

平成 24 年度老人保健健康増進等事業

療養病床から転換した介護老人保健施設等のあり方に
関する調査研究事業

報 告 書

平成 25 年 3 月

一般社団法人 日本慢性期医療協会

<目 次>

序 事業の概要	1
1. 背景	1
2. 目的	1
3. 調査の全体像	2
I 調査の結果	3
1. 実施要領	3
2. 施設の概要	5
(1) 設置主体	5
(2) 病床数、定員数の状況	6
(3) 入院、入所の状況	9
(4) 介護施設における医療機関の併設状況	10
(5) 介護施設における報酬上の届出状況	10
3. 患者・入所者の状態像と入退院経路	13
(1) 状態像	13
(2) 疾患、処置・治療等の状況	18
4. ターミナルケア・看取りの実施状況	26
(1) ターミナルケアの実施人数	26
(2) ターミナルケアにおいて原因となる疾患	26
(3) ターミナルケア・看取りの取り組み状況	27
(4) ターミナルケア・看取りを実施する上での問題点等	28
5. 認知症ケアの実施状況	44
(1) 認知症患者の人数	44
(2) 認知症患者の身体合併症の状況	44
(3) B P S Dの症状に係る状況	45
(4) 認知症ケアを実施する上での問題点等	46
6. 療養病床の転換意向〔療養病床を有する医療機関のみ〕	59
(1) 転換意向の有無	59
(2) 転換を行う理由／行わない理由〔介護療養病床のみ〕	60
(3) 転換を行う上で満たされるべき条件	62
7. 介護療養型老人保健施設への転換の経緯〔転換施設のみ〕	64
(1) 転換の概況	64
(2) 転換後に発生した問題点	66
II 総括	67

＜参考資料＞

資料１．インタビュー調査結果概要	資-1
資料２．アンケート調査票	資-13

本事業の実施にあたり、一般社団法人日本慢性期医療協会に検討委員会を設置し、事業の企画、実施、検討を行った。

日本慢性期医療協会 平成 24 年度 療養病床から転換した介護老人保健施設の
あり方に関する調査研究委員会

[研究代表者]

武久 洋三 日本慢性期医療協会 会長

[研究特別委員]

小山 秀夫 兵庫県立大学大学院 教授

高橋 泰 国際医療福祉大学大学院 教授

[委員]

○清水 紘 嵯峨野病院 理事長

中川 翼 定山溪病院 院長

小笠原 俊夫 真栄病院 院長

漆原 彰 大宮共立病院 理事長

安藤 高朗 永生病院 理事長

桑名 斉 信愛病院 理事長

熊谷 頼佳 京浜病院 院長

進藤 晃 大久野病院 理事長

池端 幸彦 池端病院 理事長

猿原 孝行 和恵会記念病院 理事長

鉾之原 大助 市比野記念病院 理事長

○は委員長、敬称略

[事務局]

一般社団法人 日本慢性期医療協会

1. 背景

平成 20 年度からの第 1 期医療費適正化計画では、病院・病床機能の分化・強化等を図ることにより入院期間の短縮を目指す中、介護療養病床は平成 23 年度末の廃止期限までに介護老人保健施設等への転換を進めることとされた。しかしながら、転換が十分には進んでいないという実態があったことから、現存する介護療養病床の転換期限は当初設定された平成 23 年度末から、平成 29 年度末まで 6 年間の延長がなされたという現状にある。

また、平成 25 年度からの第 2 期医療費適正化計画においては、療養病床の数を機械的に削減するのではなく、病院・病床機能の分化・強化、在宅医療の推進、医療と介護の連携強化の推進等によって、入院期間の短縮を目指していくという方針が示されているところである。

このような状況の推移がある中で、当会が実施する介護療養型老人保健施設のあり方に関する調査研究は本年度で 4 年目を迎えた。過去 3 年間の研究においては、療養病床と介護療養型老人保健施設それぞれについて、患者状態像や処置・治療の状況、入退出の経路、職員の配置状況、転換支援策に係る問題点等についてデータや意見の収集・分析を行い、転換に係る現状と課題に関して報告を実施してきたところである。

2. 目的

上記の背景を踏まえて、本年度の調査研究では、①療養病床（介護療養病床、医療療養病床）と介護施設（介護療養型老人保健施設、従来型介護老人保健施設、介護老人福祉施設）の機能の違いに焦点を当て、ターミナルケア・看取りや、医療が必要な認知症患者へのケアについて、それらの実施状況や課題を重点的に把握すること、②現状の療養病床及び介護施設の患者・入所者の状態像や入退出経路、療養病床の転換意向等の実態を確認（モニタリング）すること、という 2 点を目的として調査研究を実施する。

3. 調査の全体像

本年度は、調査目的に鑑み、下記に着目した調査を実施する。

①療養病床／介護施設の機能の違いに係る観点（本年度の重点項目）

【共通の設問】

ターミナルケア・看取りの実施人数、原因となる疾患、取り組みの状況
認知症患者の人数、身体合併症の状況、BPSDに係る症状 など

②モニタリングの観点（毎年の実態把握のための項目）

【共通の設問】

施設に関する基本情報（病床数／入所者数、併設施設の状況 など）、
患者の状態像、処置・治療の状況、入退出経路 など

【療養病床に関わる設問】

近年の許可病床数（病床構成）の推移、療養病床の転換意向、
転換を行う理由／行わない理由 など

【介護療養型老人保健施設に関わる設問】

転換の概要（時期、施設改修の状況 など）、転換前後の病床数の変化、
転換後に発生した問題点 など

I 調査の結果

1. 実施要領

本調査は、療養病床から転換した介護療養型老人保健施設、日本慢性期医療協会の会員施設における療養病床を持つ医療機関、介護老人福祉施設・（従来型）介護老人保健施設（日本慢性期医療協会会員の同一・関連法人が有する施設）を対象に、患者・入所者の状態像や入退出の流れ、転換意向（療養病床を持つ病院のみ）、転換経緯（介護療養型老人保健施設のみ）等について把握することを目的として実施した。

図表 調査の実施状況

調査時期	平成 24 年 10 月～11 月
調査方法	郵送配布、郵送回収
調査対象	①介護療養型老人保健施設 142 施設 ②日本慢性期医療協会会員施設 1026 施設
回収数	①介護療養型老人保健施設 58 施設（回収率 40.8%） ②日本慢性期医療協会会員施設 療養病床を有する医療機関 214 施設 介護老人福祉施設 9 施設 （従来型）介護老人保健施設 74 施設 ※日本慢性期医療協会会員施設については、療養病床用、介護施設（介護老人福祉施設／介護老人保健施設）用の 2 種類の調査票を一括送付する方法をとっており、施設類型別の母数が不明であるため、回収率は算出していない。
主な調査項目	＜介護療養型老人保健施設＞ Ⅰ．貴施設の概要 ・開設主体 ・定員数、在所者数、職員数 ・併設する施設・事業所の状況 ・基本施設サービス費の算定状況 Ⅱ．転換の経緯 ・転換の概要 ・転換前後の病床数・定員数 ・転換後に発生した問題点 Ⅲ．入所者の状態像と入退所経路 ・入所者の医療区分・要介護度・認知症高齢者の日常生活自立度 ・入退所の状況 ・処置・疾患等の状況

	IV. サービス提供状況 ・ターミナルケア・看取りの実施状況 ・認知症ケアの実施状況 V. その他 ・介護療養型老人保健施設が果たす役割、制度面で改善が求められる事柄等に関するご意見 <療養病床を有する医療機関> I. 貴院の概要 ・施設形態、設置主体 ・建物の建設・改築時期 ・併設する施設・事業所の状況 ・病床種類別の病床数・入院患者数 ・療養病棟の病棟別概要 II. 患者の状態像と入退院経路 ・患者の医療区分・要介護度・認知症高齢者の日常生活自立度 ・入退院の状況 ・処置・疾患等の状況 III. サービス提供状況 ・ターミナルケア・看取りの実施状況 ・認知症ケアの実施状況 IV. 療養病床の転換意向 ・2006～2009 年、及び 2009～2012 年にかけての病床種類別の許可病床数の推移 ・療養病床の転換意向 V. その他 ・医療療養病床／介護療養病床が果たすべき役割、介護療養型老健、従来型老健等との役割分担等に関するご意見 <介護老人福祉施設／（従来型）介護老人保健施設> I. 貴施設の概要 ・開設主体 ・定員数、在所者数、職員数 ・併設する施設・事業所の状況 ・介護報酬上の届出状況 II. 入所者の状態像と入退所経路 ・入所者の要介護度・認知症高齢者の日常生活自立度 ・入退所の状況 ・処置・疾患等の状況 III. サービス提供状況 ・ターミナルケア・看取りの実施状況 ・認知症ケアの実施状況 IV. その他 ・介護老人福祉施設／従来型介護老人保健施設が果たすべき役割、施設類型間での役割分担等に関するご意見
--	---

2. 施設の概要

(1) 設置主体

調査に回答があった施設の設置主体は、療養病床を有する医療機関では「医療法人」が 91.1%、介護療養型老人保健施設では「医療法人」が 75.9%、従来型介護老人保健施設では「医療法人」が 90.5%を占めた。介護老人福祉施設については、母数が少ないことから参考として掲載した。

図表 設置主体

①療養病床を有する医療機関

設置主体	施設数	割合
医療法人	195施設	91.1%
財団法人	6施設	2.8%
社会福祉法人	5施設	2.3%
個人	2施設	0.9%
地方公共団体	1施設	0.5%
医療生協	1施設	0.5%
公益法人	1施設	0.5%
厚生連	1施設	0.5%
社団法人	1施設	0.5%
生協法人	1施設	0.5%
計	214施設	100.0%

②介護療養型老人保健施設

設置主体	施設数	割合
医療法人	44施設	75.9%
地方公共団体	5施設	8.6%
社会福祉法人	2施設	3.4%
社会医療法人	2施設	3.4%
個人	2施設	3.4%
地方独立行政法人	1施設	1.7%
厚生連	1施設	1.7%
生協法人	1施設	1.7%
計	58施設	100.0%

③従来型介護老人保健施設／介護老人福祉施設

設置主体	従来型介護老人保健施設		介護老人福祉施設	
	施設数	割合	施設数	割合
医療法人	67施設	90.5%	0施設	0.0%
社会福祉法人	3施設	4.1%	8施設	88.9%
地方公共団体	1施設	1.4%	0施設	0.0%
公益財団法人	1施設	1.4%	0施設	0.0%
社会医療法人	1施設	1.4%	0施設	0.0%
日本赤十字社	1施設	1.4%	0施設	0.0%
株式会社	0施設	0.0%	1施設	11.1%
計	74施設	100.0%	9施設	100.0%

(2) 病床数、定員数の状況

療養病床を有する医療機関についてみると、全 214 施設の総病床数の平均値は 189.5 床であった。214 施設のうち、医療療養病床を有する施設は 181 施設で、当該病床の平均病床数は 86.5 床であった。また、介護療養病床を有する施設は 120 施設で、当該病床の平均病床数は 85.7 床であった。

介護療養型老人保健施設については、全 58 施設の定員数の平均値は 51.1 人であった。

従来型介護老人保健施設については、全 74 施設の定員数の平均値は 89.5 人、介護老人福祉施設については、全 9 施設の定員数の平均値は 75.8 人であった。

図表 病床数の状況【①療養病床を有する医療機関】

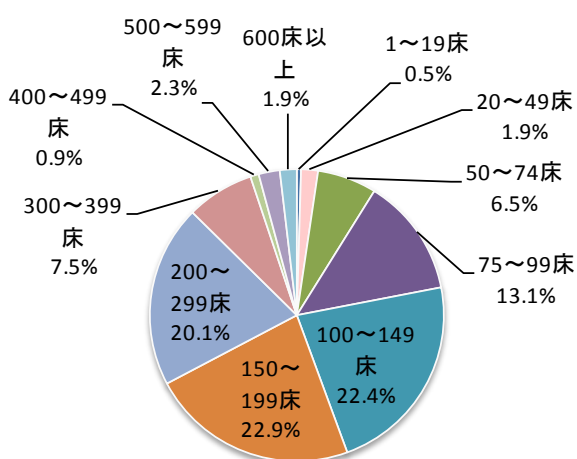
■病床区分別の平均病床数

		合計病床数	施設数 (※①～⑦は各病床を有する施設数)	平均病床数 (※①～⑦の母数は各病床を有する施設数)
医療保険の病床	①医療療養病床	15,658床	181施設	86.5床
	②一般病床	7,352床	96施設	76.6床
	③回復期リハビリテーション病棟	3,661床	80施設	45.8床
	④精神病床	3,205床	36施設	89.0床
	⑤その他の病床	281床	26施設	10.8床
介護保険の病床	⑥介護療養病床	10,286床	120施設	85.7床
	⑦老人性認知症疾患療養病棟	108床	20施設	5.4床
合計		40,551床	214施設	189.5床

※合計の施設数は、①～⑦の施設数の重複を差し引いた施設数である。(全ての回答施設数)

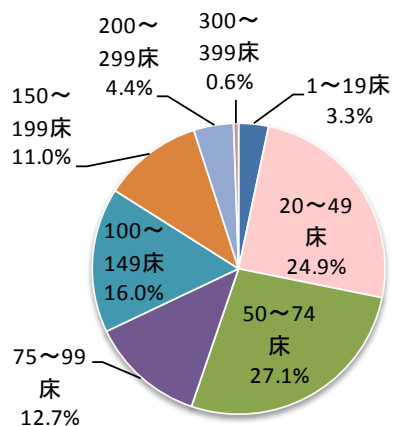
■総病床数の規模別分布

総病床数	施設数	割合
1～19床	1施設	0.5%
20～49床	4施設	1.9%
50～74床	14施設	6.5%
75～99床	28施設	13.1%
100～149床	48施設	22.4%
150～199床	49施設	22.9%
200～299床	43施設	20.1%
300～399床	16施設	7.5%
400～499床	2施設	0.9%
500～599床	5施設	2.3%
600床以上	4施設	1.9%
合計	214施設	100.0%



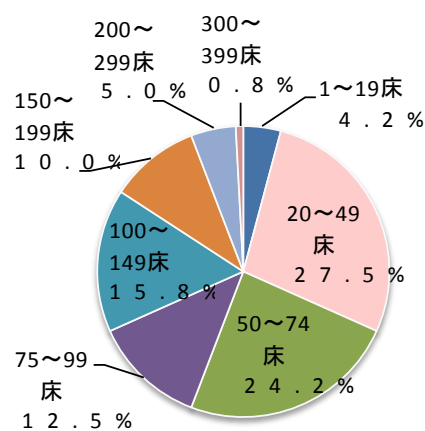
■医療療養病床の規模別分布

病床数 (医療療養病床)	施設数	割合
1～19床	6施設	3.3%
20～49床	45施設	24.9%
50～74床	49施設	27.1%
75～99床	23施設	12.7%
100～149床	29施設	16.0%
150～199床	20施設	11.0%
200～299床	8施設	4.4%
300～399床	1施設	0.6%
合計	181施設	100.0%



■介護療養病床の規模別分布

病床数 (介護療養病床)	施設数	割合
1～19床	5施設	4.2%
20～49床	33施設	27.5%
50～74床	29施設	24.2%
75～99床	15施設	12.5%
100～149床	19施設	15.8%
150～199床	12施設	10.0%
200～299床	6施設	5.0%
300～399床	1施設	0.8%
合計	120施設	100.0%



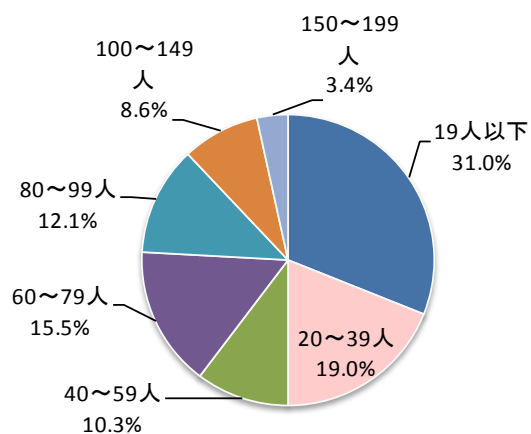
図表 定員数の状況【②介護療養型老人保健施設】

■平均定員数

	合計定員数	施設数	平均定員数
介護療養型老人保健施設	2,962人	58施設	51.1人

■介護療養型老人保健施設の定員規模別分布

定員数	施設数	割合
19人以下	18施設	31.0%
20～39人	11施設	19.0%
40～59人	6施設	10.3%
60～79人	9施設	15.5%
80～99人	7施設	12.1%
100～149人	5施設	8.6%
150～199人	2施設	3.4%
合計	58施設	100.0%



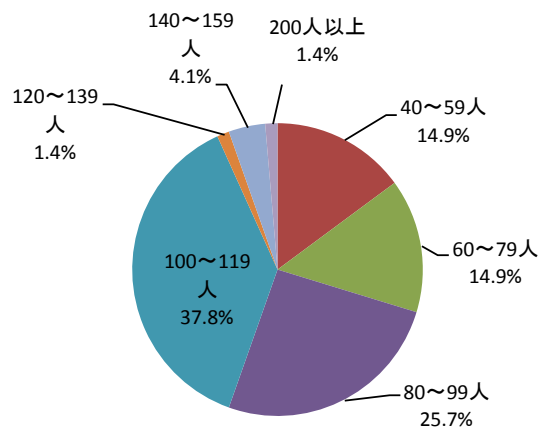
図表 定員数の状況【③従来型介護老人保健施設／介護老人福祉施設】

■平均定員数

	合計定員数	施設数	平均定員数
従来型介護老人保健施設	6,626人	74施設	89.5人
介護老人福祉施設	682人	9施設	75.8人

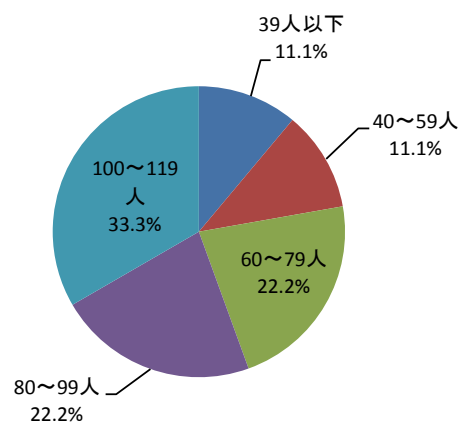
■従来型介護老人保健施設の定員規模別分布

定員数	施設数	割合
39人以下	0施設	0.0%
40～59人	11施設	14.9%
60～79人	11施設	14.9%
80～99人	19施設	25.7%
100～119人	28施設	37.8%
120～139人	1施設	1.4%
140～159人	3施設	4.1%
160～179人	0施設	0.0%
180～199人	0施設	0.0%
200人以上	1施設	1.4%
合計	74施設	100.0%



■介護老人福祉施設の定員規模別分布

定員数	施設数	割合
39人以下	1施設	11.1%
40～59人	1施設	11.1%
60～79人	2施設	22.2%
80～99人	2施設	22.2%
100～119人	3施設	33.3%
120～139人	0施設	0.0%
140～159人	0施設	0.0%
160～179人	0施設	0.0%
180～199人	0施設	0.0%
200人以上	0施設	0.0%
合計	9施設	100.0%



(3) 入院、入所の状況

療養病床を有する医療機関について、平均病床利用率（入院患者数÷許可病床数）をみると、医療機関全体では91.6%、医療療養病床では95.0%、介護療養病床では95.8%となっていた。

また、介護施設の平均利用率（入所者数÷定員数）をみると、介護療養型老人保健施設では95.4%、従来型介護老人保健施設では90.7%、介護老人福祉施設では100.0%となっていた。

図表 入院患者数等の状況（①療養病床を有する医療機関）

		入院患者数	許可病床数 (集計対象施設のみ)	集計対象施設数※	平均病床利用率
医療保険の 病床	①医療療養病床	13,805人	14,528床	167施設	95.0%
	②一般病床	5,301人	6,667床	74施設	79.5%
	③回復期リハビリテーション病棟	3,046人	3,462床	68施設	88.0%
	④精神病床	2,253人	2,410床	17施設	93.5%
	⑤その他の病床	227人	275床	8施設	82.5%
介護保険の 病床	⑥介護療養病床	9,389人	9,802床	113施設	95.8%
	⑦老人性認知症疾患療養病棟	104人	108床	2施設	96.3%
合計		34,125人	37,252床	197施設	91.6%

※集計対象施設数とは、「入院患者数」について回答があった施設を指す。

図表 入所者数等の状況（②介護療養型老人保健施設）

	入所者数	定員数 (集計対象施設のみ)	集計対象施設数※	平均利用率
介護療養型老人保健施設	2,534人	2,657人	52施設	95.4%

※集計対象施設数とは、「入所者数」(在所者数)について回答があった施設を指す。

図表 入所者数等の状況（③従来型介護老人保健施設／介護老人福祉施設）

	入所者数	定員数 (集計対象施設のみ)	集計対象施設数※	平均利用率
従来型介護老人保健施設	5,619人	6,192人	69施設	90.7%
介護老人福祉施設	682人	682人	9施設	100.0%

※集計対象施設数とは、「入所者数」(在所者数)について回答があった施設を指す。

（４）介護施設における医療機関の併設状況

介護施設における病院・診療所の併設状況は、下記の通りである。

介護療養型老人保健施設では、病院を併設する施設が 29.3%であるのに対して、診療所を併設する施設が 58.6%と高かった。

一方、従来型介護老人保健施設では、病院を併設する施設が 75.7%にのぼり、診療所を併設する施設は 6.8%と低い割合であった。

図表 併設医療機関の状況

	合計施設数	病院を併設			診療所を併設		
		施設数	併設する割合	併設する病院の平均病床数	施設数	併設する割合	併設する診療所の平均病床数
介護療養型老人保健施設	58施設	17施設	29.3%	142.1床	34施設	58.6%	5.2床
従来型介護老人保健施設	74施設	56施設	75.7%	231.4床	5施設	6.8%	3.8床
介護老人福祉施設	9施設	3施設	33.3%	403.7床	0施設	0.0%	－

