

高齢者施設等のACPや看取り に関する実態調査関連報告書

(概要版)

長崎県県央保健所

令和6年2月

目次

内容	スライド番号
◆高齢者施設でのACPや看取りに関する実態調査について	3
◆人口動態、死亡の場所等	4-9
◆令和5年度長崎県在宅医療提供体制等分析事業	10-17
◆令和5年度 長崎県在宅医療等実態調査（病院・診療所票）	18-28
◆居所変更実態調査集計結果	29-33
◆アドバンス・ケア・プランニング（ACP）及び看取り調査	34-57

高齢者施設でのACPや看取りに関する実態調査について

1. 目的

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに焦点をあて、高齢者施設におけるアドバンスケア・プランニング（ACP）の取組推進を図るため、高齢者施設の利用者の状況及びACPや看取りに関する取組について実態調査を行い、その結果を踏まえ、圏域や管内市町における今後の取組の検討に活用する。

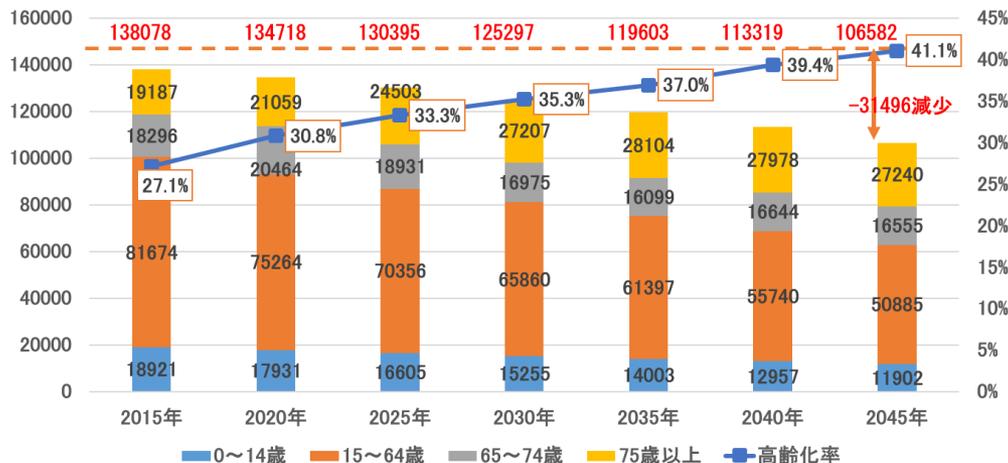
2. 調査期間：令和5年8月28日（月） ～ 令和5年10月3日（火）
3. 調査対象：管内高齢者施設174箇所
（介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、軽費老人ホーム、サービス付き高齢者住宅（特定施設除く）、認知症対応型共同生活介護（GH）、特定施設、介護療養型医療施設・介護医療院、地域密着型特別養護老人ホーム）
4. 調査内容：高齢者施設に関する実態調査
①（居所変更実態調査編）
②（アドバンス・ケア・プランニング及び看取り編）
5. 調査方法：【配布】メールおよびFAXにて調査票を配布
【回答】web（Microsoft forms）
メールまたはFAX
6. 関連調査：令和5年度 長崎県在宅医療提供体制等分析事業（※県央圏域概要）
令和5年度長崎県在宅医療等実態調査 病院・診療所票（※県央圏域概要）

県央保健所管内 2市3町
(諫早市、大村市、東彼杵町、
川棚町、波佐見町)

人口動態、死亡の場所等

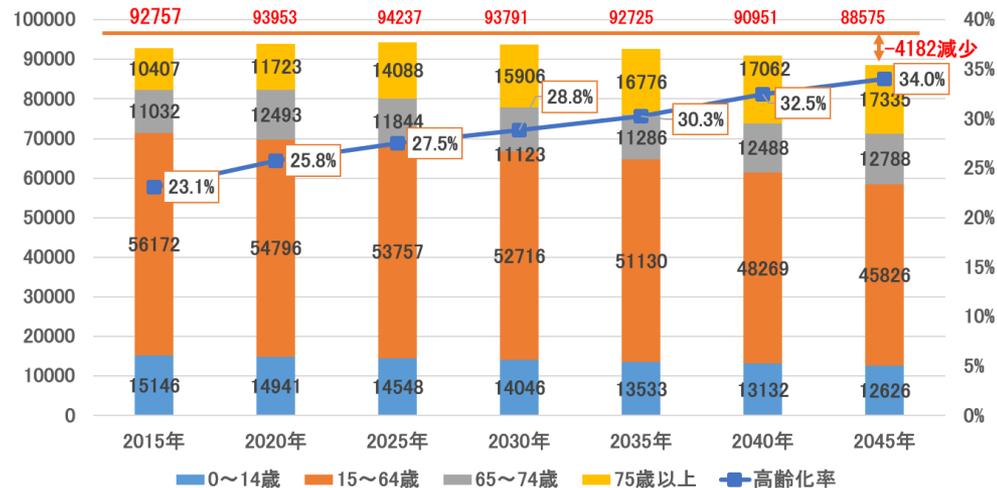
2015年を100%とした場合、2045年の諫早市の人口比率は77.2%であった。

諫早市の人口推移と高齢化率



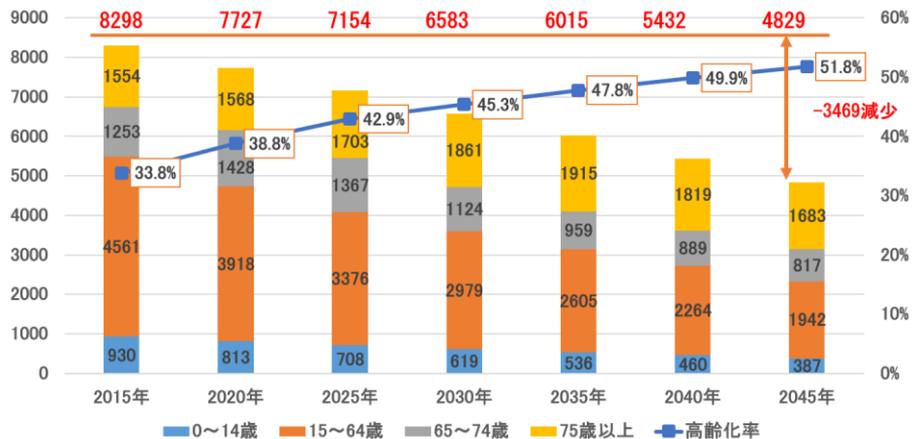
2015年を100%とした場合、2045年の大村市の人口比率は95.5%であった。

大村市の人口推移と高齢化率



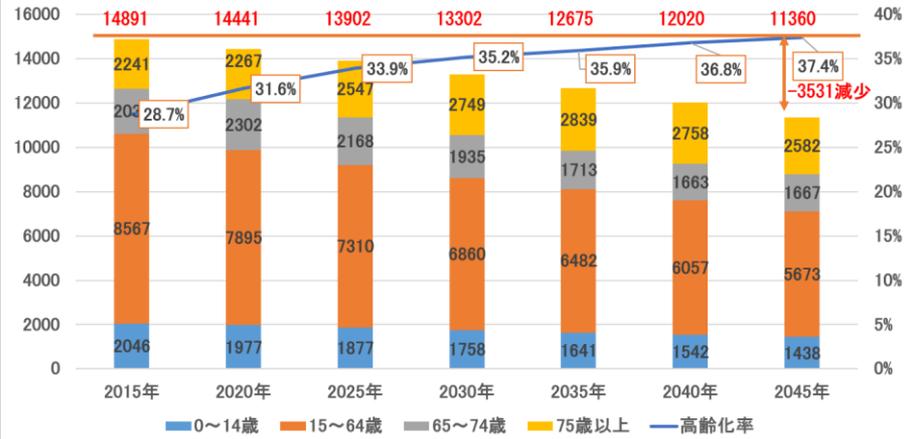
2015年を100%とした場合、2045年の東彼杵町の人口比率は58.2%であった。

東彼杵町の人口推移と高齢化率



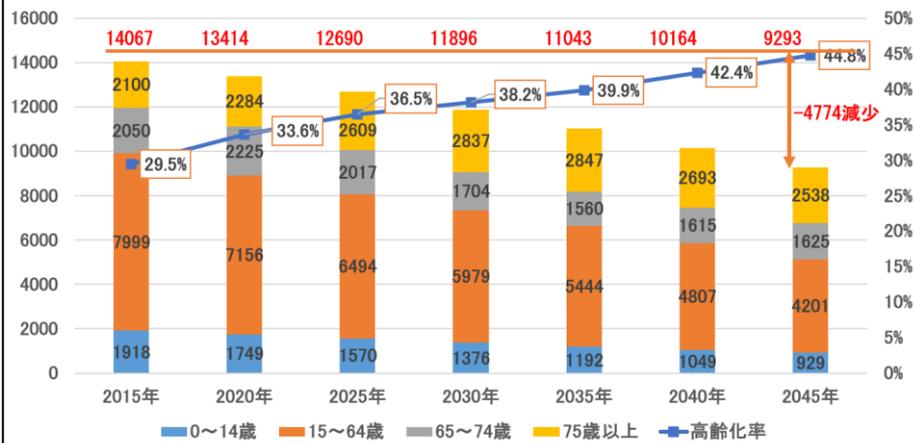
2015年を100%とした場合、2045年の波佐見町の人口比率は76.3%であった。

波佐見町の人口推移と高齢化率



2015年を100%とした場合、2045年の川棚町の人口比率は66.1%であった。

川棚町の人口推移と高齢化率



長崎県における死亡数（死亡の場所） ※各年衛生統計年報

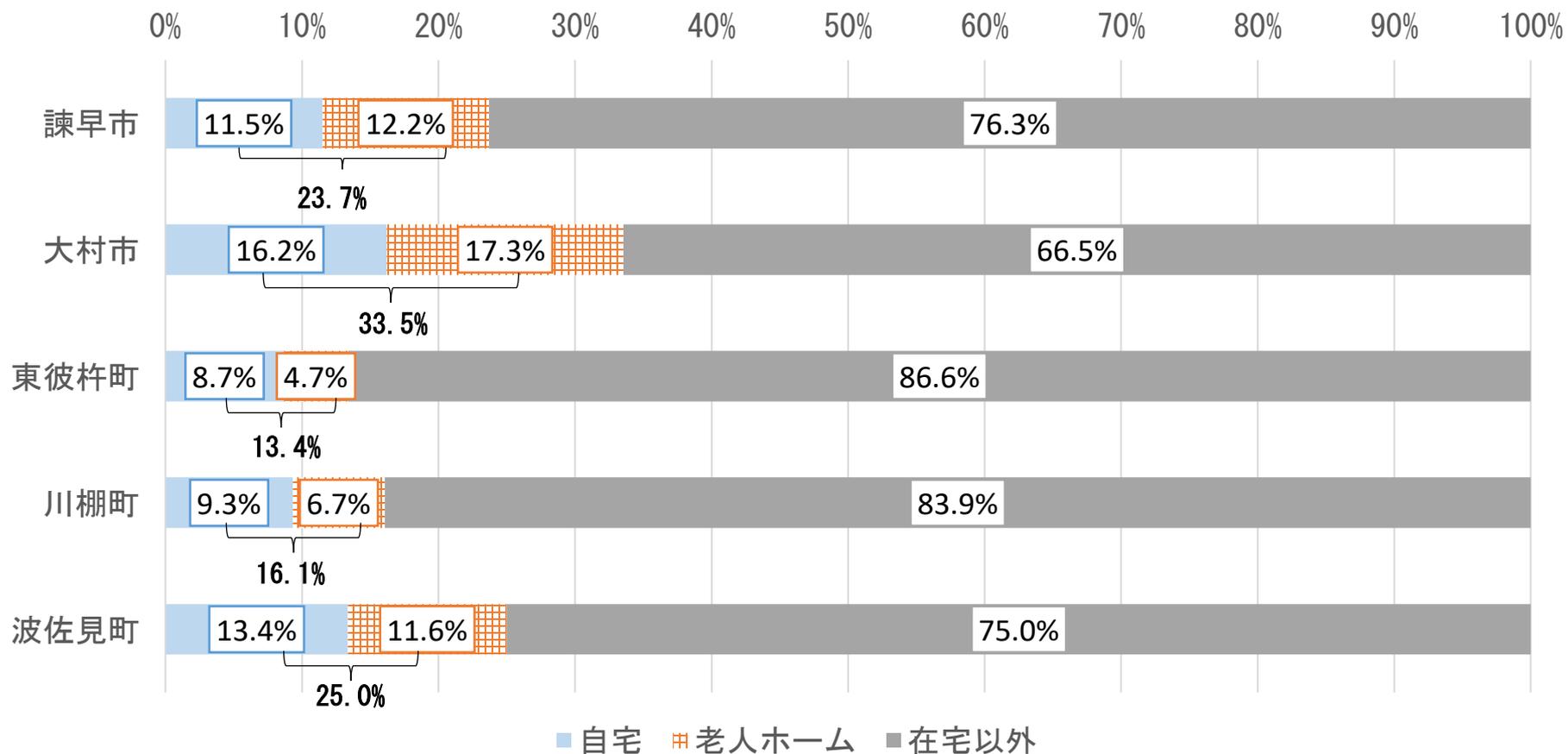
	死亡者数（人）						死亡割合（％）		
	総数	介護医療院・介護老人保健施設	老人ホーム ※2	自宅	在宅 ※1	在宅以外	自宅	在宅	在宅以外
H7	13,605	35	320	1,893	2,248	11,357	13.9	16.5	83.5
H12	13,519	82	405	1,389	1,876	11,643	10.3	13.9	86.1
H17	14,866	138	400	1,301	1,839	13,027	8.8	12.4	87.6
H19	15,310	128	451	1,315	1,894	13,416	8.6	12.4	87.6
H20	15,697	184	491	1,416	2,091	13,606	9.0	13.3	86.7
H22	16,303	233	649	1,472	2,354	13,949	9.0	14.4	85.6
H25	17,225	327	892	1,584	2,803	14,422	9.2	16.3	83.7
H26	17,091	378	939	1,538	2,855	14,236	9.0	16.7	83.3
H27	16,855	490	1,026	1,585	3,101	13,754	9.4	18.4	81.6
H28	17,071	448	1,023	1,708	3,179	13,892	10.0	18.6	81.4
H29	17,515	487	1,072	1,669	3,228	14,287	9.5	18.4	81.6
H30	17,714	532	1,209	1,823	3,564	14,150	10.3	20.1	79.9
R1	17,612	560	1,213	1,812	3,585	14,027	10.3	20.4	79.6
R2	17,646	573	1,286	2,067	3,926	13,720	11.7	22.2	77.8
R3	18,248	588	1,476	2,431	4,495	13,753	13.3	24.6	75.4
R4	19,309	751	1,595	2,669	5,015	13,955	13.8	26.0	74.0

※1 在宅（老健、老人ホーム・自宅）、在宅以外（病院・診療所・その他）

※2 老人ホーム（養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホーム）

R4管内市町死亡の場所別割合

令和4年度の在宅死亡率の割合は、大村市が33.5%と最も高かった。



※1 在宅（老健、老人ホーム・自宅）、在宅以外（病院・診療所・その他）

※2 老人ホーム（養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホーム）

人口動態、死亡の場所等のまとめ

- 2045年に向け、管内全市町にて人口減少傾向である。
- 2045年に向け、人口減少率が最も高いのは東彼杵町（58.2%）であり、人口減少数が最も多いのは諫早市（-31496人）である。
- 在宅死亡割合（死亡の場所別）が最も高いのは大村市の33.5%であり、最も低いのは東彼杵町（13.4%）である。

※（ ）内は2015年比での2045年の推計値

考察

- 2045年に向けて少子高齢化が更に進む中、管内市町間でも在宅死亡割合に大きな差がみられることから、地域の実情に応じて、医療・福祉サービスの需要増に対応するための担い手の確保等の対策が必要と考える。

(令和5年度 長崎県在宅医療提供体制等分析事業)

県央圏域データ抽出内容

長崎県県央保健所 地域保健課

前提条件と定義

【前提条件】

●対象者

医療対象期間：2016年度から2021年度 国民健康保険および後期高齢者医療制度の加入者

介護対象期間：2021年度 介護保険加入者

●診療実績：保険医療機関及び介護事業者が請求時に作成した電子レセプトデータ

●傷病有病者：医療レセプトに記載されている病名でICD10コードが付与可能なものを対象とする。有病者数は年間を通じ記載された回数は関係なく1とする。対象年度内に、糖尿病で毎月受診した場合や、骨折で2回入院した場合でも、有病者数は1となる。

●将来推計：国立社会保障・人口問題研究所が公開している将来推計人口

【定義】

●標準化推移

※県全体の過去および将来について、2021年度の実績を1.0としたときの比率を計算。

$$\text{標準化推移} = \frac{\text{比較年度の実績および全体推計}}{2021\text{年度有病者数}}$$

●標準化は、過去の圏域比較

※標準化：2021年度の県全体を1.0とし各圏域及び時系列に比較する。

●推計は、将来の圏域比較

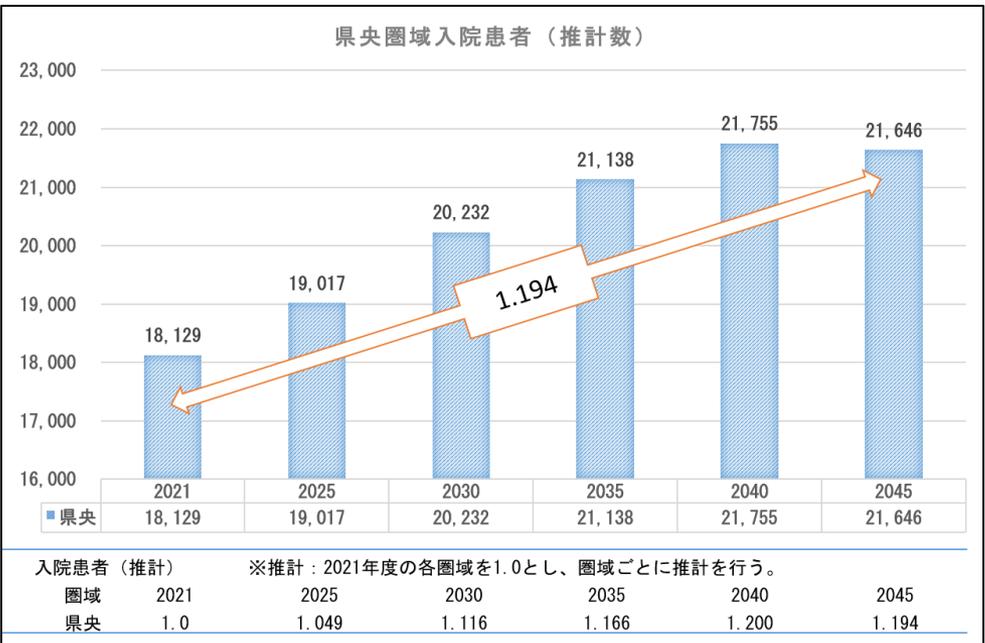
※推計：2021年度の各圏域を1.0とし、圏域ごとに推計を行う。

●標準化推移は、過去から未来までの県全体比較

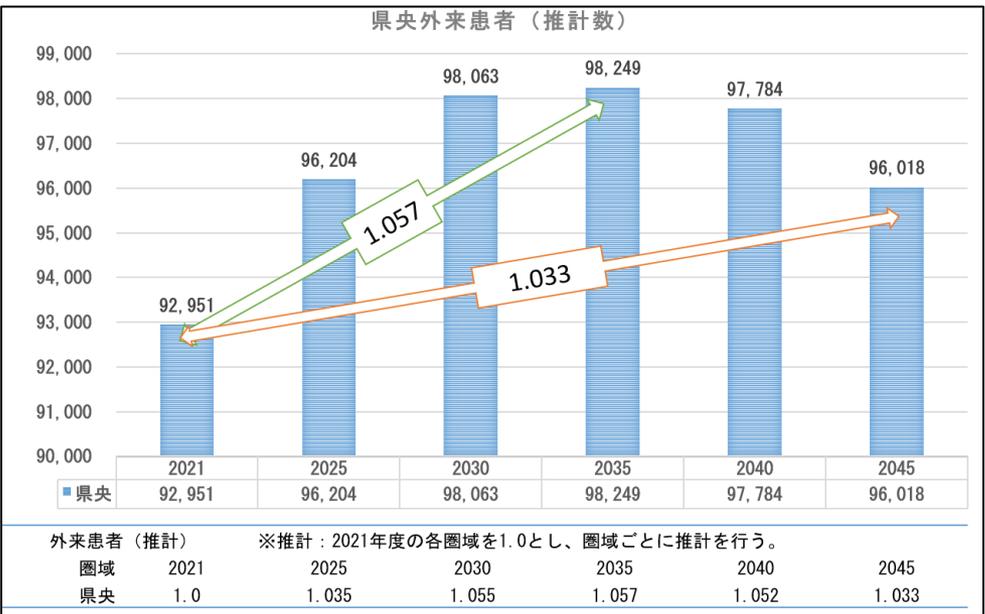
※標準化推移：実績および推計値を2021年度の各圏域を1.0とした、圏域ごとに比率を計算。

