

【社会福祉法人慈徳会 複合ケアホームさくらテラス】

グループホームさくらテラス

重要事項説明書



当施設は松阪市指定の地域密着型介護保険事業所です。

(松阪市指定 第 2490700123 号)

松阪市に住民票を置く方がご利用になれます。

当施設はご契約者に対して認知症対応型共同生活介護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、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

社会福祉法人 慈徳会

複合ケアホームさくらテラス

- ・ 小規模多機能センターさくらテラス
- ・ デイサービスセンターさくらテラス
- ・ **グループホーム さくらテラス ←この度のご利用サービス**

グループホームさくらテラス ご利用者の権利

- 独自の生活歴を有する個人として尊重され、プライバシーを保ち、尊厳を維持する権利。
- 生活や介護サービスにおいて、十分な情報が提供され、個人の自由や好みおよび主体的な決定が尊重される権利。
- 安心感と自信をもてるよう配慮され、安全と衛生が保たれた環境で生活する権利。
- 自らの能力を最大限に発揮できるよう支援され、必要に応じて適切な介護を継続的に受ける権利。
- 必要に応じて適切な医療を受けることについて援助を受ける権利。
- 家族や大切な人との通信や交流の自由が保たれ、個人情報を守られる権利。
- 地域社会の一員として生活し、一般市民としての行為を行う権利。
- 暴力や虐待および身体的精神的拘束を受けない権利。
- 生活や介護サービスにおいて、いかなる差別を受けない権利。
- 生活や介護サービスについて職員に苦情を伝え、解決されない場合は、専門家または第三者機関の支援を受ける権利。

1. 施設運営法人

- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 慈徳会 | |
| (2) 法人所在地 | 三重県北牟婁郡紀北町海山区上里堂の谷 227 番地 1 | |
| (3) 電話番号 | 0 5 9 8 - 2 8 - 8 8 8 5 | |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 小倉 博之 (おぐら ひろゆき) | |
| (5) 設立年月 | 平成 17 年 12 月 2 日 | |
| (6) 法人の理念 | 下記をご参照ください | |
| (7) 法人の運営施設 | 特別養護老人ホームさくら園 | [松阪市下蛸路町] |
| (介護保険事業) | グループホームさくら | [松阪市下蛸路町] |
| | 老人保健施設さくらんぼ | [松阪市飯南町] |
| | 特別養護老人ホームさくら橋 | [松阪市飯南町] |
| (障害者総合支援事業) | 桃 朋 園(とうほうえん) | [紀北町海山区] |
| (その他福祉事業) | さくら保育園 | [松阪市桜 町] |

■社会福祉法人慈徳会が掲げる理念



多様な福祉サービスがその利用者の意向を尊重して総合的に提供されるよう創意工夫することにより、利用者が個人の尊厳を保持しつつ、心身ともに健やかに育成され、又はその有する能力に応じ自立した生活を地域社会において営むことができるよう支援する。

■さくらテラスの理念

『信頼』『笑顔』『歓喜』をもって地域社会に貢献する

2. ご利用施設

- | | |
|-----------|---|
| (1) 施設の種類 | 地域密着型認知症対応型共同生活介護
松阪市第 2490700123 号 平成 23 年 7 月 1 日指定 |
| (2) 施設の目的 | 多年にわたり、国や地元の発展に貢献されてきた方々で、認知症になられた要支援者（要支援 2）及び要介護状態にある方に、対して適切な指定認知症対応型共同生活介護を提供することで、自立した潤いと活気あふれる生活を送っていただけるようケアを提供する。 |
| (3) 施設の名称 | グループホームさくらテラス |

- (4) 施設の所在地 三重県松阪市立田町786番地1
- (5) 電話 直通0598—67—2060または28—8885
 FAX 0598—28—8886
 e-mail sakura_g@mctv.ne.jp
- (6) 管理者 丸田 隆一
 [複合ケアホームさくらテラス施設長、デイサービスセンターさくらテラス管理者]
- (7) 計画作成担当 山下 恵子 [兼務、介護職員]
- (8) 開設年月 平成23年7月1日
- (9) 入所定員 9人

3. 居室の概要

※ 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。

居室・設備の種類	室数	備考
1人部屋	9室	1ユニットにつき11室
合計	9室	
主な設備		
食堂	1室	各ユニットに1室
台所	1室	各ユニットに1室
浴室	1室	各ユニットに1室
居間	1室	各ユニットに1室
事務室	1室	各ユニットに1室

- ※ 上記は、厚生労働省が定める基準により、指定認知症対応型共同生活介護施設に必置が義務づけられている施設・設備です。この施設の主な設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。
- ※ 居室の変更：ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して認知症対応型共同生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。看護職員は配置していません。

