

# 特別養護老人ホーム袋井ゆうあいの里

## 重要事項説明書

当施設が提供する指定介護福祉施設サービスの内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

### 1. 事業者の概要

|            |                       |
|------------|-----------------------|
| 事業者の名称     | 社会福祉法人遠州中央福祉会         |
| 主たる事務所の所在地 | 〒438-0818 磐田市下万能700番地 |
| 電話番号       | 0538-39-3370          |
| 法人の種別      | 社会福祉法人                |
| 代表者職       | 理事長                   |
| 代表者氏名      | 元場 博哉                 |

|             |                       |
|-------------|-----------------------|
| 施設の名称       | 特別養護老人ホーム 袋井ゆうあいの里    |
| 施設の所在地      | 〒437-0056 袋井市小山1410-1 |
| 施設の電話番号     | 0538-45-2311          |
| 介護保険事業所番号   | 2277300451            |
| 指定年月日       | 平成26年4月1日             |
| 交通の便        | 袋井バイパス玉越小山インター下車800m  |
| 第三者評価の実施の有無 | 有 ・ (無)               |

### 2. 施設の職員の概要

令和8年3月1日現在

| 職 種     | 人 員 数 | 勤 務 の 体 制 |        |
|---------|-------|-----------|--------|
| 施設長     | 1人    | 常勤（兼務）1人  |        |
| 医師      | 1人    | 常勤 0人     | 非常勤 1人 |
| 生活相談員   | 1人    | 常勤 1人     | 非常勤 0人 |
| 看護職員    | 5人    | 常勤 5人     | 非常勤 0人 |
| 介護職員    | 38人   | 常勤 31人    | 非常勤 7人 |
| 管理栄養士   | 1人    | 常勤（兼務）1人  | 非常勤 0人 |
| 機能訓練指導員 | 1人    | 常勤 1人     | 非常勤 0人 |
| 介護支援専門員 | 1人    | 常勤 1人     | 非常勤 0人 |

### 3. 施設の設備概要

|        |                                                           |
|--------|-----------------------------------------------------------|
| 定 員    | 80人                                                       |
| 居 室    | 個室 80室 (1室 10.65㎡ 洗面設備付)                                  |
| 浴 室    | ・各ユニットごと個人浴室、機械浴室<br>・特殊浴室 (ストレッチャー式入浴装置、リクライニング式車椅子入浴装置) |
| 共同生活室  | 各ユニットごと1室 37.7㎡                                           |
| その他の設備 | 医 務 室 22.66㎡<br>家族宿泊室 19.03㎡                              |

### 4. 当施設の運営方針

- (1)入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、入居者の処遇に関する計画に基づき、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の日常生活上の世話を行うとともに入居者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、自律的な日常生活を営むことができるようにすることを目指します。
- (2)明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、老人の福祉を増進することを目的とする事業を行う者その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

### 5. 介護福祉施設サービスの取扱方針

- (1)入居者へのサービス提供は、入居者が、その有する能力に応じて、自らの生活様式及び生活習慣に沿って自律的な日常生活を営むことができるようにするため、施設サービス計画に基づき、入居者の日常生活上の活動について必要な援助を行うことにより、入居者の日常生活を支援します。
- (2)入居者へのサービス提供は、各ユニットにおいて入居者がそれぞれの役割を持って生活を営むことができるよう配慮します。
- (3)入居者へのサービスの提供は、入居者のプライバシーの確保に配慮します。
- (4)入居者へのサービスの提供は、入居者の自立した生活を支援することを基本として、入居者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等を常に把握しながら、適切に行います。
- (5)事業者は、入居者へのサービスの提供に当たって、入居者又はそのご家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行います。
- (6)事業者は、自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図ります。

### 6. 利用料金

- (1)当施設の介護老人福祉施設サービスの提供（介護保険適用部分）に際し、あなたが負担する費用の額は、保険対象サービス費用の1割又は2割、又は3割です。負担割合については、保険者である市町からあなたに対して交付されます介護保険負担割合証に記載があります。

