

別紙 1 事故発生等への取り組みについて

当園では、ご契約者が安心して安全に生活がおくれるように最大限に配慮をしておりますが、ご契約者の状態等により以下のような事故が発生する場合がございますので、ご入居にあたり、施設内での事故発生又防止に関してのご理解とご協力の程、よろしくお願い申し上げます。

I. 施設内で事故が発生する原因

高齢になると、加齢に伴う視力・聴力・歩行や座位等の身体機能の低下や認知症等による判断力や理解力の低下がみられるようになります。これに合せて、施設に入居することで、ご自宅との生活環境の変化から不安を感じて不穏な状態となる場合があります。

また、職員の体制も夜勤帯においては、10 人のお客様に 1 名の職員対応の状況となることで、ご本人の要求に十分に対応できず事故が起こる可能性もあります。

II. 施設内で発生する事故等

(1) 「転倒」について

転倒は高齢者事故の 7～8 割を占めており普段つまずくこともなく歩行されていた方がつまずいたり滑ったりされ転倒されることがあります。また、転倒に伴う骨折は、寝たきりや様々な合併症の併発及び認知症の進行等と大きく状態が変化する場合があります。

(2) 「ずり落ち」について

車椅子、便座、椅子やベッドに座られている方がバランスを崩し、自分で移動されようとしてずり落ちてしまう場合があります。

(3) 「誤嚥」について

機能低下に伴い飲み込む力が弱くなり、誤嚥（食べ物などが気管や肺等に入ってしまうこと）する危険性が高くなる傾向にあります。また、誤嚥が原因での窒息や肺炎を起こす場合があります。

(4) 「異食」について

不安やストレス等のため食べ物ではないものを口に入れてしまうような場合があります。

(5) 「外傷」について

高齢者の皮膚は非常にデリケートな状態にあり、ベッドや車椅子等につけたりこすったりした場合にうっ血や裂傷する場合があります。

(6)「無断外出」について

帰宅願望が強くなり施設から外出されはするものの方向がわからず、自分で帰園できず行方がわからなくなる場合があります。

(7)「携帯電話の使用」について

お客様のなかには、心臓にペースメーカー等を挿入しご利用されている場合がありますので施設内で指定された場所でのみご使用ください。

(8)「認知症」について

認知症の症状等により、予期できず思いもよらない行動をとることで事故に至る場合があります。

Ⅲ. 施設の対応について

上記のような様々な事由により事故が発生する可能性が考えられますが、そのような場合にはご家族とご相談させていただき、適切な介護方法を検討させていただきますので、ご理解ご協力の程よろしくお願い致します。

令和 年 月 日

上記の事故発生等について、本書面に基づき説明を行いました。

サテライト松寿園 和

説明者 職名 _____

氏 名 _____ 印

私は、本書面に基づき事業所から事故発生等についての説明を受け、同意いたしました。

契約者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代理人 氏 名 _____ 印

(続柄)

別紙 2 利用者情報提供同意書

社会福祉法人 慈徳会
理事長 松倉 則夫 殿

私（契約者）は、下記の内容に関する個人情報の取り扱いについて同意します。

- （１）契約書（サテライト松寿園 和 入居契約書 第 12 条 2 項）に基づき、介護サービス計画書に記載された内容及び貴事業所が、私に対してサービスの提供をする上で知り得た情報を、必要な限度で病院等の他の事業者個人情報を提供すること。
- （２）広報誌及びパンフレット等への写真類の掲載。
- （３）郵便物の取り扱いに関し、特別送達及び内容証明を除く郵便物の開封に関すること。

令和 年 月 日

契約者

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

代理人

氏名 _____ 印 _____

続柄 （ ）

別紙 3 貴重品および金銭出納管理サービス契約書

契約者_____（以下「甲」という）と社会福祉法人 慈徳会（以下「乙」という）は、乙が運営するサテライト松寿園 和 （以下「本施設」という）において、契約者の委託に基づき、利用者の貴重品管理および金銭出納管理するサービスにつき、次の通り合意します。

