

表5.終末期ケアに関する自記式調査結果 (n=90*)

	n	(%)
ご利用者の終末期について、今まで考えたことがありますか。		
1.よく考えたことがある	46	(51)
2.少しは考えたことがある	26	(29)
3.考えたことはないが、これから考えなくてはと思っている	14	(16)
4.全く考えたことはないし、これから考えるつもりもない	1	(1)
5.考えたくない	0	0
未回答	3	(3)
ご利用者本人と終末期について話し合ったことがありますか。		
1.十分にある	6	(7)
2.少しある	18	(20)
3.ない	48	(53)
未回答	18	(20)
ご家族の中でご利用者の方の終末期について話し合ったことがありますか。		
1.十分にある	27	(30)
2.少しある	34	(38)
3.ない	14	(16)
未回答	15	(17)
ご本人にとってどこで終末期を過ごすのがよいと思われますか。		
1.自宅	2	(2)
1と2の複数回答	1	(1)
1と4の複数回答	1	(1)
2.当施設	17	(19)
2と6の複数回答	1	(1)
3.病院	2	(2)
3と4の複数回答	1	(1)
4.状況による	6	(7)
5.その他	0	0
6.わからない	23	(26)
未回答	36	(40)
ご家族にとってどこで終末期を過ごすのがよいと思われますか。		
1.自宅	2	(2)
2.当施設	44	(49)
2と3の複数回答	3	(3)
2と4の複数回答	3	(3)
2と6の複数回答	1	(1)
3.病院	6	(7)
3と4	1	(1)
4.状況による	9	(10)
5.その他	0	0
6.わからない	6	(7)
未回答	15	(17)
次ページは他の施設で使われている「治療指針確認シート」という、終末期に関する希望確認のための用紙を元につくられたものです。このシートに記入を求められることについてどう思われますか。		
1.終末期について考えたことがない、もしくは考えたくないので回答できない	3	(3)
2.終末期について考えたことはあるが、この項目の内容については検討したことがない	25	(28)
3.状況によって希望する内容が変わるので回答できない	12	(13)
4.項目によっては、すでに方針が決まっております回答できる	15	(17)
4と6の複数回答	1	(1)
5.すべての項目について方針が決まっております回答できる	8	(9)
6.その他	2	(2)
未回答	24	(27)

*: 自記式調査用紙の提出者90人のうち、治療方針確認シートと両方の提出があったものは58人であった。
表1の家族と異なる続柄の回答者は4人、娘の代わりに嫁n=1, 息子の代わりに孫n=1, 嫁n=1, 甥の代わりに甥の妻n=1であった。

「治療方針確認シート」の結果を表6示した。回答者のうち6割が状態急変時に施設の医師の診察の希望を表明し、3割は入院治療が必要になった場合も入院はしない、と表明した。栄養補給の方法として4割は基本栄養の希望を表明し、経管栄養の希望を表明したものは1割であった。最期の迎え方としては、5割が園での看取りの希望を表明し、医療機関での治療・延命処置の希望を表明したものは1割であった。

表6.治療方針確認シートの回答 単純集計 (n=60)

	n	(%)
状態急変時の受診について		
1.他の医療機関での受診はしない	3	(5)
1と2の複数回答	1	(2)
2.施設の医師による診察	37	(62)
2と3の複数回答	5	(8)
3.他病院への受診	12	(20)
未回答	2	(3)
入院治療が必要になった場合について		
1.入院はしない	19	(32)
2.他病院への入院	31	(52)
未回答	10	(17)
栄養補給については		
1.基本栄養	24	(40)
1と2の複数回答	7	(12)
1と4の複数回答	1	(2)
1と2と4の複数回答	1	(2)
2.補助栄養	9	(15)
3.経管栄養	5	(8)
4.静脈栄養	2	(3)
未回答	11	(18)
最期の迎え方については		
1.園での看取り	32	(53)
1と2の複数回答	5	(8)
1と2と4の複数回答*	1	(2)
2.医療機関での治療を希望するが人工呼吸器の使用や心肺蘇生は望まな	8	(13)
2と3の複数回答	1	(2)
2と4の複数回答	1	(2)
3.医療機関での治療・延命処置を希望する	7	(12)
4.その他(自宅)	1	(2)
未回答	4	(7)

*:1と2と4の重複回答者1人は、自記式調査用紙に「自宅での看取りを希望」を明記していた

「治療方針確認シート」の「最期の迎え方」で、「園での看取り」のみを選択した32人の属性を、それ以外の対象者と単変量解析により比較した結果を表4に示した。単変量解析の結果、「園での看取り」のみの選択と有意に関連のみられた項目は、高齢(p=0.017)、女性(p=0.018)長期入居(p<0.001)であった。また、介護保険後の入居は、「園での看取り」のみの選択と負の関連がみられた(unadjusted OR=0.24, 95%CI=0.10-0.59)。入居者の日常生活動作、認知症のレベル、嚥下状態に対するケアプランの立案や経管栄養の利用は、「園での看取り」のみを選択との関連を認めなかった。

「治療方針確認シート」の「最期の迎え方」で「園での看取り」のみを選択した32人について、「終末期ケアに関する自記式調査」と「治療方針確認シート」への回答内容を表7に示した。この32人中で、本人と終末期について「十分」もしくは「少し」話し合ったことがあると回答したものは8人であった。本人にとって「施設」で終末期を過ごすのがよいと思っていると回答したものは8人で、「病