基本料金

|       | (ユニット型個室) 基本単位 |
|-------|----------------|
| 要介護 1 | 6 7 0 単位／日     |
| 要介護 2 | 7 4 0 単位／日     |
| 要介護 3 | 8 1 5 単位／日     |
| 要介護 4 | 8 8 6 単位／日     |
| 要介護 5 | 9 5 5 単位／日     |

加算料金

| 加算名称               | 基本単位             |
|--------------------|------------------|
| 看護体制加算 (Ⅰ)         | 4 単位／日           |
| 看護体制加算 (Ⅱ)         | 8 単位／日           |
| 栄養マネジメント強化加算       | 1 1 単位／日         |
| 科学的介護推進体制加算 (Ⅰ)    | 4 0 単位／月         |
| 科学的介護推進体制加算 (Ⅱ)    | 5 0 単位／月         |
| 高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅰ) | 1 0 単位／月         |
| 高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅱ) | 5 単位／月           |
| 協力医療機関連携加算 (Ⅰ)     | 5 0 単位／月         |
| 協力医療機関連携加算 (Ⅱ)     | 5 単位／月           |
| 生産性向上推進体制加算 (Ⅰ)    | 1 0 0 単位／月       |
| 生産性向上推進体制加算 (Ⅱ)    | 1 0 単位／月         |
| 個別機能訓練加算 (Ⅰ)       | 1 2 単位／日         |
| 個別機能訓練加算 (Ⅱ)       | 2 0 単位／月         |
| 個別機能訓練加算 (Ⅲ)       | 2 0 単位／月         |
| 褥瘡マネジメント加算 (Ⅰ)     | 3 単位／月           |
| 褥瘡マネジメント加算 (Ⅱ)     | 1 3 単位／月         |
| 認知症専門ケア加算 (Ⅰ)      | 3 単位／日           |
| 認知症専門ケア加算 (Ⅱ)      | 4 単位／日           |
| 夜間職員配置加算Ⅱ          | 1 8 単位／日         |
| 夜間職員配置加算Ⅳ          | 2 1 単位／日         |
| サービス提供体制加算Ⅰ        | 2 2 単位／日         |
| サービス提供体制加算Ⅱ        | 1 8 単位／日         |
| サービス提供体制加算Ⅲ        | 6 単位／日           |
| 日常生活継続支援加算Ⅱ        | 4 6 単位／日         |
| 介護職員等処遇改善加算 (Ⅰロ)   | 所定単位数の 17.6%加算／月 |
| 認知症チームケア推進加算 (Ⅰ)   | 150 単位／月         |
| 認知症チームケア推進加算 (Ⅱ)   | 120 単位／月         |
| ADL 維持等加算 (Ⅰ)      | 30 単位／月          |
| ADL 維持等加算 (Ⅱ)      | 60 単位／月          |
| 精神科を担当する医師に係る加算    | 5 単位／日           |

## 個別加算

- ①初期加算 30単位/日 30日まで
- ②外泊時費用 246単位/日 月に6日まで（月を跨いだ場合、各月6日まで）
- ③配置医師緊急時対応加算 早朝・夜間650単位/回、深夜1, 300単位/回  
配置医師の通常の勤務時間外の場合 325単位/回
- ④排せつ支援加算（Ⅰ）10単位/月、（Ⅱ）15単位/月、（Ⅲ）20単位/月
- ⑤再入所時栄養連携加算 200単位/月
- ⑥看取り介護加算Ⅰ、Ⅱ

|          |              |        |
|----------|--------------|--------|
| 看取り介護加算Ⅰ | 死亡日以前31日～45日 | 72単位   |
|          | 死亡日以前4～30日   | 144単位  |
|          | 死亡日の前日・前々日   | 680単位  |
|          | 死亡日          | 1280単位 |
| 看取り介護加算Ⅱ | 死亡日以前31日～45日 | 72単位   |
|          | 死亡日以前4～30日   | 144単位  |
|          | 死亡日の前日・前々日   | 780単位  |
|          | 死亡日          | 1580単位 |

