

特別養護老人ホームやすらぎの里 重要事項説明書

1. 事業の目的と運営方針

要介護状態（介護 1～5）にある方に対し、適正な介護老人福祉施設サービスを提供することにより要介護状態の維持・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。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 施設の内容

(1) 提供できるサービスの地域

施設名 特別養護老人ホーム やすらぎの里
指定番号 3470201587
所在地 広島市佐伯区五月が丘四丁目15番6号
管理者の氏名 上田 辰彦
電話番号 082-941-2900
FAX 番号 082-941-2906

(2) 施設の従業者体制

職 種	従事するサービス種類、業務	人 員
管理者	業務の一元的な管理	1名
医師	健康管理及び療養上の指導	1名
生活相談員	生活相談及び指導	1名以上
介護支援専門員	プラン作成及び生活相談	1名以上
介護職員	介護業務	25名以上
看護職員	心身の健康管理 服薬管理・保健衛生管理	3名以上
機能訓練指導員	身体機能の向上、健康維持のための指導	1名以上
栄養士（管理栄養士）	食事の献立作成、栄養計算、栄養指導等	1名以上
歯科衛生士	入所者の歯の健康指導・口腔ケア	1名以上

(3) 施設の概要

定員 75名

○ 居室

4人部屋 11室

2人部屋 10室

個室 11室

○ 食堂 2室

○ 浴室 個浴、機械浴

○ 機能訓練室 2室

3. サービスの内容

(1) 基本サービス

- ① 食事 朝食 7:15～8:15
昼食 11:30～12:30
夕食 17:15～18:15
- ② 介護 食事等の介助、着替え介助、排泄介助、おむつ交換、体位変換、施設内移動の付添い、相談等の精神的ケア、日常生活上の世話
- ③ 入浴 最低、週2回入浴可能です。特別浴又は清拭となる場合があります。
- ④ 機能訓練 機能訓練室にて入所者の状況に応じて機能訓練を実施します。
- ⑤ 理美容 月1回、理容・美容サービスを実施しております(料金は自己負担)。

4. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該介護老人福祉施設のサービスが法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。介護保険1割負担の金額を記載しておりますので、ご利用者様の負担割合により金額が変わることもあります。

□介護報酬告示額

(1) 介護福祉施設サービス費(1日当たりの単位と単価)

要介護1(589単位) 727円

要介護2(659単位) 810円

要介護3(732単位) 897円

要介護4(802単位) 980円

要介護5(871単位) 1,062円

上記金額に含まれる加算

福祉施設夜勤職員配置加算(I2)

13単位

福祉施設看護体制加算 (I2)	4 単位
福祉施設サービス提供体制強化加算 (III)	6 単位
福祉施設介護職員処遇改善加算 (II)	所定単位数の 13.6%
福祉施設安全対策体制加算	20 単位(1 回限り)

(2) その他の加算

福祉施設初期加算	30 単位/1 日 (入所・入院 30 日以上/30 日間)
福祉施設療養食加算	6 単位/1 回につき (1 日 3 回まで)
福祉施設外泊時費用	246 単位 (月 6 日限度)
看取り介護加算 (I4)	1280 単位 (死亡日)
看取り介護加算 (I3)	680 単位 (死亡日以前 2 日又は 3 日)
看取り介護加算 (I2)	144 単位 (" 4 日以上 30 日以下)
看取り介護加算 (I1)	72 単位 (" 31 日以上 45 日以下)

□その他の費用

(1) 「居住費」及び「食費」 1日あたりの金額

	居住費		食 費
	個室	多床室	
第 1 段階	3 8 0 円	0 円	3 0 0 円
第 2 段階	4 8 0 円	4 3 0 円	3 9 0 円
第 3 段階①	8 8 0 円	4 3 0 円	6 5 0 円
第 3 段階②	8 8 0 円	4 3 0 円	1, 3 6 0 円
第 4 段階	1, 3 0 0 円	9 1 5 円	1, 4 4 5 円

(2) ご契約者が入院又は外泊期間中において、居室が契約者のために確保されている場合は、4段階の居住費をお支払いいただきます。(特定入所者介護サービス費の対象者は、介護保険からの補足給付は6日間のみで、7日目以降は基準費用額の全額となります。)

但し、事業者が居室(空床)を短期入所生活介護に利用した期間は、居住費をお支払いいただく必要はありません。

(3) 運営基準（厚生省令）で定められた「その他の費用」（全額、自己負担）

区分		金額（単位）	内容の説明
①理美容代	小川美容院	実費	入所者の希望によって提供した場合
②予防接種		実費	年1回受けて頂きます。
③預り金管理料		月額 1,000円	預り金の管理
※①はカット代のみ ②の金額に変更がありましたら、連絡します。			

