

- 場合は、主治医と家族との面談を行い医療的なものを望むのか、施設でのターミナルケアを望むのか家族に選択してもらっている。施設でのターミナルケア時は、静養室において 24 時間体制で、夜間帯は状態変化時、看護師に連絡しいつでも対応できるようにしたり、医師との連絡も密に行っている。その他、週 2 回の定期的な回診も行っている。
- 178 本人はもちろんであるが、家族・スタッフともに納得のいくケアを行いたい。医療専門職・看護職ではない介護職が、積極的に関わられるようスタッフをサポートすることがとても力を要する。
- 251 マニュアルまでの整備はないが、終末ケアの申し合わせ書はある。
- 599 家族の看取りに対する意向は、日々変化していく傾向があるため、終末期においては特に連絡を密にし、不安を取り除きつつ意向にそるえるように努めている。
- 600 協力病院と距離（30 分）がある。現状の職員体制では、ターミナルケアを実施する考えはない。
- 739 ターミナルケア準備中。院内・院外研修を行っており、看取り介護加算に向けて準備しているところです。
- 752 嘱託医の協力が不十分であり、積極的に取り組めるような状況にない。ターミナルケアは、医療との連携が必要不可欠と認識するが、夜間 N s 配置の無い特養で、嘱託医の協力が得られなくては介護職のストレスが増大するばかりである。看取り加算をとっても割りにあわない仕事と思われるが…。体制整備が課題である。
- 759 終末期ケアに私が積極的に取り組んでいない事があります。医療的な協力、家族の協力そして施設が共にケアをする事だと思います。終末期ケアに対する考え方が的外れなのかもしれません。
- 839 在宅で生活されるのが本来の姿であり、本人の望まれるところではと考えておりますが、種々の問題で大変な状況となっており、特養も病院での医療適応者ではと思われる様な方が入所される様になっております。当施設では、終末期の方はもちろん医療的処置がかなりある方でも、介護の専門職員・看護師が在籍しているのだからと受け入れるべきとの嘱託医の考えもあり、医療機関と連携をとりながら受け入れております。

9 栃木県

- 174 看取り時の対応できる医療機関の整備ができていないのに、特養で行なわせるのは無理がある。加算は1日1600円と人件費にもならない。病院より室代などの負担金が少なくてすむので、多くの家族は特養を選ぶが、親類の方は病院を希望するが受け入れる病院も少ない。理由は、何もしないのなら病院は受け入れできないとのこと。こんな看取り状況の中、本人の希望も自宅である。
- 175 終末期ケアを積極的に対応しております。これらは、各部門の協力が必須であり医師の考えも大切なことです。
- 181 当施設では2005年夏よりターミナルケアについての研修・研究会を発足させ、昨年より段階的にターミナルケアを実施し、その都度、修正を行いながらサービスを実行しておりますが、まだまだ不十分であると思います。
- 279 施設としては、前向きに考えて行きたいと考えておりますが、当施設は2006年4月開所、5月受け入れ開始、職員も20歳代が中心で介護させて頂いております。これから、いろいろな研修に参加をして全職員が同じ力・同じ価値観を持って行きたいと考えておりますので、なにとぞご指導の程よろしくお願い致します。
- 282 老衰期・老衰傾向と医師の診断があった際は、速やかにご家族へご連絡し面会時同意を頂いている。(看取り加算算定の関わりもあるが)  
統計を取ると、加算の有無に関わらず近3年間退所した方々の中で、ターミナル対応もしくはそれに近いものを行ったご利用者は全体の6割であった。
- 370 終末期の希望や話題をご本人・ご家族に説明するタイミングと説明方法が難しく、入所された時点で看取りの指針等の話をすることで良く思わない家族が多い。又、特養で行える医療行為が限られており、介護するスタッフにも本当にこれで良いのか不安が続く。介護記録や必要な書類同意など、もう少しくわしく、具体的にどのようなものが必要なのかを知りたい。
- 500 現在入所者(家族)の希望として施設で最期を迎えたいというものが多くなって来ている中で、要望を取り入れ家族・医師・職員をまじえての話し合いを持ちながら、既に数年前からターミナル的な介護を取り組んできましたが、看取り加算に対する施設の準備(マニュアル等)、今だ不備の状況にあります。今回のアンケートを通して

マニュアル・その他看取り加算の算定方法、あるいはそのための資料を是非頂ければ幸いです。

716 終末期ケアに対して、真に必要と思われる面は家族ケアであると思う。そしてそれは全人格的なことの必要を感じる。関わる職員にも心のケアが必要である。

777 入居者の重度化に伴い避けては通れないもの。入居時の調査では大多数の家族が希望している。何名か看取ったものの特養での難しさを感じている。最期を迎える時は、病院を望む家族の揺れ動く心理。少しでも収入増になればと思う法人サイドの本音。

10 群馬県

72 難題もありますが、私としては人間の終末を看取らせて頂き、良い勉強になったと思います。何名かの方を送りましたが、ご家族様には感謝の言葉を頂いております。

81 実際その時になってみると、やはり家族は病院でと言われる方が多い。

86 非常勤嘱託医師・看護職員の人員配置基準等、医療的ケアに制約・制限がある中、医療依存度の高い終末期の利用者のケアを行うことは非常に困難。介護職員をはじめとして、職員にかかる負担は大きい。

158 現在ガン末期の入居者やご高齢の寝たきりの入居者がおり、ご家族は施設内での終末を望んでおりますが、加算申請をしていないので看取りの同意はとっていません。ご家族の意向を考えると看取りは必須であると思う。

