

平成 26 年度 老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分) 事業

特別養護老人ホームにおける
看取りの推進と
医療連携のあり方調査研究事業

報告書

平成 27 年 3 月

はじめに

我が国の高齢者の医療・介護は需要のピークを迎える 2025 年に向け、要介護者の増加、それに伴うサービスの質・量の確保に加え、看取りの場の確保が深刻な課題となっています。

さらに、今般の介護保険制度の見直しによる施設の重点化・効率化に伴い、終末期支援のニーズは増大することが予想され、看取り機能の強化と拡大が求められています。

公益社団法人全国老人福祉施設協議会（以下、「全国老協」という）では、平成18年度の「重度化対応加算」「看取り介護加算」の創設に伴い「『看取り指針・同意書』《参考》の作成について」を示し、施設における看取りの体制整備と看取り介護の促進に向けた取り組みを進めて参りました。

また、平成 27 年度介護報酬改定において、「看取り介護加算」に看取り介護の体制構築・強化を PDCA サイクルによって推進する新たな要件が加わり、医療・介護の連携、職員への研修実施や入所者・家族等への支援体制、看取り介護指針をはじめとした諸様式の策定等の取り組みと、入所者・家族の意思を尊重した日々の支援の延長線上にあるケアの確立と充実が求められるところとなりました。

特別養護老人ホーム（以下、「特養」という）における看取り介護の実践はすでに約 7 割に達していますが、看取り介護加算の算定に至っていない施設も少なくありません。

本調査研究事業では、看取り介護のさらなる普及と充実に向け、特養の看取り介護の取り組み、医療との連携、看取り介護加算の算定状況および背景について調査を行いました。

調査結果から、医療との有機的連携による特養の看取りの標準化と普遍化に向け課題を整理し、看取り介護指針の見直し及び諸様式、入所者・家族や連携機関等への説明用資料としてまとめ、「看取り介護指針・説明支援ツール【平成 27 年度介護報酬改定対応版】」を作成・提示しました。

各施設の看取り介護の体制構築・基盤強化に留まらず、最期まで入所者および家族の尊厳と希望に沿った継続的な支援の充実に向け、本調査報告書および「看取り介護指針・説明支援ツール【平成 27 年度介護報酬改定対応版】」をお役立ていただければ幸いです。

最後に、本調査研究事業を進めるにあたり、ご指導・ご協力を賜りました、一般社団法人日本老年医学会 大内尉義理事長をはじめ、調査にご協力いただいた関係者の皆様に厚く御礼申し上げます。

平成 27 年 3 月 31 日

公益社団法人全国老人福祉施設協議会
会 長 石 川 憲

■ 目次 ■

第1章 本調査研究の概要	1
1. 事業実施目的	1
2. 事業内容	1
(1) 実態調査（アンケート調査）	1
1) 調査の目的	1
2) 調査対象	1
3) 調査実施時期	2
4) 回収状況	2
5) 調査内容・調査項目	3
(2) 看取り介護指針・説明支援ツール【平成27年度介護報酬改定対応版】の作成	4
1) 作成目的	4
2) 内容	4
3) 配布先	4
3. 事業実施体制	5
4. 事業実施スケジュール	6
第2章 本調査研究の結果	7
1. 調査の結果	7
(1) 施設の基本属性	7
1) 職員体制	7
2) 施設の定員・現在の入所者数	7
3) 平成25年度の死亡者数	8
4) 平成25年度の看取り介護実施状況	9
(2) 医療との連携状況	10
1) 医療機関の併設の有無（SA）	10
2) 関連法人のうち医療法人の有無（SA）	10
3) 配置医師の体制	11
4) 看取り介護についての説明状況	16
(3) 看取り介護実施における取組内容	19
1) 看取り介護加算要件にある書式や項目（SA）	19
2) 施設が独自で使用している書式や項目（SA）	19
(4) 看取り介護加算を算定していない理由（MA）	20
1) 常勤看護師1名以上配置し、施設又は病院等の看護職員との連携による24時間の連絡体制を確保することができない	21
2) 看取りに関する職員研修を実施することができない	22
3) 医師、看護職員、介護職員等が共同し、入所者の状態を、随時、入所者や家族に説明し、	

同意を得て介護を実施することができない	23
4) 入所者や家族等の同意を得て、介護計画を作成することができない.....	24
5) 看取り介護指針を定め、入所の際に入所者・家族に説明し同意を得ることができない	25
6) 入所者について、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断することができない.....	26
7) 配置医師がターミナルケア加算を算定している.....	27
8) 配置医師が連携している在宅療養支援病院・診療所がターミナルケア加算を算定している.....	27
9) その他（過去にトラブル事例が発生した等）	27
(5) 看取り介護を実施していない理由（SA）	29
1) 本人・家族との関わりに関する理由	30
2) 体制等に関する理由	32
3) 制度面に関する理由	36
4) 看取り介護を実施していない理由・看取り介護の実施に必要な条件.....	38
2. 考察.....	42
3. まとめ.....	43
(1) 現状と課題	43
(2) 本調査研究事業結果を踏まえた提言.....	45
4. 調査票.....	47
第3章 看取り介護指針・説明支援ツール【平成27年度介護報酬改定対応版】	56

第1章 本調査研究の概要

1. 事業実施目的

高齢者の医療・介護の需要がピークを迎える2025年に向けて、要介護者の増加、それに伴うサービスの質・量の確保に加え、看取りの場の確保が深刻な課題となっている。

特別養護老人ホーム（以下、「特養」という）では、すでに約7割の施設が看取り介護を実践しているが、今般の介護保険制度の見直しによる施設の重点化・効率化に伴い、終末期支援のニーズはさらに増大することが予想され、看取り機能の強化と拡大は必至である。

本事業では、医療との有機的連携によって特養の取り組む看取りの標準化と普遍化を図るため、全国の特養における看取りの実態について、現状と課題を把握するとともに、その結果を踏まえ特養における看取り介護指針のモデルを提示することを目的とした。

2. 事業内容

(1) 実態調査（アンケート調査）

1) 調査の目的

特別養護老人ホームにおける看取り介護への取り組みは年々進み、実施施設は7割以上に達しているが、医療・看護との連携及び職員の研修や家族等への支援体制、看取り介護指針をはじめとした諸様式の策定等、様々な取り組みが必要であり、入所者・家族の意思を尊重した日々の支援の延長線上にあるケアとしての確立が期待されているところである。

そこで今回、看取り介護推進の障壁となる課題の抽出と分析を通して、現状の看取り介護加算要件のあり方への提言を含め、説明支援ツールの作成に役立てることを目的として実施した。

2) 調査対象

本会会員施設 2,009 施設（回答者の職種は問わず）

※うち本会実施の「第8回全国老人ホーム基礎調査（平成24年度）」において「看取り介護を実施していない」と回答した 536 施設、同調査で「看取り介護を実施しているが看取り介護加算の取得がない」と回答した 445 施設については、すべて調査対象とした。

※残りの 1,028 施設については、上記以外の施設から無作為に抽出。

3) 調査実施時期

平成 26 年 12 月～平成 27 年 1 月

4) 回収状況

回収数 1,072 施設 (回収率 53.4%)

※なお、調査回答施設の要介護度別の入所者数は全国の値と比べてもほぼ同水準であり、今回の調査回答施設に特段の偏りがないと考えられる。

図表 1 回答施設の要介護度別入所者数 (全国値との比較)

上段：人 下段：%	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計
全国値	16,086 3.0	46,330 8.7	116,010 21.7	178,738 33.4	178,066 33.3	535,230 100.0
回答施設	1,914 2.8	5,722 8.3	14,565 21.1	22,994 33.4	23,694 34.4	68,889 100.0

※全国値は厚生労働省「介護保険事業状況報告(暫定) 12 月分」による。全国値、回答施設ともに特別養護老人ホームと地域密着型介護老人福祉施設との合計で、構成比は「要支援 1、2」「その他」等を除いた値で算出。

5) 調査内容・調査項目

本調査では調査票を、「A看取り介護を実施しており、看取り介護加算も算定している施設」（以下、「A加算あり群」という）「B看取り介護を実施しているが、看取り介護加算は算定していない施設」（以下、「B加算なし群」という）「C看取り介護を実施していない施設」（以下、「C実施なし群」という）の3つの類型向けに設計した。

それぞれの調査内容・調査項目は下記の通りである。

図表 2 アンケート調査の調査内容・調査項目

共通	施設概要	職員体制、施設定員、現在の入所者、平均在所期間、平成 25 年度の死亡場所別死者数、平成 25 年度の看取り介護実施状況（看取り介護実施件数、看取り介護加算の算定件数等）
	医療との連携状況	医療機関併設の有無、配置医師の体制（契約状況、人数、業務内容、夜間・休日の対応、看取りへの対応）
		看取り介護についての説明状況（説明の時期、説明者、説明の方法）
A加算あり群	看取り介護実施の取組内容（看取り介護加算要件にある書式や項目、施設が独自に使用している書式や項目の説明方法）	
B加算なし群	看取り介護加算を算定していない理由	
C実施なし群	看取り介護を実施していない理由と看取り介護実施に必要な条件	

(2) 看取り介護指針・説明支援ツール【平成 27 年度介護報酬改定対応版】の作成

1) 作成目的

看取り介護の標準化と普遍化に向け、看取り介護実践のための指針の見直し及び諸様式、家族や連携機関等への説明用資料をまとめることによって、特養の看取り介護の質の向上、充実強化を図る

2) 内容

看取りに関する指針、同意書、関係通知、医療との連携、介護保険制度関連資料、加算関係、終末期医療の動向及びリビングウィル等の解説、看取り介護にあたっての施設内の体制づくりや教育・研修の持ち方、死生観や尊厳等に関する資料

3) 配布先

本会会員施設等

3. 事業実施体制

特養における看取り介護の実態把握に協力いただける現場管理者及び学識経験者等による本調査委員会およびワーキングチームを組成し、本調査を実施した。委員会及びワーキングチームのメンバーは次のとおりである。

<委員会>

役職	氏名	所属
委員長	大内 尉義	一般社団法人日本老年医学会 理事長 国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 院長
有識者	堀内 ふき	日本老年看護学会 理事長 佐久大学 教授／看護学部長
委員	鴻江 圭子	特別養護老人ホーム白寿園 施設長 公益社団法人全国老人福祉施設協議会 副会長
委員	高原 敏夫	社会福祉法人マザアス 理事長 公益社団法人全国老人福祉施設協議会 総研運営委員会委員
委員	吉池由美子	株式会社三菱総合研究所 主席研究員
調査担当	みずほ情報総研株式会社	

※オブザーバー：厚生労働省 老健局 高齢者支援課

<ワーキングチーム>

役職	氏名	所属
委員長	鴻江 圭子	特別養護老人ホーム白寿園 施設長 公益社団法人全国老人福祉施設協議会 副会長
委員	尾関 英浩	特別養護老人ホーム庄内の里 施設長 公益社団法人全国老人福祉施設協議会 総研運営委員会委員長
委員	山本 進	特別養護老人ホームしゃくなげ荘 施設長
委員	松澤 雅子	特別養護老人ホームマザアス東久留米 施設長
委員	坂井 環	特別養護老人ホーム白寿園 看護師
委員	八巻心太郎	株式会社三菱総合研究所 主任研究員
調査担当	みずほ情報総研株式会社	

※オブザーバー：厚生労働省 老健局 高齢者支援課

4. 事業実施スケジュール

日時	会議名	検討事項等
平成 26 年 9 月 16 日	第 1 回委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本委員会の設置 ・ 事業の進め方について
平成 26 年 10 月 16 日	第 2 回委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 実態調査票案の作成
平成 26 年 12 月～		<ul style="list-style-type: none"> ・ 実態調査の実施
平成 26 年 12 月 2 日	第 1 回WT	<ul style="list-style-type: none"> ・ ワーキングチーム（WT）の設置 ・ 実態調査票案について ・ 看取り介護指針・説明支援ツールの構成について
平成 27 年 1 月～		<ul style="list-style-type: none"> ・ 実態調査とりまとめ
平成 27 年 1 月 20 日	第 2 回WT	<ul style="list-style-type: none"> ・ 実態調査結果について ・ 看取り介護指針・説明支援ツールの構成・内容について
平成 27 年 2 月		<ul style="list-style-type: none"> ・ 看取り介護指針・説明支援ツールの作成
平成 27 年 3 月 4 日	第 3 回WT	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看取り介護指針・説明支援ツール案について ・ 実態調査結果について
平成 27 年 3 月 17 日	第 3 回委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 報告書案について

第2章 本調査研究の結果

1. 調査の結果

(1) 施設の基本属性

1) 職員体制

職種別の職員体制は常勤換算人数で見ると、看護師は平均2.43人、准看護師が平均2.30人、介護職員が平均31.94人であった。

これをA加算あり群・B加算なし群・C実施なし群別にみると、看護師と介護職員については、A加算あり群がB加算なし群・C実施なし群の数を上回っていた。

図表3 施設の職員体制（看護職員・介護職員）

(単位：人)

		全体			A加算あり群			B加算なし群			C実施なし群		
		常勤	非常勤	合計(常勤換算)	常勤	非常勤	合計(常勤換算)	常勤	非常勤	合計(常勤換算)	常勤	非常勤	合計(常勤換算)
看護師	平均	2.03	0.82	2.43	2.40	0.90	2.84	1.83	0.75	2.16	1.80	0.80	2.18
	最大値	9.00	10.00	10.00	9.00	10.00	10.00	7.00	8.00	9.00	6.00	6.00	7.10
	最小値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
准看護師	平均	2.05	0.88	2.30	1.98	0.97	2.28	2.15	0.84	2.38	2.02	0.84	2.23
	最大値	9.00	7.00	9.00	8.00	5.00	7.50	9.00	7.00	9.00	6.00	5.00	7.10
	最小値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
介護職員	平均	27.93	7.01	31.94	30.76	8.00	35.71	26.52	6.49	30.15	26.21	6.51	29.64
	最大値	90.00	53.00	102.00	86.00	46.00	96.70	90.00	53.00	102.00	68.00	43.00	76.20
	最小値	3.00	0.00	7.00	0.00	0.00	7.00	0.00	0.00	7.00	6.00	0.00	9.30

2) 施設の定員・現在の入所者数

施設定員の平均は64.95人、現在の入所者数の平均は65.21人であった。要介護度別の入所者数をみると、要介護度3以上が88.4%であった。

なお、この値は、これをA加算あり群・B加算なし群・C実施なし群別にみてもほぼ同水準であった。

図表4 要介護度別の入所者数（平均）

(単位：人)

		定員	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	入所者数
人数	平均	64.95	2.01	5.58	13.79	21.80	22.42	0.15	65.21
	最大値	210.00	27.00	41.00	110.00	79.00	75.00	8.00	208.00
	最小値	10.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	0.00	0.00
うちA加算あり群(平均)		65.48	2.08	5.61	13.80	22.09	22.53	0.09	65.77
うちB加算なし群(平均)		65.82	1.95	5.69	13.81	22.01	22.63	0.20	65.51
うちC実施なし群(平均)		63.15	2.01	5.44	13.84	21.12	21.97	0.18	64.16

3) 平成 25 年度の死亡者数

平成 25 年度の死亡者数は、施設全体では平均 12.61 人、そのうち施設内で死亡した入所者は平均 7.23 人、入院先の病院で死亡した入所者は平均 6.46 人であった。

これを A 加算あり群・B 加算なし群・C 実施なし群別にみると、A 加算あり群では施設内での死亡者数が入院先病院での死亡者数の 2 倍弱であるのに対し、C 実施なし群では入院先病院での死亡者数が施設での死亡者数の 5 倍弱であった。

図表 5 施設における死亡者数（平成 25 年度）

(単位：人)

	施設内	入院先病院	自宅	その他	合計
全体	7.23	6.46	0.08	0.23	12.61
うち A 加算あり群	9.95	5.25	0.10	0.18	14.78
うち B 加算なし群	7.83	6.05	0.03	0.31	13.12
うち C 実施なし群	1.53	8.84	0.10	0.18	9.44

また、死亡者数は施設の定員によって異なるため施設の定員規模別に死亡者数の割合を算出したところ、施設の定員規模による違いはみられなかった。

図表 6 施設定員規模別の死亡者数の割合（平成 25 年度）

(単位：%)

	平均
全体 (n=658)	19.3
うち定員50人未満 (n=104)	18.3
うち定員50人以上75人未満 (n=322)	19.4
うち定員75人以上100人未満 (n=153)	20.3
うち定員100人以上 (n=79)	18.5

4) 平成 25 年度の看取り介護実施状況

平成 25 年度の看取り介護実施状況を、「A加算あり群」の施設についてのみみると、看取り介護の実施件数は平均 6.02 人で、そのうち看取り介護加算を算定した件数は平均 2.88 人であった。なお、看取り介護の実施件数の最大値は 39 人、看取り介護加算の算定件数の最大値は 29 人であった。

さらに、看取り介護加算を算定した件数のうち、最期まで施設で看取りを行った件数は平均 5.54 人、最期は病院への搬送を行った件数は平均 0.48 件であった。

図表 7 看取り介護の実施状況（平成 25 年度：A加算あり群のみ）

(単位：件)

		看取り介護 実施件数	左記のうち 加算算定数	
看取り介護実施件数	平均	6.02	2.88	
	最大値	39.00	29.00	
	最小値	0.00	0.00	
うち最期まで施設で看取りを行った件数	平均	5.54	2.80	
	最大値	36.00	27.00	
	最小値	0.00	0.00	
うち最期は病院への搬送を行った件数	平均	0.48	0.08	
	最大値	13.00	8.00	
	最小値	0.00	0.00	
理由別件数	施設の方針（最期は病院へ搬送等）	平均	1.11	2.00
		最大値	8.00	8.00
		最小値	0.00	0.00
	配置医師等医師の判断	平均	1.42	0.33
		最大値	13.00	2.00
		最小値	0.00	0.00
	施設職員の判断	平均	0.23	0.60
		最大値	1.00	2.00
		最小値	0.00	0.00
	ご家族の希望	平均	1.79	2.00
		最大値	12.00	14.00
		最小値	0.00	0.00
	その他	平均	0.48	0.00
		最大値	8.00	0.00
		最小値	0.00	0.00

※上記表はA加算あり群のみの集計ではあるが、「看取り介護実施件数」ならびに「看取り介護加算算定数」が「0件」の施設がある。これは、現在は看取り介護を実施し看取り介護加算を算定している施設の中に、昨年度は看取り介護を実施していなかった施設が含まれているため、平成 25 年度の実績は「0件」となっていると考えられる。

※また、看取り介護実施件数よりも看取り介護加算算定数の方が少なくなっている箇所があるが、これはそれぞれの項目において有効な回答を集計した結果のためである（例えば「看取り介護実施件数」にのみ数値の記入があり、「看取り介護加算算定数」に記入がない回答施設については、全体を集計対象外とするのではなく、前者は集計対象とし、後者は集計対象外としている）。

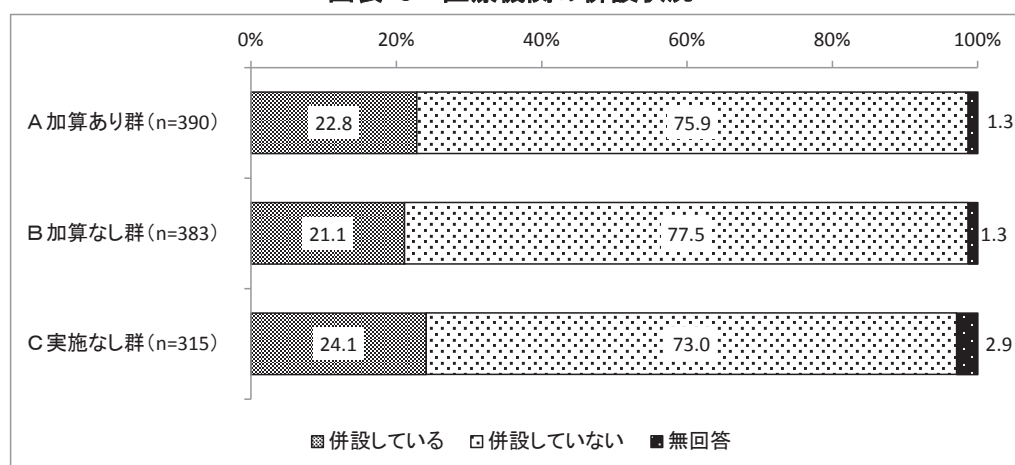
(2) 医療との連携状況

以下の集計においては、「A加算あり群」「B加算なし群」「C実施なし群」の3つの類型別に集計を行っている。

1) 医療機関の併設の有無 (SA)

医療機関の併設状況については、看取り介護の実施の有無、看取り介護加算の算定の有無で違いはみられず、概ね2割強の施設で併設していた。

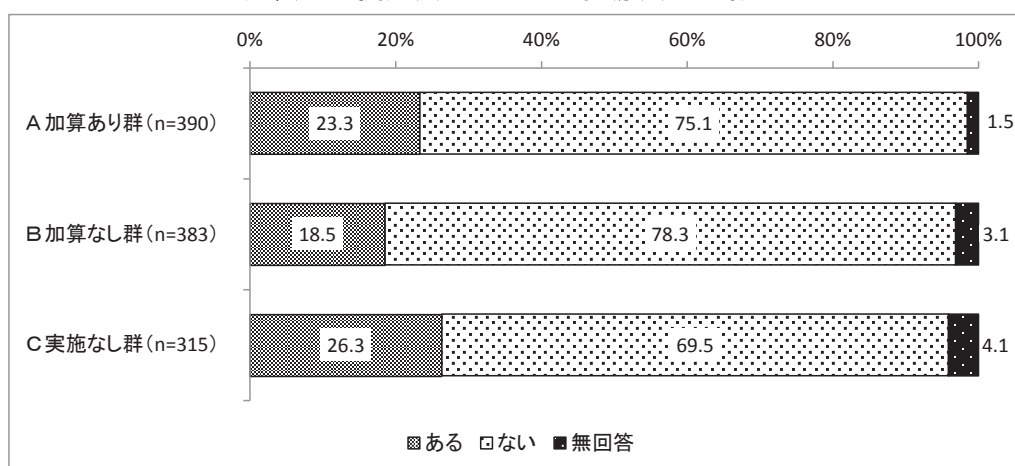
図表 8 医療機関の併設状況



2) 関連法人のうち医療法人の有無 (SA)

関連法人に医療法人があるか否かについては、看取り介護の実施の有無、看取り介護加算の算定の有無で違いはみられず、「ある」とした割合は2割前後であった。

図表 9 関連法人としての医療法人の有無

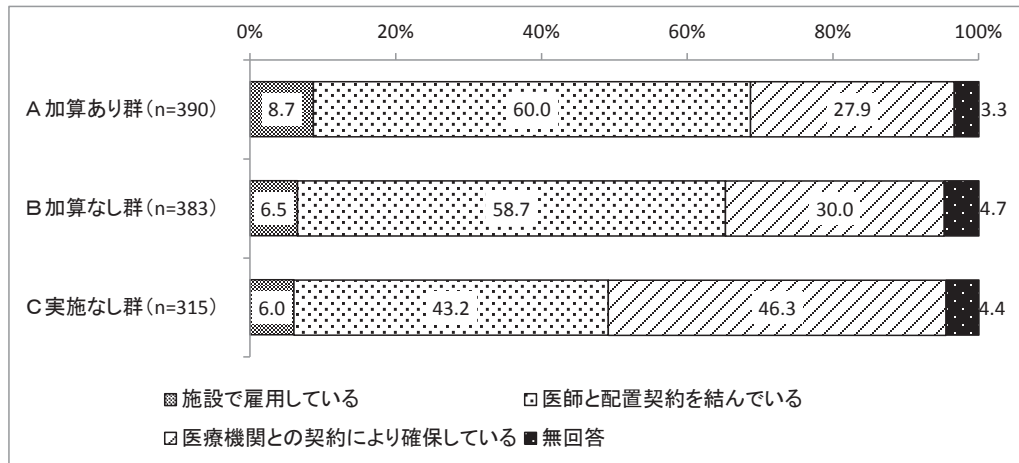


3) 配置医師の体制

①契約状況 (SA)

配置医師の契約状況については、看取り介護加算の算定に関わらず、看取り介護を実施している施設（A加算あり群、B加算なし群）においては実施していない施設（C実施なし群）と比較して、「医師と配置契約を結んでいる」割合が高くなっていた。

