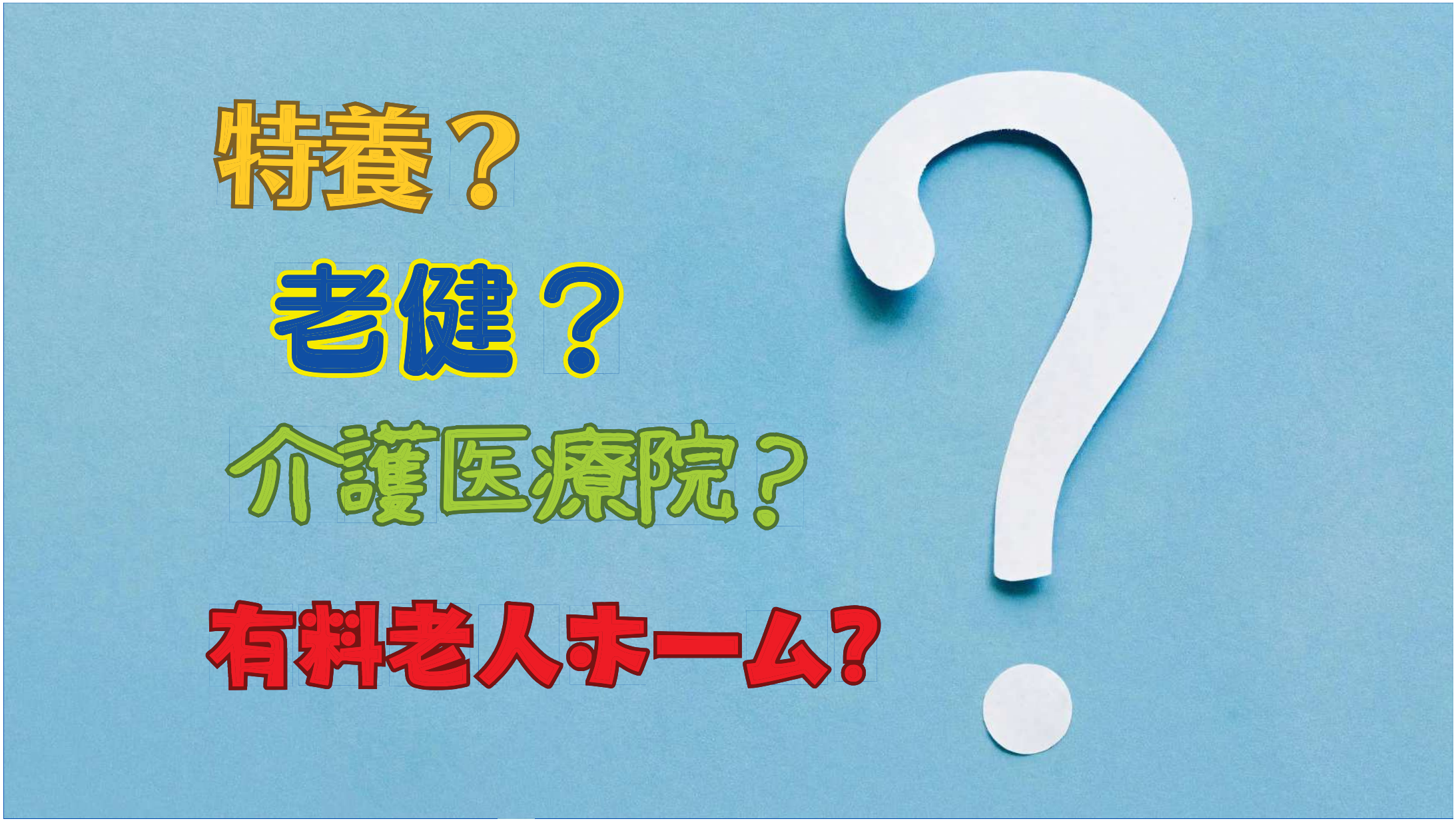
特養での看取り
これから

2025年2月20日

令和6年度在宅医療介護連携支援事業

玄米クリニック
森田悦雄


特養？
老健？
介護医療院？
有料老人ホーム？

『3つの介護保険施設』

地域の大切な公的ベッド

要介護≧III　生活支援

特養（介護老人福祉施設）
5060床（79施設）

終身入居

要介護≧I　在宅復帰

老健（介護老人保健施設）
3915床（43施設）

リハビリ
3～6か月

要介護≧I　医療ケア

介護医療院
294床（5施設）

医療ケア

沖縄県　令和4年4月データ

費用が安い

終の住処
OK

特養（介護老人福祉施設）

↓

人気で順番待ち

人員配置からみる役割

	介護医療院 I	介護医療院 II	老健	特養
医師	3名	1名	1名	必要数 非常勤可
看護職員	17名	10名	10名	3名
介護職員	17名	24名	24名	31名
リハビリ	適当数	適当数	1名以上	ー

