

<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で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、水分を摂取して行きました。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>

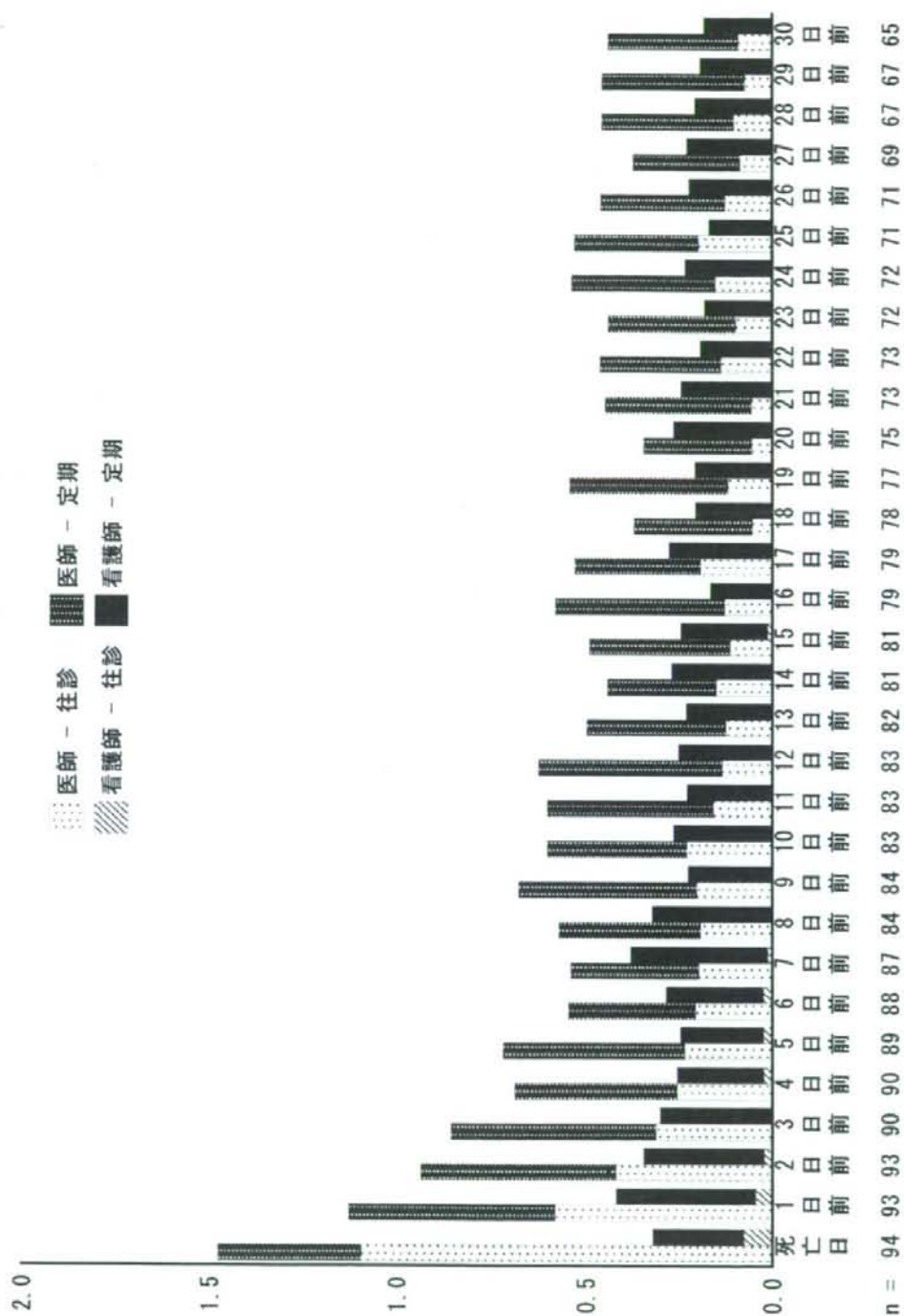
12.	開設以来（H15）5名の方を看取りました。4名の方については、24時間対応の訪問看護に来ていただきましたので、職員も不慣れながら、指示を仰ぎながら対応しました。しかし、1名の方については近隣の訪問看護がない内科の先生が主治医だった為、介護職員の不慣れな対応などがとても負担になりました。エンゼルケアも、主治医の指示で、介護職員が行いました。ただ、どの方も、ご家族の方が“ホームで最期を”と希望されていまして、私たち職員は、もっと医療との連携を密にして利用者さんにとって一番良い方法を考えていきたいと思っています。
13.	介護保険以前から、あたり前のように施設で亡られる方が多かったので、今更「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、ご本人の想いをはかり、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…という想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り中、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き事にしていきます。
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ける看取りは現状として人材の配置、医療的、サポートの観点からも、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おります。
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。



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）の意向を書いて頂きます。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。
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。
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。
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。
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の話し合い、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。
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。
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、最後の時間を持ち、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。

