

東京都「暮らしの場における看取り支援事業」

暮らしの場における 看取り支援の手引き

～施設向け研修地域展開用テキスト～



東京都

目次

はじめに	1
I 暮らしの場における「看取り」	4
1. 施設等の暮らしの場における「看取り介護」に向けた課題	4
2. 看取り介護に取り組むために大切なこと	7
3. 施設における看取りの PDCA サイクル	9
II 「看取り」に関わる人が押さえておくべき基本的なこと	10
1. 看取り期の状態とは	10
2. 人生の最終段階における意思決定について（ACP についての理解）	12
3. 介護報酬による「看取り介護加算」	16
III 看取り介護体制の整備 <P : Plan>	18
1. 看取り介護のチームケア推進の体制づくりと役割	18
2. 施設での看取りにおける役割と連携のためのカンファレンスの活用	21
3. 介護・医療間の連携	24
IV 看取り介護の進め方 <D : Do>	28
1. 看取り介護の流れ	28
2. 本人・家族等への説明と関係づくり	30
3. 入所期・安定～衰弱期	31
4. 看取り期 ～暮らしの場で生活をしながら、安らかに逝くための看取り～	37
5. 「看取り」への対応	53
V 看取り後の振り返り ～看取りの経験をチームの力に～ <C : Check>	64
1. 看取り後の振り返りとして「デスカンファレス」を開催	64
2. スタッフのケア	66
VI 看取り体制の改善のために <A : Action>	68
VII 効果的な「研修」実施のポイント	70
1. 共通理解をつくるための「研修」の活用	70
2. 施設の中での「研修会」実施に向けて（準備～終了まで）	73
3. 研修会の留意点（グループワーク等による話し合い・対話を実施する場合）	77
参考情報・書籍リスト	82

はじめに

◆ 本テキストの作成にあたって

団塊世代が75歳以上となり、高齢化が急速に進む2025年に向け、都や区市町村では、地域包括ケアの仕組み作りに取り組んでいます。東京都全体の高齢化率は他県と比べてそう高くはありませんが、地域ごとに見ると、1970年代に建てられた郊外型の大型団地等では急速に高齢化が進み、高齢化率が40%を超えている地域も多々見受けられます。

また、大都市である東京では、核家族化が進み、一人暮らし高齢者や夫婦のみ高齢者世帯が多く、以前から施設介護のニーズが一定程度存在しています。

昨今、こうした介護施設の入所者の平均年齢があがり、高齢化が進む中、入所者がどこでどのような最期を迎えるかについて、施設側も、また、その医療的なバックアップを担う病院側も、対応に苦慮する場面が生じるようになってきました。医療者が夜間にいない特別養護老人ホームからの救急要請に対し、本人の意思や家族の意思に関わらず蘇生処置が行われることもあり、本人の以前からの意思確認のもと、暮らしの場である介護施設において看取りが出来ないものか、施設で看取るためには何が問題なのか、を考えざるを得ない状況となっています。

今後、高齢者の増加に伴い、多死社会を迎えますが、人生の最期をどこでどのように迎えるかは、多死社会の大きな課題です。

そこで、東京都では、地域包括ケアシステムを推進していく中で、在宅療養の体制整備等を進めるとともに終の棲家と定めた施設＝暮らしの場における看取りの取組も進めています。都民がどこで最期を迎えたいかなどの調査結果を踏まえながら、できるだけ住み慣れた暮らしの中で、顔なじみの施設の介護・看護職員にケアを受けながら最期を迎えたいという都民の希望を実現するにはどうしたらよいのか、このような問題意識の下、施設職員の不安を払拭し、施設内でのチームケアの向上を図るための研修を、介護施設職員を対象に実施してきました。

平成28年度に研修を実施し、その後、施設ごとに多職種チームでの参加を中心とした実践的な研修を行うと共に、区市町村職員の参加も促し、今後このような取組がそれぞれの地域で実施されるよう取り組んできました。

さらに、こうした取組が地域で広がっていくことを目的に、研修実施に資するテキストを作り各地域で活用してもらえよう、研修講師陣の協力を得て本テキストを作成しました。

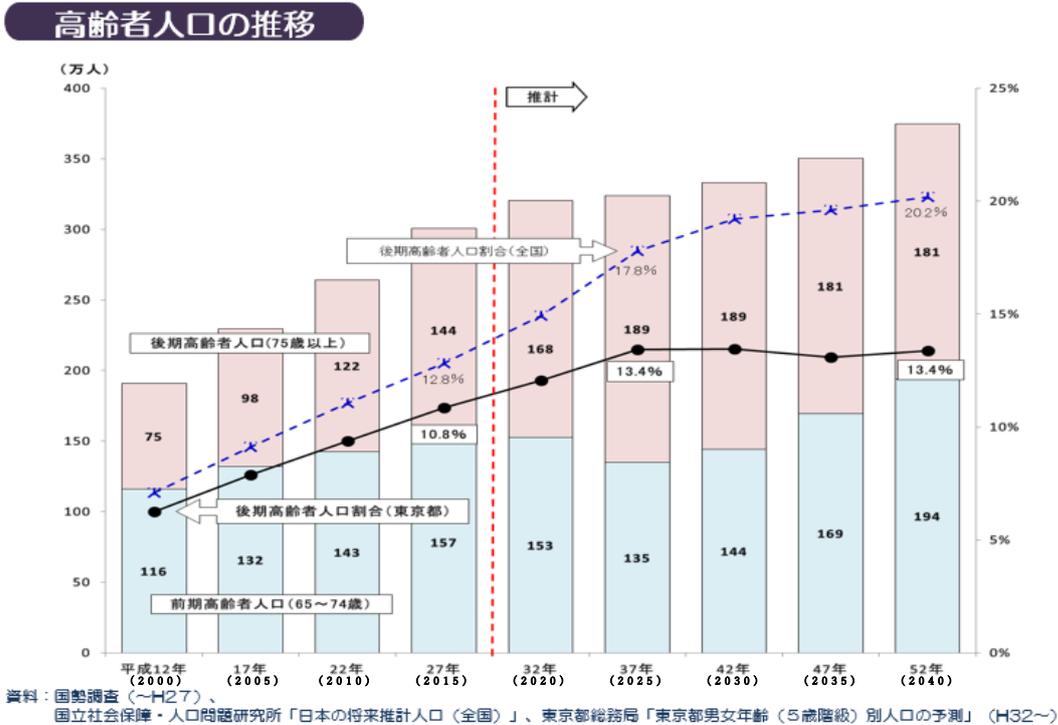
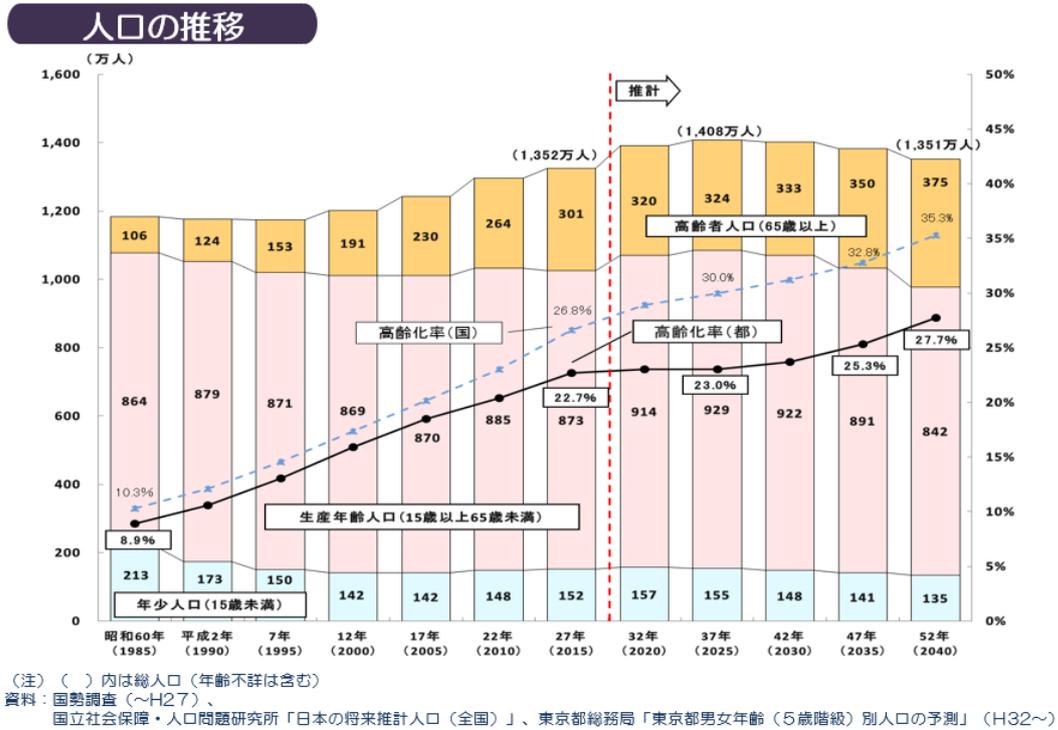
施設も在宅も人生の最期を迎えようとしている高齢者には同じ「暮らしの場」であることに変わりはありません。豊かな看取りの時間を、本人・ご家族を中心に、そこに携わる職員一人一人と共有できる体制の整備が一層進むようご活用いただければ幸いです。

東京都福祉保健局

◆ 東京都の高齢者と看取りの現状について

高齢化が進む東京都では、今後もその傾向は強まると見込まれており、東京都の予測では 2025 年には 65 歳以上の高齢者は 324 万人に達し、なかでも 75 歳以上の後期高齢者人口（189 万人）が、前期高齢者人口（135 万人）を上回ると見込まれています。

東京都の 65 歳以上高齢者人口と高齢化率の推移

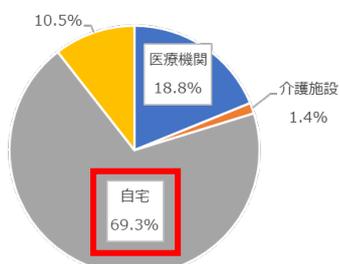


「東京都男女年齢(5歳階級)別人口の予測」(東京都総務局)

そのようななかで、国民が最期を迎えたい場所としては、「自宅（69.2%）」を希望する割合が約 7 割を占めるのに対し、実際の死亡場所をみると、その多くは依然として「病院（72.0%）」になっている現状があります。

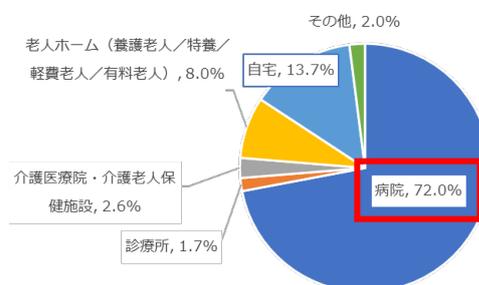
最期を迎えたい場所 2018年

(一般国民：20歳以上の男女 =504)
無回答



国民の現在の死亡場所 2018年

(n=1,362,470)



「人生の最終段階における医療に関する意識調査（平成 30 年 3 月）」
人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会
厚生労働省ホームページより
https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf

「人口動態調査（2018 年）」厚生労働省より

東京都ではこのような現状を踏まえ、平成 28 年度より「暮らしの場における看取り支援事業」を開始し、医療介護従事者向けの研修や施設の環境整備の支援等を実施してきました。この事業の一環として、これまで平成 29 年度から令和元年度に施設向け研修（管理者／看取りの中心の実践者となる職員を対象）を実施しており、本手引きは、それらの研修内容も参考にしながら作成いたしました。

◆ 本テキストのねらいと活用方法

本手引きは、「暮らしの場における看取り支援事業」の一環として、今後、東京都内において適切に看取りを行える高齢者施設（特別養護老人ホーム等）を増やしていくため、各介護施設で看取り体制を整備・充実し、多職種の方が連携して高齢者の支援をしていく際の手引きとして作成しています。

また、本手引きの活用により、これまでに東京都の「実践編研修（施設向け／平成 29-令和元年度）」を受講した経験のある施設職員等や、一定程度、看取りに理解のある職員が、自施設において自主的な研修の実施や、看取りの体制整備等を進めたり、都内の各区市町村主催の研修実施等も後押しすることをねらいとしています。

◆ 本テキストの対象と活用方法

本手引きは、特別養護老人ホームを中心として作成していますが、「看取り」を行う可能性がある介護付き有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護）や、認知症高齢者グループホーム（認知症対応型共同生活介護）においても参考にできる内容となっています。

将来の高齢社会にむけ、本手引きが施設等の暮らしの場における「看取り」への理解を深めていただく一助となり、各施設での取組を進めていただければ幸いです。

I 暮らしの場における「看取り」

このセクションでおさえること

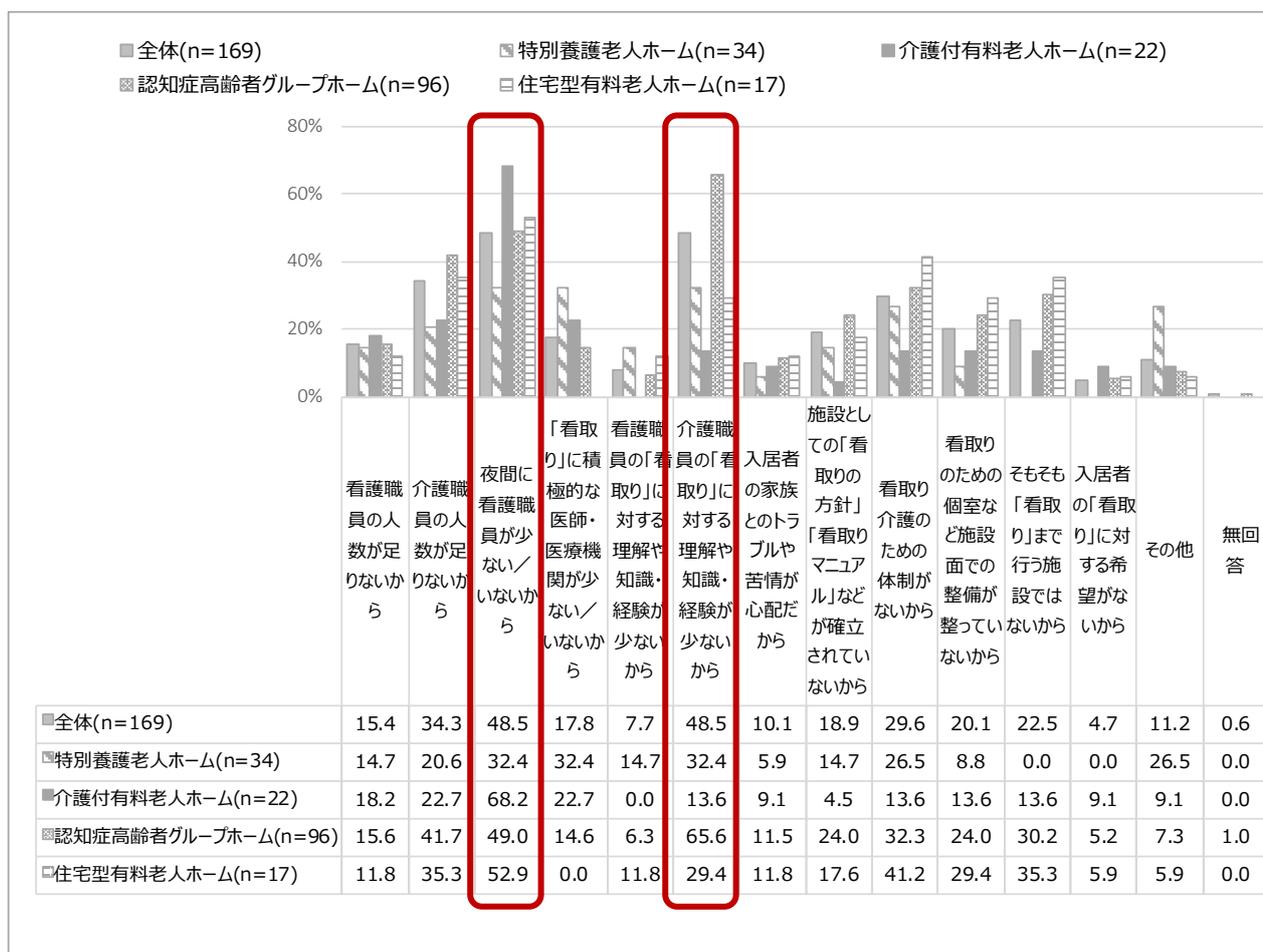
- ◎ 看取りケアの現状と課題を知り、暮らしの場における看取りについて考え、看取りケアに取り組むためのポイントをおさえる

1. 施設等の暮らしの場における「看取り介護」に向けた課題

◆ 現場で働く介護職員の知識不足（看取りの知識・ノウハウ不足）と不安解消が課題です

令和元年度に実施した東京都が実施した特養、有料老人ホーム、認知症グループホームを対象とした施設・事業所調査では、施設・事業所が看取りに積極的になれない理由として、「夜間に看護職員が少ない／いない」といった人員の問題と並んで、「介護職員の看取りに対する理解や知識・経験が少ないから」といった点が挙げられています。

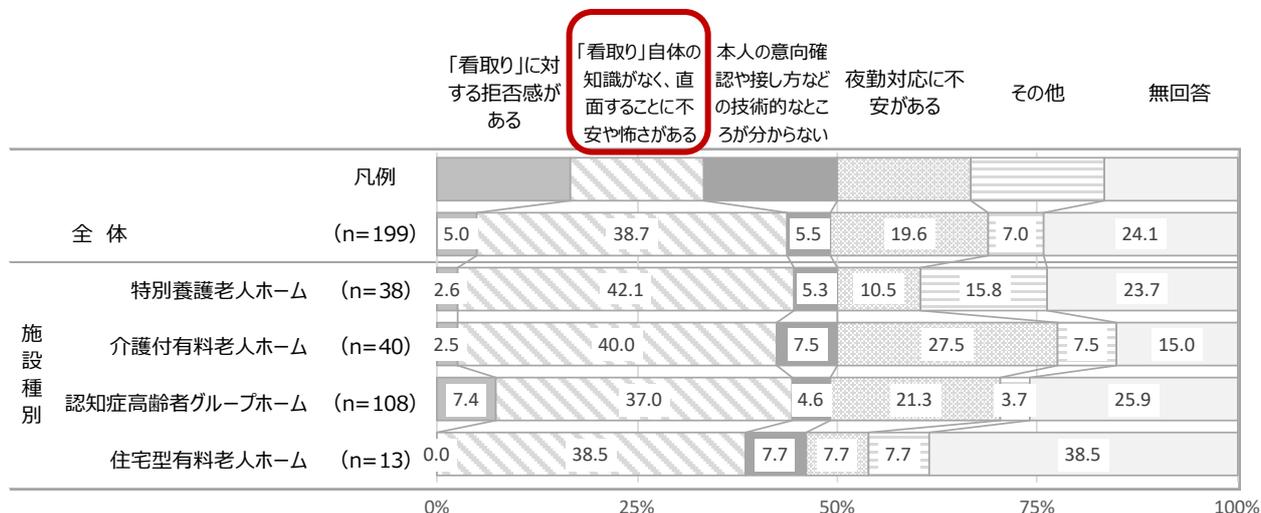
＜「施設・事業所として看取りに積極的になれない理由」の調査結果＞



(東京都：施設等の暮らしの場における「看取り」に関する調査／特養・有料・認知症 GH 対象 (令和元年度))

一方、介護職員からも看取りに消極的な理由として、「看取り自体の知識がなく、直面することに不安や怖さがある」といった理由が大きいことが分かっています。

<「介護職員が看取りに消極的な理由」>



また、看取りに消極的な施設の管理者によると、看取りに消極的な理由（自由記入）としては、「看取り体制が整っていないから」「職員の知識・スキル不足」「人員不足」「職員の負担が大きい」といった点が指摘されています。

これらの課題を解決しながら、看取り介護を進めていくためには、人員などの充実はもちろんですが、まずは施設の看取り方針を定めて、今いるスタッフが共通認識を持ち、体制整備を進める一方で、勉強会等で看取りに対する知識や取組意識を高めることが必要です。具体的には以下の点をおさえておきましょう。

◆ 知識や経験を重ねていくためにも、まず施設としての「方針整備」が重要です

看取り介護の方針を提示することで、各スタッフがその方針に沿ったケアを実践していけるようになります。また、共有する過程で話し合いなどを行うことで、施設全体で、自分たちが提供する介護のあり方を共有しあう機会ともなります。看取り介護の方針を共有することは、スタッフ一人ひとりが自律的に動き、相互に助け合う状況をつくるためにも有効です。

◆ 施設の看取り介護方針に沿って、チームケアを進めるための「体制整備」をします

看取り介護には必ず多職種のスタッフが関わることとなります。医師や看護職など医療職を含めてどのような体制でチームを組むことになるのか、また、夜間や緊急時など、想定される場面と対応方法も明確にしておくことが必要です。チームケアの役割分担を明確にしていくことで、各スタッフは自らの役割に自信をもって業務を進めることができます。

◆ 施設内での研修・勉強会等、看取りに関わる「多職種の共通認識を高める機会」の創出

知識や経験は時間をかけて積み重ねるしかありませんが、少なくとも「わからなくて不安なこと」については、あらかじめ準備できる部分もあります。多職種で知識を共有する機会を作ることで、結果的にスタッフの相互協力や積極的な仕事への関わりを引き出すこととなります。グループワーク形式の小さな研修会などを行って、看取りに関わる多職種のスタッフで話し合い・対話する機会を持つことが効果的です。

◆ 医療職から介護職員へ知識が提供されることは、介護職員の不安払拭に役立ちます

特に介護職員については、医療に係わる知識に不安を持つことも多いので、医療職（看護職員や医師など）から知識を得る機会を設けることも意識していくことが有効です。

外部研修への参加や講師を招いての学習講座だけでなく、普段から身近なチーム内、施設内で知識を共有し合い、話し合う雰囲気が高まれば、不安を抱えている職員も安心して相談できるようになっていくでしょう。それぞれの立場で気づいたことを共有したり、必要なときに助け合うといったことを日常的に行う機会を出来るだけ設けることで、スタッフ間の関係性、協力意識も高まっていきます。

～話し合ってみよう～

- ・ あなたの施設では、看取り介護の方針は定まっていますか？
 - （定まっていない場合）どんな内容の方針が考えられますか？
- ・ これからの暮らしの場における「看取り」について、一人ひとりにはどんなイメージを持っていますか？
- ・ 自施設等での看取りの意義や必要性について、一人ひとりにはどんな考えを持っていますか？

参考) 「方針への理解」や「共通認識」のための研修・勉強会のテーマ例

看取りとは何か？／延命治療について考える／人生の最終段階で感じる苦痛

…等

2. 看取り介護に取り組むために大切なこと

◆ スタッフ全員で、利用者や家族の望む過ごし方を支援していくことが大切です

特別養護老人ホームなど高齢者が過ごす施設は、自宅における生活の延長と同じ暮らしの場所です。施設等の暮らしの場における看取り介護とは、利用者本人（以下、本人）や家族の望む過ごし方を支援しながら最期まで支えていくことです。そのために、スタッフ全員が看取りに対する理解を深めながら、介護の方針を共有し、実践していくことが大事だといえます。

<取り組む際のおおまかな流れ>

1

【指針と体制の整備・看取りマニュアル等の整備】

- ・看取り介護に関する方針を定め、職員間で共有する
- ・看取り介護に必要な連携体制・内部体制・環境整備を行う



2

【利用者・家族へのアプローチ（ACPの実践）】

- ・利用者ならびに家族等への説明と話し合い、意思を確認する
- ・看取り介護に関わる多職種が連携し、情報共有する



3

【看取り介護開始の判断と対応】

- ・医師と連携した看取り介護開始の判断と家族等への説明（看取り介護計画書）
- ・看取り介護期間（看取り期 ※）のケアの実施と、家族等のサポート



4

【看取り～看取り後】

- ・看取りの兆候の把握と準備
- ・死亡確認時の連絡・段取り
- ・お見送りと事務手続き
- ・家族への配慮・サポート
- ・他の利用者への配慮
- ・デスカンファレンス（スタッフケア）

※ 【看取り期とは？（本テキストにおける「定義」）】

- ・本テキストでは、看取り介護を開始してから看取りまでの期間（看取り介護期間）のことを「看取り期」と呼んでいます。また、医療的ケアに係る記載等では「終末期」を使用している場合もあります。
- ・「看取り介護」開始のタイミングについては、医師が入所者を診断して「老衰や病気などにより回復不可能な状態」と判断し、施設での看取り介護方針等について、本人や家族等から同意を得られたら「看取り介護」の開始となります。

◆ 1 施設での「看取り介護」は、施設の「看取りの方針」共有がスタートです

看取り介護に取り組む施設では、施設における「看取りの方針（看取り指針等）」の共有と体制整備から進める必要があります。看取り介護に関する次のような流れを理解した上で、準備を進めましょう。

