
看取り支援 施設ガイドブック

看取り対策プロジェクト

京都地域包括ケア推進機構

平成27年(2015)年3月

はじめに

- 超高齢社会を迎え、今後いわゆる団塊の世代の方々が75歳以上となられる2025年には、京都府においても、高齢化率は3割となり、介護を必要とする方がさらに増加するとともに、亡くなる方も今より約5千人増加し3万人を超えると見込まれます。
- このような超高齢社会の進展を見据え、京都府では、高齢者が住み慣れた地域で、安心して最期まで自分らしく暮らし続けることができるよう、「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、「京都地域包括ケア推進機構」を設置し、オール京都体制で取り組んでいます。
- 介護老人福祉施設は、生活の延長線上の「住まい」として、在宅での生活が困難な中重度の要介護者等を支え、ご本人のご意思に基づき、ご家族の意向を尊重しながら多様な職種が、最期まで一人ひとりの尊い命に寄り添えることができる施設です。
- 一方で、医療、介護等の様々な職種間の緊密な連携、ご本人やご家族との信頼関係の構築、職員の看取りに対する意識の醸成や経験など施設で看取りを支援していくにあたっては多くの課題があります。
- このガイドブックは、これらの課題が山積するなか、「看取り介護指針はあるが、職員が連携し、ご意思を尊重した看取りが思うようにできていない」「急変時の対応等医療との連携が不安」あるいは、「職員の経験や知識不足で看取りをどのように支援していけばいいのか具体的に解らない」等、心配や不安を少しでも払拭できるよう施設における看取り支援の羅針盤となるよう策定しました。
- また、「入居前のアプローチ」から、看取り後の「振り返り」まで、プロセスを追ってわかりやすいよう記載し、さらに施設において実際に工夫されていること等の事例はコラムで紹介し、少しでもイメージを持っていただけるよう配慮しています。
- 人生の最終章においてご本人の希望・生き方に寄り添う「看取り介護計画」がつくられ、ご家族とともに多職種が協働しながら、施設においてご本人らしい生活を最期まで支えることができ、「この施設で最期を迎えることができて良かった」という声が多く聴かれることを切に願うものです。

目 次

1 入居前のアプローチ

- (1) 入居前面接におけるアプローチ 4
- (2) 入居前における多職種間の情報共有 5

2 入居時から看取り期に至るまでのポイント

- (1) ご本人やご家族へ確認すること 6
- (2) 入居時における多職種間の情報共有 9
- (3) 看取り期までのご家族の心の準備 9

3 看取り期のポイント

- (1) 看取り期のはじまり 10
- (2) 看取り介護計画の作成 11
- (3) 看取り期のケアにおいて大切にすべきこと 20

4 最期の時・看取り後のポイント

- (1) 最期の時の関わりについて 22
- (2) 最期の時の対応について 25
- (3) 残されたご家族への対応について 28

5 職員の振り返りのポイント

- (1) 看取りに携わった職員へのフォローについて 30

6 職員への研修のポイント

- (1) 職員の看取りへの共通理解 31

■ 参考

1 施設看取りの現状	34
2 事例	
(1) 施設看取り介護の経過事例＜Cさんの事例（資料）＞	40
(2) その人らしく生き生きとした生活を送る～最期まで食べることの喜びを～	41
3 様式例	
(1) 看取り介護指針例①②	46
(2) ターミナルケア手順例	62
(3) 電話対応マニュアル例（夜間ターミナル特変時の対応）	65
(4) アセスメントを活かした施設サービス計画書例	66
(5) 看取り介護についての同意書例①②	70
(6) ターミナルケアに係る費用説明書例	73
(7) ターミナル導入期面談例	74
(8) ターミナル対応方針例	75
(9) 状態記録書例	76
(10) 生活記録と家族様との連絡例	77

1 入居前のアプローチ

主眼

- ・施設職員が利用者の暮らしをサポートし、自宅から施設への連続性あるケアを提供するために生活の実際を知ること。
- ・入居予定者に病院との違い、生活の場であるという施設の特色を理解してもらうことで、入居後の暮らし方をイメージする導入となり、看取り期の過ごし方や最期の迎え方について考える導入時期となる。

<アクションポイント>

(1) 入居前面接におけるアプローチ

■施設の特色を説明し、理解をしてもらうことが重要です。

- ・特別養護老人ホームとはどのような場所かをご本人やご家族に理解していただく必要があります。(施設内の医療職、施設の医師の関わり方などを説明することで、病態像により「できること、できないこと」があるということ、自宅における生活の延長線上として、ご家族や親しい人に囲まれながら最期の時期まで過ごすことができる施設であることの説明)
- ・医療施設のように、疼痛の緩和に麻薬を使うことなどは、施設では困難な場合があり、「できることが限られる」と伝えることにより、ご家族が意識し考え始めることに繋がる。

■面接時は生活相談員をはじめ多職種で訪問し、これまで入居予定者がお住まいになっていた環境を実際に見ることが望ましく、看取りまでつないでいくために、生活歴を可能な限り把握していくことが大切です。

- ・入居前のアセスメントシートにおいて、身体状況以外にも、看取りに関わってくるライフイベントや今後の望み、その人の全体像をつかめるような項目(好きな食べ物、趣味、特技、娯楽など)を入れる。
- ・これまで看取りについて考えたことがないご家族もおられることから、入居前からご家族に対して看取りについて考えていくきっかけとなる話をしていく。

(2) 入居前における多職種間の情報共有

■入居時に向けて、ご本人の意思に基づき、ご家族の意向を尊重した施設サービス計画書を作成するため、入居前の状態や環境について十分に把握し、ケアマネジャー等多職種と共有しておくことが大切です。

■在宅療養の支援スタッフや入院されていた医療機関のスタッフ等から入居前までの経過について十分に把握し、施設の医師と情報を共有しておくことが大切です。

<私の思い>

施設独自のアセスメントシートを使用し、その中に「私の思い」という項目を設けています。

「うれしいこと、楽しいこと、快いと感じること」「不安や苦痛、悲しいこと」「介護への願い、要望」「医療への願い、要望」「ターミナルについての思い」の5つの項目を設け、ご本人およびご家族にお聞きしています。

<入居前面接時の工夫>

入居前面接時には、生活相談員を中心にケアマネジャー、看護職員、介護職員など多職種で訪問することで、それぞれの専門分野を踏まえ総合的に話をするようにしています。

<医療的意向についての確認>

入居前の段階から、口から食事が食べにくくなった場合についてお話をするようにしています。

食べ易い物を無理のない範囲で食べていただくのか、もしくは胃瘻や点滴等という選択肢があることを説明し、その時のご意向をお聞きするようにしています。

2 入居時から看取り期に至るまでのポイント

主眼

- ・ご本人やご家族が、看取りを考えるきっかけづくりを進め、看取り期の過ごし方、最期の迎え方について、本人の意思に基づき家族の合意が尊重され、納得のうえ選択されるよう、施設の看取りに対する考え方について書面等で説明・確認し同意等を得る。
- ・施設職員にとって入居時は、ご本人が亡くなる直前の時期のみではなく、最期までより良く生きることが良い看取りにつながるという視点から、施設での暮らし方について、ご本人やご家族と相互理解をはかる最初の段階であることを意識していく。

<アクションポイント>

(1) ご本人やご家族へ確認すること

■看取りに関する指針についてわかりやすく説明し、「施設における看取り介護の考え方」、「対応可能な医療行為の選択肢」、「医師や医療機関との連絡体制」、「施設での看取りのためにはご家族の協力が必要であること」等の説明をていねいに行うことが大切です。

■生活の延長線上の住まいとして、最期を迎えるまでの間、どのような生活を送りたいかを確認しておくことが大切です。

- ・今後の施設での生活をどう過ごしていくかを具体的にイメージしてもらう。
- ・入居時のご家族との話し合いの中で、生活歴、好きな食べ物・音楽・趣味・娯楽等をお聞きし、また入居後の施設での日常会話の中で知った情報を共有し、ケアマネジャーは施設サービス計画に活かしていく。

<看取りをイメージしてもらうための取組例>

入居時の時点でご家族に看取りをイメージしてもらうことは難しいため、以下のような会話を通してきっかけづくりをしています。

『病気ではなくても、老化が進むことで食事量が減ったり、飲み込みが難しくなったり、ベッド上で過ごすことが多くなることがあります。そういった時でも当施設をご希望される方は最期の時まで支援させていただくことができます。ご家族（おじいさまやおばあさま）をご自宅で看取った経験がおありでしたらそのような場面をイメージしていただければと思います。ご本人は、ご飯が食べられなくなった時にどのような最期を過ごしたいと思われていたでしょうか。』

■緊急時の医療機関への搬送について確認しておく必要があります。

- ・救急搬送する場合どのような医療措置が想定されるのか、ご家族の気持ちを確認しておく。
- ・搬送先の希望医療機関について確認しておく。
(例えば、施設が複数の協力医療機関と提携している場合や、入居前から通っていた病院等、本人や家族の選択が可能かどうかの確認等)
- ・看取り期でも施設の医師が治療を必要と判断した場合は、救急搬送することがあることを伝えておく。

＜入居時に延命治療に関する確認をしている施設の例＞

延命治療に関する確認書

特別養護老人ホーム（施設名）におきましては、ご入居者の皆様が快適に過ごしていただけますよう、職員一同、誠心誠意ケアの充実に努めておりますが、様々な要因によりご入居者の体調が変化する場合があります。

特別養護老人ホーム内では、行うことのできる医療行為に限りがありますので、救急の場合には病院へ搬送させていただきます。ただし、必要時には施設で酸素吸入や痰の吸引を行うことがあります。（酸素吸入の費用は個人負担になります）また、ご希望があれば終末期に看取りの介護をさせていただくこともできます。

延命治療等のご意向については、ご入居される際に、ご利用者、ご家族の皆様にお尋ねしております。

恐れ入りますが、下記についてお答えくださいますようお願いいたします。

1 延命治療について

- ☐ 延命治療のため医療機関に入院することを望む。
- ☐ 延命治療を望まず、施設で最期を迎えることを望む。

2 食事が難しくなった場合

- ☐ 経管栄養（胃瘻）を希望する。
- ☐ 経管栄養を希望しない。（経口摂取できなくなれば自然の経過でよい）

3 その他の希望

（ ）

平成 年 月 日

ご入居者氏名

印

ご家族氏名

印

<参考：配置医師以外の医師が入居者を診ることができる場合について>

- 特別養護老人ホームは、入居者に対し、健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数の医師を配置することとされており、配置医師の医療行為は、介護保険と医療保険とで調整の上、評価されている。

外部医師（配置医師以外の医師）については、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成 18 年 3 月 31 日保医発 0331002 号）において、i）緊急の場合、ii）配置医師の専門外の傷病の場合のほか、iii）末期の悪性腫瘍の看取りや、iv）在宅療養支援診療所等の医師による看取りの場合には入居者を診ることができる。

（例えば、特養の入居者（患者）については原則として「在宅患者訪問診療料」の算定の対象とはならないが、①その入居者（患者）が末期の悪性腫瘍である場合、②その入居者を特別養護老人ホームにおいて看取った場合は算定可能。なお、看取った場合の「在宅患者訪問診療料」の算定については、在宅療養支援診療所（病院）又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により死亡日から遡って 30 日間に行われたものに限られている。）

■ご家族の意向を確認する際には、主たる介護者の意向だけでなく、その他遠方におられるご家族やご親族とどのように話がされているかを確認しておく必要があります。

<ご家族のキーパーソン>

キーパーソンに他の身内の方々とも相談できているか、意見がまとまっているのか、などを確認しています。連絡体制の窓口はキーパーソンに決めておくとういでしょう。

<看取りについて考えるきっかけづくり例>

入居者の家族会において医師や看護職員から老化による身体の変化や、老衰による死亡等について話をする機会を設け、ご家族の動揺が少なくなるように配慮しています。（年 1 回）

- テーマ例「高齢者の加齢に伴う身体の変化」、「高齢者に必要な口腔ケア」など

(2) 入居時における多職種間の情報共有

■看取り期の過ごし方や最期の迎え方等に関して、ご本人の意思に基づき、ご家族の意向を尊重しながら、施設の医師に十分理解が得られるよう入居時から情報共有を緊密にしておく必要があります。

(3) 看取り期までのご家族の心の準備

■看取り期になった時、心の準備ができるよう日頃からこまめに身体の状態変化をご家族にお伝えしておくことが大切です。

- ・食事の摂取量の減少やウトウトする時間が多くなってきたこと等を、日頃から接している介護職員・看護職員がご家族にお伝えする。

3 看取り期のポイント

主眼

- ・看取り期は特別なものではなく、施設の日常ケアの延長であるが、身体の衰弱により、これまでとは介護の重点ポイントが変化し、より本人の安楽や安心に配慮した介護が重要になる。
例えば、これまでより手厚い介護（入居者の機能低下に応じ時間をかけた経口摂取、部屋の環境への配慮、清潔、排泄、痛みの緩和¹、精神的支援などの心のケア）が必要となる。
- ・看取り期の時間を一人で寂しい思いをしないよう、ご家族への配慮や職員間の連携が特に必要となる。

<アクションポイント>

(1) 看取り期のはじまり

■施設の医師に適切な時期に看取り期の判断をしてもらうことが必要です。

- ・看取り期に入ったサインを見逃さないよう、日頃から介護職員・看護職員が十分に情報共有し、医師に伝えることが重要となる。
- ・施設の医師からご家族へ説明され、ご家族が納得し同意を得ることが必要となる。

<看取り期に入ったサイン例>

- ・日ごとに経口摂取量が減り、食事の飲み込みが悪くなります。
- ・いつもの状態と違って活気がなくなり、反応が鈍く眠っている状態が増えます。
- ・皮膚（顔色）がなんとなく白っぽく、浮腫が出てきて尿量が減少します。手足の先の色が悪く（チアノーゼ）になります。
- ・ご本人が食事やその他の支援を拒否するようになります。
- ・ウトウトする時間が多くなります。

<看取り期の相互理解に向けた日常的な連携例>

食事の量が減ってきたり、覚醒時間が短くなってきたりした時に医師に報告し、医務や管理栄養士、介護職員で相談しながら判断しています。

¹「痛みの緩和」とは鎮痛剤や麻薬による疼痛緩和に限らず、衣類のしわが自分で直せないことでの不快感や、同じ姿勢を自分では変えられないための圧痛など、ケアで十分解決できる痛みの緩和まで含みます。

■ご本人やご家族に看取りの時期になったことを伝え、理解を得る必要があります。

＜サービス担当者会議を活用した説明例＞

医師からご本人やご家族、関係者へ看取り期になったことを説明する場をケアマネジャーがサービス担当者会議と位置づけ、各職種（施設長、生活相談員、介護職、看護職、管理栄養士、作業療法士等）もその場に参加します。医師を中心に各職種が専門的な視点から意見を出し合い、その場で情報共有をしています。

その後、看取り介護についての同意書への署名時に再度、看護職、ケアマネジャーから説明をし、方向性を確認することで、医師からの説明の場で伝えきれなかったご本人やご家族の思いをお聴きする場にもなっています。

（２）看取り介護計画の作成

■ご本人の意思に基づき、ご家族の意向を尊重しながら、多職種と連携した看取り介護計画を策定し、ご家族へ十分説明の上、合意を得る必要があります。

＜明記例＞

【環境整備】

- ・ご家族がゆっくりと最期の時間に寄り添えるよう個室または静養室が望ましい。
- ・ご家族にゆっくり付き添ってもらえる工夫をする。（ソファやベッドの準備）
- ・ベッド上で過ごす時間が長くなるため、これまで以上にご本人にとって居心地の良いところとなるように工夫する。

例）室温調整や窓の開閉による換気、好きな音楽やラジオをかける等

- ・吸引器などの医療機器は部屋の中で目立たないようにし、病室のようにならないよう工夫する。

【栄養・食事】

- ・食事の時間や必要カロリーにこだわらず、食べたい物を食べられる時に食べられるようにする。

＜最期まで口から食べていただくための工夫例＞

看取り期で食事が摂れなくなった方には、個人の食費分を介護職員が管理し、三食の中で食事量の少ないところから栄養補助食品に切り替えて様子に合せて変更しています。（食費を管理して、果物、和菓子、アイスクリーム、スープなどご本人の嗜好に合せて購入しています。）