院」と回答したのも1人いた。「状態急変時の受診について」の質問に「他病院への受診」と回答したものはいなかったが、「入院治療が必要になった場合について」の質問に「他病院への入院」と回答したものは9人であった。また、「栄養補給」について経管栄養を希望した1人はすでに経管栄養を利用中のものであった。「本人にとっても施設で終末期を過ごすのがよい」と回答した8人の家族のうち、「本人と終末期について十分に話し合いをした」と回答した家族は1人、「少し話し合いをした」と回答した家族は2人、「話し合ったことはない」と回答した家族が3人で、残り2人は未回答であった。

表7. 最期の迎え方で「園での看取り」のみを選択したものの自記式調査と「治療方針確認シート」への回答内容 (n=32)

	n	(%)
ご利用者の終末期について、今まで考えたことがありますか。		
1.よく考えたことがある	17	(53)
2.少しは考えたことがある	8	(25)
3.考えたことはないが、これから考えなくてはと思っている	5	(16)
4.全く考えたことはないし、これから考えるつもりもない	0	0
5.考えたくない	0	0
未回答	2	(6)
ご利用者本人と終末期について話し合ったことがありますか。		
1.十分にある	2	(6)
2.少しある	6	(19)
3.ない	16	(50)
未回答	8	(25)
ご家族の中でご利用者の方の終末期について話し合ったことがありますか。		
1.十分にある	10	(31)
2.少しある	11	(34)
3.ない	4	(13)
未回答	7	(22)
ご本人にとってどこで終末期を過ごすのがよいと思われませんか。		
1.自宅	0	0
2.当施設	8	(25)
3.病院	1	(3)
4.状況による	2	(6)
5.その他	0	0
6.わからない	7	(22)
未回答	14	(44)
ご家族にとってどこで終末期を過ごすのがよいと思われませんか。		
1.自宅	0	0
2.当施設	20	(63)
2と3の複数回答	2	(6)
2と4の複数回答	1	(3)
3.病院	0	0
4.状況による	2	(6)
5.その他	0	0
6.わからない	0	0
未回答	1	(3)

次ページは他の施設で使われている「治療指針確認シート」という、終末期に関する希望確認のための用紙を元につくられたものです。このシートに記入を求められることについてどう思われますか。

1.終末期について考えたことがない、もしくは考えたくないので回答できない	0	0
2.終末期について考えたことはあるが、この項目の内容については検討したことがない	9	(28)
3.状況によって希望する内容が変わるので回答できない	2	(6)
4.項目によっては、すでに方針が決まっており回答できる	8	(25)
4と6の複数回答	1	(3)
5.すべての項目について方針が決まっており回答できる	4	(13)
6.その他	2	(6)
未回答	6	(19)
<hr/>		
状態急変時の受診について		
1.他の医療機関での受診はしない	3	(9)
1と2の複数回答	1	(3)
2.施設の医師による診察	27	(84)
3.他病院への受診	0	0
未回答	1	(3)
<hr/>		
入院治療が必要になった場合について		
1.入院はしない	19	(59)
2.他病院への入院	9	(28)
未回答	4	(13)
<hr/>		
栄養補給については		
1.基本栄養	17	(53)
1と2の複数回答	3	(9)
1と4の複数回答	1	(3)
1と2と4の複数回答	1	(3)
2.補助栄養	5	(16)
3.経管栄養	1	(3)
4.静脈栄養	0	0
未回答	4	(13)

治療方針確認シート

1. 状態急変時の受診について

①他の医療機関での受診はしない②(施設名)の医師による診察 ③他病院へ受診のうち
_____ (希望病院名) _____)を選択します。

2. 入院治療が必要になった場合について

① 入院はしない ② 他病院へ入院のうち
_____ (希望病院名) _____)を選択します。

3. 栄養補給については

① 基本栄養 ② 補助栄養 ③ 経管栄養(経鼻・胃ろう) ④静脈栄養のうち
_____ を選択します。

4. 最期の迎え方については

① 園での看取り ② 医療機関での治療を希望するが人工呼吸器の使用や心肺蘇生は望まない ③ 医療機関での治療・延命処置を希望する ④その他(自宅等)のうち
_____ を選択します。

緊急の場合、急変した場合には、この指示書に従って治療を行っていただく事を希望します。

なお、この書類は内容の変更があった時は再度作成を行ってください。

年 月 日

利用者氏名 _____

本人 _____ (印)

家族氏名 _____ (印) 本人との関係 _____

_____ (印)

確認者氏名 _____ 課 _____ (印)

備考 _____

(施設名) 施設長

E. 結論

入居者家族に終末期の希望を選ぶ用紙を一斉配布した1施設では、半数の家族が終末期に関する何らかの希望を明らかにし、そのうち約5割の家族が終末期に施設での看取りの希望を表明した。施設での看取りのみを終末期の希望と選択した家族は、入居者が高齢、女性、長い入居期間、介護保険前の入居者である傾向がみられた。しかし、施設での看取りを希望した家族のうち、家族からみて本人にとって施設の看取りが望ましいと回答したものは4分の1にとどまり、必ずしも、家族が入居者本人にとって最善の選択として施設の看取りを希望しているとは限らないことが示唆された。また、施設での看取りを希望した家族のうち4分の1は入院が必要であれば入院を希望することを同時に表明しており、「園での看取り」の希望は状況により変化することが示唆された。

