

令和 6 年度 看取り等に関するアンケート調査

沖縄県保健医療介護部
地域包括ケア推進課

令和 6 年12月

看取り等に関するアンケート 概況

調査対象：看取りに係る介護報酬が設定されている高齢者施設

- (1) 介護老人福祉施設
- (2) 介護老人保健施設
- (3) 認知症対応型共同生活介護
- (4) 特定施設入居者生活介護

調査方法：県が各施設へ直接メールで依頼

調査期間：令和 6 年10月15日～11月30日

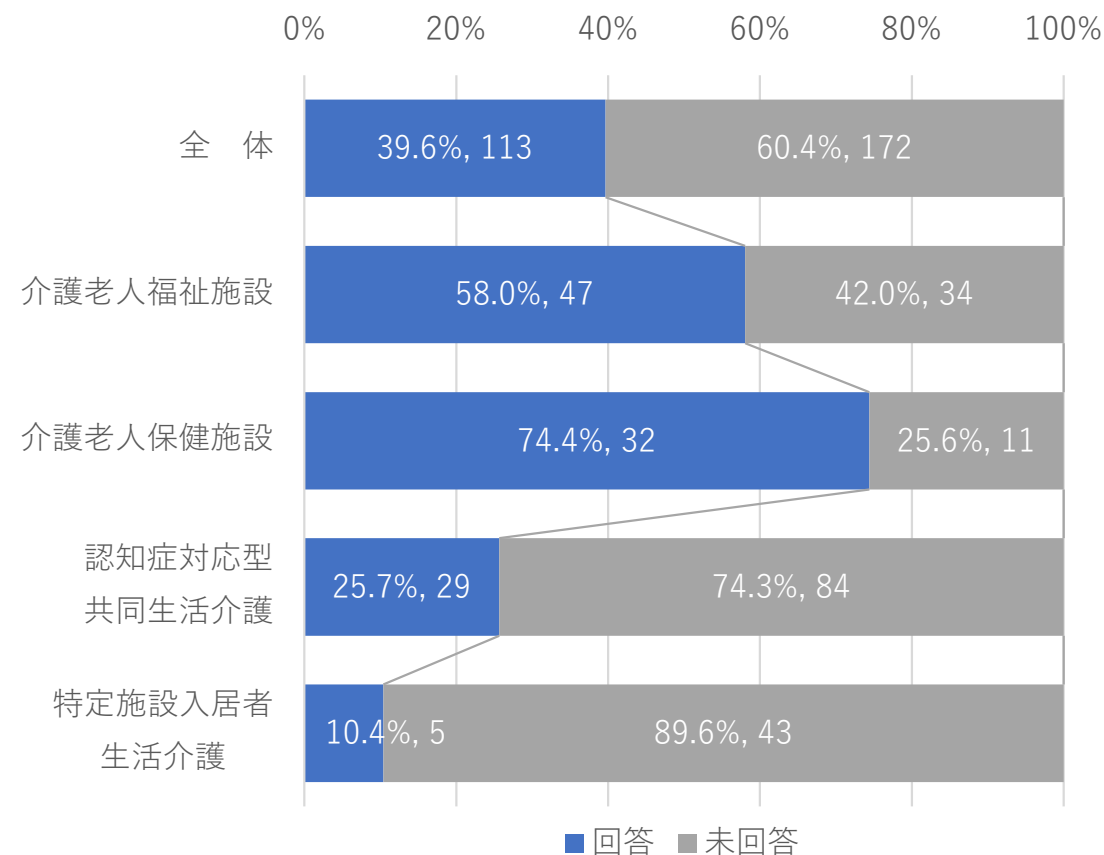
(当初期限では回答率が低かったため、介護老人福祉施設、介護老人福祉施設の未回答施設に再度依頼し、期限を12月 8 日まで延長)

看取り等に関するアンケート 概況

回答状況

施設種類	施設数	回答数	回答率
全 体	285	113	46.7%
介護老人福祉施設	81	47	58.0%
介護老人保健施設	43	32	74.4%
認知症対応型共同生活介護	113	29	25.7%
特定施設入居者生活介護	48	5	10.4%

施設数はR6.10.1時点

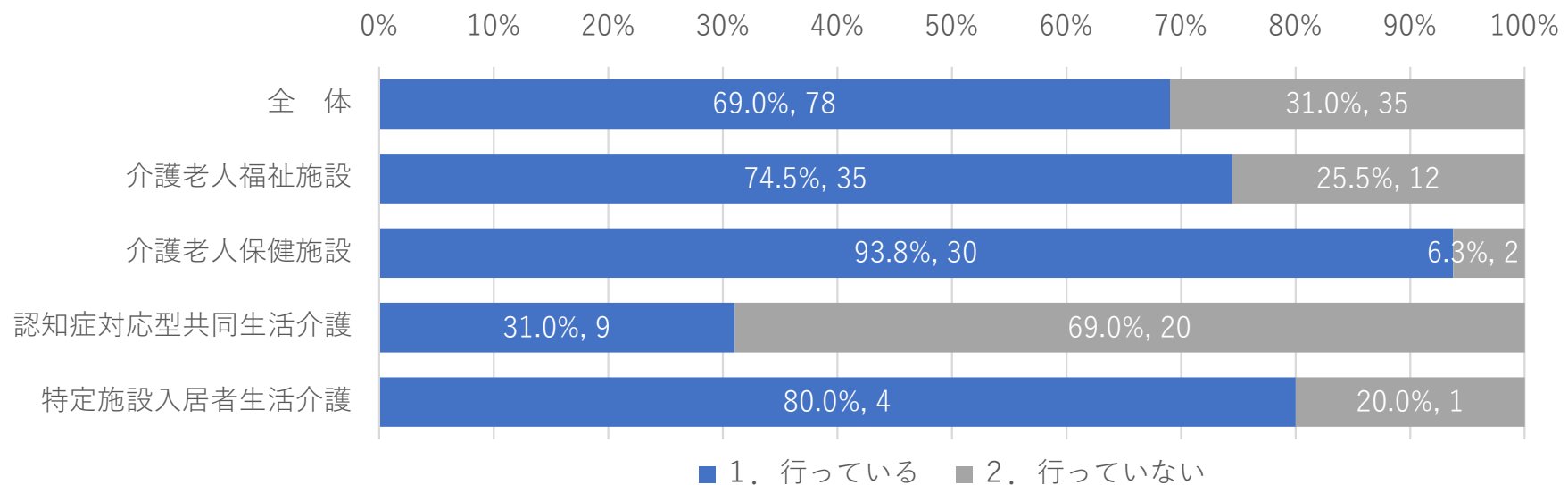


「認知症対応型共同生活介護」及び「特定施設入居者生活介護」については、回答率が低く有意な評価が難しいため、**集計結果の解釈にあたっては留意が必要**

令和 5 年度における看取りへの対応状況

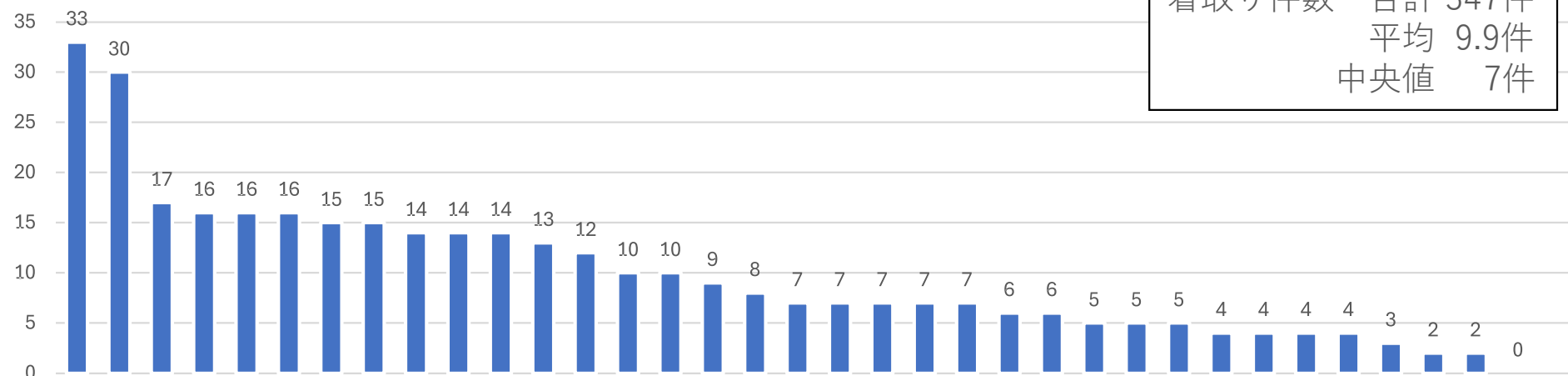
問 1. 貴施設では、昨年度（令和 5 年 4 月 1 日～令和 6 年 3 月 31 日）に看取りを行っていますか。

