

社会福祉法人 錦福社会
特別養護老人ホーム 錦苑
重要事項説明書

当施設は契約者に対して指定介護老人福祉サービスを提供いたします。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ご説明いたします。

1. 施設の目的と運営方針

(1) 当施設は施設サービス計画書に基づき、可能な限り、自宅における生活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、社会生活上のお世話、機能訓練、健康管理及び療養上のお世話を行うことにより、入所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すものとします。

(2) 当施設は、入所者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立って介護福祉施設サービスを提供するように努めます。

(3) 当施設は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又は福祉サービスを提供するものとの密接な連携に努めます。

2. 事業者の概要

- | | |
|---------|-----------------|
| ① 法人名 | 社会福祉法人 錦福社会 |
| ② 法人所在地 | 山口県岩国市錦町広瀬758番地 |
| ③ 電話番号 | 0827-72-3523 |
| ④ 代表者氏名 | 理事長 石井 忍 |
| ⑤ 設立年月日 | 昭和63年 5月 13日 |

3. 施設について

- | | | | |
|------------|-----------------|------|------------|
| ① 施設の種類 | 特別養護老人ホーム 錦苑 | 指定番号 | 3577200391 |
| ② 施設の所在地 | 山口県岩国市錦町広瀬758番地 | | |
| ③ 電話番号 | 0827-72-3523 | | |
| ④ 施設長（管理者） | 中村 美鈴 | | |
| ⑤ 開設年月日 | 平成元年 5月 1日 | | |
| ⑥ 入居定員 | 60名 | | |

4. 施設の概要・設備

敷 地		16,778.54㎡
建 物	構造	鉄筋コンクリート造平屋建て（耐火建築）
	延床面積	2,031.386㎡
	利用定員	60名

居室・設備の種類	室数	備考
従来型個室	5室	居室に介護ベッド、枕元灯、収納棚、ナースコール、見守り支援機器を備え付けています。
個 室	3室	
2人部屋	1室	
4人部屋	15室	
静養室	1室	2床
食 堂	1室	
多目的ホール	3室	
機能訓練室	1室	
浴 室	2室	普通浴室・特別浴室
トイレ	4カ所	男性用・女性用・障がい者用トイレ
医務室（診療所）	1室	
相談室	1室	

※契約者や他利用者から居室の変更希望の申し出があった場合、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、入所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、入所者や契約者等と協議の上決定するものとします。

5. 職員の配置状況

当施設では、職員の配置については指定基準を遵守し、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。なお、夜間については夜勤者2名を配置しております。

従業者の職種	員数
施設長（管理者）	1名
生活相談員	1名
計画担当介護支援専門員（生活相談員及び介護職員と兼務）	2名
介護職員（非常勤含む）	21名以上
看護職員（非常勤含む）	4名以上
機能訓練指導員（言語聴覚士）	1名
栄養士又は管理栄養士	1名
医 師（嘱託）	1名

6. サービスの内容

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

種類	内 容
食事介助	心身の状況及びご希望に応じた時間・場所で提供いたします。 また、種類や調理方法について常に工夫をし、できる限り自立して食事を摂ることができるよう支援します。 (概ねの食事時間) 朝食：7：45～ 昼食：12：00～ 夕食：17：15～ ※衛生管理上、配食後2時間を経過した場合は提供できません。
排泄介助	心身の状況に応じ、適切な方法により排泄の自立に必要な援助を行います。
入浴介助	週2回以上、心身の状態や意向に応じた入浴方法や日時で実施いたします。体調不良等で入浴できない場合も適切に清潔保持のための支援を実施いたします。
健康管理	① 協力医療機関の医師または看護職員との連携により24時間連絡体制を確立し、かつ必要に応じて健康上の管理等を行います。 ② 夜間緊急事態が発生した場合は、待機看護職員へ電話連絡（オンコール）し、協力医療機関と連携し対応します。 ③ 当施設において、感染症等が発生または蔓延しないように必要な措置を講じることにより入所者の安全を確保します。 ④ 薬剤は医務室で管理し、服薬の管理は看護職員が慎重かつ誤りのないよう行います。 ⑤ 褥瘡予防として褥瘡の発生を防止するための体制を整備するとともに褥瘡が発生しないよう適切な援助を行います。
機能訓練	機能訓練指導員、介護及び看護職員が協働して本人の心身等の状況に応じ、日常生活を送るうえで必要な機能の回復または維持のための訓練を生活の中に取り入れ実施いたします。
栄養管理	健康状態、栄養状態に応じて、計画的に行います。
口腔衛生管理	口腔の健康状態に応じて計画的に行います。
シーツ交換	シーツ交換は週1回以上行います。
洗濯	必要に応じて衣類の洗濯を行います。

