

平成 26 年度 老人保健健康増進等事業
(老人保健事業推進費等補助金)

認知症対応型共同生活介護で暮らす
要医療者の看取り支援に関する調査研究事業

報告書

平成 27 (2015) 年 3 月

公益財団法人 日本訪問看護財団

はじめに

高齢社会となった現在、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が望まれています。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要と考えられております。

認知症対応型共同生活介護、いわゆるグループホームは、認知症高齢者が安心して暮らせる場所として介護保険制度導入後急激に増え、平成 26 年 4 月では 12,288 ケ所となっています。また、同時に利用者の介護度は当初は平均 2.2 であったのが、現在では 3 近くまで上がっており重症化が進んでいます。グループホームでの療養支援は、認知症にまつわるケアに限らず、重い症状に対する医療処置やさらには看取りの支援も求められるようになってきています。従って、認知症を有する高齢者であっても、地域で安心して暮らせる環境を提供するグループホームの役割に加えて、多様な症状に対応する医療提供も考慮したグループホームのケア提供を考えなければならなくなりました。

このような認知症高齢者を取り巻く状況の変化に対応すべく、グループホームで暮らす要医療者の療養状況と、高齢者と家族の療養に関する意向尊重の実際、及び、医療介護の連携支援の実際を明らかにし、グループホームにおける重症化対応と看取り支援の課題を明らかにすることを目的に本事業に取り組むことと致しました。

本報告書はこの取り組みをまとめたものであり、調査研究と課題を共有検討する研修の内容を含みます。グループホームでの医療提供や看取り支援への看護職の関わり方、そして、利用者家族の望む療養生活の継続に向けた連携・協働の体制づくりに、本報告書を役立てて頂けることを心より願っています。

平成 27 年 3 月

「認知症対応型共同生活介護で暮らす要医療者の
看取り支援に関する調査研究事業」検討委員会
委員長 本田 彰子
(東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科)

目 次

第1章 事業の概要

第1節 目的	7
第2節 実施概要	
1. 検討委員会の設置	7
2. 認知症対応型共同生活介護で暮らす要医療者の看取り支援に関する実態調査	8
3. シンポジウム	10

第2章 アンケート調査

第1節 調査内容	
1. 調査の目的	13
2. 調査の内容・方法	13

第2節 調査の結果

1. 回収状況等	14
2. 回答者について	15
3. 事業所の概要について	17
4. 職員について	25
5. 医療的ケアと連携について	27
6. 看取りの実際	33
7. 看取りに関する意向確認の現状	35
8. 看取りに向けた意思決定支援	39
9. 看取りに向けた意思決定支援における困難	45
10. 看取りケアの必要性の判断	49
11. 看取りの時期に提供したケア	52
12. 医療職との連携	54
13. グループホームでの看取りに関する周囲の人々の関心	57
14. グループホームでの看取りについて問題だということ	59
15. 今までにグループホームで経験した良かったと思う看取り	63
16. 看取りを振り返って改善したいと思うこと	67

第3節 考察

1. 調査対象の特徴	70
2. グループホームにおける要医療者の看取りケア	70

3. 医師との連携の重視	72
4. 今後の看取りケアに向けたグループホームのあり方	73

第3章 インタビュー調査

第1節 調査内容

1. 調査の目的	77
2. 調査の方法・内容	77
3. 倫理的配慮	77

第2節 調査結果

1. 調査対象者の概要	78
2. 分析結果	78

第3節 考察

1. グループホームにおける看取りの課題	83
----------------------	----

第4章 シンポジウムの開催

1. プログラム	87
2. シンポジスト発表資料	88
3. アンケート集計結果	112

第5章 結論

<参考資料>

・ 調査票	125
-------	-----

第1章 事業の概要

1. 目的

介護保険制度施行後、認知症高齢者の施設利用が増加するとともに、認知症対応型共同生活介護（以下グループホーム：GHとする）も増加傾向にある。本来、GHは認知症者の生活支援の場としての施設であった。しかし、年月の経過とともに入居者の重度化・高齢化が進み、医療ニーズも増加している現状がある。これを受け、2006年の介護報酬改定では、医療連携加算が制度化された。これは、環境の変化に影響を受けやすい認知症高齢者が、可能な限り継続してGHでの生活を継続できるよう、介護と医療が協働して、日常的な健康管理や医療ニーズへの対応ができるよう体制を整備することを狙いとしている。

GHは認知症者の生活の場であり、そこで働くスタッフは介護職員が中心である。しかし医療ニーズが必要となる場合、医療職者との連携や家族への支援等も必要になることから、介護職員の負担が増えることが予測される。近年、GHで看取るケースが増加し、入居年数が長いほどGHでの看取りを希望する割合が高くなっている報告もあることから、GHにおける看取りのあり方を検討することは喫緊の課題であるといえる。

そこで、本事業では、GHで暮らす要医療者の療養状況と、認知症高齢者と家族の療養に関する意向尊重の実際、及び、医療介護の連携支援の実際を調査することにより、GHにおける重症化対応と看取り支援の課題を明確化することを目的として行った。この結果をもとに、住み慣れた場所で最期まで暮らすための方策を見出し提示することは、GH職員および医療職等が連携・協働し、認知症高齢者が「住み慣れたGHで最期まで暮らす」ためのよりよい支援の一助となると考える。

2. 実施概要

1) 検討委員会の設置

学識経験者、実践者等による検討委員会を設置し、研究計画の作成、調査の内容・方法について検討を行った。

(1) 委員構成

【検討委員会】

委員長	本田 彰子	東京医科歯科大学大学院	教授
委員	小澤 ミサヲ	有限会社ライフサポートいずみ	代表取締役
	西村 美智代	社会福祉法人サン	理事長
	安岡 厚子	NPO法人 サポートハウス年輪	理事長
	山崎 智子	東京医科歯科大学大学院	准教授
	佐藤 美穂子	日本訪問看護財団	常務理事
	上野 まり	日本訪問看護財団	事業部長

【業務の一部委託先】

星芝 由美子 三菱UFJリサーチ&コンサルティング

【事務局】 山辺 智子 日本訪問看護財団 研究員

湯本 晶代 日本訪問看護財団 研究員補佐

(2) 委員会の開催

<第1回検討委員会>

日時：平成26年9月18日（木）13時～15時

場所：フクラシア東京ステーション 6階F会議室

出席者：検討委員7名、事務局 日本訪問看護財団2名

議事：研究計画の検討、調査内容の説明と検討

<第2回検討委員会>

日時：平成27年1月28日（金）16時～18時

場所：フクラシア東京ステーション 5階I会議室

出席者：検討委員6名、事務局 日本訪問看護財団2名

議事：調査結果の中間報告

<第3回検討委員会>

日時：平成27年3月5日（木）18時00分～20時00分

場所：フクラシア東京ステーション 6階F会議室

出席者：検討委員7名、事務局 日本訪問看護財団2名

議事：調査結果の報告、報告書案の検討、シンポジウム開催打ち合わせ

2) 認知症対応型共同生活介護で暮らす要医療者の看取り支援に関する実態調査

(1) アンケート調査

①調査対象

平成26年7月末日時点で厚生労働省ホームページの介護サービス情報公表システムに登録されている、関東甲信越地方の認知症対応型共同生活介護事業所、全3,079件を調査対象とした。

②実施方法

自記式、郵送法

③調査実施期間

平成 26 年 10 月 15 日から平成 26 年 10 月 31 日まで。督促状を郵送し、最終締め切りを 11 月 18 日まで延長した。

④主な調査内容

- ・ 事業所の概要
- ・ GH 入居中の要医療者の療養の実態、重症化時の対応
- ・ GH 入居者の看取りの実際、看取りに関する意向確認や看取りに向けた意思決定支援の現状について
- ・ 医療職者との連携の実際 等

(2) インタビュー調査

この調査は、GH における重度化対応と看取り支援の課題を明確化することを目的に実施した。

① 調査対象

上記アンケート調査への同封書類によりインタビュー調査への参加協力の意思を表明した者 10 名。

② 実施方法

半構造的面接調査

③ 調査実施期間

平成 26 年 12 月から平成 27 年 1 月

④ 主な調査内容

要医療となった GH 入居者への対応方法、看取りに向けた意向確認の実践例、意向確認内容に合わせた連携体制整備、GH での看取りの充実にに向けた教育研修や人材育成の方法など。

(3) 倫理的配慮

調査の実施にあたり、日本訪問看護財団研究倫理委員会の審査を受け承認を得た。研究の目的、プライバシーは厳守されること、調査への協力は任意であること、調査に協力しないことで一切不利益を被ることはないこと等を書面で説明し、調査票への記入及び返送をもって調査への同意を得られたものとした。

3) シンポジウム

調査の結果を踏まえ、重症者への対応や看取り支援に必要と考えられる意思決定支援の具体的方法や連携体制の取り方について検討することを目的としたシンポジウムを開催した。

(1) テーマ

認知症高齢者が認知症対応型共同生活介護で最期まで暮らすために
～ご本人・家族・専門職・ご近所の力～

(2) シンポジウム開催場所および日時

東京医科歯科大学 MD タワー11 階
平成 27 年 3 月 14 日 (土) 13 時～16 時

(3) 参加者

関東甲信越地方の GH を対象としたアンケート調査の際に、シンポジウム開催案内送付を希望した方へハガキを郵送し、参加者を募った。

シンポジウム当日は、48 名が参加した。

第2章 アンケート調査

第1節 調査内容

1. 調査の目的

本調査は、GHで暮らす要医療者の療養状況と、認知症高齢者と家族の療養に関する意向尊重の実際、及び、医療介護の連携支援の実際を調査することにより、GHにおける重症化対応と看取り支援の課題を明確化することを目的として行った。

2. 調査の内容・方法

1) 調査対象

平成26年7月末日時点で厚生労働省ホームページの介護サービス情報公表システムに登録されている、関東甲信越地方1都9県の認知症対応型共同生活介護事業所、全3,079件を調査対象とした。

2) 調査方法

自記式、郵送法

3) 調査実施期間

平成26年10月15日から平成26年10月31日まで。督促状を郵送し、最終締め切りを11月18日まで延長した。

4) 調査項目

- ・事業所の概要
- ・GH入居中の要医療者の療養の実態、重症化時の対応
- ・GH入居者の看取りの実際、看取りに関する意向確認や看取りに向けた意思決定支援の現状について
- ・医療職者との連携の実際 等

第2節 調査の結果

1. 回収状況等

有効回収数は706件、有効回収率は22.9%であった。

図表1 回収結果

対象数	有効回収数	有効回収率
3,079件	706件	22.9%

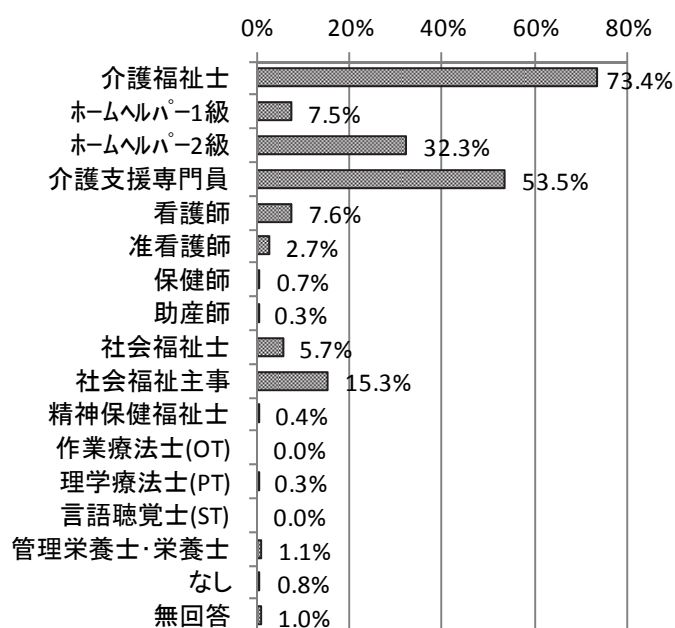
2. 回答者について

まず、本調査の回答者の資格や職種等をまとめた。

1) 保有資格

保有資格は、「介護福祉士」が73.4%で最も多く、次いで「介護支援専門員」が53.5%であった。

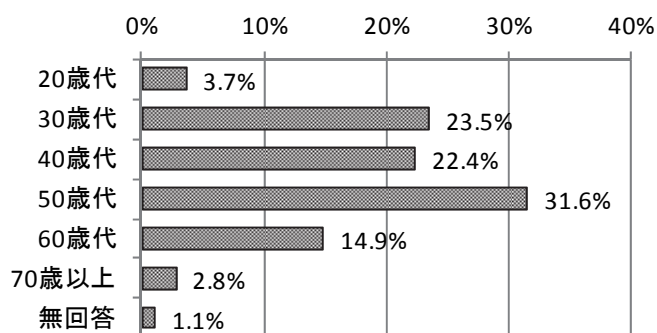
図表2 保有資格（複数回答）（n=706）



2) 年齢

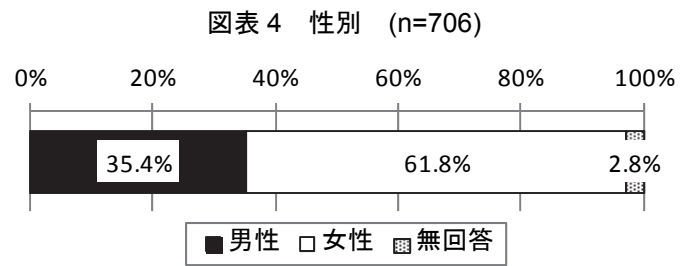
回答者の年齢は、「50歳代」が31.6%で最も多く、次いで「30歳代」が23.5%であった。

図表3 年代（n=706）



3) 性別

回答者の性別は、「男性」が 35.4%、「女性」が 61.8%であった。



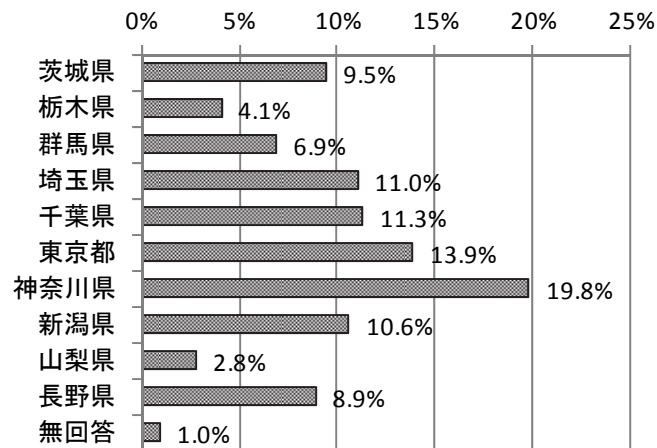
3. 事業所の概要について

次に、事業所の概要について整理した。

1) 所在地

事業所の所在地は、「神奈川県」が 19.8%、「東京都」が 13.9%であった。

図表 5 所在地 (n=706)

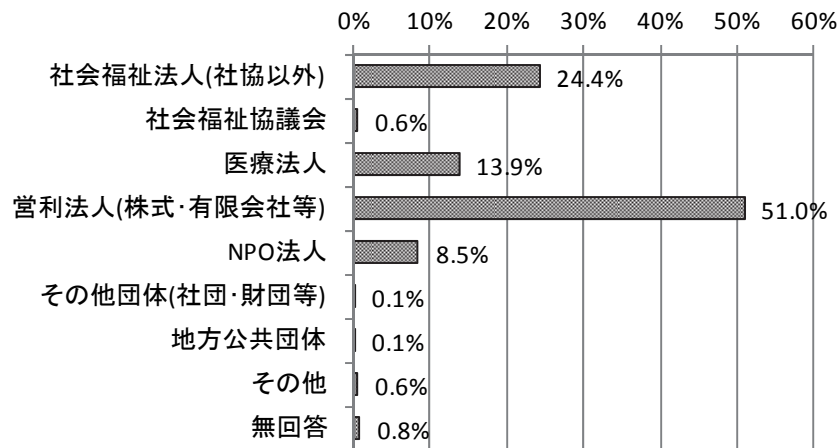


	発送数	構成比	回収数	構成比
茨城県	280	9.0%	67	9.5%
栃木県	139	4.5%	29	4.1%
群馬県	251	8.1%	49	6.9%
埼玉県	380	12.3%	78	11.0%
千葉県	382	12.3%	80	11.3%
東京都	507	16.4%	98	13.9%
神奈川県	665	21.5%	140	19.8%
新潟県	220	7.1%	75	10.6%
山梨県	56	1.8%	20	2.8%
長野県	214	6.9%	63	8.9%
不明			7	1.0%
合計	3,094	100.0%	706	100.0%

2) 設置主体

事業所の設置主体は、「営利法人（株式・有限会社等）」が 51.0%、「社会福祉法人（社協以外）」が 24.4%であった。

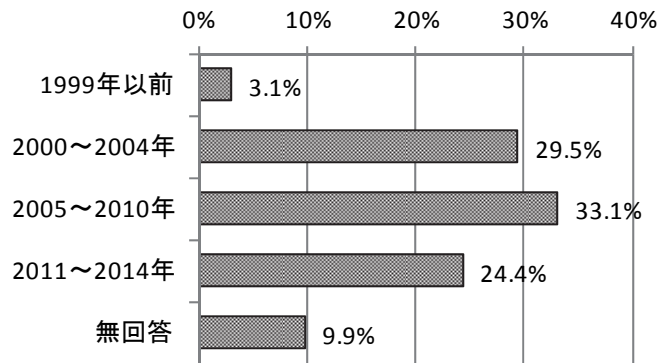
図表 6 設置主体 (n=706)



3) 開設年

開設年は、「2005年～2010年」が 33.1%、「2000年～2004年」が 29.5%であった。

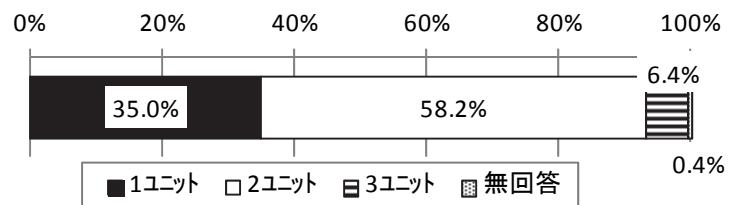
図表 7 開設年 (n=706)



4) ユニット数

ユニット数は、「1ユニット」が 35.0%、「2ユニット」が 58.2%、「3ユニット」が 6.4%であった。

図表 8 ユニット数 (n=706)



5) 定員

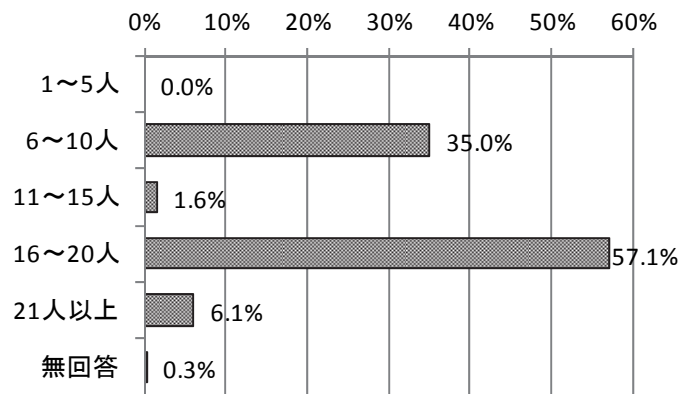
定員は、平均で 15.2 人、中央値で 18.0 人であった。

分布をみると、「6～10 人」が 35.0%、「16～20 人」が 57.1%であった。

図表 1-9 定員

	件数	平均値	標準偏差	中央値	最大値	最小値
定員 (人)	704	15.2	5.2	18.0	27	6

図表 10 定員 (n=706)



6) 入居者数

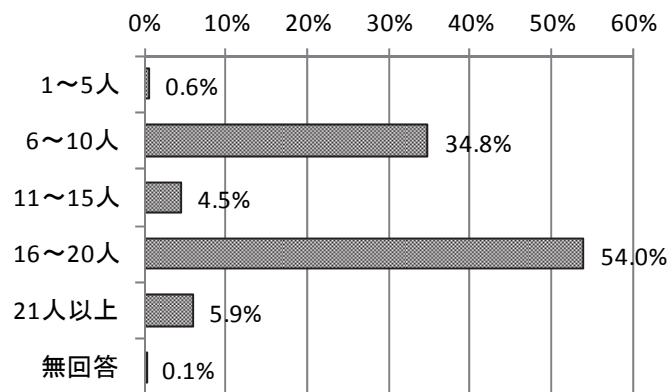
入居者数は、平均で 14.7 人、中央値で 17.0 人であった。

分布をみると、「6～10 人」が 34.8%、「16～20 人」が 54.0%であった。

図表 11 入居者数

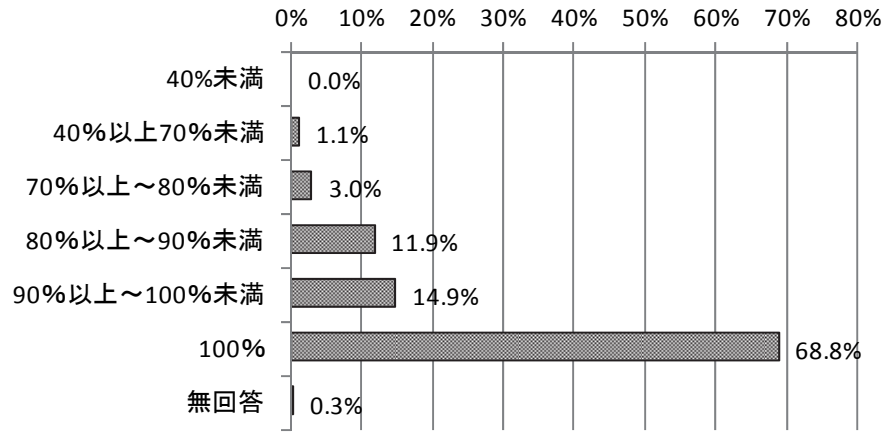
	件数	平均値	標準偏差	中央値	最大値	最小値
入居者数 (人)	705	14.7	5.1	17.0	27	4

図表 12 入居者数 (n=706)



定員に対する入居率をみたところ、「100%」が 68.8%、「90%以上 100%未満」が 14.9%であった。

図表 13 定員に対する入居率 (n=706)

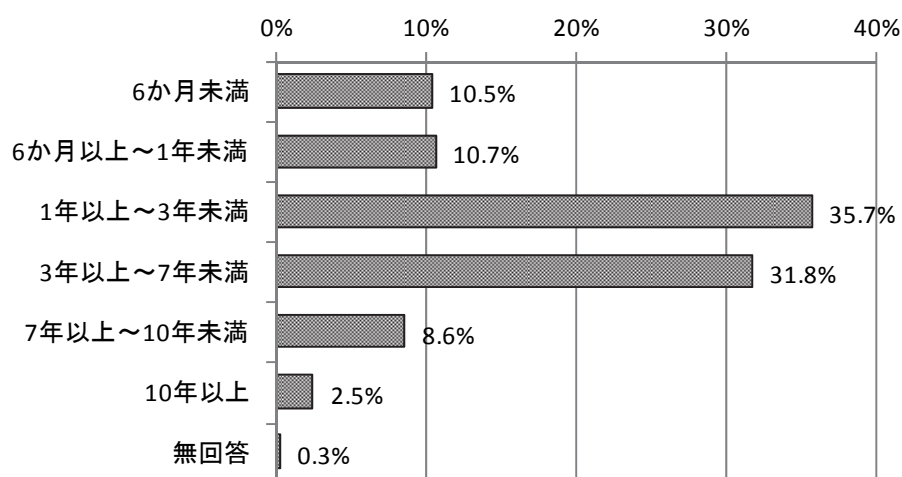


7) 入居者について

(1) 入居期間

入居期間の分布をみると、「1年以上 3年未満」が 35.7%、「3年以上 7年未満」が 31.8%であった。

図表 14 入居期間別 入居者数（回答事業所分合計）（n=9,562）



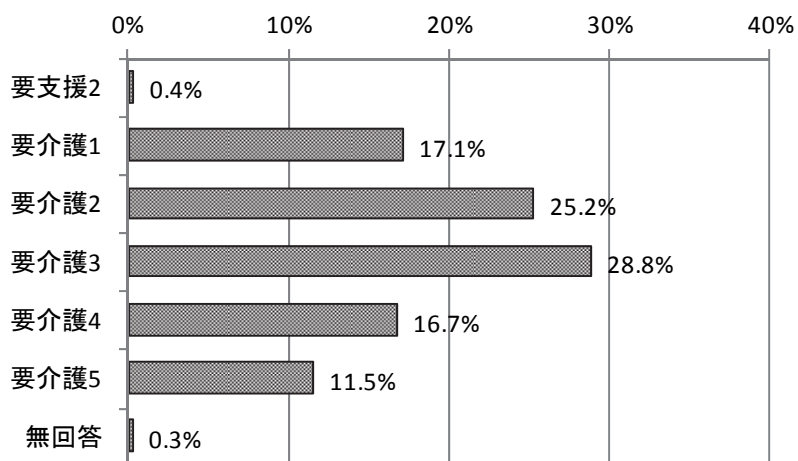
図表 15 入居期間別 入居者数 1事業所あたり平均・標準偏差・中央値（n=654）

	6か月未満	6か月以上～1年未満	1年以上～3年未満	3年以上～7年未満	7年以上～10年未満	10年以上	無回答
平均	1.5	1.6	5.2	4.6	1.3	0.4	0.0
標準偏差	1.5	2.2	4.0	3.7	1.9	0.8	0.4
中央値	1.0	1.0	4.0	4.0	0.0	0.0	0.0

