

(介護予防) 特定施設入居者生活介護 重要事項説明書

1 利用者（被保険者）

要介護状態区分等	
認定の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
認定審査会の意見	

2 事業者（本社）概要

名称・法人種別	社会福祉法人 平成記念会
所在地	徳島県徳島市勝占町松成 46 番
代表者	理事長 武久 洋三
連絡先	電話番号 088-669-2228 FAX 番号 088-669-2477

3 事業所

事業者の名称	ケアハウス山口エルベ
所在地	山口県岩国市玖珂町 6978-1
指定番号	(介護予防) 特定施設入居者生活介護 (山口県 3577200672 号)
連絡先	電話番号 0827-81-1177 FAX 番号 0827-81-1178

4 事業の目的と運営方針等

事業の目的	当施設は、要介護高齢者や独居高齢者等の生活支援・自立を目的とする。
運営方針	当施設は、明るく家庭的な雰囲気を保持し、地域及び行政機関との連携を密にして、家庭との結び付きを重視した運営を行う。

5 施設の概要

・敷地及び建物

敷地面積	1857.50 m ²	
建物	構造	鉄骨構造地上 6 階建 (耐火建築)
	延べ床面積	2917.49 m ²
	利用定員	50 名

・居室

居室の種類	室数	面積
1 人部屋	50 室	25.2 m ²

・主な設備

設備の種類	箇所数	面積
食堂	1室	235.2 m ²
機能訓練室	1室	142.6 m ²
一般浴室	1室	22.6 m ²
便所	6箇所（共用部）	31.2 m ²
	各居室	14.5 m ²

6 職員の勤務体制

職種	勤務体制・職務内容	職員数	休暇
管理者	正規の勤務時間帯（8:30-17:00）常勤で勤務。施設の管理業務全般を行います。	1名	4週8休
計画作成担当者	正規の時間帯、常勤で勤務。施設サービス計画の作成を行います。	1名	4週8休
生活相談員	正規の時間帯、常勤で勤務。皆様のご相談に応じます。	1名	4週8休
事務員	正規の時間帯、常勤で勤務。施設の事務業務を行います。	1名	4週8休
介護職員	早番（7:30-16:00）日勤（8:30-17:00） 遅番（10:30-19:00）準夜勤（16:00-0:30） 深夜勤（0:30-9:00）日常生活上、ご自分では困難なところのお手伝いをします。	15名以上	4週8休
看護職員	正規の時間帯、常勤で勤務。皆様の健康管理を行います。	2名以上	4週8休
機能訓練指導員	正規の時間帯、常勤で勤務。一人ひとりに合った機能訓練計画を作成し、体操等の指導を行います。	1名	4週8休

7 サービス内容

・法定給付サービス

種類	内容
食事の介助	食事はできるだけ離床して摂っていただけるように配慮します。
入浴の介助	週2回以上の入浴又は清拭を行います。寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。
排泄の介助	入居者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
離床・着替え・整容	寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 生活のリズムを考えて、毎朝毎夕の着替えを行うよう配慮します。 個人の尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 シーツ交換は隔週で実施します。（入院時はその都度対応）

機能訓練	機能訓練指導員による入居者の状況に適合した機能訓練を行い、生活機能の維持改善に努めます。
健康管理	看護職員により常に健康状態に注意し、健康の保持・予防に努めます。また、緊急の対応が必要な場合には入居者の主治医若しくは施設の協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。
相談及び援助	当施設の生活相談員が、入居者及びその家族等からの如何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。

・法定給付外サービス

種類	内容
オムツ等の提供	入居者の希望に応じて、実費にて提供します。
理美容サービス	毎月理美容院の方に当施設へ出張いただいておりますので、入居者の希望に応じて、実費にて理美容サービスをご利用いただけます。

・その他

種類	内容
サービス提供記録の保管	この契約の終了後5年間保管します。
サービス提供記録の閲覧	土・日曜日、祝祭日を除く9時から16時までの間。
サービス提供記録の交付	複写に際しては、実費相当額をご負担いただきます。

8 緊急時の対応方法

対応方法	主治医や協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従うとともに、緊急連絡先に連絡します。	
主治医	医療機関の名称	
	所在地	
	連絡先	
	主治医の氏名	
協力医療機関	医療機関の名称	医療法人 山口平成会 山口平成病院
	所在地	山口県岩国市玖珂町 11340 番地
	連絡先	0827-82-6111
	院長名	立石 肇
	診療科	内科・リハビリ・リウマチ
	入院設備	ベッド数 150 床
	救急指定	無し