【清潔】

- ・丁寧な口腔ケアをします。
- ・体調に合わせて入浴をしてもらう。入浴が困難な場合は、清拭や衣類の着替えなど、ご本人が「気持ちいい」と感じられる程度に行う。

【排泄】

- ・ご本人の負担にならない範囲で、これまでどおりの支援を行う。
- ・便秘時や排尿トラブル時は速やかに対応し、苦痛の緩和を図る。
- ・排泄内容の確認や陰部洗浄を丁寧に行う。

【疼痛緩和】

- ・施設の医師の指示の下、看護職員、介護職員と共に病状に応じた対応を行う。
- ・安楽な姿勢を確保するとともに、さする、手を握る、話しかける、冷やす、温めるなどのスキップを行う。

【精神的支援】

- ・こまめに部屋へ伺い、目を覚まされている時には、体をさすりながら声かけをするなど、一人ではないことが伝わるような支援を心がける。
- ・最期にご本人が会いたい方に会えるようご家族への働きかけを行う。

＜参考＞看取り介護計画作成の際のチェック項目

環境整備

- ☐ ご家族が居室で気兼ねなく付き添えるような工夫をしていますか。
(個室又は静養室への移動、ソファや簡易ベッドの用意、お茶の準備)
- ☐ 吸引器などの医療機器が部屋の中で目立たないように工夫し、病室のようにならないように心がけていますか。
- ☐ 室温調整や換気により適温を保つよう工夫していますか。
- ☐ 最期までご本人らしく暮らしていただける居室づくりに配慮していますか。
(昔から音楽が好きなので、音楽やラジオをかける等。)
- ☐ 整理整頓され、居心地の良い空間になっていますか。

栄養・食事

- ☐ 最期まで食べてもらうため柔軟に対応をしていますか。
(必要 Kcal にこだわらず好きなものを好きなときに提供する
必要以上の水分摂取をしないようにする等)

清潔

- ☐ 医師やご家族と相談しながら、ご本人の負担がなるべく少ない方法で保清を行っていますか。
- ☐ できるだけ最期まで入浴してもらえるよう時間や方法を工夫していますか。
- ☐ 入浴が困難な場合は、清拭、着替えを丁寧に行っていますか。
- ☐ 丁寧かつこまめな口腔ケア、アイスマッサージを行い、口腔内を清潔に保っていますか。
- ☐ 皮膚の観察を行い、褥瘡を予防していますか。

排泄

- ☐ ご本人の負担にならない範囲で、これまでと変わらない支援ができるよう工夫していますか。
- ☐ 排泄内容の確認、色や量など確認、陰部の洗浄などを行っていますか。
- ☐ 便秘時、排尿トラブル時速やかに対応し、苦痛緩和を図っていますか。

疼痛緩和

- ☐ 医師の指示の下、看護職員、介護職員と共に症状に応じ対処していますか。
- ☐ 安楽な体位を保持するとともに、さする、手を握る、話しかける、冷やす、温めるなどのスキニップを行っていますか。

精神的支援

- ☐ ご本人の不安や苦痛を取り除くため、一人ではないということが伝わる工夫をしていますか。
(こまめに部屋を訪問し、目を覚まされている時には体をさする、声をかける等)
- ☐ ご家族の状態を考慮し、面接時は気配り、心配りを忘れないようにしていますか。

＜平成27年4月 看取り介護加算に係る報酬改定＞

看取り介護加算については、入居者及びその家族等の意向を尊重しつつ、看取りに関する理解の促進を図り、特定施設入居者生活介護（特別養護老人ホーム）における看取り介護の質を向上させるため、看取り介護の体制構築・強化をPDCAサイクルにより推進することを要件として、死亡日以前4日以上30日以下における手厚い看取り介護の実施を図る。ついては1日につき144単位を、死亡日の前日及び前々日については1日につき680単位を、死亡日については1,280単位を死亡月に加算。

	(現行)		(新)
死亡日以前4日以上30日以下	80単位／日	→	144単位／日
死亡日の前日及び前々日・死亡日については、現行と同じ			

[算定要件] (変更点に係る部分)

(施設基準)

- 看取りに関する指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。
- 医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、当該特定施設における看取りの実績等を踏まえ、適宜看取りに関する指針の見直しを行うこと。
- 看取りに関する職員研修を行っていること。

(利用者基準)

- 医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者（以下「医師等」という。）が共同で作成した利用者の介護に係る計画について、同意している者（その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む）であること。
- 看取りに関する指針に基づき、利用者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等利用者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者（その家族等が説明を受け、同意した上で介護を受けている者を含む）であること。

■看取りの時期になった段階で、ご本人の状態やご家族の状況に応じて、その都度自己決定を支援していくため、十分な説明をすることが大切です。

- ・生活する住まいとしての施設の役割（治療する場ではなく生活の延長線上の住まいとしてまた、最期まで生活する住まいとして）を理解していただく。
- ・看取り期においては、医療行為以外にも様々な自己決定が必要となる場面（最期に会いたい人に会う、食べたい物を食べるなど）があるため、それぞれの場面においてご本人の意思が反映されるような支援を行う。
- ・看取り期においては、ご本人やご家族の気持ちが揺れることが多く、いつでも相談に乗れる体制を確保する。
- ・気持ちの変化があった時は遠慮なく言っていただけるよう同意書に明記しておく。また、同意後であってもいつでも撤回・変更できることを伝える。

＜看取り期における緊急搬送に関する確認例＞

看護師とケアマネが家族に対して施設でできる医療や看護について、また、医師のいない時間帯の対応について説明します。なお大量出血やけいれん、骨折、激しい痛みなどがあれば病院に搬送し、診察の結果により、ご家族と一緒に今後の対応を合議しています。

■ご本人の意思に基づき、ご家族の意向を尊重するために看取り介護計画を状態・状況に応じて見直し、ご家族の合意を得ることが必要です。

- ・看取り期においては、身体機能の低下に伴い、様々な状態変化が現れてくるため、それまでより短い期間（1週間又はその都度）で見直す必要がある。
- ・介護計画書には、ケア内容や方法、留意点を明記し、各職種が共有し、誰が対応してもご本人やご家族が安心できるようにする。

<看取り介護に関する確認例>

看取り介護についての同意書

私は、（施設名）の施設内で、人生の最期のときを迎えることを希望するとともに、私の死に臨んで、私に対する介護及び看護については、下記及び（施設名）の看取りの基準に基づく介護及び看護に同意いたします。

記

- ・ 施設は、終末期が近づいたとき、看取りを希望されるご本人・ご家族に、御入居者の個別の状況に応じた終末期の介護・看護について改めて詳しい説明を行います。
- ・ 施設は、生活の場であり、医療機関ではなく、医療行為はできません。
- ・ 施設は、可能な処置（吸引、タッピング、希望のある方のみ酸素吸入）を行い、常に安心のための声かけをし、最期まで本人の尊厳を守る介護・看護に努めます。
- ・ 危篤な状態に陥った場合でも医療機関には搬送せず、施設内で最期を看取ります。
- ・ 施設は、常に嘱託医師の指示を受けながら、できる限りの看取り介護・看護をいたします。
- ・ 施設は、面会ご家族への支援を行うとともに、ご家族の希望に沿った対応に心がけます。
- ・ いつでも、ご本人・ご家族の希望、意向に変化があった場合は、その意向に沿うよう変更を行います。

年 月 日

明治

氏名

印（生年月日

大正

年

月

日）

昭和

住所

代表家族名

印

主治医名

印

主治医意見

■ご本人やご家族・職員の意思を共有するためのケアカンファレンスを開催することが大切です。

- ・ケアカンファレンスでは、ご本人の意思に基づき、意向を尊重しながらご本人の状態変化に応じ、どのような対応を施設側に望んでいるかを確認する。
- ・ケアカンファレンスは多職種で開催し、看取り期における各職種の役割や心がけることを共有する。

＜各職種の看取り期における役割や心がけることの例＞

【医師】

- ・家族への病状についての説明、対応、診断
- ・家族への状態説明、診察、医療的処置の指示
- ・看取り期の判断と家族、職員への説明
- ・痛みや苦痛緩和のための対症療法
- ・夜間、休日の電話相談や死亡診断等の対応
- ・必要時、協力病院との連携、情報提供と調整
- ・カンファレンスへの参加、助言、指示
- ・死亡確認、家族に経過説明、死亡診断書等関係書類の記載

【看護職員】

- ・看取り期と思われたら施設の医師の診察の上、家族と医師が話をする場の設定
- ・施設の医師の指示の実行及び関連病院との連携
- ・介護職員へ食事、保清、ケア等について伝え、不安な事柄を抽出し対応
- ・看取りケアについての介護職員への指導、手順作成（必要に応じ酸素、吸引等をしてよいことを介護職員に伝え、ボンベの使用方法や吸引の手順などの説明をしておく等。）
- ・オンコールのタイミングを説明（介護職員が不安を感じないよう、いつでもオンコールしてよいことを伝える。例えば呼吸停止していても慌てず、その時間をオンコールで看護職員に伝えれば良いこと等。）
- ・状態の観察及び対応、疼痛・苦痛の緩和
- ・随時、家族への説明
- ・カンファレンスへの参加
- ・看取り期の看護計画の作成

※看取りケアについて情報を共有しながら、不安な事柄についての対応方法を説明し、緊急時には対応することが求められます。

【ケアマネジャー】

- ・多職種連携の要として、看取りの同意書をいただいた時点で、施設サービス計画を見直し更新を行う。多職種連携での対応、ご家族と相談しながら支援をおこなう内容を組み込む。

※看取りケアについて定期カンファレンスを開催するなど、多職種との協働と連携の中心としての役割が求められます。

【生活相談員】

- ・医師の看取り期判断後、看取りの同意書、夜間に家族が付き添いできることについて、家族から相談があれば葬儀、亡くなられた後のこと等について相談対応する。

※＜入居面接時＞

- ・家族への説明（施設でできること、できないこと、特養での看取りケアとは、延命治療（胃瘻含む）など考えたことはあるか等）

※＜入居契約時＞

- ・施設での看取りケアについて具体的に説明する。重要事項説明書の中で他のケア内容と共に説明し、選択肢のひとつとして示す。
- ・生活支援に関する家族との連絡調整など

【介護職員】

- ・食事、排泄、保清など丁寧なケア
- ・口腔内の清潔と床ずれ、尿路感染等の予防
- ・食事量、水分摂取量の把握、脱水に対する観察と注意
- ・浮腫の状態、排泄量・回数の把握と看護職員や医師への報告
- ・安楽な体位について工夫、室温、湿度を快適に保つ、痰の絡む場合、吸引・除去
- ・身体的、精神的な苦痛の除去のため、細やかに訪問、体位変換を行い、圧迫や床ずれ予防に努め、コミュニケーションを十分にはかる、孤独感を与えない、話をよく聞く、家族や知人等との交流の場づくり
- ・ありのままを簡潔にわかりやすく、その日の状況が誰にでも理解できる様な記録
- ・ケア全般、状態の観察、状態変化があった際の看護職員への報告等

【栄養士】

- ・利用者の摂食機能、嚥下力に基づく食事提供（食べやすくするなどの工夫等）
- ・食事、水分の摂取量の把握
- ・家族と協力し、食事の好みに関する情報を集めて対応

【リハビリセラピスト（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等）】

- ・経口摂取の確保、（口腔機能について評価、多職種との連携による食べやすい体位の工夫、食事介助の仕方の指導と助言など）
- ・不動による苦痛の緩和
- ・安楽な呼吸の確保
- ・関節の拘縮等の予防
- ・がん末期における緩和的リハビリテーション

【歯科医師・歯科衛生士】

- ・定期的な口腔ケアによる誤嚥、感染症の予防
- ・多職種との連携による口腔ケア、食支援

【関係する専門家やボランティア等】

- ・音楽の力を活用し、心身の回復、改善、安定等を図ることで、最期まで生きがい楽しみを引き出す音楽療法
- ・生活に生きる喜びと楽しみを見出だすレクリエーション
- ・傾聴ボランティアなどの寄り添い 等

※生活相談員、ケアマネジャー等が中心となり、地域の専門家やボランティア等と調整することが大切です。

<看取り期に入った際の記録用紙の変更例：様式例（9）を参照（P76、77）>

- ・看取り期に移行した時点から個別記録用紙を居室の床頭台に置き、面会に来られた誰もが閲覧できるようにしておく。
- ・ファイルの内容は

- ①医師からご家族への説明内容及びご家族の意思決定内容
- ②看取り期看護計画
- ③看取り期介護計画（ケアプラン）
- ④日々の記録用紙

表面：状態、バイタル、介助内容、食事、排せつ欄を時系列で記入する

（食事摂取、排泄の条項、普段の生活の様子など）

裏面：ご家族に連絡した内容やその時のご家族の反応、また気づいたことを記入していただけるようご家族の記入欄を設けている。

(3) 看取り期のケアにおいて大切にすべきこと

■看取り期においてご本人やご家族にとって後悔が少なく過ごせるようにできるだけこまめに関わり、不安や苦痛を取り除くことが大切です。

- ・症状の変化に一喜一憂することを避け、できるだけ普段と変わらない穏やかにゆったりとした接し方をすること。
- ・ご家族が十分に最期の時間を一緒に過ごせるよう環境などに配慮すること。
- ・居室へ頻回に訪問、声掛け、スキンシップを心掛け、保清や褥瘡防止、細かな圧迫、寝衣のしわによる不快感などを取り除くことに留意する。
- ・経口摂取は「食べたい時に食べられるものを食べただけ」を基本に無理はさせない。
- ・目を開けることも話すこともできなくなった方でも、聴覚は残っておられるので、最期の時までご家族が話しかけられるよう配慮する。
- ・その人らしく生き生きとした生活を続けていただくために、ボランティア等とも連携していく。

＜その人らしく生き生きとした生活を送る～最期まで食べることの喜びを～＞

- ・栄養士、ケアスタッフを含む多職種が連携して、最期まで「食べる」を支えた事例
(事例は P41 を参照)

＜居室の環境づくり例＞

部屋の環境作りは看取り期に特別な飾りをするのではなく、普段から整えておくことが重要です。部屋で過ごされる時間が多くなるので、寂しくないような工夫(音楽、写真などご本人に合わせて)を大切にしています。

毎月レクリエーションとして来られていたマジックのボランティアさんを好きだったご本人が看取り期に入り、レク活動の帰りにお部屋でもマジックをしながら、一緒に過ごしていただいたことがあります。

＜魂の安らぎのための支援事例＞

人生の最終ステージが近づきつつあると思われる頃、その方の心の安寧を図ることができたらと、住職さんとの「会話」の場面を考えました。その方の年齢、これまでの生き方、人柄などから住職さんとの面談について、その方に伺うと「そんなことしてくれるんか? そうやったら来てもらおうか」との返事があり、早速、施設で懇意にしている住職さんに相談すると快諾していただけました。第1回目の面談の際に、その方は、住職さんより数珠を頂き、とても喜んでおられました。1回の面談は約20分程度で、その方の居室で、住職さんはベッドサイドの椅子に腰かけて談笑。後日、住職さんに話の内容を伺うと「決して法話めいたことではないですよ。何気ない世間話です。僕の方が教えられています。」と仰っておられました。

<ご家族と多職種協働による事例>

◎Yさん看取り期を受け入れるにあたって

Yさんは、経口摂取が難しく看取り期の状態と判断されました。ご家族は、「施設に入れ、他人に任せきりにしてきたことに罪悪感を抱き悔んでおり、最期くらい親孝行をして罪滅ぼしがしたい。家族で最期を看取ってやりたい。」という思いを持たれていましたが、同時にたくさんの不安も抱えておられました。そこで「看取り期をA施設でお願いしたい。職員さんの面会時が一番いい表情をしており、A施設でお世話になるのが本人にとって、いいのだと思う。」と言ってくださり、A施設で看取り期を受け入れることになりました。

