

ユニット型施設重要事項説明書

(特別養護老人ホームやすらぎ荘)

<平成27年4月1日から適用>

当施設は、ご契約者に対して、指定介護福祉施設サービスを提供します。施設の概要や、提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次のとおり説明します。

1 当施設が提供するサービスについての相談窓口

(電話) 0763-52-6166

(担当) 生活相談員【長谷川 正美・中田 奈緒美】

(受付時間) 毎週月曜日～金曜日【8:30～17:15】

※ ご不明な点等ございましたら何なりとお尋ねください。また、事務所の前にご意見箱を設置しています。

2 ユニット型介護老人福祉施設「やすらぎ荘」の概要

当施設の目的

当施設は、施設サービス計画に基づき、可能な限り居宅における生活への復帰を念頭において、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、ご契約者（以下入居者）がその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるようにすることを目指します。

当施設は、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な方がご利用いただけます。

(1) 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 福寿会
法人所在地	富山県南砺市松原678-1
代表者氏名	理事長 田中 幹夫
電話番号	(0763) 23-2910

(2) ご利用施設

富山県指定	平成11年12月1日指定 第1672100052号
	小規模生活単位型(ユニット型)平成24年8月1日指定
施設の名称	特別養護老人ホーム やすらぎ荘
施設の所在地	富山県南砺市天池1570番地
施設長名	清嶋 欣治
電話番号	(0763) 52-6166
FAX番号	(0763) 52-6159

(3) 施設概要

敷地	14,110㎡	
建物	構造	鉄筋コンクリート造（耐火建築）2階・3階
	延べ床面積	3,815㎡
	利用定員	80名

居室

居室・設備の種類	室数	備考
ユニット型個室	80室	1ユニット10室（8ユニット）
会議室等	6室	
浴室	13室	特殊浴槽、個浴槽
医務室	1室	
パブリックフロア	2室	

(4) 施設の運営方針

入居者の人権を尊重し、保健・福祉・医療の連携、地域及び地域住民との連携の強化に努め、高齢者が地域社会において安心して生活を送ることができるよう支援いたします。又、入居者の生活支援において、家庭的な雰囲気の中、地域とのふれあいや、個々の生活スタイルに配慮し、その人らしい生活ができる暮らしを目指します。そして常に誠意をもって質の高いサービスが提供できるよう、職員の研修・研究により専門性の向上に努めます。

(5) 施設の職員体制（主たる職員）

職 種	常勤（人）		非常勤（人）		常勤換算（人）	指定基準（人）
	専従	兼務	専従	兼務		
1. 施設長（管理者）	1				1	1
2. 介護職員	38		13		44	27
3. 生活相談員	1	1			2	1
4. 看護職員	4				4	3
5. 機能訓練指導員	1				1	1
6. 介護支援専門員	1	1			2	1
7. 医師（嘱託）			1			1
8. 管理栄養士	1				1	1

(6) 職員の勤務体制（同施設の兼務職員を含む）

職 種	勤 務 体 制
1. 医師（内科）	毎週1回 14:00～16:30 1名
2. 医師（歯科）	毎月1回 12:30～14:30 1名
3. 介護職員	変形労働時間性 24時間
4. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 日勤B' 勤 8:30～17:15 1名 日勤C 勤 9:00～17:45 2名 (土・日・祝日等は日勤B' C 勤 2名)

5. 機能訓練指導員	平日のみ 9:00~17:45 1名
6. 理学療法士	毎月4回 週1回 14:00~16:30 1名
7. 生活相談員	平日のみ 8:30~17:15 2名
8. 介護支援専門員	同上

