

## 重要事項説明書

あなたに対する施設サービスの提供にあたり、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 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 緑山会
法人所在地	周南市大字須々万本郷28番地の1
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 齋藤 淳
電話番号	0834-88-2208

### 2 ご利用施設

施設の名称	特定施設入所者生活介護 軽費老人ホーム グランてらす下松中央
施設の所在地	下松市古川町3丁目1-2
施設長名	森脇 英敏
電話番号	0833-48-9232
FAX番号	0833-48-9233

### 3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	当施設は、可能な限り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、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活の世話、機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持及び家族の身体的負担の軽減を図ることを目指す。
施設運営の方針	当施設は、特定施設入居者生活介護の事業として特定施設サービス計画に基き、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活のお世話、機能訓練及び療養上のお世話を行う事により要介護状態であってもその有する能力に応じた自立した日常生活を営む事が出来る様支援致します。

#### 4 施設の概要

##### (1) 敷地及び建物

敷	地	1111.26 m <sup>2</sup>
建 物	構 造	鉄骨造5階建（耐火構造）
	延べ床面積	3787.78 m <sup>2</sup>
	利用 定員	80 人

##### (2) 居 室 （1ユニット 10名×8）

居室の種類	室 数				
1人部屋	80 室				
面 積					
17.92 m <sup>2</sup> 16室	17.00 m <sup>2</sup> 48室	17.36 m <sup>2</sup> 8室	17.64 m <sup>2</sup> 8室		

##### (3) 主な設備

設備の種類	数	面 積
リビングダイニング	6	51.48 m <sup>2</sup>
	2	67.58 m <sup>2</sup>
浴室	8	4.44 m <sup>2</sup>
	1	17.20 m <sup>2</sup>
	1	22.60 m <sup>2</sup>
特 殊 浴 槽	2台	
相 談 室	1	6 m <sup>2</sup>
機能訓練スペース	1	19.25 m <sup>2</sup>

#### 5 職員体制（主たる職員）

従業者の種類	員数	区 分				常勤換算後の人員	事業者の指定基準
		常 勤		非常勤			
		専任	兼任	専任	兼任		
施設長	1		1			1	1
生活相談員	2	1	1			0.8	1
栄養士	1	1				1	1
介護職員	40	36	1	3		39.5	18
看護職員	3	3				3.4	2
介護支援専門員	2		2			0.75	1

事務職員	2	1		1		1.75	
機能訓練指導員	1	1				1	1

## 6 職員の勤務体制

従事者の職種	勤務体制
施設長 生活相談員 事務員・栄養士	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務
介護職員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 早勤（7：30～16：30）</li> <li>・ 日勤（8：30～17：30）</li> <li>・ 遅勤（9：30～18：30）</li> <li>・ 夜勤（16：30～9：30）夜間は、原則として、職員4名で入所者のお世話をします。</li> </ul>
看護職員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 早勤（7：30～16：30）</li> <li>・ 遅勤（8：30～17：30）</li> <li>・ 夜間は、交代で自宅待機を行い、緊急時に備えます。</li> </ul>
介護支援専門員	山本雅恵、古谷由美子が兼務します

## 7 施設サービスの概要

### （1）介護保険給付サービス

種類	内容
食 事	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 栄養士が栄養と利用者の身体状況に配慮した献立と、行事食・選択食を提供します。</li> <li>・ 食事は、できるだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮します。</li> </ul> <p>（食事時間） 朝食 8：00～                   昼食 12：00～                   夕食 17：00～</p>
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても援助を行います。</li> </ul>
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者の身体状況にあわせて、適切な入浴をおこないます。</li> <li>・ 体調等により入浴ができない場合は、清拭をおこないます。</li> </ul>
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 機能訓練指導員による利用者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の改善・維持または低下防止するよう援助をします。</li> </ul>
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看護職員により、健康管理に努めます。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急時必要な場合には、協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。</li> <li>・利用者が外部の病院へ通院する場合は、その付き添いについてはできるだけ配慮します。</li> </ul>
離床・着替え 整容等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・離床促進に配慮します。</li> <li>・朝夕の着替えに配慮します。</li> <li>・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われますよう援助します。</li> </ul>
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当施設は、入居者及びご家族からの相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行います。</li> </ul> <p>(相談窓口) 生活相談員 山本雅恵、古谷由美子</p>
社会生活上の 便宜	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当施設は、必要な教養娯楽設備を整えるとともにレクリエーション・行事を積極的に行い「生きがい」のある施設作りを目指します。</li> <li>・主なレクリエーション・行事 誕生会 クラブ活動 ショッピング お楽しみ外出 その他、季節折々の行事を年間通して計画し実施します。</li> <li>・行政機関等に対する手続きが必要な場合は、入居者又は家族に代わって代行します。</li> </ul>

