

# 指定介護老人福祉施設「ますだ」ハイツユニット型(新館)重要事項説明書

令和6年4月1日現在

本重要事項説明書は、当施設とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、社会福祉法第76条に基づき、当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説明するものです。

※ 当施設では、ご契約者に対して指定介護老人福祉施設サービスを提供します。  
当施設への入所は、原則として介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。

## ◆◆目次◆◆

1. 施設経営法人	2
2. 利用施設	2
3. 施設の概要	2
4. 職員の配置状況	3
5. 当施設が提供するサービスと利用料金	5
6. 施設の入退所の手続き等について	7
7. 施設利用に当たっての留意事項	9
8. 家族(代理人)について	10
9. 個人情報の使用及び管理、守秘義務について	10
10. 利用者の記録や情報管理、開示について	10
11. 虐待防止・身体拘束廃止のための措置に関する事項	11
12. 事故発生の防止と発生時の対応	11
13. 緊急時の対応	11
14. 非常災害対策について	11
15. 業務継続計画(BCP)について	11
16. 衛生管理について	11
17. 第三者評価の実施状況について	12
18. 損害賠償について	12

社会福祉法人 梅寿会  
特別養護老人ホーム「ますだ」ハイツ  
当施設は下記のとおり、介護保険の指定を受けています。  
(指定事業所番号：益田市 第3270890027号)  
指定年月日：平成12年4月1日

## 1. サービスを提供する事業者（施設経営法人）

法人名称	社会福祉法人 梅寿会
法人所在地	島根県益田市高津四丁目 6 番 40 号
電話番号	0856-22-8588
代表者氏名	理事長 大畑 國男
設立年月	昭和 53 年 12 月 23 日
経営理念	私たちは、人権が尊重され、「笑顔、やさしさ、思いやり」のある豊かな地域社会づくりに貢献します。

## 2. ご利用施設

施設の名称	特別養護老人ホーム「ますだ」ハイツ
施設の所在地	島根県益田市高津四丁目 6 番 40 号
電話番号	0856-22-8588
施設長（管理者）	施設長 佐々木俊博
施設の種別	指定介護老人福祉施設：平成 12 年 4 月 1 日指定 益田市 第 3270890027 号
施設の目的	介護保険法の理念に基づき、在宅生活が困難で介護を必要とされる方に心身の状況等に応じた施設サービス計画を作成し ①日常生活の介護 ②機能訓練 ③健康管理 ④療養上のお世話を行うことを目的としています。
施設の運営方針	1 ご利用者の人権を尊重し、常に利用される方の立場に立ったサービスの提供に努めます。 2 サービスの提供は、ご家族、関係市町村、居宅介護支援事業者や保健・医療・福祉機関等との連携を図り、利用される方の心身の状況、ご希望などを踏まえ、適切に行います。
開設年月	昭和 60 年 6 月 1 日
入所定員	50 名

## 3. 施設の概要

### （1）施設設備の概要

敷地面積	3247.60 m <sup>2</sup>
建物構造	鉄筋コンクリート造瓦葺陸屋根 3 階建て

延べ床面積	3989.13 m <sup>2</sup>
-------	------------------------

(2) 居室の概要

居室定員	室数	床面積	1人当りの面積
個室(ユニット型)	50	747.9 m <sup>2</sup>	15.0 m <sup>2</sup>
合計	50		

(3) 居室以外の施設設備の概要

施設設備の種類	室数	備考
食堂(リビング)	5	テーブル・畳コーナー・テレビ
医務室	1	
機能訓練室	1	肋木運動器、平行棒等を設置
浴室	6	特殊浴室1室 ユニット浴室5室
便所	16	地下1階7箇所、1階29箇所、2階4箇所
洗濯場	5	洗濯機・乾燥機設置
相談室	1	
家族宿泊室	1	和室 寝具一式 浴室・トイレあり

4. 職員の配置状況

(1) 主な職員の配置状況 (本館、新館、短期入所と兼務) (単位:名)

職種	常勤	非常勤	備考
1 施設長(管理者)	1		
2 次長	1		
3 生活相談員	1以上		(介護支援専門員兼務)
4 介護支援専門員	(1)		(生活相談員兼務)
5 看護職員	2以上		(常勤換算)
6 機能訓練指導員	1以上		
7 歯科衛生士	1		デイ万と兼務
8 介護職員	18以上	必要数	(常勤換算(介護助手含む。))
9 介護助手	必要数	必要数	
10 管理栄養士	1		
11 医師		2	嘱託

