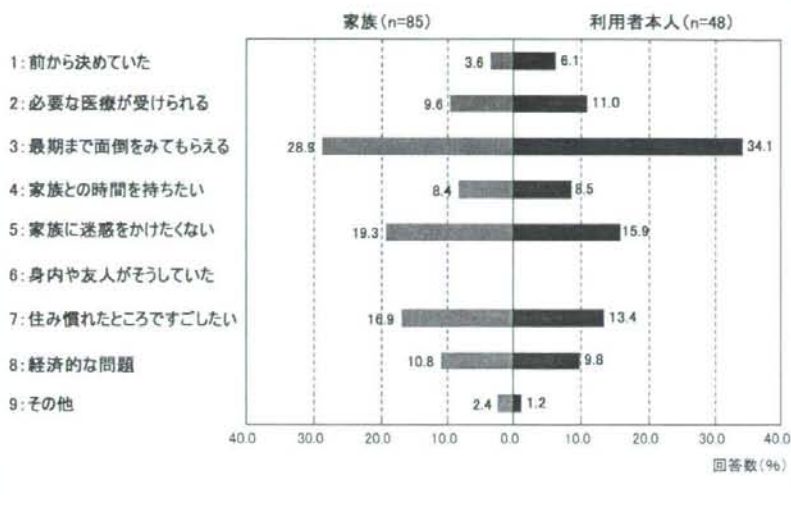


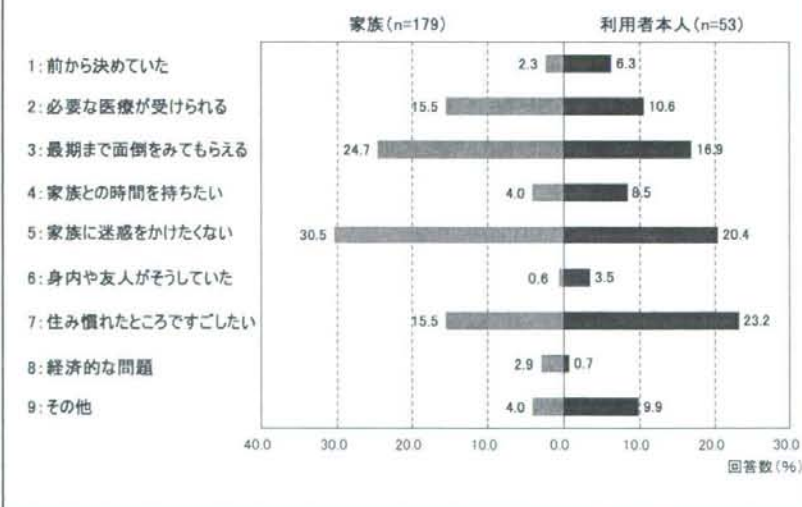
(本人・家族)

図B-20. 最期を迎える場所として選んだ理由：利用者と家族の意見一致



(本人・家族)

図B-21. 最期を迎える場所として選んだ理由：利用者と家族の意見不一致



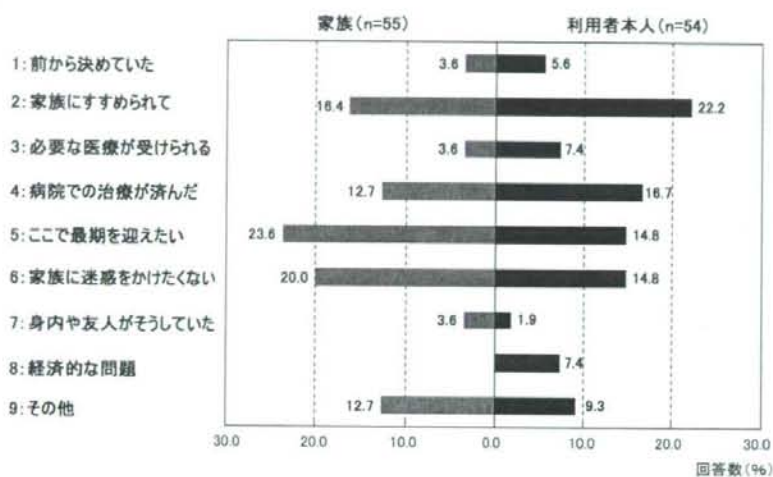
表B-5.利用者本人・家族・医師の分析結果

		利用者本人と家族と医師の意見一致	利用者本人と家族と医師の意見不一致	P値		
利用者の特性	性別	男 5(16.7) 女 25(83.3)	n=30 28(22.0) 99(78.0)	0.515		
	年齢	平均±標準偏差 82.6±7.2	n=127 84.2±5.3			
	主病名	1.がん 2.脳血管障害 3.心疾患 4.認知症 5.その他	2(6.7) 6(20.0) 1(3.3) 13(43.3) 8(26.7)	10(7.9) 25(19.7) 12(9.4) 62(48.8) 18(14.2)	0.465	
	疾患適用	有 無	0(0.0) 30(100.0)	3(2.4) 120(97.6)	0.388	
	要介護度	要支援 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5	0(0.0) 8(29.6) 6(22.2) 6(22.2) 5(18.5) 2(7.4)	3(2.8) 11(10.1) 26(23.9) 23(21.1) 34(31.2) 12(11.0)	0.147	
	自立度	J A B C	1(3.3) 17(56.7) 10(33.3) 2(6.7)	11(9.1) 42(34.7) 44(36.4) 24(19.8)	0.092	
	認知症	有 無	22(78.6) 6(21.4)	106(87.6) 15(12.4)	0.216	
利用者本人の回答	問1:施設入所理由	1.前から決めていた	3(5.6)	6(3.4)	0.005	
		2.家族にすすめられて	12(22.2)	73(41.0)		
		3.必要な医療が受けられる	4(7.4)	20(11.2)		
		4.病院での治療が済んだ	9(16.7)	12(6.7)		
		5.ここで最期を迎えたい	8(14.8)	9(5.1)		
		6.家族に迷惑をかけたくない	8(14.8)	36(20.2)		
		7.身内や友人がそうしていた	1(1.9)	4(2.2)		
		8.経済的な問題	4(7.4)	2(1.1)		
		9.その他	5(9.3)	16(9.0)		
	問2:施設からの説明	医療サービス	1.十分な説明を受けた	11(37.9)	41(34.7)	0.467
			2.説明を受けたが理解できず	11(37.9)	32(27.1)	
			3.説明はなかった	1(3.4)	11(9.3)	
4.覚えていない			6(20.7)	34(28.8)		
急病時の対応		1.十分な説明を受けた	11(37.9)	33(28.7)	0.085	
		2.説明を受けたが理解できず	13(43.3)	32(27.8)		
		3.説明はなかった	3(10.0)	13(11.3)		
		4.覚えていない	3(10.0)	37(32.2)		
最後の迎え方		1.十分な説明を受けた	7(23.3)	20(18.3)	0.015	
		2.説明を受けたが理解できず	12(40.0)	17(15.6)		
		3.説明はなかった	6(20.0)	35(32.1)		
		4.覚えていない	5(16.7)	37(33.9)		
費用	1.十分な説明を受けた	8(27.6)	25(22.5)	0.924		
	2.説明を受けたが理解できず	6(20.7)	21(18.9)			
	3.説明はなかった	6(20.7)	26(23.4)			
	4.覚えていない	9(31.0)	39(35.1)			
問3:最期を迎える理想の場所	医療機関 施設 自宅	3(9.1) 25(75.8) 5(15.2)	8(11.8) 23(33.8) 37(54.4)	<0.001		
問3:最期を迎える場所として選んだ理由	1.前から決めていた	4(7.1)	10(6.0)	<0.001		
	2.必要な医療が受けられる	5(8.9)	19(11.3)			
	3.最後まで面倒をみてもらえる	23(41.1)	29(17.3)			
	4.家族との時間を過ごしたい	2(3.6)	17(10.1)			
	5.家族に迷惑をかけたくない	11(19.6)	31(18.5)			
	6.身内や友人がそうしていた	0(0.0)	5(3.0)			
	7.住み慣れたところへ住みたい	3(5.4)	41(24.4)			
	8.経済的な問題	8(14.3)	10(6.0)			
	9.その他	0(0.0)	15(8.9)			
家族の回答	問1:施設入所理由	1.利用者が前から決めていた	2(3.6)	6(2.9)	0.001	
		2.家族で決めた	9(16.4)	58(27.8)		
		3.必要な医療が受けられる	2(3.6)	21(10.0)		
		4.病院での治療が済んだ	7(12.7)	10(4.8)		
		5.最後まで面倒をみてもらえる	13(23.6)	27(12.9)		
		6.家族では介護ができない	11(20.0)	74(35.4)		
		7.身内や友人がそうしていた	2(3.6)	2(1.0)		
		8.経済的な問題	2(3.6)	5(2.4)		
		9.その他	7(12.7)	6(2.9)		
	問2:施設からの説明	医療サービス	1.十分な説明を受けた	22(88.0)	108(88.5)	0.807
			2.説明を受けたが理解できず	1(4.0)	5(4.1)	
			3.説明はなかった	0(0.0)	3(2.5)	
4.覚えていない			2(8.0)	6(4.9)		
急病時の対応		1.十分な説明を受けた	21(80.8)	102(84.3)	0.312	
		2.説明を受けたが理解できず	4(15.4)	8(6.6)		
		3.説明はなかった	0(0.0)	7(5.8)		
		4.覚えていない	1(3.8)	4(3.3)		
最後の迎え方		1.十分な説明を受けた	19(69.2)	78(63.3)	0.375	
		2.説明を受けたが理解できず	3(11.5)	6(5.0)		
		3.説明はなかった	4(15.4)	24(20.0)		
		4.覚えていない	1(3.8)	14(11.7)		
費用	1.十分な説明を受けた	18(72.0)	101(82.8)	0.642		
	2.説明を受けたが理解できず	2(8.0)	7(5.7)			
	3.説明はなかった	3(12.0)	9(7.4)			
	4.覚えていない	2(8.0)	5(4.1)			
問3:最期を迎える理想の場所	医療機関 施設 自宅	4(12.5) 25(78.1) 3(9.4)	28(29.2) 41(42.7) 27(28.1)	0.002		
問3:最期を迎える場所として選んだ理由	1.利用者が前から決めていた	2(3.6)	5(2.5)	0.010		
	2.必要な医療が受けられる	4(7.1)	31(15.4)			
	3.最後まで面倒をみてもらえる	20(35.7)	47(23.4)			
	4.家族との時間を過ごしたい	1(1.8)	13(6.5)			
	5.家族では介護ができない	15(26.8)	54(26.9)			
	6.身内や友人がそうしていた	0(0.0)	1(0.5)			
	7.住み慣れたところへ住みたい	5(8.9)	36(17.9)			
	8.経済的な問題	8(14.3)	8(3.0)			
	9.その他	1(1.8)	8(4.0)			

