

特別養護老人ホーム 論地がるてん 重要事項説明書

1. 施設経営法人

法 人 名	社会福祉法人 知多学園
法 人 所 在 地	〒479-0843 愛知県常滑市大谷字鴨80番地18
電 話 番 号	0569-36-7770
代 表 者 氏 名	理事長 磯部 栄
設 立 年 月 日	設立 昭和21年4月、法人許可 昭和41年6月

2. 利用施設

(1) 施設の種類

施 設 の 名 称	特別養護老人ホーム 論地がるてん
施 設 の 所 在 地	〒444-1314 愛知県高浜市論地町3丁目7-117
事 業 所 番 号	2394600031
施 設 長 氏 名	鯉江 伸悟
電 話 番 号	0566-53-3300
F A X 番 号	0566-93-1773

(2) 施設の目的

施設は、利用者ひとり一人の意思及び人格を尊重し、少数の居室及び当該居室に近接して設けられる共同生活室（以下、ユニットという）毎において施設サービス計画に基づき、その居室における生活への復帰を念頭において、利用者の居室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めるよう支援することを目指すものとします。

(3) 運営の方針

- ・利用者の人権・プライバシー・自己決定を尊重します。
- ・最期の時まで人間性を尊重した個別処遇に取り組みます。
- ・アメニティーの向上に努めます。
- ・地域で安心して暮らせるよう家族を支援します。
- ・地域諸団体との連携を大切に、ボランティア活動を支援します。
- ・常に誠意をもって質の高いサービスが提供できるよう、研修・研究に励み、専門性の向上に努めます。

(4) 開所年月日

特別養護老人ホーム 論地がるてん	平成25年4月30日
------------------	------------

3. 利用対象者

- ・原則として要介護認定の結果、要介護3以上と認定された方。
また要介護1又は2の方であっても、やむを得ない事情により施設以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、高浜市からの意見を踏まえ、入所判定会議において必要性を判断し、特例的に入所することができます。
- ・高浜市に住所のある方。
- ・入所契約の締結前に、感染症等に関する健康診断を受け、その診断書を提出された方。

4. 施設の概要

敷	地	1, 882. 20 m ²
建 物	構 造	木造（準耐火建築）
	述べ床面積	1, 042. 04 m ²
	利用定員	29名

(1) 居室

居室の種類	室数	人数	1人当たりの面積
個室	29室	29人	11. 03 m ² 以上

(2) 主な設備

種類	数	面積、その他
共同生活室	3	60. 28 m ² 、56. 90 m ² 、57. 67 m ²
機械浴室	1	22. 68 m ²
個 浴 室	3	6. 96 m ² 、6. 96 m ² 、6. 96 m ²
洗面所	35	各居室、各ユニットに2箇所
トイレ	11	各ユニットに3箇所、来客用

5. 職員の勤務態勢

職種	勤務体制	
施設長	勤務時間	9:00～18:00
医師	勤務時間	14:00～15:30
生活相談員	勤務時間	9:00～18:00
介護支援専門員	勤務時間	9:00～18:00
介護職員	早番	6:30～15:30
	日勤	9:00～18:00
	遅番	11:00～20:00、11:30～20:30
	中抜け	6:30～9:00、15:00～20:30
	夜勤	16:15～翌9:15
看護職員	勤務時間	7:30～16:30、8:00～17:00、8:30～17:00
	* 夜間帯は自宅待機し、電話連絡で緊急時に備えます。	
調理員	8:30～13:00、14:00～18:30	

6. 職員体制

職種	員数	区分			常勤換算 後の人員	指定基準
		専従		兼務		
		常勤	非常勤			
管 理 者	1	1			0. 5	1（常勤）
医 師	1		1		0. 1	必要数（非常勤可）
生 活 相 談 員	1	1		1	1. 0	1 以上
介護支援専門員	1	1		1	1. 0	
看 護 師	3	2	1		2. 3	1 以上
介 護 職 員	2 0	1 0	8	1	1 4. 0	1 0 以上
栄 養 士	1	1			1. 0	
調 理 員	4		4		1. 1	
機能訓練指導員	1		1		0. 1	

7. 協力医療機関

利用者は定期的に嘱託医による診察サービスを受けることができます。

嘱託医			
医療機関の名称	岩月外科.内科クリニック	診療科	一般外科 胃腸科 放射線科 内科
院長名	岩月 昇治		
所在地	愛知県高浜市稗田町6丁目6番地27		
電話番号	0566-53-3458		
入院設備	なし		

協力医療機関			
医療機関の名称	碧南市民病院	診療科	循環器内科、消化器内科、血液内科、腎臓内科、呼吸器内科、神経内科、内分泌内科、アレルギー内科、外科、脳神経外科、整形外科、呼吸器外科、小児科、小児外科、皮膚科、泌尿器科、眼科、耳鼻いんこう科、産婦人科、メンタルクリニック
院長名	杉浦 誠治		
所在地	碧南市平和町3丁目6番地		
電話番号	0566-48-5050		
入院設備	あり		