●全て2021年の受療率がベース

入院患者数と外来患者数（推計数）

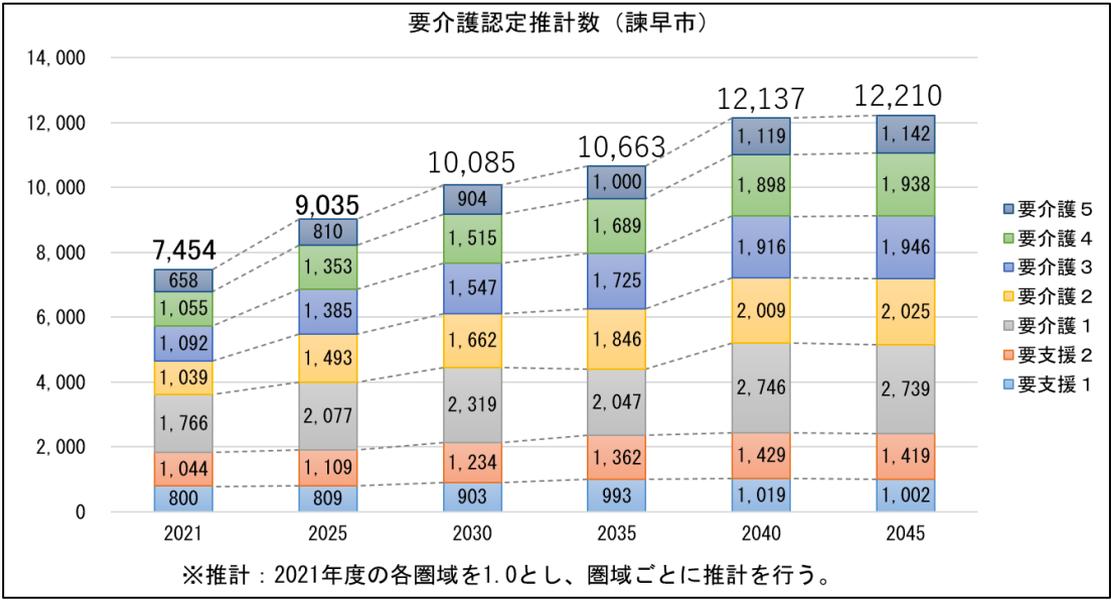


入院患者数は、2045年に向けて約1.2と増加傾向であった。

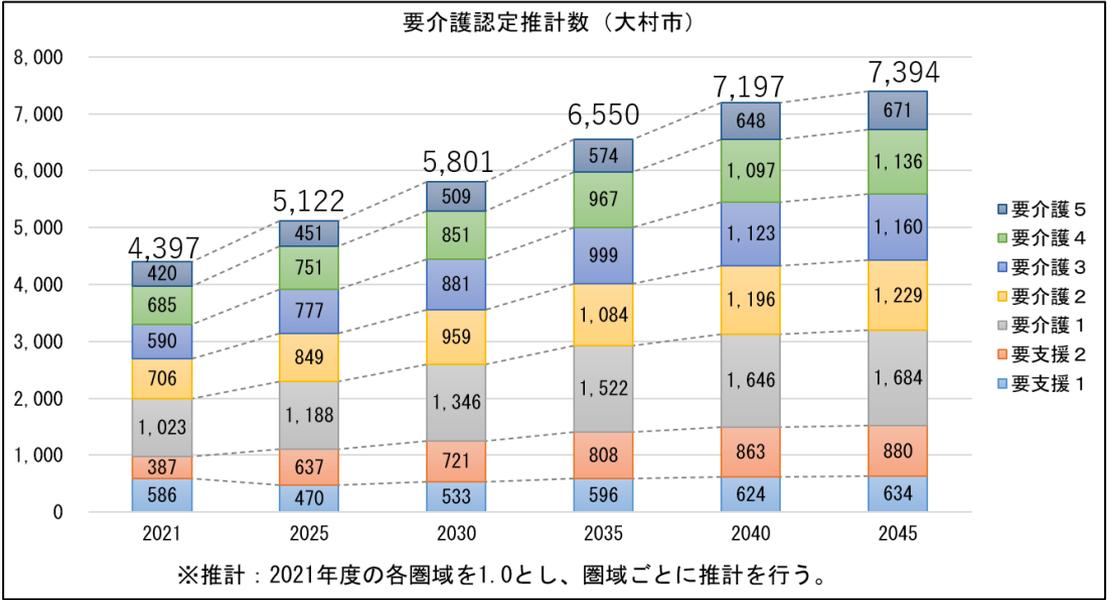


外来患者数は、2035年がピークで1.057、その後は減少傾向であった。

要介護認定推計数



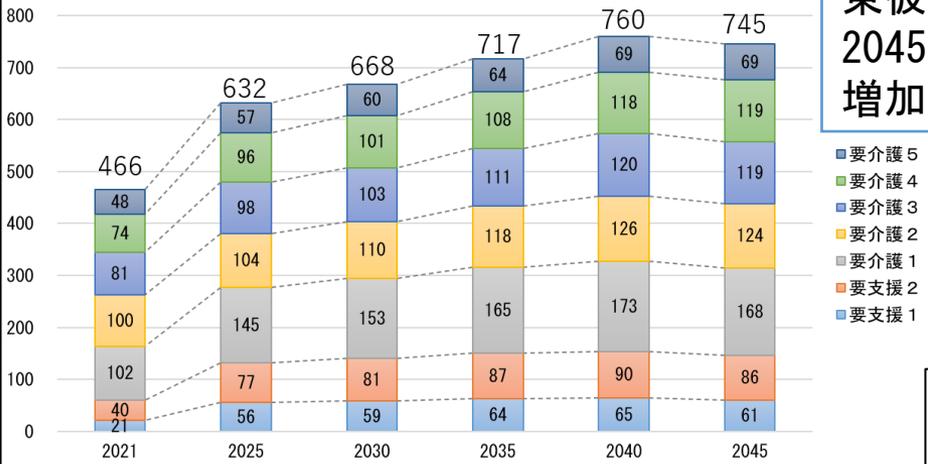
諫早市の要介護認定者は、2045年に向けて4,756人（1.64）増加すると推計される。



大村市の要介護認定者は、2045年に向けて2,997人（1.68）増加すると推計される。

要介護認定推計数

要介護認定推計数（東彼杵町）

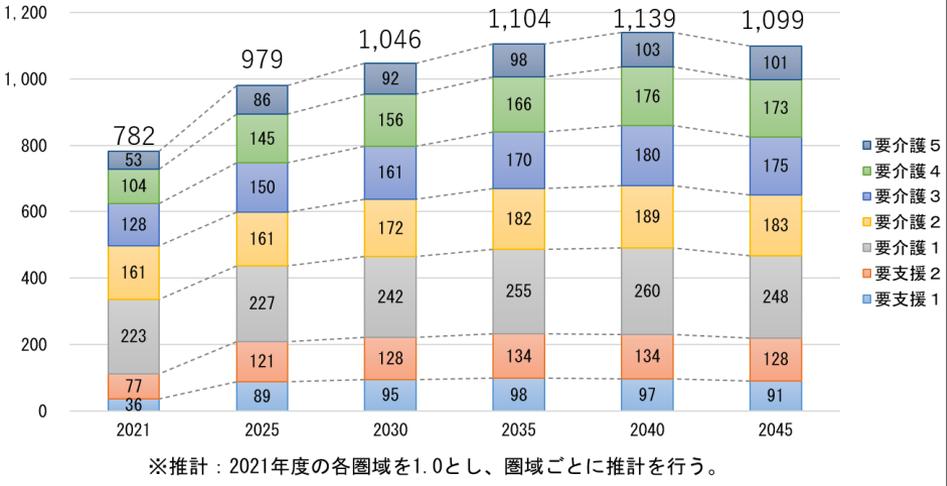


東彼杵町の要介護認定者は、2045年に向けて279人（1.60）増加すると推計される。

川棚町の要介護認定者は、2045年に向けて317人（1.41）増加すると推計される。

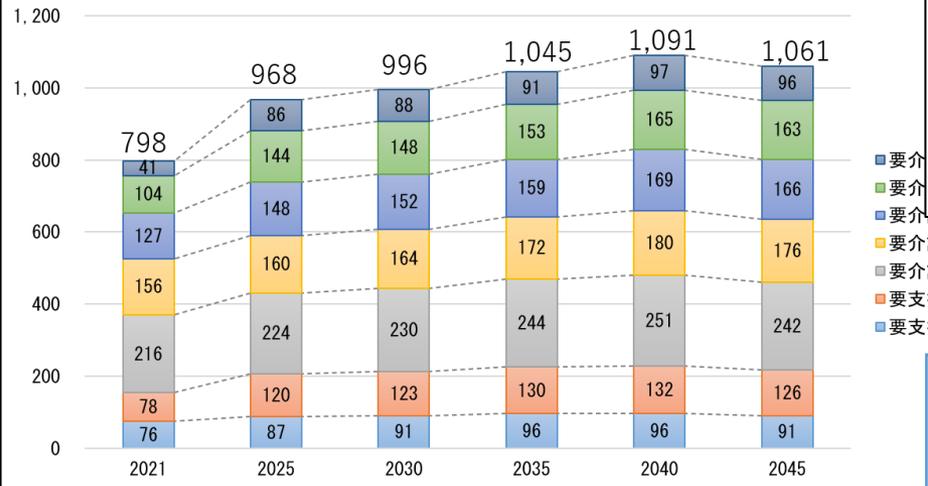
※推計：2021年度の各圏域を1.0とし、圏域ごとに推計を行う。

要介護認定推計数（川棚町）



※推計：2021年度の各圏域を1.0とし、圏域ごとに推計を行う。

要介護認定推計（波佐見町）

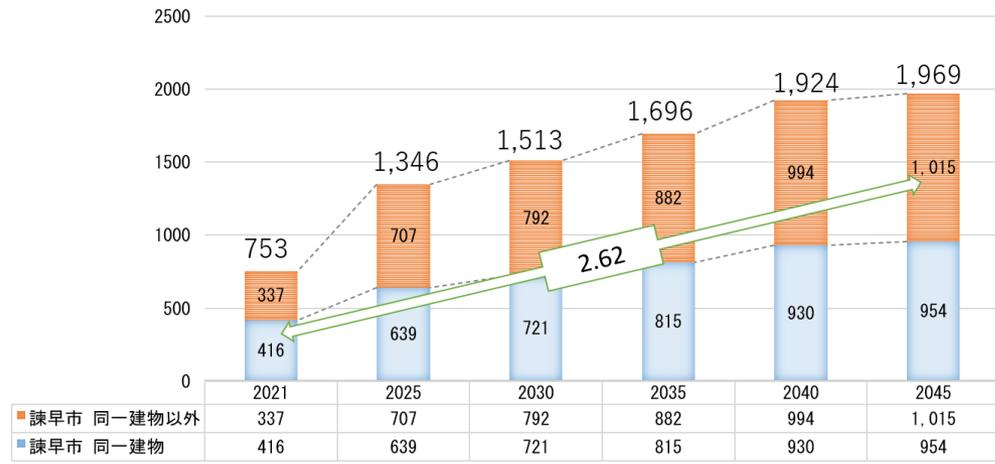


※推計：2021年度の各圏域を1.0とし、圏域ごとに推計を行う。

波佐見町の要介護認定者は、2045年に向けて263人（1.33）増加すると推計される。

在宅医療訪問診療推計数

在宅医療訪問診療推計数（諫早市）

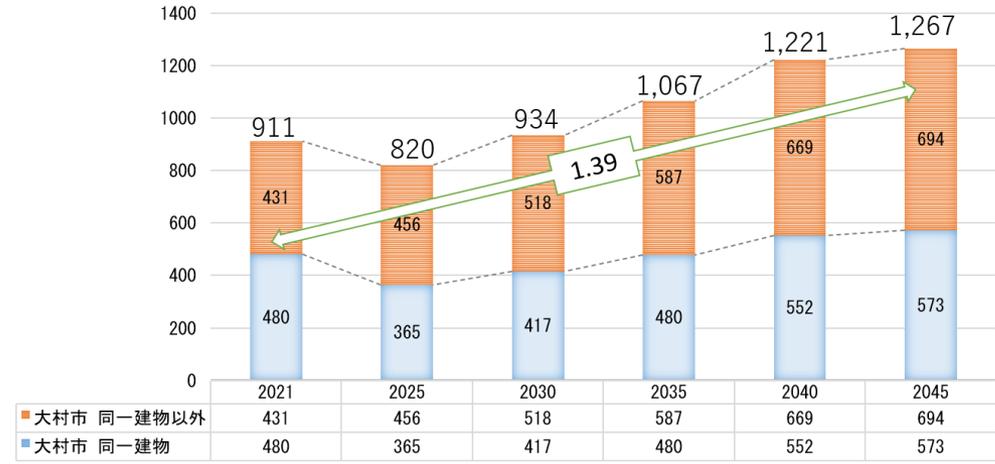


諫早市の訪問診療推計数は、2045年に向けて1,216人（2.62）増加すると推計される。

在宅医療訪問診療推計（市町） ※推計：2021年度の各圏域を1.0とし、圏域ごとに推計を行う。

	2021	2025	2030	2035	2040	2045
諫早市 同一建物	1.0	1.536	1.732	1.958	2.236	2.293
同一建物以外	1.0	2.099	2.351	2.616	2.950	3.013

在宅医療訪問診療推計数（大村市）



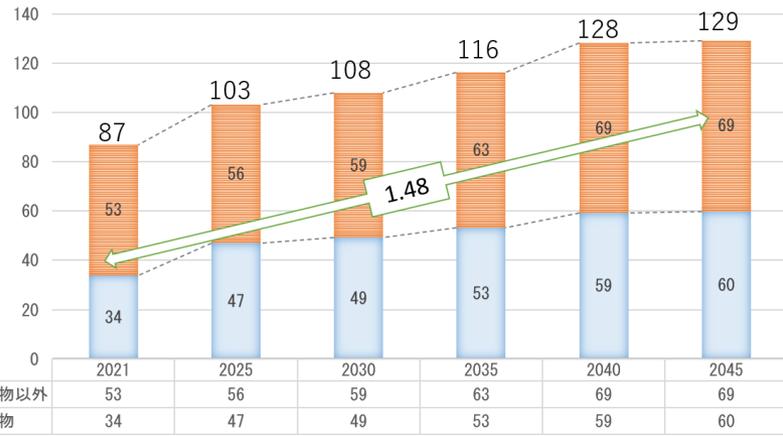
大村市の訪問診療推計数は、2045年に向けて356人（1.39）増加すると推計される。

在宅医療訪問診療推計（市町） ※推計：2021年度の各圏域を1.0とし、圏域ごとに推計を行う。

市町名	資源	2021	2025	2030	2035	2040	2045
大村市 同一建物		1.0	0.760	0.868	0.999	1.150	1.193
同一建物以外		1.0	1.057	1.201	1.362	1.553	1.610 ³¹

在宅医療訪問診療推計数

在宅医療訪問診療推計数（東彼杵町）



東彼杵町の訪問診療推計数は、2045年に向けて42人（1.48）増加すると推計される。

川棚町の訪問診療推計数は、2045年に向けて129人（3.08）増加すると推計される。

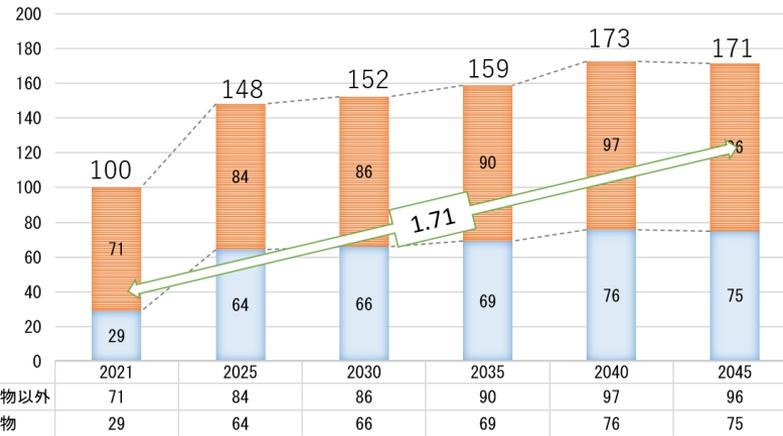
在宅医療訪問診療推計数（川棚町）



在宅医療訪問診療推計(市町) ※推計:2021年度の各圏域を1.0とし、圏域ごとに推計を行う。

市町名	資源	2021	2025	2030	2035	2040	2045
川棚町 同一建物	1.0	2.017	2.174	2.335	2.521	2.476	3.33
川棚町 同一建物以外	1.0	3.206	3.444	3.661	3.917	3.847	3.33

在宅医療訪問診療推計数（波佐見町）



波佐見町の訪問診療推計数は、2045年に向けて71人（1.71）増加すると推計される。

在宅医療訪問診療推計(市町) ※推計:2021年度の各圏域を1.0とし、圏域ごとに推計を行う。

市町名	資源	2021	2025	2030	2035	2040	2045
波佐見町 同一建物	1.0	2.218	2.270	2.383	2.606	2.586	2.99
波佐見町 同一建物以外	1.0	1.180	1.217	1.266	1.370	1.356	1.356

長崎県在宅医療提供体制等分析事業のまとめ

- 圏域全体で入院患者数（1.194）、外来患者数（1.033）共に、2045年に向けて増加傾向である。
- 要介護認定者数は2045年に向けて、諫早市、大村市は増加傾向、東彼杵郡3町は2040年をピークに増加傾向である。
- 訪問診療件数は、諫早市（2.62）、大村市（1.39）、東彼杵町（1.48）、川棚町（3.08）、波佐見町（1.71）と全市町で増加傾向であり、特に川棚町と諫早市での増加傾向が顕著である。

※（ ）内は2021年を1.0とした2045年の推計値

考察

医療と介護の両方を必要とする者の増加が推計され、在宅医療（病院、診療所、訪問看護等）と介護（通所、訪問、入居系サービス）の両方の提供体制整備を同時並行で進める必要があると考える。

令和5年度 長崎県在宅医療等
実態調査 病院・診療所票
(県央圏域概要)

