

# 重要事項説明書（指定介護福祉施設サービス）

当施設は、利用者に指定介護福祉サービスを提供します。施設の概要やサービスの内容及び契約上で、注意いただきたいことを次のとおり説明します。

## 1 施設経営法人

|        |                |       |              |
|--------|----------------|-------|--------------|
| 法人名    | 社会福祉法人城ヶ崎いこいの里 | 電話番号  | 0557-51-0888 |
| 法人の所在地 | 静岡県伊東市富戸1219-5 | FAX番号 | 0557-51-5888 |
| 代表者職氏名 | 理事長 竹安 広峰      | 設立年月日 | 昭和61年7月14日   |

## 2 利用施設

|           |  |       |              |
|-----------|--|-------|--------------|
| 施設名称      | 特別養護老人ホーム 奥野苑  | 電話番号  | 0557-38-2225 |
| 施設の所在地    | 伊東市荻772-1  | FAX番号 | 0557-38-2205 |
| 施設長       | 山口 弘文  | 指定年月日 | 平成12年4月1日    |
| 介護保険事業所番号 | 静岡県指定 第2270400050号   |       |              |
| 基本理念      | ①共に歩む福祉 ②心で育む福祉 ③地域に広がる福祉<br>以上の実現をめざし、利用される方はもとより、ご家族を含めた幸せの輪を広げ、心からの介護に努めております。また、多くの方が施設を訪れられる明るく開かれた生活環境をつくっております。 |       |              |

## 3 居室及び定員等の概要

当施設では、以下の居室、設備を用意しています。

各部屋とも、清潔でプライバシーの保護等こまやかに配慮いたします。

| 居室・設備の種類 |      | 面積  | 説明          |          |
|----------|------|---|-------------|----------|
| 居室       | 4人部屋 | 1室 44.68 ~ 50.96 m <sup>2</sup>   | 10室         | 入所定員 50名 |
|          | 個室   | 1室 16.21 ~ 21.39 m <sup>2</sup>   | 10室         |          |
| 浴室       |      | 34.98 ~ 48.94 m <sup>2</sup>  | ○一般浴槽 ○特殊浴槽 |          |
| 機能訓練室    |      | 57.42 m <sup>2</sup>  |             |          |
| 食堂       |      | 46.07 ~ 85.25 m <sup>2</sup>  |             |          |
| その他の設備   |      | ○静養室 17.46 m <sup>2</sup> ○医務室 34.89 m <sup>2</sup> ○面接室 20.43 m <sup>2</sup> |             |          |

■当施設は、厚生省基準による指定介護老人福祉施設です。

■居室の変更は、利用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、利用者やその家族と協議の上、決定するものとします。

なお、個室への入居は、介護及び看護上の必要性を重視し判断させていただいております。

#### 4 施設の職員の概要

| 職種         | 配置人数                                 |
|------------|--------------------------------------|
| 管理者        | 1名／常勤                                |
| 医師         | (1名／非常勤) (週1回回診)<br>(1名／非常勤) (月1回回診) |
| 生活相談員      | 2名／常勤 (内1名介護支援専門員兼務)                 |
| 介護職員及び看護職員 | 常勤換算24名以上 (常勤各1名以上)<br>(うち看護職員2名以上)  |
| 管理栄養士      | 1名                                   |
| 機能訓練指導員    | 1名                                   |
| 介護支援専門員    | 1名／常勤 (生活相談員兼務)                      |

- 常勤換算：職員それぞれの週あたり勤務時間総数を、当施設における常勤職員の所定時間数(週40時間)で除した数です。
- 職員数は、兼務の実情に応じ若干の変動はありますが、国の配置基準を下回しません。

