

介護老人福祉施設重要事項説明書

<2024年8月1日現在>

1. 施設の目的及び運営方針

(1) 施設の目的

当施設は、施設サービス計画に基づき、可能な限り、在宅における生活への復帰を念頭において、入浴、排せつ、食事の介護、相談及び助言、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の介護を行なうことにより、利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるようにすることを目的とします。

(2) 運営方針

当施設は、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施設サービスの提供に努めます。施設は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行ない、市町村等保険者、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他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ることを方針とします。

2. 愛の里の概要

(1) 提供できるサービスの種類

施設名称	特別養護老人ホーム愛の里
所在地	長崎県雲仙市愛野町乙2288番地4
介護保険指定番号	介護老人福祉施設 (介護保険事業者番号 第4272400708号)

(2) 同施設の職員体制

	資格	常勤	兼務	非常勤	計
施設長	社会福祉施設長資格 社会福祉士	1名			1名
医師				1名	1名
事務長兼生活相談員	介護支援専門員 介護福祉士 社会福祉主事	1名			1名
生活相談員補佐兼 介護支援専門員	介護支援専門員	2名	2名		2名
管理栄養士	管理栄養士	1名			1名
機能訓練指導員	作業療法士	1名			1名
事務職員		1名		1名	2名
介護・ 看護 職員	看護師	2名		1名	3名
	准看護師	1名			1名
	介護福祉士	22名			22名
	その他	7名		1名	8名
	介護助手			2名	2名
	営繕	1名			1名
調理員	調理師	3名			3名
	その他	1名		3名	4名
歯科衛生士	歯科衛生士			1名	1名

(3) 同施設の設備の概要

入居定員	50名(特養)		
居室 1人部屋	50室	(1室10.728㎡)	1階
WC 居室内	50室	(1室2.33㎡)	1階

共同生活室	5室	(1室48.07㎡)	1階
浴室	5室	(1室 4.08㎡)	1階
浴室の脱衣室	5室	(1室 2.64㎡)	1階
WC 共用	5室	(1室3.61㎡)	1階
職員WC 共用	5室	(1室1.71㎡)	1階
収納(リネン)	5か所	(1か所5.00㎡)	1階
収納	5か所	(1か所1.71㎡)	1階
収納×8か所	40か所	(8か所5.84㎡)	1階
収納	5か所	(1か所0.65㎡)	1階
収納	5か所	(1か所0.81㎡)	1階
介護材料室(倉庫)	3か所	(1か所4.18㎡)	1階
廊下(特老A)	1か所	(1か所75.61㎡)	1階
廊下(特老B)	1か所	(1か所75.61㎡)	1階
廊下(特老C)	1か所	(1か所76.21㎡)	1階
廊下(特老D)	1か所	(1か所76.21㎡)	1階
廊下(特老E)	1か所	(1か所77.43㎡)	1階
介護職員室	3か所	(1か所11.31㎡)	1階
汚物処理室	3か所	(1か所8.15㎡)	1階
介護材料室(倉庫)	2か所	(1か所17.05㎡)	1階
洗濯乾燥室	1室	(1室17.16㎡)	1階
特浴	1室	(1室23.16㎡)	1階
特浴の脱衣室	1室	(1室23.16㎡)	1階
売店	1室	(1室4.70㎡)	1階
理美容室	1室	(1室4.48㎡)	1階
家族控室(和室)	1室	(1室16.89㎡)	1階
収納	1か所	(1か所0.99㎡)	1階
WC(控室)	2室	(1室1.53㎡)	1階
機能回復室	1室	(1室36.60㎡)	1階
渡廊下	2か所	(1か所14.16㎡)	1階
廊下	1か所	(1か所177.61㎡)	1階
ホール	1か所	(1か所173.45㎡)	1階
廊下	1か所	(1か所28.68㎡)	1階
風除室	1か所	(1か所16.95㎡)	1階
湯沸室	1か所	(1か所4.56㎡)	1階
事務室	1室	(1室69.91㎡)	1階
施設長室	1室	(1室12.0㎡)	1階
宿直室	1室	(1室9.32㎡)	1階
書庫・倉庫	1室	(1室34.73㎡)	1階
会議室	1室	(1室69.33㎡)	1階
面談室	1室	(1室9.84㎡)	1階
応接室	1室	(1室10.05㎡)	1階
多目的室	1室	(1室24.36㎡)	1階
男子更衣室	1室	(1室15.89㎡)	1階
女子更衣室	1室	(1室20.01㎡)	1階
男子WC	1室	(1室6.45㎡)	1階
女子WC	1室	(1室6.45㎡)	1階
みんなのWC	1室	(1室3.61㎡)	1階
医務室	1室	(1室16.90㎡)	1階