介護老人福祉施設の現在入居中の入居者家族について、終末期の希望聴取の状況について検討した報告は、著者の検索した限りなかった。2004年に一般の人を対象とした調査では、事前指示の考え方に賛同すると回答したものは6割であったが、実際に表明している人は1割を超えないと報告されている[25]。このため、入居者家族の半分がなんらかの希望表明をしたという本研究結果は、非常に高い数字を示したと考えられる。

終末期の希望のうち、施設での看取りを希望したものが最も多く入居者全体の3割であり、複数回答で園での看取りを選択の1つと考えている家族を含めると4割弱となった。我々の先行研究[3]では、同施設の突然死を除く死亡退所者の家族では、約6割、他の報告では45%が入居施設での終末期を希望していた[26]。死亡退所者は入居期間が長くなり高齢化もすすむため、入居者全体を対象とした場合よりも、施設内での終末期の希望する家族の割合が高くなることが推測される。

終末期の希望として、施設での看取りのみと関連する項目は、入居者が高齢、女性、長い入居期間、介護保険前の入居であった。米国のナーシングホーム入居者では、Do-Not-Resuscitation および Do-Not-Hospitalization の事前指示と高齢[8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 20, 21, 24]、女性[21]、長期入居[11, 17, 20]との関連が報告されており本研究結果を支持するものである。

「園での看取り」のみの選択者のうち、「家族からみて本人にとって施設で終末期を過ごす方がよい」と回答したものは4分の1にとどまり、「本人の終末期の希望はわからない」、あるいは「本人は病院での終末を望んでいる」と回答した者もいた。また、終末期の希望を自分で表出できない認知症高齢者の家族が、「医療者でない自分が、愛する者のために最善の選択ができるのか」という苦悩を抱えていることが報告されている[27]。さらに、家族の希望は本人や家族の思いのみならず、終末期の希望を聴取する時に施設職員によって行われた説明や、施設における医療の提供状況、および認知症高齢者に提供されるその地域の病院医療の状況等が大きく影響すると考えられる。これらを考慮すると、まず、現場においては認知機能の保たれた入居者に対しては、本人と家族の希望を別々に聴取する必要性が示唆される。また希望表明をすることのできない入居者の家族に対しては、家族にとって望ましい終末期の希望のみを尋ねるのではなく、本人にとって望ましい終末期についても改めて家族に問う必要性が示唆される。その上で、ケアを提供する側が、本人家族と共に、医療者の援助のもとで、入居している施設、そしてその地域において最も望ましいケアの方向性を模索していく努力が必要と考えられる。

また、「園での看取り」のみの選択者の4分の1は、必要があれば病院への入院を希望していた。このため、終末期の希望を選ぶ用紙の一斉配布により聴取された終末期の「園での看取り」の希望表明は、米国のナーシングホームで使用されている Do-Not-Hospitalization [6, 13, 15]とは異なる意味をもつものであることが明らかになった。すなわち、現状においては入院医療を希望し、今後、終末期と判断された場合は園での最期を希望する、というものであり、入居者家族の終末期の希望が状況によって変化することを示唆する結果と考えられる。このため、実際の現場の一斉に配布された終末期の希望聴取の文書の運用においては、文書に記載された内容だけにとらわれるのではなく、状況の変化に応じて、そ

の家族への説明、および最終的な方向性の確認を反復する過程が必要であると考えられる。

本研究は本人の終末期の希望聴取のデータがないため、家族と本人の希望の相違を検討することはできなかった。米国の終末期の医療方針決定を含む代理人制度である永続的代理権では、本人の希望を推測して事前指示を行うことを前提としている[5]が、ナーシングホーム入居時の終末期の希望聴取において、本人と家族の終末期の希望が異なることが報告されている[28, 29]。介護老人福祉施設入居者の終末期の場所が家族の意向に大きく左右されることを考慮すると、本人と家族の希望の相違の検討は本人の自律性の尊重において今後の重要な研究課題と考えられる。また、本研究は、終末期ケアが積極的に行われている1施設の少数例での検討である。従って米国のナーシングホーム入居者の事前指示と関連すると報告されている、日常生活動作[9, 20, 21]、認知機能のレベル[9, 20, 21, 23]、疾患[9, 16]、摂食障害[11]、続柄[11]といった項目は統計学的な関連性が認められなかったものの、家族の希望への影響を否定することはできない。特に、身元引受人の家族続柄のうちの娘は、「園での看取り」よりも「医療機関での治療を希望するが人工呼吸器の使用や心肺蘇生は望まない」を選択したもの27人中5人を占めていた。さらに、終末期の判断に影響すると考えられる家族の年齢、教育歴、経済状況、宗教、医師との面談の有無等のデータは入手できず検討できなかった。このため、現場での家族の終末期の希望聴取においては、これらの要因にも十分に配慮する必要があると考えられた。また、少数例の検討であるために、多変量解析による各要因の独立した影響や、施設の特性、地域の特性の影響を検討することはできなかった。今後、多施設における多症例での研究が必要である。

これらの限界があるものの、介護老人福祉施設で一斉に配布された家族の終末期希望を確認する用紙の実際の回収状況や、施設の看取りのみの希望と関連する入居者とその家族の背景を検討した初めての研究である。今後、介護老人福祉施設は、文書による家族の終末期の希望聴取の運用において、家族が入居者本人にとって最善の選択として施設の看取りを希望しているとは限らないことや、状況によって変化することに配慮した上で、本人そして家族にとって最も望ましいケアの方向性を模索していく努力が必要と考えられる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 日本プライマリ・ケア学会雑誌 (in press)
2. 学会発表 第30回 日本プライマリ・ケア学会(宮崎)

