

介護老人福祉施設重要事項説明書

1. ホームが提供するサービスについての相談窓口

電話： 042-527-0032 (午前9:00～午後5:30 月～金)

担当： 至誠ホーム錦ブロック 生活支援室

* ご不明な点は、何でもご遠慮なくご相談下さい。

2. 事業所への要望・苦情についての相談窓口

(1) 苦情処理の体制及び手順

- ① 利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。
- ② 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

* 苦情の把握について

電話・FAX・Eメール・手紙・投書箱・ボランティア等により幅広く行います。

* 検討会の開催

苦情申立て人より要望があった場合は、当法人が設置する利用者相談委員会(第三者機関)を召集し、原因分析・改善策等を協議します。

* 改善の実施

申立人に対し、苦情解決責任者、該当施設の施設長から改善策等について文書で回答し同意を得た後、苦情内容と回答を法人内に設置する掲示板に掲示します。

* 解決困難な場合

保険者及び東京都国民健康保険団体連合会に相談します。

* 再発防止

同様の苦情・事故等が発生しないよう、受付けた苦情について、研修会等で再発防止に努めます。

(2) 至誠ホーム利用者相談委員会

電話： 042-527-0374 (専用)

受付時間： 午前10時～午後4時 (月～金)

担当： 白澤 征爾

(3) 区市町村の相談・苦情窓口

立川市福祉保健部介護保険課事業者係

電話： 042-523-2111 (代表)

(4) 東京都社会福祉協議会内第三者機関（運営適正化委員会）

電話： 03-5283-7020

(5) 東京都国民健康保険団体連合会

電話： 03-6238-0177

その他、各保険者窓口に相談・苦情申し立てが可能です。

3. 至誠ホームのケアサービス提供ポリシー

～利用者スタッフ 信頼のルールと「絆」～

至誠ホームでは、利用者の人格を尊重し、利用者が安心してサービスを利用できることを目指します。そのためにスタッフ、利用者、ご家族の信頼のルールを定め、お互いを結ぶ「絆」を大切にします。

<利用者の立場から>

1. 専門的で思いやりがあり、丁寧なケアを利用できる
2. 常に自分自身の可能性と自律が大切にされるケアを利用できる
3. スタッフとご家族、ボランティアさんの協力による心温かいケアを受けられる

<スタッフの立場から>

1. 一生懸命取り組む福祉の仕事と、心を尽くした働きが尊重される
2. 温かい雰囲気の中で、ケアの仕事に就ける事が保障される
3. 働く者の尊厳と良心を傷つける言動や行為に対しては、自らを護ることが認められる

信頼の絆は、利用者・ご家族、スタッフの「笑顔」と「ありがとう」という相手に敬意を示す態度と言葉から育まれます。お互いの立場を尊重し、お互いを大切に思う心で、共に絆を作り上げる努力を続けます。

(2010年制定)

4. 至誠特別養護老人ホームの概要

(1) 運営の方針

当施設は、施設の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いて、入浴、排泄、食事等の介護、相談および援助、社会生活上の世話、機能訓練、健康管理および療養上の世話をを行うことにより、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なることを目指します。

(2) 提供できるサービスの種類

施設名称	至誠特別養護老人ホーム
所在地	東京都立川市錦町 6-28-15
介護保険法指定番号	介護老人福祉施設 (東京都指定 第 1373000221 号)
その他	生活保護法適用施設

(3) ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		東京都知事の事業者指定		定員
施設	特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)	指定年月日	指定番号	96人
		H12.4.1	1373000221	
居宅	短期入所生活介護 (空床型)	H12.4.1	1373000221	4人

(4) 同施設の設備の概要

定員	96名	
居室	個室	22室 (10室 9.00㎡・12室 14.13㎡)
	2人室	37室 (5室 17.55㎡・32室 30.17㎡)
浴室	一般浴槽、介助浴槽、特殊浴槽があります。	
静養室	4室 (1室 9.45㎡)	
医務室	1室 (1室 31.63㎡)	
機能訓練室	1室 (1室 197.10㎡)	
デイルーム	4室 (1室 91.53㎡)	