3 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設が提供するサービスについて

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金を全額ご契約者に負担いただく場合があります。

※尚、(2)のサービスが必要となる場合には、事前に詳細を説明のうえ、利用者の同意を得なければならないとされています。疑問点等があればお尋ねください。

(1) 当施設が提供する基準介護サービス

以下のサービスについては、居住費、食費を除き通常9割が介護保険から給付されます。

種 類	内 容
食 事 (介護保険の給付対象外サービス)	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。 ・ご契約者の自立支援のため、離床して食事を取っていただくことを原則としています。 ・ご契約者の生活習慣を尊重し、適切な時間に食事を提供できるよう配慮いたします。 ・ご契約者のお体の状態により特別食（糖尿食、潰瘍食等）を利用できます。但し、療養食加算として別途18単位/日（約18円）が加算されます。（基本食事時間） 朝食 7:30～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴又は清拭を週2回行います。 ・個浴槽と特殊浴槽を備え、ご契約者の意向や状態にあわせて入浴を行うよう配慮いたします。
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止する為の訓練を実施します。
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・医師や看護職員が、健康管理を行います。又、看護職員等との24時間連絡体制を確保すると共に、管理医師、協力病院と情報を共有し、ご希望、ご同意のもと看取り介護を行います。 1. 日常的には、看護職員を中心に健康管理を行います。 2. 医療の必要性は嘱託医師、協力医療機関の医師が判断します。 3. 1年に1度、健康診断を実施します。 4. 希望に応じた医師（内科・歯科等）の診察を受けることができます。 5. 必要に応じて精神科の診察を受けることができます。
洗 濯	<ul style="list-style-type: none"> ・シーツ等、リース以外の衣類等は、職員が施設にて洗濯します。

その他自立への支援	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。 ・清潔で快適な生活が送れるよう、又適切な整容が行われるよう援助します。
-----------	---

(2) 介護保険の給付対象外サービス

サービスの種別	内 容	料金
居住費	・安心して暮らすことのできる居住空間を確保できるようにつとめます。P5～6をご参照ください。	特定負担限度額以内
食費	・P5～6をご参照ください。	特定負担限度額以内
特別な食事	・入居者の希望により特別な食事を提供することもできます。	実費
理髪	・理髪店の出張による理髪サービスをご利用いただけます。	実費
日常生活品等の購入代行	・入居者及びご家族が自ら購入が困難である場合は、施設の購入代行サービスをご利用いただけます。	実費
趣味活動	・各ボランティア団体の協力により、華道、茶道、カラオケ、お茶等の活動を行います。	無料
行事	・夕涼み会、年忘れ会等の季節行事や、法話会を行います。	無料
ドライブ	・四季折々の自然を満喫していただく為に、外出する機会を設けます。	無料
金銭等の管理	<p>・入居者自らの手による金銭の管理が困難な場合は、金銭管理サービスをご利用いただけます。詳細は、次のとおりです。</p> <p>管理する金銭等の形態： 指定する金融機関の預金口座の通帳を施設で管理します。</p> <p>お預かりする物： 上記預金通帳と通帳印</p> <p>保管場所： 通帳は、施設相談室小金庫 印鑑は、施設長室大金庫</p> <p>保管管理者： 施設長が責任をもって管理します。</p> <p>出納方法： 「預り金管理規程」のとおり。</p>	無料

※ 入院、外泊時は居住費として、入居者負担第1，2段階の方で820円、入居者負担第3段階の方で1,310円、入居者負担第4段階の方で1,970円を負担して頂きます。

(3) 施設利用料（1日あたり）については、以下のとおりです。

施設サービス費：介護保険給付額の1割が入居者の負担になります。

○ユニット型個室（平成24年8月開設）

（単位：円/日）

対象者	区分	要介護度	施設サービス費	保険給付分 9割	入居者負担分				※参考 1ヶ月当り	
					1割	居住費	食費	計		
生活保護受給者		1	6,250	5,625	625	820	300	1,745	54,095	
世帯全員が市町村民税非課税者	入居者負担第1段階	2	6,910	6,219	691	820	300	1,811	56,141	
		3	7,620	6,858	762	820	300	1,882	58,342	
		4	8,280	7,452	828	820	300	1,948	60,388	
		5	8,940	8,046	894	820	300	2,014	62,434	
		1	6,250	5,625	625	820	390	1,835	56,885	
	課税年金収入額と合計所得の金額の合計が80万円以下の方	入居者負担第2段階	2	6,910	6,219	691	820	390	1,901	58,931
			3	7,620	6,858	762	820	390	1,972	61,132
			4	8,280	7,452	828	820	390	2,038	63,178
			5	8,940	8,046	894	820	390	2,104	65,224
			1	6,250	5,625	625	1,310	650	2,585	80,135
	課税年金収入が80万円超266万円未満の方など	入居者負担第3段階	2	6,910	6,219	691	1,310	650	2,651	82,181
			3	7,620	6,858	762	1,310	650	2,722	84,382
			4	8,280	7,452	828	1,310	650	2,788	86,428
			5	8,940	8,046	894	1,310	650	2,854	88,474
			上記以外の方	入居者負担第4段階	1	6,250	5,625	625	1,970	1,380
2	6,910	6,219			691	1,970	1,380	4,041	125,271	
3	7,620	6,858			762	1,970	1,380	4,112	127,472	
4	8,280	7,452			828	1,970	1,380	4,178	129,518	
5	8,940	8,046			894	1,970	1,380	4,244	131,564	