長崎県県央保健所 地域保健課

<目的>

- 在宅医療の提供体制及び医療介護の連携状況の実態を調査するほか、将来必要となる在宅医療と介護の需給分析を行い、在宅医療及び医療介護連携を推進する上での根拠や方向性を明確にする。
- また、保健所や市町、在宅医療介護関係者等に対し、調査分析結果を提示することにより、今後の事業及び次期計画策定の基礎的資料として活用することを目的とする。
- なお、本県においては、次期長崎県医療計画（第8次）策定の基礎資料としても活用する。

<実施主体>

- 長崎県医療政策課、薬務行政室、長寿社会課

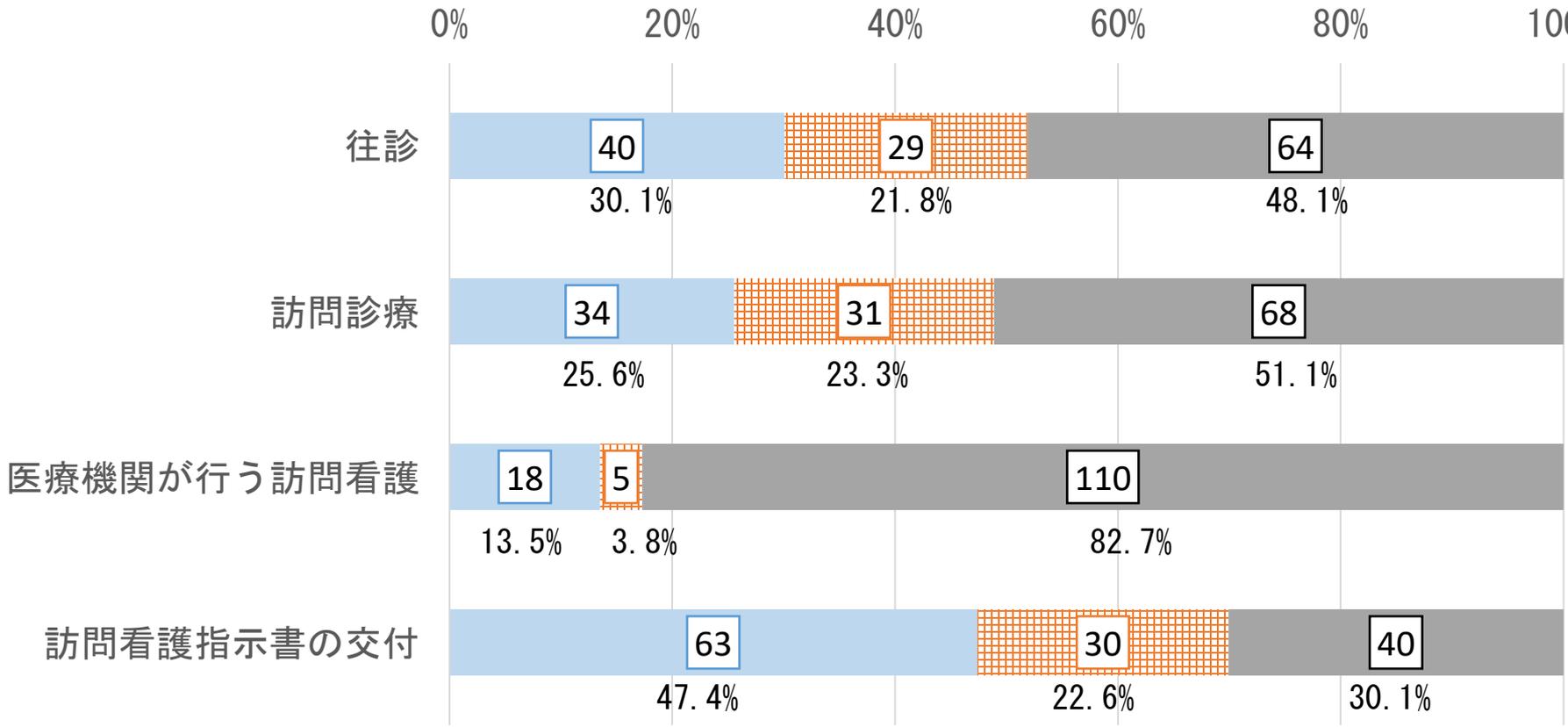
<調査対象>

- 県内医療機関、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所

在宅医療の実施状況

在宅医療の実施状況については、往診、訪問診療は約5割が実施しておらず、自院からの訪問看護は8割が実施していない。一方、訪問看護指示書の交付は7割が実施していた。

n=133

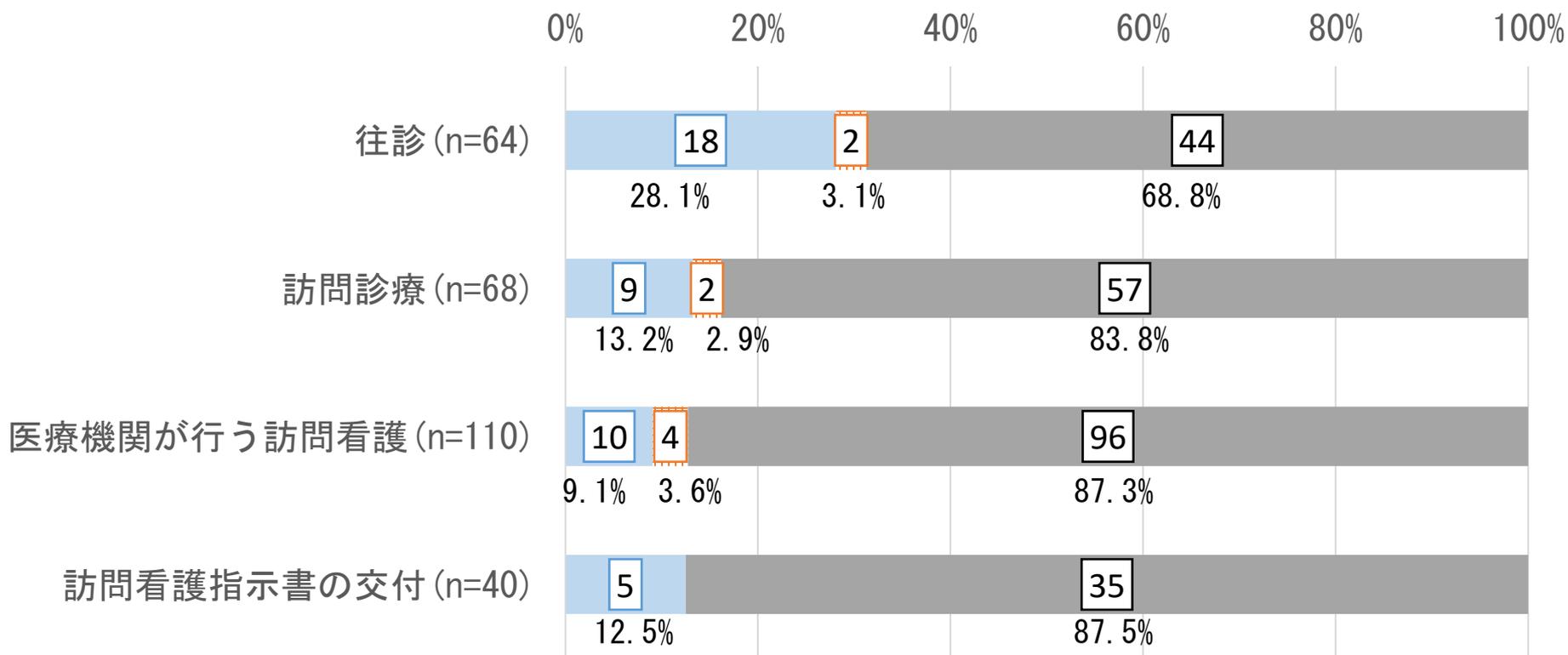


- 1. 自施設のかかりつけ患者にのみ
- 2. 他施設からの紹介患者にも実施
- 3. 実施していない

(現在、在宅医療を実施していない医療機関が回答)

在宅医療の実施の今後の意向

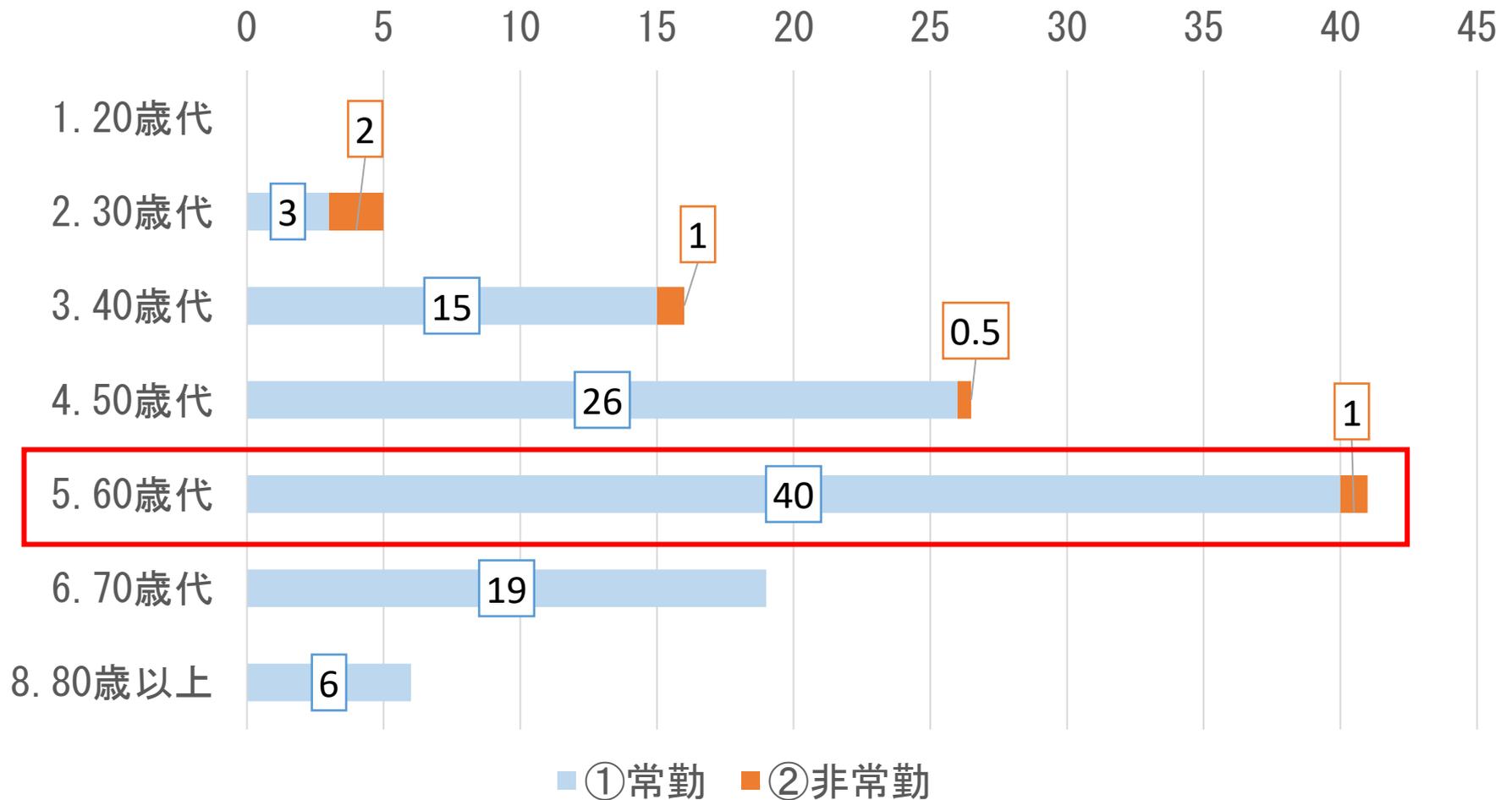
在宅医療の実施の今後の意向は、実施する意向なしとの回答が最も高かった。



- 1. 以前実施していたことがある
- 2. 今後実施する意向はある
- 3. これまでも実績がなく、現時点では実施する意向もない

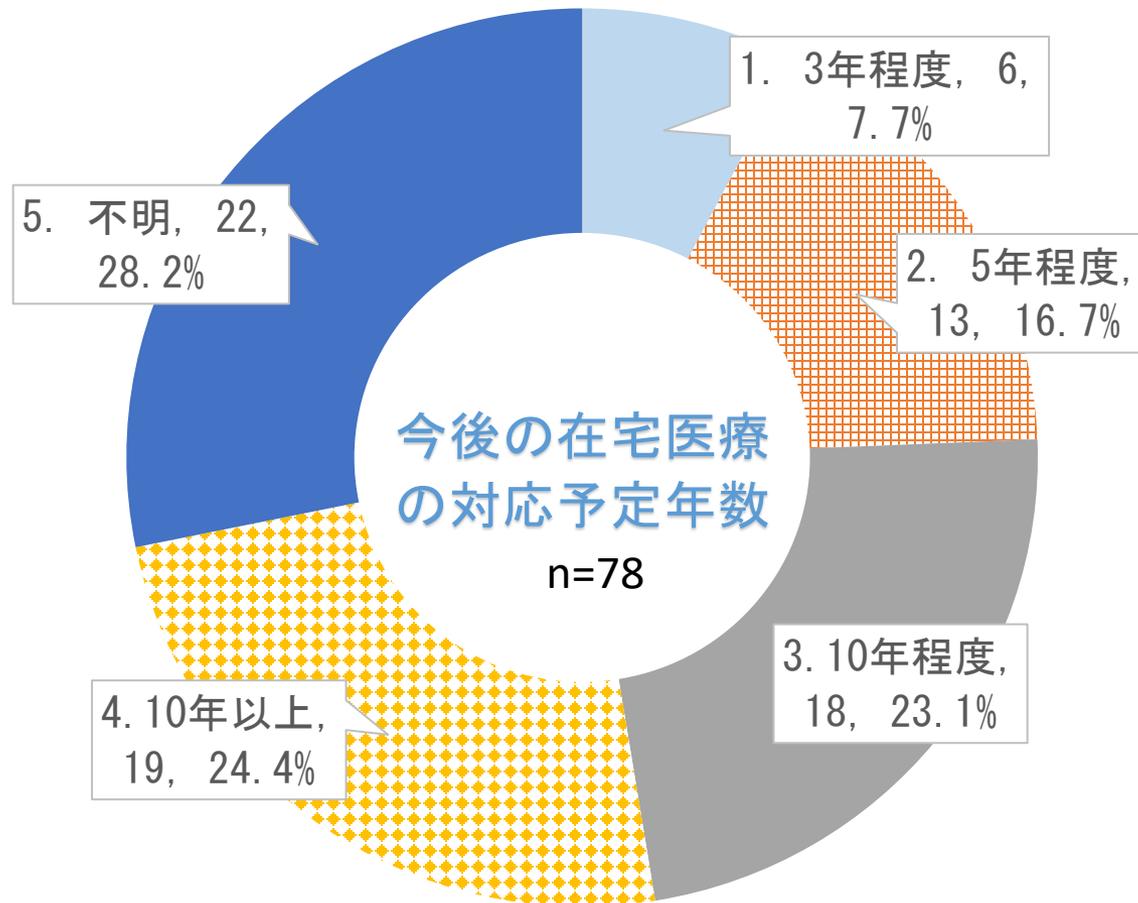
9. 在宅医療に携わる医師の年代

在宅医療に携わる医師の年代は、60歳代が最も多かった。次に50歳代、70歳代、40歳代と続いた。



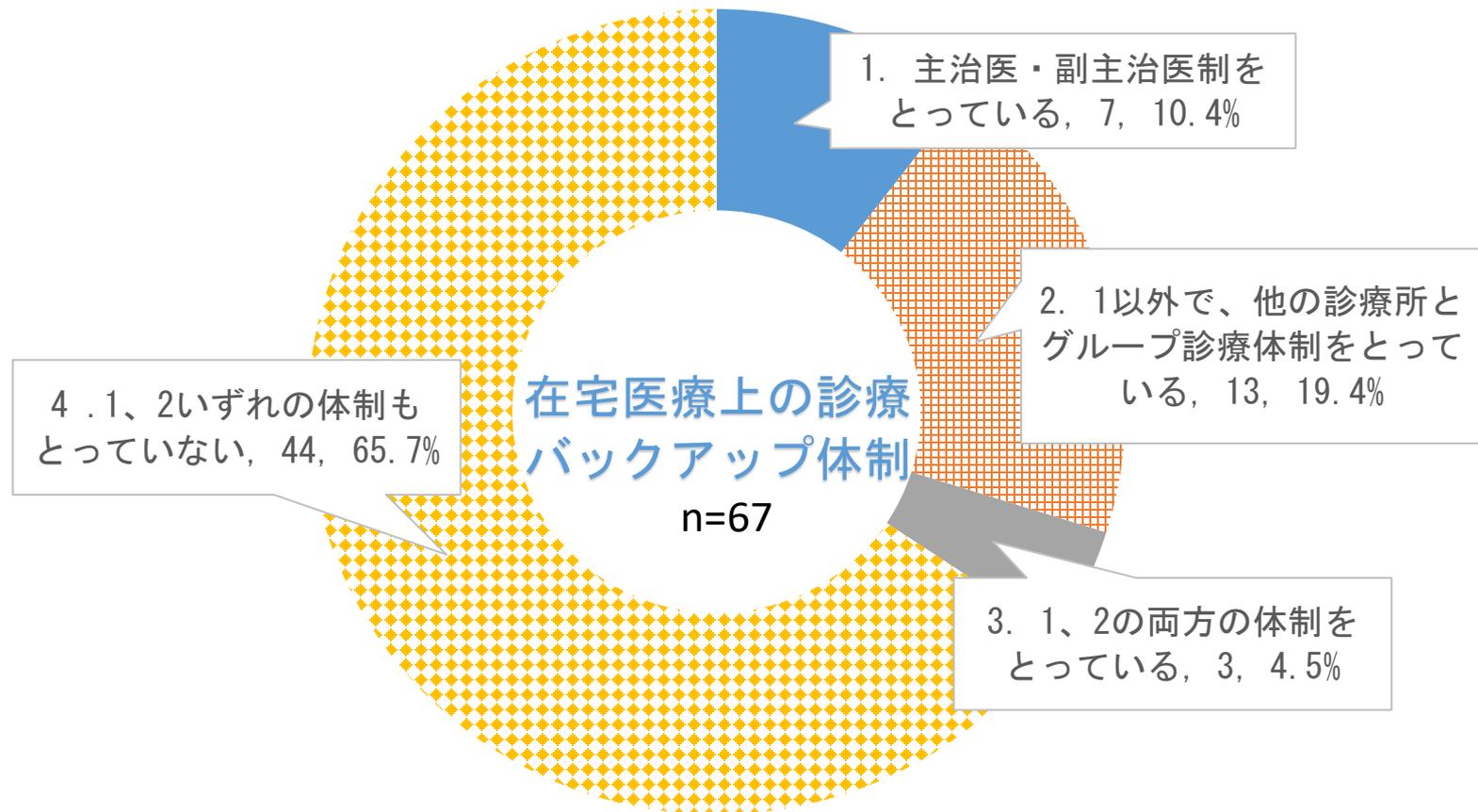
11. 今後の在宅医療の対応予定年数

今後の対応可能な在宅医療の予定年数は、「不明」が28.2%で最も高く、次いで「10年以上」が24.4%、「10年程度」が23.1%、「5年程度」が16.7%、「3年程度」が7.7%であった。



