

# 特別養護老人ホームいなほ

## 重要事項説明書

当事業所は、お客様に対して指定介護施設サービスを提供します。契約を締結する前に知っておいて頂きたい事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。わかりにくいことがあれば遠慮なくご質問ください。

### 目次

1. 事業主体概要	2
2. 事業所の概要	2
3. 施設の概要	2
4. 職員体制	3
5. サービス内容	4
6. 利用料金	5
7. 入退所について	6
8. 施設を退所していただく場合	7
9. 施設利用について	8
10. 短期入所生活介護の空床利用について	9
11. 入所中の医療の提供について	9
12. 個人情報の保護	10
13. サービスに関する相談・苦情	10
14. 損害賠償について	11
15. 緊急時の対応	11
16. 非常時の対策	11
17. 事故発生時の対応	11
18. 虐待防止に関する事項	11
19. 身体拘束	12
20. その他運営に関する留意事項	12
21. 入所時リスク説明	12

#### 1. 事業主体概要

法人名	社会福祉法人 政芳会
法人所在地	福岡県田川郡福智町伊方 4138
電話番号・FAX 番号	0947-23-2747
代表者氏名	理事長 鈴木 晃司
法人設立年月日	令和 5 年 3 月 28 日

## 2. 事業所の概要

事業所の種類	介護老人福祉施設 福岡県指定 第 4079400901 号
指定年月日	令和 6 年 6 月 1 日
事業の目的	施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことができるよう介護サービスの提供に万全を期するものとする。
事業所の名称	特別養護老人ホーム いなほ
事業所の所在地及び交通機関	福岡県田川郡福智町伊方 4138 平成筑豊鉄道 上金田駅より車で 5 分
電話番号・FAX 番号	0947-23-2747
ホームページアドレス	http://
管理者氏名	施設長 久富 亮
事業の運営方針	「利用者を両親と思って接する。職員は自己研鑽に努め、より良い支援者を目指す。地域の社会福祉に貢献する。」を理念に掲げ、利用者様に対して、安心・安全な暮らしを提供します。
第三者評価	実施していません

## 3. 施設の概要

### (1) 敷地及び建物

敷地面積	6,656.84 m <sup>2</sup>
延べ床面積	3,219.72 m <sup>2</sup>
構造	鉄筋構造陸屋根一階建て
耐火構造	耐火建築物

### (2) 併設事業

事業の種類	短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 (福岡県指定 第 4079400919 号 )
-------	--

### (3) 主な設備

全室個室ユニット型施設で入所定員は60人です。各利用者様毎に13㎡以上の個室があります。

居室・設備の種類	室数	居室・設備の種類	室数	居室・設備の種類	室数
個室（一人部屋）	60室	特 浴	1室	理美容室	1室
パブリックスペース	1室	脱衣室	5室	洗濯室	3室
共同生活室	6室	医務室	1室	汚物室	3室
個 浴	3室	相談室	1室	家族室	1室

※居室の変更等について

ご契約者様から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者様の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者様やご家族等と協議の上決定するものとします。

※居室に関する特記事項

トイレは居室内にあります。2名でご使用いただく箇所もあります。状態に応じてポータブルトイレ等もご利用いただけます。また、ベッド、整理ダンス等は付属の設備をご利用いただけます。なお、各居室毎に洗面台が設置されております。

#### 4. 職員体制

職種	業務内容	配置人数	指定基準
施設長（管理者）	サービス管理全般	1名	1名
医師（非常勤）	診療・健康管理	1名	1名
生活相談員	生活上の相談等	1名以上	1名
看護職員	医療・健康管理業務・保健衛生	3名以上	3名
介護職員	日常介護業務等	17名以上	17名
栄養士	栄養管理・栄養ケアマネジメント	1名以上	1名
機能訓練指導員	リハビリテーション・機能訓練	1名以上	1名
介護支援専門員	サービス計画の立案・管理等	1名以上	1名
事務	庶務・会計事務	1名以上	

