

世田谷区立特別養護老人ホーム芦花ホーム看取り介護指針

平成 18 年 5 月 1 日制定

平成 23 年 11 月 3 日改定

1 目 的

この指針は、世田谷区立特別養護老人ホーム芦花ホーム（以下「芦花ホーム」という。）の利用者に対する「看取り介護」を実施していくための指針とする。

2 看取り介護とは

芦花ホームにおける「看取り介護」とは、利用者が人生の終焉を迎えた時に、ご本人及びご家族等の意向を尊重したケアを実施することで安らげる生活の場を提供し、自然な状態のままで残された余命を平穏に過ごしていただく事をいう。

3 看取り介護の考え方

1) 看取りの状態とは、

ご本人が、疾患あるいは障害、加齢により自然治癒力の低下が著しくなり、治療による改善の可能性が認められないと医師が診断した場合を看取りの状態と考える。また、ご本人及びご家族等がそれ以上の治療や人工的栄養補給等を望まれない時、終末期への移行期と捉え看取りと考える。

2) 芦花ホームが行える医療行為

利用者の健康管理と一時的な処置である。ご本人及びご家族等が治療を望まれる場合は、受診や入院を選択できる。

3) 意思確認及び同意

医師により終末期にあると診断された場合に、芦花ホームとご本人及びご家族等との話し合いを十分に行い「受診や入院」又は「看取り介護」の意思を確認する。

芦花ホームにおいての看取り介護を選択された場合は「看取り介護同意書」に、記名捺印をしていただき書面にて確認する。

4) 援助の基本的な考え方

これまで生きてきた個人の歴史を尊重し、終焉を迎えるその日まで、その人がその人らしく安心、安全、安楽に過ごす事が出来るよう援助する。

5) 看取り介護計画書の考え方

看取り介護実施にあたり、医師の指示を得ながら多職種共同体制（＊1 生活相談員、看護師、介護士、管理栄養士、理学療法士、歯科衛生士等）のもと、ご本人及びご家族等の意向や要望も尊重し、看取り介護計画書を作成する。芦花ホームは、その「看取り介護計画書」に基づき、ケアに努める。

看取り介護計画書は、ご本人の状態変化に合わせて、適宜、見直しを行う。

4 看取り介護のケアステージ（利用者の状態区分）について

利用者のケアステージは下記のとおりとし、状態区分の判断は医師が行う。

○不安定期

A 中度（要注意）・・・2週間毎の看取り介護モニタリングを実施

B 重度（重篤）・・・1週間毎のモニタリング実施（状況に応じて随時実施）

○安定期

通常の対応となるが、月1回はモニタリングを実施する。

5 職員体制について

適宜、訪室回数を増やすなど本人との係わりを増やし24時間連絡体制を確保する。

- (1) 医師 常勤医師が日勤帯に配置され、急変時には、連絡がとれる体制にある。
- (2) 看護職員 看護職員は、24時間交代制で勤務している。
- (3) 介護職員 介護職員は、24時間交代制で勤務している。

6 看取り介護同意後の流れ

- (1) 「看取り介護同意書」を取り交わした後に、看取り介護計画の作成に向けて看取りカンファレンスを実施する。
- (2) 医師及び各職種による看取り期における見解を受け、カンファレンスにて看取り介護計画の原案を作成し、作成後、ご本人及びご家族等にその看取り介護計画を説明し、同意を得る。
- (3) ご本人及びご家族等の要望の情報を共有し、多職種共同体制（※1）のもと、適切なケアを実施する。
- (4) 看取り介護計画作成後は、看取り介護のケアステージに基づきモニタリングを行い、適宜、関係職種が集まりカンファレンスを実施する。計画の修正や変更を行う際は、ご本人及びご家族等に説明を行い、同意を得る。
- (5) 看取り介護のケアステージの評価は、医師が行う。

7 看取り介護の環境整備

- (1) 安らかな最期を迎える為に、総合的環境（ソフト面、ハード面）の整備を図る。
- (2) ご家族の想いを尊重し、面会、付き添い、宿泊等が円滑に出来るよう環境を整備する。