H. 知的財産の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

参考文献

- [1] 厚生労働省ホームページ , 平成 17 年介護サービス施設・事業所調査結果の概況(online).
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service05/index.html> [アクセス日 2007 年 2 月 24 日]
- [2] 厚生労働省大臣官房統計情報部:平成 15 年, 介護サービス施設・事業所調査, 厚生労働省大臣官房統計情報部編財団法人厚生統計協会, 東京, 2007 : 321
- [3] Takezako Y, Tamiya N, Kajii E. : The nursing home versus the hospital as the place of dying for nursing home residents in Japan. *Health Policy* : 2007 :81,280-288
- [4] 厚生労働省ホームページ 社会保障審議会 介護給付費分科会 No. 39 資料
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/01/dl/s0126-9b.pdf>. [アクセス日 2006 年 12 月 8 日]
- [5] Stephen G. Post. *Encyclopedia of bioethics* 3rd ed. New York: 2004 : 74, 1449
- [6] John N Morris, Katharine Murphy, Sue Nonemakerc, 池上直己監訳: MDS2.1 施設ケアアセスメントマニュアル, 医学書院, 東京, 1999:173.
- [7] Degenholtz HB, Rhee Y, Arnold RM. : Brief communication: the relationship between having a living will and dying in place. *Ann Intern Med* 141 : 113-117, 2004
- [8] Bradley EH, Wetle T, Horwitz SM. : The patient self-determination act and advance directive completion in nursing homes. *Arch Fam Med* 7 : 417-23, 1998
- [9] Castle NG, Mor V. : Advance care planning in nursing homes: pre- and post-Patient Self-Determination Act. *Health Serv Res* 33 : 101-24, 1998
- [10] Hickman SE, Tolle SW, Brummel-Smith K, et al : Use of the Physician Orders for Life-Sustaining Treatment program in Oregon nursing facilities: beyond resuscitation status. *J Am Geriatr Soc* 52 : 1424-9, 2004
- [11] Lamberg JL, Person CJ, Kiely DK. et al : Decisions to hospitalize nursing home residents dying with advanced dementia. *J Am Geriatr Soc* 53 : 1396-401, 2005
- [12] Buchanan RJ, Bolin J, Wang S, et al : Urban/rural differences in decision making and the use of advance directives among nursing home residents at admission. *J Rural Health* 20 : 131-5, 2004
- [13] Levy CR, Fish R, Kramer A. : Do-not-resuscitate and do-not-hospitalize directives of persons admitted to skilled nursing facilities under the Medicare benefit. *J Am Geriatr Soc* 53 : 2060-8, 2005
- [14] Laakkonen ML, Finne-Soveri UH, Noro A, et al : Advance orders to limit therapy in 67 long-term care facilities in Finland. *Resuscitation* 61:333-9, 2004
- [15] Dobalian A. : Nursing facility compliance with do-not-hospitalize orders. *Gerontologist* 44 : 159-65, 2004
- [16] Mitchell SL, Kiely DK, Hamel MB. : Dying with advanced dementia in the nursing home. *Arch Intern Med* 164 : 321-6, 2004
- [17] McAuley WJ, Travis SS. : Advance care planning among residents in long-term care. *Am J Hosp Palliat Care* 20 : 353-9, 2003
- [18] Vaughn G, Kiyasu E, McCormick WC. : Advance directive preferences among subpopulations of Asian nursing home residents in the Pacific Northwest. *J Am Geriatr Soc* 48 : 554-7, 2000
- [19] Levin JR, Wenger NS, Ouslander JG, et al : Life-sustaining treatment decisions for nursing home residents: who discusses, who decides and what is decided? *J Am Geriatr Soc* 47 : 82-7,

1999

- [20] O'Brien LA, Grisso JA, Maislin G, LaPann K, et al : Nursing home residents' preferences for life-sustaining treatments. *JAMA* 274 : 1775-9, 1995
- [21] Mark DH, Bahr J, Duthie EH, Tresch DD. : Characteristics of residents with do-not-resuscitate orders in nursing homes. *Arch Fam Med* 4 : 463-7, 1995
- [22] Kellogg FR, Ramos A. : Code status decision-making in a nursing home population: processes and outcomes. *J Am Geriatr Soc* 43 : 113-21, 1995
- [23] 厚生労働省ホームページ:医学研究に関する指針一覧
<http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/i-kenkyu/index.html> [アクセス日 2007年6月25日]
- [24] Zweig SC, Kruse RL, Binder EF, et al : Effect of do-not-resuscitate orders on hospitalization of nursing home residents evaluated for lower respiratory infections. *J Am Geriatr Soc* 52 : 51-8, 2004
- [25] Hiroaki Miyata, Hiromi Shiraishi, Ichiro Kai. : Survey of the general public's attitudes toward advance directives in Japan: How to respect patients' preferences. *BMC Medical Ethics* 7 : 11, 2006
- [26] 医療経済研究機構: 特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する調査研究, 医療経済研究機構, 東京, 2003:96
- [27] Teno JM, Casey VA, Welch LC, et al : Patient-focused, family-centered end-of-life medical care: views of the guidelines and bereaved family members. *J Pain Symptom Manage* 22 : 738-51, 2001
- [28] Ouslander JG, Tymchuk AJ, Rahbar B. : Health care decisions among elderly long-term care residents and their potential proxies. *Arch Intern Med* 149 : 1367-72, 1989
- [29] Seckler AB, Meier DE, Mulvihill M, et al : Substituted judgment: how accurate are proxy predictions? *Ann Intern Med* 115 : 92-8, 1991

