

重要事項説明書

(施設介護サービス)

あなたに対する施設介護サービス提供開始にあたり、平成11年3月31日厚生省令第39号第4条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者

| | |
|--------|--------------------|
| 事業者の名称 | 社会福祉法人 北海道中央病院 |
| 法人所在地 | 〒0740012 深川市西町1番7号 |
| 電話番号 | 0164-22-2135 |
| 代表者氏名 | 大西道祥 |
| 設立年月日 | 昭和27年5月30日 |

2 ご利用施設

| | |
|----------|---------------------|
| 施設の名称 | 特別養護老人ホーム永福園 |
| 施設の所在地 | 〒0740012 深川市西町1番13号 |
| 施設長名 | 管野雅夫 |
| 電話番号 | 0164-22-4401 |
| ファクシミリ番号 | 0164-22-4483 |

3 ご利用施設の種類

| | |
|------------|-----------------------------|
| 指定介護老人福祉施設 | 平成11年12月13日指定 0177400108 |
|------------|-----------------------------|

4 事業の目的と運営の方針

| | |
|-------|---|
| 事業の目的 | この事業は、介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り、居宅において生活へ復帰を念頭において、自立した日常生活を営むことのできるように支援することを目的として、ご契約者に、日常生活を営むために必要な居室及び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。 |
| 施設運営の方針 | 当施設にあつては、法の基本理念と関係法令に基づいて運営するほか、特にご契約者に対し、医学、心理学等に基づき心身の状態に応じた適切な処遇により快適で楽しい安らかな生活を過ごされるよう致します。 |

5 施設の概要

特別養護老人ホーム

| | |
|-------|---------------------------|
| 敷地 | 1, 055. 16 m ² |
| 構造 | 鉄筋コンクリート造陸屋根2階建（耐火建築） |
| 延べ床面積 | 2, 458. 52 m ² |
| 利用定員 | 50名 |

(1) 居室

| 居室の種類 | 室数 | 面積 | 1人あたり面積 |
|-------|-----|------------------------|----------------------|
| 2人部屋 | 3室 | 48. 05 m ² | 8. 00 m ² |
| 4人部屋 | 11室 | 373. 87 m ² | 8. 49 m ² |

(注) 指定基準は、居室1人当たり4. 95 m²（旧基準）

(2) 主な設備

| 設備の種類 | 数 | 面積 | 1人あたりの面積 |
|-------|------|------------------------|----------------------|
| 食堂 | 1室 | 171. 90 m ² | 3. 43 m ² |
| 機能訓練室 | 1室 | 110. 27 m ² | 2. 20 m ² |
| 一般浴室 | 1室 | 53. 66 m ² | |
| 機械浴室 | 特殊浴槽 | 2台 | |
| 医務室 | 1室 | 計79. 96 m ² | |
| デイルーム | 1箇所 | | |

(注) 食堂及び機能訓練室の合算した指定基準は、1人あたり3 m²（新基準）

6 職員体制（主たる職員）

| 従業者の職種 | 員数 | 区分 | 常勤 換算 後の 人員 | 事業者 の指定 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 | 1 | 社会福祉主事 1名 |
| 生活相談員 | 2 | | 2 | | | 1.9 | 1 | 社会福祉主事 1名 社会福祉士 1名 介護支援専門員 2名 |
| 介護職員 | 17 | 14 | | 3 | | 19.2 | 17 以上 | 介護福祉士 16名 介護支援専門員 1名 |
| 看護職員 | 3 | 3 | | | | | | 看護師 1名 准看護師 2名 介護支援専門員 1名 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | | | | 1 | 1以上 | 准看護師 1名 |
| 介護支援専門員 | 2 | | (2) | | | 2 | 1以上 | 社会福祉主事 1名 社会福祉士 1名 |
| 医師 | 1 | | | | 1 | | 必要数 | 診療科 内科 |
| 栄養士 | 1 | 1 | | | | 1 | 1 | 管理栄養士 |
| 事務員 | 2 | 1 | 1 | | | 1.1 | | |

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延べ時間数の総数を当施設における常勤職員の所定労働時間数（週40時間）で除した数です。（8時間×5名÷40時間＝1名）

