

特別養護老人ホーム愛敬苑 看取り介護指針

1. 目的

この指針は、特別養護老人ホーム愛敬苑の入居者に関する「看取り介護」を実施していくための指針とする。

2. 基本的な考え方

人生の終末を迎える際、人は終末期を過ごす場所及び行われる医療等について自由に選択できる環境が必要である。当苑では、終末期にある入居者に対し、入居者本人（以下、本人）の意思と権利を最大限に尊重し、本人の尊厳を保つと共に、安らかな死を迎えるための終末期にふさわしい最善の医療、看護、介護、栄養管理等を行う。

なお、これらの一連の過程を「看取り」と定義するものとする。

2. 施設における終末期の考え方

多職種、家族等のチーム介護・ケアとの連携による医師の診断に基づいて、心身機能の障害や衰弱が著明で明らかに回復不能な状態であり、かつ近い将来確実に死に至ることが差し迫っている状態が、終末期と考えられる。

しかし、終末期は、個々の容態において様々である。当苑医師が状態や経過を観察し、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を終末期とする。場合によっては、外部医療機関等の医師の意見も参考とする。

3. 本人の意思確認

終末期においては、特に看取りの場所（在宅、介護施設、医療機関等）の選択、終末期に際して行われる医療行為及び看取りのための看護、介護、栄養管理等の内容について本人の意思が最大限に尊重されなければならない。

これらに関する説明は、当苑の利用開始時又は心身機能に著しい障害をきたした際等に、本人に対して医師が十分に行うものとし、本人の意思は、文書等で明確に示される必要がある。

4. 本人以外の意思確認

本人の意思確認ができない場合には、管理者直轄に設置された「終末期ケア委員会」において、家族等の推定する本人の意思を尊重し、本人にとって最善の看取りを行うことを基本とする。なお、家族等とは、本人が信頼を寄せており、本人の終末期を支える存在であり、単に、法的な意味での親族関係のみに限定するものではない。

家族等が本人の意思を推定できない場合には、「終末期ケア委員会」において家族等と十分に話し合い合意を形成した後、本人にとって最善の看取りを行うことを基本とする。

家族等がない場合及び家族等が判断を「終末期ケア委員会」に委ねる場合には、終末期ケア委員会は、看取りの妥当性、適切性等を慎重に判断して、本人にとって最善の看取りを

行うことを基本とする。家族等が委員会に判断を委ねる場合にも、その決定内容を説明し十分に理解を得る必要がある。

なお、事前に本人を含めた終末期に関する意思を確認するため、「終末期の医療についての事前調査書（様式1）」を入所時に記載していただくことを原則とする。また、当苑の医療体制や看取り介護が可能であることを理解していただくため、「当苑における医療体制の説明書（様式2）」も合わせて説明する。

5. 説明と同意

医師が、本人、家族等に対して、看護職員、介護職員、支援相談員、栄養士等の多専門職種同席のもと、終末期ケアの内容について説明を行う。本人、家族等への説明、看取りに関する行為の全責任は、施設長にある。最終的な意思の表示は、文書（看取りに関する医師意見書（様式3））に記録し、文書は、本人、家族等に保管してもらうとともに、当苑においても診療録と共に保存する。また、看取り介護に係る費用算定についても説明し、同意書（様式4）を得る。

なお、身体状況や本人、家族等の心情の変化に応じるため、随時説明を行い、本人の同意を得ることを原則とする。

6. 看取りにおける医療

医師は、当苑において看取りの際の提供可能な医療行為を明示し、本人、家族等へ説明しなければならない。具体的に、提供可能な医療行為とは、輸液（末梢静脈よりの点滴等）、喀痰吸引（看護師または研修を受けた職員のみ）、酸素吸入、その他必要な医療行為が考えられ、それらについてわかりやすく説明する。特に、当苑で不可能な医療行為と医療体制の限界について理解を得ることが必要である。

7. 看取りの体制

(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 看取り介護終了時のケアカンファレンス会議録

(2) 看取り介護実施における職種ごとの役割

（管理者）

- ① 看取り介護の総括責任者
- ② 看取り介護に生じる諸課題の総括責任
○総括管理責任者 施設長

○看護責任者 看護主任

(医師)

- ① 看取り看護時期の診断
- ② 家族への説明（インフォームドコンセント）
- ③ 緊急時、夜間帯の対応を指示
- ④ 各協力病院との連絡、調整
- ⑤ 定期的カンファレンス改正への参加
- ⑥ 死亡確認、死亡診断書等関係記録の記載