<主な職員の配置状況>

※ 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	指定基準	定数	備考
1. 管理者	1名	1名	(兼務)
2. 介護支援専門員	1名	1名	(兼務)
3. 計画作成担当者	1名	1名	(兼務)
4. 介護従事者	4名	6名以上	

<主な職種の勤務体制>

職種		勤 務 体 制	
管理者	【日 勤】	8:30～17:30	1名
介護職員 含、計画作成担当者	【早 番】	7:30～16:30	1名
	【日 勤】	9:00～18:00	無い日があります
	【遅 番】	11:00～20:00	1名
	【夜 勤】	16:30～翌 8:30	1名
	【非常勤】	8:30～15:00 09:00～15:30	無い日があります

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

(1) ご契約者に提供する基本サービス

①食事

- 当施設では、栄養並びにご契約者の身体の状態および嗜好に配慮した食事を提供します。(配膳準備が完了した時点で食事開始となりますので、時間は多少前後することがあります。)

朝食： 8：00～ 8：40

昼食：12：00～12：40

夕食：17：40～18：20

②入浴

- 入浴又は清拭を原則として週3回行います。特別浴は週2回。

③排泄

- ・ 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。

④機能訓練

- ・ 介護職員により、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ために、ご利用者の意向を確認し軽作業等を行います。

⑤健康管理

- ・ 協力医療機関に必要な応じて定期的に受診します。

⑥その他自立への支援

- ・ 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

(2) 介護保険の給付対象サービス、基本料金と食材費について

<サービス利用料金表>

基本料金=A) 家賃 & B) 管理費は月極となります。

基本料金 (月極)	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
A)家賃	58000	58000	58000	58000	58000	58000
B)管理費	12000	12000	12000	12000	12000	12000
a)サービス利用に係る自己負担額/日	801	805	843	868	886	904
×30日	24,030	24,150	25,290	26,040	26,580	27,120
b)サービス提供強化加算(Ⅱ)	6	6	6	6	6	6
×30日	180	180	180	180	180	180
c)認知症専門ケア加算	4	4	4	4	4	4
×30日	120	120	120	120	120	120
d)介護職員処遇改善加算	32	32	33	34	35	36
×30日	952	957	1002	1031	1051	1072
e)初期加算	30	30	30	30	30	30
×30日	900	900	900	900	900	900
f)食材料費	1,380	1,380	1,380	1,380	1,380	1,380
×30日	41,400	41,400	41,400	41,400	41,400	41,400
A)+B)+a)+b)+c)+d)+f)=30日の利用額合計 e)は算入していません。						
1ヶ月あたり	136,679	136,804	137,988	138,767	139,328	139,889

料金表によって、ご契約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)、食材費と基本料金(家賃・管理料)の合計金額をお支払いください。(サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。)

注) 初期加算として入居日より30日間に限り、一日につき30円(介護保険給

付による自己負担分)をお支払いいただきます。(一旦退所後に再度ご入居の際でも頂戴します。)

- ① ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- ② 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

(3) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

①特別な食事(酒を含みます。)

ご契約者のご希望に基づいて特別な食事(出前など)を提供します。

利用料金: 要した費用の実費

②理髪・美容

[理美容サービス]

月に1回、理美容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。

利用料金: 1回あたり1,700円(技術料1,620円+管理料80円)

さらに顔剃りは別途540円が必要です。

支払方法: 自動振替にてお支払い。この料金は施設利用料と合算して、毎月の請求書に記載させていただき、ご請求申し上げます。

③レクリエーション

月	行事名	個人負担	月	行事名	個人負担
毎月	遠足or外食or出前	飲食費	10月	朝見芸能大会	無
4月	木の芽田楽	無	12月	クリスマス会	無
	お花見ドライブ	無		忘年会	
	開設記念日		1月	おとそ会	無
	志摩スペイン村遠足	飲食費と交通費		新春カルタ会	無

5月	家族会	無	2月	節分	無
	こいのぼり作り	無	3月	ひな祭り	無
7月	七夕さん	無			
8月	下蛸路町夏まつり	無			
9月	敬老会	無			

上記の他伊勢志摩方面、北勢伊賀方面への遠足を企画させていただく事がございます。その際には当施設の判断でご利用者負担による『国内旅行保険（単日：250円）』に加入させていただくことがございます。

④複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき 15円

⑤日常生活上必要となる諸費用の実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

また、入所時に転倒予防シューズ2足を購入お願いします。

例)洗面用具(歯ブラシ、歯磨き粉、入れ歯洗浄剤、うがい液、ティッシュペーパー等の消費財)

おむつ、はくパンツ、尿とりパッド代は介護保険給付対象外となっておりますので各自ご負担いただきます。

⑥ご契約者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金と基本料金(月額となります)を頂戴します。

直近の区分で	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
一日につき	¥8,010	¥8,050	¥8,430	¥8,680	¥8,860	¥9,040

