

「指定介護老人福祉施設」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。

(香川県指定 第 3771700998 号)

当施設はご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、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護 3」から「要介護 5」と認定された方が対象となります。

なお、「要介護 1」や「要介護 2」の方であっても、やむを得ない事情により、介護老人福祉施設以外での生活が困難な方については、特例的に入所できます。

◇◆目次◆◇

1. 施設経営法人	2
2. ご利用施設	1
3. 居室の概要	2
4. 職員の配置状況	3
5. 当施設が提供するサービスと利用料金	4
6. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）	8
7. 苦情の受付について	10
8. 非常災害対策	12
9. 緊急時対応	12
10. 事故発生時の対応	12
11. 身体拘束の禁止	12
12. 虐待防止について	12
13. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置等	12
14. 事業継続計画の策定等	13
15. 第三者評価の実施状況	13

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 仁尾福祉会
(2) 法人所在地 三豊市仁尾町仁尾辛 42 番地 3
(3) 電話番号 0875-82-5051
(4) 代表者氏名 理事長 安藤 強
(5) 設立年月 平成17年8月17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17年9月1日指定
(香川県指定 第3771700998号)
(2) 施設の目的 要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定介護福祉サービスを提供する。
(3) 施設の名称 特別養護老人ホーム にお荘
(4) 施設の所在地 三豊市仁尾町仁尾辛 42 番地 3
(5) 電話番号 0875-82-5051
(6) 施設長 大崎 正樹
(7) 当施設の運営方針
施設の従業者は、施設サービス計画に基づき、利用者が当該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、入浴、排せつ、食事等の介護、その他日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話をを行う。
(8) 開設年月 平成17年9月1日
(9) 入所定員 50人

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。入居される居室は個室・多床室などがあり、ご希望される部屋をお申し出下さい。(但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。)

居室・設備の種類	室数	備考
個室（1人部屋）	15室	14.5 m ² /室
2人部屋	7室	19.2 m ² /室
3人部屋	3室	31.9 m ² /室
4人部屋	3室	34.8 m ² /室
合 計	28室	
共同生活室	1室	
機能訓練室	3室	
浴室	1室	機械浴・特殊浴槽
医務室	1室	

☆居室に要する費用（光熱水費及び室料）

この施設及び設備を利用し、滞在されるにあたり、多床室利用者の方には光熱水費相当額、個室利用者の方には光熱水費相当額及び室料を、ご負担していただきます。介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、その認定証に記載された滞在費（住居費）の金額（1月当たり）のご負担となります。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご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	職員数 (ショートを含む)
1. 施設長（兼務）	1名
2. 事務員（兼務）	2名
3. 介護職員	(常勤換算) 22.8名
4. 生活相談員（兼務）	1名
5. 看護職員	(常勤換算) 4.0名
6. 機能訓練指導員（兼務）	1名
7. 介護支援専門員（兼務）	2名
8. 医師（嘱託、兼務）	1名
9. 管理栄養士（以下「栄養士」を含む）（兼務）	1名

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

＜主な職種の勤務時間＞

職種	勤務体制
1. 医師	木 14:00～15:00
2. 介護職員	7:30～16:30 8:00～17:00 8:30～17:30 9:00～18:00 9:30～18:30 10:30～19:30 夜勤 17:00～翌10:00
3. 看護職員	8:00～17:00 9:30～18:30

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

(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（通常9割、8割または7割）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

①食事（介護保険の給付外）

- ・当施設では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

（食事時間）朝食：8：00～　　昼食：12：00～　　夕食：17：30～

②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。

③排泄

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

④機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご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。

⑤健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑥看取り介護

- ・看護職員が夜間等、看護職員の不在時でも連絡体制を定めて、必要に応じ緊急の呼び出しに応じて出勤対応する体制をとっています。また、別紙の通り「看取りに関する指針」を定め、利用者が重篤な状態となり、「看取り」の介護が必要になった際には、医師から状態をお知らせし、指針の内容に基づいてご本人、ご家族の希望により施設内で終末期を過ごす事が可能です。

⑦その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。

- ・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)

