

# 特定施設入居者生活介護 重要事項説明書

## 1. 事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適正な特定施設入居者生活介護を提供することにより要介護状態の維持・改善を目的とし、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. 事業者の内容

### (1) 提供できるサービスの地域

事業所名 養護老人ホームすみれ光寿園  
指定番号 3471509954  
所在地 広島県福山市瀬戸町大字地頭分字子立2722番地1  
管理者の氏名 松岡 園美  
電話番号 084-981-5520  
FAX番号 084-951-1358  
サービスを提供する地域

### (2) 事業所の従業者体制

	職務の内容	
管理者	業務の一元的な管理	1名
生活相談員	生活相談及び指導	1名
看護師もしくは准看護師	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	1名以上
介護職員	介護業務	14名以上
機能訓練指導員	身体機能の向上・健康維持のための指導	1名
計画作成担当者	特定施設サービス計画の作成等	1名

### (3) 設備の概要

定員 80名（養護老人ホームを含む）

○介護居室 80室

利用者の居室は、原則個室（定員1名）とし、ベッド・ナースコール・冷暖房を完備しております。

○一時介護室 1室

介護を行うために適当な広さを確保します。

○食堂 1室

利用者の全員が使用できる十分な広さを備えた食堂を設け、利用者の全員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 3室

浴室には利用者が使用しやすい適切なものを設けます。

○便所 40室 共用1室

居室のある階ごとに設置し、非常用設備を備えます。

○機能訓練室 1室

利用者が使用できる十分な広さを持つ機能訓練室を設け、目的に応じた機能訓練器具等を備えます。

### 3. サービスの内容

#### (1) 基本サービス

##### ① 入浴

入浴又は清拭を週2回行います。

寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

##### ② 排泄

排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

##### ③ 機能訓練

機能訓練指導員により、利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

##### ④ その他自立への支援

契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

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。

#### (2) その他のサービス

##### ① 理美容

毎月、理美容の機会を設けておりますので、利用期間中に行われる場合で、ご希望の方は申出ください。(料金は理美容事業者へ直接お支払いいただきます。)

##### ② 所持品の管理

保管できるスペースに限りがございますので、最小限にお願い致します。

##### ③ レクリエーション

年間を通して事業所内外の交流会等の行事を行います。行事によっては別途参加費がかかる場合がございます。(利用期間中に行われる場合)

##### ④ ショッピング

週1回嗜好品の販売を行っております。料金は販売事業者へ直接お支払いいただきます。(利用期間中に行われる場合)

#### 4. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該特定施設入居者生活介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

※ただし、所得による養護老人ホーム費用徴収基準階層区分に応じて、自己負担額の軽減があります。

(1) 介護報酬告示額 別紙記載あり。

(2) 介護保険の給付とならないサービス

〈サービスの概要〉

ア レクリエーション、クラブ活動

ご利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加して頂く事ができます。

(材料等代の実費を頂きます。)

イ その他

- ・理美容代は実費（理美容事業者へ直接お支払いください。）
- ・利用者の嗜好品の購入、行事への参加費など諸々費用は実費（販売事業者へ直接お支払いください。）

ウ ・日常生活上必要となる諸費用の実費

日常生活上必要となる物の購入代金等に要する費用で、ご利用者にご負担いただく事が適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

オムツ・パット・リハビリパンツ等

#### 5. サービス利用にあたっての留意事項

- ①利用者又はその家族は、体調の変化があった際には事業所の従業者にご一報ください。
- ②利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず従業者に声をかけてください。
- ③事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- ④従業者に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。

※その他ご利用料金につきましてご不明の点がございましたらお気軽にお尋ね下さい。

## 6. 非常災害対策

事業者は、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、年3回利用者及び従業者等の訓練を行います。

## 7. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

## 8. 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、市町村、関係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執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。

## 9. 守秘義務に関する対策

事業所及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

## 10. 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、従業者教育を行います。

## 11. 身体拘束の廃止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

## 12. 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。

ご利用相談室 窓口担当者：高橋 麻衣（主任生活相談員）

ご利用時間：月～土曜日 9時00分～17時30分

ご利用方法 電話 084-951-5520

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

福山市介護保険課

広島県福山市東桜町3番9号

電話番号：084-928-1166 F A X 番号：084-951-173受付時間：8時30分～17時15分

（土日、祝日を除く）

広島県国民健康保険団体連合会介護保険課

所在地：広島県広島市中区東白島町19番49号

電話番号：082-554-0783 F A X 番号：082-511-9126

受付時間：8時30分～17時15分（土日、祝日を除く）

※苦情処理第三者委員 氏名 桑木 博士（司法書士） 電話番号 084-973-4255

氏名 今井 孝子（元瀬戸学区民生委員）電話番号 084—951-9180

公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

### 13. 協力医療機関等

事業者は、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。

#### ・協力医療機関

- ・名称 社会医療法人社団 沼隈病院
- ・住所 広島県福山市沼隈町中山南469-3
- ・電話 084-988-1888

#### ・協力歯科医療機関

- ・名称 ふくやま訪問歯科
- ・住所 広島県福山市西町3丁目15-25-2F
- ・電話 084-916-3918

#### ◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

### 14. 損害賠償について

当施設において、施設の責任によりご入所者様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、ご入所者様に故意又は過失が認められた場合には、ご入所者様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。

### 15. 外部評価について

サービスの第三者評価の実施状況 【実施の有無】 無

外部評価実施日 令和 年 月 日

令和 年 月 日

指定特定施設入居者生活介護サービスの開始に当り、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。

<事業者>

所在地 広島県福山市瀬戸町大字地頭分字小立2722番地1

事業所名 養護老人ホームすみれ光寿園

(指定番号3471509954)

管理者名 松岡 園美 印

説明者 印

※令和3年度介護報酬及び基準改定等に伴う文書簡略化等に鑑み、記名（印字又はゴム印）の場合のみ要押印とし、署名の場合押印省略とします。

<利用者>

住所

氏名 印

<利用者代理人（選任した場合）>

住所

氏名 印（続柄 ）