◎Yさんが施設に帰って来られて ～看取り期～

経験年数の浅い職員が多く、夜勤が一人体制であることを踏まえ、少しでも職員の不安が軽減できるようにと、高熱時、血圧変動時、呼吸困難時、ショック時に分類された対処方法や在宅看護師への連絡目安などが記載された分かりやすいマニュアルが看護師より提示されました。また、ご家族が毎日Yさんの居室に宿泊し最期まで付き添ってくださる事となり、常にご家族がそばにいてくださる安心感はYさんにとっても、私たち職員にとっても、とても大きなものでした。施設に帰られてからの22日間、どんな時でも、定期的な排泄介助の間も、ずっと手を握り、声をかけ続けてくださったご家族と医療的連携を常に図り「24時間いつでも連絡してくれていいから」と心強いバックアップ体制をとってくれた看護師、最期の瞬間までYさんらしい暮らしを送っていただけるように寄り添った職員、全ての協力があつたからこそ実現したターミナルケアだったと思います。

◎Yさんとご家族の願い

ご家族は、一度も家へ連れて帰れなかったことをずっと悔やまれており、自宅へ帰られることがYさんとご家族の願いであることを知りました。Yさんが施設に帰られて20日目の朝、「おはよう」とはっきり声を出し、挨拶をしてくださいました。Yさんは、帰られてから、発語はなく、感情を表情や動作で表現されることしかなかったのですが、その日は体調がよく、午後から、ご家族、看護師と一緒に自宅へ帰られることとなりました。

自宅へ着くと、上から下へと目を動かされ「まあ！！」と言われ、とても優しい穏やかな表情になりました。自宅であることを思い出されたようで、じっと見つめておられました。Yさんにとって思い入れのある大切な場所…。ご家族の姿、縁側で過ごされた記憶…いろいろなことを思い返されていたのかも知れません。

◎最期を迎えて

帰苑されてから22日目、Yさんは最期を迎えられました。看取り期の受け入れ当初は、「施設にいれてしまったことに対する罪悪感がある。最期くらい親孝行がしたい。」と言われていたご家族でしたが、「看取り期を迎えてから22日間、最期の瞬間までA施設で同じ時間を過ごす中で、しだいに罪悪感がなくなっていった。ここで、最期までお世話になったことが最高の親孝行だった。皆さんは、私たちの家族です。」と言ってくださいました。

4 最期の時・看取り後のポイント

主眼

- ・ご家族が、最期の時間をご本人と落ち着いて過ごすことができるよう、死が近づく際の状態の変化について説明し、不安を取り除くことが重要となる。
その上で、ご家族が不安を抱くこと、ご家族の気持ちが揺れ動くことを理解したうえで、気持ちを察しながら、希望には誠実に対応できるよう準備しておく。
- ・死亡確認の後は、ご家族が十分にお別れする時間を持つことができ、ご家族自身が少しずつ死を受け入れられるよう配慮する。死後の処置については、ともに悲しみを分かち合い、つらい気持ちが和らぐよう、ご家族とともに寄り添って行く。
- ・ご家族が納得のいく最期を迎えられたと思っていただけるよう、退居後も継続して、ご家族をねぎらい、悲嘆への援助をしていく。

<アクションポイント>

(1) 最期の時の関わりについて

■死亡直前には、寄り添うご家族が落ち着いて最期の時間を一緒に過ごしてもらえよう配慮をすることが大切です。

- ・施設に家族と一緒に宿泊することはできないものと思い込んでいるご家族のために、希望を聞きとって対応ができるようにする。

<施設での宿泊対応例>

自施設では、家族用の宿泊室としての備えはありません。ほとんどの方は利用者のそばの簡易ベットでお過ごしですが、ゆっくりと体を休めていただけるようケアハウスや特別養護老人ホームの和室を宿泊用として準備しています。無理なく過ごしていただけるよう部署を越えて施設全体で協力する体制をとっています。

■死亡確認までの連絡体制を再度確認しておくことが大切です。

- ・呼吸停止をどの職員が発見しても混乱しないよう、呼吸停止の発見から施設の医師や家族への連絡までの流れを施設内で確認し、共有しておくこと。
- ・施設で看取りをするように進めていたが、老衰で亡くなることが想定される際に救急搬送するということは、延命措置（点滴、気管切開、心臓マッサージ等の蘇生処置）の末に亡くなることになることを、ご家族に十分理解していただくこと。

- ・救急搬送先で亡くなった場合は、原則「死体検案書」となり（搬送先の病院等と調整のうえ、施設の医師が「死亡診断書」を作成することも可能）、悲しみのさなかに警察による取り調べ書類等、かなりの労力を割かれることにも理解を得ておく必要があること。

<電話対応マニュアル例>

家族への連絡時あわてないよう連絡マニュアルを作っています。このマニュアルがあることで、慣れない職員もそれを見れば迷わず連絡することができ、職員の安心感につながります。

夜間ターミナル特変時

《電話対応内容》

ターミナル利用者が特変したら・・・

・バイタルの測定

看護師・Dr.に夜間緊急での電話をする際、詳しく説明できるよう
夜勤者で手分けし、バイタル等(BP・KT・SpO2・P)をとる。

〔看護師へ連絡〕

『もしもし〇〇です。〇〇さんが急変しました。
(状態説明:呼吸の有無・バイタル等を伝え指示をお願いします。』
※ ご家族やDr.には介護士が電話するのかわ聞いておく事。

指示に従いいずれかに電話する場合

〔Dr.へ連絡する場合〕	〔ご家族へ連絡する場合〕
『もしもし、(施設名)の〇〇です。 入居されている〇〇さんが急変しました。 ※(状態説明) 指示をお願いします。』 ※Nsに伝えた事及び、Nsが確認した内容があれば伝える	『もしもし、〇〇さんのお宅ですか。 (施設名)の〇〇ですが、 (状態説明)という状態で少し心配なので お電話させて頂きました。』

※上記は電話した場合の前振りであって、時と場合で看護師・Dr.と連携し、
話し合い、上記以降の内容は変えていく。

＜参考：看取りまでの身体の変化＞

1 週間前頃～の変化



だんだんと眠る時間が長くなっていきます

夢と現実をいったりきたりするような状態になることがあります。その時できること、話しておきたいことは先送りせず、しっかり伝えておくようにしましょう。

1, 2日～数時間前の変化



声をかけても目を覚ますことが少なくなります

眠気が増すことがあります。眠気があることで、かえって苦痛がやわらげられていることが多くなります。

その他、よくある変化として…



食べたり飲んだりすることが減り、飲み込みにくくなったりむせたりする



おしっこの量が少なく濃くなる



つじつまの合わないことを言ったり、手足を動かすなど落ち着かなくなる



のどもとでゴロゴロという音がすることがあります

だ液をうまくのみこめなくなるためです。眠っていらっやることが多いので苦しさは少ないことが多いですが、意識があり苦しさがあるときはだ液を減らす薬があります。



呼吸のリズムが不規則になったり息をすると同時に肩や顎が動くようになります

呼吸する筋肉が収縮するとともに、肺の動きが悪くなって首が動くようになるためです。「あえいっているように見える」ことがあります、苦しいからではなく、自然な動きですので心配ありません。



手足の先が冷たく青ざめ、脈が弱くなります

血圧が下がり循環が悪くなるためです。

引用：OPTIM（緩和ケア普及のための地域プロジェクト）

<アクションポイント>

(2) 最期の時の対応について

■死亡の確認について、施設の医師との伝達方法などの手順を確認しておくことが大切です。

- ・施設の医師による死亡診断ではなく死体検案になった場合は、警察や検案医の介在によってご家族の偲びの時間や施設職員の労力が割かれることとなる。

■ご家族の気持ちの整理を行うため、ご家族がお別れをしっかりと出来るような時間を確保するなどの配慮が大切です。

- ・ご家族が十分にお別れできるよう時間を確保すること。
- ・ご家族が死亡時に立ち会えなかった時は、適宜状況説明を行うこと。

<参考：死亡診断における医師や医療機関との連携について>

医師法20条の「診察後24時間以上経過した死」の死亡診断書の取り扱い、同21条の「異常死の届出」の解釈については、未だ混乱があり、看取りの際に影響を及ぼすこともあるため、施設としても、医師や医療機関と十分に連携体制を構築し、死亡の確認を円滑に行うことができるようにしておくことが大切となります。

(留意点)

- ① 医師法20条但し書きは、診察中の患者が診察後24時間以内に当該診察に関連した傷病で死亡した場合は、改めて診察をすることなく死亡診断書を交付できることを認めたものであるが、「医師による最後の診察後24時間以上を経過して、医師が立ち会わずに居宅や施設で死亡した場合、死亡診断書は書けない」と、誤った解釈がされ、異状死として警察に届け出て、死体検案が必要となってしまう場合が未だに多いこと。
- ② また、家族間の考えの違いや気持ちの揺らぎなどから、(老衰、下顎呼吸時等)最後の死の間際に救急病院へ搬送され、結果として救急医が、診察していない患者の死亡であるため、救急搬送案件は警察に検案が要請される場合がほとんどであるということ。

(参考：医師法)

第20条

医師は自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方箋を交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証明書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。但し、診察中の患者が24時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない。

第21条

医師は、死体又は妊娠4月以上の死産児を検査して異常があると認めたときは、24時間以内に所管警察署に届け出なければならない。

■医師の死亡診断後は、エンゼルケアを行います。

なお、エンゼルケアは、ご家族を中心に看護職員や介護職員など今まで介護をしてきた多職種と一緒に携わることが大切です。

- ・エンゼルケアはご本人への最期のケアとも考えられるため、それまで携わってきた看護職員、介護職員、希望があればご家族と一緒にいるなどの配慮をする。

<参考：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プロセス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。

<エンゼルケアを行うにあたって>

亡くなられた後の清拭や、衣服を整える場面は、最期までその人を「人」として尊重し、お元気だった頃の姿などを思い偲ぶための大切な時間でもあります。ここでは事例から、エンゼルケアの留意点やその意味について考えます。

エンゼルケアで行うことは、全身の清拭、衣服を清潔なものに整えること、整容などです。最近では、葬儀社が行うことも多く、すべてお任せするというケースもありますが、ケアの延長線上として、身近な家族や介護をしてきたスタッフが身だしなみを整えることに意味があり、施設の良さでもあります。

○Aさん（女性）は生涯独身で身寄りも少なく、特別養護老人ホームに入居しました。入居前から宗教を熱心に信仰し、施設のスタッフにも「私の最期は神様の元へお嫁に行くのよ」と話していました。言葉通り、Aさんのタンスの一番下の引き出しには真っ白なウエディングドレスが用意してありました。

スタッフは、ウエディングドレスのことを日頃から個人記録に記載し、Aさんの思いをカンファレンスなどで共有してきました。Aさんが老衰で亡くなられた後、スタッフと親戚でウエディングドレスに着替えをして、送り出しました。

＜ワンポイント＞

※エンゼルケアへの親族の協力は、「今から、身体を拭いたり、身なりを整えたりさせていただきますが、もしよろしければ、ご一緒になさいませんか」など、負担感の少ない聞き方をするように注意します。

※清拭をする際には、生きておられるときと同じように肌の露出を最小限にし、本人に言葉をかけながら丁寧に行います。

○Bさん（女性）は、娘が毎日面会にきて、施設のスタッフと共に最期を看取ることができました。施設のスタッフは、昔から姉妹のように仲の良い母子だったと娘から聞かされていました。Bさんが亡くなり、娘と共にエンゼルケアを行い、化粧を施した時に、Bさんの唇には、娘の口紅が希望により塗られました。それは、Bさんから娘にプレゼントされた口紅だったそうです。

＜ワンポイント＞

※エンゼルメイクは、クレンジングクリームで拭きとった後に蒸しタオルで拭くことで化粧のりが良いと言われています。顔の皮膚を傷つけないようやさしくふき取ります。含み綿、鼻腔等に綿をつめる等は、最近ではあまり必要がないと言われています。

※女性であれば本人の使っていた化粧品や、本人の身近な人の希望にそった物を使うこともあります。「元気な頃は、お化粧上手でしたね」など、家族のグリーフケアの視点からも、家族と会話を交わしながら本人の整髪整容を行うと良いでしょう。また、希望を聞きながら、家族自身に口紅を塗ってもらう、髪の毛を梳かしてもらうこともあります。

■看取った後には葬儀の手続きや保険証の返還など様々な手続きが必要になります。ご家族は看取った後の動揺の中でこれらの手続きを行う必要があるため、「心配事はありませんか」など声をかけることが大切です。

また、施設の中で誰が対応するかを明確にし、遺影、葬式の段取り等を時系列に整理し、希望されるご家族に提示できるようにしておくことが大切です。

＜看取った後の手続きに際して＞

ご家族へのお声かけとあわせて私たちの施設では、死亡診断書は様々な手続きで必要になるため、コピー等により複数枚手元に置いておくことなどの留意点をあらかじめいねいに説明しています。

■他の入居者の方が動揺をしないような対応を心がけるとともに、亡くなられた方を悼む気持ちを、それまで親交のあった方々で共有するよう努めることが大切です。

＜施設でお別れ会をしている例＞

希望される方はお通夜や告別式を施設で行う場合があり、ご入居者や職員も参列しています。参列したことをきっかけに「自分もここで最期まで暮らしたいな。」と言われたご入居者もいらっしゃいます。

＜アクションポイント＞

（３）残されたご家族への対応について

■ご家族へのグリーフケアとして、ご家族が「できるかぎりのことをやれた」と思えるような支援が大切です。

- ・終末期にはご家族にもできる範囲で様々なことに関わってもらい、悔いを残されないようにする。
- ・ご家族の悲嘆は亡くなった直後から生じるため、エンゼルケアの時からご家族の介護の労をねぎらう。
- ・ご本人が生前話をしていたご家族への思い、感謝の気持ちなど話されていたことを伝えるようにする。

＜参考：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いることを目的とする。（看護用語辞典）

＜グリーフケアのために～偲ぶ会の開催～＞

- ・２年に１度「しのぶ会」を開催しています。２年間に亡くなった方のご家族に参加いただき、時間がたった今だから言えること、思いなどお話しいただき、学びの機会としています。
- ・毎年の行事として五山の送り火鑑賞会を行っています。その一年間に亡くなられたご家族にご案内を送付し、毎年数名ではありますがご家族に出席していただいています。鑑賞会では、改めてその方のことを偲び、家族の気持ちなどを伺う機会になっている。

＜ご挨拶に来所されたご家族との会話例＞

亡くなられてから暫くしてご家族がご挨拶に来られた際、生前親しくしていただいたことへの感謝、利用中の他者への思いやりなどをたたえ、また家族の長年の労をねぎらい、故人を偲び、家族が明るく立ち直られるよう励ましの言葉を送ります。

「ここはいいとこだとおっしゃっていただいた。」「皆さんが頼りにしておられた。」「いやなこととはっきり言ってくださって勉強させていただいた。」「面会にもよく来てくださりとても喜んでおられた」等普段よくしていた会話を思い出して、ご家族に今一度振り返っていただく機会となればと思います。

＜看取られたご家族へのグリーフケアの手法としてのボランティア＞

- ・ご家族によって亡くなられた後の空虚感の埋め方は異なるので、生前同様、施設へ通うことによって気分が紛れる方へはボランティアにいらして下さいとお誘いをしています。

【Kさんの例】

母娘だけの家族で、入居からほぼ毎日のように面会に来られ、支援をされていました。

お母様が就寝されている時は何か役に立ちたいとのことで縫い物や布切りなどをしながら施設で過ごされ、看取りケアも一緒に行い、最期まで一緒に過ごされました。看取り期に「おかーはん、いーひんくなったらどうしよう。来ても良いか？」と気にされていたため、お声かけし、ご家族の都合に合わせて同じような手伝いをしに来ていただいています。

【Nさんの例】

ご本人の強い希望で施設による看取りケアを行いました。娘さんより施設で何かお手伝いできることないですか、と声をかけていただいたので、レクリエーションの補助担当として習字クラブに毎週1回来ていただいています。

