

特定施設入居者生活介護 ケアハウス 寿和苑 重要事項説明書

I あなたに対する特定施設入居者生活介護サービスの提供にあたり、介護保険法に関する岐阜県条例79号第7条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

| | |
|------------|------------------------|
| 事業者の名称 | 社会福祉法人 武芸会 |
| 主たる事務所の所在地 | 岐阜県関市武芸川町跡部 1555 番地の 1 |
| 代表者の氏名 | 河内 美文 |
| 電話番号 | (0575) 46-1131 |

2. ご利用施設

| | |
|------------|-----------------------|
| 施設の名称 | ケアハウス 寿和苑 |
| 施設の種類 | 特定施設入居者生活介護施設 |
| 施設の所在地 | 岐阜県関市武芸川町跡部 1555 番地 1 |
| 都道府県知事指定番号 | 2170900282 |
| 施設長の名称 | 河内 美文 |
| 電話番号 | (0575) 46-1131 |
| FAX番号 | (0575) 46-1132 |

3. ご利用施設に併設して実施する事業

| 事業の種類 | 都道府県知事の指定 | | 利用定員 | 市町村基準該当サービス |
|------------|-----------|------------|------|-------------|
| | 指定年月日 | 指定番号 | | |
| 介護老人福祉施設 | H12.3.28 | 2170900084 | 80名 | |
| 地域密着型 通所介護 | H28.4.1 | 2170900175 | 15名 | 関市総合事業 |
| 日常生活支援通所介護 | H29.4.1 | | | |
| 短期入所生活介護 | H12.3.28 | 2170900084 | 20名 | |
| 介護予防短期入所 | H26.10.1 | | | |

4. 施設の目的と運営の方針

施設の目的 この施設は介護保険法令に従い、ご契約者がその有する能力に応じ自立した日常生活を確保することを目的とする。

施設の方針 当施設にあたっては、入居者の人格を尊重し、入居者の立場に立ったサービスを提供し、共に入居者及びそのご家族のニーズを的確にとらえ、必要とされる適切なサービス提供をする。

5. 施設の概要

特定施設入居者生活介護 「 ケアハウス 寿和苑 」

| | | |
|--------|------|-------------------------|
| 敷 地 | | 7, 6 8 5 m ² |
| 建 物 | 構 造 | 鉄骨・鉄筋コンクリート造 |
| | 延床面積 | 2, 0 3 1 m ² |
| | 利用定員 | 3 0 名 |

(1) 居室

| 居室の種類 | 室 数 | 面 積 | 1人あたり面積 |
|-------|-----|----------------------|-----------------------|
| 1人部屋 | 1 8 | 6 8 2 m ² | 3 4. 1 m ² |
| 2人部屋 | 6 | 2 5 6 m ² | 2 5. 6 m ² |

(2) 主な設備

| 設 備 の 種 類 | 数・その他備考 |
|-----------|--|
| 食 堂 | 1 |
| 機 能 訓 練 室 | 1 |
| 一 時 介 護 室 | 1 |
| 一 般 浴 室 | 各居室内に1ヶ所 |
| 機 械 浴 室 | 大浴場 1 (特殊浴槽 2台) |
| 医 務 室 | 1 (特養と併用) |
| 洗 面 所 | 各居室内に1ヶ所 |
| 便 所 | ・各居室：1ヶ所 ・7階：1ヶ所 ・4階：1ヶ所 ・大浴場：1ヶ所 |

6. 職員体制

当施設では、ご契約者に対して特定施設入居者生活介護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。

| 配 置 | 指 定 基 準 |
|------------------|----------|
| 1. 管 理 者 | 1 名 (兼任) |
| 2. 生 活 相 談 員 | 1 名 (専任) |
| 3. 看 護 師 | 1 名 |
| 4. 介 護 職 員 | 3 : 1 名 |
| 5. 看 護 職 員 | |
| 6. 機 能 訓 練 指 導 員 | 1 名 (専任) |
| 7. 計 画 作 成 担 当 者 | 1 名 (専任) |
| 8. 医 師 | 非常勤 1 名 |
| 9. 管 理 栄 養 士 | 1 名 (兼任) |

7. 職員の勤務体制

| 従業員の職種 | 勤務体制 | |
|---------|----------|---------------|
| 管理者 | 日勤 | 8:30 ~ 17:30 |
| 医師 | 毎週 火・土曜日 | 13:00 ~ 15:00 |
| 生活相談員 | 日勤 | 8:30 ~ 17:30 |
| 介護職員 | 早番 | 7:00 ~ 16:00 |
| | 日勤 | 8:30 ~ 17:30 |
| | 遅番 | 10:00 ~ 19:00 |
| | 夜勤 | 16:00 ~ 10:00 |
| 看護職員 | 日勤 | 8:30 ~ 17:30 |
| | 遅番 | 10:00 ~ 19:00 |
| | オンコール対応 | 19:00 ~ 08:30 |
| 管理栄養士 | 日勤 | 8:30 ~ 17:30 |
| 機能訓練指導員 | 日勤 | 8:30 ~ 17:30 |
| 計画作成担当者 | 日勤 | 8:30 ~ 17:30 |

