

介護老人福祉施設
「特別養護老人ホームはなみずきの杜」
重要事項説明書

社会福祉法人 はくさん

介護老人福祉施設「特別養護老人ホームはなみずきの杜」 重要事項説明書

あなたに対する介護老人福祉施設サービスの提供にあたり、介護保険法に関する厚生省令39号4条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人 はくさん
法人の所在地	茨城県下妻市下栗1223番地
法人の種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 鶴田 まゆみ
電話番号	0296-54-5211

2 ご利用施設

施設の名称	特別養護老人ホーム はなみずきの杜
施設の所在地	茨城県下妻市下栗1223番地
管理者名	所長 大里 良乃
電話番号・FAX番号	電話 0296 - 54 - 5211 FAX 0296 - 54-5711

3 ご利用施設があわせて実施する事業

事業の種類	地域密着型特別養護老人ホーム
指定年月日	平成26年5月1日
指定番号	0891000028
利用定員	29人定員

4 事業の目的と運営の方針

(事業の目的)

要介護者等の心身の状況等に応じて適切な指定介護老人福祉施設サービスを提供するとともに、その他の措置を講ずることにより常に指定介護老人福祉施設サービスを受ける者の立場に立って、これを提供するように努めることを目的とする。

(運営の方針)

- 事業者は、施設サービス計画に基づき、居宅における生活への復帰を念頭に置いてサービスを行う。
- 事業者は、介護者等の心身の特性を踏まえて、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をを行うことにより、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようすることを目指す。
- 事業者は、各居宅介護支援事業者、各保険医療機関、関係市町村、他介護保険施設その他の地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、協力と理解のもとに総合的なサービスに努める。
- 事業者は、緊急の事態にも柔軟に対応できる体制を整備する。

5 施設の概要

(1) 敷地及び建物の概要

敷地面積	2,796.00 m ²	
建 物	構 造	鉄筋コンクリート造 2階建
	延べ床面積	1,846.33 m ²
	利用定員	29人

(2) 居室及び主な設備

居室・設備の種類	3ユニット 29名定員
特殊浴室	1 室
医務室	1 室 (診療所)

ユニット 浅間

居 室	個室 9室
共同生活室	1 室
一般浴室	1 室

ユニット 日光

居 室	個室 10室
共同生活室	1 室
一般浴室	1 室

ユニット 筑波

居 室	個室 10室
共同生活室	1 室
一般浴室	1 室

6 職員体制 (数字は最低員数)

従事者の職種	員 数	区分				常勤 換算					
		常勤		非常勤							
		専 従	兼 務	専 従	兼 務						
管理 者	1		1			1	常勤1名	施設長資格			
医 師	1				1	0.2	非常勤1名	医師免許			
介護支援専門員	1	1				1	常勤 1 名	介護支援専門員			
生活相談員	1		1			1	常勤 1 名	介護福祉士			
看護職員	1	1				1	常勤 1 名	准看護師・看護師			
機能訓練指導員	1				1	0.2	非常勤1名	准看護師・看護師			
介護職員	12	12				12	10名				
栄養士	1	1				1	常勤 1 名	栄養士			
事務員	1	1				1	必要数				
調理員	調理委託						必要数	調理師免許			

7 職員の勤務体制

従事者の職種	勤務体制
管理 者	勤務時間帯 (8 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0) 常勤で勤務
医 師	週 2 日 (月・水曜日) (13 : 0 0 ~ 1 5 : 0 0) まで勤務
生活相談員	勤務時間帯 (8 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0) 常勤で勤務
介護支援専門員	勤務時間帯 (8 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0) 常勤で勤務
看護職員	日 勤 8 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0
機能訓練指導員	日 勤 1 5 : 0 0 ~ 1 6 : 3 0
介護職員	早 番 7 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0
栄養士	日 勤 8 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0
調理師	調理等の必要な時間で勤務します。
事務員	日 勤 8 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0

※介護職員体制は原則として職員 1 名あたり利用者 3 名のお世話をします。

※夜間は原則として職員 1 名あたり利用者 2 5 名のお世話をします。

※看護職員は、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。

8 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種類	内容									
食事	<ul style="list-style-type: none"> 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た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食堂で食べていただけるように配慮します。 (食事提供時間) <table> <tr> <td>朝食</td> <td>午前</td> <td>8時00分以降</td> </tr> <tr> <td>昼食</td> <td>午後</td> <td>0時00分ごろ</td> </tr> <tr> <td>夕食</td> <td>午後</td> <td>6時00分以降</td> </tr> </table> 	朝食	午前	8時00分以降	昼食	午後	0時00分ごろ	夕食	午後	6時00分以降
朝食	午前	8時00分以降								
昼食	午後	0時00分ごろ								
夕食	午後	6時00分以降								
排せつ	<ul style="list-style-type: none"> 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、排泄の自立についても適切な援助を行います。 おむつを使用する方に対しては、必要な時に随時交換を行います。 									
入浴・清拭	<ul style="list-style-type: none"> 入浴日の月曜日～日曜日に週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。 									
着替え・整容等	<ul style="list-style-type: none"> 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 生活のリズムを考えて、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 また、適切な整容が行われるよう援助します。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いたします。 									
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> 機能訓練指導員（所有資格）による入居者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	<ul style="list-style-type: none"> 嘱託医師により、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つて引継ぎます。 入居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。 (当施設の嘱託医師) 氏名：齊藤 朝海 診療科：総合診療 診察日：毎週2回 月・水曜日 時間：13：00～15：00 									
相談および助言	<ul style="list-style-type: none"> 当施設は、入居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。 (相談窓口) 生活相談員 柴 幸美 介護支援専門員 氷熊 貴浩 									
社会生活上の便宜	<ul style="list-style-type: none"> 当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、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。（主な娯楽、クラブ活動内容）書道・茶道・ちぎり絵・絵画・華道・詩吟・音楽・体操等 行政機関に対する手続きが必要な場合には、入居者・家族の状況によっては、代わりに行います。 									