8 看取り介護における記録

看取り介護に携わる職員は、記録物等の整備、保管をする。

- (1) 看取り介護同意書 （生活相談員）
- (2) 看取り介護計画書 （生活相談員）
- (3) 看取り介護モニタリング票（生活相談員 看護師 介護職員等）
- (4) 生活記録への記録 （関係職員全員）
- (5) 偲びのカンファレンス記録 （生活相談員 看護師 介護職員等）

9 各職種の役割分担について

別紙のとおり

10 その他

(1) 指針の策定

看取り介護に関する「指針」の策定は、施設長、医師、介護職員、看護師、理学療法士、生活相談員、介護支援専門員等による協議で定める。

(2) 指針の見直し

この指針は、見直す必要が生じた場合は、随時見直しを行うこととする。

看取り介護マニュアル

平成 20 年 10 月 1 日

平成 23 年 11 月 3 日改訂

看取り介護とは？

利用者と家族が在宅と同じように安心して安らげる生活の場を提供しながら、自然な状態のままで残された余命を家族と共に過ごして頂くことである。

医師により終焉がさけられないと判断された場合の介護、看護を「看取り」と考える。嚥下能力や食事摂取量の低下が見られ、食事形態の変更も効を奏せず、本人及び家族が治療や、それ以上の人工的栄養補給を望まれないときは、終末期への移行期と考えて家族面談を行って受診、入院、または看取り介護の希望を確認する。その上で、「看取り介護同意書」にて意思確認を行い、ケアプランの作成、頻回に本人・家族との話し合い、職員間での話し合いを行う。随時、研修も実施していく。

職員の具体的な対応方法

「看取り介護」の実施に当たり、下記の対応を行う。

- 1) 看取りは個室で行う
- 2) 家族とともに、終末期が穏やかに過ごせるよう援助する
- 3) 状態の観察し異常の早期発見に努め、看護師と申し送りなどで情報の共有をはかりながら、日常生活援助を行う
- 4) 本人の安楽・安寧に配慮する
- 5) 本人は、体調不良を上手く伝えられない・表現できないこともあるので、職員は日頃より観察力・洞察力を養うことが必要であり、本人の苦痛のないように、日常生活の援助を行う
 - ①排泄の状態観察（排泄時間、量）看護師へ報告する。
 - ②少量でも経口から摂取できるように援助する（覚醒状態見ながら家族の希望する持ち込み食は、看護師又は医師に確認し、家族へ伝える）
 - ③安楽に入眠できるように援助する（発汗時更衣）。
（食事、水分の配慮、清潔の保持、排泄の援助、移動の援助）
- 6) 本人が家族や親しい方と一緒にふれあいの機会が十分持てる様に配慮し、落ち着いて過ごせるように環境の整備を行う
- 7) できるだけ本人、家族の希望に沿うように支援する
- 8) 家族の不安や心配事には、真摯に対応する
- 9) 家族の身体的・精神的負担を軽くする為、こまめに訪室し、声かけし、観察する。
- 10) 上記を踏まえ、Dr とご家族との話で、ホームでの看取りの方向性が出た際に、関連職員での「看取りカンファレンス」を開催する。

終末期ケア（定期的なモニタリングで見直しをする）

- ①終末期における本人やご家族の願いを知っておく。
- ②終末期の援助は、これまで生きてきた個人の歴史を尊重する援助の延長線上である事を認識する。
- ③状態の許す限り、安全・安楽な終末期を迎えられるように、日常生活を援助する。
- ④本人の願いや思いを中心に本人を取り巻く人々（家族、介護、相談員、医師、看護師等）、連携をとりあって、援助体制を作り上げていく。
- ⑥住みなれた生活の場、終末期を迎える人々が「その日・・・」まで、その人らしく生き、快適な生活が送れる様に援助する。
- ⑦容態の急変時、どこまでの処置をするか、家族、医師、職員間で共有しておく。

