

# 在宅看取りガイドライン

---

【Ver.1.1】

新潟県厚生連佐渡総合病院 在宅看取り検討会

2018年10月

## 1. ガイドライン作成の背景

---

厚生労働省は、人々ができる限り住み慣れた地域で療養することができるよう、在宅医療を推進している。しかし、佐渡地域においては、在宅診療を行う医師が不足し、在宅医療のシステム構築は困難な状況となっている。

そのような中でも、終末期の状態となり、最期は住み慣れた自宅で迎えたいと在宅看取りを希望する方も少なからず存在する。しかし、医師が在宅へ訪問することが困難な背景があり、死亡診断のために救急搬送を依頼するしかなく、希望しない蘇生処置が実施された事例を経験した。患者に苦痛をもたらし、家族は混乱し、後悔の念に支配されたことと推測する。また、患者をサポートしていた医療従事者にもジレンマが生じていた。この背景には、消防法の縛りがある。救急隊員は救急業務を遂行する責務があり、救急搬送を要請されれば心肺蘇生を実施しなければならない。そのため、救急隊員が責められるものではない。また、これだけではなく、病院-訪問看護ステーションの連携不足、病院における看取りに関連する意思決定支援の不足、臨死期を迎える家族へのサポートの不足などの要因も考えられた。

以上の経緯を踏まえ、当院の医師・看護師、訪問看護ステーションの看護師、救急隊員が集結し、『在宅看取り検討会』を発足させた。当検討会では、在宅看取りにおける現状を共有し、問題点を明確にして対応策を検討してきた。患者、家族が希望する在宅看取りを実現させるためには、それをサポートしていくためのガイドラインが必要であると考え、ここに作成した。

## 2. ガイドラインの目的

---

患者または家族が在宅看取りを希望する際に必要となるサポートの指針とする。

## 3. 用語の定義

---

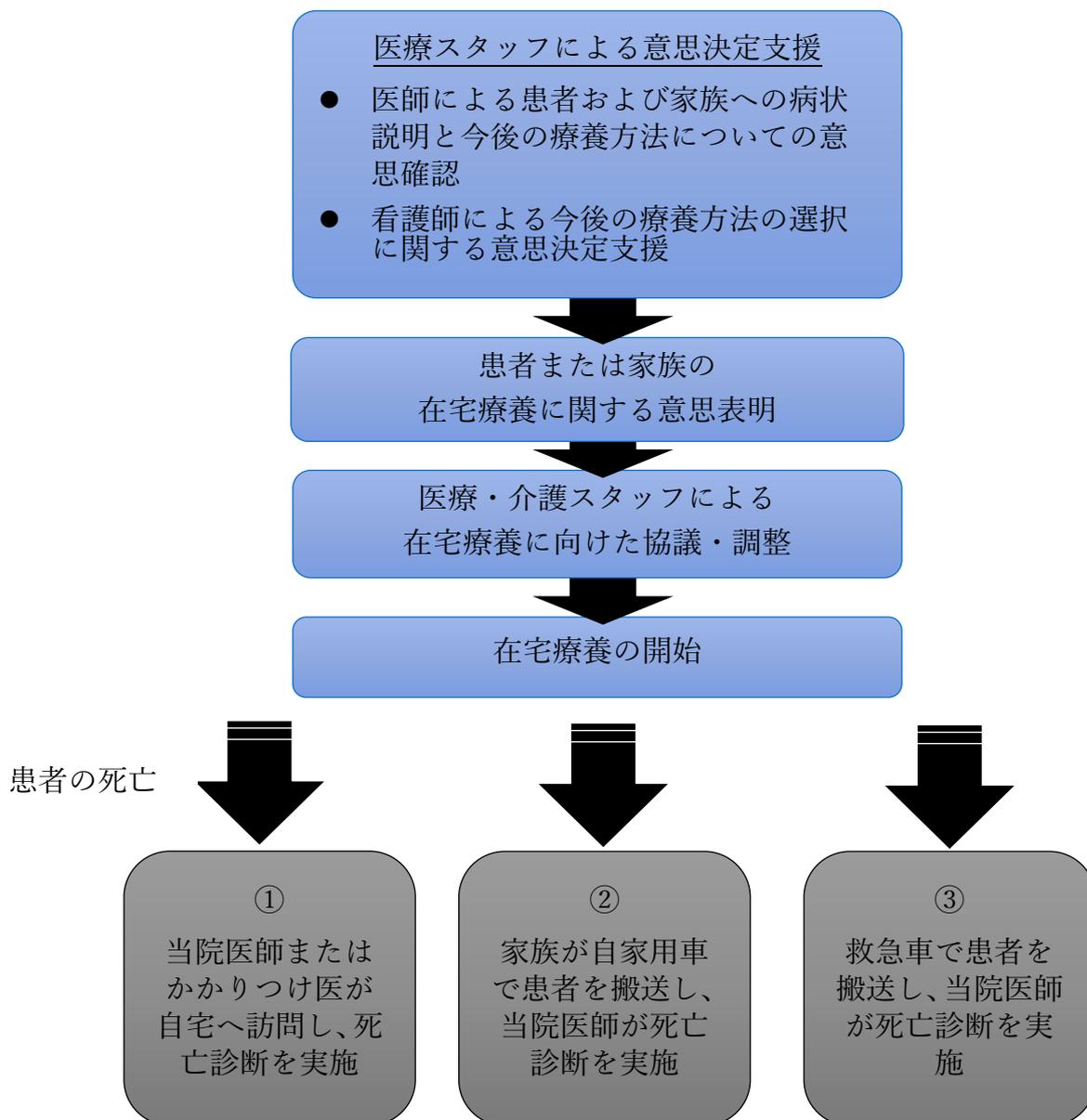
- 看取りケア：無益な延命治療をせずに、自然の過程で死にゆく高齢者を見守るケアをすること。
- DN(A)R：尊厳死の概念に相通じるもので、がんの末期、老衰、救命の可能性がない患者などで、本人(または家族が推測する本人の意思)による希望で心肺蘇生法(CPR)を行わないこと、これに基づいて医師が指示する場合をDNR指示(do not resuscitation order)という。
- かかりつけ医：なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。
- 主治医：主となってその患者の治療にあたる医師。

