相模原すみれ園　看取り介護に関する指針

1.　看取り介護の考え方

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利用者に対して行います。 利用者や家族が当施設での看取り介護を希望される場合には、利用者の生前指示【リビングウィル】(別紙 1「生前指示書【リビングウィル】」)を踏まえた上で、利用者が最期まで尊厳を保ち、心身共に安らかに、その人らしく生き、その人らしい最期が迎えられるように支援します。また、病院等に搬送することになった利用者においても、搬送先の病院等への引き継ぎ、継続的な利用者や家族への支援を行います。

① 相模原すみれ園は、当該指針を整備し、この指針に基づき、 利用者やその家族に質の高いサービスを提供します。
② 相模原すみれ園は、「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」等の内容にそって看取り介護サービスを提供します。
③ 相模原すみれ園は、看取りの施設サービス計画書を作成するにあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対し支援に努めます。また、利用者が「安心してその人らしく過ごせる」「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。
④ 相模原すみれ園は、適切な情報共有により多職種連携を図り、利用者やその家族の理解が得られるよう、継続的でわかりやすく十分な説明に努めます。
⑤ 相模原すみれ園は、当指針 11. 施設における看取り介護の体制構築・強化に向けた PDCA サイクルに示す図のように看取り介護の体制を構築し、PDCA サイクルによって、その体制を適宜見直します。

2.　家族への心理的支援に関する考え方

時間経過や症状変化に伴い、利用者本人又は家族の思いが揺れ動いた場合にも、いつでも対応できるように繰り返し話し合いの場を設けます。家族の不安をできるだけ少なくするため、身体機能の低下のプロセスなどをわかりやすく説明し、不安を感じることがないようコミュニケーションをとるように努めます。職員が家族と悲しみの気持ちに寄り添い、共に利用者本人を支えるよう努めます。

3.　利用者等への情報提供及び意思確認の方法

① 施設の看取り介護の方針の説明(当該指針)

入所の際、「最期を安心してその人らしく過ごせる場所」「その人らしい最期を迎えられる場所」の選択を適切にできるように当該「相模原すみれ園　看取り介護に関する指針」を用い、利用者と家族へ説明し、当施設における看取り介護の考え方や看取り介護の体制、施設において対応可能な医療行為、医師や医療機関との連携体制、看取介護への同意のプロセス、終末期の経過等説明します。

② 死生観や最期の場所の希望の確認

入所の際、生前指示書【リビングウィル】(別紙 1)に基づき、利用者や家族がどのように最期まで生活することを望むかを把握し、その希望が現実的に可能なことかどうかを、利用者と家族、職員間で話しておくことが必要です。また家族等には意思決定を急がせず、一旦決めたことでもいつでも変更できることを伝え、より適切な支援を行います。

4.　利用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

終末期に入ると、利用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くる。その経過や傾向等について家族にわかりやすく説明するためにパンフレット(「ご家族さまへ　安らかな看取りのために」別紙 2)等を活用します。

② 日々の様子を共有するための記録をおこないます。利用者の状態や、職員が実施したケアや声かけとその反応を家族にこまめに伝えてまいります施設と家族との円滑なコミュニケーションの促進ができるよ

うに努めてまいります。

5.　終末期にたどる経過（時期、プロセス毎）とそれに応じた介護の考え方

～やすらかな死への準備期間～

① 医師の診断

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」と診断した場合、入所時等に確認した生前指示書【リビングウィル】（別紙 1）に基づき、必要以上の過度な医療処置をせずに、施設内で対応可能な範囲で対応し、最期まで尊厳を保ち、そのひとらしい最期が迎らえるように、可能な限り、自己決定を支援していきます。

※医療機関への入院の希望がある場合は、入院に向けて支援を行います。

② カンファレンス開催（必要に応じて複数回）

利用者や家族の思いを支えるために、ご本人の状態を鑑みながら、多職種共同（医師、看護師、介護士、生活相談員、介護支援専門員、管理栄養士等）によるカンファレンスを開催し、各専門職の役割や関わり方を明らかにしていきます。また利用者・ご家族へ多職種カンファレンスの結果を説明、情報提供意思確認を来園時、電話、記録の提供等で行っていきます。

