

「さいごまで自分らしく生きる」

を支える

京都ビジョン



京都アクション



京都地域包括ケア推進機構
看取り対策プロジェクト

「さいごまで自分らしく生きる」を支える

京都ビジョン  京都アクション

平成27年3月

はじめに

- 京都府では、高齢者が住み慣れた地域で安心して最期まで暮らせる社会を構築するため、京都地域包括ケア推進機構を設立し、「認知症総合対策の推進」「地域におけるリハビリ支援」「看取り対策」を3大プロジェクトとして位置づけ、「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」が一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築するため、オール京都体制で取り組みを進めています。
- 超高齢社会を迎え、今後いわゆる団塊の世代の人々が75歳以上となる2025年には、京都府においても高齢化率は3割を超えると推計され、介護を必要とする人がさらに増加するとともに、亡くなられる人も今より約5千人増加すると見込まれます。
- 多くの方が亡くなられる社会の進展を見据え、最期まで自分らしい暮らしをおくることができる社会を実現するため、指標となる将来のビジョンを定め、その実現のためのアクションを起こしていく必要があります。
- 人生の最終章の過ごし方で、多くの方が望まれていることは、「身体の痛み、心の痛みや不安を和らげて欲しい」、「家族や大切な人と十分に時間を過ごしたい」、「自分の生きがいや楽しみ、趣味等をして過ごしたい」、「信頼できる医療・介護等の職員の支援を受けたい」等で、それらの願いが実現する社会の構築を進める必要があります。
- そのために、京都の持つ資源と府民及び関係者の力を結集し、可能な限り、本人の意思決定を基本としたうえで、家族と十分に話し合いをしながら（※1、2）、看取り期（※3）の経過で変わっていく状態や状況に応じて、療養（※4）できる多様な場所や医療・介護等が柔軟に選択できる環境と体制を構築することが重要です。
- 住み慣れた地域で『さいごまで自分らしく生きる』という一人ひとりの思いを支えるため、本ビジョンの将来の目指すべき5つ社会の実現に向け、オール京都でアクションを展開していくものです。

目 次

第 1 部 「さいごまで自分らしく生きる」を支える京都ビジョン

I	京都府の高齢者をめぐる主な現状と課題	… 1
II	ビジョンの目標	… 5
III	ビジョンの全体像	… 5
IV	指標とする看取り社会の 5 つの姿	… 6
V	療養場所の選択に関するビジョンの方向	… 7
VI	ビジョン実現に向けた推進体制	… 11

第 2 部 「さいごまで自分らしく生きる」を支える京都アクション

I	ビジョンの実現にむけた対策	… 14
1	状態や状況に応じて、療養場所や医療・介護等が柔軟に選択できる体制づくり (1) 在宅における看取りを支える医療・介護サービス体制等の充実… 14 (2) 施設（多様な住まい）における看取りケアの支援 … 16 (3) 病院による看取りの支援の充実 … 18 (4) 最期まで自分らしい生活を送ることができる緩和ケアの充実 … 20 (5) 看取りをサポートする専門的人材の養成及び多職種による協働 の推進 … 22	
2	地域で支え合う孤立させない環境づくり	… 26
3	「命」について考え、死に向き合える看取りの文化の醸成 …	… 28
II	推進にあたっての共通認識等	… 31
III	対策別の実態調査結果	… 32

<参考資料>

1	終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン	… 44
2	全人的苦痛サポーターズ・ケア	… 45
3	用語説明	… 46
4	看取りの過程（事例）	… 49

第 1 部

さいごまで自分らしく生きる」
を支える

京都ビジョン

I 京都府の高齢者をめぐる主な現状と課題

1 看取りに係る背景

(1) 京都府における死亡者数の将来予測

- 京都府の高齢化率は、平成24年時点で24.7%と全国平均を0.6%上回っており、団塊の世代が75歳以上となる平成37年(2025年)には、年間死亡者数は現在より約5千人増加し3万人を超えると推計され、多くの人が亡くなる社会が到来する。

(2) 終末期をめぐる社会の変化

- 最期を迎える場所については、高度経済成長期に生じた核家族化など家族形態の変化や医療の発展に伴う病院志向などの影響等により、京都府においても平成24年で医療機関が79%、在宅が14%となっており、高度経済成長期以前と逆転している。
- 看取り期の経過において、本人の状態や家族の状況に応じ、可能な限り、本人の意思決定を基本とし、家族と十分に話し合いながら、療養場所、医療・介護等が柔軟に選択できるよう、選択肢の拡充、円滑な移行ができる体制・環境を構築することが重要であり、そのために、
 - ① 在宅における看取りを支える医療・介護サービス体制等の充実
 - ② 施設(多様な住まい)における看取りケアの支援
 - ③ 病院による看取りの支援の充実を推進するとともに、医療機関・在宅・施設のそれぞれの看取りケアの向上のための人材養成と連携及び多職種間の協働体制の構築を図ることが必要である。

2 府民意識調査(※5) から見えてきた現状と課題

(1) 「人生の最終章の過ごし方・望み」から描く看取り社会の姿

- 「ご自身が死を意識したときから最期の時を迎えるまでに最も望まれるものはどんなことですか？」と調査(回答561人)したところ、
 - 1位 「体の痛みを緩和して欲しい」
 - 2位 「御家族や大切な人と十分に時間を過ごしたい」
 - 3位 「自分の生きがいや楽しみ趣味等で過ごしたい」の3つが突出して多く、4番目には「信頼できる医療・介護職員の支援を受けたい」が多かった。
- 1位「体の痛みを緩和して欲しい」と5位「心の痛みや不安を和らげて欲しい」を加えると「痛みの緩和」は、多くの人が望まれている。
- 「特に延命措置等の希望を家族に伝えておきたい」、「自分の希望するケアや医療を受けたい」「療養の場所は希望どおりにしたい」を合わせると「望む療養場所やケア・医療」は、多くの人が希望されている。

- 「御家族や大切な人と十分に時間を過ごしたい」は2位となり、また、内閣府の「高齢者の療養場所に関する意識調査」においても、最期を迎えたい場所に「自宅」を選択される人が一番多かったが(55%)、今回の府の意識調査において「自宅で最期まで家族(親族)の介護を受けたい」という選択し「家族の介護」を条件とした場合は、少ない結果となったことは、家族の介護力や負担等が考慮がされたものと考えられる。

(2) 終末期に対する府民意識

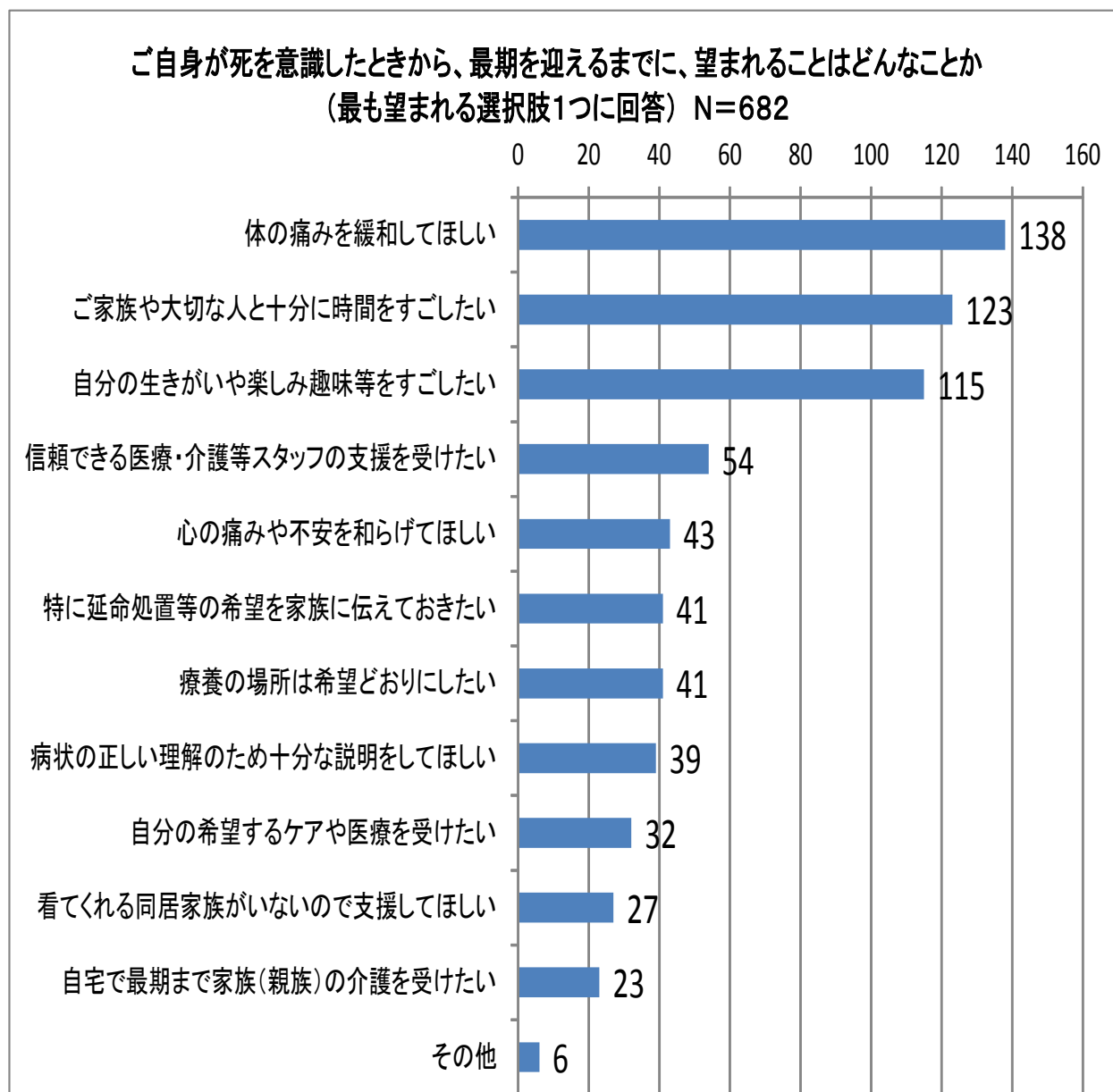
- 府民意識調査では、「終末期医療について家族と全く話し合ったことがない人」は47%であった。また「事前指示書(※6)をあらかじめ作成しておくことに賛成」は74%であったが、そのうち実際に事前指示書を作成している人は、12%(全国調査(※7)では3.2%)であった。

自分で判断できなくなった場合に備え、日頃から、終末期医療・介護等の希望について、本人と家族が共有することの大切さ等を啓発することが重要である。

- 「さいごまで自分らしく生きる」を支えるために、可能な限り、本人の意思による選択を基本としたうえで、家族との話し合いを重んじた支援を行うことが必要である。

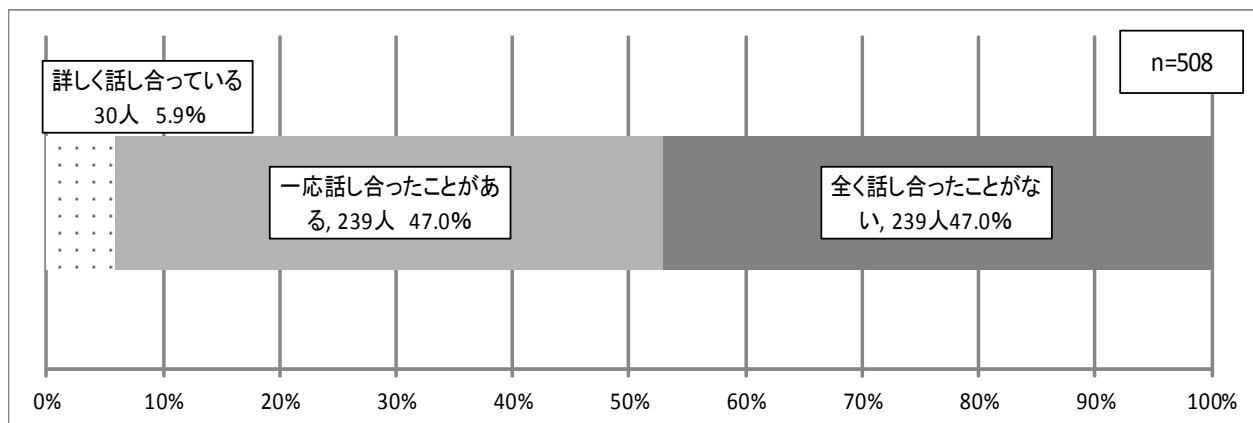
そのためには、本人と家族が、予め健康な時から看取りについて話し合うことや事前に終末期医療についての意思表示することの重要性を理解すること、また、多くの職種や支援機関が状態等の変化に応じて最期まで切れ目なく連携し支えていくことが必要である。

< 府 民 意 識 調 査 >

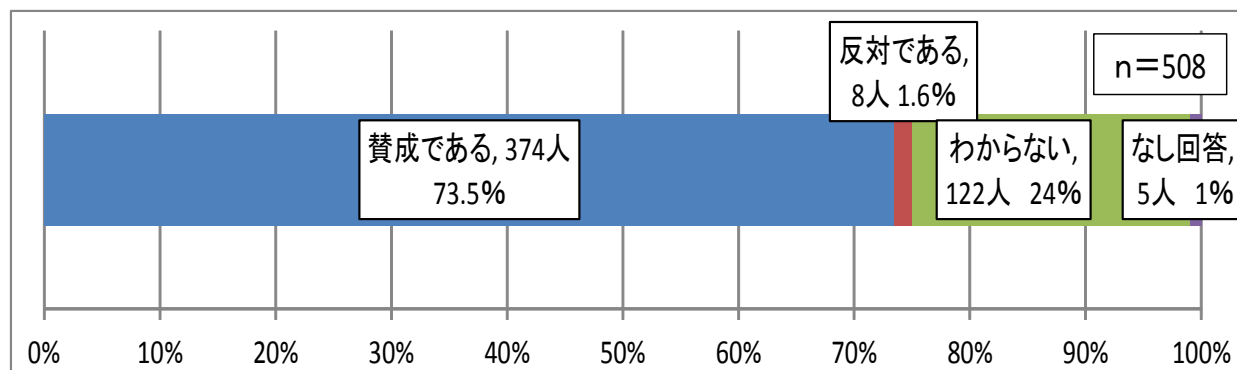


【府民意識調査 平成26年度 於：SKYふれあいフェスティバル、KBSラジオ公開シンポジウム】

「あなたは、ご自身の死が近い場合に受けたい医療や受けたくない医療について、ご家族とどれくらい話し合ったことがありますか」



「あなたは、自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいか、あるいは受けたくないかなどを記載した書面をあらかじめ作成しておくことについてはどう思いますか」



【府民意識調査 平成25年度 於：SKYふれあいフェスティバル、ヒューマンフェスタ】

Ⅱ ビジョンの目標

住み慣れた地域で、最期まで自分らしい暮らしをおくことができる社会を実現するため、
京都の持つ資源と府民及び関係者の力を結集し、
本人や家族が、変化していく状態・状況に応じ、
療養する場所及び医療・介護等が柔軟に選択できる環境と体制を構築する。

Ⅲ ビジョンの全体像

■ 人生の最終章 願い

- ① 家族や大切な人と十分に時間を過ごしたい
- ② 身体や心の痛みを和らげてほしい
- ③ 自分の生きがいや楽しみ趣味等をして過ごしたい
- ④ 信頼できる医療・介護職員の支援を受けたい
- ⑤ 介護をしてくれる同居家族がいないので支えて欲しい
- ⑥ 希望する場所で希望する医療・ケアを受けたい。病状の正しい理解のため、十分に説明をして欲しい。延命処置等の希望を伝えたい

■ 主な対策

- 1 状態や状況に応じて、療養場所や医療・介護等が柔軟に選択できる体制づくり
 - (1) 在宅の看取り支援
 - (2) 多様な施設(住まい)の看取り支援
 - (3) 病院による看取り支援
 - (4) 緩和ケア(※8)の充実
 - (5) 専門的人材養成、多職種協働の推進
- 2 地域で支えあう孤立させない環境づくり
- 3 「命」について考え、死に向き合える看取りの文化の醸成

■ 目指す看取り社会

- (1) 状態・状況に応じて、療養場所や医療・介護等が柔軟に選択できる社会
- (2) 身体や心のつらさが和らぎ、最期まで自分らしい生活ができる社会
- (3) 医療・介護・福祉の関係者、地域団体や企業等とが連携・協働で支える社会
- (4) 地域で支え合い孤立死(※9)等を防止できる絆社会
- (5) 一人ひとりが「命」について考え、死に向き合える看取りの文化が醸成される社会

(1) 状態・状況に応じて、療養場所や医療・介護等が柔軟に選択できる社会

看取り期においても可能な限りその人らしい生き方を支援するために、療養場所（在宅、病院、施設（多様な住まい））や医療・介護等が柔軟に選択できるよう、それぞれの場所の看取り支援と円滑な移行支援の体制を図ります。

(2) 身体や心のつらさが和らぎ、最期まで自分らしい生活ができる社会

老いや病を抱える本人や家族一人ひとりの身体や心などの様々なつらさを和らげ、病院、施設、在宅における緩和ケアの充実及び緩和ケアネットワークの構築を図ります。

(3) 医療・介護・福祉の関係者、地域団体や企業等が連携・協働で支える社会

看取りの過程で生じる多様なニーズに対応できるよう、医療・介護・福祉等の関係者が顔の見える関係を構築し、病院・在宅・施設の連携を強化するとともに、不安の解消とケアの連続性を図り、地域で協働できる多職種チームを充実します。また、遺された家族のケアをチームで行える体制を構築します。
さらに、医療・介護・福祉のみならず、企業や地域団体とともに、地域における連携・協働の促進を支援します。

(4) 地域で支え合い孤立死等を防止できる絆社会

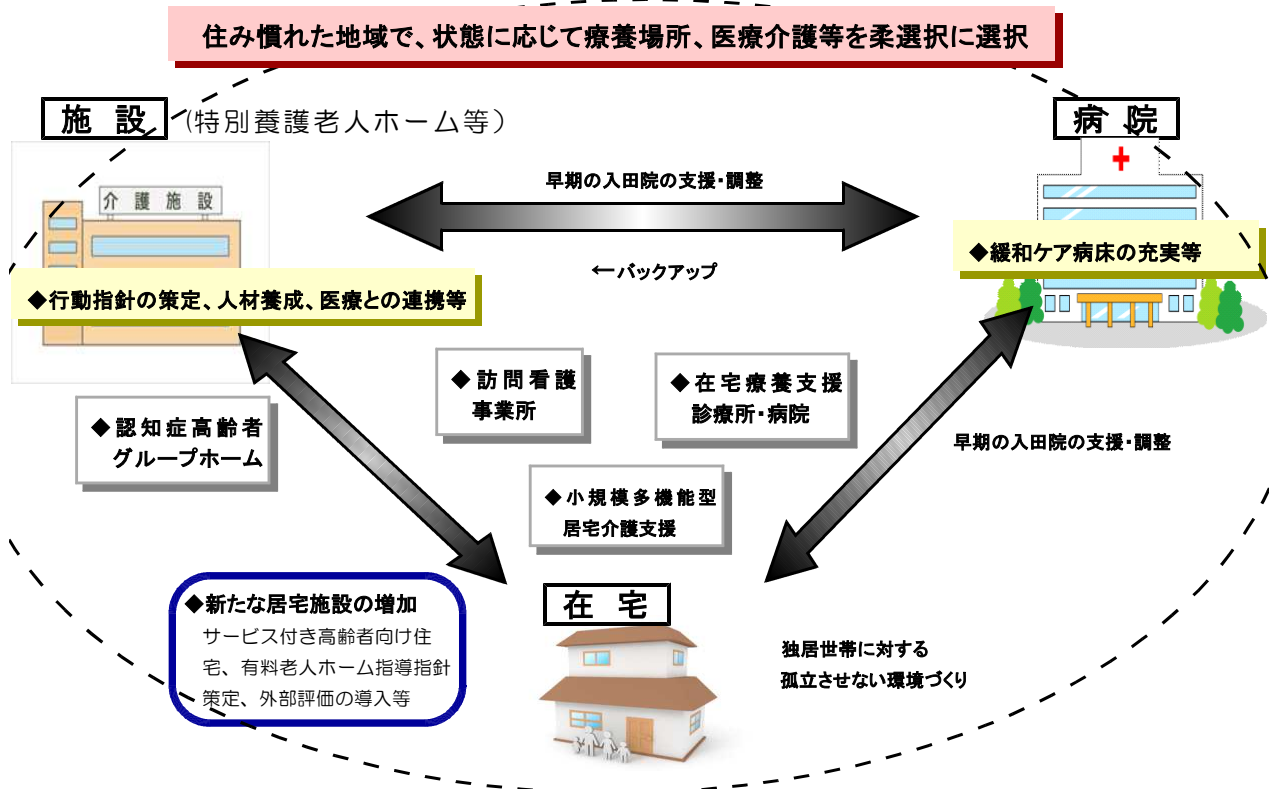
高齢者の独り暮らし、障害者や夫婦のみの高齢者の世帯等介護力の弱い世帯や認知症の人、社会的孤立に陥りやすい高齢者（※10）等が増加するなか、慣れ親しんだ人々と住み慣れた地域で最期まで自分らしく生活するために、ボランティア等インフォーマルサポート（※11）の充実と連携を進め、地域の見守りなど、孤立しないための絆づくりを進めます。