厨房	1室	(1室105.61㎡)	1階
休憩室	1室	(1室20.59㎡)	1階
WC	1室	(1室1.71㎡)	1階
前室	1室	(1室11.11㎡)	1階
検収室	1室	(1室 5.43㎡)	1階
食品庫	1室	(1室 5.43㎡)	1階
下処理室	1室	(1室22.85㎡)	1階

(4) 主な職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
1.医師	火・金曜日(16:00～17:00)
2.介護職員	標準的な時間帯
	早勤: 7 : 00 ～ 16 : 30
	日勤: 8 : 00 ～ 17 : 30
	遅勤: 12 : 00 ～ 21 : 30
夜勤: 21 : 30 ～ 7 : 00	
3.看護職員	標準的な時間帯
	日勤: 8 : 00 ～ 17 : 30
	遅勤: 9 : 30 ～ 19 : 00
4. 管理栄養士	標準的な時間帯
	日勤: 8 : 00 ～ 17 : 30
5.調理職員	標準的な時間帯
	早勤: 6 : 00 ～ 15 : 30
	日勤: 7 : 30 ～ 17 : 00
	中勤: 8 : 30 ～ 18 : 00
遅勤: 10 : 00 ～ 19 : 30	

3. サービス内容

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。また、地元で生産加工された食材を積極的に取り入れ、地産地消に取り組んでおります。 ・食事の提供は、入居者が相互に社会的関係を築くことができるよう、その意思を尊重しつつ、入居者が共同生活室で食事が摂れるよう支援し、共同生活室で食事を摂ることができない入居者にあつては、居室に配膳し必要な食事補助を行うものとします。
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・年間を通じて週2回の入浴または清拭を行う体制を取ります。 ・寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。
離床、着替え 整容等	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止のため、出来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。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。 ・シーツ交換は、週1回実施します。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練指導員(作業療法士)による入所者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するようつとめます。

健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・嘱託医師により、週1回診察日を設けて健康管理に努めます。 ・緊急等必要な場合には協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。 ・入所者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。 <p>(当施設の嘱託医師) 氏名:森 俊介 所属医院:愛野記念病院 診察日:火・金曜日 16:00～17:00</p>
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設は、入居者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 <p>(相談窓口)生活相談員</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の施設介護サービスが作成されるまでの間についても、当然利用者がその有する能力に応じて自立した日常生活が送れるように適切な各種介護サービスを提供します。
社会生活上の便宜	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を爽りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。

(2) 介護保険給付外サービス

入居者の選定により提供サービス

- ① 食材費
- ② 特別な食事(寿司等の出前、お酒等)
- ③ 貴重品の管理及び行政手続代行

利用者及びご家族による貴重品の管理及び行政手続きが困難な場合は、貴重品の管理及び行政手続代行サービスを受けることができます。
- ④ 送迎サービス(入院、通院、個別の外出・外泊)
- ⑤ 行事、クラブ活動

4. 利用料金

(1) 基本料金(介護保険給付サービス)

① 施設利用料

		1日あたりの	1日あたりの	1日あたりの
		自己負担分(1割)	自己負担分(2割)	自己負担分(3割)
①	要介護度1	¥670	¥1,340	¥2,010
	要介護度2	¥740	¥1,480	¥2,220
	要介護度3	¥815	¥1,630	¥2,445
	要介護度4	¥886	¥1,772	¥2,658
	要介護度5	¥955	¥1,910	¥2,865

