

ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設
特別養護老人ホームきしまの里

重要事項説明書

社会福祉法人 貝塚誠心園

当施設はご契約者に対してユニット型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。

※当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でも入所は可能です。

◆◆目次◆◆

1.	施設経営法人	2
2.	ご利用施設	2
3.	居室の概要	2
4.	サテライト型居住施設	3
5.	職員の配置状況	3
6.	当施設が提供するサービスと利用料金	4
7.	施設を退所していただく場合（契約の終了について）	6
8.	身元引受人	8
9.	衛生管理等	8
10.	高齢者虐待について	8
11.	身体拘束及び行動制限について	8
12.	秘密の保持と個人情報の保護について	8
13.	緊急時の対応方法について	9
14.	事故発生時の対応について	9
15.	非常災害時の対策	9
16.	苦情対応するための措置の概要	10
17.	苦情の受付について	10
18.	提供するサービスの第三者評価の実施状況について	11

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 貝塚誠心園
- (2) 法人所在地 大阪府貝塚市森1103番地2
- (3) 電話番号 072-446-8022
- (4) 代表者氏名 理事長 横井 清
- (5) 設立年月日 昭和51年 12月 10日

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設
平成19年 4月 1日指定
介護保険事業者番号第2791300011号

(2) 施設の目的

社会福祉法人貝塚誠心園が設置運営するユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設(「特別養護老人ホームきしまの里」以下「施設」という)は、介護保険令に従い、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供するものとの密接な連携に努めることを目的とします。

- (3) 施設の名称 特別養護老人ホーム きしまの里
- (4) 施設の所在地 大阪府貝塚市三ツ松869番地の1
- (5) 電話番号 072-446-8200
- (6) ファックス番号 072-446-8208
- (6) 施設長氏名 窪 堀 明
- (7) 当施設の運営方針

当施設は、ご契約者一人ひとりの意思及び人格を尊重し、可能な限り在宅における生活への復帰を念頭において入居前の居宅に置ける生活と入居後の生活が連続したものとなるよう、地域や家庭との結びつきを重視し、常に契約者の立場に立った日常生活上のお世話、及び療養上の介護を行うことにより、契約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出来るようにする事を目指します。

- (8) 開設年月日 平成19年4月1日
- (9) 入居定員 20名(ユニット数:2ユニット。各ユニットの入所定員:10名)

3. 居室の概要

(1) 居室等の概要

当施設はユニット型(2ユニット)で、以下の居室・設備をご用意しています。
入居される居室は、全てユニット型個室となります。

居室・設備の種類	室数	備考
一人部屋	各ユニットに10室ずつ	2ユニット・全て洋室
合計	20室	
食堂	各ユニットに1室ずつ	共同生活室
浴室	各ユニットに1室ずつ	ユニットバス
	1階に2室	一般浴・機械浴室、特殊浴槽室
トイレ	各ユニットに4室	
	2ユニットに1室	車いす用トイレ
医務室	1室	1F(きしまの里診療所)

※上記は、厚生労働省が定める基準により、ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設に設置が義務づけられている施設・設備です。

☆居室の変更:ご契約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、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。

4. サテライト型居住施設

本施設は、下記施設を本体とするサテライト型居住施設（地域密着型特別養護老人ホームきしまの里）である。

- ① 本体施設の名称 社会福祉法人貝塚誠心園
- ② 所在地 大阪府貝塚市森1103番地の2
- ③ 定員 80名

5. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対してユニット型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。

<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	当施設配置数	指定基準
1. 施設長(管理者)	1名	1名
2. 事務員	2名	必要数
3. 生活相談員	1名	1名
4. 介護支援専門員	1名	1名
5. 介護職員	15名	9名
6. 看護職員	1.3名	1名
7. 機能訓練指導員	1名	1名
8. 医師	非常勤嘱託1名	必要数
9. 管理栄養士	1名	(栄養士) 1名
10. 当直員	1名	1名

<職員の職務>

職 種	職 務 内 容
1. 施設長(管理者)	施設の業務を統括する
2. 介護職員	入所者の日常生活の介護、相談及び援助の業務に従事する
3. 生活相談員	入所者の入退所、生活相談及び援助の企画立案・実施に関する業務に従事する
4. 看護職員	入所者の看護、保健衛生の業務に従事する
5. 機能訓練指導員	入所者の機能回復、機能維持に必要な訓練及び指導に従事する
6. 介護支援専門員	入所者の介護支援に関する業務に従事する
7. 医師	入所者の診療及び保健衛生の管理指導の業務に従事する
8. 管理栄養士	給食管理、利用者の栄養指導に従事する