#### 5 当施設が提供するサービスと利用料金

##### (1) 介護保険の給付対象となるサービス

| 提供サービス | 当施設では、利用者に対して以下のサービスを提供します。   |                                  |
|--------|---|----------------------------------|
| ①食事    | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。</li> <li>● 食事は適切な時間に提供し、利用者には離床を促し、食堂にて他の利用者と交流を深めながら食事を食べることができるように支援します。</li> <li>● 衛生管理の徹底を図り、安心して食べられる食事の提供をしていきます。そのために、職員教育を実施し、施設と委託業者の連携を図りながら食中毒や感染症の予防に努めていきます。</li> <li>● 栄養に関するリスクを調べ、栄養ケアマネジメントを行います。</li> <li>● 毎食後の口腔ケアを行います。</li> </ul> | 食事時間                             |
|        |   | 朝食 7:30～8:30                     |
|        |   | 昼食 12:00～13:00<br>夕食 17:30～18:30 |
| ②排泄    | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 排せつの自立を促すため、利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。排泄動作の自立に向けた分析を行い、支援計画を立案して自立のための支援を行います。</li> </ul>  |                                  |
| ③入浴    | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 入浴または清拭を週2回行います。</li> <li>● 寝たきりの方でも機械浴槽を使用した入浴ができます。</li> </ul>   |                                  |
| ④機能訓練  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を営む上で必要な心身の維持・改善、またはその減退を遅らせるために個別機能訓練を実施します。</li> </ul>  |                                  |

|               |   |
|---------------|---|
| ⑤健康管理         | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医師や看護職員が健康管理を行います。</li> <li>● 日常的な健康管理、感染症対策等に加え、緊急時は医師との連携方法その他の緊急時等における対応方法を定めた指針に基づき対応します。</li> </ul>   |
| ⑥看取り介護        | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ターミナルケアについての取り組みを実施しています。</li> </ul>   |
| ⑦自立支援         | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 寝たきりの防止のため、できる限り離床に配慮します。</li> <li>● 清潔で快適な生活が送れるよう援助します。</li> <li>● 褥瘡の発生防止のため、リスクの管理や褥瘡ケア計画に基づき予防のための対応を行います。</li> <li>● 地域社会への参加を促進できるよう援助します。</li> </ul> |
| ⑧サービス提供上の留意事項 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● サービスの提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法については、利用者に分かりやすいように説明します。</li> <li>● サービスの提供に用いる設備、器具等については安全、衛生に常に注意を払い、特に利用者の身体に接触する設備、器具等については、サービスごとに消毒したものを使用します。</li> </ul>   |

## (2) 介護保険給付対象外サービス（契約書第3条参照）

以下のサービスは、利用料金が利用者の負担となります。

| サービスの種類                 | サービスの内容の説明   | 料金              |
|-------------------------|--|-----------------|
| ①食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費） | 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いただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食事の金額（1日当り）の負担となります。  | 別紙1又は2<br>料金表参照 |
| ②居住に要する費用（光熱水費及び室料）     | 当施設及び設備を利用し、滞在されるにあたり、多床室利用者の方には光熱水費相当額、個室利用者の方には光熱水費相当額及び室料を、負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、その認定証に記載された滞在費（居住費）の金額（1日当り）のご負担となります。<br>※外出・外泊・入院等で居室を開けておく場合は、第1～3段階の方は、6日までは負担限度額認定証の適用が受けられますが、7日からは別途料金が発生します。第4段階の方は1日目から別途料金が発生します。 | 別紙1又は2<br>料金表参照 |
| ③特別な居室の提供に要する費用         | 利用者の希望による、居住環境（占有面積、立地条件、景観、インターネット接続等の利便性等）   | 実費              |
| ④特別な食事の提供に要する費用         | 利用者の希望による、特別な食事サービスの提供に対する費用   | 実費              |
| ⑤理髪・美容                  | 利用者の希望による、理髪・美容サービスに対する費用  | 実費              |
| ⑥金銭等の管理                 | 自己による金銭等の管理が困難な場合は、利用者の希望により、下記のような金銭等管理サービスを利用いただけます。   | 1ヶ月500円         |

