

特別養護老人ホームやすらぎ苑  
(指定介護福祉施設)  
サービス内容及び重要事項説明書

社会福祉法人 伝心会

○ サービス内容説明書／特別養護老人ホームやすらぎ苑（指定介護福祉施設）

貴方に対して当事業所が提供する介護福祉サービスは、次のとおりです。

1. 介護保険給付対象サービス

| 種類           | 内容   | 自己負担        |
|--------------|--|-------------|
| 入浴の援助、介助     | ・原則、週2回以上の入浴（清拭）を提供します。座位確保が困難な方には、特殊浴槽での入浴を提供します。   | 介護サービス費に含む。 |
| 着替え等の援助、介助   | ・着替えや整容等の自立を促がし、毎朝・夕の着替えや整容（洗顔、口腔ケア）が行われるよう援助します。  |             |
| 排泄の援助、介助     | ・排泄の自立を促し、排泄行為が適切に行われるよう援助します。おむつ使用者には、必要の都度、おむつを交換します。（※おむつ交換は、概ね1日5回です。）   |             |
| 健康管理<br>服薬管理 | ・嘱託医による週2回の診察日を設けます。<br>・服薬管理は、看護職員が行います。<br>・看護職員の24時間のオンコール体制を確保します。<br>・緊急受診が必要な場合には、嘱託医又は協力医療機関との連絡、調整を行います。<br>・生命の危機等の緊急の場合を除き、医療機関受診の付添いや送迎、入退院時の手続き等は、ご家族・身元引受人様での対応をお願いします。<br>（当施設の嘱託医）<br>氏名：黒田 淳、診療科：内科、診察日：月・木曜日／週<br>（当施設の協力医療機関）<br>病院名：羽島市民病院、診療科：総合、ベッド数：228床<br>：松波総合病院、診療科：総合、ベッド数：501床 |             |
| 離床の援助        | ・寝たきり、褥瘡の予防のため、ベッドからの離床を促がし、日中の生活を生活空間で過ごされるよう援助します。   |             |
| 機能訓練         | ・日常生活での生活機能維持に対する援助に努めます。<br>・機能訓練指導員：1名以上を配置します。<br>（当施設が保有するリハビリ器具）<br>姿勢矯正鏡、平行棒、歩行器他  |             |
| レク、行事        | ・施設生活が退屈で漫然としたものとならないよう、レクリエーション、行事（慰問等）を計画し、積極的にご参加いただけるよう援助します。  |             |
| 相談の援助        | ・利用者、ご家族からの相談に、必要な援助が可能な限り提供されるよう、誠意をもって対応します。<br>・相談窓口は、生活相談員です。お気軽にご相談ください。  |             |

※ 利用料金（負担額）は、要介護度、段階区分認定、負担割合等により相違します。

## 2. 介護保険給付外サービス（有償サービス）

| 種類          | 内容  | 自己負担額  |
|-------------|---|--|
| 食事<br>(食事代) | 管理栄養士が毎月作成する献立に従い、栄養バランスと身体状況に配慮した食事を提供します。ベッドから離床し食堂やリビングで食事摂取していただくよう配慮します。<br>(食事提供時間)<br>朝食 7:45～、昼食 12:00～、夕食 17:30～ (1 時間程) | 標準負担額<br>朝食：380 円<br>昼食：500 円<br>夕食：500 円<br>1,380 円/1 日 |

