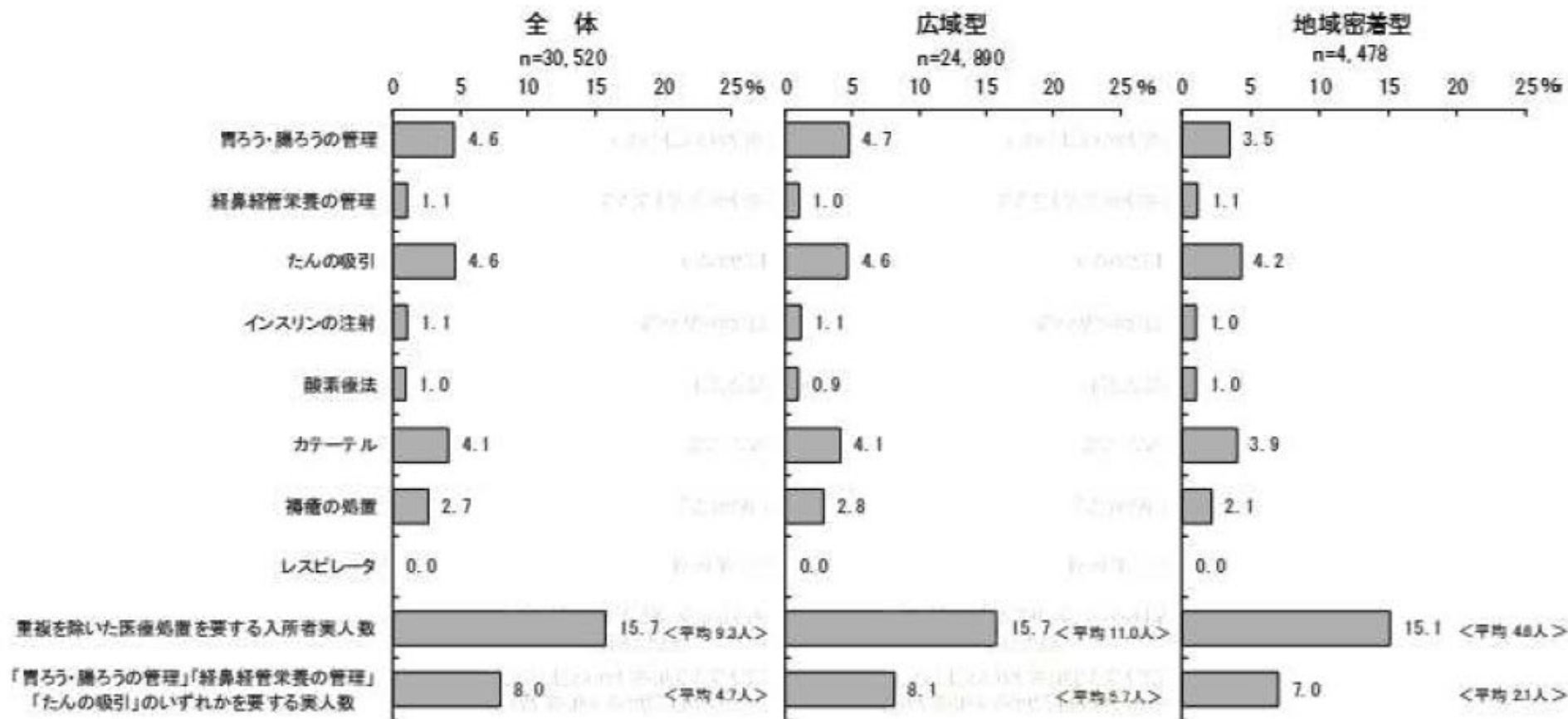


特養における医療ニーズへの対応実態 ①医療処置を要する入所者

○ 医療処置を要する入所者の入所者総数に占める割合をみると、「胃ろう・腸ろうの管理」が4.6%、「たんの吸引」が4.6%、「カテーテルの管理」が4.1%、「褥瘡の処置」が2.7%、などとなっている。