(5) 当施設の職員体制 () 内契約職員別掲

職種	計	職種	計
管理者	1名	介護支援専門員	1名以上
医師	1名 (非常勤) 以上	看護師	3名以上
生活相談員	1名以上	介護員	32名以上
栄養士 (管理栄養士)	1名以上	機能訓練指導員	1名以上
調理員	委託	合計	41名以上

看護責任者：山縣 まみ

① 時間帯による職員数

時間帯	介護職員等の数
朝食帯	1フロア・2～3名
日勤帯	1フロア・2～4名
夕食帯	1フロア・2～4名
夜勤帯	4フロア・5名

② 配置医師等による診察日

曜日・時間	医師
金曜日	内科 新野
火曜日(4/月)	内科 中西
木曜日(PM)	内科 鈴木

5. サービスの内容

項 目	サ ー ビ ス 内 容
施設サービス計画の立案	<ul style="list-style-type: none"> • 包括的自立支援プログラムをアセスメントツールとして使用し、国の定めるサービス計画書を使用します
食事	<ul style="list-style-type: none"> • 管理栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況や嗜好、季節感等を配慮したバラエティに富んだ食事を提供いたします。 • 食事時間 下記の時間を基本とし、その方に合わせた食事時間を設定いたします。 朝食 7：30～ 9：00 昼食 12：00～13：00 夕食 18：00～19：00 • 食事は、原則としてデイルームをご利用頂きます。
排泄	<ul style="list-style-type: none"> • 利用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回の入浴又は清拭を行います。 • 身体の状態に応じた入浴機器での入浴が可能です。
生活介護	<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します。 • 清潔な寝具を提供します。 • シーツ交換は、週1回行います。ただし、必要な場合はその都度交換いたします。 • 枕カバー、包布交換は、週1回行います。ただし、必要な場合はその都度交換いたします。 • ふとん乾燥消毒は、適宜実施します。
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> • 定期健康診断（年1回） • 血圧、検温などの健康チェック（2週間に1回） ただし、必要があればその都度実施します。 • 嘱託医師により、2週間に1回診察日を設けて健康管理に努めます。 • 医療の必要性の判断は、嘱託医師又は協力医療機関等の医師が行います。 • 医療が必要と判断された場合は、速やかに医療機関に通院もしくは入院していただきます。

	<ul style="list-style-type: none"> 通院や入院、緊急受診等をされた場合、主治医より治療上の判断を求められることがありますので、基本的にはご家族が中心となって対応していただきます。その際、可能な範囲でご相談に応じさせていただきます。
機能訓練・生活リハビリ	<ul style="list-style-type: none"> 機能訓練指導員による利用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努めます。 手芸、貼り絵など生活リハビリを取り入れ、精神的機能の低下を防止するよう努めます。
生活相談	<ul style="list-style-type: none"> 利用者及びご家族からの相談について、誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 (相談窓口) 生活支援室
生きがい活動	<ul style="list-style-type: none"> 施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーションを企画します。 <ul style="list-style-type: none"> ①個別活動 ②小グループ活動 ③フロア活動 ④クラブ活動 ⑤施設行事
所持品保管	<ul style="list-style-type: none"> 若干の身の回り品については、居室に備え付けの収納庫等にてお預かりします。
行政手続き代行	<ul style="list-style-type: none"> 行政機関への手続きが必要な場合は、利用者やご家族の状況によっては代行して行います。
金銭等の管理	<ul style="list-style-type: none"> 自らの手による金銭などの管理が困難な場合は、お預かり管理いたします。 現金、通帳、年金証書、印鑑などお預かり管理いたします。 預り金に関する帳票類は翌月に代理人にご送付します。

6. 看取りの介護

当ホームでは一定の要件を満たした場合に限り、別途定める「看取り介護の指針」に則りご家族などの協力のもと看取り介護を実施いたします。

7. 福祉サービス第三者評価

福祉サービス第三者評価事業について毎年受審しています。

実施状況については以下の通りです。

直近の実施日：令和7年2月10日

評価機関名：特定非営利活動法人アクティブハンディネット

評価結果公表：「とうきょう福祉ナビゲーション」にて公開

8. 利用料金

(1) 基本サービス料金（法廷料金）

	30日あたりの自己負担額		
	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	22,439円	44,878円	67,316円
要介護2	24,953円	49,905円	74,857円
要介護3	27,575円	55,150円	82,725円
要介護4	30,090円	60,179円	90,269円
要介護5	32,568円	65,135円	97,703円