図表 10 配置医師との契約状況

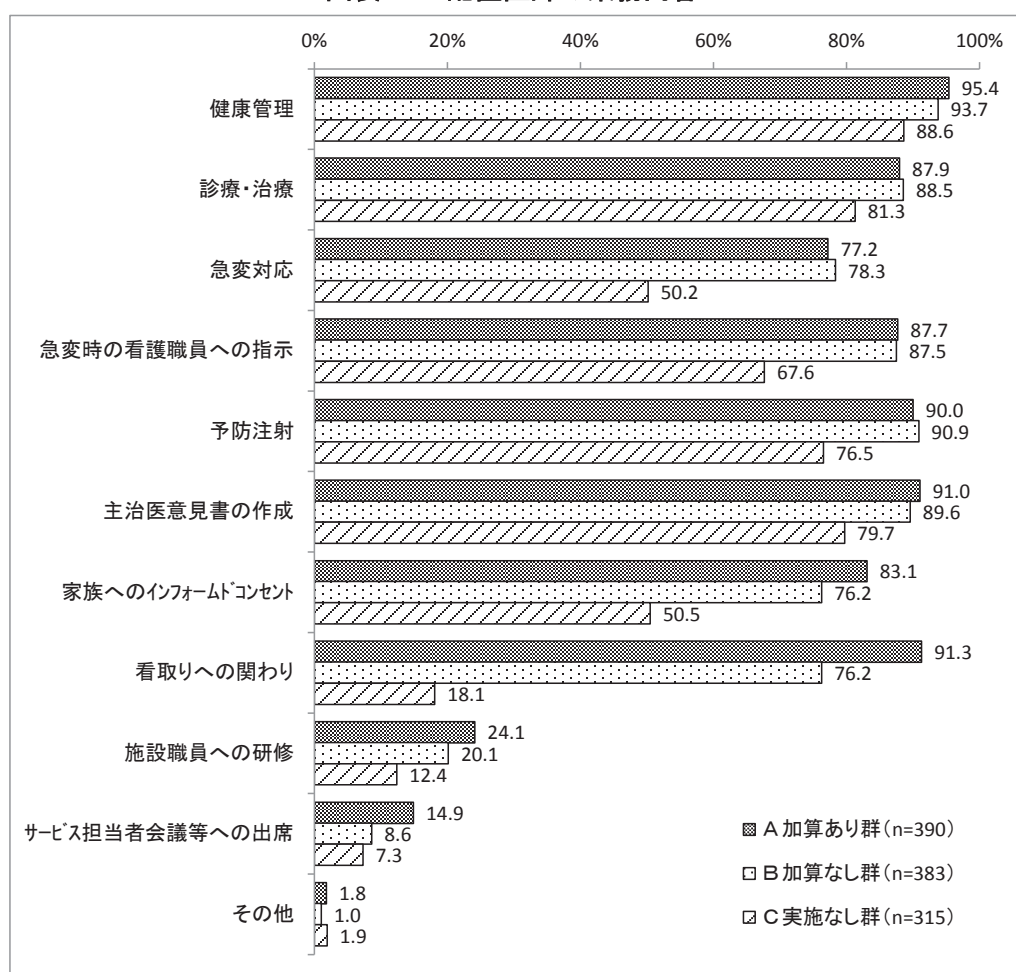


②配置医師の業務内容 (MA)

配置医師の業務内容については、いずれの施設においても「健康管理」「診療・治療」「主治医意見書の作成」等の割合が高くなっている。

看取り介護加算の算定に関わらず、看取り介護を実施している施設（A加算あり群、B加算なし群）においては実施していない施設（C実施なし群）と比較して、「急変対応」「急変時の看護職員への指示」「家族へのインフォームドコンセント」の割合が高くなっている。また「施設職員への研修」も全体として実施率は低いものの、A加算あり群の施設ではC実施なし群の施設と比べて10ポイント以上の差があった。

図表 11 配置医師の業務内容

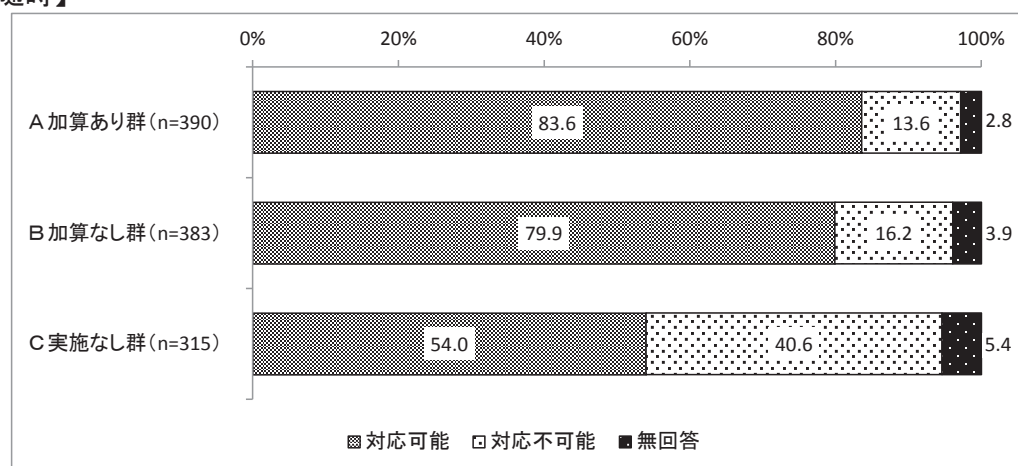


③配置医師の夜間・休日等の対応（SA）

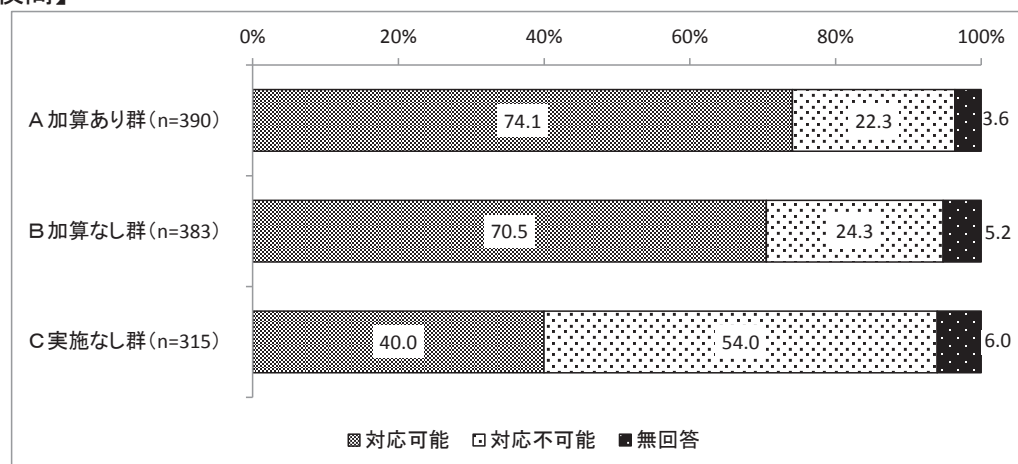
配置医師の夜間・休日等の対応については、看取り介護加算の算定に関わらず、看取り介護を実施している施設（A加算あり群、B加算なし群）においては、夜間・休日ともに7割以上の施設で「対応可能」としているのに対して、実施していない施設（C実施なし群）ではその割合は4割程度に留まっていた。

図表 12 配置医師の随時・夜間・休日の対応状況

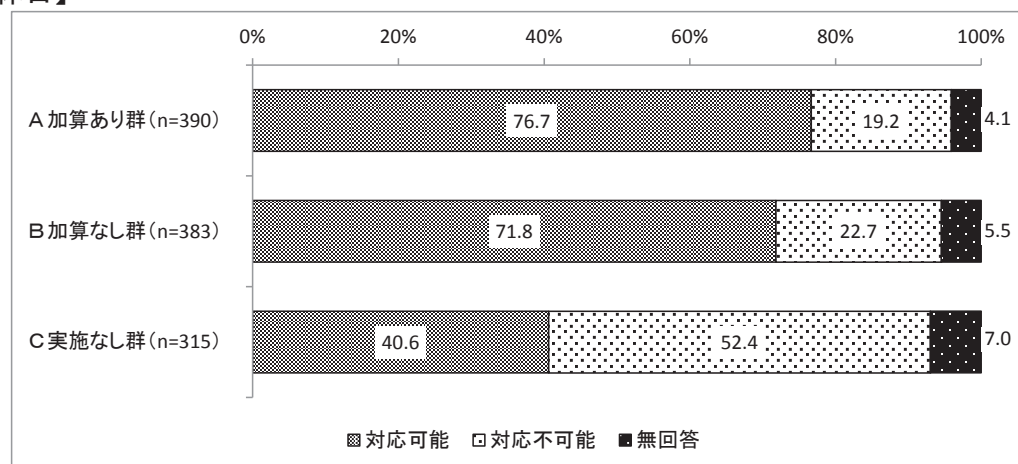
【随時】



【夜間】



【休日】



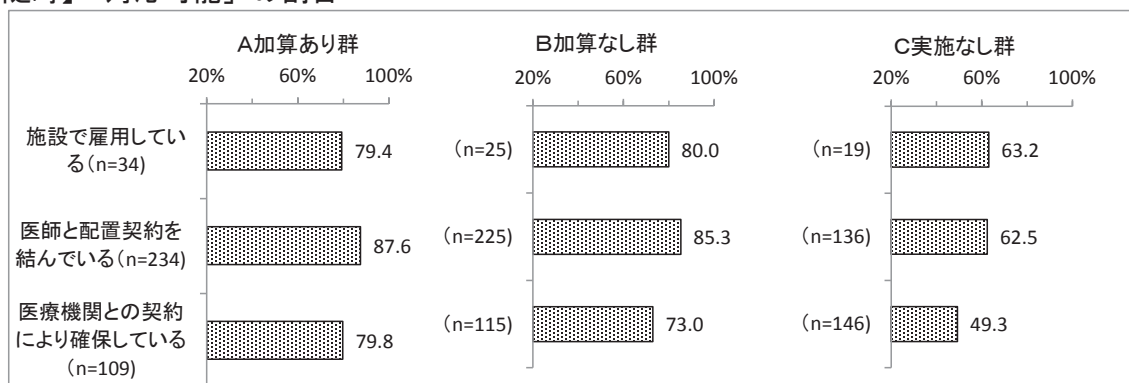
この配置医師の夜間・休日等の対応について、配置医師との契約状況別に「対応可能」な割合を示した結果が下図である。

随時の対応についてはA加算あり群・B加算なし群・C実施なし群ともに契約状況別に大きな違いはみられないが、夜間の対応について、A加算あり群・B加算なし群では契約状況別に大きな違いはないものの、C実施なし群では「施設雇用している」もしくは「医師と配置契約を結んでいる」場合と、「医療機関との契約により確保している」場合とでは10ポイント程度の差があった。

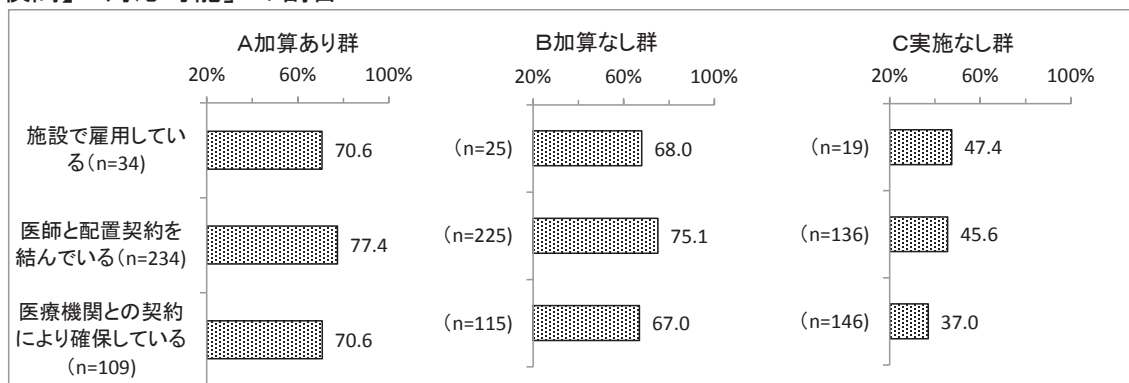
さらに休日の対応については、A加算あり群およびC実施なし群で、「施設雇用している」もしくは「医師と配置契約を結んでいる」場合と、「医療機関との契約により確保している」場合とでは10ポイント程度の差があった。

図表 13 配置医師の随時・夜間・休日の対応状況（契約状況別）

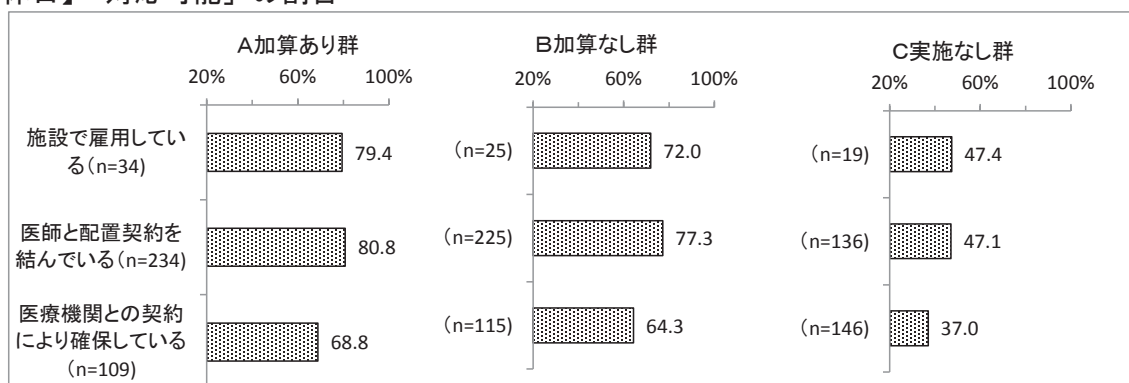
【随時】「対応可能」の割合



【夜間】「対応可能」の割合



【休日】「対応可能」の割合

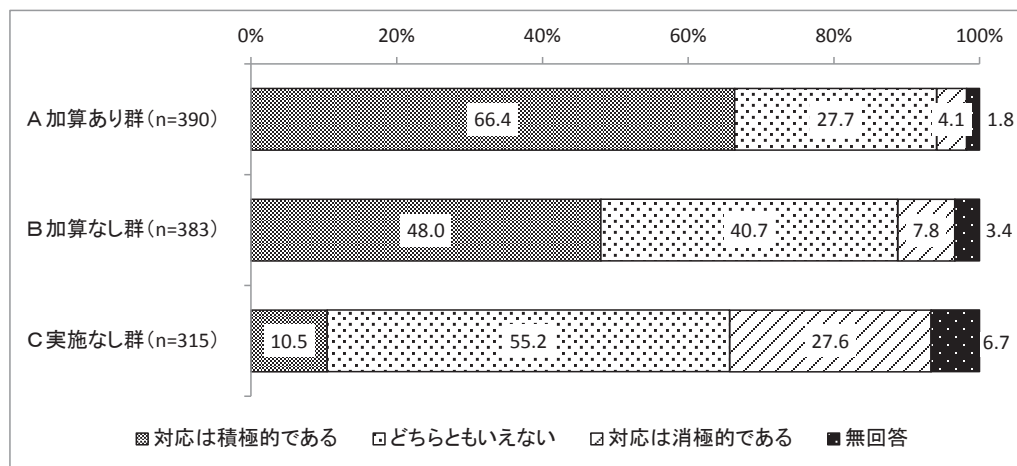


④配置医師の看取りへの対応（SA）

配置医師の看取りへの対応については、A加算あり群の施設においては「対応は積極的である」が66.4%であるのに対して、B加算なし群の施設では48.0%であった。

C実施なし群の施設では「対応は積極的である」は10.5%に留まり、「対応は消極的である」が27.6%であった。

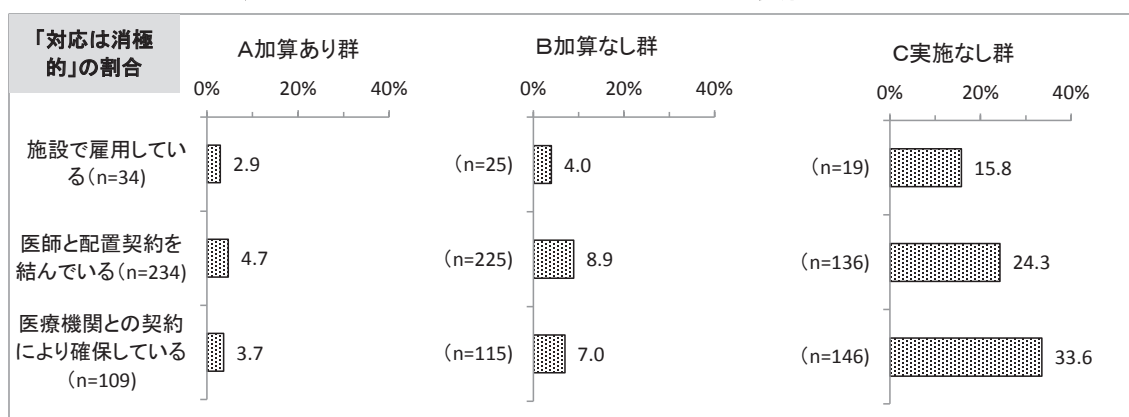
図表 14 配置医師の看取りへの対応状況



この配置医師の看取りへの対応について、配置医師との契約状況別に「対応は消極的である」割合を示した結果が下図である。

A加算あり群・B加算なし群では契約状況別に大きな違いはないものの、C実施なし群では「施設で雇用している」場合と「医師と配置契約を結んでいる」とでは8.5ポイント、同じく「施設で雇用している」場合と「医療機関との契約により確保している」場合とでは17.8ポイントの差があった。

図表 15 配置医師の看取りへの対応状況（契約状況別）



4) 看取り介護についての説明状況

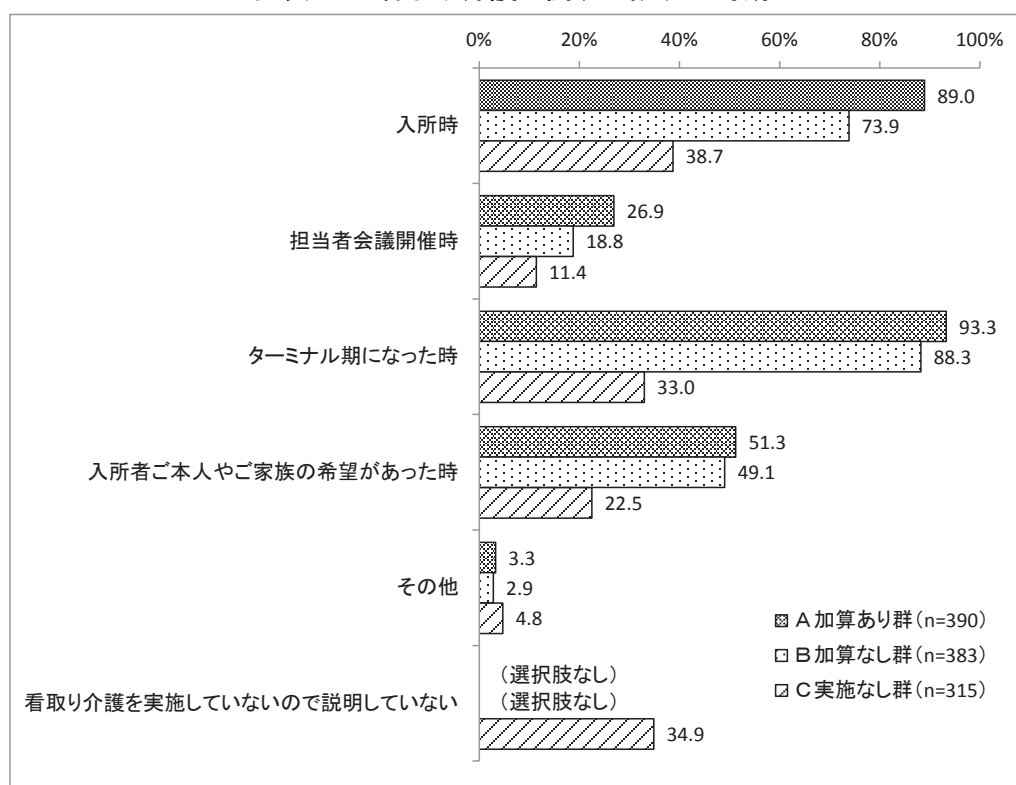
①説明の時期 (MA)

看取り介護に関する説明の時期については、A加算あり群の施設においては「入所時」が89.0%、「ターミナル期になった時」が93.3%であった。

B加算なし群の施設においては「入所時」が73.9%、「ターミナル期になった時」が88.3%であった。

なお、C実施なし群の施設でも、「入所時」が38.7%、「ターミナル期になった時」が33.0%であった。

図表 16 看取り介護に関する説明の時期

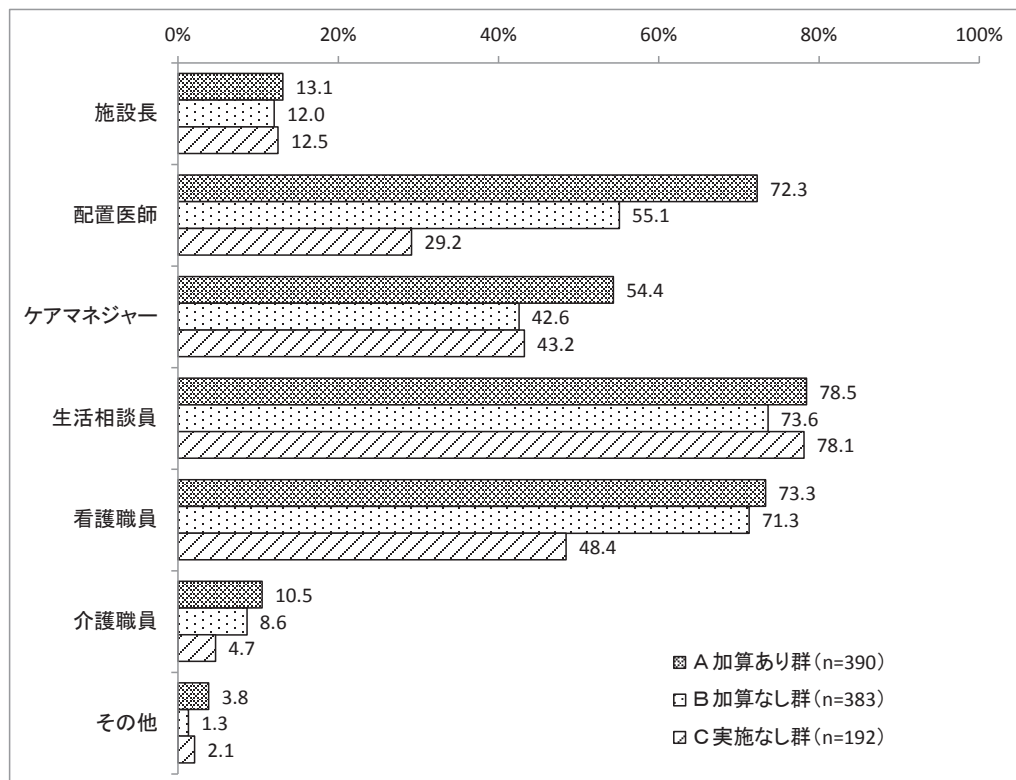


②説明者（MA）

看取り介護の説明者については、看取り介護加算の算定に関わらず看取り介護を実施している施設（A 加算あり群、B 加算なし群）では「生活相談員」「看護職員」の割合が7割となっている。

看取り介護加算の算定状況別にみると、A 加算あり群の施設においては算定していない施設（B 加算なし群、C 実施なし群）と比べて「配置医師」の割合が17ポイント以上高くなっていた。

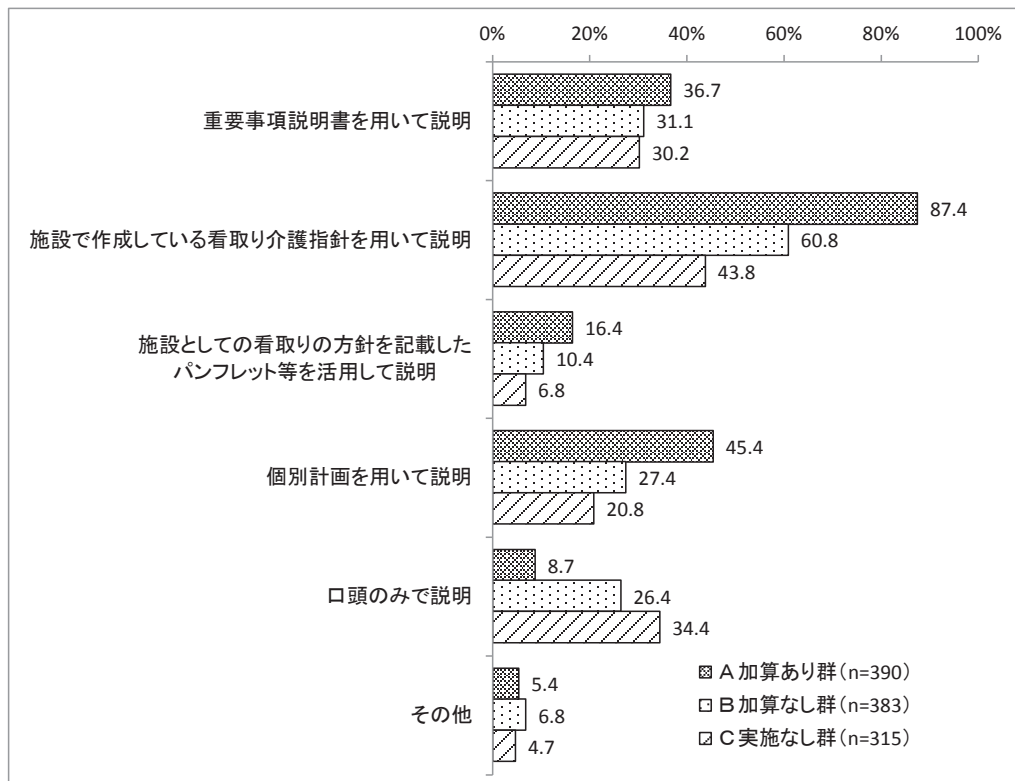
図表 17 看取り介護についての説明者



③説明の方法（MA）

看取り介護の説明の方法については、「施設で作成している看取り介護指針を用いて説明」が最も多くなっており、A加算あり群の施設では、87.4%となっていた。

図表 18 看取り介護の説明方法



(3) 看取り介護実施における取組内容

A 加算あり群

～看取り介護を実施しており、看取り介護加算も算定している施設～

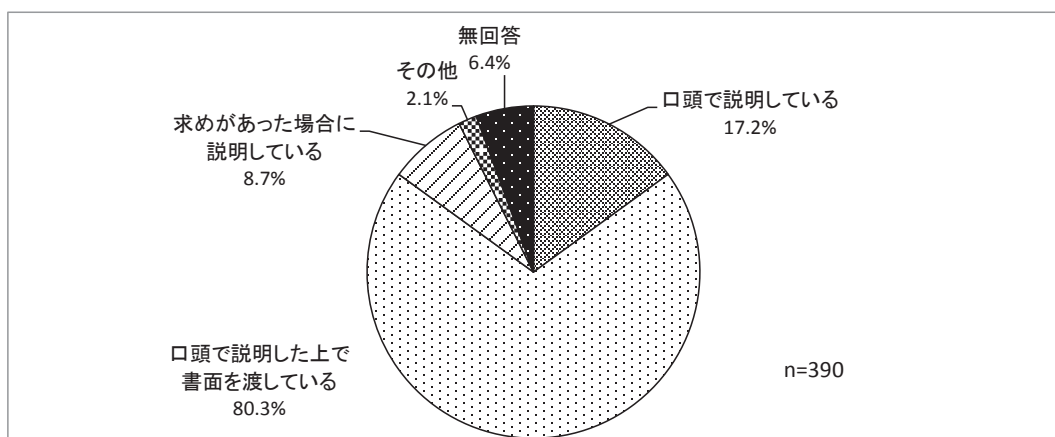
1) 看取り介護加算要件にある書式や項目 (SA)

