

# せいりょう園

## 介護老人福祉施設利用のしおり

(指定介護老人福祉施設重要事項説明書)

介護保険事業者番号2872200296

特別養護老人ホームせいりょう園

### 1 指定介護施設サービスの方針と内容

介護老人福祉施設サービスを実施するに当たっては、要援護高齢者が一個の社会人として、本人固有の社会関係を維持継続し、その心身機能や生活意欲を持続し発展させ、可能な限り居宅での生活に復帰できることを目標にして、日常生活上の援助を提供します。

本人と家族の意向を尊重し、その生活環境や人間関係に配慮しながらケアプランを作成し、プランに沿って日常生活上の世話と機能訓練を実施します。

介護に当たっては、利用者の自立と日常生活の充実を目指して、適切な技術と方法で、入浴・排泄・おむつ交換等適切な内容の介護に努めます。利用者を尊敬し、尊重し、その人らしい生活を支える事を第一に考えて、懇切丁寧に行います。

人が老い、命に限りがあることをしっかりと認識して、今の幸せと喜びを求めるところに、高齢者介護の本質を見いだします。高齢者本人の持つ生活力と生命力を十分に発揮してもらう事を基本とし、利用者が社会人としてそのベストを尽くし、尊厳のある生活を実現できるように支援します。ご本人やご家族のご希望と主治医の同意の下であれば、ターミナルケアも配置職員の出来る範囲でお世話致します。そして、施設で葬儀を執り行う場合には、共に過ごした仲間として、冥福を祈り見送りたいと思います。

緊急やむを得ない場合を除き、利用者の行動を制限する行為は行いません。認知症の症状や身体機能の低下を考慮すれば、転倒や感染症等の不慮の事故が起きる可能性も否定できませんが、常に自立支援の原点に立ち戻り、生活の質を高めることを目指して介護します。

ご家族や知人には何時お出で頂いても結構ですが、ご家族の生活サイクルの中に規則的なペースで、来訪を位置づけして頂きたいと願います。

① 利用定員・・・ユニット型個室30名

- ② 身体介護・・・入浴・清拭は1週間に2回以上行い、食事・排泄・離床・整容等の介護・援助を適切に行います。
- ③ 食事の提供・・・高齢者の特性や利用者の嗜好を考慮し、十分なカロリーと栄養成分に富み、消化・吸収の実を上げるように努めます。生活の楽しみとなるに相応しい食事を心掛け、食堂や居室において適正な時間に適温で提供します。
- ④ ケアプラン・・・介護支援専門員が、利用者の心身・環境等を踏まえて、サービスの目標・内容等を記載した個別の施設サービス計画を作成し、利用者と家族に説明し、同意を得ます。計画の作成に当たっては、包括的自立支援プログラムを使用します。
- ⑤ 機能訓練・・・日常生活に必要な生活機能と生活意欲の維持改善をめざして、按摩マッサージ指圧師を中心に機能訓練を行います。
- ⑥ 健康管理・・・常に利用者の健康状態の把握に努め、必要に応じて検査や適切な措置を講じ、記録を整備し、適切な助言や必要な指導を行います。
- ⑦ 入院時・・・入院後7日以降は保険の給付が無く、退所となります。ただし、入院後4週間以内に退院の見込みがあり、再入所を希望して居住費の全額（ユニット型個室2,040円/日）を支払うときは、居室を整備して再入所に控えます。  
4週間を超えて入院し、3ヶ月以内に再入所を希望する場合は、ショートステイの優先利用をはじめ、早期に再入所出来るように配慮します。
- ⑧ 退所の援助・・・居宅や他の介護施設、あるいは病院へと如何なる退所の場合でも、その後の生活に支障なき様に、地域包括支援センター等関係機関と連絡・調整を図ります。
- ⑨ 守秘義務・・・業務上知り得た利用者や家族の情報は、正当な理由がない限り他には漏らしません。会議等で情報提供の必要が生じた場合は、事前に文書により同意を得ます。

⑩ 看取り介護・・自然の摂理に添った老いの暮らしと安らかな最期を願って、全人的ケアを提供して看取りを行います。

⑪ 質の確保・・・日常の介護サービスの質を確保し、向上させるために ①感染症管理体制 ②介護事故等安全管理体制 ③身体抑制拘束廃止体制 を確立します。

## 2 職員の職種及び員数

- |              |                          |
|--------------|--------------------------|
| ① 管理責任者（施設長） | 1名                       |
| ② 医師         | 1名（非常勤・嘱託）               |
| ③ 介護支援専門員    | 1名（常勤）                   |
| ③ 生活相談員      | 1名（常勤）                   |
| ④ 看護師        | 2.1名以上（常勤換算）             |
| ⑤ 介護員        | 9名以上（常勤換算）               |
| ⑥ 機能訓練指導員    | 1名（常勤・按摩マッサージ指圧師、柔道整復師等） |
| ⑦ 管理栄養士      | 1名以上                     |
| ⑧ 調理員        | 必要数                      |
| ⑨ 事務員        | 必要数                      |