ご契約者が、要介護認定で『自立』又は『要支援 1』と判定された場合 8,310円
なお、利用者の退去までに利用者の生活に要した費用等の実費は、利用者及連帯保証人の負担とします。

⑨小口お小遣い管理(このサービスは無料サービスです)

ご契約者の希望により、『小口お小遣い管理サービス』をご利用いただけます。
概要は、以下の通りです。詳細は契約書第18条を参照してください。

- 管理する金銭の形態：現金で概ね1万円とします。
- 保管管理者：管理者
- 出納方法：手続きの概要は以下の通りです。
 - ・本人及び家族の連絡により保管管理者が連絡内容に従い、小口お小遣いから預金の預け入れ及び引き出しを行います。
 - ・保管管理者は出入金の都度、出入金記録を作成し、再度入金していただく時、出入金記録を確認していただき、領収書をご契約者にお渡しします。
- 利用料金：無料

(4) 利用料金のお支払い方法

前記(2)、(3)の料金・費用は、1か月ごとに計算しご請求します。翌月27日までに下記方法でお支払い下さい。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は月額請求の基本料金を除き、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

お振り込みされた金融機関の振込み明細書をもって領収書に代えます。

また、当施設は確定申告の医療費控除の控除対象施設ではありません。

しかし、ご利用中に通院(または入院)した協力医療機関・かかりつけ薬局等の領収書は医療費控除の対象となります。必要な際にはお申し付け下さい。

利用料金の請求書は、毎月15日前後に郵送します。利用料金は毎月27日に予めご指定された金融機関から自動振替させていただきます。(収納代行 三菱UFJニコス株式会社)

当施設の利用料金は概ね¥136,000- (例 要介護5、31日間利用で試算) 前後です。毎月中旬には、予めみなさま各自の振替口座へ¥136,000-前後の入金をお勧めします。別途、医療費などはお支払いいただきます。

利用料の支払いは『口座振替』です。

- ・ご利用者が指定する金融機関※本支店口座(一部のJF/漁協、信用組合除く)からの自動引き落としとなります。下記金融機関ご参照願います。名義は『ご利用者名』でも『ご家族名』でも結構です

(収納代行 三菱UFJニコス株式会社)

- ・口座振替後の通帳には『サクラテラス』と記帳記載されます。

※ 下記の金融機関

- ・都市銀行(三菱東京UFJ、三井住友、みずほ、りそな、埼玉りそな)
- ・信託銀行(三菱UFJ信託、三井住友信託、みずほ信託、りそな信託)
- ・地方銀行及び第二地方銀行全行(百五、第三、三重、中京など)
- ・信用金庫全庫(三重、津、北伊勢上野など)

- ・ 農業協同組合全組合(松阪、津、伊勢、鈴鹿農協など)
- ・ 労働金庫全庫(東海、静岡県、近畿、北陸など)
- ・ ゆうちょ銀行 (郵便局)

一部の信用組合、農協、マルバンク(漁協)、インターネット銀行は不可

口座振替の手続き完了までは下記口座へのお振り込みください。

- ・ 第三銀行 本店営業部(ホソエイギョウブ) 【普通】 3303081
 《名義》シャカイケンホクジン ジトカイ サクラテラス リジチヨウ オグラヒロキ
 社会福祉法人 慈徳会 さくらテラス 理事長 小倉博之

(5) 入所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。)

① 協力医療機関

医療機関の名称	おおたクリニック
所在地	松阪市下村町 993 番地
かかりつけ薬局	スマイル調剤薬局下村店
所在地	松阪市下村町 997 番地 3
救急搬送先	JA 三重厚生連 松阪中央総合病院 (福)恩賜財団 済生会松阪総合病院 総合病院 松阪市民病院

② 協力歯科医療機関

医療機関の名称	うえばやし歯科
所在地	松阪市豊原町 24 番地 5

6. 施設を退所していただく場合 (契約の終了について)

以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご契約者に退所していただくこととなります。(当施設は終身入居施設ではございません。)

- ① 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立又は要支援 1 と判定された場合
- ② 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑤ ご契約者から退所の申し出があった場合（詳細は契約書第 6 条をご参照下さい。）
- ⑥ 事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は契約書第 5 条及び 7 条をご参照下さい。）
- ⑦ ご契約者が入院された場合

※ 入院についての取り扱い

入居者が病院等に入院された場合、その時点をもって退居とします。

ただし、入居者が入院日より起算して 30 日以内に退院された時、優先的に再び入居できるものとします（Ⅰ. 基本料金は当該分お支払いいただくものとします。Ⅱ. ただし、『医療保護入院』または『措置入院』は退院時期が予測不可能な為に、入院された時点で退居とします。）