|  |   |                                |
|--|---|--------------------------------|
|  | <p>このサービスを利用の場合には、委任状の提出をいただきます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 施設サービス利用料金の個人負担金や国保税等の諸税の納付、医療費の支払</li> <li>● 年金の受け取り、現況届などの手続き</li> <li>● おこづかいの引き出し・支払、衣服費・日用品費の引き出しと支払等</li> </ul> <p><b>金銭等の管理・出納の方法</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○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》</li> <li>○お預かりするもの《預金通帳と届出印鑑、年金証書、有価証券》</li> <li>○保管管理者《施設長》</li> <li>○保管場所《事務室金庫》</li> <li>○出納方法《預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、保管管理者に申し出てください。申出内容に従い、預金の預け入れまたは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、利用者及びその家族等に必要に応じて開示します。》</li> </ul> |                                |
| ⑦日常生活費   | 日常生活品の購入代金等、利用者の日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、利用者に負担いただくことが適当であると認められる費用  | 実費                             |
| ⑧予防接種に要する費用  | 利用者及び身元引受人の方の同意を得た上で、インフルエンザ予防接種等を行います。また、医療用酸素濃縮器を要する利用者には、その機器の取扱いに関わる費用を実費負担していただきます。  | インフルエンザ予防接種：実費負担（ただし伊東市等の補助あり） |
| ⑨その他の費用  | 利用者の希望により参加する、特別な行事、催し物等への参加費及び必要経費。  | 実費                             |
|  | 通院や入院等、伊東市外への移送サービスに要する費用。  | 実費                             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 利用料金の支払方法は、原則として1ヶ月精算となります。</li> <li>■ 介護保険給付対象外サービス料金については、経済状況の著しい変化または止む得ない理由がある場合には、利用者またはその家族に事前に説明した上で変更することがあります。</li> <li>■ 介護報酬に変更があった場合、変更された額に合わせて利用者の負担額を変更します。また、要介護状態に区分に変更があった場合は、変更後要介護度が適用される日から新しい負担額に変更することとなります。</li> <li>■ 保険者から送付される「介護保険負担割合証」に記載された割合（1割、2割、3割）に基づきご負担いただきます。なお、介護保険被保険者証に支払い方法の変更の記載がある場合はその割合に基づくご負担をお願いいたします。</li> </ul> |   |                                |

### (3) 料金の支払方法

利用者が当施設に支払う料金の支払方法については、月ごとの精算とします。毎月10日までに、利用いただきました前月分のサービス料金の請求をいたしますので、20日までにお支払いください。お支払いの方法は、銀行振込、口座自動引落とし、現金支払いの中から契約の際に選んでください。

### (4) キャンセル料

利用者の都合により、指定介護福祉施設サービスをキャンセルする場合には、お早めに当施設にご連絡下さい。特にキャンセル料は頂戴いたしません。

### (5) その他

利用者の被保険者証に支払方法の変更の記載（利用者が保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載）があるときは、費用の全額を支払って頂きます。この場合、当施設でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を市町村の窓口へ提出して差額（介護保険適用部分の9割）の払い戻しを受けてください。

## 6 サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

- ①当施設の利用を希望される方は、当施設にお申し込みください。担当職員が指定介護福祉施設サービスの内容について説明いたします。居室に空き部屋があれば、入所いただけます。
- ②この説明書により利用者からの同意を得た後、当施設の介護支援専門員が施設サービス計画を作成し、サービスの提供を開始します。

### (2) サービスの終了

- ①利用者の都合でサービスを終了する場合、サービスの終了を希望する日の7日前までに文書で申し出てください。
- ②当施設のやむを得ない都合により、サービスの提供を終了させていただくことがあります。この場合は、サービス終了の15日前までに、文書により利用者に通知します。
- ③利用者が他の介護保険施設に入所した場合、利用者の介護度が非該当(要支援)または自立と認定された場合、利用者が亡くなったときは、それぞれサービスは自動的に終了となります。
- ④当施設が、正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、利用者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、当施設が閉鎖した場合、利用者は文書で通告することにより直ちにこの契約を終了することができます。
- ⑤利用者がサービスの利用料金を6ヶ月以上滞納し、再三の文書催告にもかかわらず利用料金を支払わないとき、利用者が当施設に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で利用者に通知することにより、直ちにこのサービスを終了させていただく場合があります。