(5) 一人ひとりが「命」について考え、死に向き合える看取りの文化が醸成される社会

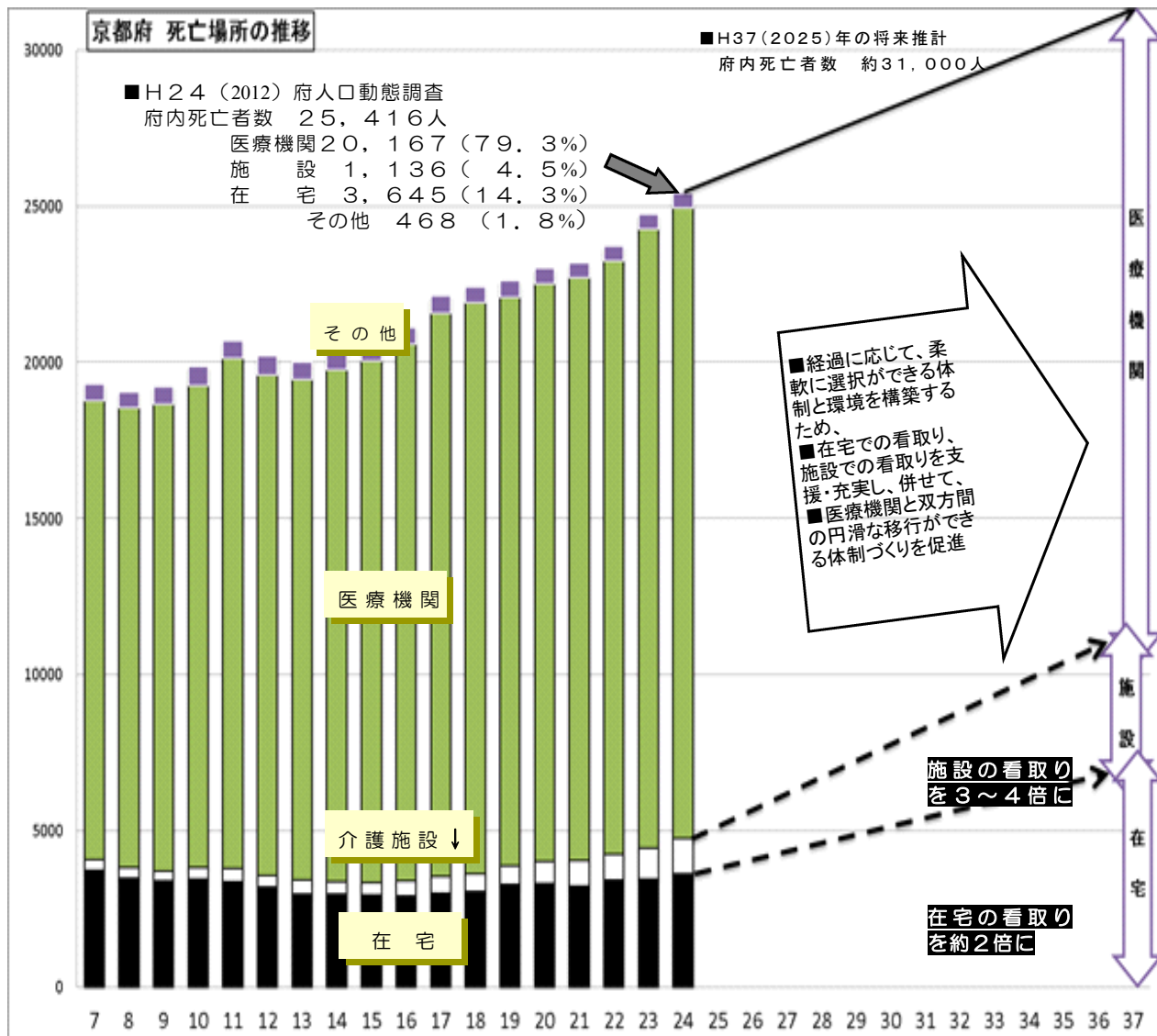
あらかじめ健康なうちから看取り期の医療や介護などについて考え、事前意思表示の重要性を理解し、家族で意思を共有しておくこと等、看取りに向けた文化が醸成される社会づくりを進めます。

V 「療養場所」の選択に関するビジョンの方向

- 平成37年(2025年)には、京都府において介護を必要とする人がさらに増加するとともに、亡くなる人も今より約5千人増加すると見込まれるなか、最期を迎える場所については、京都府においても平成24年で医療機関79%、在宅14%、介護施設4.5%となっており、高度経済成長期以前と逆転している。
- 「最期を迎える場所」は、最期の時その瞬間をどこで迎えらるかとして捉えるのではなく、本人や家族等が死を意識した時から看取り期と幅広く定義し、その人生の最終章の過程において、老いや各々の疾患によって変わっていくそれぞれの状態（がんで痛みがない場合、痛みが強くなった場合、非がんで日常生活動作が困難となった場合等老いや病気の状態）や家族の状況（家族の介護力の状況の変化、気持ちの変化等の状況）に応じその都度、柔軟に「療養場所」の選択、「医療・介護等」の選択ができることが大変重要であると位置づけている。
- そのために、早い段階から、可能な限り、本人による意思決定を基本としたうえで、家族と十分に話し合いながら、その人らしい生き方を最期まで支援していくことが必要であり、
 - （１）在宅における看取りを支える医療・介護サービス体制等の充実
 - （２）多様な施設（住まい）における看取りケアの支援
 - （３）病院による看取りの支援の充実
- を促進し、現在より、在宅の看取りを2倍程度、施設での看取りを3～4倍程度の選択肢の拡大と支援体制の充実等を図る。
- さらに、医療機関・在宅・施設の看取りケアの向上のための専門的人材の養成及び多職種間の協働体制の構築を図り、それぞれの間の円滑な移行の支援を進める。



■ 京都府の死亡場所の推移及び 2025 年に向けた取組



資料…平成 24 年度までは、京都府人口動態調査による実績

平成 25 年度以降は、国立社会保障・人口問題研究所の人口統計から推計

※医療機関…一般病床（緩和ケア病床含む）、療養病床、介護老人保健施設の病床

介護施設…特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム（ケアハウス）

有料老人ホーム

在宅…自宅、多様な住まい（グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅（※12））

< 参考 >

【京都府 死亡数の推移、死亡場所の割合】

（万人）

	平成 14 年 (2002 年)	平成 24 年 (2012 年)	平成 32 年 (2020 年) 推計	平成 37 年 (2025 年) 推計
京都府内年間死亡数	2.0	2.5	2.9	3.1

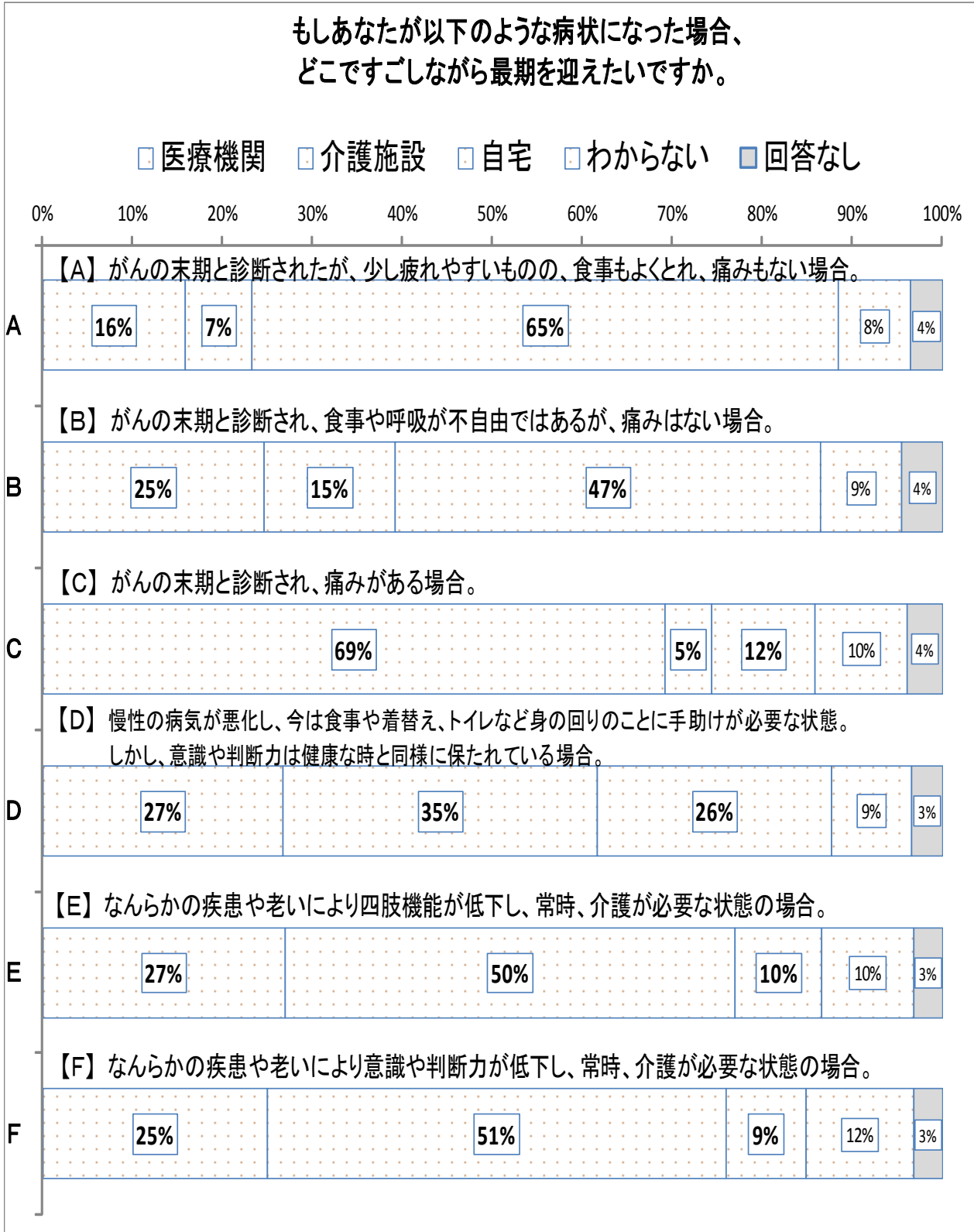
注: 将来推計値は全国の死亡者数 (国立社会保障・人口問題研究所推計) に人口比を乗して試算

	病 院	診療所	介護老人 保健施設	老人ホーム	自 宅	その他
京都府内死亡場所別の割合	77.8%	0.5%	1.0%	4.5 %	14.3%	1.8%

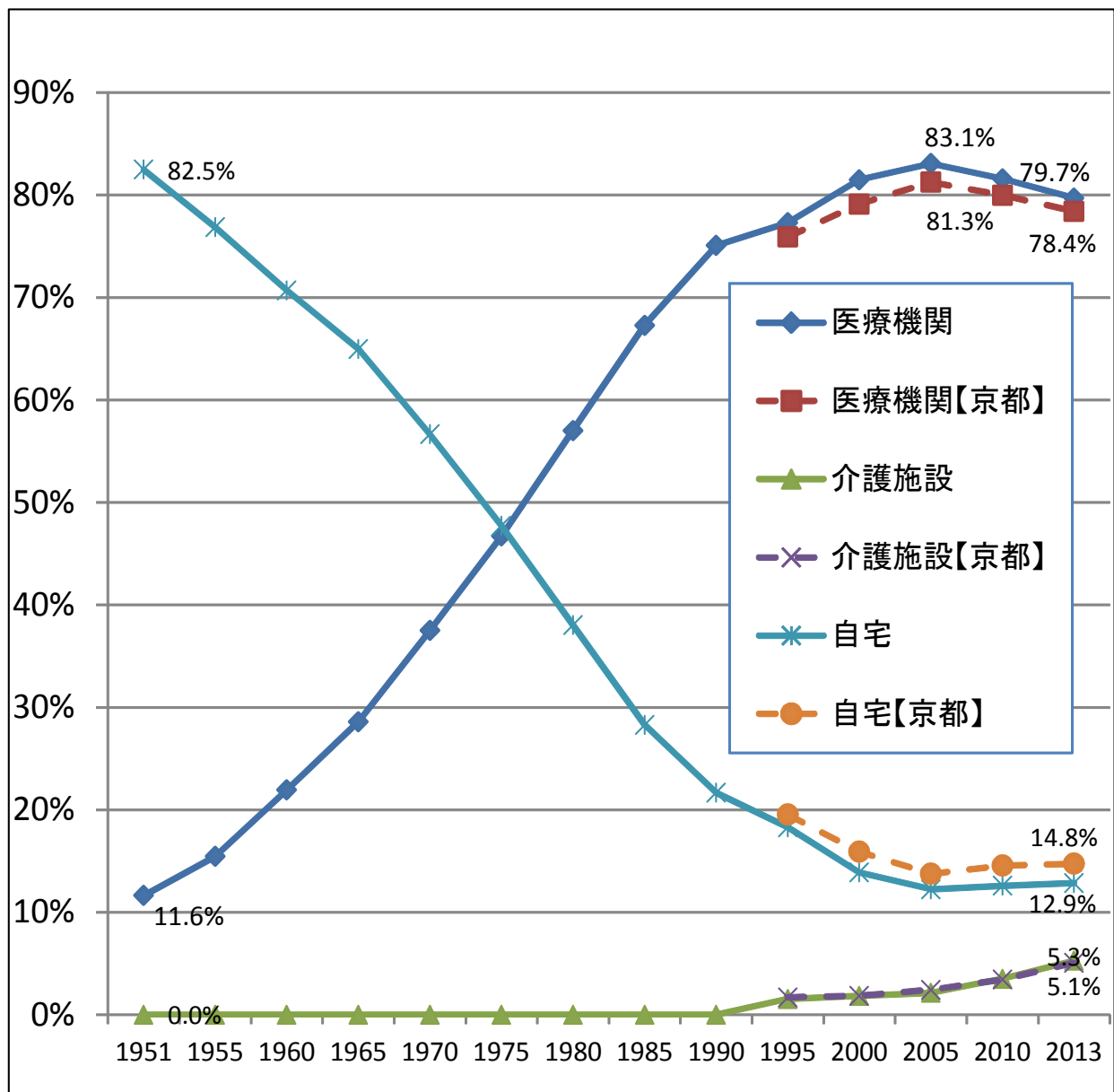
注: 厚生労働省人口動態統計による（※13）（平成 24 年度）

■看取り期の療養場所の希望（府民意識）

【府民意識調査 平成26年9月 於：SKYふれあいフェスティバル n = 561】



<参考：死亡場所の推移（全国及び京都府）>



Ⅵ ビジョン実現に向けた推進体制

■「人生の最終章を支える京都ネットワーク」(仮称)の構築

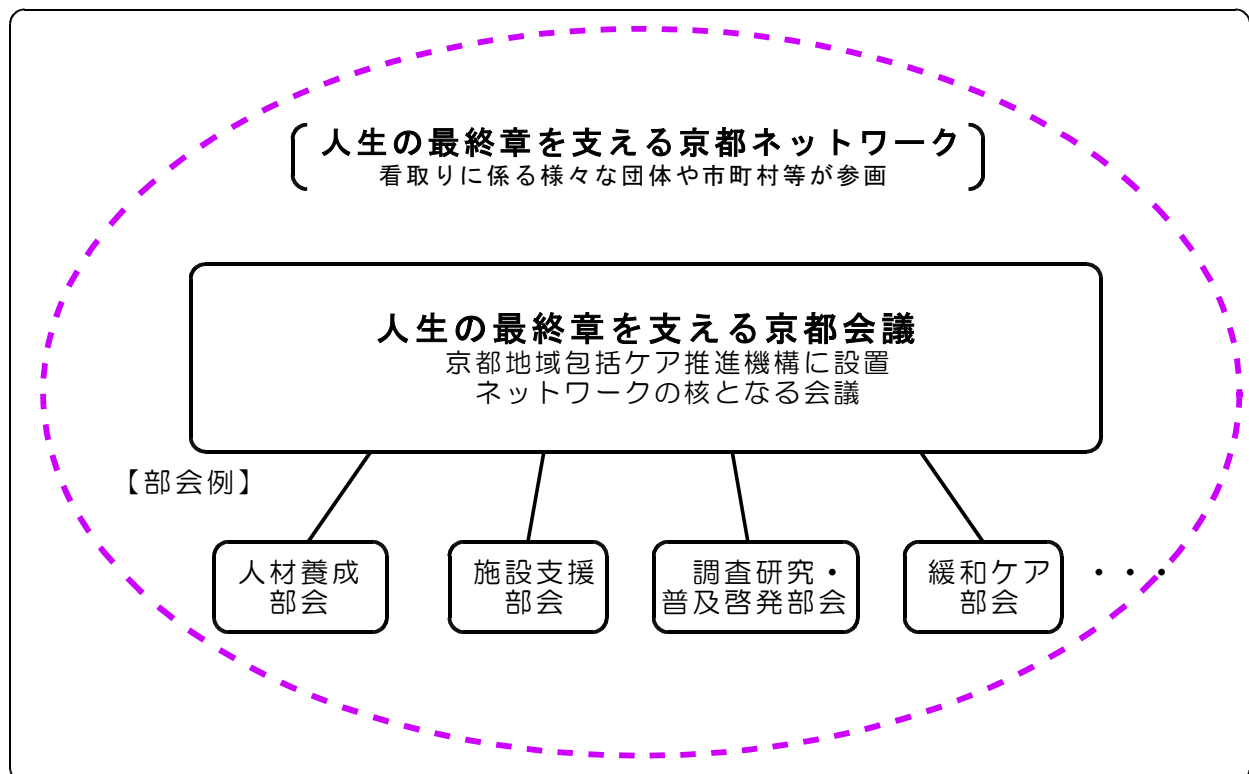
(1) 趣 旨

京都ビジョン・京都アクションの推進にあたっては、看取りの支援に関わるさまざまな機関・団体等によるオール京都によるネットワークを構築し、それぞれの役割を担いながら、京都の強みを活かした対策を進めるため、対策の研究、企画立案、実施、検証を進める

(2) ネットワークの構築による推進

- ① ネットワークを通じたさまざまな看取りの関連情報の幅広い発信・共有
- ② ネットワークの構築のもと、京都アクションの進捗管理等の総括を担う全体会の設置と対策の具体的な企画、実施、検証を行っていくための実働組織として課題別の部会等を設置し推進を図る
- ③ 「『その人らしい看取り』を支援するための調査(※14)」(平成25年度実施)による府域の現状・課題を踏まえ、推進を図ることを基本とし、必要に応じて定期的の実態調査等を実施するなど、現状・課題を把握するとともに、施策の検証を行い、対策・計画の見直しを行う

《京都ビジョン達成のための推進会議》



「さいごまで自分らしく生きる」
を支える

<目標>

住み慣れた地域で、最期まで自分らしい暮らしをおくることができる社会を実現するため、京都の持つ資源と府民及び関係者の力を結集し、本人や家族が、変化していく状態・状況に応じて、療養する場所や医療・介護等が柔軟に選択できる環境と体制を構築する。

現 状 ・ 課 題

人生の最終章の過ごし方 願い
＜府民意識調査より＞

スタッフ側の実態、課題
＜支援者実態調査＞

課題解決のために （主な対策）

2025年
みんなで創る
看取り社会の姿

家族や大切な人と十分に時間を過ごしたい

療養の場所は希望どおりにしたい

◆訪問診療・訪問看護の充実及び医療・看護と介護サービスとの連携が不可欠
◆家族介護者の負担の軽減が大切
◆関連する多くの専門職の他、地域で役割を担う人々との連携が重要

自分の生きがいや楽しみ趣味等をして過ごしたい

自分の希望するケアや医療を受けたい

◆積極的に看取りを実施する施設は、まだ多くなく、医療・介護等職種間の連携、職員研修、家族が看取りに寄り添える環境整備の支援が必要

体の痛みを緩和してほしい

心の痛みや不安を和らげてほしい

◆状態に応じて変化する本人の意思に寄り添った看取りを支援するため、早い段階からチームによる入退院支援・入退院調整の協働が重要

信頼できる医療・介護スタッフの支援を受けたい

◆療養場所がどこであっても、身体や心のつらさに対する緩和ケアの提供が不可欠
◆多職種が連携した緩和ケアの提供が重要

介護してくれる同居家族がいないので支援して欲しい

◆心や身体の痛みへのケア、意思決定支援等看取りに欠かせない専門的ケアができる人材の養成が急務
◆多職種連携の核となる人材及び多職種のチームにより看取り支援の方針を決定していく仕組みづくりが必要

病状の正しい理解のため十分な説明をして欲しい

延命処置等の希望を家族に伝えておきたい

◆高齢者の単独世帯等の増加に伴う介護力低下に対する支援体制の強化や地域の絆の再構築が必要

◆予め健康な時から、終末期の医療や介護、療養場所等の希望について考え、伝え、表示しておく等「命」に向き合う意識づくりが重要

1 状態や状況に応じて、療養場所や医療・介護等が柔軟に選択ができる体制づくり

(1) **在宅** の看取り支援

- ①在宅療養支援診療所等と訪問看護の連携強化及び24時間対応の定期巡回・随時対応型訪問介護看護等による在宅療養支援の促進
- ②短期入所生活介護、短期入所療養介護など在宅で介護をする家族の負担や疲労の軽減を図るケアの充実
- ③地域ケア会議を中心とした多職種及び地域関係者による地域で支えるしくみづくり
- ④死亡診断・検案についての医療・看護・介護関係者と警察・消防等の連携に関する取組 など