看取り介護加算要件にある書式や項目の説明については、「口頭で説明した上で書面を渡している」割合が最も高く、80.3%であった。

なお、その場合の様式については、「一定の様式がある」割合が93.9%であった。

さらに「求めがあった場合に説明している」場合は、「口頭と書面」で説明する割合が76.5%であった。

図表 19 看取り介護加算要件にある書式や項目の説明方法 (A 加算あり群のみ)



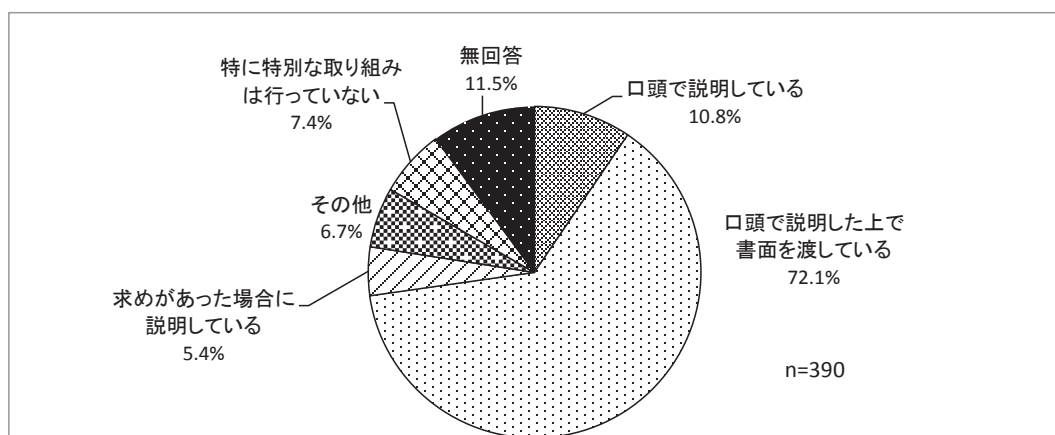
2) 施設が独自で使用している書式や項目 (SA)

施設が独自で使用している書式や項目の説明については、「口頭で説明した上で書面を渡している」割合が最も高く、72.1%であった。

なお、その場合の様式については、「一定の様式がある」割合が94.3%であった。

さらに「求めがあった場合に説明している」場合は、「口頭と書面」で説明する割合が95.2%であった。

図表 20 施設が独自に使用している書式や項目の説明方法 (A 加算あり群のみ)



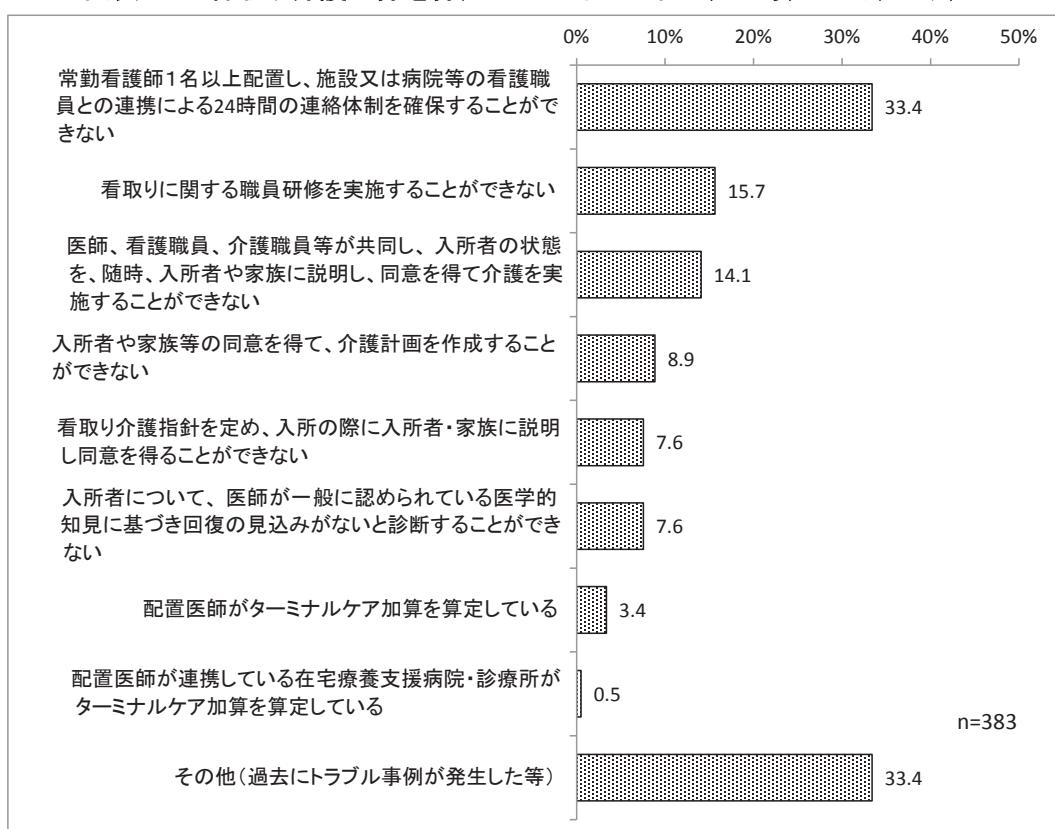
(4) 看取り介護加算を算定していない理由 (MA)

B 加算なし群

～看取り介護を実施しているが、看取り介護加算は算定していない施設～

看取り介護を実施しているにも関わらず看取り介護加算を算定していない理由としては、「常勤看護師1名以上配置し、施設又は病院等の看護職員との連携による24時間の連絡体制を確保することができない」が33.4%で最も多かった。その他の理由としては、「看取りに関する職員研修を実施することができない」が15.7%、「医師、看護職員、介護職員等が共同し、入所者の状態を、随時、入所者や家族に説明し、同意を得て介護を実施することができない」が14.1%であった。

図表 21 看取り介護加算を算定していない理由 (B 加算なし群のみ)



なお、選択肢別の自由記述内容は下記の通りであった。

1) 常勤看護師 1 名以上配置し、施設又は病院等の看護職員との連携による 24 時間の連絡体制を確保することができない

看取り介護は実施しているが看取り介護加算は算定していない理由として最も多くの施設(33.4%)が挙げているのが、この体制確保に関する理由である。

その内容を見ると、各施設とも常勤看護師の確保に非常に苦勞している様子がうかがえる。そのほとんどが、「常勤看護師 1 名以上の配置ができない」ということであるが、中には、「常勤の准看護師は配置しているが看護師が確保できない」「24 時間の連絡体制は確保できているが常勤看護師の配置が困難」といった、一部の条件は満たしているものの、条件全部を満たせないために看取り介護加算の算定ができない施設も存在していた。

【看護師の確保が困難】

看護職員 4 名全員が准看護師のため。
看護師不足。
常勤の看護職員がいるが、看護師ではないため。
常勤看護師の確保が難しい。派遣看護師や非常勤看護師に頼っている状況。
看護師不在、福祉施設に看護師が来ない。
特養ホームへの看護師の就業希望が少ない。特養ホーム勤務の利点の周知と処遇面の配慮を検討する。
常勤看護師の確保が難しく、ハローワーク等求人を出しても応募がない。
看護師の配置ができない。あらゆる方策を用いて求人をしているが、現状採用に至っていない。
常勤の看護師を配置できない。
看護職との24時間の連絡体制は確保できていますが、常勤の看護師 1 名を配置する事が難しい状況があります。

【24時間の連絡体制の確保が困難】

病院、医師との24時間連絡体制が困難である。
看護職の入退職の出入りが多く、夜間のオンコール体制が難しい。今後検討。
算定できる体制にはあるが、看護職員の人材確保が不安定であり、又、オンコール体制は負担があり算定はしていない。
看護職員が勤務時間外で時間的束縛を受ける事への精神的負担が大きいため、連絡体制を確保することが困難な状況である。
看護職員の24時間体制が困難。
24時間連絡体制のとれる人員を確保すると同時に、夜間帯の連絡体制の確保を行う。
地域の医療機関との連携が困難である。地域医療の充実ができれば可能と思われる。
診療所との契約で、土・日・祝日、医師が不在で24時間の体制が確保できない日があるため。
18名の医師が交替で回診を担当していて、入所者個人の共通理解ができにくい。

2) 看取りに関する職員研修を実施することができない

看取り介護は実施しているが看取り介護加算は算定していない理由として、15.7%の施設が挙げているのが、看取りに関する職員研修を実施できないことである。

その理由としては、「施設としての方針が定まっていないため」「人員不足のため研修時間の確保が困難」等が挙げられていた。また、「研修は行っているものの職員への浸透等も含めて不十分である」、という理由も挙げられていた。

【施設としての方針が定まっていない】

施設内での看取りの手順が定まっていない部分があり、きちんとした指導が行えていなかった。多職種で手順を作成・周知する。
看取りの指針が完全に定まっていない。看取りについて施設内の研修は定期的にできておらず、施設職員全体で意識の共有が図れていない。
加算を算定するその他の体制にも課題があったことから、指針の説明も行っていなかった。必要に応じて職員個々との確認に留めていた。全体研修会、看取りカンファレンスを定期的に行う。
看取りに関する考え方や方針の資料を作成する。看取りに必要な物的環境の整備を整える。
今後、看取りに関する諸課題を検討・整理して取り組んでいく考えである。

【人員不足のため研修時間の確保が困難】

介護・看護職員共入れ替わりが多く、慢性的に人員不足。施設としては、ご家族の意向に添えるよう看取り対応をしてはいるが、実際加算を頂くほどの対応ができていないのかという疑問があり、加算を算定していない。外部の看取り研修に参加はしているが、人員不足から施設内での定期的な研修にまで至っていない。

時間的余裕がない（職員ギリギリのため）。

職員の看取りに関する知識、技術が不十分。知識、経験のある職員が勉強会、研修を行い知識が向上するよう努める。

年間計画で、研修を計画して実施しているが、それ以上に研修を行うことは時間的、経費的に難しい。

職員研修を組む時間的余裕がない。職員の業務が過多になっており、負担になっている。

特養入所者の重度化、医療ニーズの高い入所者が多いため、通常看護業務だけでも精一杯である。看取り体制を整えるまでには介護員への研修やマニュアル統一等、看護師への負担が大きくなりました。

【研修は行っているが不十分】

看取りについての基本的な研修は行ったが、どの程度の認識、対応力で十分なのかどうかの判断がしづらい。

勉強会の中で内容に触れる事はあったが、全体の職員に対して充分とは程遠い状況であった。今年度は外部講師による講義を取り入れ、広く受ける事ができるよう取り組んでいる。

研修は実施しているが、未だ看取り介護の理念・理解やご家族への援助法等々、職員意識にバラツキを感じる。

施設内研修は行いが、専門性のある研修会の開催が困難である。

人員不足により、研修を行う時間が取れない。人員の補充。

会議や研修で提案するも、まだ職員の意識も改革途中。

勤務時間の都合により、なかなか全職員に対して研修ができない。

職員個々の介護のスキルを向上させると共に、看取りに対する知識・技術を習得する必要がある事が大切であり、全員がその知識等の習得のためのグループ研修を行う。

加算要件として必要な部分が現状曖昧になっている。外部研修等含め要件を確認した後、現場各職員に内部研修として周知する。

3) 医師、看護職員、介護職員等が共同し、入所者の状態を、随時、入所者や家族に説明し、同意を得て介護を実施することができない

看取り介護は実施しているが看取り介護加算は算定していない理由として、14.1%の施設が挙げているのが、入所者の状態を随時入所者や家族に説明し、同意を得て介護を実施することができないことである。

その理由としては、「カンファレンスを開催できない」「医師との連携が不十分」等が挙げられていた。

【カンファレンスを開催できない】

各部署の職員が集まって定期的にカンファレンスを実施することが困難な場合あり。
看護・介護・相談員の連携不足。
週1回のカンファレンスを実施することが難しいのが現状である。医師・家族との時間調整をどのようにしていくかを話し合う必要がある。
家族との定期的なカンファレンスを行う時間がない（家族が遠方であったり、いなかったりという状態が増えている）。
算定できるほど、計画書・カンファレンス・記録・書類の体制が整っていない。
看取り介護計画の内容や経過、心身の状態等々を、随時ご家族へ連絡し説明を行っているが、施設にお任せしますとの返事が多く、中々施設へ来て貰えない現状。

【医師との連携が不十分】

医師が看取り介護に関し理解（協力）に消極的。
主治医の勤務形態や時間的制約により随時の対応は困難。
医師は嘱託医であり、又、他の施設も担当しており、多忙である。その中で、共同していくことは難しい。
配置医師との共同対応が難しい状況にあり、最後は病院へ搬送を行うことになる。今後の医師の対応改善をお願いしている。
看取り実施にあたって嘱託医からの随時の指示や、状況の変化に応じた家族への説明をするなどの協力を得るための時間を取ることが難しい。
看取り開始後、定期的（1週間に1回）なケア会議に医師がその都度参加できない状況下にあるため。
医師と家族とが直接会ってインフォームドコンセントする日や時間の調整が難しい。医師の話を看護師が家族にお伝えすることが多い。

4) 入所者や家族等の同意を得て、介護計画を作成することができない

看取り介護は実施しているが看取り介護加算は算定していない理由として、8.9%の施設が挙げているのが、入所者や家族等の同意を得て、介護計画を作成することができないことである。

その理由としては、「ケアを優先していると介護計画を作成することができない」「入所者・家族等の同意が得られない」等が挙げられていた。

【介護計画を作成することができない】

計画作成時にかかる会議の時間確保が難しい。また、書類作成に時間がかかる。
回復の見込がないと判断されてから、入所者・家族への対応や説明が優先され、一連の流れを実施していると間に合わない場合が多い。
業務多忙により、職種ごと共同してカンファレンス等、看取り介護計画書作成ができない。
介護計画がタイムリーに作成できていないため、看取りへ向けた計画になっていない。介護支援専門員の力量アップが必要。

介護計画の作成や、担当者会議を随時実施し、必要な記録を取っていく流れが確立できていない。
状態低下の進行に対して計画書類等、作成する書類作成が追いつかない状況にあり。
ターミナル時期と思っても回復する事もあり、短期間で介護計画を変更する事は難しい。
職員が少なく、介護計画を作成する時間が取れない。
看取り介護加算を算定するのに死亡してから30日間遡るなどの事務作業が多く、また、介護計画やカンファレンスなど、加算に対する根拠を作成する事が難しい。

【入所者・家族等の同意が得られない】

入所者の家族の中には、協力的な家族もいれば、そうでない家族もあるので、担当者会議の開催が困難である。
医療機関での看取り希望が多い。
こまめに連絡し、情報提供はできるが、カンファレンス等、家族を含め実施する事ができない。
ご家族が遠方にいらっしゃったり、施設に任せっきりにする方もいたり、看取りに対して、ご家族の心構えを整えることが難しい。
家族は元気な時は施設で看取りたい気持ちはあるが、終末期になると可哀想...やはり病院で最期を迎えたいという気持ちがでてくる。
入所者への支援方法を職員間で話し合い、実施していたが、家族との同意を確認できる計画の作成には至っていなかった。
看取り介護の同意書は得ているものの、入所者個々の看取りに関する介護計画書を作成できていない。

5) 看取り介護指針を定め、入所の際に入所者・家族に説明し同意を得ることができない

看取り介護は実施しているが看取り介護加算は算定していない理由として、7.6%の施設が挙げているのが、看取り介護指針を定め、入所者・家族からの同意を得ることの難しさである。

特に入所時には、入所者・家族ともに死についてのイメージができていないため、説明ならびに同意を得ることも難しい様子がかがえた。

【入所者・家族の同意を得ることが難しい】

入所時には、その時になってみないとわからないと言われる。また、家族は同意したいが、親族にも同意を得ないと、と言われる。
入所の際はまだ元気なので、家族は同意する気持ちはない。
入所の際に説明を行っているが、「その時にならないとわからない」と同意までに至らないケースが多いのが現状。
入所の時点では本人・ご家族とも死について（死に至る経過について）具体的にイメージする事ができていないため。
説明を行っている。家族の気持ちが定まっていない（回答を得られず）。経過を見ながら随時、家族と確認しつつ看取りに繋げていく。
病院での治療を希望される家族が多いのが現状です。

【看取り介護指針を定めていない】

看取りに関して施設の指針が具体化されていなかったため、今後、施設長をはじめ具体化していく予定である。
今後、看取り介護指針を定め、入所の際に入所者・家族に説明し、カンファレンス・面接強化の体制整備につとめていきたい。
施設としての方針が定まっていないため、入所時に説明できていない。指針が周知できれば入所の際に同意を得るようにしていきたい。
看取りの指針が完全に定まっていない。
施設に看取り介護指針がないため。現状は、ケアカンファレンス時に今後の対応と言う事で、看取りの説明・同意を得ている。

6) 入所者について、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断することができない

看取り介護は実施しているが看取り介護加算は算定していない理由として、7.6%の施設が挙げているのが、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断することができないことである。

その理由としては、「最期まで治療をあきらめない」「医師が看取り期の判断をしてくれない」等が挙げられていた。

【医師が最期まで治療をあきらめない】

当施設の医師は基本的に最期まで治療を諦めないため、あまり看取りという事にはならず、病院等での治療を大切にしている。
入所者状態が悪くなると病院への搬送の指示が出るため、医師に協力してもらえるように要請しながらターミナルケアに向けて努力中である。
医師は、どちらかと言うと、入院を勧められる。
終末期として入院されることは少なく、治療目的で入院され長期入院後死亡。又は治療中死亡のケースが多い。ターミナル期として限定できない。
結果的に回復しなかったという件が多く、余程の事が無い限り回復の見込み無しとの診断がでにくい。重度の場合はすぐ入院→退所のパターンとなる。

【医師が看取り期の判断をしてくれない】

医師より、看取り期にいつから入ったか診断して頂けない。
どの段階で看取りと判断するかを決めていない。医師との連携を密にし、考え方の統一をはかる。
食事が摂れなくなった時に回復する可能性も考えられるため、はっきり看取りと診断されないことがある。
看取り介護の開始時期に見解の相違があり、看取り開始から数ヶ月間維持する入所者が複数人いる等、通常の介護状態と混同している状況。
命ある限り回復の見込みがないと診断することは、たとえ医師であってもできないという配置医師の意向により。

7) 配置医師がターミナルケア加算を算定している

看取り介護は実施しているが看取り介護加算は算定していない理由として、3.4%の施設が挙げているのが、配置医師がターミナルケア加算を算定していることである。

その理由としては、「家族は医療的処置を望んでいる」等が挙げられていた。

医師、医師会の立場が強力で対抗できない。
現状では特に問題はないと思います。入所者の急変、状態が悪化した際、施設看取りであってもご本人、ご家族は何らかの医療的処置を望む方は多く、その都度に配置医師が対応して下さるので施設で最期を過ごすことができた事を喜ばれています。その報酬として配置医師が算定できるのであれば良いと思います。

8) 配置医師が連携している在宅療養支援病院・診療所がターミナルケア加算を算定している

看取り介護は実施しているが看取り介護加算は算定していない理由として、0.5%の施設が挙げているのが、配置医師が連携している在宅療養支援病院・診療所がターミナルケア加算を算定していることである。

その理由については、自由記述に具体的記載がなかったため不明である。

9) その他（過去にトラブル事例が発生した等）

看取り介護は実施しているが看取り介護加算は算定していない理由として、33.4%の施設が「その他」として「加算算定のための書類作成が面倒」「個室の確保が困難」「加算を算定できるケアの内容が不安」「看取りは特養の使命である」等が挙げられていた。その他、入所者・家族の経済的負担増への配慮から加算を算定していない施設もあった。

【加算算定のための書類作成が面倒】

介護計画等、必要書類の作成に業務量が多くなり、負担が大きいため、看取りは行っても加算を算定していません。
加算を取得した場合に発生する帳票類の整備、医師、家族との綿密な連携が必要となり、職員の負担が更に増加するため。
看取り介護加算を申請するための書類作り等が医師や看護師の負担になる。
加算のために必要な書類を揃える事に追われるより、入所者・家族との時間を大切にしたい。
配置医師が事前・事後の書類作成や積極的な訪問等に関して了承していないため、配置医師との契約内容の変更が必要であると考えます。
看取りの件数が多く、加算に必要な書類等（計画等）を作成する余裕がない。

【個室の確保が困難である】

看取りを行う居室（個室）がない。
看取りのための個室がない。その他の体制は、ほぼできている。
「多床室を有する施設にあつては、看取りを行う際には個室又は静養室を利用」の要件。個室が準備できない。静養室は常に病弱者が利用しているため、要件を満たす事ができないため。
看取り介護を実施するときの個室の確保ができない。プライバシーの確保が難しい。

【加算を算定できるケアの内容か不安】

昨年度は看取りで本当に加算取れるのか、又、看取りがきちんとできるのか、自信がないまま取り組みました。
看取りに取り組んで3年目、適切なケアができているのか不安。加算を頂けるようになるには、職員の質をもっと向上させたい。算定条件は全て整っている。
看取りについての書類整備は整っていますが、看取る事への職員教育段階のため、加算算定に今のところ至っておりません。

【看取りは特養の使命である】

死に至る状況を金銭化する事に施設として納得していない。
看取りは介護サービスの延長であり、入所者に最後に提供するサービスなので、当施設では取り組んでも請求しない方針です。
施設として看取り介護対応の要件を充足しているが、特養として看取りは当然の事と考えており、特に加算の算定はしておりません。
看取りを行うのは、特養の使命と考えているため、加算算定していません。

(5) 看取り介護を実施していない理由 (SA)

C 実施なし群

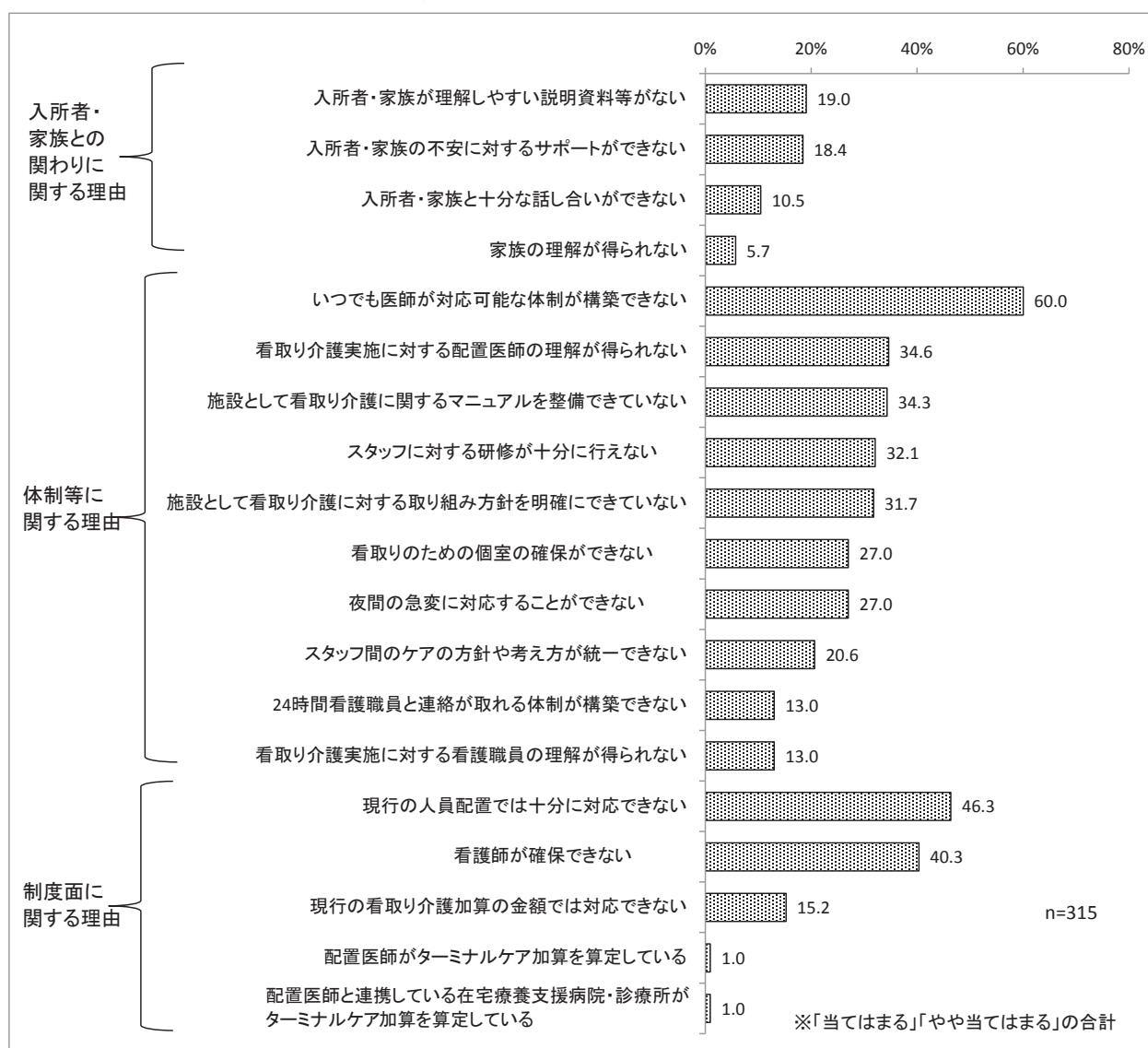
～看取り介護を実施していない施設～

看取り介護を実施していない理由をみると、入所者・家族との関わりに関する理由としてはそれほど多くは挙げられていない。

体制等に関する理由としては、「いつでも医師が対応可能な体制が構築できない」が60.0%（「当てはまる」と「やや当てはまる」の計。以下同じ）、「看取り介護実施に対する配置医師の理解が得られない」が34.6%、「施設として看取り介護に関するマニュアルを整備できていない」が34.3%、「スタッフに対する研修が十分に行えない」が32.1%、「施設として看取り介護に対する取り組み方針を明確にできていない」が31.7%であった。