※排泄および入浴等の身体介助について、異性による介助を実施する場合がございます。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

種 類	内 容
食事の提供に要する費用	契約者に提供する食事の材料及び調理にかかる費用です。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食費の金額(1日あたり)のご負担となります。
居住に要する費用 (光熱水費及び室料等)	当施設を利用し滞在されるにあたり、ご負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、その認定証に記載された居住費の金額(1日あたり)のご負担となります。
日常生活上 必要となる費用	日常生活上要する費用のうち、契約者にご負担いただくことが適当であるものにかかる費用です。 なお、おむつ代は介護保険給付の対象となっていますのでご負担の必要はありません。
日常生活品の購入	日常生活品の購入の代行は原則行いません。契約者本人及び家族での購入が困難な場合はご相談ください。
現金等の金銭管理について	当施設につきましては契約者の金銭管理(現金・通帳・印鑑等)は行っておりません。身元引受人、ご家族にて管理をお願いします。

7. 利用料金について

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該介護福祉施設のサービスが法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

サービスを利用した場合、原則として費用の1割、2割又は3割をご負担いただき、残りの費用は介護保険から給付されます。介護認定を受けた際に発行された『介護保険負担割合証』をご確認ください。

(1) 基本介護サービス費用 ※1割負担の場合

○食事、入浴、その他日常生活上の支援や機能訓練などを受けられます。

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
589 円	659 円	732 円	802 円	871 円

(2) 各種加算費用 ※1割負担の場合

○介護サービスの質の向上のため、職員の体制を強化する、職員の資格等に応じ処遇を厚くするなどの目的とした加算についてご請求いたします。

算定	加算名称	自己負担額		加算の内容・算定要件
	サービス提供体制強化加算Ⅰ	22 円	1 日	介護福祉士の有資格者の配置割合や勤続年数によって、サービスの質の向上を図る事業所を評価する加算
●	日常生活継続支援加算	36 円	1 日	介護福祉士の数や、重度の利用者数の割合等要件が該当する場合
●	看護体制加算Ⅰ	4 円	1 日	常勤の看護師を1名以上配置している場合
●	看護体制加算Ⅱ	8 円	1 日	看護職員を基準の1名以上上回って配置し、24時間連絡体制を確保している場合
●	個別機能訓練加算Ⅰ	12 円	1 日	機能訓練指導員を配置し、計画的に機能訓練を行う場合
●	個別機能訓練加算Ⅱ	20 円	月1回	(Ⅰ)を算定し、厚生労働省に情報を提出し、活用する場合
●	夜勤職員配置算Ⅲ	16 円	1 日	夜勤帯に、介護職員・看護職員を基準以上に配置している場合
●	初期加算	30 円	新規入所時	新規入所日または30日以上入院後の再入所の場合(30日間)
	看取り介護加算Ⅰ	1280 円	死亡日	看取り介護に関する指針を定め、利用者、家族等の同意のもと計画書を作成し看取り介護を行った場合
		680 円	死亡前々日、前日	
		144 円	死亡以前4～30日 前	
		72 円	死亡以前30～45 日前	
	外泊時費用	246 円	1 日	入院、又は外泊時部屋を確保する費用(翌日から6日間まで)
	療養食加算	8 円	1 回	医師の指示のあった食事せんに基づき療養食を提供した場合
●	褥瘡マネジメント加算Ⅰ	3 円	月1回	褥瘡のリスクについて管理し、厚生労働省に情報を提出する場合
	褥瘡マネジメント加算Ⅱ	13 円	月1回	(Ⅰ)を算定し、褥瘡発生がない場合

