
重要事項説明書

社会福祉法人 いずみの会
【特別養護老人ホーム サテライト諸福苑Ⅱ】

重要事項説明書

【特別養護老人ホーム サテライト諸福苑Ⅱ】

＜令和8年3月16日現在＞

1. 事業者(法人)の概要

| | |
|---------|------------------|
| 名称・法人種別 | 社会福祉法人 いずみの会 |
| 法人所在地 | 大阪府大東市諸福7丁目4番45号 |
| 代表者氏名 | 理事長 伊泊 規子 |
| 電話番号 | 072-869-2501 |
| FAX番号 | 072-869-2502 |

2. 事業所(利用施設)

| | |
|-------|-------------------------|
| 施設の名称 | 地域密着型介護老人福祉施設 サテライト諸福苑Ⅱ |
| 施設所在地 | 大阪府大東市諸福7丁目4番45号 |
| 施設長名 | 施設長 中條 暁 |
| 電話番号 | 072-869-2501 |
| FAX番号 | 072-869-2502 |
| 事業所番号 | 2791900174 |

3. 施設の目的及び運営方針等

【施設の目的】

施設に配置する従業員(以下【職員】という。)が、施設を利用される要介護状態(以下【利用者】という。)に対し、適正な指定地域密着型介護老人福祉施設サービスを提供することを目的とします。

【運営方針】

1. この施設は、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おき利用者がその有する能力に応じ自立した生活を営むことが出来るよう入浴・排泄・食事等の介護・相談及び援助・社会生活上の便宜の供与・その他日常生活上の世話・機能訓練・健康管理及び療養上の世話を行うものとします。

2. この施設は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って指定介護福祉サービスの提供に努めるものとします。

3. この施設は、明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、居宅介護支援事業者その他保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携につとめるとともに、関係市とも連携を図り、総合的なサービス提供につとめるものとします。

【その他】

1, この施設の介護支援専門員は、利用者の有する能力及び置かれている環境等の評価を通じ、利用者が現に抱えている問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう支援する上で解決すべき課題を適切な方法により把握し施設サービス計画を作成するものとします。

2, この施設のサービスは、施設サービス計画に基づき行うものとするが、かつ画一的なサービスにならないよう、常に配慮して行うものとします。

3, この施設の職員は、施設サービスの提供において、懇切丁寧を旨とし、利用者またはその家族に対し、処遇上必要な事項について、理解しやすいように説明を行うものとします。

4, この施設は、自らその提供する施設サービスの質の評価を行い、常にその改善を図るものとします。

5, この施設は、職員に対しその資質の向上のための研修等実施するものとします。

4, 施設の概要

1, 構造及び利用定員等

| 構造 | 利用定員 | 建築延面積 | 敷地面積 |
|------|------|-----------|----------|
| 鉄筋4階 | 29名 | 1093, 68㎡ | 499, 99㎡ |

2, 居室

| 居室の種類 | 室数 | 人数 | 1人あたり面積 |
|-------|----|----|---------|
| 個室 | 29 | 29 | 11, 81㎡ |

3, 主な設備

| 種類 | 面積 | 備考 |
|-------|---------|-----------|
| 共同生活室 | 28, 93㎡ | 各ユニットに1カ所 |
| トイレ | 1, 29㎡ | 各居室に設置 |
| 個浴 | 8, 40㎡ | 3カ所 |
| 特浴室 | 20, 00㎡ | 1カ所 |
| 医務室 | 8, 80㎡ | 1カ所 |