(2) **施設**（多様な住まい）の看取り支援

- ①施設の看取り体制の充実に向けた行動指針策定・共有による看取り支援
- ②家族が看取り期に寄り添える環境整備
- ③サービス付き高齢者向け住宅等のサービス向上の取組として、ガイドラインの作成や外部の必要な医療・介護サービスの導入 など

(3) **病院** による看取り支援

- ①病院の退院支援部門と在宅のチーム及び施設との連携強化による退院支援・調整
- ②入退院の連携重視の在宅療養あんしん病院登録システムの推進 など

(4) 緩和ケアの充実（在宅・施設・医療機関）

- ①緩和ケア病棟の整備促進
- ②緩和ケアを推進するセンター等による地域の在宅緩和ケアの人材養成と在宅緩和ケアネットワークの充実
- ③薬局間での連携、多職種との情報交換による在宅(施設)の麻薬等薬剤供給管理体制の充実
- ④医療との連携による施設の特色を活かした緩和ケアの充実 など

(5) 専門的人材の養成、多職種協働（在宅・施設・医療機関）

- ①在宅・施設・病院における各専門職種の看取りケアの質向上の取組
- ②病状等により様々に変化する本人や家族の意向に応じて、その時々で医療・介護の選択や療養の場所など、本人にとって最良の生き方を選択できるよう支援できる人材養成と多職種の協働体制の構築 など

2 地域で支え合う孤立させない環境づくり

- ①高齢者の単独世帯や社会的に孤立しやすい高齢者等への地域の見守り体制の充実など孤立死の未然防止
- ②地域包括支援センターを中心とした個別支援の強化や積極的な訪問支援(アウトリーチ)による潜在的なニーズの掘り起こし・支援
- ③ICT(※32)を活用した見守り、高齢化する団地におけるコミュニティの創造

3 「命」について考え、死に向き合える看取りの文化の醸成

- ①看取り期の療養場所や医療等について、正しい理解に基づいた判断がされるよう必要な情報提供
- ②生前の意思表示(リビングウィル)やエンディングノート等を活用した事前の意思表示の正しい理解や日頃から家族と話し合い絆を深めることの大切さの啓発
- ③「命」の大切さ、人を思いやり尊重する心を育む教育・啓発の推進などを関係機関・団体との連携強化 など

1

状態・状況に応じて、療養場所や医療・介護等の選択が柔軟にできる社会

2

身体や心のつらさが和らぎ、最期まで自分らしい生活ができる社会

3

医療・介護・福祉の関係者、地域団体や企業等が連携・協働で支える社会

4

地域で支え合い孤立死等を防止できる絆社会

5

一人ひとりが「命」について考え、死に向き合える看取りの文化が醸成される社会

第 2 部

「さいごまで自分らしく生きる」
を支える

京都アクション

I ビジョンの実現に向けた対策

1 状態や状況に応じて、療養場所や医療・介護等が柔軟に選択できる体制づくり

(1) 在宅における看取りを支える医療・介護サービス体制等の充実

在宅で最期まで暮らし続けたいというニーズに応えられるよう、医療・介護サービスの基盤整備や在宅での看取りを支える医療・看護、介護の連携体制の充実など在宅での看取り支援を促進します。

◆ 対策の基本方向

- ① 在宅療養支援診療所・病院等医療機関等と訪問看護事業所の連携強化及び看取り支援を行う訪問看護事業所の整備促進
- ② 小規模多機能型居宅介護など在宅看取りを支援する地域密着型サービス事業所と病院・診療所との連携強化及び24時間対応の定期巡回・随時対応型訪問介護看護(※15)、複合型サービス(※16)の促進など地域密着型サービスにおける在宅療養の支援促進
- ③ 短期入所生活介護、短期入所療養介護など在宅で介護をする家族の負担や疲労の軽減を図るケアの充実
- ④ 可能な限り、本人による意思決定を基本としたうえで、家族と十分に話し合いながら支援を進めるため、本人・家族の参加によるカンファレンス(※17)等を促進
「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(厚生労働省(平成19年5月)参考資料1)に基づき、本人の意思が確認できる場合は本人の意思決定を基本とし、家族が本人の意思を推定できる場合はその推定意思を尊重し、推定できない場合は十分に家族と話し合いながら、本人にとって最良の支援ができるように進める。以下同じ趣旨)
- ⑤ ピア・サポート(※18)等の推進による在宅の看取りにおける家族の不安軽減
- ⑥ 地域ケア会議(※19)における多職種による個別事例の支援方策の形成や在宅療養コーディネーター(※20)を中心とした多職種による在宅療養支援体制の構築等を地域包括ケア推進ネット(※21)等により支援
- ⑦ 薬局間での連携、多職種との情報交換による麻薬等薬剤の供給管理体制の充実
- ⑧ 死亡診断・検案(※22)時の医療・看護・介護関係者と警察・消防等の連携等の取組

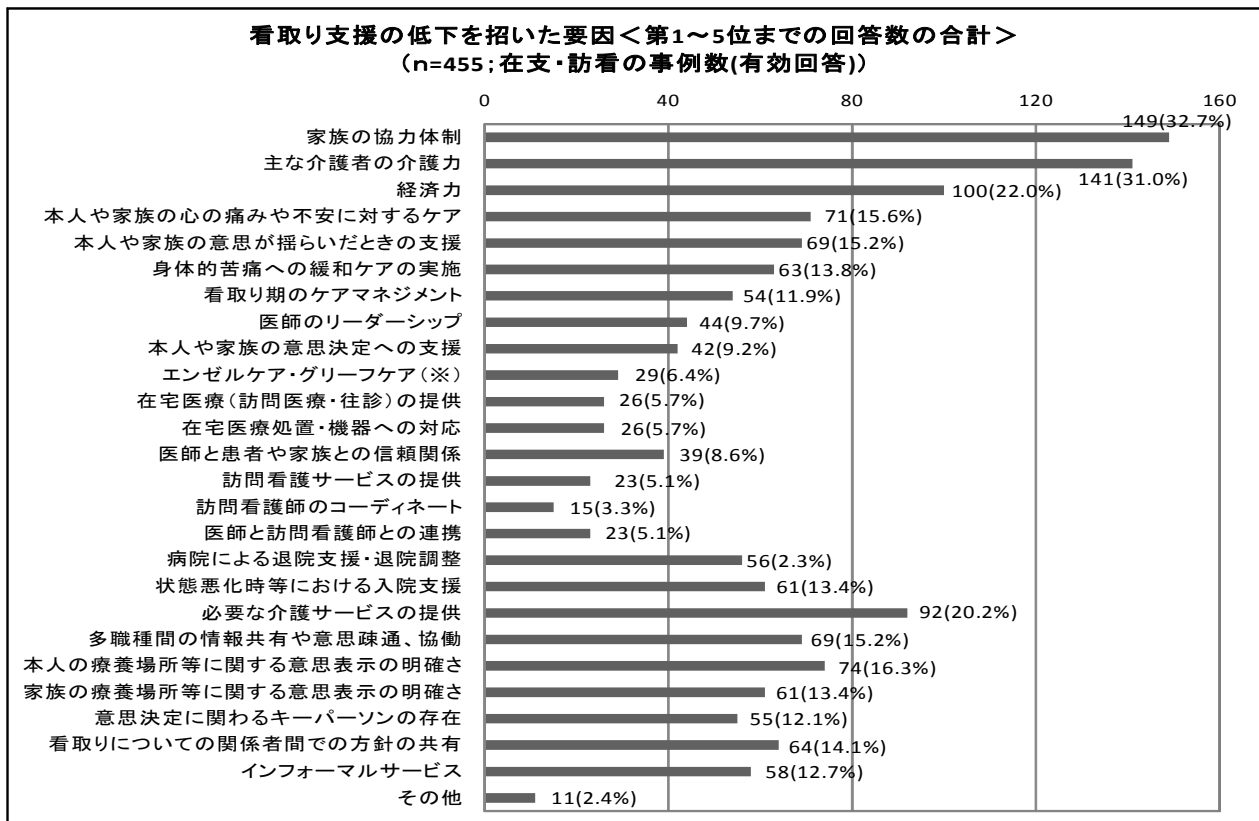
※本対策の「在宅」は、「自宅」を対象とする

◆ 主な課題

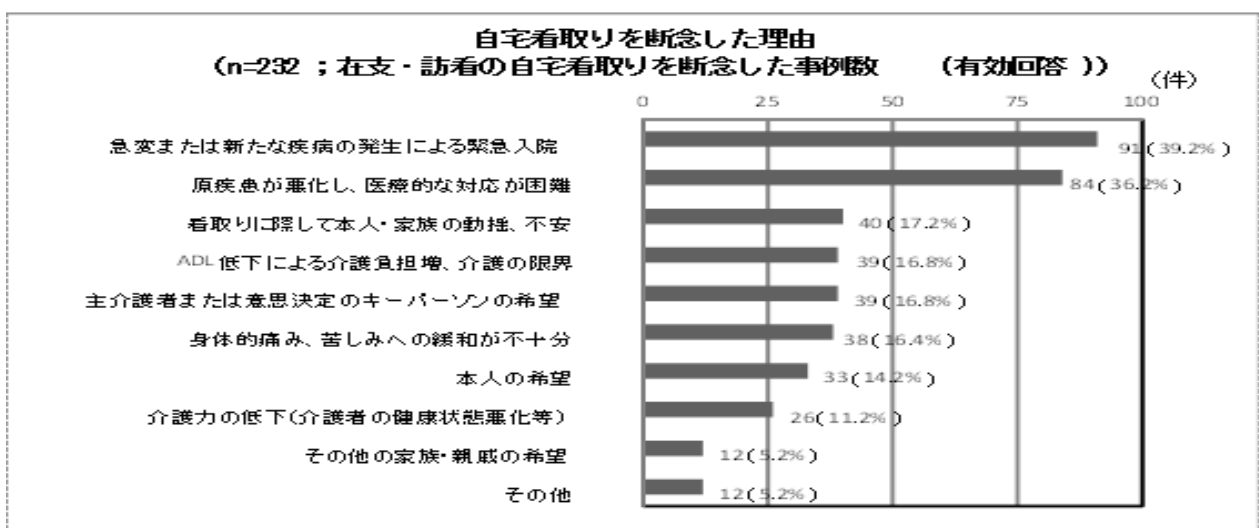
- 1 本人の状態や家族の状況の変化に応じ、望む医療・介護等を柔軟に選択できる体制整備
- 2 訪問診療、訪問看護の連携・充実と必要な介護サービスとの連携・調整
- 3 小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービスの充実と医療・看護との連携・調整
- 4 家族介護者の負担軽減のため、定期巡回随時対応型訪問介護看護やレスパイトサービス(※23)の充実や家族介護者の精神面の支援の対応
- 5 在宅療養の死亡時における死亡診断・検視に係る不安感の解消

◆ 主な現状・調査結果

- 1 看取りの低下を招いた要因は、家族の協力体制、主な介護者の介護力等家族の要因が上位、必要な介護サービス、本人の意思決定の明確さ、心の痛みや不安のケアが高い



- 2 自宅看取りの断念理由は急変等に伴う緊急入院や医療的対応が困難が多く、動揺・不安、介護負担の増・介護の限界、キーパーソンの希望が多くなっている



(2) 施設（多様な住まい）における看取りケアの支援

慣れ親しんだ人のいる住み慣れた地域で、誰もが尊厳を持って人生の最終章を過ごすため、本人の生活機能や家族の介護力などに応じて選択した施設（多様な住まい）において、人生の最終章を最期まで過ごすことができるよう支援を促進します。

◆ 対策の基本方向

- ① 看取りに係る医療・介護の連携強化の推進等、施設における看取り体制の充実に向けた行動指針の策定・共有等による看取りの支援
- ② 家族が看取り期に寄り添える宿泊室等の整備など看取り環境の支援
- ③ 施設の配置医と地域の医師との連携による医療処置の充実等による看取り支援
- ④ 施設が地域の暮らしの場となるよう、施設の生活を支えるボランティアの育成やネットワーク化等、施設と地域との結びつきの強化
- ⑤ サービス付き高齢者向け住宅等における京都府独自登録基準の設定や指導指針の策定、外部評価制度の導入や地域密着型サービス事業所をはじめとする外部サービスの導入によるサービスの質の確保・充実

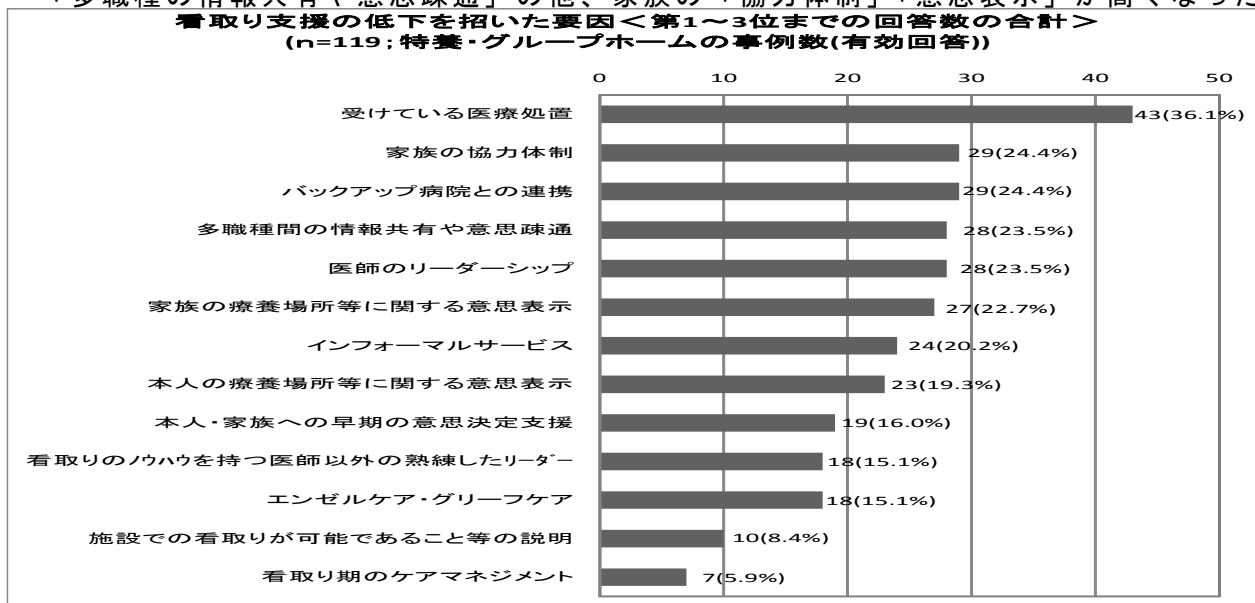
※本対策の「施設」は、特別養護老人ホーム、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム等「多様な住まい」を対象とする

◆ 主な課題

- 1 施設において看取りのケアができる人材養成、行動指針の策定等による職員間の意識共有や家族が看取りに寄り添える施設環境の整備
- 2 医療との連携の強化による医療支援体制の整備
- 3 サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホームにおいても、看取りの対応ができるサービスの質の確保・充実

◆ 主な現状・調査結果

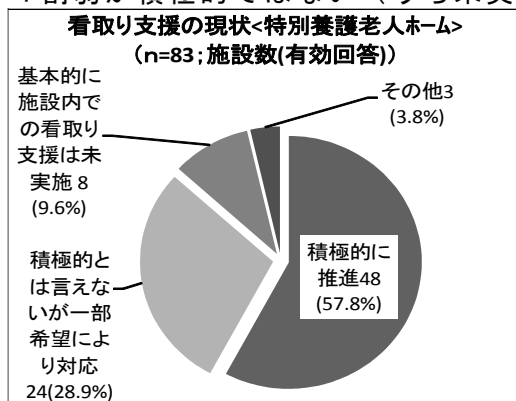
- 1 特別養護老人ホーム及び認知症高齢者グループホームにおいて看取り支援の低下を招いた要因は「医療処置」「病院との連携」「医師のリーダーシップ」等医療との連携や「多職種の情報共有や意思疎通」の他、家族の「協力体制」「意思表示」が高くなった



- 2 施設等における看取り支援の現状は十分ではない

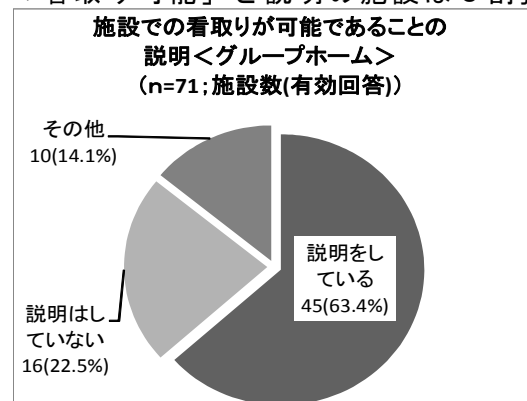
＜特別養護老人ホーム＞

- ・ 4 割弱が積極的ではない（うち未実施 1 割）



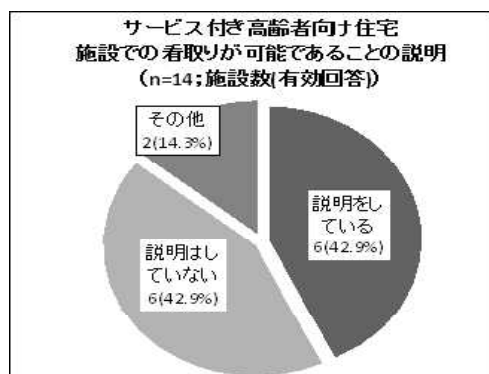
＜認知症高齢者グループホーム＞

- ・ 「看取り可能」と説明の施設は 6 割強



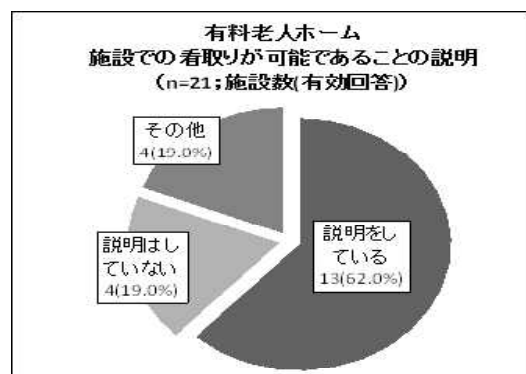
＜サービス付き高齢者向け住宅＞

- ・ 「看取り可能」と説明の施設は 4 割強



＜有料老人ホーム＞

- ・ 「看取り可能」と説明の施設は 6 割強



(3) 病院による看取りの支援

本人や家族の不安や気持ちの揺らぎに対して十分な支援をするため、早い段階から、可能な限り、本人の意思決定を基本としたうえで、家族と十分に話し合いながら、病院における多職種チームと在宅等のチームによる継ぎ目のない移行の支援を進めます。

また、施設においては、医療処置が看取り支援の課題となっていることから、施設と医療機関との連携の強化を促進します。

◆ 対策の基本方向

- ① 本人の状態や家族の状況の変化に応じ、意思が変わることに留意して、可能な限り、本人による意思決定を基本としたうえで、家族と十分に話し合いながら、円滑な退院支援(※24)・調整、相互の移行を図るため、病院退院支援部門等(医療ソーシャルワーカー・退院調整看護師等)と在宅チーム(かかりつけ医・訪問看護師・ケアマネジャー等)及び施設との連携強化
- ② 入退院連携重視の在宅療養あんしん病院登録システム(※25)の推進
- ③ 病院における幅広い知識を有する相談員の配置による、困難事例等の対応を行うための支援
- ④ 施設の配置医と地域の医師との連携による医療処置の充実等による看取り支援【再掲(施設看取り)】
- ⑤ 小規模多機能型居宅介護等、地域密着型サービスの看取りを支援するための事業所と病院・診療所との連携強化、定期巡回随時対応型訪問介護看護、複合型サービス等地域密着型サービスの整備促進【再掲(在宅支援)】
- ⑥ 緩和ケア病棟(※26)の整備及び緩和ケアを推進するセンターによる地域における緩和ケア体制の整備【再掲(緩和ケア)】

