

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
(砺波地方介護保険組合指定 第 1691000101 号)

当施設はご利用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、契約上ご注意くださいことを次の通り説明します。

※当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要介護3以上」と認定された方が対象となります。

施設名	特別養護老人ホームやすらぎ荘
住所	南砺市天池 1570
電話番号	0763-52-6166

社会福祉法人福寿会

◆◆目次◆◆

1. 施設経営法人	1
2. ご利用施設	1
3. 居室の概要	1
4. 職員体制	1
5. 当施設が提供するサービス、利用料金および支払方法	2
6. 協力医療機関および協力歯科医療機関について	3
7. サービスの利用方法	3
8. 入所契約の手続き	3
9. 施設サービスが提供できない場合	4
10. 退所の手続き	4
11. 利用にあたっての留意事項	4
12. 要介護認定の申請に係る支援	5
13. サービス提供の記録	5
14. 看取り時の支援	5
15. 退所時の支援	5
16. 秘密保持の厳守	5
17. 緊急時の対応方法	5
18. 事故発生時の対応方法	5
19. 非常災害対策	5
20. サービス内容に関する相談・苦情	5
21. 介護サービス情報の公表について	6
22. 施設の併設事業	6
23. 運営推進会議	6

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 福寿会
- (2) 法人所在地 富山県南砺市松原 678 番地 1
- (3) 電話番号 0763-23-2910
- (4) 代表者氏名 理事長 田中 幹夫
- (5) 設立年月 昭和 47 年 12 月 1 日

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設 平成 11 年 12 月 1 日指定 富山県 1672100052 号
地域密着型介護老人福祉施設 平成 26 年 4 月 1 日指定
砺波地方介護保険組合指定 1691000101 号

(2) 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（以下利用者）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。

- (3) 施設の名称 特別養護老人ホーム やすらぎ荘
- (4) 施設の所在地 富山県南砺市天池 1570 番地
- (5) 電話番号 0762-52-6166
- (6) 施設長（管理者）氏名 前川 達夫
- (7) 当施設の運営方針

利用者の人権を尊重し、保険・福祉・医療の連携、地域及び地域住民との連携強化に努め、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、利用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。

- (8) 開設年月 平成 26 年 4 月 1 日
- (9) 入所定員 20 人
- (8) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上 1 階
- (9) 建物の延べ床面積 415 m²
相談室 併設施設内
医務室 併設施設内
- (10) 周辺環境 (騒音、日当たり等記載)

3. 居室の概要

(1) 居室等の概要

居室・設備の種類	室数	備考
2 人部屋	2 室	
4 人部屋	4 室	
合計	6 室	
浴室	2 室	機械浴・特殊浴槽

4. 職員体制

職名	業務内容	配置数	指定基準
施設長（管理者）	施設全体の管理監督	1 名	1 名
医師（嘱託）	診察、健康管理	1 名	1 名

介護支援専門員	施設サービス計画の作成など	1名以上	1名
生活相談員	生活相談、連絡調整	1名以上	1名
介護職員	日常生活介護全般	8名以上	27名
看護職員	健康管理、通院支援	1名以上	3名
機能訓練指導員	機能訓練	1名以上(兼務)	1名
管理栄養士・栄養士	献立作成、栄養指導栄養ケアプランの作成	1名以上	1名

〈主な職種の勤務体制〉

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	変形労働時間制 24時間
4. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人数 日勤B 勤 8:15～17:15 1名 日勤C 勤 9:00～18:00 2名 (土・日・祝日は日勤B,C 勤 2名)
5. 理学療法士	毎月4回 週1回 14:00～16:30
6. 生活相談員	平日のみ 8:30～17:30 2名
7. 介護支援専門員	同上

