

看取り介護について（看取り介護指針）

1. 看取りの目的（桜ホーム西神の考え方）

人生の最終段階を迎えるに当たり、ご本人、ご家族の意向を最大限尊重させていただくことを基本とします。

身体的・精神的苦痛及び不安を緩和し、最期まで自分らしく、穏やかで安らぎのある日々をお過ごしいただけるよう心を込めて可能な限りの支援をさせていただきます。

2. 看取りの時期を迎えた状態とは

以下の2点をもって「看取りの時期」との定義とされています。

- ① 治療を継続することの医学的な効果が認められず、回復の見込みがないと**医師が診断**し、加えて治療の継続がご本人の利益にはならないことが客観的に明らかであること。
- ② 疾患及び老衰等が進行することにより心身機能が低下し、状態悪化や急変の恐れがあること。

3. 口から食事が摂れなくなった時の対応について

(1) 飲みこみの機能が低下すると、誤嚥性肺炎を繰り返したり、窒息の可能性が非常に高くなり、最終的には口からの食事ができなくなります。また、認知症や老衰の進行による食欲の低下により食事ができなくなることもあります。

(2) 同意後に、積極的治療・胃ろう造設などの希望変更も可能です。

※意思決定が可能な頃にご家族に看取りに関する要望を伝えているようなことがあればご教示ください。

4. 看取り介護の考え方

(1) 看取り介護についての合意について

- ①老衰及び疾患の進行等による状態の重篤化から、医師が治療により回復の見込みがないと診断し、加えて治療の効果が認められないと診断した場合に、看取り介護についての説明と合意の話し合いが開始となります。
- ②ご本人とご家族に、医師または、医師と連携した看護師、介護支援専門員、相談員が現在の心身の状態及び予後予測について説明を行い、看取りについての判断(看取り期であることについての説明を受けての理解と合意)について確認させていただきます。

※「看取り介護」への移行を望まずに、医療機関等での積極的治療を希望される場合には、ご本人及びご家族の希望に沿った支援をさせていただきます「看取り介護指針について同意を希望されなかった場合の事前確認を記載ください」。

※医療機関等での治療を希望されるということは、急変時は延命のために、救急対応を行うことになります。

※当施設は生活の場であり治療の場ではありませんので、医療的な支援においては限界があります。医療機関等での治療における対応が困難となった場合には退居していただき、病院・在宅などでの看取り介護となる場合があります。

(2) 心肺停止等の状態に陥った時の対応について

看取り(介護)を要望された場合、救急搬送及び救命処置(心臓マッサージ、自動体外式除細動器『AED』、人工呼吸『マスク、気管内挿管』、輸血等)は行いません。心肺停止に至ったときには、ご家族と医師に連絡させていただき、医師については死亡診断を依頼します。

(3) 施設における緩和ケアについて

苦痛を伴う症状（全身倦怠感、発熱、下痢、便秘、嘔吐、嘔気、感染症、事故による怪我等）の早期発見に努めさせていただき、痛みの訴えや苦悶が伺える際には、嘱託医と連携を図りながら支援させていただき、出来る限り身体的苦痛の緩和に努めさせていただきます。また、不安に共感し体をさする、手を握る等スキンシップや声かけをさせていただき安心と安楽を図り、精神的苦痛の緩和に努めさせていただきます。

(4) 苦痛の緩和が困難な場合

看取り介護は、苦痛を和らげながら自分らしく穏やかな最期を迎えることを支援するもので、食事や排泄介助など「日常生活のケア」が中心となります。しかしながら、担当医もしくは嘱託医の指示による施設内での医療的対応をもってしても、苦痛を伴う症状が改善されないと担当医もしくは嘱託医が判断した場合には、ご本人、ご家族の意思を確認し場合によっては、緩和ケアのための受診を行います。また、苦痛が著しい場合は、多職種で協議を行い、救急搬送も検討します。

これらの場合、搬送先の医師などに対し「利用者、家族は延命的な処置は求めている意思表示（代理判断含む）の合意がなされているので、苦痛を取り除くための処置のみを行うこと」を明確に伝えます。