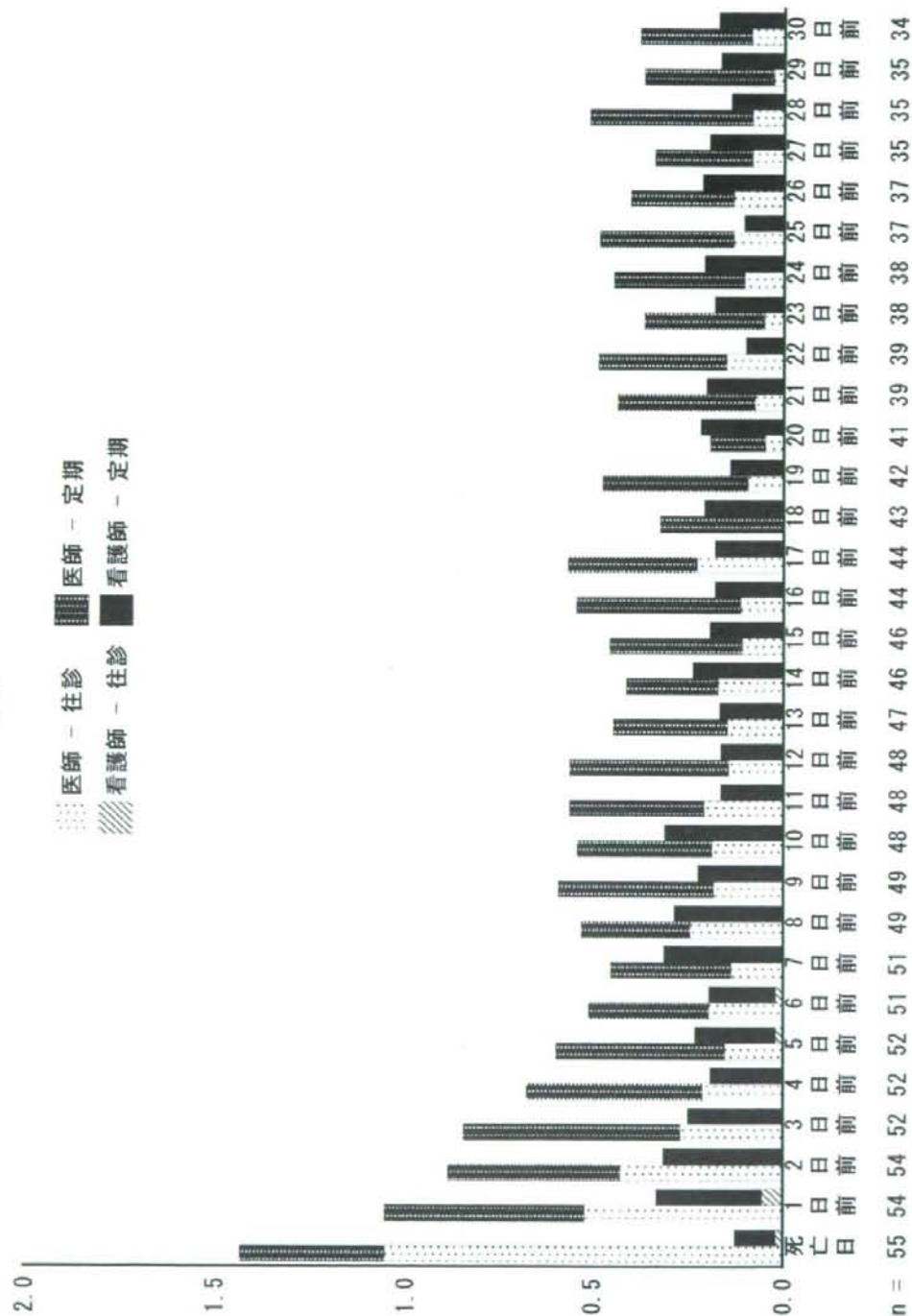
29.	住宅型老人ホームとして、ご本人様とご家族様の意向に添った看取りを行っている。あくまでもベースは“生活”。隣接するクリニックの医師を主治医とし、看護師とケアで連携をとり、“心を支えるサービス”を目指している。体の延命ではなく、精神の充実した延命に取り組んでいく。重度状態の方の在宅ケアが難しい家族構成・環境の中にある現在、“終の棲家”として安心して暮らして頂きたい。
30.	いたずらに延命をはかることが利用者、患者のためにならないと考える。慣れ親しんだ人達、親しんだ場所で最期をむかえられることは、本人、家族への負担を軽くできる制度と考える。但し、苦痛の軽減、安楽な最期をむかえるための体制整備は大変と考える。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)

