

- 581 当施設は、「認知症専門高齢者施設」であるとの方針で運営されており、施設内では認知症の進行による重症、重度介護の利用者は在籍しているが、末期・最期の時は病院へ搬送する方向です。認知症専門、つまり他一般特養にて対応困難な問題行動のある時期を専門として利用頂く訳ですが、進行してゆく過程で、重介護となられた利用者が増え、その方たちのターミナル期を抜きにしては考えにくい状況となっています。専門性と永年接してきた利用者への心情とはさまで、難しいジレンマに陥っているのです。今から入所時の意向確認や、利用中の状態変化の説明をより、蜜にするなど、しっかり家族とのコミュニケーションをより深めるようにしたいと思っています。
- 584 平成 17 年度より、ようやくターミナルケアについて動き出したところですが、今までも家族や本人の希望により、当施設で最期まで看取る入居者も多数いらっしゃいましたが、職員それぞれの思いもあり、施設としての方向性を定めたマニュアルもありませんでした。今後はマニュアル作りを行なう予定です。平成 17 年に、本人・家族の希望は確認しましたが、本人の希望と家族の希望に違いがある方もいらっしゃり、考えさせられるケースもあります。個室の提供など、ハード面でのこともあり問題は山積みです。
- 670 利用者・家族にとって安らげる空間を作っていきたい。今年度 5 例看取りましたが、どの家族からも感謝の言葉が聞かれました。
- 685 介護職員と看護職員との受け止め方に、ズレがあるので困っている。看護職員は、少しでも長生き（入院してても）してほしいとの思いが強い。死となった時の責任を感じるようです。責任は施設長がとると言っているが、頑固なところがある。介護職員は、今日、今、思い切りお世話をさせていただくことにより、生きていただいた質を感じている。現在看護職員が施設の経験がない人ばかりなので、考え方がかみ合わなくて困っている。19 年度には、統一的考えができるよう研修を行なう。
- 811 医療機関の職域であった終末期ケアが、特養に求められている。当園ではその必要性も感じるが、十分な人員配置・協力医を整えるには無理があり、又、家族の認識もうすい現状がある。「人を看取る」心を育てる大切さは感じている。そのため、この 1 年を通して、ターミナルケアの研修を基本課題にして取り組みたいと思っているので、他施設の資料等の情報を提供して下さるのは有り難いです。厚労省には、それに見合う介護報酬を求めたい。ただ、医療行為を禁

じられている介護職員にある程度の医療行為を求めることや、家族が「最期まで特養で見てくれる」という姿勢には疑問を感じる。介護職を採用するだけでも困難な時がきているのに、ターミナルケアの意味、心の共感、ケアをできる人材を更に探すのも難しいことではある。

## 29 奈良県

213 当法人は隣接して系列の医療法人があり、終末期を施設ですごすことを希望された場合、どの程度の医療行為が出来るか等、直接嘱託医より説明させていただいている。看取りの介護の同意書を頂いた時より、朝・昼・夕の最低1日3回の医師の診察が行なわれ、看護師・ワーカー・家族様間で1週間に1回、看取りケアのカンファレンスを行ない、家族の御希望をできる限り聴くようにしている。又、亡くなる時には、家族がそばに付き添い、最期を看取れる様、最大の配慮をしご利用者の観察に努めている。

244 まだ入所者及びその家族の方々から信任を得ていないと感じる。結局のところ、いざ本当に終末が近づくと、ほとんどの方々が病院を希望される。

446 協力病院から定期的に医師が回診に来られて、診察を受けている方が全員です。状態が変わりターミナルと思われる方について、医師より家族にムンテラをその都度行なっています。それら行い、家族の意向を尊重し、最終的に施設をお選びになられた方は、施設においてターミナルケア（看取り介護）として、サービス提供をしています。家族が宿泊して頂ける施設もあります。今のところ、最終は自宅でお選びになられた方はいません。

688 施設が開所してまだ間もない事もあり、体制的にまだ不十分なところがあります。これから、整備していかなければならないと思っております。

## 30 和歌山県

371 当施設でもターミナルケアについて検討した事もあったのですが、夜勤の看護職員がいない為、24時間点滴等が介護職員の管理下になる問題もあり、医療行為をどの程度施設で受け入れるのか、ご家族の思いと施設の考えを合致させるのが難しいとの結論に至りました。

587 高齢者施設において、今後終末期ケアは増加される中で、本人・家族の意向に十分配慮しケアを行なう必要があると思います。

618 重篤者の入所が増える中、入所時点でのターミナルに関する説明・同意が重要。特養として出来る範囲を、明確に説明する事を心掛けている。利用者（家族）には、医療機関との差異について理解されていない方々が多いが、逆にそのニーズが高いという事を今後考慮し、施設体制のあり方について検討中。

3 1 鳥取県

696 入所1か月頃家族に現在の入居者の状況、ADL、自立度、検査所見、施設で出来る治療(輸液、抗生剤、酸素吸入、吸引など)について説明し、命にかかわる状態になったときにどうするか尋ねている。入居者の約7割が施設対応である。平均要介護度は4.1であり本人の意向を聞ける人は1人であった。病気の場合は看護師がその都度連絡し、その他は担当の職員が連絡を密にし、部屋に置いている家族ノートなども利用して家族の思いを汲み取っている。栄養方法の変更や終末期ケアを要する状態になれば家族と面談を行い、家族の気持ちを重視している。救急対応の場合は即病院に搬送できるような体制にしている。全室個室であり自分の部屋で、静かに、清潔で褥瘡がない状態で、出来るだけ家族やなじみの職員に看取られながら終末期を迎えられる様に心がけている。

