

特別養護老人ホーム 新宮園看取り指針

平成 21 年 7 月 1 日

1. 目的

この指針は、特別養護老人ホーム新宮園（以下「新宮園」という）の入居者様の尊厳を支えるケアの一環として、入居者様ならびにご家族が希望される「看取り」を支援していく為、新宮園の指針を定めることにより、より安楽な介護サービスの提供に資することを目的とします。

2. 理念

新宮園では、嘱託医師（以下「主治医」という）の診断のもと、医学的回復の見込みがなく、余命宣告（診断）を受けた後、最期の場所としての役割を果たし、入居者様の意思、ならびにご家族の意向を最大限に尊重して看取り介護を行い、自然に訪れる死を支える方法でケアを行います。

新宮園において看取り介護を希望される場合、入居者様、ご家族への支援を最後の時点まで継続し、できる限りの支援を行います。

3. 看取りの対象者

看取りの対象者とは、以下の場合の入居者様とします。

- ①老衰やがん末期等に伴い、積極的な治療を希望しない場合や、必要としない場合
- ②苦痛・痛み・呼吸苦・出血がない場合

入居者様も、ご家族も新宮園内における「看取り」を希望しており、特別養護老人ホームである新宮園の、次のような介護・医療体制等を理解されている場合とします。

- ・ 夜間のケア従事者は介護職です。
- ・ 主治医の出勤は週に一回（2時間程度）で担当ご利用者様を診ています。
- ・ 特別養護老人ホームは、医療機関でないため、点滴等の医療行為は行えません。
- ・ 看護師は夜間不在です。病状の変化等への対応は、夜間勤務介護職員が夜間緊急連絡体制にもとづき看護師に連絡し、看護師が主治医と連絡をとって対応を行います。
- ・ 看取りの対象となる状態であっても、症状は常に変化するものであることを理解されていること。

4. 園内での看取りの制約

- ①新宮園は介護保険法ならびに老人福祉法に位置づけられた老人福祉施設です。従って新宮園では、医療的な制約があります。
- ②入居者様、ご家族が「看取り」を希望されても、医療的制約から看取り介護が出来ない場合もあります。
- ③看取り介護中であっても、予測できない症状が出現した場合や、治療により症状の改善が見込める場合は医療機関に受診することがあります。
- ④主治医は嘱託医師です。夜間に限らず、24時間のオンコール体制ではありません。病状変化に対し、連絡が取れず指示のない場合は、医療機関に受診することがあります。また夜間に施設で死亡された場合、医師の死亡確認は朝になる場合があります。

5. 看取り体制

(1) 自己決定と尊厳を守る看取り介護

- ① 入居者様ならびにご家族に対し、新宮園の介護の基本理念を明確にし、生前に意思確認をして同意を得ます。
- ② 主治医により医学的に回復の見込みがないと判断されたときに、入居者様、ご家族の希望により看取り介護を開始します。
- ③ 看取り介護の実施にあたっては、入居者様並びにご家族の同意を得ます。
- ④ 看取り介護においては、そのケアに携わる全ての職種が協働し、看取り介護計画書を作成し、入居者様ならびにご家族への必要な説明を行い、同意を得ます。看取り介護をより適切に行うために、必要に応じて適宜、計画内容を見直し、変更します。その際には説明を行い同意を得ます。

(2) 医師・看護師体制

- ① 看取り介護実施にあたっては、主治医と看護師、全ての職種で情報の共有化を図り、看取り介護の協力体制を築きます。
- ② 看護師は主治医の指示を受け、入居者様の安楽な状態を保つように状態把握に努め、介護職と共に必要なケアを行います。また、日々の状況等についてご家族に対して随時説明を行い、その不安等の解消に努めます。
- ③ 主治医による看取り介護の開始指示を受けて、多職種により、看取り介護計画書を作成し実施します。

(3) 看取り介護の環境整備

尊厳ある安らかな最期を迎えていただくために、ご家族の協力（ご家族の面会・付添等）を得ながら、その人らしい人生を全うできるよう環境を整備し身体的、精

神的支援に努めます。

(4) 看取り介護体制に関する記録

看取り介護に係わる以下の記録等を整備します。

- ① 看取り介護同意書
- ② 主治医の指示内容
- 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 看取り介護終了後のカンファレンス会議録

(5) 看取りに関する職員教育

看取り介護を行うために、研修等により死生観教育を実施し、看取りの理解を深めることに努めます。

看取りについての同意書

私は、入居者（ ）の看取り介護について、主治医による状態の説明を受け、特別養護老人ホーム新宮園の提供する看取り介護について、私どもの意向に添ったものであることを確認し、同意致します。

特別養護老人ホーム 新宮園
施設長 様

平成 年 月 日

入居者	住 所	
	氏 名	印
身元引受人	住 所	続柄
	氏 名	印
その他の親族	住 所	続柄
	氏 名	印
	住 所	続柄
	氏 名	印
説明医師	医療機関名	
	氏 名	印
施設立会人	職 種	
	氏 名	印