

**平成27年度老人保健事業推進費等補助金**

**老人保健健康増進等事業**

**地域包括ケアシステムにおける特別養護老人ホームの  
実態・役割に関する調査研究事業**

**【 報 告 書 】**

平成28（2016）年3月

みずほ情報総研株式会社



# 【 目 次 】

第1章 はじめに.....	1
1. 背景.....	1
2. 目的.....	1
3. 調査方法の概要.....	2
3.1. アンケート調査.....	2
3.1.1. 調査目的.....	2
3.1.2. 調査対象.....	2
3.1.3. 抽出方法.....	2
3.1.4. 実施時期.....	2
3.1.5. 実施方法.....	2
3.1.6. 回収率.....	2
3.2. アンケート調査票設計のためのワーキング.....	3
3.2.1. 実施目的.....	3
3.2.2. 実施日.....	3
3.2.3. メンバー.....	3
3.3. タイムスタディ調査.....	3
3.3.1. 調査目的.....	3
3.3.2. 調査対象施設.....	4
3.3.3. 調査実施日.....	4
3.4. 検討委員会における検討.....	4
3.4.1. 検討委員.....	4
3.4.2. 開催実績.....	5
第2章 アンケート調査.....	6
1. 調査目的.....	6
2. 調査方法.....	6
3. 分析の視点.....	7
3.1. 施設類型別分析.....	7
3.2. 人員体制別分析.....	8
3.3. その他.....	8
4. 調査結果.....	9
4.1. 回答施設の概況.....	9
4.1.1. 都道府県別調査客体数.....	9
4.1.2. 施設類型.....	10
4.1.3. 入所定員.....	11
4.1.4. 入所者の状態像.....	13
4.1.5. 法人・関連法人が運営する医療・介護系施設及び事業所・サービス.....	16
4.1.6. 退所者数.....	18
4.2. 施設の基本体制.....	19
4.2.1. 人員体制.....	19
4.2.2. 人員の不足感.....	25
4.2.3. 医療・看護と介護の連携状況.....	33

4.3.	特別養護老人ホームにおける「看取り」	44
4.3.1.	看取り介護の概況	44
4.3.2.	看取り介護を可能とする要因・不可能とする要因の考察	50
4.3.3.	看取り介護における主要プロセスの検討	67
4.4.	「サービス」の質とその向上策	69
4.4.1.	人員を優先的に配置して力を入れていくべきサービスと理由	69
4.4.2.	サービスの効率化と介護機器・ロボットの利用	74
4.5.	地域包括ケアシステムにおける特別養護老人ホームの役割	85
5.	考察	89
5.1.	人員体制	89
5.2.	看取り	89
5.3.	「サービス」の質とその向上策	90
第3章	タイムスタディ調査	92
1.	目的	92
2.	方法	92
2.1.	調査対象	92
2.2.	調査範囲	92
2.3.	調査実施日	92
2.4.	実施方法	92
2.4.1.	(A)高齢者状態調査	93
2.4.2.	(B)タイムスタディ調査	93
2.5.	分析の視点	94
2.5.1.	ケア内容別業務時間の1日における推移	94
2.5.2.	職員の業務負担感について	94
2.5.3.	高齢者の状態とケア内容・時間との関係について	94
2.5.4.	個人を対象とするケアの提供と施設類型・要介護度との関係について	94
2.5.5.	施設類型とケア内容・時間との関係について	94
3.	結果	95
3.1.	調査基礎データ	95
3.1.1.	高齢者データ	95
3.1.2.	職員データ	96
3.2.	高齢者状態調査	99
3.2.1.	基本属性	99
3.2.2.	要介護度・日常生活自立度	100
3.2.3.	認知機能	102
3.2.4.	医療区分及び医療提供状況等	103
3.2.5.	入所者の状況等に係る評価	103
3.3.	タイムスタディ調査結果	109
3.3.1.	分析対象データについて	109
3.3.2.	1日の業務時間の推移	110
3.3.3.	直接ケアの提供状況	131
3.3.4.	職員の業務負担感	136
3.3.5.	高齢者の状態とケア内容・時間との関係性	145
3.3.6.	業務提供パターンによる分析	154
	(参考)ユニット型、従来型での移動時間等の比較	162
第4章	まとめ	163

1. 入所者の状態像と職員配置・職員の業務について .....	163
2. 施設類型と職員配置・職員の業務について .....	164
3. 看取りの実態・看取りを実施するための要件について .....	165
4. サービスの質の確保・向上、効率化について .....	166
参考資料.....	167
参考資料1 アンケート調査票 .....	168
参考資料2 タイムスタディ調査票 .....	181
参考資料3 高齢者状態調査票 .....	184
参考資料4 ケアコード表 .....	197



# 第1章 はじめに

## 1. 背景

2000年の介護保険制度創設以降、制度を取り巻く環境は大きく変化し、制度を取り巻く環境は大きく変化し、新たな居宅サービスの類型が創設されるなど、特別養護老人ホームを取り巻く環境も変化してきている。また、特別養護老人ホームにおいても、ユニット型施設や地域密着型の類型化など、制度見直しが行われてきたところである。

一方、特別養護老人ホームの基本的な人員配置基準に大きな変更は無く、現在の入所者像やサービスの質と実際に配置されている職員数などとの関係も分析されていない。

## 2. 目的

このようなことを踏まえ、本調査研究事業では、特別養護老人ホームの職員配置とサービスの質との関係について、入居者の実態も勘案した上で分析し、地域包括ケアシステムにおける特別養護老人ホームの実態・役割について調査を行った。

具体的には、主に以下の4点を明らかにすることを目的とした。

①入所者の状態（要介護度、重症度、医療・看護必要度等）と職員の業務内容・業務時間との関係の把握

<調査の視点>

- 入所者の要介護度、重症度、医療・看護必要度等によって業務内容や業務時間がどのように異なっているのか。
- 人員配置はどんな特性（ex. 認知症の重さ、寝たきりか否かなど）を持った入居者により影響を受けるのか、「サービスの手間」がどんなことに影響されているのか。

②施設類型と職員の業務内容・業務時間との関係の把握

<調査の視点>

- 施設類型によって、業務内容や業務時間はどのように異なっているのか。

③地域包括ケアシステムにおいて特養が看取りを実施できるための要件の把握

※本事業では、「生活の場」としての特別養護老人ホームに期待される役割である「看取り」に着目することとした。

④サービスの質の確保・向上に関する考え方、サービス効率化の実態の把握

<調査の視点>

- 施設が「人員を優先的に配置して力を入れるべき」と考えているサービスは何か。
- 介護機器・ロボットの利用状況及びそのサービス効率化等の効果

### 3. 調査方法の概要

アンケート調査、アンケート調査票設計のためのワーキング、タイムスタディ調査及び委員会における検討を行った。それぞれの概要は以下のとおり。

#### 3.1. アンケート調査

##### 3.1.1. 調査目的

特別養護老人ホームにおける人員配置の実態や、効率的運営の取組み、サービスの質の確保等への考え方等を明らかにする。

##### 3.1.2. 調査対象

公益社団法人全国老人福祉施設協議会会員の介護老人福祉施設より、半数の施設（2,349件）を無作為抽出した。

##### 3.1.3. 抽出方法

無作為抽出

##### 3.1.4. 実施時期

平成28年1月18日（月）～平成26年2月10日（水）

##### 3.1.5. 実施方法

郵送による配布/回収

##### 3.1.6. 回収率

回収状況は以下のとおりであった。

調査対象数	回収数	回収率
2,349件	678件	28.9%

## 3.2. アンケート調査票設計のためのワーキング

### 3.2.1. 実施目的

本事業のアンケート調査設計に活用するために、①看取りの対象となる高齢者の状態の定義、②看取り期における実際の職種ごとの行動プロセス、③看取りを可能にする条件（外部との連携、内部の体制、家族や地域の理解等）の具体的な調査項目を検討することを目的として、ワーキングを実施した。

### 3.2.2. 実施日

平成27年9月22日（火）19時～22時

### 3.2.3. メンバー

大夛賀政昭氏（国立保健医療科学院）  
特別養護老人ホーム運営関係者4名（施設長経験者、ユニットリーダー他）

## 3.3. タイムスタディ調査

### 3.3.1. 調査目的

本事業において、タイムスタディ調査は、主に以下を目的として実施した。

- ① 入所者の状態と介護職員の業務内容・業務時間との関係の把握  
（例：要介護度、重症度、医療・看護必要度、認知症（BPSDのステージ等）等）
- ② 施設類型と介護職員の業務内容・業務時間との関係の把握  
（例：ユニット型、従来型）

### 3.3.2. 調査対象施設

調査対象は、以下の方針で選定した。

- サービスの質について、特に「プロセス」の観点からモデルケースとなりうる。
- 調査全体として、ユニット型及び従来型の双方を調査対象とできる。

上記条件に該当する施設のうち、調査協力意思のあった以下の施設を対象とした。

施設名	概要
松籟荘（しょうらいそう、社会福祉法人 愛正会） ＜茨城県高萩市＞	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ユニットケア実施研修施設。</li> <li>・ユニット型個室（6ユニット56床）・従来型多床室（4人部屋8室32床）。</li> <li>・定員88名。（他に短期入所10名（ユニット型4名、従来型6名））</li> </ul>

### 3.3.3. 調査実施日

- 平成 28 年 1 月 29 日（金）0 時～24 時
- 平成 28 年 2 月 5 日（金）0 時～24 時

## 3.4. 検討委員会における検討

### 3.4.1. 検討委員

調査手法の検討及び調査結果の分析に当たり、有識者のアドバイスを受けるために、委員会を設置し、検討を実施した。

区分	氏名	所属
有識者	大冢賀政昭	国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部 研究員
	桑名 斉	社会福祉法人 信愛報恩会 信愛病院 理事長
	千葉 正展	（独）福祉医療機構経営サポートセンター リサーチグループグループリーダー
	◎筒井 孝子	兵庫県立大学経営研究科 経営専門職専攻 教授
	東野 定律	静岡県立大学 経営情報学部経営情報学科 准教授 同 経営情報イノベーション研究科 准教授
	山本 進	特別養護老人ホームしゃくなげ荘 施設長 老施協総研運営委員会 委員
施設関係者	須田 聡子	社会福祉法人 愛正会 特別養護老人ホーム 松籟荘 施設長
	磯野 利男	社会福祉法人セイワ 川崎市特別養護老人ホームすみよし 施設長（代理出席：介護職員チーフ 中西 哲也氏）
	廣瀬 幸一	社会福祉法人セイワ 川崎市特別養護老人ホームすみよし 事業長

◎は座長（敬称略、区分ごとに五十音順）

### 3.4.2. 開催実績

回	日時	議題
第1回	平成27年10月16日（金） 10:00-12:30	(1) 本事業の概要について (2) ワーキング実施結果及び特養における看取りについて (3) アンケート調査について (4) タイムスタディ対象施設候補について (5) その他
第2回	平成27年12月8日（水） 13:00-15:00	(1) タイムスタディ調査について (2) アンケート調査について (3) その他
第3回	平成28年3月15日（火） 15:00-17:30	(1) アンケート調査結果について (2) タイムスタディ調査結果 (3) その他
第4回	平成28年3月24日（木） 13:00-15:00	(1) タイムスタディ調査結果について (2) アンケート調査結果について (3) 調査のとりまとめについて

## 第2章 アンケート調査

### 1. 調査目的

本事業におけるアンケート調査では、特別養護老人ホームにおける人員配置の状況、看取りの実態、サービスの質の確保及び効率的運営の取組みへの考え方等を明らかにする。

人員配置の状況に関しては、施設類型毎及び施設規模毎の人員配置の違いを明らかにする。また、職員類型毎に施設が人員の不足感を感じている割合を調査する。

「生活の場」である特別養護老人ホームに期待される役割である「看取り」に関しては、その実施状況について、看取りにおいて実施される各プロセスの実施状況も含めて分析するとともに、看取りを可能とする要因について考察する。

看取り以外のサービスの質の確保及び効率的運営の取組みについては、特養が優先して人員を配置して質を高めたいと考えているサービスの内容を調査し、特養で特に需要されているサービスの類型について明らかにする。また、近年導入が議論されている介護ロボットについて、リフトを含めた介護機器と合わせて導入状況及びその理由・結果を調査し、介護機器の導入によるケアの効率化や人員の削減の可能性について示唆を得る。

### 2. 調査方法

#### ①調査対象

公益社団法人全国老人福祉施設協議会会員の介護老人福祉施設より、半数の施設（2,349 件）を無作為抽出した。

#### ②抽出方法

無作為抽出

#### ③実施時期

平成28年1月18日（月）～平成26年2月10日（水）

#### ④調査方法

郵送による配布/回収

#### ⑤回収率

回収状況は以下のとおりであった。

調査対象数	回収数	回収率
2,349件	678件	28.9%

### 3. 分析の視点

#### 3.1. 施設類型別分析

本報告書では、施設類型別・入所定員別に下記の表で網掛けした5つのセグメントを設定し、セグメント間の比較を分析の基礎とした。

		施設類型		(全施設類型総計)
		ユニット型	従来型	
施設規模	地域密着型（定員～29人）	41	2	46
	中型（定員30～99人）	88	251	356
	大型（定員100人～）	15	47	66
(全施設規模総計)		200	432	678

※地域密着型・従来型の施設はサンプル数が少ないため、セグメントとしては使用しない。

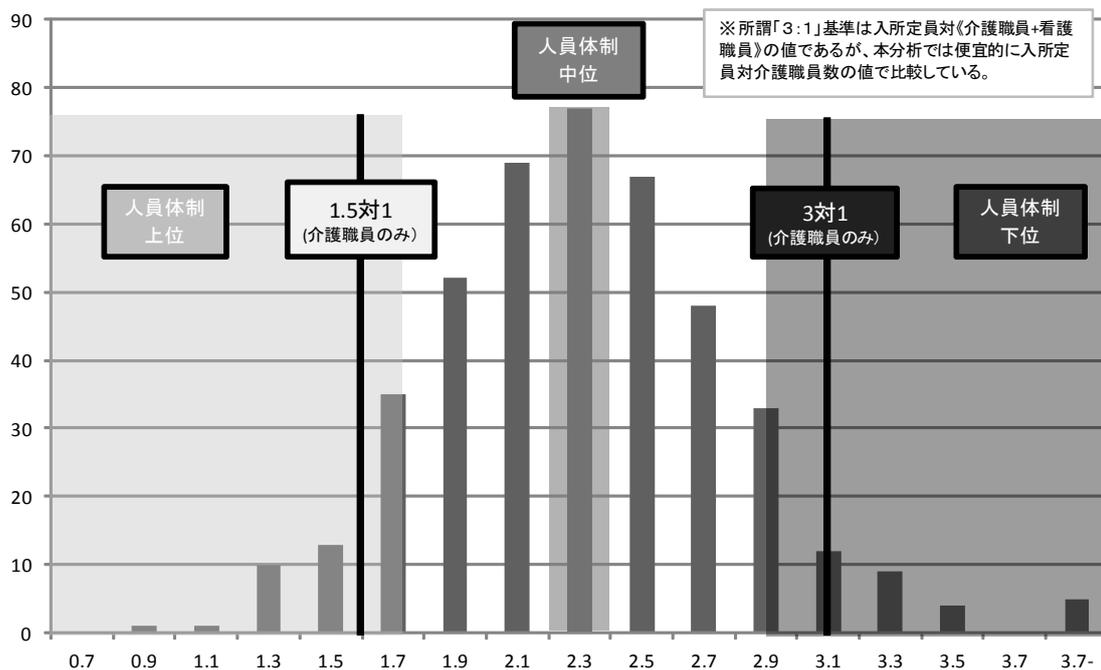
※欠損値の存在により、各施設類型の総和と総計は一致しない。

### 3.2. 人員体制別分析

必要に応じて、人員体制の充実度による値の差異について分析を行った。「人員体制の充実度」の指標には入所定員を介護職員数（常勤換算）で除した値を採用し、人員体制の手厚い施設とそうでない施設のそれぞれの特徴をより反映した分析を行うため、下記の基準により抽出した「人員体制上位」「人員体制中位」「人員体制下位」の3区分間で比較を実施した。また、3区分と施設類型の組み合わせによる区分でも比較を実施した。

区分	抽出方法	対象施設数
人員体制上位施設	入所定員を介護職員数（常勤換算）で除した値について、調査対象施設の平均値(2.22)に、1標準偏差(0.53)を足した値(2.75)以上の施設	42施設
人員体制中位施設	入所定員を介護職員数（常勤換算）で除した値について、調査対象施設の中央値（2.19）の前後±0.1に当てはまる施設	78施設
人員体制下位施設	入所定員を介護職員数（常勤換算）で除した値について、調査対象施設の平均値（2.22）から、1標準偏差（0.53）を引いた値(1.69)以下の施設	55施設

(参考)人員体制(入所定員を介護職員数(常勤換算)で除した値)分布図



(n=436)

### 3.3. その他

その他、必要に応じて適切な変数を利用してクロス集計を実施した。

## 4. 調査結果

### 4.1. 回答施設の概況

#### 4.1.1. 都道府県別調査客体数

本調査における調査対象施設及び回収施設の概要は下記のとおりである。

埼玉県等の一部都道府県においては配布数に起因する全国値と回収数の乖離が生じているが、全体としては今回の調査対象施設に特段の偏りはないと考えられる。

図表 1 特別養護老人ホーム全体及び調査客体の都道府県別比率(全国値との比較)

	本調査(配布)		本調査(回収)		全国値(参考)	
	配布数	比率	調査数	比率	実数	比率
全国	2349	100	678	100	8363	100
北海道	145	6.2	44	6.5	401	4.8
青森県	44	1.9	22	3.2	125	1.5
岩手県	50	2.1	19	2.8	146	1.7
宮城県	64	2.7	21	3.1	184	2.2
秋田県	51	2.2	18	2.7	123	1.5
山形県	56	2.4	21	3.1	133	1.6
福島県	50	2.1	13	1.9	149	1.8
茨城県	59	2.5	15	2.2	223	2.7
栃木県	41	1.7	10	1.5	171	2.0
群馬県	62	2.6	12	1.8	175	2.1
埼玉県	23	1.0	3	0.4	332	4.0
千葉県	86	3.7	25	3.7	338	4.0
東京都	96	4.1	30	4.4	454	5.4
神奈川県	47	2.0	9	1.3	368	4.4
新潟県	74	3.2	30	4.4	263	3.1
富山県	32	1.4	14	2.1	95	1.1
石川県	35	1.5	10	1.5	97	1.2
福井県	34	1.4	12	1.8	87	1.0
山梨県	26	1.1	7	1	81	1.0
長野県	31	1.3	6	0.9	189	2.3
岐阜県	49	2.1	13	1.9	144	1.7
静岡県	73	3.1	27	4	227	2.7
愛知県	77	3.3	16	2.4	312	3.7
三重県	38	1.6	10	1.5	168	2.0
滋賀県	4	0.2	1	0.1	92	1.1
京都府	30	1.3	2	0.3	167	2.0
大阪府	55	2.3	9	1.3	409	4.9
兵庫県	96	4.1	19	2.8	359	4.3
奈良県	29	1.2	4	0.6	83	1.0
和歌山県	25	1.1	3	0.4	102	1.2
鳥取県	12	0.5	6	0.9	45	0.5
島根県	40	1.7	11	1.6	99	1.2
岡山県	83	3.5	16	2.4	195	2.3
広島県	91	3.9	30	4.4	204	2.4
山口県	57	2.4	15	2.2	125	1.5
徳島県	26	1.1	8	1.2	69	0.8
香川県	35	1.5	10	1.5	83	1.0
愛媛県	49	2.1	12	1.8	121	1.4
高知県	23	1.0	5	0.7	55	0.7
福岡県	52	2.2	14	2.1	325	3.9
佐賀県	16	0.7	3	0.4	60	0.7
長崎県	39	1.7	8	1.2	134	1.6
熊本県	74	3.2	24	3.5	200	2.4
大分県	27	1.1	5	0.7	115	1.4
宮崎県	32	1.4	2	0.3	95	1.1
鹿児島県	80	3.4	16	2.4	183	2.2
沖縄県	31	1.3	7	1	58	0.7
無回答			41	6		

※全国値については、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(平成26年度)より、「介護老人福祉施設」「地域密着型介護老人福祉施設」の合計値を集計した。

#### 4.1.2. 施設類型

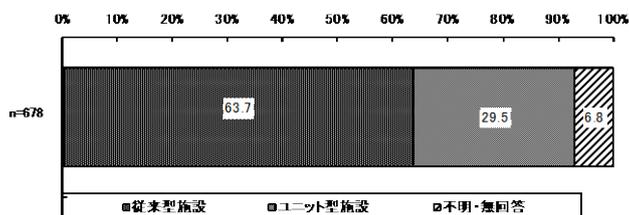
回答のあった施設の施設類型は、63.7%が従来型施設、29.5%がユニット型施設であった。不明・無回答を除いた割合を類似研究の結果と比較すると大きな乖離はなく、今回の調査対象に特段の偏りはないと考えられる。

ユニット型施設の居室を定員別にみると、99.1%がユニット型個室であり、ユニット型準個室の占める割合は0.8%、ユニット型2人室の占める割合は0.1%であった。

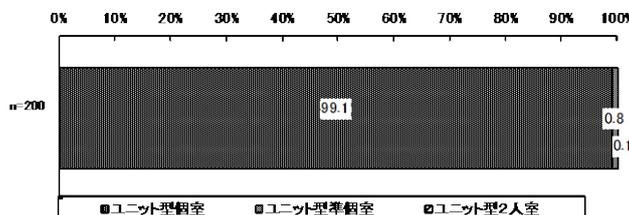
従来型施設の居室を定員別にみると、4人室が41.6%、個室が34.8%、2人室が21.2%、3人室が1.9%、5人以上室が0.4%であった。

平成23年における施設基準改正に伴い、「一部ユニット型施設」がユニット型施設と従来型施設に分離してできた施設は全体の10.2%であった。

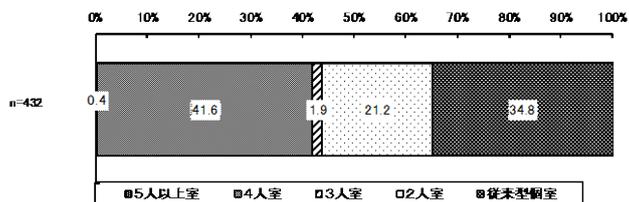
図表 2 施設類型



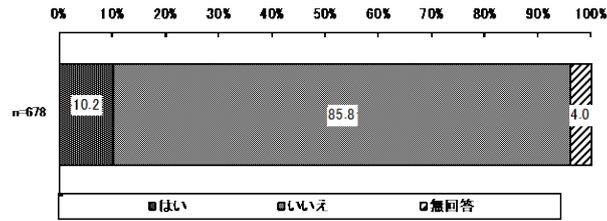
図表 3 ユニット型施設 居室の状況



図表 4 従来型施設 居室の状況



図表 5 一部ユニット型施設が分離してできた施設か否か



図表 6 施設類型（類似研究との比較）

	調査対象	類似研究1
従来型施設	68.4	61.4
ユニット型施設	31.6	29.7
(一部ユニット型)		8.8
調査数	632	249

※類似研究：三菱総合研究所「平成24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） 介護サービス事業所における医療職の在り方に関する調査研究事業 報告書」

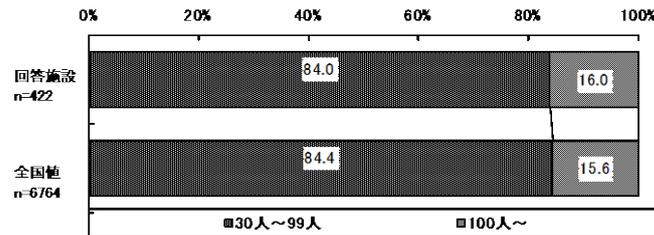
#### 4.1.3. 入所定員

入所定員の割合について回答施設を比較すると、中型（入所定員30人～99人）と大型（入所定員100人～）の施設の比率はほぼ一致しており、特段の偏りがないと考えられる<sup>1</sup>。

従来型施設では入所定員29人以下の地域密着型施設が0.7%、入所定員30人～99人の中型の施設が83.7%、入所定員100人以上の大型施設が15.7%であった。ユニット型施設では地域密着型施設が28.5%、中型の施設が61.1%、入所定員100人以上の大型施設が10.4%であった。

入所定員の平均は、全体で64.9人、従来型施設で67.9人、ユニット型施設で57.7人となっていた。

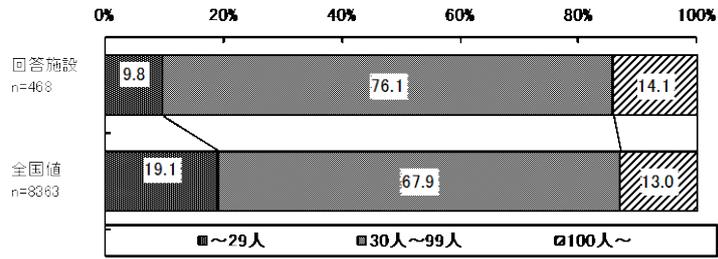
図表 7 中型・大型 入所定員【施設数の割合】(全国値との比較)



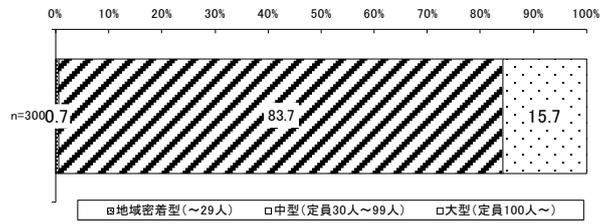
※全国値については、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（平成26年度）より、「介護老人福祉施設」「地域密着型介護老人福祉施設」の合計値を集計した

<sup>1</sup>全国値は地域密着型介護老人福祉施設を全て含んだ値であり、地域密着型介護老人福祉施設を含めた比較では本調査における地域密着型介護老人福祉施設の割合が過小に評価される可能性があることから、比較対象から除外した。

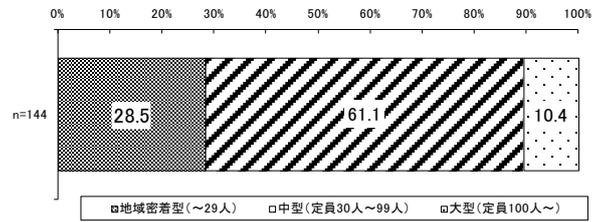
図表 8 入所定員【施設数の割合】(全国値との比較)



図表 9 入所定員【従来型施設・施設数の割合】



図表 10 入所定員【ユニット型施設・施設数の割合】



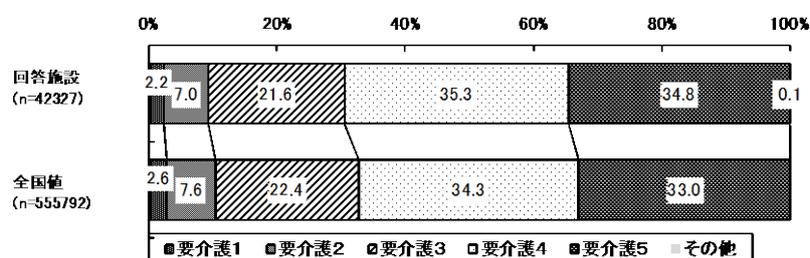
#### 4.1.4. 入所者の状態像

##### (1) 入所者の要介護度

入所者全体のうち、要介護1が2.2%（全国値2.6%）、要介護2が7.0%（全国値7.6%）、要介護3が21.6%（全国値22.4%）、要介護4が35.3%（全国値34.3%）、要介護5が34.8%（全国値33.0%）、その他が0.1%であった。平均要介護度は全体で3.93（全国値3.87）、従来型施設で3.94、ユニット型施設で3.87であった。全国値と比較して大きな乖離はなく、今回の調査回答施設には特段の偏りはないと考えられる。

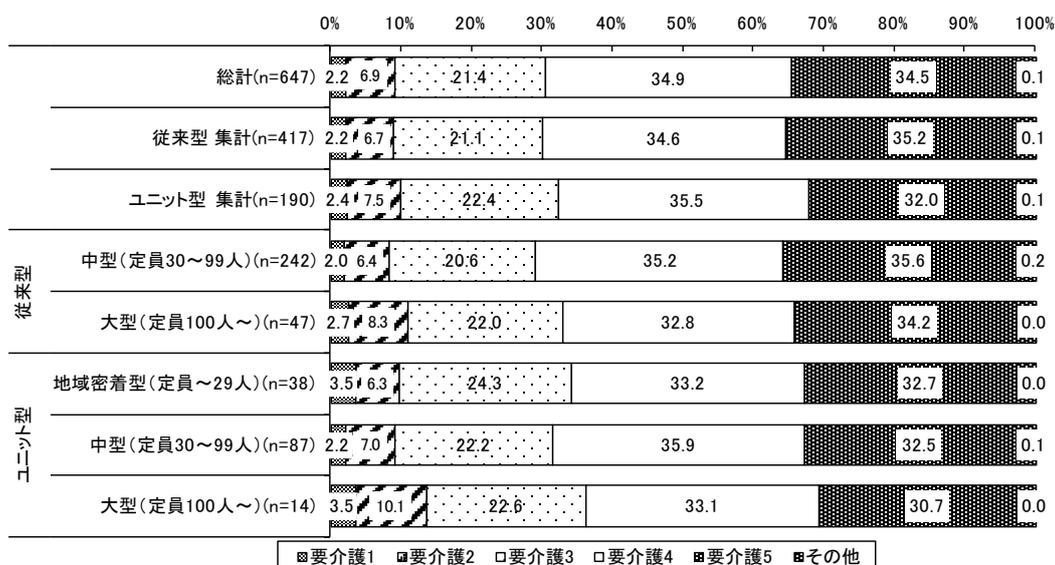
要介護度4以上の入居者の割合を比較すると、従来型(70.4%)よりユニット型（67.4%）で割合が低い傾向がみられた。

図表 11 入所者の要介護度(全国値との比較)

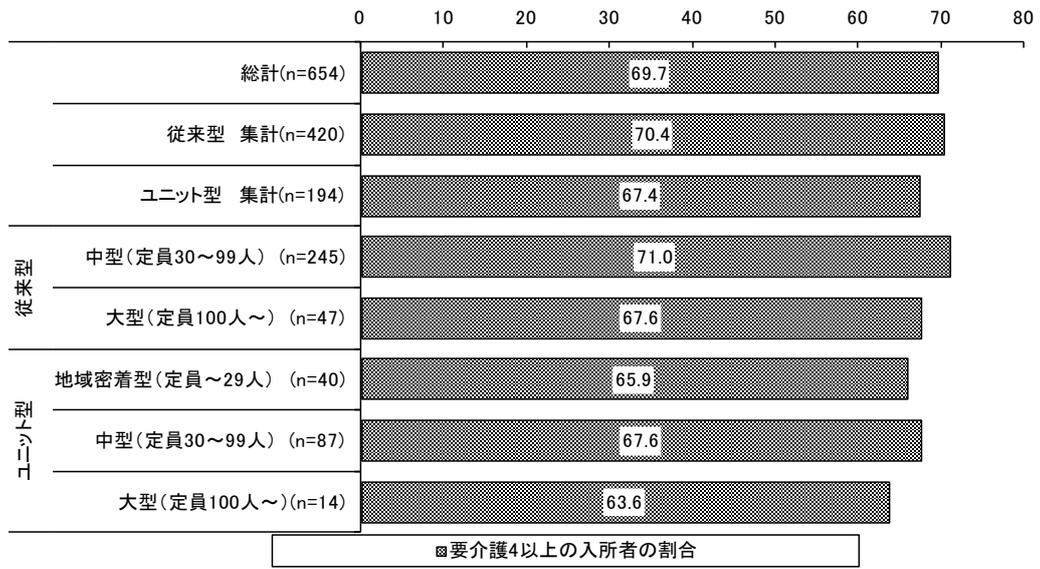


※全国値については、厚生労働省「介護保険事業状況報告（暫定）（平成27年11月分）」より、「介護老人福祉施設」「地域密着型介護老人福祉施設」の合計値を集計した

図表 12 セグメント別 入居者の要介護度



図表 13 セグメント別 要介護度4以上の入所者の割合

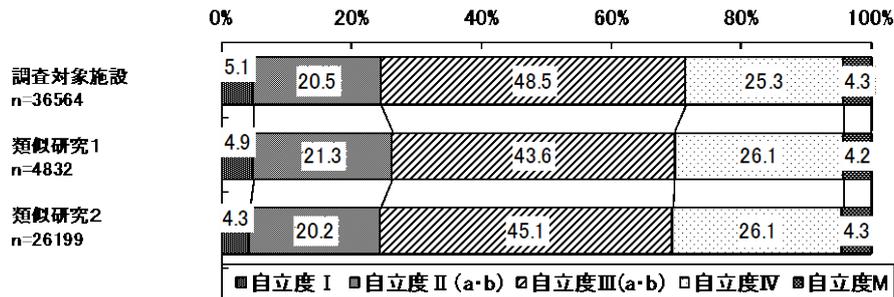


## (2) 入所者の日常生活自立度

自立を除いた入所者全体のうち、日常生活自立度Ⅰの入所者は5.1%、自立度Ⅱは20.5%、自立度Ⅲは48.5%、自立度Ⅳは25.3%、自立度Ⅴは4.3%であった。類似研究の調査結果と比較しても大きな乖離はなく、本調査の調査対象施設には特段の偏りはないと考えられる。

日常生活自立度Ⅳ・Ⅴの入居者の割合を比較すると、従来型(29.4%)よりユニット型(26.5%)で割合が低い傾向がみられた。

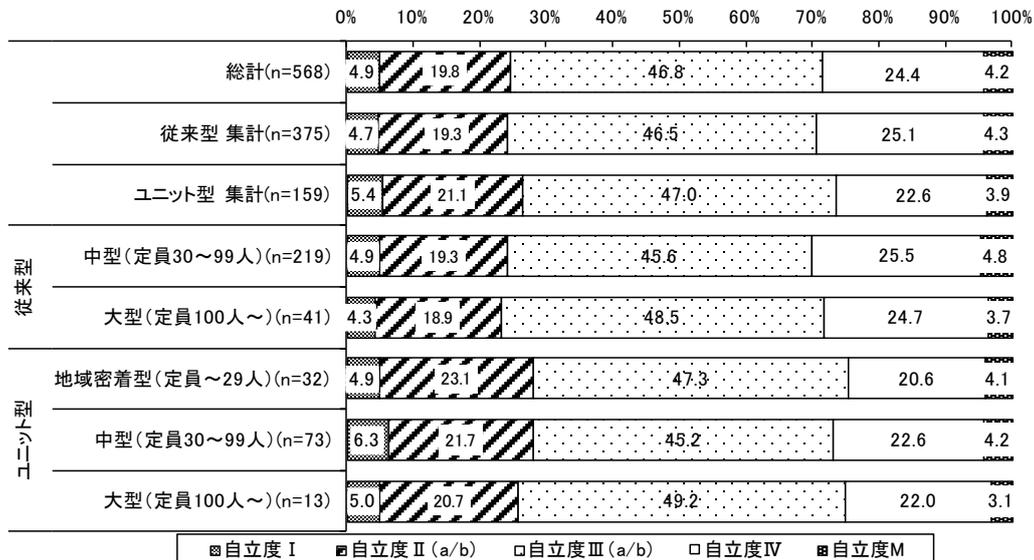
図表 14 入所者の日常生活自立度(類似研究との比較)



※類似研究1：三菱総合研究所(2014)「介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療・看護の提供実態に関する横断的な調査研究事業報告書」における特別養護老人ホーム調査結果による

※類似研究2：みずほ情報総研「平成25年度老人保健健康増進等事業 長期療養高齢者の看取りの実態に関する横断調査事業」における特別養護老人ホーム調査結果による

図表 15 セグメント別 入所者の日常生活自立度



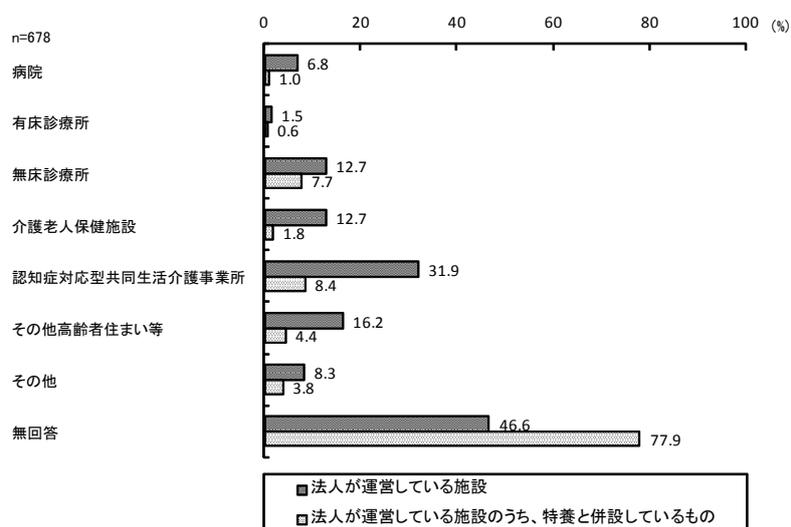
#### 4.1.5. 法人・関連法人が運営する医療・介護系施設及び事業所・サービス

回答のあった施設において、法人・関連法人が医療・介護系施設を運営していると答えた割合は 53.4%であった。その内訳は、認知症対応型共同生活介護事業所が 31.9%（うち併設 8.4%）、その他高齢者住まい等が 16.2%（うち併設 4.4%）、介護老人保健施設が 12.7%（うち併設 1.8%）、無床診療所が 12.7%（うち併設 7.7%）等であった。

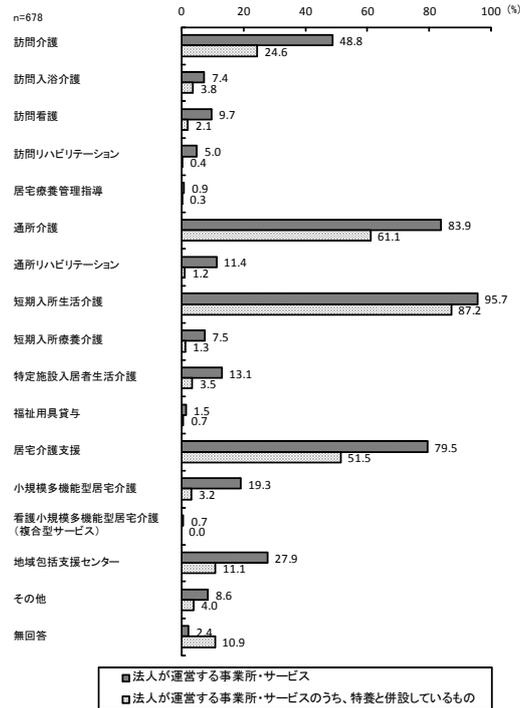
回答のあった施設の法人・関連法人が事業所・サービスを運営していると答えた割合は 97.6%であった。その内訳は、短期入所生活介護 96.7%（うち併設 87.2%）、通所介護 83.9%（うち併設 61.1%）、居宅介護支援 79.5%（うち併設 51.5%）、訪問介護 48.8%（うち併設 24.6%）等であった。

類似研究と比較すると、関連法人が病院を運営する比率に差がみられるが、ほかの項目における大きな乖離はなく、本調査の調査対象施設には特段の偏りはないと考えられる。

図表 16 法人・関連法人が運営する医療・介護系施設



図表 17 法人・関連法人が運営する事業所・サービス



図表 18 法人・関連法人が運営する医療・介護系施設及び事業所・サービス(類似研究との比較)

(%)	関連法人が運営する施設			
	運営		うち、併設	
	回答施設	類似研究	回答施設	類似研究
病院	6.8	12.9	1	1.8
有床診療所	1.5	1.8	0.6	0.4
無床診療所	12.7	15.5	7.7	5.2
介護老人保健施設	12.7	17.9	1.8	3.8
認知症対応型共同生活介護事業所	31.9	31.8	8.4	10.1
その他高齢者住まい等	16.2	19.3	4.4	4.9
その他	8.3	28.1	3.8	9.0
無回答	46.6	26.9	77.9	47.5
調査数	678	711	678	711
(%)	関連法人が運営する事業所・サービス			
	運営		うち、併設	
	回答施設	類似研究	回答施設	類似研究
訪問介護	48.8	48.2	24.6	17.2
訪問入浴介護	7.4	6.6	3.8	2.8
訪問看護	9.7	11.8	2.1	2.5
訪問リハビリテーション	5	6.3	0.4	1.3
居宅療養管理指導	0.9	2.7	0.3	0.4
通所介護	83.9	84.8	61.1	39.1
通所リハビリテーション	11.4	13.4	1.2	2.8
短期入所生活介護	95.7	97.3	87.2	46.7
短期入所療養介護	7.5	9.3	1.3	2.0
特定施設入居者生活介護	13.1	14.5	3.5	3.5
福祉用具貸与	1.5	3.7	0.7	0.6
居宅介護支援	79.5	80.2	51.5	34.9
小規模多機能型居宅介護	19.3		3.2	0.0
看護小規模多機能型居宅介護 (複合型サービス)	0.7		0	0.0
地域包括支援センター	27.9		11.1	0.0
その他	8.6	16.6	4	7.0
無回答	2.4	1.4	10.9	49.6
調査数	678	711	678	711

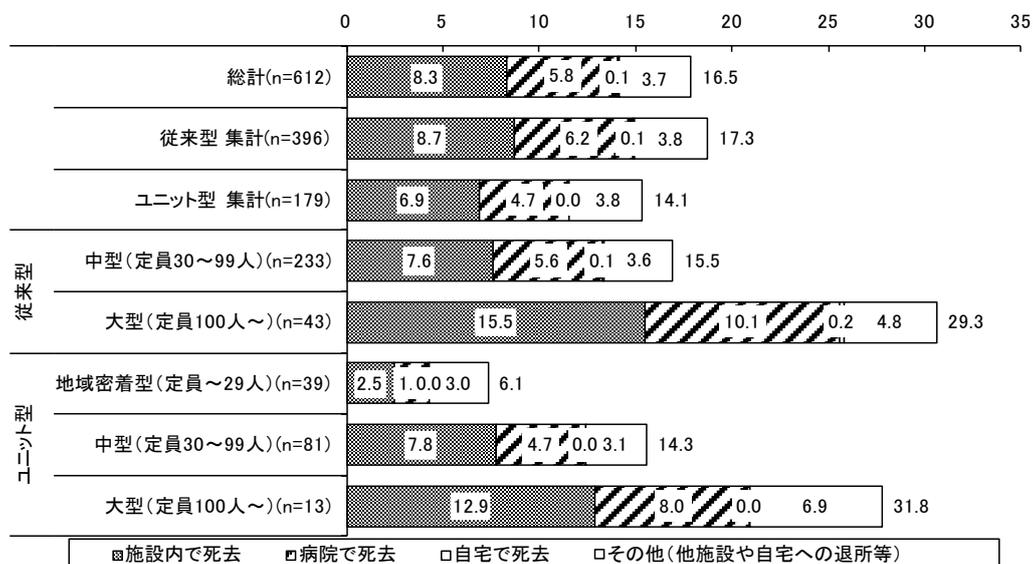
※類似研究：三菱総合研究所「平成24年度介護報酬改定の効果懸賞および調査研究に係る調査（平成26年度調査）（5）介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療・看護の提供実態に関する横断的な調査研究事業」

#### 4.1.6. 退所者数

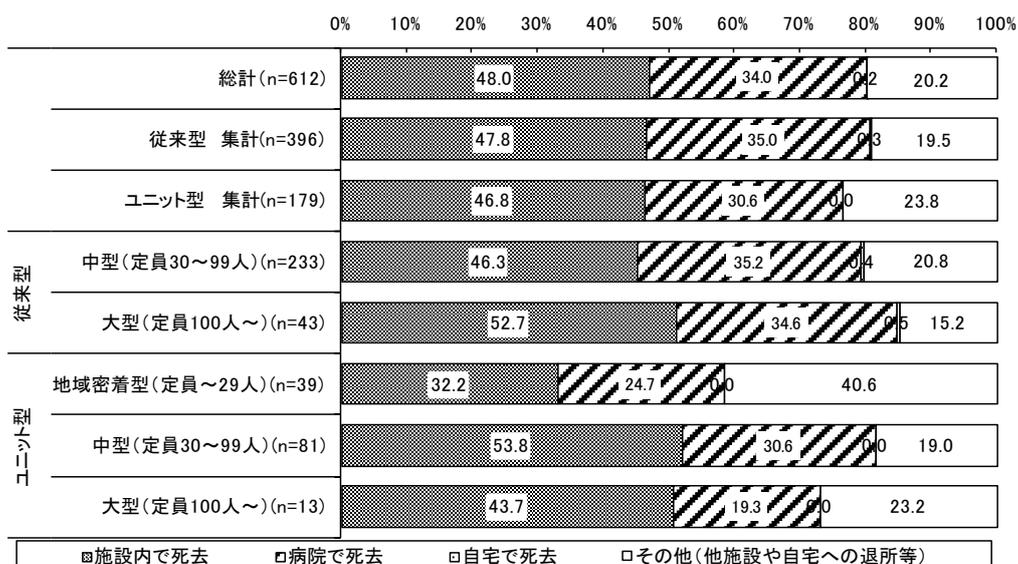
回答のあった施設における平成26年度の退所者数は平均16.5人であった。うち施設内で死去した割合は48.0%、病院で死去した割合は34.0%、自宅で死去した割合は0.2%、他施設や自宅への退去等の割合は20.2%であった。

施設類型別にみると、特にユニット型の地域密着型施設では「他施設や自宅への対処等」（地域密着型：40.6%、全体：20.2%）の比率が高く、「施設内で死去」（地域密着型：32.2%、全体：48.0%）と「病院で死去」（地域密着型：24.7%、全体：34.0%）の比率が低い傾向がある。

図表 19 セグメント別 平成26年度退所者数



図表 20 セグメント別 平成26年度退所者 退所先別割合



## 4.2. 施設の基本体制

### 4.2.1. 人員体制

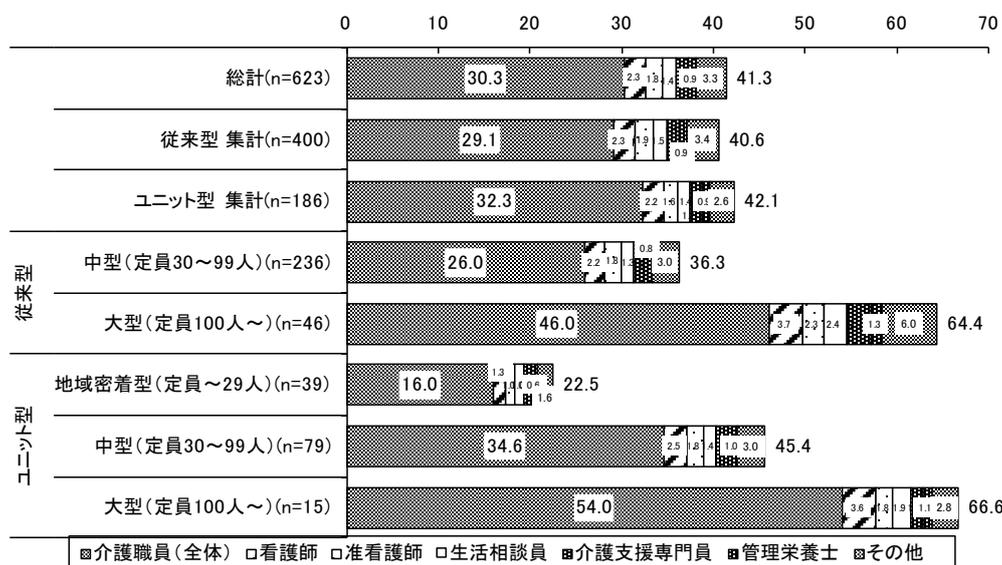
#### (1) 人員体制（職員数）

職員数の平均は全体で 41.3 人、従来型施設で 40.6 人、ユニット型施設で 42.1 人であった。介護職員数の平均は全体で 30.3 人、従来型施設で 29.1 人、ユニット型施設で 32.3 人であった。

施設規模による差異を考慮して入所定員 100 人対で比較すると、全体で 65.8、従来型施設で 61.7、ユニット型施設で 75.2 であり、人員配置がより手厚いのはユニット型施設であった。また、従来型・ユニット型の双方で施設規模が小さいほど人員体制が手厚い傾向がみられる。

#### ① 常勤換算 職員数

図表 21 セグメント別 職種別常勤換算職員数

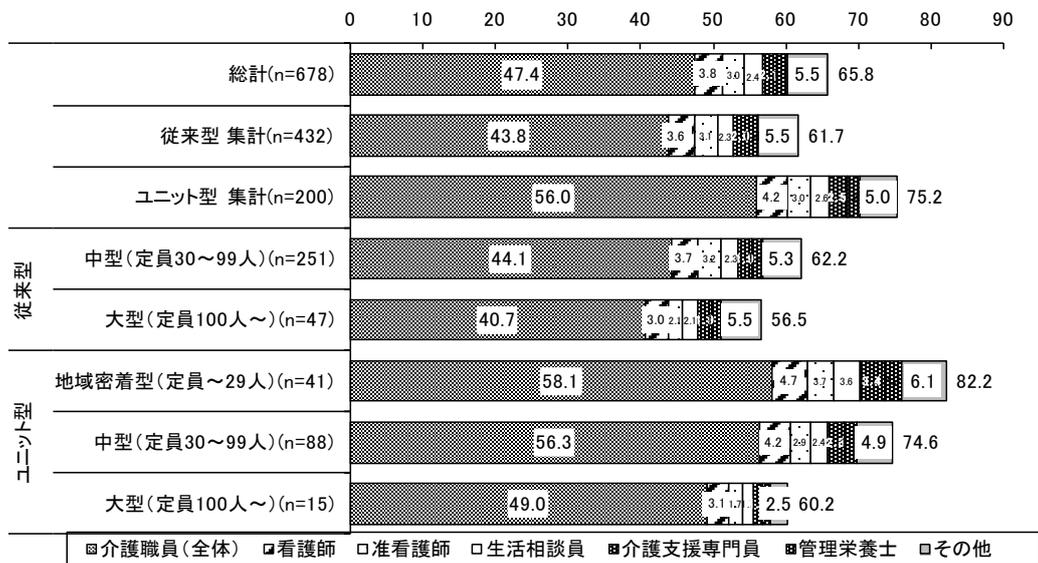


図表 22 セグメント別職種別常勤換算職員数（詳細）

	総計(n=623)	従来型				ユニット型			
		従来型 集計 (n=400)	ユニット型 集計 (n=186)	中型 (定員30~99人) (n=236)	大型 (定員100人~) (n=46)	地域密着型 (定員~29人) (n=39)	中型 (定員30~99人) (n=79)	大型 (定員100人~) (n=15)	
介護職員(全体)	30.3	29.1	32.3	26.0	46.0	16.0	34.6	54.0	
介護職員のうち介護福祉士	17.3	17.0	17.5	15.3	26.6	8.6	20.0	29.6	
介護職員のうち認定特定行為業務従事者	8.5	9.2	7.2	8.4	12.3	2.3	8.3	14.2	
看護師	2.3	2.3	2.2	2.2	3.7	1.3	2.5	3.6	
准看護師	1.8	1.9	1.6	1.8	2.3	1.0	1.8	1.8	
生活相談員	1.4	1.5	1.4	1.3	2.4	1.0	1.4	1.9	
介護支援専門員	1.3	1.3	1.2	1.1	2.7	0.9	1.4	1.3	
管理栄養士	0.9	0.9	0.9	0.8	1.3	0.6	1.0	1.1	
医師	0.2	0.1	0.2	0.1	0.3	0.1	0.2	0.1	
歯科医師	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
理学療法士(PT)	0.1	0.1	0.2	0.1	0.3	0.0	0.2	0.3	
作業療法士(OT)	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	
言語聴覚士(ST)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
歯科衛生士	0.1	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	
栄養士	0.3	0.3	0.2	0.3	0.3	0.3	0.2	0.1	
介護助手	0.2	0.3	0.1	0.2	0.5	0.0	0.1	0.2	
その他合計	2.3	2.4	1.8	2.0	4.5	1.1	2.1	1.8	
常勤換算合計	41.3	40.6	42.1	36.3	64.4	22.5	45.4	66.6	
	n=	623	400	186	236	46	39	79	15

② 常勤換算 職員数 (入所定員比)

図表 23 セグメント別 入所定員100人対常勤換算職員数



図表 24 セグメント別 入所定員100人対常勤換算職員数(詳細)

	総計(n=438)	従来型		ユニット型				
		従来型 集計(n=284)	ユニット型 集計(n=133)	中型(定員30~99人)(n=236)	大型(定員100人~)(n=46)	地域密着型(定員~29人)(n=39)	中型(定員30~99人)(n=79)	大型(定員100人~)(n=15)
介護職員(全体)	47.4	43.8	56.0	44.1	40.7	58.1	56.3	49.0
介護職員のうち介護福祉士	27.4	25.8	31.4	26.2	23.3	31.5	32.1	26.9
介護職員のうち認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けた者	13.2	13.9	12.1	14.4	11.1	8.5	13.5	14.1
看護師	3.8	3.6	4.2	3.7	3.0	4.7	4.2	3.1
准看護師	3.0	3.1	3.0	3.2	2.1	3.7	2.9	1.7
生活相談員	2.4	2.3	2.6	2.3	2.1	3.6	2.4	1.7
介護支援専門員	2.1	2.0	2.5	1.9	1.9	3.4	2.3	1.2
管理栄養士	1.5	1.4	1.8	1.4	1.1	2.3	1.7	1.0
医師	0.3	0.2	0.3	0.2	0.2	0.5	0.3	0.1
歯科医師	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
理学療法士(PT)	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.3	0.3
作業療法士(OT)	0.1	0.1	0.2	0.1	0.1	0.3	0.1	0.1
言語聴覚士(ST)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
歯科衛生士	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0
栄養士	0.6	0.6	0.5	0.6	0.2	1.0	0.4	0.1
介護助手	0.4	0.4	0.2	0.4	0.5	0.0	0.3	0.2
その他合計	3.8	3.9	3.4	3.6	4.2	4.1	3.3	1.6
常勤換算合計	65.8	61.7	75.2	62.2	56.5	82.2	74.6	60.2
n=	438	284	133	236	46	39	79	15

(2) 人員体制（時間帯別職員実人数）

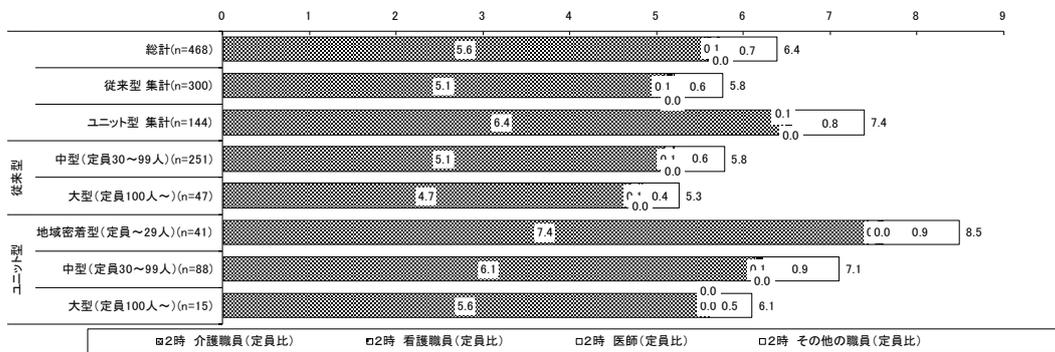
特養では、特に夜間帯を中心とした時間毎の人員体制が課題になることも多いことから、時間帯毎の人員体制について、入所定員 100 人対で分析した。

午前 2 時の入所定員 100 人対の人員体制は、全体で 6.4、従来型で 5.8、ユニット型で 7.4 とユニット型のほうが高い。

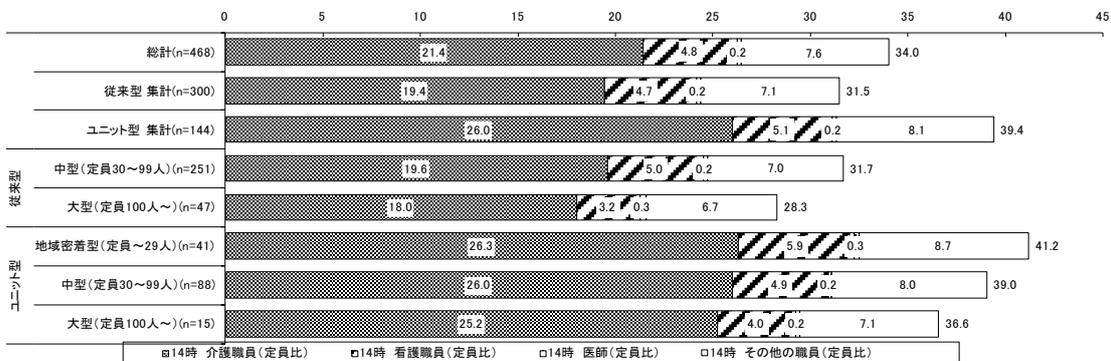
午後 14 時の入所定員 100 人対の人員体制は、全体で 34.0、従来型で 31.5、ユニット型で 39.4 とユニット型のほうが高い。

午後 20 時の入所定員 100 人対の人員体制は、全体で 7.4、従来型で 6.2、ユニット型で 9.9 とユニット型のほうが高い。

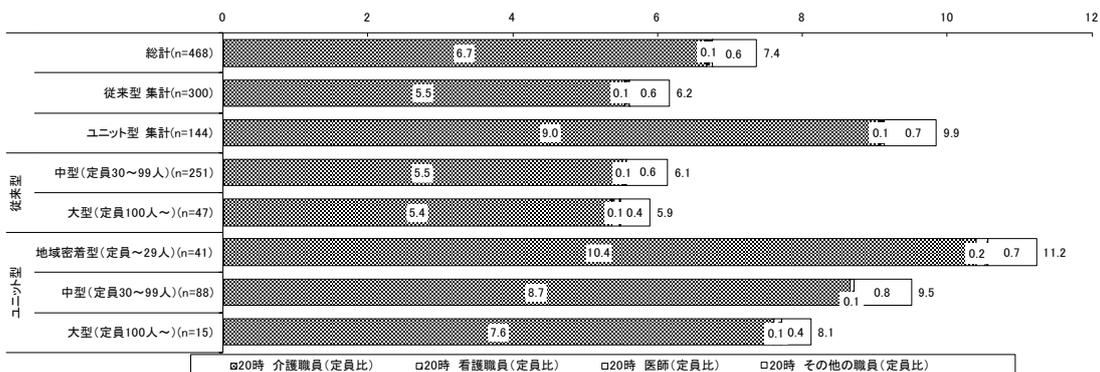
図表 25 セグメント別 午前2時 職種別人員体制(入所定員100人比)



図表 26 セグメント別 午後14時 職種別人員体制(入所定員100人比)



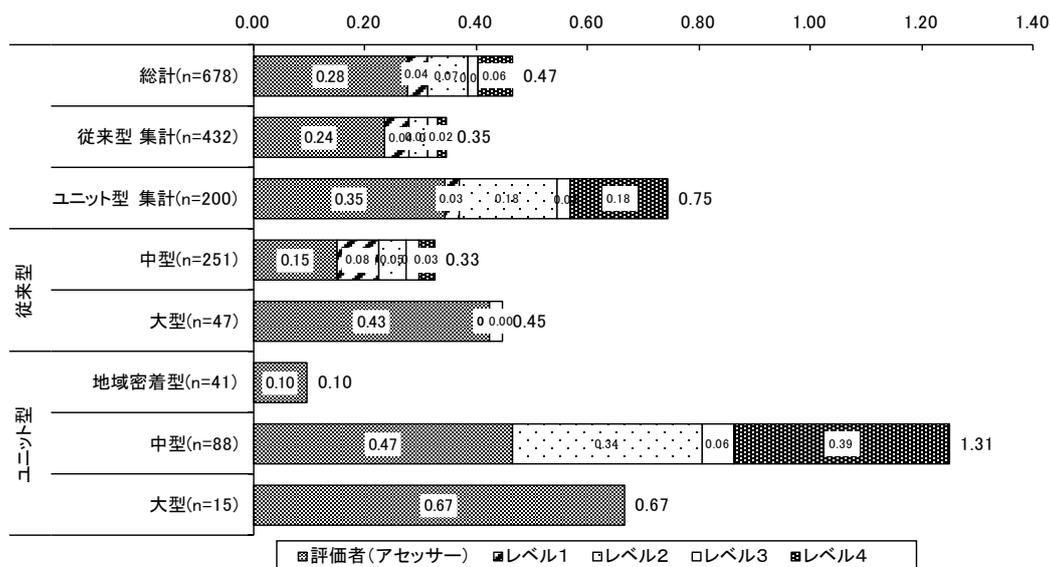
図表 27 セグメント別 午後20時 職種別人員体制(入所定員100人比)



### (3) 人員体制（介護プロフェッショナルキャリア段位取得者）

一般社団法人シルバーサービス振興会が認定する「介護プロフェッショナルキャリア段位」の取得者（技術評価が行われている介護職員）の人数は、調査対象施設全体で316人であった。1施設あたりの取得者人数の平均値は、全体で0.47人、従来型で0.35人、ユニット型で0.75人であった。

図表 28 セグメント別 介護プロフェッショナルキャリア段位 取得者人数(1施設あたり)



図表 29 セグメント別 介護プロフェッショナルキャリア段位 取得者人数合計

	(人)	合計	評価者(アセッサー)	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
総計(n=678)		316	188	24	49	13	42
従来型 集計(n=432)		150	102	19	14	8	7
ユニット型 集計(n=200)		149	69	5	35	5	35
従来型 中型(定員30~99人) (n=251)		82	38	19	12	6	7
従来型 大型(定員100人~) (n=47)		21	20	0	0	1	0
ユニット型 地域密着型(定員~29人) (n=41)		4	4	0	0	0	0
ユニット型 中型(定員30~99人) (n=88)		115	41	5	30	5	34
ユニット型 大型(定員100人~) (n=15)		10	10	0	0	0	0

#### (4) 人員体制の決定要因

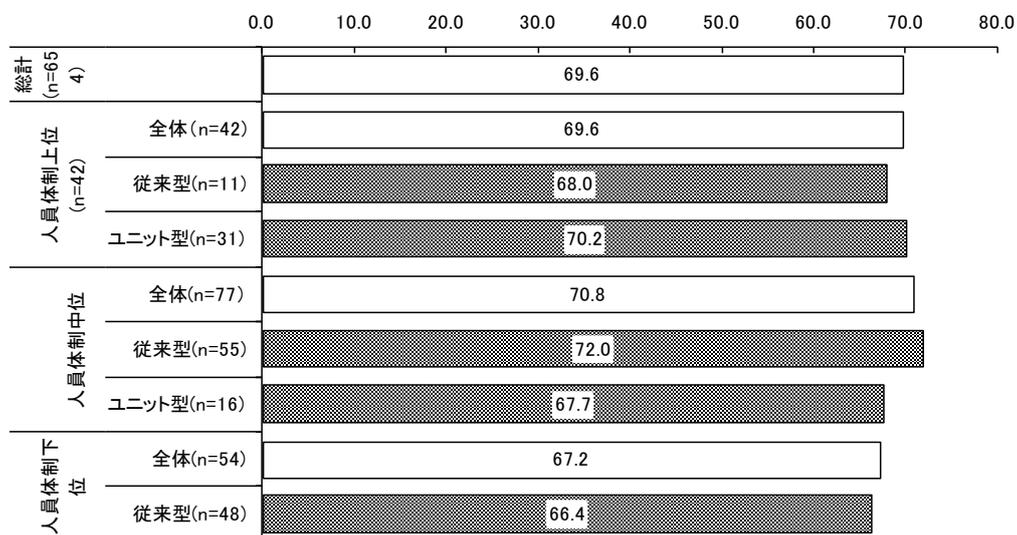
人員体制（入所定員を介護職員数で除した値）について、先述の方法で上位・中位・下位にあたる施設を抽出し、人員体制の決定要因となり得る指標とのクロス分析を実施した。

##### ① 入所者の状態像

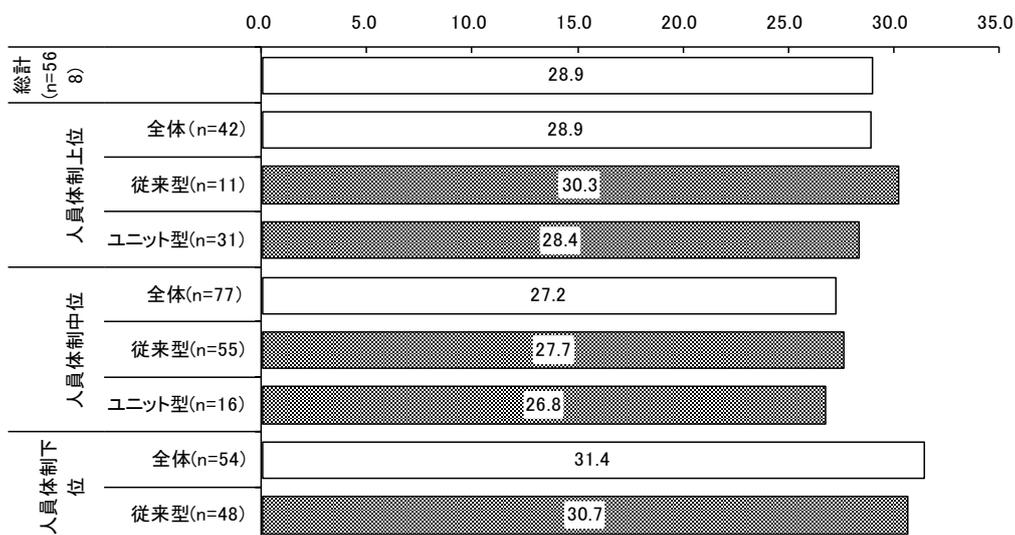
要介護4以上の入所者の割合は、人員体制上位の施設で69.6%、中位の施設で70.8%、下位で67.2%であり、人員体制との明確な関係はみられない。

日常生活自立度Ⅳ以上の入所者の割合は、人員体制上位の施設で28.9%、中位の施設で27.2%、下位の施設で31.4%であり、下位の施設でやや高い傾向があるものの、人員体制との明確な関係はみられない。

図表 30 セグメント別 要介護度4以上の入所者の割合と人員体制の手厚さの関係



図表 31 セグメント別 日常生活自立度Ⅳ以上の入所者の割合と人員体制の手厚さの関係

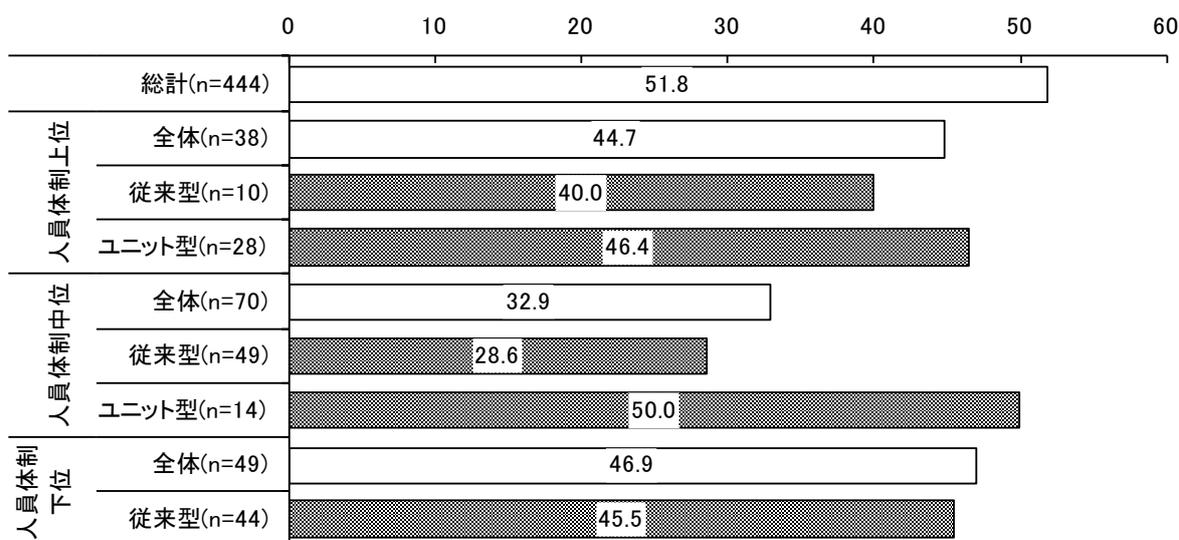


## ② 多職種間連携

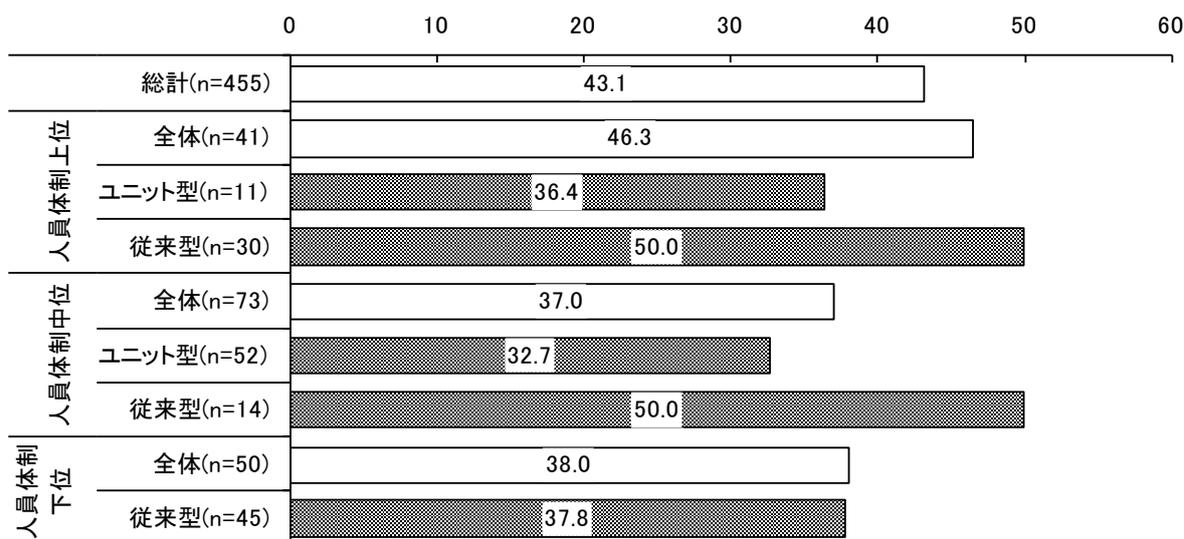
医師との看取りに関する連携にあたり「課題がない」と答えた施設の割合は、全体では51.8%、人員体制上位の施設では44.7%、中位では32.9%、下位では46.9%であった。全体として、人員体制との関連はみられない。

看護職員との看取りに関する連携にあたり「課題がない」と答えた施設の割合は全体で43.1%、人員体制上位の施設では46.3%、中位では37.0%、下位では38.0%であった。人員体制上位の施設では、看護職員との看取りに関する連携に関する課題が少ない傾向がみてとれる。

図表 32 人員体制別 医師との連携にあたり「課題はない」と回答した施設の割合



図表 33 人員体制別 看護職員との連携にあたり「課題はない」と回答した施設の割合



## 4.2.2. 人員の不足感

### (1) 人員の不足感 概況

調査対象施設のうち、全体の65.6%、ユニット型施設の64.0%、従来型施設の67.8%が介護職員の不足感を感じている。介護職員の不足感を感じている割合は従来型の大型施設で最も高く(70.2%)、ユニット型の地域密着型施設で最も低い(56.1%)。不足人数の平均値は全体で3.4人、ユニット型施設で3.9人、従来型施設で3.2人となっている。

介護職員の次に不足感が感じられている職種は看護師(41.7%)、准看護師(15.6%)、介護支援専門員(11.7%)、理学療法士(11.2%)などである。

図表 34 セグメント別 人員の不足感を感じている割合(%)

(%)	総計(n=678)	ユニット型 集計 (n=200)	従来型 集計 (n=432)	ユニット型			従来型	
				地域密着型(定員~29人) (n=41)	中型(定員30~99人)(n=88)	大型(定員100人~)(n=15)	中型(定員30~99人)(n=251)	大型(定員100人~)(n=47)
医師	2.9	2.0	3.2	7.3	1.1	0.0	2.4	6.4
歯科医師	0.7	0.5	0.5	2.4	0.0	0.0	0.4	0.0
看護師	41.7	34.5	46.1	29.3	40.9	26.7	45.8	44.7
准看護師	15.6	17.0	16.0	12.2	23.9	13.3	15.1	10.6
介護職員(全体)	65.6	64.0	67.8	56.1	65.9	53.3	64.5	70.2
うち介護福祉士	44.4	42.0	45.6	51.2	42.0	40.0	44.2	51.1
うち認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けた者	23.3	22.0	24.1	24.4	21.6	40.0	24.3	14.9
生活相談員	9.6	11.0	9.7	9.8	10.2	26.7	6.8	4.3
理学療法士(PT)	11.2	10.5	11.8	9.8	12.5	13.3	11.6	12.8
作業療法士(OT)	5.5	6.0	5.8	7.3	6.8	0.0	4.8	10.6
言語聴覚士(ST)	2.2	3.0	2.1	4.9	3.4	6.7	2.4	4.3
歯科衛生士	2.4	2.5	1.9	2.4	3.4	6.7	1.6	2.1
栄養士	1.0	0.0	1.6	0.0	0.0	0.0	1.6	0.0
管理栄養士	4.3	2.5	5.6	2.4	2.3	0.0	7.2	0.0
介護支援専門員	11.7	10.5	12.7	7.3	14.8	13.3	14.7	10.6
介護助手	1.5	0.0	2.3	0.0	0.0	0.0	2.8	0.0