☆土日祝日、年末年始は上記と異なります。

5. 当施設が提供するサービス、利用料金および支払方法

(1) 当施設では、ご利用者に対して下記のサービスを提供します。

項目	サービス内容
施設サービス計画の立案	・個々の状態に応じた計画を立案します。
栄養ケアプランの作成	・血液データやBMI 値などの医療情報を基に管理栄養士が栄養ケアマネジメントし、計画書を作成します。
食事	・栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供いたします。 ・食事時間 朝食 7:30～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～ 離床し、食堂で食事をとっていただくことを基本としています。
排泄	・利用者の状況に応じて適切な排泄介助をおこなうと共に、排泄の自立についても適切な支援をおこないます。
入浴	・年間を通じて、週2回以上の入浴または清拭をおこないます。 ・寝たきりなどで座位のとれない方は、入浴機器を用いての入浴が可能です。
生活介護	・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・生活のリズムを考え、食事や排泄等をおこなうよう配慮します。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容がおこなわれるよう支援します。 ・清潔な寝具を提供します。 ・シーツ、枕カバー、包布交換は週1回おこないます。ただし、必要な場合はその都度交換いたします。
健康管理	・定期健康診断（年1回） ・血圧、検温などの健康チェック

	<ul style="list-style-type: none"> ・嘱託医師による診察日を週1回設けて健康管理に努めます。 ・医療の必要性の判断は、嘱託医師または協力医療機関の医師がおこないます。 ・医療が必要と判断された場合は、速やかに通院もしくは入院していただきます。この場合は、利用者またはご家族の判断と責任も必要となります。 ・緊急の場合には、ご家族等関係者と連携の上、医療機関などに責任を持って引き継ぎます。
機能訓練・生活リハビリ	<ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練指導員・介護職員・看護職員等が共働して、利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 ・手芸、貼り絵など生活リハビリを取り入れ、心理的機能低下を防止するよう努めます。
生活相談	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者およびご家族からの相談について、誠意を持って応じ、可能な限り必要な支援をおこなうよう努めます。 (相談窓口) 施設介護支援専門員、生活相談員
生きがい活動	<ul style="list-style-type: none"> ・施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーションを企画します。 ①小グループ活動 ②季節行事
所持品保管	<ul style="list-style-type: none"> ・若干の身の回り品については、居室に備え付けの収納庫にてお預かりします。
行政手続き代行	<ul style="list-style-type: none"> ・行政機関への手続きが必要な場合、利用者やご家族の状況によっては代行しておこないます。
金銭などの管理	<ul style="list-style-type: none"> ・金銭などの管理が困難な場合はお預りいたします。 ・印鑑、通帳、年金証書など

(2) 利用料金

利用料金については、別表1、2、3をご確認ください。

(3) 利用料金のお支払方法

利用料金のお支払方法については、別表4をご確認ください。

6. 協力医療機関および協力歯科医療機関について

①協力医療機関

医療機関の名称	根井クリニック	
所在地	南砺市野田 1360	62-0620
診療科	内科	

②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、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、入所者の健康管理を行います。

③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

なお、上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、上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。

7. サービスの利用方法

- (1) 施設入所の申し込み、書類の確認、面談
- (2) 申し込み書記載内容の評価
- (3) 入所検討委員会での協議、優先名簿の作成
- (4) 入所の意向確認と状況再確認のための面談
- (5) 受入対応の可否を決定
- (6) 入所契約

8. 入所契約の手続き

- (1) 必要な書類など
 - ① 介護保険被保険者証
 - ② 後期高齢者医療被保険者証
 - ③ 諸制度手帳
 - ④ 諸制度医療証
 - ⑤ 主治医紹介状
- (2) その他お持ちいただくもの
 - ① 印鑑
 - ② 衣類、身のまわり品など

9. 施設サービスが提供できない場合

- (1) 入院して医療・治療が必要と判断された場合
- (2) 施設として適切なサービスを提供することが困難な場合

10. 退所の手続き

- (1) 利用者のご都合で退所される場合
 - ・ 事前にお申し出下さい。
- (2) 自動終了
以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。
 - イ. 利用者が他の介護保険施設に入所した場合
(例えば、老人保健施設、療養型病床施設)
 - ロ. 介護保険給付で、サービスを受けていた利用者の要介護度認定区分が、「非該当」または「要支援、要介護1、要介護2」と認定された場合
*この場合、所定の期間(要介護認定期間)の経過をもって退所していただくことになります。
 - ハ. 利用者がお亡くなりになった場合
- (3) その他の退所
 - イ. 利用者が、サービス利用料金の支払いを、3ヵ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、相当期間以内に支払わない場合、または利用者やご家族などが、事業者や事業者の使用する従業者、または他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの生命・身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為をおこなった場合。
 - ロ. 利用者が、病院または診療所に入院し、明らかに3ヵ月以内に退院できる見込みがない場合、または入院後3ヵ月経過しても退院できないことが明らかになった場合。なお、この場合、退院後に再度入所を希望される場合はお申し出下さい。
 - ハ. やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合は、契約を終了し、退所していただく場合がございます。