3 2 島根県

111 本人及び家族の同意が事前にあっても、いざという時、家族の気持ちが大きく揺らいでいきます。そうした家族の不安を解消するには、利用者への医療面からのサポートが非常に重要になってきますが、今のところ連携が十分に行なわれているとは、云えない状況です。

295 終末期ケアに関しては、まず地域医療（かかりつけ医）との連携に問題をかかえており、看取りということについては進んで行なっておらず、その状況に応じ対応しています。（かかりつけ医…祝祭日・週末・夜間不在であり、又、連絡が取れないことが多く、非常に悩みのたねであります。）

職員については看取りについて勉強不足な面があり、恐怖（最期を看取ることが）と感じている若い職員もあるため、今後、施設内研修を行い、知識を新たに人の死を大切にしていきたいと考えています。

715 施設で終末希望があれば、各専門職で今後どのようなケアを提供していくのか検討しているが、利用者がその人らしい最期を迎えることが出来るように、入苑時に意思確認と家族との話し合いは今後必ず行なっておかなければと思う。

- 738 特別養護老人ホームにおける夜間体制（看護師不在）の中で、看護職員に対する負担・不安は切実である。今後増々重度化が進み、医療ニーズに施設としてどう関わっていけるかが今後の大きな課題である。
- 917 当施設ではこれまで、3名の方の同意を得て看取り介護を行なっているが、家族の思いの変化や気持ちのゆれ等があり、本人のケアに合わせて家族への働きかけをどうすればよいのか、悩んでしまうことが多々あった。また、ケアワーカーへの事前教育・研修が不十分であったと思う。

33 岡山県

- 101 ご家族の希望に可能な限りそいたいとの考えで、終末期ケアを実施しております。今後、より深い理解と知識を持つ為の、職員研修が必要かと思っています。
- 148 病院併設でない介護老人福祉施設ですので、急変時の看護職の判断・リーダーシップが重要なポイントとなり、夜間対応と重なり負担は大きいですが、今後も希望される事は増えていくと思います。
- 461 当施設マニュアルに沿って、看取り介護の基本理念…介護職・看護職としての対応の仕方、ターミナル期の主な症状と介護についての知識を学習する。  
看取り介護計画書の作成…ケアプランを使用し作成する。  
リビングウィルの確認→現入所者・家人に確認用紙発送済み。  
看護師による死生観教育を研修として受ける。  
死後の援助は基本的に家族。…家族が不可能なら、1、施設長2、相談員3、事務員が行なう。
- 462 特別にそのケアを出来る居室がない…現在4人部屋が11部屋。2人部屋が3部屋。終わりはここでみてほしいと言われるが、現実苦痛の緩和などは施設では出来にくく、「調子が悪くなれば、病院へ行ってほしい」との意見は多く、入退院を繰り返している状態。主治医との連携が必要と思われるが、色々と難しい面がある。
- 658 特養における看取りは、暮らしを支える長い介護関係による絆が自然な成り行きとして、進行し実践できるもの。豊かな生と安らかな死…利用者の望む方向の橋渡し。終わりよければ、すべてよしの環境づくり等。ケアスタッフの死生観・人生観・価値観等を育てる最高の場。看取りケアの体験が、日々のケアの質を上げていく。

789 ご利用者・ご家族の意向を第一に考えたいと思っています。当施設でと希望があれば対応を検討し、業務改善をしなければと思います。急変時は別として、その様な方が1名でもおられたら、状態が変化し観察を必要とする時に、看護職1名の夜勤体制ではとても難しいですし、介護職にも終末期ケアについて理解してもらわないといけないので、事前に研修会を重ねていく予定です。

34 広島県

197 当施設は26年の歴史があり、以前より家族と相談しながら利用者の終末を考えてまいりました。今後も病院・自宅等の選択も含めて、利用者・家族の方々が納得できる終末を迎えられるように努力していきたいです。その人が最期まで人間らしく尊厳を保ち、終末を迎えられるように努めさせていただく。ご家族の理解と協力、そして職員一同のケアが一体となり、ご利用者が孤独ではない終末を迎えられるように努めさせていただく。

284 平成18年に1名看取り介護を行なった。

285 施設利用者の身元引受人だけでなく、その周りの家族の意向も聞いた上で、慎重に終末期ケアを行なっている。看取り加算の単位数・日数について不満がある。(報酬が少ない)

350 終末期確認の為の書式・用紙の検討の必要性に迫られており、ご家族本人と施設間のコミュニケーションとしての重要性を感じています。

375 終末期ケアマニュアル…どの様なものを作成したらよいのか。(理念・緊急時連絡体制・同意書)

387 老衰による全身機能低下の場合、ターミナル時期の判断が困難。少ない個室、静養室にてターミナル者を対応すると、感染症などによる個室対応ができない。(現在は感染症を優先し、多床室に移動してもらう)

440 終末期ケアの提供は必要になってくると思うし、勉強しなければと考えています。他の施設ではどのようにされているのか、教えて頂きたいと思います。

465 常勤の医師のいない特養でのターミナルケアについては、いつものようにするのが最善の方法なのか、決定することに苦慮する。各ケースでの違いもあり、その一人一人のケースの都度、特にご家族