※母数は調査客体全体であり、無回答を考慮すると実際の割合は上記の値より高くなる可能性が高い。

図表 35 セグメント別 人員の不足感を感じている施設における平均不足人員数(常勤換算)

	総計(n=678)	ユニット型 集計 (n=200)	従来型 集計 (n=432)	ユニット型			従来型	
				地域密着型(定員~29人) (n=41)	中型(定員30~99人)(n=88)	大型(定員100人~)(n=15)	中型(定員30~99人)(n=251)	大型(定員100人~)(n=47)
医師	0.5	0.6	0.5	0.7	0.5		0.5	0.4
歯科医師	0.2	0.2	0.2	0.2			0.2	
看護師	1.3	1.2	1.3	1.0	1.2	1.3	1.2	1.8
准看護師	1.3	1.4	1.2	1.2	1.4	1.0	1.2	1.3
介護職員(全体)	3.4	3.9	3.2	2.9	4.2	4.9	2.9	3.7
うち介護福祉士	3.1	3.5	3.0	2.1	4.0	3.8	2.8	3.5
うち認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けた者	3.3	3.3	3.0	1.9	3.7	3.5	3.0	3.5
生活相談員	1.1	1.1	1.1	1.0	1.1	1.3	1.0	1.0
理学療法士(PT)	0.9	0.9	1.0	0.4	1.0	1.0	1.0	0.7
作業療法士(OT)	0.9	0.8	0.9	0.3	1.0		1.0	0.7
言語聴覚士(ST)	0.8	0.7	0.9	0.3	1.0		1.0	0.6
歯科衛生士	0.8	0.7	0.8	0.5	0.7	1.0	0.8	1.0
栄養士	1.3		1.3				0.9	
管理栄養士	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0		1.0	
介護支援専門員	1.2	1.2	1.2	1.0	1.2	1.0	1.1	1.4
介護助手	2.0		2.0				2.3	
その他計	1.4	2.0	1.3		2.0		1.4	

## (2) 人員の不足感の決定要因

人員の不足感を感じている施設の割合について、人員の不足感があると回答した施設が多かった上位6職種について、その要因と考えられる指標を用いてクロス分析を実施した。

### ① 人員体制

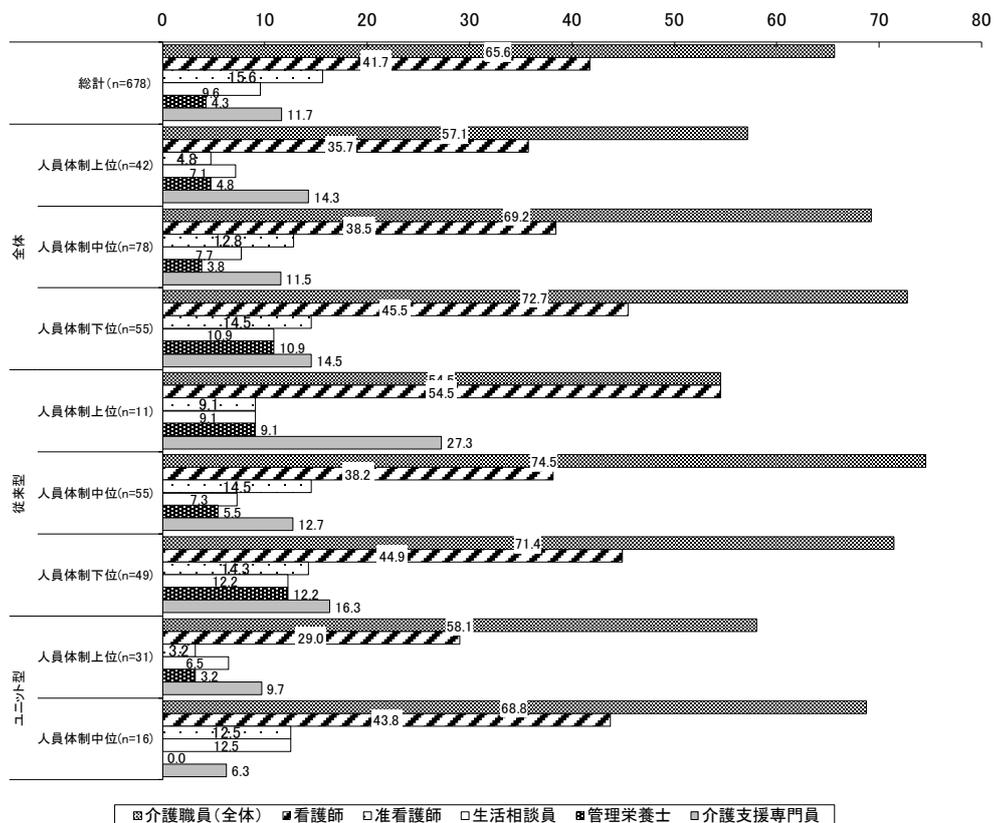
人員体制毎に介護職員の不足感を感じている施設の割合をみると、全体で65.6%、人員体制上位施設で57.1%、中位施設で69.2%、下位施設で72.7%である。

従来型・ユニット型のいずれも人員体制上位の施設で介護職員の不足感を感じている割合は低くなるが、人員体制上位の施設でも過半数の施設が介護職員の不足を感じている。

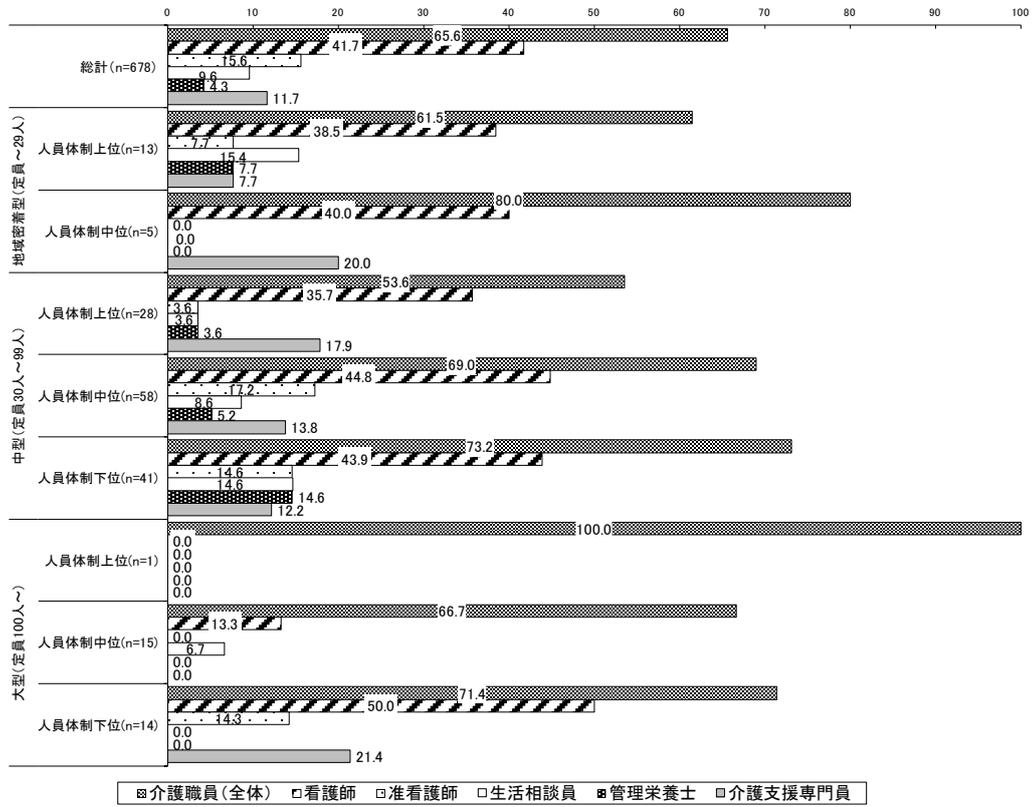
看護師の不足感を感じている施設の割合を見ると、人員体制上位施設で35.7%、中位で38.5%、下位で45.5%と、人員体制上位の施設ほど不足感を感じる割合が低くなっている。ただし、この傾向は従来型施設では必ずしもみられない。

施設の規模別に行った分析においても、概ね同様の結果が得られた。

図表 36 人員体制別 人員の不足感



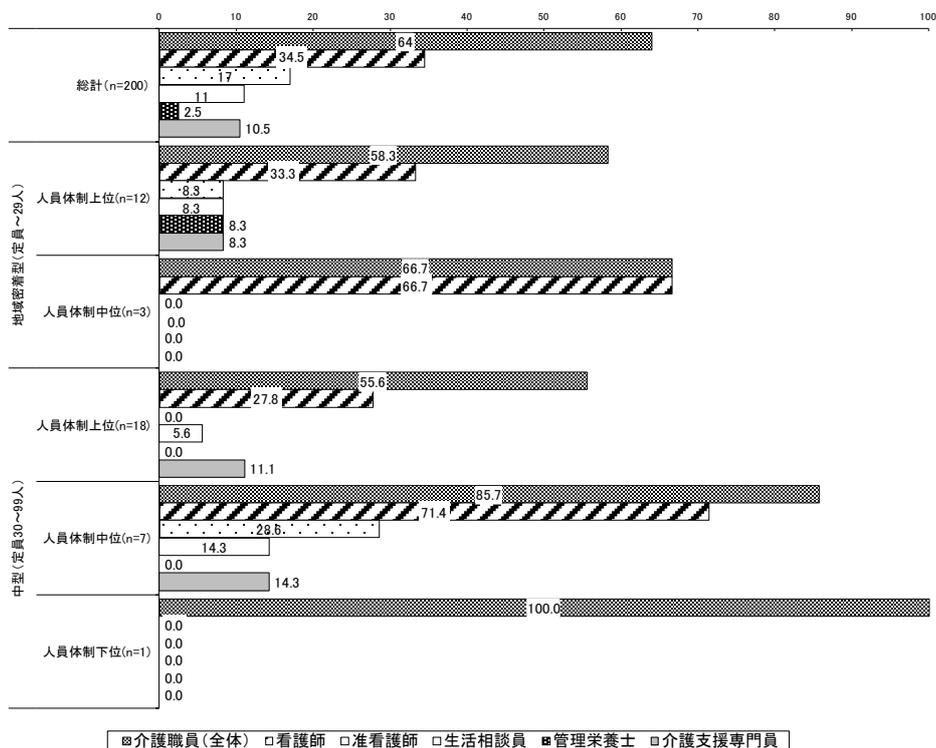
図表 37 施設規模別 人員体制別 人員の不足感(全施設)



図表 38 施設規模別 人員体制別 人員の不足感(従来型施設)



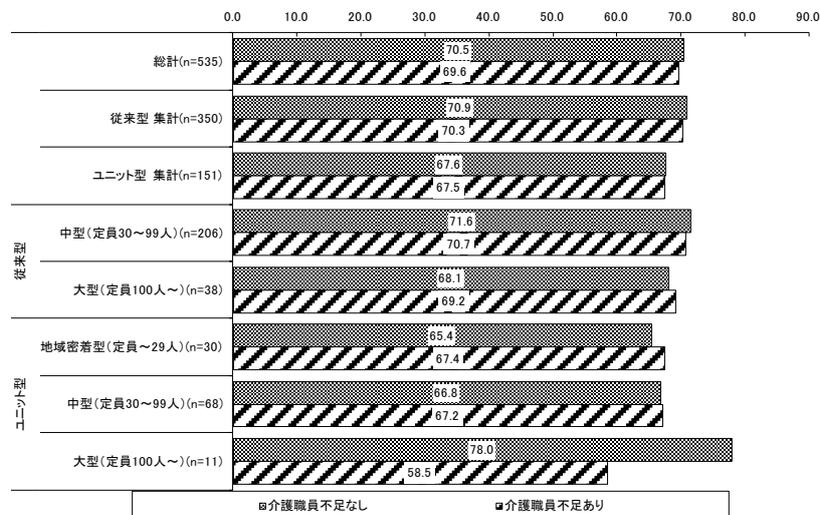
図表 39 施設規模別 人員体制別 人員の不足感(ユニット型施設)



## ② 入所者の状態像

人員の不足感の有無による入所者の状態像の違いをみると、要介護度4以上の入所者の割合は、介護職員の不足感「なし」と答えた施設では70.5%、「あり」と答えた施設では69.6%であった。セグメント別にみると、サンプル数の少ない（n=11）ユニット型大型施設において「なし」の施設で要介護度が高くなっている以外に大きな差異はみられず、入所者の状態像と人員の不足感の間に関連はみられない。

図表 40 介護職員の不足感別 要介護度4以上の入所者の割合



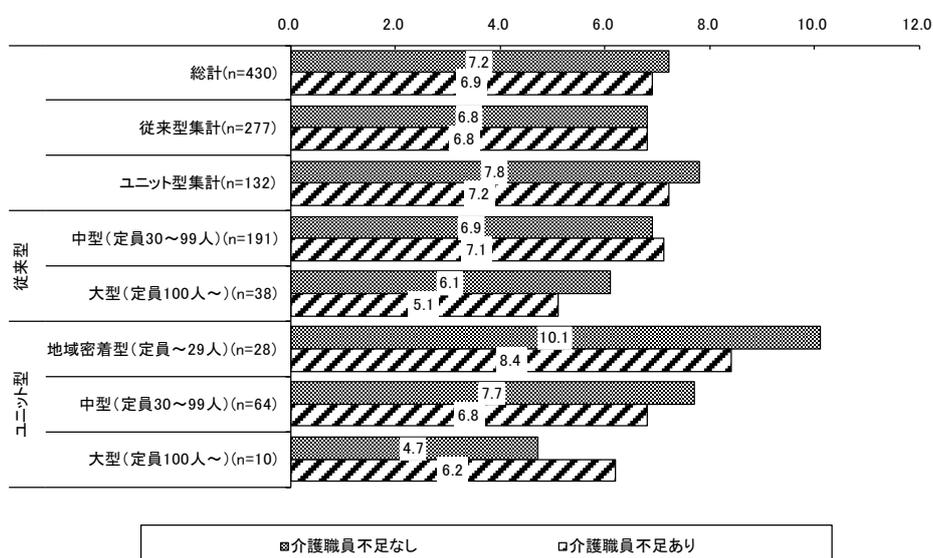
### ③ 他職種間連携

介護職員の不足感と看護職員数との関係を見ると、入所定員100人対常勤換算看護職員（看護師＋准看護師）数は、介護職員不足「なし」施設で7.2、「あり」施設で6.9である。従来型では「なし」「あり」共に6.8、ユニット型では「なし」施設で7.8、「あり」で7.2である。

介護職員が不足していない施設で看護職員配置が高い傾向を示している施設をみると、ユニット型の地域密着型施設では介護職員不足「なし」で10.1に対し「あり」では8.4、従来型大型施設では「なし」で6.1に対し「あり」で5.1となっている。一方、ユニット型の大型施設と従来型の中型施設では逆の傾向がみられる。少なくとも規模の小さい地域密着型施設に関しては、介護職員が不足している施設では看護職員が少ない傾向にあると考えられる。

また、看護職員が夜間勤務していた施設の割合についても同様の調査を実施したが、夜間勤務施設のサンプル数が少なく、有意な結果は得られていない。

図表 41 セグメント別 介護職員の人員不足感と看護職員体制（入所定員100人対常勤換算人数）



図表 42 セグメント別 介護職員の人員不足感と看護職員による夜間勤の関係

	総計(n=552)	ユニット型集計 (n=156)	従来型集計 (n=358)	ユニット型			従来型	
				地域密着型(定員~29人)(n=31)	中型(定員30~99人)(n=69)	大型(定員100人~)(n=12)	中型(定員30~99人)(n=210)	大型(定員100人~)(n=38)
介護職員不足なし(n=107)	8	1	7	0	1	0	5	0
%	7.5%	3.6%	10.8%	0.0%	9.1%	0.0%	10.4%	0.0%
介護職員不足あり(n=445)	24	6	14	1	3	0	7	2
%	5.4%	4.7%	4.8%	4.3%	5.2%	0.0%	4.3%	6.1%

### (3) 人員体制とボランティア

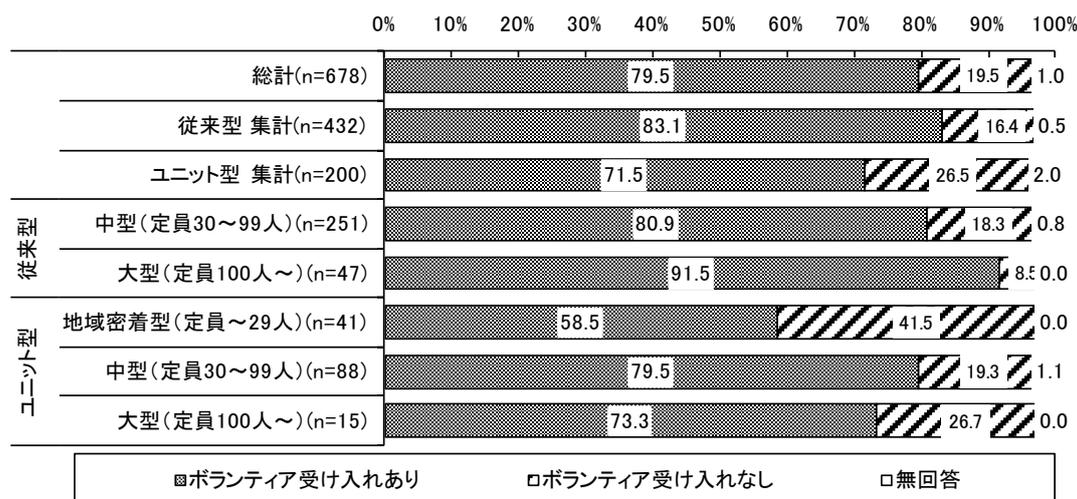
ボランティアを受け入れている施設は全体で79.5%、従来型施設で83.1%、ユニット型施設で71.5%であり、ボランティアを受け入れている割合は従来型施設で高い。また、特にユニット型・地域密着型の施設では受け入れ率が低い傾向にあるが、ボランティアの受け入れには団体の形成や受け入れ等に長期間を要する一方で、ユニット型施設・地域密着型施設ともに比較的歴史の新しい制度であることが影響しているのではないかと推察される。

職員体制とボランティア受け入れの関係をみると、人員体制の上位施設では75.8%、中位では78.8%、下位では82.6%の施設がボランティアを受け入れており、職員体制が薄い施設ほどボランティアを受け入れている割合が高い。

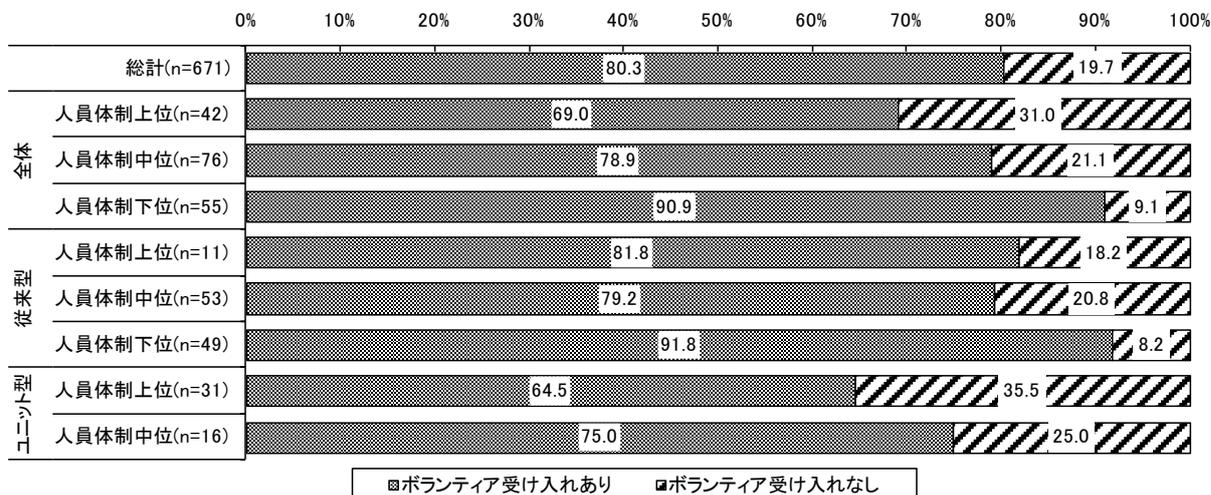
ボランティアを受け入れている施設のうち、44.2%がボランティアの受け入れにより介護職員の負担が軽減されたと回答しており、介護行為を補助するボランティアを受け入れている施設に限ると約68.3%の施設でボランティアの受け入れが介護職員の負担軽減に繋がっている計算になる。

以上の結果からはボランティアにより介護職員の負担が軽減されている可能性が考えられるが、人員体制別にボランティアの導入結果をみると、「介護職員の負担軽減に繋がっている」を選択する割合は人員体制上位の施設で55.2%、中位で50.0%、下位で46.0%であり、人員体制が薄い施設ではボランティアを介護職員の負担軽減に繋がっていない傾向がある。

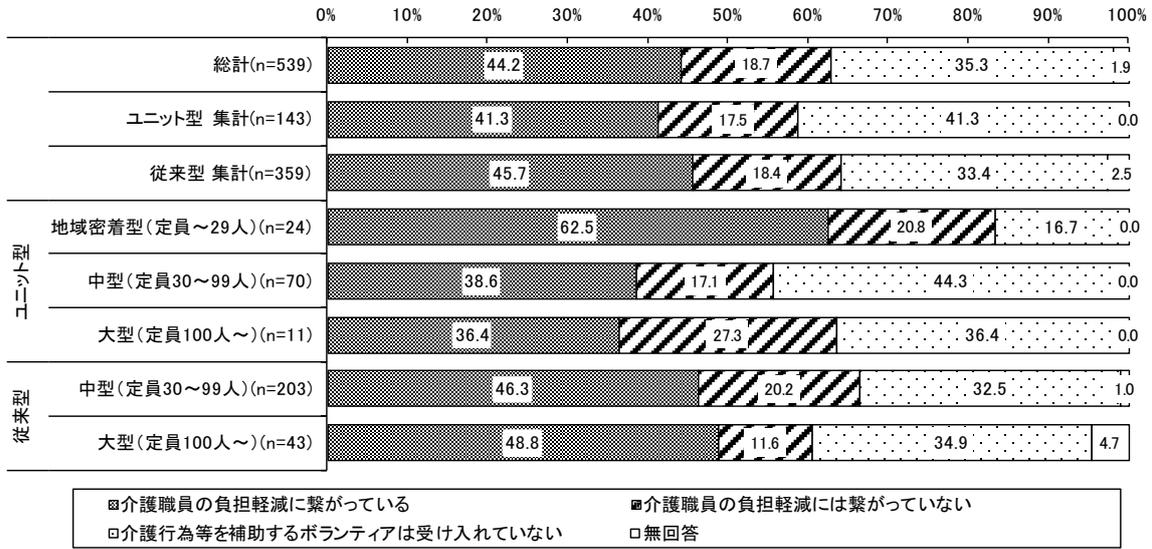
図表 43 セグメント別 ボランティアの受け入れ比率



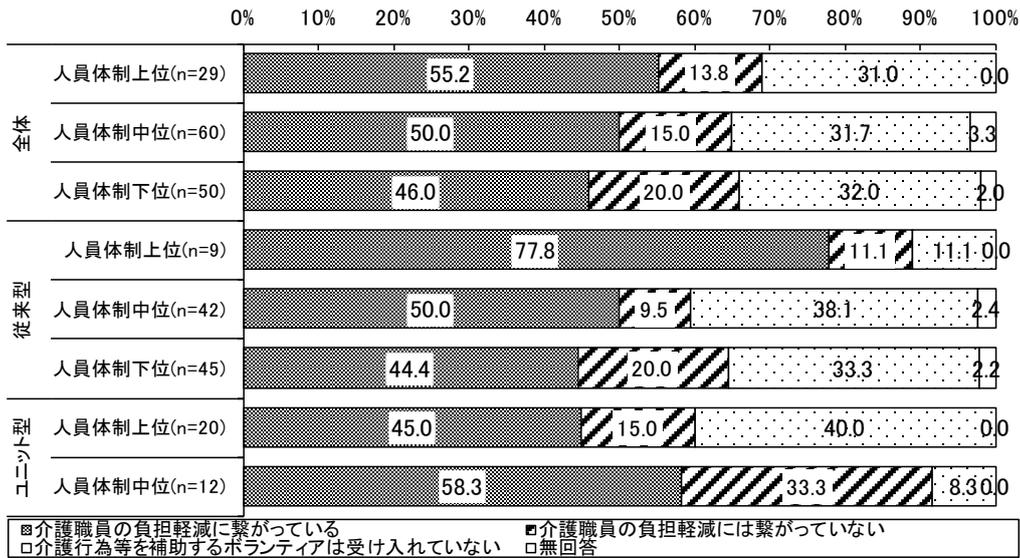
図表 44 人員体制別 ボランティア来訪の有無



図表 45 セグメント別 ボランティアの受け入れによる介護職員の負担軽減の状況



図表 46 人員体制別 ボランティアの受け入れによる介護職員の負担軽減の状況



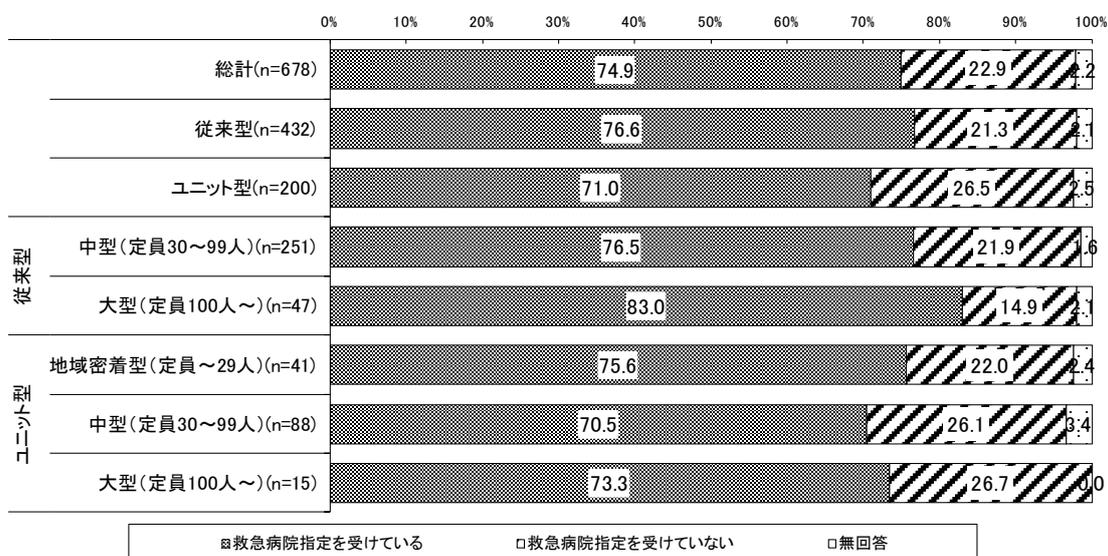
### 4.2.3. 医療・看護と介護の連携状況

#### (1) 協力病院

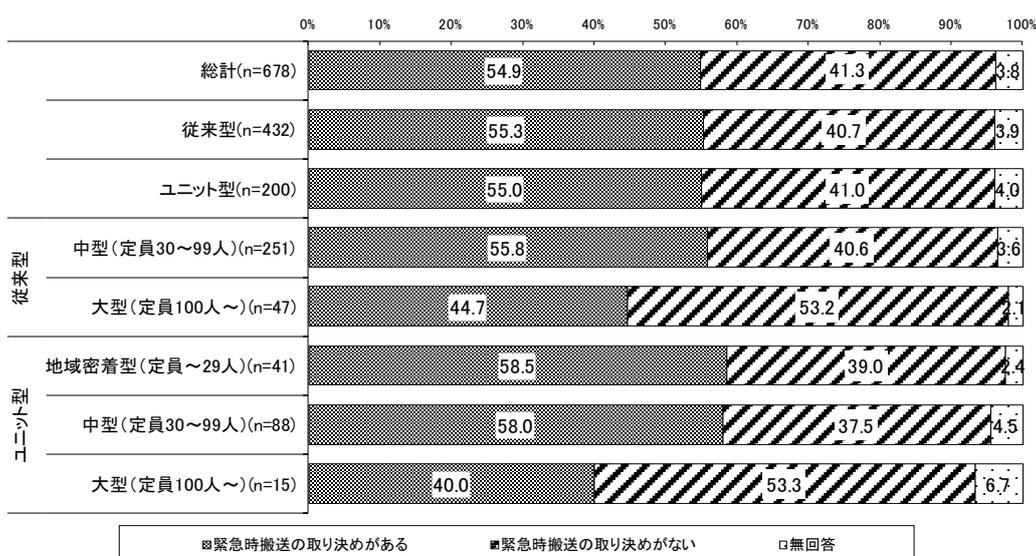
協力病院が救急病院指定を受けている施設は全体の 74.9%であり、協力病院と緊急時搬送の取り決めを結んでいる施設は全体の 54.9%であった。

しかし、救急病院指定を受けていても協力病院との連携には多くの課題があり、「協力病院に緊急搬送の受け入れを拒否される」「医師個人の問題」「協力病院が遠い」などの課題が挙げられている。

図表 47 セグメント別 協力病院が救急病院指定を受けているか



図表 48 セグメント別 緊急時搬送の取り決めの有無



図表 49 協力病院との連携に係る課題(自由回答より抜粋)

○受け入れ拒否	
1	・認知症のある利用者様の入院は敬遠されることがある。・施設からの依頼は断られることが多い。
2	一応契約はしているものの協力病院とは名ばかりであることが多い。
3	救急搬送時に、施設の契約医(嘱託医)からの紹介状を求められることがある(用意できないと受け入れしていただけない時があり、緊急時にすぐに紹介状が用意できないこともあるため)。
4	休診や時間外の時に協力は得られないことがある。
5	協力病院であっても必ずしも受け入れ可能ではないこと。緊急であっても診療情報はと、病院から訪ねられること。
6	協力病院であってもベッドの空きがなければ、緊急時、受け入れて頂けず、救急隊が病院を探すために時間がかかる時があります。
7	協力病院と言えども、いつでも対応してもらえるわけではなく、特に土日や夜間は受け入れ困難で拒否されることも多い。
8	協力病院といえども、入院ベッドが必ず確保できるものではない。また当直医が専門外だと受け入れてもらえないこともあるため、困ることが多い。
9	協力病院との連携は名ばかりで実際は理由をつけて断られることが多々あります。嘱託医が眼科胃腸科であり内科的なことは病院の方でというケースが多いが、そちらでもできるでしょうかと嫌みを言われたり、特に県病院があからさまで。年を重ねていても命は命と思えますが、家族が病院受診を希望されるのをどう話すか困ります。
10	協力病院は県立病院と提携しているが、夜間の救急搬送(救急車による)は受け付けない。回診して下さる医師と夜間、土日の医師との連携がとれていないため(土日はアルバイト的派遣医師)、十分な体制がとれていない。
11	主治医との連携であれば、協力病院は入院はスムーズにできるが、緊急時の搬送はどこの病院もなかなか受け入れてくれないで、病院探しに救急隊の方々が苦労して下さって近隣なく遠い病院になることもある。
12	平日日中は嘱託医がスムーズに対応してくれるが、土日祝日は、協力病院の日直、当直医師は医科大学からの派遣医師なので、スムーズに診察していただけないことが多い。
○医師の問題	
13	・特養自体を理解されていない医師が若干みえる。・地域に救急病院(急性期病院)は1か所しかないため、特養は気が引ける面がある。
14	医師が患者に行うムントラピーをしっかり行わないと、施設での対応に苦慮する。
15	医師主導となり法人が後手になっている。
16	医師により、家族の思いや希望がかなわない場面もあるように感じる。
17	家族は施設での看取りを希望しても、医師は治療を優先するところがある。
18	協力病院に当施設の嘱託医が不在の場合、他のDr.は当施設入居者の診察をこころよく行ってくれない。聴診器すらあてない場合もあり、びっくりする。又、地域の日赤病院や市民病院を受診するのもスムーズにいかず、非常にストレスである。
19	高齢者という理由で治療を受けられない時がある。データばかりを見ていて人を全く見ない。何をしてほしいのかと言われることがある。
20	利用者搬送時、「どうして連れてきたか」との高齢者の人権を損なうような言動が医師からあった。
21	連携については問題ないが、脳外の常勤がいないので、対応できない時がある。
○協力病院/医師の理解の問題	
22	・協力病院の度重なる機能変更があり、診療時間(午前中)以外は、診療や相談等の対応が難しい状況である。よって、夜間、休日、祭日等は、体調不良者が出た場合は、救急外来へ受診しなければならない。入居者やご家族にとって負担の場合もある。・医師不在の所では、看護師のできる医療的対応に限界がある(法律上と人員配置上)ということを理解してもらえない事もある。
23	救急、受診時、家族が同伴していないと個人情報との関係で、施設職員には病状や検査結果の説明をしてくれない医師もいる。
24	協力病院の縦割システムがスムーズな連携の妨げとなっている。例えば、施設入居者が協力病院へ入院していた際に看取り期の状態になっていたが、その情報が全く伝達してもらえなかった(個人情報伝々)。その対応の遅れで、ご家族の心外を招いてしまった。
25	病院医師が特養の性質をあまり理解しておらず、病院の下請けのように促している面がある。特養看護師が、特養からの立場としてではなく、病院のスタンスになって関わることがみられだし、その人らしい生活より、病気を治すため、と制限してしまう。互いに距離が必要だと思っている。
26	連携は一応できている。課題は看取り期にある人にどこまでの医療を行うか、また、どのような状態で退院して施設に戻るかについて、事前に十分な、話し合いが行われている場合と、そうでない場合があること。
27	嘱託医が2名ほどいるが、それぞれ看取りに対する考え方が違う。看取り時における延命行為、病院搬送だけでなく、経管栄養に関しても、本来なら家族に意向ありきといきたいところだが、医師の意向が強く反映されているのが現状。現在、2人の嘱託医が担当制で利用者を担当しているが、家族の意向を聞いたうえで、どちらの嘱託医に担当してもらおうのいいかを考えざるを得ない。また、家族が医療機関への入院を希望しても受け入れてくれるところが少ない。
○協力病院の運営形態	
28	同じ町営から施設だけ民営になったことで、時々問題が生じている。
29	協力病院が急性期の治療を目的としている病院であるため、家族のニーズとのギャップがある。主治医が勤務医であり利用者の体調悪化時、主治医に相談できない。
30	協力病院は急性期病院であるため、家族が十分な医療を望んでも施設への退院を迫られます。家族としての本当の希望がかなわないときがあります。
31	公立病院で積極的ではない(請求が減算になるため特養に)。
○協力病院が遠い	

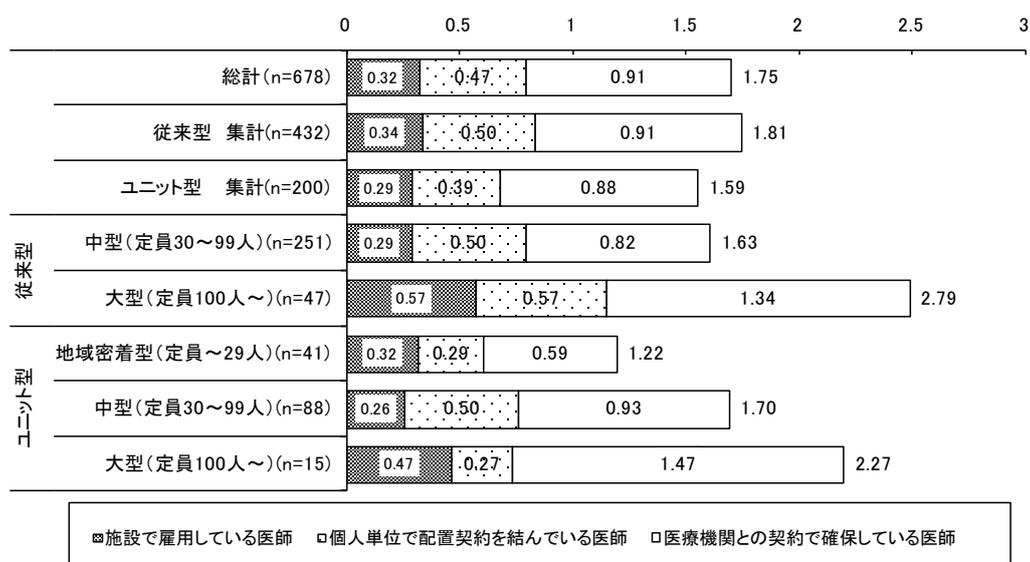
32	片道35分程度と距離がある。
33	協力病院が施設から遠方にて、受け入れが困難な場合があった。協力病院としての認識は薄れてしまっている。
34	協力病院が遠いため、近隣の病院に協力をお願いしています。
35	協力病院で、脳疾患対応の病院が近くにない。
36	緊急時の受け入れや、病院までの距離が離れているため利用が困難。
37	施設から離れている(車で40分)ため、受診、入院に際し時間がかかる。
○その他	
38	・入院後の経過報告がないため、経過報告がほしい。・延命か看取りの選択の説明時、施設での看取りもできることをご家族に説明されているのかわからないケースがある。
39	2か月に1度、医療連携会議を行い、課題の早期解決を行っている。
40	ありません。施設から病院まで車で1～2分のため夜間でも往診があります。また、電話での指示を受け入れることが出来ます。
41	回診以外の往診が不可能な事。
42	島の中に内科開業医が0で、入院病院が1つだけなので介護施設が病院の予備ベッド化している。
43	ベッドコントロールのためか不明だが、入院は長期になり、家族が不満に思う場面がある。
44	看取り加算、算定に当たり、医師からの説明する時間(受診回)が決まっており、同意書のサインへの協力が得られることが課題です。
45	配置医師(管理医師)所属の病院は、救急病院ではない。施設利用者様からのカルテはすべてあるにもかかわらず、救急対応していただけない状況があります。

## (2) 医師の配置・医師との連携

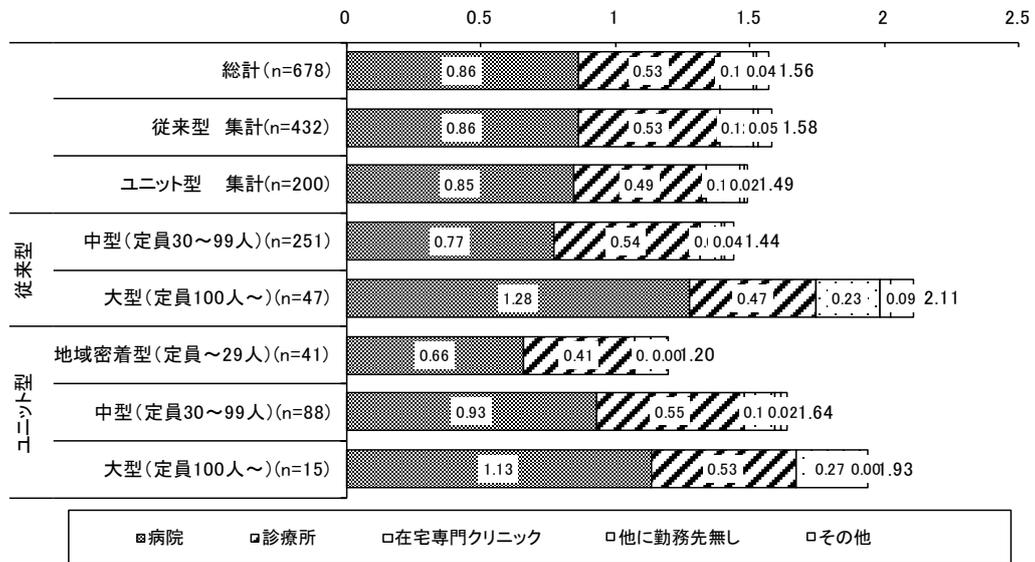
### ① 配置医師の体制と契約状況

配置医師として最も多いのは「医療機関との契約で確保している医師」であり、1施設あたり平均0.91人が在籍している。また、非常勤の配置医師の主要な勤務先は54.9%が病院、33.6%が診療所・クリニック、8.1%が在宅専門クリニック、他に勤務先がない者・その他が計3.3%であった。

図表 50 セグメント別 配置医師の体制



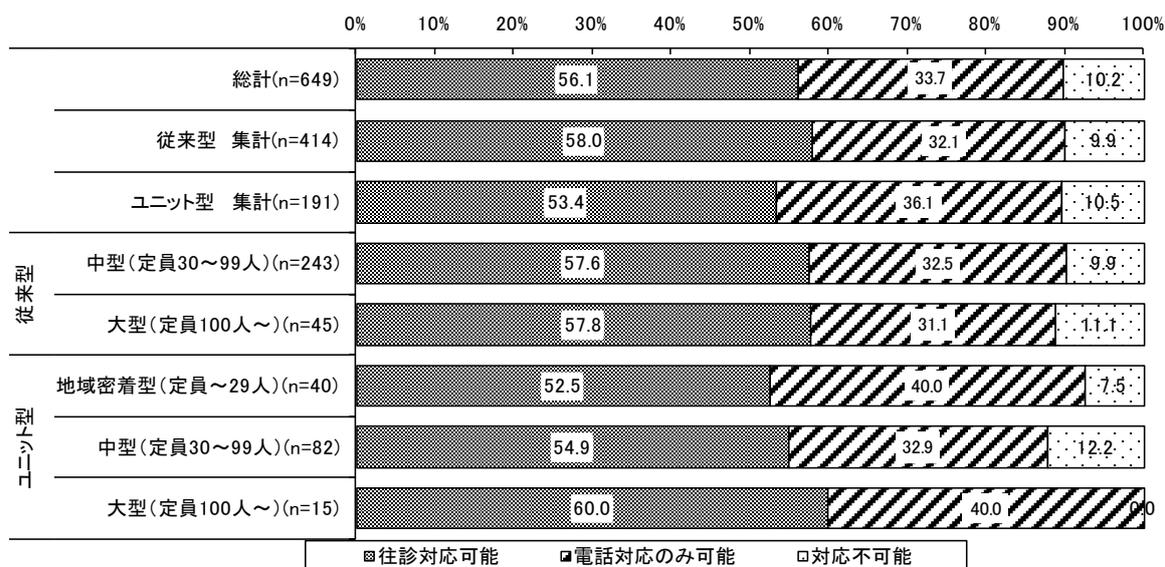
図表 51 セグメント別 配置医師(非常勤)の主要な勤務先



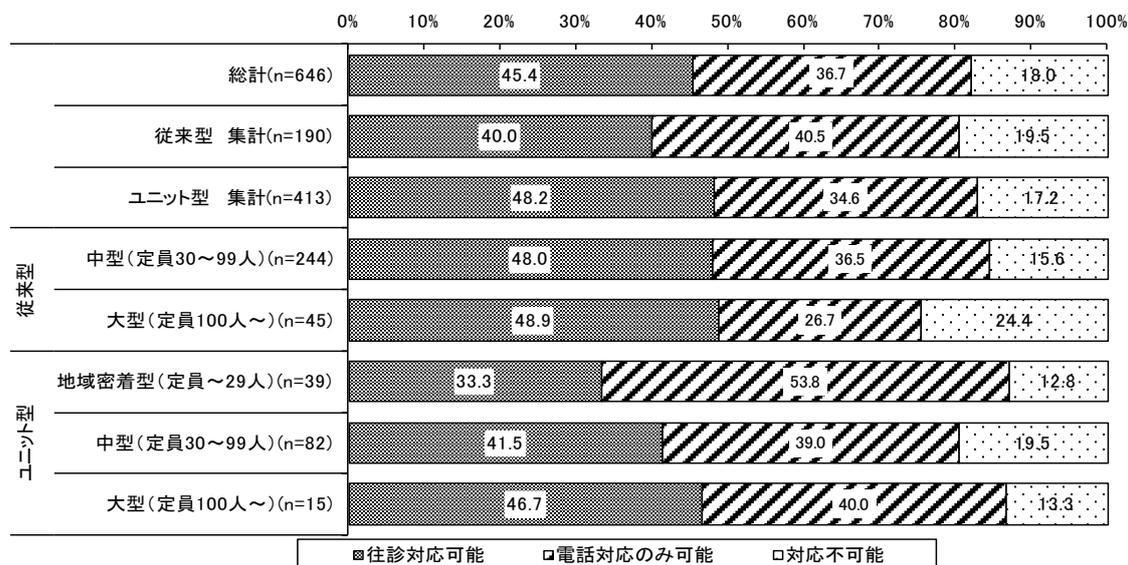
## ② 配置医師の緊急時対応

配置医師が往診対応可能である施設は、随時では56.1%、休日では45.4%、夜間では45.1%であった。電話対応のみ可能である施設は、随時では33.7%、休日では36.7%、夜間では27.8%であった。対応不可能である施設は、随時では10.2%、休日では18.0%、夜間では14.6%であった。

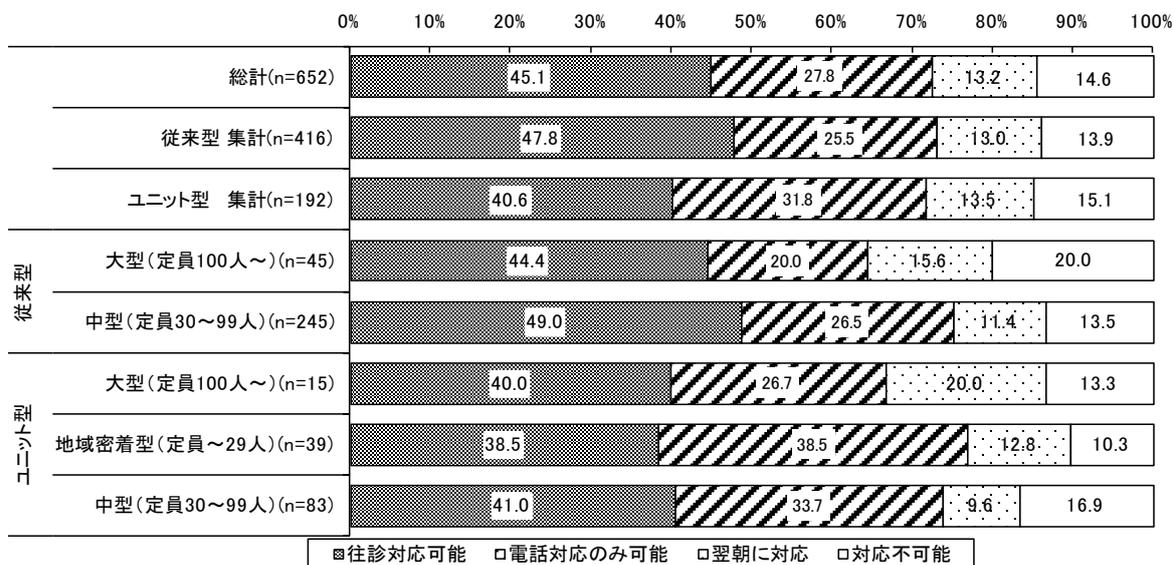
図表 52 セグメント別 配置医師の対応可否(随時)



図表 53 セグメント別 配置医師の対応可否(休日)



図表 54 セグメント別 配置医師の対応可否(夜間)



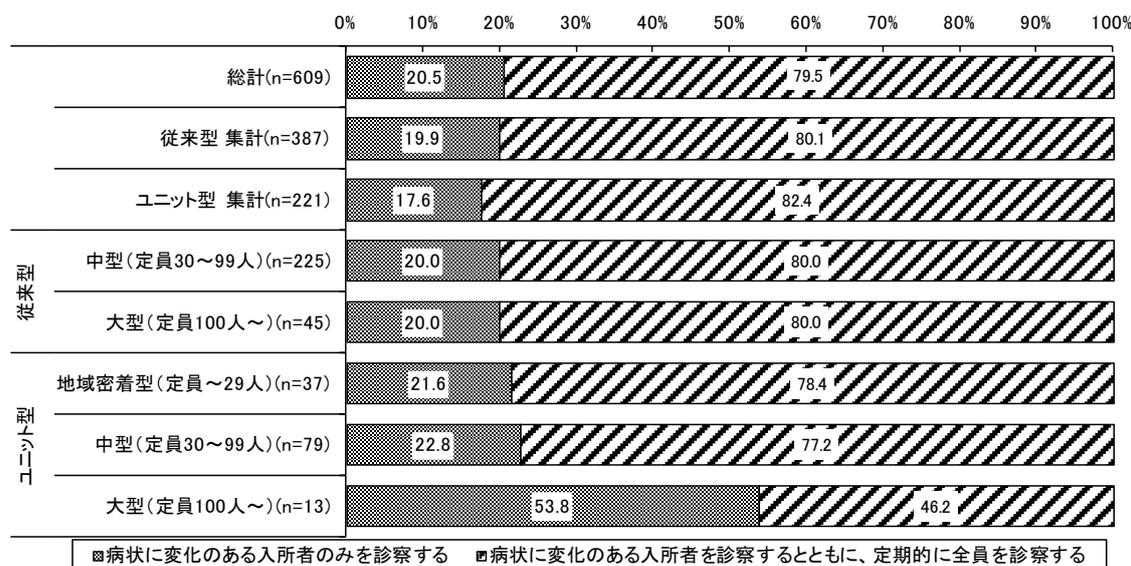
③ 配置医師による診察・診療

診察方法については、20.5%の施設で病状に変化のある入所者のみを診察しており、79.5%の施設がそれに加えて定期的に全員を診察していた。

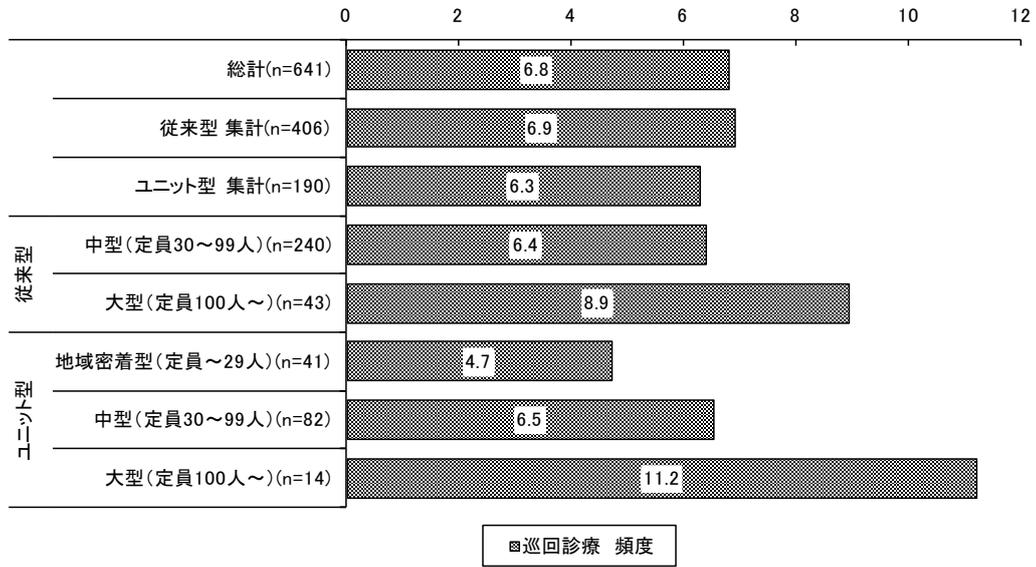
巡回診療は、1回あたり平均 1.6 時間で 23.5 人を診察しており、頻度は平均月 6.8 回であった。また、99.7%の施設で看護職員が、18.6%の施設で介護職員が、10.9%の施設で生活相談員が同席していた。

1ヶ月(平成27年12月の実績)の診療実績では、点滴実施は平均延 11.8人、緊急電話対応は平均 5.5回、緊急往診は平均 1.3回行われていた。

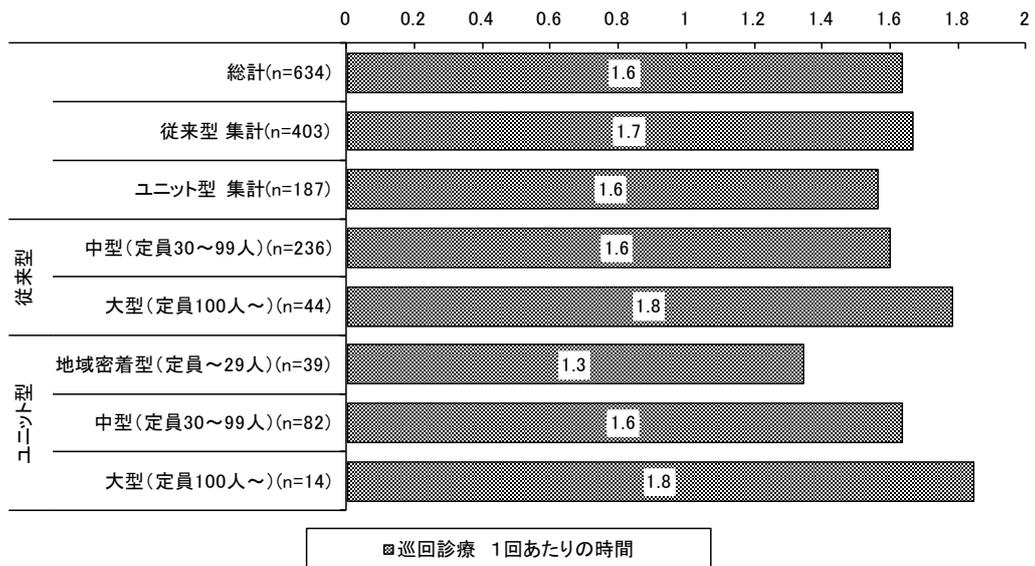
図表 55 セグメント別 配置医師の診察方法



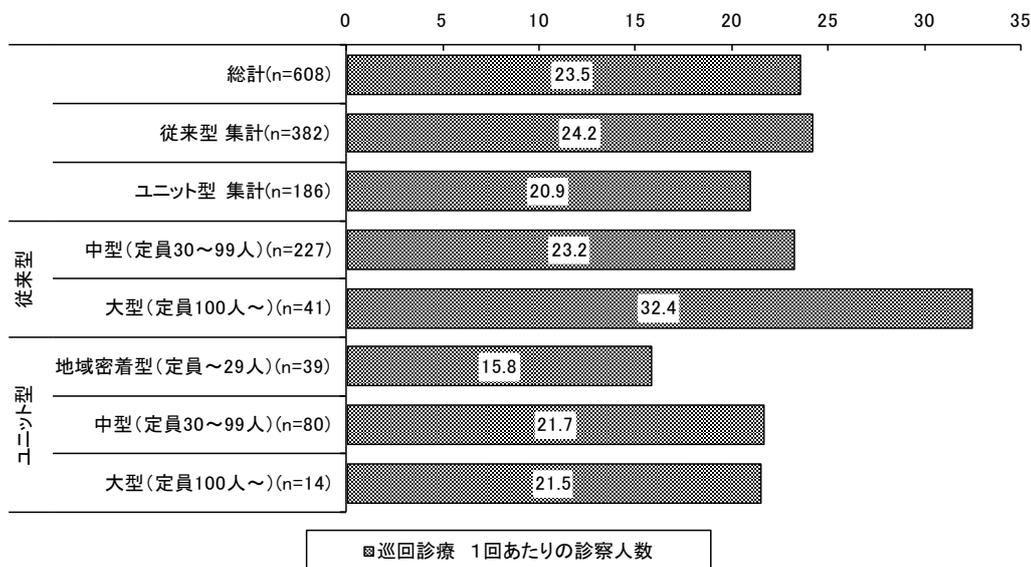
図表 56 セグメント別 配置医師の巡回診療 頻度



図表 57 セグメント別 配置医師の巡回診療 1回あたり時間



図表 58 セグメント別 配置医師の巡回診療 1回あたりの診察人数

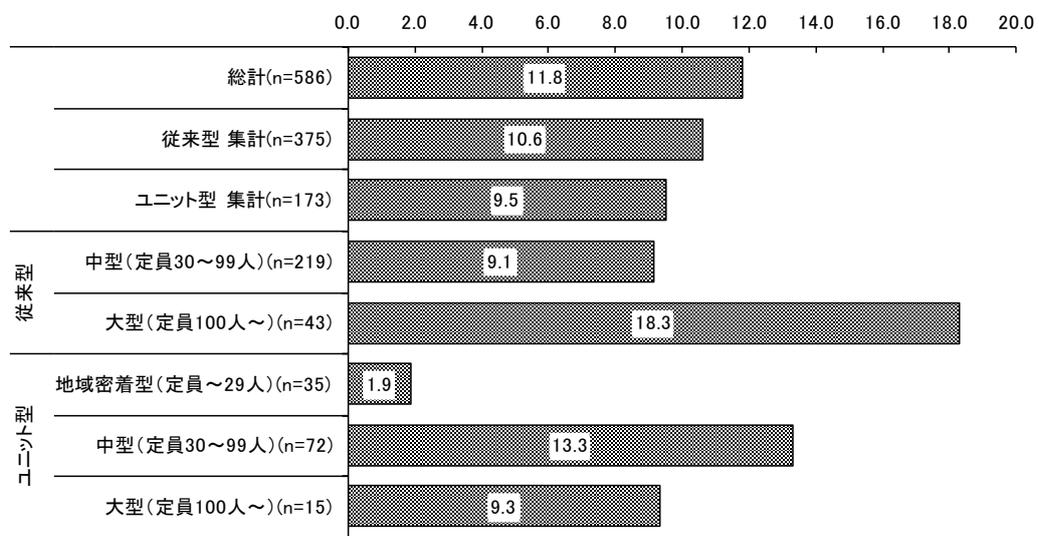


図表 59 セグメント別 配置医師の巡回診療 診察・診療に同席するスタッフ

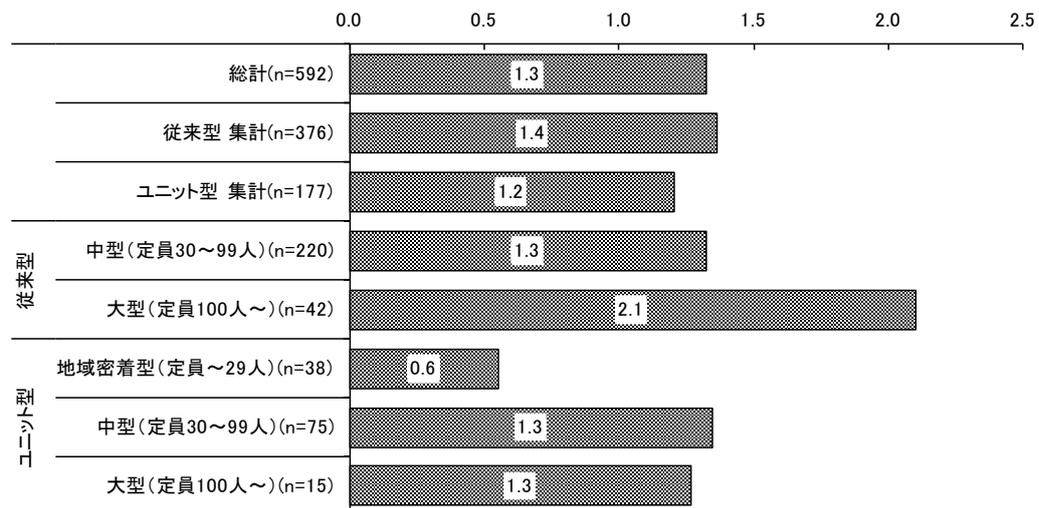
	総計(n=661)	従来型 集計(n=422)	ユニット型 集計 (n=194)	中型(定員30~99人) (n=245)	大型(定員100人~) (n=47)	地域密着型 (定員~29人) (n=41)	中型(定員30~99人) (n=84)	大型(定員100人~) (n=14)
介護職員	18.6%	15.9%	23.7%	12.7%	17.0%	29.3%	22.6%	7.1%
看護職員	99.7%	99.8%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
管理栄養士	4.4%	4.5%	4.6%	4.1%	0.0%	2.4%	2.4%	14.3%
薬剤師	1.2%	0.7%	1.5%	1.2%	0.0%	0.0%	2.4%	0.0%
事務職員	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
生活相談員	10.9%	11.6%	9.3%	7.3%	17.0%	4.9%	10.7%	7.1%
その他	4.2%	3.6%	5.2%	3.7%	2.1%	2.4%	2.4%	0.0%

※その他…ケアマネージャー (6件)、機能訓練指導員 (2件)、サービス部長 (1件)、栄養士 (1件)

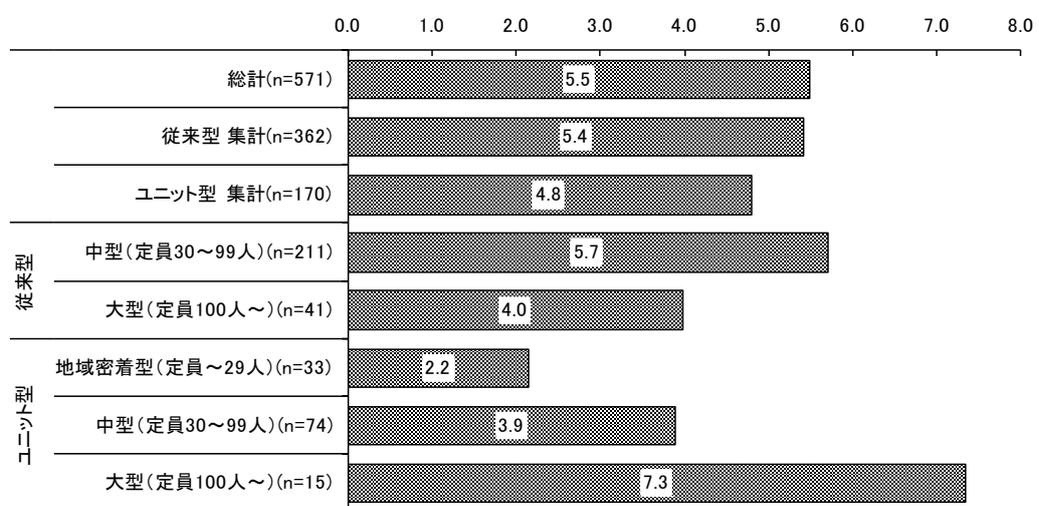
図表 60 セグメント別 配置医師による診療実績



■昨年(平成27年)12月に施設内で点滴を行った延べ人数



■昨年(平成27年)12月の医師の緊急往診件数



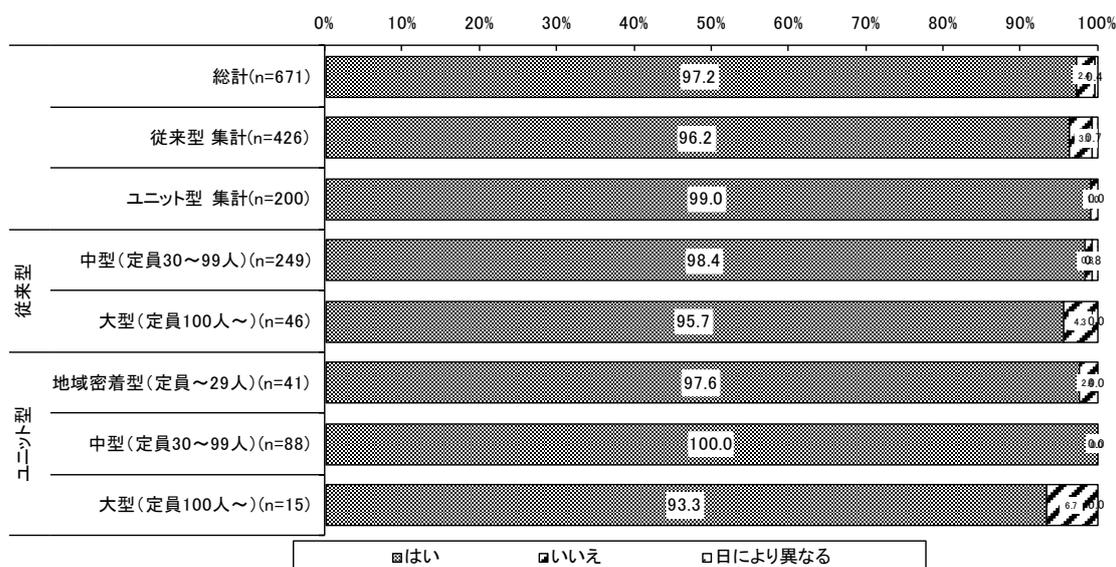
■昨年(平成27年)12月の医師の緊急電話対応件数

### (3) 看護師の配置・看護師との連携

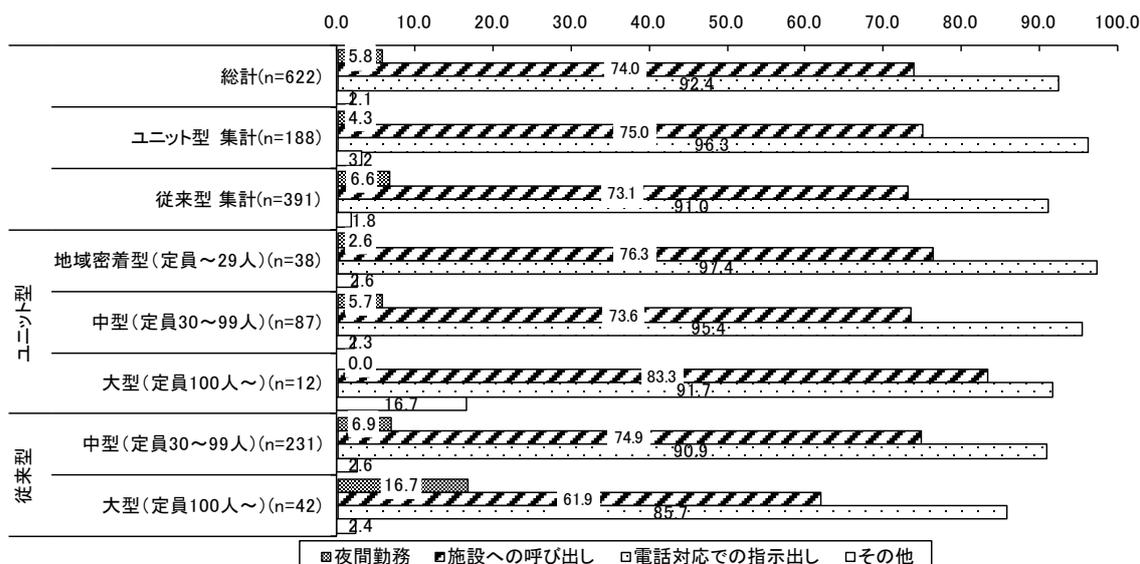
全体の97.2%の施設が看護職員との24時間連絡体制を確保している。そのうち92.4%が電話対応での指示出し、74.0%が施設への呼び出しに対応しており、夜間勤務を実施している施設は5.8%であった。

オンコール体制では、26.7%の施設で1人の看護職員がオンコールに対応しており、63.7%の施設は複数の看護職員が当番制で担当していた。また、オンコール手当での状況を見ると、65.1%の施設で待機手当、40.3%の施設で呼び出し手当、8.7%の施設で電話対応手当が支給されている一方で、20.3%の施設では特別な手当の支給はなされていない。

図表 61 セグメント別 看護職員との24時間連絡体制の有無

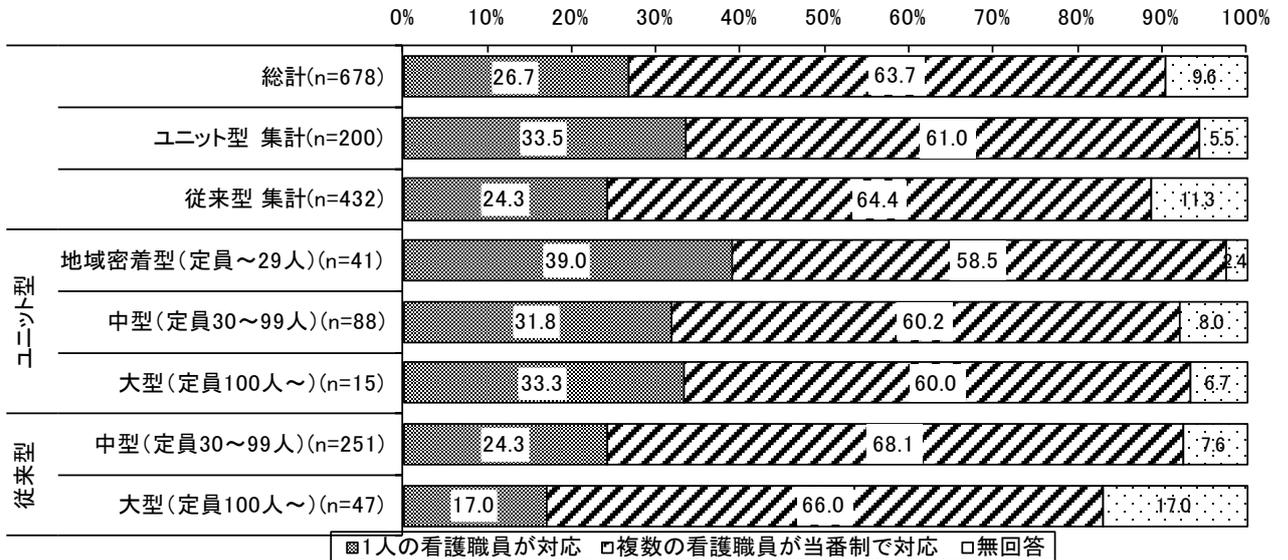


図表 62 セグメント別 看護職員との24時間連絡体制確保の方法(複数回答)

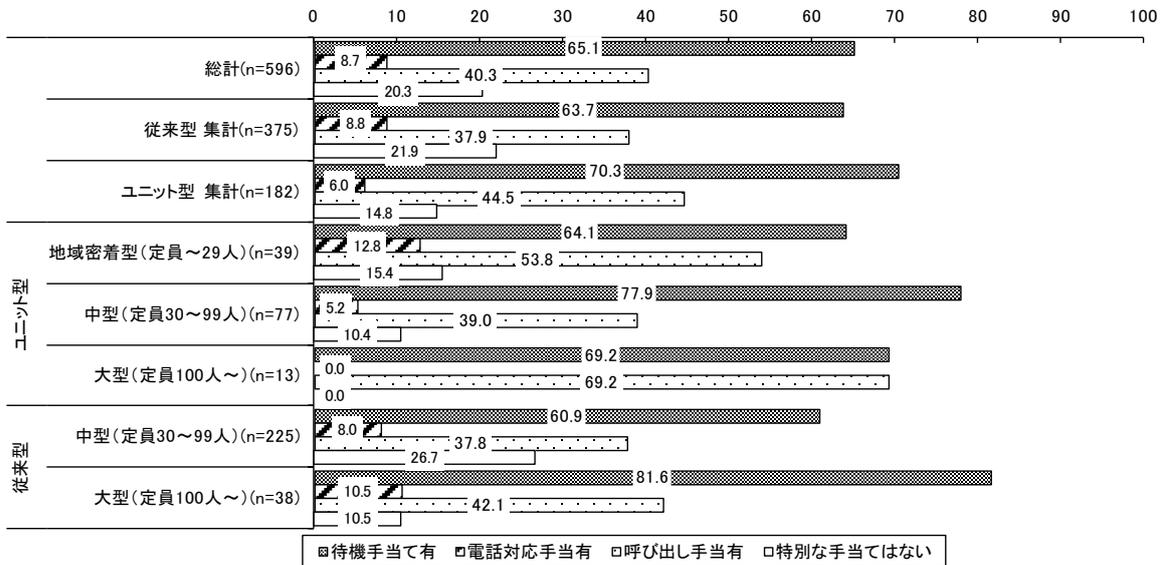


※その他…「緊急搬送時の付添」「グループ内施設看護師による協力」「隣接診療所看護職員対応」等

図表 63 セグメント別 オンコール体制の職員体制



図表 64 セグメント別 オンコール手当の有無



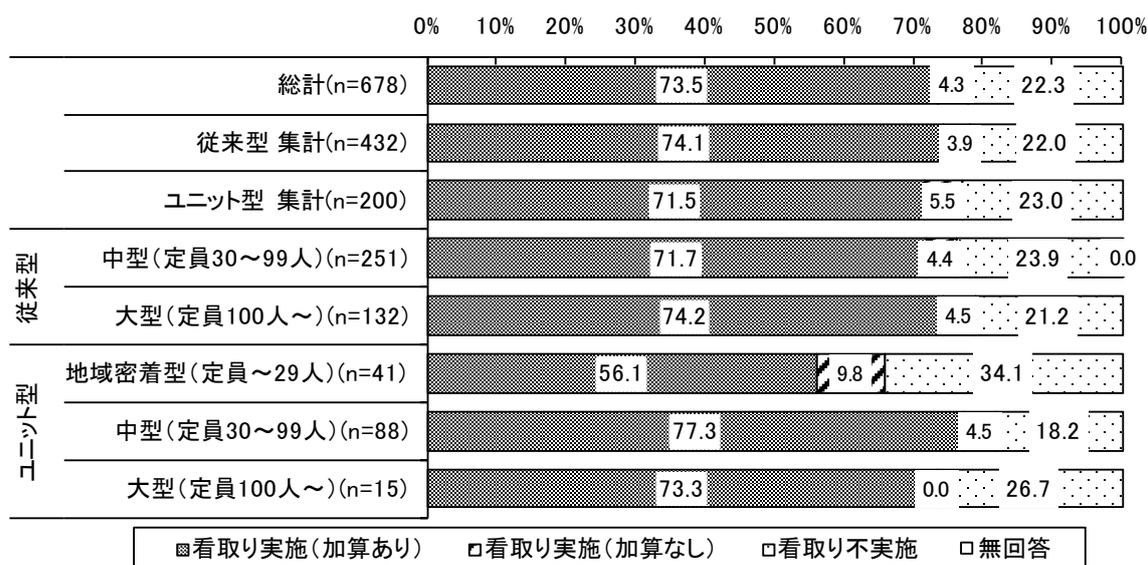
### 4.3. 特別養護老人ホームにおける「看取り」

#### 4.3.1. 看取り介護の概況

##### (1) 看取り実施の有無

本調査の調査対象施設のうち、77.8%の施設で看取り介護が実施されており、その大半にあたる73.5%の施設では過去2年以内に看取り加算の取得経験がある。ユニット型の地域密着型施設（加算なしを含めて65.9%）を除く他のセグメントでは、概ね同様の割合で看取り介護が実施されている。

