

特別養護老人ホーム 「ヒルズ勝沼」

## 重要事項説明書

社会福祉法人 景誠会

社会福祉法人景誠会が運営する特別養護老人ホームヒルズ勝沼は、ご契約者に対して指定介護福祉施設サービスを提供します。施設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通り説明いたします。

### 1. 法人概要

法人名	社会福祉法人 景誠会
所在地	山梨県甲州市勝沼町下岩崎 2091
電話番号	0553-44-5581
代表者	村田 憲一
設立年月日	平成 18 年 9 月 14 日
事業内容	指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の運営

### 2. 施設概要

施設名称	特別養護老人ホーム ヒルズ勝沼
施設種類	指定介護老人福祉施設
介護保険指定番号	1972200099
所在地	山梨県甲州市勝沼町下岩崎 2091
電話番号	0553-44-5581
施設長	内田 千佳
開設年月日	平成 19 年 12 月 17 日
利用定員	70名

### 3. 運営方針

- (1) 介護保険法、老人福祉法及び関係法令に基づき、入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、入居者の居宅における生活への復帰を念頭において、入居前の居宅における生活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、自立的な日常生活を営むことができるような介護サービスを提供します。
- (2) サービスの提供にあたっては、「凛として襟を正し、入居者様の立場になり共感（empathy）する」をモットーとし、入居者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすことができるよう努めます。
- (3) 地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、その他の医療・介護・福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

### 4. 主な居室・設備概要

種類	数	種類	数
居室（個室）	70室	洗面所	各室1ヶ所
共同トイレ	各ユニット4ヶ所	共用洗面所	各ユニット1ヶ所
一般浴室	各フロア1ヶ所	医務室	1室
機械浴室	各フロア1ヶ所	相談室	1室
共同生活室（キッチン付）	各ユニット1室	セミパブリックスペース	各フロア1ヶ所
地域交流スペース	1ヶ所	足湯	1ヶ所

## 5. 職員体制

職種	人数
施設長（管理者）	1名
事務員	2名以上
生活相談員	1名
介護支援専門員	1名（介護職と兼務）
介護職員	24名以上
看護職員	3名以上
機能訓練指導員	1名（看護職と兼務）
管理栄養士	1名
医師（嘱託医）	1名（非常勤）
宿直・警備	4名（交替にて勤務）

## 6. 主な職員の勤務体制

職種	勤務体制
生活相談員 介護支援専門員	日勤 8:30～17:30 ※土・日曜日、祝祭日については、原則休みとなります。
介護職員	早番 6:30～15:30 日勤 8:30～17:30 遅番 10:00～19:00 遅遅番 13:00～22:00 夜勤 22:00～翌8:30 ※夜勤時間は、2ユニット毎に1名の介護職員を配置します。 ※夜勤時間以外は、各ユニットに1名以上の介護職員を配置します。
看護職員	日勤 7:30～16:30及び9:00～18:00 8:30～17:30 ※夜間帯については、自宅待機で緊急時に備えます。オンコール制
医師	原則毎週水曜日 9:30～12:00 ※入居者の状況に応じて変更あり。

