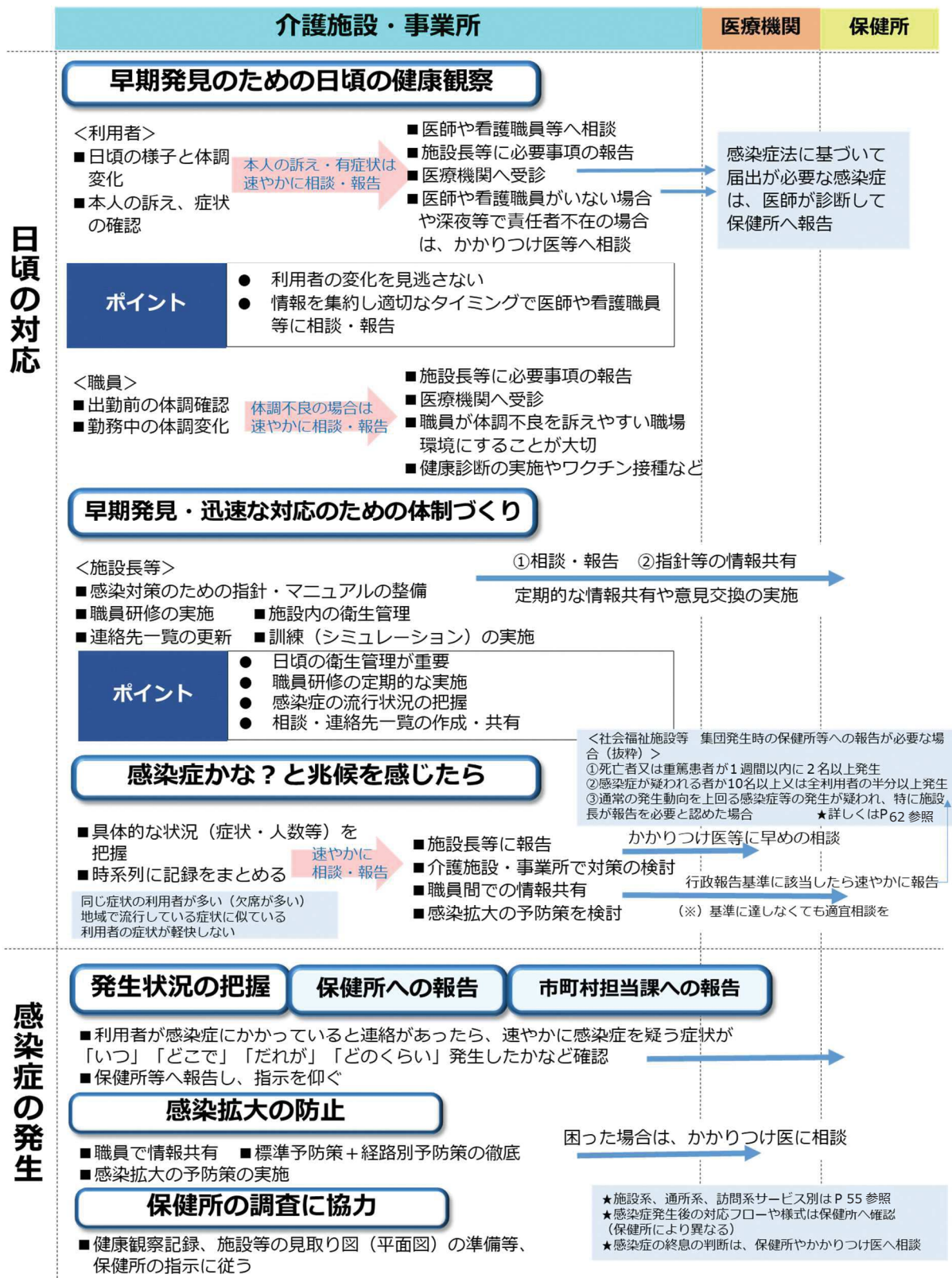
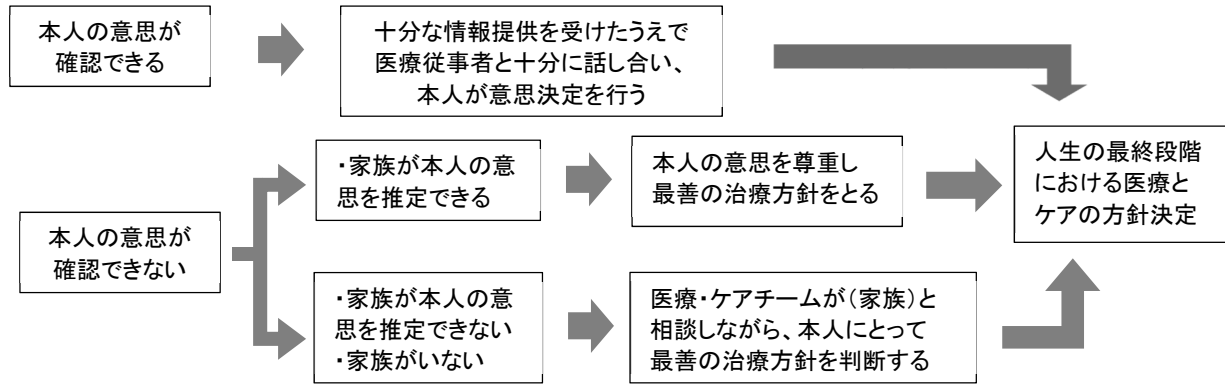