1 1. 利用にあたっての留意事項

事 項	内 容
面会	・面会時間 8:00～20:00 それ以外の時間帯の面会についてはご相談下さい。
外出、外泊	・行き先と帰所時間、食事の有無などの必要事項を職員にお申し出下さい。
喫煙	・決められた場所をお願いいたします。
所持品の持ち込み	・備え付けの収納に納まる程度とさせていただきます。
嘱託医師受診料 薬代金	・嘱託医師の受診料、薬局薬代金は当施設とは直接の関係はありませんが、便宜上、施設利用料と同様に振替の手続きも行ないます。 ・嘱託医師（根井クリニック 根井仁一医師）受診料は3ヶ月ごとにお支払いいただきます。 ・ワタナベ薬局の薬代金は毎月お支払いいただきます。
施設外での受診	・嘱託医師、協力病院の医師の指導ではなく、ご自身の希望で他の医療機関を受診する場合は、ご家族でお願いいたします。また、診察結果、処方薬などは職員にお知らせ下さい。
宗教・政治活動	・施設内で他の利用者に対する宗教活動および、政治活動はご遠慮下さい。
ペット	・飼育を前提にしたペットの持ち込みはお断りします。
食べ物の持ち込み	・持ち込みの際は健康管理上、必ず職員にお尋ね下さい。

1 2. 要介護認定の申請に係る支援

(1) 利用者が希望する場合は、要介護認定の申請を代わっておこないます。

1 3. サービス提供の記録

- (1) 利用者ご自身に関する施設サービス実施記録を閲覧できます。
- (2) 利用者ご自身に関する施設サービス実施記録の複写物の交付を受けることができます。
その場合、複写に係る実費をいただきます。
- (3) 施設サービス実施記録はその完結の日から5年間事業所で保管します。

1 4. 看取り時の支援

看取り時の支援については別表6をご確認ください。

1 5. 退所時の支援

契約の終了により利用者が退所する際には、利用者およびそのご家族の希望、利用者が退所後に生活なされることとなる環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な支援をおこないます。

1 6. 秘密保持の厳守

- (1) 事業者および事業者の使用する従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびそのご家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、従業者の雇用契約終了後も同様といたします。
- (2) 利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、居宅介護支援事業等に対し、利用者の個人情報を提供いたしません。

1 7. 緊急時の対応方法

利用者に容体の変化などがあった場合は、医師に連絡するなど必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。(別表5)

1 8. 事故発生時の対応方法

事故が発生した場合には、応急処置および緊急受診などの必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。また、状況に応じて保険者及び富山県厚生部へ速やかに報告いたします。

19. 非常災害対策

- (1) 防災時の対応 消防計画書
- (2) 防災設備 火災報知器、スプリンクラー、消火栓等の消防設備を備えています。
- (3) 防災訓練 年2回の防災訓練を実施します。

20. サービス内容に関する相談・苦情

利用者からの相談、苦情に対応する窓口を設置し、施設の設備またはサービスに関する利用者の要望、苦情に対し、迅速に対応いたします。

- (1) 当施設ご利用者相談・苦情担当
(担当者) 施設介護支援専門員・生活相談員・介護職員(主務者)
受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:30
また、ご意見箱を特別養護老人ホームやすらぎ荘に設置しています。
- (2) 当施設以外に、行政機関その他の機関でも苦情を受け付けています。

南砺市役所 地域包括ケア課 地域包括支援センター	所在地 (〒932-0293) 南砺市北川166-1 電話番号 23-2034・FAX 82-4657 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

21. 介護サービス情報の公表について

「介護サービス情報の公表」制度の通知により、当施設では第三者による調査を受けています。これらの情報は、指定情報公表センターなどのホームページでご覧いただくこともできます。

22. 施設の併設事業

当施設では、次の事業を併設して実施しています。

- [介護老人福祉施設] 平成11年12月1日指定 富山県 1672100052号 定員80名
- [短期入所生活介護] 平成11年12月1日指定 富山県 1672100052号 定員20名
- [通所介護] 平成11年12月1日指定 富山県 1672100060号 定員25名
- [認知対応型通所介護] 平成11年12月1日指定 富山県 1672100060号 定員12名
- [居宅介護支援事業] 平成11年9月7日指定 富山県 1672100029号

