

地域密着型介護老人福祉施設
らいふあかり

重要事項説明書



当施設は、ご入所者に対して加古川市の指定を受けて、指定介護老人福祉施設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通り説明いたします。

1. ご利用施設

- | | | |
|------|-------|---|
| (1) | 名 称 | 地域密着型介護老人福祉施設らいふあかり |
| (2) | 目 的 | 介護保険法令に従い、入所者がその有する能力に応じ可能な限り自立した生活を営むことができるように支援することを目的とします。 |
| (3) | 所 在 地 | 兵庫県加古川市加古川町中津557番1号 |
| (4) | 電 話 | 079-422-3233 |
| (5) | F A X | 079-423-3355 |
| (6) | 施 設 長 | 衣笠 恒太郎 |
| (7) | 運営方針 | 施設サービス計画に基づき、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように、入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練、相談支援等、他生活全般にわたる援助を行います。 |
| (8) | 開 設 日 | 平成24年3月20日 |
| (9) | 事業所番号 | 2892200201 |
| (10) | 入所定員 | 29名 |

2. 施設経営法人

- | | | |
|-----|-------|-------------------|
| (1) | 法 人 名 | 社会福祉法人あかり福祉会 |
| (2) | 法人所在地 | 兵庫県加古川市山手1丁目19番5号 |
| (3) | 電 話 | 079-438-3333 |
| (4) | F A X | 079-438-1399 |
| (5) | 代 表 者 | 理事長 磯野直子 |
| (6) | 設立認可 | 昭和54年2月15日 |

3. 施設の概要

- | | | |
|-----|----------|--|
| (1) | 建物の構造 | 鉄骨造 4階 |
| (2) | 建物の延べ床面積 | 3242.13 m ² |
| (3) | 防火設備 | 非常階段、避難用滑り台、スプリンクラー、消火栓
屋内消火栓、煙装置、自動火災報知器 |

4. 保証人（契約第2条）

- | | |
|-----|--|
| (1) | 契約の締結にあたり、保証人は2名お願いいたします。 |
| (2) | 保証人には入所者の代理人として、サービス内容や治療方針に対する確認・決定、を代行していただく場合がありますので、これまでもっとも身近にいて入所者のお世話をされてきた御家族や親族に就任していただくことが望ましいと考えております。しかしながら必ずしもこれらの方に限る趣旨ではありません。契約に関しても入所者と連携してその責務の履行義務が負える方をお願いいたします。 |

- (3) 保証人が死亡したり、破産宣告を受けた場合には新たな保証人を立てていただきます。
- (4) 保証人は連絡先（住所、電話など）の変更があった場合は速やかに事務所に連絡をしてください。

5. 要介護認定の申請援助（契約第3条）

原則として入所者が受けている要介護認定の有効期間満了日30日前までに、要介護認定の更新申請の援助・代行を行います。申請用紙がお手元に届きましたら事務所までお持ち下さい。

6. 入所対象者

- (1) 加古川市在住の方とします。加古川市に住所がない方は利用できません。
- (2) 当施設に入所できるのは、介護保険制度における要介護認定の結果、「要介護」と認定された方が対象となります。認定更新で「要支援」「非該当」と認定された場合は退居していただくこととなります。

7. 契約締結からサービス提供の流れ

入所者に対する具体的なサービス内容やサービスの提供方針については、入所後作成する以下の計画に基づきます。

(1) 「施設サービス計画」

計画担当介護支援専門員が入所者ごとに計画いたします。入所者及び保証人と面接し、その人らしい生活が営めるように課題を把握（アセスメント）し、その結果をふまえてサービス担当者会議を開催いたします。計画は定期的及び入所者の心身の状況の変化が見受けられたときに応じて、見直し及び変更をします。計画は書面にて入所者及び保証人の同意を得て作成交付いたします。

(2) 「栄養ケア計画」

栄養士が計画を作成いたします。低栄養状態のリスクのレベルが低い入所者に対しては3ヶ月毎、高いリスクの入所者に対しては2週間毎にモニタリングを行い、計画の見直しを行い書面にて交付いたします。