様に満足していただけるようにと迷い、思い悩みながら、努力してケアの提供を実施している。夜勤業務は、ケアワーカーしか配置していないため、夜間の呼び出しがあれば看護師が出勤し対応にあっている。このため、ケアワーカーも看護師もいつも精神的に緊張した状態におかれている。今後は常勤の医師の配置や、看護職員の増員などを含め、特養において、より良いターミナルケアが実施されることが望ましいと思う。

- 634 隣接に系列病院があるがゆえに、家族の理解・意志のゆらぎがあり、関係者が困ることがある。
- 674 どの時点から終末なのか定かでない。
- 700 当施設で最期を迎える方がほとんどです。ターミナルに入ると家族にどうしたいか希望を聞きますが、「施設で自然にまかせてほしい」とか「施設で最期までお願いします」との声が圧倒的です。夜間はオンコール体制で、何かあれば看護職がかけつけます。そして、嘱託医の指示により対応します。個室が確保できないため、看取り加算はとっていません。

### 35 山口県

- 146 終末期ケアを実施することにより、経費の増加につながるのではないかと。(スタッフの増員など)
- 352 特別養護老人ホームへの入所イコール、ターミナルとして考えるべきだという意見もあります。急に心不全や心筋梗塞などで亡くなる方が多く、癌などのターミナルとは少し考え方が違っている様にも考えます。どの時点で主治医が終末期だと判断されるか、もあると考えます。ご高齢の方が多いため、いつからをその時期とするのか判断に困る状態です。(年齢層的にもリビングウィルなどの理解が難しく進んでいない)
- 487 平成18年度、7名の方を施設で看取りました。各々の職員一人一人が、人の命の最期を色々な思いで援助していることと思ひ、又、意見も話してくれます。重く感じ、退職も考えた職員もいますが、介護職として入園された利用者さんを看取れることは、介護職として様々な経験を与えて下さるのだと思ひないか、援助の結果、その人の命を看てきた家族にはなれないが、家族同様に看取れたと感じて、最期お体を清めお通夜に参列するまでが、命の終わりを援助できるのではと話します。

- 491 バイタルに異常がなく、自然に食事が取れなくなり、ADLが低下していく中で、終末を迎えられる方に関しては問題はないのですが、突然、状態の急変（呼吸困難・高熱）が起こったとき、苑での看取りを希望されていても、病院へ搬送することがあります。最期まで苑で…と職員一同頑張って介護していても、どうしても出来ないとき、つらい思いをしています。
- 616 高齢者を延命の為のみに医療機関へ送り、チューブだらけにしたくない。家族が木の枯れる如くの永眠を望まれるならその意志を尊重したいと職員は考えています。現在そのように教育をしつつあります。
- 770 当園のターミナルケアについて。  
1、一般状態が悪化した場合、医師と家族の面談をセッティングする。2、医師から家族へ病状説明をする。看護師も含め、今後の方針を検討する。3、家族（利用者）が当園でのターミナルケアを希望された場合、「看取り介護についての同意書」を読んで了解を得たうえ、記入・捺印をしてもらう。4、介護職・看護職より、それぞれケアプランを作成しターミナルケアに入る。
- 889 本人や家族が希望するのであれば、住み慣れた場所で最期を迎えてほしいと思うが、それには職員間でのコミュニケーションや職員と家族とのコミュニケーションを蜜にすることが重要と思う。また、本人が心安らかに過ごせ、寂しい思いをしないような介護をしていきたいと思う。
- 900 看取り指針を作成し、重度加算は算定してあるが終末期ケアまでは今のところ算定していない。現実には、家族の中にも「ギリギリ施設でお願いしたい」「積極的な医療はせず、早めに退院させてもらい施設で介護して欲しい」などの意見が出ており、現在3件ぐらいその希望を叶えております。早急に研修会を実施し、終末期ケアが出来るレベルの介護職員養成をしなければ、と思っています。
- 913 当施設では医師がすぐに診断できる環境になく、ターミナルケアを実施できないのが現状である。利用者のニーズがあれば、応えることが望ましいとは思いますが…。

36 徳島県

- 214 終末期ケア（看取り）の提供に関しては、当施設では始まったばかりで、手探りの状態で進めています。他の施設の例等も参考にし、取り組んでいきたいと思っています。

- 219 今までに一人させていただいた。施設側の説明にご家族も納得していただき、ケアをさせていただいた。しかし、医師の捺印がいただけず、医師からみる終末期のケアの方法とご家族、施設側の意見が合わなかった。他の施設にも聞いたが、どこでも同じような話を聞きます。今後においても、施設でのターミナルケアは難しい問題があるのではないかと思われる。
- 298 看護職が夜勤をしておらず、介護職では不安が残るし、病院が併設しておらず、対応が難しい。
- 427 本来は医療的処置がなく、老衰のように苦痛のない状態で看取れることが理想である。施設での看取りを家族が希望し、説明を受けるが、後に医療的対応を度々求めて要求してくる場合があり、家族に変化（家族間の統一ができていない）がある。酸素持続がなされると、コスト面で問題。終末が近くなるとどうしても看護側がたずさわることが多くなり、介護面が少し疎かになる。重度化し、医療的処置がなされており（点滴・酸素吸引・感染症対策）職員の技術向上が必要となり、又、職員の責任やストレスが増えて負担になる。
- 791 看護職員の経験不足と、医師の協力体制が問題。