8. 苦情等申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明な点や疑問、苦情等がございましたら、下記に記載の窓口へお気軽にご相談下さい。また、ご意見箱での受付も致しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

| 相談窓口 | 名称・担当者 | 電話番号 |
|------|--------------------------|-------------------|
| 寿和苑 | 生活相談員 : 森 奈津子・奥村 侑弥 | (0575) 46-1131 |
| | 介護支援専門員 : 佐々木 明子 | |
| | 第三者委員 : 井藤 廣一・武藤 壽・中島 寛孝 | |
| 外部機関 | 岐阜県運営適正化委員会 苦情相談窓口 | (058) 278-5136 |
| | 岐阜県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 | (058) 275-9826 |

9. 協力医療機関

| | |
|---------|-------------------|
| 医療機関の名称 | 乾 医 院 |
| 院長名 | 乾 博史 |
| 所在地 | 岐阜県関市武芸川町高野 590-1 |
| 電話番号 | (0575) 46-2017 |

10. 協力歯科医療機関

| | |
|---------|-------------------------|
| 医療機関の名称 | えんどうインプラント矯正歯科クリニック |
| 院長名 | 遠藤 為成 |
| 所在地 | 岐阜県関市西本郷通 2 丁目 2 番 17 号 |
| 電話番号 | (0575) 24-6900 |

11. 身体拘束廃止への取組

入所者の方に対する身体拘束は、行いません。但しやむを得ず身体拘束をさせていただく場合は、入所者又はご家族の同意を得た上で、身体拘束廃止委員会の承認後、しかるべき身体拘束をさせていただきます。

1.2. 非常災害時の対策

| | | |
|----------|--|----------------------|
| 災害時の対応 | 別途定める「寿和苑 消防計画」に則り対応いたします。 | |
| 近隣との協力関係 | 武芸川町内会（武芸川町消防団）と近隣防災協定を締結し、非常時の相互の応援を約束しています。 | |
| 平常時の訓練 | 別途定める「寿和苑 消防計画」に則り年2回夜間及び昼間を想定した消防訓練・避難訓練を入居者の方も参加して実施します。 | |
| 防災設備 | 防 災 設 備 名 | 有 ・ 無 |
| | スプリンクラー | 有 |
| | 避難階段 | 有 |
| | 避難通路 | 有 |
| | 自動火災報知機 | 有 |
| | 誘導灯 | 有 |
| | ガス漏れ報知器 | 有 |
| | 防火扉・シャッター | 有 |
| | 屋内消火栓 | 有 |
| | スプリンクラー補助散水栓 | 有 |
| 非常用電源 | 有 | |
| 消防計画等 | 中濃消防組合への届出 防火管理者 | 平成28年 4月 8日 岡本 和久 |

1.3. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

| | |
|--------------------|---|
| 受診時の付添 | 外部の医療機関に緊急受診及び定期受診をされる時は、必ずご家族の付添をお願いします。又、緊急受診等で寿和苑職員が付添をしたときの交通費（公共交通機関・タクシー等）は別途お支払いいただきます。 |
| 来訪・面会 | 面会時間 8:30 ~ 19:00 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下さい。 |
| 外出・外泊 | 外出・外泊の際に必ず行き先と帰苑日時を職員に申し出てください。 |
| 居室・設備・器具の利用 | 施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反した使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 迷惑行為等 | 禁煙になっています。飲酒は職員に連絡のうえ、家族の面会時にたしなむ程度にしてください。 騒音等他の入居者の迷惑になる行為は、ご遠慮願います。 また、やみくもに他の入居者の居室等に立ち入らないようにしてください。 |
| 入居者及び面会者の 持込み制限 | 持込み制限品：タバコ・お金・お酒等 ※持込みされた飲食物は、面会時にご家族と飲食してください。 その時に残った飲食物は、必ずご家族がお持ち帰りください。 |
| 宗教活動・政治活動 | 施設内では、他の入居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。 |

1 4. 入居者のプライバシーの保護

入居者の皆様が安心して生活をしていただく為、施設内における入居者のプライバシー保護に努めます。

II 当事業者が、あなたに提供するサービスと自己負担額は以下のとおりです。(法定代理受領を前提としています。)