		1. 行っている	2. 行っていない
全 体	n=113	78 (69%)	35 (31%)
介護老人福祉施設	n=47	35 (74%)	12 (26%)
介護老人保健施設	n=32	30 (94%)	2 (6%)
認知症対応型共同生活介護	n=29	9 (31%)	20 (69%)
特定施設入居者生活介護	n=5	4 (80%)	1 (20%)

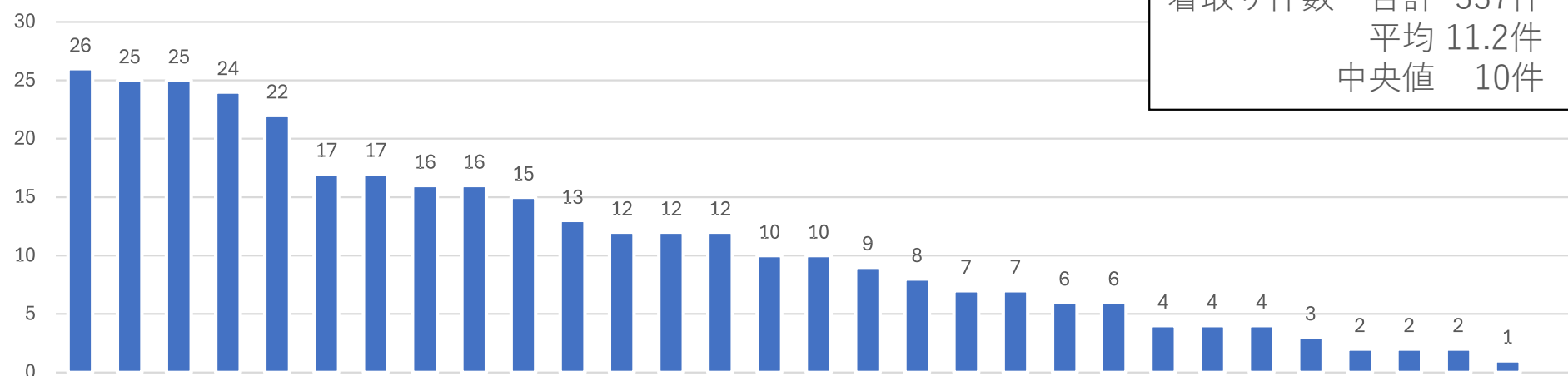


令和5年度（R5.4.1～R6.3.31）の看取り実績

介護老人福祉施設：35施設



介護老人保健施設：30施設

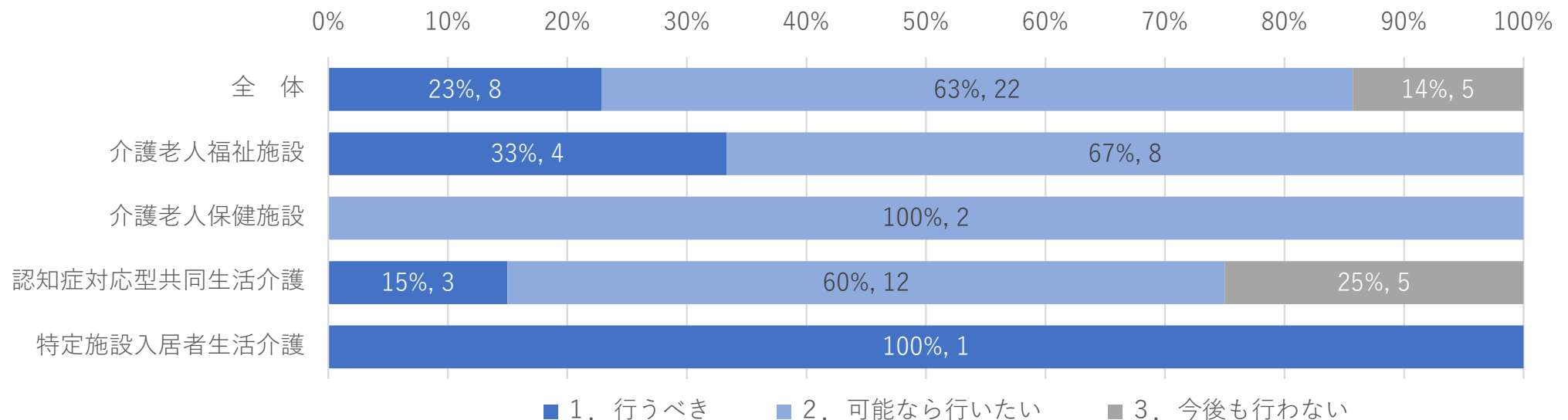


(看取りを行っていない施設での) 看取りに対する考え

(問1で看取りを「行っていない」と回答した35施設への設問)

問2-1. 看取りを行うことについて、どのように考えていますか。

		1. 行うべき	2. 可能なら行いたい	2. 今後も行わない
全 体	n=35	8 (23%)	22 (63%)	5 (14%)
介護老人福祉施設	n=12	4 (33%)	8 (67%)	
介護老人保健施設	n=2		2 (100%)	
認知症対応型共同生活介護	n=20	3 (15%)	12 (60%)	5 (25%)
特定施設入居者生活介護	n=1	1 (100%)		



（看取りを行っていない施設での）看取りに対する考えの理由①

（介護老人福祉施設）

回答	具体的内容
1. 行うべき	最期は家族に見守られて・・・が一番だと思う。 看取りは行っているが、状態が悪くなると入院になる為そのまま亡くなるケースが多い。 家族とDrと面談し方針を決めるが、状態が悪くなってくると家族が搬送を希望されるケースが多い。 看取りについての家族との理解状況、線引きが難しい。
	住み慣れた環境で最期を迎えたいという家族が多い。
	嘱託医が看取りを行えない。介護職員も勉強不足な所がある（介護主任から）
	利用者ご家族の希望あり
2. 可能なら行いたい	介護職員にとっても看取りを行う事で、最期まで係わる事が出来き看取りケアを通じながら学んでほしいと思います。
	看取りを希望する方も増えてきているため、施設としての体制が整えば行いたい
	看取り対応できる医師の確保ができない
	嘱託医の連携、ご家族の理解等、得られた場合は実現可能と考えてる。
	人生の最後を豊かに過ごしてほしい。そのためにも過ごしてきた施設で看取りを行いたいと考えています。
	多くの施設が専門的なケアとサポートを提供していますが、現時点では看取りの為の専門的サポートを提供するスタッフの配置が難しい事と、看護師、配置医の協力体制が整えば行いたい。
	多職種連携が必要→医療、看護、介護等チームで利用者を支える体制 今まで過ごした施設で利用者の希望や価値観を尊重し、家族が最後の時を共に過ごせるような関わりができれば良いと考えます
	利用者が穏やかに人生の最後を過ごしてもらえるよう手助けを行う大切なこと

（看取りを行っていない施設での）看取りに対する考えの理由②

（介護老人保健施設）

回答	具体的内容
2. 可能なら行いたい	看取りが必要なケースも少なくない。
	利用者御家族からのニーズはあるが、出来ていない現状がある。（施設長の考え）

（認知症対応型共同生活介護①）

回答	具体的内容
1. 行うべき	昨年度はなかったが、実際行ったことがある。
	終末期になっても住み慣れた地域、環境でゆっくり過ごすことが望ましいから
	入居者、家族、職員にとってもその方がいいので
2. 可能なら行いたい	ご家族の理解を得て、訪問医師・訪問看護がついてくれる。
	医師・看護師がいらないため、医療処置が必要な場合は看取りを行う事が困難であるが、本人・家族が希望するのであれば老衰での看取りは体制が整えが行った方が、本人・家族の意向に沿うことができると思う。
	家族と利用者が希望するのなら対応したい。
	看取りについて専門的なケアを行う体制を整備したい。
	看取りの状態の人が、現在はいないため
	施設内で可能な医療的ケアなら行いたい。
	条件が整わないとできない。
	職員が対応できるか心配

