

看取りに関する指針

特別養護老人ホーム しあわせの家寒川

1. 当施設における看取りに関する考え方

『看取り介護』とは、医師により近い将来死が避けられないと診断された方に対して、ご本人やご家族の意向を最大限に尊重して身体的苦痛や精神的苦痛をできるかぎり緩和・軽減し、最期までその方なりの充実した日々を過ごせることを目的として、心をこめて支援することである。

2. 看取り介護の共通認識

終末期の過程に対する価値観は様々であり、家族の想いも揺れ動くことが普通である。施設での看取り介護は、本人が慣れ親しんだ場所や人々に見守られ自然な最期を迎えられることであり、その為に以下の項目を認識した上で援助する。

- ① 看取り介護は日常生活の延長線上にあると捉えた上で、日々の日常ケアの充実を図ります。
- ② その人らしい人生の最期を迎えられるよう、ご本人とご家族が残された時間をゆったりと過ごすための支援をします。
- ③ ご本人、ご家族と「死」の話題をはぐらかすことなく、共に残された時間を大切にします。
- ④ 看取り介護計画はご本人ならびにご家族の意見や想いを含めて作成します。
- ⑤ 時間経過や症状変化に伴い、ご本人、ご家族の思いが揺れ動いた場合には、いつでも想いを伝えられるように、ご本人、ご家族とのコミュニケーションを怠らないようにします。また、「同意書」によりすでに意思が確定したものと考えないようにします。
- ⑥ 予測されない状態の急変などがあった場合は、医療機関に搬送することがあることをご本人やご家族にも伝えます。
- ⑦ ご家族が遠慮や気兼ねをしないで済むような配慮を行います。

3. 看取り介護の対象者

次のいずれにも適合している入居者

- ① 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
- ② 医師から十分な説明が行われ、ご本人、ご家族が当施設において最期を迎えたいと希望される方で、当施設における看取りに関する指針の内容及び当該入居者の看取り介護に係る計画の説明を受けて同意している者

4. 終末期にたどる経過とそれに応じた介護の考え方

- ① 持病の悪化や老衰等により全身レベルの低下が発生
嘱託医と連携を取り診察を受けるとともに、ご本人・ご家族に対して今後の経過と
いずれ予想される状態・施設で対応可能な医療提供等について説明するなどの情報
提供に努める。
- ② 嘱託医によって終末期の診断がなされた後、意向確認～同意となる。
施設職員が同席しご本人・ご家族に対して、嘱託医から病状説明を受け、その説明
を踏まえてご本人・ご家族の意向を確認し、積極的な医療を希望する場合には、医
療機関との調整に向けて支援を行う。また、自然な形で施設生活を希望される場
合には、施設で提供が可能な環境やケアの内容について説明した上で、看取り介護
への同意を確認し、看取り介護同意書の署名・捺印を戴き、「愛する人との別れの
準備」「ターミナル期の観察ポイント」を配布する。
- ③ 看取り介護カンファレンスの開催と看取り介護計画書の作成
ご本人・ご家族が看取り介護について同意された場合には、速やかに多職種による
看取り介護カンファレンスを開催し、看取り介護計画書を作成する。尚、看取り介
護カンファレンスは状態に応じて適宜開催するとともに、必要に応じて計画の変更
を行う。
- ④ 看取り介護の実践
本指針10-②の通り
- ⑤ 死亡直前
死の兆候を的確に把握して嘱託医と連携を取りながら状態の観察を行い、安楽なポ
ジショニング・スキンシップなどにより、身体的・精神的苦痛の緩和に努めるとと
もに、付き添うご家族の不安を取り除き落ち着いて最期の時間を過ごせるように支
援する。
- ⑥ 死亡時
嘱託医の死亡診断を受けた後、ご本人の尊厳を守るだけでなく残されたご家族が少
しでも納得感や満足感を持てるように、ご家族の了承を得て死後の処置（エンゼル
ケア）を行う。ご家族が希望された際には気持ちに配慮しながら死後の処置を一
緒にしたり、生前のエピソードを語るなど、ともに悲しみを分かち合う時間を大切す
る。尚、葬儀社等の手配等についても支援を行う。
- ⑦ 死亡後
退居の手続き・行政への届出方法等についてご家族の希望にそって支援する。
- ⑧ 振り返りカンファレンスの開催
亡くなられた入居者を偲ぶとともに、各職種の良かった点・頑張った点・反省点な
どを明らかにして今後の看取り介護に繋げる。尚、この際には、ご家族へのアンケ
ート協力を依頼してその結果も参考とする。