制度面に関する理由としては、「現行の人員配置では十分に対応できない」が46.3%、「看護師が確保できない」が40.3%であった。

図表 22 看取り介護を実施していない理由 (C実施なし群のみ)



なお、選択肢別の自由記述内容は下記の通りであった。

1) 入所者・家族との関わりに関する理由

①入所者・家族が理解しやすい説明資料等がない

入所者・家族が理解しやすい説明資料等がないことを理由として挙げた施設は、全体の19.0%であった。その具体的な内容としては、「看取り介護指針がない」がほとんどであった。

看取りを実施する上での資料整備ができていない。具体的に理解して頂ける資料を作成する予定。
看取り介護指針のみでマニュアルが未整備。
現在看取り介護を実施していないため、マニュアルがない状態。看取りマニュアル作成が必要。
看取りを実現するための資料は準備していない。しかしご家族が安心して看取りができるようパンフレットは準備している。
口頭で説明が主となっている。施設での看取りをなかなか理解してもらえない。
家族に説明する以前に職員が納得・理解していないので、説明資料等の準備まで至っていない。

②入所者・家族の不安に対するサポートができない

入所者・家族の不安に対するサポートができないことを理由として挙げた施設は、全体の18.4%であった。その具体的な内容としては、「十分な職員数が確保できない」「施設職員の経験等が不足している」といった施設側の要因と、「医師のサポートが十分でない」等の配置医師側の要因とが挙げられていた。

【施設側の要因】

現状の介護報酬の金額では十分な職員の確保ができない。
看取りをしたことがなくスタッフの知識・技術・経験がない。
看取りに対する理解が進んでいない。これから研修に取り組む必要がある。
職員の認識、ターミナルケア、死生観等について向上させる必要がある。
一連の看取り介護に関する手順などがなく、不安のサポートはできない。
医師の協力を得ることが難しい。看護職員の意識を高めるとともに人員配置も考えていかなければならない。
家族が予測できない時期の搬送、急死の場合、不安・不信を抱くことの無いよう、普段の手厚いケア、家族との信頼関係を築く。

【配置医師側の要因】

協力医療機関との間で看取りへの流れが意志統一されていないので、家族への説明が難しい。
緊急時に医師が対応できない。協力病院からの医師派遣が週1回の回診のみが限度。
医療的ケアや対応に不安がある。医師との連携を密に取れる体制が必要。
配置医師が常勤でなく、即座の対応ができず看護師の夜勤体制をとっていない。
過去に看取り介護を実施した際に、終末期における痛み緩和等の治療に対し家族と病院間で見解の相違が発生してしまった。

③入所者・家族と十分な話し合いができない

入所者・家族と十分な話し合いができないことを理由として挙げた施設は、全体の10.5%であった。その具体的な内容としては、「家族と話し合いの場がもてない」といった家族側の要因と、「施設の看取りに関する方針が明確でない」「職員体制として対応できない」等の施設側の要因とが挙げられていた。

【家族側の要因】

入所後は入所者の面会も遠のく家族もいて、入所時に元気な方は、その時に家族に看取りの話をしてもらえなかったり理解してもらえない事もある。
看取りに近い介護をしていく上でも家族との話し合いは必要であるが、まだまだ特養では家族関係協力が少ない人が多い。
入所時、本人の意思が確認できる状態の方が少ない。ご家族間でも話し合いができていないため、入所申込時にターミナルケアについて話した方がよい。
家族等の状況により、十分な説明や話し合いをする機会が持てない。カンファレンスの際に説明していく必要がある。

【施設側の要因】

協力医療機関との間で看取りへの流れが意志統一されていないので、家族への説明が難しい。
生活相談員の配置が、現在の状況で説明は難しい（現在1名）。2名体制になった後、対応できるか。
当施設及び職員の体制・意識が未だそのレベルにないため、できていないが職員への啓蒙、意識を高めていくことが必要。
施設の看取りに関する方針がまだ明確でない部分があり、細かな対応等の説明ができない。
介護職員の育成・指導を行う。
協力病院に搬送する決まりになっているため、話し合いはできていない。
看取りについてアンケート（基本的な）を実施し、家族の意向等の確認はできたが、アンケートをもとに家族との話し合いの機会が持たれていない。

④家族の理解が得られない

家族の理解が得られないことを理由として挙げた施設は、全体の 5.7%であった。その具体的な内容としては、「家族が遠隔地にいて面会に来ない」「いざとなると家族は医療処置を希望する」等が挙げられていた。

遠隔地にいる家族や面会に一度もいらっしやらない家族に対し、どう対応し理解して頂くかが課題である。
看取り介護指針を説明し、同意を得られているが、いざとなると病院搬送を希望された。
食事が入らなくなると家族は医療を望まれる。
病院を希望するが多い。
状態が悪い時は病院に受診すると伝えており、病院での死亡となっている。 (病院と施設では家族的には病院の方が安心ではないか。)

2) 体制等に関する理由

①いつでも医師が対応可能な体制が構築できない

いつでも医師が対応可能な体制が構築できないことを理由として挙げた施設は、全体の 60.0%であった。その具体的な内容としては、「(契約時間外なので) 夜間・休日に対応してもらえない」がほとんどであったが、中には、夜間・休日に対応してもらえないので「契約先を変えることを検討」している施設や、「協力医療機関の数を増やした」という施設もあった。

日中は対応可能な場合があるが、夜間は対応不可。
配置医師は非常勤であり、24時間対応が困難であるとのこと。
提携医療機関が外来クリニックのみなので24時間の対応が難しい。
医師は診療時間しか診療しない。医療機関も医師との契約だからとのこと。医療機関を変える。
提携病院が対応できないため、病院を変更することが解決策と思われる。
看取りに関する指針を作成したが、医師により全面的に拒否。医師を変えるしかない。
本年度協力医療機関の数を増やし、常に医師の対応が可能な体制に強化した。
医療は隣接協力病院に依存しており、特養が看取り介護を実施することについて、病院及び医師の理解が得られない。
医療機関を持たない法人では難しい、また、開業医は看取りに関しての意欲は低いと思われる。それなりの報酬も必要か。
配置医師が非常勤の1名なので、複数人数の確保が必要。

②看取り介護実施に対する配置医師の理解が得られない

看取り介護実施に対する配置医師の理解が得られないことを理由として挙げた施設は、全体の34.6%であった。その具体的な内容としては、「看取りに関して理解が得られない」という意識面と、「緊急時に医師を派遣することは難しい」という体制面の課題が挙げられていた。

【意識面の要因】

看取りの相談をしても、病院につれて来るよう言われる。
施設での看取りに対しては消極的であり、急変時や終末期は救急搬送している状況。
死に対する責任と役割を福祉分野で行うものではないとの見解がある。
具合が悪くなった時には、回復するかしないかは分からない。回復する可能性があるのなら、病院で治療した方が良い。と考えておられるように思う。
夜間の看護職員の配置ができない中での看取りは難しいという考えであり、看取り介護に対する理解が得られない。
看取り介護対象者に対し、家族の同意後、病状緩和治療や処置を全く行わないため、家族との間に見解の相違が生じる。
協力医療機関との契約に際して、看取り体制強化について理解を求めている。
施せる医療処置がある以上、行うのが医師の努めであると話されています。

【体制面の要因】

人員不足により、施設への緊急時の医師派遣は難しいと思われる。
主治医は施設における看取りは推奨されているが、実際に24時間連絡体制がとれず、すぐに対応はできないと話される。
町内に病院が1件しかなく、医師も1人しかいないことから対応可能な体制が構築できない。

③施設として看取り介護に関するマニュアルを整備できていない

施設として看取り介護に関するマニュアルを整備できていないことを理由として挙げた施設は、全体の34.3%であった。具体的な内容としては、「施設の方針が決まっていないため」「マニュアルはあるが不十分」等が挙げられていた。

開設から間もなく、未だ方針が定まっていないため、現在、書類を中心に方針を明確にしていく準備を進めている。
医師、看護職員の確保、経営的な見通しがつけば、マニュアル整備は可能。
急変時のマニュアルは整備できているが、今後はターミナルケアのマニュアルも作成、年間勉強会スケジュールへ盛り込む。
職員の研修等看取りに関しての意識付けをしていき、マニュアルも徐々に作成していく予定。
マニュアル作成前に倫理や価値といったものの共有が先と考えます。

④スタッフに対する研修が十分に行えない

スタッフに対する研修が十分に行えないことを理由として挙げた施設は、全体の 32.1%であった。その具体的な内容としては、「研修体制が整わない」「人員不足のため十分に開催できない」等が挙げられていた。

看取りに近いご利用者がおられる際は、月 1 回の勉強会や主任会議で伝達や指導を行うが、十分でない。
看・介護職員への研修は順次進めてはいるが、まだまだ不十分なところがある。
施設勉強会は月/1 回のペースで行っているが、委員会や技術指導が殆どの内容のため、外部への研修へ参加させたい。
看護職が内容を準備して研修を行うには、勤務時間内は無理がある。負担が大きい。外部からの研修なら可能。
入所者の方の重度化が進み、日常の業務負担が増してきている。人員不足、職員に余裕が無くなってきている。
研修会を今年度 1 回実施。1 回では不足（他の研修計画もあり複数回は難しい）。
計画的な研修が人員不足などの理由もあり実施が難しい。

⑤施設として看取り介護に対する取り組み方針を明確にできていない

施設として看取り介護に対する取り組み方針を明確にできていないことを理由として挙げた施設は、全体の 31.7%であった。その具体的な内容としては、「医療機関との連携が不十分」「指針はあるが対応できていないため理解も進んでいない」等が挙げられていた。

現状で医師の協力を得られないなかで、実施方針が出せない。
配置医師の協力が得られないため、方針を決める事ができない。
看取り介護について検討を始めたが、医療フォローアップ体制の問題で検討を中断している。
看取りを実施しておらず、施設としての具体的な取り組みが構築していない。
看取りに対する積極的な対応できていないため、以前作成した方針など把握・理解にまで至っていない。

⑥看取り介護のための個室の確保ができない

看取り介護のための個室の確保ができないことを理由として挙げた施設は、全体の 27.0%であった。その具体的な内容としては、「多床室であるため」等が挙げられていた。

現施設は昭和50年建設。会議するスペースもない状態である。改築（新築）には、多大な費用を要する。
従来型特養であり、個室は認知症対象者に使用しているので確保が難しい。静養室を使用することは可能である。
従来型で個室がない。医務室のベットは可能であるが、ご家族が休める場が無い。施設のスペースでは現状難しい。

<p>静養室はあるが、急変時に使用するであろうことを考えると、看取り介護専用にはできない。看取り介護となれば一番訪室しやすい場所を準備したいが、当施設の個室は適した場所ではない。</p>
<p>個室の確保はかなり古い施設であることから、ご家族の待機・休憩できる場所を含めて難しい。</p>

⑦夜間の急変に対応することができない

夜間の急変に対応することができないことを理由として挙げた施設は、全体の 27.0%であった。その具体的な内容としては、「医師との協力体制が構築できていない」「介護職のみでは対応が困難」等が挙げられていた。

<p>夜間は嘱託医が対応できない。</p>
<p>主治医、協力病院、施設とで対応していけるように協議中。</p>
<p>配置医師が常勤ではなく即座に対応できない。また看護師の夜勤体制をとっていない。</p>
<p>看護師は対応可能であるが、医師の協力が得られないため、必要時は救急搬送を行っている。</p>
<p>夜勤時は介護職員 2 名体制、現状の体制では看取り介護は困難である。体制の見直しと人材確保が必要。</p>
<p>介護職員のための夜勤が殆どであり、対応への不安が強い。</p>
<p>介護職員の力量にも差がある。</p>

⑧スタッフ間のケアの方針や考え方が統一できない

スタッフ間のケアの方針や考え方が統一できないことを理由として挙げた施設は、全体の 20.6%であった。その具体的な内容としては、「施設の方針を示していないため」「具体的に看取りを行っていないので統一しにくい」等の施設側の要因と、「職員に経験がないため」等の職員側の要因が挙げられていた。

【施設側の要因】

<p>施設で看取りを行わないことが前提になっているので、その段階でない。</p>
<p>看取り介護を行うのであれば、きちんと施設の方針として打ち出し、確立させる必要がある。</p>
<p>事例が少なく看取りに対してスタッフ間で話し合う機会があまりないため、統一できていないことがある。看取りの研修を通しながら考え方、方針を確認し合うことができる。</p>
<p>看取り介護に関する基本的な考え方や姿勢を明確にする事で統一は可能であると思う。</p>

【職員側の要因】

<p>最期までという強い想いと、対応に不安、夜間に何かあると...という想いと入り混じっている。</p>
<p>看取りに対する捉え方、考え方が個々に違いがあり、統一する必要がある。また、介護の仕事によって定着化が進まず、周知が難しい。</p>
<p>看取り介護を実施する方針などの文書がなく、看護職員の看護観、価値観、死生観など個別があり統一は困難である。</p>
<p>若い職員は身近に「死」を経験した事が無いため、心の準備ができない者が多い。</p>

⑨24 時間看護職員と連絡が取れる体制が構築できない

24 時間看護職員と連絡が取れる体制が構築できないことを理由として挙げた施設は、全体の 13.0%であった。その具体的な内容としては、オンコール体制を取っているものの、看護職員の「負担が大きい」ということが挙げられていた。

どうしても急変時に看護職員の負担が大きくなってしまう。現状急変時オンコール体制(夜間)としている。
オンコール体制は取れているが、看取り介護に取り組む体制としては実施していない。緊急対応として連絡を受けて状態観察を行い、必要時、協力病院へ搬送している。
オンコール体制をとっているが、看護職員の増員が必要。
電話連絡体制はあるが、オンコールに対する精神的負担がある。
1人で24時間365日オンコール状態で対応している。1人での対応は精神的負担が大きい。

⑩看取り介護実施に対する看護職員の理解が得られない

看取り介護実施に対する看護職員の理解が得られないことを理由として挙げた施設は、全体の 13.0%であった。その具体的な内容としては、「看護職員の体制が不十分」「看護職員の介護職員によるケアへの信頼感不足」等が挙げられていた。

看護職員の2名では、大変なので増員したく求人募集をしているが難しい状況である。
日常業務の多さに加え、医師との連携が不十分であり、積極的に取り組みたいという思いが伝わらない。
オンコールに負担感がある。夜間勤務が看護師にない。
現行の看護職員体制では、通常業務に追われ、なかなか看取り介護まで広げるゆとりがない。もう少し看護体制が厚くなれば良いがなかなか募集しても看護師が集まらない。
看護職員は施設の方針に添って、医師の指示に従って業務を行っているが、看取り介護実践となれば、負担が大きくなるのが確実なので、積極的ではないと思われる。
介護職員と協働するには、ベテランと新人との差が大きく、均一の看取りケアができるとは思われていない。

3) 制度面に関する理由

①現行の人員配置では十分に対応できない

現行の人員配置では十分に対応できないことを理由として挙げた施設は、全体の 46.3%であった。具体的な内容としては、「増員が必要であるが困難である」等が挙げられていた。

介護職員の人材確保に苦慮している。新たなスキームが必要。
職員の入り替わりが激しく、十分に補充もできていない。
基準どおりの配置のため、十分な対応に困難。職員の採用が不可欠。
夜勤で2人体制になる時があり、不安。状況により看護の夜勤が対応できるが、現状では困難。

現在の職員数や業務状況を踏まえると、看取り実施に向けた準備をしていないために現時点では対応は困難である。

②看護師が確保できない

看護師が確保できないことを理由として挙げた施設は、全体の40.3%であった。具体的な内容としては、「人材確保が困難」等が挙げられていた。またその背景として看護職員の業務量の増加により、さらに人材の確保が困難になることを挙げている施設もあった。

夜勤ができる看護職員の確保。
オンコールが増えると、退職に繋がるケースが多くなる。
人員不足であり、確保が難しく看取りは困難と思われる。
今後、入所者を要介護3以上にする等、ますます重度化する。上記同様に人員が必要である。働いてくれる人がいない（病院と比較し、特養は希望する人がいないようです）。
介護保険制度上の人数は確保できているが、実際にターミナルケアの対応までとなると今以上の業務負担となり、継続できるかどうか不安である。
看護職員の業務量は増えるばかりで、少ない配置人数では負担が増えるばかりである。

③現行の看取り介護加算の金額では対応できない

現行の看取り介護加算の金額では対応できないことを理由として挙げた施設は、全体の15.2%であった。具体的な内容としては、「加算の額では人員体制の構築は困難」等が挙げられていた。

書類や体制を整える業務量と報酬が比例していない。現在の対応が看取りと遜色ない状況で敢えて算定する意義が見えない。
職員の負担の割に報酬が低い。解決策は報酬を上げて頂くしかない。
現行の看取り介護加算では医師や必要な看護・介護の配置ができない。
夜勤職員の増員が前提だが、看取り介護加算では充足されない。

④配置医師がターミナルケア加算を算定している

配置医師がターミナルケア加算を算定していることを理由として挙げた施設は、全体の1.0%であった。また具体的な内容としての記述はなかった。

⑤配置医師と連携している在宅療養支援病院・診療所がターミナルケア加算を算定している

配置医師と連携している在宅療養支援病院・診療所がターミナルケア加算を算定していることを理由として挙げた施設は、全体の1.0%であった。また具体的な内容としての記述はなかった。

4) 看取り介護を実施していない理由・看取り介護の実施に必要な条件

上記1)～3)と重複する部分もあるが、看取り介護を実施していない理由や看取り介護の実施に必要な条件に関して自由記述を求めたところ、下記のような意見を得ることができた。

①施設としての方針を明確にすることの必要性

看取り介護を実施するために必要な条件として第一に整備する必要があるものは、看取り介護の実施に向けての施設としての方針を明確にすることである。

施設の看取りへの方針が明確化されない限り、配置医師への看取りへの関与の依頼や、職員に対する研修、看取り介護に向けた職員体制の構築は困難である。

【配置医師・契約医療機関等との関係】

体制として、医師の協力・理解が得られないと先へ進まない。法人としても看取り介護を進めていく意向があるので、体制を整備する事が急務である。

看取り介護を実施したいと考えてはいるが、医師の協力なしにはできない。医師が病院で最期まで手を尽くしたいという考え方なので、最期は病院という事にならざるを得ない現状がある。また、医師にも施設でも両方加算が取れる形でないといけないのかもしれない。

配置医師が勤務医のため、看取り対応ができない。緊急時は救急車対応をしている。

医師の理解が得られなければ施設サイドだけの考えでは実施が不可能であり、積極的に取り組みたいと考えているが、現状では難しい。

ターミナルケア実施に向けては、様々な課題があるが、医師の協力が不可欠である。

看取り体制は整備しているが、協力病院との関わりの中で、看護職員が不安を感じており、一步踏み切れない状態です。看護職員の確保が地域的にも困難な状況下であり、現在、体制はあるが、看護職員の不安を解消できない内は実施までできない状況です。

介護老人福祉施設の人員基準で、医師は入所者の健康管理及び治療上の指導を行うために必要な人数を配置することとなっており、配置した目的に見合う報酬を支払っている。その一人の嘱託医に急変時や夜間、看取りに関する対応を求めることは困難と考えられる。

【職員の意識啓発・職員研修の必要性】

看取りについての職員の受け取り方が様々であると思います。今の段階では施設としての方針が、はっきり示されていないことで看取りへの取り組みを行っていませんが、それに向けた教育をすることで人の人生を考え、大切にすることにつながると考えています。

看護職員、介護職員の看取りに対する研修と、夜間における職員の配置の問題を解決していく必要があると考えている。

(再掲)

看護職が内容を準備して研修を行うには、勤務時間内は無理がある。負担が大きい。

(再掲)

計画的な研修が人員不足などの理由もあり実施が難しい。

②施設としての看取り介護体制の整備の必要性

看取り介護を実施するために施設としての方針を明確にした後は、実施に向けた体制の整備が必要である。

前述のように配置医師や契約医療機関との共通認識を持つことはもちろんのこと、施設職員においても研修の実施等を通じた意識啓発等を行い、さらに必要な人員を確保する必要がある。看取り介護を実施していない理由として46.3%の施設が「現行の人員体制では十分に対応できない」と回答していることから、人員体制の確保は重要である。

【看取りに向けた体制構築の必要性】

看取り介護を実施していくには家族、職員（介護・看護）、医師の理解協力がなければ取り組む事は難しい現状にある。看取り介護をすべて実施する事は困難なので、優良な実施事業所の研修や看取り研修を重ね、看取り介護に取り組んでいければと思います。また、医師による理解や協力が得られていない現状ですので、今後も積極的に施設から働きかけていきたい。介護職員の人手不足、定着化が進んでいない現状にもあるので、職員配置の充足も課題です。

やはり、施設の全体的な職員不足だと思います。国は、利用者の数で職員の人数を決めていますが、プラス平均介護度に対しても上げて欲しい。特養は介護度の高い順に入るよう決めているが、介護度が高いと、それだけ手もかかるんです。うちの施設でも、もう無理と言うところまで見ているんです。だから最期まで見てあげたいんですが、看護師2名で、昼も夜も働けと言うのは無理じゃないでしょうか。

ただし、「現行の人員体制では十分に対応できない」の回答別に各施設の人員配置状況の充足度（入所者数に対する常勤換算介護職員数の割合）をみると、「当てはまる」と回答した施設（＝現行の人員配置では十分に対応できない施設）では47.8%であるのに対して、「当てはまらない」と回答した施設（＝現行の人員体制で十分に対応できる施設）では50.0%と僅かな差しかなく、必ずしも人員配置状況が看取り介護実施の可否に影響しているとは言い切れないと考えられる。したがって、平均的な人員配置でも看取り介護を実施している施設における取組内容等の把握とその周知が求められる。

図表 23 現行の人員体制での対応状況別の人員配置充足度合

問16「現行の人員体制では十分に対応できない」	入所者数に対する介護職員（常勤換算）の割合：平均値
当てはまる	47.8
やや当てはまる	47.4
どちらとも言えない	48.9
あまり当てはまらない	52.9
当てはまらない	50.0
平均	48.8

③入所者・家族に対する説明等の重要性

看取り介護を実施するために施設としての方針を明確にし、実施に向けた体制を整備した後は、入所者・家族に対する説明が必要である。

前述の通り、看取り介護を実施していない理由として、「入所者・家族と十分な話し合いができない」ことを理由として挙げた施設（10.5%）、「家族の理解が得られない」ことを理由として挙げた施設（5.7%）、「入所者・家族が理解しやすい説明資料等がない」ことを理由として挙げた施設（19.0%）はそれぞれ具体的な内容として、「家族と話し合いの場がもてない」「家族が遠隔地にいて面会に来ない」「いざとなると家族は医療処置を希望する」「看取り介護指針がない」等を挙げていた。

自由記述の記載をみても同様に、看取り介護を実施していない理由として、家族の理解が得られないこと、家族が病院での治療を希望すること等が挙げられていた。

入所者・家族の看取り介護への理解を進めるために、看取り介護指針や体制の整備（配置医師の連携ならびに施設内の人員体制の充実等）について、十分な説明を行うことが重要と考えられる。

看取りについて、医療機関での実施を望まれる家族が多い。
家族全員が一致した見解を持っていない。
家族が希望される方がほとんどなく、希望者は何年間かに1人の割合です。
以前、看取り介護体制を実施していた際のトラブルから積極的な取組は行っていない。今後、家族等から要望があれば実施できる体制は整っており、終末期における家族の希望をきちんと確認し、医師や病院と共通理解をきちんと取った上で実施したいと考えている。
25年度は、家族様との同意を得られているも、いざとなつて家族様より病院搬送を希望されたため、看取りがありませんでした。
看取りを希望されるケースが少なく、ご家族様等が病院での治療を希望することがほとんど。また、本人の病状から看取りの対象ではなく、入院が必要な状態であることも多いため、看取りに繋がらなかった。
入所の際に、看取り介護の説明を行い、ご意向を尋ねると、ほとんどの方が「積極的な延命治療はしない、施設で最期を迎えたい」と返答される方が多い。しかし、入所者の方は多数の疾患を抱えていらっしゃる方が多く、急に入院される場合が多く、治療途中でお亡くなりになるケースも多い。医療側も施設へ戻すタイミングは難しいと思われます。よって施設での看取りも少ない。
看取り介護を実施するために最低限必要な事項は下記の通り。 <ul style="list-style-type: none">・ 家族に対するターミナル期の対応及び家族に対応する職員への教育・ 家族、職員に対するバックアップ、フォロー体制・ 協力医療機関の夜間・急変時の協力体制の整備

④看取り介護に関する啓発活動の必要性

看取り介護を実施していない理由として比較的多くの回答があった「看取り介護実施に対する配置医師の理解が得られない」(34.6%)、「スタッフ間のケアの方針や考え方が統一できない」(20.6%)等からは、関係するスタッフに対する意識啓発の必要性が示唆された。

同時に、仮に「最期は病院で」という意識が、広く一般的な考え方であるとすれば、入所者本人・家族への働きかけだけでなく、地域における拠点として地域住民への働きかけも検討していく必要がある。

