

「特別養護老人ホーム グリーンランドみずき」重要事項説明書  
介護保険事業所番号2779202064号

当施設は契約者に対して指定介護福祉施設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、契約上ご注意くださいことを次の通り説明します。

※当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でも入所は可能です。

### 1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 みずき会  
(2) 法人所在地 岡山県井原市東江原町1661番地の1  
(3) 電話番号 0866-63-2122  
(4) 代表者氏名 理事長 藤原 律行  
(5) 設立年月 平成 12 年 10 月 2 日

### 2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設・平成28年3月1日指定 大阪市指定2779202064号  
(2) 施設の目的 入居者一人ひとりの意思及び人格を尊重し、入居者が要介護状態になった場合においても、可能な限りその居宅において、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、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話を行うことにより、入居者の心身の機能の維持並びに、入居者の家族の身体的および精神的負担の軽減を図る。  
(3) 施設の名称 特別養護老人ホーム グリーンランドみずき  
(4) 施設の所在地 大阪府鶴見区緑三丁目16番27号  
(5) 電話番号 06-6911-0012  
(6) 施設長（管理者）氏名 杉浦 康哲  
(7) 当施設の運営方針  
入居者が可能な限りその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にする事を目指し、入所頂く皆様の生活の質の向上を実現していく。その第一歩は、「最良の職場環境の構築」である。職員一同が誇りを持って介護する。という理念に基づき、本人の意思・人格を尊重し、人と人がぬくもりを感じ合え、一人ひとりの暮らしのリズムにあわせた生活支援を行えるよう、スタッフ全員が意識して日々の業務に励むこととする。  
(8) 開設年月 平成 28 年 3 月 1 日  
(9) 入所定員 149名（介護老人施設 133名 短期入所生活介護施設 16名）  
(10) 施設の概要  
建物の構造 : 木造 一部鉄骨造 地上3階建て  
建物の延べ床面積 : 7,582.84㎡  
併設事業 : 「短期入所生活介護」「介護予防短期入所生活介護」  
2779202064号 定員16名  
(11) 施設の周辺環境 花博記念公園鶴見緑地に隣接し緑の香が漂う四季折々を感じながら穏やかな環境の中で過ごしいただけます。

### 3. 居室の概要

#### (1) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、原則として1人部屋です。

居室・設備の種類	室数	備考
個室（1人部屋）	149室 (短期入所生活介護利用個室16室を含む)	1F 50室 2F 79室 3F 20室
合計	149室	
浴室	18室	機械浴・特殊浴槽・全ユニット個浴
医務室	1室	
共同生活室	15室	

☆居室の変更：契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、契約者や家族等と協議のうえ決定するものとします。

#### 4. 職員の配置状況

当施設では、契約者に対して指定介護福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	実配置 (常勤換算)	指定基準	職種	実配置 (常勤換算)	指定基準
1. 施設長 (管理者)	1名	1名	5. 機能訓練指導員	1.5名	1名
2. 介護職員	69.5名	49名	6. 介護支援専門員	2名	2名
3. 生活相談員	2名	2名	7. 医師	1名	必要数
4. 看護職員	5.1名	4名	8. 管理栄養士	2名	1名

※医師については非常勤になります。指定基準は必要数。

##### (配置職員の職種)

- 介護職員…………… 契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。3名の入居者に対し1名の介護職員を配置しています。
- 生活相談員…………… 契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。2名の生活相談員を配置しています。
- 看護職員…………… 主に契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護・介助等も行います。4名 (指定基準) の看護職員を配置しています。
- 機能訓練指導員… 契約者の機能訓練を担当します。2名の機能訓練指導員 (常勤・非常勤) を配置しています。
- 介護支援専門員… 契約者に係る施設サービス計画 (ケアプラン) を作成します。生活相談員を兼ねる場合もあります。2名の介護支援専門員を配置しています。
- 医師…………… 契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。1名の医師を配置しています。
- 管理栄養士…………… 契約者に係る食事の献立作成及び栄養ケアを担当します。1名の管理栄養士を配置しています。