(4) 食費の特定負担限度額

区 分	食費の特定負担限度額 (日額)
1 市町村民税世帯非課税者等	650 円
2 市町村民税世帯非課税であって 「課税年金収入額+合計所得金額≤80 万円/年」 を満たす者等	390 円
3 イ 市町村民税世帯非課税者である老齢年金受給者及び これに準ずると認められる者 ロ 生活保護の被保護者等	300 円 ※1

※ 1 ただし、実質的な負担軽減者であって、介護保険法の施行の際、現に介護保険法施行法第 20 条の規定による改正前の老人福祉法第 28 条第 1 項の規定により費用を徴収されている者であり、徴収されている費用の 1 日当たりの額(その額に 10 円未満の端数があるときは、これを切り捨てるものとする。)が 300 円未満であるものにあつては、当該額。

(5) 居住費の特定負担限度額

区 分	居住費の特定負担限度額(日額)	
1 実質的負担軽減者以外の市町村民税世帯非課税者等	ユニット型 個室	820 円
2 実質的負担軽減者である市町村民税世帯非課税者等	ユニット型 個室	820 円
区 分	居住費の特定負担限度額 (日額)	
3 実質的負担軽減者以外の市町村民税世帯非課税者であって、「課税年金収入+合計所得金額≤80 万円/年」を満たす者等	ユニット型 個室	820 円
4 実質的負担軽減者である市町村民税世帯非課税者であり、「課税年金収入+合計所得金額≤80 万円/年」を満たす者等	ユニット型 個室	820 円

(6) 高額介護サービス費

- ・ 要介護者が支払った保険給付 1 割の自己負担額が一定の上限額を超えた場合、高額介護サービス費として、超えた分が後日払い戻しされます。
- ・ この払い戻しを受けるためには、各市町村に申請が必要です。
- ・ 申請については、原則は本人ですが、申し出がある場合には当荘の生活相談員が代行申請します。

(7) 施設の体制によって加算される料金

① 日常生活継続支援加算

重度の要介護状態の者や認知症の入居者が多くを占める施設において、介護福祉士資格を有する職員を手厚く配置することにより、可能な限り個人の尊厳を保持しつつ日常生活を継続することができるよう支援することを評価するものです。

1. 次の(A)から(C)のいずれかを満たしていること。
 - (A) 新規入居者のうち、要介護度4・5の割合が入居者の70%以上であること。
 - (B) 新規入居者のうち、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の割合が入居者の65%以上であること。
 - (C) 痰の吸引等(※)が必要な入居者の占める割合が入居者の15%以上であること。
2. 入居者の数が6又はその端数を増す毎に、介護福祉士を1以上配置していること。
3. 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。
4. サービス提供体制強化加算を算定していないこと。

	料金額 (1日)	介護保険給付分(9割)	入居者負担分(1割)
日常生活継続支援加算Ⅱ	460円	414円	46円

(※) 痰の吸引等

口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養及び経鼻経管栄養

② 看護体制加算

看護師の配置と夜間における24時間連絡体制の確保、看取りに関する指針の策定など一定の要件を満たす場合は、加算されます。

- (Ⅰ) 1. 常勤の看護師を1人以上配置している場合
- (Ⅱ) 1. 看護職員を、常勤換算方法で、入居者が25名又はその端数を増すごとに1名以上配置している場合
2. 最低基準を1名以上上回って、看護職員を配置している場合
 3. 当該施設の看護職員により24時間の連絡体制を確保している場合

	料金額 (1日)	介護保険給付分 (9割)	入居者負担分 (1割)
看護体制加算 (Ⅰ)	40円	36円	4円
看護体制加算 (Ⅱ)	80円	72円	8円

③ 個別機能訓練加算

理学療法士等が個別機能訓練計画に基づき、計画的に個別機能訓練を行った場合は、加算されます。

	料金額 (1日)	介護保険給付分(9割)	入居者負担分(1割)
個別機能訓練加算	120円	108円	12円

④ 栄養マネジメント加算

常勤の管理栄養士を配置し、入居者の栄養状態を適切にアセスメントし、その状態に応じて多職種協働により栄養ケア・マネジメントを実施した場合は、加算されます。

	料金額 (1日)	介護保険給付分(9割)	入居者負担分(1割)
栄養マネジメント加算	140円	126円	14円

⑤ 口腔衛生管理体制加算

歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行い、口腔ケア・マネジメントに係る計画を作成している場合は加算されます。

