

# ユニット型地域密着型介護老人福祉施設 特別養護老人ホームきりん館 重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています  
中泊町指定 第0292400074号

当施設は、ご契約者に対してユニット型指定地域密着型介護福祉サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを、次のとおり説明します。

※ 当施設の利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定を受けていない方でも利用は可能です。

## 1 事業者

- |             |                             |
|-------------|-----------------------------|
| (1) 事業者の名称  | 社会福祉法人 内潟療護園                |
| (2) 事業者の所在地 | 青森県北津軽郡中泊町大字深郷田字甘木 120 番地 2 |
| (3) 代表者氏名   | 理事長 野上一幸                    |
| (4) 電話番号    | 0173-57-3100                |
| (5) 設立年月日   | 昭和 55 年 5 月 22 日（認可）        |

## 2 ご利用施設

- |               |                                       |
|---------------|---------------------------------------|
| (1) 事業者の名称・種類 | 特別養護老人ホーム きりん館<br>地域密着型介護老人福祉施設入所生活介護 |
| (2) 施設の所在地    | 青森県北津軽郡中泊町大字田茂木字若宮 1933 番地            |
| (3) 施設長（管理者）  | 三上 信行                                 |
| (4) 電話番号      | 0173-58-3181                          |
| (5) FAX 番号    | 0173-69-3323                          |
| (6) 開設年月日     | 平成 29 年 4 月 1 日                       |
| (7) 入所定員      | 29 名（3 ユニット）                          |

## 3 ご利用施設の併設事業所

- |                   |                                  |
|-------------------|----------------------------------|
| (1) 事業所の種類        | 指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護 定員 6 名 |
| (2) 電話番号及び FAX 番号 | 特別養護老人ホームきりん館と同様                 |

## 4 事業の目的と運営方針

### (1) 事業の目的

利用者一人ひとりの意思及び人格を尊重し、地域密着型施設サービス計画（以下「施設サービス計画」）に基づき、そ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、各ユニットにおいて利用者が互い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) 運営方針

法人理念である「一人ひとりが人として豊かに」を第一に、利用者、家族、地域住民、職員等が風通しのいい関係で、笑顔で過ごせる地域社会づくりを目指す。

- ① 地域密着型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、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び助言、社会生活上の便宜の供与その他日常生活上の支援、機能訓練、健康管理及び療養上の介護を行うことにより、利用者がその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努めます。
- ② 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施設サービスの提供に努めます。
- ③ 明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村等、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、福祉サービスを提供する事業者との密接な連携に努めます。

## 5 サービスに係る設備等

### (1) 居室等の概要

ご契約者の心身の状況や居室の空き状況により、お部屋を決めさせていただいておりますので、ご希望に添えない場合もあります。また、ご利用開始後の状況により、ご家族やご契約者の了解をいただき、お部屋を変更する場合がありますことをご了承下さい。

居室・設備の種類		室数	備考
個室（1人部屋）	ユニット1	9室	広さ:14.38~22.0㎡
	ユニット2	10室	広さ:14.38~16.50㎡
	ユニット3	10室	広さ:16.50㎡
	短期入所ユニット	6室	広さ:14.96~19.42㎡

### (2) 居室以外の施設設備の概要

設備の種類		室数	備考
共同生活室		4室	ユニットごとに設置（短期入所も含む）
洗面設備及びトイレ		3室	ユニットごとに設置
浴室	一般浴室	3室	ユニットごとに個浴槽を設置
	機械浴室	2室	ユニット2、3に座位浴槽、寝位浴槽を設置
介護職員室兼面談室		1室	
医務室		1室	
調理室		1室	
洗濯室		3室	ユニットごとに設置
汚物処理室		4室	ユニットごとに設置及び他に1カ所設置
介護材料室		3室	ユニットごとに設置
機能訓練室兼 地域交流スペース		1室	機能回復訓練に必要な設備を設置 家族、地域住民、ボランティア等の交流場として活用
エレベーター		1カ所	ユニット3

※ 上記は、厚生省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に必置が義務づけられている施設・設備です。  
この施設・設備の利用にあたって、ご契約者に特別ご負担いただく費用はありません。

