

重要事項説明書

介護付有料老人ホーム

スーパー・コート 神戸北

重要事項説明書

		記入年月日	令和5年7月1日
記入者名	上北 大空	所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

(1)事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
①事業主体の名称	法人等の種類		あり 有限会社
	名称 有限会社 ライフ	(ふりがな) ゆうげんがいしや らいふ	
②事業主体の主たる事務所の所在地	〒550-0005	大阪府大阪市西区西本町1丁目7番7号	
	③事業主体の連絡先	電話番号	078-586-6888
		FAX番号	078-586-6887
		ホームページアドレス	なし
(2)事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	山本 晃嘉	
	職名	代表取締役	
(3)事業主体の設立年月日	平成15年1月23日		

(4)事業主体が兵庫県内で実施する他の介護サービス				
介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
<居宅サービス>				
訪問介護		なし		
訪問入浴介護		なし		
訪問看護		なし		
訪問リハビリテーション		なし		
居宅療養管理指導		なし		
通所介護		なし		
通所リハビリテーション		なし		
短期入所生活介護		なし		
短期入所療養介護		なし		
特定施設入居者生活介護	あり		スーパー・コート神戸北	神戸市北区谷上南町15-10
福祉用具貸与		なし		
特定福祉用具販売		なし		
<地域密着型サービス>				
夜間対応型訪問介護		なし		
認知症対応型通所介護		なし		
小規模多機能型居宅介護		なし		
認知症対応型共同生活介護		なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護		なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		なし		
居宅介護支援		なし		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護		なし		
介護予防訪問入浴介護		なし		
介護予防訪問看護		なし		
介護予防訪問リハビリテーション		なし		
介護予防居宅療養管理指導		なし		
介護予防通所介護		なし		
介護予防通所リハビリテーション		なし		
介護予防短期入所生活介護		なし		
介護予防短期入所療養介護		なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり		スーパー・コート神戸北	神戸市北区谷上南町15-10
介護予防福祉用具貸与		なし		
特定介護予防福祉用具販売		なし		
<地域密着型介護予防サービス>				
介護予防認知症対応型通所介護		なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護		なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護		なし		
介護予防支援		なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設		なし		
介護老人保健施設		なし		
介護療養型医療施設		なし		

※ 兵庫県外で実施する介護サービスについては、別葉に記載すること。

2. 施設概要

(1)施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先		
① 施設の名称	(ふりがな) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ すーぱーこーとこうべきた 介護付有料老人ホーム スーパー・コート神戸北	
②施設の所在地	〒651-1244 神戸市北区谷上南町15-10	
③施設の連絡先	電話番号	078-586-6888
	FAX番号	078-586-6887
	ホームページ	
	アドレス	あり : http://www.supercourt.co.jp
(2)施設の開設年月日		平成16年6月24日
(3)施設の管理者の氏名 及び職名	氏名	上北 大空
	職名	施設長
(4)施設までの主な利用交通手段		神戸市営地下鉄(北神急行)、神戸電鉄「谷上駅」より徒歩約15分
(5)施設の類型及び表示事項	介護付有料老人ホーム(一般型特定施設入居者生活介護) 居住の権利形態 : 利用権方式 利用料の支払方式 : 月払い方式 利用時の要件 : 要支援, 要介護 介護保険 : 兵庫県指定介護保険特定施設(一般型特定施設) 介護居室区分 : 全室個室 一般型特定施設である有料老人ホームの介護にかかわる職員体制 : 3:1以上	
(6)介護保険事業所番号	兵庫県 2875001279号	
(7)特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日(指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日)		
①事業の開始年月日	平成16年6月24日	
②指定の年月日	平成16年6月15日	
③指定の更新年月日	平成28年6月15日	

3. 従業者に関する事項

(1)職種別の従業者の人数及びその勤務形態						
①有料老人ホームの人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
施設長	1				1	1.0
生活相談員	1				1	1.0
看護職員	2		2		4	3.5
介護職員	13		2	6	21	18.9
機能訓練指導員	1				1	1.0
計画作成担当者	1				1	1.0
栄養士	外部委託					
調理員	外部委託					
事務員	1				1	1.0
その他従業者						
②1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						40.0
※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。						
③従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士	7			3		
実務者研修						
介護職員初任者研修	4			2		
介護支援専門員						
④従業者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師						
柔道整復士	1					
あん摩マッサージ指圧師						
⑤夜勤を行う看護職員及び介護職員の数	最少時の人数(宿直の従事者を除いた人数)					3
	平均時の人数					3

