社会福祉法人　紫水会

特別養護老人ホーム　あおやま　2号館

重要事項説明書

(地域密着型ユニット型)

(令和2年10月24日)

地域密着型ユニット型介護福祉施設　特別養護老人ホーム あおやま2号館
サービス重要事項説明書

当施設は入所者様に対して地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 施設の概要

法人名称　　社会福祉法人 紫水会

法人	名称	社会福祉法人 紫水会
	所在地	大阪府交野市青山3丁目432番
	代表者	理事長 田中 茂
施設 (事業所)	名称等	(地域密着型) 特別養護老人ホーム あおやま2号館
		介護老人保健施設 青山を本体施設としたサテライト型施設 平成30年5月1日開設
	事業所番号	(交野市指定)
	所在地	大阪府交野市青山3丁目430番の1
	電話番号	072 － 891 － 3400
	FAX	072 － 893 － 3389
	施設長	田中 昭仁 (本体施設介護老人保健施設 青山と兼務)
同法人 他事業	名　称 ・ サービス	介護老人保健施設 青山 入所サービス・短期入所療養介護・通所リハビリテーション 介護予防通所リハビリテーション
		デイサービスセンター あおやま 通所介護・介護予防通所介護・基準該当生活介護(障害者デイサービス)
		特別養護老人ホーム あおやま 地域密着型介護老人福祉施設・
		短期入所生活介護事業所 あおやま 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

2. 事業の目的・運営方針・対象者・入所者様の選考等

目的	地域密着型介護福祉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、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入所者様がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るようにすることを目指します。
運営方針 (理念)	多様な福祉サービスがその入所者様の意向を尊重して総合的に提供されるよう創意工夫することにより、入所者様が個人の尊厳を保持しつつ、心身ともに健やかに育成さ

	れ、又はその有する能力に応じ自立した生活を地域社会において営むことができるよう支援する。介護保険法やその他関係法令を遵守し適切な施設運営に努めます。 ①明るく・家庭的な雰囲気づくりに心がけ、安心して過ごしていただける生活環境を提供する。(安心できる生活環境の提供) **②誠実な対応。** **③より良いケアの提供。** **④地域との交流を通じて、社会貢献に努める。**
入所対象者	交野市に住民票をおかれている方で、要介護認定の要介護1から5の認定を受けられている方で、在宅等での生活が困難になられ、介護が必要な状態の方。(当施設入所選考委員会にて、入所受け入れ可能と判断させていただいた方。)
入所者 選考委員会	施設長・介護職員・看護職員・介護支援相談員・医師・機能訓練指導員等が、集まって毎月1回以上必要時に入所選考委員会を開催する。 内容:入所申し込み選考書類(要介護認定調査書・主治医の意見書・身体状況調査書等)を参考に、入所受け入れ対応の可否、受け入れの時期(受入優先順位)等の決定を行う。＊要介護認定の重度の方や在宅生活を継続すること困難で介護が受けられない等の入所の必要性が高い方優先的に選考させて頂きます。又、入所選考者がいない場合は、現在、入所中の方の状況・状態の確認や在宅復帰の可否等の確認行う。

3. 施設の設備等の概要

建物	構造	鉄骨造:3階建(耐火耐震構造)		
	延べ床面積	全体1352.46㎡ / 当該施設分1089.98㎡		
入所定員	29名	2階:19名2ユニット / 3階10名1ユニット		
主な設備1階	事務室	1室	面談室	1室
	特別浴室脱衣室	1室	厨房	1室
	医務室	1室	トイレ	1室
2階	居室(個室・洗面付)	19室	トイレ	7室
	浴室・脱衣室	1室	スタッフルーム	1室
	共同生活室(食堂)	2室	洗濯室	1室
3階	居室(個室・洗面付)	10室	トイレ	4室
	浴室・脱衣室	1室	スタッフルーム	1室
	共同生活室(食堂)	1室	洗濯室	1室
	多目的室	1室	屋上テラス	

4. 職員の勤務体制及び職務内容

職種	勤務時間
	職務内容
施設長	平日の8:30～17:30
	従業者の管理、業務実施(サービス)状況の把握やその他の運営管理業務を行う。
医師(内科医)	週に1日 (土)14:30～16:30

	入所者様や職員の心身の状態等健康管理(診察や内服薬の指示、職員等への指示助言)を行う。おおむね週に1回以上の診察を行う。	
介護支援専門員	必要時 週に3日 4時間程度	
	各職種と連携し、入所者様の状態・状況を把握し、介護計画の作成・モニタリング・修正を行う。	
介護職	日勤 8:30～17:30	早出 7:00～16:00
	遅出 11:00～20:00	夜勤 16:30～9:30
	上記以外に、必要に応じて、スポット時間での勤務時間の対応あり。	
	ユニットケア対応の為、夜勤時間を除き各ユニットに常時1名以上配置。 夜勤帯は、2名配置(2ユニットに1名の配置)。	
	入所者様の排泄・食事・着脱・入浴等の介護にあたる。	
看護師	平日日勤 8:30～17:30	
	医師や医療機関と連携を取り、入所者様の健康管理にあたる。	
機能訓練指導員	必要時	
	機能訓練等の計画作成や訓練の指導・助言等を行う。	
生活相談員	必要時	
	入所者様の状況・状態、環境を把握し、入所者様ご家族様等に対して、入所前・中・退所後等の介護等の相談。	
管理栄養士	必要時	
	入所者様の食事(栄養)の管理を行う。	
調理員	業務委託先の基準:3食及びおやつが提供できる勤務時間になります。	
	食事・おやつ・飲み物の調理・準備。	

