

「特別養護老人ホーム二方の郷」看取りに関する指針

1. 当施設における看取り介護の考え方

看取り介護とは、近い将来に死に至ることが予見される入居者に対し、その身体的・精神的苦痛、苦悩をできるだけ緩和し、死に至るまでの期間、本人なりに充実し納得して生き抜くことができるように、日々の暮らしを営めることを目的として援助することであり、本人の尊厳に十分配慮しながら終末期の介護についてこれを行うことである。

2. 看取り介護の視点

終末期の過程においては、その死をどのように受け止めるかという個々の価値観が存在し、看取る立場である家族等の思いが錯綜することも普通の状態として考えられる。

施設での看取り介護は、長年過ごした場所で親しい人々に見守られ、自然な死を迎えられることであり、施設は本人・家族等に対し以下の確認を事前に行い、理解を得るようにします。

- 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・医師と協力医療機関と連携し必要時は24時間の連絡体制を確保し、必要に応じ健康上の管理等に対応すること・夜間は医療スタッフが不在で、看護師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は、看護師が医師と連絡をとり判断すること。夜間においては、夜間勤務職員が夜間緊急連絡体制に基づき看護師と連絡をとり、緊急対応を行うこと。
- ③ 家族との24時間の連絡体制を確保していること。
- ④ 看取りの介護に対する家族の同意を得ること。

3. 看取り介護の具体的支援内容

①入居者に対する具体的支援

I. ボディケア

バイタルサイン確認・環境の整備・安寧、安楽への配慮・清潔への配慮・適切な栄養と水分補給
発熱、疼痛への配慮

II. メンタルケア

身体的苦痛の緩和・コミュニケーションの重視・プライバシーへの配慮・受容の態度

III. 看護処置

医師の指示に基づく必要な点滴や酸素吸入等の看護処置

②家族等に対する支援

話しやすい環境作り・家族関係への支援への配慮・希望や心配事への真摯な対応
家族等の身体的、経済的負担の軽減への配慮・死後の援助

4. 看取り看護の具体的方法

①看取り介護の開始時期

看取り介護の開始については、医師により一般に認められている医学的知見から判断して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薄いと判断した入居者につき、医師より本人・家族等にその判断内容を説明し、看取り介護に関する計画を作成し、終末期を施設で介護を受けて過ごすことに同意を得て実施されるものである。

②医師よりの説明

- I. 医師が①に示した状態で、看取りの介護の必要性があると判断した場合、当該入居者の家族等に連絡をとり、日時を定めて、医師より本人・家族等へ説明を行う。この際、施設でできる看取りの体制を示す。
- II. この説明を受けた上で、本人・家族等は利用者が当施設で看取り介護を受けるか、医療機関に入院するか選択することができる。医療機関入院を希望する場合は、施設は入院に向けた支援を行う。

③看取り介護の実施

- I. 本人・家族等が施設内で看取り介護を行うことを希望した場合は、介護支援専門員は医師、看護職員、介護職員、栄養士等と協働して看取り介護の計画を作成すること。なおこの計画は医師からの本人・家族等への説明に際し事前に作成しておき、その際に同意を得ることも考えられること。
- II. 家族等が泊まりを希望する場合、特別室に家族宿泊用の寝具を準備する。また同じ部屋で過ごすことを希望する場合は、居室を特別室に移動し、環境を整えること。
- III. 看取り介護を行う際は、医師、看護師、介護職員等が協働で週に1度以上定期的に本人・家族等への説明を行い、同意を得ること。
- IV. 施設の全職員は、入居者が尊厳を持つひとりの人間として、安らかな死を迎えることができるように本人・家族等の支えとなり得る身体的、精神的支援に努めること。

5. 夜間緊急時の連絡と対応について

当施設の夜間緊急時の連絡・対応マニュアルによって適切な連絡を行うこと。

6. 協力医療機関との連携体制

当施設は嘱託医である医師・医療機関と連携し、24時間の連絡体制を確保して必要に応じ健康上の管理等に対応することができる体制をとること。

7. 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1名を定めて、これを責任者とする。

看取り介護に関する同意書

私は、「看取り介護の指針」の説明を受けました。

今後、入居中において医師の診断に基づき、回復の見込みが無いものと判断された場合は、可能な限り私の希望や意向が尊重され、また家族間等で協議した結果、「特別養護老人ホーム二方の郷」において看取り介護を希望した場合は、指針等に沿って、必要な援助を受けることに同意します。

特別養護老人ホーム二方の郷
施設長 乙部 光司 様

令和 年 月 日

本人 住所

氏名 印

代理人 住所

氏名 印 (続柄:)

※入居時点での、最期を迎える場所の希望。

- ①できれば自宅 ②できれば病院 ③できれば二方の郷
④わからない