夜間の看護体制

常に夜勤当直の看護職員が対応	2.0%
施設の看護職員がオンコール	87.6%
訪問看護と連携してオンコール	3.0%
夜勤当直の看護職おらずオンコール対応もしていない	4.4%

R5.3月　特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業報告書より

特養の認識

看護職員の配置が少ない　夜間は看護職員不在

看護対応力が弱い

医師は非常勤で診療頻度少ない　即応困難

医師対応力が弱い

介護保険施設の中で一番介護力がある

介護対応力が強い

にもかかわらず

特養（介護老人福祉施設）

重度要介護者が多い

高リスク者が多い

感染症に弱い

医療ニーズが年々高まっている

保険が違う！！！！

出来高払い

包括払い（まるめ）

医者もいて、看護師もいるから
病院と同じようなことがしてもらえる
と勘違いが生まれるのです

ご家族

特養

病院

互いをよく知るために効果的な
多職種参加の患者さんカンファレンス

医師、看護師、介護士、リハ、相談員、ケアマネ、薬剤師が参加。気になる患者さんの栄養や治療のこと、介護のこと、これからのことを話しあう。

特養の看取りの流れ

全国老施協　看取り介護指針

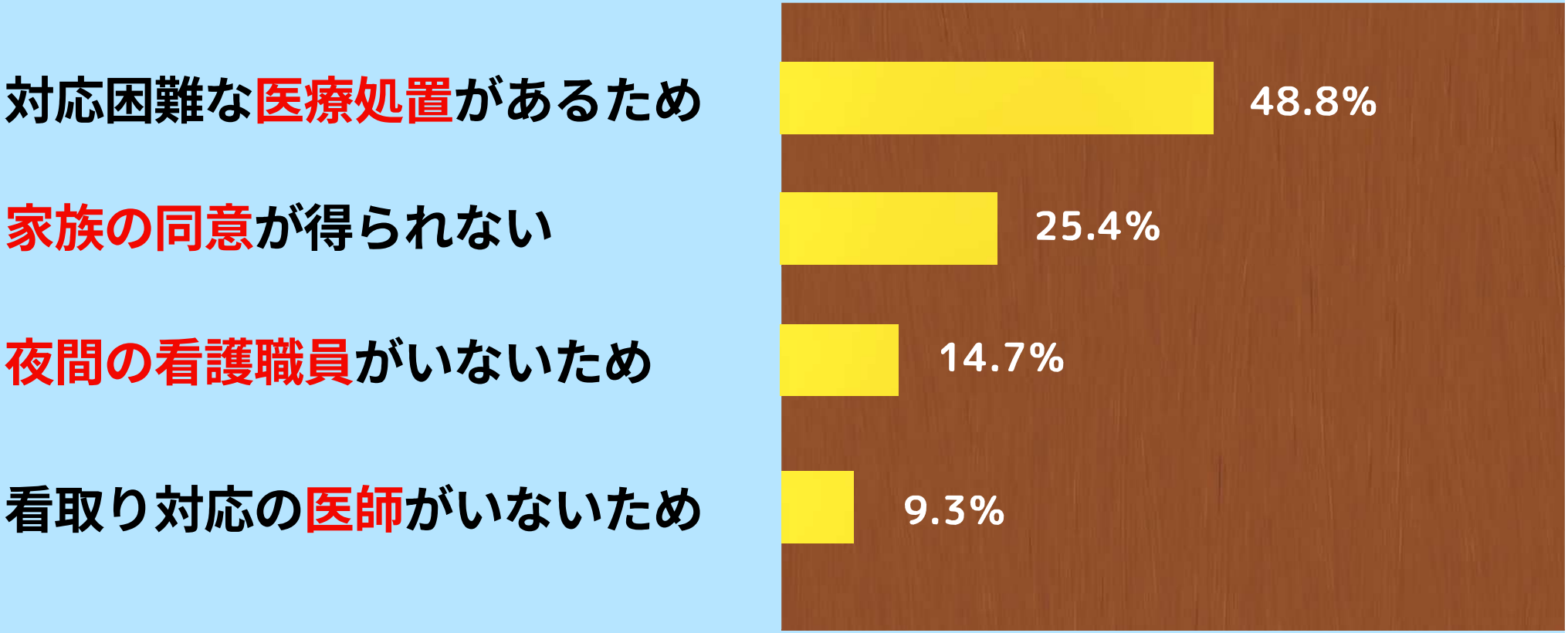
入所時	安定期	低下期	看取り期	看取り後
相談員 情報収集 ↓ 報告記録	介護職 情報収集 ↓ 報告記録	介護職 ↓ 看護職 ↓ 配置医	介護職 ↓ 看護職 ↓ 配置医	全員で ケア振 り返り

