

介護保険施設・居住系サービス での看取り期の手引き

令和6年度 姫路市医療介護連携会議
地域看取り連携部会 作成
(2025年3月発行)

はじめに

施設などで生活しようという利用者様は、人生の最期に向かって、静かに安心な生活が送れることを期待していると思います。さらに苦痛のない最期を迎えることが基本にありながらも、周りの人を多く煩わせることがないように考えられている方が多いようにも思います。

医療者でない介護職員が、実際の臨死に向き合うというのは、なかなか荷が重く感じるのも事実でしょう。しかし、我々にとっても最期の時間をどう過ごすかは、利用者様の人生の質に大きく関わることになると思います。

この冊子は施設などでの看取りを行うにおいて、必要な手続きを、その方との接し方から、経済的な側面も含めまとめてみたものです。介護サービス事業者は、利用者様に満足してもらうために、やはり日々の研鑽が必要と思われれます。人のお付き合いがこの冊子ですべて解説できているわけではもちろんありませんが、利用者様の人生の最期を満足して過ごしていただくための、一つの道しるべになればと願っております。 姫路市医師会理事 地域看取り連携部会委員 くるす医院 院長 来栖 昌朗

目次

1	看取りのPDCAサイクルについて	1
2	入所から終末期までにたどる経過とそれに応じた介護の考え方	2
3	看取り期における流れ	3
4	施設での看取りに対する加算	
	○「看取り介護加算」の算定要件	4-5
	・特別養護老人ホーム	
	・特定施設入所者生活介護	
	・グループホーム	
	○「看取り連携体制加算」の算定要件	6
	・小規模多機能型居宅介護	
	○「ターミナルケア加算」の算定要件	6
	・介護老人福祉施設	
5	各種様式サンプル集	
	・看取り介護指針	7
	・急変時や終末期における医療等に関する意思確認書	8
	・看取り介護計画書	10
	・看取り介護同意書	11
	・看取り期の説明資料	13-14

1 看取りのPDCAサイクル

Plan : 看取り体制の整備

- | | |
|------------------------|--|
| 1 看取り指針の策定 | : 施設の「看取り方針」の明確化と職員間の共有（マニュアルなどの整備）
< 指針に盛り込むべき項目（看取り介護加算を算定する場合の要件として） > <ul style="list-style-type: none">・施設の看取りに関する考え方・終末期にたどる経過に応じた介護の考え方・看取りに際して、施設において行える医療行為の選択肢・医師や医療機関との連携体制（夜間・緊急時を含む）・利用者等への情報提供および意思確認の方法・利用者等への情報提供の資料や同意書の書式・家族への心理的支援に関する考え方・職員の看取り介護における具体的な対応の方法 |
| 2 指針の説明 | : 入所時に家族に説明し、 <u>説明したことを証明するものが必要</u> |
| 3 職員研修 | : 年2回程度は必要 |
| 4 医師、看護職員、介護職員等の連携体制整備 | : 日頃のカンファレンス、事例検討、情報の共有 |
| 5 個室・静養室の整備 | : 利用者が家族と一緒に過ごせる居心地の良い環境づくり |
| 6 救急搬送のための連絡体制整備 | : 家族の意向の変化や予期せぬ急変への対応
医療機関との顔の見える関係づくり、緊急連絡表、サマリーの準備 |

Do : 看取り介護

- | | |
|------------------|---|
| 1 看取り介護に係る計画の作成 | : 終末期は医師の診断からスタートし、多職種で「 <u>看取り介護計画（ケアプラン）</u> 」を作成 |
| 2 計画の説明 | : 「看取り介護計画（ケアプラン）」を説明して家族などの同意を得る |
| 3 多職種での情報共有 | : 情報、 <u>記録</u> の共有 |
| 4 家族等への文書による情報提供 | b : 日々の変化の記録から状況の報告 |
| 5 弾力的な看護体制 | : オンコール体制整備など |
| 6 家族の悲嘆への援助 | : 別れ、喪失への共感と支援 |