*上記料金には、精神科医療養指導加算、個別機能訓練加算、夜勤職員配置加算、科学的介護推進体制加算、介護職員処遇改善加算などの加算を含んでいます。

*初期加算、療養食加算、看取り介護加算、入院・外泊等の期間の取り扱いについては、介護保険給付の取り扱いに応じた料金となりますのでご了承下さい。

(2) 食費

1日あたり 1,545円

(3) 居住費

1日あたり 915円

※ 食費、居住費については、所得に応じた減免措置や保険者独自の減免制度があります。

(4) 日常生活費

Aセット	歯ブラシ、歯磨き粉、義歯洗浄剤、洗口液 ティッシュペーパー、保湿剤、シャンプー、 ボディソープ、洗剤・柔軟剤	¥100/日
Bセット	歯磨きティッシュ、ティッシュペーパー、 ウエットティッシュ、保湿剤、シャンプー、 ボディソープ、洗剤・柔軟剤、整髪剤	¥100/日

利用者の身の回り品として日常生活に必要な物品であって、上記の2セットから利用者の状況に応じて、利用者の希望により提供する費用です。

(5) 活動費

活動に参加をされた場合にいただく費用です。

ホームまつり（模擬店・写真など）	¥500/回
餅つき（餅・きなこ・あんこ・お汁粉・お茶・容器など）	¥100/回
どんと焼き（団子・醤油・甘酒・容器など）	¥100/回
英語クラブ・1/月（教材・おやつなど）	¥100/月

習字クラブ・1/月（手本・墨汁・用紙・筆・下敷きなど）	¥100/月
コーヒーサロン 開催時（コーヒー・ミルク・砂糖など）	¥100
フェルマータ・2/月（楽譜・楽器など）	¥100/月
グループ活動・個人活動	実費

<いきいき健康活動>

絵画教室：2/月（花・画材など）	¥200/月
陶芸教室：開催時（粘土・陶料・エプロン・窯入れなど）	¥100/月
個別活動（カレンダー作り・刺し子・ぬいぐるみなど）	¥100/月

(7) 日常生活管理支援サービス費（特別養護老人ホーム）

1日あたり 80円

利用者の希望などにより、至誠特別養護老人ホーム預り金管理要綱の下で行う預かり金の出納管理、ならびに通帳、印鑑、年金証書などの管理に要する費用です。

(8) その他の費用

(ア) 理美容

移動美容室、訪問理美容室等を利用した場合は実費分を負担していただきます。

(イ) 外部受診・入退院時送迎等

緊急時は基本的にホームで対応しますが、定期外部受診等緊急性が高くない受診や車両および人員の都合がつかない場合については、タクシー料金や実費でヘルパーに依頼・負担していただく場合があります。

(ウ) 入院時の洗濯など

入院中のお世話は基本のご家族などをお願いしています。
寝巻きのリースなどを利用される場合は実費分を負担していただきます。

(エ) 外食・外注など

外食・外注の場合は基本的に実費分を負担していただきます。

(オ) 文書料

各診断書 医師が書く各種診断書類は医療保険適応外となる為、実費分を負担していただきます。

各証明書 施設長が発行する証明書類については基本的に無料ですが、特例についてはその都度ご相談させていただきます。

申請に当たっては、所定の申請書にご記入いただきます。申請は利用者、あるいは代理人となるご家族などに手続きしていただきます。

9. 入所の手続き

(1) 必要な書類など

- ① 介護保険被保険者証
- ② 医療保険被保険者証（社会保険、後期高齢者、国民健康保険）
- ③ 年金証書等
- ④ 検査結果通知書
- ⑤ その他 身体障害者手帳・減額認定証 など

(2) その他お持ち頂くもの

- ①印鑑 1 本
- ②衣類
- ③使い慣れた思い出の品等については、収納スペースに限りがございますので、個別にご相談下さい。

10. 施設サービスが提供できない場合がございます

(1) 入院して医療・治療が必要と判断された場合

- ※ 入院中は短期入所者生活介護等でベッドを使用する場合がありますのでご了承下さい。
- ※ 入院が長引くことを主治医等が判断した場合は、一旦退所していただくことがありますのでご了承下さい。