7 職員の勤務体制

| 職種 | 勤務体制 | 休暇 |
|-------|---|------------|
| 施設長 | 正規の勤務時間帯（8:30～17:30）常勤で勤務 | 4週8休 |
| 生活相談員 | 正規の勤務時間帯（8:30～17:30）常勤で勤務 | 4週8休 |
| 介護職員 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 早番（7:00～16:00） （7:30～16:30） ・ 中番（10:00～19:00） ・ 遅番（10:30～19:30） ・ 日勤（8:30～17:30） （8:00～16:00） （12:30～16:30） ・ 夜勤①（17:00～9:30） ・ 夜勤②（17:00～9:30） | 原則として、4週8休 |

| | | |
|---------|--|------|
| | ・夜間（19:30～7:30）は、原則として職員2名が勤務しています。 | |
| 看護職員 | ・日勤（8:30～17:30） ・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。また、必要に応じ中央病院からの協力も得られます。 | 4週8休 |
| 機能訓練指導員 | 正規の勤務時間帯（8:30～17:30）常勤で勤務 | 4週8休 |
| 介護支援専門員 | 上記中2人が兼務します。 | |
| 医師 | 週1日（月曜日）、（14:30～15:00） その他随時 | |
| 栄養士 | 正規の勤務時間帯（8:30～17:30）常勤で勤務 | 4週8休 |
| 事務員 | 正規の勤務時間帯（8:30～17:30）常勤で勤務 | 4週8休 |

☆土日祝祭日は上記と異なります。

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 |
|-----------|---|
| 栄養管理 | ・管理栄養士を配置し、ご契約者の栄養状態、健康状態に応じた栄養管理・栄養ケアマネジメントにより適切な食事を、ご契約者が希望された場所や時間で提供することもできます。 (食事時間) 朝食 7:50～8:30 又は 8:30～9:30 昼食 11:30～12:30 又は12:30～13:30 夕食 17:30～18:15 又は18:15～19:00 |
| 排泄 | ・ご契約者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。 |
| 入浴 | ・年間を通じて週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、機械を用いた入浴も可能です。 |
| 離床、着替え整容等 | ・寝たきり防止のため出来る限り離床に配慮します。 ・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。 |

| | |
|----------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ・個人としての尊厳に配慮し、毎日、適切な整容が行われるよう援助をします。（洗顔、口腔ケア、整髪、爪切り、髭剃り等） ・シーツ交換は、週1回行います。 |
| 機能訓練 | <ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練指導員等による入所者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するようつとめます。 |
| 健康管理 | <ul style="list-style-type: none"> ・嘱託医師により、週1回診察日を設けて健康管理に努めます。 ・夜間、休日等の緊急等必要な場合は、併設の協力病院が主に対応することになります。なお、施設での管理が困難な状態においては入院となる場合もあります。 ・また、緊急等必要な場合には併設の協力病院から医師が直ちに派遣されるとともに、必要によっては他科医療機関等に受診する場合があります。 ・ご契約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：大西道祥 診療科：内科（所属病院 北海道中央病院） 診察日：毎週月曜日 13:30～14:00 |
| 相談及び援助 | <ul style="list-style-type: none"> ・当施設は、ご契約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。 |
| 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。 ・行政機関に対する手続きが必要な場合には、ご契約者及びご家族の状況によっては、代わりに行います |

