

高齢者施設における看取りに関する実態調査
[報告書]

平成26年3月

山梨県峡東保健福祉事務所
(峡東保健所)

この調査の一部は、公益財団法人大同生命厚生事業団からの助成により実施
しました。

目 次

I 調査の目的	.....	1
II 調査の方法	.....	1
III 用語の説明	.....	2
IV 調査結果	.....	3
1 調査票の回収率	.....	3
2 結果の概要	.....	3
3 調査結果	.....	9
参考 高齢者施設における看取りに関する各施設の意見・要望等について	..	21
資料1 調査対象施設一覧	.....	24
資料2 アドバイザー名簿	.....	25
資料3 調査票	.....	26

I 調査の目的

高齢者の住まいが多様化する中で、病院、自宅以外の施設における看取りを介護報酬においても評価されるようになり、高齢者施設で最期を迎えるお年寄りが増えている。峡東地域は山梨県平均より高齢化率が高く、また、温泉を利用した施設が多い地域である。

そこで、本調査は、高齢者施設における看取りの実態を把握し、看取りに取り組もうとする場合に必要となる条件を明らかにすることを目的として実施した。

II 調査の方法

1 調査対象施設

峡東地域(山梨市、笛吹市、甲州市)にある特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、認知症対応型共同生活介護、サービス付き高齢者向け住宅、小規模多機能型居宅介護施設の合計49施設を対象とした(資料1)。

2 調査内容

1) 調査内容

調査内容については、施設概要に関すること、看取りの実施の経験の有無、看取りの指針の有無、施設での看取りについての考えなどとし、大学の専門家、施設の施設長、実務担当者からなるアドバイザー(資料2)の意見を踏まえ調査票を作成した。

2) 調査方法

調査票(資料3)は郵送自記式とし、施設において看取りに関して中心的立場にある者に必要に応じて他の職員の意見も聞き施設としての考えを記載してもらう形式をとった。

また、記載者の負担を軽減するため、「施設概要」については、介護サービス情報公表システム等で把握できた情報をあらかじめ記入し、施設で確認と追加修正をしてもらう形式をとった。

3) 調査期間

調査は平成25年12月初旬から12月13日(金)とし、締め切りまでに返送がない場合、電話にて回答を促した。

回収した調査票で未記入等の部分については、可能な範囲で電話、施設訪問による聞き取りで補足した。

Ⅲ 用語の説明

特別養護老人ホーム	心身の障害で在宅生活が困難な高齢者の日常生活を介護する施設で介護保険が適用される介護老人福祉施設の通称名
地域密着型特別養護老人ホーム	定員が29人以下の特別養護老人ホームで地域密着型介護老人福祉施設の通称名
介護老人保健施設	入所者に対してリハビリテーションなどの医療サービスを提供し、家庭への復帰を目指す施設
介護療養型医療施設	急性疾患の回復期にある方や慢性疾患を有する方のために、介護職員が手厚く配置された医療機関(施設)
養護老人ホーム	環境上の理由及び経済的理由により自宅で生活することが困難な高齢者が入所する施設
軽費老人ホーム	60歳以上(夫婦の場合は、どちらか一方が60歳以上)で、身の回りのことは自分で対処することができるが、身体機能の低下等により自立した日常生活を営むことに不安があり、身寄りのない人または、家庭の事情等によって家族との同居が困難な方が入所する施設
有料老人ホーム	常時1人以上の老人を入所させて、生活サービスを提供することを目的とした老人福祉法に規定された施設
サービス付き高齢者向け住宅	介護・医療と連携し、高齢者を支えるサービスを提供する高齢者の居住の安定確保に関する法律に規定されたバリアフリー構造の住宅
認知症対応型共同生活介護(グループホーム) ※以下、「認知症対応型グループホーム」と表記します。	認知症の高齢者が共同で生活する住居において、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練(認知症対応型共同生活介護)を行う施設
小規模多機能型居宅介護施設	「通い(デイサービス)」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問(訪問介護)」や「泊まり(ショートステイ)」を組み合わせることで、中重度となっても在宅での生活が継続できるように支援する施設

IV 調査結果

当調査の集計にあたり、必要な項目が未回答のものを除いて集計を行っているの
で、図表ごとに集計対象数が異なっている場合がある。また、集計結果のうち施設が
特定できる図表について一部削除した。

1 調査票の回収率

調査票の回収率は100%であった。

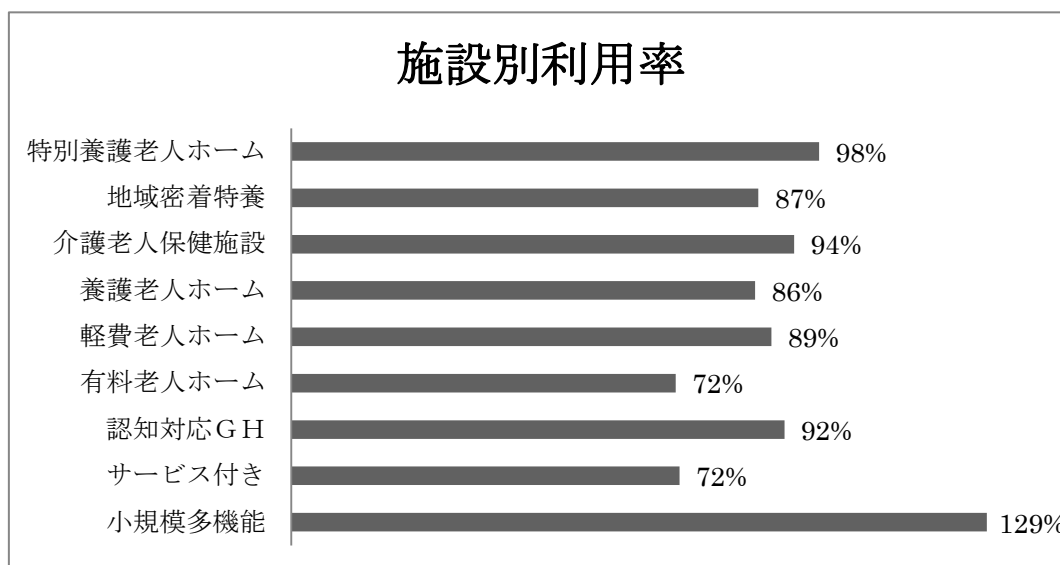
	施設数	回収数
特別養護老人ホーム※	14	14
介護老人保健施設	5	5
介護療養型医療施設	1	1
養護老人ホーム	3	3
軽費老人ホーム	3	3
有料老人ホーム	7	7
認知症対応型グループホーム	9	9
サービス付き高齢者向け住宅	5	5
小規模多機能型居宅介護施設	2	2
合 計	49	49

※地域密着型特別養護老人ホーム(5施設)も含めた数

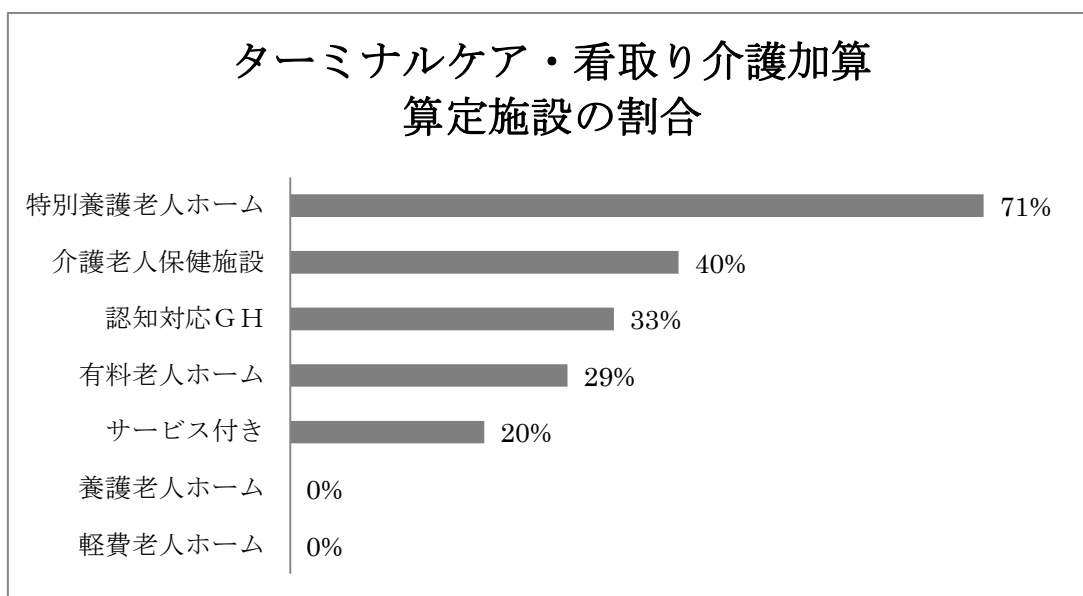
2 結果の概要

1) 利用率が高い高齢者施設

施設利用率が70%台の有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅を除いて、
他の施設は85%以上の利用率であり、高齢者施設へのニーズの高さがうかがえる。