(2) 主な職種の業務内容

職種	業務内容
施設長	施設全般の統括を行います。
次長	施設長の補佐を行います。
生活相談員	ご利用者の日常生活の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
介護支援専門員	ご利用者の施設サービス計画(ケアプラン)の作成と、ご利用者又はご家族への説明等を行います。また、課題の把握と実施状況の記録を定期的に行い、必要に応じてケアプランの見直しを行います。
看護職員	ご利用者の健康管理と、医師の指示に基づく健康保持及び療養上の

	業務を行います。
機能訓練指導員	ご利用者が日常生活を送る上で必要な生活機能の改善又は維持のための機能訓練を行います。
歯科衛生士	ご利用者の口腔機能の改善又は維持のための口腔ケアを計画・実施をします。
介護職員	ご利用者の日常生活上の介護を行います。
介護助手	介助の補助、見守りの補助、食事の準備・片づけ、清掃等の業務を行います。
管理栄養士	栄養並びにご利用者の身体状況及び嗜好を考慮して、献立の作成並びに栄養指導を行います。また、個々の利用者の栄養状態、食事摂取状態等を把握し、他職種と協働して栄養ケア計画、経口維持計画等を作成し、栄養改善等を実施します。
医師	ご利用者の健康管理及び療養上の指導を行います。

(

## 5. 当施設が提供するサービスと利用料金

### (1) 介護保険の給付対象となるサービス

#### ① サービス内容

種 類	内 容
食 事	<ul style="list-style-type: none"> <li>ご利用者個々の栄養状態を定期的に把握し、個々のご利用者の栄養状態に応じた栄養管理を行うよう努めるとともに、摂食・嚥下機能その他のご利用者の身体の状態や、食形態、嗜好等にも配慮した適切な栄養量及び内容とした食事提供に努めます。</li> </ul> <p>朝食（7：40～） 昼食（12：00～） 夕食（18：00～）  上記は標準的な食事時間で、ご利用者の希望に沿います。</p>
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>ご利用者のプライバシーを守り、状況に応じた適切な排泄援助を行うと共に排泄の自立に向けた適切な支援を行います。</li> </ul>
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> <li>週に2回の入浴を基本に行います。ただし、ご利用者の心身の状況により清拭となる場合があります。</li> </ul>
着替え・離床等	<ul style="list-style-type: none"> <li>ご利用者の生活のリズムを尊重し、起床時及び就寝時の着替えを支援し、離床して過ごしていただけるよう配慮いたします。</li> </ul>
整 容	<ul style="list-style-type: none"> <li>個性に配慮し、適切な整容（歯磨き、洗面等）が行われるよう援助します。</li> <li>シーツ交換は、週1回行います。（適宜交換）</li> </ul>
介 護	<ul style="list-style-type: none"> <li>適切な技術をもって、ご利用者の心身の状況に応じた自立支援、日常生活の充実のための介護等を提供します。</li> </ul>
社会的活動支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域において潤いのある生活を送ることができるための支援を行います。</li> </ul>

