

独立行政法人福祉医療機構社会福祉振興助成事業

終末期にある者とその家族支援に関する事業 活動報告書



～いきいきと生きて逝くために～

平成 26 年 3 月

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

はじめに

本会は、国民健康保険直営診療施設（病院・診療所）（略称「国保直診」）を会員とし、保健・医療・介護・福祉の連携、統合を図る地域包括ケアシステムの構築を目指し、会員相互の研鑽、地域保健・医療の確保、国保直診の機能の充実強化を図るための事業を実施し、地域住民の健康、福祉の増進を進めている団体であります。

また、国保直診は、国民健康保険法の理念に基づき、市町村（保険者）によって設置されたものでありますが、その多くは、へき地や離島など保健・医療・介護・福祉資源の希薄な地域に設置され、地域住民の医療の確保とともに、保健・介護・福祉の向上に大きな役割を果たしてきました。

わが国の社会保障のあり方については、医療費などの社会保障費が急膨張するなか、約800万人もの団塊世代が後期高齢者（75歳以上）に達することから、医療や介護の提供体制の抜本的な見直し迫られ、「2025年問題」として取り上げられています。

これは団塊の世代が後期高齢者となることで、都市部を中心に要介護者の急増、2025年には現在の1.5倍の年間155万人が亡くなる時代が予想され、高齢者のターミナルケアは無くてならぬ大きな課題となっています。

我々、国保直診が設置される地域においては、都市部と比べ「少子高齢化」、「人口減少」が進んでおり、既にその対応が迫られ、地域包括ケアシステム的一端として、在宅・施設で看取りが提供できる体制の構築を進めてきました。

「終末期医療・ケア」を推進するうえで、地域住民の方々が、人生の最期をどこで安らかに迎えるか、いかに悔いを残さないで人生の幕引きを行うか、「生老病死」という、生まれること、老いること、病気になること、死ぬことの4つの苦しみを表す仏教の死生観になぞらえ、だからこそ健康で楽しい人生をおくることの大切さの意味を再認識していただくことが必要と思われます。また、我々医療者や介護者は、ご本人、ご家族にとって満足のいく看取りができるかどうか、そのために、ご本人、ご家族のニーズをとらえ、信頼関係を築き、協同してケアにあたることが求められております。

本事業では、三つの地域と連携して事業を展開しましたが、いずれの地域においても、「看取りに関する理解度が高まった（看取り文化が醸成された）」等の活動結果が得られました。ぜひ、本活動報告書を一読いただき、「終末期医療・ケア」に関する取り組みが、多くの地域に広がりを見せていくことを期待しております。

最後に、本事業実施にご協力頂いた国保直診及び関係者に深く感謝するとともに、この事業を推進するにあたり、阿波谷敏英先生をはじめとした実行委員会の方々のご努力に深く感謝の意を表します。

平成26年3月

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会
会長 青沼 孝徳

終末期にある者とその家族支援に関する事業

活動報告書

目次

はじめに

第1章 事業の背景、概要	5
1-1 事業の目的	5
1-2 事業の概要	5
1-3 実行委員会看取りケアの手引き作成班	6
1-4 地域活動（連携団体）の取り組み	8
第2章 事業で作成・使用したツールの紹介	15
2-1 住民向け啓発活動用ツール	15
2-1-1 一般住民向け講演用パワーポイント	16
2-1-2 「いきいきと生きて逝くためにー自分の最期を考えることー」 （国診協版「生きて逝くノート」）	16
2-2 「生きて逝くシート」	17
2-3 看取りに関する手引き	18
2-3-1 在宅版（在宅での看取りに関する手引き）	18
2-3-2 病院版（病院での看取りに関する手引き）	19
2-3-3 施設版（施設での看取りに関する手引き）	20
第3章 各種ツールの使用の実際	22
3-1 一般住民向け講演会	22
3-2 スタッフ研修及びケアカンファレンス	24
第4章 事業実施アンケート	30
4-1 一般住民向け講演会	30
4-2 スタッフ研修	31
4-3 関係者意識調査	32
4-4 ヒアリング及び現地スタッフとの意見交換	33
第5章 まとめ	34

資料編

- ①一般住民向け講演用パワーポイント（抜粋）
- ②「いきいきと生きて逝くために－自分の最期を考えること－（国診協版「生きて逝くノート」）
- ③「生きて逝くノート」（家族編）
- ④「生きて逝くシート」
- ⑤在宅での看取りに関する手引き
- ⑥病院での看取りに関する手引き
- ⑦施設での看取りに関する手引き
- ⑧講演会参加者・研修会参加者アンケート調査
- ⑨関係者意識調査
- ⑩ヒアリング及び現地スタッフとの意見交換の内容

（資料編の掲載にあたって）

本会では、「生きて逝くノート」は、当初、「本人編」と「家族編」で作成しておりましたが、事業実施において、「生きて逝くノート」を住民向け講演会で活用しながら意識啓発を行うこととしたため、本人編は、啓発用のパンフレットとともに「いきいきと生きて逝くために－自分の最期を考えること－」（国診協版「生きて逝くノート」）として改編しました。

また、家族編は、事業の支援活動内で一部の対象者で活用しましたが、支援対象者及び家族の状態等を考慮し、家族の意思確認等は「生きて逝くシート」（カンファレンス記録）等を活用（運用）したことから、本報告書では、参考ツールとして掲載させていただきます。

第1章 事業の背景、概要

1-1 事業の背景・目的

多くの人が、最期まで自宅などの慣れ親しんだ環境で過ごしたいと願っています。国の調査では、一般国民の6割が終末期においても自宅で療養することを望んでいます。（平成22年12月「終末期医療のあり方に関する懇談会」報告書）しかし、現実には、「家族への負担」、「急変した時の対応への不安」等により、最期まで療養することは困難であると感じている方も少なくありません。人口動態統計（平成22年）では、医療機関で亡くなる方が80.3%と最も多く、自宅で亡くなる方は12.6%にとどまっています。また、特別養護老人ホーム、老人保健施設で亡くなる方も、それぞれ3.5%、1.3%と年々増加傾向にあります。今後、高齢者人口の増加に伴い、亡くなる方の増加が予想され、終末期のあり方は重要な課題となっています。

これらのことから、生活の場に近いコミュニティにおいて「療養場所を問わず、終末期を支える体制づくり」、「患者・入所者、家族への相談体制の充実」などが大切です。

この事業では、地域住民に終末期についての意識啓発、医療従事者・施設職員の研修活動をおこない、在宅、医療機関、介護施設など、どのような場においても穏やかな終末期を迎える地域づくりを目指しました。

事業主体である公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会（以下、略称「国診協」という）は、会員施設の多くが、都市部に先だって高齢化が進んでいる中山間地域にあります。また、行政と一体となって地域包括医療・ケアを積極的に推進してきました。限られた社会資源との連携や協同の中でおこなう本事業のノウハウは、他地域への発展が期待できます。

1-2 事業の概要

各連携団体（全国3地域）において、次の3つの取り組みをおこないました。

- 1 終末期に関する住民への意識啓発
- 2 医療従事者・施設職員の研修（施設における終末期体制整備）
- 3 終末期在宅療養患者及びその家族を支援する体制の整備

各連携団体では、地域内での医療機関、福祉施設、行政などと連携体制を構築し、地域性・既存事業を確認しつつ事業を実施しました。住民への意識啓発としては、エンディングノートである「生きて逝くノート」の使用方法を説明しながら、終末期のあり方に関心を持ってもらう講演を各地で実施しました。医療従事者・職員研修としては、住民とともに講演会への参加、現地での意識調査・意見交換、病院・施設での終末期ケアの手引き作成をおこないました。また、在宅療養患者及び家族を支援するために、「生きて逝くシート」など各種ツールを作成し、実際に連携団体で使用してもらい、より充実したものに改善しました。講演用パワーポイント、各種パンフレット、手引き、等は成果物としてホームページで公開し、どなたでもご利用いただけるようにしています。

1-3 実行委員会・看取りケアの手引き作成班

(1) 実行委員会及び各種ツールを作成する作成班の設置

本事業実施にあたっては、各連携団体から、講演会の実施にあたっての講師派遣（看取りを地域で根ざすための内容）及び地域で看取りに関する普及活動を行うための教材（パンフレット等）の支援、また、看取りケアに関する支援実施における助言・指導についての要望があったことから、国診協内に「実行委員会」並びに「看取りケアの手引き作成班」を設置し、各連携団体と事業を円滑に取り組むための体制を整備し、さらには、各地域で実践するツールの検討及び提供を行いました。

なお、各種ツールの作成にあたっては、連携団体におけるニーズをもとに検討を行いました。また、本事業終了後も連携団体のみならず、他の地域でも取り組んでいただけるよう、連携団体での共通課題を整理し、汎用性のある内容としてまとめております。

【実行委員会】（11名）

委員長	阿波谷敏英	高知大学医学部医学科家庭医療学講座教授
委員	高見 徹	国診協副会長／鳥取県：日南町国保日南病院長
委員	小野 剛	秋田県：市立大森病院長
委員	中村 伸一	福井県：国保名田庄診療所長
委員	大原 昌樹	香川県：綾川町国保陶病院長
委員	沖田 光昭	広島県：公立みつぎ総合病院副院長兼保健福祉総合施設長
委員	榎尾 光子	鳥取県：日南町国保日南病院居宅介護支援事業所管理者
委員	鈴木 義子	宮城県：涌谷町町民医療福祉センター訪問看護ステーション管理者
委員	東條 環樹	広島県：北広島町雄鹿原診療所長
委員	山脇みつ子	滋賀県：公立甲賀病院訪問看護ステーション所長
委員	木村 年秀	香川県：三豊総合病院歯科保健センター長

【看取りケアの手引き作成班】（6名）

班長	阿波谷敏英	高知大学医学部医学科家庭医療学講座教授
委員	小野 剛	秋田県：市立大森病院長
委員	中村 伸一	福井県：国保名田庄診療所長
委員	大原 昌樹	香川県：綾川町国保陶病院長
委員	沖田 光昭	広島県：公立みつぎ総合病院副院長兼保健福祉総合施設長
委員	菅原 由至	広島県：公立みつぎ総合病院外科部長

【オブザーバー】

-----	赤木 重典	国診協副会長／京都府：京丹後市立久美浜病院長
-------	-------	------------------------

【国診協事務局】

統括	伊藤 彰	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会事務局長
事業担当	鈴木 智弘	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会課長補佐
事業担当	大本 由佳	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会主事
会計担当	松井田磨美	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会主事

(2) 実行委員会等の開催状況

①主要メンバーによる事前検討会

事業実施に向けて、「事業全体の取り組み内容の確認」、「各種ツール作成等の役割分担」等を行うための事前検討会を開催しました。

(開催回数：年間1回)

②実行委員会

事業の円滑実施に向けて、連携団体の代表者にも委員として参画いただき、実行委員会を開催しました。開催にあたっては、各種ツールの作成を担当する作成班と合同で開催しました。主な検討内容は、第1回は「事業全体の取り組み内容の説明」、「実施体制・活動内容の調整」、「各種ツール作成等に関する検討」、第2回は、「各種ツール作成等に関する検討」、「連携団体での活動実施要領作成」、第3回は、「連携団体での活動内容のまとめ」、「各種作成ツールの改編」、第4回は、「事業内容のとりまとめ」、「各種作成ツールの最終確定」です。実行委員会と作成班を合同で開催することにより、要望に対しスピーディーかつきめ細やかな対応、実情に応じたツール作成について協議を行うことができました。

(開催回数：年間4回)

③看取りケアの手引き作成班

各連携団体（3団体）に出向き、地域の実情を把握・確認しながら、各種ツールの作成を行いました。主に、講演会を視野に入れた研修会のプレ実施や、ツールの活用に関して現場関係者との意見交換ができたことから、より実効性の高いツール作成ができました。

(開催回数：年間7回　うち4回は実行委員会と合同開催)

※上記の実行委員会等の開催のほか、事業関係者のメーリングリストを作成し、事業実施期間継続的に協議・意見交換を行える場を設け、活発に活用しました。

1-4 地域活動（連携団体）の取り組み

本事業は、国診協と連携団体（3団体）とが連携・協力して進めました。ここでは、各連携団体がそれぞれの地域でおこなった具体的な活動内容をご紹介します。

(1) 秋田県・市立大森病院での取り組み

①課題意識

秋田県横手市では、住民意識調査では自宅で最期を迎えたいという希望が多いものの高齢化が進み、高齢者単独世帯、高齢夫婦世帯が多くなり介護力の低下等で希望を叶えることが困難な現状であり、「生活の場」である施設を含め多様な場での看取りの体制を整える必要がありました。

②実施体制

「横手市西部地域・終末期支援チーム」として検討組織を新規に組成しました。病院の他、特別養護老人ホーム（2施設）、老人保健施設、地域包括支援センターで構成し、連携を図りながら事業を実施しました。

③実施内容

「横手市西部地域・終末期支援チーム」は、年間3回検討会を開催し、地域分析（地域の課題整理）をもとに、次の活動を実施し成果をまとめました。特に、看取りに関する重要な施設資源として特別養護老人ホームでの看取り体制の強化をあげ、職員の意識啓発を行いました。

▶講演会の開催

講演テーマ：「生きて逝くことを考える」？あなたはどこで最期を迎えたいですか？？

開催日：平成25年11月13日

会場：市立大森病院健診センター「健康指導室」

講師：大原昌樹（香川県・綾川町国保陶病院長）

参加者：70名（一般住民、連携施設職員）

▶スタッフ研修会の開催

開催日：第1回 平成25年11月6日 老人保健施設

第2回 平成25年11月7日 特別養護老人ホーム①

第3回 平成26年2月20日 特別養護老人ホーム②

会場：老人保健施設他

講師：小野剛（秋田県・市立大森病院長）

参加者：第1回35名、第2回18名、

第3回32名

▶終末期在宅療養患者及びその家族への支援活動

対象者：1名

実施内容：（P24）「ケアカンファレンス」参照

④事業の実施成果

▶住民への意識啓発

地域住民向けに「地域で生きて逝くことを考え



写真：住民向け講演会風景

る講演会」を実施したところ参加者の評価は良好で、終末期医療や在宅看取り、施設看取りに関する意識の向上につながりました。

▶職員への意識啓発

各施設で「終末期ケア」「医療と介護の連携」などの研修会や勉強会を行いアンケート調査した所、「大変有用であった」との意見が多く見られました。今回の事業により施設での看取りに対する意識の変化がありました。

▶対象者への支援

対象者とその家族に「生きて逝くノート」の意義と有用性について説明し、可能な範囲で記入していただきました。自分の最期をまだ考えていなかった対象者は最初戸惑いの表情があったものの看護師、介護士、相談員が時間を見て話しかけ時間をかけて記入していただくことができました。担当者は「記入を無理強いするのではなく時間をかけるところから記入していただくような支援が有用である」と感想を述べています。

▶実施体制の整備

今回、この事業を実施するにあたって多施設・多職種が集まって協議しました。施設看取りに関する各施設の現状や職種による温度差があぶりだされたことは意味のあることでした。この事業を契機に今後もこの体制を維持しながら地域での看取りに関して協議を継続することになりました。

⑤今後の課題

▶住民への意識啓発

当地域ではまだまだ「死」に関する話題はタブー視され、「具合が悪くなれば病院へ、最期は病院で」という意識が高く、在宅や施設での看取りに関してハードルが高いと感じています。当地域の「看取り」に関する文化を変えるため、今回の事業での地域住民向けの講演会は有用でした。しかし、意識が高く興味ある地域住民の参加はあるものの、一部の地域住民であり、多くの地域住民に対するアピールが必要と感じました。

▶職員への意識啓発

各施設、各職種の「看取り」に対しての思いには温度差があり、そのため施設看取りの実践にも差が出ていると思われます。同じ方向性をもって進むため、今回の事業での施設職員向け研修会は有用でしたが、今後は多施設・多職種が集まってのグループワークなどを複数回行うことも必要ではないかと考えます。

▶対象者への支援

比較的元気な入所者に対して、終末期の話をするとはなかなか抵抗があります。終末期に関するパンフレットなどを事前に渡して、時間をかけ、ゆっくりと入所者の意識を変えていくことも必要かと思われます。その後に職員が直接話をするなど介入して「生きて逝くノート」の記入を支援していただくことがよいのではないかと考えています。

▶実施体制の整備

運営母体が異なる多施設・多職種が集まって会議を行うことは時間の問題や場所の問題など課題はありました。最初は地域包括支援センターが音頭をとって看取りに関する体制を整備していくことが有効と考えます。

⑥その他事業に取り組んだ感想等

今回の事業の実施により施設職員の看取りに対する意識や考え方に変化が現れたことを実

感しています。比較的短期間の事業でしたが、この事業を行ってから施設で最期を迎える方（施設看取り）が増加し、最期に病院の救急外来へ搬送することが減少しました。今後は、施設でのケアの延長として施設看取りの文化が醸成されることが望まれるところです。

(2) 福井県・おおい町国保名田庄診療所での取り組み

①課題意識

福井県おおい町名田庄地区では、これまで20年以上にわたり、在宅ケアを支える仕組みづくりをおこなってきました。それにより、在宅看取りが他の地域よりも多いという効果はあったものの、最近介護者の高齢化や景気の悪化の影響もあり、家庭介護を選択する方は減少し続けています。また、かつてほど在宅にこだわる患者や家族も少なくなりつつあります。そのような中で、数少ない在宅ケアの促進因子が小規模多機能施設の開設でした。住民の意識啓発と小規模多機能施設の機能を強化し、家庭介護の支援体制を整備することが必要でした。

②実施体制

「生と死を考える事業」として検討組織を新規に組成しました。診療所の他、社会福祉協議会、小規模多機能施設（4施設）、介護者家族の会、地域包括支援センター、行政で構成し、連携を図りながら事業を実施しました。

③実施内容

「生と死を考える事業」は、年間4回検討会を開催し、地域分析（地域の課題整理）をもとに、次の活動を実施し成果をまとめました。特に、看取りに関する重要な地域資源として小規模多機能施設での看取り体制の強化をあげ、職員の意識啓発を行いました。

▶講演会の開催

講演テーマ：元気なうちから始めよう“サヨナラ”の準備

開催日：平成25年12月12日

会場：あっとほーむいきいき館「研修室」

講師：小野剛（秋田県・市立大森病院長）

参加者：212名（一般住民）

▶スタッフ研修会の開催

開催日：平成25年12月12日

会場：あっとほーむいきいき館「研修室」

講師：中村伸一（福井県・国保名田庄診療所長）

参加者：41名

▶終末期在宅療養患者及びその家族への支援活動

対象者：1名

実施内容：(P25)「ケアカンファレンス」参照

④事業の実施成果

▶住民への意識啓発

講演会には212名と、かつてないほどの参加があり、看取りについての関心の高さをうかがい知ることができました。最期を迎えることは、全ての人がもれなく経験することなので、考える良い機会となりました。



写真：スタッフ研修会風景

▶職員への意識啓発

これまで名田庄地区だけの診療所、社会福祉協議会職員、保健師らとの連携はありましたが、今回の事業では今まで関わっていなかった大飯地区を含めたおい町全体で協同しておこなうことができました。各職種の終末期への理解が深まり意識向上につながりました。

▶対象者への支援

本人、家族の思いを具体的に文章化できました。実際、終末期を迎えた方はいろいろな思いを持たれていることから、支援していくスキルを身に付ける必要性を実感しました。

▶実施体制の整備

小規模多機能施設の取り組みと、診療所と小規模多機能施設との連携をもっと発展させるきっかけとなりました。講演会時の参加者送迎も含め、社会福祉協議会の協力により大きな成果を得ることができました。

⑤今後の課題

▶住民への意識啓発

旧大飯地区での講演会、集落ごとの講演会等は、地域ふれあいサロン等の地域福祉事業と協同して実施していくことで、今後も継続していきます。同じパワーポイントと資料を用いて講演できる講師を育成する。住民の中にある「とりあえず入院」という病院依存の意識を変えることが目標です。

▶職員への意識啓発

在宅に対応できるように職員のスキルアップを継続して行うこととしております。職員の中に“生と死の講演”ができる人材を育成する予定です。

▶対象者への支援

小規模多機能施設の利用者、家族同士の関わりを増やす。“生きて逝くシート”をより記入しやすいように改善し、普及させたいと思います。

▶実施体制の整備

小規模多機能施設の有効利用を前提に、さまざまな事情や多種多様な希望に対応できる体制をつくりたいと思います。

⑥その他事業に取り組んだ感想等

名田庄地区（旧名田庄村）と大飯地区（旧大飯町）の垣根を越えた事業ができました。自分の今の立場で何ができるかを考えるきっかけとなりました。

(3) 香川県・綾川町国保陶病院での取り組み

①課題意識

香川県綾川町では、住民意識調査によると、健康・介護予防・住まい、認知症対策について関心が高い一方、終末期のあり方については漠然としたものにとどまっていました。しかし、この問題は高齢化した地域において極めて重要で、住民が自分自身の問題としてとらえる必要があるとともに、施設を含めた多様な場での看取りの体制を整備する必要があります。

②実施体制

「綾川町終末期支援チーム」として検討組織を新規に組成しました。病院の他、訪問看護ステーション、老人保健施設、地域包括支援センターで構成し、連携を図りながら事業を

実施しました。

③実施内容

「綾川町終末期支援チーム」は、年間4回検討会を開催し、地域分析（地域の課題整理）をもとに、次の活動を実施し成果をまとめました。特に、看取りに関する重要な施設資源として介護老人保健施設での看取り体制の強化をあげ、職員の意識啓発を行いました。

▶講演会の開催

講演テーマ：いきいきと生きて逝くために一今から始めよう！サヨナラの準備一

開催日：平成25年11月29日

会場：綾南農村環境改善センター「ホール」

講師：中村伸一（福井県・名田庄診療所長）

参加者：110名（一般住民）

▶スタッフ研修会の開催

開催日：第1回 平成25年9月13日 綾川町国保陶病院 ※プレ研修会

第2回 平成25年12月6日 老人保健施設

会場：綾川町国保陶病院他

講師：大原昌樹（香川県・綾川町国保陶病院長）

参加者：第1回26名、第2回30名

▶終末期在宅療養患者及びその家族への支援活動

対象者：3名

実施内容：(P27)「ケアカンファレンス」参照

④事業の実施成果

▶住民への意識啓発

町内で地域活動をしているリーダー的存在の

方々を主に対象に講演会を行ったので、今後、地域に広がっていくことが期待されます。

▶職員への意識啓発

看取りは実施していましたが、利用者及び家族への対応等レベルアップしていかなければならないと感じている職員が増えました。

▶対象者への支援

今回の事例では、対象者が高齢であり、事業の主旨の理解は難しかったのですが、家族は概ね「人生を考えるよいきっかけ」と好意的に受け止めてくれました。

▶実施体制の整備

施設内の体制を再度見直し、必要な部分は変更しました。

⑤今後の課題

▶住民への意識啓発

より広く住民に関心を持っていただく方法の検討が必要と思います。例えば、エンディングノートを毎年町内に全戸配布するなど継続的な啓発活動が必要であると感じています。

▶職員への意識啓発

職種による意識の差が感じられます。研修を繰り返し行い、意識付けを行っていく必要があります。

▶対象者への支援



写真：プレ研修会風景

認知症の対象者について、特に対応方法を検討する必要があると思います。既に終末期にある対象者に対しては、支援のきっかけ作りが困難であり検討課題です。

▶実施体制の整備

身寄りがいない方、いても家族の関わりが薄い方が増えている現状があります。町全体としての体制作りが必要と思われます。

⑥その他事業に取り組んだ感想等

予め対象者との信頼関係が構築されていないと、進めにくいと感じました。終末期の方に今後の希望を尋ねることは非常に難しいです。今回の事例では、家族が医療職であったため事業への理解を得られ、積極的に協力していただけたケースもありました。地域に潜在している医療関係者を活用することも、一つの方策かと思います。

※団体における地域活動の展開においては、実行委員会において実施要領を作成し、活動の支援等を行ないました。

※本事業としての連携団体における地域活動の実施期間は、平成25年9月～平成26年2月までとしました。各連携団体では、本事業実施期間終了後も本事業実施成果をいかし、地域で継続していくこととしています。

活動写真 ～講演会の様子を紹介します～

講演会用のチラシ（名田庄診療所）



司会者と講師が言葉を掛け合いながらお話しする場面も…（名田庄診療所）

会場から溢れんばかりに、住民の方が沢山集まってくださいました…（名田庄診療所）





講演会：笑いあり、涙あり、感動あり
のあっという間の2時間…
最後は、参加者が笑顔で終えることが
できました…

(綾川町国保陶病院)



講演会前日からの大雪の中にもかかわ
らず、お集まりくださいました。
専門職にも参加いただき、地域の住民
と一緒に学ばれました…

(市立大森病院)

住民の方との会話も交えての講演でした。
参加者との距離もぐっと近く…
(市立大森病院)



3地域での講演会は、お話しする内容の骨子は共通ですが、講師の先生方の人柄と、ユー
モアがたくさん詰まったお話しで、いずれの地域も盛会に開催されました。

第2章 事業で作成・使用したツールの紹介

本事業では、①終末期に関する住民への啓発活動、②医療従事者・施設職員の研修、③終末期在宅療養患者及びその家族を支援する体制の整備、をおこないました。ここでは、その過程で作成・使用した各種ツールを紹介します。

①住民への啓発活動のために、一般住民向け講演用パワーポイント（2-1-1）、「生きて逝くノート」（2-1-2）を、③患者及び家族への支援には「生きて逝くシート」（2-2）を作成し使用しました。実際に使用した様子は第3章（P22）を、その効果については第4章（P30）をご覧ください。いずれも、作成班において作成したものを連携団体で使用いただき意見をいただくことで、より良いものへと改編を重ねてきました。

また、②医療従事者・施設職員の研修を通して、施設のはっきりとした方針、看取りに関する指針の必要性を感じているとの声を多く聞かれました。そこで、本事業を通して得られた現場のニーズを反映させる形で、看取りに関する手引き（2-3）を作成しました。手引きは、在宅版（2-3-1）、病院版（2-3-2）、施設版（2-3-3）の3種類を作成しました。これらの手引きは、本事業内では使用していませんが、多くの方に活用いただき、今後も改訂を進めていければと思っています。

これらのツールは、本事業報告書の資料編として同梱しております。また、国診協ホームページ（<http://www.kokushinkyō.or.jp/>）でも公開しておりますので、ダウンロードしていただき、各地域の状況に添って自由に改編してご活用いただけます。

