

指定介護老人福祉施設

特別養護老人ホームあいの里竜間

重要事項説明書

社会福祉法人敬信福社会

重要事項説明書

社会福祉法人 敬信福社会

当施設は介護保険の指定を受けています。
事業所番号（2771900319）

当施設はご契約者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。

◇◆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. 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）.....	6
7. 残置物引取人.....	8
8. 事故発生時の対応について.....	8
9. 緊急やむを得ず身体拘束を行う際の手続き.....	9
10. 虐待防止に関する事項について.....	9
11. 施設サービスの利用に当たっての留意事項について.....	9
12. 非常災害対策について.....	10
13. 協力病院について.....	10
14. 苦情の受付について.....	11

<別紙> 介護保険の給付対象とならないサービス（全額ご契約者様の負担となるもの）

1 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 敬信福祉会
(2) 法人所在地 大阪府大東市大字竜間673番地3
(3) 電話番号 072-869-0788
(4) 代表者氏名 理事長 兼俊 佐代美
(5) 設立年月 平成8年4月1日

2 ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設
(2) 事業者番号 2771900319
(3) 施設の目的 入居される高齢者に「ふれあいとやすらぎ」の場を提供します
(4) 施設の名称 特別養護老人ホーム あいの里竜間
(5) 施設の所在地 大阪府大東市大字竜間673番地3
(6) 電話番号 072-869-0788
(7) 施設長(管理者)氏名 施設長 兼俊 龍彦
(8) 開設年月 平成8年4月1日
(9) 入所定員 60人 (短期入所生活介護 10名)
(10) 協力病院 野崎徳洲会病院 大東市深野3丁目1-1 電話 072-874-1641
 暁生会脳神経科病院 四條畷市中野本町28-1 電話 072-877-6639
 大野歯科 大東市北条1丁目8-35 電話 072-876-0939

3 居室の概要

(1) 居室等の概要

居室・設備の種類	室数	備考
個室(1人部屋)	15室	内3室和室
2人部屋	4室	
4人部屋	12室	
合計	31室	
食堂	1室	
浴室	2室	一般浴・リフト浴・特殊浴槽
併設の診療所	1室	

※上記は、厚生省が定める基準により、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。

4 職員の配置状況

当施設では、ご契約者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。

1 主な職種の勤務体制

職種	勤務体制
1. 医師	毎週 水・金曜日 他必要に応じて。
2. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 朝 : 9:00～10:00 5名 日中 : 10:00～18:00 6名 夜 : 18:00～19:00 4名 夜間 : 19:00～ 9:00 3名
3. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 日中 : 9:00～18:00 2名

2 職務分掌

- ①施設長（管理者） 施設の業務を総括する。
- ②介護職員…………… ご契約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…………… ご契約者の入退所、生活相談及び援助の業務に従事する。
- ④看護職員…………… ご契約者の看護、保健衛生、服薬管理の業務に従事する。
- ⑤機能訓練指導員… ご契約者の機能回復、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… ご契約者の介護支援に関する業務に従事する。
- ⑦医師…………… ご契約者の診察およ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、ご契約者の栄養指導に従事する。

職種	常勤換算	指定基準
1. 施設長（管理者）	1名	1名
2. 介護職員	21名	21名
3. 生活相談員	1名	1名
4. 看護職員	3名	3名
5. 機能訓練指導員（看護職員が兼務）	1名	1名
6. 介護支援専門員	1名	1名
7. 医師	1名	必要数
8. 管理栄養士	1名	1名

5 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の利用料金は、次の2通りあります。

- (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契約者に負担いただく場合

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスは、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。

<サービスの概要>

1. 食事

i) 栄養管理の評価（加算額等については別紙参照）

① 栄養管理体制に対する評価

常勤の管理栄養士を配置し、入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量および内容の食事の提供を行うこと。

② 栄養ケア・マネジメントに対する評価

常勤の管理栄養士を配置し、入所者の栄養状態を把握し、医師・管理栄養士・看護師・介護支援専門員その他の職種が共同して、摂取・嚥下機能に着目した、食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成し、定期的な評価や必要に応じて見直しをすること。