(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 医師又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て必要な処置への準備と対応を行う
- ⑤ 疼痛緩和
- ⑥ 急変時対応マニュアル（オンコール体制）
- ⑦ 随時の家族への説明とその不安への対応
- ⑧ 定期的カンファレンス開催への参加

(管理栄養士)

- ① 利用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 きめ細やかな食事、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や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 生死の確認のため決め細やかな訪室を行う

(3) 看取り時の介護体制

- ① 緊急時、特別勤務体制
 - ② 緊急時、家族連絡体制
 - ③ 自宅又は病院搬送時の施設サービス外体制
- (4) 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働し、利用者の食事・水分摂取量、浮腫、尿量、排便量等の確認を行うとともに、利用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、身体をさする、寄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の対応に努める。
 - ④ 家族
 - 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)あるいは本人、家族から求められた場合における宗教的な関わりと援助を行い、カンファレンスごとに適時の状態説明を通し、家族のいこうを確認する。
 - ⑤ 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、家族と可能な限り看取り介護に携わった全職員でお別れするようにする。
 - 死後の援助として必要に応じて家族支援(葬儀の連絡方法、調整、遺留金品引渡し、荷物の整理、相談対応等)を行う。

8. 看取りに関する職員教育

当苑においては、本人の立場に立った尊厳ある看取りの理念、方針、目的を理解するための研修、ミーティング等を適宜開催し、看取りが適切に行われるよう職員教育を実施する。施設での看取りの理念、

- (1) 死生観教育、
- (2) 終末期の身体的・精神的変化への対応、

- (3) 夜間・急変時の対応、
- (4) 報告・連絡を含めたチームケアの重要性、
- (5) 死後の処置を含めた介護方法・技術、家族援助法、終末期ケア計画の作成方法
- (6) 終末期ケア実施中や終了後に検討会

なお、職員においては、必ずしも利用者の死に係わった経験が豊富である者ばかりではないため、職員に対して、人の死に対する重みや死を目の当たりにすることによる喪失感等への精神的なサポートにも配慮することとする。

9. 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充分に行い、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ともに、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、相談的対応）を行うことが望ましい。

10. この指針は、平成26年10月1日より施行する。

終末期の医療についての事前調査書

この事前調査は、特別養護老人ホーム愛敬苑（以下当苑という）をご利用くださる方が、突然の疾病などにより具合が悪くなった場合及び、医学的知見から回復の見込みがないと医師が判断し、かつ、医療機関での対応の必要性が薄いと判断された場合に、身元引受人として「どのような対応が望まれるか」というご意向を伺うためのものです。

ここに書かれたことは、今、現在の身元引受人の方のお考えであり、今後、自由に変更することができます。

1 【避けられない死が近いときは】

- () ①ご利用されている本人の意志に沿う。（生前の意志を作成している場合のみ）
() ②医療機関へ入院して出来るかぎりの救命、延命治療を受けたい。
() ③入院はせず、当苑のできる範囲で苦痛緩和の医療と自然な看取り介護をうけたい。
() ④医療機関、当苑以外の場所（例えばご自宅）で最期を迎えさせたい
() ⑤今は判断できないので、その時の状況で決めたい。

※ ②に○をされた方につきましては、医療機関への情報提供、入院までの連携等、④に○をされた方につきましては、在宅療養等に向けた相談調整等、出来る限りの対応をさせていただきます。

※ ⑤に○をされた方につきましては、その時点のご連絡によりご判断ください。

※ ③に○をされた方は、以下の項目へお進み下さい。

2 【当苑での具体的な対応方法について】

I. 食事や水分がとれず脱水や衰弱がみられるようなときは以下のことを希望します。

- () ①最後まで口で食べることを大切にして、当苑で対応できる食事形態により、食べられる分だけ食べて、自然な経過で看取りたい。
() ②脱水症状等で苦しい時だけ、水分補給のための点滴注射をして欲しい。
() ③経管栄養にて栄養補給をして欲しい。

