

定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防特定施設入居者生活介護

重要事項説明書

当事業所は介護保険法の指定を受けています

当事業所は利用者に対して、指定特定施設入居者生活介護サービス及び指定介護予防特定施設入居者生活介護サービスを提供します。事業所の概要や提供するサービスの内容、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。

当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」「要支援」と認定された方が対象となります。

第1章 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人健老会
- (2) 法人所在地 〒855-0861 長崎県島原市下川尻町8351番地
- (3) 電話番号 0957-64-8070
- (4) 代表者氏名 理事長 山本 由夫
- (5) 設立年月日 平成11年 4月 8日

第2章 施設概要

- (1) 施設の種類 指定特定施設入居者生活介護事業所
- (2) 施設の目的 要介護状態又は要支援状態にある利用者に対し、適正な指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防特定施設入居者生活介護（以下、指定特定施設入居者生活介護等）サービスを提供することを目的としています。
- (3) 施設の名称 ケアハウスしまばら特定施設入居者生活介護事業所
- (4) 施設の所在地 〒855-0861 長崎県島原市下川尻町8351番地
- (5) 電話番号 0957-64-8070
- (6) 管理者氏名 阿部 恭久
- (7) 当事業所の運営方針
 - ①特定施設サービス計画に基づき、利用者が当事業所においてその有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、食事、入浴、排泄等の介護、その他の日常生活上の支援及び機能訓練を行います。
 - ②安定的かつ継続的な事業運営に努めます。
 - ③指定特定施設入居者生活介護等の実施に当たっては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるとともに関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。
- (8) 開設年月 平成18年 9月 1日
- (9) 入居定員 51人

第3章 居室等の概要

(1) 居室等

当事業所では以下の居室等をご用意しています。入居される居室は全て個室です。居室の決定は、利用者のご希望や心身の状況、居室の空き状況等を考慮の上、管理者が行います。

①介護居室 51室（全室に緊急呼出装置、トイレ、洗面化粧台、キッチン、エアコン、火熱感知機、電話配線、ケーブルテレビ配線）

②多目的室 1室

③浴室 3室（大浴室2、小浴室1）島原温泉

④共用トイレ 6室

⑤食堂 1室

⑥機能訓練室兼一時介護室 1室

⑦機能訓練室兼交流室 1室

※上記の設備は、厚生労働省により、指定特定施設入居者生活介護事業所等に設置が義務付けられている施設、設備の基準を満たしています。

(2) 居室の変更

利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により管理者がその可否を決定します。また、利用者の心身の状況により居室を変更させていただく場合がありますが、その際には事前に利用者やご家族等と協議させていただきます。

なお、居室の使用状況によっては居室の清掃代、原状回復費を実費請求させていただく場合があります。（破損や汚染等）

第4章 職員の配置状況

当事業所は、利用者に対して指定特定施設入居者生活介護等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。

①管理者 1名

②生活相談員 1名

③介護職員 18名以上（夜勤専従職員含む）

④看護職員 2名以上

⑤機能訓練指導員 1名以上

⑥計画作成担当者 1名以上（介護支援専門員）

※上記の職員配置については、指定基準を遵守しています。

第5章 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所は、利用者に対して以下のサービスを提供します。当事業所が提供するサービスには、介護保険給付の対象となるサービスと、介護保険給付の対象とならないサービスがあります。

(1) 介護保険給付の対象となるサービス

①サービスの概要

- 一 入浴介助
入浴又は清拭の介助を週2回以上行います。
 - 二 食事介助
毎日、朝昼夜3食の食事の介助を行います。なお、食事はできるだけ離床して摂っていただくよう配慮します。
 - 三 排泄介助
利用者の状況に応じた適切な排泄の介助と、自立支援を行います。
オムツを使用される方に対しては、こまめに交換します。
 - 四 生活援助
居室の清掃、洗濯等、日常生活の援助を行います。
利用者の状況に応じて、シーツの交換、寝具の消毒等を行います。
 - 五 機能訓練
機能訓練指導員等により、利用者の心身等の状況に応じて個別機能訓練計画を作成し、日常生活を送る為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。
 - 六 生活相談及び援助
生活相談員による生活相談、援助を行います。
 - 七 レクリエーション
季節等に応じたレクリエーションを企画し、実施します。
 - 八 その他
寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。
- ※上記のサービスにおいて、食材料費やオムツ、その他消耗品代等は給付対象外となります。