※配置人員は介護保険法に基づく指定基準を遵守しています。

#### 5. サービス内容

##### （1）施設サービス計画の作成

ご利用者様が自立した日常生活を営むうえでの課題を把握し、施設サービス計画の原案を作成するとともに、必要に応じて変更を行います。

##### （2）食事

献立は当施設の栄養士が作成します。栄養並びにご利用者の心身の状況、病歴をはじめ解決すべき諸課題を把握し、協議して計画を立て食事を提供します。

・配膳時間

朝食	7：45～
昼食	12：00～
おやつ	15：00～
夕食	17：30～

※食事の提供場所についてはご利用者様の希望に対応します。

(3) 入浴

健康状態により入浴または清拭を週2～3回行います。

身体状況に応じた方法にて入浴します。

(4) 排泄

排泄の自立を促すため、ご利用者様の身体能力を最大限活用した援助を行います。

(5) 介護

着替え、食事等の介助、体位交換、シーツ交換、その他必要な援助

清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

(6) 機能訓練

日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止する為の訓練を実施します。

(7) 健康管理

医師や看護職員による健康管理を行います。

(8) 相談、援助

介護以外の日常生活に関する問題、ご利用者様の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、ご利用者様またはご家族様の相談に応じ、必要な助言その他の援助を行います。

(9) その他のサービス

介護保険の適用を受けられないサービス等については、その都度申出を受け相談させていただきます。

## 6. 利用料金

(1) 介護保険の給付の対象となる料金

「重要事項説明書別紙：入居料金表」をご参照ください。

※外泊、入院等で居室をあける場合でも、居住費が発生します。入院等による長期間の空床が見込まれる場合、短期入所生活介護（ショートステイ）で他の利用者が空床利用する場合があります。空床利用期間は、短期入所生活介護利用者が滞在費の負担を

行いますので、その間の居住費は発生しません。

(2) 介護保険の適用をうけられないサービス利用料金

「重要事項説明書別紙：入居料金表」をご参照ください。

※サービス内容については毎年見直し検討を行います。

(3) 移送にかかる費用

ご利用者様の通院にかかる費用（職員の人件費、車輛の使用に係る費用）は、原則施設サービスの一環として一切徴収いたしません。

(4) 支払方法

当該月の合計金額を翌月の10日以降、請求書で通知いたします。

請求月の25日までにお支払い下さい。

お支払方法は以下の通りです。

ア、窓口での現金支払

イ、下記指定口座への振込

<p><b>福岡銀行 金田支店 普通預金 1577093</b> <b>(口座名) 社会福祉法人政芳会</b> <b>理事長 鈴木晃司</b></p>
---

(5) 料金の変更等

介護保険関係法令等の改正により介護保険給付の変更、またはサービスに変更があった場合、サービス利用料金の変更をします。

ご利用者様は、この料金の承諾ができない場合には、この契約を解除することができます。

## 7. 入退所について

(1) 入所手続きについて

入所当日の流れ

ア、お約束の時間に受付にお越しください。ご利用者様もしくはご家族等と入所手続きを行います。

イ、居室にて健康チェックとともに、忘れ物がないか持ち物を確認させていただきます。

その際、お菓、看護サマリー等をお預かりします。

(2) 入所当日にお持ちいただくもの

#### ア、必要な証書類

- ① 介護保険被保険者証
- ② 介護保険負担割合証
- ③ 介護保険負担限度額認定証（お持ちの方）
- ④ 身体障害者手帳（お持ちの方）
- ⑤ 医療保険証
- ⑥ 医療減額認定証（お持ちの方）
- ⑦ その他

