

**重要事項説明書**  
(特定施設入居者生活介護等サービス)

介護付有料老人ホームライフ加古川

## 重要事項説明書（特定施設入居者生活介護等サービス）

あなたに対する入居サービス提供開始にあたり、厚生労働省令第 37 条第 178 号に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次の通りです。

### 1. 事業者

事業者の名称	株式会社ライフサポーター
事業者の所在地	兵庫県加古川市別府町石町 80
法人種別	株式会社
代表者名	代表取締役 岩見 裕介
電話番号	079 - 436 - 8670

### 2. ご利用施設

施設の名称	介護付有料老人ホームライフ加古川
施設の所在地	兵庫県加古川市別府町石町 80
施設長名	岩見 裕介
電話番号	079 - 436 - 8670
ファクシミリ番号	079 - 436 - 8671

### 3. 利用施設で合わせて実施する事業

事業の種類		兵庫県知事の事業者指定		利用定数	加古川市基準該当サービス
		指定年月日	指定番号		当・非該当
施設	特定施設入居者生活介護	平成 20 年 8 月 1 日	2872202219		当
施設	介護予防特定施設入居者生活介護	平成 20 年 8 月 1 日	2872202219		当

### 4. 事業の目的と運営方針

事業の目的	利用者に対し、適切な指定特定施設入居者生活介護等を提供することを目的とする。
施設運営の方針	利用者が有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上のお世話、機能訓練及び療養上のお世話を行う。

## 5. 施設の概要

### (1) 敷地および建物

敷地	1369.49 m <sup>2</sup>	
建物	構造	鉄筋コンクリート5階建て（耐火建築）
	延床面積	1779.23 m <sup>2</sup>
	利用定員	36名

### (2) 主な設備

設備の種類	数	面積	1人当たりの面積
介護専用居室	0室		
一時介護室	1室	12.4 m <sup>2</sup>	12.4 m <sup>2</sup>
食堂	1室	72 m <sup>2</sup>	2.0 m <sup>2</sup>
機能訓練室	1室	15.0 m <sup>2</sup>	15.0 m <sup>2</sup>
一般浴室	4室	3.2 m <sup>2</sup> (4室)	
便所	16か所		

## 6. 職員体制（主たる職員）

従業員の種類	員数	区分				常勤換算後の人数	事業者指定の基準	保有資格
		常勤		非常勤				
		専従	兼務	専従	兼務			
管理者	1		1			0.5	1	社会福祉主事、介護福祉士
生活相談員	2		2			1	1以上	主任介護支援専門員 看護師
介護職員	27	8		19		17.4	10.0以上	介護福祉士、初任者 研修、ヘルパー2級 看護師
看護職員	4	2		2				
機能訓練指導員	1		1			0.1	1以上	看護師
計画作成担当者	1		1			0.5	1以上	主任介護支援専門員 社会福祉士

## 7. 職員の勤務体制

従業員の職種	勤務体制	休暇
--------	------	----

管理者	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務	4週10休
生活相談員	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務	4週10休
介護職員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・早番（7：00～16：00）</li> <li>・遅番（10：00～19：00）</li> <li>・夜勤（17：00～翌10：00）</li> </ul>	4週10休 4週10休
看護職員	正規の勤務時間帯（9：00～18：00）常勤で勤務	4週10休
機能訓練指導員	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務	4週10休
計画作成担当者	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務	4週10休