（５）介護施設における報酬上の届出状況

介護療養型老人保健施設の基本施設サービス費の届出状況についてみると、回答が得られた 56 施設のうち、最も多く届出がなされていたサービス費は、「介護保健施設サービス費（Ⅱ）の介護保健施設サービス費（Ⅲ）」（療養強化型でない／看護職員常時配置／多床室）であり、全体の 42.9%の施設で届出がなされていた。

基本施設サービス費のタイプ別にみると、療養強化型の該当状況については、療養強化型である施設は 44.6%であった。看護職員配置については、「常時配置」が 82.1%、「夜間看護オンコール」が 17.9%であった。また、居室タイプについては、「多床室のみ」が 55.4%と最も多く、「個室・多床室 併設」が 30.4%と続いていた。

従来型介護老人保健施設についてみると、全 74 施設のうち、在宅強化型の施設サービス費を届け出ている施設は 16.2%であった（割合はユニット型との重複回答を除いて算出）。

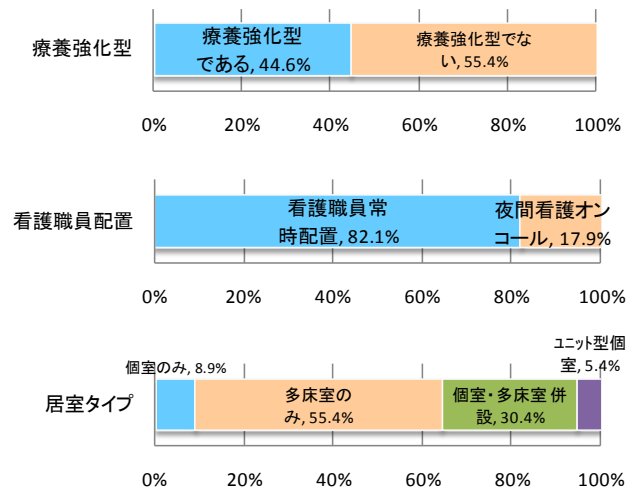
介護老人福祉施設については、回答数が少ない点に留意が必要であるが、「ユニット型介護福祉施設」の届出が最も多い結果であった。

図表 介護療養型老人保健施設の介護報酬上の届出状況

		療養強化型	看護職員常時配置	夜間看護オンコール	従来型個室	多床室	施設数 (重複あり)	割合
介護保健施設サービス費(Ⅱ)	1.介護保健施設サービス費(i)		○		○		10施設	17.9%
	2.介護保健施設サービス費(ii)	○	○		○		9施設	16.1%
	3.介護保健施設サービス費(iii)		○			○	24施設	42.9%
	4.介護保健施設サービス費(iv)	○	○			○	16施設	28.6%
介護保健施設サービス費(Ⅲ)	5.介護保健施設サービス費(i)			○	○		0施設	0.0%
	6.介護保健施設サービス費(ii)	○		○	○		3施設	5.4%
	7.介護保健施設サービス費(iii)			○		○	4施設	7.1%
	8.介護保健施設サービス費(iv)	○		○		○	4施設	7.1%
		療養強化型	看護職員常時配置	夜間看護オンコール	ユニット型個室	ユニット型準個室	施設数 (重複あり)	割合
ユニット型介護保健施設サービス費(Ⅱ)	9.ユニット型介護保健施設サービス費(i)		○		○		2施設	3.6%
	10.ユニット型介護保健施設サービス費(ii)	○	○		○		0施設	0.0%
	11.ユニット型介護保健施設サービス費(iii)		○			○	0施設	0.0%
	12.ユニット型介護保健施設サービス費(iv)	○	○			○	0施設	0.0%
ユニット型介護保健施設サービス費(Ⅲ)	13.ユニット型介護保健施設サービス費(i)			○	○		1施設	1.8%
	14.ユニット型介護保健施設サービス費(ii)	○		○	○		0施設	0.0%
	15.ユニット型介護保健施設サービス費(iii)			○		○	0施設	0.0%
	16.ユニット型介護保健施設サービス費(iv)	○		○		○	0施設	0.0%
集計対象施設数(重複及び無回答を除いた施設数)							56施設	-

図表 介護療養型老人保健施設の基本施設サービス費に係るタイプ別施設数

	施設数 (重複なし)	割合
療養強化型	25施設	44.6%
看護職員配置	常時配置	46施設 82.1%
	夜間オンコール	10施設 17.9%
居室タイプ	個室のみ	5施設 8.9%
	多床室のみ	31施設 55.4%
	個室・多床室 併設	17施設 30.4%
	ユニット型個室	3施設 5.4%
	ユニット型準個室	0施設 0.0%
集計対象施設数 (重複及び無回答を除いた施設数)	56施設	-



図表 従来型介護老人保健施設の介護報酬上の届出状況

		施設数 (重複あり)	割合
介護保健施設	1.介護保健施設サービス費(i)又は(iii) ＜従来型老健＞	62施設	83.8%
	2.介護保健施設サービス費(ii)又は(iv) ＜在宅強化型従来型老健＞	12施設	16.2%
ユニット型介護保健施設	3.ユニット型介護保健施設サービス費(i)又は(iii) ＜従来型老健＞	1施設	1.4%
	4.ユニット型介護保健施設サービス費(ii)又は(iv) ＜在宅強化型従来型老健＞	1施設	1.4%
集計対象施設数(重複及び無回答を除いた施設数)		74施設	-

図表 介護老人福祉施設の介護報酬上の届出状況

		施設数 (重複あり)	割合
介護老人福祉施設	1. 介護福祉施設	3施設	33.3%
	2. 小規模介護福祉施設	0施設	0.0%
	3. ユニット型介護福祉施設	6施設	66.7%
	4. ユニット型小規模介護福祉施設	0施設	0.0%
地域密着型介護老人福祉施設	5. 地域密着型介護福祉施設	0施設	0.0%
	6. サテライト型介護福祉施設	0施設	0.0%
	7. ユニット型介護福祉施設	0施設	0.0%
	8. ユニット型サテライト型介護福祉施設	1施設	11.1%
集計対象施設数(重複及び無回答を除いた施設数)		9施設	—

《参考》

**介護療養型老人保健施設における療養強化型の算定要件
(介護保健施設サービス費Ⅱ若しくはⅢ (ii)若しくはiv))**

(通常の介護療養型老人保健施設の算定要件に加えて、下記を満たすこと。)

算定日が属する月の前3月間における入所者のうち、喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された者の占める割合が0.2以上であり、かつ、著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合が0.5以上であること。

**従来型介護老人保健施設における在宅強化型の算定要件
(介護保健施設サービス費Ⅰ (ii)若しくはiv))**

(通常の従来型介護老人保健施設の算定要件に加えて、下記を満たすこと。)

【体制要件】

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を適切に配置していること。

【在宅復帰要件】

- ・ 算定日が属する月の前6月間において当該施設から退所した者の総数（当該施設内で死亡した者を除く。）のうち、在宅において介護を受けることとなったもの（入所期間が1月以上のものに限る。）の占める割合が100分の50を超えていること。
- ・ 入所者の退所後30日以内（当該入所者が要介護4又は要介護5である場合は14日以内）に、当該施設の従業者が居宅を訪問し、又は居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、退所者の在宅における生活が1月以上（当該入所者が要介護4又は要介護5である場合は14日以上）、継続する見込みであること。

【ベッド回転率要件】

- ・ 30.4を入所者の平均在所日数で除して得た数が0.1以上であること。

【重度者要件】（以下のいずれかである場合）

- ・ 算定日が属する月の前3月間における入所者のうち、要介護4又は要介護5である者の占める割合が35%以上であること。
- ・ 算定日が属する月の前3月間における入所者のうち、喀痰吸引が実施された者の占める割合が10%以上又は経管栄養が実施された者の占める割合が10%以上であること。

3. 患者・入所者の状態像と入退院経路

(1) 状態像

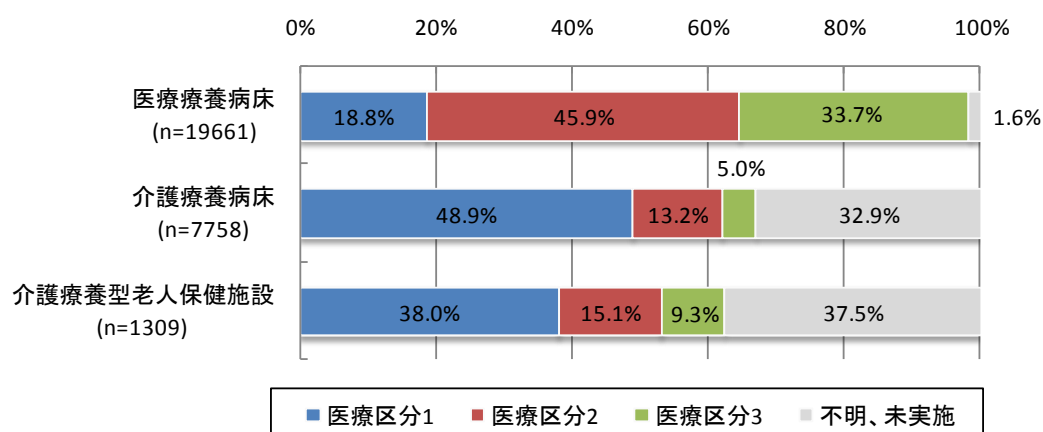
①医療区分（療養病床、介護療養型老人保健施設のみ）

療養病床を有する医療機関と、介護療養型老人保健施設について、入院患者・入所者の医療区分を尋ねた回答結果について下記に示した。

医療療養病床については、医療区分1が18.8%、医療区分2が45.9%、医療区分3が33.7%、「不明、未実施」が1.6%であった。介護療養病床については、医療区分1が48.9%、医療区分2が13.2%、医療区分3が5.0%、「不明、未実施」が32.9%であった。

介護療養型老人保健施設については、医療区分1が38.0%、医療区分2が15.1%、医療区分3が9.3%、「不明、未実施」が37.5%となっていた。

図表 施設類型別の入院患者・入所者の医療区分の状況

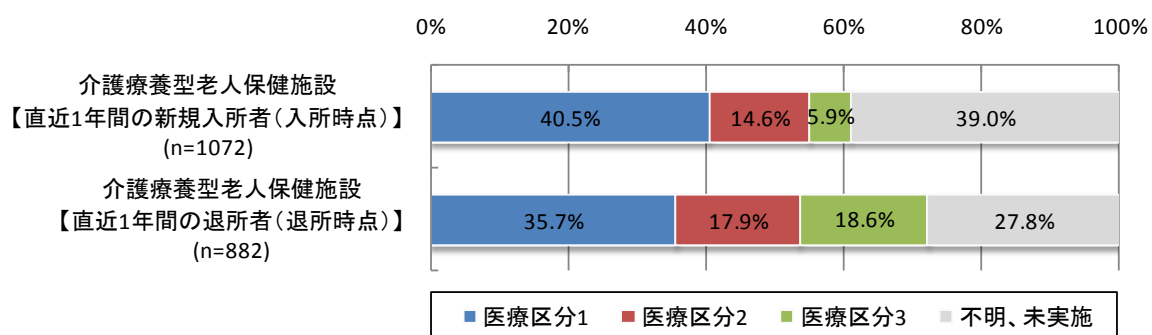


介護療養型老人保健施設については、直近 1 年間で新規入所者と退所者それぞれに分けて、医療区分の分布状況について回答を得ている。

新規入所者では、「不明、未実施」の割合が 1 割ほど増えていることも影響しているが、医療区分 3 については新規入所者（入所時点）では 5.9%であるのに対して、退所者（退所時点）では 18.6%の割合を占めており、およそ 3 倍の開きがみられた。

ここには、入所後に状態が悪化するケースのほか、療養病床から介護療養型老人保健施設への転換後において、医療必要度がより低い者を多く受け入れている影響もあるものと考えられる。

図表 介護療養型老人保健施設の新規入所者／退所者別の医療区分の状況

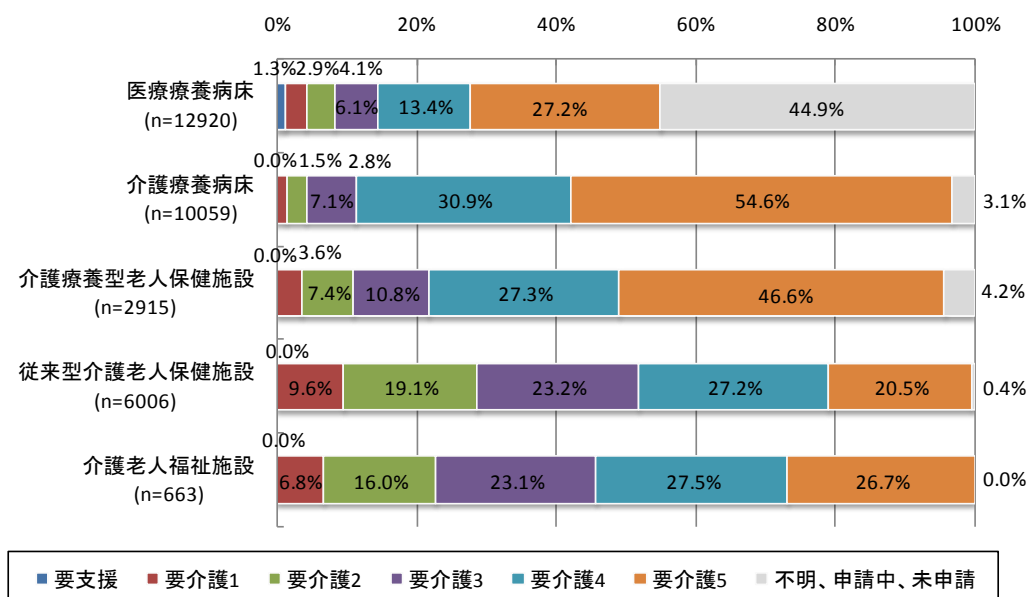


②要介護度

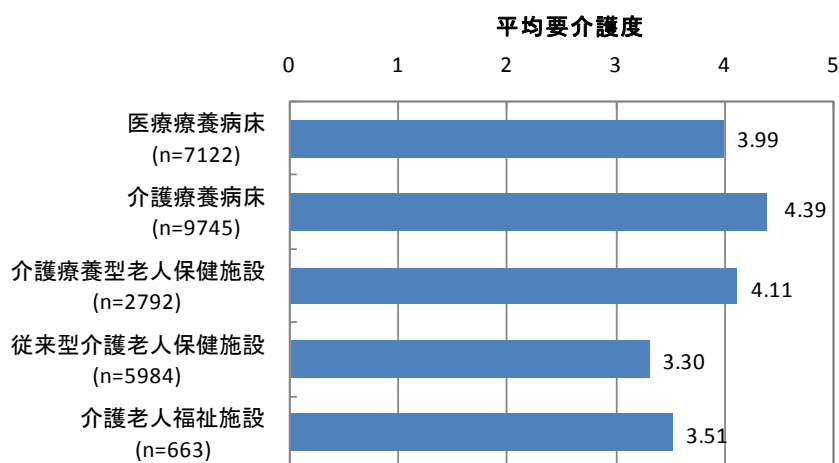
施設類型別の要介護度についてみると、要介護5の割合が最も高いのが介護療養病床であり、54.6%を占めていた。次いで、介護療養型老人保健施設も46.6%であり、比較的高い割合となっていた。一方、医療療養病床では27.2%、介護老人福祉施設では26.5%、従来型介護老人保健施設では20.5%となっていた。

平均要介護度で見ると、医療療養病床が3.99、介護療養病床が4.39、介護療養型老人保健施設が4.11、従来型介護老人保健施設が3.30、介護老人福祉施設が3.51となっていた。但し、医療療養病床については、「不明、申請中、未実施」の割合が高く、平均要介護度の算出において母数から除かれていることに留意が必要である。

図表 施設類型別の入院患者・入所者の要介護度の状況



図表 施設類型別の入院患者・入所者の平均要介護度の状況



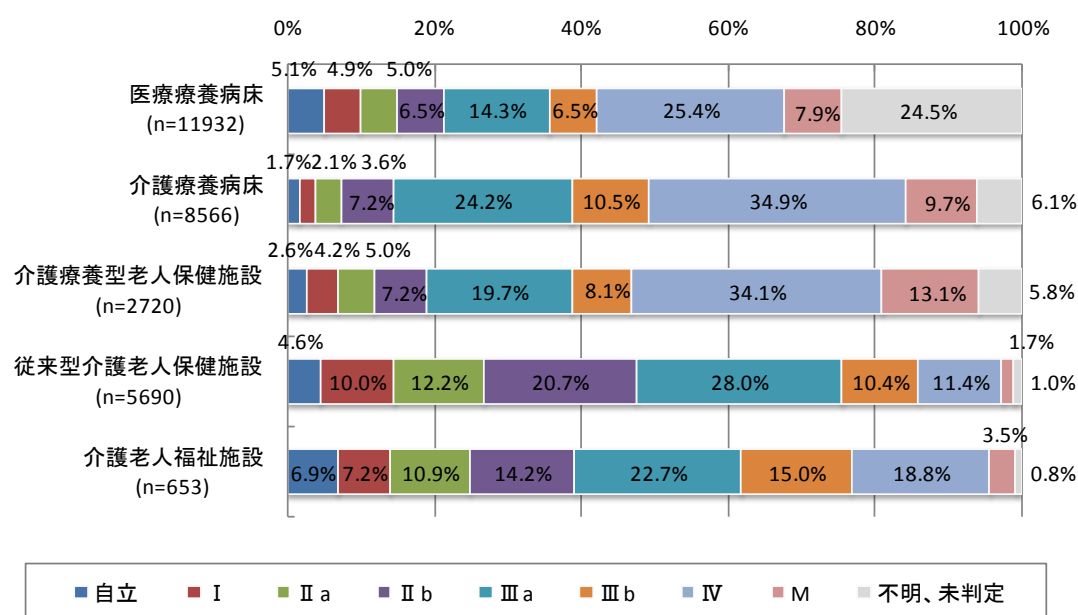
注)「平均要介護度」の計算においては、「要支援」の係数は0.375として計算した。「不明、申請中、未申請」の者は母数から除いた。

③認知症高齢者の日常生活自立度

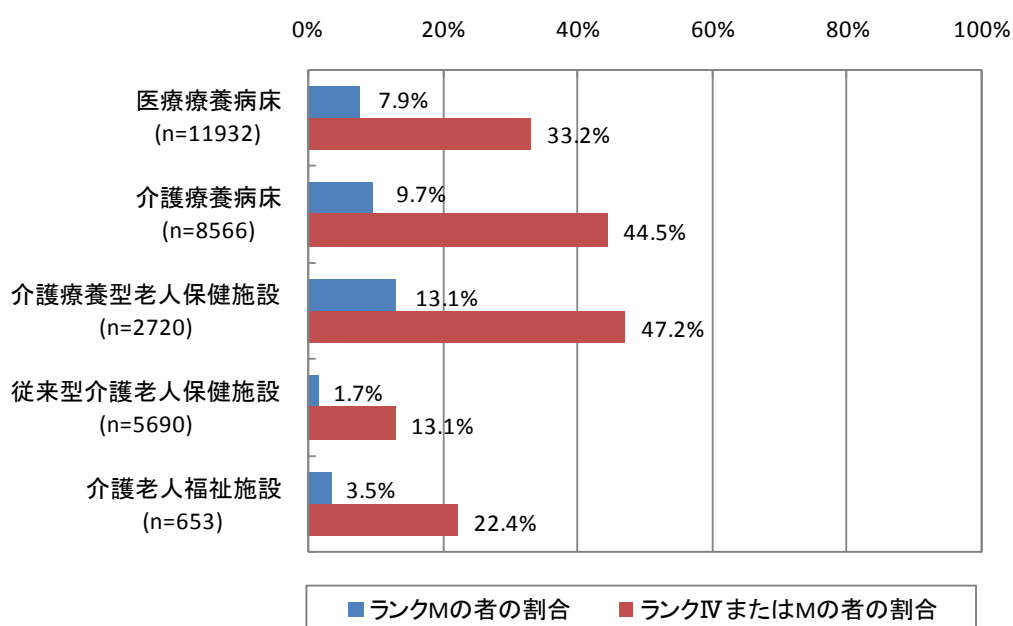
施設類型別の「認知症高齢者の日常生活自立度」の構成割合についてみると、介護療養病床と介護療養型老人保健施設との間で、構成割合に近い状況が観察される。

ランクⅣまたはⅢの者の割合をみると、介護療養型老人保健施設が 47.2%、介護療養病床が 44.5%、医療療養病床が 33.2%、介護老人福祉施設が 22.4%、従来型介護老人保健施設が 13.1%となっていた。

