

特別養護老人ホーム楽々むら 重要事項説明書

令和7年1月1日改定

当施設は介護保険の指定を受けています  
 指定介護老人福祉施設 兵庫県指定第 2874400894 号

当施設はご利用者に対し、指定介護老人福祉サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

**1.施設経営法人**

|        |                         |                    |
|--------|-------------------------|--------------------|
| 法人名    | 社会福祉法人 あまのほ             |                    |
| 法人所在地  | 兵庫県豊岡市城崎町楽々浦字深原 419 番 1 |                    |
| 代表者氏名  | 理事長 西村 肇                |                    |
| 設立年月日  | 平成 17 年 11 月 25 日       |                    |
| 法人の所在地 | 兵庫県豊岡市城崎町楽々浦字深原 419 番 1 |                    |
| 連絡先    | Tel (0796) 32-0161      | Fax (0796) 32-0171 |

**2. 施設の概要**

|         |  |
|---------|--|
| 建物の構造   | 鉄筋コンクリート3階建  |
| 建物の延床面積 | 4,808.30 平方メートル  |
| 敷地面積    | 12,300 m <sup>2</sup>  |
| 法人事業所   | 通所介護・介護予防通所介護、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護、居宅介護支援事業所、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護 |
| 施設の周辺環境 | 山陰海岸国立公園内の風光明媚なところに立地し、近くに城崎温泉があります。                                   |

**3. ご利用施設**

|         |  |                    |
|---------|--|--------------------|
| 施設の種類   | 指定介護老人福祉施設   |                    |
| 施設の目的   | 指定介護老人福祉施設は介護保険法令に従い、ご利用者と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事ができるように支援する事を目的として、ご利用者に日常生活を営むため必要な共用施設等をご利用いただき介護福祉施設サービスを提供します。この施設は、身体上又は精神上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方がご利用いただけます。 |                    |
| 施設の名称   | 特別養護老人ホーム 楽々むら   |                    |
| 施設の所在地  | 兵庫県豊岡市城崎町楽々浦字深原 419 番 1  |                    |
| 交通機関    | JR 城崎温泉駅下車、東へ徒歩 15 分   |                    |
| 連絡先     | Tel (0796) 32-0161   | Fax (0796) 32-0171 |
| メールアドレス | <a href="mailto:rakurakumura@amanoho.com">rakurakumura@amanoho.com</a>   |                    |
| 管理者     | 施設長 佐藤 昌夫  |                    |
| 開設年月日   | 平成 18 年 12 月 20 日  |                    |
| 入所定員    | 90 名   |                    |

#### 4. 当施設の運営方針

ご利用者を人生の先輩として敬い、それぞれの歩みを大切に、皆様がいきいきと和やかに安心して生活していただける毎日を目指します。事業の実施に当たっては、関係市町、地域の保険・医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

#### 5. 施設利用対象者

- (1) 当施設に入所できるのは、原則として介護保険制度における要介護認定の結果、「要介護3～5」と認定された方が対象となります。
- (2) 入所契約の締結前に、事業者から感染症等に関する健康診断を受け、その診断書の提出をお願いする場合があります。但し、原則的であり、契約締結後に受けていただく場合もあります。

#### 6. 契約締結からサービス提供までの流れ

- (1) ご利用者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、入所後作成する「施設サービス計画(ケアプラン)」で定めます。  
「施設サービス計画(ケアプラン)」の作成及び変更は次のとおり行います。
  - ①当施設の介護支援専門員(ケアマネージャ)が施設サービス計画の原案作成やそのために必要な調査等の業務を担当します。
  - ②その担当者は施設サービス計画の原案について、ご利用者及びその家族等に対して説明し、同意を得た上で決定します。
  - ③施設サービス計画は、原則6か月に1回、若しくはご利用者及びその家族の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要のある場合には、ご利用者及びその家族等と協議して、施設サービス計画を変更します。
  - ④施設サービス計画が変更された場合には、ご利用者に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。
  - ⑤サービス提供の翌月に利用者負担額及び食費・居室料等をお支払いいただきます。

