

特別養護老人ホーム グランパランいまり
重要事項説明書

社会福祉法人 花心会

佐賀県伊万里市大坪町乙1579番地2

TEL 0955-23-5261

FAX 0955-23-5411

重要事項説明書

1 事業者について

事業者	社会福祉法人 花心会 佐賀県伊万里市大坪町乙1579番地2
代表者氏名	理事長 太田 耕子
設立年月日	平成16年7月9日

2 施設について

施設名	特別養護老人ホーム グランパランいまり
建物の構造	鉄筋コンクリート造RC構造 3階建 延床面積4248.48㎡
指定事業所番号	佐賀県指定第4170500286号 (平成17年5月1日認可)
開設年月日	平成17年5月1日
入所定員数	50名
施設長	ホーム長 太田 耕子
事業所所在地	佐賀県伊万里市大坪町乙1579番地2
電話番号	0955-23-5261
FAX番号	0955-23-5411

3 当施設の運営方針

1. 施設サービスの計画に基づき入所者様のプライバシーの確保を図り、要介護状態の軽減、又は悪化の防止を念頭に置いて、入浴、食事、排泄等の日常生活のお世話、相談及び援助、機能訓練、健康管理、及び社会活動上の便宜の供与等、療養上のお世話の場として日常生活が営まれる様にサービスを提供させていただきます。
2. ご利用者様の人格を尊重し、可能な限りご利用者様の意向に基づいてサービスを提供させていただきます。
3. 特別養護老人ホームの事業運営に当たっては、明るく家庭的な雰囲気を作り、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、保険者、指定居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者、その他保険医療サービス又は福祉サービ

スを提供するものと協力し、ご利用者様の意向に沿ったサービスを行います。

4 居室等の概要

種 類	数 量	備 考
居 室	50室	ベッド、洗面台、備え付け家具
共有スペース	食堂兼リビング・談話コーナー	
浴槽種類	個人浴槽・一般浴槽・特殊浴槽（リフト浴・機械浴）	

当施設は全室個室です。ご本人様の身体及び精神的変化によっては別の個室への移動もあります。（但し、ご利用者様の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に添えない場合もあります。）

5 職員の配置状況・勤務体制

職員として、以下の職種の職員を配置しています。職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	職員数	勤 務 体 制
施設長（管理者）	1名	日勤 8：30～17：30
医師（非常勤）	1名	日勤 8：30～17：30
医師（嘱託医）	1名	毎週火・金 13：00～15：00
生活相談員	1名	日勤 8：30～17：30
介護職員	26名	24時間シフト制による
看護職員	4名	早出・日勤・遅出 8：00～18：00
介護支援専門員	1名	日勤 8：30～17：30
栄養士（嘱託）	1名	日勤 8：30～17：30
機能訓練指導員	1名	日勤 8：30～17：30

6 当施設が厳守すべき事項

1. 生命、身体の安全の確保に努めます。
2. 身体拘束を行いません。
3. ご利用者様に対するサービス提供により事故が発生した場合には速やかにご利用者様のご家族様等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

7 当施設が提供するサービスと利用料金

サービス種類	内 容
施設サービスの計画書の交付	心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容等を記載した施設サービスの計画書を作成、説明し同意を得て書面をもって交付します。
入 浴	入浴又は清拭を、ご利用者様の状況・希望に沿って実施し、介助・援助を行います。
排 泄	ご利用者様の状況に応じて適切な排泄援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。
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・ 管理栄養士の立てる献立により、ご利用者様の身体状況及び嗜好を考慮した適時・適温の食事を提供します。 ・ ご利用者様の自立支援のため出来る限り離床して食事をとって頂く事を支援致します。 ・ 医師の指示に基づき適切な栄養量及び内容を有する治療食等を提供します。 ・ 食事時間はユニットごとにご利用者様の希望に合わせて提供します。
離床・整容等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 ・ 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行う様配慮します。 ・ 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。 ・ シーツ交換は週1回以上実施します。
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当施設は、ご利用者様及びご家族様からのあらゆる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。又、要介護認定等の申請援助も行います。 ・ 行政機関に対する手続きが必要な場合には、ご利用者様ご家族様の状況によっては代行致します。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・ 機能訓練指導員により、ご利用者様の心身等の状況に応じて、日常生活を営むのに必要な機能の改善又はその減退を防止するための訓練を実施します。