(2) その他

<p>施設サービス計画について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 計画作成担当者は、特定施設サービス計画の作成にあたっては、適切な方法により、利用者については、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握します。</li> <li>・ 計画作成担当者は、利用者またはその家族の希望、利用者について把握された解決すべき課題に基づき、当施設の他の従業者と協議の上、サービスの目標及びその達成時期、サービスの内容並びにサービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ特定施設サービス計画を作成します。</li> <li>・ 計画作成担当者は、特定施設サービス計画について利用者に対して説明し同意をえることとします。</li> <li>・ 計画作成担当者は、特定施設サービス計画作成後においても当施設の他の従業者との連絡を継続的に行なうことにより、特定施設サービス計画の実施状況の把握を行なうと共に、利用者についての解決すべき課題の把握を行い、必要に応じて、もしくは随時、利用者からの要望に応じて、できる限り希望に沿うように特定施設サービス計画を変更します。</li> </ul>
<p>サービスの説明について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 当施設では、上記の各種サービスの提供にあたり、利用者又はご家族に対し、処遇上必要な事項についてわかりやすく説明します。</li> </ul>
<p>身体の拘束について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者や他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他の行動の制限は行いません。また、やむを得ない場合については、事前または事後すみやかに、身元保証人に対して、利用者に対する行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明します。</li> </ul>
<p>看取りについて</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者が医師の診断により回復の見込みがないと診断された時に、最期の場所及び介護等について本人の意思、ならびに家族の意向を最大限に尊重し看取りに関する指針に基づいて実施します。</li> </ul>
<p>サービス提供記録開示について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 当施設では、利用者の求めに応じてサービス提供記録を開示致します。</li> </ul>

## 8 身元保証人について

	<ul style="list-style-type: none"><li>・身元保証人は、利用者に関する一切の債務につき、利用者と連帯して履行の責任を負います。</li><li>・身元保証人は、次にあげる事項の責任を負います。<ul style="list-style-type: none"><li>①利用者が疾病等により医療機関に入院する場合、入院手続きが円滑に進行するように事業者に協力すること。</li><li>②施設に継続して入所することが困難になった場合、本施設と連携して、利用者の状態に見合った適切な受け入れ先の確保に努めること。</li><li>③利用者が死亡した場合の遺体及び遺留品の引き取り及びその他の必要な措置を行うこと。</li></ul></li></ul>
--	---

## 9 入居が継続できない場合について

入居が継続できない場合に該当する内容	<p>次の事項に該当した場合、入居が継続できません。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>(1) 正当な理由がなく利用料その他自己の支払うべき費用を、3ヶ月以上滞納したとき。</li><li>(2) 利用者の行動が、他の利用者の生命又は健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、かつ利用者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき。</li><li>(3) 利用者が、重大な自傷行為を繰り返すなど、自殺を犯す危険性が極めて大きいと認められるとき。</li><li>(4) 故意に法令違反その他の秩序破壊行為をなし、改善の見込みがないとき。</li><li>(5) 病気療養等で1ヶ月以上居室を不在とする場合は、利用者及び家族・施設で協議して、この契約を解除することができる。</li></ul>
--------------------	---

## 10 利用料

### (1) 法廷給付

厚生労働大臣が定める基準によるものとし、法定代理受領サービスとして提供される場合は、利用料のうち各利用者の負担割合に応じた額の支払いを受けるものとする。

※基本給付（月額 30 日）

単位：円

要介護区分	所定 単位数	1 割		2 割		3 割	
		日額	月額	日額	月額	日額	月額
要介護 1	542	542	16,260	1,084	32,520	1,626	48,780
要介護 2	609	609	18,270	1,218	36,540	1,827	54,810
要介護 3	679	679	20,370	1,358	40,740	2,037	61,110
要介護 4	744	744	22,320	1,488	44,640	2,232	66,960
要介護 5	813	813	24,390	1,626	48,780	2,439	73,170

