

# 「指定介護老人福祉施設」重要事項説明書

特別養護老人ホーム おおたわら風花苑

(栃木県指定 第0971000583号)

当施設はご利用者様又はご契約者に対して、指定介護老人福祉サービスを提供いたします。施設概要や提供されるサービス内容、契約上のご注意していただく事項を次のとおり説明いたします。

\* 当施設への入所は原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となりますが、要介護認定をまだ受けていない方でも入所が可能な場合があります。



## [目次]

1. 施設運営法人	1
2. ご利用施設	2
3. 建物等の概要	2
4. 職員の配置	4
5. 当施設が提供するサービスと利用料金	5
6. 協力医療機関	10
7. 非常災害時の対応	11
8. 施設を退所していただく場合	11
9. 施設利用にあたっての留意事項	12
10. 苦情の受付について	12
11. 身元引受人	13
12. 虐待の防止に関する措置	13
13. 身体拘束について	13
14. 事故発生時の対応について	13
15. 感染症対策について	14
16. 福祉サービス第三者評価	14
17. 個人情報の保護について	14



### 1. 施設運営法人

法人名	社会福祉法人 邦友会
法人所在地	栃木県大田原市北金丸 2600 番地 7
電話番号	0287-20-5100
代表者氏名	理事長 高木 邦格
設立年月日	平成5年9月17日

## 2. ご利用施設

施設の種類	指定介護老人福祉施設（平成19年3月1日指定）
施設の目的	要介護状態にある高齢者に対し、適切な介護を提供する。
施設の名称	特別養護老人ホーム おおたわら風花苑
施設の所在地	栃木県大田原市北金丸2600番地10
電話番号	0287-20-2230
施設長（管理者）	佐藤 博基
当施設の運営方針	1. 人間の尊厳と人間性を尊重する。 2. その人らしい生活と生活の質を保障する。 3. 自立した生活が営めるよう個別支援を行う。 4. 地域とともに歩み、地域と交流し、地域に開放された施設
開設年月	平成19年3月1日
入所定員	60名（全室個室）
短期入所	10名（全室個室）

## 3. 建物等の概要

## (1) 建物及び設備の概要

構 造	鉄筋コンクリート造 3階建て
延べ床面積	4,471.13㎡
敷地面積	4,480.15㎡
入居利用定員	70名（うち入所60名、短期入所10名）
居 室	エアコン、電動ベッド、洗面台・トイレ、ナースコール付
共同生活室	各ユニットに台所・食堂・たたみコーナー等
浴 室	仰臥式機械浴槽2基・座位式機械浴槽1基 個人浴槽（各ユニット）
理・美容室	ご希望により入居者様にご利用になれます。
そ の 他	医務室、地域交流スペース、相談室、ボランティア作業室、 厨房等

## (2) 各ユニットの名称と定員

フロア	ユ ニ ッ ト		備 考
	名 称	定員 (室)	
1階	いちょう	10室	入所居室
	け や き	10室	〃
2階	ざぜんそう	10室	〃
	あじさい	10室	〃
	こぎく	10室	短期入所居室
3階	やみぞ	10室	入所居室
	たかはら	10室	〃
		70室	

注1：ご利用ユニット及び居室については、当施設で指定させていただきます。

また、入居後の変更は原則として出来ませんのでご了承ください。

注2：各居室の面積は、1室当たり平均で約17.16㎡（10.3畳）です。

## 〔居室の主な設備・備品〕

エアコン、電動ベッド（マットレス・ベッドパット付）、トイレ、洗面台、鏡、  
ナースコール、小物類収納庫など

\*寝具・家具類等は入居者様の愛着あるものをご用意ください。

## (3) 各ユニットの主な共用スペース

種 類	室数等	面 積	備 考
台 所 ・ 食 堂 等	1室	98.00㎡	
玄 関 ・ 通 路 等	—	81.63㎡	各ユニットの平均面積
脱 衣 ・ 浴 室	1室	14.00㎡	
洗 濯 室 ・ 汚 物 室	1室	13.84㎡	
車 椅子 利用 トイレ	1室	6.56㎡	

#### 4. 職員の配置

##### (1) 標準的な職員の配置

(入所60名、短期入所10名 計70名)

(単位：名)

