

# 介護福祉施設重要事項説明書

社会福祉法人新潟市社会事業協会  
特別養護老人ホーム有明園

## 介護福祉施設重要事項説明書

〈令和6年4月1日現在〉

### 1、事業者（法人）の概要

法人名	社会福祉法人 新潟市社会事業協会
代表者氏名	理事長 高橋 秀松
法人所在地	新潟県新潟市西区西有明町1番3号

### 2、事業者の概要

事業所の種類	指定介護老人福祉施設
指定年月日	平成26年1月4日 新潟市指定 第1570112142号
施設の名称	特別養護老人ホーム有明園（ユニット型）
施設の所在地	新潟県新潟市西区西有明町1番20号
連絡先	電話 025-231-2615 FAX 025-231-0539
施設長	真壁 恒雄
開設年月日	平成26年1月4日
入居定員	40人（居室の定員ユニット型個室1名）
事業の目的	介護保険法、老人福祉法及び関係法令に基づき、入居者一人ひとりの意志及び人格を尊重し、入居者の居宅における生活への復帰を念頭において、入居前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、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介護サービスの提供に万全を期するものとする。
運営の方針	入居者の意志及び人格を尊重し、常にその者の立場に立って介護福祉施設サービスを提供するように努めるものとする。明るく家庭的な雰囲気を有し、地域と家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、地域の保健・医療福祉サービスとの密接な連携を図り総合的なサービスの提供に努めるものとする。
延べ床面積	7,014,56㎡
建物の構造	鉄骨造3階建て
居室	11.65㎡以上(1,2階各20室) 各室洗面所付き
共同生活室	84.74㎡以上 他談話エリア
浴室	1,2階各ユニット2室
医務室	3階

(1) 併設事業 当施設では、次の事業を併設実施しています。

居宅介護支援事業	
特別養護老人ホーム有明園（従来型）	定員50名
短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護 （併設型、空床型）	定員20名
通所介護及び介護予防通所介護	定員25名

### 3、事業所職員の配置状況（兼務含みます）

従業者の職種	人数 (名)	区 分		備 考
		常勤 (名)	非常勤 (名)	
管 理 者	1	1		
生 活 相 談 員	2	2		
介 護 職 員	22	20	2	
看 護 職 員	4	4		
医 師	1		1	
管 理 栄 養 士	1	1		
機能訓練指導員	1	1		
介護支援専門員	1	1		
営 繕 員	1	1		
宿 直 員	3		3	業者委託
事 務 員	3	3		

#### 「従業者の研修」

従業者の資質向上の為研修機会を次のとおり設けるものとし、業務体制を整備します。

- (1) 採用時研修 (2) 継続研修 (3) 管理者研修

### 4、事業所職員の勤務体制

従業者の職種	勤 務 体 制
管 理 者	正規の勤務時間帯 (8時30分～17時15分)
生 活 相 談 員	正規の勤務時間帯 (8時30分～17時15分)
介 護 職 員	早番 ( 7時15分～16時00分) 遅番 (13時15分～22時00分) 日勤 (10時45分～19時30分) 夜勤 (22時00分～ 7時15分) *ご利用者の生活時間変更に伴い勤務時間の変更があります。
看 護 職 員	日勤 (8時30分～17時15分)
医 師	協力医療機関との委託契約のとおり
機能訓練指導員	日勤 (8時30分～17時15分)
栄 養 士	(8時30分～17時15分)
事 務 員	(8時30分～17時15分)