37 香川県

- 243 体制として存在しているだけ。実際には機能していない、又は、機能しない。当施設の嘱託医は、施設内の看取りに消極的である。その上医療機関は、介護との連携を取ろうなどは考えていないようである。退院させたい患者を施設に押し付けてくる割には、施設からの受診・入院は良い顔をしない。病院は終わっている！
- 473 終末期ケアプランを立て、各特職種の方がそれぞれの援助を行なう。個室であり、家族の付き添いも気を使わずできるので、又、お年寄りも周囲への気遣いもなく過ごせるのは良いと思う。しかし、終末が近づくとつれケアに人力を要するが、職員数も制限があり、十分なケアが出来ない事もある。
- 615 ご家族より終末期の希望を確認する時期が、難しいと感じています。入所時には利用者の方がお元気でまだ考えられなかったり、終末ケアは必要ないと考えていても、実際のことになると考えが変わり、終末ケアを希望される方など、さまざまな場合があります。常にご家族と情報交換し、信頼関係をもち、ご本人・ご家族が最期まで納得出来る様、対応していきたいです。



38 愛媛県

- 119 終末期の意向を聞く時期、タイミングが難しい。入所時に説明し用紙に記入してもらっているが、この時期に聞くこと自体躊躇してしまう。本人には、尚更のことと思いますが…。また、当初の意向や思いがズレてしまうこともあり、日々の生活の中で、本人の希望や思いを感じられる様になればいいのではないかと思います。私自身は自然の成り行きとしてとらえていましたが、一人一人死生観は違いますし、その人に合った最期を看取ってあげたらと感じています。中心は本人であり、家族でもあるので、「思い」を互いに共有できる様、努めていきたいです。
- 221 実施は医師の協力がなくては不可能なこと。又、施設の居室（個室なし）の状態など。家族の協力関係。…まだまだ整備する事柄が多数。平成19年度は取り組めない状況にあるが、条件を整えた場合、対応可能となるべき体制作りに努めていきたい。
- 329 終末期はできるだけその方の負担と苦痛の軽減と、寂しい思いをさせないように、また、ご家族も面会に来やすいような環境、雰囲気作りに努めている。お別れの時には、ご家族に承諾をもらい、利用者・職員もお別れさせてもらっている。ターミナル期に入ると入浴できない日が続くので、職員の提案に利用者の後押しの一言もあり、家族と一緒に湯かんを行い、最期はきれいになって帰っていただいている。
- 330 施設の業務内容を十分説明した上で、家族に了解を得られて開始になります。家族に悔いが残らない様、頻回に話し合う。
- 395 施設でのターミナルは初めての試みになるので、精神的ケアを本人を含み、家族にどれだけできるか、認知症の方や面会に来ない家族に終末期をどのように迎えるのか、今後の課題です。
- 396 管理者となる看護師がしっかりと介護、他の職員に人の死についての教育が必要である。又、医師と利用者・家族間の細やかな説明や調整が必須と考える。終末期は、利用者・家族に満足していただくためには、職員の人員が十分でない困難である事が分かりました。現状でのターミナルに職員の疲労度がピークとなっています。でも、当施設は士気があがっているため、職員のターミナルについての不満や反省は聞かれませんが。
- 448 職員の意識改革、人数確保、医師の協力など、終末期ケア提供に関

して難しいものがあります。

592 終末期ケアにおいては、嘱託医の協力が欠かせないのだが、当苑においては3ヶ月輪番制の為、中々協力を得られないのが実情である。

813 現在では医師との連携が不十分なため、終末期ケアを実施するのは難しい。

39 高知県

416 実質的な終末期ケアは行なっているが、加算の算定は行なっていない。加算と、業務量を考えると算定するのが難しいと思われる。

421 当施設では、医師の協力もあり終末期ケアが行なえています。ご家族によって色々ですが、最期の数日間、お世話ができてよかったとの話をいただいています。スタッフにとっては、心配なことも多くあるのですが、最期まで安らかに穏やかな生活が送れるよう日々頑張っています。終末に向けての研修などに参加できればよいのですが、困難な面があり、手探りで勉強して行なっている状況ではあります。

40 福岡県

133 いつ状態が悪くなってもおかしくない状況での入所が増加しており、家族とは常に面談を行い、利用者にとって最も良い環境作りを念頭に置き、職員一丸となっています。施設と病院との違いを、よく理解してもらうのが難しい。利用者・利用者家族との信頼関係を築くのが、大切かつ、ターミナルにおいては重要に思える。

141 看取り看護加算が新設された当初、ターミナルケアを行なう方向で動いていたが、嘱託医より急な呼び出しには対応できないと言われ、現在どのようにするか検討中。

199 まだ終末期ケアとしての提供は実質ありません。しかし、体力の低下やADLの低下など、いつ何が起きても、という状態に高齢入所者の方はあります。いざというときにどこまで、延命処置をするのか、同意もまだ取れていない状況であるため、進めておかなければならない部分と考えます。又、悪くなれば入院となり、結局施設にお戻りいただけない状況もあります。治療しても回復の見込みのない方に看取りが発生するかと思いますが、高齢などでいろんな治療は…といわれるご家族もいらっしゃるでしょうし、対応の見極め確認が難しいように思います。学習が自分自身必要と思いますし、研修を受ける多くの機会を得たいと希望します。

