

# 介護施設の看取りに関する手引き

## 目次

ページ数

I	手引きの作成にあたって	1
II	看取りの考え方	1
III	施設での体制整備	2
	1 看取りに関する方針の確立	
	2 看取りを実施するための体制	
	3 職員への研修	
IV	看取りの実際	4
	1 本人、家族への事前の意思確認	
	2 看取りの実施	
	(1) 看取りの時期のはじまり	
	(2) 看取りへのケアプランの作成	
	(3) 多職種でのケアカンファレンス	
	(4) かかりつけ医との連携	
	3 看取りまでの身体の変化	
	4 看取りのとき	
	5 看取り後の対応	
	(1) エンゼルケアの実施	
	(2) 死亡診断における医師や医療機関との連携	
	(3) 看取り後のケースカンファレンス	
V	関連情報	10
	1 死亡診断書に関すること	
	2 救急搬送に関すること	
VI	様式	12
	1 意思確認書	
	2 看取り介護同意書	
VII	参考文献	15

介護施設における在宅医療や看取りのあり方に関する検討会

長崎県南保健所

## I 手引きの作成にあたって

超高齢化社会を迎え、高齢化による死亡者数の増加が見込まれています。

日本で「老いて死ぬ」ということはどういうことでしょうか。

日本は病院での死亡率が約8割であり、国際的にみても高い割合となっております。病院で死ぬということは、亡くなるまで医療を行うことであり、そこは生活が中心の場ではありません。しかし、自宅や介護施設などで死ぬということは、生活の場で、それまでの人間関係の繋がりを持ち、あるがままの最期を迎えることとなります。

また、多くの人が経管栄養や中心静脈栄養などの延命治療は望まないと言っていますが、家族は受けさせたいと考えます。さらに、自身の死が近づいた時どのような医療を受けたいかについて家族と話し合ったことがある人は、4割ほどしかありません。これらのギャップを埋めるためには、日頃から、本人・家族・医療従事者・介護従事者等が話し合いの機会を持つことが重要です。

今回、介護施設等での取り組みを支援するために「手引き」を作成しました。

人生の最終段階における医療・ケアについて、患者本人による決定を基本として住み慣れた地域で安らかな最期を迎えることができるよう、それぞれ施設で取り組みを進めるための一助となることを願って止みません。

## II 看取りの考え方

**看取り**・・・安らかな生の終焉を支えるために、その死に寄り添うこと。

**看取りの状態**・・・ご本人が、疾患あるいは障害、加齢により自然治癒力の低下が著しくなり、治療による改善の可能性が認められないと医師が診断し、ご本人及びご家族等がそれ以上の治療を望まない状態。

**看取り介護**・・・ご本人の意向を尊重することを前提に、身体的、精神的、社会的苦痛をできるだけ緩和し、その人なりの充実した最期を迎えられるような介護・援助をする事。ご本人及びご家族等の意向を尊重したケアを実施することで安らげる生活の場を提供し、自然な状態のままで残された余命を平穏に過ごしていただけるよう、人生の最期まで尊厳ある生活を支援する。

死は怖いものだという思い込みにとらわれてはいけません。

老衰の終末期、自然な最期は、一生懸命生きてきた者にとっては神様が与えてくれる永遠の休息ともいえます。

引用：「平穏死」という選択 石飛幸三著 幻冬舎ルネッサンス

## III 施設での体制整備

### 1 看取りに関する方針の確立

看取りのケアについては特別なものとして捉える必要はなく、日常のケアの延長線上として捉えながら方針を定めることが重要です。ただし、施設で看取りに関する方針が明確にされており、職員全員に理解されて受け入れられることが不可欠となります。

### 2 看取りを実施するための体制

看取りの時期に入った本人や家族を支える環境整備を行います。

人的環境の整備として、かかりつけ医や看護師等の協力体制を確保します。かかりつけ医に適切な時期に看取り期の判断をしてもらうことが大事であるため、かかりつけ医との連携は重要です。

物的環境の整備として、本人と家族が安心して過ごすることができる空間作りに努め、配慮します。施設内で対応マニュアル等を策定し、記述内容について職員が理解することで、適切で共通した対応が実施出来るような体制を整えておく必要があります。

日常のケアでも多職種での連携は重要ですが、看取りを実施する際は、より密な多職種連携が必要となり、職員全員で本人が安らかに最期を迎えるための支援を行なうことが大切です。そのためには、看取りを実施するにあたり必要な情報について職員同士で共通理解を持つことが重要となります。

