

重要事項説明書

(介護老人福祉施設)

社会福祉法人 信愛会
特別養護老人ホーム グレースの里

重要事項説明書

(介護老人福祉施設)

1. (特別養護老人ホーム グレースの里 の概要)

(1) 事業者の概要及び提供できるサービスの種類

法人名称	社会福祉法人 信愛会
施設名	特別養護老人ホーム グレースの里
所在地・連絡先	奈良県生駒郡平群町大字越木塚336-1 電話 0745-45-0865 FAX 0745-45-8213
代表者名	理事長 馬本 隆夫

(2) 施設の概要 (以下のものは施設全体のものです)

敷地	7389 m ²	
建物	構造	鉄筋コンクリート造・地上4階(耐火建築)
	延べ床面積	3598.80 m ²

(3) 職員体制

職員の職種	員数	勤務の体制
施設長	1名	施設全体の総括
生活相談員	1名	相談業務・相談窓口
介護支援専門員	1名	ケアプランの作成
看護職員 介護職員	28名	常勤換算 配置人員 3:1
医師	1名	非常勤
管理栄養士	1名	利用者の栄養管理

(4) 設備の概要

定員	入所 50名	短期入所 10名	静養室	2室
居室	4人部屋	8室(1室44.66 m ²)	医務室	1室
	個室	28室(1室14.7 m ²)	食堂	5室
浴室	一般浴槽と特殊浴槽があります		機能訓練室	4室
			談話室	4室

(5) その他

社会福祉法人 信愛会が設置する事業

- | | |
|-----------------|-------------------|
| 1. 認知症対応型共同生活介護 | グループホーム グレース |
| 2. 通所介護 | デイサービスセンター グレース |
| 3. 短期入所生活介護 | ショートステイ グレース |
| 4. 介護老人福祉施設 | 特別養護老人ホーム第二グレースの里 |
| 5. 短期入所生活介護 | ショートステイ くまがし |
| 6. 通所介護 | デイサービスセンター くまがし |
| 7. 居宅介護支援 | 居宅介護支援センター くまがし |

2. (サービス内容)

- ① 施設サービス計画の作成
- ② 食事
- ③ 入浴
- ④ 介護
- ⑤ 機能訓練
- ⑥ 生活相談
- ⑦ 健康管理
- ⑧ 特別食の提供
- ⑨ 理美容サービス
- ⑩ 行政手続代行
- ⑪ 日常費用支払代行
- ⑫ 所持品保管
- ⑬ 趣味活動

3. (利用料金)

(1) 基本料金

①施設利用料	一日あたりの自己負担額 (多床室)	一日あたりの自己負担額 (個室)
要介護度 1	589 単位	589 単位
要介護度 2	659 単位	659 単位
要介護度 3	732 単位	732 単位
要介護度 4	802 単位	802 単位
要介護度 5	871 単位	871 単位

②日常生活継続支援加算Ⅰ	1日あたり	36単位
③サービス提供体制加算Ⅰ	1日あたり	22単位
サービス提供体制加算Ⅱ	1日あたり	18単位
サービス提供体制加算Ⅲ	1日あたり	6単位
④看護体制加算Ⅰ 1	1日あたり	6単位
看護体制加算Ⅱ 1	1日あたり	13単位
⑤夜間職員配置加算Ⅰ 1	1日あたり	22単位
夜間職員配置加算Ⅱ 1	1日あたり	27単位
夜間職員配置加算Ⅲ 1	1日あたり	28単位
夜間職員配置加算Ⅳ 1	1日あたり	33単位
⑥退所前訪問相談援助加算	1回あたり	460単位
⑦退所後訪問相談援助加算	1回あたり	460単位
⑧退所時相談援助加算	1回限り	400単位
⑨退所前連携加算	1回限り	500単位
⑩外泊時費用、入院	月6日限度	246単位
⑪外泊（在宅サービス利用）	月6日限度	560単位
⑫初期加算	入所日から30日、入院後の再入所も同様	30単位
⑬栄養マネジメント強化加算	1日あたり	11単位
⑭再入所時栄養連携加算	再入所時1回限り	200単位
⑮療養食加算	1日あたり（1日3回を限度）	6単位
⑯経口維持加算Ⅰ	1月あたり	400単位
経口維持加算Ⅱ	1月あたり	100単位
⑰口腔衛生管理加算Ⅰ	1月あたり	90単位
口腔衛生管理加算Ⅱ	1月あたり	110単位
⑱看取り介護加算Ⅰ 1	死亡日以前31日以上45日以下	72単位
看取り介護加算Ⅰ 2	死亡日以前4日以上30日以下	144単位
看取り介護加算Ⅰ 3	死亡日以前2日又は3日	680単位
看取り介護加算Ⅰ 4	死亡日	1,280単位
⑲生活機能向上連携加算Ⅰ	1月あたり（3月に1回限度）	100単位
生活機能向上連携加算Ⅱ 1	1月あたり	200単位
生活機能向上連携加算Ⅱ 2	条件※個別機能訓練加算を算定	100単位
⑳個別機能訓練加算Ⅰ	1日につき	12単位
個別機能訓練加算Ⅱ	1月につき	20単位
個別機能訓練加算Ⅲ	1月につき	20単位