5. 職員配置 (本体施設が介護老人保健施設のサテライト型施設職員配置基準になります)

職種	配置数	配置区分				常勤換算後の実配置人員	指定基準	備考
		専従		兼務				
		常勤	非常勤	常勤	非常勤			
施設長	1			1		1	1	
看護職	2	1		1		1.4	1	
介護職	15	14	1			14.1	9	
医師	1			1		0.1	必要数	サテライト配置基準により、当該施設に置かないことができる。
介護支援専門員	1			1		0.3	必要数	
生活相談員	1			3		0.2	0	
機能訓練指導員	1			1		0.4	0	
管理栄養士	1			1			0	
事務員	1			1				
調理員		業務委託					必要数	

6. 当施設が提供するサービス

① **食事**(食材や調理等にかかる費用は介護保険サービス費以外の扱いになります。)

(管理)栄養士の立てる計画により、栄養並びに入所者様の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。自立支援のため、離床して共同生活室で食事をとっていただくことを原則としていますが、希望に応じて、身体的・能力的に問題がない場合には、居室等での対応もさせて頂きます。心身の状況・状態に応じて、介助等させて頂きます。

朝食8:00頃、昼食12:30頃、夕食18:00頃

② 排泄

入所者様の状況に応じて適切な排泄の介助を行なうと共に、身体能力を最大限活用した援助を行います。

(排泄に使用する紙オムツ類の費用は介護保険サービス費に含まれます。)

③ 入浴

入浴または清拭を週2回行ないます。

入所者様の身体の状況によって、リフト等の機械浴を利用して入浴することができます。

④ 機能訓練

機能訓練指導員(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員等)により、生活相談員・介護職員と連携して、入所者様の心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練の実施、又は、訓練を実施する者への指導・助言を行います。

⑤ 健康管理

定期的に医師の診察や内服薬の処方等を受けていただき、看護職員による健康チェック、及び異常の早期発見、早期処置に努めます。

医療が必要と判断された場合は、速やかに医療機関に引き継ぎます。

(医療保険制度を利用した検査・治療・薬や医療機関受診等は介護保険サービス費以外の扱いとなり、要した費用については、入所者様負担となります。)

⑥ 日常生活の援助等

- 専用の居室(個室)を提供いたします。(介護保険サービス費以外の扱いになります。)
- 寝たきり防止のため、出来る限り離床して、過ごしていただきます。褥瘡予防の為、状態に応じて、必要があれば褥瘡予防マット等のケア用品の対応や体位交換等行います。
- 生活のリズムを考え、基本的には毎朝夕の着替え(衣類等は持参していただきます。季節時候に応じて、衣替えや衣類の修繕や買い替え等はご家族様等でお願いいたします。)や整容の介助・援助を行います。

  (施設が一律に提供(支給)する物品以外の物(化粧品や歯ブラシや嗜好品等)については、介護保険サービス費以外の扱いとなり、入所者様負担になります。)
- 施設での生活が楽しく実りあるものとするために、行事やレクリエーションを企画します。

  (小グループ活動、季節行事、クラブ活動(希望者)、お誕生日会、外出など)

  (入所者様の個々の希望(選択)にて、参加・利用されるクラブ活動材料費・行事参加費・特別な食事(行事食)等にかかる費用は、介護保険サービス費以外の扱いとなります。)
- 集団生活の中で、出来る限り個人としての尊厳に配慮(プライバシーの保護)し、個々の生活リズムに応じたケア及び適切な静養が行われるように援助します。
- 口腔ケアの介助・指導を行います。

⑦ 衛生管理

週に1回、シーツ交換を行います。(定期の交換以外で汚染等が見られる場合は必要に応じて交換を行います。)食品、食器等を適切に管理(消毒)し、食中毒等の発生予防に努めます。

⑧ 生活相談

入所様及びご家族様等からの介護等の相談について誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助(助言)を行うよう努めます。(入所中のケアや疾病について、退所の相談等)

⑨ 理髪・美容の提供(介護保険サービス費以外の扱いになります。)

定期的に、理美容師が施設を訪問し、利用希望者に対してカット等のサービスを受けていただくことが出来ます。(費用は入所者様負担になります。)

⑩ 金銭管理(介護保険サービス費以外の扱いになります)

