

特定ケアハウスはまなすの里

(特定施設入居者生活介護)

(介護予防特定施設入居者生活介護)

(短期利用特定施設入居者生活介護)

(介護保険事業所番号：0471400440号)

重要事項説明書

社会福祉法人ことぶき会

当事業所は、ご契約者（入居者）に対して、特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護、短期利用特定施設入居者生活介護のサービスを提供するにあたり、事業所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とおり説明します。

1 ケアハウスはまなすの里の概要

法 人 名	社会福祉法人 ことぶき会
代 表 者 氏 名	理事長 伊藤 寿志
所 在 地	宮城県東松島市小野字中の関 6 番 2
電 話 番 号／F A X	0225-87-2311／0225-86-1885

（2）事業所名称、事業所番号等

事 業 所 名	特定ケアハウスはまなすの里
管 理 者 氏 名	黒澤 章市
所 在 地	宮城県東松島市小野字中の関 6 番 2
介護保険指定番号	特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護 宮城県 0471400440 号
電 話 番 号／F A X	0225-87-2311／0225-86-1885

2 事業の目的及び施設運営の方針

（1）事業の目的

- ①介護保険法の理念に基づき、利用者の生活の安定及び生活の充実を図ることを目的としています。
- ②自立支援を実践する為に、利用者様が自分で出来る事は自分で行い、出来ない部分を職員で支援する。

（2）施設運営の方針

- ① 利用者が生活の場として自分らしく生活を送れるよう、老人の特性に配慮した住みよい住居を提供します。
- ② 利用者の自主性を尊重し、利用者が安心して、明るく心豊かな生活ができるように努めます。
- ③ 相手の立場や気持ちを思いやり、相談・助言などの援助、食事の提供、入浴設備の提供、疾病・災害等緊急時の対応、余暇活動の支援等、心あるサービスに努めます。
- ④ 利用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万全を期します。

3 施設の概要

(1) 敷地及び建物

敷 地	面 積	5, 2 2 6 m ²
建 物	構 造	鉄筋コンクリート造 2階建
	述べ床面積	2, 0 5 2. 1 7 m ²
	利用定員	3 9 名

(2) 主な設備

設 備	室数	備 考
食堂及び機能 訓練室	4	1 F 東側ユニット：ひまわり 西側ユニット：ゆり 2 F 東側ユニット：さくら 西側ユニット：ふじ
浴室	4	
居 室	3 9	全室個室 洗面台・トイレ ナースコール付

4 施設の職員体制等

(1) 職員体制

職 種	人数
管 理 者	1 名以上
生活相談員	2 名以上
介護職員	13 名以上
看護職員	2 名以上
機能訓練指導員	1 名以上
計画作成担当者	1 名以上
事務職員	1 名以上
栄養士・調理員等	3 名以上

(2) 職員の勤務体制

職 種	勤務体制
管理者 生活相談員 看護職員	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0

介護職員	7：00～16：00 8：30～17：30 10：30～19：30 19：00～9：00
機能訓練指導員	8：30～17：30
計画作成担当者	8：30～17：30
事務職員	8：30～17：30
栄養士・調理員	6：00～15：00 8：30～17：30 10：00～19：00

5 施設サービスの概要と費用

(1) 介護保険給付サービス

ア) サービス内容

種 類	内 容
食 事	<p>1) 利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うとともに、食事の自立についても、適切な援助を行います。</p> <p>2) 栄養士の作成する献立により、利用者の状況に合わせたバランスある食事を提供します。</p> <p>3) 食事時間帯 朝食 7：00～9：00 昼食 12：00～14：00 夕食 18：00～20：00 その他の時間を希望、居室等での食事を希望される場合は、随時ご相談に応じます。</p>
排 せ つ	<p>利用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。</p>
入 浴	<p>1) 利用者の状況に応じて適切な入浴介助を行うとともに、入浴の自立についても、適切な援助を行います。</p> <p>2) 寝たきり等で座位のとれない場合は、特別浴槽にての入浴も可能です。</p>
離床、着替え、整容等	<p>1) 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。</p> <p>2) 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。</p> <p>3) 個人としての尊重に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。</p> <p>4) シーツ交換は、原則週1回となります。</p>

