

重要事項説明書
(地域密着型介護老人福祉施設「地域密着型特別養護老人ホーム和音」)

1. 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人 共立福祉会
法人の所在地	長野県岡谷市川岸上四丁目 3 番 7 号
法人の種類	社会福祉法人
代表者名	理事長 岩間 ひとみ
連絡先	(電話) 0266-22-2236 (FAX) 0266-22-3720

2. ご利用施設

施設の名称	地域密着型特別養護老人ホーム 和音
施設の所在地	長野県諏訪郡下諏訪町 4770 番 2
管理者名	施設長 岩間 ひとみ
連絡先	(電話) 0266-27-3088 (FAX) 0266-27-3089
事業の種類・利用定員	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護・29 人
指定年月日・指定番号	平成 26 年 4 月 1 日 2092300124

3. 事業の目的と運営の方針

1	施設は、入居者一人一人の意志及び人格を尊重し、少数の居室及び当該居室に近接して設けられる共同生活室（以下「ユニット」という。）ごとにおいて地域密着型施設サービス計画に基づき、その居室における生活への復帰を念頭において、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めるよう支援することをめざすものとする。
2	施設は、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、下諏訪町、その他の介護保険施設、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るものとする。

4. 施設の概要

(1) 敷地及び建物の概要

敷 地	3547. 67 m ²
建 物	構 造 鉄骨造 2 階建 耐火建築物
	延床面積 1585. 34 m ²
	利用 定員 29 人

(2) 居室及び主な設備

居室・設備の種類	29 室
1 人部屋	29 室
共同生活室	4 ユニット
浴室	4 室（個浴 4 室、特浴 1 室）
医務室	1 室（診療所）

5. 職員体制

従事者の職種	員 数	区分				後 勤 換 算 人 員	指定基準	保有資格
		常勤		非常勤				
		専 従	兼 務	専 従	兼 務			
施設長	1		1			1.0	1（常勤）	施設長資格相当
医師	1			1		0.025	必要数 （非常勤可）	医師免許
介護支援専門員	1		1			1.0	1以上	介護支援 専門員
生活相談員	1		1			1.0	1以上（常勤）	社会福祉士
看護職員	4	2	1	1		2.3	1以上（常勤）	看護師 准看護師
介護職員	19	13	1	5		12.7	10.0以上 （常勤）	介護福祉士 等
機能訓練指導員	1		1			1.0	1以上	看護師
栄養士	1	1				1.0	1以上	栄養士
調理員	業務委託							調理師等
事務員	1			1		1		

6. 職員の勤務体制

従事者の職種	勤務体制
管理者	常勤で勤務
医 師（内科）	週 1 日勤務
生活相談員	常勤で勤務
介護支援専門員	常勤で勤務
介護職員	早 番 (06:30～15:30) 日 勤 (09:00～18:00) 遅 勤 (13:00～22:00) 夜 勤 (21:45～06:45) ※職員体制は、入居者 3 名あたり職員 1 名の割合となります。 ※夜勤帯は、原則として利用者 29 名を職員 2 名でお世話します。
看護職員	常勤で勤務 ※夜間はオンコール体制を取り、緊急時に備えます。

機能訓練指導員	常勤で勤務（看護職員が兼務）
栄養士	常勤で勤務。業務委託の栄養士と連携して業務にあたります。
調理師	業務委託
事務員	非常勤で勤務

7. 施設サービスの概要（介護保険給付サービス）

種 類	内 容
食事	・栄養士の立てる献立表により、栄養と入居者の身体状況に配慮しバラエティに富んだ食事を提供します。 ・食事は、できるだけ離床して、生活リズムにあわせて食べていただけるように配慮します。 （食事時間） 朝食 7：45～ 昼食 12：00～ 夕食 17：45～
排せつ	・入居者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立について適切な援助をします。 ・おむつを使用する方に対しては、1日4回程度の交換を行うとともに、必要に応じてこれを超えて交換を行います。
入浴・清拭	・入居者が身体の清潔を保持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、週2回以上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。
着替え・整容等	・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・入居者個々の生活リズムを考えて、適切な着替え、整容が行われるよう援助します。
シーツ交換	・シーツ交換は定期的に週1回行い、汚れている場合は随時交換します。
機能訓練	・利用者の心身の状況に適合した機能訓練を行い、生活機能の維持・改善に努めます。
健康管理	・嘱託医師による訪問診察を毎月1回受けていただきながら、健康管理に努めてまいります。（医師は週1回来訪）また、緊急時等必要な場合には嘱託医師に連絡を取り、協力医療機関等を受診します。 ・利用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。
嘱託医師	諏訪共立病院 木下 真理子医師
相談および助言	・当施設は、利用者及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。 相談窓口： 生活相談員・介護支援専門員
社会生活上の便宜	・当施設では、必要な教養娯楽施設を整えるとともに、施設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。 ・行政機関に関する手続きが必要な場合において、入居者及びご家族の状況によっては、代わりに行います。
--	---

8. 利用者負担金

- (1) 介護保険給付サービスを利用するにあたってご負担して頂く料金は、厚生労働大臣が定め告示上の基準額とし、別紙のとおりです。
- (2) 介護保険給付サービス以外に係るその他費用の内訳については、別紙「料金表」のとおりです。

◎居住に要する費用

施設及び設備を利用し、滞在されるにあたり、居住費をご負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、その認定証に記載された居住費の金額（1日当たり）のご負担となります。