(2) 施設として適切な指定介護老人福祉施設サービスを提供することが困難な場合

11. 退所の手続き

(1) 利用者のご都合で退所される場合

いつでも申し出により退所できます。但し、退所先及び身元引受人の確認をさせていただきます。

(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。

イ. 利用者が他の介護保険施設に入所した場合

ロ. 介護保険給付で、サービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、「非該当」又は「要支援」と認定された場合

要介護1・要介護2については、契約書第9条第3項によります。

※この場合、所定の期間の経過をもって退所していただくこととなります。

ハ. 利用者がお亡くなりになった場合

ニ. やむを得ない事情により施設を閉鎖する場合

(3) 金品の引渡しについて

(1)(2)などの事由で退所される場合は、所持・預かり金品の全てを原則として利用者あるいは契約上の代理人にご返却いたします。

12. 特例入所

介護老人福祉施設は平成27年度から原則要介護3以上の方が入所する施設となりました。しかし要介護1、2の方も、やむを得ない事情がある場合には特例入所が認められます。入居後に要介護認定の更新等により要介護1、2と認定された方も、引き続き入所の継続が必要な場合は、ホームで継続入所の必要性を判断し、保険者の求める書類を提出し、保険者でやむを得ない事情が認められれば引き続き入所を継続することが可能です。

やむを得ない事情とは、①認知症や精神疾患等により、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、在宅生活が困難な状態、②家族等による深刻な虐待が疑われる等により心身の安全・安心の確保が困難な状態、③単身世帯であるか、同居家族が何らかの理由で介護が困難で、地域の介護サービスや地域支援が十分に認められないことで在宅生活が困難な状態、などを指します。

13. 施設利用に当たっての留意事項

事 項	内 容
面 会	・面会時間 概ね9:00~21:00 それ以外についてはご相談下さい。
外出、外泊	・必ず行き先と帰園時間、食事の有無など必要なことを所定の用紙で職員にお届け下さい。
飲 酒	・夕食時間に吞んでいただくか、ホーム喫茶をご利用いただきます。
喫 煙	・決められた場所をお願いします。
所持品の持ち込み	・居室のロッカーに入る程度の衣装と床頭台に収納できる程度の身の回り品とさせていただきます。増えた場合は整理をしていただきます。
施設外での受診	・囑託医師、協力病院の医師の指導ではなく、ご自身のご希望で他の医療機関を受診する場合は、ご家族をお願いします。また、診察結果、処方薬などを職員にお知らせ下さい。
宗教・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	・飼育を前提にしたペットの持ち込みはお断りします。
食べ物の持ち込み	・健康上の理由により、職員にお尋ねください。
お部屋の変更	・状態の変化や入院、全体の調整等により、変更させていただきますのでご了承下さい。

14. 要介護認定の申請に係る援助

- (1) 利用者が要介護認定の更新申請を円滑に行えるよう援助します。
- (2) 利用者が希望する場合は、要介護認定の申請を代わって行います。

15. サービス提供の記録の保存

- (1) 施設サービスの提供に関する記録を作成することとし、これをご契約終了後2年間保管いたします。

16. 退所時の援助

- (1) 契約の終了により利用者が退所する際には、利用者およびその家族の希望、利用者が退所後に生活されることとなる環境などを勘案し、円滑な退所のために必要な援助を行います。

17. 秘密保持の厳守

- (1) 施設および全ての職員は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびそのご家族に関する個人情報を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、雇用契約終了後も同様といたします。
- (2) 利用者から予め同意を得ない限り、居宅介護支援事業者等に対し、利用者の個人情報を提供致しません。

18. 緊急時の対応方法

利用者に容態の変化などがあった場合は、医師に連絡するなど必要な処置を講じるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

【第1 緊急連絡先】

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	
携帯等	

【第2 緊急連絡先】

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	
携帯等	

19. 非常災害対策

- | | |
|-------------|-----------------|
| (1) 防災時の対応 | 防災計画により対応します |
| (2) 防災設備 | 必要な設備を備えております |
| (3) 防災訓練 | 月1回消防防災訓練を実施します |
| (4) 統括防火管理者 | 金井 裕一 |