(2) 要介護度

要介護度別入居者数は、「要介護3」が28.8%で最も多く、次いで「要介護2」が25.2%であった。

図表 16 要介護度別 入居者数（回答事業所分合計）（n=10,119）



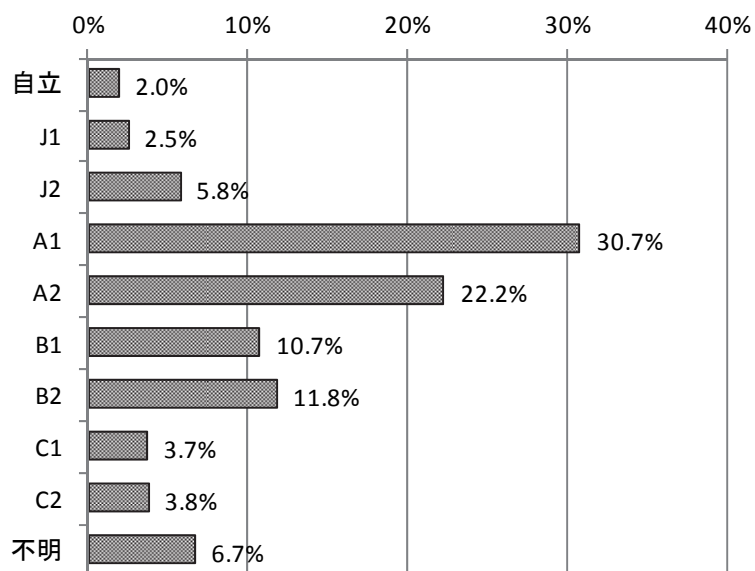
図表 17 要介護度別 入居者数 1事業所あたり平均・標準偏差・中央値（n=689）

	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	無回答
平均	0.1	2.5	3.7	4.2	2.5	1.7	0.0
標準偏差	0.2	2.1	2.5	2.5	1.8	1.7	0.3
中央値	0.0	2.0	3.0	4.0	2.0	1.0	0.0

(3) 障害高齢者の日常生活自立度

障害高齢者の日常生活自立度は、「A1」が30.7%で最も多く、次いで「A2」が22.2%であった。

図表 18 障害高齢者の日常生活自立度別 入居者数（回答事業所分合計）（n=7,299）



図表 19 障害高齢者の日常生活自立度別 入居者数

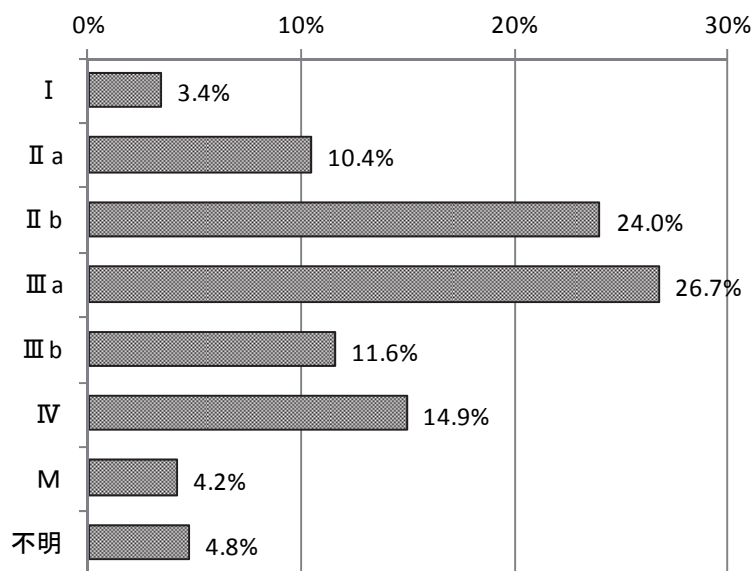
1事業所あたり平均・標準偏差・中央値（n=501）

	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	不明
平均	0.3	0.4	0.8	4.5	3.2	1.6	1.7	0.5	0.6	1.0
標準偏差	1.4	1.1	1.5	4.5	3.1	1.9	2.0	1.2	1.0	3.5
中央値	0.0	0.0	0.0	3.0	3.0	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0

(4) 認知症高齢者の日常生活自立度

認知症高齢者の日常生活自立度は、「Ⅲa」が 26.7%で最も多く、次いで「Ⅱ b」が 24.0%であった。

図表 20 認知症高齢者の日常生活自立度別 入居者数（回答事業所分合計）（n=8,372）



図表 21 認知症高齢者の日常生活自立度別 入居者数
1 事業所あたり平均・標準偏差・中央値（n=573）

	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	不明
平均	0.5	1.5	3.5	3.9	1.7	2.2	0.6	0.7
標準偏差	1.2	2.2	3.4	3.2	2.2	2.5	1.5	2.9
中央値	0.0	1.0	3.0	3.0	1.0	1.0	0.0	0.0

4. 職員について

1) 職員数

職員数について、常勤職員数の合計は、平均で 10.0 人、非常勤職員数の合計は、平均で 6.5 人であった。

図表 22 職員数

	件数	平均値	標準偏差	中央値
【常勤】				
職員の総数	692	10.0	4.9	9.0
管理者	694	1.1	0.5	1.0
計画作成担当者	634	1.5	0.7	2.0
介護従事者	641	8.4	4.5	8.0
その他	697	0.2	0.5	0.0
【非常勤】				
職員の総数	639	6.5	5.0	5.0
管理者	615	0.0	0.1	0.0
計画作成担当者	615	0.3	0.5	0.0
介護従事者	615	5.7	4.7	4.0
その他	615	0.5	0.9	0.0

2) 職種別職員数

職種別職員数は、「介護福祉士」が平均 4.9 人、「ホームヘルパー 2 級」が平均 6.6 人であった。

図表 23 職種別職員数 (n=696)

	平均値	標準偏差	中央値
介護福祉士	4.9	3.0	4.0
ホームヘルパー 1 級	0.2	0.6	0.0
ホームヘルパー 2 級	6.6	4.5	6.0
介護支援専門員	1.3	0.8	1.0
看護師・保健師・助産師	0.3	0.6	0.0
准看護師	0.1	0.4	0.0
社会福祉士	0.1	0.3	0.0
社会福祉主事	0.1	0.4	0.0
精神保健福祉士	0.0	0.0	0.0
作業療法士 (OT)	0.0	0.0	0.0
理学療法士 (PT)	0.0	0.0	0.0
言語聴覚士 (ST)	0.0	0.0	0.0
管理栄養士・栄養士	0.0	0.2	0.0
介護員	1.2	3.1	0.0
事務員	0.2	0.4	0.0
運転手	0.0	0.2	0.0
その他	0.4	1.2	0.0

5. 医療的ケアと連携について

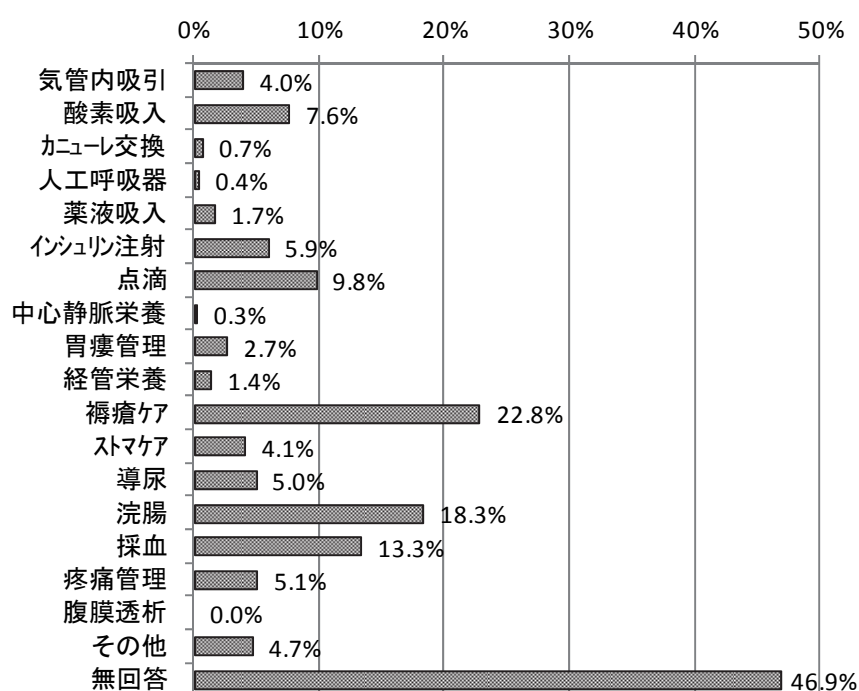
1) 入居者に行っている医療的ケア

入居者に行っている医療的ケアについては、「褥瘡ケア」が 22.8%で最も多く、次いで「浣腸」が 18.3%であった。

該当の医療的ケアを行っていないとみられる「無回答」が 46.9%であった。

「その他」の具体的な回答には、「摘便」「バルーンカテーテルの管理」「膀胱洗浄」「血糖チェック」「外傷処置」「褥瘡処置」等が挙げられた。

図表 24 入居者に行っている医療的ケア（複数回答）（n=706）

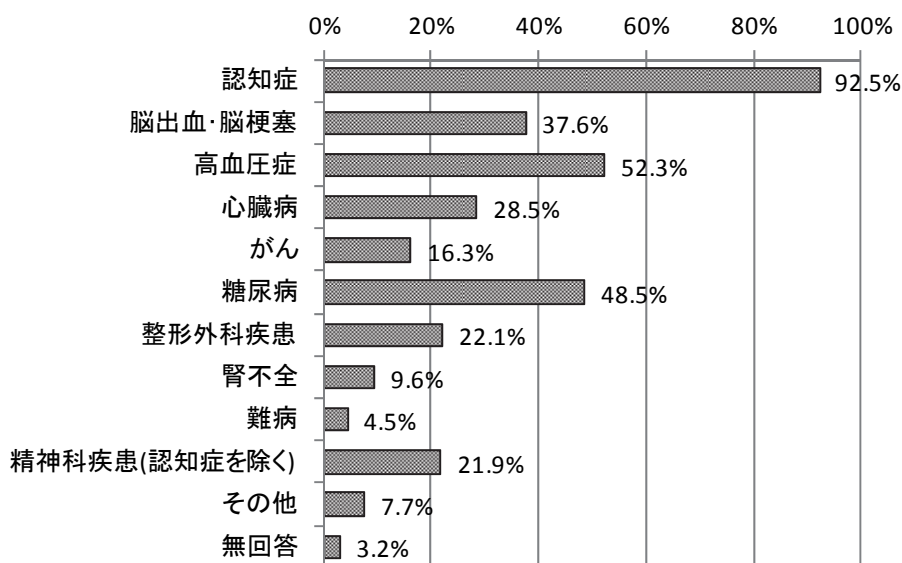


2) 医療的ケアを行っている入居者の方々の原疾患

入居者に1人でも医療的ケアを行っていた 375 事業所に対してたずねたところ、医療的ケアを行っている入居者の方々の原疾患については、「認知症」が 92.5%で最も多く、次いで「高血圧症」が 52.3%であった。

「その他」の具体的な回答には、「肺気腫」「肺炎」「気管支喘息」「前立腺肥大」「神経因性膀胱」「肝硬変」「リウマチ」「イレウス」「直腸胞」「便秘」「老衰」等が挙げられた。

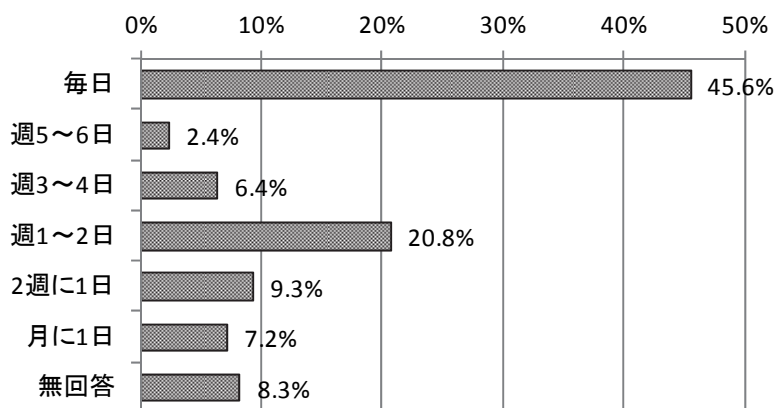
図表 25 医療的ケアを行っている入居者の方々の原疾患（複数回答）(n=375)



3) 事業所内全体として医療的ケアを行っている頻度

事業所内全体として医療的ケアを行っている頻度は、「毎日」が 45.6%で最も多く、次いで「週 1~2 日」が 20.8%であった。

図表 26 事業所内全体として医療的ケアを行っている頻度(n=375)



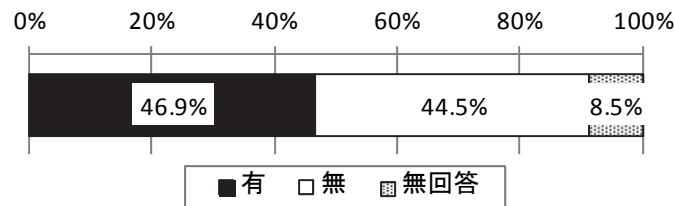
4) 医療的ケアの実施に際して連携している看護職

(1) 医療連携契約している訪問看護ステーションの看護職

医療提携契約している訪問看護ステーションの看護職は、「有」が 46.9%、「無」が 44.5%であった。

管理者が「看護師・准看護師以外」の場合で、医療提携契約「有」の割合が比較的高かった。

図表 27 医療連携契約している訪問看護ステーションの看護職 (n=375)



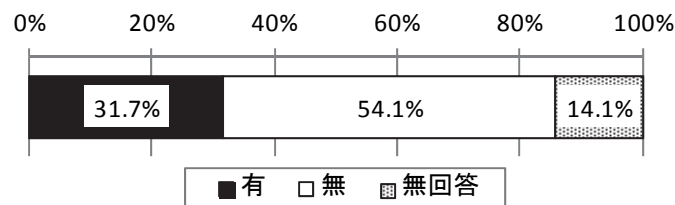
図表 28 管理者の職種別 医療連携契約している訪問看護ステーションの看護職

	合計	有	無	無回答
全体	375 100.0%	176 46.9%	167 44.5%	32 8.5%
看護師・准看護師	52 100.0%	7 13.5%	38 73.1%	7 13.5%
看護師・准看護師以外	320 100.0%	167 52.2%	128 40.0%	25 7.8%

(2) 緊急時対応が可能な併設病院からの看護職

緊急時対応が可能な併設病院からの看護職は、「有」が 31.7%、「無」が 54.1%であった。

図表 29 緊急時対応が可能な併設病院からの看護職(n=375)



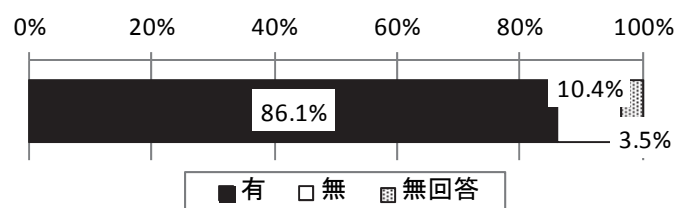
5) 医療的ケアの実施に際して連携している医師

(1) 訪問診療医

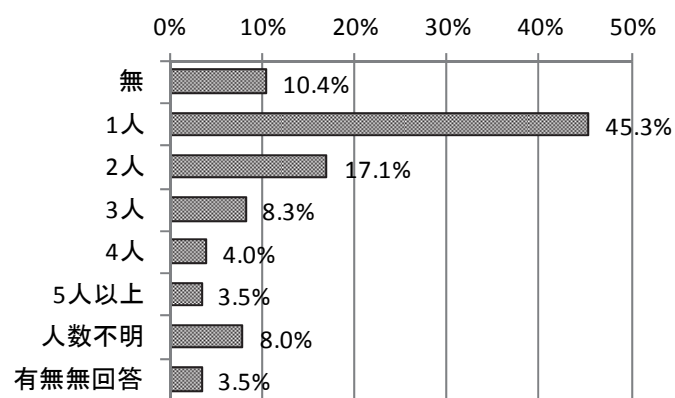
医療的ケアの実施に際して連携している訪問診療医は、「有」が 86.1%、「無」が 10.4%であった。

連携している訪問診療医の人数は「1人」が 45.3%、「2人」が 17.1%であった。

図表 30 訪問診療医 (n=375)



図表 31 (「有」の場合) 訪問診療医数 (n=375)

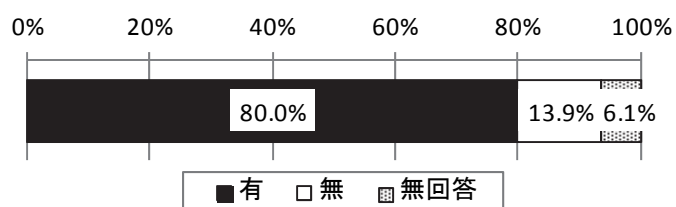


(2) 緊急時診察が可能な医師

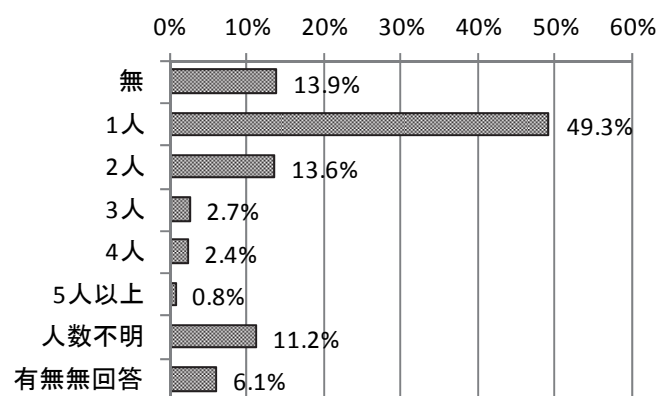
緊急時診察が可能な医師の有無は、「有」が80.0%、「無」が13.9%であった。

連携している緊急時診察が可能な医師数は「1人」が49.3%、「2人」が13.6%であった。

図表 32 緊急診察が可能な医師 (n=375)



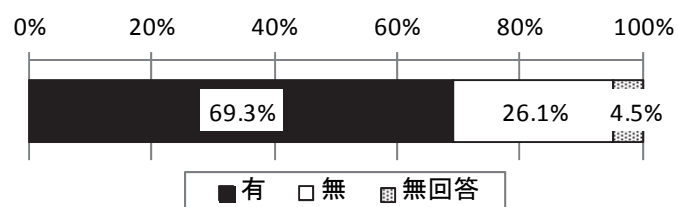
図表 33 (「有」の場合) 緊急診察が可能な医師数 (n=375)



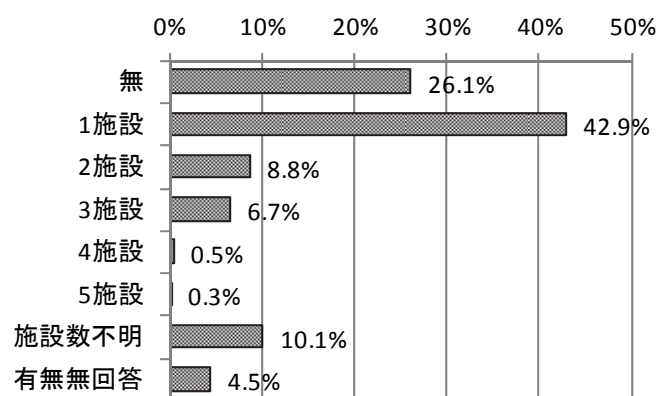
6) 連携している医療機関（入院受入が可能な医療機関）

入院受入が可能な医療機関の有無は、「有」が69.3%、「無」が26.1%であった。
 連携している医療機関数は「1施設」が42.9%、「2施設」が8.8%であった。

図表 34 連携している医療機関（入院受入が可能な医療機関）(n=375)



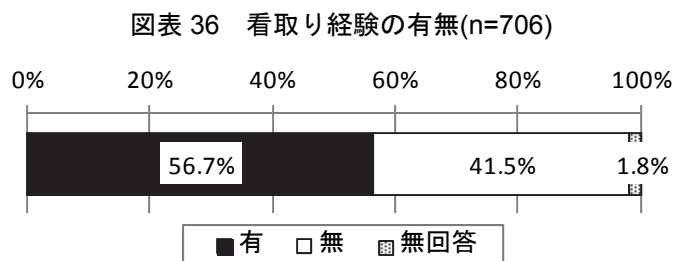
図表 35 連携している医療機関数（入院受入が可能な医療機関数）(n=375)



6. 看取りの実際

1) 看取り経験の有無

事業所における看取りの経験の有無は、「有」が56.7%、「無」が41.5%であった。

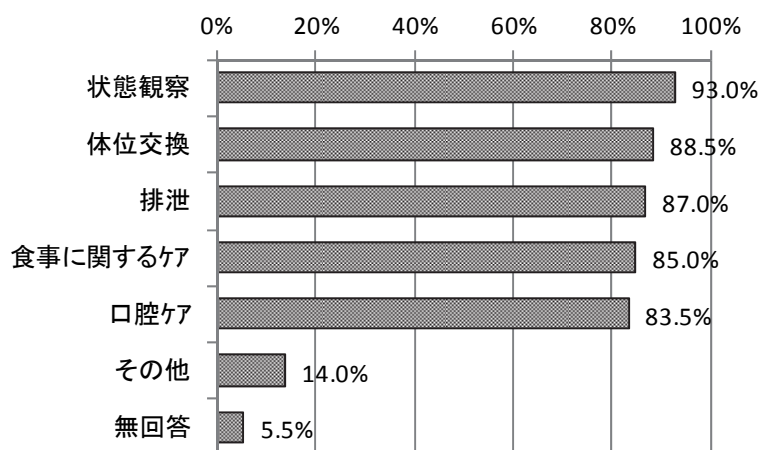


(1) 看取りのケアの具体的な内容

看取り経験が「有」の400事業所において、その経験の中で行った看取りのケアの具体的な内容については、「状態観察」が93.0%で最も多く、次いで「体位交換」が88.5%、「排泄」「食事に関するケア」「口腔ケア」のいずれも80%以上であった。

「その他」の具体的な回答には、「褥瘡処置」「痰吸引」「保清」「清拭」「入浴」「点滴」「導尿」「在宅酸素」「家族支援」「エンゼルケア」等が挙げられた。

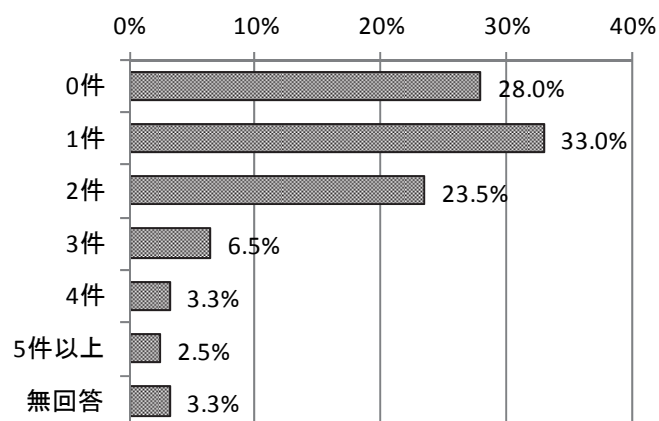
図表 37 (「有」の場合) 看取りのケアの具体的な内容 (n=400)



(2) 看取りの件数

看取り経験が「有」の400事業所において、平成25年10月～26年9月末までの看取りの件数は「0件」が28.0%、「1件」が33.0%、「2件」が23.5%であった。

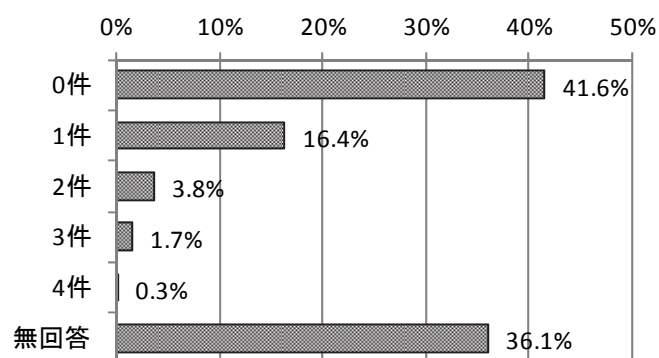
図表 38 「有」の場合）看取りの件数（平成25年10月～26年9月）（n=400）



2) 看取りの時期に病院で亡くなった件数

平成25年10月～26年9月末までで、看取りの時期に病院で亡くなった件数は、「0件」が41.6%、「1件」が16.4%であった。

図表 39 看取りの時期に病院で亡くなった件数（平成25年10月～26年9月）（n=706）



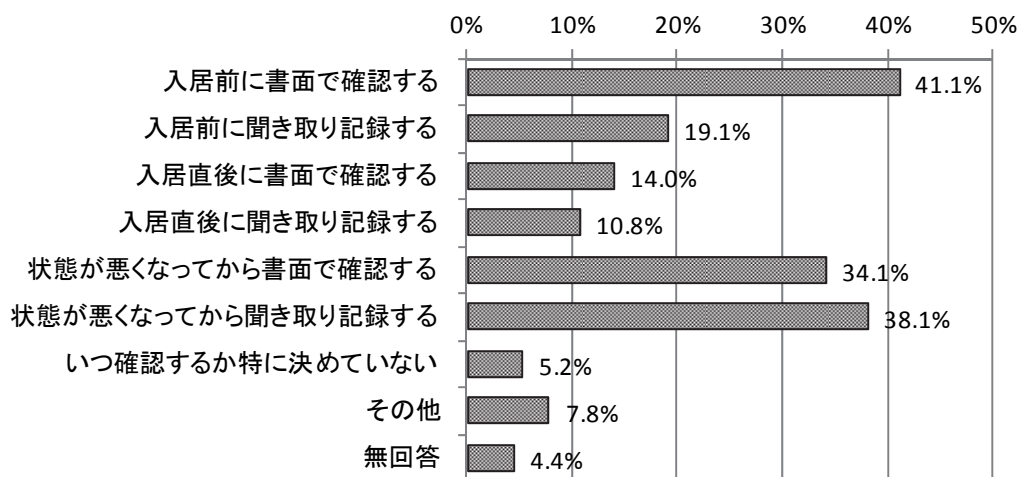
7. 看取りに関する意向確認の現状

1) 本人・家族への最期を過ごす場所の確認方法

本人・家族への最期を過ごす場所の確認方法については、「入居前に書面で確認する」が41.1%、「状態が悪くなってから聞き取り記録する」が38.1%であった。

「その他」の具体的な回答としては、「入居後、落ち着いてから」「状態の変化に応じて」「通常年1回」「家族会のとき」「家族からの申し出」「医師と相談・医師の指示で」「看取り(自体)行っていない」等が挙げられた。

