

社会福祉法人 平成会

介護老人福祉施設 松風 重要事項説明書

介護老人福祉施設松風 重要事項説明書

当施設は入居者に指定介護老人福祉施設サービスを提供いたします。

当施設の概要、提供するサービス内容、契約上ご留意いただきたい事項についてのご説明を以下に記します。

1. 経営主体

- | | |
|-----------|------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人平成会 |
| (2) 法人所在地 | 長野県塩尻市宗賀 1298-92 |
| (3) 電話番号 | 0263-51-6610 |
| (4) 代表者名 | 理事長 小松 瑞樹 |

2. ご利用施設

- | | |
|---------------|---------------------------------------|
| (1) 施設の種類 | 介護老人福祉施設（平成27年8月1日指定） |
| (2) 施設の名称 | 介護老人福祉施設 松風 |
| (3) 施設の所在地 | 長野県岡谷市内山4769-548 |
| (4) 電話番号等 | 電話：0266-21-2200 FAX:0266-21-2288 |
| (5) 施設長名 | 鈴木 範夫 |
| (6) 介護保険事業所番号 | 2070400748 |
| (7) 事業の目的 | 要介護状態となったご高齢者に対し、適正な施設サービスを提供いたします。 |

(8) 運営方針

① 施設は、入居者の心身の状態をふまえ、入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居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居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことができるよう介護サービスの提供を行います。

② 入居者、家族に対しサービスの内容及び提供方法について十分に説明を行います。

尚、提供するサービスは介護保険法、老人福祉法及び関係法令の趣旨及び内容に沿ったものとします。

- | | |
|-----------|-------------------|
| (9) 開設年月日 | 平成27年8月1日 |
| (10) 入居定員 | 介護老人福祉施設 50名 |

3. 施設の概要

当施設では以下の設備をご用意しています。

入居される居室は全室個室です。

居室・設備の種類	室数	備考
ユニット型個室	50室	1ユニット10名(計5ユニット)
共同生活室(食堂兼機能訓練室)	5室	各ユニットに1室
共同トイレ	15室	各ユニットに3室
浴室	7室	普通浴室 各ユニットに1室 機械浴室 1～2階に各階1室
医務室	1室	2階
地域交流スペース	1室	1階

4. 職員の配置状況

当施設では、入居者に対して指定介護福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

- | | |
|-------------|-------|
| (1) 管理者 | 1名 |
| (2) 医師 | 1名 |
| (3) 生活相談員 | 1名以上 |
| (4) 介護支援専門員 | 1名以上 |
| (5) 看護職員 | 3名以上 |
| (6) 介護職員 | 14名以上 |
| (7) 機能訓練指導員 | 1名以上 |
| (8) 管理栄養士 | 1名以上 |
| (9) 事務員 | 適当数 |
| (10) 調理員 | 適当数 |

5. サービスの内容

当施設では、入居者に対して以下のサービスを提供いたします。

(1) 食事

- ① 管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに入居者の身体状況及び嗜好に配慮した食事、季節感あふれる豊かな食事の提供をいたします。
- ② 管理栄養士が中心となり入居者の生活を豊かにするために栄養的観点からマネジメントします。
- ③ 入居者の自立支援のため、離床して食堂にて食事を摂っていただくことを原則といたします。

(食事の形態) 主食… 常食(やわらかめなご飯)、お好みに応じたお粥、ミキサー食
 副食… 普通のおかず、一口大に刻んだおかず、細かく刻んだおかず、細かく刻んだおかずにとろみをかけたもの、ミキサー食

- * 経管栄養の方については総合流動栄養食を提供いたします。
- * 食欲不振の際など嗜好に応じて特別食を提供させていただきますが、その際、実費をいただく場合がございます。