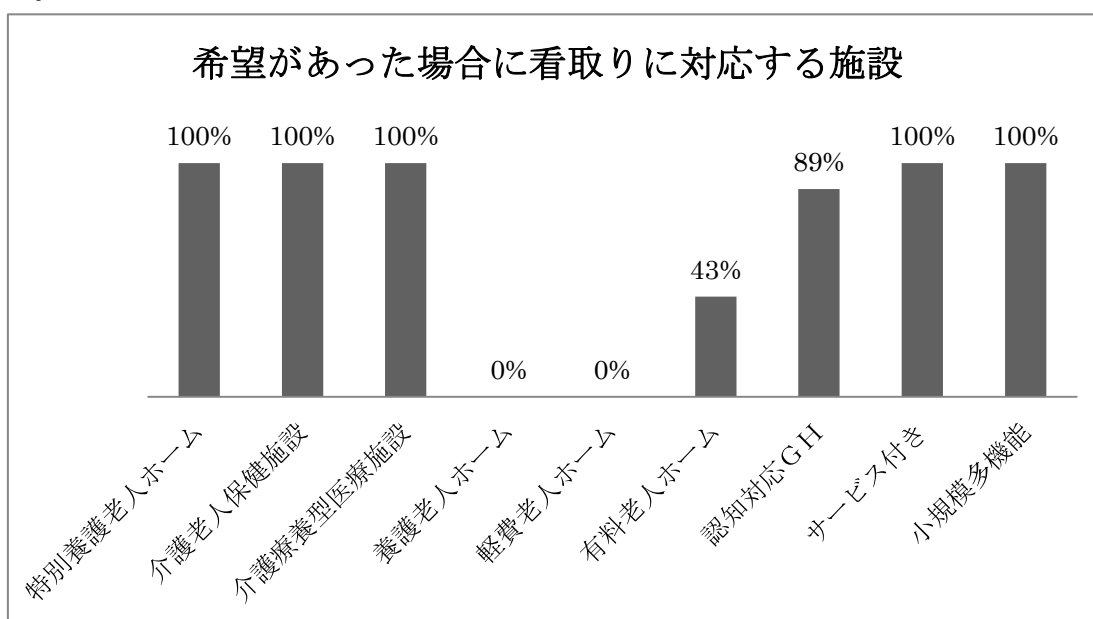


2) 介護依存度、医療依存度が高い入所者が多い施設ほど算定が多い看取り加算
 入所者の介護依存度、医療依存度が高い施設ほどターミナルケア加算・看取り介
 護加算の算定割合が高い傾向にあった。特定施設として介護保険の指定を受けれ
 ば看取り介護加算がとれる特定施設(有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人
 ホーム)のうち、養護老人ホーム、軽費老人ホームは加算を算定している施設がなか
 った。



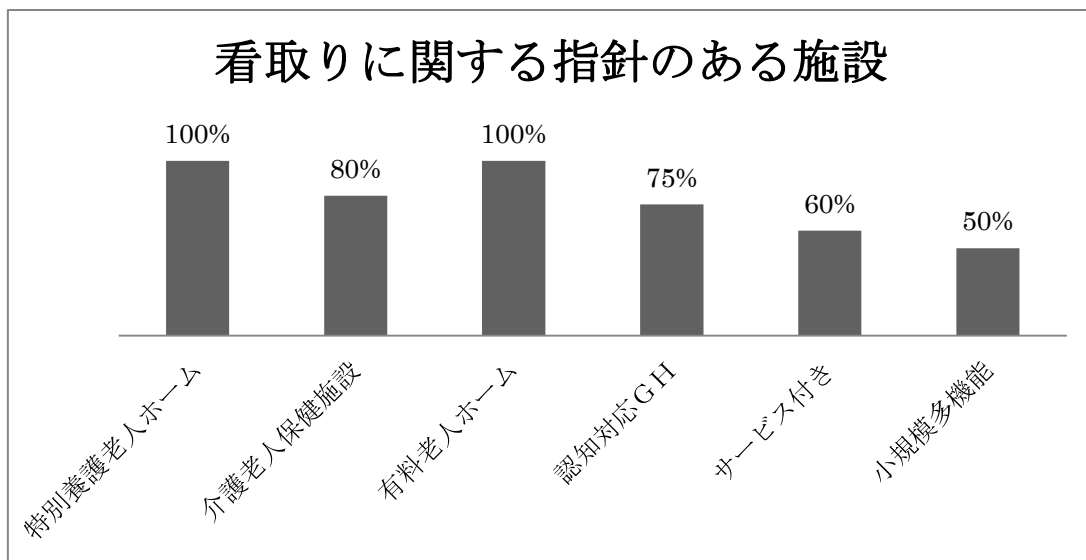
3) 多くの施設で看取りに対応

看取り介護加算を算定していない養護老人ホーム、軽費老人ホームは看取り対応
 をしておらず、有料老人ホームは看取り対応をしている施設が半数弱であった。それ
 らの施設を除いて、その他の施設では希望があった場合には看取り対応が可能であ
 った。



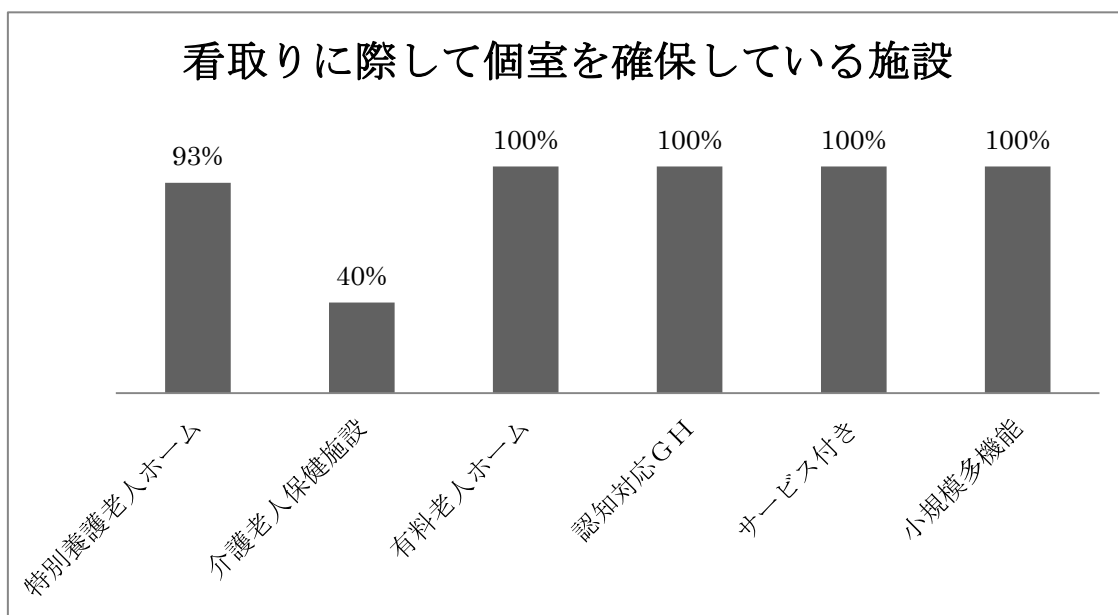
4) 施設種別により看取り指針整備状況に差

看取り対応をしている施設のうちターミナルケア加算・看取り介護加算の条件である看取りに関する指針については、有料老人ホームを除いて加算算定状況に応じた指針の整備状況であった。有料老人ホームは、入所時点で契約書が交わされるので看取り対応可能な施設については指針の整備が進んでいるものと推察される。



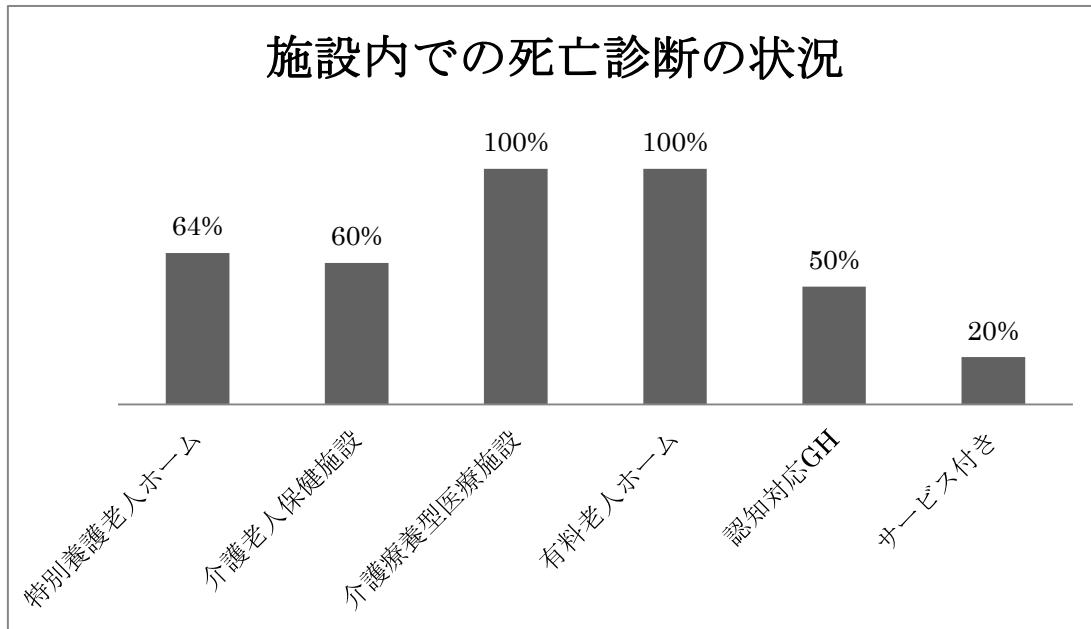
5) 多くの施設で看取りのための個室を確保

ターミナルケア加算・看取り介護加算の条件である看取りのための個室の確保について、介護老人保健施設を除き、ほとんどの施設で確保されていた。介護老人保健施設については、加算を算定している施設は個室を確保していた。