(2) 介護保険給付外サービス

| サービスの種別 | 内 容 |
|---------|-----|
|---------|-----|

| | |
|------------|---|
| 食費 | <ul style="list-style-type: none"> 食費にかかる材料原価や調理費用をご負担いただきます。ただし食費について介護保険負担限度額認定証を受けている場合には、負担限度額があります。 |
| 居住費 | <ul style="list-style-type: none"> 居住にかかる光熱水費相当分をご負担いただきます。居住費は利用されている部屋のタイプにより料金は異なりますが、当園では「多床室（相部屋）」としての費用をご負担いただきます。ただし、居住費については介護保険負担限度額認定証を受けている場合には、負担限度額があります。 |
| 理美容 | <ul style="list-style-type: none"> 毎月1回理髪店の出張による理髪サービスを利用いただけます。また、美容院の出張サービス（カット・パーマ・毛染め）も同様です。 |
| 日常生活品の購入代行 | <ul style="list-style-type: none"> ご契約者及びご家族が自ら購入が困難である場合は、施設の購入代行サービスをご利用いただけます |
| 金銭管理 | <ul style="list-style-type: none"> 自らの手による金銭の管理が困難な場合は、金銭管理サービスをご利用いただけます。詳細は、次のとおりです。 管理する金銭の限度額：原則 500,000 円までとします。 管理する金銭等の形態：指定する金融機関の預金通帳に預け入れているものを施設で管理します。 お預かりするもの：上記預金通帳と通帳印 （原則として、1つ） 保管場所：通帳は、事務室金庫で保管 印鑑は、施設長が管理 保管管理者：施設長が責任をもって管理します。 出納方法：別添の「預り金管理要領」のとおり。 |

9 利用料

(1) 保険給付対象のサービス利用料金

(1日あたり)

| 1. ご契約者の要介護度と | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|-----------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| サービス利用料金 | 5,890 円 | 6,590 円 | 7,320 円 | 8,020 円 | 8,710 円 |
| （夜勤職員配置加算） | 220 円 |
| （看護体制加算Ⅰ・Ⅱ） | 190 円 |
| （個別機能訓練加算） | 120 円 |
| ※①（日常生活継続支援加算） | 360 円 |
| ※②（サービス提供体制加算Ⅰ） | 220 円 |
| 合 計 | 6,640 円 | 7,340 円 | 8,070 円 | 8,770 円 | 9,460 円 |

| | | | | | |
|----------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 2. うち、介護保険から 給付される金額 | | | | | |
| 1 割負担の方 | 5,976 円 | 6,606 円 | 7,263 円 | 7,893 円 | 8,514 円 |
| 2 割負担の方 | 5,312 円 | 5,872 円 | 6,456 円 | 7,016 円 | 7,568 円 |
| 3 割負担の方 | 4,648 円 | 5,138 円 | 5,649 円 | 6,139 円 | 6,622 円 |
| 3. サービス利用に係る自己負担 額(1-2) | | | | | |
| 1 割負担の方 | 664 円 | 734 円 | 807 円 | 877 円 | 946 円 |
| 2 割負担の方 | 1,328 円 | 1,468 円 | 1,614 円 | 1,754 円 | 1,892 円 |
| 3 割負担の方 | 1,992 円 | 2,202 円 | 2,421 円 | 2,631 円 | 2,838 円 |

「サービス利用に係る自己負担額」に介護保険利用者負担分として各加算が算定される場合があります。下記は1割負担で記載していますが、2割負担の方は2倍、3割負担の方は3倍の金額になります。ただし、高額介護サービス費の承認を受けた場合、負担額がそれ以上を超えることはありません。

☆料金表内の加算について

○日常生活継続維持加算 (※①)

| | |
|---------|-------------------------|
| 36 単位/日 | 360 円×0.1=36 円/日 (本人負担) |
|---------|-------------------------|

前12ヶ月又は6ヶ月の新規入所者の内、要介護4～5の割合が70%か、日常生活に支障を来す認知症高齢者の割合が65%で、なお且つ、介護福祉士を6:1以上配置すること。

○サービス提供強化加算Ⅰ (※②)

| | |
|---------|-------------------------|
| 22 単位/日 | 220 円×0.1=22 円/日 (本人負担) |
|---------|-------------------------|

介護職員の介護福祉士の割合が80%以上又は勤続10年以上の介護福祉士が35%以上配置し、サービスの資質の向上に資する取り組みを実践していること。

※①・②は要介護者の状況及び、介護福祉士の配置による体制加算です。基準に合わせ①又は②で算定させていただきます。なお、本表は2. 3の計算において②を採用して計算しています。

○看護体制加算Ⅰ

| | |
|--------|-----------------------|
| 6 単位/日 | 60 円×0.1=6 円/日 (本人負担) |
|--------|-----------------------|

常勤の看護師を1名以上配置していること。

○看護体制加算Ⅱ

| | |
|---------|-------------------------|
| 13 単位/日 | 130 円×0.1=13 円/日 (本人負担) |
|---------|-------------------------|