⑥特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
生活相談員	1				1	1.0
看護職員	2		2		4	3.4
介護職員	13		2	6	21	18.9
機能訓練指導員	1				1	1.0
計画作成担当者	1				1	1.0
その他従業者						
⑦1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						40.0
※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。						
⑧従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士	7			3		
実務者研修						
介護職員初任者研修	4			2		
介護支援専門員						
⑨従業者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師						
柔道整復士	1					
あん摩マッサージ指圧師						
⑩管理者の他の職務との兼務の有無						
管理者が有している当該業務に係る資格等	あり	生活相談員	資格等の名称 介護福祉士			
⑪特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合						2.4 : 1

(2)従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等						
	看護職員		介護職員		生活相談員	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数		2	5	3		
前年度1年間の退職者数		2	2	7		
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数			3	3		
1年以上3年未満の者の人数	1		2		1	
3年以上5年未満の者の人数	1		3			
5年以上10年未満の者の人数			2			
10年以上の者の人数			5	2		
	機能訓練指導員		計画作成担当者			
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数						
前年度1年間の退職者数						
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数	1					
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数					1	
(3)従業者の健康診断の実施状況						あり

4. サービスの内容

(1)施設の運営に関する方針		
<p>【運営方針】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・私たちは、常に安全・清潔・イキイキした生活を提供すると共にご家族の気持ちで親身になってお世話を致します。 ・現地現場主義に徹して、お客様に満足して頂く為、私たちはひたすらお客様の要求に合わせて自分を変えていきます。独自性があり質の高いサービスをグループをあげて構築しながら時代を先取りする創造的な企業を目指します。 		
(2)介護サービスの内容、利用定員等		
①個別機能訓練の実施(介護報酬の加算)の有無		あり
②夜間看護体制加算(介護報酬の加算)の有無		あり
<p>【夜間看護体制について】</p> <p>◎主治医・協力医療機関と連携し、24時間の連絡体制を確保して必要に応じて健康上の管理等を行います。</p> <p>◎ご利用者の心身の状況が重度化した場合は、別紙、「重度化した場合における対応および看取りに関する指針」に沿って、急性期ケアについては看護師が中心となり、ご利用者の症状を的確に把握するとともに、必要に応じて協力医療機関などと連携を図り、入院等の必要な処置を行います。また、看取り介護をご希望される場合は、主治医の指示を仰ぎながら、施設の多職種が協働して、ご本人、ご家族のご意向に沿った看護介護を行います。</p> <p>※入院時の費用について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院時における食費、水道光熱費は、発生いたしません。 		
③医療機関連携加算(介護報酬の加算)の有無		あり
④看取り介護加算(介護報酬の加算)の有無		あり
⑤退院・退所時連携加算		あり
⑥若年性認知症入居者受入加算		あり
⑦口腔衛生管理体制加算		あり
⑧栄養スクリーニング加算	なし	
⑨科学的介護推進体制加算		あり
⑩ADL維持費加算		あり
⑪介護職員処遇改善加算Ⅰ(介護報酬の加算)の有無		あり
⑫介護職員特定処遇改善加算Ⅱ(介護報酬の加算)の有無		あり
⑬介護職員等ベースアップ等支援加算の有無		あり
⑭サービス提供体制加算(介護報酬の加算)の有無	なし	
⑮人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし	
⑯利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況	別紙	
⑰協力医療機関の名称	真星病院	
(協力の内容)	<p>① 訪問診察によるご利用者への健康指導、診察、健康診断</p> <p>② 外来診療、救急医療への対応</p>	
⑱協力歯科医療機関	あり	その名称 かがめ歯科
(協力の内容)	① 訪問歯科診療	
⑲介護時における居室の住み替えに関する事項		
(ア)要介護時に介護を行う場所	ご入居されている介護居室において介護致します。	