③ 療養食に対する評価

常勤の管理栄養士によって食事の提供が管理され、入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量および内容の食事の提供を行うこと。

④ 経口摂取への移行に対する評価

経管による栄養摂取をされている方で、経口摂取を進めるため医師の指示に基づく栄養管理を行う必要が生じた場合、経口移行への取り組みを実施すること。

(食事時間)・朝食 7時30分 ・昼食 12時 ・夕食 17時30分

※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。

2. 入浴

- ・入浴または清拭を週2回行います。
- ・ご契約者の身体の状態に適した方法で入浴することができます。(機械浴槽等)

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

- ・機能訓練指導員により、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、またはその減退を防止するための訓練を実施します。

5、健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

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。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

<サービス利用料金（1日あたり）>

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自己負担額と、利用者負担段階に基づく居住費、食費の自己負担額の合計金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。）

■利用料

（単位：円）

区分	要介護度	単位	利用料 (介護報酬総額)	利用者 負担額 【1割】	利用者 負担額 【2割】	利用者 負担額 【3割】
従来型個室	要介護1	559	5,970	597	1,194	1,791
	要介護2	627	6,696	670	1,340	2,009
	要介護3	697	7,443	745	1,489	2,233
	要介護4	765	8,170	817	1,634	2,451
	要介護5	832	8,885	889	1,777	2,666
多床室	要介護1	559	5,970	597	1,194	1,791
	要介護2	627	6,696	670	1,340	2,009
	要介護3	697	7,443	745	1,489	2,233
	要介護4	765	8,170	817	1,634	2,451
	要介護5	832	8,885	889	1,777	2,666

■加算等

(単位：円)

加算名称	単位	利用料 (介護報酬総額)	利用者 負担額 【1割】	利用者 負担額 【2割】	利用者 負担額 【3割】
初期加算	30	320	32	64	96
再入所時栄養連携加算	400	4,272	428	855	1,282
栄養マネジメント加算	14	149	15	30	45
低栄養リスク改善加算 (一月あたり)	300	3,204	321	641	962
経口維持加算 (Ⅱ)	100	1,068	107	214	321
口腔衛生管理体制加算 (一月あたり)	30	320	32	64	96
療養食加算 (1回あたり、1日3回限度)	6	64	7	13	20
日常生活継続支援加算	36	384	39	77	116
若年性認知症利用者受入加算	120	1,281	129	257	385
看護体制加算 (Ⅱ)	8	85	9	17	26
排せつ支援加算 (一月あたり)	100	1,068	107	214	321

名 称	加算・減算割合
夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合	97/100へ減算
定員超過、人員欠如減算	70/100へ減算
身体拘束廃止未実施減算	90/100へ減算
介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)	所定単位数×8.3/1000
介護職員等特定処遇改善加算 (Ⅰ)	所定単位数×27/1000

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

「別紙」記載のとおり

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。

- ① 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立または要支援と判定された場合。
- ② 事業者が解散した場合、破産した場合また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また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 ご契約者が入院された場合。
- ③ 事業所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 事業所もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合。
- ⑤ 事業所もしくはサービス従事者が故意または過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、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、事業所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および病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、また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 ご契約者がサービス利用料金等の支払いが3か月以上遅延し、その後1ヶ月の期間に2回の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、故意または重大な過失により、事業所また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、また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か月を超えて病院また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

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、入院期間中であっても、所定の利用料金をご負担いただきます。

② 7日間以上3か月以内の入院の場合

3か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か月以内の退院が見込まれない場合

3か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。退院された場合、優先的に再入所することができます。(上記②と同様)

(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また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また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せん。

ただし、入所契約時に、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。

なお、引渡しにかかる費用は、ご契約者または残置物引取人にご負担いただきます。

8 事故発生時の対応について

- (1) 利用者に対する指定介護老人福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合は速やかに利用者の家族、保険者に連絡するとともに必要な措置を講じます。
- (2) 利用者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときは損害賠償について、速やかに双方協議を行います。

