重要事項説明書

指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
介護保険事業所番号　第２１９０１０４２５３号

当事業所は、ご契約者に対して指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供します。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します。

１　事業者

⑴　法人名　　社会福祉法人岐協福祉会
⑵　法人の所在地　　岐阜市大洞３丁目３－１
⑶　電話番号　　０５８－２４１－７６７６
⑷　代表者氏名　　理事長　林　　直　康
⑸　設立年月日　　平成３年９月１１日

２　ご利用施設

⑴ 施設の種類　　指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
令和３年４月１指定（岐阜市）

⑵ 事業の目的

地域密着型特別養護老人ホーム第２大洞岐協苑において実施する指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の適正な運営を確保するとともに、施設の管理者又は医師、生活相談員、介護職員、看護職員、栄養士、機能訓練指導員及び介護支援専門員（以下「職員」という。）が、入所者に対して適切な指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供することを目的とする。

⑶　施設の名称　　地域密着型特別養護老人ホーム第２大洞岐協苑
⑷　事業所の所在地　岐阜市大洞紅葉が丘６丁目２２番地４７
⑸　電話番号　　０５８－２１３―３９３６
⑹　管理者　　櫻井　明子
⑺　当事業の運営方針

地域密着型特別養護老人ホーム第２大洞岐協苑は、地域に信頼される施設として、可能な限り住み慣れた地域で安心して生活を送ることができるよう、入居者・家族の意向を尊重し、常に入所者の立場に立ったサービスの提供に努めます。また、ユニットケアの理念に基づき、入居前の居宅における生活と入居後の暮らしが継続したものとなるよう支援します。

⑻　開設年月日　　令和３年４月１日
⑼　利用定員　　２９名

3　居室の概要

⑴　居室等の概要

当施設では、次のとおりの居室・設備があります。１階には事務室、多目的室、相談室、会議室、厨房があります。また、地域交流スペース（喫茶コーナー含む）、託児室を併設しています。

生活の拠点となる２階の居室・設備は以下のとおりです。

・Ａユニット（かしわ）　　個室　　１０室
・Ｂユニット（さくら）　　個室　　９室
・Ｃユニット（もみじ）　　個室　　１０室
・共同生活室　　各ユニット　　１室
・キッチン　　各ユニット　　１室
・浴室　　３室
　（内訳）個浴槽（車椅子対応可）　　２室
　　特殊浴室（ストレッチャー浴）　　１室
・医務室　　１室

上記の設備は、厚生労働省が定める基準により、指定地域密着型介護老人福祉施設に必置が義務付けられている施設・設備です。居室の利用にあたっては、利用料として後記の６⑵に定める自己負担額を負担していただきます。

☆　契約者のユニット及び居室は、契約者又はその家族等の希望と空き居室の状況等により事業者が決定します。また、ご契約者の心身の状況及び他の利用者等によりユニット及び居室を変更することがあります。

4　職員の配置　　職員の配置については、指定基準を遵守しています。

当施設では、ご契約者に対して指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供する職員として次の職種の職員を配置しています。なお、介護職員・看護職員は、入所者に対して３対１以上の配置をしています。

また、介護職員は、日勤帯は常時２人以上を配置しています。

・施設長（管理者）　　１名
・生活相談員　　１名（介護支援専門員と兼務）
・介護職員　　１５名（内常勤１４名・非常勤１名）
・看護職員　　２名
・機能訓練指導員　　１名
・管理栄養士　　１名（特別養護老人ホーム大洞岐協苑と兼務）
・介護支援専門員　　１名（生活相談員と兼務）
・医師　　１名（非常勤）

5　介護職員等の勤務時間

介護職員	早番	７時４５分	から	１８時４５分まで
	遅番	１１時００分	から	２２時００分まで
	夜勤	２１時４５分	から翌日の８時４５分まで	
看護職員		８時００分	から	１９時００分まで
その他の職員		８時３０分	から	１７時３０分まで