緊急連絡先	氏名 (続柄)	()
	住所	
	電話番号	
	昼間の 連絡先	
	夜間の 連絡先	

9 相談窓口・苦情対応

当施設ご利用相談室	<p>苦情相談窓口 生活相談員 末松 則子 苦情解決責任者 施設長 室口 和也 利用時間 毎日午前9時から午後5時まで(受付は随時) 利用方法 電話 0827-81-1177 FAX 0827-81-1178 メール yamaguchi@care-house.jp 意見箱 1階玄関ホールに設置</p>
	<p>第三者委員</p> <ul style="list-style-type: none"> ・氏名 : 佐竹 光 住所 : 徳島県徳島市勝占町惣田 9 連絡先 : 088-612-7862 ・氏名 : 笠木 トミエ 住所 : 徳島県徳島市勝占町松成 43-1 連絡先 : 088-669-3610 ・氏名 : 藤中 秀幸 住所 : 山口県岩国市周東町大字下久原 410-3 連絡先 : 0827-75-2025 <p>第三者委員は、苦情解決を円滑に図るため双方への助言や話し合いへの立ち合いなどもいたします。</p>
その他の苦情相談 窓口	<ul style="list-style-type: none"> ・団体名 : 山口県健康福祉部 長寿社会課 住所 : 〒753-8501 山口県山口市滝町 1-1 山口県庁内 連絡先 : 083-933-2774 ・団体名 : 山口県岩国健康福祉センター 住所 : 〒740-0016 山口県岩国市三笠町 1-1-1 連絡先 : 0827-29-1522 ・団体名 : 岩国市健康福祉部高齢者支援課 住所 : 〒740-8585 山口県岩国市今津町 1-14-51

	<p>連絡先：0827-29-2511</p> <ul style="list-style-type: none"> ・団体名：国民健康保険団体連合会 介護保険課（介護サービス苦情相談窓口） <p>住所：〒753-8520 山口県山口市朝田 1980-7</p> <p>連絡先：083-995-1010</p> <ul style="list-style-type: none"> ・団体名：山口県福祉サービス運営適正化委員会 <p>住所：〒753-0072 山口県山口市大手町 9-6 山口県社会福祉会館 1階</p> <p>連絡先：083-924-2837</p>
--	--

10 当施設ご利用の際に留意いただく事項

外出・外泊	外泊・外出の際には、必ず行き先と帰宅時間を所定の届出書と一緒に職員に申し出てください。
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従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・迷惑行為等	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。飲酒はできません。騒音等、他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他入居者の居室に立ち入らないようにしてください。
宗教活動・政治活動	施設内で他入居者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物の飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。
利用料金	毎月12日に請求書を発行いたします。金額をご確認の上、所定の方法にてお支払ください。
事務費の見直し	毎年6月中に、前年度の所得と諸経費に関する資料をご提示いただきます。精査の上、所得に応じて事務費を決定し通知いたします。

11 事故発生時の対応及び損害賠償

<ul style="list-style-type: none"> ・事業者は、入居者に対する介護サービスの提供に当たって入居者の心身にとって重大なる事故が発生した場合は、速やかに入居者の家族、身元保証人、市町村等関係者に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。 ・前項において事故が発生した場合には、事業者は速やかに入居者に損害賠償します。但し、事業者に故意過失がない場合にはこの限りではありません。 ・前項の場合において、当該事故発生につき入居者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じることができます。 ・当施設は、損害賠償保険に加入しております。

12 虐待防止に関する事項

<p>事業者は、入居者の人権擁護、虐待の発生又は再発を防止するため、次の措置を講じます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。 ・虐待防止のための指針の整備。 ・虐待を防止するための定期的な研修の実施。 ・前3項に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置。 ・事業者は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（入居者の家族等、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入居者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

虐待防止に関わる 担当者	施設長・虐待防止委員
-----------------	------------

13 非常災害対策

- ・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します。
- ・少なくとも6ヶ月に1回は避難、救出、その他の必要な訓練等を行います。

14 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の 実施状況	1.あり	実施日	年 月 日
		評価機関の名称	
		結果の開示	1.あり 2.なし
	②なし		

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面に基づいて、事業者職員（生活相談員 未松 則子）から上記サービス内容と重要事項の説明を受けたことを確認します。

（利用者）

住 所

氏 名

印

（署名代行者）

私は、下記の理由により、利用者の意見を確認した上、上記署名を代行しました。

住 所

氏 名

印

電話番号

署名を代行した理由

（利用者の家族等）

住 所

氏 名

印