【留意点】

- ・ 職員採用の段階で、施設が「看取り介護」に取り組んでいることを伝えておく必要があります。職員自身が方針に納得できないままでは、働き続けることが難しくなってしまう可能性もあるので、採用の段階から留意しておく必要があります。

◆ 2 ケアの基本は、「本人の意思を尊重し、尊厳を保つこと」です

ケアの基本は、本人の意思を尊重し、尊厳を保つことです。終末期となっても、本人の望む過ごし方・生き方が最期まで継続されることが基本です。特に、介護施設で過ごす場合には、深く本人の思考や経験、価値観を知ることが、その人らしい過ごし方を可能にしていくことにつながります。

希望する最期が迎えられるように、あらかじめ意思を確認しておくのが重要です。なお、疾患や認知症等で、意思の表出が難しくなってしまう人も出てくるでしょう。早くから本人の考え方について話し、記録に残すとともに、ケアチーム間で情報を共有し、連携できるようにしておくこと、また、家族との信頼関係の醸成や連携が重要といえます。

◆ 3 「身体の衰弱が進む」という変化を理解し、しっかり対応していきましょう

看取り介護の時期は、身体の衰弱が進むという変化が起こる時期であり、たとえば食事の摂取量が減る、求めなくなるといった目に見える変化が起こってきます。生命の自然な経過ですので、無理に快方へと導くのではなく、変化する状態を丁寧に観察し、こまめに対応していくことが求められます。また、過度な消耗が起こらないようなケアも求められます。

◆ 4 看取り介護の経験を振り返り、改善を重ねて『組織知』を高めましょう

看取りには様々なケースがあり、その一つひとつが利用者の人生の最期を飾る大切なイベントです。ケアチームのメンバーが経験したことを振り返り、改善を重ねて『組織知』としていくことによって、スタッフの看取りへの理解を深め、自信を育み、チーム全体の看取り介護の力を高めていくことにつながります。

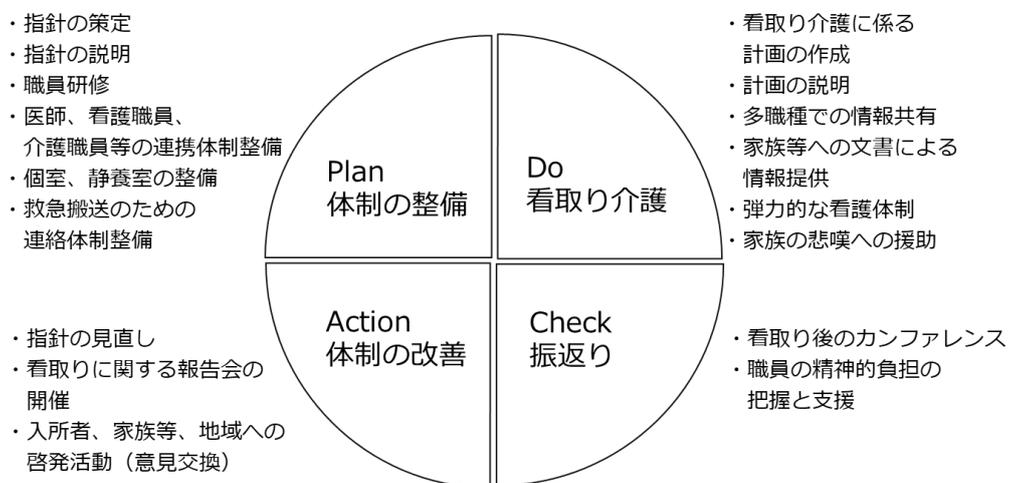
3. 施設における看取りのPDCA サイクル

◆ 「PDCA サイクル」を実践して、「看取り介護」を推進し、質向上に努めましょう

充実した看取り介護を行っていくためには、「PDCA サイクル」を実践して計画的に進めていくことが必要です。これは「看取り介護加算」においても求められている点です。

暮らしの場における看取り介護に際しては、家族あるいは医師とのコミュニケーション、ケアスタッフの負担増大など、様々な困難が生じがちです。そうした要因も、PDCA の実践によって解決の糸口を見つけやすくなります。

<施設における看取り介護の体制構築・強化に向けたPDCA サイクル>



(厚生労働省 老健局/令和元年度実践編研修(施設向け)テキスト p84・海老根典子氏 資料)

PDCA サイクルは、まず体制整備 (**Plan**) から始めます。指針を策定し、それをスタッフ間で共有します。あわせて、医師、看護職と介護職等との連携体制を整備します。さらに、救急搬送のための連絡体制も整備したり、緊急時の対応方法、連絡方法を整備します。

そして、実際の看取り介護に臨むのが「**Do**」の段階です。看取り介護の計画を策定し、それを本人や家族に説明し、同意を得ます。実際のケアに際しては、多職種間で日々情報共有しながら状況に合わせた柔軟なサポートを行います。最終的に看取りとなった際には、慌てずに対応するとともに家族の悲しみを支援する場面も生じることがあります。

その後、カンファレンスなどを設けて振り返りを行います (**Check**)。スタッフ自身の精神的負担も生じていますので、その把握や支援も重要です。後日、振り返りで得られた気づきをもとに、必要な改善や情報共有を行うことが、施設としての対応の質を上げることにつながっていきます (**Action**)。

II 「看取り」に関わる人が押さえておくべき基本的なこと

このセクションでおさえること

- ◎看取り期の状態（看取りに至る身体の機能低下）について知る
- ◎ACP について理解を深める
- ◎介護報酬の加算要件等について知る

1. 看取り期の状態とは

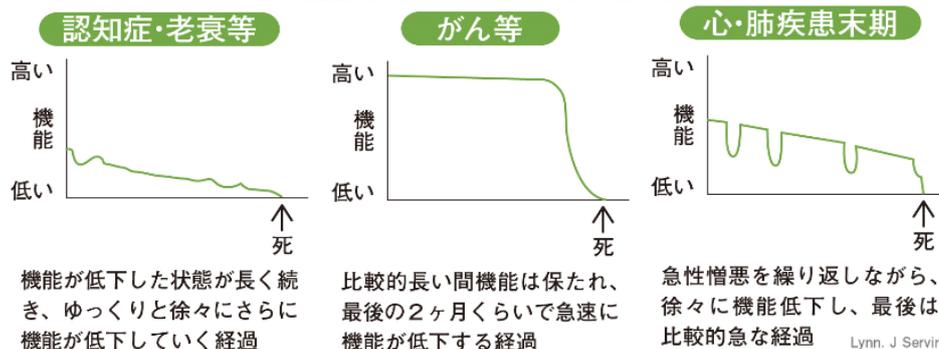
◆ 身体機能が低下するなかで、看取り期特有の症状が起こることを理解しておきましょう

人は誰もが、生まれてからそれぞれの人生を歩み、やがて死に至ります。死に向かう老年期は、疾患が起こりやすくなったり、身体の衰えが起こり、その最後の時期が「看取り期」となります。看取り期には、機能が低下した状態が長く続き、ゆっくりとさらに機能が低下していくという推移をたどります。施設等の暮らしの場における高齢者へのケアでは、その過程で特有の症状が起こることを理解しながら、できるだけ安楽に過ごせるよう支援していきます。多くの場合、人生の最終段階における高齢者へのケアは、起こりうる程度予測できることから、対処法を知っておけば誰でもケアが可能です。家族等にも積極的にケアに参加してもらうよう声掛けをしていくこともよいでしょう。

◆ 看取りに至るまでの経緯は、疾患別にも様々です

看取り期の状態を予測しておくためには、人生の終末期に「死」に向けて身体がたどる機能低下を認識しておきましょう。海外の研究では、下図のように、疾患別に異なった経過をたどることが分かっています。

疾患群別の軌道モデル



機能が低下した状態が長く続き、ゆっくりと徐々にさらに機能が低下していく経過

比較的最長い間機能は保たれ、最後の2ヶ月くらいで急速に機能が低下する経過

急性増悪を繰り返しながら、徐々に機能低下し、最後は比較的急な経過

Lynn. J. Serving patients who may die soon and their families. JAMA 285 7, 2001

(令和元年度実践編研修(施設向け)テキスト p15・平原佐斗司氏 資料)

高齢者に多い「認知症・老衰等」の場合（左グラフ参照）では、機能が低下した状態が長く続き、さらにゆるやかに低下をたどります。またこの場合、長い経過の中で、認知症か老衰かの区別がはっきりしなくなる場合もあるのが特徴です。

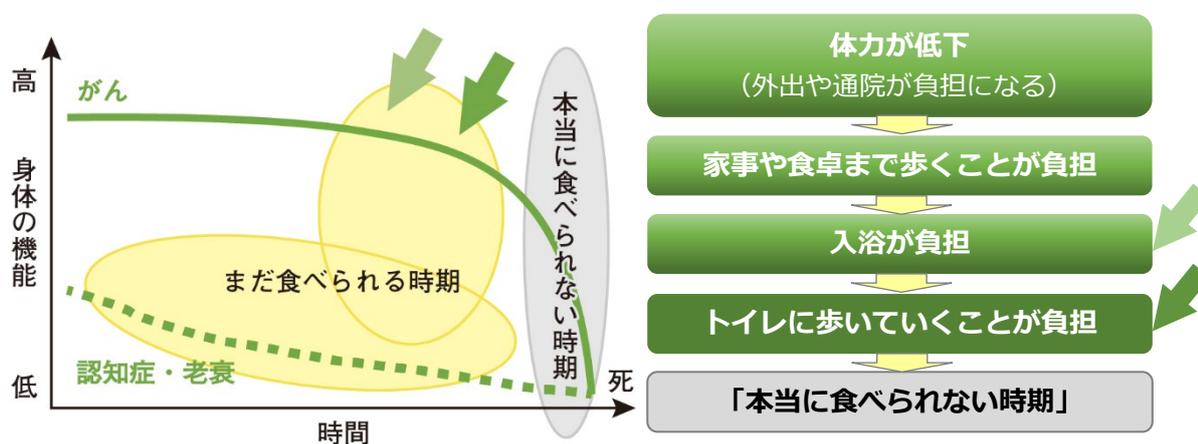
一方、がん等では（図中央グラフ参照）では、最後の2ヶ月くらいの間で急速に機能が変化し「死」に至るといった経過になります。また、心・肺疾患末期の場合は、時々重症化を繰り返しながら、徐々に身体の機能が低下し、最後の方には比較的急な経過をたどります。

看取り介護に取り組むスタッフは、あらかじめこのような疾患による「死」への道のりの違いを理解した上で、利用者のケアにあたっていくことが大切です。

◆ 「老衰」は徐々に体力・機能が低下し、最終的には「食べられない（水分も摂れない）」

施設等の暮らしの場における看取り介護の多くは、老衰による経過をたどります。これは自然な経過に任せて亡くなっていく「自然死」ともいわれることがあります。老衰の場合、徐々に身体の機能が衰え、体力が徐々に低下することで、多くの場合、外出や歩行が負担に感じられ、さらに入浴やトイレも自力では難しくなり、食欲も徐々に低下します。

最終的に「本当に食べられない時期」がくると、まもなく水分の経口摂取も難しくなり、看取りに至るといったケースが大半です。



Lynn, J et al. JAMA 285(7),2001 より改変

（「暮らしの中の看取り準備講座」大井裕子著 中外医学社）
 （令和元年度実践編研修（施設向け）テキスト p64・大井裕子氏 資料）

こうした推移をたどる利用者のケアを行うためには、医療職と介護職の連携したサポート体制が必要です。なお、病気や疾患で看取り介護に至るケースでは、医療機関で対応することも多くなります。

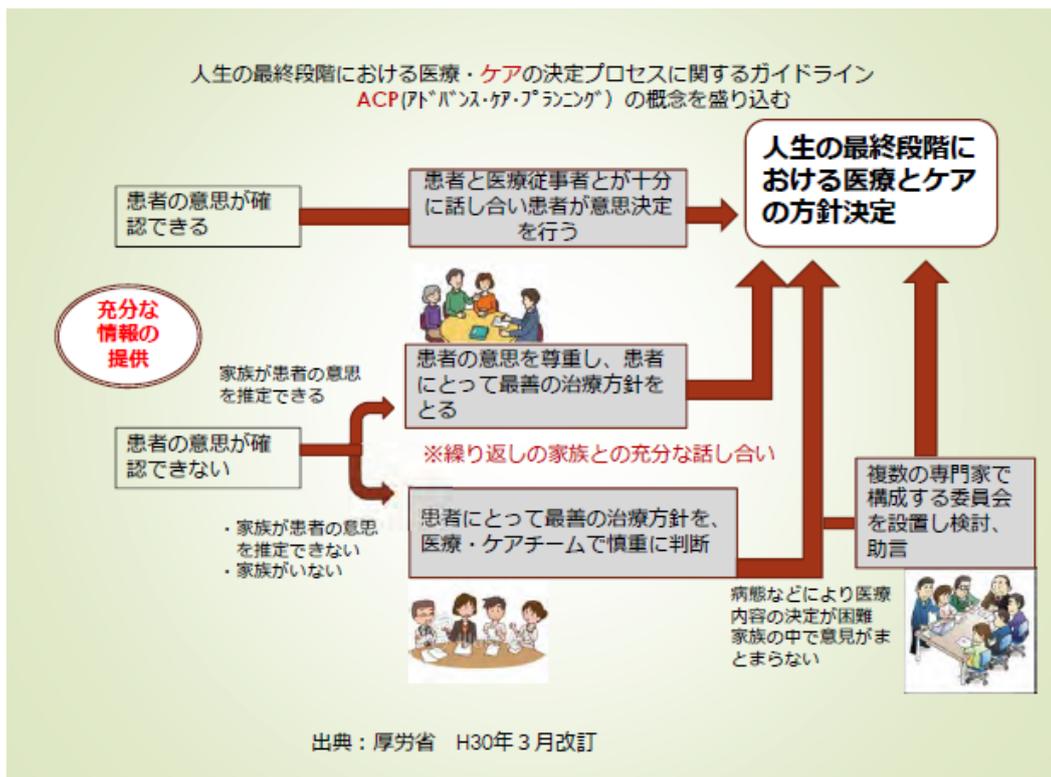
2. 人生の最終段階における意思決定について（ACP についての理解）

◆ 本人の意思を尊重し「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」を意識しましょう

入所の段階で、利用者本人の意思を把握することが難しいケースも考えられますが、本人が希望する医療・ケアを受けるためには、本人が大切にしていることや望んでいること、あるいは、どのような医療・ケアを望むかについて、本人・家族等と医療・ケアチーム、周囲の信頼する人たちが「話し合い、共有しておく」ことが重要です。

こうした話し合いを医療・ケアチーム等と繰り返し行う取組を「アドバンス・ケア・プランニング（以下、ACP）」と呼びます。これは愛称で、「人生会議」とも呼ばれ、平成 30 年 3 月に、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」として、国の検討会において協議の結果として改訂されました（下図参照）。

<アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の考え方>



（令和元年度実践編研修（施設向け）テキスト p82・海老根典子氏資料）
「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」参照先
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>

施設においても、人生の最終段階における、本人・家族等にとっての意思決定を支えるためには、この ACP の概念を踏まえ、施設での実践について職員間で認識し、意識していく必要があります。

【注意点】

・人生の最終段階に差しかかっている人の中には、認知症になっている方も多くいます。その意思決定支援の考え方については、2018年に厚生労働省がガイドラインを発表しています。要点は以下の通りです。

1. 基本原則は「本人意思の尊重の優位性」。本人には意思があり、それが原則尊重される。
2. 意思決定能力の評価については、総合的で適切な判断が求められると同時に、認知能力を向上させる働きかけも求められる。「意思決定能力の評価判定」、「本人の能力向上支援」、「意思決定支援活動」を一体的に行う必要がある。
3. 早期からACPに取り組み、先を見通した支援を繰り返し行う。
4. 意思決定支援チームを構築することの重要性。これまでのACPの取り組みやチームがあれば、連携していくことも必要である。

<厚生労働省「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」>

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>

◆ 意思決定を支えるためには、その方が生きてきた人生の物語に関心を寄せましょう

人生の最終段階における医療・ケアの原則は、本人による意思決定です。ACPは、本人・家族等が意思を確認・共有し、医療・ケアに関わる関係者が、本人の望む生き方を尊重して関わっていくためのものでもあります。ケアチームとして、利用者の人生の最終段階における意思決定を支援していく際には、その方が生きてきた人生における本人・家族等の物語に関心を寄せながら支えていくことが大切です。

◆ 意思決定支援で重要なことは、まずは医療・ケア側からの十分な情報提供です

今、本人がどんな状況にあるのかといった、十分な情報提供を行い、そのなかでどんな選択肢があるのか、それはどんな結果になるのか…、といった点について、医療・ケアのそれぞれの立場から、協働して十分に本人・家族等にしっかり説明することによって、本人・家族等の意思決定がより確かなものとなり、後悔のない看取りに近づけていくことができます。特に、「代理意思」の場合では、家族等がその意思決定を後悔しないよう、本人・家族等にとってよりよい選択となるよう十分に情報提供して支援していくことが必要です。

また、家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることが基本となります。

◆ 人生の最終段階における医療・ケアの方針決定には3つの視点があります

法的には、医療・命にかかる決定権は本人にあることを前提とします。その上で、医療とケアの方針を決定する際には以下の3つの視点があります。

(1) 本人の「事前意思」に基づく決定：

本人の意思が事前指示によって示された決定

- ・ リビング・ウィル（Living will＝生きている間の願い事／生前の意思）、尊厳死宣言公正証書（自らの意思で公証人役場で作成したもの）などが代表的。ACPをはじめ、日常の会話で示された意思なども含まれる

(2) 「推定意思」に基づく決定：

本人の意向をうかがわせる言葉からの推定による決定

- ・ 「日頃こういう話をしていた」といった手がかりから本人の意思を推定する

(3) 「代理意思」に基づく決定：

子どもや親族等、本人の決定を支援してくれるであろう方の意思に基づく決定

◆ ACPの概念を踏まえた意思決定支援は、繰り返し実施し、記録を残すことが大切です

厚生労働省の「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」によると、ACPの概念を踏まえて進める意思決定支援には、以下のようなポイントがあげられます。

- ・ 方針の決定に際しては、本人の状態に応じた専門的な医学的検討を経て、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされること
- ・ 本人・家族等（信頼できる者／親しい友人を含む）、医療・ケアチームが対話を通じて、本人の価値観・意向・人生の目標などを共有・理解した上で、意思決定のために協働すること
- ・ 心身の状態変化に応じて、日頃から繰り返し話し合うこと
- ・ 決めたことを撤回してもよい、決断は保留してもよいと考え、一度に決めないこと
- ・ 都度、それらの内容は文書にまとめ、本人・家族等と医療・ケアチームで共有すること

従って、1回で決めなくてもよいこと、一旦決めたことでも変更できること等を常に伝えて、意思決定を急がせないようなサポートが重要で、時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行い、介護記録などの記録に残していきます。

◆ ACP で話す内容は、本人の状況や関心など、話しやすいところから始めましょう

ACP は、前向きにこれからの生き方を考える場であり、その中に、人生の最終段階の医療やケアのあり方についての意思が含まれます。まずは、話しやすいところから始めていくとよいでしょう。

ACP で話す内容は、延命や苦痛緩和についての考え方など、直接的な医療・ケアにかかわる意思の話だけでなく、家族構成や暮らしぶりといった本人の状況、あるいは本人の価値観に関わるような経験や思い出話、今の暮らしの中で気になっていること等、幅広く話せるようにするとよいでしょう。

<ACP で話し合う内容の例>

【本人の状況】

- ・家族構成や暮らしぶりはどのようなものですか？
- ・健康状態について気になる点がありますか？
- ・他にかかっている医療機関（治療内容）や介護保険サービスの利用はありますか？ 等

【本人が大切にしたいこと（人生観や価値観、希望等）】

- ・これまでの暮らしで大切にしてきたことは何ですか？
- ・今の暮らしで、気になっていることはありますか？
- ・これからどのように生きていきたいですか？
- ・これから経験してみたいことはありますか？
- ・家族等の大切な人に伝えておきたいことは何ですか？
（会っておきたい人、最期に食べたいもの、葬儀、お墓、財産など）
- ・最期の時間をどこで、誰と、どのように過ごしたいですか？
- ・意思決定のプロセスに参加してほしい人は誰ですか？
- ・代わりに意思決定してくれる人はいますか？ 等

【医療及びケアについての希望】

「可能な限り生命を維持したい」「痛みや苦しみを少しでも和らげたい」「できるだけ自然な形で最期を迎えたい」などの希望が考えられますが、病状等も含め状況は様々です。医療関係者より、適切な情報提供と説明がなされた上で、利用者そのご家族等と話し合いを重ねていくことが重要です。

（日本医師会「終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング（ACP）から考える」より一部加工）

～話し合ってみよう～

あなたの施設では、ACP にどのように取り組んでいますか？

取り組む上では、どのようなことが重要だと思えますか？

3. 介護報酬による「看取り介護加算」

看取り介護については、介護報酬での加算が定められています。現在では、「看取り介護加算Ⅰ」が設定されています。さらに平成30年度の改定では、複数の医師を配置するなどの体制を整備した特養については、実際に施設内で行った看取りをより手厚く評価する「看取り介護加算Ⅱ」も新設されています。

また、介護老人保健施設にも「ターミナルケア加算」が設けられており、現在は、施設での看取りに対する複数の加算が設けられています。

◆ 「看取り介護加算」の目的

「看取り介護加算」は、人生の最期までその人らしさを維持した暮らしができるよう、施設等の入居者やその家族の意思を尊重し、その人らしい最期が迎えられるように、医師や看護職、介護職といったケアチームが連携して支援することによる、施設等での看取りを推進するために設けられています。

◆ 「看取り介護加算」の加算要件

これらの加算は、医師が一般に認められている医学的見地に基づき、回復の見込みがないと診断した利用者について、以下のような算定条件を満たし、都道府県知事に届け出ている事業者の場合に算定することができるものです。

「看取り介護加算」の対象となる事業者は以下の通りです。

- 特別養護老人ホーム（地域密着型施設を含む）
- 特定施設入居者生活介護（地域密着型施設を含む）＝「特定施設（介護付き有料老人ホーム）」
- グループホーム（認知症対応型共同生活介護）

～話し合ってみよう～

あなたの施設では、「看取り介護加算」を算定していますか？

算定していない場合、その理由や、加算要件の不足している点は何でしょうか？

「看取り介護加算(Ⅰ)」の算定要件の概要

算定要件の概要	加算の内容
施設の看取り指針を本人・家族等へ説明し、同意を得ている	<ul style="list-style-type: none"> ・ 死亡日 30 日前～4 日前： = 144 単位/日 ・ 死亡日前々日、前日： = 680 単位/日 ・ 死亡日： = 1280 単位/日
介護計画（看取り介護計画）を作成し、本人や家族等へ説明し、同意を得ている	
看取りに関する医師、看護師、介護職員等が共同し、利用者の状態を、随時、本人や家族に説明し、同意を得て介護を実施している	
看護師を 1 名以上配置し、看護職員の 24 時間連絡体制がある * 施設看護職、病院・診療所・指定訪問看護ステーションとの連携を含む * 必ずしも常駐でなくてよい	
看取りに関しての職員研修の実施を実施している	
医師、看護職員、ケアマネジャー、介護職員などによる施設看取りへの協議と指針への適宜見直しの実施している	
個室または静養室などの利用や配慮が可能 * 多床室を有する特養	

「看取り介護加算(Ⅱ)」の算定要件の概要※特別養護老人ホーム（地域密着型施設を含む）のみ

算定要件の概要	加算の内容
加算（Ⅰ）の要件を満たしていること	<ul style="list-style-type: none"> ・ 死亡日 30 日前～4 日前： = 144 単位/日 ・ 死亡日前々日、前日： = 780 単位/日 ・ 死亡日： = 1580 単位/日
入所者に関し、配置医師と施設間で下記点の具体的な取り決めがあること（書面にて届出ている） ・ 緊急事態が起きた場合の注意点や情報連携の方法 ・ 曜日、時間帯別の連絡手段や診察依頼時間	
複数名の配置医師がいる、または協力関係にある医療機関の医師が、必要な際に 24 時間対応できること（書面にて届出ている）	
看護体制加算（Ⅱ）*を算定していること	

*看護体制加算（Ⅱ）：看護職員を基準以上配置しており、協力医療機関等との 24 時間連携体制を確保している場合の体制加算

◆「看取り介護加算」の家族への説明

これらの費用の負担は利用者側にも発生しますが、「看取り介護加算」の算定は、死亡日からさかのぼって計算することになるので、家族には理解しにくい部分もあります。看取り介護に関しての説明や同意書を取る場面では、これらの加算についても説明し、家族の理解をしっかりとっておくことが重要です。

