

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

# 看取り介護指針・ 説明支援ツール

**【平成27年度介護報酬改定対応版】**

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

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

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

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

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

平成27年3月

公益社団法人全国老人福祉施設協議会

会長 石川 憲

1)厚生労働省『平成25年人口動態統計』より

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

# 1

## 特養における看取り介護の定義と考え方

### 『看取り』とは

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

全国老協「看取り介護実践フォーラム」(平成25年度)より

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

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

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

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

## 2 看取り介護加算の算定要件

### 看取り介護加算に関する平成27年度介護報酬改定の概要

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

看取り介護加算については、入所者及びその家族等の意向を尊重しつつ、看取りに関する理解の促進を図り、介護福祉施設サービス及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護における看取り介護の質を向上させるため、以下のとおり新たな要件を追加し、死亡日以前4日以上30日以下における手厚い看取り介護の実施を図る。

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

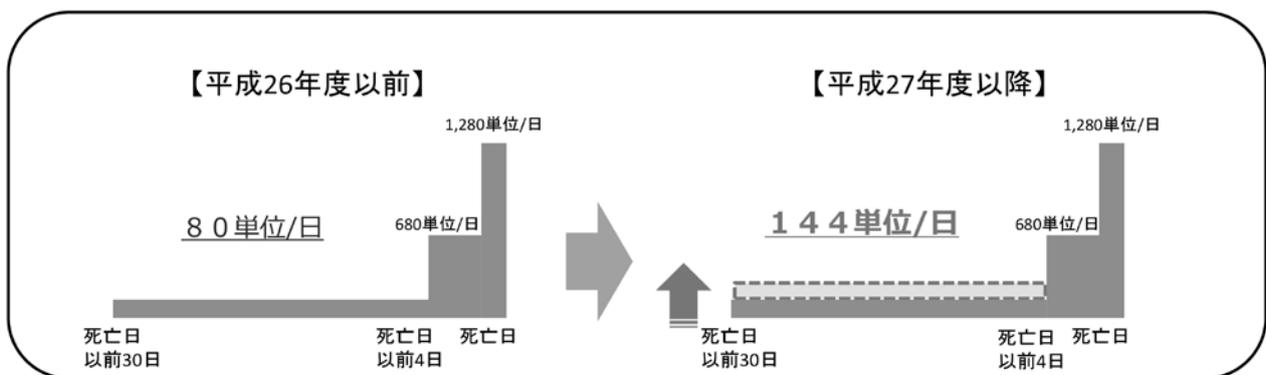
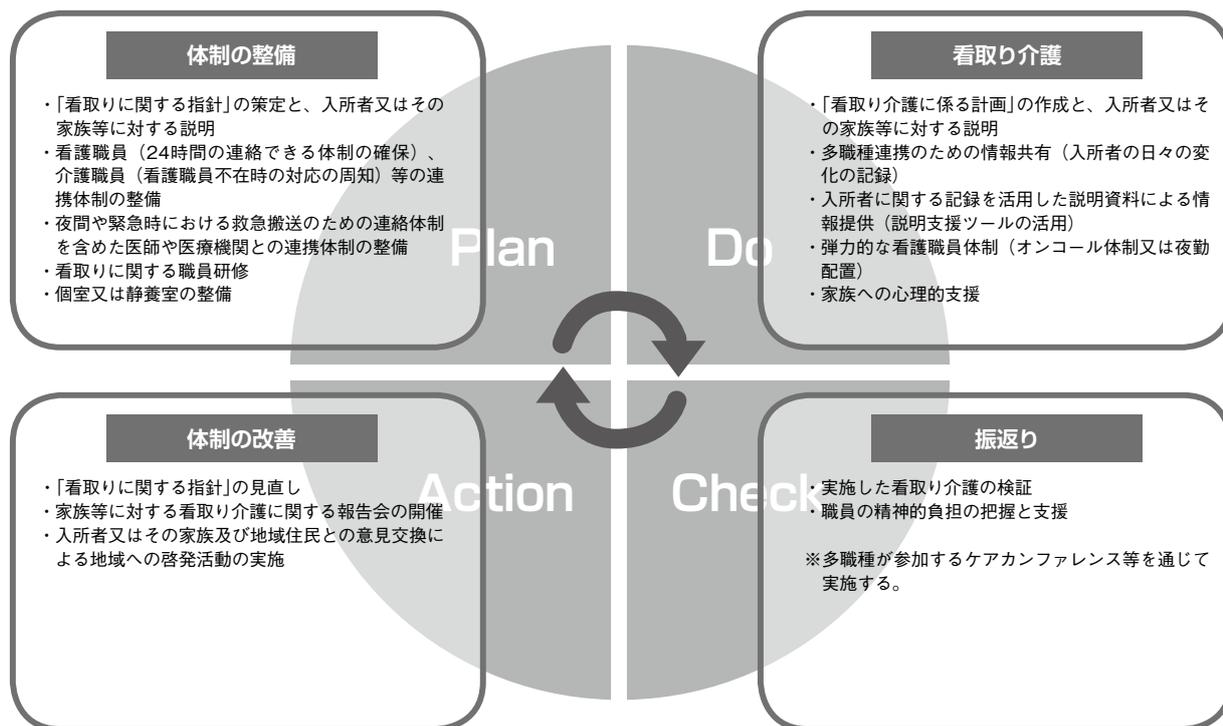