(イ)利用後に居室を住み替える場合		
(i)一時介護室へ移る場合		
判断基準・手続について		
(その内容) 当施設は、利用時の要件を要介護(要支援含む)に設定しております。従って居室は全室介護居室であり、利用後に一般居室から一時介護室・介護居室への移動等は原則ございません。		
追加的費用の有無	なし	
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	
浴室の変更の有無	なし	
洗面所の変更の有無	なし	
台所の有無	なし	
その他の変更の有無	なし	
(その内容)		
(ii)介護居室へ移る場合		
判断基準・手続について		
(その内容) 当施設は、利用時の要件を要介護(要支援含む)に設定しております。従って居室は全室介護居室であり、利用後に一般居室から一時介護室・介護居室への移動等は原則ございません。		
追加的費用の有無	なし	
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	
浴室の変更の有無	なし	
洗面所の変更の有無	なし	
台所の有無	なし	
その他の変更の有無	なし	
(その内容)		

(iii)その他	なし	
判断基準・手続について (その内容)		
追加的費用の有無	なし	
居室利用権の取扱い (その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	
浴室の変更の有無	なし	
洗面所の変更の有無	なし	
台所の有無	なし	
その他の変更の有無 (その内容)	なし	
⑳施設の利用に関する要件		
自立している者を対象	なし	
要支援の者を対象		あり
要介護の者を対象		あり
留意事項	<p>【ご利用者の条件】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●概ね65歳以上の方 ●円滑に共同生活を営んでいただけると事業主体が判断できる方 ●継続した入院加療、医療行為の必要の無い方 ●下記項目に該当しない方 (ご利用者・身元引受兼連帯保証人・親族含む) <ul style="list-style-type: none"> ・暴言、暴力行為のある方 ・暴力団関係者の方 ・刺青のある方 <p>【利用される介護居室について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●利用される介護居室の階数、場所等の指定(希望)は基本的に出来ません。 ●ご利用者の介護状態等により、入居していただく介護居室を施設内にて移動していただく場合がございます。 	
㉑契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> ●利用契約書に定める契約条項や義務に違反した場合 ●利用者が死亡した時 ●契約期間の最長は当施設建物所有者との賃貸借契約の終了日までとする ●利用申込関係書類に虚偽の事項を記載する等不正手段により利用した時 ●管理費その他の費用の支払いを1ヶ月以上遅滞する時 ●建物、付属設備又は敷地を故意又は重大な過失により汚損、破損又は滅失した時 ●言動が他の利用者の生活又は健康に重大な影響を及ぼす時、又は重大な影響を及ぼすと事業主体が判断する時 	

利用定員	60名
②その他	【身元引受兼連帯保証人の条件、義務等】 ●身元引受兼連帯保証人を1人定めるものとする ●利用料の支払い等について ●ご利用者と連帯して責任を負う ●利用契約が解除された時にご利用者並びにご利用者の所有する物品を引取る

(3)ご利用者の状況						
① ご利用者の人数(報告に関する計画の基準日の前月末日)						
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満				2		2
75歳以上85歳未満		3	1	2		6
85歳以上	8	5	5	9	3	30
	自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満		2				2
85歳以上		2	6			8
②ご利用者の平均年齢	88.8					
② ご利用者の男女別人数	男性	12		女性	36	
④稼働率(一時的に不在となっている者を含む。)						80.0
⑤前年度に退居した者の人数						
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
自宅等						2
社会福祉施設	1	1		2		3
医療機関				4	2	6
死亡者			2	6	6	14
その他						
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他						
⑥ご利用者の入居期間						
利用期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上
利用者数	9	2	28	4	3	2

(4)施設、設備等の状況

①建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物			あり		
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物			なし		
②居室の状況	区分			室数	人数	1の居室の床面積
	一般居室個室		なし			m ²
	一般居室相部屋		なし			m ²
					m ²	
					m ²	
	介護居室個室	あり		60		14~14.6m ² (有効面積)
	介護居室相部屋		なし			m ²
					m ²	
					m ²	
	一時介護室		なし			m ²
				m ²		
				m ²		
③ 共用便所の設置数	9	うち男女別の対応が可能な数			2	
		うち車椅子等の対応が可能な数			4	
④個室の便所の設置数	60	個室における便所の設置割合			100%	
		うち車椅子等の対応が可能な数			60	
⑤浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
		1	1	1		
その他、浴室の設備に関する事項						
⑥食堂の設備状況	テーブル、椅子、テレビ、談話用ソファなど					
	ご利用者等が調理を行う設備状況			なし		
⑦その他、共用施設の設備状況						
	あり	(その内容) ◆医務室 : 1室(18.78m ²) ◆食堂 : 3室(各110.58m ²) ◆機能訓練室 : 1室(123.33m ²) ◆厨房 : 1室(50.50m ²) ◆相談室 : 1室(8.72m ²) ◆事務室 : 1室(41.50m ²) ◆スタッフステーション : 3室(各31.40m ²) ◆その他の共用施設 洗濯室、洗面所、宿直室、汚物室、リネン庫、倉庫、機械室等				
⑧バリアフリーの対応状況						
(その内容) 各居室、共用エリアともに床面バリアフリー						
⑨緊急通報装置の設置状況					各居室内にあり	
⑩外線電話回線の設置状況		なし				
⑪テレビ回線の設置状況					各居室内にあり	
⑫施設の敷地に関する事項						
敷地の面積			2,178.82m ²			
事業所を運営する法人が所有		あり				
抵当権の設定			あり			
貸借(借地)						

