

地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護

重要事項説明書

1. 事業の目的と運営方針

キリスト教の愛の精神と老人福祉法および介護保険法の理念にもとづき、介護を必要とするご利用者に対して、要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。ご入居者の社会的孤立感の解消および心身の機能の維持、ご入居者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図ること、ならびに安心して日々を送ることのできる住まいとしての働きができることを目的とします。

2. 施設の概要

(1) 施設名等

事業所名	地域密着型特別養護老人ホームグレイスホーム
介護保険指定番号	2490700271
所在地	三重県松阪市岡本町字上川原428番地2
電話番号	0598-30-8200
管理者の氏名	古川 理佳
サービスを提供する対象地域	松阪市内

(2) 施設の従業者体制

	職員	構成
管理者	1名	常勤専従
医師（嘱託医）	1名	非常勤専従
生活相談員	1名	常勤専従
介護支援専門員	1名	常勤兼務
介護職員	15名以上	常勤専従12名、非常勤専従3名
看護職員	4名以上	常勤専従1名、非常勤兼務1名、非常勤専従2名
機能訓練指導員	1名以上	非常勤兼務1名
管理栄養士	1名	常勤専従
事務員	2名	常勤専従

(3) 設備の概要

定員	29名
居室	全室個室合計3ユニット全室に洗面があります
共同生活室、食堂	ユニットごとに設置してあります
トイレ	ユニットごとに3ヶ所あります
浴室	ユニットごとに個浴槽と1階に機械浴槽があります
パブリックスペース	各階にあります
会議室	1階にあります
医務室	2階にあります
リハビリ設備	パブリックスペースに滑車等を備えています

3. サービスの内容

(1) 地域密着型施設サービス計画の立案

入居者一人ひとりの人格を尊重し、適切にサービスを提供するために、入居者の心身の状況、希望、および日常生活全般の状況を踏まえて、地域密着型施設サービス計画を作成し、その実施状況を評価します。計画内容は書面にて、入居者及びご家族に説明し、同意を得た上で交付いたします。

(2) 居室

入居者が快適に過ごしていただけるように、居室を提供します。

・滞在費：1日あたり 2,066円

但し介護保険負担限度額認定対象者の個人負担額は

第3段階② 1,370円

第3段階① 1,370円

第2段階 880円

第1段階 880円

(3) 食事

栄養士の立てる献立表により、栄養並びに入居者の身体状況を考慮した食事を提供します。また、入居者の自立支援のため、可能な限り離床にて食事を摂って頂くことを原則としています。

食事時間の目安は次の通りです。

朝食7:30～、昼食12:00～、夕食17:30～

料金 朝食290円、昼食700円、夕食540円

但し介護保険負担限度額認定対象者の個人負担額は

基準費 1日あたり 1, 445円

第3段階② 1, 360円

第3段階① 650円

第2段階 390円

第1段階 300円

食費の負担額は、実際に摂った食ごとの料金とします。

その額が、(3)に定める負担限度額を下回った場合はその額とします。

(4) 入浴

入居者の状態や意向に応じ、入浴は週2回以上行います。入浴ができない場合は清拭を行います。入浴に介助を要する入居者は、機械浴槽を使用して入浴ができます。

(5) 排泄

排泄の自立を促すため、入居者の身体能力をできるだけ活用した援助を行います。

(6) 機能訓練

機能訓練指導員により、入居者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な身体機能の維持・回復又は減退を防止するための生活リハビリ訓練や生活機能の改善のための訓練を実施します。

(7) 自立への支援

寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。また、清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行えるよう援助します。

4. 利用料金

(1) 基本単位数

1日あたりのサービスの利用料金は、別添の料金表のうち、実際に利用したサービス料金の合計額となります。法定代理受領サービスである時は、その額の法令等で定められた負担割合とする。

(2) その他の費用

①理容（理容サービス）

理容師の出張による理容サービスをご利用いただけます。

利用料金：実費

②貴重品の管理

入居者の希望により、日常生活用品などを購入されたときにお支払いいただくための現金等をお預かりし、管理させていただきます。なお、預り金収支明細は四半期ごとに報告書によりご報告いたします。

利用料金：1月あたり 1, 000円

③レクリエーション・クラブ活動

入居者の希望により、レクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費

④複写物の交付

入居者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には、実費をご負担いただきます。

利用料金：1枚につき10円

⑤日常生活上必要となる諸費用

日常生活品の購入代金等、入居者の日常生活に要する費用で、契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