※加算給付（月額 30 日）

単位：円

加算項目	所定 単位数	1 割		2 割		3 割	
		日額	月額	日額	月額	日額	月額
夜間看護体制加算Ⅱ	9	9	270	18	540	27	810
医療機関連携加算	80	-	80	-	160	-	240
個別機能訓練加算	12	12	360	24	720	36	1,080
サービス提供体制強化加算	18	18	540	36	1,080	54	1,620
加算項目	所定 単位数	1 割		2 割		3 割	
		日額	月額	日額	月額	日額	月額
若年性認知症入居者受入加算	120	120	3,600	240	7,200	360	10,800
退院・退所時連携加算 (入居日から 30 日間)	30	31	913	61	1,826	91	2,738
生活機能向上連携加算Ⅱ	100	-	100	-	200	-	300
看取り介護加算 死亡日以前 31～45 日	72	73	-	146	-	219	-
死亡日以前 4～30 日	144	146	-	292	-	438	-
死亡日前日及び前々日	680	690	-	1,379	-	2,069	-
死亡日	1,280	1,298	-	2,596	-	3,894	-
処遇改善加算 1	基本給付と加算給付を合計した単位数の 8.2%						
特定処遇改善加算 1	基本給付と加算給付を合計した単位数の 1.8%						
新型コロナウイルス感染症への対応	所定単位数に 0.1% 上乘せ/月（令和 3 年 9 月 30 日まで）						

※1 単位あたり 10.00 円で計算したものが請求金額となります。

上記の支払いを受ける他、次の費用については自己負担であり、入居者及びその家族の同意の上で徴収します。

前年度対象所得	事務費	生活費	管理費	合計
1,500,000 以下	10,000	46,324	42,000	98,324
1,500,001 ~	10,500			98,824

冬期加算料金 1,960 円/月 (11 月～3 月) が必要です。

※ご夫婦で入居される場合については、ご夫婦の収入及び必要経費を合算し、合計額の 2 分の 1 をそれぞれ個々の対象収入とし、その額が 150 万円以下に該当する場合それぞれの事務費徴収額については、上記表の額から 30%減額した額をご本人からの事務費徴収額とします。

※国の定める基準に改定もしくは変更が生じた場合は、それに基づき利用料が改定される場合がありますので、予めご了承ください。

(2) 法定給付外

区 分	利 用 料
介護サービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・おむつ代 実費</li> <li>・受診介助 <ul style="list-style-type: none"> <li>提携医療機関の場合 無料</li> <li>提携医療機関以外の場合 (1,500 円/60 分)</li> </ul> </li> </ul> <p>但し、交通費は別途必要になります。 (交通費 160 円/10km)</p>
生活サービス費	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常の洗濯 3,500/月</li> <li>・買物代行 500/回</li> <li>・金銭管理 2,000/月</li> </ul>
その他のサービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レクリエーション 材料費のみ実費</li> <li>・水道光熱費 <ul style="list-style-type: none"> <li>電気料 各居室設置のメーターによる実費</li> <li>水道料 月額 2,270 円</li> </ul> </li> </ul>

\* 上記サービス内容及び利用料については、必要に応じて変更する場合があります。

\* 上記、上記以外のサービス提供については、個別に随時相談に応じますの

で職員等にお尋ねください。

(1) 利用料の支払い方法について

区 分	支 払 方 法
年金を本人及び家族が管理する場合	利用者名義の口座から、利用料を引き落とします。
その他	上記以外の方法については、ご相談ください。

1 1 ・ 苦情申立先

ご利用相談室	・ 利用時間 毎日 8 : 30 ~ 17 : 30 ・ 利用方法 直接又は電話にてご利用ください。 生活相談員（山本雅恵、古谷由美子）が対応します。土日祝日は日直が対応します。 電話 0833 - 48 - 9232
下松市役所 高齢福祉課	・ 所在地 下松市大手町3-3-3 ・ 利用時間 平日 8 : 30 ~ 17 : 15 電話 0834 - 45 - 1831
国民健康保険 団体連合会	・ 所在地 山口市大字朝田岡の口1980-7 電話 083 - 995 - 1010
第三者委員	中村 忠行 周南市須々万上牛の毛1340 電話 0834-88-0748 中山 良夫 周南市櫛ヶ浜528-11 電話 0834-25-1870

1 2 疑義や紛争が起きた場合の対応について

重要記載事項に説明のない疑義について	定めのない事項につき疑義のあるときは、介護保険法令その他諸法令を尊重し、当施設と利用者及び身元引受人とは協議のうえ、誠意をもって解決するものとします。
紛争が起きた場合について	重要事項説明に起因する紛争に関して訴訟の必要が生じた場合は、山口地方裁判所をもって第一審裁判所とすることとします。