図表 施設類型別の入院患者・入所者の「認知症高齢者の日常生活自立度」の状況



図表 施設類型別の「認知症高齢者の日常生活自立度」ランクⅣ及びⅢの割合

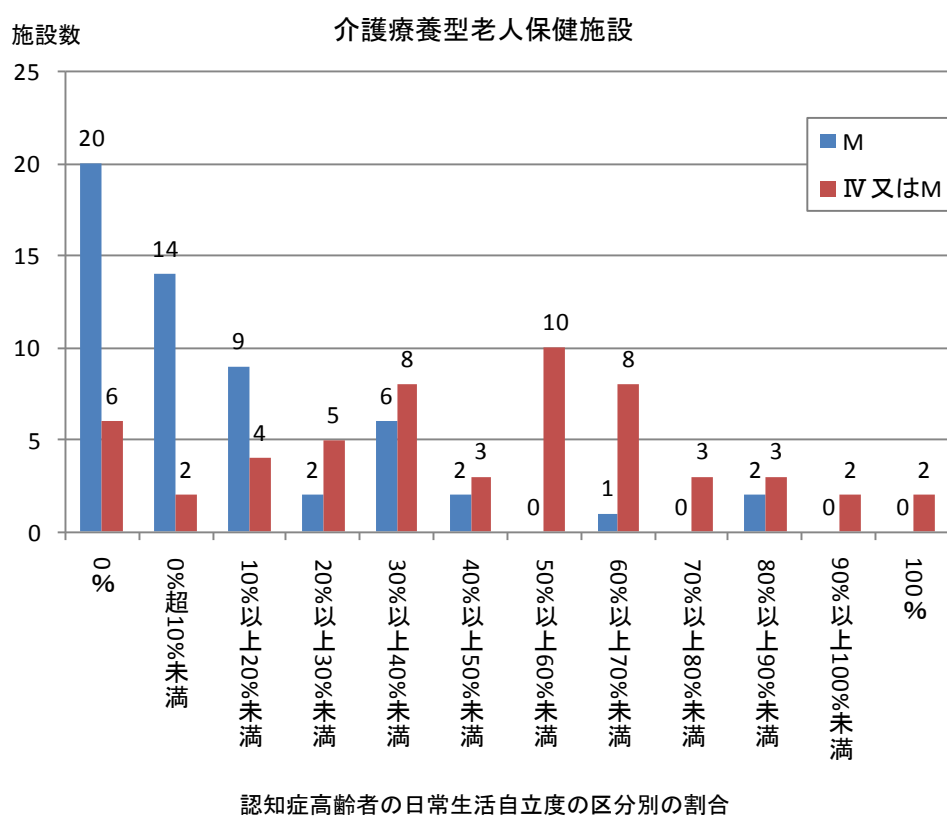


※割合の母数には、「不明、未判定」の者も含む。

介護療養型老人保健施設の施設要件への適合状況についてみると、ランクMの者の割合が20%以上である施設の割合は23.2%であった。また、療養強化型の施設要件である、ランクIVまたはMの者の割合が50%以上である施設の割合は50.0%となっていた。

図表 介護療養型老人保健施設の「認知症高齢者の日常生活自立度」ランクIV及びMの割合

	施設数	割合
Mが20%以上の施設	13施設	23.2%
IV又はMが50%以上の施設	28施設	50.0%
集計対象施設数	56施設	-



（２）疾患、処置・治療等の状況

主な処置・治療内容について、療養病床と介護療養型老人保健施設との比較を行うと、「喀痰吸引の実施」では医療療養病床が 35.0%、介護療養病床が 26.4%、介護療養型老人保健施設が 19.9%、「経管栄養の実施」では医療療養病床が 35.0%、介護療養病床が 37.0%、介護療養型老人保健施設が 29.1%、「肺炎に対する治療の実施」では医療療養病床が 10.0%、介護療養病床が 8.6%、介護療養型老人保健施設が 5.5%、「尿路感染症に対する治療の実施」では医療療養病床が 8.3%、介護療養病床が 5.0%、介護療養型老人保健施設が 5.1%などとなっていた。

これらに対して、従来型介護老人保健施設と介護老人福祉施設においては、とりわけ「喀痰吸引の実施」や「経管栄養の実施」において、上記 3 つの施設類型と比較して大幅に該当割合が低い状況が特徴的である。

介護療養病床と介護療養型老人保健施設との間での該当割合の差異に着目すると、該当割合に 2 倍以上の開きが生じていた項目（いずれも 1%以上の該当割合の項目に限る）として、「脱水に対する治療の実施」（介護療養病床：4.3%、介護療養型老人保健施設：1.7%）、「頻回の血糖検査の実施」（介護療養病床：3.3%、介護療養型老人保健施設：1.2%）、「せん妄に対する治療の実施」（介護療養病床：2.8%、介護療養型老人保健施設：1.1%）、「酸素療法の実施」（介護療養病床：8.3%、介護療養型老人保健施設：3.1%）、「24 時間持続して点滴を実施している状態」（介護療養病床：10.8%、介護療養型老人保健施設：2.8%）、「重度の意識障害である状態」（介護療養病床：6.7%、介護療養型老人保健施設：3.2%）が挙げられる。

図表 疾患、処置・治療等の状況

	医療療養病床 (n=20763)	介護療養病床 (n=11361)	介護療養型老 人保健施設 (n=4377)	従来型介護老 人保健施設 (n=8029)	介護老人福祉 施設 (n=597)
1. 喀痰吸引の実施	35.0%	26.4%	19.9%	5.8%	4.2%
2. 経管栄養の実施	35.0%	37.0%	29.1%	7.7%	8.2%
3. 肺炎に対する治療の実施	10.0%	8.6%	5.5%	3.5%	1.8%
4. 尿路感染症に対する治療の実施	8.3%	5.0%	5.1%	4.5%	2.5%
5. 带状疱疹（抗ウイルス剤の点滴注射を必要とする場合に限る）に対する治療の実施	0.7%	0.3%	0.2%	0.2%	0.7%
6. 脱水に対する治療の実施	5.0%	4.3%	1.7%	3.0%	4.0%
7. インスリン注射の実施	7.3%	3.4%	2.4%	2.2%	1.8%
8. 頻回の血糖検査の実施	10.5%	3.3%	1.2%	2.2%	2.8%
9. 褥瘡に対する治療の実施	8.4%	4.5%	3.1%	2.8%	2.7%
10. せん妄に対する治療の実施	2.1%	2.8%	1.1%	1.9%	1.5%
11. 膀胱留置カテーテル、導尿等の排尿時の処置を実施している状態	15.4%	10.4%	6.3%	3.4%	1.7%
12. 酸素療法の実施	21.1%	8.3%	3.1%	1.8%	0.5%
13. 24時間持続して点滴を実施している状態	15.4%	10.8%	2.8%	2.0%	0.3%
14. 傷病等によりリハビリテーションが必要な状態	23.6%	36.9%	26.8%	38.4%	1.2%
15. パーキンソン病関連疾患	7.3%	3.2%	3.0%	4.0%	2.5%
16. 悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）	1.2%	0.3%	0.1%	0.1%	0.0%
17. 重度の意識障害である状態	10.5%	6.7%	3.2%	1.0%	0.3%

※直近 3 ヶ月間における全ての入院患者／入所者を対象とした該当状況を尋ねた。

(3) 患者・入所者の入退出経路

直近の1年間の新規入院患者・入所者の入院元・入所元についてみると、医療療養病床では「一般病床」からの入院が57.7%と最も多く、次いで「自宅等」からの入院が22.4%となっていた。

介護療養病床では、同じく「一般病床」からの入院が54.3%と最も多く、次いで「自宅等」からの入院が15.5%、「医療療養病床」からの入院が11.3%などとなっていた。

介護療養型老人保健施設についても、「一般病床」からの入所が55.0%と最も多く、次いで「医療療養病床」からの入所が14.4%、「自宅等」からの入所が9.6%であった。

従来型介護老人保健施設では、「自宅等」からの入所が35.5%と最も多く、次いで「一般病床」からの入所が33.0%、「医療療養病床」からの入所が11.2%などとなっていた。

次に、退院患者・退所者の退院先・退所先についてみると、医療療養病床では「死亡」が最も多く38.8%、次いで「自宅等」への退院が27.5%、「一般病床」への退院が12.6%などとなっていた。

介護療養病床でも「死亡」が最も多く41.4%、次いで「一般病床」への退院が18.9%、「自宅等」への退院が11.1%などとなっていた。

介護療養型老人保健施設では、「一般病床」への退所が33.5%と最も多かった。「病院または診療所」への退所の小計は43.3%となっており、病状の悪化等による医療機関への退所が4割を超えている状況が見られた。次いで「死亡」が19.0%、「自宅等」への退所が14.3%であった。

従来型老人保健施設でも、「一般病床」への退所が32.1%と最も多く、「病院または診療所」への退所の小計は43.5%となっており、介護療養型老人保健施設と同様の水準となっていた。一方、「自宅等」への退所が28.7%と高く、「死亡」は5.0%にとどまった。

なお、介護老人福祉施設については、回答施設数が8施設と少ないことから、参考集計としての掲載にとどめる。

図表 入院患者の入院元及び退院患者の退院先【医療療養病床】

		医療療養病床			
		直近1年間の新規入院患者の入院元		直近1年間の退院患者の退院先	
自宅等		5,210人	22.4%	6,721人	27.5%
病院または診療所	一般病床	13,410人	57.7%	3,072人	12.6%
	回復期リハビリテーション病棟	641人	2.8%	311人	1.3%
	医療療養病床	628人	2.7%	531人	2.2%
	介護療養病床	255人	1.1%	484人	2.0%
	精神病床	128人	0.6%	137人	0.6%
	その他	434人	1.9%	82人	0.3%
	「病院または診療所」の小計	15,496人	66.7%	4,617人	18.9%
施設等	介護療養型老人保健施設	157人	0.7%	197人	0.8%
	介護老人保健施設	856人	3.7%	1501人	6.2%
	介護老人福祉施設	668人	2.9%	718人	2.9%
	グループホーム	231人	1.0%	269人	1.1%
	ケアハウス	101人	0.4%	111人	0.5%
	有料老人ホーム	192人	0.8%	324人	1.3%
	サービス付き高齢者向け住宅	101人	0.4%	195人	0.8%
	その他の居住系施設	164人	0.7%	225人	0.9%
	「施設等」の小計	2,470人	10.6%	3,540人	14.5%
死亡				9,463人	38.8%
その他		61人	0.3%	38人	0.2%
不明		5人	0.0%	25人	0.1%
合計		23,242人	100.0%	24,404人	100.0%
回答施設数		178施設			

図表 入院患者の入院元及び退院患者の退院先【介護療養病床】

		介護療養病床			
		直近1年間の新規入院患者の入院元		直近1年間の退院患者の退院先	
自宅等		931人	15.5%	784人	11.1%
病院または診療所	一般病床	3,252人	54.3%	1,329人	18.9%
	回復期リハビリテーション病棟	252人	4.2%	21人	0.3%
	医療療養病床	677人	11.3%	324人	4.6%
	介護療養病床	115人	1.9%	163人	2.3%
	精神病床	105人	1.8%	47人	0.7%
	その他	88人	1.5%	30人	0.4%
	「病院または診療所」の小計	4,489人	74.9%	1,914人	27.2%
施設等	介護療養型老人保健施設	48人	0.8%	76人	1.1%
	介護老人保健施設	263人	4.4%	578人	8.2%
	介護老人福祉施設	123人	2.1%	529人	7.5%
	グループホーム	40人	0.7%	63人	0.9%
	ケアハウス	13人	0.2%	20人	0.3%
	有料老人ホーム	38人	0.6%	75人	1.1%
	サービス付き高齢者向け住宅	3人	0.1%	13人	0.2%
	その他の居住系施設	20人	0.3%	26人	0.4%
	「施設等」の小計	548人	9.1%	1,380人	19.6%
死亡				2,915人	41.4%
その他		18人	0.3%	23人	0.3%
不明		8人	0.1%	22人	0.3%
合計		5,994人	100.0%	7,038人	100.0%
回答施設数		115施設			

図表 入所者の入所元及び退所者の退所先【介護療養型老人保健施設】

		介護療養型老人保健施設			
		直近1年間の新規入所者の入所元		直近1年間の退所者の退所先	
自宅等		253人	9.6%	365人	14.3%
病院または診療所	一般病床	1,452人	55.0%	854人	33.5%
	回復期リハビリテーション病棟	199人	7.5%	36人	1.4%
	医療療養病床	381人	14.4%	173人	6.8%
	介護療養病床	40人	1.5%	27人	1.1%
	精神病床	16人	0.6%	9人	0.4%
	その他	37人	1.4%	5人	0.2%
	「病院または診療所」の小計	2,125人	80.5%	1,104人	43.3%
施設等	介護療養型老人保健施設	34人	1.3%	44人	1.7%
	介護老人保健施設	91人	3.4%	136人	5.3%
	介護老人福祉施設	3人	0.1%	228人	8.9%
	グループホーム	13人	0.5%	23人	0.9%
	ケアハウス	3人	0.1%	3人	0.1%
	有料老人ホーム	25人	0.9%	55人	2.2%
	サービス付き高齢者向け住宅	5人	0.2%	18人	0.7%
	その他の居住系施設	13人	0.5%	19人	0.7%
	「施設等」の小計	187人	7.1%	526人	20.6%
死亡				484人	19.0%
その他		8人	0.3%	5人	0.2%
不明		67人	2.5%	66人	2.6%
合計		2,640人	100.0%	2,550人	100.0%
回答施設数		57施設			

図表 入所者の入所元及び退所者の退所先【従来型介護老人保健施設】

		従来型介護老人保健施設			
		直近1年間の新規入所者の入所元		直近1年間の退所者の退所先	
自宅等		2,399人	35.3%	1,962人	28.7%
病院または診療所	一般病床	2,244人	33.0%	2,196人	32.1%
	回復期リハビリテーション病棟	441人	6.5%	31人	0.5%
	医療療養病床	759人	11.2%	548人	8.0%
	介護療養病床	270人	4.0%	90人	1.3%
	精神病床	104人	1.5%	99人	1.4%
	その他	28人	0.4%	14人	0.2%
	「病院または診療所」の小計	3,846人	56.5%	2,978人	43.5%
施設等	介護療養型老人保健施設	4人	0.1%	1人	0.0%
	介護老人保健施設	249人	3.7%	283人	4.1%
	介護老人福祉施設	49人	0.7%	753人	11.0%
	グループホーム	25人	0.4%	117人	1.7%
	ケアハウス	18人	0.3%	31人	0.5%
	有料老人ホーム	79人	1.2%	201人	2.9%
	サービス付き高齢者向け住宅	9人	0.1%	35人	0.5%
	その他の居住系施設	81人	1.2%	105人	1.5%
	「施設等」の小計	514人	7.6%	1,526人	22.3%
死亡				345人	5.0%
その他		37人	0.5%	29人	0.4%
不明		7人	0.1%	2人	0.0%
合計		6,803人	100.0%	6,842人	100.0%
回答施設数		72施設			

図表 入所者の入所元及び退所者の退所先【介護老人福祉施設】

		介護老人福祉施設			
		直近1年間の新規入所者の入所元		直近1年間の退所者の退所先	
自宅等		44人	20.0%	5人	3.5%
病院または診療所	一般病床	35人	15.9%	78人	55.3%
	回復期リハビリテーション病棟	2人	0.9%	0人	0.0%
	医療療養病床	6人	2.7%	20人	14.2%
	介護療養病床	0人	0.0%	0人	0.0%
	精神病床	1人	0.5%	0人	0.0%
	その他	0人	0.0%	0人	0.0%
	「病院または診療所」の小計	44人	20.0%	98人	69.5%
施設等	介護療養型老人保健施設	2人	0.9%	0人	0.0%
	介護老人保健施設	51人	23.2%	5人	3.5%
	介護老人福祉施設	5人	2.3%	4人	2.8%
	グループホーム	5人	2.3%	2人	1.4%
	ケアハウス	3人	1.4%	2人	1.4%
	有料老人ホーム	4人	1.8%	0人	0.0%
	サービス付き高齢者向け住宅	4人	1.8%	1人	0.7%
	その他の居住系施設	21人	9.5%	4人	2.8%
	「施設等」の小計	95人	43.2%	18人	12.8%
死亡				17人	12.1%
その他		37人	16.8%	3人	2.1%
不明		0人	0.0%	0人	0.0%
合計		220人	100.0%	141人	100.0%
回答施設数		8施設			

4. ターミナルケア・看取りの実施状況

(1) ターミナルケアの実施人数

直近1年間において、ターミナルケアを実施した人数についてみると、病床100床（定員100人）当たりの換算人数で測ると、医療療養病床が47.1人と最も多く、次いで介護療養病床が23.3人、介護療養型老人保健施設が7.3人、従来型介護老人保健施設が3.9人となっていた。（介護老人福祉施設については、回答施設数が少ないため参考とする。）

図表 直近1年間でターミナルケアを実施した人数

		医療療養病床	介護療養病床	介護療養型老人保健施設	従来型介護老人保健施設	介護老人福祉施設
直近1年間でターミナルケアを実施した実人数	合計人数	6134人	1912人	206人	248人	2人
	1施設当たり人数	40.4人	19.7人	3.7人	3.4人	0.2人
	病床100床(定員100人)当たり換算人数	47.1人	23.3人	7.3人	3.9人	0.3人
回答施設数		152施設	97施設	56施設	72施設	9施設
回答施設の平均病床数・定員数		85.8床	84.5床	50.4人	89.3人	75.8人

(2) ターミナルケアにおいて原因となる疾患

ターミナルケアにおいて原因となる疾患についてみると、「医療療養病床」及び「介護療養病床」において、介護施設と比較して構成割合が高くなっている疾患として、「重症の肺炎」が挙げられる。

反対に、「介護療養型老人保健施設」や「従来型介護老人保健施設」等の介護施設においては、療養病床に比べて「慢性心不全」の患者が多い状況が見られた。

図表 ターミナルケアの原因疾患

	医療療養病床		介護療養病床		介護療養型老人保健施設		従来型介護老人保健施設		介護老人福祉施設	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
悪性腫瘍	1178	19.2%	215	11.2%	27	13.1%	44	17.7%	1	50.0%
神経難病	215	3.5%	17	0.9%	2	1.0%	5	2.0%	0	0.0%
慢性心不全	1033	16.8%	425	22.2%	81	39.3%	74	29.8%	0	0.0%
慢性呼吸器疾患	699	11.4%	153	8.0%	31	15.0%	29	11.7%	0	0.0%
脳血管障害	869	14.2%	478	25.0%	62	30.1%	56	22.6%	0	0.0%
重症の肺炎	1674	27.3%	541	28.3%	28	13.6%	48	19.4%	0	0.0%
その他	1219	19.9%	410	21.4%	26	12.6%	84	33.9%	1	50.0%
合計実人数	6134	-	1912	-	206	-	248	-	2	-

(3) ターミナルケア・看取りの取り組み状況

ターミナルケア・看取りの取り組み状況に係る各施設の回答を基に、施設類型別の回答状況を下記に整理した。

療養病床において、介護施設と比較してより取り組みが進んでいる項目としては、「7.ターミナルケア、看取りに関するスタッフの研修・教育を実施している」が挙げられる。

一方、介護療養型老人保健施設については、「5.ターミナルケアを行う際、個室を確保することができている」や「6.ターミナルケア、看取りに取り組むためのスタッフは充足している」といった項目において、療養病床よりも取り組みが進んでいる旨の回答が多い傾向となった。

図表 ターミナルケア・看取りの取り組み状況

		医療療養病床		介護療養病床		介護療養型老人保健施設		従来型介護老人保健施設		介護老人福祉施設	
		施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
1.施設として、ターミナルケア、看取りに積極的に取り組んでいる	非常に当てはまる	39	24.1%	25	23.1%	12	23.1%	9	13.2%	0	0.0%
	ある程度当てはまる	75	46.3% *	47	43.5% *	24	46.2% *	23	33.8% *	2	22.2%
	あまり当てはまらない	42	25.9%	33	30.6%	12	23.1%	19	27.9%	3	33.3%
	全く当てはまらない	6	3.7%	3	2.8%	4	7.7%	17	25.0%	4	44.4% *
2.ターミナルケアの治療方針について、患者や家族との話し合いを十分に実施できている	非常に当てはまる	50	30.9%	35	32.4%	17	32.7%	14	20.6%	0	0.0%
	ある程度当てはまる	92	56.8% *	60	55.6% *	19	36.5% *	24	35.3% *	4	44.4%
	あまり当てはまらない	17	10.5%	11	10.2%	12	23.1%	17	25.0%	0	0.0%
	全く当てはまらない	3	1.9%	2	1.9%	4	7.7%	13	19.1%	5	55.6% *
3.多職種によるターミナルケアカンファレンスを実施している	非常に当てはまる	20	12.3%	17	15.9%	11	21.6%	12	17.6%	0	0.0%
	ある程度当てはまる	66	40.7% *	31	29.0%	19	37.3% *	16	23.5%	2	22.2%
	あまり当てはまらない	52	32.1%	47	43.9% *	13	25.5%	17	25.0%	2	22.2%
	全く当てはまらない	24	14.8%	12	11.2%	8	15.7%	23	33.8% *	5	55.6% *
4.死後のデス・カンファレンスを実施している	非常に当てはまる	32	19.8%	22	20.4%	6	11.5%	6	8.8%	0	0.0%
	ある程度当てはまる	32	19.8%	17	15.7%	6	11.5%	8	11.8%	2	22.2%
	あまり当てはまらない	43	26.5%	29	26.9%	15	28.8%	13	19.1%	2	22.2%
	全く当てはまらない	55	34.0% *	40	37.0% *	25	48.1% *	41	60.3% *	5	55.6% *
5.ターミナルケアを行う際、個室を確保することができている	非常に当てはまる	37	22.8%	21	19.4%	17	32.7% *	10	14.7%	2	22.2%
	ある程度当てはまる	61	37.7% *	29	26.9%	10	19.2%	15	22.1%	2	22.2%
	あまり当てはまらない	42	25.9%	32	29.6% *	16	30.8%	16	23.5%	0	0.0%
	全く当てはまらない	22	13.6%	26	24.1%	9	17.3%	27	39.7% *	5	55.6% *
6.ターミナルケア、看取りに取り組むためのスタッフは充足している	非常に当てはまる	16	9.9%	9	8.3%	8	15.4%	0	0.0%	0	0.0%
	ある程度当てはまる	51	31.5%	34	31.5%	23	44.2% *	20	29.4%	3	33.3%
	あまり当てはまらない	75	46.3% *	54	50.0% *	13	25.0%	24	35.3% *	2	22.2%
	全く当てはまらない	20	12.3%	11	10.2%	8	15.4%	24	35.3% *	4	44.4% *
7.ターミナルケア、看取りに関するスタッフの研修・教育を実施している	非常に当てはまる	10	6.2%	5	4.6%	5	9.6%	4	5.9%	1	11.1%
	ある程度当てはまる	79	48.8% *	54	50.0% *	18	34.6%	18	26.5%	3	33.3% *
	あまり当てはまらない	56	34.6%	39	36.1%	20	38.5% *	24	35.3% *	2	22.2%
	全く当てはまらない	17	10.5%	10	9.3%	9	17.3%	22	32.4%	3	33.3% *
8.ターミナルケア、看取りに取り組む上で、報酬面の必要な整備はなされていると感じる	非常に当てはまる	5	3.1%	3	2.8%	4	7.7%	1	1.5%	0	0.0%
	ある程度当てはまる	22	13.6%	13	12.0%	16	30.8%	20	29.9%	3	33.3% *
	あまり当てはまらない	80	49.4% *	53	49.1% *	22	42.3% *	21	31.3%	3	33.3% *
	全く当てはまらない	55	34.0%	39	36.1%	10	19.2%	25	37.3% *	3	33.3% *

