であった。

看取り対応中以外で救急搬送された対象者の平均入所延べ日数は 491.3 日であった。

⑤ 救急搬送した医療機関の種別

対象者を救急搬送した医療機関の種別をみると、「看取り中の救急搬送事例」、「看取り対応中以外の救急搬送事例」とともに「急性期一般病院」が最も割合が高く、それぞれ、85.0%、90.7%であった。次いで割合が高かったのはいずれも「その他」で、それぞれ、8.3%、3.3%であった。

⑥ 搬送先医療機関との関係

搬送先医療機関との関係は、「看取り中の救急搬送事例」、「看取り対応中以外の救急搬送事例」とともに「その他の病院」が最も割合が高く、それぞれ、58.6%、73.0%であった。次いで割合が高かったのはいずれも「併設以外の同一法人・関連法人の病院」で、それぞれ、22.6%、13.0%であった。

⑦ 協力医療機関の別

搬送先の医療機関が協力医療機関であったかについては、「看取り中の救急搬送事例」、「看取り対応中以外の救急搬送事例」とともに「協力病院」が最も割合が高く、それぞれ、71.4%、53.0%であった。次いで割合が高かったのはいずれも「その他の病院」

で、それぞれ、27.1%、45.4%であった。

⑧ 救急搬送となった原因疾患

医療機関へ救急搬送することになった原因疾患は、「看取り中の救急搬送事例」、「看取り対応中以外の救急搬送事例」とともに「誤嚥性・吸引性（不顕性）肺炎などの慢性呼吸器感染症」が最も割合が高く、それぞれ、22.6%、19.2%であった。

一方、インタビューでは、施設で対応が難しくなる場面として、骨折や、重度のてんかん、黄疸、脳梗塞、消化管出血、イレウス、急性腹症、詳細な検査や輸血が必要な場合のほか、看取り期においては、緩和ケアや鎮静が必要な場合などがあげられた。

⑨ 救急搬送の判断

救急搬送の判断については、「看取り中の救急搬送事例」、「看取り対応中以外の救急搬送事例」とともに「医師の診断結果」による判断の割合が最も高く、それぞれ、36.1%、53.2%であった。次いで割合が高かったのはいずれも「看護師等の情報による医師の判断」で、それぞれ、30.8%、29.9%であった。

インタビューの結果を見ても、救急搬送の判断は、医師が行うことがほとんどであり、医師不在時でも、オンコールの医師に連絡し指示を仰いでいる事例が多かった。

⑩ 救急搬送の理由

対象者を救急搬送した理由について、「看取り中の救急搬送事例」では、「施設での医療範囲を超えているため」が 54.9%で最も割合が高く、次いで「それまで対応していた疾患とは別の疾患（感染症等）の治療が必要となったため」が 18.0%であった。「看取り対応中以外の救急搬送事例」では、「施設での医療範囲を超えているため」が 72.9%で最も割合が高く、次いで「救命を優先すべきと考えたため」が 11.0%であった。

⑪ ACP の実施状況

対象者に ACP を実施していたかについて、「看取り中の救急搬送事例」では、「実施していた」が 80.5%で最も割合が高く、次いで「実施していなかった」が 19.5%であった。「看取り対応中以外の救急搬送事例」では、「実施していなかった」が 59.6%で最も割合が高く、次いで「実施していた」が 38.9%であった。

⑫ ACP で決まった方針と救急搬送の判断の合致状況

対象者に ACP を実施していた場合に、ACP で決まった方針と救急搬送の判断が一致していたかを尋ねた。結果は、「看取り中の救急搬送事例」、「看取り対応中以外の救急搬送事例」とともに「一致していた」方が割合が高く、それぞれ、65.4%、89.3%であった。「一致していなかった」は、それぞれ、29.0%（31 件）、7.3%（46 件）であった。

なお、ACP で決まった方針と救急搬送の判断が一致していなかった状況における特色は次の通りであった。

○ACP の実施状況

- ・看取り中・看取り対応中以外ともに、ACP についての理解や実施状況についての差は認められなかった。

○本人の状態

- ・要介護度：看取り対応中以外において、ACP で決まった方針と救急搬送の判断が一致していなかった場合に、一致していた場合より、やや要介護 1、要介護 2 が高い傾向があった。
- ・救急搬送となった原因疾患：看取り中は、一致していた場合、「誤嚥性・吸引性肺炎などの慢性呼吸器感染症」がやや高く、一致していなかった場合に「慢性心不全」がやや高かった。
- ・救急搬送となった原因疾患：看取り対応中以外で、一致していた場合、「大腿骨の骨折（手術を行った）」がやや高く、一致していなかった場合は「脳梗塞」がやや高かった。

○救急搬送について

- ・医療機関への救急搬送の判断：看取り中・看取り対応中以外ともに一致していなかった場合に、「家族の希望」が一致していた場合より高かった。
- ・救急搬送を判断した根拠、理由：看取り中・看取り対応中以外ともに一致していなかった場合に「施設での医療範囲を超えていた」が一致していた場合より低かった。
- ・救急搬送された医療機関でのその後の状況：看取り中・看取り対応中以外ともに、一致していなかった場合は「死亡」が一致していた場合より高い割合で、「もとの老健施設へ再び入所」の割合が低かった。
- ・看取り対応についての方針：看取り中・看取り対応中以外ともに、一致していなかった場合は「看取り対応はしない方針である」が一致していた場合より高かった。

⑬ その後の状況

搬送された利用者のその後の状況については、「看取り中の救急搬送事例」では、「死亡」が 43.6%で最も割合が高く、次いで「もとの老健施設へ再び入所」が 42.9%であった。「看取り対応中以外の救急搬送事例」では、「もとの老健施設へ再び入所」が 43.2%で最も割合が高く、次いで「入院継続中」が 25.3%であった。

インタビューでは、ACP の話し合いで決まった方針に反した看取り期の救急搬送はほとんど行わないと回答したケースが多かったが、調査票を用いた郵送調査の結果でも示されている通り、家族の希望によって搬送する事例が報告された。また、施設内での看取りを本人、家族が希望していた場合でも、モルヒネ等を利用した緩和ケアが必要であったり、鎮静を要するような深刻な苦痛がある場合には、利用者本人の利益を考慮し、病院への搬送が検討されていた。郵送調査の結果で示されたような、「誤嚥性・

吸引性(不顕性)肺炎などの慢性呼吸器感染症」や「慢性心不全」での搬送事例は報告されなかった。

併せて、あらかじめ本人や家族等と ACP を行い、対応方針を話し合っていることで、急変時や看取り期に判断に迷うことが減り、結果として本人や家族の希望に反した救急搬送事例が減少したとの報告が複数みられた。また、施設内での対応可否や救急搬送の必要性などを判断する際には、限られた情報から利用者の状況を把握するスキルが求められるとの指摘もあった。

一方、看取り期以外の救急搬送事例では、いずれの事例も医師の勤務日か否かに関わらず、医師が救急搬送の要否を判断していた。医師が不在の時間帯に急変があった場合には、併設病院の医師が対応したり、オンコールで指示を出したりしていた。また、医師が不在になることを考慮して医師不在日の前日等に救急搬送した事例も報告されなかった。

6. インタビュー調査

調査票を用いた郵送調査に参加いただいた介護老人保健施設の中から4施設に関して ACP に関する実情を明らかにするためのインタビュー調査を行った。どの施設も多職種での ACP を実現しており、家族への説明にも十分な時間をかけていることが明らかとなった。文書での同意に関して、ある程度のフォーマットができている施設も存在した。このようにインタビュー調査によって、調査票を用いた郵送調査ではわからなかった詳細な ACP の状況が明らかとなった。我が国の高齢者においては、未だ ACP が浸透していない現状ではあるが、インタビュー調査から介護老人保健施設に入所する時が ACP を行う最も良い機会であることが示唆された。今回の4施設でのインタビュー調査を加えることで、今後、介護老人保健施設での ACP に関するあり方を決める上で、基礎的な調査が行えたと考える。

第2節 総括

平成23年度に実施された「介護老人保健施設が持つ多機能の一環としての看取りのあり方に関する調査研究事業¹」によると、平成23年度時点では、ターミナルケアの方針について、「入所者が施設内で亡くなることも含め、対応していきたい」と回答したものは54.7%であった。一方、本調査では、「積極的に、看取り対応をしていきたい」、「積極的ではないが、希望があれば看取り対応をしていきたい」と回答した割合が8割弱に上り、13年間で大きく増加したことが分かった。

本調査研究事業によって、他に、以下の点が明らかになったと考える。

- 令和6年の介護報酬改定を受けて、協力病院との連携関係が深化しているとみられる。
- 所定疾患施設療養費の算定は十分に行われるようになっていくことが示唆される。
特に感染症対策に関する内容を含む研修の受講が必要条件となる所定疾患施設療養費（Ⅱ）の方が（Ⅰ）よりも1ヶ月あたりの算定日数が多いことから、研修受講をしている医師の方が施設内での感染症をはじめとした疾患に対して、積極的な治療を行い加算算定している可能性があると考えられた。
- 施設での受け入れができる処置、できない処置が把握できた。施設間で対応にばらつきがある処置があることも把握できた。
- 介護老人保健施設が地域の中で看取り期を支える役割を担っていることがうかがえた。厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂も契機に取り組みが進んだと推察される。今後、団塊の世代の高齢化がさらに進むことで、病院以外での死亡症例数がさらに増加することが予測され、地域の中での看取りに関して介護老人保健施設が中心的な役割を担う可能性が高いと考える。
- 本調査では、要介護度が高く、入所期間が長い入所者に関して、ACPを行った上で、看取りを行っている症例が大多数を占めており、介護老人保健施設における看取り事例の実態が明らかになったと考える。
- ACPへの理解について、一定の理解は進んでいるものの、具体的な実施割合や取組については施設による違いが大きい。より具体的で実践的な啓発が必要であると考えられる。
- 話し合いの内容としては、「症状」や「医療・ケアに関する意向」はよく行われているものの、「ご本人の価値観や目標について」、「ご本人の気がかりについて」といっ