* 自立・要支援と判定された方で、入居を希望される場合、別途相談に応じます。

* 入居期間中に入院、または自宅に外泊した期間の取扱いについては、介護保険給付の扱いに応じた料金となりますのでご了承ください。

②	初期加算		1日あたり	¥30	¥60	¥90
③	退所前訪問相談援助加算		1回あたり	¥460	¥920	¥1,380
	退所後訪問相談援助加算			¥460	¥920	¥1,380
④	退所前連携加算		1回あたり	¥500	¥1,000	¥1,500
⑤	退所時相談援助		1回あたり	¥400	¥800	¥1,200
⑥	退所時情報提供加算		1回あたり	¥250	¥500	¥750
⑦	退所時栄養情報提供加算		1回あたり	¥70	¥140	¥210
⑧	経口移行加算		1日あたり	¥28	¥56	¥84
⑨	精神科医療養指導加算		1日あたり	¥5	¥10	¥15
⑩	看護体制加算(Ⅰ)イ		1日あたり	¥6	¥12	¥18
	看護体制加算(Ⅱ)イ		1日あたり	¥13	¥26	¥39
⑪	療養食加算		1食あたり	¥18	¥36	¥54
⑫	個別機能訓練加算(Ⅰ)		1日あたり	¥12	¥24	¥36
	個別機能訓練加算(Ⅱ)		1月あたり	¥20	¥40	¥60
	個別機能訓練加算(Ⅲ)		1月あたり	¥20	¥40	¥60
⑬	在宅復帰支援機能加算		1日あたり	¥10	¥20	¥30
⑭	夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ		1日あたり	¥27	¥54	¥81
⑮	日常生活継続支援加算Ⅱ		1日あたり	¥46	¥92	¥138
⑯	若年性認知症入所者受入加算		1日あたり	¥120	¥240	¥360
⑰	外泊加算		1日あたり	¥246	¥492	¥738
⑱	経口維持加算(Ⅰ)		1月あたり	¥400	¥800	¥1,200
	経口維持加算(Ⅱ)		1月あたり	¥100	¥200	¥300
⑲	看取り加算(Ⅰ)	死亡日以前31日以上45日以下	1日あたり	¥72	¥144	¥216
		死亡日以前4日以上30日以下		¥144	¥288	¥432
		死亡日前の前日及び前々日		¥680	¥1,360	¥2,040
		死亡日		¥1,280	¥2,560	¥3,840
	看取り加算(Ⅱ)	死亡日以前31日以上45日以下	1日あたり	¥72	¥144	¥216
		死亡日以前4日以上30日以下		¥144	¥288	¥432
		死亡日前の前日及び前々日		¥780	¥1,560	¥2,340
		死亡日		¥1,580	¥3,160	¥4,740
⑳	在宅・入所相互利用加算		1日あたり	¥40	¥80	¥120
㉑	認知症専門ケア加算(Ⅰ)		1日あたり	¥3	¥6	¥9
	認知症専門ケア加算(Ⅱ)			¥4	¥8	¥12
	認知症行動・心理症状緊急対応加算			¥200	¥400	¥600
㉒	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		1日あたり	¥22	¥44	¥66
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)			¥18	¥36	¥54
	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)			¥6	¥12	¥18
㉓	配置医師緊急時対応加算	勤務時間外(早朝、深夜を除く)	1回あたり	¥325	¥650	¥975
		18:00~21:59 6:00~7:59		¥650	¥1,300	¥1,950
		22:00~5:59		¥1,300	¥2,600	¥3,900
㉔	栄養マネジメント強化加算		1日あたり	¥11	¥22	¥33
㉕	口腔衛生管理加算(Ⅰ)		1月あたり	¥90	¥180	¥270
	口腔衛生管理加算(Ⅱ)		1月あたり	¥110	¥220	¥330
㉖	生活機能向上連携加算(Ⅰ)		3月あたり	¥100	¥200	¥300
	生活機能向上連携加算(Ⅱ)		1月あたり	¥200	¥400	¥600
㉗	排泄支援加算(Ⅰ)		1月あたり	¥10	¥20	¥30
	排泄支援加算(Ⅱ)		1月あたり	¥15	¥30	¥45
	排泄支援加算(Ⅲ)		1月あたり	¥20	¥40	¥60