## 6 職員の配置状況

当館ではご契約者に対して、指定介護老人福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

《主な職員の配置状況》※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	配置基準	常 勤	非常勤	常勤換算
施設長（管理者）	1名	1名		1.0名
医師			1名	0.1名
生活相談員	1名以上	1名		1.0名
介護支援専門員兼生活相談員	1名以上 （兼務可）	1名（兼務）		1.0名
機能訓練指導員	1名以上	2名（兼務）		1.0名
看護職員	1名以上	4名（2名兼務）		3.0名
介護職員	10名以上	16名		16.0名
栄養士	1名	1名		1.0名
調理員		3名	2名	4.5名
清掃員			1名	

※ 常勤換算とは：従業者それぞれの週あたりの勤務延べ時間数の総数を当事業所における常勤従業者の所定勤務時間数（週40時間）で除した数です。

たとえば・・1日4時間、週5日勤務の従業者（1週間で20時間勤務）が5名いる場合、常勤換算では、2.5名（4時間×5日×5名÷40時間=2.5名）となります。

《その他、専門的な支援等に係る従業者の配置状況》

職 種	内 容
直接サービス提供に関わる職員（介護職員、看護職員、機能訓練指導員等）	当館では、「介護職員」として常勤で配置している職員のうち、20人が、看護師、介護支援専門員、介護福祉士のいずれかの資格を有し、専門的なサービス提供に努めております。

《主な職種の勤務体制（標準的な時間帯における最低配置人員）》

職 種	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	
	日中（8:30～17:30）	夜間（17:30～8:30）
生活相談員 介護職員 機能訓練指導員	早番 A 1名 6:30～15:30	夜勤 2名 16:00～9:00 管理当直 1名 18:00～7:00
	早番 2 3名 7:30～16:30	
	早番 3 1名 9:00～18:00	
	日勤 8:30～17:30	
	1・① 1名 8:30～17:30	
	日勤 2 1名 9:00～18:00	
	遅番 1名 10:00～19:00	
遅番 B 1名 12:00～20:00		
パート ②・早 2 7:30～14:30 早 3 8:00～15:00		
看護職員	① 1名 8:30～16:30 早番 A 1名 7:30～18:00 早番 1 1名 7:30～13:30 日勤 1名 8:30～17:30 A 番 1名 8:30～18:00	

医師及び理学療法士	内科 第1・第3木曜日 歯科医 必要時 理学療法士 月1回程度 ※内湯療護園診察時	
-----------	--	--

## 7 サービスの概要

### (1) 介護保険給付サービス

サービスの種類	内 容
施設サービス計画の作成	・利用者が、日々の生活を快適に安心して過ごせるようなケアの提案を目的とした、個別の施設サービス計画を作成します。
栄養管理・食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養ケアマネジメント等を用いて低栄養状態を予防・改善するため、多職種で共同して個人別に適切な栄養状態の管理やケアを行います。</li> <li>・栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。</li> <li>・ご利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。</li> <li>・医師の指示や利用者のご希望に基づいて、治療食等（療養食）の特別な食事を提供します。</li> </ul> (食事時間) (概ね) 朝食 7:30～8:30 昼食 12:00～13:00 夕食 17:30～19:00 11月～3月までの冬期間は、夕食 17:00～18:00 に変更
排 泄	・プライバシーを尊重し心身の状況に応じて介助します。また排泄の自立を促すため利用者様の身体能力を最大限活用した援助を行います。
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プライバシーを配慮したうえで入浴又は清拭を週2回行います。また、寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。</li> <li>・契約者に疾病がある場合や伝染性疾患の疑いがあるなど、医師が入浴を適当でない判断する場合は入浴を行わないことがあります。</li> </ul>
離床、着替え、整容等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・シーツ交換は、週1回実施します。</li> </ul>
機能訓練	・利用者様の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・嘱託医師により、診察日を設けて健康管理に努めます。</li> <li>・また、緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。</li> <li>・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。</li> <li>・通院や入院及び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事がありますので、利用者及びご家族には責任を持って対処していただきます。その際、可能な範囲でご相談に応じさせていただきます。</li> </ul> (当館の嘱託医師) 氏 名：井沼 洋 診療科：内科 診療日：毎月第1・3木曜日 13:30～14:30
相談及び援助	・利用者及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、

