

## 重要事項説明書

### 1 当社の理念

私たちは、医療・保健・福祉の分野で、地域の方々の生活を生涯に渡って支えることに最善を尽くし、そして、そこで働いていることに誇りを持ちます。

### 2 事業の目的と運営方針

事業者の運営する特別養護老人ホーム ハートホーム中央（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護）は、要介護状態である利用者に対し、その有する能力に応じその居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、可能な限り居宅での生活への復帰を念頭におき、入居者が相互に社会的関係を築くことの支援を行い、かつ常に入所者の立場に立って地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスを提供します。

### 3 事業所の概要

事業所名	特別養護老人ホーム ハートホーム中央	
所在地	山口県山口市神田町4-8	
事業者指定番号	3590300210	
提供可能サービス	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	
定員	3ユニット29名（ユニット1：10名、ユニット2：10名、ユニット3：9名）、全室個室	
管理者及び連絡先	氏名	連絡先
	山本 幸恵	083-941-6740
サービス提供地域	山口市	
職員体制等	職 種	配置総数：役割
	管理者	1名：事業所の業務全ての一元的な管理
	医師	1名以上：健康管理及び療養上の指導
	生活相談員	1名以上：生活相談及び指導
	介護支援専門員	1名以上：地域密着型施設サービス計画の作成
	看護職員	1名以上：心身の健康管理、口腔衛生と機能のチェック及び指導、保健衛生管理
	介護職員	13名以上：食事、入浴、排泄等、介護サービスの提供
	栄養士	1名以上：食事の献立作成、栄養計算、栄養指導等
(1日の標準的な配置)	機能訓練指導員	1名以上：身体機能の向上・健康維持のための指導
	昼間職員 (看護・介護職員)	日勤時間帯を通じてユニットごとに1名 (9:00～17:00)
	夜間職員(夜勤) (看護・介護職員)	夜勤時間帯を通じて1階に1名、2階に1名 (17:00～9:00)
営業日・営業時間	24時間365日	

### 4 サービスの内容

1日の流れの中で行われる支援の内容は次の通りです。

#### (1) 食事

- 管理栄養士による献立により、身体状況、疾病状況及び嗜好等を考慮しながら、食事の提供に努めます。

#### (2) 入浴

- 適切な方法により利用者を入浴させ、また清拭を行います。
- 重度であっても、身体状況に応じた設備を使用して入浴することができます。

#### (3) 排泄

- 利用者の心身の状況に応じ、適切な方法により、排泄の自立について必要な援助を行います。

#### (4) 機能訓練

- 機能訓練指導員により、入所者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

#### (5) 自立への支援

- 利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。
- 重度化防止のため、できるかぎ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。
  - ・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) その他
- ・褥そうが発生しないように適切な介護を行います。
  - ・常に利用者の心身の状況やその置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対して、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言やその他の援助を行います。
  - ・施設には、教養娯楽設備等を備えるほか、適宜利用者のためにレクリエーションの機会を設けます。
  - ・施設の医師又は看護職員は、必要に応じて健康保持のための適切な措置をとります。
- 5 サービス提供の責任者等  
サービス提供の責任者は、次のとおりです。  
なお、サービスについてご相談や不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。

責任者 氏名：山本 幸恵 連絡先（電話）：083-941-6740

#### 6 サービス利用料及び利用者負担

- (1) 利用者の方にお支払いいただく利用者負担金は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。  
また、居住費、食事提供に関わる費用、および日常生活においても常に必要となるもので、利用者が負担することが適当と認められる費用については、利用者の実費負担となります。
- 居住費 1日あたり2,066円  
朝食550円、昼食730円、夕食730円

※入院等により終日不在となる場合、居住費及び状況に応じた特定の費用のみ請求いたします。

#### (2) その他

- ア 自己負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いいたします。
- A 自動口座引き落とし（ご指定の金融機関の口座から月1回引き落とし。口座引落手数料は当法人が負担します。）
  - B 現金払い（毎月末日までにお支払い願います）。
- イ 上記の利用者負担金は、「法定代理受領（現物給付）」の場合について記載しています。居宅サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料（10割）を支払い、その後市町村に対して保険給付分（介護保険負担割合証の記載に基づく額）を請求することになります。
- ウ 引き落とし不能となった翌月1日よりお支払いまでの期日の日数に応じて、年10%（一日当たり約0.03%）延滞利息を別途請求させていただきます。