【Iさんの例】

ご夫婦で入居されていた方の息子様（写真家）に毎月写真を展示していただいています。（毎月初めに入れ替えに来られる。）

5 職員の振り返りのポイント

主眼

- ・看取りは、職員の疲労感も強く、職員自身に後悔が残ることもあり、職員間で経過を振り返り、良かった点や頑張った点などを評価しながら、看取りの経験を前向きに職員自身の成長として捉え、つないでいけるよう、施設全体で職員を支えていく。

<アクションポイント>

(1) 看取りに携わった職員へのフォローについて

■看取り期になると施設職員が関わる時間も長くなるため、看取った際には「安らかに看取れてよかった」という思いの反面、「もっとこうすればよかった」と課題に感じることがあります。そのため職員間での振り返りを行い、職員自身が看取りについて前向きに捉えられるように支援することが大切です。

- ・振り返りはユニット単位で行うもの、施設全体で行うものなど様々考えられます。どのような形であれ、介護職員、看護職員、生活相談員などそれまで携わってきた職員全体で情報共有し、支え合うことが重要となる。

<施設での振り返り例>

○亡くなられた後まず、ユニットで振り返りを行います。入居時からどのようにすごされたか。エピソードなどを話しながら、看取り期にご本人の思いに添うことができたかを振り返ります。それをもとに毎月のターミナルケア委員会で報告し、委員全員で共有し、振り返ります。

○毎月のユニット会議で振り返る他にユニット内の職員間で共有メールを用いて、入居からの経過や関わり、看取り期に感じた思いや不安、看取り期の対応としてできたことや反省などを1人ずつ書き込んでいます。全員そろった時点で施設長を含めた他部署にも送付し、それぞれの思いや労いの言葉を書き込んでいます。

以前は「反省することが多い・・・」という内容の書き込みが多かったが、最近は「してよかったこと」を意識的に書き込んでいる職員もあり、看取りケアをポジティブに捉えられるようになっていきます。

6 職員への研修のポイント

主眼

- ・核家族化や病院で亡くなる方の増加などの社会的な背景により、若い世代の職員は、実際に「死」に臨む経験が少なく、看取りについての研修が大切である。
- ・施設内での看取りについての研修を定期的を実施し、看取りの経験が浅い職員であっても、ご本人の意思に基づき、ご家族の意向を尊重した看取りの支援ができるよう人づくりをすることが重要となる。

<アクションポイント>

(1) 職員の看取りへの共通理解

- 看取り期に起こりうる身体・精神的変化への対応
 - ・看取りまでの身体の変化
 - ・ご本人やご家族の意向に沿った加齢に伴う機能低下、疾病、外傷などの苦痛軽減を行うケア（関節の拘縮、クッションの活用、褥瘡への対応など）
- ご本人やご家族への意思決定支援
 - ・ご本人の状態やご家族の状況に応じて、その都度自己決定ができる支援
 - ・死への不安の受容と共感、話しやすい環境と希望や心配事への対応
- ご家族との関わり方、連携
 - ・ご家族の積極的な協力が得られるよう、日頃からの信頼関係の構築
 - ・看取り期における急変時の報告対応
- 多職種協働の重要性と各職種の役割
 - ・カンファレンスによる情報共有の必要性（施設全体で看取りに取り組む姿勢）
 - ・各職種の専門性が発揮でき、協働できるチームづくり
- 夜間や急変時の対応
 - ・急変時の対応方法
 - ・急変時の発見からの連絡方法や手順の確認
- 死生観
 - ・入居者ご本人やご家族の価値観などの尊重
- 施設の方針や理念
 - ・職員間での施設の看取り方針や理念の共有



1 施設看取りの現状

「その人らしい看取り」を支援するための調査 より

住み慣れた地域で「その人らしさを最期まで支えるための看取り」ができる体制づくりを関係団体とともに計画的に進めるため、京都地域包括ケア推進機構では「看取り対策プロジェクト」を設置し、府内の看取りに関係する医療機関、事業所、施設等 1,660 か所を対象に調査を実施しました。

調査期間 平成25年8月23日～9月30日

	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

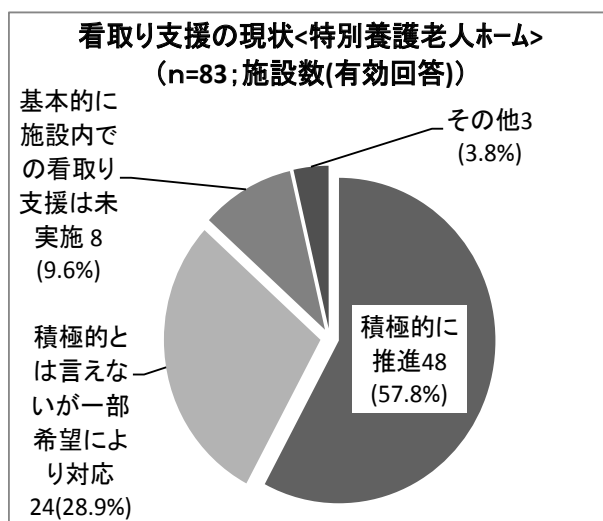
※3 在宅療養支援病院を除く病院

※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

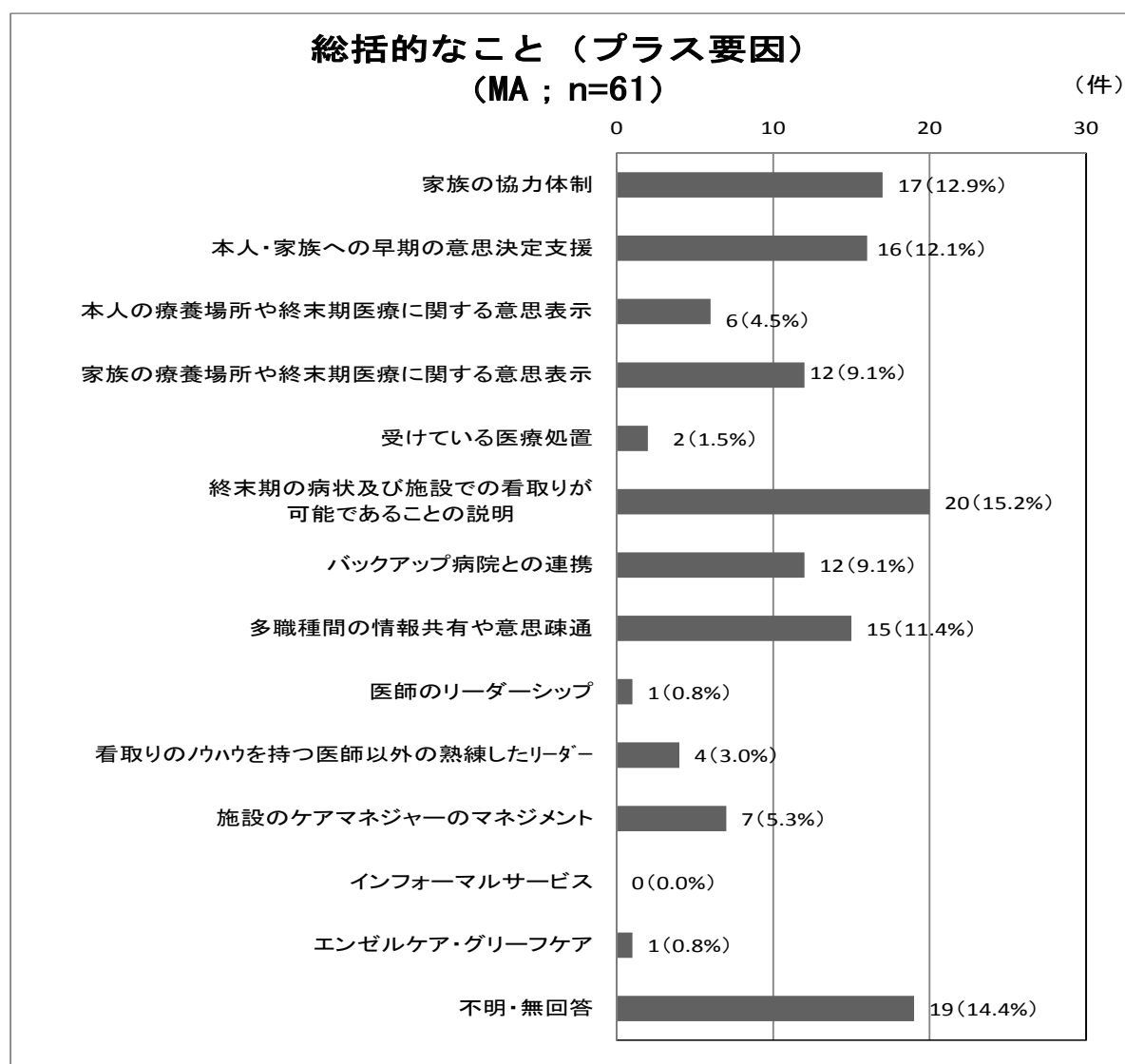
1 施設での看取り支援の現状について



■看取りを積極的に実施している特別養護老人ホームは6割弱。特別養護老人ホームで看取りができる環境整備が必要。

- 2 入居者の看取り（本人・家族の意思達成、苦痛の軽減等）に影響を招いたプラス要因（本人・家族の意思に沿う方向に働いた要因等）について（上位3つまで選択）

■「終末期の病状及び施設での看取りが可能であることの説明」が最も多く20件（15.2%）であったが、次いで看取り「家族の協力体制」が17件（12.9%）も大変重要となっている。さらに「本人・家族への早期の意思決定支援」が16件（12.1%）、「多職種間の連携」15件（11.4%）も施設の看取りでは欠かせない要因となった。

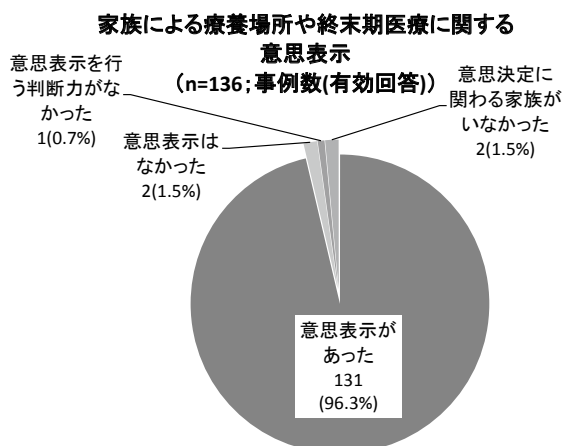
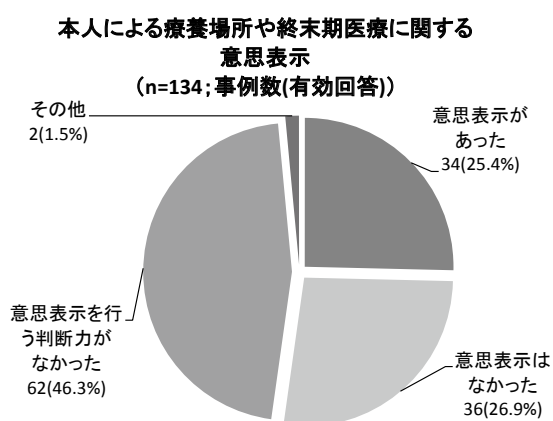


3 本人(家族)の療養場所や終末期医療に関する意思表示について

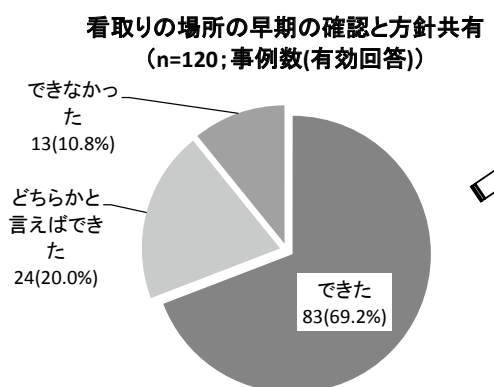
- 施設においては、「意思表示があった」は少なく(25%)、認知症の方の増加等により療養場所や終末期医療に関する意思表示の判断力がなかったケースが多く(46%)、家族の意思決定に依存するケースが多い。
- 「看取りの場所についての早期の意思確認と方針共有」があったケース(69%)では、看取りの経過(病気の診断や治療期から終末期に至るまでの本人家族への支援の過程)に対する評価が高い(83%)
- 入居時からの早期の意思確認・意思決定支援と健康な時から予め自分自身の終末期や家族の看取りと向きあう等の府民意識の啓発が重要である。

<特別養護老人ホームにおける看取り>

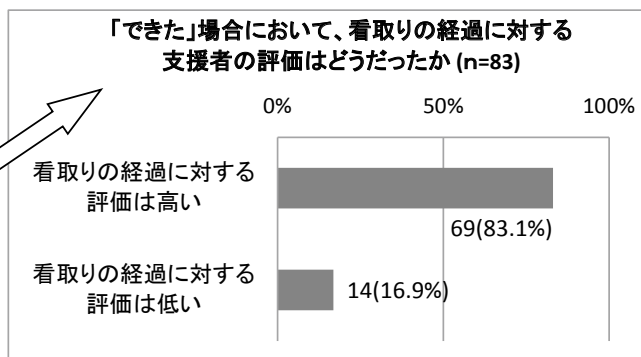
- ・「本人」による「意思表示を行う判断力がなかった」が46%、「意思表示はなかった」が27%
- ・「家族」においては、「明確な意思表示があった」が96%



Q. 看取りの場所について本人や家族の意思を比較的早期に確認し、方針を共有し支援できましたか？

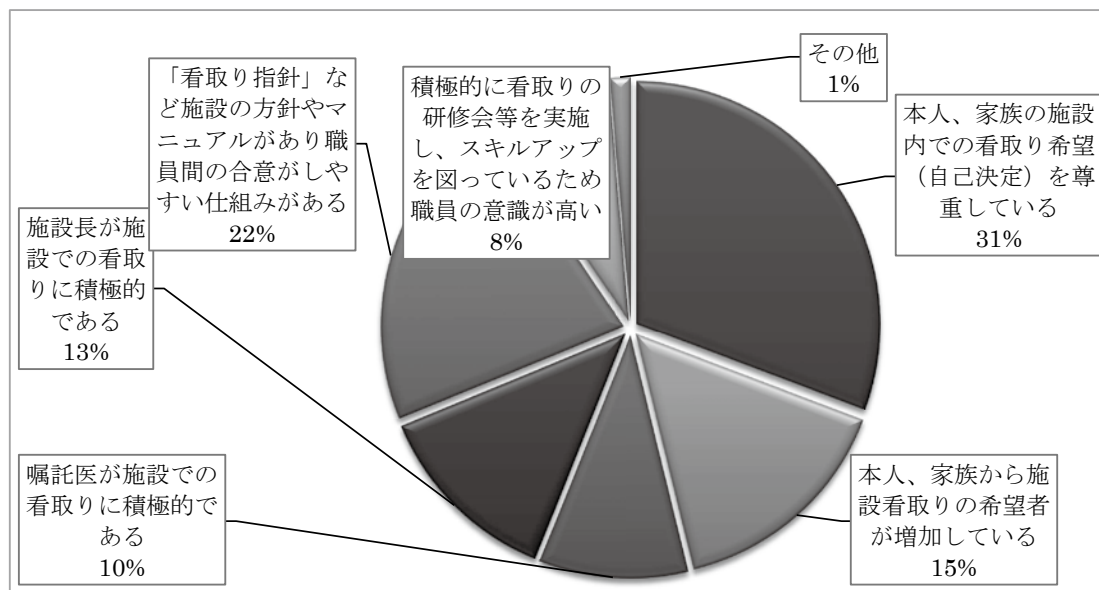


「(早期の確認と方針共有が) できた」が69%。一方で「できなかった」が11%。

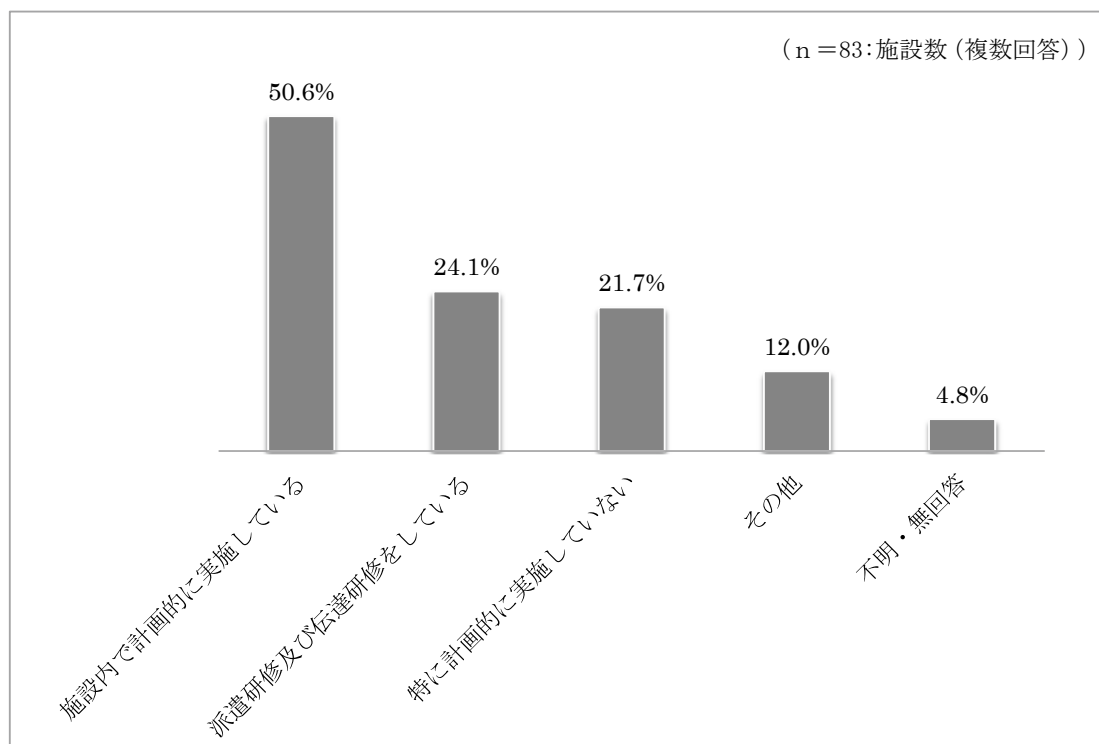


★ 早期の意思確認と方針共有があったケースでは、特養ホームの支援者の看取りの経過に対する評価が高かったのが83%となっており、早期の意思確認・方針共有は看取り期に重要な要素であることが伺える。