- ⑦在宅復帰支援機能加算10単位/日、在宅入所相互利用加算40単位/日
- ⑧経口維持加算Ⅰ・400単位/月、経口維持加算Ⅱ・100単位/月
- ⑨口腔衛生管理加算（Ⅰ）90単位/月、（Ⅱ）110単位/月
- ⑩新興感染症等施設療養費 240単位/日 月に1回5日まで
- ⑪退所時栄養情報連携加算 70単位/回
- ⑫退所時情報提供加算 250単位/回
- ⑬退所前訪問相談援助加算 460単位/回
- ⑭退所後訪問相談援助加算 460単位/回
- ⑮退所時相談援助加算 400単位/回
- ⑯退所前連携加算 500単位/回
- ⑰安全対策体制加算 20単位/1回限り
- ⑱その他、介護保険上の規定に準じた加算を算定

袋井市は地域区分が「7級地」であるため、上記表の単位数に10.14円を乗じた金額の1割又は2割、又は3割が自己負担となります。

※ 2割負担の方は、65歳以上の方で、合計所得金額が160万円以上の方です。  
（単身で年金収入のみの場合、年収280万円以上）

ただし、合計所得金額が160万円以上であっても、実際の収入が280万円に満たないケースや65歳以上の方が2人以上いる世帯で収入が低いケースがあることを考慮し、世帯の65歳以上の方の「年金収入とその他の合計所得金額」の合計が単身で280万円、2人以上の世帯で346万円未満の場合は1割負担になります。

※ 3割負担の方は、65歳以上の方で、合計所得金額が220万円以上の方です。  
ただし、合計所得金額が220万円以上であっても、世帯の65歳以上の方の「年金収入とその他の合計所得金額」の合計が単身で340万円、2人以上の世帯で463万円未満の場合は2割又は1割負担になります。

## (2)その他の費用

- ①居住費 1日 2,480円

※入院中の居室の使用について

入居者が入院等により居室を一時的に使用しない場合、当該居室を短期入所生活介護利用者のために使用することがあります。

この場合においても、入居者の居住環境、プライバシーおよび安全の確保に十分配慮します。なお、当該期間中に居住費の請求はありません。

入居者の退院が決定した際は、速やかに居室を原状回復し、直ちに使用できる状態とします。

②食費に関する費用 1日 1,845円

ただし次に該当する方の負担額は、それぞれ軽減された金額になります。

第1段階から第3段階に該当するかは、あなたの申請により保険者である市町からあなたに対して交付されます介護保険負担限度額認定証に記載されます。

|                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| 第1段階                          | 市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者生活保護受給者 |
| 第2段階<br>(年金収入等※80万円以下)        | 単身 650万円、夫婦 1,650万円         |
| 第3段階①<br>(年金収入 80万円超 120万円以下) | 単身 550万円、夫婦 1,550万円         |
| 第3段階②<br>(年金収入 120万円超)        | 単身 500万円、夫婦 1,500万円         |

負担限度額 (1日分 単位:円)

|     | 1段階  | 2段階  | 3段階①   | 3段階②   |
|-----|------|------|--------|--------|
| 居住費 | 880円 | 880円 | 1,370円 |        |
| 食費  | 300円 | 390円 | 650円   | 1,360円 |

③入居者が選定する特別な食事の提供に要する費用 実費

④理美容代 実費

⑤日常生活費 施設での生活において通常必要になるものにかかる経費で、セット方式で選択することができます。ご自身で継続的にご準備される方は、必要ありません。

セット① 口から食事の摂れる方向け 1日 250円

内訳(顔拭きタオル、下用タオル、バスタオル、リンスインシャンプー、ボディソープ、全身保湿剤、おしぼり、除菌ウェットタオル、ペーパータオル、アルコール消毒液、ハンドソープ)

セット② 経管栄養の方向け 1日 250円

内訳(顔拭きタオル、下用タオル、バスタオル、リンスインシャンプー、ボディソープ、全身保湿剤、計量カップ、薬用カップ、トレイ、シリンジ)

⑥保険証類管理費 施設で保険証をお預かりする場合の経費で、管理方法を選択できます。

ご家族が管理する場合は保険証類管理費の請求はありません。 1日 50円

(3)料金の支払方法

あなたが当施設に支払う料金の支払方法については、月ごとの精算とします。

毎月19日に(19日が土日祝の場合は1営業日前に発送)、前月分ご利用いただいた費用の額の請求書を発送しますので、月末までにお支払いください。支払方法は、原則として、口座自動引き落とし、やむを得ない場合は、当施設指定の口座への振込か現金支払でお支払いください。