（看取りを行っていない施設での）看取りに対する考えの理由③

（認知症対応型共同生活介護②）

回答	具体的内容
2. 可能なら行いたい	職員へ看取りについての研修・訓練など
	体制は整えているが、実際行ったことはない。
	非常勤の看護職員を配置しているが、看取りを行う上で、非常勤の看護職員だけでは主治医との連携が難しいと感じているため、看護の支援体制を整え次第行いたい。
	本人と家族の意向に沿える形であれば行う。
3. 今後も行わない	医療職がいない共同生活の場において看取りまでは負担が大きい。できれば終末は自宅が望ましいと思うが、場合によっては老健施設か病院で看取ってほしい。
	看護師が常駐していない、夜間職員が1名のみの状態での看取りはなかなか難しいものがあると考えている。
	看取り検討していない。
	施設の現状行えない。
	認知症の対応に集中したいため

（特定施設入居者生活介護）

回答	具体的内容
1. 行うべき	現在お一人、看取り体制に対応中

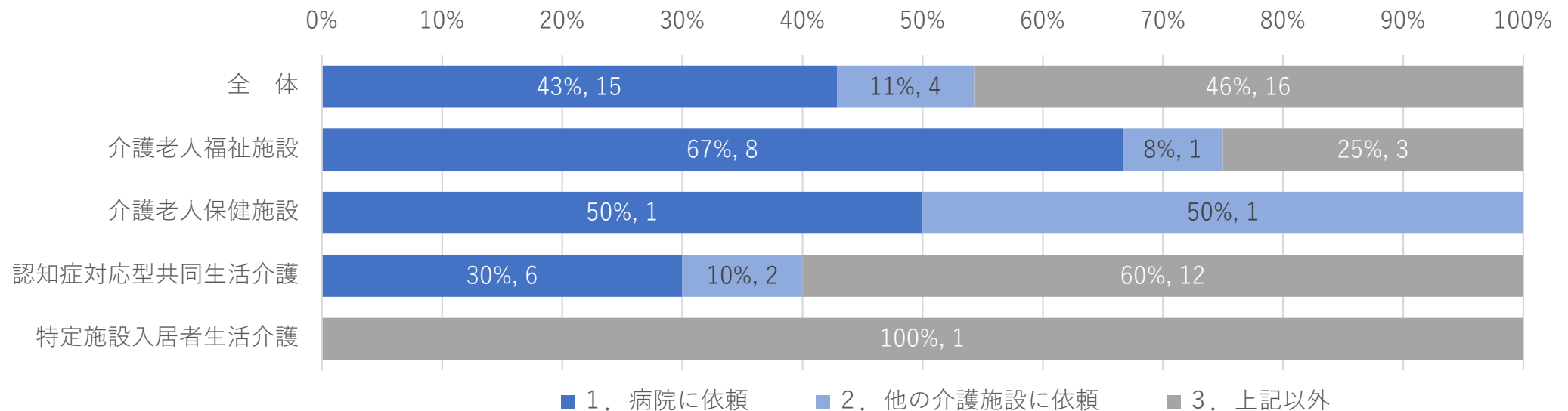
看取りが近い入所者への対応

(問1で看取りを「行っていない」と回答した35施設への設問)

問2-2. 看取りが近くなった入所者はどうされていますか。

		1. 病院に依頼	2. 他の介護施設へ依頼	3. 上記以外 (※)
全 体	n=35	15 (43%)	4 (11%)	16 (46%)
介護老人福祉施設	n=12	8 (67%)	1 (8%)	3 (25%)
介護老人保健施設	n=2	1 (50%)	1 (50%)	
認知症対応型共同生活介護	n=20	6 (30%)	2 (10%)	12 (60%)
特定施設入居者生活介護	n=1			1 (100%)

※ 家族の意向に沿った対応、
系列の施設に依頼 など

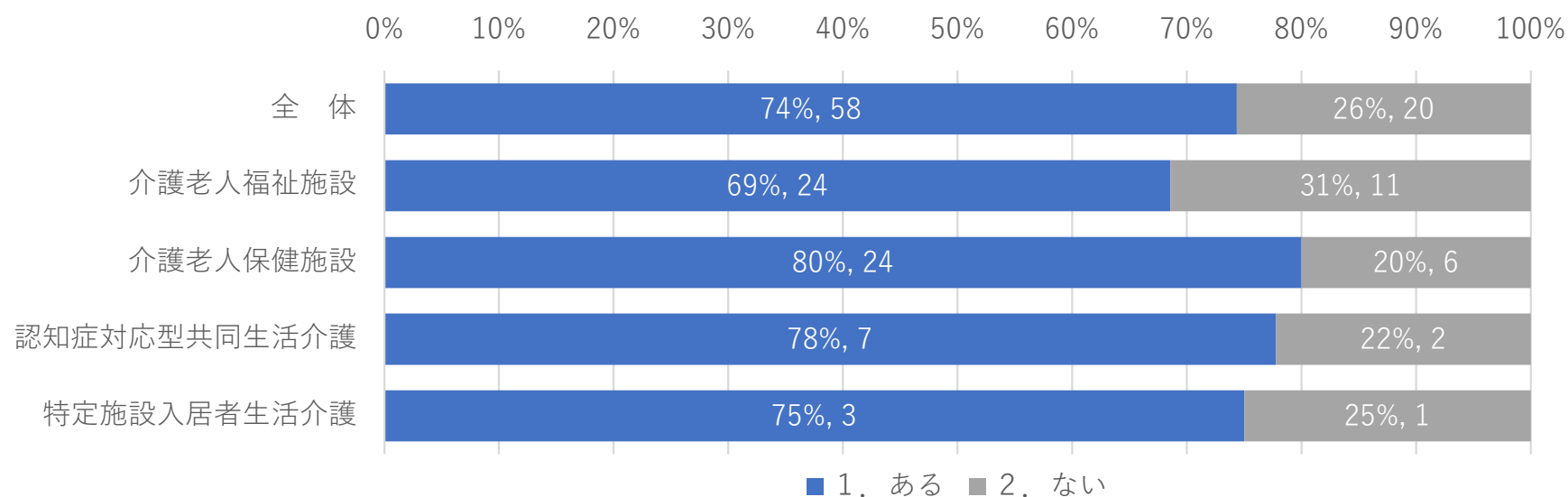


看取りを続けるにあたっての課題の有無

(問1で看取りを「行っている」と回答した78施設への設問)

問3. 今後も看取りを続けるにあたっての課題等がありますか。

		1. ある	2. ない
全 体	n=78	58 (74%)	20 (26%)
介護老人福祉施設	n=35	24 (69%)	11 (31%)
介護老人保健施設	n=30	24 (80%)	6 (20%)
認知症対応型共同生活介護	n=9	7 (78%)	2 (22%)
特定施設入居者生活介護	n=4	3 (75%)	1 (25%)



看取りを続けるにあたっての課題の具体的内容①

(介護老人福祉施設)

- ・（医師、看護師、介護職員等）必要人員の確保
- ・職員の教育、スキル向上
- ・職員の精神的負担の軽減（グリーフケア）
- ・職員の理解
- ・利用者家族との連携
- ・利用者、キーパーソンのニーズの情報収集
- ・最終確認時の判断留保（時間を要する場合がある）
- ・居室（個室）の確保
- ・介護報酬加算を取っていない
- ・多職種連携
- ・看取り方法に関する最新情報（情報が少ない）
- ・外国人介護職員とのコミュニケーション
- ・施設における看取り方針の周知徹底
- ・家族へのカンファレンスの頻度
- ・家族への言葉遣い、声かけ
- ・家族への状態変化の報告時機（付添いタイミング等）
- ・胃ろう増設の場合、看取りが困難（療養型への転院）