しかし、退院後 30 日以内に再び入院される場合には、退院後の継続入居は要協議事項とし、病院医師及び当施設が現状の体制においてケアが可能と判断された場合のみ継続して入居していただけます。

また、入院中は衣類の洗濯、オムツ等の補充は原則としてご家族（含、連帯保証人）でお願いいたします。ただし、ご家族（含、連帯保証人）が遠方の方に限り、グループホームさくらテラスの職員が有料にて行います。（¥3200 / 1 回）

このサービスは病院からの要請により、週 2 回行うことが往々にしてございます。

（1）円滑な退所のための援助

当施設は**終身入居施設**ではございません。

また、ご契約者が当施設を退所する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のための援助を可能な範囲で行います。

※ ご契約者が退所後、在宅に戻られる場合には、その際の相談援助にかかる費用を介護保険から給付される費用の一部をご負担いただきます。

(2) 退所の際の通告

利用者及び連帯保証人は事業者に対し、契約解除を文書により通知し、14日の予告期間においてこの契約を解除することができます。また、退去通告の文書は当該月の16日までに事業所へ到着しない場合には翌月分の家賃及び管理費をお支払いいただくものとします。

7. 利用者が死亡されたとき

死亡された時点において、当施設との契約は終了となり速やかに家族に連絡し、家族により遺体を引き取っていただきます。

グループホームさくらテラスで死亡された場合、退所処置:エンゼルケア(死後の処置)費用として、20,000円+寝巻き(装束の着替え)+湯灌具代金(状況に応じて加算される場合があります。)を頂戴します。

8. 残置物引取人

当施設は、連帯保証人を「残置物引取人」と定め、残置物を引き取っていただきます。

また、引渡しにかかる費用については、ご契約者又は残置物引取人にご負担いただきます。

当施設は、契約者が残置物引取人を定めない場合には、自己の費用で契約者の残置物を処分できるものとします。その費用については、契約者からの預り金等自己の管理下にある金銭がある場合には、その金銭と相殺できるものとします。

9. 苦情・相談の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情相談受付窓口担当者 山下 恵子 (やました けいこ)

○苦情相談解決責任者 管理者 丸田 隆一 (まるた りゅういち)

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 10:00～16:00

また、苦情受付ボックスを玄関受付に設置しています。

(2) 苦情処理の方法

(ア) 苦情の受付

苦情受付担当者は、利用者からの苦情を随時受け付けます。その際、次の事項を書面に記入し、苦情申し出人に確認します。(内容、希望、

第三者委員会への報告の要否、第三者委員の話し合いへの立会い要否など)

(イ) 苦情受付の報告

苦情受付担当者は、受理した苦情を苦情解決責任者と第三者委員に報告します。

(ウ) 苦情解決の話し合い

苦情解決責任者は全職員による苦情解決会議を開催し、十分検討のうえ、苦情申し出人との話し合いによる解決に努めます。

(3) 当施設の第三者委員

大阪弁護士会所属 弁護士 矢吹 保博 氏
速水林業 代表 速水 亨 氏

(4) 行政機関その他苦情受付機関

松阪市役所 健康ほけん部介護保険課	所在地 電話番号	松阪市殿町1340-1 0598-53-4090
国民健康保険団体連合会 苦情処理専用電話	所在地 電話番号	津市桜橋2丁目96 059-222-4165

10. 事故発生時の対応について

事故が起こった場合事故報告書を作成し管理者に報告、外傷が合った場合は治癒まで経過観察をし再発防止に努めます。また随時全体会議で事故内容について検討し再発予防に努めます。必ずご家族に報告いたしますが、事故発生の状況によっては緊急搬送等行うことがございますがご了承下さい。

グループホームさくらテラス経管栄養等管理費規定

(規定の適用範囲)

第1条 この経管栄養等規定(以下、規定)は、社会福祉法人慈徳会グループホームさくらテラス(以下、ホーム)を利用される方で以下の様な状態になられた方に適用する。

- ① 医師の医学的見地による指示の下、栄養補給法が中心静脈栄養になられた方
- ② 医師の医学的見地による指示の下、栄養補給法が経鼻カテーテルによるものになられた方
- ③ 医師の医学的見地による指示の下、栄養補給法が胃瘻カテーテルによるものになられた方
- ④ 医師の医学的見地による指示の下、栄養補給法が経腸カテーテルによるものになられた方
- ⑤ ①～④によるもの以外で栄養補給法が経口によることが出来なくなられた方

(規定の目的)

第2条 前条のいずれかに該当する方々に対して、安全を担保する必要な見守りと愛情に溢れかつ健康的な日常生活を提供することを目的とする。また、これらに関する必要な薬剤及び器具の購入に用いることとする。

(購入物の範囲)