●	安全対策体制加算	20 円	新規入所時	事故の発生、再発防止を適切に実施するための担当者を配置し、組織的に安全対策を実施する体制を整えている場合
●	科学的介護推進体制加算Ⅱ	50 円	月 1 回	心身の状況に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、サービス提供に必要な情報を活用する場合
●	排泄支援加算Ⅰ	10 円	月 1 回	入所時等に排泄について評価し、改善のための支援を行った場合
	排泄支援加算Ⅱ	15 円	月 1 回	(Ⅰ)を算定し、排泄の状態が改善している場合 (改善の状態、要件によって算定)
	排泄支援加算Ⅲ	20 円	月 1 回	
	認知症チームケア推進加算	150 円	月 1 回	認知症介護に係る研修を修了した者を必要数配置し、認知症の行動・心理症状に対応してチームケアを行っている場合
●	生産性向上推進体制加算Ⅱ	10 円	月 1 回	利用者の安全、介護サービスの質の確保、職員の負担軽減に資する取り組みについて、厚生労働省に報告を行うこと評価する加算
	生産性向上推進体制加算Ⅰ	100 円	月 1 回	
●	協力医療機関連携加算	100 円	月 1 回	相談・診療体制を常時確保し、緊急時入院を受け入れる体制を確保している場合
●	ADL 維持等加算	30 円	月 1 回	利用者の日常生活動作を評価した値について、維持または改善の度合いが一定の水準を超えている場合
●	介護職員等処遇改善加算Ⅰ (令和 6 年 6 月 1 日以降)	所定単位数 × 14%		処遇改善関連加算を一本化し、職場環境やキャリアパス等の要件を整備し、介護職員等の処遇改善を行う場合

※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。また、職員の配置や体制によって、算定の内容が変更となる場合があります。

(3) 介護保険の給付の対象とならない費用

○介護保険の給付とならない以下のサービスについては、全額を契約者にご負担いただきます。

※食費・居住費の自己負担額については、契約者の所得等に応じて自己負担額が軽減される制度があります。お住いの市町村に【介護保険負担限度額認定】を申請し、交付を受けた場合は、認定証をご提示ください。

① 食事の提供に要する費用

負担限度額 非該当	利用者負担段階			
	第3段階②	第3段階①	第2段階	第1段階
1,600円	1,360円	650円	390円	300円

② 居住に要する費用

(多床室)

(基準費用額) 第4段階	利用者負担段階		
	第3段階	第2段階	第1段階
915円	430円	430円	0円

(個室)

(基準費用額) 第4段階	利用者負担段階		
	第3段階	第2段階	第1段階
1,231円	880円	480円	380円

③ その他の費用

- ・理美容代（理髪店等ボランティアによるサービスは無料）
- ・日用品（ティッシュペーパー、歯ブラシ、歯磨き粉、入れ歯洗浄剤等）
- ・特殊な私物衣類等のクリーニング代
- ・その他、契約者が負担することが適当と認められる費用

(4) 高額介護サービス費等の支給について

利用者が1ヶ月に支払った自己負担の合計額が、一定の上限を超えたときは、申請により超えた分が市町村から支給されます。対象となる方で、まだ申請をされていない場合は、市町村からお知らせが届きます。(2回目以降の支給は申請不要です。)

※対象となる費用は、食費・居住費等を除く、介護サービス費の自己負担部分のみです。

対 象 者	負担の上限額 (月額)
課税所得 690 万円 (年収約 1,160 万円以上)	140,100円 (世帯)
課税所得 380 万円 (年収約 770 万円) ~ 課税所得 690 万円 (年収約 1,160 万円) 未満	93,000円 (世帯)
市民税課税 ~ 課税所得 380 万円 (年収約 770 万円) 未満	44,400円 (世帯)
世帯全員が市民税非課税	24,600円 (世帯)
前年の公的年金等収入金額 + その他の合計所得金額の合計が 80 万円以下の方等	24,600円 (世帯) 15,000円 (個人)
生活保護を受給している方	15,000円 (個人)

(5) 社会福祉法人が行う生活困窮者に対する減免

市民税世帯非課税者であって、次の要件を満たす方のうち、その方の収入や世帯状況、利用料負担等を総合的に勘案し、生活が困難であるとし、市町村が認めた方を対象とし、「軽減確認証」交付されます。

《対象者の要件》

- ① 年間年収が、単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円加算した額以下であること。
- ② 預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下であること。
- ③ 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと。
- ④ 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。
- ⑤ 介護保険料を滞納していないこと。

※減免の程度は、「軽減確認証」をご確認ください。

利用者負担金の1/4 (25%) (利用者負担第1段階の方は1/2 (50%)) を原則とします。

(6) 利用料金のお支払方法

介護サービス費及び食費・居住費の料金は1ヶ月毎(月末締め)にご請求させていただきます。お支払い方法は、利用翌月の26日に指定の金融機関口座から自動引き落としとさせていただきます。(1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