¹ 平成23年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）「介護老人保健施設が持つ多機能の一環としての看取りのあり方に関する調査研究事業 報告書」（最終閲覧日 2025/3/14）

<https://www.roken.or.jp/wp/wp-content/uploads/2012/07/3e7f98e5ec0c763ac53e011cb8a8ea76.pdf>

た意思決定の基礎となるような本人に関するナラティブな内容は、4割以下であった。

○あらかじめ本人や家族等と ACP を行い、対応方針を話し合っていることで、急変時や看取り期に判断に迷うことが減り、結果として本人や家族の希望に反した救急搬送事例の減少につながる可能性が示唆された。

○ACP 情報の入所前の施設・事業所との共有、退所先への提供等、地域での共有は進んでいるとは言えず、今後の課題であると考えられる。しかしながらインタビュー調査を行った4施設は理想的な ACP を行なっていることから、本課題をクリアすることは実現可能と考える。本調査研究事業の結果を受けて、近い将来に介護老人保健施設における ACP に対する取り組み方が標準化されることで、入所者やその家族さらには施設職員にとって看取りに関する様々なストレスが軽減されていくことが期待される。

以上をふまえ、介護老人保健施設の有する医療・ケア機能と、介護老人保健施設に配置されている多職種の間を軸に、利用者に対する意思決定支援がさらに高度化され、現在行われている ACP に加えて、プレターミナル ACP を含めた ACP の概念と実践がさらに発展することによって、ケア・看取りの実践が深化していくことが期待される。本調査研究事業から、介護老人保健施設は理想的な ACP を実践できるポテンシャルを有していることが示唆された。高齢者人口がさらに増加する中で、今後さらに介護老人保健施設は地域における ACP の実践において中心的な役割を果たす可能性が高いと考える。

調査実施要綱・調査票等

会 員 各 位

公益社団法人全国老人保健施設協会

会長 東 憲太郎

(公印省略)

介護老人保健施設利用者等に対する
急変時等の治療方針に関する意思決定支援

にかかる調査研究事業

班長 浦野 友彦

「介護老人保健施設利用者等に対する急変時等の治療方針に関する
意思決定支援にかかる調査研究事業」調査へのご協力について(お願い)

謹啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素は当協会の事業・運営に格別のご理解ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、当会では令和6年度老人保健事業推進費等補助金の交付を受け、標記調査を実施することと致しました。この事業は、入所者本人の意思決定支援やインフォームドコンセントがどのように行われているのか、また、看取り期を含め、どのような場面で救急搬送が行われているのか、実態を把握し基礎データを収集することを目的として実施するものです。

今回の調査研究事業では、以下の3種類の調査票へのご協力をお願い致します。
詳細については、同封の調査実施要綱をご覧ください。

施設調査票 : 医療の提供状況や入退所の状況、救急搬送の状況、ACP時の対応等をお伺いする施設調査
管理医師 : 医療機関との連携の状況やACP時の対応等をお伺いする管理医師調査票
事例調査票 : 「施設内看取りをおこなった事例」「看取り対応中に入院となった事例」「看取り対応中以外で救急搬送となった事例」について事例ごとに詳しくお伺いする事例調査

ご多忙のところ、会員施設の皆様には、ご負担をお掛け致しますが、趣旨をご賢察のうえ、ご協力を賜りますよう改めてお願い申し上げます。

謹白

・令和6年11月8日(金)迄に、同封の返信用封筒またはメール・FAXにてご返送ください。(メールの場合の提出先: research@roken.or.jp)

・調査票は、以下の全老健ホームページからもダウンロード可能です。

<https://www.roken.or.jp/member/archives/category/research>

(ユーザー名／パスワードは不要です)

本件照会先: 公益社団法人全国老人保健施設協会

担当: 業務部 中里、歌田、中島

TEL: 03-3432-4165 FAX: 03-3432-4172

mail to: research@roken.or.jp

厚生労働省 令和6年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)
「介護老人保健施設利用者等に対する急変時等の治療方針に関する
意思決定支援にかかる調査研究事業」

調査実施要綱

この調査は、介護老人保健施設(以下、老健施設)における利用者本人の意思決定支援等の実態について調査を実施した上で、適切な意思決定支援の在り方について、今後の施策検討に資する資料を作成することを目的として実施するものです。

会員施設のみなさまには大変お手数をおかけ致しますが、本調査研究事業の趣旨をご理解のうえ、ご協力を賜りますよう、何卒、宜しくお願い申し上げます。

1. お送りした調査票類

(1) 送付状	1 通
(2) 調査実施要綱	1 部 (本紙)
(3) 調査票(施設調査票)	1 部
(4) 調査票(管理医師調査票)	1 部
(5) 調査票(事例調査票)	1 部
(6) 返信用封筒	1 部

【調査票の回答期限と返送方法】

令和6年11月8日(金)迄に、同封の返信用封筒にて、ご返送下さい。

返送先：公益社団法人全国老人保健施設協会 宛
〒105-0011 東京都港区芝公園 2-6-15 黒龍芝公園ビル 6F

※ 調査票は、以下の全老健ホームページからもダウンロードいただけます。

<https://www.roken.or.jp/member/archives/category/research>

(ユーザー名/パスワードは不要です)

※ 調査票の返送は、以下のFAX・メールアドレス宛にお送りいただくことも可能です。

FAX: 03-3432-4177 メールアドレス: research@roken.or.jp

2. 調査対象施設

全国老人保健施設協会(以下、全老健)に加盟されている全会員施設にお送りしています。

3. 事業の目的と調査内容について

令和3年度のDPCデータから、介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期病棟に入院する患者が75%となっていることが明らかになりました。このことは老健施設で行う医療と急性期病棟で行う医療においては明確な違いがあることを示唆しますが、どのような疾患の場合に急性期病棟に入院しているかを示すデータは十分に明らかにされておりません。また、急変時の対応に関する事前の同意がなされていない入所者で、状態悪化のため緊急入院した症例が存在する可能性もあります。さらに看取りに関する同意が行われている入所者の中でも、緊急に急性期病棟に入院する症例が存在した可能性もあります。

そこで、本調査では、介護老人保健施設(以下、老健施設)において、入所者本人の意思決定支援やインフォームドコンセントがどのように行われているのか、また、看取り期を含め、どのよ

うな場面で救急搬送が行われているのか、実態を把握し基礎データを収集することを目的に、アンケートを実施します。意思決定支援やインフォームドコンセントが入所時に行われているのか？もしくは入所後にある程度状態が悪化した時に行っているのか？といった点も明らかにしたいと考えております。また、アンケート調査の結果をふまえて、老健施設における適切な意思決定支援とインフォームドコンセントの在り方について、今後の施策検討に資する資料を作成することも目的としています。

事業実施にあたっては、以下の班員で構成される研究事業班を設置し、調査の方向性や調査項目等について検討しました。

【調査研究事業班の班員構成】

松田 晋哉	(産業医科大学 医学部 公衆衛生学 教授) ※担当副会長
浦野 友彦	(国際医療福祉大学 医学部 老年病科 主任教授、 介護老人保健施設マロニエ苑 施設長) ※班長
荒川 佳奈	(老人保健施設六和会センテナリアン 施設長)
飯島 勝矢	(東京大学 高齢社会総合研究機構 機構長)
今村 英仁	(公益社団法人日本医師会 常任理事)
浦 慶子	(介護老人保健施設ベルアルト 相談課課長)
大河内 二郎	(介護老人保健施設竜間之郷 施設長)
坂井 智達	(名古屋大学医学部附属病院 老年内科 医員)
服部 ゆかり	(東京大学大学院 医学系研究科在宅医療学講座 特任研究員)

4. 調査票の記入方法について

- ♦ お送りした調査票は3種類あります。
- ♦ 施設調査票では、貴施設の医療の提供状況や入退所の状況、救急搬送の状況、ACP時の対応等をお伺いする内容となっております。
- ♦ 管理医師調査票では、医療機関との連携の状況やACP時の対応等をお伺いする内容となっております。
- ♦ 事例調査票では「施設内看取りをおこなった事例」「看取り対応中に入院となった事例」「看取り対応中以外で救急搬送となった事例」について事例ごとに詳しくお伺いする内容となっております。
- ♦ 選択式の設問は、該当の番号に○をご記入ください。数値を記入する設問は、各設問の注記に従って数値をご記入ください。また、該当しない場合は「0(ゼロ)」とご記入ください。
- ♦ 回答が困難な設問や、回答したくない設問は、未記入のままご返送頂いて構いません。
- ♦ 調査票回答者の職種に指定はありませんが、設問の内容に応じ、医師、看護師など医療提供にかかわる職種の方にご記入いただくか、関係する多職種で協議のうえご回答下さい。

5. 調査により得られたデータの利用について

- ♦ 本調査により得られたデータは、本調査研究事業の班員で共有し、事業の目的に沿って使用させていただきます。また、将来的には、当会が実施する他の調査とデータ統合するなどして再利用させていただく可能性があります。しかし、いかなる場合でも、ご回答いただいた施設が特定できるような形での情報公表は一切いたしません。
- ♦ 本調査で得られたデータを、将来的には、当会に関係する研究者らが論文を執筆する目的で、利用させて頂く可能性があります。しかし、いかなる場合でも、回答施設が特定でき