- 412 家族の気持ちも経過の中で変わったり、たくさんの子供がいる方は、みなさんの意見の違いもあり、看取りに入る所でやはり、病院を希望される方が多いようです。
- 428 平成 18 年 4 月、看取りケア委員会発足しています。平成 16 年度より、看取りケア開始しました。マニュアルに関しては、平成 17 年度より現在まで経験し実施しながら、追加作成しています。平成 18 年から看取りを行なった利用者がいなかった為、加算の算定の申請は行ないませんでした。
- 445 病院併設でないと、終末期ケアは色々な問題が生じる事があるので、難しいと思います。
- 474 勤務上、夜間は介護士のみになる為その点が不安である。また、常勤医師がいないため、その点にも不安がある。
- 484 ご家族がターミナルケアを希望された場合、嘱託医・ご家族・看護師・生活相談員・ケアマネージャーと会議を持ち、ご本人（入所者）の身体的現状説明と、家族の意思確認を行う。高齢に伴う全身的な生命維持の低下ではなく、原因があつての発病に対しては、治療を行なう必要があることを再確認する。一般症状の変化については、家族へ電話なりで報告し、頻回の面会依頼をする。レベル変化が見られた際は、再度、ターミナルケアを希望される意志に変わりがないのかの確認作業を行なう。嘱託医へは、回診日以外は、毎日、バイタル、一般状態の報告を F A X で行い、兼、記録をする。
- 531 現在、当施設でも終末期ケアのあり方について、検討しております。やはり、ご本人様に対しての最終的なケアとして十分な対応をしていくことはもちろんですが、ご家族が寄り添っておられる場面ですっきりとしたケアを行なうことで、施設の評価というものが大きく左右するとも考えます。最期まで、より良い評価を頂くためにも、それ以前のケアはもとより、終末期におけるケアの充実は大切だと思ひます。
- 741 副施設長、相談員は終末期ケアを行なっていきたい希望はありますが、看護師は今の介護のレベルで終末期ケアなんてできるわけない！という意見です。今でもきつい労働条件で働いている介護士に対して、さらに終末期ケアを望んでしまうと、介護の担い手がいなくなってしまうのでは、という懸念もあります。実際、福祉学校等の入学者も減少傾向にあり、入社希望者も年々減り続けています。

しかし今後はこのような中でも、ターミナルケアに向けて、取り組まなければいけないと考えています。まずは、人材育成を行い、ケアに対する意識を高め、それからターミナルケアの提供に繋がっていきたいです。

790 ターミナルケアにおけるソフト・ハード面がまだまだ整っていませんので、研修会等で勉強したいと思います。あと、施設医がどこまで協力してくださるかも、問題になっています。

824 終末期ケアとはいえ、特養等では医療的な面が弱く、ご家族とも相談し医療施設にお願いするケースが多い。

837 介護職員に看取り経験のある方がいない。生活介護に追われている。又夜間、看護師が不在である事が望まれる看取り介護ができるのか？課題は多いのが現状です。

844 新設施設でまだ看取りまでの例がありません。重度化の一応の体制は整えましたが、目下、勉強中です。

4 1 佐賀県

134 1、加算制度がない時点でも実施していた。2、看護師の勤務体制が困難になってくる。3、いよいよ終末期は、看護師の夜勤体制が必要である。4、嘱託医師との連携が大切で、医師次第でもある。5、加算額が少ない。実施していると、多額の出費である。6、家族の希望は多いので今後も続ける。

200 4月より開始されたものは「看取り介護加算」と理解しています。機械の中で、慌しく動き回る病院とは異なる施設、だからこそできる看取り介護を目指し、寄り添いながら、共に生活するご本人様となじみの関係を築いた介護職員により、穏やかな終末が迎えられるよう支援しています。

206 施設嘱託医が施設で対応困難と判断したときは、いくら家族から施設での終末ケアを希望されても、病院へ搬送します。苦痛の訴えがなく、意識障害があり、自然死の状況で看取りができると判断された時、施設での看取り介護として家族の同意があれば、個室で付き添ってもらいます。付き添いができず、施設での看取りを希望された時は、ステーションの近くで看取り介護に入ります。

556 特老にて延命治療施設がない為、その主旨を家族に伝え、終末期ケア時点で再度、家族と十分な話し合いを行い、本人及び、家族の意

向を尊重し対応して行きたいと思っております。

- 564 施設に入所されている方が、医師の診断により回復が不可能な状態に陥った時に、その後の治療や最期を迎える場所などについて、本人の意思ならびに、家族の意向が最大限に尊重される事が重要と考えています。看取り介護を希望される入所者の終末期に、身体的、精神的苦痛・苦悩をできるだけ和らげ、その方なりに充実して生き抜くことができるよう、尊厳に十分配慮しながら、介護・支援について心をこめて行なっていこうと思います。その前に、職員全体で取り組むことになる為、死生観教育についても、看護師より伝えていこうと考えています。