#### 7. 居室の概要

##### (1) 居室等の概要

当施設では、以下の居室・設備をご用意しています。ご利用者の心身の状況や居室の空き状況により用意させていただきます。

| 居室・設備の種類 | 室数   | 備 考   |
|----------|------|---|
| 個室       | 90 室 | 総面積 1,226.5 m <sup>2</sup> 1 室平均 13.63 m <sup>2</sup> |
| 浴室       | 3 室  | 寝台浴槽 2 台、個別浴槽 4 台、中間浴槽 2 台                            |
| 医務室      | 1 室  | 診療用具一式  |
| 食堂       | 9 室  | 1 人あたり 8.03 m <sup>2</sup>                            |
| 機能訓練室    | 1 室  | 1 人あたり 0.23 m <sup>2</sup>                            |

##### ☆居室の変更

ご契約者から居室の変更希望の申し出が合った場合は、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、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際に

は、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定いたします。

☆居室に関する特記事項、全室個室のユニット型ケアを実施

## 8. 職員の配置状況

当施設では、ご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、以下の職種の職員を配置しています

＜主な職員の配置状況＞職員の配置については、指定基準を遵守しています。

|   | 職 種      | 配置人員 | 常勤換算 | 指定基準 |
|---|----------|------|------|------|
| 1 | 施設長（管理者） | 1名   | 1名   | 1名   |
| 2 | 生活相談員    | 1名   | 1名   | 1名   |
| 3 | 介護支援専門員  | 1名   | 1名   | 1名   |
| 4 | 介護職員     | 30名  | 30名  | 30名  |
| 5 | 看護職員     | 3名   | 3名   | 3名   |
| 6 | 機能訓練指導員  | 1名   | 1名   | 1名   |
| 7 | 医師       | 2名   |      | 1名   |
| 8 | 管理栄養士    | 1名   | 1名   | 1名   |
| 9 | 調理員      | 業務委託 |      |      |

＜主な職種の勤務体制＞

|   | 職 種             | 勤務体制            |
|---|-----------------|-----------------|
| 1 | 施設長             | 日勤 8:30～17:30   |
| 2 | 医師              | 月4回 13:00～17:00 |
| 3 | 生活相談員・管理栄養士     | 日勤 8:30～17:30   |
| 4 | 介護職員            | 24時間交代制         |
| 5 | 看護職員（機能訓練指導員兼務） | 日勤 8:30～17:30   |
| 6 | 介護支援専門員         | 日勤 8:30～17:30   |

＜配置人員の職種＞

|   | 職 種             | 内 容  |
|---|-----------------|--|
| 1 | 施設長             | 従業者の管理と介護福祉施設サービスの実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。  |
| 2 | 介護職員            | ご利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。       |
| 3 | 生活相談員           | ご利用者の日常生活の相談に応じ、適宜生活支援を行います。               |
| 4 | 看護職員（機能訓練指導員兼務） | 主にご利用者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。 |
| 5 | 医師              | ご利用者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。                 |
| 6 | 介護支援専門員         | ご利用者に係る施設サービスプラン（ケアプラン）を作成します。             |
| 7 | 管理栄養士           | 栄養ケア計画の作成及びサービスの実施に従事します。                  |

## 9. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

1. 利用料金が介護保険から給付される場合

## 2. 利用料金の全額をご利用者に自己負担いただく場合

### 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常 9 割）が介護保険から給付されます。

#### <サービスの概要>

|           |  |
|-----------|--|
| 食事        | <ul style="list-style-type: none"> <li>当施設では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。</li> <li>ご利用者の状態や希望によりリビング又は居室等にて食事をとっていただきます。（食事時間）朝食 8 時～10 時・昼食 12 時～14 時・夕食 18 時～20 時</li> </ul> |
| 入浴        | <ul style="list-style-type: none"> <li>入浴または清拭を週 2 回以上行います。</li> <li>寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。</li> </ul>  |
| 排泄        | 排泄の自立を促すため、身体能力を最大限活用した援助を行います。  |
| 健康管理      | 医師や看護職員が、健康管理を行います。  |
| 機能訓練      | 看護職員などにより、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復、またはその減退を防止するための訓練を実施します。   |
| その他自立への支援 | <ul style="list-style-type: none"> <li>寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。</li> <li>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。</li> <li>清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。</li> </ul>  |

※ 定例行事及び全員参加するレクリエーション花見・夏祭り等の行事にご参加いただけます。

#### <サービス利用料金（1日あたり）>

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額 1 割～3 割）と居住費及び食費の合計金額をお支払い下さい。