(介護老人保健施設)

- ・（医師、看護師、介護職員等）必要人員の確保
- ・医師不在時の死亡診断をどうするか（本人、家族を長時間待機させることがあった）
- ・多職種連携
- ・施設における看取り方針の周知徹底
- ・看取りが連続したときの負担感
- ・入所時の看取りへの同意
- ・看取りのタイミング
- ・施設規則等への家族の理解
- ・感染症流行時の面会規制
- ・夜間の医師対応（すぐに来れない場合がある）
- ・職員の教育、スキル向上
- ・職員の精神的負担の軽減（グリーフケア）
- ・エンゼルケア（御遺体に応じたケア、着替え）の指導
- ・ACPの確認（記録の整備）
- ・最終確認時の判断留保（時間を要する場合がある）
- ・家族とのコミュニケーション
- ・居室（個室）の確保

看取りを続けるにあたっての課題の具体的内容

(認知症対応型共同生活介護)

- ・多職種連携
- ・夜間看取り時のエンゼルケア
- ・デスカンファレンスの方法（他施設を参考にしたい）
- ・認知症の症状により長期受入れが難しく、看取りまでできないこと
- ・医療との連携
- ・喀痰吸引の資格保持者が少ない
- ・看護師が常駐していないことによる職員の不安感

(特定施設入居者生活介護)

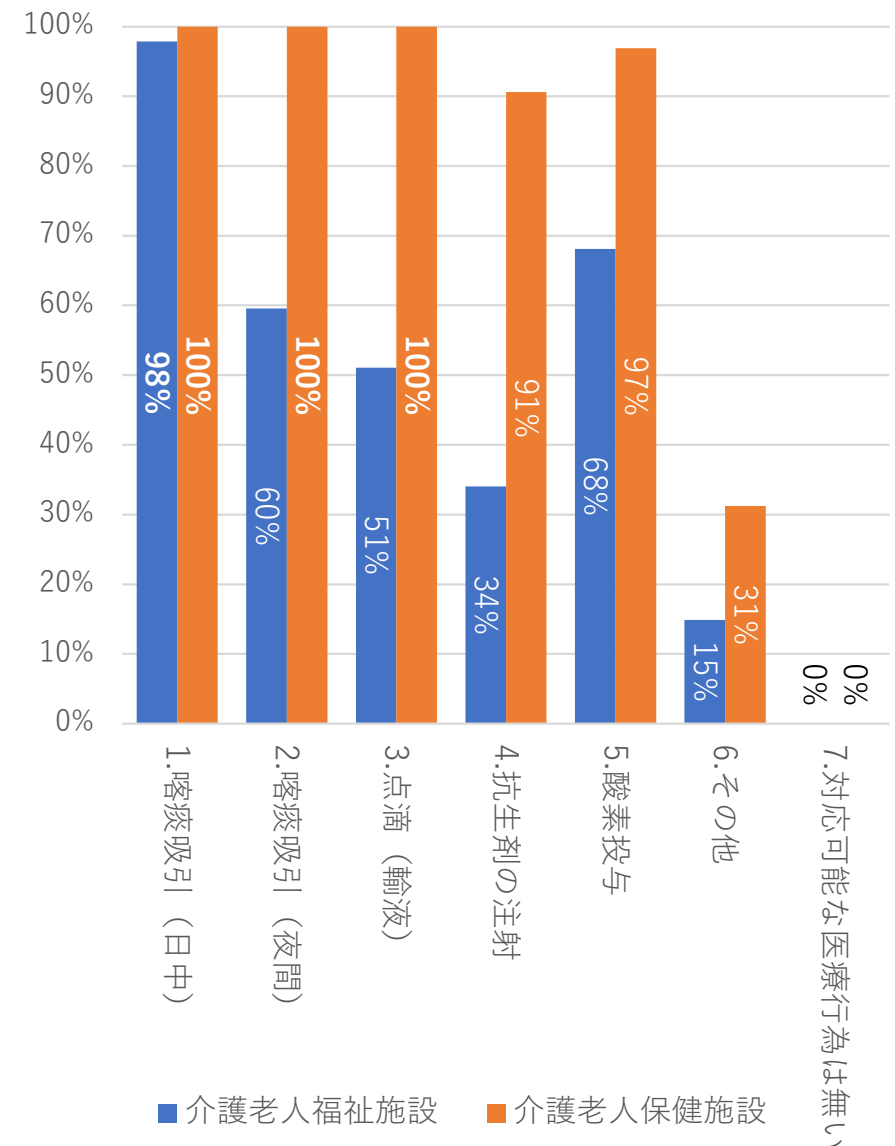
- ・（医師、看護師、介護職員等）必要人員の確保
- ・職員の理解
- ・家族とのコミュニケーション
- ・多職種連携
- ・職員の教育、スキル向上
- ・利用者、キーパーソンのニーズの情報収集

施設で対応可能な医療行為

問4. 貴施設職員が対応可能な医療行為を教えてください（複数選択可）

	1 ・喀痰吸引 （日中）	2 ・喀痰吸引 （夜間）	3 ・点滴（輸液）	4 ・抗生剤の注射	5 ・酸素投与	6 ・その他	7 ・対応可能な医療行為は無い
全 体 n=113	86 76%	63 56%	63 56%	51 45%	78 69%	24 21%	16 14%
介護老人福祉施設 n=47	<u>46</u> <u>98%</u>	28 60%	24 51%	16 34%	32 68%	7 15%	0 0%
介護老人保健施設 n=32	<u>32</u> <u>100%</u>	<u>32</u> <u>100%</u>	<u>32</u> <u>100%</u>	<u>29</u> <u>91%</u>	<u>31</u> <u>97%</u>	10 31%	0 0%
認知症対応型 共同生活介護 n=29	4	2	5	4	11	5	<u>15</u>
特定施設入居者 生活介護 n=5	<u>4</u>	1	2	2	<u>4</u>	2	1

※ 下線太字は、「施設種類別で最多」及び「90%超」



対応可能な「その他」の医療行為の具体的内容

(介護老人福祉施設)

- ・胃ろう
- ・採血
- ・創傷処置
- ・褥瘡処置
- ・インスリン注射
- ・導尿（フォーレ交換）
- ・抗生剤注射
- ・点滴（経管栄養注入）
- ・在宅酸素（酸素濃縮器）
- ・ストマ管理
- ・可能な限り医療行為は避けたい

(介護老人福祉施設)

- ・胃ろう
- ・採血
- ・創傷処置
- ・褥瘡処置
- ・インスリン注射
- ・導尿（フォーレ交換）
- ・血糖チェック
- ・ベッドサイドモニター管理
- ・心電図
- ・採尿
- ・浣腸
- ・摘便
- ・AED対応
- ・抗生剤、解熱鎮痛薬の処方（内服）

(認知症対応型共同生活介護)