1. 介護保険給付によるサービス

| サービスの種類 | 内 容 |
|---------|--|
| 食 事 | 入居者の身体状況に適した食事介助を行います。 |
| 排 泄 | 入居者の状況にあわせて排泄の自立を促し、身体能力を最大限活用した援助を行います。 |
| 入 浴 | <入浴日> 入浴は、二日に1回の頻度で入浴の機会を提供します。 <入浴時間> 午後 1時30分～3時30分 身体状況等の理由により入浴ができない場合は、清拭を実施し清潔確保に努めます。 |
| 離 床 | 寝たきり防止のため、毎日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。 |
| 寝具の消毒 | 寝具の消毒は月1回行います。 |
| 洗 濯 | 必要に応じ衣類の洗濯を行います。 |
| 機能訓練 | 機能訓練指導員が、計画に基づいて機能訓練をあなたの状況にあわせて行います。 |
| 健康管理 | 当施設の配置医・主治医により、診察日を設けて健康管理に努めます。 診察日以外でも心配な時はいつでもお申し付け下さい。 医師や看護職員が健康管理を行います。 |
| 娯楽等 | 当施設では、次のような娯楽設備を整えております。 多目的ホール・舞台1カ所 通信カラオケセット |
| 介護相談 | 入居者とその家族からのご相談に応じます。 |
| 医療機関連携 | 看護職員が入居者別に日々の身体状況を記録し、その入居者の主治医に対し、月1回以上の情報提供を行う。その入居者の身体状況を双方が確認し、その人の健康管理に努める。 |

2. 介護保険給付外サービス

| サービスの種類 | 内 容 | 自己負担額 |
|---------------|--|-----------------|
| サービスの提供に要する費用 | 入居者の1年間の所得の状況及びその他の事情を勘案して徴収すべき費用として岐阜県知事が定める額を徴収させていただきます。 | 別紙記載 |
| 食 事 (生活費) | <p><食事時間></p> <p>朝食 8:00</p> <p>昼食 12:00</p> <p>夕食 18:00</p> <p><食事場所></p> <p>できるだけ離床して食堂でお食ください。献立表は週単位で掲示板に表示してあります。食べられないものやアレルギーがある方は事前にご相談下さい。</p> <p>管理栄養士による栄養ケアマネジメントを作成し栄養面からの健康管理に努めます。医師の指示により療養食の提供をさせていただきます。</p> | |
| 居住に要する費用 | <p>1部屋当たりの費用を毎月徴収させていただきます。</p> <p>2人部屋の費用は、費用負担軽減の為、寿和苑が減免対応をさせていただきます。</p> | |
| 理髪・美容 | 出張サービスによる理髪の実施。 | 全額実費 |
| 喫茶室等 | 当施設では、喫茶設備を用意しております。 | 娯楽費より |
| レクリエーション行事 | 当施設では、レクリエーション行事を用意しております。参加されるか否かは任意です。 | 不要 |
| 日常生活品の購入代行 | 必要に応じて日常生活用品の購入の代行をさせていただきます。 | 品代のみ実費 |
| 特別な食事 | 医師の指示書により通常の食事摂取が困難な場合は、相談の上、必要な食事を提供させていただきます。 | 全額実費 |
| 娯 楽 費 | 施設で計画した行事(外出・演劇・その他)での飲食代、及び特別行事食(握り寿司・うなぎ・ステーキ・その他)等の費用負担を、娯楽費として徴収させていただきます。 | 1ヶ月 500円 |
| 病院受診送迎費 | 定期受診をされる時、ご希望により送迎させていただきます。 | 片道当り 1km=50円 |

※-1) 高額介護サービス費払戻し制度

高額介護サービス費の上限額を超えた部分は、高額介護サービス費として払い戻しがあります。詳しくは、住民登録されている市町村にお尋ね下さい。

※-2) 医療について

当施設の配置医による健康管理や療養指導につきましては、介護保険給付サービスに含まれております。それ以外の医療行為及び他の医療機関による往診や通院等により処置をされた場合は、医療保険適用により別途自己負担をしていただくこととなります。

3. 自己負担額と費用のお支払い

| | |
|--------|--|
| 自己負担額 | 介護保険給付による費用及び介護保険給付外サービスにより、 あなたの自己負担額は、1月 約 円程度です。 内 訳 介護給付費サービス 約 円 介護給付外サービス 約 円 |
| 費用のお支払 | 毎月末で締めさせていただき、翌月23日（金融機関が休日の場合、翌営業日）に口座振替にてお支払いいただきます。 |

4. 情報提供

要介護認定調査等において、入居者及びそのご家族の個人情報を用いる場合があります。

以上

私は、本書面に基づいて、乙の職員（ 職名・氏名 ）
 からサービス内容・重要事項の説明を受けたことを確認します。

年 月 日

（ 入 所 者 ）

住 所

氏 名 ⑩

（ 署名代行者 ）

私は、甲（入所者）の意思を確認したうえで、上記署名を代行しました。

住 所

氏 名 ⑩

（ 身元引受人 ）

住 所

氏 名 ⑩

続 柄

※附則 この説明書は、平成27年8月1日より施行させていただきます。
 この説明書は、平成27年10月1日より施行させていただきます。
 この説明書は、平成28年11月2日より施行させていただきます。
 この説明書は、平成29年6月1日より施行させていただきます。