

## 地域密着型小規模特別養護老人ホーム聖愛園につかわ重要事項説明書

当施設は、介護保険の指定を受けています  
奥州市指定 第0391500113号

(施設経営法人)

第1条 地域密着型小規模特別養護老人ホーム聖愛園につかわは、社会福祉法人聖愛育成会が運営を行っています。

- (1) 所在地 岩手県奥州市江刺愛宕字八日市64  
(2) 連絡先 0197-31-2855 (代表電話) 0197-31-2865 (FAX番号)  
(3) 代表者名 理事長 小澤 雅之

(事業の目的)

第2条 介護保険法等関係法令に従い、その有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、利用者に、日常生活を営むために必要な居室及び共用施設等をご利用いただき施設介護サービスを提供します。

(施設運営方針)

第3条 一人ひとりの意思及び人格を尊重し、利用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利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な生活を営むことができるよう入浴、排せつ、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活のお世話、機能訓練、健康管理及び療養上のお世話を行います。

2 利用者の意思及び人格を尊重するとともに、個々の24時間生活分析を介護計画に活かし、適切な介護を提供することにより自律生活支援を行います。

3 明るく家庭的な雰囲気をつくり出す工夫を凝らし、利用者と職員の間をなじみのものとし、よりきめ細かな介護に心掛け、地域や家族との結びつきを重視した運営を行い、市、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、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者との密接な連携に努めます。

(職員体制)

第4条 施設の職員体制は、下記のとおりとなります。 <令和5年6月28日現在>

職 種	職 務 内 容	常 勤	非常勤	計
園長	管理者は、施設の業務を総括します。	1 (兼務)		1
介護職員 (ユニットリーダー含み)	利用者の日常生活全般にわたる介護業務を行います。	16 (兼務2)	3	19
生活相談員	利用者の生活相談、処遇の企画や実施、利用者やその家族からの苦情や相談の受付を行います。	1 (兼務1)	1	2
看護職員	利用者の保健衛生及び看護業務を行います。	2		2
機能訓練指導員	日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するために訓練を行います。	1		1
介護支援専門員	利用者の要介護申請や調査に関すること及び施設サービス計画作成等を行います。	2 (兼務)		2
嘱託医師	利用者の健康管理及び療養上の指導を行います。		嘱託(1)	(1)
産業医師	職員の健康管理及び療養上の指導を行います。		嘱託(1)	(1)

介護補助員	利用者の日常生活全般にわたる介護業務の補助を行います。		2	2
庶務・庶務補助員	清掃業務、環境整備及びその補助を行います。		2	2
栄養士	食事の献立作成、栄養計算、利用者に関する栄養指導等を行います。	特養兼務		特養兼務
調理員（株式会社サンウェイ）	調理業務を行います。			委託
計			24	10
				34

(施設の設備概要)

第5条 当施設は利用定員29名で、施設の備品は次のとおりです。

居室	Aユニット	10室	地域交流室	1室
	Bユニット	9室	医務室	1室
	Cユニット	10室	食堂兼リビング	3室
浴室	一般浴槽 (普通のお風呂) 2基		生活相談室	1室
	特殊浴槽 (寝たまま入浴) 2基		事務室	1室

第6条 事業者は、利用者に対して、指定介護福祉施設サービスを提供します。サービス内容は、次のとおりとします。

(1) 施設サービス計画書

利用者について解決すべき課題を把握し、利用者及びご家族の意向を踏まえた上で、サービスの目標及びその達成時期、サービスの内容、サービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ施設サービス計画を作成し、必要に応じて施設サービス計画を変更します。施設サービス計画の作成及び変更の際にはその内容を利用者、ご家族へ説明します。

(2) 居室

全室個室です。

(3) 食事

食事提供時間は次のとおりです。食堂で食べていただきますが、心身の状況等により居室、その他での食事も可能です。食べられないもの、アレルギーのある方は事前にご相談下さい。また、調理後2時間以内であれば、お好きな時間帯に食事することができますのでお申し出ください。