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を、当施設における常勤職員の所定勤務時間数 (例：週40時間) で除した数です。

(例) 週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、1名 (8時間×5名÷40時間=1名) となります。

##### 〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制	
1. 医師	毎週月曜日 13:00~15:00・金曜日 13:00~15:00	1名
2. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員	
	早朝： 7:00~16:00 15名 日中： 8:30~17:30 15名	遅出：12:00~21:00 15名 夜勤：21:00~07:00 8名
3. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 日中：8:30~17:30	3名
4. 機能訓練指導員	日中： 8:30~17:30	1名

#### 5. 契約提携からサービス提供までの流れ

契約者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 (ケアプラン)」に定めます。

「施設サービス計画 (ケアプラン)」の作成及びその変更は次の通り行います。

① 当施設の介護支援専門員 (ケアマネジャー) に施設サービス計画の原案作成やそのために必要な調査等の業務を担当させます。

② その担当者は、施設サービス計画の原案について、契約者及び家族に対して説明し、同意を得たうえで決定します。

③ 施設サービス計画は、6カ月に1回（要介護認定有効期間）もしくは、契約者及びその家族等の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要がある場合には、契約者及びその家族等と協議して施設サービス計画を変更します。

④ 施設サービス計画が、変更された場合には、契約者に対して書面を交付し、その内容を確認して頂きます。



<サービス提供における事業者の義務> （契約書第8条・第9条参照）

- ① 契約者の生命、身体、財産の安全確保に配慮します。
- ② 契約者の体調、健康状態から必要な場合には、医師又は、看護師との連携の上契約者から聴取・確認します。
- ③ 契約者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定の更新の申請の為に必要な援助を行います。
- ④ 契約者に提供したサービスについて記録を作成しサービスを提供した日から最低5年間は保管すると共に、契約者又は代理人の請求に応じて開示させ複写物を交付します。
- ⑤ 契約者に対する身体拘束やその他行動を制限する行為を行いません。ただし、契約者又は他の入居者等の生命・身体を保護するために緊急やむをえない場合には、記録を記載するなど適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑥ 事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知りえた、契約者又は家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。（守秘義務）ただし、契約者に緊急な医療上の必要性がある場合は、あらかじめ文書にて契約者の同意を得ます。

<施設利用の留意事項>

当施設の利用にあたって、施設に入居されている入居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。

- ① 持ち込みに関する事項  
当施設では、持ち込みに関する制限はしていませんが、入居者の健康状態や他の入居者への配慮という点から個々にご相談させて頂く事も御座いますのでご了承下さい。
  - ・食事の持ち込みについては、必ず職員へ一声かけて下さい。
  - ・金銭の持ち込みについてはご遠慮下さい。
- ② 面会：面会時間 10：00 ～ 19：00
  - ・来訪者は、必ず都度届出て下さい。
  - ・なお来訪される場合、危険物等の持ち込みはご遠慮下さい。
- ③ 外出・外泊（契約書第21条参照）
  - 外泊・外出される場合は、事前にお申し出下さい。尚、外泊期間中は、一日毎に264円（介護保険から給付される費用の一部）をご負担して頂きます。
  - 居住費は、外泊・入院期中も徴収させて頂きます。
- ④ 食事：食事が不要な場合は、前日までにお申し出下さい。
- ⑤ 施設・設備の使用上の注意（契約書第9条）
  - ・居室及び共用施設・敷地は、その本来の用途にしたがって利用して下さい。
  - ・故意又は、わずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設の設備を壊したり汚したりした場合には、契約者の自己負担により現状に復して頂くか又は、相当の代価をお支払い頂く場合がございます。
- ⑦ 契約者に対するサービスの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、契約者の居室内に立ち入り、必要な措置をとる事ができるものとします。但し、その場合は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。
- ⑧ 喫煙：施設内の喫煙スペース以外での喫煙は出来ません。

<損害賠償について> （契約書10条・11条参照）

当施設に於いて、事業者の責任により契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償致します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