- ・胃ろう
- ・採血
- ・創傷処置
- ・褥瘡処置
- ・導尿（フォーレ交換）
- ・喀痰吸引（看護師が居る時にのみ）
- ・点滴

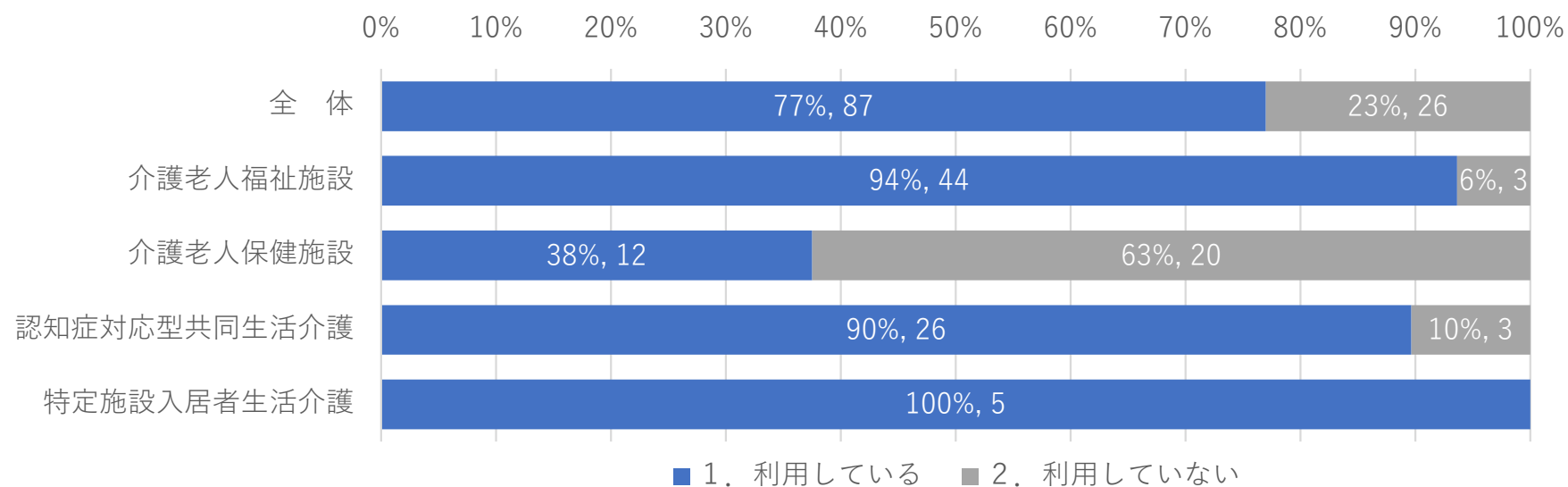
(特定施設入居者生活介護)

- ・胃ろう

院外処方の利用

問5. 院外処方を利用していますか。（医療保険による薬の処方）

		1. 利用している	2. 利用していない
全 体	n=113	87 (77%)	26 (23%)
介護老人福祉施設	n=47	44 (94%)	3 (6%)
介護老人保健施設	n=32	12 (38%)	20 (63%)
認知症対応型共同生活介護	n=29	26 (90%)	3 (10%)
特定施設入居者生活介護	n=5	5 (100%)	

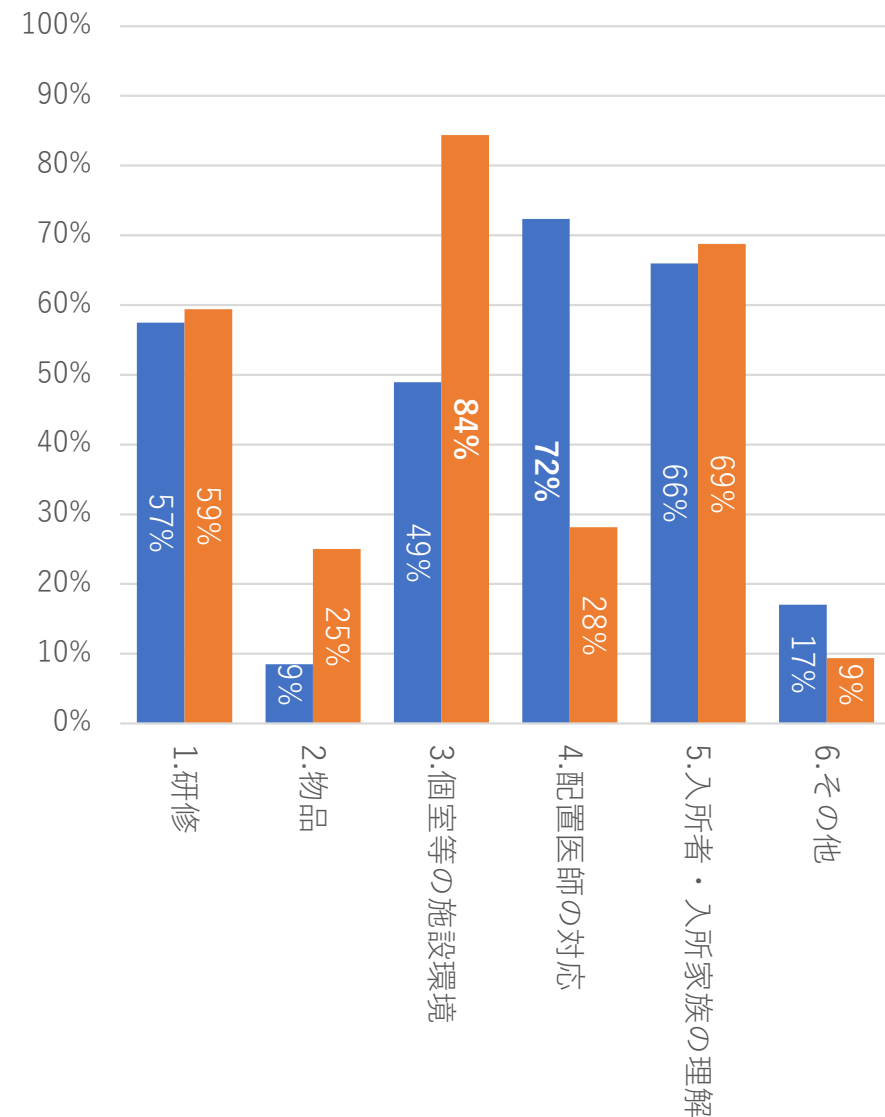


看取りを行うために必要なもの（3つまで選択）

問6. 貴施設で看取りを行うために必要なものを、3つまで選んでください。

		1 ・ 研修	2 ・ 物品	3 ・ 個室等の施設環境	4 ・ 配置医師の対応	5 ・ 入所者・入所家族の理解	6 ・ その他
全 体	n=113	74 65%	22 19%	60 53%	44 39%	76 67%	20 18%
介護老人福祉施設	n=47	27 57%	4 9%	23 49%	<u>34</u> <u>72%</u>	31 66%	8 17%
介護老人保健施設	n=32	19 59%	8 25%	<u>27</u> <u>84%</u>	9 28%	22 69%	3 9%
認知症対応型 共同生活介護	n=29	<u>24</u>	9	8	0	19	8
特定施設入居者 生活介護	n=5	<u>4</u>	1	2	1	<u>4</u>	1

※ 下線太字は、施設種類別で最多



■ 介護老人福祉施設 ■ 介護老人保健施設

看取りを行うために必要な「研修」の具体的内容①

(介護老人福祉施設)

- ・ 介護報酬の算定要件
- ・ 職員の理解と共有認識を構築するもの
- ・ 未経験者向けの基本的な心構え（目的、意義、基本的知識等）
- ・ 患者との対話方法
- ・ 本人や家族との関わり方について
- ・ ターミナルケア
- ・ 看取りケア
- ・ 死への過程の理解（無理な経口摂取は、本人を苦しめるおそれもあること等）
- ・ 家族向けの看取りへの理解を深める研修
- ・ 認知症ケアに関するもの
- ・ 多職種のそれぞれの役割
- ・ 基本的技術（症状の観察、適切な対応等）
- ・ 看取りの模擬研修（実践的研修）
- ・ オンライン動画研修（eラーニング）
- ・ エンゼルケア
- ・ 心理的サポート（グリーフケア、メンタルケア）
- ・ もしばなカード等を使った事前想定を深める研修

(介護老人保健施設)

- ・ グリーフケア
- ・ 職員の理解と共有認識を構築するもの
- ・ 対応フローチャートの見直し（ケアのばらつきがでないよう「できないこと」の明確化）
- ・ 振り返り研修
- ・ 実践的研修
- ・ 接遇研修
- ・ 未経験者向けの基本的な心構え（目的、意義、基本的知識等）
- ・ 基本的技術（症状の観察、適切な対応等）
- ・ 事務手続きに関するもの（計画書作成等）
- ・ エンゼルケア
- ・ 新人職員研修
- ・ 看取りへの理解を深める研修
- ・ 国や県主体の体系的研修があれば迷わない
- ・ 心理的サポート（グリーフケア、メンタルケア）
- ・ 本人や家族との関わり方について

看取りを行うために必要な「研修」の具体的内容②

（認知症対応型共同生活介護）

- ・ 看取りへの理解を深める研修
- ・ エンゼルケア
- ・ エンドオブライフ・ケアに関する研修
- ・ 心理的サポート（グリーフケア、メンタルケア）
- ・ 経験者からのアドバイス（事例、経験談、心構え等）
- ・ 本人や家族との関わり方について
- ・ 基本的技術（症状の観察、適切な対応等）
- ・ 事例検討
- ・ 喀痰吸引、経管栄養
- ・ 実践的研修 死生観教育