②介護サービス利用基本料金

【法定代理受領サービス】

要介護度	サービス費用 (1日)	参考月額1割 (30日)	参考月額2割 (30日)	参考月額3割 (30日)
要支援1	183円	5,490円	10,980円	16,470円
要支援2	313円	9,390円	18,780円	28,170円
要介護1	542円	16,260円	32,520円	48,780円
要介護2	609円	18,270円	36,540円	54,810円
要介護3	679円	20,370円	40,740円	61,110円
要介護4	744円	22,320円	44,640円	66,960円
要介護5	813円	24,390円	48,780円	73,170円

- ※算定加算
- 個別機能訓練加算 I 12円(1日)
 - 夜間看護加算 9円(1日) 要支援認定者を除く
 - サービス提供体制強化加算 22円(1日)
 - 介護職員等処遇改善加算 12.8%
 - 看取り介護加算 希望時(ご説明し、同意を得た上)

※利用者が要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けられた後、自己負担額を除く金額が払い戻されます。(償還払い)

※介護保険制度の改正等により、給付額に変更があった場合には、これに応じて利用者の負担額が変更になることがあります。

(2) 介護保険給付の対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

- 一 オムツ代 実費
- 二 トイレトペーパー等の日常生活品費 実費
- 三 食事の提供や室料を含む (ケアハウス利用料金表)
- 四 レクリエーション、クラブ活動、材料代等 実費
- 五 理美容代、嗜好品代
- 六 その他特別のサービスに要した費用

上記一から五に記載が無い場合でも実費により購入又はサービスの提供が行える場合があります。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)(2)の料金・費用は、毎月10日頃ご請求いたします。(請求書の郵送等)毎月17日に指定口座より振替いたしますので残高の確認をお願いいたします。

第6章 協力医療機関

医療サービスを必要とされる場合は、次の協力医療機関をご紹介します。但し、当該医療機関での優先的な診察、治療を保証するものではありません。また当該医療機関での診察、治療を義務付けるものでもありません。

(1) たかお循環器内科 (内科、循環器科、呼吸器科、消化器科、アレルギー科)

島原市桜町953番地1 TEL: 62-6300 (当施設より車で5分)

(2) 山口歯科医院

島原市新町一丁目213 TEL: 62-3016 (当施設より車で5分)

※利用者ご本人及びご家族等の付き添いによる医療機関の受診の際は、転倒などに充分ご注意ください、利用者ご本人及びご家族等の責任にてお願いいたします。

第7章 苦情の受け付け

社会福祉法第82条の規定により、当事業所では利用者からの苦情に適切に対応する体制を整えております。当事業所における苦情解決責任者、苦情受付担当者及び第三者委員を下記により設置し、苦情解決に努めることとしております。

1. 苦情受付担当者	介護部門長 前田 新弥 0957-64-8070
2. 苦情解決責任者	管理者 阿部 恭久 0957-64-8070
3. 第三者委員	芥 武夫 連絡先 0957-62-5089
	中島 吉弘 連絡先 0957-63-3226

【苦情解決の方法】

(1) 苦情の受付
(2) 苦情受付の報告・確認
(3) 苦情解決のための話し合い

【外部苦情相談窓口】

島原市福祉保健部	連絡先 0957-63-1111
長崎県国民健康保険団体連合会	連絡先 095-826-7291
島原地域広域市町村圏組合介護保険課	連絡先 0957-61-9101
島原市地域包括支援センター	連絡先 0957-65-5110

第8章 損害賠償について

当事業所において、事業所の責任により利用者に生じた損害については、不可抗力によるものを除き、速やかにその損害を賠償します。但し、その損害の発生について利用者に故意又は過失が認められる場合には、事業所の損害賠償責任を減免する場合があります。

第9章 秘密保持 個人情報の取り扱いについて

当事業所において、業務上知り得た利用者及びご家族等の情報、秘密を保持します。なお、医療機関やサービス担当者会議等に対して、利用者に関する情報を提供する場合には、あらかじめ文書により同意を得るものとします。