### 3 職員への研修

職員の中には、人の死や看取りに関わった経験が豊富な職員ばかりではありません。そのため、職員に対する看取りについての研修等が大変重要となります。

研修では、看取りについてどのようなイメージを持っているのかを話し合う等、職員が自ら考える機会を持つことも大切です。そうすることで、少しずつ死生観を持つようになり、看取りを実施するにあたり、本人が最期を迎えるための支援を行なえるようになります。

また、職員間で看取りへの方針や理念、ケアについて共通理解をしておくことも大切です。職員が看取りへの方針やケアについて理解をし、共通認識を持ちながら、同じ姿勢で対応することで本人や家族が安心して最期の時間を過ごすことが出来ます。

施設内での研修を企画・実施する以外に、必要に応じて外部講師による研修会や、外部団体が実施する研修会等への参加も行い、意思決定への支援や多職種連携の重要性と各職種の役割等を学びます。

看取り後は、疲労感も強く、看取りを行った職員の精神的負担への配慮も重要となります。職員自身が看取りの経験を前向きに捉えられるよう、施設全体で情報共有し、職員を支援していくことが大切です。

個別面接によるケアや職員同士でのケースカンファレンスを行い、看取りを実施した時の思いも含めて職員同士で話し合うことや、職員のメンタルケアを行う専門職からアドバイスを受けるなど、施設として職員のメンタルケアを行う体制を整えることが重要です。

<職員の看取りへの共通理解を図るためのポイント>

- 看取り期の身体、精神的変化への対応
  - ・看取りまでの身体の変化
  - ・本人や家族の意向に沿った加齢に伴う機能低下、疾病、外傷などの苦痛軽減を行うケア
- 本人や家族の意思決定への支援
  - ・本人の状態や家族の状況に応じて、その都度に自己決定が出来る支援
  - ・死への不安の受容と共感、話しやすい環境と希望や心配事への対応
- 家族との関わり方
  - ・家族の積極的な協力が得られるよう、日頃からの信頼関係の構築
  - ・看取りの時期における急変時の報告対応
- 多職種連携の重要性と各職種の役割
  - ・カンファレンスによる情報共有の必要性
  - ・各職種の専門性が発揮でき、協働できるチームづくり
- 夜間や急変時の対応
  - ・急変時の対応方法
  - ・急変時の発見からの連絡方法や手順の確認
- 死生観の尊重
  - ・本人や家族の価値観などの尊重
- 施設の方針や理念
  - ・職員間での施設の看取りへの方針や理念の共有

IV 看取りの実際

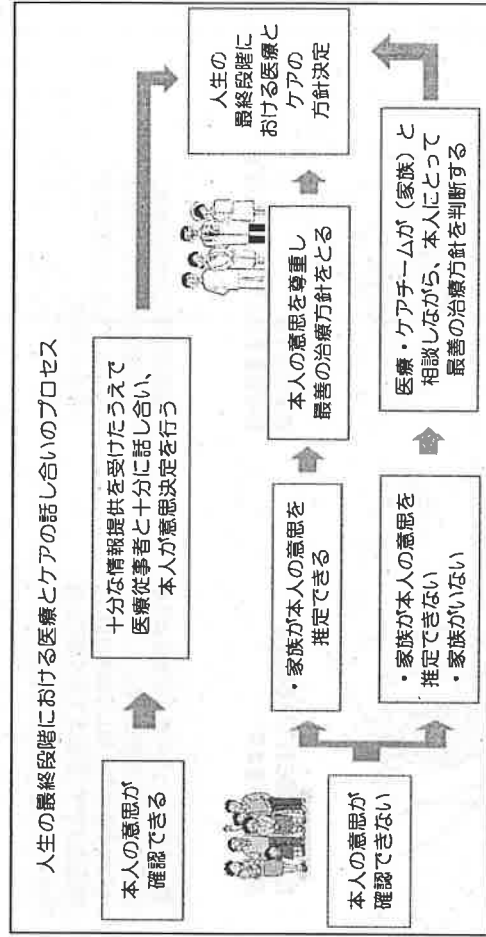
1 本人・家族への事前の意思確認

かかりつけ医などの医療従事者から適切な情報提供と説明を行い、その説明等に基づいて本人が医療従事者と話し合いを実施し、自分らしい最期の迎え方について、本人の意思に基づき家族の合意が尊重された上で医療やケアを勤めていくことが最も重要なこととなります。