（サービスの料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。）

#### 標準サービス利用料金（1日あたり）

|                            | 要介護1           | 要介護2    | 要介護3    | 要介護4    | 要介護5    |
|----------------------------|----------------|---------|---------|---------|---------|
| 1. サービス利用料金                | 6,700 円        | 7,400 円 | 8,150 円 | 8,860 円 | 9,550 円 |
| 2. 利用に係る自己負担額<br>（1割負担の場合） | 670 円          | 740 円   | 815 円   | 886 円   | 955 円   |
| （2割負担の場合）                  | 1,340 円        | 1,480 円 | 1,630 円 | 1,772 円 | 1,910 円 |
| （3割負担の場合）                  | 2,010 円        | 2,220 円 | 2,445 円 | 2,658 円 | 2,865 円 |
| 3. 居住費                     | <b>2,700 円</b> |         |         |         |         |
| 4. 食費                      | 1,720 円        |         |         |         |         |

#### 介護保険負担限度額認定者の居住費と食費

<利用者負担第1段階> 1、2 は標準サービス利用料金と同じ

|        |              |
|--------|--------------|
| 3. 居住費 | <b>880 円</b> |
| 4. 食費  | 300 円        |

<利用者負担第2段階> 1、2 は標準サービス利用料金と同じ

|        |              |
|--------|--------------|
| 3. 居住費 | <b>880 円</b> |
|--------|--------------|

|       |       |
|-------|-------|
| 4. 食費 | 390 円 |
|-------|-------|

<利用者負担第3段階①> 1、2は標準サービス利用料金と同じ

|        |         |
|--------|---------|
| 3. 居住費 | 1,370 円 |
|--------|---------|

|       |       |
|-------|-------|
| 4. 食費 | 650 円 |
|-------|-------|

<利用者負担第3段階②> 1、2は標準サービス利用料金と同じ

|        |         |
|--------|---------|
| 3. 居住費 | 1,370 円 |
|--------|---------|

|       |         |
|-------|---------|
| 4. 食費 | 1,360 円 |
|-------|---------|

#### 加算内容

| 加 算                    |            | 一日あたりの加算料金 |
|------------------------|------------|------------|
|                        |            | 1割負担       |
| ○科学的介護推進体制加算（Ⅰ）        |            | 40 円/月     |
| ○科学的介護推進体制加算（Ⅱ）        |            | 50 円/月     |
| ○初期加算（30日以内）           |            | 60 円/日     |
| ○看護体制加算                | I □        | 4 円/日      |
|                        | II □       | 8 円/日      |
| ○夜勤職員配置加算（Ⅱ） □         |            | 18 円/日     |
| ○療養食加算（該当者のみ）          |            | 6 円/回      |
| ○個別機能訓練加算（Ⅰ）           |            | 12 円/日     |
| ○個別機能訓練加算（Ⅱ）           |            | 20 円/月     |
| ○口腔衛生管理加算（Ⅰ）           |            | 90 円/月     |
| ○口腔衛生管理加算（Ⅱ）           |            | 110 円/月    |
| ○日常生活継続支援加算（Ⅱ）         |            | 46 円/日     |
| ○安全対策体制加算              |            | 20 円/入所時のみ |
| ○入院・外泊補足給付（1か月 6日まで）   |            | 246 円/日    |
| ○精神科医師定期的療養指導          |            | 5 円/日      |
| ○生産性向上推進体制（Ⅱ）          |            | 10 円/月     |
| ○配置医師緊急時対応加算（早朝・夜間の場合） |            | 650 円/回    |
| （深夜の場合）                |            | 1,300 円/回  |
| ○看取り介護加算Ⅰ              | ①31日前～45日前 | 72 円/日     |
|                        | ②4日前～30日前  | 144 円/日    |
|                        | ③前日、前々日    | 680 円/日    |
|                        | ④当日        | 1,280 円/日  |
| ○介護職員等処遇改善加算Ⅰ          |            | 14.0%      |

○介護保険の給付額に変更があった場合、変更額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

○一時外泊については外泊期間中、全食摂らない日数分の食事に係る負担額は利用料金から差し引きます。但し、その間の居住費につきましての負担額は、お支払いいただきます。