20. 協力医療機関

ホームは利用者に入院治療が必要になった時の備えとして、近隣の病院など承諾を得て、協力医療機関を定めています。

また、協力歯科医療機関についても定めています。

協力医療機関名	診療科目	住所
桜ヶ丘記念病院	精神科	東京都多摩市連光寺 1-1-1
昭島病院	内科他標榜科目	東京都昭島市中神町 1260
立川中央病院	外科他標榜科目	東京都立川市柴崎町 2-17-14
コンパス歯科クリニック	歯科	東京都立川市若葉町 1-9-1 グリーンクレスト 103

21. 感染症対策

事業者では利用者と施設の衛生管理に努めるとともに、感染症が発生またはまん延しないように、以下の項目に取り組みます。

- (1) 感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができる。）を設置し、定期的に（月に1回）開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に（年2回以上）実施します。

22. 業務継続計画

事業者は感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する短期入所生活介護の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い、必要な措置を講じます。

なお、従業者に対し、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に（年2回以上）実施します。

23. 高齢者虐待防止の推進

事業者では利用者の人権擁護、虐待防止等のため、以下の項目に取り組みます。

- (1) 高齢者虐待防止の指針を整備します。
- (2) 高齢者虐待防止の対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ります。
- (3) 従業員に対して、人権擁護、虐待防止等の研修を定期的を開催します。
- (4) 上記の取り組みを適切に実施するために、高齢者虐待防止の担当者を置きます。

24. 身体拘束廃止等

事業者では「虐待」として位置づけられる身体拘束に当たる行為については原則的に行いません。

ただし、厚生労働省で定めた「切迫性」「非代替性」「一時性」について吟味をして、やむを得ず身体拘束を行う場合があります。身体拘束廃止に向け、以下の項目に取り組みます。

- (1) 身体拘束廃止に関する指針を整備します。
- (2) 身体拘束廃止に向けて検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について、従業員に周知します。
- (3) 従業員に対して、身体拘束廃止に取り組むにあたり、研修を定期的（年2回以上）実施します。

25. ハラスメント対策の強化

事業者では適切なサービス支援環境を確保する観点から、従業員において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、サービス従業員の就業環境が害されることを防止するための方針を明確化する等、必要な措置を講じます。

26. 守秘義務の対応

事業者及びサービス従業員は、業務上知り得た利用者又は家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守する旨を、退職時に従業員と文書で取り交わします。

27. 当法人・施設の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 至誠学舎立川
代表者役職・氏名	理事長 稲永 勝行
施設名称	高齢者総合福祉施設 至誠ホーム 至誠特別養護老人ホーム
所在地	〒190-0022 東京都立川市錦町 6 丁目 28 番 15 号 電 話：042-527-0031 (代) FAX：042-527-2646 (代)

併設施設等

- 錦ブロック
 - 至誠ホームアウリンコ
 - 和光診療所
- 多摩川ブロック
 - 至誠和光ホーム
 - 至誠ホームスオミ
 - 至誠ホームオンニ
 - 至誠コミケアセンター
 - 至誠調布若葉ケアセンター
 - 至誠調布柴崎ケアセンター
- キートスブロック
 - 至誠ホームキートス
 - 至誠キートスケアセンター
 - 至誠柏ケアセンター
- 国分寺ブロック
 - 至誠ホームミンナ
 - 至誠国分寺ケアセンター

介護老人福祉施設入所にあたり、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。

_____年 _____月 _____日

<事業者>

所在地 〒190-0022 東京都立川市錦町6丁目28番15号
名称 社会福祉法人至誠学舎立川 高齢者総合福祉施設 至誠ホーム
至誠特別養護老人ホーム

説明者 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ました。

<利用者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

<代理人>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

日常生活費選択同意書

Aセット	歯ブラシ、歯磨き粉、義歯洗浄剤、洗口液 ティッシュペーパー、保湿剤、シャンプー、 ボディソープ、洗剤・柔軟剤	¥100/日
Bセット	歯磨きティッシュ、ティッシュペーパー、 ウエットティッシュ、保湿剤、シャンプー、 ボディソープ、洗剤・柔軟剤、整髪剤	¥100/日

日常生活費に関し、私は上記の内訳について説明を受けまして

(A ・ B) を選択します。

_____ 年 月 日

<利用者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

<家族・代理人・成年後見人等>

住 所 _____

氏 名 _____ 印