4 2 長崎県

- 127 終末期ケアに関しましては、是非取り組んでいきたいと思っております。ただ、その方にとって、人生の最後のステージをいい加減なかたちで終わらせたくはありません。その為には、職員一人一人の死生観も問われてくると思います。しっかりとした研修も必要となってきます。また、施設サイドもしっかりとした方針を打ち出さないといけないと思います。これから1年かけて、準備していきたいと思っております。
- 292 入居者様の急変時に於ける、医師の来所が困難。
- 422 医師が常勤していない施設ですので、医療面での対応に不安を感じます。疼痛の緩和一つをとっても、病院の様に十分に行なえるのか自信はありませんし、介護職員等も終末期ケアの経験が絶対的に不足していますので、どこまで気持ちに寄り添った介護ができるのか等、問題が山積みしている状況です。
- 525 当施設の場合協力病院が隣接、24時間医療面の協力体制も充実しているため、ターミナルケアにおいては不十分な面があります。今後実施するためには、職員体制の整備、看取りに関する職員教育などが必要になってくると思います。  
看取り介護を取り組むなかで、利用者が最期を迎える過程において、利用者・家族に対して精神的なサポートをどれだけできるか、又、特養でできる医療行為においても限られているので、その時の利用者の状況によって、どこまで家族が理解してくださるかなど、心配な面があります。
- 550 家族の希望・本人の希望を伺い、病院へは行きたくないという方については、できる限り施設でのケアを行なっています。嘱託医の協

力のもと、静かに穏やかに過ごせるよう努力し、又、家族の方への連絡等も密に行い、最期看取って頂けるよう配慮しています。

- 624 ターミナルケアについては、希望する利用者や家族がいれば実施したいが、施設が古く個室がない事や、看護師の問題で現在は難しい。又、看護師・介護員のターミナルケアに対する研修等を実施する必要があるが、研修が少ない。(若い職員は特に、家族への接し方についても研修が必要)
- 628 終末期ケアをしてあげたいと思いますが、医療との連携がうまくできない状況です。他の施設を参考にしたいと思います。
- 662 看取りに関する研修について…内部・外部の研修など、どの様な研修が必要なのか明確な指摘がないが、外部研修に積極的に参加すると共に、組織としての意思統一を図るためにも、内部研修計画を作成して取り組む必要があると考える。  
常時、家族への説明・意思確認が重要。  
死への援助ではなく、その人の尊厳ある生き方の延長上に看取りがある。人の尊厳ある生き方に対する介護であり、尊い命が燃え尽きる最期の時まで、その人らしい生き方のできるための支援では？
- 703 年々、施設で終末期を希望される利用者が増えています。私たち職員が利用者様、ご家族様の要望に添ったケアが出来る様、協力したいと思います。
- 865 そもそも尊厳死、安楽死(積極的、消極的)を含めて終末期医療の定義がはっきりしていない。医師(主治医)1人で判断していいものかどうか疑問に思っていたところ、ガイドライン(案)が示された。ガイドラインはたたき台そのものであり、延命治療の開始・中止などの手順を示したに過ぎません。それによると終末期医療の開始・中止などは医療・ケアチームが判断となっている。個人開業医師が主治医の場合、院内のスタッフで医療・ケアチームを作ればそれでいいのでしょうか。また、刑事訴追はクリアできるのでしょうか。  
取り介護加算については、対象者は「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判断した者」となっているが、一方で「入所の際に、入所者、家族等への説明を行い、同意を得ていること」となっている。本来終末期に入ったと判断された時点で説明すべきではないでしょうか。なぜ入所時に説明して同意を得なければならないのか違和感がある。施設を退所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、見取り介護加算は死亡した月にまとめて算定することから、入所者にとっては、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する際、退所等の翌月に亡くなった場合に、前月分の見取り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必要がある。このことを十分理解してもらえるか不安である。

- 908 現在までに病院には絶対に行きたくないとの希望にて、意識がなくなるまでを看取ったケースが1～2例ありますが、介護職員が慣れなかったことも原因の一つですが、夜勤がスムーズにできない、本人の訴えが多く、どこまで聞き入れて介護すれば良いのか、と泣きながらの夜勤を介護員がしたケースがあります。終末期ケアは、医者の協力を第一にできなければ困難だと思います。

#### 4 3 熊本県

- 116 特養である以上、在宅復帰は無理である。終末は施設で迎えるのは、仕方ない事だと思う。
- 366 家族・本人の意向を第一に考え、医師の指示を仰ぎながら、苦痛や痛みを和らげる方法を取り、できる限りの看取り介護を行なう。
- 434 当施設では、入所時に看取りの要望書を記入して頂いておりますが、状況に応じてご家族や本人の意思も変わってきますので、都度、意思確認をしています。又、医師の常駐ではないので、1週間に1回のムンテラ等についても、出来ない場合もあります。ターミナル期と診断されていても、回復される場合もありますので、看取りの時期と断定できないし、加算も取れない事が多いです。しかし、看取りカンファレンスは必ず実施して、次につなげる努力はしています。
- 482 私共の施設では、経口摂取機能を維持し、自然の形でサポートをしています。経口からの摂取が厳しくなった場合、本人・家族の意向を配慮し、最小限の点滴、在宅酸素を活用しています。最期は、ご本人様の食べたい物を準備し、一口でも味わう楽しみを提供しています。基本的には、疼痛の緩和、最期まで一人にしないケアを実践しています。
- 567 昭和 51 年開設以来、終末期ケアは行なっている。経営者が医師の為、24 時間対応していただくので、ターミナルケアは行なっている。手続き関係が未整備である。マニュアルについては、資料を収集中で検討している。
- 668 社会的要請は日増しに高まっているが、制度運営上、経営・人材・