図表 65 セグメント別 看取り実施の有無



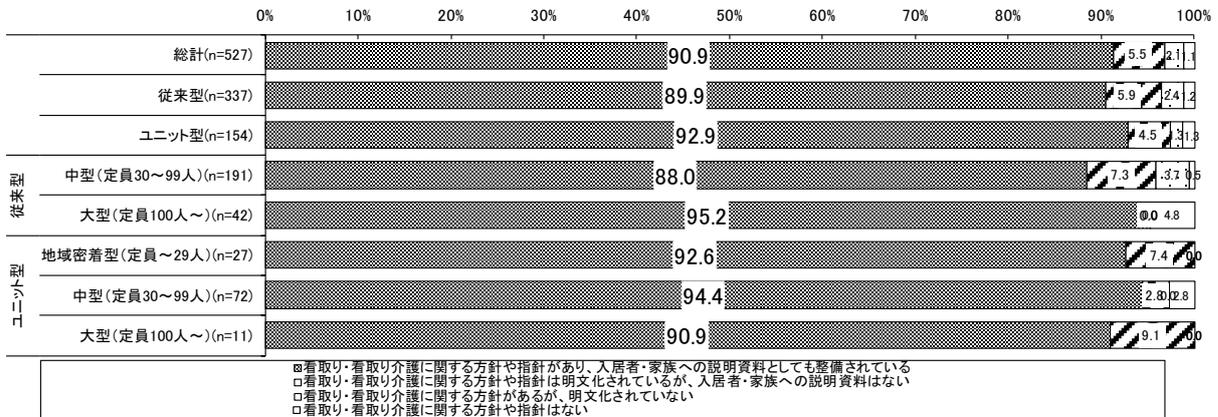
##### (2) 看取りに係る施設の方針

看取りを実施している施設のうち、90.9%の施設では看取りに関する指針や方針があり、入居者・家族への説明資料としても整備されている。5.5%の施設では指針・方針はあるが入居者・家族への説明資料が存在しない。方針・指針が明文化されていない施設は全体の2.1%、方針・指針が存在しない施設は全体の1.1%であった。

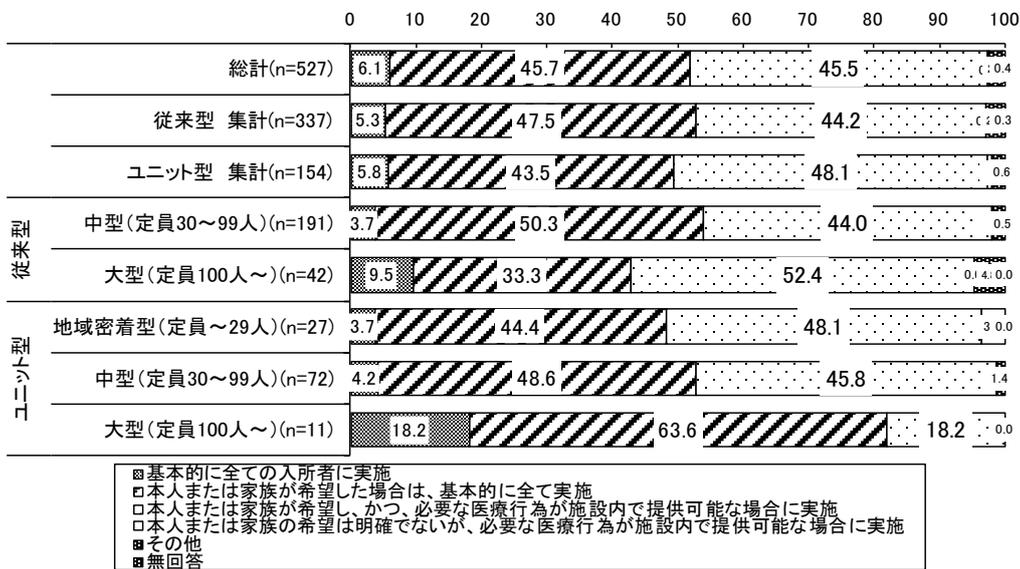
実施施設で看取りを実施する条件としては、「基本的に全ての入所者に実施」とした施設が6.1%、「本人または家族が希望した場合は、基本的に全て実施」とした施設が45.7%、「本人または家族が希望し、かつ必要な医療行為が施設内で提供可能な場合に実施」が45.5%、「本人または家族の希望は明確でないが、必要な医療行為が施設内で提供可能な場合に実施」が0.2%であった。90%近くの施設では、本人または家族の希望を前提として看取りを実施していることがみてとれる。

看取り介護に関する職員研修については、看取りを実施している施設の96.4%が何らかの形で実施している。研修の具体的な方法をみると、OJTによる研修は40.6%、Off-JTによる研修は80.5%、外部研修は63.0%の施設がそれぞれ実施している。

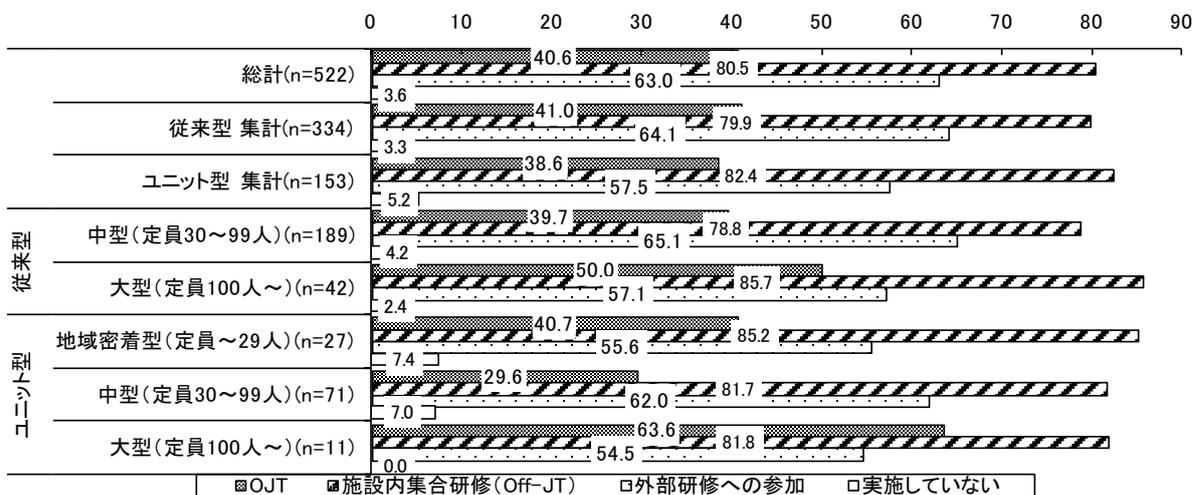
図表 66 セグメント別 看取り・看取り介護に関する指針・方針の有無



図表 67 セグメント別 看取り介護をどのような場合に実施するか



図表 68 セグメント別 看取り介護に関する職員研修(類型別)



### (3) 看取り介護の実施状況

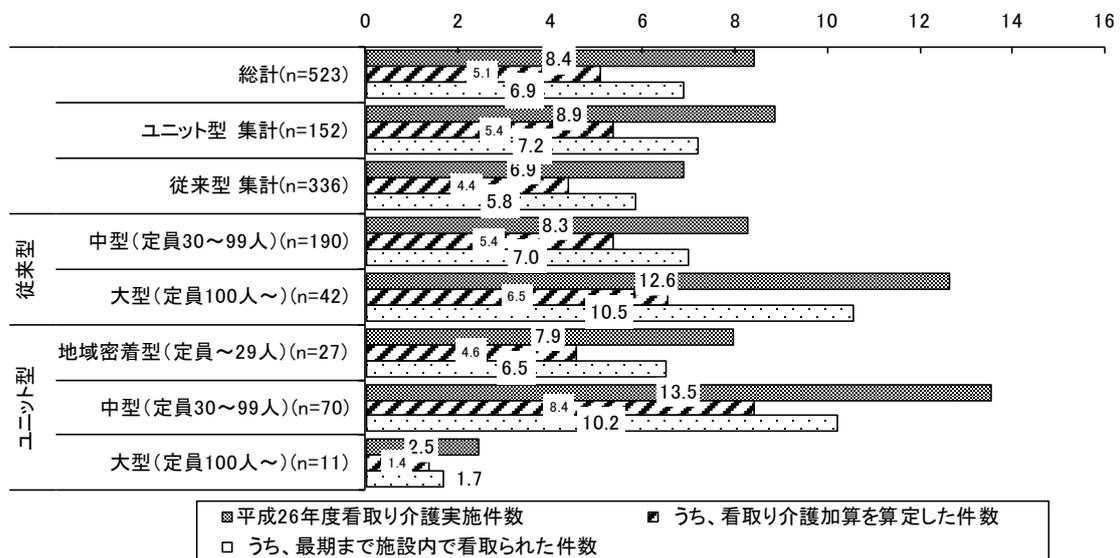
#### ① 看取り介護実施人数

平成26年度（平成26年4月～平成27年3月）の1年間における看取り介護の実施件数は、平均8.4人であり、うち5.1人は看取り介護加算が算定されていた。看取り介護の実施件数はユニット型では8.9人、従来型では6.9人であり、看取り介護の実施がより多いのはユニット型である。

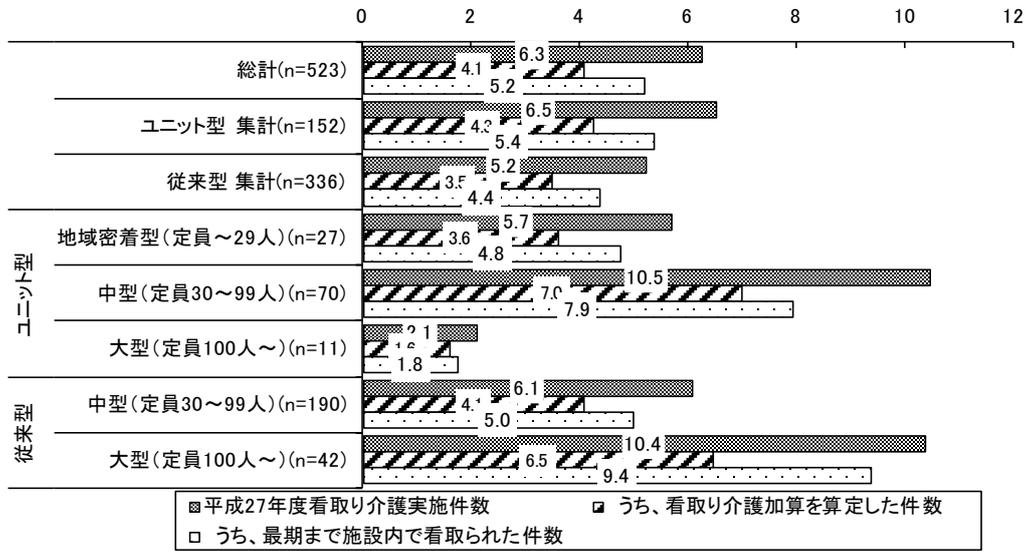
平成27年度（平成27年4月～平成27年11月）の8ヶ月間における看取り介護の実施件数は、平均6.3人であり、うち4.1人では看取り介護加算が算定されていた。ユニット型の看取り介護の実施件数は6.5人、従来型では5.2人であり、看取り介護の実施がより多いのはユニット型である。

また、1ヶ月あたりの人数として比較すると、平成26年度の看取り介護実施件数は1施設・1ヶ月あたり平均0.70人、平成27年度は平均0.78人である。平成27年度の対象期間が通年ではないため季節による特性を考慮する必要はあるが、平成27年度における看取り介護の件数は平成26年度よりもやや増加している。

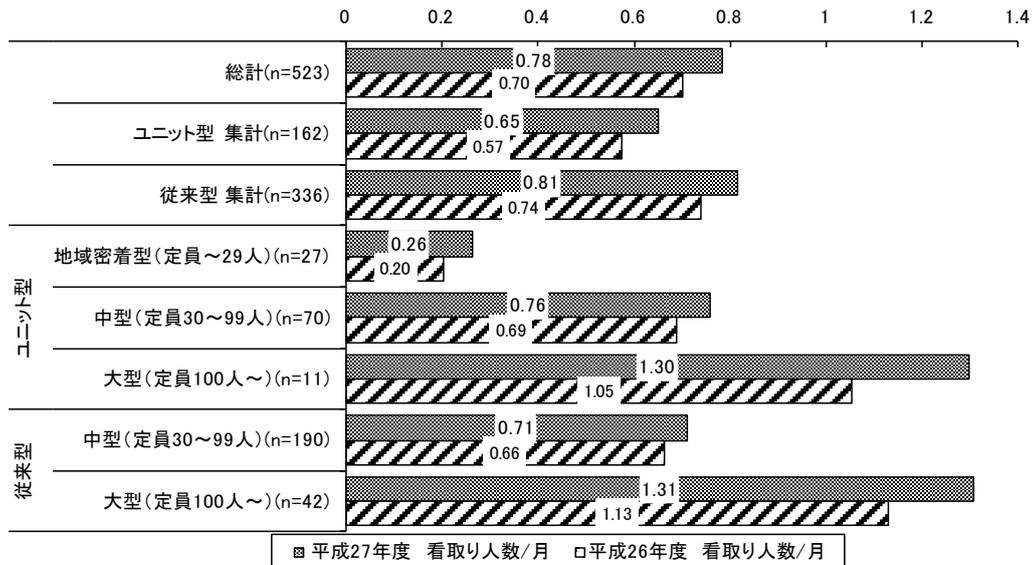
図表 69 セグメント別 平成26年度 看取り介護実施件数



図表 70 セグメント別 平成27年度(4～11月) 看取り介護実施件数



図表 71 セグメント別 看取り介護実施件数(平成27年度 & 平成26年度 1ヶ月あたり平均件数)



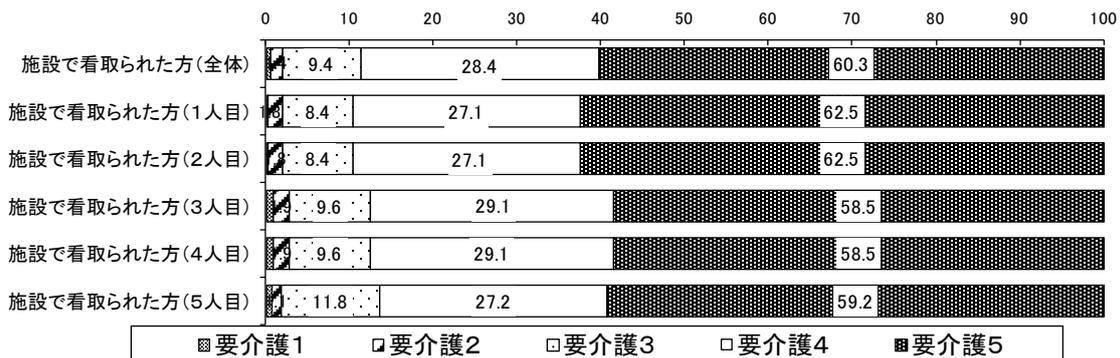
## ② 看取り対象者の状況

看取り介護実施施設における直近5名の看取り介護実施者の状況を調査した。看取りの対象となった入居者の要介護度は、要介護1が0.5%、要介護2が1.4%、要介護3が9.4%、要介護4が28.4%、要介護5が60.3%であった。

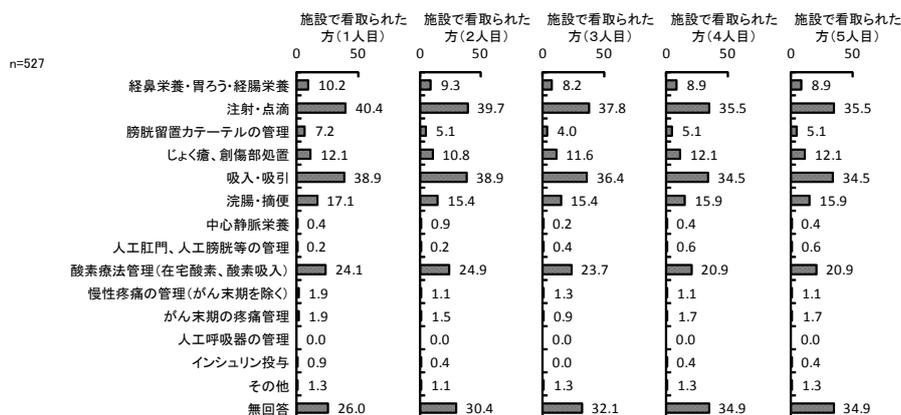
必要とした医療的ケアの詳細をみると、看取り介護対象者の約4割が「注射・点滴」「吸入・吸引」を、約2割が「酸素療法管理（在宅酸素、酸素吸入）」を必要としていた。

また、看取り介護にあたり本人の意思表示が可能だったのは全体の12.5%であった。

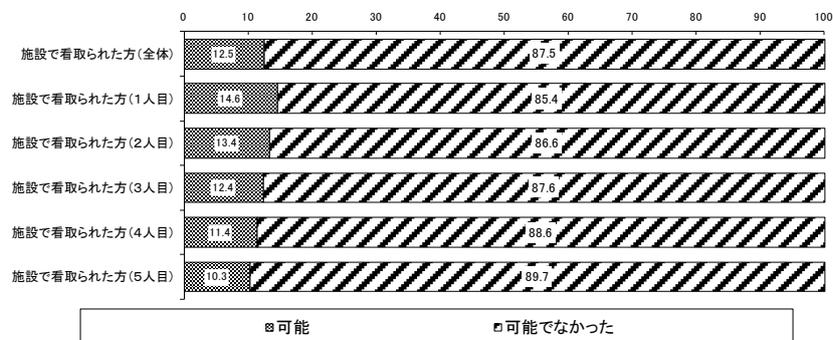
図表 72 看取り対象者 要介護度（全体）



図表 73 看取り対象者 必要とした医療的ケア



図表 74 看取り対象者 本人の意思表示可否



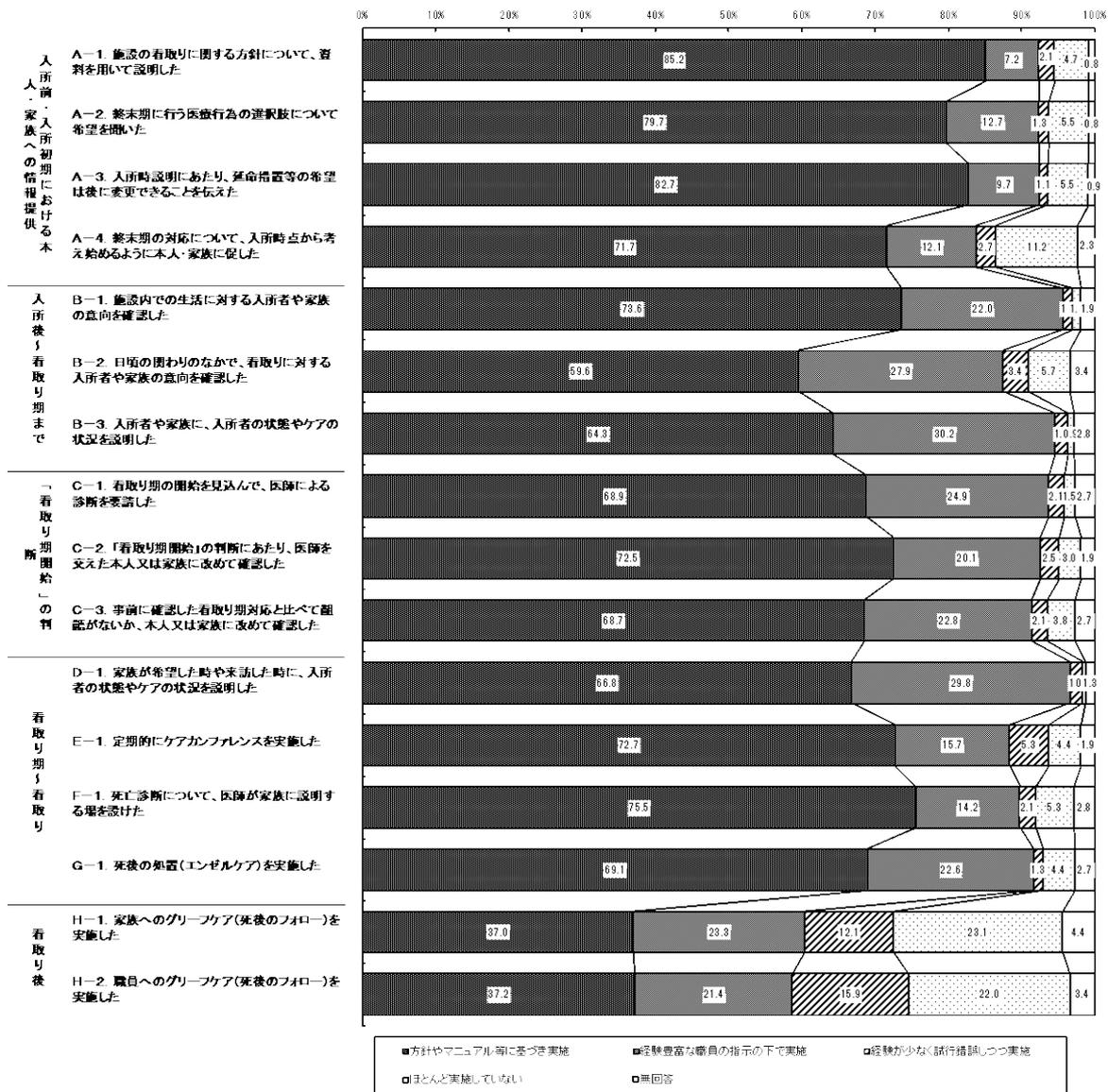
#### (4) 看取り介護のプロセス別実施状況

施設の現場職員によるワーキングを開催して看取り介護に必要と考えられるプロセスを策定し、各プロセス毎の実施状況を調査した。

相対的に高品質のサービスを提供できていると考えられる「方針やマニュアルに基づき実施」「経験豊富な職員の指示の下で実施」の選択率の合計は、多くのプロセスで90%を超えている。

看取り後の「グリーフケア」に係る項目は実施率が低く、「家族へのグリーフケア（死後のフォロー）を実施した」は35.6%の施設で未実施または試行錯誤段階であり、「職員へのグリーフケア」では37.9%で未実施または試行錯誤の段階にある。グリーフケア以外のプロセスでは、「終末期の対応について、入所時点から考え始めるように本人・家族に促した」「日頃の関わりのなかで、看取りに対する入所者や家族の意向を確認した」の実施割合が低かった。

図表 75 看取りプロセスの実施状況

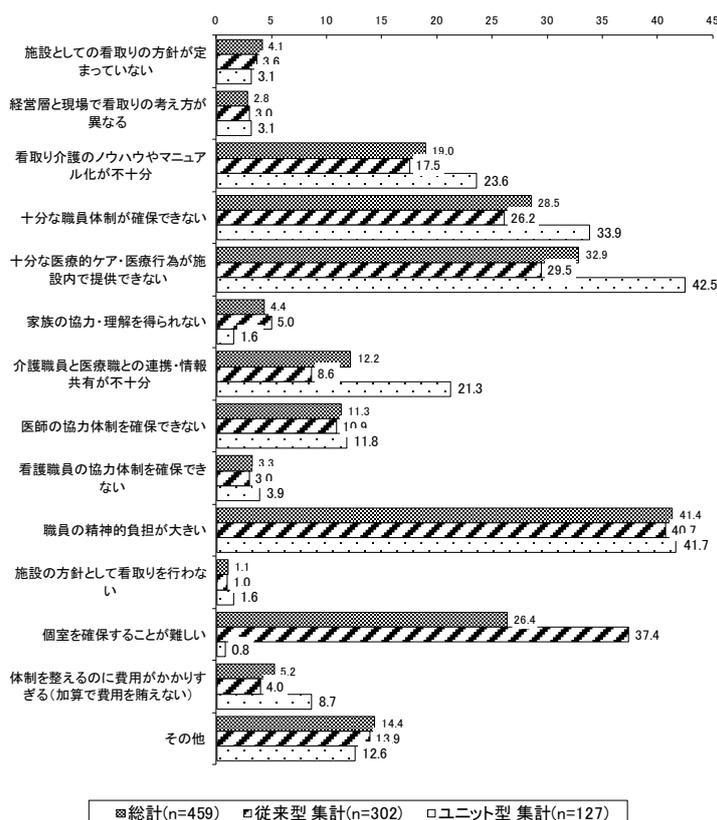


### 4.3.2. 看取り介護を可能とする要因・不可能とする要因の考察

#### (1) 看取り実施施設における看取りの課題

看取り実施施設において看取りにあたり課題となっている主な事項は、「職員の精神的負担が大きい」が41.4%、「十分な医療的ケア・医療行為が施設内で提供できない」が32.9%、「十分な職員体制が確保できない」が28.5%であった。

図表 76 看取り実施施設における課題



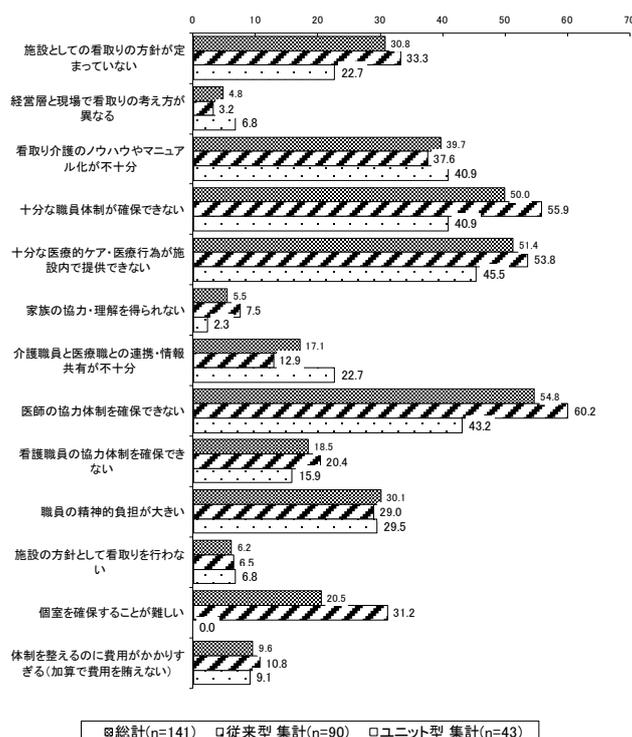
図表 77 セグメント別 看取り実施施設における看取り介護を行う上での課題

	総計	従来型		ユニット型				
		従来型 集計	ユニット型 集計	中型(定員30~99人)	大型(定員100人~)	地域密着型(定員~29人)		
看取り介護を行う上での課題施設としての看取りの方針が定まっていない	4.1	3.6	3.1	2.3	5.4	4.2	3.5	0.0
経営層と現場で看取りの考え方が異なる	2.8	3.0	3.1	4.0	0.0	8.3	1.8	0.0
看取り介護のノウハウやマニュアル化が不十分	19.0	17.5	23.6	17.7	18.9	25.0	24.6	22.2
十分な職員体制が確保できない	28.5	26.2	33.9	27.4	18.9	37.5	26.3	44.4
十分な医療的ケア・医療行為が施設内で提供できない	32.9	29.5	42.5	28.6	16.2	62.5	31.6	66.7
家族の協力・理解を得られない	4.4	5.0	1.6	4.6	5.4	4.2	0.0	11.1
介護職員と医療職との連携・情報共有が不十分	12.2	8.6	21.3	9.7	2.7	20.8	15.8	33.3
医師の協力体制を得られない	11.3	10.9	11.8	10.9	18.9	12.5	5.3	22.2
看護職員の協力体制を得られない	3.3	3.0	3.9	2.9	0.0	16.7	1.8	0.0
職員の精神的負担が大きい	41.4	40.7	41.7	43.4	29.7	33.3	40.4	44.4
施設の方針として看取りを行わない	1.1	1.0	1.6	0.6	0.0	0.0	1.8	0.0
個室を確保することが難しい	26.4	37.4	0.8	35.4	43.2	0.0	0.0	0.0
体制を整えるのに費用がかかりすぎる(加算で費用を賄えない)	5.2	4.0	8.7	3.4	5.4	16.7	8.8	11.1
その他	14.4	13.9	12.6	14.3	21.6	8.3	14.0	22.2

## (2) 看取り未実施施設における看取りに対する課題

看取り未実施施設において看取りにあたり課題となっている主な事項は、「医師の協力体制を確保できない」が54.8%、「十分な医療的ケア・医療行為が施設内で提供できない」が51.4%、「十分な職員体制が確保できない」が50.0%であった。

図表 78 看取り未実施施設における課題(全施設)



図表 79 セグメント別 看取り未実施施設における看取り介護を行う上での課題

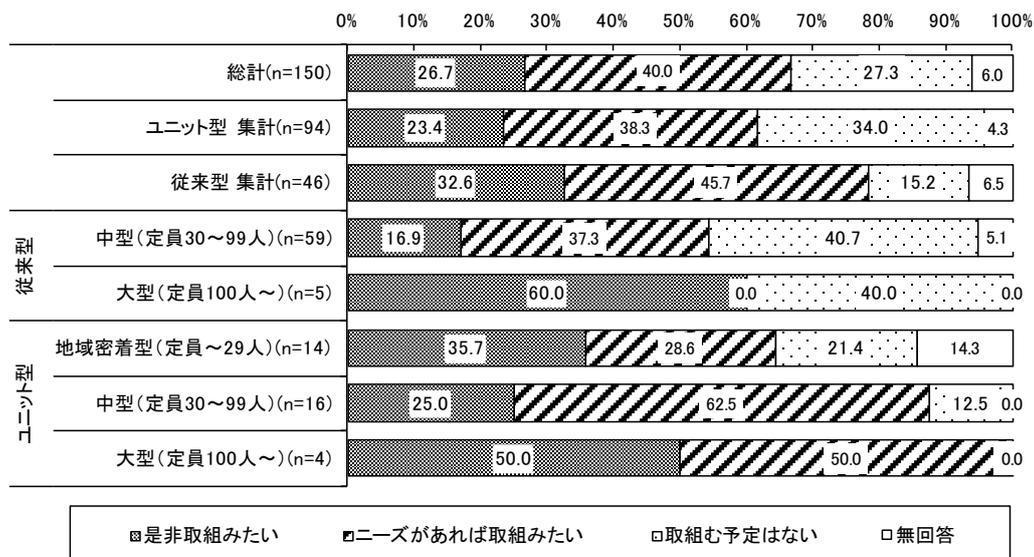
	総計	従来型集計	ユニット型集計	従来型			ユニット型	
				中型(定員30~99人)	大型(定員100人~)	地域密着型(定員~29人)	中型(定員30~99人)	大型(定員100人~)
看取り介護を行う上での課題施設としての看取りの方針が定まっていない	30.8%	33.3%	22.7%	32.2%	40.0%	28.6%	14.3%	50.0%
経営層と現場で看取りの考え方が異なる	4.8%	3.2%	6.8%	1.7%	0.0%	7.1%	14.3%	0.0%
看取り介護のノウハウやマニュアル化が不十分	39.7%	37.6%	40.9%	30.5%	20.0%	35.7%	35.7%	50.0%
十分な職員体制が確保できない	50.0%	55.9%	40.9%	52.5%	40.0%	50.0%	50.0%	25.0%
十分な医療的ケア・医療行為が施設内で提供できない	51.4%	53.8%	45.5%	52.5%	40.0%	57.1%	50.0%	25.0%
家族の協力・理解を得られない	5.5%	7.5%	2.3%	5.1%	20.0%	0.0%	7.1%	0.0%
介護職員と医療職との連携・情報共有が不十分	17.1%	12.9%	22.7%	11.9%	0.0%	14.3%	21.4%	25.0%
医師の協力体制を得られない	54.8%	60.2%	43.2%	61.0%	60.0%	28.6%	50.0%	25.0%
看護職員の協力体制を得られない	18.5%	20.4%	15.9%	20.3%	20.0%	21.4%	21.4%	0.0%
職員の精神的負担が大きい	30.1%	29.0%	29.5%	28.8%	0.0%	28.6%	42.9%	25.0%
施設の方針が看取りに消極的である	6.2%	6.5%	6.8%	6.8%	20.0%	7.1%	7.1%	0.0%
個室を確保することが難しい	20.5%	0.0%	31.2%	27.1%	40.0%	0.0%	0.0%	0.0%
体制を整えるのに費用がかかりすぎる(加算で費用を賄えない)	9.6%	10.8%	9.1%	10.2%	20.0%	14.3%	14.3%	0.0%
その他	10.3%	9.7%	11.4%	8.5%	20.0%	21.4%	0.0%	0.0%

### (3) 看取り未実施施設における看取り介護の実施意向

看取り未実施施設における、今後の看取り介護の実施意向について調査したところ、26.7%の施設が「是非取組みたい」、40.0%の施設が「ニーズがあれば取組みたい」、27.3%の施設が「取組む予定はない」と回答した。

セグメント別にみると、従来型では「取組む予定はない」と回答した施設が34.0%であるのに対し、ユニット型では15.2%であった。

図表 80 セグメント別 看取り未実施施設における看取り介護に取組む意向の有無



(4) 医療・看護との連携に係る課題

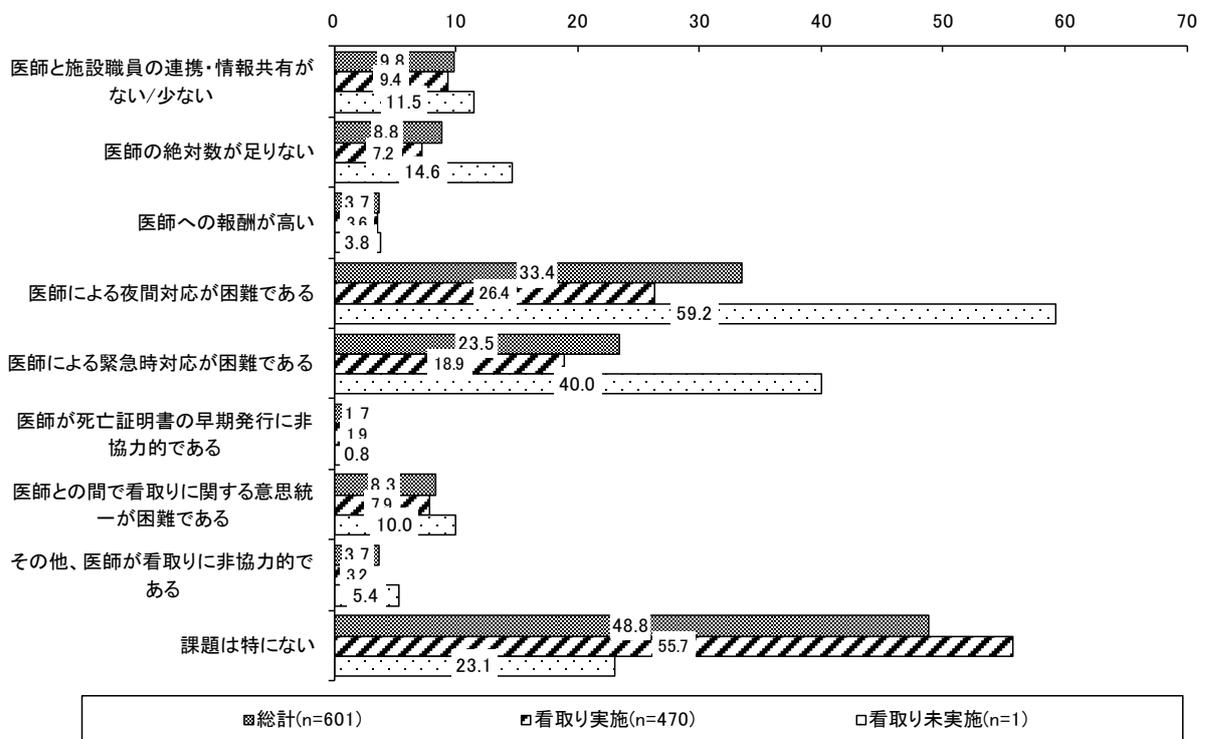
① 看取りにおける医師との連携に関連する課題

看取りにおける医師との連携に関連する課題として多かった回答は、33.4%の「医師による夜間対応が困難である」、23.5%の「医師による緊急時対応が困難である」であった。

看取り実施の有無別にみると、「医師による夜間対応が困難である」は実施施設26.4%に対し未実施施設59.2%、「医師による緊急時対応が困難である」は実施施設23.5%に対し未実施施設40.0%と大きな差がついている。医師による夜間対応や緊急時対応が、看取りを実施するための大きなファクターになっていると考えられる。

また、人員体制別にみると、「医師による夜間対応が困難である」を選択する割合は人員体制が手厚い施設ほど高い（上位47.4%、中位41.4%、下位36.7%）傾向がみられた。

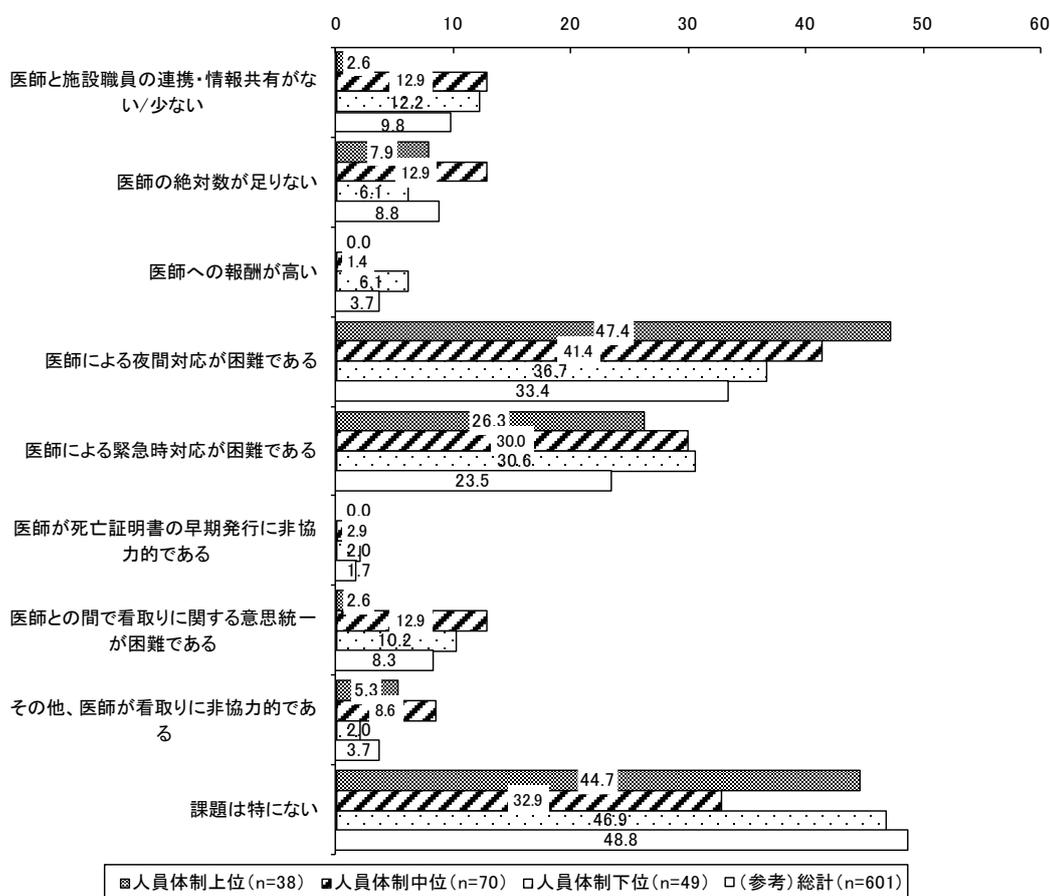
図表 81 看取りの有無別 看取りにあたり、医師との連携に関連して課題となっていること



図表 82 セグメント別 看取りにあたり医師との連携に関連して課題となっていること

(%)	総計(n=601)	ユニット型集計(n=185)	従来型集計(n=375)	地域密着型(定員~29人)(n=40)	中型(定員30~99人)(n=12)	大型(定員100人~)(n=81)	中型(定員30~99人)(n=220)	大型(定員100人~)(n=42)
医師と施設職員の連携・情報共有がない/少ない	9.8	11.9	8.5	10.0	16.7	9.9	9.1	14.3
医師の絶対数が足りない	8.8	9.2	8.5	17.5	16.7	4.9	7.7	9.5
医師への報酬が高い	3.7	2.7	4.5	5.0	8.3	1.2	5.0	0.0
医師による夜間対応が困難である	33.4	36.2	32.3	42.5	33.3	32.1	28.2	35.7
医師による緊急時対応が困難である	23.5	23.2	23.7	32.5	25.0	17.3	23.2	28.6
医師が死亡証明書の早期発行に非協力的である	1.7	2.7	1.1	2.5	0.0	3.7	1.4	0.0
医師との間で看取りに関する意思統一が困難である	8.3	7.6	9.3	2.5	16.7	6.2	10.0	7.1
その他、医師が看取りに非協力的である	3.7	5.9	2.7	2.5	16.7	8.6	4.1	0.0
課題は特にない	48.8	47.0	48.8	47.5	25.0	50.6	51.8	40.5

図表 83 人員体制別 看取りにあたり医師との連携に関連して課題となっていること



図表 84 看取りにあたり医師との連携に関連して課題となっていること「その他」内訳

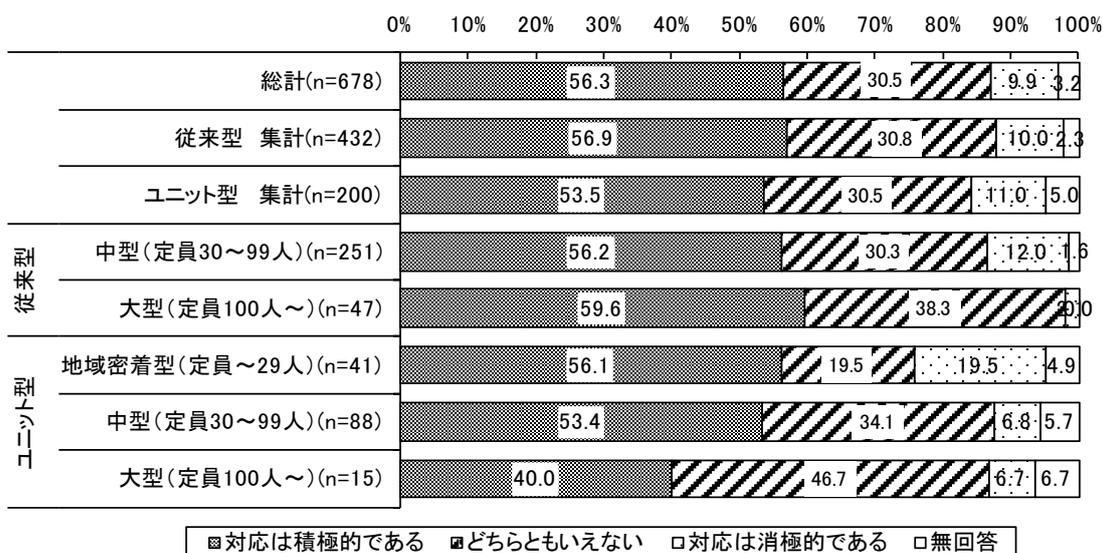
1	医師によるが、医師が私用で不在の時は、なかなか協力が得られない。
2	医療器材が不足のため。
3	嘱託医以外の医師が短期入所者の主治医である時。
4	専門的で熱心な医師で、県立病院と嘱託契約医師なので、ご本人には協力したいと思っているようだが、県立病院であるが故の難しさがあるようです。
5	夜間の場合、協力病院の当直医師が他病院の派遣医師であるため。
6	病院との距離があり、施設より病院への入院をとってくださっている。
7	入院治療を優先する。

## ② 配置医師の対応状況

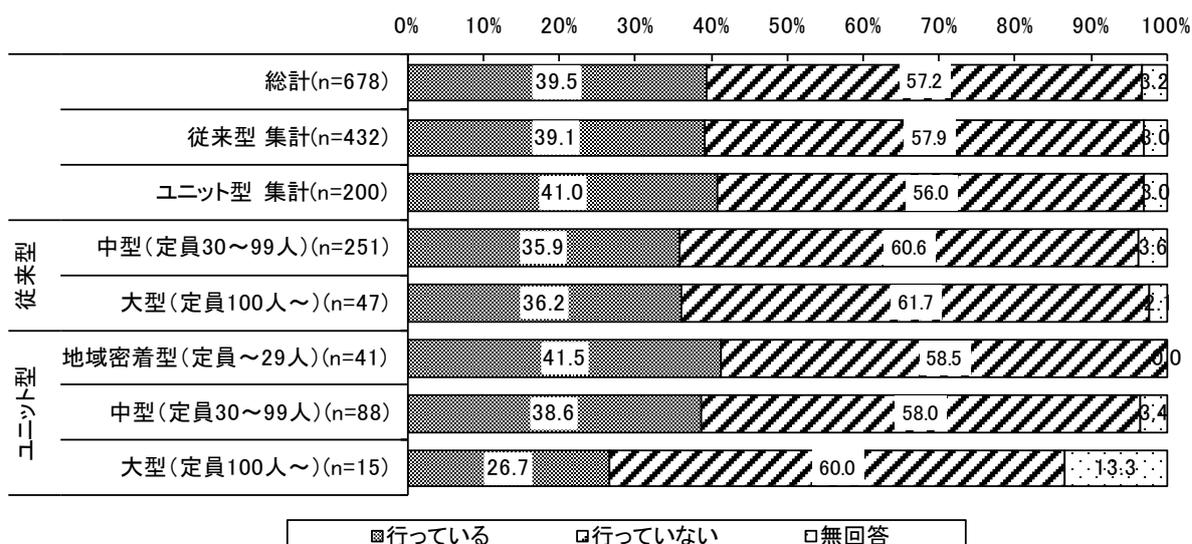
配置医師の看取りへの対応状況をみると、56.3%の施設では医師が看取りに積極的であり、9.9%の施設で医師が看取りに消極的である。

配置医師を交えたカンファレンスを実施している施設は全体の39.5%であった。また、入所者が夜間に亡くなった場合に、夜間帯のうちに配置医師が死亡診断に対応している施設は全体の54.4%、翌朝配置医師が対応する施設は19.3%、病院に搬送して死亡診断を受けえている施設は18.6%であった。

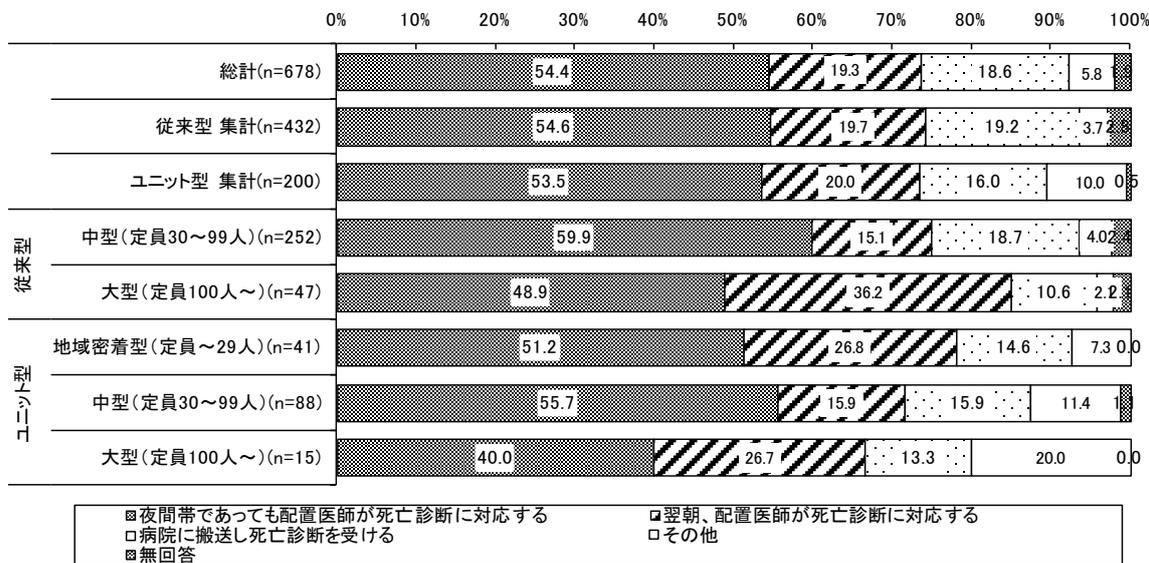
図表 85 セグメント別 配置医師の看取りへの対応



図表 86 セグメント別 配置医師を交えたカンファレンスの実施有無



図表 87 セグメント別 入居者が夜間に亡くなった場合の医師の死亡診断



※「その他」は「協力病院・併設病院の医師が担当」「施設における死亡例なし」等

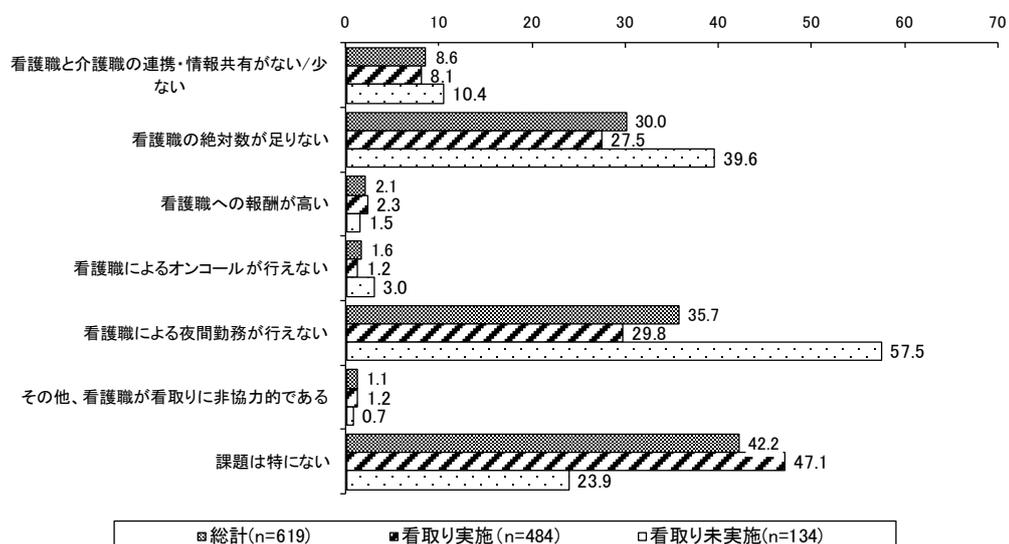
### ③ 看取りにおける看護職員との連携に係る課題

看取りにおける看護職員との連携に関連する課題として多かった回答は、35.7%の「看護職による夜間勤務が行えない」、30.0%の「看護職の絶対数が足りない」であった。

「看護職による夜間勤務が行えない」は、看取り実施施設では29.8%に対し、看取り未実施施設では57.5%であった。「看護職の絶対数が足りない」は看取り実施施設では27.5%に対し、看取り未実施施設では39.6%であった。看護師による夜間勤務や、看護職員の不足が看取り実施のためのファクターとなっている可能性がある。

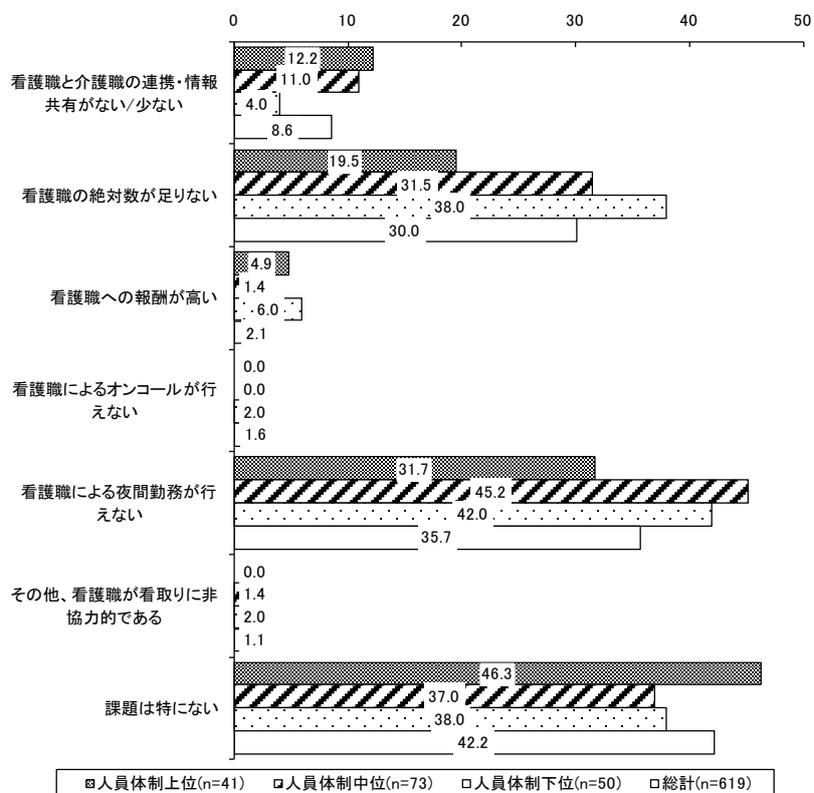
また、人員体制別にみると、「看護職の絶対数が足りない」を選択する割合は人員体制下位ほど高い傾向がみられた。(上位：19.5%、中位：31.5%、下位：38.0%)

図表 88 看取りの有無別 看取りにあたり看護職員との連携に関連して課題となっていること



(%)	総計(n=619)	ユニット型 集計 (n=187)	従来型 集計 (n=390)	地域密着型(定員~29人) (n=39)	中型(定員30~99人)(n=84)	大型(定員100人~)(n=12)	中型(定員30~99人)(n=231)	大型(定員100人~)(n=43)
看護職と介護職の連携・情報共有がない/少ない	8.6	12.8	6.9	10.3	13.1	16.7	7.4	7.0
看護職の絶対数が足りない	30.0	26.7	32.6	33.3	23.8	8.3	33.3	34.9
看護職への報酬が高い	2.1	2.1	2.1	2.6	2.4	0.0	2.2	0.0
看護職によるオンコールが行えない	1.6	1.6	1.8	2.6	0.0	0.0	0.4	2.3
看護職による夜間勤務が行えない	35.7	31.0	37.7	30.8	27.4	58.3	40.3	25.6
その他、看護職が看取りに非協力的である	1.1	1.6	1.0	7.7	0.0	0.0	1.3	2.3
課題は特になし	42.2	42.2	41.3	33.3	47.6	33.3	40.3	41.9

図表 89 人員体制別 看取りにおける看護職員との連携に係る課題



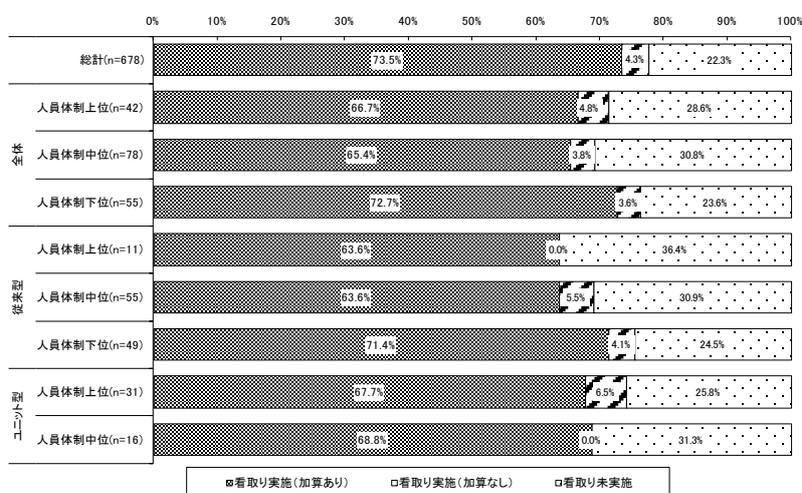
### (5) 人員体制に係る要因

看取り介護の実施率を人員体制別にみると、人員体制上位では71.5%、中位では69.2%、下位では76.3%であり、下位施設でやや高くなっているが、明確な関係はみられない。

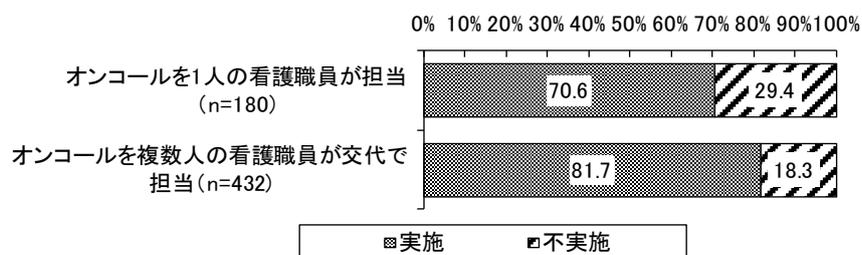
一方、オンコール体制が1人の看護職員により実施されているか、複数の看護職員により実施されているかで比較したところ、オンコールを1人の看護職員が担当している施設では看取り介護実施率70.6%であったのに対し、複数人の看護職員が交代で担当している施設では実施率は81.7%と、手厚いオンコール体制を配置している施設で看取りの実施割合が高い傾向がみられた。

また、看取り介護の課題を人員体制別にみると、人員体制上位の施設ほど「職員の精神的負担が大きい」を選択する割合が高い傾向にある。(上位：52.2%、中位：42.9%、下位：26.3%)

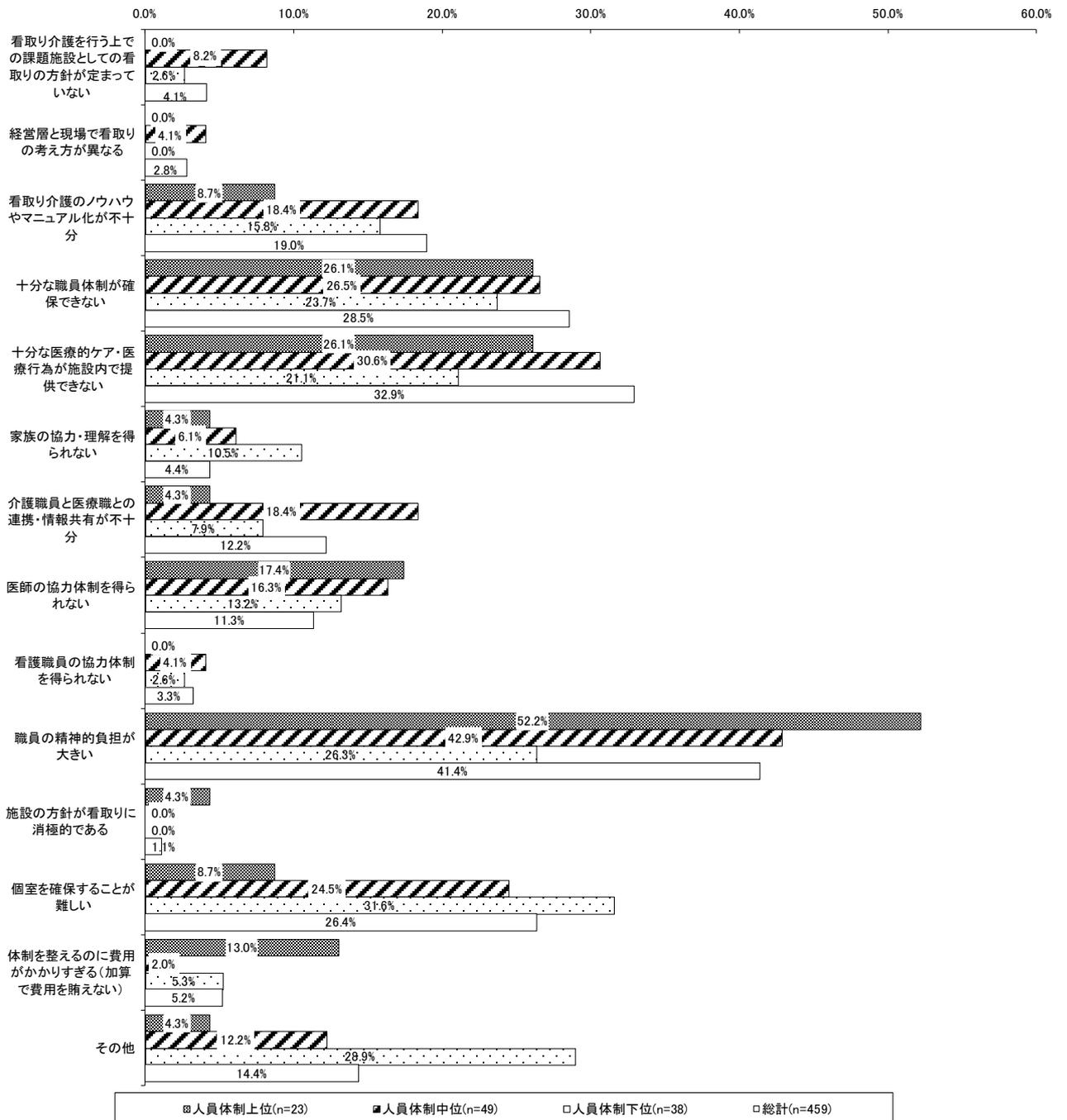
図表 90 人員体制別 看取り介護の実施率及び看取り加算算定率



図表 91 オンコール体制及び看取り介護実施率



図表 92 人員体制別 看取り介護の課題



## (6) 看取り介護の各プロセス実施に係る要因

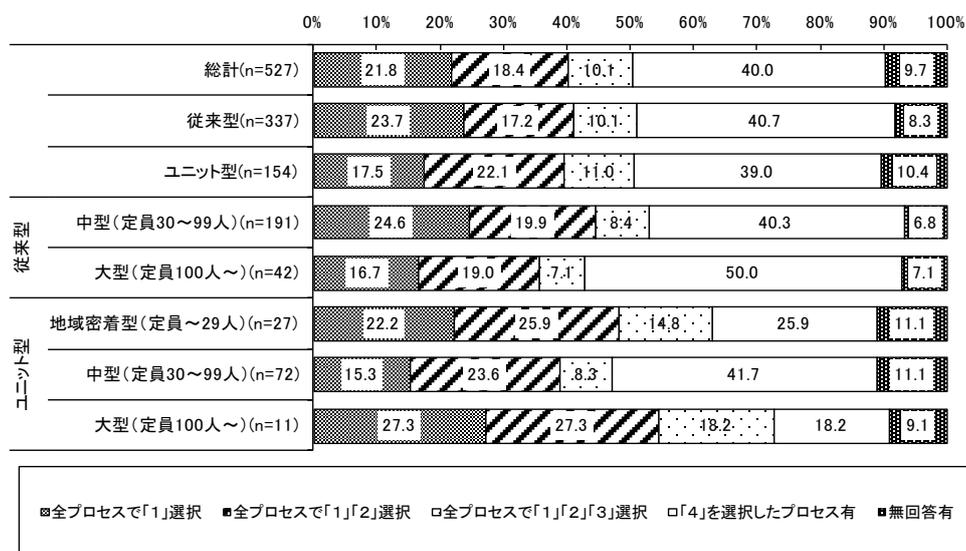
### ① 看取りプロセスと看取りにあたっての課題の関連

看取り介護実施施設における全プロセスを実施している施設の割合をみると、全施設の40.2%が指針・マニュアルに従うか、あるいは熟練した職員の指示に従い全ての看取りプロセスを実施している。一方、全体の40.0%の施設はいずれかのプロセスを実施しておらず、10.1%の施設は全てのプロセスを実施しているものの、経験が少ない状況で試行錯誤しながら実施しているプロセスが存在する。

また、看取りに当たり「課題がある」とした施設とそうでない施設の差異を課題毎にみると、一定数の回答があった課題のうち、課題の有無によるプロセスの実施率（「全プロセスで「1」選択」「全プロセスで「1」「2」選択」の合計）の差が大きいのは、「施設における看取りの方針が定まっていない（課題有：5.3%、課題無：41.3%）」「看取り介護のノウハウやマニュアルが不十分（課題有：21.8%、課題無：44.1%）」「介護職員と医療職との連携・情報共有が不十分（課題有：21.4%、課題無：42.5%）」等であった。特に看取りに係る施設の方針・指針や、医療職との連携がプロセスの実施状況に影響していることがみてとれる。

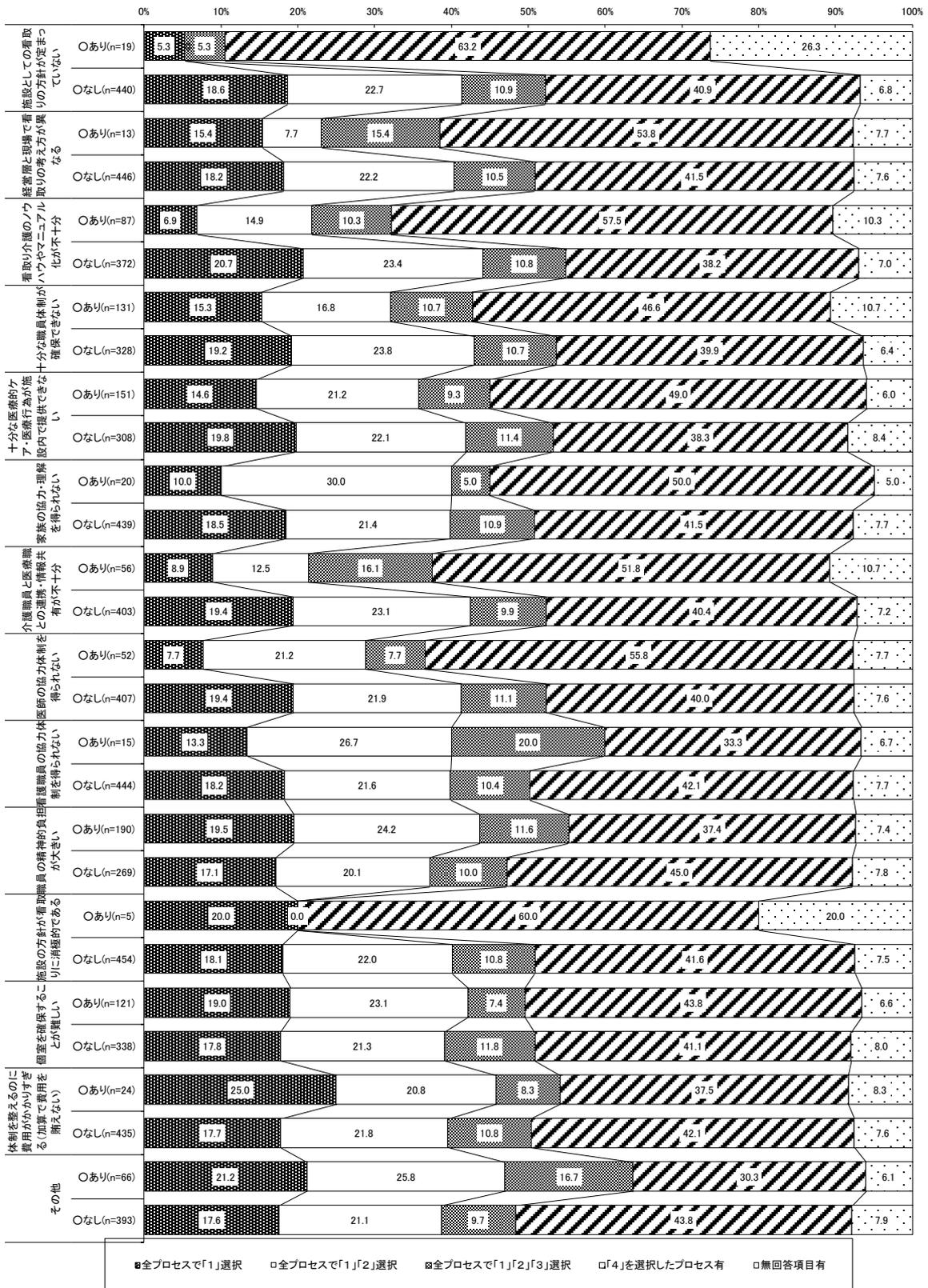
看取り指針・方針の策定状況による看取りプロセスの実施状況をみると、「指針・方針が存在し、説明資料が整備されている」施設と、「明文化された看取り指針・方針がない、あるいは看取り指針・方針はあるが説明資料が整備されていない」施設では、全てのプロセスでプロセスの実施状況に差がみられた。

図表 93 セグメント別 看取りプロセスをすべて実施している施設の割合



※ 1：方針やマニュアル等に基づき実施 2：経験豊富な職員の指示の元で実施 3：経験が少なく試行錯誤しつつ実施 4：殆ど実施していない

図表 94 看取り介護の課題の有無と看取りプロセスをすべて実施している施設の割合



※1：方針やマニュアル等に基づき実施 2：経験豊富な職員の指示の元で実施 3：経験が少なく試行錯誤しつつ実施 4：殆ど実施していない

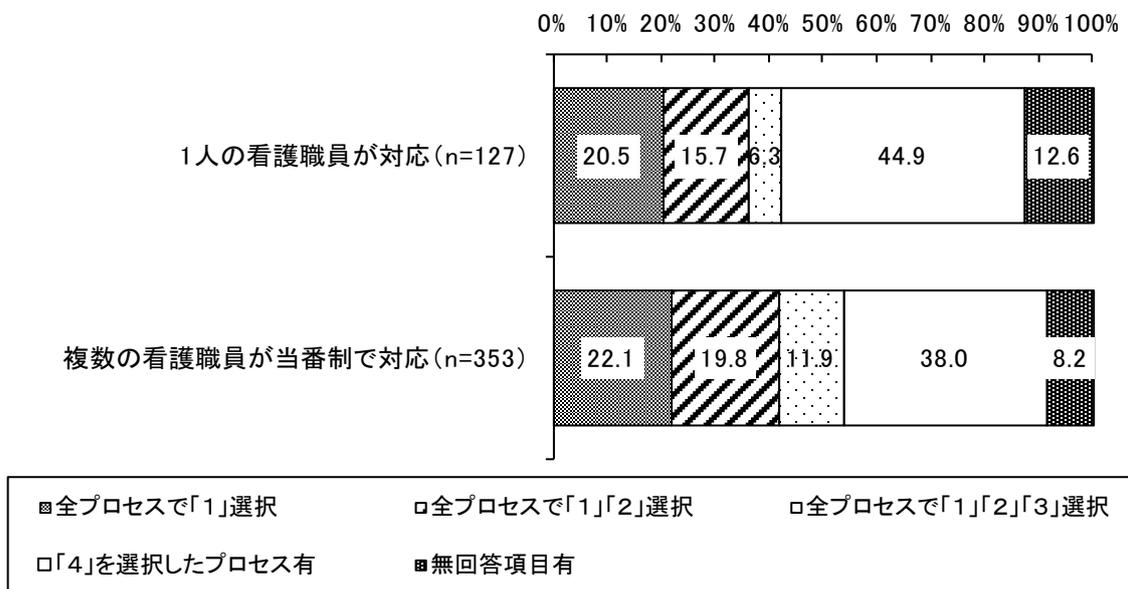


## ② オンコール体制と看取りプロセス実施状況の関係

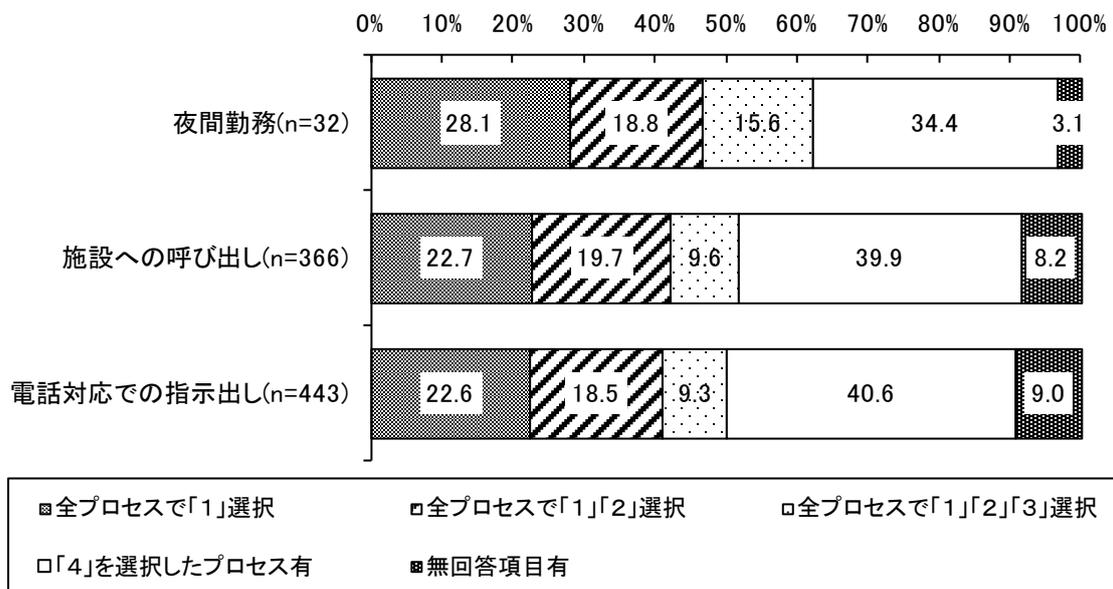
看取り介護を実施している施設において、オンコール体制別に全ての看取りプロセスの実施率（「全プロセスで「1」選択」「全プロセスで「1」「2」選択」のいずれかに該当する割合）を比較すると、オンコールを1人の看護職員が対応している施設では36.2%、複数の看護職員が当番制で対応している施設では41.9%が該当する。オンコール体制が手厚い施設のほうが、やや看取りプロセスの実施状況が良好である傾向がある。

