

『特別養護老人ホーム（指定介護老人福祉施設）くつろぎ』 重要事項説明書

1. 事業者概要

| | | | |
|------------|---|-----|----------------|
| 事業者名称 | 社会福祉法人 治恵会（じけいかい） | | |
| 主たる事務所の所在地 | 北海道北見市とん田東町444番地1 | | |
| 代表者名 | 寺前 稔 | | |
| 設立年月日 | 平成24年8月1日 | | |
| 電話番号 | 0157 (33) 5537 | FAX | 0157 (24) 7733 |
| ホームページアドレス | http://jikei-kutsurogi.org/ | | |

2. ご利用施設

| | | | |
|------------|--|-----|----------------|
| 施設の名称 | 特別養護老人ホーム くつろぎ | | |
| 施設の所在地 | 北海道北見市とん田東町444番地1 | | |
| 都道府県知事指定番号 | 指定介護老人福祉施設 平成24年8月1日指定 北海道指定 第0175012087号 | | |
| 施設長の氏名 | 藤田 昌大 | | |
| 電話番号 | 0157 (33) 5537 | FAX | 0157 (24) 7733 |

3. 施設の目的と運営の方針

| | |
|-------|---|
| 施設の目的 | 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、その居宅における生活への復帰を念頭において、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配慮しながら、各ユニットにおいて入所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めざすものとする。 |
| 運営の方針 | 施設は、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村居宅支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供するものとの密接な連携に努めるものとする。 |

4. 施設の概要

| | | |
|-------------------------------|------|------------------------------|
| 建物 | 構造 | 鉄骨造一部鉄筋コンクリート造5階建て |
| | 延床面積 | 敷地面積 2,371.45 m ² |
| | | 建物面積 1,439.69 m ² |
| 述べ床面積 5,444.79 m ² | | |
| 利用定員 | 110名 | |

5. 職員の配置状況

| | 施設の職員体制人数 | 業務内容 |
|----------|-----------|----------|
| 管理者（施設長） | 1名 | サービス管理全般 |
| 医師（非常勤） | 1名 | 診療、健康管理等 |
| 生活相談員 | 2名以上 | 生活上の相談等 |
| 管理栄養士 | 1名 | 栄養管理等 |

| | | |
|------------|------------|---------------|
| 機能訓練指導員 | 1名 | 機能維持訓練等 |
| 介護支援専門員 | 2名以上 | サービス計画の立案・管理等 |
| 事務職員 | 1名以上 | 一般事務・料金請求等 |
| 看護職員 | 常勤換算数3名以上 | 医療、健康管理業務等 |
| 介護職員及び看護職員 | 常勤換算数43名以上 | 日常介護業務等 |

※介護保険法の規程を遵守しています。

<主な職種の勤務体制>

| 職 種 | 勤 務 体 制 |
|-------------|-------------------------|
| 1. 管理者(施設長) | 日 中 8 : 30～17 : 30 |
| 2. 医師(非常勤) | 協力病院往診 毎週水曜日 13 : 30～ |
| | 協力歯科医院往診 毎週水曜日 13 : 00～ |
| 3. 生活相談員 | 日 中 8 : 30～17 : 30 |
| 4. 介護職員 | 早出 (a) 6 : 30～15 : 30 |
| | 早出 (b) 7 : 00～16 : 00 |
| | 早出 (c) 7 : 30～16 : 30 |
| | 早出 (d) 8 : 00～17 : 00 |
| | 日勤 (a) 8 : 30～17 : 30 |
| 5. 看護職員 | 日勤 (b) 9 : 00～18 : 00 |
| | 日勤 (c) 9 : 30～18 : 30 |
| | 遅出 (a) 10 : 00～19 : 00 |
| | 遅出 (b) 10 : 30～19 : 30 |
| | 遅出 (c) 11 : 00～20 : 00 |
| 夜勤 | 17 : 00～翌 9 : 00 |
| 6. 機能訓練指導員 | 日 中 8 : 30～17 : 30 |
| 7. 管理栄養士 | |
| 8. 介護支援専門員 | |
| 9. 事務員 | |

☆ 土日祝日、暦上の連休、盆・年末年始や入浴業務などの関連で上記と異なる職員配置となる場合があります。

6. 居室など

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、原則として1人部屋、2人部屋、4人部屋です。(但し、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沿えない場合もあります。)

| 居室・設備の種類 | 室数 | 面積 |
|----------|-----|------------|
| 1人部屋 | 30室 | 12.0㎡/1人当り |
| 2人部屋 | 16室 | 11.4㎡/1人当り |
| 4人部屋 | 12室 | 11.2㎡/1人当り |
| 静養室 | 3室 | |
| 合 計 | 61室 | |

| 主な設備 | | |
|------|----|-----------------------|
| 食堂 | 5室 | 各ユニットに1室 |
| 浴室 | 6室 | 特殊浴槽(寝たままで入浴できます)・一般浴 |
| 医務室 | 1室 | |
| その他 | | |