設備等で、不十分な状況。

- 712 利用者が自分の終末をどこで迎えたいのか、自己決定ができる人は1割程度しかおらず、家族に意志を委ねる事が多く、殆どの家族が医療的依存が高く、最終的には病院を希望されます。施設において、ボディケア、メンタルケア、家族に対しての支援などは、充分に行なえても疼痛や苦しみの緩和はできません。医師（常勤）不在の施設では、限界を感じる事が有ります。
- 722 病院併設されているわけでもなく、協力病院が車で5分圏内というわけでないため、急変時に救急搬送としているものの、点滴の数が増えたり、酸素を常時必要となる可能性がある場合、医療機関へなるべく入院してもらっている。ご家族様の中には「慣れた環境で…」と希望されることもあるが、終末期の状態で何がいつ起きるかもしれない方を、医療が充実しているわけではない中でケアを提供していくことは、本当に家族と蜜に話し合いを行なっていく必要があると思う。又、本当に何か起きた際に、結局最期の最期に十分な対応・処置が行なえてなく、本人に苦痛を与えてしまっているのではないかと思う。
- 744 毎週1回ずつの家族への状態説明はいいのですが、カンファレンスや記録に時間をとられ困るところがある。  
早くより病院受診確認時希望されず、息が切れ切れになってから受診希望される時、病院の方からは何でもっと早く受診しなかったのかと言われ、困ったことがある。
- 771 終末期ケアを進めるという国の方針で、施設側のリスクや負担が大きいわりには、看護職の配置基準が低すぎる。病院経営をしているわけではない特養の場合は、医療面での協力を受けにくい面もあり、特に夜間については病院から先生が来られるわけではないので、今の状態での対応は難しい。
- 794 終末期を医療機関でなく、当施設でと希望される方が増えてきている。以前より、嘱託医や協力病院医師の指示のもと、治療や看取り介護を行なっており、病状の把握、苦痛の緩和、家族に対して状態の説明に努めている。環境の整備、記録等、十分といえないところもあり、今後の課題である。
- 853 マニュアルが完成していない為、細部の動きに職員の中で戸惑いがある。早急の完成の必要性を痛感している。ケースを経験するたび、職員の制度への理解が深まってきており、少しずつ「終末期ケアと



は」という事が見えてきている様に思う。

- 883 最期まで、その人らしい生活を、当施設で送られる手助けができた  
らと思っています。又、入居されている方が良かったと思っ  
ただけるケアの提供が出来たらと思っています。

4 4 大分県

- 237 介護保険施行前から「終末期ケア」を実践してまいりました。平成  
18 年度（11 月現在）では、死亡退苑者の 9 2 % にあたる方を看取  
らせていただいております。ターミナルケアマニュアルを作成し、  
クリティカルパスで各職種の適切な関与を心掛けています。終末期  
になって「どうケアするのか」ではなく、日常のケアの積み重ねが  
生活の延長線上の看取りが実践できるのだと考えます。今後、生命  
論理からどう思いを確認し、医療介入をどう考えてゆくか等、課題  
は多くありますが、介護老人福祉施設での「看取り」を構築すべく、  
尽力したいと考えております。
- 342 平成 8 年より、ご家族様・本人のご希望があれば嘱託医、施設スタ  
ッフと話し合いターミナルケアを行なってきた。平成 8 年～9 年に  
2 名づつ、平成 10 年からは年、4～5 名行なっている。平成 18 年  
は、12 名の看取りを行なった。癌末期の方で、認知症重度の奥さん  
のそばにいたいからという理由で、ショートステイとしてご夫婦で  
入所された。最期は奥さんと娘さんに看取られ、穏やかな表情で亡  
くなられた。途中何度も、きつかったら病院に移れますよと意志の  
確認をしたが、最期まで施設を希望された。嘱託医がとても熱心に  
24 時間対応して、1 日に 2～3 回往診にみえる時もある。嘱託医自  
ら「尊厳ある死を」と唱えておられ、私達は支えられている。施設  
で家族に囲まれ「よく頑張った」「母さんありがとう」と声をかけら  
れながら旅立たれる姿に、毎回感動する。私達スタッフに「まだ何  
かできたのではないか」、という迷いは尽きない。
- 393 2006 年 4 月 1 日に開設して、やっと 1 年になります。入所者の状  
況も比較的落ち着いており、終末期ケアの経験は全くありません。  
4 月にターミナルケアの研修会を計画しております。殆どの職員が  
新卒者でしたので、死を経験したことがないので、研修を重ねなが  
ら、やってゆこうと思います。
- 483 私達の施設では、以前からターミナルケアは実施していた為に大き  
く変わったことはありません。ただ、報酬の算定により、実施しな  
くってはならない同意書を頂くという行為については、常駐の医師が  
家族にターミナルケアの開始の説明を行い、納得した上で同意書を

頂いています。(看護師も同席) 医師からの説明ということで、病状についても詳しく説明できていると思っています。家族へ頻りに面会に来て頂くよう依頼しているが、家族の事情で関わりが少ないことがある。ターミナルケアの最期として、亡くなられた翌日、弔辞の作成等を行なっています。本人に、しっかりとした意思のある方については、今までの生活の延長でのターミナルケアを実施しています。

801 日常生活、終末期の方でも離床しての食事、可能な限り経口分割摂取を考え実施しております。日々の状態により、普通に暮らすことを考え、ユニット 10 名と職員の見守りで、何事にも一緒に参加している環境で、最期まで現役であることに拘るケアを考え、個々に挑戦して、ホールでビデオ鑑賞中に仲間の中で逝くケース、その顔には微笑みを見ることもあり、日常生活環境で最善を尽くすことが一番。