II. 疼痛時には以下の対応を希望します。

- () ①医師との連携協力、判断により、当苑で出来る疼痛の緩和を受けたい。
() ②自然な経過での看取りを希望します。

III その他ご希望、ご要望があればご記入ください。

※ 上記の内容は、変更することが可能ですので、いつでもお申し付け下さい。

平成 年 月 日

利用者：氏名 _____ ㊞

身元引受人：氏名 _____ ㊞（続柄）

身元引受人：住 所 _____

当施設における医療体制の説明書

当苑での医療体制について、下記の通り、説明いたします。

1. 当苑の協力医療機関は、「立正佼成会附属佼成病院」です。24時間の連絡体制を確保し、状態変化時の対応を行います。
2. 当苑は、医療機関ではなく、生活支援の場所です。提供できない医療があることをご理解ください。
3. 入院の必要がなく容態が安定している時、副作用の危険性や投薬量調整のため医師または看護職員による経過観察が必要でない場合、医師、看護職員以外の職員（介護職員等）が下記の行為を実施することができます。
皮膚への軟膏塗布 湿布貼付 点眼薬の点眼 一包化された内服薬内服 坐薬挿入吸入など薬剤使用の介助 *吸引（定められた研修を受けた職員のみ） 等。
4. 施設には、常勤医師はおりません。また、看護師も夜間不在です。看護師は、緊急時の連絡により駆けつける体制となっています。
5. 入居者の状態の変化に伴う緊急時の対応（受診、入院、経過観察など）は、看護師が医師と連絡をとり判断いたします。
6. 入居者の状態の変化に伴う緊急時の連絡は、看護師（夜間などは介護職員の場合あり）が行います。連絡のとれる複数の連絡先をお示しください。
7. 当苑では、医師より医学的知見から回復の見込みがないと判断し、かつ医療機関での対応の必要性が低いと判断された場合、ご希望に応じて「看取り介護」を行うことができます。その場合、以下の対応をしております。
 - ・付添い、面会の時間制限をいたしません。夜間の面会については、日中にあらかじめご連絡ください。
 - ・ご利用者、ご家族のご意向をできるだけ尊重した支援計画を策定し提供いたします。
 - ・状態が悪化した場合の医療処置の希望について、ご意向をお伺いいたします。
 - ・これらについて、ご説明のうえ、同意書をいただきます。

平成 年 月 日

説明担当者 _____

施設での看取りに関する医師意見書

【入居者様氏名】 _____ 様

1. () 慢性疾患、() 老化、() 悪性腫瘍、() その他
が進んで心身が衰弱し、医学的知見に基づき、回復の見込みがないと医師に診断される状態
2. 利用者様の自己決定（尊厳を守り、より良い最期を迎えられるよう）
3. 利用者様の意思確認が困難な場合、家族を最も身近な支援者として位置づけ、家族が推測し、本人の意思として推測する場合

利用者様は、上記の意向（1と2または3）を満たしているので、当施設での看取り介護を実施いたします。

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

医 師 _____ 印

施設長 _____ 印

看護責任者 _____ 印

利用者様、ご家族様 同意書

上記の件について説明を受け、確認・同意いたします。

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

利用者様氏名 _____ 印

身元引受人 _____ 印

(本人との続柄： _____)

看取りに係る費用算定に関する同意書

私（ ）は、看取りにかかわる費用算定に関し、
特別養護老人ホーム愛敬苑担当職員（ ）より説明を受け、その内容に関
し同意いたします。

平成 年 月 日

特別養護老人ホーム愛敬苑 施設長 様

利用者様氏名 _____ 印

身元引受人 _____ 印
(本人との続柄：)

看取りに係る費用説明について

看取り介護実施にあたり通常の施設料金に加え下記に示す看取り介護費用をご請求
させていただきます

【看取り介護費用加算】

加算算定期間	加 算 分
①死亡日	1日につき 円
②死亡日の前日及び前々日	1日に付き 円 (最長 日間の算定)
Ⅲ死亡日以前4日以上30日以下	1日に付き 円 (最長 日間の算定)

- ※ ①～③についてはお亡くなりになった月にご請求いたします。
- ※ 食費に関しては、食止めした期間は算定されません

終末期ケアに関するカンファレンス経過表

【利用者氏名】 _____ 様

日時	参加者	内容	記録者
	医師		
	歯科医師		
	看護師		
	介護職員		
	リハビリ		
	管理栄養士		
	相談員		
	介護支援専門員		
	本人・家族		
	その他		
	医師		
	歯科医師		
	看護師		
	介護職員		
	リハビリ		
	管理栄養士		
	相談員		
	介護支援専門員		
	本人・家族		
	その他		