第 1 章 貴重品管理

第 1 条：（貴重品の管理方法）

乙は、善良な管理者の注意義務をもって、甲から委託された貴重品の性質に応じた最も適切な方法により、これを管理する。

第 2 条：（期間・更新）

本契約の有効期間は、甲から契約の終了がない限り有効とし、契約者から文書による契約終了の申し入れがない場合には、本契約は更に同じ条件で更新されるものとし、以後も同様とする。但し、契約を終了される場合は、契約を終了する 7 日前までに乙に文書で通知するものとする。

第 3 条：（管理状況の報告）

乙は、甲に対し保管する財産の管理状況につき、必要に応じて書面で報告するものとする。

第 4 条：（管理サービス費用）

1. 乙は、甲に対し予め定めた貴重品管理サービス費用規定（入居契約書第 9 条参照）に基づき、貴重品の管理にかかる費用を請求することができる。
2. 乙は、前項の場合、貴重品管理サービス費用規定（入居契約書第 9 条参照）を定め、乙の保管する金銭から甲の支払うべき費用を支出することができる。

第2章 金銭出納管理

第5条：(代理権の範囲)

1. 事業者の代理権の範囲

- ①. 日常生活に必要な費用の支払い。但し、月額3万円を限度とする。
- ②. 公租公課（税金の他、社会保険料・国民健康保険料、公共料金等を含む）の支払い
- ③. 医療費の支払い
- ④. 介護保険の自己負担分の支払い
- ⑤. 以上の支払いに伴う預貯金の払い戻し、解約、預け入れ
- ⑥. その他、甲が特別に依頼した下記の事項（但し、重要な財産の管理処分を除く）

特別依頼事項 ①

②

2. 事業者が金銭管理代理権を行使する金融機関

- ① 金融機関名および支店名
- ② 口座の種別および口座番号
- ③ 口座名義人

第6条：(金銭支払いの授権)

1. 乙は、甲のために日常的な生活費用及び甲が特に申し出た事項に関し、第5条に定める代理権の範囲内で利用者のためのこれを受領または支出することができる。
2. 乙は、必要に応じ代理行為を行うものとする。

第7条：(期間・更新)

本契約の有効期間は、甲より契約の終了の申し出がない限り有効とし、甲より文書による契約終了の申し入れがない場合には、本契約は更に同じ条件で更新されるものとし、以後も同様とする。但し、契約を満了される場合は、契約を終了する7日前までに乙に文書で通知するものとする。

第8条：(金銭管理の方法)

乙は、甲より寄託された預かり金について、利用者名義の預貯金（別口の口座）とし、または現金を封金するなどして、乙の金銭または他の者の預かり金と混同しないよう個別に管理するものとする。

第9条：(管理状況の報告)

1. 乙は、甲に対し金銭出納管理の状況につき記載した金銭出納管理簿を作成するとともに、必要に応じて書面で報告するものとする。
2. 事業者は、前項の帳簿について甲からの請求によりいつでもこれを開示するものとする。

令和 年 月 日

事業者名 社会福祉法人 慈徳会

理事長 松 倉 則 夫

契約者 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人

氏名 _____ 印

続柄 ()

社会福祉法人 慈徳会

看取り介護に関する取り組み要綱

第1章 総 則

第1条: (目的)

この要綱は、社会福祉法人慈徳会(以下「当法人」という。)が運営する、サテライト松寿園 和(以下「当施設」という。)の福祉サービスが提供するにあたり、当施設のお客様が医師の診断のもと回復不能な状態に陥った時に、最期の時を過ごす場所及び治療、介護等について、ご本人の意思並びにご家族の意向を最大限に尊重して行う看取り介護の規定を取り決め、可能な限り個人の尊厳と安楽を保ち、安らかな死を迎えられるような全人的ケアを提供し、お客様及びご家族の支援を最期の時点まで継続することを目的とする。

第2条: (看取り介護の開始)

この要綱が対象とする看取り介護は、医師により医学的に回復の見込みがないと判断されたときから行う。

第3条: (看取り介護の方針)