		なし	契約期間	始		終	
			契約の自動更新				なし
⑬施設の建物に関する事項							
建物の延床面積			3,212.72㎡				
事業所を運営する法人が所有			あり				
抵当権の設定			あり				
貸借(借家)							
		なし	契約期間	始		終	
			契約の自動更新				なし

(5)ご利用者からの苦情に対応する窓口等の状況							
①事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口							
窓口の名称		ご利用者サービス窓口 担当者:施設長					
電話番号		078-586-6888					
対応している時間		平日	午前9時 ~ 午後6時				
		土曜	午前9時 ~ 午後6時				
		日曜・祝日					
定休日等		日曜・祝日					
②上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等							
窓口の名称、電話番号等		○神戸市保健福祉局 介護指導課					
		TEL:078-322-6326 受付時間 8:45~12:00、13:00~17:30(平日)					
		○兵庫県国民健康保険団体連合会					
		TEL:078-332-5617 受付時間 8:45~17:15(平日)					
		○神戸市生活情報センター					
		TEL:078-371-1221 受付時間 8:45~17:30(平日)					
(6)サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応							
①損害賠償責任保険の加入状況							
		あり	(その内容) 介護保険・社会福祉事業者総合保険(あいおいニッセイ同和損害保険株式会社)に加入				
②その他、介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応に関すること							
		なし	(その内容)				
(7)サービスの提供内容に関する特色等							
(その内容)							
(8)利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等							
①利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況							
		あり	実施した年月日		令和3年3月		
			当該結果の開示状況		あり		
②第三者による評価の実施状況							
		なし	実施した年月日				
			実施した評価機関の名称				
			当該結果の開示状況		なし		

5. 利用料金

(1)年齢により一時金の料金が異なる場合		なし		
(2)一時金に関する費用				
①居室に要する一時金(一般居室や介護居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの)		なし		
名称		最低の額	最高の額	最多価格帯
	人の利用の場合	円	円	円 戸
名称		最低の額	最高の額	最多価格帯
	人の利用の場合	円	円	円 戸
名称		最低の額	最高の額	最多価格帯
	人の利用の場合	円	円	円 戸
一時金の償却に関する事項				
償却開始		利用開始した月		
		上記以外		(その内容)
初期償却率(%)				
償却年月数				
解約時返還金の算定方法				
保全措置の実施状況		なし		(その内容)
②利用者の選定による介護サービス利用料 (人員配置が手厚い場合の介護サービス)		なし		
〔「あり」の場合、その内容及び利用料〕				
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠		なし		
名称				
一時金の償却に関する事項				
償却開始		利用開始した月		なし
		サービス提供を開始した月		なし
		上記以外		(その内容)
初期償却率(%)				
償却年月数				
解約時返還金の算定方法				
保全措置の実施状況		なし		(その内容)

③ご利用者の個別的な選択による介護サービス利用料		なし	
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
名称			
一時金の償却に関する事項			
償却開始	利用開始した月	なし	
	サービス提供を開始した月	なし	
	上記以外	(その内容)	
初期償却(%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
なし		(「あり」の場合、その内容)	
④その他に要する一時金		なし	
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
名称			
解約時返還金算定方法			
保全措置の実施状況			
なし		(「あり」の場合、その内容)	
⑤一時金に対する留意事項等			
なし		(「あり」の場合、その内容)	