職 種	常 勤		非 常 勤		常勤換算 後の職員	指定 基準
	専任	兼任	専任	兼任		
施設長（管理者）	1				1.0	1
医 師				2	—	必要数
生 活 相 談 員	1				1.0	1
看 護 ・ 介 護 職 員	42				42.0	24
（内看護職員）	5				5.0	3
（内介護職員）	37				37.0	21
管 理 栄 養 士	1				1.0	1
栄 養 士	1				1.0	
機 能 訓 練 指 導 員	1	1			1.1	1
介 護 支 援 専 門 員	1				1.0	

注：常勤換算とは、1週間当たりの勤務時間数の総時間数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（40時間）で除した値です。

##### (2) 主な職種の勤務形態

職 種	勤 務 形 態	
医 師	毎週火曜日（内科） 毎週水曜日（整形外科）	8：30～10：00 9：00～10：00
介 護 職 員	最低配置人員（各ユニット当たり）	
	・ 早 番 6：30～15：30	1名
	・ 日 勤 8：30～17：30	1名
	・ 遅 番 13：00～22：00	1名
	・ 夜 勤 21：45～6：45 ※夜勤は2ユニットで1名の配置	1名
看 護 職 員	最低配置人員 ・ 日 勤 8：30～17：30	1名
機 能 訓 練 指 導 員	月曜日～金曜日 8：30～17：30	1名

注：日勤帯の職員配置は、各ユニット早番、日勤、遅番の勤務を通して1名以上の職員配置とします。

## 5. 当施設が提供するサービスと利用料金

### (1) 介護保険給付の対象となるサービス

#### [サービスの概要]

#### ① 食 事

- (ア) 食事メニューは、入居者様の嗜好に合った食事を用意いたします。
- (イ) 治療食は、年齢・病状等に適合したものを提供します。
- (ウ) 出来る限り離床し、リビングで食べていただけるよう支援して参ります。
- (エ) 定期的にアンケートを行いメニューの改善に努めます。
- (オ) 食事時間帯は、次のとおりですが個人の身体状況や希望により弾力的に対応します。
  - ・朝 食 7:30～8:30
  - ・昼 食 12:00～13:00
  - ・夕 食 18:00～19:00

#### ② 入 浴

入浴・清拭は、週2回以上とし、入居者様のペースに配慮いたします。  
 個浴は、各ユニットの浴室で、入浴していただきます。  
 座位が保てない方でも、機械浴槽・リフト浴槽により安心して入浴できます。

#### ③ 排せつ

排せつの自立を促すため、入居者様の身体能力を最大限活用した援助を行います。

#### ④ 機能訓練

心身の状況に応じてプランを作成し、機能訓練指導員による訓練により、日常生活を送るために必要な身体機能の維持をお手伝いします。

#### ⑤ 健康管理

医師（嘱託）または看護職員が日々の健康管理にあたります。また、急病等の場合は医師及び協力医療機関等と連携し、速やかに対応いたします。

#### ⑥ その他自立への支援

- (ア) 入居者様を尊重しながら、寝たきり防止のため出来る限り離床に配慮します。
- (イ) 清潔で快適な生活が送られるよう、適切な整容が行われるよう援助します。
- (ウ) 余暇はご本人の希望に応じた過ごし方が出来るよう、趣味・レクリエーションの企画等、適確な支援に努めます。
- (エ) 入居者様及びご家族様からの各種ご相談に対し、生活相談員・介護支援専門員が親身になって対応し、適切な支援とフォローに努めます。

#### [サービス料金]

入居者様の介護度に応じた下記の①から③までのサービス利用料金（自己負担額）をお支払いただきます。ただし、介護保険負担割合が2割の利用者様は2倍の額、3割の利用者様は3倍の額となります。

#### ① 施設サービス利用料金（1日当たり利用者負担分） （単位：円）

サービス項目	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
7. 要介護度別利用料金	670	740	815	886	955