1. 当施設で行う看取り介護は、医師及び医療機関との連携を図り、医師の指示により管理者を中心に多職種協働体制のもとで、お客様及びご家族の尊厳を支える看取りに努めるものである。
2. 看取り介護の実施にあたっては、お客様又はご家族に対し、生前意志(リビングウィル)の確認を必ず行い、医師又は協力病院からの十分な説明により、お客様又はご家族様の同意を得る。(インフォームドコンセント)
3. 看取り介護においては、そのケアに携わる管理者、生活相談員、介護支援専門員、看護職員、管理栄養士、介護職員等従事する者が協働し、看取り介護に関する計画書を作成し、原則として週1回以上、お客様及びご家族への説明を行い、同意を得て看取り介護を適切に行う。尚、必要に応じて適宜計画内容を見直し、変更する。
4. ご家族に連絡して来所していただけない時であっても、原則としてカンファレンスは週1回以上行い、職員間で看取り介護についての相談を行うものとし、カンファレンスを行った際には、日時、内容等について詳しく会議録に記録する。

第2章 実施体制及び職務内容

第4条: (施設整備)

1. 尊厳ある安らかな最期を迎えるために、居室等の環境整備に努め、その人らしい人生を全うするための施設整備の確保を図る。
2. ご家族の協力体制(家族の面会、付き添い等)のもとで、施設での看取り介護を実施するために、ユニット居室内での宿泊及び静養室の提供等、配慮する。

第5条: (介護体制)

当施設での看取り介護を行うにあたり、次に上げる体制等を必要に応じて整えるものとする。

- (1) 緊急時特別勤務体制
- (2) 緊急時職員連絡体制
- (3) 緊急時家族連絡体制
- (4) 自宅または病院搬送時の体制
- (5) 関係機関、関係職員等との連携、協力、連絡体制

第6条: (看取り介護の職務)

看取り介護における職種ごとの役割は、次のとおりとする。

- (1) 管理者
 - ① 看取り介護の総括管理
 - ② 看取り介護に生じる諸課題の総括責任
- (2) 医師
 - ① 看取り介護期の診断
 - ② 家族への説明(インフォームドコンセント)
 - ③ 緊急時、夜間帯の対応と指示
 - ④ 協力病院との連絡、調整
 - ⑤ 定期的カンファレンス開催への参加
 - ⑥ 死亡確認、死亡診断書等関係記録の記載
- (3) 生活相談員、施設介護支援専門員
 - ① 継続的な家族支援(連絡、説明、相談、調整)
 - ② 看取り介護にあたり多職種協働のチームケアの連携強化
 - ③ 定期的カンファレンス開催への参加
 - ④ 緊急時、夜間帯の緊急マニュアルの作成と周知徹底
 - ⑤ 死後のケアとしての家族支援と身辺整理

(4) 看護職員

- ①医師または医療病院との連携
- ②看取り介護にあたり多職種協働のチームケアの確立
- ③看取り介護に携わる全職員への死生観教育と職員からの相談機能
- ④看取り介護期における状態観察の結果に応じて必要な処置への準備と対応
- ⑤疼痛緩和、安楽な状態維持のための工夫
- ⑥急変時対応(オンコール体制)
- ⑦随時の家族への説明と、その不安への対応
- ⑧定期的カンファレンス開催への参加

(5) 管理栄養士

- ①お客様の状態と嗜好に応じた食事の提供
- ②食事、水分摂取量の把握
- ③定期的カンファレンス開催への参加
- ④必要に応じて家族への食事提供

(6) 介護職員

- ①きめ細やかな食事、排泄、清潔保持のサービス提供
- ②身体的、精神的緩和ケアと安楽な体位の工夫
- ③十分なコミュニケーション及びスキンシップ、言葉かけ、見守り
- ④看取り介護の状態観察、食事・水分量の把握、浮腫、尿量、排便量等のチェックと、きめ細やかな経過記録の記載
- ⑤定期的カンファレンス開催への参加
- ⑥生死の確認のためのこまめな訪室
- ⑦家族支援

第7条: (協力体制)

看取り介護実施にあたり、主治医または協力病院医師等との情報共有による看取り介護の協力体制を築くものとする。

第3章 看取り介護の手順

第8条: (介護方針の徹底)