23. 運営推進会議

施設の行う指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を、地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図ることを目的として、運営推進会議を設置します。

- (2) 運営推進会議は、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、南砺市または地域包括支援センターの職員および地域密着型介護老人福祉施設について知見を有する者で構成するものとします。
- (3) 運営推進会議の開催は、おおむね2ヶ月に1回以上とします。
- (4) 運営推進会議は、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の活動状況を報告し、評価を受けるとともに、必要な要望、助言等を聴く機会とします。

地域密着型介護老人福祉施設入所にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基ついて重要な事項を説明しました。

年 月 日

法人所在地	富山県南砺市松原 678 番地 1
事業者名称	社会福祉法人福寿会
施設所在地	富山県南砺市天池 1570 番地
施設名称	特別養護老人ホームやすらぎ荘
代表者名	理事長 田中 幹夫 印

説明者 職種 _____

氏名 _____ 印

私は、契約書および本書面により、事業者から地域密着型介護老人福祉施設入所についての重要事項の説明を受けました。

〈利用者〉

住所 富山県南砺市天池 1570 番地 _____

氏名 _____ 印

〈身元引受人〉

住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____

〈身元引受人〉

住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____

(別表 1) 介護保険給付対象サービス料金 (居住費、食費を含む基本部分) (1割負担分)
(※日額算定)

	算定項目	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
① サービス利用に係る自己負担額 (1割負担分)		565円	634円	704円	774円	841円
② 食費に係る自己負担額 (保険外) 負担段階別	第1段階	300円				
	第2段階	390円				
	第3段階	650円				
	上記以外の方	1,380円				
③ 居住費に係る自己負担額 (保険外) 負担段階別	第1段階	0円				
	第2段階	370円				
	第3段階	370円				
	上記以外の方	840円				
④ 自己負担合計 (①+②+③) 多床室負担段階別		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	第1段階	865円	934円	1,004円	1,074円	1,141円
	第2段階	1,325円	1,394円	1,464円	1,534円	1,601円
	第3段階	1,585円	1,654円	1,724円	1,794円	1,861円
	上記以外の方	2,785円	2,854円	2,924円	2,994円	3,061円

ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額 (自己負担額) と食費・居住費に係る自己負担額の合計金額をお支払いいただきます。

6日以上入院・外泊の場合は1日当たり入所者負担第4段階の方は840円、入所者負担2,3段階の方は370円をお支払い頂きます。(入所者負担第1段階の方は対象外)

【負担割合】

平成27年8月以降のご利用からは、一定以上の所得のある65歳以上の方は介護保険利用者負担が2割、または3割になります。(64歳以下の方の利用者負担割合は1割)
負担割合は介護保険負担割合証をご確認ください。

(別表 2) 加算となる介護保険給付対象サービス料金 (1 割負担分)

日常生活継続支援加算Ⅱ	36 円	介護福祉士の有資格者を一定数以上配置しており、かつ新規利用者の一定数以上が、認知症高齢者や重度者である場合
看護体制加算 (Ⅰ) イ	12 円	常勤の看護職員を 1 名以上配置している場合
看護体制加算 (Ⅱ) イ	23 円	看護職員を基準数以上配置しており、夜間における連絡 (オンコール) 体制を確保している場合
個別機能訓練加算	12 円	専従の機能訓練指導員が個別機能訓練計画に基づき、計画的に機能訓練を行った場合
栄養マネジメント加算	14 円	栄養ケアマネジメントを実施した場合
認知症専門ケア加算	3 円	認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が入所者の 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
褥瘡マネジメント加算	10 円	入所者の褥瘡発生を予防するため、定期的な評価を実施し、その結果に基づき計画的に管理した場合
療養食加算	6 円	療養食を提供した場合 (※1 食単位算定)
経口移行加算	28 円	経管により食事を摂取している入所者に対し、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また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
経口維持加算 (Ⅰ)	400 円	摂食・嚥下障害や認知機能の低下が著しい利用者に対し、経口維持のため、多職種が食事の観察や会議を行い経口維持計画を作成した場合 (※月額計算)
経口維持加算 (Ⅱ)	100 円	食事の観察や会議に医師・歯科医師、歯科衛生士いずれか 1 名以上が加わった場合 (※月額計算)
口腔衛生管理体制加算	30 円	口腔ケアマネジメントを実施した場合 (※月額算定)
低栄養リスク改善加算	300 円	低栄養リスクの高い入所者に対して、多職種が協働して低栄養状態を改善するための計画を作成し、この計画に基づき、定期的に食事の観察を行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた栄養・食事調整等を行った場合
看取り介護加算 (Ⅰ) 1	144 円	看取り介護の体制ができていて死亡日以前 4 日以上 30 日以下に加算
看取り介護加算 (Ⅰ) 2	680 円	看取り介護の体制ができていて死亡日以前 2 日又は 3 日に加算
看取り介護加算 (Ⅰ) 3	1,280 円	看取り介護の体制ができていて死亡日に加算
外泊時費用	246 円	病院等へ入院した場合及び居宅などへ外泊を認めた場合 (月 6 回限度)
初期加算	30 円	入所日から 30 日以内の期間。30 日以上入院後の再入所も同様
介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)	所定単位数の 8.3%	介護人材を確保して、適切なサービスの質を保つためのもの