(参考) 日頃から感染症発生時の対応までの流れ



【引用】介護現場における感染対策の手引き第3版（厚生労働省老健局）令和5年9月

## ◎ 人生の最終段階における医療とケアの話し合いのプロセス



【引用】人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン 改変(厚生労働省)

## ◎ 入所から終末期までにたどる経過（時期、プロセスごと）とそれに応じた介護の考え方

## 適応期（入所時）

## 【介護の考え方】

- ・施設の理念や看取り介護指針の説明、施設で対応できる範囲と内容への理解促進
- ・終末期医療のあり方についての情報提供と死生観（自分らしく生き、自分らしい最期を迎えること）の醸成に向けたアプローチ

## 適応期（入所1か月後）

## 【介護の考え方】

- ・施設での生活に対する入所者や家族の希望・要望の把握
- ・入所者や家族との日頃の関わりを通じた、終末期の迎え方の意向確認

## 安定期

（入所半年後・定期的なケアプランの更新時期）

## 【介護の考え方】

- ・一定の期間を過ごした施設での意識変化や今後の生活に対する希望等の把握
- ・入所者や家族の意向をふまえたうえでの中・長期的な目標設定とケアプランへの反映

## 不安定・低下期

（衰弱傾向の出現・進行）

## 【介護の考え方】

- ・今後の経過といずれ予想される状態についての説明及び情報提供
- ・施設で対応可能な医療提供と、入所者や家族の希望する支援とのすり合わせ

## 看取り期（回復が望めない状態）

## 【介護の考え方】

- ・医師の診断と、想定される経過や状態について具体的な説明
- ・詳細な日々の様子の報告と、入所者や家族の受け止め方や気持ちの揺れなどへの対応
- ・入所者や家族が死を受容し、その人らしい最期を迎えられるよう援助する

## 看取りからその後まで

## 【介護の考え方】

- ・家族のグリーフケア（心理的支援）と諸手続きの支援

【引用】看取り介護指針・説明支援ツール 改変(全国老人福祉施設協議会)

## ◎蘇生処置を希望しない意思確認について

終末期に心肺停止状態となった時、ご本人や御家族が望まない処置を受けることがないよう、普段から入所者の方の意向について、かかりつけ医を交えて相談し、意向については書面に残しておくことが重要です。

### <蘇生処置を希望しない意思表示がある方への対応について>

- 蘇生処置を希望しない意思表示があった場合でも、救急車を要請すれば、応急処置を何もせずに医療機関へ搬送することはできません。心肺蘇生の応急措置は実施します。
- 蘇生処置を希望しない意思表示をされている入所者が心肺停止状態となった場合は、まずかかりつけ医に連絡をとり、医師の指示のもと救急車を要請します。