9 緊急やむを得ず身体拘束を行う際の手続き

・施設は、指定介護老人福祉施設のサービスの提供に当たっては、当該入所者または他の入所者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他入所者の行動の制限を行いません。施設は、前述の身体拘束等を行う場合は、次の手続きにより行います。

- ・（１）身体拘束廃止委員会を設置します。
- ・（２）「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」に身体拘束にかかる態様および時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得なかった理由を記録します。
- ・（３）当該入所者またはご家族に説明し、他の方法がなかったか改善方法を検討します。
- ・

10 虐待防止に関する事項について

1・施設は、入所者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講じます。

- （１）虐待を防止するための職員に対する研修を実施します。
- （２）入所者およびその家族からの苦情対応体制の整備をします。
- （３）その他虐待防止のために必要な措置を講じます。
 - ・虐待防止に関する責任者の選定および措置を講じます。
 - ・必要性に応じて青年後見人制度の利用支援を行います。
 - ・介護相談員の受け入れを行います。
 - ・その他必要な措置を講じます。

2・施設は、サービス提供中に当該施設職員または養護者（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。

11 施設サービスの利用に当たっての留意事項について

施設サービスの利用に当たっての留意事項を以下のとおりとします。

- （１）食事は栄養管理上、施設の提供する食事を摂取し、持ち込みは原則禁止します。
- （２）面会は、原則として午前10時から午後6時までとします。
- （３）消灯時間は、原則として通年午後9時とします。
- （４）外出・外泊は、予定される前日までに所定用紙で届け出ることとします。
- （５）飲酒は、栄養管理上、原則として禁止します。
- （６）喫煙は、所定の場所以外は厳禁とします。
- （７）火気の取り扱いは、防火管理上、使用を厳禁とします。
- （８）設備・備品の利用は、本来の使用方法に従って使用することとします。
- （９）所持品・備品等の持ち込みは、収納スペースに限りがあるため、記名の上、必要最小とします。また、使い慣れた車椅子や歩行補助器等については、医師が入所者の病状および心身の状態に応じて許可することとします。

- (10) 金銭および貴重品の管理は、自己管理を原則とし、多額および高価な金品は所持しないこととする。
- (11) ペットの持ち込みは、衛生管理上、禁止します。
- (12) 入所者の営利行為、宗教の勧誘および特定の政治活動は禁止します。
- (13) 他入所者への迷惑行為全般を禁止します。

12 非常災害対策について

- 1・施設は防火管理者を定め、消防計画および非常災害対策計画に基づく訓練の実施、消防設備の点検・維持管理および風水害・地震等の災害に対する計画に基づく非常災害対策を行います。
- (1) 防火管理者には、主任生活相談員を充てることとします。
 - (2) 火元責任者には、施設職員を充てることとします。
 - (3) 非常災害用の設備点検は契約保守業者委託し、点検の際、防火管理者が立ち会うこととします。
 - (4) 非常災害設備は、常に有効に保持するよう努めます。
 - (5) 火災・地震が発生した場合は被害を最小限にとどめるため、非常災害要員を定め、組織編成し、任務の遂行に当たるものとします。
 - (6) 防火管理者は、施設職員に対して防火教育、消火訓練を実施します。
防火教育および基本訓練（消火・通報・避難）・・・年2回（うち1回は夜間想定）

13 協力病院について

野崎徳洲会病院（内科・整形外科）	
所在地	大東市谷川2丁目10番50号
電話番号	072（874）1641
曙生会脳神経外科病院（内科・脳神経外科）	
所在地	大阪府四條畷市中野本町28-1
電話番号	072（877）6639
大野歯科医院	
所在地	大東市北条1丁目8-35
電話番号	072（877）0808

14 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〕 主任生活相談員：廣瀬 光啓 介護支援専門員：岩本 林治