《ご利用できる金融機関》

山口銀行

ゆうちょ銀行

8. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、契約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ください。

- (1) 外出・外泊については事前にご相談ください。
- (2) 決められた場所以外での喫煙や飲酒はできません。
- (3) 当施設の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような行為、金銭や食べ物のやりとりはご遠慮ください。
- (4) 施設内の居室や整備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損が生じた場合、弁償していただくことがあります。
- (5) 従業者に対しての、精神的または身体的な攻撃、介護保険、医療保険法上に定められたサービスとして提供していない内容を強いるなどの過大な要求、当施設の信条信念等に対する否定的態度等の事象が発生した場合、契約の見直し及び法的対応等の措置を行う場合があります。

9. 契約の終了について

- (1) 契約者のご都合で退所される場合には、退所を希望する日の7日前までにお申し出ください。
- (2) 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。
 - ① 契約者が他の介護保険施設に入所した場合
 - ② 契約者の要介護認定区分が、非該当(自立)または要支援と認定された場合
 - ③ 契約者の要介護認定区分が、要介護1または要介護2と認定され、特例入所条件を満たさない場合
 - ④ 契約者がお亡くなりになった場合
- (3) その他
 - ① 契約者が、サービス利用料金の支払いを支払期限までに支払うことがなく、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、サービス利用料金を支払わない場合、または利用者や保証人等が当施設や当施設の従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、退所していただく場合がございます。

- ② 契約者が病院または診療所に入院し、明らかに 3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合または入院後 3ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合（退院後に再度入所を希望される場合は、お申し出ください。）
 - ③ 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、契約を終了し退所していただく場合がございます。
- （４）当施設を退居する場合には、円滑な退居のため必要な以下の援助を速やかに行います。
- ・適切な病院等の医療機関または介護老人保健施設等の紹介
 - ・居宅介護支援事業者の紹介
 - ・その他保健医療サービスまたは福祉サービス事業者の紹介

10. 入院された場合の対応について

契約者が入院された場合、退院後の居室を確保するための費用として、以下についてご負担いただきます。

- （１）入院期間中、6日間（複数の月にまたがる場合は12日）1日あたり246円の外泊時費用をご負担いただきます。また合わせて居住費をお支払いただきます。
 - （２）7日間以上3か月以内の入院の場合、入院期間中、居住費について通常の料金をお支払いいただきます。
- ※当施設で利用されていたベッドを入院期間中に短期入所生活介護に活用することに同意をいただき、実際に利用があった場合には所定の利用料金をご負担いただく必要はありません。

11. 身元引受人

- （１）身元引受人は、この契約について、契約者と連帯して、又は契約者にかわって責任を負うと共に、以下の事項についても責任を負います。
 - ① 契約者が死亡した場合の遺体及び遺留品金品の引受その他必要な措置をとることとします。
 - ② 契約者が心身の状態等により、署名等ができない場合には、契約者本人の意思を確認した上、署名の代筆等を行います。
 - ③ 契約者が入院する場合の手続きや、退所時の受け入れ先の確保に協力することとします。
 - ④ 身元引受人は、利用料等の支払いが遅滞した場合等、極度額50万円の範囲内で経済的な一切の債務を連帯して負います。
- （２）身元引受人が本契約中に死亡、行方不明もしくは破産した場合には、新たに身元引受人を定めるものとします。
- （３）契約者の身元引受人の選定に際して必要がある場合には、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の内容を説明し、専門機関を紹介します。

1 2. 秘密の保持

- (1) 当施設及び従業者は、業務上知り得た契約者、契約者の身元引受人または家族等の秘密を保持します。
- (2) 当施設の従業者は、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を雇用契約の内容としています。

1 3. 個人情報の取り扱い

- (1) 当施設では、提供された契約者、またはご家族等に関する個人情報を適切に取り扱い、下記の目的以外に使用いたしません。
 - ① 契約者に提供する介護サービス等
 - ② 介護保険事務、入退所の管理、会計、事故報告等
 - ③ 協力医療機関への病歴その他健康に関する情報提供
 - ④ 介護サービスや業務の維持改善にかかる基礎資料の作成
 - ⑤ 実習生等の学習への協力、職員の教育のために行う事例研究等
- (2) 電話や来訪など、外部からのお問い合わせに対する回答や、情報提供の範囲についてのご希望がある場合はお申し出ください。
- (3) 当施設では、施設内の掲示板や、施設広報等に氏名や写真を掲載することがあります。ご希望されない場合はお申し出ください。

