

特別養護老人ホーム ユーカリの里 重要事項説明書

- 1 施設を経営する事業者は、次のとおりです。

法人名 社会福祉法人 仁恵会
所在地 〒603-8041 京都市北区上賀茂ケシ山1番地43
電話番号 075-712-1120
FAX番号 075-712-1199
代表者氏名 理事長 富田 素子
設立年月日 平成10年7月15日
Eメール yuukari-ich@kyoto-jinkeikai.com
ホームページ <https://www.kyoto-jinkeikai.com/>

- 2 事業所の概要は、次のとおりです。

種類 介護老人福祉施設（京都府2670100219号）
名称 特別養護老人ホーム ユーカリの里
所在地 〒603-8041 京都市北区上賀茂ケシ山1番地43
電話番号 075-712-1120
目的 介護保険法の趣旨に基づいて運営する介護老人福祉施設での介護サービス事業を提供します。
区分 介護福祉施設 I型
事業所長 施設長 石田 雅之

- 3 営業日及び時間は次のとおりです。

営業日 年中無休です。
営業時間 入退所の申し込み受付時間は、午前9時から午後5時までです。
入所は、午前10時からです。
庶務・会計事務は、午前8時45分から午後5時15分までで、日曜日及び12月29日から1月3日までは休みです。

- 4 事業所の定員は、80人です。

- 5 事業所の居室は、4人部屋20室、2人部屋2室、1人部屋16室です。

入所される居室は、原則として4人部屋です。ただし、利用者ご本人の心身の状況や利用者全体の状況によって、居室の変更又は他の部屋を使用していただくことがあります。

- 6 事業所に勤務する職員の員数及び職務は、次のとおりです。ただし、短期入所生活介護事業との兼務となります。

(1) 管理者 常勤1名
(2) 医師 1名以上
(3) 生活相談員 常勤1名以上
(4) 介護職員又は看護職員
ア 介護職員及び看護職員 常勤換算方法で34名以上（介護職員は常勤の者を常時1名以上配置）
イ 看護職員 常勤換算方式で3名以上（うち1名以上は常勤の者）
(5) 栄養士 1名以上
(6) 機能訓練指導員 1名以上
(7) 介護支援専門員 常勤1名以上
(8) その他事務員等 必要に応じてその他の職員を置くことがある。

- 7 事業所の主な職種の勤務体制は次のとおりです。

介護支援専門員 日勤 8:30～17:30

生活相談員	日勤	8:30～17:30
介護員	早朝	7:00～16:00
	日勤	10:00～19:00
	遅出	11:00～20:00
	夜勤	16:30～翌10:30
医師		月曜日、木曜日又は金曜日の13:30～15:00（祝日及び年末年始を除く）
看護職員	日勤	8:00～17:00

8 サービスの主な内容は、次のとおりです。

- (1) 介護老人福祉施設での介護計画の作成
介護計画・サービス提供記録は利用者・ご家族からのご希望がありましたら、開示いたします。
- (2) 日常生活上のお世話並びに入浴、食事及び排泄の介護
- (3) 日常生活上の生活指導、悩みごとの相談及び援助
- (4) 介護用品の提供及び美容理容の提供
- (5) レクリエーションの提供
- (6) 心身の機能維持向上のための日常動作訓練
- (7) 入所者ごとの栄養マネジメント
- (8) 日常生活における口腔ケア
- (9) 個別機能訓練

9 入所利用される方及びその家族の方には、次のことを守っていただきます。

- (1) 入所するときは、介護保険被保険者証、健康保険被保険証、老人健康手帳、医療費公費負担者証、身体障害者手帳、診察券及びかかりつけ医師の意見書等を提出して下さい。
- (2) 利用者の心身の状況について、事業所の医師又は看護職員等の事情聴取に応じ、その指示に従って下さい。
- (3) 利用者が、入所日に感染性疾患がある場合は、入所をお断りする場合があります。
- (4) 利用者が、日常的に服用している薬品等がある場合は、その2週間分を持参して下さい。
- (5) 利用者の着替えのための衣類等の物品は、居室に保管できる数量とし、すべてのものに氏名を記載して下さい。
- (6) 他の利用者に対して、宗教活動、政治活動、営利活動及び迷惑を及ぼすような行いはしないで下さい。
- (7) 事業所の設備、備品等を移動したり破損したりしないで下さい。
- (8) 外出や外泊する場合は、あらかじめ届け出て下さい。
- (9) 届け出事項に変更があった場合は、申し出て下さい。
- (10) 貴金属や金品は利用者又は家族において十分注意して管理して下さい。
- (11) ご家族や友人等の方々の面会は歓迎します。曜日は問いませんが、利用者全体の生活のリズムを保持するために面会時間は、午前9時から午後6時までの時間とします。
- (12) 利用者全員が楽しく生活できるように定められたことを守り、お互いの人権を尊重して下さい。