図 施設における看取り介護の体制構築・強化に向けたPDCAサイクル



出典：厚生労働省老健局

## 看取り介護加算の算定要件

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

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

- ・死亡日以前4日以上30日以下については1日につき144単位を、
- ・死亡日の前日及び前々日については1日につき680単位を、
- ・死亡日については1日につき1,280単位を

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

### (1)別に厚生労働大臣が定める施設基準

- イ 常勤の看護師を1名以上配置し、当該指定介護老人福祉施設の看護職員により、又は病院若しくは診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること。
- ロ 看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。
- ハ 医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、当該指定介護老人福祉施設における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行うこと。
- ニ 看取りに関する職員研修を行っていること。
- ホ 看取りを行う際に個室又は静養室の利用が可能となるよう配慮を行うこと。

### (2)別に厚生労働大臣が定める基準に適合する入所者

次のイからハまでのいずれにも適合している入所者

- イ 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
- ロ 医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者(以下この号において「医師等」という。)が共同で作成した入所者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者(その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。)であること。
- ハ 看取りに関する指針に基づき、入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互

の連携の下、介護記録等入所者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者(その家族等が説明を受け、同意した上で介護を受けている者を含む。)であること。

## 実施上の留意事項

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

## 看取り介護加算について

### ①看取り介護加算の定義と目的

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

### ②看取り介護におけるPDCAサイクル

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

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

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

### ③入所者等への説明

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

### ④看取り介護指針に盛り込むべき事項

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

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

### ⑤介護記録等への記録と情報共有

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

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

### ⑥入所者等へのインフォームドコンセント

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

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

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

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

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

## ⑦看取り介護加算の算定

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

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

## ⑧退所月と死亡月が異なる場合の対応

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

## ⑨施設退所後の家族への指導や医療機関への情報提供

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

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

入所者等に対して説明をし、文書にて同意を得ておくことが必要である。

## ⑩入所者が入退院・外泊した場合の算定

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

## ⑪入院・外泊・退所の当日の算定

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

## ⑫24時間連絡できる体制

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

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

## ⑬個室又は静養室の利用

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

## 平成27年度介護報酬改定に関するQ&A 【平成27年4月1日】

### 問142

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

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

### 問143

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

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

### 問144

算定要件に「多職種の相互の連携の下、介護記録等入所者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者」とあるが、具体的にどのような記録を活用して、何を説明するのか。また、何について同意を得るのか。