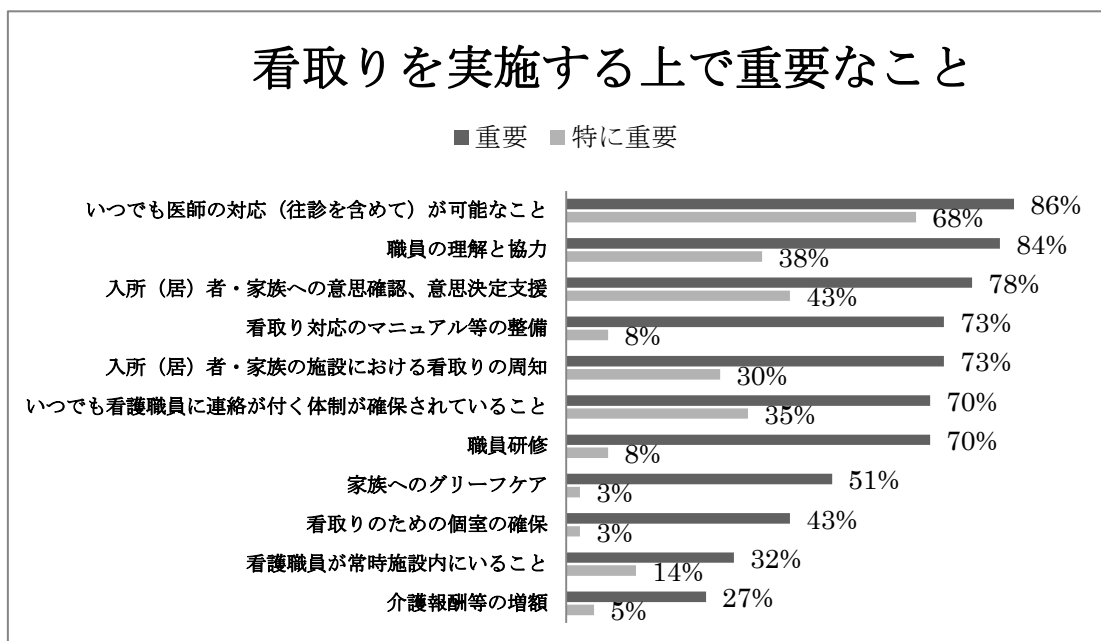
6) 施設種別により違う死亡診断実施率

看取り対応が可能な施設のうち施設で死亡診断まで実施しているのは施設種別によって異なっていた。有料老人ホームを除けば、配置医師、常勤医師がいる施設で自施設内での死亡診断実施率が高い傾向であった。



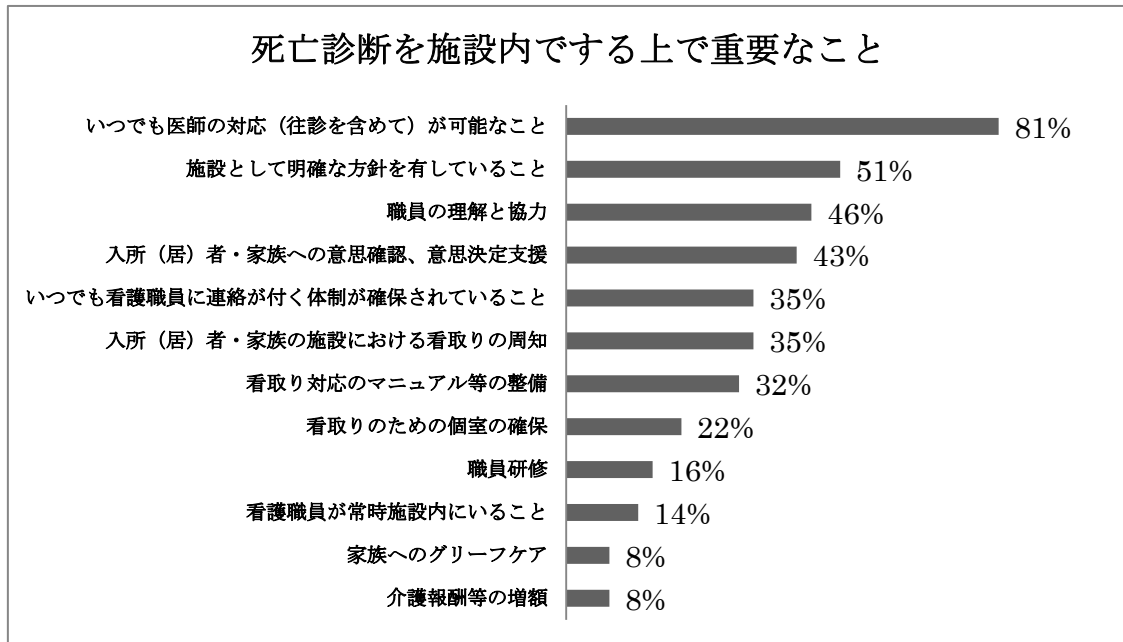
7) 看取りを実施する上で「施設の方針」「医師の確保」が重要

看取りを実施する上で施設の方針、対応可能な医師の確保、職員の理解・協力が重要であり、中でも医師の確保が重要であった。



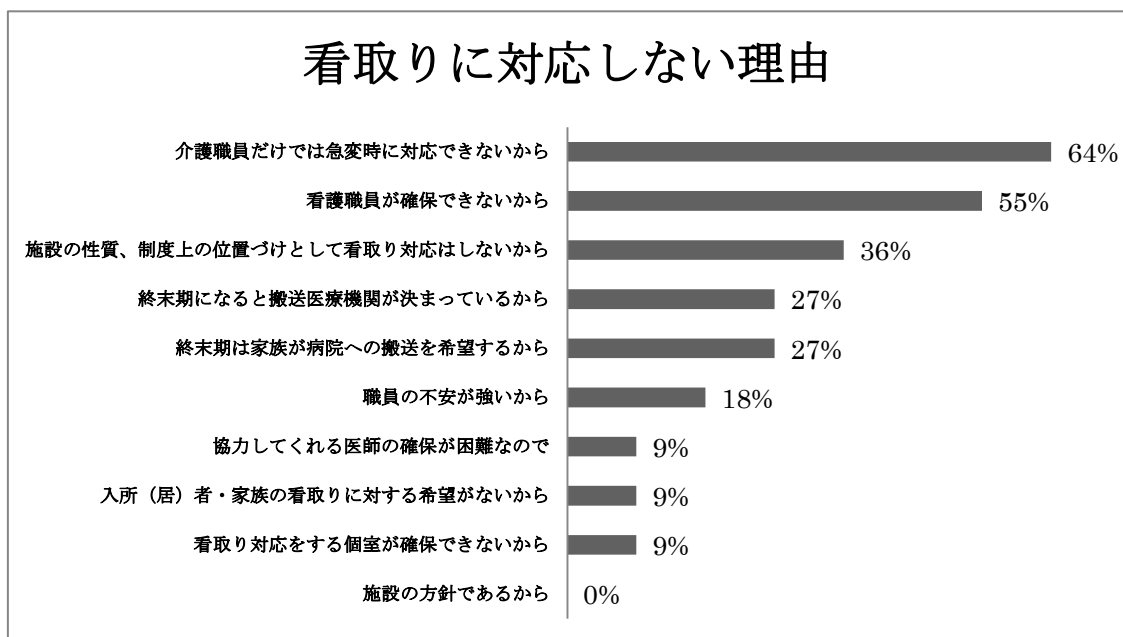
8) 施設で死亡診断を実施するには「医師の確保」が重要

看取りの一環として死亡診断を施設内で実施するには、対応可能な医師の確保が最も重要であった。



9) 「介護職員では対応不可能」「看護職員の未確保」により看取り対応が困難

看取りを実施しない施設において看取りに対応しない理由を尋ねると、介護職員だけでは急変時の対応ができない、看護職員の確保ができないが多く、看取りには医療職の必要性が示された結果になっている。