利用料金：実費

⑥電化製品使用料

対象となる電化製品：テレビ、電気毛布、その他消費電力が多い物

利用料金：1日あたり1点につき30円

⑦入院時支援費

入居者の入院時に、ご契約者が洗濯等を希望される場合にご負担いただきます。

利用料金：2,250円/回

入院時のおむつ代は別途ご負担いただきます。

⑧入院期間中の利用料金

入院期間中の居住費はご負担いただきます。

利用料金：1日あたり2,066円

※入院時には、別紙書類にて詳細の説明と同意を得ます。

(3) 支払い方法

毎月10日頃までに前月分の請求書と明細書を送付いたしますのでご確認ください。利用料のお支払いは口座引落し（毎月25日）となりますので、入居時に所定のお手続きをお願いいたします。なお、引落し手数料はご入居者様負担となりますのでご了承ください。

【取扱金融機関と手数料】

口座振替日…毎月25日

金融機関	手数料
百五銀行	110円
三十三銀行	110円
ゆうちょ銀行	10円
JAバンク	110円

5. サービス利用中の医療の提供について

入居期間中の医療管理については、当施設嘱託医が担当させていただきます。入院等の医療を必要とする場合は、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。その場合においては、ご家族様のご都合がついた場合は、病院での対応をお願いいたします。（但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療をするものではありません。また、下記医療機関での診療、入院治療を義務づけるものでもありません）また、入居者やご家族様の希望により、他の医療機関において医療を受けていただくこともできますが、その場合の対応はご家族様をお願いいたします。当施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、入居者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

①協力医療機関

医療機関の名称	花の丘病院
---------	-------

※上記の病院に協力いただいておりますが、状況に応じて他の病院での受診、入院となる場合があります。

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	田中歯科
---------	------

※上記の病院に協力いただいておりますが、状況に応じて他の歯科医院での受診となる場合があります。

6. サービス利用契約の終了

- (1) 1週間の予告期間において、文書でお申し出いただくことにより、解約することができます。ただし、入居者の病変、急な入院など止むを得ない事情がある場合は、予告期間が1週間以内の通知でもこの契約を解約することができます。
- (2) 以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了します。
 - ①入居者が他の施設に入居した場合
 - ②介護保険給付でサービスを受けていた入居者の要介護状態認定区分が、非該当（自立）または「要支援」と認定された場合
 - ③入居者が死亡した場合
- (3) その他ただちに契約を解約することができる場合
 - ①入居者が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催促したにも関わらず、7日以内に支払われない場合
 - ②入居者やご家族などが、当事業所の従業者や他の利用者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合
 - ③当施設が正当な理由なく、法令で定められた運営基準に基づくサービスを提供しない場合
 - ④入居者が、病院に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合、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

⑤当施設職員が入居者やご家族に対し、社会通念を逸脱する行為を行った場合等の事態が発生した場合には、文書で通知することにより、双方ともに即座にサービス利用契約を終了することができます。

7. 残置物引取人

契約が終了した後に、当施設に残された入居者の所持品（残置物）を入居者・ご家族が引き取れない場合は、当該残置物を入居者・ご家族に送付し引き渡すものとします。この場合にかかる費用については、入居者またはご家族の負担となります。

8. 施設利用にあたっての留意事項

- (1) 心身の状況および病歴等の重要な事項について、正しい告知をお願いいたします。
- (2) 消灯時間 22:00～5:00までが消灯時間となっております。ご協力をお願いいたします。
- (3) 面会時間 9:00～17:30となっております。
- (4) 外出：家族等の付き添いと事前の届出が必要となります。
- (5) 喫煙・飲酒：施設内は健康増進法により禁煙、また、禁酒となっております。
- (6) 設備・器具の利用：施設内の備え付けの設備や備品、機能訓練機器をご使用の際は職員に申し出て指示、指導に従ってご利用ください。
- (7) 所持品の持ち込み：所持品にはすべて名前をご記入ください。
- (8) 施設内での金銭及び食べ物等のやりとりはご遠慮ください。
- (9) 職員に対する贈り物や飲食のもてなしはお受けできません。

9. 地域密着型特別養護老人ホームの特徴

サービス利用のために

事項	有無	備考
同性介護の有無	○	
職員への研修の実施	○	
サービスマニュアルの作成	○	
その他	○	

10. 秘密保持

- (1) 当事業所および当事業所が使用するものは、サービス提供をするうえで知り得た入居者およびその家族に関する情報を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、契約終了後も同様です。
- (2) 当事業所は、入居者または代理人から同意を得ない限り、サービス担当学会議等において、入居者および家族の個人情報を用いませぬ。

1 1. 入居者の尊厳

入居者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

1 2. 事故発生時の対応について

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、関係医療機関等へ連絡を行うなど、必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録します。賠償すべき事故の場合には損害賠償を速やかに行ないます。また、事故発生の際にはご家族に連絡し、必要な措置を講じることに加えて、入居者の介護保険を管轄する保険者に報告をいたします。