(4)キャンセル料

あなたがご都合により介護福祉施設サービスの利用をキャンセルした場合には、下記の料金をいただきます。キャンセルする場合は、至急当事業者に連絡してください。

#### ①入居前のキャンセルの場合

|                            |                 |
|----------------------------|-----------------|
| 入居日の前日の午後 5 時までにご連絡いただいた場合 | 無料              |
| 入居日の前日の午後 5 時までにご連絡がなかった場合 | 1 日の基本料金の 5 0 % |

#### ②入居中のキャンセルの場合

あなたが中途退所を希望する場合などは、退所までの費用の額を支払っていただきます。

#### (5)その他

あなたの被保険者証に支払方法の変更の記載（あなたが保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載）があるときは、費用の全額を支払っていただきます。この場合、当事業者でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、市町村の窓口にて提供して差額（介護保険適用部分の 9 割又は 8 割、又は 7 割）の払い戻しを受けてください。

### 7. 身元引受人

(1)入居者は、次の各号に要件を満たす身元引受人を立てます。但し、入居者が身元引受人を立てることができない相当の理由がある場合を除きます。

- ・行為能力者（民法第 20 条第 1 項に定める行為能力者をいいます）であること。
- ・弁済をする資力を有すること。

(2)身元引受人は、本重要事項説明書上の施設に対して負担する一切の責務を極度額 50 万円の範囲内で、ご入居者様と連帯して支払う責務を負います。

### 8. サービスの利用方法

#### (1)利用開始

- ①当施設の担当職員が介護福祉施設サービスの内容等についてご説明します。居室に空き部屋があればご入居いただけます。
- ②この説明書によりあなたからの同意を得た後、当施設の介護支援専門員が施設サービス計画を作成し、サービスの提供を開始します。

#### (2)サービスの終了

##### ①あなたのご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の 14 日前までに文書で申し出てください。

##### ②当事業者の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合があります。この場合は、サービス終了日の 14 日前までに、文書によりあなたに通知します。

##### ③自動終了

次の場合は、サービスは自動的に終了となります。

アあなたが他の介護保険施設に入所した場合

イあなたの要介護度が非該当（自立）又は要支援 1、要支援 2 と認定された場合

ウあなたが亡くなったとき

エ事業者が解散命令を受けた場合、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

オ施設の滅失や重大な破損により、サービスの提供が不可能になった場合

カ事業者が介護保険法に基づく指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合

#### ④その他

ア当事業者が、正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、あなたやあなたのご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、当施設が閉鎖した場合、あなたは文書で通知することにより直ちにこの契約を終了することができます。

イあなたが負担する費用の額を2ヶ月以上滞納し、支払の催告を再三したにもかかわらず支払わないとき、あなたが当事業者に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書であなたに通知することにより、直ちにこのサービスを終了させていただく場合があります。

#### 9. サービス利用に当たっての留意事項

|          |                                                                                            |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 面会       | ：面会方法及び時間を遵守した面会をお願いします。<br>※感染症発生状況により、一時的に見合わせる場合があります。                                  |
| 外出・外泊    | ：外出・外泊方法及び時間を遵守した外出・外泊をお願いします。<br>届出用紙がありますので事前にお申し出ください。<br>※感染症発生状況により、一時的に見合わせる場合があります。 |
| 喫煙       | ：施設内は禁煙です。                                                                                 |
| 飲酒       | ：飲酒は禁止です。                                                                                  |
| 設備、器具の利用 | ：居室及び共用施設、敷地は、その本来の用途に従ってご利用ください。                                                          |
| 所持品の持ち込み | ：貴重品の持ち込みは、なるべくお控えください。                                                                    |
| 宗教活動等    | ：当施設の他の入居者や職員に対し、宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。                                                |
| ペット      | ：持ち込み禁止です。                                                                                 |
| 迷惑行為     | ：退所の対象となります。                                                                               |