2-1住民向け啓発活動用ツール

かつて日本でも多くの方が自宅で最期を迎えていました。人が老いていくこと、死んでいくことを日々の生活のなかで目にし、無意識のうちに死というものに対する考えが育まれていたのでしょう。しかし昭和20年代に8割だった在宅死は時代の流れとともに減り続け、ここ数年は1割程度、逆に8割の方が病院で亡くなられています。

病院中心の医療が進歩して、いろいろな病気が治るようになりましたし、長く生きることができるようになりました。それによる恩恵は計り知れないものがありますが、その一方で新たな問題に向き合うことになりました。その一つが終末期医療、延命治療です。これまでは命が少しでも長らえればそれが幸せであり、良いことであると思われてきたかもしれませんが、最近は生活の質（クオリティー・オブ・ライフ）を重要視する流れに変わってきました。その人らしくいかに生きるか、残された大切な時間を幸せと思いながら過ごせるかが重要というものです。病院などの施設に入院して、安心して医療を受けながら過ごすのが幸せと思える人もいるでしょうし、住み慣れた自宅で、家族と一緒に過ごすことを幸せと思う人もいるでしょう。それぞれの歩んできた人生が違うように、その最終章である最期もそれぞれ違うはずですが、しかし、どのような選択をするにしてもその人らしい最期を迎えるためには予め準備が必要です。

その準備として、昨今、エンディングノートが流行りつつあります。各社から何種類ものエンディングノートが出版されています。ところがエンディングノートを買っても、「いざ書こうと思ったけど、筆が進まない」「すでに3種類のエンディングノートを持っているが、

持っているだけ」などの意見も多く聞かれます。エンディングノートをなかなか書けないのは、なぜなのでしょう？

死に関してふだんから深く考えたり、議論したりする機会が少ないからかではないでしょうか。また、家族内や親しい知人の間ですら、大切なはずの死について話題にすることは避けがちです。講演会に参加しても知識を一方向的に与えられるだけではエンディングノートを書くことも難しいものです。

本事業では、終末期に関する住民への啓発活動として、講演会を開催しました。この講演会では作成したパワーポイントを使用し、参加者がエンディングノート「生きて逝くノート」を記入する内容です。

2-1-1 一般住民向け講演用パワーポイント (P37)

一般的に、死に関する会話や講演会は暗くなりがちで、前向きな雰囲気になりにくい傾向があります。漠然としていたり観念的であったり、実践的でないことも少なくありません。今回の講演会は、参加者が前向きな気持ちで「生きて逝くノート」を記入できるように工夫しています。

今回作成した一般住民向けパワーポイントは次のような特徴があります

1) ブレーンストーミングのためのツール

ユーモアを交えながらグループワークを展開し、ブレーンストーミングされた朗らかな雰囲気の中で最期のときを迎える前準備ができるように作成しました。深刻な問題ながら、それを楽しみながら解決できるように手助けする形式になっています。参加者がグループワークを通じて、自らの人生を振り返り、亡くなるまでの過ごし方を前向きに捉え、日々積極的に暮らせるようになることが目的です。講演の中で参加者が「生きて逝くノート」に書き込めるようになっています。講演中に全てを書き込むことはできませんが、エンディングノートを完成させるための大きな一歩になることでしょう。

2) 多くの人が講師になれるツール

このパワーポイントのもうひとつの特徴が、だれでも使用できるようにしたことです。演者の個性によって、講演内容にある程度の差が生じることはありえますが、講演の骨子を共有できるようにパワーポイントを作成しました。今回の事業では、連携団体の3人の講師が、それぞれ他の地域に赴き、同じパワーポイントを元に講演をおこないました。それぞれの講師の個性や特徴がありましたが、3人ともに講演趣旨は一貫し、いずれの講演会場でも概ね好評を得ました。

多くの講師がこのパワーポイントを使用して講演し、多くの方々がご自身の最期について考える機会が増えることを願っています。

2-1-2 「いきいきと生きて逝くために—自分の最期を考えること—」

(国診協版「生きて逝くノート」) (P48)

本事業では、住民啓発用のパンフレットとして「いきいきと生きて逝くために—自分の最期を考えること—」(国診協版「生きて逝くノート」)を作成しました。このパンフレットは

A4サイズ35ページからなり、前半は終末期について意識啓発をする内容で、後半はエンディングノートとなっています。この、後半のエンディングノートは、国診協が「生きて逝くノート（本人編）」として作成したものを基礎として作成されています。本事業では、連携団体が開催した講演会や職員研修会において実際に使用し、参加者からいただいた意見を踏まえ、看取りケアの手引き作成班で改訂をおこなったものです。

このパンフレットは、広く一般住民に配布されることを想定し、ご高齢の方でも理解しやすい、記入しやすいものであるように留意して作成しました。このパンフレット単独で使われることも十分に可能ですが、多くの方に理解を深め、前向きな気持ちで書いていただけるように、一般住民向け講演用パワーポイント（2-1-1）と合わせてご説明いただくことをお勧めします。

2-2 「生きて逝くシート」(P77)

最期を迎えるにあたって、患者自身の「こうありたい」という思いと、家族の「こうしてあげたい」という思いが一致すれば素晴らしいのですが、ミスマッチになることが医療現場では少なからずみられます。多いのは、「安らかに迎えたい」と望む患者と「できるだけのこと（医療行為）をしてほしい」と望む家族のミスマッチです。

さらによくないことに、現場の医療者は、死にゆく患者よりも生き残る家族の意向に従うことも多いのです。医療訴訟が増加する時代においては、「患者に喜ばれる医療」よりも、「家族に文句を言われぬ医療」の方が優先されるからなのかもしれません。

患者と家族の思いがすれ違わないためにも、多くの方に先述の国診協版「生きて逝くノート」のようなエンディングノートを記入していただきたいですし、その過程でご家族同士十分に話し合う機会が事前にもたれていることが理想的です。

しかし、現実的にはそうした方はまだ少数です。では、すでに終末期にある者とその家族の思いをどうやって支援すればいいのでしょうか。ご本人の意向を尊重した上で、ご家族、医療者、介護者が同じ思いを持ってケアにあたる必要があるでしょう。

このような背景から、今回の事業で「生きて逝くシート」を作成しました。

医療の現場では、情報共有のツールとして地域連携パスが使われます。これは疾患に焦点を当てたものであり、治療を施した急性期病院と地域のかかりつけ医が協同して診療を行うためのツールです。地域連携パスは患者にわかりやすくつくられてはいるものの、あくまで医療者サイドが治療をスムーズに行うためのツールであって、患者や家族の思いを重視したものではありません。これに対して「生きて逝くシート」は次のような視点で作成しました。

- 1) 患者・家族の“思い”を重視
- 2) その“思い”をかかわる多職種で共有するように配慮
- 3) 患者・家族と医療者側との最期における“約束”を明記
- 4) 生育歴、宗教観、経済状況を考慮
- 5) A4サイズ横向きで内容を一覧できるように工夫

この「生きて逝くシート」は在宅、病院、施設、いずれの場所においても利用可能です。このシートを利用することで、かかわる多職種が、患者・家族の“思い”に寄り添う医療・介護サービスを提供できることを願っています。

2-3 看取りに関する手引き

わが国の社会保障のあり方について、「2025年問題」が大きな課題とされています。これは団塊の世代が後期高齢者となることで、都市部を中心に要介護者の急増、亡くなる方が急増する多死社会の到来などが予想されています。

現在、80%以上の方が医療機関で亡くなっていますが、今後は在宅や介護施設などさまざまな場所が看取りの場になっていくことでしょう。これは、亡くなる場所を病院以外にして医療費を削減するということではなく、最期までかけがえのない一人の人間として尊厳性をもって生きて、そして逝きたいとするご本人、ご家族の本当のニーズに応えることです。大切なのは、亡くなる場所ではなく、ご本人、ご家族にとって満足のいく看取りができるかどうかなのです。そのために医療者や介護者は、ご本人、ご家族と信頼関係を築き、協同してケアにあたる必要があります。そのための手引きとして、多くの施設で活用されている指針及びマニュアルを参考に、多数の文献と照らし合わせてまとめてみました。

この手引きは、在宅版、病院版、施設版の3つからなります。それぞれの地域において環境は異なりますので、このマニュアルをその地域の状況にあわせて修正したうえで、ご利用いただくようお願いします。

2-3-1 在宅版（在宅での看取りに関する手引き）（P78）

わが国の医療は、高齢者に対しても高度医療、濃厚な急性期医療、胃ろうをはじめとする強制栄養を代表とする延命治療を多くおこなってきました。一部の医療関係者からは、すべての死に対してはたして医療の介入（最期まで医療）が必要なのか？という疑問の声が上がるようにもなりました。あらためて、住み慣れた住環境で、心を許せる家族を中心とした親しい人々に囲まれて、過剰な医療を受けることなく穏やかに暮らし、そして逝く、いわゆる「在宅看取り」の重要性、必要性が再認識されはじめています。

在宅看取りの重要性と必要性が認識できたとしても、本人はもちろん近い家族においてさえも人の死生観はさまざまです。そこに関係スタッフが加われば、具体的な治療やケアの決定も含め、いつも同じ方向性をもっておこなわれるとは限りません。さらに、倫理面を含めた社会性、妥当性という欠くことができない視点もあります。すべてを統一することは困難ですが、ある程度の方向性を示した基準は必要でしょう。そのような思いで「在宅での看取りに関する手引き」を作成しました。

この手引きは、訪問看護師を中心として多職種が連携して、利用者や家族を支援していくことを想定して作成しています。もちろん個々の地域、ケースによって社会資源（リソース）や状況異なりますので、手引きはあくまでも基準の一つとお考えください。適宜、ご本人、ご家族を含めた環境などにより加筆修正いただき、その地域に即した運用をおこなってください。

また、この手引きは、決して在宅スタッフだけのためのものではありません。在宅スタッフは、この手引きを家族支援のツールとしてご利用ください。最期を迎えつつある利用者のケアの実際を担い、精神的にも時間的にも最も関わりを持つのはご家族です。そのご家族が

この手引きを在宅スタッフと利用することによって、少しでも不安や疑問が取り除かれれば手引きの役割を果たしたことになります。

この手引きを地域に即して活用していただき、利用者本人、ご家族、そして関わっている在宅スタッフのより良い看取りの一助になれば幸いです。

2-3-2 病院版（病院での看取りに関する手引き）（P93）

がん以外の原因で回復不能となり近い将来の死亡が予測される、広い意味での『終末期』には、どういう状態が当てはまるのでしょうか。例えば、老衰と思われるかた、あるいは重度の認知症のかたを、「介助しても食べなくなった」と、ご家族が困り果てて病院に連れて来られることがあります。もともとは大腿骨頸部骨折をはじめとする外傷、あるいは肺炎などの疾患のために入院となったのですが、これらの治療のあと、衰弱と認知機能の悪化が同時に進んで食事を全く摂らなくなるかたもあります。高齢化の進むなか、このような症例はめずらしくありませんが、彼らは、どのような対応を受けているでしょう。

胃ろう造設は、最も代表的な方法です。ところが、こういう事例では、十分な栄養補給によっても再び食べることができるようになったり、失われた意思疎通の能力が回復したりすることは極めて稀です。胃ろうは、人間らしさを取り戻すことに結びつかず、いたずらに人生の時間を延長させているに過ぎないという指摘もあります。胃ろうの是非については、医療者の間にも、あるいは社会一般においても議論があります。いくつかのアンケートで、医療者の大多数は自身への造設を希望しません。つまり、医療者は幾ばくかの倫理的疑問を感じつつも、実施している現状があります。

こうした背景には、がん以外の領域における終末期ケアについて、病院に限らず、医療・ケア提供側の実地の経験が少なく、体制整備が十分でないことがあります。また、患者の多くが意思の決定や確認が困難であり、造設への同意がご家族の代理によることも、大きく影響していると思われます。

現在のところ、病院は、最も一般的な最期の場所として機能していますが、将来、その割合を多少下げることがあっても、中心的な役割を担うことは変わらないと推測されます。したがって、病院組織及びスタッフには、第一に、本事業で示したような終末期支援について理解を深め、地域での病院の役割を認識することが求められます。つづいて、実際ががん以外の領域において終末期ケアの実践に着手すべきでしょう。病棟での導入と普及に、さらに質向上のためにも、教育資料やマニュアル類の整備が望まれます。今回、作成しました「病院での看取りに関する手引き」をぜひご活用いただきたいと思います。

過剰な医療を抑制するためには、ご本人の意思を事前に表示していることが大切です。そのためにエンディングノートを書く人が増えています。本事業では「生きて逝くノート」として作成しています。あわせてご活用ください。

「病院での看取りに関する手引き」の内容について説明します。取り組みを始めるうえでの第一のポイントとして、回復不能な終末期の状態を誰がどのように診断するかがあります。本指針では、倫理性の高さと医事紛争の可能性などに配慮し、主治医単独に限らず、複数の医師あるいは院内に設置される倫理検討組織（倫理委員会など）の関与を挙げています。一方、医学的根拠の基準については一般に議論があるため、具体的な提示を差し控えました。

また、当然、ケア全般にも倫理性が問われるため、作成された指針・手引きに対する倫理委員会の承認を奨めました。つづいて、看取りケアの実施にはインフォームド・コンセントが前提となりますので、参考となる様式とともに基準的な内容を示しました。対象者の安寧とリラックスのため身体ケアへの家族の参加と協力を依頼していること、さらに、積極的治療や延命治療に対する方針変更を許容する旨を明示していることが、特徴となります。さらに、個別の計画（診療・ケア）の提示と同意が求められますが、手順は一般診療のものと変わりません。

終末期ケアの具体的な手順については、表として整理しました。終末期における状態像に合せ、医師、看護師をはじめ関連する職種の役割を示しました。病状や状態の変化に応じ、多職種参加によりカンファレンスが開かれますが、この内容を記録するための様式も添えてあります。また、職員に対する啓発や教育については、本事業で作成した一般住民向け講演用パワーポイントを参考に、それぞれの施設の事情にあわせて教育資料を準備していただきたいと考えます。

この手引きが現場で活用され、終末期ケアの向上に寄与することを期待します。

2-3-3 施設版（施設での看取りに関する手引き）（P106）

長く生活してきた施設において、家族や仲の良い入居者、施設職員に見守られて、終末期を過ごすことも選択肢の一つとして考えられるようになりました。延命を目指すのではなく、誰でも必ず迎える最期を希望する場所で安らかに迎えるためのものです。

それを後押しする仕組みとして、介護報酬で「看取り加算」（介護老人福祉施設）、「ターミナルケア加算」（介護老人保健施設）が設けられています。医師が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、本人及び家族とともに医師・看護師・介護職員などが協同して、随時、本人またはその家族に対して十分な説明を行い、合同で介護しながらその人らしさを尊重した看取りが出来るように支援することを主眼としています。

施設での看取りを行うためには、ご本人、ご家族への十分な説明と施設の体制づくりが重要です。そのためには、施設での基本的指針（手引き）が必要です。今回、多くの施設で活用されている「看取りに関する指針」及び多数の文献をもとに、「施設での看取りに関する手引き」としてまとめました。今回は介護老人福祉施設もしくは介護老人保健施設で使用することを前提に作成しましたが、他の施設にも応用可能なものです。ぜひご活用いただきたいと思います。マニュアルと様式例から構成されています。また、職員に終末期ケアの考え方を伝える文章もあります。

入所時から無理のない形で、終末期の考え方を確認しておくことは重要です。その際に、施設における医療体制や終末期に対する考え方も説明しておくといよいでしょう。

施設での看取りを進めていくためには、まず施設長のリーダーシップが重要です。そして、職員研修を通して多職種で取組む体制整備、意思統一を図ります。また、看取りが行われている段階や終わった後に、一人一人を振り返り議論することは、施設の看取りの質を上げる意味で極めて重要です。

病院と同じような看取りを目指すのではなく、より自宅に近い看取りを考えていくことが重要です。また、施設らしい看取りは何かということも考えていきましょう。

施設での看取りといっても、地域とつながっています。地域住民が終末期ケアに関心を持ち、自身の終末期ケアの在り方を事前に考えておくこと、家族や周囲に伝えておくことは施設での看取りにも良い影響があります。地域で終末期について考える取組みを地域包括支援センターや他の団体とも協力しながら進めていきましょう。それは、施設全体のケアの質に向上にもつながります。

第3章 各種ツールの使用の実際

3-1 一般住民向け講演会

平成25年12月12日に当事業看取りケアの手引き作成班で作成した一般住民向け講演用パワーポイント（以下パワーポイント）を用いて福井県おおい町名田庄のあっとほーむいきいき館で地域住民を開催しました。講演テーマは「元気なうちから始めよう“サヨナラ”の準備」というやや重いテーマで地域住民の皆さんがどれだけ参加していただけるか不安がありましたが、事前の広報が行き届き、やや遠方の地域から参加される皆さんのため送迎用バスもチャーターしていただいたおかげで会場からあふれんばかりの212名の参加をいただくことが出来ました。



「終末期」についての講演会は、暗い雰囲気であったり、統計的な話であったり、一方的な事例の報告であったりするものも見受けられます。

このパワーポイントは一方的に医療者側から地域住民に講話をするような硬いものではなく、地域住民の皆さんにも参加していただきながら講演会を進める「双方向性」のツールとして作成されています。「人生の最期」というやや重いテーマであり参加された皆さんの中には最初緊張されている方もいらっしゃいます。参加者の緊張感をほぐし会場を和やかなムードにするアイスブレイキングから始まり、参加者へ簡単な質問をして手を上げていただき自分の思いを意思表示していただいたり、事前にお配りした「生きて逝くノート」に自分の思いを自分で記入していただいたりなど参加型ツールとしていろいろな工夫があります。時には笑い、時にはまじめに、時にはしんみりする内容が散りばめられています。そのため、講演する側もメリハリがあり、話が冗漫にならずあっという間に時間が過ぎていきますし、おそらく参加した地域住民の皆さんも作業しながらの講演会であり飽きることなく講演会に参加されたものと確信しています。講演終了後も参加された皆さんから質問や、積極的なご意見もあり反応は良好でした。何よりも、講演が終わって笑顔で明るく会場を後にする皆さんの姿に感動しました。パワーポイントを使用した今回の講演が参加された皆さんに少しでも元気を与えることが出来たのではないかと考えています。

今回の事業ではこのパワーポイントを用いて医師が講演を行いました。内容は一般的な部分も多く医学的に難しいものではありません。地域で活動する保健師さんや看護師さんなど医療従事者が講師となっても十分に使いこなせるものであり汎用性も高いものです。是

非、多くの地域で活用していただければ幸いです。きっと地域住民の皆さんの終末期に対する考え方が良い方向に変わることでしょう。

3-2 スタッフ研修及びケアカンファレンス

①秋田県・市立大森病院

○特別養護老人ホームのスタッフ研修会

多職種が集まり終末期と看取りに関する研修会を行いました。形式は嘱託医から、「施設での看取りと終末期の医学的变化」のテーマでレクチャーを行い、グループワークを行って施設での看取りを進める上での疑問点・問題点などを抽出し議論しました。

抽出された疑問点や問題点は以下のとおりでした。

- 1) 施設としてはっきりした方針が必要ではないか
- 2) 「看取りに関する指針及び職員心得」の見直しや周知が必要ではないか
- 3) 看取り期における情報共有がもう少し合ったほうが良い
- 4) 状態に変化があった時（夜間・休日など）介護から看護への連絡のタイミング
- 5) 看取り介護のスキルアップが必要ではないか

研修会には施設長にも参加していただき、入所者のご家族の意向にそって、希望に応じて施設で出来る限り看取りをする方向性を確認しました。また、抽出された問題点は今後研修会やミーティングを重ねながら対応していくこととしました。今回の研修会の結論として、施設看取りにあたっての嘱託医、看護師、介護職員、相談員などが行うべき役割分担を明確化しお互いに対応できる場所は補完しながら進めることにしました。

○ケアカンファレンス

【事例】 93歳、女性

【病名】 脳梗塞後遺症、糖尿病、高血圧症

【参加者】 嘱託医師・看護師・介護職員・栄養士・生活相談員

（ご家族（長男）は施設に来ることが出来ず紙面で事前にご意見を伺っています）

【協議内容の要点】

嘱託医師：現在の病状と今後起きる可能性がある症状等について説明。徐々に身体機能が低下して飲み込みもうまくできなくなっているため誤嚥性肺炎が起きる可能性があり食事の時の窒息にも注意が必要です。

生活相談員：本人とご家族の意向について説明。本人の意向としては具合が悪くなくても入院加療は望まず、できるだけ自分で食べたい。ご家族は、できるだけ本人の意向にそってケアをお願いしたい。トータルの食事摂取量にとらわれず、本人が安全に食べられる範囲で食事を提供して食べられないようであれば少量の点滴などを施設で行ってほしいとのことでした。

看護師：今後は出来る限り本人の意向に沿ってケアを行います。痰の絡みも多くなっているので随時痰の吸引を行います。嘱託医と連絡を取りながら医学的管理を行っていきます。介護職員は夜間でも何らかの変化があった場合は連絡を下さい。

介護職員：食事の時は一口一口飲み込みを確認するなど安全な食事介助を行うように努めます。最近ベッド上での生活が多くなっているので今後は体調を見ながら可能な範囲で離床して、少しでも安らぎと張りのある生活を送っていただけるよう支援していきます。体調に変化があった場合は看護の方に連絡しますのでよろしくをお願いします。

栄養士：飲み込みやすい食事形態にして提供するようにします。高カロリーゼリーはムース状にして提供してみます。

【その後の経過】

本人と家族の意向を「生きて逝くシート」にまとめるとともにカンファレンス内容を文書化して職員に周知しました。その後は概ね1ヶ月に1回のカンファレンスを行って状態の把握と情報を共有しました。1月中旬の昼食時にむせて誤嚥したため緊急カンファレンスを開催して、バイタルは安定しているが誤嚥のリスクが高いため食事摂取時は看護師も立会いして少量ずつの食事介助とし、痰が絡むときやむせがあるときは摂食を注意して必要に応じて喀痰吸引を行うことになりました。状態の変化に応じて臨時のカンファレンスを開始して情報の共有に務めています。嘱託医師へは回診に来た時に看護師から状態を報告して診察後に指示を受けています。



写真 多職種カンファレンス風景

②福井県・おおい町国保名田庄診療所

○小規模多機能施設のスタッフ研修会（ワークショップ形式）

国保直診の診療所とおおい町社会福祉協議会が運営する4カ所の小規模多機能施設（小規模多機能ホームひだまり、きぼう、やすらぎ、かんよもん）の職員で合同研修を行いました。それぞれの職員が、患者・利用者の最期に対してどのような思いを抱いているのか意見交換しながら、同時に“他人事”としてではなく自らの最期も考えていく形式にしました。

ワークショップ形式で以下のように進行了しました。

- ・アイスブレイク
- ・在宅看取りの2例を提示（死亡診断と死体検案）して逝き方を考える
- ・麻薬を十分に使用した緩和ケア症例と患者から麻薬使用を拒否された症例を提示して、がん末期のあり方を考える
- ・小規模多機能施設で看取った症例と小規模多機能施設で十分に看取りが可能なはずが入院となり病院で死亡した症例を比較して、小規模多機能施設での看取りの条件を考える
- ・在宅医療・ケアのよさを再確認する
- ・延命治療に関して胃ろうを例にとり、自分の立場、家族の立場、患者・利用者の立場の3つの立場で考える

- ・判断能力がなくなったときの終末期のあり方を考える
- ・終末期のあり方を家族で話し合うことの大切さを確認する
- ・寝たきりと認知症の類似点、相違点について考える
- ・要介護者と介護者の関係と寿命について考える
- ・健康寿命について考える
- ・健康とは何か、健康の定義を考え、自らの健康観を深める
- ・自分の葬儀について現実的にイメージして、命が有限であることを自覚する
- ・有限な命を自覚しつつ、幸福について考える
- ・自分の中のポジティブとネガティブな考え方のバランスを考える
- ・この日のグループワークを通じて、自分の強みを仕事に活かすようにするにはどうしたらいいかを考える

○ケアカンファレンス

【期日】 平成25年12月25日、平成26年1月8日、平成26年1月27日

【事例】 97歳、女性 要介護度2 小規模多機能施設を利用中

【病名】 慢性心不全、認知症、廃用症候群

【生活歴】 18歳から京都で会社勤務 22歳で結婚して農業に従事

小さいころから盆踊りが大好き 朗らかな性格で笑顔がよくみられる

【参加者】 医師、看護師、介護支援専門員A（小規模多機能施設管理者）、介護支援専門員B（居宅介護支援事業所）、ホームヘルパー、保健師、デイサービス職員

【協議内容の要点】

介護支援専門員A：家族構成と介護状況を説明。本人、娘、娘婿（脳梗塞後遺症で要介護4：介護支援専門員Bが担当）の3人暮らし。本人は6年前から小規模多機能施設の通いを週3回利用中。娘婿はデイサービスとショートステイを利用中。この1ヶ月で急速にADLが低下し、寝たきり状態の紙オムツ内排泄になりました。体圧分散マットレスを導入済み。本人の思いは「とくにやりたいことはないけど、このまま家に居たい」とのこと。

医師：病状を説明。寝たきりになった原因は、慢性心不全の増悪。食欲低下がみられ、衰弱しています。入院しての治療も考慮しましたが、環境の変化で認知症が増悪するなどの弊害を考え、家族と相談の上、在宅療養を継続しています。

看護師：家族は食欲の低下を心配しています。本人は「食べたくないから食べない」といった状態。心不全悪化による急速なADL低下のため、体圧分散マットレスの導入も間に合わず、右大転子部に3度褥瘡ができ、さらに電気あんかによる低温火傷もきたしました。食欲低下のために、少量で高カロリーのを摂取するように工夫しました。エンシュアHメロン味のみ、唯一喜んで飲んでくれました。

介護支援専門員B：娘婿は、冬期間はミドルステイでの施設利用で乗り切ることにしました。

介護支援専門員A：これで娘は母親の介護に専念できるようになりましたが、問題が介護や看取に対する不安です。不安の原因は、年末に親戚が集まったときに妹（患者の娘：別居）から「入院させなくていいのか？」と問われたことにあります。夫の介護も含め、ベテランの介護者ではあるが、母親のオムツ交換は初めてで、妹をはじめとする親戚からの言動に動揺して自信をなくしています。

【その後の経過】

カンファレンスの結果と本人と家族の思いを「生きて逝くシート」に記入し、多職種で情報を共有しました。小規模多機能施設でも、“通い”だけではなく“泊まり”も利用するようになりました。