医師	内科	毎週水曜日 定期として月あたり２回の診察が受けられます。また、体調変化のあった場合は随時医療連携します。
	精神科医	月１回（必要に応じ相談）

6　当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して次のサービスを提供します。

⑴　利用料金が介護保険から給付される場合
⑵　利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

⑴介護保険の給付の対象となるサービス　（介護保険負担割合による）

①　サービスの概要

ア　食事（食費のうち「食材料費」と「調理費」は自己負担となります。）

当施設では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況を考慮した食事を提供します。

ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

食事時間　　朝食　８時から　　昼食　正午から　　夕食　１８時から

☆ただし、外出等により食事時間から１時間を超過(朝食：９時以降　昼食：１３時以降、夕食１９時以降)した場合、衛生管理の都合上食事の保存を行い兼ねますので、原則ご契約者にて準備をお願いします（お弁当などでも可)。食形態等によっては代替食の準備が可能ですのでご相談ください。

イ　入浴

身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、適切な方法による入浴の機会の提供（やむを得ない場合には、清拭をもって入浴の機会の提供に代える）を行います。

ウ　排泄

排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

エ　機能訓練

機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るの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。

オ　健康管理

医師や看護職員が、健康管理を行います。

カ　その他自立への支援

・各ユニットにおいて入所者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことが出来るよう支援します。

・褥瘡が発生しないような適切な介護を提供します。

・離床、着替え、整容等の日常生活上の行為を適切に支援します。

(2)　サービス利用料金（１日当たり）

別表１の単位表に基に計算した要介護度に応じたサービス利用料金から各利用者の負担割合に応じた額（自己負担額）と居住費・食費に係る自己負担額の合計金額(別表２)をお支払いください。

☆　新入所者については３０日間及び３０日を超える病院等に入院後再び入苑した場合、初期加算として３０日の期間について、１日につき３０単位が加算されます。また、医師の指示せんに基づく療養食を提供した場合、１食につき６単位が加算されます。

☆　岐阜市の地域区分が６級地であることから１単位が１０．２７円で計算されます。

☆　ご契約者が要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料の全額を一旦お支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、償還払いとなる場合には、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆　介護保険からの給付額に変更があった場合は、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

☆　入所者が入院又は居宅等に外泊を認められた場合には、１か月に６日を限度に所定の利用料に代えて１日につき２４６単位の利用者負担となります。

☆　居住費、食費については、ご契約者の申請に基づき所得状況等により保険者が発する「介護保険負担限度額認定証」の提示により、(別表３)のとおりの負担となります。

(3)　介護保険の給付対象外サービス

別表１に記載する項目の利用費用は全額がご契約者の負担となります。

(4)　利用料金及び費用のお支払い方法

前記の利用料金等は、１か月ごとに計算し、契約者は翌月の末日までに次のいずれかの方法でお支払いください。

①　指定口座へ振込みの場合

岐阜信用金庫　芥見支店　普通預金　口座番号　第１２６４７３９番

社会福祉法人岐協福祉会　第２大洞岐協苑　理事長　林直康

②　金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用の銀行等をお届けいただきます。

7　入所中の医療

契約者が医療の必要になった場合には、協力病院である医療法人社団カワムラヤスオメディカルソサエティにおいて診療や入院治療を受けることができます。

医療機関の名称	医療法人社団カワムラヤスオメディカルソサエティ
所在地	岐阜市芥見大般若１丁目８４
診療科	内科、神経内科、外科、脳神経外科、耳鼻咽喉科等

8　契約者は、次に掲げる事由に該当した場合には、当施設との契約は終了し、ご契約者に退所していただきます。

①　要介護認定によりご契約者が要支援又は非該当と判定された場合

②　事業者が解散した場合、破産した場合又はやむをえない事由によりホームを閉鎖した場合

③　施設が滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合

④　当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合

⑤　ご契約者から退所の申し出があった場合

9　ご契約者からの退所の申し出

ご契約者から当施設からの退所を申し出ることができます。この場合には、退所を希望する日の７日前までに退所届書をご提出してください。

ただし、次の場合には、即時に解約・解除し、施設を退所することができます。

①　介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合

②　施設の運営規程の変更に同意できない場合

③　ご契約者が入院した場合

④　事業者若しくは介護職員等が正当な理由なく本契約に定める指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を実施しない場合

