

重要事項説明書

ご利用者への「介護老人福祉施設」の介護サービス提供開始にあたり、新潟県条例に基づいて、当事業者が説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者

当事業者の概要は次のとおりです。

法人の種別	社会福祉法人
事業者の名称	社会福祉法人 八海福祉会
代表者職・氏名	理事長 若井 博
事業者の本部住所	〒949-7245 新潟県南魚沼市穴地14番地1
電話番号	025-780-1155

2. ご利用施設（事業所）

利用する施設(事業所)の概要は次のとおりです。

事業所の名称	特別養護老人ホーム 雪椿の里
管理者職・氏名	特別養護老人ホーム 雪椿の里 施設長 井口 裕幸
事業所の所在地	〒949-7245 新潟県南魚沼市穴地14番地1
電話番号	025-780-1155
FAX番号	025-780-1150
事業所指定年月日	平成24年6月1日
指定番号	新潟県 第1572400909号
利用定員	8ユニット80名（1ユニット10名）

3. 事業の目的と運営の方針

〔事業の目的〕

この事業は、介護保険法上、指定介護老人福祉施設において身体上又は精神に著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な者に対し、指定介護福祉施設サービスを提供する事を目的とします。

〔事業所運営の方針〕

当事業所にあつては、利用者の意思及び人格を尊重しながら日常生活における自立支援を目指すものであり、また、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。

4. 事業所の概要

当事業所の詳細な概要については、当施設のパフレットを参照してください。

5. 職員体制（主たる職員）

当事業所のサービス提供に係る主な職員体制は次のとおりです。

令和6年7月1日現在

従業者の職種	員数	保有資格等
施設長(管理者)	1人	<ul style="list-style-type: none"> 施設長資格 正規の勤務時間帯常勤で勤務します。
医師	1人以上 (嘱託医)	<ul style="list-style-type: none"> 医師免許 南魚沼市立ゆきぐに大和病院 小林 豊・仲 公正 週1日(隔週2日)勤務します。
生活相談員	1人以上	<ul style="list-style-type: none"> 社会福祉士、あるいは社会福祉主事 正規の勤務時間帯常勤で勤務します。
看護職員	3人以上	<ul style="list-style-type: none"> 看護師、あるいは准看護師 正規の勤務時間帯常勤で勤務します。 原則として2名体制以上で勤務します。 夜間については交代で自宅待機を行い、緊急時に備えます。
介護職員	30人以上	<ul style="list-style-type: none"> 介護福祉士等 次の勤務時間帯により、交代制で勤務します。 <ul style="list-style-type: none"> (1)日勤帯(7:00~20:00の時間帯のうち、 早番・日勤・遅番など1日8時間勤務) (2)早番 7:00~16:00 (3)日勤 8:30~17:30 (4)遅番 11:00~20:00 (5)夜勤 16:30~ 9:30 昼間 7:00~20:00 は、原則として職員1名あたり入所者5~10名のお世話をします。 夜間 20:00~7:00 は、原則として職員1名あたり入所者10~20名のお世話をします。
機能訓練指導員	1人以上	<ul style="list-style-type: none"> 作業療法士 正規の勤務時間帯常勤で兼務します。
介護支援専門員	1人以上	<ul style="list-style-type: none"> 介護支援専門員 正規の勤務時間帯常勤で勤務します。
栄養士	1人以上	<ul style="list-style-type: none"> 管理栄養士、あるいは栄養士 正規の勤務時間帯常勤で勤務します。
事務員	4人以上	<ul style="list-style-type: none"> 正規の勤務時間帯常勤で勤務します。