健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・嘱託医師により、週2回診察日を設けて健康管理に努めます。</li> <li>・看護師により、嘱託医、協力病院との24時間連絡体制を確保し、疾病予防、健康管理に努めます。</li> <li>・入所中に医療を必要とする場合は、ご利用者又はご家族の希望により、下記の協力医療機関において、診察や入院治療を受けることができます。</li> <li>・ご利用者が外部の医療機関等を受診される場合は、原則としてご家族に付添い等のご協力をお願いいたします。</li> <li>・看取りの指針に従って、ご利用者がその人らしい最期を迎えることができるよう援助いたします。</li> </ul> <p>&lt;当施設の嘱託医師&gt; 氏名：斧山 英二、 斧山 純子 診察科：内科 診察日：毎週火曜日 13:00～15:00 (斧山英二) 毎週金曜日 10:00～12:00 (斧山純子)</p>		
	<協力医療機関等>		
	益田地域医療センター医師会病院	内科・外科・整形外科他	22-3611
	あすかクリニック	整形外科・リウマチ科等	23-3320
	いしみつ耳鼻咽喉科クリニック	耳鼻咽喉科	31-4133
	大畑医院	皮膚科・アレルギー科	22-0506
	小田整形外科医院	整形外科・リウマチ科他	22-1168
	金島胃腸科外科	胃腸外科・内科他	22-2345
	松ヶ丘病院	精神科・神経内科	22-8711
	緑ヶ丘歯科	歯科	24-2266
	しらがみ歯科クリニック	歯科	31-0202
	こころ歯科	歯科	27-0939
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当施設は、ご利用者及びご家族からのいかなる相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行います。</li> </ul> <p>&lt;相談窓口&gt; 生活相談員 齋藤 啓太</p>		
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご利用者の希望、医師、理学療法士等の指示に従い、日常生活を営むのに必要な機能の維持・改善に努めます。個別機能訓練計画は多職種が共同して作成し、機能訓練の提供・評価を行います。</li> <li>・当施設の主なリハビリ器具 平行棒1台、メドマー2台、滑車設備、ホットパック1台</li> </ul>		
口腔ケア	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご利用者の希望又は歯科医師、歯科衛生士等の助言・指導により口腔ケアの改善等に取り組みます。</li> </ul>		
看取りケア	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご利用者・ご家族の意向を尊重し、ご利用者が可能な限り尊厳と安静を保ち、安らかな死を迎えられるよう、当施設は多職種協働のもとにご利用者の尊厳を支える看取りケアを行います。</li> </ul>		
栄養ケア	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した栄養ケア計画に従い、食事の観察を行い、利用者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事調整等を行います。</li> </ul>		

社会生活上の 援助等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご利用者個々のご希望に沿った行事・娯楽を実施し、外出・買い物等の支援を行います。</li> <li>・要介護認定の更新申請を円滑に行えるようご利用者を援助し、また必要に応じて申請を代行いたします。</li> </ul>
---------------	---

## ②サービス利用料金（1日あたり）

介護保険対象サービスは現物給付で1割負担となります。ただし、一定以上の所得がある方は2割又は3割負担となります。これは、第1号保険者に市町村が発行する「負担割合証」で確認します。

（一定以上の所得：前年の合計所得金額160万円以上220万円未満の場合は2割負担、前年の合計所得金額が220万円以上の場合には3割負担、また、世帯に他の第1号保険者しかいない場合は340万円未満、世帯に第1号保険者が2人以上いる場合463万円未満となる方は、2割負担又は1割負担となります。）

（合計所得金額：給与収入や事業収入等から、給与所得控除や必要経費を控除した額で、雑収入のうち、年金収入に係るものを除いた額）

<p>ア. 窓口での現金支払（「ますだ」ハイツ事務所） サービス提供月の翌月25日までにお支払願います。</p> <p>イ. 金融機関口座からの自動引き落とし サービス提供月の翌月15日（金融機関が休業日の場合は翌営業日）に引落しいたします。ご利用できる金融機関は山陰合同銀行、ゆうちょ銀行及び島根県農業協同組合です。 *自動引き落としに係る手数料は事業者が負担します。</p>
---

## 6. 施設の入退所の手続き等について

### (1) 入所の手続き

当施設に入所を希望される場合には、所定の入所申込書に記載の上、申し込みをしていただきます。原則要介護認定で要介護度3以上の方が対象となります。要介護度1又は2の方については、やむを得ない事情により介護老人福祉施設以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村の適切な関与の下、施設の入所検討委員会を経て、特例的に入所が認められます。当法人の「特別養護老人ホーム入所実施要綱」に基づき、「ますだ」ハイツ・くしろ宝寿苑合同の入所検討委員会において、希望者ご本人の状況を総合的に判断して入所決定をします。入所検討委員会は施設長の他、各部署責任者と外部委員（梅寿会第三者委員等）で構成され、定期的に開催しています。

入所が決定した場合は、当施設からご本人又はご家族等にご連絡をいたします。

入所に当っては、入所契約を結んでいただきます。

以上の手続き等は、施設の介護支援専門員（生活相談員）が詳しくご説明いたします。

### (2) 退所（契約終了）の手続き

入所契約において、契約が終了する期日は特に定めていません。

ただし、下記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、退所となります。

#### ① ご利用者からの退所の申し出の場合

ご利用者は契約期間中であっても、当施設からの退所を申し出ることができます。

その場合には、退所を希望される日の7日前までに文書でお知らせください。

ただし、以下の場合には即時に契約を解約し、退所することができます。

ア 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合

イ ご利用者が病院等に入院し、3ヶ月以上の入院加療が必要と診断された場合又は入院後3ヶ月を経過しても退院できないことが明らかになった場合

ウ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める施設サービスを実施しない場合

エ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合

オ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により、ご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為等、本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