826 特養ですがユニット型改築を機に、ターミナルケア看護加算の算定を申請します。ユニット型で個人個人のケアができ、施設・病院・家族とのコミュニケーションを図りながら、利用者様の希望される生活を、目指して行きたいと考えています。

#### 4 5 宮崎県

105 終末期の判断についての問題が大きい。家族の終末期の説明を状態悪化のたびに確認することになっている。家族間での意見の相違がある。(その時期にならないとわからない場合があり、入所時での時点では困難と思われる)

501 ハード面については、準備はなされている。職員向けの研修が進んでいないこともあり、取り組みとしてはまだまだの状態である。

590 現在 2 ケースのみ看取り介護加算を算定しているが、質・内容ともに不十分と思われる状況。ケース対応をこなしながら、検討し詳細なマニュアルを作っていくつもりである。

902 看取り終末ケアに関しては、早期整備が必要だと思う。

#### 4 6 鹿児島県

401 終末期ケアの提供は推進したいが、看取り加算を取るには、医師の対応・事務の負担増が見込まれるので、取り組みやすいようにしていただければと思う。

- 492 徹底的に話し合う。
- 537 本人・家族との信頼関係が十分にできた上での、施設でのターミナルケアができると思いますので、何回もカンファレンスを開いて情報共有でき、確認する事ができると思います。一人の人間としての尊厳の部分、何より大事に最期を迎えられるよう、努力して行きたいと思っています。
- 623 終末期のケアについては、ケアとしては取り組んでいるが、正式なマニュアルまでは至っていない。看取り看護加算については、正看護師の配置が困難。業務の拡大・加算の収入が少ないなど、体制作りが困難である。
- 725 昨年度は準備期間としてマニュアル作成に取り組みました。終末期発生に限らず、入所時や長期入院加療後の帰所時には、「看取りターミナルケア」の御意思確認を一部行っております。地域性や施設設備の問題等、課題は多数ありますが、当施設の基本理念に基づいた独自のマニュアル作成及び、実践に向けて、今後も取り組みたいと考えています。
- 730 加算算定の事例はありませんが、現在まで亡くなることはタブー視されていたように思います。看取り加算算定され、入居時に十分な説明と特養の役割を理解して頂いています。平均年齢 87 歳、平均介護度 4.2 と高齢重度化しており、介護員が主の施設には深刻な現実となっています。明確な医療行為は認められていないですが、病院との違いが分からないままに、入居申し込みされる方が多いです。
- 843 当施設は、看取りに関して加算をとるのは平成 19 年 5 月からです。体制は以前より取れていたもので、利用者様の担当介護員を中心にスタッフの「してあげたい」事を、時間をみつけて取り組んでました。家族にもこまめに連絡を取り、情報の共有化をはかっています。忙しい業務の中で、それぞれのスタッフも少しずつかわり、通夜に参加する人も多いです。
- 860 施設により医療体制がさまざまであり、協力が得にくい状況にあります。(深夜の死亡診断等) 家族も病院と一緒に間違えられている方が殆どで、介護職員のみでの夜勤や状態を十分説明できないことへの不安感があります。看取りの趣旨説明により、9 割以上は施設での終末期を望んでいますが、今までタブー視され、施設が看取りの機能を持っていることも知らない家族が多く、50 名中 20 名が 90 歳以上の当施設でも、「何かあったら病院」というように、死と向かい合っ

考える方はいなかったように思います。徐々に周知してきており、終のすみかとして認識してきています。アンケートは、全家族に対し調査しています。平均介護度が4.3であり、認知症を初め、寝たきりの入居者が多く、全話内容を理解できる人が4～5名程であり、本人には家族からお話を勧めるように促しております。本人聴取にはいたっていません。又、看取りの宣言時期が難しいように思います。平均年齢が87歳で100歳以上が3人入居されていますが、状態が悪くても回復される方や、夜間に急に亡くなる方等、死期については永遠のテーマだと思います。看取り加算申請するにはいたらないと感じていますが、死を考えるよい意識付けになるのではないのでしょうか。

47 沖縄県

- 468 当施設は以前より地域性からターミナルケアを実施しています。現在は家族へ紙面上の同意をいただき、断続して行なっていますが、ターミナルを開始する時期の判断に、少し戸惑いを感じることはあります。又、ターミナルで家族の同意があるとはいえ、夜間看護職のいない特養では、介護職の不安やストレスは大きいかと思っております。人間の死に関わる大切な場面でもある為、今後は職員教育も含め、利用者のより良いターミナルケアに向け学びを深めたいと思っております。
- 534 2007年度実施予定で、全職員向けの勉強会（6ヶ月間、月1回）、指針作り、フォーマット作成、家族会への説明等に取り組んでいますが、特に、使用する部屋（個室に準ずる）の整備のハードルが高いと感じています。又、ペインコントロールについての不安が大きいです。
- 834 沖縄本島から北西約60Kmの洋上、周囲12Km、総人口約900名で高齢化率38%の一島一村にある。  
身元引受人（家族）の約半数が（16名）本島で生活しており、緊急時対応等（ターミナル含め）事前に、家族・医師・施設で協議し、ケアの同意を得ている。（現在3名）人材の確保や、諸略の事由から加算請求するに至らないこと。
- 877 人は死（終末）を持って、（生きた）生活の証を安らぎを与えられ、家族も「良い笑顔」だね、共に〇〇園でよかった…と思ってもらえる当たり前のケアを目指しています。