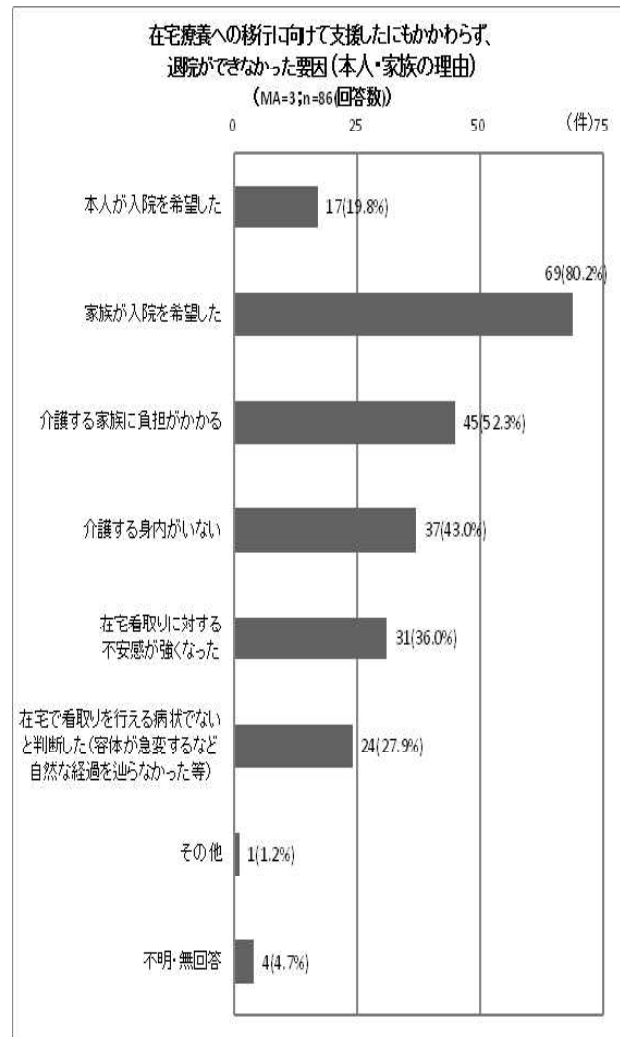
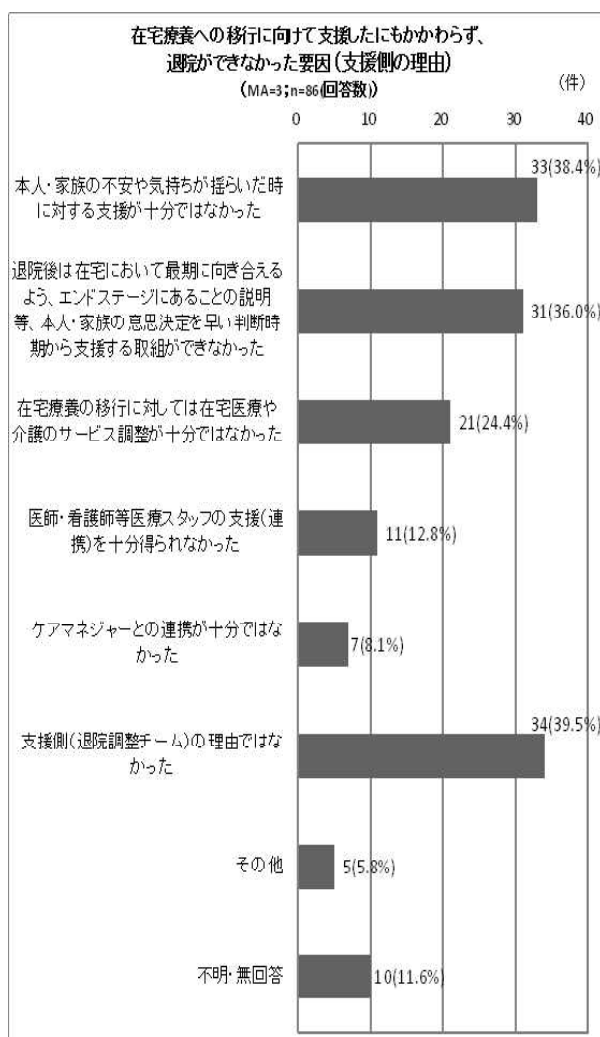
◆ 主な課題

- 1 早い時期から、可能な限り、本人による意思決定を基本としたうえで、家族と十分に話し合いを進める退院支援及び退院調整（※27）
- 2 院内の多職種チームから在宅等の多職種チームの継ぎ目のない双方間の移行
- 3 病院と施設（多様な住まい）との医療支援、医療連携
- 4 小規模多機能型居宅介護等地域密着型サービスの介護と医療・看護の連携
- 5 慣れ親しんだ人々や環境の中で生活を継続し、最大限その質を高めるために、①緩和ケア病棟、②一般病棟、③在宅での緩和ケア（在宅ホスピス）、④施設における緩和ケア等の様々な緩和ケアの療養場所が選択肢として広がるよう支援
全人的な緩和ケアができる医療・介護人材の養成と多職種による緩和ケアチームの充実

◆ 主な現状・調査結果

1 在宅療養の移行に向けて支援したにもかかわらず退院出来なかった理由

- （１） 支援者側の理由では、「支援者側の理由ではなかった」が最も多かったが、「本人・家族の在宅療養への不安等に対する支援」「意思決定に対する早期の支援」「在宅医療や介護サービスの調整」が十分ではなかったことがあげられている
- （２） 本人・家族側の理由では、「家族が入院を希望した」や「介護する家族に負担がかかる」など、在宅介護の心配に係る項目が多く選択された



（４）最期まで自分らしい生活を送ることができる緩和ケアの充実

老いや病（がん以外の疾病を含む）を抱える本人及び家族一人ひとりの身体や心などの様々なつらさを和らげ、最期まで自分らしい人生・生活を送ることができるよう、可能な限り早期から、病院（緩和ケア病棟・一般病棟）、施設、在宅における身体的な痛みをはじめ様々なつらさを和らげる緩和ケアの支援体制の充実を図ります。

◆ 対策の基本方向

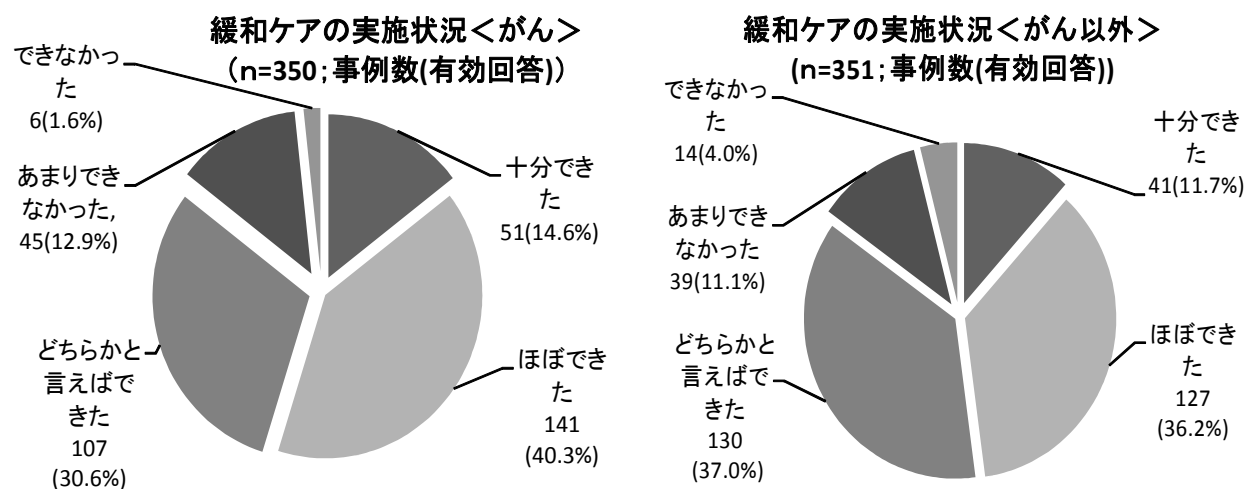
- ① 緩和ケア病棟の整備促進
- ② 緩和ケアを推進するセンターの設置等による地域の在宅緩和ケアの人材養成と在宅緩和ケアネットワークの充実、病院における緩和ケアチームの育成や緩和ケア病棟等と在宅を結ぶ緩和ケアの連携の充実
- ③ 医療との連携による施設の特徴を活かした緩和ケアの充実
- ④ 精神的苦痛、社会的苦痛など様々な苦痛（※28）に対する本人及び家族のケアのための相談体制等の充実及びボランティアの育成・連携
- ⑤ 薬局間での連携、多職種との情報交換による休日夜間の麻薬等薬剤の円滑な供給システムの構築や在宅・施設の麻薬等の薬剤管理指導の充実など、緩和ケアが促進できる環境の整備
- ⑥ 不動による苦痛の緩和、楽な呼吸の確保、関節の拘縮等の予防、経口摂取の確保等の終末期リハビリテーション（※29）に対応できる人材の養成

◆ 主な課題

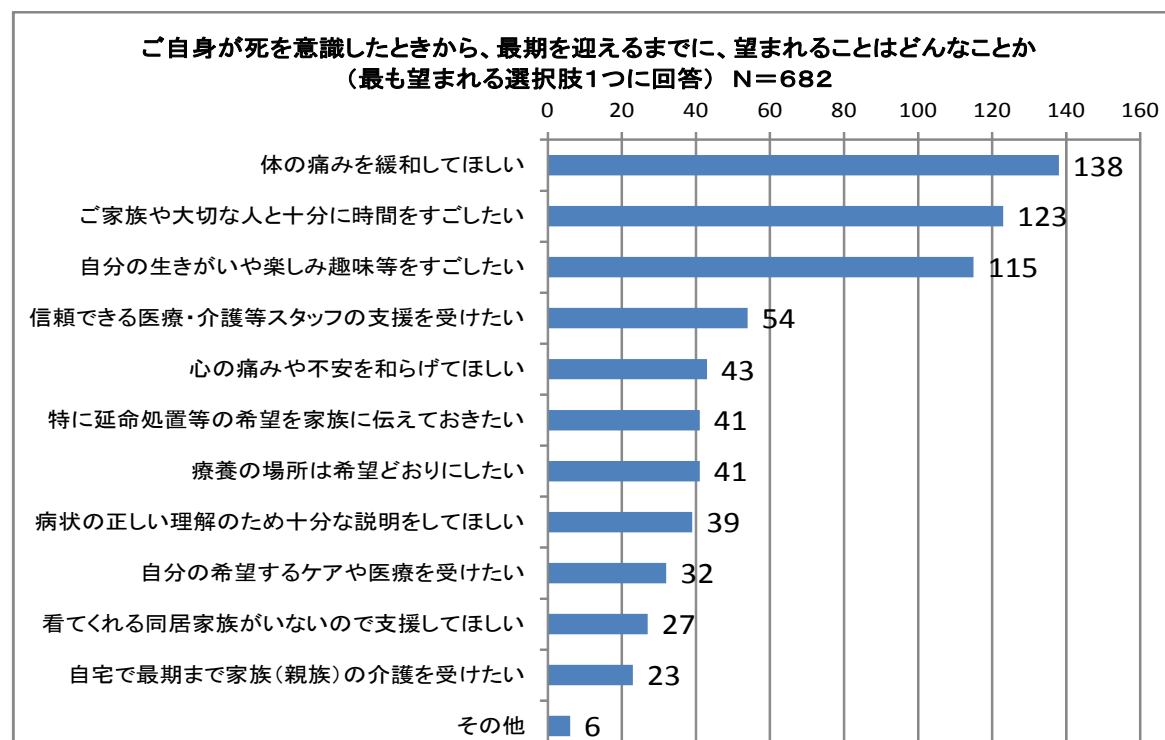
- 慣れ親しんだ人々や環境の中で生活を継続し、最大限その質を高めるため、①緩和ケア病棟、②一般病棟、③在宅での緩和ケア（在宅ホスピス）、④施設における緩和ケア等の様々な緩和ケアの療養場所が、選択肢として広がるよう支援
- 全人的な緩和ケアができる医療・介護人材の養成と多職種による緩和ケアチーム（医師、看護師、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、ソーシャルワーカー、臨床心理士等）による全人的苦痛に対するケアの充実

◆ 主な現状・調査結果

- 在宅において緩和ケア「十分できた」「ほぼできた」は、「がん」の事例で55%、「がん以外」の事例で48%と約半数となった



- 人生の最終章の過ごし方・望みでは、体の痛みを緩和して欲しいが一番多く、心の痛みや不安を和らげて欲しいを併せると多くの人が「つらさ」の緩和を希望している。



(5) 看取りをサポートする専門的人材の養成及び多職種による協働の推進

多様な領域の専門職がそれぞれの専門性を多様な場所において発揮できる体系的な研修・研究体制を構築するとともに、医療・介護・福祉等の関係者が顔の見える関係を構築し、早期から情報を共有し協働する多職種チームを地域で充実します。病院と在宅・施設の連携を強化し、不安の軽減やケアの連続性を図るとともに、遺された家族のケアをチームで行える体制を構築します。

また、看取りの専門的人材の養成と多職種協働にあたっては、老いや各々の疾患によって変わっていく個々の状態や家族の状況の変化に応じて意思が変わることに留意し、その都度、可能な限り、本人の意思決定を基本としたうえで、家族と十分に話し合いながら、本人にとって最良の支援ができるように進めます。

◆ 対策の基本方向

■ 専門的人材の養成

(1) 様々な職種において、在宅・施設・病院における看取りをサポートできる人材の養成

- ① 看取り期を支援する職員のリーダーとなる医師の養成をはじめ、看護師、ケアマネジャー、薬剤師、歯科医師、歯科衛生士、ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、介護職員、施設関係者など、各職域における看取り支援に対応できる専門性を向上するための研修制度等の推進による人材の養成
- ② 看取りを経験した専門職の事例や情報を共有する仕組みづくりや、看取りを振り返るためのカンファレンス・グリーフケア(※30)等を通じた各地域、施設、病院等における職員研修による対応力向上

【専門的人材の養成における意思決定支援の重視】

- ③ 老いやそれぞれの疾患により個々の状態や家族の状況の変化に応じて意思が変わることに留意し、その都度、可能な限り、本人の意思決定を基本としたうえで、家族と十分に話し合いながら、本人にとって最良の支援ができる人材の養成
- ④ 医療・介護等の多職種が協働して意思決定の支援を行うため、必要な知識や連携、情報共有等の研修による人材養成
- ⑤ 「終末期医療の決定のプロセスに関わるガイドライン」(※31)の周知

■多職種の協働

(2) 本人の生き方を最期まで支えるための多職種による協働チーム

- ① 多職種による在宅療養支援体制構築に向けた研修や事例検討の実施等、市町村における顔の見えるネットワークづくりの推進を、在宅療養コーディネーターを中心に地域包括ケア推進ネット等により支援。
- ② 多職種の協働による看取りに係る地域の課題の解決を進めるため、地域包括支援センター等による地域ケア会議の活用促進
- ③ 在宅・病院・診療所・施設・事業所・薬局間等による切れ目のない支援のための連携及び本人・家族に対する相談体制の充実、ＩＣＴ(※32)等を活用した情報共有の促進
- ④ 看取り期において、特に必要な緩和ケア、栄養ケア、口腔ケア、エンゼルケア(※33)、グリーフケア等における多職種間の協働及び環境整備

【多職種の協働に係る意思決定支援】

- ⑤ 多職種による意思決定に向けた情報共有と本人及び家族への十分な説明及びそれに基づく本人の意思決定を基本としたうえで、家族と十分に話し合いながら、本人にとって最良の支援ができる多職種の支援体制の構築
- ⑥ 看取り期の医療・介護の対応方針において本人・家族間の合意が得られない場合や職員・本人・家族の様々なトラブル等に対して、専門家を配置する機関や相談窓口などによる適切な助言等の支援

◆ 主な課題

■ 人材養成

- それぞれの領域において看取り期に不可欠な専門的なケアの体系的な知識、技術等の修得により、専門性が発揮でき、多職種による連携・支援できる人材養成、体制確保
- 看取り期の経過における本人の状態や家族の状況の変化に応じ、意思が変わることに留意した意思決定の支援ができる人材の養成

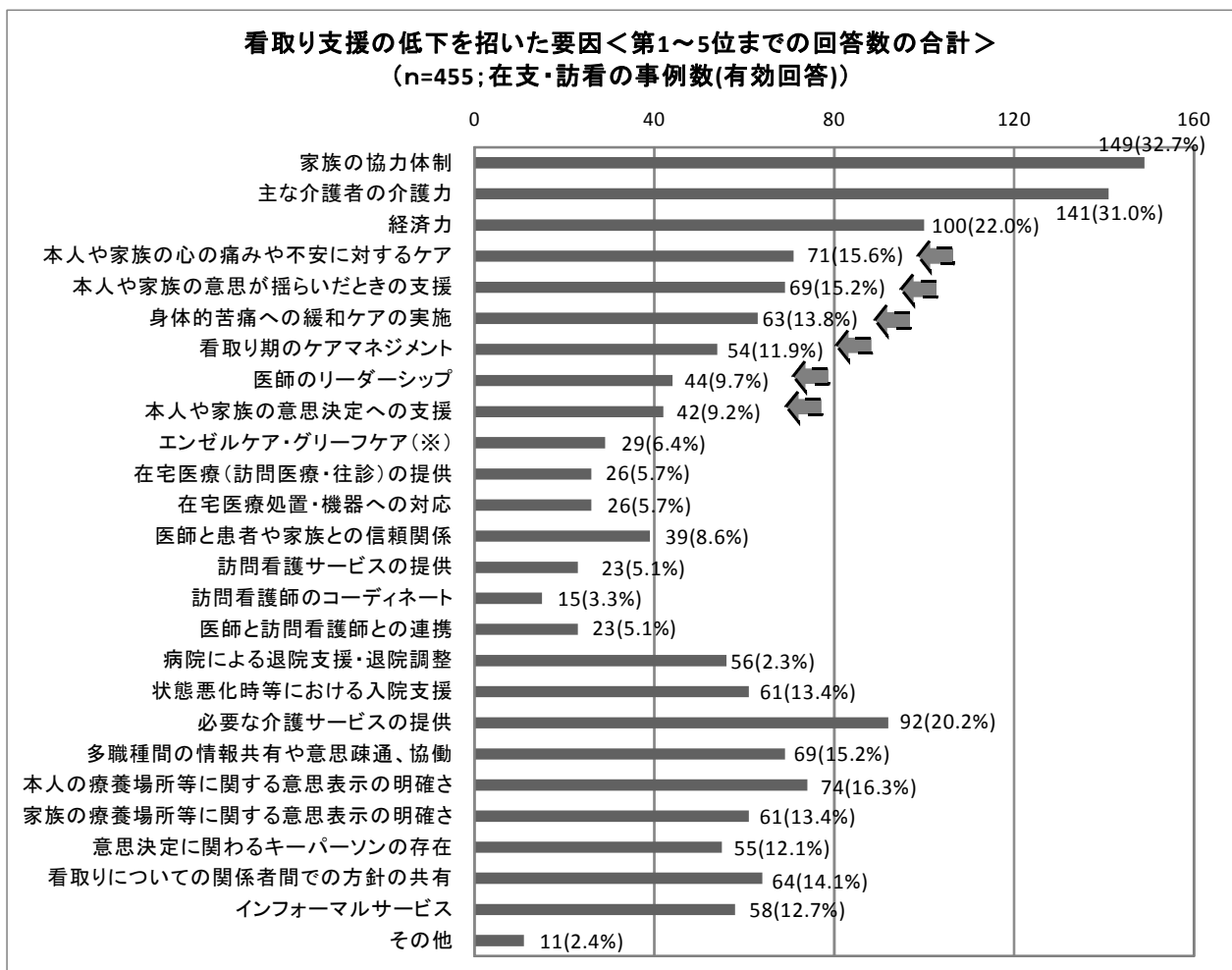
■ 多職種協働

- 在宅の看取りの支援ため、在宅診療に取り組む医師と訪問看護師・ケアマネジャーが連携し、在宅を支える多くの多職種との協働、また地域の人々との協働の促進
- 施設（住まい）の看取り指針や行動指針の整備による共通認識の構築のもと、施設の多職種の協働チームとバックアップ病院等施設以外の関係機関との連携
- 入院した段階から本人の意思を基本とし、家族と十分に話し合いを進める退院支援及び院内の多職種チームから在宅等の多職種チームへの退院調整、またその逆の場面における継ぎ目のない移行
- 顔の見える多職種のチームの構築による、看取り期の過程で変化する本人の状態、家族の状況を踏まえた意思決定の支援

◆ 主な現状・調査結果

■ 人材養成

- 在宅において低下を招いた要因では（複数回答（5つ選択））をみると、看取りに必要な専門的なケア（「心の痛みや不安のケア」、「意思が揺らいだときの支援」、「緩和ケア」「ケアマネジメント」「医師のリーダーシップ」「意思決定支援」等）が要因となった。



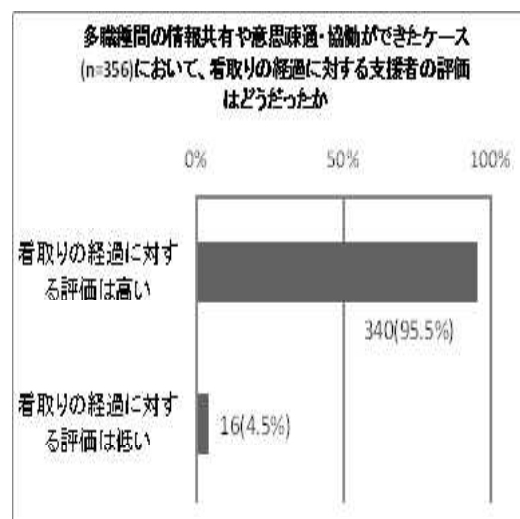
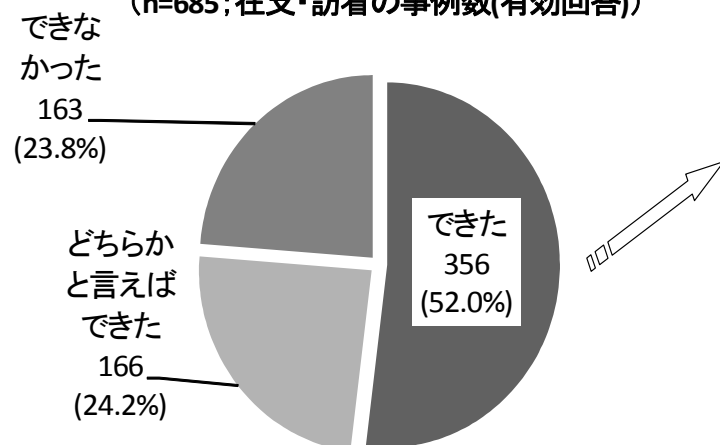
- 施設においても、「本人・家族への早期の意思決定支援」、「看取りのノウハウを持つ医師以外の熟練したリーダー」「エンゼルケア・グリーフケア」等看取り期の専門的ケアが不足(※32)があげられる (P. 17グラフ参照)
- 看取り経験前後の職員に関する精神支援については、「特段していない」は、特別養護老人ホーム及び認知症高齢者グループホームともに1割強であった