5、施設の職員体制 【】は、非常勤の数である。

| 職員の種類 | 人員 | 区分 | 職務内容 |
|---------|-----------|-------------|--|
| 施設長 | 1 | 常勤 | 職員の指揮監督し、業務の実施状況の把握と事業の管理を一元的に行うものとします。 |
| 嘱託医師 | 【1】 | 非常勤 | 施設内診療において、利用者の健康管理に関する措置及び療養上の指導等を行うものとします。 |
| 生活相談員 | 1 | 常勤兼務 | 利用者又はその家族からの相談に対する対応及び必要な援助・指導等を行いサービス上の連絡調整に従事するものとします。 |
| 看護職員 | 1 【1】 | 常勤 【非常勤】 | 利用者の健康管理を把握し、配置医師の指示により、利用者の健康維持のための必要な看護を行うものとします。 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 常勤兼務 | 利用者個々の心身の状況を踏まえ、日常生活を営む上での必要な機能の改善または維持及び減退防止のための機能訓練を行うものとします。 |
| 介護職員 | 13 【1】 | 常勤 【非常勤】 | 利用者個々の心身の状態に応じ、可能な限りその自立の支援を念頭に、充実した生活がおくれるよう日常生活上の介護及び相談・援助を行うものとします。 |
| 介護支援専門員 | 1 | 常勤 | 利用者個々の心身の状況に応じ、施設サービス計画の作成を行い、実施状況の把握及び計画の見直し、変更を行うものとします |
| 栄養士 | 1 | 常勤 | 利用者個々の身体の状態にあった、献立の作成及び栄養管理・衛生管理等を行うものとします。 |

6、職員の勤務体制

| 職員の職種 | 勤務体制 |
|---------|----------------------------------|
| 施設長 | 日勤【9:00～18:00】常勤で勤務 |
| 嘱託医師 | 週1回【12:45～13:45】で勤務 |
| 生活相談員 | 日勤【9:00～18:00】常勤で勤務 |
| 看護職員 | 日勤【9:00～18:00】常勤・非常勤で勤務 |
| 機能訓練指導員 | 日勤【9:00～18:00】常勤兼務で勤務 |
| 介護職員 | 早出【7:00～16:00】 早出【8:00～17:00】 |

| | |
|---------|---|
| | 日勤【9:00～18:00】 日勤【10:00～19:00】 遅出【11:00～20:00】 遅出【12:00～21:00】 夜勤【16:00～翌10:00】 |
| 介護支援専門員 | 日勤【9:00～18:00】 |
| 栄養士 | 日勤【9:00～18:00】常勤・非常勤で勤務 |

7、施設サービスの内容

| サービスの種類 | サービスの内容 |
|-----------|---|
| 食事 | 栄養士が立てた献立により、栄養と利用者の身体の状況に配慮した食事を提供します。 【朝】7:45～【昼】11:30～【夕】17:30～ |
| 入浴 | 週2回以上の入浴又は清拭を行います。 寝たきり等で座位のとれない方は、機械浴での入浴も可能です。 |
| 排泄 | 利用者の状況に応じて、適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。 |
| 離床・着替え・整容 | 寝たきり防止のため、できる限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。個人の尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。リネン交換は、週1回程度行います。 |
| 機能訓練 | 機能訓練指導員により、利用者の心身の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の改善・維持及び減退防止につとめます。 |
| 健康管理 | 嘱託医師による週1回の回診を設け、利用者の健康管理につとめます。希望の医療機関を受診される場合はその介添えについて出来る限り配慮します。 |
| レクリエーション | 利用者のための施設内レクリエーション及び野外レクリエーションを適宜行います。 |
| 相談及び援助 | 利用者とその家族からのご相談に応じます。 |

8、利用料金について

別紙参照

9, 利用料金のお支払い方法

毎月15 日前後に【8, 利用料金】に記載の利用料金を基に算定した前月分利用料等を利用料明細の入った請求書により請求いたします。お支払いいただいた後に領収書を発行いたします。

【お支払い方法】

・口座引き落とし・りそな銀行もしくは他の金融機関

10, 利用者の入院期間中の取り扱い

この施設は、病院または診療所に入院する必要が生じた利用者において、入院後おおむね3カ月以内に退院することが明らかに見込まれる場合は、その利用者及びその家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き退院後再びこの施設の入所利用が円滑にできるようにするものとする。