1 3. 緊急時の対応

サービス利用中に入居者様の容態が急変する等の緊急事態があった場合、あるいは事故等が発生した場合には、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等、必要な処置を講じるとともに、ご家族様に対してご連絡いたします。

1 4. 非常災害対策

以下により非常災害対策を実施しております。

(1) 消防計画の作成と防火管理者の設置

(2) 防災設備の設置（以下参照）と点検

- | | |
|------------------|----------------|
| ・消火器具 | ・スプリンクラー設備 |
| ・自動火災報知設備 | ・漏電火災警報設備 |
| ・消防機関へ通報する火災報知設備 | ・非常警報器具及び設備 |
| ・避難器具（その他） | ・誘導灯及び誘導標識 |
| ・非常電源（自家発電設備） | ・非常電源（蓄電池設備） 等 |

(3) 年間2回以上の防災訓練の実施

1 5. 損害賠償について

当施設において、施設の責任により入居者様に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、損害の発生について、入居者様に故意または過失が認められた場合には、入居者様の置かれた心身の状況等を参酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

16. サービス内容に関する苦情

- (1) サービス内容に関する苦情は、当事業所職員に申し出るか、併設して以下により苦情受付窓口を設置し、担当者を配置していますのでご利用ください。

担当者：川浪 宏之

苦情解決責任者：古川 理佳

受け付けた苦情は苦情解決責任者および第三者委員に報告され解決にあたります。

- (2) 苦情内容を当事業所や当法人に直接申し出にくい場合には、当事業所外の中立的な立場にある第三者委員を設置しておりますので、直接ご連絡ください。

(第三者委員)

中村 有子

TEL 050-3668-2777

中川 明美

TEL 050-3668-2786

- (3) 第三者委員によっても、苦情が解決されない場合には、下記にて相談を受け付けております。

- ・三重県福祉サービス運営適正化委員会

(三重県社会福祉協議会内)

TEL 059-224-8111

- ・松阪市健康福祉部介護保険課

TEL 0598-53-4090

- ・国保連合会相談苦情専用窓口

TEL 059-222-4165

17. 当法人の概要

法人種別・名称 社会福祉法人 三重ベタニヤ
代表者 理事長 村上 久
所在地・電話番号 津市豊が丘五丁目47番6-1号 TEL 059-230-0032

法人の定款の目的に定めた事業所

1. 第1種社会福祉事業

- (イ) 軽費老人ホームケアハウス『ベタニヤハウス』
- (ロ) 特別養護老人ホーム『アガペホーム』
- (ハ) 地域密着型特別養護老人ホーム『グレイスホーム』

2. 第2種社会福祉事業

- (イ) 老人短期入居事業『ベタニヤショートステイ』
- (ロ) 老人デイサービス事業『ベタニヤデイサービス』
- (ハ) 老人居宅介護等事業『ベタニヤヘルパーステーション』
- (ニ) 老人介護支援センター『ベタニヤ在宅介護支援センター』
- (ホ) 小規模多機能型居宅介護事業『いこいの家』

3. 公益事業

- (イ) 居宅介護支援事業『ベタニヤ居宅介護支援事業所』
- (ロ) 住宅型有料老人ホーム『ベタニヤシニアホーム』

年 月 日

地域密着型特別養護老人ホーム入居者生活介護の利用開始にあたり、入居者に対して
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。

事業所

所在地 三重県松阪市岡本町字上川原 4 2 8 番地 2

名 称 社会福祉法人 三重ベタニヤ
地域密着型特別養護老人ホームグレイスホーム

代表者 理事長 村上 久 印

説明者 地域密着型特別養護老人ホームグレイスホーム

氏名 印

私は、契約書および本書面により、事業者から地域密着型特別養護老人ホーム入居者
生活介護についての重要事項の説明を受けました。

入居者 住所

氏名 印

(代理人) 住所

氏名 印

(入居者との関係)

ご入居者、ご家族の皆様へ

個人情報使用同意のお願い

当施設では、医療機関等への連絡調整に際して、ご入居者並びにご家族の個人情報を提供することがあります。

使用にあたりましては、次の条件を守りますので、個人情報使用について同意願います。

(1) 必要最小限の情報提供とし、関係者以外には情報が漏れることのないよう細心の注意を払います。

(2) 個人情報を使用する目的、内容等を記録しておきます。

社会福祉法人 三重ベタニヤ
地域密着型特別養護老人ホームグレイスホーム
代表者 理事長 村上 久

上記の内容について、同意します。

年 月 日

入居者 住所 _____

氏名 _____ 印

代筆者 氏名 _____

入居者の家族 住所 _____

氏名 _____ 印