入所者様又はご家族様等での、金銭などの管理が困難な場合は、お預かりし管理いたします。(金銭管理をさせていただく場合、預かり金規定に基づいて対応させていただきます。)

⑪ 行政機関等への手続き

入所者様及びご家族にかわり、介護・医療保険に関する行政機関への手続きの代行等を行います。(介護保険要介護認定の更新手続き等)

⑫ ケアプラン作成

入所者様に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、入所後作成する「施設サービス計画(ケアプラン)」に定めます。「施設サービス計画(ケアプラン)」を作成し、定期的に状態(状況)を確認し、必要に応じて、内容の変更を行います。計画の変更が必要でない場合も、同内容で継続したプランを作成いたします。

(手順)

- 当施設の介護支援専門員(ケアマネージャー)が、入所後2週間以内に、入所者様の状態を把握し、ご本人やご家族様等の意向の聞き取りと施設で出来るサービス内容の説明等を行い、施設サービス計画の原案を作成します。(作成した原案に問題がなければ、入所者様又はご家族様等に説明させていただき、同意が得られれば本案に置き換えてサービスを実施いたします。変更等の見直しが必要であれば、修正を行い、同意を得て本案を作成し、サービスを実施いたします。)
- 定期的(6ヶ月に1回)にサービス計画の実施状況を確認し、計画の見直し(継続)等を行い、変更(継続)の計画書を作成し、入所者様又はご家族様等に説明・同意を得てサービスを実施いたします。

(計画の作成時期について)

＊ 入所時(入所後2週間以内)・介護保険要介護認定の更新や変更がみられた場合、心身の状態の変化がみられて、現計画の変更が必要と思われる時。

＊ 状態に変化が無く、サービス内容に変化がみられない場合は、おおむね12ヶ月に1回の計画の見直しや変更を行います。

⑬ 記録物の保管

介護計画書や療養(生活)記録、保険請求書類等の記録物は、関係職員以外の者が自由に閲覧できないように適切に保管いたします。入所者様又は入所者様より許可を得た者から、記録物等の閲覧や複写の求めがあった場合は、使用事由等確認させていただき、対応させていただきます。(複写物につきましては、1枚につきコピー代として10円いただきます。)

上記以外の者に対して、事前に情報提供等の同意を得ている場合は、同意内容にそって、書類等情報提供を行う場合があります。又、記録物は当該サービス提供日から5年間、保管いたします。

7. 利用料金

入所者様の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)と、食事及び居住費、その他加算に係る自己負担額の合計金額をお支払下さい。(サービスの利用料金は、入所者様の要介護度・標準負担限度額認定の段階に応じて異なります。)

⑴ 介護保険給付サービス費(及び各加算を含む)厚生労働大臣が定めた告示上の基準額

⑵ 介護保険給付対象外のサービスにかかる費用

⑶ ⑴と⑵の合計額を当施設の利用料とします。

＊ 利用金額・項目については、別紙の料金表のとおり。

＊ 経済状況の著しい変化、その他やむを得ない事由がある場合は相当な額に変更することができるものとする。又、その変更内容、事由について1ヵ月前までに説明するものとする。但し、介護保険保険給付額等の改定及び施行日時の都合により、1ヶ月前に通知できない場合は、変更内容等決まり次第説明するものとする。

＊ 上記以外で、費用が生じる場合は、事前に入所者様及びご家族に金額提示・説明を行い、同意を得て費用の徴収を行う。

⑷ 当事業所は、低所得で生計困難な入所者様に対し、介護保険サービスを提供する社会福祉法人がその社会的役割として利用者負担を軽減することにより、介護保険サービスの利用促進を図ることを目的として、「社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度」を実施しております。市に利用者負担減額の申請していただき、制度の対象の可否は市の判断により、対象になられましたら市が決定した費用負担額に応じて利用料負担額を計算(算定)させていただきます。

8. 請求方法

前記7の⑴と⑵の料金・費用を利用月ごとに計算させていただき、利用月の翌月10日以降に入所者様又はご家族様等へ郵送にて請求させていただきます。

利用月の要介護認定が確定されていない場合等、 やむを得ない事由により、利用料が計算できない場合は、計算出来次第、請求をさせていただきます。

9. 支払い方法

入所時に手続きしていただきます郵貯銀行口座より、自動引き落としにて、お支払いいただきます。毎月26日に引き落としになります。26日が土・日・祝日等の場合は、翌営業日が引き落とし日になります。(＊郵貯銀行口座をお持ちでない場合は、お手数ですが、新規に口座を作成していただきますようお願い致します。)

＊ 何らかの事由で、郵貯銀行口座が使用できなくなられた場合は、お振込みにて、お支払いください。(その際に、振込口座・振込用紙などお渡しさせていただきます。又、振込みにかかる費用は、入所者様負担になります。)

10. 非常災害時の対策

非常災害時に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処する計画を作成し、防火管理者、又は火気・消防等についての責任者を定め、年に2回(内1回は夜間を想定)定期的に避難・救出その他必要な訓練を行うものとする。