※上記職員は、短期入所生活介護事業所(雪椿の里ショートステイ)を兼務します。

6. 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付対象サービス

種 類	内 容
食 事 介 助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 所定の時間に食事が摂れるよう、各利用者の食席へ配膳します。 ・ 自力での摂取が困難な方には、職員が食事介助を行います。
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 年間を通じて週 2 回の入浴または清拭を行います。 ・ 寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入所者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
離床、着替え 整 容 等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 寝たきり防止のため、出来る限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。 ・ 個人の尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。 ・ シーツ交換は、定期では週 1 回、汚れたら随時交換を行います。
栄 養 管 理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 管理栄養士(あるいは栄養士)を配置し、利用者の栄養状態を管理します。
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当事業所は、入所者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
社会生活上の 便 宜	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当事業所では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、事業所での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。 (くもん学習・囲碁・将棋・レクリエーション行事 ※レク費用等は、実費負担あり。) ・ 行政機関に対する手続きが必要な場合には、入所者及びご家族の状況によっては、代わりに行います。(※手数料、切手代等実費負担あり。)
機 能 訓 練	<ul style="list-style-type: none"> ・ 機能訓練指導員(作業療法士等有資格者)による入所者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するようつとめます。
健 康 管 理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 嘱託医師により、週 1 回 (隔週 2 回) 診察日を設けて健康管理に努めます。 ・ また、緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。 ・ 入所者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。 <p>(当事業所の嘱託医師)</p> <p>氏 名： <u>南魚沼市立ゆきぐに大和病院 小林 豊・仲 公正</u></p> <p>診 療 科： <u>内科</u></p> <p>診察日時： <u>毎週 1 回 (隔週 2 回)</u></p>

(2) 介護保険給付対象外サービス

種 類	内 容
居住スペース (居室)の提供	<ul style="list-style-type: none"> ・施設のご利用に際しては、全個室です。 ・入院などにより長期的に居室を離れる場合には、介護報酬上の外泊時加算及び居住費の算定をさせていただきます。 ・ただし、他の利用者のために短期入所などに利用させて頂く場合は、その間の居住費の算定はいたしません。
食事の提供	<ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士（あるいは、栄養士）の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 ・できるだけ離床して、食堂で召しあがっていただけるように配慮します。 (食事時間) 朝食：8:00～9:00、昼食：12:00～13:00、夕食：17:30～18:30
日常生活品の 購 入 代 行	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者及びご家族が自ら購入困難である場合は、当事業所の職員が店頭に行く、購入代行サービスをご利用いただけます。
理 容	<ul style="list-style-type: none"> ・当事業所で指定の理容店の出張による理容サービスをご利用いただけます。

7. 利用料金

このサービスを利用するにあたって、ご利用者に負担していただく料金は、次のとおりです。
金額については、別紙「利用料金表」をご確認ください。

(1) 介護保険給付対象サービス

区 分	料 金 の 内 容 及 び 支 払 額
法定代理受領の場合	<ul style="list-style-type: none"> ・介護報酬の告示上の額 (施設介護サービス費の1割または2割 ※利用者負担額減額対象者は、その給付率に応じた負担となります。)
法定代理受領でない 場 合	<ul style="list-style-type: none"> ・介護報酬の告示上の額 (施設介護サービス費の基準額全額 ※全額を施設にお支払いいただいたあと、保険者からの払戻しとなる償還払いとなります。)

(2) 介護保険給付対象外サービス

区 分	料 金 の 内 容 及 び 支 払 額
居 住 費 (ユニット型個室)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設及び設備を利用し滞在するにあたり、必要とされる光熱水費及び室料(建物設備等の減価償却費・維持管理费用相当) ・利用1日あたり、別紙「利用料金表」のとおり (ただし、個別に居住費にかかる負担限度額が定められている場合は、その負担限度額)
食 費	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に提供する食事にかかる食材料費及び調理費(調理人件費、調理機器及び食器、その他消耗品等にかかる費用相当) ・利用1日あたり、別紙「利用料金表」のとおり (ただし、個別に食費にかかる負担限度額が定められている場合は、その負担限度額)

※ 外泊や医療機関への入院等で居室を空けておく場合、介護保険給付対象上の外泊加算対象日については、居住費のみ介護報酬上の費用を算定し負担していただきます。

なお、外泊加算対象日を過ぎた期間についても、定められた負担限度額の居住費をご負担していただきます。なお、居室を空けておく期間に、契約者同意の上で他の利用者が空室を使用する場合は、自己負担は発生しません。