食事時間	朝食	7:15～
(標準)	昼食	12:00～
	夕食	18:00～

- * 入居者の生活習慣を尊重した適切な時間に毎日3回の食事を提供いたします。

(2) 入浴

- ① 入浴または清拭は原則として週2回以上行います。
- ② 身体状況に応じて、一般浴・機械浴にてご利用いただけます。

(3) 排泄

心身の機能に応じて適切な排泄用具とその方法を検討し自立に向けた援助をいたします。
その際、入居者のプライバシーに配慮いたします。

(4) 機能訓練

心身の機能を評価し、状況に応じた機能の維持向上に努めます。

(5) 健康管理

医師の診察及び看護職員による日常の健康管理を行います。

施設内での対応が困難な場合は、かかりつけ医・協力医療機関への受診を行い、その結果、入院となる場合がございます。

(6) 整容等

- ① 個性を尊重し、入居者の好みに応じた整容に努めます。
- ② 洗濯は施設で行うことができます。尚、紛失防止のため、すべての衣類にご記名をお願いいたします。

(7) 相談・助言

入居者、家族からの相談には随時対応させていただきます。

(8) レクリエーション等

施設での生活を豊かなものとするため、適宜レクリエーション、催し等を開催いたします。

行事等の内容により別に教養娯楽費として費用を徴収させていただく場合がございます。

6. サービス利用料金

(1) 介護保険サービス利用料金

入居者の介護度に応じたサービス利用料金は別紙料金表の通りです。

1ヶ月に満たない期間のサービスは、利用日数に基づいて計算した金額となります。

- ※ 入居者の要介護認定結果が出ていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただく場合がございます。その場合は、要介護認定を受けた後に、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。(償還払い)

※ 償還払いとなる場合、入居者の保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載したサービス提供証明書を交付いたしますので事務員までご相談ください。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料の全額が自己負担となります。

(別紙「料金表」をご参照ください)

- ① 食費
- ② 居住費
- ③ 教養娯楽費
- ④ 日用品費
- ⑤ 理美容料金
- ⑥ 事務管理費
- ⑦ その他入居者のご希望による特別なサービスの実費分

※ 食費、居住費については、利用者負担段階による減免措置があります。

※ おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

7. 利用料の支払い方法

(1) サービス利用料金は1ヶ月ごとに計算し毎月18日頃までに、前月分の請求書を送付いたします。

翌月25日までにお支払いください。

尚、サービス利用料金の支払い期限から3ヶ月以上滞納された場合は、施設より契約を解除する場合がありますのでご注意ください。

(2) サービス利用料金のお支払いは原則的に、銀行口座振替にてお願いいたします。

銀行口座振替日は、毎月22日（金融機関休業日の場合は翌営業日）になります。

口座振替の手数料は別途ご負担いただきます。（銀行口座振替手数料：1ヶ月80円）

8. 入居中の医療の提供について

(1) 医療を必要とする場合は、ご希望により、下記協力医療機関において診察や入院治療を受けることができます。

ただし、下記医療機関での優先的な治療・入院を保障するものではありません。

また、下記医療機関での診察・入院治療を義務付けるものではありません。

医療機関への受診・入院に関してご希望がございましたら相談員までお申出ください。

協力医療機関：医療法人社団 敬仁会 桔梗ヶ原病院

岡谷市病院事業 岡谷市民病院

※ 救急診療または専門的医療受診のため外部の医療機関を受診する際には、医師の説明は家族にされますので、家族の付き添いが必要になります。

ご理解とご協力をお願いいたします。

※ ただし、上記協力医療機関以外への受診や入院を希望される場合においては、家族に対応いただく場合もございます。

9. 重度化（看取り）対応の指針

当施設では、入居者の症状が重度化した場合、医療ニーズにお応えするために次のように対応いたします。

（１）重度化（看取り）対応の理念

年齢の積み重ねに伴い、入居者の症状が重度化することは避けられない現象です。

その精神的・身体的苦痛や不安をできるだけ緩和し、人生の最期を迎えるまでの期間、その人らしく心豊かに過ごせるよう人権や尊厳に十分な配慮をしながら、誠心誠意、心を込めて介護、看護させていただきます。

（２）重度化（看取り）対応の方針

- ① 常勤看護職員を１名以上配置いたします。
- ② 看護職員の夜間における２４時間連絡体制を確保いたします。
- ③ 看護職員による入居者の健康上の管理体制を確保いたします。
- ④ 看取りに関する指針を策定し入居時にご説明いたします。
- ⑤ 看取りに関する職員研修を行います。
- ⑥ 看取りのための個室を確保いたします。