## 2. 介護保険給付外サービス（※前項の続き）

| 種類                 | 内容  | 自己負担額   |
|--------------------|---|---|
| 居室<br>(居住費)        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・原則、多床室（2～4 人部屋）のご利用となります。身体状態や他者の状況等により、個室をご利用いただく場合があります。</li> <li>・身体状況、性別、他者との関係性等を考慮し、居室を決定させていただきます。※居室は選択できません。</li> <li>・感染症対策等の施設側の都合により個室をご利用いただく場合は、居住費負担額に変更はありません。</li> </ul> | 標準負担額<br>多床室<br>840 円/1 日<br>従来型個室<br>1,150 円/1 日 |
| 喫茶コーナー<br>(喫茶料金)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎週 3 回（火・木・日曜日：午前中）、喫茶コーナーを開設します。他行事の開催等により、中止、変更する場合があります</li> <li>(喫茶メニュー)<br/>珈琲、紅茶、フルーツ、饅頭、善哉など</li> </ul>  | 有償<br>100 円/1 品                                   |
| 理美容サービス<br>(理美容料金) | <ul style="list-style-type: none"> <li>・理美容サービスをご利用いただけます。利用方法等は、別紙「理美容サービスのご案内」を確認ください。</li> <li>(理美容サービス)<br/>A コース/カット&amp;ブロー<br/>B コース/シャンプー&amp;カット&amp;ブロー<br/>C コース/毛染め&amp;B コース 等</li> </ul>                            | 有償<br>別紙、案内                                       |
| くもん学習療法<br>(学習療法費) | <ul style="list-style-type: none"> <li>・くもん学習療法教材を活用した認知症予防プログラムをご利用いただけます。利用方法等は、別紙「くもん学習療法のご案内」を確認ください。</li> </ul>  | 有償<br>3,150 円/月                                   |
| 特別な行事<br>(行事参加費)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・年に数回程、外出等の特別な行事を実施します。</li> <li>・費用実費のご負担をお願いします。</li> <li>・全ての方に外出の支援を約束するものではありません。中止やお断りをする場合があります。</li> </ul>   | 有償<br>・実費相当                                       |
| 日用品の購入             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・日用品（衣類、靴、歯ブラシ、歯磨き粉）等の購入は、原則、ご家族・身元引受人様でお願いします。</li> <li>・必要な物品は、必要の都度、ご案内します。</li> <li>※買い物代行はお断りします。</li> </ul>  | 有償<br>・購入品費                                       |
| 金銭等の管理             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者、身元引受人様のご依頼により、入所者、身元引受人様の身体状況、精神状況等から判断し、預貯金通帳等を保管させていただきます。</li> <li>・別紙「預かり金銭等管理要綱」に従い管理します。</li> <li>・別途、預貯金通帳等の管理費をご負担いただきます。</li> </ul>  | 有償：月額<br>・預貯金通帳の管理費                               |

|               |   |               |
|---------------|---|---------------|
| 被介護保険者証等の申請代行 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険被介護保険者証、介護保険負担限度額認定証等の更新申請を代行します。</li> <li>※医療保険者証の更新申請等、お引き受けできないものがございます。都度、ご確認ください。</li> </ul> | 無償            |
| 書類の送付（郵送費）    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設生活に係るサービス計画文書（ケアプラン、栄養計画、機能訓練計画）並びに同意文書やその他案内文書等、必要の都度、ご家族・身元引受人様へ郵送します。</li> </ul>                 | 現在は無償<br>・郵送費 |

### ○ 介護サービス利用料

介護サービス料金表に提示されているご利用料金は、本書（重要事項説明書）の提示日現在のものであり、介護保険法及び介護保険制度の改正や利用者の介護度、負担限度割合等の変更により変動致しますので、ご注意ください。

ご負担額に大幅な変更が発生する場合等には、事前にご案内させていただきます。

※ 別紙 1 特別養護老人ホームやすらぎ苑従来型【多床室】料金表

※ 別紙 2 特別養護老人ホームやすらぎ苑従来型【個室】料金表

○ 重要事項説明書／特別養護老人ホームやすらぎ苑（指定介護福祉施設）

貴方に対する介護福祉サービスの提供を開始するにあたり、岐阜県の定める基準に基づいて、当事業者が貴方に対して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  | 伝心会              |
| 事業者の所在地 | 羽島市下中町石田 687 番地  |
| 法人種別    | 社会福祉法人           |
| 代表者名    | 高木 力             |
| 電話番号    | 058 - 398 - 7070 |