参考資料

本資料は、郵送自記式調査「介護老人福祉施設における終末期ケアマニュアルと終末期の希望確認用紙の作成状況、終末期ケアの職員研修の現状」における自由記載「貴施設における終末期ケアの提供に関して自由に記載してください。」に対する全回答を、都道府県別にそのまま掲載したものである。施設職員からの現場の生の声として掲載した。

1 北海道

- 90 看護職の夜間体制。
- 123 終末期ケアは以前より行われている。看取り指針の作成はほぼできており、今後施行する予定。これまでのケアは、手順等出来ていたもので指針の施行と共に加算の申請をする予定。
- 129 平成 18 年 6 月、重度化対応加算の体制を整える為、ご家族に看取り看護に関する事項、終末期ケアに対する確認書を記入して頂いたが、主治医との調整がつかず、加算申請には至っていない。
- 151 特養施設では悪性腫瘍を除き、訪問診療・訪問看護が受けることができない。そのため、ぎりぎりになって病院へいうケースがある。本人・家族・施設も覚悟を決めていても、囑託医が「無理」と判断する時もある。訪問診療・訪問介護を受けることが出来るよう制度をかえることと、終末期を「医師が決める」という医師の考え方を変えなければいけないと考える。
- 169 新年度ターミナルの体制を整備し、10 月を目途に実施したい。
- 172 1999 年の開設以来、格段意識していた訳ではないが、稚拙ながら年に数ケースは終末期対応でお見送りしていたと考える。看取り加算という項目によって、ケアの幅が広がったとか利用者サービスが濃厚になったとも思えず、自己の中では逆に言葉に縛られて自意識過剰になっている部分を感じる。看取りが加算対象というのも、特養が特養として機能していない、しづらい状況だったと肯定している気がする。基本の「生活の場」を考慮すれば、当然死へのフォローも自然と整備される。或いは、努力すべきではないか。
- 173 開設間もない頃より終末期ケアを行ってきた。常勤医師がおり、敷地内に居住しているので終末期をむかえた利用者への対応がすぐできる状況であり、家族の意志はその都度医師が説明し確認している。今まで、470 人を超える施設内での看取りを行ってきたがほとんどの家族に感謝されている。(開設から 31 年)
制度の加算については、正看護師の確保が困難である。又、入所時から死期の話をして、その時々で家族の意見が違いある程度なじみの関係になってからでないといけないと思う。終末期をむかえた利用者へのケアの留意点や死亡時・死亡後の対応について記載したものはある。

- 211 実施に向けて現在協力病院の医師、及び看護師等と協議しております。開始時期についても検討中であります。
- 297 現在は加算を取っておらず、今後積極的に取り組んで行きたい。
- 346 ケアマニュアルや同意書等を改めて作成したのは昨年になりますが、終末期ケアに関しては実施してから約 10 年経過しています。死亡退園の方はほとんど看取りをしています。
- 413 当施設はユニットケアの形態をとっている。1ユニットあたり、入居者9名これを2ユニットで1介護単位として10名のスタッフで介護にあっている。日中は早番2名、日勤1名、遅番2名、夜間は1名の勤務体制である。現在の勤務体制で、十分な介護を提供しつつ、終末期ケアを実践するのは困難な状況である。特に、看護職は1介護単位10名の職員に1名の割合で配置しているが、毎日24時間勤務にあてたり、状況に合わせ勤務変換を行うことは非常に困難である。以上の事から、終末期にあたり十分な看護・介護の提供が困難と判断し、現在は終末期ケアの提供を標榜する事は見送っている。
- 438 当園は全室個室であり終末期と医師が判断された場合は、家族又は本人等に説明し意向を伺っている。園で終末をと希望があれば、カンファレンスで検討し対応している。17年12月に開設後、3名の方がご自分のお部屋で家族に見守られ他界されている。加算申請を行うかどうかは、これからの課題として家族、又、本人の希望があれば応じて行く予定である。
- 572 特養の場合、定員50名に対して看護師が2名であるので、現状では対応が限られたいへんであり、看護師の負担も大きい。今後は看護師の人数を増やさなければ、難しい状況である。
- 622 現在重度化対応加算のための体制を整えている。そして、看取り看護加算を取得したいが、対応できる医師がいないため、難しい。看取り看護加算(Ⅱ)のパターンもあるので、出来そうな気もするが実際のターミナルでは医師との連携と家族の理解が必要なので難しい。当施設では過去に5年間で1件あっただけです。しかし、家族の中には「住み慣れた施設で最期を」という思いもある。今後の課題である。また、重度化対応加算は体制を整えるだけで加算がつくが、正看護師が必要である。正看護師は今、大病院に流れている。医療行政のあおりを受けている。

