特別養護老人ホーム　アイリス　重要事項説明書

１．当施設が提供するサービスについての相談窓口

電　　話　　０５９４－７２－７７２２
担　　当

２．特別養護老人ホーム　アイリスの概要

（１）提供できるサービスの種類

名　　称	特別養護老人ホーム　アイリス
所　　在　　地	三重県いなべ市北勢町阿下喜３７２８－２
介護保険指定番号	２４７２１００１９３
サービスの種類	介護老人福祉施設
利　用　定　員	６０名

（２）施設の職員体制

職　　名	常　勤	非常勤	職　務　内　容
管　理　者	１名		従業者及び業務の管理
医　　師		１名	医療及び療養上の指導
生活相談員	１名		生活指導及びサービス利用の調整
介護職員	１０名	１８名	日常生活に必要な援助
機能訓練指導員	１名		機能訓練の指導・実施
看護職員	１名	３名	看護・保健衛生に関すること
管理栄養士	１名		栄養管理と栄養計画の作成
介護支援専門員	２名		施設サービス計画の作成
事務職員	２名		必要な事務を行う

３．施設サービス計画の作成

（１）管理者は、介護支援専門員に施設サービス計画を作成させます。

（２）　介護支援専門員は、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の心身の状況等を勘案して、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及び達成時期、サービスの内容、サービス提供上での留意点等記載した施設サービス計画の原案を作成し同意を得ます。

（３）介護支援専門員は、利用者及びその家族に面接し、利用者の心身の状況、置かれている環境等解決すべき課題の把握に努め、利用者の選択に基づき、適切なサービスが多様な担当者から総合的かつ効率的に提供されるよう努力いたします。

（４）介護支援専門員はサービス担当者会議（利用者に対する施設サービスの提供に当たる他の担当者（以下この条において「担当者」という。）を召集して行う会議をいう。）の開催、担当者に対する照会等により利用者の状況等に関する情報を担当者と共有し、原案の内容について、担当者から専門的な意見を求めます。

（５）作成した施設サービス計画は、利用者又はその家族に交付します。

（６）事業所は、施設サービス計画の作成後においても、施設サービス計画の実施状況を把握（以下「モニタリング」という。）するとともに、利用者についての解決すべき課題を把握し、必要に応じて施設サービス計画の変更を行います。

（７）モニタリングにあたっては、定期的に利用者に面接し、その結果を記録します。

４．サービス内容

（１）食　　事　　朝　食　　午前７時３０分から
　　昼　食　　午後１２時から
　　夕　食　　午後６時から

（２）入　　浴　　週２回（月・火・水・木・金のうち２日）
　ただし、体調その他の状況により機械浴または清拭となる場合があります。

（３）介　　護　　ご利用者の状態に応じ、着替え介助、排泄介助、おむつ交換、施設内の移動の介助及び見守り、体位交換、シーツ交換、食事介助など適切な介助を提供します。

（４）機能訓練　　施設サービス計画、個別機能訓練計画に基づいて実施します。

（５）生活相談　　介護以外の日常生活に関することも含め相談できます。

（６）健康管理　　医師または看護職員は必要に応じて健康保持のための適切な措置をとります。

（７）行政手続代行

（８）日常費用支払代行

５．サービス提供の記録等

（１）事業者は利用者に関する個々のサービス提供の具体的内容等を記録、市町村への通知にかかる記録、苦情内容等の記録、事故の状況及び処置の記録の他必要な書類を整備し、サービス提供終了後２年間保存します。

（２）利用者は希望により、サービス提供の記録等を閲覧することができます。

６．利用者負担金

（１）基本料金

①基準利用料　　※いなべ市　１単位＝１０．１４円

要介護１　　５８９単位
要介護２　　６５９単位
要介護３　　７３２単位
要介護４　　８０２単位
要介護５　　８７１単位

	１ヶ月あたりの自己負担分（１割）	１ヶ月あたり自己負担分（２割）	１ヶ月あたり自己負担分（３割）
要介護度１	１７，９１８	３５，８３５	５３，７５２
要介護度２	２０，０４７	４０，０９４	６０，１４１
要介護度３	２２，２６８	４４，５３５	６６，８０３
要介護度４	２４，３９７	４８，７９４	７３，１９１
要介護度５	２６，４９６	５２，９９２	７９，４８８

