

# 介護福祉施設サービス

(重要事項説明書)

あなた（利用者）に対する介護福祉施設サービスの提供開始にあたり、事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

## 1. 施設の概要

|         |                     |          |                                |
|---------|---------------------|----------|--------------------------------|
| 名 称     | 特別養護老人ホーム<br>ほくほくの里 | 県指定年月日   | 17年 4月 1日<br>( 番号 1571000668 ) |
| 所 在 地   | 新潟県十日町市太平 664番地4    |          |                                |
| 電 話 番 号 | 025-597-2020        | 管 理 者    | 柳 英樹                           |
| (従来型)   | 定員                  | 70人      |                                |
|         | 設 備 の 種 類           | 室数または箇所数 | 備 考                            |
|         | 居 室                 | 個 室      | 10室                            |
|         |                     | 2 人 室    | 6室                             |
|         |                     | 4 人 室    | 12室                            |
|         |                     | 計        | 28室                            |
|         | 静 養 室               | 1室       |                                |
|         | 浴 室                 | 2室       | 一般浴室、特殊浴室                      |
|         | 洗 面 設 備             | 1か所      | 食堂、各居室及びトイレ                    |
|         | 便 所                 | 8か所      |                                |
|         | 医 務 室               | 1か所      |                                |
|         | 食 堂                 | 1        |                                |
|         | 機 能 訓 練 室           | 1        |                                |
|         | 談 話 コ ー ナ ー         | 2        | 理容室含                           |

## 2. 従業者の勤務体制

| 職 種       | 員 数 |     |     | 職 種       | 員 数 |     |    |
|-----------|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|----|
|           | 常 勤 | 非常勤 | 計   |           | 常 勤 | 非常勤 | 計  |
| 医 師       | 人   | 2人  | 2人  | (管理)栄養士   | 1人  | 人   | 1人 |
| 生 活 相 談 員 | 2人  | 人   | 2人  | 機能訓練指導員   | 人   | 人   | 人  |
| 介 護 職 員   | 24人 | 1人  | 25人 | 調 理 員     | 人   | 人   | 人  |
| 看 護 師     | 5人  | 人   | 5人  | 作 業 療 法 士 | 1人  | 人   | 1人 |
| 准 看 護 師   | 人   | 人   | 人   | 介護支援専門員   | 1人  | 人   | 1人 |

※ 厨房職員は外部委託

※ 上記職員体制は法人内人事異動等により変更場合があります。ただしその場合でも介護保険法に定められている人員基準は遵守されています。

### 3. 提供するサービスの内容

① 「介護福祉施設サービス」は、事業者が設置する介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に入所していただき、施設サービス計画に基づいて、可能な限り、居宅の生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排せつ、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理および療養上の世話を行うことにより、利用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支援するサービスです。

② 具体的なサービスの内容は、次のとおりです。

|             |                                                                                                                            |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食 事 の 提 供   | 栄養並びに利用者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を、適切な時間に、十分な時間を確保して提供します。また、利用者の食事の自立に配慮するとともに、可能な限り離床して、食堂（または共同生活室）で召し上がることを支援します。             |
| 入 浴 の 介 助   | 利用者が身体の清潔を保持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、（1週間に2回以上、）適切な方法により、入浴の介助を行います。また、利用者の状態から入浴することが困難な場合は、清しきを行うなど利用者の清潔確保に努めます。          |
| 排 せ つ の 介 助 | 利用者の心身の状態や排せつ状況などをもとに、自立支援の観点から、トイレ誘導や排せつ介助等を適切に行います。なお、おむつを使用する利用者については、その心身および活動の状況に適したおむつを提供するとともに、排せつ状況を踏まえて適切に取り替えます。 |
| 日常生活上の世話    | 利用者の1日の生活の流れに沿って、離床、着替え、整容など利用者の心身の状態に応じた日常生活上の世話を適切に行います。                                                                 |
| 相 談 及 び 援 助 | 常に利用者の心身の状態、置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者またはその家族からの相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行います。                                                |
| 機 能 訓 練     | 利用者の心身の状態等を踏まえ、必要に応じて日常生活を送るうえで必要な生活機能の改善または維持のための機能訓練を行います。                                                               |
| 健 康 管 理     | 医師および看護職員が、常に利用者の健康状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置を講じます。                                                                        |
| レクリエーション    | 毎月の季節行事や担当者によるレクリエーション大会により施設生活に張りとう潤いをもたせます。                                                                              |
| ク ラ ブ 活 動   | 趣味をいかした余暇活動の援助をいたします。                                                                                                      |