1. 管理者は、当法人における看取り介護の方針について職員全員に周知徹底し、特別養護老人ホームにおける看取り介護の目的を明確にし、死生観教育と理解の確立を図るために職員研修等を行わなければならない。
2. 職員の研修における内容は、次のとおりとする。

- (1)看取り介護についての概念と介護方針の理解
- (2)死生観教育
- (3)看取り期に起こりうる身体の器質的・機能的変化及び精神的変化への対応
- (4)夜間・急変時の対応
- (5)家族への援助法
- (6)看取り介護についての事例検討会等

第9条: (看取り介護の説明と同意)

看取り介護を行うときには、看取り介護に関する説明書(別紙1)に記入すると共に、お客様本人やご家族に対し、現在の状況や看取り介護の内容、目的等をできる限り詳細に説明し、文書による同意を得なければならない。

第10条: (看取り介護の記録)

看取り介護を行う際には、日々の心身の状態を観察し、看取り介護の方法にかかわる再検討を行い、次にあげる記録等の整備を行わなければならない。

- (1)看取り介護の説明書及び同意書
- (2)医師の病状説明書
- (3)医師の指示
- (4)看取り介護計画書作成(変更、追加)
- (5)経過観察記録
- (6)ケアカンファレンスの記録
- (7)臨終時の記録
- (8)看取り介護終了後のカンファレンス会議録

第11条: (看取り介護の実施内容)

看取り介護の実施は次に上げる方針を基に、全職員が協力して、お客様の状態に合わせた内容で行わなければならない。

(1)栄養と水分摂取

多職種と協力し、バイタルサイン、食事・水分摂取量、嚥下状況、尿量、排便の有無、脱水や浮腫の有無等の確認を行うと共に、お客様の身体状況や好みに応じた食事の提供、摂取方法の工夫等に努める。

(2)清潔の保持

お客様の身体状況に応じ、可能な限り入浴や清拭を行い、清潔保持と感染症の予防対策に努める。その他、ご本人や家族の希望に添うように努める。

(3) 苦痛の緩和

《身体面》

お客様の身体状況に応じた安楽な体位の工夫と援助及び疼痛緩和等の処置を適切に行う。(医師の指示による緩和ケアまたは、日常的ケアによる緩和ケアの実施)

《精神面》

身体機能が衰弱し、精神的苦痛を伴う場合、手を握る、身体をマッサージする、寄り添う等のスキンシップや励まし、安心できるような言葉かけ等のコミュニケーションに努める。

(4) 家族支援

変化していく身体状況や介護内容については、定期的に医師からの説明を行い、ご家族の意向に沿った適切な対応を行う。

継続的なご家族の精神的援助(現状説明、相談・助言、こまめな連絡等)、あるいはご本人やご家族から求められた場合における、宗教的なかわりと援助を行い、カンファレンスごとに随時の状態説明を通し、ご家族の意向を確認する。

(5) 死亡時の援助

医師による死亡確認後、死後の処置を施行し、ご家族と共に看取り介護に携わった全職員でお別れをすることが望ましい。また、同じユニットで過ごしていただいたお客様にも、お別れをしていただく。

死後の援助として必要に応じて家族支援(葬儀の連絡、調整、遺留金品引き渡し、荷物の整理、相談対応等)を行うことが望ましい。

第 12 条:(医療機関や在宅への搬送時の支援)

ご本人又はご家族の希望により、医療機関又は、ご自宅へ搬送する場合であっても、当施設は、ご本人及びご家族の介護面、精神面での援助を継続して行うものとする。

(1) 医療機関への連絡

医療機関にこれまでの経過説明を充分に行い、ご家族の同意を得て、経過観察記録等の必要書類を提示する。

(2) 本人、家族への支援

継続的にご本人やご家族の状況を把握すると共に、訪問、電話等での連絡を行い介護面、精神面での援助を確実に行う。

死後の援助として、必要に応じて家族支援(葬儀の連絡、調整、遺留金品引き渡し、荷物の整理、相談対応等)を行うことが望ましい。

第 13 条:(情報の開示)