1 4. 緊急時、事故発生時の対応について

- (1) 入所者の急変などの緊急時、事故発生（発見）時には、救急搬送の要請など入所者の生命・身体の安全を最優先に対応します。
- (2) 入所者の生命・身体の安全を確保したうえで、速やかに家族、協力医療機関に連絡等の必要な措置を講じます。なお、事故については状況や取った対応について記録し、県・市等関係機関への連絡および報告を行います。
- (3) 当施設において事業者の責任により契約者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。【(株) 三井住友海上火災保険】

15. 非常災害時の対策について

災害時の対応	別途定める「錦苑消防計画ならびに非常災害時対応マニュアル等」に則り対応を行います。 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関へ通報及び連絡体制を整備し、それらを定期的に職員に周知するとともに非常災害に備えるため定期的に避難・救出その他必要な訓練を行います。
平常時の対応	別途定める「錦苑消防計画ならびに非常災害時対応マニュアル等」に則り、年2回の避難通報訓練等を実施し、年1回以上夜間を想定した避難通報訓練を入所者も参加して実施します。
地域との協力体制	岩国地区消防組合ならびに岩国市消防団錦方面隊、地域住民に非常災害時の支援をお願いしています。
防災設備	・スプリンクラー設備 ・自動火災報知設備 ・消防機関へ通報する火災報知設備 ・誘導灯及び誘導標識 ・非常電源（自家発電設備） ・非常電源（蓄電池設備） ・ガス漏れ報知器 ・消火器 ・カーテン、布団、シーツ類などは防災性能のあるものを使用しております。
消防計画書	岩国地区消防組合への届出日 平成30年4月1日 防火管理責任者 岡本 雅弘

※感染症や災害が発生した場合、サービスの提供を継続し、または事業を早期に再開できるための事業継続計画を策定します。感染症や災害が発生した場合に備えた研修や訓練を年2回以上行います。

16. 身体拘束その他の行動制限

当施設は、施設サービスの提供に当たり、契約者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束及びその他、行動を制限する行為は行いません。緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、時間、心身の状況並びに緊急やむを得ない理由及び心身の状態、経過等を記録します。