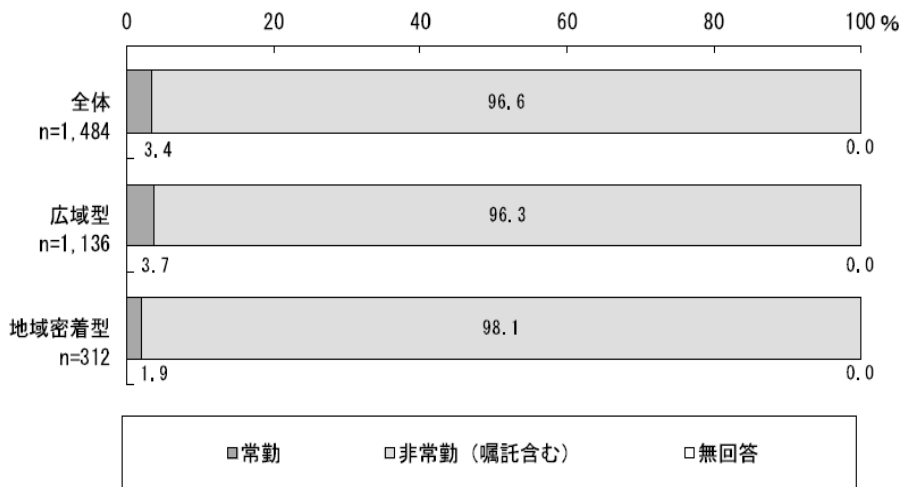
医療処置を要する入所者の入所者総数に占める割合



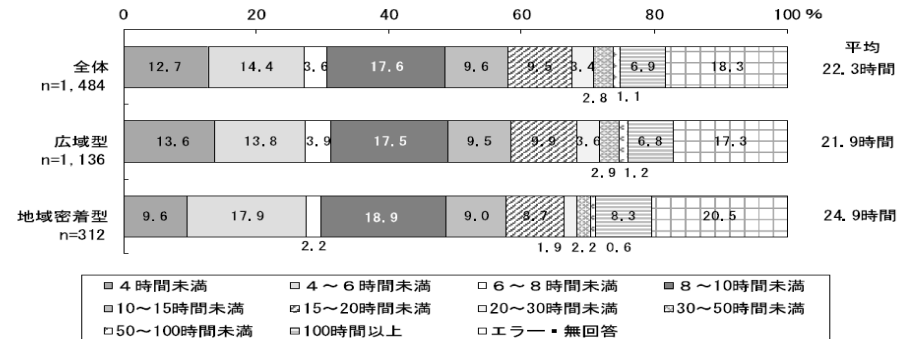
特養における医療ニーズへの対応実態 ②配置医師の勤務実態

- 施設当たりの特養の配置医師の人数は、**1名が63.5%**、2名が19.4%となっており、配置医師の**大部分が非常勤**。
- 配置医師の勤務時間は、**契約上責任を持つ時間の平均は22.3時間/月**、実際の**施設での勤務時間の平均は12.3時間/月**。実際の勤務時間は6時間未満の割合が約4割。
- 平成30年度改定で新設された、配置医師が早朝、夜間、深夜に入所者の急変等に対応した場合に算定する**配置医師緊急時対応加算の算定事業所割合は7.7%**となっており、算定しない理由として、配置医師が必ずしもかけつけ対応ができないため（44.4%）、緊急時はすべて救急搬送で対応するため（25.4%）、といった事項が挙げられている。

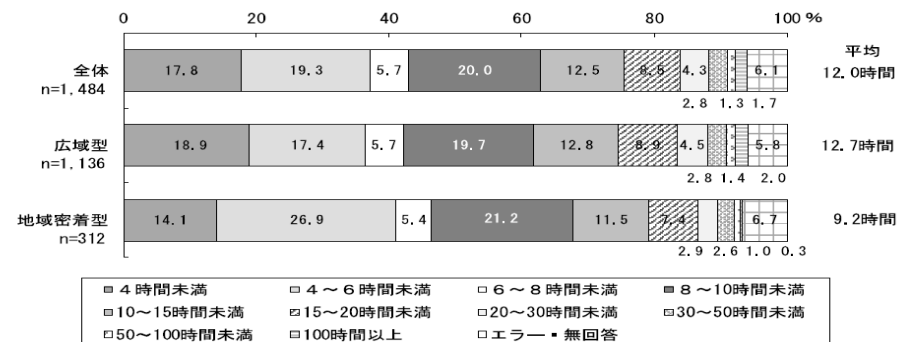
図表 配置医師の勤務形態(人数積み上げ)