5. 入居者等への情報提供及び意思確認の方法

① 看取り介護指針の説明

看取り介護指針の説明は入居時の重要事項説明の際に実施する。

② 延命に関する意思確認（別紙1）

入居後、施設での生活が落ち着いた時期に、ご本人もしくはご家族と面談して、急変時や終末期を迎えた時の延命に関する意向を確認して生前指示書（リビングウィル）を作成する。尚、この意向についてはいつでも変更可能であることを説明するとともに、ご本人の状態の変化に応じて適宜再確認することとする。

※人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおけるガイドライン参照

6. 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

看取り介護は、嘱託医から回復の見込みがないと診断された後、自然な形で当施設で最期を迎えたいと希望される方を対象としていることから、その対象者が最期まで安心・安楽に過ごせるために考えられる医療行為は嘱託医の判断で適切に行うこととする。その際に、延命措置（心臓マッサージ・AED・人工呼吸・輸血）などは基本的には行わない。食事については経口摂取ができなくなっても、代替方法（経管栄養等）は行わずに対応することを基本とする。また、医療機関への緊急搬送は行わずに最期まで施設で安楽に過ごすことができるように対応する。但し、看取り介護同意後であっても、ご本人・ご家族の意思で看取り介護を中止する場合には、医療機関等に対応するなど、ご希望に合わせた対応に変更することができる。

7. 看取り介護の体制

- ① 緊急時における24時間の連絡体制をとり、緊急時対応マニュアルを整備して適切な連絡を行う。 ※緊急時対応マニュアル参照
- ② ご本人、ご家族が最期の時間を共にゆっくりと過ごす場を提供できるように環境の整備を行う。
- ③ 夜間・緊急時において連絡すべきご家族の連絡先を確認する。
- ④ 施設嘱託医、協力病院との連携を取り、協力体制を築く。
- ⑤ 看護職員は医師の指示を受け、疼痛緩和等安らかな状態を保つように状態把握に努め、日々の状況について随時家族に対して説明を行う。
- ⑥ 家族の事情により施設に来訪できない場合等も定期的に連絡を取り続け、可能な限り家族の意思を確認しながら介護を進める。

8. 看取り介護に向けた各職種の役割

（施設長）

- 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) 看取り介護期の診断
- 2) 家族への説明（インフォームドコンセント）
- 3) 緊急時、夜間帯の対応と指示
- 4) 各協力病院との連絡、調整
- 5) 定期的カンファレンス開催への参加
- 6) 死亡確認、死亡診断書関係記録の記載

(統括長、生活相談員、介護支援専門員)

- 1) 継続的な家族支援（連絡、説明、相談、調整）
- 2) 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
- 3) 定期的カンファレンス開催への参加
- 4) 緊急時、夜間帯の緊急マニュアルの作成と周知徹底
- 5) 死後のケアとしての家族支援と身辺整理

(看護職員)

- 1) 医師または協力病院との連携強化を図る
- 2) 看取り介護にあたり多職種協働のチームケアの確立
- 3) 看取り介護に携わる全職員への死生観教育と職員からの相談機能
- 4) 看取り介護期における状態観察の結果に応じた必要な処置の準備と対応
- 5) 疼痛緩和
- 6) 急変時の対応
- 7) 随時の家族への説明と、その不安への対応及び記録
- 8) 定期的カンファレンス開催への参加

(管理栄養士)

- 1) 入居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) 定期的カンファレンス開催への参加
- 4) 必要に応じて家族への食事提供

(介護職員)

- 1) きめ細かな食事、排泄、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を十分にとる
- 4) 看取り介護の状態観察、食事・水分摂取量の把握、浮腫、尿量、排便量等のチェックときめ細かな経過記録の記載
- 5) 定期的カンファレンス開催への参加
- 6) 生死の確認のため細かな訪室を行う