看取り介護計画書

氏名	様	生年月日	
計画作成者		作成年月日	
ご本人の意向			
ご家族の意向			

ケア項目	ニーズ・課題・状況	本人・ご家族の意向・要望	ケア内容
医療			
食事			
排泄			
清潔 (入浴・清拭・ 口腔ケアなど)			
体位・姿勢			
環境整備			
精神的関わり			
その他			
お亡くなりになられた後の対応			

上記のサービス計画について説明を受け、内容に同意しました

年 月 日

利用者名 _____ 印

御家族名 _____ 印

看取り看護に関する評価及び報告

利用者名	様	期間	～				
看取りの開始	看取りの判断に対して適切な情報提供・報告ができたか	0	1	2	3	4	5
	看取り介護の開始時期は適切であったか	0	1	2	3	4	5
説明と報告	看取り期であることを本人・家族に適切に説明したか	0	1	2	3	4	5
	看取り介護の内容や体制などについて適切に説明したか	0	1	2	3	4	5
	看取り期である旨、施設長・関係職員に適切に報告したか	0	1	2	3	4	5
介護計画とモニタリング	担当者会議を迅速に招集し、協議したか	0	1	2	3	4	5
	看取り介護計画原案を適切に作成し、説明と同意を得たか	0	1	2	3	4	5
	モニタリング会議が適切に行われ、説明と同意を得たか	0	1	2	3	4	5
具体的支援について	パルス等身体状況の変化について適切に観察できたか	0	1	2	3	4	5
	状態観察やコミュニケーションなどで訪室の機会は適切であったか	0	1	2	3	4	5
	室温や換気、採光など環境の整備は適切であったか	0	1	2	3	4	5
	静かな環境、特に足音や話し声などに十分に配慮したか	0	1	2	3	4	5
	体位や姿勢など安寧・安楽への適切な配慮ができたか	0	1	2	3	4	5
	本人の好む食事や飲み物が提供できたか	0	1	2	3	4	5
	栄養が不十分なときは、その代替を考慮できたか	0	1	2	3	4	5
	本人のニーズに応じた排泄ケアが行えたか	0	1	2	3	4	5
	体調に合わせた入浴、清拭が適切に行えたか	0	1	2	3	4	5
	着替えやシーツ交換などが適切であったか	0	1	2	3	4	5
	発熱時は適切な報告と対処ができたか	0	1	2	3	4	5
	疼痛に対する適切な報告と対処ができたか	0	1	2	3	4	5
メンタルケアについて	ポジティングや変形防止など身体的苦痛に対応できたか	0	1	2	3	4	5
	十分な声かけなどコミュニケーションに努めたか	0	1	2	3	4	5
	手を握る・見つめるなど非言語的コミュニケーションを大切にされたか	0	1	2	3	4	5
	乱暴な言動や大声・不快な表情などが見られなかったか	0	1	2	3	4	5
	個室での対応等プライバシーへの配慮が充分であったか	0	1	2	3	4	5
	個人情報の取り扱いについて十分に配慮したか	0	1	2	3	4	5
看護処置	医師の指示による看護処置を適切に行ったか	0	1	2	3	4	5
	エンゼルケアを適切に行ったか	0	1	2	3	4	5
死亡前後の対応	家族に対する連絡は充分・適切であったか	0	1	2	3	4	5
	通夜・葬儀への参列、その他の支援を行ったか	0	1	2	3	4	5
【総合評価】		評 価 者					

0 : 該当無し、1 : 大きなトラブル・課題があった、2 : 多少課題があった、3 : 修正などにより不都合はなかった、
4 : 概ねよくできた、5 : よくできた