ないよう施設名等をマスキングした状態でデータを提供しますので、貴施設のプライバシーは守られます。

6. 調査への同意について

- ◆ 貴施設の貴重な情報をご提供頂くことになりますが、調査票のご返送をもって、貴施設の情報をご提供頂くことへの同意を頂戴したものと解釈させていただきます。また、ご返送いただいた後で同意を撤回することはできませんので予めご了承ください。
- ◆ 貴施設の情報の提供に同意されない場合、本調査票のご返送は不要です。
- ◆ 本調査にご協力いただけない場合であっても、いかなる不利益も発生致しません。
- ◆ なお、ご回答いただいた調査票の入力・集計・分析にあたってはデータ取り扱い専門の会社に預託する場合があります。
- ◆ また、貴施設に入所されている方の情報をもとにご回答いただく設問もあるため、入所者やご家族の皆様に向けて本研究に協力していることを貴施設内に掲示する等の方法により、オプトアウトにて同意をいただきますようお願い申し上げます。

7. 提出期限厳守のお願い

調査票の提出につきましては、可能な限り期限を厳守して頂きますよう、ご協力をお願い申し上げます。ただし、締め切りを過ぎてお送りいただいた場合でも、今後の基礎データとして活用させていただきますので、締め切りに間に合わなかった場合でも調査票のご返送にご協力下さいますよう、何卒、宜しくお願い申し上げます。

8. 本調査に関するお問合せ先

公益社団法人全国老人保健施設協会
〒105-0011 東京都港区芝公園 2-6-15 黒龍芝公園ビル 6F
TEL. 03-3432-4165 FAX. 03-3432-4177 または 03-3432-4172
メールアドレス: research@roken.or.jp
担当: 業務部 中里(ナカザト) 歌田(ウタタ) 中島(ナカジマ)

施設調査票

【調査票のご記入について】

- ※ 選択式の設問は、該当の番号に○をご記入ください。
- ※ 数値を記入する設問は、各設問の注記に従って数値をご記入ください。また、該当しない場合は「0（ゼロ）」をご記入ください。
- ※ 回答が困難な設問や、回答したくない設問は、未記入のままご返送頂いて構いません。
- ※ 調査票回答者の職種に指定はありませんが、設問の内容に応じ、医師、看護師など医療提供にかかわる職種の方にご記入いただくか、関係する多職種で協議のうえご回答下さい。
- ※ 特に断りのない限り、令和6年10月1日現在の状況についてご回答ください。
- ※ 調査票の提出期限は、令和6年11月8日（金）にてお願いしております。
- ※ 看取り期:ここでは、医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断し、近い将来確実に死に至ることが差し迫っている状態にあると判断した場合を言います。
- ※ 救急搬送:ここでは消防の救急車を呼び搬送したケースのほか、自施設の車等で搬送し、緊急受診したケースも含みます。

都道府県		電話番号	
貴施設名			

問 1) 貴施設の施設類型についてご回答ください。

貴施設が令和6年10月1日現在に算定する施設類型について、あてはまるものをお選びください。
(○は1つ)

1. 超強化型 2. 在宅強化型 3. 加算型 4. 基本型 5. その他型 6. 療養型

問 1-2. 「問 1」で選択した令和6年10月1日に算定する施設類型の元となる情報について、ご記入ください。

※1 「介護老人保健施設(基本型・在宅強化型)の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出」に記載した内容について記載してください。

※2 割合を記載するものについては、小数点第1位まで記載してください。ただし、届出上で小数点第1位まで記載していない場合は、届出上に記載した数字を記載してください。

		(例)	10.5 %
1) 在宅復帰率【前6月間(令和6年4月～9月)】			%
2) ベッド回転率【前3月間(令和6年7月～9月)】			%
3) 入所前後訪問指導割合【前3月間(令和6年7月～9月)】			%
4) 退所前後訪問指導割合【前3月間(令和6年7月～9月)】			%
5) 居宅サービスの実施 【前3月間(令和6年7月～9月)】 ※届出の有無ではなく、提供実績の有無についてご回答ください。	①訪問リハビリテーション	1. 行った	2. 行っていない
	②通所リハビリテーション	1. 行った	2. 行っていない
	③短期入所療養介護	1. 行った	2. 行っていない

6)リハビリ専門職の配置(利用者 100 人当たり)【前3月間(令和6年7月～9月)】		_____ 人
6-2)リハビリ職の配置(利用者 100 人当たり)において、職種ごとに、 <u>0.2 人以上</u> 配置の有無についてご回答ください。	① 理学療法士	1. 有り 2. 無し
	② 作業療法士	1. 有り 2. 無し
	③ 言語聴覚士	1. 有り 2. 無し
7)支援相談員の配置(利用者 100 人当たり)【前3月間(令和6年7月～9月)】		_____ 人
8)要介護 4 又は 5 の割合【前3月間(令和6年7月～9月)】		_____ %
9)喀痰吸引の実施割合【前3月間(令和6年7月～9月)】		_____ %
10)経管栄養の実施割合【前3月間(令和6年7月～9月)】		_____ %
11)退所時指導等の実施(退所時指導及び退所後の状況確認)		1. 有り 2. 無し
12)リハビリテーションマネジメントの実施		1. 有り 2. 無し
13)(リハビリにおける)医師の詳細な指示の実施		1. 有り 2. 無し
14)地域に貢献する活動の実施		1. 有り 2. 無し
15)充実したリハビリテーションの実施(少なくとも週3回以上)		1. 有り 2. 無し

問 2) 貴施設の職員体制についてご回答ください。

令和6年10月1日現在の、貴施設の <u>入所サービスに係る職員数</u> (常勤・非常勤の区別は問いません)についてご記入ください。				
医師	1)実人数	_____ 人	2)常勤換算(注1)	_____ 人
	1)のうち、常勤医師の人数			_____ 人
看護職員	1)実人数(注1)	_____ 人	2)常勤換算(注2)	_____ 人
	1)のうち、正看護師の人数			_____ 人
	1)のうち、看護経験 10 年以上の正看護師の人数			_____ 人
	1)のうち、特定看護師の有資格者			_____ 人
	1)のうち、認定看護師の有資格者			_____ 人
	3)看護職員の 24 時間配置			1. 有り 2. 無し
介護職員	1)実人数(注1)	_____ 人	2)常勤換算(注2)	_____ 人
	1)のうち、介護福祉士の人数			_____ 人

注 1 実人数については、入所サービスと併設サービス(短期入所、通所リハビリ等)を兼務する職員については、入所サービスに係る勤務時間の方が長い従事者を計上してください。

注 2 常勤換算の算出にあたり、非常勤職員の常勤換算方法に定めがない場合は、以下の方法で算出してください。常勤換算後の職員数は、小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位までをご記入ください。

- ・ 1 週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の 1 週間の勤務時間)÷(貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間)
- ・ 1 カ月に数回勤務の場合：(非常勤職員の 1 カ月の勤務時間)÷(貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間×4)

問 3) 貴施設の利用者の状況についてご回答ください。

令和6年10月1日午前 0 時時点の、入所定員と利用者数についてご記入ください。	
1) 入所定員	_____ 床
2) 入所サービスの利用者(実人数)	_____ 人
3) 短期入所療養介護の利用者(実人数)	_____ 人

問 4) 貴施設の協力医療機関についてご回答ください。

1) 貴施設はICTツール(インターネットを介した情報共有等)を活用し、関係機関と連携を図っていますか。		1. 図っている 2. 図っていない
2) 貴施設の併設病院等の有無	1. 併設病院がある 2. 併設の有床診療所がある 3. 併設の無床診療所がある 4. 併設していない同一法人・関連法人の病院がある 5. 併設していない同一法人・関連法人の診療所がある 6. いずれもない	
3) 貴施設の協力医療機関のうち、病院はいくつありますか。		_____ 件
4) 貴施設と、主たる協力病院との関係について、あてはまるものを選んでください。(○は1つ)	1. 併設病院が主たる協力病院である 2. 併設病院ではないが同一法人または関連法人の病院が主たる協力病院である 3. 同一法人または関連法人以外の病院が主たる協力病院である	
5) 主たる協力病院の病床・病棟の種別について、あてはまるものをお選びください。(○はいくつでも)	1. 一般病床(「3」「4」「5」を除く) 2. 精神病床 3. 地域包括医療病棟 4. 回復期リハビリテーション病棟 5. 地域包括ケア病棟(床) 6. 障害者施設等病棟 7. 結核病床・感染症病床 8. 療養病床(「4」「5」を除く) 9. その他、不明	
6) 協力病院が標榜する診療科目について、あてはまるものをお選びください。(○はいくつでも)	1. 内科(神経・腎臓を除く) 2. 外科(脳神経・整形・形成外科を除く) 3. 脳神経外科 4. 整形外科・形成外科 5. 産婦人科 6. 泌尿器科 7. 老年科 8. リハビリテーション科 9. 神経内科 10. 腎臓内科(人工透析) 11. 精神科 12. 眼科 13. 耳鼻咽喉科 14. 皮膚科 15. 放射線科 16. 総合診療科 17. 緩和ケア科 18. 歯科、口腔外科 19. その他(具体的に: _____)	
7) 協力医療機関連携加算を算定していますか。		1. 算定している 2. 算定していない
8) 上記加算を算定している場合、(Ⅰ)又は(Ⅱ)のどちらの加算を算定していますか。		1. 連携加算(Ⅰ) 2. 連携加算(Ⅱ)
問 4-2. 貴施設の協力医療機関のうち、診療所はいくつありますか。		_____ 件
(協力診療所がある場合、ご回答ください。ない場合は問5へ) 1) 貴施設と、主たる協力診療所との関係について、あてはまるものを選んでください。(○は1つ)		1. 併設の診療所が主たる協力医療機関である 2. 併設の診療所ではないが同一法人または関連法人の診療所が主たる協力医療機関である 3. 同一法人または関連法人以外の診療所が主たる協力医療機関である

