

# 外部サービス利用型特定施設

グッドライフホーム今町

## 重要事項説明書

当施設は、介護保険の指定を受けています。

当施設は、入居者に対しグッドライフホーム今町が指定を受けて行う外部サービス利用型特定施設入居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・契約上ご注意頂きたいこと等についてご説明します。

### 1. 事業者

- |         |   |
|---------|---|
| (1) 名称  | 医療法人三宅会                                 |
| (2) 所在地 | 広島県福山市東町1丁目1番18号<br>(事業所) 広島県福山市今町3番10号 |
| (3) 電話  | 084-923-7155                            |
| (4) FAX | 084-923-7156                            |
| (5) 代表者 | 理事長 三宅 晴夫                               |

### 2. 施設の概要

- |             |   |
|-------------|---|
| (1) 事業の種類   | 外部サービス利用型特定施設入居者生活介護サービス<br>(令和4年2月1日・福山市指定第 3471509772号) |
| (2) 名称      | 外部サービス利用型特定施設 グッドライフホーム今町                                 |
| (3) 所在地     | 広島県福山市今町3番10号   |
| (4) 電話      | 084-923-7155  |
| (5) FAX     | 084-923-7156  |
| (6) 管理者     |   |
| (7) 開設年月日   | 平成24年3月1日   |
| (8) 定員      | 42名   |
| (9) 居室      | 42室 (Aタイプ: 25.2㎡ 31室 Bタイプ: 26.4㎡ 12室)                     |
| (10) 食堂     | 全館合計 199.34㎡  |
| (11) 受託契約業者 |   |
| 事業者名        | グッドライフヘルパーステーション  |
| サービス種類      | 指定介護予防相当訪問事業・訪問介護   |

|         |                             |
|---------|-----------------------------|
| 事業者名    | グッドライフデイサービス                |
| サービスの種類 | 指定介護予防相当通所事業・通所介護           |
| 事業者名    | グッドライフレンタル                  |
| サービスの種類 | 特定福祉用具貸与                    |
| 事業者名    | 指定特定福祉用具販売グッドライフ            |
| サービスの種類 | 指定特定福祉用具販売                  |
| 事業者名    | グッドライフ訪問看護ステーション            |
| サービスの種類 | 介護予防訪問看護・訪問看護               |
| 事業者名    | 医療法人三宅会 三宅会グッドライフ病院         |
| サービスの種類 | 訪問リハビリテーション                 |
| 事業者名    | デイケア三宅                      |
| サービスの種類 | 介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーション |

### (13) 施設の目的

施設は、介護保険法令に従い特定施設サービス計画の作成、入居者の安否確認、生活相談等（以下「基本サービス」という）、並びに施設が委託するサービス事業者（以下「受託居宅サービス事業者」という）が 特定施設サービス計画に基づき、日常生活のお世話、機能訓練及び療養上のお世話等を行うことを目的としています。

### (14) 施設の運営方針

①施設は、特定施設サービス計画に基づき、受託居宅サービス事業者による居宅サービスを適切かつ円滑に提供することにより、入居者が施設において、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努めます。

