

855 今年度、ターミナルケア部会を新設し、目標・課題・対応方法について検討を行なう。

17 石川県

246 現在終末期ケアに対応すべく職員（各職種）で議論しあっている段階であり、マニュアル等も次年度早々には作成したいと考えておりますが、こういった方法が正しいのか分からない状況の中での終末期ケアの提供を目指しているものであり、各施設の終末期ケアマニュアルや希望確認書をどの様に行なっているのか参考にさせていただきたいと思っております。

247 終末期の判断が難しい。癌末期などは医師の宣告などで決定しやすいが、高齢により徐々に食事量が低下していても、食べる日もあれば全く食べない日もある、など低栄養状態で維持している場合などは難しい。医師の判断に委ねている。

709 終末ケアに積極的に取り組むようになり、より個別の対応、又、利用者個々の尊厳について考えるようになったと思っております。記録類やカンファレンスなど負担も大きいですが、それ以上に得られたものも大きいようです。但し、職員に対する負担（身体的・精神的）を出来るだけ軽減するなど、対策も必要と感じています。

769 全室個室で10人1ユニット、10ユニットの施設です。平成17年12月にオープンして、終末期ケアの取り組みは平成19年1月から3例目です。介護職に経験不足で、終末期ケア援助法には不安がありますが、研修や実際を見学して学習を深めていきたいと思っております。

18 福井県

203 ターミナルケア、看取りに対する看護師の確保が医療法の改定に伴い、一層困難になっている。

286 終末期ケアを希望されていた方が、1名おりましたが、今現在入院中で当園で実施した方はおりません。

19 山梨県

225 現実的に入居者様ご本人に「ターミナルケアに関する同意書」にサインを頂くのは難しいと思っております。ネガティブな同意ではなく、リビングウィルのようなポジティブな意思確認の形態を取らない限り、本人確認は難しいと思われまます。現在ご本人用の「リビングウィル」とその意思を尊重した覚書的な「ターミナルケアに関する同意書」（ご家族用）の2種類の書類による合意書を考えております。

- 262 将来的な課題と捉えている。又、正看護師の確保等、医療体制が整った後検討する。
- 378 終末期の判断が難しい為、毎日の関わりを大切にしたいと思います。終末期と判断してからの記録の内容に戸惑いがありましたが、記録の内容が一番の証拠になるので、詳細に記録することの必要性を、スタッフ全員が理解出来るような説明をしなければならないと思います。個人の尊厳を尊重したケアを提供し、喜んでいただきたいと思います。家族にも伝わるようなケアを、提供できれば良いと思います。
- 430 今、一人家族の希望により延命治療を希望せず食べられるだけ食べていただき、必要に応じて点滴1本施行している方がいます。血管確保が出来なくなったら、点滴しないでこのまま施設で看取る方向になっている方がいらっしゃいます。嘱託医の考え方が、施設では左右されるように感じます。看取りについては、携わる職員によって考え方はまちまちのように感じますし、判断が難しいように感じます。他人なので、入所者の気持ちを推し量ることは難しく、身元引き受け人の判断に任せています。今年度は、重度加算が取れるよう、マニュアルを作成する予定です。その中で、看取りについて具体的なものが出来ていくように感じています。マニュアル作成に頭をかかえている現在、研修会を希望します。

20 長野県

- 184 終末期と判断するのが中々難しい場合が多い。
- 268 特養では、施設の立地条件（近くに総合病院があるかどうか）により大きく対応に差が出ます。当施設は、山間部にあり協力病院までは遠いため、ご家族がすぐ駆けつけることが出来る施設での看取りを希望されます。逆に施設が総合病院に隣接している場合は、有無を言わず、入院する方向になりがちです。2004年頃より、ターミナル食を検討しています。食事を取ることが苦痛とならないように、身体状況のレベルに合わせて対応しています。
- 363 1、利用者の重度化に伴い、終末期ケアへのニーズが高まっている。施設における終末期ケアを組織的に取り組むためには、施設長及び、リーダー的存在の職員の確保が必須である。その為にも、終末期ケアについての基本的な知識や技術を取得できるリーダー養成研修が必要で  
2、利用者の人権を守るために、施設サービスにおける自己決定の

尊重が重要です。終末期ケアにおける利用者の意思決定は、最も重要な自己決定だと感じています。利用者本人及びその家族の意思を確認し、その意思実現をチームで支えるケアをした時に、利用者もサービス提供職員も納得できる結果に繋がるのではないかと体験を通して感じています。