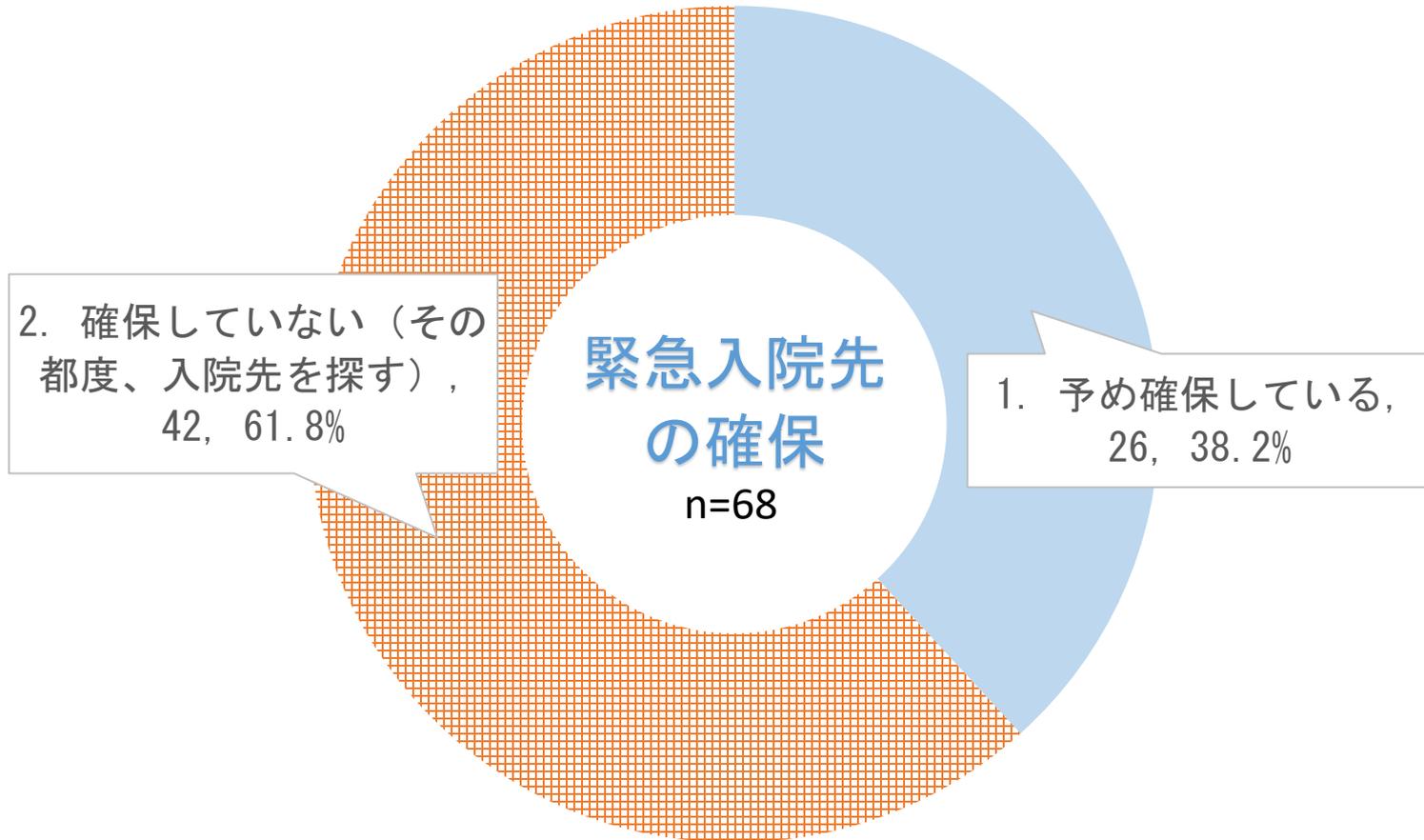
12. 在宅医療上の診療バックアップ体制 ※診療所のみ回答

在宅医療上の診療バックアップ体制は、「いずれの体制もとっていない」が65.7%と最も高かった。



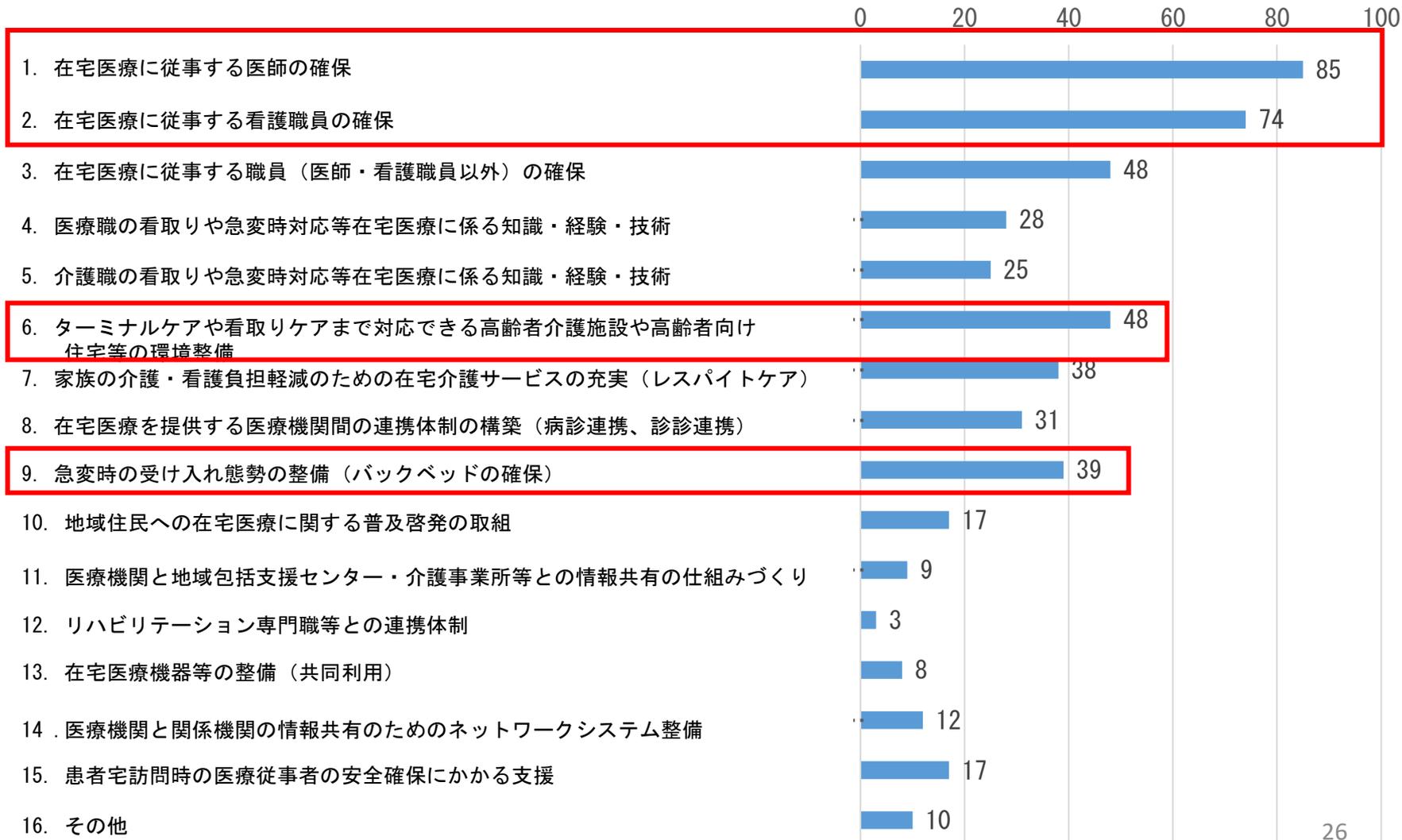
13. 緊急入院先の確保 ※診療所のみ回答

緊急入院先の確保は、「確保していない」が61.8%と最も高かった。



15. 地域において在宅医療を推進する上で不足していること、又は、今後充実させる必要があると思うこと（最大5つ）

在宅医療を推進する上で不足していること、又は、今後充実させる必要があると思うことについては、「医師の確保」が最も多かった。次に「看護師の確保」が続き、「ターミナルケアや看取りケアまで対応できる高齢者介護施設や高齢者向け住宅等の環境整備」や「バックベットの確保」の回答が続いた。



長崎県在宅医療等実態調査（病院・診療所票）のまとめ

- 在宅医療の実施状況については、往診、訪問診療は約5割が実施しておらず、自院からの訪問看護は9割近くが実施していない。
- 現在、在宅医療を実施していない医療機関について、今後の在宅医療の実施の意向は、「実施する意向なし」が往診約7割、訪問診療約8割という状況であった。
- 在宅医療に携わる医師の年代は、60歳代が最も多く、次に50歳代、70歳代、40歳代と続いた。一方、「今後の在宅医療の対応予定年数」は、4人に一人が「10年以上」との回答であった。
- 在宅医療上の診療バックアップ体制は、「いずれの体制もとっていない」が6割を超えと最も高かった。また、緊急入院先の確保も、「確保していない」が6割と最も高かった。
- 在宅医療を推進する上で不足していること、又は、今後充実させる必要があると思うことについては、医師や看護師と言った「人材の確保」や看取りまで対応可能な施設も含めた「住環境の整備」、そして急変時に備えた「バックベッドの確保」という項目が多くあがっている

考察

各地域の実情に合わせて、郡市医師会と市町や保健所等の関係機関が連携し、在宅医療に携わる医師のバックアップ体制（バックベッドの確保、主治医・副主治医の連携等の病・診、診・診連携の推進）の構築、在宅医療に取り組む医師の確保について、検討していく必要がある。

居所変更実態調査 集計結果

2023/11/20

長崎県県央保健所管内

発送事業所数：174件

回収事業所数：128件

回収率：73.6%

(注1) 不正確な回答や無回答等がある場合、正確な集計結果となっていないおそれがあります。エクセルファイルに入力したデータを良くご確認ください。

(注2) グラフのレイアウト等を変更する場合は、エクセルファイル上のグラフを修正の上、このファイルに貼り直してください。

(注3) 構成比を示す表は、セルの赤色が濃いほど100%に近いことを示しています。

【居所変更実態調査】

調査の目的

- ・居所変更実態調査では、①過去1年間で施設・居住系サービスから居所を変更した方の人数や、②その理由等を把握します。
- ・そして、調査の結果や、調査結果に基づいた関係者間での議論を通じて、施設・居住系サービスでの生活の継続性を高めるために必要な機能や、外部サービス資源との連携等を検討し、具体的な取組につなげていくことを目的としています。

調査の概要

- ・アンケートは、施設・居住系サービスの管理者の方などにご回答いただきます。
- ・調査では、各施設・居住系サービスから過去1年間で居所を変更した方の人数と行先、居所変更の理由などを把握しますが、これは、「要介護者が、住み慣れた住まいで暮らし続けることができる」という、地域のビジョンを達成するために、各施設・居住系サービスに「どのような機能が必要か」を検討することが目的となっています。
- ・今後は、介護人材の確保が困難となる地域も多い中、地域の施設・居住系サービスで最後まで暮らし続けるために、「量の拡大」ではなく、どのような「機能の強化」が必要かを検討することが重要になるのではないかと考えています。

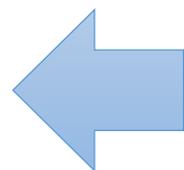
注目すべきポイント

- ・過去1年間で居所を変更した人と、死亡した人は、どの程度いるか？（どの程度の方が、最後までその施設等で暮らし続けることができたのか）
- ・居所を変更する理由として、多いものは何か？（どのような機能を強化することで、その施設等で暮らし続けることができるようになるのか）
- ・各施設・居住系サービスで、各医療処置を受けている人の人数はどの程度か？（各医療処置への対応が可能な施設・居住系サービスはどこか）

※ 特に居所を変更する理由や、必要な機能等については、アンケート調査の結果のみでなく、調査結果をもとに各施設・居住系サービスへのヒアリング調査などを通じて把握することが重要です。

過去1年間の退居・退所者に占める居所変更・死亡の割合

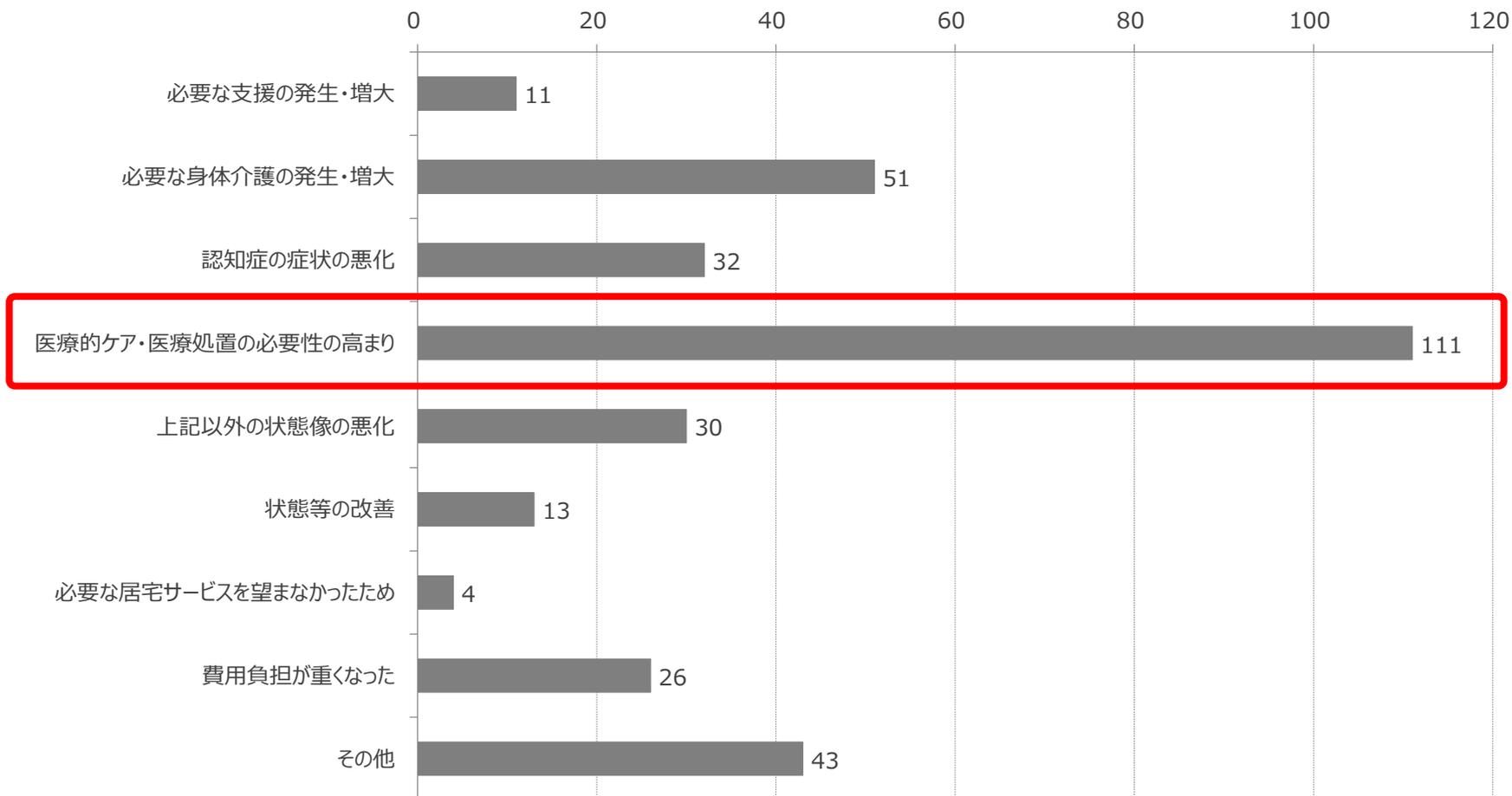
サービス種別	居所変更	死亡	合計
住宅型有料 (n=34)	188人 66.9%	93人 33.1%	281人 100.0%
軽費 (n=6)	54人 80.6%	13人 19.4%	67人 100.0%
サ高住 (n=14)	66人 75.0%	22人 25.0%	88人 100.0%
GH (n=40)	104人 63.0%	61人 37.0%	165人 100.0%
特定 (n=9)	34人 40.0%	51人 60.0%	85人 100.0%
地密特定 (n=0)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
老健 (n=2)	59人 68.6%	27人 31.4%	86人 100.0%
療養型・介護医療院 (n=5)	60人 64.5%	33人 35.5%	93人 100.0%
特養 (n=12)	90人 32.3%	189人 67.7%	279人 100.0%
地密特養 (n=6)	13人 24.1%	41人 75.9%	54人 100.0%
合計 (n=128)	668人 55.8%	530人 44.2%	1198人 100.0%



注目すべきポイント

・看取りまでできているのはどの住まいか？

居所変更した理由（n=128、順位不問、複数回答）



居所変更実態調査（圏域全体）のまとめ

- 過去1年間の退居・退所者に占める死亡の割合は、特養(67.7%)、地密特養(75.9%)と最後までその施設で暮らし続けることが出来る割合が高かった。一方、グループホーム(37.0%)、住宅型有料(33.1%)など、居住系サービス施設では7割近くの方が居所を変更していた。
- 居所を変更した理由として、「医療的ケア・医療処置の必要性の高まり」が最も多かった。

※上記については、各市町単位でも同様の傾向

考察

居所変更した理由として、「医療的ケア・医療処置の必要性の高まり」が最も多いことから、本人が希望する場所で最期まで暮らし続けるためには、居住系サービス施設（グループホームや住宅型有料老人ホーム等）と在宅医療機関や訪問看護ステーション間の連携強化が必要と考える。

アドバンス・ケア・プランニング （ACP）及び看取り調査

※県央圏域全体

長崎県県央保健所

参考：ACPに関連した用語の説明

(関連用語)

- **DNAR (Do Not Attempt Resuscitation)** とは、心停止又は呼吸停止に陥った患者に対して蘇生の処置を試みないよう記載した医師の指示書（『生命倫理百科事典』（2007. 丸善出版）より一部改編）
- **事前指示 (Advance Directive)** とは、自身が医療・ケアの選択について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（受けたくないか）や、自分の代わりに誰に判断してもらいたいかなどを予め記載しておく書面（「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」（2014. 厚生労働省より一部改編）
- **リビング・ウィル (Living Will : LW)** とは、事前に医療・ケアの選択について意思表示しておく文書。LWを作成し提示することで、本人の希望が生活・医療・ケアに関わる方々に伝わり、その結果、本人の生き方が最期まで尊重されることになる。LWの作成にあたって最も優先されるべきは本人の意思で、大切なことは医療者や家族、本人をサポートしてくれる方と本人の意思について情報を共有し理解しあうこと。（公益財団法人 日本尊厳死協会ホームページより一部改編）

アドバンス・ケア・プランニング Advance Care Planning (ACP)

アドバンス・ディレクティブ Advance Directive (AD)