III 看取り介護体制の整備 <P:Plan>

このセクションでおさえること

- ◎ チームケア推進における多職種での役割分担や情報共有の重要性を理解する
- ◎ カンファレンスの活用と効果について学ぶ
- ◎ 介護・医療間の連携、夜間体制の整備等の必要性について理解する

1. 看取り介護のチームケア推進の体制づくりと役割

◆ チームでのケア推進には、多職種間での役割分担と連携による体制づくりが不可欠です

看取り期のケアには、次のようなスタッフが関わります。施設内だけでなく、医師や看護職、ケアマネジャーなど、外部も含めた多職種の連携が必要不可欠です。そのためには、施設の看取り方針を明確に定め、誰が統括や調整をおこなうか、どのように情報を共有するか、各職種の役割に応じて、いつ誰が何をするといった手順や行うべきことを決めて明文化しておく必要があります。そして定期的なケアカンファレンス等を通じてこまめに情報共有を行い、スタッフはきめ細かくケアに反映していきます。

【Plan : 看取りの体制の整備】

- | | |
|-----------------------|---|
| ①看取り指針の策定 | : 施設の「看取り方針」の明確化と職員間の共有
(看取りマニュアル等の整備) |
| ②指針の説明 | : 入所時に家族等へ説明し、説明したことを証明するものが必要 |
| ③職員研修 | : 年2回程度は必要 |
| ④医師、看護職員、介護職員等の連携体制整備 | : 日頃のカンファレンス、事例検討、情報の共有 |
| ⑤個室・静養室の整備 | : 利用者と家族と一緒に過ごせる居心地の良い環境づくり |
| ⑥救急搬送のための連絡体制整備 | : 家族の意向の変化や予期せぬ急変への対応
医療機関との顔の見える関係づくり
緊急連絡表、サマリー等の準備 |

①看取り指針の策定

◆施設の「看取りの方針」を明確化し、職員間で共有することがPDCAの最初の一步です

看取り介護に取り組む施設では、施設における「看取りの方針（看取り指針等）」を定め、それを職員と共有することが、看取りの体制の整備を進めていくために必要となります。その上で、看取りマニュアル等の整備も行っていきましょう。

<指針に盛り込むべき項目（看取り介護加算を取る場合の要件として）>

- ・ 施設の看取りに関する考え方
- ・ 終末期にたどる経過に応じた介護の考え方
- ・ 看取りに際して、施設において行える医療行為の選択肢
- ・ 医師や医療機関との連携体制（夜間・緊急時を含む）
- ・ 利用者等への情報提供および意思確認の方法
- ・ 利用者等への情報提供の資料や同意書の書式
- ・ 家族への心理的支援に関する考え方
- ・ 職員の看取り介護における具体的な対応の方法

②指針の説明

◆策定した「看取り指針」は、利用者や家族等にも説明して認識していただきましょう

「看取りの指針」では、その施設の姿勢や考え方が示されます。これは入居時から利用者本人やその家族等にもしっかりと説明し、認識、理解しておいて頂くことが重要です。説明した際には、あとから説明したことが分かる証明となるような記録を残しておくことも必要です。

③職員研修

◆看取りの体制を整備するためには、看取りに関する「職員研修」が必要です

看取り介護の体制を整備していくためには、施設の看取り介護に対する方針や理念を共有すると共に、職員自身が死生観等についても考え、看取り介護に必要な知識を深めるため、できるだけ複数回に渡って研修していくことが望まれます。

④医師、看護職員、介護職員等の連携体制整備

◆医師、看護職員、介護職員等の連携体制がとても重要です

日頃のカンファレンス、事例検討などを通じて、医療職と介護職のケアチームが普段からしっかりと情報を共有し連携していることが看取りの体制整備の中ではとても重要です。

専門職同士、不安や疑義のない協働体制の構築に向けて、職種による役割分担を整理し、専門職種それぞれが、お互いの役割と業務に対する相互理解をすることが求められます。

⑤個室・静養室の整備

◆ 個室・静養室も、特に多床室を有する施設では整備することが望まれます

看取りの際には、家族等から希望があれば、個室や静養室が利用できるように準備しておくことが望ましいでしょう。

⑥救急搬送のための連絡体制整備

◆ 看取りの体制には、救急搬送のための連絡体制の整備も必要です

施設等で行うことができる医療行為は非常に限定的であり、特に、夜間や緊急時などには救急搬送が必要になることも考えられます。そのため救急搬送のための連絡体制を含めた医師や医療機関との連携体制についても整備することが必要です。

2. 施設での看取りにおける役割と連携のためのカンファレンスの活用

看取り期においては、旅立ちの 때가 近づくほど「介護」の比重が高まり「介護職」の役割が増してきます。その一方で、医療的な判断を必要とする機会も増えることから、施設における看取りでは、介護職と看護職との連携が特に重要となってきます。

◆ 多職種チームでの連携を進める際には、カンファレンスを有効活用しましょう

看取り介護を進める中では、対応が難しい場面が多々生じます。そうした課題を共有し、共に検討し、解決策が見つからない場合であっても、チーム内での視座・姿勢を合わせていく場として、カンファレンスを有効活用しましょう。

<カンファレンスは「3つの場」>

- ・ 情報共有の場 →各自が持っている情報を共有し、「さらに必要な情報は何か」を把握
- ・ 問題点を明確にする場 →スタッフが感じている「難しさ」等の問題点を明確化
- ・ 解決のアプローチを検討する場 →方策を検討し、次にやってみること等を確認

(令和元年度実践編研修(施設向け)テキストP94 栗原 幸江氏 資料を参考に作成)

利用者の看取り期の QOL を支えるために、日頃のカンファレンスで話し合うべきことや留意点としては以下の点が考えられます。

【カンファレンスの留意点・話し合うべきこと(特に普段のケアカンファレンス)】

- ・ ケアカンファレンスは、利用者の状態変化に合わせて適時開催する
- ・ 出来るだけ関係する多職種が一同に介して実施する
- ・ 開催のタイミングは、日々実施される申し送り前後の時間を使うなど、多職種が顔を合わせる前後の時間を活かすなど工夫する(参加しやすい)
- ・ 話し合うべき内容は以下のとおり
 - 本人の状態の共有
 - スタッフの不安や気になること
 - 家族の意向に変化がないか
 - キーパーソンの変更がないか(入院など)

◆ 多職種で行うチームケアだからこそ、各自が持ち寄る視点・工夫がケアの質を高めます

カンファレンスで、多職種のスタッフそれぞれが持ち寄る意見は、各職種ならではの視点や工夫にあふれています。そういった多角的な視点で、お互いにサポートし合いながら

進めるチームケアだからこそ、多職種の総合力を駆使して、より質の高いケアを提供できる可能性が高まります。

たとえば、「食べたいもの／飲みたいもの」のように、リスクを伴うけれども本人が望むこと等は、多職種で話し合い、知恵を出し合うことで方策を見いだせる可能性があります。それは、利用者本人にとって大切なことをサポートすることであり、ケアの質を高めることにつながります。

◆ カンファレンスで話をすることは、話をする自分自身にとっても意味があります

「語る・表現することの力」

- ・ 思いや気持ちが整理される
- ・ 「対話」により「気づき」が生まれる
- ・ 孤立感が軽減される
- ・ 具体的な「対策」「工夫」を考えるきっかけとなる
- ・ コントロール感や「自助能力」が高まる

(令和元年度実践編研修(施設向け)テキスト 栗原 幸江氏 資料)

～話し合ってみよう～

あなたの施設では、役割分担が整理されていますか？

もっと「言いたいことが言いやすいカンファレンス」になるためのアイデアは？

◆ 施設管理者は重要な役割を担っています

施設において看取りを進めていくために、施設管理者は、施設の看取り方針を明確化し、職員への共通理解を進める中心的な役割を担います。また、施設の方針に則った看取りが実現できるよう、チームケア推進の体制づくりにおいても、専門職の集まりである多職種連携が円滑に機能しているかどうか、PDCA が順調に回っているかなど、必要に応じて適切な支援が出来るような目配りが求められます。特に看取りの経験が浅い施設や小規模施設では、施設管理者に求められる役割はより大きなものとなります。

<関わる関係者と役割分担（例）>

立場	役割の例
施設管理者 (施設長など)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看取り介護の方針明確化と指針策定の総括、職員への共有 ・ 看取り介護の現状把握、多職種連携等への支援・介入（目配り）等
介護職	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日頃の日常的な介護ケア（食事・排せつ・清潔保持等） ・ 安楽な体位支援や話しかけ等の心身状態のケア ・ 日々の状態・経過観察と記録の作成 ・ 看取りに関する各種カンファレンス・勉強会等への参加 ・ 家族への適時対応 等
生活相談員 ・ 介護支援相談員	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看取り介護計画書の作成 ・ 家族への相談対応 ・ 看取りケアカンファレンスの開催／参加 ・ 看取りに関する各種カンファレンス・勉強会等への参加 等
医師	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入所時の説明・面談（本人・家族等）と健康状態の確認 ・ 健康管理（健康診断・状態把握、容態急変時の対応、歯科医等との連携） ・ 看取りに関する本人・家族等説明・意思確認（入所時・看取り期等） ・ 看取り期の診断と家族への説明 ・ 看取り期の医療対応（望む生活の支援、夜間・緊急時の対応指示等） ・ 死亡確認・死亡診断書等の記載、家族への説明 等
看護職	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師・医療機関との連携、多職種連携・協働の統括／サポート ・ 入居者の健康管理・状態把握 ・ 看護ケアの提供（疼痛緩和・安楽ケア・看取り介護時の必要な措置等） ・ 看取りケアカンファレンスの開催／参加 ・ 看取りに関する各種カンファレンス・勉強会等の開催／参加 ・ 家族への説明や相談対応 ・ 夜間・休日・緊急時の対応（24時間連絡体制等）等
歯科医師・歯科衛生士	<ul style="list-style-type: none"> ・ 口腔ケア、摂食・嚥下機能の評価
栄養士	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人の状態に応じた食事の準備や提供 ・ 食事や水分等の取得状態の把握 ・ 看取りに関する各種カンファレンス・勉強会等への参加 等
リハビリテーション 専門職	<ul style="list-style-type: none"> ・ 心身機能の維持・機能訓練 ・ 疼痛緩和、安楽ケア ・ 看取りに関する各種カンファレンス・勉強会等への参加 等

3. 介護・医療間の連携

◆ 介護職（施設）と医療職／医療機関との連携体制をしっかりと整えることが重要です

暮らしの場における看取りでは、医療的なバックアップを受けて、介護職が日々生活支援をおこなう形が一般的です。従って、介護と医療の間でしっかり連携しながら看取りを進めることが非常に重要となってきます。看取り介護を支える医療体制は、施設内の体制や地域性を勘案して組んでいきます。また、状況によっては病院への救急搬送などが必要になる場合もあるので、「協力医療機関」との連携も整えておくことが必要です。

看取り介護を支える医療職、医療機関としては、次のような関わり方があります。

■ 看取り介護を支える医療体制（主要なもの）

- | |
|--|
| <p>・ 配置医師等（常勤・非常勤／嘱託・医療機関との契約など様々な契約形態がある。以下、医師）：
入所時の入所者の健康状態の確認や家族との面談と看取りに関する説明、普段の健康管理、看取り期の判断・家族への説明、看取り期の医療提供（苦痛緩和など）、死亡診断や家族への説明と死亡診断書の作成などを行う立場です</p> |
| <p>・ 施設内看護師（看護職員）：
利用者への医療的ケアや家族対応等に止まらず、配置医師／医師との連携、介護職へのサポート、あるいは外部の医療機関や訪問看護ステーション等との連携等、外部の医療職や施設の介護職と協働し、両者をつなぐ役割も担う立場です。施設での看取りにおいては中心的な役割が求められます。</p> |
| <p>・ 訪問看護師（訪問看護ステーション）：
施設との委託契約によって、「24時間連絡体制」などの連携による、夜間や看護職員不在時の連絡や必要な場合の緊急呼び出しに応じたり、定期的に利用者の変化や状態のアセスメントを行ったりする立場です。
<small>（保険制度上の「指定訪問看護」とは異なり、施設との業務委託契約なので、業務範囲・内容は委託契約ごとに異なります）</small></p> |
| <p>・ 協力医療機関：
入院治療を必要とする場合や肺炎や梗塞など救急対応が必要になった場合に遅滞なく対処するための協力関係にある医療機関です。</p> |

◆ 「配置医師等(以下、医師)」との信頼関係によって、施設の看取りは成り立っています

看取り介護開始の判断と家族等への説明は医師が行いますので、家族との信頼関係構築のためにも、特に、医師との連携は重要です。施設での看取り時は、医師との間でその段取りが確認されていなければなりません。従って、日頃から医師とは適切なコミュニケーションを心がけ、信頼関係のもとで施設の看取りが進められるように努めましょう。また、治療方針や延命措置、また看取りに関する本人・家族の意思決定時には、最善の選択を支援するためにも医療的観点から医師に説明してもらうことが有効な意思決定の手助けとなります。

【特別養護老人ホームの配置医師について】

特別養護老人ホームでは、入所者に対して健康管理及び療養上の指導を行うために、医師の配置が義務づけられています。施設では通常、1人以上の医師と配置医の契約を結び、入所者の健康管理を行っています。それを配置医師と呼びます。医師の仕事は、健康管理や予防接種、療養上の指導になりますが、その他に、処方箋の発行や緊急時対応、看取りの支援等を行うこともあります。

(東京都「施設での日常から看取りを支えるパンフレット(特別養護老人ホーム配置医むけ)」)

◆ 「看護職」は、医療と介護をつなぐキーパーソンです

ある特養の施設長の言葉で「介護の質は看護の力。医療職が介護職を支えることが重要」と表されたとおり、施設での看取りにおいて、「看護職」が果たす役割は重要です。

なかでも施設の看護職員においては、日頃の看護提供、感染管理などに加え、施設での看取りにおいて中心的な存在となってマネジメントしていくことが求められます。

医師が的確に看取りの時期を診断するためには、日頃のケアの中で介護職が気づいたり感じたりした看取りのサインとなる報告を看護職が見逃さず、データや変化を確認して医師へ確実につなぐことも重要な役割のひとつです。

特に、看護職の夜勤体制が組まれていない施設では、介護職が持つ夜勤の不安は、看護職による情報提供やコミュニケーションによって払拭される部分も大きいようです。

なお、施設によっては、施設内の看護職員だけでなく、外部の訪問看護ステーションのサポートも含めて体制を取ることもあります。

◆ 利用者への円滑な医療提供体制のためには「協力医療機関」が必要です

「協力医療機関」との連携が生じる場面として、まず介護施設内での病気等による利用者の入院対応時が考えられます。また疾患等によって急に容態が悪化した場合には救急搬送することもあり得ます。こういった場合、医師の支援を得るとともに、普段から協力医療機関を設けて施設としての医療措置体制を整えておく必要があります。

◆ **施設における「医療的ケア」の範囲についても明確にしておくことが必要です**

介護職員には医療行為を行うことは許されていません。従って、それぞれの施設においてどこまでの医療的ケアを提供できるかは明確にしておくことが求められます。そのために、あらかじめ医療職・医療機関と協議の上で、施設の方針・連携方法を定めておきます。参考までに、国で定められた介護職の医療的ケアについて以下に記します。

医療行為に該当しない行為	規制対象外の行為（介護職も可能）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 体温計を用いた体温測定 ・ 自動血圧測定器を用いた血圧測定 ・ 酸素濃度測定器（パルスオキシメーター）の装着（新生児以外で入院治療が必要な方に対する場合） ・ 軽微な切り傷や擦り傷、やけど等の処置（汚れたガーゼの交換を含む） ・ 湿布の貼付 ・ 軟膏塗布（床ずれの処置を除く） ・ 目薬をさす ・ 一包薬・舌下錠の内服薬の服薬介助（薬を飲ませる行為） ・ 坐薬の挿入 ・ 鼻腔粘膜への薬剤噴霧の介助 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 耳垢の除去（耳垢塞栓の除去を除く） ・ 爪切り、爪やすり ・ 歯ブラシや綿棒による口腔のケア（歯、口腔粘膜、舌等） ・ ストーマのパウチにたまった排せつ物の廃棄 ・ 自己導尿補助におけるカテーテルの準備、体位保持 ・ 市販の浣腸器を用いた浣腸
研修を受けた介護職は可能な行為	看護職でないと出来ない行為
<ul style="list-style-type: none"> ・ 喀痰吸引（定期的に痰を取り除く行為） ・ 経管栄養（体外から管を通して栄養や水分を投与する行為） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「インスリン注射」、「摘便」、「床ずれの処置」、「血糖測定」、「点滴の管理」等

◆ **夜間体制を構築し、速やかに対処できるよう対応方法を決めておくことが重要です**

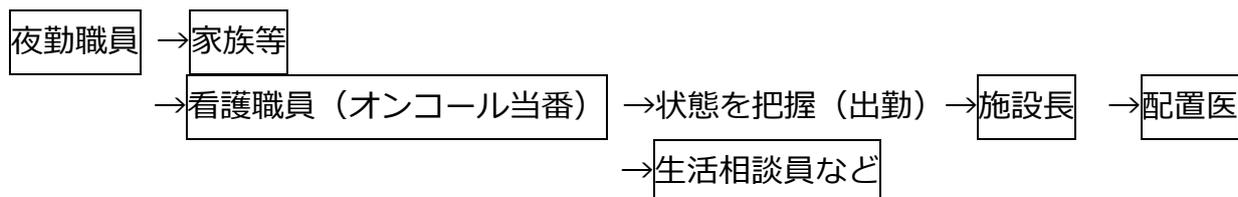
施設での看取り介護では、夜間についての医療職との連絡体制を整えておく必要があります。施設の看護職員とのオンコール体制を構築したり、訪問看護ステーションと連携するなど、夜間体制を構築しておきます。

また、施設の介護職員等のスタッフは、夜間帯に看護職員や訪問看護ステーションなどに連絡を入れる場合に、きちんとした状況報告ができるように、日頃から必要なことを認識しておきましょう。

<夜間体制での連携のポイント>

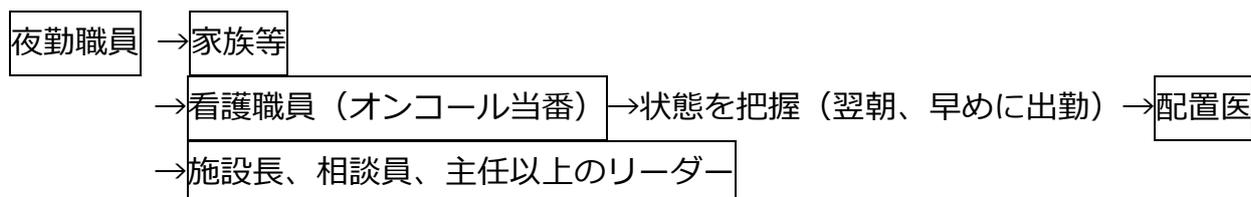
- ・ ケアチームにおいて、該当する利用者の日中の状態を共有し、夜間の状況を予測した上で、連絡や対応の方法を具体的に決めておく
- ・ その日のオンコール当番となる看護職員に、介護職員等からあらかじめその日の利用者の状況を知らせておく
- ・ 「どのような状態になったら」連絡をすべきか、予め具体的に決めておく

<夜間帯の看取りにおける体制（例①）>



出典：「介護現場で使える看取りケア便利帖（介護と医療研究会 著）」株式会社翔泳社 を一部加工

<夜間帯の看取りにおける体制（例②）>



都内のある施設（特養）の場合

【留意点】

- ・ 配置医への連絡タイミングは、医師の希望等にもよるので、施設と医師との間で事前に協議の上、取り決めをしておくことが重要です。
- ・ 家族や医師へ誰から連絡するかについては、施設の考え方や事情によって異なるため、事前にルール化しておくことが重要です。

◆ 「医師」の死亡診断は翌朝でも可能です。そのためにも施設内での体制整備が重要です

死亡診断は医師が行いますが、施設での看取りでは、必ずしも医師が居るタイミングに利用者の「最期の時」を合わせることはできません。その場合、医師が確認するまでの間に、施設の介護職員、看護職員が、呼吸が止まった時間等を記録して報告するなどの対応をする必要があります。

◆ 「医師を呼ぶタイミング」、「それまでに施設のスタッフがすべき対応内容」等も、施設としてルールを決めてマニュアル化しましょう

従って、予め「どのような状態になったら、医師を呼ぶか」について、曜日、時間帯別の連絡方法など含め協議の上、取り決めて明文化し、マニュアル化しておきましょう。配置医師等が不在の対応等についても併せて検討します。

IV 看取り介護の進め方 <D:Do>

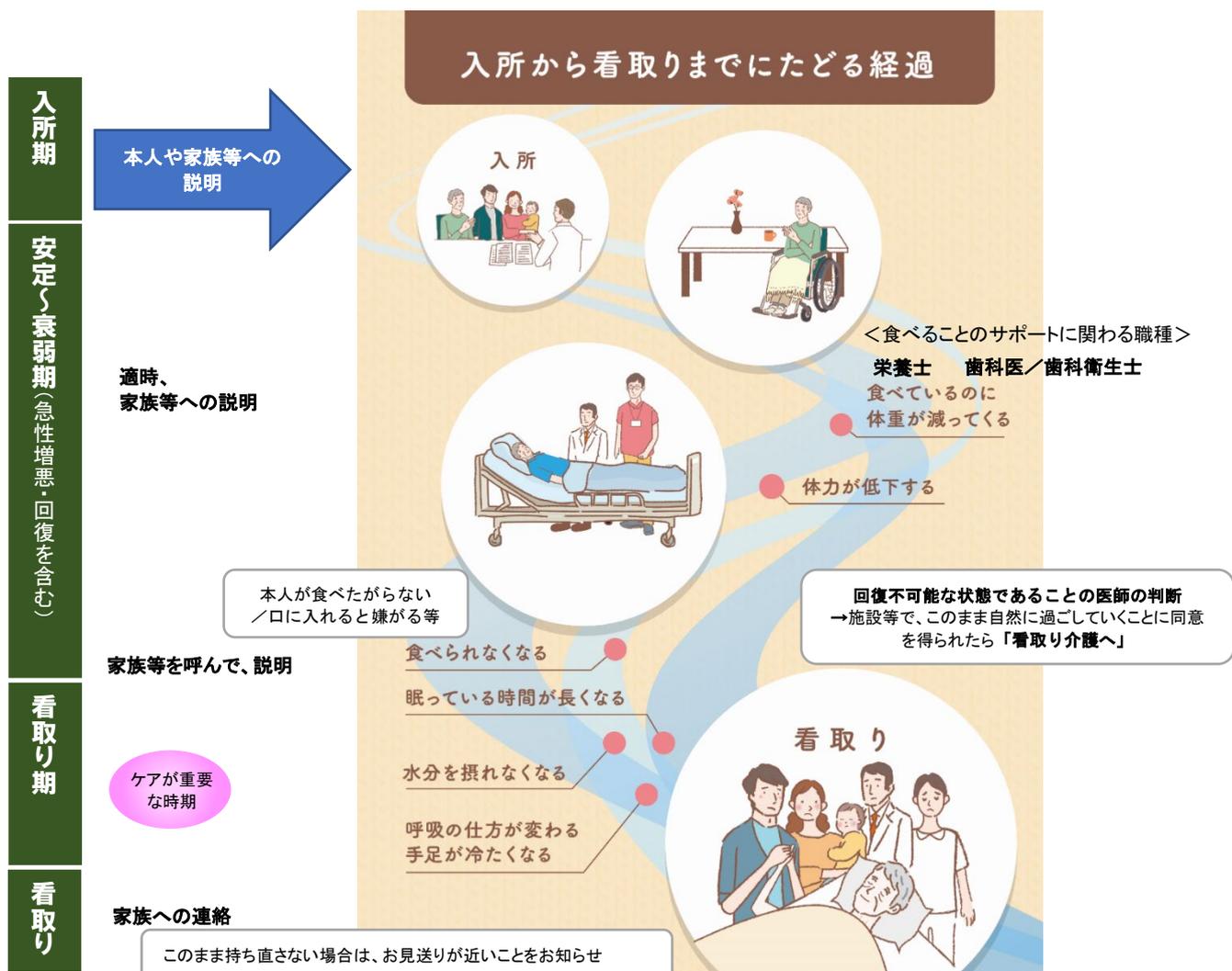
このセクションでおさえること

- ◎ 入所～看取りまでの流れと留意すべき点を確認する
- ◎ 看取り期に起こる症状や変化について知る
- ◎ 各段階において、看取りケアを進める上で必要な内容を理解する
- ◎ 本人や家族との信頼関係に基づく、意思確認や事務手続きを確認する

1. 看取り介護の流れ

入所から看取り期までにたどる経過では、利用者によっては疾患等の急性増悪と回復を繰り返しながらも、次第に下図のような経過をたどり、必要な支援を受けていくことになります。