- 441 具体的には、現在検討中。
- 517 その方らしい最期の迎え方を支援するのが、特別養護老人ホームの生活施設としてのあり方だと考えています。救急搬送を希望し病院での治療を望む方には、もちろんそのように対応しますが、馴染みの人々の中で家族と連携を取りながらその方と、家族の希望に沿った看取りが出来るのは、特養ならではないと思います。在宅で家族だけで看取ることが難しい場合は、施設の有している専門性と 24 時間 365 日対応可能であることを活用すべきだと思います。最近では、ショートステイ利用者で看取りを希望される方もいます。少子化により、家族介護力が低下してきているからだと思うのですが…。
- 519 施設での終末ケアに関しては、これから大いに必要になり受け入れていかなければならないと思いますが、まだ多くの課題が残されていると思います。一つは、職員全体がターミナルケアに関しての認識が不足している事と、死の教育が充分になされていない事。二つ目は、ご家族の中にもまだまだ病院でという気持ちがあり、最後まで病院で治療を希望されるご家族がいて、入院を希望されます。元気なうちに本人の意思表示があればよいのですが、いくら親子とはいえ、人の命を決めるのには迷いもあるようです。
- 576 看取り体制は整っているものの、各様式の作成が未実施。医師を含めた共同作業の手順書（マニュアル）の未整備の為、算定は行なっていません。その中でも、家族への説明・状況報告は行なっており、終末期の対応をとらせていただいております。
- 631 老衰と判断された終末期の入所者に対して、酸素吸入・点滴等をする事もなく（家族の了解のもとに）経口摂取をできる限り大切にしながら看取りを行っている。最期まで家族の不安にはきちんと応え、納得していただいている。家族にもできる限り最期の場に側に居て頂くようにし、職員と共に看取っている。エンゼルメイクを取り入れ、家族と共に行なっている。エンゼルメイクをした顔は、とてもきれいで職員も心を癒されます。
- 637 ご家族の気持ちというのは結構変化することが多いので、同意書を

取り交わした後でも、マメに話をしたり緊急の時には、再度意見を聞くことが多い。

652 特養入所後の平均余命は 4～5 年といわれているが、人生最期の締めくくりの特養での生活が、本人や家族にとって互いに満足のいくものとなるよう支援したいと考える。終末期ケアについては入所時はもとより、ケアプランの見直し毎に関係者全員で本人の思いを受け止め、支援していくことが大切である。看取りを希望する家族と利用者との絆の強化をはかり、最期に家族ができることを支援していくようにしている。

本人の思いを家族につなげ、日頃から家族との信頼関係を築くことが大切である。また、本人の思いや願いを実現するために方法や手段について多職種が協働して取り組むことが重要で、遺族との面接・アンケート調査等もふまえ、ケアの改善に努めている。終末期ケアは、日々のチームケアの延長上にあり、職員育成による質の向上と家族を含めたチームワークが大切と考える。

872 利用者が医師の診断のもと、回復不能な状態に陥ったときに、最期の場所及び治療等について、本人の意志、ならびに家族の意向を最大限に尊重して終末期ケアの提供を行なう。利用者・家族への支援を最期の時点まで継続する。医師の指示により、多職種協働体制で支援し、看取りに努める。

887 介護が施設ターミナルに協力的なので、とてもありがたく、去年は死亡退所 20 名中 15 名が施設で看取った。ただ最近、介護職も「死」というものに慣れを感じ残念である。最期までその人らしく、苦痛や不安の除去（緩和）をしながら、徐々に脱水となり枯れていく。人間としてとてもきれいな死に方だと思っている。施設ターミナルが一人いるだけで、やはり現場はバタバタと大変な様子。又、家族との信頼関係を大切にしている。これは、一番大切。

910 同意書はどのような時期にどのようにして記入、受けをしているのか知りたい。

## 2 1 岐阜県

238 協力病院との連携が図れていない。家族の意向調査を行っていない。今までに、申し出た人がいない。職員教育ができていない。その他問題点が多い為、現状では積極的な導入に至っていない。

407 隣接している病院と連携をとりながら、ホスピス適応の状態になった場合には、緩和ケア病棟へ転院を考えています。

- 507 ターミナルケアに取り組んで 10 年以上経ち、現在充実したターミナルケアを行なっています。終末期は家族の方の付き添いもでき、喜ばれています。
- 737 上より平成 19 年 4 月 1 日～看取り加算を行なうことにした…と言われ、マニュアルなし学習会なしの状態ですが、とりあえず書式のみ準備をしたところです。学習会については、何時、何をすればよいのか困っています。今のところ、7 件希望がありましたが、幸いにも元気になりましたので実施例なしです。医療の必要な方は病院に送っており、医師も未経験の為、実施に至っていません。
- 881 看取りについては、家族の終末期に対する意向にかかっている。入所時・安定期・低下期に意向を確認。希望確認時は、本人も状態が安定しているので施設での看取りを望まれるが、低下時には病院か施設かの決定を、医師もしくは施設に委ねてくる場合が多い。その時は、考えられる選択肢を充分説明し、家族に選択してもらっている。終末期に対する考えが、避けられないものであると捉えられるのかどうか、本人にとって、治療が優先か住み慣れた施設が適しているのか、スタッフの間でも充分検討し、家族と共に方向性を出すようにしている。

## 22 静岡県

- 150 終末期ケアが必要なことは、つねづね感じています。特に御家族への対応の必要性を感じます。御家族の意見の統一が難しい処があります。遠い所に居て、面会なども殆どなさっていない御家族の考えが意見の統一を妨げるケースが見られることです。出来ることなら、此処で最後を迎えさせて欲しいと望まれる方が多いのですが、現在は体制が整っていないことを説明申し上げて、最後を看取ってお別れをしたい気持ちはあるのですが、申し訳ないと思いつつ病院へ入って頂くことにしております。当施設では、亡くなる寸前までは介護をいたすことにしております。病院に入院して、1 週間以内程で他界される方が殆どです。個の様な状態の方を引き受けてくださる病院に頭が下がります。ここまで介護出来るのですから、施設で亡くなられることが出来そうな気もしますが、息を引き取る時に医師が脈を取っていないことに不安がありまして、実施出来ないのが現状です。特に地域柄田舎の施設では、世間の評判やうわさが町中を走り回りますので慎重に為らざるを得ません。
- 160 平成 18 年介護保険改正の中で、「看取り介護加算」が打ち出されたのをきっかけに、ターミナル委員会を立ち上げ、Ns・Cw・Sw・栄