同様にオンコール体制の確保の方法別に看取りプロセスの実施状況を見ると、「夜間勤務」（46.9%）、「電話対応での指示出し」（41.1%）となっており、夜間勤務を採用している施設ではやや実施率が高い傾向がある。

図表 96 オンコール体制別 看取りプロセスを全て実施している施設の割合



図表 97 オンコール対応方法別 看取りプロセスの実施状況

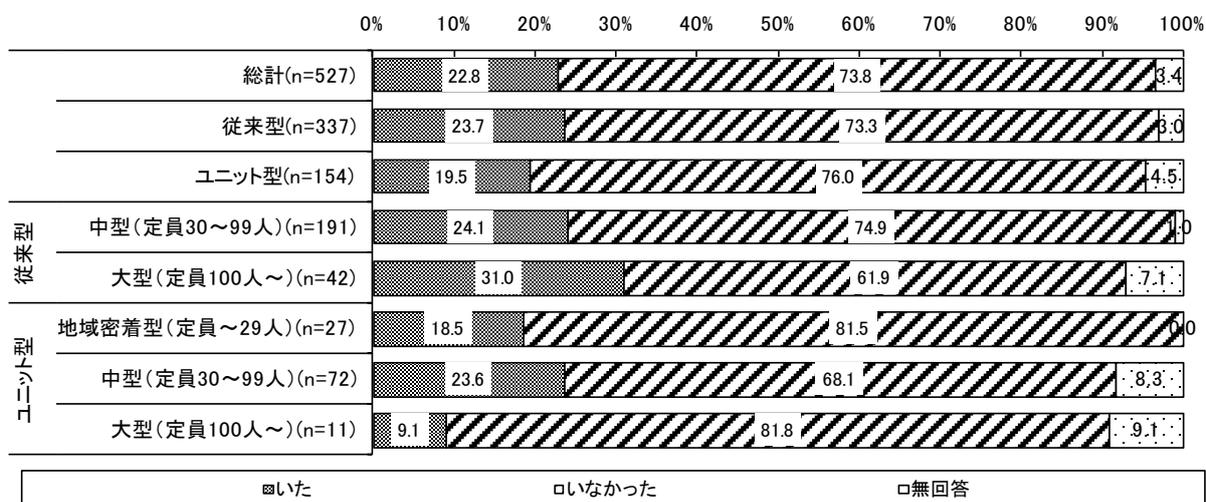


### ③ 看取り介護の希望があったものの、看取りを行わなかった事例

看取り介護の希望があり、施設の基準で看取り介護開始が妥当と判断される状態であったにもかかわらず、看取り介護を行わずに入所者が対処した事例があったかを調査したところ、全体の22.8%の施設で該当する入所者が「いた」と回答した。その平均人数は2.7人であり、該当する112施設中91施設では該当者が病院に搬送された事例があった。

看取り介護を実施できなかった理由は、「入所者に必要な医療行為を提供できなかった」が47.5%、「看取りの開始を判断する前に亡くなってしまった」が38.3%、「入所者の病状が悪化した」が30.0%、「入所者・家族が希望する医療行為を提供できなかった」が22.5%などであり、入所者に必要な医療行為を提供できなかったために、看取り介護を実施しなかった事例が多かったことがみてとれる。

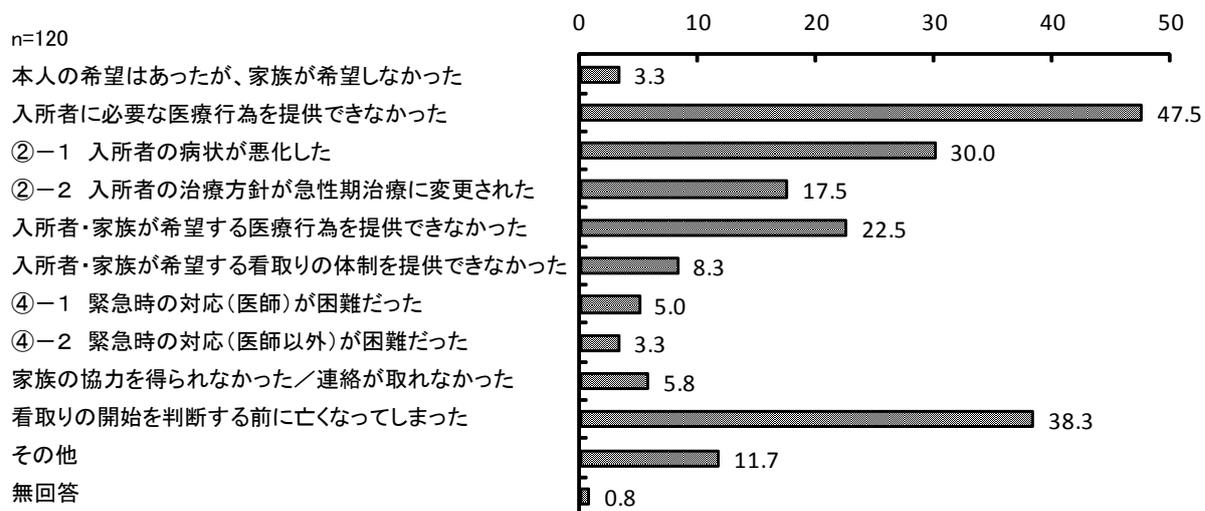
図表 98 セグメント別 看取り介護の希望があったものの、看取り介護を行わなかった事例があった施設



図表 99 看取り介護の希望があったものの、看取り介護を行わなかった人数



図表 100 看取り介護の希望があったものの、看取り介護を行わなかった理由



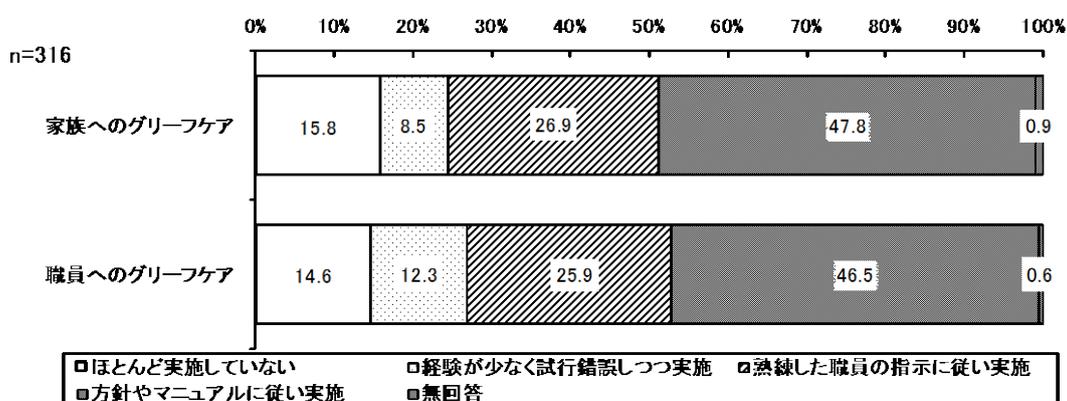
### 4.3.3. 看取り介護における主要プロセスの検討

看取り介護において、いずれかのプロセスを実施できていない施設は全体の40.0%に相当する。より多くの特養で看取りを実現するため、看取りのプロセスを実施するにあたり、どのプロセスの実施が特に課題となるのかを調査する。

#### (1) グリーフケアを実施していない施設

グリーフケア以外のプロセスを全て実施している施設のうち、グリーフケアを十分に実施できていない施設は、家族へのグリーフケアでは15.8%（50施設）、職員へのグリーフケアでは14.6%（46施設）存在する。

図表 101 グリーフケア以外のプロセスを実施している施設におけるグリーフケアの実施状況



#### (2) 看取りにあたり躓きやすいプロセス

看取り介護の実施におけるより基本的なプロセスのうち、どのプロセスで躓いてしまう施設が多いのかを調査した。調査はプロセスを実施率が高い順に並べ、上位のプロセスから数えて最初に「経験が少なく試行錯誤しつつ実施」「殆ど実施していない」のいずれかを選んだ施設の数を調べた。

結果、全体の実施率が90%を超えるプロセスのうち、特に躓く割合が高かったのは「死後の処置（エンゼルケア）を実施した」（3.4%）「施設の看取りに関する方針について、資料を用いて説明した」（2.6%）、「終末期に行う医療行為の選択肢について希望を聞いた」（2.4%）、「看取り期開始の判断にあたり、医師を交え本人又は家族との面談を実施した」（2.2%）であった。いずれも経験を必要とするプロセスであり、看取り経験の少なさが看取りの全プロセス実施の妨げとなっていることが推察される。

図表 102 実施率降順に並べた際の最初の未実施プロセス

n=496		実施率(※)	施設数	全体に占める比率
1	D-1. 家族が希望した時や来訪した時に、入所者の状態やケアの状況を説明した	96.6	8	1.6%
2	B-1. 施設内での生活に対する入所者や家族の意向を確認した	95.6	5	1.0%
3	B-3. 入所者や家族に、入所者の状態やケアの状況を説明した	94.5	3	0.6%
4	C-1. 看取り期の開始を見込んで、医師による診断を要請した	93.8	7	1.4%
5	C-2. 「看取り期開始」の判断にあたり、医師を交えた本人又は家族に改めて確認した	92.6	11	2.2%
6	A-1. 施設の看取りに関する方針について、資料を用いて説明した	92.4	13	2.6%
7	A-2. 終末期に行う医療行為の選択肢について希望を聞いた	92.4	12	2.4%
8	A-3. 入所時説明にあたり、延命措置等の希望は後に変更できることを伝えた	92.4	4	0.8%
9	G-1. 死後の処置(エンゼルケア)を実施した	91.7	17	3.4%
10	C-3. 事前に確認した看取り期対応と比べて齟齬がないか、本人又は家族に改めて確認した	91.5	7	1.4%
11	F-1. 死亡診断について、医師が家族に説明する場を設けた	89.7	11	2.2%
12	E-1. 定期的にケアカンファレンスを実施した	88.4	19	3.8%
13	B-2. 日頃の関わりのなかで、看取りに対する入所者や家族の意向を確認した	87.5	9	1.8%
14	A-4. 終末期の対応について、入所時点から考え始めるように本人・家族に促した	83.8	15	3.0%
15	H-1. 家族へのグリーフケア(死後のフォロー)を実施した	60.3	55	11.1%
16	H-2. 職員へのグリーフケア(死後のフォロー)を実施した	58.6	19	3.8%
	(参考)すべてのプロセスを実施した施設		281	56.7%
(※「1. 方針・マニュアルに従い実施」「2. 経験豊富な職員の指示の下で実施」の合計)				

## 4.4. 「サービス」の質とその向上策

### 4.4.1. 人員を優先的に配置して力を入れていくべきサービスと理由

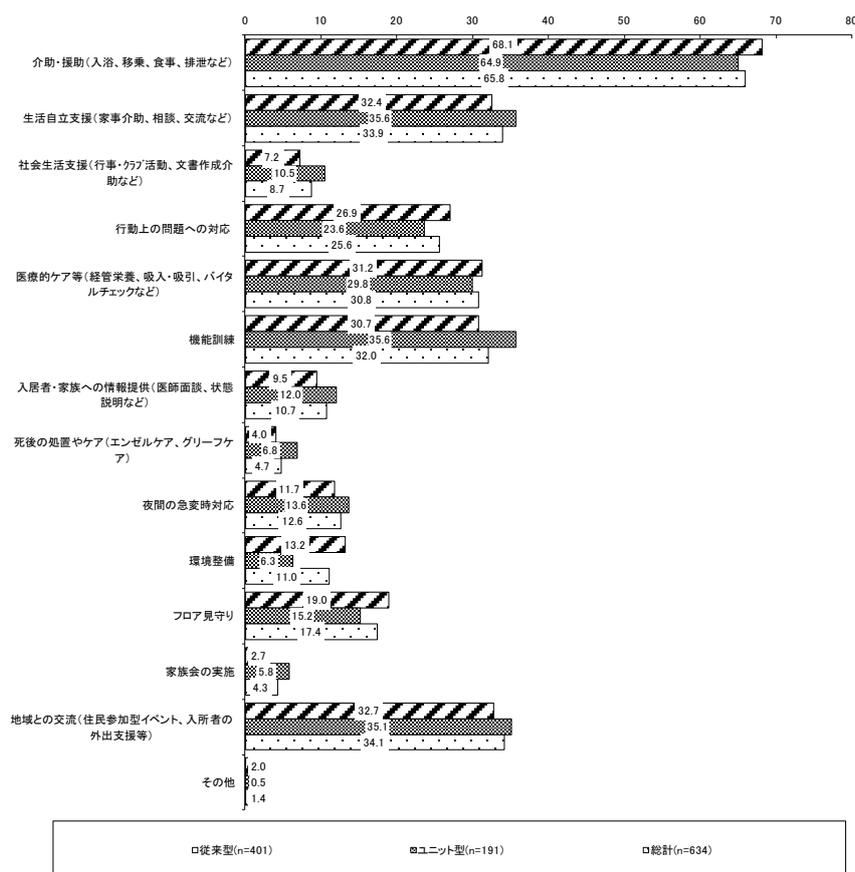
特別養護老人ホームにおいて、サービスの質の観点から、人員を優先的に配置して今後力を入れていくべきと考えられているサービスの内容と、その理由について調査した。

#### (1) 今後人員を配置して力を入れていくべき「サービス」

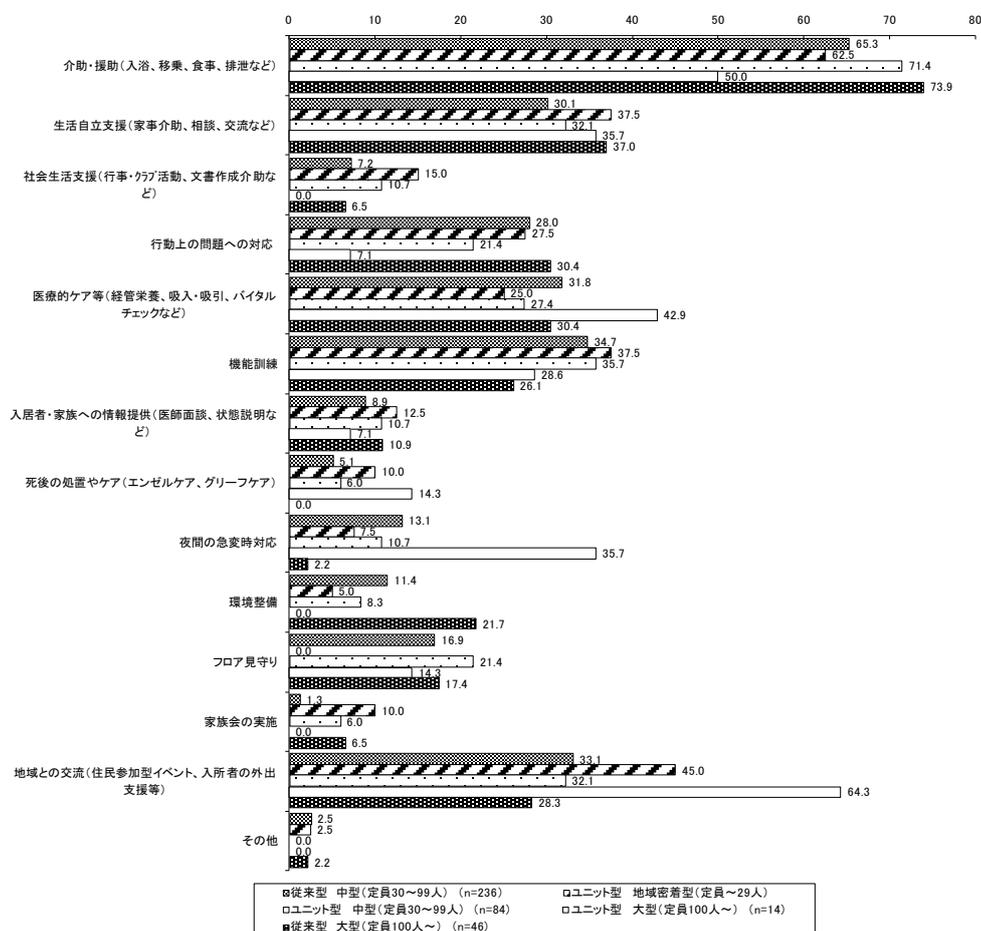
今後人員を配置して力を入れていくべきサービスに選択された割合が最も高いのは65.8%の「介助・援助」であった。他に選択された割合が高かった項目は、34.1%の「地域との交流」、33.9%の「生活自立支援」、32.0%の「機能訓練」、30.8%の「医療的ケア等」であった。

また、選択の優先順位別にみると、優先順位1位で「介助・援助」が選択された割合は52.7%であり、他の選択肢より圧倒的に高い。一方、優先順位2位・3位では6.6%、6.5%とあまり割合は高くなく、特養における基本的なサービスである「介助・援助」の質を最優先で上げたいと考える施設が多いことが伺える。

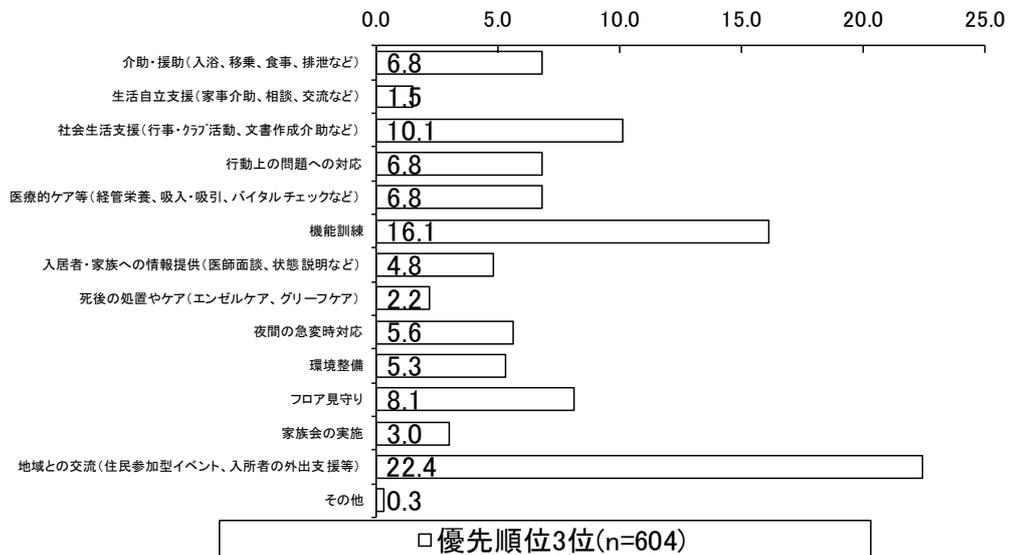
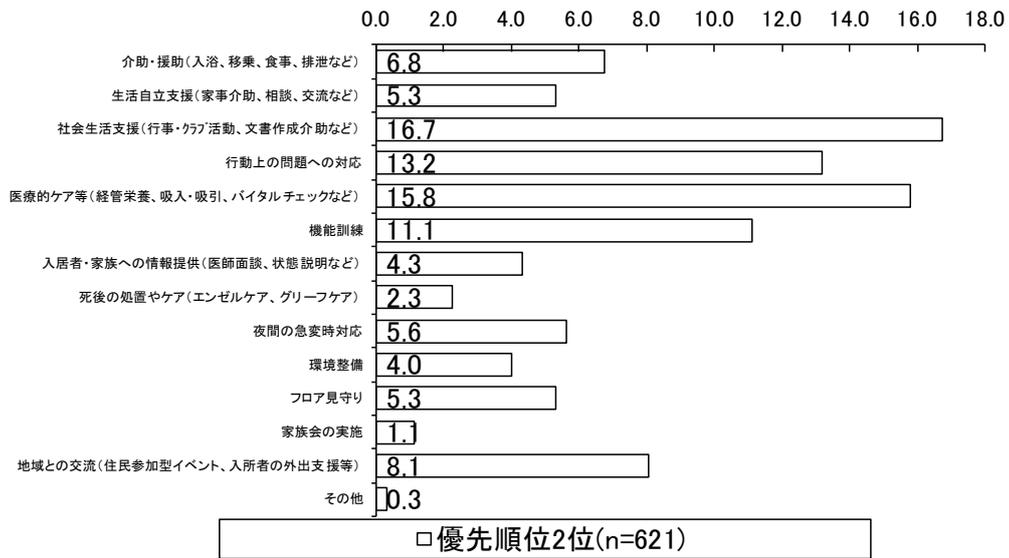
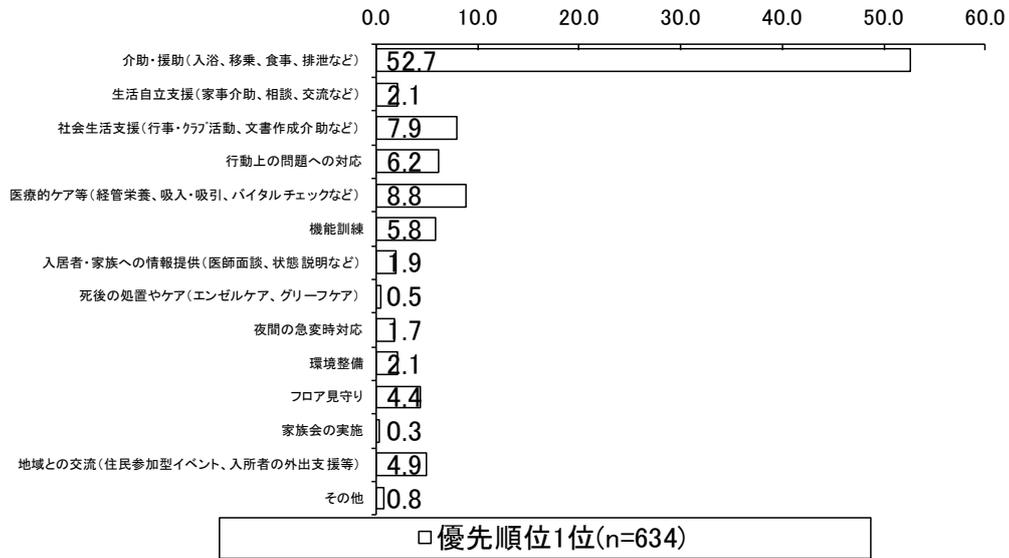
図表 103 施設類型別 今後力を入れていくべきサービス(1位～3位のいずれかに選ばれた割合)



図表 104 セグメント別 今後力を入れていくべきサービス(1位～3位のいずれかに選ばれた割合)



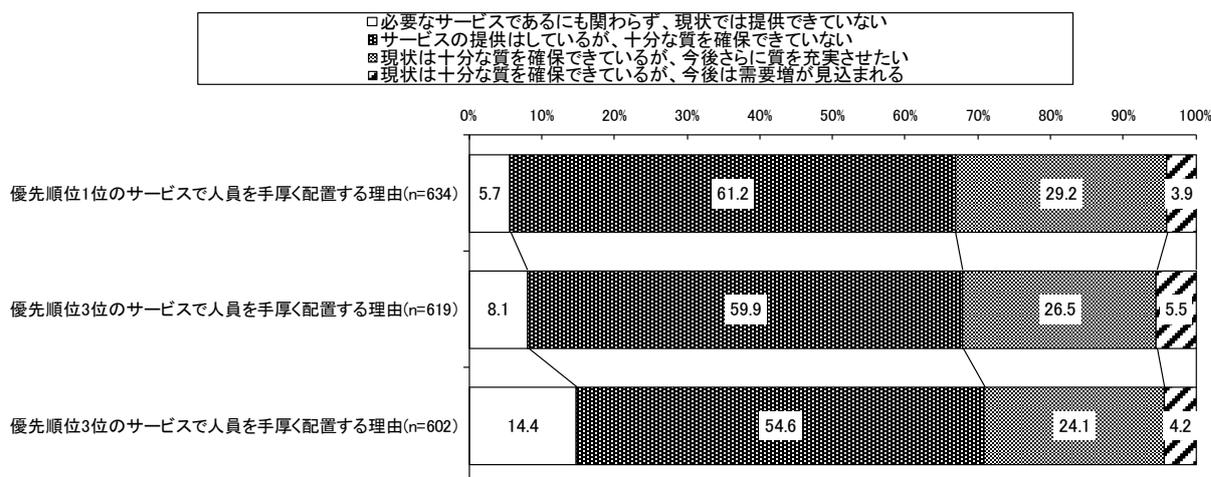
図表 105 優先順位別 今後力を入れていくべきサービス



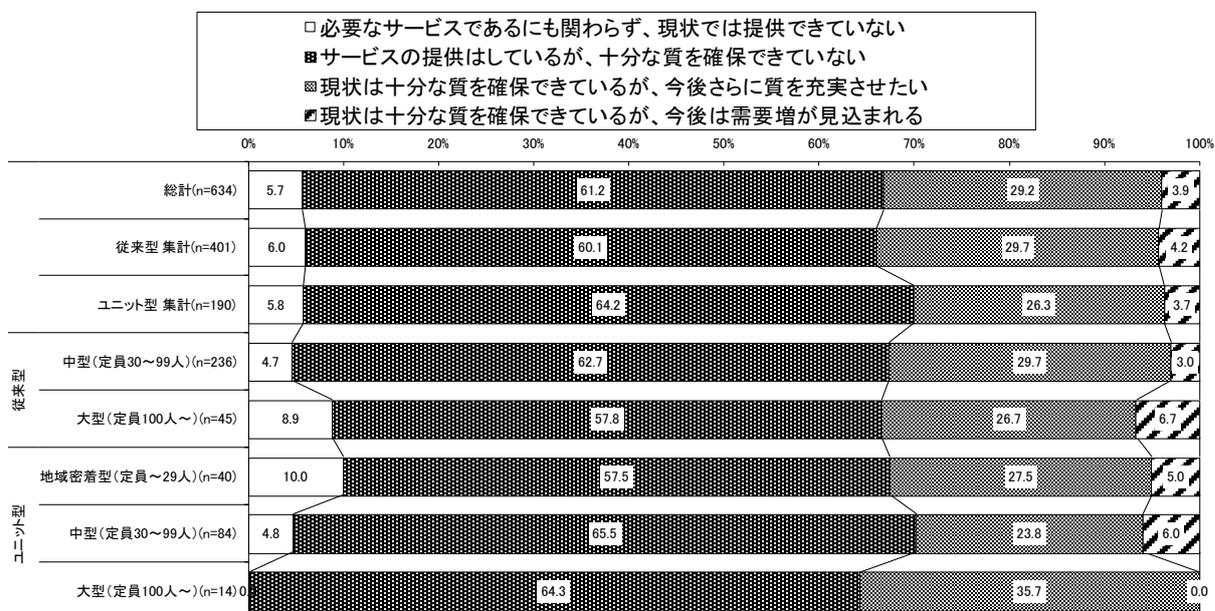
## (2) 今後人員を配置して力を入れていくべき理由

今後サービスに人員を配置して力を入れていくべき主だった理由をみると、「サービスの提供はしているが、十分な質を確保できていない」が優先順位1位では61.2%、優先順位3位では54.6%であった。「現状は十分な質を確保できているが、今後さらに質を充実させたい」は優先順位1位では29.2%、優先順位3位では24.1%であった。「必要なサービスであるにもかかわらず、現状では提供できていない」は、優先順位1位では5.7%、優先順位3位では14.4%であった。全体として、優先順位が高い項目では既存のサービスの質の向上を目的とした選択が多い傾向にある。

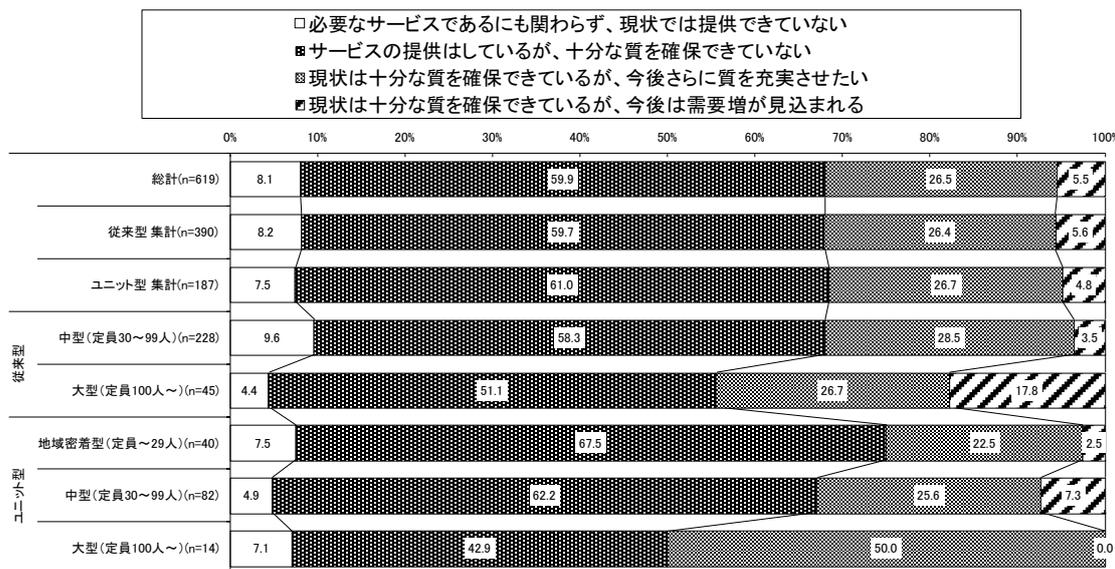
図表 106 優先順位別 人員を手厚く配置して力を入れていくべき理由



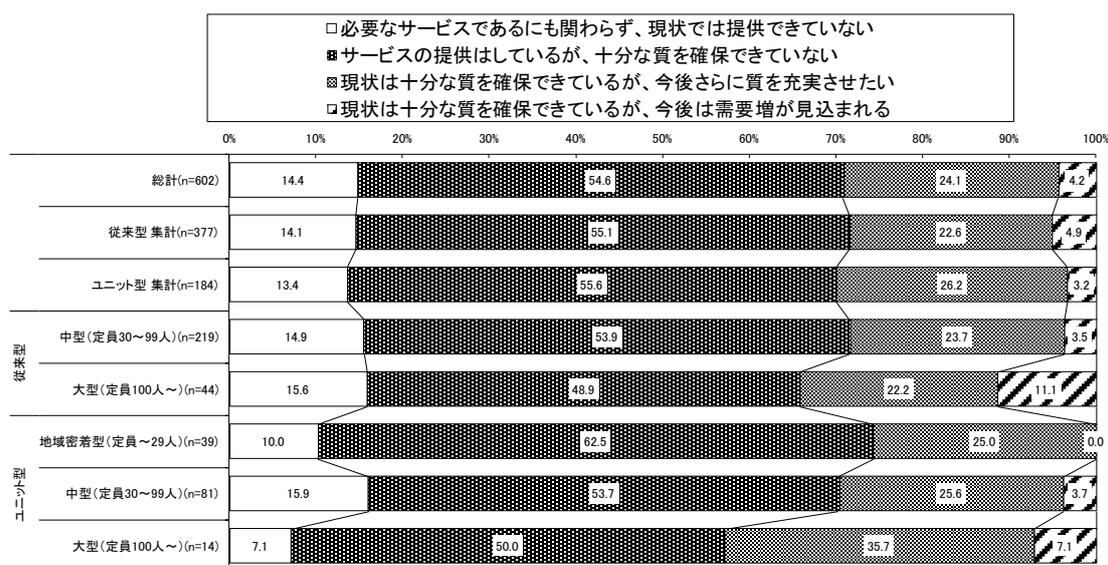
図表 107 優先順位1位 人員を手厚く配置して力を入れていくべき理由



図表 108 優先順位2位 人員を手厚く配置して力を入れていくべき理由



図表 109 優先順位3位 人員を手厚く配置して力を入れていくべき理由



#### 4.4.2. サービスの効率化と介護機器・ロボットの利用

本項は、施設における介護機器・ロボットの導入状況及び導入結果について考察する。なお、本調査は回答施設が導入している機器の代表例を自由記述で列挙したものである。特にリフト、特殊浴槽、バー等については施設内の機器を網羅した調査ではないことに留意を必要とする。本項では、介護用ロボットの導入状況と、導入理由及び導入結果に主軸を置いて分析を実施する。

##### (1) 介護機器・ロボットの利用状況

介護機器・ロボットの利用状況をみると、「介護用ロボット」を導入していると答えた施設は全体の1.3%（9施設）であり、現時点では介護用ロボットの普及は殆ど進んでいないといえる。

図表 110 セグメント別 介護機器・ロボット利用率

	総計(n=678)	従来型		従来型		ユニット型		
		従来型 集計 (n=432)	ユニット型 集計(n=200)	中型(定員30 ~99人) (n=251)	大型(定員 100人~) (n=47)	地域密着型 (定員~29 人)(n=41)	中型(定員30 ~99人) (n=88)	大型(定員 100人~) (n=15)
1 入浴介助用リフト	22.1%	20.8%	24.0%	22.3%	8.5%	17.1%	27.3%	46.7%
2 移乗用リフト	5.5%	4.9%	4.5%	4.4%	4.3%	0.0%	5.7%	13.3%
3 その他リフト	7.2%	8.3%	5.5%	8.4%	6.4%	2.4%	6.8%	13.3%
4 特殊浴槽	4.6%	4.2%	4.5%	4.0%	2.1%	4.9%	4.5%	6.7%
5 スライディングボード/スライドシート	5.3%	5.8%	4.5%	6.0%	4.3%	7.3%	3.4%	6.7%
6 離床センサー	12.8%	12.3%	12.5%	11.6%	19.1%	12.2%	12.5%	13.3%
7 見守りシステム	5.0%	5.8%	3.0%	4.8%	10.6%	0.0%	3.4%	0.0%
8 担架・電動ストレッチャー等	3.2%	3.5%	3.0%	2.8%	6.4%	2.4%	4.5%	6.7%
9 サポートウェア	0.3%	0.5%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
10 特殊ベッド	5.0%	5.1%	4.5%	4.4%	6.4%	2.4%	4.5%	13.3%
11 クッション	0.3%	0.2%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
12 衝撃吸収マット	0.6%	0.9%	0.0%	1.2%	2.1%	0.0%	0.0%	0.0%
13 バー	0.3%	0.5%	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
14 排泄補助機器	0.1%	0.2%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
15 歩行器	0.6%	0.7%	0.5%	0.0%	2.1%	0.0%	0.0%	6.7%
16 リハビリ用機械	0.3%	0.5%	0.0%	0.4%	2.1%	0.0%	0.0%	0.0%
17 吸引機等ケア用品	0.1%	0.2%	0.0%	0.0%	2.1%	0.0%	0.0%	0.0%
18 介護用ロボット	1.3%	0.7%	3.0%	1.2%	0.0%	0.0%	5.7%	0.0%
19 掃除ロボット	0.1%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%	0.0%
20 OA機器、記録システム、コンピュータシステム等	2.1%	1.6%	2.5%	1.6%	2.1%	2.4%	3.4%	0.0%
21 その他	2.8%	3.0%	2.5%	2.4%	4.3%	0.0%	5.7%	0.0%

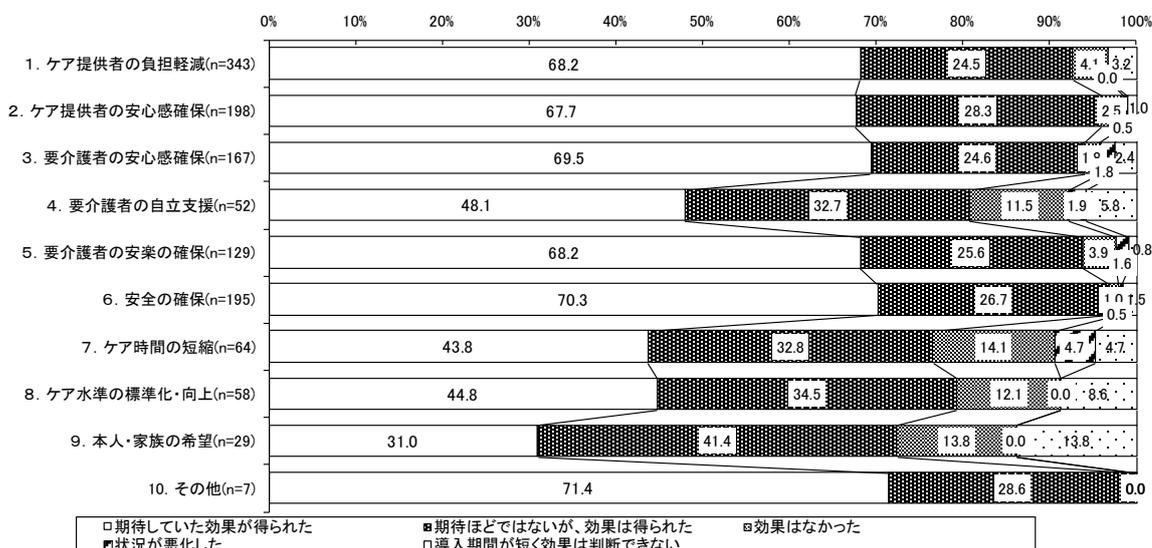
※複数の導入理由への記入による重複を差し引き、1施設につき同一種類の機器は1台となるように計算した。

## (2) 介護機器・ロボットの導入理由及び結果

介護機器・ロボットの導入結果を導入理由別にみると、期待していた効果が得られた割合が高いのは「ケア提供者の負担軽減（68.2%）」「ケア提供者の安心確保（67.7%）」「要介護者の安心感確保（69.5%）」「要介護者の安楽の確保（68.2%）」「安全の確保（70.3%）」であり、ケア提供者や要介護者の「安心・安全・安楽」に係る導入目的では期待していた効果が得られた割合が高かった。一方、ケアの効率化に係る項目では「ケア時間の短縮（43.8%）」「ケア時間の標準化・向上（44.8%）」と期待していた効果が得られた割合が低く、ケアの効率化を目的とした介護機器・ロボットの導入は相対的に期待通りの効果が得られていないことがみてとれる。

介護機器・ロボットの導入結果を機器・ロボットの種類別にみると、導入数が多い機器・ロボットのうち、「スライディングボード/スライドシート（79.6%）」「担架・電動ストレッチャー、特殊車椅子等（73.9%）」「特殊ベッド（72.0%）」等で期待通りの効果が得られた割合が高かった。一方、導入数が多い機器のうち「見守りシステム（51.0%）」「移乗用リフト（46.2%）」等では期待通りの効果が得られた割合が低かった。

図表 111 介護機器・ロボットの導入理由別導入結果

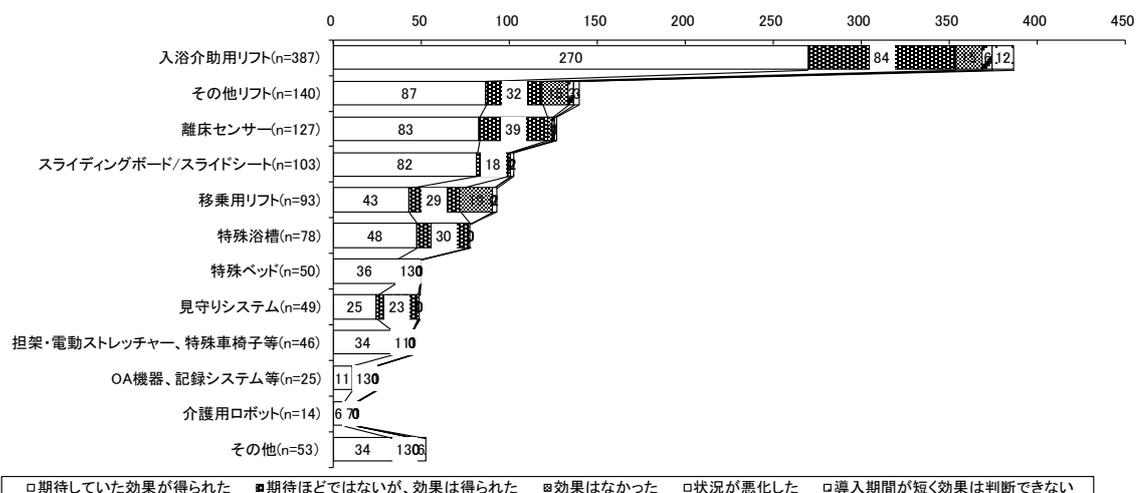


図表 112 介護機器・ロボットの種別 導入数及び導入結果

	合計	期待していた効果が得られた	期待ほどではないが、効果は得られた	効果はなかった	状況が悪化した	導入期間が短く効果は判断できない
1 移乗用リフト	93	43	29	19	0	2
		46.2%	31.2%	20.4%	0.0%	2.2%
2 入浴介助用リフト	387	270	84	15	6	12
		69.8%	21.7%	3.9%	1.6%	3.1%
3 その他リフト	140	87	32	15	3	3
		62.1%	22.9%	10.7%	2.1%	2.1%
4 特殊浴槽	78	48	30	0	0	0
		61.5%	38.5%	0.0%	0.0%	0.0%
5 スライディングボード/スライドシート	103	82	18	1	0	2
		79.6%	17.5%	1.0%	0.0%	1.9%
6 離床センサー	127	83	39	3	1	1
		65.4%	30.7%	2.4%	0.8%	0.8%
7 見守りシステム	49	25	23	1	0	0
		51.0%	46.9%	2.0%	0.0%	0.0%
8 担架・電動ストレッチャー、特殊車椅子等	46	34	11	0	0	1
		73.9%	23.9%	0.0%	0.0%	2.2%
9 サポートウェア	2	1	0	0	0	1
		50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%
10 特殊ベッド	50	36	13	0	0	1
		72.0%	26.0%	0.0%	0.0%	2.0%
11 クッション	2	2	0	0	0	0
		100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
12 衝撃吸収マット	5	3	2	0	0	0
		60.0%	40.0%	0.0%	0.0%	0.0%
13 バー	2	1	1	0	0	0
		50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%
14 歩行器	3	3	0	0	0	0
		100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
15 排泄補助機器	2	0	2	0	0	0
		0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
16 リハビリ用機械	2	2	0	0	0	0
		100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
17 吸引機等ケア用品	2	2	0	0	0	0
		100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
18 介護用ロボット	14	6	7	0	0	1
		42.9%	50.0%	0.0%	0.0%	7.1%
19 掃除ロボット	1	0	1	0	0	0
		0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
20 OA機器、記録システム等	25	11	13	0	0	1
		44.0%	52.0%	0.0%	0.0%	4.0%
21 その他	32	20	7	0	0	5
		62.5%	21.9%	0.0%	0.0%	15.6%
合計	1,165	759	312	54	10	30
		65.2%	26.8%	4.6%	0.9%	2.6%

※一つの機器が複数の理由に跨って記入されている場合、重複してカウントした。ただし、同類機器については、同一理由による導入は1施設1つまでとした。

図表 113 介護機器・ロボットの種別 導入数及び導入結果

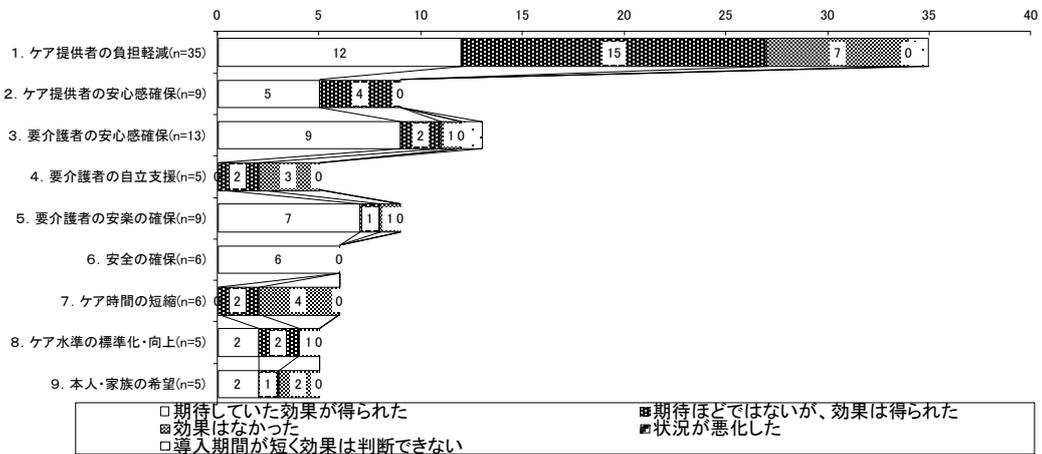


※一つの機器が複数の理由に跨って記入されている場合、重複してカウントした。

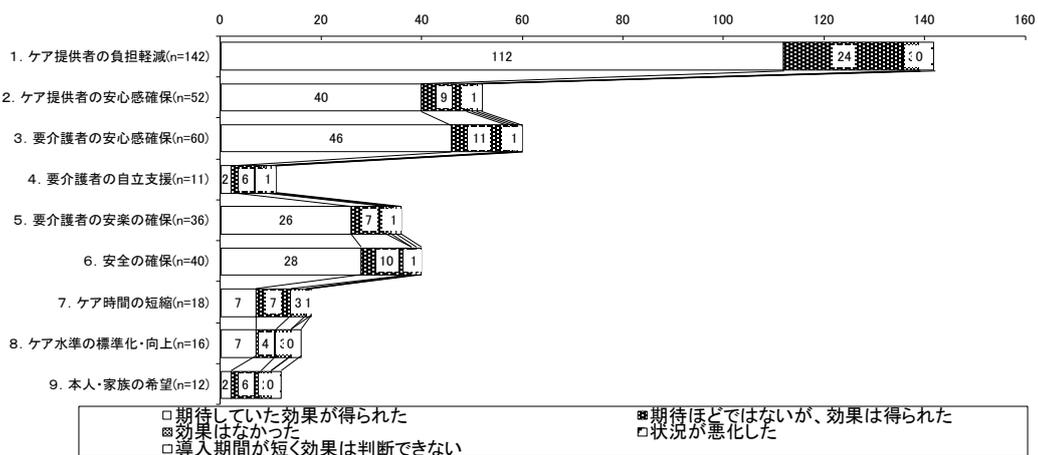
### (3) 機器別・導入の理由別 導入数及び結果

回答数が多い介護機器について、導入の理由別に導入数及びその結果を集計した。

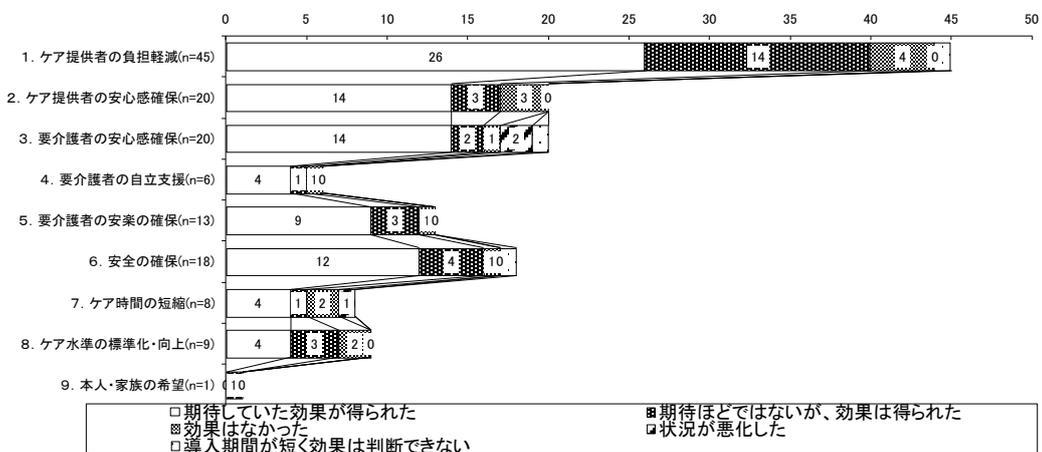
図表 114 介護機器・ロボットの種別 導入数及び導入結果(移乗用リフト)



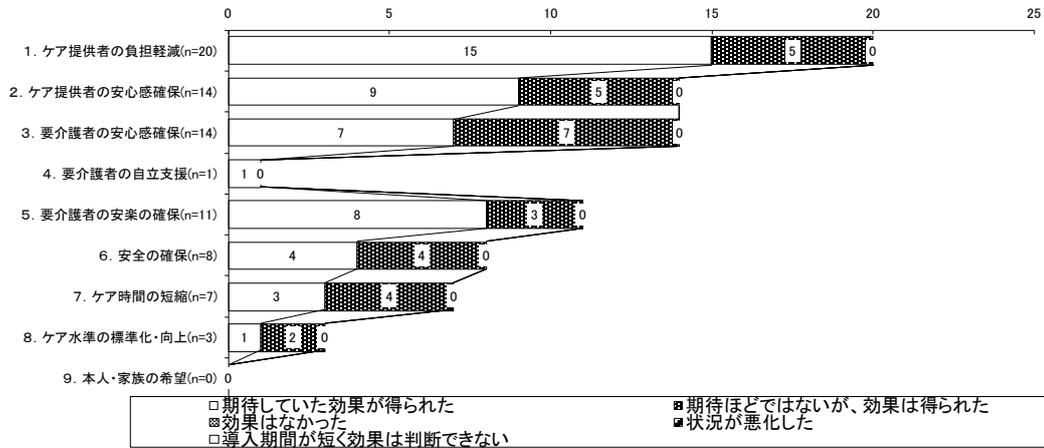
図表 115 介護機器・ロボットの種別 導入数及び導入結果(入浴介助用リフト)



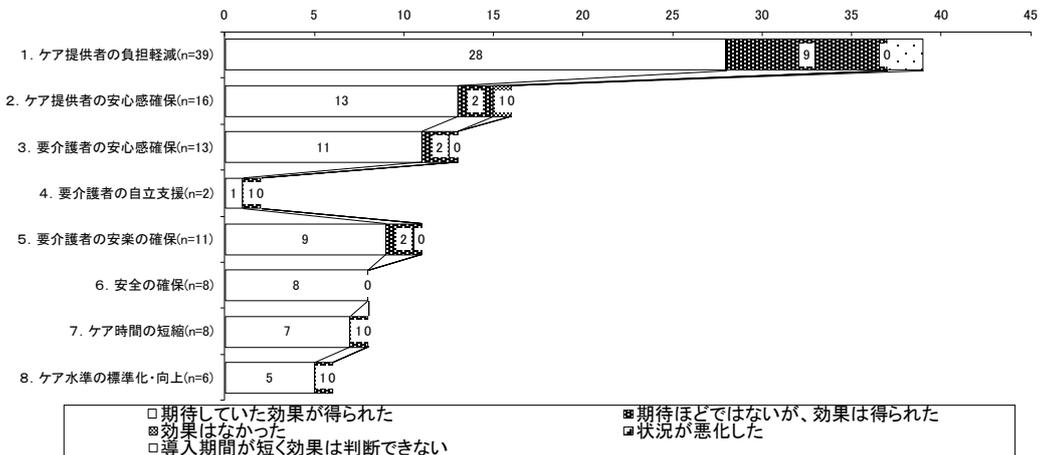
図表 116 介護機器・ロボットの種別 導入数及び導入結果(その他リフト)



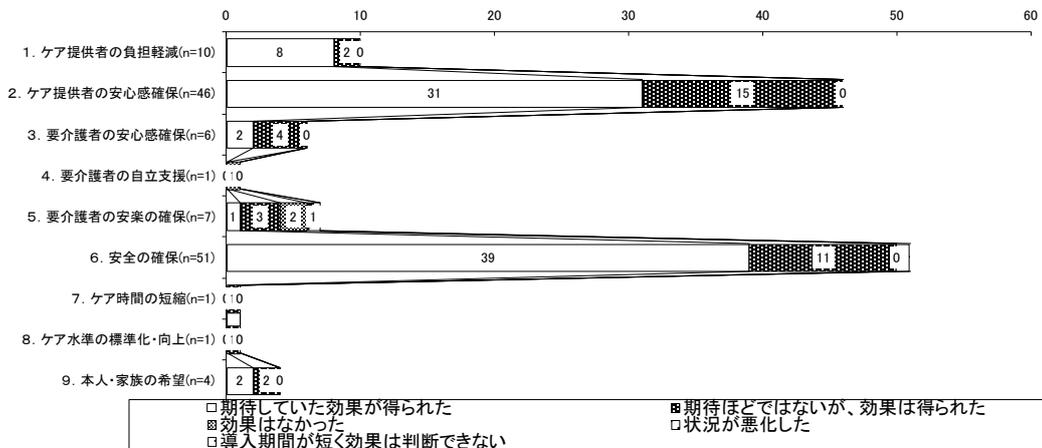
図表 117介護機器・ロボットの種別 導入数及び導入結果(特殊浴槽)



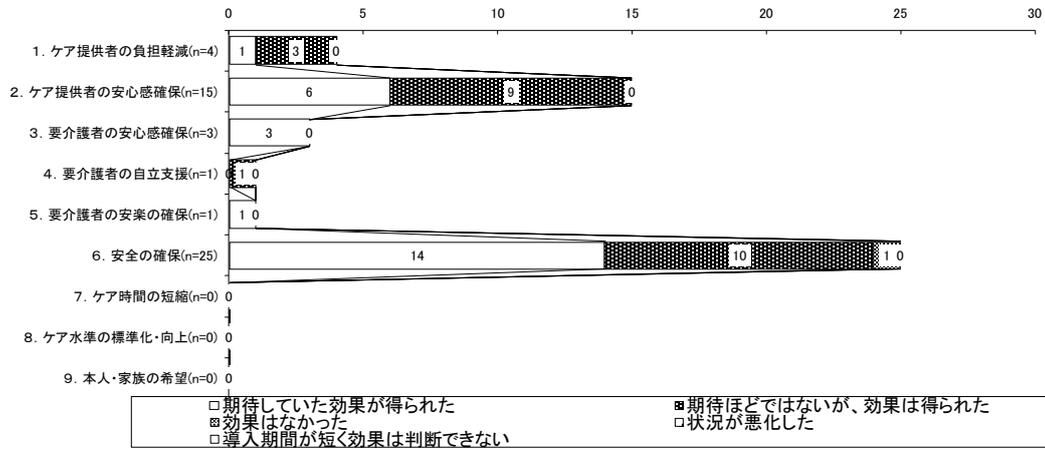
図表 118介護機器・ロボットの種別 導入数及び導入結果(スライディングボード・スライディングシート)



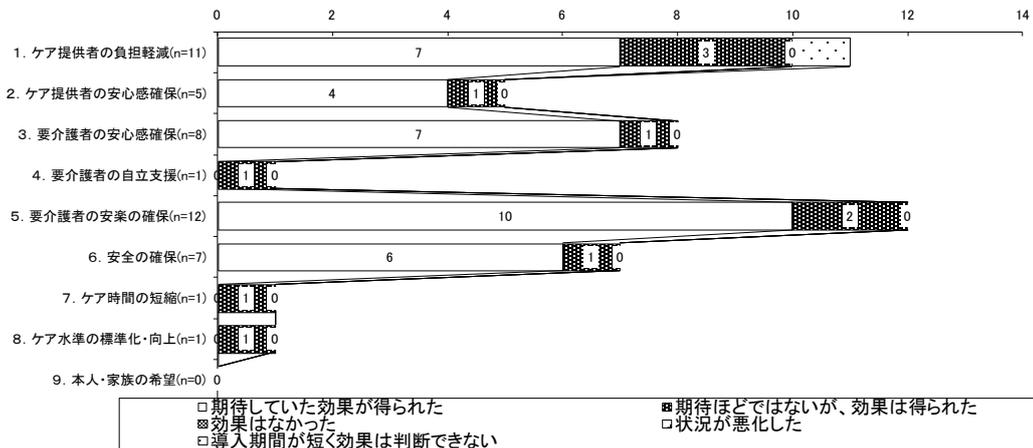
図表 119介護機器・ロボットの種別 導入数及び導入結果(離床センサー)



図表 120 介護機器・ロボットの種別 導入数及び導入結果(見守りシステム)



図表 121 介護機器・ロボットの種別 導入数及び導入結果(担架・電動ストレッチャー、特殊車椅子等)



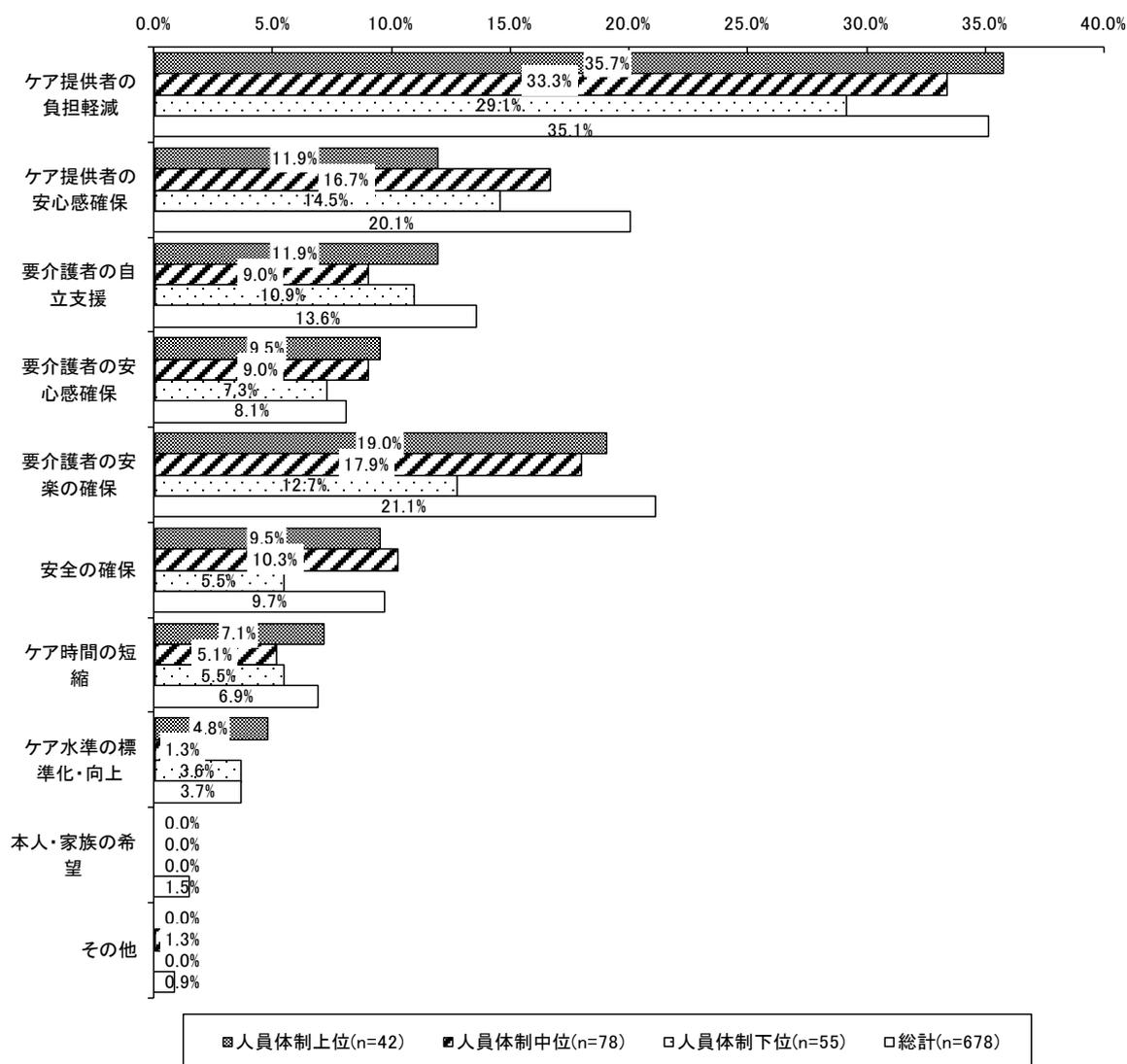
#### (4) 介護機器・ロボットの利用状況と人員体制の関係

介護機器・ロボットの導入が、ケア時間の低減及び人員の低減に結びついているのかを考察するため、導入理由別に介護機器・ロボットの導入率を調査した。

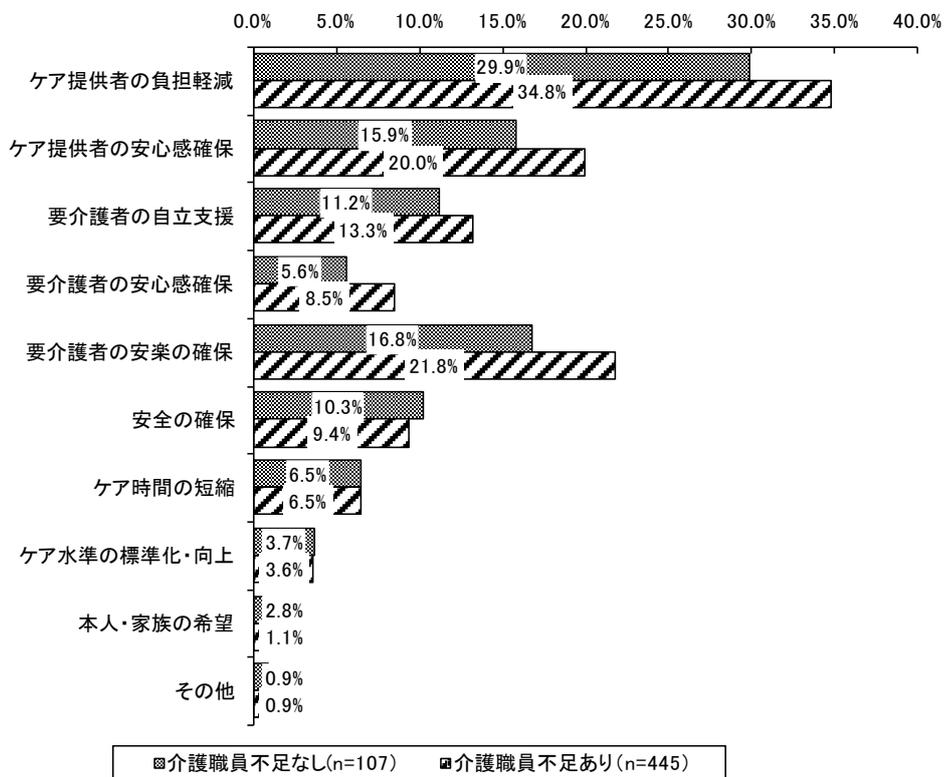
全体として「人員体制下位の施設で導入率が高い」傾向はどの導入理由でもみられない。一方、「ケア提供者の負担軽減」「要介護者の安楽の確保」では人員体制上位の施設ほど導入率が高い傾向がある。介護機器やロボットを利用するためには施設内における研修や訓練を要するため、十分な人員体制を保持していなければ導入が困難であると解釈できる。

一方、介護職員の不足感の有無と介護機器・ロボットの導入率のクロス集計では、多くの項目で介護職員に不足を感じている施設ほど介護機器・ロボットの利用率が高い傾向がみとれる。しかし、「ケア時間の短縮」の項目では導入率に差がないことから、介護職員の不足感を感じている施設における介護機器・ロボットの導入による効率化はあまり実現されていないと考えられる。

図表 122 人員体制と導入目的別介護機器・ロボットの導入率



図表 123 介護職員の不足感の有無と導入目的別介護機器・ロボットの導入率



## (5) サービス提供を効率的に行うための工夫

サービス提供を効率的に行うための工夫は、「サービス自体の工夫」「施設運営上の工夫」「道具や機器の導入」などに大別される。具体的には「個別利用者毎のケア方法の検討」「ボランティアの利用」「24時間シートの利用」「記録システムの導入」などが挙げられていた。

また、「業務の効率化は手放して関係されない」という意見が散見されることから、特別養護老人ホームにおける効率化を進めるにあたっては、ケアの質、安楽の確保・安全等と背反しない形で効率化が求められる。

○サービス自体の工夫	
1	移乗方法の個別化検討。
2	ご家族による食事介助をお勧めする。
3	オムツはずしを向上委員会設立(H23～)で確立でき、特殊な方(1～2人)を除いて入所時に家族への説明にて市販のパンツ＋その人に合ったパットを併用している。コスト面、衛生面、作業時間の短縮等、改善でき、また、利用者の自立支援につながっている。
4	入浴介護においてケアワーカー1対1の対応を行うことにより、利用者の方とワーカーの介助をスムーズに行われている。3大介護(入浴、排泄、食事)以外も担当の係を決めており、係→名ユニットリーダー→介護主任に相談しながら効率的にサービスの変更、提供など行われている。
○施設運営上の工夫(職員配置、施策等)	
5	・各ユニット毎ではなく他職種の協力体制。
6	・行事、クラブ活動を民間ボランティアに支援していただいている。 ・地域のコンビニ(週1日)、パン販売(3ヵ所、つきに1・2回)等の訪問販売。
7	多様な勤務体制(時間や日数)の組み合わせ。
8	介護者の腰痛の身体的負担を軽減するために、介護技術を習得するための研修に参加したり、または、施設内で行っている。
9	完全ユニット型の特養であるため、ユニットに配置される職員も限られており、その中でシフトを組んでいるために情報の共有はなかなか難しい問題となっている。各ユニットで24時間シートの作成により個々の利用者への対応を一定することで、同じサービスが提供できるように工夫している。又自立支援に取り組み、利用者の持っておられる能力を引出し、自分のできることを維持していけるようにすることで、介護の負担を軽減できるようにしている。
10	研修(外部)への積極的参加と、伝達講習等によるケア水準の向上。
11	今年27年を迎える古い施設で、ハード面は、設備が不十分な部分が多くあります。ケアスタッフの体調管理を進めておりますので、腰痛防止ケアについては検討しております。
12	食堂(ホール)で専ら利用者の見守りに従事する職員を配置し、水分補給やおやつ提供時等、介護職員が一般業務で手薄にある時間帯の対応を補っている。
13	清掃や下膳は外部委託(業務委託)を行っている。
○道具・機械等の導入	
14	・移乗板の利用。
15	・社内記録システムの充実。
16	・スライディングボード、シート活用し、利用者にとっても負担が少なく、実施できている。・モジュール型車イス。
17	・入居者、介護者負担軽減のため、移乗の際にはスライディングボードの活用。 ・入居者の方の安全確保のため離床センサーの活用。
18	・無線ラン環境整備及び、ipad等を活用した記録の電子化に伴う記録等をいつでも入力、閲覧できることによる情報の共有化。 ・記録の電子化による、記録文言の統一化(外国人常勤者受け入れに向けての準備)を進めている。
19	介護記録システム導入で皆が情報を共有でき、サービスの向上及び、効率化につながっている。
20	各ユニットへパソコンの配置(ケース、排泄等の記録を管理)。
21	記録ソフトを導入し、間接業務を効率化した。
22	記録の電子化、一元化により他職種が情報共有している。
23	グループウェア(掲示板、チャット等)を使い、職員間の情報共有。
24	従来型特養で回廊式であちこち動き回る手間あり。PHS等活用したナースコールシステム導入検討。
25	入居者様の中でも関節拘縮の方の寝姿勢保持と、体圧分散等を行い、停電対策などの安全性を強化した、超高機能型エアマットレスを19台導入しています。

26	腰痛予防対策に、コルセット(腰ベルト)を介護職員へ貸与している。
○その他	
27	同一の機械、腰痛軽減というよりセクハラ行為が激しく、入居者に対しての不安感や「嫌だ」という気持ちで反射的に入居者を落とさない工夫をした。防護服を着用してもダメだったため。
28	今の状態では、たとえロボットが安価になっても、介護ロボットの普及は難しい。機能面でも、場面のニーズとの間に開きがある。例えば、装置ロボットでも、部分的には役に立つが、1日の仕事を通じて考えると使い勝手の悪い製品になる。又、介護に必ずしも業務の効率化が歓迎される。職場ではなく、介護対象者へのホスピタリティも重要になる。むしろコミュニケーションや、癒しのロボット化が良いかもしれない。
29	コミュニケーションロボットなどの話は聞いているが、使用したことがなくわかりません。
30	サービスを効率的に行うことも大切であるが、利用者一人の状態に合わせ事務の持っている力、能力を改善できるように、介護員が声かけしながらサポートすることに力を入れている。
31	特殊浴槽機械を導入しているが、社員が使用になじめず使用していない。
32	ほとんど取り入れることが出来ておりませんが、職員が腰痛等の負担軽減を意識に使ってもらえるようになればよいと思いますが、まだ「自分で動いた方が早い」「準備に時間がかかる」等、前向きな意見が少ない状態です。研修等を行って意識を変えたいと思っております。
33	ユニット内の家具等の置き場を統一する案がある。
34	利用者の直接介護等で効率や簡素化は求めません。安心、安全が優先できれば非効率なことでも実行します。介護記録などの事務処理でシステム等を導入することで効率、簡素化が図れると判断すれば積極的に設備投資をする。

## 4.5. 地域包括ケアシステムにおける特別養護老人ホームの役割

地域包括ケアシステムにおける特別養護老人ホームの役割については、大きく分けて「地域の拠点」としての役割」「最後の砦」としての役割（重度高齢者の受け入れと看取り（ターミナルケア）の充実）」が挙げられていた。

「地域の拠点」の具体的な役割としては、「講習会による介護知識や施設役割の伝達」「地域住民との共同活動」「地域へのサービス（在宅支援等）の提供」等が挙げられていた。「最後の砦」の具体的な役割としては、「地域における重度高齢者/緊急時支援の受け入れ」「在宅復帰・自立支援を促す役割」「高齢者自身が望んだ最期の選択肢の一つとしての役割」等が挙げられていた。

【1. 「地域の拠点」としての役割】	
○全体像	
1	地域福祉の拠点として、地域福祉に貢献するべきと考える。具体的には、地域性や、住民の方々のニーズを把握しながら、行政等と協議しながら、施設が協力できることを実施してゆきたい。
2	地域の福祉の拠点としての役割を果たすための、・質の良い介護サービスを提供し、・また、認知症を充実させていかなければならないと考えています。
3	・地域と共存し、積極的に地域貢献していくこと。地域福祉の拠点として役割を果たしていくこと。
4	これまで在宅での生活困難な高齢者の生活の場としての役割を果たしてきましたが、まだまだ利用者様の社会参加を始めとした地域への働きかけは薄いと思われます。地域と一体となった開かれた施設になるためにも職員一人一人が、その目的を理解できるように法人が導いていかななくてはと感じる。
5	世代を超えた地域住民との交流により、地域包括ケアの拠点となる世代間の交流、民生委員や地域住民など地域の他の社会資源と連携し地域福祉ネットワークとしての拠点を意識する。施設職員によるボランティアで、活動が地域に根ざしていくようにする。
○講習会を行うなど、地域に介護の知識面や特養の役割を伝達する	
6	特養の専門職を地域のために役立てる。講師として派遣、相談役となるなど、また施設の設備と開放。
7	地域社会における特養の役割としては「介護の砦」ではないかと思う。地域の介護力向上を率先して行わなければならない。
8	地域包括ケアシステムが推進される中、これまで以上に地域を受け入れ、地域行事への積極的な参加や、地域の在宅高齢者ご家族向けの研修会等の開催を行っていきたく存じます。
9	高齢で積極的治療を望まない方の看取りの場所であり、かつ、高齢者介護に携わる相談、介護、リハビリ、栄養などの専門職を予防、啓発の目的で地域に派遣する役割の必要性を教える。
10	施設の思想(拘束しない、虐待しない、人材尊重の援助、認知症の方への支援)等地域に広めていくこと。
11	地域福祉の担い手として、地域包括ケア中心となる必要がある。また、介護技術と科学的に発信する役割がある。
12	特養という存在が人を入所させる施設ではなく、人が生活している家だという認識を広めていくために周辺地域との連携、情報提供などを行い、共に成長していけるコミュニティーを作っていくことが必要だと思います。
13	施設内だけでなく地域の中にスタッフが出ていき、認知症の方の対応や介護の方法や相談など積極的に行っていき、オープンにだれでも参加していける施設になればと思います。
14	・知己の介護事業所を後方支援する役割(災害時の避難場所の提供)。・特養が持つ介護の知識、技術を家庭で介護されている方々へ伝えていく。・利用される方々のこれまでの暮らしを維持、または再構築していくために、介護事業所や地域と顔の見える関係性を作ること。・市の介護保険事業企画の意図するところを理解しながら、特養の他職種協働のシステムを地域へ還元していくこと。
15	施設独自の認知症対策「相談窓口」を設置し、社会貢献したい。
16	地域包括システムを推進するに当たっては、現在介護事業のサービスを継続することはもちろんのこと、特養の持っているノウハウ(介護に関する様々な知識等)を提供するなど、介護情報の拠点になることが求められているが、そういった活動を行うためにも施設経営が安定していないと、提供は困難である。経済的な面はもとよりマンパワーも充実している必要があるものの、現実には介護職員のレベル低下があり、そういった職員への資質向上に努めることが、逆に経験のある職員の心身の負担が大きくなり、疲弊がみられるようになってる。
17	特養に有するノウハウを地域の中で活用し、在宅で暮らす重度の介護者に対して、在宅生活を継続できるよう検討すべき。
18	地域包括システムの5つの構成要素の「介護」においては、人材やハード面、介護のノウハウなどの面で特養にはそれ相応の基盤があると思われます。よって、サービス全般の受け皿として、また、日ごろから地域の在宅介護者に向けた相談や、介護についての知識や技術の伝達などの介護教室を開くなど、果たせる役割は大きいと思います。
19	サービスの質の向上、介護レベルの向上、社会福祉法人を理解し、地域社会に貢献するにあたって何が必要で何ができるか考える。人材確保。
20	地域の社会資源として地域住民の方へ、認知症の理解と予防、看取りに関する知識や考え方など地域に広めていくこと等が望まれていくと思う。