5. 看取り介護におけるケアプランについて

(1) 看取り介護をさせていただくにあたり、人生の最終段階に向けての支援について、ご本人やご家族のご要望に基づき多職種協働にてケアプラン（サービス計画書）を作成します。ケアプラン（サービス計画書）の内容について、ご本人とご家族に詳細に説明させていただきます。また、その後の状況の変化に配慮しながら適宜見直し、内容の変更が必要になった場合にはその都度ご

本人及びご家族にご要望の確認をさせていただきます。

(2) ケアプラン（サービス計画書）に基づき、医師及び医療機関と連携を図りながら支援させていただきます。夜間における連絡、対応体制（オンコール体制）を整備し、24 時間連絡できる体制を整えており、状態変化における即応に努めさせていただきます。

6. 看取り介護における支援について

(1) ご本人の嗜好や飲みこみなどの状態に配慮した食事の提供、好きな歌やなじみの香り、季節の花やご家族の写真を飾る等、ご本人やご家族の意向に沿ってその人らしい生活空間をつくりまします。ご家族がお付き添いをご要望される際には、居室での宿泊を提供もさせていただきます。

(2) ご本人の日々の状況把握を密に行い、随時ご家族に状態の報告・説明、支援におけるご要望の確認をさせていただきます。また、ご家族の不安なお気持ちや、揺らぐお気持ちに寄り添い、思いを聴かせていただくと共に、必要に応じ医師からの説明の機会を設け、不安の緩和に努めさせていただきます。

7. 看取り後の支援について

(1) 息を引き取られた際には、医師による死亡診断後に悔いのないひとときが持てるように、ご家族だけで過ごせる空間を準備させていただきます。

※主治医による死亡診断が行われます。その後、ご希望時は、立ち会われたご家族と一緒にエンゼルケアをさせていただきます。その際、ご要望のあるお召し物があれば身にまもっていただきます。お見送りは可能な限り携わった全職員でさせていただきます。必要に応じてご家族への支援（遺留品引き渡し、荷物の整理、相談対応など）をさせていただきます。

(2) 後日アンケート用紙(様式1)を送付させていただきます。ご本人やご家族の要望、意向に沿った看取り介護の提供が成されていたか、看取り介護を受けられてのご感想やご意見をお聞かせくださいますよう、ご協力をお願い致します。看取り介護の振り返りを行い、職員の学びと今後の看取り介護の実践に活かせるよう努めさせていただきます。

※ご家族の心情に配慮させていただくことが優先であり、強制するものではありません。

8. 看取り介護加算について

(1) 概要

看取り介護を受けられた入居者をご逝去された場合に、死亡日を含めて45日以内を上限として死亡月に自己負担額を請求させていただきます。なお、退所等の翌月にご逝去された場合には前月分の看取り介護加算に係る一部負担の請求をさせていただきますことがあります。

31～45日：72単位/日

4～30日：144単位/日

2～3日：680単位/日

当日：1280単位/日

計 7,608 単位 自己負担額 ¥8,019- (地域単価含む)

※地域単価 10.54

(2) 要件

- ア 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であること。
- イ ご本人またはそのご家族等の合意を得て、医師、看護職員、介護支援専門員、介護職員等多職種が協働し、ケアプラン(サービス計画書)が作成されていること。
- ウ 医師、看護職員、介護職員等が共同してご本人の状態またはご家族の求めに応じて随時、ご本人またはそのご家族への説明を行い、合意を得て看取り介護が行われていること。

以上

説明者職氏名： _____ 印（職種： _____）

*上記内容について説明を受け、同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

家族代表氏名： _____ 印

（続柄： _____）

その他家族氏名： _____ 印

（続柄： _____）

看取り支援経過の中で、気持ちに変化があった場合

お気持ちや意思に変化があった場合(やはり、救急搬送して、できるだけ延命したいと思うようになった等)には、遠慮なくお申し出ください。その都度、対応について見直しをさせていただくとともに、意向に沿った支援をさせていただきます。(看取り介護指針についての同意を希望されなかった場合の事前確認について」を参照)また、ご本人やご家族より、宗教的な関わりについてのご要望がある場合にはできる限りの支援をさせていただきます。