

(介護予防) 特定施設入居者生活介護

重要事項説明書

有限会社 北浦薬局
サービス付き高齢者向け住宅 湯ったり

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

あなたに対する特定施設入居者生活介護サービス提供にあたり、介護保険法に関する厚生省令第37号(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準)178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. 事業者概要

事業者名称	有限会社 北浦薬局
主たる事務所の所在地	秋田県男鹿市北浦北浦字山王林4番地29
法人種別	営利法人 (有限会社)
代表者名	代表取締役 加賀谷博雄
電話番号	0185-33-3177
ファクシミリ番号	0185-33-3176

2. ご利用施設

施設の名称	サービス付き高齢者向け住宅 湯ったり
施設の所在地	秋田県男鹿市北浦湯本字中里21番地19
介護保険指定事業者番号	0570626481
管理者の氏名	加賀谷ルミ子
電話番号	0185-33-2007
ファクシミリ番号	0185-33-2620

3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の登録		利用定員
	登録年月日	登録番号	
サービス付き高齢者向け住宅	令和2年6月16日	0520001	12名

4. 施設の目的と運営の方針

施設の目的	有限会社 北浦薬局が設置するサービス付き高齢者向け住宅 湯ったり(以下「事業所」という。)において実施する指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防特定施設入居者生活介護(以下「特定介護等」という。)の事業(以下「事業」という。)の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の管理者、生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員、計画作成担当者その他の従業者(以下「特定介護等従事者」とい
-------	---

	う。)が、要介護状態又は要支援状態にある入居者に対し、適切な特定介護等を提供することを目的とする。
運営の方針	<p>特定介護等従事者は、指定特定施設入居者生活介護の提供に当たって、特定施設サービス計画に基づき、要介護状態の入居者に対し、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行うことにより、要介護状態となった場合でも、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必要な援助を行う。</p> <p>特定介護等従事者は、指定介護予防特定施設入居者生活介護の提供に当たって、介護予防特定施設サービス計画に基づき、要支援状態の入居者に対し、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援、機能訓練及び療養上の世話を行うことにより、要支援状態となった場合でも、自立した日常生活を営むことができるよう、入居者の心身機能の維持回復を図り、もって要支援者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。</p>

5. 施設の概要

サービス付き高齢者向け住宅「湯ったり」

敷地	8299.69 m ²	
建物	構造	住宅部（木造） 渡り廊下部（鉄骨）
	延床面積	488.08 m ² （渡り廊下部分を含む） 住宅部 427.68 m ²
	利用定員	12名

(1) 居室

居室の種類	室数
個室	12

(2) 主な設備

設備の種類	数	特色
食堂・機能訓練室	1	食事、機能訓練の他、入居者との交流、憩いの場として使用します。
2階談話室 (多目的ルーム)	1	入居者の状態により一時介護室としての使用も可能です。
一般浴室	1	浴室内に安全に入浴できるよう手すり等を取り付けています。
洗濯・リネン室	1	洗濯は原則施設で対応しますが、入居者が望む場合、備え付けの洗濯機で洗濯が可能です。

6. 職員体制

従業者の職種	員数	区分				常勤換算後の人員
		常勤		非常勤		
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			0.5
生活相談員	1		1			0.5
介護職員	16		11		5	4.6
看護職員	5		2		3	1.1
機能訓練指導員	2		1		1	0.5
計画作成担当者	1		1			0.5

7. 施設サービスの概要と利用料（法定代理受領を前提としています。）

(1) 介護保険給付によるサービス

サービスの種別	内容	自己負担額
施設サービス計画作成	入居者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目的に応じて具体的なサービス内容を定めた施設サービス計画を作成します。 施設サービス計画の内容について、入居者、家族に説明し同意を得、交付します。 サービスの実施状況、目標の達成状況の記録を行います。	介護保険負担割合証の利用者の負担割合に応じた額
相談・援助	入居者及びその家族からの相談に応じます。	
食事	入居者ごとの栄養状態を把握し管理を行います。咀嚼、嚥下機能、その他入居者の身体状況に配慮した食事を提供し入居者の有する能力に応じ、食事摂取の促しや介助を行います。	
排せつ	入居者の有する能力に応じ、排泄の声かけ、トイレ誘導、オムツ交換等の介助を行います。	
入浴・清拭	最低週2回以上 入浴時間 9時～17時 入居者の有する能力に応じ、洗身や洗髪等の介助を行います。体調に応じ入浴が困難な場合は清拭やシャワー浴で対応し身体の清潔保持に努めます。	
離床	寝たきり予防、閉じこもりがちな生活にならないよう離床の声かけや介助を行います。	

