

介 護 老 人 福 祉 施 設
重 要 事 項 説 明 書

社会福祉法人寿水会
特別養護老人ホーム 立生苑

重要事項説明書

〈 令和7年4月1日現在 〉

1. 運営法人の概要

名称	社会福祉法人 寿水会
所在地・電話番号	岩手県奥州市水沢字見分森 19 番地 1 ・ 0197-25-3131
代表者	理事長 小田代 将正
定款の目的に定めた事業	(1) 第一種社会福祉事業 (イ) 養護老人ホーム寿水荘の経営 (ロ) 特別養護老人ホーム立生苑の経営 (ハ) ケアハウス千鳥苑の経営 (2) 第二種社会福祉事業 (イ) 老人デイサービス事業の経営 (ロ) 老人短期入所事業の経営 (ハ) 障害福祉サービス事業の経営 (ニ) 老人居宅介護等事業の経営 (ホ) 障害福祉サービス事業の経営 (ヘ) 認知症対応型老人共同生活支援事業の経営 (ト) 小規模多機能型居宅介護事業の経営

2. 事業所の概要

名称・事業所番号	特別養護老人ホーム立生苑 0370400269
所在地・電話番号	岩手県奥州市水沢字見分森 19 番地 1 ・ 0197-25-3131
管理者	施設長 老林聖幸
相談担当者	生活相談員 佐々木綾香 介護支援専門員 浅利綾子
相談受付時間	午前 9 時 00 分～午後 5 時 30 分
運営方針	1 施設は、利用者の意思、特性、心身の状態に応じ、可能な限り居宅における生活への復帰を念頭に置いて、日常生活の世話、機能訓練、健康管理等のサービスを提供することにより、利用者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるようにすることを目指すものとします。 2 事業の実施に当たっては、地域や家族との結びつきを重視し、関係市町村（保険者）、地域の保健、医療、福祉サービスとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。 3 施設は、入所者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じるものとします。 4 施設は、介護保険施設サービスを提供するに当たっては、介護保険法第 118 条の 2 第 1 項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めるものとします。

定員	長期入所 50 床		短期入所 10 床		
設備の概要	名称		数量	面積	
	4 人部屋		2 室	1 室 54.00 m ²	
	4 人部屋		2 室	1 室 57.00 m ²	
	2 人部屋		3 室	1 室 24.00 m ²	
	1 人部屋		38 室	1 室 12.00 m ²	
	浴室（一般浴、特殊浴）			35.64 m ²	
	静養室		1 室 1 床	12.00 m ²	
	医務室		1 室	32.60 m ²	
	食堂兼機能訓練室		1 室	210.32 m ²	
	面会室		1 室	15.00 m ²	
職員の勤務体制	職種	資格	常勤	非常勤	主な勤務時間
	施設長		1 人		8：00～17：15
	医 師	医師免許		1 人	木曜午後
	副施設長	介護支援専門員 介護福祉士	2 人		6：00～15：00 6：40～15：40
	生活相談員	社会福祉主事	4 人		8：00～17：00
	栄養士	管理栄養士	2 人		8：30～17：15
	看護師	看護師	3 人	1 人	8：30～17：30
	介護職員	介護福祉士 実務者研修 初任者研修 その他	22 人 以上	5 人	9：00～18：00 10：00～19：00 13：00～22：00 21：50～6：50
	機能訓練指導員	看護師	1 人		
	介護支援専門員	介護支援専門員	1 人		

3.サービス内容

①施設サービス計画を立案し、計画に沿って生活介護サービスを行います。

②入浴若しくは清拭を最低週 2 回以上実施します。

③排泄の自立に必要な援助を行い、適宜おむつ交換を実施します。

④褥瘡を予防するための体制を整備します。

⑤離床、着替え、整容等の介護を適宜行います。

⑥食事の提供及び介助

1) 食事の時間は次のとおりです。お身体の状態や、お帰りの時間等により若干の時間変更は出来ます。事前に生活相談員へご相談ください。

朝食＝7：30～、昼食＝12：00～、夕食＝17：40～

2) 食事は原則として食堂で摂っていただきます。お身体の状態等により難しい場合は、事前に生活相談員へご相談ください。

3) 献立は当施設の栄養士若しくは管理栄養士が作成します。お身体の状態によっては、可能な範囲内で内容を刻み食、代替食等に変更することができます。生活相談員または栄養士へご相談下さい。