※各種証書類につきましては、施設にて預からせていただきます。

#### イ、その他お持ちいただくもの

- ① ご本人の印鑑
- ② ご家族の印鑑
- ③ 衣類、普段使用している自助具・杖等
- ④ 現在服薬中のお薬 ※嘱託医の診察により内服処方されるまでの分
- ⑤ 看護サマリー ※病院、老人保健施設から入所される方
- ⑥ 診療情報提供書（事前に依頼していた書式にて）

ウ、緊急連絡先が必要となります。また時間の制約を受けずに連絡させていただくことがあります。

#### (3) 入所日以降にさせていただく手続き

施設に住所を移される場合、ご利用者様の住民票を入所日の日付で施設の所在地に移させていただきます。その際、各種証書「介護保険証・健康保険証・各種減額認定証（お持ちの方）・各種受給者証・身体障害者手帳・年金等の住所変更もあわせてお願いいたします。

#### (4) 退所手続き

ア、ご利用者様のご都合で退所される場合

退所する7日前までにお申し出ください。

#### イ、自動終了

以下の場合には双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ① ご利用者様が他の介護保険施設に入所した場合
- ② 介護保険給付費でサービスを受けていたご利用者様の要介護認定区分が、非該当（自立）または、要支援と認定された場合は、一定期間の経過をもって退所していただくこととなります。
- ③ ご利用者様が死亡された場合

### 8. 施設を退所して頂く場合

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご利用者様に退所していただくことになります。

- ア、事業者が解散した場合、破産もしくはやむを得ない事由により当施設を閉鎖した場合
- イ、施設の滅失や重大な毀損により、ご利用者様に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ウ、当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- エ、ご利用者様から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください。）
- オ、事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照ください。）

#### （１）ご利用者様からの退所の申し出

ご利用者様から当施設へ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日前までに届け出を行って下さい。但し、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。

- ア、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
- イ、ご利用者様が入院され、長期に渡り施設に戻れないとご家族が判断した場合
- ウ、事業者もしく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サービスを実施しない場合
- エ、事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- オ、事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用者様の身体・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
- カ、他の利用者のご利用者様の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける具体的な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）事業者から退所の申し出

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただくことがあります。

- ア、ご利用者様が、契約締結に際して、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
- イ、ご利用者様によるサービス利用料金の支払いが3カ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ウ、ご利用者様が、故意又は重大な過失により従業者又はサービス従業者若しくは他の利用者等の財物、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

エ、ご利用者様の行動が他の利用者やサービス従業者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、あるいは、契約者が重大な自傷行為を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合

オ、ご利用者様が連続して3カ月を超えて病院、診療所に入院すると見込まれた場合、若しくは入院した場合

カ、ご利用者様が介護老人保健施設に入所した場合

※上記による退所が行われ、契約が終了した場合であって、ご利用者様のやむを得ない事情により契約終了日翌日以降当施設を利用することとなるときは、その利用に要する実費を請求します。

## 9. 施設利用について

### (1) 面会

面会時間は原則、8時30分～17時30分です。時間外の面会については防犯上施錠しますので事前に連絡してください。また、面会カードの記入をお願いします。

### (2) 外出・外泊

事前に届出をお願いします。

### (3) 喫煙

所定場所にてお願いします。居室での喫煙は、厳禁といたします。また、タバコ・ライター管理は施設で行います。

### (4) 飲酒

相談させていただきます。

### (5) 設備・器具の利用

必ず職員の指示のもとご利用ください。

### (6) 金銭・貴重品の管理

ご利用者様の希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。その場合、金銭出納管理費として一カ月500円かかります。