⑤　事業者若しくは介護職員等が守秘義務に違反した場合

⑥　事業者若しくは介護職員等が故意又は過失によりご契約者の身体・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重大な事情が認め

られる場合

⑦　他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合おいて、事業者が適切な対応をとらない場合

10　事業者からの申し出により退所していただく場合

次の事項に該当する場合には、当施設から退所していただくことになります。

①　ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、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　ご契約者が、利用料金及び費用を６か月以上遅延した場合

③　ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又は介護職員等もしくは他の利用者等に生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

④　ご契約者が、連続して３か月以上病院等に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合。ただし、ご契約者が、入院後概ね３か月以内に退院すれば、退院後も再び優先的に入所できるよう努めるものとします。

⑤　ご契約者が、他の介護保険施設等に入所した場合

⑥　ご契約者が当施設の定める禁止行為に対し注意するも再三にわたり違反した場合

11　身元引受人

①　ご契約者は、家族等を代表する身元引受人を１名届けていただきます。

②　身元引受人は、ご契約者の施設サービス計画の内容に対する希望、変更等必要な場合には意見を述べていただくこと、及び当苑からの連絡、案内等に対応をお願いします。また、ご契約者の退苑に際しては、身元を引き受け、残置物がある場合には引き取っていただきます。

12　秘密の保持等

職員は、正当な理由がなく、その業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を漏らしません。また、他の業務に従事することとなった場合、及び退職後においても同様とします。居宅介護支援事業者等に対して、入所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入所者又はその家族の同意を得るものとします。

13　緊急時等の対応

契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又は協力医療機関（医療法人社団カワムラヤスオメディカルソサエティ）への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

14　事故発生時の対応

入所者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、関係市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

入所者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。ただし、当苑の責に帰すべからざる事由による場合はこの限りではありません。

15　苦情の受け付け

(1)　苦情の受け付け担当者

地域密着型特別養護老人ホーム第２大洞岐協苑　介護主任　太田　弘人

電話番号　　０５８－２１３－３９３６

受付時間　午前９時から午後５時まで（土日祝日を除く）

(2)　苦情解決第三者委員　　松　原　鈴　枝　（元民生委員）

電話番号　　０５８－２４３－３３４６

受付時間　午前９時から午後５時まで（土日祝日を除く）

(3)　下記においても苦情相談を受け付けております。

・ 岐阜県運営適正化委員会(社会福祉法人　岐阜県社会福祉協議会内)

岐阜市下奈良２丁目２番１号　岐阜県福祉・農業会館６階

電話番号　　０５８－２７８－５１３６

ＦＡＸ番号　０５８－２７８－５１３７

受付時間　　午前９時から午後５時まで（土日祝日、12月29日～1月3日除く）

・ 岐阜県国民健康保険団体連合会　介護・障害課苦情相談係

岐阜市下奈良２丁目２番１号　岐阜県福祉・農業会館内

電話番号　　０５８－２７５－９８２６

ＦＡＸ番号　０５８－２７５－７６３５

受付時間　　午前９時から午後５時まで（土日祝日、12月29日～1月3日除く）

・ 岐阜市役所介護保険課　支援係

岐阜市司町４０番地１

電話番号　　０５８－２１４－２０９３

ＦＡＸ番号　０５８－２６７－６０１５

受付時間　　午前８時４５分から午後５時３０分まで

（土日祝日、12月29日～1月3日除く）

以上、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の提供の開始に際し、重要事項の説明を行いました。

令和　　年　　月　　日

地域密着型特別養護老人ホーム第２大洞岐協苑
説明者　職名　　施設長

氏名　　櫻井　明子

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の提供開始に同意します。

利用者　住所

氏名

〈代筆が必要な場合の理由〉

代筆者　住所

氏名
（ご関係　　）