（特定施設入居者生活介護）

- ・ 基本的技術（症状の観察、適切な対応等）
- ・ 職員理解と共有認識を構築するもの
- ・ 看取りケア

看取りを行うために必要な「物品」の具体的内容

(介護老人福祉施設)

- ・エンゼルケアセット
- ・眠りスキャン等のICT機器
- ・エアーマット（自動体位変換機能付き）

(介護老人保健施設)

- ・空気清浄機
- ・心電図モニター
- ・家族用の可搬可能な仮眠ベッド
- ・輸液、抗生剤、吸引カテーテル等
- ・アロマテラピー
- ・酸素濃縮器
- ・家族用の部屋、椅子、ベッド

(認知症対応型共同生活介護)

- ・エアーマット（自動体位変換機能付き）
- ・ストレッチャー
- ・防水シート
- ・看取りに必要な物品のサブスク（レンタル）サービス
- ・何が必要か分からない
- ・リクライニング車椅子
- ・吸引器

(特定施設入居者生活介護)

- ・エンゼルケアセット

看取りを行うために必要な「その他」の具体的内容

(介護老人福祉施設)

- ・ 看護師のオンコール体制の整備
- ・ 職員の確保
- ・ 配置医師の協力
- ・ 人件費、物品、研修費用などの関連支出
- ・ 職員の理解
- ・ 看取り指針の定期的な見直し（委員会立ち上げ等を含む）

(介護老人保健施設)

- ・ ICT活用の拡大

(認知症対応型共同生活介護)

- ・ 医療との密接な協力体制
- ・ 医療職の配置
- ・ 主治医との連携
- ・ 職員の理解（不安解消）
- ・ 看護体制の強化（訪問看護の導入）
- ・ 訪問診療の充実（土日祝日、時間外の対応）

(特定施設入居者生活介護)

- ・ 訪問診療の導入
- ・ 訪問看護の導入
- ・ 本人及び家族との連携
- ・ 多職種連携

- ✓介護老人福祉施設の31.0%、介護老人保健施設の25.5%は看取りを行っていないが、「行うべき」「可能なら行いたい」との考えを持っている。
- ✓看取りに必要なものとして、
介護老人福祉施設では「配置医師の対応」
介護老人保健施設では「個室等の施設環境」
を挙げた施設が多い。
- ✓課題や研修の自由記入欄については、
「必要人員の確保」「職員の理解・教育」「家族への対応」
に関する意見が多い。
- ✓なお、本調査については、比較的に回答率の高い施設（介護老人保健施設）でも25.6%の回答は無いため、非回答バイアスがかかっている可能性に留意する必要がある。

※非回答バイアス：アンケート内容について消極的なグループが回答しない場合、積極的なグループの回答が調査結果に強く反映されてしまう現象

参考（自由記入欄）

問7. 看取りに関して、国、県、医師会等へ要望したいことがあれば、教えてください。
問8. 看取りに関する課題や御意見等、御自由に記入してください

看取り対応に関する国、県、医師会等へ要望①

問7. 看取りに関して、国、県、医師会等へ要望したいことがあれば、教えてください。

(介護老人福祉施設①)

各回答

看取りを行うための専門的な人材が不足していることもあり、十分な支援、サービスの提供ができるのか不安はあります。
看取りに関する記録、必要な情報の記録を業務内で行う事ができるのか、又、カンファレンス等それぞれの生活スタイルに合わせた対応でWeb上でのカンファレンスを取り入れる事も、看取り加算上可能なのかを知りたい。

医師会からの看取り対応可能な嘱託医師の派遣、配置

往診をしてくれる医師が少ない為、看取りの対応が難しい状況。地域で往診ができる医師が増えたら助かります。
看取りを行っていない特養の夜間救急連絡指示や看取りの対応をできる医師の派遣があれば安心して施設での生活が送ることができ、利用者、職員が安心して過ごせると思います。
施設や在宅生活が安心して送れるように往診に出てくれる医師が増えてくれると助かります。

介護老人福祉設では、介護職員が主体となってケアにあたりますので特に、夜間帯の介護職員の負担は、心身共に大変です。待遇改善（賃金はもちろん、職員の精神的負担の軽減）を可能なことに取組んでほしい。

各家庭の事情やご家族の心情もあると思いますが、看取りは一番自然な形であること、本人にとっても苦しまないですむ方法であることを一般的に周知できたら良いと思います。

看取りケアの経済的支援を要望します。家族、施設両方の支援をお願いしたいです。

看取りにかかる費用負担が増加しています。看取り介護加算の当日と前日・前々日の点数の見直しを要望します。

看取りについての研修を介護職員に多くやって欲しい。
医師も看取りについて研修を受け家族にわかりやすく説明できるようになって欲しい。

看取りを行っている施設への評価及び加算の充実

現在は協力医療機関の協力が得られているが、協力が困難になった場合等、対応が出来なくなる。
そうなった場合には、離島がゆえに協力医師や医療機関の確保も難しい。

看取り部屋に酸素配管設備

看取り対応に関する国、県、医師会等へ要望②

(介護老人福祉施設②)

各回答	
職員の確保、医師の理解	
身寄りのない入居者の看取り時の協力体制や、身寄りのない入居者を受け入れ時、施設支援が増えるため、今後、加算等はないでしょうか。 また、看護人材が不足時に看取り体制維持への協力がありますか。	
当施設では重度化により医療ケアに負担が増えています。	
特養は嘱託医との連携が課題かと思います。引き受けていただける先生も少ないです。看取りをしたくても先生がNGであればすることができません。 特養の嘱託医に関し、引き受けやすい制度になることを望んでいます。	
役割が異なるので難しいとは思いますが、病院でもACPの推進や治療による予後の選択など、もう少し丁寧に説明をして頂けたらと考えます。	

看取り対応に関する国、県、医師会等へ要望③

(介護老人保健施設)

各回答

看取りに関する研修をもっと増やしてほしい。

施設の管理医師の方針で看取りを行わないところが多いため、看取りを行っている施設に対して、利用者が安楽に過ごせるための物品（電動ベッド等）の無料貸出など

酸素投与はコストがかかる。

看取り加算の引き上げ

DNARの方針と看取りは違うことを病院（Dr等）又救急隊員に理解していただきたい。

あくまでもDNARは心肺停止した時の事を確認しているので、心肺停止がなければ救命のために搬送するのは通常のこととこちらの方では考え対応している。

しかし、よく「DNARを確認しているのに搬送するの？」ということと言われるので、こちらとしては看取りと判断したら説明し、同意を得て看取りケアを開始しているので、それ以外なら状態悪化があり救急搬送が必要と判断したら搬送依頼します。

Drと看護師による遠隔診断を進め研修を多く実施してほしい。確認したら訪問看護はあったので同じように出来れば良い。

遠隔診断がなければDrが県外へ行った際、死亡診断を行う医師を配置するのが難しいため、その時死亡診断が出来る医師の案内等があれば助かります。

医師が常駐している老健や嘱託医のいる特養は「看取り」を導入しやすいと思いますが、訪問診療を行っている医師が少ないとお聞きしているので、有料老人ホームでの看取りは難しい現状にあると思います。

研修の開催とお知らせ

看取りを積極的に行っている施設の加算単位を上げて欲しい。

現在人員が不足しており、看取りを行うことで職員の負担が増えている。

施設における麻薬の取り扱いや管理者設置の必要性など沖縄県としての対応の詳細が知りたい。

「看取りに関しての職員研修」の内容やツールを具体的に提示して欲しい。

できれば、厚労省や県が研修内容を作成し紹介してくれたら、安心して研修できる。

O2濃縮器の配置（週末や連休時、台風時の残数がとても心配になる） 医薬品代を請求できるようにしてほしい。

看取り加算の継続

看取り対応に関する国、県、医師会等へ要望④

(認知症対応型共同生活介護)