176 現在希望はありませんが、今後は家族・本人からの希望もあると思います。ご本人の心理面又、家族の心理面、介護、看護上の問題点もあると思いますので、ターミナルケアについての理解について、職員研修等実施したいと思っています。

332 これから取り組みを始めるところで、現在のところ何もしていません。協力願える医師等を見つけるのに困難が予想される一方、施設（特養）で終末期ケアの提供を行うのが本当によいのかという根本のところでは確信が持てないでいます。

547 これまで実施してきた中での問題点として、

- ①看取りの同意の際、契約者以外の親族への説明の重要性。
  - ②契約者などへの説明の過程で、医師から直接説明の必要性。
  - ③家族とどれだけ協力できるか（納得・同意して協力が得られるか）
- おもに、上記の点が挙げられた。いかに個々に対応し、医師・医療機関も含めた多職種の協働が必要になると感じています。

559 これまで特養では、家族に代わる介護提供の場として終末期ケアもごく自然（あたり前）にとりしまれてきたという一面があります（終のすみか）。2006年4月から新設された看取り介護加算はこのような歴史的取り組みとは、質を異にしたものという印象を受けます。加算対象であるがゆえの「計画」や「指針」に対する全入居者（または家族）からの同意を取る必要など型にもとづく仕事の増大はその一つであり、人生をよりよく全うして頂く為の看取りが加算の対象となること自体に違和感も覚えています。

840 医療の設備の未熟な特養にとって、この生活の場での看取りをするということは、まずは施設方針を明確にし何が観察のポイントか、次に何をするのか、どこでどう動いたら良いのか分かりやすいシステム作りが大事であると痛感する。また、利用者・ご家族のニーズは常に変化していることを理解し、都度の思いの確認と対応が出来る様、日々の伝達・研修の大切さを痛感する。ターミナルに関わる職員の不安を解決していかなければ、充実してターミナルケアの実施は出来ないと思う。

## 11 埼玉県

- 78 看護師の不足で難しい。
- 106 「看取りに関する指針」については作成し、その内容に沿って具体的かつ細かなところについて検討し、マニュアルにつなげていきたいと考えている。一番大切なことは、特に介護スタッフの研修であると考えていますので、段階的継続的な研修を考えている。
- 137 終末期が近くなってきた段階で、家族・嘱託医・施設側が集まり、嘱託医から状況説明をしてもらい家族がそれを受け入れた場合のみ終末期ケアを実施している。
- 149 ターミナルの施行で対応する予定ではありますが、体制の問題（Ns・医師の点で）から、なかなか前に進んでいかないのが現状です。
- 163 ご家族はターミナルケアを望んでいらっしゃる方がたくさんいらっ

しゃいますが、まだ、施設内の設備等が不十分でできない状況です。しかし、時代の流れとして対処していかねばと思っています。

- 201 住み慣れた居室で、親しい介護スタッフに看取られて終末を迎えることは理想的です。病院に於いて、何本もの管につながれて特別治療室に一人、孤独と向き合う姿は痛ましく思います。終末期ケアを提供したいと切実に望みます。しかし、現実はずぐにかけつけてくれる医師も無く（夜間に）夜勤看護師を置くことも出来ず、実施したくてもできません。
- 202 現段階に於いて終末期ケアは実施しておらず、検討している段階です。様々な角度から検討し、実現して行きたいと考えます。
- 319 ターミナルケアについて、施設内で勉強会を開き本格的に取り組みを始めてから間もないため、試行錯誤中です。実際の看取りについては、施設での死亡者は開設後（1年前）2名のみで、全職員まだまだ対応が十分に行き渡っていないのが現実です。
- 376 ご家族が「施設で最期までみてほしい」と希望しても、介護職員からこのような状態の方を病院に入院させなくてもいいのですかとの意見が出ると難しいことがある。実現はしにくいかもしれないが、看護職も夜勤をしなくてはいけない状況になれば、もっと終末期ケアもすすむのではないかと？看護体制を整えて、加算を取るより看護職員も夜勤をするようにすれば、医療依存の高い方の受け入れももっとできると思う。
- 390 終末期の利用者及び、家族が過度な医療を希望しないとき、住み慣れた施設で最期まで生活が出来る様、できる範囲の支援が提供できたらいいのでは…と思います。
- 392 ターミナルに移行した利用者のご家族には、毎週の医師による回診時の来苑や、その他いつ何があっても大丈夫なよう、すぐに連絡がとれる所、またすぐにつながる連絡先を教えていただく等、ご家族の協力が必要であると感じております。
- 528 「終末期」の判断が、現在の看取り介護加算で示されている「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」だけでは判断のしようがないので、例えば脳死の判定基準の様な分かりやすい基準を作成してほしい。
- 558 実際に看取り介護を実施し、色々な面で矛盾や問題点が感じられた。