■多職種協働

- 意思決定に際して関わる多職種間の情報共有や意思疎通、協働が「できた」が、半数強、「どちらかと言えばできた」約1/4であったが、「できなかった」は、約1/4であった。また「できた」事例のほとんどで「評価が高い」ものとなった
- 「多職種間の情報共有や意思疎通・協働」が、看取りの低下を招いた要因(複数回答)となったのは、在宅で15%、施設で24%であった。

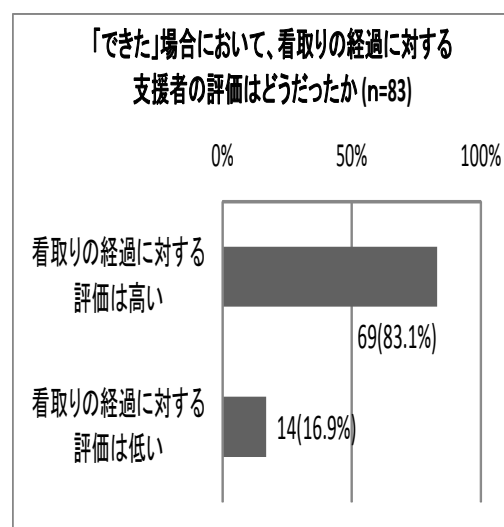
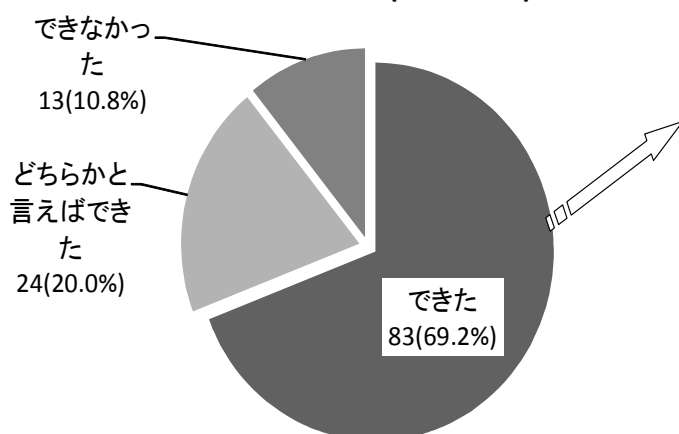
＜在宅の看取り事例＞

多職種間の情報共有や意思疎通・協働
(n=685; 在支・訪看の事例数(有効回答))



＜特別養護老人ホームの看取り事例＞

看取りの場所の早期の確認と方針共有
(n=120; 事例数(有効回答))



2 地域で支え合う孤立させない環境づくり

高齢者の独り暮らし、障害者や夫婦のみの高齢者の世帯等介護力の弱い世帯や認知症の人、社会的孤立に陥りやすい高齢者等の増加に対して、慣れ親しんだ人々や住み慣れた地域のなかで最期まで自分らしく生きることについて、それぞれの地域が自らの課題として捉え、看取りを支える意識を醸成し、地域社会における見守りの強化を図るとともに、ボランティア等インフォーマルサポートの提供者の育成や支援を推進します。

◆ 対策の基本方向

(1) 市町村、保健所、社会福祉協議会、NPO等地域団体等が連携した生活の支援・家族の支援体制の充実

- ① 高齢者の単独世帯、共倒れリスクのある世帯等介護力の弱い世帯や社会的孤立に陥りやすい高齢者等に対する地域のNPOやボランティア団体、社会福祉協議会、民生児童委員、企業、商店、警察、消防、老人クラブ、子ども会、行政など地域の様々な団体と連携・協働した見守り体制の充実による孤立死等の未然防止
- ② 社会福祉協議会等と連携したボランティア活動に関する情報提供やコーディネート等の促進による幅広い参加者によるインフォーマルな支援の提供（地域のインフォーマルサポートとの連携協力体制の充実、友愛訪問活動等（※34）の担い手や看取り後の遺族によるボランティア育成などネットワークの充実）
- ③ 地域包括支援センター等が開催する地域ケア会議を核とした関係者の協働による個別支援の充実及び訪問支援（アウトリーチ（※35））による社会的孤立に陥りやすい潜在的ニーズ（※36）の掘り起こし・支援を促進するための地域包括ケア推進ネット等による市町村支援の強化
- ④ 動作感知システムなどICTを活用した独居高齢者の見守り生活支援
- ⑤ 高齢化する団地等における絆づくりの促進のための高齢者が集うコミュニティカフェ、サロン等の開設などの促進
- ⑥ 終活（エンディングノート（※37, 38）等）等を活用した独り暮らし高齢者等と遠くの親戚縁者の連絡体制づくりや近隣との関係づくりなど絆の再構築

(2) 企業と連携した地域における看取り支援

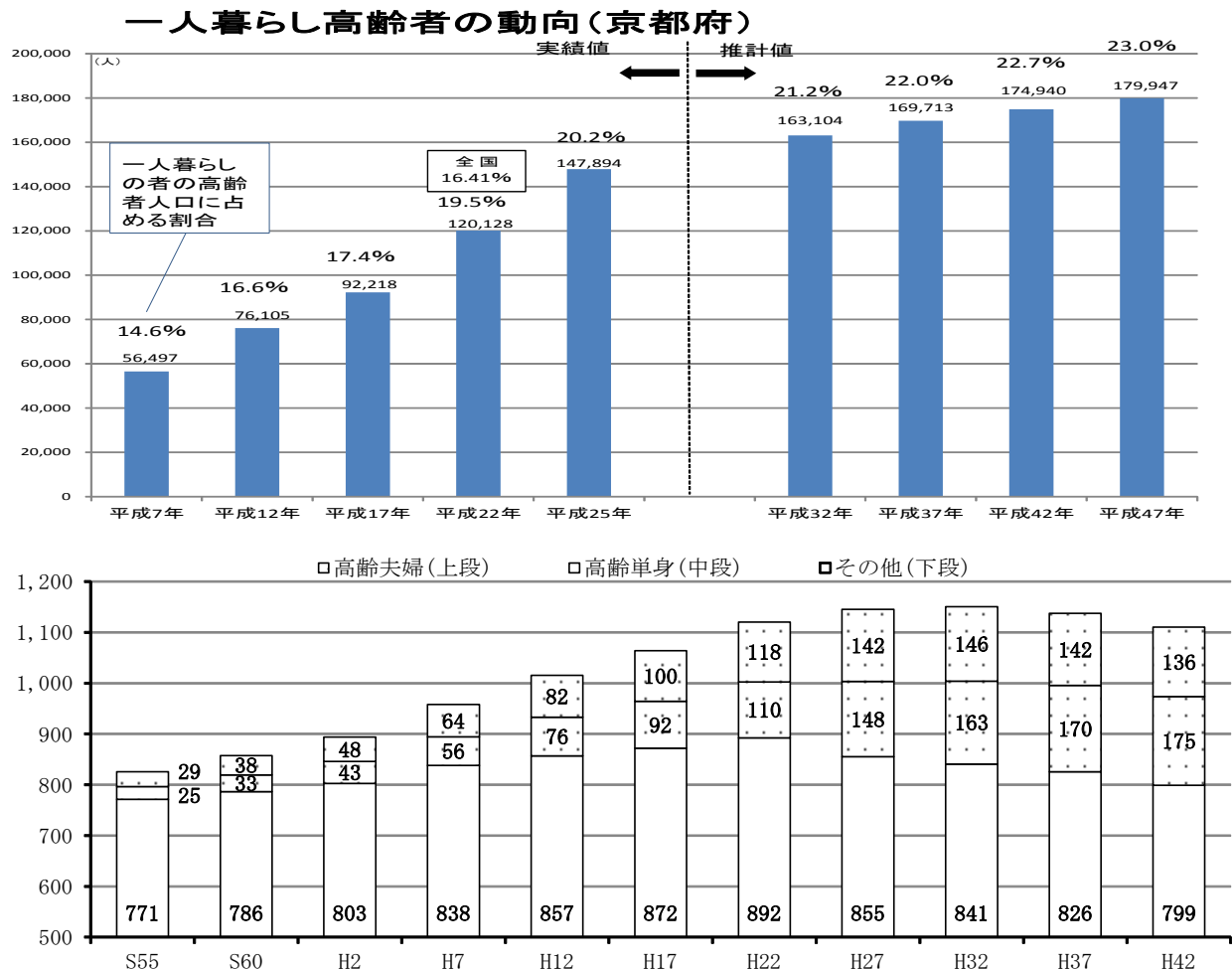
- ① 介護休業の促進・充実、企業人事担当者への介護保険制度の周知・研修や介護離職者の再就職支援等
- ② 商業施設におけるコミュニティの創造や見守り支援等、企業や他業種の連携による看取りを支える取組の普及や教育・啓発等

◆ 主な課題

- 1 家族介護者を地域全体で支える体制や地域の絆の構築及び離れた家族との絆の再構築の支援
- 2 介護保険、医療保険の制度の活用のみならず、地域のインフォーマルな社会資源の充実や企業等との連携による地域社会の構築

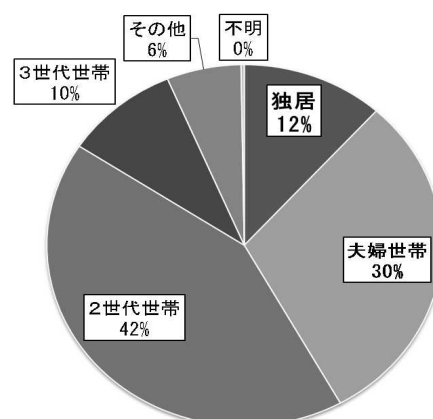
◆ 主な現状・調査結果

- 1 一人暮らし高齢者は全国平均より高く今後も高齢者人口に占める率は増加傾向にある



- 2 在宅で看取りを支援した事例の家族構成では、一人暮らしが1割を超え、高齢者の夫婦のみの世帯も3割となっており介護力の弱い(ない)世帯が4割以上を占める。

同居家族の構成
在宅療養支援n=756(有効回答)



- 3 在宅療養への移行を支援したが、退院ができなかった場合の要因(P.19グラフ参照)「介護する身内がない」は4割を超えている。

3 「命」について考え、死に向き合える看取りの文化の醸成

昨今、孤立死の問題や医療処置の選択などの議論や、エンディングノート、「終活」など老いや死に対する社会的関心が高まり、老いや死を徐々に自分の事として向き合い、備えることの重要性についての認識が進みつつあり、今後の超高齢社会においては「命」について向き合い、自らの人生の最終章について考える文化を醸成することが求められます。

併せて、加齢による自己決定能力の低下や認知症により意思決定が困難となる状況が増加するなか、予め家族で看取り期の医療や看取りなどについて話し合い、共有すること、また事前指示などの具体的な仕組みを理解することなどについて早い段階から支援する仕組み等の構築が必要です。

◆ 対策の基本方向

(1) あらかじめ健康な時から、限りある「命」について考え、誰にでも訪れる死に向き合える意識の醸成

- ① 看取り期の療養場所や医療等について、正しい理解に基づいた判断がされるよう必要な情報提供を行える環境の構築
- ② 生前（事前）の意思（リビングウィル）の正しい理解及びエンディングノート等の活用による生前（事前）の意思表示（リビングウィル）の正しい認識、日頃から家族と話し合い絆を深めることの大切さの啓発
- ③ 関係機関・団体と連携した「命」の大切さ、人を思いやり尊重する心を育む教育、啓発
- ④ 核家族化等により看取りを現実的に経験する機会が減少しているなか、様々な場所における看取り事例の発信等による看取りを考える意識の醸成

【看取りの文化の醸成における支援者の意思決定支援】

- ⑤ 老いやそれぞれの疾患により、個々の状態や家族の状況の変化に応じて意思が変わることに留意し、一人ひとりの多様な価値観を尊重し、早い段階から、日常的に関わる医療・介護・福祉関係者の連携による本人及び家族の意識の醸成づくり

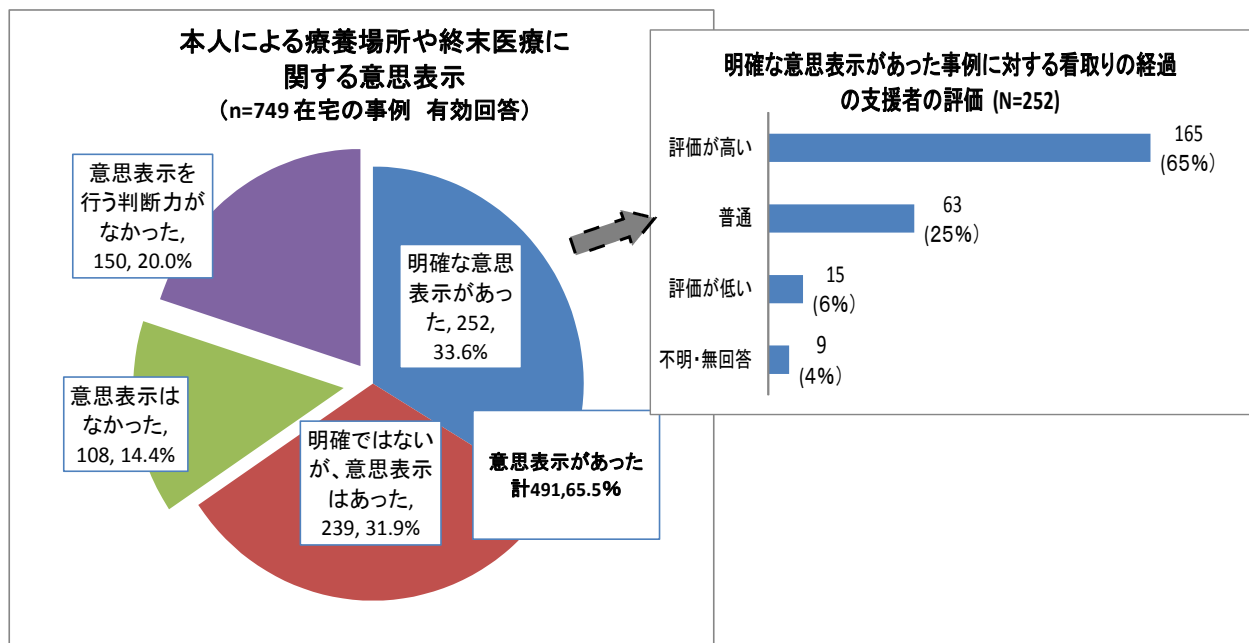
◆ 主な課題

- 1 自分自身で判断できなくなった場合に備えるためにも、あらかじめ健康な時から、看取り期における療養場所や医療や介護等の希望について、事前指示書の活用なども含め、日頃から「命」について考え、死について向き合う意識醸成
- 2 家族と話し合う機会を持ち、意思を共有しておくことの大切さの啓発。
- 3 意思決定、意思表示に向けた支援は、患者や入所者、利用者と接する医療・介護スタッフ等が、看取り期の経過において、早期から日常のコミュニケーションや相談の中で意識的に行い、本人の意思や家族の意向を把握し、多職種が協働して自己決定を支援する体制の構築

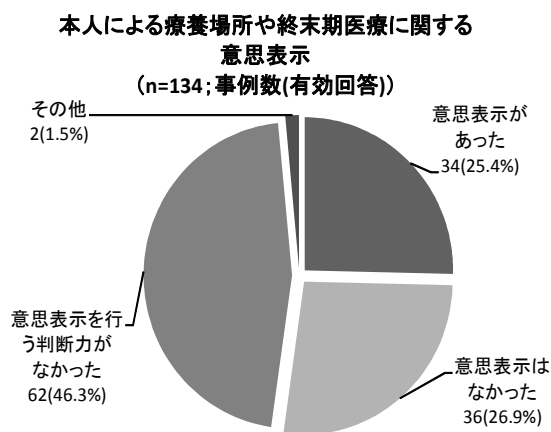
◆ 主な現状・調査結果

- 1 明確な意思表示があった事例においては、看取りの経過（病気の診断や治療期から終末期に至るまでの本人・家族への支援の過程）に対する評価が高い
- 2 在宅ではなんらかの意思表示があったが65%、施設では既に意思表示を行う判断力がない人の率が高く、意思表示があったのは1/4程度となった。

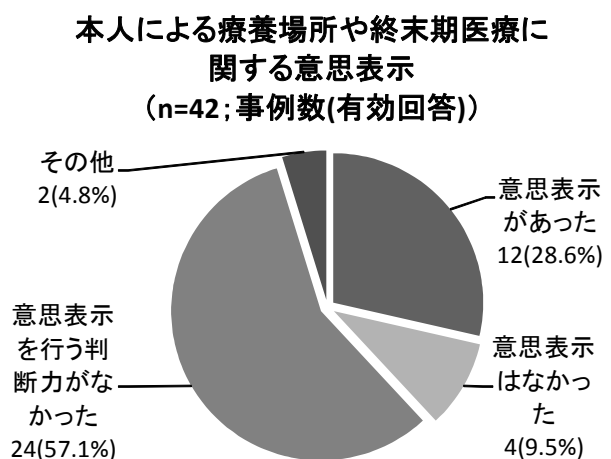
<在宅における看取りの事例>



<認知症高齢者グループホーム>

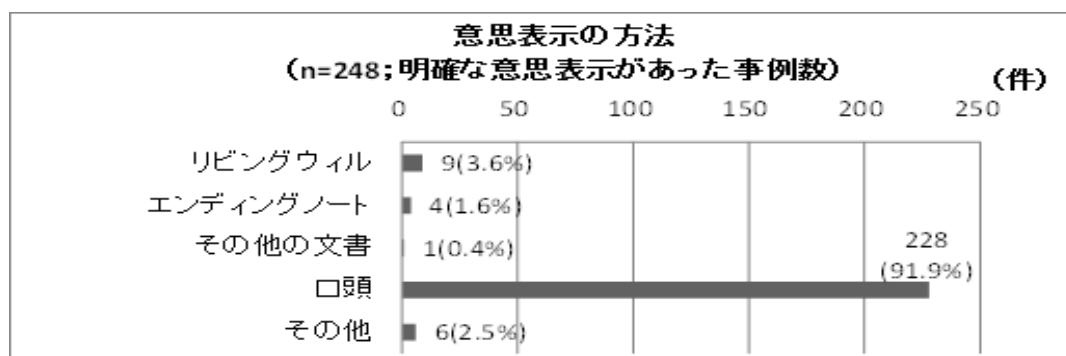


<特別養護老人ホーム>

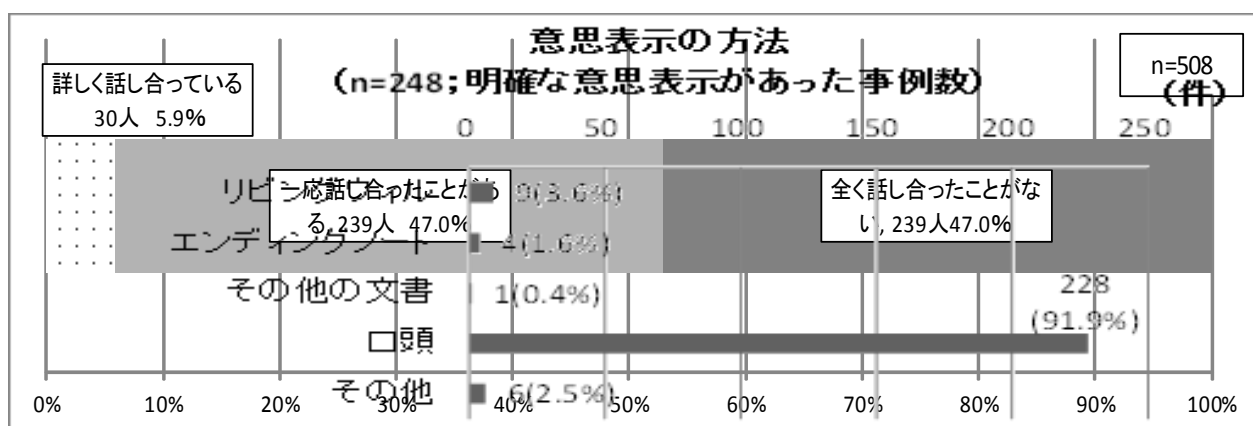


- 3 意思表示の方法は、事前指示書（リビングウィル）やエンディングノート等の文書によるものは極めて少ない。

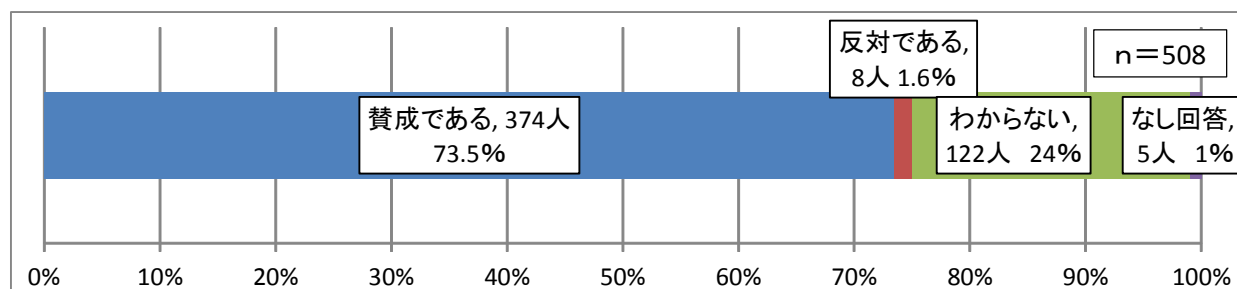
（在宅の看取り事例）



- 4 「あなたは、ご自身の死が近い場合に受たい医療や受たくない医療について、ご家族とどれくらい話しあったことがありますかという問いかけでは、詳しく話しあっているが6%（国調査※7）では2.3%）、全く話し合ったことがないは、47%（国調査では60%）となった。