ア 朝食 7:30から

イ 昼食 12:00から

ウ 夕食 17:30から

(4) 入浴

原則として、週2回の入浴です。ただし、健康状態により、清拭となる場合があります。

(5) 介護

施設サービス計画に沿って、着替え、排せつ、食事等の介助、口腔ケア、おむつ交換、体位交換、シーツ交換、施設内の移動の付添い等の日常生活介護を行います。

(6) 個別機能訓練

機能訓練指導員が、個別に機能訓練計画を作成し、本人又はご家族に説明し、同意を得た場合に機能訓練を行います。実施日にのみ、1日12単位加算いたします。

(7) 生活相談

生活相談員等に、介護以外の日常生活に関することも相談できます。

(8) 健康管理

当施設では、嘱託医師の指示の下、看護職員により、健康管理を行っております。夜間帯は、当番制のオンコール体制で対応を行っております。採血・採尿検査、レントゲン検査、イン

フルエンザ予防接種、嘱託医による内科回診、歯科医による検診等も行っております。

- ア 嘱託医師  
玉澤リハビリ整形外科 院長 玉澤佳和 (たまざわ よしかず)
- イ 協力歯科医師  
吉田歯科クリニック 院長 吉田智哉 (よしだ ともや)
- ウ 緊急時協力病院  
奥州市総合水沢病院
- エ 看護責任者・服薬管理責任者・医療機器管理責任者  
看護職員 青井佳代子 (あおい かよこ)

(9) 洗濯

必要に応じて、衣類の洗濯を施設で行いますが、施設での洗濯が難しいものは、クリーニング(有料・自己負担)を外注します。

(10) 理容サービス

当施設では、月に1回、毎月第4月曜日に理容サービスを実施しております。料金は、下記の通りで、自己負担となります。

- ア カットのみ : 2,400円
- イ カット・顔そり : 2,600円

(11) 貴重品管理サービス(日常費用支払・行政手続き代行)

介護以外の日常生活にかかる諸経費に関する支払、行政手続き代行、貴重品管理サービスを申し込むことができます(1日50円)。なお、利用者又はご家族で管理される場合は、申し込みの必要はありません。

(12) レクリエーション・行事

当施設では、生きがい作りのためレクリエーション活動や行事を計画しています。行事等に係る材料費等は、実費をいただく場合があります。

(利用料金)

第7条 料金のうち施設サービス費、各種加算は、国が定めた基準(令和3年4月1日改正)により算定し負担割合証に応じてお支払いいただきます。

- (1) 要介護1 661単位/日
- (2) 要介護2 730単位/日
- (3) 要介護3 803単位/日
- (4) 要介護4 874単位/日
- (5) 要介護5 942単位/日

2 施設が定める居住費と食費(令和3年8月1日改正)については、市町村から介護保険負担限度額認定を受けている方で、提示があった場合は次のとおりとします。ただし、提示されない場合は、基準額をお支払いいただきます。なお、個別に利用料金が異なりますので、別紙試算表で詳しくご説明します。

	居住費	食費
(1) 利用者負担第1段階	820円/日	300円/日
(2) 利用者負担第2段階	820円/日	390円/日
(3) 利用者負担第3段階①	1,310円/日	650円/日
(4) 利用者負担第3段階②	1,310円/日	1,360円/日
(5) 基準費用額	2,006円/日	1,500円/日

3 食費以外の食べ物に関する費用について、補助食等が必要な場合はご家族と相談し使用します。その際の費用は実費をいただきます。

4 経管栄養の方につきましては、特別な栄養剤が必要と医師が判断し、処方となった方以外は食費として算定します。

5 各種加算について、試算表にて説明し同意を頂きます。新たに算定する場合にも、説明し同意をいただきます。

6 その他利用料については下記の通りとします。

- (1) 健康管理のための検査については、介護保険給付サービスに含まれておりますが、それ以外の医療につきまして(医療機関による往診や入院及び通院)、医療保険適用により、別途自己負担していただきます。

