

特別養護老人ホーム第二仁風荘 重要事項説明書

施設サービス提供開始にあたり、当事業者がお客様に説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業の目的及び基本方針

(1) 目的

適切な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、施設利用者に対し、居宅において常時介護を受けることが困難な要介護者の入所を受け入れ、施設サービス計画に基づいて食事、排泄、入浴等の介護その他、日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話等の適正な施設サービスを提供することを目的とします。

(2) 基本方針

利用者一人一人の意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、可能な限り居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入所前の居宅における生活と入所後の生活が連続したものとなるように配慮しながら、各ユニットにおいて利用者が相互に社会的関係を築き、自立的な日常生活を営むことを支援することを目指します。

2 当施設の概要

| | | | |
|-------|-----------------------------|--------------|--------------------|
| 施設名称 | 特別養護老人ホーム第二仁風荘 | | |
| 所在地 | 999-4111 | | |
| | 山形県北村山郡大石田町大字大石田甲574番地 | | |
| | 電話番号 | 0237-35-2126 | FAX番号 0237-35-2127 |
| 管理者氏名 | 工藤正悦 | | |
| 施設の種別 | 指定介護老人福祉施設（指定番号 0672400090） | | |
| 開設年月日 | 平成26年4月1日 | | |
| 入所定員 | 定員30名（ユニット数3） | | |

3 施設の職員体制

| 職名 | 人 員 | | | | 従事するサービスの種類及び業務 |
|----------------------|------|------|-------|-------|--------------------------|
| | 常勤専従 | 常勤兼務 | 非常勤専従 | 非常勤兼務 | |
| 施設長（管理者） | | 1 | | | 施設全体の管理監督 |
| 医師（嘱託医） | | | 1 | | 診察、健康管理及び療養の指導 |
| 事務部長 | | 1 | | | 施設長不在時の代行 |
| 事務職員 | | 3 | | | 庶務及び会計事務 |
| 生活相談員 | 1 | | | | 施設内外の連絡調整、生活相談、機能訓練補助 |
| 介護支援専門員 | 1 | | | | 施設サービス計画の作成、申請や調査等 |
| 看護職員 | 1 | 1 | | | 健康や衛生管理、医師の指示による医療行為等 |
| 介護職員 （3ユニット） | 12 | | | | 日常生活全般の介護、機能訓練の補助 |
| 管理栄養士 | | 2 | | | 献立、栄養ケアマネジメント計画の作成、調理員指導 |
| 調理職員 | | 5 | | | 管理栄養士の指示を受けての調理業務 |
| 機能訓練指導員 （看護職員と兼務） | | 1 | | | 機能訓練に関すること |
| 夜警員 | | | | 3 | 夜間の保安等 |

4 当施設の設備の概要

| | |
|-----|------------------------|
| 建 物 | 鉄筋コンクリート造り平屋建て 耐火構造 |
| 居 室 | 個室30室（1ユニット10室） |
| 浴 室 | 3室（各ユニットに1室）他、特殊浴槽（2槽） |
| その他 | 医務室、多目的ホール |

5 サービス内容

提供するサービスの内容は次のとおりです。

| サービス | 内 容 |
|----------------|---|
| ①居 室 | ○ユニット型個室になります。 |
| ②食 事 | ○朝食：午前 7時45分～午前 8時30分 ○昼食：午前11時45分～午後12時45分 ○夕食：午後 6時00分～午後 6時45分 ※原則として、各ユニットのリビングでお召し上がりいただきますが、希望により食事の開始時間及び場所を選択することができます。 |
| ③入 浴 | ○週に2回入浴していただきます。身体状態に応じて、特別浴又は清拭となる場合があります。 |
| ④介 護 | ○施設サービス計画に基づいて次の介護を行います。着替え、排泄、食事の介助、おむつ交換、体位交換、シーツ交換、施設内の移動の付き添い等を行います。 |
| ⑤機 能 訓 練 | ○日常生活の中での機能訓練やレクリエーション、行事の実施等を通じた機能訓練を行います。 |
| ⑥生 活 相 談 | ○生活相談員に日常生活に関することなどの相談ができます。 |
| ⑦健 康 管 理 | ○年1回の健康診断と月2回程度、内科回診等があり、医務室で健康相談や診察を受けることができます。 |
| ⑧社会生活上の便宜 | ○月1回以上、利用者交流会等の行事を行います。行事によっては別途費用が発生する場合があります。 ○行政機関に対する手続きの代行を当施設で受付けます。手続きに別途費用が発生する場合があります。 |
| ⑨理 美 容 サ ー ビ ス | ○理容：月1回、大石田町理容組合が当施設に来荘します。ご利用を希望する場合は、職員にご相談下さい。 代金は1回あたり2,500円になります。 ○美容：ご利用を希望する場合は、職員にご相談下さい。 |
| ⑩日常生活品購入代行 | ○介護用品以外の日常生活品の購入代行を当施設に申し込むことができます。（代行手数料は無料） |
| ⑪金 銭 管 理 | ○別紙で説明した方法により預かり金の管理を行います。 ・管理する金銭の形態：指定する金融機関の預金通帳に預けられている金銭 ・お預かりするもの：上記預金通帳及び通帳印（原則として1つ） ・保管場所：規定に基づき適正に保管致します。 ・保管管理者：管理者 工藤正悦 |