看護職員が加配されていること。

○夜間職員配置加算Ⅰ

| | |
|---------|-------------------------|
| 22 単位/日 | 220 円×0.1=22 円/日 (本人負担) |
|---------|-------------------------|

夜勤を行う（時間帯）に介護職員・看護職員の数が基準より1以上回っていること。

○個別機能訓練加算 I

| | |
|---------|-------------------------|
| 12 単位/日 | 120 円×0.1=12 円/日 (本人負担) |
|---------|-------------------------|

専ら機能訓練指導員の職務に従事する者を配置し、他職種共同で計画を策定し訓練の実施すること。

○協力医療機関連携加算

| | |
|---------|-------------------------|
| 50 単位/月 | 500 円×0.1=50 円/月 (本人負担) |
|---------|-------------------------|

協力医療機関との実効性のある連携体制を構築するため、入所者または入居者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に行うことを評価する加算。

☆対象者のみ発生する加算について

○初期化加算

| | |
|---------|-------------------------|
| 30 単位/日 | 300 円×0.1=30 円/日 (本人負担) |
|---------|-------------------------|

新規入所後 30 日間の加算。30 日以上入院後の再入所も同様。

○口腔衛生管理加算 I

| | |
|---------|-------------------------|
| 90 単位/月 | 900 円×0.1=90 円/月 (本人負担) |
|---------|-------------------------|

歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が直接口腔ケアを月 2 回以上行う。

○療養食加算

| | |
|--------|-----------------------|
| 6 単位/食 | 60 円×0.1=6 円/食 (本人負担) |
|--------|-----------------------|

療養食（糖尿病食・腎臓病食・肝臓病食・胃潰瘍食・貧血食・膵臓病食・脂質異常症食・痛風食・特別な場合）が必要で医師の食事箋の元、管理栄養士によって管理された食事を提供する。（一食につき）

○配置医師緊急時対応加算

| | |
|-----------------|-------------------------------|
| 650 単位/回(早朝・夜間) | 6,500 円×0.1=650 円/回 (本人負担) |
| 1,300 単位/回(深夜) | 13,000 円×0.1=1,300 円/回 (本人負担) |

入所者の緊急時に配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間または深夜に施設を訪問し、診療を行う。

○経口維持加算 I

| | |
|----------|----------------------------|
| 400 単位/月 | 4,000 円×0.1=400 円/月 (本人負担) |
|----------|----------------------------|

食事を摂取し、摂食機能障害があり誤嚥が認められる場合に、医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成する。

○経口維持加算Ⅱ

| | |
|----------|----------------------------|
| 100 単位/月 | 1,000 円×0.1=100 円/月 (本人負担) |
|----------|----------------------------|

協力歯科医療機関を定め、経口維持加算(I)を算定している場合、入所者の経口による継続的な食事摂取の支援するための食事観察及び会議等に、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わる。

○安全対策体制加算

| | |
|-------------|-------------------------|
| 20 単位/入所時一回 | 200 円×0.1=20 円/月 (本人負担) |
|-------------|-------------------------|

事故の発生又は再発防止のため必要な措置を講じている。

☆LIFE の対応等の取り組みによって発生する加算について (令和 3 年 4 月より)

LIFE の対応とは、施設が利用者のデータ (ADL、栄養、口腔、嚥下、認知症等) を国に提出し、提出したデータのフードバックを活用し、計画の作成、実施、評価、見直し (PDCA サイクル) のサービス管理等の取り組みを行うことによつての新設加算です。

○科学的介護推進加算ⅠⅡ

| | |
|-------------|-------------------------|
| 40 単位/月 (Ⅰ) | 400 円×0.1=40 円/月 (本人負担) |
| 50 単位/月 (Ⅱ) | 500 円×0.1=50 円/月 (本人負担) |

データの提出を促進する。(データの精度が高い場合はⅡ)

○栄養マネジメント強化加算

| | |
|---------|-------------------------|
| 11 単位/日 | 110 円×0.1=11 円/日 (本人負担) |
|---------|-------------------------|

栄養ケア計画に従って食事観察を週 3 回以上行い、栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調節等を実施する。