### 救急搬送について

救急隊は、人命救助のため救急処置や医療機関への搬送を行うことが任務です。

看取りを希望されている方が、心肺停止状態になった場合等において、救命処置を行わずに医療機関へ救急搬送することは法律上できません。

明らかに死亡されていると判断される場合、原則、救急搬送は行いません。

#### 【救急搬送を行わない基準（①～⑥全てに該当）】

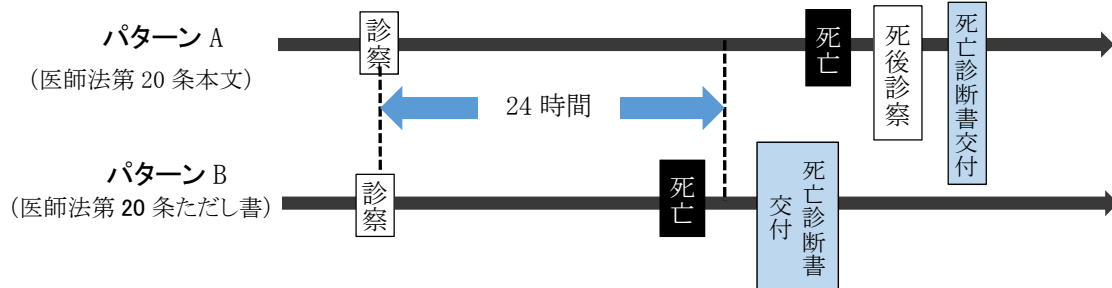
- ① 意識がない
- ② 呼吸がない
- ③ 脈拍がない
- ④ 瞳孔が散大し反射がない
- ⑤ 体温を感じられず、冷感がある
- ⑥ 死後硬直又は死斑がある

【参考】介護施設における心肺停止時のDNAR対応マニュアル（消防庁消防防災科学技術推進制度）  
「救急活動時の適正な観察について」（消防庁救急企画課長通知）

## ◎死亡診断書について

看取りにおいては、医師との連携が重要です。ただ、これまで患者の診察を行ってきた医師は、死亡に立ち会えなくても死亡診断書を交付することができます。

## 【医師が患者の死亡に立ち会わず死亡診断書を交付する場合の考え方】



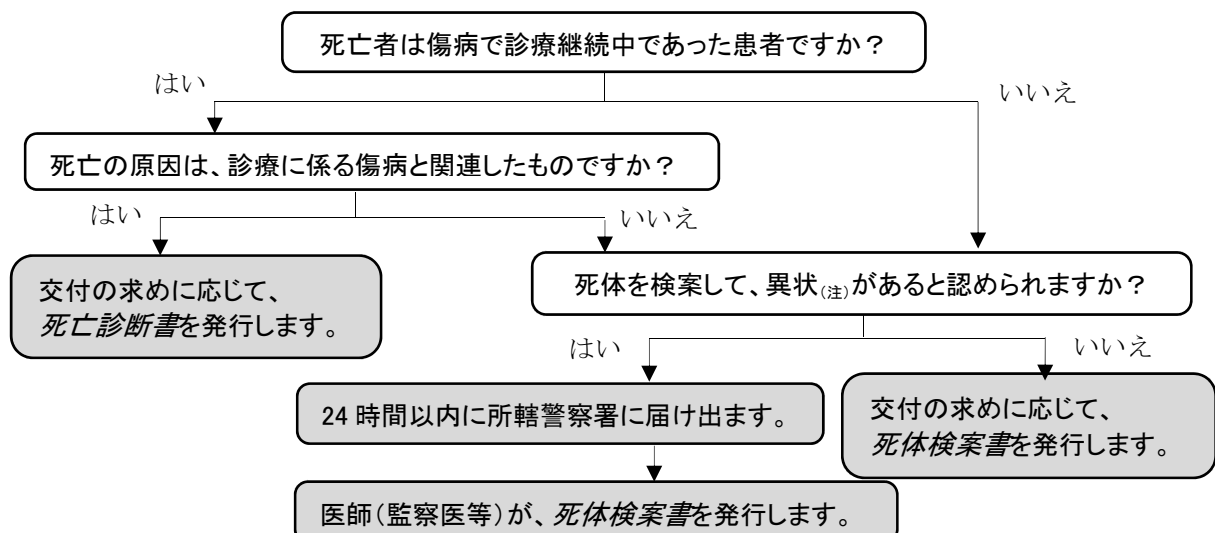
## &lt;パターン A&gt;

診療中の患者が死亡した場合、死亡後 24 時間以上経過していても、死亡後に改めて診察し、死亡の事実、死因が生前に診療していた傷病に関連する死亡であると判断できる場合には、死亡診断書を交付することができます。

## &lt;パターン B&gt;

最終診察後 24 時間以内に患者が死亡した場合においては、これまで当該患者の診察を行ってきた医師は、死亡後に改めて診察を行うことなく、「生前に診療していた傷病に関連する死亡であること」が判定できる場合には、死亡後改めて診察を行うことなく、死亡診断書を交付できます。

