

指定介護老人福祉施設
重要事項説明書

社会福祉法人宏喜会
特別養護老人ホーム幸楽園

「指定介護老人福祉施設」重要事項説明

当施設は広島県から介護保険の指定を受けています。

広島県指定第3471501142号

ご契約者に対して指定介護老人福祉施設サービスを提供いたします。

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くことを説明します。

1 施設経営法人

- | | |
|-----------|----------------|
| (1) 法人の名称 | 社会福祉法人宏喜会 |
| (2) 法人所在地 | 福山市蔵王町7159番地14 |
| (3) 電話番号 | 084-947-3111 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 寺岡 俊人 |
| (5) 設立年月日 | 昭和57年10月9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12年4月1日指定 |
| (2) 施設の目的 | この施設は、介護保険法令に従い、ご契約者（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ことを目的として、ご利用者に、日常生活を営むために必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、介護老人福祉施設サービスを提供いたします。この施設は、身体上又は精神上著しい障害があるため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 | 特別養護老人ホーム幸楽園 |
| (4) 施設所在地 | 福山市蔵王町7159番地14 |
| (5) 電話番号 | 084-947-3111 |
| (6) 施設長 | 光成 謙二 |
| (7) 運営方針 | ① 日常生活における自立支援、日常生活支援
② 利用者のニーズに対応できるケアとサービス
③ 職員の対応は誠実・熱意・創意（園是）であること
④ 利用者や地域に選ばれる施設をめざす |
| (8) 開設年月日 | 昭和58年10月1日 |
| (9) 入所定員 | 60名 |

3 居室の概要

- ・4人部屋11室 ・3人部屋2室 ・2人部屋3室 ・個室6室 合計22室
 - ・医務室1室 ・食堂1室 ・浴室2室（一般浴・特別浴） ・機能訓練室1室
- （居室の変更）

- (1) ご利用者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、ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。
- (2) 感染症等により個室への入所の必要があると医師が判断した者（個室への入所期間が30日以内に限る）
- (3) 著しい精神状態等により、他の同室者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者
上記に該当する場合は、ご家族との協議の上実施するものといたします。

4 職員の配置状況

(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。

- ・施設長(管理者) 1名 ・介護職員 看護、介護人員配置基準による3:1を下回らない職員数
- ・看護職員3名以上(常勤換算) ・生活相談員2名(介護職兼務)
- ・介護支援専門員1名以上(常勤) ・機能訓練指導員1名(看護職兼務)
- ・管理栄養士1名(常勤) ・調理員5名以上 ・医師1名(嘱託)

主な職種の勤務体制(標準的な時間帯における最低配置人員)

- (1) 介護職員、早出 7:00~16:00 3名 日勤 9:00~18:00 8名
 遅出 10:00~19:00 2名 夜勤 17:00~9:30 3名
- (2) 看護職員、早出 7:30~16:30 1名 日勤 8:30~17:30 1名
 遅出 9:00~18:00 1名
- (3) 医師、毎週 水曜日 15:00~17:00

5 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設が提供するサービスについて、以下のものがあります。

(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負担いただく場合

(1) 当施設が提供する基準介護サービス(契約書第3条参照)

以下のサービスについては、居住費、食費を除き通常9割(~7割)が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

- ① 居室の提供
- ② 食 事・・・栄養士の立てる献立表により、栄養、身体状況、及び嗜好を考慮した食事を提供します。(ミキサー・キザミ・ソフト・粥・お結びなど)
 食事時間 朝食 7:30~8:30 昼食 11:30~12:30
 夕食 17:30~18:30 (おやつ 15:00~)
- ③ 入 浴・・・入浴(一般浴・特別浴)または清拭を週2回行います。
 * 上記以外に、希望により随時の入浴が可能です。
- ④ 排 泄・・・排泄の自立を促すため、身体能力を最大限活用した援助を行います。
- ⑤ 機能訓練・・・機能訓練指導員(兼務)により、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維持及び減退を防止するための訓練を実施します。
- ⑥ 健康管理・・・医師や看護職員が、健康管理を行います。
- ⑦ 自立支援・・・寝たきり防止のため、できる限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日あたりの自己負担額)〉(契約書第6条参照)