- ⑦要介護状態の悪化防止に留意した介護を提供します。
- ⑧生活相談では、生活相談員が介護その他の日常生活に関する相談に応じます。
- ⑨レクリエーションを提供します。
- ⑩行政手続代行により、滞りなく事務手続きが遂行されるようにします。
- ⑪日常生活動作維持・改善のための機能訓練を実施します。
- ⑫健康管理では、嘱託医の指示のもとに看護師が健康管理を行います。
- ⑬感染症又は食中毒が発生し、または蔓延しないように必要な措置を講じます。
- ⑭栄養管理では、入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、栄養管理を計画的に行います。
- ⑮口腔衛生管理では、計画的に入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行います。

4.利用料金

(1) 基本料金

「重要事項説明書別紙：利用料金表」をご参照ください。

(2) その他の料金

「重要事項説明書別紙：利用料金表」をご参照ください。

(3) 支払方法

利用料支払いは、できるだけ口座引き去りとしませんが、施設窓口でのお支払いもできます。当月分の利用料請求書を翌月 15 日頃にお届けしますので、月末までにお支払いください。支払いを受けたときは領収書を発行します。

(4) その他

・世帯員全員が市町村民税非課税の方や生活保護を受給している方は、所得に応じた負担軽減措置があります。

・次の費用は実費を負担していただきます。

- ①理美容代、私物のクリーニング代
- ②個人が購入する新聞、雑誌代、教養娯楽費
- ③個人が購入する嗜好品、身の回り品代
- ④医療費の自己負担分
- ⑤個人が行う各種手続き等の費用
- ⑥行事食（七夕、敬老会、新年祝賀式等）を提供した際 1 食 100 円の実費をいただきます。
- ⑦行事参加費、個人の趣味・レクリエーション活動の費用
- ⑧介護保険関係法令の改正等又は経済の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合に利用料が変更になる場合があります。その際、利用料を変更する場合は、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、該当サービスの内容及び費用を記入した文書により説明し、同意を得るものとします。

5.入退所の手続き

(1) 入所の手続き

原則として介護保険の要介護認定（要介護 3～5）を受けた人が対象となります。電話

又は来苑してお申し込みください。立生苑入所検討委員会で入所対象と判定され、定員に空きが生じた場合、優先順に入所できます。

サービス利用に関する契約を締結し、サービスの提供を開始します。

(2) 退所の手続き

①利用者の都合で退所する場合：退所する 30 日前までにお申出ください。

②自動終了：次の場合は、双方からの通知がなくても自動的にサービスを終了します。

- ・利用者が他の介護保険施設に入所したとき
- ・介護保険給付サービスを受けていた利用者の要介護認定区分が非該当（自立）又は要支援と認定されたとき（この場合、所定の期間の経過を持って退所していただきます）
- ・利用者が死亡したとき

③その他

- ・利用者がサービス利用料金の支払いを 3 ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず 30 日以内に支払わない場合、又は、利用者や家族が、当施設や当施設の従業員に対し本契約を継続しがたい程度の背信行為を行ったときは、退所していただくことがあります。この場合、契約が終了する 3 日前までに文書で通知します。
- ・利用者が医療機関に入院し、明らかに 3 ヶ月以内に退院できる見込みがないとき、又は、入院後、3 ヶ月を経過しても退院できないことが明らかになったときは、文書で通知の上契約を終了させていただくことがあります。この場合、退院後に再入所を希望する場合は、その旨申出ください。
- ・利用中に食事摂取できず、経管栄養となった場合、やむ得ず契約を終了して退所していただくことがあります、この場合、文書で通知いたします。
- ・やむを得ない事情により、当施設を閉鎖又は縮小する場合は、契約を終了し退所していただくことがあります。この場合、契約終了 30 日前までに文書で通知します。

6.施設利用に当たっての留意点

①面会：予約制で対応しております。施設に連絡いただき予約してください。

②金銭、貴重品の管理：お預かり対応しておりません（やむを得ない方は要相談）。

③施設外の受診：かかりつけ医、かかりつけ医がない場合は、協力病院を施設の対応で受診します。

④宗教活動：個人の信仰は自由です。ただし、他の利用者に迷惑がかかるような活動はご遠慮ください。

⑤ペットの持ち込み：当施設へのペットの持ち込みはご遠慮ください。

7.個人情報の保護

当法人においては、ご利用者様及び代理人、ご家族様の個人情報を下記の利用目的の最小限度の範囲内で使用、提供、または収集します。

(1) 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

(2) 利用目的

①介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため

②ご利用者様に関わる介護計画、介護予防計画を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため

- ③医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
- ④ご利用者様が、医療サービスの利用を希望している場合及び主治医等の意見を求める必要のある場合
- ⑤ご利用者様の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
- ⑥行政が開催する評価会議、サービス担当者会議
- ⑦その他サービス提供で必要な場合
- ⑧上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