## 7. 施設サービス内容

### (1) 基本サービス

#### ①施設サービス計画の作成

計画担当介護支援専門員が、入居者及びその家族等の置かれている環境や状況、又は希望等を考慮して作成します。

#### ②居室（個室）の提供

※入院等でベッドが空いた期間に限り、ショートステイ利用者に居室を提供する場合があります。ただし、事前に同意を得た上で行います。

#### ③食事

管理栄養士の立てる献立表により、入居者の身体状況や嗜好に配慮した食事を提供します。食事はできる限り離床をして、共同生活室で摂っていただけるよう支援します。

【食事時間】 朝食 7:30～9:00  
昼食 12:00～13:30  
夕食 17:00～18:30

#### ④入浴

原則として、週2回の入浴又は清拭を行います。入居者の身体状況に応じて、一般浴又は機械浴利用の支援を行います。

#### ⑤口腔ケア

原則として、毎食後入居者の身体状況に応じて、口腔ケアを行います。

⑥排泄

入居者の心身の状況に応じて、適切な介助を行うとともに、排泄の自立に向けた支援を行います。おむつを使用している方も同様に支援いたします。

⑦日常生活の支援

入居者の自立を促しながら、日常生活上必要なことを全般的に支援します。

⑧機能訓練

看護職員等により、日常生活を営む上で必要な機能の維持・回復を目指す訓練を行います。また、日常的な動作やレクリエーション等行事を通じて訓練を行う場合もあります。

⑨健康管理

週1回の嘱託医による診察及び健康相談や健康診断を通じて入居者の健康管理を行います。

(2) その他のサービス

①預り金品管理

入居者又は代理人の希望により、入居者の金品を施設で預かります。なお、「預かり金品管理規定」に基づいて別途同意書が必要になります。

②理美容

入居者の希望により、理美容師の出張サービスを受けることができます。料金は別途自己負担していただきます。

③教養・娯楽

入居者の希望により、レクリエーションやクラブ活動に参加することができます。利用料金、材料費等の実費を自己負担していただきます。

④各種手続きの代行

入居者が日常生活を営むために必要な行政機関等に対する手続きについて、入居者又は代理人が行うことが困難な場合に限り、別途同意を得た上で代行します。

⑤複写物の交付

入居者又はその代理人は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費を負担していただきます。

⑥上記以外のサービス

上記以外のサービスについては、その都度入居者又は代理人に事前の了解を得た上で行います。

8. 利用料金及びその他の費用

※別紙に規定する利用料金表をご参照ください。

※介護保険給付体系又はサービス体系に変更があった場合、利用料金等を変更することがあります。その場合は、入居者又はその代理人に対して事前に説明を行い、同意を得るものとします。

※入院、外泊中の居室料はご負担いただきます。

9. 利用料金等の支払方法

(1) 毎月15日までに、前月分の請求書を発行後、ご郵送いたしますのでその月の末日までにお支払下さい。(自動引き落としは毎月20日)

(2) お支払は契約時にお申込みいただいた金融機関口座からの自動引落となります。振込みの場合は当施設指定の口座になります。引落手数料、振込手数料は負担して頂きます。現金のお支払も受付いたします。

10. 入退居

(1) 入居

申込書の提出⇒審査⇒入居の可否及び順位決定⇒入居予定日決定⇒契約⇒入居確定

※申込者の状況によっては、入居順位が変更になる場合があります。

(2) 退居

①次に掲げる事項の場合、7日間の期間を定めて入居契約の解除予告をすることがあります。

- ・ 入居者が入院し、明らかに3ヶ月以上の治療を要することが見込まれるとき
- ・ 入居者が施設の目的及び運営の方針に著しく反するとき
- ・ 入居者の負担する費用が3ヶ月間滞納されたとき

②次に掲げる事項の場合、入居契約は終了となります。

- ・ 要介護認定区分が、自立～介護2と認定されたとき
- ・ 入居者が亡くなったとき

- ・ 入居者から契約終了の申出（原則7日前）があったとき
- ・ 入居者に対する契約解除の予告期間が経過したとき
- ・ 入居者の入院期間が概ね3ヶ月経過したとき
- ・ ほかの介護保健施設等に移ったとき
- ・ やむを得ない事情により、施設が閉鎖又は縮小するとき

### 1.1. 医療行為及び健康管理

- (1) 入居後は、原則として当施設嘱託医の指示で医療行為及び健康管理を行います。
- (2) 入居中に病状の急変等があった場合は、嘱託医の判断のもと指定の協力医療機関若しくは希望の医療機関に受診又は、入院していただきます。ご家族には速やかに状況の報告をします。
- (3) 医療機関での医療を希望される場合は、これに係る予約、付添、送迎等についてはご家族にお願いします。
- (4) 医療行為に伴う料金は、別途自己負担していただきます。

#### ※当施設の嘱託医及び協力医療機関

嘱託医	医療機関名：春日居サイバーナイフ・リハビリ病院 医師名：須原 芳宏 診療科目：内科
協力医療機関	医療機関名：春日居サイバーナイフ・リハビリ病院 所在地：山梨県笛吹市春日居町国府 436 電話番号：0553-26-4126
協力歯科医療機関	医療機関名：おざわ歯科医院 所在地：山梨県甲州市勝沼町勝沼 976 電話番号：0553-44-2772

