

＜別紙1＞

ご 案 内

1 事業者の概要

|            |                   |
|------------|-------------------|
| 事業者の名称     | 社会福祉法人 寿光会        |
| 主たる事業者の所在地 | 旭川市近文町13丁目2916番地2 |
| 法人種別       | 社会福祉法人            |
| 代表者の氏名     | 理事長 直江 寿一郎        |
| 電話番号       | 0166-85-7875      |

2 ご利用施設

|        |                   |
|--------|-------------------|
| 施設の名称  | 広域型特別養護老人ホーム エテルナ |
| 施設の所在地 | 旭川市近文町13丁目2916番地2 |
| 施設長の氏名 | 松林 是倫             |
| 電話番号   | 0166-85-7875      |

3 施設の目的と運営の方針

|       |                                                                                                                                                                                                                       |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設の目的 | 広域型施設サービス計画に基づき入居者の居宅における生活への復帰を念頭におき、自宅での生活に近い生活スタイルを維持し、入居者一人ひとりのニーズと意思を尊重し、各ユニットにおいて、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の世話、機能訓練、栄養管理、健康管理及び療養上の世話を行なうことにより、入居者が相互に社会的関係を築きながら入居者がその有する能力に応じ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。 |
| 運営の方針 | (1) 明るく家庭的な雰囲気を大事にし、地域や家庭との結びつきを重視しながら安心・安全な施設運営を行います。<br>(2) 地域の一員としての自覚を持ち、地域の福祉サービス拠点として関係する市町村や介護保険サービス提供者等と密接な連携を図ります。                                                                                           |

4 施設の概要

(1) 建物

|    |      |                         |
|----|------|-------------------------|
| 建物 | 構造   | 鉄筋コンクリート造り4階建て          |
|    | 延床面積 | 2,346平方メートル             |
|    | 入居定員 | 110名（うちショートステイユニット 10名） |

(2) 居室

| 居室の種類 | 室数   | 面積                | 1人あたりの面積            |
|-------|------|-------------------|---------------------|
| 1人部屋  | 110室 | 624m <sup>2</sup> | 16.00m <sup>2</sup> |

(3) 主な設備

| 設備の種類   | 数  | 面 積                  | 備 考              |
|---------|----|----------------------|------------------|
| 診察室     | 1  | 11.52 m <sup>2</sup> | 1階               |
| 共同生活室   | 11 | 39.74 m <sup>2</sup> | 1階・2階・3階・4階各ユニット |
| 地域交流ホール | 1  | 49.2 m <sup>2</sup>  | 1階               |
| 機能回復訓練室 | 1  | 29.33 m <sup>2</sup> | 4階               |
| 一般浴室    | 6  | 21.95 m <sup>2</sup> | 1階・2階・3階・4階各ユニット |
| 特殊浴室    | 1  | 29.33 m <sup>2</sup> | 2階               |
| 家族宿泊室   | 1  | 13.46 m <sup>2</sup> | 1階               |
| 多目的トイレ  | 11 | 4.5 m <sup>2</sup>   | 1階・2階・3階・4階各ユニット |
| 洗濯乾燥室   | 6  | 9.1 m <sup>2</sup>   | 1階・2階            |
| 理髪室     | 1  | 9.45 m <sup>2</sup>  | 4階               |
| 介護職員室   | 6  | 39.11 m <sup>2</sup> | 1階・2階・3階・4階各ユニット |

5 職員体制(基準人員)

| 職種      | 区分      |     |
|---------|---------|-----|
|         | 常勤      | 非常勤 |
| 施設嘱託医   | 名       | 1 名 |
| 施設長     | 1 名     | 名   |
| 看護職員    | 7 名 以上  | 名   |
| 機能回復訓練員 | 1 名 以上  | 名   |
| 介護職員    | 30 名 以上 | 名   |
| 介護支援専門員 | 1 名 以上  | 名   |
| 生活相談員   | 1 名 以上  | 名   |
| 栄養士     | 1 名 以上  | 名   |
| 調理員     | 2 名 以上  | 1 名 |
| 事務員     | 3 名     | 名   |
| 合計      | 47 名    | 2 名 |