(3)介護保険給付以外のサービスに要する費用			
① 月額の場合の利用料の額			202,280円
管理費		あり	55,000円
(「あり」の場合、その用途) 共用施設等の維持管理費、事務費、生活サービス等に係る人件費ほか。			
食費		あり	65,280円
(「あり」の場合、その内容) 1日3食(朝食:648円、昼食:648円、夕食:880円)30日計算の場合			
光熱水費		あり	22,000円
利用者の個別的な選択による介護サービス利用料			
人員配置が手厚い場合の介護サービス		なし	
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない			
額に充当するものとしての合理的な積算根拠		なし	
個別的な選択による介護サービス		なし	
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
家賃相当額		あり	60,000円
その他に必要な月額利用料			あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 介護保険自己負担額			
②その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料			あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
◆ おむつ代 : 実費			
◆ 洗濯 : 実費(コインランドリー又は有料洗濯サービス)			
◆ 理美容 : 実費			
◆ 定期健康診断 : 実費			
◆ 通院介助 : 4,400円/時間			
◆ 医療費 : 実費			
(4)月額利用料金の改定について			
利用料金の改定にあたっては、施設が所在する地域自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会での意見を聴いたうえで行うものとします。			
(5)介護保険に係る利用者負担額について			
介護保険法令等による本人の利用者負担額は、関係法令に基づいて定められるため、契約期間に関係法令が改定された場合には、改定後の金額を適用します。			

添付書類

1. 重度化した場合における対応及び看取りに関する指針
2. 介護サービス等の一覧表

※ _____ 様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた方は署名をお願い致します。

被説明者署名 _____ 印

重度化した場合における対応および看取りに関する指針

1. 急性期における医師や医療機関との連携体制

(1) スーパー・コートでは夜間 24 時間のオンコール体制をとっています。夜間、次の症状があった場合は担当の看護職員に電話連絡し、指示のもと対応します。また、連絡を受けた看護職員は必要に応じて主治医と連絡を取り、介護職員へ伝達します。

- 38 度以上の発熱がみられる時
- 酸素飽和度 (SPO2) が 90 台以下
- 血圧が平常時よりも変動があった(上が 180 以上もしくは 100 以下)
- 脈拍が速い(頻脈 100 回/分以上)、または遅い(徐脈 40 回/分以下)
- 呼吸困難、呼吸が異常に速い、顔色不良、チアノーゼが出現している
- 意識状態が悪い(ぼんやりして反応が悪い・いつもと様子が違う・目がうつろ)
- 転倒しており、バイタルサインの異常・外傷・疼痛その他症状を伴う場合
- 出血がある(吐血、下血、外傷による多量の出血、長時間止血しない場合)
- 嘔吐がある ・誤飲・異食時 ・主治医・看護職員からの連絡の指示内容に準ずる場合

(2) 次の症状の場合は緊急時として対応し、早急に救急車の要請をします。

- 激しい頭痛・胸痛・腹痛を訴え、脂汗を流し、身をよって苦しんでいる
- 転倒し骨折の疑いがある(痛みの訴えが激しい、動けない)
- 転倒で頭部を強く打った疑いがある
- 転倒後、吐き気、嘔吐があった
- けいれん、ひきつけ、嘔吐が何度もある
- 出血がひどい
- 呼吸が止まっている、苦しそうにやっと呼吸している
- 脈がふれない
- 意識がない(意識が朦朧として声をかけないと眠りこんでしまう)
- その他、異常(心肺停止など)を感じたり、急を要すると判断した場合

(3) 緊急時の状態観察の仕方

- 1) 部屋の電気をつける
- 2) 対応した方は落ち着いてその方の状態を見る
- 3) バイタルの測定(体温・血圧・脈拍・酸素飽和度)
- 4) 顔色・チアノーゼ(口唇・爪)の有無
- 5) 意識レベルの確認の仕方
 - ・ 呼びかけに反応があるか?
 - ・ 呼吸はしているか?
 - ・ 痛みの訴えがあるか? 痛みの場所はどこか?
 - ・ 視線があうか? 目の焦点は定まっているか?
 - ・ 手を握ってもらい、それに対してしっかりと反応があるか?
 - ・ ろれつが回らない・マヒ などの症状はないか?