※ 上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に必置が義務づけられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。

7. サービス内容

(1) 介護保険給付によるサービス

| サービスの種別 | 内容 | 自己負担額 |
|-----------------|---|-------------------------|
| 施設サービス 計画の立案 | 介護支援専門員と介護関係職員が協議して計画をたて、利用者に説明し、同意をいただきます。 | 介護報酬の負担割合に沿ってお支払いただきます。 |
| 居 室 | 入所後、利用者の状況により変更することがあります。 ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。 その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。 (ご契約者が、短期入院、又は、外泊をされた場合にお支払いいただく1日あたりの居住費料金は、通常通りと変わりません。) | |
| 排せつ | 自立排せつか、時間排せつか、おむつ使用について利用者の状況にあわせて支援しています。 | |
| 入浴・清拭 | 適切な回数・方法で入浴していただけます。ただし、契約者の状態に応じ、特別浴または清拭となる場合があります。 | |
| 離床 | 自分で起きる事ができない場合は離床のお手伝いをします。 | |
| 着替え | 毎朝夕の着替えのお手伝いをします。 | |
| 整容 | 身の回りのお手伝いをします。 | |
| シーツ交換 | シーツ交換は週1回・適時行います。 | |
| 洗濯 | 必要に応じて衣類の洗濯を行います。ただし、洗濯機で洗うことの出来ないセーターやジャケット等クリーニングが必要な場合はご家族にてお願いします。 | |
| 機能訓練 | 機能訓練指導員による機能訓練を契約者の状況にあわせて行います。 | |
| 健康管理 | 当施設の嘱託医が、週1回診察日を設けて健康管理に努めます。 診察日以外でも心配のときは診察しますのでお申し付けください。 当施設では、年間1回以上健康診断を行います。 協力医療機関以外に通院する場合でも、できる限り送迎に協力しますが、基本ご家族様での対応をお願い致します。 | |
| 介護相談 | 入所者とその家族からのご相談に応じます。 | |

(2) 食事

| | | |
|----|--|-----------------------------|
| 食事 | <p>できるだけ離床して食堂でお食べください。 献立表は、掲示。 食べられないものやアレルギーがある方は事前にご相談ください。 外泊時の食事を1食でもしない場合の食事費に関しましては徴収いたしません。</p> | 重要事項説明書別紙のとおり、費用をご負担いただきます。 |
| | <p>特別な食事 行事にて特別な食事を召し上がった場合、利用者の嗜好による食品を提供し食べた場合、栄養状態の優れない利用者へ提供する栄養補助食品等食べた場合は実費負担となります。</p> | 実費をご負担いただきます。 |

