

重 要 事 項 説 明 書

(特定施設入居者生活介護サービス、介護予防特定施設入居者生活介護サービス)

当事業所はご利用者に対して指定特定施設入所者生活介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上注意していただきたいことを次のとおり説明します。

1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 相和会
事業者の所在地	秋田県横手市上境字大上境 158 番地 1
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 萱森 真雄
電話番号	0 1 8 2 - 2 3 - 8 3 3 5

2 ご利用施設

施設の名称	ケアハウス ビハーラ横手
施設の所在地	秋田県横手市上境字谷地中 139
施設長名	渡邊 浩二
電話番号	0 1 8 2 - 3 5 - 6 0 2 1
F A X 番号	0 1 8 2 - 3 5 - 6 0 2 4

3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	施設は法の基本理念と関係法令及び通知に基づき入居者に対し、給食の提供その他日常生活上必要な便宜を供与し、健康で明るく生きがいのある生活ができるよう運営することを目的とする。
施設運営の方針	定款に定める目的を基本とし、高齢化する社会が求めるニーズに応えられるよう「大きな安心とぬくもりのある快適生活」の確保を基本とする。

4 施設の概要

(1) 敷地及び建物

敷地		7,006.51㎡
建物	構造	鉄骨造3階建（耐火構造）3階建て
	延べ床面積	1,455.51㎡（ケアハウス分）
	利用定員	30名

(2) 主な設備

設備の種類	数	面積
食 堂	1 室	9 1.7 9 m ²
一般浴室	2 室	1 0.9 2 m ²
便所	各居室	(居室に含む)
一時介護室	1 室 (定員 1 名)	1 3.6 8 m ²
居室	3 0 室	(最 多 面 積 居 室) 2 2.2 6 m ²
機能訓練室	1 室 (食堂内一部)	9 1.7 9 m ²

各居室の配置等についてはパンフレットをご覧ください。

5 職員体制

従業者の職種	職務の内容	合計
管理者	業務の一元的な管理	1 人
生活相談員	生活相談及び指導	1 人
計画作成担当者	特定施設サービス計画の作成等	1 人
機能訓練指導員	身体機能の向上・健康維持のための指導	1 人
看護師もしくは 准看護師 及び 介護職員	心身の健康管理、口腔衛生と機能のチェック 及び指導、保健衛生管理護業務 介護業務	8 人以上

6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
管理者	1 4 : 3 0 ~ 1 6 : 3 0
生活相談員	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
介護職員 看護職員	日 勤 (8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0) 早 番 (7 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0) (6 : 3 0 ~ 1 5 : 3 0) 遅 番 (1 0 : 3 0 ~ 1 9 : 3 0) (1 3 : 0 0 ~ 2 2 : 0 0) 夜 勤 (2 2 : 0 0 ~ 7 : 0 0)

7 営業日

営業日	* 年中無休
-----	--------

8 介護保険サービス費

ご入居者負担分	* 別添のケアハウスビハーラ横手ご利用料金表をご覧ください。
---------	--------------------------------

9 施設サービスの概要

種類	内容	利用料
食事の介助	* 栄養士の立てる献立表により、栄養と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。 * 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配慮します。	介護報酬の告示上の額（但し、法定代理受領の場合は居宅介護サービス基相当、法定代理受領でない場合は居宅介護サービス基準額相当額です。また、平成27年8月1日からは、各保険者から送付される「負担割合証」記載されている負担の割合を利用料として支払いを受けるものとします。
排泄の介助	* 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。	
入浴の介助	* 利用者の希望や体調に配慮し週数回の入浴又は清拭を行います。	
着替え等の介助	* 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、適切な整容が行えるよう援助します。	
健康管理	* 利用者の状況に適した機能訓練を機能訓練室等で行い生活機能の維持、改善に努めます。 * 緊急等必要な場合には主治医、又は協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。 * 利用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。 * 看護職員により、又は協力医療機関との連携により、24時間連絡体制を確保し、健康上の管理等に努めます。	
相談及び援助	* 利用者及びその家族からのいかなるご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。	
守秘義務	* 特定施設サービスを提供する上で知り得た入居者又はその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続するものとする。 * 入居者に医療上、緊急の必要性がある場合には医療機関等に入居者に関する心身等の情報を提供できるものとする。 * 市町村等の公的介護保険に係わる提出書類については情報を提供できる。	
事故発生時の対応	* 入居者に対する施設サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、入居者のご家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、入居者に対する施設サービスの提供により、当施設が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。	