**(答)**詳細については、以下の通知を参照されたい。

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

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

# 3

## 看取り介護指針

### 看取り介護指針の作成について

---

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

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

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

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

## 看取り介護指針(モデル)

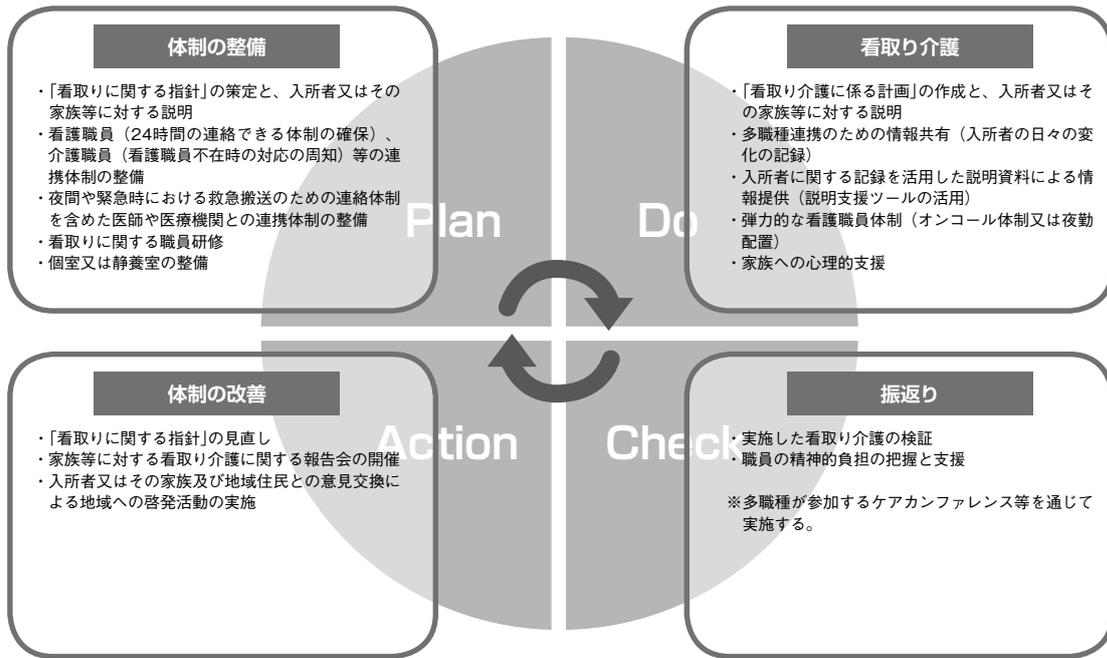
### 1 看取りに関する考え方

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

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

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

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



出典：厚生労働省老健局

## 2 ご入所者やご家族の意思尊重

### (1) ご入所者やご家族への情報提供

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

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

### (2) ご入所者やご家族の意思確認の方法

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

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

(17ページ図参照)

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

## 適応期(入所)

※時期はめやすです

## 【介護の考え方】

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

## 【提供する書類】

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

## 適応期(1か月後)

## 【介護の考え方】

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

## 【提供する書類】

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

## 安定期(半年後・定期的なケアプランの更新時期)

## 【介護の考え方】

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

## 【提供する書類】

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

## 不安定・低下期(衰弱傾向の出現・進行)

## 【介護の考え方】

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

## 【提供する書類】

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

## 看取り期(回復が望めない状態)

## 【介護の考え方】

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

## 【提供する書類】

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

## 看取りからその後まで

## 【介護の考え方】

- ・ご家族のグリーフケア(心理的支援)と諸手続の支援

## 【提供する書類】

- (1)死亡診断書

## 4 看取り介護の体制

---

### (1) 自己決定と尊厳を守る看取り介護

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

### (2) 医師・看護職員体制

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

### (3) 施設整備

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

## (4)看取り介護の実施とその内容

### ①看取り介護の記録等の整備

- 1)看取り介護同意書
- 2)医師の指示
- 3)看取り介護計画書
- 4)経過観察記録
- 5)カンファレンスの記録
- 6)臨終時の記録
- 7)看取り介護終了後のカンファレンスの記録

### ②看取り介護実施における職種ごとの主な役割

#### (管理者)

- 1)看取り介護の総括管理
- 2)看取り介護に生じる諸課題の総括責任

#### (医師)

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

#### (看護職員)

- 1)配置医師または協力病院との連携強化
- 2)多職種協働のチームケアの確立
- 3)職員への死生観教育と職員からの相談対応
- 4)健康管理(状態観察と必要な処置、記録)
- 5)疼痛緩和等、安楽の援助
- 6)夜間及び緊急時の対応(オンコール体制)
- 7)随時の家族への説明と不安への対応
- 8)カンファレンスへの参加
- 9)死後の処置(エンゼルケア)