2) 主たる協力診療所の病床有無について、あてはまるものを選んでください。(○は1つ)		1. 有床診療所	2. 無床診療所
3) 主たる協力診療所の、在宅支援診療所の別について、あてはまるものを選んでください。(○は1つ)		1. 在宅療養支援診療所である 2. 在宅療養支援診療所ではない 3. わからない	
4) 協力診療所が標榜する診療科目について、あてはまるものをお選びください。(○はいくつでも)	1. 内科(神経・腎臓を除く) 2. 外科(脳神経・整形・形成外科を除く) 3. 脳神経外科 4. 整形外科・形成外科 5. 産婦人科 6. 泌尿器科 7. 老年科 8. リハビリテーション科 9. 神経内科 10. 腎臓内科(人工透析) 11. 精神科 12. 眼科 13. 耳鼻咽喉科 14. 皮膚科 15. 放射線科 16. 総合診療科 17. 緩和ケア科 18. 歯科、口腔外科 19. その他(具体的に:)		

問 5) 貴施設の医療対応についてご回答ください。

令和6年9月の1 カ月間の、 <u>所定疾患施設療養費の算定状況</u> について、ご記入ください。			
1) 令和6年9月の1 カ月間に、所定疾患施設療養費を <u>1 人以上</u> 算定しましたか。		1. 算定した 2. 算定しなかった	
2) 令和6年9月の1 カ月間の、入所サービスにおける①～⑤の疾患の発症件数、所定疾患施設療養費を算定した入所者の実人数、算定延べ日数をご記入ください。			
	(A) 発症件数(注3)	(B) (A)のうち、所定疾患施設療養費を算定した実人数(注4)	(C) (B)の算定延べ日数(注5)
① 肺炎	_____ 件	I _____ 人 II _____ 人	I 延べ_____ 日 II 延べ_____ 日
② 尿路感染症	_____ 件	I _____ 人 II _____ 人	I 延べ_____ 日 II 延べ_____ 日
③ 带状疱疹	_____ 件	I _____ 人 II _____ 人	I 延べ_____ 日 II 延べ_____ 日
④ 蜂窩織炎	_____ 件	I _____ 人 II _____ 人	I 延べ_____ 日 II 延べ_____ 日
⑤ 慢性心不全の増悪	_____ 件	I _____ 人 II _____ 人	I 延べ_____ 日 II 延べ_____ 日

注3 所定疾患施設療養費の対象となったか否かに関わらず、9月中に発症した(発症していた)件数をご回答ください。(例: 9/1～9/5 と9/20～9/25 に、同じ入所者が発症した場合＝2件)

注4 算定した実人数(頭数)をご回答ください。(例: 9/1～9/5に、同じ入所者に算定した場合＝1人)

注5 算定延べ日数については、例えば 2名について3日間算定した場合は、2名×3日間＝延べ6日と計算して下さい。なお、算定期間が前後の月にまたがる場合(例: 8/28～9/1、9/29～10/2 等)は、8月あるいは10月の算定日数を含めた日数をご回答ください。

問 6) 貴施設の医療管理(体制)についてご回答ください。

以下のような状態の方の入所希望があった場合、貴施設では受け入れが可能ですか。最も近い選択肢を選んでください。(○はそれぞれ一つ)								
疾患・状態	a) 表内の「1)～12)」のような状態の方の入所希望があった場合				b) 活発なBPSD を伴う認知症を有する方で、表内の「1)～12)」のような状態の方の入所希望があった場合			
	1	2	3	4	1	2	3	4
	自施設で対応可能であり、過去に受け入れた実績がある	自施設で対応可能だが、受け入れ実績はない	協力病院・診療所の支援を受けて対応できる	相当の検討を要する／対応できない	自施設で対応可能であり、過去に受け入れた実績がある	自施設で対応可能だが、受け入れ実績はない	協力病院・診療所の支援を受けて対応できる	相当の検討を要する／対応できない
1) 高血圧	1	2	3	4	1	2	3	4
2) 慢性心不全	1	2	3	4	1	2	3	4
3) 慢性腎不全	1	2	3	4	1	2	3	4
4) パーキンソン病	1	2	3	4	1	2	3	4
5) ワルファリン等による脳梗塞の再発予防	1	2	3	4	1	2	3	4
6) インスリン治療を伴う糖尿病の管理	1	2	3	4	1	2	3	4
7) COPD の管理	1	2	3	4	1	2	3	4
8) 骨関節疾患に伴う疼痛の管理	1	2	3	4	1	2	3	4
9) 悪性腫瘍に伴う疼痛の管理	1	2	3	4	1	2	3	4
10) BPSD のコントロール	1	2	3	4	1	2	3	4
11) 急性腹症への対応	1	2	3	4	1	2	3	4
12) 急性心不全発症への対応	1	2	3	4	1	2	3	4

問 6-2. 以下のような状態・医療処置を要する方の入所希望があった際の、貴施設の対応について、最も近い選択肢を選んでください。(○はそれぞれひとつ)				
状態・医療処置	1	2	3	4
	自施設で対応可能であり、過去に受け入れた実績がある	自施設で対応可能だが、受け入れ実績はない	協力病院・診療所の支援を受けて対応できる	相当の検討を要する／対応できない
1)創傷の処置	1	2	3	4
2)褥瘡の処置	1	2	3	4
3)呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	1	2	3	4
4)注射薬剤3種類以上の管理	1	2	3	4
5)シリンジポンプの使用・管理	1	2	3	4
6)輸血や血液製剤の使用・管理	1	2	3	4
7)抗悪性腫瘍剤(注射剤のみ)の使用・管理	1	2	3	4
8)抗悪性腫瘍剤(内服)の使用・管理	1	2	3	4
9)麻薬(注射剤のみ)の使用・管理	1	2	3	4
10)麻薬の内服、貼付、坐剤の使用・管理	1	2	3	4
11)免疫抑制剤(注射剤のみ)の使用・管理	1	2	3	4
12)昇圧剤(注射剤のみ)の使用・管理	1	2	3	4
13)抗不整脈剤(注射剤のみ)の使用・管理	1	2	3	4
14)抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用・管理	1	2	3	4
15)ドレナージの管理	1	2	3	4
16)無菌治療室での治療	1	2	3	4
17)胃ろう	1	2	3	4
18)経鼻・経管栄養	1	2	3	4
19)中心静脈栄養	1	2	3	4
20)口腔ケア	1	2	3	4
21)喀痰吸引	1	2	3	4
22)認知症のBPSD に対する薬物治療(経口・注射)	1	2	3	4
23)在宅酸素療法による酸素提供	1	2	3	4
24)酸素ボンベその他の手法による酸素提供	1	2	3	4

問 7) 貴施設の看取りに関する対応についてご回答ください。

1) 看取り対応についてどのような方針をお持ちですか。	1. 積極的に、看取り対応をしていきたい 2. 積極的ではないが、希望があれば看取り対応をしていきたい 3. 看取り対応には、どちらかというと消極的 4. 看取り対応はしない方針である 5. 特に方針は定めていない 6. その他(具体的に:)
-----------------------------	---

問 8) 貴施設のACP時の対応についてご回答ください。

1) ACP(アドバンス・ケア・プランニング)について、理解していますか。	1. 理解している 2. 理解していない
2) どのくらいの入所者に対してACPを実施していますか。	1. 必ず実施している(10割) 2. ほとんどの入所者(8割以上)に実施している 3. 半分以上(5割以上)に実施している 4. 半分未満に実施している(2～4割) 5. 1割程度実施している 6. 全く実施していない(0割)
※2)で6. と回答した場合 2-1) ACPを実施しない理由をお答えください。(該当するもの全てに○)	1. ACPを行うノウハウがないため 2. ACPを行う時間がないため 3. 看取り期のことなどを話題にすることに抵抗があるため 4. ACPを行う必要がある入所者がいないため 5. その他()
※以下の設問では、2)で1. ～5. を選択した方を対象に伺います。	
3) ACPについて、施設内研修を実施していますか。	1. 実施している 2. 実施していない
4) ACP・看取りに関する話し合いについてはどの時期に行っていますか。(該当するもの全てに○)	1. 入所時に行う 2. 状態悪化時に行う 3. 看取り期に行う 4. ご本人やご家族等に求められたときに行う 5. その他()
5) ACP・看取りに関する話し合いは、対象者ごとに、繰り返し行っていますか。	1. 繰り返し話し合いを行う人のほうが多い 2. 繰り返し行う人と行わない人が半数程度ずつである 3. 繰り返し行わない人のほうが多い
6) 上記話し合いは、どのように行っていますか。(主に行う方法1つに○)	1. 医師が単独でご本人やご家族等と話し合う 2. 医師と多職種がご本人やご家族等と話し合う 3. 医師以外の職員が単独でご本人やご家族等と話し合う 4. 医師以外が多職種でご本人やご家族等と話し合う
※6)で1. と回答した場合 6-1) 医師が単独でご本人と話し合う場合、ご本人と話し合った内容を他の職員と共有していますか(該当するもの全てに○)	1. 多職種が参加するケースカンファレンスを行い共有する 2. 朝礼や申し送りの際に共有する 3. 話し合いの記録を作成し共有する 4. 共有はせず、話し合いの結果に応じた指示を出す 5. その他()
※6)で2. または4. と回答した場合 6-2) 上記で、多職種で話し合う際の、職種について(該当するもの全てに○)	1. 看護職 2. 介護職 3. 支援相談員 4. 介護支援専門員 5. リハビリ職員 6. (管理)栄養士 7. その他()

7) ACP・看取りに関する話し合いの主な内容をお答えください。 (主に話し合うものとして、該当するもの全てに○)	1. ご本人の症状等について 2. ご本人の価値観や目標について 3. ご本人の気がかりについて 4. ご本人の医療・ケアに関する意向(人生の最終段階における医療・ケアの意向を含む) 5. ご本人の療養場所や最期を過ごす場所に関する意向 6. ご本人の意思を推定できる人の確認 7. 療養生活でやりたいこと・会いたい人について 8. 医療・ケアチームとしての方針について 9. その他()
8) 入所前や病院に入院中等に行われたACPについて、かかりつけ医や主治医等から入手する情報が不十分な場合、どのようにしていますか。	1. 必ず問い合わせしている 2. 体調が安定しない入所者など一部のケースで問い合わせしている 3. 積極的に問い合わせをすることはない