(3) 使用条件

- ①個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しません。また、ご利用者様とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らしません。
- ②個人情報を使用した会議の内容や相手方等について経過を記録し、請求があれば開示します。

8.緊急時の対応

サービスの提供中に利用者の容態に変調があったときは、速やかに医師に連絡するなど必要な措置を講ずるとともに、ご家族に連絡します。

緊急連絡先	氏 名	続柄 ()
	住 所	
	電 話	
緊急連絡先	氏 名	続柄 ()
	住 所	
	電 話	0
囑託医	医療機関名	石川病院
	医 師 名	石川元子
	住 所	奥州市水沢南町 8-10
	電 話	0197-25-6311

9.事故発生時の対応

- ①サービスの提供において事故が発生したときは、必要な措置を講じるとともに、速やかに家族に連絡します。また、事故の状況及びその際にとった措置を記録し、保険者、関係機関等に報告します。
- ②サービスの提供に当たり、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命、身体、財産に損害を及ぼしたときは、その損害を賠償します。

10.虐待防止及び身体拘束廃止への対応

- ①虐待防止及び身体拘束廃止のための対策を検討する委員会を定期的を開催します。
- ②虐待防止及び身体拘束廃止のための指針を整備します。
- ③虐待を防止及び身体拘束を廃止する為の定期的な研修を実施します。
- ④緊急やむを得ない場合を除いて身体拘束は行いません。

11.非常災害対策

災害時の対応	初期消火、消防署への通報、避難誘導、非常召集等
防災設備	自動火災感知器、自動火災報知機、非常放送、消防署通報装置、消火器、スプリンクラー
防災訓練	年2回（うち1回は夜間出火想定訓練）
防災責任者	施設長

施設は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護保険施設サービスの概要を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「事業継続計画」という。）を策定し、当該事業継続計画に従い必要な措置を講じます。

12.感染症対策

高齢者は体力や免疫力が低下し、感染症に罹患することは生命に危険を及ぼすことに繋がります。当施設では委員会を設置し、感染症予防及び蔓延防止のための方策を検討し、施設全体で感染症予防及び蔓延防止に努めています。ご利用者様におかれましては、体調不良時は外出を控える、また、ご家族様におかれましては、感染症に罹患または恐れがある場合は面会を控える等のご協力をお願いします。

13.実習生、ボランティアの受け入れ

介護福祉士養成施設の介護実習、ホームヘルパー養成研修等の施設実習その他、地域ボランティアを受け入れています。

14.サービス内容に関する相談・苦情の受付

相談・苦情については、「面接」「電話」「書面」等により受付を行っております。受け付けた内容は全て苦情解決責任者及び第三者委員（申出者が拒否した場合を除く）へ報告いたします。

（1）当事業所における相談・苦情の受付

相談・苦情受付窓口	生活相談員 佐々木綾香 介護支援専門員 浅利綾子
受付時間	午前9時00分～午後5時30分
連絡先	電話 0197-25-3131 FAX 0197-25-3051

（2）市町村の相談・苦情窓口

名称	連絡先
奥州市役所	電話 0197-24-2111
福祉部長寿社課 介護給付係	電話 0197-34-2197
岩手県国民健康保険連合会	電話 019-604-6700

15.認知症介護基礎研修の受講

介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護にかかる基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じます。

介護老人福祉施設サービスの提供に当たり、利用者に本書面によりサービス利用に係る重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

[事業者]

所在地 岩手県奥州市水沢字見分森 19 番地 1

事業所 特別養護老人ホーム立生苑 [指定番号：岩手県 0370400269]

代表者 社会福祉法人寿水会 理事長 小田代 将正 (印)

説明者 特別養護老人ホーム立生苑 介護支援専門員 浅利 綾子 (印)

私は、特別養護老人ホーム立生苑から、本書面によりサービス利用に係る重要事項の説明を受け、介護サービスの提供を受けることに同意します。

令和 年 月 日

[利用者]

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

[家 族]

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

[身元引受人]

住 所 _____

氏 名 _____ (印)