避難・防災設備	設備名称	
	スプリンクラー(全フロアー)	ガス漏れ探知機
	避難階段(非常階段)各階2箇所	誘導等
避難・防災設備	防火扉・シャッター	屋内外消火栓(消火器)
	自動火災報知機	非常通報装置
その他	消防計画 ： 防火管理者	

11. 緊急(急変)時の対応及び協力医療機関・協力福祉(介護保険)施設等

入所サービス提供を行っている時に、入所者様の病状の急変、その他事故等による怪我等で身体的に異常等の緊急事態が生じた時は、速やかに施設担当医又は系列施設医、協力医療機関医師に連絡する等の処置を講ずるとともに、ご家族・施設長に報告いたします。医師等に連絡がつかない場合、緊急を要する場合は119番通報等にて、救急搬送等の必要な措置をとらせていただきます。

又、外出時や外泊時に、状態が急変された場合や異常がみられる場合は、付き添い者様が医療機関への受診付き添いや救急搬送等の対応をしていただきます。

協力医療機関

◎ 医療法人 茂樹会 田中診療所 (内科・リハビリテーション科・小児科)
大阪府交野市私部7丁目48－3 TEL072-893-8811

◎ 国家公務員共済組合 枚方公済病院
(内科・外科・整形外科・循環器科・口腔外科・耳鼻科等総合病院)
大阪府枚方市藤阪東1丁目2－1 TEL072-858-8233

◎ 楠元歯科医院 (歯科・口腔外科)
大阪府交野市森北1－37－2－101 TEL072－810－5588

12. 事故発生時及び損害賠償の対応

(1) 入所者様に対する入所サービスの提供により事故が発生した場合は、市、当該入所者様のご家族様等に連絡するとともに、必要な処置を講ずるものとする。

(2) 入所者様に対する入所サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに、損害賠償に応じるものとする。但し、その損害(事故)の発生について、入所者様に故意又は過失が認められる場合には、入所者様のおかれた心身の状況を考慮して、相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

13. 入所者様からの申し出による解約・解除について

契約の有効期間であっても、入所者様は当施設からの退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望される7日前までにお申し出ください。ただし、以下の場合には即時に契約を解除・解約し施設を退所することができます。

(1) 入所者様が入院された場合。

(2) 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合。

(3) 事業者もしくはサービス従事者が、正当な理由なく本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合。

(4) 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合。

⑸ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により入所者様の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。

＜自動的に修了する場合＞

⑹ 入所者様が他の介護保険施設等に入所した場合。

⑺ 要介護認定により、入所様の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合。

⑻ 事業者がやむを得ない事由により事業を終了した場合や当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合。

⑼ 入所者様がお亡くなりになった場合。

＊ 死亡された時点において、当施設との契約は終了となり速やかに身元引受人様又はご家族様等に連絡し、身元引受人様又はご家族様等にご遺体を引き取っていただきます。（死去後24時間以内に対応していただきますようお願いいたします。）

＊ 当施設で死亡され、死後の処置・死亡診断書作成させていただいた場合、その費用として、介護保険保険給付とは別に15，000円請求させていただきます。

14. 事業者からの申し出による解約・解除について

⑴ 入所者様及びご家族様等が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。

⑵ 入所者様による、サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合。

⑶ 入所者様が故意又は過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の入所者様及び利用者様の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。

⑷ 入所者様が長期にわたり病院又は診療所に入院された場合。入院後の対応については次項の通りとする。

⑸ 上記⑴から⑶事由にて、利用中止させていただく場合において、出来る限り入所者様及びその家族等との協議に応じて、猶予期間等の対応を取らせていただきますが、やむを得ないと判断させていただいた場合は、即日、退所していただく場合があります。

＊ 円滑な退所のための援助

入所者様が当施設を退所する場合には、入所者様の希望により、事業者は心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために出来る限りの援助を行います。　（適切な病院、診療所、介護老人保健施設、介護保険サービス以外の入居施設、居宅介護支援事業者、保健医療サービス、福祉サービスの提供者・事業所の紹介をさせて頂きます。）

15. 医療機関等に入院された場合

⑴ 検査入院等、短期入院の場合

1ヵ月につき6日以内（継続して複数の月にまたがる場合は最長12日）の短期入院の場合は、退院後再び施設に入所することができます。但し、入院期間中であっても、所定の利用料金をご負担いただきます。

⑵ 上記期間を超え入院3ヶ月以内の場合

上記短期入院の期間を超える入院については、3ヶ月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入所することができます。但し、入院時に予定された退院日よりも早く退院した場合等、退院時に当施設の受け入れ準備が整っていない時には、協力施設の短期入所療養介護の居室やその他の施設の短期入所生活介護・短期入所療養介護等をご利用いただく場合があります。