n(N) x<sup>2</sup>検定

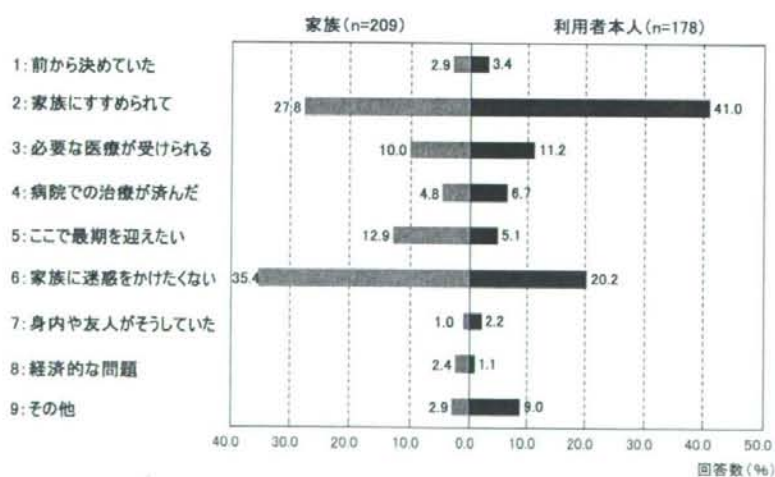
(本人・家族・医師)

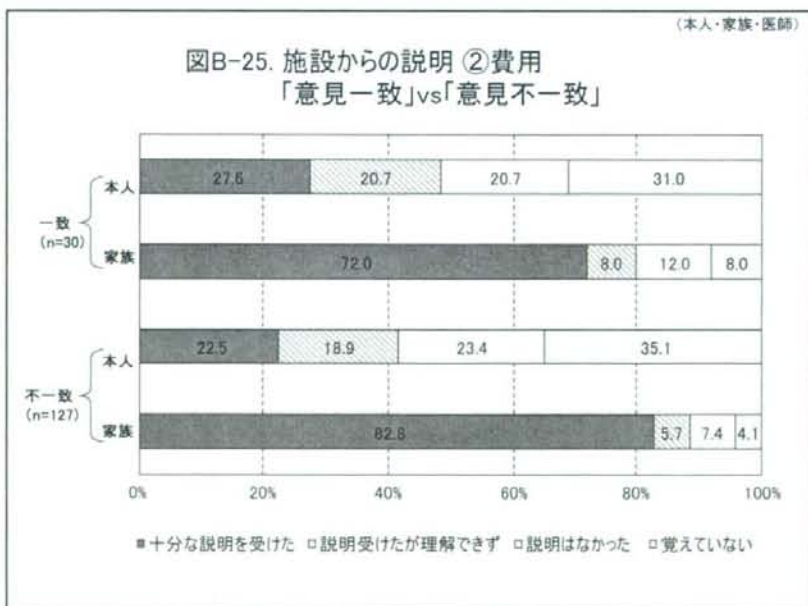
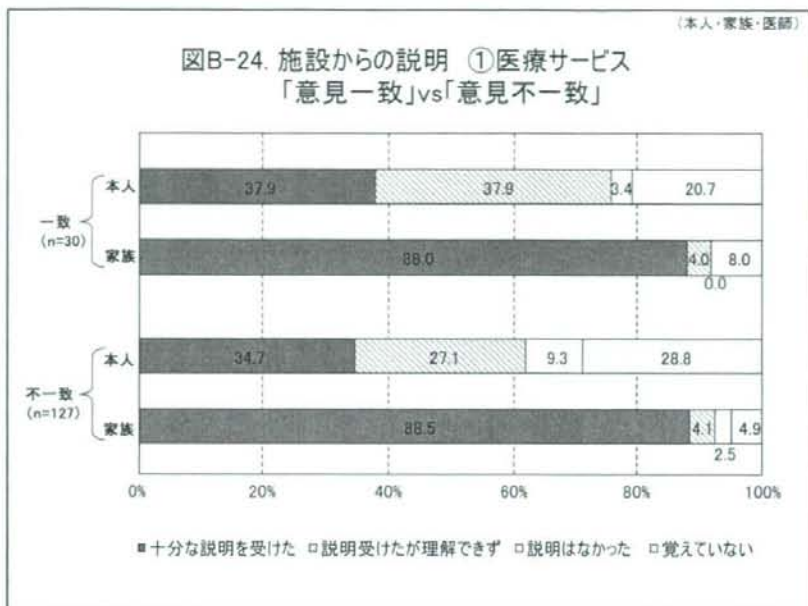
図B-22. 施設入所理由：利用者と家族の意見一致



(本人・家族・医師)