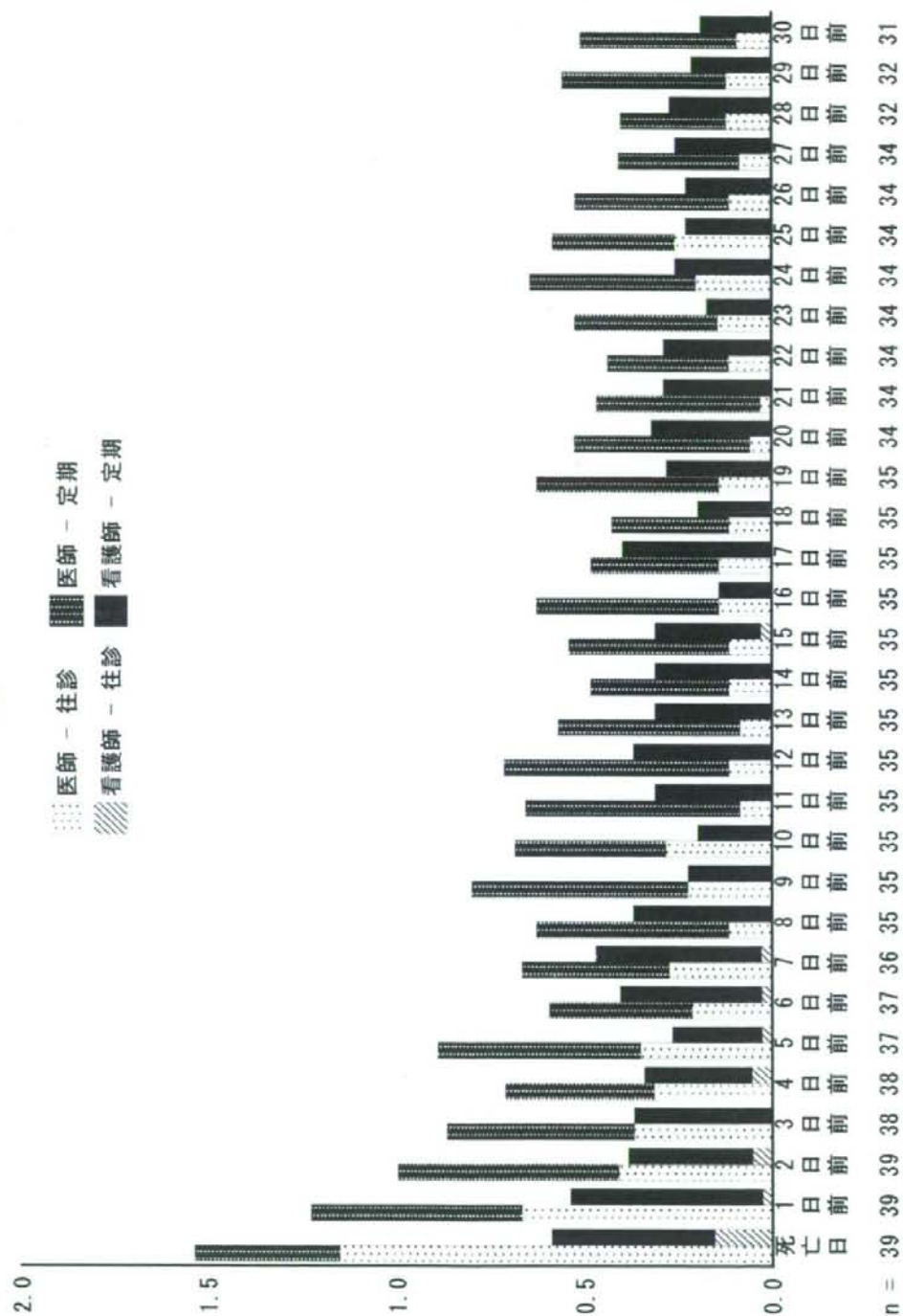




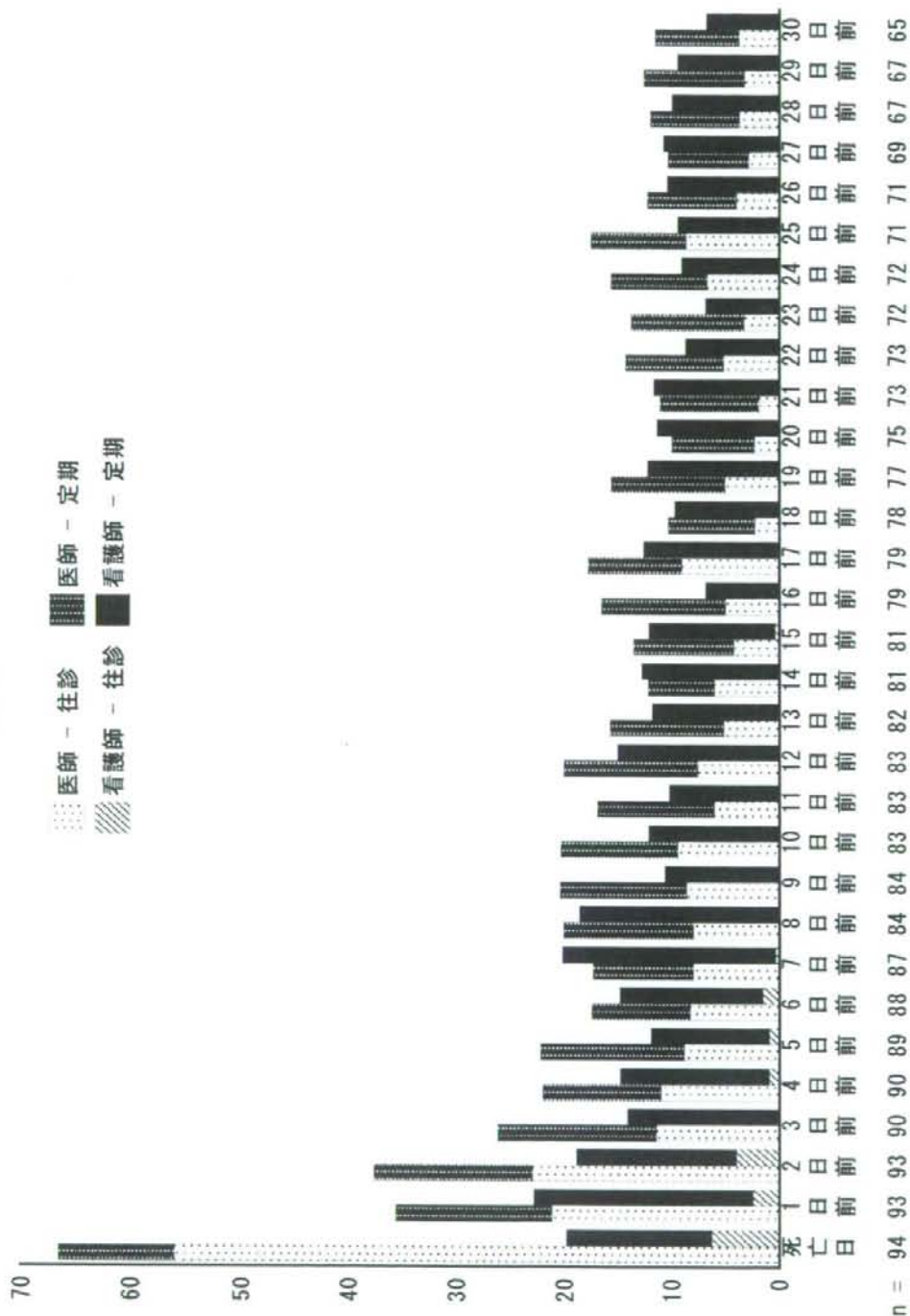
図C-2. 死亡前日数別・医師看護師別平均訪問件数  
(男)



図C-3. 死亡前日数別・医師看護師別平均訪問件数  
(女)