Check : 振り返り

- | | |
|------------------|-------------|
| 1 看取り後のカンファレンス | : デスカンファレンス |
| 2 職員の精神的負担の把握と支援 | : 職員の思いを共有 |

Action : 体制の改善

- | | |
|--------------------|---------------------------------|
| 1 指針の見直し | : 定期的な確認、見直し、同時にマニュアル・業務フロー等の修正 |
| 2 看取りに関する報告会の開催 | : 実践の報告、研究を発表（外部の研究会等での活動発表 等） |
| 3 入所者、家族等、地域への啓発活動 | : 施設内外で施設の看取りの紹介 家族懇談会・地域家族会 |

2 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

Plan

【適応期】（入所時）

【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の促進
- ・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）の醸成に向けた支援

【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入所者や家族の希望・要望の把握
- ・入所者や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 ③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
- ・入所者や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
- ③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
- ・施設での対応可能な医療提供と、入所者や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
- ③急変時や終末期における医療等に関する意思確認書

Do

【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の具体的な説明
- ・詳細な日々の様子の報告と、入所者や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
- ・入所者や家族が死を受容し、その人らしい最期が迎えられるように援助する

【提供する書類】

- ①看取り介護指針 ③急変時や終末期における医療等に関する意思確認書 ④看取り介護計画書
- ⑤看取り介護同意書 ⑥看取り期の説明資料

【看取りからその後まで】

【介護の考え方】

- ・家族のグリーフケア（心理的支援）と諸手続きの支援

【提供する書類】

- ⑦死亡診断書

3 看取り期における流れ

経過	担当者	手順	書類
医療体制の整備	看護職員 介護職員 生活相談員	<ul style="list-style-type: none"> 施設に医師がない場合又は施設では対応できない医療体制が必要な場合、日頃より提携先医療機関を確保し、利用者の医療的要求に対応できる体制を整えておく 	<ul style="list-style-type: none"> ①看取り介護指針 ②重要事項説明書
判断	医師	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の状態を診断し、以下の状態であることを確認する <ul style="list-style-type: none"> ①医学的見地から回復が見込めない ②医療機関での治療効果が期待できない 	
サービス担当者会議	介護支援専門員	<ul style="list-style-type: none"> 臨時に医師を含むサービス担当者会議を招集し、利用者の状態が終末期にあることを各担当者に説明する 	
家族への説明と同意	医師 看護職員	<ul style="list-style-type: none"> 施設に医師がない場合、看護責任者は、医療機関の診断書・配置医の記録を持って、サービス担当者会議での発言を代弁することができる 医師とともに直接、家族に説明する 家族の納得を受けて同意書に署名をもらう 医師が在籍しない場合でも説明は施設内で行う 家族が医療機関への入院を希望する場合はその調整を行う 	<ul style="list-style-type: none"> ①看取り介護指針 ③急変時や終末期における医療等に関する意思確認書 ⑤看取り介護同意書
ケア体制の確立	各担当者	<ul style="list-style-type: none"> 終末期ケア体制の確認をする 終末期ケアは突然開始するものではなく、日頃より、利用者の状況を観察してチームワーク体制を組んでおく 介護支援専門員は、「看取り介護計画書」を作成する リハビリ、栄養も必要に応じてサービスプランを変更する 各担当者は、終末期ケア実施に向けたカンファレンスを持つ 	<ul style="list-style-type: none"> ④看取り介護計画 ⑥看取り期の説明資料
終末期ケアの実施	各担当者	<ul style="list-style-type: none"> 定められたケア体制のもと、利用者のケアに当たる 	