21	国の進めている地域包括システム等の方針を、実際に介護をしている家族のニーズが乖離しているのが今の現状だと思う(特に過疎地域)。又、その方針自体が、ほとんどの一般の方々に伝わっていない。行政職員が自ら説明すべきな所を、施設に丸投げしているのが今の現状ではないかと考えると、行政職員が地域の住民に説明するための機会と場所を提供することも、特養の役割の一つとして必要ではないか。
○交流会を開くなど、地域住民と共に活動する	
22	「地域福祉に貢献できる施設」「地域に開かれた施設」を目指すことが、地域住民に親われる特養の役割だと思います。施設が「情報、交流、活動、集い、学習、防災非難の場、として活用、利用」されること。特養の役割として位置づけ活動すること。
23	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域のサロンを行う場として施設の場所や人材の提供。</li> <li>・施設職員が地域に向いて認知症予防、その他重度化しないよう定期的に運動指導するなど。</li> <li>・行政、自治体との協働etc。</li> </ul>
24	地域包括ケアは「住み慣れた地域でたとえ、重介護でも、認知症でも、疾患を抱えても、ターミナル期においても、自分らしい人生を最期まで続けられるシステムである」。その人の状態やニーズに応じた1つの選択肢として、特養が地域にあることは大きな安心であると考え。その役割として、社会福祉法人としての地域への貢献がある。1、地域に厚ほかの法人との連携によって、協働で事業を行う。2、認知症カフェなどの介護予防支援。3、施設職員のボランティア活動。4、施設職員の地域への介護についての出前講義や相談に応じる。5、施設行事時、地域高齢者を食事に招待。6、地域住民との夏祭りなど交流。これら5点などにより、特養は地域に支えられ、育てられる施設を目指し、又。実施の基盤として、経営状態の安定化に努め、地域包括ケアシステムの中にセーフティネットとしての役割を果たす。
25	当施設がこれまで通り、住まいと生活支援機能、地域参加に積極的に取り組むことは変わりありません。一方で、施設の場所を生かし、地域高齢者への介護、予防事業や相談支援の役割を担い、地域包括との連携を強化したいと思います。
26	平成27年度の介護報酬改定の骨子で示されたものと同じく、地域包括システムに向けた特養施設の在り方として、地域の拠点としての機能を発揮し、認知症を含む中重度の要介護者の在宅での生活を支援する役割を果たすこととして、地域包括支援医療ニーズの高い利用者も積極的に受け入れる。ボランティア、実習の受け入れ、相談室、サロン、交流会、行事、研修、配食など、地域福祉や社会福祉の向上に向けた活動が期待されること。
27	<ul style="list-style-type: none"> <li>・科学的介護の実践を行い、自立支援型のサービスを行う。</li> <li>・地域の方々へ在宅介護の支援方法等を指導、助言する。</li> <li>・認知症サポーター講座を開設し、認知症の方への対応方法等を伝える。</li> </ul>
28	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域への貢献(地域への人材派遣、情報発信)。</li> <li>・地域住民が気軽に施設へ来ていただけるような環境づくり。</li> </ul>
29	<ul style="list-style-type: none"> <li>・老人福祉士法では、特養は在宅復帰のための機関と位置付けられているが、終の住処としても位置付けられ退所は死亡、あるいは病院への入院である。そして現在は要介護3以上が施設入所要件となりより重度の方が入所され、終の住処として看取り介護(死に)場所としての重要な役割となる。</li> <li>・現在のサラリーマンやキャリアウーマンにとっての地域は、住んでいるところではなく、むしろ職場が地域であり、退職してからの地域を形成していかなければならない。</li> <li>その場として特養の広い交流室を開放して地域の子供たちも含めた皆が集まる場としての拠点、そういう機能、役割を果たしていく役割がある。</li> </ul>
30	各家庭を特養でいうところの「居室」として捉え、特養(特に地域密着型)を中心とした介護(在宅)サービスの展開をしていく必要があると思う。地域の中心として皆が集まる場を地域の皆様と築いていきたい。
○地域にサービス(在宅支援等)を提供する	
31	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療との連携を通して、連続した暮らしのサポートに対応。</li> <li>・地域住民に対する見守り等を含めたサポート対応。</li> <li>・特養の持つ様々な機能を地域で活用できるような情報発信とサポート対応。</li> </ul>
32	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特養の持っている機能(特に介護、看護、栄養)を在宅利用者へ提供すること。</li> </ul>
33	ケアシステムの核として、今後益々重度のサービス利用者の受け入れを進めるとともに、施設内ケアで終結させるのではなく、優秀な有資格者を地域高齢者の在宅での生活継続の支援者として派遣できる体制づくりが必要である。
34	事業としての介護保険サービスの提供はもとより、法人の社会貢献の一環として、当施設が有している介護力という経験とノウハウを地域に生かしていくことで、要介護高齢者の自宅生活を1日でも長く続けることが出来るように支援していきたい。
35	ショートステイの柔軟な受け入れ。
36	住み慣れた地域や家で暮らし続けたいという思いは、多くの高齢者に共通した願いです。その思いを実現するためには、生活できる条件は24時間365日のサービス提供体制です。特別養護老人ホームが、各地域事業所を強力にバックアップする役割と考えます。福祉の総合力により、24時間365日安心して暮らしせる生活を支援できると考えます。
【2.「最後の砦」としての役割(重度高齢者の受け入れと看取り(ターミナルケア)の充実)】	
○地域における重度高齢者/緊急時支援の受け入れ	
37	在宅を支えるDr.との連携が今後必要だと思います。配置医1人ではできないこと、対応が1人では難しいときの連携も含めて必要です。又特養が本来持っている機能としての緊急的受け入れの柔軟さも今後望まれると考えます。ただ、今の特養に地域にサービスを提供する余裕がないのも事実です。
38	生活困窮者の受け皿としての役割、重度者を限定とした受入れ、看取りまでの安心できる生活の提供。
39	看取り介護は重要な役割の一つになると思う。
40	特養が最後の「とりで」として存在することで、地域包括ケアシステムが地域の在宅の人々に安心してもらえると考えている。従って、居宅での連携も勿論だが特養との連携も重要と考える。

41	地域包括ケアシステムにおいて、特養の施設は地域住民の福祉を支える最後の砦として期待されていると思います。その中で地域に対し、その持てる力を十分に伝えていく役割は必要と考えます。
42	入所者の大半が介護度4以上で全介助を必要としています。老人福祉法では特養は在宅復帰の場となっていました。現状はなくなってから退所する形になっています。このことから特養の役割は「就活」、最後まで見届けるターミナルケアの確保が必要になってくると思います。
43	今後、特養が果たすべき役割としては、重度化、ターミナルの方々の支援体制の強化であろう。スタッフの専門性(喀痰吸引、看取り)の確立により、特養が地域に存在することの安心感を与えることが重要となる。
44	・在宅生活が困難となった、重度の要介護者や低所得高齢者の「終の棲家」としての役割を果たしておくこと。・特養での医師の配置、医療職員の配置の充実を公費で配慮も必要と考えます。
45	現状では最後の住みどころとなっていることを考えると、ターミナルケアについて思い浮かべます。ただ、スタッフの質、体制など細分化した様々な問題もあるので、それをどう改善していくのか課題になるのではないのでしょうか。
○在宅復帰・自立支援を促す役割	
46	自立支援に取り組んでいる特養の機能を生かして、在宅復帰と在宅生活が困難になった時の緊急受入れをとしての役割を生かせると思います。そのために運用に響かないようにしなければ機能しない現状もあります(空部屋や移動の問題など)。ノウハウをしっかりと提示し、その特養も重要な役割を持つことが出来るのではないのでしょうか？
47	終の棲家ではなく、在宅復帰にむけた、トレーニング的役割を担える存在であることを望む。
48	特養は今まで「終のすみ家」としての役割があったかと思いますが、その役割と在宅復帰の二つの面になるように思います。システム構築のためには、在宅生活されている方に(一般住民)にこのシステムを理解してもらえるように、どのように伝えるかが重要だと思います。
49	特養に入り状態が改善し在宅復帰された方もおり、今後、在宅復帰される方が増えていけるよう、対応していければと考える。そのためにも地域のサービス、協力体制など把握していく必要がある。
50	施設として在宅(地域)は別物ではなく、つながっているということを再認識してもらいたいし、そのような政策、仕組みづくりをしてほしいと思う。
51	現在老健が担っているような、機能訓練を充実させADLを向上させること。認知症の周辺状況を改善させ、自宅で生活できるようにすることも今後の役割だと思われる。
52	待機者が6割と半数を超える現状が在る中で、特養として入居者、利用者の個別のニーズに対応した暮らしを作っていくことが求められ、特養が終の棲家であることから「看取り介護」としての支援の体制を強化等が役割ではないか。
53	地域包括ケアシステムの目的は他職種の連携を通じて、その人の生活をトータルで支援する者だと思っていますが、その視点からは、特養は、緊急時の受け入れであるとか、継続した介護が必要な方の早急な受け入れが求められる役割のような気がする。ただ、そのような役割を果たすことが求められているとしても、最終的には、その人の最後をどう支援するかというだけの問題にぶつかると思う。そうなった時、特養は医療依存度の高い人を受け入れるだけの能力に欠けている。高齢者の終末期における生活、医療の在り方は、特養が今後果たすべき役割にも大きな影響を与えると思う。
○高齢者自身が望んだ最期の選択肢の一つとしての役割	
54	・本来は「最後のお見送り」を施設でと望まれる方には、それを提供すべきであると思う。すべて病院で最期を迎えていただいている現状を変えたいが、この地域では困難。・特養入所後もリハビリをして、自宅等へ戻れる方は、戻っていただく。・特養は地域の医療と連携し、看取らない人を適切に区別し、いざという時に皆が納得できる体制をとるべき。・利用者、ご家族、職員、病院、その他関わっていただく社会資源等(心はup、コストはdown)。
55	当施設も開設して20年経過します。開設当時の介護保険制度導入前の大らかで、歩行できる人、認知症のない人、ほぼ健康者に近い人でも利用できた時代と、現在では、入所者の様子は、全く違ってきている気がします。設備や考え方は、個別ケアを取り入れて人としての尊重が、うたわれておりますが、今後の地域包括ケアシステムの中では、特養に入所される方の重度さを思うと、在宅重視がクローズアップされればされるほど、入所者様の人生の終盤をいかに大切に、幸せに過ごしていただくか、ますます深く考えて今なければと思います。特養を最後の住み家として私たちが支えていくための強い意志、優しさが必要であり、良い環境を守り続けていきたいと考えています。
56	現在は家族で介護ができないと理由で特養入所、そのまま最期を迎える人が多いです。本人が希望して入所している人は数少ないです。住み慣れた地域でその人らしい暮らし、自分はどこで最期を迎えたいのかを確認し、特養ならば看取り介護の実施、家ならば在宅復帰の支援(リハビリ、家族が負担なく介護できる環境づくりなど)が柔軟に選択できる体制が今後大切になってくると思います。
【3.その他ご意見】	
57	人口は少ない地域の中で、地域包括ケアシステムは、なじまない気がする。地域で今までのように暮らしたいというニーズが人口が少ない分特養が中心となつてのケアシステムは難しいと思う。都会と田舎で方法が違っていいのではないかと思います。
59	要介護1、2の方の受け入れ(特段な理由がない方)。
60	地域毎に様々な状況が考えられる。「特養が今後果たすべき役割」として考えるなら、その地域の状況を知り、制度がないサービス等を提供していくことが良いと考えます。
61	厚生労働省の諸施設が現場のストレスサーになっていることを認識の上、施策を進められたい。
62	特養として待機者が一人でも少なくなるように努力すべきだと考える。ただし、介護者の人員不足が否めない現状を打破せねばならないが、特養のみではその力もなく、行政において何らかの手段を構築してほしい。
【4.課題等】	

63	利用者の重度化に伴い、特養でも、経管栄養、吸引等の医療的ケアが求められている。医療機関と密に連携をとりながら医療的ケアのレベルアップが必要となる。また、地域交流の面でも、力を入れ地域福祉を引っ張っていく役割も大切と思われる。
64	特養のノウハウ、マンパワーを地域に還元するためには、これまで通りの業務をしていたのでは不可能と思われる。業務の効率化が必要。
65	大きな変化はないと思うが、在宅福祉へのシフトがさらに進む中では、在宅生活をギリギリまで支援するショートステイの充実、および、居室ケアマネージャーとの連携強化。
66	介護度3以上の入所基準の改正により、入所者の確保ができず、今後の経営に大きな問題となっている。これまで離島である施設のため、働く職員の確保に難渋していたが、現在では待機者は介護度の軽い人が多施設の空き部屋待ちしかおらず、今後の人口減を考えると厳しい状況になってくる。
67	否かという地域柄、日中地域での日常生活は、老夫婦、老人単独でのケースが多く見られます。若い人たちはほとんど共働きの世帯であり、地域で包括的に支えていく意味では多くのマンパワーの確保が課題と言えます。
68	期待されていることがあっても職員が充足されていない状態では何もできない。
69	現在看取りを行っていませんが、重度者の介護(家で看られない状況)をお手伝いしていかなければならない施設だと思えます。ただ現在も看取りと変わらないような方の介護を職員が頑張っている現状もあり、看護師の確保をし、看取りを行っていかねばいけません。
70	住み慣れた地域、社会、そして自宅での可能な限り生活を送り、いずれその限界が来たときには、受け皿として特養を利用していただき、終期をその地域の特養で迎えることができ、また利用者、家族からの看取りの場所として特養がその役割を期待され、特養もその役割(機能)が十分に果たせるようになるべきであると考えている。ここ最近では、医師でも看取りについて積極的に取り組まれる方が多くなってきているが、一方で終期まで医療行為を行わなければならないと考える医師もいらっしゃると思う。実際利用者本人や家族がどんなに看取り介護を希望していても、携わる医師が看取り介護に対して理解を示さなければ、最終的には利用者本人や家族は意向を変えることとなり、後悔の念を抱くと思われる。又、施設職員も同じである。施設で看取り介護に取り組む体制と整備しても、医師の協力は得られなければ看取りを行うことが出来ない。もっとも看取り介護の考え方や理念が多くの医師に浸透することが必要であり、そのための施設が必要であると考えます。
71	在宅の見取りを行う上では、夜間、休日の医師の対応が難しい。施設においても同様であり、医師の協力、確保がまずポイントになると思う。
72	・今後、介護を必要とする高齢者が増加しますが、全員が施設等入所できるところに入れるわけではないので(地域包括ケアシステムをそのために作り上げていくが)、本当に困っている家族の利用者様を受け入れていくことが大切(今の優先入所では見極められないところがあります)。・今後看取りを行っていくうえで、介護職でもできる医療(吸引、胃瘻等)を充実していかないと、終末期、結局最後まで見とれず病院へ入院することが多い。
73	重度者の受け入れを役割とすることが、平成27年の制度改正でより計画化されましたが、一方で重度の受け入れを進めるための加算要件と、保険者から示されている優先入所指針の内容が合致しない面があり苦慮しています。同制度内での調整ですら細やかな面でのすり合わせが必要な中、治療と福祉の分野を超えた調整を行うに当たっては、より一層、精通した担当者の配置が両分野に必要なと考えます。
74	施設整備が進む中で特養の役割として、重度者、認知症、低所得者の積極的な受け入れが現状の受け入れ状況です。その中でも、医療度の高い方など行き場のない方も多い現状があり特養施設としてどこまで医療的ニーズに対応できるのかどうかや、介護負担が多い中での職員のサービス資質やモチベーションの向上を維持できるかが課題となっています。最期を看取る場所としての役割もあるので、看取りを通じてケアの向上を目指したいと思えます。
75	高齢者介護は現在の家族のあり方より考えると、家族単独で行うことに無理があります。その中で特養が果たす役割は非常に大きく、様々なことが考えられると思います。しかし地域包括ケアシステムは定額報酬の中ですべてを解決してしまうという考えだと思えるので、利益を上げようとする必要最低限のサービスしか提供することが出来ません。このシステムが機能するためには、「号助機能」が確立していくことが不可欠です。地域包括ケアを実現するためには、地域の再生が前提条件としてあげられると思います、過疎化の進む地方の田舎では、どのようにしてサービスを提供したらよいか、とても不安です。
76	厚労省によれば、全国で認知症を患う患者が2025年で700万人を超えると推計し、65歳以上の方の約20%が認知症を患うと計算している。特養は重度の方、特に重度の認知症の方が多い。特養の視点から見て、地域包括ケアシステムを機能させるには、認知症の専門機関等と連携し、更なる認知症への理解を深め、地域の方々に知識を広げ、認知症対策を充実させることが、地域包括ケアシステムを充実させるための役割の一つであると思う。
77	平成27年4月から特養において要介護3・4・5の利用者が基本的に入所が可能となりましたが、現実には在宅で生活されていても介護度が1・2の高齢者で自宅での生活が困難な方が多い。住み慣れた地域で生活することが望ましいが、社会資源が不足している現状もあるので、地域、市町村との連携をとりながら特養としての役割を果たしていく必要があり、また、入所者も地域とかかわりを持ち生活が送れるようにしていきたいと思う。

## 5. 考察

本調査では、公益社団法人全国老人福祉施設協議会の会員施設の半数に当たる2,349施設を無作為に抽出し調査を実施した。有効回答を得たのは678施設であり、回収率は28.9%であった。

### 5.1. 人員体制

現時点における人員体制をセグメント別に比較すると、入所定員あたりの常勤換算職員数が多いのは、施設類型ではユニット型、施設規模ではより小規模の施設であった。また、時間帯別の勤務実人数でも同様の傾向がみられた。なお、入所者の状態像等と人員体制の間にはあまり明確な関係はみられなかった。

現在の人員配置を前提としたとき、全体の65.6%の施設で介護職員の不足感が訴えられている。人員体制が充実した施設では「不足感」を感じる比率は低くなるが、人員体制最上位層の施設においても過半数の施設で介護職員の不足感が感じられており、特別養護老人ホームでは全般的に介護職員の不足が感じられている。介護職員の不足感と看護職員の関係をみると、特に地域密着型施設について、介護職員について不足感が訴えられている施設では看護職員の職員体制がやや手薄くなっていた。一方、介護職員の不足感と入所者の状態像の間には明確な関係はみられない。

ボランティアの受け入れに関する調査では、人員体制が充実していない施設ほど受け入れ率が高い傾向がみられた。一方、人員体制が充実していない施設ほどボランティアが「介護職員の負担軽減に繋がっている」と答えた比率は低い。人員体制が充実していない施設ではボランティアの導入意向が高い傾向はみられるものの、実際にボランティアの受け入れが人員体制の手薄さを補っているかは疑わしい。

また、ボランティアの受け入れが少ないのはユニット型の施設であり、特にその傾向が強いのは地域密着型施設である。ボランティアを受け入れる施設におけるボランティア組織等は、年月を経て創設される傾向があることから、歴史が新しい傾向があるユニット型施設や、近年整備された地域密着型施設ではボランティアの受け入れが他の類型ほど進んでいないのではないかと考えられる。

医療・看護との連携に関しては、全体の約4分の3の施設で協力病院が救急病院指定を受けており、約5割の施設で緊急時搬送の取り決めも結ばれている。しかし、配置医師による夜間や休日の往診対応が可能な施設は全体の半分に満たず、協力病院への搬送が実際には困難であるといった課題も多く指摘されている。また、殆どの施設で看護職員による24時間連絡体制が確保されている。一方、約4分の1の施設ではオンコール体制が1人の看護職員により運営されており、看護職員の負担が非常に重くなっている。

### 5.2. 看取り

調査対象のうち、約77.8%の施設が看取りを実施していた。看取りの対象は状態像の重い入所者が多く(施設全体の要介護4以上の入所者の割合:69.6%、要介護4以上の入所者の割合:88.7%)、全体の87.5%が本人の意思表示が可能でない状態にあった。

また、看取り介護加算の改定を挟んだ平成26年度と平成27年度における1施設の1ヶ月あたり看取り実施人数を比較すると、平成26年度は0.70人、平成27年度は0.78人であり、全てのセグメントで平成27年度の看取り介護実施人数が多くなっていた。季節の影響や入所者の状態像の変化等に留意する必要があるものの、看取り介護加算改定が影響した可能性が示唆される。

看取りの実施可否に係る要因としては、医療・看護における連携が重要となる。看取り未実施施設の50%以上が「医療的ケア・医療行為の提供」「医師の協力体制を確保できない」を看取りの課題としてあげている。また、看取り未実施施設では「医師による夜間対応」「医師による緊急時対応」が課題であるとした施設は、実施施設の2倍以上に上る。看取りの実施にあたっては、単なる協力病院・配置医師の契約だけではなく、実質的な連携体制を構築する必要がある。

看護職員に関しては、複数人による交代制でオンコール体制を構築している施設では、1人の看護職員がオンコールを担当する施設よりも看取り実施率が高くなっている。職員の負担が過剰にならないようにオンコール体制を確保することが、看取りの実施に繋がっていると考えられる。

介護職員に関しては、看取り未実施施設の約50%が「職員体制が確保できない」ことを課題としてあげているが、介護職員の人員体制と看取りの実施有無の間にはあまり関係がみられない。看取りを実施できていない理由は、施設の認識に反して、医師との連携体制等、介護職員の人員体制以外の部分に由来する部分が大いと考えられる。

また、希望があったにも係らず看取り介護を行えなかった事例の多くは求められる医療行為を提供できなかったことが看取り介護を行えなかった理由となっており、特養における医療の在り方が課題となっている。なお、数は少ないものの家族の協力を得られなかったために看取りができなかったケースも存在した。

看取り介護実施施設におけるプロセス毎の分析では、看取り後の「グリーフケア」の実施率が低くなっていた。看取り実施施設で挙げられた課題の最上位は「職員の精神的負担が大い」であることから、看取り後の精神的ケアが課題となっていることが推察される。

質の高い「看取り」を実施するという観点から考察すると、「グリーフケア以外のプロセスを十分に実施できている」施設のうち、「グリーフケアのみ十分に実施できていない」施設は全体の約25%に達している。「グリーフケア」は看取りの必須要件ではなく、質の高い看取りに付随するサービスであると考えるのが妥当ではないか。

また、優先度の高い順に看取りプロセスを実施するときに、躓く割合が高いプロセスはいずれも看取りの経験が深く係るプロセス（「死後の処置（エンゼルケア）を実施した」「施設の看取りに関する方針について、資料を用いて説明した」等）であり、看取り経験の少なさが質の高い看取りの実現の障害となっていた。看取りの各プロセスの実施状況をみても、看取りに係る施設の指針・方針やノウハウ等の有無が実施率に与える影響が大きくなっていた。これらのことから、看取り介護を実施している施設において、実施可能なプロセスの数を増やし、看取りの質を充実させるには、看取り介護におけるPDCAサイクルを確立し、ノウハウを蓄積することが重要であるとされる。

### 5.3. 「サービス」の質とその向上策

施設が「人員を優先的に配置して力を入れるべき」と考えているサービスとして最も多かったのは「介助・援助」であった。「介助・援助」は優先順位1位で選択された割合が高く、特別養護老人ホームの多くは、今後基本的な機能である「介助・援助」に最優先で人員を割り振り、力を入れていきたいと認識していると考えられる。「地域との交流」「生活自立支援」「機能訓練」「医療的ケア等」など、他の選択率の高いサービスは2位以下での選択率が高くなっている。

また、人員を配置して力を入れていくべき理由をみると、「現在提供している水準よりも質を増加させるべき」という理由の選択率は、優先順位が下がるほど低くなっている。まずは現状のサービスの質の向上が優先され、その後で今後の需要増への対応や新たなサービスの提供が希望されている。

介護機器・ロボットの導入状況についてみると、現時点で介護用ロボットの導入は殆ど進んでおらず、導入しているという回答があったのは回答施設全体の1.3%（9施設）であった。

リフト等の介護機器に関する導入の理由と導入結果をみると、安心・安楽や介護職員の負担軽減を目的とした導入では期待したとおりの効果が得られている一方、ケア時間の短縮やケア水準の標準化・向上といった理由での導入では、期待した効果があまり得られていない。要介護者の安心・安楽の確保と介護職員負担軽減といった介護機器の主要利用目的以外の用途では、あまり良い効果が得られないことが分かる。

また、「介護機器・ロボットの使用は人員体制の少なさを補えるか」という観点から、人員体制との関係を調査した。その結果、要介護者の安楽の確保やケア提供者の負担軽減等の項目では、人員体制が手厚い施設ほど介護機器の導入率が高い傾向がみられた。その他の項目でも、人員体

制が手薄いほど介護機器を導入しているという関係はみられなかった。介護機器の導入には多額の購入費用に加えて機器使用のための研修が必要となることから、相応の手厚い人員体制を有し、財務基盤が安定した施設でないと、介護機器の導入も進んでいないものと考えられる。なお、同様に介護機器の利用がそのまま安全に繋がるわけではなく、しっかりとした研修がなければ逆に危険を生じる可能性もある。介護機器を単に導入するだけでは効果がなく、安全や安楽に繋がるかどうかは、介護者による使い方次第であると考えられる。

## 第3章 タイムスタディ調査

### 1. 目的

本事業において、タイムスタディ調査は、主に以下を目的として実施した。

- ③ 入所者の状態と介護職員の業務内容・業務時間との関係の把握  
(例：要介護度、重症度、医療・看護必要度、認知症（BPSDのステージ等）等)
- ④ 施設類型と介護職員の業務内容・業務時間との関係の把握  
(例：ユニット型、従来型)

### 2. 方法

#### 2.1. 調査対象

調査対象は、以下の方針で選定した。

- サービスの質について、特に「プロセス」の観点からモデルケースとなりうる。
- 調査全体として、ユニット型及び従来型の双方を調査対象とできる。

上記条件に該当する施設のうち、調査協力意思のあった以下の施設を対象とした。

施設名	概要
松籟荘（しょうらいそう、社会福祉法人 愛正会） ＜茨城県高萩市＞	・ユニットケア実施研修施設。 ・ユニット型個室（6ユニット56床）・従来型多床室（4人部屋8室32床）。 ・定員88名。（他に短期入所10名（ユニット型4名、従来型6名））

#### 2.2. 調査範囲

調査範囲は、職員配置方法等の観点から、それぞれ以下の通りとした。

- 本町1丁目（従来型）を主たる対象範囲とし、当該範囲を担当する職員が夜間にカバーする本町2丁目、3丁目も対象範囲に含めた。
- 西町1丁目（ユニット型）を主たる対象範囲とし、当該範囲を担当する職員が夜間にカバーする西町2丁目も対象範囲に含めた。

#### 2.3. 調査実施日

- 西町1丁目（ユニット型）：平成28年1月29日（金）0時～24時
- 本町1丁目（従来型）：平成28年2月5日（金）0時～24時

#### 2.4. 実施方法

タイムスタディ調査では、以下の2種類の調査を実施した。

- A. 高齢者状態調査：  
タイムスタディ調査の対象となる高齢者の状態像等を把握する調査
- B. タイムスタディ調査（連続する24時間）：  
調査対象範囲の各高齢者が受けたケア時間を把握する調査

## 2.4.1. (A) 高齢者状態調査

### (1) 対象

2.2の「調査範囲」に入居している高齢者

### (2) 方法

タイムスタディ調査の全ての対象高齢者について、調査基準日の10日前（原則）の状態を評価して調査票（※参考資料参照）に記入した。調査項目は以下の通り。

調査票への記入は、協力施設の職員が行った。

調査票項目	内容
1. 基本調査（要介護認定調査の項目）	身体機能・起居動作、生活機能、認知機能、精神・行動障害、社会生活への適応、過去14 日間にうけた特別な医療（処置内容、特別な対応）、日常生活自立度
2. 特記事項（要介護認定調査の項目）	1. に関する特記事項
3. 認知症行動障害尺度（DBD）	認知症行動障害尺度であるDBDスケール（dementia behavior disturbance scale）に基づく項目
4. 入所者の医療区分に係る評価（調査日時点）	医療保険の療養病棟入院基本料等の算定時に使用する「医療区分」に基づく評価項目
5. 入所者の状態及び医療の提供状況（調査日時点）	入所者の状態（慢性心不全、悪性腫瘍末期、腸閉塞 等）、医療の提供状況（インシュリン皮下注射、薬剤吸入、喀痰吸引 等）
6. 入所者の状況等に係る評価（調査日時点）	薬剤の使用状況、「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」のうち「A項目（モニタリング及び処置等）」に基づく評価項目（一部）、「ハイケアユニット用の重症度・看護必要度に係る評価票」のうち「B項目（患者の状況等）」に基づく評価項目

## 2.4.2. (B) タイムスタディ調査

### (1) 対象

高齢者状態調査の調査対象者に対して、ケアを提供する可能性のある職員（医師・薬剤師・事務員・調理師・栄養士・清掃員・実習生・ボランティア等は対象外）

### (2) 方法

調査基準日（タイムスタディの実施日）の1日間について、対象高齢者一人ひとりが受けたケア時間等を調査票に記入する。

他計式の1分間タイムスタディとし、1人の調査対象職員に1人の調査員がついて計測。

### (3) 調査票

参考資料参照。

## 2.5. 分析の視点

### 2.5.1. ケア内容別業務時間の1日における推移

各職員のケア内容別業務時間を集計し、高齢者一人あたりのケア時間を内容別かつ時系列で整理することにより、以下を明らかにする。

- 介護業務の中で、時間を要する業務はどれか。
- どの時間帯に、どの業務に要する時間が多くなっているか。

### 2.5.2. 職員の業務負担感について

職員別にケア内容別業務時間を集計するとともに、ケア内容別の肉体的・精神的負担感評価を整理することにより、以下を明らかにする。

- 直接的ケアに費やされる時間の割合はどの程度か。
- 介護業務の中で、肉体的負担の大きい業務や精神的負担の大きい業務はどれか。

### 2.5.3. 高齢者の状態とケア内容・時間との関係について

ケア内容別業務時間を、高齢者の状態別（要介護度、重症度、医療・看護必要度、認知症（BPSDのステージ等））に集計することにより、以下を明らかにする。

- 要介護度により、ケア全体にかかる時間や、提供されるケア内容に違いがあるか。
- 重症度、医療・看護必要度により、ケア全体にかかる時間や、提供されるケア内容に違いがあるか。
- 認知症の程度により、ケア全体にかかる時間や、提供されるケア内容に違いがあるか。

### 2.5.4. 個人を対象とするケアの提供と施設類型・要介護度との関係について

個人を対象とするケア内容と集団を対象とするケア内容とに分けて、業務時間を集計することにより、以下を明らかにする。

- ユニットと多床室、ユニット型と従来型で、個人を対象とするケアの占める割合が異なるか。

### 2.5.5. 施設類型とケア内容・時間との関係について

ケア内容別業務時間を、施設類型別（従来型／ユニット型）に集計することにより、以下を明らかにする。

- 施設類型の違いによって、2.5.1～2.5.4 で検証した結果に違いがあるか。

### 3. 結果

#### 3.1. 調査基礎データ

##### 3.1.1. 高齢者データ

###### (1) 高齢者一覧

調査した高齢者を下表に示す。高齢者のID番号は、ユニット型区域（西町）では1～21、従来型区域（本町）では101～135と設定した。また、高齢者一人当りの時間を計算する際には、ユニット型区域（西町一丁目）ではID1～11の11名（ID22は短時間のため除外）、従来型区域（本町一丁目）ではID101～112の12名を計算対象とした。

図表 124 調査対象高齢者一覧

高齢者UID	対象	区域名	要介護度	備考
1	○	西町1丁目	要介護5	
2	○	西町1丁目	要介護4	
3	○	西町1丁目	要介護4	
4	○	西町1丁目	要介護5	
5	○	西町1丁目	要介護4	
6	○	西町1丁目	要介護5	
7	○	西町1丁目	要介護4	
8	○	西町1丁目	要介護4	
9	○	西町1丁目	要介護5	
10	○	西町1丁目	要介護5	
11	○	西町1丁目	要介護3	短期入所
22		西町1丁目		短期入所
12		西町2丁目	要介護4	
13		西町2丁目	要介護4	入院中
14		西町2丁目	要介護3	
15		西町2丁目	要介護4	
16		西町2丁目	要介護3	
17		西町2丁目	要介護5	
18		西町2丁目	要介護5	
19		西町2丁目	要介護3	
20		西町2丁目	要介護5	
21		西町2丁目	要介護4	
101	○	本町1丁目	要介護4	
102	○	本町1丁目	要介護5	
103	○	本町1丁目	要介護3	
104	○	本町1丁目	要介護4	
105	○	本町1丁目	要介護3	
106	○	本町1丁目	要介護5	
107	○	本町1丁目	要介護3	
108	○	本町1丁目	要介護4	
109	○	本町1丁目	要介護5	
110	○	本町1丁目	要介護5	
111	○	本町1丁目	要介護5	
112	○	本町1丁目	要介護3	
113		本町2丁目	要介護3	
114		本町2丁目	要介護4	
115		本町2丁目	要介護5	
116		本町2丁目	要介護3	
117		本町2丁目	要介護4	
118		本町2丁目	要介護5	
119		本町2丁目	要介護5	
120		本町2丁目	要介護5	
121		本町2丁目	要介護5	
122		本町2丁目	要介護3	
123		本町2丁目	要介護3	
124		本町2丁目	要介護4	
125		本町3丁目	要介護5	
126		本町3丁目	要介護5	
127		本町3丁目	要介護2	
128		本町3丁目	要介護5	
129		本町3丁目	要介護4	
130		本町3丁目	要介護2	
131		本町3丁目	要介護4	
132		本町3丁目	要介護4	
133		本町3丁目	要介護3	短期入所
134		本町3丁目	要介護4	短期入所
135		本町3丁目	要介護3	短期入所

### 3.1.2. 職員データ

#### (1) 職員一覧

職員一覧を以下に示す。職員の構成は、ユニット型区域（西町1丁目）では介護職員7名（常勤）、准看護師2名、看護師1名、PT1名、調理員2名、生活相談員1名、清掃員1名であった。従来型区域（本町1丁目）では介護職員9名（うち非常勤2名、非常勤職員2名のタイムスタディ上の計測時間は、1名が2時間36分、もう1名が4分であった。）、准看護師2名、看護師1名、PT1名、調理員2名、清掃員1名であった。

ユニット型区域（西町1丁目）の入所定員は11名、従来型区域（本町1丁目）の入所定員は12名であり、従来型区域の方が対象高齢者が1名多いのに対し、担当する職員数はほぼ同数であることから、ユニット型区域の方がやや手厚い職員配置となっている。

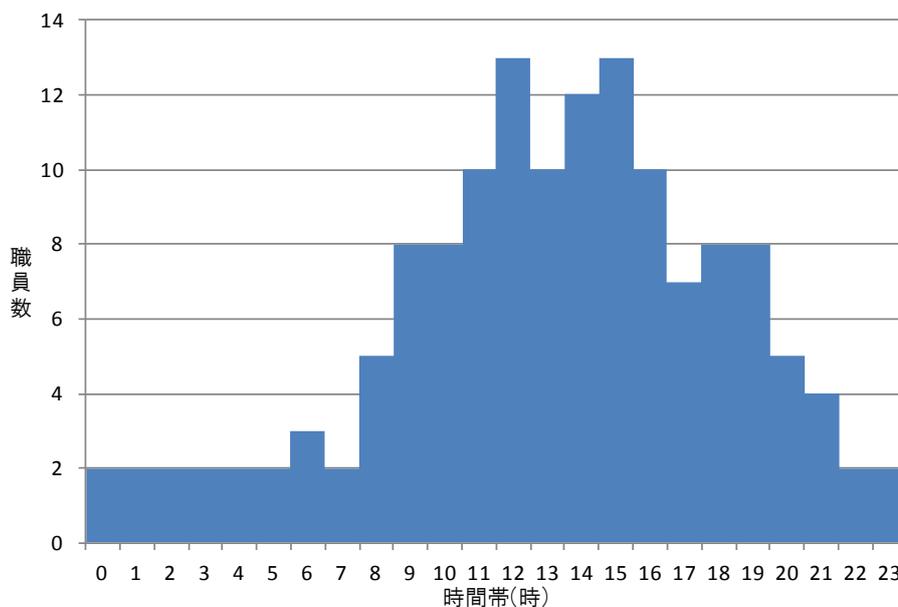
図表 125 職員構成

職種	ユニット型（西町1丁目）	従来型（本町1丁目）
介護職員	7名	9名（うち非常勤2名）
准看護師	2名	2名
看護師	1名	1名
PT	1名	1名
調理員	2名	2名
生活相談員	1名	—
清掃員	1名	1名

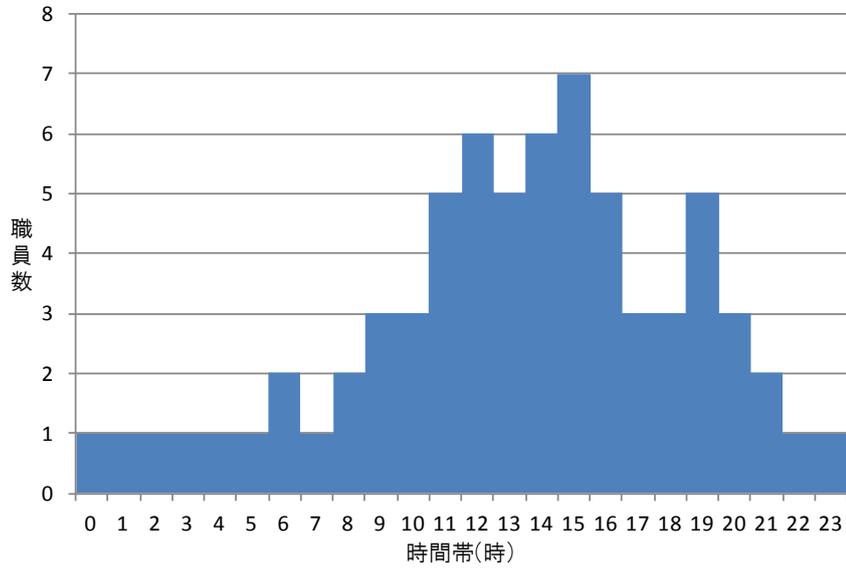
## (2) 職員勤務シフト

ユニット型区域（西町1丁目）及び従来型区域（本町1丁目）における、職員の勤務状況を以下に示す。なお、タイムスタディ上の作業時間が1時間に満たなかった家族、清掃員、調理員などの勤務シフトは除いている。

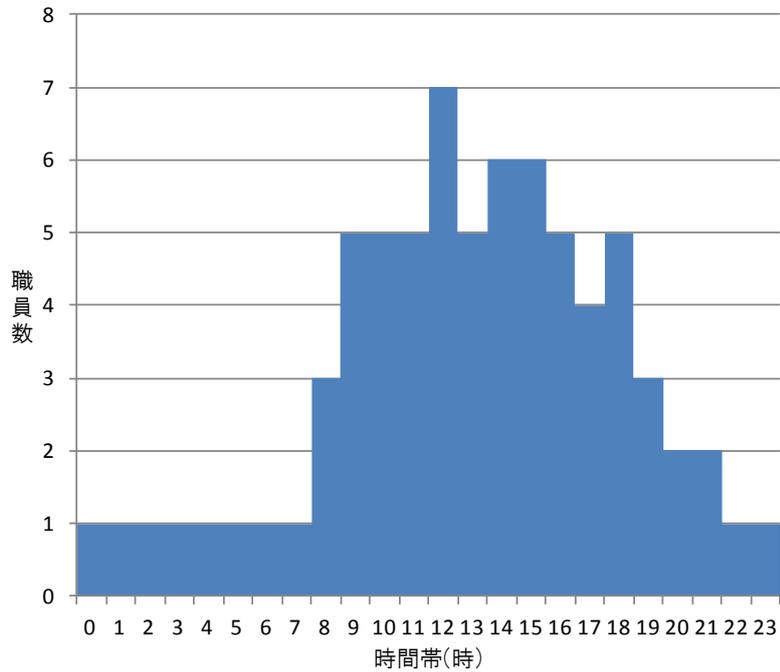
図表 126 時間帯別勤務職員数の推移（全体、0時～24時）



図表 127 時間帯別勤務職員数の推移（ユニット型、0時～24時）



図表 128 時間帯別勤務職員数の推移（従来型、0時～24時）

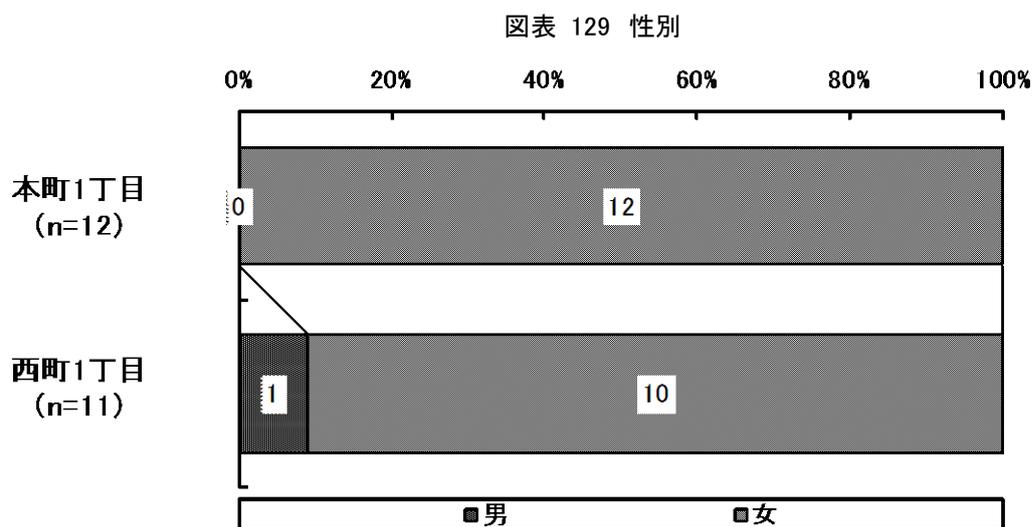


## 3.2. 高齢者状態調査

### 3.2.1. 基本属性

#### (1) 性別

本町1丁目は12名全員が女性、西町1丁目は11名中10名が女性であった。

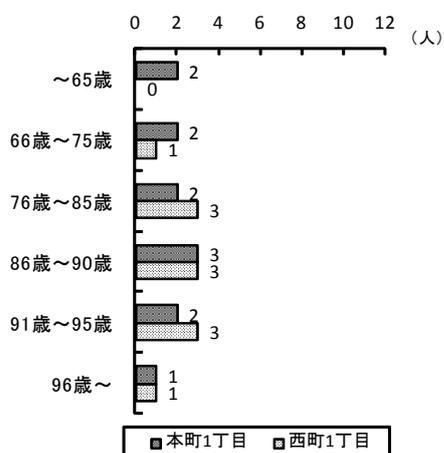


#### (2) 年齢

平均年齢は、本町1丁目で82.00歳、西町1丁目で87.09歳であった（分布は下図のとおり）。

図表 130 年齢

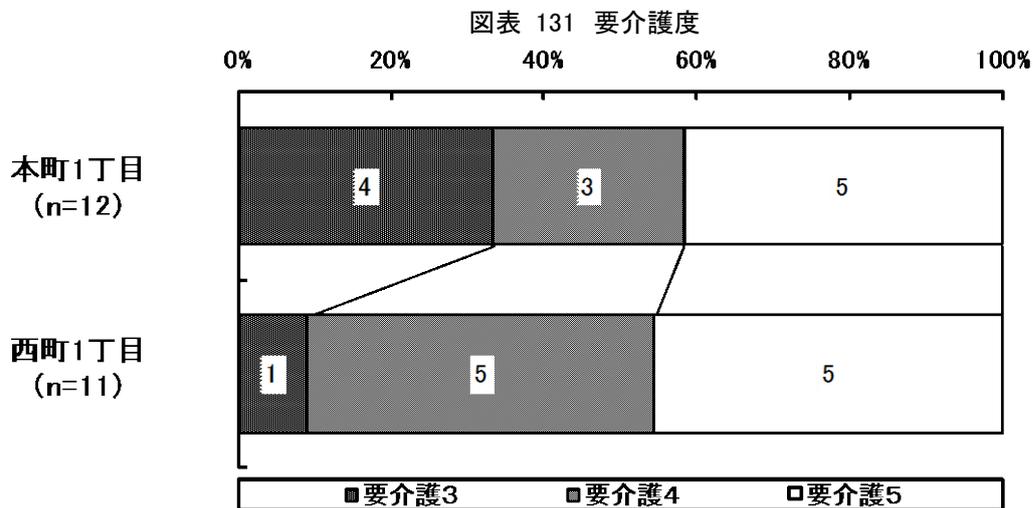
分類	平均値
本町1丁目	82.00歳 (SD=11.47)
西町1丁目	87.09歳 (SD=7.26)
全体	84.43歳 (SD=9.82)



### 3.2.2. 要介護度・日常生活自立度

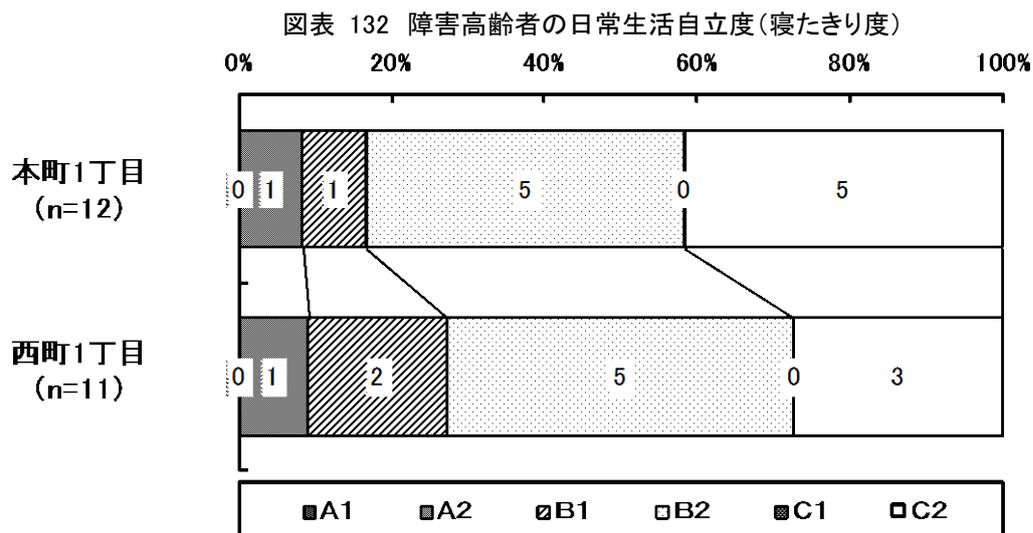
#### (1) 要介護度

本町1丁目と西町1丁目ともに要介護3～5の入所者で構成されており、西町1丁目のほうが要介護度4、5の入所者の割合が多かった。



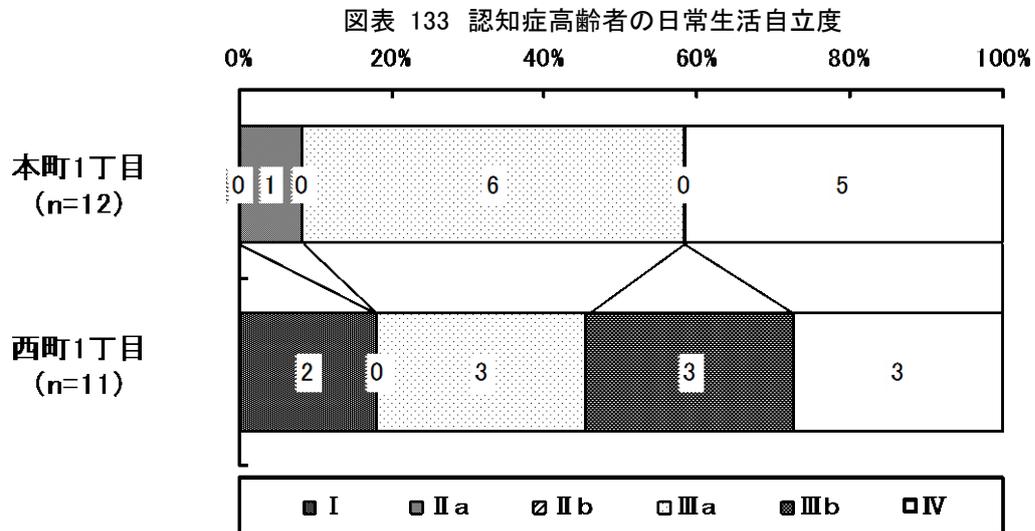
#### (2) 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

本町1丁目と西町1丁目ともにA1～C2の入所者で構成されており（「寝たきり」または「準寝たきり」のみで「生活自立」該当者なし）、西町1丁目のほうが「寝たきり」（B1～C2）の入所者の割合が多かった。



(3) 認知症高齢者の日常生活自立度

本町1丁目と西町1丁目ともにⅠ～Ⅳの入所者で構成されており(専門医療を必要とする「M」該当者なし)、本町1丁目のほうがⅢ以上(介護が必要)の入所者の割合が多かった。



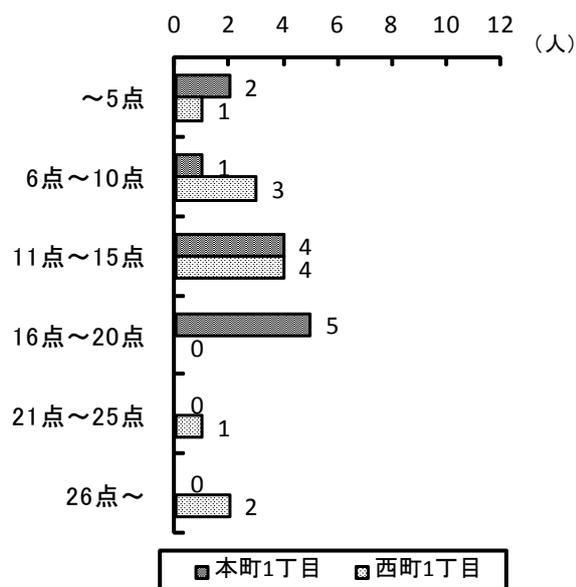
### 3.2.3. 認知機能

#### (1) 認知症行動障害尺度 (DBD)

認知症行動障害尺度 (DBD) の点数は、本町1丁目で平均13.00点、西町1丁目で平均15.36点であった。分布をみると、本町1丁目では全入所者が20点以下におさまっている一方、西町1丁目では15点以下の人数も多いものの、21点以上の入所者も3名存在し、分散が大きくなっていた。

図表 134 認知症行動障害尺度(DBD)

分類	平均値 (標準偏差)
本町1丁目	13.00点 (SD=6.22)
西町1丁目	15.36点 (SD=9.95)
全体	14.13点 (SD=8.11)

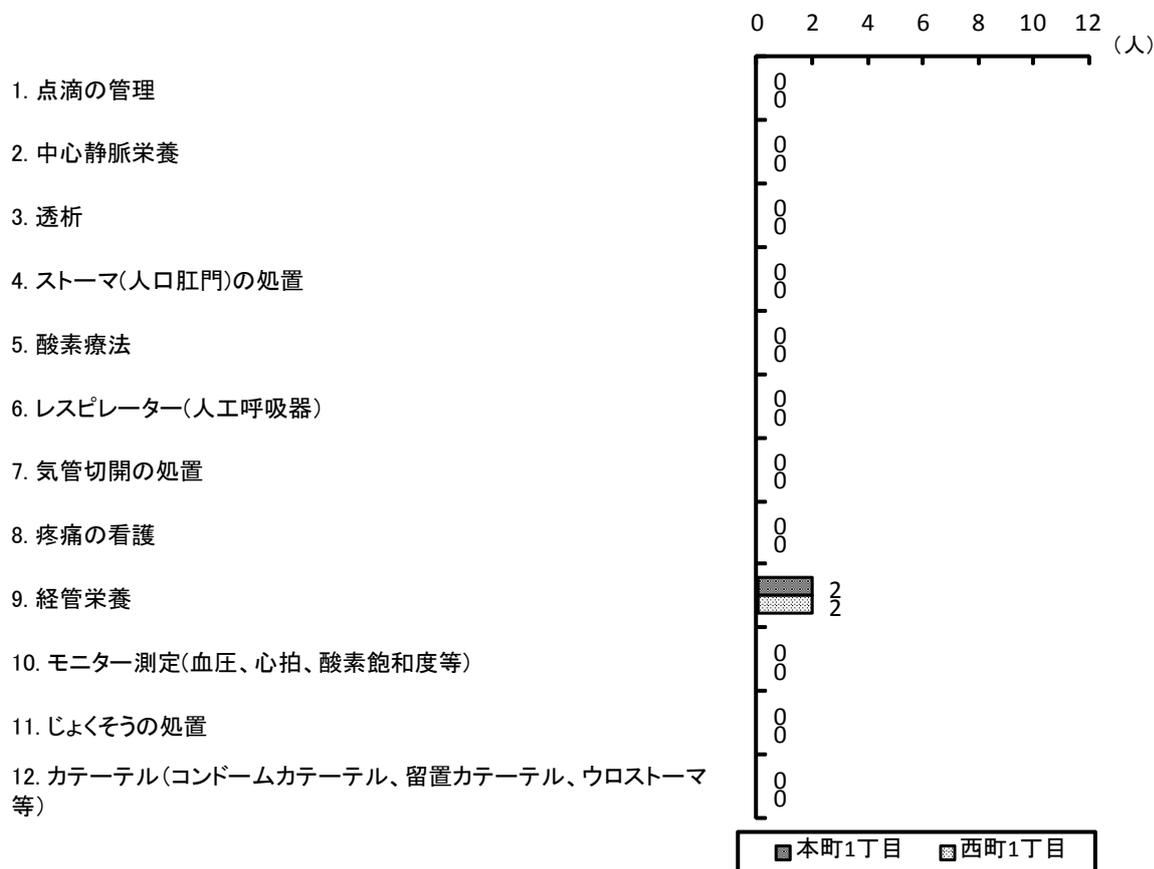


### 3.2.4. 医療区分及び医療提供状況等

#### (1) 過去14日間に受けた医療

本町1丁目、西町1丁目ともに、経管栄養を受けた入所者各2名のみであった。

図表 135 過去14日間に受けた医療



#### (2) 入所者の医療区分に係る評価

本町1丁目にて、「尿路感染症に対する治療を実施している状態（連続14日間を超えない場合のみ該当）」の該当者が1名いたのみであった。なお、この1名は、上記（1）における「経管栄養」該当者のうちの1名であった。

#### (3) 入所者の状態及び医療の提供状況

本町1丁目にて、「悪性腫瘍末期」及び「インシュリン皮下注射を行っている状態」の該当者が各1名いたのみであった（両該当者は別個人、いずれも上記（1）（2）には該当なし）。

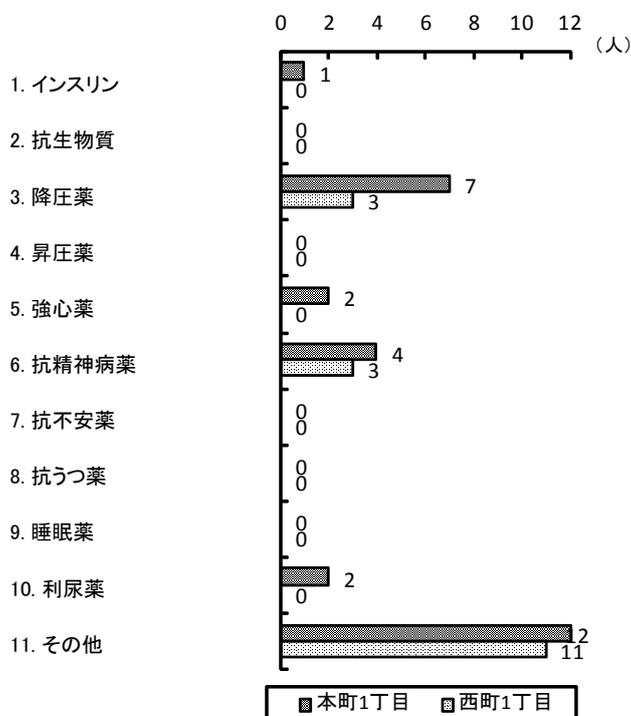
### 3.2.5. 入所者の状況等に係る評価

#### (1) 薬剤の使用状況

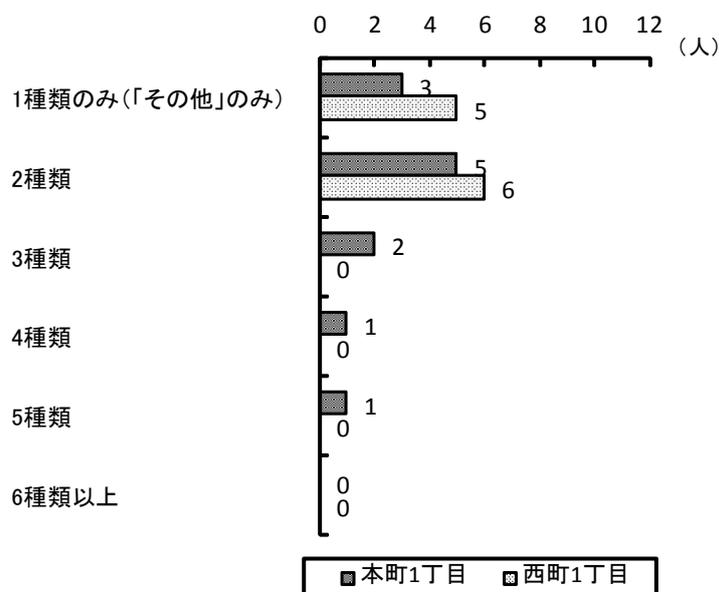
本町1丁目では、インスリン、降圧薬、強心薬、抗精神病薬、利尿薬の利用があり、西町1丁

目では降圧薬、抗精神病薬の利用のみであった。また、使用薬剤の種類数は、本町1丁目のほうが多い傾向にあり、最大で5種類の薬剤を使用している入所者がいた。

図表 136 薬剤の使用状況



図表 137 使用薬剤の種類数

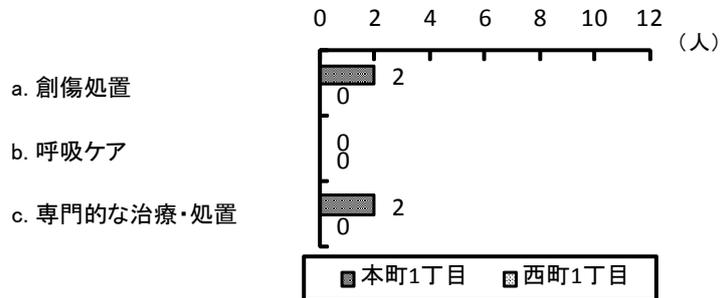


## (2) モニタリング及び処置

「創傷処置」及び「専門的な治療・処置」について、本町1丁目のみ各2名の該当者がいた（うち1名は「創傷処置」と「専門的な治療・処置」の両方に該当）。

なお、「専門的な治療・処置」の内容は、いずれも「抗不整脈剤の使用」であった。

図表 138 モニタリング及び処置

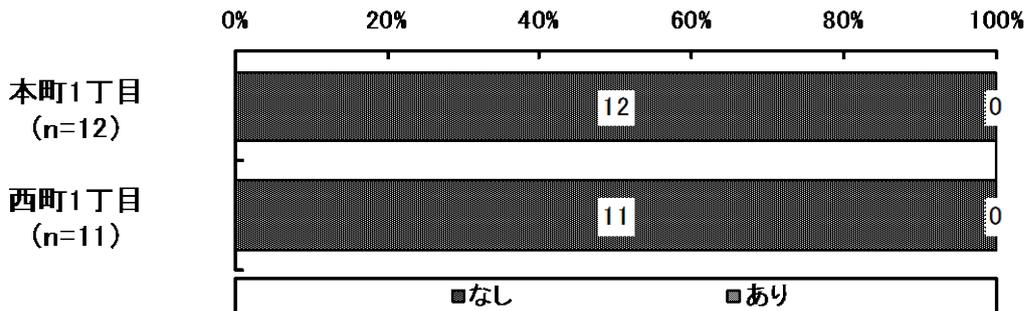


(3) 入所者の状況等

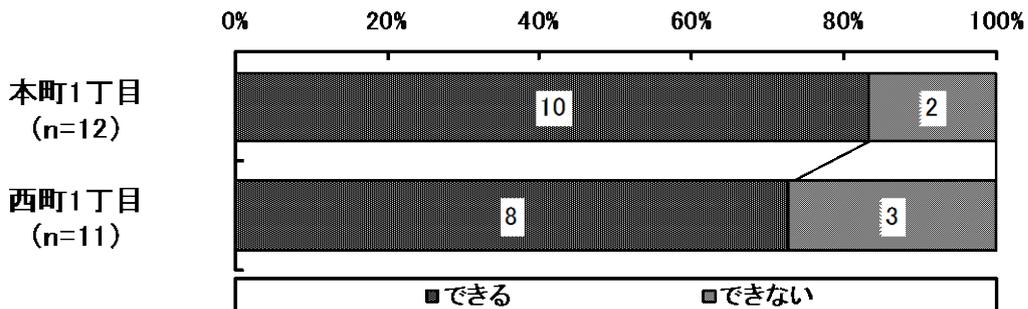
入所者の状況は、各項目についてそれぞれ以下のとおりであった。

図表 139 入所者の状況等

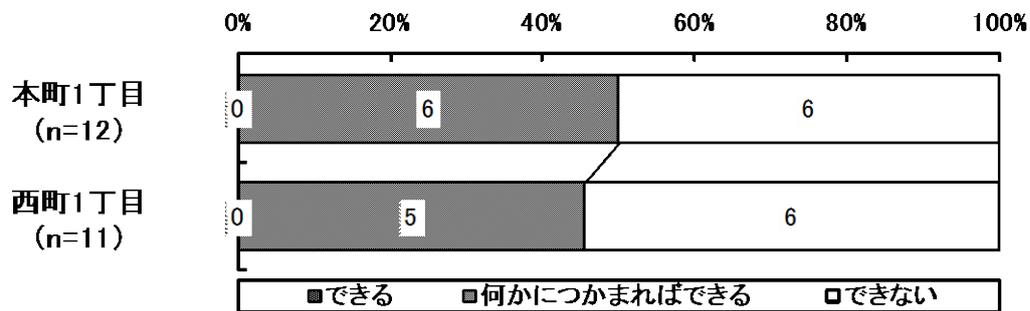
a. 床上安静の指示



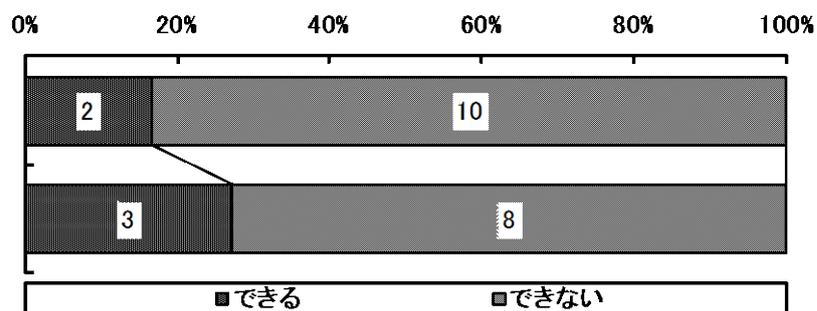
b. どちらかの手を胸元まで持ち上げられる



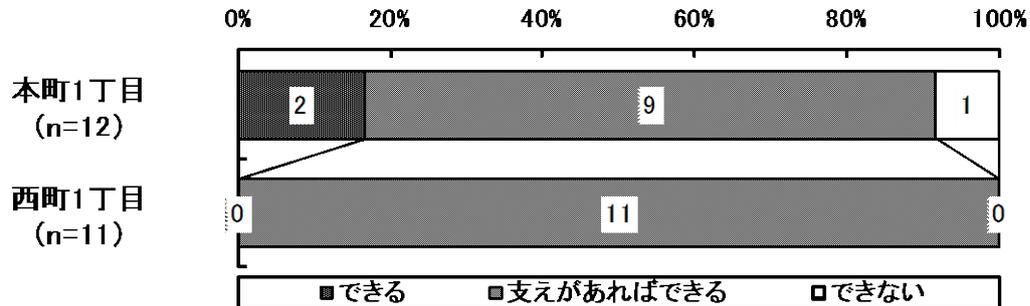
c. 寝返り



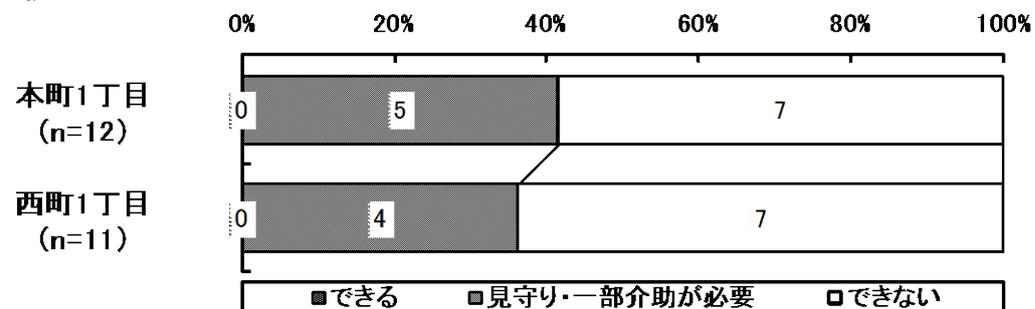
d. 起き上がり



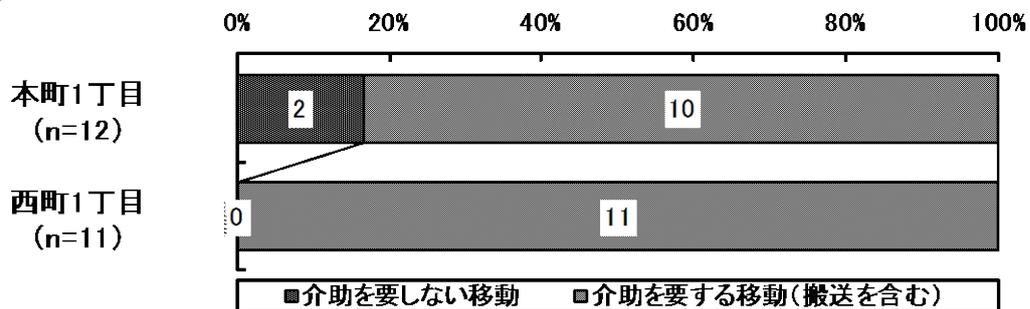
e. 座位保持



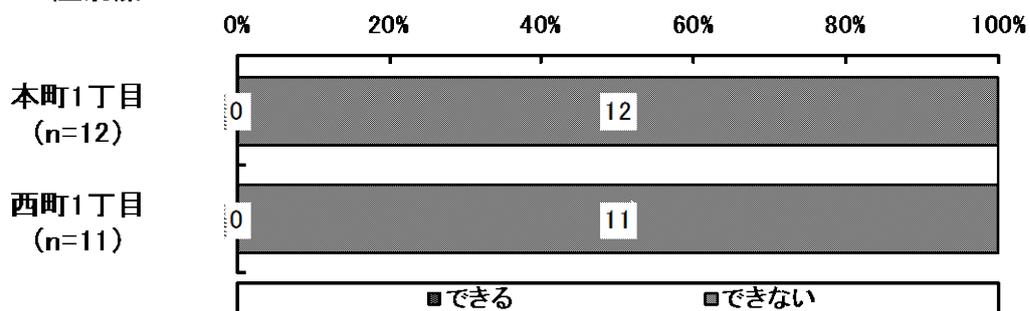
f. 移乗



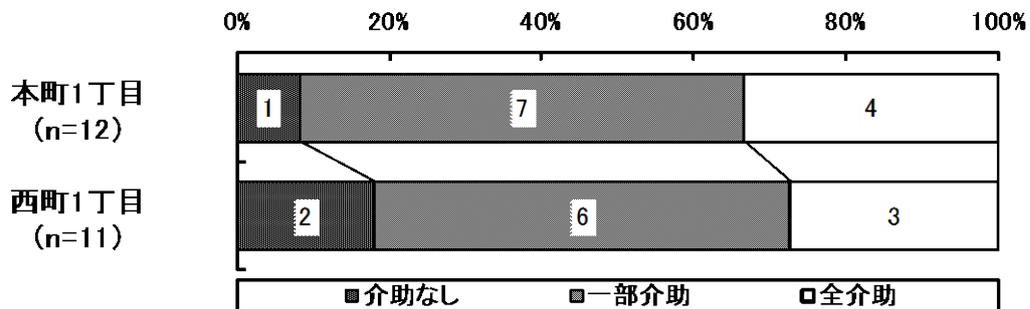
g. 移動方法



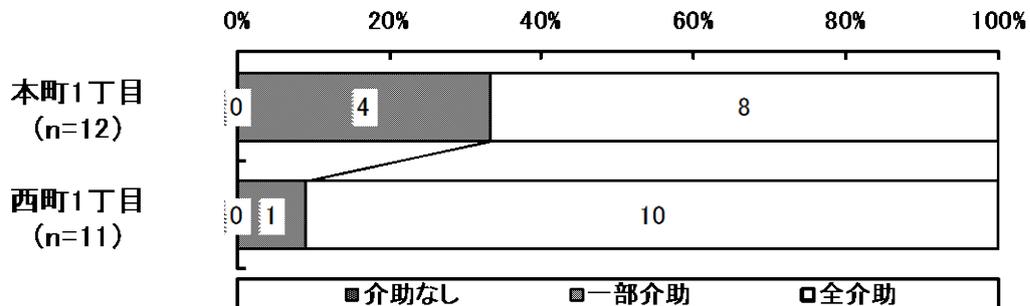
h. 口腔清潔



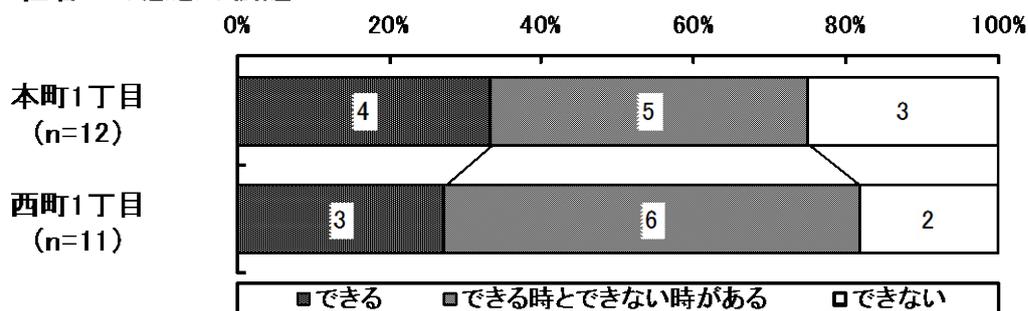
i. 食事摂取



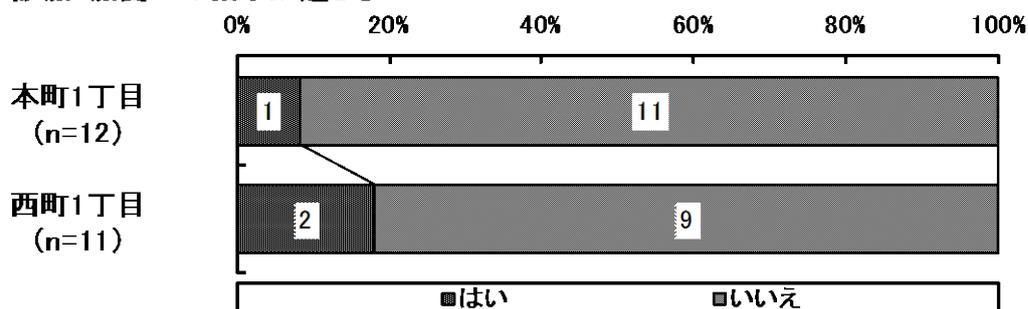
j. 衣服の着脱



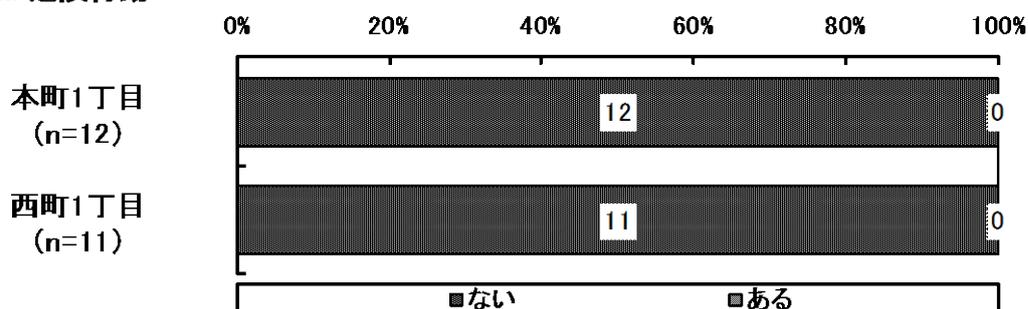
k. 他者への意思の伝達



l. 診療・療養上の指示が通じる



m. 危険行動



(4) 重症度・看護必要度（点数）

重症度・看護必要度について、(2) にて整理したA項目（一般病棟用）及び(3) にて整理したB項目（ハイケアユニット用）の平均点数は、それぞれ以下のとおりであった。

図表 140 重症度・看護必要度

重症度・看護必要度	A項目（一般病棟用） 平均点数	B項目（ハイケアユニット用） 平均点数
本町1丁目	0.33点 (SD=0.65)	11.58点 (SD=3.60)
西町1丁目	0.00点 (SD=0.00)	11.91点 (SD=2.95)
全体	0.17点 (SD=0.49)	11.74点 (SD=3.24)

### 3.3. タイムスタディ調査結果

#### 3.3.1. 分析対象データについて

##### (1) 時間帯の設定

本調査の調査日数は1日であり、0時～24時の24時間を調査対象時間とした。

##### (2) 業務時間と対象区域について

本調査においては、高齢者は各ユニットで固定であるが、職員はいくつかの区域を兼務して働いているため、複数の区域で業務時間が発生している。そこで、全体での業務時間及び区域別の業務時間のデータを確認しておく、下表のとおりであった。