その他の介護給付サービス加算

※日常生活継続支援加算１　　３６単位／日
※看護体制加算（Ⅰ）ロ　　４単位／日
（Ⅱ）ロ　　８単位／日
※夜勤職員配置加算（Ⅰ）ロ　　１３単位／日
（Ⅲ）ロ　　１６単位／日
※準ユニットケア加算　　５単位／日
※生活機能向上連携加算（Ⅰ）　　１００単位／３月に１回を限度
（Ⅱ）　　２００単位／月
（Ⅱ）２　　１００単位／月
※個別機能訓練加算（Ⅰ）　　１２単位／日
（Ⅱ）　　２０単位／月
（Ⅲ）　　２０単位／月
※ＡＤＬ維持等加算（Ⅰ）　　３０単位／月
（Ⅱ）　　６０単位／月

※若年性認知症入所者受入加算　１２０単位／日
※常勤医師配置加算　２５単位／日
※精神科医師による療養指導　５単位／日
※障害者生活支援体制加算（Ⅰ）　２６単位／日
（Ⅱ）　４１単位／日
※外泊時費用（1 月に６日を限度として）　２４６単位／日
※初期加算　３０単位／日
（入所日から３０日以内の期間。入院後の再入所も同様）
※退所時栄養情報連携加算（月１回限度）　７０単位／月
※再入所時栄養連携加算（１回に限り）　２００単位／回
※退所前訪問相談援助加算　４６０単位／回
（入所中１回（又は２回）限度）
※退所後訪問相談援助加算　４６０単位／回
（退所後１回限度）
※退所時相談援助加算　４００単位／回
※退所前連携加算　５００単位／回
※退所時情報提供加算　２５０単位／回
※協力医療機関連携加算　１００単位／月
５単位／月
※栄養マネジメント強化加算　１１単位／日
※経口移行加算　２８単位／日
※経口維持加算（Ⅰ）　４００単位／月
（Ⅱ）　１００単位／月
※口腔衛生管理加算（Ⅰ）　９０単位／月
（Ⅱ）　１１０単位／月
※療養食加算（１食）　６単位／食
※特別通院送迎加算　５９４単位／月
※配置医師緊急時対応加算
配置医師の勤務時間外の場合　３２５単位／月
早朝・夜間　６５０単位／回
深夜　１，３００単位／回
※看取り介護加算（Ⅰ）
死亡日以前３１日以上４５日以下　７２単位／日
死亡日以前４日以上３０日以下　１４４単位／日
死亡日以前２日以上３日以下　６８０単位／日
死亡日　１，２８０単位／日
※在宅復帰支援機能加算　１０単位／日

※在宅・入所相互利用加算	４０単位／日
※認知症専門ケア加算（Ⅰ）	３単位／日
（Ⅱ）	４単位／日
※認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	１５０単位／月
（Ⅱ）	１２０単位／月
※認知症行動・心理症状緊急対応加算	２００単位／日
※褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	３単位／日
（Ⅱ）	１３単位／日
※排せつ支援加算（Ⅰ）	１０単位／日
（Ⅱ）	１５単位／日
（Ⅲ）	２０単位／日
※自立支援促進加算	２８０単位／月
※科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	４０単位／月
（Ⅱ）	５０単位／月
※安全対策体制加算	２０単位／回
※高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	１０単位／月
（Ⅱ）	５単位／月
※新興感染症等施設療養費（月５日を限度）	２４０単位／日
※生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	１００単位／月
（Ⅱ）	１０単位／月
※サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	２２単位／日
（Ⅱ）	１８単位／日
（Ⅲ）	６単位／日
※介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	１４．０％
（Ⅱ）	１３．６％
（Ⅲ）	１１．３％
（Ⅳ）	９．０％