10) 看取りニーズが少ない養護老人ホーム、軽費老人ホーム

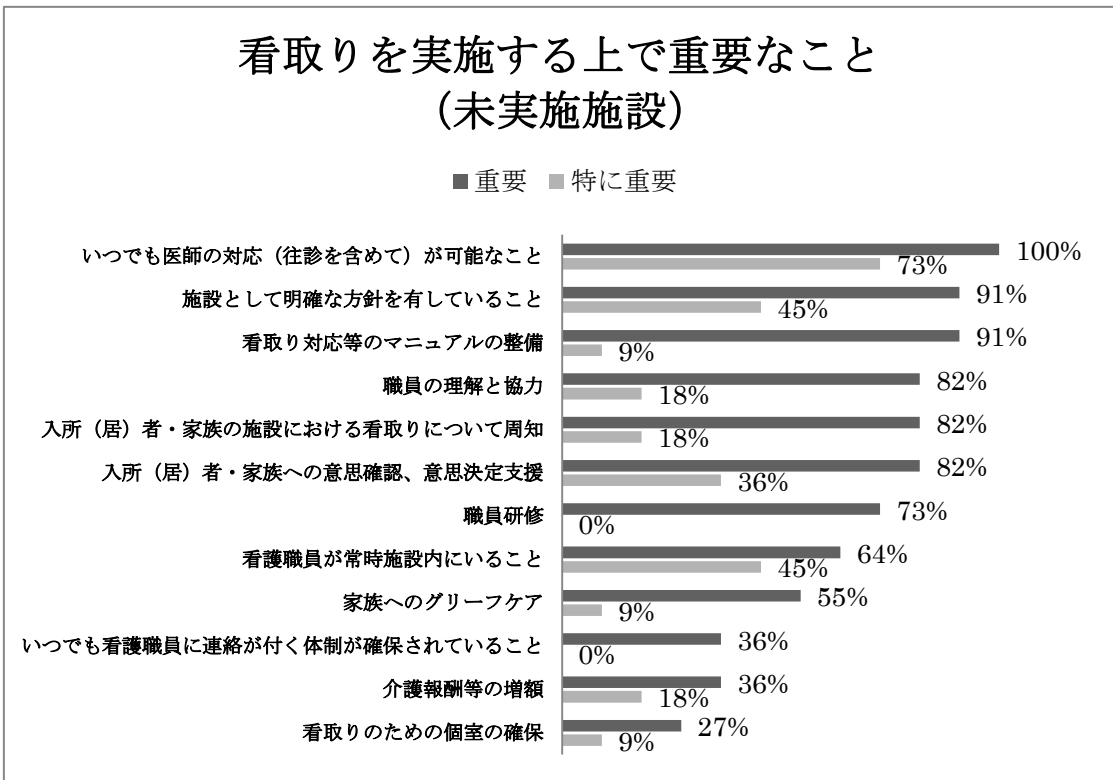
施設での看取りについて「原則、対応しない」施設について、条件が整えば看取りの実施をしたいか聞いたところ、養護老人ホーム、軽費老人ホームは「思わない」が多く、入所対象者から考えても看取りに対するニーズが低いものと思われる。

看取り実施希望

	施設数	思う	思わない	その他
養護老人ホーム	3	1	2	0
軽費老人ホーム	3	1	2	0
有料老人ホーム	4	3	0	1
認知症対応GH	1	1	0	0

11) これから看取りを実施するには「医師の確保」「施設の方針」が重要

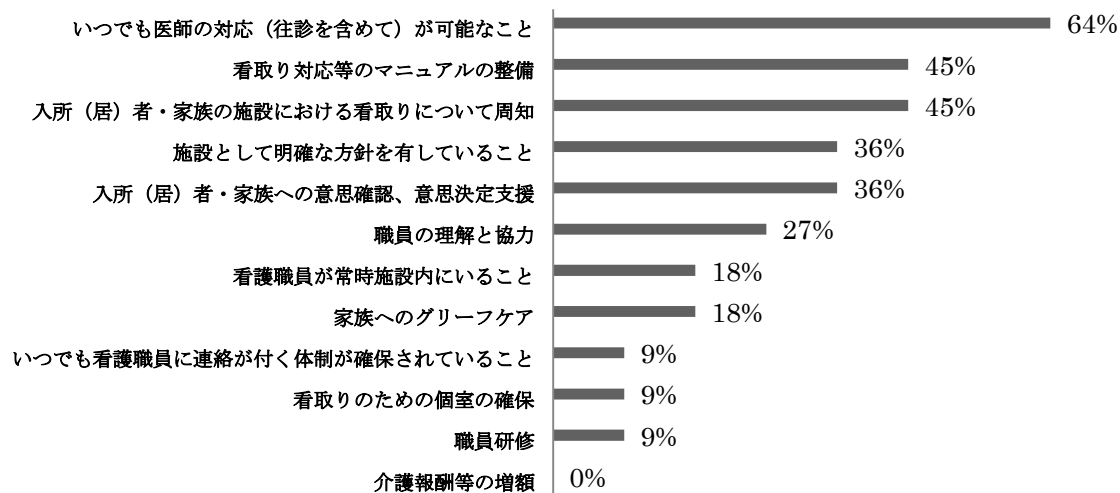
看取りに対応していない施設は、看取りを実施する上で対応可能な医師の確保、施設の方針、マニュアルの整備が重要としており、中でも特に重要なことについて医師の確保があげているとことが多かった。



12) これから看取りの一環として施設で死亡診断をするには医師が重要

医師による死亡診断を施設内で実施する上で対応できる医師の確保が重要だとしている施設が最も多かった。

死亡診断を施設内でする上で重要なこと (未実施施設)



3 調査結果

1) 入所定員と利用率

調査対象にした49の高齢者施設の入所（居）定員は2342人で、施設当たりの定員数(平均)は、介護老人保健施設が最も多く、次いで、特別養護老人ホーム(地域密着型を除く)、養護老人ホームの順であった。各施設の利用率(平均)は、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の72%を除き、85%以上であった。

施設別利用率

	施設数	施設当たり定員(人)	施設当たり入所者(人)	利用率
特別養護老人ホーム	9	74	73	98%
地域密着特養	5	29	25	87%
介護老人保健施設	5	102	95	94%
養護老人ホーム	3	58	50	86%
軽費老人ホーム	3	50	45	89%
有料老人ホーム	7	56	40	72%
認知症対応GH	9	16	14	92%
サービス付き	5	25	18	72%
小規模多機能	2	9	11	129%

※地域密着特養: 地域密着型介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)

認知対応GH: 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)

サービス付き: サービス付き高齢者向け住宅

小規模多機能: 小規模多機能型居宅介護施設

2) ターミナルケア加算等の算定状況

終末期における重点的な対応についての加算が算定可能な施設においてその加算算定状況をみると、特別養護老人ホームが最も多く、次いで、介護老人保健施設、認知症対応型グループホームの順であった。

ターミナルケア加算又は看取り介護加算算定施設の割合

	施設数	ターミナルケア加算又は 看取り介護加算算定施設	割合
特別養護老人ホーム	14	10	71%
介護老人保健施設	5	2	40%
養護老人ホーム	3	0	0%
軽費老人ホーム	3	0	0%
有料老人ホーム	7	2	29%
認知症対応GH	9	3	33%
サービス付き	5	1	20%

3) 看取りへの対応状況

入所(居)者・家族から施設での看取りの対応についてみると、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、サービス付き高齢者向け住宅、小規模多機能型居宅介護施設ではすべて「希望があった場合には対応」するが、養護老人ホーム、軽費老人ホームについては「原則、対応しない」であった。

看取りへの対応状況

	施設数	希望があった場合には対応		原則、対応しない	
		数	割合	数	割合
特別養護老人ホーム	14	14	100%	0	0%
介護老人保健施設	5	5	100%	0	0%
介護療養型医療施設	1	1	100%	0	0%
養護老人ホーム	3	0	0%	3	100%
軽費老人ホーム	3	0	0%	3	100%
有料老人ホーム	7	3	43%	4	57%
認知症対応GH	9	8	89%	1	11%
サービス付き	5	5	100%	0	0%
小規模多機能	2	2	100%	0	0%
合計	49	38	78%	11	22%

4) 看取り指針の有無

看取りに関して「希望があった場合には対応」する施設について、看取りに関する指針の有無をみると、特別養護老人ホーム、有料老人ホームの100%「ある」をはじめ、多くの施設で看取りに関する指針を保有していた。

看取り指針の有無

	施設数	ある		ない	
		数	割合	数	割合
特別養護老人ホーム	14	14	100%	0	0%
介護老人保健施設	5	4	80%	1	25%
有料老人ホーム	3	3	100%	0	0%
認知症対応GH	8	6	75%	2	25%
サービス付き	5	3	60%	2	40%
小規模多機能	2	1	50%	1	50%
合計	37	31	84%	6	16%

5) 看取り対応が可能であることの説明

看取りに関して「希望があった場合には対応」する施設について、入所(居)者・家族に看取り対応が可能であることを最初に説明するタイミングについてみると、特別養護老人ホーム、有料老人ホームではすべて「契約時又は入所(居)時に」となっており、その他の多くの施設でも「契約時又は入所(居)時に」の割合が高くなっている。サービス付き高齢者向け住宅の「その他」は「説明を求められた時」であった。

看取り対応可能の告知

	施設数	契約時又は入所(居)時		終末期が近いと医師が判断した際		看取りの説明は改めてしていない		その他	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
特別養護老人ホーム	14	14	100%	0	0%	0	0%	0	0%
介護老人保健施設	5	2	40%	2	40%	1	20%	0	0%
有料老人ホーム	3	3	100%	0	0%	0	0%	0	0%
認知症対応GH	8	6	75%	2	25%	0	0%	0	0%
サービス付き	4	2	50%	1	25%	0	0%	1	25%
小規模多機能	2	0	0%	1	50%	1	50%	0	0%
合計	36	27	75%	6	17%	2	6%	1	3%