- 629 家族間の意見がくい違い、同意を得るまでに時間がかかることがある。
- 701 当園では、終末期に関して利用者・家族の意志を最大限に実現させ、尊厳を守りその人らしさと「家族と共に」を基本としています。その為、入居後看取り指針の説明と看取りの希望について確認し、状態に合わせて説明と家族と共に施設で看取りが可能であるかを話し合い、判断していきます。終末期ケアの提供については、苦痛や負担なく過ごせる様、週に1回カンファレンスなどを行い看取り介護が適切に行われているか確認し、又、本人や家族の意向を踏まえ、安らかな環境作りに努めます。
- 749 現在施設内でのターミナルに向けての準備を進めているが、一番難しく感じるのは職員の意識を高める。一つにすることの様に感じる。
- 823 主治医といっても嘱託医がほとんどである特養にとっては、医師の多大なる理解・協力がないと看取り加算があっても現実的に終末ケアは困難である。又、社会的に看取りについての概念が個々にちがうのは当たり前であるのに、医療機関は経学のため一部放棄しているように思う。(国の施策がそうであるので仕方がないのか) 終末ケアを施設にも行わせるのであれば、(今以上に) ルール作り、制度の整備、法的な対応などきちんとしてほしい。医者がいないと死ねないのであれば、施設での終末ケアは無理である。
- 874 夜間看護師の24時間連絡体制を整えた上で対応しているが、現実には介護職員がぎりぎりの人員で終末期ケアにあたっている。その介護職員の肉体的負担はもちろん、精神的負担が非常に大きい。重度化に対応したり、終末期ケアを実施するにあたっての制度がまだまだ整わないうちに、現状だけが進んでいると思う。これに、各施設だけで対応するには問題が多々あると思う。現場のマンパワーに頼っている現状です。
- 875 悪性の病状が進行してきて、病院として何も治療はないと判断された時、高齢にての老衰が著明な時、病院ではなく苑で最期を希望されたときは嘱託医・主治医・苑全体との協力の中、家族との要望にお答えできる事は提供をしています。時には、酸素の必要性があったり、死期が近づいたときの必要以上なバイタルサインの確認に看護の夜勤出勤など、本当にこれが必要なのだろうか?とやはり、疑問も感じます。(医療行為も多くなってきます) 自然な看取りを苦痛なく、本人らしく…と考えてゆきたいのですが、まだまだ看取りで

の実態は、日を多く重ねていかないとどうすることが一番とは解らないのが現実です。

890 看取りについては会議等で盛んに議論しましたが、看護体制・スタッフの未熟さ等の理由により、積極的に取り組む時期ではないと結論に達しました。今後の取り組みによりケアの向上を実現し、社会の要請に応えられる体制づくりを目指します。当施設の指針・マニュアルは職員教育と、いざとなった時のための指針として整備いたしました。

2 青森県

98 過去に入院先から「施設で死にたい」と帰ってきて、間もなくなくなった方がいました。筋維縮性側さく硬化症の方で最期まで意識がしっかりしており、ご希望に沿えてよかったと思っております。日記を付けており、一人ひとりの職員の短所等を克明に書き込んでおり、ご家族がご覧になってどう思われるか心配でしたが、その方ははっきりした物言いと欠点の指摘などで職員の緊張感がある意味よかったですと思いました。(かなり昔の話で記録等も捨ててしまいましたが…) 今後取り組むべきことのひとつだと思います。

144 在宅復帰が目的の施設において、特養は大変無理がある。家族の希望にて、終末は病院とか施設にて安らかにとの要望が有り、主治医と面談の上、結論を出している現状。職員（特に看護師）も3人とぎりぎりの人数で働いている為、ターミナルケア・リハビリケアの加算までは難しい。

145 入所時の時点での確認を書面に残すようにする。家族間での意見が違ったりして、私たちが悩むことがあったので。そのような時は、病院へお連れするように考えを統一した。職員みんなで、自然な死について考えるようになった。

182 終末ケアを看取り加算にしていることに抵抗がある。看取り加算にしまうと、どうしても誘導したいという意識が働かないだろうか、疑問だ。

294 当施設で終末期ケアはご本人、ご家族の意向を第一に施設での看取りも行っております。実際に施設で看取られた方も何名かいらっしゃいます。その際はご家族の宿泊も受け付け、夜間の面会にも対応しております。

当施設は、ユニット型個室なので、他のご利用者様との接触も最低限にすることができますので、ご家族にも気兼ねなく過ごしていた

だけると考えています。

337 当施設では10年以上前から終末期ケアの体制が整えられ、実施されていたので、介護保険制度導入や看取り看護加算の新設の際にも特に混乱等はなかった。90歳以上の超高齢者が1/3以上を占め、平均要介護度が4.5という当施設においては、本人・家族の希望としてホームで最期まで看取ってほしいというケースが増えている。利用者の終末に際しては、宗教的な関わりや精神的・霊的ケアの支えもあり、できるだけ不安や苦痛のない安らかな死を迎えるケースも多いが、常勤医師不在・夜間の看護師配置のない現状では、利用者や家族・介護職員の不安が大きいのも現実である。特養ホームにおける医療の充実・看護職員の夜勤など残された課題は大きく、今後の制度の改正に期待したい。

486 終末期とはどの時点からか、が非常に難しいと思います。平均介護度・平均年齢・寝たきりの割合、いずれも高く、どの方にも当てはめて考えていかなければならないと思います。医師が終末期にあると、判断した方に対するケアという位置づけはあるが、スタッフの思いも一つになりません。

819 終末をどこで迎えるかについては、家族の意向はそれぞれである。また、本人の状態に応じた対応の仕方も介護的・医療的考え方もそれぞれである。本人の意思・家族の意向・施設としての判断・医師としての判断を総合して、その時々に対応していくことが終末期ケアだと思う。よって、文書にすると書き物だけが正しいような、錯覚とか言い訳になるような気もする。