医療との連携を密にして、また本人様、ご家族様、医療機関からも看取りのできる施設として信頼を受ける施設を構築していく必要を感じる。そのためには、人生の最後まで個人として尊重され、その人らしく生活が送れるように支援することが施設職員の役目と考え、看取りはその日常生活の沿線上にあることを忘れてはならないと考えます。

看取りについて準備をしていく中で、他職種との協力体制や各職種のやり取りや役割にまだまだ難しさを感じています。また、職員の知識不足や経験不足もこれからの課題であると思います。もう一点は、ご家族や職員以外の方の看取りに対する認識のギャップもあるように思います。その溝を埋めるための働きかけについても何かの形があれば、勉強になると思います。

医療分野に対して考え方等をもっと発信すべきと思う。特養は福祉施設ではあるが、自宅(在宅)と同じ観点で考えるべきであり、地域包括ケアの中心となるべき存在です。いかなる人間も「死に場がない」等と言わせてはならず、社会全体がもっと真剣に考えることと考えます。社会全体の雰囲気だけでは解決せず、制度として、理念倫理として、強く位置づけることが条件と考えます。

嘱託医との契約をする事さえ、難しさを感じております。その中で、看取りについてもお願いすることでご理解頂ける医師は数少ないように思います。そのため、看取り介護をする施設においては、嘱託医の他に夜間や休日でも対応が可能な医師が必要だと考えます。もし、医師会や中核病院等で、その様な医師を配置して下されば、看取りが可能となる施設は更に増えるように思います。

2. 考察

本調査では、本会会員施設の中から、「第8回全国老人ホーム基礎調査（平成24年度）」のうち「看取り介護を実施していない」と回答した536施設、「看取り介護を実施しているが看取り介護加算の取得がない」と回答した445施設の他、残り1,028施設は前述の施設以外から無作為に抽出し調査を実施した。

現在、看取り介護を実施している施設は全国で7割以上に達しているが、看取り介護を実施しているにも関わらず看取り介護加算を算定しない施設、看取り介護を実施していない施設が3割程度存在しており、看取り介護の推進に向け、それぞれの背景と要因を把握することを目的に調査票については「A看取り介護を実施しており、看取り介護加算も算定している施設」（以下、「A加算あり群」という）、「B看取り介護を実施しているが、看取り介護加算は算定していない施設」（以下、「B加算なし群」という）、「C看取り介護を実施していない施設」（以下、「C実施なし群」という）の3類型別に設計した。

平成25年度の死亡者数についてみると、看取り介護を実施している施設（A加算あり群、B加算なし群）については施設内で死亡しているケースが多く、看取りを実施していない施設（C実施なし群）においては入院先病院で死亡するケースが施設内での死亡者数を上回っていることが確認できる。

また、平成25年度の看取り介護実施状況についてA加算あり群のみ抽出したところ、最期は病院へ搬送した件数が0.48件となっており、看取りを実施している施設においては、最期まで施設内で看取りを行っているケースが多いことも確認することができた。

医療との連携状況についてみると、「医療機関併設の有無」「関連法人のうち医療法人の有無」で大きな差はみられなかったが、配置医師の体制に関する各項目において、看取り介護を実施している施設（A加算あり群、B加算なし群）と看取り介護を実施していない施設（C実施なし群）で差がみられた。

また、看取り介護加算を算定していない理由、看取り介護を実施していない理由として看護職員の確保が困難である割合が多くを占めており、特に加算要件である「常勤看護師1名以上」の確保に非常に苦労していることがうかがえる。

看取り介護の推進には、配置医師の看取りに関する理解と関わり、看護職員の確保といった、体制の構築・整備が重要な条件であると考えられる。

また、C実施なし群の看取り介護を実施していない理由として、医療との連携に関する項目の他に、「施設としての方針が明確にできていない」、「看取り介護に関するマニュアルの整備ができていない」、「施設職員の看取りに対する理解、教育が十分に行えていない」といった体制整備に関する理由が多く挙げられた。

施設として看取りに対する方針を明確にし、看取り介護指針や看取り介護に関する説明資料等の整備を進め、研修等の実施により職員の看取りに対する理解を深めることは、他職種間での協力体制を円滑にし、前述の課題でもある配置医師の理解のみならず、入所者本人・家族との信頼関係の構築にも結び付くものであり、結果的により充実した看取り介護の実現につながるものと考えられる。

3. まとめ

(1) 現状と課題

現在では多くの施設にて看取り介護が実践されているが、今般の介護保険制度の見直しに伴う施設の重点化・効率化に伴い、今後特養入所者の重度化・重症化は避けられないものであり、医療ニーズや終末期支援のニーズの高まりが予想される。

今後も特養において、一定の医療ニーズへの対応は必要であり、医療提供のあり方を検討していく必要があると考える。

特養の医療提供体制には地域・施設間で格差があり、急変時の協力病院の対応や、往診体制に影響を与え、配置医師の終末期に対する考え方が、施設における医療提供、ひいては看取り介護の実施にも影響を与えていることが本調査結果からもうかがえる。

現状、「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」において、「特別養護老人ホーム等の職員（看護師、理学療法士等）が行った医療行為については、診療報酬を算定できない」ことが課題となっている。

医療との連携による看取りケア体制の構築に向け、特養の医療のあり方を明確化していくことも重要な課題であるが、同時に制度上の位置づけや介護報酬と診療報酬のあり方についても今後課題を整理し、検討を進めていく必要がある。

また、質の高い看取り介護の推進を実現するうえで、配置医師・契約医療機関の看取りに対する理解の促進を促すことと、そのうえで共通認識をもった連携体制が構築できるよう意識啓発活動を進めていくことが求められる。

特養の看取りの推進については、看護職員の定着・確保も喫緊の課題である。介護施設では看護職員の配置も少なく、状態悪化や看取り期に医療職として判断を求められたり、配置医師と施設をつなぐ重要なポジションであり、他職種との連携によるチームケアの実践といった、医療機関とは異なる能力が求められ、責任や負担も相当大きなものである。看護の主体性を真の意味で発揮することができ、その人らしい穏やかな最期を迎える支援ができる場として、やりがいや魅力を発信していくとともに、負担軽減に向けた多職種連携体制の構築を進めるなど、看護職員の定着・確保に向けた具体的な取り組みが必要である。

また、多職種連携によるケアの実現に向け、施設における看取り介護の理念の理解や目的を明確化し、看取り介護に必要な知識や死生観の醸成といった職員研修の実施や、看取り介護終了時における振り返りや精神的なフォローを行い精神的なサポートをすすめることで、職員の定着や質の高い看取り介護の実現につながると考えられる。

平成27年度介護報酬改定においては、地域包括ケアシステムの構築に向け、看取り期における対応の充実と強化を図ることを目的に、入所者・家族と施設との十分な意思疎通の促進や、入所者・家族の意向を尊重しつつ看取りに関する理解を促進し、質の高い看取り介護の実現と向上を推進するべく、新たな要件が追加されることとなった。

本調査結果によれば、A加算あり群の施設では、看取り介護加算要件にある書式や項目について、施設において一定の様式を定め、「口頭で説明した上で書面を渡している」割合が最も高い。

また、施設独自で使用している書式や項目についての設問でも、「一定の様式がある」割合が最も高く、求めがあった場合には「口頭と書面」で説明する割合が9割を超えている。

こうした看取り介護を先駆的に実施している施設においては、施設独自で創意・工夫を重ね、手厚い看取り介護の体制を整備している状況がうかがえる。

施設入所時に、入所者、家族に対して看取り介護の方針など説明は行っているものの、その時点では具体的な看取り介護のイメージを持っているとは限らず、体調の変化や時間の経過により、気持ちの揺れや終末期の対応への変化は起こるものである。

入所者、家族の意向を尊重し、希望に沿った支援を実践するためには、入所者、家族との信頼関係を構築することは必須であり、そのためには詳細な日々の様子の記録と情報提供、施設で提供可能な環境やケアに関する説明、それに対する同意と確認を積み重ねていくべきである。

こうしたこまめな情報提供や説明を行い、入所者、家族の意向の確認を積み重ねていくことが、安定的かつ質の高い看取り介護の実現につながるものと示唆される。

本会では、平成18年度の看取り介護加算創設時に看取り介護の普及・促進を目的に「『看取り指針・同意書』《参考》の作成について」を示していたところであるが、制度の見直しと更なる看取り介護の充実・促進に向け、本調査結果と先駆的な看取り介護実践施設で実際に使用されている書式などをベースに、看取り介護指針の見直しと諸様式等の追加を行い「看取り介護指針・説明支援ツール【平成27年度介護報酬改定対応版】」を作成した。

入所者および家族の尊厳と希望に沿った、切れ目のない継続的な終末期支援のツールとしての活用にとどまらず、施設職員・関係者および連携機関、さらには地域全体に向けて施設の看取り介護の取り組みを発信するツールとして活用し、地域の拠点として「死生観」の醸成や施設の看取りに対する意識啓発に寄与することを期待するものである。

(2) 本調査研究事業結果を踏まえた提言

①特養における医療提供のあり方の検討

施設の重点化・効率化に伴い、特養入所者の重度化・重症化は避けられないものであり、医療ニーズ、終末期支援のニーズの高まりが予想される。特養における看取りを推進していく上でも、一定の医療ニーズへの対応が必要であるが、介護報酬・診療報酬を含め、特養における医療提供のあり方について、課題を整理し検討を行うべきである。

②有機的医療連携に基づく看取り介護体制の構築

施設の看取り介護の促進に向け、医療との連携は必須である。配置医師・連携医療機関との協力体制の構築に向け、看取りに対する理解を促進し、意識啓発等、充実した看取り介護の実現に向けた対策が求められる。

③多職種連携による看取り介護体制の整備

看取り介護を推進する上で、看護職員の担う責任・役割は大きなものである。安定した看護職員の定着・確保に向けた方策を講じるとともに、負担軽減に向けた多職種連携による体制整備を進めるべきである。

④終末期のあり方に対する地域社会の意識啓発の必要性

来る「多死社会」を目前に控え、看取りの場の確保が深刻な課題となっている。社会全体で終末期支援のあり方を考える時期にきており、施設における看取り介護の取り組みを入所者本人・家族、地域住民に発信し、啓発活動等を通して、地域社会全体で人生の最終章にふさわしい終末期支援のあり方について考え、広くコンセンサスを得るべきである。

4. 調査票

平成 26 年度 厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金事業			
「特別養護老人ホームにおける看取りの推進と医療連携のあり方調査研究事業」			
特別養護老人ホームにおける看取り介護の推進に関する			
アンケート調査			

貴施設名			
ご回答者名		職種	

■【全ての施設】貴施設の基本属性

問1 貴施設の概要についてお伺いいたします。(平成 26 年 11 月 1 日時点)								
職員体制	職種			実人数		常勤換算		
				常勤	非常勤	合計		
	職員のうち看護師			人	人	.	人	
	職員のうち准看護師			人	人	.	人	
職員のうち介護職員			人	人	.	人		
定員	特別養護老人ホーム 人 (ショートステイは除く)							
現在の入所者数	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	その他 *1	計	
	人	人	人	人	人	人	人	
* 1 : 「その他」欄には、やむを得ない事由により介護保険法による施設への入所が困難であり、市町村の措置等で入所している者等の数をご記入ください。								
平均在所期間	年 月 日							
平成 25 年度の死亡者数	施設内	入院先病院	自宅	その他	計			
	人	人	人	人	A:	人		
平成 25 年度の看取り介護実施状況				看取り介護実施件数	左記のうち看取り介護加算を算定した数			
	看取り介護実施件数			B:	人	C:	人	
	最期まで施設で看取りを行った件数			人	人			
	最期は病院への搬送を行った件数			人	人			
	理由別件数	施設の方針 (最期は病院へ搬送等)			人	人		
		配置医師等医師の判断			人	人		
		施設職員の判断			人	人		
		ご家族の希望			人	人		
その他 ()			人	人				

以下の設問は、上記問1の「平成25年度の死亡者数の状況」によって、下記の問にお進みください。

- ① C欄が「1人」以上の場合（看取り介護を実施しており、看取り介護加算も算定している施設）
→ 2頁～3頁の【A票】（問2～6）のみにご回答ください。
- ② C欄が「0人」であるがB欄が「1人」以上の場合（看取り介護を実施しているが看取り介護加算は算定していない施設）
→ 4頁～5頁の【B票】（問7～11）のみにご回答ください。
- ③ A欄は「1人」以上であるが、B欄、C欄ともに「0人」である場合（看取り介護を実施していない施設）
→ 6頁～9頁の【C票】（問12～16）のみにご回答ください。

【A票】

看取り介護を実施しており、看取り介護加算も算定している施設

■ 医療との連携状況

問2 貴施設は、次の事業所を併設していますか。（○は1つ）				
01	併設している			
	→ 11 病院	12 有床診療所	13 無床診療所	14 老人保健施設
02	併設していない			

問3 貴施設の関連法人に医療法人はありますか。（○は1つ）	
01	ある
02	ない

問4 貴施設の配置医師の体制についてお伺いいたします。					
配置医師の 契約状況	01	施設で雇用している	02	医師と配置契約を結んでいる	
	03	医療機関との契約により確保している	()	箇所	
配置医師の 人数	01	常勤 () 人	02	非常勤 () 人	
	03	医療機関との契約 () 人			
配置医師の 業務内容	01	健康管理	02	診療・治療	
	03	急変対応	04	急変時の看護職員への指示	
	05	予防注射	06	主治医意見書の作成	
	07	家族へのインフォームド・コンセント	08	看取りへの関わり	
	09	施設職員への研修	10	サービス担当者会議等への出席	
	11	その他 ()			
配置医師の 夜間等の 対応	随時	01	対応可能	02	対応不可能
	夜間	01	対応可能	02	対応不可能
	休日	01	対応可能	02	対応不可能
配置医師の 看取りへの対応	01	対応は積極的である	02	どちらともいえない	
	03	対応は消極的である			

■看取り介護についての説明状況

問5 貴施設における看取り介護に関する説明の実施状況についてお伺いいたします（それぞれ当てはまるもの全てに○）。	
説明の時期	01 入所時 02 担当者会議開催時 03 ターミナル期になった時 04 入所者ご本人やご家族の希望があった時 05 その他（ ）
説明者	01 施設長 02 配置医師 03 ケアマネジャー 04 生活相談員 05 看護職員 06 介護職員 07 その他（ ）
説明の方法	01 重要事項説明書を用いて説明 02 施設で作成している看取り介護指針を用いて説明 03 施設としての看取りの方針を記載したパンフレット等を活用して説明 04 個別計画を用いて説明 05 口頭のみで説明 06 その他（ ）

■看取り介護実施における取組内容

問6 貴施設では看取り介護の実施において、下記に挙げるような取組を実施していますか（当てはまるもの全てに○）。	
看取り介護加算要件にある書式や項目	01 口頭で説明している 02 口頭で説明した上で書面を渡している → 21 一定の様式がある 22 一定の様式はない 03 求めがあった場合に説明している → 31 口頭のみ 32 書面のみ 33 口頭と書面 04 その他（ ）
施設が独自で使用している書式や項目	01 口頭で説明している 02 口頭で説明した上で書面を渡している → 21 一定の様式がある 22 一定の様式はない 03 求めがあった場合に説明している → 31 口頭のみ 32 書面のみ 33 口頭と書面 04 その他 ※施設独自で実施に実施されている取り組みや様式があればご自由に記入してください。 （ ） 05 特に特別な取組は行っていない

～質問は以上です。ご協力ありがとうございました。～

【B票】

看取り介護を実施しているが、看取り介護加算は算定していない施設

■医療との連携状況

問7 貴施設は、次の事業所を併設していますか。(○は1つ)				
01 併設している				
→ 11 病院	12 有床診療所	13 無床診療所	14 老人保健施設	
02 併設していない				

問8 貴施設の関連法人に医療法人はありますか。(○は1つ)	
01 ある	02 ない

問9 貴施設の配置医師の体制についてお伺いいたします。	
配置医師の契約状況	01 施設で雇用している 02 医師と配置契約を結んでいる 03 医療機関との契約により確保している () 箇所
配置医師の人数	01 常勤 () 人 02 非常勤 () 人 03 医療機関との契約 () 人
配置医師の業務内容	01 健康管理 02 診療・治療 03 急変対応 04 急変時の看護職員への指示 05 予防注射 06 主治医意見書の作成 07 家族へのインフォームドコンセント 08 看取りへの関わり 09 施設職員への研修 10 サービス担当者会議等への出席 11 その他 ()
配置医師の夜間等の対応	随時 01 対応可能 02 対応不可能
	夜間 01 対応可能 02 対応不可能
	休日 01 対応可能 02 対応不可能
配置医師の看取りへの対応	01 対応は積極的である 02 どちらともいえない 03 対応は消極的である

■看取り介護についての説明状況

問10 貴施設における看取り介護に関する説明の実施状況についてお伺いいたします(それぞれ当てはまるもの全てに○)。	
説明の時期	01 入所時 02 担当者会議開催時 03 ターミナル期になった時 04 入所者ご本人やご家族の希望があった時 05 その他 ()
説明者	01 施設長 02 配置医師 03 ケアマネジャー 04 生活相談員 05 看護職員 06 介護職員 07 その他 ()
説明の方法	01 重要事項説明書を用いて説明 02 施設で作成している看取り介護指針を用いて説明 03 施設としての看取りの方針を記載したパンフレット等を活用して説明 04 個別計画を用いて説明 05 口頭のみで説明 06 その他 ()

■看取り介護加算を算定していない理由

<p>問11 貴施設で看取り介護加算を算定していない理由について、当てはまるもの全てに○をつけ、当てはまるものについては具体的に貴施設の状況や考えられる解決策等をご記入下さい。</p>	
01	<p>常勤看護師1名以上配置し、施設又は病院等の看護職員との連携による24時間の連絡体制を確保することができない</p> <p>※現状や考えられる解決策を具体的に</p>
02	<p>看取り介護指針を定め、入所の際に入所者・家族に説明し同意を得ることができない</p> <p>※現状や考えられる解決策を具体的に</p>
03	<p>看取りに関する職員研修を実施することができない</p> <p>※現状や考えられる解決策を具体的に</p>
04	<p>入所者について、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断することができない</p> <p>※現状や考えられる解決策を具体的に</p>
05	<p>入所者や家族等の同意を得て、介護計画を作成することができない</p> <p>※現状や考えられる解決策を具体的に</p>
06	<p>医師、看護職員、介護職員等が共同し、入所者の状態を、随時、入所者や家族に説明し、同意を得て介護を実施することができない</p> <p>※現状や考えられる解決策を具体的に</p>
07	<p>配置医師がターミナルケア加算を算定している</p> <p>※現状や考えられる解決策を具体的に</p>
08	<p>配置医師が連携している在宅療養支援病院・診療所がターミナルケア加算を算定している</p> <p>※現状や考えられる解決策を具体的に</p>
09	<p>その他（過去にトラブル事例が発生した等）</p> <p>※具体的内容とその現状や考えられる解決策</p>

～質問は以上です。ご協力ありがとうございました。～

【C票】

看取り介護を実施していない施設

■医療との連携状況

問12 貴施設は、次の事業所を併設していますか。(○は1つ)

- 01 併設している
 → 11 病院 12 有床診療所 13 無床診療所 14 老人保健施設
- 02 併設していない

問13 貴施設の関連法人に医療法人はありますか。(○は1つ)

- 01 ある 02 ない

問14 貴施設の配置医師の体制についてお伺いいたします。

配置医師の 契約状況	01 施設で雇用している	02 医師と配置契約を結んでいる
	03 医療機関との契約により確保している () 箇所	
配置医師の 人数	01 常勤 () 人	02 非常勤 () 人
	03 医療機関との契約 () 人	
配置医師の 業務内容	01 健康管理	02 診療・治療
	03 急変対応	04 急変時の看護職員への指示
	05 予防注射	06 主治医意見書の作成
	07 家族へのインフォームド・コンセント	08 看取りへの関わり
	09 施設職員への研修	10 サービス担当者会議等への出席
	11 その他 ()	
配置医師の 夜間等の 対応	随時	01 対応可能 02 対応不可能
	夜間	01 対応可能 02 対応不可能
	休日	01 対応可能 02 対応不可能
配置医師の 看取りへの対応	01 対応は積極的である	02 どちらともいえない
	03 対応は消極的である	

■看取り介護についての説明状況

問15 貴施設における看取り介護に関する説明の実施状況についてお伺いいたします
 (それぞれ当てはまるもの全てに○)。

説明の時期	01 入所時	02 担当者会議開催時	
	03 ターミナル期になった時	04 入所者ご本人やご家族の希望があった時	
	05 その他 ()		
	06 看取り介護を実施していないので説明していない		
説明者	01 施設長	02 配置医師	03 ケアマネジャー
	04 生活相談員	05 看護職員	06 介護職員
	07 その他 ()		
説明の方法	01 重要事項説明書を用いて説明		
	02 施設で作成している看取り介護指針を用いて説明		
	03 施設としての看取りの方針を記載したパンフレット等を活用して説明		
	04 個別計画を用いて説明		
	05 口頭のみで説明		
	06 その他 ()		

■看取り介護を実施していない理由と看取り介護実施に必要な条件

問16 貴施設で看取り介護を実施していない理由について、下記のそれぞれの項目について5段階でお答えください。(○はそれぞれ1つ)
 それぞれの項目について、「当てはまる」もしくは「やや当てはまる」に○がついた項目がある場合は、貴施設における現状や考えられる解決策等について具体的にご記入ください。

		当てはまる	やや当てはまる	ない	どちらとも言えない	あまり当てはまらない	当てはまらない	
入所者・家族との関わりに関する理由	入所者・家族と十分な話し合いができない	01	02	03	04	05		
	※現状や考えられる解決策を具体的に							
	入所者・家族の不安に対するサポートができない	01	02	03	04	05		
	※現状や考えられる解決策を具体的に							
	家族の理解が得られない	01	02	03	04	05		
※現状や考えられる解決策を具体的に								
体制等に関する理由	入所者・家族が理解しやすい説明資料等がない	01	02	03	04	05		
	※現状や考えられる解決策を具体的に							
体制等に関する理由	いつでも医師が対応可能な体制が構築できない	01	02	03	04	05		
	※現状や考えられる解決策を具体的に							
体制等に関する理由	看取り介護実施に対する配置医師の理解が得られない	01	02	03	04	05		
	※現状や考えられる解決策を具体的に							

		当てはまる	やや当てはまる	ない どちらとも言え	あまり当てはま らない	当てはまらない
体制等に関する理由 (続)	24時間看護職員と連絡が取れる体制が構築できない	01	02	03	04	05
	※現状や考えられる解決策を具体的に					
	看取り介護実施に対する看護職員の理解が得られない	01	02	03	04	05
	※現状や考えられる解決策を具体的に					
	スタッフ間のケアの方針や考え方が統一できない	01	02	03	04	05
	※現状や考えられる解決策を具体的に					
	スタッフに対する研修が十分に行えない	01	02	03	04	05
	※現状や考えられる解決策を具体的に					
夜間の急変に対応することができない	01	02	03	04	05	
※現状や考えられる解決策を具体的に						
看取り介護のための個室の確保ができない	01	02	03	04	05	
※現状や考えられる解決策を具体的に						
施設として看取り介護に対する取り組み方針を明確にできていない	01	02	03	04	05	
※現状や考えられる解決策を具体的に						
施設として看取り介護に関するマニュアルを整備できていない	01	02	03	04	05	
※現状や考えられる解決策を具体的に						

		当てはまる	やや当てはまる	ない どちらとも言え	あまり当てはま らない	当てはまらない
制度面に 関する理由	現行の看取り介護加算の金額では対応できない ※現状や考えられる解決策を具体的に	01	02	03	04	05
	現行の人員配置では十分に対応できない ※現状や考えられる解決策を具体的に	01	02	03	04	05
	看護師が確保できない ※現状や考えられる解決策を具体的に	01	02	03	04	05
	配置医師がターミナルケア加算を算定している ※現状や考えられる解決策を具体的に	01	02	03	04	05
	配置医師と連携している在宅療養支援病院・診療所 がターミナルケア加算を算定している ※現状や考えられる解決策を具体的に	01	02	03	04	05

その他、看取り介護を実施していない理由や看取り介護の実施に必要な条件がございましたら、ご自由に記入してください。

～質問は以上です。ご協力ありがとうございました。～

第3章 看取り介護指針・説明支援ツール【平成27年度介護報酬改定対応版】

平成26年度 老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)事業
特別養護老人ホームにおける看取りの推進と医療連携のあり方調査研究事業

看取り介護指針・ 説明支援ツール

【平成27年度介護報酬改定対応版】

いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025年(平成37年)以降、「後期高齢者2000万人社会」が到来し、高齢者の医療・介護の需要はピークを迎えます。平成25年のデータ¹⁾では、日本の死亡者数は年間約127万人とされ、そのうち約76%が病院で死亡しています。来る「多死社会」に向けて、要介護者の増加に伴うサービスの質・量の確保に加え、看取りの場の確保が深刻な課題となっています。

地域包括ケアシステムの構築に伴い、「住み慣れた地域で自分らしい生活を続ける」ことを支えるために、医療・介護サービスの充実を図り、在宅等での看取りの場を拡大していくなかで、介護施設がそれを支援するとともに、セーフティネットとしての役割を果たすことが期待されています。なかでも、特別養護老人ホーム(以下、「特養」という。)では、すでに約7割の施設が看取り介護を実施しており、本事業で実施した「特別養護老人ホームにおける看取り介護の推進に関するアンケート調査」によると、看取り介護を実施している施設の約8割が看取り介護の対象者全員を最期まで施設で介護していることが明らかになっています。

今後、終末期支援のニーズはさらに増大することから、平成27年度介護報酬改定においても、「自分らしい最期」を支援するための入所者やその家族の意向の尊重と、手厚い看取り介護の体制構築・強化に向けた基盤強化の推進施策が示されました。

看取り介護の実施にあたっては、医療との有機的連携とリビングウィル(生前意思)の普及等、生活の場としての人生の最終章にふさわしい終末期ケアのあり方について、広く社会全体のコンセンサスを得ることが必要です。

