

✿看取り体制の指針

※この指針の運用は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（平成30年3月版）に沿って運用する。

【当施設における看取りケアの考え方】

入居者が終末期の生活を決定・実現できるように入居者の望む死に至る過程を最大限尊重し、長年過ごした場所で、最後までその人らしい生活ができるようにでき得る限りの援助を行う。全職員は、入居者が尊厳を持つ一人の人間として、安らかな最後を迎えることができるように、入居者または家族の支えともなりうる身体的・精神的支援に努める。また、入居者・家族が充実し納得して生き抜くことができるよう、入居者・家族に対し以下の確認を事前に行い、共通認識のもと看取りケアを実施する。

- ① 施設における医療体制の理解（常勤医師の配置がないこと、医師とは協力医療機関・近隣の医療機関とも連携し必要に応じ健康上の管理等に対応すること、夜間は看護職員が不在で、看護職員は緊急時の連絡により駆けつけるオンコール体制であること）
- ② 病状の変化等に伴う緊急時の対応については看護職員が医師と連絡を取り判断すること。夜間においては夜間勤務職員が『夜間における連絡・対応体制の確保に関する取り決め』に基づき看護職員と連絡を取って緊急対応を行うこと。
- ③ 施設と家族との24時間の連絡体制を確保していること。
- ④ 看取りケアに対する家族の同意を得ること
- ⑤ 看取り介護の質を常に向上させていくため、計画・実行・評価・改善のサイクルにより、看取り介護を実施する体制を構築するとともに強化していくこと。

1 看取り体制

（1）自己決定と尊厳を守る看取り介護

- ① 本人または家族に対し生前意志（リビングウィル）の確認を行うこと。
- ② 看取り介護においては、医師による診断（医学的に回復の見込みがないと判断したとき）がなされたときが、看取り介護の開始となる。
- ③ 看取り介護にあたり、本人にまたは家族に対し、医師または協力病院から十分な説明が行われ、本人または家族の同意を得ること。（インフォームドコンセント）
- ④ 看取り介護においてはそのケアに携わる管理者、生活相談員、介護支援専門員、看護職員、栄養士、介護職員等従事するもの、本人家族が協働し、看取り介護に関する計画書を作成する。また定期的に、本人家族への説明を行い、同意を得て看取り介護を適切に行なうこと。尚、必要に応じて適宜、計画内容を見直し、変更する。

（2）医師・看護職員体制

- ① 看取り介護にあたり協力病院医師又は、嘱託医師等との情報共有による看取り介護の協力体制を築いていること。
- ② 看護職員は医師の指示を受け看護責任者のもとで入居者の疼痛緩和等安らかな状態を保つように状態把握に努め、入居者の状況を受け止めるようにする。また、日々の状況等について随時、家族に対して説明を行い、その不安に対して適宜対応していく。
- ③ 医師による看取り介護の開始指示を受けて、カンファレンスに基づき他職種による看取り介護計画書を作成し実施するものとする。

3) 看取り介護の施設整備

- ① 尊厳ある安らかな最後を迎えるために個室または静養室の環境整備に努め、その人らしい人生を全うするための施設整備の確保を図ること。
- ② 施設での看取りに関して、家族が面会、付き添い等を希望する場合、個室または静養室の提供を積極的に行ない、家族への便宜を図ること。

(4) 看取り介護の実施

① 看取り介護に携わる者の体制及びその記録等の整備

- 1) 看取り介護同意書
- 2) 医師の指示
- 3) 看取り介護計画書作成（変更、追加）
- 4) 経過観察記録
- 5) ケアカンファレンスの記録
- 6) 臨終時の記録
- 7) 看取り介護終了後のカンファレンス会議録

② 看取り時の連絡体制

当法人の『夜間における連絡・対応体制の確保に関する取り決め』及び当施設の『看護マニュアル』によって適切な連絡をおこなう。

③ 看取り介護の実施内容

1) 栄養と水分

看取り介護にあたっては多職種と協力し、入居者の食事・水分摂取量、浮腫、尿量、排便量等の確認を行うとともに、入居者の身体状況に応じた食事の提供や好みの食事等の提供に努める。

2) 清潔

利用者の身体状況に応じ可能な限り入浴や清拭を行い、清潔保持と感染症予防対策に努める。その他、本人、家族の希望に添うように努める。

3) 苦痛の緩和

(身体面)

利用者の身体状況に応じた安楽な体位の工夫と援助及び疼痛緩和等の処置を適切に行う。

(医師の指示による緩和ケア又は、日常的ケアによる緩和ケアの実施)