(全員の方にお伺いします)

9) 施設内で看取り期にあった入所者について、救急搬送した事例がありましたか。 (過去1年間(令和5年10月から令和6年9月))	1. あった 2. なかった
---	-------------------

問 9) 貴施設の入退所者についてご回答ください。

過去1年間(令和5年10月～令和6年9月)に入所・退所された利用者延べ人数	
入所者延べ人数(リポート利用もそれぞれカウント)	人
退所者延べ人数(リポート利用もそれぞれカウント)	人
うち、医療機関へ入院した利用者延べ人数	人
1) 急性期一般病院	人
2) 地域包括医療病棟	人
3) 回復期リハビリテーション病棟	人
4) 地域包括ケア病棟(床)	人
5) 上記以外の一般病床	人
6) 療養病床[上記 3) 4) 以外]	人
7) その他・不明	人
うち、死亡退所者数	人
うち、ターミナルケア加算算定人数	人

問 10) 貴施設の過去1年間(令和5年10月～令和6年9月)に救急搬送した症状別・時間帯別件数について
ご回答ください。

	日中 (8:00～18:00)		夜間・早朝 (18:00～翌8:00)	
		(うち、施設の 車での搬送)		(うち、施設の 車での搬送)
転倒および転落による外傷(打撲・出血等)	件	(件)	件	(件)
肺炎(誤嚥性肺炎含む)	件	(件)	件	(件)
心停止・心不全	件	(件)	件	(件)
脳梗塞・脳内出血	件	(件)	件	(件)
呼吸異常・呼吸不全	件	(件)	件	(件)
発熱(尿路感染症含む)	件	(件)	件	(件)
意識レベル低下	件	(件)	件	(件)
せん妄	件	(件)	件	(件)
貧血	件	(件)	件	(件)
黄疸	件	(件)	件	(件)
消化管出血	件	(件)	件	(件)
その他	件	(件)	件	(件)

問 11) 問10にて回答いただいた救急搬送について、救急搬送時の医師の勤務状況をご回答ください。

	医師勤務日		医師不在日
		(うち医師 不在日前日)	
救急搬送件数	件	(件)	件

問 12) 貴施設の救急搬送の判断に主に関わる職員について○印をご記入ください。

	早朝 (4:00～8:00)	日中 (8:00～16:00)	夜勤前 (16:00～18:00)	夜勤帯 (18:00～翌4:00)
介護職員				
看護職員				
医師				

問 13) 貴施設の救急搬送を行う具体的な基準についてご回答ください。

施設内で明確に救急搬送の基準を定めている場合、基準として当てはまる項目に○印を付けてください。	
1. 意識レベルの基準(DCS・JCS等に基づく)	
2. 外傷の基準(打撲箇所・出血程度等)	
3. バイタルサインの基準(血圧・心拍数・体温・呼吸数・Spo2)	
4. その他(具体的に:	)
5. 基準は設けていない	

管理医師調査票

【管理医師の方がご回答ください】

都道府県		電話番号	
貴施設名			

選択式の設問は、特に指定がない場合は最も該当すると思われる番号1つに○を付けてください。

問1) あなたご自身(貴施設の主たる管理医師、施設長等(以下、管理医師))についてご回答ください。

年齢	歳	老健施設 勤続年数	年	性別	1.男性 2.女性
専門科 (複数回答)	1. 内科(神経・腎臓を除く) 2. 外科(脳神経・整形・形成外科を除く) 3. 脳神経外科 4. 整形外科・形成外科 5. 産婦人科 6. 泌尿器科 7. 老年科 8. リハビリテーション科 9. 神経内科 10. 腎臓内科(人工透析) 11. 精神科 12. 眼科 13. 耳鼻咽喉科 14. 皮膚科 15. 放射線科 16. 総合診療科 17. 緩和ケア科 18. 歯科、口腔外科 19. その他(具体的に:)				
役職	1. オーナー 2. オーナーではないが経営に関与する理事等である 3. いずれでもない				
オンコール体制	1. あり 2. なし				
当直	1. あり 2. なし				

問2) 貴施設の管理医師を補助する医師(以下、補助医師)についてご回答ください。

主な応援体制	1. 特定の医師が応援している 2. 特定ではないが、隣接や関連する病院・診療所の医師が応援している 3. 単独でおこなっている(特定の応援体制は無い)
--------	--

問3) 貴施設が往診をお願いしている診療科についてご回答ください。(該当するもの全てに○)

往診をお願いしている 診療科	1. 内科(神経・腎臓を除く) 2. 外科(脳神経・整形・形成外科を除く) 3. 脳神経外科 4. 整形外科・形成外科 5. 産婦人科 6. 泌尿器科 7. 老年科 8. リハビリテーション科 9. 神経内科 10. 腎臓内科(人工透析) 11. 精神科 12. 眼科 13. 耳鼻咽喉科 14. 皮膚科 15. 放射線科 16. 総合診療科 17. 緩和ケア科 18. 歯科、口腔外科 19. その他(具体的に:)
-------------------	---

問4) 医療機関への救急搬送を判断する場合についてご回答ください。

1) 医療機関へ救急搬送の判断をする場合、どのように決めていますか(該当するもの全てに○)	1. 医師の診断結果 2. 看護師の情報による医師の判断 3. 普段の状況をよく知る介護職員、支援相談員等の情報をもとにした医師の判断 4. 家族の希望 5. 看護師の判断 6. 介護職員、支援相談員等の判断 7. その他()
2) 救急搬送を行う場合の理由についてお答えください(該当するもの全てに○)	1. 医師が不在であったため 2. 施設での医療範囲を超えているため 3. それまで対応していた疾患とは別の疾患(感染症等)の治療が必要となったため 4. 救命を優先すべきと考えたため 5. その他()

※救急搬送:ここでは消防の救急車を呼び搬送するケースのほか、自施設の車等で搬送し、緊急受診するケースも含まれます。

問 5) 貴施設の医療機関との連携についてご回答ください。

入所判定時		
①	入所判定時に医療機関から診療情報提供を受けていますか	1. 必ず受けている 2. ほぼ受けている 3. あまり受けていない 4. 全く受けていない
②	入手するようにしている医療に関わる情報について、 <u>必ず入手する項目</u> を選んでください (該当するもの全てに○)	1. 主病名 2. 副病名 3. 既往歴 4. 投与薬剤・投与内容 5. 薬歴(処方経緯等) 6. 認知症の有無及び程度 7. 食事内容(制限など) 8. 直近のリスクイベント(肺炎等) 9. ACP情報 10. その他(具体的に:)
③	入手するようにしている医療に関わる情報について、 <u>可能な限り入手する項目</u> を選んでください (該当するもの全てに○)	1. 主病名 2. 副病名 3. 既往歴 4. 投与薬剤・投与内容 5. 薬歴(処方経緯等) 6. 認知症の有無及び程度 7. 食事内容(制限など) 8. 直近のリスクイベント(肺炎等) 9. ACP情報 10. その他(具体的に:)
④	診療情報提供を受ける際に医療機関から面会・電話等で直接説明を受けていますか	1. 必ず受けている 2. ほぼ受けている 3. あまり受けていない 4. 全く受けていない
⑤	診療情報は、書面により受けていますか	1. 必ず受けている 2. ほぼ受けている 3. あまり受けていない 4. 全く受けていない
⑥	診療情報を受ける為の統一された書式はありますか	1. 統一された書式があり、活用されている 2. 統一された書式があるが、あまり活用されていない 3. 統一された書式はない
⑦	事前に入手していた診療情報と実際の状況が異なる場合、医療機関に確認をしていますか	1. 必ずする 2. ほぼする 3. あまりしない 4. 全くしない
⑧	薬剤状況について医療機関から電話等で直接説明を受けていますか	1. 必ずする 2. ほぼする 3. あまりしない 4. 全くしない
⑨	入所に際し、薬剤の中止・変更の可能性について、医療機関に説明し理解を得るようにしていますか	1. 必ずする 2. ほぼする 3. あまりしない 4. 全くしない 5. 薬剤は変更しない方針
⑩	薬剤を中止・変更する際、中止・変更前に医療機関に説明していますか	1. 必ずする 2. ほぼする 3. あまりしない 4. 全くしない 5. 薬剤は変更しない方針
退所時・退所後		
⑪	退所時に医療機関に提供する医療に関わる情報を選んでください (該当するもの全てに○)	1. 診療情報 2. 看護サマリー 3. 投与薬剤・投与内容 4. 入所期間中の直近のリスクイベント(肺炎等) 5. ACP情報 6. その他(具体的に:)
⑫	診療情報提供をする際に医療機関へ電話等で直接説明をしていますか	1. 必ずする 2. ほぼする 3. あまりしない 4. 全くしない
⑬	診療情報を提供する際、書面による診療情報提供の頻度はどの程度ですか	1. 必ずする 2. ほぼする 3. あまりしない 4. 全くしない
⑭	施設から医療機関へ診療情報を提供する為の統一された書式はありますか	1. 統一された書式があり、活用している 2. 統一された書式があるが、あまり活用していない 3. 統一された書式はない
⑮	薬剤を中止・変更した場合、かかりつけ医へどのように説明していますか	1. 書類と合わせ、医師等が直接面会・電話等にて説明 2. 書類は無く、医師等が直接面会・電話等にて説明 3. 書類のみで説明 4. 特に説明しない 5. その他(具体的に:)

連携の課題	
⑯ 医療機関と連携する上で、どういったことが課題となっていると思いますか	(自由記入)

問 6) 貴施設の地域との連携についてご回答ください。

老健を地域の医療機関に認識してもらうために行っていることはありますか (該当するもの全てに○)	1. 医師会に所属している 2. 日本老年医学会に所属している 3. 地域の医師の集まりに積極的に参加している 4. 地域の医師以外の医療関係者の集まりに積極的に参加している 5. 特にしていない
--	--

