

「指定地域密着型介護福祉施設」重要事項説明書

社会福祉法人 同朋会
地域密着型特別養護老人ホーム 椿野苑

当施設は介護保険の指定を受けています。
(山県市指定 第 2190800066 号)

当施設はご契約者に対して指定地域密着型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。

◇◆目次◆◇

1. 施設経営法人	2
2. ご利用施設	2
3. 居室の概要	3
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）	7
7. 残置物取引人	9
8. 苦情受付について	9
9. 虐待防止について	10
10. 身体拘束について	10
11. サービスの利用に関する留意事項	10
12. 事故発生時の対応について	11
13. 非常災害対策について	11
14. 衛生管理等について	11
* 個人情報の使用に係る同意書	12
* ビデオ・写真撮影とインターネットに写真等を掲載する際の同意書	13

1. 施設経営法人

- | | |
|-----------|--------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 同 朋 会 |
| (2) 法人所在地 | 岐阜県山県市大桑 3615 番地 1 |
| (3) 代表者氏名 | 理事長 井上 悟 |
| (4) 電話番号 | 0581-22-6001 |
| (5) 設立年月 | 昭和61年10月17日 |

2. ご利用施設

- | | |
|----------------|---|
| (1) 施設の種類 | 指定地域密着型介護老人福祉施設・平成 26 年 4 月 1 日指定
山県市指定第 2190800066 号 |
| (2) 施設の目的 | 指定地域密着型介護老人福祉施設は、介護保険法令に従い、ご契約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ことを目的として、ご契約者に日常生活を営む為に必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、介護福祉施設サービスを提供します。当施設は、身体上または、精神上著しい障害がある為に常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な方がご利用いただけます。 |
| (3) 施設の名称 | 地域密着型特別養護老人ホーム 椿野苑 |
| (4) 施設の所在地 | 岐阜県山県市大桑 3615 番地 1 |
| (5) 電話番号 | 0581-22-6001 |
| (6) 施設長(管理者)氏名 | 井上 祐子 |
| (7) 当施設の運営方針 | ご利用者が人としての尊厳を保ち、心豊かな人生を享受できる援助体制を築き、その実現の為に最大限の努力をするとともに施設のもつ機能を地域社会に開放し、在宅老人を含めた地域社会の老人が、潤いのある人生を送ることができる福祉サービスの拠点としての役割を担う。 |
| (8) 開設年月 | 平成 26 年 4 月 1 日 |
| (9) 入所定員 | 20 名 (1 ユニットは 10名) |

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、ユニット個室でございます

居室・設備の種類	室数	備考
ユニット型個室	20 室	
浴室	3 室	一般浴室・特浴室・個浴室
共同生活室	2 室	
相談室	1 室	
キッチン	2 室	

* 上記は、厚労省が定める基準により指定地域密着型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。

☆尚、利用者様の事故防止等の観点から廊下にカメラの設置をしております。プライバシーの確保には万全を期します。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定地域密着型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	常勤換算	配置人数
施設長(管理者)(兼務)		1名
介護職員(非常勤含)		10名
生活相談員(兼務)		1名
看護職員		1名
機能訓練指導員(兼務)		1名
介護支援専門員(兼務)		1名
配置医師(兼務)		1名
管理栄養士(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. 配置医師	週2回往診 その他必要に応じて往診
2. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早番: 7:00～16:00 2名 遅番1: 11:30～20:30 1名 遅番2: 13:00～22:00 1名 夜勤: 22:00～7:00 1名 日勤: 9:30～18:30 2名 日中: 9:00～16:00(パート) 1名
3. 看護職員	標準的な時間帯における配置人員 日勤: 8:00～17:00 1名

☆土日は上記と異なります。

5. 当施設が提供するサービスの概要と利用料金

(※料金については別紙1料金表を参照)

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。

(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)

(2) その他介護給付サービス加算

対象者のみ

入院・外泊時費用	246円/日 (6日間を限度)
初期加算	30円/日 (30日間を限度)
経口移行加算	28円/日
経口維持加算Ⅰ	400円/月
経口維持加算Ⅱ	100円/月
療養食加算	6円/1食
看取り介護加算(Ⅰ)	
・死亡日以前4日以上30日以下	144円/日
・死亡日以前2日又は3日	680円/日
・死亡日	1,280円/日
認知症専門ケア加算Ⅰ	3円/日
栄養マネジメント強化加算	11円/日
口腔衛生管理加算	110円/月
自立支援促進加算	300円/月
安全対策体制加算	20円/1回限り

看取り介護について

当施設は、ご利用者様が医学的処置をしても治癒が見込めないと医師が判断した場合、当施設の看取りに関する指針に基づいた介護を、家族の同意を得て開始することができます。(当該施設看取り介護指針～別紙参照)

(3)介護保険の給付の対象とならないサービス(契約書第4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。