第10章 契約の終了について

次の(1)～(3)の場合には、特定施設入居者生活介護事業との契約が終了します。

(1) 自動的な終了

- ①利用者が死亡された場合
- ②要介護認定により、利用者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③入居契約が終了した場合
- ④事業所が破産した場合又はやむをえない事由でサービス提供が不可能となった場合
- ⑤事業所が介護保険の指定を取り消された場合

(2) 利用者からの解約の申し出

利用者は、契約終了を希望する日の1ヶ月前までに所定の退去届を提出することで本契約を解約することができます。

但し、次の場合には、即時に本契約を解約することができます。

- ①事業所が正当な理由なく本契約に定める特定施設入居者生活介護等サービスを提供しない場合
- ②事業所が故意又は過失により利用者の身体、財物、信用等を傷つけ、又は著しい不信行為その他本契約を継続しがたい事情が認められる場合
- ③他の利用者が利用者の身体、財物、信用等を傷つけ、又は傷つける恐れがある場合において、事業所が適切な対応をとらない場合

(3) 事業所からの契約解除の申し出

次の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要な事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②利用者による利用料金等の支払いが2ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず、これが支払われない場合
- ③利用者が、故意又は重大な過失により事業所もしくは他の利用者等の生命、身体、財物、信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行う等によって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④利用者の心身の状況の悪化等により、当事業所での生活がどうしても困難となった場合（常時医療行為が必要となった場合など）
- ⑤医療機関等への入院期間が2ヶ月を超える場合（見込まれる場合も含む）

(4) 契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業所は利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うように努めます。

第11章 委任事項について

【利用者及びご家族等から事業所に対しての委任事項】

- (1) 医療費・診察費や薬代の支払い
- (2) 必要とされる日用品費、衣類等の購入（購入の場合はご家族等へ確認をいたします）
※必要がある場合、上記（1）（2）の支払いに係る金銭をお預かりいたします。
お預かりした際に金銭預かり証を発行いたします。またお預かりした金銭は金銭出納帳にて管理し、毎月写しを送付いたします。また、面会時や来所時など定期的に金銭出納帳の確認を行っていただきます。
- (3) 各種証書の保管
※健康保険証、介護保険証、介護保険負担割合証、減額認定証等、その他
- (4) 利用者の収入に関する挙証資料の取得及び長崎県長寿社会課への提出

第12章 重度化した場合における対応指針及び夜間看護体制

- (1) 日中及び夜間の看護・介護体制を整備し、緊急呼出装置により24時間の対応を行います。
- (2) 利用者の病状等が急変し、又はその他緊急事態が生じた時は、速やかに主治医又は協力医療機関等に連絡し、医師の指示に基づき健康上の管理等を行います。
- (3) 疾患等による心身機能低下が著しく認められる利用者については、計画作成担当者によるケアプランの見直し、機能訓練指導員による利用者の心身の状況等を踏まえた日常生活動作の改善・維持のための機能訓練を行います。
- (4) 次のような状態の場合には、より適切な特定施設入居者生活介護サービスを提供するために、一時介護室を使用するものとします。

- ①利用者が提示する介護保険被保険者証に、認定審査会の意見として一時介護室の使用に関する記載がある場合。
- ②主治医又は協力医療機関等が医学的な判断により、一時介護室の使用が必要と判断した場合。
- ③その他利用者の心身の状況により、管理者が一時介護室の使用を必要と判断した場合。

第13章 看取り介護に関する指針

看取り介護とは、近い将来に死に至ることが予見される方に対し、その身体的・精神的苦痛、苦悩をできるだけ緩和し、死に至るまでの期間、その方なりに充実して納得して生き抜くことができるよう日々の暮らしを営めることを目的として援助することであり、対象者の尊厳に十分配慮しながら終末期の介護について心をこめてこれを行なうことです。

看取り介護を希望される場合は、当事業所の看取りに関する指針に基づき、利用者、家族等、各医療機関の十分な理解と協力が得られた上で、改めて文書にて利用者及び家族等の同意を得て行うものとします。

以上、本書面にに基づき、重要事項の説明を行いました。

説明者氏名 _____