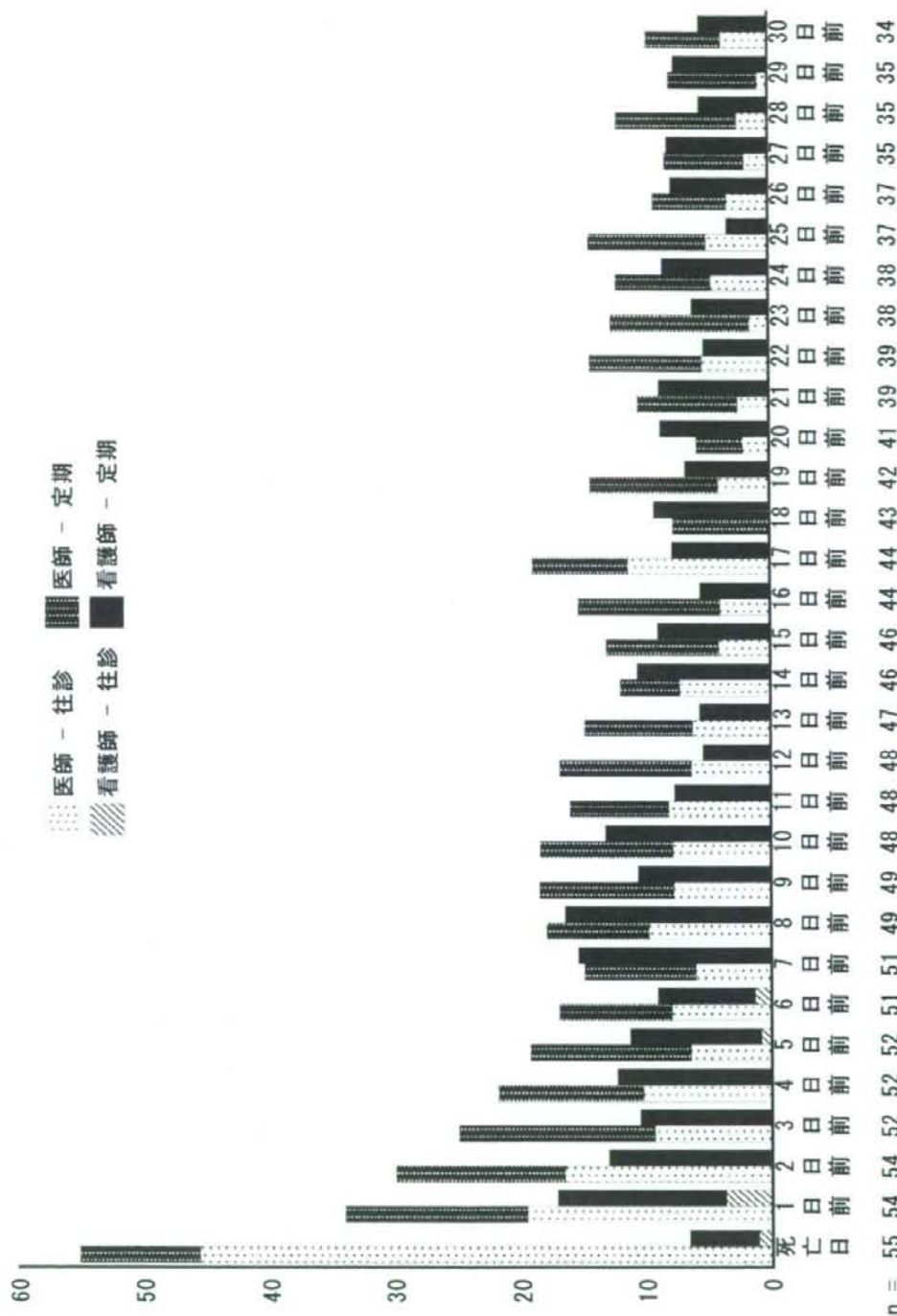


図C-4. 死亡前日数別・医師看護師別平均滞在時間  
(全て)

