

## ターミナル（終末期）ケア及び看取りに関する指針

### 1. ターミナル（終末期）ケアについて

利用者の皆様におきましては、末永くお元気で過ごされることを一番に願い、日々の介護に努めております。しかし、体調を崩された場合、通院や入院を繰り返されると思います。そこで、最終的に延命のための病院での治療を望まれない場合、当ホームにおいて余生を全うされるように心をこめて看取りを行う所存です。

その際は、改めて、家族の方々をはじめ、主治医、看護師、介護士、管理者、介護支援専門員と話し合いを持ちます。また、看取りの同意書を書いていただくこととなります。

できるだけ、本人や家族のお気持ちに副いながら職員一同最期の時間を大切に過ごす事ができますよう努めてまいります。

### 2. 看取りについて

当ホームでは、利用者がかかりつけ医師により一般的に認められている医学的知見から疾患回復の見込みがない終末期の状態であると診断され、かつ当ホームを利用した状態に於ける看取りの対応が可能な状態と判断され、利用者・家族が対応を希望された場合に、医師、看護師協力の下、できる限りの看取りの介護の対応を行います。

### 3. 利用者・家族への意志の確認、説明と同意

- (1) 医師が上記状態で看取り介護の必要性があると判断した場合、当ホーム管理者を通じて連絡を取り、医師より利用者又は家族への説明を行います。また管理者より当ホームでできる範囲の看取り体制を説明します。
- (2) この説明を受けた上で、利用者又は家族は、利用者が当ホームで看取り介護を受けるか、医療機関に入院するかどうかいつでも選択する事ができます。医療機関への入院を希望する場合、当ホームは入院に向けた支援を行います。
- (3) 当ホームでの看取り介護を希望された場合、計画作成担当者は、医師、看護師、介護士等と協働して看取り介護の計画を作成します。終末期の対応開始後も、状態の変化があればその都度家族と連絡を取り、職員又は医師、看護師から説明を行い、当ホームにおける看取り介護の継続を希望するか意志の確認を行います。

### 4. 看取り介護の内容

#### (1) 栄養と水分

看取り介護にあたっては他職種と協働し、利用者の食事、水分摂取量、浮腫、尿量、排便量等の確認を行うとともに、利用者の身体状態に応じた食事の提供や好みの食事等の提供に努める。

#### (2) 清潔の保持

利用者の身体に応じた可能な限り入浴や清拭を行い、清潔保持と感染症予防に努める。

#### (3) 苦痛の緩和

##### ①身体的ケア

利用者のバイタルサイン（体温、血圧、呼吸など）把握のうえ、その身体状況に応じた安楽な体位の工夫及び疼痛緩和の処置を行う。

## ②精神ケア

身体機能が衰弱し、精神的苦痛を伴う場合、コミュニケーション（感情の表出を助ける）を重んじ、手を握る、体をさする、寄り添う等のスキンシップや励まし、安心させる声かけ等の対応に努める。

### （４）家庭に対する支援

話しやすい環境作りと希望や不安への真な対応、変化していく身体状況や介護内容については、定期的な医師等からの説明を行い、家族から求められた場合における宗教的な関わりと援助を行い、適時意向を確認しながら家族の身体的・精神的負担の軽減に配慮していく。

### （５）急変時の対応

当ホームの緊急時の連絡（２４時間）体制によって家族及び主治医に連絡し、死後の処置の準備等適切な対応をする。

## ５．死後のケア

（１）医師による死亡確認後、エンゼルケアを施行し、家族と可能な限り見取り介護に携わった全職員でお別れするようにします。

（２）葬儀に関する情報提供、遺留金品の引き渡し、その他相続等に対応します。

（３）当ホーム職員及び関係職員において総括会議を行います。

## ６．家族の方へのお願い

最期は出来るだけ家族の方にも一緒に看取って頂きたいため、見取り介護の必要な状態にある場合には、釜石市内もしくは２０～３０分以内で駆けつけられる所で待機して頂きたいと考えております。家族の方が遠方在住の場合は、親戚や知人へ看取り立会いの依頼をして頂き、家族同様の対応をお願い致します。当ホームでの泊りがけの看取りが必要な場合や泊り（付き添い）を希望される方へは、本人との同室にはなりますが対応致します。その場合は、寝具料５００円、食事代１日１５００円徴収させていただきます。

平成 年 月 日

所在地 釜石市大町第３地割第９番地１６号  
名称 グループホーム・小規模多機能ホーム やかた

説明者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

私 \_\_\_\_\_ は、コンフォートライフ合同会社が設置、運営する（認知症対応型共同生活介護）グループホーム・（小規模多機能型居宅介護事業所）小規模多機能ホームやかたを利用するにあたり、見取り介護について本書面「ターミナル（終末期）ケア及び見取りに関する指針」の説明を受け、その主旨等を理解するとともに同意します。

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_（続柄）\_\_\_\_\_