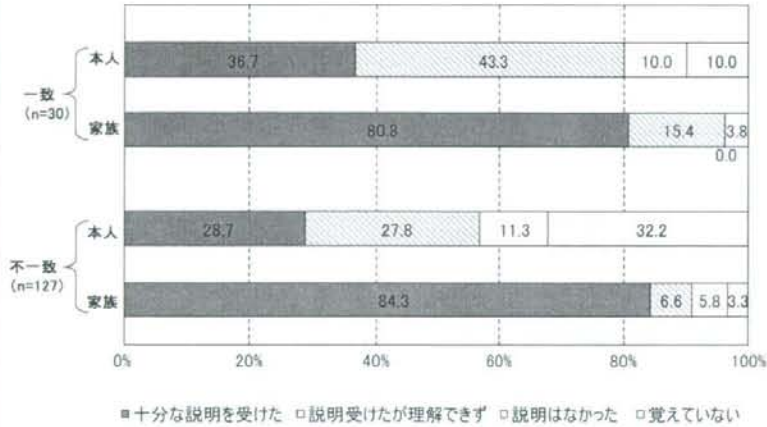
図B-23. 施設入所理由：利用者と家族の意見不一致





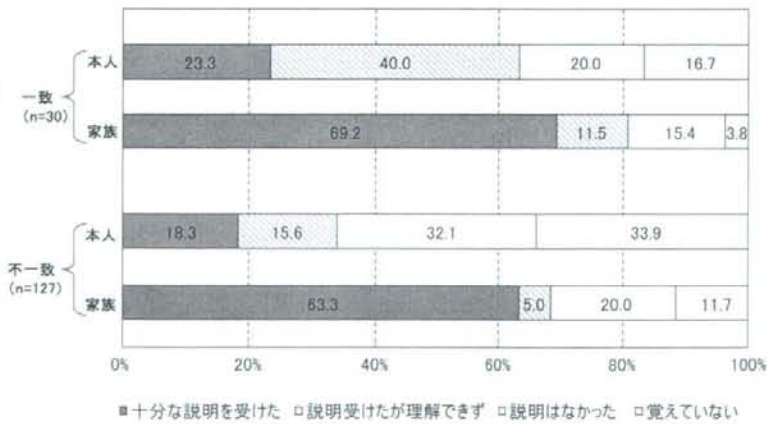
(本人・家族・医師)

図B-26. 施設からの説明 ③急変時の対応  
「意見一致」vs「意見不一致」

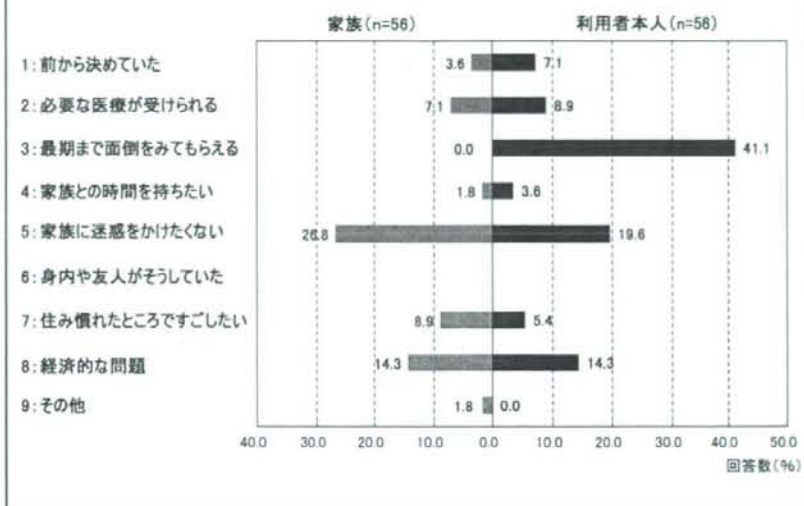


(本人・家族・医師)

図B-27. 施設からの説明 ④最期の迎え方  
「意見一致」vs「意見不一致」



図B-28. 最期を迎える場所として選んだ理由：利用者と家族の意見一致



図B-29. 最期を迎える場所として選んだ理由：利用者と家族の意見不一致

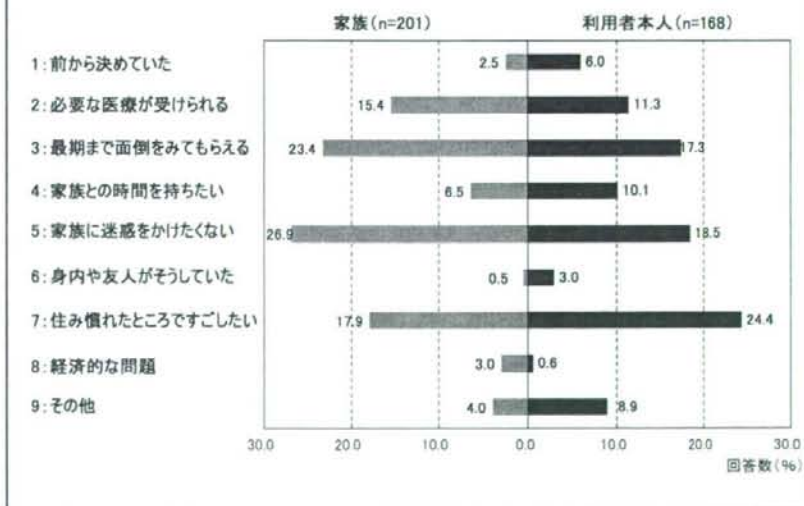


表 B-6. 居住系施設における看取りのあり方についての自由記載（抜粋）

<p>1. 平成 13 年開設当初より、一貫して施設内における看取りが可能な終身ご入居体制を目指して運営してきました。その為、ご入居者が最期をお迎えするにあたってはご本人、ご家族、担当在宅医、施設長等との話し合いにより、入院による積極的治療の実施、ご自宅におけるお看取り、施設内における看取りのいずれかを選択していただきます。施設内における看取りをご家族が選択されれば、在宅担当医師と当看護・介護スタッフによる看取り体制をプランし、その個室においてターミナルケアを行います。現在までに施設内の看取りを選択して頂きました入居者中、この看取り体制によって最期を迎えた方は 90% 以上です。ご家族にも満足いただけるターミナルケアを実施できたと自負しております。最期を迎える方にとっても、ご家族にとっても病院による積極的治療による最期とは別の選択肢として認知頂きたいと考えております。</p>
<p>2. 入居時からご本人、ご家族の希望に添う事を第 1 に考えています。病気が進み状態の変化に併って、家族も本人も気持ちが変わっていく事がありますので、容態の変わるごとに、主治医、ご家族、スタッフでムンテラとカンファレンスの機会を持ち、気持ちを確認しつつ看取りがスムーズにいくようにとり組んでおります。</p>
<p>3. 看取りの方針は具体的に決めていないけれど、その人がその人らしい生き方、死に方をするために援助して行くという方針は、開設当初から決めていました。実際、本人・家族の意思に従い、ホームで最後を迎えられる方もあります。特に、癌末期の方は最後の瞬間をどのように迎えられるか、本人や家族の思い通りに亡くなる方はなかなかありません。医師から、あと数日といわれた方でも 1 ヶ月ぐらい生きられた方もあります。一日でも長く生きていて欲しいと望んでいる家族でも、精神的なイライラが表出してきます。最後には、側にいる辛さから、まだなの…という言葉さえ聞かれます。そんな時、ホームスタッフは本人と家族を同時に支えて行かなければいけないのです。何の根拠もありませんが、今まで家族との関わりが薄い方ほど、名残惜しむようにゆっくり逝かれるような気がします。そんな一つ一つのケースを前面に出ないで何気なくサポートすることが、私たちの役割と感じて最後の瞬間を看取ります。当然、ターミナルになれば何度も家族・医療機関・ホームとの間で、意思統一を図る話し合いはもたれます。1 度方針を決めても、気持ちは日々変わります。家族の意思は毎回確認し、誤解の無いように常にコミュニケーションを取っていきます。主治医は 24 時間連絡可能などころを決めます。ホームは介護職中心のスタッフなので、特に医療面でバックアップは必須です。</p>
<p>4. ターミナル期での事前指定書を説明して意向に添うように心がけている。入居者本人に元気なうちに意思確認として事前指定書を提出して頂いている人もいるが、最終的には家族が要望を言われるケースが多い。私達、ケアスタッフとしては苦痛の緩和を第一番に考え、ケアプランとして行っている。家族への精神的なフォローも同時に必要との考えから情報提供を共に一緒に行えるケアも検討しています。付添いを希望される方には、居室内へのソファ搬入をして最後の時を過ごして頂く場合もあります。</p>



