

重 要 事 項 説 明 書

(介護予防特定施設入居者生活介護サービス)

あなたに対する介護サービス提供開始にあたり、厚生労働省令第35号第234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 施設経営法人

法人の名称	医療法人順天会
法人の所在地	愛媛県今治市北日吉町1丁目10番50号
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 木本 眞
電話番号	0898-23-3358

2 ご利用施設

施設の名称	有料老人ホームかとれあ
施設の所在地	愛媛県今治市北日吉1丁目18番7号
施設の種別	介護予防特定施設入居者生活介護
管理者名	長岡 陽二
電話番号	0898-55-8500

3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	医療法人順天会が開設する有料老人ホームかとれあが行う指定介護予防特定施設入居者生活介護サービスの適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、施設の管理者や職員が、要支援状態にある高齢者に対し、適切なサービスを提供することを目的とする。
施設運営の方針	1 介護予防特定施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅での生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排せつ、食事等の介護、相談・援助、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う。このことにより、入居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ことを目指す。 2 入居者の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立ってサービスを提供するように努める。 3 明るく家庭的な雰囲気の下、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設、保健医療サービス・福祉サービスの提供者との密接な連携に努める。

4 施設の概要

(1)敷地および建物

敷地		1647.89平方メートル
建物	構造	鉄筋コンクリート造 3階建（内2・3階部分）
	施設部分床面積	586.50平方メートル
	利用定員	16名（居室16室）

主な設備

設備の種類	数	面積	備考
食 堂	1	32.22 m ²	
機能訓練室	1	35.68 m ²	
浴 室	2	19.34 m ²	
便 所	2	7.78 m ²	各室にも便所あり
居 室	16	14.09 m ² /室～17.66 m ² /室	

5 職員の勤務体制及び職員数

(1)勤務体制

従業者の職種	職務内容	勤 務 体 制
管理者	常勤にて専ら施設の職務に従事し、施設職員の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行う。 また、職員に必要な指揮命令を行う。	早番（7:30～16:30） 遅番（9:00～18:00） 夜勤（17:00～9:00） 日勤（8:30～17:30）
生活相談員	入所者の生活相談、処遇の企画や実施等を行う。	1か月9休
計画作成担当者	特定施設サービス計画の作成等を行う。	
看護職員	入所者の保健衛生並びに看護業務を行う。	
介護職員	入所者の日常生活全般にわたる介護業務を行う。	
機能訓練指導員	日常生活を営むのに必要な機能を改善し、 又はその減退を防止するための訓練を行う。	
調理員	食事の調理を行う。	シフト①（6:30～12:30） シフト②（13:00～16:30）

※ 勤務時間及び形態については随時変更がございます。

(2)職員数

役 職 名	人 数	備 考
管理者	1名	
生活相談員	1名以上	
計画作成担当者	1名以上	
看護職員	1名以上	
介護職員	5名以上	

機能訓練指導員	1名以上	
調理員	3名以上	

6 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種類 介護予防特定施設 入居者生活介護	内容	利用料
食事の介助	- 四季折々の素材を取り入れた献立表により、利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。(ただし、食材料費は給付対象外です)。 - 食事はできるだけ離床して食堂でとっていただけるように配慮します。 食事時間(目安) 朝食 8:00～ 9:00 昼食 12:00～13:00 夕食 17:00～18:00	介護報酬の告示上の額(ただし、法定代理受領の場合は居宅介護(支援)サービス基準額の利用者の負担割合相当、法定代理受領でない場合は、居宅介護(支援)サービス基準額相当額です。)
排せつの介助	- 利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。 - おむつの使用をする方に対しては、随時交換を行います。	
入浴の介助	身体の清潔と心のリフレッシュのため必要に応じて個々に対応します。	
着替え等の介助	- ねたきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 - 生活のリズムを考えて、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 - 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 - 衛生を保つようシーツ交換も適宜施行します。	
健康管理	- 協力医療機関と連携し健康管理に努めます。また、緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。 - 入居者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。	
相談および援助	当施設は、入居者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。	