## 7 サービスご利用に当たっての留意事項

当施設の利用に当たっては、利用者の共同生活の快適性、安全性を確保するため、次の事項についてご了承の上遵守くださるようお願いいたします。

|           |  |
|-----------|--|
| ①所持品の持込み  | ・居室の収納スペースに限りがありますので、衣類等の定期的な入替えをお願いいたします。危険物の持込みは禁止いたします。   |
| ②面会       | ・面会時間は、午前9時～午後6時とします。<br>・面会の際、飲食物をご持参の場合は職員を通してお渡してください。<br>※新型コロナウイルス感染症、インフルエンザ等感染症の予防のため面会の制限をする場合があります。 |
| ③外出、外泊    | ・外出、外泊される場合は、事前にお申し出ください。<br>・ただし、外泊は、月6日間以内とさせていただきます。<br>※感染症の予防の観点から、外出・外泊を見合わせていただく場合があります。              |
| ④施設、設備の使用 | ・故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり汚したりした場合には、利用者の自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。           |
| ⑤宗教活動等    | ・当施設の職員や他の利用者に対し、迷惑をかけるような宗教活動、政治活動、営利活動等をご遠慮ください。(家族等も含む)   |
| ⑥迷惑行為     | ・利用者が故意又は重大な過失により、他の利用者又は施設の職員等の生命、身体、財物、信用等を傷つける等の行為があったときは、退所いただく場合があります。                                  |
| ⑦施設内禁煙    | ・施設内は禁煙ですが、定められた喫煙場所での喫煙は可能です。   |

## 8 入所中の医療の提供について

入所中に医療を必要とする場合は、利用者のご希望によりどこの医療機関でも治療や診療を受けることができます。なお、当施設の嘱託医及び協力病院は下記のとおりです。

|                                       |                 |
|---------------------------------------|-----------------|
| 医療機関の名称                               | 医療法人社団愛和会（高野医院） |
| 所在地                                   | 伊東市荻393-31      |
| 診療科                                   | 内科、小児科          |
| 24時間連絡体制を整備し、緊急時対応（治療や診療）を受けることができます。 |                 |

|         |                           |
|---------|---------------------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人社団ケイ・オルト（木村整形外科クリニック） |
| 所在地     | 伊東市湯川1-2-10               |
| 診療科     | 整形外科                      |

|         |                      |
|---------|----------------------|
| 医療機関の名称 | 社団法人地域医療振興協会（伊東市民病院） |
| 所在地     | 伊東市岡196-1            |
| 診療科     | 総合病院                 |

## 9 事故発生時の対応について

- (1) 当施設の指定介護福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村及び利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 施設は、指定介護福祉施設サービスを提供する上で、施設の責めに帰すべき事由により利用者の生命、身体、財産等に損害を与えた場合には、その損害を速やかに賠償する義務を負います。

## 10 非常災害対策

|           |   |
|-----------|---|
| 非常時の対応    | 早期消火等を行うとともに、防災関係機関への即時連絡、職員連絡網による緊急招集を行い、防災対策規定に則り自主防衛隊を中心に、職員全員で火災、震災等から利用者、職員等の生命、身体、財産の保全を図ります。 |
| 地域との協力関係  | 地元消防団や自治会との緊密な関係維持に留意しています。   |
| 平常時の防災訓練等 | 毎月1回防災訓練を行い、非常時に備えた体制チェックをしています。<br>年2回総合防災訓練（地元消防団の参加を依頼していきます）                                    |
| 防災設備      | 防災設備関係業者に委託を行い、防火水槽、スプリンクラー、防災器具、消防署直結の警報装置や避難路等を整備、定期点検を実施します。<br>また、非常食（食糧や水）の備蓄を行い、定期点検を行います。    |
| 避難場所      | 火災発生時の避難場所は施設裏駐車場に避難します。地震・土砂災害発生時の避難場所は2階または3階に避難します。  |
| 消防計画等     | 消防署への消防計画の届出 平成19年7月20日<br>防火管理者 野田直樹   |