1 要介護度 利用料金	要介護1 589円	要介護2 659円	要介護3 732円	要介護4 802円	要介護5 871円
2 居住費負担額	多床室 915円(減額申請結果により異なる) 個室 1,231円(減額申請結果により異なる)				
3 食事負担額	1,445円(減額申請結果により異なる)				
4 夜勤職員配置加算(Ⅲ)ロ	16円(夜勤を行う職員配置基準を超えて職員配置)				

5 日常生活継続支援加算	36円 (認知症高齢者等が一定割合以上入所して且つ介護福祉士資格を有する職員を一定の割合配置)
6 看護体制加算 I	4円 (常勤の看護師の配置)
7 初期加算	30円 (入所初日から30日間及び30日以上入院後、退院日より30日間)
8 外泊時費用	246円 (1月に6日間を限度) 入院または外泊された場合
9 看取り介護加算 1	72円 (死亡日前31日～45日以前) (医師が終末期であると判断した入所者について、看取り介護を行った場合)
10 看取り介護加算 2	144円 (死亡日前4日以上30日以前) (医師が終末期であると判断した入所者について、看取り介護を行った場合)
11 看取り介護加算 3	680円 (死亡日前2日・3日) (医師が終末期であると判断した入所者について、看取り介護を行った場合)
12 看取り介護加算 4	1280円 (死亡日) (医師が終末期であると判断した入所者について、看取り介護を行った場合)
13 科学的介護推進体制加算 (II)	50円 (入所者の心身の状況等に係る基本的な情報かつ疾病の状況や服薬等の情報を厚生労働省に提出)

その他の加算

介護職員等処遇改善加算 (I)	上記表のサービス利用料の合計 (2 居住費・3 食費は除く) に、14.0%を乗じて得た費用の加算
-----------------	---

- ※ 上記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用の自己負担額と居室・食事に係る自己負担額の合計金額をお支払い下さい。
- ※ 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。
- ※ 居住費と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。
- ※ 旧措置者については、措置による自己負担金額を超えないような配慮がなされています。
- ※ ご契約者が、入院又は外泊をされた場合、ベッドを確保しておくため、居住費をご負担いただきます。但し、短期入所の利用があった場合、その日数分のご負担は頂きません。

(2) (1) 以外のサービス (契約書第4条、6条参照)

有料サービス (以下のサービスは、ご利用料金の金額がご契約者の負担となります。)

- ①理美容師による出張理美容サービス (理容サービス1回2000円、美容サービス1回1500円)
- ②出張売店による園内販売 (実費)
- ③クリーニング代 (希望による実費)
- ④写真プリント代 (1枚40円)
- ⑤電気器具使用料1ヶ月単位 (・電気毛布850円・電気アンカ150円)
- ⑥おやつ代 (希望により1日120円)
- ⑦インフルエンザ予防接種 (実費)

無料サービス

- ①書道、生花等のクラブ活動材料費
- ②年間諸行事等の材料費
- ③預かり金及び貴重品の管理費 (別に定める規定により管理を行う)
- ④ご利用者の医療機関への移送に係る費用及び距離 (ご利用者の通院や入院時の移送サービスを行います。ただし、協力病院以外の通院や入院時には付き添いをお願いします。)

〈年間の主な行事予定〉 *希望により随時外出支援を行います

4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月
家族会総会 花見会 健康診断	節句 避難訓練 カラオケ大会		七夕 近況報告	盆法要 盆踊り大会	敬老会 彼岸法要
10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
ふれあい交流会 避難訓練	カラオケ大会 インフルエンザ 予防接種	X マス忘年会 近況報告	初詣 (賢忠寺)	節分	雛祭り 彼岸法要