カ 他のご利用者が、ご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

## ② 事業者からの申し出により退所していただく場合

ア ご利用者が入所時に、心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず又は不実の告知を行い、結果本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

イ ご利用者のサービス利用料金が3ヶ月以上遅延し、催告にも関わらず30日以内に支払われない場合

ウ ご利用者が故意又は重大な過失により、事業者又はサービス従事者もしくは他のご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為等、本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

エ ご利用者が連続して3ヶ月を超えて病院又は診療所に入院された場合又は医師の診断により見込まれる場合

オ ご利用者が他の介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設等に入所又は入院した場合

## ③当施設に入所中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応について

ア 検査入院等、短期間の入院の場合

1ヶ月につき6日以内（月をまたいで連続した場合は最長12日間）の短期入院の場合は入所契約は継続し、入院期間中であっても所定の利用料金をご負担いただきます。

イ 上記期間を超える入院の場合

上記短期入院の期間を超える入院については、3ヶ月以内に退院された場合には、入所契約は継続します。

ウ 3ヶ月以内の退院が見込まれない場合

3ヶ月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解約する場合があります。

この場合でも、退院後の再入所についてご相談に応じます。

## <入院期間中の利用料金>

上記、入院期間中の利用料金については、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。なお、入院期間中、入院・外泊されるご利用者の同意をいただいて、短期入所生活介護等のサービスに活用することがございます。この場合は所定の利用料金をご負担いただくことはございません。

③ 退所時の援助

ご利用者が当施設を退所する場合には、ご利用者及びご家族の希望により、ご利用者が退所後に置かれる環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な援助を行います。

<p>○適切な病院・診療所又は介護老人保健施設等の紹介</p> <p>○居宅介護支援事業所の紹介</p> <p>○その他保健医療サービス事業所又は福祉サービス事業所の紹介</p>
---

7. 施設利用に当たっての留意事項

入所時にご用意いただくもの	<p>① 介護保険被保険者証、介護保険負担限度額認定証、介護保険負担割合証、後期高齢者医療保険者証、福祉医療証、身体障害者手帳等(住所変更の手続きが必要)</p> <p>② 医師の紹介状・内服薬(2週間分程度)、お薬手帳、看護添書等</p> <p>③ 印鑑1個(預り金サービスを利用される場合)</p> <p>④ 衣類 普段着上下、肌着、寝巻き、靴下それぞれ3組以上</p> <p>⑤ 洗濯はハイツで行います。洗濯機使用可能な衣類をご準備下さい。なお、オムツはハイツで用意いたします。</p> <p>⑥ バスタオル・フェイスタオル3枚以上、時計、上履き、洗面用具(歯ブラシ・うがいコップ・歯磨き粉) ティッシュペーパー、電気カミソリ(男性)等</p> <p>⑦ 毛布・タオルケット等季節に応じて必要な場合はご用意下さい。</p> <p>⑧ テレビ、電気毛布等 必要に応じてご持参下さい。</p> <p>*以上の持ち物にはすべてお名前(姓名)をご記入ください。</p>
面会等	<p>面会は原則自由ですが、面会者は3名以内、30分以内とし、できれば前日までにご連絡と来所時は訪問票にご記入をお願いいたします。</p> <p>食品等の差入れについてはユニット職員に必ずご確認ください。</p> <p>面会時間 8:00~20:00</p> <p>※感染症等の蔓延時期は制限される場合があります。</p>
外出・外泊	<p>外出・外泊をご希望される場合は、事前にユニット職員にお知らせください。外泊期間中は外泊の翌日から最長6日間(月をまたいで連続した場合は最長12日間)について外泊時費用をいただきます。</p>
喫煙等	<p>施設内は禁煙です。ご理解をお願いします。</p>
迷惑行為等	<p>騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。</p> <p>他のご利用者の居室へは無断で入らないようお願いいたします。</p> <p>利用者・家族からの暴言・暴力・ハラスメント又は嫌がらせ行為は許されません。</p>
宗教・政治活動	<p>信教の自由は保証されています。</p> <p>施設内で、他の入居者への宗教活動・政治活動はご遠慮ください。</p>
選挙	<p>施設内で不在者投票を実施いたします。</p>
飲食物の持込等	<p>飲食物の持ち込み、事業所内での金品等のやり取りは、ご遠慮ください。</p>
贈答	<p>職員への贈答は固くお断りいたします。</p>