- (2) サービス提供に関する記録等の閲覧ができます。複写物を必要とする場合には、実費をご負担いただきます。(1枚につき10円)
  - (3) 被服費、嗜好品及び理容費は自己負担となります。
  - (4) 入院外泊時はお部屋確保代がかかります。その際の料金は、入院・外泊日の翌日を起算日として6日目までは第2項居住費に記載の額、7日目以降は負担限度額認定証の発行の有無にかかわらず1日2,006円とします。
- 7 基本料金の減免措置として、当社会福祉法人では、低所得者の利用者に対し、日常生活費等の減免措置を行います。
- 8 支払方法は、基本的に口座自動引き落としとなります。引き落としにかかる手数料に関しては、当施設で負担いたします。

#### (契約、解約)

- 第8条 当施設は、介護認定において、要介護3から要介護5と認定された方が利用する事ができます。また、要介護1から要介護2と認定された方は、特列入所の要件に該当した方が利用できます。当重要事項説明書に沿って説明し、同意をいただいたのち、契約締結後サービスの提供を開始します。
- 2 利用者、ご家族のご希望で解約される場合、希望する日の30日前までにお申し出下さい。ただし、利用者が入院するなど特別な事情により、利用者、ご家族からの解約の申し出がある場合は、この限りではありません。
  - 3 下記の事柄に該当した場合は、自動終了とさせていただきます。
    - (1) 自動終了 下記の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約終了いたします。
      - ア 利用者が他の介護保険施設を利用開始した場合
      - イ 要介護認定区分が、非該当(自立)又は要支援1・要支援2と認定された場合。また、認定更新で要介護1、要介護2の認定を受けた場合で特列入所要件に該当しない場合
      - ウ 利用者がお亡くなりになった場合
      - エ 病院や診療所に入院し、医師が施設復帰不可能及び入院期間が3ヶ月を越えると判断した場合、又は入院期間が3ヶ月を越えた場合
    - (2) 契約終了 下記の場合は解約を申し入れる場合があります。また、解約とする場合は、契約終了30日前までに文書で通知します。
      - ア 利用者又はご家族が、サービス利用料金の支払いを3か月以上遅滞し、料金を支払う催告したにもかかわらず、これを支払わない場合
      - イ 利用者又はご家族が、当施設や当施設の職員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合
    - (3) やむを得ない事情により、当施設を閉鎖又は縮小する場合
  - 4 入院され、明らかに退院する見込みが無い場合を除き、3ヶ月以内であれば契約は継続としますが、第7条第6項第4号に記載のとおり料金が発生します。

#### (施設利用にあたっての留意事項)

- 第9条 当施設を利用するにあたって、次の各号の留意事項を守り、ご利用ください。
- (1) 面会 時間の制限はございませんが、夜間等は予めご連絡をお願いします。ご来園の際は出入口に面会簿を準備しておりますのでご記入願います。面会の際は、手洗い(手指消毒)、うがいのご協力をお願いします。時期によりましてはマスク着用もお願いします。
  - (2) 外出・外泊 外出、外泊先、帰園予定時間等を事前にご連絡ください。また、外泊の上限は、1月につき7泊を上限とします。
  - (3) 飲酒・喫煙 飲酒は、健康上の事由により制限させていただく場合もございます。また、当施設は禁煙となりますのでご協力お願い致します。
  - (4) 金銭・貴重品の管理 多額の金銭や貴重品の持ち込みはご遠慮ください。また、持ち込みの際は、貴重品管理サービスのご利用をご検討ください。
  - (5) 所持品の持ち込み 私物の持ち込みは原則として自由ですが、大きさや内容によってはご遠慮いただく場合もあります。衣類については、季節ごとの入れ替えをお願いしております。
  - (6) 施設外での受診及び入院 医療機関へ通院する場合は、原則的には施設で行いますが、必要に応じ、付き添いにご協力をお願いします。入院の際の手続き、付き添い等は、ご家族で対応願います。
  - (7) 宗教、政治活動 他の利用者及びそのご家族、職員に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動は、ご遠慮ください。
  - (8) ペット 衛生管理上、園内での飼育はご遠慮願います
  - (9) 施設内清掃 職員が行っております。年1回、園内全館の害虫駆除を目的とした、駆除剤の