養士からなるメンバーで月1回の委員会を開催し、その内容は他の関係職員にも理解出来る様に周知した。施設としてのターミナルの指針、家族の意向アンケート（聞き取り）、ご利用者にも直接、意向を聞き取りにて行なった。家族会にて、説明会を開いた。パンフレットを利用した（施設独自で作成）。その後マニュアル作りを委員会でを行い、実際にそのマニュアルを参考にケアプランを作成して、対象者に活用している。

- 187 看護師が夜勤をしないため夜間の体制について不安が残ります。また、新しい施設の為、介護職に医療的面での教育を同時にしていく必要がありますが、それも中々思うようにいかないところです。
- 261 我施設は理事長が医師であり、治療は適時行なわれ、終末期であれば毎日のように診療を受けられますが、医師が高齢であるので、夜間の急変の呼び出しは大変つらい様子です。又、ターミナル状態の方がいらっしゃると、どこにも出かけられない様子があります。
- 326 タイミングやその判断が非常に難しい。本人はもちろんのこと、ご家族様が満足できる看取りを行なっていきたい。
- 389 「これまで生活してきた施設で、最期まで皆と暮らしたい」と望まれるということは、とてもうれしく感じ、また、期待に応えられるように対応させて頂きたいと感じます。対応といっても、できる事、できない事がありますが、本人・ご家族・職員等と、より深いコミュニケーションを取り、信頼関係の上に成り立つ内容であると思う為、過ごしやすい環境を整えていきたいと考えています。
- 420 特別介護老人ホームは、もとよりホスピスの発想を持っていないければならない。重度加算でのターミナルケアをやって、加算するなどといってから慌ててやるのではなく、特養ホームでもターミナルケアをやろうかではなく、初めからその覚悟でやるべきだったのです。特養ホームは或る意味で、ホスピスと同じです。単に延命でなく。
- 453 ターミナルケアを希望する入所者の方はおりますが、対応する看護職が充足しておらず、また開所2年目の施設であるためか、介護職の経験不足の問題があり、どうしても入院という対処方法となっています。人材の確保、特に、看護師が必須要件となっているのが現状です。
- 608 終末期のケアはこれで良いというものがないように思えますが、マニュアル作りの参考になるものがあれば、教えてほしい。

- 698 ターミナルの体制を整えていきたいと思いますが、看護師の確保に苦勞しています。
- 842 昨年5月に初めて終末期の意向アンケートを実施したが、すでに重度化や入退院を繰り返している方については、それぞれの意向を返して下さったが、それ以外の安定して生活されている方からは「その時になってみないと答えられない」という意見が多く聞かれた。本人・家族の正直な気持ちだと思う。その為、ある程度療養期に入るか、急変や疾病を発症され、受診入院を必要とする段階でなければ、はっきりした回答は得られにくい。  
昨年の医療法改正を機に、慢性の疾病で入退院を繰り返される利用者の病院の受け入れが厳しくなっており、終末期以前の医療対応が難しくなっている。特に、誤嚥性肺炎を繰り返す方に対しては、治療を望むのなら療養型施設へ行くよう病院から指導されることが多くなっており、実際、終末期に医療を望まれても受け入れ先（病院）がない。
- 886 ターミナルケアも日頃の介護と同じように、「その人が望むこと」「その人らしさ」を尊重することが最も大切だと考えています。施設でターミナルケアを実施していくには、全職員の統一した理解と、知識が必要不可欠である。今後も積極的に職員への研修を取り入れていきたい。

## 23 愛知県

- 110 終末期であろうと医師から家族へ話され、病院へ行かずターミナルを希望された場合、ムンテラした内容を記載した用紙に家族にサインをもらっています。その後、ターミナルカンファレンスを行い、施設で出来るケアについて、医療面・栄養面・介護面、そして死後に対する、葬儀に関する事を説明し、了解を得、ケアプラン化し、ターミナルケアを行なっています。
- 132 入所時に家族の方に意向アンケートをとり、それを参考にターミナル期及び、終末期にもう一度意向を再確認。嘱託医と家族と話し合い確認書を貰っています。
- 223 本人に希望確認が難しいこと。家族もいろいろな考えがあり、本人家族の意向が一緒でないと、トラブルの原因となるので十分説明しているが、又、希望も本人の状況によって変わってくるので、かなり情報収集が必要になる。  
介護計画書を週1回以上説明する労力も大変であるが、ターミナル

