

シオンの園 小規模多機能ホーム「川上」

重要事項説明書

◇◆目次◆◇

1. 事業者
 2. 事業所の概要
 3. 事業実施地域及び営業時間
 4. 職員の配置
 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金
 6. 苦情の受付について（契約書第 18 条参照）
 7. 虐待の防止について
 8. 身体的拘束について
 9. 運営推進会議の設置
 10. 協力医療機関
 11. 非常火災時の対応
 12. サービス利用にあたっての留意事項
 13. 第三者評価等実施状況
- ・介護サービス計画作成における個人情報の提示同意
 - ・重度化した場合における対応の指針
 - ・看取りに関する指針

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 佐賀キリスト教事業団
(2) 法人所在地 佐賀市大和町大字久留間 3865 番地 1
(3) 電話番号 0952-62-5566
(4) 代表者氏名 理事長 古賀 理

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定小規模多機能型居宅介護事業所
指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所
- (2) 事業所の目的 住み慣れた地域で生活するために、介護保険法令に従い利用者が自宅で可能な限り暮らし続けられるような生活の支援を目的として、通いサービス、訪問サービス、宿泊サービスを柔軟に組み合わせてサービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 シオンの園 小規模多機能ホーム「川上」
- (4) 事業所の所在地 佐賀県佐賀市大和町大字川上 5 8 7 - 1
- (5) 電話番号 0 9 5 2 - 6 4 - 8 8 3 3
- (6) 管理者氏名 大坪 幸子
- (7) 当事業所の運営方針 利用者一人ひとりの人格を尊重し、住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより、地域での暮らしを支援します。
- (8) 開設年月日 2 0 0 8 年 4 月 1 日
- (9) 登録定員 2 9 人
(通いサービス定員 1 8 人、宿泊サービス定員 9 人)
- (10) 居室等の概要 当事業所では、以下の居室・設備をご用意しています。宿泊サービスの際に利用される居室は個室ですが、2 人部屋など他の種類の利用をご希望される場合は、その旨お申し出ください（ただし、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に添えない場合もあります）。

居室・設備の種類		室数	備考
宿泊室	個室	9 室	
	合計	9 室	
居間・食堂		1 室	
台所		オープンキッチン	
浴室		1 室	
その他			

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 佐賀市・小城市

※上記以外の地域の方は原則として当事業所のサービスを利用できません。

(2) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
通いサービス	10:00分 ～ 16:00
訪問サービス	随時 24時間
宿泊サービス	17:00 ～ 翌9:00

4. 職員の配置

当事業所では、ご契約者に対して指定（介護予防）小規模多機能型居宅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。

＜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。

	常勤	非常勤	職務の内容
1.管理者	1人	人	事業内容調整
2.介護支援専門員	1人	人	サービスの調整・相談業務
3.介護職員	9人	人	日常生活の介護・相談業務
4.看護職員	1人	人	健康チェック等の医務業務

＜主な職種の勤務体制＞

職員	職務体制
1.管理者	勤務時間： 8:30～17:30
2.介護支援専門員	勤務時間： 8:30～17:30
3.介護職員	主な勤務時間：7:00～19:30 夜間の勤務時間：19:00～翌8:00
4.看護職員	勤務時間： 8:30～17:30

※その他、利用者の状況に対応した勤務時間を設定します。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、以下の2つの場合があります。

(1) 利用料金が介護保険から給付される場合

(介護保険の給付の対象となるサービス)

(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

(介護保険の給付対象とならないサービス)

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、下記に定める所定の利用体系に基づいたサービス利用料金から介護保険給付額を差し引いた差額分（自己負担分：介護保険負担割合証に記載された割合相当額）となります。ア～ウのサービスを具体的にそれぞれどのような頻度、内容で行うかについては、ご契約者と協議の上、（介護予防）小規模多機能型居宅介護計画に定めます。

<サービスの概要>

ア 通いサービス

事業所のサービス拠点において、食事や入浴、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。

①食事

- ・ 食事の提供及び食事の介助をします。
- ・ 調理場で利用者が調理することができます。
- ・ 食事サービスの利用は任意です。

②入浴

- ・ 入浴または清拭を行います。
- ・ 衣類の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身の介助を行います。
- ・ 入浴サービスの利用は任意です。

