

(平成27年8月1日より適用)

平成 年 月 日

「指定介護老人福祉施設」重要事項説明書及び 居宅支援事業者等に対する情報提供の承諾について

当施設は介護保険の指定を受けています。
(鹿児島県指定 第4673200020号)

当施設はお客様に対して指定介護老人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、ご注意いただきたいことを次の通り説明いたします。

1. 施設経営法人

法人名	社会福祉法人 正栄会
法人所在地	鹿児島市川田町1090番地
電話・FAX	電話：099-298-8153 FAX099-298-8726
代表者氏名	理事長 上片平栄昭
設立年月	昭和54年9月27日

2. ご利用施設

施設の種類	指定介護老人福祉施設
施設の目的	介護保険法令の趣旨に従い、利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援する。
施設の名称	特別養護老人ホーム 愛泉園
施設の所在地	〒891-1103 鹿児島市川田町1090番地
電話・FAX	電話：099-298-8153 FAX：099-298-8726
施設長氏名	加世田 正隆
施設の運営方針	当園は入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立って施設サービスを提供し入所者がその有する能力に応じ、自立した日常生活を営む事ができるようにする事とともに、入所者の居宅における生活への復帰を目指します
開設年月日	昭和55年8月21日
入所定員	70人

3. 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4人部屋ですが、個室などをご希望の方は、その旨お申し出下さい。（ただし、心身の状況や居室の空き状況によりご希望に添えない場合がございます。）

居室・設備の種類	室数	面積	1人当り面積 (基準面積)	備考
個室	10室		()	
2人部屋	4室		()	
3人部屋	1室			
4人部屋	15室		()	
合計	30室		()	
食堂	1室		()	
機能訓練室	1室		()	マシーンリハビリ
浴室	1室		()	(特殊浴槽等)
医務室	1室		()	

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に設置が義務付けられている施設・設備です。

★居室の変更：お客様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。またお客様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、お客様やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

★食事の場所：お食事は旧館・新館の食堂でみな様と一緒に食事をして頂きます。健康状態によっては居室で食事をして頂く場合があります。お食事場所や時間を選択する事もできますがお客様の心身の状況や衛生上の問題によりお客様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、お客様に対して指定介護老人福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職員の配置をしています。

職種	常勤・非常勤の別	指定基準
施設長	常勤 1名	1名
生活相談員	常勤 1名以上	1名
介護・看護職員 (内看護職員)	常勤 32名以上 内非常勤 5名 (常勤 3名)	24名 (3名)
機能訓練指導員	常勤 1名以上	1名
事務職員	常勤 2名以上	1名
管理栄養士	常勤 1名	1名
調理員	常勤 2名 / 非常勤 5名	
介護支援専門員	常勤 1名以上	1名
医師	常勤 名 / 非常勤 1名	1名

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	勤 務 体 制
医 師	月曜日～土曜日 11:00～15:00 (時間不定)
介護職員	昼間：9:00～18:30 13名以上 夜間：17:00～9:10 3名 (この人員は配置基準通りです)
看護職員	昼間：8:00～18:30 2名以上

- (注記) ① 365日24時間 2名の医師の携帯電話と連絡が取れておりお客様の急変時はもちろん、体調変化に対応しております。
- ② 毎日、AM8:50、PM6:00、PM9:00にお客様の体調、施設の状況を理事長（医師）及び嘱託医に電話等で連絡を行っています。
- ③ 週日は上記以外の時間も医師がおります。

5. 入所対象者

要介護度3以上の認定を受けた方（要介護1又は2の認定を受けている方は、やむを得ない事情により在宅において日常生活を営むことが困難である方）で、疾病等が慢性的で落ち着いており施設での集団生活が可能なお方です。

6. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、お客様に対し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) 利用料金の全額をお客様に負担いただく場合

があります。

(1) 介護保険給付の対象となるサービス

以下のサービスは、利用料金の9割（通常の場合）が介護保険から給付されます。

入 浴	<ul style="list-style-type: none"> 入浴は週6回行っておりますが、一人に週3回入浴致しております。清拭は週3回行います。 ねたきりの方でも機械浴槽を使用して入浴できます。 毎日、毎食後の口腔ケア（歯磨き・うがい等）のお手伝いを行います。 入浴介助や洗髪のお手伝いも行います。 洗髪機を導入して、頭部の清潔に努めております
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> 排泄介助を行います。 排泄の自立を促すため、お客様の身体能力を最大限活用した援助を行います。
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> 医師や看護職員が、健康管理を行います。 内服等の薬は看護師が管理致します。服薬の責任者はその日のリーダー看護師が管理致します。
そ の 他	<ul style="list-style-type: none"> 起床時や就寝時にお客様の希望に応じて着替えの支援を行います。 ねたきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。