- 571 去年の6月に開設し、まだ経験が少なく終末期ケアの実施は難しいが、今後実施できるように基礎固めを行っていく必要がある。
- 617 当施設は医療法人（医院）に隣接しており、入所ご家族からは約9割「このままここで」というターミナルケアの要望があります。しかしながら、ターミナル期に入ると何らかの形で医療行為が必要となってきた、実際特養のケアスタッフのみでは対応しきれないケースが多々生じます。当施設では、ターミナル加算は申請していませんが、現在の保険制度では重度化している高齢者に対して、正看さえ配置すれば出来るものでもありません。ご家族が何もしなくても良いとご希望されても、何も医療行為が出来ずに見ているだけの介護職の精神的負担は大きなものがあります。このままでは、ますます介護職離れになってしまうでしょう。それでは、入院をさせたら良いといってもHP側で受け入れてくれるのでしょうか。療養型の廃止（お金にならない長引く患者は退院させろ）と、相反する状態です。今のところご家族と蜜にコミュニケーションを取りながら、問題なく経過しておりますが、権利意識が強くなりだんだんリスクも考え、弁護士先生にも相談しリスクを回避できるようなシステムを考えていかなければと考えています。現場は理想論だけではまわりません。
- 782 施設で終末期を迎える利用者が増えている現状の中で、状態により看取ってあげたくても最後の最後で病院へ搬送するというケースが多いのが、時に戸惑う事があります。夜間、介護職が1フロア25名に対し1名しか勤務していない体制で、利用者の状態が30分毎の吸引を必要としたり、苦痛状態が激しくなってくる様子を他の利用者のケアを行いながら、頻回に関わることに困難が生じます。家族の協力が積極的にみられるケースと全くないケースと様々です。施設での生活が長くなる程、職員は最期まで看取ってあげたいという気持ちがつのる反面、理想的なケアにたどりつくには、今の体制ではやりきれない現実に不安が残ります。
- 906 ターミナルケアの実施については、特に重要な課題は「職員教育」と考える。職員のモチベーションを配慮した「死生観」教育が大切だと思う。

12 千葉県

- 73 Nr不足, Dr不足の中でとても終末期ケアはできかねます。昔の様に静かに老いて死んで行く者はいません。今の特養は医療色が濃く、またFaもそれを施設の中で望んでいる為、管づけになる=N

r = D r と病院のようですね。国の考えを変えない限り、経管栄養は増え、認知症は増え、どう対応していいものかととても悩んでいます。

- 79 本人に提供するケアに特別何かを（通常のケア以上に）行うことは考えていない。（見守りは他の入所者より増えるが）身ざれいに、穏やかに無理の無い生活を援助する。入所時より、やがて訪れるであろう当施設利用者の死（急変及びターミナル）について、全家族で色々方向性を考えてもらうよう啓発している。
- 87 終末期を実現するには、医療機関との関係が不可欠で関係がうまくいかないと非常に困難。
- 162 入所しておられる老人の方々の家族関係がうすくなり、又、家族も高齢化し、その中で終末を考えることは大切だと思う。施設で皆に送ってもらいたいと声はあるが、協力病院の院長が理事長をされております関係上、病院で見るのがあたりまえという方針であれば仕方のないこと。できる限り本人の希望を聞き、長く施設で生活をしていただき病院へ…という形になっている。
- 164 現在、胃瘻の方、老衰による機能低下と診断を受けている方、末期癌の方など、ほとんど終末期ケアを提供してるに近い状態と感じていますが、医師のオンコール体制に協力していただける病院や医師の確保、また看護師の夜勤体制無し、20人に1人の夜勤介護職員の配置という状況においては、施設で看取りケアをご家族に提案すべきではないと考えています。
- 165 看取り介護体制の実施に向け、医師とのインフォームドコンセントを行い同意を得るが、開始指示が医師の立場として、中々決定を出さず「そろそろその体制に入る」と現場で話し合いをするが、静養室で経過を見ているうちに永眠なさることがあり、その決定時が難しいとの事である。現状は、点滴開始5日後位を目安にケアプランを立て家族と話し合い、手厚いケアを提供している。
- 226 特養では終末期ケアは外せないものと思います。ただ、囑託医がどこまで「特養の終末ケア」に理解をもらえるかで、施設のあり方が変わってくると思います。終末ケアは、本人を囲んで本人の気持ちの次に家族の意向を伺いながら、介護していくのが基本だと思います。その時期になると、家族も気持ちが色々変わり、終末ケアを施設で希望していても最終的には病院での医療ケアを希望される場合もあります。都度、都度、家族とも話し合いながら納得いくケアを考え

ていく必要があると思います。しかしながら、介護者（施設側）から考えると、負担が大きいのが現実です。

- 234 看取りを希望される方の大半は経済的な理由でした。家族も高齢、または関係の薄い方が多く、施設や病院からみて遠くに住んでいる方も大勢いらっしゃいます。間違いがないように慎重に対処しています。（葬儀も含め）
- 275 医療機関との協力、連携に難がある。施設設立が日が浅く、職員スタッフが成熟していなし。
- 293 当施設ではまだ、終末ケアの実績がありませんが、医師・家族・現場の職員と十分な話し合いをし、お互いに納得のいくケアができれば良いと思います。
- 354 当施設は医療体制が担当医師が入院施設のない個人病院経営者で、入院時には協力病院である総合病院にお願いするシステムでもあるので、その連携がなかなか難しく日々苦悩しているし、個人病院の為、夜間緊急時対応が弱い為、ターミナルケアに踏み込めない状態である。以前、自然死で苑内で亡くなられた方がいた時も、日中にも関わらず診療時間だった為、担当医が駆けつけてくれず、検察医が入るなど、まだまだ医師との話し合いは、この状況の打開策とか金銭問題とかではかどらない状態である。
- 504 当園でも今までの歴史の中で、自然な形での終末看取りというのは経験があります。看取りに関する指針があった訳ではないのですが、施設での生活の中で本人・家族との信頼関係が築けていたことからできたのだと思います。しかし、現在はそのあいまいな信頼関係だけでは看取り介護が難しくなってきました。終末期医療の体制が特養施設にはありません。又、職員体制も終末期の体制に特別に提供することができないのが現状です。又、施設設備として静養室はありますが、終末期ケアに対応するための個室が無く提供は難しいという状況です。
- 544 入所時に看取り介護の指針について、家族へ説明。終末期にケアカンファレンスを行い、本人・ご家族の意向の確認。ケアの方針についての話し合いを実施。嘱託医・主治医等の意見を取り入れながら、ご本人・ご家族の希望に沿えるようなケアの提供をしていく。
- 553 現在マニュアルは出来ているがまだ完全なものではなく、今後手直しが必要になってくると思います。終末期ケアの希望用紙は今年度作成予定。職員の研修は施設外研修へ参加しその資料を基に、全職