#### 10. サービスの内容

当施設があなたに提供するサービスは以下のとおりです。

|    |               |                                                                                                                       |
|----|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 内容 | 食事            | ：常勤の管理栄養士が個別に作成した栄養ケア計画に基づき提供します。<br>入居者の自立支援のため離床して共同生活室にて食事をとっていただきます。<br>(食事時間の目安) 朝食 8：00～<br>昼食 12：00～ 夕食 18：00～ |
|    | 排泄            | ：排泄の自立を促すため、入居者の身体機能を最大限活用した援助を行うようにします。                                                                              |
|    | 入浴・清拭         | ：入浴又は清拭を週2回以上行います。<br>個人浴槽による入浴と特殊浴槽による入浴を用意し、寝たきりでも特殊浴槽を使用して入浴することができます。                                             |
|    | 体位変換<br>移乗・離床 | ：寝たきりの防止のため、できる限り体位変換・移乗及び離床に配慮するものとします。                                                                              |
|    | 着替え           | ：生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うように配慮します。                                                                                        |

|       |                                                                                                |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 整容    | : 清潔で快適な生活が送れるよう、快適な整容が行われるように援助します。                                                           |
| 健康管理  | : 嘱託医師により週 1 回診療日を設け健康管理に努めます。<br>日常の医療的なケアは、医師の指示により看護職員が行い、夜間も宅直の看護職員を配置し、24 時間連絡可能な体制を図ります。 |
| 看取り介護 | : 入居者又はご家族の希望があり、かつ医師により回復の見込みがないと診断された入居者の看取り介護を計画に基づき実施するための体制を図ります。                         |
| 特別な食事 | : 入居者の自己負担により、入居者が選定する特別な食事を提供します。                                                             |

- ・ サービスの提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法等について、あなたに分かりやすいように説明します。
- ・ サービスの提供に用いる設備、器具等については、安全、衛生に常に注意を払います。

### 1 1. 担当の職員

あなたを担当する当施設の職員は以下のとおりです。

|         |                       |
|---------|-----------------------|
| 医師      | 小野 七生                 |
| 生活相談員   | 藤原 悠未                 |
| 看護職員    | 各ユニット担当(入居時にお知らせします。) |
| 介護職員    | 各ユニット担当(入居時にお知らせします。) |
| 管理栄養士   | 石原 のぶえ                |
| 機能訓練指導員 | 大村 未歩                 |
| 介護支援専門員 | 加藤 義隆                 |

### 1 2. 協力医療機関

あなたが治療を必要とする場合の当施設の協力医療機関は以下のとおりです。

|        |     |                         |
|--------|-----|-------------------------|
| 協力医療機関 | 名称  | 中東遠総合医療センター             |
|        | 住所  | 静岡県掛川市菖蒲ヶ池 1 番地の 1      |
|        | 連絡先 | 0 5 3 7 - 2 1 - 5 5 5 5 |
| 協力医療機関 | 名称  | 公立森町病院                  |
|        | 住所  | 静岡県周智郡森町草ヶ谷 3 9 1 - 1   |
|        | 連絡先 | 0 5 3 8 - 8 5 - 2 1 8 1 |
| 嘱託医    | 名称  | 小野クリニック                 |
|        | 医師名 | 小野 七生                   |
|        | 診療科 | 内科                      |
|        | 住所  | 静岡県袋井市堀越 2 丁目 8 - 7     |
|        | 連絡先 | 0 5 3 8 - 4 3 - 9 8 3 3 |

### 1 3. 非常災害対策

|        |                                         |
|--------|-----------------------------------------|
| 非常時の対応 | 別途定める「特別養護老人ホーム袋井ゆうあいの里消防計画」に則り対応を行います。 |
|--------|-----------------------------------------|

|           |                                                                                                     |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 近隣との協力体制  | 地元消防団や地域住民と連携を図り、火災等の際に消火・避難等に協力してもらえるような体制を整えます。                                                   |
| 平常時の防災訓練等 | 別途定める「特別養護老人ホーム袋井ゆうあいの里消防計画」に則り非常災害発生を想定して防災訓練を実施し、災害発生時の被害の発生を防止するよう努めます。訓練には地域住民の方に参加していただき実施します。 |
| 防災設備      | 居室を含む建物には、スプリンクラー設備、火災通報設備及び消火設備が設置されています。                                                          |
| 消防計画      | 消防署への届出：令和3年4月1日                                                                                    |
|           | 防火管理者：齋藤 嘉之                                                                                         |
|           | 内容：別途「特別養護老人ホーム袋井ゆうあいの里消防計画」                                                                        |