(3) 介護保険給付外サービス

| サービスの種別 | 内 容 | 自己負担額 |
|------------|--|-----------------------------|
| 理髪・美容 | 施設内で行う事ができます。 | 重要事項説明書別紙のとおり、費用をご負担いただきます。 |
| レクリエーション行事 | レクリエーションを行っております。参加されるか否かは任意です。 | |
| 複写物の交付 | 希望時に対応します。 | |
| 日常生活品の購入代行 | 日用品の購入の代行をさせていただきます。 | 商品の代金をご負担頂きます。 |
| 医療・受診 | <p>医療機関等に受診が必要な場合について</p> <p>ご入所中は当施設の嘱託医・看護師等でご利用者の健康管理をさせていただきます。</p> <p>また、協力医療機関に受診が必要な場合、医療機関までの送迎及び付き添い、受診時の説明等はご利用者・身元引受人の委任により、当施設職員が行うことができます。なお、緊急の場合を除いて、ご利用者等の希望や定期的な受診等で、他の医療機関の受診が必要な場合は、原則として付き添いはご家族でお願いしておりますが状況にて相談に応じます。</p> <p>栄養ケア計画作成にあたり1年の内必要と判断される場合、血液検査を実施します。</p> <p>* 尚、健康状態・身体状態に変化が見られる場合は随時血液検査を実施します。</p> | 受診料金 ・薬代等 実費負担 |
| | <p>入所時健康チェック</p> <p>入所されましたら、速やかに入所時健康チェックを受けていただきます。</p> <p>この健康チェックは入所段階での疾患の早期発見と、心身の状況把握のためにさせていただきます。</p> | 実費負担 |
| 金銭管理サービス | <p>貴重品の管理</p> <p>銀行通帳、印鑑等の保管サービスのほか、公共料金等の支払等代行サービスを行います。ご利用されるか否かは任意です。</p> <p>契約者の希望により貴重品管理サービスをご利用いただけます。詳細は、以下の通りです。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 管理する金銭の形態：施設の指定する金融機関に預け入れている預金 ○ お預かりするもの：上記預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、有価証券等 ○ 保管管理者：施設長 ○ 出納方法：手続きの概要は以下の通りです。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、備え付けの届出書を保管管理者へ提出していただきます。 ・ 保管管理者は上記届出の内容に従い、預金の預け入れ及び引き出しを行います。 ・ 保管管理者は出入金の都度、出入金記録を作成し、その写しをご契約者へ交付します。 ○ 信書の管理については、施設へ手数料をお支払いいただいている場合は事務の代行に必要な書類を、保管管理者は開封できるものとします。尚、貴重品管理サービスを利用されていない方は、ご本人・身元引受人に開封せずお渡しします。 | 重要事項説明書別紙のとおり、費用をご負担いただきます。 |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>日常生活必要経費の管理 ご契約者の希望により、『日常生活必要経費お預かりサービス』をご利用いただけます。詳細は、以下の通りです。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 管理する金銭の形態：3万円までとします。 ○ 出納担当者：生活相談員 ○ 出納方法：手続きの概要は以下の通りです。 <ul style="list-style-type: none"> ・本人及び家族からの依頼によりお預かりした金額から出納します。預り金台帳へ入出金の状況を入力し、領収書を保管し、必要に応じて渡します。 ○ 利用料金：無料 | <p>無料</p> <p>毎月の請求書と一緒に残高が分かる一覧を送付します。</p> |
|--|---|--|

8. 苦情の受付について

苦情申し立て窓口

当施設のサービスについて、ご不明な点や疑問、苦情等がございましたら窓口担当者にお気軽にご相談下さい。又保険者である市町村及び保健所や国保連でも承っております。

| | |
|---------------|-------|
| 窓口担当者【施設に関して】 | 藤田 昌大 |
| 【介護保険事業等に関して】 | 阿部 淳子 |
| 【経済的・各保険に関して】 | 田村 沙織 |

苦情受付時の対応

ご利用日 月曜日～金曜日 8：30 ～ 17：30迄
ご意見ご要望については常時受け付けております。

9. 利用料金のお支払い方法

| | | |
|-------------------|--|---------------|
| <利用者・関係者からの口座引落し> | 原則、口座引落しさせていただきます。引落日前日までに口座にご入金下さい。お手続きに時間が掛かります。 | |
| <指定口座への振込み> | 金融機関 | 北海道銀行 |
| | 本・支店名 | 北見支店 預金種別 普通 |
| | 口座番号 | 1 3 2 1 9 4 7 |
| | フリガナ | フク) ジケイカイ |
| | 口座名義人 | 福) 治恵会 |
| <現金支払い> | 当事業所の事務所窓口でお支払い下さい。 | |

- 費用は、月末締めです。毎月、10日までに前月分の請求書を発行いたします。
- 領収書は翌月の請求書と合わせて送付いたします。
- * 料金についてご不明な点がございましたら遠慮なくお問い合わせ下さい。

10. 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。)

協力医療機関

| | |
|---------|--|
| 医療機関の名称 | 社会医療法人 明生会 道東の森総合病院 |
| 所在地 | 〒090-0069 北海道北見市美山町東2丁目68番地9 |
| 電話番号 | 0157-69-0300 |
| 診療科目 | 総合内科、脳神経外科、物忘れ外来、てんかん外来、整形外科、脊椎・脊髄外来、リハビリテーション科、訪問診療、訪問看護、各種健診など |

協力歯科医療機関

| | |
|---------|-------------------------|
| 医療機関の名称 | やなぎ歯科 |
| 所在地 | 〒090-0817 北見市常盤町2丁目1-73 |
| 電話番号 | 0157-23-5985 |

1.1. 非常災害時の対策

| | |
|----------|--|
| 非常時の対応 | 別途に定める「社会福祉法人 治恵会 消防計画」により対応いたします。 |
| 近隣との防災関係 | 近隣住民の皆様・町内会との協力要請を実施し、非常時の相互応援を協力しています。 |
| 平常時の訓練 | 別途に定める「社会福祉法人 治恵会 消防計画」にのっとり、年2回の想定した訓練の実施。 |
| 防災設備 | スプリンクラー・避難階段・避難テラス・ガス漏れ報知器 自動火災報知機・非常通報装置・消火器・防火扉・誘導灯 防火シャッター・屋内消火栓・漏電ブレーカー・非常用電源 カーテン等は防火性のあるものを使用しています。 |
| 消防計画等 | 北見地区消防組合消防署の届出 平成24年8月1日 防火管理者 小泉 昭江 |