### 5、施設サービスの内容

施設サービス計画に基づいて食事、入浴、排泄などの介助など日常生活上の援助、健康管理、状態に応じ必要な機能訓練などの介護サービスを行います

#### (基本理念)

- ・入居者の尊厳を重んじ、プライバシーに配慮します。
- ・私たちは利用者の自己決定を尊重し、自立支援に努めます。
- ・地域と共に歩むことを目指します。

## (1) 介護保険給付対象サービス

種別	内容	
日常生活の支援	食 事	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別に栄養マネジメントし、状態にあった見守りと介助を行います。</li> <li>・朝食7:30~9:30 昼食12:00~13:30 夕食17:45~19:30です。</li> <li>・食事時間、場所は希望・状態により対応します。体調不良等の場合でも適温の食事を提供できるように配慮します。</li> <li>・管理栄養士の立てる献立により、あなたの身体の状況にあった季節感のある食材を生かし食事を提供します。</li> </ul>
	入 浴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年間を通じて週2回以上の入浴または清拭を行います。</li> <li>・身体状況に応じた入浴サービスを提供します。</li> </ul>
	排 泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体の状態に応じて適切に排泄の介助を行います。</li> <li>・排泄の自立に向けて支援を行います。</li> </ul>
	機能訓練	・日常生活動作を中心とし、個別に機能訓練を実施します。
	余暇活動	・個人向けのクラブ、行事を開催し生きがいを持てる活動を提供します。
	着替え	・生活のリズムを考え、着替えを行うよう配慮します。
	整容・口腔ケア	<ul style="list-style-type: none"> <li>・状態に応じた口腔ケアを行います。(歯磨き・うがい・口腔用スポンジ等での清拭)また、口腔ケアの指導、助言を行います。</li> <li>・身の回りのお手伝いをし、適切な整容が行われるよう援助します。</li> </ul>
洗濯	・園内で定期的実施します。	
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・協力病院の医師により、定期検査実施し健康管理に努めます。</li> <li>・必要に応じて、協力病院以外での対応も行います。</li> <li>・医師の指示のもと服薬管理、処置等を実施します。</li> </ul> <p>*医療機関ではないため、専門的な医療行為は実施できません。</p>	
相談および援助	・利用者とその家族からの入居者の生活についてご相談助言を行います。	

## (2) 介護保険給付対象外サービス

種別	内容
居室の提供	・1人1室のユニット型個室を提供します。
食事の提供	・入居者の状態にあった食事を提供します。また、入居者の希望により特別な食事を提供します。
理美容	・定期的に理容師の出張サービスを利用できます。(カット・毛染め・パーマ)
日用品の購入	・入居者の希望により必要に応じて日用品を立替購入ができます。
その他	・ここに定めない物については、あらかじめ入居者および身元引受人の方に説明し了解を得たものについてはご負担いただく場合もあります。

## 6、利用料金

当施設が提供する施設サービスの要介護状態区分ごとの利用料金及びその費用は、別紙2「特別養護老人ホーム有明園利用料金表」に記載した通りです。

## 7、衛生管理

- 1、介護老人福祉施設〔従来型〕を提供する施設、食器その他の設備及び備品又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- 2、食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- 3、事業所において感染症が発生し又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
  - (1) 事業所における感染症の予防及びまん延ぼうしのための対策を検討する委員会を概ね2月に1回以上開催するとともに、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を定期的実施します。

## 8、サービス内容に関する・ご相談・ご要望・苦情等窓口

「当事業所の相談窓口」

特別養護老人ホーム有明園	苦情受付責任者	園長 真壁恒雄
	受付担当者	生活相談係長兼介護支援専門員 今井亜紀
	受付時間	8:30～17:15
	電話番号	025-231-2615
	FAX番号	025-231-0539
	意見箱	特別養護老人ホーム有明園正面玄関
	苦情解決第三者委員	法人監事 長谷川健一 法人評議員 矢口弘

「市町村の相談窓口」

新潟市介護保険課	電話番号	025-226-1273
新潟市西区役所健康福祉課	電話番号	025-264-7330
	受付時間	月曜日～金曜日 8:30～17:15

「公共団体の相談窓口」

新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号	025-285-3022
	FAX番号	025-285-3350
	受付時間	月曜日～金曜日 9:00～17:00
新潟県福祉サービス運営適正化委員会	電話番号	025-281-5609
	FAX番号	025-281-5610
	受付時間	月曜日～金曜日 9:00～17:00