褥瘡は医師がデブリドマンを行い、ドレッシング剤を使用しました。同時に左足背の2度熱傷も治療しました。

かかわる多職種全員で、年齢的に何もなくても終末期に入りうることをやんわりと説明するようにしました。

紙オムツ交換は、小規模多機能施設のスタッフが訪問で手伝いながら指導するようになったところ、娘が一人で上手に交換できるようになりました。

徐々にADLは改善し、2月下旬には手引き歩行が少しできるくらいに回復しました。本人は、あいかわらず入院を希望していません。

介護支援専門員Aから介護者の娘に、妹にも医療・介護スタッフの支援体制を説明するように促したところ、以前は入院をすすめていた妹もそれを理解し、「これだけの方々にかかわってもらっているのなら安心。家に居られてよかった」と言うように変化しました。

③香川県・綾川町国保陶病院

○老人保健施設のスタッフ研修会

施設での安らかな看取りを行うためには、施設長のリーダーシップとともに、スタッフ全員の意思統一とそれぞれの役割を自覚することが大切です。スタッフ研修会は、それを実現させる重要なものです。さまざまな研修会が考えられますが、主なものを例示します。

* () 内は講師や対象者

- ・終末期ケアとは（施設長、医師、看護師、外部講師など）【講義】
- ・終末期ケアに関する手引きの確認と議論（全職員）【講義、グループワーク】
- ・施設内や外部医療機関等の連絡体制について（全職員）【報告、グループワーク】
- ・介護報酬の知識（医師、事務職など）【講義】
- ・死後の処置などの具体的ケアに関する実習（看護師、介護職員など）【講義、実習】
- ・事例検討（現在同意を得ている利用者、看取りに移行しそうな利用者など対象）（全職員）【グループワーク】
- ・事後事例検討（施設で最期を看取った利用者、同意を得たが搬送した利用者など）（全職員）【グループワーク】
- ・外部での終末期ケアに関する研修会の報告（参加職員）【報告】
- ・終末期ケアに力を入れている施設への視察研修（施設長、医師、看護師、介護職員などリーダーとなる職員）【視察】
- ・地域の専門職や施設の会合で終末期ケアをテーマにとりあげる（リーダーとなる職員）【発表、意見交換、グループワーク】
- ・地域住民に終末期について考えてもらうための啓蒙活動（施設の看取りについても報告し一緒に考える）（全職員）【講演、意見交換、グループワークなど】



写真 終末期ケア研修会（死後の処置）

施設での看取りについて講義を受ければ、多くの職員はその方向性を理解するでしょう。

しかし、現場は忙しく、状態が悪くなっていく方を見るのに困難さを感じる人が多いでしょう。看護師は、病院での看取りを多く経験していますから、それと同じような看取りを想像します。介護職員は、看取りの経験が少ないので不安です。それを解消するためには、研修会で知識を得る、一例一例を大切に検討していく、熱心に取り組んでいる施設職員に話を聞く、などの努力が必要です。うまくいかなかった事例も検討し、何が足りなかったか議論することが次につながります。そして、自分の施設だけではなく、地域の多施設多職種での検討はさらに職員のレベルアップにつながります。その議論の中で、地域全体で終末期について考えることの必要性を再認識させられるはずでです。その際、本報告書に添付されたエンディングノート「いきいきと生きて逝くために」が役立ちます。

看取りに真剣に取り組むことは、職員の意欲を高め、専門職としてのやりがいを感じるようになり、施設全体のケアの質の向上につながるはずでです。

○ケアカンファレンス

【事例】 98歳、男性

【病名】 アルツハイマー型認知症、原因不明の食欲低下、廃用症候群

【参加者】 家族（長女）、医師、看護師、作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員、相談員

【協議内容の要点】

医師：現在の病状説明と今後の予後説明。認知機能・意欲・食欲低下がみられ、かなり衰弱してきています。今後の方向性を確認させていただきたい。

看護師、相談員：状態悪化時の対応についてご相談したい。少量の点滴など当施設でできる医療処置の範囲を説明させていただきます。個室に入ることも可能です。もし、当施設での看取りを希望されるのであれば、同意書が必要です。

管理栄養士：副食は1割程度です。できる範囲で栄養剤の追加を行うことにしました。声かけもしっかり行います。

介護職員、作業療法士：ご本人、ご家族の意向を最大限尊重したケアを行います。

家族：食欲がなく食べさせようとすると怒るので、無理はしないでください。病院では点滴を嫌がり、抜いて困りました。本人は、病院を望んでいません。ここで最期まで見ていただけるのであれば、それが本人にとっても一番良いと思います。高齢で皆、覚悟はできていると思います。兄弟に確認してから同意書をお渡ししたいと思います。

介護支援専門員：施設ケアプラン原案を呈示、修正点なく了承される。それに沿ってケアを進めて行くことにします。

【その後の経過】

数日後、同意書が提出されました。ケアカンファレンスでの家族の意向と話し合った内容を文書（看取り介護に関するカンファレンス経過表、「生きて逝くシート」）にまとめ、それを元に、申し送りやカンファレンスで職員に周知しました。

その後、施設内で定期的に多職種によるカンファレンスを行い、意見交換しています。また、家族が面会に来られた際や状態が変化した際にも多職種が集まり、より良い方向を考えています。



写真 終末期利用者に関する多職種カンファレンス

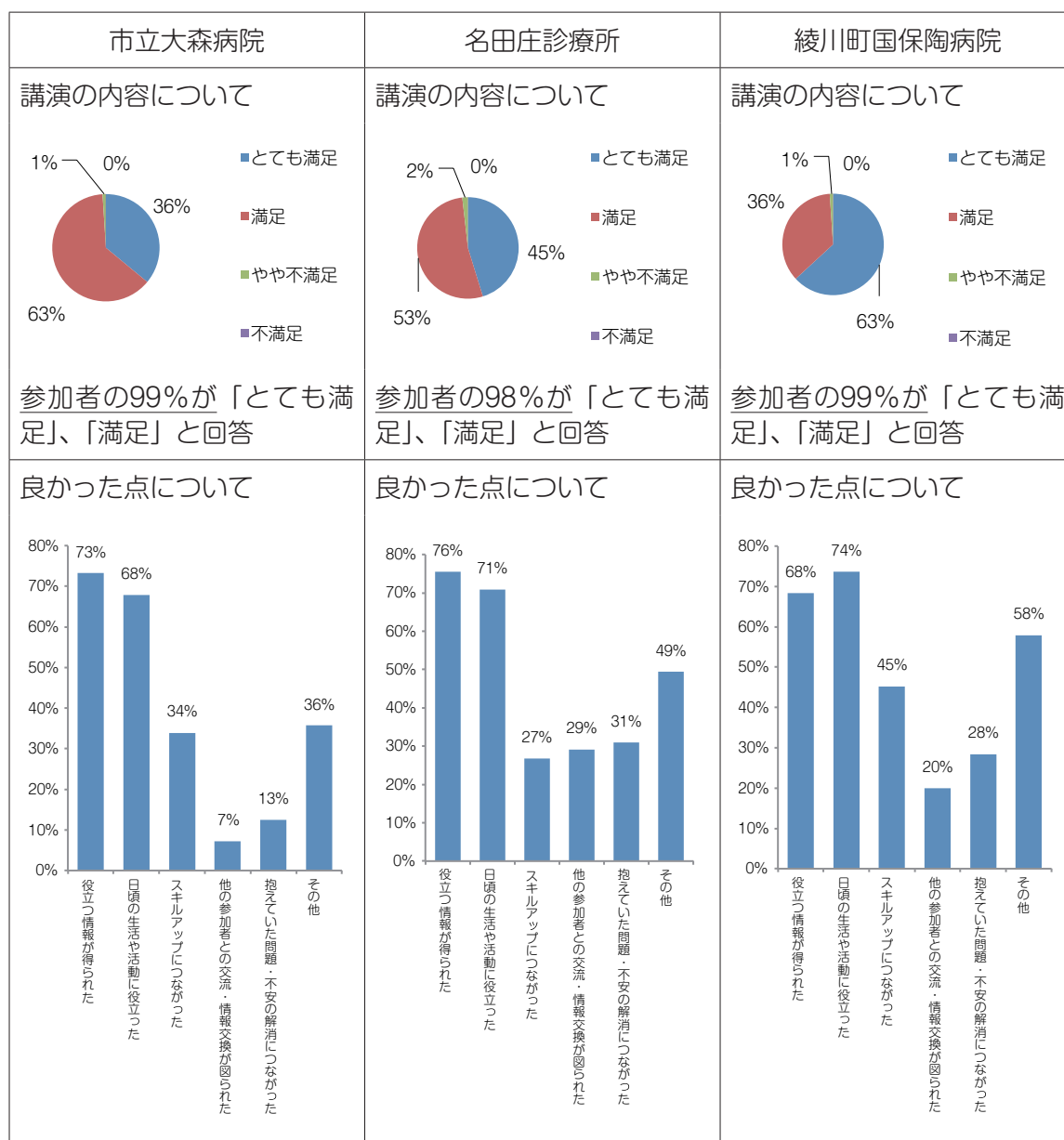
第4章 事業実施アンケート

4-1 一般住民向け講演会 (P121)

秋田県・市立大森病院においては、地域包括支援センターの協力により広報を行い、講演会前日が大雪となり天候が不安定な中、関係機関のスタッフ等にも協力いただき、70名の方に参加いただきました。福井県・名田庄診療所においては、広報活動のみならず、地元社会福祉協議会の協力により、講演会専用貸切りバスを用意いただく等、参加者の交通の便に配慮する等、多くに関係者に協力頂いた結果、212名の方に参加いただきました。香川県・綾川町国保陶病院においては、地域包括支援センター及び町の健康推進員の方々に積極的に広報いただき、110名の方に参加いただきました。

いずれの地域でも、多くの住民の方に参加いただき、本講演会の目的「看取りに関する知識と生きて逝く準備を考える」に対する関心度の高さをうかがい知ることができました。

講演会の内容については、各地域とも高い評価を得ました。



全体的には、参加者の99%に「大満足」、「満足」と評価され、良かった点（複数回答あり）については、①「役立つ情報が得られた」（73%）、②「日頃の生活や活動に役立った」（71%）、③その他（50%）の順となっています。

自由回答の中には、「日頃考えないことを考える機会になった」、「最期の話はなかなか話題にしにくいけど、話をすることの大切さを感じた」、「日頃からサヨナラの準備をしておくことも必要だと気付かされた」等、今回の講演が、やがて迎える死に対して考えるきっかけ、意識の変化につながったようです。

また、「病気があっても、くよくよせず自分らしく生活して生きたら健康だという話を聞いたら楽になった」、「死について考える機会をもらい、生きている事に感謝する機会になった」等、やがて迎える最期にむけて、少しでも不安が解消されるきっかけとなったり、参加者の今後の生きがいづくり、健康づくりに繋がるような回答も多くみられました。

さらには、「家族に伝えたい（話すことの大切さを感じた）」、「家族と話す参考にしたい」、「ぜひ「生きて逝くノート」を完成させたい」等の意見もあり、今後の広がりが期待されるところです。

なお、名田庄診療所での開催においては、想定以上に参加者が集まり、「会場が狭い」、「後ろの方の席にいたので、話が聞きづらかった」等の意見も聞かれました。今後の開催においてキャパシティの問題は謙虚に受け止めたいと思いますが、住民の看取りに関する関心の現れを確認することができたことは大きな成果につながりました。

4-2 スタッフ研修（P124）

地域での看取りを推進するため、その一役を担う介護施設の職員に対して看取りに関する研修会を実施しました。各地域とも業務終了後の夜間の時間帯にも関わらず、多職種に参加いただき、看取りに関する知識の共有、さらには職員の看取りに対する意識等も聞くこともできました。

全体的には、参加者の100%に「大満足」、「満足」と評価され、良かった点については、①「役立つ情報が得られた」（77%）、②「日頃の生活や活動に役立った」（61%）、③その他（42%）、④「他の参加者との交流・情報交換が図られた」（41%）、⑤「スキルアップにつながった」（32%）の順となっています。（複数回答あり）

自由回答の中には、「胃ろうのことや介護者による生命予後などを学ぶことが出来て良かった」、「今自分たちが行っていることは、よりよく生きるために重要な事なんだと自信になった」、「終末期を考えるきっかけをもらい、自分も含め、関わっている方たちの終末期を共に考えながら接していけたらよいと思った」、「住民の人へ話をする際の参考になりました」、「施設（小規模多機能施設）が重要な役割を果たしていることを再確認しました。自分の介護員としての役割もあるんだと感じました」等、日頃の業務におけるスキルアップや不安解消につながったことが確認できました。

また、「家族の最期にどのように向かえばよいか、また自分の一生をどのように過ごしたらよいかを深く考える材料になりました」、「最期について考えるという事が重要な事が分かりました。自分もエンディングノートをつけていきたいと思いました。」等、職員自身の問題としても看取りに関して向き合っていただくことができました。

研修会の内容については、各地域とも高評価を得ております。

市立大森病院	名田庄診療所	綾川町国保陶病院
<p>講演の内容について</p> <p>■とても満足 ■満足 ■やや不満足 ■不満足</p> <p>参加者の100%が「とても満足」、「満足」と回答</p>	<p>講演の内容について</p> <p>■とても満足 ■満足 ■やや不満足 ■不満足</p> <p>参加者の100%が「とても満足」、「満足」と回答</p>	<p>講演の内容について</p> <p>■とても満足 ■満足 ■やや不満足 ■不満足</p> <p>参加者の100%が「とても満足」、「満足」と回答</p>
<p>良かった点について</p> <p>100% 90% 80% 70% 60% 50% 40% 30% 20% 10% 0%</p> <p>88% 66% 34% 3% 34% 22%</p> <p>役立つ情報が得られた 日頃の生活や活動に役立った スキルアップにつながった 他の参加者との交流・情報交換が図られた 抱えていた問題・不安の解消につながった その他</p>	<p>良かった点について</p> <p>80% 70% 60% 50% 40% 30% 20% 10% 0%</p> <p>63% 56% 32% 76% 12% 66%</p> <p>役立つ情報が得られた 日頃の生活や活動に役立った スキルアップにつながった 他の参加者との交流・情報交換が図られた 抱えていた問題・不安の解消につながった その他</p>	<p>良かった点について</p> <p>100% 90% 80% 70% 60% 50% 40% 30% 20% 10% 0%</p> <p>88% 65% 29% 29% 12% 47%</p> <p>役立つ情報が得られた 日頃の生活や活動に役立った スキルアップにつながった 他の参加者との交流・情報交換が図られた 抱えていた問題・不安の解消につながった その他</p>

4-3 関係者意識調査 (P127)

本事業実施にあたり、各連携団体の関係者に対し、簡易アンケート（意識調査）を実施しました。

実施前に「終末期ケアの対象者への支援に困難を感じたことがある」に関して問いには、「ある」（27%）、「少しある」（50%）で、併せて77%が、終末期ケアに関する何らかの課題を抱えていることが把握されました。

また、「終末期に関する関心（重要）度」については、実施前後とも、97%の方が「そう思う」、「少しそう思う」と必要性を感じており（事後は、「そう思う」が若干増加）、「今後も積極的に取り組んでいきたいと思うか」の問いにも、97%の方が何らかの取り組みを継続していきたい旨の回答がありました。

さらに、「その他、事業の実施前後であなたの意識の変化、周囲の変化がありましたか」(自由回答)の問いには、「終末期に関する知識・技術等の理解ができた」、「本人や家族との関わり等今後にかかしていきたい」等、本事業での知識・技術の向上、活動体制の確立等の成果が感じられ、今後の活動の広がりが期待されます。

4-4 ヒアリング及び現地スタッフとの意見交換 (P130)

各連携団体における取組全体を通して、終末期について住民、行政、医療関係者のいずれも関心が高いことが伺えました。一般向け講演会、スタッフ研修は多くの参加があり、参加者から高い評価を得ました。看取りの質の向上は、潜在的ですが大きなニーズがあることがわかりました。

それぞれの地域には、いままで培われてきた風土があり、その中でどのように終末期を迎えるのかは、それぞれの形があります。その中で、それぞれに工夫をしています。共通して言えることは、こうしたことを話し合い、意識を共有する場が乏しいこと、療養の場に関わらず、ご本人・ご家族との信頼関係が重要であること、そのためには医療機関のサポートが不可欠であること、などでした。ヒアリングを通して、各種ツール、看取りに関する手引きについても現場のニーズがあることがわかりました。しかし、それらがありさえすればいいということではなく、本人、家族、スタッフの信頼関係、職員の円滑な意識共有の醸成の触媒として有効であることも実感しました。

また、現場のスタッフは、終末期ケアにかかる負担について採算を度外視して奮闘している傾向にあります。適切なケアに対して、診療報酬、介護報酬が正当な対価として支払われる仕組みも必要であることを感じました。

※ヒアリング及び意見交換の具体的内容は、資料編に掲載しています。



第5章 まとめ

人は誰しも、死を避けることはできません。死を迎えることは、人生の集大成でもありませんので、どういう逝き方をするかということは、どういう生き方をするか、ということですので。つまり、普段から死については、すべての人が意識をしておかなければならないと思います。ところが現実はどうでしょう。死について語ることには心理的にも抵抗があり、自身の終末期のあり方について何らかの希望は持っていますが、家族をはじめとした周囲の人にそれを十分に伝えられていないことが多いのではないのでしょうか。その結果、ご本人の希望とは違う形で終末期医療・ケアが行われていることもあるでしょう。

わが国は、今後、亡くなる方が急増していくことが確実であり、その終末期のあり方についての住民意識の向上、地域における終末期ケアを支援する体制の構築は、大きな課題です。この事業では、すでに地域包括医療・ケアを先進的に実践してきた国保診療施設を中心とした連携団体において、その課題に取り組みました。連携団体で行われた啓発活動や患者・家族の支援事業では、地域の状況による差異はあるものの、共通する課題も見えました。各連携団体での取り組みは予想以上の反響があり、終末期のあり方は潜在的かつ大きな課題であったことをあらためて認識しました。

本事業を通して、各連携団体では、住民意識の向上、医療者、施設職員の意識の向上、ネットワークづくりなど確かな効果を認めました。しかし、これらの事業は単発的なもので終わるべきではなく、今後も継続的に質の向上に努めていかなければなりません。地域全体へのアプローチと並行し、個別のケースを大切に支援していく活動を継続的に行っていくべきなのです。

また、国診協の他の会員施設、あるいは会員以外の施設にも普及も図っていく必要があります。本事業で作成した各種ツールは、ホームページで公開して自由に使用できるようにしてありますし、全国の会員施設、市町村の保健・福祉担当者に本事業報告書とあわせて送付いたします。また全国の地域包括支援センターにもご紹介をしていく予定です。多くの地域でこれらを活用いただき、全国の終末期にある方、そのご家族の一助となることを期待しています。

本事業は、すでに地域包括医療・ケアの実績がある連携団体を中心におこなわれました。今後は、こうした地域以外で、どのように事業を普及させていくのが課題となります。とくに社会資源はあっても顔の見えるコミュニティとしての機能の弱い都市部、あるいは被災地や離島など社会資源の限られた地域での展開などに取り組んでいく必要があります。国診協として積極的な情報発信に努めていきたいと考えています。

資料編

- ① 一般住民向け講演用パワーポイント（抜粋）
- ② 「いきいきと生きて逝くために—自分の最期を考えること—」（国診協版「生きて逝くノート」）
- ③ 「生きて逝くノート」（家族編）
- ④ 「生きて逝くシート」
- ⑤ 在宅での看取りに関する手引き
- ⑥ 病院での看取りに関する手引き
- ⑦ 施設での看取りに関する手引き
- ⑧ 講演会参加者・研修会参加者アンケート調査
- ⑨ 関係者意識調査
- ⑩ ヒアリング及び現地スタッフとの意見交換の内容

① 一般住民向け講演用パワーポイント（抜粋）

まずはじめに・・・
となり同士で握手して
下さい

お互い自己紹介を
しましょう

1

さて、ここで問題です
Q.日本人の死亡率は
何%でしょう？

2

Q.日本人の死亡率は？

100%です！
人は必ず死にます

3

次の問題です
Q.どっちの死に方がいい？
手を挙げてください

ポックリ
ジックリ

4

Q.ジックリ逝くなら
何が困りますか？

5

さらに問題です
Q.どちらを選びますか？
手を挙げてください

寝たきり
ボケ

6

ボケも寝たきりも

介護が必要

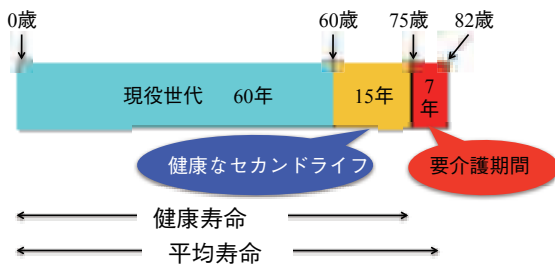
7

長生きと介護

要介護者と介護者の ビミョーな関係

8

日本人の平均寿命と健康寿命



出典：WHO Core Health Indicator,2004 9

平成24年版 高齢社会白書 内閣府

2010年

	健康寿命	平均寿命	差
男性	70.42歳	79.64歳	9.22年
女性	73.62歳	86.39歳	12.77年

10

どこでだれに 介護されたい？

国診協版「生きて逝く
ノート」に書きましょう
(19ページ)

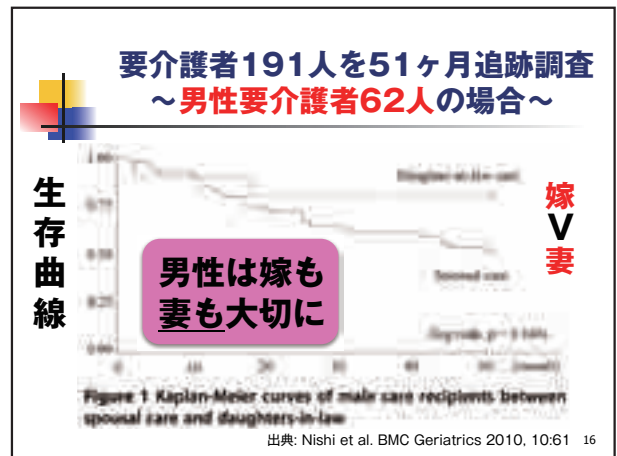
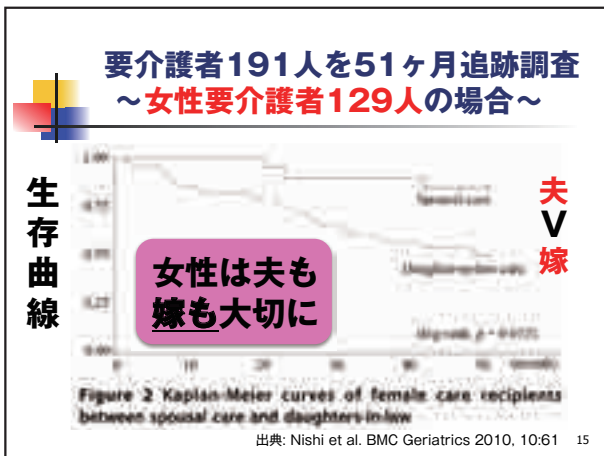
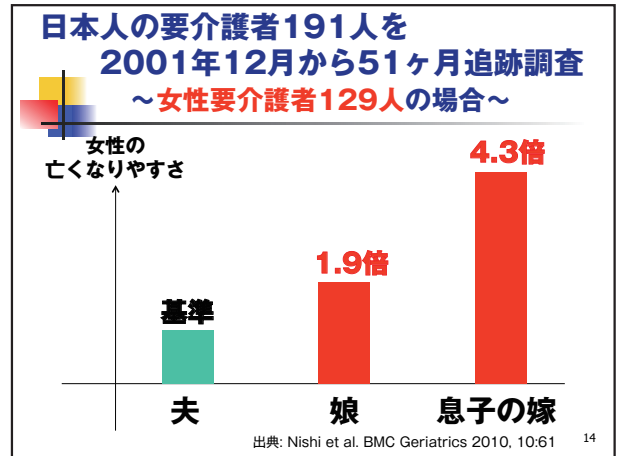
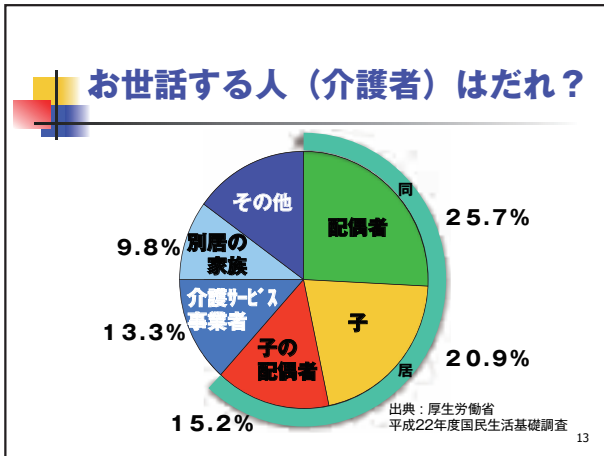
11

第2章 わたしに何か起こったとき

介護について

病名や病状に関する告知の希望

19



男性介護者 要注意！ 『仲のよい老夫婦症候群』

- ★ 仲睦まじい老夫婦
- ★ 妻が高度認知症
- ★ 夫は献身的な介護をするが、他人に任せることをよしとしない

↓

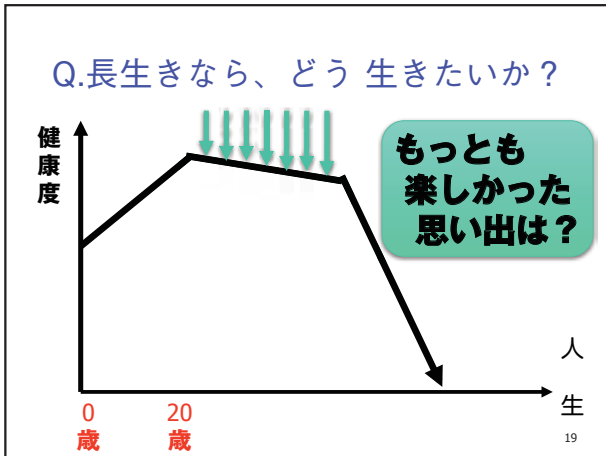
介護心中・介護自殺・介護殺人のパターン
うまく介護サービスを利用しないと悲劇に

17

人生について

振り返りましょう！

18



今までもっとも楽しかったこと

国診協版「生きて逝くノート」に書きましょう
(16ページ)

20

2. わたしの歩み (楽しかったことやつらかったこと)

出生時

幼児期

少年少女期

青年期

成人期

16

結 婚

子供の誕生

高齢期

孫の誕生

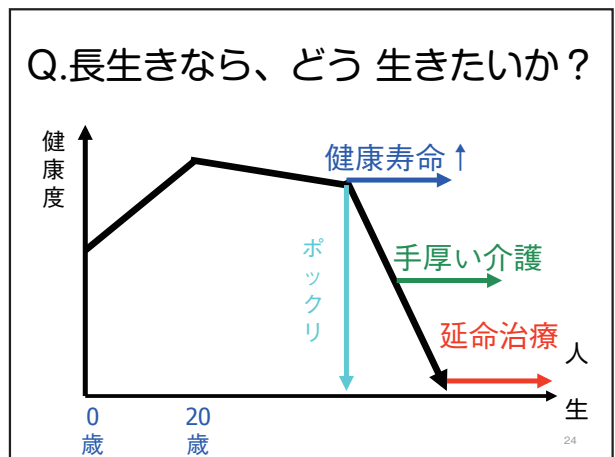
その他

17

長生きについて

★質問します！

23



延命治療について

★質問します！

25

胃ろう (PEG)



ボタン式 (ガストパタン) に家で交換、初回交換時に特に注意必要

PEG(経皮的内視鏡胃瘻造設術)



27

胃ろう患者の予後

胃ろう造設後 90日以内 20% 死亡
1年以内 40% 死亡
2年以内 60% 死亡
3年以内 70% 死亡

平均生存期間 543.9日=約1年半

(香川PEG研究会)

28

延命治療を受けますか？

★家族 (夫、妻、親兄弟) が判断能力がない状態になって、食べ物を受けつけなくなったら、あなたならどのように判断しますか？

胃 瘻 ○ 名
胃 瘻 × 名

29

判断能力がなくなったとき 終末期延命治療をどうする

国診協版「生きて逝く
ノート」に書きましょう
(20ページ)

30

終末期医療の希望
(特に意識がなかったり判断能力がなくなったりしたとき)

希望項目をチェック(✓)してください。

()希望しない ()希望する

具体的にどの治療を希望するか✓してください。

<input type="checkbox"/> 点滴による水分補給	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう含む)
<input type="checkbox"/> 昇圧剤の投与	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 蘇生術
<input type="checkbox"/> その他(具体的に)		

終末期の後の身体について

【臓器提供】
希望する(ドナーカード) あり なし 希望しない

【臓体】
希望する(臓体登録) あり なし 希望しない
(登録先) 大学

20

延命治療と最期の場所

S病院院内アンケート調査
(調査結果紹介)

32

延命治療について

書き残しましょう
家族で話し合いましょう

33

そもそも

健康ってなんだろう？

34

どちらが健康？(60歳代)

<p>Aさん</p> <ul style="list-style-type: none"> ★男性 自営業 ★社会的 活動的 ★商売は順調 ★高血圧症 糖尿病 ★高脂血症 肥満 ★知識は豊富 ★わかっちゃいるけど。。やめられない 	<p>Bさん</p> <ul style="list-style-type: none"> ★女性 主婦 ★クドクド グチグチ ★頭が重い 腰が病める 足がほめく ★検査好き ★検査上で異常なし ★ドクター・ショッピン
--	--

35

健康=元気と病気のバランス

	元気度	病気度
+	3	- 1
+	2	- 2
+	1	- 3

36

健康＝元気と病気のバランス

★Bさん

病気はないけど、元気もない

★Aさん

病気はあるけど、元気がある

37

健康とは

たとえ病気や障がいを持っていても、いきいきと生きている、生きようとしている状態

順天堂大学スポーツ健康科学部
島内憲夫教授

38

末期でも元気で健康 !?