## ◎死亡診断書と死体検案書の使い分け



- ・看取りのための救急搬送を行い、主治医でない医師が死亡確認を行った場合、上記のように「死体検案書」を発行することになります。状況に応じては死因を特定するために検査が必要となったり、確認のために長時間を要したりすることがあります。さらには、警察による聞き取りが行われる場合もあります。
- ・また、一般的に「死亡診断書」に対して「死体検案書」は作成費費用が高額です。

(参考) 医師法第 20 条 (無診察治療等の禁止)

医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。但し、診察中の患者が受診後 24 時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りではない。

(参考) 医師法第 20 条ただし書の適切な運用について (通知)

(平成 24 年 8 月 31 日付け医政医発 0831 第 1 号) (抄)

- 1 医師法第 20 条ただし書は、診療中の患者が診察後 24 時間以内に当該診療に関連した傷病で死亡した場合には、改めて診察をすることなく死亡診断書を交付し得ることを認めたものである。このため、医師が死亡の際に立ち会っておらず、生前の診察後 24 時間を経過した場合であっても、死亡後改めて診察を行い、生前に診療していた傷病に関連する死亡であると判定できる場合には、死亡診断書を交付することができること。
- 2 診療中の患者が死亡した後、改めて診察し、生前に診察していた傷病に関連する死亡であると判断できない場合には、死体の検案を行うこととなる。この場合において、死体に異常があると認められる場合には、警察署へ届け出なければならないこと。

【引用】 死亡診断書 (死体検案書) 記入マニュアル令和 5 年度版 改変 (厚生労働省)

# 利用者様ご相談票

参考様式 1

令和 年 月 日 時 分

【送付先】		【発信者】						
TEL : 0 2 3 8 -		TEL : 0 2 3 8 -						
FAX : 0 2 3 8 -		FAX : 0 2 3 8 -						
【件名】 症状悪化が見られた利用者に関する情報と対応についての相談								
【枚数】 枚 (この用紙含む)								
お世話になっております。 施設利用している方に、状態悪化がみられたため連絡いたしました。 先生のご指示をお願いいたします。								
<input type="checkbox"/> 至急ご回答ください <input type="checkbox"/> こちらからお電話します <input type="checkbox"/> 時間がある時お電話ください								
氏名	フリガナ	男	生年	T, S, H	年	月	日	
		女	月日			( )	歳	
症	特にご相談したいこと						蘇生処置の希望	
							あり ・ なし ・ 不明	
	月 日 ( )		時の状況		経過		傾向	
	体温 ( ) °C						悪化 ・ 不変 ・ 改善	
	SpO2 ( ) %						悪化 ・ 不変 ・ 改善	
	呼吸回数 ( ) 回/分						悪化 ・ 不変 ・ 改善	
	脈拍 ( ) 回/分						悪化 ・ 不変 ・ 改善	
	血圧 ( / ) mm Hg						悪化 ・ 不変 ・ 改善	
	浮腫 ( - ・ ± ・ + ・ Ⅱ ・ Ⅲ )						悪化 ・ 不変 ・ 改善	
	食事量 ( ) 割摂取						悪化 ・ 不変 ・ 改善	
状	排尿回数 ( ) 回/日						悪化 ・ 不変 ・ 改善	
	意識状態 ( )						悪化 ・ 不変 ・ 改善	
解熱剤等の内服状況								
備考	(例：家族が入院を希望している。)							
返信欄								