① 看取りに至る経過と支援の課程



(東京都 「施設での日常から看取りを支えるパンフレット (配置医師向け)」 より)

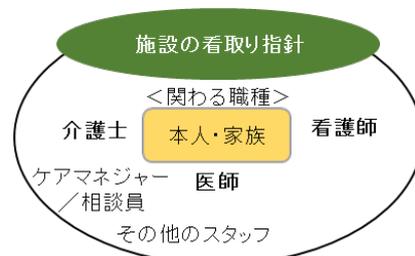
② 看取り介護の流れにおける主なポイント

入所期(入所前～入所時)

◆ 入所期には、施設説明と本人・家族等の意向を確認する「面談の場」を設けます

《面談の主な内容》

- ・ 本人の健康状態（持病や必要な医療的ケア、服薬等）等の確認
- ・ 本人・家族等の意向確認
- ・ 施設の方針やルールの説明
- ・ 関わる職種とその役割、医療機関との連携体制についての説明
- ・ 「看取り指針」説明と看取りに関する説明（各種確認事項）
- ・ 「看取り介護についての同意書」等の必要書類の取り交わし 等



施設によっては、入所前に入所候補者との面談があって「入所判定会議」等を設けている場合があります。そういった機会も使って、利用者やその家族等に対して、入所の段階で説明しておくべきこと、準備しておくことを事前に整理しておくといでしょう。

安定～衰弱期(急性増悪・回復を繰り返す時期を含む)

◆ 「食べているのに体重が減ってくる」時に注意が必要です

入所をされると、「食べること」については、介護士だけでなく、栄養士、歯科医、歯科衛生士といった職種がサポートしていきます。そんなケアを続けていても「食べているのに体重が減ってくる」時があります。もちろん回復に向かうこともあります。体力低下へのターニングポイントとなることもあるので注意が必要です。

看取り期

◆ 「食べられなくなる（本人が嫌がる等）」状態は見逃さないことが大切です

ケアのなかで「食べられなくなる（本人が嫌がる）」といった状況が起こってきたら、もしかしたらそれは「看取り介護」開始のシグナルかもしれません。看護職員はじめケアチームで情報を共有し、必要に応じた対応を協議しましょう。

◆ 医師診断後の「看取り介護」では特にケアが重要、家族等にとって大切な時間です

医師が回復不可能な状態であると判断を行った後、「看取り介護」の時期に入ると、利用者の様子は「眠っている時間が長くなる」「水分が摂れなくなる」といった状況がおとずれます。こういった時には特にケアが重要です。「身体をさする」「好きな音楽をかける」「口腔ケア／口の渇きを癒やす」等、本人が“心地よい”と感じるようなケアを、家族等にも声をかけて参加して頂きながら一緒に取り組んでいきましょう。また、家族等には「何もしない方が本人に苦痛が少ないこともある」等についてお伝えし、「最期の時に立ち会いたいか」といった確認もこの時期に行っておきましょう。

2. 本人・家族等への説明と関係づくり

「看取り介護」を進めるためには、まず、本人・家族等との関係づくりが重要です。

◆ 本人の好みや価値観を把握、チーム共有し、施設での過ごし方に活かしていきましょう

入所期（入所前～入所時）の面談では、必要な項目についての話を進めるなかで、適宜、本人の好みや価値観について尋ね、施設での過ごし方に活かしていきます。聞いた情報は関係する多職種間で共有し、日常のケアに活かすことも重要です。

◆ ACP（人生の最終段階の意思決定）を意識して、利用者の話に耳を傾けましょう

利用者が望む人生最期の時間の過ごし方、どのような最期を迎えたいかといった ACP に関わる情報は、入所期から収集します。利用者・家族等のこれまでの人生の物語に関心を持って耳を傾けましょう。入所の段階で利用者には既に確認が出来ないような場合は、家族等から情報を集めます。

（具体的な話の内容についての詳細は「Ⅱ-2. 人生の最終段階における意思決定について」の章を参照）

◆ 日頃から、家族等には積極的に声をかけ、情報共有することが関係構築のカギです

看取り介護を進める際には、家族等との連携は重要です。ですが、本人と家族等の関係性や、家族間の看取りへの考え方の相違といった難しさもあつたりします。大切なことは、いざという時にスタッフと家族が率直に話しやすい関係を構築することです。そのためには、日頃から家族等には積極的に声をかけて話しやすい雰囲気を作り、また、本人の様子や支援内容等の情報を積極的に提供することで、相互の信頼関係を構築していきましょう。

◆ 情報を共有し、スタッフによる対応・言葉の違いがないように気をつけましょう

家族からの信頼を得るためには、人によって言っていることが違う…といった事態は望ましくありません。スタッフ間でカンファレンスや記録も活用して情報を共有し、「誰に聞いても変わらない答え」が出来るように取り組んでいきましょう。

◆ 本人・家族等の「気持ちのゆらぎ」を理解し、寄り添う気持ちでサポートしましょう

看取りまでの課程においては、大切な人を見送る家族等の気持ちにはゆらぎが生じやすいものです。看取り介護を進めるプロセスにおいては、本人はもちろんのこと、利用者の状態変化などをみることで、家族等には選択への葛藤、不安や悩み等の様々な気持ちのゆらぎが起こることを理解し、「いつでも意向は変えられる」ことを伝えて、話に耳を傾け、寄り添う気持ちでサポートしていきましょう。

3. 入所期・安定～衰弱期

入所期には、入所時説明と共に、看取りに関しての事前の意向確認等を行います。

<看取り介護を進めるなかで必要な書類>



◆ 入所時の説明や取得情報は書面にてやり取りをします。指針の提示と説明は重要です

入所時の面談などでの説明は、誰が行うかあらかじめ役割分担を決めておきましょう。なかでも「看取り介護に関する指針」は、利用者・家族等が納得してその後の選択をしていくために重要です。説明者自身も内容について十分に理解した上で説明しましょう。

◆ 施設でできること、できないことを明確に伝えておきましょう

利用者・家族等には、あらかじめ「施設でできること、できないこと」、「医療機関との違い」等について理解してもらう必要があります。そのためには医師や看護職からの具体的な説明も含め、施設での体制について分かりやすく伝えることが必要です。このような説明を十分に行った上で、本人や家族の意思を確認していくことが大切です。

<入所時の説明資料(例)>

参考までに、都内のある特養施設では、入所時の段階で以下のような書類を用意して、利用者・家族等への説明や確認を行っています。

	書類	説明者
1.	看取り介護に関する指針	施設長・相談員
2.	指針の説明を受けたことの確認書(署名)	利用者・家族等
3.	看取り介護の実践における施設理念の説明	相談員(主に)
4.	医療・看護体制について	看護職員(医務室にて)
5.	ホームでの終末期ケアの説明	
6.	終末期・急変時についてのアンケート(自記入)	面談時に利用者・家族等に渡して、親族で相談の上、記入し、後日提出を依頼
7.	延命処置についての確認書(署名)	

1. 「看取り介護に関する指針」の内容

※特に重要な点に下線

- ・ 看取り介護実施の定義
- ・ 看取り介護の理念
- ・ 終末期の判断基準
- ・ 終末期の精神的ケア／援助／看取り体制
- ・ 医療者体制、施設整備、記録類の項目、職種ごとの役割、具体的な看取りの実施内容、医療機関との連携・連絡体制、看取り後の家族支援 等

2. 「看取り介護に関する指針」の内容

- ・ 「看取り介護に関する指針」について、説明を受けたことを確認する書類（署名していただく）

3. 「看取り介護の実践における施設理念の説明」の内容

- ・ 介護保険による「看取り介護加算」の説明と共に、自施設における看取り介護実践の理念について具体的に説明するもの
 - ・ 最期の時が近づいたら「悔いの残らない亡くなり方」ができるよう一緒に考える準備をすること
 - ・ 最期の時を過ごす場所は、施設、病院、ホスピス等、本人・家族等に選んで頂けること
 - ・ 明らかな急性期症状がある場合は入院治療をすること
 - ・ 配置医が終末期の診断をすること
 - ・ 家族の気持ちをきちんと理解することを心がけ相談対応を行うこと
 - ・ 当施設では「看取りケアマニュアル」を整備して対応していること
 - ・ 「死を自然の事、生活の延長線上の事」と捉えて、終末期ケアプランを立てること 等

4. 「医療・看護体制について」の内容

- ・ 病院とは違って、当施設には医師は常駐していないこと
- ・ 配置医と協力病院についての説明（医師人数、回診頻度、医師紹介、健康管理、配置医面談について）
- ・ 入所後1ヶ月以内に、配置医との面談が予定されていること
- ・ 協力病院の役割等説明と紹介
- ・ 施設における健康管理についての説明
 - ・ 日常的な看護処置
 - ・ 歯科、皮膚科、精神科等の専門医療機関の往診
 - ・ かかりつけ医への通院時の対応（家族への予約・付き添い依頼）
 - ・ 救急搬送等の緊急時の対応
- ・ 「看取り」の状態となった場合には、施設での看取りの体制を整えていること
- ・ 入院中の対応（家族への依頼事項）
- ・ 飲食物の差し入れについての注意事項とお願い 等

5. 「ホームでの終末期ケアの説明」の内容

- ・ 施設での終末期ケアに関する定義
- ・ 具体的な援助内容
- ・ 主治医の判断等によっては、協力病院への救急搬送をとる可能性についての説明 等

6. 終末期・急変時についてのアンケート

- ・ 施設における終末期ケアへの考え方を再度示した上で、「終末期を迎えたい場所（病院／当ホーム／自宅）」のいずれか回答を依頼（署名をいただく）

7. 処置についての確認書

- ・ 「気管内挿管や人口呼吸器などの延命処置について（希望する／希望しない）」のいずれか回答を依頼（署名をいただく）

入所期

安定～衰弱期

看取り期

看取り/看取り後

◆ 家族側の連絡窓口は、主にどなたになるかを確認しておきましょう

看取りに関しては家族・親族内で考えが異なる場合もあり、離れて暮らしている家族が別の意向を持っていてまとまらないことも考えられます。ACPで繰り返し話し合う機会を設けるとともに、こまめにコミュニケーションをとって、そうした家族状況を把握しておくことも必要です。また、家族・親族などが複数いる場合は、連絡窓口がどなたになるかについても確認しておきましょう。

◆ 医療と看護の体制、医療機関との連携や緊急時の搬送等についても説明します

施設における医療と看護の体制、外部の協力医療機関との連携や緊急時搬送についての対応方針、延命治療や希望する医療処置に関する対応方針等もしっかり説明し、施設は病院とは違うことを十分に理解していただいた上で意思確認をしていきましょう。

～話し合ってみよう～

あなたの施設では、入所時にどんな面談や説明を行っていますか？

使用している「説明資料」や「書式」はどのようなものですか？

それらにどんな改良をすると、より利用者・家族等の理解や意思確認の助けになるでしょうか？



**◆ 利用者の状態が看取り期に向けて変化してきたら、
適宜、本人・家族等の意向を再確認します**

看取り介護に関する指針
看取り介護指針の同意書
事前の意向確認書 等
※家族等の意向確認は、利用者の状態
変化によって適宜、何度でも確認

入所時に意思確認ができた場合でも、安定～衰弱期の間では、利用者の状態の変化によって、看取りに向け本格的に今後についての検討をしていくこととなります。前述したとおり、利用者の状態の変化を見たり、感じたりすることで、本人・家族等には様々な気持ちのゆらぎが起こるものです。看取り期にむけた準備を進めるため、ACPで繰り返し話し合うことはもちろんのこと、スタッフは適時、説明をしたり、話に耳を傾けたりしながら、慎重に本人・家族等の希望や意向を再確認していく必要があります。従って、できるだけ本人・家族等の希望や日常会話で話された意向については記録に残しておきましょう。

◆ 食や排せつ等に関わる身体的苦痛を和らげるケアを工夫しましょう

「食べること」や「排せつ」はとても重要ですが、利用者の状態によっては、様々なサポートや対応が必要になることも想定されます。これら食や排せつ等に関わる身体的苦痛を和らげるケアについては、以下のような例があります。

<身体的苦痛を和らげるケアについて>

ケアの必要な場面	対応例・要素
食べられないときのケア	<p>* 「看取り期」では、無理に食べさせない（食べられない）ことが大前提</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 原因を見極める： <ul style="list-style-type: none"> ・ 終末期で食べられないのか／口内炎等なんらかの合併症があって食べられないのか、原因を見極め必要な対応を行う 等 ・ 嚥下状態を確認する： <ul style="list-style-type: none"> ・ 唾液が飲み込めているか確認し、口腔ケアを実施する 等 ・ 認知障害があるか： <ul style="list-style-type: none"> ・ 観察等で原因を探り、必要な対応を行う ・ 食べることでできない部分へ細かい支援をする 等 ・ 食支援の基本と環境： <ul style="list-style-type: none"> ・ 飲み込みやすい食事形態の工夫、本人の嗜好にあわせた内容にする ・ 食べることに適した食事環境が見直す（集中／交流） 等

嘔気と便秘のケア	<p>嘔気について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・取り除ける原因であれば取り除く（必要に応じた医療的な対応） ・食べ物／吐物は出来るだけ早く片付ける ・口腔内清拭やうがいなどで不快感を取り除く ・安静や精神的援助（タッチ・リラックス 他） 等 <p>便秘について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・必要であれば治療や下剤の使用（必要に応じた医療的な対応） ・水分摂取や繊維の多いものを摂取していただく ・リラックスできる環境 ・腹部マッサージ、お腹を温める ・排便時の体位や排便時間への配慮 ・朝食 30 分後に腸の運動に合わせてゆったり便座に座る 等
-----------------	--

（令和元年度実践編研修（施設向け）テキスト p23-25・平原佐斗司氏 資料を参考に作成）

【コラム ～終末期において「食べるということ」コンフォートフィーディング～】

楽しみのための食事・食べることを通じて人とつながりを感じられる食事

食べることは、息をすることと同じように生きていくためには必要なことです。コンフォートフィーディングは2010年頃より欧米で広がりつつある終末期の食についての考え方です。認知症や老衰で終末期を迎えつつある方については、必要な栄養を無理やり摂取するのではなく、食べることを楽しむことや食を通して人とのつながりを感じられるような食事のあり方を継続することが重要であるという考え方です。

そのために大事なことは、口腔ケアをしっかりとした上で、その方の摂食機能に応じた食事内容と熟練した食事介助によって安楽で安全に食べていただくことです。これは医療と介護のチームが適切にかかわるからこそ実現できることです。

（令和元年度実践編研修 平原佐斗司氏 講演及び、平原氏ブログ「Dr 平原の在宅医療の窓から」を参考に作成）

【注意点】

・たとえば認知症と老衰が同時に進むと、まだ食べられる時期なのに「食べない」という状況が起こることがあります。視力や嗅覚の低下で「食べものだと認識できない」ことや、認知症による幻視や失行により「食べものに見えない」「食べ方がわからない」ということが起こるからです。従って「本当に食べることがもう出来ないのか？」それとも「まだ食べられるのに、何らかの問題があって食べられないのか？」といった点を見極めて対処して行くことが必要です。多職種間で情報共有しながら、注意深く看取りケアを進めていきましょう。

ケアチームが共通して認識しておくべき業務を、「看取りマニュアル」とは別に、簡単な1枚のフローに整理しておくことも有効でしょう。参考までに、都内のある特養施設で使っている「業務フロー」を示します。

業務フロー

プロセス	担当者	手順	参照文書
医療体制の整備	看護職員 介護職員 生活相談員	<ul style="list-style-type: none"> 施設に医師がない場合又は施設では対応できない医療体制が必要な場合、日ごろより提携先医療機関を確保し、利用者の医療的要求に対応できる体制を整えておく。 	異常発見・状態観察のポイント
↓			
判断	医師	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の状態を診断し、以下の状態であることを確認する。 <ol style="list-style-type: none"> ①医学的見地から回復が見込めない ②医療機関での治療効果が期待できない 	施設における看取りについて
↓			
サービス担当者会議	介護支援専門員	<ul style="list-style-type: none"> 臨時に医師を含むサービス担当者会議を招集し、利用者の状態が終末期にあることを各担当者に説明する。 施設に医師がない場合、看護係責任者は、医療機関をの診断書・配置医の記録を持って、サービス担当者会議での発言を代弁することができる。 	
↓			
ご家族への説明と同意	医師 看護職員	<ul style="list-style-type: none"> 医師とともに直接、ご家族に説明をする。 ご家族の納得を受けて「施設における看取りについての同意書」に同意のサインをいただく。 医師が在籍しない場合でも説明は、施設内で行う。 ご家族が医療機関への転向を希望する場合、その調整を行う。 	施設における看取りについての同意書
↓			
ケア体制の確立	各担当者	<ul style="list-style-type: none"> 終末期ケア体制の確認をする。 終末期ケアは突然開始するものではない。日ごろより、利用者の状況を観察し、チームワーク体制を組んでおく。 介護支援専門員は、「施設サービス計画書」を終末期ケア体制に向けた内容へと変更する。 リハビリ、栄養も必要に応じて各サービスプランを変更する。 各担当者は、終末期ケア実施に向けたカンファレンスを持つ。 	施設サービス計画書 医師および看護係の体制について
↓			
終末期ケア実施	各担当者	<ul style="list-style-type: none"> 定められたケア体制のもと、利用者のケアに当たる。 	看取り期に起こりうる機能的変化への対応

入所期

安定～衰弱期

看取り期

看取り/看取り後

4. 看取り期 ～暮らしの場で生活をしながら、安らかに逝くための看取り～

①PDCA に基づいた看取り介護

本人が安らかで穏やかな看取りにたどり着くためには、本人にとって「何がつらくて、何が楽で心地よく感じるか」を考え、日々の生活の仕方を組み立てていくことが求められます。施設における看取りの実践では、PDCA サイクルに基づいて、以下の要素が求められていますので、これらを前提に取り組んでいきます。

【Do : 看取り介護】

看取り介護に係る計画の作成	: 終末期は医師の診断からスタートし、多職種で「看取り介護計画書（ケアプラン）」を作成
計画の説明	: 「看取り介護計画書（ケアプラン）」を説明して家族等の同意を得る
多職種での情報共有	: 情報、記録の共有
家族等への文書による情報提供	: 日々の変化の記録から状況の報告
弾力的な看護体制	: オンコール体制整備など柔軟な連携の実現
家族の悲嘆への援助	: 別れ、喪失への共感と支援

◆ 看取り期開始の兆候を察知するには、日々接しているスタッフの主観（気づき）も大事

施設では、日々接しているスタッフの気づきから、医師の診断のきっかけとなる看取り期開始が察知されることも多いといわれています。なにか普段と違う兆候を感じたら、看護職員はじめ他のスタッフと情報を共有し、カンファレンスなどで検討を行って、適切なタイミングで医師への報告が出来るようにします。

【コラム ～驚きの質問をする（Surprise Question）～】

その方が、今から数ヶ月、数週間、数日のうちに亡くなるとしたら驚きますか？

これは英国の緩和ケア分野で提唱されているプライマリケアモデル Gold Standards Framework (GSF : 死が1年以内に迫っている全ての患者に最高水準のケアを提供することを目指し) において、終末期の患者を早期に発見するための最初のステップとなる質問です。

こうした問いかけを自分自身に行うことで、看取り期開始のサインを見つけていくことも一つのアイデアです。(令和元年度実践編研修(施設向け)テキスト p14・平原佐斗氏 資料を参考に作成)



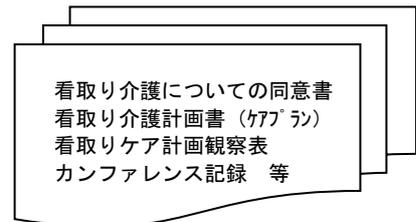
◆ **医師が「回復不可能な状態である」と判断すると看取り期が始まります**

看取り期における「看取り介護」の実施は、医師による「一般的に認められている医学的所見に基づき回復の見込みがない」という判断によって開始されます。

実際は、この医師の判断のあと、医師など医療職から家族等への説明を実施し、「看取り介護についての同意書」によって家族等の同意を得てから、様々な準備とチームケアが始まります。

＜看取り期に必要な書式類（例）＞

参考までに、都内のある特養施設では、医師による「回復不可能な状態である」との判断が示された後、以下のような書類を用意して利用者・家族等への説明や確認を行い、「看取り介護」を開始しています。



→ 「看取り介護計画書（ケアプラン）」の作成へ

	書類	説明者
1.	施設における看取りについて ※入所時と同じものを再説明	相談員
2.	施設における看取りの同意書（署名）	利用者・家族等
3.	「終末期ケア・看取りにご賛同いただいたお客様・ご家族へ」（今後についてのお知らせ）	相談員

◆ **カンファレンスで多職種検討した内容を「看取り介護計画書」として整備・共有します**

チームケア開始と共に必要とされる書式が「看取り介護計画書」です。ケアマネジャーを中心に作成した「看取り介護計画書」に基づいて看取り介護が進められます。それに基づき、多職種でケアカンファレンス（サービス担当者会議）を開催し、様々な角度から検討した上で「看取り介護計画書」を整備します。その内容は多職種でしっかりと共有することが重要です。看取り期は、身体機能の低下に伴い様々な状態変化が現れてくるため、「看取り介護計画書」を1週間、あるいは、その都度見直していく必要があります。

＜「看取り介護計画」作成の流れ＞

- アセスメント：アセスメントシートによって客観的に評価
- 看取り介護計画書（原案）作成：本人・家族等の意向も反映
- ケアカンファレンス（サービス担当者会議）開催：
 - 多職種の意見を収集し、計画書をまとめる
- 入所者・家族等への提案・説明・同意
- 「看取り介護」の実施
- モニタリング（適時、「看取り介護計画書」の見直し）



◆ 重要な確認事項は書面にします

看取り方針についての同意等、重要な確認事項は、書面で確認してもらうよう準備し、家族等の合意を記録にも残していくようにします。「看取り介護計画書」を始めとして、下記のような書式を用意して、相互に確認できるかたちでやり取りしていくことが大切です。

<チームで共有される書式類（例）>

・ 看取り介護計画書
・ 看取りのマニュアル
・ 家族の意向確認書／看取りについての事前確認書
・ 施設における医療体制の説明書
・ 看取り介護の同意書
・ 医師の意見書
・ カンファレンスの記録
・ 経過観察の記録
・ 看取り介護計画モニタリングシート 等

◆ 家族への説明は、状態説明等と共に意向等も聞き取り、計画に盛り込んでいきます

家族への説明は、本人の現在の状態やケアマネジャー、相談員等から行います。看取り介護計画は、医療・食事・排せつ・清潔・体位/姿勢・環境整備・精神的関わり等、身体面／精神面の多岐にわたる項目で構成されているので、まずは原案を作成した段階で、家族に項目ごとに説明すると同時に、家族等の意向についても十分に聞き取り、最終的に計画に盛り込んだ上で同意を得ます。

◆ あらかじめ家族には、看取り期に起こりうる変化等をしっかり説明しておきましょう

看取り期には、起こり得る変化について、本人や家族があらかじめ理解して、自分たちの意向を持てるようにするとともに、本人が安楽で快適に過ごせるようなケアを優先することが求められてきます。まずは、看取り期に予測される変化や、利用者本人が「辛い／心地いい」と感じる点を家族等にもしっかり理解してもらう働きかけが求められます。

<説明する内容と留意点>

- ・ 利用者本人の「現在の状態」を分かりやすく説明（不安を払拭するため）
- ・ 看取り介護計画の内容を項目ごとに説明（家族等の意向についても把握する）
- ・ 施設における医療体制、医療処置の範囲等の説明（念のため明確に理解して頂くため）
- ・ 今後、予測される変化について説明（事前に心の準備をして頂くため）
- ・ 利用者本人が「辛い／心地いい」と感じる点等についても説明

<看取り介護計画書の例>

看取り介護計画書

施設介護サービス計画書(1)

作成年月日 平成〇年〇月〇日

初回 紹介 継続

認定済 申請中

入所者氏名 _____ 様 生年月日 _____ 住所 _____

施設サービス計画作成者氏名及び職種 _____ (介護支援専門員)

施設サービス計画作成介護保険施設名及び所在地 _____

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

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

要介護状態区分	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5(その他: _____)
入所者及び家族の生活に対する意向	ご家族としては、入院はしないで最期まで施設での看取り介護を希望される。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	状態の改善が考えにくいとため認定有効期間24か月とする。
総合的な援助の方針	<p>老衰にて、家族(長男夫婦、三女氏)立会いにて〇〇病院(医師)による病状説明を踏まえ、看取り介護を実施致します。(看取り介護指針に沿って実施) 静かな環境で、24時間体制にてバイタルチェック・状態観察を行います。又、医療機関と連携を図り、医師の指示のもと、看取り介護を行っていきます。情報の共有、多職種協働により統一したケアを実施すると共に、無理なく食べられる分だけの食事摂取・口腔ケア・脱水の予防・褥瘡予防・身体の保清に努めます。御家族の意向を確認しながら安心して頂けるケアに努めます。</p>