1 3 協力医療機関

医療機関の名称	下松中央病院
院 長 名	梅野 哲弘
所 在 地	下松市古川町3丁目1-1
電 話 番 号	0833-41-3030
診 療 科	内科・呼吸器内科・外科・整形外科・婦人科・歯科

入院設備	有
契約の概要	① 入居者の急変時の対応 ② 入院を要する入居者への入院処置 ③ 入居者の健康管理

#### 1.4 非常火災時の対応策

非常時の対応	「特定施設 グランてらす下松中央 防災計画」による
訓練及び防災設備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 年2回（夜間想定1回）避難訓練を入居者と共に実施</li> <li>・ 防災設備は、すべて法律に適合している</li> </ul>

#### 1.5 緊急時における対応

##### (1) 利用者及び家族への対応

###### ①最善の処置

介護事故が発生した場合、まず利用者に対して可能な限りの緊急処置を行います。引き続き、看護職員を呼び、最善の処置を施していきます。

###### ②責任者への報告

すみやかに管理者へ報告し、看護師等で対応できない場合には、協力医療機関の下松中央病院へ移送し担当医師の指示を得なければなりません。

③利用者及び家族への説明等処置が一段落すれば、できるだけ速やかに利用者や家族等に誠意を持って説明し、家族の申し出についても誠実に対応します。

###### ④事故記録と報告

利用者への処置が一通り完了した後、できるだけはやく「事故報告書」を作成します。介護事故当事者は、事故概要をケアマネージャーに漏れなく報告し、ケアマネージャーがインシデントレポート「事故報告書」に記載します。事故の概要、利用者の状況、現在の治療、今後の見通し及び利用者等への説明した内容などを診療録に必ず記載しておきます。

##### (2) 行政機関への報告

①事故の内容に関しての行政機関（保険者等）への報告は、施設長が報告します。

#### 1.6 施設内事故にかかわる対応と賠償責任保険会社等

施設内サービス提供により事故が発生した場合は速やかに市町村及び当該入居者の家族に対して連絡を行い、必要な措置を講じます。同時に事故の状況、及び事故に際してとった処置を記録します。又、入居者に対して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。

## 1 7 施設ご利用の際の留意事項

来訪・面会 等	<ul style="list-style-type: none"><li>・特に面会時間は決めていません。</li><li>・面会時、面会簿に記入してください。</li></ul>
外出・外泊	<ul style="list-style-type: none"><li>・外出・外泊簿に記入し、職員に申し出てください。</li></ul>
委託医師以外の医療機関への受診	<ul style="list-style-type: none"><li>・受診の際は、生活相談員・看護師に申し出てください。</li></ul>
居室・設備・器具の利用	<ul style="list-style-type: none"><li>・施設内の居室や設備、器具は本来の使用法に従って、ご利用ください。これに反した利用方法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。</li></ul>
喫煙・飲酒	<ul style="list-style-type: none"><li>・喫煙は、敷地内ではお断りします。</li><li>・飲酒は、利用者の状態により制限させていただくことがあります。</li></ul>
迷惑行為等	<ul style="list-style-type: none"><li>・騒音等他の入居者の迷惑になるような行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないで下さい。</li></ul>
所持品等（現金）	<ul style="list-style-type: none"><li>・自己管理されている金品につきましては、管理に責任がもてません。</li></ul>
宗教・政治活動	<ul style="list-style-type: none"><li>・施設内での宗教・政治活動はご遠慮ください。</li></ul>
動物飼育	<ul style="list-style-type: none"><li>・施設内へのペットの持ち込みはお断りします。</li></ul>

## 1 8 情報提供について

利用者が円滑なサービスを受けるため、必要があれば利用者が現在受けている、または近い将来に受けるサービスの担当者会議と入院時におけるサマリーにおいて、当施設は利用者または利用者の家族の個人情報を用いることが出来ます。

## 1 9 守秘義務

職員は、業務上知り得た利用者又は家族の秘密は守ります。

## 2 0 個人根保証契約の限度額

「民法の一部を改正する法律」の施行に基づき、令和2年4月1日以降の個人根保証契約の限度額を180万円とします。

指定特定施設入居者生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

特定施設 グランてらす下松中央

所在地 山口県下松市古川町3丁目1-2

事業所名 社会福祉法人 緑山会  
特定施設 グランてらす下松中央

代表者 理事長 齋藤 淳

説明者職名 特定施設 グランてらす下松中央

氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項説明を受け、指定特定施設入居者生活介護サービスの提供開始に同意しました。

入居者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

入居者の家族または身元保証人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

請求書および領収書の送付先 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_