(3) 利用料金のお支払方法

- (1) (2) の料金費用は1ヶ月毎に計算し、翌月10日から25日までにお支払ください。
入園者預かり金からお支払いの場合は、翌月の末日に本人口座より頂きます。
1ヶ月に満たない期間の利用料金は、利用日数に応じて計算ご請求いたします。

(4) 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合には、ご契約者の希望により、下記の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、入院治療を保障するものではありません。

①協力医療機関

医療機関の名称	寺岡整形外科病院
所在地	福山市南本庄3-1-52
電話	084-923-0516
診療科	整形外科 内科 脳神経外科 形成外科

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	おきとう歯科クリニック
所在地	福山市神辺町大字新徳田字3-495
電話	084-962-5511

6 施設の退所及び入院・外泊

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、契約期間は特に定めていません。従って、以下のような事由が無い限り継続してサービスが利用できますが、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、退所していただくこととなります。

(ア) 要介護認定により「自立」「要支援」「要介護1又は2」と認定された場合。

(旧措置者は経過措置有)

(イ) ご契約者から退所の申し出があった場合。

(ウ) 事業者より退所の申し出を行った場合。

(エ) 当施設が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合

(オ) 施設の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合

(カ) 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

入院や外泊された場合の対応について

① 短期の入院・外泊の場合

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・外泊の場合は、退院及び外泊後再び施設へ帰園できます。但し、入院期間中及び外泊期間中であっても1日当たり所定の利用料金をご負担いただきます。(1日あたり246円)

- ② 上記期間を超える入院・外泊の場合
3ヶ月以内に退院・帰園された場合には、再び施設に入所することができます。
- ③ 3ヶ月以内の退院・外泊が見込まれない場合
この場合には、契約を解除する場合があります。また、当施設に再び優先的に入所することはできません。

入院及び外泊中の利用料金について

上記、入院期間中及び外泊期間中の利用料金については、介護保険から給付される費用の一部をご負担いただくものです。

居住費については、減額認定証に記載されている金額をご負担いただきます。

なお、ご契約者が利用していたベッドを短期入所生活介護に活用することに同意頂き活用した場合は、その日数分についての所定利用料金はご負担いただく必要はありません。

7 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、希望により、事業者はご契約者の心身の状況、環境などを勘案し、円滑な退所のために必要な援助を行います。

- 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 居宅介護支援事業所の紹介
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 残置物引取人

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をご契約者自身が引き取れない場合にそなえて、「残置物引取人」を定めていただきます。引渡しにかかる費用についてはご契約者または残置物引取人にご負担いただきます。

9 事故防止・事故発生時の対応

サービスの提供により、事故の発生がないよう事故防止に努めます。

事故が発生した場合には、速やかに市町村および入所者の家族等に対して連絡を行う等の必要な措置を講じることとし、サービスの提供により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う。また、事故が発生した際には、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じる。

10 苦情受付・処理について

◎ 受付時間 毎週月曜日から金曜日 8:30～17:30

また、玄関入り口に「ご意見箱」を設置しておりますので、ご意見・要望などございましたらお聞かせください。

◎ 苦情処理体制

苦情受付担当者 ー 生活相談員・介護長・看護師長

苦情解決責任者 ー 施設長

第3者委員 ー 施設外2名

苦情を受け付けた場合には、内容を的確に記録し、苦情解決責任者が「苦情解決に関する処理要領」に従い、責任をもって円滑・円満な解決を図るよう定めています。

《重要事項説明書付属文書》

I 施設の概要

- ① 建物の構造 鉄筋コンクリート造2階建 全館冷暖房完備
② 建物延べ床面積 4,239.66㎡
③ 入所定員 60名

- ④ 併設事業
- 指定地域密着型介護老人福祉施設 定員 20 名
 - 指定短期入所生活介護事業所 定員 8 名
 - 指定特定施設入居者生活介護事業所 定員 24 名
 - 指定通所介護事業所 定員 30 名
 - 指定居宅介護支援事業所