#### 4. 事業の目的及び運営方針

##### ① 目的

要介護者に対し、適正な介護老人福祉施設サービス（以下「サービス」という。）を提供することを目的とします。

##### ② 運営方針

- ・事業者は利用者の在宅復帰を念頭に、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、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとします。
- ・事業所は、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- ・事業所は、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、他の居宅サービス事業者、その他の保険医療サービス及び福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

#### 5. 担当の職員

あなたを担当する介護支援専門員及び生活相談員は次の者です。ご不明な点やご要望などがありましたら、何でもお申し出ください。

|          |    |        |     |              |
|----------|----|--------|-----|--------------|
| ・介護支援専門員 | 氏名 | 南雲 望美  | 連絡先 | 025-597-2020 |
| ・生活相談員   | 氏名 | 佐藤 真由美 | 連絡先 | 同上           |

#### 6. 利用料金

原則として下記のとおりです。利用者負担額の減免制度などの対象者である場合は、その認定の内容に基づいた負担額となります。

##### ① 利用者負担金(介護保険給付対象サービス)

あなたがサービスを利用した場合にお支払いいただく利用者負担金は、別表とおりです。

※ ご利用者が入院した場合および居宅に外泊した場合は、1月に6日を限度として上記利用料に代えて1日につき外泊時費用を算定します(入院または外泊の初日および最終日を除く)。

##### ② 食費及び居住費(介護保険給付対象外サービス)

###### 1) 食事の提供に要する費用(食材料費及び調理費用)

ご利用者に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。

実費相当額の範囲内にて負担して頂きます。

###### 2) 居住に要する費用(光熱水費及び室料(建物設備等の減価償却費等))

この施設及び設備を利用し、滞在するにあたり、多床室利用の光熱水費相当額及び室料(建物設備等の減価償却費等)を、ご負担して頂きます。

③ その他の費用

|               |                                                                                                                          |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 特別な食事料        | 利用者の希望により特別な食事を提供した場合及び季節行事食での特別なメニューや外注食を提供した場合、それに要した実費をご負担いただきます。                                                     |
| 理美容代          | 理美容サービスを提供した場合、1回につき次の額をご負担いただきます。別紙料金表による。                                                                              |
| 個別趣向品提供に関する費用 | あきらかにご利用者の個別趣向により提供した物品については、それに要した実費をご負担いただきます。<br>家電製品の使用に係わる、電気料及び管理費（故障及び破損等については、明らかな施設側の過失がない場合には、一切責任を負うことは出来ません） |

- ④ ①から③の利用料金は、1か月ごとにまとめて請求いたしますので、次の方法によりお支払い願います。

|                                  |                                             |
|----------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 口座引き落とし | サービス利用月の翌月25日に、別紙 口座振替納付依頼書 記載の口座より引き落とします。 |
|----------------------------------|---------------------------------------------|

- ⑤ あなたの1か月あたりの利用料金は、「別紙1」 特別養護老人ホームほくほくの里料金表のとおりです。

※ 利用料金については、介護保険法の改正、または情勢により変更することがあります。  
変更があった場合は、別紙利用料金表を改正し書面にてお知らせいたします。

## 7. 協力病院等

当施設の協力病院は、次のとおりです。

|         |           |                   |
|---------|-----------|-------------------|
| 協 力 病 院 | 名 称       | 新潟県立松代病院          |
|         | 所 在 地     | 新潟県十日町市松代 3592番地2 |
|         | 連絡先(電話番号) | 025-597-2100      |
|         | 主 な 診 療 科 | 内科、精神科            |