具体的な手順

工程	手順	備考
入所時（原則、全入所者）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 終末期の医療についての事前調査書（様式1）と当施設における医療体制の説明書（様式2）」を配布し、看護師長または相談員が説明する。 	手引き 様式1, 2
施設での看取りについて 希望が確認されている場合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入所時あらかじめ本人、家族より希望がある場合は、医師により一般的に認められている医学的知見から回復の見込みがないと判断し医療機関での対応の必要性が低いと判断された状態で看取りの必要性があるとした場合、本手引き3～10について進めていく（様式3, 4）。 	手引き 様式3, 4
ターミナルケアの段階 前期	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病状の変化が月単位と考える時期 ・ 苦痛が緩和されていれば日常生活はかなり安定している ・ 今後の予測されるADLの変化に備え身辺整理・看取りの場の確認を行う ・ 多職種によるカンファレンスを行う（様式5） 	担当者会開催 （頻度：1/月） 様式5 様式3,4確認
看護師の観察・関わり	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 通常観察 	終末期ケア計画策定
介護職員の観察・関わり	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 身体面だけでなく精神面も十分観察。心理的苦痛の緩和を図る（声掛け・スキンシップを増やす）。職員の問いかけへの反応や家族面会時の本人の様子がどうだったか等、具体的に記載すること。 <input type="checkbox"/> 環境整備・安寧を図る（居室レイアウトや採光に考慮、慣れ親しんだ写真・花を飾る等工夫する）。 <input type="checkbox"/> 栄養食事への配慮（水分補給を適切に行う。家族から嗜好品聴取。本人が食べやすく嗜好に合う食事を提供する。） 	処遇に随時記録を入力 物品等家族協力を得る 家族・看護師・管理栄養士と連携を図る
中期	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病状の変化が週単位と考える時期 ・ 日常生活の自立度が急速に低下することが多い時期 ・ 状態悪化による精神的苦痛、また、家族へは予期的悲嘆への精神的配慮が必要 	担当者会開催 （頻度：1/週） 様式5

<p>看護師の観察・関わり</p> <p>介護職員の観察・関わり</p>	<p>・付き添うことによる介護疲れへの配慮</p> <p><input type="checkbox"/>通常観察</p> <p><input type="checkbox"/>介護職員と連携し異常の早期発見に努める</p> <p><input type="checkbox"/>日夜共に1～2時間毎に居室巡回・容態観察。</p> <p><input type="checkbox"/>ADL全般、特に清潔（入浴の本人負担有無等）、排泄（尿便量・色・性状等）、食事（嚥下状態・食事水分量等）の状態変化に注意が必要である。</p> <p><input type="checkbox"/>清潔では、本人要望を尊重及び状態観察により、本人負担がかからない程度での入浴・シャワー浴・清拭・足浴等、最も適する方法を検討・選択し、その回数・頻度も考慮する。</p> <p><input type="checkbox"/>排泄では、安楽・快適が保たれるように、ケア方法・頻度等を検討する。</p> <p><input type="checkbox"/>食事では、形態変更や嗜好品提供等検討（本人が好む物を、たとえ少量でも美味しく食べられるよう工夫）。食事介助は強制的にならないように注意して、本人の嚥下ペースに合わせる（誤嚥予防）。</p> <p><input type="checkbox"/>安楽な離床へ配慮。体調により離床しての食事可否や移動手段も再検討する。</p> <p><input type="checkbox"/>できるだけ本人のそばにいて声掛け・傾聴・スキンシップを図る。家族にも随時状態説明を行う。また、家族からの希望・心配事にも傾聴し、不安の軽減に努める。</p>	<p>巡回頻度・介護の観察等、終末期計画表を変更追加する</p> <p>看護師と連携</p> <p>家族・管理栄養士と連携</p> <p>看護師・機能訓練士と連携</p>
<p style="text-align: center;">後期</p> <p>看護師の観察・関わり</p> <p>介護職員の観察・関わり</p>	<p>・病状が日にち単位で変化する時期</p> <p>・臥床する時間が長くなり症状の緩和と安楽な体位への工夫が優先される</p> <p>・蘇生術、看取りの場、死亡時の緊急連絡先等の再確認</p> <p><input type="checkbox"/>異常の早期発見に努める</p> <p><input type="checkbox"/>バイタルサインを6時間毎確認。呼吸状態、意識レベルなど巡回時観察（介護職員と連携）</p> <p><input type="checkbox"/>日夜共に1時間～30分毎に居室巡回。意識レベル・呼吸状態・表情・顔色・倦怠感・浮腫（部位・</p>	<p>担当者会開催（頻度：1/週）～随時、様式5</p> <p>巡回頻度・介護の観察等、サー</p>