・状態に応じたサービス計画書を作成いたします。

- (2) 介護保険対象外サービス利用料金
別添利用料金のとおり

7 事故発生時の対応

- ① 事業所は、事業所業務の提供により事故が発生した場合には速やかに関係機関、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとする。
- ② 事業所は、事業所業務の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行うものとする。

8 苦情等申立先(苦情解決等については別紙1参照)

当施設ご利用相談室	窓口担当者 管理者 ご利用時間 午前8時30分～午後5時 月～金 ご利用方法 相談窓口にて随時対応 電話番号 0898-55-8500
今治市介護保険課	所在地 今治市別宮町1丁目4-1 電話番号 0898-36-1526 受付時間 午前8時30分～午後5時15分 月～金
愛媛県 国民健康保険団体連合会	所在地 愛媛県松山市高岡町101-1 電話番号 089-968-8700 受付時間 午前8時30分～午後5時15分 月～金
愛媛県社会福祉協議会	所在地 愛媛県松山市持田町3丁目8番15号 電話番号 089-998-3477 受付時間 午前9時～12時、午後1時～4時30分 月～金

9 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人順天会 放射線第一病院
理事長名	理事長 木本 眞
所在地	愛媛県今治市北日吉町1丁目10番50号
電話番号	0898-23-3358
診療科	内科・泌尿器科・皮膚科・呼吸器科・循環器内科
入院設備	有り
救急指定の有無	有り
契約の概要	利用者に症状の急変が生じた場合、早急に連絡をとり、受診及び処置の指示を受ける。 また入院が必要な場合、随時入院を受け入れる体制を取っている。

医療機関の名称	医療法人藤枝会 林歯科医院
院長名	理事長 藤枝 晃
所在地	愛媛県今治市旭町3丁目1番20号

電話番号	0898-32-1131
診療科	一般歯科・小児歯科・矯正歯科・口腔外科
入院設備	無
救急指定の有無	無
契約の概要	入居者の歯科治療の要請に対し、すみやかに医療を提供する体制を取っている。

10 緊急時における対応方法

サービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医または協力医療機関への連絡を行う等必要な措置を講じる。

11 非常災害対策

- ① 非常災害に備えて必要な設備を設け、消防、避難に関する計画を作成する。
- ② 非常災害に備え、少なくとも年2回は避難、救出その他必要な訓練等を行う。

12 虐待の防止のための措置に関する事項

- (1) 当施設では、利用者の人権の擁護・虐待の防止のため次の措置を講じる。
 - ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会の開催等
 - ② 虐待の防止のための指針の整備
 - ③ 虐待の防止のための従業者に対する研修の実施
 - ④ 虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者の設置
- (2) 当施設では、サービス提供中に、従業者又は擁護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村に通報する。

13 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間(8時30分より17時)を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。
外出・外泊	外出・外泊の際には必ず行先と帰宅時間を職員に申出てください。
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したがってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。 飲酒は施設管理者の許可を得てください。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入居者に対する宗教活動およ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および飼育はお断りします。