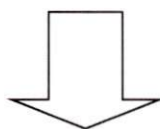
## 3. 施設入居対象者

施設入居対象者は、介護保険制度における要介護認定の結果、要介護と認定された方が対象となり、施設と居宅サービスの利用に係る契約を締結して頂くこととなります。

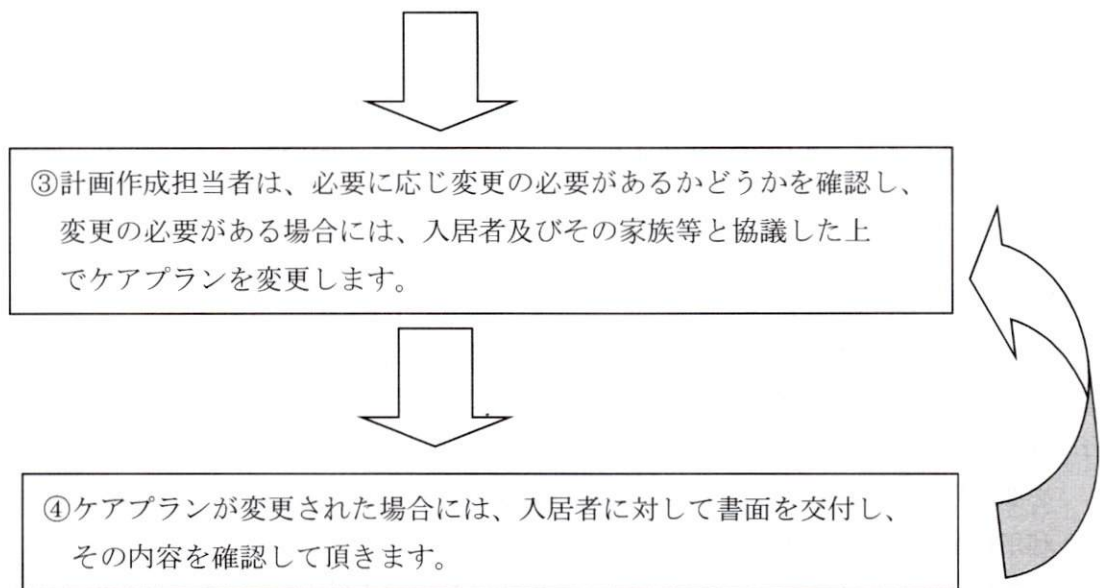
## 4. 契約締結からサービス提供までの流れ

- (1) 入居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、「特定施設サービス計画（ケアプラン）」で定めます。
- (2) ケアプランの作成及びその変更は、次項のとおりに行います。

① 施設の計画作成担当者に、ケアプラン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計画作成担当者は、ケアプランの原案について入居者及びその家族等に対して説明を行い、同意を得た上で決定し書面により交付します。



## 5. 職員の配置状況

施設では、外部サービス利用型特定施設の職員として、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〉

| 職種         | 現在の在籍人員 |
|------------|---------|
| 1. 管理者     | 1       |
| 2. 生活相談員   | 2       |
| 3. 計画作成担当者 | 1       |
| 4. 介護職員    | 11      |

〈配置職員の職務内容〉

**管 理 者**：施設の職員の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。  
また、施設の職員に運営規定を厳守させるために必要な指揮命令を行います。

**生 活 相 談 員**：入居者の生活相談及び援助の企画立案、実施に関する業務を行います。また常に計画作成担当者との連携を図り特定施設サービス計画につなげます。

**計画作成担当者**：入居者に係る特定施設サービス計画（ケアプラン）を作成、実施状況を把握、必要があれば計画を変更して入居者の満足度を確保します。

**介 護 職 員**：入居者の日常生活上の安否確認、援助業務を行います。

## 6. 施設が提供するサービスと利用料金

(1) 施設が提供するサービスについては、グッドライフホーム今町において提供される日常生活への支援や相談業務のほかに、

- ① 外部サービス利用型特定施設入居者生活介護事業が行う生活相談、安否確認、緊急対応並びに計画作成等の基本サービス

※安否確認については、日中居室を訪問し、又は食事や外出等の機会を利用して、毎日少な

くとも1回行う。

②外部の受託居宅サービス事業者が行う日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話等があります。

ご希望により、入居者に連絡するのと同様の通知をご家族等へも行います。

## (2) サービス利用料金

〈介護保険給付対象外のサービス〉

以下のサービスは、利用料金の全額が入居者の負担となります。

① ケアプランに定める回数を超えての介護サービスの利用。

② 理美容

必要に応じて、理容師・美容師の出張による理髪・美容サービスをご利用頂けます。

利用料金：要した費用の実費

③ 日常生活用品の購入代金等入居者の日常生活に要する費用で、入居者に負担頂くことが適当であるものにかかる費用。

④ 入居者の希望により提供される、日常生活上の便宜に要する費用。

⑤ その他、利用契約書に定める費用

## (3) 利用料金のお支払い方法

前記の自己負担に係る料金・費用は月末に計算し、翌々月 10 日または 11 日に引き落としします。

お支払い方法は、原則として自動引き落としをお願い致します。

## (4) 利用の中止、変更、追加

①利用予定日の前に、入居者の都合によりサービスの利用を中止、又は変更もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合、利用予定日の前々日までに施設にお申し出下さい。