- 5 あなたは、自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいか、あるいは受けたくないかなどを記載した書面をあらかじめ作成しておくことについては74%の人が賛成（国調査では70%）している。



Ⅱ 推進にあたっての共通認識等

- 1 看取りの支援については、本人及び家族の生活や生き方に重きを置き、個々の状況に応じて変化する看取りまでの過程において、人としての尊厳が最期まで大切にされ、自らの意思で療養の場所・治療等看取り期の生き方を選択できるよう支援する。
- 2 看取りの期間については、本人、家族、医療・介護職員が死（看取り）を意識した時から始まり、看取った後の家族へのグリーフケアまでを「看取り期」として幅広く捉える。
- 3 看取りにおける医療・看護・介護の対象、範囲については、療養中の本人の生活の質（クオリティ・オブ・ライフ）が最期まで保てるよう、全人的苦痛(身体的苦痛・精神的苦痛・社会的苦痛・スピリチュアルペイン)に対し、多職種が協働して最期まで尊厳を持って生きることができるようケアを進める。

※ 人生の最終章を支える京都会議において検証するなかで、健康福祉計画、保健医療計画等の関連計画との整合性を図りつつ、適宜、見直しを進める。

IV 対策別の実態調査結果（詳細）

1 状態や状況に応じて、療養場所や医療・介護等が柔軟に選択できる体制の整備

■最期を迎えたい場所

1 最期を迎えたい場所の意識調査及び実態（府民意識調査（P.9 グラフ参照））

（1）がん末期の場合

- A「がんの末期と診断されたが、少し疲れやすいものの食事もよくとれ、痛みもない場合」では、65 %が自宅を希望された
- B「がんの末期と診断され、食事や呼吸が不自由であるが痛みがない場合」は、47 %が自宅を希望された
- C「がん末期と診断され痛みがある場合」では、69 %が医療機関を希望された

※参考：疾患別の死亡場所（H 24 京都府人口動態調査）

「が ん」 …自宅 10 %、病院 87 %、特養ホーム等施設 1 %

（2）慢性の病気が悪化した場合

- D「慢性の病気が悪化し、今は食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要な状態。しかし、意識や判断力は健康な時と同様に保たれている場合」は、35 %が介護施設、26 ~ 27 %が医療機関及び自宅を希望された

（3）病気や老いで四肢機能の低下若しくは意識・判断力の低下の場合

- E「なんらかの疾患や老いにより四肢機能が低下し、常時、介護が必要な状態の場合」は、50 %が介護施設、27 %が医療機関、10 %が自宅を希望された
- F「なんらかの疾患や老いにより意識や判断力が低下し、常時介護が必要な状態の場合」は、51 %が介護施設、25 %が医療機関、9 %が自宅を希望された

※参考：疾患別の死亡場所（H 24 京都府人口動態調査）

「心 疾 患」…自宅 30 %、病院 62 %、特養ホーム等施設 5 %

「脳血管疾患」…自宅 13 %、病院 80 %、特養ホーム等施設 5 %

「老 衰」…自宅 17 %、病院 43 %、特養ホーム等施設 34 %

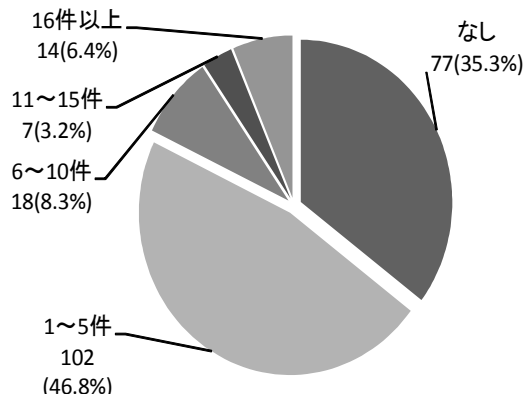
（1）在宅における看取りを支える医療・介護サービス体制等の整備

【看取り支援者実態調査】（P. 41 参照。比率における分母の数は全て設問毎の有効数）

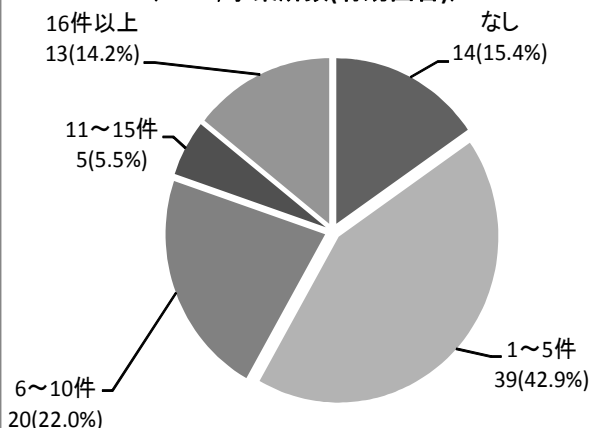
1 在宅看取り支援件数 < 218 / 809 医療機関が回答 >

- 在宅療養支援医療機関等
平成 24 年度の看取りの件数は、「1 ~ 5 件」が 102 / 218 (47 %) で最も多く、次に「なし」が 77 / 218 (35 %)、「6 件 ~ 10 件」が 18 / 218 (8 %) であった。
- 訪問看護事業所 < 105 / 205 事業所が回答 >
平成 24 年度の看取りの件数は、「1 ~ 5 件」が 39 / 91 有効回答事業所 (43 %) で最も多く、「6 ~ 10 件」が 20 / 91 (22 %)、「なし」は 14 / 91 (15 %) となった

在宅療養支援医療機関等での
看取りの件数(平成24年度)
(n=218; 医療機関数(有効回答))



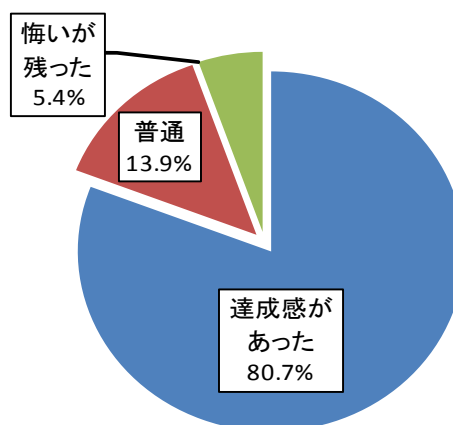
訪問看護事業所での
看取りの件数(平成24年度)
(n=91; 事業所数(有効回答))



2 在宅において看取った事例における家族の達成感

- 最期まで自宅で看取った 466 事例において、医師・訪問看護師からみた家族の達成感をみたところ、「達成感があった」が 376 / 466 事例(81 %)、悔いが残ったは 25 / 466 事例(6 %)となった

最期まで自宅で看取った事例の家族の達成感 n=466事例数(有効回答)



3 在宅看取り支援の向上につながった要因

(649 事例について5つまで選択。複数回答数 3,030)

- 1 位「在宅医療の提供」365 / 3,030 (365 / 649 事例 56 %)、2 位「主な介護者の介護力」317 / 3,030 (317 / 649 事例 49 %)、3 位「訪問看護サービスの提供」273 / 3,030 (273 / 649 事例 42 %)、3 位「家族の協力体制」273 / 3,030 (273 / 649 事例 42 %)、5 位「医師と患者や家族との信頼関係」209 / 3,030 (209 / 649 事例 32 %) など在宅へ医療・看護提供の関連と家族介護の関係が上位となった
- 次に「本人の終末期医療に関する意思決定の明確さ」144 / 3,030 (144 / 649 事例 22 %) や「家族の終末期医療に関する意思決定の明確さ」125 / 3,030 (125 / 649 事例 19 %) 「看取りについての本人、家族、関係者間での方針の共有」121 / 3,030 (121 / 649 事例 19 %) 等の意思決定の関連が高くなっている

4 専門的ケアの状況（在宅看取り支援の低下を招いた要因）

（455 事例について5つまで選択。複数回答数 1,515）（P.24 グラフ参照）

- 看取りに不可欠な専門的ケアである「心の痛みや不安のケア」71 / 1,515（71 / 455 事例 16 %）、「意思が揺らいだときの支援」69 / 1,515（69 / 455 事例 15 %）、「緩和ケア」63 / 1,515（63 / 455 事例 14 %）、「ケアマネジメント」54 / 3,030（54 / 455 事例 12 %）、「医師のリーダーシップ」44 / 1,515（44 / 455 事例 10 %）、「意思決定支への支援」42 / 1,515（42 / 455 事例 9 %）、「エンゼルケア、グリーフケア」29 / 1,515（29 / 455 事例 6 %）となった

5 自宅の看取りを断念した理由

（232 事例について複数回答可。複数回答数 414）

- 「急変または疾患の発生による緊急入院」91 / 414（91 / 232 事例 39 %）、「原疾患が悪化し医療的な対応が困難」84 / 414（84 / 232 事例 36 %）と特に多く、「看取りに際して本人・家族の不安」40 / 414（40 / 232 事例 17 %）「A D L 低下による介護負担増、介護の限界」、「主介護者または意思決定のキーパーソンの希望」がそれぞれ 39 / 414（39 / 232 事例 17 %）、「身体的痛み、苦しみへの緩和が不十分」38 / 414（38 / 232 事例 16 %）となった

6 家族の介護力

- 在宅看取り支援の低下を招いた要因

（455 事例について5つまで選択。複数回答数 1,515）（P.24 グラフ参照）

1 位「主な介護者の介護力の不足」69 / 1,515（149 / 455 事例 33 %）

2 位「家族の協力体制の不足」141 / 1,515（141 / 455 事例 31 %）等家族に係る要因が 30 %以上と高くなった

- 在宅療養への移行を支援したが、退院ができなかった場合の要因

（86 事例について3つまで選択。複数回答数 224）（P.19 グラフ参照）

「家族が入院を希望した」69 / 224（69 / 86 事例 80 %）、「介護する家族に負担がかかる」45 / 224（45 / 86 事例 52 %）、「介護する身内がいない」37 / 224（37 / 86 事例 43 %）、「在宅看取りに対する不安が強くなった」31 / 224（31 / 86 事例 36 %）となった

7 必要な介護サービスの提供（733 事例）

- 必要な介護サービスが提供されたかについては、

「できなかった」11 事例(2 %）、「あまりできなかった」58 事例(8 %）、計 10 %、「介護サービスの利用なし」112 事例(15 %)となった

8 介護者のレスパイトのためのサービスの提供（※23）（709 事例）

- 介護者のレスパイトのためのサービスが提供されたかについては、

「できなかった」101 事例(14 %）、「あまりできなかった」52 事例(7 %)は合わせて 22 %、「サービスの利用なし」334 事例(47 %)となった

9 在宅における緩和ケア（「がん」350 事例、「がん以外」351 事例）（P.21 グラフ参照）

- 「がん」では、「十分できた」51 事例(15 %）、「ほぼできた」141 事例(40 %）、計 55 %と半数強であり、「がん以外」においても、「十分できた」41 事例(12 %）、「ほぼできた」127 事例(36 %)は計 48 %で半数弱となった

10 終末期医療や療養場所の意思表示と評価（749 事例）（P.29 グラフ参照）

- 「明確な意思表示があった」は 252 事例(34 %）、明確ではないが意思表示があ

った事例は 239 事例(32 %)で、「意思表示があった事例」は 66 %であった。明確な意思表示あった 252 事例において、看取りの経過に対する評価が高かったのは 162 / 252 事例(64 %)となった

11 小規模多機能型居宅介護における看取りの状況

- 看取りの実績（平成 24 年度）は、14 / 55 事業所(25 %)であり、看取りの場所別内訳では、自宅 18 / 28 事例（64 %）、病院 8 / 28 事例（29 %）となり自宅が高くなった

(2) 施設（多様な住まい）における看取りケアの支援

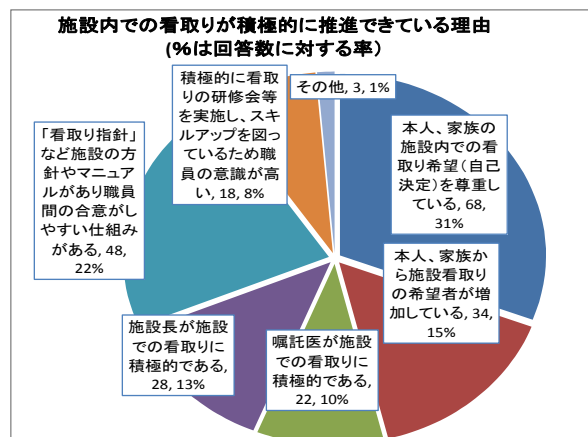
【看取り支援者実態調査】

1 特別養護老人ホームにおける看取り支援の状況 < 83 / 146 施設が回答 >

- 「積極的に推進」48 施設(58 %）、「積極的とは言えないが一部希望により対応」24 施設(29 %）、「基本的に施設内での看取り支援は未実施」8 施設(10 %）、「その他」3 施設(4 %)となった

（参考：H 26 年 4 月現在、看取り介護加算の届出施設は 108 / 146 施設(74 %）、また、H 26 年 1 月～ 3 月(3 ヶ月間)で看取り介護加算を申請した施設は、69 / 146 施設(47 %)）

- 最後まで施設入所者への看取りを支援した件数(H24 年度)
「6 ～ 10 件」29 施設(35 %）、「1 ～ 5 件」27 施設(33 %）、「11 件～ 15 件」11 施設(13 %）、「なし」9 施設(11 %）、「16 件以上」6 施設(7 %)となった。
施設での看取りを支援した事例において、亡くなられた最後の場所は、「自施設」506 / 650 人(78 %）、「病院」141 / 650 人(22 %）、「自宅」3 / 605 人(0.5 %)となった
- 施設内での看取りが積極的にできている理由（72 施設、複数回答 222）
「本人、家族の希望の尊重」68 / 222 回答(31 %)(68 / 72 施設 94 %）、「希望の増加」34 / 222 回答(15 %)(34 / 72 施設 47 %)で計 102 / 222 回答(46 %）、「看取り指針やマニュアルがあり職員間の合意がしやすい仕組みがある」48 / 222 件(22 %)(48 / 72 施設 67 %）、「施設長が積極的」28 / 222 件(13 %)(28 / 72 施設 39 %）、「医師が積極的」22 / 222 件(10 %)(22 / 72 施設 31 %）、「研修等によるスキルアップ」18 / 222 件(8 %)(18 / 72 施設 25 %)となった



- 看取りの場所についての方針共有については、最期まで施設において看取りをした 83 事例では、「十分できた」、「ほぼできた」は 67 / 83 事例(81 %)、施設での看取りを希望していたが途中で変更になった事例では、「十分できた」、「ほぼできた」は 21 / 49 事例(43 %)となった
- 最期まで施設において看取りをした 86 事例では、「本人の意思表示があった」23 / 83 事例(27 %)、「なかった」23 / 83 事例(28 %)、「意思表示を行う判断力がなかった」36 / 83 事例(43 %)であったが、家族の意思表示については「意思表示はあったが、途中で意思が変わるなど不明確であった」1 / 85 事例(1 %)と少なかった
施設での看取りを希望していたが途中で変更になった事例では、「本人の意思表示があった」10 / 51 事例(20 %)、「なかった」13 / 51 事例(25 %)、「意思表示を行う判断力がなかった」26 / 51 事例(51 %)となり、家族の意思表示についても「意思表示はあったが、途中で意思が変わるなど不明確であった」11 / 51 事例(22 %)となった

2 認知症高齢者グループホームにおける看取りの状況 < 73 / 163 施設が回答 >

- 入居募集の際に看取りの対応が可能と説明している施設は、45 / 71 施設(63 %)となった
- 看取りの場所については、自施設が 53 / 71 人(75 %)が多く、病院 17 / 71 人(24 %)、自宅 1 / 42 人(2 %)となった(H24 年度)
- 病院と施設の連携状況については、「図れた」が 32 / 38 事例(84 %)、「図れなかった」6 / 38 事例(16 %)となった(他に「不明、無回答」も 17 事例と多い)

3 家族の思いの達成

- 特別養護老人ホーム
「家族から十分に達成感が表明された」は、最期まで施設において看取りをした事例で 74 / 82 事例(90 %)、施設での看取りを希望していたが途中で変更になった事例では、17 / 43 事例(40 %)となった
- 認知症高齢者グループホーム
施設での看取りをした事例について「家族から十分に達成感が表明された」は、36 / 39 事例(92 %)となった

4 看取りの支援の低下を招いた要因 (特別養護老人ホーム及び認知症高齢者グループホームの計 119 事例について3つまで選択。回答数 303) (P.17 棒グラフ参照)

- 「受けている医療処置」43 / 303(43 / 119 事例 36 %)、「家族の協力体制」29 / 303(29 / 119 事例 24 %)、「バックアップ病院との連携」29 / 303(29 / 119 事例 24 %)、「多職種間の情報共有や意思疎通」28 / 303(28 / 119 事例 24 %)
「医師のリーダーシップ」28 / 303(28 / 119 事例 24 %)、「家族の療養場所等に対する意思表示」27 / 303(27 / 119 事例 23 %)「インフォーマルサービス」24 / 303(24 / 119 事例 20 %)、「本人の療養場所等に対する意思表示」23 / 303(23 / 119 事例 19 %)、「本人・家族の早期の意思決定支援」、19 / 303(19 / 119 事例 16 %)、「看取りのノウハウを持つ医師以外の熟練したリーダー」18 / 303(18 / 119 事例 15 %)、「エンゼルケア・グリーフケア」18 / 303(18 / 119 事例 15 %)等となった

5 多職種間の協働 (P.25 グラフ参照)

- 特別養護老人ホームにおいて「看取りの場所の早期の確認と方針共有」ができ

た事例は 83 / 120 事例 (69 %) で、その事例において評価が高いは 69 / 83 事例 (83 %) となった

- 認知症高齢者グループホームにおいては、「看取りの場所の早期の確認と方針共有」ができた事例は 31 / 37 事例 (84 %) で、その事例において評価が高いは 30 / 31 事例 (97 %) となった

6 終末期医療や療養場所の意思表示

- 特別養護老人ホームにおいては、「意思表示を行う判断力がなかった」 62 / 134 事例 (46 %)、「意思表示はなかった」 36 / 134 事例 (27 %)、「意思表示があった」 34 / 134 事例 (25 %) となった
- 認知症高齢者グループホームにおいては、本人の意思表示の状況については、「本人の意思表示があった」 11 / 42 事例 (26 %)、「なかった」 4 / 42 事例 (10 %) と少なく、「意思表示を行う判断力がなかった」は、24 / 42 事例 (57 %) と多くなったが、家族の意思表示については「意思表示はあった」 41 / 42 事例 (98 %) と多くなった

7 サービス付き高齢者向け住宅における看取りの状況 < 16 / 28 施設が回答 >

- 入居の際の、施設での看取りが可能であることの説明状況は、6 / 14 施設 (43 %) となった
- 看取りの場所（開設時からの実績）については、居室が 14 / 18 人 (78 %)、病院が 6 / 18 人 (33 %) となった

8 有料老人ホームにおける看取りの状況 < 21 / 53 施設が回答 >

- 入居の際の、施設での看取りが可能であることの説明状況は、13 / 21 施設 (62 %) となった
- 看取りの場所（開設時からの実績）については、居室が 156 / 273 人 (57 %)、病院が 114 / 273 人 (43 %) となった

(3) 病院を核とした看取りの支援

【看取り支援者実態調査】

1 退院支援、退院調整 （86 事例について 3 つまで選択。複数回答数 152、228） (P.19 グラフ参照)

- 「在宅療養の移行に向けて支援したにもかかわらず、退院ができなかった場合」の支援者側の理由については、「支援者側（退院調整チーム）の理由ではなかった」が 34 / 152 (34 / 86 事例 40%)、支援者側の要因としては、「本人・家族の不安や気持ちが揺らいだ時に対する支援が十分ではなかった」 33 / 152 (33 / 86 事例 38%)、「退院後は在宅において最期に向き合えるようエンドステージにあることの説明等、本人・家族の意思決定を早い判断時期から支援する取組ができなかった」 31 / 152 (31 / 86 事例 36%)、「在宅療養の移行に対しては在宅医療や介護サービスの調整が十分ではなかった」 21 / 152 (21 / 86 事例 24%) が上位となった。以下は、「医師・看護師等医療スタッフの支援が十分得られなかった」 11 / 152 (11 / 86 事例 13%)、「ケアマネジャーとの連携が十分ではなかった」 7 / 152 (7 / 86 事例 8%) となった
- また、本人・家族の理由については、「家族が入院を希望した」が最も多く 69