第3条 必要な薬剤及び器具の範囲

- (1) 人工唾液
- (2) トロミ調整剤
- (3) イルリゲーターとそのルート
- (4) 注射器
- (5) 薬品(内服薬を含まず)
- (6) その他、ホーム管理者が必要と認めるもの

(規定の適用期間)

第4条 第1条のいずれかに該当する状態になられた日から算定し、上記状態が解除された日までとする。状態の解除とは下記状態を言う。

- ① 経口による栄養補給法が確立した場合
- ② ご利用者が入院した場合(退院後は再び算定するものとする)
- ③ ご利用者が退所した場合
- ④ ご利用者が死去した場合

(費用)

第5条 費用は一日あたり¥1,200とする。

(費用の改定)

第6条 費用の改定は、ホーム管理者が必要と認めた場合行なう。

(条項の改正)

第7条 この条項の改正は、ホーム管理者が必要と認めた場合行なう。

附 則

この規則(要綱)は、平成23年7月1日から施行する。

制定：平成23年7月1日

【看取りに関する指針】

社会福祉法人 慈徳会
複合ケアホームさくらテラス
・グループホームさくらテラス

1. 当施設における看取り介護の考え方

看取り介護とは、近い将来に死に至ることが予見される方に対し、その身体的・精神的苦痛、苦悩をできるだけ緩和し、死に至るまでの期間、その方なりに充実して納得して生き抜くことができるように日々の暮らしを営めることを目的として援助することであり、対象者の尊厳に十分配慮しながら終末期の介護について心をこめてこれを行なうことである。

2. 看取り介護の視点

終末期の過程においては、その死をどのように受け止めるかという個々の価値観が存在し、看取る立場にある家族の思いも錯綜することも普通の状態として考えられる。

施設での看取り介護は、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以下の確認を事前に行い理解を得る。

施設における医療体制へのご理解

- ・ 常勤医師の配置がないこと
- ・ 主治医は協力医療機関とも連携し必要時は 24 時間の連絡体制を確保して必要に応じ健康上の管理等に対応すること（学会・出張等で不在時は救急車搬送となる）
- ・ 夜間及び看護師の公休日は医療スタッフが不在で、看護師は緊急時の連絡により駆けつけるオンコール体制であること（看護師不在時は担当介護支援専門員とする）
- ・ 病状の変化等に伴う緊急時の対応については看護師若しくは担当介護支援専門員及び介護職員が主治医との連絡をとり判断すること
- ・ 夜間においては輪番の夜間担当介護職員（いわゆる夜勤）が夜間緊急連絡体制にもとづき看護師または介護支援専門員と連絡をとって緊急対応を行なうこと
- ・ 家族との 24 時間の連絡体制を確保していること

- ・ 看取りの介護に対する家族の同意を得ること

3. 看取り介護の具体的支援内容

【利用者に対する具体的支援】

I. 身体介護

- ・ バイタルサインの確認
- ・ 環境の整備を行なう
- ・ 安寧、安楽への配慮
- ・ 清潔への配慮
- ・ 栄養と水分補給を適切に行う
- ・ 排泄ケアを適切に行う
- ・ 発熱、疼痛への配慮

II. こころのケアと疼痛の緩和

- ・ 身体的苦痛の緩和
- ・ コミュニケーションを重視する
- ・ プライバシーへの配慮を行なう
- ・ 全てを受容してニーズに沿う態度で接する

III. 看護処置

- ・ 主治医の指示に基づき酸素吸入等の処置を当施設職員によって行なう。点滴が必要な場合、可能な限りかかりつけ医院（詳細は 6. かかりつけ医院及びかかりつけ薬局との連携体制 参照）に受診し施行する。

【ご家族に対する支援】

- ・ 話しやすい環境を作る
- ・ 家族関係への支援にも配慮する
- ・ 希望や心配事に真摯に対応する家族の身体的、精神的負担の軽減へ配慮する
- ・ 死後の援助を行なう

4. 看取り介護の具体的方法

① 看取り介護の開始時期

看取り介護の開始については、医師により一般に認められている医学的知見から判断して回復の見込みがないと判断し、かつ、医療機関での対応の必要性が薄いと判断した対象者につき、医師より利用者または家族にその判断内容を懇切丁寧に説明し、看取り介護に関する計画を作成し終末期を施設で介護を受けて過ごすことに同意を得て実施されるものである。

②医師よりの説明

I. 医師が①に示した状態で、看取り介護の必要性があると判断した場合、看護職員(併設事業所からもしくは訪問看護ステーションから)又は生活相談員を通じ、当該利用者の家族に連絡をとり、日時を定めて、施設において医師より利用者又は家族へ説明を行なう。この際、施設でできる看取りの体制を示す。