## 8. 営業日

営業日	年中無休
-----	------

## 9. 施設サービスの概要

### (1) 介護保険給付サービス

種類	内容	利用料
食事の介助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食事は栄養士が献立を考えております。（食費は給付対象外です。）</li> <li>・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。（食事時間）                朝食 7：30～8：30                昼食 11：30～12：30                夕食 17：00～18：00</li> </ul>	介護報酬の告示上の額（ただし、法定代理受領の場合は居宅介護（又は支援）サービス基準額の1割相当、法定代理受領でない場合は、居宅介護（又は支援）サービス基準額相当額です。）
排泄の介助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の状況に応じた適切な排泄の介助 排泄の自立に向けた援助</li> <li>・おむつを使用する方に対してはこまめに交換します。</li> </ul>	
入浴の介助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・週2回以上の入浴または清拭を行います。</li> <li>・寝たきり等で座位のとれない方は、特殊浴槽を利用して入浴していただきます。</li> </ul>	
着替え等の介助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。</li> <li>・シーツの交換は週1回以上実施します。</li> </ul>	
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常生活の中で、残存能力を最大限発揮出来るお手伝いをします。</li> </ul>	
相談及び援助	生活相談員による相談	

送迎	協力医療機関への入退院の送迎
レクリエーション行事	施設行事計画に沿ったレクリエーション行事を企画します。

(2) 介護保険給付外サービス

種類	内容	利用料
おむつの提供	御希望に応じて提供	実費
行政手続きの代行	・市役所での書類の申請交付、申請手続き等の代行	実費（交通費）
食事の提供		(内訳) 朝食 405 円 昼食 610 円 夕食 610 円
理美容サービス	・月 1 回、訪問理美容サービスをご利用いただけます。	実費
教養娯楽施設の利用	・カラオケ	

(3) 苦情の申立先

当施設ご利用相談室	窓口担当者 施設長、生活相談員 ご利用時間 毎日午前 9 時～午後 5 時 ご利用方法 電話 079-436-8670 面談 苦情箱（ロビーに設置）
-----------	--

(4) 協力医療機関、協力歯科医療機関

協力医療機関	1	名称	おだけ内科循環器科
		住所	加古川市別府町中島町 51-2
		診療科目	内科、循環器科
		協力内容	主治医として健康管理、訪問診療
	2	名称	順心病院
		住所	加古川市別府町別府 865-1
		診療科目	脳神経外科、内科、外科、耳鼻科、皮膚科、肛門外科、呼吸器科、乳腺科、小児科、整形外科
		協力内容	入院治療
	3	名称	大西メディカルクリニック
		住所	加古郡稲美町国岡 2-9-1
		診療科目	内科、外科、精神科
		協力内容	定期的な訪問診療、必要に応じた検査

協力歯科医療機関	名称	うちだ歯科医院
	住所	加古川市加古川町寺家町 1-51-2
	協力内容	訪問歯科診療、訪問口腔ケア

(5) 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「消防計画」に則り対応を行います。			
近隣との協力関係	別府町自治会と近隣防災協定を締結する予定で、非常時の相互応援を約する予定にしています。			
平常時の訓練等	別途定める「消防計画」に則り年 2 回の消防訓練を入居者の方も参加して実施します。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	箇所
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	10 箇所
	非常階段	2 箇所	補助散水栓 (2 号消火栓)	5 箇所
	自動火災報知設備	あり	非常放送設備	あり
	誘導灯	23 箇所	火災通報装置	あり
	ガス漏れ報知機	あり	非常電源 (自家発電設備、蓄電池設備)	あり
	消火器	15 個		
消防計画	消防署への届出日：平成 28 年 12 月 12 日 防火管理者：岩見 裕介			

(6) 当施設ご利用の際に留意していただく事項

来訪・面会	来訪者は来訪者帳にご記入ください。来訪者が宿泊される場合は必ず許可を得てください。
外出・外泊	外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用途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、賠償していただく事がございます。
迷惑行為等	騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、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	ご自身での管理をお願いいたします。
現金等の管理	ご自身で管理をお願いいたします。
宗教活動・政治活動	施設内での他の入居者に対する宗教活動、政治活動はご遠慮ください。
動物の飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育をお断りします。

私は、本書面に基づいて乙の職員（職名\_\_\_\_\_氏名\_\_\_\_\_）から上記  
重要な事項の説明を受けたことを確認します。

年 月 日

利用者 氏名\_\_\_\_\_ 印

利用者の家族等 氏名\_\_\_\_\_ 印  
続柄\_\_\_\_\_