★肺線維症で在宅酸素利用のばあさんは、前日まで酸素吸入しながら畑仕事をして翌朝逝った

★大腸がん肝転移の爺さんは、稲刈りと自宅の冬囲いを終え、大好きな酒を飲んで翌日逝った

★その人らしく生きて、マイナスよりもプラスが勝れば、末期でも“健康”!

39

末期でも健康

自分らしく
やりたいことをやる!

40

余命6ヶ月になったとして あなたがやりたいことを

国診協版「生きて逝く
ノート」に書きましょう
(18ページ)

41

3. これからのわたし

これからやってみたいこと

これから行ってみたいところ

これから会いたい人

18

親族代表のあいさつ・弔辞をお願いする場合の予定者

名前	関係

最後に着たいもの・棺に入れてほしいもの

お料理・会葬返礼品・会葬礼状の希望

その他希望すること

幸せになるための方法

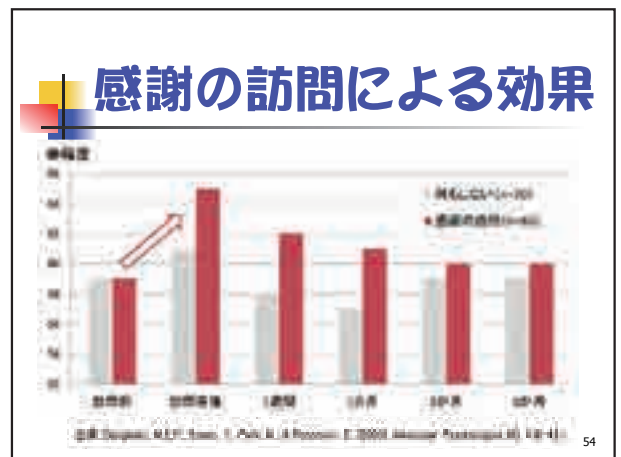
健康が大切なのはなぜ？
健康のためなら死んでもいい？
健康は幸せになるための一手段！

幸福論（幸福になるため）のバイブル
『ハーバードの人生を変える授業』

この本の52講中、
第1講は。。。

感謝する

- ## あなたが必ず幸せになる 感謝の訪問
- ・手順
 - 自分がお世話になった人の中で
 - まだ感謝の念を表明していない人を1人選ぶ
 - 感謝の手紙を書く
 - 目的を伏せて相手の家に訪問する
 - ゆっくりと相手の目を見ながら手紙を読む
 - 具体的な出来事について相手と振り返る



余命6ヶ月になったとして
大切な方に感謝のメッセージを

国診協版「生きて逝く
ノート」に書きましょう
(33ページ)

55

第5章 大切な人へのメッセージ

家族へ

33

友人へ

34

お世話になった人へ

35

お隣同士でじゃんけんポン！
ポジティブに感謝を込めて。。。。

- ★勝った人は負けた人を
ほめて感謝してください
- ★負けた人は勝った人を
ほめて感謝してください

59

平穏死を望むなら
まずは在宅医療を選択し
看取り実績のある在宅医を探すこと
患者会や医師会に相談すると良い



胃ろう、抗癌剤、
延命治療いつやめますか？

60

「平穏死10の条件」より

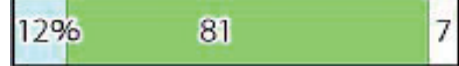
- 在宅療養に特に覚悟はいらない!
- 軽い気持ちでいい いい加減でいい!
- 死ぬときには死ぬ!
- 何が一番幸せかを考える!
- 幸せな看取りを 静かに穏やかな旅立ちを!
- 限りある「生」を楽しんで全うすること

61

終末期医療

平成25年10月
読売新聞世論調査

◎延命のための医療を受けたい



◎希望しても最期まで自宅で医療を受けることは難しい



□ そう思う □ そうは思わない □ 答えない

62

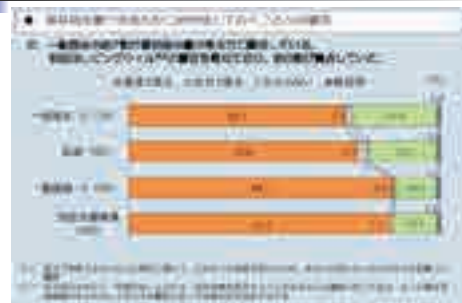
延命治療

◆何しろ延命が容易か？（一歩踏み出す必要はないか）

	そう思う	そうは思わない	答えない	無回答
病院の中で治療手段が平穏死できるか、 通院もなく、家族や医師が治療を止めることと医師の意向 を合わせる必要で、そのための準備は必要か	7.8%	71.8%	18.3%	1.8%
意識が回復して、そのための準備は必要か 意識が回復しないままに治療を中止 する必要があるか	7.0%	72.0%	17.8%	1.7%
回復が期待でき、そのための準備は必要か 回復が期待できないままに治療を中止 する必要があるか	3.0%	70.0%	16.0%	1.8%

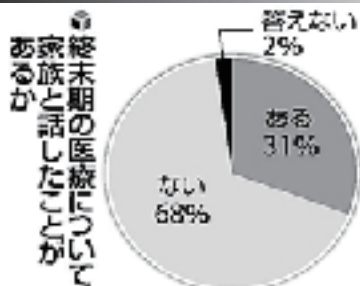
63

人生の最終段階における医療に関する意識調査 (厚生労働省 平成25年3月)



64

終末期医療



平成25年10月 読売新聞世論調査

65

生き方

逝き方

逝き方は、生き方の凝縮

子どもや孫の生き方にもつながる

66

② 「いきいきと生きて逝くためにー自分の最期を考えることー」

(国診協版「生きて逝くノート」)



目次

最期について考えてみませんか？	.....	P1
最期はどこで過ごしたいですか？	.....	P2
緩和ケアって？	.....	P3
在宅・施設でのチーム	.....	P4
自宅、施設と病院との違いとは	.....	P5
愛する人たちとの別れ	.....	P6
最期のときが近づいたら	.....	P7~8
最期のときがきたら	.....	P9
みんなの気持ちは一つですか？	.....	P10
生きて逝くノート (わたし編)	.....	P11

最期について考えてみませんか？

これから高齢化社会、多死社会を迎えます。
「死」は本来、自然なもののはずです。そして人が生まれることと同じくらい、死ぬということには尊厳があります。

人生の「最期」を考えてみませんか？
それがよりよく生きることにつながります。
みなさんが自分らしい死を選ぶことができる
医療、社会のしくみを作っていきませんか？



最期はどこで過ごしたいですか？

いまは多くの方が病院で亡くなり、自宅で亡くなる人は1割程度ですが、かつては多くの方が自宅で最期を迎えられていました。



病院（医療機関）以外の場所として自宅のほか、いろいろな施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、小規模多機能施設、グループホーム、サービス付高齢者向け住宅など）で最期を過ごす取り組みが始まっています。

どんなに深刻な病気になっても、どこで暮らしていても、みなさんと家族の気持ちに寄り添い、思いを大切にしたい。みなさんが希望する幸せな最期を過ごしてもらうため、多くの職種が専門性を生かして協力し、支えます。



緩和ケアって？

がんをはじめとする深刻な病気によるからだや気持ちのつらさを和らげることは、とても大切です。

現代はお薬や技術の進歩により、自宅でも痛みや苦しさを適切にとることができます。

亡くなる前の短い期間ではなく、病気がわかったときからケアが始まります。残された日々を穏やかに、前向きに過ごすお手伝いです。



在宅、施設でのチーム



自宅、施設と病院との違い

病院でできるほとんどのこと（医療行為）は自宅や施設でもできます（点滴、痛みの治療、酸素吸入など）。苦痛なく、穏やかに、自分らしく過ごせたらよいですね。主治医や家族、施設としっかり相談しましょう。

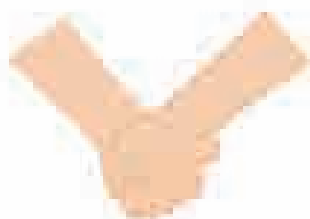
医師や看護師は連絡すればきてもらえますが、いつもそばにいてくれる訳ではありません。そのかわり、周りにいるのは家族やあなたのことを思ってくれる大切な人たちです。



愛する人たちとの別れ

愛する人たちと別れるのはとてもつらいことです。それが送る側であっても、送られる側であっても。

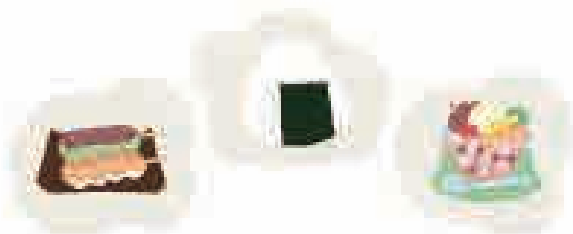
住み慣れた生活の場で、これまで通り過ごす最期のとき。そのかけがえのない、大切な時間をできるだけ穏やかに過ごすことを一緒にかなえましょう。みんなの思いが一つになれば、きっとできます。



最期のときが近づいたら

最後の1ヶ月くらいから食事の量が減ってきたり、からだを動かすことが疲労になってきたりします。

からだが必要とする栄養は徐々に減ってきます。無理に食べさせたり、点滴をしたりすることが本人の苦しさを増すこともあります。本人が食べたいもの、飲みたいものを、量の制限で口にしてもらいましょう。



最期のときが近づいたら

最後の1週間くらいから目を閉じてうとうとする時間が次第に長くなってきます。それに伴い、昼と夜のリズムが乱れたり、つじつまの合わないことを言ったりすることがありますが、その人はその人のままです。

家族はこれまで通りに接してあげてください。必要があればお薬などにより症状を和らげることができます。



最期のときがきたら

最期になると呼吸の様子が変わってきます。あえくような呼吸、不規則な呼吸になると、死が近づいたサインです。

あわてないために、いつ医療者に連絡するかを事前に決めておけば穏やかな気持ちで、落ち着いて送り出すことができます。かけがえのない最期のときを過ごしてください。



みんなの気持ちは一つですか？

最期のときを考えることはつらいことですが、とても大切なことです。それまでどう過ごしたいか、どこで過ごすかなど、家族、特に配偶者や子どもと話をしてください。元気なときこそ、ゆっくり落ち着いて話せます。

幸せな最期を迎える準備の一つに、エンディングノートがあります。



生きて逝くノート

何について話せば良いのか、何を書き残しておけば良いのか。
自分の、家族の最期を考える時に、生きて逝くノート(エンディング
ノート)はその道しるべになります。

なかには戸惑う項目もあるかもしれませんが、できればあなたの
大切な方と一緒に、しっかり話をしながら書いてほしいのです。
良い死を考えることは良い生を考えることにつながります。



私の人生・私と家族を繋ぐ

生きて逝くノート



国診協販

第1章 わたしのこと

1.今のわたしのプロフィール

フリガナ

氏 名

本 籍 地

住 所 〒

生年月日 年 月 日 生まれ

血 液 型 型

役 格

職 味

廣 告 取 替

職 業

職 場

好きな食べ物・好きな飲み物

好きな言葉

好きな色

好きな音楽

大切にしているもの

その他の好きなもの



2. わたしの歩み(楽しかったことやつらかったこと)

出生時

幼児期

少年少女期

青年期

成人期



親 類

子供の誕生

高 齢 層

孫の誕生

その他



3. これからのわたし

これからやってみたいこと

これから行ってみたいところ

これから会いたい人



第2章 わたしに何か起こったとき

介護について

病名や病状に関する告知の希望

終末期医療の希望

(病に罹患がなったり判断能力がなくなったりしたとき)

あなたは子どもや孫(子/ノ)にしてください。

() 希望しない () 希望する

あなたがこの希望を実現できるか、ぜひしてください。

<input type="checkbox"/> 点滴による水分補給	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろうきゅう)
<input type="checkbox"/> 昇圧剤の投与	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 蘇生術
<input type="checkbox"/> その他(具体的に)		

終末期の後の身体について

【臓器提供】

希望する (ドナーカード) あり なし 希望しない

【臓体】

希望する (臓体提供) あり なし 希望しない
(臓体先) (臓体先) 大字

成年後見制度について

利用したい

利用しない

◎成年後見制度とは…

認知症、知的障害、精神障害などの理由で判断能力の不十分な方々は、不動産や預貯金などの財産を管理したり、身のまわりの世話のために介護などのサービスや施設への入所に関する契約を結んだり、遺産分割の協議をしたりする必要があっても、自分でこれらのことをするのが難しい場合があります。また、自分に不利益な契約であってもよく判断ができずに契約を結んでしまい、悪徳商法の被害にあうおそれもあります。このような判断能力の不十分な方々を保護し、支援するのが成年後見制度です。

〔法務省ホームページ抜粋〕

メモ

お葬式費用の準備

- 貯蓄から 準備していない 家族に任せる

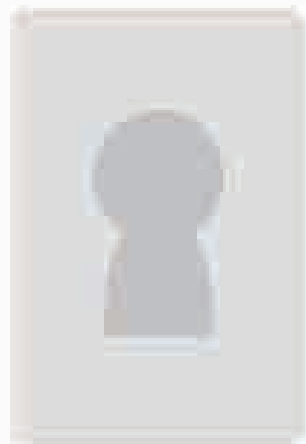
宗 教

無宗教葬の希望

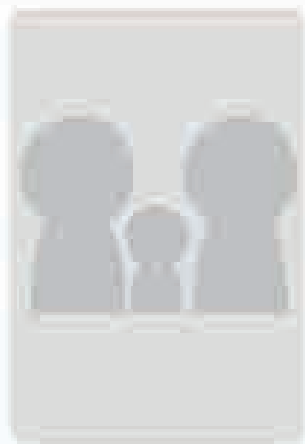
- なし あり

葬儀社

撮影にしたい写真



思い出の写真



親族代表のあいさつ・お辞儀をお願いする場合の手定書

名 前	関 係

最後に書きたいもの・棺に入れてほしいもの

お料理・会葬返礼品・会葬礼状の希望

その他希望すること

第4章 お葬式後のわたし

遺言状

あり

なし

自筆証書遺言

公正証書遺言

秘密証書遺言

相続財産

あり

なし

預貯金

不動産

株式

貴金属

美術工芸品

金貨類

その他

負債の財産

あり

なし

借入金

住宅ローン

カードローン

その他

お骨の眠る場所

形見分けしてもらいたい物

あり

原 名		欲しい人	
保管場所		番箱や封い入れ	
原 名		欲しい人	
保管場所		番箱や封い入れ	
原 名		欲しい人	
保管場所		番箱や封い入れ	
原 名		欲しい人	
保管場所		番箱や封い入れ	
原 名		欲しい人	
保管場所		番箱や封い入れ	

なし

その他手続き

第5章 大切な人へのメッセージ

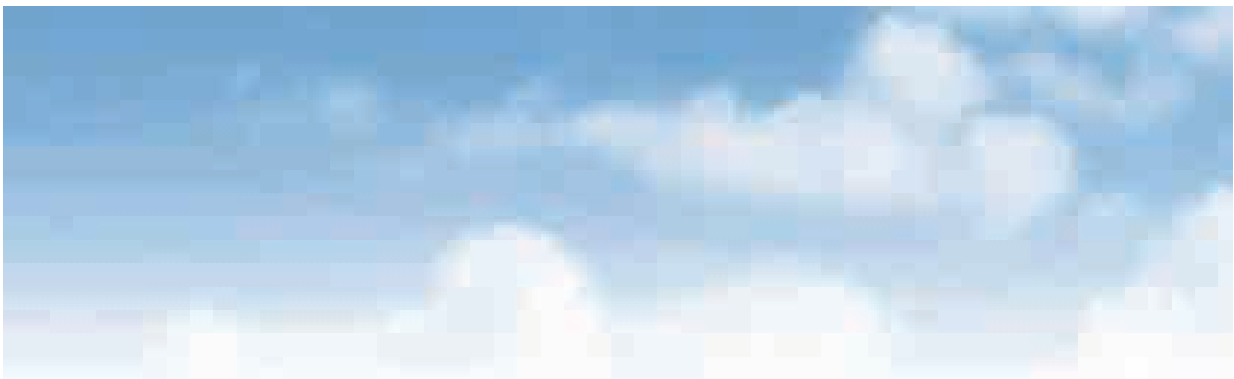
家族へ



友人へ



お世話になった人へ



公益社団法人
全国国民健康保険診療施設協議会
Japan National Health Insurance Clinics and Hospitals Association

〒100-0012 東京都千代田区2-6-2 JP
TEL03-6806-2694
<http://www.kokushinkyo.or.jp/>

③ 「生きて逝くノート」(家族編)

生きて逝くノート

(家族編)

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

第1章／あなたとご本人さんとのこと

あなた

フリガナ

氏名

ご本人さん

フリガナ

氏名

あなたとご本人さんとの関係

あなたとご本人さんとの出会い

2

あなたとご本人さんとの思い出
(楽しかったことやつらかったこと)

3

第2章／あなたがご本人さんにしてあげたいこと

これからしてあげたいこと

これから行かせてあげたいところ

4

これから会わせたい人

5

第3章／あなたとご本人さんが相談した方がよいこと

介護について

病名や病状に関する告知の希望

6

終末期医療の希望
(特に意識がなかったり判断能力がなくなったりしたとき)

7

遺言状

あり

自筆証書遺言 公正証書遺言 秘密証書遺言

なし

相続財産

あり

預貯金 不動産 株式 貴金属
 美術工芸品 会員権 その他

なし

10

負の財産

あり

借入金 住宅ローン カードローン その他

なし

お骨の眠る場所

11

形見分けしてもらいたい物

あり

【品名】	【渡したい人】
【保管場所】	【価値や思い入れ】
【品名】	【渡したい人】
【保管場所】	【価値や思い入れ】
【品名】	【渡したい人】
【保管場所】	【価値や思い入れ】
【品名】	【渡したい人】
【保管場所】	【価値や思い入れ】
【品名】	【渡したい人】
【保管場所】	【価値や思い入れ】

なし

12

その他諸手続き

13

その他諸手続き

13

以下の症状は全てが一度に起きることではありません。起きないこともあります。

大切なのは、ほとんどの変化が死にいたる自然な経過であり、ご本人さんにとっても苦痛なことではないということです。

ご心配なことがあればいつでも医師や看護師にお尋ねください。

15

お別れが近づいてきたサイン

1 声をかけると返事をするが、眠っていることが多くなる

だんだん眠って過ごすことが多くなり、時々起しても起きていられなくなることが出てきます。これは、身体の代謝が悪くなるために生じます。無理に起したりせず、眠らせておきましょう。

2 聞こえにくく、見えにくくなる。聴力は最後まで残ります。

徐々に周りのことが聞こえにくくなり、見えにくくなります。電気をずっとつけて明るくしましょう。また、最後までかけられた言葉を聞き取ることが出来ます。ご本人さんの耳元に座り、話しかけましょう。眠っているからといって、ご本人さんの前で不用意な会話は慎みましょう。

3 食べられなくなり、水分も徐々に飲めなくなる (唇をぬらしてあげるといい)

身体は、食べたり飲んだりすることにエネルギーを割かないように、飲食することをだんだん要求しなくなってきました。氷や冷水、シャーベットのようなさっぱりしたものをほんの少し口に含む程度になります。飲み込むこともできなくなると、むせたり、気管に入って咳き込んだりすることがあります。このような場合は、食べ物や飲み物、そして飲み薬を無理にあげないで下さい。

16

4 時間や場所、知っているはずの人が分からなくなることもある。 混乱した精神状態が見られることがある。(安心できるように手を握り話す)

体がだるくて身の置き場がなくなり、じっとしてられず、終始手足を動かしたり、シーツを引っ張ったりと、落ち着きがなくなります。また、見えないはずの人や物が見えると言うようになることもあります。これらのことは、脳へ酸素が充分に行き渡らなくなり、身体の代謝が衰えてくることで生じます。落ち着かなくなった時には、背中や手足をさすってあげてください。足がだるそうな時は、足元に座布団を折って入れたり、クッションで高くすると少し楽になります。

また、ベッドから落ちたり、打撲したりしないように気をつけてください。おかしなことを言うときには落ち着いた態度で話しかけるようにしましょう。

5 尿失禁や便失禁をする(茶褐色～暗黒色の泥状の便)

6 尿が減り、出なくなる

死が近づくにつれて、尿量が減り、尿が濃くなります。尿の回数が減ったり、何時間もオムツが汚れないことがあります。尿量が減ってきたら看護師に伝えましょう。

また、反対に、排泄のコントロールが出来なくなり、尿や便を漏らしてしまうことがあります。肛門の括約筋が緩んでしまうほど衰弱すると、茶褐色～暗黒色の泥状の便が出るがあります。

17

7 唇が乾き、分泌物が口の中にたまって、ゴロゴロした呼吸になる

唾液の量がだんだん増えて、喉の奥にたまり、ゴロゴロという音が聞こえるようになります。これは、水分摂取量が減ることと、咳払いをして唾液を排出することができなくなってくるために生じます。ベッドの頭を上げたり、枕で頭を高めると良いです。痰が取れるようなら、綿棒で取ったり、ガーゼで拭き取ってあげると良いでしょう。ご本人さんが物を飲み込めるなら、氷をなめてもらったり、冷たく湿らせたガーゼを唇に当てるのも、口渇感を和らげるためにいいです。

また、息をするたびに苦しそうに声が出るがありますが、これは死前喘鳴といって、喉が浮腫んできたり、喉に痙攣が起きて出てくるものです。看ている方は苦しそうに見えますが、苦痛を感じる機能が低下してきているので、苦しい状態ではないことを覚えておいてください。

8 手足が冷たくなり、赤紫色になる

腕や足は徐々に冷たくなります。そして床に接している皮膚の色は紫色になってきます。これは、身体の血流が悪くなることによって生じます。ご本人さんが望まれる場合には、湯たんぽや毛布などで温かくしたり、さすってあげたりしてください。

18

9 呼吸が不規則になる、時には15秒くらい止まることもある

睡眠中、呼吸のパターンが不規則になったり、10~30秒間呼吸をしなくなることがあります。死が近づいた時に起きる一時的な呼吸停止です。これは、体内の老廃物を排出するための循環機能が弱くなってくるとよく起きることです。あまり長い時間止まって心配な時は、胸をさすったり、たたいたりすると息が戻るがあります。この呼吸はしばらく続きますが、肩や顎を使って息をするようになると本当に死が近いことを示しています。

10 体温が下がって上がらない

さらに循環機能が低下して、脳の体温調節機能も働かなくなると、体温が下がってきます。血圧はかなり最後まで保たれるのが普通ですが、体温が下がってきたら死が近くってきたことを示しています。傍にいてあげてください。

19

④ 「生きて逝くシート」

生きて逝くシート

作成日:

