

「地域密着型介護老人福祉施設」重要事項説明書

社会福祉法人 憲寿会
地域密着型特別養護老人ホーム かかずの杜

当施設は介護保険の指定を受けています。

(糸満市指定)

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	2~3
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	3~5
6.	施設を退所していただく場合（契約終了について）	5~6
7.	残置物引取人	7
8.	苦情の受付について	7
9.	非常時・災害時の対策について	8
10.	緊急時の対応について	8
11.	身体拘束の禁止について	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. 利用施設

- (1) 施設の種類 地域密着型介護老人福祉施設（沖縄県指定号）
(2) 施設の名称 地域密着型特別養護老人ホーム かかずの杜
(3) 施設の所在地 沖縄県糸満市賀数312-1
(4) 電話番号 098-894-6277
(5) 施設長 金城 哲男
(6) 開設年月日 令和5年10月1日予定
(7) 入所定員 29人

3. 施設の目的

指定地域密着型介護老人福祉施設サテライト型特別養護老人ホームかかずの杜は、介護保険法令の主旨に従い、入居者がその有する能力に応じ可能な限り自律した日常生活を営む事ができるよう支援する事を目的として、入居者に日常生活を営む為に必要な居宅及び共用施設等をご利用いただき、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供します。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。

4. 居室の概要

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です。

※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。

居室・設備の種類	室 数	備 考
個室（1人部屋）	29室	入所者29名
2階（）	10名	
2階（）	9名	
3階（）	10名	
食 堂	各ユニット 1室	
共 同 生 活 室	共同生活室 各1ヶ所	
浴 室	各ユニット 1室	特殊浴、一般浴
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

5. 職員の配置状況

当施設では、入居者に対して指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供する職員として、次表の職種を配置しています。

《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	職 種	職員数
1. 施設長（兼：本体施設）	1名	6. 機能訓練指導員（兼：本体施設）	1名
2. 介護職員	11名	7. 調理員	なし
3. 生活相談員	1名	8. 栄養士（兼：本体施設）	1名
4. 介護支援専門員（兼：本体施設）	1名	9. 事務職員	1名
5. 看護職員	2名		

《主な職種の勤務体制》

職 種
1. 医 師 週1回以上
2. 介護職員
*A 勤 1名
*B 勤 1名
*C 勤 1名
*D 勤 1名
*その他
*ユニット毎・ご入居者の介護状況により勤務状態に変動があります。
標準的な時間帯における最低配置人数です。
3. 看護職員 午前8:30～午後5:30 1名（他 9:00～18:00 1名）
*入居者の心身の状況により勤務状態に変動の場合がございます。
*夜間当番で自宅待機体制をとり急変に備えます。

6. 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、施設サービス計画に基づいてサービスを提供します。利用料金の大部分（通常9割：利用者負担1割）が介護保険から給付されます。なお、所得状況により利用者負担が2割または3割となる場合があります。

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

- 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為の訓練を実施します

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。

⑥生活サービス

- 寝具交換・居室清掃・施設内で可能な洗濯（純毛品・シルク・綿入れ等除く）を行います。

⑦相談・援助

- ご利用者や家族に対して生活・介護・環境等に関する相談等を行います。

(2) サービスの1日の利用料金

次表の料金表によって、入居者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）と食費及び居住費等の合計金額をお支払ください。（サービスの利用料金は、入居者の要介護度と負担割合に応じて異なります。）

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。

※介護保険サービスの利用者で、所得が低く生計が困難な方に対して、利用者負担額（サービスの1割負担分など）の一部を軽減することができます。低所得者の方で、要件をすべて満たしている方、および生活保護受給者の方は、市町村に申請し「確認証」の交付を受けることで軽減を受けることができます。

1. ご契約者の要介護度と サービス利用料金		要介護度 3 8,280 円	要介護度 4 9,010 円	要介護度 5 9,710 円
2. うち、介護保険から 給 付される金額	1 割負担	7,452 円	8,109 円	8,739 円
	2 割負担	6,624 円	7,208 円	7,768 円
	3 割負担	5,796 円	6,307 円	6,797 円
3. サービス利用に係る負 担額	1 割負担	828 円	901 円	971 円
	2 割負担	1,656 円	1,802 円	1,942 円
	3 割負担	2,484 円	2,703 円	2,913 円
4. 居室に係る自己負担	1 段階 820 円	2 段階 820 円	3-2 段階 1,360 円	4 段階 2,066 円
5. 食事に係る自己負担額	1 段階 300 円	2 段階 390 円	3-1 段階 650 円	3-2 段階 1,360 円
				4 段階 1,445 円