### **(生活相談員、介護支援専門員)**

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

### **(栄養士)**

- 1) ご入所者の状態と嗜好に応じた食事の提供
- 2) 食事、水分摂取量の把握
- 3) カンファレンスへの参加
- 4) 必要に応じてご家族への食事提供

### **(介護職員)**

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

### **③看取り期の介護体制**

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

### **④看取り介護の実施内容**

#### **1) 栄養と水分**

多職種で協力し、ご入所者の食事・水分摂取量、浮腫、尿量、排便量、体重等の確認を行うとともに、ご入所者の身体状況に応じた食事の提供や好みの食事等の提供に努めます。

#### **2) 清潔**

ご入所者の身体状況に応じ、可能な限り入浴や清拭を行い、清潔保持と感染症予防対策に努めます。

その他、安楽提供のため、ご入所者やご家族の希望に沿うように努めます。

## 3) 苦痛の緩和

## (身体面)

ご入所者の身体状況に応じた安楽な体位の工夫等の援助及び医師の指示による疼痛緩和等の処置を適切に行います。

## (精神面)

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

## 4) 家族支援

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

## 5) 死亡時の援助

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

## 5 看取りに際して行いうる医療行為の選択肢の提示と意思確認

### (1) 急変時や終末期における医療等に関する意思確認

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

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

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

### (2) 施設において看取りに際して行い得る医療行為の選択肢

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

## 6 医療機関や在宅への搬送の場合

---

### (1) 医療機関への連絡

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

### (2) ご入所者やご家族への支援

継続的にご入所者やご家族の状況を把握するとともに、訪問、電話等での連絡を行い、介護面・精神面での援助を確実にを行います。死後の援助として、必要に応じてご家族の支援(葬儀の連絡・調整、遺留金品引き渡し、荷物の整理、相談対応等)を行います。

### (3) 医師や医療機関との連絡体制

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

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

## 7 ご逝去後のご家族への支援

---

### (1) ご家族への支援

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

### (2) 看取り介護の振り返り

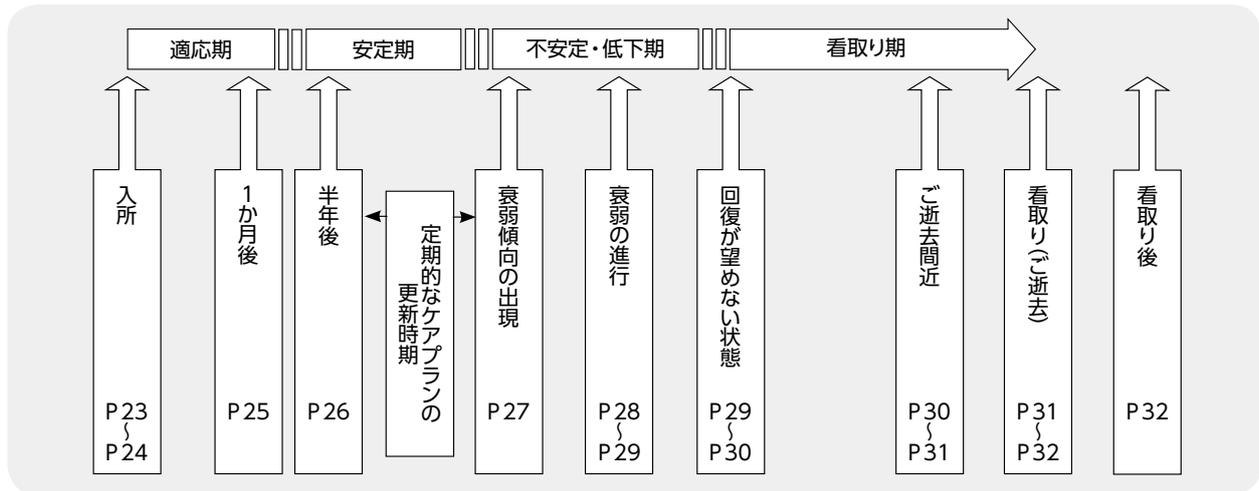
ご入所者やご家族が望んでいた看取り介護ができたかどうか、適切なケアができたかどうかなど、職員間で振り返りを行います。ご家族の心情や事情を考慮し、必要に応じてご家族にも参加していただきます。