5. サービス利用に当たっての留意事項

- ① 入所者又はその家族は、体調の変化があった際には施設の従業者にご一報ください。
- ② 入所者は、施設内の機械及び器具を利用される際、必ず従業者に声をかけてください。
- ③ 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。
- ④ 従業者に対する贈り物や飲食のもてなしは、お受けできません。

6. 口腔衛生管理の強化

事業所は、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、利用者の入所時及び、入所後の定期的な口腔衛生状態・口腔機能の評価の実施を年2回行います。また、連携については実施事項等を文書等で取り決めを行います。

7. 栄養管理

- ① 多職種共同での入所者ごとの栄養ケア計画の作成をします。
- ② 栄養ケア計画に従った栄養管理の実施、入所者の栄養状態の定期的な記録を行います。
- ③ 栄養ケア計画の進捗状況の定期的な評価、必要に応じた計画の見直しをします。

8. 非常災害・感染症対策

施設では、非常災害・感染症その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、業務継続計画（BCP）の策定し、研修・訓練を行います。また、防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回ご入所者及び従業者等の訓練を行います。

9. 緊急時の対応

サービス提供時に入所者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

・主治医

広島市佐伯区美鈴が丘西 1 丁目 1-1

中村内科医院 院長 中村 真也 082-928-2864

10. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村および関係諸機関等への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、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

11. 守秘義務に関する対策

施設及び従業者は、業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、就業者との雇用契約の内容としています。

12. 入所者の尊厳

入所者の人権・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。

13. 身体拘束の禁止

原則として、入所者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に入所者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。また、3カ月に1回以上の委員会の開催、定期的な研修等を行います。

14. 高齢者虐待防止の推進

利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、虐待の発生又は再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施を講じます。

15. ハラスメント防止対策

ハラスメント等のストレス対策に関する研修を実施するとともに、相談窓口の利用をすることでハラスメント防止に向けた施策の充実を図ります。

16. 苦情相談窓口

* サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ご利用相談室 窓口担当者：岩崎 昭夫（介護支援専門員）

ご利用時間：月～土曜日 8時30分～17時30分

ご利用方法 電話 082-941-2900

* 公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

広島市役所健康福祉局高齢福祉部介護保険課事業者指導係

広島市中区国泰寺1丁目6番34号

電話番号 082-504-2183 FAX番号 082-504-2136

広島市佐伯区役所厚生部福祉課高齢介護係

広島市佐伯区海老園2丁目5番28号

電話番号 082-943-9730 FAX番号 082-923-1611

広島県国民健康保険団体連合会介護保険課 苦情相談係

広島市中区東白島町19番49号

電話番号 082-554-0783 FAX番号 082-511-9216

17. 協力医療機関等

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、入所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。

・ 協力医療機関

・ 名称 生協さえき病院

・ 住所 広島市佐伯区八幡東3丁目11番29号

・ 名称 梶川病院

・ 住所 広島市西区天満町8番7号

・ 名称 メリオホスピタル

・ 住所 広島市安佐南区大塚西3-1-20

・ 名称 中増整形外科クリニック

・ 住所 広島市安佐南区大塚西4-17-1

- ・ 協力歯科医療機関
 - ・ 名称 中本歯科医院
 - ・ 住所 広島市南区荒神町4-1

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

18. 損害賠償について

当施設において、施設の責任によりご入所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、ご入所者様に故意又は過失が認められた場合には、ご入所者様の置かれた心身の状況等を斟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。

19. 身元引受人

身元引受人をご指定ください。身元引受人の役割は次のとおりです。

- (1)入所者の利用料金等の経済的な責務について、入所者と連携してその責務の履行義務を負っていただきます。
- (2)入所者が疾病等により医療機関に入院される場合、円滑に入院手続きができるよう協力していただきます。
- (3)入所者が退所(死亡を含む)される場合、当施設に残された所持品を引き取っていただきます。
- (4)入所者が死亡した場合、ご遺体の引き取り等の必要な措置を行っていただきます。
- (5)身元引受人の届出事項(氏名・住所・電話等)に変更が生じた場合は、必ず届け出てください。

令和 年 月 日

介護老人福祉施設サービスの開始にあたり、入所者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

<施設>

所在地 広島県広島市佐伯区五月が丘四丁目15番6号

施設名 特別養護老人ホーム やすらぎの里

(指定番号 3470201587)

管理者名 施設長 上田 辰彦 印

説明者 岩崎 昭夫 印

私は、契約書及び本書面により、施設から介護老人福祉サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

<入所者>

住所

氏名 印

<身元引受人>

住所

氏名 印(続柄)

<身元引受人>

住所

氏名 印(続柄)