## ② 介護サービス加算

介護サービス加算項目	料 金	説 明
ア. 日常生活継続支援加算(Ⅱ)	46 円/日	算定日の属する月の前 6 月間又は前 12 月間における新規入所者の総数のうち、要介護 4～5 の割合が 70%以上又は算定日の属する月の前 6 月間又は前 12 月間における新規入所者の総数のうち、日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから介護を要する認知症である者の割合が 65%以上である場合、又は痰の吸引等が必要な入居者の占める割合が 15%以上である場合、かつ入居者 6 名に対し介護福祉士 1 名以上配置している場合
イ. サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22 円/日	介護職員のうち 80%以上が介護福祉士の資格を保有し、かつ勤続 10 年以上の介護福祉士が 35%以上配置している場合 ※日常生活継続支援加算を算定しない場合
ウ. 夜勤職員配置加算(Ⅱ)ロ	18 円/日	ユニット型で、夜勤職員の数が最低基準を 1 名以上上回っている場合
エ. 栄養マネジメント強化加算	11 円/日	管理栄養士を常勤換算で入居者の数を 50 (施設に常勤栄養士を 1 人以上配置し、給食管理を行っている場合は 70) で除して得た数以上配置し、低栄養状態のリスクが高い入居者に対し栄養ケア計画に従い食事の観察を週 3 回以上行い入居者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施した場合
オ. 看護体制加算(Ⅰ)	4 円/日	常勤の看護師を 1 名以上配置している場合
カ. 看護体制加算(Ⅱ)	8 円/日	入居者 25 名に対し 1 名以上の看護職員を配置し、かつ最低基準を 1 名以上上回って看護職員を配置している場合、かつ看護職員により 24 時間の連絡体制を確保している場合
キ. 初期加算	30 円/日	入所日から 30 日以内の期間に加算されます (30 日以上入院後の再入所も同様)
ク. 入院外泊時費用	246 円/日	病院等へ入院や居宅などへ外泊を認めた場合 (月をまたぐ場合最大 12 日間)
ケ. 個別機能訓練加算	12 円/日	機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を 1 名以上配置している場合
コ. 個別機能訓練加算Ⅱ	20 円/月	入居者等ごとに機能訓練計画を作成し、その計画内容等の情報を厚生労働省に提出します。計画に基づいた機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために活用する場合。
サ. 精神科医療養指導加算	5 円/日	精神科を担当する医師による定期的な療養指導が月に 2 回以上行われている場合
シ. 認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	120 円/月	認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を一定の基準以上配置し、専門的な認知症ケアを実施している場合
ス. 療養食加算	6 円/回	医師の食事箋に基づく療養食を提供した場合 (糖尿病食や腎臓病食等)、ただし 1 日 3 回まで
セ. 看取り介護加算(Ⅰ)	72 円/日	死亡日以前 31～45 日
	144 円/日	死亡日以前 4～30 日
	680 円/日	死亡日の前日・前々日
	1280 円/日	死亡日

リ. 口腔衛生管理加算(Ⅱ)	110円/月	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入居者に対し口腔衛生等の管理を月2回以上行い、介護職に対しても具体的な技術的助言指導を行うこと。また、口腔衛生等の管理に係る計画を作成し、口腔衛生等の管理に係る情報を厚生労働省に提出し、有効な実施のため必要な情報を活用する場合
ル. 科学的介護推進体制加算Ⅱ	50円/月	入居者ごとの身体機能、栄養状態、口腔機能、認知症の状態等の情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてサービス計画の見直し等サービス提供にあたってこれらの情報を適切かつ有効に活用していく場合
レ. 自立支援促進加算	280円/月	医師が入居者ごとに自立支援のために特に必要な医学的評価を行い、評価を受けて、関係職員が共同して自立支援に関わる支援計画を策定し、ケアを実施していく場合
ロ. 褥瘡マネジメント加算Ⅰ	3円/月	入居者等ごとに褥瘡発生リスクを評価し、その評価結果等を厚生労働省に提出します。評価の結果、褥瘡の発生リスクがあると判断された方に対して、当該情報等を活用し、様々な専門職が協力して褥瘡管理に関するケア計画を作成する場合
リ. 排せつ支援加算Ⅰ	10円/月	排せつに介護を要する入居者等ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入居時等に評価します。加えて少なくとも6ヵ月に一度評価を行い、その評価結果を厚生労働省に提出します。さらに当該情報等を活用し、様々な専門職が協力して排せつに関する支援計画を作成する場合
ロ. 安全対策体制加算	20円/日 ※入所日に限る	厚生労働省が定める基準に適合し、担当者が安全対策に係る外部研修を受け、組織的に安全対策を実施する体制を整備している場合
リ. 協力医療機関連携加算	50円/月	協力医療機関との間で、病歴等の情報を共有し、診療や入院を円滑に行える体制を構築している場合
ロ. 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	10円/月	感染症法に規定する第二種協定指定医療機関との間で新興感染症の発生時の対応を行う体制を確保している場合
リ. 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10円/月	見守り等のテクノロジーを導入し、入居者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討し、必要な安全対策を講じたうえで生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っている場合
レ. 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)		厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届けた指定介護老人福祉施設が、入居者に対し指定介護老人福祉施設サービスを行った場合 (『P5①7. 要介護度別利用料金』 + 『7～8の加算料金』) × 0.014 で算出された数値を四捨五入した数が1日の金額