によって職員のケアに対する意識は高まると思う。特養としては必ず、実施すべきと思う。但し、医師が難しい。

- 228 当施設は看取り看護加算の申請は行なったが、実績なし。
- 231 開設2年6ヶ月の中で、手さぐりではありますが終末期医療は6件行ない、又、5件は当施設で看取り、1件は在宅介護を調整しました。他、残念ながら病院で亡くなられた方は、21人です。  
ケアマニュアル・看取り加算・重度加算など積極的に検討する必要があることは、記載していますが全職員で記載を一読していくなど、課題も大きいです。
- 269 納得できる死（尊厳ある死）とは、頭で考える死（意識の中）と、心で感じる死（無意識を含む）があり、どちらを目指すのか、又、利用者がどちらを望まれていると定義するのか？加算については、どちらかという意識の中の死のようですが…。私個人の考えかもしれませんが、心で感じる死を大切にし、目指していくつもりです。  
（孤独にさせない）
- 272 施設での看取りを希望されていても、実際に状態が悪化されると病院受診や、入院を希望されるケースが多く、看取り介護に至ることが今のところない。施設としては、ご利用者やご家族の意向があった時に、対応出来る様準備しておきたい。また、看取りに至らなくても重度化しているため、ご利用者の状態に沿った細やかなケアを行なうことは必要であり、職員一人一人の観察力や介護技術の向上、プラス看護的な知識も今後必要と思われる。医師との連携が難しく、今後の課題。
- 322 看護師不足の状態にある上に、医師が積極的に関わっていただけいないため、終末期を当施設でケアすることが難しい。介護職のみでは出来ないと考えています。
- 381 終末期といわれ、病院を退院されましたが数ヶ月施設で生活を送られました。その間、本当に終末？と思いましたが、現場は入浴はどうする、水分補給と大変でしたが、家族・本人様が満足されて今までの苦勞が報われたと思いましたが、今さらながら、終末期っていつからと思いました。  
家族は施設でと希望されても、呼吸困難・苦痛などを訴えられますと、介護の現場では限界があって、最後まで看取することは困難となって病院へ搬送。2～3日後に亡くなったと知らされると、病院と施設、どちらが良かったのかと悩みます。特養でできることは、看



取りしかできません…。

- 471 嘱託医が総合病院の勤務医であるため、定期的な往診（週1回）以外の相談や指示受けができず、臨終時も立ち会うことは困難。施設で看取りの希望があった場合、どのタイミングで病院へ搬送するか判断に迷う。呼吸停止後でも死亡確認の為、病院へ行くことが必要で救急車で搬送するが、搬送中救急隊による蘇生処置が行なわれる。静かに看取った後に、蘇生処置を行なうことに矛盾を感じる。特養の特性から、終末期ケアを担う役割は必須だと思うが、医師不在、看護師夜間不在である現状の体制では課題が多い。
- 506 24時間医師と連絡がとれる状況ではないので、急変時は救急車にて対応している。全身状態が低下しているのがわかる様であれば、家族に今後のことを相談しているが、医療行為が必要な人は病院へ入院してもらう事となる。最低限の疼痛の緩和しか出来ないが、疼痛なく毎日過ごせる様、看護している。
- 527 終末期ケアは実際には臨終少し前までで、病院へ入院する場合が多い。確認用紙はあっても、家族の心構え・心情は揺れ動き、本当にそのままで変わりはないか、等不安がある。特に、家族間の意見の食い違いなど。マニュアルは出来ているが、スタッフの心構え、システムがまだまだの状態。
- 606 当施設はSpO<sub>2</sub>低下に対して、O<sub>2</sub>を流す。水分が経口で摂取できない方に対しては、医師指示のもと点滴を行なう。看取り介護の矛盾が生じている。
- 704 看取り介護に入るタイミングが非常に難しいと思われます。早すぎると家族に死を早く宣告することになり、遅すぎると看取り介護として家族に同意していただく前に亡くなられてしまうためです。看護師7名、内、夜勤1名。
- 705 介護士のレベルが今ひとつアップしないので、看取りはまだ難しいです。看護師は夜勤がなく電話当番を行なっています。看護師も夜勤をしなくては、看取りはできないと思う。又、医師の協力が得られずの状態です。
- 727 施設職員の教育が十分な現状でない今は、まだ、家族の精神的な follow upは無理であり、体制も十分取れない。
- 793 利用者の方と、ご家族との意見の相違と思う場面もあり、よくお話

をさせて頂いて結論を出させて頂いてはいますが、出来るだけ利用者の安楽と思うことを考えて対処させて頂ければと思っています。

24 三重県

- 325 指針の通りです。
- 452 当施設は開設して1年程経過しましたが、日常業務の様々なマニュアル等を作成してきました。しかし、終末期ケアに関しては、その重要かつ困難な課題であり、つい先延ばしにしてしまった、というのが正直なところです。年々重度化かつ医療的処置の必要な利用者が増加していく傾向のなかで、今年中には当施設としての対応の指針のようなものを作成してみるつもりです。
- 505 ご本人・家族の希望により、院での終末期ケアをさせて頂いておりますが、まだまだ未熟で行き届かない点が多いのが現実です。人生の最期を少しでも満足して頂けるよう検討、学習会（心構えをふまえ）環境整備に努めていきたいと思っております。
- 555 終の住み家としての機能を持つため、ご本人、ご家族と話し合いを行ないながら、人としての最期を共に見守っていきたい。
- 607 加算の要件である看護師の確保が困難。
- 638 特養、又は、認知症の方が大半であり、自分の意志の確認が出来ず、家族の意見が中心となるが、家族さんとは看取りについて園でできることを説明、又、出来ないことを説明し、それでも園で最期を看取りたいという希望であれば、園で終末期ケアを行なう。急性期以外は、ほとんどの利用者さんは園で看取りをしているのが現状。看取りの書類はまだ始めたばかりのため、しばらく使用してみて改善する予定です。
- 724 終末期ケアについては、積極的に取り組んで行きたいと思っている。
- 733 今後取り組むべき大切な課題と、認識しています。
- 798 重度化対応体制により、看取り・終末期ケアについてマニュアルの作成を致しましたが、実際のところは実施にいたっていない状況です。
- 882 以前には終末期確認用紙の検討もしましたが、家族の意向に変化があるケースもあったため、その都度、確認を取るようになっています。