協力医療機関			
医療機関の名称	おかべ歯科.眼科クリニック	診療科	インプラント、歯科口腔外科、小児矯正歯科、歯科一般
院長名	岡部 光邦		
所在地	高浜市向山町5-9-70		
電話番号	0566-52-7775		
入院設備	なし		

8. 施設サービスの概要と利用料

(1) サービス内容

種類	内容	
食 事	栄養士が利用者の身体状況、嗜好、栄養のバランスに配慮して作成した献立表に基づいて提供します。食事は共同生活室で摂っていただくよう勧めます。ただし体調不良等の理由がある場合には居室まで配膳し、利用者の状況に応じて援助を行います。 食事時間は、朝食 7:30～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～ですが、ご体調やご都合により2時間までなら遅らせる事ができます。 そしゃく、えん下のご様子に応じて、刻み食、ミキサー食等への食形態の変更や治療食への対応をさせていただきます。	
入 浴	週2回以上。利用者の状態に応じて一般浴または機械浴を使用し、安全な入浴を提供します。清拭は入浴を中止した時など必要な時に随時行います。	
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄の介助と、自立の援助を行います。	
日 常 生 活 の 援 助	日 中 活 動	寝たきり防止のため日中は離床をお勧めします。 レクリエーションや行事等を行い、生活にめりはりと楽しさを提供します。
	口 腔 ケ ア	口腔ケアの援助を行います。
	着 替 え	着替えの援助を行います。
	洗 濯	衣類は毎日洗濯をし、清潔な状態で着用して頂きます。
	整 容	身だしなみ（整髪・ひげそり・爪切り等）の援助を行います。
	シーツ 交 換	週1回以上行います。

	居室の 清 掃	清潔な状態を保つよう清掃を行います。
機 能 訓 練		機能訓練指導員が利用者の身体状況にあわせて機能訓練を行います。 離床援助、屋外の散歩、レクリエーション等により生活機能の維持・改善に努めます。
相 談 援 助		利用者とそのご家族からの相談に誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行います。
健 康 管 理 医 療 連 携 体 制		嘱託医による診察日を設け、健康管理と増進に努めます。 診察日以外であっても体調不良時は、随時受診する場合があります。 看護師は健康状態の把握、健康維持のための以下の援助を行います。 ①薬の管理 ②バイタルサインのチェック ③床ずれ（褥瘡）の予防、処置 ④排泄状態のチェック ⑤栄養状態、水分・食事摂取量のチェック 等 夜間帯は自宅待機し、電話連絡がとれる体制を備えており、緊急時の対応を行います。

（２）利用料金

別表１に記載されている介護保険給付サービス、および介護保険給付外サービスの利用料金（利用者負担額）をお支払い頂きます。一定以上の所得がある方については介護負担割合証に記載された利用者負担割合となります。

９．留意事項

面 会	面会時間は特に定めはありません。ただし、夜間及び早朝の訪問はご遠慮下さい。面会時は、面会簿に氏名・続柄を記入して下さい。
外 出 外 泊	外出・外泊時は必ず行き先と帰宅日時を所定の用紙に記入し、職員に申し出るようにお願いします。特に外泊は準備のため数日前までにご連絡下さい。 また、利用者の状況によってご遠慮頂く場合があります。
居室・設備 器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従って利用して下さい。これに反した方法で利用し破損等が生じた場合は弁償して頂くことがあります。
喫煙・飲酒	たばこは決められた場所で吸って下さい。酒類の持ち込みはお控え下さい。 持ち込まれる場合は職員にご相談下さい。
迷惑行為等	騒音、他の利用者の迷惑になる行為は遠慮願います。また、理由なく他の利用者の居室に立ち入らないようにして下さい。
宗教活動 政治活動	施設内で他の利用者、その家族等に対する執拗な宗教活動及び政治活動の勧誘はご遠慮下さい。
入院時・通院時の対応について ・ 通院時の移動や、病院での付き添いはできるだけ職員が援助するように努めます。しかし、業務の都合等により不可能な場合は、ご家族に依頼することがあります。 ・ 入院時は施設サービス適応外です。衣類・タオル・洗面器など病院で必要な身の回りの物の用意や、洗濯物の持ち帰り、入退院時の手続きを施設の職員は行いません。 ・ 入院中の医療費、病院で使用されたオムツ代など掛かった費用は利用者もしくはご家族が病院にお支払い下さい。 ・ 入院日と退院日の介護サービス利用料と食費は１日分として請求させていただきます。 ・ 入院期間中の居住に掛かる費用は請求させていただきます。	

10. 非常災害時の対応

災害時の対応	防災計画に基づき対応を行います。
近隣との協力関係	町作り協議会の一員として活動し、協力関係を築きます。
平常時の訓練	別途定める論地がるてん防災計画に基づき、年2回、夜間及び昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して行います。 防災に掛かる訓練や研修を行います。