日中はOK
夜間早朝は介護士のみ
ご家族
配置医
葬儀屋
看護師
相談員
看護師
介護士
介護士
介護士
介護士
介護士
介護士
介護士
ご家族
配置医
葬儀屋
オンコール
看護師

特養での看取りの主役は
介護士さん

介護士さんが安心して
看取りに臨めるために
どう支えていくか？

看取りを受け入れられない理由



R5.3月　特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業報告書より

夜間の医療体制（痰吸引ができる人）

常にいる	31.9%
いない場合もある	36.3%
常にいない	26.4%

R5.3月　特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業報告書より

痰吸引の医療処置ができる介護職員

０人	19.0%
0～4人	21.9%
5～9人	17.1%
10～14人	11.8%
15～19人	10.1%
20人～	9.7%

R5.3月　特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業報告書より

看取り介護加算

医師や看護師、介護施設が連携して、施設で最期を迎えられるよう、身体的および精神的な苦痛を緩和するための介護を提供した場合に、介護施設に支払われる介護報酬です。2006年から開始。

算定要件（ハードル）

- 常勤の看護師1名以上
- 看護職員との24時間連絡体制確保
- 看取りに関する指針の策定
- 看取りに関する職員研修
- 看取りのための個室の確保

看取り介護加算を算定していない理由

配置医の協力が得られない	**24.8%**
看取り指針の見直しできていない	14.1%
24時間連絡体制確保できない	13.9%
看取り研修が実施できていない	12.8%