14 当施設は利用者の求めに応じて、サービス提供記録を開示いたします。

私は、本書面に基づいて職員(氏名 _____)から上記重要な事項の説明を受けたことを確認します。

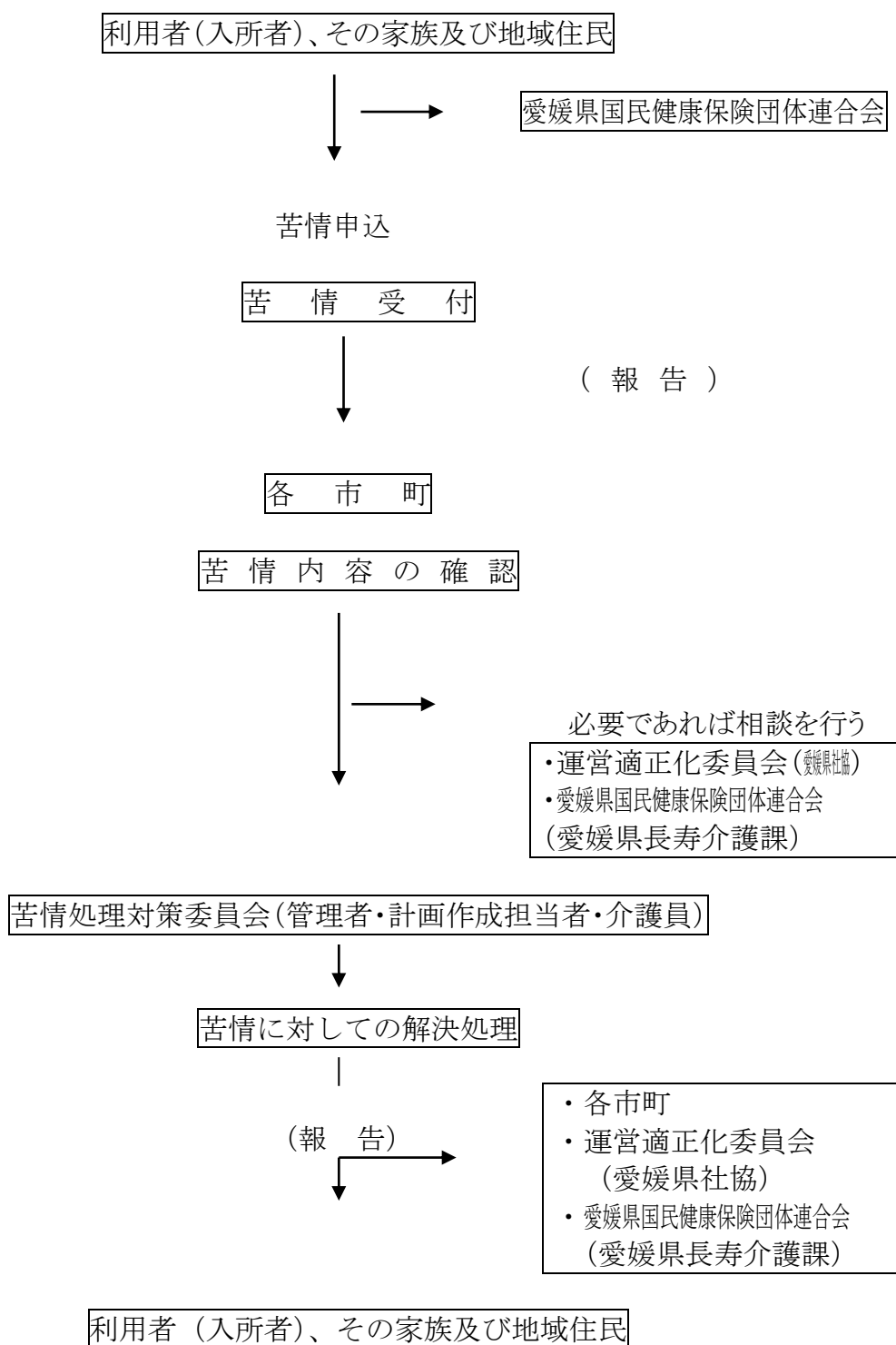
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利 用 者	住 所	_____
	氏 名	_____ 印

利用者の家族等	住 所	_____
	氏 名	_____ 印
	続 柄	(_____)

身元引受人	住 所	_____
	氏 名	_____ 印
	続 柄	(_____)

介護予防サービスに関する苦情解決の仕組



個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 介護予防サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員等と介護予防サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、介護支援専門員等又は介護予防サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護予防サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 介護予防サービス計画に掲載されている介護予防サービス事業所
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和 年 月 日

事業所の名称 有料老人ホームかとれあ 殿

本人	住所 氏名	印
----	----------	---

家族の代表	住所 氏名 (続柄	印)
-------	-----------------	--------

代理人の署名 住所
氏名
(続柄

印
)