878 当施設は嘱託医・協力病院の意向で、終末期は病院で迎えている現状です。脳梗塞の再発や肺炎などで入院中に亡くなる方が多くなっています。

898 住み慣れた施設で最期まで…と考えておられる方・家族多く受け入れられている。介護職への指導、なかなか十分できていない。

3 岩手県

82 外部研修で学んだことが、まだ終末期ケアを実施していないのでケア側で不安があると思われる。又、特養なので医師の協力体制、具体的な連携も不十分である。この点、今後学んでいきたい。

136 終末期ケアマニュアルの作成の難しさと、老人ホームでの終末期ケアを実施する家族の理解の難しさがある。できるのであれば、終末期ケ

アマニュアルの見本が欲しいです。

- 235 ナースの資格(準看)がネックとなり、看取り加算申請が出来ない。
- 451 終末期ケアを行うにはまだまだ多くの課題がある。人口≒7000人。村に一つしかない医療機関に嘱託医をお願いしている。日中は、医師が複数いるが、夜間は一人のみ。利用者が急変したとしても、往診は難しい状況にあると嘱託医より話されている。(受診すればいつでも診察はしてくれるのですが)
ターミナルに近い状況の人を最期の最期まで施設で介護し、いよいよとなった時、病院に入院、死亡したケースもある。又、急変しすぐ病院に搬送、死亡したケースもある。施設に医師不在・看護師も夜間不在の中利用者は重度化、病院入院は短時間になっている現状で、施設に看取りを希望する家族は多くなっていくかも知れないが、どの様に受け入れていったら良いか、答えを出せないでいる。
- 598 当施設では、ターミナルケアのマニュアルを作ろうとしていますが、まだできていない状況です。終末期の希望の確認用紙はありますが、入所時に確認している為、利用者の状態が変わると家族の考え方も変わってきてしまいます。終末期ケアを希望する確認をいつ行えば良いのか、タイミングが難しいです。
- 682 施設・家族・医師の連携が不可欠。
職員の意思の統一とひとりひとりの心構えが大事。
- 702 体制の確保が困難なため実施できない。
- 891 看護スタッフが少なく、特に夜間帯の対応が大変である。

4 宮城県

- 310 嘱託医が利用者の最後まで見る体制が整っておらず、現段階では無理と思われる。4月より嘱託医が交替されるので、協議の上で考えていく他ない。しかし、職員への教育・勉強会は定期的に実施していく予定である。
- 367 昨年8月にオープンしたばかりの施設で、看取りについて終末期のケアについては全く研修とかできていません。医務室・看護師・医師と話し合いを持ち、今年夏頃までにはマニュアルだったり、指針の策定、研修を行っていく予定です。指針・マニュアルを作成するにあたり、参考となるようなものが見当たらず苦勞しています。医療機関・看護師向けはありますが、施設介護員向けのものはなく、

国で示す方針に沿って加算を取っていくのは大変困難です。

- 546 当施設では、実施必要性は強く感じているが、まだ実施に至らない状態です。
- 693 個室を提供し、時間の許す限り家族に側に付いて頂く。

5 秋田県

- 320 県の実施指導では入所時、ターミナルケアの説明と同意書を交わすようにということと言われたが、入所時は重要事項説明や契約書などの為、ターミナルケアの説明が加わると本人若しくは家族もいやがる。
ターミナルケアについて家族に同意を求める場合があるかも知れないことを文書で流したところ、終末期全て施設が行なってくれるものと、誤った受けとめをした家族があった。
前に勤めていた施設では、家族の気持ちも変わるのであらかじめ同意書を交わしていても、終末期にはあらためて意志の確認が必要なケースがあった。
- 357 現時点では嘱託医とのからみもあり、終末期ケアに対する積極的な動きはしておりません。しかし、いずれそのことに取り組むことは必要と思っております。
- 360 ケアマニュアル・希望確認書については検討中である。又、今の職員数状況等でどこまでやれるのか、又、どこまでやったらよいのか模索中であります。
- 397 施設で終末を迎えたいと望まれるご本人及び家族の方々へ、ご本人の意識がまだあるうちに自宅にもどられ、身内の方々を含めお会いさせたい方々と対面できる時間をもつ意向があるのか確認し、帰宅時の送迎、帰宅中の状態確認の朝・夕の連絡及び、介護者の派遣などで対応しております。帰宅中のご本人とご家族を支えながら、ご本人をとりまく家族関係を大切にしております。最終末は施設に戻り、ご家族と一緒に最期を看取るスタイルをとっております。帰宅できない方も多いのが現実ですが、静かな中でおだやかに美しく息をひきとられます。
- 454 医療機関への入院等により対処している。
- 545 終末期ケアを希望する家族が増えており、終末期と医師が診断したとき、家族・医師・職員（施設長・相談員・看護師・主任介護員）

で話し合いを持ち、できるだけ家族が望まれるように家族の協力を得ながらケアを行っています。

看取り加算も視野に入れながら、職員の研修を取り入れてから実施していきたい。

566 終末期ケアについては、これまで（開設以来）ずっと行ってきていたが、最近の傾向としてあまりにも書類、書類と形式的な面が多すぎると思う。保険となり加算となり、そのための証拠ということでしょうか…。本当に力を注がなければいけないところが、みえなくなってしまうのではないか…。形〔書類〕にばかり追われて…なにしろ限られた人手や時間のやりくりで、すすめてはいけないもので…。なににつけても、最近はその傾向にあると思う。

614 従来から必要に応じて看取りを行なってきた。今後、加算算定していく予定であるが、その為には、マニュアル作成とマニュアルにそったケアが出来ること、その前提と考えている。