<p>社会生活の便宜</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を提供します。 ・ 主な教養娯楽活動 <ul style="list-style-type: none"> クラブ活動：茶道・華道・演奏会・ちぎり絵・菜園 陶芸・お菓子作り・絵手紙 (材料代等実費で頂きます) ・ 主なレクリエーション及び外出支援 年間行事計画に沿って買物・行事参加・散歩等外出支援をはじめ、誕生会・季節行事・運動会・バスハイク等を実施します。 ※レクリエーションによっては経費をご本人に負担して頂く場合があります。
<p>健康管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看護職員が、ご利用者様の体調・健康状態等に応じ、必要な健康管理を行います。 ・ 緊急等必要な場合には、主治医あるいは協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。 <p>(嘱託医師)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○病院名 医療法人 光仁会 西田病院 医師氏名 西田 良介 診療科目 外科 診察日時 毎週 火・金 13:30～14:30 <p>(協力医療機関)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○病院名 医療法人光仁会 西田病院 診療科目 内科・外科・肛門科・胃腸科・循環器科・呼吸器科・放射線科・麻酔科・リハビリテーション科・人工透析・その他検診等 ○病院名 医療法人幸善会 前田病院 診療科目 内科・外科・循環器科・消化器科・呼吸器科・小児科・放射線科 ○病院名 上田歯科医院 診療科目 歯科 ○病院名 医療法人世戸医院 診療科目 眼科

<p>貴重品等の管理</p>	<p>ご利用者様の希望により貴重品等管理サービスをご利用いただけます。</p> <p>(お預かりできるもの) 介護保険証、医療保険証、 印鑑等</p> <p>(保管管理者) 施設長</p> <p>お預かりしました貴重品は、貴重品預かり証を発行し、ご利用者様毎に貴重品専用袋にて施設保管を行います。</p>
<p>理 美 容</p>	<p>実費を負担して頂きます。</p>

8 利用料及びその他の費用

1. 介護保険制度における利用料は介護報酬の告示上の額とし、別紙の特別養護老人ホーム グランパランいまりサービス利用料金一覧表のとおりとします。
 ※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせてご契約の負担額を変更します。
2. 限度額内サービスのうち、高額介護サービス費に該当する場合には、償還払いで給付されます。
3. 低所得者及び老齢福祉年金受給者には別に定める減免規定に基づき利用料を減免する事が出来ます。
4. 下記の場合には一旦保険給付の対象とならないサービス利用料を全額お支払い頂きます。但し、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻しされます。(償還払い) 償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した『サービス提供証明表』を交付します。
 - 契約者がまだ要介護認定を受けておらず、サービスを利用した場合に、その費用が認定後の要介護の限度額内のサービス費用。
 - 指定居宅介護支援を受けることを市町村に届けておらず、サービスを利用した場合及び居宅サービス計画に含まれていないサービスを利用した場合で、その費用が要介護度の限度額内のサービス費用。
 - 利用者が、作成した居宅サービス計画に含まれていないサービスを利用した場合で、その費用が要介護度の限度額内のサービス費用。
5. 利用料の支払い方法について
 - ・金融機関引き落とし（月末締め翌月27日一括払い）
 ※金融機関の指定はありません。

9 守秘義務および個人情報保護について

1. 当施設の職員は、業務上知り得た利用者及びその家族に関する情報を正当な理由なく、第三者に漏らしません。また、職員の退職後においても、これらの情報を保持する旨を、雇用契約の内容とします。この守秘義務については、契約が終了した後も継続します。

2. 施設及びその職員は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また、処分の際も第三者への漏洩を防止します。
3. サービス担当者会議等において、利用者又は、その家族の個人情報を用いる場合には予め同意を得ることとし、この重要事項説明書の同意署名をもって同意を得たものとします。
4. 個人（集合）写真・映像の取扱いについては、次の各号に掲げる事項について本書説明の受諾をもって承諾があったものとします。但し、契約書末尾の別添「個人情報の使用についての回答書」の記載の範囲内での取扱いとします。
 - イ) 事業者が撮影した全ての写真・映像について、その著作権は事業者に帰属します。写真・映像の使用範囲は事業者の活動記録及び広報活動に限定します。但し、事業者の活動紹介の補足資料として、写真・映像を第三者機関に提供する場合があります。
 - ロ) 被写体となる個人の肖像権を侵害することの無いよう、必ず事前に撮影についての同意を得るとともに、拒否する方法を明示することとします。本人（または代理権受任者）から拒否の申し出が合った場合には、当該個人の撮影は行ないません。但し、集合写真・映像等で個人が特定できない写真・映像についてはこの限りではありません。
 - ハ) 事業者の広報（新聞、テレビ、チラシ、ホームページ等）活動に使用する写真・映像は、被写体である本人（または代理権受任者）の同意を得たものに限りません。但し、集合写真・映像等で個人が特定できない写真・映像についてはこの限りではありません。