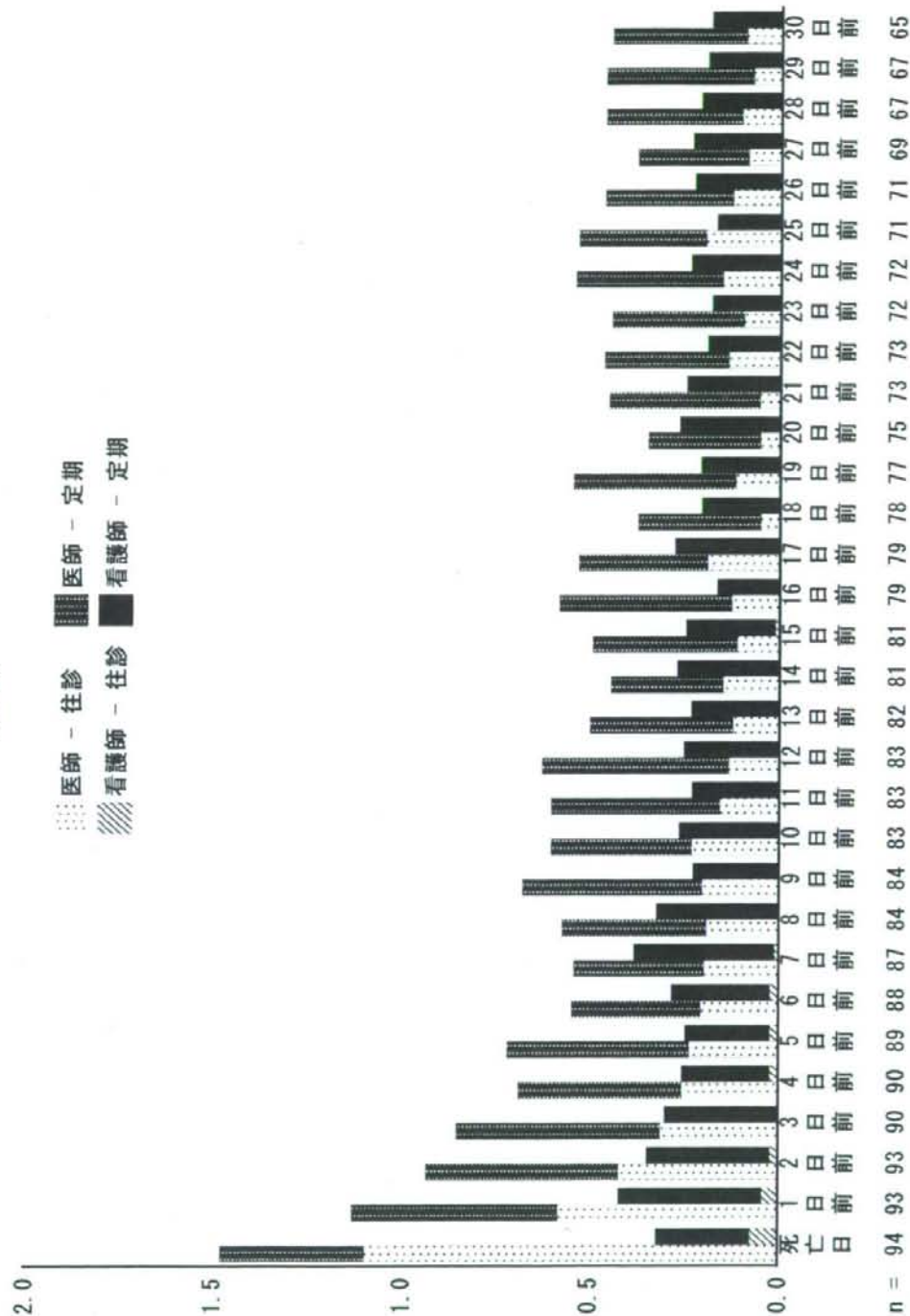
<p>5. 当施設で行なったアンケート結果では「最後」を施設で考えておられる方は、56%となっています。また「点滴及び施設でできる範囲の医療を希望」、「静かな見守りのみ希望」は72%となっていることから、今後も施設でのターミナルケア等に関する意識統一を行っていききたいところですが、死生観やストレスへの対処など業務内ではフォローしきれないので、人員配置基準や介護報酬の見直しなど制度的にもサポートしていただきたい。</p>
<p>6. 最期は病院でと、ご本人や家族が強く希望されない限り、グループホームでの看取りは自然な流れであると考えます。在宅医療においては急性期の治療を必要としない限り不可能は無いと思っています。在宅におけるかかりつけ医（主治医）による適切な医療が提供されれば医療と介護のチームによる自然な最期を迎える事は可能だと考えます。ご本人を取り巻く家族や馴染みのスタッフに囲まれて最期まで生き生きり穏やかに爽やかなその時を迎えて頂ける様、ケアスタッフは一諸に時を過ごしその人に寄り添う事が最も重要だと考えています。</p>
<p>7. わたしたちのグループホームでは、現在看取りは、していません。認知症の方にとって、慣れたホームから医療の必要な（対応可能）場所へ移る事は、症状によってできるだけさけたいと思うが、実際にはスタッフの人数不足、看護婦が常時待機できない問題又、スタッフ一人一人の看取りの考えの違いから思いがあってもできません。また、家族の協力が一番大きいと思います。</p>
<p>8. 入所者様の希望、ご家族の希望等配慮しながら決めていきます。訪問看護師や主治医の協力なくては達成できないものですから、職員も看護師を混じえて勉強会など行いました。亡くなるその日まで食事、水分を摂取していました。社会的入院が無くなる状況の中で、家庭で看ることの難しさ、ホームで看取ることが多くなると思います。しかし、すべての人を受入れることもできないと思っています。</p>
<p>9. 終末期におけるあり方について法人としての明確な方針はとられてない。しかし、重度化した利用者を、かかりつけ医、職員が一丸となり、介護・支援を行い乗り越えたケースはある。今後も、家族、本人様の意向を受け、医師との連携を図り、支援を行っていききたい。また、ターミナルについての研修を行い、職員への指導を行う。家族様と十分に話し合い、意向にそえるような支援を行いたい。その為には、日頃からの信頼関係を、築いていく事が、とても大切な事である。信頼関係なしでは、ターミナルケアは行えないと思う。</p>
<p>10. 適宜、かかりつけ医、家族、グループホーム担当者の三者懇談をして入居者の今後を話し合う事にしています。</p>
<p>11. 当施設は、自立を尊重した施設ですが、入居年数が長くなれば自立といえども難しく、在宅医療（24時間対応）を受けているととても安心して生活ができます。9年目の施設ですが、看取りはこれまでも3人行いました。本人の意思がしっかりしており、住み慣れた所で終えたいと言う強い希望もあり、かなえてあげる事ができました。今後も看取りは可能と思いますが、家族の協力、金銭的問題（職員の夜勤体制がない、看護師不在の施設）と言うところで問題点はたくさんありますが、本人家族の希望に答えてあげたいと思っています。</p>