機能訓練	機能訓練指導員（看護職員）または介護員による入所者の状況に適
------	--------------------------------

	合した機能訓練を行い、生活機能の維持・改善に努めます。
レクリエーション 行事 等	施設行事計画に沿って、レクリエーション行事等企画します。 夏祭り、敬老の日、クリスマス、誕生会等
相談及び援助	生活相談員が入所者とその家族からのご相談に応じます。

イ) 費用

利用料の額は、厚生労働大臣が定める利用者負担割合に基づいた額となります。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者が直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の利用料金全額をお支払い下さい。

利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

サービス提供証明書及び領収書は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

<料金表>

別添の通りです。

(2) 介護保険給付対象外サービス

ア) 基本的な利用料

- ・生活費・管理費・事務費 (※)
- ・暖房費 (1 1 月～3 月) 4, 8 7 0 円
- ・電気料金 6, 5 0 0 円 (定額)
- ・水道料 1, 6 0 0 円 (定額)
- ・リネン類のクリーニングは実費、
(シーツ・枕カバー、週 1 回交換を原則として) 汚染時は、随時対応します。
- ・施設車両を使用した通院介助等 (1 時間 4,000 円、以後 30 分毎 1,000 円)
- ・施設車両を使用した外出、外出先での介助等 (30 分 500 円、以後 30 分毎 500 円)

イ) その他の費用

- ・医療機関にかかる治療費、薬剤費、健康診断等、自己負担。
- ・日常生活品 (トイレットペーパー、ティッシュペーパー、おむつ等)、小遣い、交通費等。
- ・サービス計画書に記載以外のサービスを希望する場合は、別途料金で利用いただく事もあります。
- ・手芸等のレクリエーション行事に参加される場合は、要した費用の実費を負担願う場合があります。
- ・入院された場合も、事務費、管理費、生活費、暖房費は全額納入願います。

ウ) 入居時の保証金

- ・入居時に、保証金として 20 万円納入願います。保証金は、居室の転出や退去時に居室内修繕費及び施設内共有部分における当該利用者様が使用した部分の原状回復にかかる費用に充てさせていただきます。なお、実費負担分を差し引き後、差額は返金致します。

6 利用料金額のお支払方法

毎月 15 日までに「5 施設サービスの概要と費用」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を利用料明細書により請求いたします。毎月 20 日までに施設長が指定する方法によりお支払い下さい。(利用料のお支払い方法は、原則自動引き落とし、振込みによる支払いのいずれかといたします。)

自動引き落としの場合は、毎月 20 日(土日祝日の場合は後日)の引き落とし日の前までにご入金願います。

※ 入金確認後、領収書を発行します。

7 居室の住み替え

入居者の要介護状態の変化等により、契約した居室から他の居室へ転室願う場合があります。その場合は、入居者及び医師の意見を聴き、その上で入居者や代理人(保証人)の同意を得た上で行います。

8 サービス内容に関する苦情等相談窓口

<p>当施設 お客様相談窓口</p>	<p>担当者 生活相談員 軍司 智之 責任者 管理者 黒澤 章市 受付時間 8:30～17:30 ※但し、時間外の受付は、夜勤職員等があたります。 第三者委員 民生委員 堀江 京子 090-2026-1779 桜の家施設長 内海 裕 022-355-0396</p>
------------------------	---

9 行政機関その他苦情受付機関

<p>東松島市高齢障害支援課 高齢介護係</p>	<p>所在地 宮城県東松島市矢本字上河戸 36-1 電話番号 0225-82-1111</p>
<p>国民健康保険団体連合会 介護保険課</p>	<p>所在地 宮城県仙台市青葉区上杉一丁目 2 番 3 号 電話番号 022-222-7079</p>

10 協力医療機関

当事業所の協力医療機関は次のとおりです。

当事業所と協力医療機関とは、入所中に病状の急変があった場合、休日・夜間の対応を含

め、双方協力の上、入院措置等適切に対処いたします。

鳴瀬中央医院	所在地	東松島市牛網字新上江戸原 8 1 - 1
	電話番号	0 2 2 5 - 8 7 - 3 8 5 3
	診療科	外科、整形外科、内科、肛門科、理学診療科、胃腸科、麻酔科
	入院設備	無し
真壁病院	所在地	東松島市矢本字鹿石前 1 0 9 - 4
	電話番号	0 2 2 5 - 8 2 - 7 1 1 1
	診療科	内科、消化器科、循環器科、心療内科 外科、心臓血管外科、整形外科、産婦人科、小児科、放射線科、
	入院設備	ベッド数 1 3 1 床
仙石病院	所在地	東松島市赤井字台 5 3 - 7
	電話番号	0 2 2 5 - 8 3 - 2 1 1 1
	診療科	内科、泌尿器科、脳神経外科
	入院設備	ベッド数 1 2 0 床