○個別機能訓練加算Ⅱ

| | |
|---------|-------------------------|
| 20 単位/月 | 200 円×0.1=20 円/月 (本人負担) |
|---------|-------------------------|

データ提出に伴う従来の個別機能訓練加算の上位加算。

○口腔衛生管理加算Ⅱ

| | |
|----------|---|
| 110 単位/月 | $1,100 \text{ 円} \times 0.1 = 110 \text{ 円/月}$ (本人負担) |
|----------|---|

データ提出に伴う従来の口腔衛生管理加算の上位加算。

☆介護職員等処遇改善加算として、1か月ご利用頂き算定した単位数の14%が加算されます。

☆ご契約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。要介護の認定を受けた後、自己負担を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額にあわせて、ご契約者の負担額を変更します。

☆ご契約者が6日間(連続して7泊)以内の入院又は外泊された場合にお支払いいただく利用料金は下記の通りです。初日及び最終日は通常の料金となります。

| | |
|----------|---|
| 246 単位/日 | $2,460 \text{ 円} \times 0.1 = 246 \text{ 円/日}$ (本人負担) |
|----------|---|

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス料金

| 区 分 | 利 用 料 |
|-----|---|
| 食 費 | <ul style="list-style-type: none"> 食費は1日1,445円とします。ただし、食費について保険者(市町村)から介護保険負担限度額認定※を受けている場合には、認定証に記載している食費の負担限度額となります。 ※1日負担限度額は第1段階300円、第2段階390円、第3段階①650円②1,360円、第4段階1,445円 |
| 居住費 | <ul style="list-style-type: none"> 居住費は1日915円とします。ただし、居住費について保険者(市町村)から介護保険負担限度額認定※を受けている場合には、認定証に記載して |

| | |
|--------------------------------|--|
| | <p>いる居住費の負担限度額となります。 負担限度額は第1段階 0円、第2～3段階 430円、第4段階 915円</p> |
| 日常生活品の購入代行サービス | <p>・依頼のあった品物を購入するのに要した金額の実費。日常生活用品（ティッシュ、歯ブラシ、入歯洗浄剤等）や嗜好品の購入を希望した場合、又は必要と認められる範囲で介護者が購入代行します。</p> |
| 理美容サービス | <p>・毎月1回理髪店の出張による理髪サービスをご利用いただけます。また、美容院の出張サービス（カット・パーマ・毛染め）も同様です。</p> <p>理容代</p> <p> カット(調髪)・襟剃り・顔剃り 2,000円</p> <p> カット(調髪)・襟剃り 1,800円</p> <p> カット(丸刈)・襟剃り・顔剃り ／又は顔剃りのみ 1,500円</p> <p>美容代 実費</p> |
| 金銭管理サービス | <p>・金銭管理費用として 1日 30円 (※)</p> |
| 特別な食事 | <p>・要した費用の実費（明らかに費用がかかる場合）</p> |
| 日常生活に要する費用で本人に負担いただくことが適当であるもの | <p>・テレビ、冷蔵庫、CD音楽機器、ポット、毛布、携帯電話、など個人が任意で使用する電気製品1点につき 1日 40円 (※)</p> <p>(利用者が居室に持ち込んで使用する場合にかかります。)</p> <p>・謄写物交付 1枚 20円 (※)</p> <p>(記録の謄写印刷に要した場合の実費)</p> |

(※)の金額には別途消費税がかかります。

☆食費・居住費の「介護保険負担限度額」は保険者（市町村）から金額が設定されます。国が示した「基準費用額」と「負担限度額」の差額は特定介護サービス費（補足的給付）として施設が保険者から受けることとなります。

☆食費・居住費の特定介護サービス費は、ご契約者の保険料段階に応じて異なります。

☆入院又は外泊した期間についての居住費は、居室がご契約者のために確保されている場合は、引き続きお支払いただきます。ただし、特定介護サービス費の取り扱いについては、外泊時加算（1