各回答

医療的ケアが看取りに対して当施設でネックとなっているので、職員も利用者も家族も安心して看取りができるような体制ができないか、当施設も常に悩んでいます。

医療連携体制加算を事業所内看護職員配置で取っていると、看取りのため看護体制を強化しようと思っても、介護保険で訪問看護が導入できない。また、医療保険による特別訪問看護指示書による訪問看護も条件があり対応できない。

事業所内看護職配置による医療連携体制加算を取っていても、介護保険で訪問看護を利用できるようにしてほしい。

医療保険による特別訪問看護指示書の条件を緩和してほしい。

看取りは職員や家族、多職種（医療等）の連携や業務での負担も大きい為、看取り当日の加算単価を上げてほしい。

看取りを行う事で、赤字になる、物品の購入や職員の残業代等、加算が少ないので厳しい。

昨今の介護職不足の中、喀痰吸引の研修へ派遣できない、時間がかかる。吸引できる職員は、他の職員よりリスクが高い。

特指示の緩和も必要、医療の協力がないと看取りはできない。

施設での看取りの場合、長年慣れ親しんだ主治医から、訪問診療してくれる医者への変更をしないといけないという事がとても大変だと思う。ご家族へは説明行うが、迷う看取りの判断を余計大変にしていくなのではないか？

また、主治医変更に伴い、スムーズに訪問診療してくれる医者がすぐに見つからないの多い。

島しょ地域でもあり、看取りの際、医師の到着まで時間が掛かるのではないか？

台風の際通行止めになる事もある為どのように対応すればいいのか？

訪問診療のクリニックを増やしてください。

看取り対応に関する国、県、医師会等へ要望⑤

(特定施設入居者生活介護)

各回答

介護職員の評価をあげてほしい。医療との連携も行っています。
訪問診療、訪問看護、施設職員の看護職との連携で相談もでき、安心して看取り期のケアもできていると感じています。
夜間帯は介護職員のみで対応している施設も多いと思いますので、介護職員の評価があがればと思います。

施設利用者が安心して生活できるよう、嘱託医及び関係機関との連携を構築し、所得等に関係なく安心して施設にて生活し、最期は看取りができるように出来れば良いと思います。

職員の人員基準や、職員へに報酬等の引き上げが、必要ではないかと思っています。

看取りに関する課題や御意見等①

問 8. 看取りに関する課題や御意見等、御自由に記入してください。

(介護老人福祉施設①)

各回答

数年前から入所申込時点で看取りを希望される家族様が多くなっています。 また、入所されている家族様からも延命ではなく看取りを希望されている家族様も増えつつあり、今後、協力病院との連携が必要だと感じています。

今後、看取りを行いたいと思うが、医師の配置が難しくなかなか医師を確保できない状況であります。

職員不足中、医師、看護師、介護職員の確保等が課題となり難しく感じています。

看取りに関する専門的な知識や技術を持つスタッフが不足。

看取りに関する理解が不十分である。

現在看護職は充足していますが、看護人材が不足時に看取り体制維持への協力はありますか。

コロナも落ち着き始め、今は、徐々に家族の面会もできるようになったが、職員と家族の交流が少なくなり、一緒に入居者の最期を看取る、理想の体制が希薄になってきていると感じる。(入居者が施設に入居の不安は、家族と離れてしまうことも大きな要因で、看取り期はご家族と連携協力体制を作ることが、本人の安心とご家族も後悔なく過ごすためにも環境を整える必要がある)

今後、施設での看取りも増えてくると思われます。その人がその人らしく最後を向かえる場所として、人として事業所として、それぞれが機能していかなければいけないと考えます。そのためにできることを少しずつでも整備していく必要があると思います。

ご家族からの要望として「口腔内のケアをしっかり行って欲しい。」という要望が多いので、口腔内ケアに取り組んでいます。

まずは法人内で看取りに関する共通認識を持つこと。 看取りの主軸をしっかり理解した上で入居者様、KPの数だけ看取りの数があることを念頭に看取りに関わっていく必要があると思います。

老人ホームに勤務している立場からは胃瘻造設は勧めず看取りの方向でもっていった方が良く考えています。

加算の算定要件が多すぎる。

介護職員の人員不足で特に夜間対応に不安である。看取りケアを新人職員が行うこともある。

看取り時の点滴使用について本人とご家族との考えが違う。

看取りに関する課題や御意見等②

(介護老人福祉施設②)

各回答

要介護者の経口摂取には、本人の嚥下機能のみならず、介護者の技術も大切だと思われます。そんな中で、施設から病院へ入院となり、病院の職員による介助で摂取できず看取り方向（極端には絶飲食）となるケースも少なからずあるかと思われます。一つ屋根の下で家族同様に生活されてきた入所者に対して、介助に技術が必要な入所者ほど、「自分達が介助すれば食べれるのではないか？」という思いにかられるのも事実であります。

入院中の方針となると医師から丁寧な説明を十分に受けないままの退院となるケースもあり、改善を期待する家族と本人の機能低下（看取り方針）との板挟みになるケースも考えられます。当施設でも老衰の形での看取り実践を行っていますが、どこまで経口摂取を行うのか？という部分では、職種や個人間の想い（それこそ食べたい本人の想い・食べさせたい家族の想い）が強くあり、意思統一することの難しさを感じる事例も多くあります。結果論にもなるので、あえて「これで良かったんだ」と言い聞かすような所もあります。

多死社会を迎えるにあたって全てのケースに個別性はあると思いますが、気持ちが入りすぎるデメリットや数をこなすあまりに機械的になるデメリットなど課題は出てくると思います。施設経営としても、入退所のサイクルが早くなることも考えられるなか、待機者確保が難しい状況（要介護3以上の要件や日常生活継続加算の要件しぼり）もあります。

尊厳のある看取りを行うためにも、業務、経営的にもゆとりのある施設がつくれるよう国をあげて考えていく必要があると思います。

看取りに対する認識が、ご家族、施設側でズレがある事があり、配置医師へも相談しながら対応するケースもあります。ご家族が納得するまで病院受診を重ねたりと施設側の負担も大きくどうにか出来ないか？と日々、考えています。

あとは、その際の医療機関側からの説明を受けて看取りを受け入れるご家族も多いと感じています。医療機関側の協力、理解をお願いしたいと思います。

看取り対応可能な嘱託医師の配置が困難

夜間帯の看護師のオンコール体制の整備が必要（夜間帯のオンコール体制対応可能な看護師の確保が必要）

最後まで尊厳を保ち、住み慣れた地域でその人らしく人生の最後を迎えるために、子育て支援と同等の支援を求めます。

子どものころからの教育だと思います。

外国では、宗教が看取りなどの役割を果たしていますが、信仰心の薄い日本人では諸外国のような形にはならないと考えるので、日本式の方策が必要だと感じてます。

看取りに関する課題や御意見等③

(介護老人福祉施設③)

各回答

施設での看取り対応は、嘱託医からご家族へ説明を行った上で、ご家族の理解と承諾を得られてから実施している。看取り加算は取得していないが、今後、検討していく予定です。

嘱託医は居るが、嘱託医も自分のクリニック、週数回の総合病院の担当もあり看取り対応が難しい状況です。
また、課題として当地域では往診をしてくれる医師も少ない為、嘱託医を依頼する事も難しい状況。実際、十何か所かクリニックへ連絡し嘱託医の依頼をしたが断られています。
まずは看取り対応ができる医師の確保が一番の課題です。

人材不足

- ・ 職員の確保（介護、看護職員）
 - ・ 医師の確保
- 能力
- ・ 研修等では補えない職員個々の能力不足

精神的に最も辛く悲しい瞬間なので職員や家族の心のケアについては課題
親族間で話し合い意思の統一

先生、看護、介護と人材不足のなか、特に夜間帯の対応に負担が増します。
難しい課題ですが、ご利用者のためにご家族の要望に答えながら、できる限りのサービス提供を心掛けています。

夜間帯に永眠された場合の対応について、応援の職員を依頼し、看護師も駆けつけないといけない、翌日も通常勤務となる場合がある為、負担となる場合がある。

特養でも医療ニーズが高まる中、施設や自宅で看取りを進めようとも、結局、病院に行かれ最期を迎える方が多くなっている。
特定の病院や嘱託医だけでなく、地域の様々な医療機関との協力体制が必要と感じるが、一施設だけでは体制づくりも難しい