※個別の設問において、施設類型別に最も高い割合の回答に「*」印を付した。

(4) ターミナルケア・看取りを実施する上での問題点等

ターミナルケア・看取りを実施する上での問題点等に係る自由記載内容について、下記の通り整理した。

①療養病床を有する医療機関

※各回答には参考情報として、【】内に療養病床種別（医療療養／介護療養／医療療養・介護療養）、一般病床の有無、記入者の所属（役職）を表示した。

ケアの実施方法、全般的な意見	
実施する時期などしっかりと見極めがしている。	【介護療養／一般病床なし／介護支援室長】
ターミナルを判断する時期がはっきりしない。高齢の患者様が多いため、看取る家族が高齢だったり、また遠い親戚しかおられなかったりという問題が今後増えてくると思われるので、どう看取ってあげたらいいのかが今度の課題と思われる。	【介護療養／一般病床あり／事務局長】
ターミナルケアに対して、適切な時期の把握が難しい。(家族への看取り支援の時期のズレ)	【医療療養・介護療養／一般病床なし／職種情報なし】
食べられなくなった時どうするか、どこまで治療を行うのか、患者の尊厳、家族の思い、医療者側の立場等、いつもこれでよかったかと考えさせられる。	【介護療養／一般病床あり／事務長】
医療的なものが優先しすぎる傾向にある。	【介護療養／一般病床なし／事務部】
医療的ケアが多い。	【医療療養／一般病床なし／地域医療相談室長・看護部長】
介護療養病床であるが、ターミナルケアが充実されていない。まだまだ医療的行為(点滴、酸素、吸引、胃ろう管理、経管栄養又高カロリー点滴)が実施されている。	【医療療養・介護療養／一般病床なし／事務長】
医療度が高いと処置に追われ患者様とゆっくり向き合う時間がなく心のケアが難しい。	【医療療養／一般病床なし／総務業務部長】
積極的治療を希望しない場合は、本人の苦痛をなくすべく看護、ケアがスムーズに行えるが、延命を希望されると難しい時もある。	【医療療養・介護療養／一般病床なし／医療福祉相談室】
経口摂取できなくなってきた方向性をスタッフ間で統一して実施すること。	【医療療養・介護療養／一般病床なし／医療福祉相談室】
診療情報提供書の記載と実際の病状の相異。	【医療療養・介護療養／一般病床なし／医事課】
患者さんの生命力の消耗が大きくなならないケアが十分にできていない。	【医療療養・介護療養／一般病床なし／看護部長】
すこしでも穏やかに最期を送っていただきたいが、実施している治療とのギャップを感じる症例もある。	【医療療養・介護療養／一般病床なし／看護部長】
急変時、主治医でなく外からの Dr（当直医）が対処する際に、治療の方針が決定されていない場合の対応。	【医療療養・介護療養／一般病床なし／管理部長】

意思決定は患者本人ではなく、医療従事者や家族に委ねられることが多い反面、話し合いの場がない。
【医療療養・介護療養／一般病床なし／事務長】
職員の経験や価値観により、提供するケアに違いが出てしまう傾向がある。全人的な捉え方が不十分である。認知症の方等様々な患者が混在する中で、ゆっくり関わる時間の確保が出来ない場合もある。
【医療療養・介護療養／一般病床なし／事務長】
認知症、ターミナル患者が混在している病棟では、認知症の患者の対応が優先的になってしまう。
【医療療養・介護療養／一般病床なし／事務部長】
医師による見解が様々であるため、家族と医師との治療方針の食い違いが起こらないよう確認しておくことが大切である。ターミナル期の患者様は意思を伝えることができない。治療方針など家族が決定することが多いので、患者様がどのように看取られたいかわからない。
【医療療養・介護療養／一般病床なし／総務課】
医療療養病床におけるターミナルケア、看取りケアは家族様の意思確認の上、多職種の共通理解が重要と考え、実践している
【医療療養・介護療養／一般病床なし／総務部長】
定期カンファレンスが3ヵ月毎に計画されていて、ターミナル期のための計画がたてにくい。
【医療療養・介護療養／一般病床なし／総務部長】
個別性というが、カンファレンスで出る意見が同じで、家族の思いを伝えることだけで、スタッフのケア内容や思いはほとんどパターン化している。
【医療療養・介護療養／一般病床なし／総務部長】
当院では死後の入浴を行っており、家族に大変喜ばれている。
【医療療養／一般病床あり／事務副部長】
在宅での看取りを望まれる本人家族は少なく、主介護者の方が50～70才の方であれば介護負担が大きいと積極的に在宅をすすめられない現状である。当院の療養病棟では、積極的にターミナルケア、看取りを引き受けるよう環境を整えたり、学習したりして取り組みを始めたが、現在のスタッフの人数では、”寄りそうケア”ができにくい状況である。
【医療療養／一般病床あり／病棟師長】
医療現場にありながら、人の人生の最後の時間を丁寧に関わる事となるターミナルケアを通じて、単に医療技術ではない人としての尊厳や死生観といった貴重な教育の場にもなっていると考え。一方で、医療必要度の高くなった今の医療療養病床の中で、いかに他の業務や他患者への関わり等、バランスよくとっていけるかが大切だと思う。
【医療療養・介護療養／一般病床あり／総務部】
転院の際、前病院でインフォームドコンセントがしっかりされていないことがある。
【医療療養／一般病床なし／看護師長】
疼痛のコントロールがうまくできない。
【医療療養／一般病床なし／看護師長】
患者・家族の意思決定を誘導することがある。
【医療療養／一般病床なし／事務部】
只今、今後の終末期医療について委員会を立ち上げ検討を進めている。
【医療療養・介護療養／一般病床あり／事務局】

現時点で、個室、個別ケアで対応しているため、特に問題として考えるものはないと感じている。逆に、療養病床であるため、24 時間、Dr.、Ns.がいる事が介護職にとっては大きな強みであり、安心感につながっていると思う。また、御家族からも専門職がいる事は安心感につながり、看取り期の同伴外出などとても心強いとの言葉をいただいている現状である。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／医療ソーシャルワーカー】
人員体制、スタッフに関わること
人員が不足している 【医療療養・介護療養／一般病床あり／総務係 】
人手が不足している。 【医療療養／一般病床なし／地域医療相談室長・看護部長】
職員を十分に配置できていない 【医療療養・介護療養／一般病床あり／医事課】
介護療養病床において、スタッフの人員が不足している。 【医療療養・介護療養／一般病床あり／システム管理室 】
慢性期病棟でも高齢者の在宅急変患者の受け入れをしており、人手不足が現状 【医療療養／一般病床なし／地域医療相談室長・看護部長】
マンパワー不足。診療報酬上の配置より 7 名多く配置しているが、患者の重症化、認知症の増加等もあり、看取りケアに関わる時間が充分にとれない。 【医療療養・介護療養／一般病床あり／看護部長】
マンパワーが不足しており、観察や処置に関わっている時間に、他の利用者に対するケアが不十分となる 【介護療養／一般病床なし／看護部 師長】
医師は慢性期病棟にも手厚く配置してほしい。 【介護療養／一般病床なし／事務長】
十分なケアをする為のマンパワーが足りない(特に夜間) 【医療療養・介護療養／一般病床あり／看護部長】
夜間帯におけるマンパワー不足 【医療療養／一般病床なし／事務長】
夜間に死亡された場合、スタッフの人数が少なく、十分なケアが出来ない時がある。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／医療福祉相談室】
ご家族によっては全身状態低下時に救急蘇生を希望される方が 50 人中約半数いるため、特に夜間時の対応では人員不足で困っている。 【医療療養／一般病床あり／医事課 】
外的専門スタッフの確保が難しい 【医療療養・介護療養／一般病床なし／事務部 】
ターミナルケアに対する、スタッフの教育不足 【医療療養・介護療養／一般病床なし／地域連携室 次長】
専門知識のある職員がほとんどいないため、患者、家族の対応があいまいで統一できていない。研修に参加する職員が限られている。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／事務部長】
介護療養病床において、30:1 の体制では 24 時間点滴、O2 管理などの医療行為は負担が大きい。 【医療療養・介護療養／一般病床あり／事務課長】
ターミナルについての共通認識が違う場合がある。特に介護士はターミナルについての理解が低い 【医療療養・介護療養／一般病床なし／事務局 】

リーダーシップがとれる人材の確保 【医療療養／一般病床なし／事務長】	
医師の考え方によって対応が異なる。 【医療療養／一般病床なし／事務部】	
医師の来棟が少なく、ナースはすぐに相談することができにくい。 【医療療養・介護療養／一般病床あり／事務長】	
デスカンファレンスの実施、職員の教育(死についての) 【医療療養／一般病床なし／看護部】	
終末期をむかえた患者様御本人および御家族は身体的苦痛、精神的苦痛等により過敏な状態にあるため、ケア時に対応するスタッフの精神的負担が大きい。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／看護部 師長】	
看取りの増加に伴う、精神的サポートが不十分である 【医療療養／一般病床なし／事務部】	
医師と共にカンファレンスが開催ができていない。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／医事課】	
全職員が関心を持って勉強していくべき。 【介護療養／一般病床なし／事務部】	
統一したケアを提供するため各スタッフ、1人1人まで情報共有やケアの徹底が難しく、指導する側の大きな課題となっている。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／看護部 師長】	
ターミナル状態になった場合、家族への支援に関して、看護スタッフが同レベルで展開できない現状がある 【介護療養／一般病床あり／事務長】	
医師との連携を密にしておくことが必要であるが、急性期が多忙でタイムリーに対応がしにくい。 【医療療養／一般病床あり／看護部長】	
医師へもターミナルケアの指導を行うことができれば、疼痛コントロール等を行っていく上で、家族を交じえきちんとした治療方針が立てられると考える。 【医療療養／一般病床なし／総務業務部長】	
設備・施設環境	
個室で看取りをしたいが、ほとんど満床で個室の方には契約して居住費を頂いているので十分できていない。 【医療療養・介護療養／一般病床あり／総務課】	
多床室から個室移動するが個室が少ない。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／職種情報なし】	
病棟により個室数が異なるため、看取りをする環境面での調整をするのが難しい。 【医療療養・介護療養／一般病床あり／サービス支援課】	
家族との残された大切な時間を個室で過ごして欲しいが、O2や吸引などの配管のハード面から、2人室を提供するようになってしまうのが残念である。 【医療療養・介護療養／一般病床あり／サービス支援課】	
患者や家族とゆっくり落ち着いた環境で面談する場所の確保 【医療療養／一般病床なし／事務長】	
医療療養病床におけるターミナルケア、看取りケアは家族様の意思確認の上、多職種の共通理解をしているが、個室が1室のみのため、入院時よりターミナルケアの患者様に提供できない 【医療療養・介護療養／一般病床なし／総務部長】	

介護療養病床においては、個室の設備がなく、カンファレンスルームが病棟より離れていた り、病棟専用ではないので使用しにくい。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／総務部長】
家族と一緒に看取りが出来る部屋環境(個室で、出来ればトイレ、風呂付)が無い。また、個室 があっても満室時にスムーズな移動が出来ない。 【医療療養・介護療養／一般病床あり／総務係】
当病棟は個室看取り部屋がない。最後は家族と共にゆっくりと時間を過ぎて頂きたいと思 っている。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／事務長】
個室がないため、家族の付き添いが難しい。 【医療療養・介護療養／一般病床あり／医事課】
個室が少ないことと、環境が整っていない。 【医療療養・介護療養／一般病床あり／事務部】
個室の確保 【医療療養／一般病床なし／看護部】
個室の確立、家族がゆっくりと患者と過せるスペースがほしい 【医療療養・介護療養／一般病床なし／地域連携室 次長】
個室の不足 【医療療養／一般病床あり／総務課】
個室を提供できないことがある。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／医事課】
個室での看取りができない 【医療療養・介護療養／一般病床なし／事務長】
設備面(できる限り個室を提供したりと配慮するが、穏やかな環境が保てない) 【医療療養・介護療養／一般病床なし／看護部長】
医療療養病床において、最期に看取りをする部屋はあるが、個室の病室はない。 【医療療養・介護療養／一般病床あり／理事長/看護師長】
個室の確保が難しい。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／事務部】
家族への配慮を考えると、個室の整備や面会時間等の課題がある 【医療療養／一般病床あり／事務長】
稼働率もアップしないといけなし、個室の用意に困っている。医師との連携を密にしてお くことが必要であるが、急性期が多忙でタイムリーに対応がしにくい。 【医療療養／一般病床あり／看護部長】
限られた個室数の中での運用が難しい。 【医療療養／一般病床なし／総務課長】
個室がない。快適な療養環境とはいえない 【医療療養／一般病床あり／事務局長】
個室がないため、4 人部屋でカーテン等で仕切り、付き添いベッドを準備する対応しかでき ず、プライバシーが守られず静かなゆったりとした環境を用意できない 【医療療養／一般病床なし／事務課長】
個室がないため、部屋の調整が難しい(介護病棟) 【医療療養・介護療養／一般病床なし／事務部長】
個室が少ないこと。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／主計課】
個室の確保 【医療療養・介護療養／一般病床なし／診療情報管理課】

個室の確保及び家族の休息室がない。 【医療療養／一般病床なし／職種情報なし】	
静かな環境・家族と過せる環境が提供しにくい。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／理事長】	
療養病棟には多床室しかなく、個室で家族だけの有意義な時間を送ることやゆとりのある環境を十分に提供できていない。時間をもっと使って看護、介護ケアを行いたい。 【医療療養／一般病床あり／事務長】	
御家族との関わりの中で、ターミナル・看取りをする上での望ましい設備が不足している。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／事務局】	
病棟の機能上、医療機器の使用が充分ではない 【医療療養・介護療養／一般病床あり／医事課】	
看取りをするための環境が整えられていない。落ち着いた環境の中、家族と一緒に過ごしてもらうスタッフの教育等、課題が多い。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／医事課長】	
介護療養病床は、家人付き添い時の控え室や寝具(ソファなど)が不足している。また、医療機器の不足も問題である。 【医療療養・介護療養／一般病床あり／システム管理室】	
終末期に必要な医療機器や設備がない。 【医療療養／一般病床なし／職種情報なし】	
介護療養病床は、家族付き添い時の控え室や寝具(ソファなど)が不足している。医療機器の不足も問題である。 【医療療養・介護療養／一般病床あり／システム管理室】	
入院患者が重症化していく中で、看取りをしていくためには、高度の治療はしないにしても、酸素や吸引設備等、ハード面の対応が遅れている。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／総務課】	
認知症、高次脳機能障害患者の割合も高いため、大きな声やナースコール頻回等、静かな環境を確保できない。 【医療療養／一般病床なし／総務業務部長】	
患者・家族との関わり	
家族との関わりやサポートが十分でない。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／看護部長】	
忙しくて、ゆっくり関わるのが難しい。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／医事課】	
ターミナル患者に対して、ゆっくりとそばにいて関わる時間が不足していること 【医療療養・介護療養／一般病床なし／医事課】	
日常の看護・介護に追われ、患者様の話にゆっくり傾聴する時間が確保できない。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／経営管理部】	
ご家族や医師との調整が難しい時がある。 【医療療養・介護療養／一般病床あり／総務課】	
ご家族とのお別れの時を過ごさせてあげられない時(家族遠隔地で時間的に間に合わない時、急変で亡くなられた時) 【医療療養・介護療養／一般病床なし／看護部長】	
ご家族等の十分な話し合いが必要であるが、適切に実施する時間が不足している。 【介護療養／一般病床なし／事務長】	
家族から「呼吸が止まってから連絡下さい」と言われ、看取りに間に合わない。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／職種情報なし】	

入院患者の超高齢化により家族の高齢化にも対応しづらい点がある。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／職種情報なし】
家族とスタッフの看取りの考え方等において、お互いに理解しあえるまでかなり時間がかかる。家族の要望は強いが、関わりが少ないことが多い。 【医療療養・介護療養／一般病床あり／事務長】
家族間のコミュニケーションが取れておらず、キーパーソンへ看取りの確認を行っていても、いざその時になると「なぜ何もしていないのか」と言われてこられる親族もあり、困る。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／医療福祉相談室】
医療処置の量の多さもあり、ゆっくり話をすることが難しい場合があるが、日々の看護、介護の積み重ねだと思うので、人としての尊厳を大切にしていきたい 【医療療養・介護療養／一般病床あり／事務部】
御家族の協力が得られない場合がある(足を運んでいただけない家族がいる) 【医療療養・介護療養／一般病床なし／事務部長】
認知障害による胃ろう、CV カテーテル等の自己抜去があったり、病識の理解困難が見られる。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／事務長】
病院職員と御家族のターミナルに関する認識のギャップ（ズレ）が大きい。さらに、御家族の中で、積極的にターミナルケアに参加する意欲を示す方と全く無関心の方が居る。後者の場合病状の変化に応じて医療の介入がどこまで必要か悩む。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／院長】
本人の意思より御家族の意向が重視される現状がある。キーパーソンも高齢化し、他家族とのつながりや関係も希薄なケースが多くみられる。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／看護部長】
家族がなかなかお見舞いなどに来院されない方への情報提供がタイムリーでない時、家族の理解が得られにくい場合がある。看取りに対するショックが大きい。 【医療療養／一般病床あり／事務部長】
ご家族が看取りターミナルであるという状態を受容できているか確認が必要。看取りの際、ご家族に対して十分に配慮した声かけや対応が必要と感じている。 【医療療養／一般病床なし／事務部長】
看取り時の問題点として、朝方など経管栄養をつないでいる最中に患者様が亡くなられると、業務に追われているため亡くなられた患者様や御家族のそばに充分にいてあげられない。 【医療療養／一般病床なし／病棟師長】
ターミナルケアの治療方針の説明や家族との話し合いは、入院時(転入時含む)に全ての患者様、家族に対して行っているが、入院が長期となった場合に、再度の説明と話し合いをいつの時期に実施するのかタイミングを図るのが難しい。 【医療療養／一般病床なし／医療相談室長】
急変してから長時間経過する場合に付き添われている家族の負担をいかに軽減していくのが課題である。 【医療療養／一般病床なし／医療相談室長】
ターミナル期にいかにご本人、ご家族様に寄り添っていけるかを課題とし、環境の整備、医師や多職種との連携で精神面、医療面など総合的なケアの提供を通して看取りケアの質を高める検討を今後予定している 【介護療養／一般病床なし／事務課長】
ターミナル時の過剰な医療行為について、家族と充分話し合うことが必要と考える。当院では、入院時に終末期の医療について医師と家族が話し合っている。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／地域連携相談課長】

治療をどこまで行うのか（胃ろう、抗がん剤も含めて）ははっきりしておらず、延命治療への家族の意思が統一されていないため、医療者が間にはさまれる。どんな最期を迎えたいのか、自分でイメージして告知しておくことが大事なのではないか。 【医療療養／一般病床あり／事務部 次長】
家族が求めている看取りと医療側にギャップが生じないよう、日頃からの信頼関係や理解を深めていくことが大切となる。 【介護療養／一般病床あり／事務長】
家族に説明しても理解を得られない事が多くあり、その都度の対応で対処する事が多い。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／看護師長】
家族の協力が得られない事が多く見られる 【介護療養／一般病床なし／職種情報なし】
家族間で意向がまとまらない時がある 【医療療養／一般病床なし／事務部】
家族本人が病状について納得されているのか、今後どうなっていくのか等について、関わりを持って理解を求めていくのに神経を使う 【医療療養／一般病床なし／看護師長】
患者、家族と治療方針について充分な話し合いを行い、理解が必要となる 【医療療養／一般病床なし／事務長】
患者様が安楽に、また、御家族様の思いを充分、最大限に配慮して、最期を迎えることが出来る様マネジメントする。そのためには、家族とよく話をし、思いを理解する事が大切である。 【医療療養／一般病床あり／事務長】
急変も多く、家族と死についての話し合いの時間がもちにくい。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／総務部】
最期を家族と過ごす配慮が長時間になる場合が有り、家族負担が多くなる。臨終時に間に合わせる家族への対応に苦慮する 【医療療養・介護療養／一般病床なし／事務部 次長】
療養病棟では、看取りの場面が多くなっているが、患者さんや家族の方とゆっくり話を聞いたり、思いを受け止めたりする時間がなかなか取れない 【介護療養／一般病床あり／事務部長】

報酬面、評価のあり方	
DNAR（延命治療の中止）でも点滴など対処療法は実施するため、包括点数内での実施は制約が大きい 【医療療養・介護療養／一般病床あり／総務課 Ⅱ】	
患者さんによっては、抗生剤等の高価な薬剤を使用するため、入院基本料が包括の療養病床の場合、収益の圧迫要因となる可能性がある。 【医療療養／一般病床あり／事務長代理】	
ターミナルケアに関して治療および人材が必要となるが、報酬面の加算がないため経営的には厳しい状況である。人員基準の見直し、加算の見直しが必要と考える 【医療療養／一般病床なし／医事課長】	
当院では患者様、ご家族のニーズを聞き、全職種を交えたカンファレンスやケアを行っている。最後まで食べたい事や行いたい事を各専門職が工夫して支えている。これらの看取りへの関わりは、時間も費用も要する。加算等のバックアップをお願いしたい。 【介護療養／一般病床なし／事務部 課長】	
医療療養病床では、ターミナルケアにおいて疼痛緩和にしか区分的にもとれず、長期的に管理する上で、厳しい現状である。 【医療療養／一般病床なし／事務長】	