図表 141 調査対象区域における全体の業務時間及び区域別の内訳

施設類型／区域	業務時間（秒）	%
ユニット型区域	223,260	50.61%
○西町1丁目	147,376	33.41%
西町2丁目	22,784	5.16%
高齢者を指定しない業務	53,100	12.04%
従来型区域	217,860	49.39%
○本町1丁目	143,200	32.46%
本町2丁目	7,019	1.59%
本町3丁目	2,451	0.56%
高齢者を指定しない業務	65,190	14.78%
総計	441,120	100.00%

○は本調査の主な分析対象区域を示す。

### 3.3.2. 1日の業務時間の推移

タイムスタディにて得られた全職員・全業務範囲データを用いて、一日の業務の状況を示した。なお、調査対象範囲の通常の業務スケジュールは以下のとおりとなっている。

○ユニット型区域（西町1丁目）

6 3 0	7 3 0	1 0 0 0	1 2 0 0	1 3 3 0	1 6 0 0	1 8 0 0	1 9 3 0	2 2 0 0	2 3 0 0	0 0 0 0	1 0 0 0	2 0 0 0	3 0 0 0	4 0 0 0	5 0 0 0
バイタルチェック 起床、洗面、着替え	朝食準備 朝食支援、服薬支援	口腔ケア・着替え 朝食片付け	お茶・おやつ 朝食支援、服薬支援 昼食準備	入浴中止者の清拭 入浴支援（月～日） 昼食片付け、口腔ケア 包布交換（月～日）	お茶・おやつ 包布交換（月～日）	夕食準備 夕食支援、服薬支援	夕食片付け 口腔ケア・着替え・就寝支援	点眼、時間薬 バイタルチェック（就寝時）	巡回・体位交換 巡回・体位交換						

○従来型区域（本町1丁目）

6 3 0	7 0 0	8 0 0	1 0 3 0	1 1 0 0	1 2 3 0	1 4 0 0	1 5 0 0	1 6 0 0	1 8 0 0	1 9 3 0	2 1 0 0	2 2 3 0	2 3 3 0	0 3 0 0	1 3 3 0	2 3 3 0	3 3 3 0	4 3 3 0	5 3 3 0
バイタルチェック 起床、洗面、着替え、尿器洗浄	朝食支援、口腔ケア	炊飯（ご飯、お粥） お茶	入浴支援 お茶	入浴中止者の清拭 入浴支援	昼食片付け 包布交換（月～土）	昼食支援、口腔ケア 昼食準備	炊飯（ご飯、お粥） お茶	夕食準備 夕食支援、口腔ケア	夕食片付け 着替え、点眼、時間薬	バイタルチェック（就寝時）	巡回 巡回								

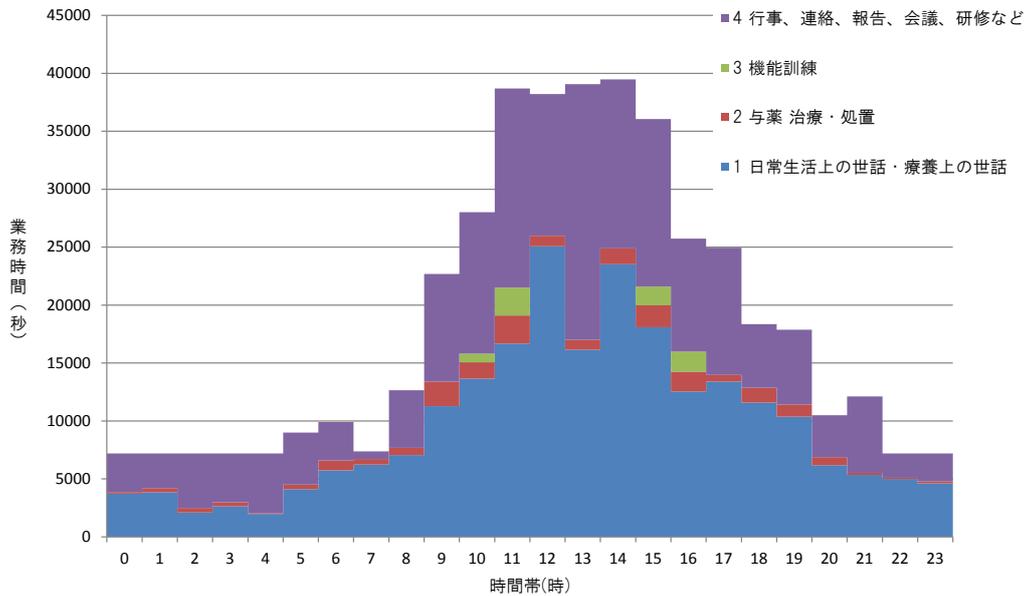
(1) 1日の業務時間の推移

① 業務大分類別1日の業務時間の推移（全体）

業務大分類別1日の業務時間の推移（タイムスタディで得られた全業務時間）及び業務内容の内訳（ケアコード業務大分類別）を以下に示す。

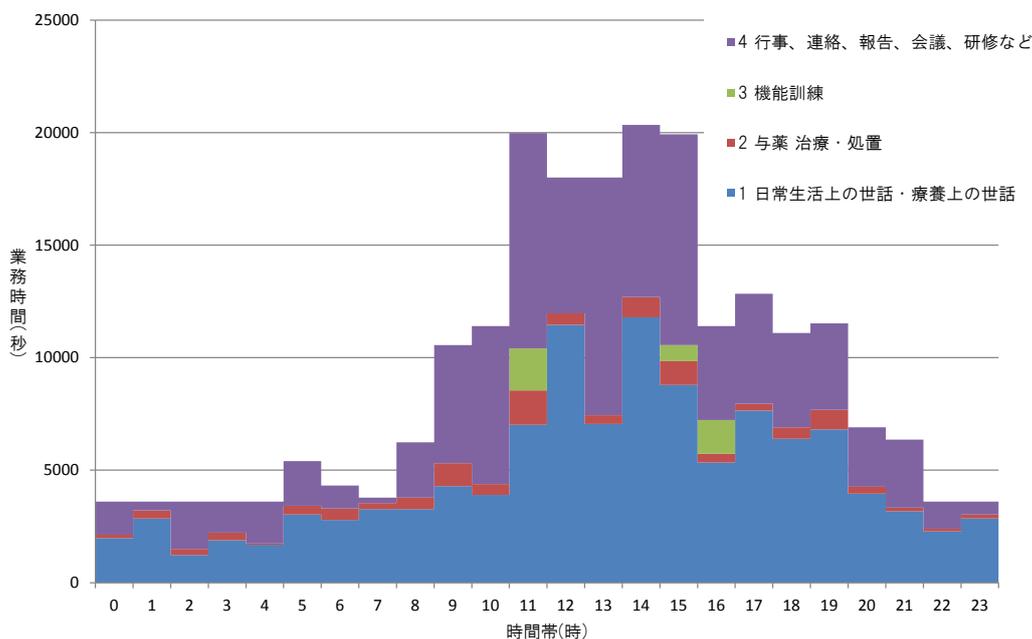
業務内容の内訳は、「日常生活上の世話・療養上の世話」が52.3%、「行事、連絡、報告、会議、研修など」が41.5%、「与薬 治療・処置」が4.6%、「機能訓練」が1.5%であった。

図表 142 業務別1日の業務時間の推移(全業務時間)



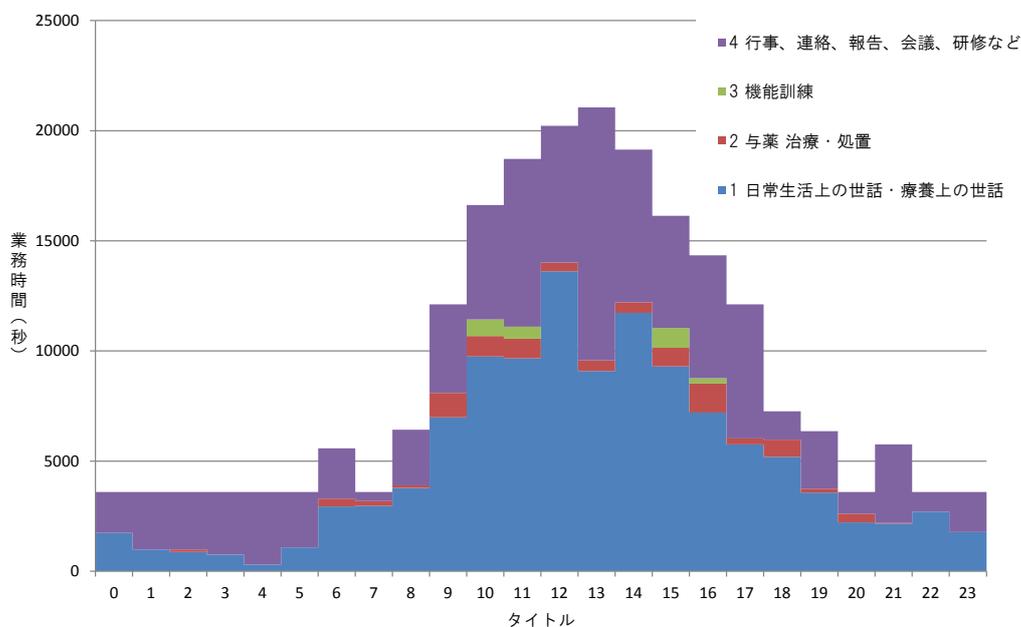
業務内容(大項目)	業務時間(秒)	%
1 日常生活上の世話・療養上の世話	230,880	52.3%
2 与薬 治療・処置	20,460	4.6%
3 機能訓練	6,510	1.5%
4 行事、連絡、報告、会議、研修など	183,270	41.5%
計	441,120	100.0%

図表 143 業務大分類別1日の業務時間の推移(ユニット型)



高齢者1人1日当たりのケア時間	業務時間(秒)	%
1 日常生活上の世話・療養上の世話	114,750	51.4%
2 与薬 治療・処置	11,550	5.2%
3 機能訓練	4,080	1.8%
4 行事、連絡、報告、会議、研修など	92,880	41.6%
計	223,260	100.0%

図表 144 業務大分類別 1 日の業務時間の推移(従来型)

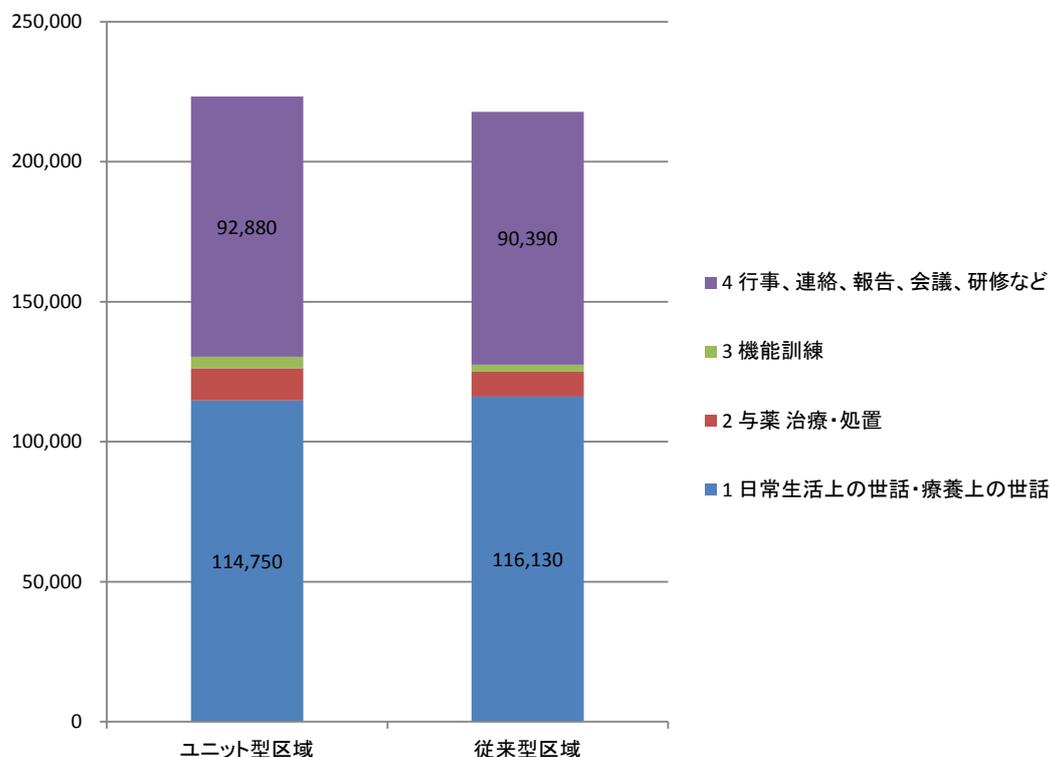


高齢者1人1日当たりのケア時間	業務時間(秒)	%
1 日常生活上の世話・療養上の世話	116,130	53.3%
2 与薬 治療・処置	8,910	4.1%
3 機能訓練	2,430	1.1%
4 行事、連絡、報告、会議、研修など	90,390	41.5%
計	217,860	100.0%

## ② 施設類型別業務時間及び内訳

施設類型別の業務時間及び業務内容の内訳（ケアコード業務大分類別）を以下に示す。業務内容の内訳は、ユニット型、従来型ともにほぼ同様の傾向となった。

図表 145 施設類型別業務時間及び業務内容の内訳(ケアコード業務大分類別)



施設型/ユニット	1 日常生活上の世話・療養上の世話	2 与薬 治療・処置	3 機能訓練	4 行事、連絡、報告、会議、研修など	総計
<b>ユニット型区域</b>	<b>114,750</b>	<b>11,550</b>	<b>4,080</b>	<b>92,880</b>	<b>223,260</b>
西町1丁目	95,675	8,656	4,080	38,964	147,376
西町2丁目	10,045	1,334		11,406	22,784
(空白)	9,030	1,560		42,510	53,100
<b>従来型区域</b>	<b>116,130</b>	<b>8,910</b>	<b>2,430</b>	<b>90,390</b>	<b>217,860</b>
本町1丁目	100,741	6,240	2,370	33,849	143,200
本町2丁目	4,745	60		2,214	7,019
本町3丁目	1,254			1,197	2,451
(空白)	9,390	2,610	60	53,130	65,190
<b>総計</b>	<b>230,880</b>	<b>20,460</b>	<b>6,510</b>	<b>183,270</b>	<b>441,120</b>

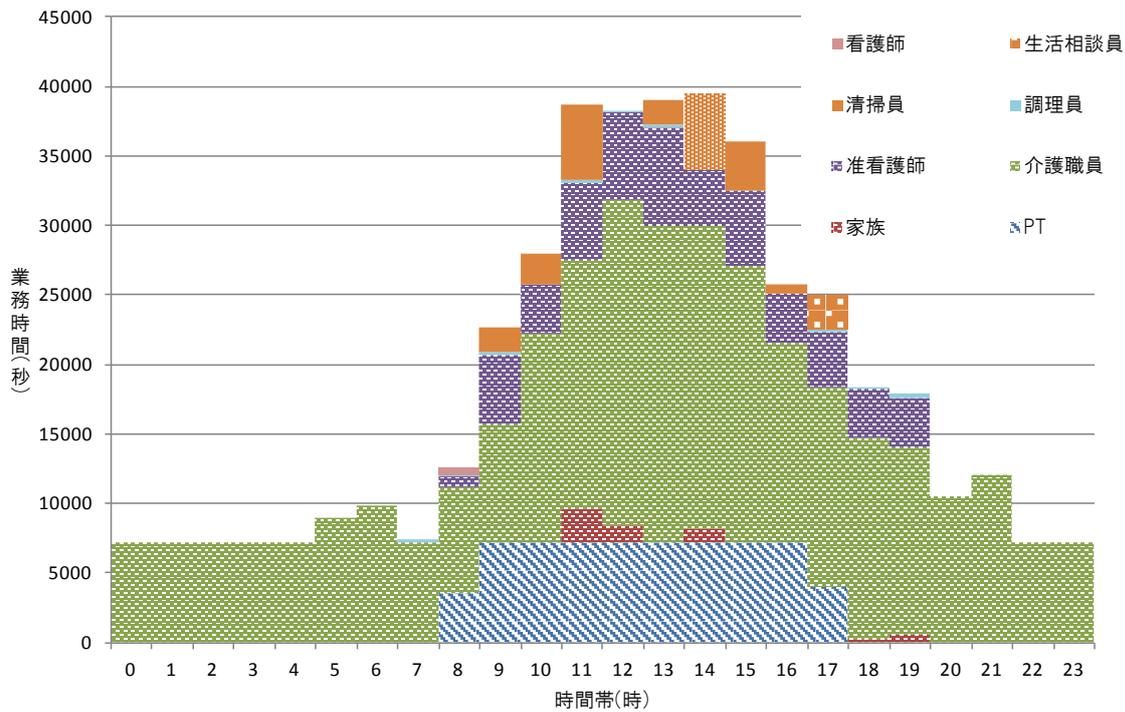
(空白) は高齢者を指定しない業務を示す。

### ③ 職種別1日の業務時間の推移（全体）

職種別の業務時間の推移（タイムスタディで得られた全業務時間）及び職種別の内訳を以下に示す。

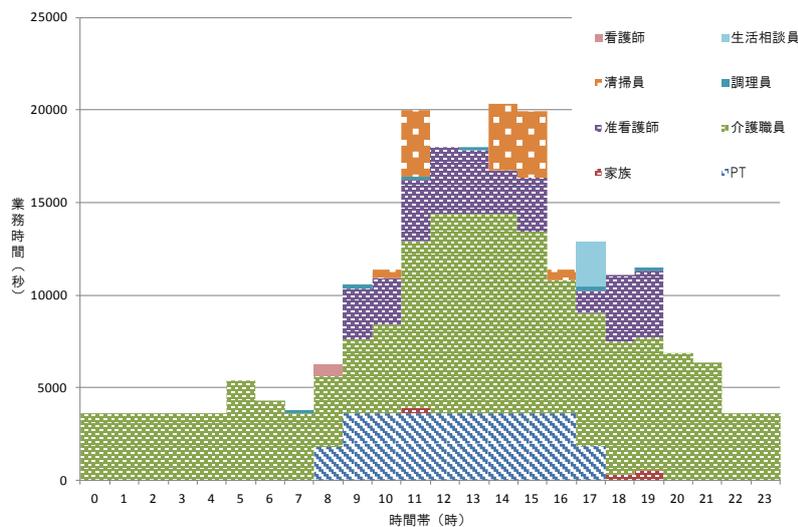
職種別の内訳をみると、介護職員が66.4%で最も多く、続いてPTが14.8%、准看護師が11.8%であった。なお、当日は食事等の介助のために、家族によるケアも計測された。

図表 146 職種別1日の業務時間の推移(全体:総時間)



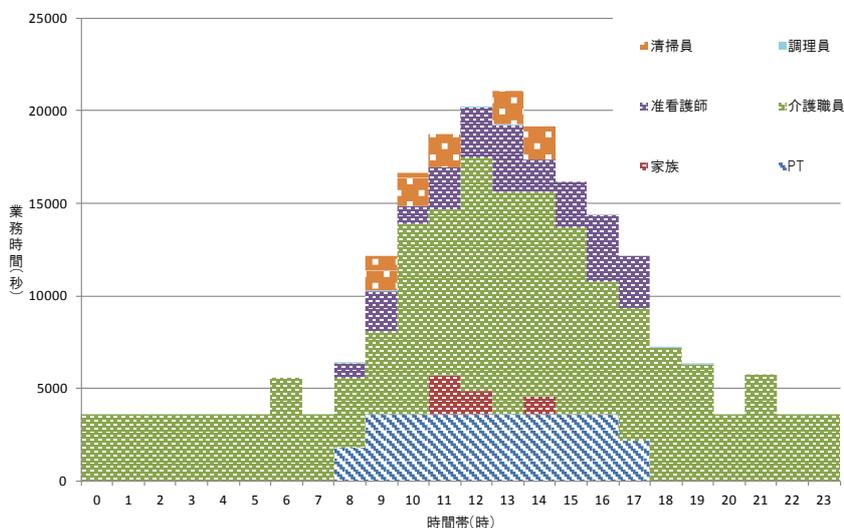
業務内容(大項目)	業務時間(秒)	%
PT	65,220	14.8%
家族	5,460	1.2%
介護職員	292,920	66.4%
准看護師	52,200	11.8%
調理員	1,440	0.3%
清掃員	20,880	4.7%
生活相談員	2,400	0.5%
看護師	600	0.1%
計	441,120	100.0%

図表 147 職種別1日の業務時間の推移(ユニット型)



業務内容(大項目)	業務時間(秒)	%
PT	32,460	14.5%
家族	1,140	0.5%
介護職員	144,480	64.7%
准看護師	29,220	13.1%
調理員	1,080	0.5%
清掃員	11,880	5.3%
生活相談員	2,400	1.1%
看護師	600	0.3%
計	223,260	100.0%

図表 148 職種別1日当りの業務時間の推移(従来型)

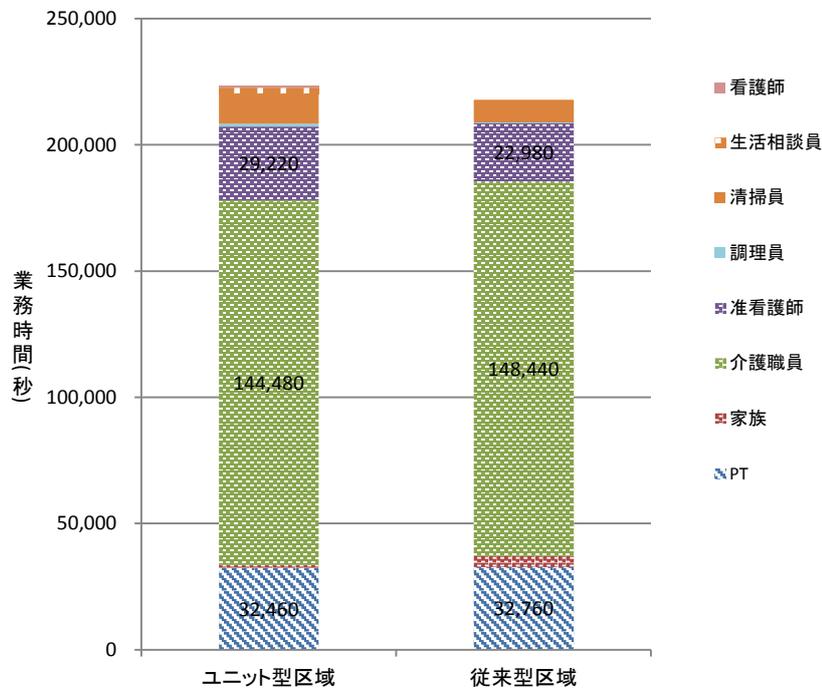


業務内容(大項目)	業務時間(秒)	%
PT	32,760	15.0%
家族	4,320	2.0%
介護職員	148,440	68.1%
准看護師	22,980	10.5%
調理員	360	0.2%
清掃員	9,000	4.1%
計	217,860	100.0%

#### ④ 施設類型別、職種別1日の業務時間

施設類型別、職種別の1日の業務時間は以下のとおりであった。ユニット型、従来型ともに職種別の業務時間の内訳はほぼ同様であった。

図表 149 施設類型別、職種別の1日の業務時間



施設型/ユニット	PT	家族	介護職員	准看護師	調理員	清掃員	生活相談員	看護師	総計
<b>ユニット型区域</b>	<b>32,460</b>	<b>1,140</b>	<b>144,480</b>	<b>29,220</b>	<b>1,080</b>	<b>11,880</b>	<b>2,400</b>	<b>600</b>	<b>223,260</b>
西町1丁目	21,051	1,140	104,121	13,226	780	4,839	1,620	600	147,376
西町2丁目	4,269		16,749	1,234		531			22,784
(空白)	7,140		23,610	14,760	300	6,510	780		53,100
<b>従来型区域</b>	<b>32,760</b>	<b>4,320</b>	<b>148,440</b>	<b>22,980</b>	<b>360</b>	<b>9,000</b>			<b>217,860</b>
本町1丁目	22,683	3,420	104,707	10,410	360	1,620			143,200
本町2丁目	2,866		3,913	180		60			7,019
本町3丁目	491		1,900			60			2,451
(空白)	6,720	900	37,920	12,390		7,260			65,190
<b>総計</b>	<b>65,220</b>	<b>5,460</b>	<b>292,920</b>	<b>52,200</b>	<b>1,440</b>	<b>20,880</b>	<b>2,400</b>	<b>600</b>	<b>441,120</b>

## (2) 調査対象高齢者1人当りのケア時間の推移

続いて、調査対象高齢者1人当たりのケア時間を分析した。1人当たりのケア時間を算出する際の調査対象高齢者は、西町一丁目（高齢者数11名）と本町一丁目（高齢者数12名）に限ることとした（また、西町一丁目において、短期入所予定者の入居準備（シーツの準備等）に係る計測時間（ID:22、ケア時間600秒）は対象から除いた）。

図表 150 対象ユニット区分及び高齢者と業務時間(大分類)の状況

ユニット/高齢者UID	1 日常生活上の世話・療養上の世話	2 与薬 治療・処置	3 機能訓練	4 行事、連絡、報告、会議、研修など	総計
<b>西町1丁目</b>	<b>95,675</b>	<b>8,657</b>	<b>4,080</b>	<b>38,964</b>	<b>147,376</b>
1	9,943	1,153		5,257	16,353
2	6,991	845	1,860	4,042	13,739
3	7,365	896	1,500	2,531	12,292
4	10,883	949		2,992	14,824
5	9,162	694	240	4,636	14,732
6	7,796	353		4,275	12,425
7	9,038	598		2,904	12,540
8	12,486	1,474	480	4,342	18,781
9	6,252	815		2,755	9,822
10	7,193	439		2,070	9,703
11	8,145	443		2,979	11,566
22	420			180	600
<b>西町2丁目</b>	<b>10,045</b>	<b>1,334</b>		<b>11,406</b>	<b>22,784</b>
<b>本町1丁目</b>	<b>100,741</b>	<b>6,240</b>	<b>2,370</b>	<b>33,849</b>	<b>143,200</b>
101	11,248	994		4,378	16,620
102	11,314	240		3,306	14,860
103	9,565	1,114	1,230	3,931	15,840
104	8,622	589		2,231	11,442
105	8,906	664		2,985	12,555
106	8,361	529	240	2,589	11,720
107	6,864	390		1,713	8,967
108	6,673	300		2,277	9,249
109	10,753	469	900	3,292	15,415
110	7,026	364		2,883	10,273
111	6,865	375		2,497	9,736
112	4,545	210		1,768	6,523
<b>本町2丁目</b>	<b>4,745</b>	<b>60</b>		<b>2,214</b>	<b>7,019</b>
<b>本町3丁目</b>	<b>1,254</b>			<b>1,197</b>	<b>2,451</b>
<b>(空白)</b>	<b>18,420</b>	<b>4,170</b>	<b>60</b>	<b>95,640</b>	<b>118,290</b>
<b>総計</b>	<b>230,880</b>	<b>20,460</b>	<b>6,510</b>	<b>183,270</b>	<b>441,120</b>

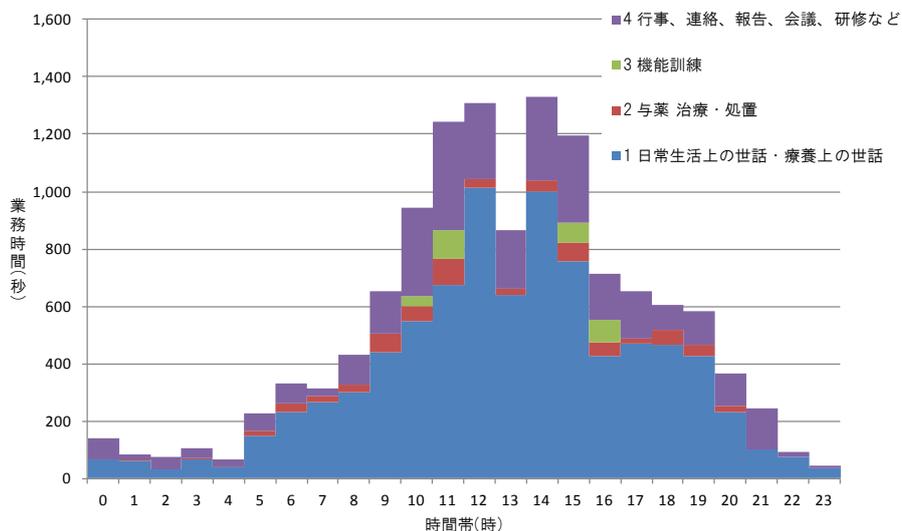
上記より、“高齢者1人当りのケア時間”の業務時間（大分類）は、以下ようになった。

ユニット	1 日常生活上の世話・療養上の世話	2 与薬 治療・処置	3 機能訓練	4 行事、連絡、報告、会議、研修など	総計
総業務時間 全体	195,996	14,897	6,450	72,633	289,976
総業務時間 ユニット型	95,255	8,657	4,080	38,784	146,776
総業務時間 従来型	100,741	6,240	2,370	33,849	143,200
対象高齢者数 全体	23	23	23	23	23
対象高齢者数 ユニット型	11	11	11	11	11
対象高齢者数 従来型	12	12	12	12	12
高齢者1人1日 全体	8,522	648	280	3,158	12,608
高齢者1人1日 ユニット型	8,660	787	371	3,526	13,343
高齢者1人1日 従来型	8,395	520	198	2,821	11,933

① 高齢者1人当りの業務時間の推移（全体）（対象高齢者数:23名）

高齢者1人当りの業務時間の推移を以下に示す。12時台と14時台が業務時間のピークとなっていた。12時台は昼食の時間を含むこと、14時台は入浴の時間を含むことが影響しているものと考えられる。

図表 151 高齢者1人当りの業務時間の推移（全体）



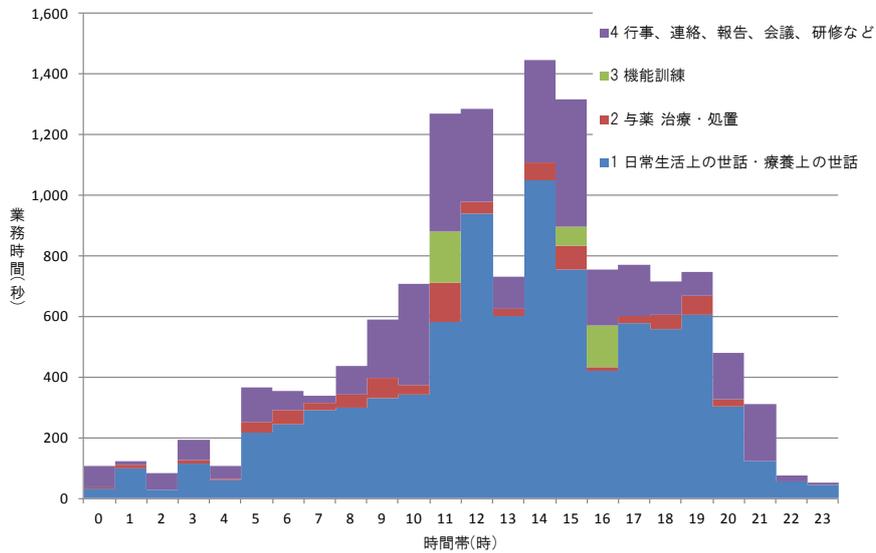
業務内容(大項目)	業務時間(秒)	%
1 日常生活上の世話・療養上の世話	8,522	67.6%
2 与薬 治療・処置	648	5.1%
3 機能訓練	280	2.2%
4 行事、連絡、報告、会議、研修など	3,158	25.0%
計	12,608	100.0%

(集計対象：西町一丁目、本町一丁目の高齢者、計23人)

② 高齢者1人当たりのケア時間の推移（ユニット型）（対象高齢者数:11名）

ユニット型区域における高齢者1人当たりのケア時間の推移を以下に示す。12時台と14時台が業務時間のピークとなっていた。

図表 152 高齢者1人当たりのケア時間の推移(ユニット型)



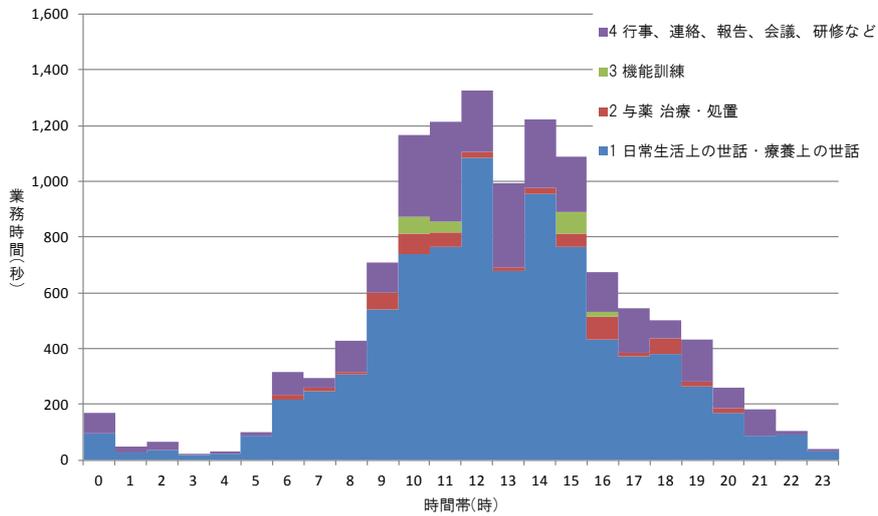
業務内容(大項目)	業務時間(秒)	%
1 日常生活上の世話・療養上の世話	8,660	64.9%
2 与薬 治療・処置	787	5.9%
3 機能訓練	371	2.8%
4 行事、連絡、報告、会議、研修など	3,526	26.4%
計	13,343	100.0%

(集計対象：西町一丁目の高齢者11人)

③ 高齢者1人当たりのケア時間の推移（従来型）（対象高齢者数:12名）

従来型区域における高齢者1人当たりのケア時間の推移を以下に示す。ユニット型と同様に、12時台と14時台が業務時間のピークとなっていた。

図表 153 高齢者1人当たりのケア時間の推移（従来型）



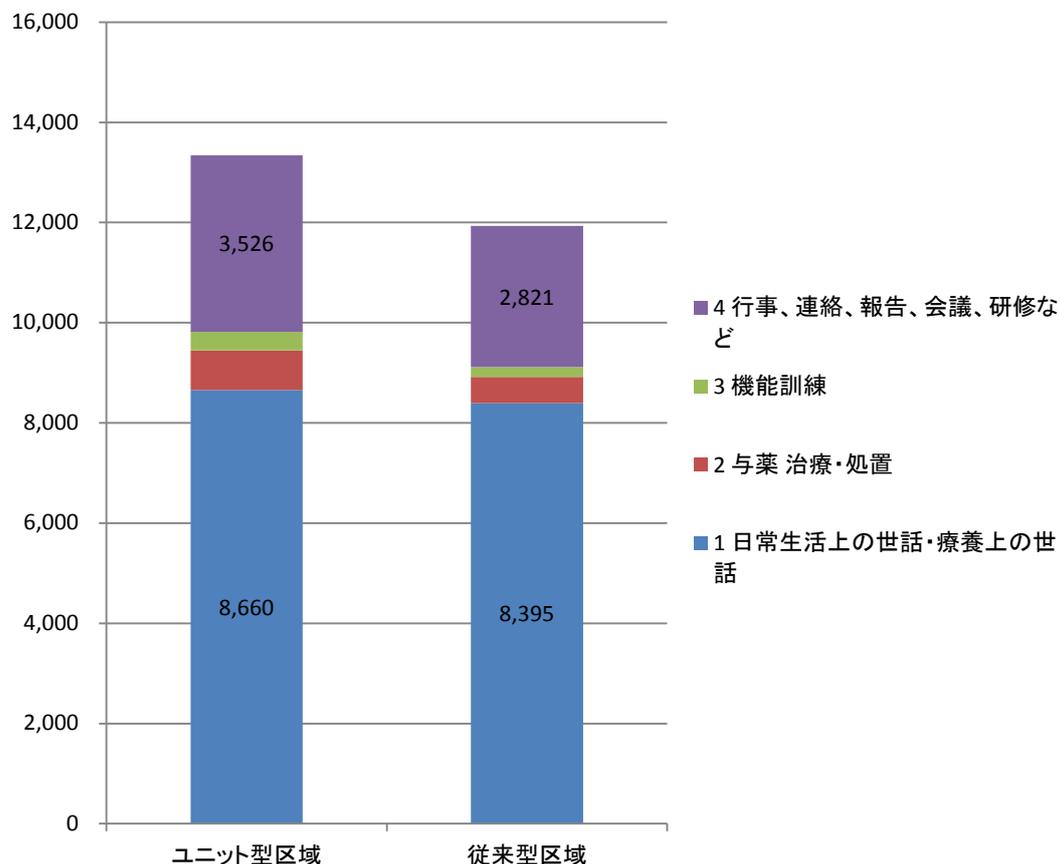
業務内容(大項目)	業務時間(秒)	%
1 日常生活上の世話・療養上の世話	8,395	70.3%
2 与薬 治療・処置	520	4.4%
3 機能訓練	198	1.7%
4 行事、連絡、報告、会議、研修など	2,821	23.6%
計	11,933	100.0%

(集計対象：本町一丁目の高齢者12人)

#### ④ 施設類型別高齢者1人当りの業務時間

高齢者1人当りのケア時間を施設類型別にみると、ユニット型区域が13,343秒に対し、従来型区域が11,933秒となっており、ユニット型区域の方が職員配置がやや手厚いことを反映し、高齢者1人当りのケア時間はユニット型区域の方が従来型区域よりもやや長い結果となった。

図表 154 施設類型別高齢者1人当りの業務時間



業務内容(大項目)	ユニット型区域	%	従来型区域	%
1 日常生活上の世話・療養上の世話	8,660	64.9%	8,395	70.3%
2 与薬 治療・処置	787	5.9%	520	4.4%
3 機能訓練	371	2.8%	198	1.7%
4 行事、連絡、報告、会議、研修など	3,526	26.4%	2,821	23.6%
計	13,343	100.0%	11,933	100.0%

### (3) 調査対象高齢者1人当たりのケア内容

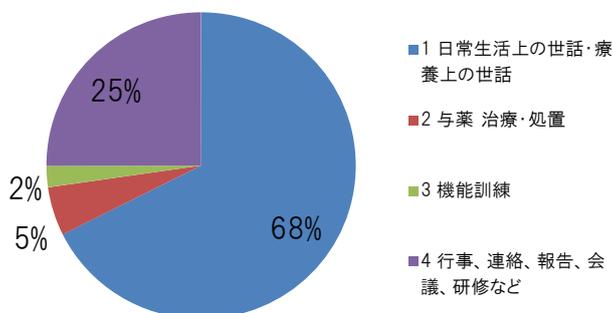
高齢者1人当たりのケア内容を把握する為、全時間帯及びケア提供時間がピークを迎える12時台及び14時台、そしてピーク後の16時台をピックアップし、各時間帯において提供時間が長かった項目を、ケアコード大分類ごとに5項目抽出し、表に整理した。

#### ① 調査対象高齢者1人当たりのケア時間上位項目（全体、高齢者数23名）

調査高齢者1人当たりのケアの提供量が多い業務の上位は、①「食事・栄養・補液」（16.7%）が最も多く、次いで②「ケア関連会議・記録」（12.0%）、③「巡視・観察・測定」（11.1%）、④「コミュニケーション」（8.1%）、⑤「清潔・整容」（7.1%）であった。

図表 155 調査対象高齢者1人当たりのケア時間上位項目（全体、全時間）

業務(ケア)の内容	行為時間(秒)	%
1 日常生活上の世話・療養上の世話	8,522	67.6%
食事・栄養・補液	2,105	16.7%
巡視・観察・測定	1,396	11.1%
コミュニケーション	1,025	8.1%
清潔・整容	897	7.1%
更衣	640	5.1%
2 与薬 治療・処置	648	5.1%
薬物療法	271	2.2%
感染予防	225	1.8%
皮膚	106	0.8%
感覚器系	25	0.2%
治療・処置呼吸器系	13	0.1%
3 機能訓練	280	2.2%
運動器系機能の訓練	150	1.2%
生活基本動作の拡大	55	0.4%
物理療法	26	0.2%
作業療法	23	0.2%
言語療法	21	0.2%
4 行事、連絡、報告、会議、研修など	3,158	25.0%
ケア関連会議・記録	1,517	12.0%
連絡・報告、情報収集	777	6.2%
職員の行動	517	4.1%
屋内の整理・清掃	214	1.7%
勤務関連	97	0.8%
総計	12,608	100.0%



調査対象高齢者1人当たりのケア時間は、12時台では「食事・栄養・補液」（32.0%）が最も多く、次いで「巡視・観察・測定」（15.9%）、「ケア関連会議・記録」（12.1%）であった。

図表 156 調査対象高齢者1人当たりのケア時間上位項目(全体、12時台)

業務(ケア)の内容	行為時間(秒)	%
1 日常生活上の世話・療養上の世話	1,013	77.6%
食事・栄養・補液	419	32.0%
巡視・観察・測定	207	15.9%
コミュニケーション	108	8.3%
寝具・リネン	78	6.0%
清潔・整容	74	5.7%
2 与薬 治療・処置	31	2.4%
薬物療法	21	1.6%
感染予防	5	0.4%
皮膚	3	0.2%
生殖器系	3	0.2%
		0.0%
3 機能訓練	0	0.0%
		0.0%
		0.0%
		0.0%
		0.0%
4 行事、連絡、報告、会議、研修など	262	20.0%
ケア関連会議・記録	158	12.1%
連絡・報告、情報収集	49	3.7%
職員の行動	48	3.7%
夜勤時の対応	5	0.4%
行事・クラブ活動	1	0.1%
総計	1,307	100.0%

14時台では「巡視・観察・測定」（23.9%）が最も多く、次いで「清潔・整容」（11.6%）、「コミュニケーション」（10.4%）であった。

図表 157 調査対象高齢者1人当たりのケア時間上位項目(全体、14時台)

業務(ケア)の内容	行為時間(秒)	%
1 日常生活上の世話・療養上の世話	1,000	75.3%
巡視・観察・測定	318	23.9%
清潔・整容	154	11.6%
コミュニケーション	138	10.4%
食事・栄養・補液	133	10.0%
更衣	72	5.4%
2 与薬 治療・処置	40	3.0%
感染予防	17	1.3%
皮膚	12	0.9%
薬物療法	9	0.7%
感覚器系	3	0.2%
		0.0%
3 機能訓練	0	0.0%
		0.0%
		0.0%
		0.0%
		0.0%
4 行事、連絡、報告、会議、研修など	288	21.7%
連絡・報告、情報収集	80	6.0%
職員の行動	74	5.6%
ケア関連会議・記録	72	5.4%
屋内の整理・清掃	56	4.2%
設備・備品の保守・管理	7	0.5%
総計	1,329	100.0%

16時台では「清潔・整容」（12.3%）が最も多く、次いで「ケア関連会議・記録」（11.3%）、「更衣」（9.0%）であった。

図表 158 調査対象高齢者1人当たりのケア時間上位項目(全体、16時台)

業務(ケア)の内容	行為時間(秒)	%
1 日常生活上の世話・療養上の世話	427	59.9%
清潔・整容	87	12.3%
更衣	64	9.0%
排泄	50	7.0%
コミュニケーション	47	6.6%
食事・栄養・補液	39	5.5%
2 与薬 治療・処置	48	6.8%
感染予防	20	2.7%
薬物療法	16	2.2%
皮膚	13	1.8%
		0.0%
		0.0%
3 機能訓練	76	10.6%
運動器系機能の訓練	26	3.7%
作業療法	23	3.3%
言語療法	21	2.9%
物理療法	5	0.7%
		0.0%
4 行事、連絡、報告、会議、研修など	162	22.7%
ケア関連会議・記録	81	11.3%
連絡・報告、情報収集	42	5.9%
職員の行動	27	3.8%
設備・備品の保守・管理	7	0.9%
屋内の整理・清掃	5	0.7%
総計	713	100.0%

② 調査対象高齢者1人当たりのケア内容（ユニット型、高齢者数11名）

ユニット型区域において、調査対象高齢者1人当たりのケアの提供量が多い業務の上位は、①「食事・栄養・補液」、②「ケア関連会議・記録」（13.4%）、③「巡視・観察・測定」（8.8%）、④「清潔・整容」（6.6%）、⑤「コミュニケーション」（6.5%）であった。

図表 159 調査対象高齢者1人当たりのケア時間上位項目（ユニット型、全時間）

業務(ケア)の内容	行為時間(秒)	%
1 日常生活上の世話・療養上の世話	8,660	64.9%
食事・栄養・補液	2,302	17.3%
巡視・観察・測定	1,172	8.8%
清潔・整容	878	6.6%
コミュニケーション	865	6.5%
排泄	734	5.5%
2 与薬 治療・処置	787	5.9%
薬物療法	346	2.6%
感染予防	318	2.4%
皮膚	101	0.8%
感覚器系	11	0.1%
循環器系	5	0.0%
3 機能訓練	371	2.8%
運動器系機能の訓練	224	1.7%
物理療法	55	0.4%
作業療法	49	0.4%
言語療法	44	0.3%
		0.0%
4 行事、連絡、報告、会議、研修など	3,526	26.4%
ケア関連会議・記録	1,793	13.4%
連絡・報告、情報収集	824	6.2%
職員の行動	409	3.1%
屋内の整理・清掃	274	2.0%
勤務関連	186	1.4%
総計	13,343	100.0%

図表 160 調査対象高齢者1人当たりのケア時間上位項目(ユニット型、12時台)

業務(ケア)の内容	行為時間(秒)	%
1 日常生活上の世話・療養上の世話	938	73.0%
食事・栄養・補液	472	36.7%
巡視・観察・測定	177	13.8%
寝具・リネン	98	7.6%
環境	46	3.6%
コミュニケーション	44	3.4%
2 与薬 治療・処置	41	3.2%
薬物療法	33	2.5%
感染予防	8	0.6%
		0.0%
		0.0%
3 機能訓練	0	0.0%
		0.0%
		0.0%
		0.0%
		0.0%
4 行事、連絡、報告、会議、研修など	306	23.8%
ケア関連会議・記録	268	20.9%
連絡・報告、情報収集	22	1.7%
職員の行動	14	1.1%
行事・クラブ活動	3	0.2%
		0.0%
総計	1,286	100.0%

図表 161 調査対象高齢者1人当たりのケア時間上位項目 (ユニット型、14時台)

業務(ケア)の内容	行為時間(秒)	%
1 日常生活上の世話・療養上の世話	1,050	72.6%
巡視・観察・測定	308	21.3%
清潔・整容	175	12.1%
食事・栄養・補液	128	8.9%
コミュニケーション	109	7.5%
更衣	82	5.7%
2 与薬 治療・処置	60	4.2%
感染予防	33	2.3%
薬物療法	14	0.9%
皮膚	14	0.9%
		0.0%
		0.0%
3 機能訓練	0	0.0%
		0.0%
		0.0%
		0.0%
		0.0%
		0.0%
4 行事、連絡、報告、会議、研修など	335	23.2%
屋内の整理・清掃	112	7.7%
連絡・報告、情報収集	79	5.5%
職員の行動	71	4.9%
ケア関連会議・記録	60	4.2%
設備・備品の保守・管理	14	0.9%
総計	1,445	100.0%

図表 162 調査対象高齢者1人当たりのケア時間上位項目（ユニット型、16時台）

業務(ケア)の内容	行為時間(秒)	%
1 日常生活上の世話・療養上の世話	420	55.8%
巡視・観察・測定	85	11.2%
清潔・整容	71	9.4%
食事・栄養・補液	65	8.7%
コミュニケーション	46	6.2%
更衣	33	4.3%
2 与薬 治療・処置	14	1.8%
薬物療法	11	1.4%
感染予防	3	0.4%
		0.0%
		0.0%
		0.0%
3 機能訓練	136	18.1%
作業療法	49	6.5%
言語療法	44	5.8%
運動器系機能の訓練	33	4.3%
物理療法	11	1.4%
		0.0%
4 行事、連絡、報告、会議、研修など	183	24.3%
ケア関連会議・記録	85	11.2%
連絡・報告、情報収集	60	8.0%
設備・備品の保守・管理	14	1.8%
職員の行動	14	1.8%
屋内の整理・清掃	11	1.5%
総計	753	100.0%

③ 調査対象高齢者1人当たりのケア内容（従来型、高齢者数12名）

従来型区域において、調査対象高齢者1人当たりのケアの提供量が多い業務の上位は、①「食事・栄養・補液」（16.1%）、②「巡視・観察・測定」（13.4%）、③「ケア関連会議・記録」（10.6%）、④「コミュニケーション」（9.8%）、⑤「清潔・整容」（7.7%）であった。

図表 163 調査対象高齢者1人当たりのケア時間上位項目（従来型、全時間）

業務(ケア)の内容	行為時間(秒)	%
1 日常生活上の世話・療養上の世話	8,395	70.3%
食事・栄養・補液	1,925	16.1%
巡視・観察・測定	1,602	13.4%
コミュニケーション	1,173	9.8%
清潔・整容	915	7.7%
更衣	620	5.2%
2 与薬 治療・処置	520	4.4%
薬物療法	203	1.7%
感染予防	140	1.2%
皮膚	110	0.9%
感覚器系	38	0.3%
治療・処置呼吸器系	25	0.2%
3 機能訓練	198	1.7%
生活基本動作の拡大	105	0.9%
運動器系機能の訓練	83	0.7%
その他のリハ関連	10	0.1%
		0.0%
		0.0%
4 行事、連絡、報告、会議、研修など	2,821	23.6%
ケア関連会議・記録	1,264	10.6%
連絡・報告、情報収集	734	6.2%
職員の行動	616	5.2%
屋内の整理・清掃	160	1.3%
設備・備品の保守・管理	20	0.2%
総計	11,933	100.0%

図表 164 調査対象高齢者1人当たりのケア時間上位項目（従来型、12時台）

業務(ケア)の内容	行為時間(秒)	%
1 日常生活上の世話・療養上の世話	1,083	81.7%
食事・栄養・補液	370	27.9%
巡視・観察・測定	235	17.7%
コミュニケーション	168	12.6%
清潔・整容	125	9.4%
寝具・リネン	60	4.5%
2 与薬 治療・処置	23	1.7%
薬物療法	10	0.8%
皮膚	5	0.4%
生殖器系	5	0.4%
感染予防	3	0.2%
		0.0%
3 機能訓練	0	0.0%
		0.0%
		0.0%
		0.0%
		0.0%
		0.0%
4 行事、連絡、報告、会議、研修など	221	16.6%
職員の行動	80	6.0%
連絡・報告、情報収集	73	5.5%
ケア関連会議・記録	58	4.3%
夜勤時の対応	10	0.8%
		0.0%
総計	1,326	100.0%

図表 165 調査対象高齢者1人当たりのケア時間上位項目（従来型、14時台）

業務(ケア)の内容	行為時間(秒)	%
1 日常生活上の世話・療養上の世話	955	78.1%
巡視・観察・測定	328	26.8%
コミュニケーション	165	13.5%
食事・栄養・補液	138	11.2%
清潔・整容	135	11.0%
更衣	63	5.1%
2 与薬 治療・処置	23	1.8%
皮膚	10	0.8%
薬物療法	5	0.4%
感覚器系	5	0.4%
感染予防	3	0.2%
		0.0%
3 機能訓練	0	0.0%
		0.0%
		0.0%
		0.0%
		0.0%
4 行事、連絡、報告、会議、研修など	245	20.0%
ケア関連会議・記録	83	6.7%
連絡・報告、情報収集	80	6.5%
職員の行動	78	6.3%
屋内の整理・清掃	5	0.4%
		0.0%
総計	1,223	100.0%

図表 166 調査対象高齢者1人当たりのケア時間上位項目（従来型、16時台）

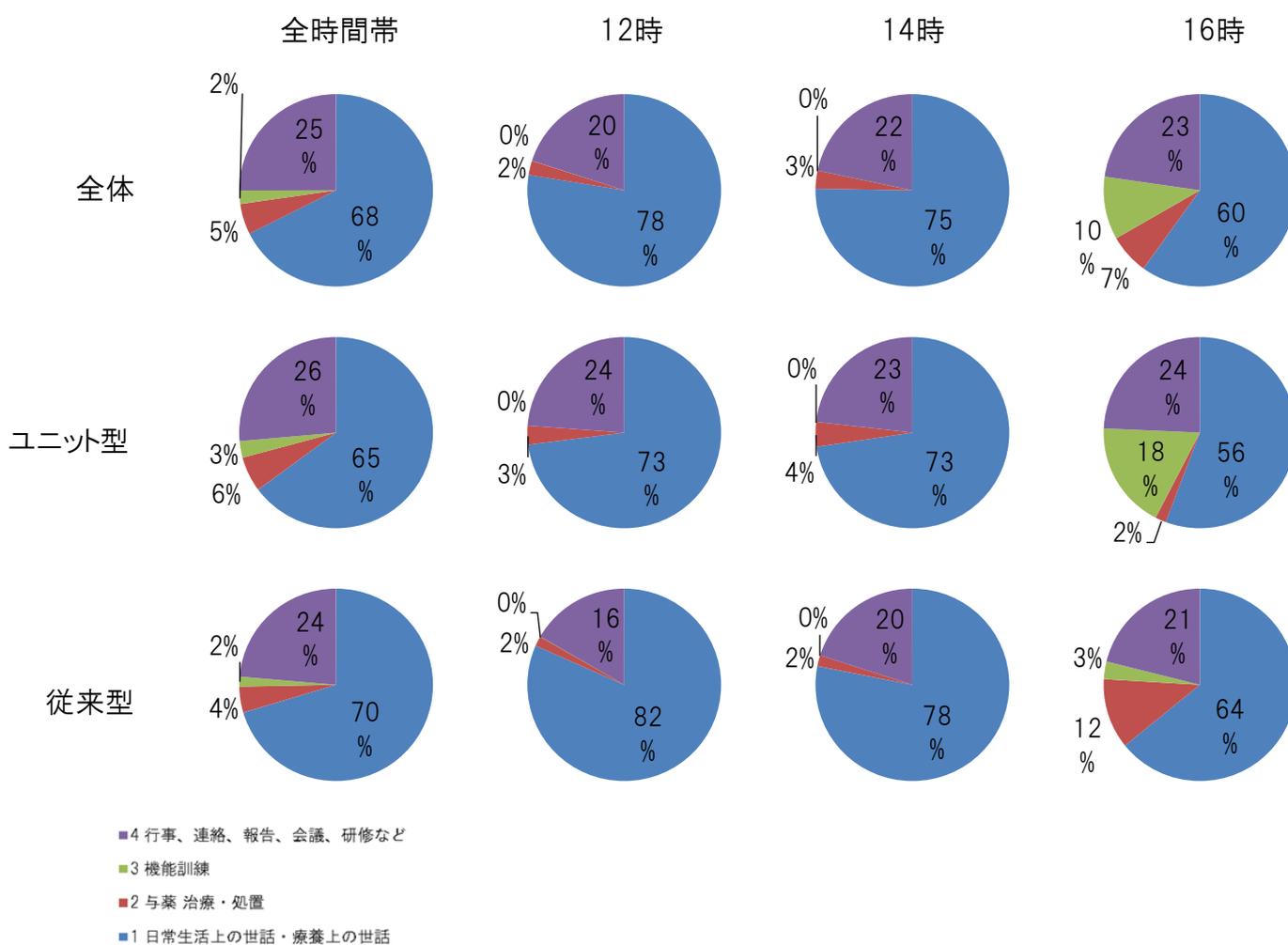
業務(ケア)の内容	行為時間(秒)	%
1 日常生活上の世話・療養上の世話	433	64.1%
清潔・整容	90	13.3%
排泄	85	12.6%
更衣	80	11.8%
起居と体位変換	33	4.8%
環境	30	4.4%
2 与薬 治療・処置	80	11.8%
感染予防	35	5.2%
皮膚	25	3.7%
薬物療法	20	3.0%
		0.0%
		0.0%
3 機能訓練	20	3.0%
運動器系機能の訓練	20	3.0%
		0.0%
		0.0%
		0.0%
4 行事、連絡、報告、会議、研修など	143	21.1%
ケア関連会議・記録	78	11.5%
職員の行動	40	5.9%
連絡・報告、情報収集	25	3.7%
		0.0%
		0.0%
総計	676	100.0%

#### ④ 施設類型別、時間帯別の調査対象高齢者1人当たりの業務内容の割合（業務大分類別）

施設類型別（全体、ユニット型、従来型）、時間帯（全時間帯、ピーク時の12時台及び14時台、ピーク後の16時台）別の調査対象高齢者1人当たりの業務内容の割合（業務大分類別）を以下に示す。

時間帯別では、業務量がピークとなる12時台及び14時台では「日常生活上の世話・療養上の世話」の占める割合が増える一方、「行事、連絡、報告、会議、研修など」の割合が減っていた。

図表 167 施設類型別、時間帯別の調査対象高齢者1人当たりの業務内容(業務大分類別)



### 3.3.3. 直接ケアの提供状況

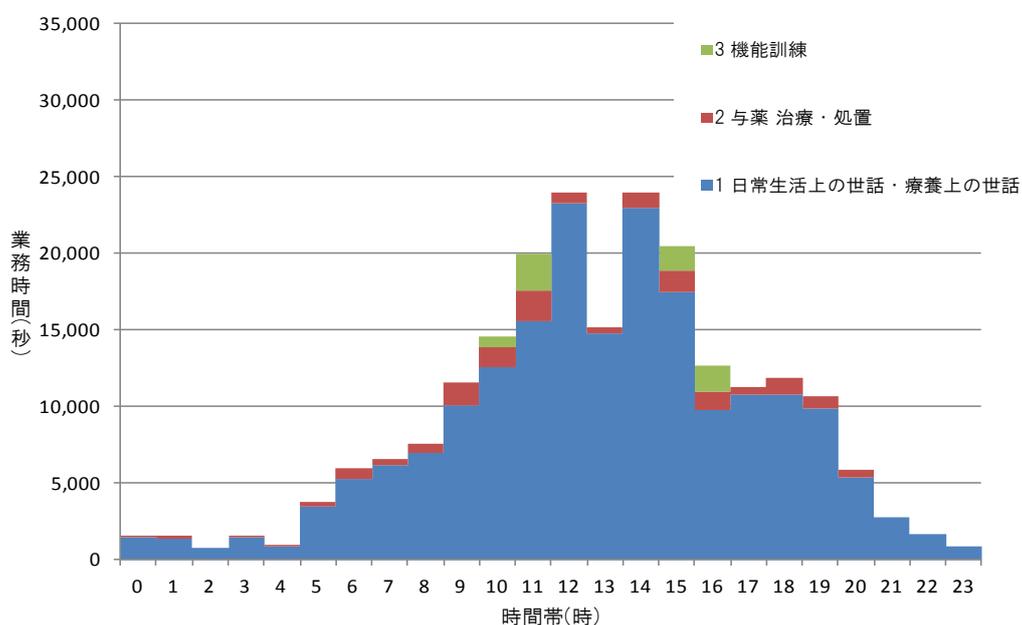
続いて、業務内容（大項目）の「4 行事、連絡、報告、会議、研修など」を除いた高齢者に対する直接的なケア時間について分析を行った。

（対象は、西町一丁目、本町一丁目の高齢者計23人）

#### (1) 直接ケアの時間帯推移

高齢者に対する直接ケア時間の推移は以下のとおりであった。直接ケア時間のピークは、全体の業務量のピークと同様に、12時台と14時台であった。

図表 168 高齢者に対する直接ケア時間の推移(全体)

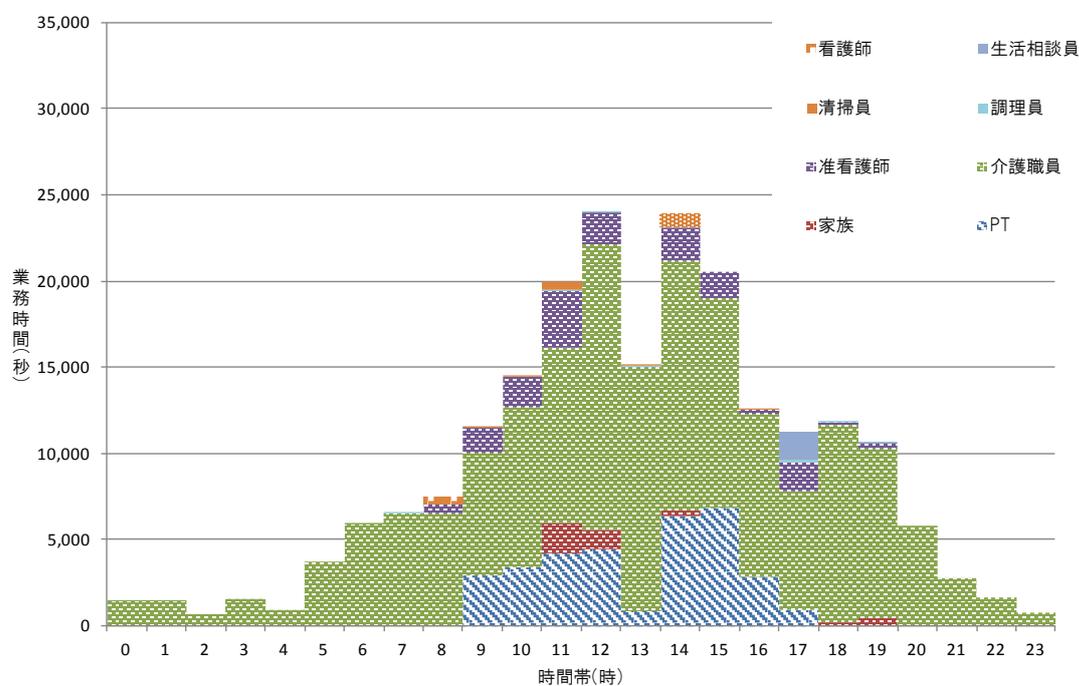


業務内容(大分類)	業務時間(秒)	%
1 日常生活上の世話・療養上の世話	195,996	90.2%
2 与薬 治療・処置	14,897	6.9%
3 機能訓練	6,450	3.0%
計	217,343	100.0%

## (2) 職種別高齢者に対する直接ケア時間の推移

職種別の直接ケア時間の推移は、以下のとおりであった。

図表 169 職種別高齢者に対する直接ケア時間の推移

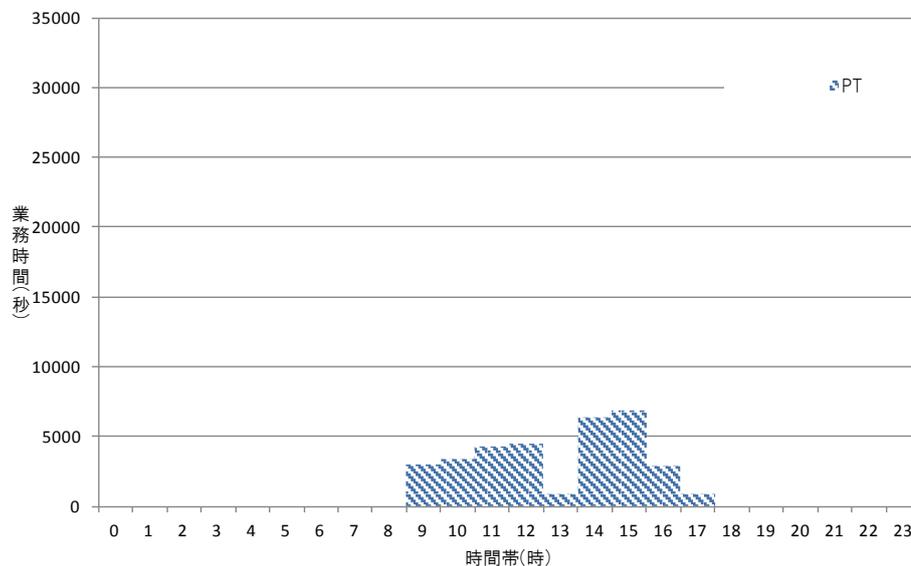


業務内容(大分類)	業務時間(秒)	%
PT	33,279	15.3%
家族	3,900	1.8%
介護職員	161,234	74.2%
准看護師	14,790	6.8%
調理員	510	0.2%
清掃員	1,590	0.7%
生活相談員	1,590	0.7%
看護師	450	0.2%
計	217,343	100.0%

(3) PTによる直接ケア時間の推移

PTによる直接ケア時間の推移は、以下のとおりであった。

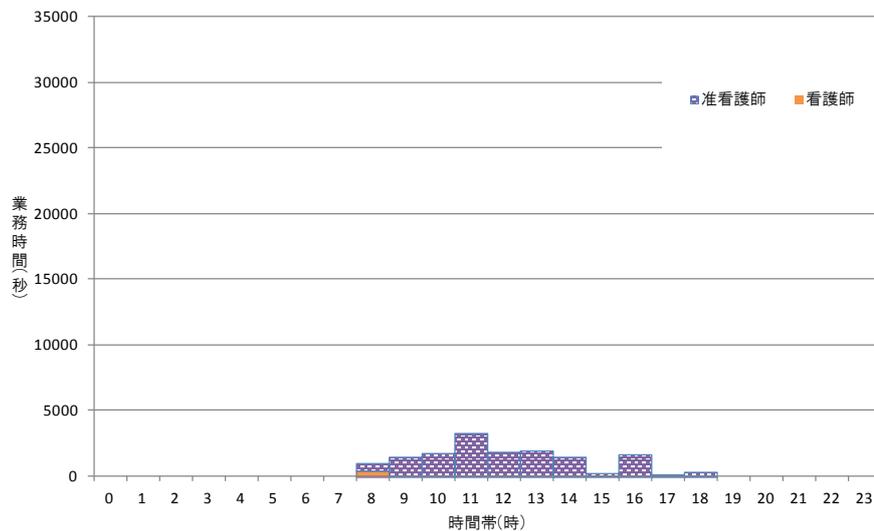
図表 170 PTによる直接ケア時間の推移



(4) 看護職員（看護師、准看護師）による直接ケア時間の推移

看護職員（看護師、准看護師）による直接ケア時間の推移は、以下のとおりであった。

図表 171 看護職員(看護師、准看護師)による直接ケア時間の推移



(5) 職種別直接ケア内容

職種別の全時間帯においての直接ケア内容一覧を以下に示す。なお、本表においては、PT、介護職員、准看護師、看護師、生活相談員がケアを実施した項目のみとしている（清掃員、家族は除いている）。

図表 172 職種別直接ケアの内容

業務(ケア)の内容	行為時間
<b>PT</b>	<b>32,679</b>
1 日常生活上の世話・療養上の世話	26,409
コミュニケーション	870
移動(施設内)	240
運動(身体)機能の維持・促進	930
起居と体位変換	630
巡視・観察・測定	23,739
2 与薬 治療・処置	60
皮膚	60
3 機能訓練	6,210
運動器系機能の訓練	3,450
言語療法	480
作業療法	540
生活基本動作の拡大	1,260
物理療法	480
<b>介護職員</b>	<b>120,048</b>
1 日常生活上の世話・療養上の世話	109,411
コミュニケーション	16,620
更衣	14,160
食事・栄養・補液	44,460
清潔・整容	19,771
排泄	14,400
2 与薬 治療・処置	10,637
感覚器系	450
感染予防	4,967
生殖器系	60
皮膚	1,170
薬物療法	3,990
<b>生活相談員</b>	<b>1,590</b>
1 日常生活上の世話・療養上の世話	1,590
コミュニケーション	60
移動(施設内)	60
更衣	90
入院・入所者の物品管理	120
入退院	1,080
入退院・外出	180
<b>看護師</b>	<b>450</b>
1 日常生活上の世話・療養上の世話	450
コミュニケーション	150
起居と体位変換	150
食事・栄養・補液	150
<b>准看護師</b>	<b>13,710</b>
1 日常生活上の世話・療養上の世話	9,630
コミュニケーション	2,460
起居と体位変換	510
巡視・観察・測定	2,760
食事・栄養・補液	3,270
清潔・整容	630
2 与薬 治療・処置	4,080
感覚器系	120
感染予防	210
治療・処置呼吸器系	300
皮膚	1,200
薬物療法	2,250

(6) 介護職員及び看護職員による高齢者に対する直接ケア内容（与薬 治療・処置）

(5) における表の介護職員及び看護職員（准看護師）の「2 与薬 治療・処置」の部分をさらに小分類レベルにブレイクダウンしてみると、以下のとおりとなった。「2 与薬 治療・処置」の中でのケア提供時間は、介護職では「感染防止」（「予防着等をつける、ガウンテクニック」、「手洗い、消毒液の交換」他）が4,967秒で最も多く、次いで「与薬（経口薬・坐薬）」が3,960秒、「皮膚治療・保護」が1,170秒だった。看護職員（准看護師）では、「与薬（経口薬・坐薬）」が1,860秒で最も多く、次いで「皮膚治療・保護」（1,200秒）、「吸引」（300秒）であった。

図表 173 「2 与薬 治療・処置」の職種別ケア提供時間

業務(ケア)の内容	行為時間
<b>介護職員</b>	<b>10,637</b>
2 与薬 治療・処置	10,637
感覚器系	450
眼・鼻・耳の治療・処置・ケア	450
感染予防	4,967
感染防止	4,967
生殖器系	60
女性生殖器の処置	60
皮膚	1,170
皮膚治療・保護	1,170
薬物療法	3,990
薬品管理	30
与薬(経口薬・坐薬)	3,960
<b>看護職員(准看護師)</b>	<b>4,170</b>
2 与薬 治療・処置	4,170
感覚器系	120
眼・鼻・耳の治療・処置・ケア	120
感染予防	210
感染防止	210
治療・処置呼吸器系	300
吸引	300
循環器系	60
湿・冷罨法	60
生殖器系	30
女性生殖器の処置	30
皮膚	1,200
皮膚治療・保護	1,200
薬物療法	2,250
注射	210
調剤業務	180
与薬(経口薬・坐薬)	1,860
<b>総計</b>	<b>14,807</b>

### 3.3.4. 職員の業務負担感

本調査では、身体的負担・精神的負担の大きい業務を、ケア提供者の主観により、「0」＝なし、「1」＝少し、「2」＝重い3段階で評価した（ケア提供者が、調査員に対して負担の度合いに応じてサインを出して、調査員が記録する方式により計測）。

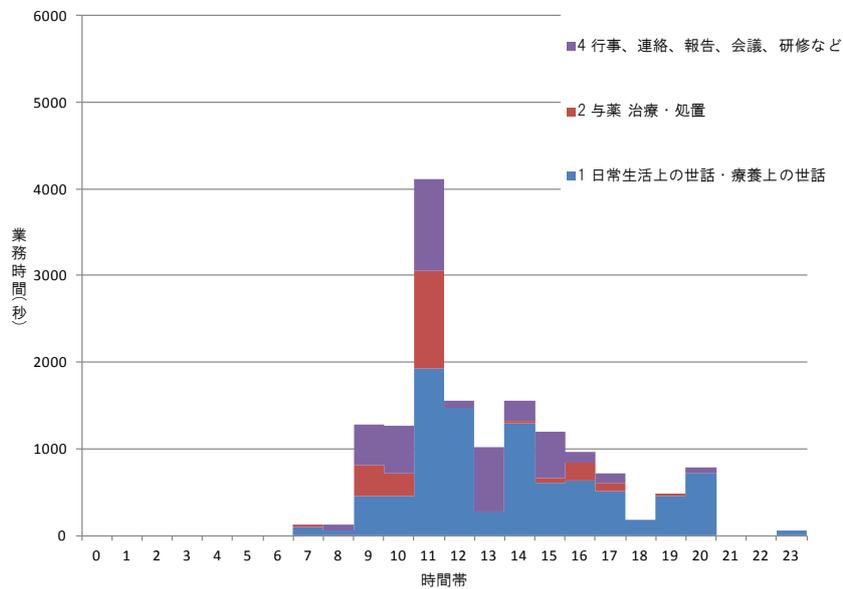
対象区域は、西町一丁目、本町一丁目の高齢者計及び短期入所者である。

#### (1) 身体的負担

##### ① 身体的負担（レベル1）の発生時間帯

身体的負担（レベル1）の発生時間帯の推移は以下のとおりであった。発生時間帯のピークは11時台で、発生時間帯は主に9時～17時台に集中していた。

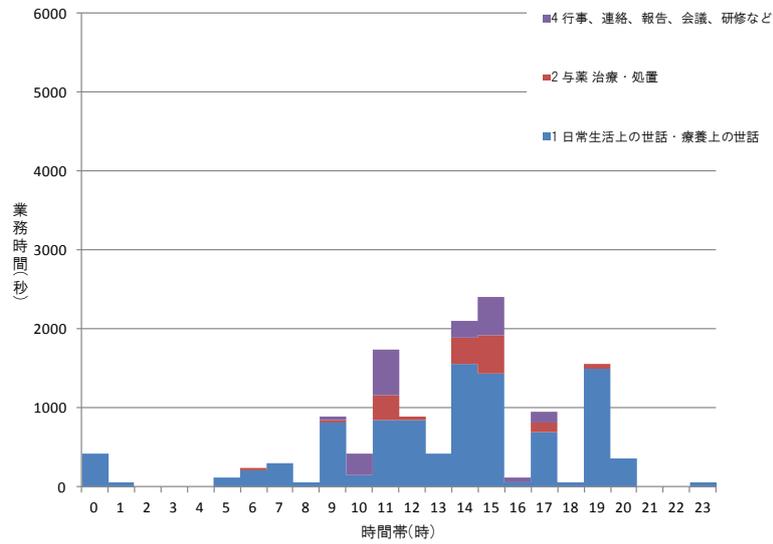
図表 174 身体的負担(レベル1)の発生時間帯



## ② 身体的負担（レベル2）の発生時間帯

身体的負担（レベル2）の発生時間帯の推移は以下のとおりであった。発生時間帯のピークは15時台で、主に日中の9時～17時台に発生しているほか、19時台にも発生している。