燻煙実施をしております。

(10) 施設開放、見学受け入れ 当施設では、地域の方々に施設を正しく理解していただくため、利用者のプライバシー保護を前提に見学等を可能な限り受け入れを行います。又、地域福祉の拠点となるよう、地域交流スペースや会議室等の施設開放も行います。

(11) 職員研修 当施設では、質の高いサービスを目指し、園独自の園内研修及び園外での研修会等に積極的に参加しております。

(緊急時の対応)

第10条 体調の変化や緊急、災害などの緊急時の場合は、下記に定める緊急連絡先に可能な限り速やかに連絡いたします。

利用者ご家族が定める緊急連絡先について、携帯電話もご記入下さい。

緊急連絡先		
①	氏名	
	住所	
	電話番号 携帯:	自宅:
	続柄	
②	氏名	①不在の場合
	住所	
	電話番号 携帯:	自宅:
	続柄	
③	氏名	①②不在の場合
	住所	
	電話番号 携帯:	自宅:
	続柄	

《緊急時連絡先》

- 玉澤リハビリ整形外科 …0197-35-8801
- 総合水沢病院 …0197-25-3833
- 岩手県立江刺病院 …0197-35-2181
- 奥州市役所 …0197-24-2111
- 岩手県南広域振興局 …0197-22-2831
- 岩手県奥州保健所 …0197-22-2861
- 岩手県国民健康保険連合会 …019-604-6700

(非常災害対策)

第 11 条 消防法令に基づき、防火管理者を選任し、また各部署から選出された防災委員が、毎月定期的な会議により非常災害に関する具体的計画と事業継続計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制、事業継続方法を整備し、それらを定期的に職員に周知するとともに、定期的な避難、救出その他必要な訓練を年 2 回以上行います。

- (1) 防火管理者 園長 菊池 雅子
- (2) 防災設備 自動火災報知機、誘導灯、防火扉、屋内消火栓、スプリンクラー、緊急通報装置、消火器、防災加工カーテン、非常用発電機
- (3) 防災訓練 事業継続計画や消防計画に沿って非常災害時に適切な対応ができるよう年 2 回以上、防災訓練を実施します。

(感染症対応)

第 12 条 感染症予防法に基づき、施設において感染症又は食中毒が発生、又は蔓延しないように次の各号に掲げる措置を講じます。

- (1) 施設における感染症及び食中毒の蔓延の防止のための対策を検討する委員会を月に 1 回程度、定期的開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- (2) 施設における感染症及び食中毒の予防及び蔓延防止のための指針を整備しています。
- (3) 施設において、感染症が発生した場合は、予め作成している事業継続計画に基づき事業の継続を図ります。また、定期的計画を見直し、計画に沿った訓練を行います。
- (4) 施設において、職員に対し、感染症及び食中毒の予防及び蔓延防止の研修を定期的実施します。
- (5) 前各号に掲げるもののほか、別に厚生労働大臣が定める感染症及び食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行います。

(事故発生の防止及び発生時の対応)

第 13 条 事故発生防止のための指針を別に定め、当該指針に沿って、リスクマネジメント委員会を設置しています。また、リスクマネジメント委員会内で、事故発生の分析や再発防止策の検討等を行い、職員に対する周知方法や、年 2 回以上の研修を企画し実施します。