入院設備のない離島で、開所より今年で36年間施設看取りを行っています。
嘱託医師、看護師の協力のお陰で離島での看取り出来ており、ご家族やご本人の希望に沿ったケア、いろいろなケースを通して、命とは。悔いのない人生。終末のあり方。施設での看取りケア等々多くを学ばせて頂いております。
可能であれば、タイミングもありますが、自宅での終末を取って頂けるようご家族へお願いもしています。
課題としては、看護師、介護士の人材不足。

看取りに関する課題や御意見等④

(介護老人保健施設①)

各回答

家族の理解

医療的ケアの為に医療材料の費用負担

看取り同意書をご家族へ説明し、同意をいただくまでのタイミングがつかめず、いつ同意書に記入してもらおうか迷うことがあります。

問3-1（具体的に記入）に記載している通り、看取り時期の判断はある程度の判断基準はあるものの難しいです。

看取りは自然のなりゆきで特別なものではなく、本人の要望を出来る限りかなえながら自然に見守っていけばいいと考えているが、職員は特別に緊張したり構えてしまい、負担に感じている人もいるのが現状。学習を深めていく必要性を感じます。

看取りではなく「DNAR」について、問7のごとく病院側等とのやり取りで支障をきたす事があり、課題だと思っています。

これまで、入所していた方が看取りとなる際にご家族のご希望があれば提供しているが、看取り目的の新規入所希望については早急に判断することができないことがある。

コロナやインフルエンザが一年中流行する現在、家族の希望もあり通りの面会が設定できず、面会出来ないうちに亡くなってしまった方もいて悩むところです。

外国人職員の看取りに関するケアの在り方。

宗教倫理観など課題となりそうな事があれば知ってみたい。

看取りについて研修会参加の時間が取れてない、そして、看取りについての勉強会が開けてない。

昨年、1件が平日の日中にありましたが、既に呼吸停止状態でした。それを切っ掛けに、看取り基準取っている事申し送りしたら、介護からは亡くなっている方の対応はやりたくないの声もありました。

死亡診断書の作成にあたり、常勤の医師が24時間365日いるわけではないので、数日遅れる場合がある。その際、霊安室が確保されていないのと、葬祭場への移動も出来ません。個室にずっと居てもらうことになるが、他の利用者が落ち着かなくなる。

死亡診断書がないと、葬儀屋は移動が出来ないのがネックとなっており、看取りが長期化したり、連休にあたる事が予測される場合、対応できない時がある。

法整備を整えてほしい。

看取りに関する課題や御意見等⑤

(介護老人保健施設②)

各回答

今後、親族がいない方の場合の対応要領を確認（学ぶ）必要がある。

職員間でのグリーフケアにおける意見交換の場をもっとできる様にしていきたい。

当施設では、入所時に意思確認を行っておりほとんどの方が自然な看取りを希望されています。
看取りの時期に近づいたら主治医より細目に状態の説明を行い、主治医枠で面会も行っているため、ご家族とのトラブルもこれまでもありません。また、隣接する病院に当直医がいるため、時間を問わず日祭日・夜間の対応も可能になっています。
急変や看取り時に対応できるよう個室もあるため、最後はご家族との時間をとれるよう配慮しています。

(認知症対応型共同生活介護①)

各回答

看取り時の職員への精神的サポートや職員個々の経験の差（家族への声掛けなど）が事業所の課題だと思われます。

医療職のいない施設での看取りは介護職員の負担が大きい。たとえ訪問診療や訪問看護が係わっても、夜間は一人体制のため、付きっきりでの対応や状況の把握など判断は困難。又、夜間に関係者が出入りしたり、部屋での処置などで、他の入居者たちが不穏になり動揺もある。

ご家族も判断に迷う事も多いと思うが、施設としてできる事、また訪問医師・訪問看護の協力が無いと安易に看取りを受け入れられない状況がある。

施設職員も、看取り期は不安が伴うが、他者との連携が大変になってくる。

また、施設としてご家族と高齢に伴い、積極的な治療をしない。延命を希望しないと同意書をとっても、（施設・医師・看護師・ご家族）看取りの契約をとっていない場合の急変時は救急搬送はもちろん心臓マッサージをしないといけない事にジレンマを感じる時がある。

医療職のいない施設での看取りは介護職員の負担が大きい。たとえ訪問診療や訪問看護が係わっても、夜間は一人体制のため、付きっきりでの対応や状況の把握など判断は困難。

又、夜間に関係者が出入りしたり、部屋での処置などで、他の入居者たちが不穏になり動揺もある。

看取りに関する課題や御意見等⑥

(認知症対応型共同生活介護②)

各回答

介護と医療の看取りの要件等をもっと明確化してほしい。

看取りを経験したことがない職員は不安感が強い。

夜間は一人で対応しており島しょ地域でもあるため応援にすぐに駆け付ける事が難しい。

近年では、グループホームでも看取りを行っている事業所もあります。元気な時に入所された利用者様が、年齢と共に年を重ねて老いていき、いざ「看取り介護が必要」となった場合でも、グループホームコスモスでは医療的行為などができる事もあり、同施設や他の施設への依頼しているのが現状です。

ご家族様とも長いお付き合いが多く、「情がわく」事で「馴染みのこの場所で最期を迎えられたら」と、ご家族様の意見などもよく聞かれています。「看取りまで対応してあげたい」と思う事もありますが、実際問題、現場で働いている職員からの意見は賛否両論です。特に、人の死に直面しているので、「亡くなっていく現状を受け止めきれない」事の方が強いと思います。

研修や訓練を行ったとしても、果たして実際に職員で看取りの対応ができるのでしょうか？特に、人材の確保や職員の定着が落ちついていない現状で、「看取り対応をします」と施設側が対応することにしたとしても、職員のマンパワー不足、管理者へ負担が大きいのしかかり共倒れや、他の利用者様にもご迷惑をおかけするのではないかと思います。

「看取り介護」を取り入れるには、研修や訓練を行い、実際に現場でエンジェルケアなど訓練を行い「人の死に触れ合う」事を体験した職員がいないと、簡単に加算取得のために「看取り介護を取り入れる」という考えには、踏み込めないと思っています。

今まで1件の看取りに対応し昨年に1件看取り対応中に病院受診し、そのまま亡くなられた方がいます。事業所では、看取りを行う事に対しては前向きに考えており、家族と本人の意向を尊重しています。ですが、看取りを行うにあたり課題として職員の精神的な不安を取り除く事が難しい事があげられます。

今後も主治医の指示の元、本人、ご家族が望む看取りを行っていきたい。

職員の研修や職員に対してのメンタルケアなど、課題は毎回山積しています

今まで1件の看取りに対応し、昨年に1件看取り対応中に病院受診し、そのまま亡くなられた方がいます。

事業所では、看取りを行う事に対しては前向きに考えており、家族と本人の意向を尊重しています。ですが、看取りを行うにあたり課題として職員の精神的な不安を取り除く事が難しい事があげられます。

看取りに関する課題や御意見等⑦

(認知症対応型共同生活介護③)

各回答

ご家族も判断に迷う事も多いと思うが、施設としてできる事、また訪問医師・訪問看護の協力がないと安易に看取りを受け入れられない状況がある。施設職員も、看取り期は不安が伴うが、他者との連携が大変になってくる。

また、施設としてご家族と高齢に伴い、積極的な治療をしない、延命を希望しないと同意書をとっても、（施設・医師・看護師・ご家族）看取りの契約をとっていない場合の急変時は、救急搬送はもちろん心臓マッサージをしないといけない事にジレンマを感じる時がある。

1番重要なのは、訪問診療のクリニックを増やすことだと思います。特に土日祝日時間外の往診に対応してくれる先生でないと施設での看取りは難しいかと思います。

重症化の際に施設での療養を希望されても、指示を書いてくれない医師もいるので、利用者さんのニーズをきちんと把握して対応してくれる医師がいてくれれば可能かと思います。

グループホームの場合、特別看護指示書の期間は月2週間しかありませんが、もっと増やしてほしいです。

(特定施設入居者生活介護)

各回答

職員への研修が必要だと思います。