

**共生型グループホーム白山の里**  
**重要事項説明書 追加事項**  
**「重度化した場合における対応及び看取りに関する指針」**

1. 重度化した場合の医師や医療機関との連携について

① 白山の里の入居者様に体調の急変及び身体低下が顕著になった場合には、協力医療機関（国保西根病院・ものがたり診療所つむぎ）への通院等により適切な処置を行います。  
また、訪問診療・訪問看護等の連携も考慮に入れながら、入居者様の身体状況を把握し体調管理を行います。

② 入居者様が体調の急変などにより、入院を伴う利用処置が必要となった場合には、速やかにご家族に連絡しご意向を伺ったうえで、国保西根病院またはご本人、ご家族の希望する医療機関への入院を調整いたします。

2. 入院期間中における居住費及び食費等の取扱いについて

入院期間中の食事は欠食として減算し、提供分のみの請求とさせていただきますが、家賃並びに水光熱費につきましてはお部屋を確保している関係上、定額での請求とさせていただきます。

3. グループホーム白山の里 看取りに関する指針

① 看取り介護は、入居者様が見慣れたこの場所、見慣れた光景、親しんだ人たちの中で意思を尊重して自分らしい最期の時を迎えられるように、また、ご家族の思いを最大限に尊重して行います。  
終末期にある入居者様に対して、その身体的・精神的苦痛をできる限り緩和し、死に至るまでの期間、可能な範囲において納得・安心して過ごせますよう心を込めて援助させていただきます。

② 入居者様が協力医療機関の医師により終末期の状態であると診断され、ご本人またはご家族が看取りの対応を希望した場合に、医師・看護師の協力のもと、できる限りの看取り介護をさせていただきます。

③ 看取り介護の対応を行う場合に、ご本人並びにご家族が最期の時を迎えるためのより良い準備ができるように、ご家族に付き添っていただくための必要な支

援をできる限り行います。

#### 4. 看取りに対する体制

- ① 白山の里における看取り介護の基本理念に基づき、入居者様またはご家族に対して入居の際に生前意思の確認を行います。
- ② 白山の里の看取り介護は、医師による診断（医学的に回復の見込みがないと判断したとき）がなされたときが、看取り介護の開始となります。  
※医療機関に入院することを希望された場合は、入院に向けた支援を行います。
- ③ 看取り介護の実施に当たり、ご本人またはご家族に対して医師より説明を行い、ご本人またはご家族の同意をいただきます。（インフォームド・コンセント）
- ④ 看取り介護においては、そのケアに関わる全職員が協働し、看取り介護に関する計画書を作成します。そして、原則として週1回以上ご本人またはご家族への説明を行い、同意を得たうえで看取り介護を適切に行います。なお、必要に応じて適宜、計画内容を見直し変更します。
- ⑤ 職員に対しては以下のような研修を実施していきます。
  - ・看取り介護の理念と理解
  - ・死生観教育、死へのアプローチ
  - ・苦痛に関する緩和ケア、精神的ケア
  - ・ターミナル期の介護方法及び技術
  - ・ご家族への援助法
  - ・看取り介護のプラン
  - ・緊急時の対応および急変時の連絡ルートの徹底
  - ・エンゼルケア
  - ・その他

認知症対応型グループホーム白山の里の利用に当たり、本書面に基づき重要な追加事項の説明を行いました。

平成 年 月 日

事業所

所在地 岩手県八幡平市田頭12-18-1

名称 共生型グループホーム白山の里

説明者 職 種 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

私は、本契約書及び本書面により、認知症対応型グループホーム白山の里についての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始について確認・同意しました

平成 年 月 日

利用者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

代理人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩ (続柄 )

## 看取り介護についての同意書

私（私ども家族）は、\_\_\_\_\_の看取り介護について、白山の里担当者並びに医師からの説明を受け、私どもの意向に沿ったものであることを確認しましたので下記について同意いたします。

私ども白山の里では、当施設が定める看取り介護の指針に沿い、ご本人に苦痛の伴う積極的医療（延命治療）は行わず、最後に至るまで慣れ親しんだ当施設において、安楽な状態で過ごせるよう看取り介護を行います。

ただし、ご意向に変化があれば、その意向に沿い医療機関の受け入れ等の支援に努めます。

共生型グループホーム白山の里

施設長 高橋 和人 様

平成 年 月 日

身元引受人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞ (続柄 \_\_\_\_\_)

同 席 者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞ (続柄 \_\_\_\_\_)

医療機関名 \_\_\_\_\_

担当主治医 氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

白山の里説明者 職 種 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