#### 7 サービス利用に当たっての留意事項

- (1) サービス従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。
- (2) 所持品・備品等の持ち込みは、記名をして、利用者もしくは連帯保証人等で行っていただきます。また、利用者の所持品に関わる事故（紛失、破損等）につきましては、責任を負いかねますのでご了承ください。
- (3) 面会時間は、原則9:00～20:00時までとします。また、消灯時間は、21時とします。
- (4) 入所者が外出・外泊を希望する場合には、所定の手続きにより、お知らせ頂きます。
- (5) 入所者は健康に留意するものとし、施設で行う健康診断は、特別の理由がない限り受診して頂きます。
- (6) 当事業所では、次の行為を禁止としておりますので、ご了承ください。
  - ・宗教や信条の相違などで他人を攻撃し、又は自己の利益のために他人の自由を侵すこと。
  - ・けんか、口論、泥酔などで他の入所者等に迷惑を及ぼすこと。
  - ・施設の秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること。
  - ・火気を用いること。
  - ・故意に施設もしくは物品に損害を与え、又はこれを持ち出すこと。
  - ・喫煙、飲酒
  - ・ペットを持ち込むこと。
  - ・営利行為、宗教活動・勧誘、特定の政治活動
- (7) 当事業所は、職員及び入所者等の安全確保のため、入所者、保証人又はその家族が次に掲げる行為を行った場合、当事業所が提供する全てのサービスの提供を停止し、入所利用を解除・終了するとともに、所轄警察に届けることができます。また、職員の注意・忠告などを受入れず改善されない場合、「強制退所」または「事業所・施設への出入り禁止」等の強制措置を講じる場合があります。

- ・職員又は他の入所者等に対して、ハラスメント行為又は暴力行為があった場合。
- ・大声、暴言・または脅迫的な言動（誹謗・威嚇・中傷、土下座の強要など含む）により、他の入所者等に迷惑を及ぼし、あるいは職員の業務を妨げた場合
- ・解決しがたい要求を繰り返し行い、業務を妨げた場合
- ・建物設備等を故意に破損した場合（器物破損）
- ・日常生活に必要な危険な物品を施設・事業所内に持ち込んだ場合
- ・当事業所またはその利用者に対し著しい迷惑行為を行った場合。

## 8 看取りに関する指針

当事業所では、入所者様が不治の病に倒れた時や回復がほとんど不可能な状態になった時、自分自身に対して、またご家族や職員・医師にこのようにしてほしいという意志や要望を出来るだけ反映させたいと考えております。

事前指定書で入所者様及びご家族様から当事業所での看取りの希望があった場合は、主治医に意見を求め、対応が可能と判断された場合に応じます。対応に当たっては、看護師が主治医との間で医療処置・日常生活管理等について連携をとりながら行ないます。

## 9 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない場合は、利用者および保証人の同意を書面にて得た上で身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、その様態および時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