但し、その損害の発生について、契約者に故意又は、過失が認められる場合には、契約者のおかれた心身の状況を斟酌してあまりあると判断した時に限り、事業者の損害賠償を減じる場合があります。

## 6. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、契約者に対して以下のサービスを提供します。

### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第3条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分が介護保険から給付されます  
<サービスの概要>

#### ① 入浴

- ・ 入浴又は清拭を週2回以上行います。
- ・ 寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

#### ② 排泄

- ・ 排泄の自立を促すため、契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

#### ③ 機能訓練

- ・ 機能訓練指導員により、契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

#### ④ 健康管理

- ・ 医師や看護職員が、健康管理を行います。

#### ⑤ その他自立への支援

- ・ 寝たきり防止のため、できるかぎり離床出来るよう配慮します。
- ・ 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・ 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

<サービス利用料金（1日あたり）>（契約書第5条参照）

別表1の料金表によって、契約者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）と食費の合計金額をお支払い下さい。

（サービスの利用料金は、契約者の要介護度に応じて異なります。）

### (2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第4条、第5条参照）

別表2のサービスは、利用料金の全額が契約者の負担となります。

### (3) 利用料金のお支払い方法（契約書第5条参照）

前記（1）（2）の料金・費用は、1ヵ月ごとに計算、請求し翌月末日頃に指定された金融機関より引落されます。

### (4) 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。

（但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。）

#### ① 協力医療機関

医療機関の名称	特定医療法人 清翠会 牧病院
所在地・電話番号	大阪市旭区新森7丁目10-28 TEL 06-6953-0120
診療科	整形外科 内科 外科 皮膚科 消化器内科 麻酔科 神経内科 リハビリテーション科 リウマチ科 放射線科

#### ② 協力歯科医療機関

医療機関の名称	医療法人 考陽会 戸谷歯科
所在地・電話番号	大阪市北区中津2-3-10 トライスタービル4F TEL 06-4802-4334

## 7. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、契約者に退所していただくこととなります。

(契約書第13条参照)

- ① 要介護認定により契約者の心身の状況が自立又は要支援1、要支援2と判定された場合
- ② 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④ 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
- ⑤ 契約者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑥ 事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）

(1) 契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第14条、第15条参照）

契約の有効期間であっても、契約者から当施設へ退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

- ① 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
- ② 契約者が入院されている場合
- 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
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑥ 他の入居者が契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの申し出により退所していただく場合（契約解除）（契約書第16条参照）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただくことがあります。

- ① 契約者が、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
- ② 契約者による、サービス利用料金の支払いが3ヵ月以上遅延し、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
- ③ 契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の入居者等の生命・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を生じさせた場合
- ④ 契約者が連続して3ヵ月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合
- ⑤ 契約者が介護老人保健施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合

\* 契約者が病院等に入院された場合の対応について\*（契約書第18条参照）

当施設に入居中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、以下の通りです。

① 検査入院等、短期入院の場合

1ヵ月につき6日以内（連続して7泊、複数の月にまたがる場合は12泊）の短期入院の場合は、退院後再び施設に入居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。

(1日あたり264円)

② 上記期間を超える入院の場合

上記短期入院の期間を超える入院については、3ヵ月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入居することができます。

③ 3ヵ月以内の退院が見込まれない場合

3ヵ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居することはできません。

### <入院・外泊期間中の利用料金>

上記、入院期間中の利用料金については、介護保険から給付される費用の一部をご負担いただくものです。居住費につきましては入院、外泊期間中でも日割りで徴収させていただきます。

※負担限度額認定証は適用しません。

なお、入院、外泊中のベッドを短期入所に利用させていただいた場合には居住費は徴収せず、短期入所入居者から短期入所の居住費を徴収します。

### (3) 円滑な退所のための援助（契約書第17条参照）

契約者が当施設を退所する場合には、契約者の希望により、事業者は契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助を契約者に対して速やかに行います。

- ・適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
- ・居宅介護支援事業者の紹介
- ・その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

