社会福祉法人羽陽の里看取り介護指針

（平成27年 3月15日 制定）

改正　令和 2年11月 1日

１　目的

　　　この指針は、社会福祉法人羽陽の里のご入居者に関する看取り介護を実践していくための指針とすることを目的とする。

２　看取りに関する基本的な考え方

　　　看取り介護は、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ご入居者において、最期を過ごす場所及び治療等についてのご入居者やご家族の意向を最大限に尊重して行います。

　　　ご入居者やご家族が当施設での看取り介護を希望される場合には、ご入居者やご家族に対し最期までよりよい支援を継続することを基本とします。

　　　また、病院等に搬送することになったご入居者においても、搬送先の病院等への引き継ぎ、継続的なご入居者やご家族への支援を行います。

(1) 当施設は、ご入居者の意思及び人格を尊重し、看取り介護においても「看取り介護計画」に基づいて、ご入居者がその人らしく生き、その人らしい最期を迎えられるよう全人的ケアを提供します。

(2) 当施設は、適切な情報共有により多職種連携を図り、ご入居者やそのご家族の理解が得られるよう説明資料を提供し、継続的でわかりやすく十分な説明に努めます。

(3) 当施設は、看取り介護の体制を構築し、ＰＤＣＡサイクル（計画・実行・評価・改善）によって、その体制を適宜見直します。

３　ご入居者やご家族の意思尊重

(1) ご入居者やご家族への情報提供

質の高い看取り介護を実施するために、多職種連携によって、ご入居者やご家族に十分な説明

を行い、理解を得るよう努めます。

具体的には、看取り介護を実施するに当たり、終末期にたどる経過、当施設において看取りに

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などについて、ご入居者やご家

族の理解が得られるよう継続的な説明に努めます。

(2) ご入居者やご家族の意思確認の方法

ア　施設利用時（契約時）においては、別紙「看取りについての事前確認書」を説明の上、ご入居

者及びご家族の意向把握に努めます。

イ　看取り介護時の説明については、ご入居者やご家族が理解しやすいよう努め、様式1「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2「看取り介護同意書」、及び「看取り介護

計画書」等を用いることにより、ご入居者やご家族の意思を最大限尊重して対応します。

４　看取り介護の体制

(1) 自己決定と尊厳を守る看取り介護

ア　当施設における「看取り介護指針」に基づき、ご入居者やご家族に対し生前意思（リビング

ウィル）の確認を行います。

イ　当施設においては、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

診断したときが、看取り介護の開始となります。

ウ　看取り介護実施にあたり、ご入居者やご家族に対し、医師から十分な説明を行い、ご入居者

やご家族の同意を得ます（インフォームドコンセント）。

エ　看取り介護においては、そのケアに携わる管理者、医師、看護職員、生活相談員、介護支援専

門員、機能訓練指導員、栄養士、介護職員等従事する者が共同して看取り介護計画を作成し、ご

入居者やご家族への説明を行い、同意を得て看取り介護を適切に行います。

なお、必要に応じて適宜、計画内容を見直し、変更します。

(2) 医師・看護職員体制

ア　看取り介護を実施する当施設は、日頃から嘱託医師及び協力病院等との情報共有による看取

り介護の連携に努めます。

イ　看護職員は医師との連携により、看護責任者のもとでご入居者の状態把握に努め、疼痛緩和

等安らかな状態が保てるよう援助します。

また、日々の状況等について随時、ご入居者やご家族に対して説明を行い、その不安に対し

て適宜対応します。

ウ　医師の診断を受け、多職種によるカンファレンスを開き、看取り介護計画を作成します。

エ　当施設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等

について説明し、「急変時や終末期における医療等に関する意思確認書」に基づき、ご入居者や

ご家族の意思を尊重して対応します。

(3) 施設整備

尊厳ある安らかな最期を迎えるため、かつ、ご家族の面会、付き添い等の協力体制を支援する

ために、住環境の整備に努めます。

(4) 看取り介護の実施とその内容

ア　看取り介護の記録等の整備

①看取り介護同意書

②医師の指示

③看取り介護計画書

④経過観察記録

⑤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記録

イ　看取り介護実施における職種ごとの主な役割

【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ご入所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夜間及び緊急時の対応と連携体制