10 苦情の受付及び苦情を解決する為に講ずる措置

1. 相談又は苦情に対応する常設の窓口設置及び担当者の配置
 - (1) 利用者及び家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために専用の窓口を設置し、必要な措置を講じます。また、相談者のプライバシーの確保と秘密保持のために、苦情・相談室を設けます。
 - (2) 苦情・相談の窓口担当者を選任し、当該担当者が苦情・相談にあたる。
 なお、窓口での解決が困難な場合は、次項「苦情処理を円滑かつ迅速に行うための処理体制・手順」により苦情・相談の解決にあたる。
 - ・窓口担当者 生活相談員 波多 由佳里
 - ・苦情解決責任者 花心会 ホーム長 太田 耕子
 - ・受付時間 午前8時30分～午後5時30分
 - ・受付方法 電話・FAX・面接・苦情箱
 - 電話 0955-23-5261
 - FAX 0955-23-5411
 - 面接場所 特別養護老人ホームグランパランいまり
 - 苦情箱 グランパランいまり1Fに設置

行 政	介護保険担当課	電話番号
伊万里市役所	長寿社会課	0955-23-2111 (代)
有田町役場	健康福祉課	0955-43-2179
杵藤地区広域市町村圏組合 介護保険事業所	業務課	0954-69-8222
唐津市役所	介護保険課	0955-70-0101

各市町村(広域連合)以外に佐賀県国保連合会介護保険係(TEL0952-26-1477)へも相談・苦情を申し立てる事が出来ます。

2. 苦情処理を円滑かつ迅速に行うための処理体制・手順

利用者又はその家族から苦情・相談の申立があった場合は、次の体制並びに手順で処理します。

- (1) 苦情・相談の窓口担当者が、利用者及びその家族からの苦情・相談を受付、その内容を十分聴取し確認したうえで、その段階で解決できると判断されるものについては、その場で解決します。
- (2) 苦情・相談の窓口担当で解決が困難な場合は、処理を保留し、管理者及び苦情・相談の対象となっている部署の責任者と協議し、解決に当たります。
- (3) 事業所内で解決が困難な場合は、事業所が予め選任した第三者の立ち会いのもと、利用者等との話し合いを行い、解決します。
- (4) 前号においても解決が困難な場合は、当該利用者及びその家族に、管轄の行政庁への申立が出来る旨を伝え、速やかに当該事案の概要を行政庁へ連絡し、その指示を受けるものとします。
- (5) 苦情相談の窓口担当者及び苦情解決責任者は、苦情申出者に対して、不利益になるような対応は致しません。(不利益な苦情相談の排除)

1 1 協力医療機関

病 院 名	医療法人光仁会 西田病院
所 在 地	佐賀県伊万里市山代町楠久890番地2
電 話 番 号	0955-28-1111
診 療 科 目	内科・外科・肛門科・胃腸科・循環器科・呼吸器科・放射線科・ 麻酔科・リハビリテーション科・人工透析・その他検診等

病 院 名	医療法人幸善会 前田病院
所 在 地	佐賀県伊万里市立花町2742番地1
電 話 番 号	0955-23-5101
診 療 科 目	内科・外科・循環器科・消化器科・呼吸器科・小児科・放射線科

病 院 名	上田歯科医院
所 在 地	佐賀県伊万里市大坪町丙柳井町2110番地
電 話 番 号	0955-23-8185
診 療 科 目	歯科

病 院 名	医療法人世戸医院
所 在 地	佐賀県伊万里市伊万里町甲412
電 話 番 号	0955-23-5235
診 療 科 目	眼科

12 防災設備

当事業所の防災設備は一番高い基準を満たした設備です。

1.3 介護保険給付の対象となる利用料

介護保険の告示上の額となります。

1. 1割の場合

① ユニット型介護福祉施設サービス費

区 分	日 額 料 金
要介護 1	638 円 / 日
要介護 2	705 円 / 日
要介護 3	778 円 / 日
要介護 4	846 円 / 日
要介護 5	913 円 / 日