問 7) 貴施設の医師(管理医師及び補助医師)の研修参加状況についてご回答ください。

全老健等主催の研修を受講していますか (該当するもの全てに○)	1. 老健管理医師総合診療研修受講 2. 認知症短期集中リハビリテーション研修受講 3. 老人保健施設管理認定医(日本老年医学会) 4. ACP研修受講(外部団体主催) 5. 受講していない
------------------------------------	---

問 8) 貴施設の医師(管理医師及び補助医師)のACP時の対応についてご回答ください。

1) ACP(アドバンス・ケア・プランニング)について、理解していますか	1. 理解している 2. 理解していない
2) どのくらいの入所者に対してACPを実施していますか	1. 必ず実施している(10割) 2. ほとんどの入所者(8割以上)に実施している 3. 半分以上(5割以上)に実施している 4. 半分未満に実施している(2～4割) 5. 1割程度実施している 6. 全く実施していない(0割)
※2)で6. と回答した場合 2-1) ACPを実施しない理由をお答えください(該当するもの全てに○)	1. ACPを行うノウハウがないため 2. ACPを行う時間がないため 3. 看取り期のことなどを話題にすることに抵抗があるため 4. ACPを行う必要がある入所者がいないため 5. その他()
※以下の設問では、2)で1. ～5. を選択した方を対象に伺います。	
3) ACP・看取りに関する話し合いについてはどの時期に行っていますか (該当するもの全てに○)	1. 入所時に行う 2. 状態悪化時に行う 3. 看取り期に行う 4. 本人や家族から求められたときに行う 5. その他()
4) ACP・看取りに関する話し合いは、対象者ごとに、繰り返し行っていますか	1. 繰り返し話し合いを行う人のほうが多い 2. 繰り返し行う人と行わない人が半数程度ずつである 3. 繰り返し行わない人のほうが多い

※看取り期について:ここでは、医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断し、近い将来確実に死に至ることが差し迫っている状態にあると判断した場合を言います。

5) 上記話し合いは、どのように行っていますか (主に行う方法1つに○)	1. 医師が単独でご本人やご家族等と話し合う 2. 医師と多職種がご本人やご家族等と話し合う 3. 医師以外の職員が単独でご本人やご家族等と話し合う 4. 医師以外が多職種でご本人やご家族等と話し合う
※5)で1. と回答した場合 5-1) 医師が単独でご本人と話し合う場合、ご本人と話し合った内容を他の職員と共有していますか (該当するもの全てに○)	1. 多職種が参加するケースカンファレンスを行い共有する 2. 朝礼や申し送りの際に共有する 3. 話し合いの記録を作成し共有する 4. 共有はせず、話し合いの結果に応じた指示を出す 5. その他()
※5)で2. または4. と回答した場合 5-2) 上記で、多職種で話し合う際の、職種について (該当するもの全てに○)	1. 看護職 2. 介護職 3. 支援相談員 4. 介護支援専門員 5. リハビリ職員 6. (管理)栄養士 7. その他()
6) ACP・看取りに関する話し合いの主な内容をお答えください (主に話し合うものとして、該当するもの全てに○)	1. ご本人の症状等について 2. ご本人の価値観や目標について 3. ご本人の気がかりについて 4. ご本人の医療・ケアに関する意向(人生の最終段階における医療・ケアの意向を含む) 5. ご本人の療養場所や最期を過ごす場所に関する意向 6. ご本人の意思を推定できる人の確認 7. 療養生活でやりたいこと・会いたい人について 8. 医療・ケアチームとしての方針について 9. その他()
7) 入所前や病院に入院中等に行われたACPについて、かかりつけ医や主治医等から入手する情報が不十分な場合、どのようにしていますか	1. 必ず問い合わせしている 2. 体調が安定しない入所者など一部のケースで問い合わせしている 3. 積極的に問い合わせをすることはない

ご協力ありがとうございました

事例調査票

【調査票のご記入について】

- ※ 事例回答については、それぞれ過去1年間の対応事例についてご回答ください(過去1年で事例回答件数に満たない場合でも、1年以内の事例についてのみご回答いただき、1年以上前の事例について、ご回答いただく必要はありません)。短期入所の利用者は対象に含みません。
- ※ 調査票回答者の職種に指定はありませんが、設問の内容に応じ、医師、看護師など医療提供にかかわる職種の方にご記入いただくか、関係する多職種で協議のうえご回答下さい。
- ※ 特に断りのない限り、問1は死亡時点、問2、問3は搬送時点の状況についてご回答ください。
- ※ 調査票の提出期限は、令和6年11月8日(金)にてお願いしております。
- ※ 問3については、1週間程度の予定入院は含めずにお答えください。
- ※ 看取り期:ここでは、医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断し、近い将来確実に死に至ることが差し迫っている状態にあると判断した場合を言います。
- ※ 救急搬送:ここでは消防の救急車を呼び搬送したケースのほか、自施設の車等で搬送し、緊急受診したケースも含みます。

問1)過去1年間(令和5年10月から令和6年9月)において、貴施設の施設内で看取り(死亡退所)になった事例のうち、直近5件について伺います。

過去1年以内に、施設内にて看取りを実施しましたか。	1. はい 2. いいえ→問2)(4頁)に進んでください
問1-2. 上記質問で1. はいと回答の場合は、下記の問にお進みください。	
施設内で看取り[死亡退所]になった、直近の事例 ①～⑤についてご回答ください。	

看取り:事例①

(1)年齢	歳	(2)性別	1. 男性 2. 女性
(3)要介護度	1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 区分変更申請中		
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1. ランクⅠ 2. ランクⅡ 3. ランクⅢ 4. ランクⅣ 5. ランクM 6. 不明		
(5)直近の入所期間	西暦()年()月()日～西暦()年()月()日		
(6)貴施設への入所延べ日数(再入所した場合は、総合計日数)	()日		
(7)死亡診断書の疾患名 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号をご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号		
	該当がない場合の疾患名:		
(8)その他の疾患名 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号をご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号		
	該当がない場合の疾患名:		
(9)ACPを実施していましたか。	1. 実施していた⇒家族等の参加の有無(1. 有り 2. 無し) 2. 実施していなかった		
※(9)で1. と回答した場合 (10)ACPの話し合いで定まった方針と看取り期の対応は一致していましたか。		1. 一致していた 2. 一致していなかった	

看取り:事例②

(1)年齢	歳	(2)性別	1. 男性 2. 女性
(3)要介護度	1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 区分変更申請中		
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1. ランクⅠ 2. ランクⅡ 3. ランクⅢ 4. ランクⅣ 5. ランクM 6.不明		
(5)直近の入所期間	西暦()年()月()日 ~西暦()年()月()日		
(6)貴施設への入所延べ日数(再入所した場合は、総合計日数)	()日		
(7)死亡診断書の疾患名 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号をご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号		
	該当がない場合の疾患名:		
(8)その他の疾患名 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号をご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号		
	該当がない場合の疾患名:		
(9)ACPを実施していましたか。	1. 実施していた⇒家族等の参加の有無(1. 有り 2. 無し) 2. 実施していなかった		
※(9)で1. と回答した場合 (10)ACPの話し合いで定まった方針と看取り期の対応は一致していましたか。			1. 一致していた 2. 一致していなかった

看取り:事例③

(1)年齢	歳	(2)性別	1. 男性 2. 女性
(3)要介護度	1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 区分変更申請中		
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1. ランクⅠ 2. ランクⅡ 3. ランクⅢ 4. ランクⅣ 5. ランクM 6.不明		
(5)直近の入所期間	西暦()年()月()日 ~西暦()年()月()日		
(6)貴施設への入所延べ日数(再入所した場合は、総合計日数)	()日		
(7)死亡診断書の疾患名 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号をご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号		
	該当がない場合の疾患名:		
(8)その他の疾患名 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号をご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号		
	該当がない場合の疾患名:		
(9)ACPを実施していましたか。	1. 実施していた⇒家族等の参加の有無(1. 有り 2. 無し) 2. 実施していなかった		
※(9)で1. と回答した場合 (10)ACPの話し合いで定まった方針と看取り期の対応は一致していましたか。			1. 一致していた 2. 一致していなかった

看取り:事例④

(1)年齢	歳	(2)性別	1. 男性 2. 女性
(3)要介護度	1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 区分変更申請中		
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1. ランクⅠ 2. ランクⅡ 3. ランクⅢ 4. ランクⅣ 5. ランクM 6.不明		
(5)直近の入所期間	西暦()年()月()日 ~西暦()年()月()日		
(6)貴施設への入所延べ日数(再入所した場合は、総合計日数)	()日		
(7)死亡診断書の疾患名 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号をご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号		
	該当がない場合の疾患名:		
(8)その他の疾患名 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号をご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号		
	該当がない場合の疾患名:		
(9)ACPを実施していましたか。	1. 実施していた⇒家族等の参加の有無(1. 有り 2. 無し) 2. 実施していなかった		
※(9)で1. と回答した場合 (10)ACPの話し合いで定まった方針と看取り期の対応は一致していましたか。			1. 一致していた 2. 一致していなかった

看取り:事例⑤

(1)年齢	歳	(2)性別	1. 男性 2. 女性
(3)要介護度	1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 区分変更申請中		
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1. ランクⅠ 2. ランクⅡ 3. ランクⅢ 4. ランクⅣ 5. ランクM 6.不明		
(5)直近の入所期間	西暦()年()月()日 ~西暦()年()月()日		
(6)貴施設への入所延べ日数(再入所した場合は、総合計日数)	()日		
(7)死亡診断書の疾患名 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号をご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号		
	該当がない場合の疾患名:		
(8)その他の疾患名 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号をご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号		
	該当がない場合の疾患名:		
(9)ACPを実施していましたか。	1. 実施していた⇒家族等の参加の有無(1. 有り 2. 無し) 2. 実施していなかった		
※(9)で1. と回答した場合 (10)ACPの話し合いで定まった方針と看取り期の対応は一致していましたか。			1. 一致していた 2. 一致していなかった