6) 承諾書の取得

看取りに関して「希望があった場合には対応」する施設について、入所(居)者・家族からの文書による承諾書の取得状況をみると、特別養護老人ホーム、有料老人ホームではすべて「もらっている」であり、「もらっていない」が多いサービス付き高齢者向け等を除き、その他の多くの施設も「もらっている」の割合が高かった。

承諾書の有無

	施設数	もらっている		もらっていない	
		数	割合	数	割合
特別養護老人ホーム	14	14	100%	0	0%
介護老人保健施設	5	4	80%	1	20%
有料老人ホーム	3	3	100%	0	0%
認知症対応GH	8	5	63%	3	38%
サービス付き	5	2	40%	3	60%
小規模多機能	2	1	50%	1	50%
合計	37	29	78%	8	22%

7) 個室の確保

看取りに関して「希望があった場合には対応」する施設について、看取りのための個室の確保状況をみると、入所(居)室が個室であるもの、必要に応じて静養室などを利用する場合なども含めて、介護老人保健施設を除き他の施設では「確保されている」の割合が高かった。

個室の確保

	施設数	確保されている		されていない	
		数	割合	数	割合
特別養護老人ホーム	14	13	93%	1	7%
介護老人保健施設	5	2	40%	3	60%
有料老人ホーム	3	3	100%	0	0%
認知症対応GH	8	8	100%	0	0%
サービス付き	5	5	100%	0	0%
小規模多機能	2	2	100%	0	0%
合計	37	33	89%	4	11%

※必要に応じて個室対応が可能なものは「確保されている」として計上

8) 看取りの割合

看取りに関して「希望があった場合には対応」する施設について、終末期において医師からの説明で看取りを希望した割合と看取りを希望したうち最終的に施設で看取った割合をみると、介護療養型医療施設は1施設であるがいずれも100%であった。施設種別ごとの平均では、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、有料老人ホームの割合が高くなっているが施設ごとに見ると割合に大きな幅があった。

看取り希望割合と看取り割合

	施設数	看取り希望 %(範囲)	最終的に看取り %(範囲)
特別養護老人ホーム	14	73%(4-100)	72%(3-100)
介護老人保健施設	4	95%(90-100)	93%(80-100)
介護療養型医療施設	1	100%	100%
有料老人ホーム	3	67%(30-100)	90%(70-100)
認知症対応 GH	7	49%(0-100)	24%(0-90)
サービス付き	4	3%(0-12)	2%(0-6)
小規模多機能	2	50%(0-100)	0%

※()内は施設ごとの割合の最小値と最大値を示す。(最小値—最大値)

9) 看取りをしなかった理由

看取りに関して「希望があった場合には対応」する施設について、終末期の説明で看取り希望があったにもかかわらず最終的に施設で看取りをしなかった理由をみると、その多くが「急変により医療機関に搬送したから」であった。「その他」については、「回復したから」であった。

希望したにもかかわらず看取りをしなかった理由(複数回答)

	施設数	途中で意向が 変わったから		急変により医療機 関に搬送したから		その他	
		数	%	数	%	数	%
特別養護老人ホーム	11	4	36%	8	73%	1	9%
介護老人保健施設	3	0	0%	2	67%	1	33%
有料老人ホーム	1	0	0%	1	100%	0	0%
認知症対応 GH	5	2	40%	3	60%	0	0%
サービス付き	3	0	0%	3	100%	0	0%
小規模多機能	1	0	0%	1	100%	0	0%
合 計	24	6	25%	18	75%	2	8%

10) 看取り対応者と施設での死亡診断の実施

有効回答施設数の多い特別養護老人ホームと介護老人保健施設について看取りの状況をみると、特別養護老人ホームでは施設での死亡者のうち55%を看取り対応しておりそのうち施設内で死亡診断を実施したものは70%であった。介護老人保健施設では施設での死亡者のうち81%を看取り対応しておりそのうち施設内で死亡診断を実施したものは100%であった。

施設当たり看取り対応者数

	施設数	施設当たり死亡数(人)	施設当たり看取り数(人)		施設当たり施設内死亡診断数(人)	
特別養護老人ホーム	11	12.7	6.9	55%	4.8	70%
介護老人保健施設	4	7.6	6.2	81%	6.2	100%
介護療養型医療施設	1	4.7	4.7	100%	4.7	100%
有料老人ホーム	2	7.2	3.7	51%	3.7	100%
認知症対応 GH	3	1.6	1.3	81%	1.3	100%
サービス付き	1	2.0	2.0	100%	2.0	100%
小規模多機能	1	2.0	0.0	-	0.0	-

※平成 22 年～24 年の 3 年間の平均

11) 看取りを実施する上で重要なこと

施設で看取りを実施する上で重要なことをみると、“看取り実施に重要なこと”では「施設として明確な方針を有していること」の割合が最も高く、次いで「いつでも医師の対応（往診を含めて）が可能なこと」、「職員の理解と協力」の順であった。“特に重要なこと”として上位3位までを聞くと、「いつでも医師の対応（往診を含めて）が可能なこと」、「施設として明確な方針を有していること」、「入所（居）者・家族への意思確認、意思決定支援」の割合が高かった。

看取り実施に重要なこと

	特別養護老人ホーム		介護老人保健施設		有料老人ホーム		認知対応GH		サービス付き		小規模多機能		合計	
	重要	特に重要	重要	特に重要	重要	特に重要	重要	特に重要	重要	特に重要	重要	特に重要	重要	特に重要
I 施設としての取り組み方針の明確化														
ア施設として明確な方針を有していること	13	4	5	3	3	2	8	3	5	2	2	2	97%	43%
II マンパワーの充実、特に看護職員の確保														
イ看護職員が常時施設内にいること	2	1	3	0	2	2	2	1	3	1	0	0	32%	14%
ウいつでも看護職員に連絡が付く体制が確保されていること	11	7	1	0	3	0	5	3	4	2	2	1	70%	35%
III 医療機関、医師との連携														
エいつでも医師の対応（往診を含めて）が可能なこと	10	6	5	5	3	3	8	6	4	3	2	2	86%	68%
IV 看取りに関するソフト、ハードの整備														
オ看取り対応のマニュアル等の整備	12	1	4	1	2	0	4	0	5	1	0	0	73%	8%
カ看取りのための個室の確保	7	0	2	1	2	0	2	0	2	0	1	0	43%	3%
V 終末期ケアに関する研修と職員の理解・協力														
キ職員の理解と協力	12	7	5	2	3	0	6	4	3	1	2	0	84%	38%
ク職員研修	10	1	3	0	3	0	5	1	4	0	1	1	70%	8%
VI 入所（居）者・家族の意思決定支援、グリーフケア														
ケ入所（居）者・家族の施設における看取りの周知	10	5	4	1	2	0	6	2	4	3	1	0	73%	30%
コ入所（居）者・家族への意思確認、意思決定支援	13	8	2	2	3	1	6	4	3	1	2	0	78%	43%
サ家族へのグリーフケア	9	0	2	0	2	0	3	0	2	1	1	0	51%	3%
VII その他														
シ介護報酬等の増額	5	1	0	0	2	1	1	0	2	0	0	0	27%	5%

12) 施設内で死亡診断する上で重要なこと

施設で看取った場合、医師による死亡診断を施設内で実施する上で重要なことについてみると、「いつでも医師の対応(往診を含めて)が可能なこと」が最も多く、次いで「施設として明確な方針を有していること」、「職員の理解と協力」の順であった。

施設内で死亡診断する上で重要なこと

	特別養護老人ホーム		介護老人保健施設		有料老人ホーム		認知対応GH		サービス付き		小規模多機能		合計
I 施設としての取り組み方針の明確化													
施設として明確な方針を有していること	8	57%	2	40%	2	67%	4	50%	2	40%	1	50%	51%
II マンパワーの充実、特に看護職員の確保													
看護職員が常時施設内にいること	1	7%	1	20%	1	33%	1	13%	1	20%	0	0%	14%
いつでも看護職員に連絡が付く体制が確保されていること	7	50%	0	0%	1	33%	3	38%	1	20%	1	50%	35%
III 医療機関、医師との連携													
いつでも医師の対応(往診を含めて)が可能なこと	11	79%	4	80%	3	100%	7	88%	3	60%	2	100%	81%
IV 看取りに関するソフト、ハードの整備													
看取り対応のマニュアル等の整備	6	43%	1	20%	1	33%	1	13%	3	60%	0	0%	32%
看取りのための個室の確保	4	29%	0	0%	2	67%	1	13%	0	0%	1	50%	22%
V 終末期ケアに関する研修と職員の理解・協力													
職員の理解と協力	6	43%	2	40%	1	33%	4	50%	3	60%	1	50%	46%
職員研修	3	21%	0	0%	1	33%	1	13%	1	20%	0	0%	16%
VI 入所(居)者・家族の意思決定支援、グリーフケア													
入所(居)者・家族の施設における看取りの周知	6	43%	1	20%	1	33%	2	25%	2	40%	1	50%	35%
入所(居)者・家族への意思確認、意思決定支援	10	71%	1	20%	0	0%	2	25%	2	40%	1	50%	43%
家族へのグリーフケア	2	14%	0	0%	0	0%	1	13%	0	0%	0	0%	8%
VII その他													
介護報酬等の増額	2	14%	0	0%	0	0%	1	13%	0	0%	0	0%	8%