（３）重度化（看取り）対応の実施

- ① 入居者に対する介護方針について、介護支援専門員は医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士等と協働して計画を策定いたします。
- ② 入居者と家族が施設内で看取り介護を行うことを希望した場合、介護支援専門員は、医師、看護職員、介護職員、管理栄養士等と協働して看取り介護についての計画を策定いたします。
- ③ 職員は、入居者が尊厳を持つ１人の人間として、和やかな日々を送ることができるよう、次に掲げる内容の支援に努めます。

ア ボディケア

バイタルサインの確認、環境整備、清潔への配慮、栄養管理、排泄ケア、苦痛への配慮

イ メンタルケア

身体的苦痛の緩和、コミュニケーションの重視、プライバシーへの配慮、精神的不安の解消

ウ 看護処置

医師の指示に基づき苦痛緩和のためのケア

エ 家族に対する支援

話しやすい相談環境、家族の負担軽減への配慮

（４）重度化（看取り）対応について、ご承知いただきたいこと

当施設における重度化（看取り）への対応について、次の点についてご承知ください。

- ① 当施設における医療体制として、常勤医師の配置はありません。
- ② 医師や協力医療機関と連携しており、当該医師や協力医療機関とは当施設看護職員による24時間の連絡体制を確保しています。
- ③ 当施設における状態の急変等に伴う緊急時の対応は、本説明書末尾に添付いたしました、

「別紙2-①（昼間帯）緊急対応フローチャート」

「別紙2-②（夜間帯）緊急対応フローチャート」

に基づいて行います。

- ④ 緊急時の対応において必要な医療行為は、看護職員が医師からの指示に基づいて対応いたします。尚、夜間においては、当施設に看護職員は不在となりますが、夜間勤務介護職員が夜間緊急連絡体制に基づいて夜間対応看護職員と連絡を取り合ったうえで緊急対応を行います。
- ⑤ 重度化（看取り）対応に際しては、入居者及び家族に同意をいただき、同意書に署名捺印をいただきます。

（5）看護責任者

看護師 野崎 佳美

10. 苦情の受付について

当施設における苦情・相談等は以下の窓口で受け付けます。

ご遠慮なくお申し付けください。

また、地域交流スペースに意見箱を設置しておりますので、ご意見ご要望をお伝えいただく際にご活用ください。

苦情受付担当：伊藤 晃

受付時間：月曜日～金曜日 9：00～17：00

連絡先：0266-21-2200

苦情解決責任者：鈴木 範夫

以下の窓口でも相談を受け付けます。

- ① 各市町村の介護保険係
- ② 長野県福祉サービス適正化委員会 026-228-4244
- ③ 長野県国民健康保険団体連合会 026-238-1580

11. 第三者による評価の実施状況

- ① 第三者評価実施の有無：なし
- ② 実施した直近の年月日：実施なし
- ③ 実施した評価機関の名称：実施なし
- ④ 評価結果の開示状況：実施なし

1 2. 事故発生時の対応

入居者に対するサービス提供中に事故が発生した場合は速やかに応急処置を行うと共に、協力医療機関等へ引継ぎを行います。

また、速やかに市町村及び身元引受人等の事前に指定された連絡先に、発生時の状況、現在の状況等について連絡いたします。事故発生の要因を分析し、対策を講じることにより再発防止に努めます。

また、その事故が事業者の責任による事故の場合は、事業者が加入する賠償責任保険等により損害賠償を行います。

1 3. 損害賠償について

(1) 当施設において、事業者の責任により入居者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。

但し、その損害の発生について、入居者に故意または過失が認められる場合には、入居者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

(2) 事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。

とりわけ以下の各項に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

- ① 入居者が、契約締結時にそ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ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合。
- ② 入居者が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合。
- ③ 入居者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合。
- ④ 入居者が、事業者もしくはサービス従業者の指示・依頼に反した行為にもつぱら起因して損害が発生した場合。
- ⑤ 事故が不可抗力によって発生した場合。

1 4. ご入居の際に留意していただく事項

(1) 外出及び外泊

① 外出・外泊を希望される際は、なるべく2日前までに外出届けに記入し、事務職員に届出てください。(但し緊急やむを得ない場合を除く)