	<p>可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 (相談窓口) 課長 佐藤 陽子</p>
社会生活上の便宜の提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>・趣味活動 施設での生活を実りあるものとするため、必要な教養娯楽整備を整えるとともに、利用者の希望により、行事やレクリエーション、クラブ活動等に参加していただくことができます。その場合、材料代等の実費をいただきます。</li> <li>・生活支援 行政手続きの代行を施設にて受け付けます。ご希望の際は介護支援専門員又は生活相談員にお申し出下さい。但し、手続きに係る経費はお支払いいただきます。</li> <li>・年金や通帳等、金品に関する管理を申し込む事ができます。但し、別途管理代金が発生いたします。</li> <li>・利用者又はご家族のご希望により、日用品購入代行サービスを行います。但し、購入代金は自己負担していただきます。</li> <li>・月に2回の理美容のサービスを行っています。但し、料金は別途かかります。ご希望される場合は事前にお申し出下さい。</li> <li>・散歩や買い物等、近隣への外出付き添いサービスを適時行います。</li> </ul>

## (2) 介護保険給付外サービス

サービスの種類	内容
理容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・理容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。</li> </ul>
日常生活品の購入代行	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者様及びご家族が自ら購入が困難である場合は、施設の購入代行サービスをご利用いただけます。ご利用いただく場合は、やむを得ない場合を除き、3日前までに購入代金を添えてお申し込みください。(申込先：各ユニットリーダー及び担当職員)</li> </ul>
金銭管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご利用者の希望により、金銭管理サービスをご利用いただけます。ご利用いただく際は、別途委託契約の締結及び管理料 1,000 円の費用が必要です。</li> <li>・管理する金銭の形態：施設の指定する金融機関に預け入れている預金</li> <li>・お預かりするもの：上記預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、年金証書</li> <li>・保管管理者：施設長</li> <li>・出納方法：預かり金取扱規程に定める手続きによります。</li> <li>・預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、入金出金用紙を保管管理者へ提出していただきます。</li> <li>・保管管理者は上記届け出の内容に従い、預金の預け入れ及び引き出しを行います。</li> <li>・保管管理者は出入金の都度、出入金記録を作成し、その写しを利用者様へ交付します。</li> </ul>

## (3) 感染症の予防及びまん延の防止

施設は、当該施設において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないよう次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

- ① 利用者が、安全かつ適切に介護・医療の提供を受ける事が出来るよう体制を整備します。
- ② 体制の整備として、事故発生の防止及び発生時対応の指針・褥瘡対策指針・感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止の対策指針を作成し、指針に則った業務の遂行及び職員の知識・技術向上に努めております。
- ③ 感染症対策については、取り組みの徹底を図る観点から、訓練(シミュレーション)の実施を行います。

- ④ 施設において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的を実施します。
- ⑤ 前3号に掲げるもののほか、「厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順」に沿った対応を行います。

(4) 業務継続（BCP）に向けた取り組み

- ① 感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を整備します。
- ② 体制の整備として、感染症又は災害発生時対応の事業継続計画を策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施をします。

(5) 認知症対応の強化

介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者については、認知症介護基礎研修を受講させ、最低限必要な知識・技能を修得させます。

(6) 看取り介護

利用者が、医師の診断の下、医学的知見に基づき回復不能な状態に陥った場合、終末期における介護・看護・治療の方法、最期を迎える場所について、本人の意思、ならびに家族の意向を確認し、「看取り介護」を希望される利用者、家族に対しては、その意思、意向を最大限に尊重したうえでのあらゆる支援を最期の時点まで継続して行います。

(7) 虐待防止のための措置

施設は、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次の措置を講ずるものとする。

- ① 虐待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ものとする。）を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る
- ② 虐待防止のための指針の整備
- ③ 虐待を防止するための定期的な研修の実施
- ④ 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置

2 施設は、サービス提供中に、当該施設従業者又は養護者（入居者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するものとする。

(8) 身体的拘束及び行動制限

事業者及び職員は、利用者又は他の利用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、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わないものとします。