③ 施設サービス計画書の作成（状態の変化に応じ適時変更）

多職種共同によるカンファレンスを踏まえ、ご本人の意思（ご本人が意思を伝えられない場合はご本人の意思を推測するご家族）を尊重した医療ケアの方針に基づき施設サービス計画書を作成します。

～看取り介護の開始～

④ 看取り介護の開始（別紙 3「看取り介護についての同意書）

ご本人の意思（ご本人が意思と伝えられない場合はご本人の意思を推測するご家族）を尊重した医療ケアの方針に基づき施設サービス計画書を作成し、説明、同意を受けたうえで看取り介護を開始します。

また、「当施設における医療体制の説明書」（別紙 4）を用い、医師や医療機関との連携体制を説明します。

⑤ 看取り介護の実践

看取り介護は、日常的な支援の延長線上にあるものですが、可能な限り、精神的・肉体的苦痛を排除した尊厳ある支援を行います。また、血圧、体温、脈拍数、動脈血酸素飽和度（SpO2）等の測定値を記録し、異変があれば、各専門職と連携を図り、家族等へ連絡を継続的に行い都度情報提供、意思確認を行い介護を行っていきます。

～旅立ちが近づく状態～

⑥ 死亡直前

看護職員等は、家族等が落ち着いて最期の時間を過ごせるよう、死亡直前に出る症状等について説明を行います。またスキンシップや声かけ等、家族等が対応可能なことを説明し、協力を仰ぎます。

～臨終～

⑦ 死亡時

医師による死亡確認後、関係者で厳粛にお別れをして、状況に応じ、看護師や介護職等でエンゼルケアを行う。なお、家族が希望した場合は、共同でエンゼルケア行います。

～その後～

⑧ 死亡後

退所手続きや遺留金品引き渡し等に加え、必要に応じて、葬儀の連絡・調整、行政への届出方法、荷物の整理等の家族支援を行います。また振返りカンファレンスでは、亡くなられた利用者を偲ぶとともに職員の研修の機会ともなります。看取り介護の経過を振り返り気持ちの整理を付けたり、各専門職の良かった点や職員が頑張った点等を明らかにし、今後の看取り介護に繋げでいきます。（PDCA サイクルによる体制等の改善）。加えて、可能な場合においては、家族へ看取り介護に関するアンケート等を行

い、家族の意見や感想をフィードバックする。

6. 看取り介護を受ける利用者に対して職員が取るべき具体的な対応の方法

段階	対応例
日常	ご利用者・家族とのより良い関係づくり 医師・医療機関とのより良い関係づくり ご利用者・家族の死生観や最期の場所の希望の確認
やすらかな死への準備期間	【状態例】 ○ 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ことが減る（気分の低下） ○ 食事摂取量の低下 ○ 周囲への関心が無くなる ○ 倦怠感が強い、悲観的になる、イライラすることがある 【対応例】 ◎ 尊厳の保持、共有、共感 ◎ ご利用者の生きる意欲を高める（精神的支援） ◎ 家族との関係は「説明と同意」から「相談と協働」へ ◎ 身体の苦痛を緩和し、身体的不自由さを補う
看取り介護の開始	【対応例】 ◎ 家族との綿密な連携 ◎ 記録は詳細かつ正確に書く ◎ 「することの大切さ」以上に「そばにいることの大切さ」
旅立ちが近づく状態	【状態例】 ○ 昼夜の区別がつかなくなる ○ 傾眠状態で呼びかけへの反応が低下する ○ 経口摂取が低下する ○ 意味不明な言動や大声をあげる ○ 問いかけへの反応が少なくなる ○ 自動運動（手足を動かす行為）が低下する ○ 便や尿の失禁 ○ 唇や皮膚の乾燥 ○ 唾液等を貯まり、呼吸時にゴロゴロと音が聞こえる
段階	対応例
旅立ちが近づく状態	【状態例】 ○ 顔色が白っぽくなる ○ 手足が冷たくなり、白～紫色になる ○ 呼吸が不規則になる ○ 呼吸が浅くなり、鼻先がとがってくる、無呼吸が見られる 【対応例】 ◎ こまめに訪室する ◎ 苦痛の緩和（安楽な体位等） ◎ 声掛け、手足や体をさする、スキンシップを取る ◎ 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