本冊子は、特養における看取り介護にかかわるすべての人が連携・協働のもと、「ケアの集大成」としての尊厳ある終末期を支援するための理解を促進し、総合的な体制整備と看取りの質向上を進める手引きとして作成いたしました。看取り介護を取り巻く制度やサービスの仕組みを再確認するとともに、各施設の看取り介護の取り組みを豊かなものとするための一助として活用していただくことを期待するものです。

平成27年3月

公益社団法人全国老人福祉施設協議会

会長 石川 憲

1)厚生労働省『平成25年人口動態統計』より

1	特養における看取り介護の定義と考え方	4
2	看取り介護加算の算定要件	5
3	看取り介護指針	14
4	看取り介護の流れ —入所から看取り後まで—	23
5	職員研修	33
6	地域への働きかけ	34
7	看取り介護に必要な書類・書式の例	35
	急変時や終末期における医療等に関する意思確認書 看取り介護同意書 看取り介護計画書 その他の説明支援ツール	
8	参考資料 解釈通知、関連通知	46
9	参考資料 他団体・学会等の提言、情報等	46

1

特養における看取り介護の定義と考え方

『看取り』とは

近い将来、死が避けられないとされた人に対し、
身体的苦痛や精神的苦痛を緩和・軽減するとともに、
人生の最期まで尊厳ある生活を支援すること。

全国老協「看取り介護実践フォーラム」(平成25年度)より

平成18年4月の介護報酬改定において「看取り介護加算」が創設されたことを踏まえ、本会でも「『看取り指針・同意書』《参考》の作成について」を作成し(平成18年3月20日付)、各施設における看取り介護の推進を支援してきました。

このたび、平成27年4月の介護報酬改定において「看取り介護加算」の要件が見直されたことから、施設における看取り介護のさらなる推進・充実に向けて、「『看取り指針・同意書』《参考》の作成について」を見直すとともに、加算の算定要件に対応した書式及び説明資料等についてとりまとめました。

大きな流れ等は従来の指針からの変更はありませんが、ご入所者やご家族への十分な説明と情報の共有、看取り後のフォローを含めた支援の充実を明確に位置づけ、より一層の信頼関係の構築と意思確認の重要性を反映させています。

各施設におかれましては、すでに作成・運用している独自の指針が、新たな加算の算定要件に照らし適したものとなっているかどうかを確認し、今回お示しする「看取り介護指針・説明支援ツール【平成27年度介護報酬改定対応版】」を参考に、必要な見直しを行うとともに、PDCAサイクルに則った体制構築と強化に取り組んでいただきますようお願いいたします。

2 看取り介護加算の算定要件

看取り介護加算に関する平成27年度介護報酬改定の概要

○社会保障審議会介護給付費分科会「平成27年度介護報酬改定に関する審議報告」(平成27年1月9日)

看取り介護加算については、入所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、介護福祉施設サービス及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護における看取り介護の質を向上させるため、以下のとおり新たな要件を追加し、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。

- (ア) 入所者等の日々の変化を記録し、多職種で共有することによる連携を図り、看取り期早期からの入所者及びその家族等の意向を尊重しながら、看取り介護を実施すること
- (イ) 介護記録、検査データその他の入所者等に係る資料により、入所者等の心身の状態の変化及びこれに対する介護について、入所者及びその家族等への説明を適宜実施すること
- (ウ) 施設における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

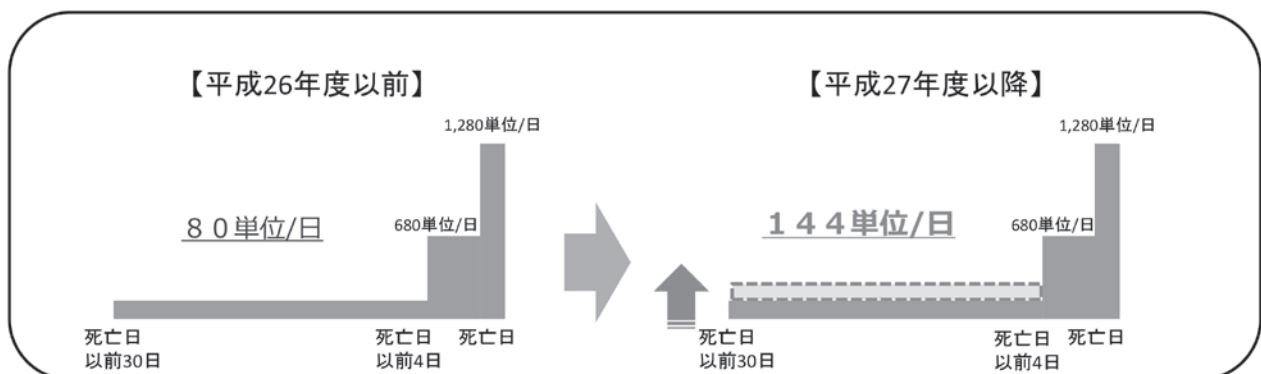
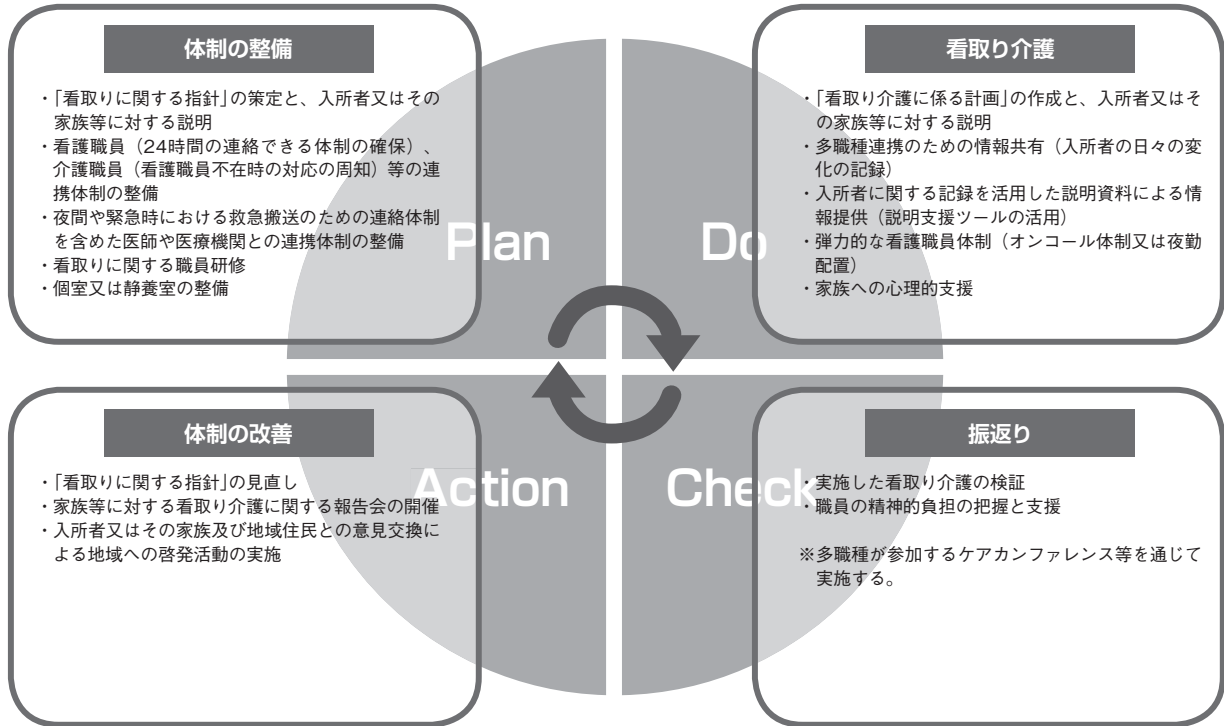


図 施設における看取り介護の体制構築・強化に向けたPDCAサイクル



出典：厚生労働省老健局

看取り介護加算の算定要件

- 指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生省告示第21号)(抄)【平成27年4月1日施行】(変更点は下線部)

別に厚生労働大臣が定める施設基準⁽¹⁾に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護老人福祉施設において、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する入所者⁽²⁾について看取り介護を行った場合においては、

- ・死亡日以前4日以上30日以下については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日につき1,280単位を

死亡月に加算する。ただし、退所した日の翌日から死亡日までの間は、算定しない。

(1)別に厚生労働大臣が定める施設基準

- イ 常勤の看護師を1名以上配置し、当該指定介護老人福祉施設の看護職員により、又は病院若しくは診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること。
- ロ 看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所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。
- ハ 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、当該指定介護老人福祉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。
- ニ 看取りに関する職員研修を行っていること。
- ホ 看取りを行う際に個室又は静養室の利用が可能となるよう配慮を行うこと。

(2)別に厚生労働大臣が定める基準に適合する入所者

次のイからハまでのいずれにも適合している入所者

- イ 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
- ロ 医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者(以下この号において「医師等」という。)が共同で作成した入所者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該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。
- ハ 看取りに関する指針に基づき、入所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、介護記録等入所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。

実施上の留意事項

- 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成12年3月8日老企第40号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)(抄)
【平成27年4月1日施行】(変更点は下線部)

看取り介護加算について

①看取り介護加算の定義と目的

看取り介護加算は、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した入所者について、その旨を入所者又はその家族等(以下「入所者等」という。)に対して説明し、その後の療養及び介護に関する方針についての合意を得た場合において、入所者等とともに、医師、看護職員、生活相談員、介護職員、介護支援専門員等が共同して、随時、入所者等に対して十分な説明を行い、療養及び介護に関する合意を得ながら、入所者がその人らしく生き、その人らしい最期を迎えられるよう支援することを主眼として設けたものである。

②看取り介護におけるPDCAサイクル

施設は、入所者に提供する看取り介護の質を常に向上させていくため、計画(Plan)、実行(Do)、評価(Check)、改善(Action)のサイクル(PDCAサイクル)により、看取り介護を実施する体制を構築するとともに、それを強化していくことが重要であり、具体的には、次のような取組が求められる。

- イ 看取りに関する指針を定めることで施設の看取りに対する方針等を明らかにする(Plan)。
- ロ 看取り介護の実施に当たっては、当該入所者に係る医師の診断を前提にして、介護に係る計画に基づいて、入所者がその人らしく生き、その人らしい最期を迎えられるよう支援を行う(Do)。
- ハ 多職種が参加するケアカンファレンス等を通じて、実施した看取り介護の検証や、職員の精神的負担の把握及びそれに対する支援を行う(Check)。
- ニ 看取りに関する指針の内容その他看取り介護の実施体制について、適宜、適切な見直しを行う(Action)。

なお、施設は、看取り介護の改善のために、適宜、家族等に対する看取り介護に関する報告会並びに入所者等及び地域住民との意見交換による地域への啓発活動を行うことが望ましい。

③入所者等への説明

質の高い看取り介護を実施するためには、多職種連携により、入所者等に対し、十分な説明を行い、理解を得るよう努めることが不可欠である。具体的には、施設は、看取り介護を実施するに当たり、終末期にたどる経過、施設等において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢、医師や医療機関との連携体制などについて、入所者等の理解が得られるよう継続的な説明に努めることが重要である。加えて、説明の際には、入所者等の理解を助けるため、入所者に関する記録を活用した説明資料を作成し、その写しを提供すること。

④看取り介護指針に盛り込むべき事項

看取り介護の実施に当たっては、管理者を中心として、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等による協議の上、看取りに関する指針が定められていることが必要であり、同指針に盛り込むべき項目としては、例えば、以下の事項が考えられる。

- イ 当該施設の看取りに関する考え方
- ロ 終末期にたどる経過(時期、プロセスごと)とそれに応じた介護の考え方
- ハ 施設等において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢
- ニ 医師や医療機関との連携体制(夜間及び緊急時の対応を含む)
- ホ 入所者等への情報提供及び意思確認の方法
- ヘ 入所者等への情報提供に供する資料及び同意書の書式
- ト 家族への心理的支援に関する考え方
- チ その他看取り介護を受ける入所者に対して施設の職員が取るべき具体的な対応の方法

⑤介護記録等への記録と情報共有

看取り介護の実施に当たっては、次に掲げる事項を介護記録等に記録するとともに、多職種連携を図るため、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等による適切な情報共有に努めること。

- イ 終末期の身体症状の変化及びこれに対する介護等についての記録
- ロ 療養や死別に関する入所者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアについての記録
- ハ 看取り介護の各プロセスにおいて把握した入所者等の意向と、それに基づくアセスメント及び対応についての記録

⑥入所者等へのインフォームドコンセント

入所者等に対する随時の説明に係る同意については、口頭で同意を得た場合は、介護記録に

その説明日時、内容等を記載するとともに、同意を得た旨を記載しておくことが必要である。

また、入所者が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族の来所が見込まれないような場合も、医師、看護職員、介護職員等が入所者の状態等に応じて随時、入所者に対する看取り介護について相談し、共同して看取り介護を行っていると認められる場合には、看取り介護加算の算定は可能である。

この場合には、適切な看取り介護が行われていることが担保されるよう、介護記録に職員間の相談日時、内容等を記載するとともに、入所者の状態や、家族と連絡を取ったにもかかわらず施設への来所がなかった旨を記載しておくことが必要である。

なお、家族が入所者の看取りについて共に考えることは極めて重要であり、施設は、連絡をしたにもかかわらず来所がなかったとしても、継続的に連絡を取り続け、可能な限り家族の意思を確認しながら介護を進めていくことが重要である。

⑦看取り介護加算の算定

看取り介護加算は、利用者等告示第61号（7～8ページ(2)参照）に定める基準に適合する看取り介護を受けた入所者が死亡した場合に、死亡日を含めて30日を上限として、施設において行った看取り介護を評価するものである。

死亡前に在宅へ戻ったり、医療機関へ入院したりした後、在宅や入院先で死亡した場合でも算定可能であるが、その際には、施設において看取り介護を直接行っていない退所した日の翌日から死亡日までの間は、算定することができない。（したがって、退所した日の翌日から死亡日までの期間が30日以上あった場合には、看取り介護加算を算定することはできない。）

⑧退所月と死亡月が異なる場合の対応

施設を退所等した月と死亡した月が異なる場合でも算定可能であるが、看取り介護加算は死亡月にまとめて算定することから、入所者側にとっては、施設に入所していない月についても自己負担を請求されることになるため、入所者が退所等する際、退所等の翌月に亡くなった場合に、前月分の看取り介護加算に係る一部負担の請求を行う場合があることを説明し、文書にて同意を得ておくことが必要である。

⑨施設退所後の家族への指導や医療機関への情報提供

施設は、施設退所等の後も、継続して入所者の家族への指導や医療機関に対する情報提供等を行うことが必要であり、入所者の家族、入院先の医療機関等との継続的な関わりの中で、入所者の死亡を確認することができる。

なお、情報の共有を円滑に行う観点から、施設が入院する医療機関等に入所者の状態を尋ねたときに、当該医療機関等が施設に対して本人の状態を伝えることについて、施設退所等の際、

入所者等に対して説明をし、文書にて同意を得ておくことが必要である。

⑩入所者が入退院・外泊した場合の算定

入所者が入退院をし、又は外泊した場合であって、当該入院又は外泊期間が死亡日以前30日の範囲内であれば、当該入院又は外泊期間を除いた期間について、看取り介護加算の算定が可能である。

⑪入院・外泊・退所の当日の算定

入院若しくは外泊又は退所の当日について看取り介護加算を算定できるかどうかは、当該日に所定単位数を算定するかどうかによる。

⑫24時間連絡できる体制

「24時間連絡できる体制」とは、施設内で勤務することを要するものではなく、夜間においても施設から連絡でき、必要な場合には施設からの緊急の呼出に応じて出勤する体制をいうものである。具体的には、

- イ 管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、夜間における連絡・対応体制(オンコール体制)に関する取り決め(指針やマニュアル等)の整備がなされていること。
 - ロ 管理者を中心として、介護職員及び看護職員による協議の上、看護職員不在時の介護職員による入所者の観察項目の標準化(どのようなことが観察されれば看護職員に連絡するか)がなされていること。
 - ハ 施設内研修等を通じ、看護・介護職員に対して、イ及びロの内容が周知されていること。
 - ニ 施設の看護職員とオンコール対応の看護職員が異なる場合には、電話やFAX等により入所者の状態に関する引継を行うとともに、オンコール体制終了時にも同様の引継を行うこと。
- といった体制を整備することを想定している。

⑬個室又は静養室の利用

多床室を有する施設にあつては、看取りを行う際には個室又は静養室の利用により、プライバシー及び家族への配慮の確保が可能となるようにすることが必要である。

平成27年度介護報酬改定に関するQ&A 【平成27年4月1日】

問142

看取りに関する指針の内容について見直しを行って変更した場合には、既存の入所者等に対して、改めて説明を行い、同意を得る必要があるか。

(答)「看取りに関する指針」の見直しにより、「当該施設の看取りに関する考え方」等の重要な変更があった場合には、改めて入所者及びその家族等に説明を行い、同意を得る必要がある。なお、それ以外の場合についても、入所者等への周知を行うことが適切である。

問143

看取りに関する指針は、入所の際に入所者又は家族に説明し、同意を得ることとされているが、入所後に入所者の心身の状況が変化し看取り介護の必要性が認められる場合に、その時に説明し、同意を得たとして算定はできないのか。

(答)少なくとも説明及び同意の有無を確認することは、原則入所時に行う必要がある。ただし、同意の有無を確認することについては、入所者の意思に関わるものであることから、遅くとも看取り介護の開始前に行う必要がある。

問144

算定要件に「多職種の相互の連携の下、介護記録等入所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」とあるが、具体的にどのような記録を活用して、何を説明するのか。また、何について同意を得るのか。

(答)詳細については、以下の通知を参照されたい。

※指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成12年3月8日付老企発第40号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)第2の5(24)

※指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成18年3月31日付老計発第0331005号・老振発第0331005号・老老発第0331018号厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連名通知)第2の8(24)

3

看取り介護指針

看取り介護指針の作成について

看取り介護指針とは、当該施設において看取り介護を希望されるご入所者やご家族に対し、最期まで継続した支援を行うことを示す指針のことです。

看取り介護指針には、例えば、「当該施設の看取りに関する考え方」(15ページ)、「入所から終末期までにたどる経過(時期、プロセスごと)とそれに応じた介護の考え方(16～17ページ)」、「施設等において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢(21ページ)」、「医師や医療機関との連携体制(夜間及び緊急時の対応を含む)(22ページ)」、「入所者等への情報提供及び意思確認の方法(16ページ)」、「入所者等への情報提供に供する資料及び同意書の書式(17、35～45ページ)」、「家族への心理的支援に関する考え方(22ページ)」、「その他看取り介護を受ける入所者に対して施設の職員が取るべき具体的な対応の方法(18～21ページ)」等の事項を盛り込むべきとされています。

看取り介護加算の算定には、指針に示された体制整備や理念、方針等を入所時等に説明し、ご入所者やご家族に同意を得ることが必要と定められています。

まずは本書を参考に、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等で協議し、自施設での「看取り介護指針」を作成してください。

看取り介護指針(モデル)

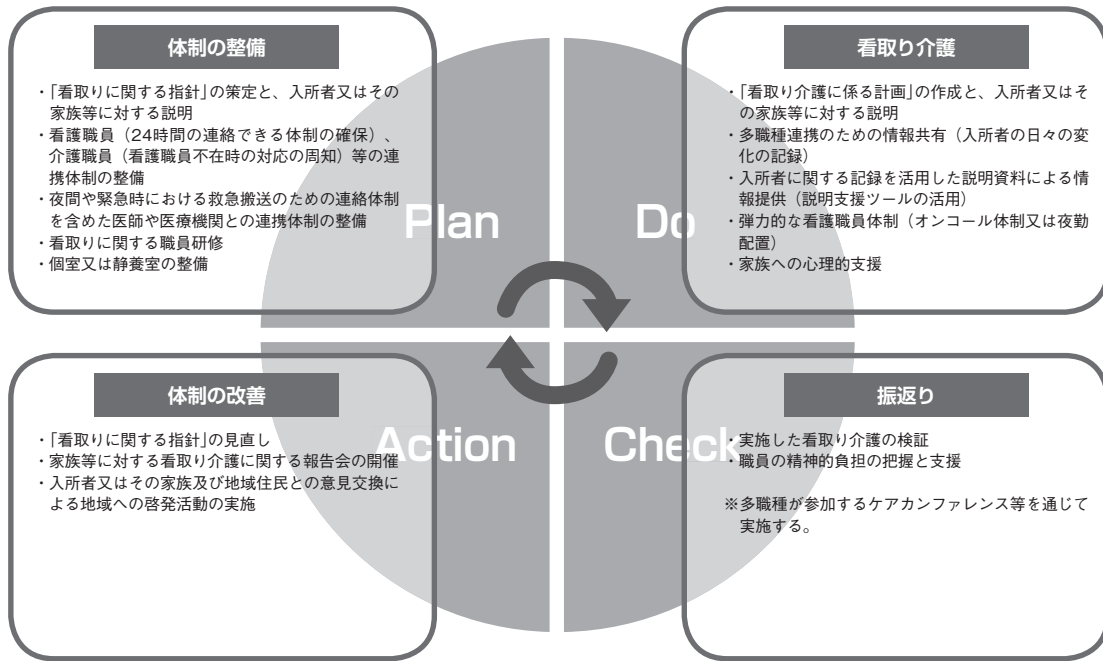
1 看取りに関する考え方

看取り介護は、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断したご入所者において、最期を過ごす場所及び治療等についてのご入所者やご家族の意向を最大限に尊重して行います。

ご入所者やご家族が特別養護老人ホームでの看取り介護を希望される場合には、ご入所者やご家族に対し、最期までよりよい支援を継続することを基本とします。

また、病院等に搬送することになった入所者においても、搬送先の病院等への引き継ぎ、継続的なご入所者やご家族への支援を行います。

- ①看取り介護を実施する特別養護老人ホームは「看取り介護指針」を整備し、その指針に基づき、ご入所者やそのご家族に質の高いサービスを提供します。
- ②看取り介護を実施する特別養護老人ホームは、ご入所者の意思及び人格を尊重し、看取り介護においても、「看取り介護計画」に基づいて、ご入所者がその人らしく生き、その人らしい最期を迎えられるよう全人的ケアを提供します。
- ③看取り介護を実施する特別養護老人ホームは、適切な情報共有により多職種連携を図り、ご入所者やそのご家族の理解が得られるよう説明資料を提供し、継続的でわかりやすく十分な説明に努めます。
- ④看取り介護を実施する特別養護老人ホームは16ページに示す図のように看取り介護の体制を構築し、PDCAサイクルによって、その体制を適宜見直します。



出典：厚生労働省老健局

2 ご入所者やご家族の意思尊重

(1) ご入所者やご家族への情報提供

質の高い看取り介護を実施するために、多職種連携によって、ご入所者やご家族に十分な説明を行い、理解を得るよう努めます。

具体的には、看取り介護を実施するに当たり、終末期にたどる経過、施設等において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢、医師や医療機関との連携体制などについて、ご入所者やご家族の理解が得られるよう継続的な説明に努めます。

(2) ご入所者やご家族の意思確認の方法

説明の際には、ご入所者やご家族が理解しやすいよう努め、「急変時や終末期における医療等に関する意思確認書」(36～37ページ)、「看取り介護同意書」(38～39ページ)、「看取り介護計画書」(40～41ページ)、「その他の説明支援ツール」(42～45ページ)等を用いることにより、ご入所者やご家族の意思を最大限尊重して対応します。(17ページ図参照)

3 入所から終末期までにたどる経過(時期、プロセスごと)とそれに応じた介護の考え方

(17ページ図参照)

図 入所から終末期までにたどる経過(時期、プロセスごと)とそれに応じた介護の考え方

適応期(入所)

※時期はめやすです

【介護の考え方】

- ・施設の理念や看取り介護指針の説明、施設で対応できる範囲と内容への理解促進
- ・終末期医療のあり方についての情報提供と死生観(自分らしく生き、自分らしい最期を迎えること)の醸成に向けたアプローチ

【提供する書類】

(1)看取り介護指針 (2)重要事項説明書 (3)急変時や終末期における医療等に関する意思確認書

適応期(1か月後)

【介護の考え方】

- ・施設での生活に対するご入所者やご家族の希望・要望の把握
- ・ご入所者やご家族との日頃の関わりを通じた、終末期の迎え方の意向確認

【提供する書類】

(1)看取り介護指針 (2)急変時や終末期における医療等に関する意思確認書

安定期(半年後・定期的なケアプランの更新時期)

【介護の考え方】

- ・一定の期間を過ごした施設での意識変化や今後の生活に対する希望等の把握
- ・ご入所者やご家族の意向を踏まえたうえでの中・長期的な目標設定とケアプランへの反映

【提供する書類】

(1)看取り介護指針
(2)急変時や終末期における医療等に関する意思確認書

不安定・低下期(衰弱傾向の出現・進行)

【介護の考え方】

- ・今後の経過といずれ予想される状態についての説明及び情報提供
- ・施設で対応可能な医療提供と、ご入所者やご家族の希望する支援とのすり合わせ

【提供する書類】

(1)看取り介護指針
(2)急変時や終末期における医療等に関する意思確認書

看取り期(回復が望めない状態)

【介護の考え方】

- ・医師の診断と、想定される経過や状態について具体的な説明
- ・詳細な日々の様子の報告と、ご入所者やご家族の受け止め方や気持ちの揺れなどへの対応
- ・施設で提供する環境やケアについての説明と、看取り介護への同意確認
- ・ご入所者やご家族が死を受容し、その人らしい最期が迎えられるよう援助する