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料をお支払い下さい。

ご契約者の要介護度とサービス利用料金	負担割合	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
1. サービス利用に係る自己負担額	1割負担	589円	659円	732円	802円	871円
	2割負担	1,178円	1,318円	1,464円	1,604円	1,742円
	3割負担	1,767円	1,977円	2,196円	2,406円	2,613円
2. 日常生活継続支援加算	1割負担			36円		
	2割負担			72円		
	3割負担			108円		
3. サービス提供体制強化加算(I)	1割負担			22円		
	2割負担			44円		
	3割負担			66円		
4. 夜勤職員配置加算	1割負担			22円		
	2割負担			44円		
	3割負担			66円		
5. 看護体制加算I	1割負担			6円		
	2割負担			12円		
	3割負担			18円		
6. 看護体制加算II	1割負担			13円		
	2割負担			26円		
	3割負担			39円		
7. 科学的介護推進体制加算(II)	1割負担			50円／月		
	2割負担			100円／月		
	3割負担			150円／月		
9. 栄養マネジメント強化加算	1割負担			11円		
	2割負担			22円		
	3割負担			33円		
10. 配置医師緊急時対応加算(配置医師の通常の勤務時間外の場合(早朝・夜間及び深夜を除く))	1割負担			325円／回		
	2割負担			650円／回		
	3割負担			975円／回		
10. 配置医師緊急時対応加算(早朝・夜間の場合)	1割負担			650円／回		
	2割負担			1,300円／回		
	3割負担			1,950円／回		
10. 配置医師印急時対応加算(深夜の場合)	1割負担			1,300円／回		
	2割負担			2,600円／回		
	3割負担			3,900円／回		

11. 介護職員等処遇改善 加算 I	1割負担	合計単位数の 14.0% (円)
	2割負担	合計単位数の 14.0%×2 (円)
	3割負担	合計単位数の 14.0%×3 (円)

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

☆2.日常生活継続支援加算、3.サービス提供体制強化加算（I）については新規入居状況に応じて、いずれかの加算の算定となります。

（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）*

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

① 食事の提供に要する費用・住居費

利用者に提供する食事の材料費、調理費及び住居費にかかる費用です。

利用者負担段階	食事に係る負担額	居住に係る自己負担	
		個室	多床室
1段階	300円	380円	0円
2段階	390円	480円	430円
3段階①	650円	880円	430円
3段階②	1,360円	880円	430円
4段階	1,445円	1,231円	915円

※ 利用者負担段階とは、「介護保険負担額限度認定証」により算定致します。

②理髪・美容

[理髪サービス]

理容師の出張による理髪サービスを隨時ご利用いただけます。

利用料金：1回あたり実費相当額

③貴重品の管理

ご契約者のご希望により、通帳等貴重品管理を希望される場合は、公的制度利用（日常

生活自立支援事業、成年後見制度）をご紹介します。

日常生活自立支援事業：判断能力は不十分だが、契約能力のある場合

成年後見制度：判断能力が欠けていたり、著しく不十分、不十分な場合

④レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

i) 主なレクリエーション行事予定

喫茶（おやつ・嗜好的飲み物）（日額、200円）、喫茶なし（嗜好的飲み物のみ）（日額、100円）、誕生会（1回／月）

※嗜好的飲み物

おやつ時に限らず、日中通して提供させて頂いているドリップコーヒー、ジュース（お茶等水分補給の為の飲み物は除きます）

季節の行事（花見、花火、運動会、節分、忘年会等）

ii) クラブ活動

園芸等

⑤複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合にはお申し出下さい。

⑥日常生活上必要となる諸費用

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

・持込電化製品電気代（1品につき） 50円/日

・レンタルテレビ代 150円/日

・日常生活費（日用品における身の回り品） 200円/日

※身の周り品として日常生活に必要なものであり、シャンプー・コンディショナー・髪剃り用品・化粧水・入浴用タオル・おしぶり・ティッシュ・歯ブラシ・ハミングッド・歯磨きティッシュ・歯磨き粉等の費用であり、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。ご自身で準備される場合は不要です。

⑦看取りに関する諸費用等

・寝巻き、セーフティセット等（実費相当額）

（3）利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1か月ごとに計算し、翌月10日過ぎにご請求しますので、翌月末日までに以下の方法でお支払い下さい。（1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

支払い方法 現金持参

口座振替（翌月20日振替、土日祝祭日の場合は翌営業日）

（取引金融機関…百十四銀行、香川銀行、高松信用金庫、観音寺信用金

庫、香川県信用組合、四国労働金庫、香川県信用農業協同組合連合会および会員農業協同組合、鳥取銀行、中国銀行、阿波銀行、伊予銀行、四国銀行、ゆうちょ銀行、トマト銀行、徳島大正銀行、愛媛銀行、高知銀行、徳島信用金庫、愛媛信用金庫、東予信用金庫、幡多信用金庫、高知信用金庫)

振込（百十四銀行仁尾支店・香川県農業協同組合仁尾町支店）

（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、ご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はありません。）

① 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人社団 高室医院
所在地	観音寺市高屋町 803 番地 1
診療科	内科・小児科

医療機関の名称	三豊市立 みとよ市民病院
所在地	三豊市詫間町詫間 6784 番地 206
診療科	内科、外科、整形外科、リハビリテーション科、耳鼻咽喉科 精神科、心療内科、泌尿器科、眼科、小児科、脳神経外科

② 協力歯科医療機関

医療機関の名称	田中歯科医院
所在地	三豊市仁尾町仁尾字浜辛 45 番地 1

6. 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、ご契約者に退所していただくことになります。（契約書第 14 条参照）