#### 1 4．業務継続計画の策定等について

- (1)感染症や非常災害の発生時において、入居者に対するサービスの提供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（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2)職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3)定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

#### 1 5．感染症の予防及びまん延防止

事業所は、感染症の発生と、まん延を防止するために必要な措置を講じます。

- (1)感染症の予防及びまん延の防止のために対策を検討する委員会をおおむね 3 ヶ月に 1 回以上開催し、その結果について事業所内で周知徹底します。
- (2)感染症及びまん延の防止のための指針の整備をします。
- (3)感染症及びまん延の防止の為の研修会及び訓練を定期的実施します。

#### 1 6．事故（発生時及びの）対応

- (1)入居者に対する施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入居者のご家族等に連絡を行うとともに、原因の分析を通じた改善策を定めて職員に周知徹底します。
- (2)事故の状況及び事故に際してとった処置について記録します。
- (3)入居者に対する施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。
- (4)施設での事故予防、再発防止については、事故対策担当者を配置し、事故発生防止のための指針の整備、定期的に事故対策委員会の開催、職員研修を実施します。

#### 1 7．緊急やむを得ず身体拘束を行う際の手続き

施設は、指定介護老人福祉施設のサービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他入所者の行動の制限を行いません。施設は、前述の身体拘束等を行う場合は、次の手続きにより行います。

- (1)身体拘束廃止委員会を設置します。
- (2)「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」に身体拘束にかかる態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得なかった理由を記録します。
- (3)当該入所者又はご家族に説明しその他の方法がなかったか改善方法を検討します。

## 1 8．虐待の防止について

事業者は、入居者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1)事業所は、入居者の人権の擁護・虐待の防止等のため、指針を整備し責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。
- (2)事業所は入居者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。
- (3)当該事業所職員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。
- (4)虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

虐待防止責任者：袋井ゆうあいの里施設長

虐待防止担当者：フロア長若しくは特養主任

## 1 9．苦情処理

あなたは、当施設の指定介護福祉施設サービスの提供について、いつでも苦情を申し立てることができます。あなたは、当施設に苦情を申し立てたことにより、何らの差別待遇を受けません。

- (1)苦情相談窓口 電話番号 0 5 3 8 - 4 5 - 2 3 1 1
- (2)苦情受付担当者 藤原 悠未
- (3)苦情処理責任者 小倉 剛

- (4)市町村や国民健康保険団体連合会窓口で苦情を申し立てることができます。

|             |                              |
|-------------|------------------------------|
| 市 町 村       | 担当窓口 袋井市役所（保険課）              |
|             | 電話番号 0 5 3 8 - 4 4 - 3 1 4 7 |
| 市 町 村       | 担当窓口 磐田市健康福祉部高齢者支援課          |
|             | 電話番号 0 5 3 8 - 3 7 - 2 7 8 9 |
| 市 町 村       | 担当窓口 森町役場福祉課                 |
|             | 電話番号 0 5 3 8 - 8 6 - 6 3 4 1 |
| 国民健康保険団体連合会 | 担当窓口 介護保険係（苦情専用）             |
|             | 電話番号 0 5 4 - 2 5 3 - 5 5 9 0 |

- (5)当事者間で処理しがたい苦情やあなたが直接苦情を申し立てがたい場合には、第三者委員に苦情を申し立てることができます。

### 第三者委員

- ・横井 俊二 電話番号 0 5 3 9 - 6 2 - 4 5 1 1
- ・藤田 正利 電話番号 0 5 3 8 - 3 4 - 1 5 6 8
- ・大野 浩幸 電話番号 0 9 0 - 5 4 5 9 - 7 0 5 6

- (6)不特定の入居者に対する福祉サービスの提供に関する申し立てや障害者福祉施策に関する苦情の申し立てなど法人の段階で解決が困難な苦情については、静岡県社会福祉協議会が設置する静岡県福祉サービス運営適正化委員会（静岡県静岡市葵区駿府町 1-70 電話 054-653-0840）を紹介いたします。