②食事の提供に要する費用

利用者に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。

実費相当額の範囲内にて負担していただきます。但し、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食費の金額(1 日あたり)のご負担となります。

① 負担限度額　第４段階	１，４４５円
② 負担限度額　第３段階②	１，３６０円
③ 負担限度額　第３段階①	６５０円
④ 負担限度額　第２段階	３９０円
⑤ 負担限度額　第１段階	３００円

③居住に要する費用【光熱水費及び室料】

この施設及び設備を利用し、滞在されるにあたり、多床室利用者の方には光熱水費相当額、個室利用の方には光熱水費相当額及び室料（建物設備等の減価償却費等）を、ご負担していただきます。但し、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、その認定証に記載された居住費の金額（１日あたり）のご負担となります。

従来型個室	（１日あたりの自己負担）
① 負担限度額　第４段階	１，２３１円
② 負担限度額　第３段階②	８８０円
③ 負担限度額　第３段階①	８８０円
④ 負担限度額　第２段階	４８０円
⑤ 負担限度額　第１段階	３８０円
従来型多床室	（１日あたりの自己負担）
① 負担限度額　第４段階	９１５円
② 負担限度額　第３段階②	４３０円
③ 負担限度額　第３段階①	４３０円
④ 負担限度額　第２段階	４３０円
⑤ 負担限度額　第１段階	０円

④利用者の介護保険料の滞納等により、事業者が介護保険からサービス利用料に相当する給付が受けられない場合には、利用者からそのサービス利用料金の支払い割合に応じた金額または全額を受領致します。

（１）日常的金銭管理サービス利用料　３，０００円/月

（当法人預かり金取扱い要項に基づいて行い、随時及び年４回預かり金確認を行います。）

（２）その他の料金

①　日用品費は実費負担とする。

②　理美容費は実費負担とする。

③　レクリエーション、行事等費用は実費負担とする。

④　不用品廃棄費用は実費負担とする。

⑤　電気製品持込み費、１個につき１，０００円/月とする。

（月途中入所の場合は翌月からとする）

（３）支払方法

料金、費用は１ヶ月ごとに計算させていただきます。

お支払方法は、原則として口座より引き落としさせていただきます。

サービス利用月の翌月の、２７日に施設利用料を開設いただいた口座から引き落としさせて頂きます。（休日の場合は翌営業日）

７．退所等の手続き

（１）退所の手続き

①利用者のご都合で退所される場合

退所を希望する日の３０日前までにお申し出ください。

②自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

・利用者が他の介護保険施設に入所した場合

・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）または要支援と認定された場合。（この場合、所定の期間の経過をもって退所していただくことになります。）

・利用者が亡くなられた場合

・利用者が、サービス利用料金の支払いを２ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず１４日以内に支払わない場合、または利用者やご家族が当施設や当施設の従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、退所していただく場合があります。（この場合、契約終了３０日前までに文書で通知いたします。）

・利用者が病院等に入院し、明らかに３ヶ月以内に退院できる見込みがない場合、また入院後３ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合、文書で通知のうえ、契約終了させていただく場合がございます。

尚、この場合、退院後に再度入所を希望される場合は、お申し出ください。

８．サービス利用にあたっての留意事項

（１）面　会　　毎日（午前９時から午後７時まで）

（２）外　出　　事前に申出書により、日時・外出場所・同行者氏名等届出が必要です。

（３）飲酒・喫煙　施設内及び居室及び建物内共用部での飲酒・喫煙はご遠慮ください。

（４）ペット　　施設内でのペットの飼育及び同伴はできません。

（５）設備、器具の利用　利用と保管は大切に行い、許可無く売却その他の処分をしないでください。

９．　緊急時及び事故発生時の対応方法

指定介護老人福祉施設サービスの提供にあたる者は、サービス提供時に利用者の病状の急変が生じた場合や事故発生時等必要な場合には、緊急時マニュアルに従い速やかに家族及び主治医に連絡し、必要な措置を講ずる。また、事故発生時には保険者等への報告を行います。