⑳	褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	1月あたり	¥3	¥6	¥9	
	褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	1月あたり	¥13	¥26	¥39	
㉑	外泊時在宅サービス利用費用加算		¥560	¥1,120	¥1,680	
㉒	自立支援促進加算	1月あたり	¥280	¥560	¥840	
㉓	再入所時栄養連携加算		¥200	¥400	¥600	
㉔	科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	1月あたり	¥50	¥100	¥150	
㉕	ADL維持等加算(Ⅰ)	1月あたり	¥30	¥60	¥90	
	ADL維持等加算(Ⅱ)	1月あたり	¥60	¥120	¥180	
㉖	安全対策体制加算	入所時1回	¥20	¥40	¥60	
㉗	特別通院送迎加算	1月あたり	¥594	¥1,188	¥1,782	
㉘	協力医療機関連携加算	要件を満たす場合(令和6年度)	1月あたり	¥100	¥200	¥300
		要件を満たす場合(令和7年度)		¥50	¥100	¥150
		それ以外の場合		¥5	¥10	¥15
㉙	高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	1月あたり	¥10	¥20	¥30	
	高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	1月あたり	¥5	¥10	¥15	
㉚	新興感染症等施設療養費	1月あたり	¥240	¥480	¥720	
㉛	認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	1月あたり	¥150	¥300	¥450	
	認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	1月あたり	¥120	¥240	¥360	
㉜	生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	1月あたり	¥100	¥200	¥300	
	生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	1月あたり	¥10	¥20	¥30	

- ㉝ a,介護職員等処遇改善加算Ⅰ 上記の①から④⑩に算定した金額の1000分の140に相当する金額
b,介護職員等処遇改善加算Ⅱ 上記の①から④⑩に算定した金額の1000分の136に相当する金額
c,介護職員等処遇改善加算Ⅲ 上記の①から④⑩に算定した金額の1000分の113に相当する金額
d,介護職員等処遇改善加算Ⅳ 上記の①から④⑩に算定した金額の1000分の90に相当する金額

- ㉞ 居住費及び食費は介護保険負担限度額認定証に記載された区分ごとに負担限度額が決められています。

対象者		区分
生活保護受給者		第1段階
世 市 税	高齢福祉年金受給者	
帯 町 非	課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下、預貯金が単身650万円、夫婦で1,650万円未満	第2段階
全 村 課	利用者負担第2段階以外の方で、課税年金収入が80万円超120万円以下、預貯金が単身550万円、夫婦で1,550万円未満	第3段階①
員 民 税	利用者負担第2段階以外の方で、課税年金収入が120万円超、預貯金が単身550万円、夫婦で1,550万円未満	第3段階②
上記以外の方		第4段階

- ㉟ 居住費

1日あたり

当法人の定める利用料				
1段階	2段階	3段階①	3段階②	非該当
¥2,066	¥2,066	¥2,066	¥2,066	¥2,066
厚生労働省の定める負担限度額				
1段階	2段階	3段階①	3段階②	非該当
¥880	¥880	¥1,370	¥1,370	限度なし

※入院、外泊期間は、居住費(2066円)についてはご負担いただきます。

④ 食費

1日あたり

当法人の定める利用料			
1段階	2段階	3段階	4段階
¥1,445	¥1,445	¥1,445	¥1,482
厚生労働省の定める負担限度額			
1段階	2段階	3段階①	3段階②
¥300	¥390	¥650	¥1,360

非該当

限度なし

(2) その他の料金(介護保険給付外サービス)

- ① 特別食(寿司等の出前、お酒等) 要した費用の実費
 ② 貴重品(現金、通帳、各種証書、印鑑等)の管理 1日あたり ¥30

③ 送迎費

市外については、1回あたり片道2時間以上の送迎の場合実費となります。

- ④ 行事、クラブ活動費 要した費用の実費

⑤ 電化製品持込使用費用

※ 室内の電気料金はメーターによる実費(1Kwあたり20.57円)になります。

(3) 支払方法

毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、25日までにお支払いください。
 お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払方法は、窓口支払い、銀行振込、口座自動引き落としの3通りの中からご契約の際に選べます。