○利用者に介護保険料の未納がある場合には、自己負担額について上表と異なる場合があります。

○ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支

払いいただきます。要介護認定を受けた後、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）。

## （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、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

|                |  |
|----------------|--|
| 健康管理費          | 受診料(遠方受診の交通費等)、インフルエンザ予防接種にかかる費用は実費を頂きます。                      |
| クリーニング代        | ご利用者のご希望により私物をクリーニング業者に出した場合、実費をいただきます。                        |
| 日常生活用品の購入費     | 衣類・スリッパ・歯ブラシ等の日常生活用品の購入代                                       |
| 理美容代           | 理美容サービスの実費   |
| レクリエーション・クラブ活動 | ご利用者の希望により、レクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。利用料金は材料代等の実費をいただきます。 |
| 複写物            | 白黒10円/枚 カラー30円/枚   |
| 電気代            | 個人使用の冷蔵庫、電気毛布、電気あんか等は1日につき一品10円いただきます。                         |

上記以外にもご利用者が個人的に必要なものは実費をいただく場合があります。

☆保険適用外の料金を改定する場合1ヶ月以上前に利用者もしくはご家族に文章で連絡します。

### ○契約書第21条に定める所定の料金

ご利用者が、本来の契約終了後も居室を明け渡さない場合に、本来の契約終了日の翌日から、現実に居室が明け渡された日までの期間にかかる料金（1日あたりの居住費・食事代を含む）

| 要介護1    | 要介護2    | 要介護3    | 要介護4    | 要介護5    |
|---------|---------|---------|---------|---------|
| 11,120円 | 11,820円 | 12,570円 | 13,280円 | 13,970円 |

ご利用者が要介護認定で自立または要支援と判定された場合10,560円（1日あたりの居住費・食事代を含む）上記料金表のほかに各種加算を実施した場合は該当する加算料金をご負担いただきます。

### 10. 利用料金のお支払い方法

利用料金、その他の費用は1ヶ月毎に利用日数に基づいて計算し、請求させていただきます。

翌月25日までに以下（1.~3.）のいずれかの方法でお支払い下さい。

|  |
|--|
| 1. 「楽々むら」受付窓口にて現金支払い                             |
| 2. 下記口座へ振り込み                                     |
| 口座名義    社会福祉法人 あまのほ    理事長    西村 肇               |
| 但馬信用金庫 城崎支店（普通）0214614                           |
| 但馬銀行    城崎支店（普通）7121678                          |
| JA たじま    城崎支店（普通）0043067                        |
| ゆうちょ銀行 支店 四三八（普通）88247491                        |
| 3. 口座振替    但馬信用金庫、但馬銀行、JA たじま、ゆうちょの指定の口座より自動振り替え |

### 11. 医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご利用者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保障するものではありません。

りません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務付けるものでもありません。

① 協力医療機関

| 医療機関の名称              | 診療科   |
|----------------------|---|
| 浅見医院                 | 内科・小児科・診療内科・皮膚科（豊岡市城崎町湯島 349-1）   |
| 賀嶋医院                 | 内科・小児科・放射線科（豊岡市竹野超竹野 2510）  |
| 高石医院                 | 精神科（豊岡市元町 12-6）   |
| 公立豊岡病院<br>豊岡市戸牧 1094 | 内科・呼吸器科・消化器科・循環器科・精神科・心療内科・外科・<br>整形外科・形成外科・脳神経外科・呼吸器外科・眼科・耳鼻咽喉科・<br>皮膚科・泌尿器科・肛門科・歯科口腔外科・血液内科 |

②協力歯科

|         |                 |
|---------|-----------------|
| 協力機関の名称 | 河原歯科医院          |
| 所在地     | 豊岡市城崎町桃島 1292-6 |

12. 施設を退所していただく場合

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。したがって以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合は、当施設との契約は終了し、ご利用者に退所していただくこととなります。

- ① 要介護認定により、ご利用者の心身の状況が自立または介護1、2と判定された場合
- ② 業者が解散した場合、破産した場合またはやむをえない事由により、当施設を閉鎖した場合
- ③ 施設の消失や重大な毀損により、ご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 施設が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合
- ⑤ 利用者からの退所の申し出があった場合（詳細は下記をご参照下さい）
- ⑥ 事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい）