また、緊急連絡先もお知らせください。

② 外泊中も介護保険法に基づき、外泊時加算として246円/日及び居住費(月6日まで、月をまたぐ場合は最長12日まで)が、かかります。

③ 外出、外泊等で食事が不要な場合には、前日までにお申出ください。

食費は日額になっていますので、1食のみ欠食の場合も1日分の食費をご請求いたします。

(2) 入院等による居住費の取扱い

入院等の際における居住費は、2,301 円/日を徴収いたします。

ただし、利用者負担限度額について第 2 段階または第 3 段階の認定を受けている方は、上記「14.(1)②」に定める外泊時加算算定時については通常の負担限度額となり、原則としてそれ以外の期間は 2,301 円/日となります。

また、利用者負担限度額について第 1 段階の認定を受けている方は、入院等の期間に関わらず、通常の負担限度額となります。

(3) 面会

面会時間は、原則午前 9:00～午後 5:00 です。

尚、ご来所の際は、フロントにて面会簿にご記入いただきますようお願い申し上げます。

また、感染症予防のため面会前に手洗い、うがいに協力をお願いいたします。

(4) 健康管理

入居者の健康状態把握のため、健康診断を受けていただいております。

受診の際には、別途健康診断費用が掛かりますので、ご理解をお願いいたします。

(5) 所持品の管理

貴重品の持ち込みはご遠慮ください。原則、身の回り品の管理は、入居者となります。

管理が困難な場合は、職員が管理させていただきますのでお申出ください。

尚、持ち物すべてにご記名をお願いいたします。

入居者が管理されていた所持品及び無記名物品等の紛失については責任を負いかねますので予めご承知おきください。

(6) 洗濯

① 衣類等の洗濯については可能な限り家族のご協力をいただければ幸いです。

施設においても洗濯を行えますが、大型洗濯機での一括洗濯後、感染予防の観点から高温での乾燥をしているため、一般的な家庭での洗濯より衣類の傷みが早くまたウール等は縮みます。縮みが考えられる衣類等は避けていただくかご家庭での洗濯をお願いいたします。

② 紛失防止のため、すべての物(例:靴下は、片方ずつ)にご記名をお願いいたします。

記名のない衣類の分については責任を負いかねますので予めご了承ください。

③ また、衣類については面会の際にご確認いただき、補修・補充等のご協力をお願いいたします。

収納場所も限られておりますので、季節ごとの衣類の入れ替えにもご協力をお願いいたします。

(7) 介護サービス計画(ケアプラン)