＊但し、心身状態が当施設で介護・看護できないと判断させていただいた状態で退院される場合は、再入所をお受けできない場合があります。その場合には、ご家族様等とともに、入院されている医療機関医師や相談員様及び協力福祉施設・医療機関職員の協力を得て、他施設(在宅)等、退院後の生活できる環境を提供できるように援助いたします。

⑶ 3ヶ月以内の退院が見込まれない場合

3ヶ月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。この場合には、当施設に再び優先的に入所することはできません。

＊ (1)(2)(3)の入院期間の取り扱いについて、介護保険サービス費を請求していない期間については、退所扱いとさせていただきます。又、(1)(2)の方が利用されていた居室・サービスについては、再入所を受け入れるまでの期間、より多くの方に施設を有効的に利用(活用)していただく為短期入所生活介護(介護予防短期入所生活介護)の利用者の受け入れ、又は**他の入所者様に利用していただく場合があります。左記の対応を了承いただけない場合は、入所時に事業者まで申し出て下さい。申し出がない場合は、ご了承いただけたものとして対応させていただきます。**

⑷その他

・ 入院中等で、介護保険給費を算定しない日については、居室確保料を請求させて頂きます。(食費:食材費は請求いたしません)

16. 個人情報保護

⑴ 当該事業者及び事業者が使用する者、及び系列施設職員は、サービス提供を行う上で知りえた当該入所者様及びその家族様等の情報を正当な理由無く、第三者に漏洩いたしません。又知り得た情報等については、当該入所者様の利用が終了した後も継続します。記録物等の保管・処分についても適切に管理・対応いたします。

⑵ 事業者は、入所者様及びその家族等から予め文書にて使用の同意を得た情報についてのみ、サービス担当者会議や関係機関等との調整・調査等の際に、必要最小限の情報提供に止める等の配慮を行いつつ、情報提供ができるものとします。

17. 苦情対応について

・ 苦情相談受付窓口を設置し、苦情受付担当者が、苦情や相談をお伺いさせていただき、その内容や状況を取りまとめ、当該施設長に報告を行い、必要に応じて苦情処理委員会を開催し、苦情の解決・改善に努めます。又、苦情(相談)いただいた方に対して、対応方法や改善内容等の報告をさせていただきます。但し、容易に改善できる内容や対応できる相談等については、速やかに対応させていただき、経過・結果等の記録を残し、苦情処理委員会を開催しない場合があります。

⑴ 当該施設苦情相談受付窓口

・ 当該施設事務所内 受付日時:月曜日から金曜日の9:00から16:00
大阪府交野市青山3丁目431番の1　TEL072－891－3400

・　隣接する本体施設「介護老人保健施設 青山」事務所内
受付日時:月曜日から土曜日(祝祭日を除く)9:00から16:00
大阪府交野市青山3丁目432番　TEL072－893－0328

⑵当該施設苦情相談受付担当者

・　苦情相談受付担当者:「特別養護老人ホーム あおやま2号館 生活相談員」
・　苦情相談受付担当者:「介護老人保健施設 青山 支援相談員」
　＊　担当者が不在時は、各施設の事務員が対応させていただきます。苦情相談の内容や申し立て者様の連絡先等を控えさせていただき、担当者に連絡・申し送りさせていただきます。担当者に連絡がつき次第、担当者より改めて、申し立て者様に連絡させていただき、内容等確認させていただきます。

⑶当該施設苦情解決責任者及びその役割

・　苦情処理最高責任者:「社会福祉法人 紫水会 理事長」
・　苦情解決責任者:「施設長」
　＊　施設長は、苦情相談内容に応じて、苦情処理委員会又は苦情・相談・運営改善委員会の開催、委員の召集や関係機関との連絡調整を行い、問題解決の中心となり、対応いたします。
　＊　苦情申し立て者様に対して、ご意見・ご要望・ご相談内容等を確認し、できる限り、話し合いによる解決に努めるとともに、問題解決に向けて、改善・解決方法を確立し、苦情の解決に努めます。

＜その他、相談窓口＞

・　交野市福祉部高齢介護課　(所在地) 大阪府交野市天野が原町5丁目5－1
(TEL) 072－893－6400
(受付日時) 平日の9:00から17:30
・ 大阪府国民健康保険団体連合会 (所在地) 大阪市中央区常盤町1－3－8
(TEL) 06－6949－5418
(受付日時) 平日の9:00から17:00

18. 運営推進会議の設置

会議の目的 : 地域に開かれた事業所となるため、よりよいサービス提供・サービスの質の確保を図ることを目的として定期的に運営推進会議を開催し、サービスの内容や提供状況を運営推進会議構成員に報告し、その内容について、評価、要望、助言を受け、よりよいサービス提供の実施・改善につなげる。

会議構成員について

利用者又は利用者家族代表、地域の代表者(自治会長又は民生委員等)、交野市職員又は交野市地域包括支援センター職員、施設長及び施設職員

・　会議の開催について
2ヶ月に1回以上
　＊　会議の内容は記録保管し、入所者様及びご家族様が自由に閲覧できるようにいたします。

19. 虐待防止及び身体拘束防止について

(虐待防止について)