図表 配置医師の勤務時間(契約上責任を持つ時間/月)
(2020年7月の実績、配置医師個人単位での集計)



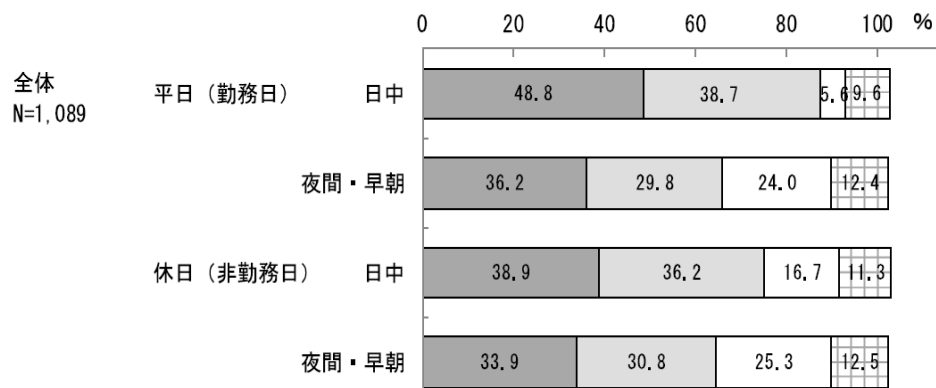
図表 配置医師の勤務時間(実際に施設で勤務する時間/月)
(2020年7月の実績、配置医師個人単位での集計)



特養における医療ニーズへの対応実態 ②配置医師の勤務実態

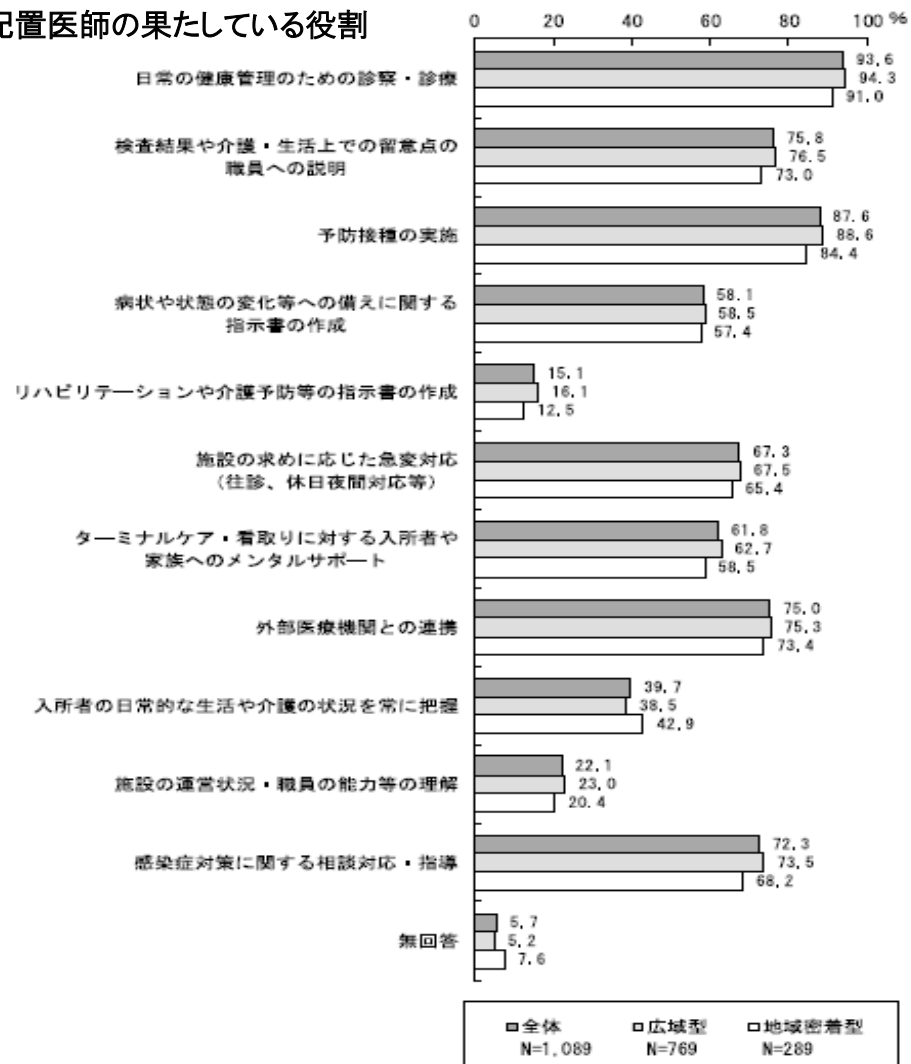
- 施設内に勤務していない時間帯における緊急時対応について、**駆けつけ対応可能な割合は、勤務日の日中約5割、それ以外は約3～4割**。また、勤務日の早朝・夜間及び勤務日以外では、**原則対応しない割合は2～3割**。
- 配置医師の果たしている役割は、「日常の健康管理のための診療・診察」が93.6%、「予防接種の実施」87.6%、「検査結果や介護・生活上での留意点の職員への説明」が65.8%、などとなっている。