13) 看取り対応をしない理由

施設での看取りについて「原則、対応しない」施設について、看取りに対応しない理由をみると、「介護職員だけでは急変時に対応できないから」が最も多く、次いで「看護職員が確保できないから」、「施設の性質、制度上の位置づけとして看取り対応はしないから」の順であった。

看取り対応をしない理由

	養護老人 ホーム	軽費老人 ホーム	有料老人 ホーム	認知症 対応GH	合 計	
ア施設の性質、制度上の位置づけとして看取り対応はしないから	2	1	1	0	4	36%
イ施設の方針であるから	0	0	0	0	0	0%
ウ終末期になると搬送医療機関が決まっているから	1	0	1	1	3	27%
エ協力してくれる医師の確保が困難なので	0	0	1	0	1	9%
オ看護職員が確保できないから	2	2	2	0	6	55%
カ入所(居)者・家族の看取りに対する希望がないから	0	0	1	0	1	9%
キ終末期は家族が病院への搬送を希望するから	1	1	1	0	3	27%
ク介護職員だけでは急変時に対応できないから	2	2	3	0	7	64%
ケ職員の不安が強いから	0	2	0	0	2	18%
コ看取り対応をする個室が確保できないから	1	0	0	0	1	9%

14) 看取り実施の希望

施設での看取りについて「原則、対応しない」施設について、条件が整えば看取りの実施をしたいか聞いたところ、養護老人ホーム、軽費老人ホームは「思わない」が多く、有料老人ホーム、認知症対応型グループホームは「思う」が多かった。有料老人ホームの「その他」は「どうしてもとの依頼があれば検討する」との回答であった。

看取り実施希望

	施設数	思う	思わない	その他
養護老人ホーム	3	1	2	0
軽費老人ホーム	3	1	2	0
有料老人ホーム	4	3	0	1
認知症対応GH	1	1	0	0

15) 看取りを実施する上で重要なこと

施設での看取りについて「原則、対応しない」施設について、看取りを実施する上で重要なことを聞いたところ、「看取り実施に重要なこと」では「いつでも医師の対応(往診を含めて)が可能なこと」の割合が最も高く、その他、「施設として明確な方針を有していること」、「看取り対応等のマニュアルの整備」が多かった。「特に重要なこと」として上位3位までを聞くと、「いつでも医師の対応(往診を含めて)が可能なこと」、「施設として明確な方針を有していること」、「看護職員が常時施設内にいること」の割合が高かった。

看取り実施に重要なこと

	養護老人ホーム		軽費老人ホーム		有料老人ホーム		認知症対応GH		合計		割合	
	重要	特に重要	重要	特に重要	重要	特に重要	重要	特に重要	重要	特に重要	重要	特に重要
I 施設としての取り組み方針の明確化												
施設として明確な方針を有していること	3	3	3	1	3	1	1	0	10	5	91%	45%
II マンパワーの充実、特に看護職員の確保												
看護職員が常時施設内にいること	3	3	1	0	3	2	0	0	7	5	64%	45%
いつでも看護職員に連絡が付く体制が確保されていること	1	0	1	0	2	0	0	0	4	0	36%	0%
III 医療機関、医師との連携												
いつでも医師の対応(往診を含めて)が可能なこと	3	2	3	2	4	3	1	1	11	8	100%	73%
IV 看取りに関するソフト、ハードの整備												
看取り対応等のマニュアルの整備	2	1	3	0	4	0	1	0	10	1	91%	9%
看取りのための個室の確保	2	1	1	0	0	0	0	0	3	1	27%	9%
V 終末期ケアに関する研修と職員の理解・協力												
職員の理解と協力	2	0	2	1	4	0	1	1	9	2	82%	18%
職員研修	2	0	2	0	3	0	1	0	8	0	73%	0%
VI 入所(居)者・家族の意思決定支援、グリーフケア												
入所(居)者・家族の施設における看取りについて周知	2	0	3	1	3	1	1	0	9	2	82%	18%
入所(居)者・家族への意思確認、意思決定支援	1	0	3	1	4	3	1	0	9	4	82%	36%
家族へのグリーフケア	1	0	1	0	3	1	1	0	6	1	55%	9%
VII その他												
介護報酬等の増額	1	0	1	0	1	1	1	1	4	2	36%	18%

16) 施設内で死亡診断する上で重要なこと

施設での看取りについて「原則、対応しない」施設について、医師による死亡診断を施設内で実施する上で重要なことを聞いたところ、「いつでも医師の対応(往診を含めて)が可能なこと」の割合が最も高く、その他、「看取り対応等のマニュアルの整備」、「入所(居)者・家族の施設における看取りについて周知」が多かった。

施設内で死亡診断する上で重要なこと

	養護老人ホーム	軽費老人ホーム	有料老人ホーム	認知症対応GH	合 計	
I 施設としての取り組み方針の明確化						
ア施設として明確な方針を有していること	2	1	1	0	4	36%
II マンパワーの充実、特に看護職員の確保						
イ看護職員が常時施設内にいること	0	0	2	0	2	18%
ウいつでも看護職員に連絡が付く体制が確保されていること	0	0	1	0	1	9%
III 医療機関、医師との連携						
エいつでも医師の対応(往診を含めて)が可能なこと	2	1	3	1	7	64%
IV 看取りに関するソフト、ハードの整備						
オ看取り対応等のマニュアルの整備	2	1	2	0	5	45%
カ看取りのための個室の確保	1	0	0	0	1	9%
V 終末期ケアに関する研修と職員の理解・協力						
キ職員の理解と協力	1	1	1	0	3	27%
ク職員研修	0	1	0	0	1	9%
VI 入所(居)者・家族の意思決定支援、グリーフケア						
ケ入所(居)者・家族の施設における看取りについて周知	1	2	1	1	5	45%
コ入所(居)者・家族への意思確認、意思決定支援	0	1	2	1	4	36%
カ家族へのグリーフケア	0	1	1	0	2	18%
VII その他						
シ介護報酬等の増額	0	0	0	0	0	0%

17) 施設内での死亡診断への医師の対応

看取り対応をしている施設のうち施設内で医師による死亡診断を実施している施設についてみると、有効回答数が5以上ある施設では、特別養護老人ホームが最も多く、次いで介護老人保健施設、認知症対応型グループホームの順であった。

施設内で死亡診断を実施している施設について、どこかの医師が死亡診断をしているのかと夜間・休日の対応について再聞き取りをした。施設内で死亡診断を実施する医師については、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設では、配置医師、常勤医師が対応していた。ただし、特別養護老人ホームでは夜間・休日には協力医療機関の医師に死亡診断を依頼する施設や一部の死亡診断だけを施設内で実施している施設もあった。その他の施設では、協力医療機関の医師が実施していた。夜間・休日の対応については、全死亡例ではない場合もあるが、基本的には配置医師、常勤医師、協力医療機関の医師が施設内で死亡診断を実施していた。

死亡診断の医師の対応

	施設数	① 施設内で死亡診断の実施				②死亡診断を実施する医師		③夜間・休日の対応	
		実施している		実施していない		施設内で対応	施設外からの協力	対応できている	対応できていない
特別養護老人ホーム	14	9	64%	5	36%	9	0	9	0
介護老人保健施設	5	3	60%	2	40%	3	0	3	0
介護療養型医療施設	1	1	100%	0	0%	1	0	1	0
有料老人ホーム	3	3	100%	0	0%	0	3	3	0
認知症対応GH	8	4	50%	4	50%	0	4	4	0
サービス付き	5	1	20%	4	80%	0	1	1	0
合計	36	21	58%	15	42%	13	8	21	0

参考 高齢者施設における看取りに関する各施設の意見・要望等について

看取りをする際、介護職員の精神的な負担は大変であると思いますので、人員的配置基準を見直して欲しいと思います。また、看護師さんの配置基準も見直して欲しいと思います。

実際に看取りを施設で行い、やはり利用者様御家族にとっても、住み慣れた施設での生活の延長線に看取りがあることは、自然なことだと思えています。お一人お一人の看取り中の経過は、異なりますが、それぞれのケースに御家族が満足できるようなケアができればと、看取りケアの充実に努力していかなければならないと思います。

看取りは、特別なケアをすることではなく、苦痛や不安を少なくし、その人らしく生活して生きられるように支援することで、それは、今の生活の延長線上にあると思います。普段から寄り添い、ごく普通の生活を送れるようにケアを提供していくことが、看取りへとつながると感じます。

生きていくと同じように死んでいく。ご本人が生きるために、その先の死に方を決めていただきたいと思っています。看取りは、ご本人のためでもありますが、残されるであろう御家族が、死を受け止め、悔いの残らないように残された時間を、使って欲しいです。「ありがとう」と言いながら最期を迎えていただける様、体制整備や職員教育の積み重ねが大切だと思っています。