（1）ご利用者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

ご利用者の有効期間内であっても、ご利用者から当施設に退所を申し出ることができます。その場合には退所を希望する日の7日前までに解約・解除届出書をご提出下さい。ただし、以下の場合には即日に契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② 事業所の運営規程の変更に同意できない場合
- ③ご利用者が入院された場合
- ④事業所もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介福祉施設サービスを実施しない場合
- ⑤ 事業所もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥ 事業所もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑦ 他の利用者がご利用者の身体・財物・信用を傷つけた場合もしくは傷つける具体的な恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

（1）事業者からの申し出により退所していただく場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただくことがあります。

この場合、契約解除の1ヶ月前に理由を含め文書で通知します。

- ① ご利用者が、契約締結時に際して、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、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご利用者によるサービス利用料金の支払いが最低2ヶ月以上遅滞し、相当期間を定めた文書による催促にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご利用者が故意または重大な過失により事業者またはサービス従事者もしくは他の利用者等の財産・信用等を傷つけ、または著しい不信行為などによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ ご利用者の行動が他の利用者やサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響をおよぼす恐れがあり、あるいはご利用者が重大な自傷行為を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合
- ⑤ ご利用者が連続して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場合、もしくは入院した場合
- ⑥ ご利用者が介護老人保健施設に入所した場合、もしくは介護療養型医療施設に入院した場合

### 13. ご利用者が病院等に入院された場合の対応について

#### (1) 3ヶ月以内の入院の場合

当初から3ヶ月以内の退院が見込まれて、実際に3ヶ月以内に退院された場合は、退院後再び施設に入所することができます。しかし、入院時に予定された退院日より早く退院した場合など、退院時に施設の受け入れ準備が整っていない時には、併設されている短期入所生活介護の居室等をご利用いただく場合があります。

また、料金につきましては、入院の翌日から当該月6日間（当該入院がまたがる場合は最大12日間）の範囲内で実際に入院した日数分で利用料金をご負担いただきます。但し、ご利用者の同意を得て居室をショートステイ等に利用した場合にはこの料金は不要です。

#### (2) 3ヶ月以内の退院が見込まれない場合

3ヶ月を超えて入院が見込まれる場合には、契約を解除する場合があります。但し、契約を解除した場合であっても3ヶ月以内に退院された場合には、再び当施設に入所できるように努めます。しかし、当施設が満室の場合には、短期入所生活介護（ショートステイ）を利用できるよう努めます。

#### (3) 3ヶ月を超えて入院した場合

3ヶ月を超えて入院した場合には、契約を解除する場合があります。この場合には、当施設に再び優先的に入所することはできません。

### 14. 円滑な退所のための援助

ご利用者が退所する場合には、ご利用者の希望により、事業者はご利用者の心身の状況、おかれている環境等を勘案し、円滑な対処のために必要な以下の援助をご利用者に対して速やかに行います。

- 病院もしくは診療所または介護老人保健施設の紹介
- 居宅介護支援事業者の紹介
- その他保険医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介



## 15. 身元引受人

- (1) 契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることになります。しかしながら、入所者において、社会通念上、身元引受人を立てることができないと考えられる事情がある場合には、入所契約締結にあたって身元引受人の必要はありません。
- (2) 身元引受人には、これまで最も身近で利用者のお世話をされてきたご家族に就任していただくのが望ましいと考えておりますが、必ずしもこれらの方に限る趣旨ではありません。
- (3) 身元引受人はご利用者の利用料等の経済的な債務については、ご利用者と連帯してその債務の履行義務を負うこととなります。また、こればかりではなく、ご利用者が医療機関に入院する場合や当施設から退所する場合においては、その手続きを円滑に遂行するために必要な事務処理や費用負担などを行ったり、更には当施設と協力、連携して退所後のご利用者の受け入れ先を確保するなどの責任を負うこととなります。
- (4) ご利用者が入所中に死亡した場合においては、そのご遺体や残留品（居室内に残留する日常生活品や身の回り品等）の引取り等の処理についても身元引受人がその責任で行う必要があります。
- (5) 身元引受人が死亡したり破産宣告を受けた場合には、事業者はあらたな身元引受人を立てていただくために、ご利用者にご協力をお願いする場合があります。
- (6) 家族以外の身元引受人であっても、利用料金の変更、施設サービス計画の変更等についてご通知させていただきます。