	料金額 (1月)	介護保険給付分(9割)	入居者負担分(1割)
口腔衛生管理体制加算	300円	270円	30円

⑥ 認知症専門ケア加算

・認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が、入居者の1/2以上である場合
 ・認知症介護実践リーダー研修修了者を配置し、職員間での留意事項の伝達、又は技術的指導会議を定期的に開催している場合

	料金額 (1日)	介護保険給付分(9割)	入居者負担分(1割)
認知症専門ケア加算	30円	27円	3円

⑦ 介護職員処遇改善加算

介護職員の処遇改善、資質向上の取り組み、雇用管理の改善、労働環境の改善の取り組みを進める事業所を対象として創設されます。(平成30年3月31日まで)

『1月あたりの総単位数』×『サービス別加算率』

※1月あたりの総単位数=基本サービス費に各種加算減算を加えたもの

	サービス名	サービス別加算率
介護職員処遇改善加算 (I)	介護老人福祉施設	5.9%

(8) 場合によって加算される料金

① 初期加算

施設に入居、又は30日を超える入院後、再び施設に入居された場合、入居日から起算して30日の期間、初期加算料金をいただきます(入院していた期間は除きます)。

	料金額 (1日)	介護保険給付分 (9割)	入居者負担分(1割)
入居初期加算	300円	270円	30円

② 入院・外泊時の料金

病院へ入院した場合、及び居宅等における外泊をした場合で、施設に在所していない日であっても、下記の料金を負担していただきます。ただし、1ヶ月に6日(入院又は外泊の初日及び最終日は含みません)が限度となります。なお、月をまたぐ場合は最高12日となります。

	料金額 (1日)	介護保険給付分(9割)	入居者負担分(1割)
外泊時費用	2,460円	2,214円	246円

③ 経口移行加算

経管により食事を摂取している入居者の方に対し、経口摂取を進めるために医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士による栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員による支援が行われた場合に加算されます。

	料金額 (1日)	介護保険給付分(9割)	入居者負担分 (1割)
経口移行加算	280円	252円	28円

④ 経口維持加算

摂取・嚥下障害を有する入居者や食事摂取に関する認知機能の低下が著しい入居者の経口維持支援を充実させる観点から、他職種による食事の観察や会議等を行い、経口維持計画を作成している場合に加算されます。(180日を限度とします)

	料金額 (1月)	介護保険給付分(9割)	入居者負担分(1割)
経口維持加算 (Ⅰ)	4,000円	3,600円	400円
経口維持加算 (Ⅱ)	1,000円	900円	100円

※ 経口維持加算 (Ⅰ) は、経口により食事摂取する方であって、摂食機能障害や誤嚥を有する入居者に対して医師、歯科医師の指示に基づき他職種の者が共同して食事の観察及び会議等を行い、経口維持計画の作成、管理栄養士が栄養管理を行った場合。

※ 経口維持加算 (Ⅱ) は、食事の観察及び会議等に医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合。

⑤ 療養食加算

医師の食事せんに基づく療養食を提供した場合に加算されます。食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理され、入居者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事提供が行われている場合に加算されます。

	料金額 (1日)	介護保険給付分 (9割)	入居者負担分 (1割)
療養食加算	180円	162円	18円

⑥ 看取り介護加算

医師が終末期にあると判断した入居者について、医師、看護師、介護職員等が共同して、本人又は家族等の同意を得ながら看取り介護を行った場合は、死亡前30日を限度として、死亡月に加算されます。