2. ご利用施設

|            |                  |
|------------|------------------|
| 施設名称       | 特別養護老人ホーム やすらぎ苑  |
| 施設所在地      | 羽島市下中町石田 687 番地  |
| 都道府県知事指定番号 | 2170400119       |
| 施設長名       | 杉田 昌利            |
| 電話番号       | 058 - 398 - 7138 |
| ファクシミリ番号   | 058 - 398 - 7168 |

3. ご利用施設で併せて実施している事業

| 事業の種類    |                | 岐阜県知事の事業者指定     |                  | 定員   |
|----------|----------------|-----------------|------------------|------|
|          |                | 指定年月日           | 指定番号             |      |
| 施設       | 介護老人福祉施設       | 平成 26 年 4 月 1 日 | 岐阜県 2170400119 号 | 50 人 |
|          | ユニット型小規模       | 平成 26 年 4 月 1 日 | 岐阜県 2170400119 号 | 30 人 |
| 居宅       | 短期入所生活介護       | 平成 26 年 4 月 1 日 | 岐阜県 2170400119 号 | 20 人 |
|          | 通所介護           | 平成 26 年 4 月 1 日 | 岐阜県 2170400192 号 | 30 人 |
| 介護<br>予防 | 短期入所生活介護       | 平成 30 年 4 月 1 日 | 岐阜県 2170400119 号 | 20 人 |
| 事業の種類    |                | 羽島市長の事業者指定      |                  | 定員   |
|          |                | 指定年月日           | 指定番号             |      |
| 居宅介護支援事業 |                | みなし指定           | 羽島市 2170400127 号 |      |
| 予防<br>総合 | 通所介護相当<br>サービス | 平成 30 年 4 月 1 日 | 羽島市 2170400192 号 | 30 人 |

4. 事業目的と運営方針

|         |  |
|---------|--|
| 事業目的    | 可能な限り居宅での生活への復帰を念頭におき、利用者が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、サービス計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護、相談、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活上の援助及び機能訓練、健康管理等を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び身体の清潔、心身の機能の保持並びにその家族等の身体的、精神的負担の軽減を図ること。 |
| 施設の運営方針 | 利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って指定介護老人福祉施設サービスの提供に努める。<br>地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の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。  |

## 5. 施設の概要

### (1) 土地及び建物

|    |       |                        |
|----|-------|------------------------|
| 敷地 |       | 12,147 m <sup>2</sup>  |
| 建物 | 構造    | 鉄筋コンクリート造 2 階建 (耐火建築)  |
|    | 延べ床面積 | 3,473 m <sup>2</sup>   |
|    | 利用定員  | 70 名 (内、介護老人福祉施設 50 人) |

### (2) 居室

| 居室の種類 | 室数   | 面積                 | 1 人あたりの面積           |
|-------|------|--------------------|---------------------|
| 個室    | 18 室 | 230 m <sup>2</sup> | 12,8 m <sup>2</sup> |
| 2 人部屋 | 22 室 | 422 m <sup>2</sup> | 9,6 m <sup>2</sup>  |
| 4 人部屋 | 2 室  | 76 m <sup>2</sup>  | 9,5 m <sup>2</sup>  |

### (3) 主な設備

| 設備の種類     | 室数        | 面積                 | 1 人あたりの面積      |
|-----------|-----------|--------------------|----------------|
| 食堂        | 1 室       | 240 m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> |
| 機能訓練室     | 2 室       | 108 m <sup>2</sup> |                |
| 浴室 (特殊浴槽) | 2 室 (2 台) | 122 m <sup>2</sup> |                |
| トイレ       | 6 個所      | 61 m <sup>2</sup>  |                |
| 医務室       | 1 室       | 34 m <sup>2</sup>  |                |