③ 地域区分

国家公務員の地域手当に準じて8地域に区分すると、大田原市は7級地に区分され、国の基準により1単位当たり1.4%加算されます。

\* 利用料金に関する注意事項

注1：1日当たりの介護保険の自己負担額は、『P5①7. 要介護度別利用料金』+『P.6~8② 介護サービス加算の項目に該当する加算の和』×『上記③地域区分 1.014』となります。

注2：介護認定を受けていない状態で入居された場合は、サービス利用料金の全額を一度お支払いいただくことになります。

注3：看取り介護加算について、死亡日から遡っての算定となる為、複数月分まとめてのご請求となる可能性があります。

注4：看取り介護加算について、看取りの同意後に在宅復帰又は病院入院となり退所した場合でも、死亡日から遡って当施設に入所していた期間分を負担していただきます。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

[サービスの概要と利用料金]

① 食事の提供に要する費用（食材費及び調理費）

入居者様に提供する食事の材料費及び調理費にかかる実費相当額の範囲内で負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定を受けている方につきましては、介護保険負担限度額認定証に記載された下記の食費（1日当たり）のご負担となります。また、入院・外泊時につきましては、入院・外泊が決定した際に想定される材料費及び調理費分の負担となります。

食 費

負担限度額	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	一般世帯の方
( ) 内は月額 概算額(30日)	300円 (9千円)	390円 (11.7千円)	650円 (19.5千円)	1,360円 (40.8千円)	1,710円 (51.3千円)

② 居住に関する費用（光熱水費及び室料）

この施設及び設備を利用し、滞在されるにあたり、光熱水費及び室料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を受けている方につきましては、認定証に記載された下記の滞在費（居住費）の金額（1日当たり）のご負担となります。

滞在費（居住費）

負担限度額	第1段階	第2段階	第3段階①②	一般世帯の方
( ) 内は月額 概算額(30日)	880円 (26.4千円)	880円 (26.4千円)	1,370円 (41.1千円)	2,200円 (66千円)

注：上記①及び②において

第2段階 とは、世帯の全員（世帯を分離している配偶者を含む）が市民税非課税で、本人の年金収入額+その他の合計所得金額が年額80万円以下、かつ、預貯金等の合計が650万円（夫婦は1650万円）以下

第3段階①とは、世帯の全員（世帯を分離している配偶者を含む）が市民税非課税で、本人の年金収入額+その他の合計所得金額が年額80万円超120万円以下、かつ、預貯金等の合計が550万円（夫婦は1550万円）以下

第3段階②とは、世帯の全員（世帯を分離している配偶者を含む）が市民税非課税で、本人の年金収入額+その他の合計所得金額が年額120万円超、かつ、預貯金等の合計が500万円（夫婦は1500万円）以下