図表 緊急時における配置医師の対応
(施設の方針・原則、配置医師が施設内で勤務している時を除く)



□電話対応に加えて駆けつけ対応も行う □電話対応のみ □原則対応しない □無回答

配置医師の果たしている役割

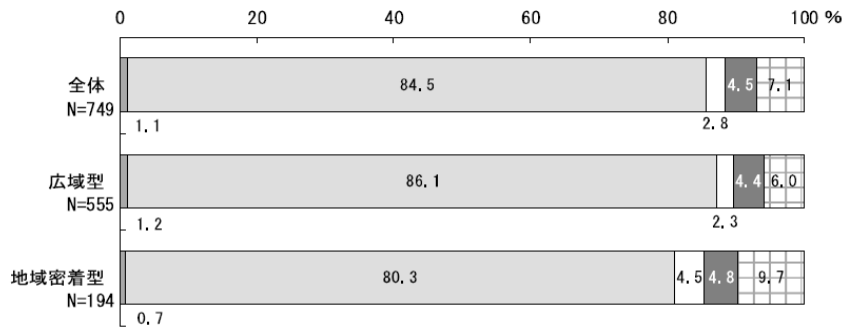


□全体 N=1,089 □広域型 N=769 □地域密着型 N=289

特養における医療ニーズへの対応実態 ③看護職員配置の実態

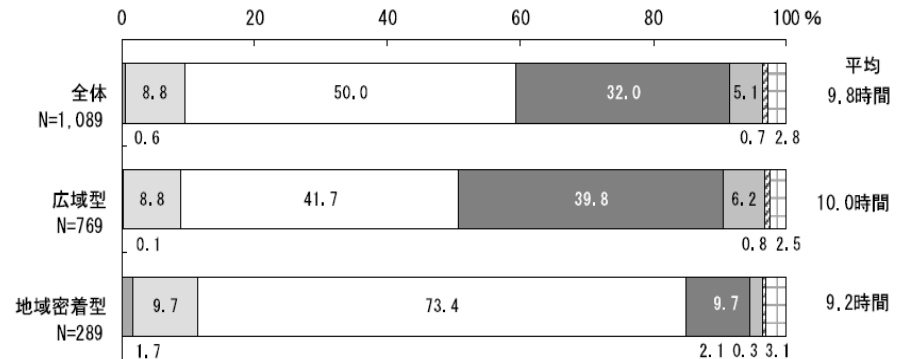
- 看護職員の数の平均は、**広域型で5.8人、地域密着型で2.8人。50人規模に換算すると平均3.4人。**また、常勤の看護職員の数の平均は、広域型で2.6人、地域密着型で1.4人。
- 看護職員が必ず勤務している時間帯としては、勤務開始時間では**8時台が約6割**、勤務終了時間では**17時台が約5割、18時台が約4割**となっており、**時間数では9～10時間が約5割**、10～12時間が約3割。
- 夜間は、**約8割の事業所で、施設の看護職員のオンコール体制**となっている。