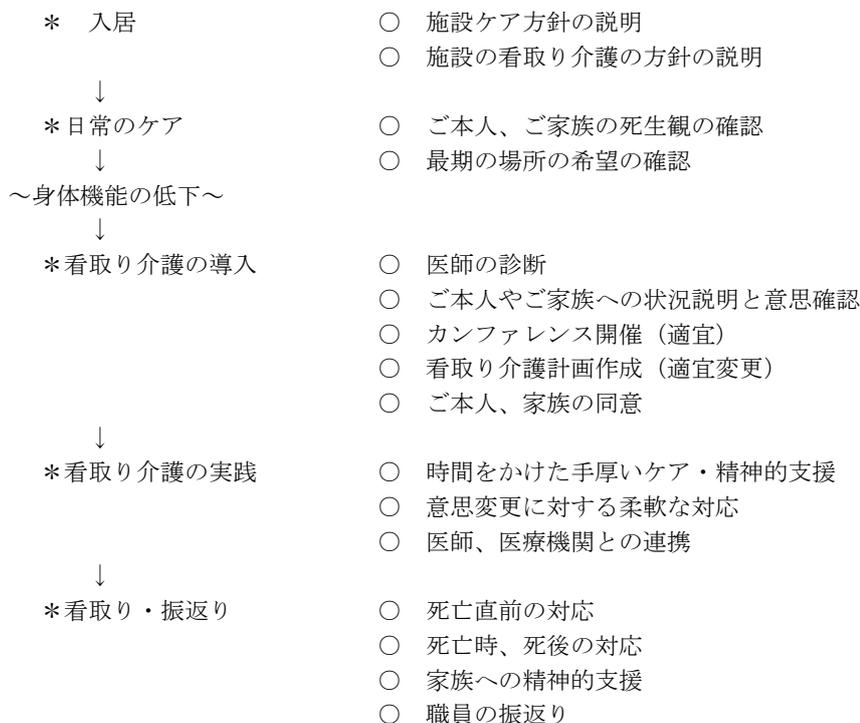
9. 記録の整備

- ① 意思確認書
- ② 看取り介護同意書
- ③ 医師の指示・診断記録
- ④ 看取り介護計画（施設サービス計画）の作成（変更・追加）
- ⑤ カンファレンスの記録 ※サービス担当者会議録

- ⑥ 経過観察記録（家族への説明等も併せて記録する）
- ⑦ 看取り介護終了後の振り返り記録 ※振り返りカンファレンス議事録

10. 入居から看取りまでのプロセスと具体的な介護の内容

① 看取り介護の流れ



② 具体的な介護の内容

看取り介護に際しては、以下の具体的な介護により対応します。

1) 環境整備

ご家族が気兼ねなく付き添い、入居者本人と最期の時間を過ごせるように対応します。また、室温調整や採光、換気などに十分に配慮し、音楽をかけたり、花を飾るなど、最期の時を安楽にゆったりと迎えるための環境整備をします。

2) 栄養・食事

食事・水分摂取量の確認を行い、食事形態にも配慮し、本人の状態に応じた食事の提供や好みの食事等の提供を行います。できる限り最期まで口からの食事・水分摂取を考えて対応します。

3) 清潔

ご本人が快適であることを重視して、身体の状況を確認しながら入浴や清拭など適切な方法で清潔を保ちます。

4) 排泄

食事・水分摂取量と尿量・排便量を確認し、状態に応じて看護職員、管理栄養士等と連携して適切な排泄の援助を行います。

5) 苦痛の緩和

(身体面)

ご本人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います。(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、安心される言葉がけによるコミュニケーションをとります。

6) 家族への支援

時間経過や症状変化に伴い、ご本人、ご家族の想いが揺れ動いた場合にも、いつでも想いを伝えられるように、継続的な現状説明や相談を行うなど、常にコミュニケーションを取るよう努め適切な対応を行います。また、随時家族の意向を確認して家族の意向に沿った対応をします

7) 死亡時の援助

医師による死亡確認後、エンゼルケアを施行し、家族と看取り介護に携わった職員でお別れをします。

1 1. 家族への心理的支援に関する考え方

終末期は、ご本人・ご家族の気持ちが揺れ動くことが多く、不安に思っていることも多いことを十分に認識して、意思決定を急がせずにご本人の状態に応じて柔軟に対応できることや一旦決めたことでもいつでも変更できることを伝えておくことが重要になると考えます。また、ご家族にとって悲しい別れの中であっても、「寄り添って、穏やかに最期を迎えることができた」と思えるように支援していくことが大切になると考えます。