6 施設サービスの概要と利用料(法定代理受領を前提としています。詳細は別紙にてご説明致します。)

(1) 介護保険給付によるサービス

| サービスの種類 | 内容                                                                                                                                                                                                                                                                              | 自己負担額                              |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 食事      | 食事時間(あくまでも目安です。)<br>・朝食 8時00分～<br>・昼食 12時00分～<br>・夕食 18時00分～<br>*できるだけ離床して共同生活室でお食べ下さい。<br>*食べられないものやアレルギー等がある場合は事前にご相談ください。                                                                                                                                                    | ・1,630円/日<br>(個別の段階に応じた減額費用があります。) |
| 医療・看護   | 1.当施設は、医師が常駐しておらず看護師の夜勤もありませんが、可能な限りご入居いただく方の病状に合わせた医療・看護を提供します。<br>2.嘱託医師による定期診察は、週に1度行います。それ以外でも必要がある場合には適時診察しますので、職員等にお申し付けください。<br>3.ただし、当施設で行えない処置(透析等)や手術、その他病状が著しく変化した場合の医療については他の医療機関での治療となります。<br>4.主治医への定期受診は、当施設にて対応いたしますが、入居後のご家族希望の受診等には対応しかねる場合がございますので、都度ご相談下さい。 | 要介護度による施設サービス費の1割をお支払いいただきます。      |
| 機能回復訓練  | 機能回復訓練指導員(看護師兼務)による機能訓練をあなたの状況に合わせて行います。                                                                                                                                                                                                                                        | ※個別の所得段階に応じて費用負担の割合が変わります。         |
| 排泄      | 入居者それぞれの状況に合わせた排泄介助を行います。                                                                                                                                                                                                                                                       |                                    |
| 入浴・清拭   | 入浴は週2回です。<br>事情により入浴ができない場合は身体清拭を行います。                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |
| 離床      | 寝たきり防止のため、毎日の離床のお手伝いをします。                                                                                                                                                                                                                                                       |                                    |
| 着替え     | 毎朝夕の着替えのお手伝いをします。                                                                                                                                                                                                                                                               |                                    |
| 整容      | 身の回りのお手伝いをします。                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                    |
| シーツ交換   | シーツ交換は週1回行います。                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                    |
| レクレーション | 各種レクレーション、行事を用意しています。<br>参加されるか否かは任意です。                                                                                                                                                                                                                                         |                                    |
| 介護相談    | 入居者とその家族からのご相談に応じます。                                                                                                                                                                                                                                                            |                                    |

(2) 介護保険給付外サービス

| 種別       | 内容                        | 自己負担額   |
|----------|---------------------------|---------|
| 理美容代     | 希望者は、施設内理容室(訪問理容)を利用できます。 | 各種実費相当分 |
| 医療機関受診料  | 入居者が医療機関に受診した場合。          | 各自己負担分  |
| 薬代及び処方箋料 | 入居者が医療機関を受診し、処方を受けた場合。    | 各自己負担分  |
| 各種予防接種料  | 各予防接種を接種した場合。             | 各自己負担分  |
| 各種証明書代   | 各種証明書作成を施設に依頼した場合。        | 各種実費相当分 |

\* その他、入院期間中の居住費(3ヶ月を限度)、日常生活に必要な物品(オムツを除く)につきましては、入所者の方の全額負担となっておりますのでご了承ください。(別紙2-1, 2-2)

7 協力医療機関

|         |                    |
|---------|--------------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人社団 圭泉会 旭川圭泉会病院 |
| 所在地     | 旭川市東旭川町下兵村252番地    |
| 電話番号    | 0166-36-1559       |
| 診療科     | 精神科、内科、ペインクリニック内科  |

|         |                    |
|---------|--------------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人社団 慈成会 東旭川病院   |
| 所在地     | 旭川市東旭川北1条6丁目146番地1 |
| 電話番号    | 0166-36-2240       |
| 診療科     | 外科 内科 大腸・肛門科 消化器外科 |

|         |                          |
|---------|--------------------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人 結新会 フロンティアデンタルクリニック |
| 所在地     | 旭川市4条通14丁目911番地          |
| 電話番号    | 0166-26-8888             |
| 診療科     | 歯科                       |