問 2) 過去1年間(令和5年10月から令和6年9月)において、貴施設にて看取り対応中に、救急搬送された事例のうち、直近の2件について伺います。

過去1年以内に、看取り対応中に救急搬送された入所者はいましたか。	1. はい 2. いいえ→問3)(6頁)へ進んでください
問 2-2. 上記質問で1. はいと回答の場合は、下記の問にお進みください。	
施設内で看取り対応中の入所者が、救急搬送された直近の事例 ⑥・⑦についてご回答ください	

看取り中の救急搬送: 事例⑥

(1)年齢	歳	(2)性別	1. 男性 2. 女性
(3)要介護度	1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 区分変更申請中		
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1. ランクⅠ 2. ランクⅡ 3. ランクⅢ 4. ランクⅣ 5. ランクM 6. 不明		
(5)直近の入所期間	西暦()年()月()日 ~ 西暦()年()月()日		
(6)貴施設への入所延べ日数 (再入所した場合は、総合計日数)	()日		
(7)救急搬送した医療機関の種別	1. 急性期一般病院 2. 回復期リハビリテーション病棟 3. 地域包括ケア病棟(床) 4. 療養病床[2. 3. 以外] 5. 地域包括医療病棟 6. その他 ()		
(8)搬送先医療機関との関係	1. 併設病院 2. 併設診療所 3. 併設以外の同一法人・関連法人の病院 4. 併設以外の同一法人・関連法人の診療所 5. その他の病院 6. その他の診療所		
(9)搬送先は協力医療機関か	1. 協力病院 2. 協力診療所 3. その他の病院 4. その他の診療所		
(10) 医療機関へ救急搬送となった原因疾患 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号ご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号		
	該当がない場合の疾患名:		
(11) 医療機関への救急搬送の判断はどのように決めましたか。 (最も近いもの1つに○)	1. 医師の診断結果 2. 看護師等の情報による医師の判断 3. 普段の状況をよく知る介護職員、支援相談員等の情報をもとにした医師の判断 4. 家族の希望 5. 看護師の判断 6. 介護職員、支援相談員等の判断 7. その他()		
(12)救急搬送を判断した根拠、理由についてお答えください。 (最も近いもの1つに○)	1. 医師が不在であったため 2. 施設での医療範囲を超えているため 3. それまで対応していた疾患とは別の疾患(感染症等)の治療が必要となったため 4. 救命を優先すべきと考えたため 5. その他()		
(13)ACPを実施していましたか。	1. 実施していた⇒家族等の参加の有無(1. 有り 2. 無し) 2. 実施していなかった		
※(13)で1. と回答した場合 (14)ACPの話し合いで定めた方針と、救急搬送の判断は一致していましたか。	1. 一致していた 2. 一致していなかった		
(15)救急搬送した時間帯	1. 早朝(4:00~8:00) 2. 日中(8:00~16:00) 3. 夜勤前(16:00~18:00) 4. 夜勤中(18:00~翌4:00)		
(16)救急搬送した医師の勤務状況	1. 医師勤務日 →医師不在日前日でしたか(1. はい 2. いいえ) 2. 医師不在日		
(17)救急搬送された医療機関でのその後の状況について(当てはまる選択肢全てに○)	1. 入院継続中 2. 退院し在宅へ 3. 死亡 4. もとの老健施設へ再び入所 5. 別の施設等へ転所 6. その他()		

看取り中の救急搬送:事例⑦

(1)年齢	歳	(2)性別	1. 男性 2. 女性
(3)要介護度	1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 区分変更申請中		
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1. ランクⅠ 2. ランクⅡ 3. ランクⅢ 4. ランクⅣ 5. ランクM 6.不明		
(5)直近の入所期間	西暦()年()月()日 ~西暦()年()月()日		
(6)貴施設への入所延べ日数 (再入所した場合は、総合計日数)	()日		
(7)救急搬送した医療機関の種別	1. 急性期一般病院 2. 回復期リハビリテーション病棟 3. 地域包括ケア病棟(床) 4. 療養病床〔2. 3. 以外〕 5. 地域包括医療病棟 6. その他 ()		
(8)搬送先医療機関との関係	1. 併設病院 2. 併設診療所 3. 併設以外の同一法人・関連法人の病院 4. 併設以外の同一法人・関連法人の診療所 5. その他の病院 6. その他の診療所		
(9)搬送先は協力医療機関か	1. 協力病院 2. 協力診療所 3. その他の病院 4. その他の診療所		
(10) 医療機関へ救急搬送となった原因疾患 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号ご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号		
	該当がない場合の疾患名:		
(11) 医療機関への救急搬送の判断はどのように決めましたか。 (最も近いもの1つに○)	1. 医師の診断結果 2. 看護師等の情報による医師の判断 3. 普段の状況をよく知る介護職員、支援相談員等の情報をもとにした医師の判断 4. 家族の希望 5. 看護師の判断 6. 介護職員、支援相談員等の判断 7. その他()		
(12)救急搬送を判断した根拠、理由についてお答えください。 (最も近いもの1つに○)	1. 医師が不在であったため 2. 施設での医療範囲を超えているため 3. それまで対応していた疾患とは別の疾患(感染症等)の治療が必要となったため 4. 救命を優先すべきと考えたため 5. その他()		
(13)ACPを実施していましたか。	1. 実施していた⇒家族等の参加の有無(1. 有り 2. 無し) 2. 実施していなかった		
※(13)で1. と回答した場合 (14)ACPの話し合いで定めた方針と、救急搬送の判断は一致していましたか。	1. 一致していた 2. 一致していなかった		
(15)救急搬送した時間帯	1. 早朝(4:00~8:00) 2. 日中(8:00~16:00) 3. 夜勤前(16:00~18:00) 4. 夜勤帯(18:00~翌4:00)		
(16)救急搬送した医師の勤務状況	1. 医師勤務日 ⇒医師不在日前日でしたか(1.はい 2. いいえ) 2. 医師不在日		
(17)救急搬送された医療機関でのその後の状況について(当てはまる選択肢全てに○)	1. 入院継続中 2. 退院し在宅へ 3. 死亡 4. もとの老健施設へ再び入所 5. 別の施設等へ転所 6. その他()		

問3)過去1年間(令和5年10月から令和6年9月)において、看取り対応中以外で、医療機関へ救急搬送された事例のうち、直近の3件について伺います。

※1週間程度の予定入院の事例は対象外です。

過去1年以内に、看取り対応中以外の入所者で救急搬送された方はいましたか。	1. はい 2. いいえ⇒質問は以上で終わりです
問3-2. 上記質問で1. はいと回答の場合は、下記の問にお進みください。	
施設内で看取り対応中以外の入所者が、救急搬送された直近の事例 ⑧～⑩についてご回答ください。	

看取り対応中以外の救急搬送:事例⑧

(1)年齢	歳	(2)性別	1. 男性 2. 女性
(3)要介護度	1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 区分変更申請中		
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1. ランクⅠ 2. ランクⅡ 3. ランクⅢ 4. ランクⅣ 5. ランクM 6. 不明		
(5)直近の入所期間	西暦()年()月()日～西暦()年()月()日		
(6)貴施設への入所延べ日数 (再入所した場合は、総合計日数)	()日		
(7)救急搬送した医療機関の種別	1. 急性期一般病院 2. 回復期リハビリテーション病棟 3. 地域包括ケア病棟(床) 4. 療養病床[2. 3. 以外] 5. 地域包括医療病棟 6. その他()		
(8)搬送先医療機関との関係	1. 併設病院 2. 併設診療所 3. 併設以外の同一法人・関連法人の病院 4. 併設以外の同一法人・関連法人の診療所 5. その他の病院 6. その他の診療所		
(9)搬送先は協力医療機関か	1. 協力病院 2. 協力診療所 3. その他の病院 4. その他の診療所		
(10) 医療機関へ救急搬送となった原因疾患 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号ご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号		
	該当がない場合の疾患名:		
(11) 医療機関への救急搬送の判断はどのように決めましたか。 (最も近いもの1つに○)	1. 医師の診断結果 2. 看護師等の情報による医師の判断 3. 普段の状況をよく知る介護職員、支援相談員等の情報をもとにした医師の判断 4. 家族の希望 5. 看護師の判断 6. 介護職員、支援相談員等の判断 7. その他()		
(12)救急搬送を判断した根拠、理由についてお答えください。 (最も近いもの1つに○)	1. 医師が不在であったため 2. 施設での医療範囲を超えているため 3. それまで対応していた疾患とは別の疾患(感染症等)の治療が必要となったため 4. 救命を優先すべきと考えたため 5. その他()		
(13)ACPを実施していましたか。	1. 実施していた⇒家族等の参加の有無(1. 有り 2. 無し) 2. 実施していなかった		
※(13)で1. と回答した場合			1. 一致していた 2. 一致していなかった
(14)ACPの話し合いで定めた方針と、救急搬送の判断は一致していましたか。			
(15)救急搬送した時間帯	1. 早朝(4:00～8:00) 2. 日中(8:00～16:00) 3. 夜勤前(16:00～18:00) 4. 夜勤帯(18:00～翌4:00)		
(16)救急搬送した医師の勤務状況	1. 医師勤務日 ⇒医師不在日前日でしたか(1.はい 2. いいえ) 2. 医師不在日		
(17)救急搬送された医療機関でのその後の状況について(当てはまる選択肢全てに○)	1. 入院継続中 2. 退院し在宅へ 3. 死亡 4. もとの老健施設へ再び入所 5. 別の施設等へ転所 6. その他()		