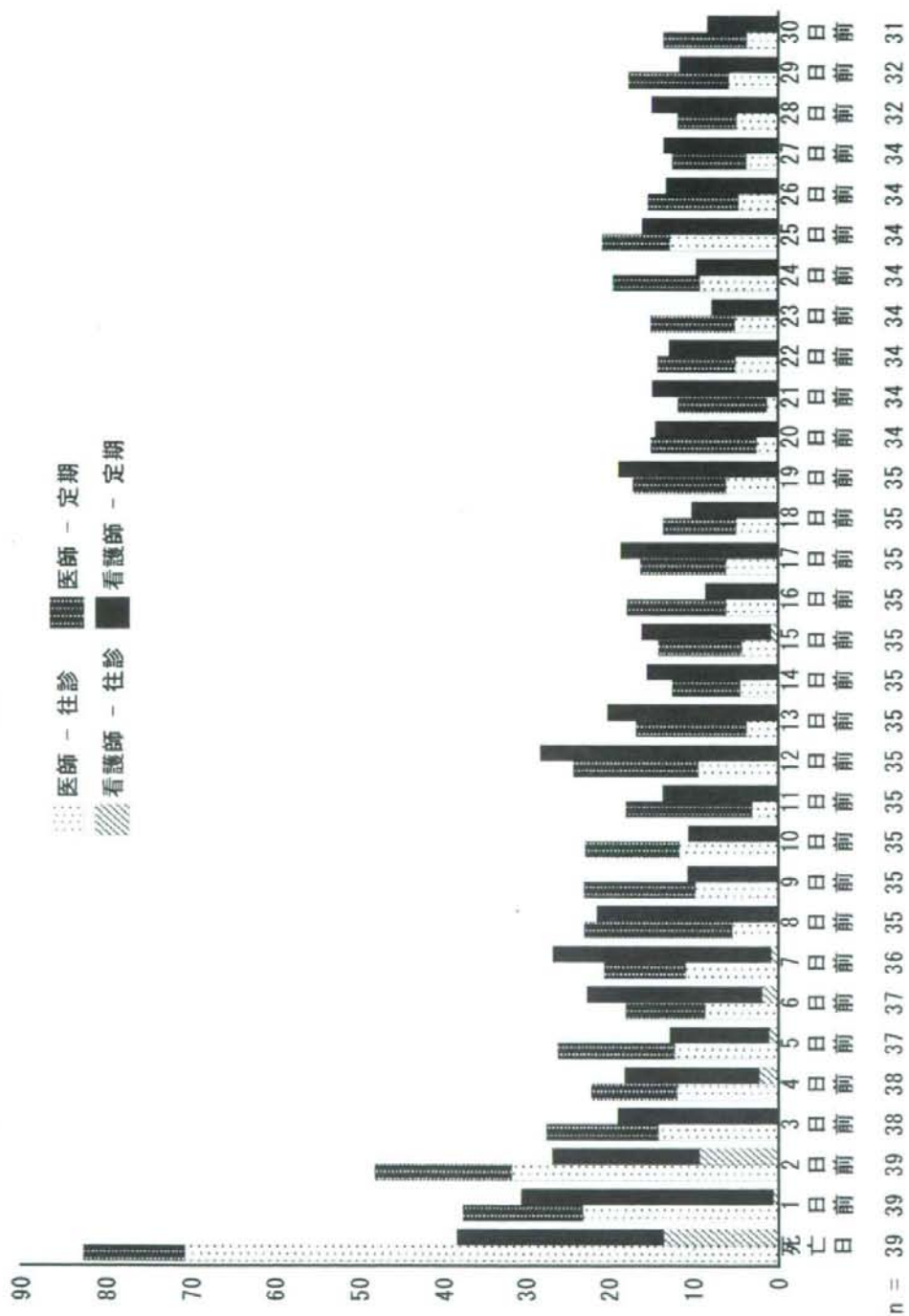




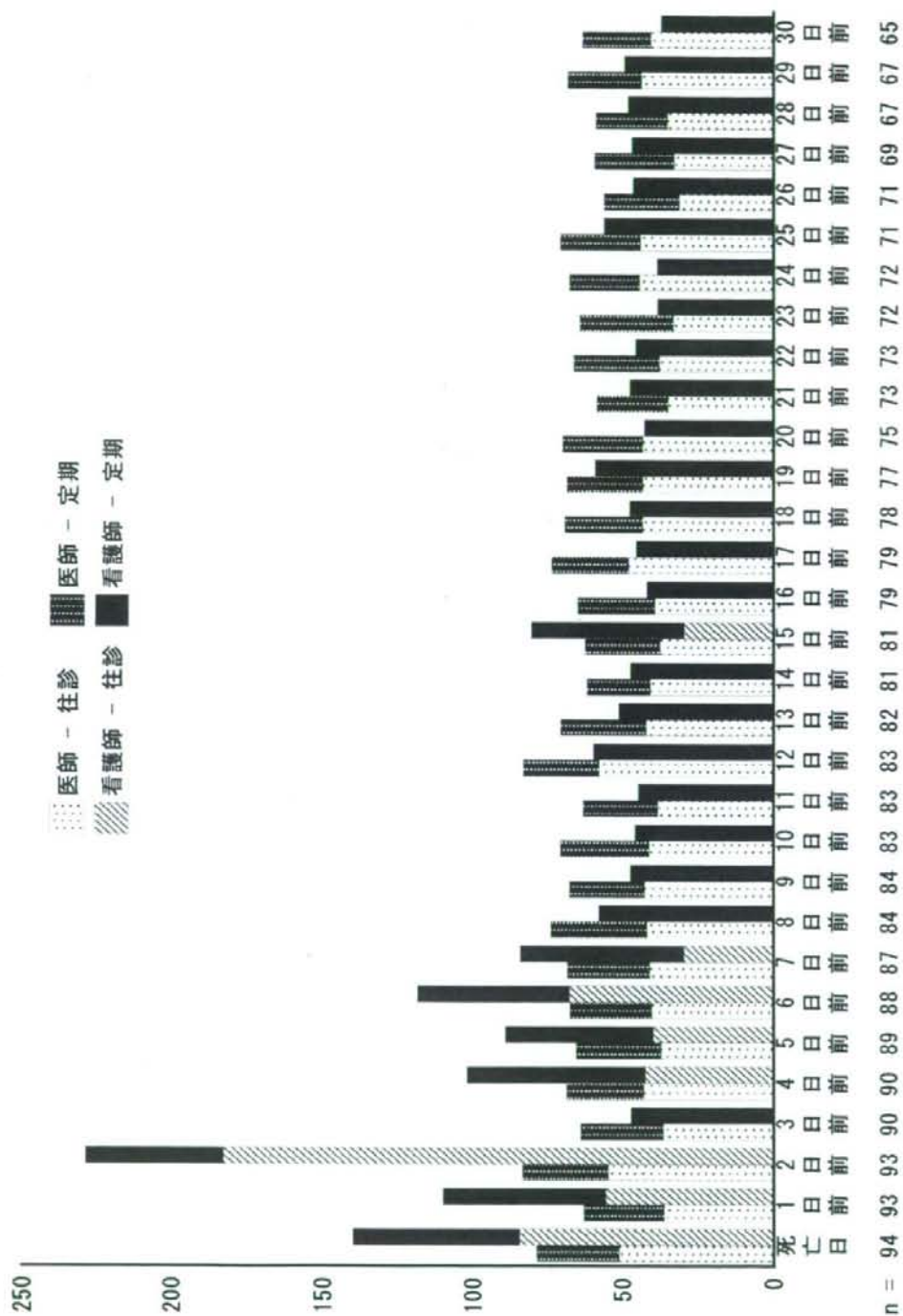
図C-5. 死亡前日数別・医師看護師別平均滞在時間  
(男)



図C-6. 死亡前日数別・医師看護師別平均滞在時間  
(女)