- ③ 特別な食事  
入居者様のご希望によって提供する特別な嗜好品は、要した費用の実費となります。
- ④ 理・美容サービス  
施設内の理・美容室において、月1～2回、理容師・美容師による調髪・顔剃等のサービスをご利用できます。  
利用料金：要した費用の実費（調髪2,000円、顔剃500円）  
（諸事情によって、利用料金を改定する場合があります。）
- ⑤ レクリエーション、クラブ活動  
ご契約者又は入居者様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：材料代等の実費
- ⑥ 複写物の交付  
ご契約者又は入居者様は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費相当額をご負担いただきます。  
1枚につき：白黒コピー 10円  
カラーコピー 50円
- ⑦ 貴重品管理サービス  
入居者様の希望により、次のとおり貴重品管理サービスをご利用いただけます。  
（ア）管理する金銭の形態：施設の指定する金融機関に預け入れている預金通帳  
（イ）お預かりするもの：預金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、有価証券、年金証書  
（ウ）保管管理者：施設長 佐藤 博基  
（エ）出納方法：手続きの概要は以下のとおりです。  
a. 金銭の預け入れ及び引き出しが必要な場合、備え付けの届出書を保管管理者に提出していただきます。  
b. 保管管理者は上記届出の内容に従い、預金の引き出しを行います。  
c. 保管管理者は入出金の都度、入出金記録を作成し、その写しをご契約者へ交付いたします。  
（オ）利用料金：1か月当たり 1,500円
- ⑧ 日常生活上必要となる諸費用  
日常生活品の購入代金等入居者様の日常生活に要する費用でご契約者又は入居者様に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。  
日常生活品：実費
- ⑨ テレビ貸出  
入居者様のご希望により居室でテレビをご覧いただく場合は、下記の料金でテレビを貸出いたします。  
1日につき：100円
- ⑩ おむつ代  
おむつ代は介護保険給付対象となっておりますので、ご負担の必要はございません。
- ⑪ 遺体処置費  
寝巻を含む場合 11,000円  
寝巻なしの場合 7,700円

⑫ 契約不履行の費用負担

ご契約者又は入居者様が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間について、入居者様の要介護度に応じた金額をご負担していただくことがあります。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、毎月末締めで計算し、翌月15日頃までに請求書をご送付いたします。

お支払い方法：原則として、毎月25日に足利銀行の指定口座からの自動引き落としとなります。

6. 協力医療機関

入居者様の健康管理や急病などが生じた場合及びその他必要な場合は速やかに下記の医療機関と連携を図り、必要な治療・処置が受けられるようにいたします。

[病院]

医療機関の名称	国際医療福祉大学病院
所在地	栃木県那須塩原市井口 537-3
電話番号	0287-37-2221
診療科	外科、脳神経外科、呼吸器外科、整形外科、歯科口腔外科、腎泌尿器外科、心臓血管外科、形成外科 内科（呼吸器、循環器、腎臓、消化器、生活習慣病） 神経内科、心療内科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、麻酔科、眼科、放射線科、産婦人科、小児科、こころのケア科

医療機関の名称	なす療育園
所在地	栃木県大田原市北金丸 2600-7
電話番号	0287-20-5100
診療科	小児科、小児神経科、整形外科、リハビリテーション科、歯科

[診療所]

医療機関の名称	国際医療福祉大学クリニック
所在地	栃木県大田原市北金丸 2600-6
電話番号	0287-24-1001
診療科	内科、整形外科、耳鼻咽喉科、歯科

[協力歯科医療機関]

医療機関の名称	国際医療福祉大学病院
所在地	栃木県那須塩原市井口 537-3
医療機関の名称	国際医療福祉大学クリニック
所在地	栃木県大田原市北金丸 2600-6

7. 非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める「おおたわら風花苑消防計画」により対応します。
通常訓練	別途定める「おおたわら風花苑消防計画」を基に、防災訓練を行います。また、業務継続計画（BCP）を定め、定期的に訓練等を実施します。
防災設備	火災報知器、非常放送装置、自動通報装置、消火器、消火栓、スプリンクラー設備、誘導灯、防火扉、ガス漏れ報知器、非常階段、非常用電源
防火管理者	佐藤 博基

## 8. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

当施設との契約では契約の終了する期日を定めておりません。以下のような事由に該当する場合は、継続してサービスを利用することができませんのでご了承ください。

### （1）ご契約者又は入居者様からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間内であっても、ご契約者又は入居者様から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日前までに解約届出書をご提出ください。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・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 入居者様が入院された場合
- ③ 事業者又はサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合
- ④ 事業者又はサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤ 事業者又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、又は著しい不信行為、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
- ⑥ 他の利用者がご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合、又は傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応を取らない場合