12. 開設以来（H15）5名の方を看取りました。4名の方については、24時間対応の訪問看護に来ていただきましたので、職員も不慣れながら、指示を仰ぎながら対応しました。しかし、1名の方については近隣の訪問看護がない内科の先生が主治医だった為、介護職員の不慣れな対応などがとても負担になりました。エンゼルケアも、主治医の指示で、介護職員が行いました。ただ、どの方も、ご家族の方が“ホームで最期を”と希望されていまして、私たち職員は、もっと医療との連携を密にして利用者さんにとって一番良い方法を考えていきたいと思っています。
13. 介護保険以前から、あたり前のように施設で亡られる方が多かったので、今更「看取り」といわれても…との思いです。
14. ご本人の意志を尊重する。ご本人の意志が言葉で伝えられない時は、ご家族の考え、ご本人の思いをはかり、ご家族と相談しながら協力医の指導のもと行なっている。ご本人、ご家族、医師、当方職員が思い残すことなく、ご本人の安らかな終えんが迎えられるようにすすめてゆけることが理想と考える。実際は、思い返すと、ああすればよかった、こうすれば…という思いがよぎることが多く、何度看取ってきても、毎回、ケースがちがひ、勉強させていただく日々である。日頃のケアの実践、日々の関わり、接し方が、重要なのであって、改めて、看取りの時期だからとか、方針は？ということではないと思う。
15. 人間誰もが、人生の最後は家族の見守る中、自宅で看取りを希望される。しかし、各家庭の事情により、どうしても自宅ではできない人もいます。当施設としては家族の意向を十分に確認した上で、施設内での看取をしているのが現状です。なお、当施設では提供不可能な医療内容をご希望される場合には、他の医療機関等にご紹介をさせていただく事としています。
16. 今の所、ターミナル期が長く、看取りに対するご家族の気持ちが決定している症例ばかりであるが、医師が常駐していなく、看護師が夜勤をしていない現場で、介護職員の（若い）心のケアがとっても重大になりつつあります。
17. 点滴など医療的なことが必要でない、またはご家族やご本人が医療的処置を要求しなければグループホームで看取ることができる。
18. 法人としての看取りの方針や看取りに関する職員研修（法人内の教育計画）はありますが、グループホームにおいての看取りは現状として人材の配置、医療的、サポートの視点からも、難しいケースが多いと思います。しかし、ご家族とホームとの意識の共有と協力、在宅医療機関との連携がしっかりとあれば、取り組めるケースもあると考えます。
19. 誰しも、住み慣れた、自分の家で最後をむかえたいと思いますが、それが、叶わない人もいます。そのような人の為にも、このホームが実家だと言ってくれるようなホームにしたいと思っています。
20. 御家族、御本人の意志を大切にしたいと考え、希望される医療処置等を入居時に確認させていただいております。
21. 他の利用者さんとの区別なく過ごしていただき、自然の看取りに心がけています。5年間で30名の方を看取らせていただきました。

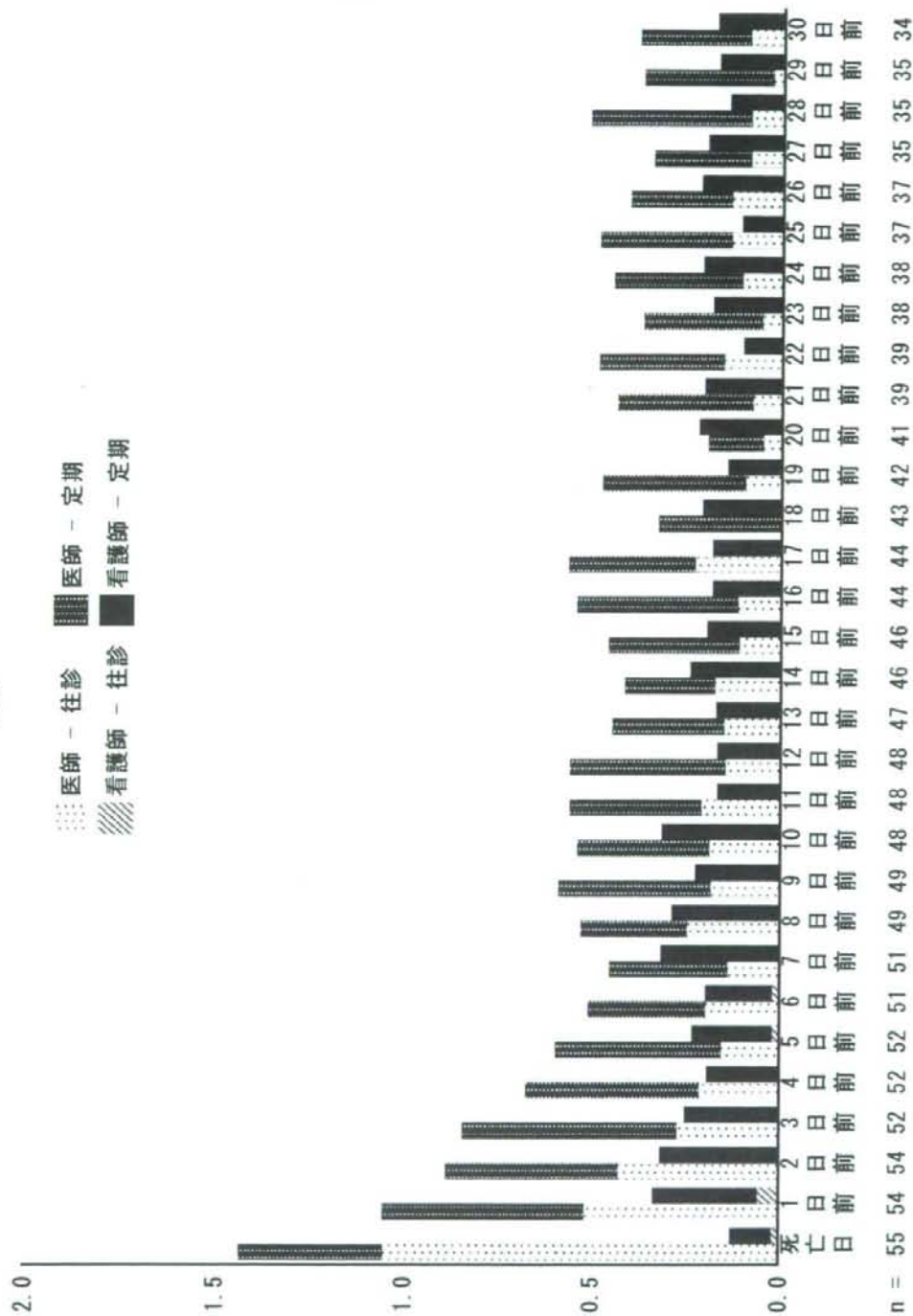
<p>22. 入居時に、看取りについての説明（入所者とご家族に）を行い、家族・本人（理解できる方）の意向を書き添えます。入居時に「急変時は病院へ搬送してほしい」と希望されていた方も、その時になると主治医に任せます。「最期まで施設で」と言われる方も増えている事も事実です。急変時には主治医と密に連絡を取り合って指示に従い家族様の意向に沿って、日常生活の延長として「その人らしく」をモットーに看取りを行なっています。看護師は常にオンコール体制で「夜間でも遠慮なく電話して下さい」と夜勤者に申し送っています。</p>
<p>23. H20 から重度化、看取りを含め、介護保険による医療連携体制を取ることになりましたが、実際、スタッフの勤務体制や他の利用者様への介護負担から、かなり難しい問題だと思います。グループホームなどの施設は、看取りができる事が理想かと思いますが、現実には問題が山積みだと思います。先に制度の改善を行ってほしいです。</p>
<p>24. その人を「患者」ではなく「生活者」としてとらえ、1人の「生活者」を支える為のケアを提供するように心掛けてきました。そして私達は、そのケアを“生活型ホスピス”と呼んでいます。対象者はターミナル期の方だけでなく、心理的に追い込まれているような方や慢性疾患等も含まれます。</p>
<p>25. どこの老人施設も、死を視野に入れていない様に思います。有料施設で5～6年を過ぎて老衰、肺炎になった御夫婦がいました。その施設では御主人様が90歳代でPEGをすすめましたが、家族は「無理なことはしたくない、自然に死なせたい」と希望を伝えたところ、その施設は寝たきりを理由に契約を切ったそうです。途方に暮れる御家族…、結局、主治医を頼り当施設へ入居され、誕生日パーティーをした次の日（入居して3日目）に永眠なさりました。</p>
<p>26. オープンして丸5年になりますが積極的に対応させて頂いております。在宅医療となりますので、点滴を望まれる方に対して緊急時は病院へ行って頂くようお話しさせて頂いております。一切の延命治療を望まれず、施設で終末期を望まれる方に対しては、ご本人様が望まれる食物（口から食べられるもの）を提供させて頂き、またご家族様にも協力して頂くことをくり返し話し合い、進めさせて頂いております。また、ここでの看取りとなる場合は、職員のカンファレンスでも職員自身の気持ちなどを聞きながら統一したケアが出来るようにもさせて頂いております。</p>
<p>27. 「時代（世代）に合った看取りを！」自分が生れ育った1950～60年代は、大半が自宅で看取られ自宅葬が当たり前であり“死”は他人事ではありませんでしたが、1975年を境に病院等を死亡場所に選ばれるケースが多くを占め、病院等で亡くなられる方は約8割で、自宅は1割、老人ホーム等は3%というのが現実です。自宅葬すらせず、葬儀を外部託することに何のためらいも持たない世代が社会を支えているのです。現代人の感覚にはそぐわない“施設づくり”をすること、施設で看取することを善とするようなことが一方的押しつけにならないかと危惧しております。</p>
<p>28. 終末期については、入所される時に家族と話し合います。家族の意見に合わせます。現在まで6名ホームにて亡くなられ、6名ホームにて看取りしました。本人と家族と共に、最後の時間をもち、あるがままの受け入れをし、スタッフ全員で見送ります。もちろん医師からも心の準備については伝えて貰います。</p>