(3) 「個別機能訓練」

機能訓練指導員が計画を作成します。計画は3ヶ月毎に作成し、その内容を書面にて説明し、効果・実施方法等について評価、見直しをし交付いたします。

8. 当施設が提供するサービス

(1) 介護保険の給付対象となるサービス（契約第4条）

① 入浴

入所者の入浴は週2回以上行います。ただし、入所者の心身の状態により清拭で代行する場合があります。

② 排泄

排泄の自立を促すために、入所者の身体能力を最大限活用した24時間の排泄援助を行います。

③ 健康管理

嘱託契約医師や看護職員が健康管理を行います。

④ 自立への支援

寝たきり防止のために出来る限り離床に努めます。

⑤ 生活上個別に必要、希望のあるサービスに対する介護保険加算サービスに対応いたします。(別表1)

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス (契約第5条)

① 入所時の送迎

入所時は希望により加古川市内からの当事業所までの送迎は無料です。ただし、施設で対応できない場合は保証人等にお問い合わせする場合があります。

② 入所者負担の料金

1) 食事

- ・入所者の自立支援のために食堂にて食事を摂って頂く事を原則としています。
- ・食事が不要な場合は前日までにお知らせ下さい。前日までにお知らせいただき一日3食を欠食された場合は、その日の食費は不要です。
- ・食事は以下の時間になります。

朝 食	8 : 00 ~
朝のお茶	10 : 00
昼 食	12 : 00 ~
午後のお茶 (おやつ)	15 : 00
夕 食	18 : 00 ~

2) 居室

- ・個室 29室
- ・居室の変更希望あった場合は、居室の空き状況や入居者の心身の状況等を考慮し、出来る限り御希望に添えるように努力いたします。
- ・入所者の状況において居室の変更をお願いすることもあります。その際には入所者及び保証人と協議の上で決定いたします。

3) 入所者個人で日常生活に必要な物の購入。

4) 上記(1)(2)のサービスに係わる費用明細は別紙とします。

9. 職員の配置 (契約第6条第1項)

当施設では以下の職員配置と勤務体制でサービスの提供を行っています。

(勤務配置)

職 種	常勤換算（人数）	指定基準（人数）
施設長	1	1
介護職員	入居者3名に対し1名以上	入居者3名に対し1名以上
生活相談員	1名以上	1名以上
看護職員	3名以上	3名以上
機能訓練指導員	1名以上	1名以上
介護支援専門員	1名以上	1名以上
栄養士	1名以上	1名以上
医師	1名以上	1名以上

（勤務体制）

職 種	勤 務 体 制
施設長	8：30～17：30
介護職員	早出 7：00～16：00 日勤 8：30～17：30 遅出 10：30～19：30 準夜勤 13：30～22：30 深夜勤 22：30～ 8：30
生活相談員	8：30～17：30
看護職員	8：30～17：30
機能訓練指導員	8：30～17：30
介護支援専門員	8：30～17：30
栄養士	8：30～17：30
医師	内科 第1・3・5週 火曜日 13：00～ 第2・4週 木曜日 13：00～ *日時については変更になる場合があります。

*職員配置、勤務体制についてはより良い介護・看護ができるように、変更する場合があります。

10. 料金の支払い（契約第7条）

- （1） 介護保険サービス利用料については、利用の月末締めとなります。翌月10日前後に請求書をお送りいたします。翌月20日までに当事業所にお支払い下さい。
- （2） 支払いが3ヶ月滞り、督促をもって2週間以上ない場合は入居利用契約の解除となります。
*別途、施設と委託管理契約される入所者は、介護保険サービス利用料の引き落としや生活に必要な日用品の手配、購入代行、診察料・薬代の支払い等を施設が代行することができます。

1 1. 入所者負担減免（契約 9 条）

介護保険サービス利用における負担減免や医療助成への相談・援助を行います。
申請代行も受け付けます。事務所で御相談下さい。

1 2. 事業者及びサービス従事者の義務（契約第 10 条）

- (1) 火事・災害などに対する訓練を消防法に基づき行います。
- (2) 身体拘束については以下①～③を満たしているため、緊急やむを得ず行う場合、拘束は必要最小限とし、最短で解除することを目標に努力と検討を行います。実施については書面にて保証人の同意を得て行います。
 - ① 入居者本人または他入居者等の生命及び身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合。
 - ② 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する看護・介護の方法がない場合。
 - ③ 身体拘束その他の行動制限が一時的である場合。