⑴ 事業者は、入所者様の人権の擁護・虐待の防止等の為に、虐待に関する苦情解決(問題解決)・相談対

応について、相談窓口担当者を配置し、施設長を解決責任者とし、必要に応じて、職員・入所者様又はご家族様等・関係機関担当者等を召集し、虐待防止委員会等を開催し、出来る限り速やかに問題解決ができるように努めます。

＜虐待防止に関する相談窓口(担当者)＞

- 当該施設事務所内　受付担当者:生活相談員
- 隣接する本体施設「介護老人保健施設 青山」事務所内　受付担当者:支援相談員

⑵ 成年後見制度等の権利擁護等の制度・事業の利用の支援。

⑶ 職員に対しては、虐待防止(権利擁護)を啓発・普及する為の研修を実施いたします。

⑷ サービス提供中に当該施設従業員又は養護者(入所者様のご家族又はご家族様に変わり入所者様を養護する者)による虐待をうけたと思われる入所者様を発見した場合は、速やかに、市の担当課又は、市地域包括支援センターに連絡いたします。

(身体拘束防止について)

⑴ 施設方針としまして、入所者様又は、他の入所者様・利用者様・職員等の生命又は心身を保護する為、緊急やむを得ない場合を除き、原則、身体的拘束・その他の方法により行動の制限を行いません。

⑵ 入所者様に対して、やむを得ず身体的拘束・その他の方法により行動の制限を行う場合は、拘束・行動制限が必要な事由や根拠を明確にし、拘束の方法、拘束の期間や時間を、文書にて説明・同意を得ることといたします。(理解・同意能力がある場合は入所者様ご本人様、理解・同意能力が無い場合はご家族様等に、説明させていただき、同意を得ることします。)入所者様に対しては、できる限り苦痛や不安を感じない方法で、必要最小限の拘束にとどめるものとする。

⑶ やむを得ず、拘束・その他の方法により行動の制限をさせていただいた後も、継続して同行為を行うのではなく、定期的に、各種職員が集まり、出来る限り拘束が解除できるように、代替的な介助方法等の検討・対応を行います。又、拘束状況や検討会等の記録をサービス記録等に記載します。

20. 残置物引取りについて

退所された(退所される)場合、施設に持参された(入所後購入された)私物・金品・お預かりさせていただいていた各種書類等(以下「残置物」という。)は、身元引受人様(又はそのご家族様)に、引き取っていただきます。

＊ 入所される場合、身元引受人様が必要になります。

＊ やむを得ず、当施設で処分等させていただく場合は、処分等にかかる費用を入所者様又は、ご家族様に負担していただきます。

＊ 身元引受人様がおられない場合は、入所者様の費用で入所者様の残置物を処分できるものとします。その費用については、入所者様からの預り金や自己の管理下にある金銭がある場合には、その金銭と相殺できるものとします。

21. サービス利用に関する留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されているご利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

⑴ 所持品の持ち込みについて

- 衣類等身の回りの品々(施設が用意すべき介護保険給付に含まれる物品を除く)、入所以前より利用されている私物の介護用品等をご持参ください。(居室スペースに限りがあり、一部の家具や電化製品、

仏壇等お持込いただけない物品もあります。）

＊　衣類は適時、補充・交換・修繕・衣替え等をお願いいたします。（日常の衣類等施設で洗濯させていただく物については、乾燥機を使用いたしますので、乾燥機に対応できるものをご準備していただきますようお願い致します。）

＊　日用品等の消耗品については、随時、補充等お願いいたします。

・　ペット類の持込は禁止です。

・　現金・貴重品・生活に不必要な物は持ち込まないで下さい。事務所等にてお預かりさせていただいている品以外の紛失につきましては、弁償弁済はいたしません。

⑵ 面会について

来訪は原則自由です。面会時間は9:30～16:30になります。但し、施設より依頼させていただいた場合は、この限りではありません。

＊　来訪の際は、受付窓口にあります来訪(面会)届に、必ず記入してください。

＊　食べ物等の持込は控えていただきますようお願いいたします。持参されました飲食物原因で、食中毒や体調不良等になられましても、当施設としましては、責任を負いかねますので、時候や量に気をつけてください。他の入所者様・利用者様に飲食物等は配らないようにして下さい。居室等に置かず、必ず職員に預けて下さい。

＊　入所者様の事由により、面会者の制限がある場合は、職員にお伝え下さい。

⑶ 外出・外泊について

ご家族様等の付き添いがあれば、外出、外泊は自由に行えます。在宅生活復帰への援助施設でもありますので、年末年始やお盆等できるだけ外出・外泊にご協力下さい。（但し、体調不良や感染症が蔓延しているとき等は、控えていただく場合があります。）