〈サービス利用料金〉 1日当たり

- ・ 別表1（利用料金改定表）をご覧ください

（備考）

※お客様がまだ要介護認定を受けていない場合は、サービス料金の全額をいったんお支払いいただく場合があります。（特別な事情がある場合は、ご相談下さい。）

要介護の認定を受けたのち、自己負担を除く金額が介護保険から払い戻されます。

※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お客様の負担額を変更いたします。

※お客様によって加算がある場合があります。

★お客様が入所時から1ヶ月間（30日間）状態を把握する為、下記 料金をお支払いいただきます。また、外泊（入院も含む）を1ヶ月以上した場合も同様です。

1. サービス利用料金	300円/日
2. うち、介護保険から給付される金額	270円/日
3. 自己負担額（1－2）	30円/日

★お客様が6日以内の入院又は外泊をされた場合にお支払いいただく利用料金は、下記の通りです。

1. サービス利用料金	2,460円/日
2. うち、介護保険から給付される金額	2,214円/日
3. 自己負担額（1－2）	246円/日

★ 主治医の指示により、お客様に療養食を提供した場合、下記 料金をお支払いいただきます。

1. サービス利用料金	180円/日
2. うち、介護保険から給付される金額	162円/日
3. 自己負担額（1－2）	18円/日

★ 摂食障害により誤嚥が認められ経口による食事の為、医師の指示により特別な管理が必要な場合に下記、料金をお支払いいただきます。

1. サービス利用料金	4,000円/月
2. うち、介護保険から給付される金額	3,600円/月
3. 自己負担額（1－2）	400円/月

★ 経管栄養から経口摂取に移行に関して医師の指示により栄養管理を行う場合に下記、料金をお支払いいただきます。

1. サービス利用料金	280円/日
2. うち、介護保険から給付される金額	252円/日
3. 自己負担額（1－2）	28円/日

・看取り介護について

近い将来に死に至ることが予見される方に対し「看取りに関する指針」に基づき、その身体的・精神的苦痛、苦悩をできるだけ緩和し、死に至るまでの期間、その方なりに充実して納得して生き抜くことができるように日々の暮らしを営めることを目的として援助致します。対象者の尊厳に十分配慮しながら他職種で協働して終末期の介護について心をこめてこれを行ないます。

★ 主治医が終末期にあると判断した利用者についてご本人・ご家族の同意を得ながら、医師、看護師、介護職員等が協働して看取りを行なった場合、下記 料金をお支払いいただきます。

（死亡日以前4日以上30日以下）

1. サービス利用料金	1,440円/日
2. うち、介護保険から給付される金額	1,296円/日
3. 自己負担額（1－2）	144円/日

（死亡日以前2日または3日）

1. サービス利用料金	6,800円/日
2. うち、介護保険から給付される金額	6,120円/日
3. 自己負担額（1－2）	680円/日

(死亡日)

1. サービス利用料金	12,800円/日
2. うち、介護保険から給付される金額	11,520円/日
3. 自己負担額 (1 - 2)	1,280円/日

※ 死亡月にまとめて算定する事からご本人様が退所等する際、退所等の翌日に亡くなった場合に、前月分の看取り介護加算に係る一部負担の請求を行う場合があります。

(2) 介護保険給付の対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がお客様の負担となります。

居室	・居室料 (1日 840円)	利用者様の年収、貯蓄により負担額は異なります。(別表1(利用料金改定表)をご覧ください)
食費	・食費 (1日 1,380円) ・お客様の希望により特別な食事を注文した場合は要した費用の実費を頂きます。	利用者様の年収、貯蓄により負担額は異なります(別表1(利用料金改定表)をご覧ください)
貴重品の管理	・お客様のご希望により、貴重品管理サービスをご利用した場合 ○お預かりするもの 金融機関の預金通帳とその届け出た印鑑 ○預金の出し入れ ・預金の出入が必要な場合、備え付けの届出書を保管管理者(施設長)へ提出していただきます。 ・保管管理者は届け出の内容に従い、預金の出し入れを行います。 ・保管管理者は出入金の都度、出入金記録簿を作成し、その写をお客様へ交付します。	現在の所、貴重品の管理等については利用者負担を請求していません。
複写物の交付	・お客様は、サービスの提供についての記録をいつでも閲覧できますが、コピーを必要とする場合は実費をご負担いただきます。	1枚につき10円
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ご契約者の日常生活に要する費用 ※おむつ代は介護保険給付のなかまに入っています。	個人の物として所有する日常生活品(衣類・靴等)