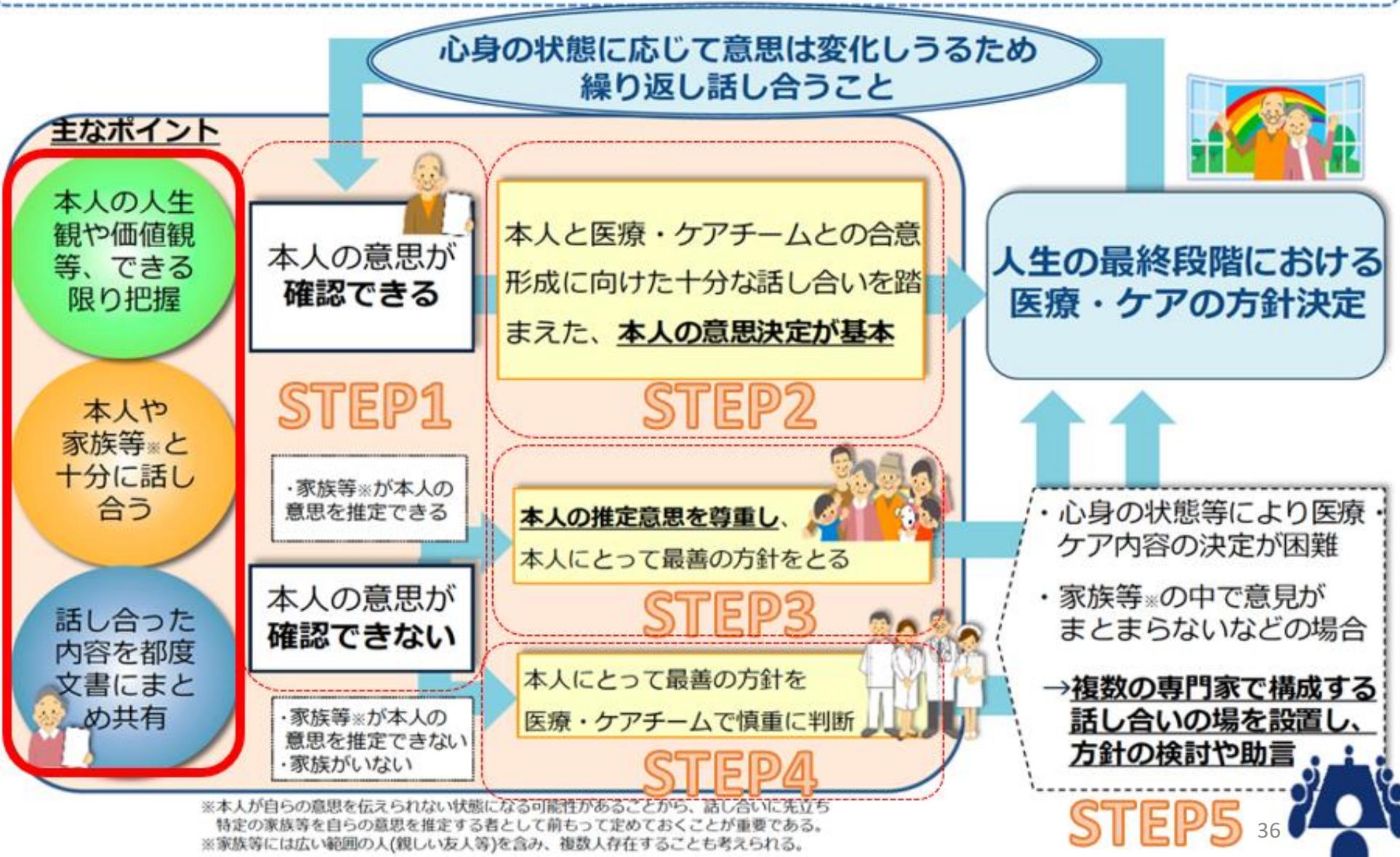
代理意思決定者の
選定

リビング・ウィル
(living will)

DNAR

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



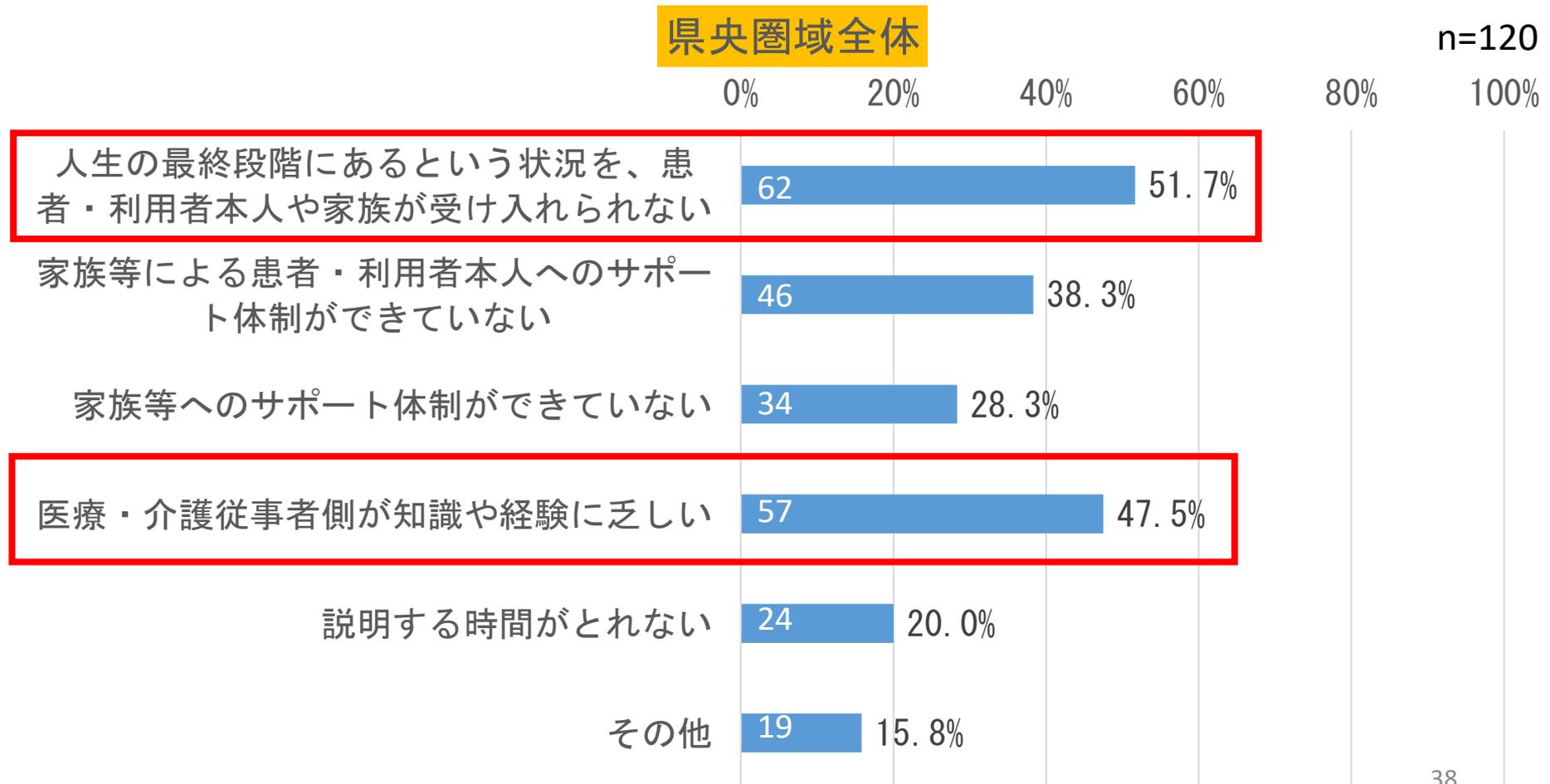
2. 回答者属性（所在地別）

n=123

回答施設 所在地別内訳	諫早市	大村市	東彼杵町	川棚町	波佐見町	合計
1. 住宅型有料老人ホーム	14	16	0	2	1	33
2. 軽費老人ホーム（特定施設除く）	4	2	0	0	0	6
3. サービス付き高齢者向け住宅 （特定施設除く）	8	3	1	0	1	13
4. グループホーム	17	13	3	3	2	38
5. 特定施設	4	3	0	0	0	7
6. 地域密着型特定施設	0	0	0	0	0	0
7. 介護老人保健施設	2	1	0	0	0	3
8. 介護療養型医療施設・介護医療院	4	0	0	0	0	4
9. 特別養護老人ホーム	8	4	1	1	1	15
10. 地域密着型特別養護老人ホーム	3	1	0	0	0	4
合計	64	43	5	6	5	123

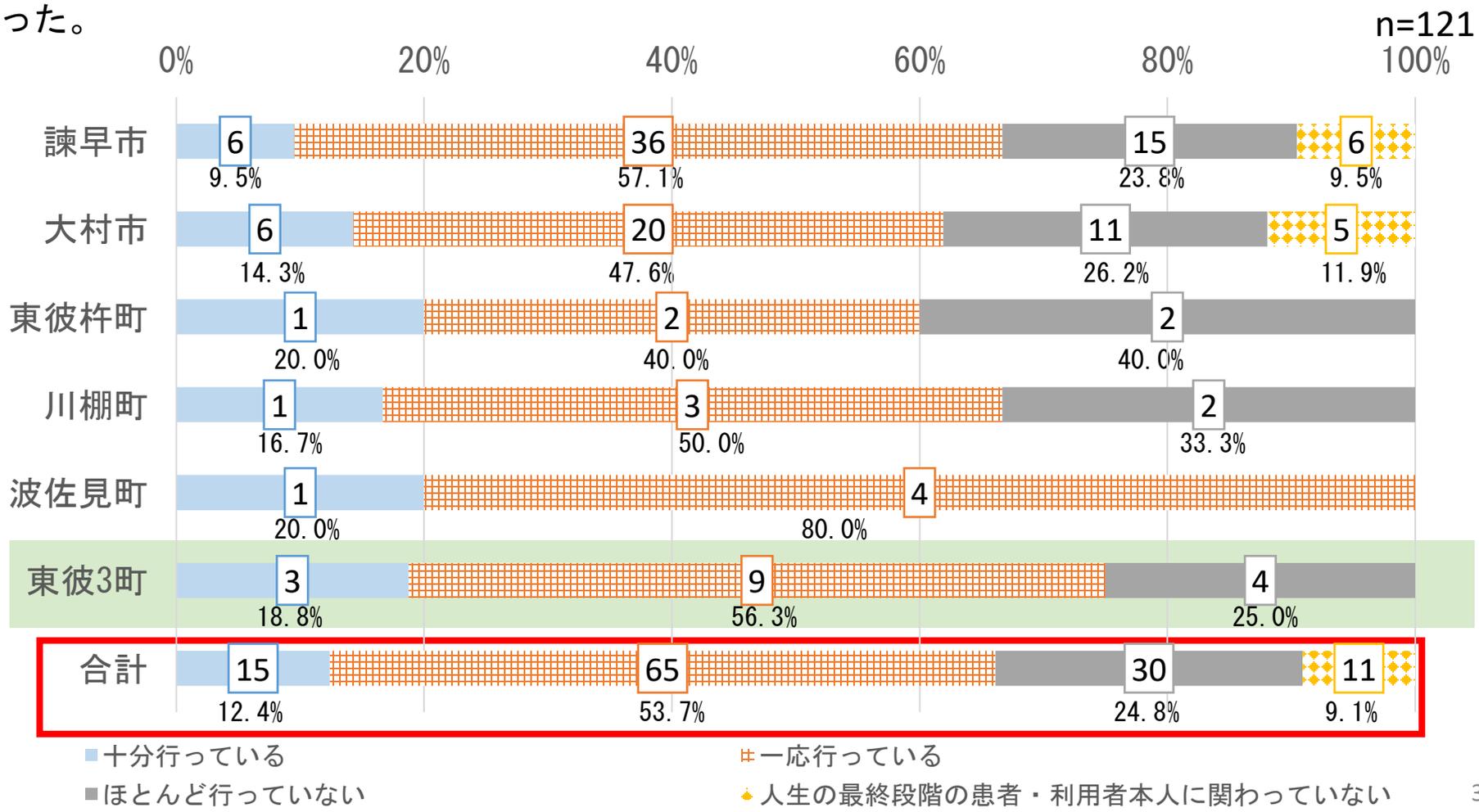
6. あなたの施設で利用者本人に対し、人生の最終段階における医療・ケアについて話し合うにあたり、難しいと感じることは何ですか。（複数回答可）

県央圏域全体で本人に対する説明において困難と感じている要因は、「人生の最終段階にあるという状況を、患者・利用者本人や家族が受け入れられない」が51.7%と最も高かった。次いで「医療・介護従事者側が知識や経験に乏しい」が47.5%であった。



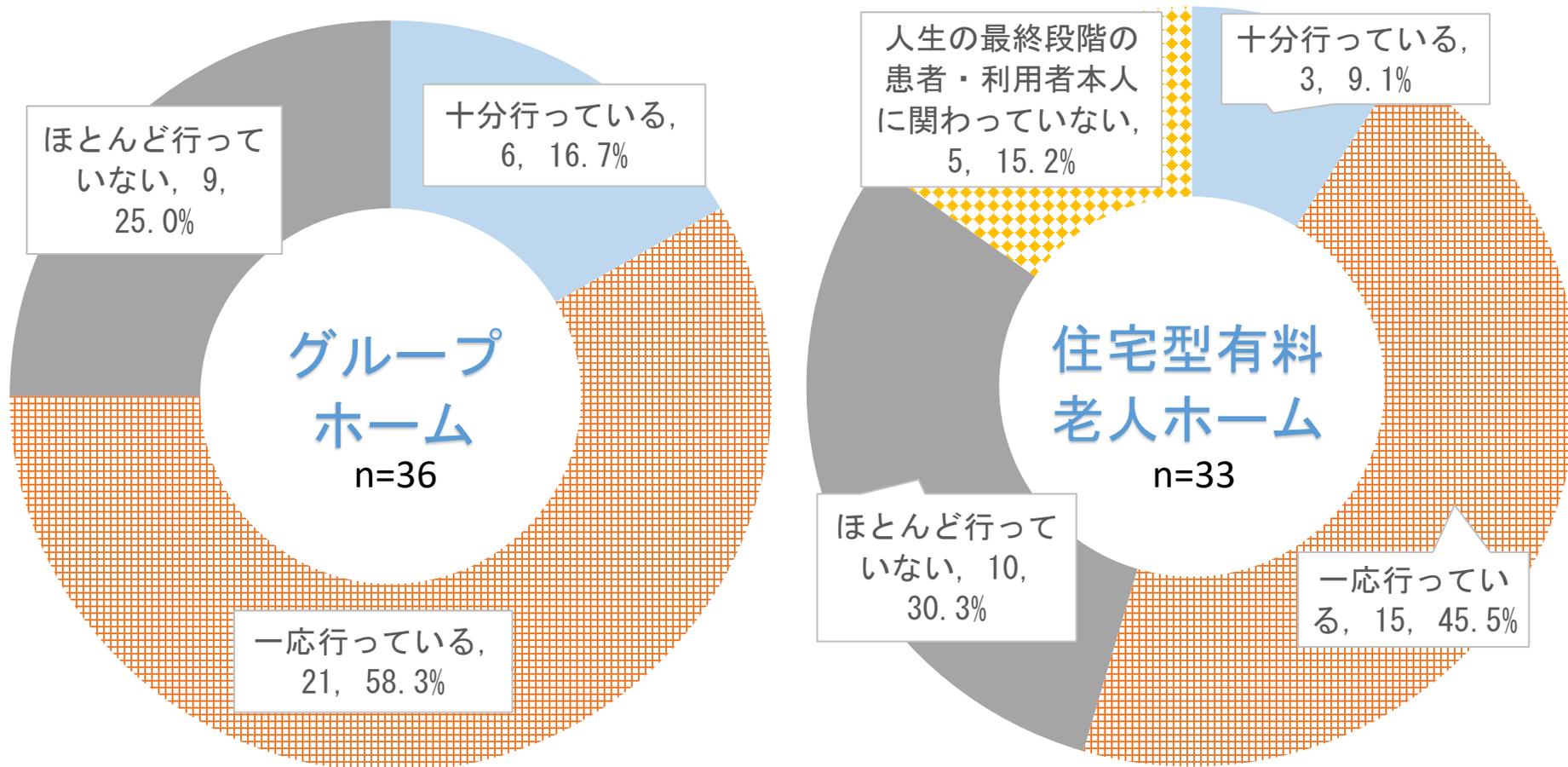
8. あなたの施設では、利用者本人と人生の最終段階の医療・ケアについて、十分な話し合いを行っていると思いますか。（○は1つ）
 ※ 利用者本人の意思が確認できない場合は、利用者本人の意思に基づいて家族等と十分な話し合いを行っていると思いますか。

県央圏域全体で利用者本人と人生の最終段階の医療・ケアの話し合いの状況については、「十分行っている」が12.4%、「一応行っている」が53.7%との回答割合であった。一方、「ほとんど行っていない」が24.8%、「人生の最終段階の患者・利用者本人に関わっていない」が9.1%であった。



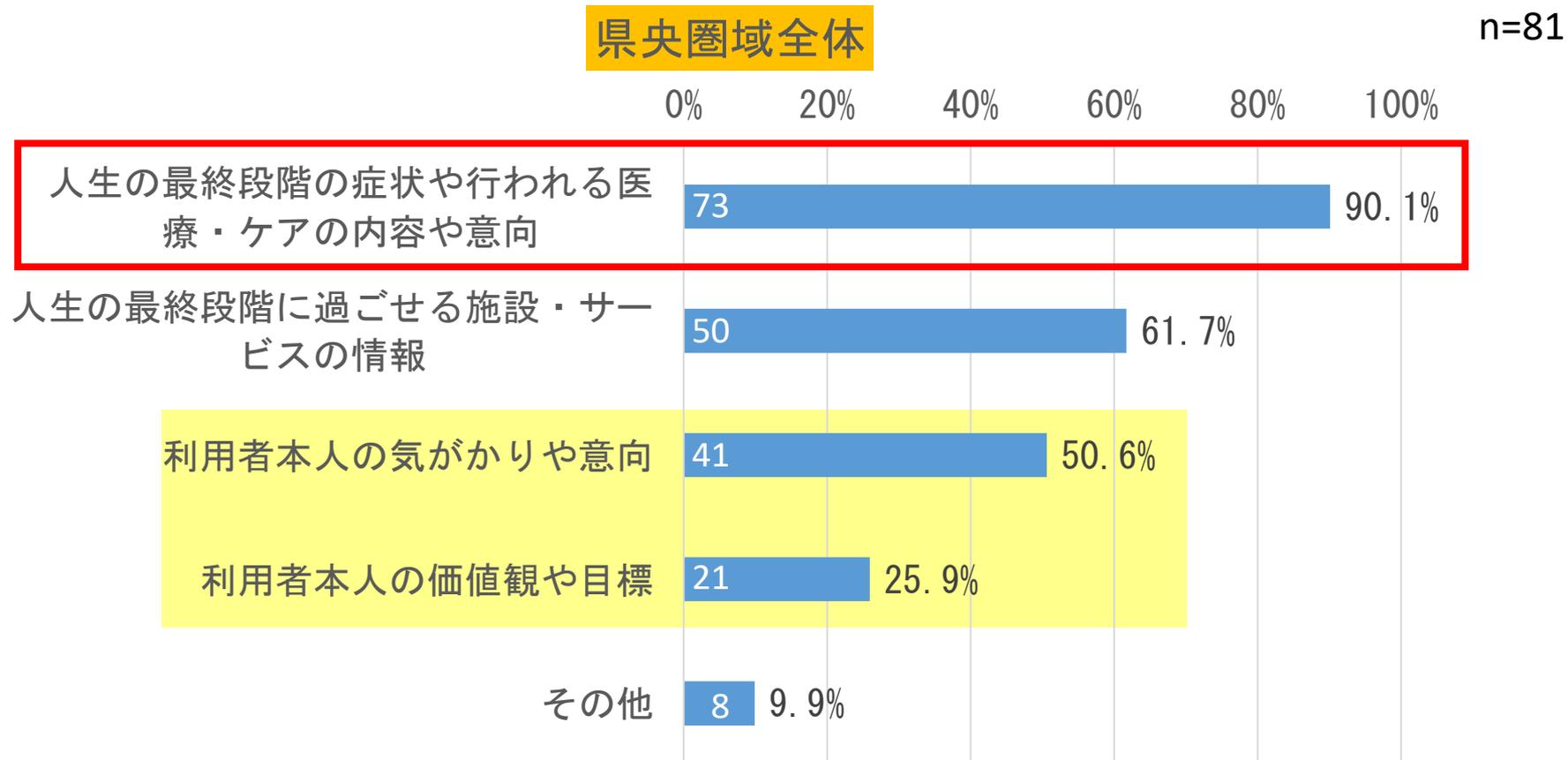
8. (参考) グループホーム、住宅型有料老人ホーム

グループホーム（GH）及び住宅型有料老人ホーム（住老ホーム）については、「十分行っている」がGH16.7%、住老9.1%であった。一方、「ほとんど行っていない」が25%（GH）、30.3%（住老ホーム）であった。