4 施設内での看取りが積極的に推進できている理由



5 看取り支援に係る研修会の実施状況について

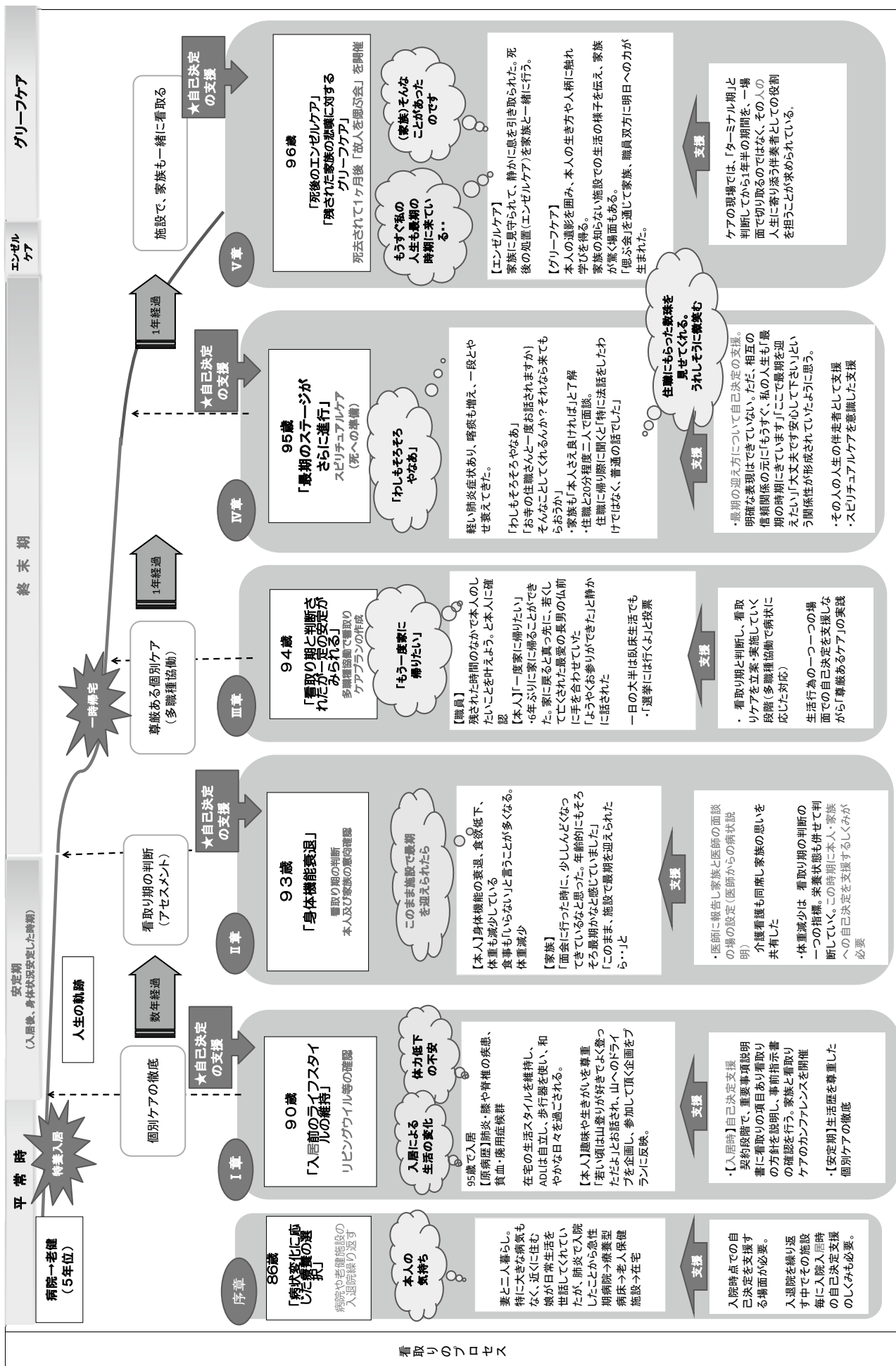




2 事 例

2 (1) 特別養護老人ホームにおいて「その人らしく生きる」意思決定を支えるプロセス <0さん 非がん>

(96歳・男性・廃用性症候群)



(2) その人らしく生き生きとした生活を送る～最期まで食べることの喜びを～

事例

○プロフィール

大正生まれの女性。女学校卒業後、呉服屋に嫁ぎ、3人の息子様に恵まれましたが、商売が傾き、苦しくなった家計を助けるため、朝から晩まで、針仕事や茶摘みに行くなど様々な仕事をしながら、お子さんたちを育て上げられました。

ご主人の他界、子供たちの独立により独居生活となり、またその時期に転倒骨折そして認知症状が出現し、入所となりました。

○施設での暮らしの様子

入所時は満82才、要介護3でした。当初から車椅子での移動でした。車イスを上手に操作し、朝早くから施設内のあちこちを散歩され、出かけた先でお茶やコーヒーをごちそうになっておられました。食べることが大好きで、歯がなくてももしっかり咀嚼し、いつもきれいに食べていました。ふところには、おしぼりやコップ、タオルなど大事なものを一杯しまっておられました。スタッフが回収するとしばらくはあの子は盗人やと、不満そうに怒って他のスタッフに話されることもありました。

また、丁寧な京言葉でご挨拶をされ、相手の方の表情・体型などをよく見て、的を射たコメントをされるなど、周りの人をよく観察されていました。

入所から6年ほど経過した頃より、食事の後でも「まだ食べてません」と言われたり、隣の方の食事に手を伸ばして召し上がられたりすることが時々みられるようになりました。

翌年要介護4になりました。相変わらず食欲旺盛で、ティッシュ・花・新聞など身のまわりにある物を口に入れられるようになりました。この頃、車椅子からのずり落ちが頻回になり、左上腕を骨折されるということがありました。次第に体力の低下が始まったように思います。

平成24年4月 嘔吐と多量の下血で緊急入院されました。足先部が壊死になり、切断の話もありましたが、高齢であることともう痛い思いはさせたくない、最期は住み慣れた施設でのご家族様の希望により切断せず、5月末に退院、6月からターミナルケアの対応となりました。区分変更認定を申請し、要介護5になりました。

○ターミナルケアプラン1 前期(平成24年6月3日～)

ターミナルカンファレンス(サービス担当者会議)

出席者：二男様、三男様、医師、施設長、係長、NS、管理栄養士、ケアスタッフ

① 医師よりターミナルの告知

「食事はしっかり召し上がっておられるが、いつどうなるかわからない状態であること。足の壊死が心臓や脳に飛ぶことがあり、急に亡くなることもありえます。食事はできる限り口から召し上がっていただくようにします。口から召し上がっていただけない場合は点滴をしますが、尿量や浮腫の状態を見ながら調整します。状態をみて呼吸が落ち着いておられたら入浴も可能です。M様には出来るだけ苦痛がない状態だと考えています。余命は長くはないと…思いますから。」と説明されました。

② カンファレンス

食べることが大好きなM様に最後まで口から食べていただけるようどのようにするかいうことを中心に話し合いました。

ご家族様も「本人が希望し、日を開けて吸い込む力がある間は食べさせてほしい」という強い思いをもっておられました。ケアスタッフの思いも同じでした。誰よりも食べることが、好きなので、一口だけでもいいから…という思いが一致しました。

カンファレンスはマニュアルに沿って毎週行い、その都度ご家族にも意見を出していただきました。

連携とそれぞれの役割 1

息子様やお嫁様が交替でローテーションを組んで泊まりこみ、最後まで付き添われました。パソコンで闘病記録をつけられ、可能な限り寄り添い、手を握り、いつも優しく話し掛けられておられました。体調のよい時は食事介助もされ、ご兄弟間のスケジュールの調整、ケアスタッフとの連絡や意見交換にも快く応じていただきました。

連携とそれぞれの役割 2

ケアスタッフは、全身の浮腫や褥創の軽減のため、体位変換をこまめに行い、毎日の様子観察・環境整備に努めるとともに、ご家族様と暮らしにも配慮しながら日々の様子をお伝えしました。特に、ご家族様に気を遣わせない様に、日々の関わりの中で家族様との関係を深め、細かな様子をお伝えし、思い出をお聞きしたり、世間話をしたり、お茶をお出ししたりし、過ごしやすい環境づくりに努めました。また、横の繋がりとしては、他のユニットにも協力をお願いし、施設全体で看取りケアを行いました。

状態を見ながら、リクライニング車椅子にてフロアに出て、慣れ親しんだご利用者様と一緒に食事を召し上がって頂き、自室で召し上がられる際も、ご家族様と一緒に召し上がって頂ける様にし、出来るだけ寂しさを感じさせないよう心がけました。

連携とそれぞれの役割 3

〈看護師・リハビリ〉安全な姿勢で食べていただけるように配慮し、食事介助を行い、褥創の処置や体調管理をし、状態をご家族様に分かりやすく説明しました。夜間変化があればケアスタッフから連絡、看護師は、観察の仕方を指示したり、医師と相談したりしました。また緊急時に迅速な対応出来る体制の確認をしました。

〈栄養課〉食事…主食：ミキサー粥ゼリー、副食：ゼリー食、汁：ゼリー、おやつ：ゼリー

管理栄養士は、毎日食事の様子を見に来て、ご家族様、ケアスタッフと話し合いをしていました。かなり低下している嚥下状態でも食べられる安全なおはぎ作りに挑戦しました。

○ターミナルケアプラン 2 中期（平成24年6月21日～）

カンファレンス

出席者：三男様、係長、NS、管理栄養士、作業療法士、ケアスタッフ

息子様に好きだった食べ物を尋ねると、「甘いものが好きでした。昔はおはぎをよく作ってくれました。今の嚥下状態では、おはぎは無理でも、おしろこや、水羊羹のようなものを食べさせてあげたい」と話されました。

食事はしっかり召し上がっておられたが、全身に浮腫が顕著に見られ、手の指先は、冷たく、チアノーゼが見られたので、冷えないように毛布や湯たんぽで暖めることにしました。

その後の経過

この日の夕食より、食事におはぎ（ミキサー粥ゼリーに、さらしあんを白湯、砂糖でゆるめたものをかけた）をつけました。ご家族（三男様）にも試食していただきました。

翌日には、ミキサー粥ゼリー&あんのおはぎを提供しました。ご家族（次男様夫婦）にも試食していただきました。その後、日毎に食事量は減ってこられましたが、おはぎは召し上がっておられました。

食事中も、呼吸がしやすい様に、ケアスタッフやNSや作業療法士で相談し、体位やクッションの当て方などを工夫しました。体調により、入浴出来ない日も増えて来ましたが、清潔保持の為、更衣や、清拭を行い褥創も臀部が赤くなってきた程度で収まりました。

○ケアプラン 3 後期（平成24年7月～）

カンファレンス

出席者：三男様、係長、NS、管理栄養士、作業療法士、ケアスタッフ

7月に入り、かなり衰弱され、食事中酸素吸入が必要な時もあり、咀嚼の時間も少しずつ長くなってこられました。ただ嚥下する力は十分にあり、点滴を行うと、全身の浮腫もひどいので口から自然に入る水分をできるだけ維持することとなりました。

その後の経過

しっかりと口を開けられ嚥下も良好な日も多く、時々、笑顔も見られました。ご家族様、ケアスタッフも、M様に寄り添い、話しかけながらケアさせて頂きました。ご家族から「家族として本当に感謝しています。悔いのないように看取りたいです」と気持ちを伝えてくださいました。

7月6日昼食はおはぎのみを召し上がられました。

7月7日ご家族様の「おはよう」の声に「おはよう」と返答されたと喜ばれていました。昼食は息子様が介助されました。

7月8日昼食は大きく口を開けて、しっかり食べられました。15時アイスクリームを5口程、召し上がられました。16時15分、ご家族とスタッフに見守られながら、大きな呼吸の後、満93歳の人生を終えられました。

〇振り返り

M様にかかわる中で、食べることの意味は、その人の喜びや、満足感だけでなく、家族や、ケアする私たちにも喜びや感動を与えてくれるのだということをたくさん学びました。

最期の時まで寄り添われたご家族の暖かさと、もうろうとした意識の中で、息子の声に答えようとされるM様の母心に、強い家族の絆を感じました。私たちの知識や技術でどのように頑張っても代替えできるものでない家族の大切さを学びました。



3 樣 式 例

重度化対応及び看取り介護指針

平成〇〇年〇月吉日

1. 看取りに対する考え方（理念）

特別養護老人ホームで生活されている高齢者が、何らかの疾患や老衰などにより、医師から回復不能と診断され、家族や介護関係者に宣告された場合、終末期をどこで生活し、どのような医療を受けるかについては、利用者本人の意思並びに家族の意思を最大限に尊重したいと思います。

また、最後の時を（施設名）で過ごしたいと希望されるご利用者に対し、かけがえのない日々やこの瞬間を大切にし、苦痛、孤独感、不安感等を感じさせることなく、その人らしい尊厳ある日々を過ごしていただけるよう、利用者や家族を支援し、心をこめたケアをしていきたいと考えます。

さらに、職員にとっては、利用者との別れにより、人間の尊厳や、たった一度の人生の重み、命の大切さと向かい合える場面でもあり、敬虔な態度で学ばせていただく機会になればと、ここに介護指針を示します。

2. 看取り体制と手続き

- ① 医師から回復不能を家族や関係者に説明（インフォームドコンセント）
- ② 本人の意思（リビングウィル）家族の意思（希望とケアへの意思）を確認
- ③ 同意書に署名（家族代表）
- ④ （施設名）でのターミナルケア開始
- ⑤ 看取り介護に対する体制