お客様の移送に係る費用	・お客様の入院や通院が遠隔地の場合や外泊時の送迎を伴う場合。	実費を頂きます
退所していただく場合にもかかわらず、居室が明け渡されない場合	・お客様が、退所していただく場合にもかかわらず、居室を明け渡さない場合等に、本来の退所していただく日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金	①お客様の要介護度に応じた介護報酬の全額 ②お客様が、要介護認定で自立または要支援と判定された場合は、直近の要介護度に応じた介護報酬の全額

※経済状況の著しい変化その他止むを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、その都度ご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は1か月ごとに計算しご請求しますので、翌月20日までにお支払い下さい。お支払いは事務所へ持参されるか、お預りの通帳の金融機関から引き落としいたします。

(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、どこの医療機関でも受けることができますが、お客様の希望により、下記協力機関において診療や入院治療を受けることもできます。(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・入院治療を義務付けるものでもありません。)

協力医療機関	名称	上片平産婦人科・内科
	所在地	鹿児島市伊敷7丁目8番15号
	電話	099-220-0381
	名称	みらい歯科医院
	所在地	鹿児島市川田町1394-1
	電話	099-245-7888

家族への緊急連絡体制

緊急時は嘱託医の指示のもと相談員または看護師がご家族へ連絡すると同時に場合によっては救急車の要請を行い病院へ搬送致します。また、嘱託医及び看護師が責任をもってケアマネ・相談員・介護士等と協働に連携を図り対応致します。

嘱託医	上片平産婦人科・内科 電話番号：099-220-0381
看護責任者 看護師	連絡先 (非常通報装置連絡網に連絡先記載)

6. 個人情報の取り扱いについて

事業者及びサービス従事者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たお客様または他の利用者ご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、下記の場合はお客様の情報を掲示・提供致します。（同意出来ない項目の関しては二重線を引きその箇所に捺印をお願いします。）

- ・ 医療上等の必要がある場合
- ・ サービス担当者会議
- ・ 介護保険の申請等の行政への情報提供
- ・ 実習生等への情報提供協力
- ・ 園内の掲示物やネームプレート等（写真・氏名掲示等）
- ・ 広報誌等への写真掲載
- ・ 外部行事への作品展示及び写真等

7. 施設を退所していただく場合

お客様は、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、退所していただくこととなります。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">①要介護認定によりお客様の心身の状況が自立または要支援と判定された場合②事業者が解散した場合、破産した場合または止むを得ない事由により施設を閉鎖した場合③施設の滅失や重大な毀損により、お客様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または指定を辞退した場合⑤お客様から退所の申し出があった場合⑥事業者から退所の申し出を行った場合 |
|--|

(1) お客様からの退所の申し出

お客様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日前までに申し出下さい。

ただし、以下の場合には、即時に施設を退所することができます。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">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お客様が入院された場合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または過失によりお客様の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他入所を継続しがたい重大な事情が認められる場合⑥他の利用者がお客様の身体・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

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お客様が、入所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、または不実の告知を行い、その結果このままの入所を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合 |
| ②お客様によるサービス利用料金が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お客様が、故意または重大な過失により事業者また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、または著しい不信行為を行うことなどによって、入所を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合 |
| ④お客様が連続して3か月を超えて病院また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お客様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 |

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とおりです。

検査入院等、6日間以内の短期入院の場合	6日間以内に退院された場合には、退院後再び当施設に入所できます。ただし、入院期間中であっても、1ヶ月6日を限度として利用料金をご負担いただきます。
3か月以内の退院が見込まれない場合	入院が長期になる場合、家族と入院先医療機関と協議し退所していただく場合があります。但し、疾病が完治した場合、再び当施設に入所できる場合があります。 (7日間以上は利用料金の負担は必要ありません。)

※ 外泊中（入院等含む）居室を短期入所生活介護（ショートステイ）等の利用者に居室を提供する場合があります。（ 同意する ・ 同意出来ない ）

(3) 円滑な退所のための援助

お客様が当施設を退所する場合には、お客様の希望により、事業者はお客様の心身の状況、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お客様に対して速やかに行います。

- | |
|------------------------------|
| ①適切な病院もしくは診療所または介護老人保健施設等の紹介 |
| ②居宅介護支援事業者の紹介 |
| ③その他保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者の紹介 |