医療療養病床においてはターミナルケア、看取りを実施する上で、医療区分が関係してくるため(看取りの場合は何もしないため区分がとれないケースがない)ネックである。 【医療療養・介護療養／一般病床あり／システム管理室】
現在の医療区分による入院の設定でターミナルケアを提供する場合、死期をどのような状態で迎える事が幸福な看取りなのか、事例毎に考えさせられる。特に非がん患者対象の緩和ケア評価もあっても良いのではないかと。今後の超高齢化社会の中で、またまだ医療療養病床の役割は重要であると思う。 【医療療養／一般病床なし／看護部長】
診療病床で看取りをするだけの報酬がついていないため、人員不足のまま、現状は看取りも受けている状態。報酬がつかないと、十分なスタッフは民間では確保できない。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／事務長】
点滴や、薬など使用すればするほど病院の負担となるため(包括のため)、一般病棟へ転棟せざるを得なくなり、療養病棟でのターミナルケアは難しい。 【医療療養・介護療養／一般病床あり／事務部】
日常業務を行いながら看取りをおこなっているため、十分なケアができていないと思う。体制の基準の見直しをお願いしたい。 【介護療養／一般病床なし／院長】

②介護療養型老人保健施設

※各回答には参考情報として、【】内に併設医療機関の有無（併設医療機関あり／併設医療機関なし）、記入者の所属（役職）を表示した。

ケアの実施方法、全般的な意見
施設サービス計画の他にターミナルケア計画の作成が加算算定の要件になっているが、ターミナル期に施設サービス計画書とターミナルケア計画書をそれぞれ求める必要、意味合いがあるのか疑問。県担当者に確認したところ、ターミナルケア加算を算定するには、施設サービス計画のオプションとしてターミナルケア計画を作成することが必要と回答。説明を受ける家族からしても、なぜ計画書を別立てにして説明と署名を求められるのか、という感じである。 【併設医療機関なし／事務部長】
事例によっては、医療的管理が困難である。医療処理が多くなると採算が合わない。 【併設医療機関あり／事務長】
1ヶ月前より予想出来ない急な入所者が多く、ターミナルケアがしづらい。 【併設医療機関あり／施設長】
どの時点で「看取り」と判断するかがむずかしい。 【併設医療機関あり／副施設長】
記録、説明が十分にできていない。 【併設医療機関あり／看護師長】
ターミナルの診断の時期が困難である。急変することが多い。 【併設医療機関あり／看護師長】
ターミナルケアマニュアルを作製していない。 【併設医療機関あり／事務長】
治療可能性がある方は病院に転院しており、また老衰の方には家族へターミナルケアを実施するタイミングを告げる事が心情的にも難しく、ターミナルケア加算の算定要件を満たすのは難しい。(医師より) 【併設医療機関あり／事務長】

	過去 1 年間でターミナルケアに至らなかった場合としては、緊急時治療管理や所定疾患施設療養費の指針開始となり、当日から数日で亡くなられる場合（8 名）、前日まで安定していて経口摂取も出来ていた方が突然の急変により呼吸停止となる場合（2 名）、外泊中に急変し他病院へと搬送され死亡したケース（1 名）等があったほか、治療を施しても回復が見込めない状態となった時点でターミナルケア指針とすれば良いが、その判断は非常に難しく、迷いも生じ、そのタイムラグにおいて亡くなってしまうこともあった（5 名）。 【併設医療機関あり／医事課】
	気管切開、胃瘻で反応もなく発熱を繰り返して常ターミナルな状態、毎月が絶え間ない治療の中で亡くなってしまった場合も加算となると切り出しにくい。亡くなる可能性は高くても、治療している時にご家族は希望を持っているので、単位数（金額の増加）も含めターミナルケアではなく治療へのプライオリティが高くなりがちである。医師とのコミュニケーションを多くし、法の精神も鑑み、判断出来るように努めるようにする必要がある。 【併設医療機関あり／医事課】
	老健、特養は、治療が必要であれば病院へ入院するか、その時点で治療は希望しないという事であればターミナルケアとなると思う。当施設「転換型老健」は、入所しながら肺炎でもその他でも出来る範囲でクリニック受診が容易で、共有施設として臨床検査はもちろんレントゲン、CT さえも対応可能で治療する。よって、所定疾患施設療養や緊急時施設療養に値するケースは多くある。それにより状態の改善が見られるか見守ることになるが、見守るうちにターミナルケアとなる時期を逃してしまい、そのまま亡くなられる方の割合が多くなってしまいうようである。他の施設に比べるとターミナルとする時期の判断がとても難しいと感じられる。 【併設医療機関あり／医事課】
人員体制、スタッフに関わること	
	多職種によるターミナルケアのカンファレンスがなされていない。 【併設医療機関あり／事務長】
	看取り指針は作成し、取り組んでいるところであるが、まだまだ不十分であり職員への研修、教育を繰り返し行う必要がある。完全に整うまでは介護報酬の請求はしない方針である。 【併設医療機関あり／師長】
	介護職員に対してターミナルケアについての教育が必要だと思う。 【併設医療機関あり／事務長】
	看護職員配置がオンコールであるため、痰吸引が頻回になった場合に、看護職員の負担が大きい。（看護職員も、早出・遅出・夜勤の本来のシフトがある） 【併設医療機関あり／施設長代理】
	スタッフの研修、教育を実施して、知識と技術の向上を図る必要がある。 【併設医療機関あり／看護部看護科長】
	当院のような転換型の施設では、専門の職員が不足しており、計画的な職員育成が必要と思われる。 【併設医療機関あり／事務長補佐】
	体制の厳しい中で、ターミナルにゆっくり関わってあげることが難しく、医師の負担も大きい。 【併設医療機関あり／事務長】
	現状手厚い配置としているが、通常の人員配置のままでターミナルケア・看取りが、片手間になることがある。他の入所者の重症度が高いことや、問題行動のある人、吸引などがあることで、NS 配置、エイド配置が少ないと感じる 【併設医療機関あり／事務長代理】

	夜間・当直の医師が不在なので、夜間帯や土・日・祝に看取りとなれば、ばたばたする。 【併設医療機関あり／介護支援専門員】
	1人夜勤のため、急変または呼吸停止したらという不安がある。 【併設医療機関あり／総務課】
	スタッフの知識不足がある。経管栄養に特化した施設のため、看護職の負担が大きい。医師の勤務体制上も、難しい。 【併設医療機関あり／事務部】
	まだ始めて間もないので、スタッフ全員の共通認識が行き届かない。一部職員にとまどいもある。 【併設医療機関あり／事務局長】
	「看取り」のための手厚い介護の提供が不足している。看取りに対する職員の意識に差がある。 【併設医療機関あり／副施設長】
	医師の当直体制がとられていないと死亡確認が出来ない。そのため、直前にでも病院に転院させないといけないう状況となるので、看取りをしたいと思っても、体制をとりにくい。 【併設医療機関あり／師長】
	常勤医師数が少なく看取り時(特に夜間)の対応に苦慮している。 【併設医療機関なし／看護副部長】
設備・施設環境	
	個室の数が少ないので、看取り時の使用に難しいことが多い。 【併設医療機関なし／事務局長】
	当院のような転換型の施設では、専用の施設(部屋)が不足しており、計画的な施設設備が必要と思われる。 【併設医療機関あり／事務長補佐】
	病院からの転換のため、ハード面での設置等に不十分さがある。限られた居室スペースの中で、静養室や家族が過ごされる部屋が確保できない。 【併設医療機関あり／事務長補佐】
患者・家族との関わり	
	現在はターミナルケアを行っていないが、ご家族とのカンファレンスが重要ではないか。 【併設医療機関あり／事務部】
	ターミナルケア(看取り)の検討に必要な医師から家族へのインフォームドコンセントが不十分。 【併設医療機関あり／事務長】
	入所時書面で「亡くなる時はどういう最期をむかえたいといった現在のお考えはありますか?」、「食事をされている方で、食事が全く摂れなくなった場合、胃瘻、Maチューブ、何もせず自然に見守る、のどれを選ぶのか現在のお考えを教えてください。」といった質問をさせて頂いている。また面談でも、死は誰にでも訪れ、それは当たり前の事である、高齢の場合それが急に訪れる事もあり得るという説明をする。しかしご家族は死について現実のものとして受け止められない(受け止めたくない)空気が漂っているように感じる。食事摂取が出来にくくなったり、状態が悪くなったときに、もっと家族と関わりを持って説明を行い、死に対する準備をしてもらうようにして行きたい。 【併設医療機関あり／医事課】
	尊厳を守るという事で経管栄養を選ばず、何もせず見守る事は、決して悪い事ではない。(昔は)食べられなくなった事が寿命で、何も解らないのに生かされている事が良い事なのか選ぶのはご家族(原理主義では本人)だが、その点を(成年後見人も含め)一緒に寄り添い考えていけるような関係づくりをしていかなければならないと思う。 【併設医療機関あり／医事課】

報酬面、評価のあり方	
	老健施設では酸素吸入の保険請求ができないのは納得できない。 【併設医療機関あり／理事長】

③従来型介護老人保健施設

※各回答には参考情報として、【】内に併設医療機関の有無（併設医療機関あり／併設医療機関なし）、記入者の所属（役職）を表示した。

ケアの実施方法、全般的な意見	
	重介護者の増加により利用者への満足のいくターミナルケアが出来ない。施設でできる医療的行為についてしっかり説明する必要がある。 【併設医療機関あり／事務次長】
	併設型の従来型介護老人保健施設であり、ターミナルケアはスタッフの揃っている病院の方で行なっている。 【併設医療機関あり／事務部】
	症状が落ち着いているターミナルの見守りはしているが、重篤になった時点で併設病院に入院していただき、看取りは実施していない。 【併設医療機関あり／事務課長】
	当苑でも看取りを実施する予定であるが、対象となる方、希望された方が一例もない。 【併設医療機関あり／療養科長】
	入所者が重症化した時に最後まで看取りしてゆきたい気持ちは職員の中にある。夜間体制では同併設の病院へ協力を求めるため、無理がある。日勤帯で看取る事はある。 【併設医療機関あり／事務課】
	病院が隣接しておりターミナルケア・看取りは実施していないが、今後は介護老人保健施設においてもターミナルケア看取りは重要になってくると思う。そのためにもスタッフの研修、教育は大切になると思う。 【併設医療機関あり／総務部】
	見取りに関わる時間の確保が難しい。 【併設医療機関あり／副施設長】
	ターミナルケアに取り組む方針の整備が必要である。 【併設医療機関あり／看護師長】
	現在は、併設病院の協力、連携を図り、ご本人ご家族の意向を確認しながら対応している。 【併設医療機関あり／看護部 師長】
	併設の病院にターミナルケア・看取りを依頼している現状である。 【併設医療機関あり／支援相談員／師長】
人員体制、スタッフに関わること	
	人員体制の問題 【併設医療機関あり／看護師長】
	人員不足である。教育もできていない。 【併設医療機関あり／事務部】
	看護スタッフが少ない。 【併設医療機関なし／事務部長】
	看護師不足である。夜間対応も課題である。 【併設医療機関あり／事務室】
	看護師が夜勤に入れない日があり、医療度が高くなるとターミナルケアの継続が困難で、病院へお願いするしかなく看取りまで関わる事ができない。 【併設医療機関あり／事務長】

夜勤看護師がいないという問題がある。 【併設医療機関あり／管理長代理】
スタッフの不足、当直看護師が不在の時もある。介護士、研修、教育が十分でない。職員の意識が低く、看取りを現実的ではないと思っている。 【併設医療機関あり／支援相談室】
ターミナルケアを行なう上で医師、看護師の負担が多くなる。特に夜間帯を考慮すれば看護師の人員が不足していると考ええる。 【併設医療機関あり／事務長】
死亡時間帯によっては、夜勤職員(看 1 名、介 3 名)以外に応援呼び出しをしなければならない。 【併設医療機関あり／副施設長】
夜勤体制として施設の夜勤看護師 1 名+各フロアー介護職員 2 名の体制である。なお、看護師は 1 名で各フロアー全体を看ている。ターミナルケアを受け入れた場合、他のケアに充分に手が回らない可能性有り。 【併設医療機関あり／介護支援専門員】
夜間医師が常駐しないため、施設医への電話や併設医療機関の医師等にて対応しなくてはならない。 【併設医療機関あり／副施設長】
医師の夜間対応の際、居住地が遠方で緊急的対応ができない。 【併設医療機関なし／事務室長】
現在はターミナルケア、看取りを実施していないが、実施するにあたっては医師不在時(夜間、日祝日)の体制、運用方法を具体的に決める必要がある。 【併設医療機関なし／事務長】
2フロアー4名(うち看護師1、介護士3)体制であり、看取りになると他の入所者対応が手薄になる。 【併設医療機関あり／看護師長】
看取りに取り組む体制、スタッフの研修、教育などの準備が十分整っていない。 【併設医療機関あり／看護部 師長】
永年在宅復帰を目標として意識しながら働いている職員にターミナル、看取りを施設で行うという方針を理解してもらうには時間がかかると思う。しかし、少しずつでも外部研修を含む教育の機会を設けて取り組む必要があると考える。職員人数の充実を確保することも課題であると考ええる。 【併設医療機関あり／事務室】
看護・介護職員の整備(集中ケアが出来る体制)職員の知識、技術の向上(マニュアル作り) 【併設医療機関あり／事務部】
介護職員への十分な教育ができていないこと。 【併設医療機関あり／事務長】
介護スタッフの教育が不十分である。 【併設医療機関あり／事務長】
職員教育がまだしっかりできていない。医者の体制が整っていない。 【併設医療機関あり／施設長】
ケースバイケースのため職員の意思統一が図れない 【併設医療機関なし／事務課長】
多職種とのカンファレンスの持ち方、死後のデスカンファレンスができていない。 【併設医療機関あり／事務部】
全てのスタッフが深く看取りの意味を理解するための努力が必要だと感じている。 【併設医療機関なし／事務部】

設備・施設環境	
設備等の体制不備 【併設医療機関なし／事務室長】	
居室等の環境不備 【併設医療機関あり／事務部】	
環境整備が必要である。 【併設医療機関あり／看護師長】	
ハード面の環境整備が不十分であるため、家族がゆっくり付き添うことが困難である。 【併設医療機関あり／看護部長】	
ターミナルケアに適した環境(居室)の提供が困難である。 【併設医療機関あり／管理長代理】	
できるだけ個室対応が望ましいが、困難な場合もある。 【併設医療機関あり／事務次長】	
個室で看取りができない。家族が付きそう場所がない。 【併設医療機関あり／管理部長】	
個室がない。 【併設医療機関なし／事務部長】	
ターミナルケア・看取りに必要なハード面として、個室を備えていないこと。 【併設医療機関あり／事務長】	
ハード面として在宅に近い状態を作りたいと思うが、看取りのための個室でないので家族と迎える終末期をどの様にしたら満足していただけるか思案中。 【併設医療機関あり／療養科長】	
看取りをする上での個室が無い。 【併設医療機関なし／事務課長】	
設備、環境の整備が不十分である。 【併設医療機関あり／事務長】	
ターミナルケアを行う際、個室の確保が難しい 【併設医療機関あり／支援相談室】	
個室、霊安室の確保ができていない。 【併設医療機関あり／施設長】	
個室の確保が難しいことがある。 【併設医療機関あり／事務長】	
個室の確保が難しい。家族の部屋やベッドがない。 【併設医療機関あり／看護師長】	
個室を確保することが難しい。 【併設医療機関あり／看護師長】	
個室の確保への調整が必要であり、個室へ移すタイミングが難しい。 【併設医療機関あり／事務部】	
看取り用の個室がないため、大部屋で最後を迎える入所様家族が家族とゆっくり過ごしていただけない。 【併設医療機関あり／看護部 師長】	
ターミナルケアを行うための個室の確保が十分できていない。 【併設医療機関あり／看護部 師長】	
多床室にて療養できる居室（個室）の確保が難しい。 【併設医療機関あり／支援相談員】	
個室はあるが、スタッフルームから遠く、かつ防音等の設備が不十分である。 【併設医療機関あり／事務長】	

Dr の指示の下、医療的な内容に対しては対応出来ているが、ターミナルに対しての環境作りがあまり出来ていない 【併設医療機関あり／支援相談員】	
ターミナルプランを立ててケアを行っていく際、個室に転室して家族も周りに気兼ねなくいつでも来苑し、付き添えるようにしたいが、個室が満室の時や、転室してもらえる利用者がいない時がある。本人や家族の希望があり、少しでも自宅に帰りたいという時、なるべく対応したいが準備などもありタイミングが難しい。 【併設医療機関あり／事務長】	
現在、ターミナルケアにおいては併設の病院で行っており、施設でも看取りを行うためには必要な医療機器等で不十分なものもある。 【併設医療機関あり／事務長】	
医療の制限(携帯用の O2 ボンベしかない等) 【併設医療機関あり／支援相談室】	
器材の不足。スペースの不足。 【併設医療機関あり／副施設長】	
プライバシーを確保する環境が難しくなっている。 【併設医療機関なし／介護支援専門員】	
全床個室につき、特に問題なし。居室内に点滴レールを増設した。 【併設医療機関あり／事務課】	
患者・家族との関わり	
対象者ご家族のケアの充実 【併設医療機関あり／事務部】	
本人、家族とのコミュニケーションや心のケアが不足している。 【併設医療機関あり／事務部】	
病院と同様の治療や処置を希望する家族が多く、看護師の業務負担が増加している。 【併設医療機関あり／看護部長】	
その方にあった医療的処置を明確にして、職員に示し導く必要がある。医療的処置が必要でないなら、それを家族へも説明する必要がある。日々の家族とのコミュニケーションで信頼関係を築いていくことが重要である。 【併設医療機関あり／事務部】	
本人の意思の確認の実施に課題がある。高齢者の死と医療についての家族、社会、施設(管理者、職員)のコンセンサスが必要である。 【併設医療機関あり／副施設長】	
ご家族の要望等が途中で変化しやすく、対応できない場合がある。 【併設医療機関あり／支援相談員】	

④介護老人福祉施設

※各回答には参考情報として、【】内に併設医療機関の有無（併設医療機関あり／併設医療機関なし）、記入者の所属（役職）を表示した。

人員体制、スタッフに関わること	
往診医が遠方から来ている。 【併設医療機関なし／施設長】	
夜間は看護師不在のため介護職の不安が大きい。吸引が必要となった場合は、待機看護師の精神的、肉体的ストレスが大きい。医師はオンコール体制のため、亡くなってもすぐ来所できないこともあり、ご家族とともに医師の到着を待つのに不安がある。 【併設医療機関なし／職種情報なし】	

	看取りの経験を有する職員がほとんどいないため、看取りの研修をする必要がある。夜間看護師の配置がないため、医療的処置に迅速に対応出来ない。 【併設医療機関なし／施設長】
設備・施設環境	
	従来型施設であるため、個室の確保など環境面での整備が困難である。人員配置や勤務形態においても現状のままではスタッフへの負担は大きくターミナルケア、看取りを実践できるかどうかは大変難しいと思われる。 【併設医療機関あり／看護部】

5. 認知症ケアの実施状況

(1) 認知症患者の人数

調査基準日における認知症患者の人数について、病床 100 床（定員 100 人）当たりの換算人数でみると、介護療養型老人保健施設が 67.7 人、介護療養病床が 62.5 人、従来型介護老人保健施設が 61.8 人となっており、それら施設においては近い水準の割合で認知症患者が入院／入所している状況がみられた。また、医療療養病床では 45.6 人となっており、前述の 3 つの施設類型と比較すると相対的にやや少ない水準となっていた。

図表 調査基準日における認知症患者の人数

		医療療養病床	介護療養病床	介護療養型老人保健施設	従来型介護老人保健施設	介護老人福祉施設
調査基準日における認知症患者の数	合計人数	6039人	5538人	1724人	3944人	465人
	1施設当たり人数	39.5人	53.8人	33.2人	54.8人	51.7人
	病床100床(定員100人)当たり換算人数	45.6人	62.5人	67.7人	61.8人	68.2人
回答施設数		153施設	103施設	52施設	72施設	9施設
回答施設の平均病床数・定員数		86.6床	86.0床	49.0人	88.6人	75.8人

(2) 認知症患者の身体合併症の状況

認知症患者全体に占める、身体合併症を有する認知症患者の割合についてみると、介護療養病床では 88.0%、医療療養病床では 87.9%、介護療養型老人保健施設では 87.1%と、いずれも近い水準となっていた。

また、身体合併症を有する認知症患者について、身体合併症の種類（数）別の構成割合をみると、医療療養病床及び介護療養病床ではいずれも「5 種類以上」の身体合併症を有する認知症患者が 25%前後存在しており、介護療養型老人保健施設や従来型介護老人保健施設と比較して、療養病床においてはより医療的な管理を必要とする認知症患者が多い状況がうかがえる。

図表 認知症患者の身体合併症の状況

		医療療養病床	介護療養病床	介護療養型老人保健施設	従来型介護老人保健施設	介護老人福祉施設
認知症患者のうち、身体合併症を有する者の数	合計人数	5307人	4872人	1501人	3131人	322人
	認知症患者に占める割合	87.9%	88.0%	87.1%	79.4%	69.2%
身体合併症の種類別の構成割合	1種類	16.6%	19.7%	25.1%	19.3%	45.9%
	2種類	22.6%	22.0%	23.4%	27.0%	36.3%
	3種類	22.5%	19.3%	23.9%	25.9%	13.1%
	4種類	13.7%	13.2%	12.4%	15.8%	4.8%
	5種類以上	24.6%	25.7%	15.2%	12.0%	0.0%

(3) B P S Dの症状に係る状況

認知症患者全体に占める、B P S Dが認められる認知症患者の割合についてみると、従来型介護老人保健施設が 40.2%と最も高かった。また、介護療養病床では 29.8%、医療療養病床では 24.6%、介護療養型老人保健施設では 26.6%と、これら 3 類型は比較的近い水準となっていた。

B P S Dの症状に対する看護・介護スタッフの負担感についての回答を見ると、「暴力」、「徘徊」、「不潔行為」といった行動症状に係る負担感がとりわけ高い状況となっていた。