本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性もあるため、家族や親族等を含めて、医療やケア等について、事前に話し合いを繰り返すことが大切になります。

時間の経過、本人の心身の変化等に応じて本人の意思が変化化する可能性もあるため、その都度話し合いを実施すること、本人の意思を共有しておくこと、その内容をその都度文書に残しておくことが大切です。また、家族の意向を確認する場合は、主となる介護者だけでなく、その他の遠方にいる家族や親族との意見がまとまっているのを確認しておくことが良いでしょう。

本人の意思を尊重するため、本人のこれまでの人生観や価値観、どのような生き方を望むかを含めて、出来る限り本人のことを把握し、本人の意思に沿ったケアを行うようにすることが大切になります。



引用：厚生労働省

(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 改定)

## 2 看取りの実施

### (1) 看取りの時期のはじまり

現在の状況が看取りに入る時期なのかをかかりつけ医が判断し、本人や家族の意向に沿った最期の過ごし方に向けて、家族への説明を行い、理解、同意を得ることが大切です。

看取りに入るサインを見逃さないよう、日頃から看護職員、介護職員等の施設職員同士で十分に情報共有をし、適切な時期に看取り期の判断をしてもらうためにもかかりつけ医との連携も重要となります。また家族等へ看取り期に入ったことを伝えることも必要です。

### (2) 看取りへのケアプランの作成

事前に確認をしていた本人や家族の意向に基づいて、ケアに関わる管理者、生活相談員、介護支援専門員、かかりつけ医、看護師、介護職員、栄養士等の多職種と連携した計画を作成し、家族への説明を十分に行い、同意を得てケアをおこないます。また、本人や家族の状況等に応じて、適宜内容を見直し、変更していくことが大切です。

看取りの時期になるとケアの内容を細かく決め、職員全員で情報共有をして、同じ対応が出来るようにしておきます。看取りへのケア内容については家族にも明示し、家族と職員が同じ情報を共有して対応することが重要です。

### (3) 多職種でのケアカンファレンスの実施

本人や家族の意思の共有及び看取りの時期における各職種の役割や関わり方、連携方法等を話し合う場として、多職種でのカンファレンスを実施します。看取りの時期においては、夜間時の対応についても職員全員で対応方法を共有しておくことが大切です。

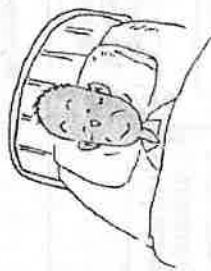
また、カンファレンスの際に、本人の意思を尊重しながら、本人の状態変化に合わせて対応方法等について適宜、確認していくことが必要です。

### (4) かかりつけ医との連携

かかりつけ医との連携は日頃からおこなうことが大切です。特に「看取りの時期のはじまり」「看取りのとき」は本人の状態に変化がある時であるため、かかりつけ医への連絡を確実におこなう必要があります。

## 3 看取りまでの身体の変化

### 1週間前頃～の変化



だんだんと眠られている時間が長くなっていきます

### 1,2日～数時間前の変化



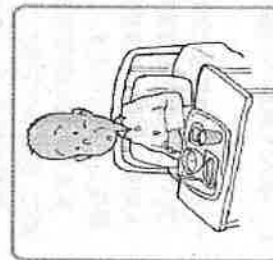
声をかけても目を覚ますことが少なくなります

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。その際できること、話しておきたいことは先送りせず、今伝えておくようにしましょう。

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なり急激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



おしっここの量が少なくなったり



つしつまの合わないことを苦んだり、手足を動かさずなど落ち替がなくなる

#### 4 看取りのとき

つじつまが合わず、いつもと違う行動をとるとき（せん妄）でも、冷静に！

いつもと様子が違う、穏やかでない等の状態になることを「せん妄」といいます。せん妄は、酸欠が少なくなったことや、肝臓や腎臓の働きが悪くなったことで、有害な物質が排泄されなくなり、脳が眠るような状態になるために起こります。具体的な症状をいくつか挙げます。

- ・ 時間や場所が分からなくなる
- ・ 新しい出来事を記憶できない
- ・ 眠れなくなる
- ・ 睡眠中に落ち着きがなくなるとよく動く
- ・ 落ち着きがなくなるとよく動く
- ・ 普段とは違う言動や行動をする など