※ 各部屋の配置ならびに構造については、別添のパフレットを参照してください。

## 6. 職員体制 (※主たる職員体制)

| 職種      | 事業者の<br>指定基準 | 保有資格                     |
|---------|--------------|--------------------------|
| 施設長     | 1            | 施設長資格、社会福祉主事             |
| 医師      | 1            | 診察科/内科                   |
| 生活相談員   | 1 以上         | 介護福祉士、介護支援専門員、社会福祉主事     |
| 介護支援専門員 | 1 以上         | 介護支援専門員、介護福祉士            |
| 介護職員    | 24 以上        | 介護福祉士、社会福祉士、社会福祉主事、初任者研修 |
| 看護職員    |              | 看護師、准看護師                 |
| 機能訓練指導員 | 1 以上         | 作業療法士、理学療法士              |
| 管理栄養士   | 1            | 管理栄養士                    |

※ 基準となる体制であって、勤務職員数は時間帯等により異なります。

## 7. 勤務体制 (※主たる職員の勤務体制)

| 職種            | 勤務体制   |
|---------------|--|
| 施設長           | 常勤勤務   |
| 医師            | 嘱託医/内科 1 名、毎週 2 日 (月・木曜日、13:00~14:00)  |
| 生活相談員<br>介護職員 | 日勤 (9:00~18:00)、早番 (7:00~16:00)、遅番 (10:30~19:30)<br>夜勤 (16:00~翌 9:00)、常勤勤務<br>※昼間：入所者 6~8 名に 1 名が勤務、※夜間：3 名が勤務 |
| 看護職員          | 日勤 (9:00~18:00)、早番 (8:30~17:30)、常勤勤務<br>※通常 3 名体制で勤務<br>※緊急時対応のため、24 時間の連絡体制を確保しています。                          |
| 機能訓練指導員       | 日勤 (9:00~18:00)、常勤勤務   |
| 管理栄養士         | 日勤 (9:00~18:00)、常勤勤務   |

※ 各月の休暇は、1 ヶ月 9 日です。12 月と 1 月は 1 ヶ月 10 日の休暇です。

#### 8. 苦情等申立先

|        |       |     |                  |
|--------|-------|-----|------------------|
| 苦情申立窓口 | 窓口担当者 | 氏名  | 各サービス事業所／主任生活相談員 |
|        | ご利用時間 | 毎日  | 午前9時～午後5時        |
|        | ご利用方法 | 電話  | 058-398-7070     |
|        |       | 面接  | やすらぎ苑相談室         |
|        |       | 伝言箱 | 中央廊下に設置          |

#### 9. 協力医療機関

|         |              |                |
|---------|--------------|----------------|
| 医療機関の名称 | 羽島市民病院       | 松波総合病院         |
| 院長名     | 大角 幸男        | 松波 和寿          |
| 所在地     | 羽島市新生町 3-246 | 羽島郡笠松町田代 185-1 |
| 電話番号    | 058-393-0111 | 058-388-0111   |
| 診療科     | 総合病院         | 総合病院           |
| 入院設備    | ベッド数 228床    | ベッド数 501床      |
| 救急指定の有無 | 有り           | 有り             |
| 契約の概要   | 協力病院承諾書による。  | 協力医療機関に関する協定書  |

#### 10. 非常災害時の対策

|           |   |      |           |     |
|-----------|---|------|-----------|-----|
| 非常時の対応    | 別に定める「やすらぎ苑消防計画」により、対応します。  |      |           |     |
| 近隣等との協力関係 | <b>【羽島市】</b><br>・移動系防災行政デジタル無線端末（MCA 端末）の設置（H25.6.1～）<br>・災害時要救護者の福祉避難所として民間福祉施設等を使用することに関する協定書（H23.3.30～）<br><b>【岐阜県老人福祉施設協議会】</b><br>・岐阜県岐阜地域 老人福祉施設・緊急時相互応援協定（H15.3.30～） |      |           |     |
| 平常時の訓練等   | 別に定める防災訓練計画に則り、年2回の訓練を実施します。  |      |           |     |
| 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    | 防火扉・シャッター | 有   |
|           | 非常階段  | 2個所  | 屋内消火栓     | 有   |
|           | 自動火災報知機   | 有    | 非常通報装置    | 有   |
|           | 誘導灯   | 30個所 | 漏電火災警報機   | 有   |
|           | ガス漏れ報知機   | 有    | 非常用電源     | 有   |
|           | カーテン、布団等は、防煙性能のある物を使用しています。   |      |           |     |
| 消防計画等     | 届出日：平成29年1月1日 防火管理者：勅使川原 司  |      |           |     |