施設において、明確な方針をもつことが大切であり、そのために職員の理解、教育をしっかりすること。入所時に、家族に看取りについて考えて頂き、生活の延長線上に、死があると共通の考えを持つことが大切であると思います。上記をしっかり打ち出した上に、医師が365日24時間、いつでも往診が出来る体制が出来ていないと、看取りは難しいと思います。

職員へのターミナルケアの周知徹底することが、難しい。

利用者が施設において、安らかに最期を迎えていただくためにも、施設において医師による死亡診断をしていただくことがベストなことと思います。そのためには、地域の診療所の協力が不可欠と考えています。現状、地域の中核病院の勤務医を配置医師としていますが、将来的には看取りの問題も考慮して診療所医師を配置医師とし、利用者様の健康管理をお願いしたいと考えています。そして、病診連携の推進により、地域の中核病院での検査、入院、夜間救急等がスムーズに実施される体制整備を行政に強く望みます。また、診療所の看取りに対するインセンティブを高める為にも、施設の看取りに関する医療保険、介護保険上の加算要件から、看護体制が加算Ⅰの要件を外して頂き、看取りを行うすべての施設が看取りに対する医師への対価をいずれかの保険上から支払うことが可能となるよう改善を望みます。

最期の選択は、ご本人が決めることが本来ですが、意思確認が難しいのが現状です。ご家族の理解が必要ですが、リビングウィルがきちんとしているとよいかと思います。

当施設では、在宅での看取りの支援を考えています。今後積極的に話をしていき、一時的でも数時間でもご自宅に帰っていただけるようにしていきたいと考えています。

<p>病院が併設されている老健であれば医師との連絡等、確実に行われると思いますが、医師の確保がしっかりできていれば看取りは可と思われれます。家族の協力も必要と感じます。</p>
<p>本施設では、夜勤の介護職員が一名であり、終末期は病院へと入院する事例が多い。看取りは大切であるが、現実的に難しいと考えられる。</p>
<p>利用者と家族の希望を考え、実施することが必要であるが、施設が対応出来ない事がたくさんあると思います。その様な事が全て出来る様になると、看取り等考え、支援することが大切ではないかと思えます。</p>
<p>ケアハウスの定義上、クリアしなくてはならない問題は多いと思いますが、現在入居されておられる入居者様の大半は、「ここで死にたい」とおっしゃっておられます。施設としてはある面嬉しいお言葉です。体制を整えば、ご要望にお応えしたいと思えます。</p>
<p>入所者の看取りまで関係する家族、スタッフの方々のチームケアについて、それぞれの役割、専門的なフォローについての助言などが、チーム全体皆で取り組む体制をとってもらいたい。</p>
<p>一番は入居者様のご家族の協力体制が整っているかだと思います。入居しているから全て施設にお任せという風になると対応は難しいと思う。</p>
<p>医療体制はまだ整っていませんが、本人の要望があった場合は、検討していきたいと思えます。来て頂く医師を探すことから始まります。</p>
<p>結果的に看取りになってしまった例や、監査時の書類の整備に不安があり、看取り加算を申請しない例があります。介護の延長線上にある看取り介護については、如何なる場面に於いても特段の労力を要する事を理解し、評価して欲しいと思えます。</p>
<p>住宅型有料老人ホームという性質上、医療面で限度があるため、主治医が入院の必要性があると判断した際には、「退所」という話を契約時説明してます。看取りについては「食事が摂れなくなった」などの機能低下時に担当ケアマネ様含め、ご家族様に方向性を確認してもらおう事としています。その際「看取り」の希望があった際には、往診(急変)対応の医師、訪問看護師等、緊急時対応がとれる体制、ご家族様の「看取り」についての理解を含め、検討し対応する事としています。</p>
<p>終末期が近いと医師より話があった時には、家族も交え話し合いを行い、医療機関への搬送となっていますが、出来る限り本人の希望に沿う介護をおこなっています。</p>
<p>グループホームのように常に看護師や医師がいない施設では、状況を連絡を取り合うことが必要。看護師、医師が連絡をとりやすい時間やスケジュールの把握をしていくと、ご本人も安心できる状況が作れると思う。</p>
<p>グループホームにおいては、医療(看護師、医師)の面で看取りに関して心配なことが多々あると感じます。</p>

ご本人、ご家族様との日々のコミュニケーションを図り、意向の確認が大切です。看取りを、実施する上では、限られた職員で対応していくこととなり、職員体制、職員教育、ご家族様の協力、看護師との連携、たくさんの課題があると思います。

グループホームは、入居者様がそれぞれの在宅時での主治医のため調整が困難。

サービスを使えるよう介護利用額を増やしてほしい。

本人の立場に立った尊厳ある看取りの理念、目的を理解するための研修、ミーティング等を適宜開催し、看取りが適切に行われるよう社員教育を実施してほしい。

職員の体制が大変。24時間の対応。

小規模多機能型居宅介護事業所は、他の介護系のサービスは利用できない。しかし、看取りになり最後に入浴させたい家族がいる。通いをするには、体力的に無理が生じる。そんな時、訪問入浴だけでも利用させてあげたいと思う。

※皆様からいただいたご意見をそのまま掲載させていただきました。

資料1 調査対象施設一覧(計49施設)

※H25.10.1 現在

施設種別	類型	特定施設	施設名	住所	設置者
特別養護老人ホーム(14)			桃源荘	山梨市一町田中155	社会福祉法人山梨県社会福祉事業団
			笛吹荘	山梨市牧丘町室伏2452	社会福祉法人壽光会
			恵信ロジェ	山梨市南1335	社会福祉法人恵信福祉会
	地域密着		サテライトロジェ	山梨市落合464-1	社会福祉法人恵信福祉会
			春日居荘	笛吹市春日居町国府436	社会福祉法人天寿会
			壽ノ家	笛吹市石和町四日市場2031	社会福祉法人壽ノ家
			小山荘	笛吹市八代町北760	社会福祉法人美咲会
	地域密着		エールニ之宮	笛吹市御坂町ニ之宮1947-4	社会福祉法人光珠福祉会
	地域密着		壽ノ家いちのみや	笛吹市一宮町塩田741-1	社会福祉法人壽ノ家
			光風園	甲州市塩山西野原603	社会福祉法人光風会
			緑風苑	甲州市塩山下於曾1256	社会福祉法人延命福祉会
			ヒルズ勝沼	甲州市勝沼町下岩崎2091	社会福祉法人景誠会
	地域密着		緑と風	甲州市塩山下於曾1257-1	社会福祉法人延命福祉会
	地域密着		ひかり屋形	甲州市塩山熊野774	社会福祉法人光風会
介護老人保健施設(5)			医療法人銀門会甲州ケア・ホーム	笛吹市石和町四日市場2031	医療法人銀門会
			介護老人保健施設 いちのみやケアセンター	笛吹市一宮町竹原田1255-1	医療法人芙蓉会
			財団法人山梨整肢更生会 介護老人保健施設ふじ苑	笛吹市春日居町小松855-6	財団法人山梨整肢更生会
			介護老人保健施設 勝沼ナーシングセンター	甲州市勝沼町菱山4300	医療法人景雲会
		恵信ケアセンター	甲州市塩山上於曾1195	医療法人恵信会	
介護療養型医療施設(1)			古屋医院	笛吹市御坂町夏目原750-1	古屋国彦(個人)
養護老人ホーム(3)			晴風園	山梨市大野1035-1	山梨市
		○	青い鳥老人ホーム	笛吹市春日居町小松855-192 (青い鳥福祉センター養護老人ホーム)	山梨県(社会福祉法人山梨ライトハウス)
			光珠荘	笛吹市御坂町上黒駒2964	社会福祉法人光珠福祉会
軽費老人ホーム(3)	ケア		エレガローザイサワ	笛吹市石和町松本262	社会福祉法人恵友会
	ケア		サンテいちのみや	笛吹市一宮町南野呂422-1	社会福祉法人幸徳会
	ケア		サンリバー塩山	甲州市塩山下小田原584-8	社会福祉法人小田原福祉会
有料老人ホーム(7)	介護付	○	アミュー山梨(特定)	山梨市上石森194	株式会社将英
	介護付 地域密着型	○	ラ・ナンカ やまなし(地密特定)	山梨市小原西8-3	株式会社シダー
	介護付	○	サンライフ寿(特定)	笛吹市石和町四日市場2031	株式会社サンライフ寿
	住宅型		応援家族石和温泉リゾート	笛吹市石和町川中島467-1	株式会社応援家族
	介護付 地域密着型	○	リブズ笛吹(地密特定)	笛吹市御坂町成田2477-1	株式会社本陣
	住宅型		サンクール石和 住宅型有料老人ホーム	笛吹市石和町松本416-1	株式会社ベータ・コア
	介護付 地域密着型	○	萩の里(地密特定)	甲州市塩山下小田原590-3	社会福祉法人小田原福祉会
認知症対応型共同生活介護(介護予防認知症対応型共同生活介護)(9)			グループホーム めだかの学校	山梨市三ヶ所937-1	社会福祉法人 ひかりの里
			愛の家グループホーム山梨小原西	山梨市小原西641-7	メディカル・ケア・サービス株式会社
			山梨ケアセンターそよ風	山梨市上神内川15-5	株式会社ユニマットそよ風
			グループホーム湯苗田	山梨市牧丘町室伏2452	社会福祉法人 壽光会
			グループホーム あずさ	笛吹市春日居町国府436	医療法人 景雲会
			グループホーム 芙蓉	笛吹市一宮町竹原田1359-1	医療法人 芙蓉会
			壽ノ家グループホーム	笛吹市石和町四日市場2031	社会福祉法人壽ノ家
			グループホーム きたじま苑	笛吹市八代町北1616-1	有限会社 北嶋
			認知症高齢者グループホーム アゼリア	甲州市勝沼町菱山4300	医療法人景雲会
サービス付高齢者向け住宅(5)		○	スローライフ山梨	山梨県山梨市上石森187-1	株式会社スローライフ
			あい山梨市	山梨県山梨市下井尻893-1	新日本通産株式会社
			サービス付高齢者住宅たのし荘	山梨県笛吹市春日居町熊野堂宇市道437	太刀川一夫(個人)
			きたじま苑お伊勢の社	山梨県笛吹市八代町北1290	有限会社北嶋
			あしたば	山梨県笛吹市石和町山崎100	株式会社 あしたば
小規模多機能型居宅介護(2)			小規模多機能ホーム 湯苗田	山梨県山梨市牧丘町室伏2452	社会福祉法人 壽光会
			社会福祉法人壽ノ家 壽ノ家寄りあい所	山梨県笛吹市石和町四日市場2031	社会福祉法人 壽ノ家