フリガナ 氏名	様	性	生年月日	年齢	内服薬	職業歴・生活歴
病名		病歴				

家族構成			緊急連絡先			
氏名	続柄	同/別	①氏名	(続柄)	病名告知	告知済・未告知
			電話番号		尊厳死	希望する(尊厳死協会加入・未加入) 希望しない
			②氏名	(続柄)	宗教	
経済状況			電話番号		宗教上や個人の信条への 配慮の必要性	あり・なし
		主介護者() 相談相手()				

"思い"情報		再入院の希望	本人の思い(こうありたい)	家族の思い
どこで最期を迎えたいか	自宅 子どもの家 病院 ホスピス(緩和ケア病棟) その他()	あり・なし		
自分自身の体調・病状で気になっているところ				
今後の人生でやってみたいこと(行きたいところ)			医療者側との約束	
			各職種の関わり	
			療養中の場所	関わっている職種
			在宅	医師 歯科医師 歯科衛生士 看護師 薬剤師 リハビリ職 栄養士
			施設()	介護支援専門員 ヘルパー 介護保険施設 民生委員 ボランティア
			その他()	業者()
			治療方針(開始時)	
			本人に 対して	家族に 対して

施設・事業所名:

カンファレンス記録

フリガナ 氏名	様	性	生年月日	年齢	生きて逝くシート「付属」
------------	---	---	------	----	--------------

開催日	参加者	職種	討議事項	今後の方針

開催日	参加者	職種	討議事項	今後の方針

開催日	参加者	職種	討議事項	今後の方針

施設・事業所名:

在宅での看取りに関する手引き



*本指針は自宅での看取りを前提に訪問看護ステーションを中心に記載しています。当然ですが、本指針のみで様々な地域の、多様な形態を擁する居住型施設への対応は困難です。従って、それぞれの地域の利用可能な社会資源、状況、考え方、サービス事業所等の職員の勤務体制・呼称、制度などにより修正して用いてください。尚、制度変更があれば、随時修正してください。また、家族や関係職員全員で記載内容について確認してから使用してください。

1.基本精神

人生の終末を迎える際、人は終末期を過ごす場所及び行われる医療等について自由に選択できる環境が必要である。当事業所では、終末期にある患者に対し、患者本人（以下、本人）の意思と権利を最大限に尊重し、本人の尊厳を保つと共に、安らかな死を迎えるための終末期にふさわしい最善の医療、看護、介護、リハビリテーション等を行う。なお、これらの一連の過程を「看取り」と定義するものとする。

2.在宅における終末期の考え方

多職種、家族等のチーム医療・ケアとの連携による医師の診断に基づいて、心身機能の障害や衰弱が著明で明らかに回復不能な状態であり、かつ近い将来確実に死に至ることが差し迫っている状態が、終末期と考えられる。しかし、終末期は、個々の病態において様々である。かかりつけ医師が状態や経過を観察し、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を終末期とする。

以下の点についても配慮等が必要である

- ・最期を住み慣れた自宅で迎えたいと願う本人に対して行われる
- ・全人的な観点から患者の身体的、精神的苦痛の緩和や日常生活の援助、家族へのケアが行われ、本人、家族の生活の質の維持・向上が目標とされる
- ・本人の尊厳、家族への精神的支援に十分配慮しながら行われる
- ・本人、家族と保健・医療・介護・福祉の各関係専門職種が十分なコミュニケーションをとりながら協力して行われる

3.在宅での看取りの視点

在宅での看取りとは、患者が長年過ごした自宅で主に家族が精神的にも時間的にも主介護者となり、親しい人々に見守られ、自然に死を迎えられるための支援にある。しかし、終末期の過程においては、死をどのように受け止めるかという個々の価値観が存在し、看取る立場にある家族の思いも錯綜、変化することも考えられる。このことを踏まえ、患者、家族に対して以下の事項を予め確認し理解を得ておく。

①在宅における医療体制を理解してもらう

かかりつけ医（以後、医師）を明確にした上で、訪問診療と訪問看護を基本に医療を行う

- ・緊急時は訪問看護師の報告などに応じて医師が指示を行う
- ・医師が不在の場合は必ず代理医師を立て、代理医師が指示を行う

以上のことは原則24時間体制で行う

②在宅での看取りの対象を理解してもらう

はっきりした区分けは困難であるが、急を要するような治療、回復を期待するような

治療、心肺蘇生を含む延命的な処置や治療は対象外になる

③在宅での医療の特徴を理解してもらう

対応にある程度の時間を要し、急変や一刻を争う状況には対応できない。

治療手段、専門職の配備などの点で病院や施設との相違がある。

④在宅での看取りに対する本人、家族（本人が意思表示できない場合は家族のみ）の同意を得る

- ・①、②、③を踏まえた上での同意を得ておく
- ・経過中に本人、家族の希望に変化や変更はないかを確認する

◎ここで重要な点は本人、家族、関係専門職種がそれぞれ想定している具体的な治療やケアに差異がないかどうかを確認することである

⑤介護保険サービスについての助言

介護保険の対象となる方には、訪問系サービスや福祉用具貸与などを中心に本人や家族に適したサービスを受けることが可能であることを適切な時期に助言する。必要に応じて居宅介護支援事業所、地域包括支援センターと連携をとる。

4.在宅での看取りの具体的な支援内容

①本人に対する支援

【身体的ケア】 バイタルサインの確認／療養環境の整備／安寧・安楽への配慮／清拭、入浴など清潔への配慮／栄養と水分の適切な補給／口腔ケア／スキンケア／排泄ケア／身体的苦痛（発熱、呼吸困難、疼痛）の緩和

【精神的ケア】 コミュニケーションを重視／人権、プライバシーの尊重／受容する姿勢／本人にとって居心地の良い環境をつくる／安心感の提供

【医療処置】 医師の指示に基づいた処置（点滴など）／症状緩和のための医療処置を医師の指示のもと行う

②家族に対する支援

- ・関係専門職種へ相談しやすい環境を整える
- ・家族の身体的、精神的負担への配慮
- ・家族関係への支援
- ・家族の希望や心配事への対応
- ・死後の援助（グリーフケア）を行う

5.看取り実施における具体的な方法

①看取りの開始時期

看取りの開始については、医師により一般的に認められている医学的知見から心身機能の障害や衰弱が著明で明らかに回復不能な状態であり、かつ近い将来確実に死に至ることが差し迫っている状態と判断し、かつ、在宅での生活を強く望んでいる本人につき、医師あるいは状況によって訪問看護師により本人、家族にその判断内容を懇切丁寧に説明し、その人らしい看取りができるように計画を作成し、終末期を在宅で医療や介護を受けて過ごすことに同意を得て、開始・実施されるものである。

尚、医療保険あるいは介護保険において然る条件のもと在宅での看取りを行った場合に、訪問診療や往診、訪問看護においてターミナルケア加算や看取り加算が認められており、これらによる自己負担増もあり得ることも説明し、理解を得ておく必要がある。説明したうえで従来の看護計画に加筆する。

②医師による説明

- ・在宅で看取りを行うためには、一連の、あるいは突発的な病状の変化について延命治療を行っても本人の苦痛を増長させるだけで、死は間近に迫っていることを家族によく理解してもらうことが大前提である。そのため、医師が病状を把握し、訪問看護師などを通じ、家族に連絡をとり、日時を定めて、訪問看護師などの立合いのもと家族への説明を行う必要がある。この際に在宅で可能または困難な処置、対応時間についても十分に説明する。
- ・この説明を受けた上で、本人、家族は、在宅で看取りを受けるのか、医療機関に入院するのか、または介護関連施設等に入所するのかなどを選択することができる。また、例え一旦在宅での看取りに入っても療養場所や治療方針の変更は可能であり、希望すれば支援を受けられることも伝える。(様式1)

③介護負担軽減のための措置（看取りのための療養環境の整備）

- ・主治医から看取りに関する説明を聞いた後、在宅での看取りを希望する場合で、人的・物的な支援が必要な場合には早めに介護保険を申請し、ケアマネジャーを決め、看取りのための療養環境を整備する。場合によっては管轄の地域包括支援センターに相談する。

④看取りの実施

- ・家族が在宅で看取りを行うことを希望した場合は、訪問看護師は医師による訪問看護指示書に基づき看護計画を、また、介護保険サービスの利用者には介護支援専門員が、医師、訪問看護師、訪問介護員、状況によっては療法士、薬剤師、栄養士等と協働してケア計画を作成する。また、本計画は、本人、家族への説明に際し事前に作成しておき、その際に呈示し同意を得ることも考えられる。
- ・看取りの実施にあたって、住み慣れた“家”、慣れ親しんだ“部屋”が本人にとって最高の療養環境といえる。在宅における最大の介護者は家族であり、本人の精神的な安定、不安軽減につながる。

- ・看取りを行う際は、医師、訪問看護師、訪問介護員、介護支援専門員等が、定期的に、あるいは随時本人、家族に説明を行い同意を得る。(様式2)
- ・関わる在宅スタッフは、本人が尊厳を持つ一人の人間として、安らかな死を迎えることができるように、本人、家族への支えともなり得る身体的、精神的支援に努める。
- ・在宅での看取りで精神的にも時間的にも多くの関わりを持つのが家族である。従って、これから利用者にどんなことが起こりうるのか、どんな対処をしたらよいのかなどを提示して、少しでも家族が安心して最期を看取れるように工夫する必要がある。(様式3 及び OPTIMホームページ「看取りのパンフレット」 これからの過ごし方について” 参照)

⑤看取り実施における職種ごとの役割

○医師

- ・看取り時期の判断
- ・家族への説明（インフォームド・コンセント）（様式1）
- ・緊急時、夜間帯の対応と指示
- ・各協力病院との連携、調整
- ・定期的カンファレンス開催への参加（様式2）
- ・死亡確認、死亡診断書等関係書類の記載

※医師法第20条に関わる死亡診断書及び死亡検案書の作成について

診療継続中の患者が受診後24時間以内に診療中の疾患で死亡した場合については、異状がない限り、改めて死後診察しなくても、死亡診断書を交付することを認めている。これは、24時間を超える場合には死体検案書を交付しなければならないという趣旨ではない。診療継続中の患者が、診療に係る傷病で死亡したことが予期できる場合であれば、受診後24時間を超えていても、改めて死後診察を行なったうえで、生前に診療していた傷病が死因と判定できれば、死亡診断書を発行することができる。但し、診療中の患者であっても、それが他の全然別個の原因例えば交通事故等により死亡した場合は、死体検案書を交付すべきである。死体検案書は、診察中の患者以外の者が死亡した場合に、死後その死体を検案して交付されるものである。

○訪問看護師

- ・医師や協力病院との連携強化を図る
- ・看取りにあたり多職種協働のチームケアの連携強化
- ・緊急時、夜間帯の緊急マニュアルの作成と周知徹底
- ・看取りに携わる全職種への死生観教育と他職種からの相談機能
- ・看取り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

- ・疼痛緩和
- ・随時の家族への説明と、その不安への対応
- ・定期的カンファレンス開催への参加（様式2）

○訪問介護員

- ・きめ細やかな食事、排泄、清潔保持の提供
- ・身体的、精神的緩和ケアと安楽な体位の工夫
- ・本人、家族と十分にコミュニケーションをとる
- ・看取りの状態観察、食事、水分摂取量の把握、浮腫、尿量、排便量等のチェックときめ細やかな経過記録の記載
- ・いつもと違う状態（呼吸・意識・顔色など）の時は訪問看護師に連絡する（事前に訪問看護に連絡する具体的な状態を確認しておく）
- ・定期的カンファレンス開催への参加（様式2）

○介護支援専門員

- ・継続的な家族支援（連絡、説明、相談、調整）
- ・看取りにあたり多職種協働のチームケアの連携強化
- ・定期的カンファレンス開催への参加（様式2）
- ・死後のケアとしての家族支援と身辺整理
- ・緊急時連絡方法の確認

※各職種間の連携

訪問看護師は、早期にサービス担当者会議や個別の相談で看取りの意思決定状況について介護支援専門員から情報を得て経過全体の見通しを立て、全期間を通じて訪問介護員に状況を説明し支えることが、高い連携評価・看取り評価に結びつく。また、他職種からは医師との橋渡し役を期待されている。

介護支援専門員は病状の切迫する死の直前に訪問看護師から現状についての説明を受けることにより、安心して看取りができる。

訪問介護員は全期間を通じて、介護支援専門員から看取りの方針についての説明を受け、訪問看護師とのやり取りを十分にして利用者の状況についての説明を受けることで、連携のもとで安心して利用者を支援できる。

このように、それぞれが連携相手に求めるものが明らかになれば、連携の仕方のポイントが理解でき、より良い連携につながるものと思われる。

尚、本人、家族のニーズにより、上記以外の他職種も随時参加して職種間で連携をとりながら看取りを実施していくことが必要である。

6.夜間緊急時の連絡と対応について

24時間体制を敷いている当事業所の緊急対応体制に基づいて適切な連絡及び対応を行う。

7.看取りに関する職員教育

在宅における看取りに携わる事業所ごとに看取りの目的を明確にし、死生観教育と理解の確立を図るものとする。

- ①看取りの理念と理解
- ②死生観教育、死へのアプローチ
- ③看取り期に起こりうる機能的・精神的変化への対応
- ④夜間・急変時の対応
- ⑤看取り実施にあたりチームケアの充実
- ⑥ターミナル期の介護方法及び技術
- ⑦家族の支援法
- ⑧看取りについての検討会
- ⑨看取りに関する計画書作成・記録の充実
- ⑩報告・連絡の確認

具体的な手順

行程	手順	備考
回復不能の 予見・予測の段階 (病状悪化と全身の衰弱)	<ul style="list-style-type: none"> ・病状並び身体機能の経過の整理と確認（医師、訪問看護師が協力して行うのが望ましい） ・キーパーソンの確認 ・エンディングノートなど意思表示記録の有無の確認 ・病状に関する説明、在宅において可能な終末期医療、及び救命/延命処置に関する話し合い（できれば遠隔地の家族も含む） ・医師が医学的知見から回復の見込みがなく看取り対応の検討が必要と判断すれば、医師が説明を行い、患者、家族の同意を得る（様式1）。 	<p>医師、訪問看護師が協力し、他の職種に伝える</p>
開始の判断	<ul style="list-style-type: none"> ・病状に関する説明、在宅において可能な終末期医療、及び救命/延命処置に関する話し合い（できれば遠隔地の家族も含む） ・医師が医学的知見から回復の見込みがなく看取り対応の検討が必要と判断すれば、医師が説明を行い、患者、家族の同意を得る（様式1）。 	<p>医師、訪問看護師同席 インフォームド・コンセント（様式1）</p>
ターミナルケアの段階	<ul style="list-style-type: none"> ・今後予見される症状や状況とその対応を主介護者である家族に提示する（様式3） ・介護保険の利用も考慮する（申請、介護支援専門員または地域包括支援センターとの連携） ・最期まで医療と介護が連携して本人・家族にかかわることを明示する 	<p>家族に看取りの際に起こる状況や変化に対する対処や心構えを記した書類を提示する（様式3）</p>
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">前期</div>	<ul style="list-style-type: none"> ・病状の変化が月単位と考えられる時期 ・苦痛が緩和されていれば日常生活はかなり安定している ・今後の予測されるADLの変化に備え身辺整理・看取りの場の再確認を行う 	<p>在宅担当者会議（頻度：1/月）（様式2） 診療計画、看護・ケア計画の作成</p>
医師の指示	<p><input type="checkbox"/> 診療計画に沿った治療、症状緩和に関する具体的な説明</p> <p><input type="checkbox"/> 疼痛など症状の緩和、点滴などの指示</p>	

<p>訪問看護師の 観察・関わり</p>	<p><input type="checkbox"/>通常観察 <input type="checkbox"/>訪問看護師と家族とのコミュニケーション <input type="checkbox"/>家族に可能なケアについて指導する <input type="checkbox"/>身体面だけでなく精神面も十分観察。心理的苦痛の緩和を図る（声掛け・スキンシップを増やす）。他職種も含めた職員の問いかけへの反応や本人や家族の様子がどうだったか等、具体的に記載すること。 <input type="checkbox"/>環境整備・安寧を図る（本人、家族が日常生活を営んでいることも十分配慮したうえで、居室レイアウトや採光などを考慮する）。</p>	<p>物品等につき 家族の協力を 得る 環境整備・安寧の一環として福祉用具貸与などを考慮・提案する</p>
<p>中期</p>	<p><input type="checkbox"/>栄養食事への配慮（水分補給を適切に行う。家族から嗜好品聴取。本人が食べやすく嗜好に合う食事を提供する。）</p> <p>・病状の変化が週単位と考えられる時期 ・日常生活の自立度が急速に低下することが多い時期 ・状態悪化による精神的苦痛、また、家族へは予期的悲嘆への精神的配慮が必要 ・家族の介護疲れへの配慮</p>	<p>家族、管理栄養士と連携を図る 在宅担当者会議（様式2） （頻度：1/週） 診療計画書</p>
<p>医師の役割</p>	<p><input type="checkbox"/>病状進行と診療計画の説明 <input type="checkbox"/>指示の見直し</p>	
<p>訪問看護師の 観察・関わり</p>	<p><input type="checkbox"/>訪問介護員と連携し異常の早期発見に努める <input type="checkbox"/>ADL全般、特に清潔（入浴の本人負担有無等）、排泄（尿便量・色・性状等）、食事（嚥下状態・食事水分量等）の状態変化に注意する。 <input type="checkbox"/>清潔では、本人の要望を尊重及び状態観察により、本人に負担がかからない程度での入浴・シャワー浴・清拭・足浴等、最も適する方法を検討・選択する。</p>	<p>訪問頻度、観察内容、身体ケア等、看護・ケア計画を見直す</p>

	<p>□排泄では、安楽・快適が保たれるように、ケア方法・頻度等を検討する。</p> <p>□食事では、形態変更や嗜好品提供等検討（本人が好む物を、たとえ少量でも美味しく食べられるよう工夫）。食事介助は強制的にならないように注意して、本人の嚥下ペースに合わせる（誤嚥予防）。</p> <p>□安楽な離床へ配慮。体調により離床しての食事可否や移動手段も再検討する。</p> <p>□声掛け・傾聴・スキンシップを図る。 また、家族からの希望・心配事にも傾聴し、不安の軽減に努める。</p>	<p>家族、管理栄養士と連携</p> <p>家族と連携</p> <p>訪問介護員、理学・作業療法士と連携</p>
<p style="text-align: center;">後期</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・病状が日にち単位で変化する時期 ・臥床する時間が長くなり症状の緩和と安楽な体位への工夫が優先される ・蘇生術、看取りの場、死亡時の緊急連絡先等の再確認 	<p>在宅担当者会議（様式2） （頻度：1/週） ～随時</p>
<p>医師の指示</p>	<p>□病状進行と診療計画の説明</p> <p>□指示の見直し（蘇生及び救命処置の必要、看取りの場の変更につき再検討）</p>	
<p>訪問看護師の観察・関わり</p>	<p>□訪問介護員と協力し異常の早期発見に努める</p> <p>□訪問時バイタルサインを確認。呼吸状態、意識レベル、表情・顔色・倦怠感・浮腫（部位・影響）・皮膚状態（褥瘡有無含む）等、を観察・記録する。（訪問介護職員と連携）</p> <p>□身体的苦痛の緩和と安楽に配慮する。ベッドマット種類変更や体位交換方法・頻度等を検討する。 また、苦痛軽減のためにマッサージ等を行う。</p> <p>□身の回りの清潔が保たれるように、□口腔ケア・整髪・髭剃り等、整容サービスを提供する。</p>	<p>訪問頻度、観察内容、身体ケア等、看護・ケア計画を見直す</p> <p>訪問介護員、作業療法士と連携</p>

死亡直前期	<p>□療養環境（屋外も含む）が適当であるかを観察。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・状態が時間単位で変化する時期 ・意識状態は清明とは言えない事が多くなる ・最期まで人格を持った人として接する ・死前喘鳴への対応、非言語的コミュニケーション ・家族へ死亡直前の症状説明 <p>呼吸、皮膚の状態変化等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人、家族にとってかけがえのない豊かな時間となるよう配慮する ・死亡時、死亡後の諸確認と準備 	<p>呼吸状態の密な観察を行う</p> <p>静かに最期まで見守る姿勢</p> <p>清拭、寝衣、化粧などエンゼルケアの必要有無確認</p>
訪問看護師の観察・関わり	<p>□呼吸状態（胸郭の上下運動・鼻息の有無、呼吸様式、呼吸間隔他）・意識レベル・脈拍（橈骨動脈拍動の確認等）、十分容態観察を行う。</p> <p>□呼吸状態など生死確認は家族と連携</p> <p>□家族へ状態の変化の説明を丁寧にする</p> <p>□枕元で手を握り、声をかけ本人の安心へと努める（聴覚は最期まで保たれる）。</p>	<p>家族との時間を最優先する。</p> <p>また、本人の安楽な時間が妨げられることのないようバイタルサイン測定は状況によっては割愛する</p>
<p>おおよその予測</p> <p>死亡前48時間～死亡確認まで</p>	<ul style="list-style-type: none"> ①反応が少なくなってくる ②脈拍の緊張が弱くなる ③血圧低下 ④四肢冷感 ⑤冷汗の出現 ⑥顔の相が変わる（顔面にチアノーゼ出現） ⑦唾液や分泌物が咽頭、喉頭に貯留し呼気時ゴロ音の出現（死前喘鳴） ⑧身の置き所がないかのように四肢や顔をばたばたさせるようにする 	

<p>訪問看護師の 観察・関わり</p>	<p>□バイタルサイン測定は状況により判断する □家族の協力を得て呼吸停止などの確認を医師により行われる為連携を図る □訪問看護師は呼吸停止などがある場合速やかに医師に連絡する □上記の臨死期に起こるサイン①～⑧に特に注意しながら家族に容態観察をお願いする。異常時は速やかに訪問看護師に連絡してもらう。落ち着いた、かつ迅速な対応を心がける（家族へ不安を与えないように）。</p>	<p>家族との時間を最優先する。また、在宅において家族は重要な観察者でもある。本人の安楽な時間が妨げられないことのないようバイタルサイン測定は状況によっては割愛する</p>
<p>医師への報告</p>	<p>・医師に報告</p>	<p>訪問看護師</p>
<p>死亡確認 (医師) (訪問看護師) (訪問介護員)</p>	<p>・死亡確認後に死亡診断書を記入 ・死亡確認後、家族との時間を作る。まだ、見舞われていない家族・親族が居れば到着を待ち、エンゼルケア実施時間を確認する</p>	

《特記事項》

上記各段階時期に医師が家族に説明した内容を記録する

インフォームド・コンセント

医師の説明

病名： _____

- ①病状について：現在、いかなる治療によっても病状が回復の見込みがなく近い将来に死を迎える状態にあると判断します。侵襲的処置は本人の苦痛を高めるばかりで、利益が極めて低いと考えます。
- ②治療について：積極的な延命治療（気管内挿管、心肺蘇生を含む）を控えますが、あらゆる苦痛や症状の緩和に最大限努めます。浮腫（むくみ）を助長しないくらいの少量の輸液は症状を緩和する可能性があります。
- ③ケアについて：患者さんが穏やかで安らかな最期を迎えるために、最大限努めます。対応する職員は、患者さんご本人の人間としての尊厳を尊重し、これを高めるように関わります。また、限られた残りの人生の時間を価値あるものにするよう支援します。
- ④ご家族の協力：ご家族のご協力なしには看取りは不可能です。ご本人の心の安定のため、残りの人生を意義深いものとするために、ご家族の協力をお願いします。
- ⑤相談への対応：ご本人並びにご家族における身体、精神あるいは社会・経済的側面に関する問題に対して相談に応じます。不安、心配、疑問などありましたら、気軽にご相談ください。必要に応じ専門職が対応します。
- ⑥方針の変更：いかなる時点においても、ご本人あるいはご家族が、延命処置あるいは積極的な治療を希望する場合は、それに従います。

平成 年 月 日

同席者： _____

医師 _____ 印

本人・家族の同意

上記の説明を受け理解したので同意します。

平成 年 月 日

患者氏名 _____ 印

家族氏名 _____ 印

(本人との続柄： _____)

(様式2)

看取りに関する在宅担当者会議経過表

【患者氏名】 _____ 様

日時	参加者	内容	記録者
	医師		
	歯科医師・ 歯科衛生士		
	看護師		
	介護職員		
	リハビリ		
	管理栄養士		
	薬剤師		
	介護支援専門員		
	本人・家族		
	その他		
	医師		
	歯科医師・ 歯科衛生士		
	看護師		
	介護職員		
	リハビリ		
	管理栄養士		
	薬剤師		
	介護支援専門員		
	本人・家族		
	その他		

ご家族の方へ

旅立ちまでの身体の変化と対処法

ここに書かれていることは、1枚の不確かな案内に過ぎません。顔や形や口癖が異なるように、旅立ちへの道のりは人によって様々です。

旅立ちまでの身体の変化は、全ての方が同じではなく、また必ずしも書籍にあるような順序どおりに起きるわけでもありません。大事なのはあらゆる変化が死に至る自然の経過であり、ご本人にとって苦痛は少ないということです。不安やご本人の状態でわからないこと、また、苦痛や不快を感じていると思われた時には、いつでもご相談ください。

1. 死が近づいてきたときの状態

- ①疲れやすくウトウトした状態が強くなり、眠っていることが多くなります。
- ②食欲がさらに落ちて、食事の量が減ります。水分も口に入れることが難しくなります。
- ③時間や場所について混乱がみられ、時に知っているはずの人が分からなくなります。
- ④時には不穏状態となり、奇妙な動きをしたり変なことを言ったりします。
- ⑤便や尿の失禁がみられます。
- ⑥口唇は乾燥し、粘着な分泌物が口の中に溜まって呼吸とともにゴロゴロという音がします。
- ⑦皮膚が青白い状態になり、身体の下になった部分や手足は冷たくなり暗赤色になることもあります。
- ⑧尿は少なくなり、時には全く出なくなります。
- ⑨呼吸は、だんだんと弱くなり、胸や腹の動きが彼のように大きくなったり、小さくなったりします。時には10～15秒くらい止まることもあります。
- ⑩聞き慣れた人の声は、この段階でも聞こえているといわれています。

2. 実際に死がおとすれたときの状態

- ①呼吸が完全に止まります。胸や顎の動きがなくなります。
- ②手足が冷たくなり、皮膚が暗紫色に変わります。
- ③胸に耳をあてると心臓の音がなくなります。脈がふれなくなります。
- ④揺り動かしても、大声で呼んでも全く反応がなくなります。
- ⑤目は動かず、まぶたは開いていることも閉じていることもあります。
- ⑥尿や便の失禁がみられることもあります。