介護サービス計画(ケアプラン)は、施設での看護・介護の方法等について入居者、家族の意向をもとに作成いたします。

また、3ヶ月毎にカンファレンスを開催し、入居者、家族のご意向を確認させていただき計画の見直しを図り、ご同意をいただくこととなりますのでご協力をお願いいたします。

(8) 喫煙について

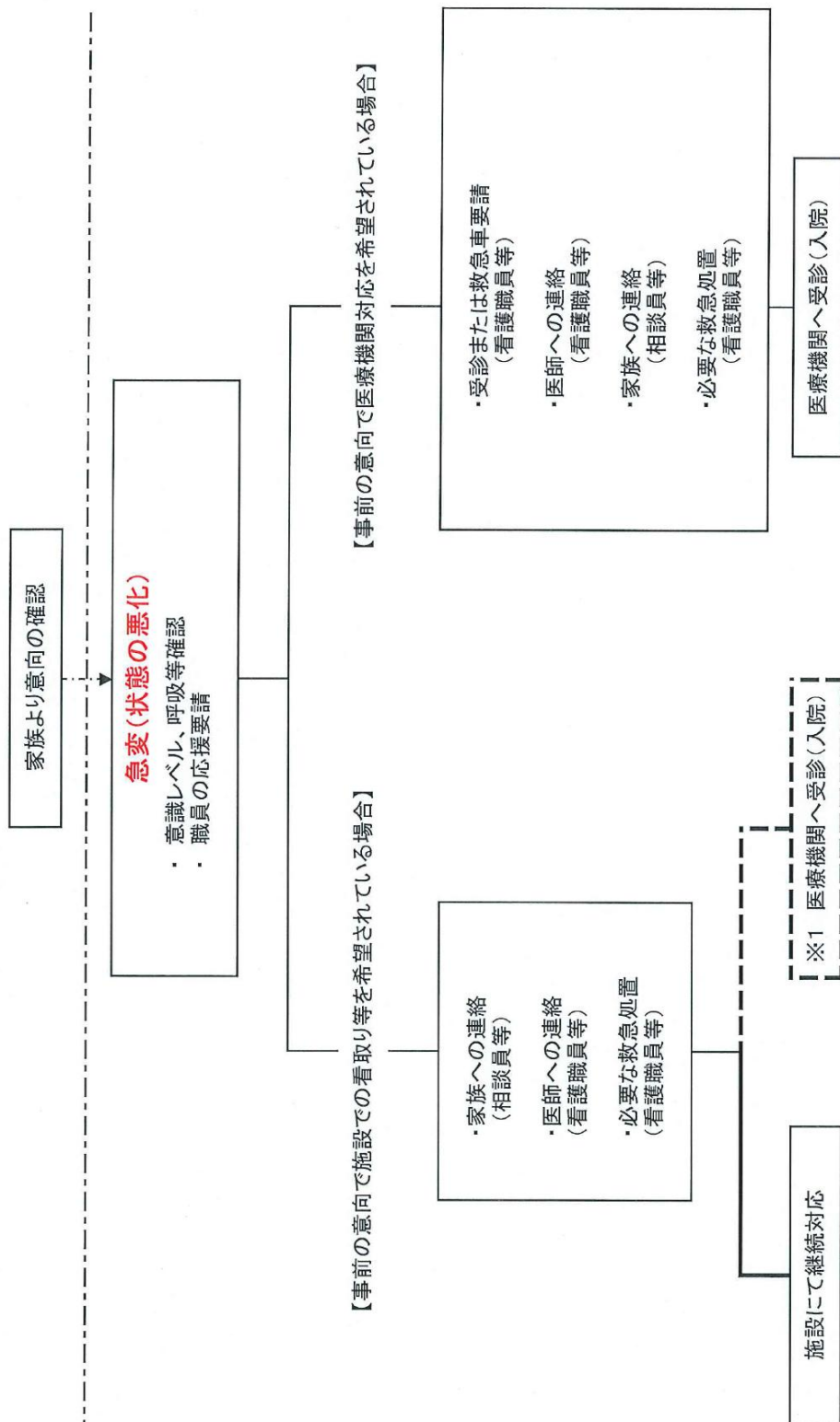
喫煙は、決められた喫煙スペースでのみお願いいたします。

(9) 施設、設備の利用について

- ① 居室及び共用施設、敷地は、その本来の用途に従って利用して下さい。
- ② 故意にまた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、自己負担にて現状に復していただくかまたは相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ③ 入居者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には入居者様の居室内に立ち入り必要な措置を取ることができるものとします。
但し、その場合は、入居者のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
- ④ 当施設の職員や他の入居者に対し、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禁止いたします。