図表 B P S Dの症状に係る状況

		医療療養病床	介護療養病床	介護療養型老人保健施設	従来型介護老人保健施設	介護老人福祉施設
認知症患者のうち、BPSDが認められる者の数	合計人数	1483人	1650人	458人	1584人	164人
	認知症患者に占める割合	24.6%	29.8%	26.6%	40.2%	35.3%
看護・介護スタッフの負担感が「非常に高い」と認識する施設の割合【行動症状】	暴力	57.0%	51.4%	55.2%	58.5%	66.7%
	暴言	25.3%	32.9%	38.7%	22.6%	33.3%
	徘徊	62.2%	55.9%	46.7%	55.4%	28.6%
	不潔行為	46.1%	45.8%	46.9%	39.3%	33.3%
看護・介護スタッフの負担感が「非常に高い」と認識する施設の割合【心理症状】	妄想	15.9%	19.1%	32.1%	17.5%	16.7%
	抑うつ	11.8%	5.0%	20.0%	3.9%	40.0%
	不安	17.3%	13.8%	11.5%	14.0%	33.3%
	睡眠障害	35.6%	34.6%	26.7%	41.4%	20.0%

(4) 認知症ケアを実施する上での問題点等

認知症ケアを実施する上での問題点等に係る自由記載内容について、下記の通り整理した。

①療養病床を有する医療機関

※各回答には参考情報として、【】内に療養病床種別（医療療養／介護療養／医療療養・介護療養）、一般病床の有無、記入者の所属（役職）を表示した。

症状への対応、ケアの実施方法
転倒、転落のリスクが高い患者様がいるが、十分な見守りができない。 【医療療養・介護療養／一般病床あり／事務課長】
奇声や不穏な行動により、同室の他の患者さんからのクレームの原因となる。 【医療療養／一般病床あり／事務長代理】
ケア、治療によっては抑制を必要とするケースが多い。長期にわたる場合がある。 【医療療養・介護療養／一般病床あり／医事課】
認知症高齢者それぞれに進行度が異なり、個別対応の難しさを感じる。認知症高齢者の活動性を高めたいが、ADLも低下している方が多く前に進めない。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／職種情報なし】
ゆっくり時間をかけて対応する時間があれば症状的にも少しは落ち着く場合もあるが、看護、介護量が多くなかなかできない。拘束もギリギリまでしないよう対策はとっているが、家族への関わりも含むと、職員もかなり精神的、身体的な負担を感じている。転倒、転落、骨折、危険行為等、事故防止には努めているが限られた職員数の中では困難な事もある。もう少し個々の症状に合わせた対応ができる環境になればよいと思う。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／事務長】
不潔行為を完全に防ぐには拘束が必要になってしまう。転倒や転落も同様で、マンツーマンでの対応でもしない限り、防ぎきれない。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／事務長】
夕方～消灯の時間帯、及び早朝に患者が起きており、スタッフが少数の中でナースコール対応が困難な場合がある。 【医療療養・介護療養／一般病床あり／事務部】
センサーマットを設置しているが、転倒、転落事故の可能性が高く、安全確保が困難な場合がある。 【医療療養・介護療養／一般病床あり／事務部】
患者同士の暴言、暴力等のトラブルがある。 【医療療養／一般病床なし／総務業務部長】
徘徊があり、目が届きにくく、転倒、転落等の事故リスクが高い・離床センサー等の設備もなく、常時観察が必要な場合は、日中に車イス乗車、夜間は目の届きやすい場所へ移動していただく等、負担が大きい。 【医療療養／一般病床なし／総務業務部長】
重症患者がいた場合、認知症患者をみる余裕がない 【医療療養・介護療養／一般病床なし／事務長】
重症患者と認知症患者で BPSD が認められる患者が混在していると、業務が煩雑になり、事故が起こるリスクが高くなる。重症患者にかかりきりになっていると、一方で認知症患者が転倒、転落を起こす。そうならないために車イスで連れ歩いたり、見守ったりとスタッフは大変苦労する。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／医療福祉相談室】

不穏のある方を抑制せず安全を保持することは難しく大きな課題となっている。
【医療療養・介護療養／一般病床なし／看護部 師長】
対応の仕方では不穏状態となる事があるが、個人差があり、どう指導したら良いか苦慮している。頻回のナースコールをする患者様の適切な関わり方が難しい。常に見守りの必要があり、目が行き届かない。認知症があるために医療行為、リハビリの継続が難しい。
【医療療養・介護療養／一般病床なし／事務局 】
昼夜問わず大声(奇声)をあげる方へ、投薬はしているが意思疎通がとれず、同居者への負担が大きい。ベッド上で多動の方、胃瘻チューブ、経鼻チューブを抜いてしまう方への四点柵やミトンの使用に替わる代替案が見つからない。
【医療療養・介護療養／一般病床なし／院長】
疾患の治療が必要で全介助状態の多い患者様にいかに個別性を重視し対応するか、とても頭を悩ますところである。レクは少人数でグループ化しスタッフを配置する等工夫しているが、コール対応・トイレ誘導・入浴介助と日々の業務に追われ、もっと時間をかけて寄り添いたい介護が、走りばしりとなる。病棟外に出るような徘徊の患者様には、専門医やグループホーム等へ転院していただく対応となり、療養病棟(病院)における認知症ケアの限界を感じる。
【医療療養・介護療養／一般病床なし／看護部長】
トイレに何度も行く患者(日中 30 分に 1 回以上)の対応での介助で、他の患者のケアをしながら対応するのに、ケアを一旦止めて介助する事が多くなり負担感が高い。
【医療療養・介護療養／一般病床なし／事務部長】
徘徊がある患者はマンパワー不足により見守りができず、受入れが難しい。理解力の低下により点滴等の治療が困難で、予測不能な行動力があるため、転倒、チューブ自拔等のリスクが高く、やむを得ず抑制を必要とするケースもある。
【介護療養／一般病床あり／事務長】
医療依存度の高い治療中の患者の中で、不穏行動の患者さんが 1 名いることで他の 50 人の患者さんへの対応が遅れるので、なるべく早い時期に介護施設へ紹介し受け入れてもらうよう、院内・外で連携している
【医療療養／一般病床あり／事務部 次長】
ベットからの転落、転倒や離棟の夜中に活動することがある。日常生活ケアに抵抗してスムーズにできない。
【医療療養・介護療養／一般病床あり／理事長/看護師長】
歩行したい時に、いつでも歩行できる環境を提供したい気持ちはあるのに、転倒を恐れてしまい、つい壁側に席をつけてしまう。見守りや寄り添うことができるマンパワーがない。
【医療療養・介護療養／一般病床あり／サービス支援課】
これまでの例では、入院の治療目的が理解できず、点滴の自己抜去や帰宅願望が強く、階段を利用して徘徊するなどの危険な場面があり、日中は職員が一人担当し見守りを実施したが、夜間帯が一番困難であった。
【医療療養／一般病床なし／看護部長】
その場その場の対応で認知症ケアまで行っていない。
【医療療養／一般病床なし／看護師長】
ベッドから降りる、車イスから降りる等、自力で動き転倒転落のリスクの高い患者様とターミナルの患者様、点滴管理観察の必要な患者様のケアは大変であり、看護、介護スタッフのケアの負担は大きい。
【医療療養・介護療養／一般病床なし／管理部長】
医療度の高い重症患者を多く受け入れているため、徘徊や他患への迷惑行為がある患者がいると(例えば他患のチューブを抜くなど)大変危険である。
【医療療養／一般病床あり／総看護師長】

医療療養病床では、特に目立っていない。介護療養病床では、認知症と精神疾患が混在する中で、不穏状態(大声、テーブル叩きなど)が生じて静かな環境が維持できないことがある。また、身体拘束を禁止しているため、危険行為や転倒、転落の可能性が高い。マンパワー不足による対応の遅れがある。 【医療療養・介護療養／一般病床あり／システム管理室】
医療療養病床にも当然、認知症を伴った患者様の入院がある。認知症以外の患者様のイライラ感が募ったりと、療養生活に影響を及ぼすこともある。個々に療養生活の工夫をしているが、どの程度の患者様と療養生活ができるのか、見極めることが難しい 【医療療養／一般病床なし／総務課長】
排便時の不潔行為があるため、予測の看護が必要となる。車いす乗車にて離棟する時がある。異食行為がある方がいる。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／総務課】
限られた職員数の中で、個別対応を要する時間に追われている現状が有る。また、拘束の無い生活を維持していくため工夫するケアも多く、目が離せない。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／医事課】
時間に関係なく独語や大声で誰かを呼ぶ声を発する人が多く、同室の他の患者様が不眠になったり、不機嫌になる事がある。介護療養病床は個室がないので難しい。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／看護師長】
多床室での療養のため、一人の方が夜間大声を出したりする場合、同室者も不眠または不穏状態になる。抗精神薬等のコントロールがうまくいかない。 【介護療養／一般病床あり／事務局長】
転倒、転落等の事故は避けたいので、車椅子で見守りしているが、仕事をしながら(動きながら)、また複数人の見守りが必要な場合は、特に夜勤帯では負担が大きい 【医療療養・介護療養／一般病床なし／事務長】
点滴やマージンチューブの自己抜去などがみられる場合や、安静が必要であるが認知症のため保持が困難となっている場合の対応を検討する必要性がある。 【医療療養／一般病床なし／医療相談室長】
当院の療養病棟は、Ns1 名 CW1 名で夜勤を行なっているため、ベッドから転落しそうな患者様は、体幹抑制ベルトをしなくてはならないことが多い。(十分な看護、介護ができない。) 【医療療養／一般病床なし／病棟師長】
動ける認知症の場合、ベッドの下に降りたり、介護抵抗もあり、少ないスタッフでは 24 時間見守ることは難しい 【介護療養／一般病床あり／総務課長】
認知症ケアは利用者中心の寄り添うケアが重要と考えるが、理解力低下等でやむを得ず身体拘束をせざるを得ない対象者へ、特にチューブ類抜去予防や不潔行為予防等のため拘束を実施している。拘束解除に向けた様々な取り組みを検討中だが、なかなかゼロにはならない。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／地域連携相談課長】
認知症で IVH を実施している患者さんにカテーテル(IVH)抜去が多く見られる。抑制が必要で、家族に不安を募らせ対処に苦慮する 【医療療養・介護療養／一般病床なし／事務部 次長】
他患者に色々自分なりの世話をやくことがあり、危険行為につながる場合もある。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／事務長】

人員体制、スタッフに関わること	
危険行為があり、目が離せない時があり、夜間は特にマンパワー不足のため安全面への配慮に苦慮している。	【医療療養・介護療養／一般病床あり／総務課】
認知症実践者研修の修了者等の専門的研修を受けたスタッフが少ないため、ケアレベルの上昇が思うようにできていない。	【医療療養・介護療養／一般病床あり／医事課】
スタッフ側にもケアの負担やストレスがかかるのが心配である	【医療療養／一般病床なし／看護師長】
指示が入らず、全てのケアに時間を要する。患者さんの状態により個々に合わせた対応をしなければいけないため、職員サイドの都合で仕事ができない。多種多様な問題行動のある患者さんを守っていかなければいけないため、常に走り回っている日々で、体力的、精神的限界を感じる。人手は常に欲しい。	【介護療養／一般病床なし／事務部】
患者様の ADL レベルに差がありすぎて、ケアに対する知識やスキルを多くの職員が身につけないと、個別的なケアができない。	【介護療養／一般病床なし／事務課長】
精神行動障害により頻回な訴えや暴言に振り回されるスタッフは精神的身体的に負担が大きい。	【医療療養・介護療養／一般病床なし／看護部 師長】
認知症の患者の対応についての知識に差があり、統一が図れない。介護士の職員数がないと見守りケアが重視できず、良い対応ができない。	【医療療養・介護療養／一般病床なし／事務部長】
認知症以外の方が多く入院されているために、認知症で BPSD のある患者様の場合は、居室内で浮いてしまい、ケアが困難な場合がある。	【医療療養・介護療養／一般病床なし／総務部長】
夜勤帯は少ない人数で対応しているので大変である(日常業務中に転落、異食など)。大声を出す人の、同居者への配慮(1 部屋 4 床のため周りの人が不眠)や、離棟(エレベーター乗り込み)への配慮が必要である。	【医療療養・介護療養／一般病床なし／総務部長】
ケアする側のスタッフの認知症に対する知識が充分とはいえない部分があり、今以上の教育が必要であると考えられる。症状を問題行動としてとらえる傾向にあるため、常に現場でのミーティングやケアカンファレンスが必要であると思う。	【医療療養・介護療養／一般病床なし／医療ソーシャルワーカー】
看護職員への認知症ケア、看護についての教育が難しい(受け入れにくいようである)	【介護療養／一般病床なし／事務長】
介護療養病床において、認知症についての専門的な知識を持ったスタッフが少ない。コミュニケーションがとれない利用者が多いので対応に困っている。	【医療療養・介護療養／一般病床あり／理事長/看護師長】
興奮等の症状により、1 対 1 でゆっくり看護、介護が必要な場面も多く、その様な時は現状の法定人員では厳しいと感じる事がある。認知症病棟のみならず、介護療養型にも人員増があればと思う。	【介護療養／一般病床なし／事務部 課長】
スタッフの教育の充実と気分をリフレッシュ出来る介護者側の事も考えなければならない。	【医療療養・介護療養／一般病床なし／医事課長】

	医療療養病床においては、急性期病棟とあまり差がなく医療処置ケアが行われており、今の人員では認知症の方を安全にケアできない。人員を増加したいが、一般病棟での配置を動かせず、助手と協働してケアを行っている現状である。 【医療療養／一般病床あり／看護部長】 介護報酬上、認知症ケアに対する評価が低い。1対1での対応に必要なケースもあり、人員不足により、十分な対応が出来ない事があり、ケアを受ける側、ケアを提供する側、限られた人員、時間のなかでBPSDの患者の対応に苦慮する。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／事務長】 当病棟入院中の方は全員が要介護4～5の方で、歩行が不可能な方のため、終始見守りが必要でないため、BPSD症状に対しても、問題意識が薄く、認知症看護のスキルが不十分である。 【介護療養／一般病床あり／事務長】 認知症の症状の的確な判断の上で、コミュニケーションスキルを使って本人が望むケアに結びつける難しさがあり、知識、ノウハウを習得させるのに時間がかかることや、専門的な人材不足等の問題がある。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／事務長】 認知症は症状が様々で個別性が高いため、職員に対して人の尊厳を含めた個別的ケアへの教育が大切となる。 【介護療養／一般病床あり／事務長】 たたく、つねる、ひかっく、かみつく等の行為でスタッフは傷だらけである。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／診療情報管理課】
	設備・施設環境 徘徊の患者に対して、安全な療養環境となっていない。大声の患者に対して、対応が難しく、囲りの患者からクレームが多い。暴力行動のある患者により、職員が、ケガをする事がある 【医療療養・介護療養／一般病床なし／地域連携室 次長】 病院の構造上リスクが高い 【医療療養・介護療養／一般病床あり／看護部長】 医療材料、機器等の管理が危険を伴う。 【介護療養／一般病床なし／事務長】 歩行ができる患者は非常に負担である。センサーをいくつも使用しているが、建物が徘徊者に対応していないため、どこへでも行ってしまう。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／診療情報管理課】
	患者・家族との関わり 患者の話をゆっくり傾聴できない時がある。(特に夜勤帯) 【医療療養・介護療養／一般病床あり／事務部】 個々に合わせた生活の支援が必要だが、マンパワー不足を感じてしまう。そのため、自立支援や個別性を尊重した援助が不十分となっている。 【医療療養・介護療養／一般病床あり／事務部長】 認知症があるとわかって接しても、同じ事を繰り返し訴えられると、他の業務のためにゆっくり聞いてあげる余裕がないことが、今後の課題である。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／総務部】 家族の協力が得られないことで不穏が増し、くり返しの言葉でとまどう事が多い。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／事務部長】 介護療養に対しての家族の理解が低く、退院支援がスムーズに運ばない 【医療療養・介護療養／一般病床あり／看護部長】 BPSDが認められる患者様に寄り添い、ゆっくりと話を聞いたり対応したりといったケアが十分にできていない。 【医療療養／一般病床あり／事務長】

毎日の業務が多忙のため、患者様の話をゆっくり聞くことができない。行っている行為・ケアを患者が自身の認知症状により、「していない、してもらっていない」と感じ家族へ訴えることがある。まだら痴呆等で家族が患者の認知症状を理解できていない場合の対応が問題となる。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／医事課】
介護療養病床において、患者様とのコミュニケーションや関わる時間が、患者様の重症化とともに少なくなっている。 【医療療養・介護療養／一般病床あり／事務課長】
家族が認知症であることを受け入れがたい家族もいらっしゃるの、その場合、家族と患者さんの状態について話すときの会話の内容に苦慮する。 【医療療養／一般病床あり／事務長代理】
家族の理解や協力も必要であるが、家族がどこまで把握され理解されているか難しい部分がある。面会回数も少ない。 【医療療養・介護療養／一般病床なし／事務長】
介護度の高い中での暴力行為は、他の患者様の安全が保てないため、体制の見直しをお願いしたい。傾聴も体制がなく充分ではないように思うため、今後努力していきたい。 【介護療養／一般病床なし／院長】
患者様の思いをくみ取り、待つ事も大切である。やらされている感は、与えない。観察も重要であり、一人一人それぞれ違う。 【医療療養／一般病床あり／事務長】
本人および家族の認知症に対する理解が充分でない 【医療療養・介護療養／一般病床あり／看護部長】
その他
前医からの十分な情報提供がない(暴力などがあることを隠していることが多い。あると入院できないと思うのか。) 【医療療養・介護療養／一般病床なし／事務長】
認知症患者の診療報酬が少ない。 【医療療養／一般病床なし／看護師長】
認知症患者の退院後の受け入れ先が少ない 【医療療養／一般病床なし／看護師長】

②介護療養型老人保健施設

※各回答には参考情報として、【】内に併設医療機関の有無（併設医療機関あり／併設医療機関なし）、一般病床の有無、記入者の所属（役職）を表示した。

症状への対応、ケアの実施方法	
医療依存度の高い方の認知症ケアに苦慮している。経管や点滴が必要でもすぐ抜去されたり、色々工夫しながら本人のストレスも最小にしていける方法を模索している。 【併設医療機関あり／師長】	
医療的な関わりが必要な方が多くなるため、認知症の方の行動把握がさらに必要になる。 【併設医療機関あり／事務長】	
医療的ニーズの高い利用者が多数を占める療養型老健において、医療的処置が多く、時に看護師は、認知症ケアを十分に行えていない。 【併設医療機関あり／事務長】	
医療ケアと認知症ケアが重複すると、かなりの労力が必要となる。ある程度どちらかのケアに特化した施設を目指す考え方も必要ではないか。 【併設医療機関あり／事務長補佐】	

介護度の高い方が多く入所しているため、ケアに大変な時間を要していて、認知症のケア度の高い方の相談に応じることが難しい。 【併設医療機関なし／事務局長】
重度の認知症の方は、話を理解できないため、複数人で援助に係らなければならない。しかし、暴力的行為がみられる方は複数人で係わっても職員の方が負傷してしまう時がある。対応が難しい。 【併設医療機関あり／事務長】
当施設では、認知棟がないため受け入れが限られる。 【併設医療機関なし／事務長】
転倒、転落のリスクが高い。 【併設医療機関あり／事務長】
施設では、ある程度、食事、入浴等の時間が決められているため、個々人の希望に合わせる事が困難な時があり、(入浴拒否など)本人の意思により自由に行動を取れない事もある。認知症のケアのためにその方の意思を尊重する事が望ましいと思うが、時間毎の業務優先になる傾向がある。 【併設医療機関あり／看護部看護科長】
日常生活に手のかかる方ばかりなため、なかなか老健として利用者様の生活が楽しめるような工夫まで手が届かないのが現状。 【併設医療機関あり／事務局長】
BPSD が抑え込まれれば問題なし。 【併設医療機関あり／理事長】
基本的人権の尊重が重要である。 【併設医療機関あり／事務部】
ケアを開始した時点では穏やかでも急に不機嫌となり、怒りだし、介護者をたたいたり、引っかいたりという状況もあり、対応するのが困難。(声かけもしているが) 不潔行為への対応(夜間頻回のため)に労力がかかる。症状変化に対応するためには、十分な観察が必要となるので、身体的所見も十分に観察しないといけない。 【併設医療機関あり／師長】
問題行動や心理状態が悪化し、体動が著明になると設備面で介護が困難となる。ベッド上での体動が著明な場合、転落の危険性があるが、低床ベッドはなく身体拘束が出来ないのでマットレス等を敷いて対応している。徘徊者には部屋の配置で死角になる場所もあるので、十分な観察が出来なくなる。患者の状態で部屋交代をしたり、外部との施錠で対応している。 【併設医療機関あり／事務課】
治療を必要とする状態の方と徘徊等に認知症が重度の方、癌末期の方等混在する中で、サービスという概念には無理が生じる。保健所の立ち入り調査で指摘される事も多くなる事を考え対応すると、記録時間で直接の係わり時間が減り業務が繁雑となる 【併設医療機関あり／看護師長】
徘徊したり問題行動を起こすには原因があるといわれるが、その特定は困難。何を求めているのか把握出来ない。1つの問題行動でも人それぞれ対応策がこれで良いとはいえるものではない。暴力行為が多い(爪をたてる、蹴る、殴る、つばをかける、噛む、暴言)、食堂で食事をしている時でも急に怒りだし、大声をだす、お茶をかける、物を投げる。コレにより他の入所者様が恐がり、食堂への移動を拒否する方も出現する。一生懸命話す努力を試みるも会話は成り立たず、ケアの方向性が見いだせない。被害妄想の人へ何かを施そうと(おむつ交換、入浴等)する時に拒否が強く手がつけられない。また介護側を加害者的に見なしケアのモチベーション低下に繋がる。 【併設医療機関あり／医事課】