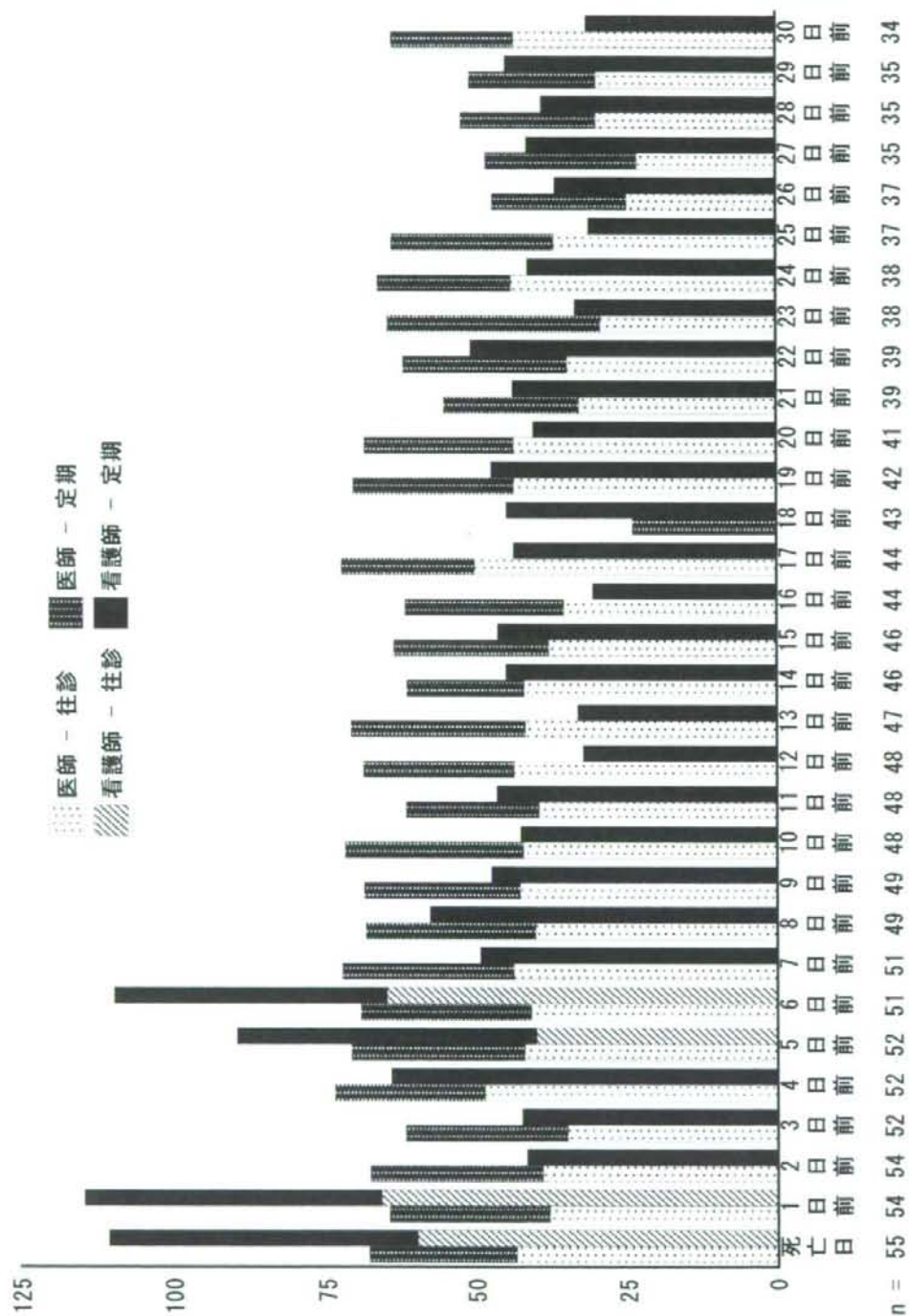


図C-7. 死亡前日数別・医師看護師別1回訪問あたり平均滞在時間  
(全て)



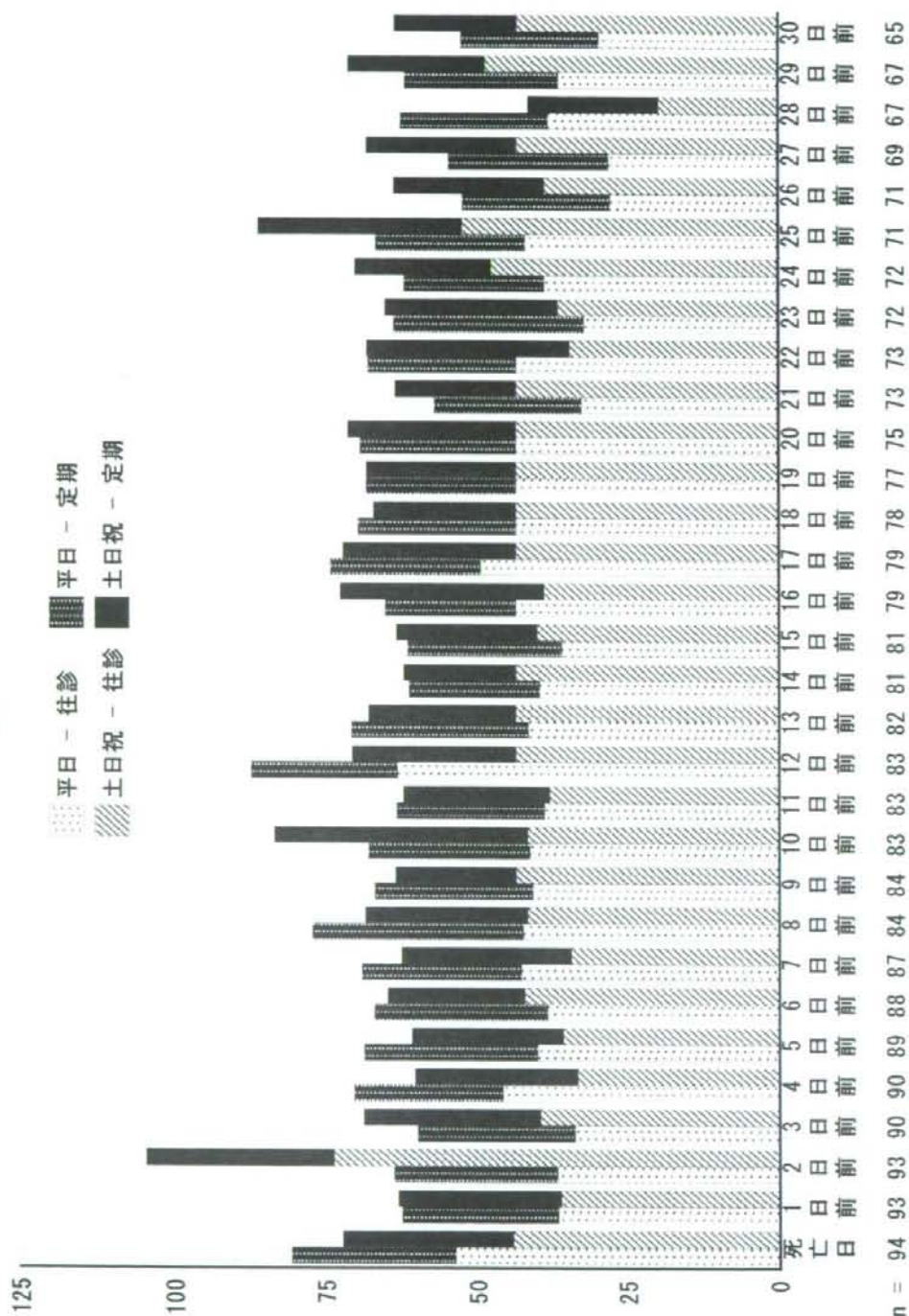


図C-8. 死亡前日数別・医師看護師別1回訪問あたり平均滞在時間  
(男)