(精神面)

身体機能が衰弱し、精神的苦痛を伴う場合、手を握る、体をマッサージする、寄り添う等のスキンシップや励まし、安心される声かけによるコミュニケーションに努める。

4) 家族への対応

変化していく身体状況や介護内容については定期的に医師からの説明を行い、家族の意向に沿った適切な対応を行う。

継続的に家族の精神的援助（現状説明、相談、こまめな連絡等）を行い、カンファレンスごとに適時の状態説明を通し、家族の意向を確認する。

5) 死亡時の援助

死後の援助として必要に応じて家族支援（葬儀の連絡、調整、遺留金品引渡し、荷物の整理、グリーフケア、相談対応等）を行うこと。

④ 看取り介護実施における職種ごとの主な役割

下記を例に多職種相互の連携の下、関わることとする。

(管理者)

- 1) 看取り介護の総括管理
- 2) 看取り介護に生じる諸課題の総括責任

(医師)

- 1) 診断
- 2) 入居者やご家族への説明と同意（インフォームドコンセント）
- 3) 健康管理
- 4) 夜間及び緊急時の対応と連携体制
- 5) 協力病院との連絡、調整
- 6) カンファレンスへの参加
- 7) 死亡確認
- 8) 死亡診断書等関係記録の記載

(看護職員)

- 1) 配置医師または協力病院との連携強化
- 2) 多職種協働のチームケアの確立
- 3) 職員への死生観教育と職員からの相談対応
- 4) 健康管理（状態観察と必要な処置、記録）
- 5) 疼痛緩和等、安楽の援助
- 6) 夜間及び緊急時の対応（オンコール体制）
- 7) 随時の家族への説明と不安への対応
- 8) カンファレンスへの参加
- 9) 死後の処置（エンゼルケア）

(生活相談員、介護支援専門員)

- 1) 継続的なご家族の支援（連絡、説明、相談、調整）
- 2) 多職種連携による看取り介護計画（ケアプラン）の作成
- 3) 看取り介護にあたり多職種協働のチームケアの連携強化
- 4) カンファレンスへの参加
- 5) 夜間及び緊急時のマニュアルの作成と周知徹底
- 6) 死後のケアとしてのご家族の支援と身辺整理

(栄養士)

- 1) ご入所者の状態と嗜好に応じた食事の提供
- 2) 食事、水分摂取量の把握
- 3) カンファレンスへの参加
- 4) 必要に応じてご家族への食事提供

(介護職員)

- 1) 食事、排泄介助、清潔保持の提供
- 2) 身体的、精神的緩和ケアと安楽な体位の工夫
- 3) コミュニケーション（十分な意思疎通を図る）
- 4) 状態観察（適宜、容体の確認のための頻回な訪室）、経過記録の記載
- 5) 随時のご家族への説明と不安への対応
- 6) カンファレンスへの参加
- 7) 死後の処置（エンゼルケア）

(5) 責任者

夜間緊急対応及び看取り介護については、看護師のうち1名を定めてこれを責任者とする。

(6) 看取りに関する職員教育

地域密着ユニット型介護福祉施設はな広場・しまかみにおける看取り介護の目的を明確にし、死生観教育と理解の確立を図るものとする。

- 1) 看取り介護の理念と理解
- 2) 死生観教育 死へのアプローチ
- 3) 看取り期に起こりうる機能的・精神的変化への対応
- 4) 夜間・急変時の対応
- 5) 看取り介護実施にあたりチームケアの充実
- 6) 家族への援助法
- 7) 看取り介護についての検討会

2 医療機関や在宅への搬送の場合

①医療機関への連絡

医療機関にこれまでの経過説明を行い、家族の同意を得て、経過観察記録等の必要書類を提示する。

②本人、家族への支援

継続的に本人や家族の状況を把握すると共に、訪問、電話等での連絡を行い、介護面、精神面での援助を確実に行う。

死後の援助として必要に応じて家族支援（葬儀の連絡、調整、遺留金品引渡し、荷物の整理、グリーンケア、相談対応等）を行うことが望ましい。

(7) 看取りに際して行い得る医療行為の選択肢の揭示と意思確認

①終末期における医療等に関する意思の確認

終末期における延命処置（心臓マッサージ、除細動（AED）、人工呼吸、輸血、点滴等）、食事を経口摂取できなくなった際の対応（経鼻経管栄養、胃ろう増設等）、症状が悪化した際の対応について、入居者や家族へ説明し意思の確認を行う。また意思の確認にあたっては、インフォームドコンセントを前提とし、入居者や家族に分かりやすく説明を行うこと。また、心身の状態の変化などに応じて本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人の意思確認を繰り返し確認する。さらには本人自らの意思を伝えられない状態になってしまうことも想定されることから、入居時における意思確認を行うとともに、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われるよう配慮する。