図表 夜間の看護体制



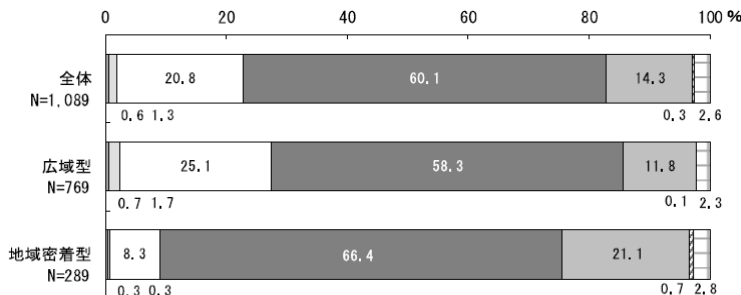
- 常に夜勤または宿直の看護職員（併設事業所と兼務の場合を含む）が対応
- 通常、施設の看護職員（併設事業所と兼務の場合を含む）がオンコールで対応
- 訪問看護ステーション、医療機関と連携してオンコール体制をとっている
- 夜勤・宿直の看護職員はおらず、オンコール対応もしていない
- 無回答

図表 看護職員が必ず勤務している時間帯—勤務時間数



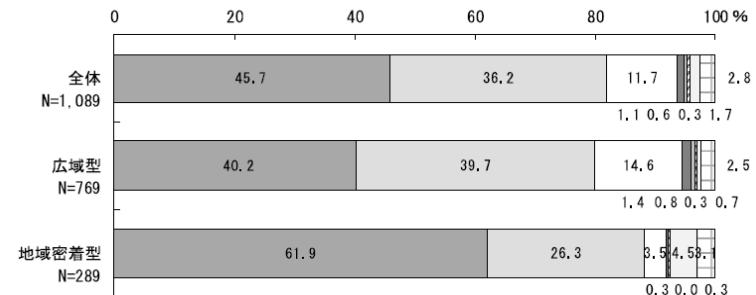
- 8時間未満
- 8～9時間未満
- 9～10時間未満
- 10～12時間未満
- 12～24時間未満
- 24時間
- エラー・無回答