## 8. 家族(代理人)について

入所契約は、原則としてご家族(代理人)の署名をお願いいたします。

これは、入所中の医療機関への入院・通院手続き、退所時の利用者の所持品等の引き取り等に備えてお願いするものです。

医療機関への入院、所持品等の引き取り等必要な場合には当施設からご連絡いたします。

また、引渡しにかかる費用については、ご利用者本人又はご家族(代理人)等にご負担いただきます。

\*入所契約時に家族(代理人)が定められていない場合でも、入所契約の締結は可能です。

## 9. 個人情報の使用及び管理、守秘義務について

個人情報保護法に基づき、個人の権利、利益を保護するために、ご利用者及びご家族の個人情報は適切に管理いたします。当法人の定める個人情報に関する規則により、「個人情報保護方針」と「個人情報の利用目的」は明確にして、施設に掲示します。

個人情報の収集、利用、提供に当っては、「個人情報の使用に係る同意書」で同意を得ます。

また、当法人の全ての事業者並びに全ての職員は、サービスを提供する上で知り得たご利用者及びそのご家族に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏らしません。

この守秘義務は、契約終了(退所)後も同様です。

## 10. ご利用者の記録や情報の管理、開示について

当施設は、関係法令に基づいて、ご利用者の記録や情報を適切に管理し、ご利用者等の求めに応じ、その内容を開示します。(開示に際して必要なコピーなどの諸費用は、ご請求者のご負担となります。)

- ◇ 閲覧・複写ができる窓口 「ますだ」ハイツ事務室
- ◇ 業務日時 毎週月曜日～金曜日(祝日を除く。) 8:30～17:30
- ◇ 閲覧場所 「ますだ」ハイツ施設内

## 11. 虐待防止・身体拘束廃止のための措置に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待防止の観点から、虐待の発生・再発を防止するための措置として、委員会の開催、指針の整備、研修の実施及び担当者を配置します。

2 身体拘束廃止に向けた取り組みとして、職員一人ひとりが身体拘束の弊害を認識(問題意識を共有)し事故の起きない環境の整備に努める。やむを得ず拘束を行う場合は、その必要性等を明確にし、利用者または家族の同意を得て実施します。

## 12. 事故発生の防止と発生時対応

事業所における利用者に対する介護・医療事故等を防止し、安全かつ適切で質の高い介護・医療を提供するため、委員会の開催、指針の整備、研修の実施及び安全対策担当者を配置します。

## 13. 緊急時の対応について

サービスを提供するに当たり、あらかじめ利用者の心身の状況を把握いたします。事故、利用者の病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医又は予め定められた協力医療機関及び利用者家族へ連絡等の対応をいたします。

#### 14. 非常災害対策について

当施設は、非常災害時の関連機関への通報および連携をとり、ご利用者の安全を第一に必要な対応を行います。また、非常災害に備えるため、想定される災害に係る避難訓練等を実施しています。

(1)通報訓練	年1回以上	(2)消火訓練	年2回以上
(3)避難誘導訓練	年2回以上	(4)救出救護訓練	年1回以上
(5)インフラ不全訓練	年1回以上		

#### 15. 業務継続期計画(BCP)について

災害又は感染症が発生した場合であっても、利用者及び職員の生命を守り、事業を継続的・安定的に実施するために事業継続計画を策定し、研修・訓練を実施します。

2 訓練の実施に当たっては地域住民の参加が得られるよう連携に努める。

#### 16. 衛生管理について

当事業所は、下記に掲げる衛生管理の項目について、指針の整備、委員会の設置及び定期的開催、職員研修等を実施し、予防並びに拡散防止に取り組みます。

(1) 感染症・食中毒対策 (2) 褥瘡対策

2 医薬品及び医療機器の管理を適正に行う。

#### 17. 苦情解決体制について

##### (1) 当施設における苦情解決体制

当施設における苦情やご相談は下記の窓口で受け付けます。また、第三者委員も直接苦情を受け付けることができます。

施設の設備又はサービスに関する苦情・要望等に対し、当法人の苦情解決実施要綱に基づき、速やかに事実関係を調査し、その結果並びに改善の必要性の有無及び改善について、利用者又は家族等に報告いたします。