員向けの研修会や勉強会を行なっていく予定ですが、まだ、資料作成が出来ていません。

- 595 看取り体制をとる時期決定が難しいと嘱託医から説明があったが、経口摂取不可能となり 4～5 日経過後、点滴開始時をその時と決定している。(個人差が有り、体制を整え静養室でケアを提供し、嘱託医の診療を受けている) 介護・看護・生活指導員で連携したケアを提供し家族の皆様には感謝されている。
- 667 創立以来理事長が医師であったため、本人・家族の希望があればごく自然に看取りを行ってきましたが、施設での役割としてマニュアル等考えると、どの時点で看取り体制に入るか、医療をどこまで行うのか難しい問題がでてきているのが現状です。
- 695 本人及び家族の要望、希望を充分に取り入れて行きたいと考えているが、我々職員が利用者に対してどの様に看取りをしていきたいのか、十分な議論が出来ていないのが現実である。従って、これから各職種での役割の明確化が必要となる。又、看護師も含めて死の教育が充分されていないので、看護師をはじめ各職種の終末期ケアの学習も必要と考える。家族に対しては、看取りに対する思いが、時々刻々と変化するものであるという認識の基、本人及び家族の思いを受容し、病状説明や施設対応の有り方をきめ細かく検討して対応していく必要があると考えます。
- 720 ご利用者様の中で看取り(終末期ケア)を必要と思われる方々がいらっしゃいますが、看護体制の確保・介護職の認識に不安があり、実施しておりません。今後取り入れる準備を進めていきます。
- 758 アルバムを作成し、ご家族に差し上げる。時と場合によって、ご家族が宿泊できる環境をつくる。

13 東京都

- 1 夜間帯は看護職が配置困難。看護職は常勤換算 3・8 人(常勤 3 人・非常勤 3 人)隣接して病院がない。(協力病院の最短は車で 10～15 分) 嘱託医は週計 5 時間(内科・外科系) 3 日のみ。以上のような医療・看護体制を前提にすれば「重度化対応加算」までが精一杯が現実です。(看取り看護加算はケアの現場に過大な負担となります) 安い経費で重いケアを引き受けさせようという無理が見られます。(療養型病床の縮小→廃止の動きと関連あり)
- 3 ご家族に意向を伺うと、殆どの方が施設での看取りを希望されるが、

実際に終末期を迎えると、病院へと変更になる例も多い。老衰でのターミナルでないと、苦痛を伴うため、病院との連携なくしては、ターミナルケアは成立しないというのが実感です。

- 5 ご家族様と一緒にいられる空間・時間の確保を心掛ける。他はあくまでもいつもの毎日の延長。従って高度な疼痛の管理など希望される医療サービスの内容によっては受け入れができない。
- 6 「人間らしく」をモットーにすれば「経管栄養」は本来の食事形態とは言えないと考える。食事の Cal 摂取のみならず「美味しく食べて」初めて食事の役割を果たせるものと考えからである。では、経口摂取困難な方にどうすれば「美味しく食べる」ことを保障できるのか。それには、食材・メニューの工夫は勿論のこと「十分に手（時間）をかける」ことに「尽きるといっても過言ではないのではないか。現在、我が国において、利用者の尊厳を損なうことなく「生きられるよう」十分なケアを提供できるだけの人員が配置されているとは言いがたい。十分な手をかけることができる現場スタッフの配置が急務であると考え。この人員配置に関することを厚労省は認識する必要がある。
- 7 平成元年3月に開所以来、終末期のケアを提供していますが、その人らしさ、一人一人に対しての関わり方は違うことが難しいと思います。職員は初めてではなくても、ご家族は初めてのことで、その度、会議等確認をしながら関わっています。しかし、20年近く取り組んでいると、職員も入れ替わりますので、研修会等を通して、常に意識づけ、職員に対してのケアをしていかなければいけないと思っています。
- 8 死亡診断書のために医師が来所する必要があるが、すぐに医師が来れない時が問題となる。
- 9 家族の希望と共にその都度の状況により相談しながら、医師・家族、看護、介護を含め利用者にとってどれが一番良いのか考えながら進めています。
- 10 ご本人、ご家族の希望により、施設内での看取りを行っているが、ホーム内で行える医療行為には限界があり、「何もしないでホームで」と希望したご家族から「苦しそうなので病院に入院させたい」といわれることもある。看取りに関しては、ご家族の希望が強いことと、施設に任せるのではなく共に看取る気持ちや協力がないと成立しないと考えている。