#### 11. 当施設をご利用の際にご留意いただく事項

| 項目    | 留意点   |
|-------|---|
| 来訪・面会 | 面会時間は、午前9時から午後8時です。時間外の面会をご希望の場合は、お申し出ください。<br>面会者、ご家族様の宿泊は、お断りしています。                                       |
| 嗜好品   | 嗜好品（食品、煙草、酒類等）の持込みを希望される場合は、都度、ご相談ください。利用者の身体状況や過度の持込みにより保管ができない等の理由でお断りする場合があります。                          |
| 外出・外泊 | 外出や外泊をご希望される場合は、事前にご相談ください。「外出届・外泊届」により、行き先、付添者の氏名・連絡先、帰苑予定日、時間等を確認させていただきます。<br>長期間の外泊等、お断りさせていただく場合があります。 |

## 12. 当施設をご利用の際にご留意いただく事項（※前項の続き）

| 項目         | 留意点   |
|------------|---|
| 医療機関への受診   | <p>生命の危険がある等の特別な場合を除き、医療機関への受診や付添い、通院や入退院時の送迎、清算の手続き等に関しては、原則、ご家族、身元引受人様での対応をお願いします。</p> <p>医療機関等への移動は、外部移送サービスの紹介や予約代行が可能です。生活相談員にご相談ください。</p>               |
| 居室・設備器具の利用 | <p>施設や居室の設備器具は、本来の使用法に従ってご利用ください。使用方法を無視した利用や故意により破損が生じた場合は、賠償をお願いします。</p>  |
| 迷惑行為等      | <p>騒音等、他者への迷惑行為は、ご遠慮願います。また、むやみに他者の居室に立ち入らないようにお願いします。器物の破壊、他者への暴力行為等、共同生活に著しく支障をきたす行為がある場合、退所をお願いします。</p>  |
| 所持品・現金等の管理 | <p>紛失、盗難防止のため、施設内での現金所持はお断りしています。また、高額な品物の持込みもお断りしています。</p>   |
| 宗教、政治活動    | <p>利用者、面会者を問わず、施設敷地内での宗教活動及び政治活動は禁止しています。仏壇はありますので、ご自由にお参りください。</p>   |
| 喫煙         | <p>施設建物内は禁煙です。喫煙は指定場所をお願いします。</p> <p>喫煙時は安全確保のため、職員が付き添いますが、勤務者が少ない時間帯等の理由で、ご希望に添えない場合があります。</p> <p>火災予防のため、煙草やライターは職員がお預かりしますが、購入は、ご家族・身元引受人様の対応をお願いします。</p> |
| 飲酒         | <p>夕食時等の少量の飲酒は可能です。ご希望の場合はお申し出ください。体調等を考慮し、都度、判断させていただきます。</p> <p>酒類は、職員がお預かりしますが、購入は、ご家族・身元引受人様の対応をお願いします。</p>   |
| 動物飼育、持込み   | <p>衛生面への配慮から、動物の施設内への持ち込みは、禁止しています。面会者様のペットも同様にお断りしています。</p>  |
| その他        | <p>施設及び職員への謝礼、差入れ等、全てお断りします。また、他利用者へのお土産等もお断りします。ご理解をお願いします。</p>  |