終末期の意向確認の際に、スムーズに行くよう普段から、信頼の得られる対応を心掛けております。

25 滋賀県

- 131 施設内で死亡されるケースが最近増えてきている。看取り看護加算を算定しないのは、マニュアルや個室の問題や、入所者・家族の同意の取り付け方について、まとまっていない為です。
- 274 十分に体制が整わずに終末期ケアを行なってしまうと、本人や家族に結局負担をかけてしまう危険があるので、取り組むならしっかり全職員に意思付けをしてもらい、勉強もし、望みたい。
- 331 開設5年目で、まだ家族会も立ち上がっていません。家族の考えや、思いをしっかり受け止める必要があるので、先は、家族会からと考えています。
- 353 今現在ターミナルケアに向けて進行中です。研修会を行い、意識付けを行い、今後は十分なカンファレンスで内容確認を行って行きたいと思っております。
- 415 家族や利用者が希望した場合、特別養護老人ホームが終の棲家となることにより安心して日々の生活が送れるものと考えられます。住み慣れた施設で終末を迎えたい希望者は増加傾向にあります。高齢者の終末期をどこで誰が看っていくのかということは、家族と病院だけでは対応できない社会問題となっている。高齢者の終末期を老人福祉施設で看することは、利用者・家族・主治医との連携・調整は必要ですが社会的に死を看取ることの意義は大きいと思います。
- 490 介護保険法で看取り介護加算が新設されたのはいいのですが、そのために整備しなくてはならないマニュアルや、指針、同意書などの様式を作成する上で、すぐに対応できるように「雛形」も配布しておくべきだと思います。
- 654 まだ当施設では、終末期ケアを行なったことがない為わからないが、勉強会などを行い、ケアや他職種の方々にも認識してもらう必要あり。
- 728 終末期ケアは、看護師としてはこれから先必要なことと思うが、当施設の方針で行なわないとのことで、現段階ではないことです。

26 京都府

- 153 日中看護師3名配置、医師が常駐していない当園において、看護サービスの提供は常に課題となっております。重度化するご入居者の受け入れに、医療機関との連携が不可欠です。ユニットケアを進める中で、更に現場スタッフへの負担が増しており、スタッフの精神的なストレスマネジメントも重要だと考えています。
- 185 当施設は大正時代に開設した施設で、その頃より施設内で看取っていたようである。当施設は、20年程前から看護師は24時間体制をとっていて、年間の死亡者数の約50～60%は施設内で看取っている。又、看取り期だけではなく、そこに至る日々のケアが大切であると考えている。そして死後のケアも重要で、特に家族に対しての、スピリチュアルな面でのサポートも重要であると考えている。その為に、職員には自らの死生観を持ってほしい。
- 205 高年齢・基礎疾患・本人の体力など、総合的に評価し、医師と家族、施設スタッフの間でよく話し合う。又、ターミナルケア委員会に於いて、事例を話し合い、質の高いケアができるよう努力している。一旦ターミナルケアとしてレールにのせても、状態は緩和したり悪化したりを繰り返す生活を中心として介護によってもかなり治療的な効果はのぞめる。あきらめず介護すること、あわてないことが大切と思うと共に、家族とのコミュニケーション。できれば施設にまできていただき、一緒に介護ができるように考えて行く。
- 263 終末期ケアについて、職員研修などにより意識を持たせつつあるが、やはり入院処置となる場合が多い。
- 266 ターミナルケアの問題は、今直に対応したいところではあるが、スタッフ（看護・介護共に）不足の状況が続いており、重度化に対応できる職員数の確保（年間を通して）が困難な状況であります。ただ、協力病院が終末期には指示や、協力体制を頂いており、対処しております。
- 385 まだまだこれからなので、他の施設のマニュアル等を参考にさせて頂きたいと思います。
- 386 できる限り（ご本人・ご家族の希望があれば）受け入れをしていきたいが、夜間死亡されたときに医師による死亡確認が困難であるので、そのあたりが法的に早くクリアしてもらえれば、もっと積極的に受け入れをしていけると考える。

- 388 開設して7年になる特養です。開設当初よりターミナルケアを実践してきました。特養におけるターミナルケアは特別なものではなく、入居者の日常生活の延長線上にあると考えています。開設当初は、介護職の中には、死そのものに関わったことが少ないという現状もあり、実際の場面では多くの不安がありました。しかし、徐々に介護職も落ち着いて関わる事が出来るようになっていきました。家族の方からも多くの感謝の言葉を頂いており、利用者の方が死去された後も、当施設でボランティアとして活動されておられる方もたくさんいらっしゃいます。
- 特養におけるターミナルケアはチームケアそのものです。医師の協力をはじめ、介護、看護、栄養士、事務など施設全体で取り組む必要性があることを日々実感しています。勿論、施設長の深い理解があることは前提です。但し、課題もたくさんあります。ターミナル時には、状態の些細な変化が日常的で、そうした変化に対して、適切な判断や対応には看護職の関わりが重要になってきます。看護職の少ない人員配置で、特定の人に過重な負担がかからないような対応が求められますが、現実的には多くの課題を抱えており、その都度、なんとか対応しています。
- 435 終末期ケアを提供したいと思うが、看護師不足、又、近年は介護職員もぎりぎりの状態で、現状では不可能です。看護師と介護職員とのチームワークも悪く、難しいところです。しかし、現実には終末期の方々ばかりにご入所頂いておりますので、終末期ケアを提供出来る様、勉強していきたいとは願っております。ただ、ご本人様とご家族様とのお考えの違いもあり、道遠く険しいといったところです。
- 551 ご本人・家族の思い・意向が施設と合致して、環境などの準備を行い提供していくものと考えます。
- 620 医師との連携の困難さを感じる時がある。たとえば、不在時、あるいは遠隔地にいてすぐに指示、対応をしてもらえない時など。単なるターミナルケアの研修だけではなく、深い死生観教育をしっかりと入れていく必要があると実感している。
- 679 事前に看取り介護についての同意書を頂いていても、いざ急変されるとご家族様の気持ちも変わられ、医療機関受診を希望されるときがあり、看取り介護が出来なくなるときがある。
- 夜間帯、職員の配置が少ないとき、看取りが必要となった時に、新人職員での対応では困難な場合があり、それぞれのスキルアップの為、多くの研修機会をつくっていただきたい。