3. 亡くなられたと考えるときの対処

- ①お体はすぐには硬くなったりはしませんから、ご本人と充分お別れをしてください。亡くなられた時間を覚えておいてください。
- ②医師または訪問看護師に連絡して、わからない点についてはアドバイスを受けてください。
- ③医師や訪問看護師が伺い、医師が死亡確認をします。
- ④訪問看護師は、ご家族とご一緒にお体をきれいにさせていただくお手伝いをいたします。

4. 旅立ちへの助言

- ①お別れのときに着ていただく服や写真の準備
- ②エンゼルケアセットの使用の許可
- ③預貯金通帳の整理
- ④その他

病院での看取りに関する手引き



病院名 （病棟名）

*本手引きは、医療機関（病院）を対象に記載しています。医療機関の状況、院内規約及び職員の勤務体制や呼称などに応じて適宜修正あるいは加筆して下さい。また、院内に倫理委員会など倫理的問題に関する検討組織がある場合には、作成された手引きに対しては、これらでの承認を得るのが望ましいと考えます。また、病棟職員全員が、手引きの内容、実施要領及び関連書類などの記載方法につき確認したうえで使用して下さい。

1.基本精神

人生の終末を迎える際、人は終末期を過ごす場所及び行われる医療等について自由に選択できる環境が必要である。当院では、終末期にある患者に対し、患者本人（以下、本人）の意思と権利を最大限に尊重し、本人の尊厳を保つと共に、安らかな死を迎えるための終末期にふさわしい最善の医療、看護、介護、リハビリテーション等を行う。なお、これらの一連の過程を「看取り」と定義するものとする。

2.当院における終末期の考え方

多職種、家族等のチーム医療・ケアとの連携による医師の診断に基づいて、心身機能の障害や衰弱が著明で明らかに回復不能な状態であり、かつ近い将来確実に死に至ることが差し迫っている状態が、終末期と考えられる。しかし、終末期は、個々の病態において様々である。当院医師が状態や経過を観察し、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を終末期とする。

以下の点についても配慮等が必要である

- ・回復不能の判断は、主治医を含む複数の医師によりなされるのが望ましい
- ・倫理的側面を鑑みると、倫理委員会により、回復不能の判断、あるいは看取り対応の実施の承認がなされることもありうる
- ・死に至るまでの間、本人はもちろん、家族においても、身体的、精神的な苦痛、あるいは心配と苦悩を和らげ、できるかぎり、心穏やかに充実した生活を送れるよう、療養を支援することである
- ・特に、個人の尊厳と価値観・人生観を尊重し、家族との関係においてもこの点を配慮する
- ・家族とあらゆる職種の各関係専門職種が十分なコミュニケーションのもと協力して行う

3.院内での看取りの視点

終末期の過程においては、死をどのように受け止めるかという個々の価値観が存在し、看取る立場にある家族の思いも錯綜、変化することも考えられる。そのなかで、本人が、親しい数多くの人々に見守られ、安らかに死を迎えることが、看取りの要点としてある。このことを踏まえ、本人、家族に対して以下の事項を予め確認し理解を得ておく。

- ①一般的に、病状変化に伴う緊急時の対応は、看護師の報告などに応じて医師の判断と指示のもとなされる。これらは、②の方針に従って行われる。主治医が不在の場合は、当直医あるいは代理医師が対応する
- ②積極的な治療、さらに緊急時の心肺蘇生及び延命処置に対する希望について、あらかじめ本人あるいは家族に確認する

- ③積極的な治療及び一切の延命処置を希望しないケースを看取りの対象とする
- ④看取り対する本人、家族（本人が意思表示できない場合は家族のみ）の同意を得る
- ⑤本人、家族が、看取りの場として自宅、居宅など病院以外の場所を希望するかを確認し、希望する場合は適切に対処する

4.院内での看取りに関する具体的な支援内容

①本人に対する支援

- 【身体的ケア】 バイタルサインの確認／療養環境の整備／安寧・安楽への配慮／清拭、入浴など清潔への配慮／栄養と水分の適切な補給／口腔ケア／スキンケア／排泄ケア／身体的苦痛（発熱、呼吸困難、疼痛）の緩和
- 【精神的ケア】 コミュニケーションを重視／人権、プライバシーの尊重／受容する姿勢／本人にとって居心地の良い環境をつくる／安心感の提供
- 【医療処置】 医師の指示に基づいた処置（点滴など）／症状緩和のための医療処置を医師の指示のもと行う

②家族に対する支援

- ・ 関係専門職種へ相談しやすい環境を整える
- ・ 家族の身体的、精神的負担への配慮
- ・ 家族関係への支援
- ・ 家族の希望や心配事への対応
- ・ 死後の援助（グリーフケア）を行う

5.看取り実施における具体的な方法

①看取り対応（看取りを前提とする患者への看護・ケアを含む対応）の開始時期

- ・ 一般的に認められている医学的知見から心身機能の障害や衰弱が著明で明らかに回復不能な状態であり、かつ近い将来確実に死に至ることが差し迫っている状態と医師が判断した患者につき、医師（医師説明の内容を繰り返す場合は看護師でもよい）は本人、家族にその判断内容を懇切丁寧に説明し、その人らしい看取りができるように計画を作成し、終末期を過ごすことに同意を得て、開始・実施されるものである。回復不能の判断は主治医を含む複数の医師でなされるのが望ましい。
- ・ また、回復不能を予見・予測する時点あるいはその前から、来る看取り対応に備え、本人、家族との人間関係を築こうとする配慮が重要である。看取りの質を高めるには、むしろ重点を置くべきであろう。身体諸機能の低下あるいは認知症進行など病状の進展にあわせ、家族を交えて、本人の人生を振り返ったり、日頃の信条や価値観などについて語り合うといった、コミュニケーションでの心掛けが、日常業務に求められる。こういう心掛けは、医師はもちろん、関わる全ての職種に求められる。

②医師による説明

- ・医師が、①に示した状態で看取り対応の検討が必要と判断した場合、看護師、医療社会福祉士あるいは地域連携室職員などを通じ、家族に連絡をとって日時を定め、医師が、看護師あるいはそのほかの職員の立合いのもと、本人、家族に説明を行う。
- ・医師は、少なくとも以下の内容を含め、説明を行う。
 - ②-a いかなる治療によっても病状が回復の見込みがなく近い将来に死を迎える状態であること
 - ②-b 侵襲的処置は本人の苦痛を高めるが利益が極めて低いこと
 - ②-c 積極的な延命治療（気管内挿管、心肺蘇生を含む）を控えるが、あらゆる苦痛や症状の緩和に最大限努めること
 - ②-d 浮腫を助長しないくらいの少量の輸液は症状を緩和する可能性があること
 - ②-e 対応する職員は、本人の人間としての尊厳を尊重し、これを高めるように関わること
 - ②-f 限られた残りの人生の時間を価値あるものにするよう支援すること
 - ②-g 精神的な安定や上記fのために、家族に最大限の協力を求めること
 - ②-h 本人、家族における身体、精神、社会および経済上の問題に対して相談に応じ、必要により専門職が対応すること
 - ②-i いかなる時点においても、本人、家族が、延命処置あるいは積極的な治療を希望する場合は、それに従うことこの際、自宅・居宅での看取りの可能性についても示す。
- ・この説明を受けた上で、患者または家族は、看取りの場所を選択する。当病棟での看取りを希望した場合は、同意書（様式1）に署名する。自宅などを希望した場合は、可能なかぎり希望に沿うよう調整に取り組む。

③看取り対応の実施

- ・病棟での看取りを希望する場合、医師は、必要な多職種と協力し看取りのための診療計画書（看護・ケア計画を含む）を作成する。なお、本計画書は、あらかじめ作成しておき、看取り対応の説明の際に呈示し同意を得ることも考えられる
- ・看取り対応の環境として、個室での対応を原則とする。家族にできる限り面会時間を確保するよう要請し、本人の精神的安定と不安の軽減に協力を求める。宿泊を希望する場合、可能ならば宿泊用ベッドを配備する。本対応は、家族への便宜を目的とし、個室の条件から外れるものでない
- ・看護・ケアにあたっては、医師、看護師等が、状態の変化に応じて具体的な計画を本人、家族に説明し同意を得る
- ・全職員は、本人が尊厳を持つ一人の人間として、安らかな最期を迎えるように、家族への支えともなるべく、身体的、精神的支援に努める

④看取り対応の実施における責任体制と役割

○病院長

- ・看取り対応全般に対する総括責任
- ・死生観、終末期医療・看護および看取りケアに関する職員教育の監督

○主治医

- ・医療上の責任
- ・看取り対応・ケアの開始時期の診断
- ・家族への説明（インフォームド・コンセント）
- ・緊急時、夜間帯の対応と指示
- ・定期的なカンファレンスへの参加
- ・死亡確認、死亡診断書等関係書類の記載

○総看護師長あるいは看護部長

- ・看取り看護・ケアにおける看護・介護上の統括責任
- ・死生観、終末期医療・看護および看取りケアに関する職員教育の監督

○病棟看護師長

- ・病棟での看取り看護・ケアに対する管理責任
- ・看取り看護・ケアに関する教育
- ・家族の相談窓口
- ・家族への対応に関する監督
- ・家族によるケアに関する指導

○看護職員

- ・看取り看護・ケアに必要な多職種協働における連携強化
- ・看取り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
- ・疼痛緩和
- ・身体的、精神的緩和ケアと安楽な体位の調整
- ・コミュニケーションを十分にとる
- ・状態観察、食事、水分摂取量の把握、浮腫、尿量、排便量等のチェックときめ細やかな経過記録の記載
- ・随時の家族への説明と、その不安への対応
- ・家族の相談窓口
- ・家族によるケアに関する指導
- ・定期的なカンファレンスへの参加

○管理栄養士

- ・本人の状態と嗜好に応じた食事の提供
- ・食事、水分摂取量の把握

- ・定期的なカンファレンスへの参加
- 介護職員（療養病棟の場合）
 - ・きめ細やかな食事、排泄、清潔保持の提供
 - ・身体的、精神的緩和ケアと安楽な体位の工夫
 - ・コミュニケーションを十分にとる
 - ・看取り介護の状態観察、食事、水分摂取量の把握、浮腫、尿量、排便量等のチェックときめ細やかな経過記録の記載
 - ・定期的なカンファレンスへの参加
 - ・生死の確認のため、頻回に訪室を行う

6. 夜間緊急時の連絡と対応について

病棟の緊急時のフローチャートをもとに適切な連絡を行うこと。

7. 看取りに関する職員教育

当病棟における看取り看護・ケアの目的を明確にし、死生観教育と理解の確立を図るものとする。

- ①看取り看護・ケアの理念と理解
- ②死生観教育、死へのアプローチ
- ③看取り期に起こりうる機能的・精神的変化への対応
- ④夜間・急変時の対応
- ⑤看取り看護・ケア実施にあたりチームケアの充実
- ⑥終末期の介護方法及び技術
- ⑦家族の援助法、家族によるケアに関する指導法
- ⑧看取り看護・ケアについての検討会
- ⑨看取りに関する計画書作成・記録の充実
- ⑩報告・連絡の確認

具体的な手順

行程	手順	備考
回復不能の 予見・予測の段階 (病状悪化と全身の衰弱)	<ul style="list-style-type: none"> ・病状並び身体機能の経過の整理と確認（医師、看護師が協力して行うのが望ましい） ・キーパーソンの確認 ・エンディングノートなど意思表示記録の有無の確認 ・病状に関する説明、終末期医療、救命/延命処置に関する話し合い（できれば遠隔地の家族も含む） 	<p>医師、看護師が協力し、他の職種に伝える</p> <p>医師、看護師同席</p>
開始の判断	<ul style="list-style-type: none"> ・医師が医学的知見から回復の見込みがなく看取り対応の検討が必要と判断すれば、医師が説明を行い、患者、家族の同意を得る（様式1）。 	<p>インフォームド・コンセント（様式1）</p>
ターミナルケアの段階 前期	<ul style="list-style-type: none"> ・病状の変化が月単位と考える時期 ・苦痛が緩和されていれば日常生活はかなり安定している ・今後の予測されるADLの変化に備え身辺整理・看取りの場の確認を行う 	<p>病棟カンファレンス(1/月) (様式2)</p> <p>診療計画、看護・ケア計画の作成</p>
医師の指示	<p><input type="checkbox"/>診療計画に沿った治療、症状緩和に関する具体的な説明</p> <p><input type="checkbox"/>疼痛など症状の緩和、点滴などの指示</p>	
看護師の観察・関わり	<p><input type="checkbox"/>通常観察</p> <p><input type="checkbox"/>病棟看護師長あるいは看護師と家族とのコミュニケーション</p> <p><input type="checkbox"/>家族に可能なケアについて指導する</p> <p><input type="checkbox"/>身体面だけでなく精神面も十分観察。心理的苦痛の緩和を図る（声掛け・スキンシップを増やす）。職員の問いかけへの反応や家族面会時の本人の様子はどうだったか等、具体的に記載すること。</p>	<p>物品等につき家族の協力を得る</p>

	<input type="checkbox"/> 環境整備・安寧を図る（居室レイアウトや採光に考慮、慣れ親しんだ写真・花を飾る等工夫する）。 <input type="checkbox"/> 栄養食事への配慮（水分補給を適切に行う。家族から嗜好品聴取。本人が食べやすく嗜好に合う食事を提供する。）	<p>家族、管理栄養士と連携を図る</p>
<p style="text-align: center;">中期</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・病状の変化が週単位と考える時期 ・日常生活の自立度が急速に低下することが多い時期 ・状態悪化による精神的苦痛、また、家族へは予期的悲嘆への精神的配慮が必要 ・付き添うことによる介護疲れへの配慮 	<p>カンファレンス（様式2） （頻度：1/週） 診療計画書</p>
<p style="text-align: center;">医師の役割</p>	<input type="checkbox"/> 病状進行と診療計画の説明 <input type="checkbox"/> 指示の見直し	
<p style="text-align: center;">看護師の観察・関わり</p>	<input type="checkbox"/> 介護職員と連携し異常の早期発見に努める <input type="checkbox"/> 日夜共に1～2時間毎に居室巡回・容態観察。 <input type="checkbox"/> ADL全般、排泄（尿便量・色・性状等）、食事（嚥下状態・食事水分量等）の状態変化に注意が必要である。 <input type="checkbox"/> 清潔では、本人要望を尊重及び状態観察により、本人負担がかからない程度での入浴・シャワー浴・清拭・足浴等、最も適する方法を検討・選択し、その回数・頻度も考慮する。 <input type="checkbox"/> 排泄では、安楽・快適が保たれるように、ケア方法・頻度等を検討する。 <input type="checkbox"/> 食事では、形態変更や嗜好品提供等検討（本人が好む物を、たとえ少量でも美味しく食べられるよう工夫）。食事介助は強制的にならないように注意して、本人の嚥下ペースに合わせる（誤嚥予防） <input type="checkbox"/> 安楽な離床へ配慮。体調により離床しての食事可否や移動手段も再検討する。	<p>巡回頻度、観察内容、身体ケア等、看護・ケア計画を見直す</p> <p>家族、管理栄養士と連携</p>

	<p><input type="checkbox"/>できるだけ本人のそばにいて声掛け・傾聴・スキンシップを図る。家族にも随時状態説明を行う。</p> <p>また、家族からの希望・心配事にも傾聴し、不安の軽減に努める。</p>	<p>介護士、理学・作業療法士と連携</p>
<p>後期</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・病状が日にち単位で変化する時期 ・臥床する時間が長くなり症状の緩和と安楽な体位への工夫が優先される ・蘇生術、看取りの場、死亡時の緊急連絡先等の再確認 	<p>カンファレンス（様式2） （頻度：1/週） ～随時</p>
<p>医師の指示</p>	<p><input type="checkbox"/>病状進行と診療計画の説明（多くの家族・親族の面会を勧める）</p> <p><input type="checkbox"/>指示の見直し（蘇生及び救命処置の必要、看取りの場の変更につき再検討）</p>	
<p>看護師の観察・関わり</p>	<p><input type="checkbox"/>介護職員（療養病棟）と協力し異常の早期発見に努める</p> <p><input type="checkbox"/>バイタルサインを4時間毎確認。呼吸状態、意識レベルなど巡回時観察（介護職員と連携）</p> <p><input type="checkbox"/>日夜共に1時間～30分毎に居室巡回。意識レベル・呼吸状態・表情・顔色・倦怠感・浮腫（部位・影響）・皮膚状態（褥瘡有無含む）等、観察・記録する。</p> <p><input type="checkbox"/>身体的苦痛の緩和と安楽に配慮する。ベッドマット種類変更や体位交換方法・頻度等を検討する。</p> <p>また、苦痛軽減のためにマッサージ等を行う。</p> <p><input type="checkbox"/>絶えず身の回りの清潔が保たれるように、 <input type="checkbox"/>腔ケア・整髪・髭剃り等、整容サービスを提供する。</p> <p><input type="checkbox"/>できるだけ独りにせず、安心感が得られるように努める（プライバシーにも配慮）。また、静かな居室の雰囲気保たれるようにする（訪室時の足音・ドア開閉音等にも注意）。</p>	<p>巡回頻度、観察内容、身体ケア等、看護・ケア計画を見直す</p> <p>介護士、作業療法士と連携</p>

<p style="text-align: center;">死亡直前期</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 状態が時間単位で変化する時期 ・ 意識状態は清明とは言えない事が多くなる ・ 最期まで人格を持った人として接する ・ 死前喘鳴への対応、非言語的コミュニケーション ・ 家族へ死亡直前の症状説明 呼吸や皮膚の状態変化等 ・ 本人、家族にとってかけがえのない豊かな時間となるよう配慮する ・ 死亡時、死亡後の諸確認と準備 	<p>呼吸状態の密な観察を行う 静かに最期まで見守る姿勢 清拭、寝衣、化粧などエンゼルケアの必要有無確認</p>
<p>看護師の観察・関わり</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 状況により1～2時間ごとにバイタルサイン測定 <input type="checkbox"/> 1時間～30分毎の居室巡回時、呼吸状態(胸郭の上下運動・鼻息の有無、呼吸様式、呼吸間隔他)・意識レベル・脈拍(橈骨動脈拍動の確認等)、十分容態観察を行う。 <input type="checkbox"/> 呼吸状態など生死確認は介護職員(療養病棟)と連携を図り巡回は夜間も1時間単位で行う中で異常の早期発見に努める <input type="checkbox"/> 家族へ状態の変化の説明を丁寧にする <input type="checkbox"/> 担当する看護師はバイタルサイン測定の間隔など訪室予定を家族にも伝える等配慮 <input type="checkbox"/> 枕元で手を握り、声をかけ本人の安心へと努める(聴覚は最期まで保たれる)。 	<p>家族との時間を優先しまた、本人の安楽な時間が妨げられることのないようバイタルサイン測定間隔を考慮する</p>
<p>おおよその予測 死亡前48時間～死亡確認まで</p>	<ul style="list-style-type: none"> ① 反応が少なくなってくる ② 脈拍の緊張が弱くなる ③ 血圧低下 ④ 四肢冷感 ⑤ 冷汗の出現 ⑥ 顔の相が変わる(顔面にチアノーゼ出現) ⑦ 唾液や分泌物が咽頭、喉頭に貯留し呼吸時ゴロ音の出現(死前喘鳴) ⑧ 身の置き所がないかのように四肢や顔をばたばたさせるようにする 	

<p>看護師の観察・関わり</p>	<p>□バイタルサイン測定は状況により判断する</p> <p>□介護職員（療養病棟）、付き添われる家族の協力を得て呼吸停止などの確認を医師により行われる為連携を図る</p> <p>□看護師は呼吸停止などがある場合速やかに医師に連絡する</p> <p>□上記の臨死期に起こるサイン①～⑧に特に注意しながら容態観察をする。異常時は速やかに看護師に報告する。落ち着いた、かつ迅速な対応を心がける（本人・家族へ不安を与えないように）。</p>	<p>家族との時間を優先した、本人の安楽な時間が妨げられることのないようバイタルサイン測定は考慮する</p>
<p>医師への報告</p>	<p>・医師に報告</p>	<p>看護師</p>
<p>家族に報告・連絡 （不在時）</p>	<p>・家族が付き添われていない場合はあらかじめ確認されている家族連絡先に状態を連絡し、来院を依頼する</p>	<p>看護師</p>
<p>死亡確認 （医師） （看護師）</p>	<p>・死亡確認後に死亡診断書を記入</p> <p>・死亡確認後、家族との時間を作る。まだ、見舞われていない家族が居れば到着を待ち、エンゼルケア実施時間を確認する</p>	

《特記事項》

上記各段階時期に医師が家族に説明した内容を記録する

インフォームド・コンセント

医師の説明

病名： _____

- ①病状について：現在、いかなる治療によっても病状が回復の見込みがなく近い将来に死を迎える状態にあると判断します。侵襲的処置は本人の苦痛を高めるばかりで、利益が極めて低いと考えます。
- ②治療について：積極的な延命治療（気管内挿管、心肺蘇生を含む）を控えますが、あらゆる苦痛や症状の緩和に最大限努めます。浮腫（からだのむくみ）を助長しないくらの少量の輸液は症状を緩和する可能性があります。
- ③ケアについて：患者さんが穏やかで安らかな最期を迎えるために、最大限努めます。対応する職員は、患者さんご本人の人間としての尊厳を尊重し、これを高めるように関わります。また、限られた残りの人生の時間を価値あるものにするよう支援します。
- ④ご家族の協力：ご本人の心の安定のため、残りの人生を意義深いものとするために、ご家族の協力をお願いします。ご本人が喜ばれるものでは、身体ケアや介護への協力をお願いします。
- ⑤相談への対応：ご本人並びにご家族における身体、精神あるいは社会・経済的側面に関する問題に対して相談に応じます。不安、心配、疑問などありましたら、気軽にご相談ください。必要に応じ専門職が対応します。
- ⑥方針の変更：いかなる時点においても、ご本人あるいはご家族が、延命処置あるいは積極的な治療を希望する場合は、それに従います。

平成 年 月 日

同席者： _____

医師 _____ 印

本人・家族の同意

上記の説明を受け理解したので同意します。

平成 年 月 日

患者氏名 _____ 印

家族氏名 _____ 印

(本人との続柄： _____)

(様式2)

看取り対応に関するカンファレンス記録

【患者氏名】 _____ 様

日時	参加者	内容	記録者
	医師		
	歯科医師・ 歯科衛生士		
	看護師		
	介護職員		
	リハビリ		
	管理栄養士		
	MSW		
	介護支援専門員		
	本人・家族		
	その他		
	医師		
	歯科医師・ 歯科衛生士		
	看護師		
	介護職員		
	MSW		
	管理栄養士		
	相談員		
	介護支援専門員		
	本人・家族		
	その他		

施設での看取りに関する手引き



特別養護老人ホーム 施設名

介護老人保健施設 施設名

- *本手引きは、施設全般を対象に記載しています。施設の種類、状況、考え方、職員の勤務体制・呼称、制度などにより修正して用いてください。制度変更があれば、随時、修正してください。また、職員全員で記載内容について確認してから使用してください。
- *本手引きは、今回の事業に参加した施設の手引きおよびヒアリング内容を元に、全国老人保健施設協会学術委員会作成「介護老人保健施設における看取りのガイドライン」（平成24年3月）、三菱総合研究所「特別養護老人ホームにおける看取りハンドブック～家族とともに考えるために～」（平成22年度厚生労働省老健事業、平成23年3月）を参考・引用し作成しました。

1.基本精神

人生の終末を迎える際、人は終末期を過ごす場所及び行われる医療等について自由に選択できる環境が必要である。当施設では、終末期にある利用者に対し、利用者本人（以下、本人）の意思と権利を最大限に尊重し、本人の尊厳を保つと共に、安らかな死を迎えるための終末期にふさわしい最善の医療、看護、介護、リハビリテーション等を行う。なお、これらの一連の過程を「看取り」と定義するものとする。

2.施設における終末期の考え方

多職種、家族等のチーム医療・ケアとの連携による医師の診断に基づいて、心身機能の障害や衰弱が著明で明らかに回復不能な状態であり、かつ近い将来確実に死に至ることが差し迫っている状態が、終末期と考えられる。しかし、終末期は、個々の病態において様々である。当施設医師が状態や経過を観察し、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を終末期とする。場合によっては、外部医療機関等の医師の意見も参考とする。

3.本人の意思確認

終末期においては、特に看取りの場所（在宅、介護施設、医療機関等）の選択、終末期に際して行われる医療行為及び看取りのための看護、介護、リハビリテーション等の内容について本人の意思が最大限に尊重されなければならない。

これらに関する説明は、当施設の利用開始時又は心身機能に著しい障害をきたした際に、本人に対して医師が十分に行うものとし、本人の意思は、文書等で明確に示される必要がある。

4.本人以外の意思確認

本人の意思確認ができない場合には、管理者直轄に設置された「終末期ケア委員会」において、家族等の推定する本人の意思を尊重し、本人にとって最善の看取りを行うことを基本とする。なお、家族等とは、本人が信頼を寄せており、本人の終末期を支える存在であり、単に、法的な意味での親族関係のみに限定するものではない。

家族等が本人の意思を推定できない場合には、「終末期ケア委員会」において家族等と十分に話し合い合意を形成した後、本人にとって最善の看取りを行うことを基本とする。

家族等がない場合及び家族等が判断を「終末期ケア委員会」に委ねる場合には、終末期ケア委員会は、看取りの妥当性、適切性等を慎重に判断して、本人にとって最善の看取りを行うことを基本とする。家族等が委員会に判断を委ねる場合にも、その決定内容を説明し十分に理解を得る必要がある。

なお、事前に本人を含めた終末期に関する意思を確認するため、「終末期の医療につい

での事前調査書（様式1）」を入所時に記載していただくことを原則とする。また、当施設の医療体制や看取り介護が可能であることを理解していただくため、「当施設における医療体制の説明書（様式2）」も合わせて説明する。

5.説明と同意

医師が、本人、家族等に対して、看護職員、介護職員、支援相談員、リハビリテーション専門職員等の多専門職種同席のもと、終末期ケアの内容について説明を行う。本人、家族等への説明、看取りに関する行為の全責任は、医師にある。最終的な意思の表示は、文書（看取りに関する医師意見書（様式3）」に記録し、文書は、本人、家族等に保管してもらうとともに、当施設においても診療録と共に保存する。また、看取り介護に係る費用算定についても説明し、同意書（様式4）」を得る。