看取り介護計画書

施設介護サービス計画書(2)

作成年月日 平成〇年〇月〇日

入所者氏名 _____ 様

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

1 / 2 ページ

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

入所者氏名 _____ 様

施設介護サービス計画書(2)

作成年月日 平成〇年〇月〇日

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

2 / 2 ページ

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

【参考書式／フォーマットについて】

施設で用いる参考書式については、様々な書籍で紹介されています。

なかにはフォーマットをダウンロードできるものもありますので、詳しくは巻末の参考図書一覧を参照してください。

また、国の事業などでも、ツール類について紹介しています。ウェブサイトで公開されているものもありますのでご参考ください。

平成 26 年度 老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）事業
「特別養護老人ホームにおける看取りの推進と医療連携のあり方調査研究事業」報告書
(P57「看取り介護指針・説明支援ツール」)

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000140277.pdf>

～話し合ってみよう～

自施設では「看取りケア計画」をどのような手順を進めるとよいと思いますか？
使用する「書式」には、どのようなものがあると助けになるのでしょうか？



②「看取り介護」の実践

【実践にむけて】

はじめに、看護師・医療相談員・医師で、近代ホスピスの創始者といわれる存在であるシシリー・ソンドース博士は、次のように述べています。

人がいかに死ぬかと言うことは、残される家族の記憶の中にとどまり続ける
 (中略) 最後の数時間に起こったことが、残される家族の心の癒やしにも
 悲嘆の回復の妨げにもなる (シシリー・ソンドース博士)

(「暮らしの中の看取り準備講座」大井裕子著 中外医学社)

残される家族等はもちろん、このことは看取りに関わった医療・介護職にも置き換えて考えることができます。看取り後に思い出される療養中のやり取りやケアの一つひとつが、残された家族等の記憶の中にとどまり続けるのであれば、それらが悲嘆の回復の妨げになるのではなく、できれば心の癒やしにつながるよう、また、ケアチームのスタッフにとっても、良い経験であったと思えるような仕事となるよう、看取りに関わる一人ひとりがそのことを理解し、意識して業務に臨みたいものです。

そのためにも、利用者とその家族等にとって「いい看取り」であるよう、出来るだけ彼らの希望に添った最期の時間を過ごせるようなサポートを心がけましょう。

◆ 暮らしの中で、“生活をしながら安らかに逝く”ことを意識してチームケアを進めます

高齢者へのケアには、いつもベースに利用者本人の「尊厳を保つ」ことがなくてはなりません。加えて施設は、医療機関とは違う暮らしの場であり、そこで看取るということは、死は人間にとって自然なことと捉え、穏やかな日々の暮らしのなかで、生活をしながら、最期の時が訪れたら安らかに逝く…といったことを意識してチームケアを進めましょう。

～話し合ってみよう～

利用者・家族等にとっての「良い看取り」とは？

ケアスタッフである自分たちにとっての「良い看取り」とは？

それらの実現のために何が出来るか、どんなことに留意すべきか…、

話し合ってみましょう。



【家族等のために】

◆ 付き添う家族等の来訪が増える想定をもとに、受け入れの環境整備をしましょう

看取り期には、家族等の重なる訪問が予測されます。付き添う家族等が来訪した際に使える部屋や、宿泊を希望する際のベッドなどの対応方法をあらかじめ整えておくといひでしよう。家族の受け入れに関しては、連絡方法、訪問の受け入れ態勢、宿泊や食事に対する対応をどうするか、等を相互に確認しておきます。

■ 家族の受け入れに関する整備項目例	
家族への連絡	方針説明と、入所時の連絡先等記入シート 等
家族の訪問	共に過ごせる環境を整備し、訪問時の職員対応方法も共有する (希望があれば「静養室」などの個室、ソファ、ポット類 等)
家族の宿泊	宿泊可の場合はその方針や留意点を伝える(簡易ベッド等の提供等)
家族の食事	持ち込みに関する条件や、施設内でとる場合の留意点を伝える
家族のできること	介助等、家族ができることを整理して、共有する

◆ 起こりうる変化を理解していただくことは、家族等にとっての「心の準備」を助けます

家族等にとって看取り期は、少しずつ近づくお別れの時への「心の準備」をする時間にもなります。前述したとおり、あらかじめ看取り期に起こりうる変化をケアチームから説明し、認識しておいていただくことが、家族等の不安を軽減させ、目の前で起こる利用者の様々な変化も“急変”と慌てたりせず、向き合っていくことの助けになるでしょう。

＜家族等が持つ思い・不安（例）＞

- ・眠ったままだが、呼吸がくるしそう。苦痛なのではないか？
- ・もう目が覚めないのか？もう話はできないのだろうか？
- ・水分も摂らなくなってきたが、点滴などはしてもらえないのだろうか？ 等

例えば、あらかじめよくある質問などを予測して「点滴も、何もしない方が、本人にとって苦痛が少ないこともある」等の説明は行っておくとよいでしょう。

一方で、こういった説明をする機会には、ぜひ「最期の時に立ち会いたいか」といった確認も行っておきたいものです。

～話し合ってみよう～
看取り期の家族等の思いや不安と、チームができることを考えてみましょう

これら家族等への説明には、説明資料を用意しておくのも一つの方法です。参考までに、国の研究事業のなかで制作されたパンフレットの一部分を以下に抜粋して記します。

<予想される変化 ～これからどうなるか～>

1週間前頃～の変化



だんだんと眠られている時間が長くなっていきます

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

1、2日～数時間前の変化



声をかけても目を覚ますことが少なくなります

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

●80%くらいの方はゆっくりとこのような変化がでてきます。
20%くらいの方では上記のような変化がなく急に息をひきとられることがあります。

その他、よくある変化として…



食べたり飲んだりすることが減り、飲み込みにくくなったりむせたりする



おしっこの量が少なく濃くなる



つじつまの合わないことを言ったり、手足を動かすなど落ち着かなくなる



のどもとでゴロゴロという音がすることがあります

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



呼吸のリズムが不規則になったり息をすると同時に肩や頸が動くようになります

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



手足の先が冷たく青ざめ、脈が弱くなります

血圧が下がり循環が悪くなるためです。

●全ての方が同じ経過を経るものではなく、その方によって異なります。医師や看護師と一緒にその時の状態を確認してください。

緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM-study)

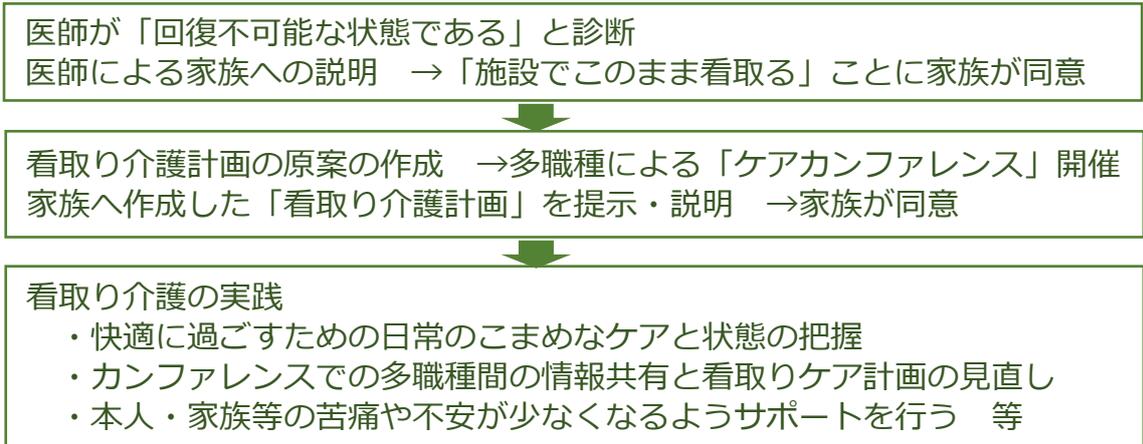
厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究

看取りのパンフレット (ご家族向け) 「これからの過ごし方について」

<http://gankanwa.umin.jp/pdf/mitori02.pdf> (2020年3月閲覧現在)



<ここまでの大まかな流れ>



【看取り介護の留意点】

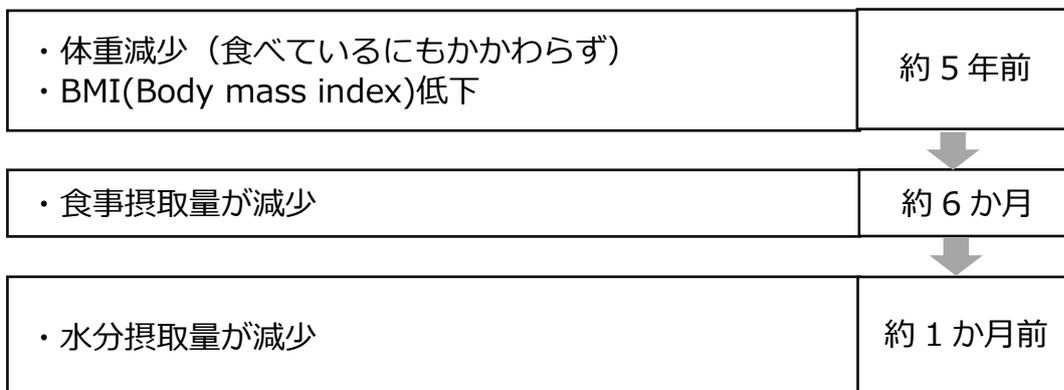
1. 変化を理解しておくこと
2. 状態の変化を観察し、把握しておくこと（変化は最小に）
3. 無理をしない／苦しい思いをさせないこと（安心・安全・安楽に）
4. 本人・家族の意思の尊重
5. カンファレンスでの情報共有

1. 変化を理解しておくこと

◆ 最期まで穏やかに過ごせるよう、まずスタッフが起こり得る変化をしっかりと理解します

非がん高齢者の、死に向かうプロセスとしては、食べているにもかかわらず体重が減少するところから始まり、食事摂取量が減少、そして水分摂取量が低下していくという過程が最近の研究によって明らかになっています。それによると、水分も食事も摂れなくなってくる時期は、亡くなる「1ヶ月ほど前」から始まり、そこからは週単位で症状が変わっていきとされています。

<自然な看取りへのプロセス（非がん高齢者）>



Yoshiaki Kawakami Int. J. Environ. Res. Public Health 2020 より
(大井裕子氏 提供資料)



2. 状態の変化を観察し、把握しておくこと（変化は最小に）

◆ 看取り期には、利用者に変化がないか、こまめに状態を把握することが大切です

看取り期に入ったら、次第に、食事や水分摂取の量が減り、眠っている時間が長くなってきます。日常的なケアと大きく変わる点はありませんが、だんだんと衰弱が進んでいくので、利用者に変化がないか、こまめに状態を把握しておく必要があります。

看取り介護計画を踏まえ、それらの情報はカンファレンスなどで随時共有し、多職種間で連携しながら、本人・家族等が快適に過ごすためのケアとサポートを提供して穏やかな最期を迎えられるようにしていきます。

◆ 多職種間で協力し、急な変化を最小にしましょう

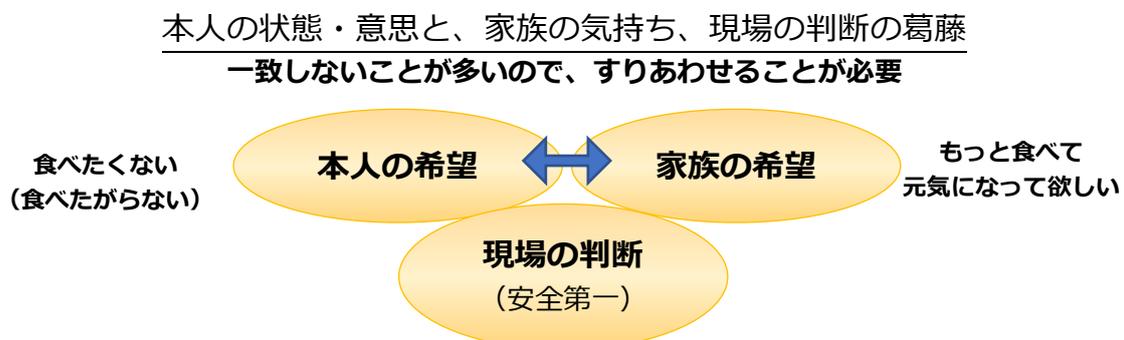
高齢者の看取り期では、肺炎や心不全等の特別なエピソードが起こらないよう、予防的な環境の整備が重要です。日々のケアを行う介護職や看護職などが中心となって多職種間で協力し、看取りにむけて起こり得る変化を理解した上で、日常のケアを強化し、「急な変化を最小にする」ための支援を進めていきましょう。

3. 無理をしない／苦しい思いをさせないこと（安全・安心・安楽に）

◆ 看取り介護は「無理をしない」「苦しいことをしない」という視点に立つことが大切です

人生の最終段階を施設という暮らしの場で過ごす際の看取り介護は、その時々で適切なケアを判断して実施していかなくてはなりません。その時の判断の視点となるキーワードは「無理をしない」「苦しいことをしない」です。

たとえば、よく現場で指摘がある「食べること」の問題として以下があります。



(令和元年度実践編研修 (施設向け) テキスト p70・大井裕子氏 資料を参考に作成)

これらについては、何が「本人にとって安楽で心地いいこと」かをしっかり説明する一方で、家族等にとっても納得できる着地点を見極めてすりあわせることが必要です。これは点滴からの栄養や水分補給についても同様のことがいえます。

入所期

安定～衰弱期

看取り期

看取り/看取り後

◆ その日の状態に合わせた丁寧なケアで、「安全・安心・安楽」であることが基本です

本人にとって望ましい環境は「安全・安心・安楽」であることが基本です。本人や付き添いの家族等の希望を聞いて、場合によっては個室や静養室の利用など、落ち着いて過ごせる環境の調整を図りましょう。また、「食べる／排せつする／眠る／清潔にする」といった毎日のケアについても、その日の状態に合わせて丁寧に行います。

4. 本人・家族の意思の尊重

◆ 本人・家族等の気持ちを尊重し、気持ちの揺れを受け止めながら対応していきましょう

「最期の迎え方」については、入所期からこれまでに把握してきた、本人の気持ちを尊重することが最も重要です。看取りが近づく中では、家族の心情が揺れ動くことも想定されます。これまでケアチームで受け止めてきた本人・家族等の希望や意向、ACPに関わる記録等も紐解きながら、折りにふれて家族等の気持ちの揺れを受け止めることが大切です。必要に応じて、医師や看護職員からの説明機会なども設け、家族等がいつでも的確な情報が得られるように留意しながら、家族等の不安な気持ちに向き合っていきましょう。

<具体的な家族の気持ちの揺れや要望の例>

- ・ 本人の希望どおり、施設で最期を迎えるつもりだったが…、
 - ・ 息ができずに苦しそうな姿を見ていられないので搬送して助けてほしい
 - ・ 遠居の子どもや遠くの親戚から治療してもらおうように言われてしまい、結局、搬送することにした
- ・ 本人が苦しくないように自然に任せようと思っていたが、(誕生日まで／春まで／元号が変わるまで／孫が小学生になるまで／私に覚悟ができるまで…) は生きていてほしいから点滴をしてほしい

<家族の気持ちに寄り添った例>

- ・ 家族が突然の最期だと思わないように、家族の知らない時間を埋めるため、医療職（医師や看護職）は、利用者の状態についての丁寧な経過説明を心がけた
- ・ 家族が「もっと生きていてほしい」という思いから、「本人が安楽でいて欲しい」と思える様になるまでの気持ちの揺らぎや変化をケアチームがコミュニケーションによって支えた

- ・発熱や肺炎などの体調変化の際に、少しずつ衰えて人生の最終段階に近づきつつあることを医師から説明し、他のケアチームスタッフが家族の理解度を家族とのコミュニケーションの中で確認しながら対応を進めた

5. カンファレンスでの情報共有

◆ 多職種が知恵を出し合い、本人が望む穏やかな日々を過ごせるケアを心がけましょう

食事や水分摂取などは、計画で決められた量や時間にこだわらず利用者のその日の状態に合わせて。また、飲食が難しくなってきた時には、好きな飲み物を使った口腔ケアを行ったり、たとえば、利用者本人に好物を少しでも口にしたいという思いがあったときには、リスクを考えてただ難しいと決めつけるのではなく、何か望みをかなえる方法がないか積極的に考えたいものです。

多職種がそれぞれの専門性を活かし、知恵を出し合って最善策を定めて本人や家族に説明・実施し、後日それを振り返って次の対応策にいかすというサイクルでケアを進めることはチームにとっても意味があることです。まずは、本人・家族等がどうしたいか、どうしたら叶えられるかを多方面から工夫して考え、気持ちに寄り添うケアを心がけましょう。

～話し合ってみよう～

「これは無理をしているのではないか…」と、ふと思った経験はありませんか？

「食べる／排せつする／眠る／清潔にする」について、それぞれが心がけていることを共有してみましょう。

＜カンファレンスを上手に行うポイント（ある特養を例として）＞

- ・ 毎日の申し送りの中で、利用者の日々の状態変化を他職種でしっかり共有しておく
 - ・ そのなかで何か状態に変化があった場合にはケアカンファレンスを開催する
- プランの変更をする程ではないが、今の状態だとどのようなケアが良いか話し合う
（例：今の状態では入浴ではなく、清拭にしておいた方がいい等）
- ・ こういった多職種が一同に介するケアカンファレンスをわざわざ開催するのはなかなか難しいので、朝夕の申し送り前後の時間を活用する等の工夫をすると、多くの職種が集まりやすく実施もしやすくなる
 - ・ こういったケアカンファレンスは、ケアスタッフのリーダーか看護職が中心となって開催するとよい
 - ・ 一方、ケアプランに関するカンファレンス（プラン変更の検討）については、ケアマネジャーが中心となって開催する
 - ・ カンファレンスでは、利用者本人の状態や変化に加え、本人や家族の希望に添うために必要なこと、スタッフの不安や気になること、家族等の意向の変化がないか、キーパーソンの変更がないか等も忘れず伝達し共有しておく（特に医療職へ）
 - ・ そのための工夫としては、面会記録をみて、家族の面会頻度があいているような場合には、相談員等から連絡をいれて家族の様子の変化等も把握しておく和良好的
 - ・ 家族が面会に来ている時などは、職員は積極的に家族に声をかけてコミュニケーションをとったりする工夫も有効
 - ・ カンファレンスに限らず、看取り期の重要な場面での説明は看護職員などの医療職の役割も大きいので、医療職（看護職員や医師など）には情報が集まるように意識するとよい（面会時の家族の様子などを適宜伝えておく等）



【苦痛について】

看取り期は食事、排せつ、疼痛ケアなどの身体的ケアの他に、不安や孤独といった精神面に関するケアの重要性も高まります。

前述した、シシリー・ソンドース博士は、がん末期患者のケアを行うなかで、彼らの抱える苦痛には以下の4つの要素があることを提唱しました(全人的苦痛)。これらの要素(身体的苦痛/精神的苦痛/社会的苦痛/スピリチュアルペイン)が複雑にからまり合っ、人の苦痛は存在しているといわれています(=全人的苦痛)。本人の苦痛を分類するというものではなく、どの要素なのかを考えることによって理解が深まるかも知れません。

<「全人的苦痛 (Total Pain)」～苦痛の4つの要素～>

身体的苦痛	痛み、他の身体症状、日常生活動作の支障 等
精神的苦痛	不安、いらだち、孤独感、恐れ、うつ状態、怒り 等
社会的苦痛	家庭内の問題、人間関係、経済上の問題、仕事上の問題、遺産相続 等
スピリチュアルペイン (霊的苦痛)	人生の意味への問い、苦しみへの意味を探すような痛み 「生きている意味がない」「なぜ私だけがこんな目に合うのか…」等

(令和元年度実践編研修(施設向け)テキスト p68・大井裕子氏 資料)

「暮らしの中の看取り準備講座」大井裕子著 中外医学社刊

◆ 施設の高齢者においても、同じような苦痛があることを理解して寄り添いましょう

身体的苦痛については、できるだけ和らげるようなケアをしていきます。たとえば、「さする」「姿勢を変える」といったこまめなケアにも心を配り、できるだけ快適に過ごせるように心がけましょう。また、痛みや息苦しさについては、直接的なケア以外に、環境整備や日常動作の工夫なども考えられます。また、食べられないことに対しては無理な働きかけをせず、負担の少ない方法を工夫します。

◆ 本人の様子に合わせて、スキンシップや孤独にしない等の対応もケアのひとつです

看取り期の精神的なケアでは、利用者と関わる時間の中で、その方の思いやこれまでの生活での後悔、抱えている問題等に受容と共感の態度で耳を傾け、思い残すことがないように手立てを一緒に考える等の支援を行います。よく観察し、話を聴き、手を握る等のスキンシップや、相手の様子を見て出来るだけ顔を見せて孤独にしない等もそのひとつです。

～話し合ってみよう～

**普段のケアのなかで感じる、利用者の「苦痛」とはどのようなものがありますか？
そのために、自分たちが工夫していることについて共有しましょう。**



◆ 自分で訴えられない方の苦痛に「どうやって気づいて」、対応していくかが大切です

緩和ケアでは通常、苦痛の程度は本人の主観（痛みの訴求）による評価が基本ですが、看取り期においては、本人による主観的評価が難しい場合もあるので、ケアをしているスタッフがその苦痛に気づいてあげられるかということが重要になってきます。そのため海外では専門職のための客観的な評価法が開発されていますが、日本ではまだまだ普及していません。やはり実際は、日頃接しているスタッフがアンテナを高くして、まめに状態を把握し、何か気づいたり、気になることがあれば、看護職員や医師などのチームで情報を共有しながら対応を検討し進めていくことが大切です。

参考までに、代表的なものを以下に示します。この PAINAD は、進行した認知症の方の痛みを評価するために米国で開発された指標です。

痛みの客観的評価スケール PAINAD
(Pain Assessment IN Advanced Dementia)

5つの項目を0-3点で評価し、0~10点の合計得点で痛みの重症度を評価する

	0	1	2
呼 吸 (非発声時)	正常	随時の努力呼吸 短期間の過換気	雑音が多い努力呼吸、長期の過換気、CS呼吸
ネガティブな 啼鳴	なし	随時のうめき声、ネガティブで 批判的な内容の小声での話	繰り返す困らせる大声、 大声でうめき苦しむ 泣く
顔の表情	微笑 ／無表情	悲しい、怯えている / 不機嫌な顔	顔をゆがめている
ボディ・ ランゲージ	リラックスしている	緊張 / 苦しむ、行ったり来たり そわそわしている	剛直 / 握った拳 膝を曲げる/引っ張る 押しのける/殴り掛る
慰 め	慰める必要なし	声掛け、接触で気をそらせる、安心する	慰めたり、気をそらしたり、安心させられない

Warden, Hurley, Volicer, JAMDA 2003;4(1):9-15 (平原佐斗司訳)
(令和元年度実践編研修 (施設向け) テキスト p21・平原佐斗司氏 資料)

～話し合ってみよう～

「苦痛」への気づきについて、自分たちが普段行っている工夫、また、これからできそうなことについて話し合ってみましょう。

入所期

安定～衰弱期

看取り期

看取り/看取り後

高齢者の身体的苦痛を和らげるケアについては、以下のような例があります。

<身体的苦痛を和らげるケアについて>

ケアの必要な場面	対応例・要素
痛みのケア	<ul style="list-style-type: none"> 適切に鎮痛薬を用いるための援助： <ul style="list-style-type: none"> 「痛み」についての情報（評価など）を医療者に伝える 服薬状況の確認（オピオイド鎮痛等の服薬状況など）等 痛みの閾値を上げる（痛みを軽減させる）もの： <ul style="list-style-type: none"> 安心や穏やかさを提供する（不安などへの対応 等） 安心できる環境、家族などの支え（一人にしない等）等 ケア：さする、安楽なポジション、環境整備（ベッド他）等 代替療法：アロマセラピー、マッサージ、鍼灸、音楽、リラクゼーション他）等
息苦しさのケア	<ul style="list-style-type: none"> * 一番多いケースは肺炎を起こした際の呼吸困難 包括的呼吸リハビリテーションの実施・継続： <ul style="list-style-type: none"> 酸素療法や排痰管理、理学療法的な対応により、呼吸法や、体位による呼吸援助 等 体位の工夫…状態を起こすこと： <ul style="list-style-type: none"> 心不全の方は、なるべく身体を起こしてあげると楽になる 肺炎の後などは、身体を起こすことで、身体機能への刺激となって、排痰や飲み込みがしやすくなる…といわれている 日常動作の工夫…室内動作法の点検他 環境整備： <ul style="list-style-type: none"> 窓をあけて換気、顔に風があたる、風通しをよくする 等 ゆったりした衣類、心地よい寝具 等 精神的ケア：傾聴、タッチ、安心を与える 口腔ケア：心地よい口腔ケアが重要（肺炎の防止）