家族、医師、施設長、介護主任、介護職（担当）、看護師、栄養士、ケアマネ

⑥ ケアカンファレンス実施

（家族、介護職、医師、看護師、ケアマネ、栄養士も参加）

ケア計画書の策定（週１回以上）経過記録の記載と保管

状態を見ながらカンファレンスを継続

変化があれば家族に状況を報告

3. 医師及び看護体制

週３回の診療日には必ず状況を報告、ケアについて相談、必要あれば家族にも連絡する。

医療上必要な指示は、医師から文書で受理し看護師間で申し送る。

看護師は毎日、利用者を訪問、経過記録に目を通し、その日の医療内容や状況の変化を把握、必要あれば医師に報告、指示内容や状態を記録し、介護・看護職員に徹底する。

4. 看取りの環境

安らかな日々を過ごせるように、静養室または個室対応とする
あたたかい家庭的な雰囲気になるよう環境を整備する
従来暮らしてきた部屋を希望される場合はそれに応じる。

5. 看取り介護実施における各職種の役割

<u>施設長</u>	施設において安らかな看取りを行うための総括責任 諸問題・課題の総括と実行についての責任
<u>医 師</u>	看取り介護の診断と家族、職員への説明 痛みや苦痛緩和のための対症療法とその指示 緊急時、夜間の対応と指示 必要時、協力病院との連絡、情報提供と調整 カンファレンスへの参加、助言、指示 死亡確認、家族に経過説明、死亡診断書等関係書類の記載
<u>介護主任</u> (ケアマネージャー・相談員)	生活支援に関する家族との連絡調整 看取りケアについて他職種との協働と連携 職員教育と、ケアについての相談や指導 定期カンファレンスへの参加 死後のケア、家族支援、持ち物管理
<u>看護師</u>	医師の指示の実行 医師及び関連病院との連携 看取りケアについての職員指導、手順作成 状態観察、必要な対応と介護職への説明と指導 疼痛、苦痛の緩和ケア オンコールへの対応、緊急時の出動 随時、家族への説明 カンファレンスへの参加
<u>管理栄養士</u>	利用者の摂食機能、嚥下力の評価 食べやすく工夫した食事の提供 食事、水分の摂取量の把握 カンファレンスに参加 家族と協力し食事の好みに関する情報を集めて対応
<u>リハビリ</u>	口腔機能について評価 看護師、栄養士と相談し、食べやすい体位の工夫 食事介助の仕方の指導と助言

介護職員

カンファレンスに参加

食事、排泄、保清など丁寧なケア

口腔内の清潔と床ずれ、尿路感染等の予防

食事量、水分摂取量の把握、脱水に対する観察と注意

浮腫の状態、排泄量・回数の把握と看護師や医師への報告

安楽な体位について工夫、室温、湿度を快適に保つ、痰の絡む場合、吸引や、痰の除去

身体的、精神的な苦痛の除去のため、細やかに訪問、体位変換を行い圧迫や床ずれ予防に努め、コミュニケーションを十分にはかる、孤独感を与えない、話をよく聞く、家族や知人等との交流の場づくり

ありのままを簡潔に分かりやすく、その日の状況が誰にでも理解できる様な記録

カンファレンスに参加し情報を提供

6. 看取りの介護体制

看護師は、各ユニットの担当と共に、下記のシフトで 24 時間体制実施

日勤 08 時 30 分から 17 時 00 分

早出 07 時 30 分から 16 時 00 分

遅出 10 時 30 分から 19 時 00 分

それ以後は、連絡を受け必要あれば対応する

緊急時対応

日勤時 看護師はじめ職員全員で協力

夜勤時 看護師に連絡し応援や出動

介護主任、施設長、事務長に状況報告

急変すれば医師に連絡

状態変化時は直ちに家族に連絡

死亡確認後、医師は死亡診断書の記載

診断書が整えばその他の関係事項は家族に説明

最後の別れを施設内で希望される場合、家族だけの時間を提供し、そのために室内を整頓

7. 介護の実施内容

1) 栄養と水分

栄養士、看護師と協力し食事、水分摂取量、浮腫、尿量、排便量、の確認、可能な限り本人の希望する食べ方で摂取できるようにする。

2) 清潔

状態を見ながら可能な限り入浴や清拭を行い、清潔保持と床擦れや

感染症防止に努める。

3) 苦痛の緩和

＜身体面＞ 長時間同じ体位をとらないように、安楽な体位や疼痛緩和について、医師、看護師と相談して細やかなケアを行う

＜精神面＞ 手を握る、そばに寄り添う、言葉をかける、マッサージをするなど安心出来るケアを工夫する
時には静かな音楽を流したり、戸外の景色を眺める、季節の花を飾るなども心をなごます。

4) 家族とのかかわり

状況をその都度伝え、家族と一緒に介護を進めていくという働きかけをする。

家族に、カンファレンスの参加を促す、援助が必要な時はケアマネージャーや施設長と相談する。

5) 死亡時の援助

医師により死亡が確認されたら、家族と相談しエンゼルケアの準備をする、ケアはできるだけ家族と一緒に行う。

家族や介護にかかわった職員全員で最後のお別れをする。

遺留品、保険証、荷物などの引渡しを相談する。

施設退所の際、玄関まで見送る。

8. 職員教育

＜目的＞ 死の受容と職員一人一人の死生観の育成

＜態度＞ 生命や、人生、人柄とのかかわり、多くの人々の中で、縁あってこの出合があったこと、多くの学びを与えていただいたことに対し敬意を表し、感謝の礼を尽くす。

- ① 施設における看取りの意義を理解する
- ② 死に対するかかわりと態度、マナーを学ぶ
- ③ 終末期の身体的、生理的、機能的、社会的、精神的な変化の観察の仕方、記録の仕方を学ぶ
- ④ カンファレンスの持ち方・進め方、終末期のケアプランの立案
- ⑤ 急変時の対応の仕方（体位による呼吸管理）
- ⑥ エンゼルケアの方法（エンゼルセットの準備）
- ⑦ 看取りケアとチームケアについて、関係者間のコミュニケーションのあり方や連絡の仕方について学ぶ
- ⑧ 家族への連絡と家族へのねぎらい、かかわり方、援助のあり方
- ⑨ 医療機関等との連携のあり方
- ⑩ 通夜、葬儀への参加と儀式に参列する場合のマナー

- ⑪ 偲ぶ会について（感謝と反省）2年に一度開催

(施設名) 看取り介護に関する指針

平成〇〇年〇月

看取り介護に関する考え方

看取り介護は、近い将来に死に至ることが予見される方に対し、身体的、精神的苦痛・苦悩をできるだけ緩和し、ご本人が最期まで尊厳を保ち、安らかな気持ちで生きることができるように支援することです。

ご入所者ご本人が回復不能な状態に陥った時に、最期の場所及び治療等について、ご本人の意思並びにご家族の意向を尊重し、気持ちに寄り添いながら、ご家族の心身の疲労や精神的なご負担にも配慮しつつ、質の高いサービスを提供しなければならない。

ご入所者は人道的かつ安らかな終末を迎える権利を保持されており、医師及び医療機関との連携を図り、医師の指示により管理者を中心に多職種協働体制のもとで、尊厳と安楽を保ち安らかな死が迎えられるよう全人的なケアを提供し支援するものである。

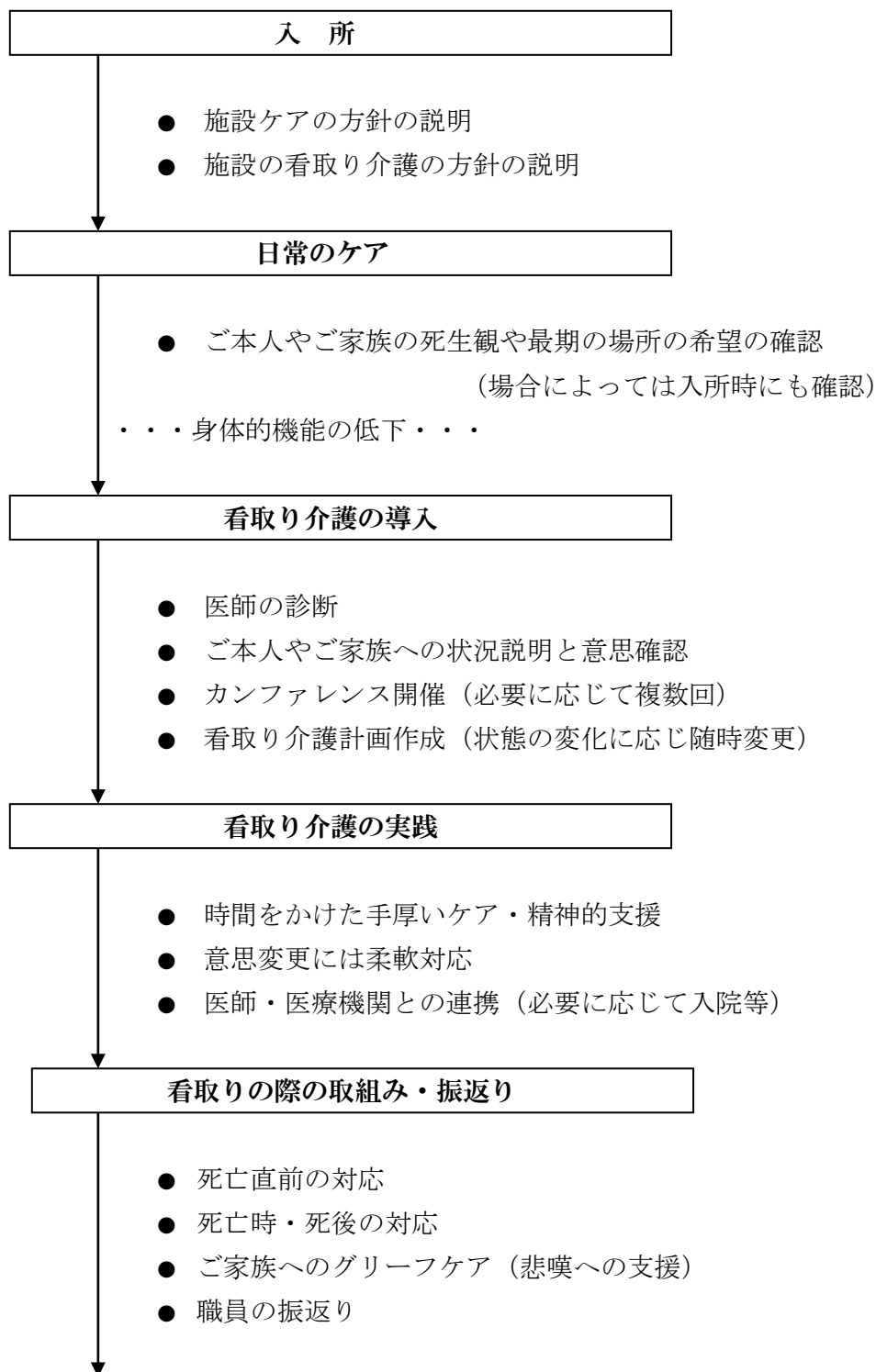
看取り介護の共通認識

- 1 看取り介護は日常生活の延長線上にあると捉えた上で、日々の日常ケアの充実を図る。
- 2 その人らしい人生の最期を迎えられるよう、ご本人とご家族が残された時間をゆったりと過ごすための支援をする。
- 3 認知症で意思が伝えられない方、ご家族が遠方のために訪問してもらえない方、このほか様々な事情で施設において人生の幕を閉じようとする方の充実した最期の日々のためにも、できる限り支援をする。
- 4 ご本人、ご家族と「死」の話題をはぐらかすことなく、共に残された時間を大切にする。
- 5 看取り介護計画はご本人並びにご家族の意見や思いを含めて作成する。
- 6 時間経過や症状変化に伴い、ご本人、ご家族の思いが揺れ動いた場合にも、いつでも思いが伝えられるように、ご本人、ご家族とのコミュニケーションを怠らないようにする。また、「同意書」によりすでに意思が確定したものと考えないようにする。
- 7 予測されない状態の急変などがあつた場合は、医療機関に搬送することがあることをご本人やご家族にも伝える。
- 8 ご家族が遠慮や気兼ねをしないで済むような配慮を行うとともに、職員もご家族とできるだけ係わるようにする。

看取り介護の事前の取組み

- 1 ご本人、ご家族が最期の時間を共にゆったりと過ごす場を提供できるような環境整備を行う。
- 2 看取り介護に関する内容について、以下のような職員研修を実施する。
 - ・ 看取り介護の理念と理解
 - ・ 死生観教育 死へのアプローチ
 - ・ 施設における看取り介護の考え方
 - ・ 看取り期に起こりうる機能的・精神的変化への対応
 - ・ ご家族への援助方
 - ・ 看取り介護のケアプラン
 - ・ 看取り介護の内容
 - ・ 看取り介護のチームケアの充実
 - ・ 夜間・緊急時の対応
 - ・ 看取り介護についての検討会
- 3 時間経過や症状変化に伴い、ご本人、ご家族の思いが揺れ動いた場合にもいつでも思いが伝えられるように、ご入所者の担当を決めておく。また、当日担当が勤務をしていない場合も、ご希望が職員に周知できるように必ず記録する。
- 4 医師・医療機関と夜間、緊急時における24時間連絡体制（オンコール）をとり、緊急時対応マニュアルを整備し、職員間で周知徹底を図る。
- 5 夜間・緊急時において連絡すべきご家族の連絡先も確認し、明記しておく。

看取り介護の流れ



1. 看取り体制

(1) 自己決定と尊厳を守る

- ① 看取り介護の考え方を明確にし、ご本人やご家族に対し、生前意思の確認を行う。
- ② 医師による診断（医学的に回復の見込みがないと判断した時）がなされたときが、看取り介護の開始となる。
- ③ 医師または協力病院は、ご本人及びご家族への十分な説明が行い、生活相談員、介護支援専門員及び看護師は診断及びその後の治療方針等について十分理解し、納得できるよう支援し、当施設で看取りを希望するか、医療機関で看取りを希望するか、在宅で看取りを希望するかを確認する。
- ④ 当施設で看取りを希望された場合は、ご本人またはご家族の同意を得る。
ただし、時間経過や症状変化に伴い、ご本人やご家族との思いが揺れ動いた場合にもいつでも思いが伝わるようにする。
また、「同意書」によりすでに意思が確定したものと考えないこととする。
- ⑤ 生活相談員を中心として、管理者、介護支援専門員、看護職員、管理栄養士、介護職員等従事する者が協働し、カンファレンスを開催し、看取り介護計画書を作成するとともに、ご本人及びご家族への状況説明を行い、同意を得て看取り介護を適切に行う。
- ⑤ カンファレンスは原則として、週1回（緊急の場合等は適宜）行い、ご家族へ状況説明する他、看取り介護が適切に行われよう、計画内容の確認、見直し等を適宜行う。

(2) 医師・看護職員体制

- ① 看取り介護実施にあたり嘱託医師または、協力病院医師等との情報共有による協力体制を築く。
- ② 看護職員は、医師の指示を受け看護責任者のもとでご利用者の疼痛緩和等安らかな状態を保つように状態把握に努め、ご利用者の状況を受け止めるようにする。また、日々の状況等について随時ご家族への説明を行い、その不安に対して適宜対応する。
- ③ 医師による看取り介護の開始指示を受けて、カンファレンスに基づき多職種による看取り介護計画書を作成し実施する。

(3) 施設整備

- ① ご家族が気兼ねなく付き添い、ご利用者ご本人と最期の時間を過ごせるよう

に、原則として個室または静養室を確保する。

- ② 尊厳ある安らかな最期を迎えるため、個室または静養室の室温調整や採光、換気など環境整備に注意し、その人らしい人生を全うするための施設整備を図る。

(4) 実施とその内容

① 体制及びその記録等の整備

- 1) 同意書
- 2) 医師の指示
- 3) 計画書作成（変更、追加）
- 4) 経過観察記録
- 5) ケアカンファレンスの記録
- 6) 臨終時の記録
- 7) 看取り介護終了後のカンファレンス会議

② 職種ごとの役割

(管理者)

- 1) 総括管理
- 2) 生じる諸課題の総括責任

(医師)

- 1) 看取り介護期の診断
- 2) 家族への説明（インフォームドコンセント）
- 3) 緊急時、夜間帯の対応と指示
- 4) 各協力病院との連絡、調整
- 5) 定期的カンファレンス開催への参加
- 6) 死亡確認、死亡診断書等関係記録の記載