図表 40 本人・家族への最期を過ごす場所の確認方法 (複数回答) (n=706)



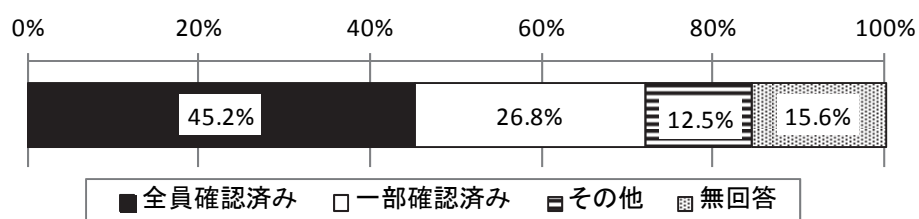
2) 入居者の最期の過ごし方に関する意向確認状況

入居者の最期の過ごし方に関する意向確認状況については、「全員確認済み」が45.2%、「一部確認済み」が26.8%であった。

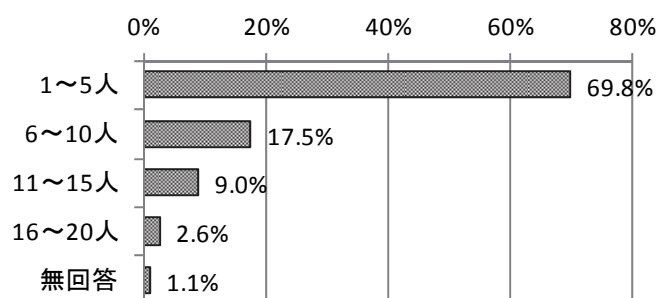
一部確認済みの189事業所において、確認人数は「1人～5人」が69.8%であった。

確認人数の入居者に対する比率は「10%以上20%未満」が22.8%、「20%以上30%未満」が18.0%、「0%超10%未満」が16.9%であった。

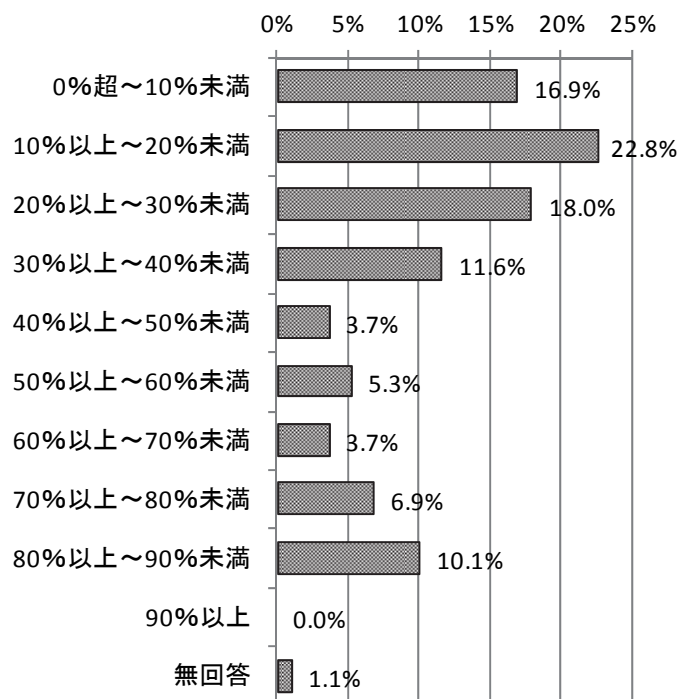
図表 41 入居者の最期の過ごし方に関する意向確認状況 (n=706)



図表 42 (一部確認済みの場合) 確認人数 (n=189)



図表 43 (一部確認ずみの場合) 確認人数の入居者に対する比率 (n=189)



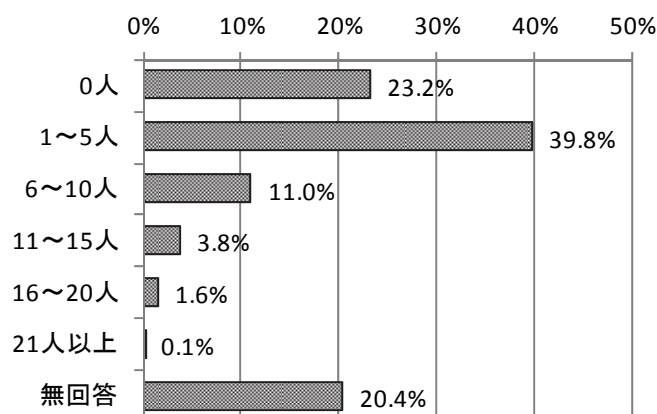
	件数	平均値	標準偏差	中央値
入居者の最期の過ごし方に関する意向を確認した割合 (%)	187	33.2	26.9	22.2

3) 現在の入居者で、直接本人の意向確認が可能な人数

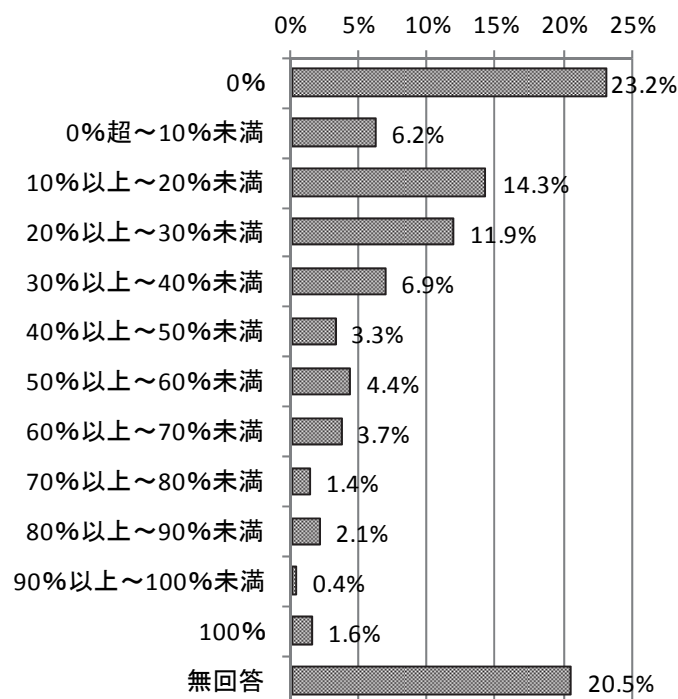
現在の入居者で、直接本人の意向確認が可能な人数は「1人～5人」が39.8%、「0人」が23.2%であった。

入居者に対する比率は「0%」が23.2%、「10%以上 20%未満」が14.3%、「20%以上 30%未満」が11.9%であった。

図表 44 現在の入居者で、直接本人の意向確認が可能な人数 (n=706)



図表 45 現在の入居者で、直接本人の意向確認が可能な入居者割合 (n=706)



	件数	平均値	標準偏差	中央値
現在の入居者で直接本人の意向確認が可能な割合 (%)	561	23.3	25.7	16.7

8. 看取りに向けた意思決定支援

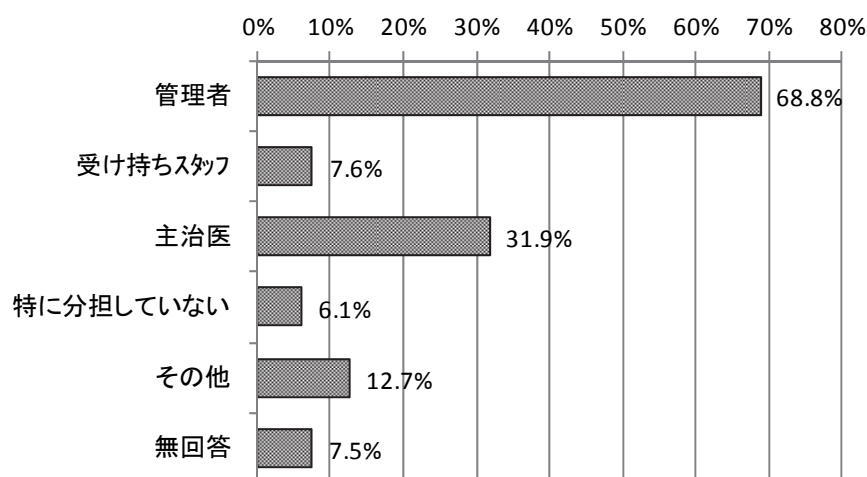
1) 看取りに向けた意思決定支援を主に担っている人

看取りに向けた意思決定支援を主に担っている人については、「管理者」が68.8%で最も多く、次いで「主治医」が31.9%であった。

管理者が「看護師・准看護師」の場合、「管理者」が80.6%で、「管理者が看護師・准看護師以外」では、「管理者」が67.3%で、「主治医」が32.2%であった。

「その他」の具体的な回答には、「理事長」「施設長」「センター長」「計画作成担当者」「ケアマネジャー」「看護師」「ユニットリーダー」「訪問看護師」「家族」等が挙げられた。

図表 46 看取りに向けた意思決定支援を主に担っている人（複数回答）（n=706）



図表 47 管理者の職種別 看取りに向けた意思決定支援を主に担っている人（複数回答）

	合計	管理者	受け持ち スタッフ	主治医	特に分担 していない	その他	無回答
全体	706 100.0%	486 68.8%	54 7.6%	225 31.9%	43 6.1%	90 12.7%	53 7.5%
看護師・准看護師	72 100.0%	58 80.6%	4 5.6%	18 25.0%	1 1.4%	14 19.4%	2 2.8%
看護師・准看護師以外	627 100.0%	422 67.3%	49 7.8%	202 32.2%	42 6.7%	76 12.1%	51 8.1%

図表 48 事業所の設置主体別 看取りに向けた意思決定支援を主に担っている人
(複数回答)

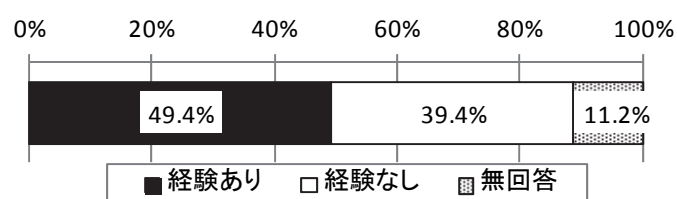
	合計	管理者	受け持ち スタッフ	主治医	特に分担 していない	その他	無回答
全体	706 100.0%	486 68.8%	54 7.6%	225 31.9%	43 6.1%	90 12.7%	53 7.5%
社会福祉法人(社協 以外)	172 100.0%	121 70.3%	13 7.6%	47 27.3%	9 5.2%	22 12.8%	14 8.1%
社会福祉協議会	4 100.0%	4 100.0%	0 0.0%	1 25.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
医療法人	98 100.0%	58 59.2%	5 5.1%	32 32.7%	7 7.1%	11 11.2%	11 11.2%
営利法人(株式・有限 会社等)	360 100.0%	254 70.6%	30 8.3%	119 33.1%	22 6.1%	47 13.1%	22 6.1%
NPO 法人	60 100.0%	41 68.3%	5 8.3%	22 36.7%	4 6.7%	9 15.0%	6 10.0%
その他団体(社団・財 団等)	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
地方公共団体	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
その他	4 100.0%	4 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 25.0%	0 0.0%

2) 看取りに向けた意思決定支援の経験

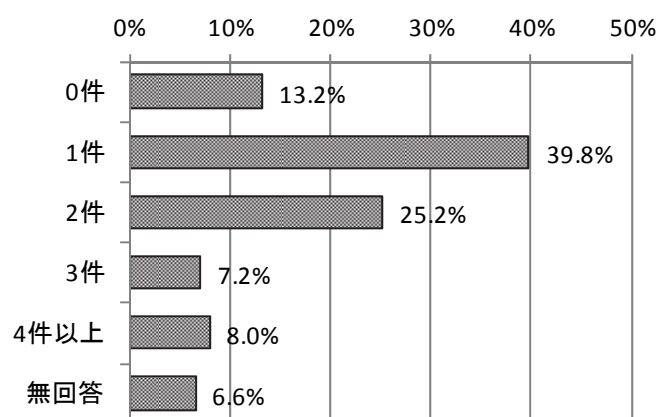
看取りに向けた意思決定支援の経験の有無は、「経験あり」が 49.4%、「経験なし」が 39.4%であった。

経験ありの 349 事業所において、平成 25 年 10 月～26 年 9 月までの看取りに向けた意思決定支援件数は「1 件」が 39.8%、「2 件」が 25.2%で、「0 件」が 13.2%であった。

図表 49 看取りに向けた意思決定支援の経験 (n=706)



図表 50 「経験あり」の場合）看取りに向けた意思決定支援件数
(平成 25 年 10 月～26 年 9 月) (n=349)



3) 支援する際に最も困難だと思ったこと

看取りに向けた意思決定支援の経験がある場合に、支援する際に最も困難だと思ったこととしては、以下のような内容が挙げられた。

余命や入院の判断、食事中止の判断が必要な場合、また、本人のケアをどのようにするかといった点の困難が挙げられた。また、本人・家族の意思確認や、意見が家族間で違っている場合の対応、迷う家族、意見が変わる家族の対応も挙げられた。また、職員の体制・夜間の対応が不十分であること、医療連携が整っていないことで、支援が難しくなったケースも挙げられた。

(判断等)

- ・ 余命の判断
- ・ 病気治療のため入院するか、そうしないか
- ・ 食事中止の判断

(本人のケア)

- ・ 本人の思いをくみとり、安楽にすごしていただく方法
- ・ 本人の苦しみの共有
- ・ 喀痰吸引
- ・ 皮膚の水疱
- ・ 点滴等での協力（抜針等）。本来はやるべきでないことをどうしても必要なため（さけて通れない）指示しなければならない
- ・ 本人の気持ちへの配慮、本心を聞くこと
- ・ 認知症であっても本人の意思とご家族の意思が違う時
- ・ 親族が居なく、生活保護であった為、本人からの意思確認が取れなかった事

(家族のケア)

- ・ 自分の親が死に近づいている現状を受け入れられないご家族の支援
- ・ 家族間での意見の相違
- ・ 家族の迷い
- ・ 家族の意見が変化
- ・ 家族の思いの把握
- ・ 分からないから決めて欲しいという家族

(職員)

- ・ 夜勤スタッフのモチベーション
- ・ 夜間対応するスタッフが不安を訴える
- ・ 夜間の対応
- ・ 職員への指導
- ・ 職員教育

(医療機関との関係等)

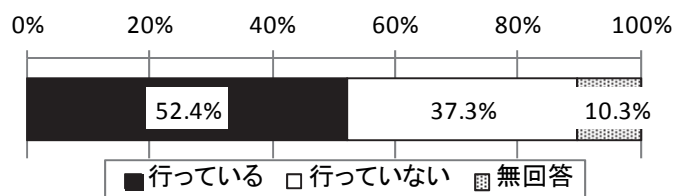
- ・ 病院から水分・食事摂取も十分できずに帰され、次の病院も決まらない
- ・ 医療連携等の体制が整っていなかったこと
- ・ 医療的対応が必要なとき
- ・ 医療との連携

4) 職員スタッフの看取りに関する教育

職員スタッフの看取りに関する教育については、「行っている」が 52.4%、「行っていない」が 37.3%であった。

管理者が「看護師・准看護師」の場合、「行っている」が 72.2%で、「管理者が看護師・准看護師以外」の 50.1%に比べ、高かった。

図表 51 職員スタッフの看取りに関する教育 (n=706)



図表 52 管理者の職種別 職員スタッフの看取りに関する教育

	合計	行っている	行っていない	無回答
全体	706 100.0%	370 52.4%	263 37.3%	73 10.3%
看護師・准看護師	72 100.0%	52 72.2%	16 22.2%	4 5.6%
看護師・准看護師以外	627 100.0%	314 50.1%	244 38.9%	69 11.0%

図表 53 事業所の開設主体別 職員スタッフの看取りに関する教育

	合計	行っている	行っていない	無回答
全体	706 100.0%	370 52.4%	263 37.3%	73 10.3%
社会福祉法人(社協以外)	172 100.0%	88 51.2%	56 32.6%	28 16.3%
社会福祉協議会	4 100.0%	1 25.0%	3 75.0%	0 0.0%
医療法人	98 100.0%	51 52.0%	37 37.8%	10 10.2%
営利法人(株式・有限会社等)	360 100.0%	187 51.9%	145 40.3%	28 7.8%
NPO 法人	60 100.0%	37 61.7%	16 26.7%	7 11.7%
その他団体(社団・財団等)	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%
地方公共団体	1 100.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%
その他	4 100.0%	2 50.0%	2 50.0%	0 0.0%

9. 看取りに向けた意思決定支援における困難

1) 困難を感じる状況、理由

看取りに向けた意思決定支援における困難を感じる状況・理由については、「本人の意思がわからない」が 51.3%で最も多く、次いで「家族の希望に添える体制が整っていない」が 33.4%であった。

事業所の所在都県別にみると、新潟県は「家族の希望に添える体制が整っていない」が 50.7%で最も多く、栃木県では「本人の意思がわからない」と「家族の希望に添える体制が整っていない」がそれぞれ 37.9%で最も多かった。これら以外は「本人の意思がわからない」が最も多かった。

「その他」の具体的な回答には、次のような回答が挙げられた。

(本人・家族の要因)

- ・ 家族内で意見が異なる。思いが統一でない
- ・ 家族の心構えができていない
- ・ 状況により、家族の思いが変化すること
- ・ 本人と家族の関係の希薄さや悪さ
- ・ 単身者で身寄りがない
- ・ 成年後見人利用の方

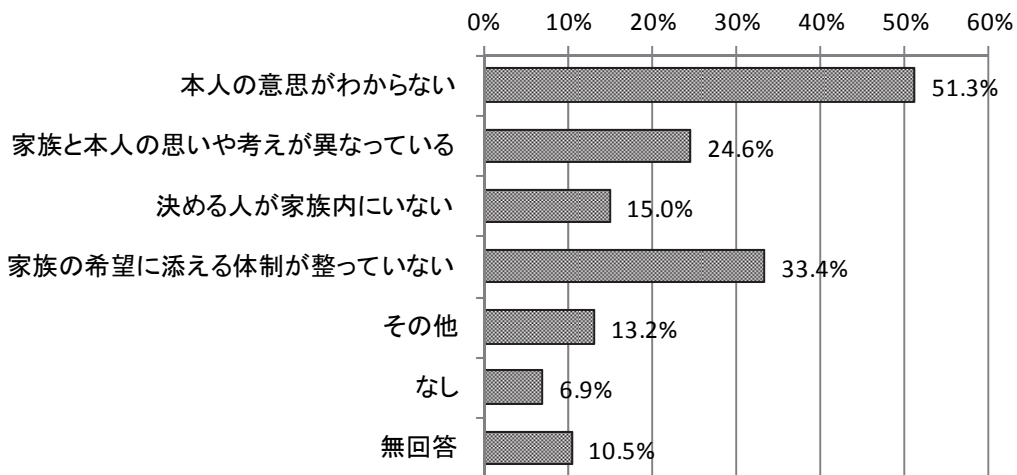
(職員側の要因)

- ・ 職員の気持ちが不安定
- ・ 職員の看取りに対する考え方の違い
- ・ 職員のスキル
- ・ スタッフのストレス

(主治医・入院に関する要因)

- ・ 病気治療のための入院がよいかどうか
- ・ 受入れ先がない
- ・ 主治医の協力体制
- ・ 往診ができない

図表 54 困難を感じる状況、理由（複数回答）（n=706）



図表 55 事業所の所在都県別 困難を感じる状況、理由（複数回答）

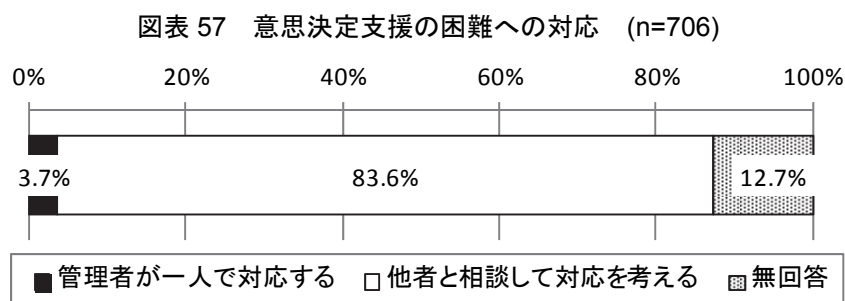
	合計	本人の意思がわからない	家族と本人の思いや考えが異なっている	決める人が家族内にいない	家族の希望に添える体制が整っていない	その他	なし	無回答
全体	706 100.0%	362 51.3%	174 24.6%	106 15.0%	236 33.4%	93 13.2%	49 6.9%	74 10.5%
茨城県	67 100.0%	32 47.8%	15 22.4%	7 10.4%	24 35.8%	10 14.9%	6 9.0%	8 11.9%
栃木県	29 100.0%	11 37.9%	5 17.2%	4 13.8%	11 37.9%	3 10.3%	6 20.7%	1 3.4%
群馬県	49 100.0%	30 61.2%	14 28.6%	7 14.3%	17 34.7%	5 10.2%	3 6.1%	2 4.1%
埼玉県	78 100.0%	44 56.4%	19 24.4%	12 15.4%	32 41.0%	4 5.1%	6 7.7%	7 9.0%
千葉県	80 100.0%	39 48.8%	20 25.0%	17 21.3%	22 27.5%	12 15.0%	7 8.8%	7 8.8%
東京都	98 100.0%	53 54.1%	29 29.6%	16 16.3%	29 29.6%	17 17.3%	7 7.1%	7 7.1%
神奈川県	140 100.0%	67 47.9%	35 25.0%	33 23.6%	42 30.0%	23 16.4%	8 5.7%	16 11.4%
新潟県	75 100.0%	35 46.7%	14 18.7%	3 4.0%	38 50.7%	6 8.0%	1 1.3%	12 16.0%
山梨県	20 100.0%	13 65.0%	6 30.0%	1 5.0%	6 30.0%	3 15.0%	1 5.0%	3 15.0%
長野県	63 100.0%	36 57.1%	17 27.0%	6 9.5%	13 20.6%	9 14.3%	3 4.8%	9 14.3%

図表 56 事業所の開設主体別 困難を感じる状況、理由（複数回答）

	合計	本人の意思がわからない	家族と本人の思いや考えが異なっている	決める人が家族内にいない	家族の希望に添える体制が整っていない	その他	なし	無回答
全体	706 100.0%	362 51.3%	174 24.6%	106 15.0%	236 33.4%	93 13.2%	49 6.9%	74 10.5%
社会福祉法人(社協以外)	172 100.0%	81 47.1%	39 22.7%	19 11.0%	60 34.9%	25 14.5%	16 9.3%	21 12.2%
社会福祉協議会	4 100.0%	2 50.0%	1 25.0%	0 0.0%	2 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 25.0%
医療法人	98 100.0%	54 55.1%	28 28.6%	23 23.5%	34 34.7%	11 11.2%	4 4.1%	13 13.3%
営利法人(株式・有限会社等)	360 100.0%	192 53.3%	90 25.0%	54 15.0%	114 31.7%	50 13.9%	24 6.7%	31 8.6%
NPO 法人	60 100.0%	29 48.3%	13 21.7%	7 11.7%	19 31.7%	5 8.3%	4 6.7%	8 13.3%
その他団体(社団・財団等)	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%
地方公共団体	1 100.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
その他	4 100.0%	1 25.0%	1 25.0%	2 50.0%	3 75.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

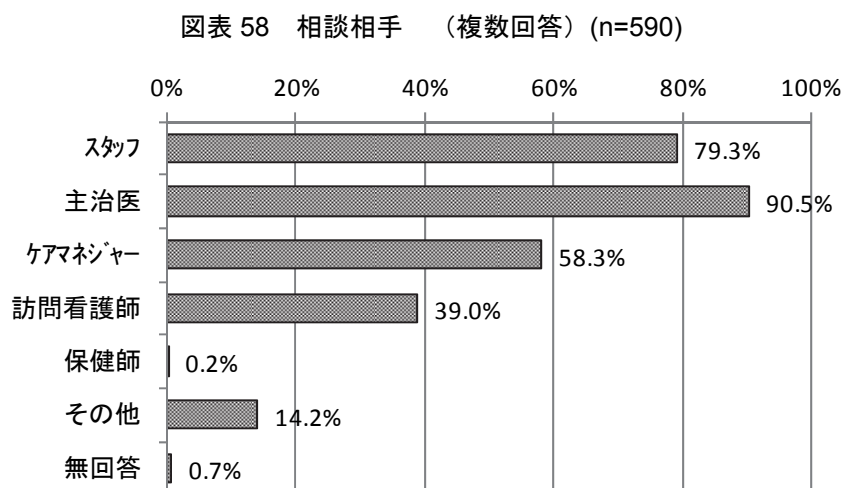
2) 意思決定支援の困難への対応

意思決定支援の困難への対応については、「他者と相談して対応を考える」が83.6%、「管理者が一人に対応する」が3.7%であった。



「他者と相談して対応を考える」と回答した590事業所について、相談相手をたずねたところ、「主治医」が90.5%、「スタッフ」が79.3%であった。

「その他」の具体的な回答には、「家族」「理事長」「経営者」「本社」「法人職員（相談員、看護師）」「施設長」「施設の看護師」「併設事業所の職員」「ケースワーカーなど、行政機関」「市役所生活保護課」「病院」等が挙げられた。

