

看取りに関する指針

深川市立病院

令和2年4月

看取りに関する指針

【指針】

1 目的

患者及び患者の家族が希望される場合には、加齢に伴う機能低下や病気・外傷による回復不能など、患者の容態が悪化された場合に、痛みや苦痛の症状の軽減に努め、穏やかで、安らかな日々を過ごしていただくための精神面のケアを中心にした看取りを医療・ケアチームで実施する。

2 対象

- (1) 看取りについて十分理解し、本人または医療判断が可能なご家族または代理人の同意がある方
- (2) 慢性疾患や加齢に伴う機能低下により心身が衰弱し、医学的に回復の見込みがないと医師に診断される状態にある患者

3 基本姿勢

- (1) 患者の人生の歴史を尊重した上でケアを実践する
- (2) 患者・家族の思いや願いを汲み取る姿勢で臨む
- (3) 患者と家族の思いが食い違う場合は、患者の思いを最優先する
- (4) 一貫したケアに努める
- (5) QOL (Quality of Life : 生活の質) を損なわないように、苦痛の除去、安楽で安心を感じるケアを目指す
- (6) 患者とともに家族の精神的負担への対応を意識して実施する

4 実施内容

- (1) 当院は、患者並びに家族に対し、当院における看取りの目的を明確にし、必要が生じた場合は、意思確認をして同意を得る
- (2) 医師により医学的に回復の見込みがないと判断された場合は、医療・ケアチームで情報を共有し終末期ケアを実施する
- (3) 看取りの実施に当たっては、医療・ケアチームを中心に、全職員が統一した認識を持って計画を策定し、患者並びに家族に対し十分な説明を行い、同意を得る。また、必要に応じて適宜計画の見直しや変更の際には、患者または家族に対し説明し同意を得る

5 実施にあたって

(1) 施設整備

尊厳ある安らかな最後を迎えていただくために、個室を提供する等、その人らしい人生を全うしていただくため環境整備に努める。また家族の面会や付き添い等の協力体制に対し、出来る範囲内での設備器具を提供する。

(2) 施設内の連携体制

看取りの実施に当たっては、関わる全ての職員で情報の共有化を図り、協力体制を築く。協力体制のもと、両者の安らかな状態を保つように状態把握に努め、随時チームカンファレンスを行いながら、必要なケアを提供する。

(3) ケアに関わる以下の記録を整備する

- ①終末期ケアについての同意書
- ②医師の指示書
- ③終末期ケア計画書
- ④経過観察記録
- ⑤ケアカンファレンスの記録
- ⑥臨終期の記録
- ⑦終末期ケア終了時のカンファレンスの記録

(4) 職員教育

よりよいケアを行うため、死生観に関する研修等を行い、看取りについての理解を深めることに努める

(5) 役割分担

- ①管理者・・・総括
- ②医師
 - ・終末期ケアへの移行段階の判断
 - ・家族への説明
 - ・緊急時や夜間帯の対応と指示
 - ・協力病院との連絡調整
 - ・カンファレンスの参加
 - ・死亡確認、死亡診断書等の作成
- ③相談員や介護支援相談員
 - ・終末期ケア計画書の作成
 - ・継続的な家族支援
 - ・緊急時のマニュアル作成と周知
 - ・カンファレンスへの参加と記録
 - ・死後のケアとしての家族支援と身辺整理
- ④その他職員
 - ・きめ細やかな食事、排泄、清潔保持の提供
 - ・身体的、精神的な緩和ケア
 - ・カンファレンスへの参加
 - ・状態観察と経過観察記録や臨終期記録への記載

(6) 看取りに関する研修

職員に対し以下の内容について教育する

- ①看取りの理念 ②死生観 ③看取り期に起こり得る変化と対応 ④夜間及び緊急時の対応
- ⑤チームケアの充実 ⑥家族支援 ⑦検討会

【参考資料】

- ・人生の最終段階における医療・ケアの決定、プロセスにおけるガイドライン

看取りについての事前確認書

患者様へ

当院では、ご希望される方には精神面のケアを中心とした終末期ケアを行っています。
患者様の容体が悪くなった時には、倫理的に問題のない範囲で、ご自身のご要望をできる限り
反映させていただきたいと考えております。つきましては以下の質問項目により、患者様が終末期ケア
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、ご回答いただきますよ
うお願い申し上げます。

1 終末期を迎えたい場所はどこですか？ ☐施設で最後を迎えたい
☐自宅に戻って最後を迎えたい
☐入院のまま最後を迎えたい
☐自宅または施設で過ごし最後を病院で迎えたい
☐今はわからない

2 終末期には、積極的な延命治療を望めますか？
☐望む
☐望まない 自然な形でいい
☐今はわからない

3 急変時（心停止・呼吸停止）に蘇生（心臓マッサージ・人工呼吸器の装着）を希望されますか？
☐希望する
☐希望しない
☐今はわからない

4 病気について全てをお知りになりたいですか？
☐知りたい
☐知りたくない
☐今はわからない

5 その他（ご希望、ご要望があればご記入ください。）
点滴・酸素吸入・疼痛コントロール・介護用品を使用した安楽な体位など

注）上記の内容は、変更することが可能ですので、いつでも申しつけてください。また、本紙記載は
利用にあたって必ずご記入いただく性質のものではありません。

令和 年 月 日

患者様

印

身元引受人

印（続柄 ）

その他のご家族

印（続柄 ）

主治医

印

終末期ケアについての同意書

終末期ケアについて、貴院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。また、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承諾しました。

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 積極的治療より、痛みや苦痛の症状の軽減に努め、穏やかに過ごしていただくケアに移行します。
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救急蘇生『心臓マッサージ・人工呼吸器装着など』は行わず、自然な形で看取らせていただきます。
- 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
様の
尊厳を守るよう援助させていただきます。
- ③医師の指示を仰ぎながら、苦痛や痛みを和らげる方法を取り、出来る限りのケアを提供させていただきます。
- ④ご家族の希望に沿った対応に心がけます
- ⑤ご本人並びにご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。

令和 年 月 日

患者様	氏名	印
身元引受人	住所	
	氏名	印（続柄
（その他のご家族）	住所	）
	氏名	印（続柄
		）

説明医師若しくは主治医 印

立会人	職名	氏名	印
-----	----	----	---

深川市立病院 病院長 新居 利英

終末期ケアにおける確認事項

患者氏名 様

確認項目	確認事項等	備考
------	-------	----

付き添いの不可	不 ・ 可	
---------	-------	--

臨終の時側にいる方

連絡先（3か所）

- 1.
- 2.
- 3.

退院時（臨終時）に患者様に着せたいもの ☐ ご家族持参のもの ☐ 病院指定の寝間着
☐ その他（ ）

患者様の移送方法 ☐ 葬儀会社 ☐ その他（ ）

患者様の退院先 ☐ ご自宅 ☐ ご親族宅 ☐ 斎場 ☐ その他（ ）

ご葬儀の場所

確認日時：令和 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：