5. 入退所の手続き

(1) 入所手続き

まずは、お電話等でお問い合わせください。居室に空きがあり、要介護度3以上であれば、入所判定委員会での入居順位決定を経てご入居頂くこととなります。入居と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

※ 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) 退所手続き

① お客様のご都合で退居される場合

退居を希望する日の7日前までにお申し出下さい。

② 自動終了

以下の場合、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。

- ・ お客様が他の介護保険施設に入居した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当(自立)または要支援1,2と認定された場合

※ この場合、所定の期間の経過をもって退居していただくことになります。

平成30年3月1日以降に入居した要介護3以上の人が、その後、要介護1又は要介護2になった場合、次のいずれかの要件があれば、保険者の許可を受けて入居を続けることができます。

- 1)認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること
 - 2)知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること
 - 3)家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること
 - 4)単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること
- もし、先に挙げた4つの要件のいずれかに該当しなければ、退所することとなります。退居に当たって、施設は入居者の人やそのご家族様を支援しますので、ご安心ください。
- 一方、要支援1又は要支援2もしくは自立になった場合、特別養護老人ホームを退居することとなります。
- なお、退所に当たって、特別養護老人ホームは入居者の人やその御家族様を支援しますので、ご安心ください。

- ・お客様がお亡くなりになった場合

③ その他

- ・お客様が、サービス利用料金の支払を6ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族などが当施設や当施設の従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、退居していただく場合がございます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。
- ・お客様が病院または診療所に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込がない場合または入院後3ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合、文書で通知のうえ、契約を終了させていただく場合がございます。尚、この場合、退院後に再度入居を希望される場合は、お申し出下さい。
- ・お客様が病院または診療所に入院し施設及び地域事情を勘案され自主退居された場合退院後に再入居を希望される場合は入居判定指針に基づき入居順位は最上位として取り扱います。
- ・やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合、契約を終了し、退所していただく場合がございます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。

6. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

- ・面会 来訪者は、面会時間(8:00～21:00)を尊重し、必ずその都度「面会簿」に記入してください。宿泊を希望される場合は、職員へご連絡下さい。
- ・外出、外泊 外出、外泊の際は、「外出・外泊届」に記入し提出してください。
- ・飲酒、喫煙 喫煙は所定の場所以外はお断りします。
飲酒は、食堂をご利用下さい。
- ・設備、器具の利用 施設内の備品や器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合は、賠償していただく場合がございます。
- ・金銭、貴重品の管理 利用者がお持ちの金銭・貴重品は、ベットのサイドキャビネットを使用し、各自で管理をお願いします。
なお、当施設では責任を負いかねます。
利用者本人での管理が困難な場合は、生活相談員にご相談ください。

- ・迷惑行為等 騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
- ・宗教活動・政治活動 施設内で他の利用者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
- ・ペット 施設内でのペットの飼育はお断りします。
- ・安全の配慮 当施設内に施設周辺、廊下、各ユニット共有部分に安全、見守りのためカメラを設置させていただいております。

7. 虐待防止・不適切ケア防止の対応

- ・虐待又は虐待が疑われる不適切ケアの防止のための対策を検討する委員会開催及び虐待防止のための研修を定期的実施しています(身体拘束等不適切ケア防止のための対応も同様)。また、万一虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、施設長を責任者として速やかに市町村等関係者に報告を行い、事実確認を行います。
- ・当施設は、身体拘束等の行動制限は虐待行為であると考えており、緊急やむを得ない場合以外の身体拘束は行いません。

8. 緊急時の対応方法

ご利用者に容体の変化や事故等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

緊急連絡先	
氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

9. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、お客様に対して当事業所の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。なお、当事業所は日本興亜損保と損害賠償保険契約を結んでおります。

10. 協力医療機関

特別養護老人ホーム愛の里では、次の医療機関と歯科医に協力をいただいております。

- ① 協力病院 医療法人伴帥会 愛野記念病院(全診療科目) 愛野町
- ② 協力歯科医院 寺田歯科医院(歯科) 愛野町

11. 非常災害対策

- ・非常災害に備えるため、防災及び避難に関する計画を作成し、年2回(夜間想定含む)以上の避難訓練、その他必要な研修及び訓練等を実施しています。
- ・平常時の対応(必要物品の備蓄など)、緊急時の対応、他施設及び地域との連携に関する業務継続計画を策定しています。