	死亡日	死亡日前日、死亡日前々日	死亡日以前 4~30日
看取り介護加算	1,280円	680円	144円

4 サービス利用料金の支払い

- (1) 入居者または申込者(身元引受人)(以下、「身元引受人」という。)は、要介護度に応じて所定の料金体系に基づいたサービス利用料金から介護保険給付額を差し引いた差額分(自己負担分:通常はサービス料金の1割)を事業者を支払うものとします。
- (2) 前項の他、入居者または身元引受人は食事代と入居者の日常生活上必要となる諸費用実費(おむつ代を除く)を事業者を支払うものとします。
- (3) サービスに関する利用料金は、原則として翌月25日(金融機関が休日の場合はその翌日)に指定の口座から自動口座引き落としを行います。また、入居者の口座へ入金される場合は、当荘へ現金を持参して下さい。
- (4) 1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、入居日数に基づいて計算した金額とします。

5 ご相談・苦情等の受付

(1) 当施設におけるご相談・苦情の受付

当施設におけるご相談や苦情は、以下の専用窓口で受け付けます。

(電話) 0763-52-6166

(担当) 生活相談員【長谷川 正美・中田 奈緒美】

(受付時間) 毎週月曜日～金曜日【8:30～17:15】

また、事務所の前にご意見箱を設置しています。何なりとご意見を頂戴し、改善してゆきます。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

南砺市地域包括・ 医療ケア局 地域包括課 長寿介護係	所在地 (〒939-1898) 南砺市蛇喰 1009 電話番号 23-2034・FAX 64-2550 受付時間 平日 8:30～17:15
砺波地方介護保険組合	所在地 (〒939-1392) 砺波市栄町 7番3号 電話番号 34-8333・FAX 34-8334 受付時間 平日 8:30～17:00
富山県国民健康保険団体 連合会	所在地 (〒930-8538) 富山市下野字豆田 995番地の3 電話番号 076-431-9833・FAX 076-431-9834 受付時間 平日 9:00～17:00
富山県福祉サービス運営 適正化委員会	所在地 (〒930-0094) 富山市安住町 5番21号 電話番号 076-432-3280 受付時間 平日 9:00～16:00

6 利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。)

嘱託医師派遣医療機関

医療機関の名称	根井クリニック	
所在地	南砺市西明 408	62-0620 (平成 27 年 6 月 30 日まで)
	南砺市野田 1360	62-0620 (平成 27 年 7 月 1 日～)
診療科	内科	

協力医療機関

医療機関の名称	公立南砺中央病院	
所在地	南砺市梅野 2007-5	53-0001
診療科	内科、外科、婦人科、眼科、皮膚科、整形外科など	

- 施設嘱託医は、根井クリニックからの派遣により、入居者の健康管理を行ないます。
- 嘱託医の派遣及び施設協力病院は公立南砺中央病院であり、入居者全員の健康と医療情報は同病院の電子カルテに登録させて頂きます。
- やすらぎ荘内に電子カルテの端末装置を設置し、情報の入力及び閲覧は嘱託医のみが行います。

協力歯科医療機関

医療機関の名称	成瀬歯科医院	
所在地	南砺市福光 1380-1	52-0552

7 当施設における看取りの考え方

人生の最終時期は誰にでも訪れるものである。そのうえで、看取り介護とは、近い将来死に至ることが予見される方に対して、1日1日をどう生きるか、どのような生き方をするかという「今を生きる」ことへの援助であり、自分らしさを実感しつつ、人と人とのつながりを大切に、長生きして良かったといえる施設での生活を援助し、その人らしさを尊重した終末期介護を行うことと考えます。

施設における終末期介護は、本人又は、家族等の生前意思が大前提ではありますが、苦痛の緩和や安寧な姿勢の保持、清潔の保持といった身体的ケアのほか、気分転換や会話、音楽、本人が好む嗜好品の工夫や外出など自己実現へのサポートを行い、対象者の尊厳に十分配慮し、その時々に出た生の声を真剣に受け止めて、さらには家族との関係調整、医師からの病状説明の調整、死後の諸問題に関する相談など家族や社会面に関するサポートを行います。

(1) 看取り介護にあたって

看取り介護は長年過ごした場所で親しい人々に見守られながら自然な死を迎えられることであり、施設は入所者又は家族に対して以下のことを説明、理解を得よう努めます。

- ① 当施設での医療体制（医療職との24時間連絡体制の確保による健康管理及び、必要に応じ駆けつけるオンコール体制の確保等）
- ② 緊急時の対応（病状の変化、急変時の対応について医師、看護師又は協力病院との連携の確保）
- ③ 家族との24時間連絡体制の確保
- ④ 看取り介護及び看取り介護計画に対する家族等への説明と同意を得ること