# 4

## 看取り介護の流れ —入所から看取り後まで—

図 一般的な入所から看取りまでにたどる経過

※時期はめやすです



### 適応期(入所)

ねらい

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

#### 【使用する書類】

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

#### 【説明・確認事項】

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

## 【要点】【 】内の数字は23ページ【説明・確認事項】の各項目の数字に該当

★はご家族の状況を見ながら、看取り期までに少しずつ繰り返し説明する。

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

## 【ワンポイントアドバイス】

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

# 適応期(1か月後)

ねらい

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

## 【使用する書類】

看取り介護指針／急変時や終末期における医療等に関する意思確認書

## 【説明・確認事項】

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

## 【要点】【 】内の数字は上記【説明・確認事項】の各項目の数字に該当

★はご家族の状況を見ながら、看取り期までに少しずつ繰り返し説明する。

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

## 【ワンポイントアドバイス】

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

# 安定期(半年後・定期的なケアプランの更新時期)

ねらい

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

## 【使用する書類】

看取り介護指針／急変時や終末期における医療等に関する意思確認書

## 【説明・確認事項】

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

## 【要点】【 】内の数字は上記【説明・確認事項】の各項目の数字に該当

★はご家族の状況を見ながら、看取り期までに少しずつ繰り返し説明する。

◎前回の意思確認書の内容に変化がないかを確認する。【①、②】

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

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

## 【ワンポイントアドバイス】

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

## 不安定・低下期(衰弱傾向の出現)

ねい  
い

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

### 【使用する書類】

看取り介護指針／急変時や終末期における医療等に関する意思確認書

### 【説明・確認事項】

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

### 【要点】 【 】内の数字は上記【説明・確認事項】の各項目の数字に該当

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

# 不安定・低下期(衰弱の進行)

ね  
い

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

## 【使用する書類】

看取り介護指針／急変時や終末期における医療等に関する意思確認書

## 【説明・確認事項】

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

## 【要点】 【 】内の数字は上記【説明・確認事項】の各項目の数字に該当

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

### 【ワンポイントアドバイス】

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

## 看取り期(回復が望めない状態)

ねらい

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

### 【使用する書類】

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

### 【説明・確認事項】

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

### 【要点】【 】内の数字は上記【説明・確認事項】の各項目の数字に該当

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

### 【ワンポイントアドバイス】

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

## 看取り期(ご逝去間近)

ねい  
い

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

### 【使用する書類】

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

### 【説明・確認事項】

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

### 【要点】 【 】内の数字は上記【説明・確認事項】の各項目の数字に該当

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

### 【ワンポイントアドバイス】

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

## 看取り(ご逝去)

ね  
い

・ご家族のグリーフケア(心理的支援)と諸手続きの支援

### 【使用する書類】

死亡診断書(別途費用がかかります)

### 【説明・確認事項】

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

**【要点】**【 】内の数字は31ページ【説明・確認事項】の各項目の数字に該当

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

**【ワンポイントアドバイス】**

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

## 看取り後

ねが  
い

・ご家族のグリーフケア(心理的支援)と諸手続きの支援

**【使用する書類】**

看取り介護指針

**【説明・確認事項】**

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

**【要点】**【 】内の数字は上記【説明・確認事項】の各項目の数字に該当

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

**【ワンポイントアドバイス】**

- ◎ご家族の心情や事情を考慮したうえで、職員が葬儀に参列したり、職員とともにお別れの時間を設けるなど、ご家族のグリーフケア(心理的支援)に努める。
  - ◎看取り後の振り返りを行い、実施した看取り介護について検証し、学びやスタッフの苦悩などを共有し、今後に活かす。
- 例：看取り介護の開始時期、ご入所者やご家族への対応、医師や生活相談員などの説明の仕方、看取り介護計画、ご家族の協力体制や職員との信頼関係、ご入所者の苦痛への対処や尊厳の保持、安楽や安らぎの提供
- ◎適宜、看取り介護指針や施設の看取り介護の体制を適切に見直す。

# 5 職員研修

## (1) 職員研修の目的

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

## (2) 職員研修の内容

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

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

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

## (3) 振り返りやフォロー

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

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

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

# 6

## 地域への働きかけ

### (1) 家族会等での報告会

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

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

### (2) 地域への啓発活動

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

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

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



© dw1 - Fotolia.com

# 7

## 看取り介護に必要な書類・書式の例

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

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

**急変時や終末期における医療等に関する意思確認書** ..... 36-37

**看取り介護同意書** ..... 38-39

**看取り介護計画書** ..... 40-41

### その他の説明支援ツール

・看取り期の説明資料 ..... 42-43

・日々の様子を共有するための記録様式 ..... 44-45

# 急変時や終末期における医療等に関する意思確認書

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

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

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

## 参考

(作成例)

急変時や終末期における医療等に関する意思確認書

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

記

(※以下は施設で対応可能な医療行為について具体的な内容を列記します。)