人員体制、スタッフに関わること	
スタッフの不足 【併設医療機関なし／理事長】	
認知症ケアについての知識がスタッフ全体に不足している。認知症ケアをエビデンスに基づいて実施しようとの認識が高まらない。 【併設医療機関あり／事務長】	
徘徊や夜間の奇声などがみられる利用者には、スタッフが側に寄りそって精神的なケアを行うことが重要だが、特に夜勤帯などは、他の利用者への対応もありその症状の利用者に関わっていることができない。もっと BPSD 症状がみられる時に、スタッフが個別で関わられるように人員配置基準を増やしてほしい。 【併設医療機関なし／事務部長】	
小規模であり夜間の夜勤職員が二人体制であるため、夜間、徘徊やせん妄症状が見られ、見守りや付き添いが必要な場合、その間の対応が遅れたりして、十分にケアが行えない状況や、見守りが行なえず転倒されるリスクが大きく職員への身体的・精神的負担が大きい。 【併設医療機関あり／施設長代理】	
介護療養型老健のポジショニングが不明解であり、仮に認知症の方を一定程度受け入れるという事であれば、従来型老健よりは施設の人員基準は上回るが、それでも絶対的に人員基準が少なすぎる。現行の「6:1、4:1」から最低「5:1、3:1」くらいの配置基準が必要と考える。(病院から転換したため、どうしても病院の建築物という不合理さも多々あるため) 【併設医療機関あり／事務長】	
BPSD の入所者がいる時は、重症者、ターミナルケアの割合が高くなると、現在の看護、介護士の人員では、負担が大きくなる。 【併設医療機関あり／事務長代理】	
精神科の医師でないので対応が大変である。せめて往診や診療は自由に(医療保険で)させてほしい。 【併設医療機関あり／施設長】	
病院を改修した場合、施設の構造・設備上、徘徊し、無断外出のおそれのある入所者の対応が難しい。 【併設医療機関あり／事務局総務係】	
認知症ケアに対する職員の意識に差があるため、利用者の意向に沿ったケアを提供することが困難となっている。 【併設医療機関あり／副施設長】	
医療依存が高い入所者の中で、認知症利用者の行動症状に向き合う事がスタッフのストレスになっている。 【併設医療機関あり／事務部長】	
設備・施設環境	
設備上の問題及び書類乱雑でケア提供の妨げとなっている。 【併設医療機関あり／運営管理部 課長】	
ハード面で、病院の頃は徘徊者もほとんどなかったが、老健になってから徘徊者が増えエレベーターボタンの暗証番号化や二重に扉を付けたり、センサーを導入したりといった対応が必要だが、費用がかかるので、ハード面での対応が不十分であると感じている。 【併設医療機関あり／介護支援専門員】	
施設設備が整っておらず、現在、認知症患者の受け入れは困難な状態である。 【併設医療機関あり／事務長代理】	
ユニットケア等施設設備、人員体制が整えば安全にケア出来ると思うが、医療度の高い利用者と一緒にケアすることは安全面、療養環境上、問題がある。 【併設医療機関なし／看護副部長】	

ハード面で認知症への方の配慮ができていたとは言えず、リスクも高い。
【併設医療機関あり／事務長】

③従来型介護老人保健施設

※各回答には参考情報として、【】内に併設医療機関の有無（併設医療機関あり／併設医療機関なし）、記入者の所属（役職）を表示した。

症状への対応、ケアの実施方法	
他入所者や、そのご家族とのトラブルが発生しやすい。 【併設医療機関あり／管理長代理】	
夜勤帯は2人体制の為、BPSDの症状により転倒事故等のリスクが高い。重介護者で合併症を持っている方が多くなり、重症化しやすい。 【併設医療機関あり／事務次長】	
こちらの言う事に対して理解が得られないので、転倒・転落のリスク、危険物を触る、食べる等、様々な面で安全が守られない。業務に追われ、気持ちにゆとりを持って関わらず、不安を増幅させている。 【併設医療機関あり／療養棟 師長】	
入所されて認知症が悪化してくると、専門棟がないため他の入所者とのトラブルをおこしやすい。他の施設にもすぐに入れず対応に困る事がある。 【併設医療機関あり／事務長】	
「身体拘束ゼロ」に向けて努力はしているが、異食行為(オムツを食べる・排泄物を食べる)や不潔行為によって身体に健康阻害を招く場合は、対象者の安全を保持するためにはやむをえないと考える。感染症(ノロウイルス・疥癬)を併発した場合、対応に限界があり蔓延してしまう。徘徊などによる転倒リスクへの対処が必要だが、特に夜間ではそばで寄り添える人員確保が出来ておらず危険予防に限界がある。 【併設医療機関あり／事務課長】	
認知症の方の症状はさまざま、その方に合った対応を考えてやっているが、現状では職員が基準ぎりぎりの状況であり、いつ転倒や入所者同士のトラブルが起きてもおかしくない状態である。その人らしく考えるなら、もっと現状をみて、利用者が認知があろうとも安心できる心やすらげよう政策を考えてほしい。 【併設医療機関あり／療養科長】	
徘徊による転倒・骨折など危険リスクが高い。暴力的態度などがあると、他の利用者や職員との関係の管理が難しい。 【併設医療機関あり／事務課】	
感染症が発生した際に消毒、手洗いの徹底、隔離等をするのが難しく、拡大してしまう。 【併設医療機関あり／事務部】	
当施設は、認知症の症状によりフロアを分けているため、比較的介護しやすい体制にはある。歩行できない人が急に立ち上がろうとしたり、車椅子で移動中からの急な立ち上がりなど、危険認識が低く転倒リスクは高いが、拘束はできない(当施設では拘束ゼロ)。どうやって安全を守ろうかと、日々考えさせられる。転倒で骨折に繋がるケースは少なくない。利用者同士の人間関係、トラブルへの対応も必要となっている。インフルエンザ、ノロウイルス等の感染拡大への対応も重要である。 【併設医療機関あり／支援相談室】	
認知症の入所者と認知症のない入所者が同じフロアに混在して療養しているが、認知機能の障害が重度になってきた時、共同生活が困難になってくる。 【併設医療機関なし／事務長】	
暴力行為のある入所者様への対応が難しい。 【併設医療機関なし／事務課】	

認知症以外の利用者との調整が難しい場合がある。個別プランの実施において人的対応ができない。環境的にも難しい。 【併設医療機関なし／経営管理課長】
他の部屋に入り荷物をいじったり、持ってきてしまったり、睡眠を妨げたりしてしまう。1フロア 30 数名が 1 つの食堂で食事するので、オーイオーイと大声を出す人がいると他の利用者が不穏になったり、「うるさい」とどなったり、叩いたりすることがある。 【併設医療機関あり／看護師長】
レクリエーションについては、1ヶ所に集合して行っているが、人数が多く対応が難しくなっている、今後はレクリエーションについても 2ヶ所で対応するように考慮中である。 【併設医療機関あり／介護支援専門員】
認知症にて理解が得られず介護抵抗があったり、暴力行為がみられる。1つ1つではあまり負担になるとは思えないが、トータルでみると非常に時間を費やし、業務時間に追われるかたちになる。 【併設医療機関あり／総務部】
認知症により、他者の居室に入る、物を取る、取り込む等、説明を行っても理解力がなく、対応が難しい。 【併設医療機関なし／事務長】
施設浴室が認知症フロアに隣接しており、他フロア利用者の入浴通路となるため、利用者が落ちつかず不安や徘徊等の症状を引き起こす場合がある。独語や暴言等があり多床室での共同生活に支障が有る利用者について、個室が不足している。 【併設医療機関あり／副施設長】
問題行動症状のある人が 1 人でもいると、他の業務に支障がある。常時見守りが必要な入所者の環境面での工夫を行いたいが、施設の構造上、廊下にベッドを移動する事がある。プライバシー等には気をつけて対応している。 【併設医療機関あり／事務長】
危険に対する認知度が低く、転倒・転落の可能性が高い。身体拘束をしないような工夫を考えながら対応しているが、難しい時はせざるを得ない。利用者様の立場から困っていることを問題に挙げていくようにしているが、時々職員側が困っていることを問題にしていることがある。 【併設医療機関あり／事務長】
併設の病院が精神科が母体であり、利用者様で精神症状が出た時、認知症の方とトラブルにならないかいつも不安である。 【併設医療機関なし／事務長】
当施設は全室、従来型個室であり、プライバシーが十分保たれている反面、集団生活としての刺激が少なく、場合によっては認知症の症状が進行してしまう可能性がある。 【併設医療機関あり／事務長】
特養のようにユニット別にすれば個別ケアがもっとできるが、老健は集团的ケアが主となるため個別の利用者の対応が難しい場面がある。 【併設医療機関あり／支援相談員】
認知症症状も多種であり、個別性のあるケアの提供が困難な状況である。 【併設医療機関あり／看護師長】
利用者への個別ケアが不十分であると思う。 【併設医療機関なし／事務部】
人員体制、スタッフに関わること
マンパワーが不足している。 【併設医療機関あり／事務長】

職員体制の充実が必要である。 【併設医療機関あり／事務部】
夜勤帯のスタッフが少ない。 【併設医療機関あり／支援相談室】
徘徊および不潔行為による介護負担が多く、人員が不足している。 【併設医療機関あり／事務長】
休日は職員数が減り、平日と同じ対応が難しい。48 床を 4 チームに分けて対応しているが、時間により職員数が減り、転倒などの事故につながる。 【併設医療機関なし／事務部】
抑制(薬物を含めて)が禁止されているために、仕事が多く人員を増やしたいが、収入が減っているので増やせない。 【併設医療機関あり／事務部】
認知症ケアに対する積極的な取組姿勢を持つ職員が多く、医師や施設長が熱意を持っている。それに沿ってスタッフの知識向上や対応力向上を目指している。 【併設医療機関なし／事務室長】
職員の資質向上を図っていくことは基本であるが、大変難しい。言葉による学習以上に、よりよいケアの理想映像を社会に流し、よりよいケアのイメージ、価値感を創る必要がある。古くさいイメージや価値感を今の研修などでは崩せない。いくら研修をしても、ケアのあり方を変えることができない現状がある。 【併設医療機関あり／副施設長】
認知症についての正しい知識を持っていないスタッフがおり(教育不足)、家族の対応、ご本人の対応ともに上手く出来ないことがある。もっと家族を引き込んだケアが出来ると良い。現状、BPSD にとらわれた対応が中心となっており、スタッフがストレスを抱えてしまうケースが多くみられる。 【併設医療機関あり／事務長】
危険認識が低下しているため、転倒のリスクが高い入所者様が増加している中、夜勤を 2 名で行なっているが、対応しきれない事もあり精神的にも負担が大きい。 【併設医療機関あり／施設長】
認知症研修修了者が少なく、認知症ケアの知識伝達が少ない。 【併設医療機関なし／経営管理課長】
外部研修や施設内勉強会等にて認知症ケアに対する理解は深まっているが、職員配置の都合等で関わる時間が少なく、その場の対処になりがちである。 【併設医療機関あり／支援相談員】
BPSD の方のケアは、介護者に大きなストレスを与え、解決が難しい。特に専門棟においては、認知症も多種多様であり、こうあるべきと言い切れないため、介護者の熟練した知識と経験が必要とされる。 【併設医療機関あり／事務室】
介護職員の不足により事故発生のリスクが高い。職員の精神的、体力的な負担も大きくなっている。 【併設医療機関あり／看護師長】
認知症専門医の回診がない。 【併設医療機関あり／支援相談員／師長】
高度認知症のため問題行動があり、昼夜を問わず徘徊、転倒、骨折の危険性、施設外への離荘、オムツはずしがある利用者様を 24 時間安全で事故なく生活が送れるよう行動の見守り、所在確認、声かけ誘導を強化し、介護提供している。60 人程の利用者を夜間は、2 名の職員でお世話にあたっており、職員の介護負担、ストレスは大きい。 【併設医療機関あり／看護部 師長】

	今までの経験から、認知に対しての対応はできるが、認知棟ではないため十分な知識がない。知識(理解)不足から対応方法に困惑する場面があり、スタッフにも不満がある。今後、老健は多種症状にも対応できるよう教育が必要である。ハード面においても検討していかなければならないと感じる。 【併設医療機関あり／事務部】
	設備・施設環境
	専用の入居場所を確保できない。 【併設医療機関あり／管理長代理】
	認知棟がなく、認知症の方、そうでない方が同じフロアで生活しているため、入所者同士の理解が得られず職員が対応に困る場面がある。構造上、鍵を自由にあけて出入りできる作りになっており、徘徊時の目が届きにくいいため危険である。 【併設医療機関あり／事務室】
	重度認知症の方に対応できるハード面の環境整備が必要である。 【併設医療機関あり／事務部】
	床が固いため、転倒時に骨折が生じる場面がある。建物の構造上、廊下を真中にして居室が平行に横並びになっているため、建物両端の居室がかなり遠い。 【併設医療機関なし／事務課長】
	当施設は全室個室のため、男性の認知症利用者も比較的入所がしやすく、在宅からの受け入れがスムーズな点がメリットである。しかしスタッフのスキルや人員配置の現状において、周辺症状が強い方、あるいは個別対応が必要な方への対応が難しいケースがある。 【併設医療機関なし／マネージャー】
	設備において、洗面所が各居室にあり、ホールでの洗面ができない。出入口がサービスステーションから離れた所にあり、離接への対応が難しい。 【併設医療機関あり／支援相談室】
	開放型の施設のため、徘徊患者の施設外の徘徊の危険性が高い。 【併設医療機関あり／看護部】
	当施設はユニットケアを取り入れていないため、忙しく多人数のケアを行っており、認知症の方には適さない環境と思われる。 【併設医療機関なし／事務課長】
	2フロアであり縦に長く、視界が遮られる事が多く、見守りが困難である。床がPタイル貼りで固く、危険度が高い。基本的にベッド対応であり、転落の危険性がある場合、畳を敷いての対応となる。 【併設医療機関あり／看護師長】
	フロアが分かれているため観察が行き届かない。エレベータ扉などロック機能がないため、一人で乗りこむ、外へ出る、扉を開ける行動などがある。 【併設医療機関あり／看護部 師長】
	居室のベッド以外で、臥床するスペースがない。ボランティア団体のサービス提供内容が少ない。ハード面での安全性の確保が困難に近い。 【併設医療機関なし／経営管理部長】
	防音設備が整っていないため、大声の方の対応に苦慮している。 【併設医療機関あり／事務課】
	その他
	認知症の方が他の疾病に罹患しても対応してくれる病院が少ない。 【併設医療機関なし／経営管理部長】
	他科受診の制約は問題となっている。排泄管理の面では、老健でオムツを提供しており、材料の工夫をしても費用の限界がある。 【併設医療機関あり／事務課】

利用者が必要な医療を必要時に制限なく受診できる環境が必要だと感じている。
【併設医療機関なし／介護支援専門員】

④介護老人福祉施設

※各回答には参考情報として、【】内に併設医療機関の有無（併設医療機関あり／併設医療機関なし）、記入者の所属（役職）を表示した。

症状への対応、ケアの実施方法

職員の認知症ケアに対する知識や経験が不足しているため、適切な対応により BPSD が緩和することもあるが、対応出来ていない。認知症のない利用者の方々と共同生活のため、様々なトラブルを生じやすい。

【併設医療機関なし／施設長】

認知症のある方とない方を同じフロアでケアしているため、利用者同士で揉め事が起こる。

【併設医療機関あり／生活相談員】

人員体制、スタッフに関わること

従来型施設であり日常の生活援助、及び関連する業務が非常に多忙である。業務に忙殺され、認知症ケアを効果的に実践できているとは言い難い。人員の入れ替わりも激しく十分な教育がなされていないことも今後の課題といえる。

【併設医療機関あり／看護部】

6. 療養病床の転換意向〔療養病床を有する医療機関のみ〕

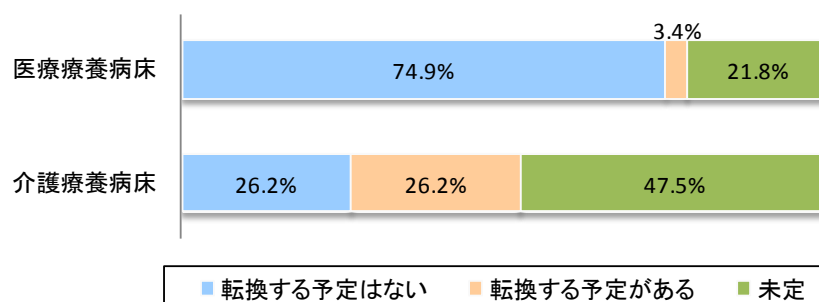
（１）転換意向の有無

療養病床を有する医療機関を対象に、平成 29 年度末までに転換する意向の有無をたずねたところ、医療療養病床では「転換する予定がある」施設が 3.4%、介護療養病床では「転換する予定がある」施設が 26.2%であった。

介護療養病床について、転換を予定している施設の転換先についてみると、「医療療養病床」が 68.8%と最も多く、次いで「介護療養型老人保健施設」が 21.9%となっていた。

図表 平成 29 年度末までの転換意向

	医療療養病床		介護療養病床	
	施設数	割合	施設数	割合
転換する予定はない	134施設	74.9%	32施設	26.2%
転換する予定がある	6施設	3.4%	32施設	26.2%
未定	39施設	21.8%	58施設	47.5%
回答施設数	179施設	100.0%	122施設	100.0%



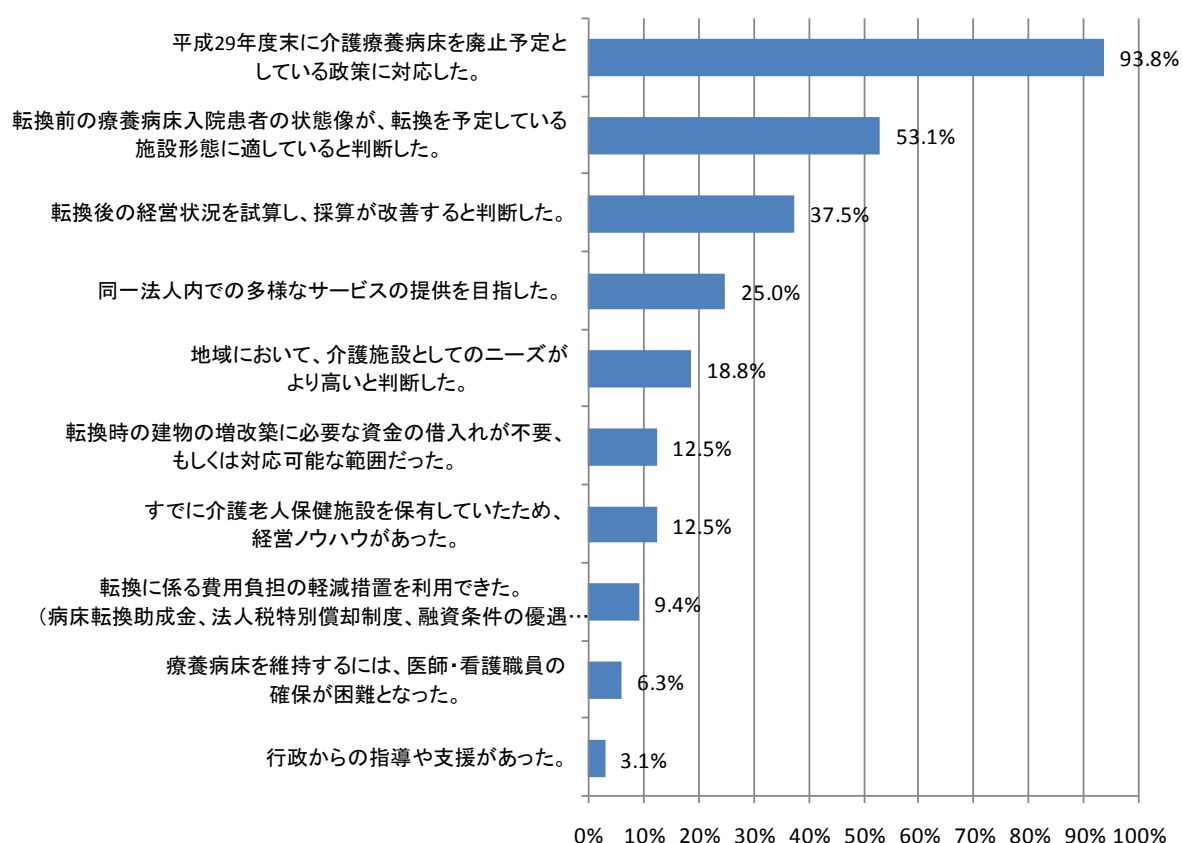
図表 転換を予定している施設の転換先（複数回答）

		医療療養病床		介護療養病床	
		施設数	割合	施設数	割合
転換先 (複数回答)	一般病床	3施設	50.0%	0施設	0.0%
	回復期リハビリテーション病棟	3施設	50.0%	0施設	0.0%
	医療療養病床	—	—	22施設	68.8%
	介護療養病床	0施設	0.0%	—	—
	介護療養型老人保健施設	0施設	0.0%	7施設	21.9%
	従来型介護老人保健施設	0施設	0.0%	3施設	9.4%
	その他	1施設	16.7%	3施設	9.4%
転換を予定している施設数		6施設	—	32施設	—

（２）転換を行う理由／行わない理由〔介護療養病床のみ〕

介護療養病床について、転換を予定している理由について尋ねたところ、「平成 29 年度末に介護療養病床を廃止予定としている政策に対応した。」が最も多く 93.8%に上り、次いで「転換前の療養病床入院患者の状態像が、転換を予定している施設形態に適していると判断した。」が 53.1%、「転換後の経営状況を試算し、採算が改善すると判断した。」が 37.5%で続いていた。