(3) ご利用者の選定により提供するサービス

区 分	料 金 の 内 容 (額は、利用料金表のとおり)
金銭管理サービス	・書類等作成費用及び出納処理手数料
購入代行サービス	・購入時にかかる費用等
理 容 サ ー ビ ス	・利用したカット、顔剃りに応じた料金

(4) 利用者の選定により提供するもので、本人にご負担いただくことが適当であるもの

区 分	実 費 負 担 と な る も の
日 常 生 活 品	・購入依頼のあった品物を購入するのに要した金額の実費
そ の 他	・レクリエーション費用 ・クラブ活動費用

8. 支払い方法

支払い方法	内 容
口座振替 (取扱金融機関)	サービス利用月の翌月末日にご指定の口座より、当施設の口座へ自動的に振り替えさせていただきます。 ※ 別紙金融機関(新潟県内の本店・支店等)に口座をお持ちであれば、口座振替のご利用ができます。 ※ ただし、ゆうちょ銀行はお取扱いが出来ませんのでご注意ください。
銀行振込	サービス利用月の翌月末日までに下記の口座にお振込み願います。 社会福祉法人八海福祉会 理事長 若井 博 第四北越銀行 六日町中央支店 普通口座 1 3 6 8 5 7 1
現金支払	サービス利用月の翌月末日までに施設窓口にてお支払い願います。

9. 利用料金の変更

次の場合について、利用料金に変更となる場合があります。ただし、(3)(4)の変更の際には、ご利用者に事前に通知するものとします。ご利用者は、お知らせに従い利用料金の変更についてご確認ください。利用料金の変更について同意することができない場合には、本契約を解約することができますが、解約の意思表示が無い場合はご同意いただいたものとして、サービスを継続して利用いただけます。

- (1) 利用者の要介護状態の区分に変更があった場合
- (2) 利用者の経済的事項の変化により、負担額認定等に変更があった場合
- (3) 介護保険法令等関係諸法令の改正があった場合
- (4) 経済状況の著しい変化、その他やむを得ない事由がある場合

10. キャンセル料及び居室占有料

明らかに故意によるものと思われるキャンセル及び契約終了後も居室を占有された場合については、キャンセル料(居室占有料)として、介護報酬告示上の額相当額及び居住費、食費の全額をご負担頂くことがあります。

1 1. 苦情等申立先

ご相談や苦情、連絡したいことがございましたら、下記の管理者または窓口担当者までお願いいたします。また、直接お世話する職員にお話されても結構です。

当事業所ご利用相談室	(管理者、苦情解決責任者) 特別養護老人ホーム 雪椿の里 施設長 井口裕幸 (窓口担当者、苦情受付担当者) 生活相談員 鳥居克彦 (ご利用時間) 毎日 8:30～17:30 (ご利用方法) 電話: 025-780-1155
------------	---

なお、当事業所は苦情解決に社会性や客観性を確保し、ご利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するため、社会福祉事業の経営者による福祉サービスに関する苦情解決の仕組みの指針に基づく「第三者委員」を設置しています。(第三者委員の連絡先は、施設掲示板に掲示しております。)

当事業所以外にも、ご相談などがございましたら公共の相談窓口もございます。

公共の相談窓口	(南魚沼市の相談窓口) 〒949-6696 南魚沼市六日町 180 番地 1 南魚沼市福祉保健部 介護保険課 介護保険係 TEL 025-773-6675 (国民健康保険団体連合会) 〒940-8560 新潟市中央区新光町 4 番地 1 新潟県自治会館本館内 新潟県国民健康保険団体連合会 介護保険課 TEL 025-285-3022
---------	--

1 2. 虐待防止のための措置

高齢者の尊厳保持、人格尊重を最重要視し、高齢者の権利利益の擁護を目的に、高齢者虐待の防止、高齢者虐待等の早期発見、虐待等への迅速かつ適切な対応の観点から「虐待防止のための指針」を策定し、虐待防止に関する措置を講じています。