つじつまが合わないこと話すときは、否定せずに「そうですね」等の肯定的に対応をして、安心できるような会話をしましょう。興奮状態にある時は、本人や周囲の人が怪我をしないように周囲に危険な物を置かないようにしましょう。

#### 心臓や呼吸がとまるとき/とまっているのに気付いたときどうしたらよいでしょうか？

- 突発的な不整脈や事故ではなく、全身の状態が悪くなった患者さんの場合、人工呼吸や心臓マッサージなどの心肺蘇生で回復できることはほとんどありません。
- 人工呼吸や心臓マッサージそのものが患者さんにとって苦痛となる可能性があります。
- 直前までお元気だった場合を除くと、心肺蘇生は行わずに静かに見守ってあげるのがよいと思います。
- 事前に医師や看護師と話し合っておきましょう。



■患者さん・ご家族のご希望

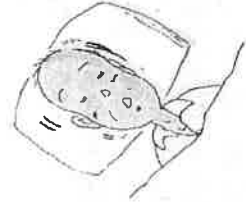
心臓マッサージや人工呼吸を  希望する  希望しない  今は決められない

引用：OPTIM（緩和ケア普及のための地域プロジェクト）



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。



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」ことがありますが、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。



のともたごころこ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。眠っていらつ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、意識があり苦しさがあるときはだ液を減らす薬があります。

Q. かかりつけ医には、いつ連絡をすればよいのか？

A. 呼吸停止した時点で連絡を

→下顎呼吸（口をパクパクするような呼吸）が起きても、様子を見ることが出来るのであれば、呼吸が停止した時点で、かかりつけ医もしくは看護師へ連絡をしましょう。

→見守ることが難しい場合は、すぐに連絡しても良いでしょう。

\* 呼吸が停止した時に行うこと

- ① 呼吸が停止した時間をメモして数分間見守る
  - ② 脈を確認する
  - ③ かかりつけ医、看護師へ連絡する
- その他、何らかの変化が見られたとき

● 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。

## 5 看取り後の対応

### (1) エンゼルケアの実施

エンゼルケアは、亡くなった方の人生最期の姿を美しく整えることで、尊厳を守る処置であると同時に残された家族の心のケアとしても重要です。家族がエンゼルケアに関わることで「最期のケアをしてあげられた」という納得感や満足感を得ることができ、大切な家族の死を受け入れ、立ち直るための大事なプロセスになると言われています。

一方、感染症予防の役割もあり、治療による創部の処置をおこなうことで感染の可能性のある浸出液等との接触を防ぎ、感染することを防ぐためにもエンゼルケアは必要です。

### (2) 死亡診断におけるかかりつけ医や医療機関との連携

呼吸停止した状態を発見しても混乱しないよう、呼吸停止した状態の発見から死亡確認までの連絡体制、施設やかかりつけ医との伝達方法などの手順を確認し、職員同士で共有しておくことが大切です。

死亡診断書に関してはかかりつけ医の診療後 24 時間以上経過しても、死亡後に再度診察を行えば死亡診断書の交付が出来ます。

(P10「死亡診断書に関すること」参照)

### (3) 看取り後のケースカンファレンス

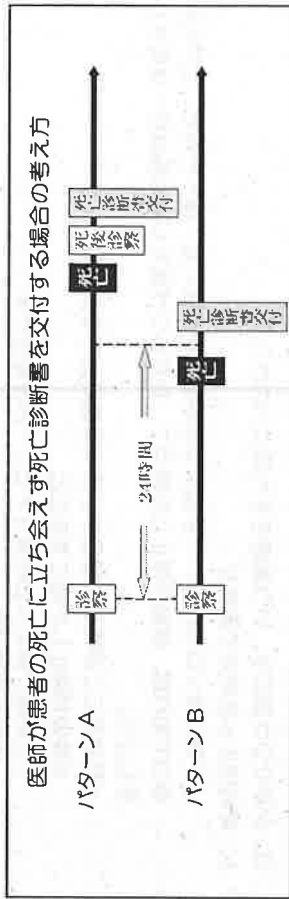
看取り後に、実施したケアの内容を振り返り、検証・評価し、職員同士で話し合うことで、気持ちの整理をつける機会となり、また今後の看取りを行う際の参考にもなります。