緊急時の連絡先

① 氏　　名	本人との続柄 （　　）	② 氏　　名	本人との続柄 （　　）
住　　所		住　　所	
連 絡 先	自宅	連 絡 先	自宅
	携帯		携帯

１０．非常災害対策

事業所は震災、風水害、火災、その他の災害（以下「非常災害」という。）に対処するため事業の実情に応じた、非常災害の発生時の安全の確保のために必要な行動手順、関係機関への通報及び連絡体制等を定めた具体的計画を作成し、並びに当該計画を定期的に従業者に周知するよう努め、また、非常災害に対処するため、消火器その他必要な設備を設けるとともに、定期的な避難誘導訓練、救出訓練その他必要な訓練を行うものとする。

防災設備　　消火器・消火栓・スプリンクラー・避難袋・非常通報装置・担架等設置

防災訓練　　年３回

防火責任者　　田中　由香里

１１．衛生管理及び健康管理

（１）事業所は、利用者が使用する用品を清潔に保持し、定期的な消毒を施す等、衛生管理に十分留意します。

（２）事業所は、従業者に対して感染症等に関する基礎知識の習得に努めるとともに、年１回以上の健康診断を受診させます。

１２．サービス内容に関する相談・苦情

（１）事業者は自ら提供した介護サービスに対する利用者からの苦情に迅速かつ適切に応じ、苦情の内容等を記録します。

（２）利用者の苦情に関して、市町村・国民健康保険団体連合会から質問・調査がある場合は協力するとともに、指導・助言がある場合は必要な改善を行います。

①当施設ご利用者相談・苦情担当

苦情解決責任者　田中由香里　　電話０５９４－７２－７７２２

担　　当　　電話０５９４－７２－７７２２

②当施設以外の相談・苦情相談窓口

三重県国民健康保険団体連合会　（受付時間　９：００～１７：００）

介護保険課　苦情処理係　　電話　０５９－２２２－４１６５

住所　津市桜橋３丁目１４３－１２

いなべ市役所　福祉部　介護保険課（受付時間　８：３０～１７：１５）

電話　０５９４－８６－７８２０

住所 いなべ市北勢町阿下喜３１番地

１３．秘密保持

（１）事業者及び事業所の従業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者の家族に関する秘密を、理由無く第三者に漏らしません。

（２）事業者はサービス担当者会議等において利用者及びその家族の個人情報を用いる場合は、その利用目的を明記した文書によりあらかじめ同意を得ます。

１４．ハラスメント対策

（１）事業所は職場におけるハラスメント防止に取組、職員が働きやすい環境づくりを目指すこととする。

（２）事業所は利用者、その他家族に対し、改善を希望する旨の申し入れを行い、それにも拘わらず改善の見込みがなく、結果として利用者に対して適切な介護サービスを提供することが困難であると認めるときは、３０日前に利

用者、その他家族に対し文章で通知することにより、この契約を解約することがでる。　（詳しくは別紙１　「ハラスメント防止のお願い」をご参照）

１５．虐待防止について

事業所は利用者の人権擁護、虐待の発生又はその再発を防止するための体制を整備します。サービスの提供にあたり、従業者間相互において利用者等に対しての虐待、拘束等について防止するものとします。また高齢者虐待防止法に基づき、虐待を発見した場合には、速やかに市町に通報するものとします。

（１）虐待防止のための対策を検討する委員会を開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る
（２）虐待防止のための指針を整備します。
（３）従業者に対し虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
（４）これらの措置を適切に実施するための担当者を設置します。

１６．損害賠償

事業者は、利用者に対する指定介護老人福祉施設介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

１７．身体拘束廃止に関する重要事項

当施設は、利用者本人または、他利用者の生命・身体を保護する為の緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者を制限する行為を行いません。やむを得ない場合においても行動制限の根拠・内容・見込まれる期間等十分説明した上で、利用者様・ご家族様の同意を得る事とします。また、行動制限を行った場合には記録を行う事とします。