（令和元年度実践編研修（施設向け）テキスト p23-25・平原佐斗司氏 資料を参考に作成）

～話し合ってみよう～

高齢者の「苦痛」への対応について、普段、自分が留意していること等をチーム内で話して共有してみましょう。また、対応が難しいと感じていることがあれば、それらもチーム内で話し合ってみましょう。

入所期

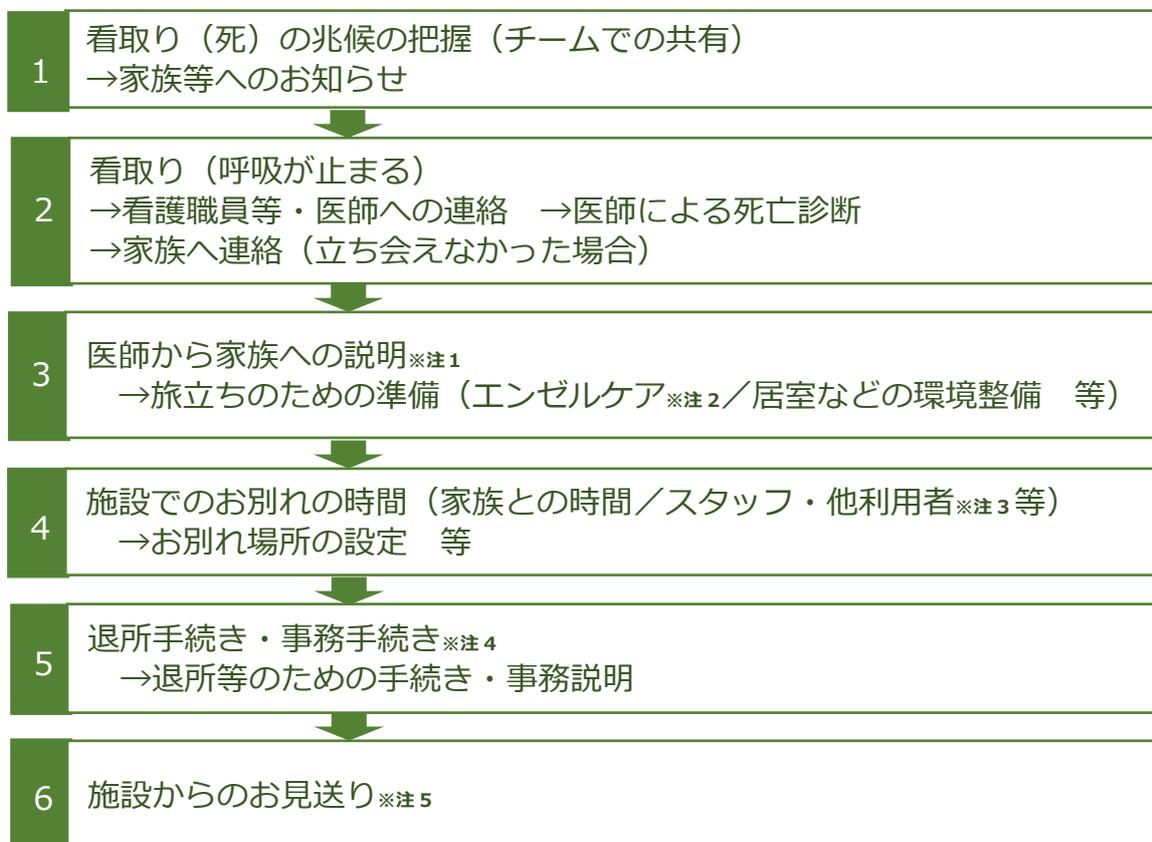
安定～衰弱期

看取り期

看取り/看取り後

5. 「看取り」への対応

<看取り前後の流れ>



※注1：医師から家族への説明…医師から家族に対して経過説明を行います。医師は利用者本人や家族等にとって大変重要な存在です。入所時はもちろんのこと、看取り期の開始～看取り後まで、医師からきちんと説明を受けて意思疎通を図ることは、家族等にとっても安心感や納得感につながります。

※注2：エンゼルケア…故人を大切な人として送り出すために、身体の拭き清め、衣服の整え、化粧、整容等をおこなうものです。これまで関わってきたスタッフが中心となり、家族にも声をかけて一緒に行うとよいでしょう。これまでの思い出やエピソードを話し合いながらおこなうことで、グリーフケア（死別による悲嘆にくれる人に寄り添うこと）にもなります。

※注3：他の利用者へ伝える…故人とともに過ごしていた他の利用者にも、亡くなったことを伝える必要があります。どこまでの方にどのように伝えるかという方針を施設で定めておき、親交のあった人の動揺をケアすると共に、お別れを言いたい気持ちもくめるような配慮を心がけます。施設内でお通夜や告別式を行い、他の利用者や職員も参列する場合があります。

※注4：退所手続き・事務手続き…亡くなった後は、葬儀の手配、役所等での手続き、退所の手続き、遺品の整理等、家族が行うべき様々なことがあります。気持ちの動揺もありなかなか対応できないかもしれませんので、困りごとがないか、様子を見て声をかけてあげてもよいでしょう。なお、死亡診断書は様々な場面で必要となりますので、コピーをして複数枚手元におくよう伝えるとよいでしょう。

※注5：施設からのお見送り…家族の意向と施設の方針によって決めていきます。他の利用者も共に送り出しに参加するか、施設からの挨拶・家族の挨拶といったスタイルをとるかといった点を考えておき、心を込めて送り出します。



【看取り（死）の兆候の把握】

◆ 身体の状態等から兆候を把握し、看取りの日が近いことを意識して対応しましょう

死が近づいてきたことは、身体の状態に表れてきます（下表参照）。こうした身体的な変化を日常のケアのなかで「なにかがいつもと違う」と感じたら、じっくり観察し、ケアチーム内でも情報を共有して、近いうちに訪れる看取り（死）の時にむけた対応をしていきます。

＜死が迫っていることを示す兆候の類型と家族への説明＞ * 例外はあります

呼吸の変化	呼吸が不規則になり、呼吸が少しの間（10～20秒）止まったりします。 肩やアゴを動かして息をしたりします ・ 呼吸リズムの変化（チェーン・ストークス呼吸） ・ 死前喘鳴（ゴロゴロという音が混じる）、下顎呼吸、喘鳴 →家族等には、これらは自然な現状なので、「本人は苦しさを感じていることはないといわれている。呼吸が止まったり、アゴをあげたりするようになったら、お別れが近づいている」ことを伝える。（会わせたい人にはすぐ連絡を！）
意識・認知機能の変化	徐々に眠っている時間が長くなり、眠り込んで声をかけてもだんだん目を覚ますことが少なくなります ・ 意識レベルの低下、昏睡 →家族等には、眠っている時間が長くなってきたら、「話しておきたいことがあれば早めに」等を伝える。
経口摂取の変化	食べたり、飲んだりすることが減って、無理に口に入れるとむせたり、飲み込みにくくなります ・ 食事・水分が取れない、嚥下障害 →家族等には、身体が徐々に受け付けなくなっているのでも、「無理に食べさせるのではなく、本人が食べたい時に食べさせる。氷片や好きな飲み物による口腔ケアなどが喜ばれることもある」ことを伝える。
皮膚の変化	血圧が下がり、血流が悪くなるために起こる現象です ・ 網状の皮膚（チアノーゼ）、色調の変化、四肢の冷感、口唇・鼻の蒼白 →家族等には、手足をさすったり、マッサージを勧め、手足の冷たさが気になる時は、上に何かかけて保温調整するよう伝える。
情動的な状態の変化	身体の状態が低下するため、脳の機能が低下して、人によっては、せん妄といわれる興奮状態が起こることがあります。 ・ 落ち着かなさ、身の置き所のなさ、精神状態の悪化 →家族には、薬や痛み、精神病や認知症等によるものではない。自然な現象なので動揺しないように伝える。
全身状態の悪化	・ 身体機能の低下、臓器不全
その他	・ 医療者の直感

(OPCARE9 プロジェクトによる国際同意 2013)
(令和元年度実践編研修（施設向け）テキスト p11・平原佐斗司氏 資料を参考に作成)



◆ **看取り（死）がせまってくると、時間と共に以下のような経過をたどります**

看取り（死）がせまってくると、時間と共におおむね以下のような経過をたどります。「危篤」という言葉がありますが、これは 24 時間以内に死が予測されるときをいいます。

＜死亡直前の変化とケアの観点＞ ※約 20%の人はこのような経過をたどらず、急に亡くなることがあります。

時期	症状	状態の説明	ケアのアドバイス
死亡 1 週間前頃	意識の混濁・うわごと	だんだんと眠っている時間が長くなる／辻褄の合わないことを言う	伝えたいことがあれば今伝えておく／穏やかに優しく話しかける
	嚥下困難	飲み込みにくく、むせたりし、食べる量が減ってくる	身体がエネルギーや水分を必要としなくなっている
	尿量減少	尿量が減ってくる	
1・2日～数時間前	昏睡	声をかけても目覚めなくなる（半数）	苦痛が少なくなっている
	死前喘鳴	喉元でごろごろする音が聞こえる	眠っているため本人の苦しさは少ない／脳の循環が低下しておこっており（自然現象）、不快や苦しみの表現ではない
	チーンストーク呼吸	脳の状態や循環状態が悪くなると、呼吸の指令にずれが生じ、呼吸が増大と減少を繰り返す	
数時間～死亡直前	下顎呼吸	喘いでいるように見えても、苦しいからではない	
	四肢冷感、チアノーゼ、動脈触知不可	血圧が下がり、循環が悪くなっている	聴覚は最期まで残ると言われているため、お別れを言ってあげるとよい

（令和元年度実践編研修（施設向け）テキスト p15・平原佐斗司氏 資料）

◆ **死亡前に起こる兆候として、以下 4 点が一般的とされています**

死亡前に起こる兆候として、下表の 4 点が一般的とされています。「普段と何かが違う」と看取りの兆候を察知したときは、これらの点をこまめに観察して、もし呼吸や循環の様子に変化が現れてきたら、必要に応じて看護職員など医療職に連絡をとるようにします。このあたりは施設であらかじめルールを決めておきます。

＜晩期死亡前徴候（死亡当日に生じる徴候）＞ ※必ず起こるわけではないが、出現した場合死の確率が高い

死前喘鳴	呼吸
下顎呼吸	
四肢のチアノーゼ	循環
橈骨動脈の触知不可	

（森田達也ら 死亡直前と看取りのエビデンス 2015 医学書院より令和元年度実践編研修（施設向け）テキスト p12・平原佐斗司氏 資料を一部加工して転記）



【看取り時の対応】

◆ 慌てず、穏やかに、本人・家族等へはいつもと同じコミュニケーションを心がけます

重要なことは、「危篤」状態になっても、慌てず、いつものケアの時と同じように、やさしく言葉をかけたり、手足をさするなど、いつもと同じように穏やかに接することです。

看取りの時間がせまっても、聴覚は最期まで残ると言われていますので、家族等と共に、穏やかに話しかけたり、感謝やねぎらいの言葉、お別れの言葉等を伝えていきましょう。もし最期の時に家族等が不在の場合は、施設のスタッフがその役割を果たすことになります。

◆ 呼吸が止まっても慌てず対応できるよう、連絡体制や対応フローを整え共有しましょう

本人の呼吸が止まったことを発見・確認したとき、スタッフが慌てず対応できるよう、予め連絡体制を整え、具体的にどんな対応を行うかを記したフローを施設として作成し、ケアチームで共有しておきましょう。どのタイミングで医師／家族へ連絡するかは、施設管理者、介護職員、看護職員、医師があらかじめ協議してルールを決め、「看取りマニュアル」に明記しておきます。

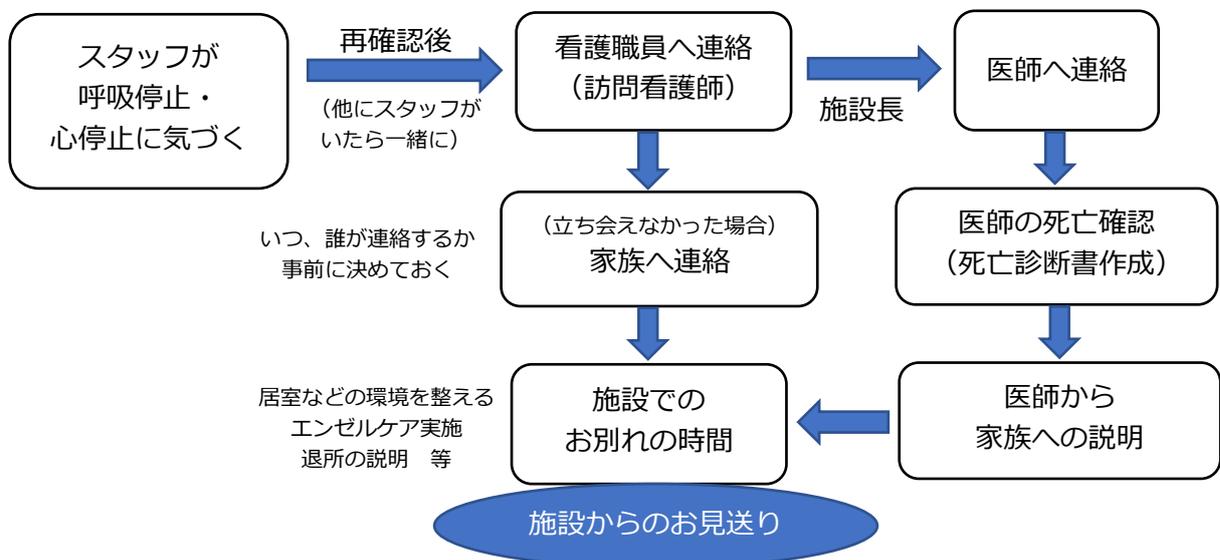
特に、死亡診断は医師が行うので、すみやかに医師と連絡がとれるようにしておくことが重要です。

<マニュアルに記しておく項目（例）>

- ・ 連絡体制（連絡先／連絡手段、日中／夜間／休日 等）
- ・ 医師への連絡方法（日中／夜間／休日／不在時の代替りの医師）等*
- ・ 対応フロー

*夜間連絡体制例は「2. 介護・医療間の連携」の章を参照

<スタッフが呼吸停止・心停止を確認した場合の対応フロー（例）>



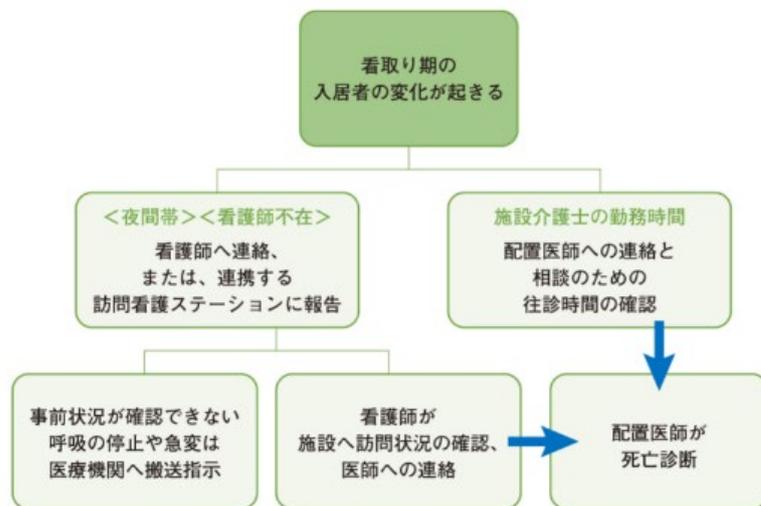


◆ **看取り介護が実施されていた場合と、突然の死亡では、対応内容が全く異なります**

施設における看取り時の対応は、下図右の流れで医師（配置医師）の死亡診断が行われます。一方、まだ看取りの時期と判断されていない高齢者の場合でも、急な変化が起きて突然亡くなるケースがあります。その場合、事前に合意がない場合は「救命救急措置」がとられ救急搬送になることもあります。その後死亡した場合は、警察官による検死が行われ死体検案書が作成されることとなります。

＜施設における看取り時の対応＞

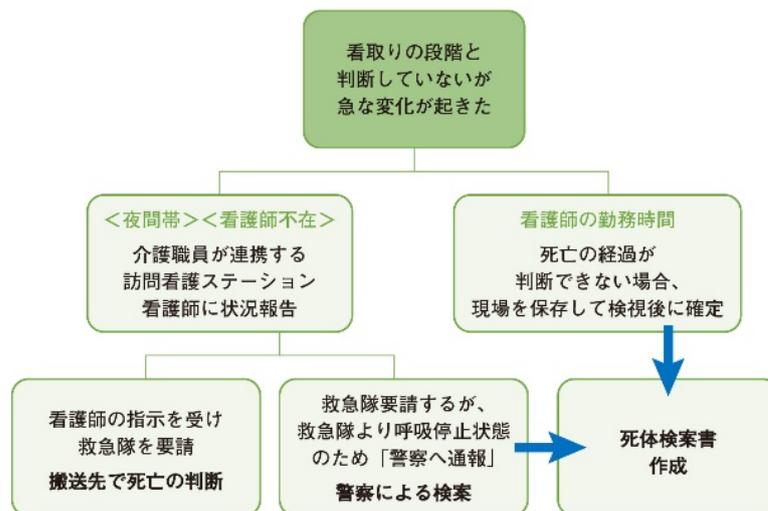
施設における看取り時の対応



(令和元年度実践編研修（施設向け）テキスト p.32・川崎千鶴子氏資料)

＜突然の死亡への対応＞

突然の死亡への対応



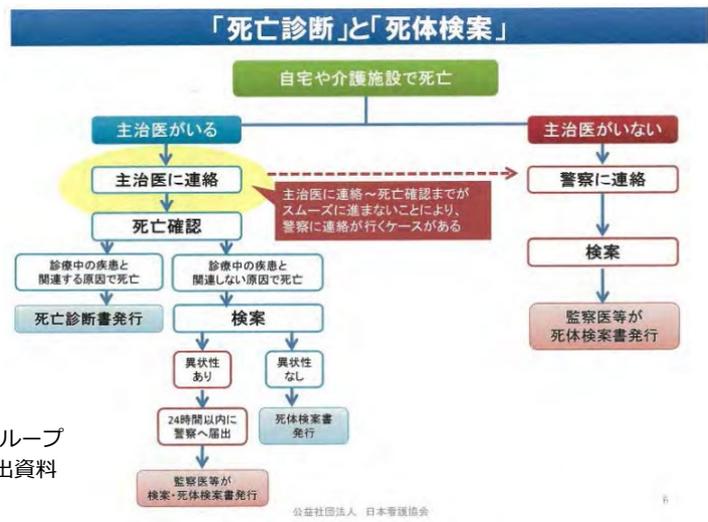
(令和元年度実践編研修（施設向け）テキスト p.33・川崎千鶴子氏資料)



◆ 施設での看取りでは、呼吸が止まった時間をスタッフは確認しておきましょう

施設での看取りでは、医療機関のように、臨終の場面に医師が立ち会うことはほとんどありません。多くは家族や施設スタッフに見守られ、看取り後に医師が死亡診断を行い、死亡診断書を交付します。そのためには、看取りに立ち会った施設のスタッフや家族が、呼吸の止まった時刻を確認しておく必要があります。必ず行うよう、ルール化してマニュアル等にも記載しておくことが必要です。

<死亡確認に関するフロー>



(内閣府規制改革会議 健康・医療ワーキング・グループ
平成 27 年 11 月 26 日 資料 2-1 日本医師会提出資料
P5 公益社団法人日本看護協会引用資料から)

◆ 家族等へ危篤や逝去を伝える際の言葉や配慮を日頃から整理しておきましょう

看取りが近づいた段階では、家族への連絡もこまめにとっていくこととなりますが、スタッフにも経験差があるので、経験の浅いスタッフの心理的負担を軽減するためにも、ある程度、伝える言葉やタイミング、伝え方などを整理して共有しておくといよいでしょう。

たとえば、電話などで危篤や逝去を家族等に知らせるとき、呼吸停止までに家族等が到着できなかったとき等、様々なデリケートな場面が想定されます。

落ち着いて、丁寧に話すことはもちろん、具体的な伝え方等にも配慮できるよう、ケアチームとして日頃から整理して、誰でも適切な対応が出来るように心がけておきましょう。

～話し合ってみよう～

「看取りの兆候」、あなたは感じていますか？

連絡体制や対応フローは整備されていますか？それらに改良の余地はありますか？

本人の呼吸が止まったことを発見・確認した時、慌てないで対応するためにはどんな準備をしておいたらいいか話し合ってみましょう。

家族等に伝える時、どんな言葉、配慮が大切でしょうか。



【看取り後の対応】

◆ 看取り直後の家族が行うべきこと、事務手続き等も適切にサポートしていきましょう

医師による死亡確認後、医師から死亡診断書が発行されます。家族等は、それをもって死亡届を出し、年金・保険・税金などの事務手続きを行わなくてはなりません。また、葬儀への心づもりや施設から帰る先への車などの手配、最期に着せる衣装の用意等、悲嘆にくれる家族等にとって、なかなか気が回らないことも多いと思いますので、必要があれば情報提供等のサポートをしていきましょう。

<死亡診断と死亡届>

■ 発行・提出できる人	
・ 死亡診断書の発行	・ 医師
・ 死亡届の提出	<ul style="list-style-type: none"> ・ 親族（6 親等内の血族、配偶者及び 3 親等内の姻族） ・ 同居者 ・ 家主・地主・家屋管理人・土地管理人 ・ 公設所の長 ・ 後見人、補佐人、補助人、任意後見人

■ 家族が行う死亡に関する各種届け・手続き	
死亡届関係	<ul style="list-style-type: none"> ・ 死亡届：死亡を知った日から 7 日以内 ・ 死体火・埋葬許可申請 ・ 住民票の抹消届：死亡から 14 日以内
年金関係	<ul style="list-style-type: none"> ・ 年金受給停止の手続：死亡後速やかに、国民年金は 14 日以内 ・ 年金受給権者死亡届、年金証書または、除籍謄本など ・ 国民年金の死亡一時金請求期限：死亡から 2 年以内 ・ 遺族年金等の受け取り手続き：逝去から 5 年以内
医療保険、介護保険等の関係	<ul style="list-style-type: none"> ・ 補助金・給付金、高額医療費の申請や払い戻し手続き ・ 介護保険資格喪失届：死亡から 14 日以内 ・ 雇用保険受給資格者証の変換
税金関係	<ul style="list-style-type: none"> ・ 所得税確定申告・納税、相続の放棄、相続税の申告・納税
遺言書の検認	<ul style="list-style-type: none"> ・ (期限はないが速やかに)
生命保険金の請求	<ul style="list-style-type: none"> ・ 死亡から 2 年以内

(令和元年度実践編研修(施設向け)テキスト p35・平原佐斗司氏 資料)

入所期

安定～衰弱期

看取り期

看取り/看取り後

【グリーフケア】

死別は、家族や周囲の人に悲嘆や喪失感などを起こします。看取りによる喪失への悲嘆の反応は、一般的に「グリーフ Grief」と呼ばれ、身体的・精神的な悲しみの反応として、以下のようなものがあげられます。

- ・喪失感／虚無感／罪悪感・・・等
 - ・もう会えない、もう話せない、心の支えを失ってしまった
 - ・十分な世話をしあげられなかった、あれで良かったのだろうか
 - ・間に合わなかった
- ・パニック、混乱、悪夢、集中力や意欲の低下、人と会いたくない・・・等
- ・眠れない、食欲がない、動悸やめまい、息切れ、下痢・・・等

こうした死別によって生じる悲嘆の状態は人として正常な反応で、むしろ悲しみにふたをして、むやみに元気であることは、かえって回復を遅らせてしまいます。また、こうした悲しみの期間があまり長く続くと、精神的な治療が必要になってしまうこともあります。

◆ 高齢者が悲嘆を乗り越えられないままにいと、要介護状態などのリスクもあります

また、配偶者を亡くした場合は、家族本人も高齢ですので、悲嘆を乗り越えた生活構築ができないと、新たな疾病が生じて要介護状態に至ってしまう等のリスクもあり注意が必要です。

◆ 死別による悲嘆を乗り越えるグリーフケアについて理解しておきましょう

しかし、残された家族等もいつかはその悲しみを乗り越え、故人のいない生活に慣れ、新しい自分の生活を作っていくなくてはなりません。可能な範囲でこの自然な悲しみを支えつつ、残された家族等が新しい生活環境に適応していくことをサポートすることは看取りに関わったチームとして大切です。こうした取組をグリーフケア（遺族ケア）といいます。