② 各種加算（上記の利用料金に加算されます）

サービス項目	料 金	備 考
初期加算	30 円 / 日	入所日より30日間算定
個別機能訓練加算	12 円 / 日	機能訓練実施日に算定
看護体制加算Ⅰ 1	6 円 / 日	日額、全員に加算されます。
看護体制加算Ⅱ 1	13 円 / 日	日額、全員に加算されます。
サービス提供体制強化加算Ⅱ	6 円 / 日	日額、全員に加算されます。
介護職員処遇改善加算Ⅰ	8.3% / 月	月の利用数に応じ全員に加算されます。 (小数点以下四捨五入)
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	2.3% / 月	

③ その他加算

サービス項目	料 金	備 考
外泊時費用	246 円 / 日	外泊又は入院日の翌日から6日間、算定されます。

2. 2割の場合

① ユニット型介護福祉施設サービス費

区 分	日 額 料 金
要介護 1	1, 276 円 / 日
要介護 2	1, 410 円 / 日
要介護 3	1, 556 円 / 日
要介護 4	1, 692 円 / 日
要介護 5	1, 826 円 / 日

② 各種加算（上記の利用料金に加算されます）

サービス項目	料 金	備 考
初期加算	60 円 / 日	入所日より30日間算定
個別機能訓練加算	24 円 / 日	機能訓練実施日に算定
看護体制加算Ⅰ 1	12 円 / 日	日額、全員に加算されます。
看護体制加算Ⅱ 1	26 円 / 日	日額、全員に加算されます。
サービス提供体制強化加算Ⅱ	12 円 / 日	日額、全員に加算されます。
介護職員処遇改善加算Ⅰ	8.3% / 月	月の利用数に応じ全員に加算されます。 (小数点以下四捨五入)
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	2.3% / 月	

③ その他加算

サービス項目	料 金	備 考
外泊時費用	492 円 / 日	外泊又は入院日の翌日から6日間、算定されます。

3. 3割の場合

① ユニット型介護福祉施設サービス費

区 分	日 額 料 金
要介護 1	1, 9 1 4 円 / 日
要介護 2	2, 1 1 5 円 / 日
要介護 3	2, 3 3 4 円 / 日
要介護 4	2, 5 3 8 円 / 日
要介護 5	2, 7 3 9 円 / 日

② 各種加算（上記の利用料金に加算されます）

サービス項目	料 金	備 考
初期加算	9 0 円 / 日	入所日より30日間算定
個別機能訓練加算	3 6 円 / 日	機能訓練実施日に算定
看護体制加算Ⅰ 1	1 8 円 / 日	日額、全員に加算されます。
看護体制加算Ⅱ 1	3 9 円 / 日	日額、全員に加算されます。
サービス提供体制強化加算Ⅱ	1 8 円 / 日	日額、全員に加算されます。
介護職員処遇改善加算Ⅰ	8. 3 % / 月	月の利用数に応じ全員に加算されます。 (小数点以下四捨五入)
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	2. 3 % / 月	

③ その他加算

サービス項目	料 金	備 考
外泊時費用	738 円 / 日	外泊又は入院日の翌日から 6 日間、算定されます。

1 4 介護保険給付の対象とならない利用料

① 居 住 費

区 分		所得段階	食 費
世帯全員が市町村民 税非課税者	老齢福祉年金受給者等	第1段階	820円
	課税年金収入額、非課税年金収入額、合計所得金額の合計が80万円以下の方	第2段階	820円
	利用者負担第2段階以外の方	第3段階	1,310円
課税世帯の方 預貯金が1,000万を超える方 (夫婦は合計2,000万)		第4段階	2,460円

② 食 費

区 分		所得段階	食 費
世帯全員が市町村民 税非課税者	老齢福祉年金受給者等	第1段階	300円
	課税年金収入額、非課税年金収入額、合計所得金額の合計が80万円以下の方	第2段階	390円
	利用者負担第2段階以外の方	第3段階	650円
課税世帯の方 預貯金が1,000万を超える方 (夫婦は合計2,000万)		第4段階	1,392円

③その他の費用

サービスの種類	内 容	料 金
理美容代	御希望に応じ随時、理美容店の出張による理髪、美容サービスを提供します。	実 費
レクリエーション クラブ活動	御希望により、レクリエーション、クラブ活動に参加して頂く事が出来ます。	実 費

指定介護老人福祉施設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。

説明日 令和 年 月 日

特別養護老人ホーム グランパランいまり

説明者職種 _____

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、指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所 _____

利用者氏名 _____ (印)

代理権受任者住所 _____

代理権受任者氏名 _____ (印)

利用者との関係 _____