

指定介護老人福祉施設重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
(宇都宮市指定 第0970100780号)

当施設はご利用者に対して指定介護福祉施設サービスを提供します。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次の通り説明します。

- | | |
|---------------------|----------------|
| 1. 事業者の目的と運営方針 | 11. 利用者の尊厳 |
| 2. 施設の内容 | 12. 身体拘束の禁止 |
| 3. サービスの内容 | 13. 虐待防止のための措置 |
| 4. 利用料金 | 14. 感染症対策 |
| 5. サービス利用に当たっての留意事項 | 15. 事故防止対策 |
| 6. 非常災害対策 | 16. 苦情相談窓口 |
| 7. 事故発生時の対応 | 17. 第三者評価の実施状況 |
| 8. 医療機関への対応 | 18. 協力医療機関等 |
| 9. 退所手続き | 19. 緊急時の対応 |
| 10. 守秘義務に関する対策 | 20. 損害賠償について |

- | | |
|-----------|---------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 蓬愛会 |
| (2) 法人所在地 | 栃木県芳賀郡芳賀町稲毛田1887番地4 |
| (3) 電話番号 | 028-677-2811 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 大山 知子 |
| (5) 設立年月日 | 昭和60年7月15日 |

1. 事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適正な施設サービスを提供することにより要介護状態の維持・改善を図ることを目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係区市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 施設の内容

(1) 施設の概要

施設名	特別養護老人ホーム ケアプラザ而今
指定番号	0970100780
所在地	栃木県宇都宮市砥上町54-1
管理者の氏名	阿 部 清 志
電話番号	028-649-2940
FAX番号	028-648-2788

(2) 施設の体制

職 種		従事するサービス種類、業務
管理者	1名	業務の一元的な管理
医師	1名以上	健康管理及び療養上の指導
生活相談員	1名以上	生活相談及び指導
介護支援専門員	1名以上	施設サービス計画の作成
介護職員	21名以上	介護業務
看護職員	4名以上	心身の健康管理、口腔衛生と機能のチェック及び指導、保健衛生管理
機能訓練指導員	1名以上	身体機能の向上、健康維持のための指導
栄養士（管理栄養士）	1名以上	食事の献立作成、栄養計算、栄養指導等

(3) 職種の勤務体制

介護職員（標準的な時間帯）	・早番	6：45～15：45 7：00～16：00
	・日勤	13：00～22：00
	・夜勤	21：45～ 7：00 22：00～ 7：00
看護職員（標準的な時間帯）	・早番	7：30～16：30
	・遅番	10：00～19：00
機能訓練指導員		9：00～18：00

(4) 設備の概要

定員 60名

○居室 45室 (ショートステイ10床を含む)

個室 20室

2人部屋 25室

利用者の居室は、ベッド・枕元灯・ロッカー等を備品として備えます。

○食堂

利用者が使用できる十分な広さを備えた食堂を設け、利用者が使用できるテーブル・いす・箸や食器類などの備品類を備えます。

○浴室 2室

浴室には利用者が使用しやすいよう、一般浴槽の他に要介助者のための特殊浴槽を設けます。

○洗面所及び便所

各所に設けます。

○機能訓練

利用者が使用できる十分な広さを設け、目的に応じた機能訓練器具等を備えます。

○医務室 1室

利用者の診療・治療のために、医療法に規定する診療所を設け、利用者を診察するために必要な医薬品及び医療器具を備えます。

○静養室

介護職員室又は看護職員室に隣接して設けます。

3. サービスの内容

(1)基本サービス

- ① 食事 ・当施設では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立により、栄養並びに利用者の身体
の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
・利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事を摂って頂く事を原則としています。
<食事時間>朝食 7:30～ 9:30 昼食 11:30～13:30 夕食 17:30～
- ②介護 ・食事等の介助、毎食後の口腔ケア、着替え介助、排泄介助、体位変換、施設内移動
の付添い、相談等の精神的ケア、日常生活上の世話
- ② 入浴 ・原則として、週に2日入浴していただくことができます。状態に応じて清拭となる
場合があります。
- ④機能訓練 ・機能訓練室にて利用者の状況に応じて機能訓練を実施します。
- ⑤重度化対応体制 ・24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者の健康管理を行う。
- ⑥相談及び援助 ・施設は常に利用者の心身の状況やその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に対して、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言
やその他の援助を行なうこととする。
- ⑦その他自立への支援
 - ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
 - ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
 - ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

4. 利用料金

別紙の料金表によって、ご契約者の要介護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）をお支払い下さい。