防災設備	スプリンクラー	有り	防火シャッター	有り
	非常口	有り	室内消火器	有り
	自動火災報知設備	有り	漏電火災通報機	無し
	誘導灯	有り		
	ガス漏れ報知器	有り	カーテン・布団等は防火性能のあるものを使用	
防災計画等		高浜市消防署への届け出日	令和5年3月22日	
		防災管理者	鯉江 伸悟	

11. 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苦情受付担当者までお申し出下さい。責任をもって調査、改善を致します。また第三者委員、公共機関の苦情相談窓口にご直接申し立て頂くこともできます。

苦情受付担当者	受付時間	毎日 午前9時から午後5時
善利 裕美	受付方法	電話、FAX、来所
	面会場所	施設内相談室

第三者委員	受付時間	月曜日から土曜日（祝日を除く） 午前9時から午後6時
正木久人様 52-2141 中谷秀之様 52-5984	受付方法	電話 苦情受け付け

公共機関

高浜市	介護保険グループ	0566-52-9871
愛知県国民健康保険団体連合会	介護保険課	052-971-4165

12. 事故発生時の対応

利用者に対する介護サービスの提供により、事故が発生した場合には速やかにご家族、市町村に連絡し、状況に応じて適切な対応を致します。また、事業所の責めに帰すべき事由により利用者に損害を及ぼした場合には、速やかに利用者に対して損害を賠償します。

13. 虐待の防止について

利用者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者 施設長
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について職員に周知徹底を図っていきます。
- (3) 虐待防止のための指針の整備を行います。
- (4) 虐待を防止するための定期的な研修を行います。
- (5) サービス提供中に、虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを高浜市に通報します。

1 4. 身元引受人にお願いすること

(1) 運営推進会議の出席

2 ヶ月に 1 回、運営推進会議を開催します。

施設は取り組みをご報告し、ご家族・地域の方からのご意見を伺うなど、懇親を図ります。
また、ご家族同士の交流の場として機能しています。

(2) 利用料金の支払い

利用料金は事業所の指定する金融機関の口座振替（毎月 28 日）にてお支払いいただきます。

利用料金は月末締めとし、翌月 15 日までに請求書を送付いたします。

利用料金のお支払いが確認できた後に領収書を送付いたします。

(3) 当施設からの郵便物の受け取り

家族通信（担当介護士より 1 ヶ月の生活の様子を報告）

行事のお知らせ（ご家族も一緒に参加、楽しんでいただく行事の案内）

(4) 利用者に代わり判断していただくこと

施設サービス計画（ケアプラン）についての説明に対しての可否

インフルエンザの予防接種を受けるか受けないか

(5) 容体が変わったときの連絡や相談（事前指定書）

事故・急変時の通院や入院の連絡先

少しずつ体が弱っていくときの対応についての相談

(6) 入院したときの対応

入院に際しての保証人

治療方針についての説明を受け、家族としての考えを決めて頂く。

手術の承諾

日常的なお世話（汚れ物の洗濯、オムツ等必要なものの準備）

入院費のお支払い（入院費は介護保険とは別途です）

万が一亡くなられた場合のご遺体の引き取り

(7) 入所前にお願いすること

衣類等の名前付け（紛失防止のため、全てに名前を縫いつけてください）

1 5. 退所について（契約の終了について）

下記の事項に該当するに至った場合には当施設との契約は終了し、利用者に退所して頂くことになります。

- ① 要介護認定により利用者の心身の状態が自立または要支援と判定された場合
- ② 事業者が解散・破産した場合、またはやむを得ない事由により当施設を閉鎖した場合。
- ③ 当施設の滅失や重大な毀損により、利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合。
- ④ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合。
- ⑤ 利用者とそのご家族が退所の申し出をされた場合。
- ⑥ 利用者とそのご家族が、契約締結時に利用者の心身の状況及び病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、または不実の告知を行い、その結果契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- ⑦ サービス利用料金の支払いが 3 ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にも関わらず支払いがなされない場合。

- ⑧ 利用者が、故意または重要な過失により事業者またはサービス従業者、もしくは他の利用者等の生命・身体・財産・信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行うことなどにより契約を継続しがたい重大な事由を生じさせた場合。
- ⑨ 利用者が連続して 3 ヶ月を超えて病院または診療所に入院すると見込まれる、もしくは長期入院した場合。
- ⑩ 利用者が介護老人保健施設に入所した場合または介護療養型医療施設に入院した場合。
- ⑪ 利用者が死亡した場合。

私は本書面に基づいて（職種
事項の説明を受けたことを確認します。

氏名 印) から上記重要

令和 年 月 日

(利用者)

住 所 〒

氏 名 (印)

(署名代行者) 私は、利用者の意思を確認したうえ、上記署名を代行いたしました。

住 所 〒

氏 名 (印) (続柄)

(身元引受人)

住 所 〒

氏 名 (印) (続柄)