なお、身体状況や本人、家族等の心情の変化に応じるため、随時説明を行い、本人の同意を得ることを原則とする。

6.看取りにおける医療

医師は、当該施設において看取りの際の提供可能な医療行為を明示し、本人、家族等へ説明しなければならない。具体的に、提供可能な医療行為とは、輸液（末梢静脈よりの点滴等）、喀痰吸引（看護師または研修を受けた職員のみ）、酸素吸入、その他必要な医療行為が考えられ、それらについてわかりやすく説明する。特に、当施設で不可能な医療行為と医療体制の限界について理解を得ることが必要である。なお、終末期の医療は緩和医療を基本とする。

7.看取りの体制

医師は主として終末期医療を担当し、さらに、休日、夜間等のオンコール体制や協力医療機関等との連携といった医療体制あるいは365日24時間の看護職員配置等の看護体制等について本人、家族等に説明する。

看護・介護責任者は、看護師長とする。夜間・休日の緊急対応および終末期ケアについては、看護師のうち1名を定めて、これを責任者とする。

管理者直轄の「終末期ケア委員会」を設置し、本人の意思と権利を守り、尊厳の保持に配慮した看取りを行う。

また、「終末期ケア委員会」の役割として、家族等への援助（看取りのあり方、宿泊設備の有無等）や尊厳ある看取りを行うための療養環境（専用個室の有無、愛着ある物の持ち込み等）についての十分な説明、支援を本人、家族等に対して行うものとする。なお、自宅での看取りや医療機関への転院等の希望がある場合には、地域の医療機関や居宅サービス事業所との連携等の援助方法を説明し、支援する。

8. 「終末期ケア委員会」の設置

医師、看護職員、介護職員、支援相談員、介護支援専門員等を含む管理者により任命された多専門職種によって構成される管理者直轄の「終末期ケア委員会」を設置する。利害関係のない外部有識者が委員に加わる場合もある。

当委員会には、本人の意思や権利を最大限に遵守する義務があり、尊厳の保持に配慮した看取りが組織的に行われることを目的とする。

9. 「終末期ケア委員会」の業務

当委員会は、本人、家族等の相談支援を含めた総合的な役割を担うものとし、具体的には以下の業務を行うものとする。

- ①本人の意思又は家族等により推定される本人の意思を確認する。なお、看取りの実施の経過中、本人の意思又は家族等により推定される本人の意思に変化が生じうることに十分配慮し、意思の確認を随時行うものとする。
- ②医師による看取りの説明の際には、当委員会の他の委員は、説明内容の確認及び説明記録の作成を行う。
- ③看取りに際して行う医療等についての同意文書を診療録と共に保存する。
- ④家族等への看取りに関する相談、支援を随時行う。
- ⑤本人の意思又は家族等により推定される本人の意思に基づいて「終末期ケア計画」を立てる。
- ⑥終末期ケア計画では、看取りに必要な各職種の業務の分担及び連携、協力方法を明記する。
- ⑦終末期ケア計画に基づき、看取りを実施、管理する他、危篤時の連絡、家族等の支援、死亡時の援助、死亡診断書・死亡届の説明、埋葬に関する支援、遺品の引渡し等を行う。
- ⑧看取りの実施にあたる職員に対して、終末期ケア計画の詳細、その他必要事項を説明し情報の共有化をはかると共に、指導、助言を行い、看取りの実施が適切に行われるよう管理する。

10. 看取りにおける看護・介護及び療養環境

「終末期ケア委員会」の役割として、看取りを行うにあたり、提供可能な看護、介護、療養環境について、本人、家族等へ説明しなければならない。その際、本人及び家族等への精神的な援助、看取りを行う療養環境の整備、本人と家族等や他の利用者との関係性等を重視した対応を行うなど誠意ある真心こもった看取りの実施が大切である。以下に、具体的な項目を示す。

- ①本人、家族等に対する援助
 - ・ 食事、入浴、排泄等の日常生活の支援

- ・身体及び衣服、身の回りの清潔保持
- ・体位変換、マッサージ等の身体援助
- ・精神的、心理的援助
- ・家族等と共に看取りが行われる為の支援
- ・頻回な訪室等のきめ細やかな日常生活の支援

②環境の整備

- ・個室の用意
- ・付き添いのための配慮
- ・愛着ある物や写真の持ち込みや親しみある音楽等への配慮

③死後の処置と各種手続きの相談及び援助

- ・死後の処置に対する家族等の希望の受け入れ
- ・残された家族等の心理的苦痛に対する精神的支援

11. 看取りに関する職員教育

当施設においては、本人の立場に立った尊厳ある看取りの理念、方針、目的を理解するための研修、ミーティング等を適宜開催し、看取りが適切に行われるよう職員教育を実施する。具体的には、施設での看取りの理念、死生観教育、終末期の身体的・精神的変化への対応、夜間・急変時の対応、報告・連絡を含めたチームケアの重要性、死後の処置を含めた介護方法・技術、家族援助法、終末期ケア計画の作成方法などである。また、終末期ケア実施中や終了後に検討会を行うことは、重要な職員教育である。

なお、職員においては、必ずしも利用者の死に係わった経験が豊富である者ばかりではないため、職員に対して、人の死に対する重みや死を目の当たりにすることによる喪失感等への精神的なサポートにも配慮することとする。

具体的な手順

工程	手順	備考
入所時（原則、全入所者）	・ 終末期の医療についての事前調査書（様式1）と当施設における医療体制の説明書（様式2）」を配布し、看護師長または相談員が説明する。	手引き 様式1, 2
施設での看取りについて希望が確認されている場合	・ 入所時あらかじめ本人、家族より希望がある場合は、医師により一般的に認められている医学的知見から回復の見込みがないと判断し医療機関での対応の必要性が低いと判断された状態で看取りの必要性があるとした場合、本手引き3～10について進めていく（様式3, 4）。	手引き 様式3, 4
ターミナルケアの段階 前期	・ 病状の変化が月単位と考える時期 ・ 苦痛が緩和されていれば日常生活はかなり安定している ・ 今後の予測されるADLの変化に備え身辺整理・看取りの場の確認を行う ・ 多職種によるカンファレンスを行う（様式5）	担当者会開催 （頻度：1/月） 様式5 様式3,4確認
看護師の観察・関わり	<input type="checkbox"/> 通常観察	終末期ケア計画策定
介護職員の観察・関わり	<input type="checkbox"/> 身体面だけでなく精神面も十分観察。心理的苦痛の緩和を図る（声掛け・スキンシップを増やす）。職員の問いかけへの反応や家族面会時の本人の様子はどうだったか等、具体的に記載すること。 <input type="checkbox"/> 環境整備・安寧を図る（居室レイアウトや採光に考慮、慣れ親しんだ写真・花を飾る等工夫する）。 <input type="checkbox"/> 栄養食事への配慮（水分補給を適切に行う。家族から嗜好品聴取。本人が食べやすく嗜好に合う食事を提供する。）	処遇に随時記録を入力 物品等家族協力を得る 家族・看護師・管理栄養士と連携を図る

中期	<ul style="list-style-type: none"> ・病状の変化が週単位と考える時期 ・日常生活の自立度が急速に低下することが多い時期 ・状態悪化による精神的苦痛、また、家族へは予期的悲嘆への精神的配慮が必要 ・付き添うことによる介護疲れへの配慮 	<p>担当者会開催 (頻度：1/週) 様式5</p>
看護師の観察・関わり	<input type="checkbox"/> 通常観察	
介護職員の観察・関わり	<input type="checkbox"/> 介護職員と連携し異常の早期発見に努める <input type="checkbox"/> 日夜共に1～2時間毎に居室巡回・容態観察。 <input type="checkbox"/> ADL全般、特に清潔（入浴の本人負担有無等）、排泄（尿便量・色・性状等）、食事（嚥下状態・食事水分量等）の状態変化に注意が必要である。 <input type="checkbox"/> 清潔では、本人要望を尊重及び状態観察により、本人負担がかからない程度での入浴・シャワー浴・清拭・足浴等、最も適する方法を検討・選択し、その回数・頻度も考慮する。 <input type="checkbox"/> 排泄では、安楽・快適が保たれるように、ケア方法・頻度等を検討する。 <input type="checkbox"/> 食事では、形態変更や嗜好品提供等検討（本人が好む物を、たとえ少量でも美味しく食べられるよう工夫）。食事介助は強制的にならないように注意して、本人の嚥下ペースに合わせる（誤嚥予防）。 <input type="checkbox"/> 安楽な離床へ配慮。体調により離床しての食事可否や移動手段も再検討する。 <input type="checkbox"/> できるだけ本人のそばにいて声掛け・傾聴・スキンシップを図る。家族にも随時状態説明を行う。 また、家族からの希望・心配事にも傾聴し、不安の軽減に努める。	<p>巡回頻度・介護の観察等、終末期計画表を変更追加する</p> <p>看護師と連携</p> <p>家族・管理栄養士と連携</p> <p>看護師・作業療法士と連携</p>

後期	<ul style="list-style-type: none"> ・病状が日にち単位で変化する時期 ・臥床する時間が長くなり症状の緩和と安楽な体位への工夫が優先される ・蘇生術、看取りの場、死亡時の緊急連絡先等の再確認 	<p>担当者会開催 (頻度：1/週) ～随時、様式 5</p>
看護師の観察・関わり	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>異常の早期発見に努める <input type="checkbox"/>バイタルサインを6時間毎確認。呼吸状態、意識レベルなど巡回時観察（介護職員と連携） 	
介護職員の観察・関わり	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>日夜共に1時間～30分毎に居室巡回。意識レベル・呼吸状態・表情・顔色・倦怠感・浮腫（部位・影響）・皮膚状態（褥瘡有無含む）等、観察・記録する。 <input type="checkbox"/>身体的苦痛の緩和と安楽に配慮する。ベッドマット種類変更や体位交換方法・頻度等を検討する。 また、苦痛軽減のためにマッサージ等を行う。 <input type="checkbox"/>絶えず身の回りの清潔が保たれるように、 <input type="checkbox"/>腔ケア・整髪・髭剃り等、整容サービスを提供する。 <input type="checkbox"/>できるだけ独りにせず、安心感が得られるように努める（プライバシー配慮も考慮）。 また、静かな居室の雰囲気保たれるようにする（訪室時の足音・ドア開閉音等にも注意）。 	<p>巡回頻度・介護の観察等、サービス計画表を変更・追加する 看護師・リハビリと連携</p>
死亡直前期	<ul style="list-style-type: none"> ・状態が時間単位で変化する時期 ・意識状態は清明とは言えない事が多くなる ・最期まで人格を持った人として接する ・死前喘鳴への対応、非言語的コミュニケーション ・家族へ死亡直前の症状説明 呼吸、皮膚の状態変化等 	<p>呼吸状態の密な観察を行う 静かに最期まで見守る姿勢 清拭、寝衣、化粧など死後の処置の必要有無確認</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ・本人、家族にとってかけがえのない豊かな時間となるよう配慮する ・死亡時、死亡後の諸確認と準備 	<p>退所時の順路 退所時の車の確認 (死亡退所時対応手順参照)</p>
<p>看護師の観察・関わり</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>状況により2～4時間でバイタルサイン測定 <input type="checkbox"/>呼吸状態など生死確認は介護職員と連携を図り巡回は夜間も1時間単位で行う中で異常の早期発見に努める <input type="checkbox"/>家族へ状態の変化の説明を丁寧にする <input type="checkbox"/>担当する看護師はバイタルサイン測定の間隔など訪室予定を家族にも伝える等配慮 	<p>家族との時間を優先し、また、本人の安楽な時間が妨げられることのないようバイタルサイン測定は考慮する</p>
<p>介護職員の観察・関わり</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>1時間～30分毎の居室巡回時、呼吸状態(胸郭の上下運動・鼻息の有無、呼吸様式、呼吸間隔他)・意識レベル・脈拍(橈骨動脈拍動の確認等)、十分容態観察を行う。 <input type="checkbox"/>どんな小さなことでも変化あれば、看護師に報告・記録をする。 <input type="checkbox"/>枕元で手を握り、声をかけ本人の安心へと努める(聴覚は最期まで保たれる)。 	
<p>おおよその予測 死亡前48時間～死亡確認まで</p>	<ul style="list-style-type: none"> ①反応が少なくなってくる ②脈拍の緊張が弱くなる ③血圧低下 ④四肢冷感 ⑤冷汗の出現 ⑥顔の相が変わる(顔面にチアノーゼ出現) ⑦唾液や分泌物が咽頭、喉頭に貯留し呼気時ゴロ音の出現(死前喘鳴) ⑧身の置き所がないかのように四肢や顔をばたばたさせるようにする 	<p>家族との時間を優先し、また、本人の安楽な時間が妨げられることのないようバイタルサイン測定は考慮する</p>

看護師の観察・関わり	<input type="checkbox"/> バイタルサイン測定は状況により判断する <input type="checkbox"/> 介護職員、付き添われる家族の協力を得て呼吸停止などの確認を医師により行われる為連携を図る <input type="checkbox"/> 看護師は呼吸停止などがある場合速やかに医師に連絡する	
介護職員の観察・関わり	<input type="checkbox"/> 上記の臨死期に起こるサイン①～⑧に特に注意しながら容態観察をする。異常時は速やかに看護師に報告する。落ち着いた、かつ迅速な対応を心がける（本人・家族へ不安を与えないように）。	
医師への報告	<ul style="list-style-type: none"> ・医師に報告 	看護師
家族に報告・連絡 (不在時)	<ul style="list-style-type: none"> ・家族が付き添われていない場合はあらかじめ確認されている家族連絡先に状態を連絡し、来所を依頼する 	介護職員
死亡確認 (医師) (看護師) (介護職員)	<ul style="list-style-type: none"> ・死亡確認後に死亡診断書を記入 ・死亡確認後、家族との時間を作る。まだ、見舞われていない家族が居れば到着を待ち、エンゼルケア実施時間を確認する 	死亡診断書取扱いは、死亡退所手順参照
看取り介護の時期を経過し状態が安定した場合	<ul style="list-style-type: none"> ・バイタルサイン測定は通常観察 ・一般的な状態は訪室毎に観察し、再度、終末期が来る時期に備えて容態変化の早期発見に努める必要がある 	
再度、終末期を迎えた場合	<ul style="list-style-type: none"> ・看取り介護支援を行う 	

《特記事項》

上記各段階時期に医師により家族へ説明された内容を記録する（様式5）

終末期の医療についての事前調査書

この事前調査は、〇〇苑をご利用くださる方が、突然の疾病などにより具合が悪くなった場合及び、医学的知見から回復の見込みがないと医師が判断し、かつ、医療機関での対応の必要性が薄いと判断された場合に、身元引受人として「どのような対応が望まれるか」というご意向を伺うためのものです。ここに書かれたことは、今、現在の身元引受人の方のお考えであり、今後、自由に変更することができます。

1 【避けられない死が近いときは】

- () ①ご利用されている本人の意志に沿う。(生前の意志を作成している場合のみ)
- () ②医療機関へ入院して出来るかぎりの救命、延命治療を受けたい。
- () ③入院はせず、〇〇苑でのできる範囲で苦痛緩和の医療と自然な看取り介護をうけたい。
- () ④医療機関、〇〇苑以外の場所(例えばご自宅)で最期を迎えさせたい
- () ⑤今は判断できないので、その時の状況で決めたい。

※ ②に○をされた方につきましては、医療機関への情報提供、入院までの連携等、④に○をされた方につきましては、在宅療養等に向けた相談調整等、出来る限りの対応をさせていただきます。

※ ⑤に○をされた方につきましては、その時点のご連絡によりご判断ください。

※ ③に○をされた方は、以下の項目へお進み下さい。

2 【〇〇苑での具体的な対応方法について】

I 食事や水分がとれず脱水や衰弱がみられるようなときは以下のことを希望します。

- () ①最後まで口で食べることを大切にして、〇〇苑で対応できる食事形態により、食べられる分だけ食べて、自然な経過で看取りたい。
- () ②脱水症状等で苦しい時だけ、水分補給のための点滴注射をして欲しい。
- () ③経管栄養にて栄養補給をして欲しい。

II 疼痛時には以下の対応を希望します。

- () ①医師との連携協力、判断により、〇〇苑で出来る疼痛の緩和を受けたい。
- () ②自然な経過での看取りを希望します。

III その他ご希望、ご要望があればご記入ください。

※ 上記の内容は、変更することが可能ですので、いつでもお申し付け下さい。

平成 年 月 日

利用者：氏名 _____ ㊞

身元引受人：氏名 _____ ㊞ (続柄 _____)

身元引受人：住所 _____

当施設における医療体制の説明書

当施設での医療体制について、下記の通り、説明させていただきます。

- ①当施設の協力医療機関は、「△△病院」です。週1回以上の回診と24時間の連絡体制を確保し、健康管理および状態変化時の対応を行います
- ②当施設は、医療機関ではなく、生活支援、リハビリの場所です。提供できない医療があることをご理解ください
- ③入院の必要がなく容態が安定している時、副作用の危険性や投薬量調整のため医師または看護職員による経過観察が必要でない場合、医師、看護職員以外の職員（介護職員等）が下記の行為を実施することができます
皮膚への軟膏塗布 湿布貼付 点眼薬の点眼 一包化された内服薬内服 坐薬挿入 吸入など薬剤使用の介助 *吸引（定められた研修を受けた職員のみ） 等
- ④施設には、常勤医師はおりません。また、看護師も夜間不在です。看護師は、緊急時の連絡により駆けつける体制となっています。
- ⑤利用者の状態の変化に伴う緊急時の対応（受診、入院、経過観察など）は、看護師が医師と連絡をとり判断いたします
- ⑥利用者の状態の変化に伴う緊急時の連絡は、看護師（夜間などは介護職員の場合あり）が行います。連絡のとれる複数の連絡先をお示しください。
- ⑦当施設では、医師より医学的知見から回復の見込みがないと判断し、かつ医療機関での対応の必要性が低いと判断された場合、ご希望に応じて「看取り介護」を行うことができます。その場合、以下の対応をしております。
 - ・付添い、面会の時間制限をいたしません。夜間の面会については、日中にあらかじめご連絡ください
 - ・ご利用者、ご家族のご意向をできるだけ尊重した支援計画を策定し提供いたします
 - ・状態が悪化した場合の医療処置の希望について、ご意向をお伺いいたします
 - ・これらについて、ご説明のうえ、同意書をいただきます。

平成 年 月 日

説明担当者

施設での看取りに関する医師意見書

【利用者様氏名】 様

1. () 慢性疾患、() 老化、() 悪性腫瘍、() その他
が進んで心身が衰弱し、医学的知見に基づき、回復の見込みがないと
医師に診断される状態
2. 利用者様の自己決定（尊厳を守り、より良い最期を迎えられるよう）
3. 利用者様の意思確認が困難な場合、家族を最も身近な支援者として位置づ
け、家族が推測し、本人の意思として推測する場合

利用者様は、上記の意向（1と2または3）を満たしているので、当施設で
の看取り介護を実施いたします。

平成 年 月 日

医師 _____ 印

施設長（総括責任者） _____ 印

看護師長（看護責任者） _____ 印

利用者様、ご家族様 同意書

上記の件について説明を受け、確認・同意いたします。

平成 年 月 日

利用者様氏名 _____ 印

身元引受人 _____ 印

(本人との続柄：)

看取りに係る費用算定に関する同意書

私（ ）は、看取りにかかわる費用算定に関し、
〇〇苑担当職員（ ）より説明を受け、その内容に関し同意いたします。

平成 年 月 日

特別養護老人ホーム〇〇苑 施設長 様

利用者様氏名 _____

身元引受人氏名 _____ 印
(続柄)

看取りに係る費用説明について

看取り介護実施にあたり通常の施設料金に加え下記に示す看取り介護費用をご請求させていただきます

【看取り介護費用加算】

加算算定期間	加 算 分
①死亡日	1日につき 円
②死亡日の前日及び前々日	1日につき 円 (最長 日間の算定)
③死亡日以前4日以上30日以下	1日につき 円 (最長 日間の算定)

※ ①～③についてはお亡くなりになった月にご請求いたします。

※ 食費に関しては、食止めした期間は算定されません

(様式5)

終末期ケアに関するカンファレンス経過表

【利用者氏名】 _____ 様

日時	参加者	内容	記録者
	医師		
	歯科医師・ 歯科衛生士		
	看護師		
	介護職員		
	リハビリ		
	管理栄養士		
	相談員		
	介護支援専門員		
	本人・家族		
	その他		
	医師		
	歯科医師・ 歯科衛生士		
	看護師		
	介護職員		
	リハビリ		
	管理栄養士		
	相談員		
	介護支援専門員		
	本人・家族		
	その他		

⑧講演会参加者・研修会参加者アンケート調査

○講演会参加者アンケート

(1) 秋田県・市立大森病院

参加者：70名 アンケート回答者56名（回答率80%）

設問1：本日の講演会の内容全般について、ご満足いただけましたか。

とても満足	20
満足	35
やや不満足	1
不満足	0
計	56

設問2：(1で「とても満足」「満足」を選んだ方) どのような点が良かったですか。

役立つ情報が得られた	41
日頃の生活や活動に役立った	38
スキルアップにつながった	19
他の参加者との交流・情報交換が図られた	4
抱えていた問題・不安の解消につながった	7
その他	20

【その他良かった点（主なもの）】

- ・改めて、家族の意思を確認しておく事が大事と感じました。（自分の意思を伝えておくことも含めて。）自分の事は決められても、家族の事になると悩んでしまうため。
- ・自分、家族の死について考える機会を得られました。
- ・逝き方（生き方）について家族と話し合ってみたいと思った。
- ・自分、家族の生き方、逝き方について考えるととても良い機会になった。元気な時に意思表示しておくことが大事だと思いました。
- ・難しいテーマなのにとても分かりやすい講話でした。自分の意思をしっかり持っていられたいという事を学んだ。講演会に出て良かったです。
- ・残りの人生をどう生きていこうか改めて考えさせられました。
- ・胃ろう造設、高カロリー点滴をした場合の存命の目安が分かって良かった。生きて逝くために自分の考え、思いを考えておく必要があると強く感じました。
- ・生き方と逝き方をしっかり持つことで、生きる幸せを改めて感じる事ができた。
- ・「生きて逝くノート」、大変参考になりました。最期の満足死が大事だと思いました。
- ・具体的に文字に起こすことで、最期を現実的に考えることができました。。

設問3：(1で「やや不満足」「不満足」を選んだ方) どのような点が良くなかったですか。

役立つ情報が得られなかった	0
日頃の生活や活動の参考にならなかった	0
スキルアップにつながらなかった	1
他の参加者との交流・情報交換ができなかった	0
抱えていた問題・不安の解消につながらなかった	0
その他	0

【その他良くなかった点（主なもの）】

- ・記載無し

(2) 福井県・国保名田庄診療所

参加者：212名 アンケート回答者168名（回答率79.2%）

設問1：本日の講演会の内容全般について、ご満足いただけましたか。

とても満足	76
満足	89
やや不満足	3
不満足	0
計	168

設問2：（1で「とても満足」「満足」を選んだ方）どのような点が良かったですか。

役立つ情報が得られた	127
日頃の生活や活動に役立った	119
スキルアップにつながった	45
他の参加者との交流・情報交換が図られた	49
抱えていた問題・不安の解消につながった	52
その他	83

【その他良かった点（主なもの）】

- ・おぼろげに考えていたが、しっかり書き残すことの大切さを思った。
- ・日頃から家族間での話し合いが必要だと思った。
- ・エンディングノートを作る。自分はこうありたいと。
- ・自分の今まで生きてきたことをもう一度振り返ってみて、あと少しの人生を考えることの機会になった。
- ・幸福になるため健康であること。感謝の心。手紙。
- ・病気があっても、くよくよせず自分らしく生活して生きたら健康だと、よい話を聞いたら楽になった。
- ・書き残しておくことが自分にとっても残された者にとっても良いことが分かった。
- ・今日は良いことを学ばせていただきました。元気な間に教えてもらえて幸福でした。
- ・最期の話はなかなか暗くなって話せないのですが、楽しくお話を聞くことができ、何かが楽になったようです。
- ・先生から言われた人生の節目（誕生日）に1年間にしてみたい事を書く。叶えればまた1年後にしてみたい事を書く。これから生活していく「糧」にします。
- ・自分の死への準備や心の移ろいが色々あるんだなぁと思わせていただいた。自分のいく道の不安も少しはやわらいだ。
- ・年齢に関係なく（死はいつ訪れるか分からないので）、日頃からサヨナラの準備をしておくことも必要だと気付かせていただきました。
- ・私自身年齢が大きくなっていますので、今ある自分が毎日考えなしにのんびりと過ごしていましたが、本日のお話でもう一度自分の生き方を考えて、ひとつひとつクリアして頑張りたいと思います。
- ・日々の自分の生活を大切に過ごしたいと思います。胃ろうの話は知識がなかったので聞かせてもらって良かった。
- ・日常の生活に目標を持つと思った。達成する努力をしていきたい。今、何の目標もなく生きている事に気付いた。死について考える機会をもらった。生きている事に感謝する機会になった。

- ・自分の母を看取った。送った時の事をひとつひとつ思い出し、私が困ったことをどうするか、考える良い機会であった。
- ・男性介護者の注意事項として、サービスをどううまく利用するか、自分ですべてを背負いこまないこと・・・等。健康の意味が具体的に理解できた。
- ・介護頑張らなくていい。気持ちが楽になった。手に負えなくなったら、介護を受ける等の対応法が良かった。
- ・「サヨナラの準備とは」について良く分かった気がする。今は全然準備されていない事が分かった。本日よりよく考えていきたいと思う。大切な人へのメッセージ等々・・・。
- ・自分の最期を考えることが大切であると思いました。子供たちのためにも・・・。そうすれば楽しく最期を迎えることが出来そうです。

設問3：(1で「やや不満足」「不満足」を選んだ方) どのような点が良くなかったですか。

役立つ情報が得られなかった	0
日頃の生活や活動の参考にならなかった	0
スキルアップにつながらなかった	1
他の参加者との交流・情報交換ができなかった	0
抱えていた問題・不安の解消につながらなかった	0
その他	4