日 246 円)の対象期間 (6 日間) のみとなります。

- ☆明らかに費用がかかる場合とは、ご契約者の希望によって提供するに要した費用の実費をご負担いただくことを指します。例えば、レクリエーション行事費用における施設外行事等の交通費、入場料等にかかる実費をご負担いただく場合等があたります。但し、ご負担いただく場合はご契約者の了解を得ることとします。
- ☆ドライクリーニング等が必要な品物は別にクリーニング店で洗濯するので日常生活品の購入代行と同様に実費にてご負担いただきます。
- ☆ご契約者が契約終了後も居室を明け渡さない場合等は、本来の契約終了日から現実に居室を明け渡された日までの期間に係る料金は、各要介護度のサービス利用料金と食費を除く他の利用中給付外サービスの利用料金の合算額となります。
- ☆経済状況の変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合は、変更内容を2ヶ月前に説明します。
- ☆別紙料金表によって、ご契約者個人の料金を明示します。

(3) 利用料金のお支払い方法

| |
|-----------------------------------|
| ア、金融機関口座からの自動引き落とし (金融機関 JAきたそらち) |
| イ、窓口での現金支払い |
| ウ、下記金融機関への振込み |
| 北空知信用金庫 西支店 普通預金 0009532 |
| 名義人 特別養護老人ホーム永福園 |
| 施設長 管野 雅夫 (かノマサオ) |

利用料は、1 か月ごとに計算しご請求します。翌月 10 日まで請求書を発行しますので同月 25 日までに上記のいずれかの方法でお支払い下さい。(1 か月に満たない期間は利用日数に基づき計算します)

10 苦情等申立先

苦情解決体制

| | | |
|------|-------|-------------------------------|
| 苦情受付 | 担当者 | 生活相談員 成瀬 亮 |
| 担当者 | ご利用時間 | 毎週月～金曜日 (祝祭日を除く) 午前9時～午後5時 |
| | ご利用方法 | 面接のほか電話にても受けます |

| | |
|-------------------|---|
| | (22-4401) 苦情箱（2階1号室前に設置） |
| 苦情解決 責任者 | 担 当 者 理事長 大 西 道 祥 施設長 管 野 雅 夫 責任をもって苦情処理にあたります。 |
| 第三者委 員への申 立 | 第三者委員も直接苦情を受け付けることができます。 ①法人評議員、②家族会代表者で構成されています。 具体的氏名連絡先は別紙でお知らせ致します。 |

1 1 福祉サービス第三者評価の実施状況 （ 有 ・ 無 ）

1 2 行政機関その他苦情受付機関

| | |
|-------------------------------------|---|
| 深川市高齢者支 援課 (市民福祉部) | 所在地 深川市2条17番17号 電話番号 0164-26-2238 受付時間 8:45~17:15 (土日祝祭日を除く) |
| 国民健康保険団 体連合 総務部介護保険 企画・苦情係 | 所在地 札幌市中央区南2条14丁目 電話番号 011-231-5161 (内線6111) 受付時間 9:00~17:00 (土日祝祭日を除く) |
| 北海道福祉サー ビス運営適正化 委員会 | 所在地 札幌市中央区北2条西7丁目 (北海道社会福祉協議会内) 電話番号 011-204-6310 受付時間 9:00~17:00 (土日祝祭日を除く) |

1 3 協力医療機関

| | |
|---------|--------------|
| 医療機関の名称 | 北海道中央病院 |
| 院 長 名 | 渡邊 真司 |
| 所 在 地 | 深川市西町1番7号 |
| 電 話 番 号 | 0164-22-2135 |
| 診 療 科 | 内科、消化器科 |

| | |
|---------|--------------|
| 医療機関の名称 | 深川市立病院 |
| 院 長 名 | 新居 利英 |
| 所 在 地 | 深川市6条6番1号 |
| 電 話 番 号 | 0164-22-1101 |

| | |
|-------|--------------------|
| 診 療 科 | 内科、外科、整形外科、脳神経外科ほか |
|-------|--------------------|

1 4 協力歯科医療機関

| | |
|---------|----------------|
| 医療機関の名称 | 伊東歯科医院 |
| 院 長 名 | 伊東由紀夫 |
| 所 在 地 | 深川市2条7番29号 |
| 電 話 番 号 | 0120-287-551 |
| 診 療 科 | 一般歯科、小児歯科、審美歯科 |