### （2）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、当施設からの退所していただくことがあります。

- ① ご契約者又はご利用者が、契約締結時に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 ご契約者又は入居者様による、サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し相当期間を定めた催告にも拘らずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者又は入居者様が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者若しくは他の入居者様等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ 入居者様が連続して3か月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合、又は入院した場合
- ⑤ 入居者様が介護老人保健施設に入所した場合、又は介護療養型医療施設に入院した場合

### （3）入居者様が病院等に入院、外泊された場合の対応について

- ① 6日間以内の短期入院、外泊の場合（月をまたがる場合は最大で12日間）
  - ・退院、外泊後再び施設に入所することができます。
  - ・6日以内の入院・外泊については、1日当たり居住費に246円を加算した利用料金をご負担いただきます。なお、入院・外泊の開始日及び終了日は所定の利用料金をご負担いただきます。
- ② 7日間以上3か月以内の入院の場合（月をまたがる場合は最大で13日目以降）
  - ・3か月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入所することができます。
  - ・第1段階～第3段階の方も、一般世帯の方と同額の居住費（1日2,200円）を負担いただきます。
- ③ 3か月以内の退院が見込まれない場合
  - ・3か月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。この場合は、当施設に再び優先的に入所することはできません。

(4) 円滑な退所のための援助

ご契約者又は入居者様が当施設を退所する場合には、ご契約者又は入居者様の希望により、事業者は入居者様の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所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。

- |                              |
|------------------------------|
| ① 適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介 |
| ② 居宅介護支援事業者の紹介               |
| ③ その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介 |

(5) その他の事由で契約終了となる場合

- |  |
|--|
| ① 入居者様が死亡した場合                                    |
| ② 要介護認定により、入居者様の心身の状況が自立、要支援、要介護1又は要介護2と判定された場合  |
| ③ 事業者が解散、破産した場合又はやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合            |
| ④ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者又は入居者様に対するサービスの提供が不可能になった場合 |
| ⑤ 施設が介護保険事業所の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合              |

9. 施設利用にあたっての留意事項

面 会	・面会時間 午前9:00～午後5:00 ・面会で食べ物を持参した際は、必ず職員に渡していただけますようお願いいたします。
外 泊	・2日前までにご連絡願います。 ・外泊する前に外泊届に必要な事項を記入し、提出をお願いいたします。
外 出	・外出する前に外出届に必要な事項を記入し、提出をお願いいたします。
宗教・政治・営 利各活動の禁止	・入居者様、ご家族、職員等に対する左記の活動を禁止いたします。
喫 煙 ・ 飲 酒	・施設内は禁煙となっております。 ・喫煙の際は所定の場所をお願いいたします。 ・飲酒については、事前に施設管理者の許可を受けた上で、体調等の状況により制限させていただく場合があります。
連 絡 先 の 確 認	・緊急時などの連絡先が変更になった場合は、生活相談員にご連絡をお願いいたします。

10. 苦情の受付について

(1) 当施設の苦情受付窓口

苦 情 受 付 窓 口	田代 千秋 (生活相談員)
受 付 時 間	8時30分～17時30分
苦 情 解 決 責 任 者	佐藤 博基 (施設長)
第 三 者 委 員	本澤 節子 電話 0287-22-5480 大田原市北金丸 1544-7 櫻岡 賢治 電話 0287-23-1130 大田原市本町 1-3-1 (大田原市社会福祉協議会)
電 話 番 号	0287-20-2230
フ ァ ッ ク ス 番 号	0287-22-2666

注:「ご意見箱」をエントランスホールに設置しております

## (2) 行政機関その他苦情受付機関

大田原市役所 保健福祉部高齢者幸福課	所在地 栃木県大田原市本町 1-4-1 電話番号 0287-23-8740 F A X 0287-23-4521 受付時間 8:30~17:00
国民健康保険団体連合会	所在地 栃木県宇都宮市本町 12-11 栃木会館内 電話番号 028-643-2220 F A X 028-643-5411 受付時間 9:00~16:00
栃木県運営適正化委員会	所在地 栃木県宇都宮市若草 1-10-6 とちぎ福祉プラザ内 電話番号 028-622-2941 F A X 028-622-2316 受付時間 9:00~16:00

## 11. 身元引受人

契約締結にあたり、身元引受人を選定していただきます。入居様が退所を申し出た場合、死亡した場合、その他の事由により当施設を退所する場合の身元引き受け及び施設管理規定に違反した場合など施設からの相談等について対応していただきます。