＊　外出、外泊をされる場合は、「外出外泊届」を提出してください。

＊　外出や外泊先にて、状態の急変異常がみられる時は、医療機関に受診して下さい。

⑷ 施設・設備の使用上の注意について

居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従ってご利用下さい。

＊　故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備、介護用品を壊したり、汚したりした場合には、入所者様に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。（当施設が指定した業者での修復になります。）

＊　入所者様に対するサービス実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

⑸ 入所者様及びご家族様等は当施設の職員や他の入所者様・利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

⑹ 喫煙・飲酒について

施設館内の原則、禁煙になります。（但し、施設長が認めた喫煙場所での喫煙は可能です。）又、アルコール類の飲酒は、施設が提供(販売)する時・提供(販売)する物以外は禁止とさせていただきます。

⑺ 見学について

・　入所希望者様及びご家族様等が、施設の見学に来られる場合があります。その際には、入所者様のプライバシーに十分に配慮させていただきますので、ご協力いただきますようお願いいたします。

・ 施設見学を希望される方は、事前に連絡してください。見学日時等の調整をさせていただきます。又、連絡無く来訪される場合は、見学・説明等の対応できない場合がありますので、ご注意下さい。

⑻ 迷惑行為の禁止

・ 賭博行為、暴力行為等、刑法に触れる犯罪行為の禁止。
・ 他の入所者様・利用者様の静養・療養の妨げになる行為は、行わないで下さい。
(テレビ・ラジオ・大声等の騒音や不必要な他者の居室への出入り等)

⑼ 預かり金について

・ 入所者様又はその家族等より、日常的に必要な費用に関する金銭等の管理を委託することができます。その場合は、別に定める預かり金規定のとおり管理いたします。又、預かり管理手続き料として、1月につき500円徴収させていただきます。

⑽その他

・ 上記⑴から⑻以外について、施設長及び施設職員の判断により、サービス提供・集団生活に適さない行為等については、注意させていただく場合や、中止していただく場合があります。
・ 他の入所者様・利用者様との個人的な金品・物品のやり取りは行わないで下さい。又、その行為によるトラブル等に対しましては、当施設では責任を負えない場合があります。

22. 上記以外の事項について

令和　　年　　月　　日

上記内容について、地域密着型(ユニット型)介護老人福祉施設サービスの提供開始にあたり、入所者様及びそのご家族様等に対して、重要事項説明書に基づいて、説明を行いました。

施設代表者 社会福祉法人 紫水会
特別養護老人ホーム あおやま 2号館(地域密着型・ユニット型)
大阪府交野市青山3丁目430−1
理事長　田 中　茂　　印

説明者(施設職員)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印 .

本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受けました。

・　入所検討者

住所:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿.

氏名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印.

・上記の者のご家族様等(又は代理人)

住所:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿.

連絡先:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿.

氏名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印.

入所検討者様との続き柄:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿.

地域密着型　小規模　特別養護老人ホーム　あおやま１・２号館　の利用料金表別表　　令和８年8月１日以降

介護保険の費用　（1割負担分の金額）				
	1：	ユニット型地域密着型介護福祉施設サービス費	利用単位	利用料(日額)
		要介護　1	682単位	約 713 円
		要介護　2	753単位	約 787 円
		要介護　3	828単位	約 866 円
		要介護　4	901単位	約 942 円
		要介護　5	971単位	約 1015 円
	2：	看護体制加算（Ⅰ）	12単位	約 13 円
	3：	夜勤職員配置加算（Ⅱ）	46単位	約 48 円
	4：	若年性認知症受入加算	120単位	約 126 円
	5：	外泊時費用加算(月６日限度)	246単位	約 257 円
	6：	初期加算(入所日から３０日間)	30単位	約 32 円
	7：	退所後訪問相談援助加算(１回)	460単位	約 481 円
		退所時相談援助加算(１回)	400単位	約 418 円
		退所前連携加算(１回)	500単位	約 523 円
	8：	日常生活継続支援加算	46単位	約 48 円
	9：	経口維持加算	28単位	約 30 円
		経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）	400～100単位	約418～105円
	10：	口腔衛生管理加算（Ⅰ）（Ⅱ）	90～110単位	約94～115円
	11：	療養食加算（回）	6単位	約 07 円
	12：	栄養マネジメント強化加算	11単位	約 12 円
	13：	再入所時栄養連携加算（１回のみ）	200単位	約 209 円
	14：	生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100単位	約 105 円
	15：	生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200単位	約 209 円
		排泄支援加算(月)	10～20単位	約11～21円
	16：	褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）（Ⅱ）	3～13単位	約4～14円
	17：	看取り加算Ⅰ（死去日）	1280単位	約 1338 円
		看取り加算Ⅰ（死去日前日～３日まで）	780単位	約 816 円
		看取り加算Ⅰ（死去日４日以上～３０日まで）	144単位	約 151 円
		看取り加算Ⅰ（死去日３１日以上～４５日まで）	72単位	約 76 円
	18：	在宅復帰支援機能加算	10単位	約 11 円
	19：	在宅・入所相互利用加算（３ヶ月を限度）	40単位	約 42 円
	20：	認知症行動・心理症状緊急対応加算(７日を限度)	200単位	約 209 円
	21：	安全対策体制加算（１回）	20単位	約 21 円
	22：	科学的介護推進体制加算	40～50単位	約42～53円
	23：	サービス体制強化加算（Ⅰ）	22単位	約 23 円
	24：	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）：利用総単位数×８３/１０００の１割分		
	25：	特定処遇改善加算（Ⅰ）：利用総単位数×２７/１０００の１割分		
	26：	ベースアップ等支援加算：利用総単位数×１６/１０００の１割分		
		＊新型コロナウィルス感染症への対応加算　：　所定の単位数に1/1000加算されます。		