29.	住宅型老人ホームとして、ご本人様とご家族様の意向に添った看取りを行っている。あくまでもベースは“生活”。隣接するクリニックの医師を主治医とし、看護師とケアで連携をとり、“心を支えるサービス”を目指している。体の延命ではなく、精神の充実した延命に取組んでいく。重度状態の方の在宅ケアが難しい家族構成・環境の中にある現在、“終の棲家”として安心して暮らして頂きたい。
30.	いたずらに延命をはかることが利用者、患者のためにならないと考える。慣れ親しんだ人達、親しんだ場所で最期をむかえられることは、本人、家族への負担を軽くできる制度と考える。但し、苦痛の軽減、安楽な最期をむかえるための体制整備は大変と考える。未だご家族によっては最期は病院でと考えている家族が多く、家族とのインフォームドコンセントが重要であり、常に状態の変化等について連絡し、理解を得ることが必要と考える。
31.	その方の身体的、精神的苦痛をできるだけ緩和し、亡くなるまで、その人らしく、今までの生活を継続して営めるよう援助することだと思います。その援助は、各職種が、それぞれの専門的知識をもって連携して行われなくてははいけない。また、家族の協力は必要不可欠だと思います。
32.	グループホームにおいては医療行為が禁止されています。その反面、終末期の対応については各種医療行為が必ず伴います。入居者が最期の刻を迎えるその時まで安心して住める場所としてグループホームが存在するとすれば、現在の法令や行政指導について矛盾も感じます。
33.	本人の生きてきた歴史を大切に、できる限りの希望にそえるように関わる。一人で死を迎えないように、スタッフがそばにいる時間を確保する。
34.	入居者の皆様、それぞれに主治医を決めて頂き、定期的に往診を受けて頂いています。当施設では方針というのは今の段階では決めてはいませんが、ターミナルについては、入居者のご家族と主治医との話し合いにより、当施設で最期を看とるといふ例もあります。ただし、施設では医療行為（点滴等）はできないので、訪問看護による処置が行なわれているのが現状です。
35.	医療・ご家族・我々の3者で統一したケアカンファを明確にして、ご家族の協力を仰ぎ、我々の出来る限りの最善を尽くして看取ることが重要だと考えます。
36.	本人又は家族より希望があれば対応する。主治医、家族、施設間での意志確認を行い自宅での看取り方に近い方法で行う。主治医の往診の頻度を多くする。急変時の対応に関して確認し書類作成する。
37.	利用者、家族と良好な関係を築き、安心して、最期まで生活して頂けるように心がけています。看取りは生活の最期の部分だと考えるのでお互いに「ここで良かった」と思って頂けることが目標です。
38.	今まで3名の看取り経験しておりますが、ここ2年は、利用者さんの状態が良く、安定しておりましたので、これから看取りの可能性のある事で不安を感じております。家族と一緒に最終を支えるという事をコンセプトにしております。
39.	利用者の介護を担当するスタッフのケアにも重きを置いて仕事をする事が大切だと思います。

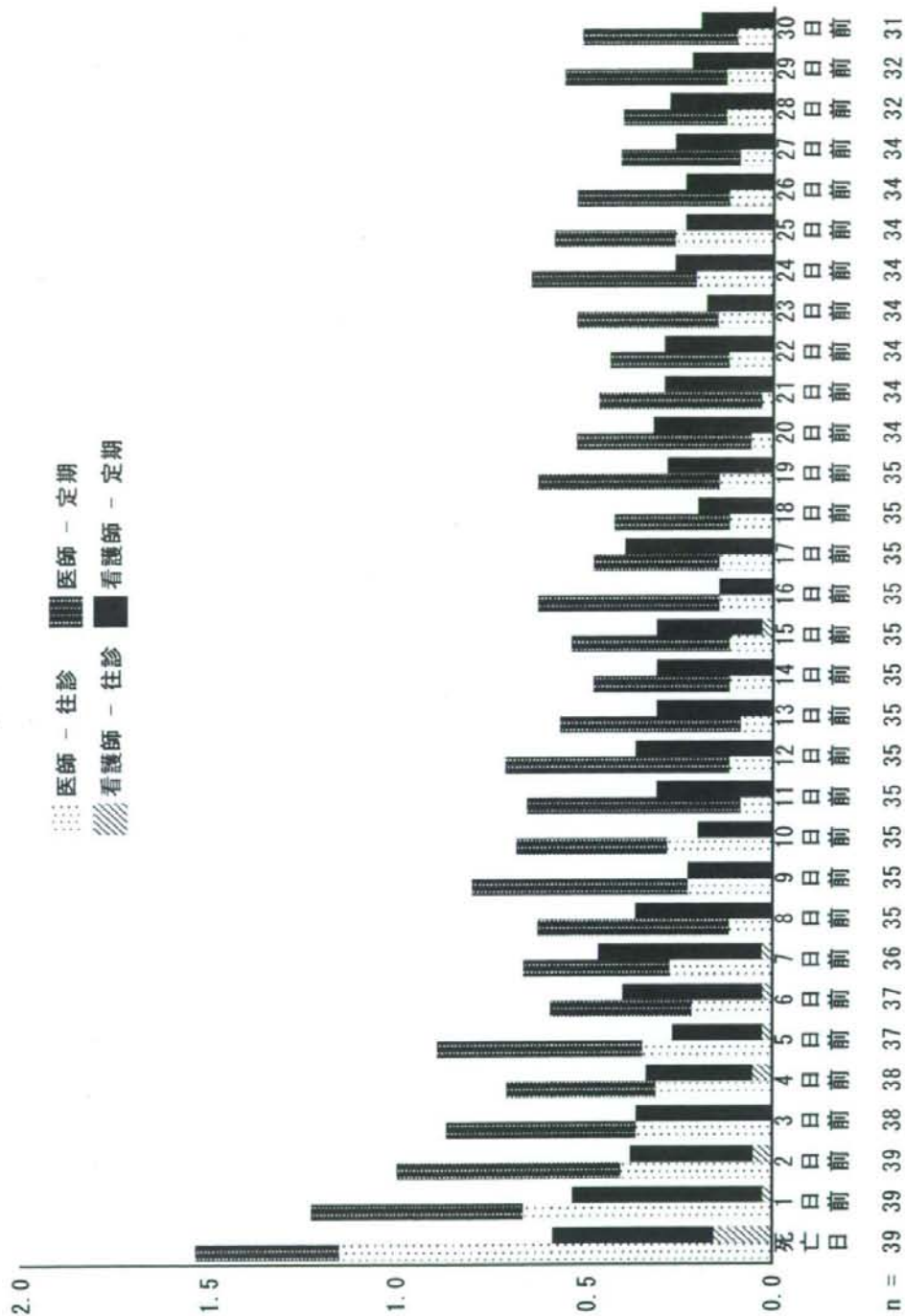
図C-1. 死亡前日数別・医師看護師別平均訪問件数  
(全て)