苦情受付担当者 (苦情受付窓口)	[職名] 生活相談員 斎藤 啓太 [職名] 生活相談員 佐々木知恵美
受付時間	毎週月曜日～金曜日(祝日を除く。) 8:30～17:30
受付電話番号	0856-22-8588 (FAX 0856-22-5070)
苦情解決責任者	[職名] 施設長 佐々木俊博
第三者委員	岡崎 茂喜 益田市白上町イ 911 電話 0856-28-0647 坂本 榮子 益田市高津4丁目9-13 電話 0856-22-7795

\*また、苦情受付箱を施設内に設置しています。

##### (2) 行政機関その他苦情受付機関 (土日祝日を除きます。)

益田市役所高齢者福祉課	所在地 電話番号 受付時間	益田市常盤町1-1 0856-31-0218 8:30～12:00 13:00～17:15
島根県国民健康保険 団体連合会	所在地 電話番号 受付時間	松江市学園1-7-14 0852-21-2811 8:30～12:00 13:00～17:00

島根県運営適正化委員会	所在地	松江市東津田町 1741-3
	電話番号	0852-32-5913
	受付時間	8:30~12:00 13:00~17:00

## 18. 第三者評価の実施状況

当施設において、福祉サービス第三者評価制度による第三者評価は実施していません。

## 19. 損害賠償について

当施設において、サービスの提供に伴って、施設の責任によりご利用者の生命・身体・財産等に生じた損害については、速やかにその損害を賠償いたします。個人情報管理・守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、ご利用者の故意又は過失等が認められる場合はこの限りではありません。

当施設を含む梅寿会の全ての施設は、万一の事故に備えて、下記の賠償責任保険に加入しております。

保険名	介護保険・社会福祉事業者総合保険
保険会社	あいおい損害保険株式会社
加入内容	対人・対物賠償補償（対人1名1億、対物1事故1,000万）対人見舞い費用（見舞金支払）、個人情報漏洩賠償、管理財物、人格権侵害他

\*当法人の所有・使用する全ての車両について、任意自動車保険に加入しています。

## 20. 看取り介護に関する指針について

### (1) 理念

人は人道的かつ安らかな終末を迎える権利を保持しています。そのためご利用者が可能な限り尊厳と安静を保ち、安らかな死が迎えられるよう、当施設は多職種協働のもとにご利用者の尊厳を支える看取りに努めます。

### (2) 終末期援助の基本

日頃から、終末期におけるご利用者並びにご家族の思いやご希望を確認いたします。

これまで生きてこられた個人の歴史を尊重し、ご本人を取り巻く人々（ご家族、施設職員、医師等）が連携を取り合い、「その日」までその人らしく生き、安心して快適な生活を送っていただけるよう援助いたします。

### (3) 看取り介護体制

#### ①看取り介護の開始時期

医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと判断したご利用者につき、医師よりご利用者又はご家族にその判断内容を説明し、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されることに同意をいただいて実施いたします。

#### ②看取り介護計画

介護支援専門員、生活相談員、医師、看護師、介護士、管理栄養士、歯科衛生士等が協働して看取り介護に関する計画書を作成し、ご利用者並びにご家族の同意をいただきます。

又、看取り介護の体制構築・強化をPDCAサイクルにより推進することといたします。

#### ③具体的支援

看取りに当っては原則個室で行い、多職種協働で週に1回以上定期的にご家族への説明をいたします。清潔への配慮、適切な栄養と水分補給、排泄ケアの他、コミュニケーション（ス

キンシップ、見守り、声かけ) を心がけ、医師の指示を受けて身体的苦痛の緩和等適切な処置をいたします。

④家族との連絡その他

看取りに当っては、ご利用者の状況を定期的にご家族に連絡しながら、介護を進めますので、ご協力をお願いいたします。

令和 年 月 日

サービスの提供について、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

法人名 社会福祉法人 梅寿会  
施設名 特別養護老人ホーム「ますだ」ハイツ

説明者職名

氏 名 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。

< 利用者（甲） >

住 所

氏 名 印

< 署名代行者 >

住 所

氏 名 印

< 家族(代理人) >

住 所

氏 名 印