緊急時の対応

- ①必要物品：体温計、血圧計、酸素飽和度、酸素吸入（付属品）、吸引器（付属品）
- ②家族への連絡先（ケースファイルの 1 ページ目に入っている）
- ③状態をみて、家族の夜間の面会を警備（内線 420）へ連絡する。また、家族の希望があれば、宿泊の準備をしておく（宿泊室 1 泊 1,000 円（シーツ代））
- ④家族への連絡は、急変の経過を正確に伝え（医師のいる時は医師より、夜間は、看護師又は介護員から家族へ伝える）、今後の対応について、家族の要望を確認しながらホーム側の対応方法を説明する。
（O2 一時的使用、継続希望は相談で。治療対象となった場合、費用についての説明）

看取り介護に至るまで

H23.11.3

日常生活の中に変化が出てきていると感じる。

- ・食欲が落ち摂取量が減ってきた。
- ・見かけの急激な変化（目の勢いがなくなる。活気低下、表情や動作の低下）
- ・バイタルサインの変化の持続

医療機関での治療のため、入院及び受診し、治療を行う。

（入院となった場合には病院の指示に従ってもらう）

看取りプレカンファレンス

経過観察

経過観察

医療機関での治療を望まれる場合

ホーム Dr の意見
看護の意見
介護の意見

一致

必要

ホーム

意思の確認

ご家族

ホームで自然のまま経過して頂く場合、
相談員より、ご家族に看取り同意書を記入していただく

看取りカンファレンス

～看取り同意書記入日翌日 9:30 開催（看取りでの退院時は退院日翌日）～
ご本人、ご家族の意向等確認し関係職員の情報共有を目的とし開催する。

確認項目

- ① ご利用者の状態確認
- ② 看取り介護計画書作成のための意見交換
ご本人、ご家族の意向や確認事項の再確認（葬祭業者の手配・旅立ちの衣装の用意など）
- ③ 申し送りや情報収集の確認
- ④ 看取り介護ケアステージの確認、及びモニタリングの時期の設定

参加者

医師
サービス係長
介護主任
看護主任
相談員
フロア主任 or 副主任
理学療法士
管理栄養士
歯科衛生士（状況により）

看取り介護計画作成
（居室担当）

ご家族への確認

計画書に基づいたケアの実施

看取り介護モニタリングの実施

不安定期 A（要注意）：1/2W
B（重篤）：1回/1W
安定期 通常観察：1回/1M

苦痛・痛みの緩和の必要が生じた場合

ご家族への連絡

やはり受診してほしいと希望した場合

様子を見てほしいと希望した場合

医療機関での治療のため、受診及び入院し、治療を行う。
（入院となる場合には病院の医師との指示に従ってもらう）

ご家族に来所していただき、利用者の状態を見てもらう。
（必要があれば付き添いを依頼する）

ご逝去

お見送り

逝去月のミーティングにて
ケアの振り返り

偲びのカンファレンスの実施
逝去翌月の第1火曜日

参加者

サービス係長 相談員 介護主任
介護、看護職員 理学療法士
管理栄養士 歯科衛生士

看取り介護指針 別紙

	業務内容	介護職員	看護師	管理栄養士	機能訓練指導員	歯科衛生士	生活相談員	サービス係長	医師	施設長
1	看取り介護に関する施設方針の提示									◎
2	看取り介護実践状況の把握と統括									◎
3	看取り介護に関する諸問題、課題解決の統括									◎
4	看取りケアステージの診断								◎	
5	ご家族への説明	○	○				○	○	◎	
6	ご本人、ご家族等の看取りケアに関する考え、意向の確認	○	○				◎	○		
7	看取り介護同意書の整備、締結管理						◎	○		
8	ご家族意向等を多職員へ周知徹底する	○	○				◎			
9	ご家族の緊急連絡先の確認	○	○				◎			
10	状態変化時、緊急時対応と指示		○						◎	
11	状態変化、急変時の対応の統括		◎							
12	ご家族の緊急時の連絡先の確認、連絡頻度の確認	○	○				◎			
13	ご家族との密なる連携、情報収集	○	○				◎	○		
14	医療状況の把握		◎				○		○	
15	関係職種からの情報収集、連絡調整						◎	○		
16	ターミナルカンファレンスを開催する						◎			
17	看取り介護計画書作成	○	○	○	○	○	◎			
18	看取り介護モニタリング	○	○	○	○	○	◎			
19	医師との連携		◎				○			
20	看取りケアステージの評価		○						◎	
21	身体的、精神的苦痛の緩和ケア	○	○							
22	苦痛緩和に関する介護職との連携と周知		◎		○					
23	安楽な肢位の検討、及び内容の関係職員への伝達周知	○	○		◎					
24	口腔ケア	○	○			◎				
25	適切な口腔ケアの検討、及び内容の関係職種への伝達周知					◎				
26	利用者の体調と嗜好に応じ、食事提供について調理員との連携を図る	○	○	◎		○				
27	看取り期における栄養ケアマネジメントとモニタリング			◎						
28	きめ細やかな日常生活の基本的なケアの実施	◎								
29	細やかな訪室	◎	○	○	○	○	○	○	○	○
30	看護師の指示、指導による医療的対応の補助	◎								
31	多職種との連携	◎	○	○	○	○	○			
32	死亡時の諸手続き並びに家族への助言及び支援						○	○		
33	死亡後の諸手続きの完備						○			
34	終焉に向けての準備(旅立ちの衣装)	○	◎				○			
35	死後のケア(エンゼルケア)	○	◎							
36	死亡確認、死亡診断書等関係記録の記載								◎	
37	お見送りへの参加	○	○	○	○	○	○	○	○	◎
38	偲びのカンファレンスへの参加	○	◎	○	○	○	○	○		○
39	ご家族へのグリーフケア	○	◎				○			