17. 虐待の防止

当施設は、虐待を早期に発見できるように努め、虐待が発生した場合には、通報、対応、再発防止等を適切に行います

18. 苦情の受付について

(1) 当施設の苦情受付窓口

苦情受付責任者： 生活相談員 松前 喜美枝

介護支援専門員 岡本 雅弘

苦情解決責任者： 施設長 中村 美鈴

TEL : 0827-72-3523

受付時間 : 9 時 00 分～18 時 00 分まで（毎週月～金曜日、土日祝日を除く）

(2) 外部苦情申し立て機関

○岩国市福祉部福祉政策課 指導監査室

〒740-0017 岩国市今津町 1 丁目 14-51 TEL : 0827-29-5072

○山口県国民健康保険団体連合会 介護保険苦情相談係

〒753-0871 山口市朝田 1980 番地 TEL : 083-995-1010

○山口県健康福祉部 長寿社会課

〒753-0071 山口市滝町 1-1 TEL : 083-933-2774

○山口県岩国市健康福祉センター 保健福祉・総務室

〒740-0016 岩国市三笠町 1 丁目 1-1 TEL : 0827-29-1522

○山口県福祉サービス運営適正化委員会

〒753-0072 山口市大手町 9-6 山口県社会福祉会館 1 階 TEL : 083-924-2837

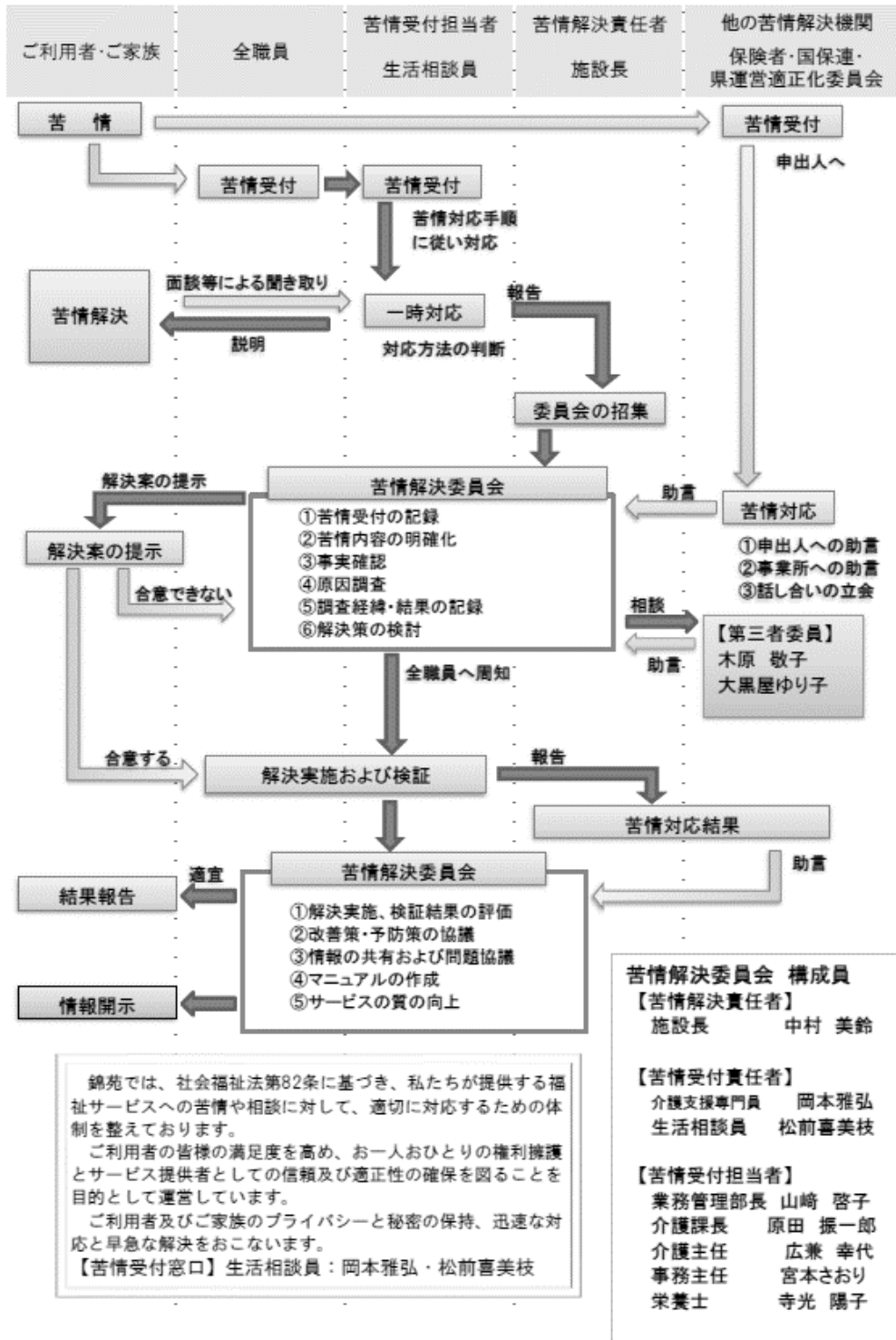
○岩国市岩国第五地域包括支援センター

〒740-0724 岩国市錦町広瀬 1067-1 TEL : 0827-71-0055

(3) 第三者委員 木原 敬子 TEL : 0827-72-3643

大黒屋 ゆり子（民生委員） TEL : 0827-21-2772

苦情相談の受付から解決までの流れ



19. 協力医療機関（入所中の医療の提供について）

施設において、サービス提供を行っている際に入所者の病状の急変が生じた場合は、速やかに配置医師及び協力医療機関へ連絡及び必要な措置を講じます。また、緊急対応への連携体制として、診療の求めを行う可能性の高い入所者の病原歴等の情報共有を行う会議を定期的に開催します。

入所中、医療を必要とする場合は、入所者及びその家族の希望により下記の協力医療機関において、相談・診察・入院・治療等を受けることができます。ただし、下記の医療機関で優先的に治療等が受けられるものではありません。また、当該医療機関での治療等を義務付けるものではありません。