／ 228(69 / 86 事例 80%)、次に「介護する家族に負担がかかる」45 / 228(45 / 86 事例 52%)、「介護する身内がない」37 / 228(37 / 86 事例 43%)、「在宅看取りに対する不安が強くなった」31 / 228(31 / 86 事例 36%)、「在宅で看取りを行える病状ではないと判断した（容体が急変するなど自然な経過を辿らなかった等）」24 / 228(24 / 86 事例 28%)、「本人が入院を希望した」17 / 228(17 / 86 事例 20%)となり、家族の希望、家族の負担に関する理由が上位となった

2 在宅療養の継続ができず再入院等になった要因

(86 事例について3つまで選択。複数回答 191)

- 「在宅療養が継続できず、再入院又は施設入所となった場合」の要因については、「介護する家族に負担がかかる」が最も多く 85 / 191(85 / 86 事例 99%)、「症状の急変時等何かあったときの対応に不安になった」48 / 191(48 / 86 事例 56%)、「介護する身内がいなくなった」22 / 191(22 / 86 事例 26%)が多くなった。

3 施設における医療連携（特別養護老人ホーム及び認知症高齢者グループホームの計 119 事例について3つまで選択。複数回答 303）（P.17 棒グラフ参照）

- 施設において看取り支援の低下を招いた要因（家族に関する要因除く）では、「受けている医療処置」43 / 303(43 / 119 事例 36 %)が高く、続いて「バックアップ病院との連携」29 / 303(29 / 119 事例 24 %)、「多職種間の情報共有や意思疎通」28 / 303(28 / 119 事例 24 %)、「医師のリーダーシップ」28 / 303 (28 / 119 事例 24 %)となった。

（４）最期まで自分らしい生活を支える緩和ケアの充実

【看取り支援者実態調査】

1 在宅における「身体的苦痛への緩和ケア」（P.21 グラフ参照）

- がんの 350 事例では、「十分できた」51 / 350 事例、「ほぼできた」141 / 350 事例となり、計 192 / 350 事例(55 %)となった
また、「できなかった」6 / 350 事例、「あまりできなかった」45 / 350 事例となり、計 51 / 350 事例(15 %)となった
- がん以外の 351 事例では、「十分できた」41 / 351 事例、「ほぼできた」127 / 351 事例となり、計 168 / 351 事例(48 %)、
また、「できなかった」14 / 351 事例「あまりできなかった」39 / 351 事例となり、計 53 / 351 事例(15 %)となった
- 「身体的苦痛への緩和ケア」は、在宅の「がんの事例」で支援の低下を招いた最も重要な要因（回答数 220）において、17 / 220 事例(7.7 %)となり、家族に係る要因以外で一番高くなった

① 主な介護者の介護力	34 / 220(15 %)
② 家族の協力体制	19 / 220(8.6 %)
③ 身体的苦痛への緩和ケアの実施	17 / 220(7.7 %)
④ 病院による退院支援、退院調整	17 / 220(7.7 %)
⑤ 必要な介護サービスの調整	14 / 220(6.4 %)
⑥ 家族の経済力	13 / 220(5.9 %)
⑦ 多職種の情報共有や意思疎通協働	10 / 220(4.5 %)

2 在宅における「心の痛みや不安に対する緩和ケア」

- がんの 351 事例では、「十分できた」48 / 351 事例、「ほぼできた」143 / 351 事例となり「できた」の計は 191 / 351 事例(54 %)となった
また、「できなかった」6 / 351 事例、「あまりできなかった」43 / 351 事例と

なり、「できなかった」の計は、49 / 351 事例(14 %)となった

- がん以外の 381 事例では、「十分できた」53 / 381 事例、「ほぼできた」151 / 381 事例となり、計 204 / 381 事例(54 %)となった。

また、「できなかった」5 / 381 事例、「あまりできなかった」43 / 381 事例となり、計 48 / 381 事例(13 %)となった

【府民意識調査】

(平成26年度 於：SKYふれあいフェスティバル、KBSラジオ公開シンポジウム N=682)
(P.3 グラフ参照)

1 死を意識したときから最期を迎えるまで（看取り期）に望まれること

(最も望まれる項目1つのみ集計。682 回答数)

- 「体の痛みを緩和して欲しい」138 / 682(20 %)で最も多く、「心の痛みや不安を和らげて欲しい」は 43 / 682(6 %)、痛みの緩和の計では 181 / 682(27 %)となった。

(5) 看取りをサポートする専門的人材の養成及び多職種による協働の推進

【看取り支援者実態調査】

■人材養成

1 看取りの過程における専門的なケアの状況

※()内の%は、全て事例に対する率

- 専門的な看取りケアが、十分できず看取り支援の低下を招いた要因

【在宅】(455 事例において5つまで選択。複数回答数 1,515) (P.24 グラフ参照)

- ・ 本人や家族の心の痛みや不安に対するケア 71 / 1,515 (16%)
- ・ 本人や家族の意思が揺らいだときの支援 69 / 1,515 (15%)
- ・ 身体的苦痛への緩和ケアの実施 63 / 1,515 (14%)
- ・ 看取り期のケアマネジメント 54 / 1,515 (12%)
- ・ 医師のリーダーシップ 44 / 1,515 (10%)
- ・ 本人や家族の意思決定への支援 42 / 1,515 (9%)
- ・ エンゼルケア・グリーフケア 29 / 1,515 (6%)

【施設】(119 事例について3つまで選択。複数回答数 303) (P.17 グラフ参照)

- ・ 医師のリーダーシップ 28 / 303 (24%)
- ・ 本人・家族への早期の意思決定支援 19 / 303 (16%)
- ・ 看取りのノウハウを持つ医師以外の熟練したリーダー 18 / 303 (15%)
- ・ エンゼルケア・グリーフケア 18 / 303 (15%)
- ・ 看取り期のケアマネジメント 7 / 303 (6%)

2 看取り経験前後の職員に関する精神支援

- 看取りをした事例における職員への精神支援について「経験から学んでおり、特段していない」は、特別養護老人ホームで 10 / 86 事例(12 %)、認知症高齢者グループホームで 8 / 55 事例(15 %)となった

■多職種協働

1 多職種間の協働 (P.25 グラフ参照)

- 在宅における意思決定に際して関わる多職種間の情報共有や意思疎通、協働の状況では、「できた」が 356 / 685 事例(52 %)、「どちらかと言えばできた」166 / 685 事例(24 %)、「できなかった」は 163 / 685 事例(24 %)となった。

「できた」の 356 事例では、「看取りの経過に対する評価が高い」は 340 / 356 事例(96 %)となった

2 看取りの低下を招いた「多職種間の情報共有や意思疎通・協働」要因

- 在宅(455 事例において5つまで選択。複数回答 1,515) (P.24 グラフ参照)
… 69 / 1,515(69 / 455 事例 15 %)
- 施設(119 事例において3つまで選択。複数回答 303) (P.17 グラフ参照)
… 28 / 303(28 / 119 事例 24 %)

3 在宅療養に向けて支援したにもかかわらず退院ができなかった場合の支援者側の要因 (86 事例について3つまで選択。複数回答 142) (P.19 グラフ参照)

- 「在宅療養の移行に向けて支援したにもかかわらず、退院ができなかった場合」の支援者側の理由については、「支援者側（退院調整チーム）の理由ではなかった」が 34 / 152(34 / 86 事例 40%)、支援者側の要因としては、「本人・家族の不安や気持ちが揺らいだ時に対する支援が十分ではなかった」33 / 152(33 / 86 事例 38%)、「退院後は在宅において最期に向き合えるようエンドステージにあることの説明等、本人・家族の意思決定を早い判断時期から支援する取組ができなかった」31 / 152(31 / 86 事例 36%)、「在宅療養の移行に対しては在宅医療や介護サービスの調整が十分ではなかった」21 / 152(21 / 86 事例 24%)が上位となった。

2 地域で支え合う孤立死等のない環境づくり

【看取り支援者実態調査】

1 同居家族の構成 (P.27 グラフ参照)

- 在宅の看取り 756 事例における家族構成では、独居世帯は 88 例(12 %)、夫婦のみ世帯は 229 / 756 例(30 %)あった。

2 家族等の支援の状況

- 在宅療養における看取り支援の低下を招いた要因（455 事例において5つまで選択。複数回答数 1,515 (P.24 グラフ参照)）では、「家族の協力体制」は、149 / 1,515(149 / 455 事例 33 %)、「主な介護者の介護力」は、141 / 1,515(141 / 455 事例 31 %)で上位1位、2位となった
- 在宅において、主な介護者の7～8割では、「家事」はもとより、「排泄介助」「患者の精神的支え」「服薬管理」等を担っている

3 インフォーマルサービスの状況 (複数回答)

- 看取り支援の低下を招いた要因における「インフォーマルサービス」の提供は、在宅で 58 / 1,515(58 / 445 事例 13 %)、施設で 24 / 303(24 / 119 事例 20 %)となった (P.24 グラフ参照)
- 「在宅療養や看取りを支援するインフォーマルサービス、知人、近隣、民生委員等からの支援、地域包括ケアセンターの関与はあったか」では、「なかった」568 / 704 事例(81 %)となった

4 在宅の看取りの事例における家族の精神面の状況

- がんの事例では、「非常に疲弊した」42 / 341 事例(12 %)、「疲弊した」133 / 341 事例(39 %)、「少し疲弊した」110 / 341 事例(32 %)で、「疲弊した」の計は 285

- ／ 341 事例(84 %)となった
- がん以外の事例では、「非常に疲弊した」46 / 379 事例(12 %)、「疲弊した」116 / 379 事例(31 %)、「少し疲弊した」129 / 379 事例(34 %)で、「疲弊した」の計は、291 / 379 事例(77 %)となった。

3 「命」について考え、死に向き合える看取りの文化の醸成

【府民意識調査】

(平成25年度 於：SKYふれあいフェスティバル、ヒューマンフェスタ N=509)

(平成26年度 於：SKYふれあいフェスティバル、KBSラジオシンポジウム N=682)

1 人生の最終章の過ごし方・願い (P.21 グラフ参照)

- 「ご自身が死を意識したときから最期の時を迎えるまでに最も望まれるものはどんなことですか？」(682 人回答)と調査したところ、
- 1 位 「体の痛みを緩和して欲しい」138 人(20 %)
 - 2 位 「御家族や大切な人と十分に時間を過ごしたい」123 人(18 %)
 - 3 位 「自分の生きがいや楽しみ趣味等で過ごしたい」115 人(17 %)
- の3つが突出して多く、4 番目には「信頼できる医療・介護職員の支援を受けたい」54 人(8 %)が多かった
- 1 位の「体の痛みを緩和して欲しい」と5 位「心の痛みや不安を和らげて欲しい」43 人(6 %)を加えると「痛みの緩和」は計181 人(27 %)と多くなった。
- 「特に延命措置等の希望を家族に伝えておきたい」41 / 682 人(6 %)、「療養の場所は希望どおりにしたい」41 人(6 %)、「自分の希望するケアや医療を受けたい」32 / 682 人(5 %)を合わせると「望む療養場所やケア・医療」は114 / 682 人(17 %)となった
- 「御家族や大切な人と十分に時間を過ごしたい」は2 位となったが、「自宅で最期まで家族(親族)の介護を受けたい」は一番少ない結果23 人(3 %)となった

2 終末期に対する府民意識 (P.30 4,5 帯グラフ参照)

- 終末期の医療について、「家族と全く話し合ったことがない」及び「一応話し合ったことがある」は、239 人(47 %)で同率、「詳しく話し合っている」は、30 / 508(5.9 %)となった。
- ※SKYふれあいフェスティバル及びヒューマンフェスタの来場者に対する意識調査(全国調査※7)では、「家族と全く話し合ったことがない」56 %)
- 「事前指示書をあらかじめ作成しておくことに賛成」は府民調査では374 / 508(74 %)(全国調査70 %)であった。
- ※府実態調査結果
- 在宅において「明確な意思表示があった」は、252 / 749 事例(34 %)、うち、書面で意思表示があったのは、14 / 248 事例(5.6 %)
- 「自分で判断できなくなった場合に備えて、家族等の中から、判断してもらう人をあらかじめ決めておくことについての賛成」は、府のイベントにおける調査で、409 / 508(80 %)(反対4 %)、全国調査で63 % (反対9 %)となった。

【看取り支援者実態調査】

1 意思決定・意思表示に対する支援

- 本人の意思表示があった事例 (P.29 円グラフ参照)
- ・在宅の看取りの事例では、「明確な意思表示があった」は252 / 749 事例(34 %)、「明確でないが意思表示があった」は239 / 749 事例(32 %)で意思表示があったのは計491 / 749 事例(66 %)となった。
 - 「意思表示はなかった」は108 / 749 事例(14 %)、「意思表示を行う判断力がな

かった」は、150 / 749 事例(20 %)で、意思表示のない事例の計は 258 / 749(34 %)となった。

- 疾患別では、がんの 357 事例において、「明確な意思表示があった」は 155 / 357 事例(43 %)、「明確ではないが意思表示があった」は 129 / 357 事例(36 %)で意思表示があったのは計 80 %となったが、がん以外の 392 事例においては、「明確な意思表示があった」は 97 / 392 事例(25 %)、「明確ではないが意思表示があった」は 110 / 392 事例(28 %)で「意思表示があった」の計は 53 %と低くなった。

- 施設においては、「明確な意思表示」や「明確ではないが意思表示」があった事例は、特別養護老人ホームで 34 / 134 事例(25 %)、認知症高齢者グループホームで 12 / 42 事例(29 %)であった。

「意思表示がなかった」は、特別養護老人ホームで 36 / 134 事例(27 %)、認知症高齢者グループホームで 4 / 42 事例(10 %)であった

「意思表示を行う判断力がなかった」は、特別養護老人ホームで 62 / 134 事例(46 %)、認知症高齢者グループホームで 24 / 42 事例(57 %)と高くなった

「家族による意思表示があった」事例は、特別養護老人ホームで 131 / 136 事例(96 %)、認知症高齢者グループホームで 41 / 42 事例(98 %)と高くなった

○ 意思表示の方法 (P.30 棒グラフ参照)

- 「口頭」(在宅… 228 / 248(92 %)、施設… 21 / 25(84 %))が多く、「事前指示書(リビングウィル)」や「エンディングノート」等書面(在宅… 14 / 248(6 %)、施設… 4 / 25(16 %))での意思表示は少ない

○ 事前指示書(リビングウィル)作成のアドバイス

- 在宅の看取り支援において「できなかった」は 507 / 690 事例(73 %)、「あまりできなかった」59 / 690 事例(9%)で計 82%となった

○ 「本人の意思表示」の有無と在宅療養支援医師、訪問看護師からみた「看取りの経過に対する評価」との関連性

- 意思表示があった事例のうち「評価が高い」は、444 / 473 事例(94%)となった

◆「看取り支援者実態調査」概要

1 調査名

「その人らしい看取り」を支援するための調査

2 調査期間

平成25年8月23日～9月30日

3 調査方法

府内の看取りに関係する医療機関、事業所、施設等1,660か所を対象に郵送による配布・回収

4 調査対象

・医療機関・事業所・施設等の看取りの現状

・看取りの事例

…在宅医養に取り組む診療所等、訪問看護事業所においては、「がん」と「がん以外」の事例

…特別養護老人ホームにおいては「最期まで施設において看取りをした事例」と「施設での看取りを希望していたが途中で変更になった事例」等

5 回答の状況（回答数：664件 回答率：40%）

	在宅療養支援医療機関等(※1)	訪問看護事業所(※2)	病院(※3)	特別養護老人ホーム	グループホーム	小規模多機能型居宅介護	サービス付き高齢者住宅・有料老人ホーム	合計
対象数(件)	809	205	152	146	163	104	81	1,660
回答数(件)	225	104	86	83	73	55	38	664
回答率(%)	27.8	50.7	56.6	56.8	44.8	52.9	46.9	40.0
事例回答数(件)	438(※4)	322(※5)		147(※6)	55	16		978

※1 在宅療養支援診療所・病院及び訪問診療が可能である病院・診療所

※2 訪問看護ステーション及び訪問看護ステーションのみなし指定を受けている病院・診療所のうち、訪問看護を実施している病院・診療所

※3 在宅療養支援病院を除く病院

※4 がんの事例:198件、がん以外の事例:236件

※5 がんの事例:162件、がん以外の事例:149件

※6 最期まで施設において看取りをした事例:86件、施設での看取りを希望していたが途中で変更になった事例:61件

＜参考資料 1＞

終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン（厚生労働省平成 19 年 5 月）

1 終末期医療及びケアの在り方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めることが最も重要な原則である。
- ② 終末期医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

2 終末期医療及びケアの方針の決定手続

終末期医療及びケアの方針決定は次によるものとする。

（１）患者の意思の確認ができる場合

- ① 専門的な医学的検討を踏まえたうえでインフォームド・コンセントに基づく患者の意思決定を基本とし、多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームとして行う。
- ② 治療方針の決定に際し、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その合意内容を文書にまとめておくものとする。
上記の場合は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて、また患者の意思が変化するものであることに留意して、その都度説明し患者の意思の再確認を行うことが必要である。
- ③ この過程において、患者が拒まない限り、決定内容を家族にも知らせることが望ましい。

（２）患者の意思の確認ができない場合

患者の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ② 家族が患者の意思を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるかについて家族と十分に話し合い、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ③ 家族がいない場合及び家族が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

（３）複数の専門家からなる委員会の設置

上記（１）及び（２）の場合において、治療方針の決定に際し、

- ・医療・ケアチームの中で病態等により医療内容の決定が困難な場合
- ・患者と医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合
- ・家族の中で意見がまとまらない場合や、医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合

等については、複数の専門家からなる委員会を別途設置し、治療方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

< 参考資料 2 >

全人的苦痛サポートティプ・ケア

(1) 身体的苦痛に対するサポータィブ・ケア

- ① 身体的苦痛の軽減（医療処置・ケア）
- ② がんの疼痛緩和、がんのリハビリテーション
- ③ 苦痛以外の身体症状へのケア
- ④ 日常生活動作へのケア
- ⑤ 清潔、保湿等の身体へのケア

(2) 精神的苦痛に対するサポータィブ・ケア

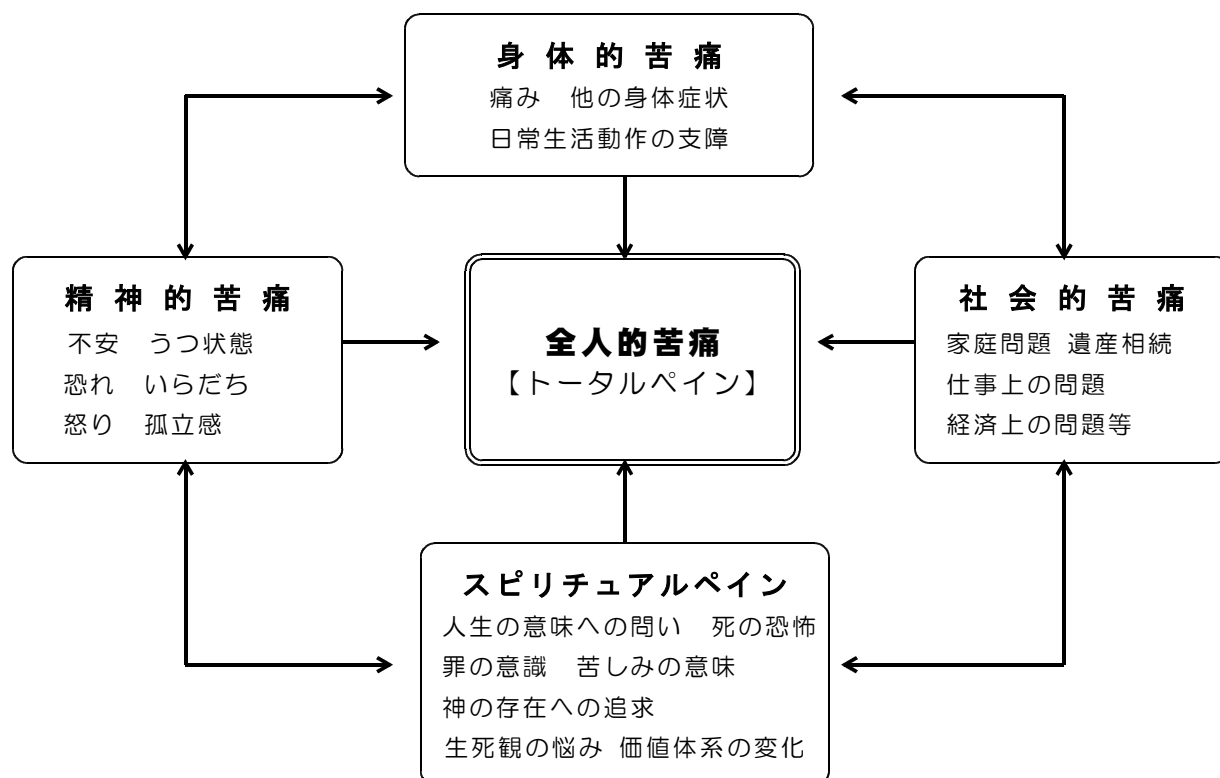
- ① 精神的苦痛(不安、恐れ、苛立ち、抑うつ、孤独感、怒り等)の軽減
- ② 穏やかな日常を過ごすことができる日々へのケア