図表 175 身体的負担(レベル2)の発生時間帯



### ③ 身体的負担の発生する業務（ケア）内容

身体的負担が1又は2の合計量が多い業務の上位は、以下のとおりであった。

- ①「食事・栄養・補液」 3,390秒
- ②「清潔・整容」 3,360秒
- ③「屋内の整理・清掃」 2,709秒
- ④「更衣」 2,310秒
- ⑤「巡視・観察・測定」 2,070秒

図表 176 身体的負担の発生する業務(ケア)内容

業務内容	総計	介護職員		准看護師		清掃員	
		1	2	1	2	1	2
<b>1 日常生活上の世話・療養上の世話</b>	<b>19,110</b>	<b>5,520</b>	<b>7,620</b>	<b>3,180</b>	<b>2,130</b>	<b>450</b>	<b>210</b>
コミュニケーション	1,380	120	150	360	210	330	210
移乗	1,560	630	870	60			
移動(施設内)	120		120				
運動(身体)機能の維持・促進	30				30		
環境	300	30	60	60	60	90	
起居と体位変換	2,040	570	1,110	240	120		
更衣	2,310	870	1,260	120	60		
巡視・観察・測定	2,070		60	1,380	630		
食事・栄養・補液	3,390	1,050	1,140	840	360		
寝具・リネン	660	510	60	60	30		
清潔・整容	3,360	1,020	1,710		630		
洗濯	210		180			30	
入退院・外出	60			60			
排泄	1,620	720	900				
<b>2 与薬 治療・処置</b>	<b>3,660</b>	<b>90</b>	<b>360</b>	<b>2,130</b>	<b>1,080</b>		
感覚器系	90			90			
感染予防	180	60	90	30			
治療・処置呼吸器系	300			60	240		
生殖器系	60		60				
皮膚	1,320	30	210	690	390		
薬物療法	1,710			1,260	450		
<b>4 行事、連絡、報告、会議、研修など</b>	<b>5,843</b>	<b>150</b>	<b>420</b>	<b>1,904</b>	<b>210</b>	<b>1,980</b>	<b>1,179</b>
ケア関連会議・記録	1,320		150	1,080	90		
屋内の整理・清掃	2,709	60				1,500	1,149
職員の行動	1,080	90	270	180	90	420	30
設備・備品の保守・管理	90			90			
連絡・報告、情報収集	644			554	30	60	
<b>総計</b>	<b>28,613</b>	<b>5,760</b>	<b>8,400</b>	<b>7,214</b>	<b>3,420</b>	<b>2,430</b>	<b>1,389</b>

#### ④ 夜間において身体的負担が発生した業務の内容

夜間において身体的負担が発生した業務の内容及び時間は以下のとおりであった。内訳をみると、「排泄」が540秒で最も多く、次いで「起居と体位変換」が510秒、「更衣」が360秒であった。

図表 177 夜間において身体的負担が発生した業務の内容及び時間

業務(ケア)の内容	行為時間		
	レベル1	レベル2	総計
0時		420	420
1 日常生活上の世話・療養上の世話		420	420
起居と体位変換		90	90
更衣		90	90
寝具・リネン		30	30
排泄		210	210
1時		60	60
1 日常生活上の世話・療養上の世話		60	60
起居と体位変換		30	30
巡視・観察・測定		30	30
5時		120	120
1 日常生活上の世話・療養上の世話		120	120
移乗		30	30
起居と体位変換		30	30
更衣		30	30
巡視・観察・測定		30	30
6時		240	240
1 日常生活上の世話・療養上の世話		210	210
移乗		30	30
起居と体位変換		90	90
更衣		30	30
清潔・整容		30	30
排泄		30	30
2 与薬 治療・処置		30	30
皮膚		30	30
20時	780	360	1,140
1 日常生活上の世話・療養上の世話	720	360	1,080
移乗		30	30
起居と体位変換	90	60	150
更衣	150	60	210
食事・栄養・補液	120	30	150
寝具・リネン	60		60
清潔・整容	90	90	180
排泄	210	90	300
4 行事・連絡・報告、会議、研修など	60		60
屋内の整理・清掃	60		60
23時	60	60	120
1 日常生活上の世話・療養上の世話	60	60	120
起居と体位変換	60	60	120
総計	840	1,260	2,100

### ⑤ 重い身体的負担を感じる割合が高いケアの内容の分析

ケア内容のうち、重い身体的負担を感じる割合が高いケアの内容を分析するため、ケア時間が一定時間（600秒）以上で、負担感2の発生割合が高いケア（ケア時間に占める負担感1又は2の割合が25%以上で、負担感2の割合が5割以上のケア）を抽出した結果、以下のケアが抽出された。

図表 178 重い身体的負担を感じる割合が高いケアの内容

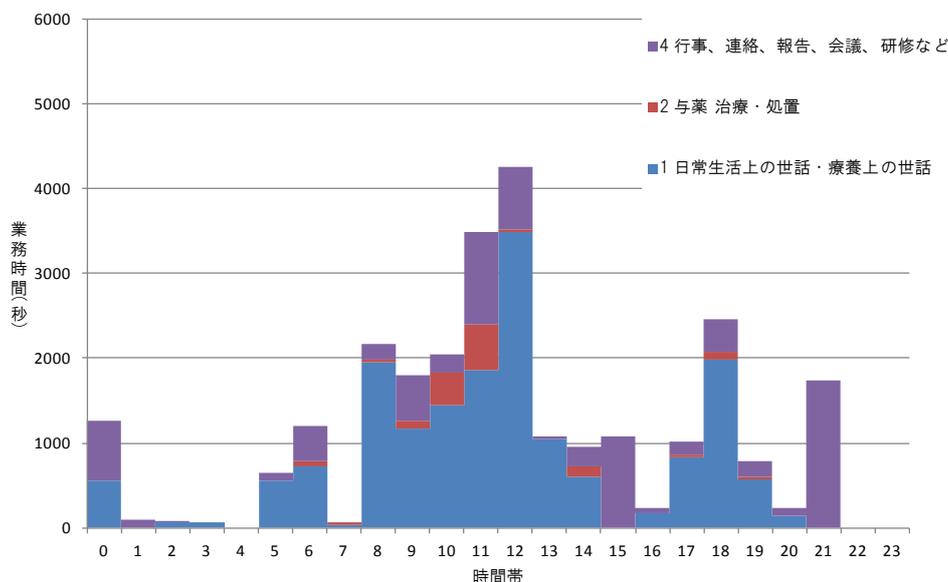
小分類	ケアの内容	ケア時間計	ケア時間のうち負担感を感じる割合	負担感のうち、負担感2の割合
監視	浴室内の監視	2,070	36.2%	84.0%
起居の援助	身体を起こす、ささえる、歩行の介助のあと車いすへ移乗、端座位から臥床させる、寝かせる	960	28.1%	66.7%
体位変換・良肢位の維持	体位変換全介助	3,930	27.5%	55.6%
体位変換・良肢位の維持	枕・足底板・円座・離被架使用、仙骨部褥創防止具使用	1,530	25.5%	53.8%

## (2) 精神的負担

### ① 精神的負担（レベル1）の発生時間帯

精神的負担（レベル1）の発生時間帯の推移は以下のとおりであった。精神的負担（レベル1）は、日中だけでなく、夜間や早朝にも発生していた。

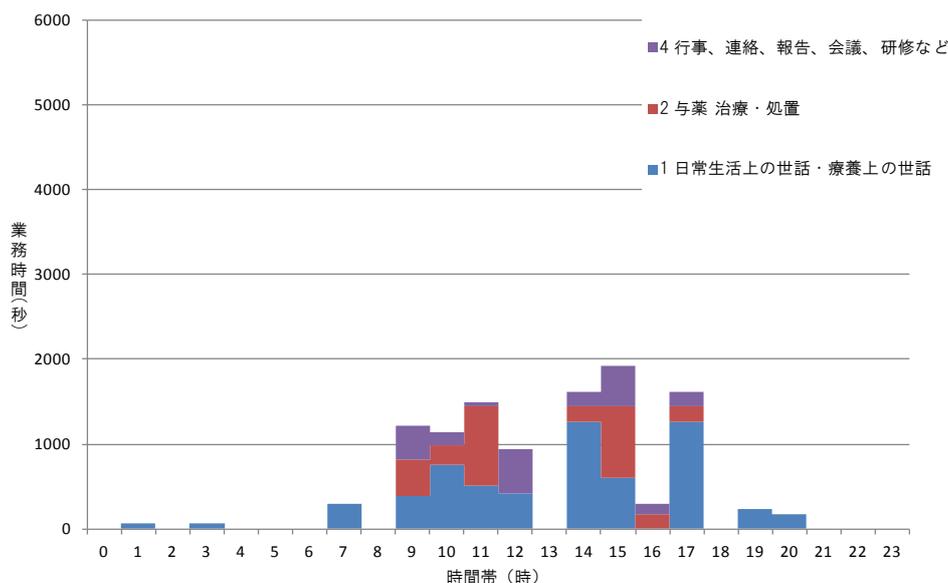
図表 179 精神的負担(レベル1)の発生時間帯



### ② 精神的負担（レベル2）の発生時間帯

精神的負担（レベル2）の発生時間帯の推移は以下のとおりであった。精神的負担（レベル2）は、主に9時～17時台の日中の時間帯で発生していた。

図表 180 精神的負担(レベル2)の発生時間帯



### ③ 精神的負担の発生する業務（ケア）内容

精神的負担が1又は2の合計量が多い業務の上位は、以下のとおりであった。

- ① 「食事・栄養・補液」 7,890秒
- ② 「ケア関連会議・記録」 5,539秒
- ③ 「巡視・観察・測定」 3,142秒
- ④ 「コミュニケーション」 2,820秒
- ⑤ 「薬物療法」 2,460秒

図表 181 精神的負担の発生する業務(ケア)内容

業務内容	総計	介護職員		看護師	准看護師	
		1	2	1	1	2
<b>1 日常生活上の世話・療養上の世話</b>	<b>23,272</b>	<b>12,142</b>	<b>1,590</b>	<b>300</b>	<b>4,800</b>	<b>3,660</b>
コミュニケーション	2,820	1,200	210		1,140	270
その他の見守り	570	570				
移乗	570	480	30		60	
移動(施設内)	270	270				
運動(身体)機能の維持・促進	60	30				30
環境	210	90			120	
起居と体位変換	1,470	780	180	150	210	150
更衣	1,830	1,290	180		270	90
巡視・観察・測定	3,142	502	90		900	1,650
食事・栄養・補液	7,890	4,530	360	150	2,010	840
寝具・リネン	450	270	150		30	
清潔・整容	1,830	1,020	180			630
洗濯	120	120				
入退院	780					
入退院・外出	60				60	
排泄	1,200	990	210			
<b>2 与薬 治療・処置</b>	<b>4,410</b>	<b>480</b>	<b>180</b>		<b>960</b>	<b>2,790</b>
感覚器系	120				60	60
感染予防	330	210	90			30
治療・処置呼吸器系	240					240
循環器系	60				60	
皮膚	1,200	90	30		630	450
薬物療法	2,460	180	60		210	2,010
<b>4 行事、連絡、報告、会議、研修など</b>	<b>10,158</b>	<b>4,043</b>	<b>90</b>		<b>4,020</b>	<b>2,006</b>
ケア関連会議・記録	5,539	1,298	90		2,910	1,241
屋内の整理・清掃	60	60				
勤務関連	1,560	1,560				
職員の行動	810	360			240	210
夜勤時の対応	23	23				
連絡・報告、情報収集	2,167	743			870	554
<b>総計</b>	<b>37,840</b>	<b>16,665</b>	<b>1,860</b>	<b>300</b>	<b>9,780</b>	<b>8,456</b>

※職員別の内訳については看護職、介護職のみを表示している。

#### ④ 夜間において精神的負担が発生した業務の内容

夜間において精神的負担が発生した業務の内容及び時間は以下のとおりであった。業務内容別にみると、「勤務関連」（勤務表・日課表等の作成、看護・介護職員日誌の記入 他）が1,560秒で最も多かった。

図表 182 夜間において精神的負担が発生した業務の内容及び時間

業務(ケア)の内容	行為時間		総計
	レベル1	レベル2	
0時	1,270		1,270
1 日常生活上の世話・療養上の世話	550		550
コミュニケーション	60		60
起居と体位変換	30		30
巡視・観察・測定	310		310
寝具・リネン	30		30
排泄	120		120
4 行事、連絡、報告、会議、研修など	720		720
ケア関連会議・記録	360		360
連絡・報告、情報収集	360		360
1時	90	60	150
1 日常生活上の世話・療養上の世話		60	60
起居と体位変換		30	30
巡視・観察・測定		30	30
4 行事、連絡、報告、会議、研修など	90		90
夜勤時の対応	22.5		22.5
連絡・報告、情報収集	68		68
2時	83		83
1 日常生活上の世話・療養上の世話	60		60
コミュニケーション	60		60
4 行事、連絡、報告、会議、研修など	23		23
ケア関連会議・記録	22.5		22.5
3時	60	60	120
1 日常生活上の世話・療養上の世話	60	60	120
更衣	30		30
巡視・観察・測定		60	60
清潔・整容	30		30
5時	642		642
1 日常生活上の世話・療養上の世話	552		552
コミュニケーション	270		270
起居と体位変換	90		90
更衣	30		30
巡視・観察・測定	102		102
寝具・リネン	60		60
4 行事、連絡、報告、会議、研修など	90		90
ケア関連会議・記録	45		45
連絡・報告、情報収集	45		45
20時	240	180	420
1 日常生活上の世話・療養上の世話	150	180	330
コミュニケーション	90	60	150
起居と体位変換		30	30
更衣		30	30
清潔・整容	60		60
排泄		60	60
4 行事、連絡、報告、会議、研修など	90		90
屋内の整理・清掃	60		60
連絡・報告、情報収集	30		30
21時	1,740		1,740
4 行事、連絡、報告、会議、研修など	1,740		1,740
ケア関連会議・記録	180		180
勤務関連	1,560		1,560
総計	4,125	300	4,425

### ⑤ 重い精神的負担を感じる割合が高いケアの内容の分析

ケア内容のうち、精神的負担が重いケアの内容を分析するため、ケア時間が一定時間（600秒）以上で、負担感2の発生割合が高いケア（ケア時間に占める負担感1又は2の割合が25%以上で、負担感2の割合が5割以上のケア）のを抽出した結果、以下のケアが抽出された。

図表 183 重い精神的負担を感じる割合が高いケアの内容

小分類	ケアの内容	ケア時間計	ケア時間のうち負担感を感じる割合	負担感のうち、負担感2の割合
与薬(経口薬・坐薬)	処方箋と処方薬の照合、薬の区分け、与薬の準備、食後服薬用薬(1回分)を、食事の準備以前に床頭台に置く、翌朝の服薬分を夕食後に床頭台に置く	3,810	58.3%	97.3%
全身観察とその評価	脳・神経系(意識レベル)、呼吸(呼吸数、呼吸音の聴取)、経皮的動脈血酸素飽和度測定、循環(心拍、脈拍の測定、心音の聴取)、体温測定、消化管(排便を含む、腹部触診・聴診)、皮膚・創、四肢、心理状態などの観察、身長・体重の測定、血圧測定	3,630	44.6%	74.1%

### 3.3.5. 高齢者の状態とケア内容・時間との関係性

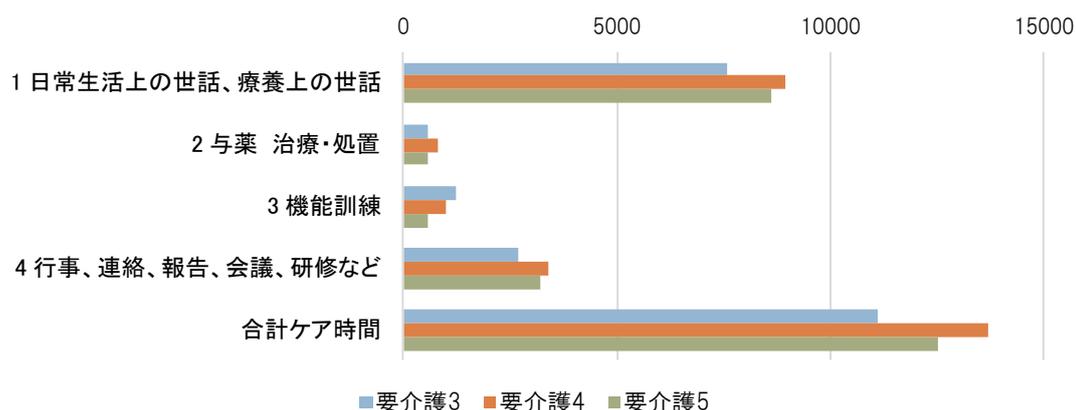
#### (1) 要介護度別のケア時間

要介護度別に提供されたケア時間を要介護度別に平均値を比較するため、一元配置分散分析を行ったところ、統計的に有意差は見られなかったが、提供されたケア時間の合計の平均値で要介護3は11,090.2秒、要介護4は13,674.5秒、要介護5は12,513.0秒と、要介護4が最も長く、続いて要介護5、要介護3という結果が得られた。

この傾向は、行事、連絡、報告、会議、研修などを除いた直接ケア時間のみで集計しても同様であった。

図表 184 要介護度別ケア時間

	要介護3			要介護4			要介護5		
	平均値	N	標準偏差	平均値	N	標準偏差	平均値	N	標準偏差
合計ケア時間	11,090.2	5	3,546.0	13,674.5	8	3,015.1	12,513.0	10	2,635.6
日常生活上の世話、療養上の世話	7,604.7	5	1,983.6	8,948.2	8	2,052.0	8,638.7	10	1,905.9
与薬 治療・処置	564.2	5	347.6	798.7	8	348.4	568.6	10	299.7
機能訓練	1,230.0	1	.	1,020.0	4	782.3	570.0	2	466.7
行事、連絡、報告、会議、研修など	2,675.2	5	937.0	3,417.6	8	1,028.9	3,191.7	10	936.5



図表 185 要介護度別ケア時間の比較(一元配置分散分析の結果)

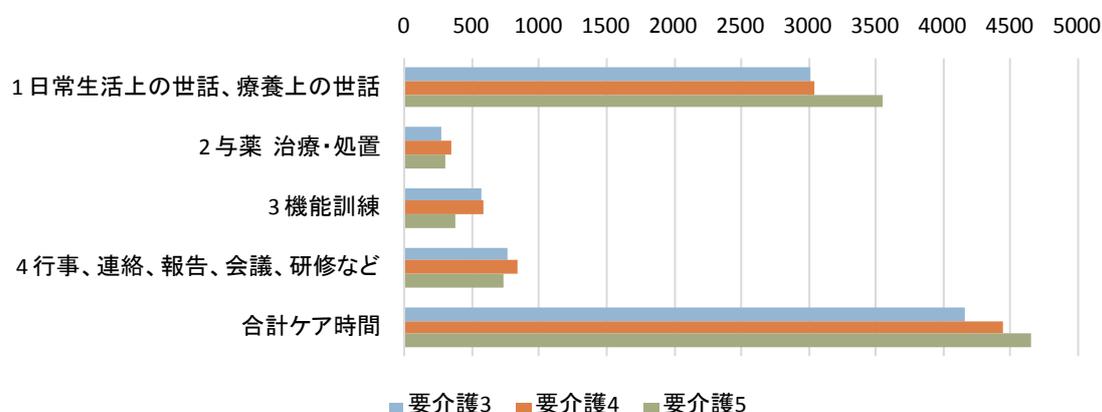
		平方和	自由度	平均平方	F 値	p
合計ケア時間	グループ間	20,707,584.23	2	10,353,792.11	1.17	.33
	グループ内	176,447,071.50	20	8,822,353.57		
	合計	197,154,655.72	22			
日常生活上の世話、療養上の世話	グループ間	5,796,017.85	2	2,898,008.92	.74	.49
	グループ内	77,904,734.47	20	3,895,236.72		
	合計	83,700,752.31	22			
与薬 治療・処置	グループ間	279,921.88	2	139,960.94	1.31	.29
	グループ内	2,141,105.76	20	107,055.29		
	合計	2,421,027.64	22			
機能訓練	グループ間	381,085.71	2	190,542.86	.37	.71
	グループ内	2,053,800.00	4	513,450.00		
	合計	2,434,885.71	6			
行事、連絡、報告、会議、研修など	グループ間	1,715,763.46	2	857,881.73	.91	.42
	グループ内	18,816,198.32	20	940,809.92		
	合計	20,531,961.77	22			

また、1対1で提供されたケアのみを抽出して同様の集計を行ったところ、統計的に有意差は見られなかったが、提供されたケア時間の合計の平均値で最も時間が長かったのは要介護5で4,653.0秒、次いで要介護4で4,447.5秒、要介護3が最も短く4,164.0秒という結果が得られた。

この傾向は、行事、連絡、報告、会議、研修などを除いた直接ケア時間のみで集計しても、要介護5が3,546.0秒で最も長く、次に要介護4で3,037.5秒、要介護3が3,012.0秒と要介護度が高い高齢者の直接ケア提供時間が長い傾向が見られた。

図表 186 要介護度別ケア時間の比較(一元配置分散分析の結果)

	要介護度									合計		
	要介護3			要介護4			要介護5					
	平均値	N	標準偏差	平均値	N	標準偏差	平均値	N	標準偏差	平均値	N	標準偏差
合計ケア時間	4,164.0	5	2,323.0	4,447.5	8	1,230.2	4,653.0	10	807.6	4,475.2	23	1,329.0
日常生活上の世話、療養上の世話	3,012.0	5	1,815.5	3,037.5	8	897.8	3,546.0	10	737.4	3,253.0	23	1,071.1
与薬 治療・処置	276.0	5	153.6	352.5	8	172.5	303.0	10	197.2	314.3	23	174.9
機能訓練	570.0	1	.	590.0	3	153.9	375.0	2	190.9	515.0	6	169.1
行事、連絡、報告、会議、研修など	762.0	5	481.2	836.3	8	373.8	729.0	10	183.9	773.5	23	320.6



図表 187 要介護度別ケア時間(1対1のみ)の比較(一元配置分散分析の結果)

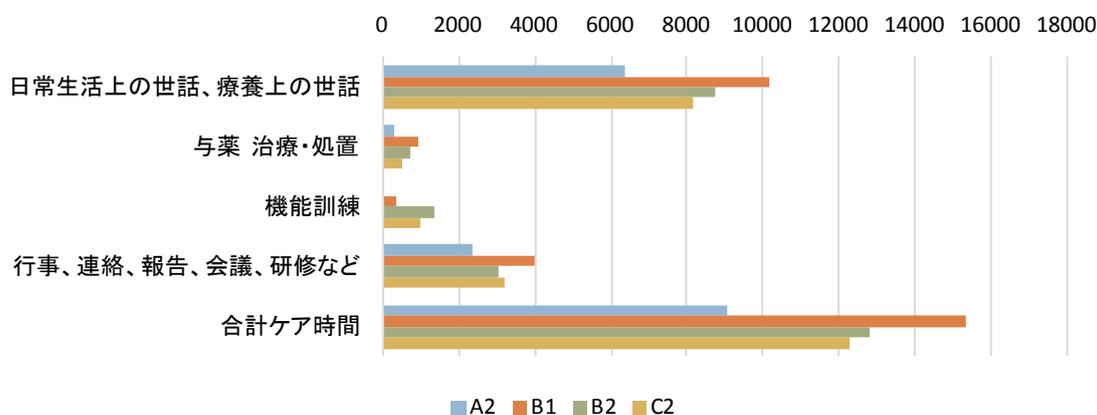
		平方和	自由度	平均平方	F 値	P
合計ケア時間	グループ間	806,493.91	2	403246.96	.21	.81
	グループ内	38,049,480.00	20	1902474.00		
	合計	38,855,973.91	22			
日常生活上の世話、療養上の世話	グループ間	1,520,416.96	2	760208.48	.64	.54
	グループ内	23,720,670.00	20	1186033.50		
	合計	25,241,086.96	22			
与薬 治療・処置	グループ間	20,285.22	2	10142.61	.31	.74
	グループ内	652,680.00	20	32634.00		
	合計	672,965.22	22			
機能訓練	グループ間	59,100.00	2	29550.00	1.06	.45
	グループ内	83,850.00	3	27950.00		
	合計	142,950.00	5			
行事、連絡、報告、会議、研修など	グループ間	51,964.24	2	25982.12	.24	.79
	グループ内	2,208,757.50	20	110437.88		
	合計	2,260,721.74	22			

## (2) 障害高齢者の日常生活自立度別のケア時間

障害高齢者の日常生活自立度についても同様に一元配置分散分析を行い比較した結果、統計的に有意差は見られなかったが、提供されたケア時間の合計の平均値で最も長い値を示したのはB1で、15,356.1秒、次にB2が12,783.0秒、C2が12,248.6秒と続き、最も時間が短かったのがA2で9,044.5秒という結果が得られた。この傾向は、日常生活上の世話、療養上の世話に着目し集計しても同様であった。

図表 188 障害高齢者の日常生活自立度別

	寝たきり度											
	A2			B1			B2			C2		
	平均値	N	標準偏差	平均値	N	標準偏差	平均値	N	標準偏差	平均値	N	標準偏差
合計ケア時間	9,044.5	2	3,565.7	15,356.1	3	3,159.3	12,783.0	10	2,974.1	12,248.6	8	2,251.2
日常生活上の世話、療養上の世話	6,344.7	2	2,545.4	10,184.6	3	1,996.8	8,739.4	10	1,673.0	8,169.8	8	1,883.0
与薬 治療・処置	326.3	2	164.5	943.9	3	459.0	742.2	10	315.0	498.8	8	221.5
機能訓練				360.0	2	169.7	1,365.0	2	190.9	1,000.0	3	814.6
行事、連絡、報告、会議、研修など	2,373.5	2	855.9	3,987.6	3	880.9	3,028.4	10	1,140.9	3,204.9	8	660.3



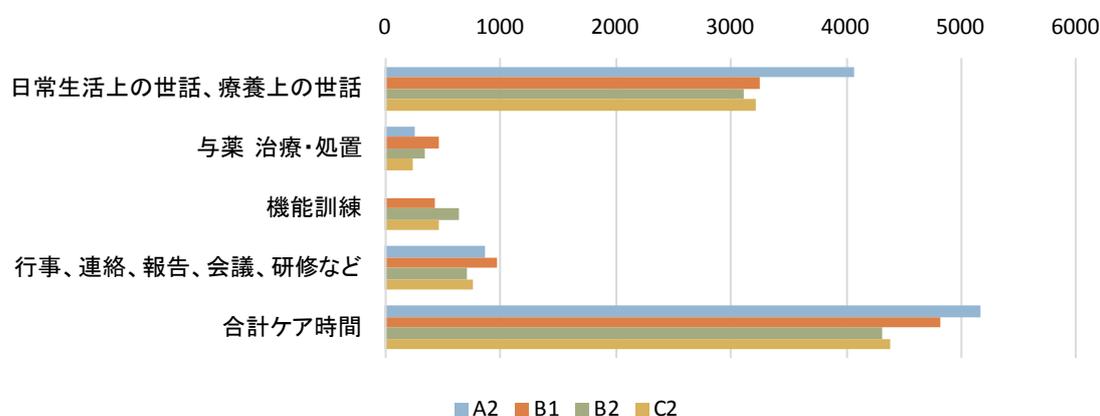
図表 189 障害高齢者の日常生活自立度別ケア時間の比較(一元配置分散分析の結果)

		平方和	自由度	平均平方	F 値	p
合計ケア時間	グループ間	49,392,329.11	3	16,464,109.70	2.12	.13
	グループ内	147,762,326.61	19	7,776,964.56		
	合計	197,154,655.72	22			
日常生活上の世話、療養上の世話	グループ間	19,239,251.95	3	6,413,083.98	1.89	.17
	グループ内	64,461,500.37	19	3,392,710.55		
	合計	83,700,752.31	22			
与薬 治療・処置	グループ間	736,168.02	3	245,389.34	2.77	.07
	グループ内	1,684,859.63	19	88,676.82		
	合計	2,421,027.64	22			
機能訓練	グループ間	1,042,435.71	2	521,217.86	1.50	.33
	グループ内	1,392,450.00	4	348,112.50		
	合計	2,434,885.71	6			
行事、連絡、報告、会議、研修など	グループ間	3,481,139.10	3	1,160,379.70	1.29	.31
	グループ内	17,050,822.68	19	897,411.72		
	合計	20,531,961.77	22			

また、1対1で提供されたケアのみを抽出して同様の集計を行ったところ、統計的に有意差は見られなかったが、提供されたケア時間の合計の平均値で最も長い値を示したのはA2で、5,175.0秒、次にB1が4,820.0秒、C2が4,383.8秒と続き、最も時間が短かったのがB2で4,305.0秒という結果が得られた。この傾向は、日常生活上の世話、療養上の世話に着目し集計しても同様であった。

図表 190 障害高齢者の日常生活自立度別(1対1のみ)

	寝たきり度											
	A2			B1			B2			C2		
	平均値	N	標準偏差	平均値	N	標準偏差	平均値	N	標準偏差	平均値	N	標準偏差
合計ケア時間	5,175.0	2	3,839.6	4,820.0	3	646.5	4,305.0	10	1,433.7	4,383.8	8	664.0
日常生活上の世話、療養上の世話	4,065.0	2	2,821.4	3,250.0	3	570.3	3,117.0	10	1,163.1	3,221.3	8	648.4
与薬 治療・処置	255.0	2	233.3	460.0	3	225.2	345.0	10	187.2	236.3	8	102.0
機能訓練				420.0	1	.	645.0	2	106.1	460.0	3	199.7
行事、連絡、報告、会議、研修など	855.0	2	784.9	970.0	3	399.5	714.0	10	314.3	753.8	8	196.0



図表 191 障害高齢者の日常生活自立度別ケア時間(1対1のみ)の比較(一元配置分散分析の結果)

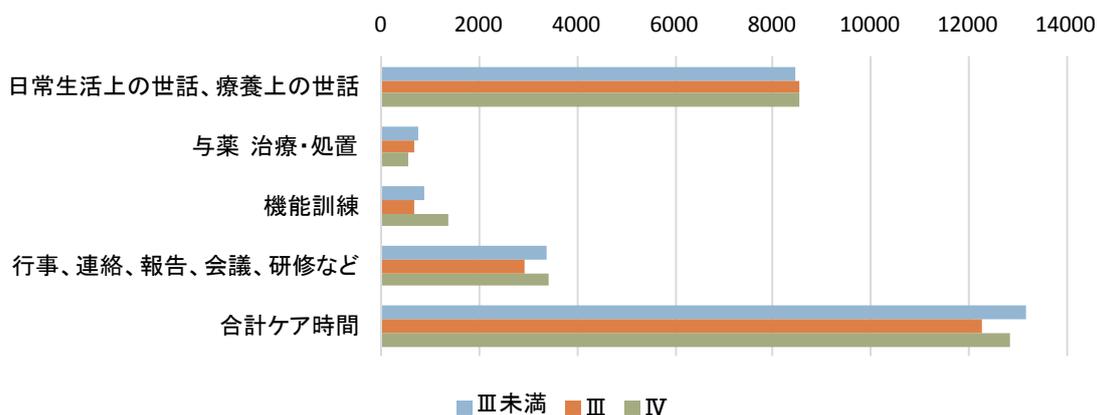
		平方和	自由度	平均平方	F 値	P
合計ケア時間	グループ間	1,692,686.41	3	564,228.80	.29	.83
	グループ内	37,163,287.50	19	1,955,962.50		
	合計	38,855,973.91	22			
日常生活上の世話、療養上の世話	グループ間	1,511,739.46	3	503,913.15	.40	.75
	グループ内	23,729,347.50	19	1,248,913.03		
	合計	25,241,086.96	22			
与薬 治療・処置	グループ間	128,877.72	3	42,959.24	1.50	.25
	グループ内	544,087.50	19	28,636.18		
	合計	672,965.22	22			
機能訓練	グループ間	51,900.00	2	25,950.00	.86	.51
	グループ内	91,050.00	3	30,350.00		
	合計	142,950.00	5			
行事、連絡、報告、会議、研修など	グループ間	167,644.24	3	55,881.41	.51	.68
	グループ内	2,093,077.50	19	110,161.97		
	合計	2,260,721.74	22			

### (3) 認知症高齢者の日常生活自立度別のケア時間

認知症高齢者の日常生活自立度についても、同様に一元配置分散分析を行い比較した結果、統計的に有意差は見られなかったが、提供されたケア時間の合計の平均値で最も長い値を示したのはⅢ未満で、13,193.3秒、次にⅣが12,861.1秒と続き、最も時間が短かったのがⅢで12,292.3秒という結果が得られた。日常生活上の世話、療養上の世話に着目し集計すると、Ⅳが最も長く8,530.7秒、次にⅢで8,526.4秒、Ⅲ未満が最も短く8,477.9秒で認知症の程度が軽度なほど高齢者の日常生活上の世話、療養上の世話に提供される時間が短い結果が得られた。

図表 192 認知症高齢者の日常生活自立度別

	認知症度_ (Ⅲ未満、Ⅲ以上)								
	Ⅲ未満			Ⅲ			Ⅳ		
	平均値	N	標準偏差	平均値	N	標準偏差	平均値	N	標準偏差
合計ケア時間	13,193.3	3	1,339.3	12,292.3	12	3,561.5	12,861.1	8	2,707.2
日常生活上の世話、療養上の世話	8,477.9	3	971.9	8,526.4	12	2,101.7	8,530.7	8	2,178.3
与薬 治療・処置	751.4	3	126.2	682.2	12	394.9	557.0	8	283.1
機能訓練	870.0	2	891.0	650.0	3	516.4	1,380.0	2	678.8
行事、連絡、報告、会議、研修など	3,384.0	3	1,108.1	2,921.1	12	1,087.8	3,428.5	8	721.9



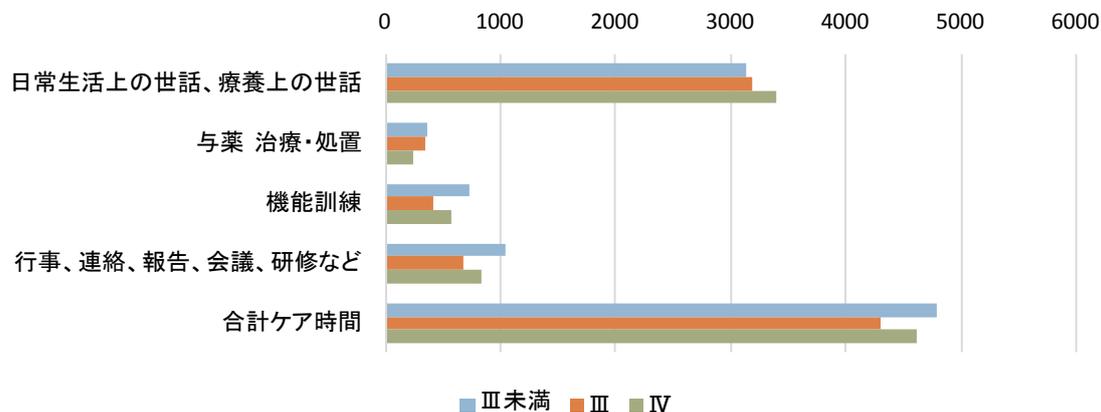
図表 193 認知症高齢者の日常生活自立度別ケア時間の比較(一元配置分散分析の結果)

		平方和	自由度	平均平方	F 値	p
合計ケア時間	グループ間	2,736,467.62	2	1,368,233.81	.14	.87
	グループ内	194,418,188.11	20	9,720,909.41		
	合計	197,154,655.72	22			
日常生活上の世話、療養上の世話	グループ間	6,658.51	2	3,329.26	.00	1.00
	グループ内	83,694,093.80	20	4,184,704.69		
	合計	83,700,752.31	22			
与薬 治療・処置	グループ間	112,388.04	2	56,194.02	.49	.62
	グループ内	2,308,639.60	20	115,431.98		
	合計	2,421,027.64	22			
機能訓練	グループ間	646,885.71	2	323,442.86	.72	.54
	グループ内	1,788,000.00	4	447,000.00		
	合計	2,434,885.71	6			
行事、連絡、報告、会議、研修など	グループ間	1,411,688.66	2	705,844.33	.74	.49
	グループ内	19,120,273.11	20	956,013.66		
	合計	20,531,961.77	22			

また、1対1で提供されたケアのみを抽出して同様の集計を行ったところ、統計的に有意差は見られなかったが、提供されたケア時間の合計の平均値で最も長い値を示したのはⅢ未満で、4,780.0秒、次にⅣが4,612.5秒と続き、最も時間が短かったのがⅢで4,307.5秒という結果が得られた。日常生活上の世話、療養上の世話に着目し集計すると、Ⅳが最も長く3,397.5秒、次にⅢで3187.5秒、Ⅲ未満が最も短く3,130.0秒で、1対1で提供されたケアでも認知症の程度が軽度なほど高齢者の日常生活上の世話、療養上の世話に提供される時間が短い結果が得られた。

図表 194 認知症高齢者の日常生活自立度別(1対1のみ)

	認知症度_(Ⅲ未満、Ⅲ以上)								
	Ⅲ未満			Ⅲ			Ⅳ		
	平均値	N	標準偏差	平均値	N	標準偏差	平均値	度数	標準偏差
合計ケア時間	4,780.0	3	578.9	4,307.5	12	1,722.2	4,612.5	8	827.6
日常生活上の世話、療養上の世話	3,130.0	3	408.4	3,187.5	12	1,404.0	3,397.5	8	650.1
与薬 治療・処置	370.0	3	113.6	345.0	12	211.9	247.5	8	117.6
機能訓練	720.0	1	.	410.0	3	165.2	570.0	2	84.9
行事、連絡、報告、会議、研修など	1,040.0	3	320.8	672.5	12	303.4	825.0	8	313.0



図表 195 認知症高齢者の日常生活自立度別ケア時間(1対1のみ)の比較(一元配置分散分析の結果)

		平方和	自由度	平均平方	F 値	P
合計ケア時間	グループ間	766,998.91	2	383,499.46	.20	.82
	グループ内	38,088,975.00	20	1,904,448.75		
	合計	38,855,973.91	22			
日常生活上の世話、療養上の世話	グループ間	263,911.96	2	131,955.98	.11	.90
	グループ内	24,977,175.00	20	1,248,858.75		
	合計	25,241,086.96	22			
与薬 治療・処置	グループ間	56,315.22	2	28,157.61	.91	.42
	グループ内	616,650.00	20	30,832.50		
	合計	672,965.22	22			
機能訓練	グループ間	81,150.00	2	40,575.00	1.97	.28
	グループ内	61,800.00	3	20,600.00		
	合計	142,950.00	5			
行事、連絡、報告、会議、研修など	グループ間	356,696.74	2	178,348.37	1.87	.18
	グループ内	1,904,025.00	20	95,201.25		
	合計	2,260,721.74	22			

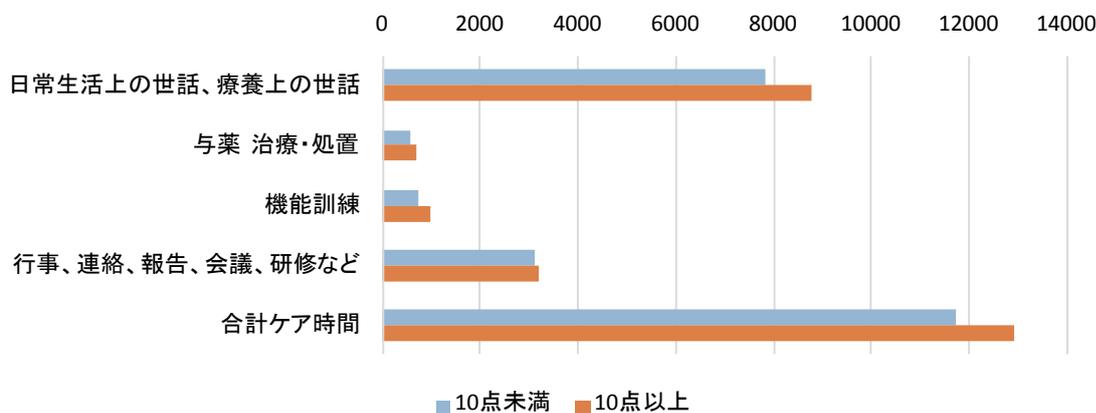
#### (4) 重症度、医療・看護必要度のB項目の得点別のケア時間

重症度、医療・看護必要度のB項目の得点については、10点未満の高齢者と10点以上の高齢者について、2群間のT検定を実施し提供されたケア時間の平均値について比較を行った。

統計的に有意差は見られなかったが、提供されたケア時間の合計の平均値では、10点以上は12,912.4秒で、10点未満の11,744.3秒より長い結果が得られた。この傾向は、日常生活上の世話、療養上の世話に着目し集計しても同様であった。

図表 196 重症度、医療・看護必要度のB得点別のケア時間

	看護必要度B得点_ (10点未満、10点以上)								
	10点未満			10点以上			合計		
	平均値	N	標準偏差	平均値	N	標準偏差	平均値	N	標準偏差
合計ケア時間	11,744.3	6	3,460.5	12,912.4	17	2,863.9	12,607.7	23	2,993.6
日常生活上の世話、療養上の世話	7,832.5	6	1,906.4	8,764.8	17	1,963.3	8,521.6	23	1,950.5
与薬 治療・処置	570.8	6	328.4	674.8	17	338.6	647.7	23	331.7
機能訓練	735.0	2	700.0	996.0	5	679.6	921.4	7	637.0
行事、連絡、報告、会議、研修など	3,096.0	6	1,051.6	3,179.8	17	967.3	3,158.0	23	966.1



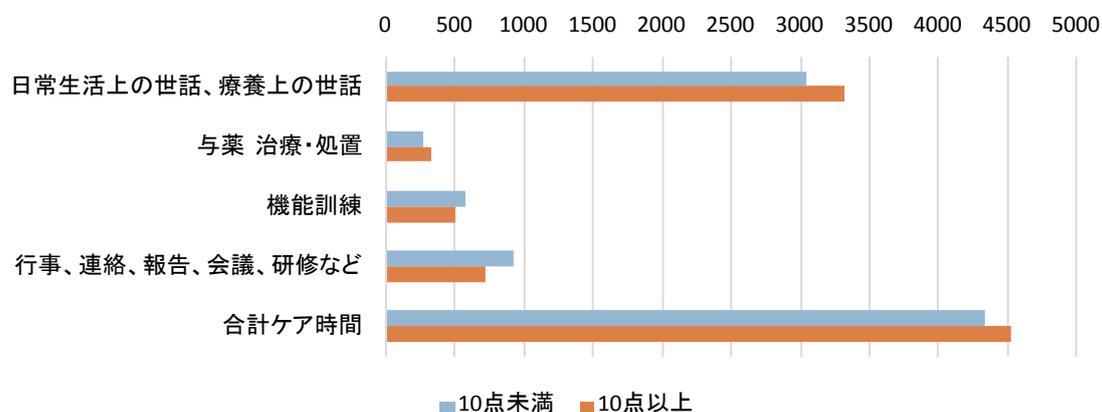
図表 197 重症度、医療・看護必要度のB得点別ケア時間の比較(T検定の結果)

	2つの母平均の差の検定			
	平均値の差	t 値	自由度	P
合計ケア時間	-1,168.09	-0.82	21	.42
日常生活上の世話、療養上の世話	-932.29	-1.01	21	.33
与薬 治療・処置	-104.00	-0.65	21	.52
機能訓練	-261.00	-0.46	5	.67
行事、連絡、報告、会議、研修など	-83.86	-0.18	21	.86

また、1対1で提供されたケアのみを抽出して同様の集計を行ったところ、統計的に有意差は見られなかったが、提供されたケア時間の合計の平均値では10点以上が4,524.7秒と、10点未満の4,335.0秒よりも長いという結果が得られた。この傾向は、日常生活上の世話、療養上の世話に着目し集計しても同様であった。

図表 198 重症度、医療・看護必要度のB得点別のケア時間(1対1のみ)

	看護必要度B得点_ (10点未満、10点以上)								
	10点未満			10点以上			合計		
	平均値	度数	標準偏差	平均値	度数	標準偏差	平均値	度数	標準偏差
合計ケア時間	4,335.0	6	1,923.3	4,524.7	17	1,123.7	4,475.2	23	1,329.0
日常生活上の世話、療養上の世話	3,050.0	6	1,546.8	3,324.7	17	899.5	3,253.0	23	1,071.1
与薬 治療・処置	265.0	6	141.2	331.8	17	186.0	314.3	23	174.9
機能訓練	570.0	1	.	504.0	5	186.6	515.0	6	169.1
行事、連絡、報告、会議、研修など	925.0	6	440.7	720.0	17	262.6	773.5	23	320.6



図表 199 重症度、医療・看護必要度のB得点別ケア時間(1対1のみ)の比較(T検定の結果)

	2つの母平均の差の検定			
	平均値の差	t 値	自由度	P
合計ケア時間	-189.71	-.29	21	.77
日常生活上の世話、療養上の世話	-274.71	-.53	21	.60
与薬 治療・処置	-66.76	-.80	21	.43
機能訓練	66.00	.32	4	.76
行事、連絡、報告、会議、研修など	205.00	1.37	21	.18

### (5) ケア等の提供時間が長い高齢者の特性

ケア等の提供時間が長かった高齢者の上位5名のプロフィールを以下に示す。ケアが長くなる要因を施設担当者にヒアリングしたところ、「トイレの回数が多い」、「見守りの時間が長くかかる」、「全支援が必要」、「大きな声を出すことへの対応」、「頻回の訴えへの対応」といった要素が指摘された。

全支援への対応が必要な高齢者の他、認知症による周辺症状への対応が必要な高齢者や、本人のペースに合わせたケアの提供が必要な高齢者に、より多くの時間が必要となっていることが伺える。

図表 200 ケア等の提供時間が長い高齢者のプロフィール

高齢者ID	ケア提供時間(秒)	要介護度	認知症度※ <sub>1</sub>	寝たきり度※ <sub>2</sub>	医療看護必要度※ <sub>3</sub>	ケアが長くなる要因
8	18,781	要介護4	Ⅲb	B1	10	他の高齢者よりトイレの回数が多い。トイレ支援時、立ち上がり等は自分でしてもらっているため、ズボンを下げる等までの見守る時間も増えてくる。できる限る自分で行えることは行っているが、転倒・転落のリスクもあり見守りの時間が増える。
101	16,620	要介護4	Ⅳ	B2	12	全支援（移乗・排泄・移動）等があり、食事途中より支援になる。落ち着かず、大きな声を出すことがあるため、部屋の様子を見に行く回数も多いことが他入居者よりケア量が多くなっていると考えられる。
1	16,353	要介護5	Ⅲa	B2	10	腰痛があり、長時間の離床が出来ない為、起きる・横になる事が他の高齢者より多い。 車椅子・ベッドへの移乗は自分自身で行うため、見守り・体を支える等を本人のペースに合わせるため多少時間がかかる。
103	15,840	要介護3	Ⅲa	B2	7	移動・食事等は自分で行っているが、トイレ支援（体を支える・便座に移動する・ズボンの上げ下げ・清拭）が頻回にあるため支援時間の増加になっている。 訴えがあった際にすぐに対応が出来ないと同じことを頻回に訴えるため、その都度対応することで、ケア量増加につながる。
109	15,415	要介護5	Ⅳ	C2	15	全支援の方であり食事支援に時間を取られることが多い（飲み込みが悪く口の開きが悪いため）。

(参考) 高齢者1人当たりの業務時間=12,608秒

※1: 認知症高齢者の日常生活自立度

※2: 障害高齢者の日常生活自立度

※3: 重症度、医療・看護必要度B項目の点数

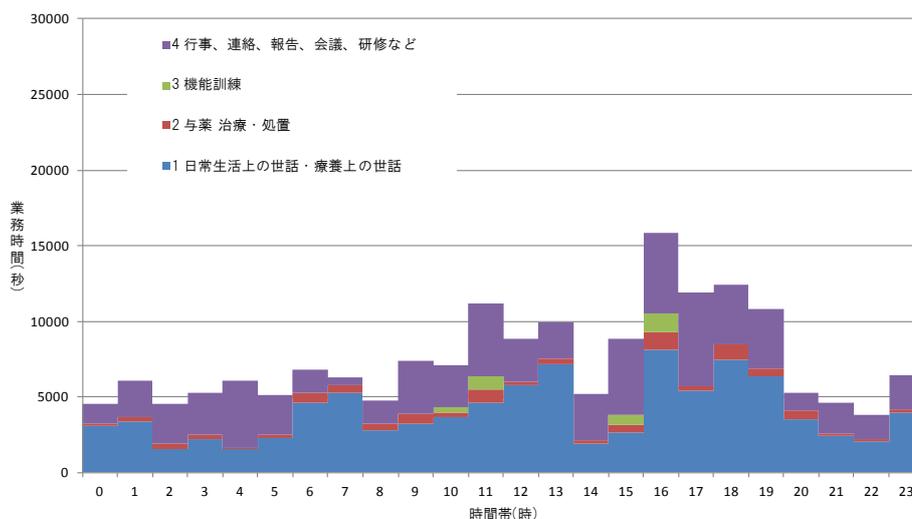
### 3.3.6. 業務提供パターンによる分析

#### (1) 高齢者1人に対して1人の職員で対応するケア

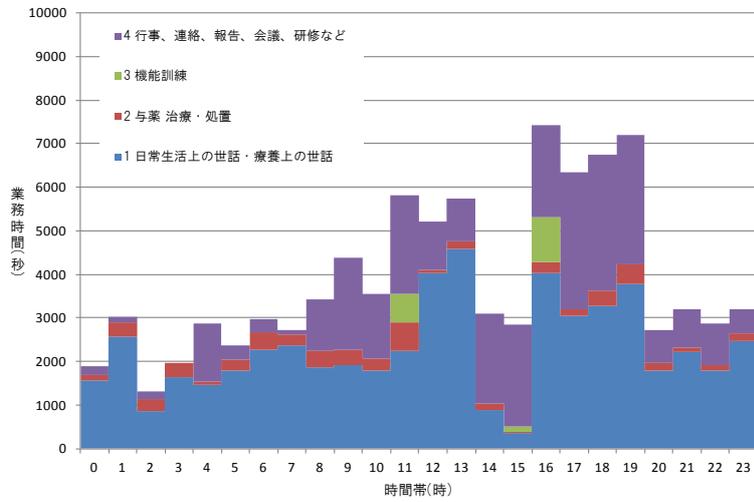
##### ① 推移

高齢者1人に対して1人の職員で対応するケア（1対1のケア）の推移は以下のとおりであった。業務量がピークを超えた後の時間帯である16時台において、1対1のケアが最も多く発生していた。

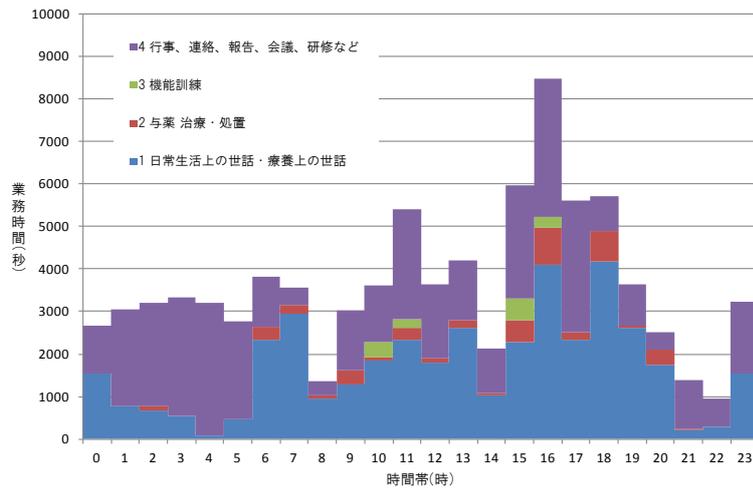
図表 201 高齢者1人に対して1人の職員で対応するケアの推移(全体)



図表 202 高齢者1人に対して1人の職員で対応する業務時間の推移(ユニット型)



図表 203 高齢者1人に対して1人の職員で対応する業務時間の推移(従来型)



## ② ケア内容

高齢者1人に対して1人の職員で対応するケア（1対1のケア）の内容を、時間数が多い順に整理した。その結果、直接ケア業務の上位は、①食事・栄養・補液、②排泄、③コミュニケーション、④清潔・整容、⑤更衣であった。

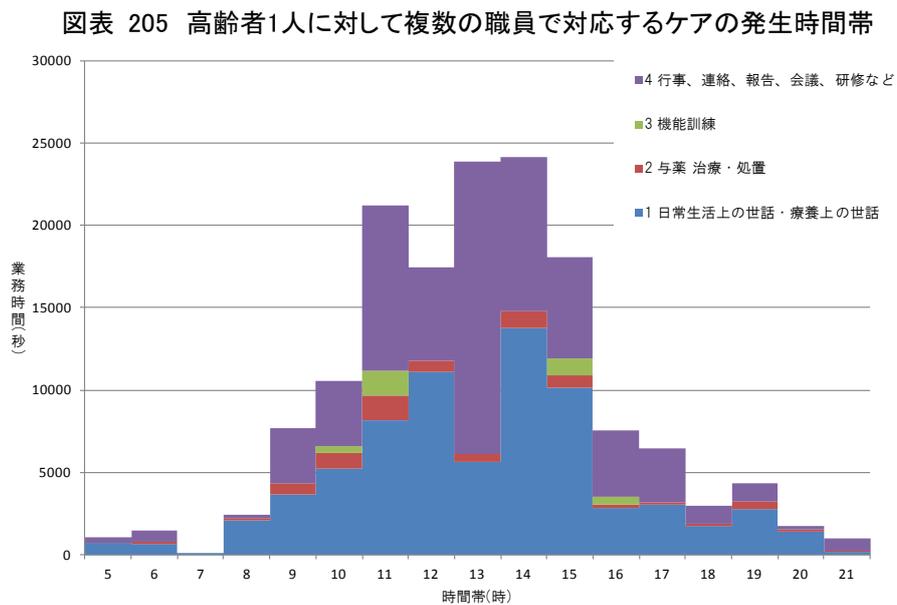
図表 204 高齢者1人に対して1人の職員で対応する(1対1)ケア内容

項目	行為時間
<b>1 日常生活上の世話・療養上の世話</b>	<b>95,220</b>
食事・栄養・補液	19,860
排泄	12,090
コミュニケーション	10,980
清潔・整容	10,650
更衣	8,220
起居と体位変換	6,660
巡視・観察・測定	5,430
洗濯	5,250
寝具・リネン	4,020
環境	3,600
移動(施設内)	3,270
移乗	2,790
入退院	1,020
運動(身体)機能の維持・促進	510
その他の見守り	330
入退院・外出	270
入院・入所者の物品管理	120
問題行動	90
教育	60
<b>2 与薬 治療・処置</b>	<b>10,320</b>
感染予防	5,490
薬物療法	2,730
皮膚	1,440
治療・処置呼吸器系	360
感覚器系	150
検査・採取・治療等	90
循環器系	60
<b>3 機能訓練</b>	<b>3,090</b>
運動器系機能の訓練	1,260
生活基本動作の拡大	720
作業療法	510
言語療法	420
物理療法	120
その他のリハ関連	60
<b>4 行事、連絡、報告、会議、研修など</b>	<b>70,740</b>
職員の行動	21,630
ケア関連会議・記録	21,540
夜勤時の対応	14,880
連絡・報告、情報収集	4,980
屋内の整理・清掃	4,470
設備・備品の保守・管理	2,820
勤務関連	330
行事・クラブ活動	90
<b>総計</b>	<b>179,370</b>

## (2) 高齢者1人に対して複数の職員で対応するケア

### ① 推移

高齢者1人に対して複数の職員で対応するケア（多対1）の発生時間の推移は以下のとおりであった。多対1のケアの提供量は、業務量のピークとなる14時台で最も多く、次いで13時台、11時台が多かった。



## ② ケア内容

高齢者1人に対して複数の職員で対応するケアの内容を、時間数が多い順に整理した。その結果、直接ケア業務の上位は、①食事・栄養・補液、②清潔・整容、③コミュニケーション、④更衣、⑤排泄であった。

図表 206 高齢者1人に対して複数の職員で対応するケア内容

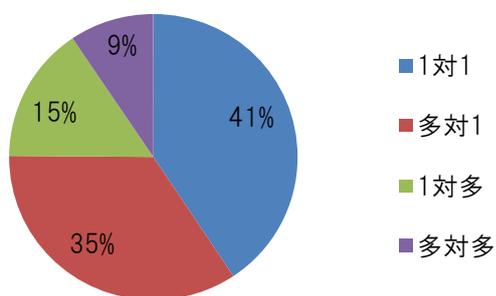
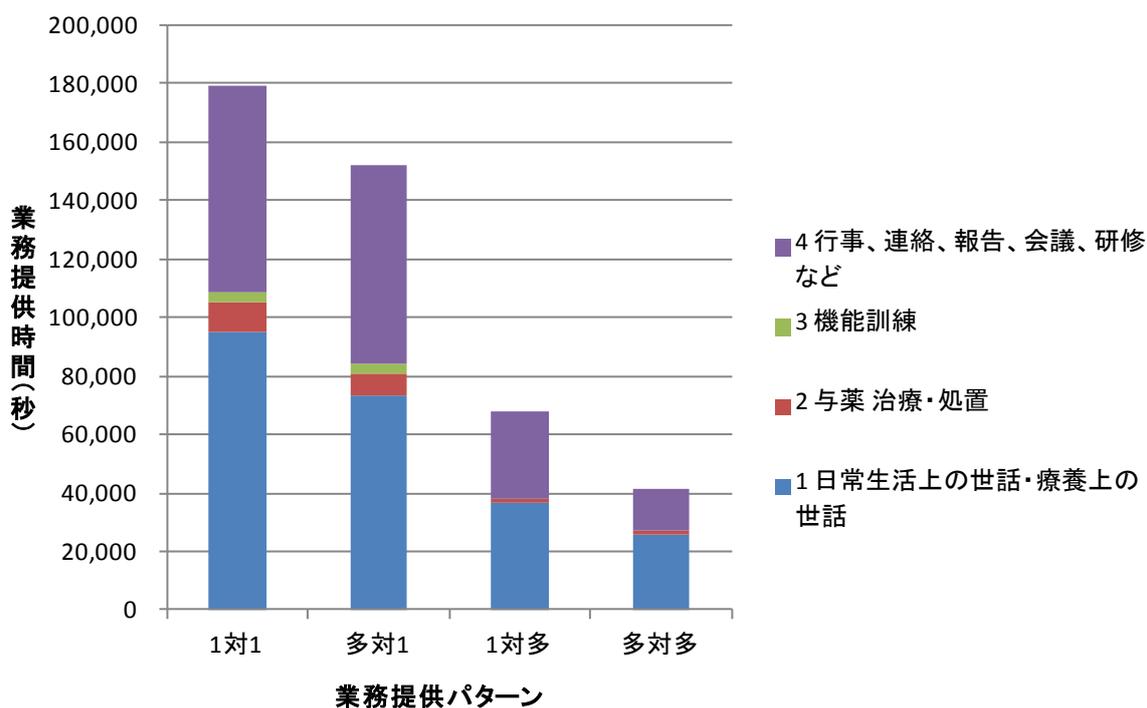
項目	行為時間
<b>1 日常生活上の世話・療養上の世話</b>	<b>73,170</b>
食事・栄養・補液	15,120
清潔・整容	12,390
コミュニケーション	11,250
更衣	7,170
排泄	4,500
起居と体位変換	3,600
環境	3,180
移乗	3,120
巡視・観察・測定	3,000
洗濯	2,700
移動(施設内)	2,490
寝具・リネン	1,950
入退院	840
入退院・外出	630
運動(身体)機能の維持・促進	480
その他の見守り	330
入院・入所者の物品管理	330
相談・連絡・調整	90
<b>2 与薬 治療・処置</b>	<b>7,530</b>
感染予防	3,330
薬物療法	2,100
皮膚	1,110
検査・採取・治療等	390
感覚器系	240
治療・処置呼吸器系	180
生殖器系	90
循環器系	90
<b>3 機能訓練</b>	<b>3,420</b>
運動器系機能の訓練	2,190
生活基本動作の拡大	540
物理療法	480
その他のリハ関連	120
言語療法	60
作業療法	30
<b>4 行事、連絡、報告、会議、研修など</b>	<b>67,920</b>
職員の行動	35,700
ケア関連会議・記録	15,420
屋内の整理・清掃	7,290
連絡・報告、情報収集	6,600
設備・備品の保守・管理	2,130
行事・クラブ活動	450
夜勤時の対応	300
勤務関連	30
<b>総計</b>	<b>152,040</b>

### (3) 業務提供パターンによる業務時間

#### ① 業務提供パターン別業務提供時間

業務提供時間を、高齢者1人に対して1人の職員が対応するケア（1対1）、複数の高齢者に対して1人の職員が対応するケア（1対多）、1人の高齢者に対して複数の職員が対応するケア（多対1）、複数の高齢者に複数の職員が対応するケア（多対多）の業務提供パターン別に整理した。その結果、業務時間全体に占める割合は、1対1のケアが41%、多対1のケアが35%、1対多のケアが15%、多対多のケアが9%であった。

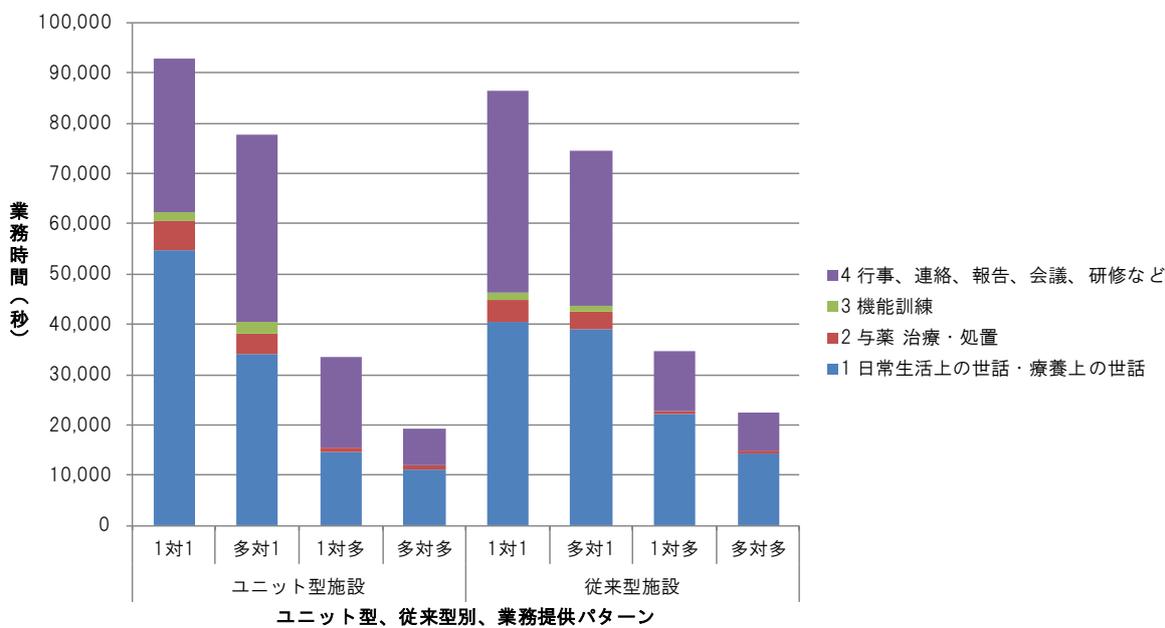
図表 207 業務提供パターン別業務時間の割合



## ② 施設類型別業務提供パターン別ケア提供時間

業務提供パターン別ケア提供時間を施設類型別にみると、以下のとおりであった。ユニット型区域の方が、従来型区域よりもやや職員配置が手厚いため、より手間がかかる1対1、多対1のケア提供時間もユニット型の方がやや多くなっている。

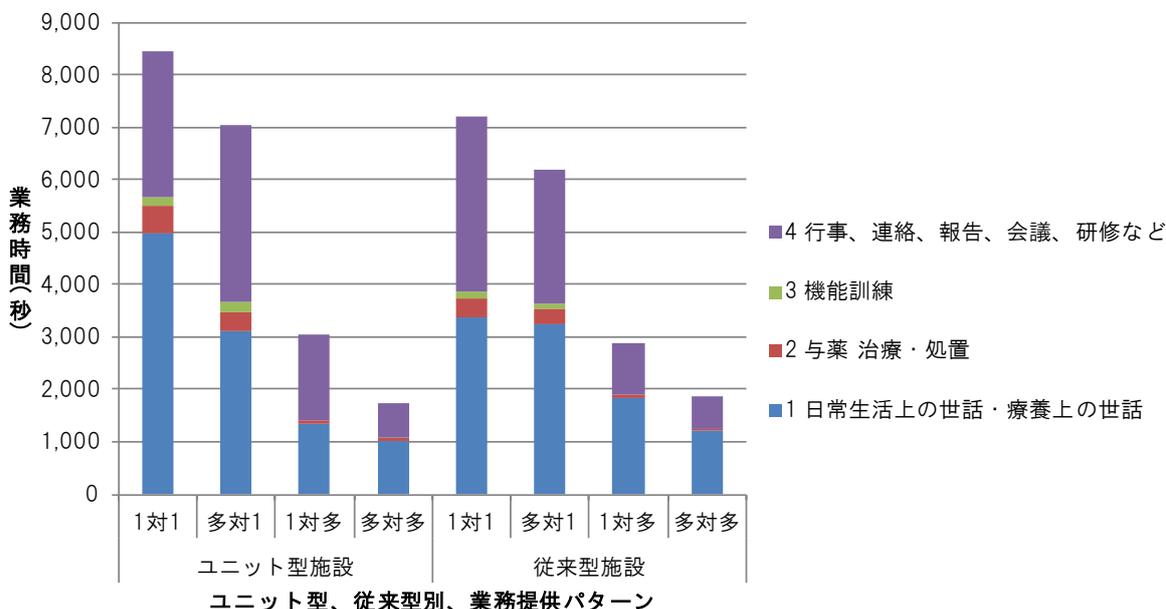
図表 208 施設類型別業務提供パターン別ケア提供時間



## ③ 施設類型別業務提供パターン別ケア提供時間（高齢者1人当たり）

高齢者1人当たりの業務提供パターン別ケア提供時間を施設類型別にみると、以下のとおりであった。ユニット型区域の方が、従来型区域よりもやや職員配置が手厚いため、より手間がかかる1対1、多対1のケア提供時間もユニット型の方がやや多くなっている。

図表 209 施設類型別業務提供パターン別ケア提供時間(高齢者1人当たり)



(参考) 職員一人が直接ケアを提供した高齢者数

図表 210 職員一人が直接ケアを提供した高齢者数

施設型	職員ID	職種	勤務	直接ケア提供 高齢者数	平均 高齢者数
ユニット型 施設	10	PT		6	9.4
	1	介護職員	夜勤	18	
	2			11	
	4			12	
	5			11	
	6		夜勤	18	
	8	准看護師		8	
	2			2	
	14	清掃員		7	
	13	生活相談員		1	
従来型 施設	111	PT		3	7.3
	101	介護職員	夜勤	14	
	102			12	
	104			7	
	105			12	
	106			12	
	107		夜勤	5	
	108	准看護師		2	
	109			5	
	114	清掃員		1	

### (参考) ユニット型、従来型での移動時間等の比較

本調査の対象施設では、調査対象としたユニット型の区域、従来型の区域ともに、居室から浴室までの距離が長いという特徴があった。具体的には、ユニット型の区域の居室から浴室までの所要時間（車椅子の高齢者の移動介助の場合）は約47秒、従来型の区域の居室から浴室までの所要時間は約50秒であった。

そこで、移動の介助及び職員の移動の時間を抽出すると、以下のとおりであった。

図表 211 施設類型別の移動時間

業務項目	ユニット型区域	従来型区域
1 日常生活上の世話・療養上の世話	2,520	2,460
移動の介助（入浴時の脱衣所から浴室へや排泄時の病室からトイレへの移動の見守り・介助を含む）	2,520	2,460
4 行事、連絡、報告、会議、研修など	3,900	3,520
職員の移動	3,900	3,520
高齢者数（人）	11	12
高齢者一人当りの移動の介助時間	229	205
職員数（総勤務時間:単位 秒）	248,400	262,800
職員勤務時間あたりの移動時間の割合	1.6%	1.3%

## 第4章 まとめ

「第2章 アンケート調査」及び「第3章 タイムスタディ調査」の結果を踏まえ、本事業で得られた調査結果を、「第1章 はじめに」で提示した目的ごとに整理した。

### 1. 入所者の状態像と職員配置・職員の業務について

タイムスタディ調査からは、入所者の状態像とケア内容・時間との関係性について、以下の結果が得られた。

#### ○要介護度別のケア時間

要介護度別に提供されたケア時間を要介護度別に平均値を比較するため、一元配置分散分析を行ったところ、統計的に有意差は見られなかったが、提供されたケア時間の合計の平均値で要介護3は、11,090.2秒、要介護4は、13,674.5秒、要介護5は12,513.0秒と、要介護4が最も長く、続いて要介護5、要介護3という結果が得られた。この傾向は、行事、連絡、報告、会議、研修などを除いた直接ケア時間のみで集計しても同様であった。

また、1対1で提供されたケアのみを抽出して同様の集計を行ったところ、統計的に有意差は見られなかったが、提供されたケア時間の合計の平均値で最も時間が長かったのは要介護5で4,653.0秒、次いで要介護4で4,447.5秒、要介護3が最も短く4,164.0秒という結果が得られた。この傾向は、行事、連絡、報告、会議、研修などを除いた直接ケア時間のみで集計しても、要介護5が3,546.0秒で最も長く、次に要介護4で3,037.5秒、要介護3が3,012.0秒と要介護度が高い高齢者が直接ケア提供時間が長い傾向が見られた。

実態として、要介護が高い利用者に対しては、1対1の介護が長く提供されているのではないかと考えられた。

#### ○障害高齢者の日常生活自立度別のケア時間

障害高齢者の日常生活自立度についても同様に一元配置分散分析を行い比較した結果、統計的に有意差は見られなかったが、提供されたケア時間の合計の平均値で最も長い値を示したのはB1で、15,356.1秒、次にB2が12,783.0秒、C2が12,248.6秒と続き、最も時間が短かったのがA2で9,044.5秒という結果が得られた。この傾向は、日常生活上の世話、療養上の世話に着目し集計しても同様であった。

また、1対1で提供されたケアのみを抽出して同様の集計を行ったところ、統計的に有意差は見られなかったが、提供されたケア時間の合計の平均値で最も長い値を示したのはA2で、5,175.0秒、次にB1が4,820.0秒、C2が4,383.8秒と続き、最も時間が短かったのがB2で4,305.0秒という結果が得られた。この傾向は、日常生活上の世話、療養上の世話に着目し集計しても同様であった。

#### ○認知症高齢者の日常生活自立度別のケア時間

認知症高齢者の日常生活自立度についても、同様に一元配置分散分析を行い比較した結果、統計的に有意差は見られなかったが、提供されたケア時間の合計の平均値で最も長い値を示したのはⅢ未満で、13,193.3秒、次にⅣが12,861.1秒と続き、最も時間が短かったのがⅢで12,292.3秒という結果が得られた。

日常生活上の世話、療養上の世話に着目し集計すると、Ⅳが最も長く8,530.7秒、次にⅢで8,526.4秒、Ⅲ未満が最も短く8,477.9秒で認知症の程度が軽度なほど高齢者の日常生活上の世話、療養上の世話に提供される時間が短い結果が得られた。

また、1対1で提供されたケアのみを抽出して同様の集計を行ったところ、統計的に有意差は見られなかったが、提供されたケア時間の合計の平均値で最も長い値を示したのはⅢ未満で、4,780.0秒、次にⅣが4,612.5秒と続き、最も時間が短かったのがⅢで4,307.5秒という結果が得られた。

日常生活上の世話、療養上の世話に着目し集計すると、Ⅳが最も長く3,397.5秒、次にⅢで

3187.5秒、Ⅲ未満が最も短く3,130.0秒で、1対1で提供されたケアでも認知症の程度が軽度なほど高齢者の日常生活上の世話、療養上の世話に提供される時間が短い結果が得られた。

○重症度、医療・看護必要度のB項目の得点別のケア時間

重症度、医療・看護必要度のB項目の得点については、10点未満の高齢者と10点以上の高齢者について、2群間のT検定を実施し提供されたケア時間の平均値について比較を行った。

統計的に有意差は見られなかったが、提供されたケア時間の合計の平均値では、10点以上は12,912.4秒で、10点未満の11,744.3秒より長い結果が得られた。この傾向は、日常生活上の世話、療養上の世話に着目し集計しても同様であった。

また、1対1で提供されたケアのみを抽出して同様の集計を行ったところ、統計的に有意差は見られなかったが、提供されたケア時間の合計の平均値では10点以上が4,524.7秒と、10点未満の4,335.0秒よりも長いという結果が得られた。この傾向は、日常生活上の世話、療養上の世話に着目し集計しても同様であった。

## 2. 施設類型と職員配置・職員の業務について

施設類型と職員配置の関係については、アンケート調査結果では、現時点における人員体制をセグメント別に比較すると、入所定員あたりの常勤換算職員数が多いのは、施設類型ではユニット型、施設規模ではより小規模の施設であった。また、時間帯別の勤務実人数でも同様の傾向がみられた。なお、入所者の状態像等と人員体制の間にはあまり明確な関係はみられなかった。

タイムスタディ調査では、ユニット型と従来型の両方を有する1施設を調査対象としたが、同施設においては、ユニット型区域の方が、従来型の区域よりも入所者定員に対する職員の配置が手厚くなっていた。その結果を反映し、ユニット型の区域の方が、従来型の区域よりも入所者1人当たりのケア時間がやや長いという結果が得られた