## 16. 苦情や相談の受付について

### (1) 当施設における苦情や相談の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

|       |                  |                  |
|-------|------------------|------------------|
| 受付担当者 | 生活相談員            | 小西 猛司            |
| 解決責任者 | 施設長              | 佐藤 昌夫            |
| 受付時間  | 8:30～17:30       |                  |
| 連絡先   | Tel 0796-32-0161 | Fax 0796-32-0171 |

○なお苦情受付相談、受付窓口は、受付担当者となります。

○苦情解決責任者は、苦情の申し出をされた方と話し合いによって円滑な解決に努めます。

○時間、曜日によっては介護職員が受付をする場合があります。

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

|                   |      |                       |
|-------------------|------|-----------------------|
| 兵庫県国民健康保険<br>連合会  | 所在地  | 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 |
|                   | 電話番号 | 078-332-5617          |
|                   | FAX  | 078-332-5650          |
|                   | 受付時間 | 9:00～17:15 月～金曜日      |
| 豊岡市健康福祉部<br>高年介護課 | 所在地  | 豊岡市立野町12番12号          |
|                   | 電話番号 | 0796-24-2401          |
|                   | FAX  | 0796-29-3144          |
|                   | 受付時間 | 8:30～17:15 月～金曜日      |

## (2) 第三者委員

解決の困難な苦情に対し、第三者からの意見を聞くため、次のとおり、苦情解決のための第三者委員を設置しています。 ○谷垣 英夫 ○守山 道子

### 17. サービス提供における事業者の義務

当施設は、サービスを提供するにあたって、ご利用者の生命、身体、生活環境等の安全やプライバシーの保護などに配慮するなど次のことを守ります。

- ① 利用者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- ② ご利用者の体調、健康状態から見て必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、ご利用者から聴取、確認の上サービスを実施します。
- ③ 非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご利用者に対して、運営規程に基づいて定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④ ご利用者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日までに、要介護認定の更新の申請のため必要な援助を行います。
- ⑤ ご利用者へ提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご利用者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。  
ただし、複写費用については、重要事項説明書記載のコピー代をいただきます。
- ⑥ ご利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、ご利用者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録に記載するなどして、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑦ 感染症及び食中毒の発生やまん延を防ぐために委員会を設置し、感染予防に関する指針の作成や職員研修を行うと共に、感染症の発生が疑われる際は対応の手順に従い対応します。
- ⑧ 介護上の事故等の発生及び再発防止の為に、事故発生時の対応に関する指針を整備すると共に、事故報告を分析し、改善策を検討する委員会を設置し、職員への周知や研修会を開催して再発防止に努めます。
- ⑧ 事業所及びサービス従業者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用者または家族等に関する事項を予め文書で同意を得ない限り（個人情報使用同意書）、第三者に漏洩しません。（守秘義務）  
ただし、ご利用者に医療上の必要がある場合には、医療機関にご利用者の心身等の情報を提供します。  
また、ご利用者の円滑な退所のために援助を行う際に情報提供を必要とする場合には、ご利用者の同意を得て行います。

### 18. 家族等への連絡

希望があった場合には、利用者に連絡するのと同様の通知を家族等へも行います。

### 19. 実習生の受け入れについて

当施設は、介護福祉士等における介護実習の単位を取得しようとしている者を、「実習受け入れマニュアル」に基づき対応します。

### 20. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、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) 持込の制限

ご利用者の居室に入る家具であれば特に制限はありませんが、ご利用者の移動に支障になる家具はご遠慮下さい。検討を要する物品等につきましては、その都度協議させていただきます。

#### (2) 面会

- ①ご利用者の生活のリズムを乱さないために、概ね7時～21時頃までをお願いします。
- ②曜日の制限はありません。
- ③ご面会の方は、受付にてお名前等をご記入下さい。

#### (3) 外出・外泊

外出、外泊をされる場合は、2日前の午後6時までにお申し出下さい。但し、葬儀の参列等やむを得ない場合は、当日のお申し出も可能です。

#### (4) 食事

食事が不要な場合は、前日の午後6時までにお申し出下さい。前日の午後6時までにお申し出があった場合には、前記9(1)(サービス料金表記載参照)に定める「食事に係る自己負担額」は徴収いたしません。