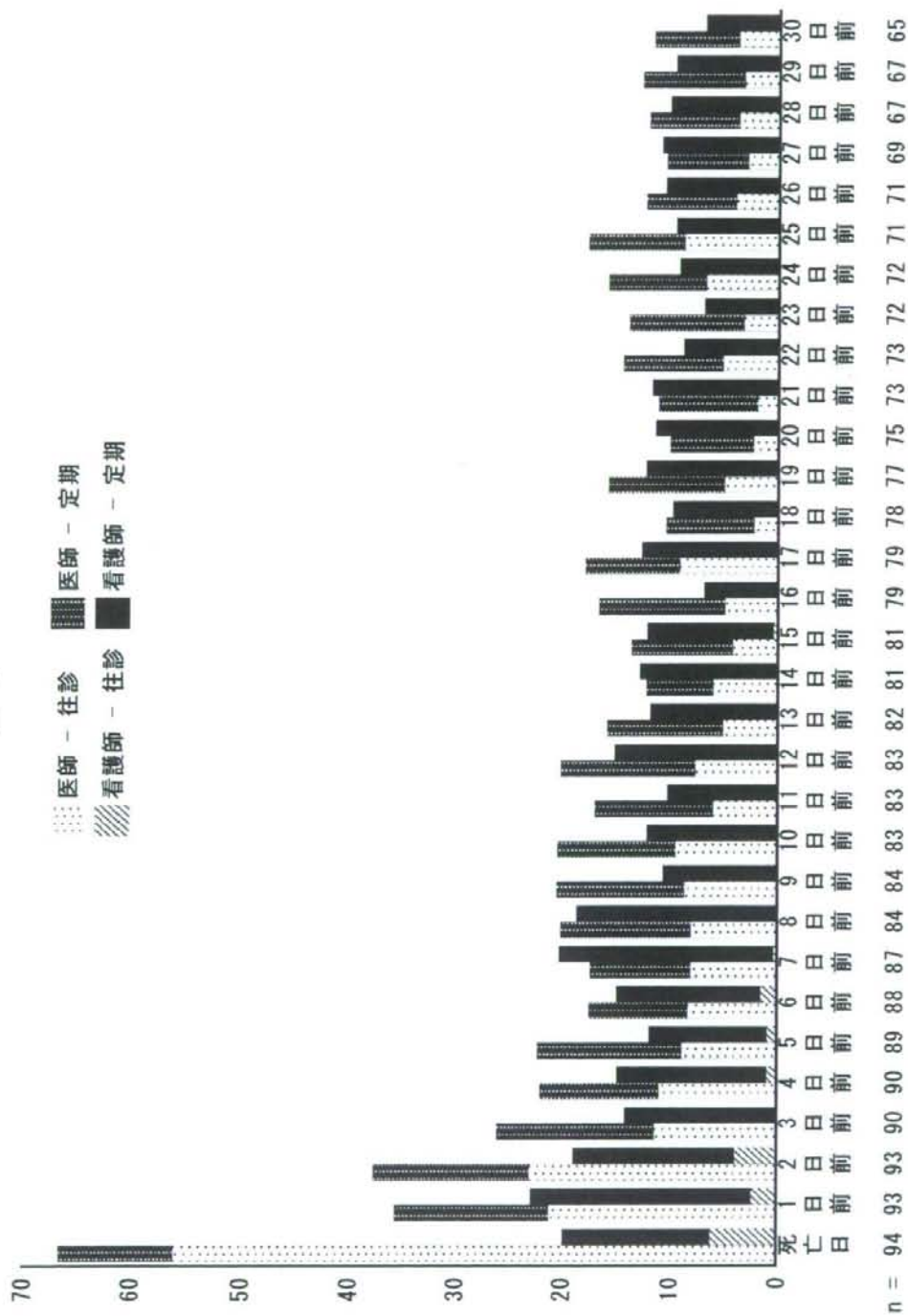
図C-2. 死亡前日数別・医師看護師別平均訪問件数  
(男)



図C-3. 死亡前日数別・医師看護師別平均訪問件数  
(女)

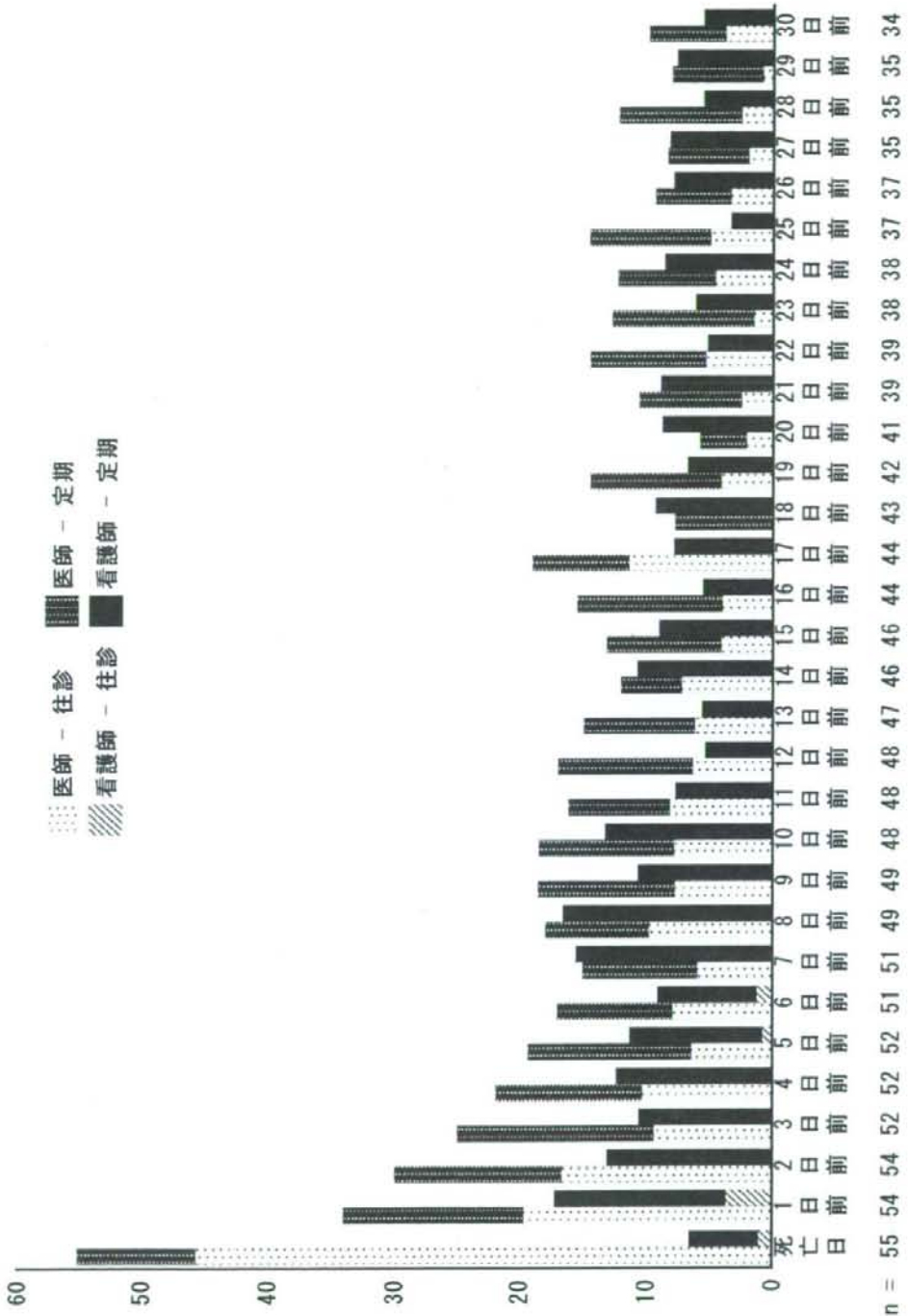


図C-4. 死亡前日数別・医師看護師別平均滞在時間  
(全て)