## V 関連情報

### 1 死亡診断書に関すること

#### (1) 医師が患者の死亡に立ち会えなかった場合

これまで当該患者の診察を行ってきた医師は、死亡に立ち会えなくても、死亡後に改めて診察を行うことで、死亡診断書を作成することが出来ます。



#### <パターン A>

診療中の患者が死亡した場合、診察後 24 時間以上経過していても、死亡後に改めて診察し、死亡の事実、死因が生前に診療していた傷病に関連する死亡であると判定できる場合には、死亡診断書を交付することができます。

#### <パターン B>

最終の診察後 24 時間以内に患者が死亡した場合においては、これまで当該患者の診察を行ってきた医師は、死亡後に改めて診察を行うことなく「生前に診療していた傷病に関連する死亡であること」が判定できる場合(※)には、死亡後に改めて診察を行うことなく、死亡診断書を交付できます。

※ 医師が、死亡後に改めて診察を行うことなく「生前に診療していた傷病に関連する死亡であることが判定できる場合」としては、たとえば当該患者の死亡に立ち会っていない別の医師から死亡状況の詳細を聴取することができる等、こく限られた場合であることに留意する必要があります。

#### (2) 死亡診断書と死体検案書の使い分け

医師は、「自らの診療管理下にある患者が、生前に診療していた傷病に関連して死亡したと認める場合」には「死亡診断書」を、それ以外の場合は「死体検案書」を作成します。

外因死や死因不明な場合など異状が認められる場合には、所轄警察署に届け出る必要があり、警察による事情聴取が行われます。

改定：厚生労働省 「死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル 平成 30 年度版」

## VI 様式

### 2 救急搬送に関すること

救急車を呼ぶということとは、「救命処置をする」ということです。

救命処置と看取りは相反するものです。

看取りの段階で、容態が急変した時や呼吸が停止した時は、訪問診療をしてきた、かかりつけ医へ連絡をしましょう。

本人や家族の意思、職員同士の対応方法について共通理解、認識をしておくことが大変重要です。

#### 下記のことにご留意しましょう！

- ①本人と家族の意思を定期的にきちんと確認し、書面に残しましょう。
- ②看取りを希望していることを、職員同士できちんと認識しておきましょう。
- ③有事の際の、かかりつけ医への連絡体制を整えておきましょう。
- ④有事の際は、救急車を呼ぶ前に訪問診療をしてきた、かかりつけ医へ連絡しましょう。

＜救急車を呼んだ後、かかりつけ医と連絡がついて救急車が不要となった場合＞

- ・再度、「119」番へ連絡しましょう。
- ・「かかりつけ医と連絡がつき、看取りを希望する方（蘇生拒否の方）であるため救急車は不要との指示がありました」との内容を伝えます。  
→救急車は出勤の途中でキャンセルされたものとして帰署します。

＜救急車を呼んだ後、かかりつけ医と連絡がつかずに救急車が到着した場合＞

- ・救急隊に「本人が看取りを希望している」旨を知らせ、書面がある際は書面を救急隊に見せます。引き続き、かかりつけ医へ連絡を入れましょう。  
→救急隊は継続して救命処置を実施します。
- ・かかりつけ医の指示が得られない場合は、医療機関へ搬送します。  
→かかりつけ医へ連絡がつき、指示が得られた時点で救命処置を中止します。

#### ～ちよっと聞いて！ 救急搬送の現場から～

救急搬送の要請があれば、救命処置や医療機関への搬送をし、人命を救助することが救急隊の任務です。看取りを希望されている方が心肺停止状態になった場合等において、救命処置を行わずに医療機関へ救急搬送することは法律上できません。



または、明らかに死亡されていると判断される場合（下記①～⑥全てに該当）には原則、救急搬送は行いません。

- ①意識がない
- ②呼吸がない
- ③脈拍がない
- ④瞳孔が散大し反射がない
- ⑤体温を感じない
- ⑥死後硬直・死斑がある

### 1 意思確認書

### 2 看取り介護同意書

本手引きが提案する書式は、法令等により規定されたものではありません。  
各施設にて、施設管理者、医師、看護師、介護支援専門員等が共同して、各施設の実情を踏まえた書類を作成してください。

<作成例>

### 意思確認書

私は、(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、治療や対応について次のとおり希望します。  
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行為等について具体的な内容を記載しましょう)