③排せつ

- ・ 利用者の状況に応じて適切な排せつの介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。

④機能訓練

- ・ 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。

⑤健康チェック

- ・ 血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。

⑥送迎サービス

- ・ ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

イ 訪問サービス

- ・ 利用者の自宅にお伺いし、食事や入浴、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。
- ・ 訪問サービス実施のために必要な備品等（水道、ガス、電気を含む）は無償で使用させていただきます。
- ・ 訪問サービスの提供にあたって、次に該当する行為はいたしません。

①医療行為

②ご契約者もしくはその家族からの金銭または高価な物品の授受

③飲酒及びご契約者もしくはその家族等同意なしに行う喫煙

④ご契約者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動

⑤その他契約者もしくはその家族等に行う迷惑行為

ウ 宿泊サービス

- ・事業所に宿泊していただき、食事、入浴、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。

<サービス利用料金>

ア 通い・訪問・宿泊（介護費用分）すべてを含んだ一月単位の包括費用の額

利用料金は1か月ごとの包括費用（定額）です。

下記の料金表によって、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）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）。

1. 要介護度 と利用料金	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	34,500	69,720	104,580	153,700	223,590	246,770	272,090
2. 自己負担 (負担割合1割)	3,450	6,972	10,458	15,370	22,359	24,677	27,209
3. 自己負担 (負担割合2割)	6,900	13,944	20,916	30,740	44,718	49,354	54,418
4. 自己負担 (負担割合3割)	10,350	20,916	31,374	46,110	67,077	74,031	81,627

（単位：円）

- ☆ 月ごとの包括料金ですので、契約者の体調不良や状態の変化等により（介護予防）小規模多機能型居宅介護計画の定めた期日より利用が少なかった場合、または（介護予防）小規模多機能型居宅介護計画の定めた期日より利用が多かった場合であっても、日割りでの割引または増額はいたしません。

- ☆ 月途中から登録した場合または月途中から登録を終了した場合、または月途中で登録中止を行った場合には登録した期間に応じて日割りした料金をお支払いいただきます。なお、この場合の「登録日」及び「登録終了日」「登録中止」とは、以下の事を示します。

登録日・・・利用者が当事業所と利用契約を結んだ日ではなく、通い、訪問、宿泊のいずれかのサービスを実際に利用開始した日

登録終了日・・・利用者と当事業所の利用登録を終了した日

登録中止・・・入院等の理由により一時的に利用登録を中止した場合は、契約は継続されます。

（状態回復により利用再開が見込まれる場合）

- ☆ 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。

- ☆ ご契約者に提供する食事及び宿泊に係る費用は別途いただきます（下記（2）ア及びイ参照）

- ☆ 介護保険から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。

イ 加算

小規模多機能型居宅介護事業所に登録した日から起算して 30 日以内の期間については、初期加算として下記のとおり加算分の自己負担が必要となります。他の加算につきましては施設の体制やご利用者の状態に併せて変わりますので事前に利用負担金の提示を行います。

加算名	1. 加算料金	2. 自己負担額 (負担割合 1 割)	3. 自己負担額 (負担割合 2 割)	4. 自己負担額 (負担割合 3 割)
初期加算 (1 日)	3 0 0 円	3 0 円	6 0 円	9 0 円
総合マネジメント加算 (1 ヶ月)	I 12,000 円 II 8,000 円	I 1,200 円 II 800 円	I 2,400 円 II 1,600 円	I 3,600 円 II 2,400 円
提供体制強化加算 (1 ヶ月)	I 7,500 円 II 6,400 円 III 3,500 円	I 750 円 II 640 円 III 350 円	I 1,500 円 II 1,280 円 III 700 円	I 2,250 円 II 1,920 円 III 1,050 円
認知症加算 (1 ヶ月)	I 9,200 円 II 8,900 円 III 7,600 円 IV 4,600 円	I 920 円 II 890 円 III 760 円 IV 460 円	I 1,840 円 II 1,780 円 III 1,520 円 IV 920 円	I 2,760 円 II 2,670 円 III 2,280 円 IV 1,380 円
看護師配置加算 (1 ヶ月)	I 9,000 円 II 7,000 円 III 4,800 円	I 900 円 II 700 円 III 480 円	I 1,800 円 II 1,400 円 III 960 円	I 2,700 円 II 2,100 円 III 1,440 円
科学的介護推進 体制加算(1 ヶ月)	4 0 0 円	4 0 円	8 0 円	1 2 0 円
生産性向上推進 体制加算(1 ヶ月)	1 0 0 円	1 0 円	2 0 円	3 0 円
介護職員等処遇 改善加算 I 口	基本料金に加算及び減算を行なった金額に 18.6%を乗じた額	18.6%を乗じた額の 1 割	18.6%を乗じた額の 2 割	18.6%を乗じた額の 3 割