## 13. 事故発生時の対応

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| 事故発生時の対応   | <p>下記のとおり連絡体制をとり、対策を徹底するものとします。対策がとられた後に事故報告書を作成するものとします。</p> <p>・事故発生時の対応の流れ</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">                 発見者（介護員）<br/>↓<br/>副／主任介護員（看護師）<br/>↓<br/>生活相談員<br/>↓<br/>施設長<br/>事務局             </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">                 → ※緊急時：救急車対応<br/>                 ・所属責任者へ連絡<br/>                 → ・病院受診等<br/>                 ・事故報告書の作成<br/>                 → ・家族への連絡・調整<br/>                 ・施設長及び事務局へ連絡<br/>                 → ・事故対応の指示等<br/>                 → ・自治体、監督官庁への報告等             </td> </tr> </table> | 発見者（介護員）<br>↓<br>副／主任介護員（看護師）<br>↓<br>生活相談員<br>↓<br>施設長<br>事務局 | → ※緊急時：救急車対応<br>・所属責任者へ連絡<br>→ ・病院受診等<br>・事故報告書の作成<br>→ ・家族への連絡・調整<br>・施設長及び事務局へ連絡<br>→ ・事故対応の指示等<br>→ ・自治体、監督官庁への報告等 |
| 発見者（介護員）<br>↓<br>副／主任介護員（看護師）<br>↓<br>生活相談員<br>↓<br>施設長<br>事務局 | → ※緊急時：救急車対応<br>・所属責任者へ連絡<br>→ ・病院受診等<br>・事故報告書の作成<br>→ ・家族への連絡・調整<br>・施設長及び事務局へ連絡<br>→ ・事故対応の指示等<br>→ ・自治体、監督官庁への報告等   |  |   |

#### 14. 緊急時の対応方法

|                                     |           |                       |                   |
|-------------------------------------|-----------|-----------------------|-------------------|
| ※ 主治医又は嘱託医、協力医療機関へ連絡し、医師の指示に従います。   |           |                       |                   |
| ※ 指定の緊急連絡先に連絡するとともに協力医療機関へ救急搬送致します。 |           |                       |                   |
| 主治医                                 | 氏名        |                       |                   |
|                                     | 所属医療機関の名称 |                       |                   |
|                                     | 所在地       |                       |                   |
|                                     | 電話番号      | — —                   |                   |
| 嘱託医                                 | 氏名        | 黒田 淳                  |                   |
|                                     | 所属医療機関の名称 | 黒田医院                  |                   |
|                                     | 所在地       | 羽島市桑原町八神 4352 番地      |                   |
|                                     | 電話番号      | 058 - 398 - 8201      |                   |
| 協力医療機関<br>(救急搬送先)                   | 医療機関の名称   | 羽島市民病院                | 松波総合病院            |
|                                     | 院長名       | 大角 幸男                 | 松波 和寿             |
|                                     | 所在地       | 羽島市新生町 3 丁目<br>246 番地 | 羽島郡笠松町田代<br>185-1 |
|                                     | 電話番号      | 058 - 393 - 0111      | 058-388-0111      |
|                                     | 診療科       | 総合病院                  | 総合病院              |
|                                     | 入院設備      | ベッド数 228 床            | ベッド数 501 床        |
|                                     | 救急指定の有無   | 有り                    | 有り                |
|                                     | 契約の概要     | 協力病院承諾書               | 協力医療機関に関する<br>協定書 |
| 緊急連絡先                               | 氏名        |                       |                   |
|                                     | 住所        |                       |                   |
|                                     | 電話番号      | — —                   |                   |
|                                     | 昼間の連絡先    | — —                   |                   |
|                                     | 夜間の連絡先    | — —                   |                   |

私は、本書面に基づいて、貴事業所の職員（職氏名 生活相談員、 ）より、事業所のサービス内容及び重要事項について、十分な説明を受け、サービス内容を理解して、同サービスの提供を申し出したことを確認します。

平成 年 月 日

利用者（本人） 住 所  
氏 名 ⑩

(※ご家族等が代筆した場合)

代筆者 住 所  
氏 名 ⑩  
続 柄

※代筆をした理由

身元引受人 住 所  
氏 名 ⑩  
続 柄