- 1 露期を過ごす場  
施設で迎えたい 病院で迎えたい
- 2 口から食べられなくなった場合  
経鼻経管栄養 希望する 希望しない  
胃ろう造設 希望する 希望しない  
中心静脈栄養 希望する 希望しない
- 3 積極的な延命治療  
心臓マッサージ 希望する 希望しない  
気管挿管 希望する 希望しない  
酸素マスク 希望する 希望しない

以上

(施設名)  
施設長 様

年 月 日

印

入所者 氏名:

身元引受人  
(契約者) 住所: 氏名: )

印

印 (続柄: )

その他家族  
住所: 氏名: )

印

印 (続柄: )

<作成例>

### 看取り介護同意書

私は、医師の診断と(施設名)の看取りの方針に基づき対応について説明を受け、下記の内容に同意します。

記

(※ 以下は本人、家族が同意された具体的な内容を列記しましょう)

- 年 月 日をもって、医療機関での治療等、本人の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せず、当施設にて最期を看取ります。
- 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。
- 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。
- 本人、家族の希望に沿った対応に心がけ、情報の提供及び説明に努めます。
- 本人、家族の希望や意向に変化があった場合は、その意向に沿うように変更を行います。

以上

(施設名)  
施設長 様

年 月 日

印

入所者 氏名:

身元引受人  
(契約者) 住所: 氏名: )

印

印 (続柄: )

その他家族  
住所: 氏名: )

印

印 (続柄: )



Ⅶ 参考文献

- 1 『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
- 2 『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 看取り対策プロジェクト
- 3 『看取りに関する手引き（在宅及び高齢者施設等における看取り）一改訂版一』  
山形県村山総合支庁保健福祉環境部（村山保健所）、山形在宅ケア研究会
- 4 『看取りに関する手引きと事例』 滋賀県老人福祉施設協議会
- 5 『特別養護老人ホームにおける看取り介護ハンドブック～家族とともに考えるために～』  
株式会社三菱総合研究所
- 6 『緩和ケア普及のための地域プロジェクト』 厚生労働科学研究
- 7 『平成30年度版 死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル』 厚生労働省
- 8 『「平穏死」という選択』 石飛幸三著 幻冬舎ルネッサンス
- 9 『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』 厚生労働省
- 10 『救急隊員の行う応急処置等の基準』 総務省消防庁

<介護施設における在宅医療や看取りのあり方に関する検討会メンバー>

	所 属	職 名	氏 名
1	南高医師会（ひらゆめ医院 院長）	理事	平湯 秀司
2	長崎県訪問看護ステーション連絡協議会島原ブロッ ク（愛の訪問看護ステーション）	雲仙地区代表	酒井 恵
3	長崎県介護支援専門員連絡協議会島原半島支部	副支部長	羽山 由紀子
4	島原半島認知症対応型共同生活介護事業所連絡協議 会雲仙支部（おばま温泉グループホーム湯之崎）	事務局	豊田 恭子
5	グループホーム ポテトの丘	代表	船津 ちはる
6	介護老人保健施設 真寿苑	リハビリ科長	松本 智英
7	特別養護老人ホーム 湯楽苑	施設長	森下 敬也
8	県央地域広域市町村圏組合 小浜消防署	消防司令補	大門 龍也
9	島原地域広域市町村圏組合 島原消防署 北分署	島原消防署 北分署長	鎌部 洋治
10	島原地域広域市町村圏組合 介護保険課	主査	川原 信二
11	雲仙市地域包括支援センター	所長	吉武 直樹
12	雲仙市在宅医療・介護連携サポートセンター	コーディネーター	竹口 雅子
13	雲仙市 健康づくり課	参事補	井上 真紀
14	雲仙市 福祉課	課長補佐	山岸 えみ
15	県南保健所 地域保健課	課長	松尾 明子

<事務局>

	所 属	職 名	氏 名
1	県南保健所	所長	宗 陽子
2	県南保健所 地域保健課 保健福祉班	専門幹	松川 靖代
3	県南保健所 地域保健課 保健福祉班	係長	山縣 義昭
4	県南保健所 地域保健課 保健福祉班	主任技師	花堂 友実

発行：平成31年2月  
長崎県南保健所 地域保健課 保健福祉班  
〒855-0043 長崎県原市新田町 347-9  
TEL：0957-62-3289 FAX：0957-64-5539