	◎ 家族への精神的支援 ◎ 亡くなった時に着用する寝衣の確認 ◎ 記録は詳細かつ正確に書く
臨終	【状態例】 ○ 問いかけに反応なし（意識レベルの低下） ○ 脈拍は徐脈になる ○ 血圧が低下、聴診器で血圧が測れない 【対応例】 ◎ 医師や看護師等と連絡を取りながら対応する ◎ 家族と共に見守る ◎ 声掛け、手足や体をさする、スキンシップを取る
その後	【対応例】 ◎ 家族と共に悲しみを分かち合う ◎ 死後の処置 ◎ お別れ、通夜、葬儀 ◎ 家族へのグリーフケア ◎ 職員の振返りカンファレンス

7. 看取りに際して行いうる当施設の医療行為の選択肢（※終末期の医療は緩和医療を基本とする）

① 輸液（末梢静脈よりの点滴等）
口から水分や食事が摂れない場合に、水分・電解質・栄養素等の補充を目的に行う。

② 喀痰吸引
鼻腔内、口腔内等から局所に溜まった喀痰を吸引装置で吸引する。

③ 酸素吸入
吸入酸素濃度を増加させて、動脈血酸素分圧を正常に保ち、組織に十分な酸素を供給する。

④ 褥瘡のスキンケア
褥瘡治癒のため、洗浄剤による洗浄、クリームの塗布、ドレッシング材の貼付等を行う。

⑤ 経管栄養の維持
経口摂取が不可能あるいは不十分で胃ろう等を造設した方に対し、体外から消化管内に通したチューブを用いて流動食を投与する。

8. 医師や協力医療機関との連携体制（夜間及び緊急時の対応を含む）（別紙４も参照）

① 医師又は協力医療機関等と情報共有をし、綿密な連携を行う
② 利用者の身体状況を把握し、疼痛緩和・安楽の保持に努める。
③ 利用者の状態変化があった場合、その都度、家族に対して説明を行う
④ 適時、医師は診断を行い、必要に応じて、多職種共同によるカンファレンスを行う
⑤ 看護職員とは 24 時間の連絡体制（夜間帯はオンコール）を確保している
⑥ 緊急時や家族の意思等に変更があった場合、必要に応じて、医療機関等への入院支援を行う