#### (7)苦情処理体制

- ①苦情があった場合は、直ちに入居者側と連絡を取り、直接面談するなどして事情を聞き、苦情内容を確認し、苦情受付書に記載します。
- ②苦情受付担当者は、苦情受付書により苦情処理責任者に報告します。
- ③苦情処理責任者は、苦情受付担当者から報告を受けた事案について苦情申出人と話し合い、その解決にむけ、苦情処理実施要綱に基づき、苦情処理委員会を開催します。
- ④苦情処理委員会の結果に基づき苦情申出人に対して苦情処理結果報告書により報告し、理解を求めるとともに再発防止に役立てます。
- ⑤苦情受付担当者は、苦情についての解決、改善記録を苦情受付整理簿に記載します。
- ⑥第三者委員は、苦情受付担当者から苦情受付受理報告書を受理した場合及び苦情申出人から苦情を直接受理した場合は、苦情内容を確認し、事情聴取を行い、状況把握の調査を行います。
- ⑦第三者委員は、苦情申出人と話し合い、その解決にむけ、苦情処理第三者委員設置規程に基づき第三者委員会を開催します。
- ⑧第三者委員会の結果に基づき苦情申出人に対して苦情処理結果報告書により通知します。

## 20. 研修について

事業所は、全ての介護に携わる職員（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係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。また、職員の資質向上を図るための研修機会を次のとおり設け、職員が参加出来るよう、業務体制を整備します。

- ①採用時研修：採用後 12 ヶ月以内      ②継続研修：年 1 回以上

## 21. ハラスメント対策

事業者は、働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

- (1)事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。
- ①身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
  - ②個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
  - ③意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為
- 上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、入居者及びそのご家族等が対象となります。
- (2)ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同事案が発生しない為の再発防止策を検討します。
- (3)職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、ハラスメント発生状況の把握に努めます。
- (4)ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

## 2 2 . 地域との連携等

事業所は、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めます。

令和      年      月      日

介護福祉施設サービスの提供に当たり、この説明書に基づいて重要事項について説明を行いました。

(事業者)

所在地      袋井市小山 1 4 1 0 - 1

名称      特別養護老人ホーム 袋井ゆうあいの里

説明者      \_\_\_\_\_

この説明書により、介護福祉施設サービスに関する重要事項についての説明を受け、同意しました。

(入居者)

住所      \_\_\_\_\_

氏名      \_\_\_\_\_

(身元引受人・代理人)

住所      \_\_\_\_\_

氏名      続柄

※身元引受人・代理人本人の直筆自署でない場合は、押印が必要となります。

## 社会福祉法人 遠州中央福祉会 個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

### (1) 使用する目的

- ①適切なサービスを円滑に行うためや、連携が必要な場合の情報共有のため
- ②サービス提供にかかる請求業務などの事務手続きやサービス利用・業務の維持にかかわる管理運営のため
- ③法令上義務付けられている、関係機関からの依頼があった場合
- ④損害賠償責任などにかかる公的機関への情報提供が必要な場合
- ⑤学生及び資格取得のための実習へ協力する場合
- ⑥介護保険、健康管理、国民年金、国民健康保険、後期高齢者医療に係る個人番号関係の事務手続きが必要な場合

### (2) 使用に当たっての条件

- ①個人情報の提供は(1)に記載する目的の範囲内で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に細心の注意を払うこと。
- ②事業所は、個人情報を使用した会議・出席者・内容等について記録しておくこと。

### (3) 使用する期間

契約締結日から遠州中央福祉会介護保険サービスの契約終了日までの間とする。

令和     年     月     日

(入居者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(代理人) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

(ご家族) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

※代理人本人・ご家族本人の直筆署名でない場合は押印が必要となります。

### ◆肖像権について

当法人のホームページ・SNS・施設内研修・掲示物・広報誌などにおいて、入居者の映像・写真を使用させていただく場合がございます。使用につきまして以下を○で囲んでください。

・ 同意する

・ 同意しない

令和6年10月1日改定