図表 看護職員が必ず勤務している時間帯—勤務開始時刻



- 0～5時台
- 6時台
- 7時台
- 8時台
- 9時台
- 10時台
- エラー・無回答

図表 看護職員が必ず勤務している時間帯—勤務終了時刻

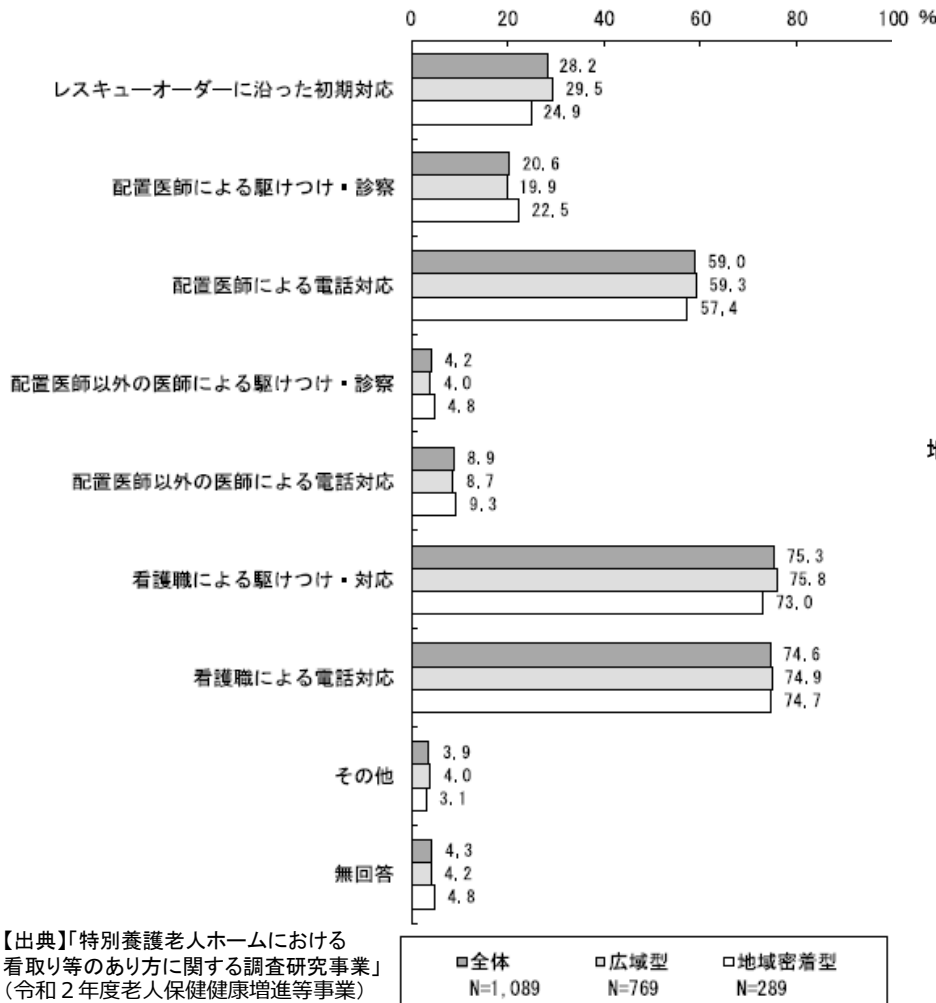


- 17時台
- 18時台
- 19時台
- 20時台
- 21～24時
- 0～11時台
- 12～16時台
- エラー・無回答

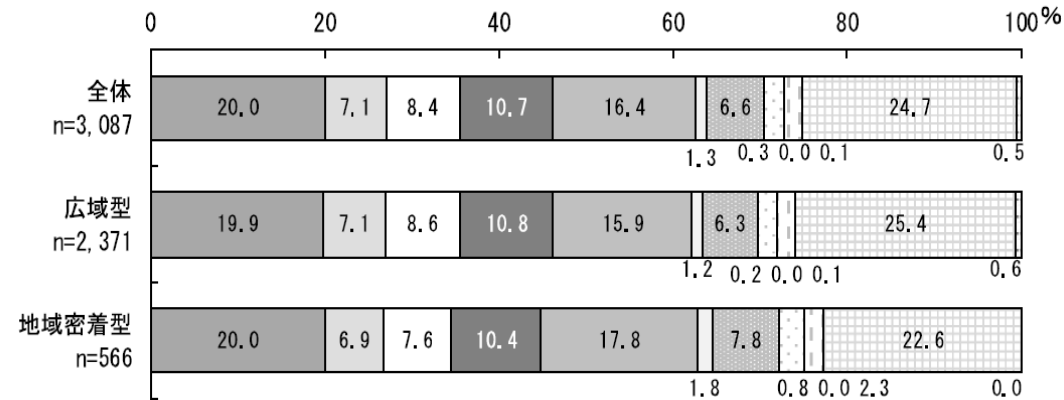
特養における医療ニーズへの対応実態 ④緊急時や看取りの対応

- 救急搬送の回避に向けて必ず必ず行う処置は、「看護職による駆けつけ・対応」が75.3%、「看護職による電話対応」が74.6%、「配置医師による電話対応」が59.0%などとなっている。
- 搬送の原因となった症状・出来事は、誤嚥性肺炎が20%、原疾患の増悪（その他）16.4%、原疾患の増悪（脳血管疾患）10.7%などとなっている。

搬送の回避に向けて必ず行う処置(複数回答)



図表 搬送の原因となった症状・出来事



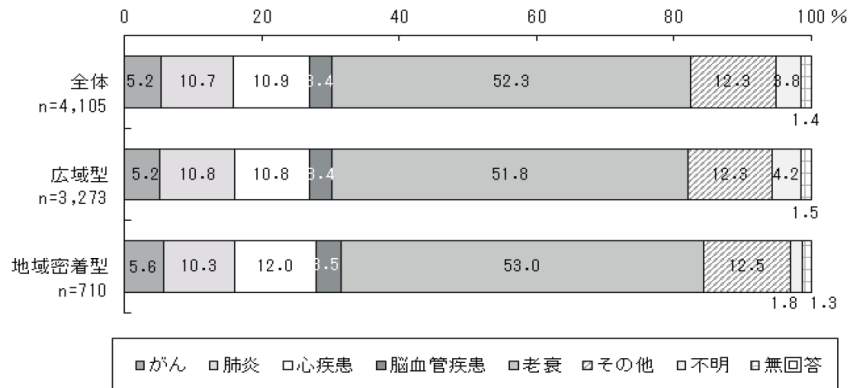
- 誤嚥性肺炎
- その他感染症 (ノロウイルス、インフルエンザ等)
- 原疾患の増悪 (心疾患)
- 原疾患の増悪 (脳血管疾患)
- 原疾患の増悪 (その他)
- 脱水
- 骨折等のケガ
- 不慮の事故 (誤飲・窒息)
- 不慮の事故 (溺水)
- 不慮の事故 (その他)
- その他
- 無回答