- ① 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
(但し、ご契約者が平成 12 年 3 月 31 日以前からホームに入所している場合、本号は、平成 22 年 3 月 31 日までは適用されません。)
- 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、ご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 ご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）ご契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第 15 条、第 16 条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から当施設からの退所を申し出ることができます

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 ご契約者が入院された場合
- 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ご契約者の身体・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 他の利用者がご契約者の身体・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17条参照）

以下の事項に該当する場合には、当施設からの退所していただくことがあります。

- ① ご契約者、ご家族、代理人、その他関係者が、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 ご契約者及び連帯保証人による、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
- ③ ご契約者、ご家族、代理人、その他関係者が、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利用者等の生命・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 ご契約者が連續して3か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 ご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

ご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17条参照）

当施設に入所中に、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ヶ月につき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、所定の利用料金及び居室費をご負担いただきます。

- 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。

③3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。

(3) 円滑な退所のための援助（契約書第18条参照）

ご契約者が当施設を退所する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご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ご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

7. 苦情の受付について（契約書第22条参照）

(1) 当事業所における苦情の受付、処理する為に講ずる概要

苦情があった場合、まず苦情受付担当者は、苦情内容、利用者の希望等の確認及び記録を行い、苦情解決責任者に報告します。

簡易な案件については、すぐ処理します。またそれ以外は苦情検討委員会を開き解決方法を検討します。

苦情解決責任者は、検討結果に基づき、苦情申立て人との話し合いによる解決に努めます。この場合、必要に応じて第三者委員の立会い、または助言を求める場合があります。

苦情受付日から起算して、15日以内に改善するように努めます。

(2) 当施設における苦情の受付

当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。

○苦情受付窓口（責任者）

[役職名] 施設長 [氏名] 大崎 正樹

○苦情受付窓口（担当者）

[役職名]	統括長（課長）	[氏名]	豊田 健志
	生活相談員・介護支援専門員（副課長）	土井 亜希	
	生活相談員（副主任）	篠原 勇喜	
	介護支援専門員（係長）	西山 竜希	
	看護職員（主任）	小野 恵美	

○受付時間 全日

8：30～17：30

また、苦情受付ボックスを玄関に設置しています。

(3) 法人の設置する苦情解決第三者委員

- | | |
|---------------|-------------------|
| ○ [氏名] 安藤 俊孝 | [電話] 0875-82-3264 |
| ○ [氏名] 鈴木 佳壽美 | [電話] 0875-82-2164 |

(4) 行政機関その他苦情受付機関

三豊市役所 健康福祉部 介護保険課	所在地 香川県三豊市高瀬町下勝間2373番地 電話番号 0875-73-3017 FAX 0875-73-3023 受付時間 月～金 8:30～17:15
観音寺市役所 健康福祉部 高齢介護課	所在地 香川県観音寺市坂本町1丁目1番1号 電話番号 0875-23-3968 FAX 0875-23-3929 受付時間 月～金 8:30～17:15
香川県 健康福祉部 長寿社会対策課	所在地 香川県高松市番町4丁目1番10号 電話番号 087-832-3266 FAX 087-806-0206 受付時間 月～金 8:30～17:15
国民健康保険団体連合会	所在地 高松市福岡町二丁目3番2号 電話番号 087-822-7431 FAX 087-822-6023 受付時間 月～金 9:00～17:00
香川県社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地 香川県高松市番町一丁目10番35号 電話番号 087-861-1300 FAX 087-861-1300 受付時間 月～金 8:30～17:15

8. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関との連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回利用者及び従業者等の訓練を行います。

9. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の症状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

10. 事故発生時の対応

事業所は、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には、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を行います。

1 1. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者的心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

1 2. 虐待防止について

施設は、利用者的人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じます。

- ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- ② 虐待の防止のための指針を整備します。
- ③ 職員に対し虐待防止のための研修を定期的に実施します。
- ④ 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置します。

1 3. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置等

感染症が発生し、まん延しないように、次の措置を講じます。

- ① 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について事業所内での周知徹底を図ります。
- ② 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。
- ③ 感染症の予防及びまん延の防止のための研修を定期的に実施します。
- ④ 従業者の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ⑤ 事業所の設備及び備品等を備え、衛生的な管理に努めます。

1 4. 事業継続計画の策定等

感染症や災害が発生した場合でも、利用者に対する指定介護の提供を継続的に実施するための計画及び非常時の体制で早期の事業再開を図る為の計画（業務継続計画）を策定するとともに、その計画に従い必要な研修及び訓練を実施します。

1 5. 第三者評価の実施状況

実施の有無 無

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。

特別養護老人ホーム にお荘

生活相談員

印

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。

利用者住所

氏 名

印

家族(代理人) 住所

続 柄

氏 名

印