②①排せつ支援加算Ⅰ	1月あたり	10単位
排せつ支援加算Ⅱ	1月あたり	15単位
排せつ支援加算Ⅲ	1月あたり	20単位
排せつ支援加算Ⅳ	1月あたり	100単位
②②褥瘡マネジメント加算Ⅰ	1月あたり	3単位
褥瘡マネジメント加算Ⅱ	1月あたり	13単位
褥瘡マネジメント加算Ⅲ	1月あたり（3月に1回限度）	10単位
②③ADL維持等加算Ⅰ	1月につき	30単位
ADL維持等加算Ⅱ	1月につき	60単位
②④安全対策体制加算	1回限り	20単位
②⑤自立支援促進加算	1月あたり	280単位
②⑥科学的介護推進体制加算Ⅰ	1月あたり	40単位
科学的介護推進体制加算Ⅱ	1月あたり	50単位
②⑦若年性認知症受入加算	1日あたり	120単位
②⑧退所時情報提供加算	1回限り	250単位
②⑨高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	1月あたり	10単位
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ	1月あたり	5単位
③⑩新興感染症等施設療養費	1日あたり（月1回連続5日まで）	240単位
③⑪業務継続計画未策定減算	1月あたり	所定単位数の100分の3減算 令和7年4月より
③⑫高齢者虐待防止措置未実施減算	1月あたり	所定単位数の100分の1減算
③⑬認知症チームケア推進加算Ⅰ	1月あたり	150単位
認知症チームケア推進加算Ⅱ	1月あたり	120単位
③⑭退所時栄養情報連携加算	1回あたり（月1回まで）	70単位
③⑮生産性向上推進体制加算Ⅰ	1月あたり	100単位
生産性向上推進体制加算Ⅱ	1月あたり	10単位
③⑯協力医療機関連携加算	1月あたり	100単位令 和7年4月以降50単位
協力医療機関連携加算	1月あたり	5単位

⑳介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	14.0%
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	13.6%
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	11.3%
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	9.0%
介護職員処遇改善加算（Ⅴ）	（Ⅲ）の80/100→R7年4月からなくなります。

※平群町の地域区分は、「7級」となり1単位=10.14円として計算します。

※②～⑤、⑳の加算については、体制等に応じた算定となります。

その他の料金

食費・居室代

負担限度額		1段階	2段階	3段階①	3段階②	第4段階
食費	朝食	224円	224円	224円	224円	224円
	昼食	693円	693円	693円	693円	693円
	夕食	683円	683円	683円	683円	683円
合計(負担額)		0円	390円	650円	1360円	1600円
居住費 (1日)	個室	380円	480円	880円	880円	1,240円
	多床室	0円	430円	430円	430円	920円

(3) その他の料金

①日用品費・・・1日あたり 300円

(内訳) おしぼり タオル バスタオル ポリデント ティッシュペーパー
保湿用ローション 歯磨き用品 衛生用品 (ガーゼ、カットバン)

②預り金管理料・・・1ヶ月あたり 500円

③理美容費・・・実費

* 上記の他レクリエーション費用、所持品預り・保管などはその実費について自己負担となります。

(4) 支払い方法

毎月20日を目途に、請求書を送付させていただきます。お支払いは指定の銀行口座より毎月27日に引き落としさせていただきます。お支払い確認後、領収書を発行させていただきます。

4. (当施設のサービスの特徴等)

事業の目的

要介護状態にある高齢者が介護老人福祉施設に入居することにより、施設サービス計画に基づき、可能な限り居宅における生活への復帰を念頭において日常生活上の適切な援助を提供します。

運営の方針

要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うと共に、その人の意思及び人格を尊重し、その人の立場にたつてサービスの提供に努める。

5. (緊急時の対応方法)