<p style="text-align: center; border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">死亡直前期</p>	<p>影響)・皮膚状態(褥瘡有無含む)等、観察・記録する。</p> <p><input type="checkbox"/>身体的苦痛の緩和と安楽に配慮する。ベッドマット種類変更や体位交換方法・頻度等を検討する。また、苦痛軽減のためにマッサージ等を行う。</p> <p><input type="checkbox"/>絶えず身の回りの清潔が保たれるように、口腔ケア・整髪・髭剃り等、整容サービスを提供する。</p> <p><input type="checkbox"/>できるだけ独りにせず、安心感が得られるように努める(プライバシー配慮も考慮)。</p> <p>また、静かな居室の雰囲気が保たれるようにする(訪室時の足音・ドア開閉音等にも注意)。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・状態が時間単位で変化する時期 ・意識状態は清明とは言えない事が多くなる ・最期まで人格を持った人として接する ・死前喘鳴への対応、非言語的コミュニケーション ・家族へ死亡直前の症状説明 呼吸、皮膚の状態変化等 ・本人、家族にとってかけがえのない豊かな時間となるよう配慮する ・死亡時、死亡後の諸確認と準備 	<p>ビス計画表を変更・追加する 看護師・リハビリと連携</p> <p>呼吸状態の密な観察を行う 静かに最期まで見守る姿勢 清拭、寝衣、化粧など死後の処置の必要有無確認</p> <p>退所時の順路 退所時の車の確認 (死亡退所時対応手順参照)</p> <p>家族との時間を優先し、また、本人の安楽な時間が妨げられないようバイタルサイン測定は考慮する</p>
<p>看護師の観察・関わり</p>	<p><input type="checkbox"/>状況により2~4時間でバイタルサイン測定</p> <p><input type="checkbox"/>呼吸状態など生死確認は介護職員と連携を図り巡回は夜間も1時間単位で行う中で異常の早期発見に努める</p> <p><input type="checkbox"/>家族へ状態の変化の説明を丁寧にする</p> <p><input type="checkbox"/>担当する看護師はバイタルサイン測定の間隔など訪室予定を家族にも伝える等配慮</p>	<p>家族との時間を優先し、また、本人の安楽な時間が妨げられないようバイタルサイン測定は考慮する</p>
<p>介護職員の観察・関わり</p>	<p><input type="checkbox"/>1時間~30分毎の居室巡回時、呼吸状態(胸郭の上下運動・鼻息の有無、呼吸様式、呼吸間隔他)・意識レベル・脈拍(橈骨動脈拍動の確認等)、十分</p>	

	<p>容態観察を行う。</p> <p><input type="checkbox"/> どんな小さなことでも変化あれば、看護師に報告・記録をする。</p> <p><input type="checkbox"/> 枕元で手を握り、声をかけ本人の安心へと努める（聴覚は最期まで保たれる）。</p>	
<p>おおよその予測 死亡前48時間～死亡確認 まで</p>	<p>①反応が少なくなってくる</p> <p>②脈拍の緊張が弱くなる</p> <p>③血圧低下</p> <p>④四肢冷感</p> <p>⑤冷汗の出現</p> <p>⑥顔の相が変わる（顔面にチアノーゼ出現）</p> <p>⑦唾液や分泌物が咽頭、喉頭に貯留し呼気時ゴロ音の出現（死前喘鳴）</p> <p>⑧身の置き所がないかのように四肢や顔をばたばたさせるようにする</p>	<p>家族との時間を優先し、また、本人の安楽な時間が妨げられないようバイタルサイン測定は考慮する</p>
<p>看護師の観察・関わり</p>	<p><input type="checkbox"/> バイタルサイン測定は状況により判断する</p> <p><input type="checkbox"/> 介護職員、付き添われる家族の協力を得て呼吸停止などの確認を医師により行われる為連携を図る</p> <p><input type="checkbox"/> 看護師は呼吸停止などがある場合速やかに医師に連絡する</p>	
<p>介護職員の観察・関わり</p>	<p><input type="checkbox"/> 上記の臨死期に起こるサイン①～⑧に特に注意しながら容態観察をする。異常時は速やかに看護師に報告する。落ち着いた、かつ迅速な対応を心がける（本人・家族へ不安を与えないように）。</p>	
<p>医師への報告</p>	<p>・医師に報告</p>	<p>看護師</p>
<p>家族に報告・連絡 (不在時)</p>	<p>・家族が付き添われていない場合はあらかじめ確認されている家族連絡先に状態を連絡し、来所を依頼する</p>	<p>介護職員</p>
<p>死亡確認 (医師) (看護師) (介護職員)</p>	<p>・死亡確認後に死亡診断書を記入</p> <p>・死亡確認後、家族との時間を作る。まだ、見舞われていない家族が居れば到着を待ち、エンゼルケ</p>	<p>死亡診断書取扱いは、死亡退所手順参照</p>