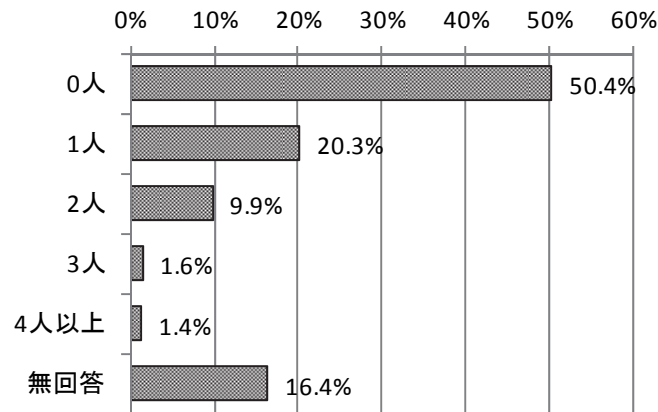


10. 看取りケアの必要性の判断

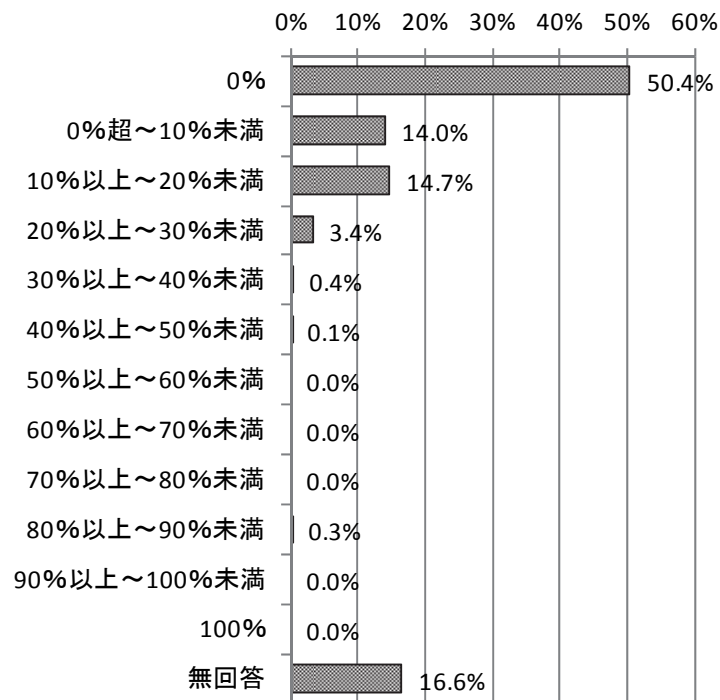
1) 早々に看取りケアが必要となると予想する入居者

早々(2～3か月)に看取りケアが必要となると予想する入居者数は、「0人」が50.4%、「1人」が20.3%であった。

図表 59 早々に看取りケアが必要となると予想する入居者数 (n=706)



図表 60 早々に看取りケアが必要となると予想する入居者割合 (n=706)



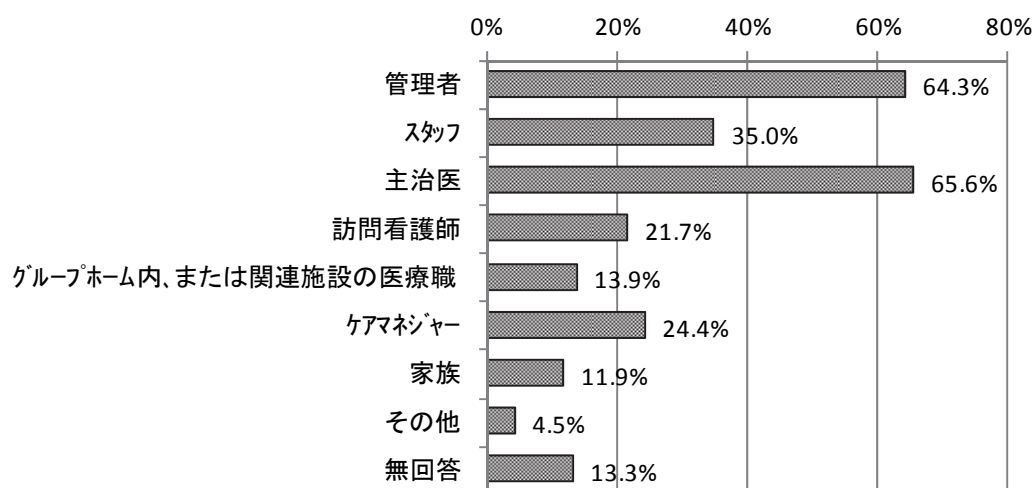
	件数	平均値	標準偏差	中央値
早々に看取りケアが必要となると予想する入居者割合 (%)	589	4.6	8.2	0.0

2) 最初に看取りが近いことを判断している人

最初に看取りが近いことを判断している人については、「主治医」が 65.6%、「管理者」が 64.3%であった。

「その他」の具体的な回答には、「看護師」（職員看護師、施設内の看護師、事業所看護師）、「運営代表者」、「施設長」、「代表（会社）」が挙げられた。

図表 61 最初に看取りが近いことを判断している人（複数回答）（n=706）



3) 看取りケアの判断で困ること

看取りケアの判断で困ることについては、「医学的な情報や知識に不安がある」が44.6%、「本人の症状や訴えを的確に把握できない」「必要だと思う医療的ケアを提供できない」がそれぞれ44.1%であった。

「その他」の具体的な回答には、次のような回答が挙げられた。

(状態の変化の判断等)

- ・ 余命の判断が難しいこと
- ・ 入院の判断（時期と症状）
- ・ 食事の形態や、食事中止の判断
- ・ 看護師の配置がないため、迷う時がある
- ・ 生活ベースで考えたいが、医療との考え方にへだたりを感じる
- ・ 職員の感じる利用者の状態の変化を医師に伝えても、うまく伝わらない

(本人、家族)

- ・ 本人の訴えがないこと
- ・ 家族の理解、協力、意見の相違等

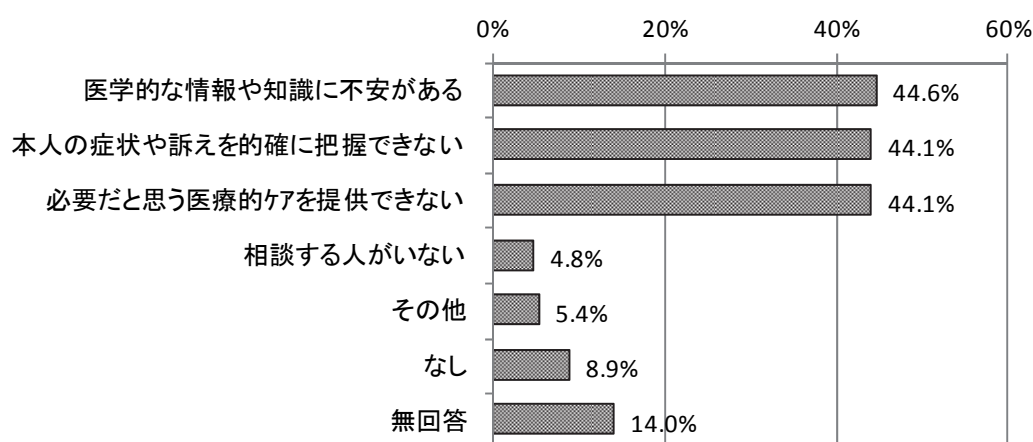
(スタッフについて)

- ・ スタッフの技量、レベル差
- ・ スタッフの心のケア
- ・ 職員の体制

(その他)

- ・ 訪問看護を利用するにあたり、自費が発生し、利用者負担が増える

図表 62 看取りケアの判断で困ること（複数回答）（n=706）



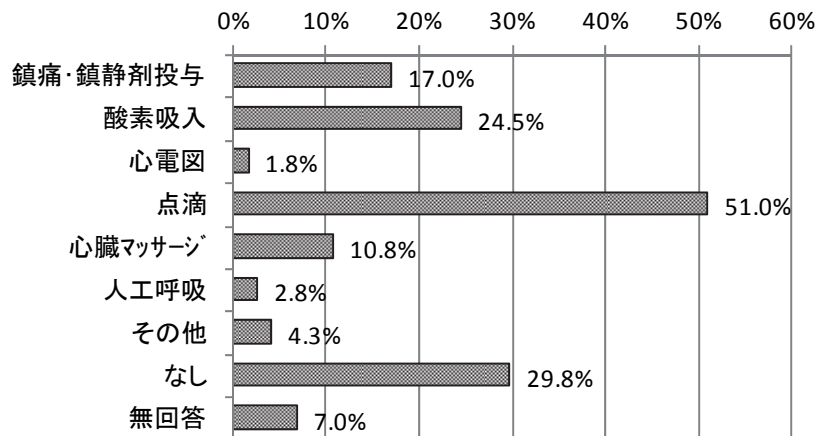
11. 看取りの時期に提供したケア

1) 亡くなる直前に提供したことのある医療的ケア

看取りの経験のある 400 事業所において、亡くなる直前に提供したことのある医療的ケアについては、「点滴」が 51.0%で最も多く、「なし」が 29.8%であった。

「その他」の具体的な回答には、「褥瘡処置」「痰吸引」「AED」「静脈内注射」「尿道バルーンカテーテルの管理」「口腔ケア」等が挙げられた。

図表 63 亡くなる直前に提供したことのある医療的ケア（複数回答）(n=400)



2) 訪問看護師と共に実施したことがある看取りの時期のケア

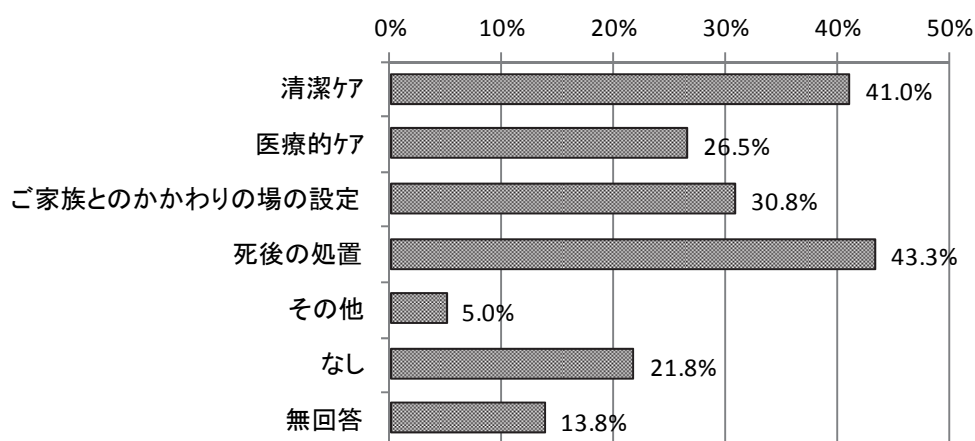
訪問看護師と共に実施したことがある看取りの時期のケアについては、「死後の処置」が43.3%、「清潔ケア」が41.0%であった。

「清潔ケア」の具体的な内容としては、「清拭」「洗髪」「洗体」「入浴」「足浴」「手浴」「陰部洗浄」「口腔ケア」「褥瘡洗浄」「ひげそり」「爪切り」「排泄物処理」「シーツ交換」が挙げられた。

「医療的ケア」の具体的な内容としては、「褥瘡処置」「点滴」「体位交換」「痰吸引」「浣腸」「排便」「輸血」「採血」「鎮痛ケア」「皮膚疾患等の処置」「酸素吸入」「胃ろう」「尿測」「座薬挿入」「ペースメーカー除去」が挙げられた。

「その他」の具体的な回答には、「体位変換」「食事介助」「褥瘡ケア」「状態確認」「見守り」「家族の精神的サポート」「お別れ会」が挙げられた。

図表 64 訪問看護師とともに実施したことがある看取りの時期のケア (n=400)



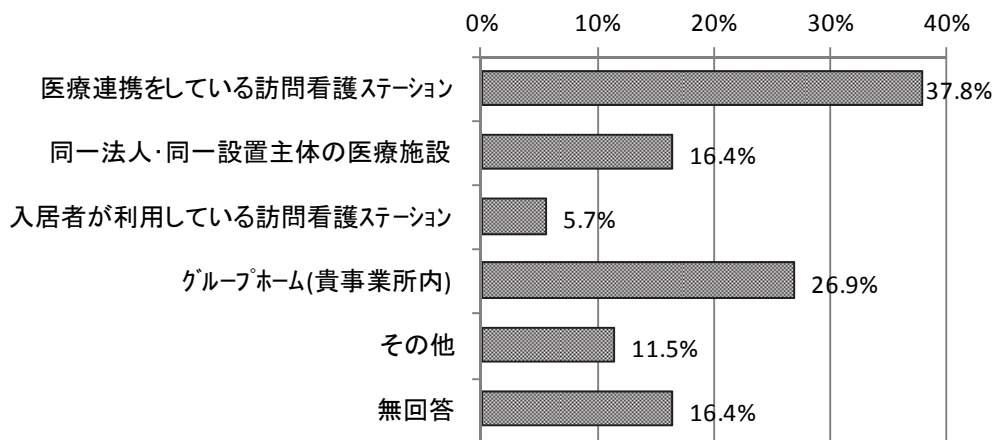
12. 医療職との連携

1) 看取りの際に連携している看護職の所属先

看取りの際に連携している看護職の所属先については、「医療提携をしている訪問看護ステーション」が37.8%で最も多く、次いで「グループホーム(貴事業所内)」が26.9%であった。

「その他」の回答としては、「隣接特別養護老人ホーム」「同一法人内の介護事業所」「法人」「関連の病院」「連携医療機関」「協力医療機関」「訪問診療所」が挙げられた。

図表 65 看取りの際に連携している看護職の所属先（複数回答）（n=706）

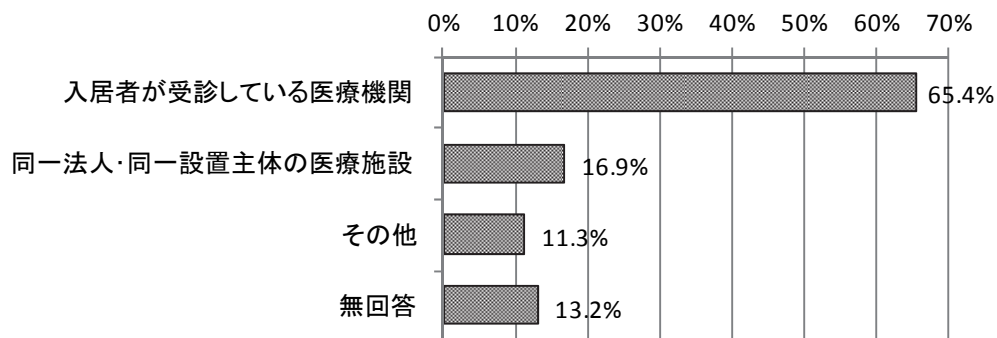


2) 看取りに関わる医師の所属先

看取りに関わる医師の所属先については、「入居者が受診している医療機関」が65.4%で最も多く、次いで「同一法人・同一設置主体の医療施設」が16.9%であった。

「その他」の回答としては、「訪問診療」「訪問医」「連携医療機関」「提携医療機関」「協力医療機関」等が挙げられた。

図表 66 看取りに関わる医師の所属先（複数回答）（n=706）

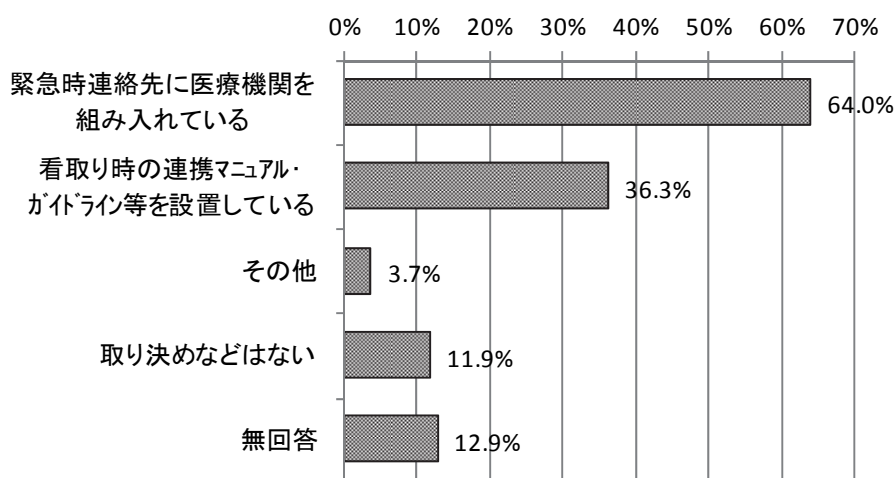


3) 看取りに向けた医療機関との取り決め

看取りに向けた医療機関との取り決めについては、「緊急連絡先に医療機関を組み入れている」が 64.0%で最も多く、次いで「看取り時の連携マニュアル・ガイドライン等を設置している」が 36.3%であった。

「その他」の回答としては、「24 時間オンコール体制」「個人契約(訪問看護)の締結」「看取りの同意書」「リビングウィル書類」「その都度相談」等が挙げられた。

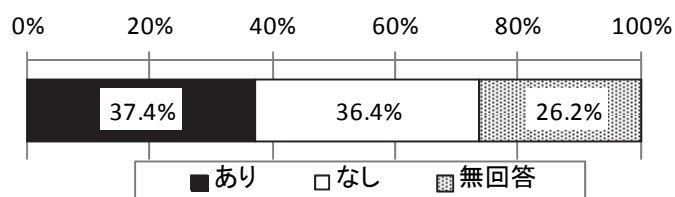
図表 67 看取りに向けた医療機関との取り決め (複数回答) (n=706)



4) 看取りに向けた医療との連携において感じる困難

看取りに向けた医療との連携において感じる困難の有無は、「あり」が 37.4%、「なし」が 36.4%であった。

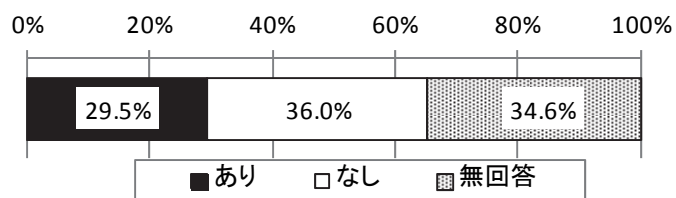
図表 68 看取りに向けた医療との連携において感じる困難 (n=706)



5) 看取りに向けた医療との連携体制整備への期待

看取りに向けた医療との連携体制整備への期待の有無は、「あり」が29.5%、「なし」が36.0%であった。

図表 69 看取りに向けた医療との連携体制整備への期待 (n=706)



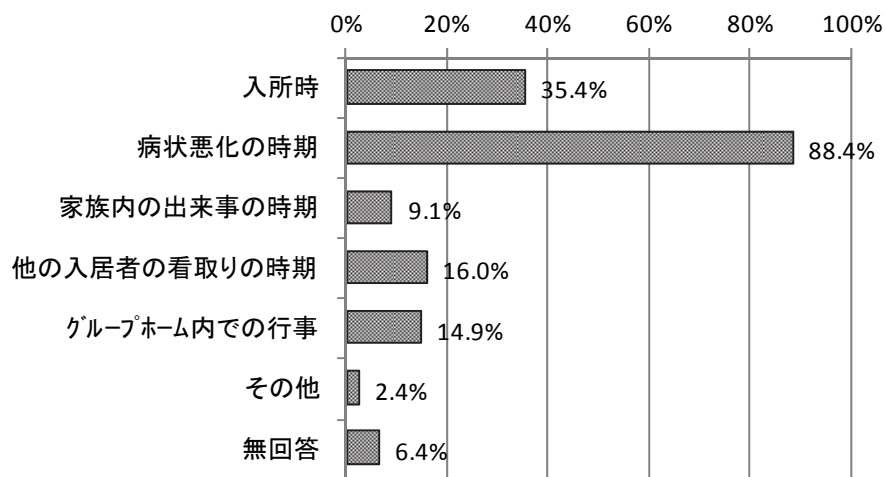
13. グループホームでの看取りに関する周囲の人々の関心

1) 入居者・家族がグループホームでの看取りへ関心を寄せる時期

入居者・家族が GH での看取りへ関心を寄せる時期については、「病状悪化の時期」が 88.4%で最も多く、次いで「入所時」が 35.4%であった。

「その他」の回答としては、「面会時」「他の入居者が退所する時」「ケアプラン更新時」「ケアカンファレンス」等が挙げられた。

図表 70 入居者・家族がグループホームでの看取りへ関心を寄せる時期（複数回答）（n=706）

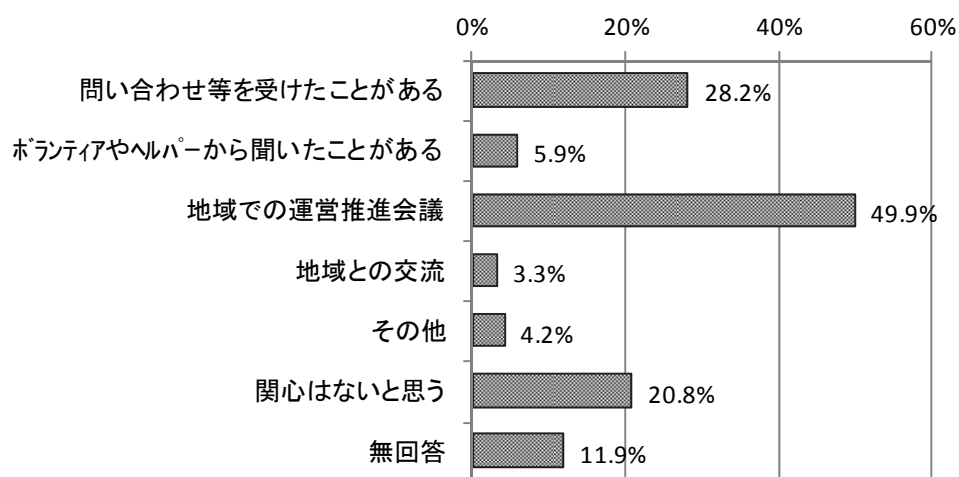


2) 地域の人々のグループホームでの看取りへの関心

地域の人々のグループホームでの看取りへの関心については、「地域での運営推進会議」が49.9%で最も多く、次いで「問い合わせ等を受けたことがある」が28.2%であった。

「その他」の回答としては、「グループホームの理解が足りない」「関心はあると思うが、問い合わせなどはない」等が挙げられた。

図表 71 地域の人々のグループホームへの看取りへの関心（複数回答）（n=706）



14. グループホームでの看取りについて問題だと思うこと

1) 上記について自由記載で尋ねた。具体的内容については、以下の通りである。

【本人および家族の意思確認】

- ・入居者本人が「ここで死んでもよい」と感じているか、わからない方が多すぎる
- ・本人及び家族の意思確認がなかなか取れない
- ・本人の意思が確認しづらい
- ・単身で身寄りのない方の意思確認や意思決定
- ・生活保護で身寄りのない方に対して、看取りの意向が難しい中で、仕方なくここで看取りになるケース

【人員配置】

- ・夜間対応等人員不足である
- ・介護、看護の人手不足の中、看取りたいと思う気持ちとは別に「看れない」現状がある
- ・今現在入居者の介護度が上がり、昼間3人の職員、夜間1人で対応するには看取りの人についてあげることも出来なく難しいと思う
- ・スタッフの人数も限られている中、子育て中の職員が半数のため、看取り期間が長くなると応援体制に限界がある（負担の偏り）
- ・GHに看護師の配置がない。24時間対応してくれる医師がない
- ・夜間一人勤務なので対応が難しいと思う
- ・夜間帯に最期を迎えるような場合は、夜勤者の対応に負担がかかること

【医療職者の確保】

- ・24時間往診可能な医師がない
- ・訪問診療の医師が不足している
- ・死亡確認ができる医師を確保できない
- ・国の方針では看取りをとっていますが、すぐ協力を得られる医師も看護師もいない状況では難しい
- ・看護師がない、今の介護報酬だと雇えない

【スタッフの精神的負担】

- ・施設内で看取り経験がないため、職員の不安が大きい
- ・今の介護の現状で入社したばかりの職員がすぐに看取りになってしまうと、不安が多くなってしまっています
- ・医療従事者がいない中で看取りをすることの不安は特に大きい

- ・若いスタッフは、死に直面していないので、自分の時にその時が来たら怖いとか逃げ腰になる
- ・経験を重ねる機会が少ないので、職員の精神的負担が大きい
- ・看取った後のスタッフのメンタルケア、人それぞれ感じ方が違うため（以前それを理由に退職した者もいる）

【スタッフの質】

- ・看取り経験のない職員が多く、スキルが不足している部分がある
- ・看取りまでの過程や終末期ケアなど、全職員が同じ視点で考え対応が出来ていない
- ・スタッフの知識や認識という部分で、ヘルパー講習を受けたばかりの者にとって、看取りはあまりにも大きな課題である
- ・ターミナルケアの知識不足
- ・介護職員の看取りに対する意識と、それに伴うスキルがあまりにも低すぎるため、看取りは無理だと思っています
- ・介護職員のレベルに応じて、難しさを感じる

【他入居者への配慮】

- ・職員の手間(介護)が多くなり、元気な人の対応が出来なくなることが課題とされます
- ・看取りを行うことにより、他の利用者への関わりが薄くなってしまいう不安がある
- ・ホーム内で1人でも看取り利用者がいらっしやると、ホーム内が一気に雰囲気医療施設と変わり、他利用者が(他家族)が困惑してしまう
- ・他利用者（入居者）が動揺し、不穏になることも考えられる
- ・以前看取りを行った際、重症な人が1人居ると職員が皆その人にかかりっきりとなり、他の元気な利用者がおざなりとなってしまった

