

みとり・終末期ケア・入院時等の対応指針

小春日和

1. 指針の基本・・・みとり介護

グループホーム等の入居者に、認知症の進行や寝たきり状態または医療行為等の必要性が生じたときは、在宅訪問医療の利用または入院や他の施設への移動など、より適切な選択肢につき、身元引受人等との協議により努力することになります。

ただし、感染症など他の病気や共同生活に問題ない場合は、当ホームでできる限り最後まで暮らしていくことができる(みとり介護)ように、訪問医療など医療関係者、家族等と協力して努力していきます。

2. 重度化対応、終末期ケアのできない場合(例)

①認知症等の進行:

ア、通常の介護では難しい状態。

イ、ホームでの共同生活上での支障の発生及び感染症等、他の入居者に多大の影響を与えると判断した場合。

(※、やむをえない身体拘束が必要な場合:身元引受人に説明し、同意をいただくことを前提とする。)

②ねたきり状態:

ア、立位、座位ができない状態。

(ただし、短期間の見通しで、訪問医療で対応できる場合は可とします。)

③医療行為が必要となった場合:

※ 例:インスリン注射、胃ろう、経管栄養、たんの吸引等については、現時点では、対応の体制は取れません。

(ただし、訪問医療で対応できる場合は可とします。)

※上記①、②、③が現実的に見込まれる状態。あるいは要介護4または5に認定された時点で特別養護老人ホーム、病院入院等への申込手続きをして頂く等、入居者にとって、より適切な選択肢の確保について、双方で努力する。(ホーム側からも照会等、適切な支援を行う。)

ただし、在宅訪問医療機関との契約により、終末期で、「看取り」可能と判断される場合は、最後まででの「看取り」を行うよう努力します。

3. 入院および他施設への移動

入院、転出については、状況に応じ、基本的に施設側で判断し、身元引受人と相談しつつ、対応する。

入院となった場合の入居費の費用は、部屋代のみとする。

(ただし、入院期間が1か月を超え、長期におよぶ場合や、入退院や救急対応の繰り返しなど不安定な場合などは、入居者の病状等に応じ個別に部屋の確保等、在宅訪問医療の利用、入院、他施設等への移動につき、ご希望を聞きつつ、今後の方向性につき、相談を行い、双方で必要な選択肢の確保に努める。)

- ・入院時または急変時等に、本人・家族による延命治療の要否等の事前指定があれば、それらを把握しておくよう努める。

4. 医療連携

・主治医との連携

主治医の指示、指導をお願いしつつ、時に入院による病院での医療とも連携していく。

訪問医療利用の場合は、主治医を変更し、対応していただく。

・訪問看護ステーションとの連携

できる範囲での、必要な医療等を行いつつ、生活の継続を重視して、入居者が苦痛が少なく、心地よい状態で生活できるように努力する。

・地域の多様なサービスとの連携

調剤薬局との連携、また歯科医師等、必要に応じて多様な専門職との連携を進める。

5. 終末期の当ホームでの看取り希望の場合

・基本的に在宅訪問医療との契約をしていただき、その指示のもと対応する。

・家族等との信頼・協力関係

グループホームでの重度化・終末期の対応を行っていく場合、家族等の信頼・協力関係は欠かせない。家族にも、家族の役割を担っていただくことにより、一緒になって、入居者本人が満足するような看取りの支援をしていく。

6. 延命治療に対する意思表示を、出来る限り明確にしておいて頂く。

7. 医療連携提携先

- ①正翔会クリニック(内科、外科、精神科):訪問診療。24時間・365日
- ②大湫病院(精神科):月1回の定期往診等
- ③阿部歯科医院(歯科、口腔ケア):月1~2回の定期訪問口腔ケア等
- ④訪問看護ナースステーションてとてみずなみ:(週1回の定期健康管理および随時相談等)

同意書

「重度化対応・終末期ケア・入院時等の対応指針」につき、同意いたします。

なお、延命治療については、

1希望する。 2希望しない。 3今はわからない。

(お考えがあれば一緒にご記入下さい。)

年 月 日

利用者名

身元引受人

自署または印