## 10 協力医療機関の名称

あんの循環器・総合クリニック

住所：山口市吉敷中東一丁目1-1

電話：083-924-1151

総合病院 山口赤十字病院

住所：山口市八幡馬場53-1

電話：083-923-0111

済生会 山口総合病院

住所：山口市緑町2-11

電話：083-901-6111

医療法人 恵裕会 みやび歯科医院

住所：山口市江崎和井田2699-1

電話：083-988-1184

## 11 相談窓口、苦情対応

○当事業所ではお客様からの相談や苦情に対して、次の様な体制で対応致します。

- ・何かありましたら、先ず苦情受付担当者にご一報願います。
- ・通報受付後、速やかに事実の調査と対応方法の検討を行い、苦情申出人に対してご回答いたします。

担 当	役 割	担当者名および連絡先
苦情受付 担当者	苦情の受付、 確認、記録	山本 幸恵 電話番号： 083-941-6740 F A X : 083-941-6790 対応時間：（月）～（土）8：30～17：30
苦情解決 責任者	苦情の解決	池田 恭子 電話番号： 083-941-6740 F A X : 083-941-6790 対応時間：（月）～（土）8：30～17：30
第三者委員 （青藍会グル ープ全体を包 括）	苦情の解決に 対する助言、 苦情の直接受 付	福田 晴喜（湯田地区・児童民生委員） 山口市神田町7-1 電話番号： 083-923-1360 末宗 諭史（小原地区民生・児童委員） 山口市黒川765-6 電話番号： 083-924-6503 氏永 東光（嘉川地区 民生委員） 山口市嘉川2271番地 電話番号： 083-989-2033 藤田 達夫（宮野地区自治会連合会 副会長） 山口市桜畠4丁目6-26 電話番号： 090-2315-0499

○公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

山口市介護保険課	所在地 : 山口市亀山町2-1 電話番号 : 083-934-2795
山口県国民健康保険団体 連合会(国保連)	所在地 : 山口市朝田1980-7 電話番号 : 083-995-1010

## 1.2 非常災害対策

- (1) 地震・風水害等、災害発生時には、管理者、防災管理者及び支店長の判断により、当事業を休止する場合があります。
- (2) 当事業所では、非常災害には次のような体制で対応します。

防災管理者(防火管理者)	早稲田 浩士
非常時の対応方法	当事業所の定めるマニュアルによる
平常時の訓練	2回/年(春・秋)、設備点検もあわせて実施
防災設備	消火器、誘導灯、自動火災報知設備、消防署へ通報する火災通報設備、スプリンクラー設備

## 1.3 事故・問題発生時等、緊急時の対応

事故・問題が発生した場合、利用者の状態を確認し、必要な処置を行いません。事故・問題の発生状況、利用者の状態については「事故報告書」に記録を残し、管理者より利用者のご家族に報告をします。また、必要であれば関連部署、市町村にも連絡をします。

各部署で発生した事故・問題に対して、管理者は自分の部署の職員と発生した事故・問題について「事故報告書」を基に対処方法を検討、決定し、是正処置を行います。また、管理者は発生した事故・問題の内容を確認し、その事故・問題の発生原因を職員と共に究明し、再発防止に努めます。

## 1.4 虐待の防止のための措置

本事業所では、利用者に対する虐待を早期に発見して迅速かつ適切な対応を図るため、次の措置を講じています。

- (1) 虐待の防止に関する担当者の選定

【虐待防止担当者】管理者 山本 幸恵

- (2) 成年後見制度の利用支援
- (3) 苦情解決体制の整備
- (4) 虐待の防止のための対策を検討する委員会の開催
- (5) 虐待の防止のための指針の整備
- (6) 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施
- (7) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(利用者の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利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

## 1.5 第三者評価の実施状況

当施設における、第三者評価の実施状況は次の通りです。

評価制度	福祉サービス第三者評価
実施した評価機関の名称	社会福祉法人 山口県社会福祉協議会
評価調査日	2022年12月21日
評価結果の開示状況	W A M - N E T にて公開 (独立行政法人 福祉医療機構 H P)

## 1.6 当社の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 青藍会
代表者名	理事長 阿武 義人
本社所在地・電話	所在地 : 山口市吉敷中東一丁目1-2 電話番号 : 083-933-6000
業務の概要	訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、夜間対応型ヘルパーステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護、デイサービスセンター、在宅介護支援センター、居宅介護支援事業所、有床診療所、無床診療所、短期入所施設、認可保育所、障がい福祉サービス、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、特別養護老人ホームの設置経営
事業所数	49

## 【 説明確認欄 】

年 月 日

サービス契約の締結に当たり、上記により重要事項を説明しました。

(事業所) 社会福祉法人 青藍会 理事長 阿武 義人 印  
特別養護老人ホーム ハートホーム中央 山口市神田町4-8

サービス契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

(利用者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(署名代行者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

利用者との関係 \_\_\_\_\_

署名代行の理由  
(視覚障害、身体障害、手指震顫等) \_\_\_\_\_

(連帯保証人1) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(連帯保証人2) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印