※事業所の体制変更、利用者の身体状況の変化等により加算内容が変更される場合があります。

【負担割合】

平成 27 年 8 月以降のご利用からは、一定以上の所得のある 65 歳以上の方は介護保険利用者負担が 2 割、または 3 割になります。(64 歳以下の方の利用者負担割合は 1 割)

負担割合は介護保険負担割合証をご確認ください。

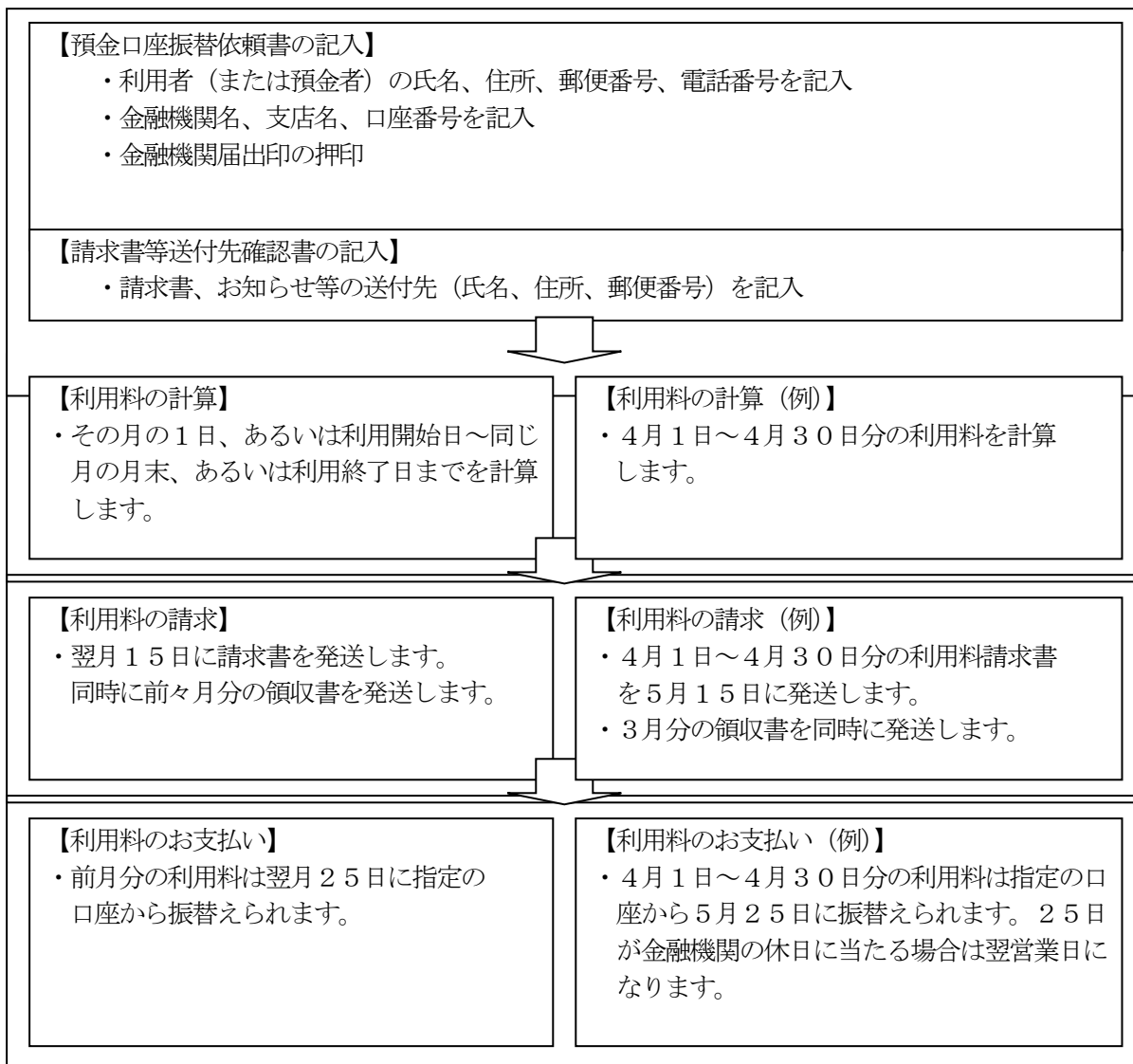
(別表 3) 介護保険給付対象外サービス料金

保険対象外 (個人負担)	単位・規格	ホーム	備考
口腔ケア用品			
〃 歯磨きティッシュ	1本	606	
〃 歯ブラシ	1本	125	
〃 舌ブラシ	1本	620	
〃 やわらか舌ブラシ	1本	460	
〃 モアブラシ	1本	432	
〃 くるりなブラシ	1本	411	
〃 義歯用ブラシ	1本	318	
〃 口腔清潔ウェットシート (詰替)	1個	500	
〃 口腔清潔ウェットシート ケース	1個	864	
〃 その他個別に必要な用品		実費	
被服品			
〃 フットガード	片足	2,592	
〃 アームリーダー	1個	4,320	
食器			
〃 らくらくごっくん	1個	3,200	
〃 ストロー付きカップ	1個	1,100	
ワクチン接種 季節性インフルエンザ		実費	
〃 肺炎球菌		実費	
理髪料 (個人希望)	1回	2,000	
私用コピー	1枚	10	