【出典】「特別養護老人ホームにおける看取り等のあり方に関する調査研究事業」(令和2年度老人保健健康増進等事業)

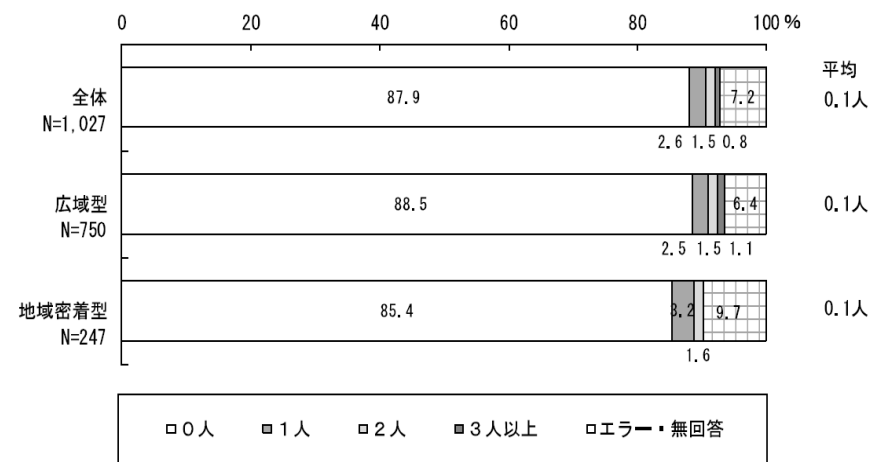
特養における医療ニーズへの対応実態 ④緊急時や看取りの対応

- 特養入所者の死因をみると、老衰が52.3%となっている。
- 看取りの受入方針としては、「施設で亡くなりたいたいという希望があれば受け入れる」が83.9%となっている。
- 看取りの状況については、逝去した人のうち、看取り予定であったが看取ることができなかった人数は、約9割の事業所が0人となっている。（一定期間）
- 実態として看取りを受け入れないことがある理由としては、「理由はない（すべて受け入れる）」37.9%、「家族の意見が一致していない」20.3%、「家族の同意が得られていない」17.5%、「夜間に看護職員がいない」10.6%、「施設での看取りを支援してもらえる医師・医療機関がない」9.3%

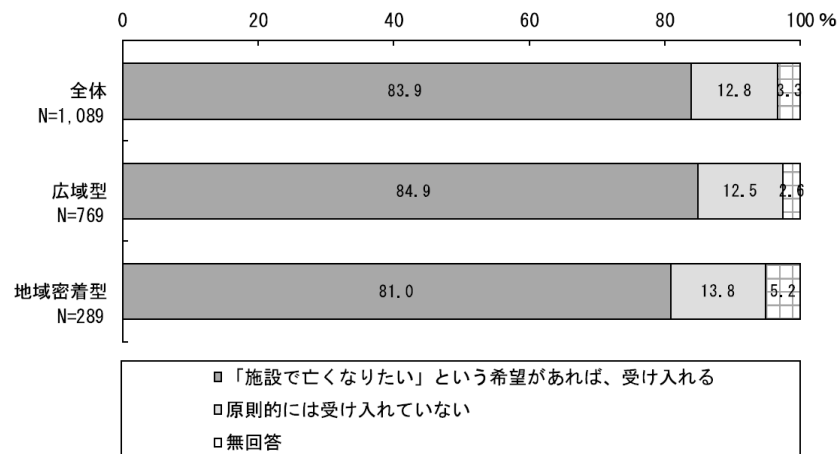
図表 死因(疾患)