#### (5) 施設・設備の使用上の注意

- ①居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- 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、汚した場合には、ご利用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ご利用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、必要な措置をとることができるものとします。但し、その場合、ご本人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所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動などを行うことはできません。
- ⑤施設内は全て禁煙です。

### 21. 痰の吸引・経管栄養について

当施設では、厚労省の通知を受け、ご利用者に対して①口腔内の痰の吸引 ②経管栄養の一部の行為を嘱託医師、看護職員の指示の下、看護職員と介護職員が協働して実施します。

これらのケアは、特別養護老人ホームにおける他の医療的なケアと比べ、医療関係者との連携・協働の下では相対的に危険性が低いとされており、また、施設内においても介護職員への研修体制の配備、嘱託医師による看護職員・介護職員への指導の実施、衛生環境委員会等による実施状況の把握や研修内容の見直しを行うなど、ご利用者の安全確保に向けて最善を尽くします。

### 22. 事故等緊急時発生時の対応について

事故または体調不良等、緊急対応の事態が発生した場合には、ご利用者やその家族に対し速やかに状況を報告、説明し、その被害の拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。

### 23. 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ご利用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。ただし、その損害の発生についてご利用者の故意又は過失が

認められる場合には、ご利用者のおかれた心身の状況を配慮して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を免じる場合があります。

(2)事業者は、事故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。とりわけ以下の各号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ご利用者（その家族、身元引受人等も含む）が、契約締結に際し、ご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、又は不実の、告知を行ったことにもっぱら起因して損害が生じた場合
- ②ご利用者（その家族、身元引受人等も含む）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、又は不実の告知を行ったことにもっぱら起因して損害が生じた場合
- ③ご利用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っぱら起因して損害が発生した場合
- ④ご利用者が、事業所もしくはサービス従業者の指示に反して行った行為にもっぱら起因して損害が発生した場合

#### 24. 損害賠償保険へ加入

当施設は下記の損害賠償保険に加入しています。

|      |                    |
|------|--------------------|
| 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  | 賠償責任保険             |

内容等につきましては、当施設事務所にて開示しております。

#### 25. 非常災害対策

火災、地震、風水害等に関して、具体的な非難計画を策定し、非常災害に備えて定期的に避難、誘導、救出その他必要な訓練を行います。

#### 26. 重要事項説明書の変更

重要事項に変更が生じた場合は速やかにご利用者やその家族に説明を行い、同意をしていただいた上でサービスを提供します。

指定介護老人福祉施設での入所サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

|      |           |
|------|-----------|
| 説明日  | 令和 年 月 日  |
| 時間   | 時 分 ~ 時 分 |
| 説明場所 |           |

|     |               |
|-----|---------------|
| 説明者 | 生活相談員 小西 猛司 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。

令和 年 月 日

【契約者（利用者）】

|    |   |
|----|---|
| 住所 |   |
| 氏名 | 印 |

私は利用者が事業者から重要事項の説明を受け、指定介護老人施設のサービス提供開始に同意しことを確認しましたので、私が利用者に代わって署名を代行します。

【署名代行者】

|    |                 |
|----|-----------------|
| 住所 |                 |
| 氏名 | 印<br>(利用者との続柄 ) |

【身元引受人】

|    |                 |
|----|-----------------|
| 住所 |                 |
| 氏名 | 印<br>(利用者との続柄 ) |

## 顔写真掲載・作品掲示等の意向確認書

### 【写真使用の場合】

社会福祉法人あまのほの事業や取り組みを紹介するために、ご利用者の映像や写真を使用することがあります。

### 【作品展示の場合】

書道や手芸等の作品を特養棟、ホーム棟のロビーに展示。または、福祉祭りなどに展示することがあります。

### 上記について

(いずれかに○印をお願いします)

- ・ インターネット上の使用を含めて同意します
- ・ インターネット上以外の使用に同意します
- ・ 同意しません

※その他の理由で使用する場合は、別途お知らせし了解をいただくものとします。

令和      年      月      日

社会福祉法人あまのほ 楽々むら施設長様

【住所】

\_\_\_\_\_

【ご利用者氏名】

\_\_\_\_\_ 印

【代理人】

\_\_\_\_\_ 印