## 8. 当施設の利用に当たっての留意事項

|           |                                                                          |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------|
| 来 訪 ・ 面 会 | 面会時間は7時から19時です。面会時には面会票をご記入願います。来訪された方が宿泊するときは、必ず許可を得てください。              |
| 外 出 ・ 外 泊 | 外出・外泊をするときは、行き先及び帰宅時間を早めに職員に連絡下さい。また、「外出・外泊届」をご記入下さい。                    |
| 喫 煙 ・ 飲 酒 | 喫煙は受動喫煙防止のため定められた場所で行います。飲酒はその都度職員におたずねください。（毎月の行事時には提供があります）            |
| 迷 惑 行 為 等 | 他の方との共同生活する施設です。騒音を立てるなど、他のご利用者の迷惑になる行為はおやめください。また、むやみに他の居室に立ち入らないでください。 |

|           |                                                                                                                                |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 貴重品の管理    | 紛失の可能性がありますので持ち込みはお断りします。施設での預かりもお断りしています。施設に無断で現金や貴重品を持ち込まれた場合は、紛失等の責任は一切負いません。また貴重品の紛失等に関するお問合せについても一切受け付けておりませんので予めご承知ください。 |
| 所持品の管理    | 状態により危険物等をお預かりすることがあります。                                                                                                       |
| 宗教活動・政治活動 | 施設内で他の入居者及び職員に対する宗教活動や政治活動は、禁止とさせていただきます。                                                                                      |
| 動物の飼育     | 施設内でのペットの飼育はご遠慮ください。また、面会などの際、連れ込むこともお断りします。                                                                                   |
| 施設外での受診   | 疾病発生時の外来受診の際には介添えにご協力ください。また、入院の際には入院手続きや病状説明等がありますので付き添いください。十日町地域外の医療期間等に受診される場合は、受診に関する全てのことはご家族に対応していただきます。                |
| 入院時       | 医療期間等に入院された場合は、入院期間中のご利用者への対応はご家族となります。                                                                                        |
| 施設看取り     | 医師より近い将来、死に至ると診断された場合には、当施設において看取りの介護を受けることができます。※看取りに関する指針参照。その際に看取り介護加算及び、必要な費用が別紙料金表の通りに掛かります。                              |
| その他       | 施設で生活するにあたっては、職員の指示に従って、快適な生活をおくることができるよう、ご協力ください。                                                                             |

## 9. 非常災害対策

|      |                    |              |                |         |     |  |
|------|--------------------|--------------|----------------|---------|-----|--|
| 消防計画 | 届 出 日              | 平成 17年 4月 1日 |                |         |     |  |
|      | 防火管理者              | 柳 英樹         |                | 職 種     | 施設長 |  |
| 防災訓練 | 訓 練 の 種 類          | 避 難 訓 練      | 通 報 訓 練        | 消 火 訓 練 |     |  |
|      | 実施回数（1年につき）        | 2回           | 1回             | 2回      | 回   |  |
| 防災設備 | 避 難 階 段            | 消防基準設置       | 漏 電 火 災 警 報 器  | 消防基準設置  |     |  |
|      | 避 難 口              | 消防基準設置       | 非 常 警 報 装 置    | 消防基準設置  |     |  |
|      | 防 火 戸、シャッター        | 消防基準設置       | 避難器具(すべり台、救助袋) | 1 か所    |     |  |
|      | 屋 内 消 火 栓          | 消防基準設置       | 誘導灯および誘導標識     | 24 か所   |     |  |
|      | 屋 外 消 火 栓          | 消防基準設置       | 防 火 用 水        | 有       |     |  |
|      | ス プ リ ン ク ラ ー      | 消防基準設置       | 非 常 電 源 設 備    | 有       |     |  |
|      | 自 動 火 災 通 報 設 備    | 有            |                |         |     |  |
|      | 非 常 通 報 装 置        | 有            |                |         |     |  |
|      | 療養室、地下、階段等の内装材料    |              |                | 適       |     |  |
|      | カーテン、布製ブラインド等の防火性能 |              |                | 適       |     |  |

## 10. 事故防止及び緊急時等の対応

- ① ご利用中の事故については、認知症や ADL の低下など様々な理由により歩行中の転倒やベッドからの転落、また食事時の誤嚥など様々な事故が起こる可能性が全ての利用者にあります。これらの事故を防止するため、利用者毎に身体状態等の把握に努め、予見される範囲の事故について予防のための措置を講じますが、特に高齢者は骨粗鬆症などで骨が非常に脆くなっている方が多く、通常の生活や介助の負担で骨折をしてしまうケースなどもあります。予見できない事故が発生する可能性が常にあることをご承知おきください。
- ② サービスの提供により事故が発生した場合や体調が急変した場合、また災害等の緊急時は速やかに市町村、ご利用者のご家族等に連絡を行うとともに、協力病院と連携し、各種マニュアルに基づき必要な措置を講じます。