②利用予定日の前々日までにお申し出がなく、前日もしくは当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料をお支払頂く場合があります。ただし、入居者の体調不良等の正当な事由がある場合には、この限りではありません。

③サービス利用の変更・追加の申し出に対して、受託居宅サービス事業者の稼働状況により入居者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能期間又は日時を入居者に提示して協議します。

## (5) 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、入居者の希望により、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。ただし、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保障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はありません。

|     |                                  |
|-----|----------------------------------|
| 名 称 | 医療法人三宅会 三宅会グッドライフ病院              |
| 所在地 | 広島県福山市東町 1 丁目 1 番 18 号           |
| 診療科 | 整形外科・内科・麻酔科・放射線科・リハビリテーション科・泌尿器科 |

## 7. サービス利用契約の終了について

契約期間満了の7日前までに入居者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に6カ月間（要介護認定期間）同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、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、施設との契約は終了します。

- ①入居者が死亡された場合
- ②要介護認定等により入居者の心身の状況が自立と判断された場合
- ③事業者が解散・破産した場合、又はやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合
- ④施設が介護保険の指定を取り消された場合、又は事業所を廃止した場合
- ⑤施設の滅失や重大な破損により、入居者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑥入居者から中途解約、又は契約解除の申し出があった場合
- ⑦事業者から契約解除を申し出た場合

### (1) 入居者からの中途解約・契約解除の申し出

契約の有効期間中であっても、入居者からの利用契約の全部又は一部を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までには解約・解除届出書をご提出下さい。

ただし、以下の場合には、契約の全部又は一部を解約・解除することができます。

### (2) 事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約の全部又は一部を解除させて頂くことがあります。

- ①入居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入居者によるサービス利用料金の支払いが1カ月以上遅延し、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入居者が、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財物・信用等を傷付け、又は著しい不信行為を行うこと等によって、本契約を継続し難い重大な事情を生じさせた場合。
- ④入居者の行動が、他の入居者やサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼす恐れがある、もしくは入居者が重大な自傷行為を繰り返す等、本契約を継続し難い重大な事情が生じた場合。

### (3) 契約の一部が解約、又は解除された場合

本契約の一部が解約又は解除された場合には、当該サービスに係る条項はその効力を失います。

## 8. 居室の移動

入居者は、当初、入居した居室の移動を希望することができます。また、事業者も介護上、入居者が居室を移動することが望ましいと考えられる場合は、相当者会議を開催し、十分な協議の上対応す

ることができます。

## 9. サービス提供における事業者の義務

施設は、入居者に対してサービスを提供するに当たって、次のことを守ります。

- ①入居者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- ②入居者の体調、健康状態からみて必要な場合には、協力医療機関と連携の上、入居者から聴取、確認します。
- ③サービスを提供しているときに、入居者の病状に急変が生じた場合は、速やかに、主治の医師又は、協力医療機関への連絡を行うとともに必要な措置を講じます。  
また、予めお届け頂いている緊急連絡先へも速やかに連絡を行います。
- ④非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、入居者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ⑤入居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、要介護認定の更新申請のために必要な援助を行います。
- ⑥入居者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、入居者本人の書面での請求により閲覧に応じる場合があります。
- ⑦入居者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、入居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得ない場合には、記録を記載する等、適切な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑧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当たって知り得た入居者又はその家族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、入居者に医療上の必要があり、医療機関等に入居者の心身等の情報を提供する場合、また、入居者の円滑な退居のために援助を行う際に情報提供を必要とする場合には、予め書面による入居者の同意を得て行います。