- 11 現在、検討中ではありますが、実質何も進んでいません。
- 12 近い将来に導入したいと考えているが、去年4月に開設施設ということもあり、もう少し時間が必要である。看護師不足があり、まず第一にクリアしなければならない必要人員の確保、夜勤体制が組めれば取り組みたい。
- 14 1、看護職と介護職の連携がうまくとれていない。どちらも負担感を持っていて、取り組む仕組みを考えるまでにいたらない。2、介護職が経管栄養やカテーテル挿入者、吸引等などに主体的に関わらず、看護もまた指導する姿勢がない。3、上記1. 2の現状があるが、長年介護している利用者に対する想いは非常に強く、最期まで看取りたいという気持ちが強くある。4、長年、医療の薄かった特養になぜ看取りが要求されるのか疑問である。それに対応できない特養は姿を消していくようになるのだろうか。
- 16 当法人は3施設の特養があるため現在3施設で検討している。また夜間の医療体制の問題が解決していないため、解決すれば直ちに組み込む予定。
- 17 当施設は病院と併設しておりますので、病院の医師同士の意見が一致しなければなかなか難しいところがあります。ターミナル ケアに関しては、何年も前から家族の希望、本人の意見も含めて話し合ったり、家族の希望でぎりぎりのところまで施設で看っておりますが、看護師の夜勤がありませんので、結論が出ません。医師、看護師、介護の話し合いが必要です。
- 20 終末期ケアの提供に際して、医師との連携、看護職員の必要人数の確保等のインフラ整備を如何に行えるかが第一課題である。
- 22 今まで、終末期ケアとかかけていませんが、高齢者の生活の場とし、老衰をはじめ多くの疾患をもっている方々に対し、お世話をしている事は終末期ケアにあたると思っています。今は老衰という言葉がなくなりつつある状況、施設で亡くなられた場合、様々な手続きや（検死・事務職務等）対応で、何か悪いことをしたイメージです。死を看取る場は病院という考え方、また、医療ニーズの高い方まで特養でお世話できる体制ではない。  
「終末期ケア」とう文言にまどわされる家族の説明が大変。
- 24 利用者の急変に伴い、家族と相談、医師、看護師、ワーカーと話し

合い今後の対応について検討。また、遠方にいる家族は「自然に」とおっしゃるが、自然の範囲がわからない。

- 27 終末期ケアに関しては、利用者の方が住み慣れた施設で最期を迎えていただきたいと思います。しかし、担当する医師の理解と協力が重要であると考えています。
- 28 ご家族が希望されます時には、ドクター来日時間帯などを了解いただいた上で行っています。また、来日不可能な場合は検死が入るような状況です。ドクター不在が多い中、施設での看取りについてはこれからが課題だと思っています。
- 30 1、特養における終末期ケアについては、積極的に取り組むべきと考える。2、当施設は開設半年で、まだ終末期ケア体制を整えるまでになっていない。3、医療関係者の確保、職員の研修等、今後1年かけて実施に向けての体制を整えたい。4、当施設は全室個室ではあるが、利用者、ご家族の意向を十分お聞きした上で準備をしてまいりたい。
- 31 看取り加算はとったものの、嘱託医の考え方など統一方式（方向性）の議論がなされていない状況です。看取りのタイミング、判断をどうするか、ご本人、家族との尊厳死に対する見解など課題は多いと思っています。しかし、特養においても時代の要請に答えていかなくてはならないと思いますので、死生観等、職員研修を積極的に行っていかなければならないと思っていますところでは。
- 33 ご家族、代理人の方に入所時緊急、救急時の対応をお聞きしているが、いざ、そのときになっての急変時にはお考えが変わるようです。急変も含め、その辺のところを理解して頂き、お考えをしていただく事が大事なかなと思います。
- 34 医師会（嘱託医）の関係で、終末期ケアが正直難しくなっています。基本的に施設に行って協力するスタンスで、医院の問い合わせや、夜間等はノータッチにしてくださいとの話になっています。介護職スタッフとしては、「このケアに取り組みたい」との希望はありますが、上記の課題と検死の問題があります。「警察の介入」については、スタッフ全員が一步引いてしまうところがあります。
- 35 現場の職員（介護、看護）の人員確保と家族、そして協力医療機関の理解と協力が得られなければ実施は難しいと思われる。（加算を取れるような体制は）

- 37 ターミナルケアを実施予定にあるが、現状は病院での死去が大半。ただし、状況に応じてはニーズに応じていく方針。
- 41 社会的に特養ホーム内にて終末期ケアが求められていると受け止めている。その実施について施設として検討の取り組みを開始したところ。終末期ケアについては特養ホームのケアのあり方を問われる課題であると認識している。
- 42 明文化されたマニュアルはないが、今までも施設での看取りは何人か行ってきている。終末期ケアには、職員の質が求められる。特に看護職は、段階的にケアプランの変更にかかわり、提供するケアや役割も多くなる。知識やスキルのレベルアップは当然ながら、精神的な援助も行える高い能力が必要とされてくる。「ひとりの人を看取る」という事を、施設として全職員でかかわり、尊いものにしなければならないと思う。そのためには、自分自身の研修参加や日々の業務の中で学び、カンファレンスが最も必要とされていると思う。
- 43 当苑としての終末期の定義はありますが、人の余命については私達にも計り知れないことであり、終末期ケアの開始については悩みます。外部医療機関より退院される際、自発呼吸はあるものの植物状態ですとの申し送りを受け入れ、ご家族との話し合いで看取り介護の同意書を頂きました。当初はご家族も職員1～2ヶ月のご縁かと考えていましたが、あれから6ヶ月が経過、広範囲による失語症と四肢麻痺も、左上肢の動き、呼びかけに開眼、入浴も可能になるなど、また、経管栄養による確実な栄養補給が行われる中。さらに全身状態が改善するのではないかと期待感すら生じています。このような症例と同意書の有効性をどのように考えて行けばよいのでしょうか。
- 45 2005年より取り組み始めております。まだ、経験も少なく医師のいない特養での看取りは戸惑いを覚えます。他施設のマニュアル等参考にさせていただき、改善していきたく思います。
- 47 当園でのターミナルケアを段階的に、1、お元気で当苑で最期を迎えたい方を「ターミナルケア」2、医師の診察のもと、本人、家族の同意を受けて実施の「看取り」として取り組んでいる。
- 48 医療体制がない施設において、その方らしく最期まで対応することの難しさを感じています。人として、病院とは違う福祉施設の看取り介護はどこまでが範囲なのか、どこまでするべきなのか？とケア