11, 苦情の受付について

当施設における苦情の受付—当施設に於ける苦情・相談は以下の専用窓口で受付ます。

●苦情受付担当者

受付時間9:00～18:00 毎日【随時】

【職名】生活相談員 【氏名】河本 直也

●第三者委員【サービス向上苦情対応委員会】

| | | |
|-------|--------------|---------------|
| 【氏名】 | 岡井 康弘 | 須田 一徳 |
| 【連絡先】 | 072-875-0100 | 090-5973-7746 |
| 【職名】 | 医療法人仁泉会 本部長 | 入居者家族様代表 |

第三者委員による評価の実施はなし。

●苦情解決責任者

【職名】施設長 【氏名】中條 暁

なお、苦情の受付窓口は、受付担当者となります。また、第三者委員も直接苦情を受け付ける事ができます。更に第三者委員は、苦情解決を円滑に図るため、双方への助言や話し合いへの立会いなども致します。苦情解決責任者は、苦情の申し出をされた方と話し合いによって円滑解決に努めます。

●行政機関とその他苦情受付機関

| | |
|-------------------------------|---|
| 大東市役所 保険医療部 高齢介護室 高齢政策グループ | 072-800-3244(月～金 9:00～17:30) |
| 大阪府国民健康保険団体連合会 | 大阪市中心区常盤町1-3-8 06-6949-5309(月～金 9:00～17:00) |
| 第三者委員 | 氏名:岡井 康弘 連絡先:072-875-0100 氏名:須田 一徳 連絡先:090-5973-7746 |

12, 非常災害時の対策

| | |
|-----------|--|
| 非常時の対応・対策 | 当施設の消防計画を基に対応を行います。 関係機関への通報体制・定期的に職員に周知を行います |
| 避難訓練 | 当施設は、年2回以上昼間及び夜間を想定した避難訓練を、行います。 |
| 防災設備 | スプリンクラー及び排煙窓 避難階段及び誘導灯 屋内外消火栓及び消火器 自動火災報知機及びガス漏れ警報機 |
| 防火管理者 | 【施設長】中條 暁【取得日】平成30年6月14日 |

13, 配置医師及び協力医療機関

| | |
|--------|---|
| 協力医療機関 | ① 病院名－仁泉会病院 所在地－大東市諸福 8-2-22 連絡先－072-875-0100 ② 病院名－阪奈病院 所在地－大東市寺川 1-1-31 連絡先－072-874-1111 |
| 協力歯科医院 | 病院名－阪奈病院 所在地－大東市寺川1-1-31 連絡先－072-874-1111 |

14, 施設利用にあたっての留意事項

| | |
|---------|---|
| 外出・外泊 | 外出・外泊の際には、必ず職員に申出て頂き、外出・外泊許可願を届けてください。 |
| 面 会 | 面会時間:9:00～17:30 面会者は、面会簿に必要事項の記入をお願いします。 |
| 宗教・政治活動 | 施設内での、他の利用者に対する宗教活動及び政治活動は、ご遠慮ください。 |

| | |
|---------|--------------------------|
| 喫煙 | 決められた場所以外での喫煙は、ご遠慮ください。 |
| 迷惑行為等 | 他の利用者に対する迷惑な行為は、ご遠慮ください。 |
| 所持金品の管理 | 所持金品は、自己の責任で管理してください。 |

15, 緊急時の対応

利用者に容態の急変等があった場合は、医師に連絡する等必要な措置を講ずるほか、ご家族様等(緊急連絡先)の方に、ご連絡いたします。

| 氏名(続柄) | 連絡先(住所・TEL番号) |
|--------|---------------|
| | 〒 |
| | |
| 氏名(続柄) | 連絡先(住所・TEL番号) |
| | 〒 |
| | |