## 4. ガイドラインの適応範囲

当院において主たる疾患に対する診療を受けている患者を適応とする。他の医療機関で主たる疾患に対する診療を受けている患者においては、適応としない。また、他の医療機関にかかりつけ医がいる場合においても、当院において主たる疾患に対する診療を受けている患者については適応とする。

## 5. 在宅看取りサポートフロー

【終末期の段階における在宅療養に関するサポートフロー】



## 6. 在宅看取りへの具体的支援方法

支援内容	誰が	いつ	何をする
病状説明	医師	病状悪化が認められたとき	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 患者または家族へ病状説明をする。今後の療養場所の選択肢についても提示して説明する。その際、看取り方法についても提示する。</li> </ul>
今後の療養場所の選択に関する意思決定支援	看護師	医師からの病状説明後	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 患者または家族へ心理的サポートを行いながら、今後の療養場所の選択に関する意思決定支援を行う。必要な情報提供や問題点の明確化への支援を行う。</li> </ul>
今後の療養場所の選択に関する意思決定支援	看護師	患者または家族の意思決定後	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 患者または家族の意思決定の理由や背景を把握し、心理的サポートを継続する。</li> </ul>
今後の療養場所の選択に関する意思決定支援	医師、看護師	意思決定のプロセスにおいて	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 意思決定に関して、医師、看護師でカンファレンスを実施し、倫理的課題が潜んでいないか確認する。</li> </ul>
医師の方針の明確化	医師	患者または家族の意思決定後	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 看取り方法の方針について決定し、コメディカルへ示す。</li> <li>● 患者または家族へ、無益な蘇生処置の回避についても説明し、事前意思表明書について提示し、今後の医療・ケアに関する希望・要望を確認する。</li> <li>● 患者または家族から示された事前意思表明書の存在について共有するため、電子カルテ掲示板・重要事項へ「在宅看取り DNR あり」と示す。</li> </ul>
臨死期に向けた家族サポート	看護師	患者または家族の意思決定後	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 家族へ、資料に沿って看取り時の対応について説明する。</li> </ul>
訪問看護依頼	医師	在宅看取りが決定したとき	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 訪問看護指示書を作成する。</li> </ul>
MSW 介入依頼	看護師	在宅看取りが決定したとき	<ul style="list-style-type: none"> <li>● MSW へ介入を依頼する。</li> </ul>
社会的サポート	MSW	介入依頼後	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 患者状態をアセスメントし、必要な支援を検討して調整する。</li> </ul>
訪問看護によるサポート	訪問看護師	介入依頼後	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 必要な情報を把握し、今後の支援方法を検討する。</li> </ul>
在宅看取りに向けた連携の強化	看護師	在宅看取りが決定したとき	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 在宅チームメンバー(訪問看護師、ケアマネージャー、介護スタッフなど)と在宅看取り方針の決定の経緯について共有できるように働きかける。(病院看護師は、看護サマリを作成する)</li> <li>● 必要に応じて多職種カンファレンスを実施し、在宅療養に向けた協議、調整を実施する。</li> </ul>