○受付時間 9：00 ～ 18：00

(2) 行政機関その他苦情受付機関

大東市高齢介護室 介護保険グループ	所在地 〒574-8555 大東市谷川1丁目1-1 電話番号 072 (872) 2181 (代表) 受付時間 9：00～17：30
大阪府国民健康保険団体 連合会	所在地 〒540-0028 大阪市中央区常盤町1丁目3番8号 電話番号 06 (6949) 5418 受付時間 9：00～17：00
大阪府福祉部高齢介護室 介護事業者課 施設指導グループ	所在地 〒540-8570 大阪市中央区大手前2 電話番号 06 (6944) 7203 受付時間 9：00～18：00

15 特記事項

【別紙】

介護保険の給付対象とならないサービス（全額ご契約者様の負担となるもの）

1. 居住費（※当事業所は、①従来型個室・②多床室の2類型になります。）

①従来型個室	基準費用額	1, 171円/日
②多床室	基準費用額	855円/日

※利用者負担段階については介護保険負担限度額認定証の記載内容に基づきます。

※入院・一時外泊期間中の居住費については、利用者負担段階および居室類型別の費用をお支払いいただきます。但し、ベッドを短期入所生活介護に使用させていただいた場合、その間の居住費は、お支払いいただく必要はありません。

2. 食費

基準費用額	1, 392円/日
-------	-----------

※利用者負担段階については介護保険負担限度額認定証の記載内容に基づきます。

※食費の範囲は、食材料費および調理に係る費用を基本とします。

3. 特別な食事

ご契約者が選定する特別な食事(酒類を含む)の提供に伴う必要な経費（別途消費税要）

4. 理髪・美容

①1か月に1回、理容師の出張による理髪サービス（調髪）をご利用いただけます。

②料金：理髪（カット：1,600円 顔剃り：500円）

5. 貴重品の管理

ご契約者の希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。詳細は、以下の通りです。

○管理する金銭の形態：施設の指定する金融機関に預け入れている預金

○お預かりするもの：上記預貯金通帳、金融機関への届出印、有価証券、年金証書

○保管管理者：施設長

○出納方法：手続きの概要は以下の通りです。

※預金の預け入れ、引き出しが必要な場合、備え付けの届出書を保管管理者へ提出していただきます。

※保管管理者は上記届け出の内容に従い、預金の預け入れ・引き出しを行います。

※保管管理者は出入金の都度、出入金記録を作成します。

6. レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりエ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。)

①主なレクリエーション行事予定

	行事とその内容(例)	備考
1月	初詣(四條畷神社にお参りする予定です)	
2月	節分(施設内で豆まきを行う予定です)	
3月	ひなまつり(1階ロビーにて行う予定です)	
4月	お花見	
5月	遠足(入居者の方々の状態によって変更有り)	
7月	盆踊り	
9月	敬老会	
10月	遠足(入居者の方々の状態によって変更有り)	
12月	クリスマス会・餅つき	

* その他、毎月誕生会の実施や買い物などに参加して頂けます。

②クラブ活動

書道、歌クラブ等(材料代等の実費をいただきます。)

7. 複写物の交付

ご契約者は、サービス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きます。(1枚10円)

8. 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費用を負担いただきます。

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う1か月前までにご説明します。

9. 利用料金のお支払い方法

費用は、1か月単位で計算し施設で管理しているご契約者名義の通帳から引落としにてご請求しますので、毎月10日頃までにご入金下さいますようお願い致します。(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。)

10. 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、各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。

令和 年 月 日

指定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。

事業者名 社会福祉法人敬信福祉会
住 所 大東市大字竜間673番地3
代表者名 理事長 兼 俊 佐 代 美 印

指定介護老人福祉施設 あいの里竜間
説明者職名 主任生活相談員 氏名 廣 瀬 光 啓 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、指定介護福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

契約者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

契約者の家族 住所 _____

または代理人

氏名 _____ 印 _____

契約者との関係 ()

残置物引取人 住所 _____

氏名 _____ 印 _____