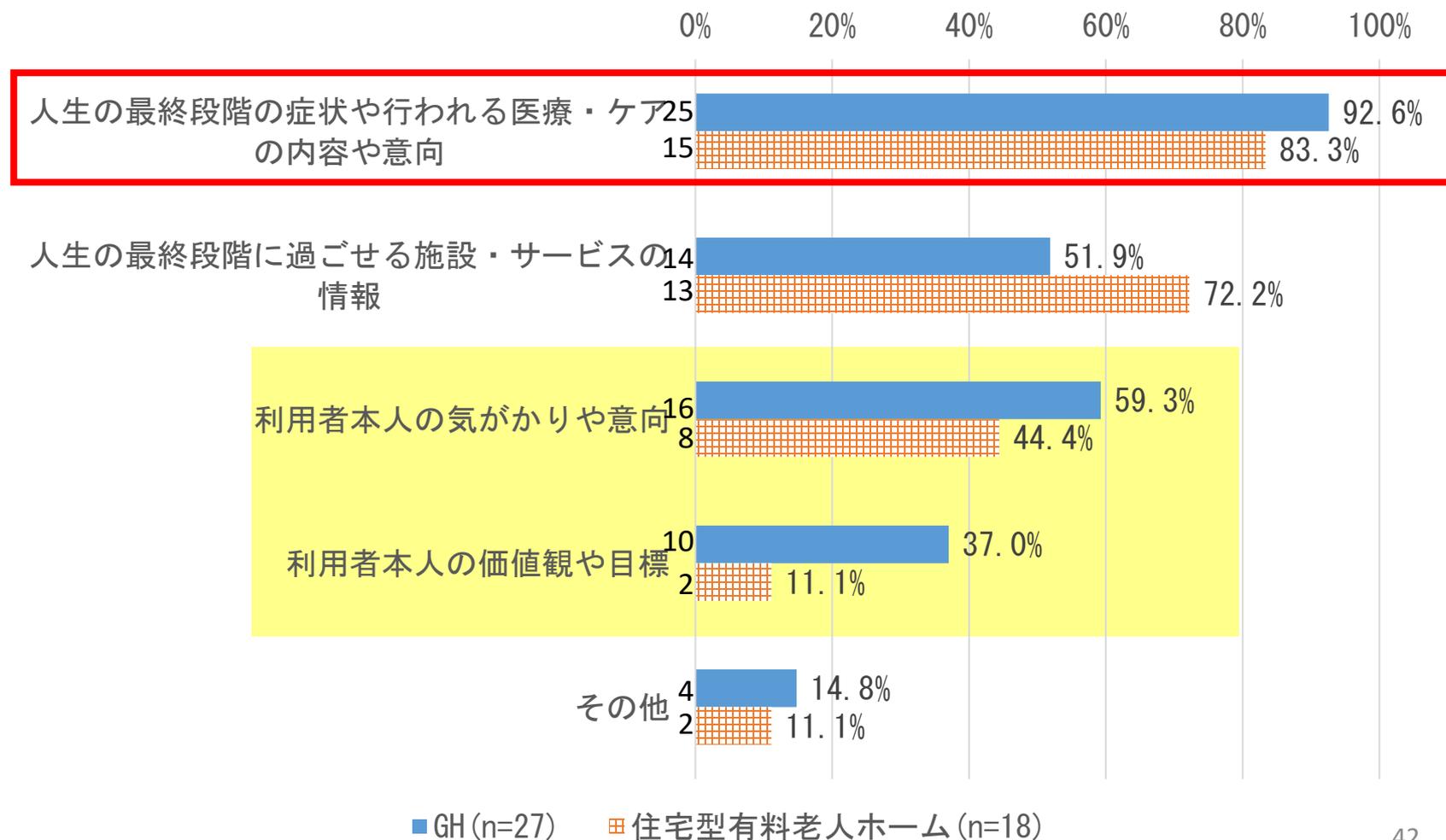
9. (8で「十分行っている」「一応行っている」と回答した方) どのような内容を話し合っていますか。(複数回答可)

県央圏域全体での人生の最終段階における医療・ケアの話し合いの内容は、「人生の最終段階の症状や行われる医療・ケアの内容や意向」が90.1%と最も高かった。一方「利用者本人の価値観や目標」については25.9%と低い割合であった。



9. (参考) グループホーム、住宅型有料老人ホーム

グループホーム（GH）及び住宅型有料老人ホーム（住老ホーム）については、「人生の最終段階の症状や行われる医療・ケアの内容や意向」が92.6%（GH）、83.3%（住老ホーム）と最も高かった。一方「利用者本人の価値観や目標」については37.0%（GH）、11.1%（住老ホーム）と低い割合であった。

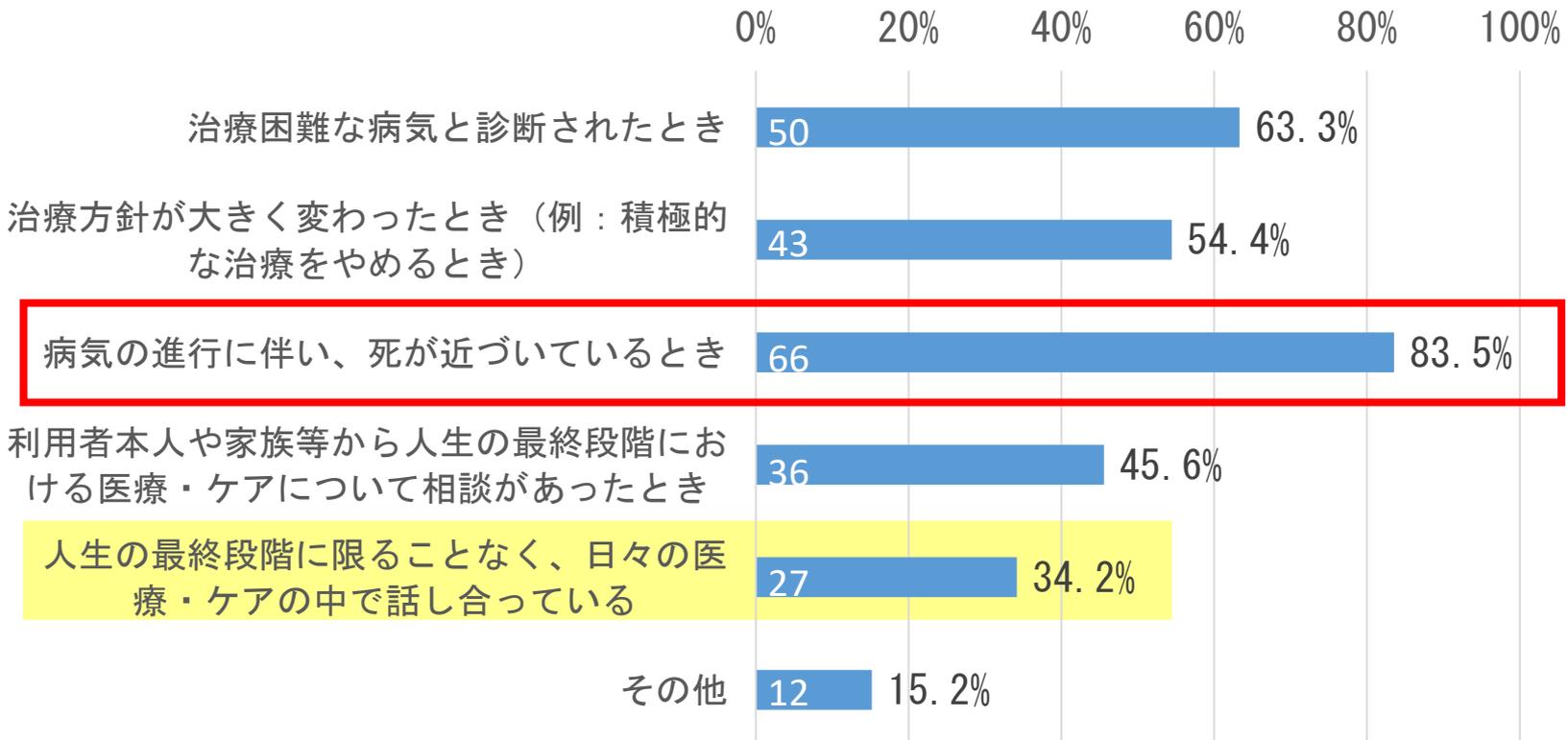


10. (8で「十分行っている」「一応行っている」と回答した方)
あなたの施設では利用者本人やその家族等と人生の最終段階の医療・ケア
についての話し合いをいつ行っていますか。(複数回答可)

県央圏域全体での人生の最終段階の医療・ケアについて話し合いを行うタイミングは、「病気の進行に伴い、死が近づいているとき」が83.5%と最も高かった。一方「人生の最終段階に限ることなく、日々の医療・ケアの中で話し合っている」は34.2%と低い割合であった。

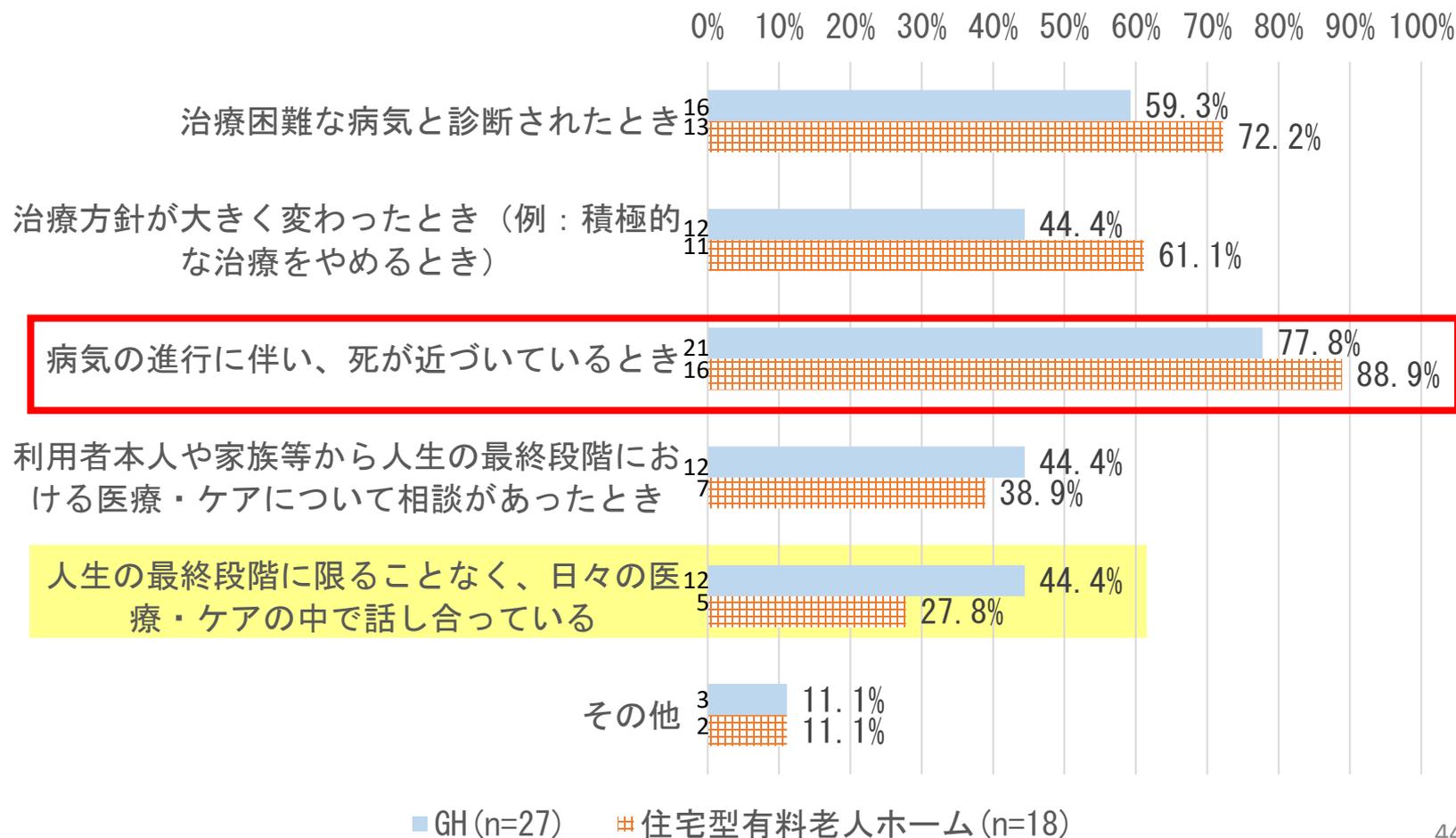
県央圏域全体

n=79



10. (参考) グループホーム、住宅型有料老人ホーム

グループホーム（GH）及び住宅型有料老人ホーム（住老ホーム）については、「病気の進行に伴い、死が近づいているとき」が77.8%（GH）、88.9%（住老ホーム）と最も高かった。一方「人生の最終段階に限ることなく、日々の医療・ケアの中で話し合っている」は44.4%（GH）、27.8%（住老ホーム）と低い割合であった。

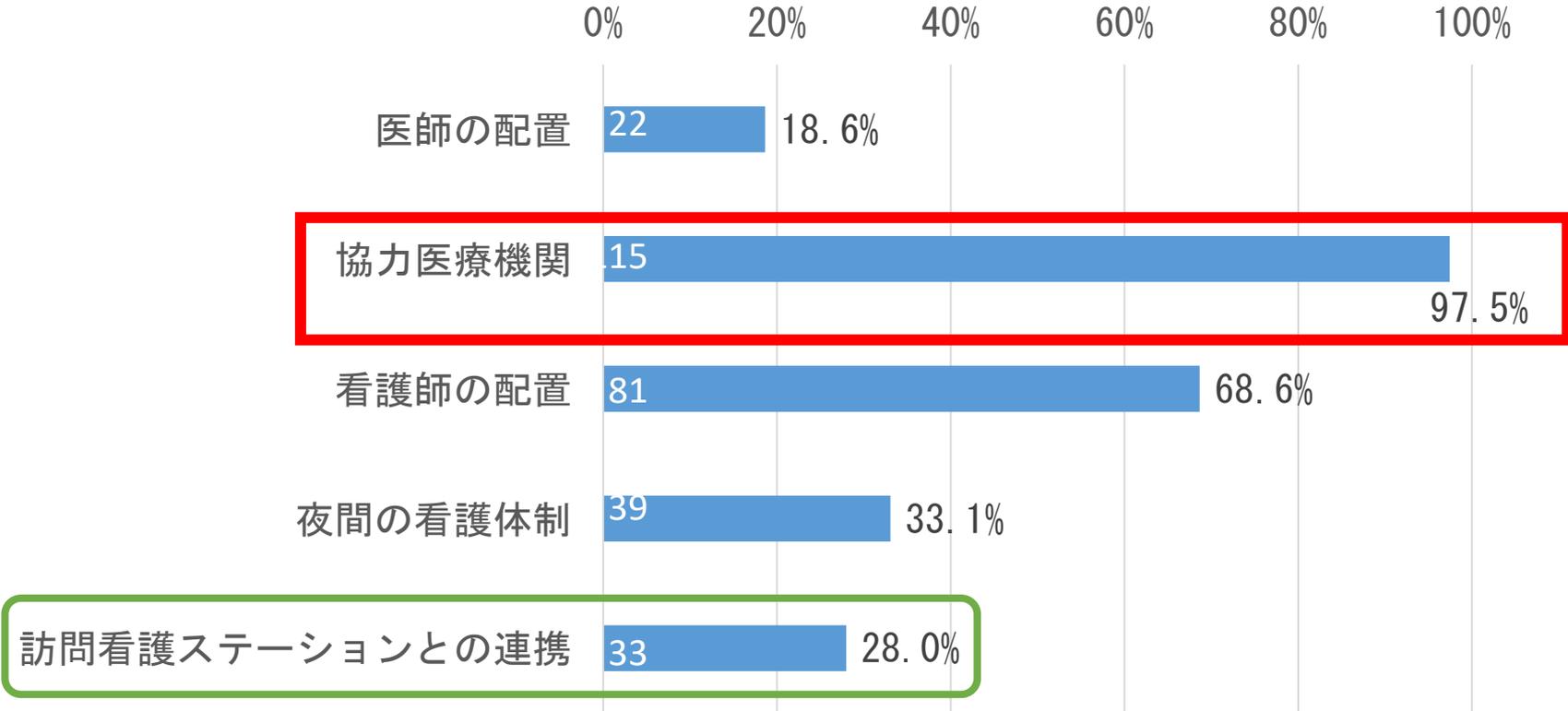


13. 貴施設の職員や連携体制について

県央圏域全体での看取りを行う上での職員体制や外部医療機関等との連携体制については、「協力医療機関」が97.5%と最も高かった。一方、「訪問看護ステーションとの連携」は28.0%と低い割合であった。