## 10. サービスご利用に関する留意事項

### (1) 施設・設備の利用上の注意義務等

- ①施設、設備、敷地は、その本来の用途に従って利用して下さい。
- ②入居者は、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、事業者及びサービス従事者が入居者の居室内立ち入り、必要な措置をとることを認めるものとします。
- ③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、設備を滅失、破損、汚損もしくは変更した場合には、入居者に自己負担により原状に復して頂くか、又は相当の代価をお支払頂く場合があります。

### (2) 施設内禁止行為

- ①ケンカ、口論、泥酔、薬物乱用等の他人に迷惑をかけること。
- ②政治活動、営利活動、宗教、習慣等により、自己の利益のために他人の自由を侵害したり、他人に迷惑を及ぼすこと。

- ③ 施設建物内及び施設敷地内での喫煙すること。
- ④ 施設建物内及び施設敷地内で火を使用すること。
- ⑤ 施設の秩序、風紀を乱し、又は安全衛生を害すること。
- ⑥ 故意又は無断で、設備もしくは備品に損害を与え、又はこれらを施設外に持ち出すこと。

### 1 1. 事故発生時の対応について

施設は、入居者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、行政、入居者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。

### 1 2. 損害賠償について

- (1) 施設において、事業者の責任により入居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。ただし、その損害の発生について、入居者に故意又は過失が認められる場合には、入居者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。
- (2) 事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。
  - ①入居者（その家族、身元引受人等も含む）が契約締結に際し入居者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ったことに専ら起因して損害発生した場合。
  - ②入居者（その家族、身元引受人等も含む）がサービスの実施に当たって必要な事項に関する聴取・確認に対して、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合。
  - ③入居者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が発生した場合。
  - ④入居者が、事業者もしくはサービス従事者の指示等に反して行った行為に専ら起因して損害が発生した場合。

### 1 3. 苦情の受付について

- (1) 施設における苦情の受付

施設における苦情やご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

苦情受付担当者及び苦情解決責任者（受付時間： 9：00～18：00 ）

[氏 名] 枝廣 恭介

[職 名] 管理者

[連絡先] 084-923-7155

第三者委員

[氏 名] 三宅 晴夫

[職 名] 医療法人三宅会 三宅会グッドライフ病院 理事長

[連絡先]084-923-0220

苦情の受付窓口は、上記受付担当者となります。

また、第三者委員も直接、苦情を受け付けることができます。第三者委員は苦情解決を円滑に  
図るため、双方への助言や話し合いへの立ち会い等も致します。

苦情解決責任者は、苦情の申し出をされた方と話し合いによって円滑な解決に努めます。

(2) 苦情処理の手順

別紙苦情解決フローチャート参照。

(3) 行政機関その他の苦情受付機関

|                    |   |
|--------------------|---|
| 広島県<br>国民健康保険団体連合会 | 電 話： 082-554-0783<br>担当窓口：介護福祉課<br>受付時間：月～金（祝祭日除く） 8：30～17：00 |
| 福山市役所<br>介護保険担当課   | 電 話：084-928-1166<br>担当窓口：介護保険課<br>受付時間：月～金（祝祭日を除く） 8：30～17：00 |

令和7年3月改定



特定施設入居者生活介護サービス提供に際し、重要事項説明書及び利用契約書の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者名 医療法人三宅会  
住 所 広島県福山市東町1丁目1番18号

事業所名 グッドライフホーム今町

職氏名 管理者 枝廣 恭介

私は、事業者から重要事項説明書及び利用契約書の説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。

**契約者（入居者）**

住 所

氏 名

㊞

**身元引受人**

住 所

氏 名

㊞

連絡先

(契約者との関係)

私は、契約者（入居者）が事業者から重要事項説明書及び利用契約書の説明を受け、外部サービス利用型特定施設入居者生活介護サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、契約者に代わって署名を代行いたします。

**署名代行者**

住 所

氏 名

㊞

連絡先

(契約者との関係)