

「指定介護老人福祉施設」重要事項説明書

社会福祉法人 憲 寿 会
特別養護老人ホームときわ苑

当施設は介護保険の指定を受けています。
(沖縄県指定)

当施設はご契約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。

1.	施設経営法人・・・・・・・・・・・・・・・・	1
2.	ご利用施設・・・・・・・・・・・・・・・・	1
3.	居室の概要・・・・・・・・・・・・・・・・	1～2
4.	職員の配置状況・・・・・・・・・・・・・・・・	2
5.	当施設が提供するサービスと利用料・・・・・・・・	2～4
6.	施設を退所していただく場合（契約終了について）	4～5
7.	残置物引取人・・・・・・・・・・・・・・・・	5～6
8.	施設利用にあたっての留意事項・・・・・・・・	6
9.	非常時・災害時の対策について・・・・・・・・	6
10.	衛生管理等について・・・・・・・・・・・・・・・・	6
11.	緊急時における対応方法・・・・・・・・	6～7
12.	虐待防止について・・・・・・・・・・・・・・・・	7
13.	事故発生時の対応方法・・・・・・・・	7
14.	身体拘束等について・・・・・・・・	7
15.	苦情の受付について・・・・・・・・	7～8

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 憲寿会
(2) 代表者氏名 理事長 金城 哲男
(3) 設立年月日 平成5年8月25日

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設（沖縄県指定4772900017号）
(2) 施設の名称 特別養護老人ホーム ときわ苑
(3) 施設の所在地 沖縄県島尻郡八重瀬町字当銘378番地1
(4) 電話番号 098-998-8899
(5) 施設長 金城 武
(6) 開設年月日 平成6年7月1日
(7) 入所定員 70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、原則として4人部屋ですが、個室など他の種類の居室への入居をご希望される場合は、その旨お申し出下さい。（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
2 人部屋	7 室	
4 人部屋	1 4 室	
食 堂	1 室	入所者 7 0 名
リハビリ室	1 室	〔主な設置機器〕
浴 室	1 室	一般浴・特別浴室（寝たきり入所者）
医 務 室	1 室	週 1 回嘱託医の健康診断と看護師による日常の診察

※上記は、厚生省が認める基準により、指定介護老人福祉施設に必置が義務づけられている施設設備です。この施設・設備にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約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	常勤換算	指定基準
1. 施設長（管理者）	1	1 名
2. 事務所職員（副施設長・事務長・事務員）	4	名
3. 生活相談員（介護課長・生活相談員）	2	1 名
4. 介護支援専門員	1	1 名
5. 介護職員	2 6	2 3 名
6. 看護職員	3	3 名
7. 機能訓練担当員	1	1 名
8. 管理栄養士	1	1 名
9. 嘱託医師	（ 1 ）	必要数

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

（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）が介護保険から給付されます。

①食事

- ・当施設では、栄養士（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心身の状況および嗜好を考慮した食事を適切な時間に提供します。
- ・ご契約者の自立支援の為、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 8：00～9：00 昼食 12：00～13：00 夕食 18：00～19：00

②入浴

- ・週に 2 回適切な方法により実施し、入浴が困難な場合は清拭を実施するなど清潔保持に努める
- ・寝たきりでも特別浴室を使用して入浴することができます。

③排泄

- ・排泄の自立を促す為、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、日常生活の中での機能訓練やレクリエーション、行事等を通じた訓練を実施します。