6 サービス利用料金（別紙参照）

施設に入所した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準（介護報酬の告示の額）によるものとします。又、法定代理受領サービスを提供している場合には、サービス利用料から介護保険給付金額を除いた金額（自己負担額）と居住費及び食費の合計金額をお支払いいただきます。尚、介護保険負担限度額認定の交付を受けている場合は、認定証に記載されている居住費及び食費の負担限度額となります。

7 当施設利用にあたっての留意事項

| | |
|-------------|---|
| 面会 | 面会時間は、午前9時から午後5時までとなります。状況に応じて変更する場合があります。面会者カードのご記入をお願い致します。 |
| 外出・外泊 | 外出や外泊をご希望の方は事前にご相談下さい。 |
| 感染症等発生・流行時 | 施設内でのまん延防止のため、ご家族の面会や利用者等の外出等について制限することもありますので、ご協力をお願いします。 |
| 飲酒・喫煙 | 酒類の持ち込みはご遠慮下さい。又、敷地内は禁煙となります。 |
| 設備・器具の利用 | 施設内の居室や設備、器具は本来の用途に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損が生じた場合は、賠償していただく場合があります。 |
| 食物・所持品の持ち込み | 生ものや可燃物、刃物等の危険物の持ち込みはご遠慮下さい。お菓子や所持品を持ち込んだ時には介護職員に申し出て下さい。 |
| 施設外での受診 | 当施設の嘱託医の指示による受診には施設職員が付き添い、送迎も行います。状況によりご家族様の付き添いをお願いする場合があります。 |
| ペット | 施設内へのペットの入室はご遠慮下さい。 |
| 宗教活動・政治活動 | 施設内での利用者及び職員等に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。 |

8 協力病院

| | | | |
|-------|---------------------|------|--------------|
| 医療機関名 | 清治医院 | 診療科目 | 内科・消化器科 |
| 住所 | 山形県尾花沢市上町六丁目3番15号 | 電話番号 | 0237-23-2125 |
| 医療機関名 | 吾妻歯科クリニック | 診療科目 | 歯科 |
| 住所 | 山形県北村山郡大石田町駅前通り6番1号 | 電話番号 | 0237-35-6480 |

9 身体拘束の廃止

- (1) 施設サービスの提供にあたっては、利用者又は他の利用者等の生命及び身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他の行動を抑制する行為を行いません。
- (2) 身体拘束を行う場合は、利用者又は家族に身体拘束の方法、時間帯、心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過記録等の作成について説明し、文章による同意を得るものとします。
- (3) 身体的拘束等の適正化を図るため、定期的な委員会の開催や指針の整備、職員の研修を行います。

10 虐待防止に関する事項

利用者の人権擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、担当者を設置し、定期的な委員会の開催と職員への周知、指針の整備と虐待防止の啓発と普及するための研修を行います。

11 衛生管理

施設において感染症又は食中毒が発生した場合、まん延を予防する取り組みとして、定期的な委員会の開催や指針の整備、職員の研修と訓練を行います。

サービス提供に使用する備品等を清潔に保持し、定期的な消毒を施す等、常に衛生管理に十分留意していきます。

12 緊急時の対応方法

利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じた場合は、速やかに当施設の嘱託医（協力病院）等に連絡するなどの必要な措置を講ずるほか、別紙に定める緊急連絡先のいずれかに連絡します。