1.2. 個人情報について

(1) 使用目的

- ① 適切なサービスを円滑に行うためや、連携が必要な場合の情報共有のための場合
- ② 利用者の健康状態や皮膚状態を撮影したもの等を医療機関などと円滑に情報共有するための場合
- ③ サービス提供にかかる請求業務などの事務手続きやサービス利用にかかわる管理運営のための場合
- ④ 法令上義務付けられている、関係機関からの依頼があった場合
- ⑤ 損害賠償責任などにかかる公的機関への情報提供が必要な場合
- ⑥ 特定の目的のために同意を得たものについては、その利用目的の範囲内で利用する

(2) 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供は(1)に記載する目的の範囲内で必要最低限にとどめ、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないように細心の注意を払うこと。
- ② 事業所は、個人情報を使用した会議・出席者・内容等について記録しておくこと。

(3) 個人情報の内容

- ① 氏名、住所、健康状態（皮膚状態に関するものなど）、病歴、家族状況、その他の利用者や家族等に関する個人情報
- ② 認定調査票、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）
- ③ その他の情報

1.3. 福祉サービス第三者評価実施状況

| 項目 | 内 容 |
|------------------|---------|
| (1) 実施の有無 | 有 ・ (無) |
| (2) 実施年月日(直近実施日) | 年 月 日 |
| (3) 実施した評価機関 | |
| (4) 評価結果の開示状況 | |

1 4. 施設利用の際にご留意いただく事項

| | |
|----------|--|
| 来訪・面会 | 面会時間は次の通りです。午前 8:00 ~ 午後 8:00 迄 インフルエンザ等、感染による面会の制限を設ける場合があります。 |
| 外出・外泊 | 希望される方は申し出てください。 |
| 設備・器具の利用 | 居室内設備・器具は本来の用途に従いご利用下さい。 これに反したご利用により万一破損が生じた場合弁償して頂く事がございます。 又許可なく備品や医療器具等は勝手に居室内に持ち込まないようにしてください。 もし施設内で異常、若しくは不穏な事態を認めた場合には直ちに職員に連絡してください。 |
| 喫煙・飲酒 | 敷地内全面禁煙です。 ご希望の場合は要相談となります。 |
| 服装について | 制限はございませんが用途に応じてご持参下さい。 衣類等には名前の記入をお願い致します。 |
| 禁止事項 | 当施設の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、 営利活動を行うことはできません。 |
| 入れ歯について | 入れ歯には名前の記載をお願いしてください。(各歯科機関において) |
| アメニティー関連 | 利用に応じて別途ご持参いただきます。 |
| | |

以上

重要事項説明の了承および個人情報の利用に当たっての同意書

特別養護老人ホームくつろぎ
施設長 藤田 昌大 様

指定介護福祉施設サービス提供の開始にあたり、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

1. 金銭管理について (希望につきまして○で囲んでください)

通帳などの管理を「ご家族様等管理」「施設管理(手数料で1500円)」で行います。

2. 個人情報について

私は、介護老人福祉施設サービスを提供する上の必要な範囲で、私および親族等の個人情報を、収集・保有・利用および第三者へ提供することに同意します。

<肖像権について>

当施設の、ホームページ(SNS等)・パンフレット・施設内研修・掲示物・広報誌などにおいて、ご利用者様の映像・写真を使用する場合があります。
使用につきまして以下に○をご記入下さい。

「同意する」

「同意しない」

<褥瘡患部 写真撮影について>

褥瘡(床ずれ)が発生した場合、医師・看護師・管理栄養士等、多職種連携にて早期改善・予防を図る為、創部の写真を撮り、情報共有する説明を受け、その内容について、同意致します。

3. ご家族及び身元引受人に代わり医療機関への送迎、付添い、受診時の医師からの指示事項並びに留意事項の説明を聞くために同席することを委任します。

4. 終末期の看取りの指針について説明を受け、内容について、同意致します。

重要事項につきまして特別養護老人ホームくつろぎ職員

(職種) 生活相談員 (氏名) 田村 沙織 より説明を受け、その記載事項に同意致します。

令和 年 月 日

利用者 氏名

親族等

(筆記代行者) 氏名(続柄.....)