779 医師・看護師と介護職の利用者に対する思いが異なるため、中々看取りケアが実施できません。家族の方に強い意志を持って、施設で看取って下さいと言ってもらえば、医師や看護師もその方向で対応するのでしょうか。「おまかせします」と言われれば、医師は入院を勧めてしまいます。ので、結果的に医療機関で亡くられる事が多くなります。

27 大阪府

142 線引きが難しいと思う。どこからターミナルに入るのか？また、ターミナルケアの行ない方等が理解できていない。

204 人員と専門職（看護師）の確保に困っています。

207 特に終末期ケアという言葉にこだわらず、これまで数名のご利用者の看取りを行なってきた。ただ、ご利用者の身体的な苦痛の緩和については「特養」では限界を感じている。また、介護する職員にとっても「死」は人間として当たり前という事実と、目の前で死に行く人に何もできない苦痛のフォローは、簡単にできるものではないと思う。

217 ご本人もしくは、ご家族の希望があれば提供しています。（現在 5 名）常勤医師 1 名、非常勤医師 4 名、看護師 9 名（夜間オンコール体制あり）

233 看取り看護終末期ケアの取り組みと課題について。  
当施設では常勤医師を中心として、ターミナルケアを行なっています。具体的には、現状が重症（脱水・感染）であっても、その原因を加療することが可能であると医師が判断した場合は、積極的に加療しています。原因の加療が不可能である場合や、原因の加療を施行しても、それ以外の要因（悪性腫瘍・老衰）で、治療が不可能な場合のみ、ターミナルケアとして対処しています。上記は医学的には当然のことですが、医師との連携が弱い特養施設では、「誰が個々の症例をターミナルと判断するのか？その判断は適切か？」ということが一番重要であり、多くの特養では、医師の関わりが少ない中「今の症状が重篤」というのみで「安易にターミナル状態と判断されているのではないかと危惧します。「看取り看護」が「ほったらかしケア」にならないか、危惧します。

239 職員の知識の向上が 1 番の課題で、終末期のケアには介護職は不安がある。

- 240 平成18年10月にマニュアルを作成しましたが、終末期ケアを実際に行なったのは、平成19年2月に2名で、1名は2週間程、1名は1日という状況であります。  
当施設において、利用者の方にどのように終末を迎えて頂くべきか、まだまだ手さぐり状態であるため、今後、施設職員が1つのチームとして連携をとって支えて実施していく事も重要と考えられるので、課題は山積みの状況であります。他の施設での実施状況等、参考にさせて頂きたく思います。
- 252 何回かの入退院を繰り返した入所者が、もう入院はしたくないと訴えられるケースが多く、施設で対応できる苦痛や症状の範囲なら、希望をかなえようとの施設長の想いがあり、施設内診療所の医師も協力的で、可能な限り対応していく次第です。
- 264 ご家族からの強い希望があつて、施設内で看取った方が現在までで2名、その都度スタッフの勤務体制、夜間急変時の対応、医師・看護師へのオンコールなどの打ち合わせが必要となります。利用者やご家族の希望に応えようとする事は、かなりの負担となりますが、何度か対応を繰り返す中で、少しずつスムーズな対応になってくるのではと思います。それでも、ターミナル期の利用者の存在は、スタッフにとってはかなりの精神的負担となり、日常業務をこなしながら並行してそれに対応しなければならない事は、大きなストレスとなることは事実です。利用者・家族に対する(思い)と仕事への情熱からスタッフは懸命に対応することになりますが、全国的で深刻な介護職員不足と、施設利用者の重度化、介護業務に対する世の中の要求の高度化、介護報酬の低下による運営の圧迫などと相俟って、現場に徐々にひずみと過労、あきらめが現れてくるのではないかと危惧しております。政府による現行の制度および今後の方針ではそれがますますひどくなるのではないかとおぼろげをえませんが、どうか医療・福祉の研究をなさっている皆様方が、長期的展望に立った介護政策・介護制度の真の見直しを提言していただける事を期待しています。
- 280 本願寺のビハーク活動理念に基づいて行なっています。
- 299 実際に終末期ケアを実施する為には、人員配置(特に看護師)、知識、職員の負担(介護職・看護師)、家族との見解の一致等、困難な問題があり、すぐには提供できないと考えております。
- 334 開設し始めたばかりの施設であり、終末期ケアマニュアルまで作成できておらず、研修体制も整っておりません。今後、至急に検討し