⑤健康管理

- ・嘱託医師（週 1 回）や看護職員が、健康管理を行います。

（令和 6 年 8 月 1 日より）

1. 要介護度 サービス利用料金	要介護 1 5, 8 9 0 円	要介護 2 6, 5 9 0 円	要介護 3 7, 3 2 0 円	要介護 4 8, 0 2 0 円	要介護 5 8, 7 1 0 円
2. うち、介護保険か ら給付される額	5, 3 0 1 円	5, 9 3 1 円	6, 5 8 8 円	7, 2 1 8 円	7, 8 3 9 円
3. サービス利用 自己負担額（1-2）	5 8 9 円	6 5 9 円	7 3 2 円	8 0 2 円	8 7 1 円
4. 食事に係る標準 自己負担額	第 1 段階 3 0 0 円	第 2 段階 3 9 0 円	第 3 段階① 6 5 0 円	第 3 段階② 1, 3 6 0 円	第 4 段階 1, 4 4 5 円
5. 居住費に係る標準 自己負担額	第 1 段階 0 円	第 2 段階 4 3 0 円	第 3 段階 4 3 0 円	第 3 段階 4 3 0 円	第 4 段階 9 1 5 円

- ・収入が低い（市町村民税非課税世帯の市町村）方であれば、住まいの市町村保険年金課へ介護保険負担限度額認定申請書を提出し、介護保険負担限度額認定証の交付を受けることによって対象となる介護保険サービスを利用した際の食費や部屋代の負担軽減が受けられます。
- ・一定所得以上の利用者負担割合の見直しがあり、1 割～3 割と所得に応じた負担割合になります。

※介護福祉施設サービス等の報酬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。

☆夜勤職員配置加算	1 6 円	／	1 日当たり
☆福祉施設個別機能訓練加算	1 2 円	／	1 日当たり
☆日常生活継続支援加算	3 6 円	／	1 日当たり
☆入所から 3 0 日間は、初期加算	3 0 円	／	1 日当たり
☆入院又は外泊時の費用算定（1 ヶ月/6 日）	2 4 6 円	／	1 日当たり
☆介護職員等処遇改善加算 II	1 3.6 %		1 日当たり

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。
利用料金：材料代等の実費をいただきます。

（3）利用料金のお支払い方法（契約書代 5 条参照）

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、翌月末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. 窓口での現金支払い
- イ. 下記指定口座への振込み
琉球銀行 東風平支店 普通預金 1 8 1 1 5 1
- ウ. 本人の金融機関開設口座に振り込み
琉球銀行東風平支店の口座を開設し、通帳・印鑑を施設管理する。

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出来ますが、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 13 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
- ② 介護認定更新にて、要介護 1 又は 2 と認定され、かつ特例入所の要件に該当しない場合
（平成 27 年 3 月 31 日までは適用されません。）
- ③ 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
- ④ 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
- ⑤ 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
- ⑥ 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）
- ⑦ 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（中途解除・契約解除）（契約書第 14 条、第 15 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。その場合には、退所を希望する日の 7 日前（※最大 7 日）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 介護保険給付金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) 事業者から申し出により退所していただく場合（契約解除・契約書第 16 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 6 か月以上（※最低 6 か月）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 か月を越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

* 契約者が病院等に入院された場合の対応について *（契約書第 18 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、6 日間以内の短期入院の場合

6 日以内に退院された場合は、退院後再び施設に入所することができます。
但し、入院期間であっても、所定の利用料金をご負担いただきます。
1 日あたり 自己負担額 2 4 6 円

② 7 日間以上 3 ヶ月以内の入院の場合

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。但し、入院時に予定された退院日より早く退院した場合等、退院時にホームの受入準備が整っていない時には、併設されている短期入所生活介護の居室等をご利用いただく場合があります。この場合、入院期間中の所定の利用料金をご負担いただく必要はありません。

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 17 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、円滑な退所の為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. 残置物取引人（契約書第 20 条参照）

契約締結にあたり、心身引受人をお願いすることはありません。

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、「残置物取引人」を定めていただきます。（契約書第 22 条参照）当施設は、「残置物取引人」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、ご契約者また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取引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. 施設利用にあたっての留意事項