を通して感じます。ただ、我々の施設においては個別ケアの線上看取りがあり、ご家族の希望を伺い、部屋も明るい雰囲気でご過ごせるように手探りではありますが始めています。

- 49 個別援助（ケア）の延長として考えている。
- 51 重度化対応加算の算定を実施したため「看取りに関する指針」「死後の処置の実施に関するマニュアル」「看取りに関する補足 資料」の作成整備、入所者への説明、同意とともに入所時の説明同意についても行ったところですが、現状では施設内での看取りについては、主治医、看護師の配置状況の問題、体制（ケア）のあり方の問題、職員へのフォローアップ（バーンアウトなど）の問題もあり、対応できていないため、提携病院への搬送という形となっています。今後、施設内看取りが出来るよう、それぞれ個別の問題点を整備、改善し実施につながるよう体制作りをしていくことが課題と思います。
- 61 1、終末期の方はおられますが、家族と個別に話し合いを設定し、意思・対応の確認を行っています。2、医師の確保が難しい。3、看護師、ワーカーの研修、共通認識が必要である。4、看護加算は行っていないが、現実と実態として看取りを行っているといえる。

14 神奈川県

- 62 老人福祉施設の医療体制（常駐の医師がいない。看護師の採用難）等を解消しないで、ターミナルケアを実施するのは無責任だと思う。
- 64 医師との協力体制がネックになっている。
- 71 現在、指針の策定・同意書の策定は出来ていますが、マニュアルは作成中です。職員教育・医師の協力体制・リスクマネジメント等を強化し、加算を算定する予定ですが、慎重に進めるつもりでいます。
- 97 医師（嘱託医…週2日午後30分位の往診。開業医。）との連携が困難。（今後は、在宅医療支援診療所等との連携も必要か。）  
本人・家族と調整をしながら実施するが、希望通りのケアが統一的にできるか。また、何か問題が起きた時の対応が確実にできるか不安。  
看護師・介護職員の増員や待機手当・時間外手当等、人件費の増が加算収入を上回る。＝気持ちや意気込みだけではやれない。
- 139 キリスト教を母体としているため、開所時より看取りは職員の中で

は意欲はみられ、現在全退所者の 2 割を看取っています。しかし、看取り加算がついたからといって、積極的に行っているものではありません。看取りには、職員の心理的負担が大きく、職員への教育や精神的支持をどの様にしたら良いのか、また、施設の中でどこまでの医療を行えば良いのか等、様々な問題があります。また、認知症で経口摂取のできない人は、誤嚥などで、病院に入院すると入院時々の関係と療養型病床縮小で、全ての人に戻ってきてしまい、受け入れなければ今後入院させませんといわれています。特養が療養型病床の受け皿となっております。高齢者の終末期を心をこめて送りたいと願っていますが、現状の人員不足では、日常の介護ですらやっとの状態です。終末期ケアは今後、整備されなければならない問題が多く、一つ一つ問題を明らかにして、より良いケアを提供していきたいと考えております。

- 140 FA は強く希望される方が多い中、介護スタッフの不安は大きい。また、地域医療の協力・理解など程遠い状況。医師がいない場所での死亡は、介護スタッフが受け入れない。話し合いができていない医療現場も、緊急時ベッド不足で受け入れてもらえない。
- 256 マニュアルに沿うというよりも、個人の状態や生活・家族に沿うことを念頭におき、思い残すことがないように対応しております。できる限りご家族に協力いただき、宿泊可能な体制を整えております。
- 315 今後全国的にも必要となってくるのであれば、勉強して行なわねばならないとは思っている。当施設は、併設病院や施設がなく医療系も知識も弱いので無理はせず、慎重にならざるを得ないところもある。
- 344 当施設では平成 14 年度より、施設内医療のあり方・終末期の方針・健康管理・感染予防対策を入所時に家族に説明、承諾書を頂いております。平成 18 年より重度化加算も申請、同時に苑としてターミナルケアを実施すると決定し、苑としてターミナルケア方針及び、職員教育（死生観教育と介護観も含む）も始めました。職員教育をしていく過程で、苑に於けるターミナルケアは日々のケアそのものがターミナルケアであると確信しました。入所者は高齢で慢性疾患をかかえ、重度ですが人として尊厳したケアを提供し続け、介護・看護者として悔いの無いケアは達成感にもつながりました。（死後、偲びのカンファレンスで職員からの声）死を恐れるのではなく、死に至るまでの豊かな生活の提供が死の値を高くすると考えています。介護職者は、若い人が多いため、今後も教育は続けていかなければならないと思う。