ウ 短期利用居宅介護

宿泊室に空床がある場合には、登録定員に空きがある場合であって、緊急やむを得ない場合など一定の条件下において、登録者以外の短期利用を可能となります。

1. 要介護度 と利用料金	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	4,230	5,290	5,700	6,380	7,070	7,740	8,400
2. 自己負担 (負担割合 1 割)	423	529	570	638	707	774	840
3. 自己負担 (負担割合 2 割)	846	1,058	1,140	1,276	1,414	1,548	1,680
4. 自己負担 (負担割合 3 割)	1,269	1,587	1,710	1,914	2,121	2,322	2,520

(単位：円)

- ☆ 登録者の数が登録定員未満であること。
- ☆ 利用者の状態や利用者の家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に利用することが必要と認めた場合であって、指定小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が、当該指定小規模多機能型居宅介護支援事業所の登録者に対する指定小規模多機能型居宅介護の提供に支障がないと認めた場合であること。
- ☆ 利用の開始にあたって、あらかじめ 7 日以内（利用者の日常生活上の世話を行なう家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は 1 4 日以内）の利用期間を定めること。

以上の要件を満たすと短期利用居宅介護が利用できます。

（２）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、利用料金の金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＞

ア 食事の提供（食事代）

ご契約者に提供する食事に要する料金です。

料金：朝食： 300円 昼食： 550円 夕食： 550円

イ 宿泊に要する費用

ご契約者に提供する宿泊サービスの宿泊に要する費用です。

1日 1,150円

ウ ご契約者に対する送迎費及び交通費

無料（ご契約者に対する送迎費及び交通費です。）

エ おむつ代

実費

オ レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

カ 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。（無料）

キ キャンセル料

ご利用者のご都合により利用をキャンセルされる場合は、利用予定日の前日までに当事業所へキャンセルの連絡をお願いします。利用予定日の前日までに連絡がなく、利用予定日の当日にキャンセルであって、食事の提供をする予定であった場合には、その提供を受ける予定であった直近の食事料金をキャンセル料として、ご利用者にお支払いいただきます。

連絡時期	キャンセル料金
利用予定日の前日まで	無料
利用予定日の当日	300円～550円

（３）利用料金のお支払い方法

前記（１）、（２）の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し次のいずれかの方法により翌月15日までにお支払いください。

- ①事業所での現金支払
- ②銀行振込み
- ③自動引落し

(4) 利用の中止、変更、追加

- ☆ (介護予防) 小規模多機能型居宅介護サービスは、(介護予防) 小規模多機能型居宅介護計画に定められた内容を基本としつつ、契約者の日々の様態、希望等を勘案し、適時適切に通いサービス、訪問サービスまたは宿泊サービスを組み合わせて介護を提供するものです。
- ☆ 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、(介護予防) 小規模多機能型居宅介護サービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。
この場合には原則としてサービスの実施日の前日までに事業者申し出て下さい。
- ☆ 5. (1) の介護保険の対象となるサービスについては、利用料金は1ヵ月ごとの包括費用(定額)のため、サービスの利用を変更・中止された場合も1ヶ月の利用料は変更されません。
- ☆ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する日にサービスの提供が出来ない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

(5) (介護予防) 小規模多機能型居宅介護計画について

(介護予防) 小規模多機能型居宅介護サービスは、利用者一人ひとりの人格を尊重し、住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより、地域での暮らしを支援するものです。

事業者は、ご契約者の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、ご契約者と協議の上で(介護予防) 小規模多機能型居宅介護計画を作成し、その実施状況を評価します。計画の内容及び評価結果等は書面に記載してご契約者に説明の上交付します。

6. 苦情の受付について

当事業所 相談窓口	窓口担当者 小規模多機能ホーム川上 管理者 大坪 幸子 川上事業所 所長 野田真由美 受付時間 9時00分～18時00分 (事業所営業日) 受付方法 電話：0952-64-8833 面接：相談室 苦情箱：施設内玄関に設置
シオンの園 オンブズマン 委員会	窓口担当者 総務部長 受付時間：9時00分～18時00分 (月～金曜日、祝日・年末年始を除く) 電話：0952-62-5566
外部相談窓口	佐賀県国民健康保険団体連合会 介護保険係 住所：佐賀市呉服元町7番28号 受付：8時30分～17時15分 (月～金曜日、祝日・年末年始を除く) 電話：0952-26-1477