(2) 入所者に対する具体的支援

実施内容については多職種協働で行います。

① 身体的ケア

バイタルサイン確認 環境整備 安寧・安楽への配慮 身体清潔 栄養と水分量の把握
排泄ケア（尿量、排便量等） 苦痛の緩和

② 精神的ケア

精神的苦痛の緩和（手を握る、体をマッサージする、寄り添う等）
コミュニケーション重視 プライバシーへの配慮

(3) 家族への支援

家族関係への配慮 家族の身体的、精神的負担の軽減への援助 死後の諸問題に関する相談

(4) 看取り介護の為の施設整備

本人、家族等が施設内での看取り介護を希望した場合、尊厳ある最期を迎えられる為、家族の協力体制を確保し、安心して付き添い可能な施設整備を行います。

(5) 看取り介護に携わる諸記録の整備

- ① 看取り介護同意書
- ② 医師の指示
- ③ 看取り介護計画書作成（変更・追加）
- ④ 経過観察記録
- ⑤ ケアカンファレンスの記録
- ⑥ 臨終時の記録

⑦ 看取り介護終了後の検討会会議録

(6) 看取り介護に関する職員教育

- ① 看取り介護の理念と理解
- ② 死生観教育
- ③ 看取り期に起こりうる機能的・精神的変化への対応
- ④ 夜間・急変時の対応

(7) 看取り介護の具体的方法

開始時期については、医師が一般的に認められている医学的見地から判断して、回復の見込みが無く、かつ医療機関での対応の必要性が薄いと判断した場合において、医師より入所者又は家族へ説明し、看取り介護計画を作成し、同意を得て実施されるものであります。

- ① 上記により看取り介護の必要があると判断した場合、施設において本人、家族等に医師より本人の状態について説明し、施設での看取り体制について具体的に説明を行います。
- ② 医師からの説明で、施設において見取り介護を受けるか、医療機関への入院を希望されるか、選択していただきます。
- ③ 施設内での看取り介護を希望された場合、介護支援専門員は、医師、看護職員、介護職員、相談員、栄養士等と協働して看取り介護計画を作成し、本人、家族等より同意を得ます。
- ④ 看取り介護を行なう際は、医師、看護職員、介護職員等が共同して、随時（少なくとも）1週につき1回以上、本人又は家族への説明を行い、同意を得ながら介護を行います。

8 非常災害対策

施設長又は防火管理者は、非常その他急迫の事態に備え、とるべき措置について予め対策をたて、少なくとも年2回以上の入居者及び職員による防火及び避難訓練を行います。

9 緊急時における対応方法

入居者の病状に急変が生じた場合は、速やかに囑託医師に連絡をとり、指示を得て対処します。

10 事故発生時の対応

- (1) 施設は、ご契約者がサービスの利用中に事故（転倒による骨折や飲食中誤嚥等）が発生した場合、指定された緊急連絡先に事故発生時の経過及び状況説明を行い、直ちに適切な対応を講じます。
- (2) 施設は、速やかに市長村に連絡し、その状況等を記録します。
- (3) 施設は、ご契約者に対する施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

11 虐待防止について

施設は、入所者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定します。

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 虐待等に関する苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

私は、本書面に基づいて乙の職員（職名 _____ 氏名 _____）から
重要事項（「看取り介護について」を含む）の説明を受けたことを確認します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

入居者 (甲)	住 所	〒939-1744 富山県南砺市天池1570番地		
	氏 名			印
	電話番号	(0763) 52-6166	FAX	() -
	私は、本人に代わり、上記署名を行いました。 私は、本人の契約意思を確認しました。			
	本人との関係		署名を代行 した理由	
	住 所	〒		
	氏 名			印
	電話番号	() -	FAX	() -

事業者 (乙)	当事業者は、指定介護老人福祉施設として甲の申込を受諾し、 この重要事項説明書に定める各種サービスについて誠実に責任を持って行います。			
	所 在 地	〒939-1518 富山県南砺市松原678番地の1		
	名 称	社会福祉法人 福寿会		
	代表者名	理 事 長 田 中 幹 夫	印	
	電話番号	(0763) 23-2910	FAX	(0763) 23-2911
	利用施設の所在地	〒939-1744 富山県南砺市天池1570番地		
	利用施設の名称	特別養護老人ホームやすらぎ荘 (ユニット型介護老人福祉施設)		
	電話番号	(0763) 52-6166	FAX	(0763) 52-6159