<グリーフケア（遺族ケア）とは>

「大切な家族との死別を経験した人々が、適度な期間内に悲嘆の苦痛を享受し、乗り越えられるように、遺族が自らの役割を果たし、故人のいない生活に適応していくための新たな考えや対処方法を学び、低下した自尊感情を立て直し、新たな自己イメージを確立していけるように支援すること」

（鈴木志津枝「遺族に対する看護ケアのあり方」家族看護 4(2)2006 より引用）

入所期

安定～衰弱期

看取り期

看取り/看取り後

◆ 故人の晩年を支えたケアチームスタッフは、家族等の悲嘆軽減を支援できる一人です

ケアチームができるグリーフケアの例としては以下のようなものがあげられます。

対応例	背景・理由
生前の看取り期のケアに家族等も積極的に参加していただく	「十分にやれることはやった」という満足感・達成感があると、看取り後の「負の感情」が少なくなる
晩年の故人をよく知る一人として、家族等のよき話し相手になる	語りを促して、心の中に起こっている様々な感情も含めた体験談や、故人との思い出話などを聞くことは悲嘆の軽減や日常性を取り戻すきっかけにつながる
悲しみのストレスを感じていることは悪いことではないと伝える（病気ではなく普通のこと 等）	十分に悲しみ、何らかの方法でそれを表出し、誰かに受け止めてもらい、自ら悲しみを整理することは悲嘆を軽減する一助になる
上手に息抜きすることも大事であると伝える	故人をしのぶあまり、気分転換することに罪悪感を抱くケースもある
スタッフと家族等が話せる機会をつくる（お別れの会・遺族会 等）	晩年の故人を知るスタッフは、家族等にとって泣いても笑ってもいい、思いを語りやすい雰囲気・関係性がある

家族の悲嘆に寄り添いつつ、過度に悲嘆状態が続いていないか、事後手続き等で接点を持つときに気にしていくとよいでしょう。

なおグリーフケアは、ケアチームのスタッフにも求められます。また場合によっては、施設内の他の利用者にも必要なことがあるでしょう。同僚やチームメンバー、他の利用者の状態や様子にも目を配り、お互いにケアし合う姿勢が望まれます。

～話し合ってみよう～

どんな言葉や行動が、家族等へのグリーフケアに繋がるか話し合ってみましょう。

他の利用者へは、亡くなられたことをどんな言葉で伝えるのがいいでしょうか。

看取り後に家族と交わした会話など、印象に残るものを共有し、その時の自分の思いについても話し合ってみましょう。

◆コラム

「看取り」は一人ひとりの個別のイベント。One Team になってプロデュース

◆ターミナルケア（旅立ちへのケア）指針を提示

同施設は 53 床の規模で、年間 10 人以上を看取っている。入所に際しては、まず本人と家族に来てもらい、入所前の面談や説明、見学をおこなう。

最期まで過ごす場所として選ばれることが多いため、入所前に施設のターミナルケア指針を説明して理解してもらうようにしている。そして入所当日か翌日には嘱託医との面談を必ず設定し、そこで医師からターミナルケアに関する説明をしている。この時点での説明を嫌がる家族がいた場合はタイミングを見計らうが、「ゴールは誰にもあるのだから」とサポートをしながら機会を設けている。そして、後から変更も可能であることを説明したうえで家族の意見をまとめて、入所時点での「意思確認書」に記載してもらう。

ターミナルケア(旅立ちへのケア)についての生前の意思確認書	
はじめに必ずお読みください。(日本人 □家族 □その他) 年 月 日	
1.あなたは、どこで最期を迎えたいですか。	
<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム	で最期を迎えたい。
<input type="checkbox"/> 病院で最期を迎えたい。	
<input type="checkbox"/> 自宅で最期を迎えたい。	
<input type="checkbox"/> その時にならないとわからない。	
2.希望する医療について	
(1)心臓が止まったとき	心臓マッサージ <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> わからない
(2)食事が食べられなくなったとき	経管栄養 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> わからない
(3)呼吸状態がわるくなったとき	気管内挿管 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> わからない
3.回復の見込みのない病気になるったとき告知を受けたいですか。	
<input type="checkbox"/> 受けたい	<input type="checkbox"/> 受けたくない <input type="checkbox"/> わからない
<small>※ 医師が一般に認められている医学的知見から判断して、回復の見込みがなく、医療機関での治療の必要性が低いと判断された場合、入居者がどのような死を迎えたいか、ということについて確認するものです。ここで確認した希望は尊重して援助しますが、希望が実現できることを保障するものではありません。で提供できる医療行為については、あくまでも請求であり、実施に提供できるかどうかは、入居者本人の条件、状況により異なります。この意思確認書は、いつでも変更可能です。ケアプランの説明のときに、変更の意思は確認いたしますが、必要なときは随時お申し付けください。</small>	
4.そのほか、希望や意思、伝えたいことがあれば記入してください。	

[対象者]	氏名
[説明を受けた方]	氏名 続柄()
[担当者]	氏名
[説明責任者]	印

＜入所前後でのターミナルケアに関する説明機会＞

事前訪問

指針についての説明 1 回目

事前見学

指針についての説明 2 回目

入所判定会議

(施設内会議。説明しておくべきことも洗い出す)

入所・嘱託医面談

医師からターミナルケアについての説明

担当者会議

意思確認書記載に向けたサポート

◆多職種チームでの連携と役割分担

入所後にはまず、本人・家族も交えた担当者会議を実施する。会議には、ケアマネジャー、相談員、介護師、看護師、理学療法士、栄養士等が参加する。なお同施設は看護師が 24 時間常駐しているため、入所中には常時医療職が対応可能である。

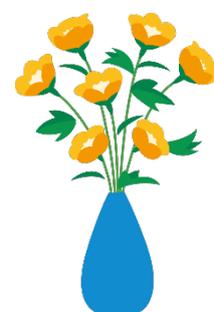
ケア開始後は、多職種チームで連携をしながら日常的な支援をおこなう。一方、たとえば体調を崩したときの一時入院有無については、医療的な面を看護師から説明、対応策を迷う家族のサポートはケアマネジャーや相談員などと柔軟に役割分担しながら対応する。



また看取り期に入るときには、看護師が日頃の変化から判断し、嘱託医に相談。嘱託医の判断を経て、ケアマネジャーがターミナルケアプランを作成する。それを嘱託医・看護師・相談員が同席する形で家族に説明し、合意したら署名をもらっている。

◆看取り後のグリーフケア

看取り後に施設から送り出す前、本人の居室に施設で枕花を用意している。その花を供え、お別れと家族への挨拶を言い、各スタッフもそれぞれ部屋を訪れる。そうした時間や通夜に出向くことが、スタッフにとっても心の整理になる場合が多いという。



勤務の都合で立ち会えなかったスタッフや、深くかかわっていたスタッフなど、想いが消化しきれないスタッフもいるが、ケアマネジャーが聴き役となり個別のスタッフ間対話が生まれることが多い。ケアマネジャーとの語り合いが、結果的にスタッフのグリーフケアとなっている。同施設では振り返りカンファレンスをあえて設けることはしておらず、日常の中で自然と心の整理が進むような環境と関係性がつくられている。

○事例1： 93歳・女性の場合

長女が近くに住んでいたが、自身の家庭事情で介護が難しく、入所を希望した。誤嚥性肺炎を起こしてからほぼ食べられなく、その状態で入居した。担当者会議では遠くない看取りも想定されており、家族の「もう少し食べてほしい」という希望にどこまで対応できるか示しつつ、「ターミナルケアについての意思確認書」を持ち帰って書いてもらった。

これ以上の食事は難しい見込みとなった際、嘱託医・看護師・相談員がターミナルケアプランを家族に説明したところ、静かに受け入れた。入所後2か月で亡くなったが、「私も母も意思疎通できて、ここでの時間を過ごせたことで、安心して見送ることができました」という手紙が、後に長女から届いた。

○事例2： 86歳・女性の場合

本人は誤嚥が苦しくなかなか食べられない状態にあったが、夫は「食べれば元気になるはずだ」とかたくなに思っており、毎日訪れ、何かを食べさせようとし続けていた。何とか夫に食べられなさを理解してもらおうと、ケアチームは当初対応していたが、夫が来ると少しでも元気を出そうとする妻の姿を見て、「これだけ想いをこめてやっていることは、無理に止めないほうがよい」と話し合い、多職種のスタッフが日々入れ替わりで夫に話しかけながら、できるだけ危険がないようサポートした。

妻は亡くなる前日まで、夫にあわせて何とか口に入れようとしていた。夫の行動は、妻の生きる気力に大きく影響していたと思われる。



V 看取り後の振り返り ～看取りの経験をチームの力に～ <C:Check>

このセクションでおさえること

- ◎ 看取りの経験を将来のチームケアに活かすための振り返り「デスカンファレンス」について学ぶ
- ◎ 職員の精神的負担への理解と支援について学ぶ

1. 看取り後の振り返りとして「デスカンファレンス」を開催

◆ スタッフのケアと、次への取組に活かすために「デスカンファレンス」を活用します

チーム力を高めて行くためには、事後のデスカンファレンス（振り返りのためのカンファレンス：「死後の会議」）が有効です。デスカンファレンスとは看取り介護を振り返り、ケアの妥当性を検証するとともに、看取りに携わったスタッフ自身の心のケアを行う機会として開催されるものです。

【Check : 振り返り】

看取り後のカンファレンス : デスカンファレンス

職員の精神的負担の把握と支援 : 職員の思いを共有

◆ 振り返りでは、反省ばかりでなく「できたこと」を積極的に評価しましょう

デスカンファレンスは看取り介護の全体像を改めて見つめる時間であり、「できたこと」も「できなかったこと」も全て洗い出して検証しますが、ポジティブな面を積極的に評価してチームのモチベーションを高めていくことも重要です。「事例（その利用者）が教えてくれたこと」から気づき・学び、次からの取組に活かしていくことで将来の大きな力となるナレッジ（業務への価値が高い実践の知恵／経験知）が生まれる大切な機会となります。

【注意点】

デスカンファレンスの準備としては、「事例概要」「カルテを振り返り気づいたことや追加で必要な情報」「印象に残っている場面・エピソード」「カンファレンスで話し合いたいテーマとその理由」などを整理して臨むとよいでしょう。事例提供者にとっては、事前準備をするプロセスそのものが大切です。自身のグリーフワーク、ひいては自分自身をより知っていく機会にもなります。

◆デスカンファレンスは「言いたいことを話していい場所」であることが大切です

デスカンファレンスを開催する場合は、「安心して語れる場所（話していい場所）」であることが大切です。開催時には、「わかってもらえた」「認められた」とスタッフが感じるようなメッセージが交わされる場になるとよいでしょう。事例が次に活かす題材として活用され、ケアチームのスタッフが新しい視点を得られる機会になればより活性化します。

<デスカンファレンス実施のポイント>

- ・「安心して語れる場所」であることの保障（雰囲気、自分たちのための場という共通認識）

<話し合う内容（例）>

- 各自の活動レビュー：
 - ・できたこと／できなかったこと、よかったこと、難しかったこと
 - ・今後に向け学んだこと、より良くするためにできること
 - ・まだモヤモヤと心に残っていること
 - ・印象に残るエピソード 等
- 看取り介護開始時期の妥当性
- 看取り介護実施の評価（その人らしさの実現、症状へのケア、苦痛への対応 等）
- 看取り介護計画（看取りケアプラン）の評価（内容、実際 等）
- 本人の意向の確認
- 看取り介護の中で工夫したこと
- 本人・家族等への対応（身体的・精神的・社会的な問題 等）
- 看取り介護の満足度（総合評価、家族満足度の推定 等）
- 亡くなった方の最期の表情／看取った家族の表情・家族からの言葉
- その他、気になったこと 等々

- ・看取りから1ヶ月後程度を目処に実施する（時間の経過による新たな気づきも）
- ・家族等に参加していただいてもよい

<デスカンファレンスの効果>

- ・事例の振り返りによって、その事例の全体像を改めて見つめ直すことができる
 - ・学んだことの整理（よかった点／もっとよくするために何ができるか 等）
 - ・「もっと…だったのではないか」というような不完全燃焼のような思いやモヤモヤ感（ちょっと言いにくいようなこと）を落とし込む機会になる
 - ・時間の経過により新たな気づきを得る
- ・スタッフの思いや感覚（喪失感や不全感等）を共有し、スタッフへのグリーフケアの機会となる
- ・それぞれが得た実践の知恵をわかちあうことで、チームとして成長する機会となる

2. スタッフのケア

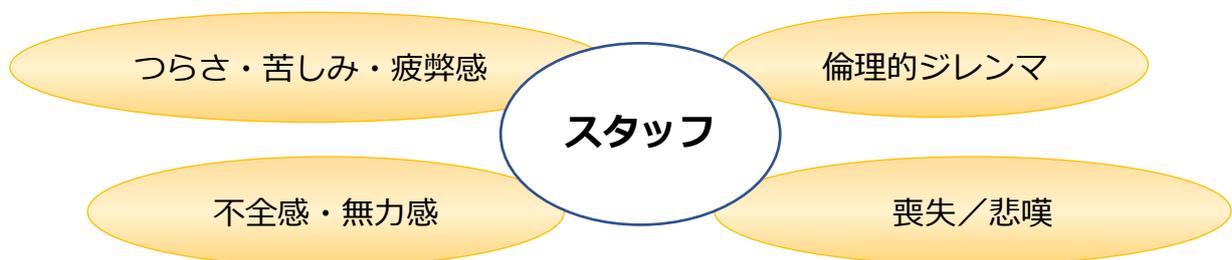
◆ 看取りに向かい合うスタッフにもグリーフケアが必要です

看取りの現場はスタッフに、チャレンジ、学び、恵みなど多くのものをもたらしてくれます。一方で、下図のように、看取りを経験することはスタッフの心にも想像以上の影響や負担を与えます。

スタッフの精神面のケアも大事だと認識し、ケアする人にとってのグリーフケアにも力を入れたいものです。

<看取り続ける現場のスタッフの経験>

- ・ 患者さんの苦痛や苦悩に触れる（二次的／代理的に経験）
- ・ 本人や家族からの『要求』に疲れてしまう（時には批判、非難、暴言などによる傷つきも）
- ・ 自分の経験や技術へ不安を持っている
- ・ 治療選択、療養の場所、時間の過ごし方、「何を大切にしたいか」など様々なことが問われる
- ・ 強く印象に残る人、濃くかかわった人との別れ
- ・ 家族の喪失悲嘆や罪悪感を二次的／代理的に経験する



例えば・・・（看護師の声から）

- ・ 死によって感情が揺さぶられ疲弊する
- ・ 自分の力（経験・スキル・知識・器）不足を痛感する
- ・ 自分のケアが報われないように感じる
- ・ 本当にそれでよかったのかと思う
- ・ 不確かさの中で揺れながら仕事をしなければならない
- ・ 悲しみが静かに積み重なっていった感じがする
- ・ 看取りが続くと気持ちが追いつけず、逆に深い悲しみには至らなかった 等

（令和元年度実践編研修（施設向け）テキスト p98-99・栗原幸江氏 資料を参考に作成）

◆一つの事例を皆で振り返りながら話すことが、スタッフのグリーフケアにつながります

身体と心の状態を整え、時には気持ちを吐露したり、看取り・いのちに対する自分の思いを知ることはその一歩目です。レジリエンス（復活力・回復力）という言葉がありますが、これは逆境に置かれてもへこたれず回復し、復活していく力であり、しなやかさです。スタッフ個々人が自分に合ったグリーフケアを見つけると同時に、スタッフ同士で支え合う循環を作っていくことが求められます。

◆デスカンファレンスを上手く活用して、スタッフ同士の思いや気持ちを共有しましょう

スタッフ同士で、その事例を振り返りながら話すことで、スタッフ同士の思いや気持ちが共有される時間となります。そのことは「自分だけではない／分かってもらえる」と安心したり、「様々な受け止め方がある」ことを知ることもできます。

◆コラム 「ポストイットを使った職員のグリーフケア」の実施

[特別養護老人ホーム]

当施設ではデスカンファレンスの実施とは別に、職員へのグリーフケアを目的として、ポストイットを使ったメッセージボードを作る取組を行っている。

ケアに関わったスタッフは、看取り後にそれぞれ、思い出すこと、思い残すこと等が心のうちに溜まることも多い。それらをはき出す機会として、各自、小さなポストイットに自由にメッセージを書くという形を続けている。

○取組方法

- ・ 看取り後1ヶ月ほど、皆が集う場所にボードを設置し、故人へのメッセージや写真を貼れるようにしておく。
- ・ スタッフは思い思いに、ポストイットを使ってメッセージを貼り付ける。
- ・ 他の人のメッセージも見ることができる。
- ・ 最後はアルバムにして、皆が手に取れる場所に保管していく。



～話し合ってみよう～

あなたの施設では、看取り後のデスカンファレンスが実施されていますか？
安心して語れる雰囲気、場づくりのために必要なことはなんでしょう。

VI 看取り体制の改善のために <A:Action>

このセクションでおさえること

◎看取り体制の改善のための流れとポイントを理解する

◆デスカンファレンス等で得られた事柄を活かして改善のサイクルをまわしていきます

前述したとおり、充実した看取り介護を行っていくためには、「PDCA サイクル」を実践して計画的に進めていくことが必要です。入所期から看取り、看取り後の振り返りまでのプロセスでチームが学んできた事柄は、将来にわたる看取り介護の質を向上させるために、体制を強化するための改善につなげていきます。

具体的には、以下の項目になります。

【Action : 体制の改善】

指針の見直し

: 定期的な確認、見直し
同時に、マニュアル・業務フロー等の修正

看取りに関する報告会の開催

: 実践の報告、研究を発表
(外部の研究会などでの活動発表 等)

入所者、家族等、地域への啓発活動

: 施設内外で施設での看取りの紹介
家族懇談会・地域家族会 *次頁コラム参照

◆スタッフへ「振り返りのためのアンケート」を実施し、活用していくことも効果的です

デスカンファレンスを実施するだけでなく、事前に「振り返りアンケート」をスタッフに実施し、その集計結果を活用することも効果的です。限られた時間で効率的にデスカンファレンスを進めるためにも、あらかじめ話し合う内容にそったアンケートを各自が記入することで、言いたいことが整理される等の効果と共に、同じ指標で評価して、毎回残していくことで、施設としてデータを蓄積することも可能になります。

更なる看取り介護の強化にそなえ、体制の改善にむけた様々な取組を工夫していくことは、将来にむけたチームケア推進にとって有益です。

◆ 自分たちの経験を外部研究会などで発表したり、内部勉強会の開催なども有効です

施設としての看取りの経験や、振返りアンケートのデータなどを活用して、外部の研究会で発表したり、内部勉強会を開催するなど、他者に対する説明機会に取り組んでいくことは、職員の看取りに対する認識を深め、人材を育成するためにも有効です。ぜひ機会を作って積極的に取り組んでみましょう。

◆ 家族懇談会等を開催して、看取りに対する啓発活動を行うことも重要です

入居時に、施設での看取りについて指針などの説明がありますが、それだけで利用者や家族等が具体的なイメージを持てるとは限りません。したがって折に触れ、時間をかけて、施設での看取り介護の具体的な内容について知ってもらうことは、看取り介護の円滑な実施に向けて非常に重要な取組となります。そこで、以下コラムにあるような「家族懇談会」等で看取り介護に関するテーマの報告会を開催し、施設での実例について伝えていくことは家族等に看取りについて考えてもらうためには重要なきっかけとなります。

◆ **コラム ～「家族懇談会」の実施～** <特別養護老人ホーム>

当施設では、年に3回ほど「家族懇談会」を行っている。家族に、ここでの暮らしを具体的に理解してもらうこと、あるいは看取りについての理解等を目的としたものである。

たとえば次のような場を設けている。

○ **施設での暮らしを具体的に理解してもらう懇談会**

排せつケアや入浴ケアに使う道具を見せて、車いすの人にどうやって便座に座ってもらうか、風呂のリフトはどのように使うかを説明。こうした工夫で下剤も少なくすむこと、自然な生活を送れるようにしていることなどを理解してもらう機会となった。食事も実際に試食してもらった。

○ **当施設で重視している「環境づくり」を家族とともに考える懇談会**

ワークショップ形式で「ベッドの脇に本人は何を置いてほしいと思うでしょうか」という問いを出し、家族と考える時間を設けた。本人視点で快適な環境づくりを進めるための一助としている。

○ **当施設で、先に看取りを経験した家族に来てもらい、現入居者家族と交流する懇談会**

人生の最終段階である看取り期に感じた葛藤も含め、見送った経験や家族ならではの気持ちについて話してもらう。家族としてどんなことができるか等を考えるきっかけにして頂いている。

VII 効果的な「研修」実施のポイント

～このセクションでおさえること～

- ◎ 看取りケアに対する職員の理解促進のために、「研修」の機会を活用する
- ◎ 具体的なプログラムやグループワークの活用について理解し、自施設内での応用を考える

1. 共通理解をつくるための「研修」の活用

施設の方針を理解し、チーム内で看取り介護への価値観を共有しながら、看取りに関する知識を増やしていくことは、スタッフの研鑽と看取りへの不安解消し、看取り介護を推進するためにはとても重要です。

このために有効な一つの方法として、施設内での「研修」実施があげられます。

「研修」を実施する機会は、たとえば次のようなタイミングや対象が考えられます。

<タイミング：施設の看取りへの取組段階別の研修>

- ・ 看取り介護の導入時期にある施設では…、
開始前に、全スタッフ共通で方針を理解する機会としての研修
- ・ 看取り介護を推進し、定着している施設では…、
専門知識の理解や、日頃の課題解決に向けた定期勉強会としての研修

<対象：スタッフの別の研修>

- ・ 新入職員：入職時研修の一環として
- ・ 若手職員：ベテラン職員の経験を共有し、自施設での看取りを学ぶ機会として
- ・ 多職種職員：円滑な業務に不可欠な他職種連携や協働のためのコミュニケーション機会として

◆ 「研修」では、講義による知識習得だけでなく、スタッフ同士の対話が重要です

施設等で「研修」を実施する際には、講義による知識習得だけでなく、グループワーク等で、スタッフがお互いに対話することを重視し、職員やケアチーム間での共通理解の場として有効に活用して行きましょう。

以下では、効果的な「研修」を実施していくためのポイントを示していきます。

◆ まず、どんなテーマが適切か、チームにとって求められる知識は何かを検討しましょう

「研修」テーマの設定は、自施設の「看取り」への取組段階を踏まえ、まず、職員にとって必要なことは何かを事前にしっかり検討しましょう。また、施設にとって必要とされている研修計画を含め、外部研修等の機会も活かしながら計画していきましょう。

<「研修」テーマ（例）>

テーマ（例）	具体的な内容（例）
施設における看取り方針を理解する	施設における看取りのための施設方針について説明し、それを実践していくための検討等を行い、理解を深めていきます。
看取りの流れとポイントについて学ぶ	看取り期に起こる状態変化などと共に、延命措置や自然死に関する考え方を学んだりしながら、施設での看取りの流れと、求められるケアのポイントを学んでいきます。
意思決定を支えるための実践を行う	本人／家族とのコミュニケーションのあり方、実際の進め方の実践例などから、ご本人とその家族の意思決定を支えるための実践を学んでいきます。 例) ACPを理解する 等
チームで取り組む看取り介護について理解する	チームで取り組む看取り介護について、施設における体制や各々の役割などを理解し、実際の現場での対応例などを検討し、チームケアの在り方への理解を深めていきます。
看取りに求められる具体的なケアについて学ぶ	看取り期の状態変化や各段階で求められるケア、緩和ケアなど、看取りについて、施設の現状にあった具体的な内容について学びます。 例) エンゼルケア研修 等

【留意点】

- ・ 忙しい施設での業務の中で実施する「研修」は、大きな「研修会」でなくても、日々の業務の中に溶け込ませた形で実施することも可能です。ある施設では、日々実施される申し送りのタイミングで、20分くらいの小さな研修会を積み重ねています。
* 次頁コラム「伝達研修」参照

◆コラム 「伝達研修」の実施 [特別養護老人ホーム]

当施設では職員向け研修を、「伝達研修」という形で実施している。研修時間を別途設けるのではなく、日常的な申し送り時間の一部を使って、全てのスタッフが受講できるように、同じ内容を複数日実施する形態である。具体的には次のようになっている。



○実施方法：

- ・ 毎日夕方 16:30 から行っている申し送り時間の一部を使って実施する。
- ・ 参加者はその日の申し送りに参加するスタッフ 6-7 名。
- ・ 1 つのテーマは、少なくとも 5 日間実施する。早番・日勤・遅番・夜勤と勤務が色々なので、同じ内容を複数日実施することで、非常勤も含めて全員が参加できる。参加状況は勤務表で確認。
- ・ 内容と講師はスタッフ（看取りに関しては看護師）が担当し、15～20 分ほどで完了できる分量で、該当テーマの資料を講師担当が作成して実施。
一例として)「看取りケア」テーマでスライド 6 枚を看護職員が作成して実施。
- ・ 毎日実施するため、説明役は 1 日目に受けた人が 2 日目の説明役になる等、輪番で行うこともある（テーマによる）。
- ・ 受講した職員は、終了後、各自「伝達研修感想用紙」を記入して講師に提出する。
- ・ 講師は 5 日間の研修終了後、「伝達研修報告書」を作成。その中で参加者からの感想を確認したうえでの自己評価も記入する。