1 5 非常災害時の対策

| | | | | |
|-------------|--|--------------|--------------|------|
| 非常時の対応 | 別途定める「特別養護老人ホーム永福園 消防計画」にのっとり対応を行います。 | | | |
| 近隣との協力関係 | 併設の北海道中央病院と、非常時の相互の応援を約束しています。また、職員の非常召集体制も法人宿舎を近隣に設け確立しています。 | | | |
| 平常時の訓練等防災設備 | 別途定める「特別養護老人ホーム永福園 消防計画」にのっとり年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して実施します。 | | | |
| | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 |
| | スプリンクラー | あり | 防火扉・シャッター | 15個所 |
| | 避難階段 | 3個所 | 屋内消火栓 | あり |
| | 自動火災報知機 | あり | 非常通報装置 | あり |
| | 誘導灯 | 20個所 | 漏電火災報知機 | あり |
| | ガス漏れ報知機 | あり | 非常用電源スプリンクラー | あり |
| | 消火器 | 21個所 | 非常用照明 | あり |
| | 非常用発電設備 | あり（令和元年9月設置） | | |
| | 防災設備は消防法により年2回の保守点検を行います。カーテン布団等は防煙性能のあるものを使用しております。 | | | |
| 消防計画等 | 消防署への届出日：平成29年3月28日 防火管理者：成瀬 亮 | | | |

1 6 事故発生時の対応

| | |
|-------|------------------------|
| 事故発生時 | ご契約者の生命・身体の安全を最優先に対応しま |
|-------|------------------------|

| | |
|----------|--|
| | す。安全を確保した上で、速やかにご家族、協力病院、関係機関に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。 |
| 賠償責任 | サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害を賠償いたします。万が一の事故に備えて、損害保険会社との契約に基づいた施設賠償責任保険に加入しています。（契約書第24条参照） |
| 再発防止に向けて | 事故の状況及び、事故に際してとった処理について記録し、その原因を調査分析し、再発を防止する対策を講じます。 |

17 緊急時における対応方法

| | |
|--------|---|
| 緊急時の対応 | サービスの提供を行っているときに、利用者に病状の急変が生じた場合やその他必要な場合は、速やかに主治医の医師または予め事業所が定めた協力医療機関への連絡を行うとともに必要な措置を講じます。 |
|--------|---|

18 虐待防止の対策

| | |
|-------|---|
| 虐待の対応 | 利用者の人権擁護・虐待等の防止のための委員会を定期的開催、指針を整備、従業員に対する研修を定期的実施、適切に実施する為の担当者を置くなどの措置を講じます。 |
|-------|---|

19 個人情報の保護

| | |
|---------|---|
| 個人情報の対応 | 利用者及びその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取り扱いに努めます。また、事業所が得た利用者及びその家族の個人情報については、施設の介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については利用者及びその家族の了解を得るものとしします。 |
|---------|---|

20 当施設ご利用の際に留意いただく事項

| | |
|-----------------|---|
| 来訪・面会 | 来訪者は、面会時間（8:00～19:00）を遵守し、必ずその都度職員に届出てください。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。 |
| 外出・外泊 | 外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申出てください。外泊については最長で月6日間（連続して7泊）とさせていただきます。 |
| 嘱託医師以外の医療機関への受診 | 嘱託医師以外の医療機関の受診は、その必要性によって行いますが、場合によってはご家族の協力を得ることもあります。 |
| 居室・設備・器具の利用 | 施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。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 | 喫煙は決められた場所以外ではお断りします。飲酒はできません。 |
| 迷惑行為等 | 騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。 |
| 喧嘩・口論・暴力行為等 | 他の入所者に迷惑を及ぼすような喧嘩、口論、暴力行為はご遠慮願います。 |
| 所持品の管理 | 所持品に対する紛失（盗難を含む）については責任を負いかねますので、高価な所持品は持ち込まないようにしてください。 |
| 現金等の管理 | 所持されている現金の紛失には責任を負いかねますので、多額の現金所持はご遠慮ください。また、入所者同士の金銭の貸し借りはしないようにしてください。 |
| 安全衛生等の管理 | 本人および施設の安全衛生等に管理上の措置を講じる必要があると認められた場合は、居室等に立ち入り必要な措置をとることができるものとします。但し、プライバシーの保護に十分配慮いたします。 |

