特別養護老人ホーム 桜川陽だまり館

重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
（茨城県指定 第0870103058号）

1.事業者の概要

(1)法人名	社会福祉法人 愛の会
(2)法人所在地	茨城県石岡市根当10888−3
(3)電話番号	0299−23−5211
(4)代表者氏名	木村 都央
(5)設立年月日	平成6年9月26日

2.施設の概要

(1)施設の種類	指定介護老人福祉施設（ユニット型）
(2)施設の目的	施設は、要介護状態と認定された利用者に対し、介護保険法等の主旨に沿って、利用者の意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、可能な限り居宅での生活への復帰を念頭におき、かつ常に利用者の立場に立ってサービスを提供することにより、利用者がその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことを支援することをめざすものとする。
(3)施設の名称	特別養護老人ホーム 桜川陽だまり館
(4)施設の所在地	茨城県水戸市河和田町58番地
(5)電話番号	029−257−7011
(6)施設長氏名	月岡 貴子
(7)開設年月日	平成19年10月10日
(8)定員	60名

3.設備の概要

(1)居室	全室個室 ユニット型 （1ユニット10名）
(2)共同生活室	ユニットごとに設置。食事や機能訓練等を行います。
(3)洗面所	居室ごとに設置しています。
(4)便所	ユニットごとに2つずつあり、車椅子の方にも配慮したつくりになっています。
(5)医務室	利用者の診療・治療のために、医療法に規定する診療所を設け、また、医薬品及び医療用具を常備しています。

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に必置が義務づけられている主な施設・設備です。

※利用者及び家族等から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。

4. 職員の配置状況

当施設では、利用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、以下職種の職員を配置しています。職員の配置については、指定基準を遵守しています。

＜主な職員の配置状況＞

職種	職務内容	人員
施設長	施設の業務を管理、職員の指揮監督	常勤1名
生活相談員	生活相談、苦情への対応、処遇の企画や実施等	1名以上
介護職員	日常生活の介護業務	21名以上
看護職員	保健衛生管理及び看護業務	3名以上
機能訓練指導員	機能回復、機能維持に必要な訓練、指導	1名以上
介護支援専門員	施設サービス計画の作成、進行管理および評価	1名以上
管理栄養士	給食献立の作成、栄養計算、栄養指導等	1名以上
医師	診察、健康管理および保健衛生指導	1名以上

＜主な職種の勤務体制＞

職 種	勤 務 時 間
1.管理者（施設長） 生活相談員 介護支援専門員 栄養管理職員	8:30 ～ 17:30
2. 医師	週1回 2時間
3.介護職員	早番勤務　7:00 ～ 16:00 日中勤務　9:00 ～ 18:00 遅番勤務1　11:00 ～ 20:00 遅番勤務2　13:00 ～ 22:00 深夜勤務　22:00 ～ 翌7:00
4.看護職員 機能訓練指導員	8:30 ～ 17:30

5. サービスの内容

（1）基本サービス

①食事　　朝食 昼食 夕食 おやつ

②介護　　食事等の介助、着替え介助、排泄介助、おむつ交換、体位交換、施設内移動の付き添い、相談等の精神的ケア、日常生活上の世話

③入浴　　最低週2回入浴可能です。特別浴又は清拭となる場合があります。

④機能訓練　ご利用者様の状況に応じて機能訓練を実施します。

⑤理容・美容　月2回以上、理容・美容サービスを実施しております。（料金別途）

⑥レクリエーション 季節の行事、誕生会等を定期的に実施しています。

6. 利用料金

（1）厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該介護老人福祉施設のサービスが法定代理受領であるときは、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。

（2）居住費及び食費、その他運営基準（厚生労働省令）で定められたその他の費用が別途かかります。

※別紙、負担割合に応じた料金表をご参照ください。

7. 施設利用の留意事項

当施設の利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

（1）火気の取扱いに注意し、所定の場所以外で喫煙しないで下さい。
但し、タバコとライターは防火管理上、施設でお預かりさせていただく場合がございます。

（2）建物、備品その他の器具を破損し、または持ち出さないで下さい。
故意に、又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、契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

（3）口論または暴力行為等、他人の迷惑になることをしないで下さい。

（4）外出・外泊を希望する場合には、所定の手続きにより施設長宛に届け出をして下さい。

（5）健康に留意するものとし、施設で行う健康診断は可能な限り受診して下さい。

（6）面会は定められた時間内は原則自由です。ただし、感染症予防のため、正面玄関にて手指消毒のご協力をお願いします。また、流行時にはマスクの着用や面会の制限等をお願いすることがあります。

※面会の際は、受付窓口にあります来訪（面会）届に、必ず記入してください。

※面会時間 9:00～17:00

(7) 当施設の職員や他の利用者に対し、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できません。

(8) 高額の金銭、貴重品はお持ち込みいただきませんよう、ご協力をお願い致します。個人で金銭・貴重品をお持ちになる場合は、自己管理の範囲内でお願いします。施設では紛失等の責任は負いかねますので、ご了承ください。

8. 非常災害対策

施設では、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を整え、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、年に2回以上利用者及び従業者等の訓練を行います。

9. 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。

10. 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、家族、市町村及び関係諸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と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。

11. 守秘義務に関する対策

施設及び従業者は、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るべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

12. 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。

13. 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。

14. 苦情相談窓口

（1）当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

〇苦情受付窓口（担当者）　生活相談員　皆川　恵

〇受付時間　毎週月曜日～金曜日　9:00～17:00

〇電話番号　029-257-7011

（2）その他苦情受付機関

〇茨城県国民健康保険団体連合会　介護保険苦情相談室

所在地　水戸市笠原町978-26　茨城県市町村会館内

電　話　029-301-1565

〇各市町村の介護保険担当課

水戸市役所　　所在地　水戸市中央1-4-1

電　話　029-232-9177（直通）

＜受付時間＞　月～金曜日　8時半～17時15分　祝祭日・年末年始以外

〇茨城県社会福祉協議会（茨城県運営適正化委員会）

所在地　水戸市千波町1918　茨城県総合福祉会館　2階

電　話　029-305-7193

＜受付時間＞月～金曜日　9～17時　土日祝祭日・年末年始はお休みです。

15．協力医療機関

施設では、下記の医療機関に協力をいただき、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。

名称：　小関外科胃腸科医院

住所：　茨城県水戸市千波町347－1

電話：　029－241－2662

〇緊急時の連絡先

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。

16．損害賠償について

当施設において、施設の責任により利用者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、利用者に故意又は過失が認められた場合には、利用者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。

17．第三者による評価の実施状況等

当事業所は、第三者評価を実施しておりません。

平成25年8月20日一部改定
平成27年8月 1日一部改定
平成30年 4月 1日一部改定
令和 3年 8月 1日一部改定
令和 3年11月 1日一部改定
令和 7年 3月 1日一部改定
令和 8年 6月 1日一部改定

令和　　年　　月　　日

介護老人福祉施設サービスの開始にあたり、利用者に対して、本書面に基づき重要事項の説明をいたしました。

社会福祉法人愛の会
指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム 桜川陽だまり館
施設長 月岡 貴子

説明者氏名 生活相談員　署名：　　印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

＜ご利用者＞
住 所
氏 名　　印

＜ご利用者代理人＞
住 所
氏 名　　印（続柄　　）