【設備が不十分】

- ・看取りまでの例えば入浴、トイレなどの対応が設備的に難しい
- ・ハード面での準備、体制もできていない
- ・グループホームの目的上、入浴等（家庭と同じつくり）で身体的介護負担が多くなること
- ・居住している部屋ではなく、家族が付き添える場所が必要と思われる
- ・家族の宿泊場所、食事提供などの余裕がない
- ・医療的な物が一切ない

【医療行為の実施】

- ・医療行為が全くできないため、本人や家族がここで看取りたいと考えていても不可能なことがあるとき、残念な思いがある
- ・ホーム内では医療的ケアは対応できないことが多い
- ・介護職の医療ケアの限界
- ・「たん」が引ける職員が居ない
- ・看護師がいないことで医療的行為ができない為、看取りをしたいと考えている（入居者・ご家族・施設側）が限界がある

【訪問看護利用体制の整備】

- ・訪問看護の事業所が見つからない事（料金等で会社とおりがあいでできない）で体制を整えることができない状態です
- ・訪問看護はコストが高いこと、利用条件が厳しい（特定疾患で月 14 日以内）ので利用しにくい。看取りのほとんどが老衰なので、ほんの少しの医療があればよいのだが、期間が長いので、利用できない
- ・訪問看護ステーションが手一杯で決まらない事がある

【家族や医療チームとの連携】

- ・医療との連携がその時期、時間によって困難な時がある
- ・在宅看取りを受け入れる方向にはあるが、医療との話し合いがよくできていない
- ・やはり医療面での協力が得られなくては、看取りは困難だと思う
- ・協力医療機関からの 24 時間オンコール体制が困難
- ・医療機関と家族との連携、両者が顔を見て話す機会が少なくなってしまう
- ・GH の職員が関わる全ての職種、ご家族含め調整を図ることは困難である
- ・訪問看護師との連携がなかなかとれない

【介護保険を利用した福祉用具のレンタルが出来ない】

- ・看取りの際にエアマットやリクライニング車椅子がレンタルできるとよい
- ・状態が悪化し、ベッドやリクライニング車椅子、褥瘡予防具等、必要であってもレンタルが出来ない
- ・看取りの時期になり身体的に重くなった時、ベッドやエアマット等のサービスを利用することが困難なこと

【その他】

- ・ご家族の協力が得られない
- ・家族がいない人も多く、いても無関心、協力得られず
- ・急にご本人、ご家族の意向が変わる（やはり病院へ）もあり、対応が難しい

- ・看取りの体制に対する評価、看取るまでの支援についての評価の在り方が不十分
- ・看取り加算に対しても、期間（いつからが看取りか）、明確にできないので死亡前 1 か月加算が取れる様にしてほしい
- ・スタッフの人員配置が充分でなく、ユニットの他の 8 名に対して手薄になってしまう。賃金と仕事の内容が見合わない
- ・離職率も高く、看取りが出来る状況にない
- ・看取りは行いたいと思うが、そういった考えが母体にない
- ・GH においても「看取り」が取り入れられる傾向にあります。施設内に看取りの対象となる利用者様が多くなると、その反面で「共同生活を通じて認知症の進行を遅らせる」という GH 本来の狙いが難しくなってきます。この点をどのようにしていくべきかを考えています
- ・長期にわたると、スタッフ、家族も疲弊する
- ・病院側が「施設では困難だから」と引き取ろうとするケースがあった
- ・看取り支援に加えて整備しておかなければならない書類などの業務が多い
- ・GH でのターミナルを実施している所が少なく、互いに他施設と情報交換をしたいができない。より多くの事例を知る機会がない
- ・キーパーソン以外の親族からのクレーム。GH への理解が難しく、医療施設、病院と同等のケアを求められてしまう

15. 今までにグループホームにおいて経験した、良かったと思う看取り

1) 上記について自由記載で尋ねた。具体的内容については、以下の通りである。

【看取りを通して家族関係が良くなった】

- ・看取りの時期に親子関係が良好になった
- ・ご家族が集まり、看取りを通してご家族の仲が深まった
- ・看取り時期になるにつれ、ご家族との関わりが深くなっていった
- ・家族関係が悪かった方が看取りを通し良好になった
- ・家族間でのコミュニケーションが密になった

【家族の協力が得られた】

- ・ご家族の協力が得られ、希望に沿った看取りができたこと
- ・しばらく会っていない家族、親戚など集う場所になれたこと
- ・家族・利用者・職員の意思統一が出来た事と、特に家族が看取りに対する関心がとても深く、協力的であったこと
- ・家族が主体的に看取りに取り組み、職員とのコミュニケーションを図りながら最期は、本人と家族で居室で過ごすことができた
- ・ご家族への早めの状況変化報告によって、心にゆとりを持ちながらの看取りが多く、ご本人と共に食事ができた。一緒に手を取って布団を並べて夜を過ごしたり、最期に後悔のないご家族の表情や、とても穏やかなご本人の表情がよかったと思う

【住み慣れた場所で最期を迎えられた】

- ・認知症の方が日々過ごしている場所が変わることなく、最期を過ごすことができた
- ・住み慣れたところで自然の流れで亡くなられた事は、ご本人にとって幸せであったと思う
- ・最後まで普通の暮らしの中に居ること。音、匂い、人々のざわめきは、安心した表情を生む。暮らしの中で看取っていく自然な様子がとても良かった
- ・家ではないが、家に近い心のこもった、安らいだ最期を迎えられたと思う。殺伐とした病院ではなく、住み慣れたホームで、ご家族・スタッフに見守られながらの最後はみなさまとても穏やかな顔でした

【最期の最後まで本人の望むことができた】

- ・本人の強い希望で亡くなる2～3日前まで、食事が摂れなくても日本酒を喜んで飲まれていたこと
- ・本人の希望で亡くなる前に外泊ができた

- ・ご本人が一度行ってみたいとお元気な頃話していて、実現できなかったところへ外出したこと
- ・本人にどのように終末を迎えたいかを聞き、意向に合った看取りを行う事が出来た
- ・好きな食べ物を一口食べて「ありがとう」と言って亡くなられた

【家族の希望に沿った看取りができた】

- ・ご家族の協力が得られ、希望にそった看取りができたこと
- ・家族、かかりつけ医、施設とで連携がとれ、家族が考えていた看取りができた
- ・ご家族の思いに沿うことができた
- ・ご家族との話し合いが十分できたので、家族の悔いの残らない形で看取れた
- ・ご家族が自然な状態で死を迎えたいという希望が強く、あえて延命せずに静かに最期を迎えられた

【主治医の協力が得られた】

- ・医師が夜でもかけつけてくれたり、家族に見守られながらの看取りを実施できた
- ・主治医の先生がスタッフの不安感を取り除いていただける対応をしてくれた
- ・連携医療機関の医師が家族への説明を状態が変化するごとにしてくれているので、家族もスタッフも安心できた
- ・医師も介護士の不安を理解し、説明をしてくださる。状況によっては 24 時間待機するとおっしゃるので良かった

【医療機関との連携ができた】

- ・医療機関や緩和ケアとスタッフとの連携が密に取れ不安なく対応ができた
- ・家族、かかりつけ医、施設とで連携がとれ、家族が考えていた看取りができた
- ・主治医、看護師とのスムーズな連携で、本人や家族が理解されて、看取り期も我々も安心して向き合えたこと
- ・スキルのないスタッフであっても人員がその時期そろっていた事もあり、スタッフ間、考えの方向を同じくしていたので、医師、看護師、家族、スタッフとその方を中心に看取りができた
- ・医師や看護師、ご家族と密な関係を取り、職員も日々看取り介護を意識しながら対応し、初めての経験となる職員が多かった為、一つの経験として取り組めたことは良かったと思う

【入居者の協力が得られた】

- ・他入居者が当人の居室を訪問し、手を握ったり歌をうたったりしていた
- ・他入居者をまじえ、家族と共に家族のように自然な看取り方が出来た
- ・他の利用者さんも心配してみてください皆で看取りができたこと

- ・他ご利用者の方々も居室に見舞ってくれ、一緒にお見送りができたこと。自然に死を受け止め、家族の一員として悲しんで頂けたこと
- ・亡くなった後も、ホームで葬式をしていただき、入居者、職員でお見送りをしたこと

【スタッフ間での意見交換ができた】

- ・結局は行けなかったものの、桜の時期であったので一緒に花見に行こうと計画立てたこと。そのことでスタッフ間で意見交換ができた
- ・スタッフ間、考えの方向を同じくしていた
- ・GH内でどのように看取り介護に取り組むかを話し合う事で職員の意識が高まった
- ・職員で話し合い、職員みんなが看取りに合意し、又、主治医、家族も合意し、みんなですその人を看ようと心が一つになった事
- ・スタッフ一同情報を共有し、チームケアができた。自然死について考えを改めることができた

【達成感・満足感を得られた】

- ・「できることは何でもした」という達成感
- ・長く関わってきた入居者様のエンゼルケアが出来た事への達成感
- ・家族に感謝される、最後まで関わりが持てた満足感
- ・チームで看取りをし、達成感を味わった
- ・長く関わってきた入居者様のエンゼルケアが出来た事への達成感

【本人、家族から満足・感謝の言葉をもらえた】

- ・ご家族様は、最期のお別れをする十分な時間を持てた最高の看取りだったと言っていたこと
- ・家に帰られるとき、ここで最期を迎えられてよかったと言葉を頂いたこと
- ・告別式に呼んでいただき、息子さんがご挨拶でグループホームのスタッフの方は「家族以上に家族でした」と言ってもらえたこと
- ・看取りを終え、最後のお見送りの時に、ご家族から「家族より、家族のようにして下さってありがとう」「最後までここで見てもらえて幸せでした」「母はここに入れて本当に幸せそうで良かった」「ここじゃなかったら、とっくに死んでいた」等、沢山の言葉を頂いたこと
- ・「母と過ごす時間を頂けでありがとうございます」と同時に「GHはこういう関わりができる所なんですね」とおっしゃって頂いたこと

【看取りを通してスタッフの成長を感じた】

- ・最初はどうか対応していいか分からなかったスタッフも経験をつむうちに準備できることや話し合っておくこと、Dr.との連携など出来るようになったこと

- ・ 職員の成長をみることができた
- ・ 1つの命が終える場面に立ち合う事で、他の入居者様に対しても今まで以上に大切に思えるようになった

【スタッフの自信につながった】

- ・ スタッフも最期を看取ることによってケアに対する自信がついた
- ・ 看取り経験をする事でスタッフのスキルがあがってきたこと
- ・ 経験を積むことでだんだんと看取りに自信を持てるようになってること
- ・ 看取りを経験した後に、職員の自信につながったという意見が出たこと
- ・ 人の死に職員が関わることでその糧になり、より良いケアができるようになってゆくこと。看取りではないが医療についての知識向上に取り組んだ結果、緊急時の対応が適切にでき、職員が自信を持った

【その他】

- ・ ご家族の気持ちが最後まで変わらなかった
- ・ 人が亡くなることを目の前で経験しました
- ・ 亡くなった方が身をもって教えて下さったこと
- ・ 入院先の病院でターミナルを宣告され、戻られた入居者様が元気になられたこと
- ・ 毎回、非常にたくさんの事を教えていただいたと感じる

16. 看取りを振り返って改善したいと思うこと

1) 上記について自由記載で尋ねた。具体的内容については、以下の通りである。

【家族との関わり】

- ・家族の方の心境の変化に柔軟に対応できる様、知識や理解を深めていきたい
- ・家族を呼ぶタイミング（とくに仕事をしている方など）
- ・ご家族のご希望に応じて、できる限りご家族が見送れる環境を作っていきたい（事前の連絡、受け止められる話し方など）
- ・最期の時をどう迎えるのか、家族と定期的に話しておく
- ・ご家族様の不安が強いと思うので、正確に伝えられるようにしていきたい
- ・入居者本人の意向を家族とともに確認しておきたい。意向を伝えることができる段階で確認しておき、家族にもそのプロセスに関わって頂く
- ・本人が元気なうちに思い残すことがないように、ご家族との橋渡しができるような支援ができればよかった

【他利用者への対応】

- ・ユニットスタッフは看取りケアに割かれる時間が多く、他利用者対応が薄くなる
- ・ユニット内他入居者様と最後のお別れが出来る方、出来ない方がいる事が残念。普段からどこまでどう接してもらえばいいのか悩み所
- ・他の利用者への対応(家族への対応を含む)
- ・入居者様の死を他入居者様に伝えるかどうかで悩んでいる
- ・看取りの方が気になって訪室時間が長くなり、他の業務がおざなりになった

【スタッフへの教育】

- ・はじめて看取りを行い、不安もあったが、主治医、家族の協力で自然な看取りができた。スタッフの中でパニックになってしまう者がいて、スタッフの研修を今後も行っていきたい
- ・職員のモチベーションを保つこと、知識を深めることがさらに必要だと感じた
- ・研修を受けマニュアルがあっても、不安を抱く職員も多い。さらに知識を深め取り組みたい
- ・看護師だけでなく、スタッフみんなで看取りについて学ぶ機会を作り、全員が同じような介護を利用者さんに提供できればと思う
- ・本人の意向が認知症という病のためになかなか確認できないことが多い。確認できたとしても職員側から話を切り出すことが難しく、家族や職員からの聞き取りで察する事しかできないことにもどかしさを感じる。学びを深め改善していきたいと思う
- ・皆が同じ気持ちでチームとして関わるよう教育していく

- ・より安楽な体交などの介護技術の向上
- ・エンゼルケアの手技がマスターされていると良い
- ・スタッフ全員が統一された中で、極力後悔の少ない看取りを行うこと（しっかりしたアセスメントなど）
- ・医療的ケアでは、出来ること出来ないことを明確にする
- ・看取りの契約を頂いても人間の気持ちは変化する。悩む力も持ち続けたい

【スタッフへの精神的フォロー】

- ・看取りをする職員のメンタル面や看取った後の家族への配慮について、いつも迷う
- ・看取った後の振り返りで感情の共有を図るなど、メンタルフォローを充実させたい
- ・ご家族の意思・医療の観点・介護職員・取り組める範囲をもとに対応方法など決めて統一するが、職員の気持ちの部分で迷いなど生じないように、看取りに取り組む際は注意したい
- ・当日その場にいるスタッフの心のケアをもっと配慮すべきだった
- ・特に夜間帯は夜勤者1人になってしまうこともあり、職員の不安が強い為、不安を感じないように説明や対応等をもっと詳しく行っていく必要があると思う

【医療との連携・体制】

- ・医療との連携をさらに深めるために、医療的知識の充実を目指したい
- ・医療との連携をしっかりとっていききたい
- ・生体反応が出た時に医療従事者が側に居てくれる体制を整えばご家族も職員も安心して看取りに臨む事ができる
- ・主治医への確実な連絡方法
- ・訪問看護師が入った場合、訪問看護師とホームの看護師とどちらが医療のイニシアチブをとるのか、どう連携するのが良いのか模索中
- ・どこからが看取りなのかターミナルなのか・・・グループホームが重度化しているのは事実なので看護師の配置があれば少し安心

【ハード面の強化】

- ・淋しくないよう、居間にベッドを移動し、にぎやかな生活感を味わってもらっていることもあるが、もう少しゆったりした空間の配慮も必要と考える
- ・エアマットを入れたくても、貸与は自費で高額であり、勧められない（家族、本人に大きな負担を負わせたくない）
- ・ハードがもっと整っていれば、他にも期待できることがあったのでは、と思っている
- ・グループホームで看取りをするのであれば、他利用者の理解は正直困難であり、別室、別フロア等必要
- ・医療設備がなくても利用するものは沢山ある。最低限度、吸引器があれば・・・と思う

- ・車いすやポータブルトイレはホームでそろえるのが当然との市の考え。ホームの負担は大である
- ・GHでは福祉用具のレンタルを行う際、実費となる。施設としての設備としての購入もきびしい面もあるため、改善してほしい

【その他】

- ・人員確保(特に夜勤)
- ・グループホームは本来の家庭的な生活から離れてきている。看取りは加算があるが、アクティビティ等は何もない
- ・当グループホームは医療支援体制も整っているが、単独のホームでターミナルをするとき、不安が大きいと訴えられています。きちっとした支援体制と、その保障が(財政的)あるとよいと思う
- ・今の制度では医療連携が取れていない限り、看取りは実施しても、看取りケア加算は算定されず、情報の公表等でも実績としてカウントされない。加算を算定したわけではないが、スタッフが人生の最期を一所懸命看取らせていただいたという証としてカウントしたい為、訪看と医療連携を交わした。制度も今一つ考えて欲しい
- ・看取り時には手厚い介護支援ができるような仕組みづくり、地域づくりを目指したい
- ・最後に希望すれば自宅へ帰るお手伝いもしたいと思う。自宅で亡くなることができたら幸せだろう
- ・看取り計画を文書(ケアプラン)にどの時期に入れた方が良いのか職員間、家族で検討したい

第3節 考察

1. 調査対象の特徴

調査対象となったのは関東甲信越の GH3,079 ヶ所であったが、回答は 709 ヶ所からで、回収率は 22.9%と低かった。GH の団体とは異なる訪問看護の団体からの調査依頼であることや、医療処置や看取りといった調査内容であったため、経験がなかったり、関心がなかったりすると、返送は少なくなることが考えられる。

1) 介護福祉主体の入居施設

設立後の期間は 3 年未満が 57%であり、また、管理者等回答者の年代は 20~40 歳代が 49.6%、職種は介護福祉士が 73.4%となっている。このことから、近年、比較的若い介護職が主体的に GH の運営にあっている傾向にあることがわかる。GH は他の介護施設等とは異なり、小規模で家庭的雰囲気を提供することに重点が置かれ、重度の要介護者を対象としていないことが、この傾向に影響しているものと考えられる。

2) 年月を経ることによる入居者の重度・重症化

平成 23 年度全国の GH の調査¹⁾によると、入所期間は平均 3 年 4 か月であり、開設年度が古い GH 程入居期間が長く、退居者が全体的に少ない傾向にある。本調査に回答した GH は比較的新しいところが多く、平均入居期間は前述調査の全国平均を下回っていた。GH からの退居の理由は、前述の調査では 39.6%が医療施設への入院、死亡によるものが 24.9%であり、老健・特養・療養型等への施設入所 23.7%となっており、9 割が医療的ケアが必要になったり、看取りの時期になったりしたことで GH を退去している。

本調査の対象となった GH においても、今後月日を経ることにより、利用者が重度・重症化し、看取りを考えなければならないだろう。また、医療処置が必要になっている高齢者は、脳血管疾患、心疾患、高血圧に加えて、がん罹患者もいること、また、入居の時点ですでに後期高齢者であることを考えると、早々に生命に関わる変化が生じる可能性を予測せざるを得ない。認知症対応型という施設の特性に加えて、入居者が重度・重症化することを十分想定したケア体制を考えておくことは、設立時から必要なことであり、設立主体の努力目標ではなく、このような入居者を最期まで支援できる人員配置、医療との連絡・連携体制などの強化、制度化が望まれる。

2. グループホームにおける要医療者の看取りケア

1) 医療処置を行う看護職の不足

GH 職員平均 16.5 人のうち、介護福祉士・ヘルパー2 級は 11.5 人を占めていた。一

方、看護職は0.3人となっており、要医療者の医療的ケアを直接担っていくことは極めて難しい職員構成となっている。医療処置等の内容としては、褥瘡ケア（22.8%）、浣腸（18.3%）等に加えて、酸素吸入、点滴・注射、吸引などの処置もあり、医療職の関わりが不可欠な現状も示された。

医療的ケアの提供頻度は毎日が45.6%であり、おそらく褥瘡ケアがそれにあたりと考えられる。配置のない、あるいは少ない看護職では十分対応できていないのが現状であろう。GHの設置主体は、営利法人が51.0%、社会福祉法人24.4%であり、医療法人は13.9%となっていることから、医療的ケアが提供されやすい環境ではないことが伺われる。

そして、この事から危惧されるのは、医療的ケア提供体制整備が不十分な中では、身体疾患が重篤化、急変した際に適切な対応を取りにくいことである。よってGHが、身体疾患を併せ持つ要医療者である認知症高齢者にとっても安心・安全な施設であり、それぞれの症状や予後を見通し適切な対応がとれる体制となっていることが望まれる。

2) 訪問看護との連携

訪問看護事業所と医療連携契約をしているのは、176件（46.9%）であり、半数に満たない状況であった。この95%にあたる167のGHは管理者が看護職でないということから、外部の看護職の関わりを求めていることがわかる。また、自由記載欄には、訪問看護ステーションが近くにない、医療連携先としての役割を引き受けてくれない等の困難があり、地域における看護の提供体制が整っていない課題が示された。現在の訪問看護ステーション数7,500よりGH数12,000の方が多く、数値上では約1対2の関係での連携となるが、自宅居住の利用者への訪問看護でも手一杯であることや、地域特性やステーションの規模などを考慮すると、訪問看護ステーションとの連携の困難に繋がっていると考えられる。

また、31.7%が訪問看護の緊急時の対応が可能であるとしており、医療連携契約を交わしていても緊急時対応は期待できないとしているGHがあることを示している。加えて、緊急時、入院受入先の医療施設があるとしているのは69.3%であり、このことから、訪問看護より病院搬送に安心感を得ており、緊急時には医療施設へという対応となるGHの実状が伺える。

3) 看取りケアにおける訪問看護師

亡くなる直前に提供したことがある医療的ケアについては、点滴が51.0%であった。また、訪問看護師と共に実施したことがある看取りの時期のケアは、死後の処置が43.3%、清潔ケアが41.0%となっている。看取りの前に医療的ケアが必要になると同時に、清潔ケアについても訪問看護が関わっていることがわかった。通常、清潔ケアはGHで介護職が行っているが、状態が悪化した場合には、病状を考慮したケア提供が必要となり、介護職のみでは不安が生じるものと考えられる。GH入居者には、介護老人

保健施設、特別養護老人ホーム等の施設入所者より寝たきりの人が少なく、全介助の重症者に対する清潔ケアが多くはないと予想される。よって、重症化した際の清潔ケアには訪問看護師のサポートが必要と考えられる。

3. 医師との連携の重視

1) 重症者対応・看取り対応

医療的ケアの実施に際して訪問診療医と連携している GH は 86.1%であり、そのうち連携している訪問診療医の数が一人であると答えた GH は 45.3%であった。また、80.0%の GH は、緊急時の往診が可能な体制であった。訪問看護との連携に比べ、医師との連携をより多くとっていることがわかる。GH 入居者に対して訪問看護を実施する際、医師の指示書が必要であることから、すでに往診医による在宅診療が行われている中で、訪問看護に繋がっているものと考えられる。訪問看護のケア提供の仕組み上、個別の訪問看護は主治医を介することとなるが、医療連携として訪問看護と契約を結ぶ際には、入居者個々に対する訪問看護指示書は必要ないので、日常的な健康管理に訪問看護を活用することは可能である。しかし、GH では、日常的な健康管理のための医療連携による訪問看護の導入よりも、緊急時の医療支援を求めて往診を重視しているものと考えられる。GH 入居者の日常的な健康支援に訪問看護師をより有効に活用できないか考える。

2) 予後の判断や意思決定支援

管理者が看取りに向けた意思決定支援をする際、ほとんどが他の人と相談しており、その相談相手は主治医が 90%を超えていた。また、看取りが近いことを判断しているのは、管理者自身と主治医であった。看護職の関わりは意思決定の相談相手としては 39.0%、看取りの判断は 21.7%であった。このことから、看取りへの介入は、GH の管理者と主治医との連携の中で、看取りに向けて予測したり、方針を決めたりしていると考えられる。

看取りに向けた意思決定支援での困難は、本人の意思がわからない (51.3%)、家族の希望に沿った体制が整えられない (33.4%) といったことが多く挙げられており、加えて、看取りの判断については、医学的な情報や知識の不安 (44.6%)、症状や訴えが的確に把握できない・医療的ケアを提供できない (各 44.1%) といったことが挙げられている。これらの困難の解決には、終末期の病態の理解と、GH の介護や家族を含めた支援体制の理解、そして医療的ケア提供が必要だと考える。看護職、とくに訪問看護師はこれらの困難解決に向けて適当な人材であると考えられる。ただし、日頃の GH との連携やスタッフとの関係構築が不可欠であろう。

4. 今後の看取りケアに向けたグループホームのあり方

1) 重症化する入居者への医療的ケアの充実

看取りのケアや判断において GH 職員が困難に思うことは、食事や苦痛への対応といった、疾患に関連した医学的なことから、家族の意思の確認、家族と職員双方の看取り支援体制まで、広い範囲の事柄であった。

疾患を持った認知症高齢者は、入居後年月が経つうちに症状の重症化や急変が生じる可能性が高く、そのことを予測した体勢をとっておくことが必要である。その際、日頃からの入居者の状況を把握していることに加えて、GH の介護職がどのように対応できるかということ、管理者、連携する医療者、そして家族の中で共有していることが重要であると考え。また、医療的ケアが必要になった時に、どのように内外の関係する医療職と共にケアを提供できるかを確認しておくことが重要であると考え。

2) 状況に応じて共有する看取りに向けた意思決定

本人・家族への最期を過ごす場所の確認方法は、入居前に書面で確認するが 41.1%、状態が悪くなってから聞き取り記録するが 38.1%であり、確認内容を文書に書き保存する対応が半数以下である。認知症対応型という性質上、生活をするところであって医療施設ではない、また、職員が看取りをするところではないという意識を持つこともあるだろう。しかし、入居期間が長くなればなるほど、入居者の重症化が避けられない現状もある。意思確認が難しい入居者であるので、家族などに対して、入居時のみならず、本人の身体状況や家族の状況等の変化の時期にも思いや考えの変化を確認していくことが望まれる。

参考資料

- 1) 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 : 認知症対応型共同生活介護のあり方に関する調査研究事業 ,2013年3月,株式会社 富士通総研