## 11. 苦情相談窓口

- ① 当施設が提供するサービスに関する相談や苦情は、次の窓口で受け付けます。

|             |                            |
|-------------|----------------------------|
| 窓 口 設 置 場 所 | 特別養護老人ホーム ほくほくの里 1階事務室     |
| 担 当 者       | 生活相談員：佐藤 真由美 介護支援専門員：南雲 望美 |
| 連絡先(電話番号)   | 025-597-2020               |
| (FAX 番号)    | 025-597-2041               |

- ② 当施設に対する苦情は、次の機関及び第三者委員にも申し立てることができます。

| 苦 情 受 付 機 関    | 連絡先（電話番号）    |
|----------------|--------------|
| 十日町市役所介護保険係    | 025-757-3757 |
| 新潟県国民健康保険団体連合会 | 025-285-3022 |
| 第 三 者 委 員      | 連絡先（電話番号）    |
| 石 黒 良 泉        | 025-598-2003 |
| 関 谷 春 男        | 025-597-2582 |

- ③ 窓口開設時間

通年 午前8時30分から午後5時30分

- ④ 苦情申し立てがあった場合は、次の手順によりその解決を図ります。

- イ ご利用者やそのご家族及び従業者からの事情聴取により、事実関係を把握します。
- ロ 苦情に係わる問題点を把握し、対応策を検討し必要な改善を行います。
- ハ ご利用者やご家族に対し調査結果や講じた措置の内容を納得が得られるよう説明いたします。なお、必要に応じて概要を記した文書を添えることとします。
- ニ 苦情の処理に際しては、必要に応じて市町村又は国民健康保険団体連合会にその概要について報告し、適切な対応について指示を仰ぎます。
- ホ 第三者委員を設けており、ご利用者の権利を擁護いたします。

## 1 2. 氏名の変更

管理者、防火管理者、生活相談員、介護支援専門員、苦情相談担当者、第三者委員等については任期及び法人内人事異動等により変更される場合があります。ただし、変更があった場合には速やかにお知らせいたします。

## 1 3. 第三者評価の実施状況

平成 25 年 11 月 15 日実施 評価機関：新潟県介護福祉士会 HP で公表

## 1 4. 個人情報の使用

個人情報の使用については次に定める条件で必要最小限の範囲内で使用させていただきます。また、収集した個人情報については第三者には漏らしません。

- ① 円滑な施設生活を送るために必要な情報の収集
- ② 医療機関などへの必要な情報の提供及び収集
- ③ 他のサービス事業者との連絡調整が必要になった場合
- ④ その他利用者のために必要となった場合

## 1 5. 入院及び外泊時の居室及びベッドの使用

利用者が医療機関に入院または私用等で外泊した場合は、その期間中に居室及びベッドを他の利用者（他の施設利用者やショートステイ利用者）に使用させていただくことがあります。

## 1 6. 文書開封及び事務手続きの代行

利用者宛に届いた文書については必要に応じて開封させていただきます。また行政機関への手続きなどが必要な場合は手続きを代行させていただきます。ただし、事業者において手続きを行うことが出来ない場合は身元引受人に手続きをお願いいたします。

## 1 7. インフルエンザ予防接種

要介護高齢者が集団生活を行う当施設では、インフルエンザの流行により多くの利用者の生命に危険が及ぶ可能性があるため、協力病院と連携し毎年流行期の前に全ての利用者に予防接種を受けていただきます。予防接種を受ければ必ず感染しないというわけではありませんが、感染リスクの低下と感染した場合の症状の軽減を図れます。費用については事業者の負担となります。

令和 年 月 日

サービスの提供開始にあたり、上記のとおり説明しました。

事業 者 所在地 新潟県十日町市太平 6 6 4 番地 4

事業者名 社会福祉法人 松代福祉会

特別養護老人ホーム ほくほくの里

代表者職・氏名 理事長 鈴木 裕之 印

説明者職・氏名 生活相談員 佐藤 真由美 印

事業者より上記の内容について説明を受け、同意しました。

利 用 者 ご住所

お名前 印

身 元 引 受 人 ご住所

お名前 印

代 理 人 ご住所

お名前 印

立 会 人 ご住所

お名前 印