小口現金出納帳(写し)は、毎月請求書と一緒に送付しますのでご確認ください。また、毎月分の領収書の送付を希望される場合は申し出ください。

本人管理される場合、盗難・紛失等に関しては、一切の責任は負いません。

※施設は、貴重品管理サービスを利用される場合、「入所者所持金品等預かり規程」による必要事項を定めています。詳細は、生活相談員にお問い合わせください。

### (7) 所持品の持ち込み

居室に置ける範囲での持ち込みとし、必ず記名をお願いします。

### (8) 宗教活動等

信教等の自由は保障いたしますが、他のご利用者様への迷惑行為等は厳に慎んでいただきます。

(9) ペットの持ち込み

厳禁いたします。

10. 短期入所生活介護の空床利用について

ア、利用者が入院等にて居室が空床となった場合は、短期入所生活介護を利用させていただく場合がございます。その際は事前に連絡します。

イ、持ち込み家具等財産の管理方法については、紛失、破損のないよう配慮し、他利用者は使用いたしません。

ウ、施設の提供する家具に保管しているものは、倉庫等において責任を持って保管、管理いたします。

11. 入所中の医療の提供について

いなほでは協力病院（以下「協力医療機関」という。）を定めています。医療を必要とする場合は下記の協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。

但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務付けるものでもありません。

記医療機関以外の受診につきましては、基本的に田川市郡内の医療機関にて対応しています。

医療機関名	診療科
糸田町立緑ヶ丘病院	内科、外科、整形外科
大平メディカルケア病院	外科、内科、循環器科、消化器科、呼吸器科 整形外科、脳神経外科、泌尿器科、肛門科 皮膚科、乳腺外来、膠原病・リウマチ外来、
すぎはら歯科医院	歯科

12. 個人情報の保護

ご本人及びご家族等の個人情報について、次のとおり取り扱わせていただきます。

(1) 使用目的

事業者が介護保険法に関する法律に従い、サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合に使用させていただきます。

(2) 使用条件

個人情報の提供は、必要最小限にとどめ、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払います。

事業者は、個人情報を使用した会議、出席者、内容等について記録します。

(3) 個人情報の範囲

ア、氏名、住所、生年月日、要介護度、健康状態、病歴等サービスを提供するために必

要な、入居者及びそのご家族等の個人に関する情報

イ、主治医の意見書、介護保険審査会における判定、意見、認定結果通知書

ウ、その他入居者及びそのご家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、またはされうる情報

エ、眠りスキャン及び eye カメラで記録したデータ

※入居者が居室内で過ごしている様子を観察する際に、当施設が必要と認めた入居者の居室に eye カメラを設置させていただきます。記録した内容については、居室内での生活状況の観察に用いることに加え、事故が発生した場合に事故原因を検証する場合に利用いたします。又、保険者等や行政機関などの関係機関から要請を受けた場合に、記録を提出する場合があります。

### 13. 個人情報の使用（動画・写真（以下 画像と記載）等の利用に関する説明）

社会福法人 政芳会（以下政芳会という）における催し物での写真撮影及びビデオ撮影において、ご本人とご家族の同意のもとあなたが映っている画像を利用させていただきます。

#### （1） 施設内研修会での利用

日々の生活風景や治療経過などを写真やビデオ撮影させていただくことがあります。その画像を施設内研修や病院への経過報告などに利用させていただきます。

#### （2） パンフレット等での利用

政芳会が発行する広報誌や施設紹介などのパンフレットに、利用者様の画像を利用させていただきます。

#### （3） ホームページでの利用

政芳会のホームページに、政芳会における催し物で撮影した、利用者様の画像を利用させていただきます。

#### （4） 施設内掲示板での利用

政芳会の施設内の掲示板に、政芳会における催し物で撮影した利用者様の画像等を利用させていただきます。

※上記項目についてのみ、個人情報保護法に基づいて使用させていただきます。

### 14. サービスに関する相談・苦情

ご利用者様やご家族等からの相談・苦情は、「面談」「電話」「書面」等により苦情受付担当者が受け付け、施設の苦情解決の仕組みに基づいて誠意をもって解決に努めます。また、第三者委員も直接苦情を受け付けることができます。