	日常生活維持支援加算	22 単位	234 円	24 円
	看護体制加算 (Ⅰ)	4 単位	42 円	5 円
	看護体制加算 (Ⅱ)	8 単位	85 円	9 円
	夜勤職員配置加算	13 単位	138 円	14 円
	サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	12 単位	128 円	13 円
	サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	6 単位	64 円	7 円
	サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	6 単位	64 円	7 円
該 当 者 加 算	入所時初期加算	30 単位	320 円	32 円
	入院外泊時費用	246 単位	2,627 円	263 円
	退所前後訪問相談援助加算	460 単位	4,912 円	492 円
	退所時相談援助加算	400 単位	4,272 円	428 円
	退所前連携加算	500 単位	5,340 円	534 円
	個別機能訓練加算	12 単位	128 円	13 円
	栄養マネジメント加算	14 単位	149 円	15 円
	療養食加算	23 単位	245 円	25 円
	経口移行加算	28 単位	299 円	30 円
	経口維持加算Ⅰ	28 単位	299 円	30 円
	経口維持加算Ⅱ	5 単位	53 円	6 円
	口腔機能維持管理加算	30 単位	320 円	32 円
	看取り介護加算 (死亡日以前 4 日以上 30 日以下)	80 単位	854 円	86 円
	看取り介護加算 (死亡日の前 日及び前々日)	680 単位	7,262 円	727 円
	看取り介護加算 (死亡日)	1280 単位	13,670 円	1,367 円
	在宅復帰支援機能加算	10 単位	106 円	11 円
	在宅・入所相互利用加算	30 単位	320 円	32 円
	認知症専門ケア加算 (Ⅰ)	3 単位	32 円	4 円
	認知症専門ケア加算 (Ⅱ)	4 単位	42 円	5 円
	若年性認知症入所者受入加算	120 単位	1,281 円	129 円

退所日から遡っ
てのご請求とな
ります。

ア. 基本加算は、ホームの職員体制により加算がされます。

イ. 該当者加算は、該当理由が生じた場合にお支払いいただくものです。

入所時初期加算	入所日より 30 日以内に限りお支払いいただくものです。又、30 日以上入院し、退院した場合も同様です。
入院外泊時費用	入院や外泊をした場合に、月に 6 日を限度 (初日、最終日を除く) にお支払いいただくものです。
退所前後訪問 相談援助加算	入所早期、及び退所の前後訪問をし、相談援助を行った場合、各 1 回 お支払いいただくものです。
退所時相談 援助加算	退所時、退所後の生活に関する相談援助を行った場合、退所者 1 人つ き 1 回お支払いいただくものです。