(1) 基本料金（料金表別紙参照）

(2) 加算料金等（料金表別紙参照）

□その他の費用（料金表別紙参照）

(1) 「居住費」及び「食費」

(2) 「その他の費用」（全額、自己負担）

① 特別な食事

利用者の希望によって特別な食事を提供した場合

② 理容代

利用者の希望により提供した場合

③ レクリエーション・クラブ活動

利用者の希望によりレクリエーションや趣味の会活動に参加した場合

④ 複写物の交付

複写物を必要とする場合

⑤ 日常生活上必要となる諸費用

日常生活品の購入代金等利用者の日常生活に要する費用で利用者に負担いただくことが適当である場合（おむつ代は介護保険給付対象となっていますので負担の必要はありません）

例：個人的に必要な衣類・靴・予防接種・食事以外の栄養補助食品等

⑥ 電化製品等の利用

個人で電化製品等を持ち込みで利用した場合

「テレビ・ラジカセ・湯たんぽ・ポット・電気アンカ・電気毛布」

(3) 利用料金の支払い

施設が指定する方法によりお支払い頂きます。

ア 金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：足利銀行

足利銀行各支店の指定口座から自動引落とし（手数料は施設負担）

毎月25日に自動引落とし（金融機関が休日の場合は翌日営業日）となります。

イ 窓口での現金払い

ウ 指定口座への振り込み（手数料は利用者ご負担とさせていただきます。）

振込先

足利銀行 一条町支店

社会福祉法人 蓬愛会（シャカイフクシハウジン ホウアイカイ）

特別養護老人ホーム ケアプラザ而今（トクベツヨウゴロウジンホーム ケアプラザニコン）

所長 阿部 清志（ショチョウ アベ キヨシ）

店番号 104 口座番号 3022863

5. サービス利用に当たっての留意事項

- ①利用者は、施設内の機械及び器具を利用される際、必ず職員に声をかけてください。
- ②施設内での金銭及び食べ物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- ③職員に対する贈り物や飲食のもてなしは、お受けできません。

6. 非常災害対策

施設では、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、月1回以上利用者及び職員等の訓練を行います。

7. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、区市町村および関係諸機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

8. 医療機関への対応

利用者が医療機関へ受診する場合、施設が対応させていただきます。しかし、利用者および家族の希望や、より専門的な検査が必要な場合など、施設での対応が困難な場合、受診等の対応について家族に依頼する事もあります。

(2)利用者が入院した場合、入院期間中の対応については原則家族対応となります。

9. 退所手続き

利用者または家族の都合で退所される場合は、退所の希望7日前までにお申し出下さい。

(2) 以下の場合双方の申し出がなくても、自動的にサービスを終了します。

- ① 利用者が他の介護施設に入所した場合。
- ② 利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）または要支援、要介護1または要介護2と認定された場合。
- ③ 利用者が死亡した場合。

(3) その他

①ご契約者によるサービス利用料金の支払いが合算して3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合、または利用者や家族が施設や職員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あります。

③ 利用者が医療機関に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない、または入退院を繰り返している場合、または入院後3ヶ月経過しても退院できない場合は協議の上契約を終了させていただくことがあります。

③やむを得ない事情により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あります。

10. 守秘義務に関する対策

施設及び職員は、業務上知り得た利用者又はその家族の情報を正当な理由無く第三者に漏らしません。

また、退職後においてもこれらの情報の保護を、職員との雇用契約の内容としています。

11. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、職員教育を行います。

12. 身体拘束の禁止

施設は、サービス提供に当たり、法人の定める【身体拘束ゼロ対策等行動規制防止に係る規程】に基づき、本人または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。

13. 虐待防止のための措置

施設は、サービスの提供にあたり、法人の定める「高齢者虐待防止に関する指針」に基づき、施設を利用される方が安心してより快適な生活が送れるよう利用者一人ひとりの心身の状態や尊厳を守り、法令遵守に則った適切なサービス提供を行います。

14. 感染症対策

施設は、サービス提供に当たり、法人の定める【感染症・食中毒の予防・まん延防止に関する指針】に基づき、施設での感染症・食中毒の発生、まん延防止のために施設全体での取り組みを行います。

(2)施設での感染症・食中毒の発生、まん延防止の観点から、面会者の体調の変化等が見られる場合には面会をご遠慮ください。

15. 事故防止対策

施設は、サービス提供に当たり、法人の定める【事故発生防止のための指針】に基づき、より質の高いサービスを提供する事を目標に、施設全体で介護事故の防止の取り組みを行います。