④協力病院との連絡、調整

⑤カンファレンスへの参加

⑥死亡確認及び死亡診断書等関係記録の記載

【看護職員】

①配置医師又は協力病院との連携強化

②他職種協働のチームケアの確立

③職員への生死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）及び疼痛緩和等、安楽の援助

⑤夜間及び緊急時の対応（オンコール体制）

⑥随時の家族への説明と不安への対応

⑦カンファレンスへの参加

⑧死後の処置（エンゼルケア）

【生活相談員・介護支援専門員】

①継続的なご家族への支援（連絡・説明・相談・調整）

②他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他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

　　　【機能訓練指導員】

　　　　　①身体的・精神的緩和ケアの提案・助言

　　　　　②安楽な姿勢の提案、助言

　　　　　③カンファレンスへの参加

【管理栄養士】

①ご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の提供

【介護職員】

①食事、排せつ介助、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、様態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）

　ウ　看取り期の介護体制

①必要に応じた特別勤務体制による対応

②緊急時におけるご家族連絡体制の確認

③自宅又は病院搬送時の施設外サービス体制の整備及び確認

④具体的には、10終末期ケアのマニュアルに沿った対応を行う。

　エ　看取り介護の実施内容

（ア）栄養と水分

多職種で協力し、ご入居者の食事・水分摂取量、浮腫、尿量、排便量、体重等の確認を行うとともに、ご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ます。

（イ）清潔の保持

ご入居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ます。その他、安楽提供のためご入居者やご家族の希望に沿うように努めます。

（ウ）苦痛の緩和

（身体面）

ご入居者の身体状況に応じた安楽な体位の工夫等の援助及び医師の指示による疼痛緩和

　　　　　　等の処置を適切に行います。

（精神面）

ご入居者やご家族が常に職員の思いやりや気配りが感じられるよう、頻回な訪室や声掛

けによるコミュニケーション、行き届いたケアを提供します。

（エ）家族支援

　　　　　身体状況の変化や介護内容については、定期的に医師等から説明等を行い、ご家族の意向に

沿った適切な対応を行います。

また、継続的にご家族とコミュニケーションをとり、不安を傾聴する等精神的援助を行うほか、ご入居者やご家族からの求めに応じ宗教的な関りと援助を行います。

（オ）死亡時の援助

医師による死亡確認後エンゼルケアを行います。お別れやお見送りは可能な限り看取り介護に関わった全職員で行い、親しくしていた入居者等が立ち会うことも考慮します。

死後の援助として、必要に応じてご家族の支援（葬儀の連絡・調整、遺留金品等の引き渡し、荷物の整理、相談対応等）を行います。

５　看取りに際して行いうる医療行為の選択肢の提示と意思確認

　（1）急変時や終末期における医療等に関する意思確認

　　　 配置医師や協力病院と事前協議したうえで、「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1）を作成し、ご入居者やご家族に説明、同意を得ます。

 意思の確認にあたっては、延命措置の内容や食事を経口摂取できなくなった時の対応、病状悪化時の対応等について具体的に説明し、インフォームドコンセントを前提として丁寧な説明とわかりやすさに配慮します。

（2）看取りに際して行いう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、上記医師確認書に具体的な内容を明示し、ご入居者やご家族が十分理解できるよう説明します。

６ 医療行為や在宅への搬送の場合

　（1）医療機関への連絡

　　　　 ご家族の同意を得て、医療機関にこれまでの経過を十分に説明し、経過観察記録等の必要書類を提示します。

　（2）ご入居者やご家族への支援

　　　　 継続的にご入居者やご家族の状況を把握するとともに、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います。

　　　　 死後の援助として、必要に応じてご家族の支援（葬儀の連絡・調整、遺留金品等の引き渡し、荷物の整理、相談対応等）を行います。

（3）医師や医療機関との連絡体制

　　　 医師や医療機関との連絡体制（夜間及び緊急時の対応を含む）については、別途マニュアル（10　終末期ケア）（オンコール等の看護体制含む）に沿って対応します。また、日頃から医師や医療機関との協力に努めます。