特別食		実費	
スキンケア用品			
リモイスバリア	1本	2,057	
〃 セキュラPO	1本	2,088	
医療品			
ドレッシングテープ	1巻	2,406	
〃 ビジタム (10枚入)	1箱	6,804	
〃 吸引カテーテル	1箱	2,982	
〃 モイスキンパット	1箱	6,300	
〃 ハイゼガーゼ	1袋	1,605	
〃 カテーテルチップ (注射器)	1箱	3,000	
〃 アルウェッティ	1箱	780	
〃 クリーンコットンアイ	1箱	1,728	
個人の特別な医療品		実費	
クラブ活動・施設行事参加費		実費	
食費 (朝)	1食	1,380円/日	
〃 (昼)	1食		
〃 (夕)	1食		
室料 (多床室)	1日	840	
外泊、入院中の保険給付対象外室料 (多床室)	1日	840	負担第4段階の方は840円、負担2,3段階の方は370円になります。 (負担第1段階の方は対象外)
写真L版	1枚	30	
クリーニング (外部委託)		実費	
サービス利用料金口座振替手数料	1ヶ月	実費	事業ごとに所要

※諸事情により変更になる場合がありますのでご了承下さい。

(別表 4) 利用料金のお支払い方法

利用料金は、1ヵ月ごとに計算し、利用者は翌月の25日までに事業者が指定する方法でお支払いいただきます。ただし、退所月の利用料金については、請求書の発行日から10日以内に事業者が指定する方法でお支払いいただきます。