II. この説明を受けた上で、利用者又は家族は利用者が当施設で看取り介護を受けるか、医療機関に入院するか選択することができる。医療機関入院を希望する場合は、施設は入院に向けた支援を行なう。

③看取り介護の実施

I. 家族が施設内で看取り介護を行なうことを希望された場合は、介護支援専門員は医師、看護職員(併設事業所からもしくは訪問看護ステーションから)、介護職員、栄養士等と協働して看取り介護の計画を作成すること。なおこの計画は医師からの利用者又は家族への説明に際し事前に作成しておき、その際に同意を得ることも考えられること。

II. 看取り介護の実施に関しては個室で対応すること。なお家族が泊まりを希望する場合、居室に家族宿泊用のベッドをセットすることは家族への便宜を図ることであり個室の条件から外れるものではないこと。

III. 看取り介護を行なう際は、主治医、看護師(併設事業所からもしくは訪問看護ステーションから)、介護職員等が共同で適宜、利用者又は家族への説明を行ない同意を得ること。

IV. 施設の全職員は、利用者が尊厳を持つひとりの人間として、安らかな死を迎えることができるように利用者または家族の支えともなり得る身体的、精神的支援に努めること。

5. 夜間緊急時の連絡と対応について

当施設の夜間緊急時の連絡・対応マニュアルによって適切な連絡を行うこと。

6. かかりつけ医院及びかかりつけ薬局との連携体制

当施設はかかりつけ医院である下記医療機関との連携により、365日、24時間の連絡体制を確保して必要に応じ健康上の管理等に対応することができる体制をとっている。(別紙1参照)

●かかりつけ医院(主治医)

外科 内科 胃腸科 リハビリテーション科(24時間オンコール)

〒515-0043

三重県松阪市下村町 993

おおたクリニック 院長 太田正隆医師

TEL 0598-29-1213

ホームページ

検索



● かかりつけ薬局

〒515-0043

三重県松阪市下村町 997-3

スマイル調剤薬局下村店

TEL 0598-60-2631

○ 協力医療機関

協力医療機関には主治医からの紹介、または救急による搬送が適当と主治医が判断した場合に搬送する。(救急による搬送は当施設の職員による通報による場合もある。救急による搬送は輪番制で当日の搬送先は非公開)

J A 三重厚生連 松阪中央病院総合病院

TEL 21-5252

(福) 恩賜財団 済生会松阪総合病院

TEL 51-2626

総合病院 松阪市民病院

TEL 23-1515

7. 責任者

夜間緊急対応および看取り介護については、管理者を責任者とし、看護師と協働して行なう。

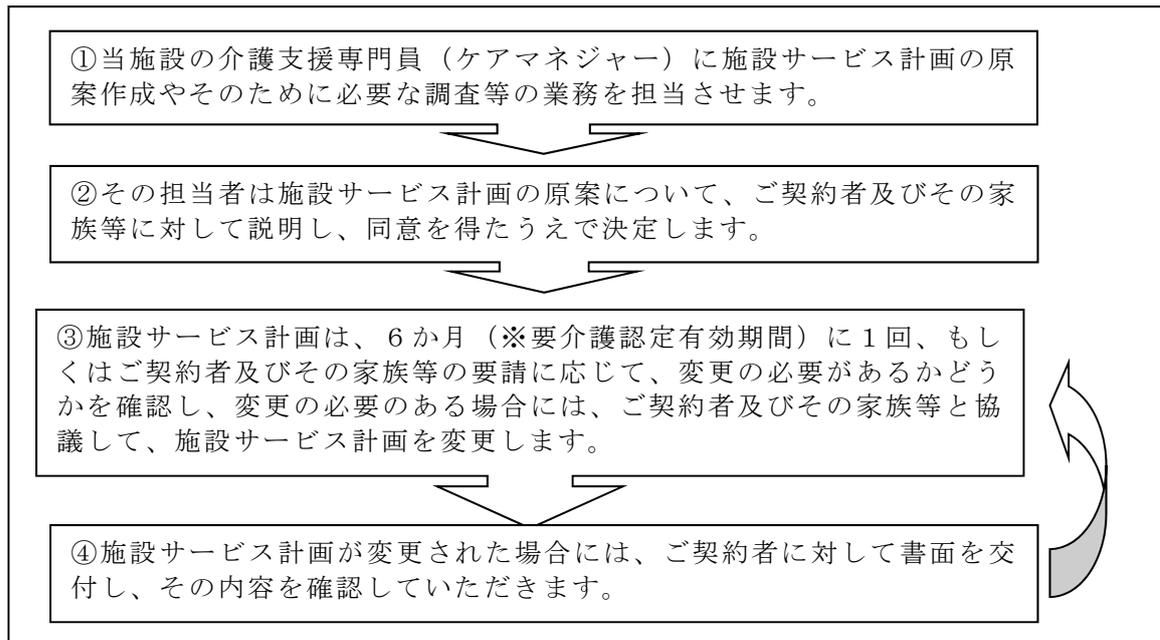
責任者：丸田隆一（管理者）

<重要事項説明書付属文書>

1. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、入所後作成する「施設サービス計画（ケアプラン）」に定めます。