介護老人福祉施設入所にあたり、利用者及び代理人に対し、契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者
所在地　三重県いなべ市北勢町阿下喜３７２８－２
社会福祉法人　光　風　会
特別養護老人ホーム　ア イ リ ス　印

説明者　職名　総合サービス管理室
氏名　印

個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1　個人情報の範囲

氏名・住所・生年月日・性別・健康状態・病歴・家族状況その他サービス利用の過程において収集した情報

2　使用する目的

【当事業所内での利用目的】

１・利用者様へ適切な介護・医療サービスを提供するため

２・介護保険事務を行うため

３・利用者様に係る当施設の管理運営業務のうち、以下の業務を行うため

※　利用契約等の事業所管理

※　会計・経理

※　アクシデント事故等の報告

※　介護サービスの質の向上

【他事業者等への情報提供を伴う利用目的】

１・当事業所が提供する介護サービス関連業務のうち、以下の業務を行うため

※　医療機関からの照会への回答

※　利用者様に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者、居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）照会への回答

※　情報システム運用・保守業務の委託利用

※　家族等への利用状況等の説明

２・介護保険事務に係る情報提供

※　審査支払機関へのレセプトの提出

※　審査支払機関又は保険者からの照会への回答

【その他の利用目的】

１・当事業所の管理運営業務のうち、以下の業務を行うため

※　介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料の作成

※　事業所内において行われる学生・介護実習への協力

※　事業所内において行われる事例研修・研究

３　条　件

（１）　個人情報の使用別紙に記載する目的の範囲内で必要最小限とし、情報提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのない措置を講じると共に細心の注意を払うものとする。

（２）　個人情報を使用した会議・相手方・内容等について記録する。

４　使用する期間

当施設契約書期間と同じとする。

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護老人福祉施設入所について重要事項の説明を受けました。

令和　　年　　月　　日

利用者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

家族様（代筆）　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（別紙　１）

ハラスメント防止のお願い

　いつも当事業所の業務にご理解ご協力いただきありがとうございます。
近年は介護事業所でのハラスメントの防止対策を強化するよう国から求められており、当事業所でも対策強化に取組んでいます。職場内でのハラスメントを防止すると共に、当事業所とご利用者（ご家族等）との関係についてもハラスメントを防止できるよう、以下の内容に対してご理解ご協力をお願いいたします。
＊ハラスメントに該当した場合、契約書の「不信行為」に該当し、契約を終了する場合　があります。

カスタマーハラスメントやセクシャルハラスメント等の分類と具体例

分　類	内　容	ハラスメントの具体例・事例
身体的暴力	身体的な力を使って危害を及ぼす行為	物を投げつける。叩く。唾を吐く。服を引っ張る。 土下座をさせる。
精神的暴力	個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷付け、おとしめたりする行為	大声を発する。怒鳴る。「何の役にも立たない」等個人を否定するような言動をする。威圧的な態度で文句を言い続ける。「この程度できて当然」と理不尽な要求をする。ご家族等がご利用者の理不尽な発言を一方的にうのみにし、否定的な言葉や態度をとる。
性的嫌がらせ	意の添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為	必要もなく身体（腕や足）をさわる。胸、お尻などをさり気なくさわる。抱きしめる。ヌード写真や動画を見せる。わいせつ行為や盗撮をする。 プライベートな予定を聞く。
著しく威圧的な 行為	ご利用者（ご家族等） から業務に支障を及ぼす著しい迷惑行為	電話や面談などで長時間拘束する。頻繁に来所しクレームを言う。休日時間外の対応の強要をする。ケアマネの業務外の強要（すぐに来い、買物をして来い、金を貸せ等）をする。同じ質問を繰り返し、対応のミスが出たところを責める。脅迫的・反社会的な言動をする。優位な立場にいることを利用した暴言、特別扱いをさせる。

＊上記の内容は一例です。それ以外でもハラスメントに該当する場合があります。