## 3 緊急時等の対応

利用者に急変・事故等が発生した場合、緊急に必要な手当を講ずると共に、状況に応じて ① 嘱託医に連絡して必要な指示を求めます。

② 協力医療機関・救急当直病院等に連絡して治療を要請します。

③ 家族、警察、消防署に連絡します。

④ 市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター等に連絡します。

当施設の嘱託医は、西村医院（野口町水足）の医師です。

協力病院は、甲南加古川病院及び、西村医院です。

協力歯科医療機関は中井歯科医院（野口町長砂）です。

## 4 非常災害対策

（1）火災・地震等の非常災害時に備えて、非常食・飲み水等を一定量常に用意し、

（2）年に2回、消火訓練・避難訓練等の非常災害想定の実施を行います。

## 5 利用料

- (1) 介護福祉施設サービス費として、「別紙1」とおりいただきます。なお、介護報酬に改定のあった場合には、その都度負担額を変更いたします。
- (2) 食費として、1日1,800円（朝食520円・昼食640円・夕食640円）いただきます。ただし、利用者負担段階が第1段階から第3段階までの方は「負担限度額認定証」を掲示することにより1日につき下記のとおりいただきます。

第1段階	300円
第2段階	390円
第3段階	650円または1,360円

なお、欠食につきましては5日前までに届け出をお願いいたします。

- (3) 居住費として、下記のとおりいただきます。

### 《ユニット型個室》

室料1日2,040円と光熱水費（実費）をいただきます。ただし、利用者負担段階が第1段階から第3段階までの方は「負担限度額認定証」を掲示することにより

第1段階	1日	880円
第2段階	1日	880円
第3段階	1日	1,370円

をいただきます。

なお、1カ月に6日以内の入院および外泊については居住費をいただきます。

- (4) 特別な生活費として個別に用意した食事・飲み物、個人で使う電気器具の使用料、基準を超えて使う光熱水費等（消費税込み）をいただきます。
- (5) 理容師または美容師をご利用されたときは、それぞれの提示する金額（現行2,500円）をお支払いください。
- (6) 衣類・歯ブラシ等、個別の生活用品は持参していただくか、自費で購入していただきます。おむつ・おむつカバー等介護用品は介護費に含まれています。
- (7) 個別に希望する趣味活動に要する材料等は、自費で購入していただきます。

(8) お小遣い程度の現金は、個人用の簡易ロッカーにて保管・管理いたします。

(9) 多額の現金や通帳・印鑑・証書等の管理・報告に関しては、別途の契約を交わしその費用を頂きます。(月額5,000円)

(10) 費用の支払いは、月毎に発行する請求書により翌月の25日までに現金支払いか郵便引き落とし(毎月25日)、指定する銀行口座への振り込みによりお願いいたします。

6 入居中には何時でも、7日間以上の予告期間をおいて、利用者から契約を解除できます。死亡や入院の場合、あるいは事業所・職員の責に帰すべき事由があるときには、即時に解約できます。解約料は無料です。

7 施設において葬儀を執り行う場合には、死亡後1日につき滞在費として15,000円を頂きます。

8 苦情の申し立て

サービスについて苦情がある場合は、当法人の介護相談室にお申し出下さい。迅速に処理いたします。TEL(079)424-3433

また、下記の苦情処理機関に申し立てができます。

加古川市介護保険課 TEL(079)427-9124

加古川市高齢者・地域福祉課 TEL(079)427-7928

(加古川市加古川町北在家2000加古川市役所内)

兵庫県国民健康保険団体連合会 TEL(079)332-5617

(神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号センタープラザ内)

兵庫県監査指導課 TEL(079)421-9108

(加古川市加古川町天神木97-1加古川総合庁舎内)

# せいりょう園

## 介護老人福祉施設利用の受付票

令和 年 月 日

「せいりょう園介護老人福祉施設利用のしおり」により重要事項の説明を受け、施設がサービス担当者会議において個人の情報提供を行う場合もありうる事について同意し、利用を申し込みます。

利用者住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

代筆者住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

立会人住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

上記利用者に対し、

別添「介護老人福祉施設利用のしおり」及びケアプランについて説明し、事業概要やサービス内容を確認の上、サービス開始の同意を得たので、入所申し込みを受け付けます。

契約予定日 令和 年 月 日

入所予定日 令和 年 月 日

事業者番号 2 8 7 2 2 0 0 2 9 6

特別養護老人ホームせいりょう園

施設長 福 井 哲 史

説明者の職

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

介護支援専門員

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