ご利用者の容態に変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族等へ速やかに連絡します。

	氏名	名称	TEL 番号	所在地
施設医	石井 豊	石井クリニック	06-6357-3313	大阪市北区菅栄町
協力病院		郡山青藍病院	0743-56-8000	大和郡山市本庄町
協力病院		白庭病院	0743-70-0022	生駒市白庭台
協力病院		奈良セントラル病院	0742-93-8520	奈良市石木町
協力病院		生駒市立病院	0743-72-1111	生駒市東生駒
協力病院		恵王病院	0745-72-3101	王寺町王寺
協力病院		奈良西部病院	0742-51-8700	奈良市三碓町
協力病院		ハートランド しぎさん	0745-72-5006	三郷町勢野北
協力歯科		へぐり歯科	0745-46-2488	平群町下垣内

6. (非常災害対策)

- (1) 別途に定める「特別養護老人ホーム グレースの里消防計画」に従い適切に対応します。
- (2) 防災設備については、関係法令に従い各種設備しています。

7. (当施設ご利用時の留意事項 危険行為、入院等の対応について)

- ① 1 喫煙・飲酒 2 迷惑行為等 (特に暴力行為) 3 現金・所持金
4 動物飼育 5 施設の器具・設備等の破壊 6 無断外出等 7 自傷行為
8 その他

以上の行為について施設の方針に従えない場合には、やむを得ず退所していただきます。

- ② 利用者が、要介護認定において自立及び要支援と認定されたとき、退所していただきます。
- ③ 利用者の自己都合により、退所することが出来ます。(自宅、及び他の施設への入所)

- ④ 利用者が死亡した場合、退所となります。
- ⑤ 医療施設へ入院した場合で、医療的な管理が常に要する状態になった場合や入院後3ヶ月以内に退院できる見込みが無い場合、又は入院後3ヶ月を経過しても退院できないことが明らかな場合は退所となります。

8. (事故発生時の対応)

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村および関係諸機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

9. (守秘義務に関する対策)

施設及び従業者は、業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

10. (身体拘束の禁止)

原則として、入所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入所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、その際の入所者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。

11. (ハラスメント対策強化への取り組み)

介護老人福祉施設グレースの里は、就業環境内、支援業務内におけるパワーハラスメント、モラルハラスメント、セクシャルハラスメント、妊娠・出産・育児・介護休暇等に関するハラスメント対策の策定に取り組みます。

それに基づき、利用者、あるいは家族の以下の行為などにより当事業所の通常の業務遂行に支障がでていると判断した場合には、奈良県庁介護保険課との相談のうえ、契約を解除することがあります。

- ・非協力などによる双方の信頼関係を損壊する行為
- ・社会通念を超えたと思われる苦情やハラスメント行為（物を投げる、刃物を向ける、手を払いのけるなどの暴力、乱暴な言動や、無理な要求など）
- ・体を触る、性的な卑猥な言動などのセクシャルハラスメント
- ・その他、個人の連絡先をきく、ストーカー行為など

12. (高齢者の虐待防止について)

高齢者虐待防止について当施設は、ご契約者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- ① 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。
- ② 施設支援計画の作成など、適切な支援に努めます。
- ③ 支援にあたって従業者の悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者がご契約者などの権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

13. (サービス内容に関する相談・苦情受付窓口)

<p>当 施 設</p>	<p>相談窓口 担当者 相談員 久保正幸 責任者 施設長 中田 香 受付時間 9時～18時 電 話 0745-45-0865</p>
<p>市町村相談窓口</p>	<p>・最寄りの市町村役場（介護保険担当課） ・平群町 福祉こども課 受付時間 平日9時～17時 電 話 0745-45-1001</p>
<p>公的団体相談窓口</p>	<p>奈良県国民健康保険団体連合会 受付時間 平日9時～17時 電 話 0744-21-6811</p>

*施設サービスの第三者評価の実地なし。

令和 年 月 日

介護老人福祉施設入所にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明し、交付しました。

(事業所)

〔所在地〕 奈良県生駒郡平群町大字越木塚 3 3 6 - 1
〔事業者名〕 社会福祉法人 信愛会
 特別養護老人ホーム グレースの里
〔代表者〕 理事長 馬本 隆夫 印

〔説明者〕 所属 _____

氏名 _____ 印

私は、契約書および本書面により、事業者から介護老人福祉施設についての重要事項の説明を受け、同意しました。

(利用者)

〔住所〕 〒 _____

〔氏名〕 _____ 印

(身元引受人及び連帯保証人)

〔住所〕 〒 _____

〔氏名〕 _____ 印