1 3. 守秘義務（契約 11 条）

事業者及びサービス従事者は個人情報保護法を遵守し、入所者及び保証人の個人情報について、在職中及び退職後も第 3 者に故意・過失による開示・提供はいたしません。

1 4. 入所者の義務（第 4 章）

施設利用にあたり、契約内容をご理解の上、注意事項をお守り下さい。場合により入所契約の継続が困難となったり、損害賠償が発生することがあります。

1 5. 損害賠償

誠意をもってサービスの実施にあたります。万一、損害賠償責任を負う状況の生じた場合には速やかに対応いたします。

- (1) 事故が発生した場合には速やかに保証人。市町村に連絡をするとともに必要な措置を講じます。
- (2) 賠償すべき事態が発生した場合には速やかに損害賠償を行います。
- (3) 事故が発生した際には、その原因を解明し、再発防止に努めます。

1 6. 入所中の医療の提供

- (1) 医療については医療保険が適応されます。
- (2) 嘱託医師は次の通りです。
 - ① 内 科 河合医院 河合勝医師
 - 住 所 加古郡播磨町野添城 3 丁目 3 2
 - 電 話 0 7 8 - 9 4 1 - 2 2 5 5

- (3) 医師との連携をはかりながら健康の維持に努めますが、入所者の病状により入所者・保証人同意を得る前に生命確保のために緊急搬送させていただくことがあります。この場合、救命処置のために保証人の同意がないと治療開始できない場合もありますので、搬送病院にすぐに起こし下さい。入所者が退院時は、ご希望があれば迎えは当施設が無料で行います。
- (4) 協力医療機関は以下の通りです。ただし、かならずしも協力医療での診察を受けられるということではありません。
- | | | | |
|---|-----------|------|-------------------------|
| ① | 甲南病院加古川病院 | 診療科目 | 内科・外科・整形外科 他 |
| | | 住 所 | 加古川市神野町西条 1 5 4 5 - 1 |
| | | 電 話 | 0 7 9 - 4 3 8 - 0 6 2 1 |
| ② | 貞光病院 | 診療科目 | 外科・整形外科 他 |
| | | 住 所 | 加古川市神野町石守 4 7 1 - 1 5 3 |
| | | 電 話 | 0 7 9 - 4 2 3 - 8 5 3 5 |
| ③ | 小田整形外科医院 | 診療科目 | 整形外科 |
| | | 住 所 | 加古川市加古川町河原字長尾 374-2 |
| | | 電 話 | 0 7 9 - 4 2 4 - 2 5 1 4 |
| ④ | 津川歯科 | 診療科目 | 歯科 |
| | | 住 所 | 明石市大久保町大窪 9 4 5 - 1 |
| | | 電 話 | 0 7 8 - 9 3 8 - 1 0 2 3 |

17. 契約の終了（契約第17条2項）

介護認定更新により、非該当及び要支援と判定された場合には、要介護認定の有効期間の満了日するまでは入所サービスをご利用いただけます。

18. 苦情・ご意見の受付（契約第24条）

- (1) 当施設での受付窓口は以下となります。

責 任 者 ：施設長 衣笠 恒太郎

担 当 者 ：介護支援相談員及び生活相談員

直接受付時間：8時30分から17時30分（月～金）

FAX受付：24時間

意見箱受付：1階の下駄箱の上に意見箱を設置しています。

- (2) 行政機関その他の受付機関

- ① 兵庫県国民健康保険団体連合会

住所 神戸市中央区三宮 1 - 9 - 1 - 1 8 0 1

電話 0 7 8 - 3 3 2 - 5 6 1 7

- ② 加古川市介護保険担当窓口

19. 運営推進会議の設置

当施設では、地域密着型介護老人福祉施設サービスの提供にあたり、サービスの提供状

況について定期的に報告するとともに、その内容についての評価、要望、助言を受けるため、下記のとおり運営推進会議を設置しています。

<運営推進会議>

構成：入所者、入所者の家族、地域住民の代表、地域密着型介護老人福祉施設について知見を有するもの、行政機関担当者等

開催：2ヶ月に1回

会議録：運営推進会議の内容、評価、要望、助言について記録を作成します。

20. 介護保険制度の改定

平成24年4月1日より介護報酬が改定になります。これにともない、サービス利用料金表に記載されている、利用料金が変更になります。

重要事項説明

令和 年 月 日

地域密着型介護老人福祉施設らいふあかりでの入所サービスの利用に際し、重要事項説明書に基づき書面で説明を行いました。

地域密着型介護老人福祉施設 らいふあかり

説明者： 職種 氏名 印

本書面に基づいて事業者から説明を受けました。

(入 所 者) 氏 名 : 印
 住 所 :

(保証人 ①) 氏 名 : 印 続柄 : _____
 住 所 :

(保証人 ②) 氏 名 : 印 続柄 : _____
 住 所 :