- 377 嘱託医から協力が得られないため、どうすることもできないのが現状である。また、加算に関しても人材確保が困難であり、制度のあり方に問題を感じている。
- 398 看取りについての施設内研修を看護師を中心に全体で行い、3名の方が希望され、施設で看取り介護を行いました。本人らしさを尊重し介護してまいりましたが、ご本人・ご家族の思いを叶えることができたのか、今後も死の受け入れ、特養ならではの看取りを学んで行きたいと考えています。夜間看護師の夜勤体制が無く、オンコールでの対応となっているため介護職員の負担が増えているのが現状です。
- 552 現在はサービスプラン会議に於いて、終了後、ご家族に延命の希望があるか、どの様な最期を考えておられるか具体的に聞き取り、会議録に記入して各部署へ廻しています。その方の希望に沿ってムンテラ後ターミナルと確認された後は、家族参加カンファレンスを開き、看取りサービスプランを作成しています。苑での自然な最期を希望された方へは、家族と気兼ねなく過ごせる個室を提供して、24時間いつでも出入り、あるいは宿泊も食事も用意しています。人としてあたたかく看取られる環境やいつでも誰かが見守れる体制に配慮しています。
- 605 昨年度より取り組みを開始しているが、充分に取り組めていない状況です。職員の研修を含め、今後取り組んでいきたいと考えています。
- 684 重度認知症のご利用者のため、本人の意思確認はホームとしてはできない。入所前にご家族と確認していたことに基づく、家族の判断になる。(発症前の生活で) 看取り加算の設定に伴い書面での確認が必ず要件となったため、ホームで看取るケースが極端に減少した。以前は、口頭での説明・ケアプランに書き込んだ同意などで緩やかに運用していた。むしろ、兄弟(子供)が多くて、死亡後トラブルになるケースのみ書面処理していた。医師からの説明のタイミングが難しくなっている。  
2002年にマニュアルを作成した時点では「終末期ケア依頼書」としていた。介護保険法改正に伴い、「指針」を作成し、「同意書」に名称を替えた。
- 765 嘱託医の協力が得られないため、話が全く進まないのが現状である。施設が希望しても、嘱託医の力量や理解だけで何もできない。施設



の現状として、専門以外の医師が嘱託医になることもあるため、施設でのケアの限界がある。

815 行政等公的な機関から、雛形の提示や基準となるマニュアル等の提示があっても良いのでは？現状ではあいまいな部分や、グレーな解釈があったりする為、終末期ケアをやりたくてもリスクを考えると危険も多いと思われる。家族との信頼関係の構築が不可欠である。

870 以前より施設内での看取りは行ってきました。今回の加算新設によって、少し変な言い方ですが施設内で死ぬことが公になったと思います。これで、議論が深まればよいなと考えています。

907 ターミナルケアは大切にしていきたいと、施設長以下職員一同願い取り組んでいる。特に、スピリチュアルケアの観点から取り組んでいくことを願っている。最期のお別れ会（告別式）も、施設でできるだけ多く対応している。

15 新潟県

96 夜間看護職員が居ない中で終末期を看取することは介護職員にとってかなりの負担となっている。しかし、今まで生活を共にし、馴染みの関係を築いてきた利用者を病院へ送り、見知らぬ人達に世話をされてチューブで人生最期を迎えることは忍びない思いがある。家族・本人が望むならば園で対応していきたい。施設入所時に家族・本人に確認をとり、その後ターミナルと医師に診断されてから、再度どこで最期を迎えるかを確認している。

311 協力病院からの医師の協力（ターミナルケア）が得られないため、進まず。

424 入所時元気なときから、本人や家族に意向を確認し必要時面接を重ねていく。利用者にかかわる色々な職種が協働してチームプレーで関わっていくことが大切。介護の現場がスムーズにケア出来る様、研修や環境を整えておく。ご家族へのケアも忘れない。他利用への配慮も必要。

520 施設におけるターミナルの援助は、死に逝く人のケアでなく命の終わりを豊かに生き抜くための支援であり、施設の持ち得る機能を生かし出来るだけその人の意志を尊重し、その人らしい死を迎えられるよう全職員で援助するものであり、施設での看取りを希望された入所者・家族に対しできる限りの行き届いたケアにより、本人・家族が安らかに生活出来る様支援していきたいと思っています。

- 522 ターミナルケアは開設すぐには出来ず、嘱託医が夜間でも対応できる体制となり可能となった。また、開設時は職員も技術などが不足しており不可能であった。一人の人間の「終末」を、「死」によって結実の時を最もその人らしい形で迎えられるように、施設の持ち得る機能を生かし、いかなるケアができるか日頃からご本人・家族との信頼関係を大切にし、死に行く人のケアではなく命の終わる日まで、その人らしく生き抜くための援助を行う。
- 532 家族が施設での看取りを希望されていても、病院との連携等の問題がありスムーズに進めない。医師や医療関係の方にももう少し介護保険の制度の理解を求める。
- 540 当施設では終末期として、特別にかまえる対応はとっておりません。施設は第2の家であると考え、家で過ごす生活、普段からの関わりが大切となってくると思うので、その様な点を重視しています。中々面会にこれない家族に対しては、電話で状態の説明（週1回）を行なっております。
- 541 平成19年4月1日からマニュアルに添った終末期ケアを実施の予定です。数年前までは、主治医が個人医院の医師で夜中もすぐに園の方へ来ることができ、家族の希望があれば最期を施設で看取することもできました。現在は主治医が変わり、夜間すぐに対応できないことから、ぎりぎりまで施設にいても、最期の診断は病院でという形にならざるを得ません。そのことを、ご家族に理解して頂き、希望に沿えればと思います。
- 542 積極的に取り組んでいる、しかし、嘱託医の対応の限界（高齢でもある）、職員配置の問題が残る。現行の加算はあくまで補いにはならない。これで、報酬減額改定があれば、特養沈没である。
- 562 看取りについて家族・主治医・施設の相互理解が大切だと感じる。
- 563 当施設は県立病院と廊下でつながっており、医療依存度の高い人も入所されているが、終末期は入院となりそこで死亡される方がほとんどである。だから、今まで看取りはほとんどしてこなかったが、今年から看取りの取り組みをしようと思っている。医師の考え方もあり、中々難しいと思われる。よく話し合っ、取り組むつもりである。
- 611 今年1月に開設し、ようやく3ヶ月が経とうとしている段階で、ま