## 12. 虐待の防止に関する措置

入居者様の人権の擁護・虐待の防止等のために、次の事項について必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定
  - ・虐待防止に関する責任者：佐藤 博基（施設長）
- (2) 虐待防止のために講じる措置
  - ① 施設における高齢者虐待を未然に防止するため、倫理綱領、行動規範等を定め、職員に周知徹底を図ります。
  - ② 虐待防止の啓発と普及するための研修を実施して、普段から人権を擁護する意識を深め合わせて職員の資質の向上を図ります。
- (3) 成年後見制度の利用を支援します。

## 13. 身体拘束について

当施設では、原則として入居者様に対して身体拘束は行いません。ただし、自傷他害等の恐れがある場合など、入居者様本人又は他の入居者様等の生命・身体に危険が及ぶことが考えられ緊急やむを得ない場合は、入居者様及び入居者様の身元引受人に対して説明し同意を得たうえで、次に掲げること留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及びその状況等についての記録を行い、拘束解除に向けた取り組みを行うものとします。

- (1) 緊急性：直ちに身体拘束を行わなければ、入居者様又は他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- (2) 非代替性：身体拘束以外に、入居者様本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- (3) 一時性：入居者様本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ばなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

## 14. 事故発生時の対応について

- (1) サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は入居者様に対し必要な措置を講じます。
- (2) 嘱託医等により専門的な医療的対応が必要と判断した場合、協力医療機関等と連携を図り必要な治療・処置が受けられるようにします。
- (3) 当施設は、事故の状況に合わせて契約者又は連絡を希望する方及び保険者（市町村）に対して速やかに連絡します。

**15. 感染症対策について**

- (1) 当施設では、感染症発生防止のため、指針に基づき必要な対策を行います。
- (2) 感染症発生時は、協力医療機関と連携を図り、必要な治療・処置・対策を行います。
- (3) 感染症発生時の業務継続計画（BCP）を定め、感染症発生時も感染状況に合わせた必要なサービスを提供できるよう体制を整備します。

**16. 福祉サービス第三者評価**

実施の有無	無	実施年月日	
評価機関		評価結果の開示状況	

第三者評価は、福祉サービスを提供する事業者のサービスの質について、第三者機関が客観的かつ専門的な立場から評価する

**17. 個人情報の保護について**

- (1) 利用者の個人情報について、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取扱いに努めるものとします。
- (2) 当施設に従事する職員は、サービスを提供するうえで知り得た入居者様及びそのご家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
- (3) 当施設の職員は、業務上知り得た入居者様又はそのご家族の秘密を保持するべき旨を、職員との雇用契約の内容とします。
- (4) 当施設は入居者様及びそのご家族に関する個人情報が含まれる記録物について、善良なる管理者の注意をもって厳正に管理し、また処分する際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
- (5) サービスを提供する際に必要となる入居者様の個人情報について、協力医療機関及び医療機関、居宅介護支援事業所、介護支援専門員等に提供する場合があります。
- (6) 当施設は福祉、医療に従事する従事者を育成する実習施設であることから、これらの従事者を育成する目的のため、厳正なる管理の下に入居者様の個人情報を用いることについて、入居者様もしくはご契約者に対して同意を求め承諾を得ることとします。
- (7) 看取り介護に関連して、当施設で看取りの同意後に在宅復帰又は病院へ入院した場合、当該医療機関等から当施設に対してご本人の状態を伝え、又は当施設から医療機関への問い合わせを行うことがあります。

以上

[令和7年4月1日現在]

令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定介護老人福祉施設 おおたわら風花苑

説明者職名 \_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

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。

ご契約者住所 \_\_\_\_\_

ご契約者氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

この重要事項説明書は、厚生省令第39号(平成11年3月31日)第4条の規定に基づき、入所申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。一部変更になることがありますので、ご了承ください。

### 個人情報の取扱いについての同意書

個人情報の取り扱いについて、重要事項説明書17項「個人情報の保護について」説明を受け、同意し承諾いたします。

令和 年 月 日

入居者様氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

ご契約者住所 \_\_\_\_\_

ご契約者氏名 \_\_\_\_\_ ㊞