※利用者と預金者が同一の場合、その方が在所期間中に永眠された場合は、翌月15日に限らず請求させていただきます。

その際は現金を持参していただきますようお願いいたします。

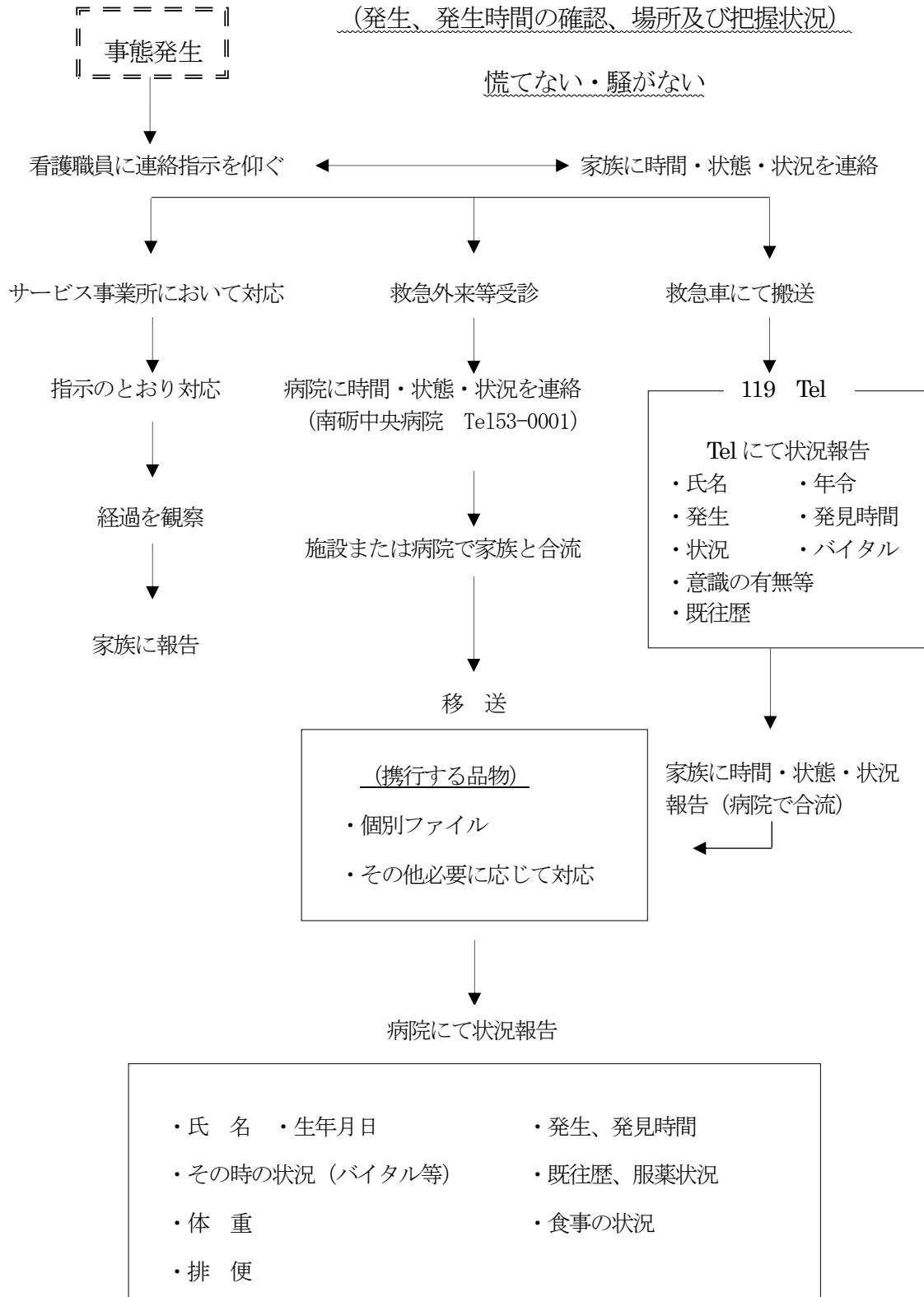
※要介護度が確定していない場合や預金口座振替依頼書の提出が遅れた場合は口座振替が遅れる場合がありますのでご了承ください。

※口座振替手数料は支払者の負担となります。

(別表 5)

利用者緊急対応マニュアル

救急外来受診及び救急車対応



(別表6)

看取り時の支援について

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す。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、本人または、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、施設は利用者また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、看護師また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 看取り介護およ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) 利用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) 看取り介護のための施設整備

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ため、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、回復の見込みがなく、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、医師より利用者または家族へ説明し、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、介護職員等が協働して、随時（少なくとも）1週につき1回以上、本人または家族への説明を行い、同意を得ながら介護を行います。