	佐賀中部広域連合 給付課 指導係 住所：佐賀市白山2丁目1番12号 受付：8時30分～17時15分 （月～金曜日、祝日・年末年始を除く） 電話：0952-40-1131
	佐賀県福祉サービス運営適正化委員会（佐賀県社会福祉協議会内） 住所：佐賀市天神1丁目4-15 受付：8時30分～17時15分 （月～金曜日、祝日・年末年始を除く） 電話：0952-23-2151

7. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ・虐待防止に関する責任者を選定しています。

○虐待防止に関する責任者 管理者 大坪 幸子

- ・成年後見制度の利用を支援します。
- ・苦情解決体制を整備しています。
- ・従業者に対する虐待防止を啓発、普及するための研修を実施しています。
- ・当事業所従業者または居宅サービス事業者または養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待が疑われる場合には、速やかに、これを市町村に通報します。

8. 身体的拘束について

事業者はサービスの提供にあたって、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行いません。

- 2 やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。
- 3 身体的拘束等の適正化を図るため以下の措置を講じます
 - ① 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を開催し、その結果について周知徹底を図ります。
 - ② 身体的拘束等の適正化のための指針を整備しています。
 - ③ 身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施しています。

9. 運営推進会議（サービス評価委員会）の設置

当事業所では、（介護予防）小規模多機能型居宅介護の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等についての評価、要望、助言を受けるため、下記のとおり運営推進会議を設置しています。

＜運営推進会議＞

構成：利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市町村職員、地域包括支援センター職員、小規模多機能型居宅介護について知見を有する者等

開催：隔月で開催。（奇数月）

会議録：運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。

10. 協力医療機関

当事業所では、各利用者の主治医との連携を基本としつつ、病状の急変等に備えて以下の医療機関を協力医療機関として連携体制を整備しています。

＜協力医療機関＞		
中西内科	所在地	佐賀市大和町大字尼寺2257番地8
院長 中西 朗	TEL	0952-62-0029

＜協力医療機関＞		
栗林歯科医院	所在地	佐賀市緑小路1-3
院長 栗林 恵一	TEL	0952-23-8940

11. 非常火災時の対応

非常火災時には、別途定める消防計画に則って対応を行います。また、避難訓練を年2回、契約者も参加して行います。

消防署への届出日：2025年10月1日

防火管理者：服巻 朋恵

＜消防用設備＞

非常通報装置・消火器・非常口・自動火災報知機・スプリンクラー

12. サービス利用にあたっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。
- 事業所内の設備や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等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 他の利用者の迷惑になるような行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 事業所内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

13. 第三者評価等実施状況

第三者評価の実施状況	有 ・ ☐ 無	
自己評価の実施状況	☒ ・ 無	実施年月日：2016年 3月 1日
評価結果の開示状況	事業所入り口に直近の調査結果を掲示しています。	

14. 肖像権について

当施設のホームページ・パンフレット・社内研修・掲示物・広報誌等において、ご利用者様の映像・写真を使用させていただきたい場合がございます。使用に関しましては次の内容に当てはまるところに○をご記入ください。

- | | |
|------------|--------------------------|
| (ア) 掲示物 | (使用可 ・ 使用不可) |
| (イ) ホームページ | (使用可 ・ 使用不可) |
| (ウ) 広報誌 | (使用可 ・ 使用不可) |
| (エ) パンフレット | (使用可 ・ 使用不可) |
| (オ) 社内研修 | (使用可 ・ 使用不可) |
| (カ) 社外研修 | (使用可 ・ 使用不可) |

介護サービス計画作成における個人情報の提示同意書

私及びその家族の個人情報について、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用する目的

- ① 事業者が、介護保険法に関する法令に従い、私の居宅サービス計画に基づき、指定居宅サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議や地域ケア会議等において必要な場合。
- ② 医療機関への情報提供や、行政機関において必要な場合。
- ③ 外部監査機関、評価機関への情報提供や損害賠償保険などに係る保険会社等への相談または届出等において必要な場合。
- ④ 上記にかかわらず緊急を要する時の連絡などの場合。

2. 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提示は、必要最小限に留め、情報開示の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ② 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。

3. 情報提示の内容

- ・ 氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況その他の利用者や家族に関する情報
- ・ 認定調査票（調査項目及び特記事項）、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
- ・ その他の情報