着替え	入居者の有する能力に応じ、着替えの促しや介助を行います。	
整容	入居者の有する能力に応じ、整容の促しや介助を行います。	
シーツ交換	シーツ交換は週1回行います。汚染時は都度交換を行います。	
掃除	毎日のゴミ収集、週1回居室の床掃除、トイレ掃除を行います。汚染時は都度掃除を行います。	
洗濯	入浴時に着替えた衣類、衣類汚染時等、随時洗濯を行います。	
機能訓練	毎日、軽体操を行います。医療機関よりリハビリの指示書等があった場合はその内容に沿った機能訓練を提供します。	
健康管理	毎日のバイタルチェック、体調の確認、服薬管理、必要な処置、受診医療機関への付き添いの際は担当医へ入居者の状態を報告します。	

(2) 食事 (食費)

食事	<p>食事時間 朝食 7時 30分 昼食 12時 おやつ 15時 夕食 17時 30分</p> <p>食事場所 原則食堂で召し上がっていただきますが、体調や入居者の希望に応じ居室で召し上がることも可能です。 献立表は食堂に掲示する他、希望者にお渡しします。</p>	<p>1日 1,500円 <内訳> 朝食 300円 昼食 600円 おやつ 100円 夕食 500円</p>
----	--	--

(3) 居室 (居住費)

当施設には下記の種類の居室があります。

居室の種類	内容	自己負担額
一般個室	<p>全室個室となります。</p> <p>居室装備：エアコン、洗面台、トイレ、応接セット、整理ダンス、クローゼット</p>	月 35,000円

(4) 介護保険給付外サービス

サービスの種別	内容	自己負担額
理髪・美容	訪問理美容により施設内で理美容サービスを受ける事ができます。	全額自己負担 訪問理美容業者料金表による料金を負担していただきます。
レクリエーション行事	当施設では、年間のレクリエーション計画に基づいて誕生会や様々な行事を行っています。	原則無料 自己負担が生じる場合は事前にお知らせいたします。
外出支援サービス	買い物、通院等、外出時の付き添いを行います。	1時間未満は無料となります。 1時間以上1,000円 以後一時間ごとに1,000円が加算されます。
日常生活用品の購入代行	入居者、家族の依頼により必要な日常生活用品等を代理購入いたします。	代行料は無料 商品の代金は全額自己負担。 料金の施設立替え払いも可能です。

8. 苦情等申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、有限会社北浦薬局「湯ったりご利用者苦情相談室」（窓口担当者 加賀谷博雄、電話 0185-33-3177）までお気軽にご相談ください。また、施設内のご意見箱での受付もいたしておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

9. 協力医療機関

医療機関の名称	長谷川医院
所在地	秋田県男鹿市船川港船川字新浜町 26 番地 2
電話番号	0185-24-5151

医療機関の名称（歯科）	森山歯科医院
所在地	秋田県男鹿市船川港船川字船川 51
電話番号	0185-24-3516

10. 非常災害時の対策

平常時の訓練	別途定める計画に則り、年2回、火災（昼・夜）自然災害等を想定した避難訓練を入居者の方も参加し実施します。
防災設備	消火器具 スプリンクラー設備 自動火災報知設備 消防機関へ通報する火災報知設備 非常警報設備 誘導灯 防火扉 カーテン等は、防災性能のあるものを使用しております。
消防計画等	年2回避難訓練、消防訓練を実施予定。

11. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

来訪・面会	面会時間 9時～17時30分 面会時間を遵守していただいたうえで、その都度職員に申し出てください。宿泊をご希望される場合は事前にご連絡願います。
外出・外泊	外出・外泊の際は必ず行き先と帰宅日時を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、弁償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	喫煙は所定の喫煙場所をお願いします。居室での喫煙は原則お断りいたします。 飲酒は可能ですが事前にご相談願います。
迷惑行為等	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、他の入居者の許可なく、その居室等に立ち人らないようにしてください。
所持品の管理	入居時所持品のチェックを行いますが、その後の管理については自己責任でお願いいたします。
現金等の管理	原則現金等の管理については自己責任でお願いいたします。入居者、家族から希望がある場合のみ現金の預かり金管理を行います。

宗教活動・政治活動	施設内での他の入居者に対する執拗な宗教活動及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及び飼育はお断りします。

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

年 月 日

（ご入居者）

氏名 _____ 印 _____

住所 _____

（署名代行者）

私は、下記の理由により、甲の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

氏名 _____ 印 _____

住所 _____

署名代行の理由 _____

（ご入居者の家族等）

氏名 _____ 印 _____

住所 _____

続柄 _____