773 看取り加算について、平成 19 年度より看護師勤務が必務となりますが、施設でも看護職員不足の折、看護師がいない場合、準看護師だけでは加算にならないとの事。条件としては、看護職員でもいいのではないのでしょうか？ご検討お願いいたします。

914 医師にみせてもらえないとの誤解をまねく場合を考えられるので、慎重に対処しております。実際には数件の終末期ケアを実施しましたが、書類に追われるため加算は算定しません。

6 山形県

270 終末期ケアについては、身元引受人となる方など面会の多い家族はよく理解し、施設においてほしいという要望が多いが、いざとなるとめったにこない子供たちにくつがえされ、病院で検査を繰り返すことが多い。入所時やサービス担当者会議等、ご本人が元気な時に希望を確認し、状態変化にあわせ、その都度検討をかさねている。日頃からの家族とのコミュニケーションの大切さを感じております。

278 体制はつくりましたが、まだやったことがない状況。状態悪化時はすべて医療機関に搬送している。これまで家族の希望も医療機関への搬送がほとんど。

317 当施設は以前から、施設内においての看取りを長年してきている。それが当たり前のケアになっている。マニュアル化したのは、平成 16 年からでありその年から、ターミナルケア委員会を設置し日々ケ

アを充実させるために意見交換しながら、Ns・介護員と共に歩んできている。一人ひとりの利用者・家族の状況は様々であるが、私達が最期のときまでお世話したいという思いは、ご家族に伝えられる様にケアの中で、又、対話の中から理解していただいているのではないかと思う。しかし、やはり最期は病院でというご家族も多い。施設に入所する前に、長年ご自宅で介護されてきたご家族ではなく、遠くにいるご家族や若い身内の方に病院でという思いが強いように思う。それも良いことではあるが、私達は少し残念な気持ちが残る。

- 379 利用者の状態が重度化していく状況で、今のところ看取り介護の事例はありません。ただ、いつ行っても良いように、嘱託医を中心に施設側の体制を早急に整備する必要があります。又、定期的に勉強会（死生観・倫理等）を開催する予定。
- 391 当施設は、今年度の看取り加算や重度化対応加算の創設がありましたので、今年度4月に看取りの指針及び、終末期における対応（希望・意向確認書）を作成し、入所者の方や新規で入所される方など、同意書や希望・意向書をいただいている。また、実際のケアについては、看取り指針に沿ったケアの実施。また、亡くなった後には、死亡後のカンファレンスを実施している。
- 419 昨年の11月からはじめたので手さぐり状態です。職種ごとの役割内容を基に、それぞれの職種で勉強会をしながら、マニュアル作成する予定（2007年）です。
- 735 「少なくとも1週間に1回以上の容態説明」は、医師については困難。家族も多くは面会に来ない→電話にて説明が中心。
- 781 当施設では平成7～8年頃から看取りを行っていています。施設で亡くなられた方と病院で亡くなられた方の違いがあきらかにあり、穏やかな最期をむかえさせたいとの職員の熱意で始められました。現在、介護保険において看取り加算がつかいましたが、当施設は従来型の施設で個室がありません。基本的な考え方として、ありのままの生活の中で看取りをしていくとしていますので、間近になった時に静養室で看取っています。夜間ご家族が付き添えない時には自室（4人部屋）で看取っています。自然のまま看取りを行っていていますので、介護保険の加算はもらえません。「昔のように畳の上で死にたい」という希望、自分の部屋でたとえ大部屋でも、職員の気配、同室者の気配の感じられる中での最期が看取りとして認められないのはどうしてでしょうかと、疑問を持っています。

810 本人・家族の意向を大事にし、当施設で可能な事は対応してあげたい。

7 福島県

267 1、ご家族の意向が不安定な場合が多い。(親族が多いほど、看取りに対する考え方が揺れ動く)
2、主治医の回診回数が週1回と少なく、医療との連携が十分とは言えない。(協力病院の医療不足の影響大)

288 特養における医療行為の範囲が明確になっておらず、夜間帯にオンコールで看護職員が特変時に対応している現状では、ターミナルを実施することは難しい。とりわけ、嘱託医師が協力病院の勤務医(複数)の当施設では、回診日時以外には往診できず、毎日のように通院で点滴治療を受けている。(入院はなかなか受け入れてもらえない)
介護保険制度の改正により、施設運営にもゆとりがなく職員の増加は難しくなっているが、ケアの質の向上の他に医療知識までを介護に求めるには負担が多すぎると思います。

380 マニュアルをもとにターミナルケアの開始となりますが、利用者・家族の方への意向の確認は、状態の変化に伴い幾度も行っています。マニュアルを職員(事務職も含め)全体が把握し、ご本人のみならずご家族へのケアとしても取り組んでいます。

772 昨年度内において、ご家族の希望により施設内での看取りを行なったケースがございます。従来型の施設である為、ご家族と一緒に宿泊するところもなく静養室にて行ないました。介護職員にとっては初めてのケースであった為、大変良い経験をさせて頂いたと思っております。

8 茨城県

66 医師の全面協力が不可欠であり医師不足の現状に鑑み、制度的・点数的配慮が必要と思考する。

89 他の施設ではどの様にしているのか、勉強したいと思えます。

130 平成18年10月開所なので、まだ終末期ケアを検討する余裕がない状況です。

159 食事量の低下・全身状態の活動の低下(表情が乏しくなったり、血圧低下、筋力低下、嚥下機能低下、消化管機能の低下)がみられた