【その他良くなかった点（主なもの）】

- ・後ろの方の席にいたので、話が聞きづらかった。もう少し考えてほしいと思った。スクリーンも半分しか見えなかった。
- ・これまでに読んだ本、その他で今回特に役立つとか考えが変わるとかという点はみられなかった。
- ・考える、考えなくてはいけないきっかけになったのは良かった。こんな大切なことは一人でじっくりと考えることだと思った。
- ・会場が狭かった。
- ・後ろの方にいたので一部聞きにくい事があって困った。年齢のせいでも耳が悪いのかもしれないけれど、家に帰ってゆっくり考えながら再読したいと思います。

(3) 香川県・綾川町国保陶病院

参加者：110名 アンケート回答者95名（回答率86.4%）

設問1：本日の講演会の内容全般について、ご満足いただけましたか。

とても満足	60
満足	34
やや不満足	1
不満足	0
計	95

設問2：(1で「とても満足」「満足」を選んだ方) どのような点が良かったですか。

役立つ情報が得られた	65
日頃の生活や活動に役立った	70
スキルアップにつながった	43
他の参加者との交流・情報交換が図られた	19
抱えていた問題・不安の解消につながった	27
その他	55

【その他良かった点（主なもの）】

- ・改めて自分の考え方、人生の生きて死ぬまでのことを考えました。
- ・エンディングノートは考えていなかったが、やはり家族のためにも作っておきたいと思った。あっという間の時間でした。楽しく聴くことができました。
- ・老後の過ごし方が少し見えてきた。
- ・最期について常に思っておりました。このノートをお借りして、記録しておきたいと思えます。
- ・「自分と向き合う」という経験はなかった。これからの方向を教わって良かった。
- ・まだまだ先のことと思っていたサヨナラの準備を、今から準備しておく必要性をひしひしと感じた。出席して本当に良かったと思います。
- ・後期高齢者なのに、「生きて逝く」ことを考える年なのに、なかなか考えられない。そのきっかけになったように思う。
- ・何事も気持ちの持ちようで、辛くも楽しくもなるものだ改めて感じました。家族で最期について話し合いを早速したいと思えます。素晴らしいお話を聞いて良かったです。
- ・終末期の活動をそろそろ開始しなければと気づかせてくれたこと。
- ・先生のユーモアたっぷりの講演を聞け、元気になりました。ポジティブに笑顔でいられる自分でいたいと思えました。今日早速エンディングノートを家族で話し合っていきたいと思えます。
- ・講演会中、隣の方との「和」を持ちました。自分の生活を反省しつつ楽しくお聞きしました。
- ・家族と話すきっかけとなり、良かったです。
- ・感謝の気持ちを持ち、ポジティブに前向きに生活していきます。
- ・気持ちがおだやかになり、先の事、家族の事を考えようと思う。

設問3：（で「やや不満足」「不満足」を選んだ方）どのような点が良くなかったですか。

役立つ情報が得られなかった	1
日頃の生活や活動の参考にならなかった	1
スキルアップにつながらなかった	1
他の参加者との交流・情報交換ができなかった	0
抱えていた問題・不安の解消につながらなかった	1
その他	1

【その他良くなかった点（主なもの）】

- ・記載無し

○研修会参加者アンケート

(1) 秋田県・市立大森病院

参加者：32名 アンケート回答者32名（回答率100%）

設問1：本日の講演会の内容全般について、ご満足いただけましたか。

とても満足	17
満足	15
やや不満足	0
不満足	0
計	32

設問2：(1で「とても満足」「満足」を選んだ方) どのような点が良かったですか。

役立つ情報が得られた	28
日頃の生活や活動に役立った	21
スキルアップにつながった	10
他の参加者との交流・情報交換が図られた	2
抱えていた問題・不安の解消につながった	10
計	78

【その他良かった点（主なもの）】

- ・研修内容が大変良くなったためになった。また他のテーマでも是非受けてみたい
- ・きれいな最期を迎えたいと思っていたが、「生きて逝くノート」の活用でできる事がわかって将来への不安が少し解消した
- ・家族の最期にどのように向かえばよいか、また自分の一生をどのように過ごしたらよいかを深く考える材料になりました
- ・胃ろうのことや介護者による生命予後などを学ぶことが出来て良かった
- ・胃ろうを作っても意外と予後が短いと思った。
- ・自分の家族にも早速「生きて逝くノート」を活用してみたい
- ・数年前に母が急死したが、その時は母の意向がわからず苦労した。研修を受けてエンディングノートがあればよかったと思っている

設問3：(1で「やや不満足」「不満足」を選んだ方) どのような点が良くなかったですか。

役立つ情報が得られなかった	0
日頃の生活や活動の参考にならなかった	0
スキルアップにつながらなかった	0
他の参加者との交流・情報交換ができなかった	0
抱えていた問題・不安の解消につながらなかった	0
その他	0

【その他良くなかった点（主なもの）】

- ・記載なし

(2) 福井県・名田庄診療所

参加者：41名 アンケート回答者41名（回答率100%）

設問1：本日の講演会の内容全般について、ご満足いただけましたか。

とても満足	22
満足	19
やや不満足	0
不満足	0
計	41

設問2：(1で「とても満足」「満足」を選んだ方) どのような点が良かったですか。

役立つ情報が得られた	26
日頃の生活や活動に役立った	23
スキルアップにつながった	13
他の参加者との交流・情報交換が図られた	31
抱えていた問題・不安の解消につながった	5
その他	27

【その他良かった点（主なもの）】

- ・自分の将来を見られた事が良かった。考えていても文章にした事がなかったので、今後真剣に見つけます。
- ・最期について日頃なかなか思いを表に出せないところを、改めて考えさせられた。
- ・死の準備というものを考えた時に、これから何がしたいのか、また今までの自分というものを振り返ることができました。普段から命は限りあるものと思っていますが、改めて認識することになりました。
- ・家族で「生きて逝くノート」を書きたいと思います。
- ・笑いあり涙ありの楽しいお話をありがとうございました。
- ・重いテーマを「笑い」ありの雰囲気でしたこと。
- ・楽しく話が聞けました。グループが良かった！！
- ・最期について、じっくりと考える時間を作っていただき、ありがとうございます。
- ・他職種の方とお話できて、楽しく学びました。
- ・自分が高齢になっているにも関わらず最期の事はまだだと考える気もなかったのが事実です。本日研修を受け、自分の最期をしっかりと準備したいと思います。
- ・家族で今一度考えたい内容でした。
- ・今自分たちが行っていること（小規模多機能施設）は、よりよく生きるために重要な事なんだと自信になった。
- ・最期について考えるという事が重要な事が分かりました。自分もエンディングノートをつけていきたいと思いました。
- ・小規模多機能施設が重要な役割を果たしていることを再確認しました。「感謝」のコメントもとても良かったですね。心に響きました。自分の介護員としての役割もあるんだなあと思いました。
- ・終末期を考えるきっかけをもらい、自分も含め、関わっている方たちの終末期を共に考えながら接していけたらよいと思った。

設問3：（1で「やや不満足」「不満足」を選んだ方）どのような点が良くなかったですか。

役立つ情報が得られなかった	0
日頃の生活や活動の参考にならなかった	0
スキルアップにつながらなかった	0
他の参加者との交流・情報交換ができなかった	0
抱えていた問題・不安の解消につながらなかった	0
その他	0

【その他良くなかった点（主なもの）】

- ・記載無し

(3) 香川県・綾川町国保陶病院

参加者：26名 アンケート回答者17名（回答率65.4%）

設問1：本日の講演会の内容全般について、ご満足いただけましたか。

とても満足	12
満足	5
やや不満足	0
不満足	0
計	17

設問2：(1で「とても満足」「満足」を選んだ方) どのような点が良かったですか。

役立つ情報が得られた	15
日頃の生活や活動に役立った	11
スキルアップにつながった	5
他の参加者との交流・情報交換が図られた	5
抱えていた問題・不安の解消につながった	2
その他	8

【その他良かった点（主なもの）】

- ・「生きて逝くノート」広げたいと思いました。
- ・介護についての考えが変わった。死について考えることができた。考え一つで変われると気付いた。楽しければいい！人生は！
- ・自分の終末期について、いろいろ考えることができて、とても有意義な研修でした。
- ・住民の人へ話をする際の参考になりました
- ・講師の先生のお話はいつも元気が出ます！ありがとうございました。
- ・講師の先生の講義は楽しく考える機会を持つことができました。
- ・考えてもいなかったことを考えることができた。
- ・介護・死について具体的に書くことにより見つめ直すことができた。

設問3：(1で「やや不満足」「不満足」を選んだ方) どのような点が良くなかったですか。

役立つ情報が得られなかった	0
日頃の生活や活動の参考にならなかった	0
スキルアップにつながらなかった	0
他の参加者との交流・情報交換ができなかった	0
抱えていた問題・不安の解消につながらなかった	0
その他	0

【その他良くなかった点（主なもの）】

- ・記載無し

⑨関係者意識調査

事業実施前後で、本事業に関わる関係者に簡易意識調査を実施しました。各地域とも10名(計30名)から回答をいただきました。

○本事業を始める前の状況について

Q1 地域における終末期ケアの必要性を感じたことがあった。

そう思う	20
少しそう思う	9
どちらでもない	0
あまりそう思わない	1
そう思う思わない	0
計	30

Q2 終末期ケアについて多職種の良好な連携体制ができていた。

そう思う	2
少しそう思う	13
どちらでもない	7
あまりそう思わない	5
そう思う思わない	1
無回答	2
計	30

Q3 終末期ケアの対象者への支援に困難を感じたことがあった。

そう思う	8
少しそう思う	15
どちらでもない	4
あまりそう思わない	3
そう思う思わない	0
計	30

Q4 終末期ケアについてアドバイスを求める人がいた。

そう思う	1
少しそう思う	15
どちらでもない	6
あまりそう思わない	4
そう思う思わない	1
無回答	3
計	30

○本事業の実施・実施後の状況について

Q5 地域における終末期ケアの重要性を感じた。

そう思う	23
少しそう思う	5
どちらでもない	1
あまりそう思わない	0
そう思う思わない	0
無回答	1
計	30

Q6 今後、終末期ケアに積極的に取り組んでいこうと思う。

そう思う	22
少しそう思う	6
どちらでもない	1
あまりそう思わない	0
そう思う思わない	0
無回答	1
計	30

Q7 その他、事業の実施前後であなたの意識の変化、周囲の変化がありましたら、具体的に
お書きください

- ・講演会に多くの参加があった。日頃は住民の方からの相談はないが、健康相談等で生き方についてのアドバイスをすることもあり、終末期も生き方につながると思う
- ・精神的ケアの重要性を感じた。
- ・家族や知人の声が聞こえる環境で生活することの大切さ。
- ・講演会にたくさんの方が関心を示し、話を聞きに来られた姿を見て、今後このような方々に自分の立場（健康づくりや介護予防etc）でどういうふうなことが伝えていけるかを考えるきっかけになったと思います。
- ・実施前は参加者40～50名と予測していた規模が現実には約3倍強の町内外の方が来館され、嬉しい悲鳴となった。

- ・この事業に携わり、家族さん本人さんは死という事を漠然としたものと考えられ、少しさけておられるように感じた。必ずおとすれる死について考えられる良い機会であった。
- ・心構えが出来ていても日々の介護の中で家族や本人へ不安や心配、身体のだらさや気持ちの負担にその度対応できる体制とかかわる側の気持ちが大事
- ・要介護状態になる前にこそ、必要性を感じる。
- ・地域全体が終末期に取り組まないと意識のずれが生じてしまう。今後も継続していきたい
- ・終末期について考える良いきっかけとなった。患者さんが終末期について意思表示されるようになれば出来るだけそれにそえるようにケアしていくことが大事だと思うし、ケアできる知識と技術を身につけることが必要だと感じた。
- ・本人の希望、家族の希望、色々総合しての終末期ケアだと思います。早くから家族で話し合ってもらう事の大切さを感じましたし、私も啓発していきたいと思います。
- ・利用者本人が自己決定できる段階で終末期の意向確認する大切さを再認識しました。
- ・看取りケアを提供しているが設備が整っておらず看取りケアと生活の場としての混合の為、職員・利用者共戸惑う事がある。この研修を通して得た知識を現場の職員と協議を重ね当施設にいかしていきたいと思う。
- ・終末期をどこで迎えたいかは、本人が意識はっきりして自ら希望が言える状態の時に確認しておくことがベストだなあと感じました。(今までは家族の意見だけで決めていたため)
- ・高齢者が増加し、自宅で介護する人も少なくなっている現在、終末期ケアの必要性が増したと思います。今後も入所者、家族の意向を確認しながら終末期ケアに取り組んでいきたいと思います。
- ・認知症高齢者が増加している現在、本人の意思と家族の意向を早期に確認しあう行為としてエンディングノートの普及が急がれると思いました。
- ・終末期を話題にするのはタブーなイメージがあったが大事なことであるとの認識を持ち伝えられるようになった。関心を示し、危機感を持つ住民も見つけられるようになった。
- ・地域住民への啓発の必要性を感じた
- ・終末期ケアを自分の問題として身近なことであるという認識が住民の中に育ったと感じている。
- ・老健でも看取りは実施していましたが、今回の事業の中での研修等で終末期（看取り）の施設としての取り組みのあり方等が少し理解できたような気がしました。
- ・以前から自分の最期について元気なうちから考えておくことの必要性は感じていたが、実際の事例に出会う事がなく、今回の事業で初めて具体的事例にあたり、改めて終末期ケアの重要性を実感した。
- ・自身の終末期にどうしたいかと考えることもなく、この事業に携わって初めて考えてみました。自分の振り返りにもなり、歩んできた人生を懐かしく思い、また今後の自分がどうありたいかを考えるよいチャンスでした。終末期にどうしてほしいか、早い段階で記載し残しておくことも必要と思います。自分の振り返りのいいチャンスでもあり、家族とのコミュニケーションのとり方についても考えさせられた事業でした。

⑩ヒアリング及び現地スタッフとの意見交換の内容

(1) 横手市大森町ヒアリング報告

平成25年11月13日 午後

参加委員：阿波谷委員長、大原委員、小野委員

国診協事務局：鈴木、大本

ヒアリング対象 特別養護老人ホーム白寿園3人（相談員、介護責任者、看護責任者）、特別養護老人ホーム雄水苑1人（相談員）、老人保健施設おおもり3人（相談員、介護責任者、看護責任者）、地域包括支援センター1人、大森病院5人（療養病床担当、外来・訪問看護担当、MSW）

1) 地域における終末期患者への支援に関する取り組みについて

○大森病院での取り組み

- ・入院中の方は、治療して退院することを目的としており、施設での看取りを推進しているわけではない。
- ・療養病床で亡くなる方も増えている（平成24年度5-6人、平成25年度（現在まで）8人）が、地域の高齢化に伴ったものと考えられる。
- ・療養病床から在宅へ帰ることができる方は、ほとんどいない。退院する方は、施設入所がほとんど。
- ・在宅で訪問診療していた方も、「最期は病院で」という方が多い。それは、地域性（住民性）によるところが多い。

○白寿園での取り組み

- ・入所時に、ご家族に終末期に関してのご希望もご家族にお伺いする
- ・平成24年度4人、平成25年度（現在まで）2人
- ・全員に入所時にお伺いするべきであるが、病院から回復して入所した方に、終末期のことを問うのは憚られるので、時期を見て行う。退院時に医師から今後についてしっかり説明があったら受け入れられやすい
- ・施設ができて30年になるが、当初の嘱託医は「このままなら3日、入院したら1か月ですが、どうしますか？」のように聞いて、施設で亡くなることも少なくなかったので、職員に心理的な抵抗はない。
- ・看護師は夜間いないので、看取りの時は時間外で対応。

○おおもりでの取り組み

- ・老人保健施設など、自宅復帰が目的ではあるが、高齢化がすすんでおり、在宅復帰率は5%足らず。施設内看取りも考える必要がある。
- ・入所時に、家族・本人の意向を聞くことはない。
- ・終末期が近づいたと判断された場合は、施設長が家族に説明し意向を伺う。施設看取りとなった場合は、多職種によるカンファレンスをおこなう。
- ・本人は判断能力が難しい状態であることが多いので家族の意向を尊重する。本人が意思表示のできる方で家族は施設看取りを希望したのに、入院を強く希望する方がおいた。

○雄水苑での取り組み

- ・看取りに関する指針（施設長が作成）を準備している

- ・入所時に全員のご家族にアンケートをお願いして、現時点での終末期のご意向を伺うことにしている
 - ・年間2-3人の看取り加算を算定
 - ・過去にご希望で退所し、ご自宅で最期を迎えた方がおいでだが、特別なケースと考えられた。
 - ・夜間、看護師は居ないので、時間外で対応
 - ・入所者により、大森病院、開業医（産婦人科）とで担当を分けている。夜間、休日には助け合って対応している
- 地域包括支援センターでの取組み
- ・平成24年度にモデル事業をおこない、在宅医療のシンポジウム、啓発用のチラシを全戸配布、市報での特集記事の掲載などをおこなった。
 - ・町内会などに出前講座をおこなって、最期について考えてもらうようにはお話ししているが、あまり具体的な話はしていない。エンディングノートがあるよという紹介はしているし、何かに自分の意思を書いておいた方がいいという話はしている
 - ・平成25年度に職種別事業所別研修会を開催。グループホーム、短期入所生活介護事業所（普及率全国一）などにアンケートをしたところ、看取りについては困難との反応が多かった。医療者が不在であること、夜間など十分な人員が配置されていないことなどが理由として挙げられた。これに対して、訪問看護を併用することを勧めているが、興味を持った事業所は1か所のみ。

(2) おおい町ヒアリング報告

平成26年2月3日 午後

参加委員：阿波谷委員長、大原委員、小野委員、中村委員

国診協事務局：鈴木、大本

ヒアリング対象 おおい町名田庄診療所2名（医師、看護師）、おおい町社会福祉協議会
小規模多機能施設管理者1名、社会福祉協議会介護支援専門員1名、お
おい町なごみ保健課保健福祉室兼地域包括支援センター保健師1名

1) 地域における終末期患者への支援に関する取り組みについて

○診療所での取組み状況

- ・2週間に1回、診療所スタッフ、社会福祉協議会職員などが集まってケースカンファレンスをおこなっている。今回の事業のためというわけではなく、もともとおこなっている事業。

○小規模多機能施設での取組み状況

- ・過去に1例、施設で看取りをおこなった事例がある。その事例は、施設看取りを決めていたわけではない。心臓病でいつ亡くなくてもおかしくない状況だったが、循環器の医師、診療所主治医からもそのように家族は告げられていた。本人は「もう何があっても入院はしない」という意思が固くそれを周囲にも話をしてきた。たまたま週3回の施設利用の際に、急に容態が変わり、救急車を呼ばず診療所医師を呼んで死亡確認をした。
- ・小規模多機能施設は自宅の延長線上にあると考えており、看取りをするのは自然なことと考えている。今後もそういう事例があれば対応する。

- ・特にマニュアルなどの必要性は感じていない
- ・小規模多機能施設の管理者が診療所と密に連絡を取れていることが大きい
- ・小規模多機能施設はおおい町に4か所あり、その連携会議で終末期ケアを議題にしている
- ・職員によって終末期ケアについての考えに温度差があると思うが、12月におこなった講演会（小野委員が担当）により自身の仕事として意識する「使命感」のようなものを持ったと思う
- ・母体である社会福祉協議会のトップも理解がある
- ・12月の講演会のときには、社会福祉協議会が旧・大飯町から送迎バスを出した
- ・年に1回、小規模多機能施設の利用者にアンケートを実施している。そこに終末期の希望を問う質問を入れていた。今回の事業を受けて「終末期の希望を主治医に伝えているか？」という質問を加えた。現在、配布しているところ。
- ・小規模多機能施設の介護報酬として、看取り加算のようなものがなく、終末期対応などは持ち出しとなるケースもありうる。ケアに対する正当な対価がないと思っただけでは続けることが難しい。情報発信も大切。

○行政での取り組み状況

- ・今まで、終末期について行政として特別に取り組んではいなかった。元気な人に、終末期の話をするきっかけがなかった。
- ・12月の講演会について広報活動をおこなった
- ・保健事業にもこれほど集まったことがないほど多くの住民が講演会に参加してくれ、住民の多くが興味を持っていることを実感した
- ・今後、終末期のことも意識して、健康教室などの機会を使って話をしていきたい

2) その他

○名田庄地区の在宅死亡率が下がっている

- ・核家族化により、独居あるいは家族介護力の低下がある
- ・介護保険スタート直後は施設サービスを利用することを躊躇していたが、今は利用することに慣れてきている

○事業に取り組んだ感想

- ・終末期について意識するきっかけとなった
- ・講演会を通じて、あらためて住民の気持ちを聞くことができた
- ・家族での看取りを子供たちに伝えていき、思いの輪廻を続けることも大切
- ・在宅での看取りをおこなうには、介護者の不安を理解し、より具体的な説明をしていく必要もある。たとえば、食欲が低下してきた場合、家族は何とか工夫して栄養をつけようと特別の献立を考えるもの。そうしたことが家族のストレスを増やしており、「食べられないのは体が必要としていないから」と医師が説明したり、「特別なものを準備するのではなく、普段から食べなれている好きなものがいい」とケアスタッフが説明したりするような細かな配慮が必要。
- ・今回の講演会のような大掛かりな取り組みは難しいかもしれないが、健康教室など小さいグループ単位での既存の事業に組み込む形で継続していければと思う。

(3) 綾川町ヒアリング報告

平成25年9月13日 午後

参加委員：阿波谷委員長、小野委員、大原委員、中村委員、木村委員、沖田委員

国診協事務局：鈴木、大本

ヒアリング対象：陶病院（事務長、看護師、医療相談員）、老人保健施設あやがわ（相談員、介護職員）、地域包括支援センター（保健師、社会福祉士、介護支援専門員）、等

○陶病院での取り組み

- ・平成24年度57名の方を看取り目的で受入れ。
- ・がん、老衰、難病の方など。入院は3か月以内原則としており、老人保健施設あやがわ、在宅に戻る人もいた。平成24年度は2名が在宅に戻った。老人保健施設あやがわに行く方は、もともとあやがわの入所者。
- ・こういう方には、ケア会議で、医師、訪問看護師、リハスタッフ、介護支援専門員、デイケア職員などが、医療介護連携シートを用いて情報共有を行っている。この会議は終末期の専用の支援体制ではなく、毎週やっていること。
- ・町内には、町立の綾上診療所のほか、開業医の在宅療養支援診療所が2か所。在宅で最期までと思っていたが、いろいろな事情で最期を在宅で迎えられずに陶病院で引き受けることもある。滝宮総合病院は急性期中心である。

○老人保健施設あやがわでの取り組み

- ・当初は積極的ではなかった。平成23年度から、看取りの介護の指針を作成し、同意書をとってケアを行うことになった。平成24年度は、10名の同意書を得て、入院後死亡2名 施設にて死亡10名（急変のため同意書のない5名を含む）
- ・最期をどのように迎えたいかということは、入所時には確認しないため、本人の意思は確認できない。経過を見て、担当者会で終末期にあると判断した場合、ご家族にお話することとしている。各職種から説明。やり始めたら、同意をわりともらえる。遠くの親戚などが後から話があって混乱することは当初はあったが、囑託医師がしっかり説明することで少なくなった。
- ・看取りの指針の作成は、施設長、囑託医師（元病院長）が中心になっておこなった。
- ・スタッフの反応。看護師はそうでもないが、介護スタッフには抵抗があった。「在宅復帰を目指す施設なので」という思いがある。どうしても看護師が中心にならざるを得ない部分がある。
- ・スタッフの異動は、陶病院と看護師、介護士のローテーションはあるが一部であり、それにより施設全体の意識が大きく変わることはない。一部の方に根強い抵抗感がある。

○地域包括支援センターでの取り組み

- ・介護予防サポーターが活発。お話ボランティアで最期の話題になることもある。
- ・窓口へ在宅で看取りたいという相談がある。認定調査でも看取りのご意向を聞くこともある。その際は、専門職以外の方のネットワーク、宗教関係など、お世話いただける方を総動員で支援する。
- ・平成22年に胃がんの末期と診断された方。武道の師範の先生。独居。入院を拒否。教え子の試合を見に行きたく、それまでは自宅で元気でいたいという思いが強かった。へ

ルパー、教え子、教え子の家族などたくさんの方が支え、大切な試合も無事に観戦できた。試合が終われば入院するかと思ったが、そのまま在宅。

○役場の担当課長

- ・行政として、定型的な業務としてはない。地域包括支援センターは要介護者の支援のことで手一杯かと・・・
- ・いきいきセミナー健康教室の12回のうちの2回、自分の最後をどう迎えたいかというテーマでおこなった。参加は300名くらい
- ・「あなたはどこで最期を迎えたいですか」JAの年金の会200-300名が集まる講演会があり、一般の方の意識は高いと思う

○訪問看護ステーションでの取り組み

- ・昨年、在宅6件、今年は4件
- ・終末期はデリケートな時期。病棟との違いとして、在宅でのかかわりは責任が大きいと感じている。その都度、その都度の対処。積極的なかかわり、取り組みが必要。
- ・介護、世話が家族に負担が大きい。その都度説明した方がいいのか？ 事前に知らせた方がいいのか？ 知らせることで不安が強くなる方もある。
- ・パンフレットが町内に配られている。
- ・どういうタイミングでお話するのが難しい。医師が説明。同行している訪問看護師がいる。

○意見交換

- ・一人暮らしの方のターミナルで、自分で決めている人はいいが、そうでない人は病院として困る。亡くなってから対応に困ることがある。そういう方にエンディングノートがあると助かる。死ぬためのノートではなく、元気な時に考えることが大事。エンディングノートは、そのきっかけになると思う。(病棟看護師長)
- ・意識は高まってきていると思う。そういう時代なのかな・・・
- ・災害対応にもなる。
- ・地域ぐるみの活動に組み込むことの可能性はある。
- ・(中村委員が講演で使ったような) 一般向けの啓発用のパワーポイントがあればぜひ使いたい(地域包括支援センター)
- ・講演では、喋る時間と書く時間のバランスが難しい
- ・当事業については、同意書、説明書が「本人及び家族に同意」となっているが、本人に同意をいただくことが難しい場合があり「本人または家族に同意」としていいか要検討



平成25年度独立行政法人福祉医療機構社会福祉振興助成事業

終末期にある者とその家族支援に関する事業 活動報告書

実施団体 公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

Japan National Health Insurance Clinics and Hospitals Association

〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 4F

TEL 03-6809-2466 FAX 03-6809-2499

<http://www.kokushinkyo.or.jp/>

発行：平成26年3月