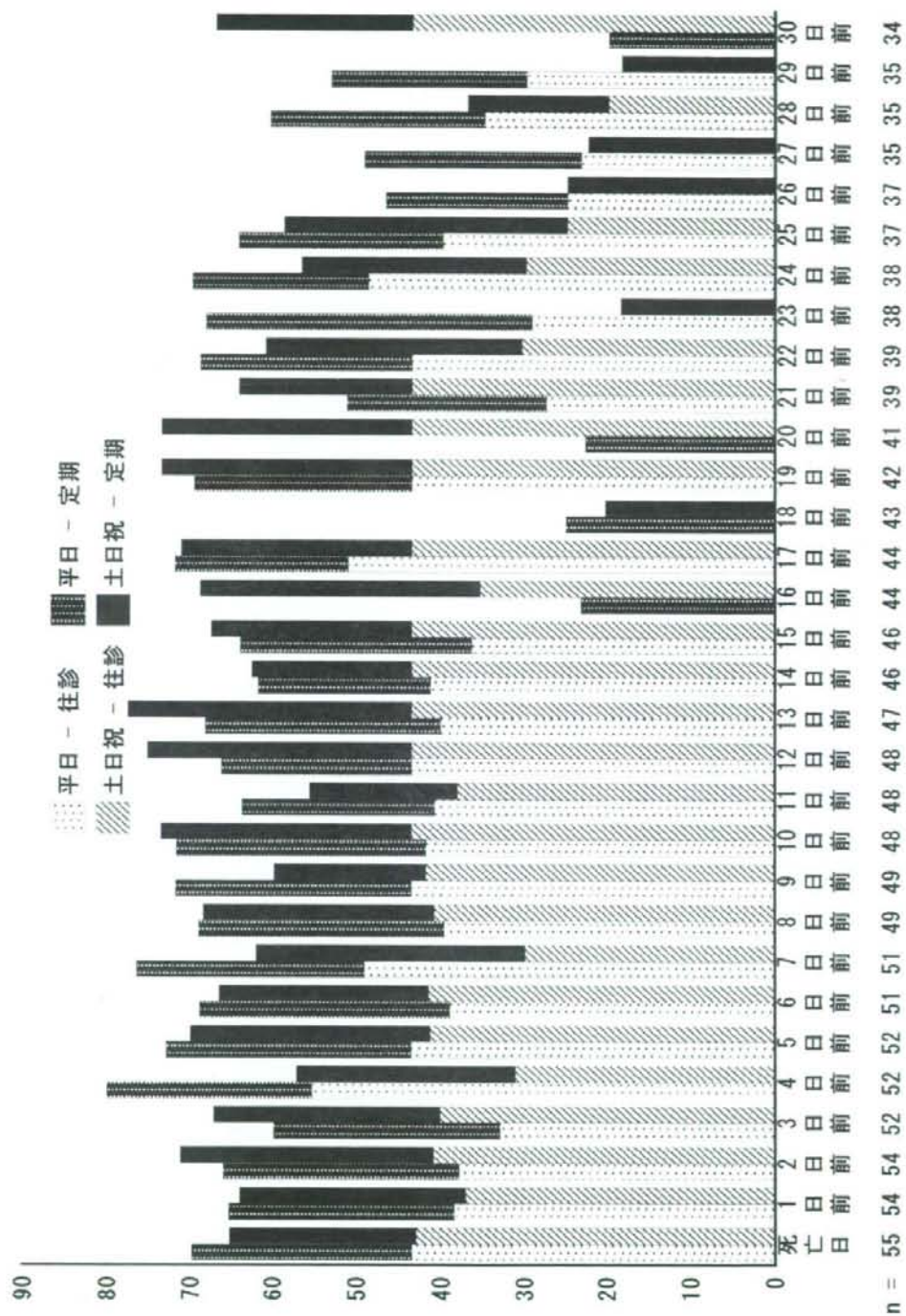


図C-10.死亡前日数別・平日土日別1回訪問あたり平均滞在時間 - 医師  
(全て)