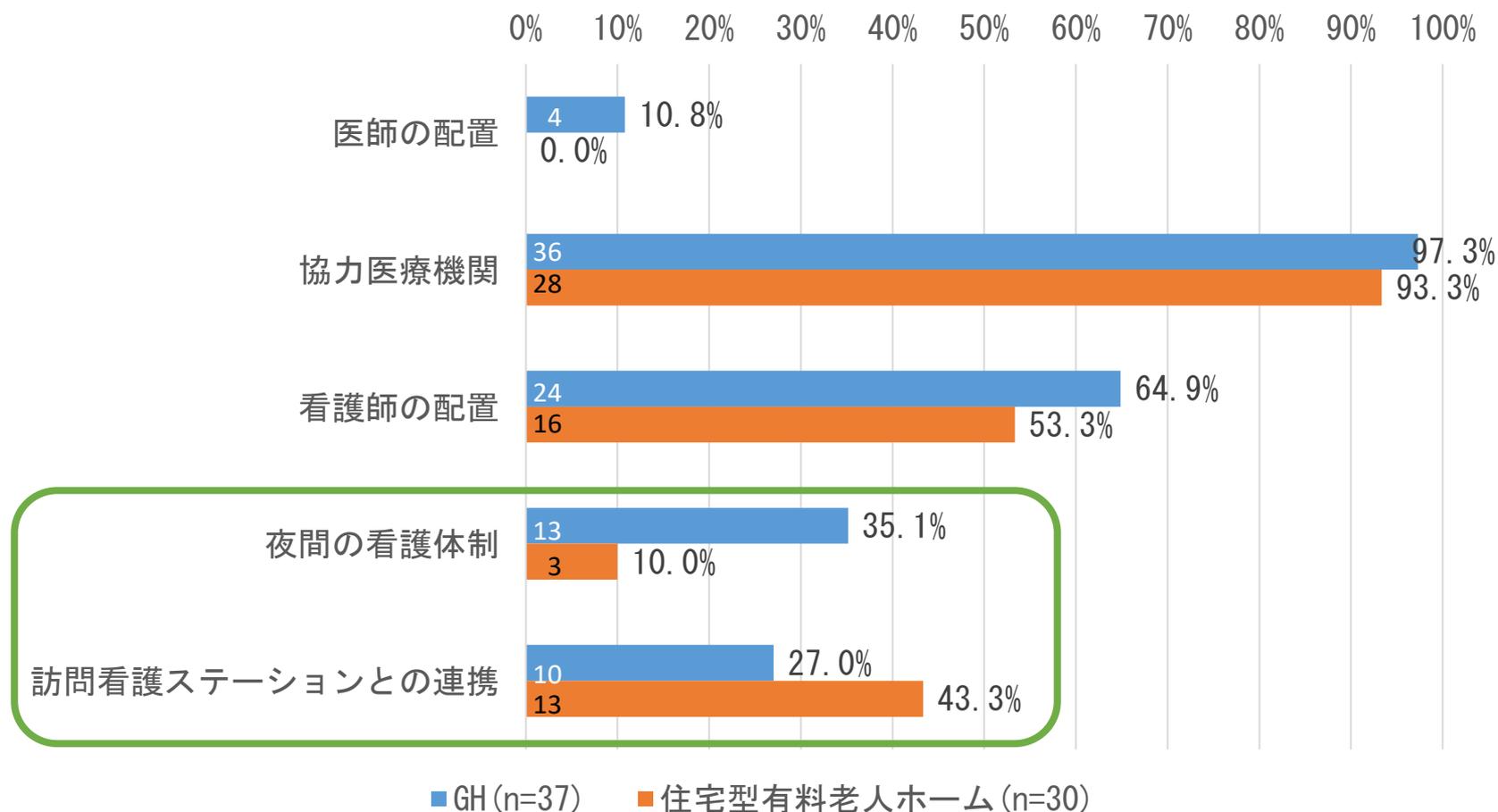
n=118

県央圏域全体



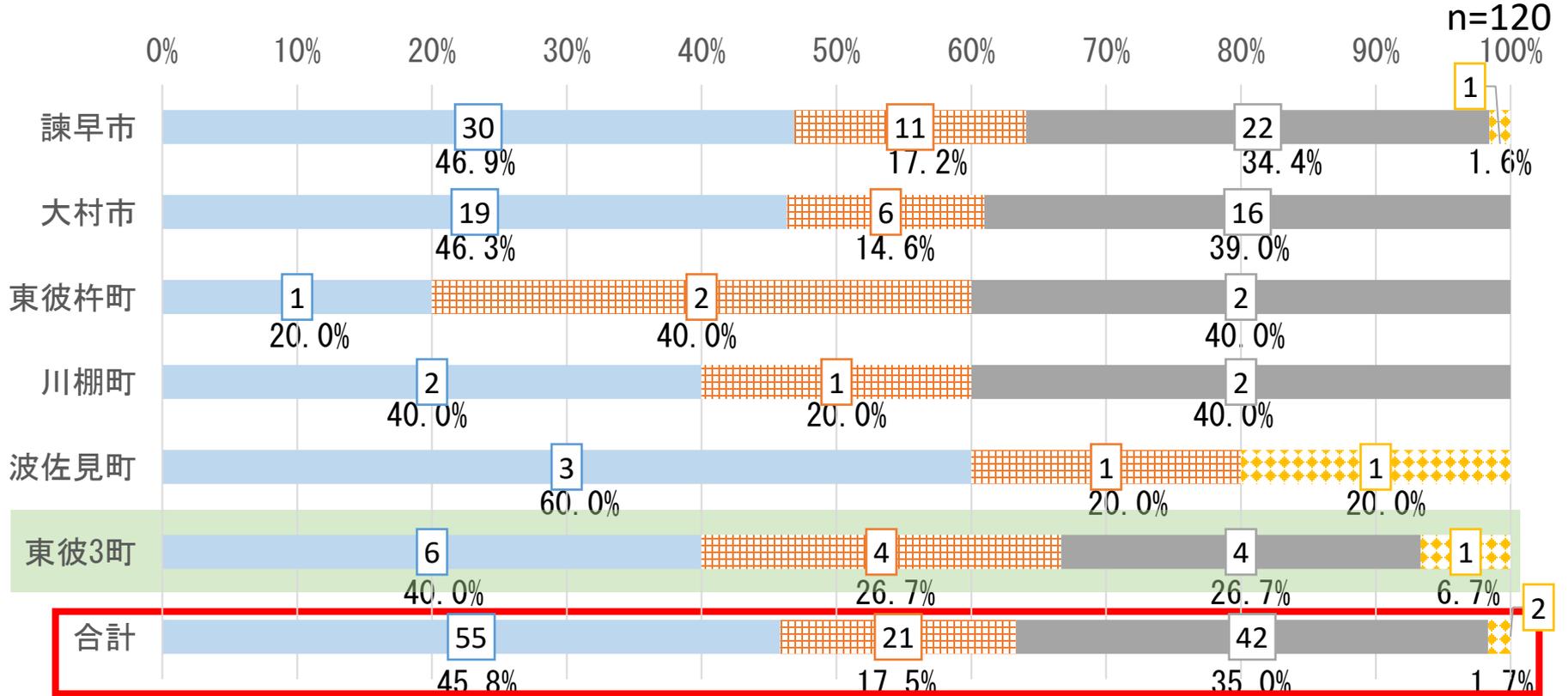
13. (参考) グループホーム、住宅型有料老人ホーム

グループホーム（GH）及び住宅型有料老人ホーム（住老ホーム）については、「協力医療機関」が97.3%（GH）、93.3%（住老ホーム）と最も高かった。一方、「夜間の看護体制」については、35.1%（GH）、10.0%（住老ホーム）と低い割合であった。また「訪問看護ステーションとの連携」も27.0%（GH）、43.3%（住老ホーム）と低い割合であった。



15. 貴施設では看取りを実施していますか

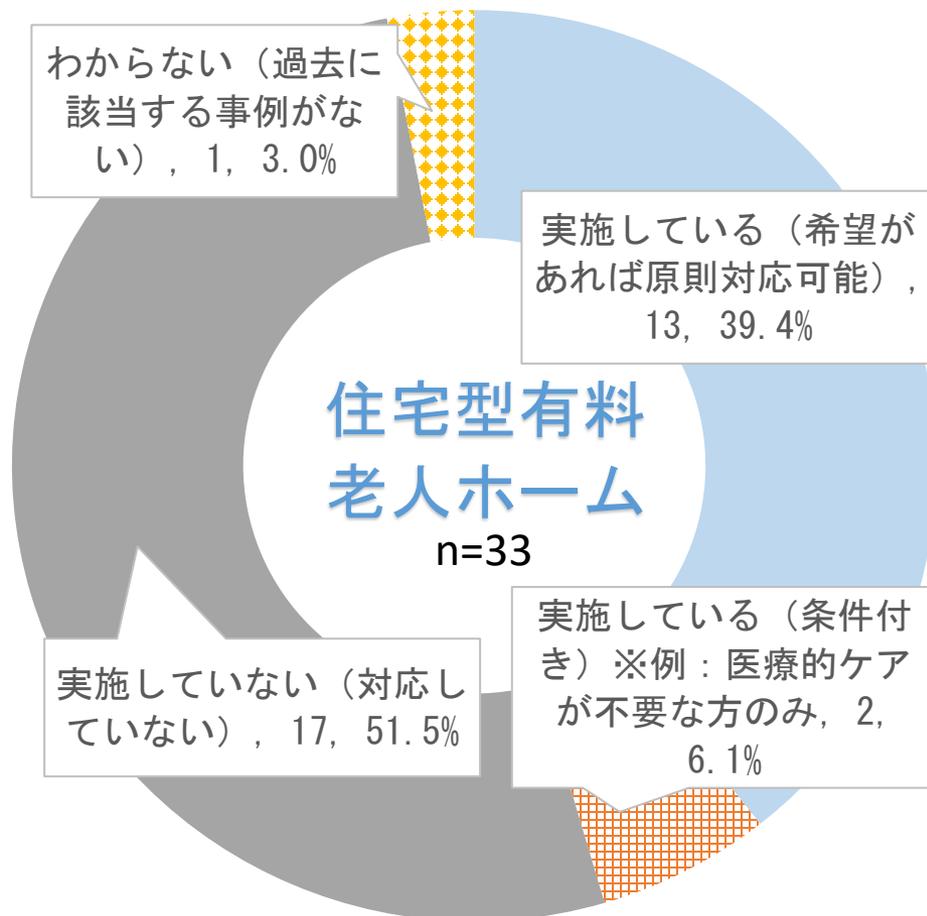
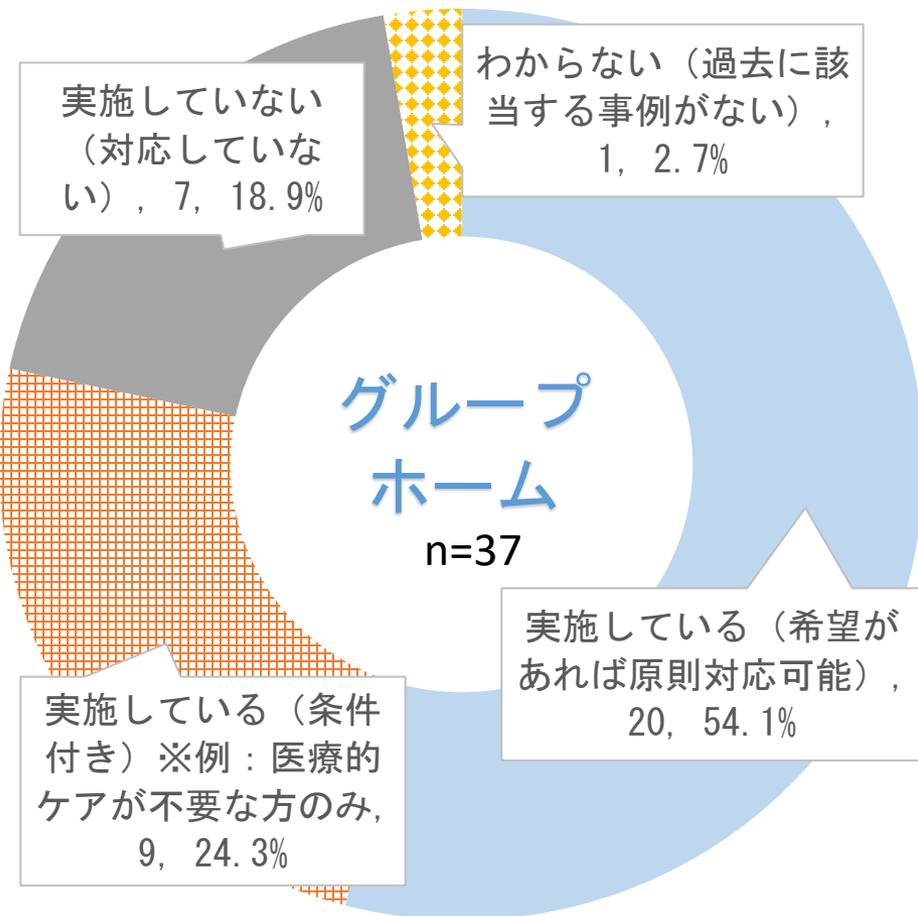
県央圏域全体での看取りの実施状況は、「実施している（希望があれば原則対応可）」が45.8%と最も高い割合であった。次いで「実施している（条件付き）※例：医療的ケアが不要な方のみ」が17.5%であった。一方、「実施していない（対応していない）」は35%であった。



- 実施している（希望があれば原則対応可）
- ▨ 実施している（条件付き）※例：医療的ケアが不要な方のみ
- 実施していない（対応していない）
- ⚡ わからない（過去に該当する事例がない）

15. (参考) グループホーム、住宅型有料老人ホーム

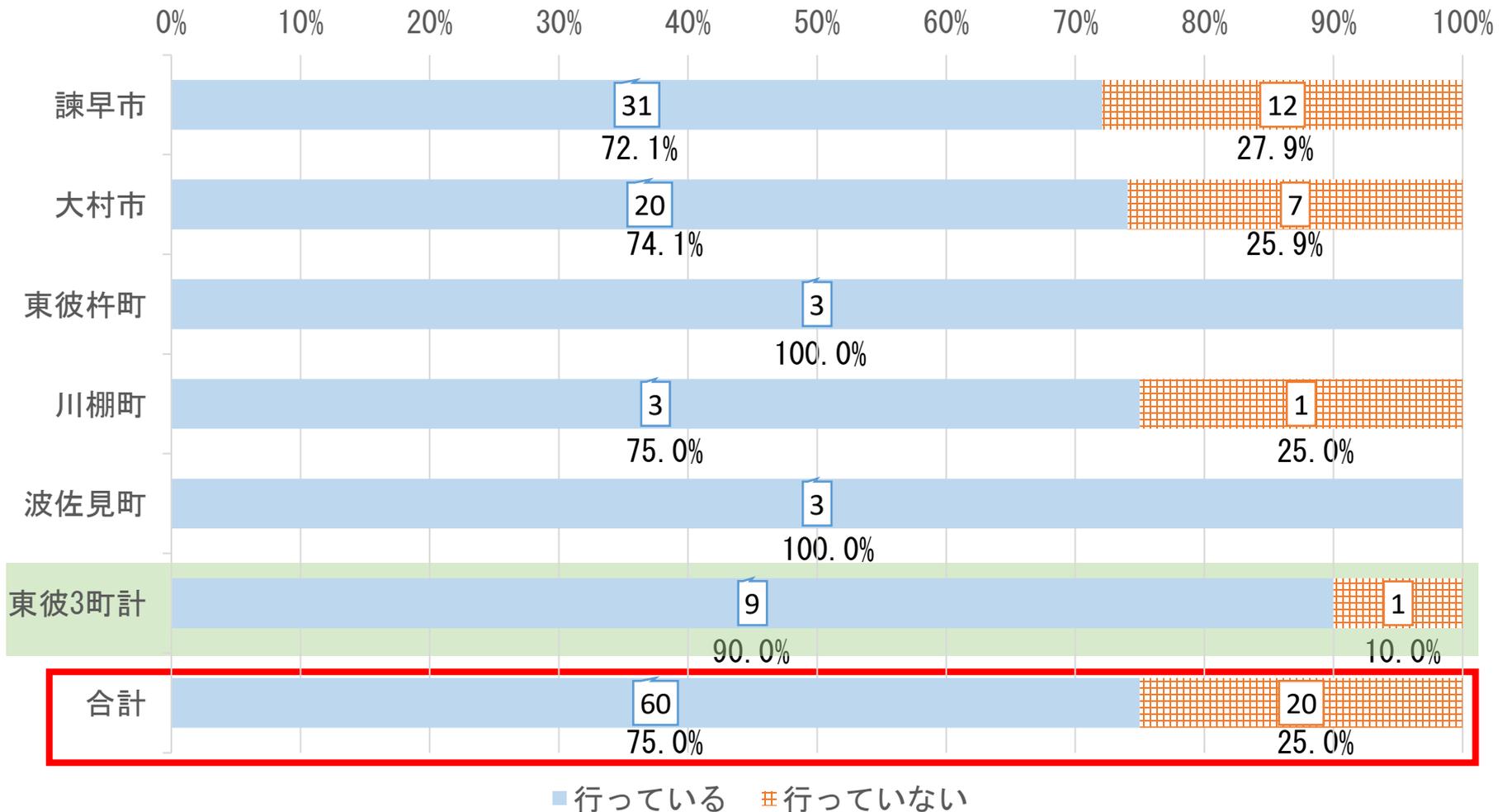
グループホーム（GH）及び住宅型有料老人ホーム（住老ホーム）については、「実施している（希望があれば原則対応可）」が54.1%（GH）、39.4%（住老ホーム）であった。一方、「実施していない（対応していない）」は18.9%（GH）、51.5%（住老ホーム）であった。



19. 人生の最終段階における医療・ケアについての話し合いを繰り返し（複数回）行っていますか。

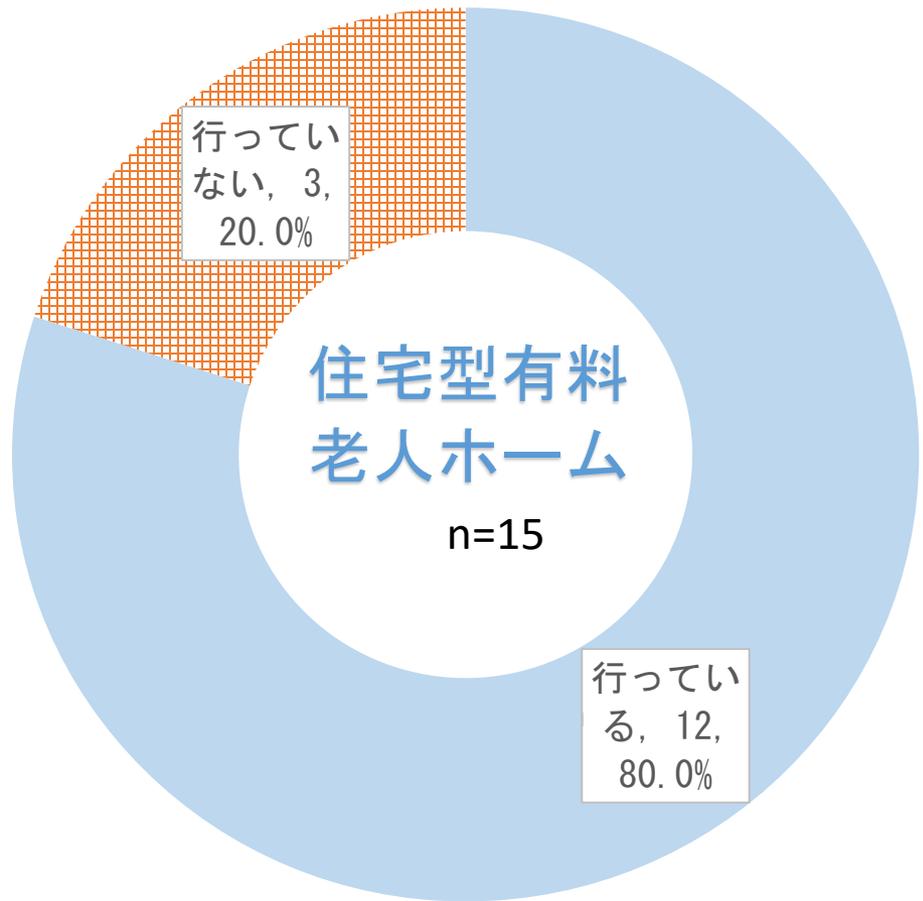
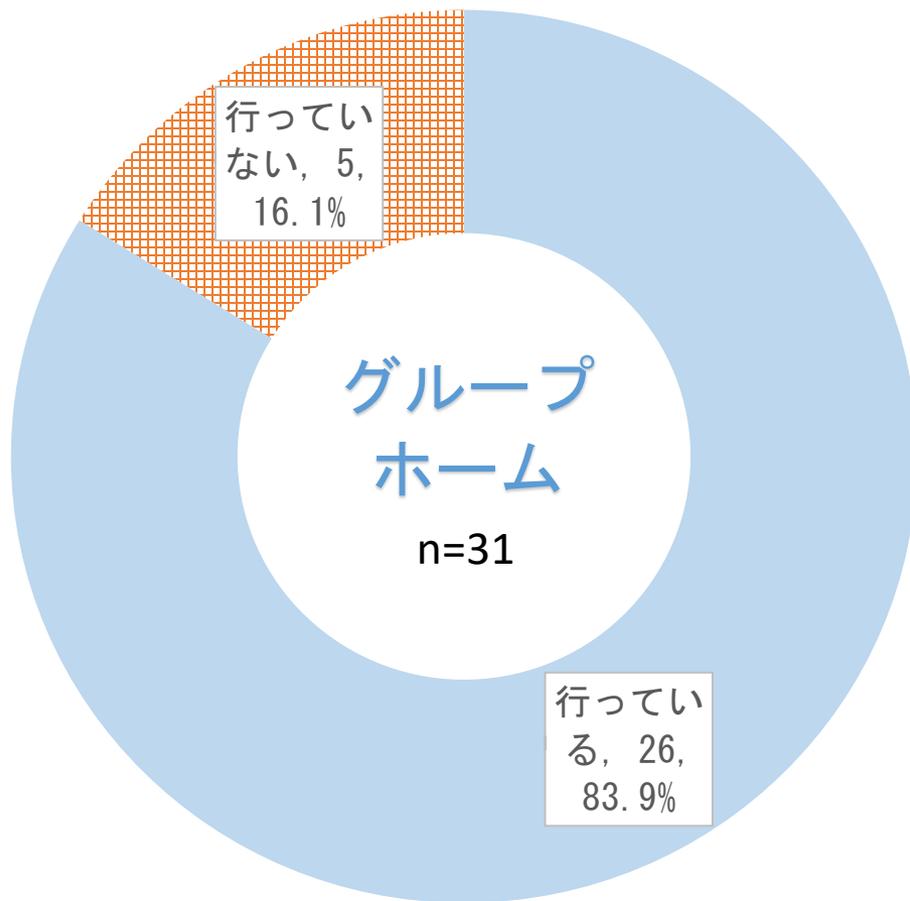
県央圏域全体でのプロセスとして繰り返し話し合いが行われているかは、「行っている」が75%、「行っていない」が25%であった。