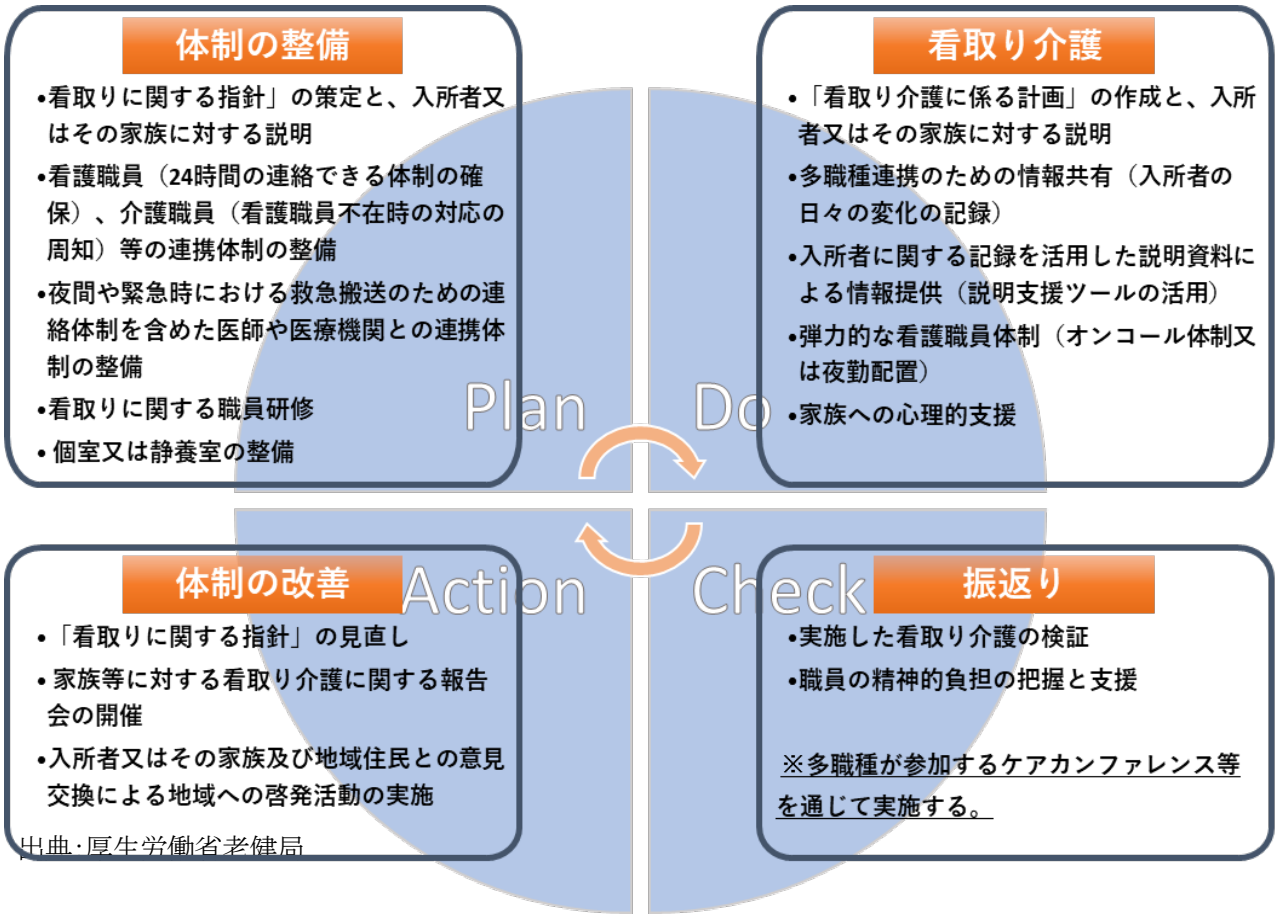
9.　看取り介護実施における職種の役割

①	管理者	・統括
②	医師	・看取り介護の診断
		・家族への説明 （インフォームドコンセント）
		・緊急時、夜間帯等の対応と指示
		・協力医療機関等との連絡、調整
		・カンファレンス参加
③	介護支援専門員	・継続的な家族支援
		・多職種共同のチームケアの確立
		・定期的カンファレンスの開催及び家族への説明（同意）
		・死後のケアとしての家族支援と身辺整理
④	生活相談員	・家族等との連絡、調整
		・多職種共同のチームケアの確立
		・カンファレンス参加
⑤	看護職員	・医師及び協力医療機関等との連携
		・緊急時、夜間帯等の対応方法の作成と周知
		・状態観察（意識レベルの経過／皮膚状態等）と処置
		・栄養と水分摂取状況の把握
		・カンファレンス参加
		・看取り介護に携わる全職員への死生観教育
⑥	管理栄養士	・利用者の状態に応じた食事の提供
		・食事、水分摂取量の把握
		・食事摂取低下時の対応（栄養補助食品の提供等）
		・カンファレンス参加
		・必要に応じた家族への食事提供
⑦	介護職員	・食事、排泄、清潔におけるきめ細やかなケアの提供
		・苦痛の緩和と安楽への工夫
		・利用者及び家族とコミュニケーションの維持
		・状態観察（水分・食事摂取量の把握や尿量、浮腫等の経過観察）
		・きめ細かな経過記録の記載
		・カンファレンス参加

10.　看取りに関する職員教育

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 家族への援助技術法
⑦ 看取り介護の振り返り（検証と評価）
⑧ エンゼルケア

11.　施設における看取り介護の体制構築･強化に向けた PDCA サイクル



出典･厚生労働省老健局

12.　看取り介護に関わる記録･書式等

①　別紙 1　生前指示書【リビングウィル】

②　別紙 2　ご家族さまへやすらかな看取りのために

③　別紙 3　看取り介護についての同意書

④　別紙 4　当施設における医療体制の説明書

平成 27 年 8 月 1 日施行

平成 29 年 11 月 21 日改正

令和元年 10 月 1 日改正

令和 2 年 2 月 1 日改正

令和 3 年 4 月 1 日改正