#### 他協力医療機関

- ・ 山梨厚生病院 山梨県山梨市落合 860 電話0553-23-1311
- ・ 加納岩総合病院 山梨県山梨市上神内川 1309 電話0553-22-2511

### 1.2. 非常災害対策

- (1) 災害時は消防計画に基づき対応します。
- (2) 防災訓練は防火管理者の指示のもと年2回実施します。（内1回は夜間を想定しての防火訓練）

### 1.3. 苦情・相談受付

#### (1) 当施設内における苦情・相談受付

- 苦情・相談受付担当  
生活相談員 竹川 陽子
- 苦情解決相談責任者  
施設長 内田 千佳
- 第三者委員  
細川 初彦、竜澤 光明  
電話 0553-44-5581

#### (2) 行政機関等の受付

- 各市町村 介護保険担当  
甲州市の場合は、甲州市役所 福祉課 電話 0553-32-2111
- 山梨県国民健康保険団体連合会  
介護サービス苦情処理担当  
電話 055-233-9201

### 1.4. 面会

- (1) ご面会の際には、所定の面会カードに必要事項をご記入ください。
- (2) 飲食物の持込については原則自由ですが、食事量のコントロールができない方や、腐敗の判断ができない方、食事制限がある方等おられますので十分に注意をしてください。管理栄養士または、ユニッ

ト内の担当介護員にご相談下さい。状況によっては、職員が管理させていただく場合があります。

#### 1 5. 喫煙・飲酒

- (1) 防災のため所定の場所以外での喫煙はできません。
- (2) 火気の取り扱いには十分に注意してください。場合によっては職員が付き添います。
- (3) 飲酒については、事前に職員にご相談ください。

#### 1 6. 事故発生時の対応

- (1) サービス提供中に事故が発生した場合は、代理人へ連絡するとともに必要な措置を講じます。
- (2) 入居者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を行います。ただし、入居者又はその代理人に重大な過失がある場合は、損害賠償の額を減らすことができます。

#### 1 7. 緊急時等の対応

施設は、現に施設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、速やかに医師または施設が定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じる。

#### 1 8. 損害賠償

- (1) 居室や設備備品等は従来の用途に従って利用してください。
- (2) 施設や設備について、入居者の故意又は過失によって滅失、破損、汚損等した場合には、自己の費用により現状に復するか、又は相当の代価を支払っていただきます。

#### 1 9. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② なし		

#### 2 0. 虐待防止について

施設は、入居者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に上げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 施設が支援にあたっての悩みや苦悩を相談できる体制を整えるほか、職員が入居者の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について職員に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針を整備しています。
- (4) 職員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

#### 2 1. 身体拘束について

施設は、原則として入居者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等の恐れがある場合など、入居者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、入居者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げること留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束の時間、経過観察や検討内容を記録し、5年間保存します。

また施設として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性・・・直ちに身体拘束を行わなければ、入居者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性・・・身体拘束以外に、入居者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することが出来ない場合に限りします。
- (3) 一時性・・・入居者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

#### 2 2. その他

- (1) 貴重品の持ち込みは可能ですが、紛失・破損等については責任を負いかねますので十分に注意してく

ださい。

- (2) 希望者には居室の鍵をお渡ししますが、紛失・破損等した場合は弁償させていただきます。
- (3) むやみに他の入居者の部屋に入らないようにしてください。
- (4) 他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮ください。

指定介護老人福祉施設のサービス提供の開始に際し、入居者に対して本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

【事業者】	住 所	山梨県甲州市勝沼町下岩崎 2091
	名 称	特別養護老人ホーム ヒルズ勝沼
	説明者	印

私は、本書面により、事業者から施設サービスについての重要事項の説明を受け、その内容に同意をします。

【入居利用者】	住 所	
	氏 名	印

私は、本書面により、事業者から施設サービスについての重要事項の説明を受け、その内容に入居者の代理人として同意をします。

【入居利用者代理人】 住 所  
申込者 氏 名 印

令和 年 月 日