### 1.1 感染症予防発生時の対応

当施設では、感染症が発生し、またはまん延しないように委員会の設置、指針の整備、研修及び訓練の実施等必要な措置を講じます。

### 1.2 虐待防止と身体拘束の廃止

当施設では、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のため、施設長を虐待防止に関する責任者とし、必要な職員研修を実施します。

当施設では、虐待防止委員会を中心として、虐待防止の活動を展開します。

### 1.3 苦情処理

利用者は、当施設の指定介護福祉施設サービスの提供について、いつでも苦情を申し出ることができます。利用者は、当施設に苦情を申し立てたことにより、何らの差別待遇を受けません。

- (1) 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）及び担当者は、下記の通りです。

|         |  |
|---------|--|
| 苦情受付担当者 | 特別養護老人ホーム奥野苑 相談員 野田直樹 TEL 0557-38-2225 |
|---------|--|

|         |  |
|---------|--|
| 苦情解決責任者 | 特別養護老人ホーム奥野苑 管理者 山口弘文 TEL 0557-38-2225 |
|---------|--|

次の機関にも苦情を申し立てることができます。

| 氏名    | 役職名   | 住所  | 電話               |
|-------|-------|---|------------------|
| 第三者委員 | 大村 滄子 | 社会福祉法人城ヶ崎い<br>こいの里評議員<br>〒413-0231<br>伊東市富戸980-1  | 0557-<br>51-9292 |
|       | 正木 茂  | 社会福祉法人城ヶ崎い<br>こいの里監事<br>〒414-0053<br>伊東市荻471-621  | 0557-<br>36-3447 |
|       | 佐々木広雄 | 社会福祉法人城ヶ崎い<br>こいの里評議員<br>〒414-0002<br>伊東市湯川4-1-18 | 0557-<br>36-4110 |

その他、次の窓口等に苦情を申し立てることができます。

|                           |  |
|---------------------------|--|
| 伊東市役所保健福祉部高齢者福祉課          | 伊東市大原2-1-1 TEL0557-36-0111 (代表)<br>TEL0557-32-1563 (直通)<br>受付時間 月曜日～金曜日 8:30～17:15 |
| 静岡県国民健康保険団体連合会<br>(介護保険課) | 静岡市葵区春日2-4-34<br>TEL054-253-5590<br>受付時間 月曜日～金曜日 9:00～17:00                        |
| 静岡県社会福祉協議会<br>(運営適正化委員会)  | 静岡市葵区駿府町1-70<br>TEL054-653-0840<br>受付時間 月曜日～金曜日 9:00～17:00                         |

(2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制及び手順

- ① サービス利用者より苦情があった際は、直ちに利用者から事情を聞き、内容を確認する。
- ② 苦情受付担当者は、利用者の苦情内容を速やかに苦情解決責任者へ報告する。
- ③ 苦情解決責任者は、苦情相談について担当者及び各職員に必要な応じて検討会議を実施させる。
- ④ 苦情及び相談についての記録を作成し、再発防止に努める。

(3) 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等

- ① 苦情解決責任者は、利用者からの苦情に対し、対応が困難と判断される場合、事実確認をし、必要に応じて市町村または第三者委員に連絡・報告する。
- ② 苦情解決責任者は、担当者及び各職員から苦情相談に関して事実を確認し、必要に応じて再発防止に向け検討する。

(4) 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

|                                  |      |        |           |
|----------------------------------|------|--------|-----------|
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する仕組の状況 | 1 あり | 実施日    |           |
|                                  |      | 結果の開示  | 1 あり 2 なし |
| ② なし                             |      |        |           |
| 第三者による評価の状況                      | 1 あり | 実施日    |           |
|                                  |      | 評価機関名称 |           |
|                                  |      | 結果の開示  |           |
| ② なし                             |      |        |           |

令和 年 月 日

(施設) 指定介護福祉施設サービスの提供に当たり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

所在地 伊東市荻772-1

名称 特別養護老人ホーム奥野苑

説明者 \_\_\_\_\_ 印

(利用者) この説明書により、指定介護福祉施設サービスに関する重要事項の説明を受けました。

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(身元引受人)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印