1 3. 事故発生時の対応

事業所は、サービス提供による事故の発生または再発を防止するための措置を講ずるとともに、万一の事故発生時には、速やかに市ならびに入居者ご家族に連絡を行い必要な対応を行います。起こった事故の状況及び取った措置については記録します。

また、サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、次の賠償保険にて対応させていただきます。

保 険 会 社	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
保 険 名 称	介護保険・社会福祉事業者総合保険
保 険 取 扱 店	株式会社アイムス
取 扱 店 連 絡 先	〒949-6636 新潟県南魚沼市小栗山 538-3 TEL 025-772-4271

1 4. 協力病院

当事業所と次の病院は、入所者に対する入院治療及び通院治療における医療業務の協力について契約を結んでおります。

名 称	南魚沼市立ゆきぐに大和病院
管 理 者	病院事業管理者 外山 千也
所 在 地	南魚沼市浦佐 4 1 1 5
電 話 番 号	0 2 5 - 7 7 7 - 2 1 1 1
診 療 科	内科、皮膚科（往診あり）、精神科など
入 院 設 備	ベッド数 4 5 床
救急指定の有無	あり

※ 協力歯科医院 中澤歯科医院 南魚沼市五日町 575-3 TEL025-776-2035

1 5. 非常災害時の対策

非 常 時 の 対 応	・別途定める「特別養護老人ホーム 雪樺の里 消防・防災計画」に則り対応を行います。
近隣との協力関係	・事業所の所在地である穴地地区及び住民との協力体制をとり、非常時には相互支援します。
平 常 時 の 訓 練	・別途定める「特別養護老人ホーム 雪樺の里 消防・防災計画」に則り、年 2 回、夜間及び昼間を想定した避難及び消火訓練をご利用者の方も参加して実施します。

1 6. 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

来 訪 ・ 面 会	・来訪者は、次の面会時間を遵守し、その都度、面会票等により届け出てください。 (面会時間) 毎 日 8 : 3 0 ~ 1 9 : 0 0 ・来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。
-----------	--

外 出 ・ 外 泊	・外泊、外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申出てください。
嘱託医師以外の医療機関への受診	・急変時には、協力医療機関等への受診をすることがあります。なお、状態によりご家族の付き添いをお願いすることがあります。
居 室 ・ 設 備 器 具 の 利 用	・事業所内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。
喫 煙	・喫煙は、決められた場所以外ではできません。
迷 惑 行 為 等	・騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
宗 教 ・ 政 治 活 動	・事業所内で他の入居者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
動 物 飼 育	・事業所内でのペットの飼育はできません。

1 7. 服薬介助等について

服薬介助は、平成 1 7 年より看護師等の医療職だけでなく、介護職員等も次の一定条件のもとで可能になりました。

- (1) 本人または家族からの服薬介助の依頼があること
- (2) 医師の処方を受けたものであること ※市販薬やサプリメントは介助できません。
- (3) 患者ごとに内服薬の 1 回分が一包化されていること

18. 個人情報の保護

当事業所は、ご利用者の個人情報（氏名、住所等の特定の個人を識別できる情報）について、別紙の通り「個人情報保護に対する基本方針」と「個人情報の利用目的」を定めています。

19. 重要事項説明書の内容の変更

本重要事項説明書及び利用料金表の内容に変更が生じた際には、事前にご利用者にお知らせするとともに、施設利用に関し重大な変更となるものについては、重要事項説明書内容変更同意書により同意をいただくこととします。

私は、本書面に基づいて貴事業所の職員（職名 生活相談員、氏名 鳥居克彦）から、上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和_____年____月____日

（ご利用者）

住 所 〒 _____

氏 名 _____ 印 _____

（ご利用者の家族等）

住 所 〒 _____

氏 名 _____ 印 _____（続柄 _____）

注 事業所利用契約における、事業所使用の際の留意事項を含む。