ていこうと思います。

- 374 病院併設の施設である為、利用者・家族のみならず、職員も何かあればすぐに病院へという意識が強く、オンコール体制であるとはいえ、夜間、看護職員がいない時の介護職員の不安は大きい。それでも、1事例を経験することで、本人や家族の気持ちを肌で感じることができ、希望があれば対応しようと考えています。
- 423 医療・看護師・介護士・ご家族様と話し合いを何度も行なって、満足のいく結果が必ずしも出る訳ではないが、利用者に心身ともに負担のないケアを優先し提供したい。終末期ケアについて、何もしないことが終末期ケアと考えている家族様が多く、何もしないことを希望されても、現場のスタッフは見殺しにすることはできない。このような時、意志を尊重できなかったのか？といった、自責の念にとらわれることがある。
- 514 私どもの施設において、終末期までのケアについては、研修などを通して職員へ伝えておりますが、具体的にマニュアルや用紙を使っていないのが現状です。本人・家族の意向により、病院ではなく慣れた場所、なじみの場所である施設で最期をということを選ばれる方も少なくないです。今は、相談員日誌にその詳細を記載していますが、具体的手順を検討して行きたいと思っております。また、看取り看護加算は看護体制が整わなければ、実際に困難だと思われま
- 524 入居時、6ヶ月ごとのサービス計画作成時に、看取り介護の希望確認をしますが、食べること、飲むことが出来なくなった時、同意書について説明し、希望される方に書いていただいています。そして、終末期ケアにはいりますが、家族の協力を得ながら今年度4人看取りました。同意書をいただいてから、元気になられている方ももちろんおります。入院にして亡くなられた方が、6人です。今後増々予想される重度化への対応について、施設努力も必要ですが、国の体制もなんとかしてほしいと思います。オープンして3年の施設ですが、皆で勉強しながらやっています。まだまだこれからです。
- 589 本人様・家族様の意向をできるだけくみ取りたいと考えておりますが、施設は医療機関ではありませんので、本人様が苦痛を感じられ、施設で対応が難しいと判断した場合は、家人が「施設で終末を」と希望されていても、医療機関への搬送をさせて頂くことを了承してもらっております。
- 660 病院に入院されても、利用者様の負担が大きく、できるだけ施設内



で診療所での対応を行い、医師の指示により、入院につないでいる。安易な入院・退院が、病院によっては見受けられる。終末期ケアに近い内容で、ケア対応している。

- 697 高齢になり、何らかの病気がきっかけで口からものが入らなくなって、さて、徐々に体重が減り枯れる様に亡くなっていくというのは、自然のことだと思います。その時期を見極めるのはそうむずかしいことではありません。今はまだ、家族の方で死を受け入れることができないことも多く、歳をとっていくことについても、思いが至らないという方もおられるのです。死が身近なものだと思えるような、働きかけが大切と思っています。
- 831 宗教的な援助を積極的に取り入れている。
- 812 特養施設における終末期ケアは、大事なことであると思っております。しかし、終末期においては、医療の面が必要度を増すと思えます。医師の勤務体制、設備的な問題など、どの様に対応しようかと考えております。
- 818 新設の施設にて、今後取り組むかどうかはまだ、現在検討していない状態です。
- 827 終末期を限られた人数、家人の協力を得られるのであれば、実施したい。医師の協力、指示や介護職の終末期ケアのスキルアップが必要である。数年後には、実施できるように現在、勉強会を開き準備中である。
- 831 看護師の 24 時間常駐、医師の対応が可能となる様な介護報酬を設定して貰いたい。病院での看護師・医師確保の状況を見ると、福祉の世界では非常に困難と思われる。亡くなられる度に、検死では心苦しい。
- 836 現在は癌末期と老衰を主として、看取り看護加算として考えています。そのため、看護師の配置数を 8 名とし、常時 1 名以上の看護師が勤務している事を原則として、勤務表を作成しています。病院が併設で床続きの立地条件の為、看取り看護の対象はあまり出ません。
- 847 終末期と医師が判断（診断）した場合、ご家族（及び、施設長・看護・介護職員立会い）と話し合い、出来るだけ希望に添う形でケア目標を立てる。入所時に「延命処置」に対する希望などを訪ねるが、終末期には変わるので、あくまでご家族（本人の意志の尊重を含め）

の希望に最期まで添うことに努力している。

- 863 全職員への教育・研修をさらに強化してゆかねばならない。入所時の、インフォームド・コンセントに苦慮している。
- 867 平成18年10月、看取りに関する指針を作成し、スタッフへの説明と共に、終末期ケアについて施設の考え方をカンファレンス方式で行なっていた。終末期については、医師と本人、もしくは家族にその都度説明し、併設にある病院とのことも考慮しているが、家族の希望が強ければ当施設で看取ることもある。最終的には、併設病院の医師の確認をしてもらっている状態。
- 895 近隣に協力病院がありますが、当施設の看護師は正職員2名、非常勤職員1名ですので、ギリギリまでは当施設で受け入れさせていただいているものの、最期は病院にお願いせざるを得ないのが実情です。
- 912 ご家族の要望は多くなっていますが、夜間の問題が解決できません。緊急時の医師の応援体制・看護体制が整わない状況では、ご家族の要望に応じることは困難と考えています。当施設では、経口摂取できなくなり、一般状態が悪化した場合は、病院へ連れて行きます。