(生活相談員、介護支援専門員)

- 1) 継続的な家族支援（連絡、説明、相談、調整）
- 2) 多職種協働のチームケアの連携強化
- 3) 定期的カンファレンスの召集
- 4) 緊急時、夜間帯の緊急マニュアルの作成と周知徹底
- 5) 死後のケアとしての家族支援と身辺整理
- 6) 看取り介護終了後のカンファレンスへの参加

(看護職員)

- 1) 医師または協力病院との連携強化
- 2) 多職種協働のチームケアの確立
- 3) 全職員への死生観教育と職員からの相談機能
- 4) 看取り介護期における状態観察の結果に応じて必要な処置への準備と対応を行うとともに、介護職員への処置の指示
- 5) 疼痛緩和
- 6) 急変時対応マニュアル（オンコール体制）
- 7) 随時の家族への説明と、その不安への対応
- 8) 定期的カンファレンス開催への参加
- 9) 最終カンファレンスへの参加

(管理栄養士)

- 1) 利用者の状態と嗜好に応じた食事の提供
- 2) 食事、水分摂取量の把握
- 3) 定期的カンファレンス開催への参加
- 4) 必要に応じて家族への食事提供

(介護職員)

- 1) 過ごしていただく居室等の環境を整える
- 3) 身体的、精神的緩和ケアと安楽な体位の工夫
- 2) きめ細かな食事、排泄、清潔保持の提供
- 4) コミュニケーションを十分にとる
- 5) 全身の状態観察、バイタルサインの確認、食事・水分摂取量の把握、尿量、排便量等のチェックときめ細かな経過記録の記載
- 6) 定期的カンファレンス開催への参加
- 7) 生死の確認のため細かな訪室を行う

③ 介護体制

- 1) 緊急時特別勤務体制
- 2) 緊急時家族連絡体制
- 3) 自宅または病院搬送時の施設サービス体制

④ 実施内容

1) 栄養と水分

多職種と協力し、ご入居者の食事・水分摂取量、浮腫、尿量、排便量等の確認を行うとともに、食事形態にも配慮し、ご利用者の身体状況に応じた食事の提供や好みの食事等の提供に努める。

2) 清潔

常に清潔を保てるようご入所者の身体状況に応じ可能な限り入浴や清拭を行い、清潔保持と感染症予防対策に努める。その他、ご本人、ご家族の希望に添うように努める。

3) 苦痛の緩和

(身体面)

ご入所者の身体状況に応じた安楽な体位の工夫と援助及び疼痛緩和の処置を適切に行う。

(医師の指示による緩和ケアまたは、日常的ケアによる緩和ケアの実施)

(精神的)

身体機能が衰弱し、精神的苦痛をとまなう場合、手を握る、体をマッサージする、寄り添う等のスキンシップや励まし、安心される声かけによるコミュニケーションの対応に努める。

4) 家族

変化していく身体状況や介護内容については、定期的に医師からの説明を行い、家族の意向に沿った適切な対応を行う。

継続的に家族の精神的援助（現状説明、相談、こまめな連絡等）あるいはご本人、ご家族から求められた場合における宗教的な関わりと援助を行い、カンファレンスごとに適時の状態説明をとおり、ご家族の意向を確認する。

5) 死亡時の援助

医師による死亡確認後、適切な処置をし、家族と看取り介護に携わった全職員でお別れをすることが望ましい。

死後の援助として必要に応じて家族支援（葬儀の連絡、調整、遺留金品引渡し、荷物の整理、相談対応等）を行うことが望ましい。

(5) 職員教育

特別養護老人ホームにおける看取り介護の目的を明確にし、死生観教育と理解の確立を図るものとする。

- 1) 施設における看取り介護の考え方
- 2) 看取り介護の理念と理解
- 3) 死生観教育 死へのアプローチ
- 4) 看取り期に起こりうる機能的・精神的変化への対応
- 5) 家族への援助
- 6) 看取り介護実施にあたりチームケアの充実
- 7) 看取り介護のケアプラン
- 8) 看取り介護の内容
- 9) 夜間・急変時の対応
- 10) 看取り介護についての検討会

2 医療機関や在宅へ搬送の場合

(1) 医療機関への連絡

医療機関にこれまでの経過説明を十分に行い、家族の同意を得て、経過観察記録の必要書類を提示する。

(2) ご本人、ご家族への支援

継続的にご本人やご家族の状況を把握するとともに、訪問、電話等での連絡を行い、介護面、精神面での援助を確実に行う。

死後の援助として必要に応じて家族支援（葬儀の連絡、調整、遺留金品引渡し、荷物の整理、相談対応等）を行うことが望ましい。

入所者の状態に応じた対応例

ステージ	対応例
日常	ご本人・ご家族とのよりよい関係づくり 医師・医療機関とのよりよい関係づくり ご本人・ご家族の死生観や最期の場所の希望の確認
安らかな死への準備期間	[状態例] ・意欲の喪失、ベット上あるいは居室で過ごすことが多い。 ・何かしようとするものが減る。(気分の低下) ・食事摂取量の低下。 ・臥床時間が長くなる。 ・周囲への関心がなくなる。 ・倦怠感が強い、悲観的になる、イライラすることがある。 [対応例] ・尊厳の保持、共有、共感。 ・ご本人の生きる意欲を高める。精神的支援 ・ご家族との関係は「説明と同意」から「相談と協働」へ。 ・医療面では「最高」ではなく「最善」の選択を心がける。 ・身体の苦痛を緩和し、身体的不自由さを補う。 ・記録は詳細かつ正確に書く。
死にゆく過程の最終局面	[状態例] ・昼夜の区別がつかなくなる。 ・傾眠状態で呼びかけへの反応が低下する。 ・経口摂取が低下する。 ・自動運動（手足を動かす行為）が低下する。 ・呼吸が浅くなり、鼻先がとがってくる。 ・顔色が白っぽくなる。 [対応例] ・「することの大切さ」以上に「そばにいることの大切さ」。 ・こまめに訪室する。 ・苦痛の緩和（安楽な体位等）。 ・声かけ、手足や体をさする、スキンシップをとる。 ・好きな食べ物を少しずつ時間をかけて食べてもらう。 ・体の清潔を保つ。 ・ご家族への精神的支援。 ・亡くなったときに着用する寝衣の確認。 ・記録は詳細かつ正確に書く。

臨終	[状態例] • 問いかけに反応なし（意識レベルの低下）。 • 呼吸の数が浅く、少なくなる、無呼吸がみられる。 • 脈拍は除脈になる。 • 尿量が少なくなる。 • 低体温になる。 • 血圧が低下、聴診器で血圧が計れない。 [対応例] • 医師・看護師と連絡を図りながら対応する。 • 家族とともに見守る。 • 声かけ、手足や体をさする、スキンシップをとる。
その後	[対応例] • ご家族と共に悲しみをわかちあう。 • 死後の処置 • お別れ、通夜、葬儀 • ご家族へのグリーフケア（悲嘆への援助） • 職員の振り返りカンファレンス

（ 施設名 ）ターミナルケア手順

定義 吐血、下血、痙攣、外傷等の著しい急性症状のある場合は、必要治療を受けられること、効果のある治療は継続することを前提に、加齢によりターミナルを迎えられる入居者に苦痛なく安らかな日々を過ごしていただけるようケアを行う

1. ターミナルケア開始の決定

① ターミナルであることの確認

- ・ 主治医からご家族へ病状説明
- ・ どのように看取るかご家族の意思確認
病院での治療を希望されるかどうか
施設内でどの程度までの治療を希望されるか
食べられなくなった時どんなケアを希望されるか
- ・ 看護師、ユニットの介護職が立会い、内容を記録に残す

② ご本人の意思確認とご家族の同意

- ・ ご本人が元気な時に確認がとれれば、それを記録に残しておく
- ・ ご家族に主治医からの病状説明の記録を確認していただき、同意をいただいた後、確認書にサイン・押印していただく

③ ターミナルケア計画の作成

- ・ 介護支援専門員が中心となり、看護師、介護職、栄養士、作業療法士が連携をとり、話し合いのもと介護計画及び看護計画を作成する。
- ・ 変化がなければ1週間に一度カンファレンスを開き、計画の評価・修正を行う。変化のある時は、随時タイムリーなカンファレンスを開く。
- ・ カンファレンスの内容は、計画書の修正と共にユニットの連絡ノートに記入し、スタッフ全員に周知徹底を図る
- ・ 生命存続は重要であるが、ご本人が苦痛なく日々穏やかに過ごせるような計画にする
- ・ すべての介助者が介助を統一できるよう、極め細やかな計画とする

④ 居室の変更

- ・ 原則的に個室対応とする
- ・ 個室に変更となる事前にご家族に個室の同意をいただく
- ・ 個室の空き部屋がない場合は静養室をターミナル部屋として使用する

2. ターミナルケアの実施

① ターミナルケア計画に沿って極め細やかな介助を行い、QOLの維持と向上を図る

- ・ 状態記録書を置き、誰が訪室してもご本人の状態がわかるようにする

- ② 笑顔と声かけで生きる力を高め孤独を癒す
 - ・ 訪室の度に笑顔で声かけを行い、介助の際にも無言で行わない
 - ・ スタッフ全員が連携をとり、状態に応じ 30 分に一度は訪室するようにする（少なくとも 1 時間に一度）
 - ③ 環境整備
 - ・ 居室の清潔保持につとめ、生活感のある居室とする（整理・整頓、床の汚れ、オムツ類の片付け、装飾類）
 - ・ 室温・湿度の調節
 - ・ 特に加湿器が必要な場合は、水の補充に留意する（ユニットの補充時間に順ずる）
 - ④ 清潔の保持
 - ・ 体調に合わせて入浴、シャワー浴、清拭、更衣等を積極的に行う
 - ⑤ 経口摂取の重視と栄養保持
 - ・ できる限り経口摂取していただけるよう嚥下障害食に栄養士の協力を得る
 - ・ ご本人に合った工夫を行い種々の嚥下困難食を試みる（果物、ゼリー、プリン等、ご本人の好まれるもの摂取しやすい物の差し入れをご家族に協力を求める）
 - ・ 嚥下しやすい体位を整える
 - ・ 口腔ケアを行う
 - ・ アイスマッサージ、口輪マッサージ等でスムーズな嚥下を促す
 - ・ 点滴により経口摂取不足分の水分・栄養を補う
 - ⑥ 安らかに過ごしていただくためのご家族の協力を得る
 - ・ 面会に来ていただきやすい環境を整え、少しでもご家族と生活を共にしていただく時間を増やす
 - ・ 夜間等、無理のない程度にご家族に付き添いを促す
 - ⑦ 医師、看護師、介護職間で連携を密にする
 - ・ 重要な所見、指示等の伝達を夜勤者への申し送り時に行うとともにユニットの連絡ノートに記入し、情報交換を行う
3. 死亡時の対応
- ① 急変時、主治医・遅出看護師、ご家族に連絡する。
 - ・ 介護職で対応できない場合は遅出看護師が出動し対処にあたる
 - ・ 施設長、事務長への連絡は 23 時以降は翌日の朝とする
 - ・ 緊急時のご家族の連絡先は、ターミナルケア計画書に提示する
 - ② 主治医による死亡確認
 - ・ 主治医による死亡診断書の作成
 - ・ 必要部数をご家族に確認し、コピーをとった後主治医の印鑑を押印する

（住所と本籍地が違う場合は 2 部必要. 加入している保険の数だけ必要）
 - ③ 死亡への哀悼

- ・ 居室環境を素早く整えた後、ご家族ご遺族と共にご本人を慈しみ長寿への感謝をする

④ 死後の処置

- ・ 看護師、介護職、ご家族と共に協力して行う

⑤ スタッフ、他の入居者と共にお見送り、ご冥福を祈る

4. 死後の対応

ターミナルケアを振り返り、話し合い・反省会を行い、次へのステップとする。

ユニット会議・看護師部会・ターミナルケア委員会
偲ぶ会

夜間ターミナル特変時

《電話対応内容》

ターミナル利用者が特変したら・・・

・バイタルの測定

看護師・Dr.に夜間緊急での電話をする際、詳しく説明できるよう
夜勤者で手分けし、バイタル等(BP・KT・SpO2・P)をとる。

〔看護師へ連絡〕

『もしもし〇〇です。〇〇さんが急変しました。
(状態説明:呼吸の有無・バイタル等を伝え指示をお願いします。』
※ ご家族やDr.には介護士が電話するのかを聞いておく事

指示に従いいずれかに電話する場合

〔Dr.へ連絡する場合〕	〔ご家族へ連絡する場合〕
『もしもし、(施設名)の〇〇です。 入所されている〇〇さんが急変しました。 ※(状態説明) 指示をお願いします。』 ※Nsに伝えた事及び、Nsが確認した内容があれば伝える。	『もしもし、〇〇さんのお宅ですか。 (施設名)の〇〇ですが、 (状態説明)という状態で少し心配なので お電話させて頂きました。』

※上記は電話した場合の前振りであって、時と場合で看護師・Dr.と連携し、
話し合い、上記以降の内容は変えていく。

総合的な援助方針			
抹消循環不全による壊死のため足指切除されているが、壊死は進行していること、身体機能の低下も進んでいる。ターミナルケアを見据えた援助を行っていく。			
維持していきたいこと・できるようにしたいこと			
評価			
このアセスメント表は、入所時、半年ごとのケアプランの見直し時、大きく状態の変化がありケアプランを見直すとき(ターミナル期)に使用しています。			
ユニットの担当職員がまず記入します。それを原案として多職種参加のサービスタ担当協議(カンファレンス)で話し合い、ご本人の思いやできることとできないことを共有し、ケアプランにつなげていきます。			
「私の思い」を継続的に聞くことで、その方の気持ちの変化を知ることができます。この事例は入所から約2年経過し、ターミナル期に入られた時期のカンファレンスに使用したものです。			
体調をよく観察する			
義歯洗浄の介助(スタッフ)			
体調悪化に伴い、褥瘡の悪化、壊死の進行も予測される。			
足先や皮膚に気を付けて移乗を行う。			
体調に配慮しながら、調子の良い時を見計らって起きてもらう。			

伝達能力	意思の伝達(できる・できない・ほとんどできない・できない)	理解できないこともあります。 「おしっこ」と訴えられます。		どこまで通じているかわかりにくいので、しっかりと確認。
視力	視力(見える・やや難・ほとんど見えない・見えない)			
聴力	聴力(聞こえる・やや難・ほとんど聞こえず・聞こえず)			
服薬	自立・一部介助・全介助 飲んでる薬			
既往症・現病歴	糖尿病(有 無)	仙骨部 腰部(発赤)		
できる	できる・一部・できない・好き・苦手			
できる	できる・一部・できない・好き・苦手			
できる	できる・小遣い程度であればできる・できない			
自立・一部介助・全介助	自立・一部介助(全介助)			
被害妄想・作り話・幻覚・幻聴・昼夜逆転 不眠・暴言・暴行・大声・落ち着がない 目的なくうろうろする・部屋に居れない 物を集める・異食・不潔行為・その他	忘れることが増えてきたように思う。			物忘れがある。その都度声かけが必要。
その他				運動が好き。平行棒内歩行・体操への声かけ。生け花も好きである。
わたしの思い	私の気持ち(具体的に記入)	私の1日	備考	
うれしいこと・楽しいこと・快と感じること	歌が好き 話ができることが楽しい。声をかけてもらえたら嬉しい。	4:00 起床 6:00 朝食 8:00 体操・コーヒー 10:00 12:00 昼食 14:00 休憩 16:00 おやつ 18:00 夕食 20:00 就寝	ご本人は60歳で膠原病を発病。病気はあるがそれまでは自宅で変わりなく過ごされていた。 75才右前頭葉が痙攣しているとの診断。癲癇(てんかん)の薬の使用で安定される。右目の斜視が後遺症で残る。 秋には肺動脈血栓症のためフィルターを入れる手術を受ける。 ブレドニン→免疫力が下がるので感染症のリスクあり。 ワーファリン→内出血を起こしやすい。 ・家族様との情報共有を密にする。	
不安や苦痛 悲しいこと	病気のせいで体が思うように動かないこと。			
介護への願い 要望	やさしくお願いします。			
医療への願い 要望	(ご家族)本人が苦しんでいるようなら緊急搬送を希望します。 熱があっても落ち着いていればそのまま様子を見てください。			
ターミナルについての 思い				