- (1) 入居者は、施設での生活の秩序を保つとともに、入居者相互の親睦に努めるようにする。
- (2) 入居者が外出及び外泊を希望する場合は、所定の手続きにより施設長に届けるものとします。
- (3) 入居者は、健康に留意し、施設で行う健康診断は特別の理由がない限り受診するものとします。
- (4) 入居者は、施設内の清掃、整頓、その他環境衛生の保持のために施設に協力するものとします。
- (5) 入居者に対する面会は、面会名簿に必要事項を記入するものとします。
- (6) 当施設の職員や他の入居者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動等を行うことはできません。
- (7) 施設内は禁煙とし、喫煙はできません。
- (8) 損害賠償について当施設について、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害賠償を行うものとします。

9. 非常時・災害時の対策

- (1) 非常災害発生時において、入所者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 非常災害その他緊急事態に備えて、予め予防対策を定め、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- (3) 年に2回以上、避難、救出、その他必要な訓練（夜間想定訓練を含む。）を実施します。
- (4) (3) の訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

10. 衛生管理等について

- (1) 設備及び備品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ずるとともに、医薬品及び医療器具の管理を適正に行います。
- (2) 感染症が発生し又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講じるものとする。
 - ・事業所における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（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者の周知徹底を図ります。
 - ・事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。
 - ・事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

11. 緊急時等における対応方法

- (1) サービス提供を行っている際に入所者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治医及び協力医療機関へ連絡など必要な措置を講じます。
- (2) 入所中、医療の提供について病気やけがの治療等は入所者の希望により下記の協力医療機関

及び嘱託医医療機関において、診察・入院・治療を受けることができます。（但し、下記医療機関での診療や入院治療等を義務付けるものではありません。）

協力医療機関	所在地	沖縄県八重瀬町字外間 171 番地の 1
	名称	南部徳洲会病院
	電話番号	098-998-3221
嘱託医医療機関	所在地	沖縄県八重瀬町字具志頭 145 番地の 9
	名称	中村内科胃腸科
	電話番号	098-840-7778

12. 虐待防止について

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止のための指針を整備し、虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
- (3) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（入所者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる入所者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとします。

13. 事故発生時の対応方法

- (1) 事故が発生した場合の対応について、報告等の方法を定めた事故発生防止のための指針を整備します。
- (2) 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実を報告し、その分析を通じた改善策に従業者に対し周知徹底します。
- (3) 事故発生防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行います。
- (4) 入所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入所者の家族、市町村に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- (5) 入所者に対するサービス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います。

14. 身体拘束等について

原則として、入所者に対して身体拘束等を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、入所者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられ、やむを得ず身体拘束を行う場合には、事前に入所者及び家族へ説明し、同意を得るとともに、その対応及び時間、その際の入所者の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。

15. 苦情の受け付けについて（契約書第 23 条参照）

- (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）

〔職氏名〕 施設介護課長 金城 国広

○ 苦情解決責任者

[職氏名] 施設長 金城 武

○ 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:30

電話番号 098-998-8899

FAX番号 098-998-8099

また、苦情受付ボックスを玄関ロビー、守衛室前カウンターに設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

八重瀬町役場 社会福祉課 介護保険担当	所在地 八重瀬町字東風平1188 電話番号 998-2200 FAX 998-4745 受付時間 9:00～17:00
国民健康保険団体連合会	所在地 那覇市西3-14-18 電話番号 867-6758 FAX 受付時間 9:00～17:00
沖縄県社会福祉協議会	所在地 那覇市首里石嶺町4-373-1 電話番号 887-2000 FAX 860-1685 受付時間 9:00～17:00

令和 年 月 日

介護福祉施設サービスの提供開始に際し、本書面に基つき重要事項の説明を行いました。

指定介護老人福祉施設 社会福祉法人憲寿会 特別養護老人ホームときわ苑

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、より良い介護サービス実施のため、サービス担当者会議等で契約者並びに身元保証人の情報を用いる他、入院や看取り介護、退所等に際して、医療機関、居宅介護支援事業者への情報の提供を含め、指定介護福祉施設サービスの提供の開始に同意しました。

契約者

住 所

氏 名 印

身元保証人

住 所

氏 名 印

(契約者との続柄)

※この重要事項説明は、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。