(3) 社会的苦痛に対するサポータィブ・ケア

- ① 家族内の様々な問題(遺産、家計等)に係る苦痛の軽減
- ② 家族の中の役割喪失のケア
- ③ 家族や関係ある人々との関係性へのケア

(4) スピリチュアル・ペインに対するサポータィブ・ケア

- ① 死の受容時の苦痛(恐怖、罪悪感、価値体系変化、神の存在等)の軽減
- ② 自分の人生の意味づけ、満足感へのケア
- ③ 死の受け入れ、平安な心へのケア



＜参考資料 3＞

用語説明

※1 本人の意思決定

「終末期医療及びケアの方針決定」は、「患者の意思の確認ができる場合」において、「専門的な医学的検討を踏まえたうえでインフォームド・コンセントに基づく患者の意思決定を基本とし、多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームとして行う。」

※2 家族

患者が信頼を寄せ、看取り期の患者を支える存在であるという趣旨であり、法的な意味での親族関係のみを意味せず、より広い範囲の人を含む。

（「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン（解説編）」（厚生労働省平成19年5月より

※3 看取り期

本人、家族、医療・介護職員が死（看取り）を意識した時から始まり、看取った後の家族へのグリーフケアまでを「看取り期」として幅広く捉える。（本プランの共通認識）

※4 療養

病気やけがの手当てをし、からだを休めて健康の回復をはかること。治療と養生

※5 府民意識調査

平成25年度に「SKYふれあいフェスティバル（9月14,15日／回答数：460人）」「ヒューマンフェスタ（11月3日／回答数：49人）」、平成26年度に「SKYふれあいフェスティバル（9月20,21日／回答数：561人）」「KBS公開シンポジウム（11月27日／回答数：324人）」にて実施したアンケート調査

※6 事前指示書（リビングウィル）

単なる延命治療を拒否し、終末期に入り意思の確認が取れない場合は延命治療をやめる、という本人の意思およびその意思を表明した文書等のことをいう（wamnet用語解説より抜粋）自然な死を求めるために自発的意思で明示した「生前発効の遺言書」（日本尊厳死協会）言葉のもとはAdvance Directiveの和訳 事前指定書、事前指示書、患者の事前の意思表示書、尊厳死宣言書、蘇生拒否の指示（DNAR）など様々な呼称があり、それぞれ形式も異なる。（国立長寿医療研究センターHP事前指示に関する解説より抜粋）

※7 全国調査

厚生労働省「人生の最終段階における医療に関する意識調査」（H25年3月実施）

※8 緩和ケア

重い病を抱える患者やその家族一人ひとりの身体や心など様々なつらさを和らげ、より豊かな人生を送ることができるように支えていくケア（日本緩和医療学会）

※9 孤立死

周囲との交流がなく、地域から孤立している状況の中で、自宅等で誰にも看取られず一人で亡くなり、死後、長期間放置されていた場合（さっぽろ孤立死ゼロ推進センター）

※10 社会的孤立に陥りやすい高齢者

家族や地域社会との交流が、客観的にみて著しく乏しい状態の高齢者。一人暮らしや健康状態がよくない者、未婚や離別した者、暮らし向きの苦しい者は、日頃の会話が少なく、友人・近隣との付き合いが少なく、困ったときに頼れる人がいない者が多い。（平成22年度版高齢社会白書）

※11 インフォーマルサポート

要介護者を地域社会で支援していくために必要とされる、家族や近隣、ボランティア等によるインフォーマルなサポートのこと。公的機関が行う、制度に基づいた社会福祉サービスの対語として使われる（介護110番ことば辞典）

※12 サービス付き高齢者向け住宅

「高齢者住まい法」の改正により平成23年10月に創設された介護・医療と連携し、高齢者の安心を支えるサービスを提供するバリアフリー構造の住宅。安否確認サービスと生活相談サービスが必須のサービスです。ケアの専門家が少なくとも日中建物に常駐し、これらのサービスを提供する。（国土交通省パンフレット）

※13 出典「厚生労働省人口動態統計」

厚生労働省が実施する、人口及び厚生労働行政施策の基礎資料を得ることを目的とした出生、死亡、婚姻、離婚及び死産の全数を対象とした人口動態調査

※14 「その人らしい看取り」を支援するための調査 (P.43参照)

地域包括ケア推進機構に設置の看取り対策プロジェクトにおいて府域の看取りの現状・事例に関する実態を把握するため、京都府内の看取りに関する施設等1,660を対象に実施

※15 定期巡回、随時対応型訪問介護看護

重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行う。①一つの事業所で訪問介護と訪問看護のサービスを一体的に提供する「一体型事業所」②事業所が地域の訪問看護事業所と連携をしてサービスを提供する「連携型事業所」の2つの類型がある

※16 複合型サービス【「看護小規模多機能型居宅介護（仮称）」名称、制度変更予定】

居宅要介護者について、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護又は小規模多機能型居宅介護を二種類以上組み合わせることにより提供されるサービスのうち、訪問看護及び小規模多機能型居宅介護の組合せその他の居宅要介護者について一体的に提供されることが特に効果的かつ効率的なサービスの組合せにより提供されるサービス

※17 カンファレンス

打ち合わせや会議のこと。多職種間の情報を共有化し、支援に携わる職員間の意思の統一を図る。

※18 ピア・サポート

「ピア（peer）」は「仲間」、「サポート（support）」は「支える・援助する」の意味。

※19 地域ケア会議

高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法。具体的には、地域包括支援センター等が主催し、医療、介護等の多職種が協働して高齢者の個別課題の解決、ケアマネジメントの実践力向上、個別ケースの課題分析等を重ね、地域に共通した課題を明確化し、資源開発や地域づくり、政策形成につなげる。
(厚生労働省ホームページ)

※20 在宅療養コーディネーター

在宅医療を推進していくために、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネジャーなどがチームとなって患者・家族をサポートしていく体制を構築するために京都府において養成した地域リーダー。市町村等地域で多職種への研修等を行う。

※21 地域包括ケア推進ネット

二次医療圏域で保健所と京都地域包括ケア推進機構が連携し、市町村の地域包括ケア推進を徹底支援するために、京都府が平成26年度新たに設置する組織。

※22 死亡診断

医師には、自ら診察しないで診断書の交付、自ら検案しないで検案書の交付を行ってはならない等の無診察治療等の禁止が法律で規定されている。(診療継続中の患者が受診後24時間以内に診療中の疾患で死亡した場合については、異状がない限り、改めて死後診察しなくても、死亡診断書を交付することを認めている。これは、24時間を超える場合には死体検案書を交付しなければならないとする趣旨ではありません。診療継続中の患者が、受診後24時間を超えている場合であっても、診療に係る傷病で死亡したことが予期できる場合であれば、まず診察を行い、その上で生前に診療していた傷病が死因と判定できれば、求めに応じて死亡診断書を発行することができる。)

(平成26年度版死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル 抜粋)

※23 レスパイトサービス

高齢者などを在宅でケアしている家族を癒やすため、一時的にケアを代替し、リフレッシュを図ってもらう家族支援サービス。施設への短期入所や自宅への介護人派遣など

※24 退院支援

本人が自分の病気や障害を理解し、退院後も、継続して必要な医療・看護、介護を受けながら、どこで療養するのか、どのような生活を送るのかを自己決定するための支援。

※25 在宅療養あんしん病院登録システム

あらかじめ必要な情報を登録しておくことで、在宅療養中の高齢者が体調を崩し、在宅での対応が困難になった時に、スムーズに病院で受診し、必要に応じて入院ができるシステム。

早めの対応により、病状の悪化や身体の働きの低下をできるだけ防ぎ、在宅生活を続けることを支援。
(京都地域包括ケア推進機構 パンフレット)

※26 緩和ケア病棟

悪性腫瘍(がん)の患者又は後天性免疫不全症候群(AIDS)に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを一般病棟の病棟単位で行うもの。(診療報酬点数表 緩和ケア病棟入院料の施設基準)

※27 退院調整

本人の思い、願いを実現するための、患者の家族の意向を踏まえて、環境、人、者、経済的問題などを社会保障制度や社会資源につなぐ調整の過程。

※28 様々な苦痛

全人的苦痛(身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルな苦痛) P45参照

※29 終末期リハビリテーション

加齢や障害のため自立が期待できず、自分の力で身の保全をなしえない人々に対して、最期まで人間らしくあるように医療・看護・介護とともに行うリハビリテーション活動

(引用参考文献:『終末期リハビリテーション』 大田仁史著 荘道社)

※30 グリーフケア

グリーフ(grief)とは、深い悲しみを意味する。身近な人との死別を経験し、悲嘆に暮れる人をそばで支援することで、悲しみから立ち直れるようにすること。相手に寄り添う姿勢が、一方的に励ますことよりも大切であるとされている。大きな悲しみを乗り越えて行く過程を支援し、最終的には遺族が立ち直れるまでそばに在ることを目的とする。(看護用語辞典)

※31 「終末期医療の決定のプロセスに関わるガイドライン」 P44参照

終末期を迎えた患者及び家族と医師をはじめとする医療従事者が、最善の医療とケアを作り上げる過程を示すガイドライン。厚生労働省が終末期医療及びケアのあり方、方針の決定手続きなどを示したもの(平成19年5月)

※32 ICT

情報を通信に関連する科学技術の総称(Information and Communication Technology)。特に電気、電子、磁気、電磁波などの物理現象や法則を応用した機械や器具を用いて情報を保存、加工、伝送する技術のこと。(IT用語辞典)

※32 エンゼルケア

亡くなった方を、人生の最期にふさわしい姿に整えるため、化粧を施したり、口腔、身体をきれいにすること。死者の尊厳を守る処置であるとともに、残された家族の心のケアとしても重要である。死後の処置に関わり「自分の手で最期のケアをしてあげられた」という納得感や満足感が、遺族の立ち直りにとって大事な過程になると言われている。

一方、エンゼルケアは感染症予防の役割ももち、死者の体液や傷口などから発生した病原体が遺族や他の入居者に感染するのを防ぐためにもエンゼルケアは必要である。

※34 友愛訪問活動

地域のボランティア等が、ひとり暮らし高齢者等を訪問して、見守り活動として、安否確認や話し相手となるなどの活動のこと。

※35 アウトリーチ

「手を差し伸べること」の意。援助が必要であるにもかかわらず、自発的に申し出をしない人々に対して、公共機関などが積極的に働きかけて支援の実現をめざすこと。医療機関が、在宅の患者や要介護者を訪問して社会生活を支援する活動など。訪問支援。(大辞泉)

※36 潜在的ニーズ

表に現れず、潜在化しているニーズ。福祉の分野においては、本人の自覚・感得がなくともある一定の基準から乖離し、その状態の解決が社会的に必要であるとみなされる状態を指し、現実的な福祉サービス需要として顕在化しない状態。(介護110番ことば辞典)

※37 終活

「就活」のもじり。人生の終末を迎えるにあたり、延命治療や介護、葬儀、相続などについての希望をまとめ、準備を整えること。平成21年(2009)「週刊朝日」で連載された「現代終活事情」により広く知られるようになった。(大辞泉)

※38 エンディングノート

人生の終盤に起こりうる万一の事態に備えて、治療や介護、葬儀などについての自分の希望や、家族への伝言、連絡すべき知人のリストなどを記しておくノート。(ことば辞典)

看取り対策プロジェクト委員名簿

■看取り対策プロジェクト事前準備会（平成25年6～12月）

京都府医師会副会長	北川 靖
京都府介護支援専門員会事務局長	吉良 厚子
京都府看護協会常任理事	宇都宮 宏子
京都府歯科医師会公衆衛生部委員	武田 吉治
京都私立病院協会副会長	久野 成人
京都府薬剤師会副会長	宇野 進
京都府老人福祉施設協議会会長	荻野 修一

■看取り対策部会（平成26年1～4月）

京都府医師会副会長	北川 靖
京都医療ソーシャルワーカー協会会長	南本 宜子
京都府介護支援専門員会事務局長	吉良 厚子
京都府看護協会常任理事	宇都宮 宏子
京都府歯科医師会公衆衛生部委員	武田 吉治
京都私立病院協会副会長	久野 成人
たなか往診クリニック院長	田中 誠
京都地域密着型サービス事業所協議会理事	杉原 優子
京都府訪問看護ステーション協議会副会長	松久保 眞美
京都府薬剤師会副会長	宇野 進
京都府老人福祉施設協議会会長	荻野 修一
龍谷大学短期大学部准教授	黒川 雅代子

■2025年を見据えた看取り対策協議会（平成26年8～平成27年3月）

京都府医師会副会長	北川 靖
京都府介護支援専門員会事務局長	吉良 厚子
京都府看護協会常任理事	長谷川 泰子
京都大学大学院医学研究科・医学部教授	田村 恵子
京都府歯科医師会地域保健部委員	武田 吉治
京都府社会福祉協議会事務局長	田尾 直樹
京都私立病院協会副会長	久野 成人
京都地域密着型サービス事業所協議会理事	杉原 優子
京都府地域包括・在宅介護支援センター協議会会長	川北 雄一郎
同志社大学社会学部教授	空閑 浩人
京都府訪問看護ステーション協議会副会長	松久保 眞美
京都府慢性期医療協会会長	清水 紘
京都府民生児童委員協議会会長	本郷 俊明
京都府薬剤師会副会長	宇野 進
京都府老人福祉施設協議会会長	荻野 修一
龍谷大学短期大学部准教授	黒川 雅代子

※団体名50音順

○発行日：平成27年3月

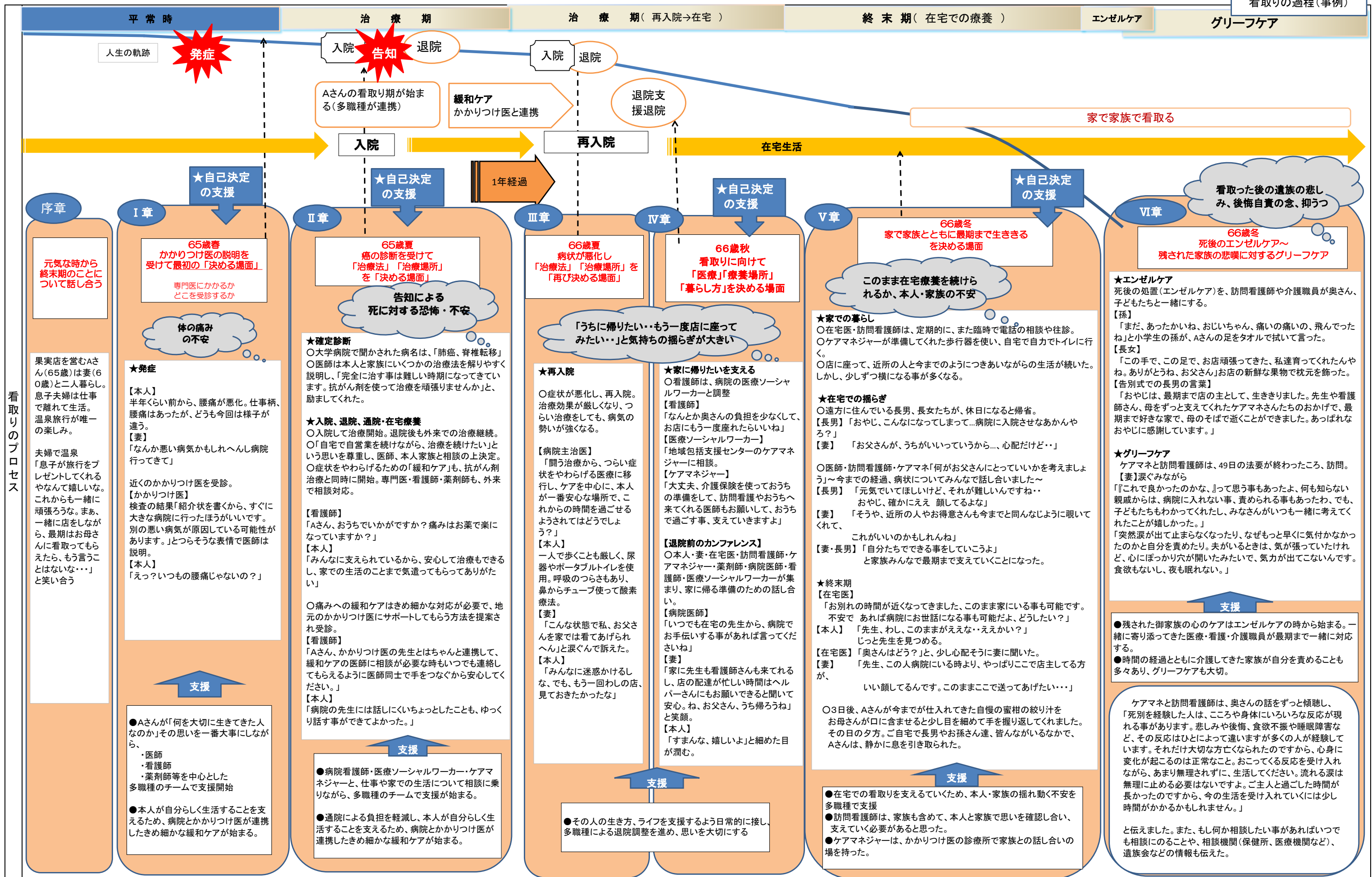
○発行：京都地域包括ケア推進機構 看取り対策プロジェクト

看護師の立場から「その人らしく生きる」意思決定を支える過程

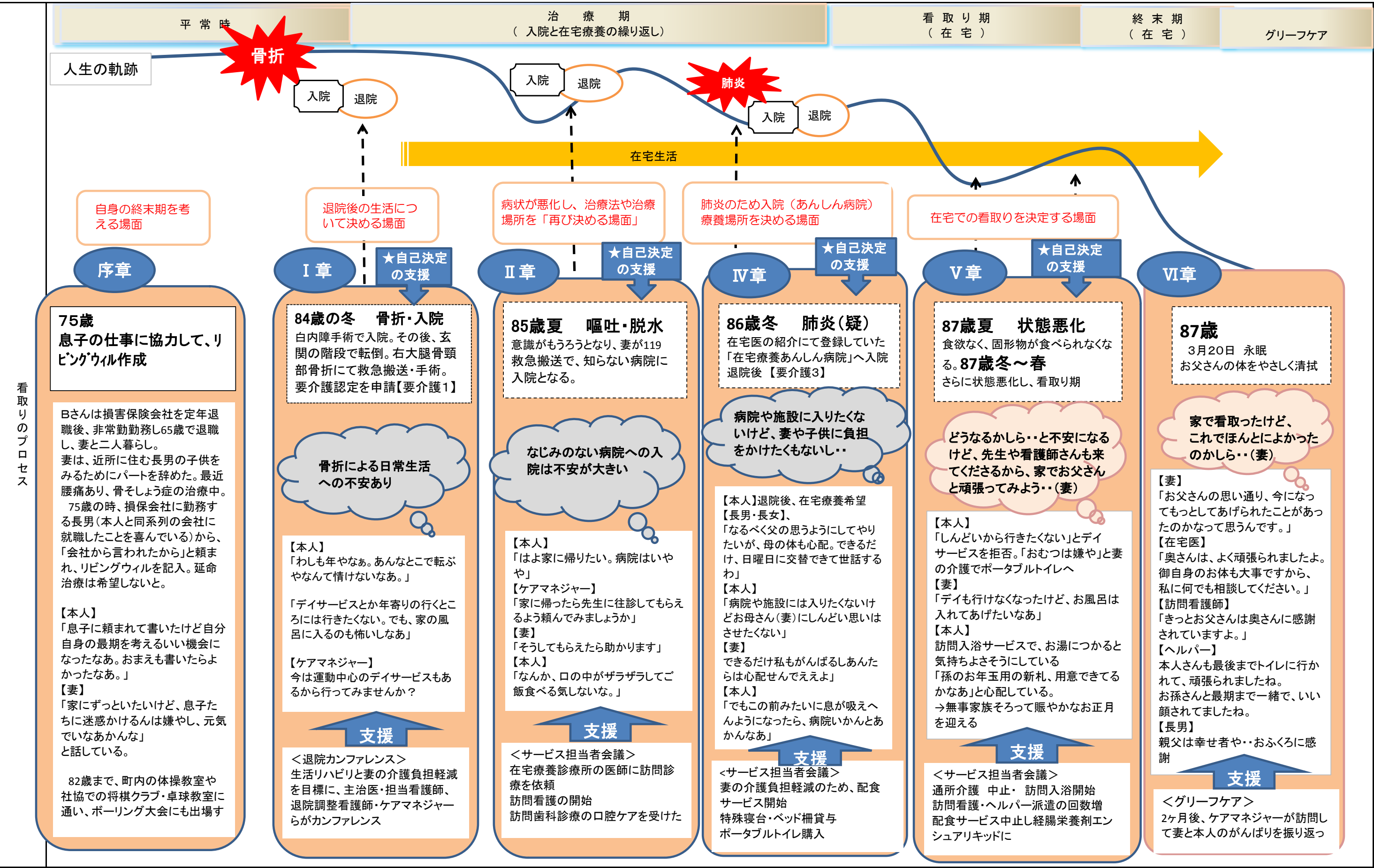
＜Aさんの場合：がん＞

（65歳・男性・肺がん脊椎転移）

＜参考資料4＞
看取りの過程（事例）



ケアマネジャーの立場から、「その人らしく生きる」意思決定を支える過程 <Bさん 在宅非がん> (87歳 男性 骨折・肺炎)



特別養護老人ホームにおいて「その人らしく生きる」意思決定を支える過程 <Cさん 非がん>

(96歳・男性・廃用性症候群)