#### （1） 当施設における相談・苦情

- |                |       |              |
|----------------|-------|--------------|
| ① 苦情受付窓口：生活相談員 | 鈴木 風音 | 0947-23-2747 |
| ② 苦情解決責任者：施設長  | 久富 亮  | 0947-23-2747 |

- ③ 第三者委員： 倉石 秀美 080-1718-0839  
 ④ 第三者委員： 仲村 孝憲 090-1972-0713

(2) 施設以外の相談窓口

行政機関その他苦情受付機関	連絡先
福岡県国民健康保険団体連合会（国保連）	092-642-7858
福岡県介護保険広域連合 田川・桂川支部	0947-49-1093
福智町役場高齢者障がい福祉課 高齢者福祉係	0947-22-7762
福岡県運営適正化委員会	092-915-3511

15. 損害賠償について

当施設において、事業者の責により入居者様に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。但し、その損害の発生について、入居者様側に故意又は過失が認められる場合は、事業者の損害賠償を減ずる場合があります。

16. 緊急時の対応

ご利用者様の様態の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な措置を講ずるほか、ご家族等へ速やかに連絡します。

17. 非常時の対策

サービス提供中に天災その他の災害等の事態が生じた場合、当施設が定める防災計画に基づき、ご入居者様の避難等安全を確保するための必要かつ適切な措置を講じます。また、感染症や非常災害の発生時において、ご入居者様に対するサービス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「業務継続計画」という。）を作成し、当該業務継続計画に従い必要な研修及び訓練を行っています。

18. 事故発生時の対応

当施設において、ご利用者様に対して安全に配慮したサービスを提供しておりますが予期できない転倒、高齢による状態の変化等により事故が発生する場合があります。この場合、速やかに必要な措置を取らせていただきます。また、専門家の判断により施設側の過失が認められた場合は保険による損害賠償の対象となります。

19. 虐待防止に関する事項

当施設は、サービス提供中に、職員または養護者（家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる入居者様を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。当施設は、ご入居者様の人権の擁護、虐待の発生、又はその再発を防止するため虐待防止のため

の対策を検討する委員会の開催、虐待を防止するための研修を定期的に行っています。

## 20. 身体拘束

高齢者施設ではご利用者様の行動を制限するような行為は禁止されています。また、ご利用者様お一人お一人に対し職員を配置することはできません。そのためご入居者様ご自身または他のご入居者様等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合には、ご利用者様やご家族等に対し十分な説明をした上で同意をいただき、適正な手続きにより身体等の拘束を行う場合があります。身体拘束の内容、目的、理由、拘束時間、期間等を記載した説明書等を作成し請求があれば開示いたします。

## 21. その他運営に関する留意事項

ア、施設は、職員の資質の向上を図るため、定期的な研修を行っています。

イ、職員は、業務上知り得た入居者様やご家族の秘密を保持します。また、退職後においてもこれらの秘密を保持する旨を、雇用契約の内容としています。

ウ、施設は、サービスに関する記録を整備し、そのサービス開始日から最低5年間は保管することとします。

## 22. 入所時リスク説明

当施設ではご利用者様が快適な入所生活を送られますように、安全な環境作りに努めておりますが、ご利用者様の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解下さい。

「**高齢者の特徴に関して**」※ご確認いただきましたら□にチェックをお願いします。

- 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。
- 介護老人福祉施設は、原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性ががあります。
- 高齢者の骨はもろく、通常に対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離ができやすい状態にあります。
- 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患により、急変・急死される場合があります。
- 本人の全身状態が急に悪化した場合、当施設配置医師（又は看護職員）の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。

特別養護老人ホームいなほの施設サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項説明書に記載する重要事項の説明を行いました。

<事業 者> 社会福祉法人政芳会  
特別養護老人ホームいなほ  
施設長 久富 亮

説明者職名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受け、特別養護老人ホームによる施設サービス提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

<利 用 者>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

<代 筆 者>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(本人との関係： )

<身元引受人>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
(本人との関係： \_\_\_\_\_ )