◎食事の提供に要する費用

入居者に提供する食事の材料及び調理にかかる費用です。実費相当額を負担して頂きます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、その認定証に記載された食費の金額（1日当たり）のご負担となります。

9. 協力医療機関

名称	諏訪共立病院	岡谷市民病院	鈴木歯科医院	ゆう歯科クリニック
院長名	岩間 智	内山 茂晴	鈴木 貫人	武居 秀樹
所在地	下諏訪町矢木町 214	岡谷市本町 4 丁目 11-33	下諏訪町西鷹野町 4917	諏訪市清水 1-6-33
電話番号	0266-28-2012	0266-23-8000	0266-28-3191	0266-78-6243
入院設備	110 床	295 床	なし	なし

10. 非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める「地域密着型特別養護老人ホーム和音消防計画」に基づき対応を行います。			
近隣との協力	下諏訪町の住民及び消防団に、非常時の相互支援をお願いしています。			
平常時の訓練	別途定める「地域密着型特別養護老人ホーム和音消防計画」に基づき年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施します。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	有	消火器	13
	火災報知機	有	非常用出入口	6
	消火栓	4	非常口誘導灯	13
	自家発電	1		
	※カーテン、布団は防炎性のあるものを使用しています。			
消防計画等	消防署へ届け出及び防火管理者を配置			

1 1. 担当職員

(1) できるだけご希望に沿った地域密着型施設サービス計画を作成し、これに従ってサービスを提供するようにいたしますが、地域密着型施設サービス計画などにご不満がある場合は、担当の介護支援専門員または生活相談員に遠慮なくお申し出ください。

1 2. サービス利用にあたっての留意事項

介護保険施設においては、大勢利用者がいらっしゃいます。他の方のご迷惑にならないよう次の項目について留意してください。これらの項目に再三にわたって違反する場合には、退所となることがあります。

来訪・面会	・面会時間は、原則 9:00～20:00 です。その都度、面会受付用紙の記入をお願いします。
外出・外泊	・外出・外泊の際には、必ず行き先と帰宅時間を開始日の前日までに職員に申し出て、所定の用紙に記入してください。
医療機関への受診	・傷病等の程度により入居者が外部の医療機関に通院する場合、その介添えについてできるだけ配慮します。職員による介添えが困難な場合には、ご家族による対応をお願いする場合があります。
居室・整備・器具の利用	・施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。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ございます。
喫煙・飲酒	・施設内は禁煙です。飲酒は可能ですが、他入居者の迷惑にならない程度でお願いします。
迷惑行為	・騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入居者の居室に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	・原則入居者及びご家族、身元引受人の方の管理とし、必要に応じて職員が支援させていただきます。入居者ご本人の管理による紛失、盗難等に関して、当施設は責任を負いかねます。 ・個人での必要物品においては、原則ご家族、身元引受人の方にご用意をしていただきます。衣類等も季節に応じた入替をお願いします。
現金等の管理は原則おこないませんが、必要時には相談に応じます。	・入居者ご本人が管理される際の紛失・盗難等に関して、当施設は責任を負いかねます。
宗教・政治活動	・施設内で、他の入居者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。なお、個人の範囲内での信条、宗教を制限するものではありません。
動物飼育	・施設内でのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

1 3. 苦情申立窓口

施設内相談窓口	地域密着型特別養護老人ホーム 和音 電話 (0266) 27-3088 FAX (0266) 27-3089 時間 : 平日 9:00~17:30 対応者: 生活相談員 ※上記時間外においては、介護職員等の勤務中の職員が受付をし、生活相談員へ申し送りをします。
諏訪広域連合	介護保険課 電話 0266-82-8161 (代表)
長野県国民健康保険 団体連合会	介護保険課 電話 026-238-1555
運営適正化委員会	施設で解決できない苦情は、長野県社会福祉協議会に設置されている「長野県福祉サービス運営適正化委員会」に申し立てることができます。電話 026-226-2210
下諏訪町役場	下諏訪町役場 健康福祉課高齢者係 電話 (0266) 27-1111 時間: 平日 8:30~17:15

1 4. 事故発生時の連絡先

速やかに管理責任者に報告し、対応します。また、緊急連絡先の順番に沿ってご家族等へ連絡をとります。

1 5. 緊急時の連絡先

緊急連絡先	第1連絡先	氏名 (利用者との続柄)	
		住所 〒	
		自宅の電話	
		携帯電話	
		その他の電話(職場等)	
	第2連絡先	氏名 (利用者との続柄)	
		住所 〒	
		自宅の電話	
		携帯電話	
		その他の電話(職場等)	

私は、本書面に基づいて、乙から上記重要事項の説明を受け、同意しました。また、この本書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

上記契約を証明するために、本契約書を2通作成し、甲乙で各1通を保管します。

令和 年 月 日

甲（利用者）

住所 〒

氏名

（署名代行者）

私は、甲の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

住所 〒

氏名

（身元引受人）

住所 〒

氏名

サービスの提供に先立って、本書面を説明しました。

乙（事業者）

所在地 長野県岡谷市川岸上四丁目3番7号

事業所名 社会福祉法人 共立福祉会

代表者 理事長 岩間 ひとみ

⑨

説明者：職・氏名

地域密着型特別養護老人ホーム和音

⑨