# 利用者様ご相談票（記入例）

令和 年 月 日 時 分

【送付先】 〇〇医院 ▲▲先生 殿		【発信者】 〇×特別養護老人ホーム						
TEL：0238-		TEL：0238-						
FAX：0238-		FAX：0238-						
【件名】症状悪化が見られた利用者に関する情報と対応についての相談								
【枚数】 枚（この用紙含む）								
お世話になっております。 施設利用している方に、状態悪化がみられたため連絡いたしました。 先生のご指示をお願いいたします。								
<input checked="" type="checkbox"/> 至急ご回答ください <input type="checkbox"/> こちらからお電話します <input type="checkbox"/> 時間がある時お電話ください								
氏名	フリガナ	男	生年	T, S, H	年	月	日	
		女	月日				( ) 歳	
症	特にご相談したいこと 利用者さまの熱がさがらず、食事量も減ってきている。						蘇生処置の希望 あり・なし・ <b>不明</b>	
	○月 ×日 (△) □ 時の状況			経過		傾向		
	体温 ( 38.9 ) °C			昨夜から 38~39°C		<b>悪化</b> ・不変・改善		
	SpO2 ( 95 ) %			発熱前 97%。発熱後 95%。		<b>悪化</b> ・不変・改善		
	呼吸回数 ( 25 ) 回/分					悪化・ <b>不変</b> ・改善		
	脈拍 ( 98 ) 回/分			昨夜から上昇		<b>悪化</b> ・不変・改善		
	血圧 ( 136/88 ) mm Hg					悪化・ <b>不変</b> ・改善		
	浮腫 ( <b>○</b> ・±・+・++・+++ )					悪化・ <b>不変</b> ・改善		
	食事量 ( 4 ) 割摂取			昨夜から減少。飲水可。		<b>悪化</b> ・不変・改善		
	排尿回数 ( 5 ) 回/日			本日は濃縮尿		<b>悪化</b> ・不変・改善		
状	意識状態 ( 通常と変わらず会話可能 )						悪化・ <b>不変</b> ・改善	
	解熱剤等の内服状況 昨日夜から発熱。カロナール 200 mgを毎食後内服しているが、解熱しない。							
備考	(例：家族が入院を希望している。) 点滴治療だけは行ってほしいと家族から希望あり。							
返信欄								

看取りについての事前確認書（例）

利用者の皆様へ

当施設では、御希望される方には精神面でのケアを中心とした、終末期ケアを行っています。利用者の方の容態が悪くなった時には、倫理的に問題のない範囲で、御自身の御要望をできる限り反映させていただきますと考えております。

つきましては、以下の質問項目により、利用者の方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、御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	<input type="checkbox"/> 施設で最期を迎えたい <input type="checkbox"/> 自宅に戻って最期を迎えたい <input type="checkbox"/> 入院を希望する（病院で最期を迎えたい） <input type="checkbox"/> 今はわからない												
2. 終末期には、積極的な延命治療を望まれますか	<input type="checkbox"/> 希望する 心臓マッサージ <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない 気管挿管 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない 酸素マスク <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望しない 自然な形でいい <input type="checkbox"/> 今はわからない												
3. 急変時（心停止・呼吸停止）に病院への搬送を希望されますか	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 今はわからない												
4. 口から食べられなくなった場合、次のことを望まれますか。	<table border="0"> <tr> <td>① 経鼻経管栄養</td> <td><input type="checkbox"/> 希望する</td> <td><input type="checkbox"/> 希望しない</td> </tr> <tr> <td>② 胃ろう増設</td> <td><input type="checkbox"/> 希望する</td> <td><input type="checkbox"/> 希望しない</td> </tr> <tr> <td>③ 中心静脈栄養</td> <td><input type="checkbox"/> 希望する</td> <td><input type="checkbox"/> 希望しない</td> </tr> <tr> <td>④ 末梢からの点滴</td> <td><input type="checkbox"/> 希望する</td> <td><input type="checkbox"/> 希望しない</td> </tr> </table>	① 経鼻経管栄養	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	② 胃ろう増設	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	③ 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	④ 末梢からの点滴	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
① 経鼻経管栄養	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない											
② 胃ろう増設	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない											
③ 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない											
④ 末梢からの点滴	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない											

注) この確認書は施設を利用するにあたって必ず御記入いただく性質のものではありません。上記の内容は、いつでも変更することが可能ですので、職員まで申し付けてください。

年      月      日

利 用 者                      氏      名

身元引受人  
(契約者)                      氏      名                                      (続柄                      )

                                    (家族等)                      氏      名                                      (続柄                      )

                                    氏      名                                      (続柄                      )

職員氏名； \_\_\_\_\_

職員氏名； \_\_\_\_\_

【引用】看取りに関する手引き(在宅及び高齢者施設等における看取り)－改訂版－ 改変(山形県村山保健所、山形在宅ケア研究会)



## 終末期ケアにおける確認事項（例）

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 様

確認項目	確認事項等	備考
付き添いの可否		
臨終の時側にいる方		
連絡先（3カ所）	① ② ③	
臨終時に着せたいもの		
遺体の移送方法		
遺体の移送先		
葬儀の場所		

確認日時： \_\_\_\_\_ 年 月 日（ ） 時 分

確認者： 身元引受人氏名 \_\_\_\_\_

職員 職名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

その他特記事項： \_\_\_\_\_

【引用】看取りに関する手引き(在宅及び高齢者施設等における看取り)－改訂版－(山形県村山保健所、山形在宅ケア研究会)