12. 看取り介護対象者に対して施設職員が取るべき状態に応じた具体的な対応の方法

ステージ	状態例・対応例
日常	<ul style="list-style-type: none"> * ご本人・ご家族とのよりよい関係づくり * 医師・医療機関とのよりよい関係づくり * ご本人・ご家族の死生観や最期の場所の希望の確認
準備期間	<p>【 状態例 】</p> <ul style="list-style-type: none"> * 意欲の喪失、ベッド上あるいは居室で過ごすことが多い * 会話はできるが、刺激をしないと発語が少ない * 何かをしようとするのが減る（気分の低下） * 食事摂取量の低下 * 臥床時間が長くなる * 周囲への関心がなくなる * 倦怠感が強い、悲観的になる、イライラすることがある <p>【 対応例 】</p> <ul style="list-style-type: none"> * 尊厳の保持、共有、共感 * ご本人の生きる意欲を高める。精神的支援 * ご家族との関係は「説明と同意」から「相談と協働」へ * 医療面では「最高」でなく「最善」の選択を心掛ける * 身体の苦痛を緩和し、身体不自由さを補う * 記録は詳細かつ正確に書く
最終局面	<p>【 状態例 】</p> <ul style="list-style-type: none"> * 昼夜の区別がつかなくなり、傾眠状態で反応が低下する * 経口摂取が低下する * 自動運動（手足を動かす行為）が低下する * 呼吸が浅くなり、鼻先がとがってくる * 顔色が白っぽくなる <p>【 対応例】</p> <ul style="list-style-type: none"> * 「することの大切さ」以上に「そばにいることの大切さ」 * こまめに訪室する * 苦痛の緩和（安楽な体位等） * 言葉がけ、手足や体をさする、スキンシップをとる * 好きな食べ物を少しずつ、時間をかけて食べてもらう * 体の清潔を保つ * ご家族への精神的支援 * 亡くなったときに着用する寝衣の確認 * 記録は詳細かつ正確に書く

臨終	<p>【 状態例 】</p> <ul style="list-style-type: none"> *問いかけに反応なし（意識レベルの低下） *呼吸の数が浅く、少なくなる、無呼吸がみられる *脈拍は徐脈になる *尿量が少なくなる *低体温になる *血圧が低下、聴診器で血圧が計れない <p>【 対応例 】</p> <ul style="list-style-type: none"> *医師・看護師と連携を図りながら対応する *家族とともに見守る *言葉がけ、手足や体をさする、スキンシップをとる
その後	<p>【 対応例 】</p> <ul style="list-style-type: none"> *ご家族と共に悲しみをわかちあう *死後の処置 *お別れ、見送り *職員の振返り

1 3. 入居者等への情報提供に供する資料及び同意書の書式

① 看取り期の説明資料（別紙2・別紙3）

終末期に訪れる状態変化について説明するための資料として、「愛する人との別れの準備」「ターミナル期の観察ポイント」を使用し配布する。

② 看取り介護同意書（別紙4）

施設で看取り介護を受ける意向のある対象者・ご家族が施設の看取り介護について同意したことを示す書類として使用する。

1 4. 看取り介護に関する職員教育

看取り介護の目的を明確にして、死生観教育と理解を図る為に以下のような職員研修を実施します

- *生きることの意味
- *死に逝くことについて
- *施設における看取り介護の考え方
- *ご本人、ご家族とのコミュニケーション
- *身体機能の低下プロセスと変化の対応
- *看取り介護のケアプラン
- *看取り介護の内容
- *看取り介護のチームケア

*夜間・緊急時の対応

*職員のメンタルケア・ご家族へのグリーフケア（悲嘆への援助）

*告別

15. 振り返りカンファレンスの開催について

- ① 看取り介護が終了した後、看取り介護の実施状況についての評価カンファレンスを開催することとする。
- ② 生活相談員は、看取り介護対象者の遺留金品等の引渡しの際、ご家族（身元引受人）にアンケートの協力を求める（別紙5 看取り介護に関する振り返りアンケート）
但し、ご家族がこれを拒否する場合には、記入は求めない。
- ③ 生活相談員・介護支援専門員は遺留金品等の引渡し終了から原則として1週間以内に振り返りカンファレンスを開催する。この際、②のアンケート結果がある場合には資料として提出する。

16. 看取り介護に関する指針の閲覧について

この指針はいつでも自由に閲覧することができます

その他

附則：令和2年8月1日より、この指針を実施する。

令和3年4月1日より、この指針を実施する。

令和5年4月1日より、この指針を実施する。