施設サービスマスク計画書（1）

初回・紹介・継続
認定済・申請中

利用者名 様 生年月日 住所

施設サービスマスク計画作成者氏名及び職種

施設サービスマスク計画作成介護保険施設名及び所在地

施設サービスマスク計画作成(変更)日 初回施設サービスマスク計画作成日

認定日 認定の有効期間

要介護状態区分	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 (その他:)
利用者及び家族の生活に対する意向	本人様：話ができることが楽しみです。声をかけてもらえたら嬉しい。 娘様：回復するための方法を考えていました(胃腸や点滴)。今の段階を説明してもらい医療行為はしない(看取り)ことに同意しました。何をどうしたら良いかわからないです。痛がることはできませんだけ避けてください。今のケアを引き続きお願いします。
介護認定審査会の意見及びサービスマスクの種類指定	
総合的な援助の方針	次女様が持参頂いた柿をシャーベットにして食べて頂きました。娘様が持ってきたことも伝えていきます。 入浴は熱もありませんので、状態に応じて支援していきます。 声をかけると頷いたり言葉返してくれます。家族様との時間を大切に過ごして頂けるように支援していきます。 ケアプランは継続させて頂きます。

施設サービス計画書（2）

要介護度
利用者名

要介護5

様

目標			援助内容		
長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	担当者
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)					
食事の量が減りま した。飲み込むこ とが難しいです。	一か月	食べる事ができる。	一週間	体調に合わせて場所をフロアか居室の判断をします。食事は一日一本エンシェリアを提供します。食事は介助にて無理のないようにします。アイス綿棒で果汁などを浸み込ませ口の中が潤うようにします。食事量や状態に応じて点滴をします。嗜好に合 わせて食事を提供します。	介護職 看護師 管理栄養士
清潔を保ちたい。	一か月	状態に応じて入浴ができる。	一週間	体調、バイタルを確認する。特 浴でシャワー浴を実施します。 状態に応じて清拭をします。	看護師 介護職
右足、左足先が壊 疽しています。 褥瘡(仙骨部)があ ります。	一か月	ベッド上安心して 排泄ができる。	一週間	できるだけ負担のかからないよ うに二人介助で対応します。差 恥心に配慮します。	介護職 看護師
拘縮があります。	一か月	痛みを軽減して過 ごすことができる 。	一週間	Drによる定期診察。壊疽部分の 処置をします。	Dr 看護師
			一週間	Dr、看護師による処置。圧がか からないように体位変換をしま す。マットレスはエアーマット を使用します。褥瘡部位だけ なく全身状態を観察します。	Dr 看護師 介護職
			一週間	身体の状態に合わせてクシショ ンを手や足に添わせれます。壊疽 部分は特に気をつけて支援しま す。	作業療法士 看護師 介護職
しつかり声かけを して、関わりを持 ってほしい。	一か月	落ち着いて生活が できる。	一週間	痛みで移乗しながら二人介助で 痛みに配慮しながら二人介助で 平行で移乗します。	介護職
			一週間	安心して過ごして頂けるように コミュニケーションをとります 。家族様来設時に日々の様子を お伝えします。	家族様 全職員

次ページの「看取り介護の内容」をもと
にご説明した上で、本同意書にサインを
いただくようにしています。

様式例（5）

例①

看取り介護についての同意書

（ 施設名 ）

（ 施設長名 ） 殿

私は、（ ）の病状について、（ 医師名 ）より詳しく状態説明を受けました。その結果、貴施設の看取りケアについて、私どもの意思にそったケアであると考えましたので同意します。

ただし、経過中、治療によって回復が可能な病状変化が見られた場合は専門的な医療を受けたいと思います、その場合の判断についてはその都度状態をみながらご相談させていただきます。

平成 年 月 日

身元引き受け人 住所

氏名

印

本人との関係 （ ）

同意立会人 住所

氏名

印

本人との関係 （ ）

その他ご家族からご希望があればお書きください

・

・

・

確認者 支援専門員（ ）
看護師（ ）

看取り介護の内容

ご利用者

様・ご家族様

（施設名）では、施設で長年暮らしてこられたご利用者様が慢性的な疾患あるいは老衰のため医師より回復不能と診断を受けられ、その結果、ご本人やご家族のご意思により、当施設で安らかな旅立ちをと希望されます場合、ご家庭と同じ様に必要時に医師や看護師による苦痛や疼痛の緩和に努め、ご本人、ご家族の思いを尊重しながら下記のような看取りケアを行わせていただきます。

看取りケアの内容

1. 出来るだけ寄りそうケアを心がけ、孤独感や、さびしさを感じられないよう介護を致します。
2. 苦痛や痛みが強く、不安感が強い場合、医師と相談し苦痛や痛みの除去に務めます。
3. 食事は出来るだけ経口的に摂取していただくように介助し、食の喜びを時々感じていただきます。
4. 体調を見ながら入浴をしていただき快適に過ごしていただきます。
5. 時々座位をとっていただき、周囲の人とのコミュニケーションを図ります。
6. 吐血、痙攣、外傷など医療が必要と判断された場合を除き、積極的な医療は行いません。
7. ご本人の意思、ご家族の希望や意向を尊重し、出来るだけその思いに沿いたいと考えています。
8. 終末期は家族として十分なかわりを持っていただきますようお願いします。
9. 付き添い、あるいは外泊を希望される場合は、ご希望に沿えるように協力致します。

以上

平成 年 月 日

（施設名）

（理事長名）

（施設長名）

看取り介護についての同意書

私は、（ 施設名 ）の施設内で、人生の最後のときを迎えることを希望するとともに、私の死に臨んで、私に対する介護及び看護については、下記及び（ 施設名 ）の看取りの基準に基づく介護及び看護に同意いたします。

記

- ・ 施設は、終末期が近づいたとき、看取りを希望されるご本人、ご家族に、御入居者の個別の状況に応じた終末期の介護・看護について改めて詳しい説明を行います。
- ・ 施設は、生活の場であり、医療機関ではなく、医療行為はできません。
- ・ 施設は、可能な処置（吸引、タッピング、希望のある方のみ酸素吸入）を行い、常に安心のための声かけをし、最後まで本人の尊厳を守る介護・看護に努めます。
- ・ 危篤な状態に陥った場合でも医療機関には搬送せず、施設内で最後を看取ります。
- ・ 施設は、常に囑託医師の指示を受けながら、できる限りの看取り介護・看護をいたします。
- ・ 施設は、面会ご家族への支援を行うとともに、ご家族の希望に沿った対応に心がけます。
- ・ いつでも、ご本人・ご家族の希望、意向に変化があった場合は、その意向に沿うよう変更を行います。

年 月 日

明治

氏名

印（生年月日

大正

年

月

日）

昭和

住所

代表家族名

印

主治医名

印

主治医意見

*ターミナルケアに係る費用について

1、看取り介護加算

介護保険の1割負担に下記の金額が加算されます。

- ・死亡日以前4日～30日 (自己負担額：〇〇円/日)
- ・死亡日の前日・前々日 (自己負担額：〇〇〇円/日)
- ・死亡日 (自己負担額：〇〇〇〇円/日)

※亡くなった月にまとめて算定することから退所された月と亡くなられた月が異なる場合であっても前月分の看取り介護加算に係る一部負担の請求をさせていただきます。

2、ご利用者、ご家族のご希望により、下記の項目をご利用いただくことができます。

その際は下記の金額をご負担いただきます。

	金額	備考
栄養補助食品	実 費	※施設で通常提供する食事以外に、ご本人の希望に合わせて嗜好品や栄養補助食品を実費負担によりご提供しています。
ご家族食事代	実 費	付き添い時等
ご家族寝具レンタル	無料	付き添い時、通夜の布団等
施設葬儀使用料	¥〇〇〇〇	通夜、告別式
荷物処分代	実費	〇〇〇に依頼
死亡診断書	¥〇〇〇〇	〇〇医院への支払い
死亡診断書 (写し)	¥〇〇〇〇	〇〇医院への支払い

上記の内容に同意します。

平成 年 月 日

ご入居者氏名： _____ ㊞

ご家族氏名： _____ ㊞

ターミナル導入期面談

H〇〇年〇月〇日

利用者氏名	〇〇 〇〇子様
出席者	次女様、長女の娘様、Dr.、施設長、ユニットリーダー、管理栄養士、OT、NS
面談内容	Dr.: 右下肢循環不全による壊死をきたしている。①創部の消毒、ガーゼ処置 ②点滴治療（アクチット500ml＋アリプロスト1A）毎日施行し、創部の壊死状態は小康状態であるが、発熱が続き身体衰弱とともに食べる意欲が失われ、経口摂取量が少なく、栄養状態不良である。 また、それに伴い臥床時間が長く、仙骨部の褥瘡形成及び身体機能の低下の出現がある。 食事形態…ソフト食＋トロミ＋エンシュアリキッド200Kcal／1本（栄養補助剤） ご家族: 衰弱が強くこのままでは可哀そうである 経口摂取が無理なら『点滴』や『胃ろう造設による栄養補給』を希望される Dr.: 当施設では末梢血管での点滴のみ行うが、カロリーは少なく栄養補給には至らない また『胃ろう造設』による経管栄養方法については現在の全身状態の悪化もあり『胃ろう造設』を行うのは無理と判断される ●結果 当施設での入所を続けながら右下肢の治療を希望されるのであれば、現在続行中の『輸液＋栄養補助剤（エンシュアリキッド）＋食事摂取』での栄養補給を行う ただ、現状では栄養状態の改善及び創部の治癒も望めず、予後は不良である。 今後、末梢血管からの点滴も入らなくなる可能性もありうる。 右下肢壊死の治療は現状維持 ●ご家族の判断と希望 Dr.からの説明を受け、入院による加療はせず当施設にて看取りをお願いしたい。 同日『看取り同意書』の説明を行う。

ターミナル対応方針

H〇〇年〇月

利用者氏名	〇〇 〇〇子様
食事	ご本人の嗜好を聞きながら、できるだけ経口で食べていただく。 手指の拘縮と変形があるため、全介助で行う。 咀嚼と嚥下がしやすいように、食前のアイスマッサージや口腔ケア、食事形態を考え、ソフト食、ゼリー状の粥、栄養補助剤（エンシュアリキッド）を召し上がっていただく。 水分・食事が摂取できないときは、主治医の指示を受ける。
排泄	排泄の度に陰部洗浄・清拭を行い、気持ちよく清潔に努める。 排泄状況（尿・便）を把握しその都度対応する。 便秘時には、緩下剤の服用や浣腸を行う。
清潔	毎食後口腔ケアを行い、食物残渣物などの誤嚥による嚥下性肺炎の予防に努める。 身体状況に応じて、可能な限り入浴（シャワー浴）、不可時清拭を行い、清潔の保持と感染予防に努めると共に、快適に過ごしてもらえよう心がける。
苦痛の緩和	発熱時：解熱剤の投与とクーリングを行う。水分補給を行う。不可能なときはDr.指示のもとに点滴治療を行う。 身体面：クッションなどを用いて、安楽な体位の工夫と援助 仙骨部褥瘡悪化しないよう体位変換、褥瘡防止マットの使用 精神面：身体機能が衰弱し精神的苦痛を伴う場合、手を握る、身体をさする、寄り添うなど励まし、安心される声かけなど対応に努め、孤独感を感じさせない心をこめたケアを行う。 処置：仙骨部褥瘡処置（1回／日、及び汚染時） 右下肢包帯交換時、苦痛が最小限度になるよう短時間で、なるべく数人で介助をしながら行う（3回／W）
生活	採光や室温などに配慮し、居心地の良い環境にする。 ベッド周りの生理整頓 好きな音楽をかけたり、体調のよいときにはフロアで過ごしていただく。
家族に対する支援	心配事や不安なことなど、話しやすい雰囲気をつくる。 状態の変化があるときは、電話報告をおこなう。

<状態記録書>

一日のご本人との関わりが一枚の用紙を見て一目でわかるようにしています。
裏面にはご家族との関わりの様子やご家族の記入欄を設けています。
本様式を居室に置き、誰もが閲覧できるようにしておくことで、施設の職員だけがケアをしているのではなく、ご家族との連携を密にすることでその方の暮らし（ここでは特に最期の暮らし）を支えています。

ターミナルケア様式Ⅱ

状態記録書

平成 ○○ 年 ○ 月 ○ 日

時 間	状 態	バイタル	介助内容	食事	排泄	サイン
0:00	・穏やかな呼吸をされている。		巡視			○○
	左手で右手首をしっかりと掴んでいる。		体位変換			
1:00	・口腔内乾いているので声をかけて		口腔ケア			
	ガーゼにて潤す。					
				内容:食事量・水分量を記録		
8:30	車椅子に乗り移り食事席へ移動。					
	大好きなトマトを加工したゼリーを			トマトゼリー		
	一つ食べ、笑顔を浮かべられる。			水分:トロミ茶		
	ポイント:ご本人の状態 交わした会話等を記録					
10:00	ベッド上にて清潔保持。		排泄		尿(+)	
	洗浄後パット交換させて頂く。					
			内容:食事 排泄・入浴 等		内容:排尿、排便の有 無 量、色等記録	
10:30	「○○さん」と声をかけると言葉には					
	ならないが口を動かして下さる。					
	その後バイタル測定。	BP130/80				
		SPO2:98%				
	内容:日中は黒ペン。 夜間は赤ペン。 看護師は青ペンで記録。	KT:36.8				
月 日	今日のサマリー					
	フロアで皆さまと一緒に過ごす時間がありました。名前を呼ばれると嬉しそうに笑顔を見せて下さいました。 一日ごとの全体的な様子を書きます。 面会の有 無: 面会者					

＜生活記録と家族様との連絡＞

ご家族との連携を記録にすることで、ご本人に対するケアの細かい部分の方向性を確認することができます。ご本人、ご家族、施設をつなぐツールとして活用しています。また表面では書ききれない内容も記入しています。

生活記録と家族様との連絡 名 前(○○ ○○ 様)

[illegible]

家族様記入欄(お気づきになった点・聞きたいこと・本日の様子等ご自由にお書き下さい。)

いつもお世話になっております。普段から良くみて下さって感謝しております。

明日は来れませんが、明後日は孫を連れていきます。よろしくお願いします。

息子

内容: 家族様が自由に書く事のできる欄を用意しています。どの家族様も時間に余裕があるとは限りません。また、なかなか口に出すことのできない家族様もおられます。そんな時のツールとして準備しています。

看取り対策プロジェクト 施設行動指針策定ワーキングメンバー

●一般社団法人 京都府老人福祉施設協議会 代表施設

社会福祉法人京都南山城会 特別養護老人ホーム山城ぬくもりの里

松下 智子	総合施設長
河口 玲子	医務室リーダー（看護師）
佐々木 敦史	特養統括リーダー（介護支援専門員）

●一般社団法人 京都市老人福祉施設協議会 代表施設

社会福祉法人京都福祉サービス協会 特別養護老人ホーム紫野

松井 久雄	施設長
小谷 雅敏	総務課長・生活相談員 (社会福祉士・介護福祉士・介護支援専門員)
井上 可奈恵	施設介護課長 (社会福祉士・介護福祉士・介護支援専門員)
江副 仁美	看護師

●一般社団法人 京都地域密着型サービス事業所協議会

杉原 優子	理事
-------	----

※本ガイドブックは、看取り対策プロジェクト施設行動指針策定ワーキングのもと、一般社団法人京都府老人福祉施設協議会、一般社団法人京都市老人福祉施設協議会と共同作成しています。

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

看取り支援 施設ガイドブック

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

問い合わせ先

京都地域包括ケア推進機構

〒604-8418 京都市中京区西ノ京東梅尾町6番地 京都府医師会館703

電話 075-822-3562 FAX 075-822-3574

E-mail info@kyoto-houkatucare.org

<http://www.kyoto-houkatucare.org/>

看取り支援
施設ガイドブック