病 院 名	岩国市立錦中央医院	TEL : 0827-72-2321
所 在 地	山口県錦町広瀬 1 0 7 2 - 1	
診 療 科	内科・外科・整形外科・脳外科・耳鼻咽喉科・眼科・皮膚科	
入院設備	完備	

病 院 名	岩国市立美和病院	TEL : 0827- 96-1155
所 在 地	山口県岩国市美和町洪前 1383-1	
診 療 科	内科・外科・小児科・整形外科・眼科・神経科	
入院設備	完備	

病 院 名	医療法人カタクリ会 よしか病院	TEL : 0856-73-7575
所 在 地	島根県鹿足郡吉賀町 368 番地 4	
診 療 科	内科・整形外科・眼科・皮膚科・精神科心療内科・歯科口腔外科 小児科	
入院設備	完備	

病 院 名	つつい外科クリニック	TEL : 0827-72-3020
所 在 地	山口県岩国市錦町広瀬 1 0 7 4 - 5	
診 療 科	外科	
入院設備	なし	

病 院 名	医療法人 新生会 いしい記念病院	TEL : 0827-41-0114
所 在 地	山口県岩国市多田 3 - 1 0 2 - 1	
診 療 科	内科・呼吸器科・放射線科・精神科・循環器科・精神科	
入院設備	完備	

協力歯科医療機関

医療機関の名称	たにもと歯科医院	TEL : 0827-72-2090
所在地	山口県岩国市錦町広瀬 6 7 0 7 - 7	

20. 看護職員と介護職員が協働して実施する医療的ケアについて

平成24年4月から「社会福祉士及び介護福祉士法」（昭和62年法律第30号）の一部改正により、一定の研修を受けた介護職員等においては、医療や看護の連携による安全確保が図られていること等、一定の条件の下で「たんの吸引等」の行為を実施できることになりました。

介護職員への研修体制の整備、配置医による看護職員・介護職員への指導の実施など、入居者の安全確保に向けて最善を尽くしております。

看護職員と介護職員が協働して実施するケアは以下のとおりです。

（1）平成24年度から平成26年度までに一定の研修を終了したもの

- ①口腔内咽頭の手前までのたんの吸引
- ②胃瘻による経管栄養（栄養チューブ等の接続・注入開始を除く）

（2）平成27年度の介護福祉士取得者および一定の研修を終了したもの

- ①口腔内およびの鼻腔からのたんの吸引
- ②胃瘻等の経管栄養

21. 看取り介護について

《錦苑の看取りの基本方針》

『死』を生活の延長上にあると考え、暮らし慣れた錦苑において、その人らしい生活を『体』と『心』の状況や変化に合わせて続けることができるよう、多職種が協働し専門性の高いケアを提供できる体制を整備します。

本人の意思を尊重し、心地よく過ごすことができるよう快適な環境整え、本人と家族、職員と一緒に考え、日常生活の中でその人らしい最期を迎えることができるよう支援します。

- （1）主治医が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した場合、本人や家族の同意を得て、看取りに関する計画を作成し実施します。
- （2）看取りケアを開始した後、定期的に本人・家族への説明を行い、同意を得ながら看取り介護を行います。
- （3）看取り介護が開始され臨終にいたるまで、錦苑の理念と使命に基づき、全職員で対応します。
- （4）施設における看取り介護の目的と理念を共有し、施設での質の高い看取り体制構築に向け、死生観や看取り介護に必要な知識と体制についての職員研修を実施します。

令和 年 月 日

「指定介護老人福祉施設の指定ならびに人員、設備に関する基準を定める条例」の規定に基づき、指定介護老人福祉施設の契約締結に際して、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

(説明者) 特別養護老人ホーム 錦苑
生活相談員 氏名

(契約者)

私は、指定介護老人福祉施設の入所及びサービス提供にあたり、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、内容について同意しました。また、私、及びその家族等の個人情報の使用について同意しました。

氏 名 _____

(代筆者)

契約者は、認知症による判断力の低下、その他心身喪失などの理由により署名ができな
いため、本人の意思を確認のうえ、私が契約者に代わってその署名を代行いたします。

氏 名 _____ (契約者との関係 : _____)

.....

(身元引受人・家族代表者) ※該当するいずれか、もしくは双方に○をつけてください

契約者の権利義務に関わる事務処理などについて、契約者の委任を受けることについて
同意します。また、私、及びその家族等の個人情報の使用について同意します。

氏 名 ☐ 同上 _____ (契約者との関係 : _____)