2 緊急やむを得ず身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行う場合は、利用者本人又は他の利用者の生命及び身体を保護するために、施設の定める「身体拘束等適正化に関する指針」に従い、緊急やむを得ず必要最低限の身体拘束を行うことがある。その場合は本人、家族、身体拘束等適正化委員会で十分検討した後、「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書（身体的拘束同意書）」に内容を記載の上同意を得ることとし、その後経過観察記録をつけ随時再検討し改善に努める。

## 8 利用料金について

別紙の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。またサービスの利用料金は、ご契約者の要介護度、利用者負担段階に応じて異なります。

### (1) 基本料金及び加算料金について（別表 1）

利用料金は、基本的に利用日数による料金と利用月単位の料金、入所した月や看取り介護に入ってから（期間限定）かかる料金、介護保険の給付対象とならないサービス料金があります。基本サービス費と各種加算、介護保険の給付対象とならないサービス料金を合算した金額をお支払い頂きます。

- ※ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。
- ※ ご契約者が、6 日以上短期入院又は外泊をされた場合、1 日あたりの利用者負担限度額毎の居住費をお支払いいただきます。
- ※ 一定以上の所得がある方については、基本サービス費負担が 2 割または 3 割となります。

### (2) 介護保険の給付対象とならないサービスについては、利用料金の全額がご契約者の負担となります。（料金表 2）

### (3) 減額・減免制度について（別表 1）

「介護保険負担限度額」の申請により、条件を満たす方については、食費・居住費の減額が受けられます。また、「高額介護サービス費」は介護保険を利用して支払った自己負担額 1 割（一定の所得がある方は、所得に応じて自己負担割合が 2 割または 3 割）の合計が一定金額を超えたとき、超えた分のお金が戻ってくる制度です。同月に一定の金額を超えた場合に、申請によって支給されます。

### (4) 利用料金のお支払い方法

上記の介護保険サービス、介護保険対象外サービスの料金・費用は、1 か月（月末締め）ごとに計算しご請求しますので、当月末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。（1 か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

- ◆ 事務での現金払い 月曜日～金曜日 8：30～17：30
- ◆ その他支払いの方法については、ご相談ください。

## 9 介護サービスの利用にあたっての留意事項

面会・外出・外泊	来訪者は、面会の都度職員に事前にご連絡(電話等)下さい。宿泊される時は必ず許可を得てください。 外出・外泊前に必ず行先と帰着予定日時を届け出てください。 尚、感染予防対策として、感染症が流行している場合はお断りすることもあります。
住居・居室の利用	この共同生活住居内の設備、備品等は本来の用法に従って大切にご利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合は、賠償していただくことがあります。
迷惑行為	騒音の発生等、他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。 承諾なしに他の利用者の居室に立ち入らないでください。
所持品・現金等	原則は個人の保管ですが、希望により施設側で預かります。この場合、本人・家族の立会いにより預かり書を発行します。

禁止行為	<p>利用者は、施設内で次の行為をしてはならない。</p> <p>(1) 宗教や信条の相違などで他人を攻撃し、又は自己の利益のために他人の自由を侵すこと。</p> <p>(2) けんか、口論、泥酔などで他の利用者に迷惑を及ぼすこと。</p> <p>(3) 施設の秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること。</p> <p>(4) 指定した場所以外で火気を用いること。</p> <p>(5) 故意に施設若しくは物品に損害を与え、又はこれを持ち出すこと。</p>
------	---

## 10 ハラスメント

事業者は、介護現場で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、ご利用者及びその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、同時案件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、介護現場における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。

## 11 秘密保持

利用者のサービス提供に際して、知り得た情報については守秘義務を徹底いたします。ただし、介護支援専門員・ケア会議等からのサービスに係る情報提供の要請があった場合は、必要最小限の範囲内で情報提供させていただきます。

## 12 記録の整備

- (1) 利用者へのサービスの提供に関する計画
  - (2) 行った具体的な処遇の内容等の記録
  - (3) 身体的拘束等の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録
  - (4) 苦情の内容等に関する記録
  - (5) 事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録
- 2 利用者に対する施設サービスの提供に関する諸記録を整備し、その完結の日から2年間保存させていただきます。