施 設 長	医 師	管理係長	サービス係長	看護主任	介護主任	相 談 員

看取り介護同意書

平成 年 月 日

世田谷区立特別養護老人ホーム

芦花ホーム

施設長 根津 典史 様

芦花ホームに入所している下記の者について、家族で話し合った結果、芦花ホームでの「看取り介護」を裏面のとおりに希望することで一致しました。親族間での意見の相違はありません。今後は、ホームと連携をとりながら、家族も協力します。

利用者氏名 _____

家族代表者

住 所 _____

氏 名 _____

印

電話番号 _____

利用者との関係 _____

1. 「看取り介護」にあたり、状態のゆるす限り、最後まで今までと同じような、安全・安楽で安らかな終末期が迎えられるように、日常生活（食事、清潔、移動、排泄）をお過ごしして頂き、医師・看護・介護、他の関係機関が連携を取りながら援助します。

2. ただし、「看取り介護」を実施している状況でも、状態の悪化や苦痛を伴った場合、ホーム医師の判断により、ご家族と相談の上、医療機関の受診や入院となることがあることをご了解願います。

3. 確認事項

①ホームよりの連絡頻度

（1回／1日、1回/週、その他（ ））

②面会頻度

（毎日、1回/週、その他（ ））

③旅立ちの衣装について（ご家族で用意 ホームの浴衣）

④葬祭業者について（手配済 まだ決めていない）

看取り介護時利用者ランク区分

H22.7.2

①不安定期 A

(中度：要注意)

※C_w は朝礼で状況報告

②不安定期 B

(重度：重篤)

※Dr より朝礼で状況説明

③安定期

(警戒解除)

※通常の観察に戻る。

看取り介護 利用者ランク区分について（説明）

I 不安定期

A 中度（要注意）

※ CW は 朝礼で状況報告

↓ ↑

B 重度（重篤）

※ Dr より 朝礼で状況説明

- ★ ↓・・・状態が悪化していく
- ★ ↑・・・重篤な状態から、やや軽くなる
- ★ バイタルが不安定
- ★ A 基本は、2週間おきの「看取り介護計画モニタリング」を実施
- ★ B 基本は、1週間とし、状況によりカンファレンスの回数を増加

.....

II 安定期

- ★ 2週間、バイタル、ADL が安定している
- ★ 通常の観察にもどり、「看取り介護計画モニタリング」の実施はない
- ★ 基本は、月に1回「情報共有の場」を設ける
- ★ 3ヶ月間安定している場合は、協議の上間隔をあける

※ 不安定期の A.B のランク変更については、Dr の判断、指示を仰ぎ、理由についての情報を共有し対応する

※ 不安定期と安定期の移行については、Dr の判断に基づき変更する

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			

偲びのカンファレンス評価基準(CW)

利用者の看取りケアについて、これまで実施してきたケアを見直すうえで心がけてきたことを改めて考えるために、以下の視点について話し合い、評価し、今後のケアのあり方につなげていくことを目的とする。