②施設において看取りに際して行い得る医療行為の選択肢

施設で提供する医療行為については、具体的な内容を明示し入居者や家族が十分理解できるよう努めること。

入居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・目安

適応期（入居）

【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）の醸成に向けたアプローチ。いまどのように考えるか様式1で確認する。

適応期（1か月後）

【介護の考え方】

- ・施設での生活に対する入居者や家族の希望・要望の把握。

安定期（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。
- ・入居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。

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。
- ・施設で対応可能な医療提供と、入居者やご家族の希望する支援とのすり合わせ。

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具体的な説明。
- ・詳細な日々の様子の報告と、ご入居者やご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。様式2で確認する。
- ・入居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援助する。
- ・週1間ごとにご家族に様子を伝え、今後のケアについて説明とプランの見直しを行い同意を確認する。様式3で確認する。

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）と諸手続の支援。
- ・ご入居者を看取った後で看取り介護実施後カンファレンスを行う。様式4で振り返りを行う。

付 則

1. この指針は、平成23年9月1日より施行する。
2. この指針は、平成27年9月1日より施行する。
3. この指針は、令和3年4月1日より施行する。

私は、地域密着ユニット型介護福祉施設はな広場・しまかみにおいて、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（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

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 |
| ・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

- | | | |
|-------|-------------------------------|--------------------------------|
| ・延命処置 | <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

地域密着ユニット型介護福祉施設

はな広場 ・ しまかみ

施設長 小林 豊 殿

令和 年 月 日

入居者 氏 名 印

身元引受人 住 所

(契約者) 氏 名 印 (続柄)

私は、_____の看取り介護について地域密着ユニット型介護福祉施設はな広場・しまかみの提供する対応ならび医師の説明を受け、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

- ①医療機関での治療は令和 年 月 日をもって、本人に苦痛を伴う処置対応は行いません。また、できうるかぎりの対応をし、施設で過ごしていただきます。
- ②身体的な介護では安心できる声かけをし、身近に人を感じられるような尊厳を守る援助をいたします。食事はできるだけ経口摂取に努めます。
- ③医師に相談指示を仰ぎながら、苦痛や痛みを和らげる方法をとり、施設内でできる限りの看取り介護をいたします。
- ④ご家族の希望に沿った対応に心掛けます。
- ⑤ただし、ご本人ご家族の希望、意向に変化があった場合は、その意向に従い援助させていただきます。

以上

地域密着ユニット型介護福祉施設
 はな広場 ・ しまかみ
 施設長 小林 豊 殿

令和 年 月 日

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)

説明医師 医療機関名

氏 名

印

施設立会人 職 種

氏 名

印

看取り介護実施後 カンファレンス記録	施設長	副施設長	主任	介護支援 専門員	リーダー	生活 相談員

平成 年 月 日	記録者 職氏名：
出席者：	

看取り介護 対象者	様	期 間：R 年 月 日 ～ R 年 月 日
--------------	---	--------------------------

1. 看取りケアに対する振り返り（ご本人、ご家族に対する職員の対応）

2. 職員の負担について（身体的・精神的負担等含む）

3. ケアの向上・改善を図るために（上記1・2を受けて）

看取り介護指針の見直しについて（ 要 ・ 不 要 ）※要の場合、上記にその理由も記載すること

※この記録は決裁後に、対象者のケースファイルに綴ること

ご利用者・ ご家族面談票	施設長	副施設長	主任	介護支援 専門員	リーダー	生活 相談員

面接日 平成 年 月 日 () 面接時間 : ~ :	面談職員 :
ご利用者氏名 : 様	ご家族 (身元引受人) 氏名 : 様

*ご家族の希望・要望等 (ケアプランの内容含む) *ケアプラン説明・配布 済 ・ 未	

*施設からの伝達事項 *生活記録の説明・写しの提供 済 ・ 未	

*世帯状況について (変更あり ・ 変更なし) 《変更内容》	変更後

*連絡先について (変更あり ・ 変更なし)	
連絡先1	(氏名: 様 続柄)
連絡先2	(氏名: 様 続柄)
連絡先3	(氏名: 様 続柄)

*その他

注1 家族状況・連絡先の変更は、ケース記録表紙の修正を行うこと。 (修正要 : 不要)
 注2 面談票は、決裁後ケースファイルに綴ること。