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② なし		

## 9、施設の利用にあたっての留意事項

来訪・面会	面会時間7時00分～19時00分（正面玄関で面会カードをご記入ください。） 上記以外の時間帯は施錠してあります。緊急時等で面会の必要がある場合は電話連絡の上ご来園ください。入居者に金品・食品を持参された際は、必ず事前に職員にお申し出ください。食品については、誤嚥・窒息・食中毒等の事故の責任を負いかねる場合があります。
外出・外泊	健康状態を確認しますので事前にお申し出ください。必要な用具等を貸出します。外出・外泊中は体調管理をお願いします。
居室・設備・器具の利用	室内には洗面台、寝具（介護用ベット・布団）、3段式チェストが用意されています。その他、移動用車椅子、歩行器、ベッド柵・転倒予防機器等の介護用品があります。
喫煙	決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。（1階喫煙室）
ハラスメント対策（禁止行為）	・意に添わない性的誘いかけ、好意的な態度の要求等、性的な嫌がらせ行為（セクシャルハラスメント） ・身体的な力を使って危害を及ぼす行為（身体的暴力） ・個人の尊厳や人格を態度によって傷つけたり、貶めたりする行為（精神的暴力） ※上記のようなハラスメント行為は固くお断りします。ハラスメント等によりサービスの中断や契約を解除する場合があります。
介護・看護の記録の開示	随時又は、定期的に（年2回カンファレンス時）閲覧に供し、あるいはその複写を交付します。

## 10、虐待の防止について

- 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために次に掲げるとおり必要な措置を講じます。
  - 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
  - 虐待防止のための指針の整備します。
  - 従業者に対して、虐待を防止するための従業者に対する定期的な研修を実施します。
- サービス提供中に、当該事業所従業者または擁護者（甲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します。

## 11、非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める消防計画に則り対応を行います。			
避難訓練及び 防火設備	別途定める消防計画に則り年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を行います。 近隣地域との協力体制を整えています。			
	スプリンクラー	○	防火扉	○
	避難階段	○	屋内消火栓	○
	自動火災報知器	○	誘導灯・誘導標識	○
	誘導灯	○	防火シャッター	○
	消火器	○	自家発電・非常電源	○
消防計画	新潟西消防署への届出日：平成12年3月31日 防火管理者：佐藤 匠			

### 「業務継続計画の策定等」

- 感染症や非常災害の発生時において、甲に対する継続的なサービス提供の実施や中断時における早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、当該業務計画に従って必要な措置を講じます。
- 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実施します。
- 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。

## 12、事故発生時の対応

サービスの提供にあたって事故が発生した場合には、速やかに保険者、及び関係機関並びに甲の後見人等に連絡を行うとともに、必要な処置を講じます。

## 13、緊急時における対応方法

入居中に病状の急変などがあった場合は、速やかに、当施設の協力医療機関、緊急連絡先（ご家族等）に連絡をし、適切な処置を講じます。夜間・緊急時は救急車で搬送します。

医療機関	協力医療機関名	社会福祉法人新潟市社会事業協会 信楽園病院
	所在地	新潟県新潟市西区新通2099番地
	電話番号	025-260-8200
	診療科	内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、神経内科、外科、脳神経外科、整形外科、リハビリ科、眼科、放射線科、皮膚科、リハビリテーション科、麻酔科、歯科口腔外科
	入院設備	あり

医療機関	協力医療機関名	社会福祉法人新潟市社会事業協会 信楽園病院附属有明診療所
	所在地	新潟県新潟市西区西有明町1番27号
	電話番号	025-267-1251
	診療科	内科、腎臓内科（人工透析）
	入院設備	なし

併設事業として空床利用型短期入所を行っています。その為入院中、短期入所の方がベットをご利用する場合があります。その際は事前に連絡し、状況によりご本人の私物を一時的に他の場所でお預かりします。

サービスの提供に先立って、上記の通り説明しました。

令和 年 月 日

(事業所乙) 所在地 新潟市西区西有明町1番20号  
事業者 社会福祉法人新潟市社会事業協会  
施設名 特別養護老人ホーム有明園(ユニット)

園長 \_\_\_\_\_ 印

説明者 \_\_\_\_\_ 印

上記の内容について説明を受け、同意しました。又、この文書が契約書の一部となることについても同意します。

上記契約の証として、本書を2部作成し、入居者及び事業者が署名若しくは記名押印の上、それぞれ1部ずつ保有します。

(入居者甲) \_\_\_\_\_ 住所

\_\_\_\_\_ 氏名 印

(代理人) \_\_\_\_\_ 住所

\_\_\_\_\_ 氏名 (続柄 ) 印

(身元引受人(連帯保証人)) \_\_\_\_\_ 住所

\_\_\_\_\_ 氏名 (続柄 ) 印

(立会人) \_\_\_\_\_ 職・氏名 印