- 2 利用者に対する施設サービスの提供により、介護事故等が発生した場合は、速やかに第 10 条に示された利用者ご家族の連絡先及び市に連絡を行うとともに、必要な措置をとります。なお、事故の状況及び事故に際して取った処置や対応等は記録をし、保存します。
- 3 利用者に対する施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

(虐待防止、身体拘束に関する事項)

第 14 条 当施設では身体拘束、身体拘束に準じる行為は行いません。また、虐待防止、身体拘束廃止の指針を別に定め、当該指針に沿って委員会を設置しています。また、虐待防止、身体拘束廃止の研修を職員に対して年 2 回以上行います。

(秘密保持)

第 15 条 個人情報に関する基本規程を別に定め、取り扱う個人情報に関しては、利用者及びご家族に説明し同意を頂いた場合に使用します。

- 2 施設の職員は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者及びそのご家族の秘密を口外しません。なお、退職後も正当な理由なく、業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を口外することがないように、必要な措置を講じます。

3 在宅復帰時等、他施設や居宅介護支援事業者等に対し利用者に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書により利用者又はそのご家族の同意を得て行います。

(相談、要望、苦情等の窓口)

第16条 相談や要望、苦情を受け付ける窓口を下記の通り設置しております。

(1) 施設で設置している窓口

ア サービス相談窓口	担当者	生活相談員兼介護職員 小澤加並
		電話番号 0197-31-2855
		FAX番号 0197-31-2865
		(受付時間 月～金 9:00～17:00)
イ 第三者委員	佐藤 教雄	電話番号 0197-31-2411
ウ 第三者委員	阿部 優子	電話番号 0197-35-3009

(2) その他、行政機関等が設置している窓口

ア 奥州市役所福祉部長寿社会課	電話番号 0197-24-2111
イ 岩手県県南広域振興局 保健福祉環境部	電話番号 0197-22-2850
ウ 岩手県国民健康保険団体連合会	電話番号 019-604-6700

(その他)

第17条 当社会福祉法人では、次の事業を実施しています。

- (1) 指定介護老人福祉施設「特別養護老人ホーム聖愛園（従来型）」  
指定年月日 平成12年4月1日 指定番号 岩手県第0371200171号
- (2) 指定短期入所生活介護事業所「聖愛園ショートステイサービス」  
指定年月日 平成12年4月1日 指定番号 岩手県第0371200130号
- (3) 指定居宅介護支援事業所「聖愛園指定居宅介護支援事業所」  
指定年月日 平成12年4月1日 指定番号 岩手県0371200031号
- (4) 指定看護小規模多機能型居宅介護「複合型サービス事業所聖愛園につかわ」  
指定年月日 平成25年12月26日 指定番号 奥州市0391500261号
- (5) 事業所内保育所 「聖愛ベビー★るーむ」  
認可年月日 平成27年12月28日
- (6) 指定介護老人福祉施設「特別養護老人ホーム聖愛園（ユニット型）」  
指定年月日 令和5年4月1日 指定番号 岩手県0371200403号
- (7) 保育所 「聖愛ベビーホーム」  
認可年月日 昭和53年4月1日

地域密着型小規模特別養護老人ホーム利用にあたり、利用者（ご家族）に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

<説明日> 令和 年 月 日

事業者 <所在地> 岩手県奥州市江刺愛宕字八日市1-2  
<施設名> 特別養護老人ホーム聖愛園につかわ  
<法人名> 社会福祉法人聖愛育成会  
<代表者> 理事長 小澤 雅之 ⑩

<説明者> 職 名 .....

氏 名 .....

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護老人福祉施設についての重要事項の説明を受け、契約内容また、施設が作成する介護計画書に基づくサービスの提供に同意します。

令和 年 月 日

利用者 <住 所>  
<氏 名> ⑩

身元保証人 <住 所>  
<氏 名> ⑩

身元保証人 <住 所>  
<氏 名> ⑩