II 職員配置状況

- 介護職員・・・ご契約者の日常生活上の介護や健康保持のための相談・助言を行います。看護、介護人員配置基準による 3 : 1 を下回らない職員を配置しています。
- 看護職員・・・主に健康管理や療養上の世話をを行い、日常生活上の介護・介助も行います。常勤換算で 3 名以上を配置しています。
- 生活相談員・・・日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。常勤（介護職兼務）で 2 名を配置しています。
- 機能訓練指導員・・・機能訓練を担当します。常勤（看護職兼務）で 1 名を配置しております。
- 介護支援専門員・・・ご契約者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。1 名以上を配置しております。
- 医師・・・健康管理及び療養上の指導を行います。1 名（嘱託）を配置しております。

III サービス提供における事業者の義務

- ① ご契約者の生命・身体・財産の安全、確保に配慮します。
- ② ご契約者の体調、健康状態から見て必要な場合には、医師または看護職員との連携の上、状況聴取確認し対応します。
- ③ 非常災害に関する具体的計画を策定すると共に、年 2 回、避難・救出・その他必要な訓練を行います。
- ④ ご契約者が受けている要介護認定の有効期間満了日の 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。
- ⑤ 提供したサービスの記録を作成し、5 年間保管すると共に、ご契約者の請求に応じて閲覧することができます。
- ⑥ ご契約者に対する身体拘束、その他行動を制限する行為は行いません。但し、ご契約者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむをえない場合には、記録を記載する等、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑦ 施設において感染症又は、食中毒防止の体制及び褥瘡防止の体制を整備して、その発生防止に努めます。
- ⑧ 事業者及びサービス従事者は、サービスを提供するにあたって、知り得たご利用者またはご家族等に関する情報を正当な理由なく第三者に漏洩しません。（守秘義務）但し、ご利用者に緊急な医療上又はサービス担当者会議等において必要性のある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供する事があります。またご利用者の円滑な退所のための援助を行う場合にも、ご利用者に関する情報を提供する事があります。

IV 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、当施設をご利用されているご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ください。

- ① 持込の制限
入所にあたり、以下のもの以外は原則として持ち込むことができません。
生活上必要な物品 ・衣類・洗面用具・車椅子・テレビ等
- ② 面会時間 10 : 00 ~ 16 : 00（予約制）
来訪者は、必ず面会簿にご記入ください。食品等の持込については、職員にご報告ください。

ペット（動物）等と共に入室されることは堅くお断りします。
時間外の面会については、必ず都度職員にお申し出ください。
感染症等の理由により、面会についてはTV会議システムを用いることにより代える場合や、実施を制限する場合があります。

③ 外出・外泊

外出・外泊される場合には、事前にお申し出になり、届出用紙にご記入ください。外泊については、最長で7日間とさせていただきます。

④ 食 事

食事が不要な場合は、前日までに申し出ください。

⑤ 施設・整備の使用上の注意

- ・居室及び共用施設、敷地をその本来の用途にしたがって利用してください。
- ・故意にまた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、ご契約者の自己負担により現状に復していただくか、相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ・ご利用者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、ご利用者の居室内に立ち入り、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。

⑥ 当施設の職員や他の入所者に対して、ハラスメントやその他の迷惑行為、宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に際し、本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

指定介護老人福祉施設

特別養護老人ホーム幸楽園

説明者 職名及び氏名

園長 光成謙二 ㊞

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に同意しました。

必要な場合には、利用者及び家族の個人情報を他の事業所等へ提供することに同意しました。

利用者住所 _____

氏 名 _____ ㊞

代理人住所 _____

氏 名 _____ ㊞

続 柄 _____