R5.3月　特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業報告書より

特養の認識

看護職員の配置が少ない　夜間は看護職員不在

看護対応力が弱い

医師は非常勤で診療頻度少ない　即応困難

医師対応力が弱い

弱み→工夫で

介護保険施設の中で一番介護力がある

介護対応力が強い

強み→活かしていきたい

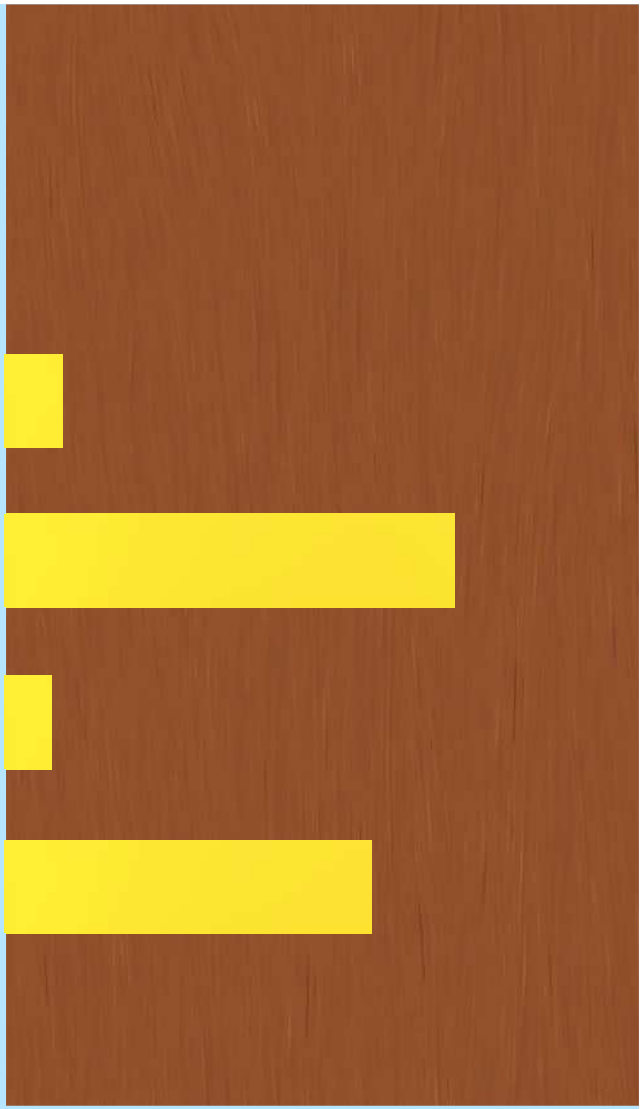
配置医師数

1人	66.5%
2人	19.8%
3人	7.1%
4人	1.4%
5人	1.3%

R5.3月　特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業報告書より

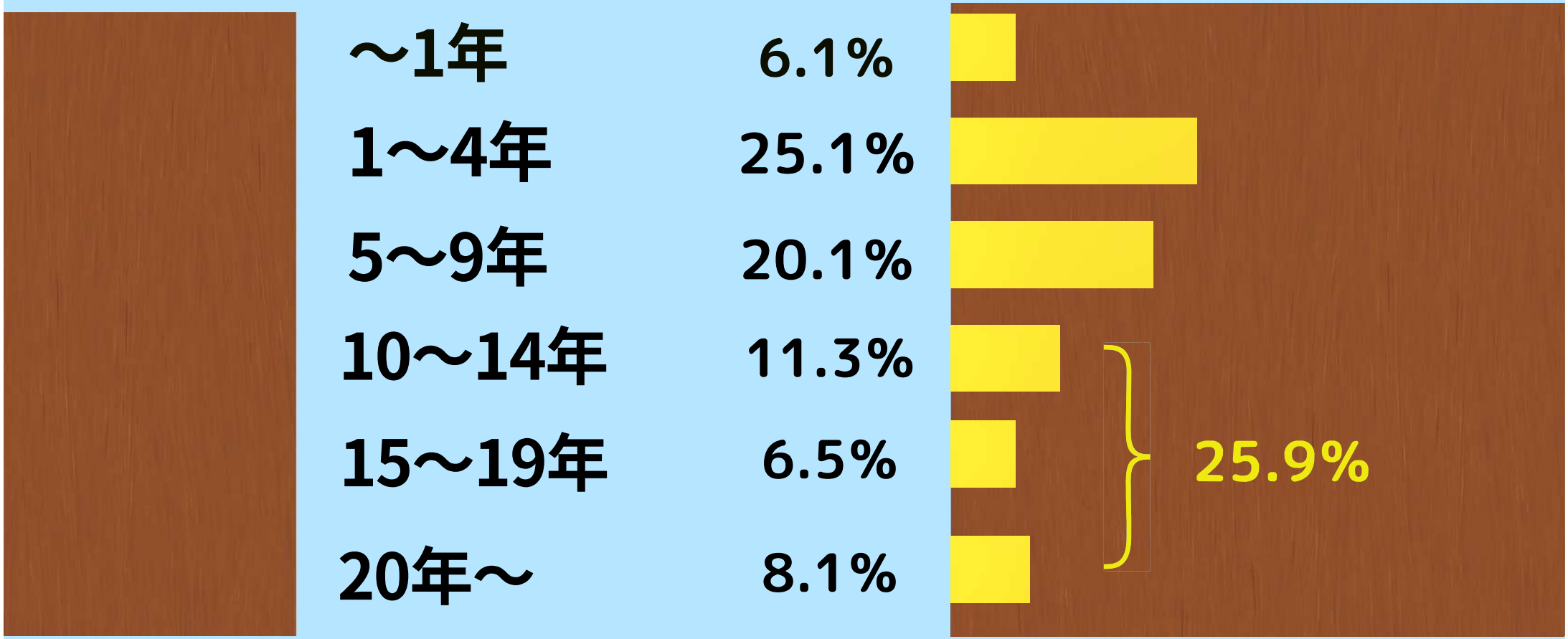
配置医の所属医療機関

在宅療養支援診療所	7.9%
そのほかの診療所	36.7%
地域医療支援病院	5.7%
そのほかの病院	30.6%



R5.3月　特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業報告書より

特養における配置医の勤続年数

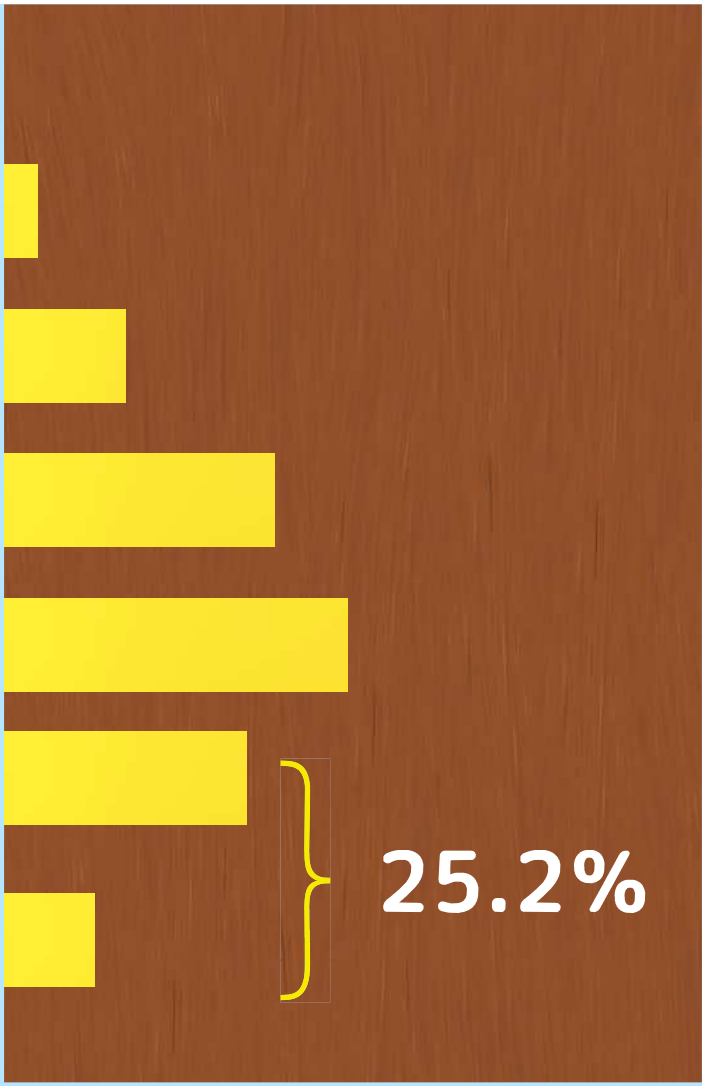


R5.3月　特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業報告書より

配置医の年齢

平均年齢
62.6歳

～39歳	2.5%
40～49歳	8.9%
50～59歳	19.7%
60～69歳	25.6%
70～79歳	18.9%
80歳～	6.3%



R5.3月　特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業報告書より

施設→配置医へ期待する役割

		医師から 果たしている	医師が 負担にに感じている
急性疾患の診察（時間外）	65.9%	77.3%	❷
急変対応（時間外）	64.3%	72.2%	❶
包括的指示	72.2%	84.1%	
検査結果の職員への説明	73.0%	86.9%	
本人・家族への説明	74.7%	83.7%	
病院受診や入退院調整	64.4%	73.7%	❸

R5.3月　特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業報告書より

配置医業務の負担感

非常に負担	8.0%	53.8%
やや負担	45.8%	
あまり負担ではない	33.5%	
全く負担ではない	5.5%	
無回答	7.2%	