10 事業所は、サービス提供上で知り得た利用者及びその家族の情報を正当な理由なく第三者に漏洩しません。ただし、利用者へより良いサービスを提供する目的のために、利用者の要介護状態に係る個人情報又は利用者の家族に係る情報について医療機関等第三者に提供することがあります。

11 利用者に負担していただく利用料金は、次のとおりです。

- (1) 介護保険法の介護給付費の額の1割、2割又は3割の額
- (2) 食費
- (3) 居住費
- (4) 介護給付の給付対象とならないサービスと利用額（利用料金の詳細については「利用料

別表」をご参照下さい。)

① 行事食 正月、夏祭り等に行事食を提供します。利用額は、要した費用の実費から普通食の代金を差し引いた額とします。

② おやつ代

③ 嗜好品代 (モーニングコーヒー)

④ 理髪、美容、理容師の出張による理髪サービス (調髪) をご利用いただけます。

⑤ 預り金の管理

身元引受人のいない方で金銭の管理を希望される方は、預金管理サービスをご利用いただけます。

(お預かりするもの) 預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑

(管理責任者) 施設長

保管管理者は出入金の都度出入金記録を作成し、その写しをご契約者へ交付します。

⑥ テレビなどを居室に置かれる場合の使用電気代

⑦ レクリエーション等に参加した場合の料金は、材料費等それに要した額

(5) 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等利用者の日常生活に要する費用で利用者に負担いただくことが適切であるものにかかる費用を負担いただきます。

(6) 管理者は前項の費用の支払いを受けるサービスを提供する場合にはあらかじめ利用者又はその家族に対して、当該サービスの内容及び費用を説明したうえで利用者の合意を得るものとします。

1 2 利用者に要した利用料金等の費用の支払い方法は、利用者本人の預金口座から口座振替により引き落とします。

引き落としをする預金口座は、事業所指定の金融機関 (京都中央信用金庫) に口座を開設していただき、一定の金額を預金しておいて下さい。

口座振替による手数料は、当事業所が負担します。

1 3 入所時に持参していただくものについては、別途、相談員から利用者の身体的状況を踏まえて説明します。

1 4 この事業所の協力医療機関は、京都博愛会病院と富田病院です。急病等緊急事態が生じたときは、協力医療機関への受診、入院等、必要な措置を講じます。

1 5 事故発生時の対応

利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は速やかに利用者、家族及び関係機関等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。また賠償すべき事故が発生した場合はできる限り速やかに損害賠償を行います。

1 6 利用者が故意又は重大な過失によって事業所の建物等を破損したり、他の者に傷害を与えた場合は、その被害について事業所は契約者に損害賠償の請求を行います。

1 7 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情やご相談は次の窓口で受け付けています。

(2) 施設の窓口

① 施設の責任者 施設長 石田 雅之

同 担当者 介護主任 竹村 賢康

介護支援専門員 田中 聡嗣、山本 健史

② 第三者委員 (法人評議員) 宮崎 千枝子、(法人理事) 中嶋 昇、

(法人評議員) 鍛冶谷 房子

(連絡先住所・電話・FAX番号) 事業所に同じ

③ 施設の玄関ロビーに「苦情受付ボックス」を設置しています。

(3) 当施設以外の窓口は次のとおりです。

窓 口	電 話
北区役所 保健福祉センター 健康長寿推進課	432-1366
上京区役所 保健福祉センター 健康長寿推進課	441-5106
左京区役所 保健福祉センター 健康長寿推進課	702-1071
(上記のほかお住まいの区役所の健康長寿推進課にご連絡ください。)	
京都府国民健康保険団体連合会 〒600-8411 下京区烏丸通四条下る水銀屋町620 COCON烏丸内	354-9090 FAX 354-9055

18 非常災害対策

非常災害に備えて、特別養護老人ホームユーカリの里防災マニュアルを作成し、防火管理者又は火気消防等についての責任者を定め、年2回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

19 第三者評価の実施状況

- (1) 実施の有無 有
- (2) 実施した直近の年月日 令和5年12月21日
- (3) 実施した評価機関の名称 一般社団法人京都府介護福祉士会
- (4) 評価結果の開示有無 有
- (5) 公表先 <http://kyoto-hyoks.jp/>

令和.....年.....月.....日

サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説 明 者 特別養護老人ホーム ユーカリの里
職名 介護支援専門員 氏名

印

本書面に基づき重要事項の説明を受け、その内容に同意のうえ、本書面を受領しました。

利 用 者 住所

氏名印

身元引受人 住所

氏名印 利用者との続柄 利用者の.....