※参考資料

- ・東京都：暮らしの場における看取り支援の手引き～施設向け研修地域展開用テキスト～
- ・全国老人福祉施設協議会：看取り介護指針・説明支援ツール

4 施設での看取りに対する加算（※単位数は令和6年4月時点）

[看取り介護加算] の算定要件

算定対象施設：特別養護老人ホーム、特定施設入所者生活介護、グループホーム

看取り介護加算Ⅰの要件	看取り介護加算Ⅱの要件
<ul style="list-style-type: none"> ・病院または診療所、当該施設、訪問看護ステーションのいずれかの看護師と連携し、24時間連絡可能な体制が取れていること ・看取りに関する指針を定め、施設に入所する際は利用者又は家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること ・看取りに関する指針は、医師や看護師、介護スタッフ、ケアマネジャー、生活相談員などが適宜見直しを行っていること ・看取りに関する職員研修を実施していること ・厚生労働省が定めた「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」に沿った内容で取り組みを行っていること ・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おこなうこと 	<ul style="list-style-type: none"> ・左記Ⅰの要件をすべて満たしたうえで、複数の医師が配置されている、もしくは協力関係にある医師が24時間対応可能であること <p>※配置医緊急時対応加算の施設基準に該当するもの</p>

▶特別養護老人ホーム（地域密着型施設含む）

加算の種類	要件	算定できる期間と加算の内容	
看取り介護加算Ⅰ	・Ⅰの要件をすべて満たしていること	亡くなる 31日～45日前	72単位/日
		亡くなる 4日～30日前	144単位/日
		亡くなる前日、 前々日	680単位/日
		亡くなった日	1280単位/日
看取り介護加算Ⅱ	・Ⅰの要件をすべて満たしていること ・複数の医師を配置している、もしくは24時間体制で医師と連携が取れるように体制を整えていること	亡くなる 31日～45日前	72単位/日
		亡くなる 4日～30日前	144単位/日
		亡くなる前日、 前々日	780単位/日
		亡くなった日	1580単位/日
入所者要件			
<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・医師、生活相談員、看護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者（以下、医師等）が共同で作成した入居者の介護計画について、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うえで、同意している者を含む）であること ・看取りに関する指針に基づき、入所者の状態または家族の求めに応じ随時、医師等の相互連携の下、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、同意したうえで介護を受けている者（その家族等が説明を受け、同意したうえで介護を受けている者を含む）であること 			

▶特定施設入居者生活介護（地域密着型施設含む）

加算の種類	要件	算定できる期間と加算の内容	
看取り介護加算Ⅰ	・Ⅰの要件をすべて満たしていること	亡くなる 31日～45日前	72単位/日
		亡くなる 4日～30日前	144単位/日
		亡くなる前日、 前々日	680単位/日
		亡くなった日	1280単位/日
看取り介護加算Ⅱ	・Ⅰの要件をすべて満たしていること ・当該加算を算定する期間において、夜勤または当直を行う看護職員の数が1以上であること	亡くなる 31日～45日前	572単位/日
		亡くなる 4日～30日前	644単位/日
		亡くなる前日、 前々日	1180単位/日
		亡くなった日	1780単位/日
利用者要件			
※特別養護老人ホームと同じ			

▶グループホーム

加算の種類	要件	算定できる期間と加算の内容	
看取り介護加算Ⅰ ※グループホームは医師や看護師の配置基準がないため、看取り介護加算Ⅱは算定対象外	・Ⅰの要件をすべて満たしていること	亡くなる 31日～45日前	72単位/日
		亡くなる 4日～30日前	144単位/日
		亡くなる前日、 前々日	680単位/日
		亡くなった日	1280単位/日
利用者要件			
<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・医師、看護職員（事業所の職員または当該事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院もしくは診療所もしくは訪問看護ステーションの職員に限る）、介護支援専門員その他の職種が共同で作成した利用者の介護計画について説明を受け、同意している者（その家族等が説明を受けたうえで同意している者を含む）であること ・看取りに関する指針に基づき、利用者の状態または家族の求めに応じ随時、医師等の相互連携の下、介護記録等利用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、同意したうえで介護を受けている者（その家族等が説明を受け、同意したうえで介護を受けている者を含む）であること 			