### 13 事故発生時の対応

(1)	安全かつ適切に、質の高いサービスを提供するために、事故防止マニュアルを作成し、介護・医療事故を防止するための体制を整備します。
(2)	利用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、利用者の家族等に連絡を行うとともに、行政担当課に報告し必要な措置を講じる。
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する。
3	安全衛生委員会を設置し安全対策担当者を置き、安全対策を強化する。
4	利用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う。

### 14 協力医療機関

名 称	つがる西北五広域連合 かなぎ病院
所在地	五所川原市大字金木字菅原 19
電話番号	0173-53-3111
診療科	内科・外科・整形外科・眼科・皮膚科・婦人科
入院設備	有
救急指定	有
協力関係の概要	緊急診察、入院の受け入れ
名 称	工藤歯科医院
所在地	五所川原市大町 37-5
電話番号	0173-34-8883
診療科	歯科
入院設備	無
救急指定	無
協力関係の概要	緊急診療、在宅診療

### 15 非常災害時・不審者への対策、他の福祉施設との連携・支援体制

消防計画	別に定めます 消防計画 令和2年4月1日 消防署へ届出 防災管理者 中村 孝幸
避難訓練	年2回、火災、地震を想定した訓練を行います
防災設備	自動火災報知機 4 煙感知器 27カ所 避難誘導等 19カ所 非常用警報装置（非常放送設備） 消火器 16カ所 スプリンクラー設備
防災設備	※非常用警報装置 ユニット1、2、3共用 ※ガス漏れ遮断機・ガス警報器 厨房に設置
自然災害対策（地震・台風・水害等）	火災・地震・台風・水害・竜巻・津波等の非常災害等に対し、利用者の安全を確保するための具体的な計画及びマニュアルを作成します。その計画に基づき、避難及び関係機関への連絡のための体制を整備し、職員への周知と利用者の避難方法などの対策を講じます。年間計画に基づき年1回以上、災害を想定して訓練を実施します。また、職員の防災意識の向上に努めています。

	また、業務継続計画作成し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
不審者対策	不審者が館内に侵入し、ご利用者様に危害をおよぼさないよう、夜間管理当直者の配置、出入り口のチェック、施錠及びセンサーライトの活用、防犯器具の設置等を強化し、施設防犯管理体制を整備する。
夜間における緊急時の対応、火災等の緊急時の体制確保、短期入所生活介護の連携支援等	障がい者支援施設「内潟療護園」 電話 0173-57-3100 FAX 0173-57-3102
利用者同士の交流促進	「内潟療護園デイサービスセンター」 電話 0173-58-3182 FAX 0173-69-3315

## 16 苦情申立

当事業所相談室	相談受付窓口 課長 佐藤 陽子 解決責任者 施設長 三上 信行 対応時間 8:30~17:00 利用方法 電話 0173-58-3181 FAX 0173-69-3323
内潟療護園オンブズマン委員会	施設における苦情やご相談は以下のオンブズマン協力員が訪問や電話等で受け付けます。
委員長	めまた とおる 沼田 徹 住所 〒030-0861 青森市長島2丁目19-11 電話 017-777-7700 FAX 017-777-9011
委員	みかみ つま 三上 つま 住所 〒037-0301 中泊町今泉字布引7-1 電話 0173-58-3257
委員	かさい まつこ 葛西 マツ子 住所 〒037-0015 五所川原市大字姥范字船橋45-77
委員	へらい むつお 戸来 睦雄 住所：〒037-0301 北津軽郡中泊町大字今泉字布引168-4

※その他、苦情・相談は、施設長・職員も随時申し受けます。

### ◆行政機関その他苦情受付期間

青森県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	所在地 青森市中央3丁目20-30 電話 017-731-3039 FAX 017-731-3093
--------------------------	---

## 17 その他の事項

施設は、全ての従業者（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るものとする。従業者の資質向上のために研修の機会を次のとおり設けるものとし、業務の執行体制についても検証、整備する。

- (1) 採用時研修 採用後12カ月以内
- (2) 継続研修 年1回以上

私は、書面に基づいて職員（ 職名 氏名 ）から

上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

利 用 者 氏 名 \_\_\_\_\_ ④

住 所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

利用者の家族等 氏 名 \_\_\_\_\_ ④

続 柄 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

連絡先（電話）① \_\_\_\_\_

連絡先（電話）② \_\_\_\_\_