16, 事故発生時・事故防止及び再発防止の対応

1, この施設は、事故発生時の対応等の指針を整備し、利用者に対して指定介護老人福祉施設サービスの提供を行う。尚、サービス提供時に事故が発生した場合は、速やかに大東市及び利用者の家族等に連絡を行うとともに、損害賠償を速やかに行うものとする。

2, この施設は、事故防止のための委員会、職員への研修を定期的に行うものとする。

3, この施設は、事故の再発を防止するため、事故発生時の報告・分析・改善策を職員に周知徹底し体制を整備するものとする。

17, 虐待防止について

施設は、入所者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に挙げるとおり必要な措置を講じます。

1, 虐待防止に関する責任者を選定します。

虐待防止に関する責任者 【職名】施設長 【氏名】中條 暁

2, 成年後見制度の利用を支援します。

3, 虐待等に関する苦情解決体制を整備しています。

4, 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

18, 施設を退所していただく場合【契約の終了について】

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。したがって、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、ご契約者に退所していただくこととなります。

①要介護認定により、ご契約者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合

②事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合

③施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合

④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

⑤ご契約者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】

⑥事業者から退所の申し出があった場合【詳細は以下をご参照下さい】

1, ご契約者からの退所の申し出【中途契約・契約解除】

契約の有効期間であっても、ご契約者から当施設の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7日前までに解除届出書をご提出ください。

但し、以下の場合には、即時契約を解約・解除し施設を退所することができます。

①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意が出来ない場合

②施設の運営規定の変更に同意が出来ない場合

③事業者もしくはサービス従業者が正当な理由なく本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合

④事業者もしくはサービス従業者が守秘義務に違反した場合

⑤事業者もしくはサービス従業者が好意又は過失によりご契約者の身体・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

⑥他の入所者がこの契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

2, 事業者からの申出により退所していただく場合【契約解除】

以下の事項に該当する場合には、当施設からの退所していただくことがあります。

- ①ご契約者が、契約締結時に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、また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た場合
- ②ご契約者による、サービス利用料金の支払いが2カ月以上遅延し、催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の入所者等の生命・身体・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
- ④ご契約者が3カ月以上の入院・もしくは長期入院の可能性の場合
- ⑤ご契約者が介護老人保健施設に入所した場合もしくは介護・医療療養型医療施設に入院した場合

3, 円滑な退所のための援助

ご契約者が当施設を退所する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助をご契約者に対して速やかに行います。

- 適切な病院もしくは介護老人保健施設の紹介
- 居宅介護支援事業者の紹介
- その他保険医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

当施設は、契約書及び本重要事項説明書に基づいて、地域密着型介護老人福祉施設サービスの内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

| | | | |
|-------|-------|------------------------------|---|
| 【事業者】 | 住所 | 大阪府大東市諸福7丁目4番45号 | |
| | 法人名 | 社会福祉法人 いずみの会 | |
| | 施設名 | 地域密着型 介護老人福祉施設 サテライト諸福苑II | |
| | 事業所番号 | 2791900174 | |
| | 代表者名 | 理事長 伊泊 規子 | 印 |
| | | | |

| | | | |
|-------|----|--|---|
| 【説明者】 | 職名 | | |
| | 氏名 | | 印 |

私は、契約書及び本重要事項説明書に基づいて、地域密着型介護老人福祉施設サービス内容及び重要事項の説明を受け同意します。

令和 年 月 日

| | | | |
|-------|----|--|---|
| 【利用者】 | 住所 | | |
| | 氏名 | | 印 |

| | | | |
|---------|----|--|---|
| 【署名代筆者】 | 住所 | | |
| | 氏名 | | 印 |

| | | | |
|-------------------|----|--|---|
| 【代理人】 【選任した場合】 | 住所 | | |
| | 氏名 | | 印 |

| | | | |
|---------|----|--|---|
| 【身元引受人】 | 住所 | | |
| | 氏名 | | 印 |