n=80



19. (参考) グループホーム、住宅型有料老人ホーム

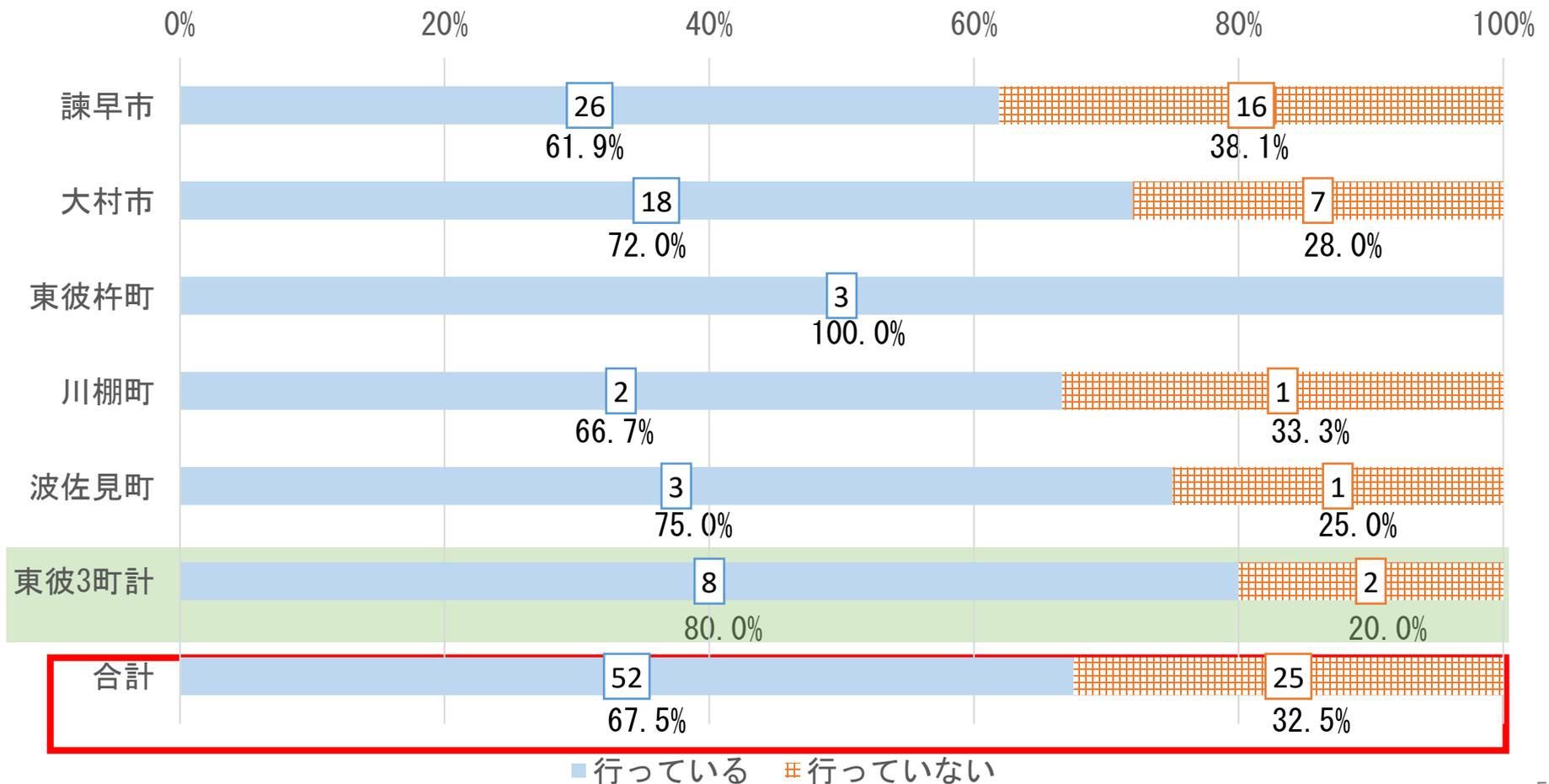
グループホーム (GH) 及び住宅型有料老人ホーム (住老ホーム) については、「行っている」が83.9% (GH)、80% (住老ホーム) であった。



20. 話し合いを行う際は、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（平成30年3月改訂 厚生労働省）」を踏まえて、本人、家族等へ説明し、本人の意思を確認または、推定していますか。

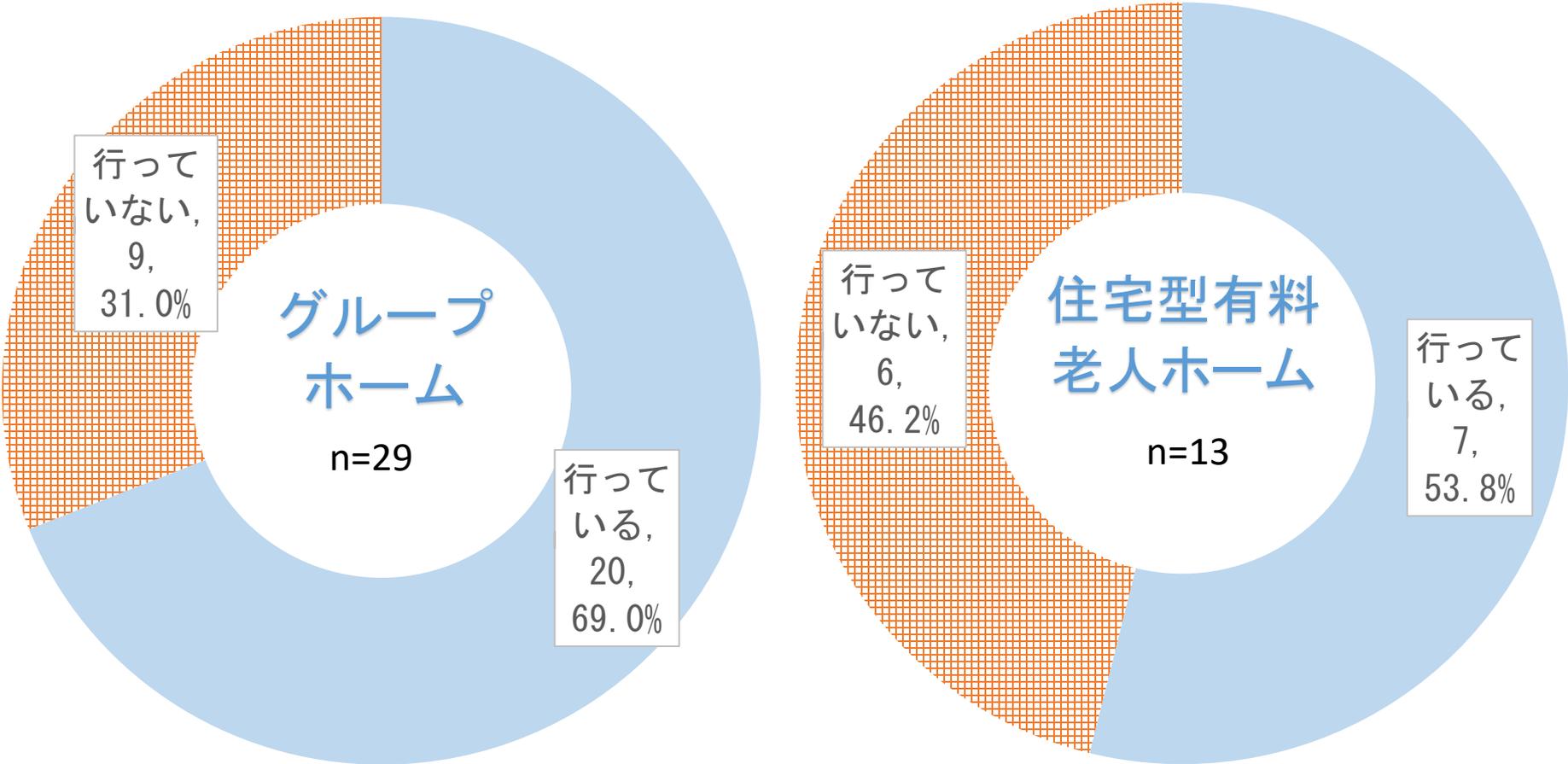
県央圏域全体でのガイドラインを踏まえた対応が出来ているかは、「行っている」が67.5%、「行っていない」が32.5%であった。

n=77



20. (参考) グループホーム、住宅型有料老人ホーム

グループホーム (GH) 及び住宅型有料老人ホーム (住老ホーム) については、「行っている」が 69% (GH)、53.8% (住老ホーム) であった。

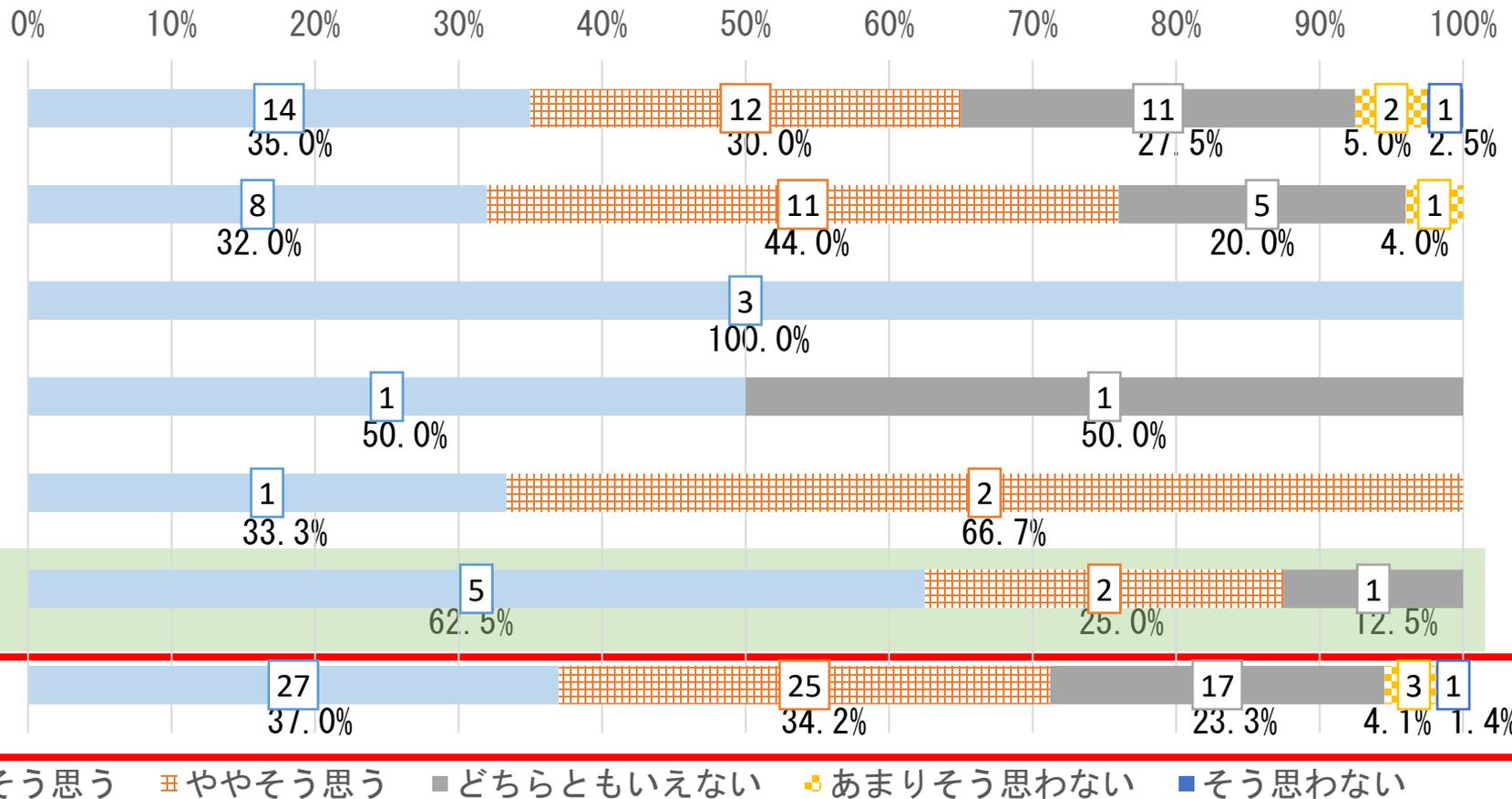


24. 施設内で看取った人のうち、記入日に近い日に亡くなった方について、貴施設側からみた看取り結果に対する自己評価について、選択してください。

県央圏域全体での施設における看取りに対する自己評価「利用者の生き方や価値観が尊重されていましたか」の状況は、「そう思う」が37%、「ややそう思う」が34%であった。

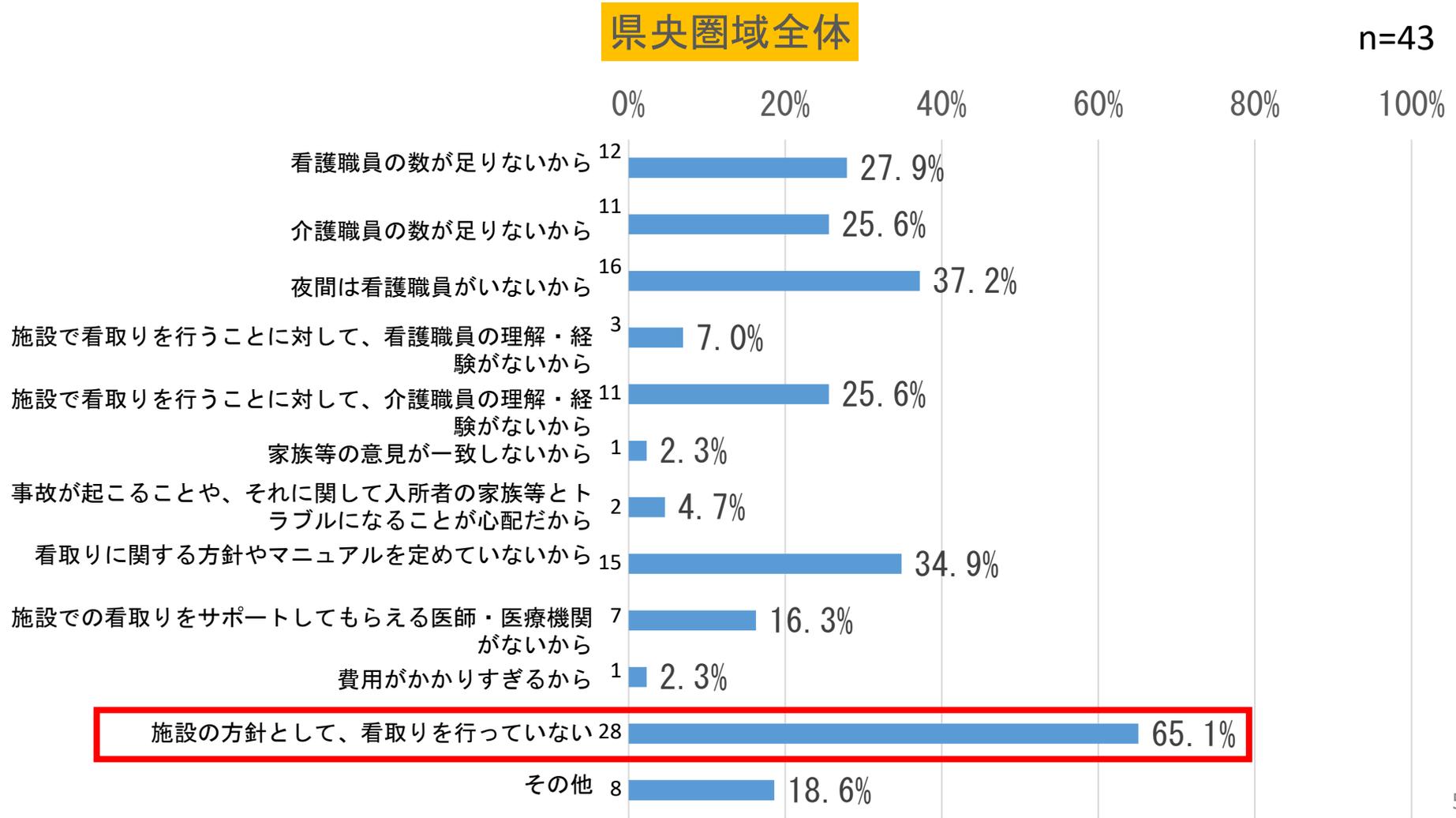
n=73

利用者の生き方や価値観が尊重されていましたか



25. (15で「実施していない(対応していない)」、「わからない(過去に該当する事例がない)」と回答した方)
 看取りを実施していない理由を選択してください(複数回答可)

県央圏域全体での看取りを実施しない理由は、「施設の方針として、看取りを行っていない」が65.1%と最も高かった。次いで、「夜間に看護職員がいない」が37.2%であった。



アドバンス・ケア・プランニング及び看取り調査のまとめ

＜所属長等のACPIに関する認識状況＞

- 「よく知っている」が44%と半数以下であったが、ACPを進めることについては、83%が賛成であった。

＜ACPの充実のために必要なこと＞

- 「医療・介護従事者への教育・研修」が82.1%と最も高かった。

＜利用者本人との話し合いの状況について＞

- 「十分行っている」が12.4%と低い割合であった。
- 内容は、「人生の最終段階の症状や行われる医療・ケアの内容や意向」が90.1%と最も高かった。一方「利用者本人の価値観や目標」については25.9%と低い割合であった。
- タイミングは、「病気の進行に伴い、死が近づいているとき」が83.5%と最も高かった。一方「人生の最終段階に限ることなく、日々の医療・ケアの中で話し合っている」は34.2%と低い割合であった。

＜ACPの話し合いを実施しない理由＞

- 「人生の最終段階における話し合いのノウハウがないため」が51.9%と最も高かった。

アドバンス・ケア・プランニング及び看取り調査のまとめ

＜看取りを行ううえでの連携体制について＞

- 「協力医療機関」が97.5%と最も高かった。一方、「訪問看護ステーションとの連携」は28.0%と低い割合であった。

＜看取りの実施状況＞

- 「実施している（希望があれば原則対応可）」が46%と最も高い割合であった。次いで「実施している（条件付き）※例：医療的ケアが不要な方のみ」が17%であった。
- 繰り返し話し合いは、「行っている」が75%であった。
- ガイドラインを踏まえた対応は、「行っている」が68%であった。
- 事前指示書等の取組状況は、「施設の方針として、用いている」が50%であった。
- 施設における看取りの自己評価は「利用者の生き方や価値観が尊重されていましたか」の状況は、「そう思う」が37%であった。

＜看取りを実施しない理由＞

- 「施設の方針として、看取りを行っていない」が65.1%と最も高かった。次いで、「夜間に看護職員がいない」が37.2%であった。

- ◆高齡者施設の所属長等のACPに関する認識は低い状況であることから、定例的にACPの理解を深めるための普及啓発が必要と考える。
- ◆ACPについて、利用者の生き方や価値観が尊重されていたとの回答割合が低い状況であることから、各施設において人生の最終段階における医療・ケアのガイドラインの中身を理解し、具体的に取組を進めていける人材の養成が重要と考える。
- ◆居住系の施設を中心に、各市町の地域資源の状況に応じた訪問看護との連携強化が必要と考える。