○実施テーマ：

- ・ 褥瘡、身体拘束、虐待・人権擁護、看取り、感染症等、年 12 テーマ程度実施。

2. 施設の中での「研修会」実施に向けて（準備～終了まで）

本項では、東京都の「暮らしの場における看取り支援事業」で実施している実践者研修等の中で、実際に用いられている手法をベースにご紹介していきます。

【事前の準備】

1. まずは、自施設やチーム等がおかれている現状・状態について整理してみましょう

研修会の企画を立てていく際には、求められているテーマ等の与件がある場合は、それら求められていることの背景などもふまえて、自施設やチーム等が置かれている状況や自分が感じている問題点などの現状をどんな小さなことでもいいので、否定しないで聞きあい全て書き出して整理してみることが有効です。書き出したことのうち気になる点に印をつけてみると、それが解決すべき課題になっていきます。

2. 「何のための研修か」を明確に。研修後の「こうあって欲しい姿」を想像しましょう

研修会は、「誰かに」「何かを」「学んで／身につけて欲しい」という目的があって開催されるものです。従って、まずはその研修に参加するスタッフやそのチーム／施設等が、研修後に「こうなるといい／こんな結果につながってほしい」といった姿を想像してみましょう。自分が望む状態をホンネの言葉で簡潔な文章にしてみることもおすすめです。あるいは、参加者を主語にした「求める成果」を実際に文章として書いてみましょう（＝目標）。

<事前準備のポイント>

- ① 現状の整理：
チームや施設等がおかれている状況を整理して、認識します
- ② 目標の明確化（求める成果＝こうあって欲しい姿をイメージ）：
研修後の「こうあって欲しい姿」をイメージし、目標を明確にします
例）新人達が施設の看取り方針について理解

【コラム ～目的と目標の違い～】

1つの研修会の目標は、山頂に向かう途中の道標までたどり着くこと

- ・ **目的** = 最終的に到達したい「**山頂**」
- ・ **目標** = 山頂に向かう**途中にある**、山頂を示す「**道標（みちしるべ）**」

「山頂（＝目的）は、遠くてなかなかたどり着かないので、途中途中でここまでは到達したと認識したり、次はあっちに行けばいいのだと確認するために道標（＝目標）がある。これは会議や研修においても同じ」

*「看護のためのファシリテーション」中野民夫・浦山絵里・森雅浩 編著 医学書院 刊より

【研修会の企画】

3. 7W3Hを意識しながら、研修会の骨子を作りましょう（6W2HでもOK）

下記は、いわゆる5W1Hをベースにした「7W3H*」の考え方ですが、これらの視点を参考に、順番に組み立てていくと研修会の骨子が判りやすくなります。

◆ 7W3H

＜何のために・誰のために（第1階層）＞

Why（なぜ・なんのために：目的・目標）

Whom（誰に：対象・参加者）

＜明確にすべき要素（第2階層）＞

Who（だれが：主体・講師など）

What（なにを：研修会タイトル・内容など）

How many（何回くらい／どの位の規模）

When（いつ：日程・時間）

Where（どこで：会場・部屋・環境）

How much（いくらで：予算・費用）

＜プログラムのデザイン（第3階層）＞

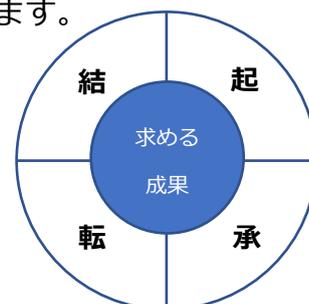
How（どのように：プログラム・運営体制）

What（なにを：研修会タイトル・内容など）再掲

注) 下線「6W2H」

4. プログラムは「起・承・転・結」の流れを意識して組み立てましょう

上記の作業で作った研修会の骨子をもとに、プログラムを組み立てていきます。物語などの構成としても見慣れている「起・承・転・結」がベーシックです。この流れは「人の集中力を喚起し、それを持続する効果がある*」といわれていることから、起・承・転・結の流れにそって「それぞれのパートで何をするか」等を検討していきます。



【参考書籍】もっと詳しく学びたい場合は以下書籍を参照してください

* 「看護のためのファシリテーション」

中野民夫・浦山絵里・森雅浩 編著（医学書院）

「学び合う場の作り方」中野民夫 著（岩波書店）

5. プログラムを組み立てたら「進行表」を作しましょう

進行表は、その研修会のファシリテーター役が使用するものです。進行役が事前に作っておくことで、円滑で効果的な進行を助けます。(巻末サンプル参照)

【研修会の実施（流れ）】

6. オリエンテーションは必ず行います

オリエンテーションは、研修会の始めに、その会の目標や進め方について全員で確認し共有するために重要な役割を果たしています。

7. 参加者に、最初のひと言を発して貰い開始します（チェックイン）

各参加者が最初の発声を行い、その話し合い・対話の場への参加開始をすることです。具体的には、「ひとこと自己紹介」などをテンポ良く順番に行うことで、話すことへのプレッシャーを軽減するのが目的です。なお、参加者同士が顔見知りのような場合には、ちょっとした近況報告や最近のマイブームなど、ざっくばらんな内容がちょうど露払いの役目を果たしてくれます。

8. 「進行表」にそって話し合い・対話を進めますが、タイムキーピングが重要です

必要に応じてタイマーやベルを用いて、話し合い・対話の時間を管理しながら進めます。

9. 進行においては、話し合い／対話の4つの段階（ステージ／プロセス）を意識しましょう

・ 共有：

目標や目的に向かって、参加者が話し合い・対話を進めていくために重要な段階です。研修会開始の段階で、その研修目的や目標など、話し合い・対話を進める上で共有しておくべきことをしっかり理解してもらいましょう。

・ 拡散：

各自が自分の意見や思い・願いなどを十分に出して、検討に必要な多くの生の情報を集める段階です。多少の脱線はOKなので、ここでは何かを決めることなく情報共有を行います。

・ 収束：

広げた意見等を集約し、成果に向けて現実的で有効なものへとまとめていく段階です。なんとなく言い足りない雰囲気があったら、前の段階へもどりましょう。

・ **共有：**

確認した成果を、日常の業務につなげていくための段階です。話し合い・対話によって得られた内容を確認し、次に向けた積み残しや課題などを明確にしておくことが重要です。時間切れで削ってしまわないよう気をつけましょう。

10. 最後は、各参加者から感想をのべてもらってから終了します（チェックアウト）

参加者がお互いの顔が見えるような状況で、どのような感想や感覚で終了するのかを共有し、反省や課題も含めて次につなげていきましょう。

【研修会のお役立ちグッズ】

研修会では以下のグッズが役立ちます。

最初から全部そろえなくてもいいので、効果的な開催のために試してみましょう。

・ **ホワイトボード：**

皆で見ながら話し合いのプロセスを可視化する際に便利

複数画面を使用したい際は「模造紙／ホワイトボードシート」とあわせて使用

・ **模造紙／ホワイトボードシート（どこでもシート）：**

ホワイトボードと同じように「板書」。グループ発表の際のプレゼン等に使用

・ **付箋紙（ポストイット）：**

「1項目1枚」の使用が基本。複数の色に意味づけをして使い分けることも有効

・ **マーカー類**=裏移りしない「水性」推奨。太字と細字、色などの使い分けも有効

・ **テープ類**=はがしやすさが重要。養生テープ、マスキングテープが使いやすい

・ **マグネット**=貼り付けられる面があれば、テープと同様に使用

・ **タイマー／ベル**=タイムキーピング・制限時間のお知らせに使用

・ **クリップボード**=イス席のみの会場での記入作業時に配布して使用



3. 研修会の留意点(グループワーク等による話し合い・対話を実施する場合)

【研修会実施のためのちょっとしたテクニック】

◆ オリエンテーションの4つのポイント:わかりやすく伝えるための「OARR (オール)」

オリエンテーションをわかりやすく伝えるためのちょっとしたテクニックが、以下にあげる「**OARR**」です。

<**OARR** *以下の要素の頭文字を取って、オールと読みます>

- ・ **O**utcome (アウトカム=求める成果)
(例)「今回の研修会の目標、ゴール」について説明
 - ・ 日頃の経験や思いを共有して、全員参加で看取りの場における課題、多職種連携
について、これからできそうなことを考え、何かしら言葉にできている(成果目標)
- ・ **A**genda (アジェンダ=協議する事項/プログラムの流れ)
(例)「今日の進行(全体のながれ)」について説明
 - ・ 最初に、ひとこと自己紹介(開始=チェックイン)を行い、
 - ・ 現状の共有と分析を行う
 - ・ 現状と照らし合わせて考えられる課題を検討する
 - ・ より良い看取りに向けて、自分たちができそうなことを考える
 - ・ 最後に、ひとこと感想(終了=チェックアウト)
- ・ **R**ole (ロール=役割)
(例)「グループワークのなかでの役割」について説明
 - ・ ファシリテーター:話し合いの司会進行
 - ・ 参加者:テーマについて共に考え合う仲間
 - ・ 記録係:皆さんの発言を板書 *持ち回り →みんなで確認しながら進めます
- ・ **R**ule (ルール=決めごと、参加の心得)
(例)「本日のルール(お約束)」について説明
 - ・ たがいの意見をよく聴き合い、全員が話しましょう(特定の人ばかり話さないように)
 - ・ 何かを決めるためではなく、色々な意見や感覚の違いを楽しむようなつもりで参加して下さい

◆ 会場での座り方、話をする人数、模造紙等への「板書」などを活用しましょう

会場での座り方（空間デザイン）、話をする人数（グループサイズ）、模造紙等への（板書）による発言の見える化は、こういった話し合いや対話を活用した学びの技法であるファシリテーションにおいては「3つの基本」と言われています。積極的にこれらのテクニックを活用して研修会がより効果的に実施できるよう工夫をしましょう。

<会場での座り方（空間デザイン）>

よくあるスクール型や長机を付けたアイランド型（島型）の配置に加え、少し斜めの配置にすると、隣の人やグループが目に入り、同じ場の共有感が増し、作業への集中と全体とのつながりが両立しやすいといわれています。

また、ホワイトボード等を活用する際は、机をはずして、椅子でボードを囲むように座ると隣の人との関係性に影響が生まれます。活発な話し合いのために、途中の席替えや座り方等の工夫も効果的です。

<話をする人数（グループサイズ）>

コミュニケーションの最小基本単位は2人組です。例えば、初めての場所で知らない同士でも、隣の人と話すくらいならハードルはそれほど高くありません。発言や活発な会話が始まらない場合は、まず2人組から話を始めて、グループサイズを大きくしていくなどの工夫が話し合いの活性化につながります。

（例）グループサイズ変更の具体的な方法

- ・まずお隣の方と2人で、短い時間でそのことについて話して貰う
- ・2人組みで話された内容を短く発表してもらいみんなで共有する

<模造紙等への（板書）による発言の見える化>

参加者同士の発言内容を共有していくためには「板書」して、“発言が見える化”していくことが有効です。自分の発言が記録されることは受け止めて貰えたという感覚にも繋がり、さらなる話し合いの活性化に繋がります。模造紙やホワイトボード等を積極的に活用して「板書」しましょう。その場合は以下2点がポイントです。

<ポイント>

- ・発言内容は「そのまま板書」／付箋紙に各自で書いてもらい説明しつつ貼り出す
- ・誰の意見かは不要（誰の発言より、どんな発言が重要）

【参考にできるツール類（例）】

＜進行表のひな形（例）＞

テーマ：「チーム連携体制の強化」（既に看取りを始めているチームの場合）

参加者	条件	同じ施設内のチームメンバー
	規模	<ul style="list-style-type: none"> ・1グループ=7名程度まで（10名以上であれば、グループを分ける方が話しやすい） ・ファシリテーター1名（記録係を別に設けて2名体制でもいい）
備品	ホワイトボード、模造紙、水性マジック ポストイット複数色（7.5cm×12.7cm）、養生テープ/マスキングテープ ＊「必要事項」を書き出したA4用紙（「紙芝居」のように使用）	

日時	○年○月○日	
研修目的	<ul style="list-style-type: none"> ● 施設内の職員チームが、暮らしの場の看取りについての体験や不安などを対話で共有し、これからどうしていきたいかを共に考える。 ● この研修を通じて、お互いの対話の中から、職員間の連携に向けての課題や自分たちでもできそうなこと、やってみたいことが言葉にできる。 	
内容	起	<ul style="list-style-type: none"> ・あいさつ、オリエンテーション、アイスブレイク ・ひとこと程度の自己紹介（対話の場へのチェックイン）
	承	<ul style="list-style-type: none"> ・参加者それぞれの現状を共有する（自由に伝え合う） その後、 <ul style="list-style-type: none"> ・上手くいっていること/困っていること/不安に思うこと等々・・・について話す。 （話を深めあう）
	転	<ul style="list-style-type: none"> ・「そもそも、より良い暮らしの場の看取りとはどういうことか？」を自由に共有する（条件を限定しないで考える）
	結	<ul style="list-style-type: none"> ・より良い暮らしの場の看取りを実現するために「私たちに出来そうなこと」を考える ・最後に、ひとこと今日の感想（対話の場からのチェックアウト）

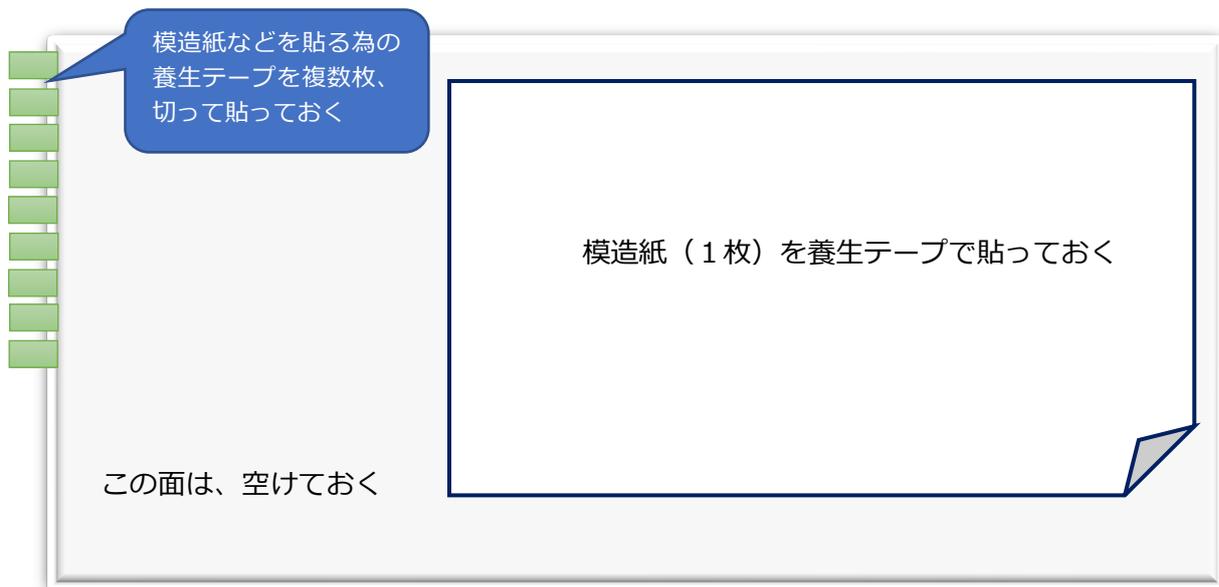
進行	時間	所要時間	項目	内容
起	0:00 ～	3分	開会挨拶 & オリエンテーション	この研修会の開催主旨を説明 講師／ファシリテーター自己紹介（以下、 OARR 説明）
	0:03 ～	2分	アイスブレイク ／ひとこと 自己紹介	ひとり10秒程度ひと言ずつ自己紹介しあって下さい。 （まずは声を出し合ってもらい、最初の緊張をほぐすことが目的） <例> 名前、今の気分、今日の疲労度など（簡単な話題でいい）
承	0:05 ～	15分	現状の共有・分析	問1 看取りの現状について共有（*紙芝居のように提示） 「看取りの現状について自由に話してみましよう。 体験のない方は今感じていることをお話してください」 問2 うまくいっていること（*紙芝居） 「どんな中でもうまくいっていることはあるものです。 うまくいっていることを教えてください」 問3 困っていることや不安なこと（*紙芝居） 「何か困っていること、不安なことがあれば教えてください」 ★ここで出た意見について分析（気づき、共通点など）
転	0:20 ～	5分	ありたい看取りの状況の共有	問4 そもそも暮らしの場のより良い看取りとは？（*紙芝居） 「そもそも暮らしの場における、より良い看取りとは どういうことでしょうか？」
結	0:25 ～	3分		問5 暮らしの場のより良い看取りを実現するために、「私たち」に出来そうなこと（*紙芝居） 「暮らしの場のより良い看取りを実現するために「私たちが」できそうなことを考えてみましょう。」 （明日からできそうな簡単なことでいいです）
		1分		模造紙を見ながら、簡単にここまでをなぞるように伝える
		1分		ひとこと感想チェックアウト ファシリテーターからひとこと感想を言う。

注) 時間は参考（見本は30分で実施する場合）

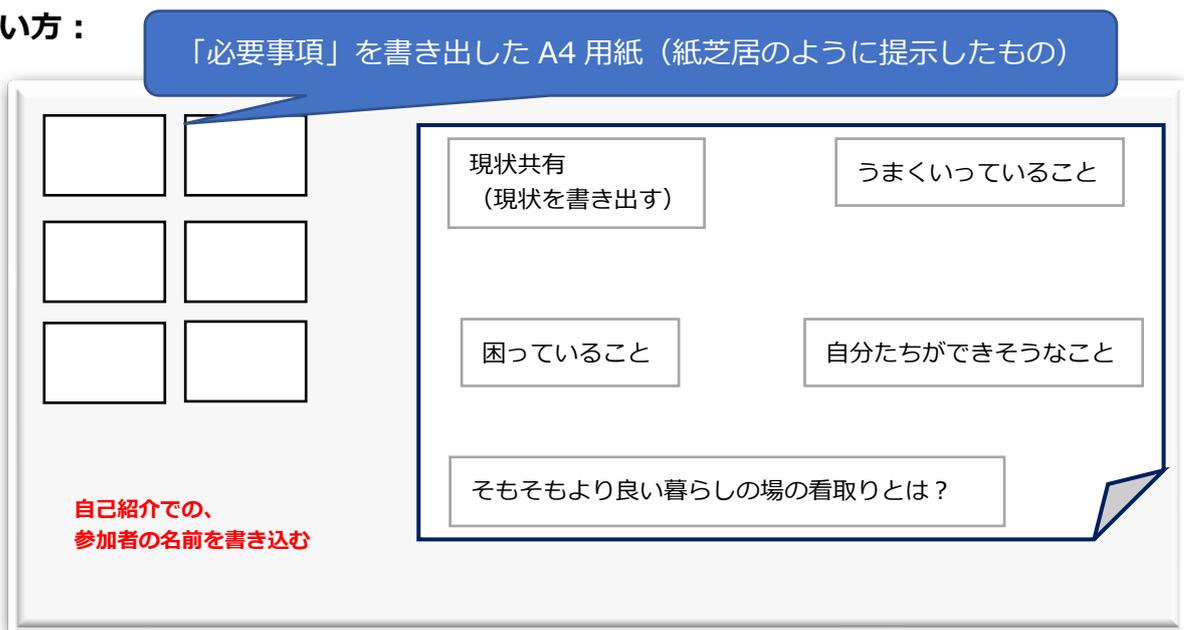
※複数のテーマを細かく設定し、このような短いサイクルで繰り返すことも可能です

<ホワイトボード／模造紙の使い方（例）>

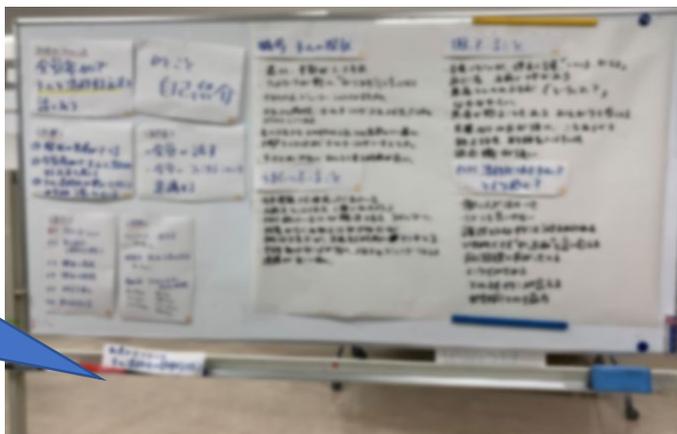
準備：



使い方：



1枚の模造紙に書ききれない場合は、最初の模造紙は下に貼って一覧出来るようにするとい



参考情報・書籍リスト

〈参考情報〉

「看取り介護指針・説明支援ツール」【平成 27 年度介護報酬改定対応版】

(公益社団法人 全国老人福祉施設協議会)

平成 26 年度厚生労働省 漏示保険事業推進等補助金事業 (老人保健健康増進事業分)

特別養護老人ホームにおける看取りの推進と医療連携のあり方調査研究事業

<https://mitte-x-img.istsw.jp/roushikyo/file/attachment/304137/mitori-kaigo-shishin.pdf>

「特別老人ホームにおける看取り介護ハンドブック」(株式会社三菱総合研究所)

平成 22 年度厚生労働省 漏示保険事業推進等補助金事業 (老人保健健康増進事業分)

特別養護老人ホーム利用者の看取り介護の在り方に関する調査研究事業

https://www.mri.co.jp/knowledge/pjt_related/roujinhoken/dia6ou00000204mw-att/h22_02b.pdf

「OPTIM 緩和ケア普及のための地域プロジェクト報告書」

http://gankanwa.umin.jp/pdf/optim_report2011.pdf

「施設での看取りに関する手引き」(公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会)

<https://www.kokushinkyu.or.jp/tabid/169/Default.aspx?ItemId=227>

「高齢者向け住まいにおける看取り等の推進のための研修に関する調査研究事業」報告書

平成 3 1 (2019) 年 3 月 みずほ情報総研株式会社

https://www.mizuho-ir.co.jp/case/research/pdf/mhlw_kaigo2019_05.pdf

「東京の高齢者と介護保険 データ集」(東京都)

<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kourei/shisaku/koureisyaikaku/07keikaku3032/07sakutei/iinkai01.files/13.pdf>

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」(厚生労働省)

<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>

「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」(厚生労働省)

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>

「終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング（ACP）から考える」（日本医師会）

<https://www.med.or.jp/nichiionline/article/006650.html>

「ACP（アドバンス・ケア・プランニング）普及・啓発について（報告）」（厚生労働省 第6回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG資料）

<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000355116.pdf>

「介護施設における看取り介護の手引き～現場力を高める～」（埼玉県）

<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0609/mitori/manual.html>

「看取り支援施設ガイドブック」（京都地域包括ケア推進機構）

<https://www.kyoto-houkatucare.org/mitori/guidebook/>

「介護スタッフのための緩和ケアマニュアル」（千葉県）

<https://www.pref.chiba.lg.jp/kenzu/gan/gankanwa/kanwakea-manual.html>

〈書籍〉

『介護スタッフのための施設看取りハンドブック』橋本美香 著（株式会社学研プラス）

『はじめてでも怖くない自然死の看取りケア』川上嘉明 著（株式会社メディカ出版）

『〈暮らしの中の看取り〉準備講座』大井裕子 著（中外医学社）

『看取りケア便利帖』介護と医療研究会 著 水野敬生 監修（中外医学社）*書式ダウンロードあり

『みんなで支える終末期のケア』奥野滋子・森谷記代子 編 Team SHIP 著（技術評論社）

『家で死ぬための医療とケア』新田國夫 編著（医歯薬出版株式会社）

『「平穏死」のすすめ 口から食べられなくなったらどうしますか』石飛幸三 著（講談社文庫）

「介護専門職の総合情報誌 おはよう 21 8月号（2019）」（中央法規）

『学び合う場の作り方』中野民夫 著（岩波書店）

『看護のためのファシリテーション』中野民夫・浦山絵里・森雅浩 編著（医学書院）

東京都 「暮らしの場における看取り支援事業」
暮らしの場における看取り支援の手引き
～施設向け研修地域展開用テキスト～

令和2年（2020年）3月

東京都福祉保健局高齢社会対策部計画課
東京都新宿区西新宿二丁目8番1号

電話：03-5321-1111