13 事故発生時等における対応方法

事故が発生した場合の対応や改善策の検討、事故発生の防止又はその再発を防止するための委員会の開催及び職員への周知と定期的な研修を行います。

利用者に対する施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに県と市町村、利用

者の家族に連絡を行う等の必要な措置を行います。尚、賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。

1.4 非常災害対策

| | | | |
|------|---|-------|------|
| 防災設備 | 自動火災通報装置 非常放送設備 誘導灯設備 ガス漏れ報知器 屋内消火栓 スプリンクラー設備 屋内消火器 防火扉 非常用電源 救助袋（垂直式） カーテン及び寝具は防炎性のあるものを使用しています。 | | |
| 避難訓練 | 年6回実施 | 防火管理者 | 押切順也 |

1.5 業務継続計画の策定

感染症や非常災害の発生において、非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施できる体制を整えます。

1.6 ハラスメントに関する事項

利用者からのハラスメントはサービス提供を困難にし、関わった職員の心身に悪影響を与えます。下記のような行為があった場合、状況によってはサービスの提供を中止させていただく場合があります。

- (1) 性的な話をする。必要もなく手を触る等のセクシャルハラスメント行為。
- (2) 特定の職員に嫌がらせをする。理不尽なサービスを要求するなどの精神的な暴力。
- (3) 叩く、つねる、払いのける等の身体的暴力。
- (4) 職員や施設に対して理不尽な苦情を申し立てるなど。

1.7 苦情の対応

(1) 苦情や相談の受付窓口

| | |
|---------|--|
| 苦情受付担当者 | 特別養護老人ホーム第二仁風荘 生活相談員 矢萩好彦 |
| 電話番号等 | 電話番号 0237-35-2126 FAX番号 0237-35-2127 |
| 受付時間 | 施設内における面接や電話による場合は、午前10時～午後4時（土、日、祝祭日を除く。）となります。 FAXによる場合は24時間受付致します。 |

(2) 上記の受付窓口以外に、保険者である市町村と山形県国民健康保険団体連合会に苦情や相談することができます。

| | | |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| 大石田町役場 保健福祉課介護保険係 | 999-4111 北村山郡大石田町緑町1番地 | 電話 0237-35-2111 FAX 0237-35-2118 |
| 尾花沢市役所 福祉課介護福祉係 | 999-4292 尾花沢市若葉町一丁目1番3号 | 電話 0237-22-1111 FAX 0237-23-3004 |
| 山形県国民健康保険団体連合会 介護保険課 | 991-0041 寒河江市大字寒河江字久保6番地 | 電話 0237-87-8003 FAX 0237-83-3354 |

(3) 苦情の処理概要（社会福祉法人敬天会苦情解決規程に基づいて苦情の解決にあたる）

苦情受付担当者は、苦情の受付から解決・改善までの経過及び結果を書面に記録します。苦情解決責任者（管理者）は苦情申出人との話し合いにより、速やかに解決できるよう努めます。苦情申出人は、第三者委員による立ち合い、調整、助言を要請できます。

社会福祉法人敬天会苦情解決規程に基づいて苦情を解決できない時には、苦情解決責任者は苦情申出人に対して山形県サービス運営適正化委員会を紹介します。

1.8 提供するサービスの第三者評価の実施状況

| | |
|-------------|----|
| 実施の有無 | なし |
| 実施した直近の年月日 | なし |
| 実施した評価機関の名称 | なし |
| 評価結果の開示状況 | なし |

1.9 当事業者の概要

| | |
|-----------|---|
| 法人名 | 社会福祉法人敬天会 |
| 代表者の役職・氏名 | 理事長 遠藤史夫 |
| 本部所在地 | 山形県北村山郡大石田町大字大石田甲574番地 電話番号 0237-53-1516 FAX 番号 0237-35-2127 |

令和6年 月 日

介護老人福祉施設入所にあたり、本書面に基づいて重要事項を説明しました。

<事業所>

【所在地】 999-4111

山形県北村山郡大石田町大字大石田甲574番地

【名称】 特別養護老人ホーム第二仁風荘

【説明者】 生活相談員 矢萩好彦 ⑩

私は、本書面により、重要事項の説明を受け、その内容に同意し、受領しました。

<利用者> 氏名 _____ ⑩

住所 _____

<連帯保証人兼身元引受人> 氏名 _____ ⑩

住所 _____

続柄 _____