(4) 入院を伴う医療処置が必要とされる状態になった時には、速やかにご家族に連絡を行います。

また、協力医療機関の医師により可能と判断された場合においては、スーパー・コートに居住した状態で協力医療機関の医師、またはその指示による看護職員の対応により、医療処置を行います。

2. 看取り介護について

(1) 看取りの目的 (当施設の考え方)

長期に渡る入居生活の過程で、将来的に死に至る可能性が予見される方に対して、ご本人が人生の最期まで当施設で暮らすことを望み、願っている場合において、その身体的・精神的苦痛および苦悩を緩和し、その方の尊厳を十分に配慮しながら穏やかで安らぎのある充実した日々を営めるよう心を込めた『看取り介護』を実践します。

(2) 看取りの時期を迎えた状態とは

慢性疾患および老化等が進行することにより心身機能が衰弱し、一般に認められる医学的知見に基づき回復の見込みがないと医師から診断された状態をいいます。

(3) 看取り介護の開始時期について(開始期～終末期に至る過程)

- ① 老衰および体調不良等による状態の重篤化から、医師の診断により回復の見込みがないと判断され、かつ、医療機関での治療の必要性が薄いと判断された場合に開始となります。

医師から書面(看取り介護に関する説明書)をもって現在の本人の状態について詳細に説明させていただきます。

- ② 入所時に一度は説明させていただきますが、再度のご確認のため、当施設が必要と判断した際に、職員より『看取り介護に関する指針』を説明させていただきます。
- 当施設における看取り介護に同意されるか否かのご判断をいただきます。また、同意をされず医療機関等での治療等を希望される場合には、ご本人およびご家族の希望に沿った援助をさせていただきます。
- ③ 看取り介護を行うにあたり、終末期に向けての援助方針についてご本人およびご家族の意思を確認させていただき、それに基づいて計画作成担当者が『看取り介護計画書(ターミナルプラン)』を作成します。
- 計画書の内容について、ご本人およびご家族に詳細に説明させていただきます。また、後の状況の変化等にも配慮しながら随時見直し、内容等の変更が必要となった場合には、その都度ご本人およびご家族の意思を確認させていただきます。
- ④ 上記の計画書の内容に基づき医師および医療機関等との連携を図りながら看取り介護を行います。
- ⑤ ご本人への支援と並行してご家族には定期的にご本人の状態の報告および説明、意思の確認をさせていただきます。
- ⑥ ご本人が終末期を迎えられ当施設において息を引き取られた後においては、医師による死亡確認をさせていただきます。
- 必要に応じてご家族への支援を行います(遺留金品引き渡し、荷物の整理、相談対応等)。

(4) 看取り介護加算の要件[特定施設入居者生活介護のみ]

- 夜間看護体制加算を算定していること
- 医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと判断した者であること
- 利用者又はその家族等の同意を得て、利用者の介護計画が作成されていること
- 医師、看護師、介護職員等が共同して利用者の状態又は家族の求めに応じ随時、利用者又はその家族への説明を行い、同意を得て介護が行われていること

別添2

介護サービス等の一覧表

	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス	特定施設入居者生活介護費、各種一時金月額の利用料等で、実施するサービス	別途利用料を徴収した上で、実施するサービス	備考
<p>介護サービス</p> <p>食事介助 排泄介助・おむつ交換 おむつ代 入浴（一般浴）介助・清拭 特浴介助 身辺介助（移動・着替え等） 機能訓練 通院介助</p>	<p>あり あり あり あり あり あり</p> <p>なし</p>	<p>なし なし なし なし なし なし なし</p>	<p>なし なし なし なし なし なし</p> <p>あり</p> <p>あり</p>	<p>実費</p> <p>4,400 円/時間</p>
<p>生活サービス</p> <p>居室清掃 リネン交換 日常の洗濯 居室配膳・下膳 入居者の嗜好に応じた特別な食事 おやつ 理美容師による理美容サービス</p>	<p>あり あり あり</p> <p>なし なし なし なし</p>	<p>なし なし なし なし なし</p> <p>あり</p>	<p>なし なし なし なし なし</p> <p>あり</p> <p>あり</p>	<p>実費（コインランドリー又は有料洗濯サービス）</p> <p>実費</p>
<p>健康管理サービス</p> <p>定期健康診断 健康相談 生活指導・栄養指導 服薬支援 生活リズムの記録（排便・睡眠等）</p>	<p>なし</p> <p>あり あり あり あり</p>	<p>なし なし なし なし なし</p>	<p>なし なし なし なし</p> <p>あり</p>	<p>実費</p>
<p>入退院時・入院中のサービス</p> <p>入退院時の同行（協力医療機関） 入院中の洗濯物交換（協力医療機関） 入院中の見舞い訪問（協力医療機関）</p>	<p>なし なし なし</p>	<p>なし なし なし</p>	<p>なし なし なし</p>	