9 入居者負担金

- (1) 指定地域密着型介護老人福祉施設サービスを提供した場合の利用料の額は、介護報酬告示の額とし、当該施設サービスが法定代理受領サービスであるときは、利用料のうち各入居者の負担割合に応じた額の支払いを受けるものとする。
- (2) 介護保険給付サービスを利用するにあたってあなたにご負担して頂く料金は、厚生労働大臣が定めた告示上の基準額とし、別紙利用料金表のとおりです。
- (3) 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、別紙利用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、光熱水費相当額及び室料（建物設備等の減価償却費等）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のご負担となります。

※ 外出・外泊・入院等で居室を空けておく場合は、第1～3段階の方は、6日まで負担限度額認定の適用が受けられますが、7日目以降は、1日当たり別紙料金表第4段階のご負担をいただきます。なお、空床期間に、契約者同意の上で他の入居者が空床を使用する場合は、自己負担は発生しません。

◎食事の提供に要する費用

入居者に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。

実費相当額の範囲内において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食費の金額のご負担となります。また、食事のキャンセルを申し込む場合、下記の時間以降のキャンセルについては、食事代を頂きます。

朝食：前日の17：00まで 昼食：当日の9：00まで

おやつ：当日の12：00まで 夕食：当日の14：30まで

10 協力医療機関

医療機関の名称	湖南病院
院長名	斎藤 憲太
所在地	下妻市長塚48-1
電話番号	0296-44-2556
入院設備	有り 126床

11 非常災害時の対策

非常時の対応	・別途定める消防計画に基づき対応を行います。
平常時の訓練・防災設備	・別途定める消防計画に基づき年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。
近隣との協力	地区消防団に、非常時関係の相互の支援をお願いしています。
設備名称等	スプリンクラー・消火器・火災報知機・非常用出入口 屋内消火栓・非常口誘導灯・屋外消火栓・防火戸5ヶ所
消防計画	消防計画等消防署への届出月日：平成26年5月1日 防火管理責任者：大久保 政義

1.2 サービス利用上の注意事項

- (1) できるだけあなたの希望にあった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、施設サービス計画等に不満がある場合は、遠慮なくお申し出ください。できる限り対応いたします。
- (2) 介護保険施設においては、他にも大勢の入居者がいらっしゃいます。他の方の迷惑にならないように、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は、退所となることがあります。

来訪・面会	・面会時間は原則午前8時00分～午後5時00分ですが、それ以外の時間帯でも可能です。必ずその都度、面会簿の記入をお願いします。
外出・外泊	・外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を所定用紙に記入し、開始日の前日までに届け出してください。
嘱託医師以外の医療機関への受診	・入居者が外部の医療機関に通院する場合、受診に対しできるだけ配慮します。
居室・設備 ・器具利用	・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あります。
迷惑行為等	・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、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理 現金等の管理	・原則入居者の方にお願いします。担当ケアワーカーが協力いたします。但し、自らの手による金銭の管理が困難な場合は、別途定めるに基づきお預かりできます。
宗教・ 政治活動	・施設内で他の入居者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。 動物飼育・施設内へのペットの待ち込みおよび飼育はお断りします。

(3) 退所を希望される場合は、担当の介護支援専門員又は生活相談員にご相談ください。

1.3 苦情申立窓口

利用者相談窓口	特別養護老人ホーム はなみずきの杜 電話0296-54-5211 fax0296-54-5711 メールアドレスhanamizuki@hakuhokai.or.jp 時間 月曜から金曜9時～16時 苦情担当者 柴 幸美 時間外の受付は、苦情マニュアルに従い、速やかに対応します。
下妻市役所	長寿支援課 電話：(0296) 43-2111 時間：平日 午前8時30分～午後5時15分
国民健康保険団体 連合会	電話：029-301-1565 時間：平日のみ 午前8時30分～午後5時

1 4 緊急時の対応方法

入居者の主治医への連絡を行い、医師の指示に従います。また、緊急連絡先に連絡します。

所属医療機関の名称 及び医師氏名	
所 在 地	
連 絡 先	

(第1 連絡先)

氏 名	(続柄)
住 所	
連絡番号	(昼間) (夜間)

(第2 連絡先)

氏 名	(続柄)
住 所	
連絡番号	(昼間) (夜間)

1 5 事故発生時の対応

当施設の安全管理マニュアルに従って、速やかに管理責任者に報告し、対応します。

1 6 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の 実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

附則

この重要事項説明書は、平成26年5月1日より施行。

この重要事項説明書は、令和3年4月1日一部変更。

介護老人福祉施設サービスの提供について、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

令和　年　月　日

事業者　所在　地　茨城県下妻市下栗1223

事業者名　社会福祉法人はくさん

特別養護老人ホームはなみずきの杜

代表者　理事長　鶴田　まゆみ

説明者氏名

印

この書面により、介護老人福祉施設サービスに関する重要事項の説明を受け、同意しました。

令和　年　月　日

利用者

住　所

氏　名

印

身元引受人

住　所

氏　名

印

利用者との続柄（　　）