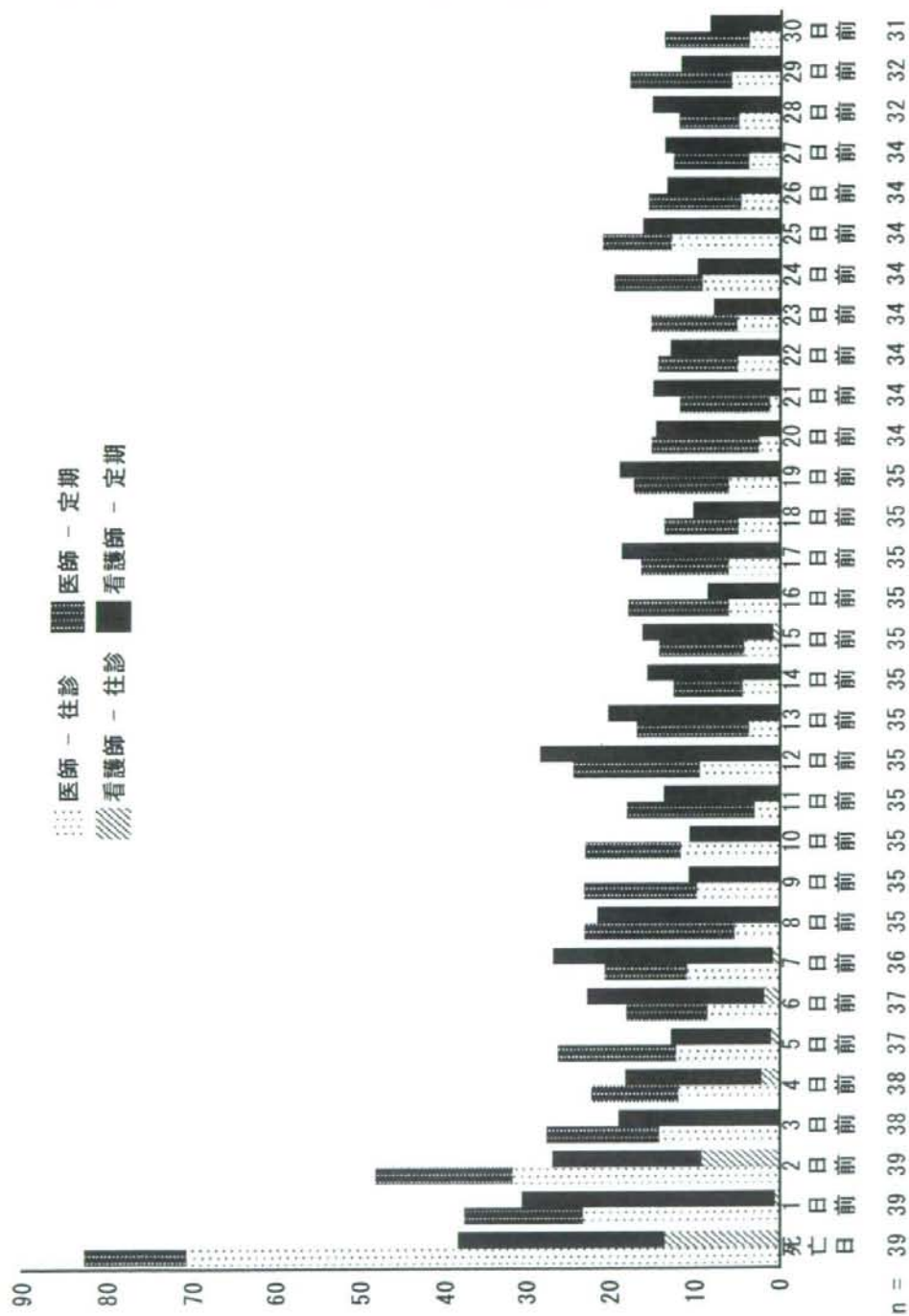




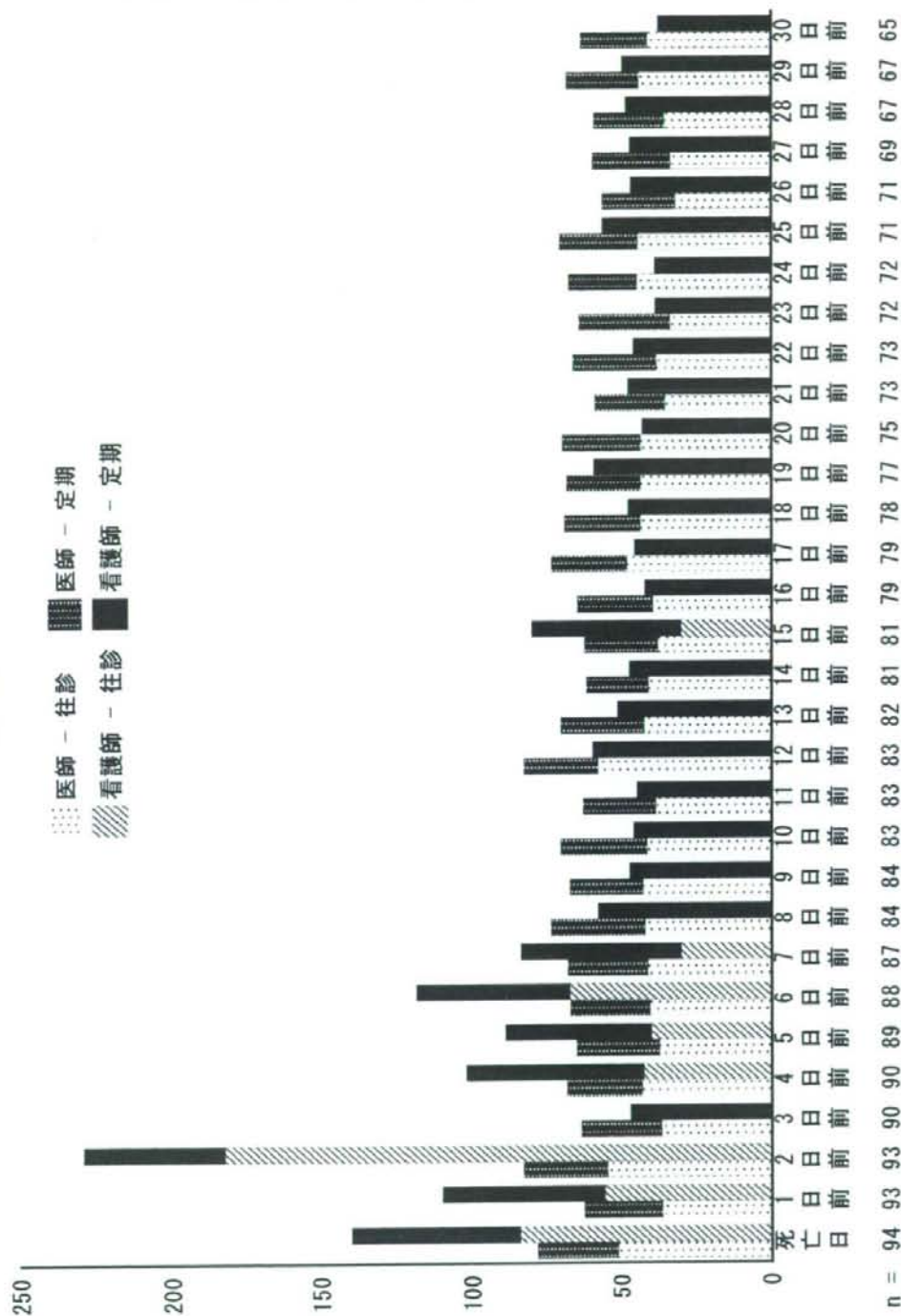
図C-5. 死亡前日数別・医師看護師別平均滞在時間  
(男)



図C-6. 死亡前日数別・医師看護師別平均滞在時間  
(女)



図C-7. 死亡前日数別・医師看護師別1回訪問あたり平均滞在時間  
(全て)



図C-8. 死亡前日数別・医師看護師別1回訪問あたり平均滞在時間  
(男)