28 兵庫県

- 114 ご本人の意思を最大限に尊重し、道徳に反する行為はさせない。
- 115 まだまだ手探りでの進行中にて、戸惑いながらの実践中です。終末期についての「いつ」終末期としてケア介入していくか、の時期の判断が医師と確認を取り行なっているが、この判断とするベース、根拠をいつも相談しながら行なっている現状。この根拠が、ある程度、統一された指標があれば欲しいです。
- 220 過去のターミナルケアにおける問題点は、当施設においては、家族間の意向が統一されていなかった事にある。キーパーソンである長男が、ターミナルケアを希望されていても、その他の兄弟が延命を希望されていたりと、まず、家族間のコミュニケーションが最も重要であると痛感した。こういったケースは、看取り後トラブルになることも考えられ、慎重にケアを進めていく事が重要である。このケースにおいては、定期的に利用者の状態を説明し、随時、ケアの内容を確認していった。終末期ケアというものは、本人や、キーパーソンである家族だけでなく、周囲の人の意識が同じ方向へ向いていないと、本人や家族が本当の意味で望む終末期ケアを成功させる

のは、たいへん難しいことである。その為にも、日々の利用者や、家族との関り合いの中で、信頼関係を築く事がまず重要なのではないかと考える。

- 241 医師の夜間・土日祝の来園ができないことが当園のネックになっている。看護職が、施設の体制でのスタンスを取りかかっている。(施設における看護師としての役割や、その環境での動きが理解できない)
- 301 ご本人やご家族の意向を踏まえ、施設での看取りを希望された方については、ご家族と一緒に看取りができるよう努めているが、中には間に合わないことがある。今後も、人生の最後をいい形で迎えて頂けるよう、努めていきたい。  
ご家族の意向は何っているが、ご本人の意向はほとんど伺えていない状況である。今後は、更なる人間関係を築きながら、ご本人の思いを理解し、サポートできるよう努めたい。  
先日もあったが、自宅での看取りを希望された方がおられ、対応させて頂いた。ご家族もご本人も喜ばれていた為、そういったニーズにもしっかりと応えていけるようにしていきたい。
- 338 昨年4月の看取り加算の実施に伴い、積極的にターミナルケアを意識して行なっていこうとしている最中で、まだ試行錯誤の途中である。しかし、より良い死の迎え方について職員意識の統一を行い、人権や家族の思いなど加味しながら、行なって行きたいと思っている。昨年度、ターミナルケアを行なった件数3件の中で、やや理想的であったのが1件であったが、今後もマニュアルを含め、検討していく余地がある。
- 339 昨年から取り組み、まだ諸問題があり検討の段階です。
- 340 現在終末期ケアの提供に関して、家族より同意書を頂いている方が5名おります。記録の仕方などに関しては検討中で、試行錯誤しながら徐々に行なっている段階です。
- 355 超高齢社会を目前として、障害を持った高齢者を、在宅で家族だけの介護で見ていくことが困難な時代にあって、施設入所は自立を目指し在宅へ戻れるなど、まずは考えられないのが現状である。(もちろん、その人の自立はある) 下肢筋力低下・嚥下障害の進行・肺炎・認知症の進行を経過しながら、人として終末期を迎えていきます。入所して頂いて急変したり、徐々に機能低下していくなど、必要に応じ最低の医療を提供し、又、医療機関との連携を持ちながら、いよいよ看取りの時期に入ったとき、ご家族は慣れ親しんだ施設での

- 看取りを心から希望され、又、職員も自分たちが最期のお世話をさせて頂きたいと願います。もちろん、嘱託医の理解があって、いつでも看取りを引き受けていただけるシステムへしてきたからこそのことなのですが、在宅で最期を迎えるのと同じことだと考えています。ご家族と十分に信頼関係を築いておくことが、第一の条件であると考えています。
- 382 終末期の希望を確認する用紙が現在の所なく、電話、又、口頭で伺っているのに、身元引受人や他の子供さん達との意見が違うので、トラブル事がある。
- 411 深夜に亡くなられることがほとんどで、死後のケアをするために夜中に出勤し、昼間も続けての労働は無理があるように思います。(そう何度もあることではありませんが) ケアワーカーさんが、死後のケアを行なうということは不可能なのではないでしょうか。よそで、それを実行されている施設はあるのでしょうか。
- 457 各方面でターミナルケアが話題にあがり、家族の希望があれば取り入れることが良いと思いますが、介護職が夜勤対応に不安がある為検討中です。近日中にはマニュアル、委員会を設ける予定です。
- 494 家族の固い意志があれば、終末を迎えられた方もいますが、病院と施設、親類や周囲の人達の状況等により、意志変更があることが多いですから、難しいです。一度決定していても、いざ状態が悪くなると病院を希望されることが多いです。
- 495 今年度は多くの人を施設にて看取ることとなりましたが、まだまだ手探り状態の中で、整備をしているところです。介護職だけでなく本当に施設全体で取り組まないと、終末期の方を支えることが出来ないと感じています。実際に体験していかないと積めない経験も多く、まだスタートしたばかりです。ご家族からの要望として、施設で最期まで過ごしたいと言われる方が増えており、その声に答えるために医療との連携が大切だと思います。
- 498 医師が常勤でない為、カンファレンスへの参加がしにくいこと。家族とのコミュニケーションが十分とは言えない。入苑者ができる限り、苑での終末期を希望して頂けるよう、日頃より家族への情報提供をし、信頼が得られるよう努力しています。
- 515 基本的に老衰を対象としている。家族にも「施設で看取れてよかった」との声が多い。