- ・防災時の対応 …………… 別途定める「特別養護老人ホーム愛の里消防計画」にのっとり対応します。
- ・防災設備 …………… 自動火災報知設備、非常警報設備、火災通報装置、誘導灯、ガス漏れ報知器、非常電源設備、消火器、室内消火栓設備
- ・防災訓練 …………… 「愛の里消防計画」に基づき避難、救出その他訓必要な訓練を年2回以上実施します。
- ・自然災害 …………… 「事業継続計画(自然災害編)」に基づき実施します。
- ・防火責任者 …………… 溝田 貴年

12. サービス内容に関する相談・苦情

(1) 利用者からの相談または苦情等に対する常設の窓口(連絡先)、担当者の設置

- ① 常時、事業所に担当者を窓口として待機させ、来所や電話による相談や苦情の対応にあたる。
- ② 担当者は基本的に生活相談員とし、不在の場合はその他従事者、または併設施設の事務担当者が対応し、その後生活相談員に連絡する。

当施設ご利用者相談・苦情担当

解決責任者	施設長	久間 英俊	
受付担当者	生活相談員	溝田 貴年	TEL 0957-36-2266

第三者委員

	連絡先	
山口陽子	雲仙市愛野町甲3928	TEL 090-7397-3574
宮本三平	雲仙市千々石町戊212-3	TEL 0957-37-2601
北平正美	雲仙市愛野町乙2511	TEL 090-8669-0462

(2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

苦情等が確認された場合は、早急に生活相談員が対応し、施設長に報告を行う。

対応する生活相談員は、施設長の判断により、その者の対応では不適切と考えられる場合は、施設長又は他の従事者が対応する体制をとる。

対応については、利用者等の状況により、電話・訪問・来所等の方法で苦情の内容を把握し、分析を行う。

苦情の原因を明らかにした後には、適宜その要望や苦情に応じて解決方法を検討し、再度の苦情発生の予防に配慮し、利用者及び家族に説明を行う。

(3) その他相談窓口

当センター以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

雲仙市

担当 健康福祉部福祉課 TEL 0957-36-2500

諫早市

担当 高齢介護課 TEL 0957-22-1500

島原地域

担当 広城市町村圏組合 TEL 0957-61-9101

長崎県国民健康保険団体連合会 介護保険課

受付時間 平日の午前9時から午後5時まで(土曜、日曜、祝日、12月29日から1月3日を除く)

TEL 095-826-1599(苦情相談直通) FAX 095-826-1779

13. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無

Ⓔ

実施した直近の年月日

年 月 日

実施した評価機関の名称

評価結果の開示状況

14. 法人の概要

名称・法人種別

社会福祉法人 白寿会

代表者役職・氏名

理事長 久間 英俊

本部所在地・電話番号

長崎県雲仙市愛野町乙2288番地4

電話:0957-36-0828

施設・拠点等

特別養護老人ホーム 5カ所

短期入所生活介護 5カ所

通所介護 4カ所

訪問介護 3カ所

在宅介護支援センター 2カ所

居宅介護支援事業者 2カ所

配食サービス 1カ所

認知症対応型共同生活介護 3カ所

認知症対応型通所介護 2カ所

共用型認知症対応型通所介護 1カ所

サービス付高齢者向け住宅 1カ所

15. その他

この重要事項説明書に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを遵守し、双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

介護老人福祉施設入居にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者	社会福祉法人 白寿会	
<事業者名>	特別養護老人ホーム愛の里	
<住所>	長崎県雲仙市愛野町乙2288番地4	
<代表者名>	施設長 久間 英俊	印

説明者	所属	特別養護老人ホーム愛の里	
	氏名		印

私は、契約書および本書面により、事業者から介護老人福祉施設についての重要事項の説明を受けたことについてその内容に同意します。

利用者	住所	
	氏名	印

保証人	住所	
(署名代理人)	氏名	印