「施設サービス計画（ケアプラン）」の作成及びその変更は次の通り行います。



2. サービス提供における事業者の義務

当施設は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
 - ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
 - ③ご契約者が受けている要介護認定の有効期間満了日の30日前までに、要介護認定の更新申請のために必要な援助を行います。
 - ④ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
 - ⑤ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
- ただし、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。

⑥事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。(守秘義務)

ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。

また、ご契約者の円滑な退所のための援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

3. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 持ち込みの制限

入所にあたり、原則として制限は設けておりません。常識の範囲内でお願ひします。

(2) 面会

面会時間 8:30～20:00 (17:00～翌9:00までは門を施錠しますので、門の右側にあるインターホンを使用してください。)

※体調がすぐれない方や高熱を発している方の面会をご遠慮ください。

※来訪者は必ずその都度職員に届け出てください。また、来訪者全員のお名前を面会簿に記入してください。

※来訪時には手洗いや嗽、アルコール消毒にご協力ください。

※ お酒の持ち込みはお断りいたします。生もの・お餅などはご遠慮ください。また、持ち込まれた場合には職員へ連絡してください。(食事量をチェックし、体調管理の目安にしているためです。)

(3) 外出・外泊(契約書第21条参照)

外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出下さい。

但し、外泊については、おおむね1ヵ月につき連続して4泊、複数の月をまたがる場合には連続して7泊以内とさせていただきます。

(4) 食事

食事が不要な場合は、前日までにお申し出下さい。当日キャンセルはできません。また、食事費用は¥1,380-/日です。1食の召し上がりで1日分の請求となります。

(5) 施設・設備の使用上の注意

○居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、原状回復義務を負い、その費用をご負担いただくものとします。これは経年使用のうちに汚損した場合にも適用します。また、心身の不安定による興奮状態や認知症による興奮等において物品を破損・汚損した場合も原状を回復する義務を、理由の如何に問わず利用者本人及び連帯保証人においていただくものとします。

例1) (心身状況の如何、認知症の進行を問わず) テレビジョンのリモコンをテレビジョンの画面に投げて、リモコンも画面も破損した。⇒リモコン・テレビジョン両方を原状に復していただきます。

例2) 認知症等の進行により洗面台を本来の目的での使用が不可能の内に、洗面台を詰まらせ、溢れた水により部屋中水浸しにして、畳を使用不能にした。⇒畳の交換など原状に復していただきます。

○ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

○当施設の職員や他の入所者に対し、宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。入館をお断りします。

(6) 喫煙

健康増進法施行により、施設内での喫煙はお断りしております。

(7) 持ち物

衣類や持ち物はすべて記名してください。高額な衣類やウールなど洗濯乾燥により縮みや変形が予想され、原状に復する事が出来ない物の使用はしないでください。また、現金は利用者本人には保管させないでください。一切の責任を負いかねます。

4. 損害賠償について (契約書第 20 条参照)

当施設において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかに、その損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

5. 造作・模様替え等の制限（契約書第 21 条参照）

利用者及び連帯保証人は、居室に造作・模様替えをするときは、利用者又は連帯保証人は事業者に対して予め書面によりその内容を届け出て、事業者（当施設）の承認を得てください。

その造作・模様替えに要した費用および契約終了時の原状回復費用は利用者及び連帯保証人の負担とします。利用者及び連帯保証人は、事業者の承諾なく居室の錠を取り替えたり、付け加えたりすることもできません。利用者及び連帯保証人は、居室以外のグループホーム内の造作・模様替え等をしてはなりません。

認知症対応型共同生活介護サービス重要事項説明同意書

平成_____

指定認知症対応型共同生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

地域密着型サービス・認知症対応型共同生活介護事業所
グループホームさくらテラス

説明者名 氏名 管理者 **丸田 隆一** ⑩

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項並びに経管栄養管理費の説明を受け、指定認知症型共同生活介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者 氏名

身元引受人 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

※ この重要事項説明書は、松阪市条例に基づき、入所申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

肺炎球菌ワクチン接種についてのお願い

このところ高齢者の肺炎罹患が増加している旨報道等でなされておりますが、松阪市内におきましても高齢者による症例が多く報告されております。

肺炎は体力が落ちている時や免疫力が弱くなる高齢者は罹患し易く、いろいろな病気を引き起こす要因ともなります。一度罹患すれば1ヶ月を超える長期入院になることもしばしばあります。(病状によっては食事摂取ができなくなり鼻孔から栄養を送管する事態となることもあります。)