※ 契約者が退所後、在宅に戻られる場合には、その際の相談援助にかかる費用（介護保険から給付される費用の一部）をご負担いただきます。

### 8. 残置物引取人（契約書第20条参照）

契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることがあります。

ただし、入居契約が終了した後、当施設に残された契約者の所持品（残置物）を契約者自身が引き取れない場合に備えて、「残置物引取人」を定めていただきます。

当施設は、「残置物引取人」に連絡のうえ、残置物を引き取っていただきます。

また、引渡しにかかる費用については、契約者又は残置物引取人にご負担いただきます。

※入居契約締結時に残置物引取人が定められない場合であっても、入居契約を締結することは可能です。

### 9. 緊急時ならびに事故発生時の対応

サービスの提供中に様態の急変等の緊急事態が発生した場合は、協力病院、救急隊、家族などに連絡を行うとともに、必要な措置を講じます

### 10. 事故発生の防止及び発生時の対応

当施設は、事故の発生又はその再発を防止するため次に定める措置を講じます。

- (1) 事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を設備します。
- (2) 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を設備します。
- (3) 事故発生の防止のための委員会（テレビ電話措置等を活用して行うことができるものとする。）及び従業者に対する研修を定期的に行います。

当施設において、入居者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合は速やかに市町村、入居者の家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

### 11. 苦情の受付について（契約書第22条参照）

#### (1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情や相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者） 解決責任者：施設長 担当者：生活相談員 介護支援専門員

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 9：00～17：00

また、苦情受付ボックスを施設入り口に設置しています。

#### (2) 苦情処理の手順体制・手順

○苦情または相談があった場合は、入居者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行なう。

○特に事業者に関する苦情である場合には、入居者の立場を考慮しながら、事業者側の責任に事実関係の特定を慎重に行なう。

○相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、時下の対応を決定する。

○対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、入居者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行う。

(3) 行政機関その他苦情受付機関

名称	所在地・連絡先	受付時間
大阪市 福祉局 高齢者施策部 介護保険課	所在地 大阪市中央区船場中央3-1-7-331 電話番号 06-6241-6310・FAX06-6241-6608	午前9時～午後5時30分
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 電話番号 06-6949-5418	午前9時～午後5時
鶴見区役所 保健福祉課	所在地 〒538-8510 大阪市鶴見区横堤5-4-49 電話番号 06-6915-9859・FAX06-6913-6235	午前9時～午後5時30分
	所在地 電話番号	

12. 高齢者虐待防止について

当施設は、入居者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止のための指針の整備に努めます。
- (3) 虐待を防止するための定期的な研修の実施に努めます。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置に努めます。

13. 身体拘束の禁止

当施設は、原則として入居者に対し身体拘束を禁止する。但し当核入居者または他の入居者などの生命または身体を保護する為など緊急やむを得なく身体拘束を行う場合、必要な事項(拘束の内容、時間や期間、入居者の心身の状況、緊急やむを得ない理由)の記録を行います。

2 当施設は身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。

- (1) 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 身体的拘束等の適正化のための指針の整備に努めます。
- (3) 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。

14. 衛生管理について

当施設は入居者の使用する食器その他の設備又は飲料水について衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずると共に、医薬品及び医療用具の管理を適切に行う。当該施設において感染症又は食中毒が発生し、又は蔓延しないように必要な措置を講ずるように努めます。

15. 非常災害対策

当施設は非常災害に備えて定期的に避難、救助、夜間想定を含めその必要な訓練を年2回以上行う。また消防法に準拠して非常災害に関する具体的計画を別に定めます。

2 当施設は、前項に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

令和 年 月 日

指定介護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。

岡山県井原市東江原町1661番地の1  
社会福祉法人みずき会  
理事長 藤原 律行  
特別養護老人ホーム グリーンランドみずき

説明者職名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

入居者住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

(署名代行者)

私は、下記の理由により、本人の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

署名代行者住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

署名代行の理由 \_\_\_\_\_

※ この重要事項説明書は、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成十一年三月三十一日厚生省令第三十九号）の規定に基づき、入居申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。