<協力歯科医院>

東松島市鳴瀬 歯科診療所	所在地	東松島市牛網字駅前一丁目 2 の 1
	電話番号	0 2 2 5 - 8 7 - 2 2 4 9
	診療科	歯科

1 1 事故発生時の対応

○ 事業者は、入所者に対するサービスの提供に伴って事故が発生した場合には、速やかに市町村、ご家族等に連絡し、必要な措置を講じ、また、事業者の責めに帰すべき事由により入所者に損害を及ぼした場合には、必要に応じその損害を賠償します。

加入賠償制度 施設事業者プラン

引受幹事会社 あいおい損害保険株式会社

1 2 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。 近隣地域と火災・震災等発生時の協力をお願いしています。
避難訓練	別途定める消防計画にのっとり、年 2 回昼間及び夜間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して行います。

防災設備等	設備名称	設備名称
	スプリンクラー	屋内消火栓
	非常口	非常通報装置
	自動火災報知器	漏電火災報知器
	誘導灯	
	カーテン等は防災性能のあるものを使用。	

1 3 施設を利用にあたっての留意事項

来訪・面会	来訪者は、必ずその都度職員に届出てください。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。リネン等のクリーニング、食事代が発生した時は、実費負担をいただきます。
外出・外泊	外泊・外出を行う場合は、必ず職員までお申し出ください。
医療機関への受診	緊急時を除き、通院又は入院の際の介助等について、当施設での送迎は行いませんので、ご家族の送迎にて受診してください。
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、賠償していただく場合があります。
禁煙・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、ご家族の同意を得た上で、個々の対応をします。 病歴・健康状態によっては、喫煙・飲酒を管理またはお断りする場合があります。
所持品の管理	原則自己管理となります。
現金等の管理	原則自己管理となります。自己管理が難しい方で、預り金管理を希望する方はお申し出下さい。
宗教活動 政治活動	施設内での他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	居室内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

1 4 軽費老人ホームのみの利用の場合

「軽費老人ホーム」のみの利用の場合は、介護保険給付の適用はありません。

1 5 施設入居・利用契約

施設の運営については、利用者と事業者との間で結ばれた契約書に従います。

附則 この重要事項説明書は、平成 26 年 4 月 1 日から施行する
附則 この重要事項説明書は、平成 27 年 4 月 1 日から施行する
附則 この重要事項説明書は、平成 29 年 3 月 20 日から施行する
附則 この重要事項説明書は、平成 29 年 10 月 1 日から施行する
附則 この重要事項説明書は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する
附則 この重要事項説明書は、平成 30 年 12 月 1 日から施行する
附則 この重要事項説明書は、令和元年 10 月 1 日から施行する
附則 この重要事項説明書は、令和 2 年 4 月 1 日から施行する
附則 この重要事項説明書は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する
附則 この重要事項説明書は、令和 3 年 8 月 8 日から施行する
附則 この重要事項説明書は、令和 4 年 4 月 1 日から施行する
附則 この重要事項説明書は、令和 4 年 9 月 26 日から施行する
附則 この重要事項説明書は、令和 7 年 10 月 1 日から施行する

同意書

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護・短期利用特定施設入居者生活介護のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者	住 所	東松島市小野字中の関6番2
	事業所名	社会福祉法人 ことぶき会
	施 設 名	特定ケアハウスはまなすの里
	事業所番号	0471400440
	代表者名	施設長 黒澤 章市 ㊞

説明者	職 名	
	氏 名	㊞

私は、重要事項説明書に基づいて、特定施設入所者生活介護・介護予防特定施設入所者生活介護・短期利用特定施設入居者生活介護のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

入居者	住 所	
	氏 名	㊞

代理人（保証人）	住 所	
	氏 名	㊞

続 柄