これらの状況を鑑み、主治医太田医師と協議の上、『肺炎球菌ワクチン』の接種を勧奨させていただくこととなりました。

『肺炎球菌ワクチン』を接種していただければ罹患しにくくなる上に、万一罹患した場合でも軽症で済むとされております。効果は概ね5年間持続します。『肺炎球菌ワクチン』は自費で1回¥8,000ですが、これに見合った安心感是十分に得られるとのことです。

私共といたしましても、ご家族様に広く『肺炎球菌ワクチン』の意義をご認識ただきまして、より多くの方に『肺炎球菌ワクチン』の接種を受けていただきたく考えております。

宜しく願い申し上げます。

接種手順	院長許可⇒(ワクチン入荷を待ちます)⇒入荷後数日以内に接種
接種場所	おおたクリニック(私共が医院までお連れします。)
担当医師	おおたクリニック院長 太田正隆医師
費用負担	かかった費用の実費 概ね¥8,000-前後です。

松阪市の高齢者向け助成制度もございますので、ご不明な点などございましたら、担当丸田までお気軽にご相談ください。

電話0598-28-8885 FAX0598-28-8886

過去数年間で接種されている方は接種の必要はありません。
お知らせください。

社会福祉法人 慈徳会

理事長 小倉 博之 殿
(グループホームさくらテラス)

肺炎球菌ワクチン接種申込書兼同意書

肺炎球菌ワクチン接種の 資料 を読み、全内容から理解を深め予防接種の意義と趣旨に賛同しましたので、下記利用者に対しての肺炎球菌ワクチンの接種を同意いたします。

また、この接種にあたり、貴福祉会並びに貴施設及びおおたクリニックには一切の不服を申し立てません。

平成 _____

ご利用者

氏名 _____ 印 _____

連帯保証人（ご家族様）

氏名 _____ 印 _____

【覚書】

グループホームさくらテラス（以下甲という）と _____ 様の緊急時の対応方法を予め定め、連帯保証人たる _____ 様（以下乙という。不在時は _____ 様もしくは _____ 様とする）と以下の事項を合意した。

- 1、 _____ 様の急変時における対応は下表に準ずる。以下に掲げる『3 大病院』『救急病院』とは松阪市民病院・松阪中央総合病院・済生会松阪総合病院を云う。

	月・火・水・金・土		木・日・祝日
	(8:30~18:00)	(18:00~8:30)	
#1 胸痛、腹部の過度な膨満感、嘔吐、その他激痛の場合	主治医に受診/相談/紹介⇒3大病院搬送(含、救急車搬送)	主治医に相談/紹介⇒3大病院搬送(含、救急車搬送)	主治医に相談/紹介⇒3大病院搬送(含、救急車搬送)
#2 意識喪失になった場合	主治医に受診/相談/紹介⇒3大病院(含、救急車搬送)	主治医に相談/紹介⇒3大病院(含、救急車搬送)	主治医に相談/紹介⇒3大病院(含、救急車搬送)
#3 心臓停止になった場合	①AEDを用いる。主治医に上申後、②救急車にて搬送	①AEDを用いる。主治医に上申後、②救急車にて搬送	①AEDを用いる。主治医に上申後、②救急車にて搬送
#4 その他	主治医に受診。相談/紹介⇒3大病院(含、救急車搬送)	主治医に相談/紹介⇒3大病院(含、救急車搬送)	主治医に相談/紹介⇒3大病院(含、救急車搬送)

- ・ バイタル異常及び呼名反応や痛覚による反応がない場合には、その都度甲から乙へ電話連絡を入れる。
- ・ #2～#3は主治医の指示の前に、甲の判断で救急車による搬送を選択することがある。
- ・ このほか経過観察を説明の上、電話連絡により(①救急病院への搬送 もしくは ②翌診療時間を待ってから病院へ搬送)判断頂く(含、救急車搬送)。
- ・ 電話連絡が(主治医・乙)つかない場合には甲の判断とする。

- 2、 『②翌診療時間を待つ』を選択した場合及び『電話連絡がつかない場合、

- 甲の判断』とした場合においては下記の事項を乙は同意したものとする。
- 重篤な病状及び症状、または後遺症が残った場合において、甲に対して一切の責任及び不服を申し立てない。
 - その後にあっては甲の指示に乙は従う。
- 3、 甲は医療施設ではない。一切の医療行為（吸引器の使用を含む）を受けることができないことを理解した。（創の処置など軽微なものを除く）
- 4、 この覚書は平成_____から発効し、_____様が甲より退居した時に効力を失う。

本書面を2通作成し、甲乙署名捺印の上、各々1通を所持する。

平成_____

甲 住所 三重県松阪市立田町 786 番地 1
グループホームさくらテラス
管理者 丸田 隆一^印

乙 住所_____

氏名_____^印