第3章 インタビュー調査

第1節 調査内容

1. 調査の目的

本調査は、アンケート調査を元に GH における重度化対応と看取り支援の課題について、事例を通してより具体かつ明確化することを目的に実施した。

2. 調査の方法・内容

1) 調査対象

アンケート調査への同封書類でインタビュー調査の参加意思を表明した方のうち、看取り経験のある GH の管理者を各都県から一か所ずつ、計 10 名を選定した。

2) 調査方法

半構造的面接

3) 調査項目

これまで経験した GH での看取りについて、印象に残る 1 事例について経過や関わった人、看取りに向けた意向確認の実践例などを訪ねた。また GH の方針として要医療となった GH 入居者への対応方法、意向確認内容に合わせた連携体制整備、看取りの充実に向けた教育研修や人材育成の方法、などをインタビューした。

4) 調査実施期間

平成 26 年 12 月から平成 27 年 1 月

5) 分析方法

1. 録音されたインタビュー内容を逐語録、すなわちテキストデータとした。
2. テキストデータを熟読し、同じ意味内容のかたまりでわけ、質問内容ごとに整理した。
3. さらに、“GH での看取りケアを充実させるには”という分析の視点を持ち、全体を概観して質問内容の枠を超えた中心的意味を見出した。
4. 「GH における看取りを可能にする要因」「GH での看取りに関する理解」「GH での看取りに関する連携」について、具体的な語りをを用いて説明した。

3. 倫理的配慮

調査の実施にあたり、日本訪問看護財団研究倫理委員会の審査を受け承認を得た。研究の目的、プライバシーは厳守されること、調査への協力は任意であること、調査に協力しないことで一切不利益を被ることはないこと等を書面で説明し、署名にて同意を得た。

第2節 調査結果

1. 調査対象者の概要

	所有資格	年代	設置主体	開設年	ユニット数	定員	看取りの件数 (H25年10月～ 26年9月末)
1	准看護師	30歳代	営利法人	2002年	1	9人	6人
2	看護師 介護支援専門員	50歳代	営利法人	2005年	2	18人	2人
3	看護師 介護支援専門員	40歳代	営利法人	2003年	2	18人	0人 (H24年に3件)
4	看護師 介護支援専門員	70歳代	NPO法人	2008年	1	9人	1人
5	准看護師 介護支援専門員	50歳代	営利法人	2003年	2	18人	2人
6	介護福祉士 介護支援専門員	50歳代	NPO法人	1999年	1	9人	3人
7	介護福祉士 ホームヘルパー2級 介護支援専門員	40歳代	営利法人	2009年	2	16人	1人
8	介護福祉士 ホームヘルパー2級 介護支援専門員	30歳代	医療法人	2004年	1	9人	1人
9	看護師 介護支援専門員	60歳代	営利法人	2004年	2	18人	4人
10	介護支援専門員	40歳代	医療法人	2006年	1	9人	1人

2. 分析結果

1) グループホームでの看取りを可能にする要因

GH での看取りを実際に経験した中で、それに関与した重要な事柄の語りがあった。また、反対にうまくいかなかった経験からも必要と思われることが語られた。

【介護職員の看取りの心構え】

職員の看取りに対する不安、恐怖があることを語ったり、また、看護師がいると安心であるということで不安の存在が示されたりしており、看取りに対する心構えができない状況があった。また、覚悟を決めることが必要と述べたり、最期まで生き抜く支援が看取りの支援であることも、介護職員の看取りの心構えに管理者として関わっている様相が示された。

- ・「看取りについて怖いという職員もいます」
- ・「看取りが怖いという介護職員は必ずいる。管理者と看護師で職員に説明して、不安があればいくらでも自分たちが助けに行くということを伝えて安心してもらうがあるので、できないことは良い意味で開き直って対応します」
- ・「ナースがいたら絶対にスタッフは安心して看取りができると思う」
- ・「職員一人一人がきちんと覚悟を決めて」
- ・「最後まで生き抜くための支援するから、一口でも食べればそういう風にするし……、死期を待つっていうふうな看取りの考え方じゃないと思うって話をする」

【看取りに向けた家族との共通意識】

入居者のみならず、家族が GH で最期まで暮らすということを確認していること、また、家族の意向を主治医に伝えたり、認知症の対応で家族が苦労した経験を考慮したりしていた。

- ・「主治医から看取りに関する指示が出たら、ご家族と密に相談させてもらい再度契約を交わす」
- ・「家族の人とも密にコミュニケーションをとったり状況報告とかしていかなくちやいけないので」
- ・「家族の意向を先生に自分の方から報告したり、先生の考えを自分を通して家族に伝えたりっていうのは何度か行っています」
- ・「ホームとしての一応看取りの指針という形のものとか契約書を作成して、だんだん足腰弱ってきて食が細くなってこられた時に将来どうされますかっていうふうな話をこちらから持ち出したり、ご家族の方からも最期までここで見てくれるんだろうかって逆に言われたり」
- ・「家族も認知症のために苦労した。(葬儀の際) どうやって最期を送ったのかという事の弔辞をやっています」

【看取ってくれる医師の存在】

GH での看取りを保証し、支援してくれる主治医の存在が管理者にとっては重要であり、拠り所となっていた。

- ・「いい先生が多い。できることの限界もちゃんとわかって下さっていて、その上で医療の方でできることをやるよと仰っていただいて看取りをしている」
- ・「初めての看取りだったので、医師と相談し、看取りチームを作った」
- ・「みんなが看取りをしたいけれども、できる環境が整っていない、要するにお医者さんがまず確保できない」
- ・「3,4年ぐらい目から在宅医療をしている医師を探しているが見つからない」
- ・「昔から付き合いのある訪問診療医なのでやり取りもしやすい。グループホーム

の方針もしっかり打ち出せて医師と理解し合えるので、医療連携で特に大きな問題は無い」

2) グループホームでの看取りに関する理解

これまでの看取り経験を語るだけではなく、GHでの看取りを内外に十分理解してもらいたいという思いが語られていた。

【スタッフへの具体的な看取りの教育】

生活支援を中心に考えている介護職スタッフに対して、医療が必要な看取りに対して少しでも不安なく臨めるように、様々な取り組みがなされている。具体的な看取りの場面を通しての指導支援、定期的な研修等、職員の負担を考慮しつつ、看取りに対応できるスタッフとなるようなかかわり方を工夫していた。

- ・「スタッフへの看取りの教育はそのような対象の方がいらしたら行う。居ながらの方がわかりやすいかなと思う」
- ・「内部研修は入居者で看取りが近づいたら、その都度やっている。その時の状況によって違うので、その時その時で行う」
- ・「1年に1回は看取りに関するような、外部講師の方に来ていただいている。」
- ・「不安なことは主任からスタッフに伝えている段階なので、また改めて課題が出れば、それに対する勉強会を開いたりとかすることを考えている」
- ・「チアノーゼとか下顎呼吸とか使っちゃうけど意味分かんないですからね、顎が下に下がるような呼吸、肩で息するようなというように話をして、こうなったら呼びなさいって言ったらちゃんと電話してきて呼吸がおかしいということを伝えられる」

【家族や地域に向けた理解の促し】

内外の関係者にGHでの活動について説明できる運営推進会議等を活用し、設置母体法人や家族、地域の人たちに広くGHのことを伝えており、その中で、最期までGHで暮らすことができるということも含めている。

- ・「家族は地域の方たちに、運営推進会議を開催している。その時にそれまで看取った事例について、資料を用いて説明している」
- ・「運営推進会議を2ヶ月に1回開催し、管理者が毎回看取りにことについてお話ししている。」
- ・「高齢者支援連合会という高齢者向けの相談員さんが集まり、地域の会を設けている。その会員や民生委員の人が連絡会を開くので、その際にグループホームを紹介している。地域の方にも直接見てもらっている」
- ・「利用者家族にほかのケースの看取りを話し安心感を持つように対応している」

3) グループホームでの看取りに関する連携

看取りの時期の医療との連携は、うまくいっている経験とうまくいかない経験とが語られているが、管理者の医療との関係づくりは、その時だけに注目しているのではなく、今後の地域での付き合いを大切にしている姿勢でいることが示されていた。

【訪問看護ステーションとの連携】

医療的な対応が必要になると、看護師を頼る状況が語られた。管理者やスタッフが看護職である場合には、GH内で看護職としての役割を果たすことができるが、訪問看護ステーションとの関係には難しさもあることが示された。

- ・「医療的なものはもう素直に訪看に任せちゃったりできるような考え」
- ・「訪問看護師さんにちゃんと連絡網に入ってもらって、『急変、何かあったらここに電話を下さいね』って電話書いてあるからそこに電話する」
- ・「依頼した訪問看護ステーションの方には、あとで調べときますと言われ、尻切れトンぼになってたんで。なんか連絡は、ちょっと。亡くなった後に言ったら、嫌みっぽいかなと思って、言わなかった」

【日頃の早期からの医療への働きかけ】

GHの理解や支援を期待し、日頃から医療とのかかわり合いを持つようにしていることが語られた。

- ・「医師の出張が多かったので、連絡が取れない時は誰に連絡するかと取り決めをした」
- ・「何でも相談できる関係は常に築いていくことが大切」
- ・「誤解がお互い生まれないように医療職の指示を指摘と感じないようにする」
- ・「関係づくりは常日頃念頭に置いて、お医者さんがほしい情報をきちんと提供する。こっちからの働きかけに気を付けている」
- ・「訪看がここに来たときは、利用者さんの状況についてちょっと軽い感じで話したりする」
- ・「家族と話した内容を伝えたり、ある程度こちらの情報を向こうに入れて連携しやすいように、訪看も判断しやすいようにお手伝いする」

【グループホームの看護職の連絡調整】

GHに所属する看護職が、医師や訪問看護師、利用者家族、受診又は入院先の医療施設との間で仲介役を果たし、看取り支援に対する不安の軽減や利用者や家族が望む最期の療養ができるよう配慮していた。

- ・「介護職がこうやりたいと言っても医師等には通じない部分がある、看護師が言葉をかみ砕いて話し、納得するまで話し合う」
- ・「昔からの付き合いの訪問診療医なのでやり取りがしやすく、GHの方針もしつ

かり打ち出せて医師と理解しあえる」

- ・「管理者と看護師で、職員に説明して、不安があればいくらでも自分たちが助けに行くということを伝えて安心してもらおう」
- ・「病院に入院していても認知症者には家族が付き添ってくれるように求められるが、家族はできない。GHの職員が代わりに毎日、日中病院に顔を出す」

第3節 考察

1. グループホームにおける看取りの課題

1) グループホームでの看取りの受け容れ：スタッフの看取りに対する不安の解消

GH 管理者からは、看取りに対するスタッフの不安があることが語られた。入居する認知症高齢者のケアを担う介護職にとっては、GH は生活を支援するところであり、体調、症状を観察したり、点滴など医療処置が必要な高齢者のケアをするところではないと考えて入職する者もいるだろう。GH 設立の理念として看取りまでのケアの充実を掲げているところは、当初より看取りに対する心づもりもあると考えられる。しかし、そうではない場合、入居者の高齢化に伴い、回復不可能な病状の方や医療的ケアを要するが認知症のために入院治療が難しい方に遭遇すると、納得できないまま看取りのケアにあたらなければならないスタッフは、不安を抱くかもしれない。

スタッフの中には、身近な人の看取り経験がない者もいる。また、在宅死が少ない現在、点滴や酸素吸入等の医療処置がなされる病院環境の中での看取りを想像しがちであり、GH は看取りの場所ではないという考えに及び、看取りのケアに関わることの不安につながると考えられる。GH に看護職を配置している場合には、このような医療に関する情報提供や看取りに関する教育と指導の支援は看護職が担当することとなる。配置のない場合、医療連携の事業所である訪問看護ステーションがその役割を果たすことが望まれる。また、利用者が入院していた病院や通院している診療所の看護職は、GH の職員より身近な看護職であろう。しかしこれらの看護職は GH に出向くことが制度上難しい。従って GH は利用者の状況に応じて医療連携している訪問看護ステーションと連携を取り、介護職員がケアに困らないように時期に合った情報提供やケア方法の指導・支援につなげることが必要であろう。

また、スタッフの看取り支援に関する準備は、定期的な勉強会や研修を企画することも必要であるが、インタビューからは、実際の状況に応じてその場で指示・支援を受けながら体験したり、その後の振り返りをしたりすることにより、少ない経験からの学びを強化しているという工夫もあった。スタッフが個人として看取りの責任を負うのではなく、GH 全体で看取りを支えていることをスタッフが体感し、加えてその体験を肯定的に捉え、共有することで看取りの不安感を軽減させることが可能であると考えられる。

2) 住み慣れたところでの看取りの捉え方

インタビューで語られた事例は、GH での看取りを利用者や家族が望んでいた事例であった。対象となった GH は看取り支援をすることを方針に掲げていないところもあるが、認知症高齢者であることにより入院継続が難しくなったり、また入院する時点で必ず退院することの取り決めをしたり、一般の医療施設で看取りが実現するには難しい環

境にあり、利用者や家族の意向を重視して GH での看取りに踏み切っている実情もある。

また、看取りに関して、家族や他の利用者に対して閉鎖的な態度をとる GH は少なく、他の利用者が共にお見舞い、お見送りをしている所が多かった。また、地域や家族の方々と交えた運営推進会議等で看取り事例を伝え、GH で最期まで療養することが可能であることを会議のメンバー間で共有していた。

認知症高齢者の家族は、GH に入居するまでは、行動・心理症状などにより大変な介護体験をしている人が多く、その体験を十分理解してもらっての入所であるため、GH や介護職員に対する信頼や安心の気持ちを持つようになると思う。入居期間が長くなったり、また、帰る家や家族をなくした利用者にとっては、まさに終の棲家であり、GH での看取りは十分納得でき、また希望することとなる。

地域包括ケアでは、住み慣れたところで治療、療養、介護、看取りとなることをねらいとしている。認知症の有無に関わらず、高齢者が住み慣れた地域での生活を継続するために、GH のような、小規模であり、より自宅に近い環境をもつ介護施設が増えることが、地域包括ケアシステムには欠かせないと考える。

3) 看取りを支える医療の連携

GH での看取りには医師の存在が重要であることが語られた。看取りに向けては、点滴や酸素吸入などが必ずしも必要ではないが、最期の時期の状態観察については、医療者の関わりが大きい。介護職員は、点滴・吸引などの医療的ケアに関わることで、入居者の死に対する不安をもっていた。

個々の利用者には必ず主治医がいるので、医師との関係が築かれている。しかし、訪問看護ステーションとはなかなか連携が取れない現状があることも語られた。訪問看護ステーションが近くにない、多忙のため医療連携体制の契約を結んでももらえないなど、地域特性の影響もある。また、設置主体の関連施設に訪問看護ステーションがあるところは利用しやすいが、それがない場合には GH が自力で連携先となる訪問看護ステーションを探さなければならない。

高齢入居者が多いのが GH の宿命であり、高齢者は若い人々より看取りまでの期間が短いのは避けられないことである。この事を自覚して、5年後、10年後の GH での支援体制を思い描いて GH の設立を開始することが必要であろう。そして、人的環境の整備が必須であるとの認識のもと、看護師の配置または、訪問看護ステーションとの委託契約により、看護師と介護職員が協働して、看取るまでの豊かな時間を、本人（家族を含む）とともに共有できる看取り体制の実現を期待する。

第4章 シンポジウムの開催

1. プログラム

以下にシンポジウムのプログラムを示す。

日時：平成27年3月14日（土）13時～16時

場所：東京医科歯科大学 MD タワー11階

テーマ：認知症高齢者が認知症対応型共同生活介護で最期まで暮らすために
～ご本人・家族・専門職・ご近所のカ～

13：00～13：10 開会の挨拶及び本調査研究事業についての説明

13：10～14：45 シンポジウム 座長：本田彰子先生

シンポジスト

○グループホーム美咲の家 管理者 高野三枝氏／取締役 工藤 美弥氏
GHでの看取りについて

○社会福祉法人サン 理事長 西村 美智代氏
GHでの看取りの実際について

○グループホームなごみ熊野前 ホーム長 松岡 愛氏
GHでの看取りを可能にする体制作りの実際について

○NPO 法人サポートハウス年輪 理事長 安岡 厚子氏
GHでの看取りの実際・スタッフの教育・支援について

○グループホームひなたぼっこ 管理者 丸田 敬子氏
GHでの看取りにおける看護師としての役割について

14：45～15：00 休憩

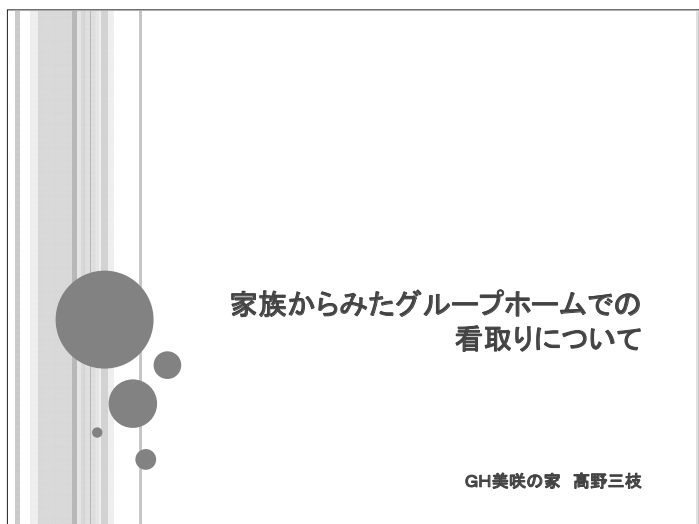
15：00～15：55 ディスカッション

15：55 閉会の挨拶

2. シンポジスト発表資料

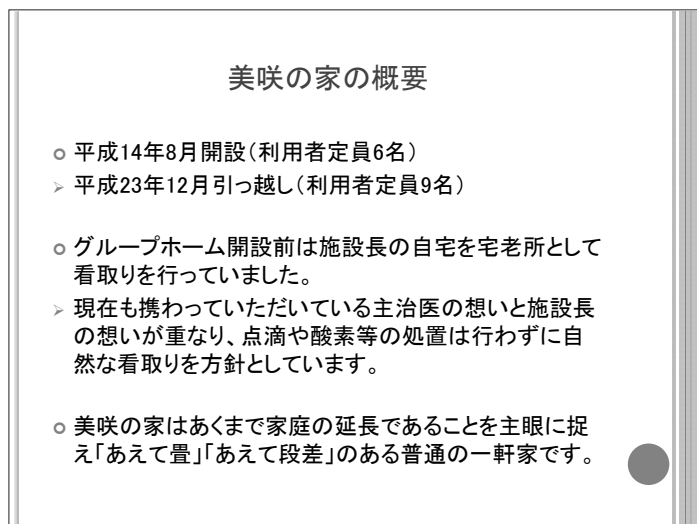
以下にシンポジストの発表資料を示す。

①グループホーム美咲の家 高野三枝 氏



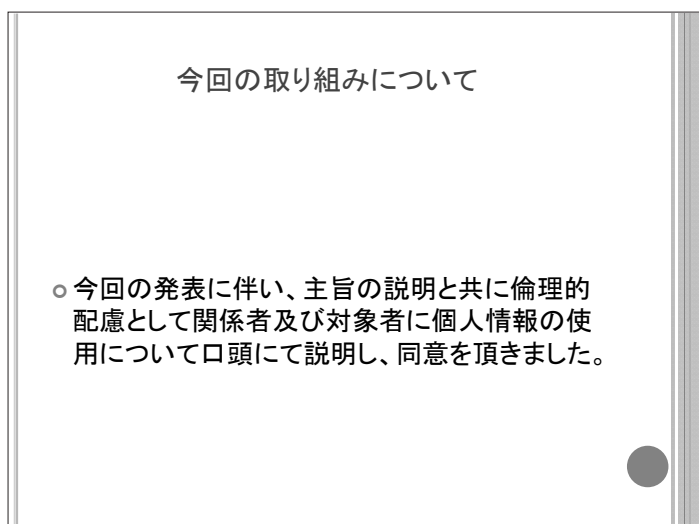
家族からみたグループホームでの
看取りについて

GH美咲の家 高野三枝



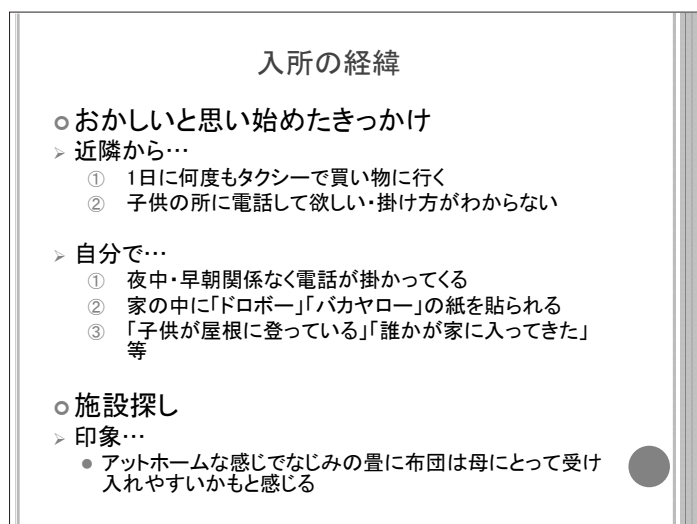
美咲の家の概要

- 平成14年8月開設(利用者定員6名)
 - 平成23年12月引っ越し(利用者定員9名)
- グループホーム開設前は施設長の自宅を宅老所として看取りを行っていました。
 - 現在も携わっていただいている主治医の想いと施設長の想いが重なり、点滴や酸素等の処置は行わずに自然な看取りを方針としています。
- 美咲の家はあくまで家庭の延長であることを主眼に捉え「あえて畳」「あえて段差」のある普通の一軒家です。



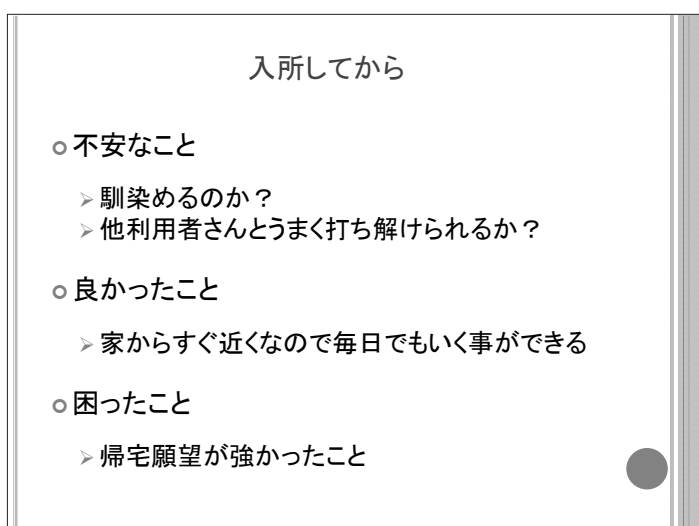
今回の取り組みについて

- 今回の発表に伴い、主旨の説明と共に倫理的配慮として関係者及び対象者に個人情報の使用について口頭にて説明し、同意を頂きました。



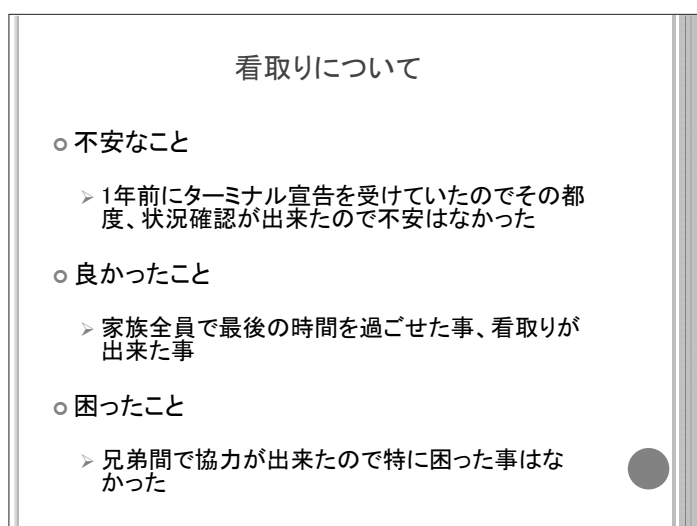
入所の経緯

- おかしいと思い始めたきっかけ
 - 近隣から…
 - ① 1日に何度もタクシーで買い物に行く
 - ② 子供の所に電話して欲しい・掛け方がわからない
 - 自分で…
 - ① 夜中・早朝関係なく電話が掛かってくる
 - ② 家の中に「ドロボー」「バカヤロー」の紙を貼られる
 - ③ 「子供が屋根に登っている」「誰かが家に入ってきた」等
- 施設探し
 - 印象…
 - アットホームな感じでなじみの畳に布団は母にとって受け入れやすいかもと感じる



入所してから

- 不安なこと
 - 馴染めるのか？
 - 他利用者さんとうまく打ち解けられるか？
- 良かったこと
 - 家からすぐ近くなので毎日でもいく事ができる
- 困ったこと
 - 帰宅願望が強かったこと



看取りについて

- 不安なこと
 - 1年前にターミナル宣告を受けていたのでその都度、状況確認が出来たので不安はなかった
- 良かったこと
 - 家族全員で最後の時間を過ごせた事、看取りが出来た事
- 困ったこと
 - 兄弟間で協力が出来たので特に困った事はなかった

その後…スタッフとして

- なぜ、美咲の家に勤務することになったか？
 - 施設長からのラブコール ♡
 - 介護の世界を初めて見て、美咲の家の理念に共感出来た事
 - 納得出来た看取り
 - 母が作った美咲の家との縁