<主な職員の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制
1. 医師	13:00～15:00(毎週月曜日)
2. 生活相談員	9:00～17:30 1名
3. 介護職員	標準的な時間的における最低配置人員
	早朝 6:45～15:15 3名
	日中 10:00～18:30 3名
	遅出 13:45～22:15 3名
	夜間 22:00～ 7:00 2名
4. 看護職員	日中 8:00～16:30 1名
	(遅出 10:00～18:30 1名)
5. 機能訓練指導員	8:00～16:30 0.3名

☆土・日曜日は上記と異なります。

6. 当施設が提供するサービスと利用料金

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。

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) | 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |

があります。

(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)

以下のサービスについては、利用料金の大部分 (9割・8割・7割のいずれか) が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①食事

- ・当施設では、常勤の管理栄養士を配置し、ご利用者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供を行います。
- ・当施設では、常勤の管理栄養士が、ご契約者の栄養状態を把握し、多職種が共同して、個々人の摂食・嚥下状態に着目した栄養ケア計画を作成し、ご利用者に合った食事を提供させていただきます。
- ・ご契約者の自立支援のため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：8：00～8：30 昼食12：00～13：00 夕食17：00～18：00

②入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。
- ・寝たきりの方も機械浴槽(又は特殊浴槽)を使用して入浴することができます。

③排泄

- ・排泄の自立を促すため、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

- ・機能訓練指導員は、ご契約者に対し、施設サービス計画に基づいてそ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を回復し、またはその減退を防止する為の訓練を行います。

⑤健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。
- ・看護職員や医療機関との24時間連絡体制を確保し、必要に応じて健康上の管理等を行う体制を確保しています。
- ・本人及び家族の合意の下、その人らしさを尊重した看取りが出来るよう支援させていただきます。

⑥その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、できるかぎり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) > (契約書第5条参照)

利用料金については、別紙の料金表を参照し、ご契約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) をお支払い下さい。

(サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。)

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護度1 円	要介護度2 円	要介護度3 円	要介護度4 円	要介護度5 円
2. うち、介護保険から給付される金額	円	円	円	円	円
3. サービス利用に係る自己負担金 (1-2)	円	円	円	円	円

- ☆ご契約者に提供する食事に要する費用と居住費は別途いただきます。(下記(2)の①と③参照)
- ☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- ☆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、ご契約者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス(契約書第4条、第5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る場合があります。

<サービスの概要と利用料金>

①食事の提供(食材料費と調理に係る費用相当)

ご契約者に提供する食事に要する費用です。

利用料金：1日あたり 1,445円

②特別な食事(酒を含みます。)

ご契約者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

利用料金：要した費用の実費(税込み)

③居住費(光熱水費を含む)

ご契約者が日常の生活をする上で必要な居室(ユニット型個室)の利用料です。

利用料金：1日あたり 2,066円

④理髪・美容

[理髪・美容サービス]

月に1回程度理容師の出張による理美容サービス(調髪・丸刈・顔剃)をご利用いただけます。

利用料金：1回あたり(調髪)2,000円(丸刈)1,800円(顔剃)500円

⑤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く場合があります。

I) 主なレクリエーション行事予定

誕生会、お花見、ドライブ、もちつき大会、初詣、その他

II) クラブ活動

生け花、カラオケ、書道、手芸、園芸(材料代等の実費をいただく場合があります。)

⑥複写物の交付

ご契約者は、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、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただく場合があります。

⑦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でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる実費をご負担いただきます。

(衣類、ティッシュペーパー、専門業者に依頼するクリーニング代、その他嗜好品等)

※ 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。

⑧ご契約者の移送に係る費用

ご契約者の通院や入院時の移送サービスを行います。但し、遠方等事情によって対応できない場合もあります。

⑨契約書第21条に定める所定の料金

ご契約者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了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日あたり8,376円(食事代は別料金となります。)

☆費用を変更する場合には、あらかじめ利用者又は家族に対し、事前に文書説明した上で、支払いに同意する旨の文書に署名(記名押印)を受けることとする。

(3) 利用料金のお支払方法(契約書第5条参照)

前記、(1)、(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月27日まで

に以下の方法でお支払い下さい。(1ヶ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。)

金融機関口座からの自動引き落とし (引き落とし日は毎月27日、但し当日が金融機関の休業日に当たる場合は、翌日となります)

(支払方法 ご利用者様の口座からの引き落とし)

(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、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・入院治療を義務づけ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。)

協力医療機関及び歯科医療機関

医療機関の名称	医療法人 桐葉会 木島病院
所在地	大阪府貝塚市森892番地
電話番号	072-446-2158
診療科	内科、精神科、神経科、歯科

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。したがって、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。