例 ①食事が口から摂れなくなった時の対応について

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

②病状が悪化した時の対応について

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

以上

特別養護老人ホーム  
施設長 殿

平成 年 月 日

入所者 氏名  
身元引受人 住所  
(契約者) 氏名

印 (続柄)

(その他の家族) 住所  
氏名

住所  
氏名

印 (続柄)

印 (続柄)

## 記入のポイント

### ◎記入例のほかにも必要に応じて

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

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

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

身元引受人は、キーパーソンなどご家族の代表者の氏名を記入します。

## 【急変時・延命処置とは】

急変時とは、以下のような状態を指します。

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

延命処置とは、以下のような処置を指します。

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

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

(作成例)

### 急変時や終末期における医療等に関する意思確認書

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

#### 記

（※以下は施設で対応可能な医療行為について具体的な内容を列記します。）

例 ①食事が口から摂れなくなった時の対応について

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

②病状が悪化した時の対応について

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

以上

特別養護老人ホーム

施設長 殿

平成 年 月 日

入所者 氏名

印

身元引受人 住所

（契約者）氏名

印（続柄 ）

（その他の家族）住所

氏名

印（続柄 ）

住所

氏名

印（続柄 ）

# 看取り介護同意書

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

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

## 参考

(作成例)

### 看取り介護についての同意書

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

#### 記

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

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

以上

特別養護老人ホーム

施設長 殿

平成 年 月 日

入所者 氏 名

印

身元引受人 住 所

(契約者) 氏 名

印(続柄 )

(その他の家族) 住 所

氏 名

印(続柄 )

住 所

氏 名

印(続柄 )

説明医師 医療機関名

氏 名

印

施設立会人 職 種

氏 名

印

## 記入のポイント

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

(作成例)

## 看取り介護についての同意書

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

### 記

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

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

以上

特別養護老人ホーム

施設長 殿

平成 年 月 日

入所者 氏 名

印

身元引受人 住 所

(契約者) 氏 名

印 (続柄 )

(その他の家族) 住 所

氏 名

印 (続柄 )

住 所

氏 名

印 (続柄 )

説明医師 医療機関名

氏 名

印

施設立会人 職 種

氏 名

印

# 看取り介護計画書

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

## 記入のポイント

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

(作成例)

<b>看取り介護計画書</b>	
<b>施設介護サービス計画書(1)</b>	
作成年月日 平成〇年〇月〇日	
<input type="button" value="初回"/> ・ <input type="button" value="紹介"/> ・ <input checked="" type="button" value="継続"/> ・ <input type="button" value="認定済"/> ・ <input type="button" value="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・ <input checked="" type="radio"/> 要介護5(その他: )
入所者及び家族の生活に対する意向	ご家族としては、入院はしないで最期まで施設での看取り介護を希望される。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	状態の改善が考えにくいいため認定有効期間24か月とする。
総合的な援助の方針	老衰にて、家族(長男夫婦、三女氏)立会いにて〇〇病院(医師)による病状説明を踏まえ、看取り介護を実施致します。(看取り介護指針に沿って実施) 静かな環境で、24時間体制にてバイタルチェック・状態観察を行います。又、医療機関と連携を図り、医師の指示のもと、看取り介護を行っていきます。情報の共有、多職種協働により統一したケアを実施すると共に、無理なく食べられる分だけの食事摂取・口腔ケア・脱水の予防・褥瘡予防・身体の保清に努めます。御家族の意向を確認しながら安心して頂けるケアに努めます。

# 記入のポイント

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

(作成例)

看取り介護計画書

**施設介護サービス計画書(2)** 作成年月日 平成〇年〇月〇日

入所者氏名 \_\_\_\_\_ 様

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

1 / 2ページ

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

看取り介護計画書

**施設介護サービス計画書(2)** 作成年月日 平成〇年〇月〇日

入所者氏名 \_\_\_\_\_ 様

生活全般の 解決すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容			
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	担当者	頻度	期間
情報の共有及び多職種協働による統一したケアの実施を図る。	情報の共有及び多職種協働による統一したケアが出来る。	HO 〇/〇~	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~
			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。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。	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 随時	HO 〇/〇~ 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

# 看取り期の説明資料

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

(作成例)