　　　 入居前にかかりつけ医師や医療機関については、事前にご入居者やご家族に確認し必要な連携を図ります。

７　ご逝去後のご家族への支援

　（1）ご家族への支援

　　　 ご家族の心情や事情を考慮したうえで、葬儀や弔電等に関する対応を協議するなどご家族の心理的支援に努めます。

　（2）看取り介護の振り返り

　　　 　ご入居者やご家族が望んでいた看取り介護ができたかどうか、適切なケアができたのかどうか、課題等はないかなど、関係職員で振り返りのカンファレンスを行い記録します。必要に応じご家族の意見・感想等も可能な範囲で事前に把握いたします。

別　紙

看取りについての事前確認書

　当施設では、ご希望される方には精神面でのケアを中心とした看取り介護を行っています。

入居者の方の容態が悪くなった時には、倫理的に問題のない範囲で、ご自身のご要望をできる限り反

映させていただきたいと考えております。

　つきましては、以下の質問項目により、利用者の方が看取りに対してどのようなお考えをお持ちでい

らっしゃるか、可能な範囲で結構ですので、ご回答いただけますようお願い申し上げます。

|  |
| --- |
| 1　看取りを迎えたい場所はどこですか？　□　施設で最期を迎えたい　　　　　　　　□　自宅に戻って最期を迎えたい　　　　□　入院を希望する　　　　　　　　　　　□　今はわからない2　看取りには、積極的な延命治療を望まれますか？　　　　□　望む　　　　　　　　□　望まない、自然な形でいい　　　□　今はわからない3　急変時（心停止・呼吸停止）に病院への搬送を希望されますか？　　　　□　希望する　　　　　　□　希望しない　　　　　　　　　　□　今はわからない4　病気について全てをお知りになりたいですか？　　　　□　知りたい　　　　　　□　知りたくない　　　　　　　　　□　今はわからない5　その他　（ご希望、ご要望があればご記入ください。） |

（注）上記の内容は、変更することが可能ですので、いつでも申し付けてください。

　　　また、本紙記載は利用にあたって必ずご記入いただく性質のものではありません。

令和　　年　　月　　日

入 居 者　　　　　 氏 名　　　　　　　　　　　　　　 　 　㊞

身元引受人　　　　 氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 ㊞　（続柄　　　　 ）

(その他の家族)　 　 氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 ㊞　（続柄　　　 　）

　　　　　　　　　 　氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 ㊞　（続柄　　　 　）

職員　職名・氏名　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ㊞

職員　職名・氏名　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ㊞

様式1

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、「地域密着型特別養護老人ホームたかだま」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、又は撤回できるものとします。

記

①　食事が口から摂られなくなった時の対応について

　　　 　・胃ろう造設　　　　　　　　　　□希望する　 　□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　　　　　　　　　　　□希望する　 　□希望しない

　　　 　・入院治療　　　　　　　　　　　□希望する　 　□希望しない

地域密着型特別養護老人ホームたかだま

施設長　武 田 庄 司　殿

令和　　年　　月　　日

入 居 者 氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

身元引受人　 住 所

(代 理 人)

氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　（続柄　　　 ）

(その他の家族) 住 所

氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　（続柄　　　　 ）

住 所

　　　　　　　　　 氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　（続柄　　　 　）

様式2

看取り介護同意書

私は、　　　　　　　　　　　　の看取り介護について、医師の診断による説明と当法人の看取り

介護指針に基づく対応について説明を受けました。

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。

また、状態が急変した場合、家族が最期に間に合わないことについても了承しました。

記

1　主治医に相談・指示を仰ぎながら、苦痛や痛みを和らげる方法をとり、施設内で出来る限りのケアを提供させていただきます。

2 苦痛を伴う処置・対応は行いません。危篤な状態に陥った場合も病院には搬送せず、施設内で看取ります。

3 身体的なケアでは安心できる声掛けを行い、身近に人を感じられるよう、尊厳を守るよう援助させていただきます。

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、ご本人並びにご家族の希望や意向に変化が生じた場合は、その意向に沿い援助させていただきます。

　地域密着型特別養護老人ホームたかだま

施設長 武 田 庄 司　殿

令和　　年　　月　　日

　本人が自署困難なため、本人の意思を確認したうえで、代理署名します。

入 居 者

（契約者）　　　氏 名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ㊞

　　身元引受人　　 住 所

（代 理 人）

　　　　　　　　 氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 ㊞ （続柄　 　　　）

説明医師　　　　氏 名　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　 ㊞

職員　職名・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ㊞