16. 苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

(1)当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

また、苦情ボックスを事務所に設置しています。

・苦情解決責任者 施設長 阿部 清志

・苦情受付窓口（担当者）生活相談員 星 優子

連絡先 028-649-2940（当施設）

・受付時間 10時00分～17時30分（土日、祝日を除く）

・第三者委員 氏名 磯 孝

所在地 栃木県芳賀郡芳賀町下高根沢3919-379

連絡先 028-677-1827

氏名 齊藤 和久

所在地 栃木県宇都宮市砥上町52

連絡先 028-648-3429

(2)行政機関その他苦情受付機関

宇都宮市役所保健福祉部高齢福祉課

所在地：栃木県宇都宮市旭町1丁目1番地5

電話番号：028-632-8989 FAX番号：028-632-8825

受付時間： 8時30分～19時00分（土日、祝日を除く）

栃木県国民健康保険団体連合会介護保険課

所在地：栃木県宇都宮市本町12-11

電話番号：028-643-2220 FAX番号：028-643-5411

受付時間： 9時30分～17時00分（土日、祝日を除く）

栃木県運営適正化委員会

所在地：栃木県宇都宮市若草1-10-6 栃木福祉プラザ内

電話番号：028-622-2941 FAX番号：028-643-2316

受付時間： 9時00分～16時00分（土日、祝日を除く）

17. 第三者評価の実施状況 無

18. 協力医療機関等

施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

・嘱託医

- ・名称 村井クリニック（診療科目 内科）
- ・住所 栃木県宇都宮市宝木町1丁目2589
- ・電話番号 028-621-1541

・協力医療機関

- ・名称 宇都宮記念病院（診療科目 内科・外科）
- ・住所 栃木県宇都宮市大通り1-3-16
- ・電話番号 028-622-1991

- ・名称 クリニック美渉（診療科目 内科）
- ・住所 栃木県宇都宮市砥上町54-1
- ・電話番号 028-649-3322

・協力歯科医療機関

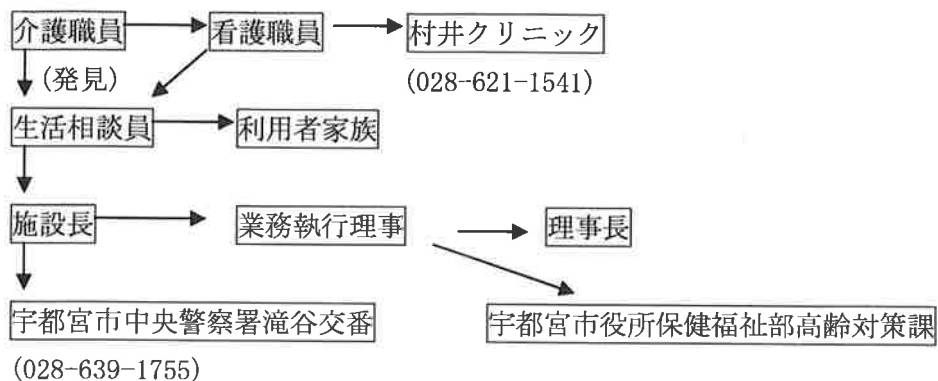
- ・名称 やす・かず Charm 歯科
- ・住所 栃木県宇都宮市滝の原2-4-35
- ・電話番号 028-612-8282

19. 緊急時の対応

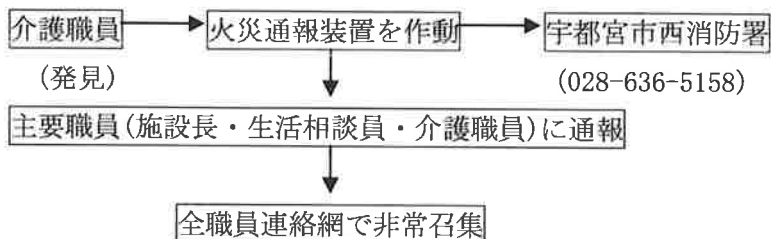
身体状況の急激な変化等で緊急に職員の対応を必要とする状態になった時は、昼夜を問わず 24 時間いつでもナースコール等で職員の対応を求めることが出来、職員は要請があった場合には、速やかに適切な対応を行うこととします。

(2)利用者が、予め緊急連絡先を契約時に届けている場合には、医療機関への連絡とともに、その緊急連絡先へも速やかに連絡を行い、救急車要請等の対応を行うこととします。

◎事故・容態急変時



◎火災



20. 損害賠償について

当施設において、施設の責任により利用者に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められた場合には、利用者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

令和 年 月 日

施設サービスの開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

<施設>

所在地 栃木県宇都宮市砥上町 5 4-1

施設名 特別養護老人ホーム ケアプラザ而今
(指定番号0970100780)

管理者名 阿 部 清 志 印

説明者 星 優 子 印

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、施設から施設サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

<利用者>

住所

氏名 印

電話番号

<利用者代理人>

住所

氏名 印 (続柄)

電話番号