氏名

逝去日

評価基準		カンファレンスでの意見
1	<p>ご利用者の気持ちや訴えに寄り添えていましたか</p> <ul style="list-style-type: none"> * 表情や言動などに不安・孤独感を感じられず、逆に安心している表情がうかがえ * 表情や言動などに時々不安を感じたが、ケアを通して解消または軽減できたと思 * しばしば不安や孤独感に襲われ、表情や言動にその兆候がみられていた。また、ケアを通してそれがあまり軽減しなかった。 * 持続的に不安や孤独感があり、常に誰かを必要としていた。 	
2	<p>ご家族は安心して、ご利用者を看取ることができたと思いますか</p> <ul style="list-style-type: none"> * 表情や言動から安心感を表し、故人への哀悼の気持ちが十分感じられた。 * 少し変化を気にしている様子だが、話やかかわりを通して不安感を解消できてい * 死後の手続き等の問題が主となり、故人への哀悼について、十分な働きかけがで * きず、動揺が見られた。 * 持続的に不安や心配を抱えており、死後時間が経過しても精神的支援を必要と 	
3	<p>ご家族と職員のコミュニケーションはとれていたと思いますか</p> <ul style="list-style-type: none"> * かかわる機会を多くもち、家族からの質問や情報もあり、相互に情報交換ができ、その都度十分対応できていた。 * かかわる機会がやや少なかったが、質問や情報提供を求められることが時々あつ * かかわる機会が少なく、質問や情報提供を求められることはほとんどなかった。 * かかわりが少なく、質問されることも全くなく、また家族からの情報も何もなく、問いかけにも、反応がなかった。 	
4	<p>職員間・職種間の連携は十分とれていましたか</p> <ul style="list-style-type: none"> * 利用者の情報を関係職員全員が共有し、現在の状態がいつもよくわかっていた。 * 利用者の情報を主要スタッフに伝達できていたが、他スタッフには正確な情報の現在の伝達できていなかった。 * 重要な情報や変更事項の伝達が不十分で、利用者の容態の把握ができていな * 情報伝達が遅れ、容態の急変や変化を全く知ることがなかった。 	
5	<p>ご本人またはご家族の看取り意向の確認は十分とれていましたか</p> <ul style="list-style-type: none"> * 常に意向の確認が取れており、それに沿ったケアを実施できていた。 * 意向の確認をする機会がやや少なかったが、変更時には、スムーズに取り組めて * 意向の確認が少なく変更に対しても、スムーズに取り組めず、ケアの遅れを招いた。 * 意向の確認が不十分であり、ケアに支障をきたした。 	
6	<p>看取りケアの環境整備は十分できていましたか</p> <ul style="list-style-type: none"> * 利用者が安らかに過ごせる環境が常に提供できていた。 * 利用者が安らかに過ごせる環境がほぼ提供できていた。 * 環境整備がやや不十分な時があり、快適な環境が提供できない時があった。 * 環境整備が不十分であり、利用者に不快な思いを与えていると感じた。 	
7	<p>看取り期においてその方に必要な栄養と水分の配慮はできていましたか</p> <ul style="list-style-type: none"> * 利用者の食事摂取状態に応じて、各専門職と相談し、食事の工夫や嗜好品の提供など、常にできていた。また、食事摂取困難者に対しては、コットン等にて、口腔内を濡らし、少しでも水分補給するように努めた(家族が望めば、補液も実施し * 利用者の状態に応じて、各専門職と相談し、食事や水分に対しての工夫がほぼできていた。 * 利用者の食事摂取状態等の情報を、一部のスタッフでしか共有できておらず、食事の工夫に不十分さがあつた。 * 利用者の食事摂取状態等の情報を、他職種間と共有できず食事の工夫等できていなかった。 	

介護での偲びのカンファレンス実施日

平成 年 月 日()

参加者

評価基準		カンファレンスでの意見
8	<p>エンゼルケアは適切に行われましたか</p> <ul style="list-style-type: none"> * 基本の手順に沿って実施でき、生前のその人らしい美しい姿を提供することができた(家族も参加できた)。 * 基本の手順に沿って、実施できたがスムーズに行えず、時間がかかってしまった。 * 基本の手順に沿って十分実施できず時間がかかってしまい、十分なケアが提供できなかった。 * 清拭実施に際して、準備が不十分であり、ケア以前の問題があった。 	
9	<p>看取りケアに関する記録の整備と保管は十分できていますか</p> <ul style="list-style-type: none"> * 看取りケアに関する記録を確実に実施・保管できており、また全スタッフがその情報を共有できていた。 * 看取りケアに関する記録を実施・保管できていたが、一部のスタッフしか共有できていなかった。 * 看取りケアに関する記録が不十分であり、情報を共有することができなかった。 * 看取りケアに関する記録が十分できていなかった。 	

まとめ

居室の変更(二人部屋から個室への対応)・看取り時期のタイミングなど課題があるものの、個別ケアについては医務・介護職員・栄養士など他職種間で全体的に連携が取れていたと思う。
また多床室から個室への変更時に緊急部屋があった方が良いとの意見もあり。

偲びのカンファレンス集約シート

施設長	管理係長	サービス係長	介護主任	看護主任	フロア主任	生活相談員

平成 年 月(記録者：)

氏 名	フロア	逝去日 年 月 日	看護での偲びのカンファレンス実施日 (/)	フロアミーティングでの偲びのカンファレンス実施日 (/)	参加者	
					参加者	参加者
		年 月 日			参加者	
		年 月 日			参加者	
参加者						
偲びのカンファレンスでの集約意見・課題						