看取り対応中以外の救急搬送:事例⑨

(1)年齢	歳	(2)性別	1. 男性 2. 女性
(3)要介護度	1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 区分変更申請中		
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1. ランクⅠ 2. ランクⅡ 3. ランクⅢ 4. ランクⅣ 5. ランクM 6.不明		
(5)直近の入所期間	西暦()年()月()日 ~西暦()年()月()日		
(6)貴施設への入所延べ日数 (再入所した場合は、総合計日数)	()日		
(7)救急搬送した医療機関の種別	1. 急性期一般病院 2. 回復期リハビリテーション病棟 3. 地域包括ケア病棟(床) 4. 療養病床[2. 3. 以外] 5. 地域包括医療病棟 6. その他 ()		
(8)搬送先医療機関との関係	1. 併設病院 2. 併設診療所 3. 併設以外の同一法人・関連法人の病院 4. 併設以外の同一法人・関連法人の診療所 5. その他の病院 6. その他の診療所		
(9)搬送先は協力医療機関か	1. 協力病院 2. 協力診療所 3. その他の病院 4. その他の診療所		
(10) 医療機関へ救急搬送となった原因疾患 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号ご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号		
	該当がない場合の疾患名:		
(11) 医療機関への救急搬送の判断はどのように決めましたか。 (最も近いもの1つに○)	1. 医師の診断結果 2. 看護師等の情報による医師の判断 3. 普段の状況をよく知る介護職員、支援相談員等の情報をもとにした医師の判断 4. 家族の希望 5. 看護師の判断 6. 介護職員、支援相談員等の判断 7. その他()		
(12)救急搬送を判断した根拠、理由についてお答えください。 (最も近いもの1つに○)	1. 医師が不在であったため 2. 施設での医療範囲を超えているため 3. それまで対応していた疾患とは別の疾患(感染症等)の治療が必要となったため 4. 救命を優先すべきと考えたため 5. その他()		
(13)ACPを実施していましたか。	1. 実施していた⇒家族等の参加の有無(1. 有り 2. 無し) 2. 実施していなかった		
※(13)で1. と回答した場合			1. 一致していた
(14)ACPの話し合いで定まった方針と、救急搬送の判断は一致していましたか。			2. 一致していなかった
(15)救急搬送した時間帯	1. 早朝(4:00~8:00) 2. 日中(8:00~16:00) 3. 夜勤前(16:00~18:00) 4. 夜勤中(18:00~翌4:00)		
(16)救急搬送した医師の勤務状況	1. 医師勤務日 ⇒医師不在日前日でしたか(1.はい 2. いいえ) 2. 医師不在日		
(17)救急搬送された医療機関でのその後の状況について(当てはまる選択肢全てに○)	1. 入院継続中 2. 退院し在宅へ 3. 死亡 4. もとの老健施設へ再び入所 5. 別の施設等へ転所 6. その他()		

看取り対応中以外の救急搬送:事例⑩

(1)年齢	歳	(2)性別	1. 男性 2. 女性
(3)要介護度	1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 区分変更申請中		
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1. ランクⅠ 2. ランクⅡ 3. ランクⅢ 4. ランクⅣ 5. ランクM 6.不明		
(5)直近の入所期間	西暦()年()月()日 ~西暦()年()月()日		
(6)貴施設への入所延べ日数 (再入所した場合は、総合計日数)	()日		
(7)救急搬送した医療機関の種別	1. 急性期一般病院 2. 回復期リハビリテーション病棟 3. 地域包括ケア病棟(床) 4. 療養病床[2. 3. 以外] 5. 地域包括医療病棟 6. その他 ()		
(8)搬送先医療機関との関係	1. 併設病院 2. 併設診療所 3. 併設以外の同一法人・関連法人の病院 4. 併設以外の同一法人・関連法人の診療所 5. その他の病院 6. その他の診療所		
(9)搬送先は協力医療機関か	1. 協力病院 2. 協力診療所 3. その他の病院 4. その他の診療所		
(10) 医療機関へ救急搬送となった原因疾患 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号ご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号		
	該当がない場合の疾患名:		
(11) 医療機関への救急搬送の判断はどのように決めましたか。 (最も近いもの1つに○)	1. 医師の診断結果 2. 看護師等の情報による医師の判断 3. 普段の状況をよく知る介護職員、支援相談員等の情報をもとにした医師の判断 4. 家族の希望 5. 看護師の判断 6. 介護職員、支援相談員等の判断 7. その他()		
(12)救急搬送を判断した根拠、理由についてお答えください。 (最も近いもの1つに○)	1. 医師が不在であったため 2. 施設での医療範囲を超えているため 3. それまで対応していた疾患とは別の疾患(感染症等)の治療が必要となったため 4. 救命を優先すべきと考えたため 5. その他()		
(13)ACPを実施していましたか。	1. 実施していた⇒家族等の参加の有無(1. 有り 2. 無し) 2. 実施していなかった		
※(13)で1. と回答した場合 (14)ACPの話し合いで定めた方針と、救急搬送の判断は一致していましたか。	1. 一致していた 2. 一致していなかった		
(15)救急搬送した時間帯	1. 早朝(4:00~8:00) 2. 日中(8:00~16:00) 3. 夜勤前(16:00~18:00) 4. 夜勤帯(18:00~翌4:00)		
(16)救急搬送した医師の勤務状況	1. 医師勤務日 ⇒医師不在日前日でしたか(1.はい 2. いいえ) 2. 医師不在日		
(17)救急搬送された医療機関でのその後の状況について(当てはまる選択肢全てに○)	1. 入院継続中 2. 退院し在宅へ 3. 死亡 4. もとの老健施設へ再び入所 5. 別の施設等へ転所 6. その他()		

診断名リスト

別紙

ICDコード分類	番号	診断名
循環器系等の疾患	1	脳梗塞
	2	脳出血
	3	多発性脳梗塞
	4	くも膜下出血
	5	硬膜下血腫
	6	硬膜下血腫および脳挫傷
	7	その他の脳血管疾患
	8	高血圧症（認知症や脳血管障害など他の病態を伴わない）
	9	慢性心不全
	10	心筋梗塞
	11	狭心症
	12	不整脈
	13	心房細動
	14	その他の心疾患
	15	閉塞性動脈硬化症
	16	その他の中枢または末梢血管の疾患
精神及び行動の障害	17	アルツハイマー型認知症
	18	脳血管性認知症
	19	レビー小体型認知症
	20	下記以外の認知症 （脳血管性・アルツハイマー型・混合型・レビー小体型・ピック病）
	21	前頭・側頭葉型認知症（ピック病等）
	22	混合型認知症
	23	まだ確定診断のついていない認知症
	24	うつ病
	25	統合失調症
	26	その他の精神疾患
神経系の疾患	27	パーキンソン病
	28	パーキンソン病以外の脊髄小脳変性疾患
	29	症候性てんかん、てんかん
	30	その他の中枢神経疾患
	31	末梢神経疾患
内分泌、栄養及び代謝疾患	32	糖尿病（認知症や脳血管障害など他の病態を伴わない）
	33	栄養障害
	34	肥満
	35	脂質異常症（高脂血症）
	36	甲状腺機能障害
筋骨格系及び結合組織の疾患	37	その他の代謝・内分泌疾患
	38	脊髄損傷
	39	脊柱管狭窄症
	40	変形性脊椎症
	41	下肢の変形性関節症（股関節・膝関節）
	42	上肢の変形性関節症（肩関節・肘関節）
	43	大腿骨の骨折（手術を行った）
	44	大腿骨以外の骨折（手術を行った）
	45	骨折（保存的治療のみ）
	46	骨粗しょう症
	50	関節リウマチ
	51	関節リウマチ以外の全身性結合組織障害
	52	筋、軟部組織の障害
呼吸器系の疾患	53	気管支喘息
	54	肺気腫等慢性閉塞性肺疾患
	55	誤嚥性・吸引性（不顕性）肺炎などの慢性呼吸器感染症
	56	急性呼吸器感染症
	57	その他肺および胸膜など呼吸器の疾患

ICDコード分類	番号	診断名
腎尿路生殖生殖器系の疾患	58	腎不全（慢性・急性を含む）
	59	尿路結石症など尿路の疾患
	60	尿路感染症（膀胱炎など）
	61	乳房・女性生殖器・骨盤臓器の疾患
	62	前立腺肥大症などの男性生殖器の疾患
消化器系の疾患	63	胃・食道疾患
	64	小腸・大腸の疾患
	65	肝胆膵の疾患
	66	ヘルニア
	67	肛門の疾患
	68	その他の消化器の疾患（腹膜、口腔、唾液腺、膵等を含む）
	69	悪性新生物
新生物	70	良性新生物およびその他特定されない新生物
眼及び付属器の疾患、耳及び乳様突起の疾患	71	緑内障・白内障などの眼およびその付属器の疾患
	72	耳および乳様突起の疾患
皮膚及び皮下組織の疾患	73	疥癬・蜂窩織炎・白癬等感染症
	74	水疱症（天疱瘡・類天疱瘡等）
	75	アレルギー性皮膚疾患
	76	褥創
	77	皮膚の外傷およびその他の皮膚疾患
	78	感染症
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	79	貧血
	80	貧血以外の血液・免疫および凝固系の疾患
周産期に発生した病態	81	周産期や小児期の疾患の後遺症（脳性麻痺、精神発達遅滞を含む）
先天奇形、変形及び染色体異常	82	先天奇形・変形および染色体異常
損傷、中毒及びその他の外因の影響	83	損傷、中毒及びその他の外因の影響

その他特記すべき状態	84	PTCA等心臓手術の既往
	85	ペースメーカー装着者
	86	気管切開状態
	87	透析
	88	尿道カテーテル留置や人工膀胱状態
	89	経鼻胃管や胃瘻等経管栄養状態
	90	HBVキャリア
	91	HCVキャリア
	92	褥創
	93	片麻痺
	94	失語
	95	片麻痺・失語以外の高次機能障害



公益社団法人全国老人保健施設協会

〒105-0011

東京都港区芝公園 2-6-15 黒龍芝公園ビル 6 階

TEL. 03-3432-4165 FAX. 03-3432-4172