【提供する書類】

(1)看取り介護指針 (2)急変時や終末期における医療等に関する意思確認書 (3)看取り介護計画書
(4)看取り介護同意書 (5)説明支援ツール

看取りからその後まで

【介護の考え方】

- ・ご家族のグリーフケア(心理的支援)と諸手続の支援

【提供する書類】

(1)死亡診断書

4 看取り介護の体制

(1) 自己決定と尊厳を守る看取り介護

- ①特別養護老人ホームにおける看取り介護指針を明確にし、ご入所者やご家族に対し生前意思（リビングウィル）の確認を行います。
- ②特別養護老人ホームにおいては、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断したときが、看取り介護の開始となります。
- ③看取り介護実施にあたり、ご入所者やご家族に対し、医師から十分な説明を行い、ご入所者やご家族の同意を得ます（インフォームドコンセント）。
- ④看取り介護においてはそのケアに携わる管理者、医師、看護職員、生活相談員、介護支援専門員、栄養士、介護職員等従事する者が共同して看取り介護計画を作成し、ご入所者やご家族への説明を行い、同意を得て看取り介護を適切に行います。なお、必要に応じて適宜、計画内容を見直し、変更します。

(2) 医師・看護職員体制

- ①看取り介護を実施する施設は日頃から、配置医師及び協力病院等との情報共有による看取り介護の連携に努めます。
- ②看護職員は医師との連携により、看護責任者のもとでご入所者の状態把握に努め、疼痛緩和等安らかな状態が保てるよう援助します。また、日々の状況等について随時、ご入所者やご家族に対して説明を行い、その不安に対して適宜対応します。
- ③医師の診断を受け、多職種によるカンファレンスを開き、看取り介護計画を作成します。
- ④施設等において看取りに際して行いうる医療行為の選択肢、医師や医療機関との連携体制などについて説明し、「急変時や終末期における医療等に関する意思確認書」（36～37ページ）に基づき、ご入所者やご家族の意思を尊重して提供します。

(3) 施設整備

尊厳ある安らかな最期を迎えるため、かつ、ご家族の面会、付き添い等の協力体制を支援するために、個室または静養室の環境整備に努めます。

(4) 看取り介護の実施とその内容

① 看取り介護の記録等の整備

- 1) 看取り介護同意書
- 2) 医師の指示
- 3) 看取り介護計画書
- 4) 経過観察記録
- 5) 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の記録

② 看取り介護実施における職種ごとの主な役割

(管理者)

- 1) 看取り介護の総括管理
- 2) 看取り介護に生じる諸課題の総括責任

(医師)

- 1) 診断
- 2) ご入所者やご家族への説明と同意(インフォームドコンセント)
- 3) 健康管理
- 4) 夜間及び緊急時の対応と連携体制
- 5) 協力病院との連絡、調整
- 6) カンファレンスへの参加
- 7) 死亡確認
- 8) 死亡診断書等関係記録の記載

(看護職員)

- 1) 配置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) 職員への死生観教育と職員からの相談対応
- 4) 健康管理(状態観察と必要な処置、記録)
- 5) 疼痛緩和等、安楽の援助
- 6) 夜間及び緊急時の対応(オンコール体制)
- 7) 随時の家族への説明と不安への対応
- 8) カンファレンスへの参加
- 9) 死後の処置(エンゼルケア)

(生活相談員、介護支援専門員)

- 1) 継続的なご家族の支援(連絡、説明、相談、調整)
- 2) 多職種連携による看取り介護計画(ケアプラン)の作成
- 3) 看取り介護にあたり多職種協働のチームケアの連携強化
- 4) カンファレンスへの参加
- 5) 夜間及び緊急時のマニュアルの作成と周知徹底
- 6) 死後のケアとしてのご家族の支援と身辺整理

(栄養士)

- 1) ご入所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) カンファレンスへの参加
- 4) 必要に応じてご家族への食事提供

(介護職員)

- 1) 食事、排泄介助、清潔保持の提供
- 2) 身体的、精神的緩和ケアと安楽な体位の工夫
- 3) コミュニケーション(十分な意思疎通を図る)
- 4) 状態観察(適宜、容体の確認のための頻回な訪室)、経過記録の記載
- 5) 随時のご家族への説明と不安への対応
- 6) カンファレンスへの参加
- 7) 死後の処置(エンゼルケア)

③看取り期の介護体制

- 1) 必要に応じた特別勤務体制による対応
- 2) 緊急時におけるご家族連絡体制の確認
- 3) 自宅または病院搬送時の施設外サービス体制の整備及び確認

④看取り介護の実施内容

1) 栄養と水分

多職種で協力し、ご入所者の食事・水分摂取量、浮腫、尿量、排便量、体重等の確認を行うとともに、ご入所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ます。

2) 清潔

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ます。

その他、安楽提供のため、ご入所者やご家族の希望に沿うように努めます。

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等の援助及び医師の指示による疼痛緩和等の処置を適切に行います。

(精神面)

ご入所者やご家族が常に職員の思いやりや気配りが感じられるよう、頻回な訪室や声かけによるコミュニケーション、行き届いたケアを提供します。

4) 家族支援

身体状況の変化や介護内容については、定期的に医師等から説明を行い、ご家族の意向に沿った適切な対応を行います。継続的にご家族とコミュニケーションをとり、不安を傾聴する等精神的援助を行うほか、ご入所者やご家族からの求めに応じ、宗教的な関わりと援助を行います。

5) 死亡時の援助

医師による死亡確認後、エンゼルケアを行います。お別れやお見送りはご家族と可能な限り看取り介護に携わった全職員で行い、親しくしていた入所者等が立ち会うことも考慮します。死後の援助として、必要に応じてご家族の支援(葬儀の連絡・調整、遺留金品引き渡し、荷物の整理、相談対応等)を行います。

5 看取りに際して行いうる医療行為の選択肢の提示と意思確認

(1) 急変時や終末期における医療等に関する意思確認

配置医師や協力病院等と事前に協議した上で、「急変時や終末期における医療等に関する意思確認書」(36～37ページ)を作成し、ご入所者やご家族に説明、同意を得ます。

例えば、急変時や終末期における延命処置(心臓マッサージ、除細動(AED)、人工呼吸、輸血、点滴等)、食事を経口摂取できなくなった時の対応(経鼻経管栄養、胃ろう造設、IVH等)、病状が悪化した時の対応(救急搬送、入院治療等)があげられます。

意思の確認にあたっては、インフォームドコンセントを前提とし、ご入所者やご家族にわかりやすい資料を提供して十分な説明を行います。

(2) 施設において看取りに際して行い得る医療行為の選択肢

施設で提供する医療行為については、上記(1)の意思確認書に具体的な内容を明示し、ご入所者やご家族が十分に理解できるよう説明します。

6 医療機関や在宅への搬送の場合

(1) 医療機関への連絡

ご家族の同意を得て、医療機関にこれまでの経過を十分に説明し、経過観察記録等の必要書類を提示します。

(2) ご入所者やご家族への支援

継続的にご入所者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を行います。死後の援助として、必要に応じてご家族の支援(葬儀の連絡・調整、遺留金品引き渡し、荷物の整理、相談対応等)を行います。

(3) 医師や医療機関との連絡体制

医師や医療機関との連絡体制(夜間及び緊急時の対応を含む)については、別途マニュアルを定め、それに従って対応します。また、日頃から医師や医療機関との協力を努めます。

入所前にかかりつけの医師や医療機関等については、事前にご入所者やご家族に確認して、必要な連携を図ります。

7 ご逝去後のご家族への支援

(1) ご家族への支援

ご家族の心情や事情を考慮したうえで、職員が葬儀に参列したり、職員とともにお別れの時間を設けるなど、グリーフケア(ご家族の心理的支援)に努めます。

(2) 看取り介護の振り返り

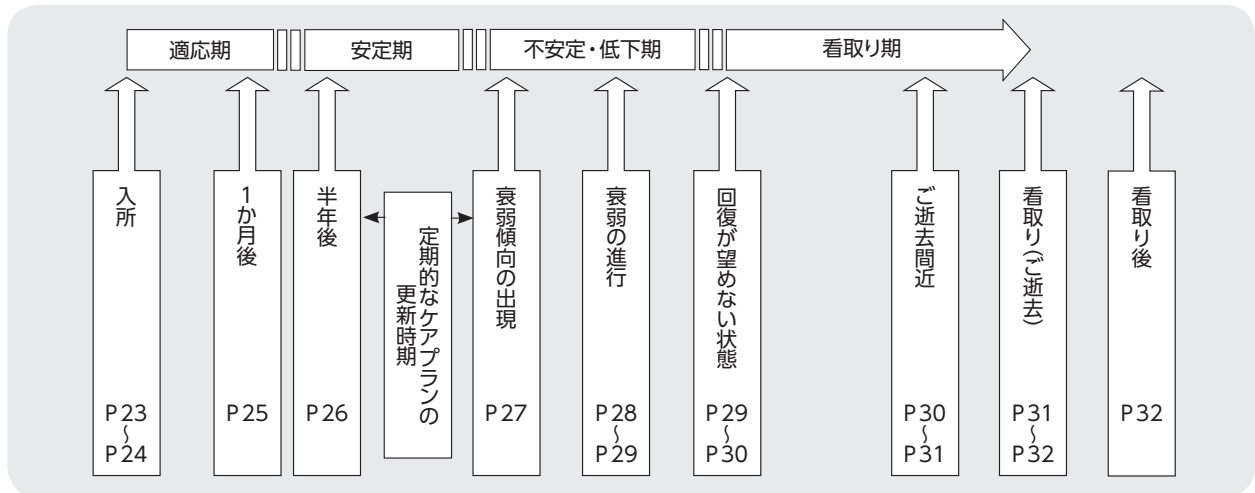
ご入所者やご家族が望んでいた看取り介護ができたかどうか、適切なケアができたかどうかなど、職員間で振り返りを行います。ご家族の心情や事情を考慮し、必要に応じてご家族にも参加していただきます。

4

看取り介護の流れ —入所から看取り後まで—

図 一般的な入所から看取りまでにたどる経過

※時期はめやすです



適応期(入所)

ねらい

- ・施設の理念や看取り介護指針の説明、施設で対応できる範囲と内容への理解促進
- ・終末期医療のあり方についての情報提供と死生観(自分らしく生き、自分らしい最期を迎えること)の醸成に向けたアプローチ

【使用する書類】

看取り介護指針(看取り介護で提供する各種書類を含む)/重要事項説明書/急変時や終末期における医療等に関する意思確認書

【説明・確認事項】

- ①特別養護老人ホームへの入所を機会に、入所後どのように暮らし、人生の最期をどのように迎えたいのか、やがて訪れる死について考える機会とし、必要な情報を提供する。
- ②ご入所者の意向や死生観について尊重する姿勢で聞き取る。
- ③今後の人生(入所後)の経過予測(安定・病状悪化・急性増悪・回復・衰弱・終末)を説明する。
- ④施設の医療提供体制を説明する。
- ⑤看取り介護指針を説明する。

【要点】【 】内の数字は23ページ【説明・確認事項】の各項目の数字に該当

★はご家族の状況を見ながら、看取り期までに少しずつ繰り返し説明する。

- ◎看取り介護指針(施設の看取りに関する基本的な考え方、体制、看取り介護で提供する各種書類とその使用方法等)を説明する。【③、④、⑤】
- ◎特別養護老人ホームでは、要介護度の高い人を中心に、多くの人が慢性疾患を抱えながら生活している。入所の時点では元気であっても、加齢や基礎疾患の進行などにより、いつ何が起ころうとも不思議ではない状況であるという事実を説明する。【①、③】
- ◎何か起こったときに慌てることのないよう、入所時から、急変時や終末期の対応について考えておく必要性を説明する。【①、②】
- ◎急変の可能性について理解を得たうえで、急性増悪した場合の対応について意向を確認する。【③】
- ◎医療や健康管理について、施設でできる範囲、病院等での受診が必要となる場合等、施設の医療提供体制を説明する。【④】
- ◎ご入所者の「死の迎え方」について、ご家族の間で気持ちや考えをまとめておくよう働きかける。【②】
- ◎入所後どのように暮らし、最期をどのように迎えたいのか考えることを提案する。【①、②】
- ★「自然死」と「延命治療」、「病院での治療」と「施設の暮らし」、暮らしの延長線上の死(安心できる居場所や人とのつながり、自分らしい暮らし)について説明し、理解度や考え方を探る。【①、②、③】
- ★施設でできる医療や健康管理の範囲、病院等での看取りとの違いについて、施設でのこれまでの事例や病院等と施設との環境の違い等を交え、具体的にイメージできるように説明する。【③、④、⑤】

【ワンポイントアドバイス】

- ◎入所時点での意向表明は決定事項ではない。意向はいつでも変更できることを伝える。定期的なコミュニケーションを約束する(例:「いつでも相談してください」「今は〇〇というお考えですね」)。
- ◎ご家族のうち誰まで意思確認するのか、同意が必要か、それともキーパーソンに一任なのか等、家族親族の関係を確認する。
- ◎ご入所者やご家族の死に対する考え方は異なる。まったく考えたことのない人に対して、死生観を無理に聞き出そうとすると抵抗感を示すこともある。まずは、「いつまでも元気でいられるわけではない」「急変が起こりうる」といった情報を伝える程度にとどめる。

適応期(1か月後)

ね
らい

- ・施設での生活に対するご入所者やご家族の希望・要望の把握
- ・ご入所者やご家族との日頃の関わりを通じた、終末期の迎え方の意向確認

【使用する書類】

看取り介護指針／急変時や終末期における医療等に関する意思確認書

【説明・確認事項】

- ①施設での暮らしに対する希望や要望を確認する。
- ②ご入所者の意向や死生観について尊重する姿勢で聞き取る。
- ③ご入所者の「死の迎え方」について、ご家族の気持ちや考えを確認する。
- ④施設の医療提供体制について再度説明する。
- ⑤急変時(急性増悪した場合)の対応と連絡方法を確認する。
- ⑥終末期の対応を確認する。

【要点】【 】内の数字は上記【説明・確認事項】の各項目の数字に該当

★はご家族の状況を見ながら、看取り期までに少しずつ繰り返し説明する。

- ◎入所後の心配ごとや困りごと、不明な点はないかなど、さらには、今後の施設生活での抱負や希望・要望等について十分に聞き取る。【①】
- ★看取り介護指針(施設の看取りに関する基本的な考え方、体制整備等)を説明する。【③、④、⑤、⑥】
- ★「自然死」と「延命治療」、「病院での治療」と「施設の暮らし」、暮らしの延長線上の死について説明し、尊厳ある死とはどのようなことかを考えてもらう。疑問にしていねいに答え、不安を軽減する。【②、③、④、⑤、⑥】

【ワンポイントアドバイス】

- ◎今回の意向確認は決定事項ではない。意向はいつでも変更できることを伝える。定期的なコミュニケーションを約束する。
- ◎施設での暮らしに慣れてくる時期である。ご入所者との関係性ができ、入所時には聞き出せなかったことを話してくれるようになることも多い。入所時に十分聞き出せていない内容について、再度ゆっくり時間をかけて確認していくようにする。また、ご入所者の新たな疑問点にもていねいに答える。

安定期(半年後・定期的なケアプランの更新時期)

ねい
さい

- ・一定の期間を過ごした施設での意識変化や今後の生活に対する希望等の把握
- ・ご入所者やご家族の意向を踏まえたうえでの中・長期的な目標設定とケアプランへの反映

【使用する書類】

看取り介護指針／急変時や終末期における医療等に関する意思確認書

【説明・確認事項】

- ①現在の健康状態や健康上の課題と目標、サービス内容について説明し、ご入所者やご家族の意向を確認する。
- ②どのような暮らしを望んでいるのか(どのように最期まで暮らしたいと思っているのか、何を大事にしてきたのか、どのような死生観を持っているのか)を確認する。
- ③急変時の対応と連絡方法を確認する。
- ④終末期の意向を確認する。
- ⑤普段から、親族を含めたご家族の「死」に関する考え方や意向についてコミュニケーションを図る。

【要点】【 】内の数字は上記【説明・確認事項】の各項目の数字に該当

★はご家族の状況を見ながら、看取り期までに少しずつ繰り返し説明する。

◎前回の意思確認書の内容に変化がないかを確認する。【①、②】

★看取り介護指針(施設の看取りに関する基本的な考え方、体制整備等)を説明する。【②、③、④、⑤】

★「自然死」と「延命治療」、「病院での治療」と「施設の暮らし」、暮らしの延長線上の死について説明し、尊厳ある死とはどのようなことかを考えてもらう。疑問に丁寧に答え、不安を軽減する。【③、④】

【ワンポイントアドバイス】

◎定期的に繰り返し意向を確認する。ご入所者やご家族から表出された意向を否定しない。ご入所者やご家族の思いは常に変化するものであることを理解する。

不安定・低下期(衰弱傾向の出現)

ねい
い

- ・今後の経過といずれ予想される状態についての説明及び情報提供
- ・施設で対応可能な医療提供と、ご入所者やご家族の希望する支援とのすり合わせ

【使用する書類】

看取り介護指針／急変時や終末期における医療等に関する意思確認書

【説明・確認事項】

- ①衰弱傾向等の状況を的確に伝える。
- ②医師との面談日程を調整のうえ、医師が病態を説明する。
- ③医師の説明の後、看護職員や生活相談員がフォローする。
- ④その後の経過予測(例：衰弱⇒さらに衰弱⇒看取り、あるいは、衰弱⇒回復・維持⇒衰弱⇒看取り)を説明する。
- ⑤ケアプランを変更する。
- ⑥嚥下機能の低下による食事内容の変更を検討する。

【要点】【 】内の数字は上記【説明・確認事項】の各項目の数字に該当

- ◎ご入所者の状態の変化については、日頃から多職種で共有し、ご家族にも情報を提供していく。【①】
例：食事が減っている、体重が減少傾向である、微熱が続く、時々高い熱が出る、排泄物の量・色・性状、浮腫、冷感、元気がない、活気がない、無気力、体力が落ちている、発語の減少、表情が乏しくなっている、傾眠傾向など
- ◎医師の所見をご家族と一緒に聞く。治療については有用性、副作用等を含め、わかりやすく説明する。その後、ご家族の理解を確認しながら、現在の状態とその対応について、受け入れやすいよう丁寧に説明し、ご家族の意向(検査、治療、延命等の積極的な医療をどこまで望むのか、ご本人に負担のかかる検査や積極的な医療は求めず、自然経過に任せるのか等)を再確認する。【②、③】
- ◎施設内でできることを説明する。体力的にも対症療法的な選択をせざるを得ない、多くの疾患を抱えながらの生活はいつ何が起きてもおかしくはない、特に衰弱傾向にあるときは、体調変化が起りやすく、入院加療が必要となる場合もあることを伝える。【③、④、⑤、⑥】

不安定・低下期(衰弱の進行)

ね
い

- ・今後の経過といずれ予想される状態についての説明及び情報提供
- ・施設で対応可能な医療提供と、ご入所者やご家族の希望する支援とのすり合わせ

【使用する書類】

看取り介護指針／急変時や終末期における医療等に関する意思確認書

【説明・確認事項】

- ①顕著な衰瘦、食事量の低下、体重減少、傾眠傾向であることをご家族に伝える。
- ②必要に応じて医師が病態を説明する。
- ③その後の経過予測(例：衰弱⇒さらに衰弱⇒看取り、あるいは、衰弱⇒回復・維持⇒衰弱⇒看取り)を説明する。
- ④どのような医療行為やケアを望んでいるかを確認する。
- ⑤引き続きご入所者のペースに合わせた生活支援を行っていくことの説明と、ご家族への協力を依頼する。
- ⑥ご家族へのこまめなご入所者の心身状況等の情報提供と情報共有を行う。

【要点】 【 】内の数字は上記【説明・確認事項】の各項目の数字に該当

- ◎食事量、尿量、体重の減少、元気・活気・意欲の低下、発語の減少、傾眠傾向など、客観的事実をご家族に伝える。【①】
- ◎医師にはあらかじめご入所者とご家族の関係性をはじめ、ご家族の特徴や医療面での意向などを伝えておく。【②】
- ◎医師の所見をご家族と一緒に聞く。その後、ご家族の理解を確認しながら、現在の状態とその対応について、受け入れやすいよう丁寧に説明し、ご家族の意向を再確認する。【③】
- ◎食べたい物、好きな物の持ち込みをご家族に依頼し、食べたい時間に食べたい物を提供していく。また、栄養士と連携して、食事形態を工夫する。【④、⑤】
- ◎ご入所者に好きな歌やなじみの香りを提供したり、季節の花を飾るなど、ご入所者やご家族の意向に沿って、その人らしい生活空間に配慮した療養環境をつくる。【④、⑤】
- ◎ご家族の心境の変化を見守る。【⑥】

【ワンポイントアドバイス】

- ◎家族間の意思決定の調整をキーパーソンに依頼し、必要に応じて支援する。
- ◎衰弱傾向が出現したら、すみやかに医師に診察を依頼し、ご入所者やご家族に病態を説明してもらい機会を設ける。
- ◎いかなる選択をされても否定せず、よく考えた上で出した結論であることをねぎらう。
- ◎苦痛緩和や二次感染、合併症の予防に努める。

看取り期(回復が望めない状態)

ねらい

- ・医師の診断と、想定される経過や状態についての具体的な説明
- ・詳細な日々の様子の報告と、ご入所者やご家族の受け止め方や気持ちの揺れなどへの対応
- ・施設で提供する環境やケアについての説明と、看取り介護への同意確認
- ・ご入所者やご家族が死を受容し、その人らしい最期を迎えられるよう援助する。

【使用する書類】

看取り介護指針／急変時や終末期における医療等に関する意思確認書／看取り介護計画書／看取り介護同意書／説明支援ツール

【説明・確認事項】

- ①医師から、「回復が望めない状態」であることを説明する。なるべく複数のご家族の同席を依頼し、看護職員と生活相談員、介護支援専門員が同席する。
- ②施設でできることの範囲や内容について説明する。
- ③終末期の対応の再確認する。
- ④看取り介護同意書について説明し同意を得る。
- ⑤看取り介護計画書について説明し同意を得る。
- ⑥時期を判断して、会わせておいたほうがいい人には早めに知らせて、ご入所者に会っていただくようご家族に伝える。

【要点】【 】内の数字は上記【説明・確認事項】の各項目の数字に該当

- ◎医師にはあらかじめご入所者やご家族の関係性をはじめ、ご家族の特徴や医療面での意向などを伝えておく。【①】
- ◎医師の所見をご家族と一緒に聞く。その後、ご家族の理解を確認しながら、現在の状態とその対応について、受け入れやすいよう丁寧に説明し、ご家族の意向を再確認する。【①】
- ◎看取り介護計画は多職種が協同して作成し、適宜、見直しを行う。【⑤】

【ワンポイントアドバイス】

- ◎食事や水分摂取量が低下してくることに對し、ご家族が過度な不安を抱かないように、自然な変化であることを伝える。
- ◎ご入居者やご家族が死を受容できるよう援助する。

看取り期(ご逝去間近)

ねい
い

- ・医師の診断と、想定される経過や状態についての具体的な説明
- ・詳細な日々の様子の報告と、ご入所者やご家族の受け止め方や気持ちの揺れなどへの対応
- ・施設で提供する環境やケアについての説明と、看取り介護への同意確認
- ・ご入所者やご家族が死を受容し、その人らしい最期が迎えらるよう援助する。

【使用する書類】

看取り介護指針／急変時や終末期における医療等に関する意思確認書／看取り介護計画書／看取り介護同意書／説明支援ツール

【説明・確認事項】

- ①説明支援ツールを活用し、入所者の状態等について情報提供を行う。
- ②ご逝去のときの連絡方法について確認する。
- ③ご逝去後の対応について確認する。
- ④最期に着せたい衣類があれば、ご家族に持参してもらうよう伝える。

【要点】 【 】内の数字は上記【説明・確認事項】の各項目の数字に該当

- ◎ご家族がいない時間のご入所者の状態、職員が実施したケアや声かけとその反応をこまめにご家族に伝えることで、ご家族の安心感につながる。【①】
- ◎どのようなタイミング(「立ち会い希望なので早めに」「息を引き取ってから」「夜中でも関係なく」「朝まで待ってから」など)で連絡するかを確認する。【②】
- ◎葬儀社は決まっているのか、亡くなったら自宅に戻るのか、施設に安置するのか、斎場に行くのか、施設でのお別れ会を希望するのか等を確認する。【③】

【ワンポイントアドバイス】

- ◎必要に応じてご入所者との別室等、落ち着いて話せる環境を整え、ご家族の揺らぐ気持ちに寄り添いながら意向にそった援助を行う。
- ◎ご家族の希望は変わることも多い。その都度こまめに聴き取り、対応することが、ご家族の安心と信頼につながる。
- ◎よいケアが提供されたことは、死別後の家族の悲嘆過程における心の支えになる。
- ◎聴力は最期まで残存するため、反応がなくてもご入所者に話しかけるようご家族に伝え、希望に応じて一緒にケアを行ったり、不安が強いご家族には面会の際に職員が同席する等、ご家族がご入所者に十分に关われるよう支援する。
- ◎施設は医師とご家族の橋渡し役を担う。
- ◎多職種で協力し、頻回にご入所者のベッドサイドを訪れ、コミュニケーションを図りながら、室温調整や換気、整理整頓など療養環境の整備や、安楽の援助等をこまめに行い、ご入所者やご家族の気持ちに寄り添う姿勢を大切にす。 (孤独感と苦痛の除去、心の安らぎの提供)
- ◎ご家族が面会された際にはできる限り訪室し、ご入所者やご家族に声をかけ、ご入所者の様子や行ったケア、ねぎらいと感謝の気持ちを伝える。

看取り(ご逝去)

ね
い

・ご家族のグリーフケア(心理的支援)と諸手続きの支援

【使用する書類】

死亡診断書(別途費用がかかります)

【説明・確認事項】

- ①医師から死亡診断を説明する。
- ②葬儀社の手配等、ご家族の相談に応じて支援する。
- ③安置場所を用意し、ご家族を案内する。
- ④医師の死亡診断後、死後の処置(エンゼルケア)を行うことを説明し、実施する。