① 食事に要する費用

利用者に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。

実費相当額の範囲内にて負担して頂きます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食費の金額(1日あたり)のご負担となります。

② 居住に要する費用

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、個室利用及びユニット個室ご利用の方には光熱水費相当額及び室料をご負担して頂きます。

ただし、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居住費の金額(1日あたり)のご負担となります。

:居 住 費 ・ 食 費(1日あたりの金額)

	居 住 費	食 費
ユニット個 室	2,300円	(朝食)410円(昼食)545円(夕食)545円

* ユニットトイレ付き個室は350円/日増しです。

(但し、第4段階のご利用者の居住費については、当分の間標準額の2,006円を適用します。)

:介護負担限度額認定を受けられた方の居住費・食費負担額(1日あたりの金額)

	居 住 費	食 費
第1段階	820円	300円
第2段階	820円	390円
第3段階①	1,310円	650円
第3段階②	1,310円	1,360円

③ その他の費用

事務管理費	1ヵ月 2,500円	貴重品の管理費及び利用者の代行として行う手続き等の費用
ユニット活動費	1ヵ月 500円	ユニット活動費
日常生活費	1ヵ月 500円	日常生活に必要な物品購入代金

④ お小遣い:以下の費用をお預かりしたお小遣いの中から引き落としさせていただきます。

3ヵ月に1度、出納帳の明細をご自宅に郵送致します。

区 分	金 額(単 位)	内 容 説 明
特別な食事代	要した費用の実費	利用者の希望によって特別な食事を提供した場合
理美容代	カット1回1,800円より	利用者の希望によって提供した場合で、内容により料金は異なります。
電気使用料	電化製品1台20円/日 (1ヶ月1台に付上限500円)	持込電化製品使用に係る電気料金
その他日常生活に要する費用	要した費用の実費	日常生活費のうち、入所者が負担することが適当と認められる費用
家族会費	300円/月	誕生日プレゼント、香典などで使用

	年に2回 半年分ずつ徴収	
複写料	1枚10円	利用者の希望により複写物を提供する場合

(4) 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 25 日までに以下のいずれか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。)

ア. 窓口での現金支払 イ. 下記指定口座への振り込み 大垣共立銀行 高富支店 普通預金 397910 社会福祉法人同朋会 椿野苑ユニット 理事長 井上悟 ウ. 金融機関口座からの自動引き落とし ご利用できる金融機関:大垣共立銀行
--

(5) 入所中の医療の提供について

- イ・入所して頂いた方は、原則主治医は当施設配置医師 鳥澤医院 鳥澤英紀医師に代わって頂くことになります。
- ロ・インフルエンザ予防接種については、感染予防対策として接種して頂きますようご理解・ご協力をお願いします。
- ハ・入所時の健康診断については感染症の有無を把握するために全員の方対象に受けていただきます。
- ニ・年1回の健康診断を実施し、入所者様の身体の状態把握に努めます。
- ホ・状態の悪化・変化等により通院が必要となった場合には、出来る限りご家族の方も通院に同行して頂きますようお願い致します。

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もありません。)

① 協力医療機関

医療機関の名称	岐北厚生病院
所在地	山県市高富 1187-3
診療科	総合診療

② 協力歯科医療機関

医療機関の名称	山県市歯科医師会
所在地	山県市高富

緊急時の対応について

施設内における緊急時の対応については、「緊急対応マニュアル」に基づいて対応させていただきます。

・通院、救急搬送について

※定期的な他科への通院(整形外科、精神科、耳鼻科等)については、できる限りご家族様の動向をお願い致します。

※体調が急変し、急遽病院へ通院、救急搬送が必要となった場合は、必ずご家族様に同行していただきようお願い致します。

※急を要する連絡が必要となる場合があります。携帯電話の着信はできるだけ気にけて頂き、夜間であっても電話が受けられる状態をお願い致します。

(7)施設からのお知らせについて

郵送もしくは携帯電話のLINE アプリにおいて必要なご案内をさせていただきます。

(8)衣類の管理について

5月と10月に衣替えを行います。

5月:秋冬物をお返しします。春夏物の衣類をご持参下さい。

10月:春夏物をお返しします。秋冬物の衣類をご持参下さい。

時期が近くなりましたら、施設よりご連絡致します。都度、衣類をご確認いただき、縮み、劣化している物に関しては新しい衣類をご準備下さい。

(9)施設サービス計画書(ケアプラン)について

・入所と同時に、在宅でのケアマネージャーから施設ケアマネージャーに担当が変更となります。

・概ね、3カ月に1度、プランの見直しを行い、ご自宅へ郵送致します。署名、捺印をして返信をお願い致します。(状態の変化などにより、プランの変更が必要となった場合、3カ月を待たずして見直した場合も同様です。)

・必要に応じて担当者会議を開催致します。その際にはご家族の方にも出席をお願いしておりますので、ご協力をお願い致します。

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となります。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">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。その場合には、退所を希望する日の1ヶ月前までにお申し出ください。