図表 逝去した人のうち、看取り予定であったが、看取ることができなかった人数 (1)③-(1)①



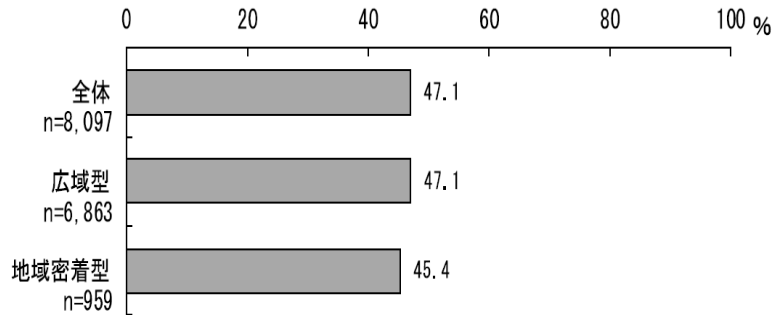
図表 看取りの受け入れ方針



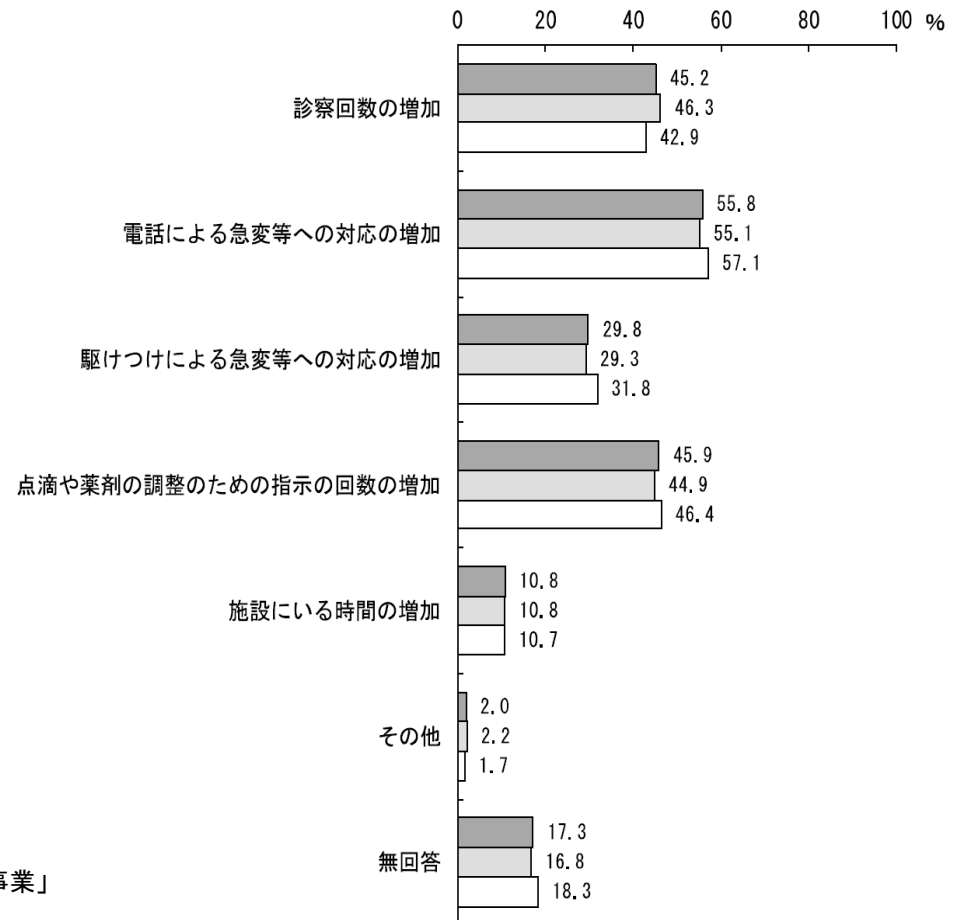
特養における医療ニーズへの対応実態 ④緊急時や看取りの対応

- 看取り率（居室・静養室での看取り数／（死亡による契約終了＋病院・介護医療院・療養型への退所者数）の平均は、47.1%
- 看取りと判断されて以降、配置医師の対応が特に増える業務としては、「急変等による電話での対応」55.8%、「点滴や薬剤の調整のための指示回数」45.9%、「診察の回数」45.2%、「駆けつけによる急変等への対応」29.8%、「施設にいる時間」10.8%

図表 看取り率



図表 看取りと判断されて以降、配置医師の対応が特に増える事柄(複数回答)



【出典】「特別養護老人ホームにおける看取り等のあり方に関する調査研究事業」
(令和2年度老人保健健康増進等事業)

III 今後の課題

(テクノロジーの活用)

テクノロジーを活用した場合の人員基準の緩和等について、利用者の安全確保やケアの質、職員の負担、人材の有効活用の観点から、実際にケアの質や職員の負担にどのような影響があったのか等、施行後の状況を把握・検証するとともに、実証データの収集に努めながら、必要な対応や、介護サービスの質や職員の負担に配慮しつつ、更なる介護現場の生産性向上の方策について、検討していくべきである。