[看取り連携体制加算] の算定要件

算定対象施設： 小規模多機能型居宅介護、 訪問入浴介護、 短期入所生活介護

▶小規模多機能型居宅介護

加算の種類	要件	算定できる期間と加算の内容
看取り連携体制加算	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師により24時間連絡できる体制を確保していること ・看取り期における対応方針を定め、利用者や家族等に対して内容を説明し、同意を得ていること ・看護職員配置加算（Ⅰ）※を算定していること 	<p style="text-align: right;">64単位/日</p> <p>※亡くなった日及び亡くなる日以前30日以下において1日につき64単位を死亡月に加算</p>
利用者要件		
<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・看取り期における対応方針に基づき、利用者の状態または家族の求め等に応じ、介護職員、看護職員等から介護記録等利用者に関する記録を活用し行われるサービスについての説明を受け、同意したうえでサービスを受けている者（その家族等が説明を受け、同意したうえでサービスを受けている者を含む）であること 		

※看護職員配置加算（Ⅰ）：常勤専従の看護師を1人以上配置している（900単位/月）

[ターミナルケア加算] の算定要件

算定対象施設： 介護老人保健施設、 訪問看護、 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、 看護小規模多機能型居宅介護

▶介護老人保健施設

加算の種類	要件	算定できる期間と加算の内容	
ターミナルケア加算	<ul style="list-style-type: none"> ・医師が一般的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 	亡くなる 31日～45日前	72単位/日
	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者又はその家族等の同意を得て、入所者のターミナルケアに係る計画が作成されていること 	亡くなる 4日～30日前	160単位/日
	<ul style="list-style-type: none"> ・医師、看護師、介護職員、支援相談員、管理栄養士等が共同して、入所者の状態又は家族の求め等に応じた説明を本人または家族等に行い、同意のうえでターミナルケアが行われていること 	亡くなる前日、 前々日	910単位/日
		亡くなった日	1900単位/日

※参考資料

- ・介護報酬の解釈Ⅰ単位数表編 令和6年4月版
- ・厚生労働省 令和6年度介護報酬改定の主な事項について

5 各種様式サンプル集

- 様式① 看取り介護指針
- 様式③ 急変時や終末期における医療等に関する意思確認書
- 様式④ 看取り介護計画書
- 様式⑤ 看取り介護同意書
- 様式⑥ 看取り期の説明資料

※様式番号は、
2ページ【提供する書類】、
3ページ【書類】の番号と紐づいています

※様式サンプルは、「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」
より抜粋しています

看取り介護指針とは

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入所者や家族に対し、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
- ・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
- ・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（夜間及び緊急時の対応を含む）
- ・入所者等への情報提供及び意思確認の方法
- ・入所者等への情報提供に供する資料及び同意書の書式
- ・家族への心理的支援に関する考え方
- ・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、入所者や家族に同意を得ることが必要と定められています。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。

- 1 当施設の看取りに関する考え方
- 2 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
- 3 当施設において看取りに際して行う医療行為について
- 4 医師や医療機関との連携体制 ※夜間および緊急時の対応を含む
- 5 入居者等への情報提供および意思確認の方法について
- 6 入居者等への情報提供に供する資料および同意書の書式について
- 7 家族への心理的支援に関する考え方について
- 8 その他看取り介護を受ける入居者に対して施設の職員が取るべき具体的な対応の方法

【作成例 様式③ 急変時や終末期における医療等に関する意思確認書】

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、〇〇〇〇〇（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判断した場合、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

〇〇〇〇〇（施設名）

施設長

殿

年 月 日

入居者 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 ）

急変時や終末期における医療等に関する意思確認書とは

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、入所者に意思確認ができる状態ではなく、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入所者や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。

※入所者や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。

<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。

◎身元引受人は、キーパーソンなど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、入所者や家族にも分かりやすい説明に努めます

【作成例 様式④ 看取り介護計画書】

看取り介護計画書とは

看取りに向けたケアカンファレンスを開催し、入所者や家族、職員等の意思の統一を図るための書類です。可能な限り、入所者や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するとよい。

<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">【看取り介護計画書】</div>	
施設介護サービス計画書（1） 作成年月日 令和 年 月 日	
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および職種	（介護支援専門員）
施設サービス計画作成介護保険施設名および所在地	
施設サービス計画作成（変更）日	年 月 日 初回サービス計画作成日
認定日	年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日
要介護状態区分	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4 （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）立ち合いにて〇〇病院（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。また、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。ご家族の意向を確認しながら安心していただけるケアに努めます。