資料2 アドバイザー名簿

※50 音順敬称略

所属	役職	氏名
医療法人銀門会 甲州ケア・ホーム	部長	佐藤 さつき
特別養護老人ホーム 笛吹荘	看護師長	柴田 愛美
山梨県立大学 看護学部 地域看護学	助教	須田 由紀
特別養護老人ホーム 笛吹荘	施設長	武藤 岳人
山梨大学 医学部 看護学科 地域看護学	教授	山崎 洋子

事務局		
山梨県峡東保健福祉事務所(峡東保健所)	保健所長	藤井 充
	地域保健課長	守屋 法子
	長寿介護課長	坂村 裕輔
	長寿介護課 技師	石原 布巳

▼当アンケートを回答する方の職・氏名・連絡先をご記入ください。

回答者(職・氏名)	職() 氏名()
連絡先(電話番号)	

注意)この欄には施設種別、各施設ごとの内容は一部異なります。また、各施設の状態を9施設分入力して、アンケートは送付しています。

問1 貴施設の概要についてお知らせください。なお、介護サービス情報公表システム等で把握できた情報は記入しますので、その部分は確認(確認後はチェック欄に「✓」を記入してください)と、必要な修正(赤字で訂正してください)をお願いします。それ以外の部分は、貴施設の状態を記入してください。

施設名

設置主体

(3)開設年月日 平成 年 月 日

(4)入所(居)定員 人

(5)入所(居)者数 人

(6)隣接・併設サービス

(7)協力医療機関

(8)職員数

※種数回答

職種	常勤(人)	非常勤(人)
医師		
看護職員		
(内:准看護師)		
介護支援専門員		
介護職員		

職種	人数
看護職員	
(内:准看護師)	
介護職	
その他()	

※その他の他がある場合は職種をご記入ください。

加算	算定有無
看護体制加算	
夜勤職員加算	
常勤専従医師配置加算	
ターミナルケア体制(看護取り介護体制)加算	
サービス提供体制強化加算	

(11)登録時被吸引事業者の有無

問2 貴施設では入所(居)者の看取りをしていますか？

ア 希望があった場合には対応 問3へ

イ 原則、対応しない 問10へ

ウ その他() 問3へ

問3 貴施設の看取りに関する指針はありますか？

ア ある 問5へ

イ ない 問5へ

問4 貴施設で看取りが可能であることを入所(居)者・家族に最初に説明するのはいつですか？

ア 契約時又は入所(居)時に 問5へ

イ 終末期に近いと医師が判断した際に 問5へ

ウ 看取りの説明は改めてしていない 問5へ

エ その他() 問5へ

問5 看取り希望者には文書による承諾書をとっていますか？

ア もらっている 問5へ

イ もらっていない 問5へ

ウ その他() 問5へ

問6 看取りを行う際の個室が確保されていますか？

ア 確保されている 問5へ

イ 確保されていない 問5へ

ウ その他() 問5へ

問7 終末期に近いと医師が判断した際の説明で貴施設での看取りを希望したのはどのくらいの割合ですか？ここ1～2年の状況でお答えください。

約()%

問7-1 看取りを希望したうち、最終的に貴施設で看取ったのはどのくらいの割合ですか？ここ1～2年の状況でお答えください。

約()%

問7-2 終末期に近いと医師が判断した際の説明で希望したにもかかわらず最終的に施設で看取りをしなかった際の理由は何ですか？

ア 途中で入所(居)者・家族の意向が変わったから

イ 症状の急変により医療機関に搬送したから

ウ その他()

問8 各年度毎に施設で亡くなった方は何人ですか？

その中で看取りを実施した方は何人ですか？

また、そのうち医師による死亡診断まで施設内で実施したのは何人ですか？

	施設内死亡者数	看取った人数(死亡診断まで施設で実施した人数)
平成22年度	人	人 ()
平成23年度	人	人 ()
平成24年度	人	人 ()

問9

- ①施設で看取りを実施する上で重要なことは何ですか(複数回答)?
 ②施設での看取りを推進する上で特に重要だと思うのは何ですか(上位3位まで)?
 ③また、看取りの一貫として医師による死亡診断を施設内で実施する上で重要だと思う項目は何ですか?

	① 看取り実施に重要なこと (複数回答)	② 特に重要なこと (上位3つ)	③ 医師による施設内での死亡診断実施に重要なこと (複数回答)
I 施設としての取り組み方針の明確化			
ア 施設として明確な方針を有していること			
II マンパワーの充実、特に看護職員の確保			
イ 看護職員が常時施設内にいること			
ウ いつでも看護職員に連絡が付く体制が確保されていること			
III 医療機関、医師との連携			
エ いつでも医師の対応(往診も含めて)が可能なこと			
IV 看取りに関するソフト、ハードの整備			
オ 看取り対応のマニュアル等の整備			
カ 看取りのための個室の確保			
V 終末期ケアに関する研修と職員の理解・協力			
キ 職員の理解と協力			
ク 職員研修			
VI 入所(居)者・家族の意思決定支援、グリーフケア			
ケ 入所(居)者・家族の施設における看取りについて周知			
コ 入所(居)者・家族への意思確認、意思決定支援			
サ 家族へのグリーフケア			
VII その他			
シ 介護報酬等の増額			
ス その他()			

→ 問12へ

問11-1

- ①施設で看取りを実施する上で重要なことは何ですか(複数回答)?
 ②施設での看取りを推進する上で特に重要だと思うのは何ですか(上位3位まで)?
 ③また、看取りの一貫として医師による死亡診断を施設内で実施する上で重要だと思う項目は何ですか?

	① 看取り実施に重要なこと (複数回答)	② 特に重要なこと (上位3つ)	③ 医師による施設内での死亡診断実施に重要なこと (複数回答)
I 施設としての取り組み方針の明確化			
ア 施設として明確な方針を有していること			
II マンパワーの充実、特に看護職員の確保			
イ 看護職員が常時施設内にいること			
ウ いつでも看護職員に連絡が付く体制が確保されていること			
III 医療機関、医師との連携			
エ いつでも医師の対応(往診も含めて)が可能なこと			
IV 看取りに関するソフト、ハードの整備			
オ 看取り対応のマニュアル等の整備			
カ 看取りのための個室の確保			
V 終末期ケアに関する研修と職員の理解・協力			
キ 職員の理解と協力			
ク 職員研修			
VI 入所(居)者・家族の意思決定支援、グリーフケア			
ケ 入所(居)者・家族の施設における看取りについて周知			
コ 入所(居)者・家族への意思確認、意思決定支援			
サ 家族へのグリーフケア			
VII その他			
シ 介護報酬等の増額			
ス その他()			

- ◎ 全ての施設の方がお答え下さい。
 問12 貴施設において“看取り”とはどのようなこと(定義・概念)だと考えていますか?

- 問13 高齢者施設における看取りについてどんなことでも結構ですので何かご意見、ご要望がありましたら記載して下さい。

ご協力ありがとうございました。

問10

- ①施設で看取りを実施していない施設の方がお答え下さい。
 ②貴施設で看取りに対応しない理由は何ですか(複数回答)?

ア 施設の性質、制度上の位置付けとして看取り対応はしないから	
イ 施設の方針であるから	
ウ 終末期になると搬送医療機関が決まっているから	
エ 協力してくれる医師の確保が困難なので	
オ 看護職員が確保できないから	
カ 入所(居)者・家族の看取りに対する希望がないから	
キ 終末期は家族が病院への搬送を希望するから	
ク 介護職員だけでは急変時に対応できないから	
ケ 職員の不安が強いから	
コ 看取り対応をする個室が確保できないから	
サ 経費がかりすぎるから	
シ その他()	

- ◎ 看取りを実施していない施設の方がお答え下さい。
 問11 条件を整えば施設として看取りを実施したいと思いませんか?

ア 思う	
イ 思わない	
ウ その他()	