<p>看取り介護の時期を経過し状態が安定した場合</p> <p>再度、終末期を迎えた場合</p>	<p>ア実施時間を確認する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・バイタルサイン測定は通常観察 ・一般的な状態は訪室毎に観察し、再度、終末期が来る時期に備えて容態変化の早期発見に努める必要がある ・看取り介護支援を行う 	
<p>《特記事項》</p> <p>上記各段階時期に医師により家族へ説明された内容を記録する（様式5）</p>		

看取りについての事前確認書（例）

<p>利用者の皆様へ</p> <p>当施設では、御希望される方には精神面でのケアを中心とした、終末期ケアを行っています。利用者の方の容体が悪くなった時には、倫理的に問題のない範囲で、御自身の御要望を出来る限り反映させていただきたいと考えております。</p> <p>つきましては、以下の質問項目により、利用者の方が終末期ケア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、御回答いただきますようお願い申し上げます。</p>
<p>1. 終末期を迎えたい場所はどこですか？</p> <p style="margin-left: 40px;"> <input type="checkbox"/> 施設で最期を迎えたい <input type="checkbox"/> 自宅に戻って最期を迎えたい <input type="checkbox"/> 入院を希望する <input type="checkbox"/> 今はわからない </p>
<p>2. 終末期には、積極的な延命治療を望まれますか？</p> <p style="margin-left: 40px;"> <input type="checkbox"/> 望む <input type="checkbox"/> 望まない 自然な形でいい <input type="checkbox"/> 今はわからない </p>
<p>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？</p> <p style="margin-left: 40px;"> <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 今はわからない </p>
<p>4. 病気について全てをお知りになりたいですか？</p> <p style="margin-left: 40px;"> <input type="checkbox"/> 知りたい <input type="checkbox"/> 知りたくない <input type="checkbox"/> 今はわからない </p>
<p>5. その他（御希望、御要望があれば御記入ください）</p>
<p>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御記入いただく性質のものではありません。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>利用者 氏名 ㊟</p> <p>身元引受人</p> <p>（契約者）氏名 ㊟（続柄 ）</p> <p>（その他の家族）</p> <p style="margin-left: 40px;">氏名 ㊟（続柄 ）</p> <p style="margin-left: 40px;">氏名 ㊟（続柄 ）</p> <p>職員 氏名 ㊟</p> <p>職員 氏名 ㊟</p>

終末期ケアについての同意書（例）

私は、（利用者氏名）の終末期ケアについて、貴施設が提供する対応並びに医師の説明を受けましたが、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。

又、状態が急変した場合、家族が最期に間に合わない事についても了承しました。

記

（以下は本人・家族と主治医・スタッフにより、同意された具体的な内容を列記します。）

- ① 医療機関での治療は平成 年 月 日をもって終了し、本人に苦痛を伴う処置対応は行いません。
また、危篤な状態に陥った場合も病院には搬送せず、施設内にて看取ります。
- ② 身体的なケアでは、安心できる声かけをし、身近に人を感じられるよう（利用者氏名）様の尊厳を守るよう援助させていただきます。
- 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取り、施設内でできる限りのケアを提供させていただきます。
- ④ 御家族の希望に沿った対応に心がけます。
- ⑤ 御本人並びに御家族の希望や意向に変化が生じた場合は、その意向に従い援助させていただきます。

施設長 殿

平成 年 月 日

利用者	住 所	
	氏 名	㊟
身元引受人	住 所	
（契約者）	氏 名	㊟（続柄 ）
（その他の家族）	住 所	
	氏 名	㊟（続柄 ）
	住 所	
	氏 名	㊟（続柄 ）
説明医師	氏 名	㊟
施設立会人	職 名	
	氏 名	㊟

終末期ケアにおける確認事項（例）

利用者氏名 _____ 様

確認項目	確認事項等	備考
付き添いの可否		
臨終の時側にいる方		
連絡先（3ヶ所）	1. 2. 3.	
臨終時に着せたいもの		
遺体の移送方法		
遺体の移送先		
葬儀の場所		

確認日時：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ ） _____ 時 _____ 分

確認者：身元引受人等氏名 _____

職員 職名 _____ 氏 名 _____

その他特記事項： _____