8. 事故発生時の対応

当施設は、万全の体制で指定サービスの提供に当たりますが、万一事故が発生した場合には、速やかに入居者の家族、関係市町村等に連絡するとともに、保険会社と連携を図り誠実をもって、救済に当たるとともに事故の再発防止に努めます。

9. 苦情の受付

(1) 当施設における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

当施設における苦情相談 責任者	苦情相談責任者 施設長 加世田 正隆
苦情相談担当者	苦情相談担当（担当者） 生活相談員 福里 充裕 受付時間 9：00～18：30 電話番号 099-298-8153
第三者委員	第三者委員 (団体役員) 松本 博子 濱嶋 安

(2) 行政機関その他苦情受付機関

鹿児島市役所 介護保険課 (給付係)	所在地 鹿児島市山下町11-1 電話番号 099-216-1280 受付時間 8：30～17：15
国民健康保険 団体連合会	所在地 鹿児島市鴨池新町7番4号 (県市町村自治会館内) 電話番号 099-213-5122 受付時間 8：30～17：00
鹿児島県社会福祉協議 会「福祉サービス運営 適正化委員会」	所在地 鹿児島市鴨池新町1番7号 電話番号 099-286-2200 受付時間 9：00～16：00

<重要事項説明書付属文書>

1. 施設の概要

建物の構造	鉄筋コンクリート造1階建（耐火建築）
建物の延べ面積	2195.01㎡
入所定員	70名 ショートステイ11床
併設事業	当施設では、次の事業を併設しています。 [短期入所生活介護] 平成12年4月1日指定 鹿児島県4673200020号 [予防短期入所生活介護] 平成18年4月1日指定 鹿児島県4673200020号
施設の周辺環境	三方を小山に囲まれ、外部の音は一切なく鳥のさえずりを聞きながら 落ち着いた環境です。台風の時も風があたりず、日当りは良好です。 鹿児島市へは5分で行けます

2. 重要事項説明時からサービス提供までの流れ

お客様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「施設サービス計画（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、お客様及びその家族等に対して説明し、同意を得たうえで決定します。

③施設サービス計画は、6か月に1回、もしくはお客様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、変更の必要のある場合には、お客様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、お客様に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。

3. サービス提供における事業者の義務

当施設は、お客様に対するサービスの提供にあたって、次のことを守ります。

- ①お客様の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②お客様の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえお客様から聴取、確認のうえサービスを実施するものとします。
- ③お客様が受けている要介護認定の有効機関の満了日の30日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- ④お客様に提供したサービスについての記録を作成し、5年間保管するとともに、お客様または代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ⑤お客様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、お客様または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急止むを得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または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たお客様または他の利用者ご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、お客様に緊急な医療上の必要性がある場合等、監督官庁への届出等には、医療機関、所轄官庁等にお客様の情報を提供します。

施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用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。

持ち込みの制限	入所にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。 刺し身等の ^{なまもの} 生物・要冷蔵・糖尿病など食事制限が必要な方への持ち込み
面 会	面会時間 9：00～18：30 ※来訪時は、その都度職員に届け出て下さい。
外出・外泊	外出、外泊される場合は、事前にお申し出下さい。 外泊の場合は2日前までに申し出て下さい。
食 事	食事が不要な場合は、前日までにお申し出下さい。前日までにお申し出があった場合は、「食事にかかる自己負担額」はいただきません。
施設・設備の 使用上の注意	<ul style="list-style-type: none">・居室及び共用施設、敷地を本来の用途に従って利用して下さい。・故意に施設、設備を壊したり、汚したりした場合は、お客様の自己負担により現状に復していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。・お客様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、お客様の居室に立ち入り必要な措置をとることができるものとします。ただし、その場合、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。・当施設の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。
喫 煙	・喫煙は自由ですが、喫煙スペース以外での喫煙はできません

4. 損害賠償

当施設において、事業者の責任によりお客様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いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、お客様に故意または過失が認められる場合には、お客様の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

指定介護老人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及び居宅介護支援事業者等に対する情報提供の承諾についての説明を行いました。

指定介護老人福祉施設 愛泉園

説明者職名

氏名 _____ 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、指定介護老人福祉施設サービスの提供開始と居宅介護支援事業者等に対する情報提供に同意し交付を受けました。

利用者住所： _____

氏名 _____ 印

利用者代理人住所： _____

氏名 _____ 印

利用者家族住所： _____

氏名 _____ 印

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第8条の規定に基づき、お客様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。