※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。

☆入所から 30 日間は、初期加算	30 円	／	1 日当たり
☆入院又は外泊時の費用算定（1 月 6 日）	246 円	／	1 日当たり
☆福祉施設職員待遇改善加算 I	8. 3 %		1 日当たり
☆福祉施設職員特定待遇改善加算 II	2. 3 %		1 日当たり
☆介護職員ベースアップ等支援加算	1. 6 %		1 日当たり

（3）介護保険の給付の対象外となるサービス

サービスの概要と利用料金

- ① 食 費 毎日の食事 1 日 1,445 円（基準額）
特別な食事 入居者のご希望に基づいた出前・外食等特別な食事の場合は実費となります。
- ② 居住費 基準額 1 日 2,066 円。
- ③ 理美容 ご希望に応じて、理容師・美容師の出張による理美容サービスをご利用いただけます。
- ④ レクリエーション活動 入居者の希望によりレクリエーション活動に参加した場合、材料代等の実費をいただく場合があります。
- ⑤ 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入居者の日常生活に要する費用で、ご入居者に負担していただく事が適当であるものにかかる費用を負担いただきます。 ※おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

(3) 利用料金のお支払い方法 (契約書第5条参照)

前記(2)、(3)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 181151
- ウ. 本人の金融機関開設口座に振り込み
- エ. 琉球銀行東風平支店の口座を開設し、引き落としする。

7. 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要介護1・2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 施設の減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3か月以上（※最低3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 ご契約者が連續して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　246円

②7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も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。

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

8. 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、「残置物引取人」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。

9. 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〕 介護相談員 金城 優

○ 苦情解決責任者

〔職氏名〕 施設長 金城 哲男

○ 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：30

電話番号 098-894-6277

FAX番号 098-994-6211

また、苦情受付ボックスを玄関ロビー、2・3階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

糸満市役場 社会福祉課 介護長寿課	所在地	糸満市潮潮崎町1-1
	電話番号	840-8133 FAX 840-8152
	受付時間	8：30～17：15
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	860-9026 FAX
	受付時間	8：30～17：15
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 887-2024
	受付時間	8：30～17：15

10.（施設利用に当たっての留意事項）

- 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ものとする。
- 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する。
- 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する。
- 4 入居者は、居室内の清掃、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する。
- 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する。

- 6 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、営利活動等を行うことはできません。
- 7 喫煙 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おいて、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速やかに行う。

11. 非常時・災害時の対策

(1) 非常時の対応

別に定める「非常災害対策計画」により対応します。

- (2) 非常通報の対応 非常通報体制は一般電話で全職員の連絡体制を確保しております。
- (3) 近隣との協力関係 賀数地域の方々及び消防団と話し合い、非常時の応援協力体制について確保しています。
- (4) 非常時の訓練と防災設備 別に定める「消防・防災計画」により、年2回以上夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入居者の方も参加して実施します。
- (5) 防災設備の概要 自動火災報知機、スプリンクラー、消火器、非常口、避難場所を設置しています。

12. 事故発生時の対応について

- (1) サービス提供により事故が発生した場合、職員は速やかに対処します。職員は施設長に報告をし、指示を受けて対処します。
- (2) ご契約者のご家族に連絡をし、事故状況を報告します。
- (3) 重大な事故の場合保険者に連絡をし、事故報告書を提出します。

13. 緊急時の対応について

- (1) サービス提供時に入居者の病状が急変した場合、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など必要な処置を講じます。
- (2) 入居中の医療の提供について 病気やけがの治療は入居者の希望により下記医療機関及び嘱託医医療機関において診療や入院治療を受ける事ができます。(但し、下記医療機関での診療や入院治療を義務づ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

14. 身体拘束の禁止について

原則として、入居者の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入居者及び家族へ十分説明をし、同意を得るとともに、その対応及び時間、その際の入居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。

令和 年 月 日

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

社会福祉法人憲寿会 地域密着型特別養護老人ホームかかずの杜

説明者職名 相談員 氏名 金城 優 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、地域密着型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)