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)

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 ご契約者が連続して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

* 契約者が外泊・病院等に入院された場合の対応について

当施設に入所中に、外泊・医療機関への入院の必要が生じた場合の利用料金等の対応は、以下の通りです。

① 入院・外泊された場合の利用料金

病院等への入院を要した場合、及び居宅における外泊を認めた場合、1カ月に6日を限度として、所定金額に変えて1日につき、246円をご負担いただきます。ただし、入院または外泊の初日および最終日は所定のご利用金額となります。(入院初日から連続して7日以内に月をまたがる場合は最大12泊分1日につき246円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。利用料金をご負担いただきます。

③ 3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、当施設に再び相談の上入所することができます。

④ 入院中の必要物品等について

入院中のオムツ類、洗濯物、日用品等については、ご契約者のご負担でお願いします。

(3) 円滑な退所のための援助

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. 残置物引取人

契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることはあります。

ただし、入所契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の所持品(残置物)をご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、ご契約者又は残置物引取人にご負担いただきます。

※入所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、入所契約を締結することは可能です。

8. 苦情の受付について

(1) 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(担当者)

[職名] 主任看護師 宇野 美穂

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 9:00～18:00

また、苦情受付ボックスを玄関喫茶エリアに設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

山口市役所健康介護課	所在地 山口市高木 1000-1 電話番号・ 0581-22-6838 受付時間 8:30～17:30
国民健康保険団体連合会	所在地 岐阜市下奈良 2-1-1 電話番号・ 058-273-9301 受付時間 9:00～17:00
岐阜県社会福祉協議会	所在地 岐阜市下奈良 2-1-1 電話番号・ 058-273-1111 受付時間 9:00～17:00
岐阜市福祉部介護保険課	所在地 岐阜市今沢町 18 番地 電話番号 058-214-2092 受付時間 8:30～17:30
関市高齢福祉課 介護保険課係	所在地 関市若草通 3-1 電話番号 0575-23-8993 受付時間 8:30～17:30

9. 虐待の防止について

事業所は、ご利用者様等の人権の擁護・虐待防止等の為に、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止委員会を設置し虐待防止に関する責任者を選定しています。
- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 苦情解決体制を整備します。
- ④ 従業者に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- ⑤ 介護相談員を受け入れています。
- ⑥ サービス提供中に、当該事業所職員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを県・市に通報します。

10. 身体拘束について

事業所は、原則としてご利用者様に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等の恐れがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危害を及ぼすことが考えられるときは、ご利用者様に対して説明し同意を得た上で、次に掲げること留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時・理由及び態様等について記録を行います。

緊急性	直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危害が及ぶことが考えられる場合に限ります。
非代替性	身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危害が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
一時性	利用者本人または他人の生命・身体に対して危害が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

1 1. サービスの利用に関する留意事項

(1) 施設・設備の使用上の注意

- 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- 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、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により現状に復していただくか、又

は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

- 当事業所の職員や他の利用者に対し、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。

(2) 喫煙

事業所内に喫煙スペースは無く、喫煙はできません。

1 2. 事故発生時の対応について

ご利用者様に対するサービスの提供に時に事故が発生した場合は、県・市・ご利用者様の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、ご利用者様に対するサービスの提供時に賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

1 3. 非常災害対策について

- ① 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- ② 非常災害に関する具体的な計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に職員に周知します。
- ③ 定期的に避難・救出・その他必要な訓練を実施します。

1 4. 衛生管理等について

- ① 衛生管理担当者・感染対策担当者を置きます
- ② 担当者を中心に会議、研修を行い全職員に周知し対策に取り組みます。
- ③ 食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- ④ 感染症が発生、又は蔓延しない様に必要な措置を講じます。
- ⑤ 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要において保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、私（ ）および本人代理兼家族代表同意者（ ）は、社会福祉法人同朋会が、私および身元引受人、家族の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、または収集することに同意します。

1. 利用期間

サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

2. 利用目的

- (1) 行政に対する申請及び更新、変更のため
- (2) 利用者に関わるサービス計画を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施する会議での情報提供のため
- (3) 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
- (4) 利用者が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合
- (5) 利用者の利用する事業所内のカンファレンスのため
- (6) 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- (7) その他サービス提供で必要な場合
- (8) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

3. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。

令和 年 月 日

指定地域密着型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。

地域密着型特別養護老人ホーム椿野苑

代表者名 施設長 井上 祐子 印

説明者 主任看護師兼
介護支援専門員兼 宇野 美穂 印
機能訓練指導員

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、指定地域密着型介護福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

〈入居契約者〉

住 所

氏 名 印

〈入居契約者代理人〉

住 所

氏 名 印

〈身元保証人〉

住 所

氏 名 印

※この重要事項説明書は、厚生省令第39号(平成11年3月31日)第4条の規定に基づき、入所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。