8 非常災害時の対策

|        |                                                                                            |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 平常時の訓練 | ①防火教育及び基礎訓練(消火・通報・避難) . . . 年1回以上<br>②入居者を含めた総合訓練 . . . 年1回以上<br>③非常災害用設備の使用方法的徹底 . . . 随時 |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------|

|      |                                                                                        |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 防災設備 | スプリンクラー、避難階段、自動火災報知器、ガス漏れ報知器、誘導等、防火扉、屋内消火栓、非常通報装置、漏電火災報知器、カーテン・布団等は防火性能のあるものを使用しております。 |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------|

9 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

|              |                                                                                              |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 面会           | ・面会時間 9時～17時(感染症対策により制限実施の場合あり)<br>・来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。<br>(面会用紙は事務受付に用意してあります。) |
| 外出・外泊        | 外出・外泊の際には必ず行き先と帰所日時を職員に届け出てください。<br>(外出・外泊用紙は受付にご用意しております。)                                  |
| 居室・設備・備品の利用  | 施設内の居室や設備、備品は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。                         |
| 喫煙・飲酒        | 喫煙は、原則お断りしております。<br>飲酒も堅くお断りします。                                                             |
| 迷惑行為等        | 騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。                                                                    |
| 所持金品の管理      | ご本人、ご家族にて管理をお願いします。<br>金銭の自己管理が困難な方は、事務にてお預かりさせていただきます。                                      |
| 宗教活動<br>政治活動 | 施設内での他の入所者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。                                                         |
| 動物飼育         | 施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。                                                                    |

10 事故発生時の対応

- ① 事故が発生した場合、リーダーに報告するとともに、状況を把握し、必要であれば応急手当をする。
- ② リーダーは師長に報告、師長は施設長・嘱託医に報告する。
- ③ 医師の指示に従い処置。必要があれば、他科受診のため病院に連絡する。
- ④ 師長は家族に状況説明を行う。
- ⑤ インシデント&アクシデントレポート及び介護記録に記録する。
- ⑥ 関係市町村に報告する。
- ⑦ 当施設の責めに帰すべき理由によって利用者が損害を被った場合、利用者に損害を賠償する。
- ⑧ 事故後の経過を詳細に記録する。

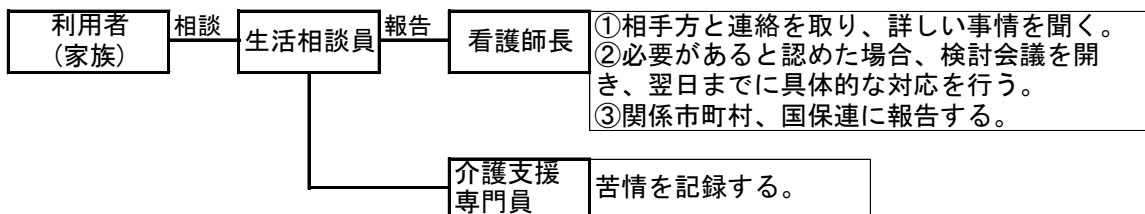
\* (土・日・祝日)の場合

- ① 待機看護師に連絡し指示を受ける。場合によっては、嘱託医に連絡を取る。
- ② 家族に連絡。
- ③ 状況により、当番病院へ受診(救急車)
- ④ 師長又は施設長に連絡する。

11 A 苦情等申し立て窓口

当施設のサービスについて、ご不明な点や疑問・苦情がございましたら、当施設生活相談員、関係市町村及び国保連(国民健康保険団体連合会)までお気軽にご相談ください。  
旭川市(0166-26-1111)、国保連(011-231-5161)

B 苦情処理の手順



12 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

|             |   |
|-------------|---|
| 実施の有無       | 無 |
| 実施した直近の年月日  |   |
| 実施した評価期間の名称 |   |
| 評価結果の揭示状況   |   |

※今後の第三者評価実施状況によって記載変更あり。