これからは…

- 家族の目線で
 - ことある毎に報告をしてくれていた。今後、起こりうる状況の事前説明があった。
- 管理者の目線で
 - 利用者さんが笑顔で過ごせる様にスタッフも笑顔でケアを行っていきたい
 - 利用者さんの希望に添えるケアに取り組んでいきたい
 - その人らしさを常に考えて行動していきたい

認知症高齢者の終末期医療とケア

施設での暮らしを通して終末期をどう支えるかを考える

西村美智代
社会福祉法人サン理事長



1

はじめに

1. 認知症高齢者と向き合い尊ぶケアを通して、本人の意志を受けとめる。
2. 終末期と言われ家族、スタッフなどその状態に直面している人々の間で価値観、多様な考えがあることを見つめ十分に討議する積み重ねの作業が求められる。
3. 家族の苦情を避けるべきではないが、目の前の認知症高齢者をどうするかという目的が原則である事を踏み外さないようにする。
4. スタッフは生活支援の積み重ねを通してその人の「今」を受けとめ常に「自分でいられる」場を保障する。

2

当事業所において終末期（又はターミナル）と言われた入居者の医療とケアについて（理念と倫理を踏まえ - 家族の了解と協力、スタッフへの事実確認）

サンの理念から

3

サンの理念

- お年よりは
- 生きたいように生きられる。
 - 人生において、やらなければならないことは、少し頑張る。
 - 若い人には教える。

4

サンの理念

スタッフは、

- お年よりの生き様に付き添う。一人一人を理解できるように日々お年よりから学ぶ。
- お年よりが、やりたいけれどやれない事実を汲み取り、少しサポートする。
- 環境（人、家、近隣など）が与える影響を理解し、お年よりにとって居心地の良い「場」を作る。

5

サンの理念

家族は、

- お年よりがこれまで生きてきた「文化」「歴史」を伝え、できる限りスタッフと共有する。
- 2ヶ月に1回「家族の会」で思いを伝え合い、家族同士が支えあう中で、認知症介護の経験者として社会へ返す。

6

サンの理念

地域とは、

○地域と共に生きるお年よりにとって地域の人との信頼関係を作り出す。

○地域住民として生きたいので、認知症や老いについて地域の皆さんと一緒に考え学びあう。

○お年よりの生き方を通じて地域の支えあいの関係を作り出す。

7

3人の終末期の事例を通して

8

I. 入居者Aさんの事例

入居して12年、Aさん106歳（女性）、子供2人（男性）入居して5年目から3回終末期（ターミナル）と言われ、今に至っている。

この2年間は穏やかな生活が続いている。

9

現在のAさん 106歳（2013年2月）



「バレンタイン」デコレーションのクリームを塗っている

10

[入居して5年目] 終末期 1回目

ある日から食事拒否が続き、点滴が始まる。きっかけはケアマネの認定調査。初対面のケアマネに「立て、座れ」と言われて怒った。（心理的ダメージを受けたのではないかと考えた）
点滴1ヶ月を過ぎ、医師に点滴の限界を伝えられる。スタッフ、家族、医師との話し合い

⇒本人は何を大切にしているか、して欲しいのか
息子の事が心配だし、常に会っていたい。
⇒毎日息子さんが（交代で）会いに来る。

ある日、他の入居者の間に座り、テーブルの上にあるごはんを口にすることがきっかけで食事摂取が始まる。

11

終末期 2回目

夜不眠になり、日中睡眠をとる。
水分、食事を摂れなくなり、発熱。脱水症状で、医師から「もう年だし、何もしたくてもいいのでは！」と言われ家族は受けとめる。

さらに本人の意向に近づくことに、スタッフ、そして退職したスタッフも集まり、「今」Aさんは何を求めているのかを話し合う。

⇒2人の元職員が2日間の夜勤を手伝う。懐かしい職員のケアに心が動き、たべるきっかけを作った。

12

終末期 3回目（1）

発熱で入院。診断は肺炎。水分、食事を摂らず。胃瘻を勧められるが家族は断る。あと3日間位と言われた家族は慣れた所に帰すと言い、自分の居室に連れて帰る。

主治医（訪問）の先生が肺炎の治療を勧めるが家族は納得しない。

医師、家族、スタッフで話し合う。過去の終末期の例と現状の姿を伝える。肺炎の完治と同時に主治医は今後の役割を降りると宣言。

13

終末期 3回目（2）

本人は「今」を楽しんでいる。新聞を読み、スタッフや他の入居者に話かけたり、外出などで「自分」を生きている。家族（息子二人）の気持ちを察してか、「息子は？」の言葉が聞かれなくなる。

*家族から「もういい」との気持ちがスタッフに告げられる。スタッフは本人の1日1日を支える事を告げる。

Aさんの終末期を通して「命」を左右するのは置かれた環境（要介護者と介護者の対等の関係）にある。

14

Aさんの事例 管理者の言葉

日常のケアにおいてスタッフが大切にしていることは、自分のもとより一般的な価値観は傍らに置いて、ご本人の「こうしたい」を第一に考えること。それは頭で考えるほど簡単ではありません。人は、無意識に織り込まれた価値観や信念からなかなか自由になれないからです。スタッフ同士で「それは誰の考え（価値観）？」と問いかけ合うことを通じて、鍛えるように心がけています。

15

Aさんの事例 管理者の言葉

またご本人の意思を尊ぶ上で欠かせないのは「聴く」こと。応えが言葉にならないとしても瞬間的には考える表情や目をされる。その姿に、どんなに認知症が深くなっても人は「私」とは異なる他者であり、尊重すべき存在なのだとして改めて教えられる。

16

Aさん 106歳（2013年3月）



近くの公園にて

17

Ⅱ.入居者Bさんの事例

入居して7年、Bさん（女性）
86歳、子供1人（男性）

入居してから誰に対してもやさしい笑顔。読書大好き。

18

Bさんの事例（1）

1年前、食事を取らずに部屋のベッドで寝ている事が続いた。
家族（嫁）が医師に相談。

「年だからね」の医師の言葉。

嫁は「認知症高齢者でターミナルだから、このまま看取って欲しい」と夫（Bさんの一人息子：5年目に初めて訪問）を同行し、二人の意見として話される。

19

Bさんの事例（2）

家族面談の中で本人の「笑顔や手や声の力などの生活状況」を伝える。一貫して息子は看取りを口にする。（Bさんと息子の関係は予測できるが、その時の息子にはBさんの「生きたい」という現状のみを伝える）

スタッフは蕁麻疹で服用しているアレロックの副作用を考え医師に相談し、中止する。

*スタッフは起床がずれたBさんに対して朝7時頃にリビングで少しずつ食事をすすめる。食事がとれるようになり、現在は外出もできる。

20

Bさんの事例（3）まとめ

数回の家族（嫁）との面談を重ねる。

リビングで少しずつ食事を摂取する姿を見て、嫁が「ターミナルという言葉は安易に使ってはだめですね」と今の気持ちを話す。

そこにはBさんの今を受けとめる笑顔が見られた。

21

Ⅲ.Cさんの事例

Cさん 96歳(男性)
入居して11年

娘2人
キーパーソン長女



2013年2月 趣味の囲碁
亡くなられる3ヶ月前の姿

22

家族の看取りに対する気持ちの変化（1）

- 3年前の面談(長女)：父(C氏)の状態について
- ・認知症が進行し、本人は「放っておいてくれ」という事を身体で表現している。
 - ・生活リズムが崩れ断続的睡眠から睡眠不足になっていた状況を見て、父は嫌がっているのにスタッフは無理に起こそうとしていると感じると言われる。
 - ・辛い気持ちをさせらない。そんなに長生きをさせたくない。
 - ・点滴もしないという考えである。
 - ・父には絶望感を持った状態で亡くなって欲しくない。

23

家族の看取りに対する気持ちの変化（2）

- 本年5月終末期を迎え家族は振り返る。
- ・3年前の気持ちから変化し、今は後悔している。
 - ・その時の状態に合わせた本人のために行うケアの評価ができていたか。
 - ・今はスタッフの考えに共有できる。
 - ・言葉は聞き取りにくいですが父はスタッフに「ありがとう」と別れの意味で言っている。
 - ・感謝を皆に伝えることを「生きる力」にしている。
 - ・本人の生きる力がある限り点滴も行う。

24

家族の看取りに対する気持ちの変化（3-1）

亡くなる1週間前の家族の言葉

- ・この状態から「1ヶ月位生きられますか」との主治医への質問に対し、主治医は「1～2週間」と返答。
- ・点滴についての質問に主治医は「家族がやるかどうか決める事」と「呼吸が止まったら電話するように」と告げられる。終末期や死について伝える医療職は、言い方を考えて伝えて欲しい。

25

家族の看取りに対する気持ちの変化（3-2）

『父は、一生懸命生きようとしている。そのことは家族やスタッフは解っている。なぜ、医師は「もう年だから」だけで父の事を解らないのか』

26

家族の看取りに対する気持ちの変化（4）

5月13日 息を引き取る

呼吸が苦しく、熱も40度になり医師に連絡すると肺炎だからと抗生物質を持参した。注射をしようと医師が準備を始めたら息を引き取った。娘は笑いながら「父は注射が嫌いだったので、今息を引き取った」とスタッフに言った。

27

2013年2月 亡くなる三ヶ月前のCさん



28

Cさんの事例から

認知症高齢者は植物状態ではなく知的障害を背負いながら「今を生きている」という認識が求められる（竹中星郎：老いの心と臨床）と著書にある。

29

Cさんの事例から

まさに先月5月13日他界されたCさんの最期の「ありがとう、お世話になりました」と日常の生活の延長のように家族、スタッフに表現され目を閉じられた事は「生ききったわね」の家族の言葉がこれまでの全てを表現している。「理想の看取りが出来た」と語った家族の思いは他の入居者へ、そして地域の家族の方々に伝えられた。

30

亡くなられたCさんを囲む 入居者とスタッフ



31

亡くなられたCさんを囲む 入居者とスタッフ



32

長年住まれたグループホーム から離れられるCさん



33

Cさんとのお別れ



34

Cさんとのお別れ



35

ご葬儀の祭壇に飾られたスタッフ全員からの寄せ書き



この他、祭壇には毎月1回スタッフから家族へ送られる「写真付きの手紙」(11年分)がファイルされ飾ってあった。

3人の方々の生活そして死を通して 終末期の医療とケアへの提言

なぜ、マニュアルが不適切かと言うと、それは介護する側、医療を施す側から一方的なルール作りで定義づけ、押し付けであるからである。マニュアルは対等ではないその人にとっては一方的である。

37

だから、マニュアルという概念を当てはめることは適切ではない。つまり、ケアの現場では介護者と被介護者は対等の関係である。これが大原則である。しかし、マニュアルという概念をケアする側が当て嵌める事によって拮抗した関係が0か100かという非対称的なものになってしまうだろう。

38

GHでの看取りを可能にする 体制作りの実際について

(株)大起エンゼルヘルプ
グループホーム なごみ熊野前
ホーム長 松岡 愛

①なごみ熊野前について

ホーム及び入居者の概要

- ・平成21年5月開設
- ・入居定員 16名
- ・ユニット数 2ユニット(8名×2)
- ・男女比 男性2名 女性14名
- ・平均介護度 2.6
- ・平均年齢 85歳

建物及び周囲の環境



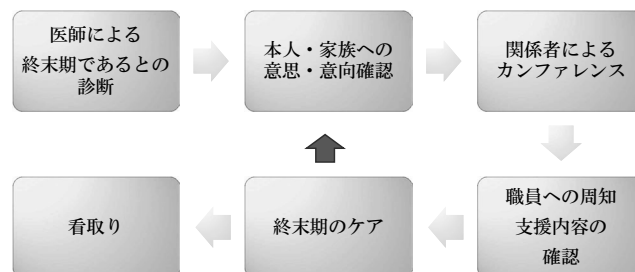
②看取りに対する基本姿勢

病気の急性期や病状が重度化した入居者、
あるいは人生の終末期の入居者が適切な場で
適切な医療が受けられ、疼痛や苦痛がなく、
本人・家族等が望むような人生の過ごし方ができ、
グループホームでの生活が継続できるように、

**そして望むならグループホームでの死が
迎えられるように最大限の対応をする**

③看取りの体制について

終末期の看取りに向けたプロセス



事例

- ・ 84歳 女性
- ・ 腹胸部に大動脈瘤あり（手術が難しい部位であること・本人が手術を望まなかったことから手術は行われず経過をみており徐々に瘤が大きくなってきていた）
- ・ 疼痛が強くなると入院して治療を受けホームへ戻ることをくり返す
- ・ 本人は最期をホームで迎えることを以前より望んでいた。家族とは疎遠

①医師による診断

入院中の病院の主治医から直接電話が・・・
『いつ亡くなってもおかしくない状態。
ホームに帰るなら今が最後のチャンス。
本人もホームに帰ることを望んでいる』

②本人・家族の意思・意向確認

入院している病院へ・・・

『家に帰りたい・・・みんなの所へ
帰りたい・・・。』

③関係者によるカンファレンス

- ホームでの看取りに向けてカンファレンスを実施
- ・ 御本人（意向確認のみ）
 - ・ 入院先の主治医・看護師・MSW・薬剤師
 - ・ かかりつけの病院（看護師）
 - ・ 訪問看護師
 - ・ かかりつけの薬局の担当薬剤師
 - ・ 生活保護の担当ワーカー
 - ・ 権利擁護担当職員

④職員への周知・支援内容の確認

- ◆職員へ
臨時の職員ミーティングを開催
両ユニットの職員に対して
カンファレンス内容について伝えると共に
具体的な支援内容についての確認・検討を実施
- ◆御本人へ
カンファレンス・ミーティングの内容を基に
介護計画を作成。同意を頂く。

⑤終末期のケア

- 退院してホームへ・・・
- ◆かかりつけの病院看護師・訪問看護師との
最終調整
- ◆職員はミーティングで話し合われた
内容を基に支援
- ◆生活保護担当ワーカーは身内の方へ連絡
⇒姪夫婦が御本人に会いにホームへ

⑥看取り

退院した2日後に息を引き取る

④グループホームでの看取りを 可能にするには

御本人の思い・願いを知る

御本人が元気で自分の思いや願いが語れる
『今』だからこそ、意志や意向を伺っておく
⇒タブー視せず日々の生活の中で・・・

看取りは関係する方々の協力が不可欠

- ◆サポートしてくれる仲間作り
自分たちが解決できない部分をサポートしてくれる
多種多様な仲間を作る
⇒ご家族・医療職・行政・地域の方々...などなど
日々の関わりを大切に信頼関係を築いていく
他の専門性を求めるだけではなく自分たちの
専門性も高めていく
その上でグループホームが出来る事の限界を知ってもらう
- ◆社内の機能・人材をフルに活用する
自分たちの事業所だけで抱え込むのではなく
会社全体でバックアップする体制を作る

『覚悟』を決めて尽力できるチーム作り

自分の勤務の時に亡くなるかもしれない...
いつか訪れるその時のために
職員一人一人が心構えができるように、
看取りの中で生まれる
様々な出来事を皆で乗り越えられるように、
日々の支援・研修・ミーティングなどで
看取りについて・死について職員へ伝えていく
まずは『知ること』が大切

〇〇さんの支援に関して

はじめに・・・

〇〇さんをホームで看取ります。

『なごみに帰りたい』それが〇〇さんの望みだからです。

どんなに出来ることを尽くしても亡くなった後には後悔が残るかもしれません。

でも〇〇さんはちゃんと分かってくれると思います。

少しでも悔いが残らないように残された時間を大切に使って下さい。

迷う時には皆で話し合っって・他の仲間（訪問看護ステーション★★や▲▲診療所）に相談しながら〇〇さんにとって良い支援を考えていきましょう。

どんな状況になっても救急車は呼びません。

救急車を呼んでも死に向かっている〇〇さんを助けることにはなりません。

静かにホームで看取ってください。

① 現在の病状・治療に関して

モルヒネ投与の影響で意識がもうろうとしています。

起きているかと思えば突然いびきをかいて寝たりされます。

声をかけると分かるときと分からない時があります。

治療については1日1回 17 時ころ▲▲診療所・訪問看護★★のいずれか来訪され貼り薬（フェントステープ）及び座薬（アンペック）処置していただきます。

薬類はいずれも麻薬（モルヒネ）となる為訪問看護ステーション★★と▲▲診療所に預けてあります。

なごみには置いてありません。

私たちでは麻薬は支援できないため、痛みを訴えた場合には、頓用としてボルタレンの座薬を出して頂いています（冷蔵庫にあり）。1回1個肛門へ挿入して差し上げて下さい。

入りにくいときには手のひらで 30 秒ほど温めてから入れて下さい。

座薬は肛門内にきちんと入りこむ（座薬が肛門に入って肛門が閉じる）まで入れ込んで下さい。

注意：ボルタレン座薬使用時には必ず血圧を測定してください

最高血圧が 100 以下の場合にはさらに下げてしまう恐れがある為使用しないでください

② 身体状況に関して

現在上半身・下半身ともに余力が入らない状態です

動作状況は以下の通りです

立位→不可

歩行→不可

寝返り→出来るが状況によって支援必要

起き上がり→不可

布団上での座位→支えが必要

椅座位→可能だが短時間で(血圧の急な低下引き起こす恐れがある為)

車いす⇔布団の移動は身体の下にバスタオルを敷きバスタオルを持って移動支援をするようにしてください(担架のようなイメージで…)

入院当日二人支援で一人は上半身・一人は下半身を持ち、上半身は脇の下に手を入れ抱きかかえた所万歳をする形で腕が上がってしまい体幹が腕からすり抜けて上半身が床に落ちそうになりました。

脇をしめる・腕に力を入れるなどの上腕の動きが良くないため、じかに身体を持つよりバスタオルを使用した方が安全です。

③ 生活に関して

長時間座っているのは、大動脈瘤を圧迫し痛みを強くする可能性があること・本人の身体への負担が大きいこと・急な血圧低下を引き起こす可能性もあることから短時間がよいかと思います。

長くても5分くらいで…。

本人の表情・顔色などの様子を見つつ対応して下さい。

リビングへ行くよりも…居室に入居者に来てもらえるような支援を。

出来ることは制限されるかと思いますがその中で本人が希望することがあればかなえて差し上げて下さい。

基本は居室で臥床して過ごすようにした方が身体の負担を考えるとよいかと思います。

皆さんもこまめに顔を見に行き行って声をかけて差し上げて下さい。

〇〇さんがさびしくないようにいつもと同じように話しかけて差し上げて下さい。

聴覚は最後まで残ります。

④ 食事に関して

病院では 29 日～禁食となっていたそうです。

本人が食べたいと希望する事があれば召し上がって頂いてよいかと思いますが、ただし口腔内の乾燥やモルヒネ投与による意識混濁もある為、窒息・誤嚥の恐れがあります。

又アルコールについてはモルヒネが効きすぎてしまうため控えて下さい。

お酒好きなので飲んで貰えたらと思いましたが控えて下さい。

何か食べたいと希望があった時には医療機関が動ける朝や昼にしてください。

心配な場合は医療機関へ相談してから対応して下さい。

→死が数時間以内である場合が多い

入居者や他のスタッフにもうそろそろかもしれない事を教えて差し上げて下さい
死が近づいてきたら出来るだけ一緒にいる時間を増やして差し上げると良いかもしれ
ません

※呼吸が浅くなると脳も低酸素状態になり苦痛が和らいでいきます

聴覚は残っているので声を掛けてあげて下さい

どのように見送るかは皆さんにお任せします

※死が近づいている様子があれば出勤していない職員の方へも最後のお別れに
来られるように一報入れてあげて下さい

⑧ 支援に関して

部屋で休んでいる時には1時間に1回は様子を見に行き差し上げて下さい

その時の様子について細かく記録に残し職員同士で情報共有できるようにしておきましょう

⑦で上げたような変化については天寿を全うされる経過の中で命があとどれくらいなのかを
知る指標になります。

バイタルチェックは皆さんと同じタイミングでいいです。

ただ熱感がある・呼吸が変化してきたなど、身体の状態に変化が見られる時には血圧・体温
を測定してください。

バイタルチェックは必ず右腕で行って下さい。

動脈瘤の影響で左の血流が悪くなっています。そのため左腕は脈が触れにくいからです。

正しく状態を知るには右腕での測定を・・・。

食事・口腔ケアについては日中(医療職の方が対応できる時間帯)行うようにしてください。

嚥下の状態がかなり落ちているので少量の水分でも誤嚥や窒息を起こす危険がある為です
又、本人が望んでいるのでこういう支援をしたいがどうか？と心配な時は訪問看護師さんや
診療所へ相談してみましよう。

あくまでも〇〇さんが望む事を・・・

職員の『してあげたい』ではありません。

そこを間違えないようにしてください。

職員がしてあげたい事＝〇〇さんのして欲しいこととは限らない事であるということは念頭に
置いておいて下さい。

職員にとっては良かれと思ってすることが〇〇さんにとっては苦痛である可能性もあります。

※亡くなった時に着る服や棺に入れてあげたい物(日頃〇〇さんが大事にしていた
ものなど)はあらかじめ用意しておいてください。

⑨ 亡くなった時の対応について

呼吸をしている様子がなく、脈も右手首に触れても拍動がないときには医療機関へ連絡してください

日中病院が診療している時→▲▲診療所

夜間及び水・土の午後及び日祝→■●診療所へ

(もしも早朝なら宮の前が開く時間を待って宮の前に連絡して頂いてもOKです)

『呼吸もしておらず、脈も触れないのですが…』と本人の状態を伝えて下さい。

医療機関から指示がありますので指示に従って対応してください

※死亡の診断が出来るのは医師のみです

死亡診断があるまでは絶対に身体に触れないでください

※室内はエアコンを切り寒い状態にしておいて下さい(窓を開けておく・クーラーをかけておくなど)

死亡診断後、区役所へ連絡してください。

日中(区役所が開館している平日の時間帯)→生活福祉課 保護係 △△さんへ

夜間・土日→電話がつながり守衛さんが出るので亡くなった旨を伝えて下さい

その後セレモニー会社の方が来られます。

連絡先・担当者を聞かれたら松岡の名前とホームの連絡先をお伝え下さい

(来訪前に保護係から電話が来るかもしれません)

セレモニー会社の方に納棺して欲しいものを渡してください。

※死亡診断後は身体に触っても大丈夫です

皆で身体を拭いてあげてもいいかもしれません

エンゼルケアは不要です

※呼吸停止等の判断に迷う時には訪問看護ステーション★★へ相談してみてください。

訪問看護ステーション★★も〇〇さんがホームに戻ってくるうえで尽力して

下さった大事な仲間です

亡くなった時にはすぐ一報を入れて差し上げて下さい。〇〇さんの代わりにお礼も忘れずに…。

呼吸をしていない・脈が触れない時には・・・

▲▲診療所 ○○○○－××××

月・火・木 8時半～17時

金 8時半～19時

水・土 8時半～12時

※上記以外の時間は

■ ■診療所 ××××－○○○○

『▲▲診療所の往診を受けている○○さんの入所している施設のグループホームなごみ熊野前の××ですが、現在看取りの支援でホームにおられますが、今呼吸がなく脈も触れない状態です。』と伝える

※救急車は絶対に呼ばない！！

呼吸状態など判断に迷う場合

訪問看護ステーション★★

電話 ○○○○－××××

携帯 ○○○－××××－▲▲▲▲

死亡診断が終了したら

区役所 ××××ー××××

平日 8 時半～5 時 15 分は

生活福祉課 保護係 △△さんへ

※『生活福祉課 保護係へ取り次ぎお願いします』
と伝えると電話を回してくれます。保護係につなが
たら△△さんをお願いしますとつたえて報告をして
ください。△△さんは事情を把握しています

それ以外の時間帯は守衛室へつながるので

名前・住所・生活保護受給者であること・亡くなった

旨伝えて下さい

訪問看護財団シンポジウム

2015. 3. 14

認知症高齢者が認知症対応型共同生活介護で最期まで暮らすために

～ご本人・家族・専門職・ご近所のか～

NPO 法人サポートハウス年輪 安岡 厚子

1、 サポートハウス年輪の事例から

- * 1994年3月に24時間365設立。1994年当初よりグループホーム設立を目指す。
- * 1998年から認知症デイホームを運営と同時にバザー、研修会などを地域と共に実施、グループホーム開設をむけて活動する。
- * 2003年「ねんりんはうす」開所。(賃貸マンションを改修)
- * 2009年「ぼぶちゃんち」開所(設立メンバーの遺言)
この他に「認知症対応通所介護」「居宅介護支援」「訪問介護」
配食サービス(昼、夜)、カフェ「絆」、「ねんりんひろば」など。

* 「ねんりんはうす」での看取りで学んだこと

- ① 認知症であるために「痛み」がない・・・末期がんの男性
後に川崎幸クリニックの杉山孝博医師より体の機能と脳の機能の低下が正比例するためと聞く。
- ② 「看取り」の深い意味を知る・・・ご家族が最期の時間が持てた
息子さんから「母と最期の時間を持てたことがとてもよかった」と言われた。「いつもと違う」に気づけることが大切。その人の「いつも」をよく知ることが大切。
- ③ 最期までその人らしく暮らせる・・・95歳老衰の最期
よく食べ、よく笑い、よく動いていると楽に旅立てることを実感。「長生きすると楽に死ぬ」と言われるが・・・。
- ④ その人らしい最期・・・ねんりんはうす開所から10年目が命日
元旦にオープンしたねんりんはうすの10年目の元旦に旅立った。

- * 「ぼぶちゃんち」では2013年8月、2014年8月(年輪通信)に看取りがありました。

2、スタッフの立ち位置は？（朝日新聞 2014. 11. 18 から）

***あくまで本人とご家族が中心**

***最後の最後まで生活を支え、生き切ることを援助**

***さりげない第三者であれ**

3、西東京市グループホーム分科会アンケートから

- ① 水分摂取が出来なくなったとき
- ② 下顎呼吸が始まったらと聞くが・・・
- ③ 心構え
- ④ 向き合い方、言葉かけ
- ⑤ 最後の時の確認は・・・
- ⑥ 焦ってしまう
- ⑦ 経験のないスタッフへの指導
- ⑧ 医療との連携