だマニュアル等の整備ができていない状況です。当施設は、ユニットケア施設で全室個室である為、特性をいかし終末期ケアを積極的に取り組んで行きたいと考えています。

665 今まで施設での看取りは1人です。近々終末期を迎える方が数名おられます。まだ、終末期ケアマニュアルができない状況です。家族・協力病院医師と連絡を取りながら、やっております。

708 終末期は慣れた環境・スタッフに囲まれて過ごしていただく方が生命の質として良いと考えます。家族への看取りの支援も静かにできると思っています。但し、医師は嘱託医一人で負担感があります。遠方に出かけている際に看取りをしなければならない事例が発生しますと、病院へ搬送するようなことにもなります。当苑ではまだ、様々に検討し体制を整えていく予定です。

757 家族からの施設での希望はありますが、嘱託医で週2日、2～3時間の往診で夜勤も介護職のみの為、現在は行なっていません。

795 終末期ケアの指針はあるが、詳細なマニュアルを検討中である。現在の厚労省による指針で行なう入所は、特養施設の療養型施設化となっている。当園では、平均の要介護度は4.2となり経管栄養者は23人となっている。この他、糖尿病によるインシュリン注射等医療行為を行わなければならない入居者が増え、医師・看護師も多忙を極めている。この状態の中、終末期ケア（加算を行っていないが）年間10名を対応している。

16 富山県

236 認知症の方が多いため、家族とのコミュニケーションを取るよう心がけ、何度も話し合いを持ちます。医師・看護師・相談員・ケアマネ・栄養士も一緒に家族の意向を聞き、施設で出来るケアを説明します。今年度は、施設で18の方を看取りました。皆様本当に安らかなお顔で亡くなられました。35年間病院にいて、こんなに安らかな臨終に出会える事はありませんでした。看護師として、とても看取り看護・介護はやりがいがあります。私達は延命ではなく、その人の人生を最期まで見守ってあげることを大切にしています。医師の中には、何もしないでみているのは辛いでしょうと言われる方もいますが、治療は（医学的）無いかもしれませんが、ケアはたくさんさせていただいてます。先日100歳と2ヶ月の方が亡くなられましたが、なくなる1時間前まで、大きな飴をなめられていました。素敵な死に方を、沢山学ばせていただいています。

- 258 ターミナルケアを実施する為には、家族との信頼関係、嘱託医との連携、そして何よりも施設全体としての方向性を確立することが重要だと思えます。その為にも、職員教育を進め全職員のターミナルケアに対する意志統一をはかり、「死」を迎える瞬間まで家族と職員が協力し「その人らしく」お世話させていただけたらと思えます。
- 368 施設の建物の構造上、家族の休憩所や看取りケア専門の居室など取れない状態であるが、家族の意向も考えて多床室にぎりぎりまでいてもらい、静養室にて対応している。日頃施設で、このまま見てあげてほしいといわれた家人が、急に治療を希望されることがあった。家族（一族）の気持ちを常に知るため、情報共有していくべきであると痛感している。
- 455 現実として医療リスクニーズの高い入所者も年々増えてきており、今後検討していく必要性は感じている。
- 469 終末期ケアの提供の実績が少ないため、緊急時の対応等について職員に不安がある。
- 499 入所時に、主にご家族に対し、指針の説明を行い理解を得て、ケアカンファ時にも随時家族に、状態急変時や、終末期の対応について確認し、ケアプランに記載しています。終末期に入ったと医師が判断された際に、「看取り介護についての同意書」について説明し、同意をいただいています。しかし、いざそのような状況になられたときに、どのように切り出せばいいのか、話の仕方や雰囲気など、常に悩んでいます。また、やはり最後となるといろいろとご家族の気持ちも揺れ動きます。その際には、私たちの努力はありますが、医療機関との協力が充分（1、病院に搬送した際に、なぜこの状態まで放っておいたのか。2、どうしようもできないから、帰ってください。など、心情を無視するような言動をとられる医師も少なからずいます。）でないと、ご家族に不安や混乱を与えてしまいます。一方では、ご家族の方から、終末期、そのように対応していただけることを事前に説明を受けることができ、ある意味安心できましたと言われる方もいます。
- 778 開設1年の介護力が低い施設である為、現状では終末期ケアに取り組める状況にない。三大介護以外の介護力を高め、サービス利用者の終末期ケアを望む事に応えられる理解と介護力がついた時は、検討に入ることになると考えている。現状は、生活するための施設としての理解が職員間で統一されておらず、不十分な段階にある。