【要点】 【 】内の数字は31ページ【説明・確認事項】の各項目の数字に該当

- ◎最期に悔いのないひとときが持てるよう、家族だけで過ごせる空間を準備する。【③】
- ◎ご家族の状況により、タイミングを見計らって死後の処置を行うことを説明し、ご家族が希望すれば清拭や化粧を一緒に実施する。【④】

【ワンポイントアドバイス】

- ◎ご家族の捉え方、気持ちの変化を見守り、支える。
- ◎ご家族にねぎらいと感謝の気持ちを伝える。

看取り後

ねが
い

・ご家族のグリーフケア(心理的支援)と諸手続きの支援

【使用する書類】

看取り介護指針

【説明・確認事項】

- ①必要に応じてご家族から、ご入所者や施設の看取り介護に対する思いを聞き取る。

【要点】 【 】内の数字は上記【説明・確認事項】の各項目の数字に該当

- ◎ご家族の死に対する受け止めや悲嘆過程を確認する。【①】
- ◎ご家族の心情や事情に留意し、ご入所者やご家族の意向に沿った看取り介護が提供できていたかを振り返る。【①】

【ワンポイントアドバイス】

- ◎ご家族の心情や事情を考慮したうえで、職員が葬儀に参列したり、職員とともにお別れの時間を設けるなど、ご家族のグリーフケア(心理的支援)に努める。
- ◎看取り後の振り返りを行い、実施した看取り介護について検証し、学びやスタッフの苦悩などを共有し、今後に活かす。

例：看取り介護の開始時期、ご入所者やご家族への対応、医師や生活相談員などの説明の仕方、看取り介護計画、ご家族の協力体制や職員との信頼関係、ご入所者の苦痛への対処や尊厳の保持、安楽や安らぎの提供

- ◎適宜、看取り介護指針や施設の看取り介護の体制を適切に見直す。

5 職員研修

(1) 職員研修の目的

特別養護老人ホームにおける看取り介護の理念を共有するとともに、自施設での体制構築に向けた死生観や看取り介護に必要な知識と体制についての研修を実施します。

(2) 職員研修の内容

施設内で研修を企画して実施する他、必要に応じて外部講師による研修会や外部団体が主催する研修・セミナー等への参加も行います。

また、看取り後には、実施した看取り介護の振り返りを行い、ご入所者やご家族への説明、身体的・精神的援助、医療的ケア、看取り期の対応等は適切であったか、検証・評価します。

- ①看取り介護の理念
- ②死生観教育
- ③看取り期に起こりうる身体的・精神的変化への対応
- ④夜間及び緊急時への対応(マニュアルの周知)
- ⑤チームケアの充実
- ⑥ご家族への支援のあり方
- ⑦実施した看取り介護の振り返り(検証と評価)

(3) 振り返りやフォロー

職員においては、必ずしも人の死に関わった経験が豊富な者ばかりではなく、施設管理者は入所者の死を看取る職員の精神的負担への配慮も必要です。

入所者の終末期には、職員自身も張りつめた状態になることが多く、カンファレンス等でどう感じたかを職員同士で話し合うことは、気持ちの整理をつける機会となることから、以下のような振り返りやフォローを行います。

- ①たとえ悔やまれるような状況であっても、実施した看取り介護の振り返りを行うことで、次の看取り介護に活かせるよう動機づけする。
- ②職員に対する個別面接を行い、精神的負担の把握と支援の機会とする。
- ③ケースカンファレンスを行い、個々の感情を表出する場をつくる。
- ④必要に応じて、メンタルケアの専門職にアドバイスを受ける。

6

地域への働きかけ

(1) 家族会等での報告会

入所時に、施設としての看取り介護の方針について説明していても、その段階では、ご入所者やご家族が具体的な看取り介護のイメージを持つことができていないとは限りません。したがって、時間をかけてご入所者やご家族に、施設での看取り介護の具体的な内容について知ってもらうことは、その後の看取り介護の円滑な実施に向けて、非常に重要な取り組みとなります。

そこで、家族会等で看取り介護に関する報告会を開催し、施設での看取り介護の実例について伝えていくことは、具体的なイメージをもとにご家族に看取りについて考えてもらうためのきっかけとなります。

(2) 地域への啓発活動

地域包括ケアシステムの構築が推進されていくなか、「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続ける」ことに対する地域住民の関心・ニーズは高まっています。

そこで、病院において死を迎えるだけでなく、自宅や施設での看取りが可能であること、そしてその具体的な内容について、地域住民にも広く啓発していくことが必要です。そのためには、上記の家族会等への報告会に地域住民を招いたり、施設主催の地域住民向けの勉強会を開催したりすることが考えられます。

また、施設には地域住民の意見を参考に、施設の看取り介護を見直し、よりよいケアが提供できるよう不断の努力が求められています。



© dw1 - Fotolia.com

7

看取り介護に必要な書類・書式の例

本書が提案する書式は、法令等により規定されたものではありません。各施設におかれては、本書を参考にしつつ、施設管理者を中心に、医師、看護職員、生活相談員、介護支援専門員等が共同、かつ協力病院等と調整して、各施設の実情を踏まえた書類を作成してください。

また、本書が提案する書式に限らず、ご入所者やご家族の理解を助けるため、適宜、必要な説明資料を作成し、説明支援ツールとして活用してください。

急変時や終末期における医療等に関する意思確認書 36-37

看取り介護同意書 38-39

看取り介護計画書 40-41

その他の説明支援ツール

・看取り期の説明資料 42-43

・日々の様子を共有するための記録様式 44-45

急変時や終末期における医療等に関する意思確認書

予想された疾患（医師の診断をすでに受けている疾患）が進行したときや、高齢者に高確率で突発的に起こりうる心不全や呼吸不全、脳卒中等で生命の危機に陥ったときに、ご入所者に意思確認ができる状態ではなく、ご家族にも連絡がつかない場合に、治療行為をどこまで希望されるのか本人の意思を事前に確認しておくための書類です。救急搬送をする際に、救急隊員や搬送先の医師にご入所者やご家族の意向を施設職員が代わりに伝えるための確認書類となります。

原則的には、医学的知見に基づき、回復の見込みがないと医師が診断したとき等、実際に治療行為の選択を検討しなければならないときには、改めて意思の確認を行います。

※ご入所者やご家族には希望する内容が変わったら、変更を申し出てもらうよう説明します。

参考

(作成例)

急変時や終末期における医療等に関する意思確認書

私は、特別養護老人ホーム（施設名）において、一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと医師が診断した場合、治療（対応）について次のとおり希望します。
なお、意思確認書はいつでも変更、または、撤回できるものとします。

記

(※以下は施設で対応可能な医療行為について具体的な内容を列記します。)

例 ①食事が口から摂れなくなった時の対応について

・経鼻経管栄養	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
・胃ろう造設	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
・IVH（中心静脈栄養）	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない

②病状が悪化した時の対応について

・救急搬送	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
・入院治療	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない

以上

特別養護老人ホーム
施設長 殿

平成 年 月 日

入所者 氏名
身元引受人 住所
(契約者) 氏名

住所
氏名

住所
氏名

住所
氏名

記入のポイント

◎記入例のほかにも必要に応じて

- ・急変時における延命処置についての希望の有無
- ・献体等（献体、アイバンク、臓器提供意思カード等）の登録の有無
- などを記載します。

◎確認する医療行為の項目については、各施設において医師等と相談の上、作成します。

希望は変わることがあるので、意向の確認は定期的に更新し、日付も最新のものに更新するとよいでしょう。

身元引受人は、キーパーソンなどご家族の代表者の氏名を記入します。

【急変時・延命処置とは】

急変時とは、以下のような状態を指します。

- ①意識がなく、声かけや刺激に対しても反応がない状態、また著しく鈍い状態
- ②呼吸がない。
- ③体温、血圧、脈拍などのバイタルサインが異常値を示している。
- ④多量の嘔吐、吐血、下血

延命処置とは、以下のような処置を指します。

- ①心臓マッサージ、除細動(AED)：胸骨圧迫や電気的刺激により心臓や肺の機能を蘇生・維持すること
- ②人工呼吸(マスク・挿管)：自力での呼吸が困難な場合に、口や鼻からマスクあるいは気管内に管を通して、酸素の補給や呼吸の補助をすること
- ③輸血：多量の出血があった場合や体内での血液造成過程に問題がある場合に、自分のものでない血液を補うこと
- ④点滴(昇圧剤の使用)：血圧が低いときに、血圧を上げる薬を使うこと

※必要に応じて説明資料を提供する等、ご入所者やご家族にもわかりやすい説明に努めます。

(作成例)

急変時や終末期における医療等に関する意思確認書

私は、特別養護老人ホーム（施設名）において、一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと医師が診断した場合、治療（対応）について次のとおり希望します。
なお、意思確認書はいつでも変更、または、撤回できるものとします。

記

(※以下は施設で対応可能な医療行為について具体的な内容を列記します。)

例 ①食事が口から摂れなくなった時の対応について

- | | | |
|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
| ・経鼻経管栄養 | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない |
| ・胃ろう造設 | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない |
| ・IVH（中心静脈栄養） | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない |

②病状が悪化した時の対応について

- | | | |
|-------|-------------------------------|--------------------------------|
| ・救急搬送 | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない |
| ・入院治療 | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない |

以上

特別養護老人ホーム

施設長 殿

平成 年 月 日

入所者 氏名

印

身元引受人 住所

(契約者) 氏名

印(続柄)

(その他の家族) 住所

氏名

印(続柄)

住所

氏名

印(続柄)

看取り介護同意書

医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した時点で交わす書類です。その後に予想される身体的変化や施設での対応について施設側が説明し、ご入所者やご家族が確認・同意したことを示します。

※施設での看取り介護を開始した後に、病院への受診または在宅にて過ごすことを希望されるなど意向に変更があった場合は、可能な限り、ご入所者やご家族の意向を尊重して対応します。

参考

(作成例)

看取り介護についての同意書

私は、(入所者氏名)の看取り介護について、医師の診断と特別養護老人ホーム(施設名)の看取り介護指針に基づく対応について説明を受け、私どもの意向に沿ったものであり、下記の内容を確認し同意いたします。

記

(※以下は本人・家族と医師・スタッフによって、同意された具体的な内容を列記します。)

例 ①平成 年 月 日をもって、医療機関での治療等、ご本人に苦痛を伴う処置及び延命治療は行いません。また、危篤な状態に陥った場合でも病院への搬送は希望しておらず、当施設にて最期を看取ります。

②ご本人の意思及び人格を尊重し、身体的、精神的援助を行います。

③医師への相談及び指示を仰ぎながら、可能な限り苦痛や痛みを和らげる方法で、看取り介護を行います。

④ご本人ご家族の希望に添った対応に心がけ、情報の提供と共有に努めます。

但し、ご本人ご家族の希望、意向に変化があった場合は、その都度対応を見直すとともに意向に従い援助させていただきます。

以上

特別養護老人ホーム
施設長 殿

平成 年 月 日

入所者 氏名 印

身元引受人 住所
(契約者) 氏名 印(続柄)

(その他の家族) 住所
氏名 印(続柄)

住所
氏名 印(続柄)

説明医師 医療機関名
氏名 印

施設立会人 職種
氏名 印

記入のポイント

看取り介護指針に加えて、必要に応じて看取り介護計画書についての確認・同意を盛り込みましょう。

(作成例)

看取り介護についての同意書

私は、（入所者氏名）の看取り介護について、医師の診断と特別養護老人ホーム（施設名）の看取り介護指針に基づく対応について説明を受け、私どもの意向に沿ったものであり、下記の内容を確認し同意いたします。

記

（※以下は本人・家族と医師・スタッフによって、同意された具体的な内容を列記します。）

- 例 ①平成 年 月 日をもって、医療機関での治療等、ご本人に苦痛を伴う処置及び延命治療は行いません。また、危篤な状態に陥った場合でも病院への搬送は希望しておらず、当施設にて最期を看取ります。
- ②ご本人の意思及び人格を尊重し、身体的、精神的援助を行います。
- ③医師への相談及び指示を仰ぎながら、可能な限り苦痛や痛みを和らげる方法で、看取り介護を行います。
- ④ご本人ご家族の希望に添った対応に心がけ、情報の提供と共有に努めます。
- 但し、ご本人ご家族の希望、意向に変化があった場合は、その都度対応を見直すとともに意向に従い援助させていただきます。

以上

特別養護老人ホーム

施設長 殿

平成 年 月 日

入所者 氏 名

印

身元引受人 住 所

(契約者) 氏 名

印 (続柄)

(その他の家族) 住 所

氏 名

印 (続柄)

住 所

氏 名

印 (続柄)

説明医師 医療機関名

氏 名

印

施設立会人 職 種

氏 名

印

看取り介護計画書

看取りに向けたケアカンファレンスを開催し、ご入所者やご家族、職員等の意思の統一を図るための書類です。可能な限り、ご入所者やご家族の意向を踏まえ、多職種連携によるケア実施上の重点事項を中心に介護計画を策定します。

記入のポイント

ケアプランを看取り介護計画書として活用する場合、「看取り介護計画書」であることがわかるよう、ケアプランの右上に明記(押印)するとよいでしょう。

(作成例)

看取り介護計画書

施設介護サービス計画書(1) 作成年月日 平成〇年〇月〇日

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

入所者氏名 _____ 様 生年月日 _____ 住所 _____

施設サービス計画作成者氏名及び職種 _____ (介護支援専門員)

施設サービス計画作成介護保険施設名及び所在地 _____

施設サービス計画作成(変更)日 _____ 平成〇年〇月〇日 初回施設サービス計画作成日 _____

認定日 _____ 平成〇年〇月〇日 認定の有効期間 _____ 平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日

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: _____)
入所者及び家族の生活に対する意向	ご家族としては、入院はしないで最期まで施設での看取り介護を希望される。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	状態の改善が考えにくいいため認定有効期間24か月とする。
総合的な援助の方針	老衰にて、家族(長男夫婦、三女氏)立会いにて〇〇病院(医師)による病状説明を踏まえ、看取り介護を実施致します。(看取り介護指針に沿って実施) 静かな環境で、24時間体制にてバイタルチェック・状態観察を行います。又、医療機関と連携を図り、医師の指示のもと、看取り介護を行っていきます。情報の共有、多職種協働により統一したケアを実施すると共に、無理なく食べられる分だけの食事摂取・口腔ケア・脱水の予防・褥瘡予防・身体の保清に努めます。御家族の意向を確認しながら安心して頂けるケアに努めます。

記入のポイント

ケアプランを看取り介護計画書として活用する場合、「看取り介護計画書」であることがわかるよう、ケアプランの右上に明記(押印)するとよいでしょう。

(作成例)

看取り介護計画書

施設介護サービス計画書(2) 作成年月日 平成〇年〇月〇日

入所者氏名 _____ 様

生活全般の 解決すべき課題(ニーズ)	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	頻度	期間
老衰の為、入院はしないで施設での看取り介護を希望される。	施設での看取り介護ができる。	H〇 〇/〇~	状態観察を行う。	H〇 〇/〇~	バイタルチェック、呼吸状態・SpO ₂ の確認、意識レベル・チアノーゼの有無の確認を行い、状態の観察を行う。	看護職・介護職	随時	H〇 〇/〇~
					顔色、口唇色・爪甲色のチアノーゼの有無に注意する。	看護職・介護職	随時	H〇 〇/〇~
					全身の浮腫の部位と程度の観察を行う。	看護職・介護職	毎日	H〇 〇/〇~
				自尿の有無の観察、排尿、排便の確認、色、性状、尿量のチェックを行う。	看護職・介護職	毎日	H〇 〇/〇~	
	無理なく食べられる分だけ食べて頂く。	H〇 〇/〇~	安全に無理なく食べて頂く。	H〇 〇/〇~	経口摂取にて主食：全粥、副食：極キザミ、水分：乳酸菌飲料を提供する。	管理栄養士・調理・看護職・介護職	毎食時	H〇 〇/〇~
					声かけしながら食事を促し、飲み込みを確認しながら食事介助を行う。(全介助)	管理栄養士・調理・看護職・介護職	毎食時	H〇 〇/〇~
					水分にはトロミをつけ、ムセ込みを防ぐ。※ムセ込みがある時はすぐに中止し、無理なく摂取して頂く。	管理栄養士・調理・看護職・介護職	毎食時、水分補給時	H〇 〇/〇~
内服薬、服用できる範囲で提供する。					看護職・介護職	毎食時	H〇 〇/〇~	
		口腔内の清潔保持に努める。	H〇 〇/〇~	毎食前後、口腔粘膜洗浄ブラシ、スポンジブラシ、歯間ブラシを使用し、口腔内を清潔にする。※必要時、マニュアルに沿って吸引施行	歯科衛生士・管理栄養士・看護職・介護職	随時	H〇 〇/〇~	

1 / 2ページ

施設サービス計画書について説明を受け、内容に同意しました。
 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 入所者(代理人)氏名 _____ 印

看取り介護計画書

施設介護サービス計画書(2) 作成年月日 平成〇年〇月〇日

入所者氏名 _____ 様

生活全般の 解決すべき課題(ニーズ)	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	頻度	期間
情報の共有及び多職種協働による統一したケアの実施を図る。	情報の共有及び多職種協働による統一したケアが出来る。	H〇 〇/〇~	褥瘡の予防に努める。	H〇 〇/〇~	エアーマット・体交枕・クッションを活用し、2時間毎に安楽な体位を確保し静かな環境づくりを行う。	介護職・機能訓練指導員	随時及び定時	H〇 〇/〇~
			身体の保清に努める。	H〇 〇/〇~	入浴予定日の火、金曜日に、ドライシャンプー、全身清拭、着衣交換を行い、皮膚の観察を行う。	介護職	随時及び火・金曜日	H〇 〇/〇~
			ご家族様の意向を確認しながら、安心してもらえるケアを行う。	H〇 〇/〇~	協力病院と連携を図ると共に、御家族様への精神面での援助を行う。	御家族・医師・看護職・介護職・生活相談員・管理栄養士	随時	H〇 〇/〇~
		穏やかに安心して家族と過ごしていただく。	H〇 〇/〇~	定期的に情報報告や介護内容の説明を行い、御家族様の希望や意向を確認していく。	御家族・医師・看護職・介護職・生活相談員・管理栄養士	週1回	H〇 〇/〇~	
				家族や職員との交流の時間をもち穏やかにゆっくり過ごしていただく。	多職種	随時	H〇 〇/〇~	
				見守り、状態観察や声掛けを実施し、安心できる環境づくりを行う。	多職種	随時	H〇 〇/〇~	

2 / 2ページ

看取り期の説明資料

看取りの時期に入ると、ご入所者の身体機能の低下に伴い、さまざまな状態変化が現れてきます。その経過や傾向等についてご家族等にわかりやすく説明するための資料です。また、ご家族等でも実施可能な援助やケアの内容を提案することによって、ご家族自身も看取り介護に関わっていただき、ご入所者が亡くなることについての心の準備につなげるとともに、不安や迷いを解消することができます。ご入所者個々人に差があることや、ご家族の心の揺れに臨機応変に対応することを基本に、あくまでも参考資料として活用しましょう。

(作成例)

看取りの経過

1週間前ごろからの変化

- ①だんだんと眠っている時間が長くなっていきます。
- ②夢と現実を行ったり来たりするような状態になることがあります。目を覚ましているときに、できること、話しておきたいことは先送りせず、伝えておくようにします。



声をかけても目を覚ますことが少なくなる。

2日前ごろからの変化

- ①声をかけても目を覚ますことが少なくなります。
- ②眠気があることで、苦痛がやわらげられていることが多くなります。



喉元でゴロゴロという音がすることがある。

その他よくある変化

- ①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します。
- ②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ります。
- ③喉元でゴロゴロという音がすることがあります。
- ④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。
- ⑤手足の先が冷たく青ざめ、脈が弱くなります。



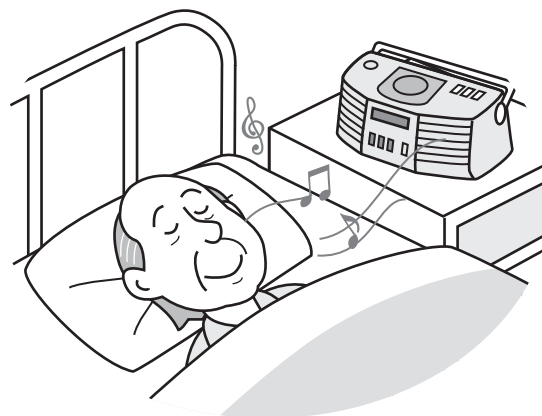
呼吸のリズムが不規則になったり、息をすると同時に肩や顎が動くようになる。

看取り期の援助

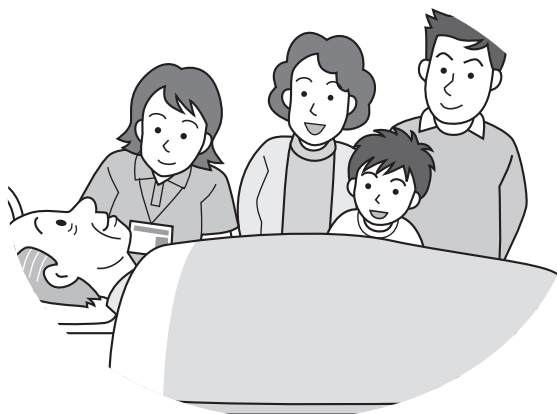
- ①食欲低下の場合、ご入所者の嗜好に合わせます。
- ②経口摂取(飲水・食事)ができなくなったら、無理な介助はせず、可能な限り時間をかけ、ご入所者の希望に沿う援助を行います。
- ③スキンシップ、コミュニケーションによる継続的な見守りをします。
- ④室温、採光、換気を調整し、ベッドサイドの清潔保持に配慮します。
- ⑤医師と相談して過剰な処置は行いません。
- ⑥苦痛の表情にはマッサージ、体位変換など適切に対応します。また、医師と相談し、痛みや不快な症状、不安の軽減等、つらさが少ないように症状をやわらげるサポート(緩和ケア)を行います。
- ⑦手足の保温に努め、可能な限り入浴も行います。
- ⑧ご入所者の負担を軽減するために、可能な限り複数で清拭、更衣、排泄介助を行います。



手足をやさしくマッサージする。



お気に入りの音楽を流す。



いつものようにお話をする。



唇を水や好きな飲料などでやさしくしめらせる。

引用：OPTIM(緩和ケア普及のための地域プロジェクト)ホームページを一部改変

日々の様子を共有するための記録様式

ご入所者の状態や、職員が実施したケアや声かけとその反応をご家族にこまめに伝えるためのツールです。ご家族に対しツールの活用方法について説明し、ベッドサイドに置いて共有します。職員やご家族からのメッセージ欄を設けるなど、施設とご家族との円滑なコミュニケーションの促進に役立てます。

ツールの作成にあたっては、自施設で使用している介護記録等を活用することも可能ですが、ご家族等にわかりやすい内容となるよう配慮します。

なお、本ツールはご家族とのコミュニケーションの補助として活用するものであり、基本的には、ご家族が面会された際にはできる限り声をかけ、ご入所者の様子や実施したケア等を説明するとともに、ねぎらいと感謝の気持ちを伝えるようにします。

記入のポイント

- ◎看取り期は十分な食事や水分摂取ができないことがあるので、「水分」「食事」の欄は設けず「ご本人の様子」等の自由記述欄に記録するなど、記載項目はご入所者の状況や施設の工夫に応じて柔軟に変更しましょう。
- ◎こまめに記録をすることは、ご家族の安心につながります。

(作成例)

様 月 日 () の経過とケア記録

時間	排泄	体位変換	口腔ケア 吸引	離床	水分	食事	ご本人の様子 (バイタルサイン)	サイン
:								
:								
:								
:								
:								
:								
:								
:								
:								
:								
:								
:								
:								
:								

ケアプラン

医師・看護職員から

ご家族様から

8

参考資料 解釈通知、関連通知

平成24年8月31日付医政発0831第1号「医師法第20条ただし書の適切な運用について」

<http://www.zenhokan.or.jp/pdf/new/tuuti130.pdf>

平成26年3月28日付保医発0328第2号「「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」の一部改正について」

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000042739.pdf>

9

参考資料 他団体・学会等の提言、情報等

一般社団法人日本老年医学会

高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン～人工的水分・栄養補給の導入を中心として～(平成24年6月)

<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/guideline.html>

一般社団法人日本透析医学会

維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言(平成26年)

<http://www.jsdt.or.jp/jsdt/1637.html>

厚生労働省

介護報酬

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/housyu/index.html

平成27年度介護報酬改定について

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080101.html>

社会保障審議会(介護給付費分科会)

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-hosho.html?tid=126698>

患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療提供体制について

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saisyuu_iryuu/index.html

人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000078981.pdf>

人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン解説編

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000078982.pdf>

国立研究開発法人国立長寿医療センター在宅連携医療部

人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修会(モデル事業)資料

http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/eol/kensyu/2014leader01_doc.html

看取り介護指針・ 説明支援ツール

【平成27年度介護報酬改定対応版】

平成27年3月

発行 公益社団法人全国老人福祉施設協議会
〒102-0093
東京都千代田区平河町2-7-1 塩崎ビル7階
TEL：03-5211-7700 FAX：03-5211-7705
mail：js.jimukyoku@roushikyo.or.jp
URL：http://www.roushikyo.or.jp/

Printed in Japan



無断複製・転載・引用を禁ず

特別養護老人ホームにおける看取りの推進と医療連携のあり方調査研究事業 報告書
平成26年度 老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）事業

平成27年3月

発行 公益社団法人 全国老人福祉施設協議会／老施協総研
〒102-0093 東京都千代田区平河町2-7-1 塩崎ビル7F
TEL 03-5211-7700／FAX 03-5211-7705
URL : <http://www.roushikyo.or.jp>
E-mail : js.jimukyoku@roushikyo.or.jp

特別養護老人ホームにおける看取りの推進と
医療連携のあり方調査研究事業

報告書