介護保険以外の費用			
	1：	居住費（介護保険負担限度額認定第４段階の方）	3,000 円
		居住費（介護保険負担限度額認定第３段階②の方）	1,470 円
		居住費（介護保険負担限度額認定第３段階①の方）	1,370 円
		居住費（介護保険負担限度額認定第２段階の方）	880 円
		居住費（介護保険負担限度額認定第１段階の方）	880 円
	2：	食材費（第４段階の方：朝３２０円：昼７８０円：夕６５０円）	1,750 円
		食材費（第３段階②の方）	1,420 円
		食材費（第３段階①の方）	680 円
		食材費（第２段階の方）	390 円
		食材費（第１段階の方）	300 円

介護保険以外の個別にかかる費用（入所者様個々の希望により生じる費用）

26：	各種証明書(診断書)：2,200円（検査料は除く）：税込み		36：	死後の処置料：15,000円：税込み
27：	居室確保料：2,006円/日：税込み		37：	個人で使用される日用品費（＊一律に施設が提供する以外の品）：実費（おしぼり５円/１枚、シャンプー・ボディーソープ５０円/月、かみそり２０円/本、バスタオル３０円/１枚、ティッシュペーパー５０円/箱等）：税込み
28：	理美容代：実費（2,200～6,600円）：税込み			
29：	インフルエンザ等の予防接種代：実費			
30：	特別な食事（行事食）：実費		38：	個々の希望で参加されるﾚｸﾚｰｼｮﾝ・ｸﾗﾌﾞ等の材料費：実費
31：	医療費・薬代：実費		39：	個々の希望で飲食される喫茶代（飲み物代５０円～）：税込み
32：	嗜好品購入費：実費		40：	預かり金管理手数料＊利用があった月：500円/月：税込み
33：	外食費（出前）：実費		41：	26～40以外で、入所者から徴収することが適当と思われる介護保険サービス給付と重複しないサービスや物品等の利用・購入費：実費（事前に入所者ご家族様に説明、同意を得たものに限る）
34：	電気代：（私物家電製品１点につき）30円/１日：税込み			
35：	私物業者クリーニング代：実費			

＊介護保険法施行規則第８３条の６の規定により、食材費に要する費用及び居住に要する費用について、介護保険負担額認定証の交付を受けた方にあっては、当該認定証に記載されている負担限度額とする。又、外泊中も居住費は徴収できるものとする（外泊時費用加算の算定を行っている日は除く）。但し、入院又は外泊中のベットを他の方で利用する場合は、当該入所者から居住費を徴収を行いません。

＊経済状況の著しい変化、その他やむを得ない事由がある場合は相当な額に変更する。又、その変更内容、事由について１ヵ月前までに説明するものとする。但し、介護保険保険給付額等の改正及び施行日時の都合により、１ヶ月前に通知できない場合は、変更内容等決まり次第説明するものとする。

＊上記介護保険費用は月締めでの計算処理になり、上記金額の日額合計額と月締めでの金額に多少の差異が生じる場合があります。
＊上記以外で、費用が生じる場合は、事前に金額提示を行い利用者及びご家族に説明を行い、同意を得て費用の徴収を行う。

個人情報使用に関する同意書

社会福祉法人　紫水会
特別養護老人ホーム　あおやま2号館　施設長　様

私の個人情報について、次に記載するとおり必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

⑴　使用する目的

事業者が、介護保険法に関する法令に基づき私に行う地域密着型(ユニット型)介護福祉施設サービスを円滑に実施する為、サービス担当者会議等において、私が利用する他のサービス事業者等との情報の共有が必要な場合や、心身の状態の異常・疾病に対して、医療機関にかかる場合、大阪府・交野市・大阪府国民健康保険団体連合会の介護保険関係課より、利用状況等の報告の際に必要な場合に使用する。

⑵　使用にあたっての条件

個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には漏れる事の内容に注意をはらいます。

⑶　個人情報の内容

氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況、利用時の様子、利用回数・単位数などの保険請求に必要な情報等、事業者がサービス提供する為に、必要な利用者や家族個人に関する情報。

令和　　　　年　　　　月　　　　日

入所者様

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿.

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印＿.

ご家族

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿.

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印＿.