重度化した場合における対応の指針

1. 目的

小規模多機能ホームの利用者が、病状の重度化や加齢により衰弱し人生の終末期の状態になっても、なじみの関係での生活を維持し、そして本人が望む場所で最期まで暮らしていくことができるように、医療関係者・家族等と協力して対応していきます。

2. 重度化した状態・終末期の判断

主治医の判断を基本とします。

- 1) ガンの末期
- 2) 多様な疾患の重度化
- 3) 老衰
- 4) その他

3. 基本的な姿勢

病状が重度化した利用者、あるいは人生の終末期の利用者が、疼痛や苦痛がなく本人・家族等が望むような人生の過ごし方ができ、自宅又は小規模多機能ホームでの生活が継続できるように、そして自宅又は小規模多機能ホームで死がむかえられるように最大限の対応を行います。

4. 医療連携

1) 主治医との連携

主治医の指示・指導のもと、必要や医療を行いながら、時には入院による病院での医療とも連携を行います。

2) 訪問看護ステーションとの連携

主治医と連携しながら、必要な医療を行いつつ、生活の継続を重視して、入居者が、苦痛が少なく心地よい状態で生活ができるようにしていきます。

3) 協力医療機関との連携

当事業所においては、以下の医療機関と協力医療機関の契約を結び、急性期の対応について連携をはかります。

- ・医療機関名 中西内科医院
- ・住 所 佐賀市大和町大字尼寺 2 2 5 7 - 8
- ・電 話 0 9 5 2 - 6 2 - 0 0 2 9

5. 家族等の信頼・協力関係

小規模多機能ホームでの重度化・終末期の対応を行っていくためには、家族等の信頼・協力関係は欠かせない。家族等と一緒にあって利用者本人が満足していただける支援を行っていきます。

6. 看取りに関する考え方

看取りに関する考え方、本人及び家族との話し合いや意思確認の方法等は、別紙「看取りに関する指針」によるものとします。

看取りに関する指針

1・基本理念

小規模多機能ホームのご利用者様が医師の診断のもと、回復不能な状態に陥った時に、ご家族及びご本人の希望により、最期を迎える場所として自宅又は当小規模多機能ホームを希望される場合、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、また、対象者様の尊厳に十分に配慮しながら、住み慣れた場所と馴染みの方々に見守られながら、安らかな終末を迎えて頂けるような援助の実施を目的とします。

2・看取り介護の具体的内容

(1) 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、ご家族またはご本人が判断内容の説明を受け、終末期を自宅又は当小規模多機能ホームで迎えることに同意された後より実施されるものです。但し、小規模多機能ホームでできる看取りの体制（下記）への充分なご理解が必要となります。

- ・医師は配置されておらず、主治医又は協力医療機関と連携し必要時は24時間の連絡体制を確保して必要に応じ健康上の管理に対応する。
- ・夜間は医療スタッフが不在で、看護師は緊急の連絡により駆けつけるオンコール体制である。
- ・病状の変化等に伴う緊急時の対応については看護師が医師との連絡をとり判断すること。夜間においては夜間勤務職員が夜間緊急連絡体制にもとづき看護師と連絡をとって緊急対応を行なうこと。
- ・ご家族との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ご家族の同意を得ること。

(2) 看取り介護を希望された場合は、医師、当小規模多機能ホーム管理者、看護師、介護職員等と協働して看取り介護の計画書を作成し、ご家族へ十分な説明と共に計画書に対しての同意を得ます。

(3) 定期的に、管理者、看護師、介護職員等とご家族を交えてのカンファレンスを行ない、必要に応じて適宜計画内容を見直し変更し、ご家族の意向に沿った適切な対応を行ないます。

(4) 小規模多機能ホーム職員は、ご利用者が尊厳を持つ一人の人間として、安らかな死を迎えることができるように、ご利用者またはご家族の支えともなり得る身体的・精神的支援に努めます。

3・責任者

(介 護)	小規模多機能ホーム川上	；	大坪 幸子
(看 護)	〃	；	重富 裕美

私は、書面に基づいて当小規模多機能ホーム職員（職名 _____ 氏名 _____ ）から
上記の重要事項説明及び医療連携体制加算における「重度化した場合における対応の指針」、「看取
りの指針」について説明を受けた事を確認し同意いたします。

年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____

代筆者 氏名 _____

続柄 _____

代筆理由 _____

家族（身元引受人） 住所 _____

氏名 _____

続柄 _____