- 1.看取り介護に関して、お客様又はそのご家族から記録の開示を求められた場合には記録の開示を行う。
2. 第 10 条の記録は当施設において保存し、行政担当部局の指導監査等で求められた際には、提示できるようにしておかなければならない。

第 14 条:(苦情の申し立て)

お客様又は、そのご家族が、当施設の看取り介護に不満があるときは、当施設に苦情を申し立てることができる。

附則: この要綱は、令和 3 年 4 月 3 日から実施する。

看取り介護についての説明書

(別紙1)

様

あなたの状態が、医師によって回復の見込みがない状態であると判断されましたので、下記の方針に従って看取りの介護をさせていただきます。

記

①ご本人の状態は_____のために、回復の見込みがない状態であると診断されましたので、今後の治療は苦痛や痛みをできるだけ取り除くものいたします。
②医療機関での治療は、令和____年____月____日をもって、ご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病院には搬送せず、施設内にて最期を看取ります。
③日常の介護では、安心できる声かけを行いながら、心と身体の苦痛の緩和、および安楽な状態の維持に努めます。また、身近に人を感じられるよう努めて、孤独の緩和と人としての尊厳を守る援助をいたします。
④食事や水分の補給は、できる限り経口から摂取できるように努めます。
⑤常に医師への報告を怠らず、相談し、指示を仰ぎながら、苦痛や痛みを和らげる方法を取り、ご本人・ご家族の希望や意向を基に看護・介護・栄養課等の連携と協力により、施設内で出来る限りの看取り介護をします。
⑥但し、ご本人、ご家族の希望や意向に変化があった場合は、その意思を尊重し、いかなる決定であっても批判することはありません。ご本人、ご家族の希望や意向の変化に従い、援助させていただきます。
⑦その他、ここに記されていない事項に関しては、ご家族の希望に添った対応に心がけ、ご家族に対しても宿泊や食事の提供等、できうる限りの便宜を図ります。
以上

上記のとおり実施いたします。

令和____年____月____日

説明医師

医療機関名

氏名

印

説明職員

職種

氏名

印

※なお、亡くなられた日を含めて30日間を限度に「看取り介護加算」における自己負担がかかりますことを御承知おきください。

看取り介護についての同意書

(別紙2)

私は、サテライト松寿園 和 入居者 _____ の看取り介護について、施設の提供する対応並びに医師の説明を受け、前記の内容が私どもの意向に添ったものであることを確認しましたので、同意いたします。また、看取り介護加算における自己負担が利用料の他に別途かかることについても同意いたします。

令和 年 月 日

サテライト松寿園 和 園長 原 三郎 殿

契約者 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

身元引受人 住 所 _____

氏 名 _____ 印 (続柄 _____)

(その他の家族) 住 所 _____

氏 名 _____ 印 (続柄 _____)

施設立会人 職 種 _____

氏名 _____ 印 _____

意 向 確 認 書

当施設では、お客様の容体が悪くなられた際に、お客様またはご家族のご要望に対して、倫理的に問題のない限りにおいてできるだけ反映させていきたいと考えております。

つきましては、今現在、看取り介護についてどのようなお考えをお持ちなのか、可能な限りで結構ですので以下の質問項目に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？

(当施設 ・ 入院 ・ 自宅 ・ いまはわからない)

※入院を選ばれた方は

・希望入院医療機関 ()

2. 終末期の医療は、どのように望めますか？

(施設で緩和ケア ・ 入院対応 ・ 自宅にて ・ いまはわからない)

3. 急変時（心停止・呼吸停止）の蘇生を希望されますか？

(希望する ・ 希望しない ・ いまはわからない)

4. 病気についてすべてをお知りになりたいですか？

(知りたい ・ 知りたくない ・ いまはわからない)

5. その他（ご意見、ご要望等があればご記入下さい）

()

注）上記の内容は、あくまでも今現在のお気持ちとして参考とさせていただきますが、今後の状態の変化により再度違う形で終末期に関するお話し合いを持たせていただくことも考えられますのでご了承ください。

令和 年 月 日

確認者 住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 ()