4、最終章に寄りそうために

GHでの看取りにおける看護師としての役割について

事例を通して
グループホームひなたぼっこ
管理者 丸田敬子
平成27年3月14日

施設における看取りケア

- ☞ ターミナルケア・看取りに対する不安
- ☞ ホームでの看取りとは
- ☞ ターミナルケアの基本理念
- ☞ 介護職が出来ること
- ☞ 生活の中に「死」を受け入れる取り組み
気がかり・思い残しをできる限り解決する
- ☞ 看取りと心のケア
- ☞ 必要な介護技術
- ☞ 死の兆候把握と 訪問医・看護師との連携
- ☞ 家族のケア

事例 91歳男性入居から約9年 誤飲しやすく肺炎を起こしやすい方

- ☞ 食べることは大好きで食事をするを続けるにはどうするか
- ☞ ご家族から、入院の経験から入院はもう嫌だ
- ☞ 長く生活してきた場所で最後まで居たい
- ☞ 他の利用者との交流を続けていきたい
- ☞ ケアに対する信頼 出来る事を最後まで
- ☞ 呼吸の管理が重要になる
→医療との連携が重要

医師との面談 ホームでの今後の方針を確認

- ☞ ご家族と医師との面談を設定し立ち会う
- ☞ 医師より現状の説明
- ☞ 訪問診療と施設内の看護と介護
ホームで出来る事 酸素吸入、吸引、点滴
バイタルチェック、食事、排泄、入浴、レク
- ☞ 緊急時の対応 救急搬送・心肺蘇生について
→家族で話し合い 救急搬送は希望せず、今まで生活してきた所で、痛みがないように苦しめないようにして欲しい。

スタッフの不安と 家族の不安

- ☞ 水分量・食事量が減ってきた
- ☞ 誤飲により咳・痰が増える
- ☞ 発熱がみられる
- ☞ 血中酸素量が減る
- ☞ 呼吸の乱れにより不眠がある
→点滴を併用しながらソフト食・ゼリー食に変更
痰の吸引・酸素吸入を始める
入浴・離床の時間を作る

家族の面会

- ☞ 自営業であった為、日曜日に面会されていた
- ☞ 面会が多くなるとホームに負担になると言われていた
- ☞ 息子さんが海外に赴任されている
- ☞ ご本人に対するご家族の愛情が深い
→奥様に毎日の面会を勧める
息子さん娘さんお孫さんの面会を勧める
毎日の状態を報告する
ケアの様子を一緒に見て頂く

日々の変化



- ☞ 食事が出来ず体力が低下 水分バランス
- ☞ 呼吸状態の変化 酸素吸入の管理
- ☞ 保清に心掛ける 口腔・身体・排泄
- ☞ ご家族とも顔見知りになっている入居者の方にも面会して頂く
- ☞ ご家族・入居者と思い出話をする
- ☞ 話を多く出来た事で、ご家族の気持ちに寄り添えた
- ☞ 居室で家族が泊まれるようにした
- ☞ 家族が毎日面会に来てくれることで、職員にも安心感が
出た

最後を迎え



- ☞ 食事水分も取れなくなったが点滴もせず
 - ☞ 痰が減り呼吸が楽になる
 - ☞ 呼吸が浅くなり意識状態が低下してくる
- 最後の状態を事前に説明
ご家族に報告し面会に来てもらう
奥様・娘さん・お孫さん・入居者・スタッフに見守られ息を引き取りました
ホームではご家族と一緒に別れ会をし、入居者とスタッフに見送られ出棺されました

ご家族の声



- 「いずれはこの日が来るとは判っていたが、医師より話があり、どうして良いか判らなかった」
「実際に目の前に起きたことに対し、家族の中で細かいところの確認が必要になった」
「判らないことを説明してくれて安心できた」
「家族が出来ない細かい所まで丁寧な対応をしてくれて感謝している」
→看護師の役割として見えてきた

看護師の役割として



- 家族スタッフが安心して死を迎えることが出来るようにするには、ホームでのターミナルケアの基本理念をしっかりと持ち、「死」への受容がスムーズに行えるようにする
不安を聞き身体の状態を説明し、安心してもらえるようにする
家族との時間を多く取り、「心残り」が無いように思い出話をする
医師との連携について、ホームでの方向性を伝え、家族の意向をもとに、状態の報告と指示を貰う

3. アンケート集計結果

シンポジウム参加者 48 人にアンケートを実施した。以下に集計結果を記す。
43 人より回収し、回収率は 89.6%であった。

1. 参加者の資格（複数回答）は介護福祉士が最も多く、次いで介護支援専門員であり、それぞれ 50%以上であった。

参加者の資格（複数回答）

	人	%
介護福祉士	25	58
介護支援専門員	23	53
ホームヘルパー	8	18
社会福祉主事	3	7
看護職	9	20
無回答	2	5
その他(社会福祉士、認知症ケア専門士)	2	5

2. 参加者の居住都道府県は、東京都が最も多く、次いで神奈川県、千葉県の順であった。

参加者の居住都道府県

	人	%
東京	16	37.2
神奈川	13	30.2
千葉	6	13.9
埼玉	3	7.0
長野	2	4.7
新潟	1	2.3
茨城	2	4.7
合計	43	100

3. 参加者の年代は、40 歳代、50 歳代が同数で最も多く、次いで 60 歳代以上であった。

参加者の年代

	人	%
20歳代	0	0
30歳代	6	13.9
40歳代	13	30.2
50歳代	13	30.2
60歳代以上	11	25.7
無回答	0	0
合計	43	100

4. 参加者の GH での経験年数は 3~5 年が最も多く、次いで 10 年以上、5 年以上の順であった。

GHでの経験年数		
	人	%
1年未満	3	7.0
1~3年	4	9.3
3~5年	13	30.2
5年以上	10	23.3
10年以上	11	25.6
15年以上	1	2.3
無回答	1	2.3
合計	43	100

5. シンポジウムの内容についての満足度は、満足できたが 60%以上であった。

シンポジウムの満足度		
	人	%
満足できた	27	62.8
どちらでもない	5	11.6
満足できない	1	2.3
無回答	10	23.3
合計	43	100

○シンポジウムのご意見・感想について

GH では同じなのだと感じています。スタッフの事、利用者のケアの事、看取りの大切さが非常に難しくホームに帰ってからもスタッフとの共有も大事と思います。私は何人もの人を看取っていますが、その都度 1 か月位バーンアウトしていますが、それはそれで良いと感じています。

事例を通してのお話で色々参考になりました。

日々のケア、その方そして家族の方たちとの本来の気持ち等、共有していくことが大切と思った。

在宅看取り、ホームでの看取りはまだまだこれから？かつて両親が家で亡くなりましたが、20 数年前でしたので大変でしたが、たまたま近くのクリニックの医師が往診そして死亡診断書を出してくださり、本当に嬉しかったと思います。ぜひ広がっていった下さることを期待しています。

各 GH が積み重ねてきた看取りケアは実際に支援してきた事なので、お話しが分かりやすくとても参考になりました。職員の不安に関することも参考になりました。今日の学びをぜひ GH で活かしたいと思います。

<ul style="list-style-type: none"> ・医師、看護師、介護職などスタッフとの連携が大切で、全員が心を一つにして向かっていくことの重要性を感じました。 ・ご家族の思い、本人の思いをしっかりと聞くことの大切さも重要です。 ・看護師として、職員に説明していく重要性を感じました。 ・どの施設もとても頑張っているのを感じました。
<p>GHのCMとして、これから看取りを行っていきます。</p>
<p>自身がGHに勤め、看取りを含めたケアを実践する中で、何か役立つこと、考える機会となる事を期待して参加しました。それぞれに熱意をもって実践されていることは伝わりましたが、それ以上のものはなく、「看取り」「ターミナル」というケアは、感情的、情緒的な面で語られることが多いのだと思います。まだ看取りを経験していない若いスタッフが参加した方が意味があったなと感じました。</p>
<p>3か月前に看取りを知りました。自分自身、これでいいのか、その人から聞くわけにもいかない、と振り返ることをよく考えてます。</p>
<p>入居者の状態が変わった時、どういう対応、連携がとれるかはホームで理念を決めておく姿勢が重要であることを改めて感じました。ご家族、周囲のサポート体制がどれくらい可能なのか等、普段からのご家族との関わりや、意向を聞いていくのもできなかったことも振り返ることができました。大変勉強になり、また参加させて頂きたいです。</p>
<p>「生活の延長に死がある。特別なことはない。」改めて普通にもっと職場や家族と話していかなくてはと思った。まだこちらのホームが作っている壁がある。</p>
<p>看取りが続いており、他の利用者様に伝えるかどうか、スタッフの教育、バーンアウトを防ぐメンタルヘルスなど、職場で実感していることが多かったです。私は超個別性、家族を巻き込む意向に沿うという点でGHは最先端の看取りができると思っています。</p>
<p>開設して1年のホームの長をしているが、未だ看取りには立ち会った経験がなく、実際どのように対応していけばよいかはわからずにいました。今回のシンポジウムを通して、入居様が一人の人としてどのように生きたいか、そこから始まる事を学びました。職場のホームに置いても、98才の方を始め、90代の方が複数おられます。今一度、お一人ひとりに真正面から接し、人生最良の日を迎えられるよう頑張っていきたいと思います。</p>

<ul style="list-style-type: none"> ・それぞれのシンポジストの話が時間をもう少しかけてお話しを聞きたかった。 ・とても貴重な話が聞くことができて良かった。 ・また話を聞きたい。 ・私も GH の管理者をしているが、同じスタッフの看取りに対する不安、ストレスに対し、どのように対応するか指導するか、悩みはつきなく、今日の話聞くことができて良かった。
<p>とても実感できること、参考にさせて頂いて、新たに実践しようと思うこと、など等とてもよい学びを得ることができました。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・看取りの考え方（他者の） ・スタッフ教育のマニュアル、ホームの手順の在り方の参考になった。 ・ターミナルケアの半分は、家族支援であると思う。それによって利用者様は安心して旅立つと考えます。
<p>申し越し時間があればよいと思った。事例をもう少し少な目に詳細を深く知りたかった。認知症の方は最後はあまり痛みもなく最後を迎えられるという言葉が心に残った</p>
<p>皆さんの熱心な取り組みに感動しました。スタッフ以外の関わりにより、安らかなお見送りができると思いました。死は自然の経過です。見守るのが一番だと痛感しました。</p>
<p>私自身がまだ GH での看取りを経験していませんが、色々なお話しを聞いて良かったです。日々の関わりが全てにおいて大切であることを再認識しました。</p>
<p>看取りに向けたスタッフの覚悟、心構えは日々の積み重ねから生まれるという言葉で改めて、毎日の生活に寄り添う大切さを知りました。明日からの職場（現場）でも心に置き励みたいと思います。</p>
<p>一般職員の立場で参加させて頂き、大変参考になりました。</p>
<p>GH での看取りはまだまだ少ないと聞いております。今日のお話しの中でスタッフからの立場から日々の不安、看取りの不安は正直ありますが、一つ一つ皆で話し合いを持ち、最後に私が関わったこと、感謝の気持ちでいっぱいになります。本当に有難う。そんな気持ちになれる人が沢山増えればよいと思います。利用者さんも皆さん、最後はここが良いと言って下さいます。そんな方たちに寄り添い、幸せだったと思うようにケアを行って行きたいと思いました。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・いつもと違うことに気付くことが大切であることを、日々の業務の中で大切にしたい
<p>看取りは今後増えていくと思います。職員の研修などを行うことで、不安を取り除き、対応していくことで看取りを行っていきそうです。GH で看取することは最先端のケアに驚きとなるほど、と目からウロコでした。まずは職員への研修を行っていきます。</p>

ケース紹介を通してのお話しは分かりやすかったです。少し内容が豊富すぎたかなと。私の能力以上でした。同じ思いの人々に出会え、これからもがんばれそうです。

当施設の未熟さを痛感させられたように思います。貴重な話が多く聞けたこと、感謝いたします。施設として目指す道、スタッフの心がけ等のヒントを頂けたと感じました。

以下は、シンポジウムを開催した際、掲示したポスターである。

認知症高齢者が グループホームで 最期まで暮らす シンポジウム

2015年3月14日(土曜日) 13:00-16:00
東京医科歯科大学M&Dタワー
11階講義室

第5章 結論

本調査事業は、認知症対応型共同生活介護（グループホーム:GH）で暮らす要医療者の療養状況と、高齢者と家族の療養に関する意向尊重の実際、及び医療介護の連携の実際を明らかにし、GHにおける重症化対応と看取り支援の課題を明らかにすることを目的に実施した。

このために、関東甲信越の都県のGHに対して実態を把握するためのアンケート調査を行い、さらにその回答者を対象に、インタビュー調査を実施することにより、課題を明確にし、その解決に向けた方策を検討した。

アンケート調査においては、近年設立されたGHが多く、比較的若い介護職の管理者を中心とした職員が、年を経るごとに重症化する認知症高齢者のケアにあたっていることがわかった。また、特定の身体疾患によるものではなく、褥瘡や排泄といった高齢者介護の中で求められる医療処置に多く対応している実態が示された。看取りの際は点滴や酸素吸入等の医療的ケアの必要性もあり、多様なケア提供が求められていた。しかし医療職の関わりは少なく、医療連携体制をとっているGHは半数に満たない状況であり、GH管理者の抱く困難の中には、訪問看護師との連携のむずかしさもあった。

インタビュー調査においては、GHでの看取りが入居者や家族から求められている現状が示され、さらに、そのような期待があるのに、看取りに対する介護職の不安や負担感があることも示され、この課題に対して管理者が医師との連携で乗り切ろうとしている実態があることがわかった。

これらのことより、今後、GHでの看取りが可能となるためには、重症化した入居者や看取りの時期にある入居者に対して、安心して医療提供ができる保証を示せる体制整備が必要であると考えられる。訪問看護師の人員不足の問題は今後さらに深刻化することが考えられるが、自宅以外のGH等の小規模施設においても、自宅と同様に、適切な看護師のケア提供がなされるような環境、体制が求められる。これには、GH等それぞれの努力に頼るのではなく、訪問看護ステーションをはじめ、老人保健施設等も含めて、看取りケア提供の仕組みを整え、人材を確保することにも力を入れることが望まれる。診療報酬・介護報酬を含め、看取りケア提供に向けた制度的な保証を考えていくことが必要であろう。

また、平成27年度介護報酬改定で看取り介護加算の充実と夜間体制の強化が評価されるようになった。今後、診療報酬・介護報酬を含めた看取りケア提供に向けた制度を活用しながら、GHでのさらなる看取りの充実に向けた制度的な保証を考えていくことが必要であろう。

參考資料

認知症対応型共同生活介護で暮らす要医療者の看取り支援に関する調査研究事業

アンケート調査

- ・人数等は平成 26 年 9 月末日時点での人数をご記入ください。
- ・あてはまる番号に○をつけ、必要に応じてカッコ内にご記入ください。どの番号にもあてはまらない場合は、最も近いものを選び、できるだけすべての質問にご回答くださいますようお願いいたします。
- ・質問の末尾に（複数回答）と書いてある場合は、あてはまる番号のすべてに○をつけてください。
- ・本調査票は 10 月 31 日（金）までにご投函ください。

1. この調査票をご回答して下さっている管理者の方についてお伺いします。

ご回答下さっている方の有する資格（複数回答）	1. 介護福祉士 5. 看護師 9. 社会福祉士 13. 理学療法士	2. ホームヘルパー1級 6. 准看護師 10. 社会福祉主事 14. 言語聴覚士	3. ホームヘルパー2級 7. 保健師 11. 精神保健福祉士 15. 管理栄養士・栄養士	4. 介護支援専門員 8. 助産師 12. 作業療法士 16. なし
年代	1. 20歳代 4. 50歳代	2. 30歳代 5. 60歳代	3. 40歳代 6. 70歳以上	
性別	1. 男性	2. 女性		

2. 貴事業所についてお伺いします。

事業所の所在地	() 都・県		
事業所の設置主体	1. 社会福祉法人（社協以外） 3. 医療法人 5. NPO 法人 7. 地方公共団体	2. 社会福祉協議会 4. 営利法人（株式・有限会社等） 6. その他団体（社団・財団等） 8. その他（)	
開設年	西暦 () 年	ユニット数	() ユニット
定員	() 人	入居者数（9月末日時点）	() 人
入居者（9月末日時点）の入居期間	6か月未満 () 人 1年以上3年未満 () 人 7年以上10年未満 () 人	6か月以上1年未満 () 人 3年以上7年未満 () 人 10年以上 () 人	
入居者の要介護度	要支援2 () 人 要介護3 () 人	要介護1 () 人 要介護4 () 人	要介護2 () 人 要介護5 () 人
入居者の障害高齢者日常生活自立度	自立 () 人 A2 () 人 C2 () 人	J1 () 人 B1 () 人 不明 () 人	J2 () 人 B2 () 人 A1 () 人 C1 () 人
入居者の認知症高齢者の日常生活自立度	I () 人 IIIb () 人	IIa () 人 IV () 人	IIb () 人 M () 人 IIIa () 人 不明 () 人

3. 貴事業所の職員についてお伺いします。

常勤職員（実人数）	職員の総数 () 人 介護従事者 () 人	管理者 () 人 その他 () 人	計画作成担当者 () 人
非常勤職員（実人数）	職員の総数 () 人 介護従事者 () 人	管理者 () 人 その他 () 人	計画作成担当者 () 人
職員の職種（1人1職種を回答してください）	介護福祉士 () 人 看護師・保健師・助産師 () 人 社会福祉士 () 人 管理栄養士・栄養士 () 人 運転手 () 人	ホームヘルパー1級 () 人 准看護師 () 人 社会福祉主事 () 人 理学療法士 () 人 その他 () 人	ホームヘルパー2級 () 人 介護支援専門員 () 人 精神保健福祉士 () 人 言語聴覚士 () 人 介護員 () 人 事務員 () 人

4. 貴事業所における医療的ケアと連携についてお伺いします。

入居者に行っている医療的ケア（1人でも行っていれば○）	1. 気管内吸引 2. 酸素吸入 3. カニューレ交換 4. 人工呼吸器 5. 薬液吸入 6. インシュリン注射 7. 点滴 8. 中心静脈栄養 9. 胃瘻管理 10. 経管栄養 11. 褥瘡ケア 12. ストマケア 13. 導尿 14. 浣腸 15. 採血 16. 疼痛管理 17. 腹膜透析 18. その他（ ）	
医療的ケアを行っている入居者の方々の原疾患（すべてに○）	1. 認知症 2. 脳出血・脳梗塞 3. 高血圧症 4. 心臓病 5. がん 6. 糖尿病 7. 整形外科疾患 8. 腎不全 9. 難病 10. 精神科疾患（認知症を除く） 11. その他（ ）	
事業所全体で医療的ケアを行っている頻度	1. 毎日 2. 週5～6日 3. 週3～4日 4. 週1～2日 5. 2週に1日 5. 月に1日	
医療的ケアの実施に際し連携している看護職	医療連携契約している訪問看護ステーションの看護職	1. 有 2. 無
	緊急時対応が可能な併設病院からの看護職	1. 有 2. 無
医療的ケアの実施に際し連携している医師	訪問診療医	1. 有 2. 無 ↳人数（ ）
	緊急時診察が可能な医師	1. 有 2. 無 ↳人数（ ）
連携している医療機関	入院受入が可能な医療機関	1. 有 2. 無 ↳施設数（ ）

5. 貴事業所における看取りの実際についてお伺いします。

看取りの経験の有無	1. 有 2. 無
(有の場合) その経験の中で行った看取りのケアの具体的内容（複数回答）	1. 食事に関するケア 2. 口腔ケア 3. 体位交換 4. 状態観察 5. 排泄 6. その他（ ）
	グループホームでの看取りの件数（平成25年10月～26年9月末まで）
看取りの時期に病院で亡くなった件数（平成25年10月～26年9月末まで）	（ ）件

6. 貴事業所における看取りに関する意向確認の現状についてお伺いします。

本人・家族への最期を過ごす場所の確認方法（複数回答）	1. 入居前に書面で確認する 2. 入居前に聞き取り記録する 3. 入居直後に書面で確認する 4. 入居直後に聞き取り記録する 5. 状態が悪くなってから書面で確認する 6. 状態が悪くなってから聞き取り記録する 7. いつ確認するか特に決めていない 8. その他（ ）
入居者(9月末日時点)の最期の過ごし方に関する意向確認状況	1. 全員確認済み 2. （ ）人確認済み 3. その他（ ）
現在の入居者で、直接本人の意向確認が可能な人数	（ ）人

7. 貴事業所における看取りに向けた意思決定支援についてお伺いします。

看取りに向けた意思決定支援を主に担っている人	1. 管理者 2. 受け持ちスタッフ 3. 主治医 4. 特に分担していない 5. その他（ ）
看取りに向けた意思決定支援の経験	1. 経験あり 2. 経験なし
	件数：（ ）件（平成25年10月～26年9月末まで） 支援する際に最も困難だと思ったこと （ ）
職員スタッフへの看取りに関する教育	1. 行っている ↳ 頻度・方法を具体的にご記入ください 2. 行っていない

8. 看取りに向けた意思決定支援における困難についてお伺いします。

困難を感じる状況、理由（複数回答）	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本人の意思がわからない 2. 家族と本人の思いや考えが異なっている 3. 決める人が家族内にいない 4. 家族の希望に添える体制が整っていない 5. その他（ ） 6. なし
意思決定支援の困難への対応	<ol style="list-style-type: none"> 1. 管理者が一人に対応する 2. 他者と相談して対応を考える（該当する人全てを選択） <ul style="list-style-type: none"> ↳ 1. スタッフ 2. 主治医 3. ケアマネジャー ↳ 4. 訪問看護師 5. 保健師 6. その他（ ）

9. 貴事業所における看取りケアの必要性の判断についてお伺いします。

早々（2~3 か月）に看取りケアが必要となると予想する入居者	およそ（ ）人
最初に看取りが近いことを判断している人（複数回答）	<ol style="list-style-type: none"> 1. 管理者 2. スタッフ 3. 主治医 4. 訪問看護師 5. グループホーム内、または関連施設の医療職 6. ケアマネジャー 7. 家族 8. その他（ ）
看取りケアの判断で困ること（複数回答）	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本人の症状や訴えを的確に把握できない 2. 医学的な情報や知識に不安がある 3. 相談する人がいない 4. 必要だと思う医療的ケアを提供できない 5. その他（ ） 6. なし

10. 貴事業所において看取りの時期に提供したケアについてお伺いします。

亡くなる直前に提供したことがある医療的ケア（複数回答）	<ol style="list-style-type: none"> 1. 鎮痛・鎮静剤投与 2. 酸素吸入 3. 心電図 4. 点滴 5. 心臓マッサージ 6. 人工呼吸 7. その他（ ） 8. なし
訪問看護師と共に実施したことがある看取りの時期のケア（複数回答）	<ol style="list-style-type: none"> 1. 清潔ケア（内容： ） 2. 医療的ケア（内容： ） 3. ご家族とのかかわりの場の設定 4. 死後の処置 5. その他（ ） 6. なし

11. 貴事業所における医療職との連携についてお伺いします。

看取りの際に連携している看護職の所属先（複数回答）	<ol style="list-style-type: none"> 1. 医療連携をしている訪問看護ステーション 2. 同一法人・同一設置主体の医療施設 3. 入居者が利用している訪問看護ステーション 4. グループホーム（貴事業所内） 5. その他（ ）
看取りに関わる医師の所属先（複数回答）	<ol style="list-style-type: none"> 1. 入居者が受診している医療機関 2. 同一法人・同一設置主体の医療施設 3. その他（ ）
看取りに向けた医療機関との取り決め（複数回答）	<ol style="list-style-type: none"> 1. 緊急時連絡先に医療機関を組み入れている 2. 看取り時の連携マニュアル・ガイドライン等を設置している 3. その他（ ） 4. 取り決めなどはない

看取りに向けた医療との連携において感じる困難	1. あり [具体的にお書きください] 2. なし
看取りに向けた医療との連携体制整備への期待	1. あり [具体的にお書きください] 2. なし

12. あなたが感じているグループホームでの看取りに関する周囲の人々の関心についてお伺いします。

入居者・家族がグループホームでの看取りへ関心を寄せる時期（複数回答）	1. 入所時 2. 病状悪化の時期 3. 家族内の出来事（配偶者死去 引越し 転勤等）の時期 4. 他の入居者の看取りの時期 5. グループホーム内での行事（家族会等） 6. その他（ ）
地域の人々のグループホームでの看取りへの関心（複数回答）	1. 問い合わせ等を受けたことがある 2. ボランティアやヘルパーから聞いたことがある 3. 地域での運営推進会議 4. 地域との交流（バザー等） 5. その他（ ） 6. 関心はないと思う

13. 以下の項目について自由にご意見をお書きください。

13-1) グループホームでの看取りについて、現在、問題だと思ふことがあればお書きください
13-2) 今までにグループホームにおいて経験した、良かったと思ふ看取りについてお書きください
13-3) 看取りを振り返って改善したいと思ふことがあればお書き下さい

ご記入いただき、ありがとうございました

別紙「本事業に関するお願い」もご覧いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

平成 26 年度老人保健健康増進等事業
(老人保健事業推進費等補助金)
認知症対応型共同生活介護で暮らす
要医療者の看取り支援に関する調査研究事業報告書

2015 年 3 月発行

発行 公益財団法人 日本訪問看護財団
〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5 丁目 8 番 2 号 日本看護協会ビル 5 F
TEL:03-5778-7001 FAX:03-5778-7009

URL:<http://www.jvnf.or.jp>

印刷 三報社印刷株式会社

- 本書の一部または全部を許可なく複写・複製することは著作権・出版権の侵害になりますのでご注意ください。