## 看取りの経過

### 1週間前ごろからの変化

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



声をかけても目を覚ますことが少なくなる。

### 2日前ごろからの変化

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



喉元でゴロゴロという音がすることがある。

### その他よくある変化

- ①食べたり飲んだりすることが減り、飲み込みにくくなったりむせたりします。
- ②つじつまの合わないことを言ったり、手足を動かすなど落ち着かなくなります。
- ③喉元でゴロゴロという音がすることがあります。
- ④呼吸のリズムが不規則になったり、息をすると同時に肩や顎が動くようになります。
- ⑤手足の先が冷たく青ざめ、脈が弱くなります。



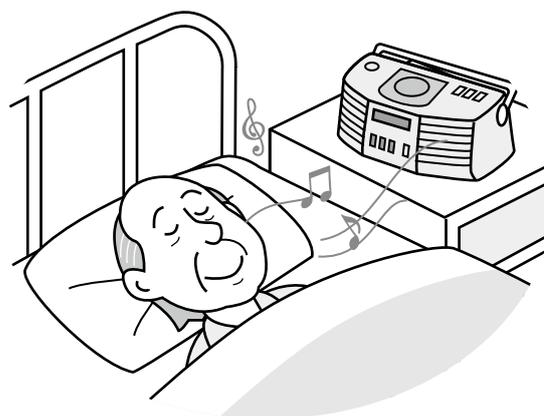
呼吸のリズムが不規則になったり、息をすると同時に肩や顎が動くようになる。

## 看取り期の援助

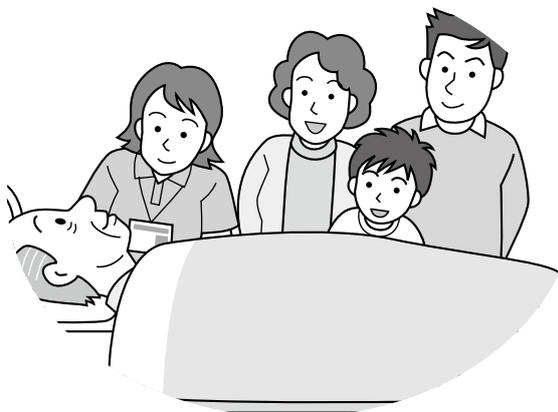
- ①食欲低下の場合、ご入所者の嗜好に合わせます。
- ②経口摂取(飲水・食事)ができなくなったら、無理な介助はせず、可能な限り時間をかけ、ご入所者の希望に沿う援助を行います。
- ③スキンシップ、コミュニケーションによる継続的な見守りをします。
- ④室温、採光、換気を調整し、ベッドサイドの清潔保持に配慮します。
- ⑤医師と相談して過剰な処置は行いません。
- ⑥苦痛の表情にはマッサージ、体位変換など適切に対応します。また、医師と相談し、痛みや不快な症状、不安の軽減等、つらさが少ないように症状をやわらげるサポート(緩和ケア)を行います。
- ⑦手足の保温に努め、可能な限り入浴も行います。
-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



手足をやさしくマッサージする。



お気に入りの音楽を流す。



いつものようにお話をする。



唇を水や好きな飲料などでやさしくしめらせる。

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

## 日々の様子を共有するための記録様式

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

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

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

### 記入のポイント

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

(作成例)

様 月 日 ( ) の経過とケア記録

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

ケアプラン

医師・看護職員から

ご家族様から

## 8

## 参考資料 解釈通知、関連通知

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

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

平成26年3月28日付保医発0328第2号「「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」の一部改正について」

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

## 9

## 参考資料 他団体・学会等の提言、情報等

### 一般社団法人日本老年医学会

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

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

### 一般社団法人日本透析医学会

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

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

### 厚生労働省

#### 介護報酬

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/housyu/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/housyu/index.html)

平成27年度介護報酬改定について

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

#### 社会保障審議会(介護給付費分科会)

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

患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療提供体制について

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/saisyuu\\_iryuu/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/saisyuu_iryuu/index.html)

人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン

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

人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン解説編

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

### 国立研究開発法人国立長寿医療センター在宅連携医療部

人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修会(モデル事業)資料

[http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/eol/kensyu/2014leader01\\_doc.html](http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/eol/kensyu/2014leader01_doc.html)

---

## 看取り介護指針・ 説明支援ツール

【平成27年度介護報酬改定対応版】

平成27年3月

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

Printed in Japan

---