<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">【看取り介護計画書】</div>		
施設介護サービス計画書（2） 作成年月日 令和 年 月 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)
老衰のため、入院はしないで施設での看取り介護を希望される。	RO 〇/〇～	状態観察を行う。 RO 〇/〇～
		バイタルチェック、呼吸状態・SpO2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。
		顔色、口唇色、爪甲色のチアノーゼの有無に注意する。
		全身の浮腫の部位と程度の観察を行う。
		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。
無理なく食べられる分だけ食べていただく。	RO 〇/〇～	安全に無理なく食べていただく RO 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。
		サービス内容 担当 頻度 期間
		看護職・介護職 看護職・介護職 看護職・介護職 看護職・介護職 管理栄養士・調理・看護職・介護職
		随時 随時 毎日 毎日 毎食時
		RO 〇/〇～ RO 〇/〇～ RO 〇/〇～ RO 〇/〇～ RO 〇/〇～
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。		
令和 年 月 日		入所者（代理者）氏名
		印

【作成例 様式⑤ 看取り介護同意書】

看取り介護についての同意書

私は、（入所者の氏名）の看取り介護について、医師の診断と〇〇〇〇〇（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 令和 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沿った対応に心がけ、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

〇〇〇〇〇（施設名）

施設長	殿	年	月	日
入所者	氏名		印	
身元引受人 （契約者）	住所 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		

看取り介護についての同意書とは

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時点で交わす書類です。その後に予測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、入所者や家族が確認・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自宅にて過ごすことを希望されるなど意向に変化があった場合は、可能な限り、入所者や家族の意向を尊重して対応します。

<記入のポイント>

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

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。



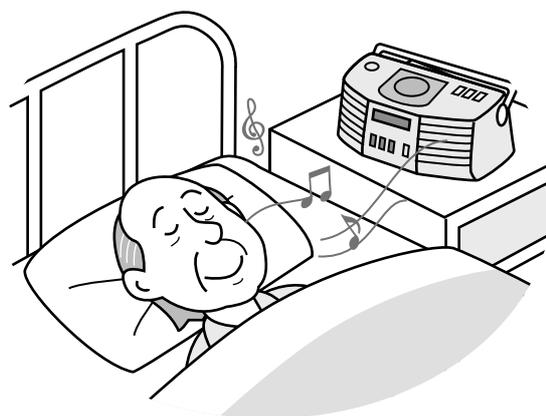
呼吸のリズムが不規則になったり、息をすると同時に肩や顎が動くようになる。

看取り期の援助

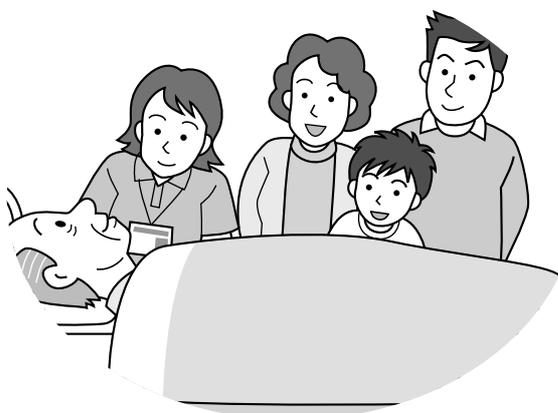
- ①食欲低下の場合、ご入所者の嗜好に合わせます。
- ②経口摂取(飲水・食事)ができなくなったら、無理な介助はせず、可能な限り時間をかけ、ご入所者の希望に沿う援助を行います。
- ③スキンシップ、コミュニケーションによる継続的な見守りをします。
- ④室温、採光、換気を調整し、ベッドサイドの清潔保持に配慮します。
- ⑤医師と相談して過剰な処置は行いません。
- ⑥苦痛の表情にはマッサージ、体位変換など適切に対応します。また、医師と相談し、痛みや不快な症状、不安の軽減等、つらさが少ないように症状をやわらげるサポート(緩和ケア)を行います。
- ⑦手足の保温に努め、可能な限り入浴も行います。
-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