ターミナル用

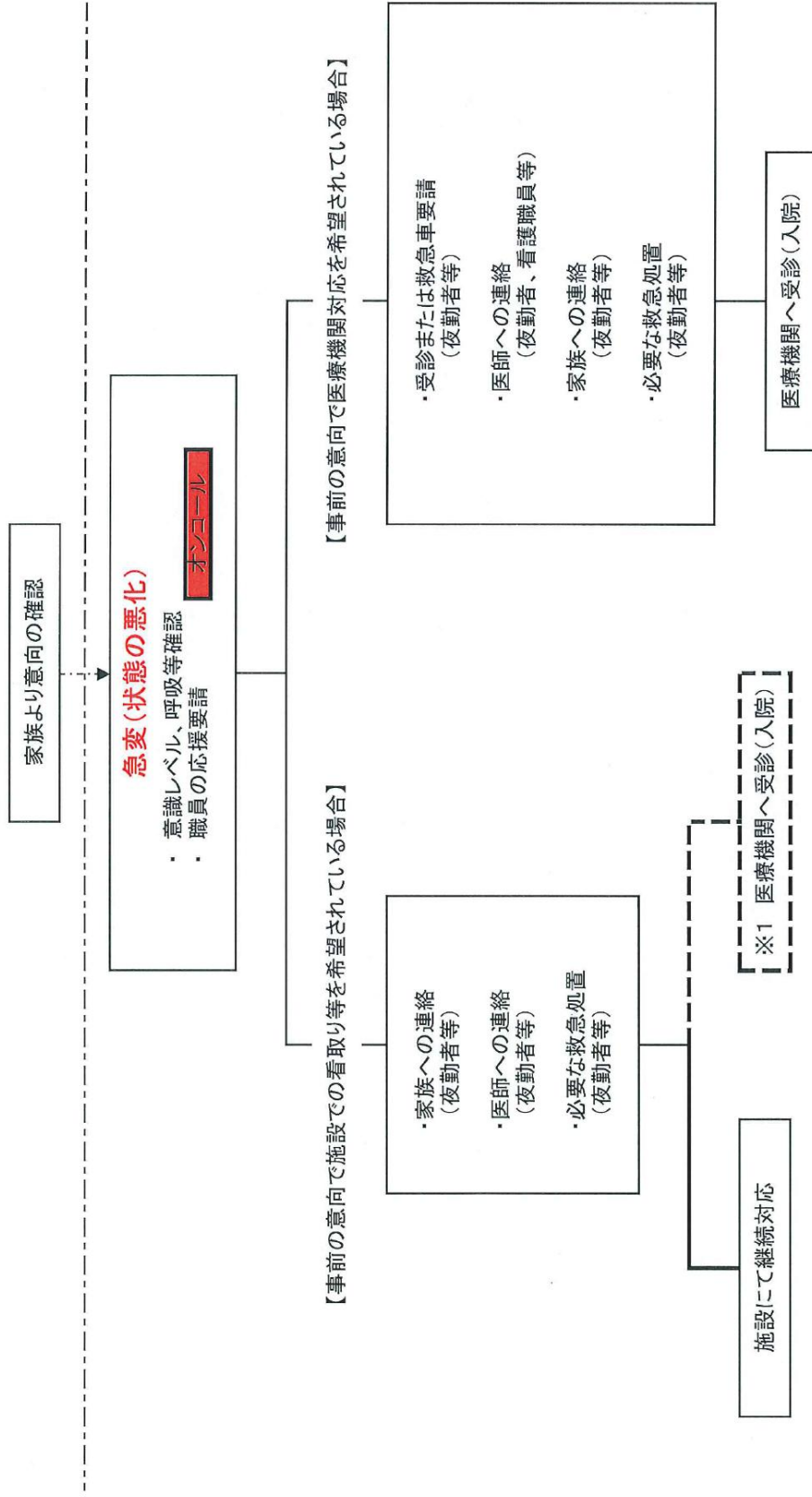
(昼間帯) 緊急対応フローチャート



※1 看取り(ターミナル期)の直接的要因以外で医療機関への受診が必要となった場合。または、止むを得ない理由等により施設での看取りが困難であると判断した場合。

ターミナル用

(夜間帯) 緊急対応フローチャート



※1 看取り(ターミナル期)の直接的要因以外で医療機関への受診が必要となった場合。または、止むを得ない理由等により施設での看取りが困難であると判断した場合。

介護老人福祉施設松風が提供するサービスの利用契約に際し、施設の概要、提供するサービス内容、契約上の留意事項等の重要事項について、本説明書に基づいて介護老人福祉施設松風職員から説明を受けたことを確認します。

説明職員	職 名		印
	氏 名		

令和 年 月 日

入居者	氏 名		印
	住 所		

第一身元引受人	氏 名		印
	住 所		

第二身元引受人	氏 名		印
	住 所		

署名代行者	氏 名		印
	住 所		
	署名を代行した理由		

この欄は、入居者に意思能力が認められることを前提に、筆記能力のみが欠けている場合に入居者の署名を代行したことを明らかにするためのものです。

立会人	氏 名		印
	住 所		
	ご関係		