同様に、ユニット型の区域の方が、従来型の区域よりも高齢者1人に対して1人の職員で対応するケア（1対1のケア）の割合がやや高いという結果が得られた。

### 3. 看取りの実態・看取りを実施するための要件について

本事業においては、地域包括ケアシステムにおいて特別養護老人ホームに期待される大きな役割の一つとして、看取りに着目し、調査を行った。アンケート調査からは、以下のような点が明らかになった。

調査対象のうち、約77.8%の施設が看取りを実施していた。状態像が重い入所者が多く看取りの対象となっており（施設全体の要介護4以上の入所者の割合：69.6%、要介護4以上の入所者の割合：88.7%）、全体の87.5%が本人の意思表示が可能でない状態にあった。

また、看取り介護加算の改定を挟んだ平成26年度と平成27年度における1施設の1ヶ月あたりの看取り実施人数を比較すると、平成26年度は0.70人、平成27年度は0.78人であり、全てのセグメントで平成27年度の看取り介護実施人数が多くなっていた。

季節の影響や入所者の状態像の変化等に留意する必要があるものの、看取り介護加算改定が影響した可能性が示唆される。

看取りの実施可否に係る要因としては、医療・看護における連携が重要となる。看取り未実施施設の50%以上が「医療的ケア・医療行為の提供」「医師の協力体制を確保できない」を看取りの課題としてあげている。

また、看取り未実施施設では「医師による夜間対応」「医師による緊急時対応」が課題であるとした施設は、実施施設の2倍以上に上る。看取りの実施にあたっては、単なる協力病院・配置医師の契約だけではなく、実質的な連携体制を構築する必要がある。

看護職員に関しては、複数人による交代制でオンコール体制を構築している施設では、1人の看護職員がオンコールを担当する施設よりも看取り実施率が高くなっていた。職員の負担が過剰にならないようにオンコール体制を確保することが、看取りの実施に繋がっていると考えられる。

介護職員に関しては、看取り未実施施設の約50%が「職員体制が確保できない」ことを課題としてあげているが、介護職員の人員体制と看取りの実施有無の間にはあまり関係がみられない。看取りを実施できていない理由は、施設の認識に反して、医師との連携体制等、介護職員の人員体制以外の部分に由来する部分が大きいと考えられる。

また、希望があったにも係らず看取り介護を行えなかった事例の多くは求められる医療行為を提供できなかったことが看取り介護を行えなかった理由となっており、特養における医療の在り方が課題となっている。なお、数は少ないものの家族の協力を得られなかったために看取りができなかったケースも存在した。

看取り介護を実施している施設におけるプロセス毎の分析では、看取り後の「グリーンケア」の実施率が低くなっていた。看取り実施施設で挙げられた課題の最上位は「職員の精神的負担が大きい」であることから、看取り後の精神的ケアが課題となっていることが推察される。

質の高い「看取り」を実施するという観点から考察すると、「グリーンケア以外のプロセスを実施できている」施設のうち、「グリーンケアのみ実施できていない」施設の割合は約25%に達している。「グリーンケア」は看取りの必須要件ではなく、質の高い看取りに付随するサービスであると考えるのが妥当ではないか。

また、優先度の高い順に看取りプロセスを実施するとき、躓く割合が高いプロセスは、いずれも看取りの経験が深く係るプロセス（「死後の処置（エンゼルケア）を実施した」「施設の看取りに関する方針について、資料を用いて説明した」等）であり、看取り経験の少なさが質の高い看取りの実現の障害となっていた。看取りの各プロセスの実施状況をみても、看取りに係る施設の指針・方針やノウハウ等の有無が実施率に与える影響が大きくなっていた。

これらのことから、看取り介護を実施している施設において、実施可能なプロセスの数を増やし、看取りの質を充実させるには、看取り介護におけるPDCAサイクルを確立し、ノウハウを蓄積することが重要であると考えられる。

## 4. サービスの質の確保・向上、効率化について

本事業においては、特別養護老人ホームにおける職員配置のあり方の検討に資するために、施設の職員配置とサービスの質の確保・向上に関する考え方についての把握を行った。アンケート調査からは、以下のような点が明らかになった。

施設が「人員を優先的に配置して力を入れるべき」と考えているサービスとして最も多かったのは「介助・援助」であった。「介助・援助」は優先順位1位で選択された割合が高く、特別養護老人ホームの多くは、今後基本的な機能である「介助・援助」に最優先で人員を割り振り、力を入れていきたいと認識していると考えられる。「地域との交流」「生活自立支援」「機能訓練」「医療的ケア等」など、他の選択率の高いサービスは2位以下での選択率が高くなっている。

また、人員を配置して力を入れていくべき理由をみると、「現在提供している水準よりも質を増加させるべき」という理由の選択率は、優先順位が下がるほど低くなっている。まずは現状のサービスの質の向上が優先され、その後今後の需要増や新たなサービスの提供が希望されている。

介護機器・ロボットの導入状況についてみると、現時点で介護用ロボットの導入は殆ど進んでおらず、導入しているという回答があったのは回答施設全体の1.3%（9施設）であった。

リフト等の介護機器に関する導入の理由と導入結果をみると、安心・安楽や介護職員の負担軽減を目的とした導入では期待したとおりの効果が得られている一方、ケア時間の短縮やケア水準の標準化・向上といった理由での導入では、期待した効果があまり得られていない。要介護者の安心・安楽の確保と介護職員負担軽減といった介護機器の主要利用目的以外の用途では、あまり良い効果が得られないことが分かる。

また、「介護機器・ロボットの使用で人員体制の少なさを補える」という仮説を検証するため、人員体制との関係を調査した。結果、要介護者の安楽の確保やケア提供者の負担軽減等の項目では、人員体制が手厚い施設ほど介護機器の導入率が高い傾向がみられた。その他の項目でも、人員体制が手薄いほど介護機器を導入しているという関係はみられなかった。介護機器の導入には多額の購入費用に加えて機器使用のための研修が必要となることから、相応の手厚い人員体制を有し、財務基盤が安定した施設でないと、介護機器の導入も進んでいないものと考えられる。

## 参考資料

## 参考資料1 アンケート調査票

### 特別養護老人ホームの実態に係るアンケート調査

以下のアンケートでは、特別養護老人ホーム1施設についてご記入ください。

複数の施設が同じ敷地内にあり、別々に認可を受けている場合には、入所定員の大きな施設1つについてお答えください。

入所定員の同じ施設が複数ある場合には、ユニット型の施設1つについてお答えください。

問1 貴施設の概要をご記入ください。

(1-1) 下記の表にご記入ください。

	職種 ※01～16以外の職種の方がいらっしゃる場合は17～21に職種名をご記入の上ご回答ください。ただし、調理員・事務員の方は除きます。	実人数		常勤換算 <sup>2</sup>
		常勤	非常勤	合計
人員体制 (1月1日 時点)	01.医師	人	人	. 人
	02.歯科医師	人	人	. 人
	03.看護師	人	人	. 人
	04.准看護師	人	人	. 人
	05.介護職員(全体)	人	人	. 人
	06. うち介護福祉士	人	人	. 人
	07. うち認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けた者	人	人	. 人
	08.生活相談員	人	人	. 人
	09.理学療法士(P.T)	人	人	. 人
	10.作業療法士(O.T)	人	人	. 人
	11.言語聴覚士(S.T)	人	人	. 人
	12.歯科衛生士	人	人	. 人
	13.栄養士	人	人	. 人
	14.管理栄養士	人	人	. 人
	15.介護支援専門員	人	人	. 人
	16.介護助手	人	人	. 人
	17.その他(具体的に: )	人	人	. 人
	18.その他(具体的に: )	人	人	. 人
	19.その他(具体的に: )	人	人	. 人
	20.その他(具体的に: )	人	人	. 人
	21.その他(具体的に: )	人	人	. 人

<sup>2</sup> 「常勤換算」とは、「全職員の所定勤務時間の合計(超過勤務部分は除く)」を、「常勤職員の所定勤務時間数」で除して計算します。例:施設の職員がA・B・Cの3人で、1ヶ月の所定勤務時間が、「A(常勤):160時間」「B(非常勤):100時間」「C(非常勤):60時間」であれば、常勤換算は(160+100+60)÷(160)=2(人)となります。

人員体制 (1月1日 時点)	上記「05.介護職員」のうち、「介護プロフェッショナルキャリア段位」を取得している職員 及びアセッサーの人数 <sup>3</sup>						
	レベル	評価者 (アセッサー)	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4	
	人数	人	人	人	人	人	人
定員	特別養護老人ホーム 人(ショートステイは除く)						
入居者の要介護度 (1月1日時点)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	計
	人	人	人	人	人	人	人
認知症高齢者の 日常生活自立度 (1月1日時点)	自立度Ⅰ	自立度Ⅱ (a/b)	自立度Ⅲ (a/b)	自立度Ⅳ	自立度M		計
	人	人	人	人	人	人	人
平成26年度 退所者数	施設内で死去	病院で死去	自宅で死去	その他(他施設 や自宅への退所 等)			計
	人	人	人	人	人	人	人
居室の状況 (従来型施設)	多床室					従来型個室	
	5人以上室	4人室	3人室	2人室	うち、準ユニット ケア加算を取得し ている居室数		室
	室	室	室	室	室		室
居室の状況 (ユニット型施設)	ユニット型						
	個室		準個室		2人室		
	室		室		室		室
貴法人・関連法人が運営する医療・介護系施設 (該当するすべての欄に○)			貴法人が運営しているもの		うち、特養と併設しているもの		
01.病院							
02.有床診療所							
03.無床診療所							
04.介護老人保健施設							
05.認知症対応型共同生活介護事業所							
06.その他の高齢者住まい等(有料老人ホーム、サービ ス付高齢者向け住宅等)							
07.その他( )							
貴法人・関連法人が運営する事業所・サービス (該当するすべての欄に○)			貴法人が運営しているもの		うち、特養と併設しているもの		
01.訪問介護							
02.訪問入浴介護							
03.訪問看護							
04.訪問リハビリテーション							
05.居宅療養管理指導							

<sup>3</sup> 厚生労働省「介護職員資質向上促進事業」に基づき、一般社団法人シルバーサービス振興会が認定する「介護プロフェッショナルキャリア段位」の取得者及び同制度の評価者(アセッサー)の人数をご記入ください。

06.通所介護		
07.通所リハビリテーション		
08.短期入所生活介護		
09.短期入所療養介護		
10.特定施設入居者生活介護		
11.福祉用具貸与		
12.居宅介護支援		
13.小規模多機能型居宅介護		
14.看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）		
15.地域包括支援センター		
16.その他（ ）		

**（1－2）人員確保状況及び人員の不足感に関してお考えをお伺いします。以下に挙げた各職員類型について、下記の質問にお答えください。**

- ①現状では人員が不足している、あるいは人員をもっと確保したいとお考えの職種は何ですか。  
（該当する職種の欄すべてに○）
- ②○をした項目についてお伺いします。施設の運営を維持できる範囲で、人員の不足を解消し、望ましいレベルでサービスを提供するためには、常勤換算で何人の職員を追加で雇用したいとお考えになりますか。

職種 ※01～16以外の職種の方がいらっしゃる場合は17～21に職種名をご記入の上 ご回答ください。ただし、調理員・事務員の方は除きます。	①充足の有無（不足している、人員を確保したい職種に○）	②不足人数 （常勤換算）
01.医師		人
02.歯科医師		人
03.看護師		人
04.准看護師		人
05.介護職員（全体）		人
06.うち介護福祉士		人
07.うち認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けた者		人
08.生活相談員		人
09.理学療法士（PT）		人
10.作業療法士（OT）		人
11.言語聴覚士（ST）		人
12.歯科衛生士		人
13.栄養士		人
14.管理栄養士		人
15.介護支援専門員		人
16.介護助手		人
17.その他（具体的に： ）		人
18.その他（具体的に： ）		人
19.その他（具体的に： ）		人
20.その他（具体的に： ）		人
21.その他（具体的に： ）		人

(1-3) ご回答日の直近の3日間について、下記の表に記載された3つの時刻（2時、14時、20時）それぞれの時点における施設全体の勤務人数（実人数）をご記入ください。

注1：2時・14時・20時の何れかの時間に勤務の交代がある場合には、「その時間に勤務を終了する方」は勤務人数に含めず、「その時間に勤務を開始する方」は勤務人数に含めて計算してください。（例：20時にAさん・Cさんが勤務終了、Bさんが勤務開始なら、Aさん・Cさんは勤務人数に含めず、Bさんを勤務人数に含める）

注2：引継ぎ等により勤務表と実際の勤務時間に乖離がある場合には、勤務表に沿った勤務人数を記載してください。

No	該当日	2時				14時				20時			
		介護職員	看護職員	医師	その他の職員 (※)	介護職員	看護職員	医師	その他の職員 (※)	介護職員	看護職員	医師	その他の職員 (※)
1	月 日	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
2	月 日	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
3	月 日	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

(※) 「その他の職員」とは、(1-2) 01~21に該当する職員のうち、介護職員・看護職員・医師のいずれでもない職員を指します。

(1-4) 貴施設では、施設と雇用関係のないボランティアがいらっしゃるでしょうか。(〇は1つ)

1. ある	2. ない
-------	-------

(1-5) (「1. ある」と答えた方のみ) ボランティアを受け入れることは、介護職員の負担軽減に繋がっていますか。(〇は1つ)

- |  |
|--|
| 1. 介護職員の負担軽減に繋がっている<br>2. 介護職員の負担軽減には繋がっていない<br>3. 介護行為等を補助するボランティアは受け入れていない |
|--|

(1-6) 貴施設は、平成23年の施設基準の改正に伴い、元々「一部ユニット型施設」であった施設がユニット型・多床室に分離して、それぞれ認可を取得してできた施設ですか。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問2 貴施設では、「看取り介護」を実施されていますか。(〇は1つ)

1. 実施している	⇒ 問3へお進みください。
2. 実施していない	⇒ 問7へお進みください。

◆ 問3～問6は、問2で看取り介護を「1. 実施している」と答えた方にお伺いします ◆

問3 貴施設における看取り介護についての考え方についてお伺いします。

(3-1) 貴施設には、「看取り・看取り介護」に関する指針・方針がありますか。次のうち、最も近いものをお答えください。(〇は1つ)

- |  |
|--|
| 1. 看取り・看取り介護に関する方針や指針があり、入居者・家族への説明資料としても整備されている |
| 2. 看取り・看取り介護に関する方針や指針は明文化されているが、入居者・家族への説明資料はない  |
| 3. 看取り・看取り介護に関する方針があるが、明文化されていない                 |
| 4. 看取り・看取り介護に関する方針や指針はない                         |

(3-2) 貴施設では、どのような場合に看取り介護を実施されていますか。次のうち、最も近いものをお答えください。(〇は1つ)

- |   |
|---|
| 1. 基本的に全ての入居者に実施                            |
| 2. 本人または家族が希望した場合は、基本的に全て実施                 |
| 3. 本人または家族が希望し、かつ、必要な医療行為が施設内で提供可能な場合に実施    |
| 4. 本人または家族の希望は明確でないが、必要な医療行為が施設内で提供可能な場合に実施 |
| 5. その他(具体的に： )                              |

問4 貴施設における看取り介護の実施状況についてお伺いします。

(4-1) 平成27年度(平成27年4月～11月)の看取り介護実施人数を下記の表にご記入ください。

	平成27年度 (平成27年4月～11月)
看取り介護実施件数 (最期に病院等の他施設に搬送された方も含む)	人
うち、看取り介護加算を算定した件数	人
うち、最期まで施設内で看取られた件数	人

(4-2) 平成26年度(平成26年4月～平成27年3月)の看取り介護実施人数を下記の表にご記入ください。

	平成26年度 (平成26年4月～平成27年3月)
看取り介護実施件数 (最期に病院等の他施設に搬送された方も含む)	人
うち、看取り介護加算を算定した件数	人
うち、最期まで施設内で看取られた件数	人



**問5 貴施設で行われている「看取り介護」の具体的な内容についてお伺いします。**

**(5-1) 貴施設では、看取り介護に関する職員研修をどのように実施されていますか。実施方法と、研修の具体的な内容や主な対象者についてお答えください。**

実施方法 (すべてに○)	1. OJT 3. 外部研修への参加	2. 施設内集合研修 (Off-JT) 4. 実施していない
具体的な内容や主な対象者 (自由記述)		

**(5-2) 貴施設では、看取り介護として、具体的にどのようなことをされていますか。貴施設における標準的な看取り介護の実施プロセスを想定して、下記の設問にお答えください。(○は各1つ)**

フェーズ	項目	1.方針やマニュアル等に基づき実施	2.経験豊富な職員の指示の下で実施	3.経験が少なく試行錯誤しつつ実施	4.ほとんど実施していない
A. 入所時・入所初期における本人・家族への情報提供	A-1. 施設の看取りに関する方針について、資料を用いて説明した	1	2	3	4
	A-2. 終末期に行う医療行為の選択肢(延命の意向、胃ろう設置意向など)について希望を聞いた	1	2	3	4
	A-3. 入所時説明にあたり、延命措置等の希望は後に変更できることを伝えた	1	2	3	4
	A-4. 終末期の対応について、入所時点から考え始めるように本人・家族に促した	1	2	3	4
	A-5. 入所時、看取りや終末期に関して説明を行う際、医師の同席等、体制について独自に工夫していることがあれば教えてください。(自由記述)				
	A-6. 看取りの意向を最初に確認する時期はいつですか。(○は1つ)				
1. 入所前・入所時		2. 入所後1ヶ月以内 (平均: 日後)			
3. 入所後1年以内:(平均: ヶ月後)		4. 入所後1年以上経過後:(平均: 年後)			
5. その他( )					
B. 入所後～看取り期まで	B-1. 施設での生活に対する入所者や家族の意向を確認した	1	2	3	4
	B-2. 日頃の関わりのなかで、看取りに対する入所者や家族の意向を確認した	1	2	3	4
	B-3. 入所者や家族に、入所者の状態やケアの状況を説明した	1	2	3	4
C. 「看取り期の開始(回復が見込めないこと)」の判断	C-1. 看取り期の開始を見込んで、医師による診断を要請した	1	2	3	4
	C-2. 「看取り期開始」の判断にあたり、医師を交えた本人又は家族との面談を実施した	1	2	3	4
	C-3. 事前に確認した看取り期対応と比べて齟齬がないか、本人又は家族に改めて確認した	1	2	3	4
D. 家族への容態説明	D-1. 家族が希望した時や来訪した時に、入所者の状態やケアの状況を説明した	1	2	3	4
E. ケアカンファ	E-1. 定期的にケアカンファレンスを実施した	1	2	3	4

フェーズ	項目	1.方針やマニュアル等に基づき実施	2.経験豊富な職員の指示の下で実施	3.経験が少なく試行錯誤しつつ実施	4.ほとんど実施していない
レンズの実施					
F. 看取り	F-1. 死亡診断について、医師が家族に説明する場を設けた	1	2	3	4
G. 死後の処置	G-1. 死後の処置（エンゼルケア）を実施した	1	2	3	4
H. 死後のフォロー	H-1. 家族へのグリーフケア（死後のフォロー）を実施した	1	2	3	4
	H-2. 職員へのグリーフケア（死後のフォロー）を実施した	1	2	3	4

**問6 貴施設で、看取り介護を行う上で課題となっていることは何ですか。（すべてに○）**

1. 施設としての看取りの方針が定まっていない	2. 経営層と現場で看取りの考え方が異なる
3. 看取り介護のノウハウやマニュアル化が不十分	4. 十分な職員体制が確保できない
5. 十分な医療的ケア・医療行為が施設内で提供できない	6. 家族の協力・理解を得られない
7. 介護職員と医療職との連携・情報共有が不十分	8. 医師の協力体制を得られない
9. 看護職員の協力体制を得られない	10. 職員の精神的負担が大きい
11. 施設の方針が看取りに消極的である	12. 個室を確保することが難しい
13. 体制を整えるのに費用がかかりすぎる（加算で費用を賄えない）	
14. その他（	）

⇒問8へ

**◆ 次の質問は、問2で、看取り介護を「2. 実施していない」と答えた方にお伺いします ◆**

**問7 今後の看取り介護への取り組み意向についてお答えください。**

**(7-1) 貴施設では、看取り介護に取り組もうと考えていますか。（1つに○）**

1. 是非取り組みたい	2. ニーズがあれば取り組みたい	3. 取り組む予定はない
-------------	------------------	--------------

**(7-2) 看取り介護を実施していない理由、または取り組む予定がない理由をお答えください。（すべてに○）**

1. 施設としての看取りの方針が定まっていない	2. 経営層と現場で看取りの考え方が異なる
3. 看取り介護のノウハウやマニュアル化が不十分	4. 十分な職員体制が確保できない
5. 十分な医療的ケア・医療行為が施設内で提供できない	6. 家族の協力・理解を得られない
7. 介護職員と医療職との連携・情報共有が不十分	8. 医師の協力体制を確保できない
9. 看護職員の協力体制を確保できない	10. 職員の精神的負担が大きい
11. 施設の方針として看取りを行わない	12. 個室を確保することが難しい
13. 体制を整えるのに費用がかかりすぎる（加算で費用を賄えない）	
14. その他（	）

⇒問8へ

**◆ 以降の質問は、すべての施設の方にお伺いします。 ◆**

**問8 貴施設における医療との連携体制・医師及び看護職の配置についてお伺いします。**

<b>(8-1) 貴施設の協力病院との連携についてご記入ください。(〇は1つ/自由記述)</b>				
①協力病院は救急病院の指定を受けていますか。		1. はい	2. いいえ	
②協力病院あるいは付近の救急病院と緊急時搬送の取り決めを結んでいますか。		1. はい	2. いいえ	
③協力病院との連携に何か課題はありますか。もしあれば、その内容をご記入ください。(自由記述)				
<b>(8-2) 貴施設の医師の配置状況についてご記入ください。(数字記入/特記なき限り〇は1つ)</b>				
①配置医師の体制と契約状況(1月1日現在)	施設で雇用している医師	個人単位で配置契約を結んでいる医師	医療機関との契約で確保している医師	
	名 (うち常勤 名)	名 (うち常勤 名)	名	
②配置医師のうち、非常勤医師の主要な勤務先	病院		名	
	診療所		名	
	在宅専門クリニック		名	
	他に勤務先無し		名	
	その他		名	
③配置医師の夜間等の夜間等の対応	夜間	1. 往診対応可能 2. 電話対応のみ可能 3. 対応不可能 4. 翌朝に対応		
	随時	1. 往診対応可能 2. 電話対応のみ可能 3. 対応不可能		
	休日	1. 往診対応可能 2. 電話対応のみ可能 3. 対応不可能		
④診察の概要	診察方法	①病状に変化のある入所者のみを診察する(入所者全員の定期診察は行わない) ②病状に変化のある入所者を診察するとともに、定期的に全員を診察する		
	巡回診療	頻度(全ての医師の合計)	約	回/月
		1回あたりの時間	約	時間/回
		1回あたりの診察人数	約	人/回
		診察・診療に同席するスタッフ(すべてに〇)	1. 介護職員 2. 看護職員 3. 管理栄養士 4. 施設長 5. 薬剤師 6. 事務職員 7. 生活相談員 8. その他( )	
⑤配置医師の看取りへの対応	1. 対応は積極的である 2. どちらともいえない 3. 対応は消極的である			
⑥過去の診療実績	昨年(平成27年)12月の医師の緊急往診件数		件	
	昨年(平成27年)12月の医師の緊急電話対応件数		件	
	昨年(平成27年)12月に施設内で点滴を行った延べ人数		人	
⑦貴施設では、施設内で配置医師を交えたカンファレンスを行っていますか。				
1. 行っている		2. 行っていない		

⑧貴施設では、入居者が夜間帯にお亡くなりになられた場合、医師の死亡診断をどのように行っていますか。

- |                           |                      |
|---------------------------|----------------------|
| 1. 夜間帯であっても配置医師が死亡診断に対応する | 2. 翌朝、配置医師が死亡診断に対応する |
| 3. 病院に搬送し死亡診断を受ける<br>( )  | 4. その他               |

⑨貴施設では、緊急時の配置医師の対応に手当てを支払っていますか。(すべてに○)

- |                                |                |            |
|--------------------------------|----------------|------------|
| 1. オンコール待機手当有                  | 2. 電話対応手当有     | 3. 呼び出し手当有 |
| 4. 死亡診断・死亡診断書作成への手当(診療報酬とは別に)有 | 5. 特別な手当の支払はない |            |

⑩看取りにあたり、医師との連携に関連して課題になっていることは何ですか。(すべてに○)

- |                               |                          |
|-------------------------------|--------------------------|
| 1. 医師と施設職員の連携・情報共有がない/少ない     | 2. 医師の絶対数が足りない           |
| 3. 医師への報酬が高い                  | 4. 医師による夜間対応が困難である       |
| 5. 医師による緊急時対応が困難である           | 6. 医師が死亡証明書の早期発行に非協力的である |
| 7. 医師との間で看取りに関する意思統一が困難である    |                          |
| 8. その他、医師が看取りに非協力的である(具体的に: ) |                          |
| 9. 課題は特にない                    |                          |

**(8-3) 貴施設の看護職員の配置体制についてご回答ください。**

① 看護職員と24時間の連絡体制を確保していますか。(○は1つ) ※他施設(病院、訪問看護ステーション等)との連携により、24時間の看護職員との連絡体制を確保している場合も含みます。	1. はい	2. いいえ	3. 日により異なる
--	-------	--------	------------

② ①で「はい」「日により異なる」を選択された方にお伺いします。貴施設では看護職員と24時間の連絡体制をどのように確保していますか。(すべてに○)

- |               |                |
|---------------|----------------|
| 1. 夜間勤務       | 2. 施設への呼び出し    |
| 3. 電話対応での指示出し | 4. その他(具体的に: ) |

③ ①で「1. はい」「3. 日により異なる」を選択された方にお伺いします。オンコールにおける体制及び手当てはどのように実施されていますか。

オンコール体制(○は1つ)	オンコール手当て(すべてに○)	
1. 1人の看護職員が対応	1. 待機手当有	2. 電話対応手当有
2. 複数の看護職員が当番制で対応	3. 呼び出し手当有	4. 特別な手当てはない

④看取りにあたり、看護職員との連携に関連して課題になっていることは何ですか。(すべてに○)

- |                                |                     |
|--------------------------------|---------------------|
| 1. 看護職と介護職の連携・情報共有がない/少ない      | 2. 看護職の絶対数が足りない     |
| 3. 看護職への報酬が高い                  | 4. 看護職によるオンコールが行えない |
| 5. 看護職による夜間勤務が行えない             |                     |
| 6. その他、看護職が看取りに非協力的である(具体的に: ) |                     |
| 7. 課題は特にない                     |                     |

**問9** 下記の選択肢のうち、サービスの質の観点から、人員を優先的に手厚く配置するなど、今後特に力を入れていくべきとお考えのサービスはありますか。優先順位の高い順に、最大3つまで番号をご記入ください。また、力を入れていくべきとお考えの理由について、それぞれ最も近いものをお答えください。(〇は1つ)

- |                                  |                            |
|----------------------------------|----------------------------|
| 1. 介助・援助（入浴、移乗、食事、排泄など）          | 2. 生活自立支援（家事介助、相談、交流など）    |
| 3. 社会生活支援（行事・クラブ活動、文書作成介助など）     | 4. 行動上の問題への対応              |
| 5. 医療的ケア等（経管栄養、吸入・吸引、バイタルチェックなど） | 6. 機能訓練                    |
| 7. 入居者・家族への情報提供（医師面談、状態説明など）     | 8. 死後の処置やケア（インベリカア、グリーンケア） |
| 9. 夜間の急変時対応                      | 10. 環境整備                   |
| 11. フロア見守り                       | 12. 家族会の実施                 |
| 13. 地域との交流（住民参加型イベント、入所者の外出支援等）  |                            |
| 14. その他（具体的に： _____ )            |                            |

		人員を手厚く配置すべき理由（〇は1つ）			
優先順位	サービス（上の選択肢から番号を記入）	1. 必要なサービスであるにも関わらず、現状では提供できていない	2. サービスの提供はしているが、十分な質を確保できていない	3. 現状は十分な質を確保できているが、今後さらに質を充実させたい	4. 現状は十分な質を確保できているが、後は需要増が見込まれる
1位		1	2	3	4
2位		1	2	3	4
3位		1	2	3	4

**問10** 介護機器・ロボットの利用や、サービス効率化のために工夫されていることについてお伺いします。  
**(10-1)** 現在、貴施設では、サービス提供の際にリフトや介護ロボット等を利用されていますか。導入の理由毎に、利用されている介護機器と、導入した結果をお答えください。

導入の理由	利用しているリフト・介護ロボット （自由記述/各最大3つまで） ※「入浴介助用リフト」「見守りシステム」などのように、ある程度具体的にお書きください。	導入の結果（〇は1つ）				
		①：期待していた効果が得られた	②：期待ほどではないが、効果は得られた	③：効果はなかった	④：状況が悪化した	⑤：導入期間が短く効果は判断できない
1. ケア提供者の負担軽減		①	②	③	④	⑤
		①	②	③	④	⑤
		①	②	③	④	⑤
2. ケア提供者の安心感確保		①	②	③	④	⑤
		①	②	③	④	⑤
		①	②	③	④	⑤
3. 要介護者の安心感確保		①	②	③	④	⑤
		①	②	③	④	⑤
		①	②	③	④	⑤
4. 要介護者の自立支援		①	②	③	④	⑤
		①	②	③	④	⑤
		①	②	③	④	⑤

5. 要介護者の安楽の確保		①	②	③	④	⑤
		①	②	③	④	⑤
		①	②	③	④	⑤
6. 安全の確保		①	②	③	④	⑤
		①	②	③	④	⑤
		①	②	③	④	⑤
7. ケア時間の短縮		①	②	③	④	⑤
		①	②	③	④	⑤
		①	②	③	④	⑤
8. ケア水準の標準化・向上		①	②	③	④	⑤
		①	②	③	④	⑤
		①	②	③	④	⑤
9. 本人・家族の希望		①	②	③	④	⑤
		①	②	③	④	⑤
		①	②	③	④	⑤
10. その他 ( )		①	②	③	④	⑤
		①	②	③	④	⑤
		①	②	③	④	⑤

(10-2) リフト・介護ロボット等の利用以外に、サービス提供を効率的に行うために工夫されていることがあればご記入ください。(自由記述)

問11 最後に、地域包括ケアシステムが推進される中で特養が今後果たすべき役割について、ご意見がございましたらご記入ください。(自由記述)

--

設問は以上です。  
ご協力頂き、ありがとうございました。

◆ 最後に、施設名・所在都道府県及びご記入頂いた方の役職・お名前・ご連絡先をご記入ください ◆

役職		氏名	
都道府県			
施設名			
TEL			

～ お忙しい中、ご協力ありがとうございました ～

ご記入が終わりましたら、ご回答漏れがないかをご確認の上、  
平成28年2月10日までに同封の返信用封筒でご返送ください。

## 参考資料2 タイムスタディ調査票

タイムスタディ調査票 表紙

調査対象職員ID   職   調査員ID   調

施設名 \_\_\_\_\_

調査日 月 日 : 時 : 分 ~ 時 : 分 調査員氏名

備考:

---

---

---

---

タイムスタディ調査票

対象職員ID番号:職[ ]

調査員ID番号:調[ ]

時刻	業務内容	ケアコード		ケア対象者				負担感	
		前置	数字コード	英字コード	入居者/入所者の高齢者ID	人数	身体	精神	
:00									人
:01									人
:02									人
:03									人
:04									人
:05									人
:06									人
:07									人
:08									人
:09									人
:10									人
:11									人
:12									人
:13									人
:14									人

負担感(身体・精神): 0=ない 1=少し 2=重い



## 1. 基本調査

1-1 麻痺等の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。(複数回答可)

1. ない	2. 左上肢	3. 右上肢	4. 左下肢	5. 右下肢	6. その他 (四肢の欠損)
-------	--------	--------	--------	--------	----------------

1-2 拘縮の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。(複数回答可)

1. ない	2. 肩関節	3. 股関節	4. 膝関節	5. その他 (四肢の欠損)
-------	--------	--------	--------	----------------

1-3 寝返りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	----------------	---------

1-4 起き上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	----------------	---------

1-5 座位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる	2. 自分の手で支えればできる	3. 支えてもらえばできる	4. できない
--------	-----------------	---------------	---------

1-6 両足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 支えなしでできる	2. 何か支えがあればできる	3. できない
-------------	----------------	---------

1-7 歩行について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	----------------	---------

1-8 立ち上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	----------------	---------

1-9 片足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 支えなしでできる	2. 何か支えがあればできる	3. できない
-------------	----------------	---------

1-10 洗身について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない	2. 一部介助	3. 全介助	4. 行っていない
-------------	---------	--------	-----------

1-11 つめ切りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない	2. 一部介助	3. 全介助
-------------	---------	--------

1-12 視力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. 普通（日常生活に支障がない）</li><li>2. 約1m離れた視力確認表の図が見える</li><li>3. 目の前に置いた視力確認表の図が見える</li><li>4. ほとんど見えない</li><li>5. 見えているのか判断不能</li></ol> |
|---|

1-13 聴力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. 普通（日常生活に支障がない）</li><li>2. 普通の声がやっと聞き取れる</li><li>3. かなり大きな声なら何とか聞き取れる</li><li>4. ほとんど聞えない</li><li>5. 聞えているのか判断不能</li></ol> |
|--|

2-1 移乗について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- |             |         |         |        |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

2-2 移動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- |             |         |         |        |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

2-3 えん下について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- |        |         |         |
|--------|---------|---------|
| 1. できる | 2. 見守り等 | 3. できない |
|--------|---------|---------|

2-4 食事摂取について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- |             |         |         |        |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

2-5 排尿について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- |             |         |         |        |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

2-6 排便について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- |             |         |         |        |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

2-7 口腔清潔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- |             |         |        |
|-------------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 一部介助 | 3. 全介助 |
|-------------|---------|--------|

2-8 洗顔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- |             |         |        |
|-------------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 一部介助 | 3. 全介助 |
|-------------|---------|--------|

2-9 整髪について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- |             |         |        |
|-------------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 一部介助 | 3. 全介助 |
|-------------|---------|--------|

2-10 上衣の着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
-------------	---------	---------	--------

2-11 ズボン等の着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
-------------	---------	---------	--------

2-12 外出頻度について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 週1回以上	2. 月1回以上	3. 月1回未満
----------	----------	----------

3-1 意思の伝達について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- |                      |
|----------------------|
| 1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる |
| 2. ときどき伝達できる         |
| 3. ほとんど伝達できない        |
| 4. できない              |

3-2 毎日の日課を理解することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる	2. できない
--------	---------

3-3 生年月日や年齢を言うことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる	2. できない
--------	---------

3-4 短期記憶(面接調査の直前に何をしていたか思い出す)について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる	2. できない
--------	---------

3-5 自分の名前を言うことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる	2. できない
--------	---------

3-6 今の季節を理解することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる	2. できない
--------	---------

3-7 場所の理解(自分がいる場所を答える)について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる	2. できない
--------	---------

3-8 徘徊について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

3-9 外出すると戻れないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-1 物を盗られたなどと被害的になることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-2 作話をする事について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-3 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-4 昼夜の逆転について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-5 しつこく同じ話をする事について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-6 大声をだすことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-7 介護に抵抗することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-8 「家に帰る」等と言い落ち着きがないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-9 一人で外に出たがり目が離せないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-10 いろいろなものを集めたり、無断でもってくる事について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-11 物を壊したり、衣類を破いたりすることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-12 ひどい物忘れについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-13 意味もなく独り言や独り笑いをすることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-14 自分勝手に行動することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-15 話がまとまらず、会話にならないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

5-1 薬の内服について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

2. 一部介助

3. 全介助

5-2 金銭の管理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

2. 一部介助

3. 全介助

5-3 日常の意思決定について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる(特別な場合でもできる)

2. 特別な場合を除いてできる

3. 日常的に困難

4. できない

5-4 集団への不適応について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

5-5 買い物について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

2. 見守り等

3. 一部介助

4. 全介助

5-6 単純な調理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

2. 見守り等

3. 一部介助

4. 全介助

6 過去14日間に受けた医療について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。(複数回答可)

<u>処置内容</u>	1. 点滴の管理	2. 中心静脈栄養	3. 透析	4. ストーマ(人口肛門)の処置
	5. 酸素療法	6. レスピレーター(人工呼吸器)	7. 気管切開の処置	
	7. 疼痛の看護	9. 経管栄養		
<u>特別な対応</u>	10. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	11. じょくそうの処置		
	12. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)			

7 日常生活自立度について、各々該当するものに一つだけ○印をつけてください。

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M

## 2. 特記事項

### 1 身体機能・起居動作に関連する項目についての特記事項

1-1麻痺等の有無、1-2拘縮の有無、1-3寝返り、1-4起き上がり、1-5座位保持、1-6両足での立位、1-7歩行、1-8立ち上がり、1-9片足での立位、1-10洗身、1-11つめ切り、1-12、視力、1-13聴力

( )

( )

( )

( )

### 2 生活機能に関連する項目についての特記事項

2-1移乗、2-2移動、2-3えん下、2-4食事摂取、2-5排尿、2-6排便、2-7口腔清潔、2-8洗顔、2-9整髪、2-10上衣の着脱、2-11ズボン等の着脱、2-12、外出頻度

( )

( )

( )

( )

### 3 認知機能に関連する項目についての特記事項

3-1意思の伝達、3-2毎日の日課を理解、3-3生年月日を言う、3-4短期記憶、3-5自分の名前を言う、3-6今の季節を理解、3-7場所の理解、3-8徘徊、3-9外出して戻れない

( )

( )

( )

( )

### 4 精神・行動障害に関連する項目についての特記事項

4-1被害的、4-2作話、4-3感情が不安定、4-4昼夜逆転、4-5同じ話をする、4-6大声を出す、4-7介護に抵抗、4-8落ち着きなし、4-9一人で出たがる、4-10収集癖、4-11物や衣類を壊す、4-12ひどい物忘れ、4-13独り言・独り笑い、4-14自分勝手に行動する、4-15話がまとまらない

( )

( )

( )

( )

### 5 生活機能に関連する項目についての特記事項

5-1薬の内服、5-2金銭の管理、5-3日常の意思決定、5-4集団への不適応、5-5買い物、5-6簡単な調理

( )

( )

( )

( )

### 6 生活機能に関連する項目についての特記事項

6 特別な医療

( )

( )

( )

( )

### 7 生活機能に関連する項目についての特記事項

7-1障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)、7-2認知症高齢者の日常生活自立度

( )

( )

( )

( )

### 3. 認知症行動障害尺度 (DBD)

0点:全くない	1点:ほとんどない	2点:ときどきある	3点:よくある	4点:常にある
(1) 同じことを何度も何度も聞く				点
(2) よく物をなくしたり、置場所を間違えたり、隠したりしている				点
(3) 日常的な物事に関心を示さない				点
(4) 特別な理由がないのに夜中起き出す				点
(5) 特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける				点
(6) 昼間、寝てばかりいる				点
(7) やたらに歩き回る				点
(8) 同じ動作をいつまでも繰り返す				点
(9) 口汚くののしる				点
(10) 場違いあるいは季節にあわない不適切な服装をする				点
(11) 不適切に泣いたり笑ったりする				点
(12) 世話をされるのを拒否する				点
(13) 明らかな理由なしに物を貯め込む				点
(14) 落ちつきなくあるいは興奮してやたら手足を動かす				点
(15) 引き出しやタンスの中身を全部だしてしまう				点
(16) 夜中に家の中を歩き回る				点
(17) 家の外に出てってしまう				点
(18) 食事を拒否する				点
(19) 食べ過ぎる				点
(20) 尿失禁する				点
(21) 日中、目的なく屋外や屋内をうろつきまわる				点
(22) 暴力を振るう (殴る、かみつく、引っかく、蹴る、唾をはきかける)				点
(23) 理由もなく金切り声をあげる				点
(24) 不適切な性的関係を持つようとする				点
(25) 陰部を露出する				点
(26) 衣服や器物を破ったり壊したりする				点
(27) 大便を失禁する				点
(28) 食物を投げる				点

#### 4. 入所者の医療区分に係る評価（調査日時点）

この評価項目は、医療保険の療養病棟入院基本料等の算定時に使用する「医療区分」に基づき作成されています。別添記入要領に記載の「医療区分の評価方法」をご参照いただきながら、調査日時点の入所者の状態として該当する項目すべてに「○」をご記入ください。

項 目	該当するものに「○」
1. 24時間持続して点滴を実施している状態（連続7日間を超えない場合のみ該当）	
2. 尿路感染症に対する治療を実施している状態（連続14日間を超えない場合のみ該当）	
3. 傷病等によりリハビリテーションが必要な状態（原因となる傷病が発生後、30日以内の場合のみ該当）	
4. 脱水に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態 （脱水に対する治療が連続して7日間を超えない場合のみ該当）	
5. 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態（出血を認めた日から7日間まで引き続き該当）	
6. 頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態 （嘔吐のあった日から3日間まで引き続き該当）	
7. せん妄に対する治療を実施している状態（連続7日間を超えない場合のみ該当）	
8. 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態 （連続7日間を超えない場合のみ該当）	
9. 頻回の血糖検査を実施している状態（検査日から3日間まで引き続き該当）	
10. スモン	
12. 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態	
13. 中心静脈栄養を実施している状態	
14. 人工呼吸器を使用している状態（5時間超）	
15. ドレーン法または胸腔もしくは腹腔の洗浄を実施している状態	
16. 気管切開または気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態	
17. 酸素療法を実施している状態	
18. 感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態	
19. 筋ジストロフィー症	
20. 多発性硬化症	
21. 筋萎縮性側索硬化症	
22. パーキンソン病関連疾患〔進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度またはⅢ度のものに限る）〕	
23. その他の難病（スモン及び20～22までを除く）	
24. 脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る）	
25. 慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る）	
26. 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態	
29. 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）	
30. 肺炎に対する治療を実施している状態	
31. 褥瘡に対する治療を実施している状態 （皮膚層の部分的喪失が認められる場合または褥瘡が2か所以上に認められる状態に限る）	
32. 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態	
33. うつ症状に対する治療を実施している状態	
34. 他者に対する暴行が毎日認められる状態	
35. 1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態	
36. 気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く）	
37. 創傷（手術創や感染創を含む）、皮膚潰瘍または下腿もしくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態（1日2回以上、ガーゼや創傷被覆材の交換が必要な場合）	

## 5. 入所者の状態および医療の提供状況（調査日時点）

調査日時点の入所者の状態として、該当する項目すべてに「○」をご記入ください。NYHAおよびJCSについては、別添の記入要領をご参照ください。

項 目	該当するものに「○」
38. 慢性心不全（NYHA III度）	
39. 慢性心不全（NYHA IV度）	
40. 悪性腫瘍末期	
41. 腸閉塞	
42. 腎不全（クレアチニン 2.0mg/dl以上）（検査値がある場合）	
43. 肝不全（ビリルビン 2.0mg/dl以上）（検査値がある場合）	
44. 肺炎・尿路感染症以外の感染症	
45. 重度の意識障害（JCS 30以上）	
46. インシュリン皮下注射を行っている状態	
47. 1日3回以上の薬剤吸入を実施している状態	
48. 1日4～7回の喀痰吸引を実施している状態	
49. 回復期リハビリテーションの対象となっている状態	

## 6. 入所者の状況等に係る評価（調査日時点）

### 1 薬剤の使用状況

以下の薬剤のうち、現在使用されているもの全てに「○」をつけてください。

薬剤の使用 [該当する全ての番号に○]			
01 インスリン	02 抗生物質	03 降圧薬	04 昇圧薬
05 強心薬	06 抗精神病薬	07 抗不安薬	08 抗うつ薬
09 睡眠薬	10 利尿薬	11 その他	

## 2 モニタリング及び処置

この評価項目は、「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」のうち「A項目(モニタリング及び処置)」の一部に基づき作成されています。別添の記入要領に基づき、調査日時点における、下記のa～gに関する入所者の状態として、該当する点数をそれぞれ数字でご記入ください。

項 目	点 数		該当する点数
	0点	1点	
a. 創傷処置	なし	あり	点
b. 呼吸ケア	なし	あり	点
c. 専門的な治療・処置	なし	あり	点

治療・処置の内容	該当の場合「○」
① 抗悪性腫瘍剤の使用	
② 麻薬注射薬の使用	
③ 免疫抑制剤の使用	
④ 昇圧剤の使用	
⑤ 抗不整脈剤の使用	
⑥ ドレナージの管理	

## 3 入所者の状況等

この評価項目は、「ハイケアユニット用の重症度・看護必要度に係る評価票」のうち「B項目(患者の状況等)」に基づき作成されています。別添の記入要領に基づき、調査日時点における、下記のa～gに関する入所者の状態として、該当する点数をそれぞれ数字でご記入ください。

項 目	点 数			該当する点数
	0点	1点	2点	
a. 床上安静の指示	なし	あり		点
b. どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない		点
c. 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	点
d. 起き上がり	できる	できない		点
e. 座位保持	できる	支えがあればできる	できない	点
f. 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない	点
g. 移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)		点
h. 口腔清潔	できる	できない		点
i. 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助	点
j. 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助	点
k. 他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない	点
l. 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ		点
m. 危険行動	ない	ある		点



## 参考資料4 ケアコード表

### 1 日常生活上の世話・療養上の世話

中分類	小分類	ケアコード	ケアの内容
清潔・整容	洗面	1	洗面所までの誘導
		2	洗面動作の指示
		3	洗面一部介助
		4	洗面全介助
		5	必要物品準備
		6	使用物品の後始末
	口腔の清潔維持	7	口腔清潔(歯みがきなど)
		8	うがい
		9	入れ歯の手入れ
		10	口唇の乾燥を防ぐ、痰や唾をティッシュでとる
		11	必要物品準備
		12	使用物品の後始末
	体の清潔維持	13	部分清拭
		14	全身清拭
		15	手指浴・足浴
		16	陰部洗浄、肛門部洗浄(坐浴)
		17	乾布清拭
		18	必要物品準備
		19	使用物品の後始末
	洗髪	20	洗髪一部介助
		21	洗髪全介助
		22	必要物品準備
		23	使用物品の後始末
	整容	24	結髪・整髪(準備・後始末含む)
		25	散髪(準備・後始末含む)
		26	爪切り(準備・後始末含む)
		27	髭剃り(準備・後始末含む)、化粧の指導・実施、入浴後、保湿用クリームを塗る
		28	耳掃除(準備・後始末含む)
	沐浴	29	必要物品準備
		30	使用物品の後始末
	入浴	31	浴室準備、シャワー椅子の準備
		32	浴槽、リフトへの誘導
	入浴時の移乗	33	ストレッチャーから浴槽内リフトへ
		34	浴槽内リフトからストレッチャーへ
		35	ストレッチャーから特殊浴槽へ
		36	特殊浴槽からストレッチャーへ、特殊浴槽(用)ストレッチャーからストレッチャーへの移乗
		37	車椅子から浴槽内リフトへ、椅子から浴槽への移乗介助 *シャワーキャリーは車椅子扱い
		38	浴槽内リフトから車椅子へ、浴槽から椅子への移乗介助
		39	車椅子から特殊浴槽ストレッチャーへの移乗介助
		40	特殊浴槽ストレッチャーから車椅子への移乗介助
		41	浴槽外から浴槽内への移乗介助
		42	浴槽内から浴槽外への移乗介助
		43	抱える、抱き上げる、背負っての移動
	洗身	44	洗身一部介助、入浴後のタオルでの身体拭き
		45	洗身全介助
	監視	46	浴室内の監視
	機械操作	47	リフトの操作、入浴用リフトでの移動の介助

	浴室整備	48	入浴作業終了後の浴室・浴槽の清掃、洗浄
更衣	衣服の着脱	49	衣服等の準備(靴下、靴含む)、入浴者にタオルを配る、入浴中の患者の衣類を洗濯物入れに運ぶ、入浴の準備でタオルを病室に取りに行く
		50	更衣動作の見守り、指示
		51	更衣動作の一部介助(靴下、靴含む)、トイレ介助中の衣服の着脱
		52	更衣動作の全介助(靴下、靴含む)
		53	衣服を整える
排泄	移動・移乗	54	車椅子から便器・便座への移乗介助
		55	ベッドからポータブルトイレへの移乗介助
		56	ポータブルトイレからベッドへの移乗介助
		57	便器・便座から、車椅子への移乗介助、車椅子からポータブルトイレへの移乗介助
	排尿維持・回復、排尿機能の維持・回復	58	排尿動作援助(衣服の着脱などは除く)
		59	排尿時の見守り
		60	排尿後の後始末
		61	尿収器の後始末
		62	ポータブルトイレの準備・後始末
		63	膀胱訓練の準備・実施・後始末、手圧排尿・殴打法
		64	膀胱留置カテーテルの観察、尿量チェック・測定、尿パック(ウロガードなど)の交換、採尿具(ユリサーバー、ユリドーム等)の着脱、準備・後始末
		65	必要物品準備
		66	排尿頻度、量、間隔のチェック
		排便維持・回復 排便機能の維持・回復	67
	68		排便時の見守り
	69		摘便の準備・実施・後始末
	70		浣腸の準備・実施・後始末
	71		人工肛門のケアの準備・実施・後始末
	72		必要物品準備
	73		排便後の始末
	74		さしこみ便器の後始末
	75		ポータブルトイレの準備・後始末
	おむつ	76	おむつ除去、装着
		77	おむつの点検
		78	おむつ交換の必要物品準備、オムツ交換のため訪室するが、看護婦が処置中のため部屋で待つ、オムツ装着のため患者が入室するのを部屋で待つ
		79	おむつの後始末
	食事・栄養・補液	食事動作・栄養・水分摂取への援助(朝・昼・夕)	80
81			食事中的見守り
82			食事部分介助(食事を食べやすく切る、すりつぶす)
83			食べ物を口にもって行って食べさせる(スプーンフィーディング)
84			えんげ困難の援助、半側麻痺や水分誤飲に対する援助・指導
85			食事の後始末、下膳、配茶後の後始末
食間食・分割食		86	食事摂取量・水分量測定、水分出納管理やカロリー計算
		87	おやつ準備(エプロン、お茶、お湯用意)、配茶前に患者全員の冷茶を捨てる
		88	食べ物を口にもって行って食べさせる(全面介助)
		89	部分介助
		90	見守り
			91

	水分	92	飲み物の用意
		93	飲み物摂取介助
		94	経口栄養の準備
	治療的栄養・水分補給	95	経口栄養の実施
		96	経口栄養の後始末
		97	経管栄養(経鼻、胃瘻)の準備
		98	経管栄養の実施
		99	経管栄養の後始末
		100	体位変換一部介助
起居と体位変換	体位変換・良肢位の維持	101	体位変換全介助
		102	枕・足底板・円座・離被架使用、仙骨部褥創防止具使用
		103	必要物品準備
		104	使用物品後始末
		105	身体を起こす、ささえる、歩行の介助のあと車いすへ移乗、端座位から臥床させる、寝かせる
	起居の援助	106	ギャッチベッドの操作
		107	ベッドからの昇降介助
		108	ベッドから、車椅子へ
移乗	移乗の介助	109	車椅子から、ベッドへ
		110	ベッドから、ストレッチャーへ
		111	ストレッチャーから、ベッドへ
		112	車椅子から、床・マットへ
		113	床・マットから、車椅子へ
		114	車椅子の操作、車椅子の準備・片付け、病室内のベッドの位置(配置)を変える
		115	車椅子から椅子などへの移乗介助
		116	椅子などから車椅子への移乗介助
		117	歩行の見守り
移動(施設内)	移動の介助 (入浴時の脱衣所から浴室へや排泄時の病室からトイレへの移動の見守り・介助を含む)	118	歩行の介助、歩行器での移動の介助、高齢者散歩のため盲導犬を移動させる
		119	車椅子による移動の見守り
		120	車椅子による移動の介助、スロープ(外出のため)の用意、片付け
		121	ストレッチャーによる移動
		122	起坐練習の援助
運動(身体)機能の維持・促進	リハビリテーションの補助	123	歩行訓練、立位訓練等の補助
		124	器具を使って運動の補助を行う
		125	装具の装着を介助する(監視を含めて)
		126	作業療法的活動の補助
		127	マッサージ、さする
		128	体操介助、食事前の患者自身の体操
		129	マッサージ師の補助
		問題行動	問題行動への対応
131	不潔行為に対する対応(不潔物などの後始末含む)		
132	暴力行為、暴言などへの対応		
133	抑制帯の脱着、拘束着の鍵の開閉		
134	その他の問題行動への対応		
巡視・観察・測定	巡視・観察	135	(夜間)巡視、容態観察
	全身観察とその評価	136	脳・神経系(意識レベル)、呼吸(呼吸数、呼吸音の聴取)、経皮的動脈血酸素飽和度測定、循環(心拍、脈拍の測定、心音の聴取)、体温測定、消化管(排便を含む、腹部触診・聴診)、皮膚・創、四肢、心理状態などの観察、身長・体重の測定、血圧測定
コミュニケーション	コミュニケーションの援助	137	本を読む、手紙の代読
		138	手紙の代筆
		139	伝言の代行

		140	新聞、手紙、雑誌等の配布
	声かけ	141	日常会話、声かけ
	ニーズの把握	142	ニード、訴えを知る、患者との相談、確認
		143	ナースコールの受理応答
		144	患者からのコールなどによる移動
	心理的支援	145	励まし、慰め、カウンセリング、術後の心理的ケア
教育	助言・指導	146	食事、服薬、尿路感染・褥創予防などに関する助言・指導、術後の指導、教育、手術前指導・オリエンテーション（栄養指導、調理指導を含む）
	患者自身に対する教育・指導・助言	147	看護計画に基づくケアに関する指導（食事・水分摂取、排泄、入浴、健康管理、環境等）、患者自身への教育・心理的支援
	家族に対する教育・指導・助言	148	看護計画に基づくケアに関する指導（食事・水分摂取、排泄、入浴、健康管理、環境等）、家族への教育・心理的支援
入退院・外出	入院時のケア手続き	149	入院時のオリエンテーション、病歴や生活に関する情報収集（入院時の合同評価、入院時の患者・家族への対応を含む）
	散歩	150	散歩
	付き添い	151	買い物の付き添い、散髪（床屋）に付き添った際の待ち時間
寝具・リネン	寝具・リネンの交換	152	寝具を整える、ベッドメイキング、寝具をかける
		153	寝具、リネン交換
		154	必要物品準備
		155	使用物品後始末
		156	ふとんをほす
環境	病室内整備	157	物品をとってあげる、たばこの火をつけてあげるなど
		158	床頭台を整頓、ナースコールの準備
		159	オーバーテーブルの準備・後始末
		160	ベッド柵つけはずし
		161	換気・温度調節冷房、窓の開閉、加湿器等の調整、電気毛布の温度調節、一部戸締まり
		162	採光・防音調整、ブラインド、カーテンの開閉、ライトやテレビのオン・オフ、テレビチャンネルの選択
		163	病室内の掃除、病室の洗面台の消毒、病室のゴミ捨て、環境整備（病室内の掃除）の準備・片付け、掃除用具の準備、片づけ（デイルームのセッティングを含む）
		164	花の水替え、鉢植えの手入れ、小鳥の世話、盲導犬を移動させる
入院・入所者の物品管理	（日用）私物所持品の管理	165	衣服、日用品整理、入れ替え、不要物品の整理、ロッカー一整理、患者所有の食品を冷蔵庫に保管する
		166	日用品、衣服の名前付け、ネームプレートの作成
		167	衣服の修理、繕い
	補助器具	168	患者用補助器具の管理
	買物	169	買物、買い物に依頼され、おつりの清算
	金銭管理	170	小口現金管理、銀行に行き、支払いをする
洗濯	洗濯	171	洗濯物を集める、洗濯室に持っていく
		172	洗濯機などの準備、操作、手入れ
		173	洗濯物を手洗いする
		174	洗濯物を干す（屋外・屋内）
		175	洗濯物をたたむ、洗濯物の整理
		176	洗濯物の病室への配布等を行う
その他の見守り	その他の見守り	177	その他の見守り
入退院	入退院の送迎等	178	患者の送迎、病室まで案内等
入退院・外出	退院時のケア手続き	179	退院時のオリエンテーション（外来初診時の確認、購入物品等の情報提供、退院後のサービスに関する情報提供、書類渡し、退院時の患者・家族への対応 など）
食事・栄養・補液	食事動作・栄養・水分摂取への	180	パントリーでの配膳

	援助(朝・昼・夕)	181	パントリー周辺の後片付け
	治療的栄養・水分補給	182	経管栄養(経鼻、胃瘻)時の見守り
	計測	183	身長・体重・皮脂厚・安静時基礎代謝量等の計測
	メニュー	184	選択メニューの聞き取り・説明
排泄	排尿維持・回復、排尿機能の維持・回復	185	残尿測定
相談・連絡・調整	家族との面談	186	家族との面談・連絡・インテーク面接・家族からの相談
	患者との面談	187	患者との面談・インテーク面接・患者からの相談
	入院相談	189	医師の入院相談への同席、患者・家族への対応
環境	病室内整備	190	特殊コールの設定・調整・確認

## 2 与薬 治療・処置

中分類	小分類	ケアコード	ケアの内容
薬物療法	与薬(経口薬・坐薬)	201	処方箋と処方薬の照合、薬の区分け、与薬の準備、食後服薬用薬(1回分)を、食事の準備以前に床頭台に置く、翌朝の服薬分を夕食後に床頭台に置く
		202	薬を患者に配布、経口与薬の実施・確認、服薬介助、注入食に薬を注入する
		203	坐薬(緩下剤、解熱剤など)の挿入
	注射	204	皮下・筋肉注射の準備・実施・評価・後始末
		205	静脈内注射の準備・実施・評価・後始末
		206	持続的静脈内注射の準備・実施・評価・後始末
		207	中心静脈内注射の準備・実施・評価・後始末
		208	硬膜外注入、その他の注射の準備・実施・評価・後始末
	輸液・輸血	209	点滴、中心静脈栄養(IVH)、輸血(クロスマッチを含む)の準備
		210	点滴、中心静脈栄養(IVH)、輸血の実施
		211	点滴・IVH・輸血の滴下の調整、観察、静脈圧測定、交換
		212	輸液・輸血中の固定、上下肢の抑制
		213	点滴、中心静脈栄養(IVH)、輸血の抜去・後始末
	薬品管理	214	薬品戸棚、与薬車の管理、常備薬の管理、保冷庫の管理
治療・処置呼吸器系	吸引 吸入	215	吸引の実施・準備・後始末
		216	吸入療法・ネブライザーの準備・実施・後始末
		217	酸素吸入の準備・実施・後始末(tent法・経鼻カテーテル法・マスク法)
	排痰	218	タッピング、体位排痰法、喀痰用バイブレーターの準備・実施・後始末
		219	術後の肺理学療法
	気道確保・人工呼吸	220	高圧酸素療法の前教育・ケア・管理
		221	気管内挿管の準備・実施・後始末、気道の確保
		222	気管切開、気管切開口のケア、カニューレ交換・準備・後始末、
223		レスピレーター・人工呼吸器使用中の観察	
循環器系	湿・冷罨法	224	温・冷あん法、冷・温湿布、湯タンポ、氷嚢・氷枕の準備・実施・後始末
	心肺機能維持・回復	225	大動脈バルーンパンピングの準備・介助・監視・ケア・管理
		226	人工心肺の準備・介助・監視・ケア・管理
	刺激伝導系の維持・回復	227	カウンターショック(除細動操作)・心肺蘇生法などの急変時・重傷・危篤時の看護
腎・泌尿器系	人工透析	228	透析(HD、CAPD)関連のケア
	血液透析、腹膜還流関連ケア 排尿機能維持・回復	229	導尿、膀胱・膀胱瘻留置カテーテルの交換

		230	膀胱・腎盂洗浄の準備・実施、後始末
		231	留置カテーテルや膀胱・腎盂洗浄以外の泌尿科処置の準備・実施・後始末
運動器系	牽引・固定	232	ベッド上での牽引の準備・観察・後始末
		233	ギプス巻き、カットの準備、後始末
皮膚	皮膚治療・保護	234	褥創、外科創などの処置・包交、軟膏塗布、薬浴、皮膚のケアの準備・実施・後始末、軟膏を混ぜる、浸出量の測定、入浴後、皮膚ケアのクリームを塗る
感覚器系	眼・鼻・耳の治療・処置・ケア	235	点眼液・眼用軟膏、点鼻薬、耳外用薬の準備・実施・後始末、鼻出血の手当など、目やにを拭き取る、疾病による鼻水拭き
		236	耳鼻科処置介助の準備・処置介助・後始末
生殖器系	女性生殖器の処置	237	陰洗浄産婦人科処置の準備・実施・後始末
手術関連	持続吸引	238	持続吸引等のカテーテルの管理(ミルキング等)、準備・挿入介助・後始末
	術前・術後	239	術前処置、剃毛の準備・実施・後始末
	小手術	272	小手術の準備、介助、後始末
新生児関連	新生児黄疸	240	光線療法(新生児)関連のケア・管理
	全身機能の維持・促進	241	インキュベータの観察・アセスメント・ケア・親(家族)の教育・管理
放射線療法	放射線治療	242	放射線密封小線源療法の準備・介助
		243	放射線体外照射の前準備の介助
検査・採取・治療等	採取	244	採取(便、尿、痰、胃液、血液等)の実施
		245	採取の準備・後始末
	検査	246	血液(交換輸血、骨髄移植)治療、アンギオ検査介助、処置中の固定等
		247	検査のためのカテーテル挿入(尿管、胃管)
		248	尿比重、血糖、血液、尿糖等の検査
		249	検査の準備・後始末
	呼吸・循環器系検査	250	心電図・呼吸機能検査、院内の検査等への付き添い
		251	心臓カテーテル検査、スワンガンツ、前処置、検査後のケア処置
		252	心電図検査等の準備・実施・アセスメント
	レントゲン・画像診断検査	253	レントゲン検査等の準備・介助(CT:MRI等)
		254	エコーの準備・介助後始末
		255	ドップラ法検査の実施・アセスメント
		256	アイソトープ検査の準備
	内視鏡	257	内視鏡検査の説明・実施介助・実施後の管理・指導
	感覚器(眼・耳・鼻)	258	眼底検査の準備・実施介助・後の指導
	腎・泌尿器	259	腎クリアランスの説明・実施
	糖代謝	260	糖負荷試験の準備・説明・実施
	その他	261	脳波の準備・実施後のケア
		262	その他の検査の説明・介助・後始末
		263	検査用物品の準備・後始末
		264	継続的な評価を伴うモニター監視
診療援助	診察介助	265	診察の介助・準備・後始末
感染予防	感染防止	266	予防着等をつける、ガウンテクニック
		267	手洗い、消毒液の交換
		268	隔離及びその解除に伴う準備・後始末
		269	使用物品の消毒、尿収器・便器・ポータブルトイレの消毒
		270	汚物・注射針等の処理廃棄
死後のケア	死後のケア	271	死後のケア
薬物療法	調剤業務	272	内服薬の調剤、注射薬の調剤
		273	内服薬の調剤準備、注射薬の調剤準備
	薬剤の払い出し・引渡し	274	薬剤の病棟への払い出し・外来患者への薬剤渡し
	処方	275	処方確認・処方監査・処方枚数の集計

	薬局内の管理	276	薬剤管理（仕入れ業務、発注業務、在庫量の確認・管理、薬剤の充填、期限切れ薬剤の確認 など）
		277	調剤棚の整理・整頓・掃除、分包機の掃除、室内の整理・整頓・掃除

### 3 機能訓練

中分類	小分類	ケアコード	ケアの内容
運動器系機能の評価	関節可動域	301	関節可動域・可動性の評価・検査
	筋力	302	筋力の評価・検査
	その他	303	筋緊張の評価・反射、感覚検査・疼痛の評価・片麻痺機能テストなど（体組成・形態測定、バランス検査、運動耐用量検査を含む）
運動器系機能の訓練	運動器系機能の維持回復・促進	304	関節可動域訓練
		305	筋力増強訓練
		306	嚙下訓練
		307	上肢機能・手指巧緻性の訓練
		308	協調性訓練
		309	耐久性訓練
生活基本動作の拡大	基本動作訓練の説明	310	寝返り、起き上がり、座位、立ち上がり、立位、移乗動作、車いす操作・駆動、歩行などの動作訓練についての内容・目的・手順の説明
	基本動作のデモンストレーション	311	基本動作のデモンストレーション(寝返り、起き上がり、座位、立ち上がり、立位、移乗動作、車いす操作・駆動、歩行などの動作を行ってみせる)
	基本動作の評価	312	寝返り、起き上がり、座位、立ち上がり、立位、移乗動作能力評価、車いす操作・駆動の評価、歩行・歩行能力評価等
	寝返り	313	寝返り訓練：口頭指示、見守り
		314	寝返り訓練：部分介助
		315	寝返り訓練：かなり介助して
	起き上がり	316	起き上がり訓練：口頭指示、見守り
		317	起き上がり訓練：部分介助
		318	起き上がり訓練：かなり介助して
	座位	319	座位訓練：口頭指示、見守り
		320	座位訓練：部分介助
		321	座位訓練：かなり介助して
	立ち上がり	322	立ち上がり訓練：口頭指示、見守り
		323	立ち上がり訓練：部分介助
		324	立ち上がり訓練：かなり介助して
	立位	325	立位訓練：口頭指示、見守り
		326	立位訓練：部分介助
		327	立位訓練：かなり介助して
	バランス	328	バランス訓練：口頭指示、見守り
		329	バランス訓練：部分介助
		330	バランス訓練：かなり介助して
	移乗	331	移乗訓練：口頭指示、見守り
		332	移乗訓練：部分介助
		333	移乗訓練：かなり介助して
	車いす	334	車いす操作・駆動訓練：口頭指示、見守り
		335	車いす操作・駆動訓練：部分介助
		336	車いす操作・駆動訓練：かなり介助して
	歩行	337	歩行訓練：口頭指示、見守り
		338	歩行訓練：部分介助
		339	歩行訓練：かなり介助して

	装具装着	340	装具装着訓練:口頭指示、見守り
		341	装具装着訓練:介助しながら
	評価	342	食事、排泄、更衣、入浴、整容、調理など日常生活動作の評価
	日常生活動作訓練	343	食事動作訓練
		344	排泄動作訓練
		345	更衣動作訓練
		346	入浴動作訓練
		347	整容動作訓練
		348	移乗動作訓練
		349	調理動作訓練
		350	家事動作訓練
物理療法	リハ室での牽引	351	説明・準備・実施・確認
		352	結果確認・後始末
	温熱療法	353	説明・準備・実施・確認
		354	結果確認・後始末
	電気療法	355	説明・準備・実施・確認
356		結果確認・後始末	
	マッサージ	357	マッサージ
運動療法	運動療法	358	神経筋促通手技など
高次脳機能などの評価	高次脳機能などの評価	359	知的精神機能評価、失行・失認等の評価
言語療法	評価	360	コミュニケーション、失語の評価、構音障害の検査、失語症検査の実施
	訓練	361	発声・発声器官の運動をさせる、発声練習をさせる、構音練習をさせる
作業療法	作業療法面の機能評価	362	えん下(摂食機能)、上肢機能・手指巧緻性、協調性、耐久性の評価、作業能力評価
	遊び	363	受動的遊び・運動遊び・視覚・聴覚・触覚・前庭覚・構成・描画・知的グループ遊びを指導・実施させる
	木工・手工芸など	364	革・竹・藤細工など、編み物、手芸、陶芸、組立モデル、版画、習字、縫い物、彫刻、金工、簡易作業など
	訓練	365	ブリーによる訓練、セラプラスト訓練、書字・文具・楽器使用・事務的活動訓練(ワープロ、タイプ、パソコンなど)
その他のリハ関連	その他	366	訓練用具など準備・かたづけ
		367	訓練教材、スプリントの作成、作品の仕上げと修正
		368	装具・治療器具等の選定およびチェックアウト
		369	住宅改造関連、評価、改造箇所の検討、図面の作成、記録
切断部の評価・訓練	切断部の評価・訓練	370	断端の評価・義肢の評価
		371	断端の管理・義肢装着訓練・荷重訓練
運動器系機能の評価	運動器系機能の維持回復・促進	372	嚥下機能の評価(VF等を含む)

#### 4 行事、連絡、報告、会議、研修など

中分類	小分類	ケアコード	ケアの内容
行事・クラブ活動	行事・クラブ活動	401	計画・準備、クラブ日誌、行事記録、写真・資料整理、施設内広報資料
		402	クラブ、レクリエーション活動中の援助(デイルームでの意欲向上のための働きかけを含む)
		403	行事実施
		404	行事の後始末
	飾り付け、展示	405	各室・廊下の飾り付け、展示物の陳列
	葬儀など	406	通夜、告別式等の準備、出席、後始末

連絡・報告、情報収集	家族からの情報収集	407	家族への連絡・応対・調整等の話し合い、病歴・生活全般・家族についての情報収集
	職員間の連絡・指示・調整、記録の確認	408	職員間の連絡、打ち合わせ、伝達、他職員を捜す、連絡、職員の朝礼、他部署と電話で業務連絡、寮母が検温表を看護婦に渡す
		409	Dr. からの指示を受ける、Dr. に確認する
		410	申し送り
外部・他機関との連絡	411	医療、行政担当者、義肢装具士、ボランティア等との連絡・情報収集、夜勤での外線の対応、医療、行政担当者との連絡（外部との電話による対応を含む）	
ケア関連会議・記録	ケア関連会議・伝票類への記入確認	412	ケース会議、ケアに関する打ち合わせ、ケア計画、個別ケア方針等、カーデックスの確認、伝票確認（定期カンファレンス・ミニカンファレンス等を含む）
	記録	413	カーデックス、看護記録、ADL評価記録、リハビリ記録、ケース記録、個別介護記録、受診ノートの記入、入退院（所）時の記録、入院・入所台帳記録、診断書作成補助など、コンピューター、電子手帳に記録・送信、メモ書き（カンファレンス資料、退院時サマリー、家庭訪問サマリー等の記録を含む）
	整理	414	入院カルテ・レントゲンフィルム・伝票類・ファイルの整理、書類のコピー、カルテ記入の準備・片付け
勤務関連	勤務表・日課表等	415	勤務表・日課表等の作成、看護・介護職員日誌の記入等（日報、月報、届出書類を含む）
	その他の会議	416	職員会議、その他の会議（ケア会議以外の）、各種委員会
設備・備品の保守・管理	設備・機器の保守・管理など	417	施設の設定備や機器の保守、点検、修理、交換、連絡、（心電図モニター、人工呼吸器、車椅子、ベッドなどを含む）、戸締り点検・管理
	治療器材、消耗品の注文・管理	418	注射伝票、消毒薬、治療器具・器材の管理・購入、日用品、衣類等の補充、購入、リネン・おむつ数量チェック・注文など
屋内の整理・清掃	看護・介護職員室	419	職員室の整理・整頓、掃除
	共用部分・各室	420	処置室、器材室、汚物室、プレイルーム等の整理・整頓、共用部分・廊下・庭・窓ガラス・庭木等の清掃、消毒、ゴミ捨て等、子供、夫の部屋の清掃
研修・指導	研修・指導	421	院内・施設内研修、（新人）職員、実習生、ボランティアへの指導
夜勤時の対応	待機	422	夜勤時の待機、日勤帯での詰所待機、配膳車が病棟に運ばれて来るのを待つ
	仮眠	423	夜勤者の仮眠
職員の行動	職員の移動	424	職員自身の移動、ストレッチャーを他病棟へ借りに行く *職員の移動
	業務に際しての更衣	425	職員の着替え
	腰痛体操など	426	健康維持管理のための体操
	食事・休憩	427	職員自身の食事、休憩、トイレなど
	私用	428	電話、外出、職員同士の私的会話・連絡事項、職員同士の挨拶
連絡・報告、情報収集	職員間の連絡・指示・調整、記録の確認	429	記録物（紙カルテ・電子カルテ・カーデックスなど）からの情報収集
		430	病棟配布資料の作成
その他	病棟医事業務	431	自己負担請求等の入力、カルテの整理、診断書等の事務手続き、書類・フィルム等の返却
	病棟庶務業務	432	事務物品の管理、病棟管理者の秘書的業務 など

## 5 在宅ケア関連

中分類	小分類	ケアコード	ケアの内容
食事・栄養・補液	調理	501	食事、保存食を作る

		502	胃チューブ(経鼻カテーテル)の交換
		503	胃チューブ(経鼻カテーテル)の観察
その他の処置・検査・治療	検査	504	在宅での検査・測定(レントゲン、心電図、血糖値など)準備、実施、後始末
	医療器具などの点検	505	在宅酸素吸引器その他の点検
	注射など	506	自己注射(インシュリン注射など)の指導・管理など
入浴介助	浴室内	507	浴槽内への移動の介助
薬品	定時薬準備	508	定時薬の区分け、のみやすいよう区分けしておく
社会的活動	申請	509	申請書類の記入、提出
	交際	510	回覧版等の管理、来客への対応、福祉サービスへの対応(地域へのかかわり・患者会等への支援を含む)
緊急対応	転倒などへの対応	511	応急処置など
送迎(移送サービス)	送迎開始	512	送迎をはじめる、センターを出発する
	送迎終了	513	送迎を終了、センターに到着する
	送迎車の運転	514	送迎中の車の運転
	送迎車の操作	515	リフトの操作、車いすの昇降装置の操作など
	送迎車のメンテナンス	516	点検、修理、燃料補給、洗浄など
家庭訪問	家庭訪問への往復	517	病院から家庭訪問先へ、家庭訪問先から病院への行き来
	家庭訪問	518	患者宅での家屋調査、環境確認、生活状況確認など