(契約書第15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、要介護1、要介護2と判定された場合 (要介護1、要介護2と判定された契約者の内、平成27年3月31日以前から入所されている契約者においては、本号は適用されません。)
- 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。)
- ⑦契約者が死亡したとき

(1) ご契約者からの退所の申し出 (中途解約・契約解除) (契約書第16条、第17条参照)

契約の有効期間であっても、ご契約者から当施設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施設の運営規程の変更に同意できない場合
- ③ご契約者が入院された場合
- ④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
- ⑤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
- ⑥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
- ⑦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）（契約書第18条参照）
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ヶ月以上遅延し、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ヶ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

※契約者が病院等に入院された場合の対応について（契約書第20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、7泊以内の短期入院(外泊)の場合

入院(外泊)期間中であっても、入院日と退院日を除く6日(最高12日)間は、所定の利用料金をご負担いただきます。

1日あたり2,259円（居住費2,066円を含む）

- ※ 但し、契約者が、低所得者で居住費等の補足給付の対象である場合、居住費の補足給付は介護報酬の外泊時費用の算定期間6日(最高12日)のみ適用されます。
- ※ ご契約者の同意のもと、短期入所生活介護として利用した場合、所定の利用料金はいただきません。

②入院日を除く7日(最高13日)以上3ヶ月以内の入院

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、退院時に施設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、介護老人福祉施設の利用料に替えて短期入所生活介護の利用料をご負担いただきます。

- ※ 入院期間中であっても、居住費はご負担いただきます。
- ※ 居住費等の補足給付については、介護報酬の外泊時費用の算定期間6日(最高12日)に限定されますので、これを超える入院期間中は、居住費が1日2,066円必要となります。但し、ご契約者の同意のもと、短期入所生活介護として利用した場合、その間の居住費はいただきません。

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19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察し、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. 身元引受人

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23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。

9. 衛生管理等

①当事業所の用に供する施設、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。

②当事業所において感染症が発症し、又は蔓延しないように必要な措置を講じます。

③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、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

10. 高齢者虐待について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に上げるとおり必要な措置を講じます。

①研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。

②個別支援計画の作成など大切な支援の実施に努めます。

③従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

11. 身体拘束及び行動制限について

(1) 事業者は、サービスの提供に当たっては、身体拘束及び利用者の行動制限を原則行わないものとする。ただし、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため、切迫性・非代替性・一時性の三要件を満たす緊急やむを得ない場合は、この限りではない。

(2) やむを得ず身体拘束及びその他の行動制限を行う場合は、次の手続きにより行う。

①身体拘束廃止委員会を設置する。

②行動制限改善チェックシートに、身体拘束にかかる内容、時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得なかった理由を記録する。

③利用者家族等へ十分な説明を行った上で同意を得ることとし、その他方法がなかったか改善方法を検討する。

実施後は、行動制限改善検討記録の記入や身体拘束解除のための定期的なカンファレンスを行い、身体拘束の廃止に努めることとする。

1 2. 秘密の保持と個人情報の保護について

①利用者及びその家族に関する秘密の保持について	事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た入居者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。 この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
②個人情報の保護について	事業者は、入居者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、入居者の個人情報を用いません。また、入居者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で入居者の家族の個人情報を用いません。 事業者は、契約者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に契約者に関する心身等の情報を提供できるものとします。 事業者は、入居者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

1 3. 緊急時の対応方法について

- ①サービス提供中に、利用者に病状の急変及び事故等が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

主治医	医師名	
	医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
家族等連絡先	氏名及び続柄	(続柄)
	住所	
	電話番号①()	
	電話番号②()	
	電話番号③()	
保険者	市町村	貝塚市 健康福祉部 高齢介護課
	電話番号	072-433-7040

1 4. 事故発生時の対応について

- ①事業者は、ユニット型指定地域密着型介護福祉施設サービスの提供にともなって事故が発生した場合、その他必要な場合、速やかに保険者、家族、主治医等に連絡を行うと共に必要な措置を講じます。
- ②事業者は、ユニット型指定地域密着型介護福祉施設サービスの提供にともなって事業者の責めに帰すべき事由により、賠償すべき事故が発生した場合はその責任の範囲において、損害賠償を速やかに行います。

	受付時間 午前9時～午後5時
--	----------------

18. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	無
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

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。

特別養護老人ホーム きしまの里

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ました。

契約者

住所

氏名 印

代理人（成年後見人又は4親等以内の親族）

住所

氏名 印

続柄（ ）