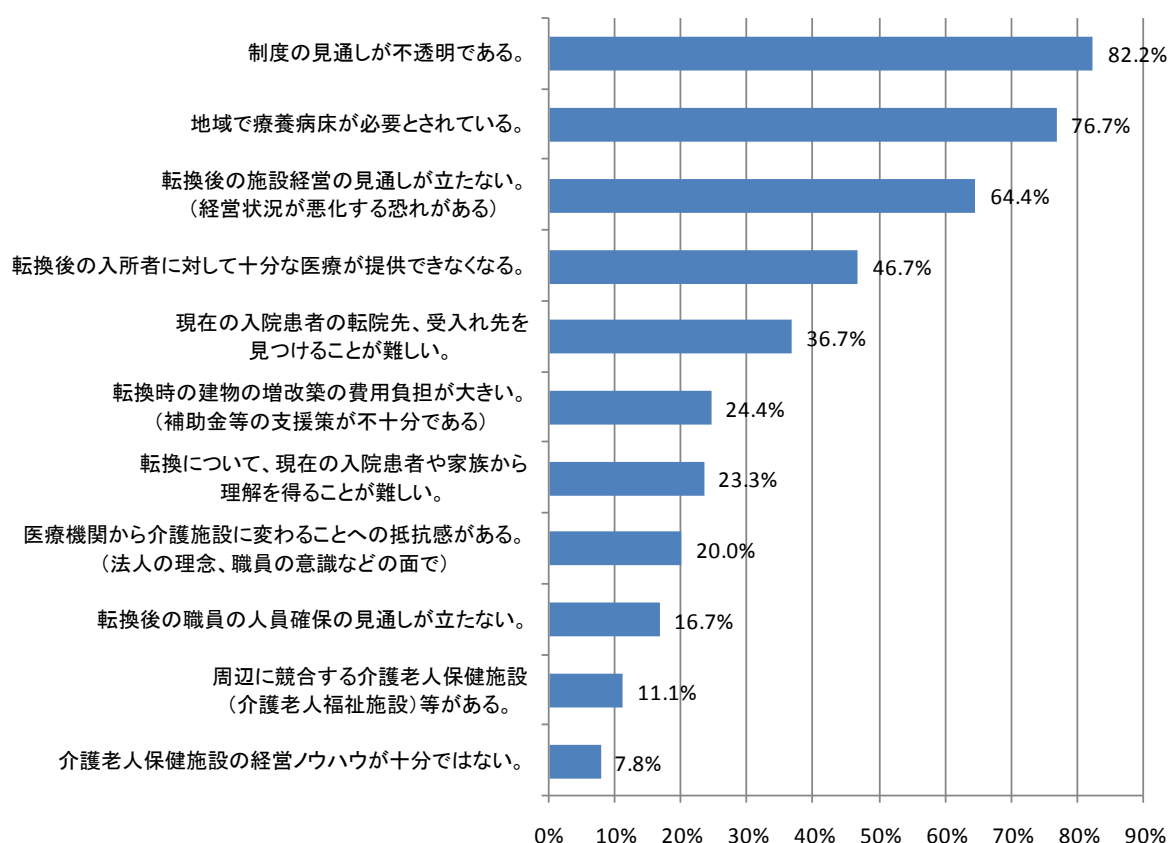
図表 転換を予定している理由（複数回答）〔介護療養病床のみ〕



(転換を予定している施設：32 施設)

一方、介護療養病床からの転換を予定しない理由としては、「制度の見通しが不透明である。」が 82.2%と最も多く、次いで「地域で療養病床が必要とされている。」が 76.7%、また「転換後の施設経営の見通しが立たない。(経営状況が悪化する恐れがある)」が 64.4%、「転換後の入所者に対して十分な医療が提供できなくなる。」が 46.7%などとなっていた。

図表 転換を予定しない理由（複数回答）〔介護療養病床のみ〕



(転換する予定がない又は未定の施設数：90 施設)

(3) 転換を行う上で満たされるべき条件

どのような条件が満たされた場合に、介護療養病床から転換を行うかについて尋ねた自由回答結果について、下記の通り整理した。

経営全般	
	転換後の収支が安定する見込が出来た時。
	経営の見直しがつく資金繰り
	ニーズがあると判断できた場合
	金融機関の支援が必要。転換時の設備資金と軌道に乗るまでの中、長期的な運転資金の提供が条件。補助金の見直しが必要。スプリンクラー設置のほか施設基準を満たす増改築費が莫大となるため、主力行だけでは対応できない。
	報酬の設定が、介護療養型よりも下がる事は予測されるが、ベッド数によっては人員も減少し、人件費も下がることが予測される。その部分の採算性を見極めたいと思う。
	療養病床の空室が多くなり、経営上成り立たなくなれば、建物の増改築を含めて転換を検討する。
政策的な方針	
	はっきりと国の方針が打ち出された時。
	介護療養病床、介護療養型老健、従来型老健が明確に区分されない限り転換は難しい。
	介護老人保健施設が色々ある様で、どの様な形になるのかははっきりしない。保健施設になった場合医療はどの様に行うのかこれもはっきりしない。
	現行の慢性期病床医療区分判定基準について常に疑問を感じている。この様な形態の医療区分制度が、本当に患者様達が望まれる姿なのか?この点の議論がもっとなされ、慢性期療養病床の本来の在り方が、明確に示される必要があると思う。
患者の状態像、受入れ先	
	この問題については未だ見通しが不透明であり、反対運動もある中で現実問題として、現在入所中の患者を老健施設や在宅で診るのはかなり無理があるため
	現在の入院患者の転院先を見つけることが一番難しいと思う。また、地域には独居高齢者が増加傾向にあり、介護療養病床のニーズは依然として高止まりしている。
	制度としてきちんと整備が出来、療養者の状態も基準にマッチすることが出来れば、転換も出来ると思います。
	転換後の病床に合った患者層の受け入れがすすみ、職員の人員確保ができれば転換可能となる。
報酬面	
	転換先として考えられる施設の報酬見直し。
	介護報酬のアップ
	診療報酬(療養病床の)の切り下げ、施設基準等がほぼ現在の水準で推移すると見込まれた場合
その他	
	介護技術力の強化育成
	総選挙が終わらないと何も語れない
	医療療養で医療区分の見直しにより、現在入院中の方たちが区分2以上になれば医療療養へ移りたい。
	現時点では、医療を中心に考えているので転換は予定していない。
	医療の提供が十分行なわれる事
	人員(医師)が確保できれば回復期リハ病棟を、検討したい
	医療療養でなく介護療養をなくす必要性がなぜあるのか。新型老健にする必要がない

	当グループで現在対応させていただいている患者様が困らない方向性が構築できた時、そして地域のマーケティングにおいて今後の運営、経営が成立すると確信できた時。
	部屋、食堂面積要件の緩和
	建替に関する助成。
	現状のまま、用途変更できれば転換可能

7. 介護療養型老人保健施設への転換の経緯〔転換施設のみ〕

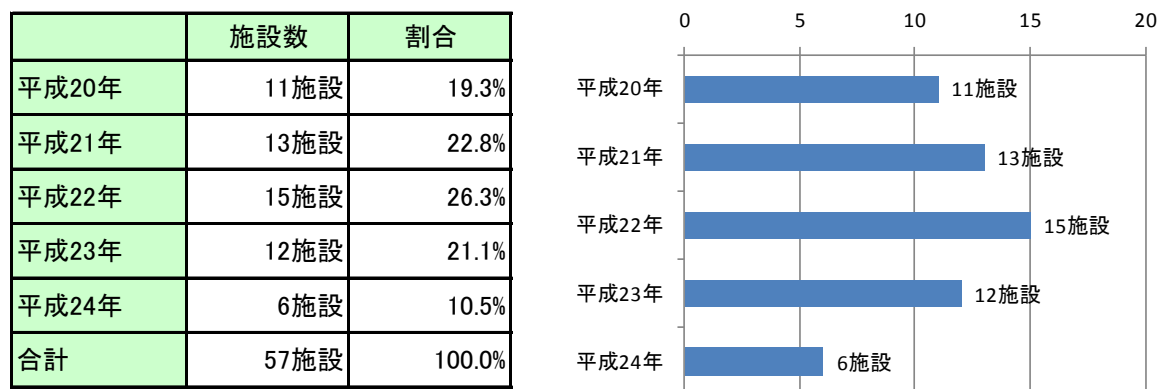
（1）転換の概況

①転換時期

療養病床から介護療養型老人保健施設への転換時期は、本調査の回答施設の分布としては、「平成 22 年」が 15 施設で 26.3%と最も多く、次いで「平成 21 年」が 13 施設（22.8%）、「平成 23 年」が 21.1%となっていた。

「平成 24 年」については、本調査の実施期間と重なっているため、実際の転換施設数と比べて過小な数となっている可能性がある。

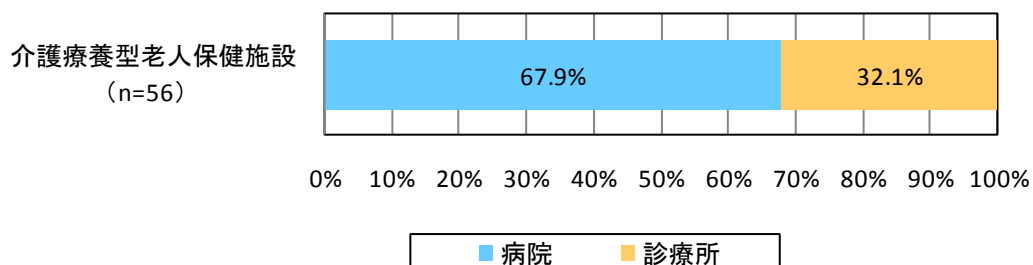
図表 転換時期



②転換前の施設種別

介護療養型老人保健施設の転換前の施設は、「病院」が 67.9%、「有床診療所」が 32.1%の割合となっていた。

図表 転換前の施設



③転換前の療養病床の構成

介護療養型老人保健施設の転換前の医療機関における療養病床の構成についてみると、「介護療養病床及び医療療養病床」を有していた割合が 44.6%と最も高く、「医療療養病床のみ」が 28.6%、「介護療養病床のみ」が 26.8%となっていた。

また、転換前の療養病床に係る平均病床数をみると、「医療療養病床のみ」の場合の医療療養病床の病床数は 80.4 床であるのに対して、「介護療養病床のみ」の場合の介護療養病床の病床数は 33.1 床であり、相対的に規模が小さい傾向がみられた。

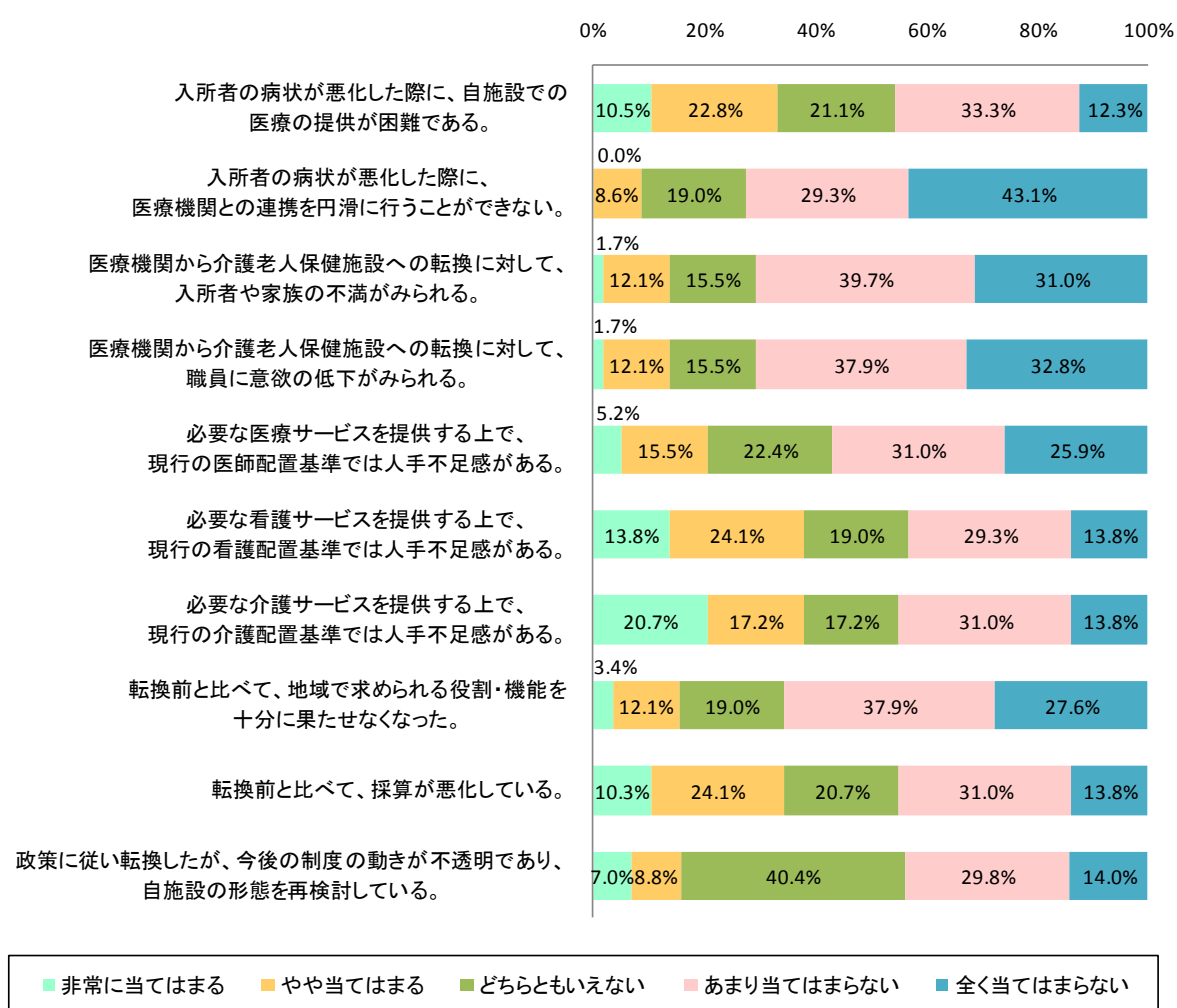
図表 転換前の療養病床の構成

		施設数	割合	転換前の平均病床数	
				医療療養病床	介護療養病床
転換前の療養病床の構成	介護療養病床のみ	15施設	26.8%	－	33.1床
	医療療養病床のみ	16施設	28.6%	80.4床	－
	介護療養病床及び医療療養病床	25施設	44.6%	41.9床	41.2床
合計		56施設	100.0%	－	－

（２）転換後に発生した問題点

転換後に発生した問題点として、「非常に当てはまる」と「やや当てはまる」を合計した割合についてみると、「必要な介護サービスを提供する上で、現行の介護配置基準では人手不足感がある。」及び「必要な看護サービスを提供する上で、現行の看護配置基準では人手不足感がある。」がともに 37.9%と最も高く、次いで「転換前と比べて、採算が悪化している。」が 34.5%、「入所者の病状が悪化した際に、自施設での医療の提供が困難である。」が 33.3%などとなっていた。

図表 転換後に発生した問題点（複数回答）



（回答施設数：58 施設）

Ⅱ 総括

本会において昨年度まで実施してきた介護療養型老人保健施設に関する調査結果では、療養病床から介護療養型老人保健施設等の介護施設へと積極的に転換を行う施設、あるいは職員不足や入院患者の医療区分の状況等の事情からやむを得ず転換を行う施設については、既に移行が概ね完了しているという結論を導いているところである。

政策面では、介護療養病床の転換期限が平成 29 年度末へと 6 年間の延長措置がなされて以降、平成 25 年度からの第 2 期医療費適正化計画においては、入院期間短縮という目標に対して、療養病床の数を機械的に削減するというこれまでの方針が転換され、病院・病床機能の分化・強化、在宅医療の推進、医療と介護の連携強化等の方策を通じて目標の実現を目指す方針が新たに示されている。

こうした状況に対して、本年度調査における、介護療養病床を有する医療機関に対する転換意向を尋ねた設問では、「転換する予定はない」と「転換する予定がある」の割合がともに 26.2%で同率となった。これは、平成 23 年度調査においては「転換を予定」(29.0%)が「転換の予定はない」(20.6%)を 8.4 ポイント上回っていた状況と比較して、転換に対する流れがやや後退している状況にもあるとみることができる。

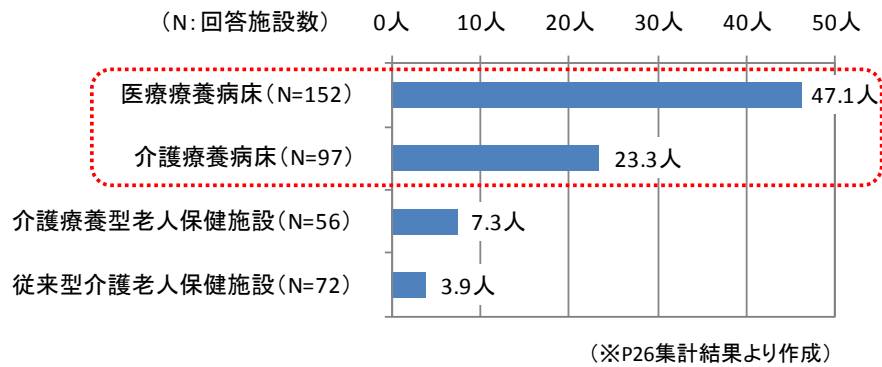
これについて、転換を予定しない理由について尋ねた設問では、平成 23 年度調査においては 66.7%の施設が選択していた「制度の見通しが不透明である」という選択肢項目が、本年度調査においてはその回答が 82.2%まで上昇しており、介護療養病床の運営において現状では経営的な判断を下す状況にはないという認識が広がっている状況がうかがえる。

一方で、療養病床の転換後の受け皿としての機能の一端を担う介護療養型老人保健施設については、本会が実施してきた昨年度までの調査結果において、療養病床の機能を代替する上での限界もあることが指摘されているところである。

その中でも、介護療養病床が重要な役割を果たしてきたターミナルケア・看取りの機能や、医療的な管理を要する身体合併症を伴う認知症患者の受け入れ機能については、本年度調査における着眼点として分析を行った。

その結果、ターミナルケアについては、直近 1 年間に病床 100 床（定員 100 人）当たりでターミナルケアを実施した実人数をみると、医療療養病床が 47.1 人、介護療養病床が 23.3 人、介護療養型老人保健施設が 7.3 人、従来型介護老人保健施設が 3.9 人という結果となっていた（次頁 上図）。一方で、ターミナルケア・看取りへの施設の取り組み状況と

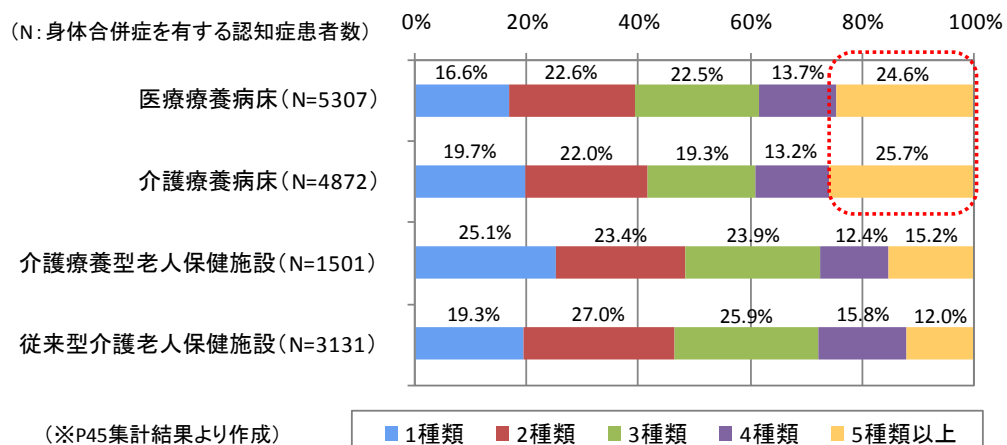
図表 病床 100 床（定員 100 人）当たり 直近 1 年間でターミナルケアを実施した実人数



いう面では、介護療養型老人保健施設においてターミナルケアを実施する方針を有し、また実施するための体制を整えている施設の割合が、医療療養病床や介護療養病床とほぼ同水準にある状況が把握されている（P27 集計結果）。これらの結果から、介護療養型老人保健施設では、ターミナルケア・看取りを実施しようとするため、スタッフを充足させている状況があるにも関わらず、実際に実施できた件数では介護療養病床の実績を大きく下回る結果となっており、介護療養病床が担っているターミナルケアの機能を、転換施設として代替する役割を現状では十分には果たせていないことが確認された。この実態の要因についてはあらためて検討されるべきと考える。

また、認知症患者の受け入れ状況に関しては、認知症患者のうち身体合併症を 5 種類以上有する者の割合についてみると、医療療養病床が 24.6%、介護療養病床が 25.7%、介護療養型老人保健施設が 15.2%、従来型介護老人保健施設が 12.0%となっていた（下図）。これより、療養病床において受け入れている認知症患者の構成は、介護老人保健施設と比較してより医療的な管理を要する患者を多く含んだ患者構成となっている状況がみられる。

図表 認知症患者に関する身体合併症の種類別の構成割合



こうした本年度の調査結果は、昨年度までの調査から得られている知見や示唆を確認し、補完するものとなったと位置づけることができる。まず、受入が可能な標準的な患者状態像の面では、昨年度までの調査結果と同様に、介護療養病床と介護療養型老人保健施設との間で一定の重なりがあることが認められている。その一方で、本年度で重点的に把握された点として、介護療養病床が担っているターミナルケアの機能や身体合併症を有する認知症患者ケアの機能については、介護療養型老人保健施設においてそれらの機能を十分に代替できていない実態が明らかとなっている。このことは、この先の我が国において慢性期高齢患者が急激な増加を続けていく中で、必要な医療・介護を適切かつ同時に提供できる介護療養病床が、ターミナルケアや身体合併症を有する認知症患者ケアを中心とした機能をこれまで以上に発揮していくことが求められるであろうことを示唆している。これは、以前から日本慢性期医療協会が提唱してきた介護療養病床の機能と合致するものであり、その妥当性を示す調査結果であるといえる。

最後に、本調査結果が日本慢性期医療協会の会員施設をはじめとする慢性期医療を担う医療機関にとって、今後の療養病床を運営する上での基礎資料として参考にいただければ幸いである。