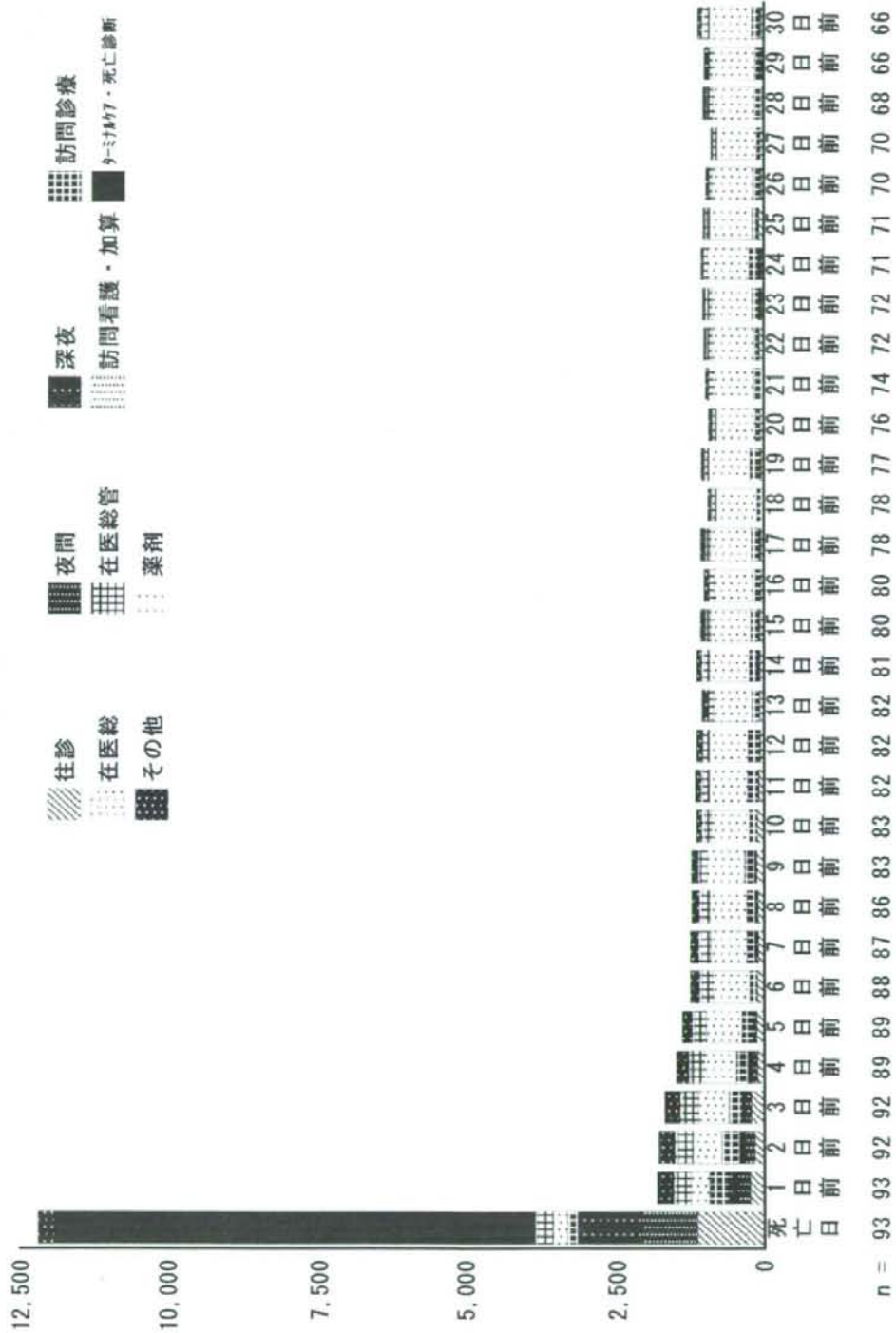


図C-11.死亡前日数別・平日土日別1回訪問あたり平均滞在時間 - 医師  
(男)



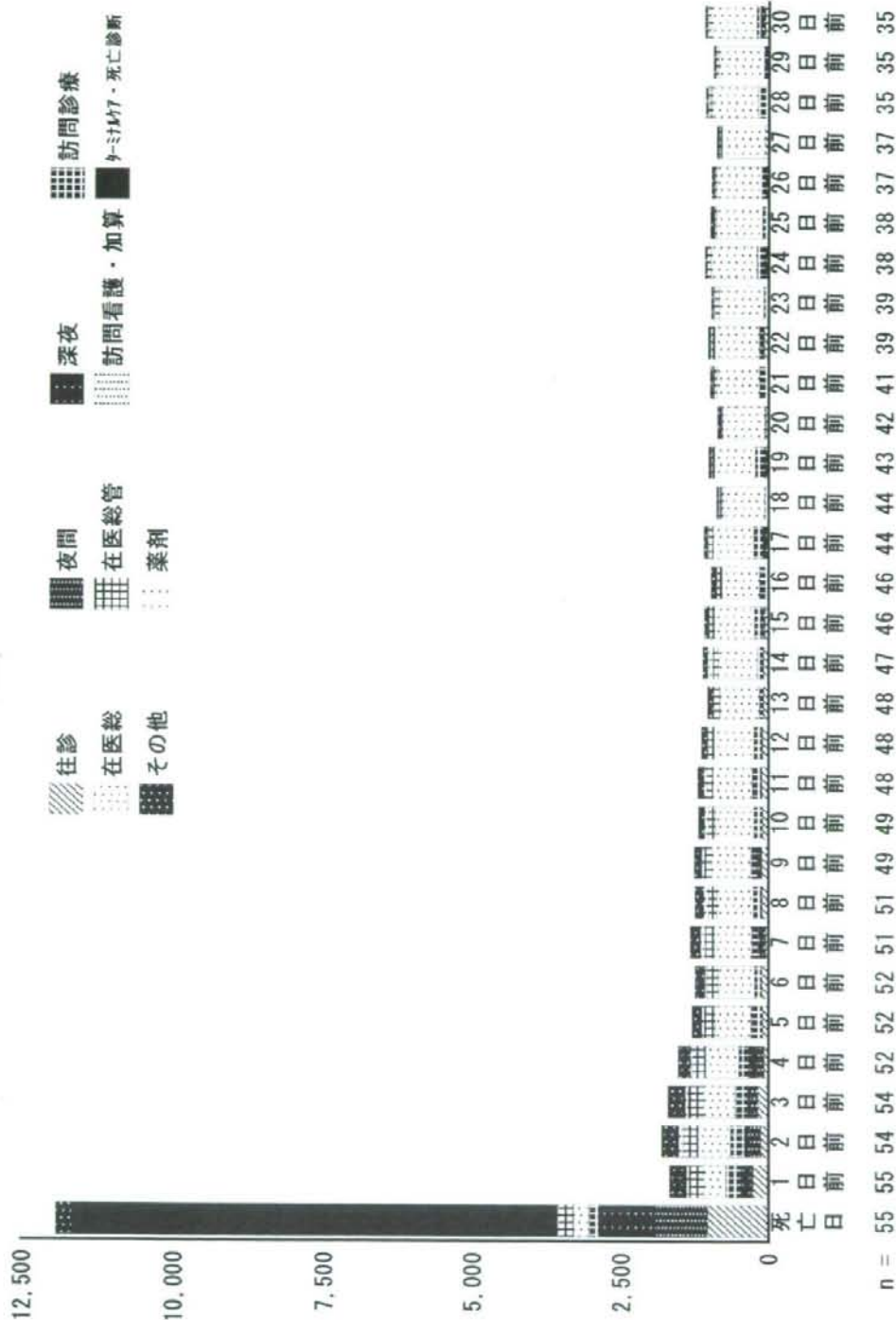


図C-13. 死亡前日数別・患者1人あたり点数 - 在宅  
(全て)





図C-14. 死亡前日数別・患者1人あたり点数 - 在宅  
(男)



図C-15. 死亡前日数別・患者1人あたり点数 - 在宅  
(女)