10 苦情相談窓口

(1) 施設における苦情の受付

施設における苦情やご相談は、以下の専用窓口で受付します。

苦情受付担当者：高橋 千秋（生活相談員）

ご利用時間：月曜日～金曜日 8：30～17：30

連絡先：0182-35-6021

苦情解決責任者：渡邊 浩二（総括施設長）

第三者委員

氏名：小田嶋 ミヤ子 電話番号 0182-32-9747

氏名：松 井 敏 子 電話番号 0182-36-1862

苦情の受付窓口は、上記受付担当者となります。

また、第三者委員も直接、苦情を受け付けることができます。第三者委員は、苦情解決を円滑に図る為、双方への助言や話し合いへの立会いなども致します。

苦情解決責任者は、苦情の申し出をされた方と、話し合いによって、円滑な解決に努め

ます。

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

横手市まると福祉課	所在地	横手市中央町8番2号
	電話番号	0182-35-2134
秋田市長寿福祉課	所在地	秋田市山王1丁目1-1
地域包括ケア推進担当	電話番号	018-888-5668
羽後町健康福祉課	所在地	雄勝郡羽後町西馬音内字中野177
社会福祉班	電話番号	0183-62-2111
国民健康保険団体連合会	所在地	秋田市旭栄町1番5号
介護保険課	電話番号	018-883-1550
秋田県運営適正化委員会	所在地	秋田市旭栄町1番5号
	電話番号	018-864-2726

1.1 協力医療機関

事業者は、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

名 称	平鹿総合病院	小田嶋まさる内科	ほそや歯科医院
所 在 地	横手市前郷字八ツ口3番1号	横手市横手町字大関越174	横手市条里2丁目3-14
電 話 番 号	0182-32-5121	0182-38-8951	0182-23-5084
診 療 科	総 合	内 科	歯 科

1.2 非常災害の対策

災害時の対応	役割分担などを定めた避難訓練等を通じ、入居者、職員が災害時において迅速的確な対応を図ることとします。	
平常時の訓練等	各人の役割分担などを定め、年2回以上の昼間及び夜間を想定した避難訓練を、入居者の方の参加並びに消防署等の協力を得て実施します。	
防災設備	設備の名称	設備の名称
	スプリンクラー	防火扉・シャッター
	非常階段	室内消火栓
	自動火災報知器	非常通報装置
	誘導灯	漏電火災報知器

	ガス漏れ報知器	非常用電源（自家発電）
	カーテン、ブラインド等防火性のあるものを、使用しております。	
防災計画等	消防署への届出済 防災管理者届出済	

1.3 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、入居者の方の面会時間を厳守し、担当必ずその都度面会票に届出てください
外泊・外出	外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を担当職員に申し出てください
医療機関への受診	嘱託医の指示のもと受診
居室・設備・器具の利用	施設内の居室設備、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ございます。
喫煙・飲酒	喫煙・飲酒はご遠慮願います。
迷惑行為等	騒音等他の入居者の迷惑になる場合はご遠慮願います。又むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	本人、又は家族
現金等の管理	本人、又は家族
宗教活動・政治活動	施設内での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。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りいたします。

1.4 身体拘束の廃止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

1.5 虐待の防止

事業者は、入居者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとします。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する虐待防止検討委員会を設置し、定期的開催するとともに、その結果について、介護職員その他の職員に周知徹底を行います。また、その責任者は管理者とします。
- (2) 虐待防止の指針を整備し、必要に応じ見直しを行います。

- (3) 介護職員その他の職員に対し、虐待防止のための研修を定期的 to 実施します。
- (4) 虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、責任者は速やかに市町村等関係者に報告を行い、事実確認のために協力する。また、当該事案の発生の原因と再発防止策について、速やかに虐待防止検討委員会にて協議し、その内容について、職員に周知するとともに、市町村等関係者に報告を行い、再発防止に努めます。
- (5) 上記の措置を適切に実施するための責任者を置きます。

1 6 損害賠償について

当施設において、施設の責任によりご入居者様に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、ご入居者様に故意又は過失が認められた場合には、ご入居者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

1 7 提供するサービスの第三者評価の実施状況について 実施なし

この重要事項説明書は、令和 6 年 1 月 1 日から施行する。

指定特定入居者生活介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項を説明し交付しました。

令和 年 月 日

事業者

所在地 秋田県横手市上境字谷地中 1 3 9 番地

名 称 ケアハウス ビハーラ横手

説明者 所属 _____ ケアハウス _____

氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて、事業者から特定施設入居者生活介護サービス及び介護予防特定施設入居者生活介護サービス重要事項の交付と説明を受け同意しました。

令和 年 月 日

入居者 住所 _____

氏名 _____ 印

入居者の家族等 住所 _____

氏名 _____ 印

入居者との続柄 _____