

当施設における医療体制の説明書

当施設での医療提供体制について、下記の通り説明させていただきます。

- ①当施設の協力医療機関は、「きだ在宅クリニック」です。
月2回以上の定期診療と24時間連絡・往診体制を確保し、健康管理および状態変化時の対応を行います。他の医療機関との連携も可能です。
- ②当施設は、医療機関ではなく、生活支援・リハビリの場所です。提供できない医療があることを予めご理解ください。
- ③容態が安定している、副作用の危険性が低いと医師が判断した場合は、医師、看護職員以外の職員(介護職員等)が下記の行為を実施することがあります。
 - ・皮膚への軟膏塗布・湿布貼付・点眼薬の点眼・一包化された内服薬内服吸入など薬剤使用の介助・吸引(定められた研修を受けた職員のみ)等
- ④当施設に医師は常駐しておりません。
- ⑤入居者様の状態の変化に伴う緊急時の対応(往診、病院受診、経過観察など)は、看護師が医師と連絡をとり医師の指示で対応いたします。
- ⑥入居者様の状態の変化に伴う緊急時の連絡は、看護師(夜間などは介護職員の場合あり)が行います。連絡のとれる複数の連絡先をご提示下さい。
- ⑦当施設では、医師が医学的知見から回復の見込みがないと判断し、かつ医療機関にて積極的な治療が行われる可能性が低いと判断された場合、ご希望に応じて「ターミナルケア」を行うことができます。その場合、以下の対応をしております。
 - ・付き添い、面会の時間制限はありませんが、夜間の面会(9時～18時以外)については、事前にご連絡ください。
 - ・入居者様、身元保証人のご意向をできるだけ尊重した支援計画を策定し、ターミナルケアを提供いたします
 - ・状態が悪化した場合の医療処置の希望をお伺いいたします
- ⑧当施設では、医師より医学的知見から病院受診が必要と判断し回復の見込みがある場合、ご希望に応じ救急搬送いたします。その場合、以下の対応をしております。
 - ・救急搬送時、職員は救急車への同乗はしておりません。
 - ・搬送先病院での対応は身元保証人、又はケアマネージャー、相談員、担当者にてご対応していただきます。
- ⑨当施設は、病院とは異なるため、巡視やバイタルチェックを実施する時間によっては、呼吸が停止している場合もございます。巡視・バイタルチェックを実施する時間は入居者様によって異なりますが、日中3回、夜間2回実施します。

◎これらについて、ご説明いたしました。

令和 年 月 日 説明担当者：

終末期についての同意書

私は(入居者名： _____ 入居者との続柄： _____)のターミナルケアについて、医師の診断と当施設の終末期指針に基づく対応について説明を受け、私どもの意向に沿ったものであり、下記の内容を確認し同意いたします。

記

- ①令和 年 月 日をもって、医療機関での治療等、入居者様の苦痛を伴う処置及び延命治療は行いません。また、危篤な状態に陥った場合でも病院への搬送は希望しておらず、当施設にて最期を看取ります。
- ②入居者様の意思及び人格を尊重し、身体的・精神的援助を行います。
- ③医師への相談及び指示を仰ぎながら、可能な限り苦痛や痛みを和らげる方法で、ターミナルケアを行います。
- ④入居者様・身元保証人様の希望に沿った対応に心がけ、情報の提供と共有に努めます。但し、入居者様・身元保証人の希望、意向に変化があった場合は、その都度支援計画を見直すと共に意向に従い援助させていただきます。
- ⑤深夜帯（22時～6時）に容態が悪化した場合は、
 直ちに来所いたします。 明朝に来所いたします。
 その他(_____)
- ⑥容態が悪化した場合はいつでも連絡致します。下記連絡先の順番で連絡致します。

1. 氏名： _____ 続柄： _____

電話番号： _____

2. 氏名： _____ 続柄： _____

電話番号： _____

3. 氏名： _____ 続柄： _____

電話番号： _____

以上

ドットホーム 誉田（ナーシングホーム） 殿

令和 年 月 日

利用者様氏名：

印

身元保証人氏名：

印(続柄)

住所：

(その他の身元保証人)氏名：

印(続柄)

住所：

《説明医師》

医療機関名：

氏名：

《施設立会人》

職種：

氏名：