R5.3月　特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業報告書より

配置医としてのやりがい

非常に感じる	18.9%	76.7%
やや感じる	57.8%	
あまり感じない	13.3%	
全く感じない	1.7%	
無回答	8.3%	

R5.3月　特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業報告書より

配置医業務での困りごと

交代要員がいない・バックアップ体制がない	33.0%
電話連絡だけでは状態把握に限界がある	29.4%
必要な検査や処方ができず入院となってしまう	25.6%
夜間・早朝・休日などに頻繁にオンコール	23.7%
手間がかかる割に収入につながらない	22.0%
特に困っていることはない	19.3%

R5.3月　特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業報告書より

情報共有化の促進

配置医師 ⇄ 特養 ⇄ 協力病院

組織内

情報のDX化

現在実際行っている情報共有

診療頻度が少ないので情報共有を積極的に図っている

SNSを用いた24時間対応の通信連携

Googleドライブで状態報告や受診報告、栄養状態、血液データを共有している

配置医師、看護、介護、リハ、栄養士、相談員、薬剤師参加での対面あるいはZOOMでカンファレンスを毎回開催

配置医になって良かったこと

多職種
カンファレンス

介護や福祉の
世界を知る

老いていく
過程に沿う

組織による
チャレンジ
と可能性

専門外の知識
アップデート

様々な生き様
や人生の最期
に関わる

配置医になって悩ましいこと

どこまでやるの？
やればやるほど
ボランティア

世間はもちろん
医療界でも
理解されていない

責任をもって
診るには
時間が少ない

一人一人には
十分向き合う
ことができない

理解されてい
ないがため
の葛藤

即応できない
ジレンマ

垣根を超えた

配置医のネットワーク構築

配置医師ネットワークができたら

①まずは配置医が困っていることを共有する	情報共有
②それらの課題を解決する知恵を出し合う	情報共有
③配置医と特養との相互理解を深める	団体で
④ご家族や病院に特養の理解を進める	団体で
⑤協力医療機関との連携体制を見直していく	団体で
⑥代診連携・看取り連携	負担軽減・孤独化解消
⑦配置医の魅力発信	後継者対策

配置医不足深刻

2021年時点
配置医不在の特養は
全国に1700施設（13%）

やりがいも魅力もある仕事へ