支援内容	誰が	いつ	何をする
死亡診断① 当院医師または かかりつけ医が 自宅へ訪問し、 死亡診断を実施	医師	在宅看取りの 意思決定がさ れたとき	<ul style="list-style-type: none"> <li>● かかりつけ医へ看取りを依頼する場合には、事前に診療情報提供書で情報提供し、連携を図る。</li> </ul>
	訪問看護師	患者死亡時	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 主治医へ患者状態を報告する。</li> </ul>
	医師	患者死亡時	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 訪問看護師の連絡を受け、自宅へ訪問し、死亡診断を実施する。</li> <li>● 医院または病院に戻り、死亡診断書を作成する。</li> </ul>
	訪問看護師	患者死亡時	<ul style="list-style-type: none"> <li>● エンゼルケアを実施する。</li> </ul>
死亡診断② 家族が自家用車 で患者を搬送 し、当院医師が 死亡診断を実施	看護師	患者死亡時	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 家族からの電話連絡を受け、医師へ報告する。</li> <li>● 心情に配慮しながら、家族へ来院方法、来院場所などを説明する。</li> </ul>
	医師	患者死亡時	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 平日昼間：主治医が死亡診断を実施する。</li> <li>● 夜間・休日：救急外来担当医師が死亡診断を実施する。</li> </ul>
	看護師	患者死亡時	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 平日昼間：外来看護師がエンゼルケアを実施する。</li> <li>● 夜間・休日：救外看護師がエンゼルケアを実施する。</li> </ul>
死亡診断③ 救急車で患者を 搬送し、当院医 師が死亡診断を 実施	看護師	患者死亡時	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 救急要請の連絡を受け、医師へ報告する。</li> <li>● 電子カルテの掲示板・重要事項を確認し、「在宅看取り DNR あり」の表示の有無を確認する。</li> <li>● 蘇生拒否の事前意思表示書があれば、そのことを消防本部へ伝達する。</li> </ul>
	医師	患者死亡時	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 救急隊員より、蘇生に関する問い合わせがあった場合には、蘇生拒否の事前意思表示書を確認し、蘇生を希望していないことの情報伝達する。</li> <li>● 平日昼間：主治医が死亡診断を実施する。</li> <li>● 夜間・休日：救急外来担当医師が死亡診断を実施する。</li> </ul>
	看護師	患者死亡時	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 平日昼間：外来看護師がエンゼルケアを実施する。</li> <li>● 夜間・休日：救外看護師がエンゼルケアを実施する。</li> </ul>

## 7. 在宅看取りに関する注意事項

---

- 死亡診断③となった場合、救急隊員による蘇生処置は実施されることになるため、事前に患者または家族へ説明をしておく必要がある。
- なるべく死亡診断③の状況にならないよう、死亡診断①または死亡診断②による対応ができるよう早期からサポートする。また、やむを得ない状況の場合は、臨死期に入った時点での入院を考慮することも選択肢に入れる。
- 電子カルテの掲示板に表示されている「DNR」は、院内でのみ有効になるものである。すべての場合に有効になるものではないため、在宅看取りにおいては別に意思確認すべきである。
- 事前意思表明書の代理意思決定者の署名欄は、代理意思決定者本人が自分で記載して頂くこととする。また、事前意思表明書を受け取った際には、それを確認することとする。
- 事前意思表明書は、何回か書き直されることが想定される。そのため、いつ記載されたものかを確認し、最新のものを活用することとする。

## 8. 在宅看取りに必要な書類

---

- 無益な蘇生処置回避に関する事前意思表明書

## 9. 今後必要になるスタッフ教育

---

- 【医師】 悪い知らせの伝え方に関する教育
- 【多職種】 死生観を深める教育
- 【多職種】 DNRに関する共通認識のための教育
- 【多職種】 アドバンス・ケア・プランニングに関する教育
- 【多職種】 地域連携に関する教育
- 【看護師】 意思決定支援に関する教育
- 【看護師】 臨死期を迎える家族へのケアに関する教育
- 【看護師】 エンゼルケアに関する教育

## 10. 地域への働きかけ

---

患者、家族が希望する在宅看取りを実現させるためには、患者自身が元気なうちから、自分の人生の終焉について思考し、希望することを言語化してキーパーソンへ伝達しておくことが重要である。つま

り、アドバンス・ケア・プランニングを広めることが必要である。これは、医療の範疇に留まらない事柄もあるため、佐渡地域としての導入が必要である。今後は、行政へのアプローチ、市民への働きかけも必要であるが、まずは、医療としてのサポート体制を強化していけるよう取り組んでいきたいと考える。

## 11. ガイドラインの管理

---

今後、当ガイドラインに関わる管理は、緩和ケアチームが担当することとする。