

重 要 事 項 説 明 書

社会福祉法人 敬愛会
特別養護老人ホーム慈宗院

指定介護老人福祉施設 重要事項説明書

社会福祉法人 敬愛会

1. 事業の目的

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、居宅における生活が困難であると認められる者を対象に、指定介護福祉施設サービスを提供するものとする。

2. 事業基本方針

この施設は、施設サービス計画に基づき、可能な限り居宅における生活への復帰を念頭において、入浴、排泄、食事等の介護、社会生活上の便宜の提供その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むよう入所者の人格を尊重し、常に入所者の立場に立ったサービス提供に努めるとともに、明るく家庭的な雰囲気を作り出し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保険、医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めることを事業の基本方針とする。

3. 施設サービスの相談

担 当 者：入退所や生活全般に関する相談は〔生活相談員〕が対応します。

介護に関する相談は〔介護職員〕が対応します。

健康や病気に関する相談は〔看護師〕が対応し嘱託医の指示を受けます。

施設サービス計画の立案は〔介護支援専門員〕が対応します。

受付時間：月～金曜日、１０：００～１２：００及び１３：００～１５：００まで

4. 施設サービスの概要

名 称：特別養護老人ホーム慈宗院 電 話：０５９－２３７－００６９

F A X：０５９－２３７－４８１７

所 在 地：津市片田長谷町１６７番地１ 郵便番号：５１４－００７７

指定番号：２４７０５００２３８〔指定介護老人福祉施設〕

施設：サービスに関わる主な共用施設・設備は次のとおりです。

入所定員	110名		
1人居室	2室	生活相談室	3ヶ所
2人居室	11室	サービスステーション	3ヶ所
3人居室	1室	ナースステーション	1ヶ所
4人居室	7室	静養室	3ヶ所
5人居室	11室	便所	8ヶ所
		特殊浴槽	1ヶ所
集会室	1ヶ所	一般浴槽	1ヶ所
食堂	7ヶ所	小浴室（個室浴槽）	1ヶ所

職員体制：サービスに従事する職種・職員数・業務は次のとおりです。

嘱託医（内科）	1名	医学的管理
生活相談員	2名	生活全般
介護支援専門員	2名	サービス計画の立案作成・認定調査
介護職員	37名以上	介護全般
看護職員	3名以上	健康全般
機能訓練指導員（兼務）（3名）		機能維持
管理栄養士	1名	食事提供栄養管理全般
調理員	7名	調理全般

勤務体制：入所者と介護及び看護職員の比率は3：1以上の配置となっています。

夜間勤務は、二交替制で介護職員が4名配置（基準4名）となっています。尚、看護職員は夜間勤務をいたしませんが緊急の場合は要請にて交替で出動します。

事務の時間帯	8：00～17：00
早出の時間帯	7：30～16：30
遅出の時間帯	9：30～18：30
夜勤の時間帯	17：15～ 9：15

協力病院：丸岡医院	[電話 059-237-0013]
宮崎歯科	[電話 059-237-0029]

5. 提供できるサービス内容

施設サービス計画の立案・作成・実行以外は、【契約書別紙】に明記したとおりです。

6. サービスの負担金及び利用料金

【契約書別紙】に記入した額で、その算出方法は次のとおりです。

介護保険対象サービス料金 (1単位10.27円)

[要介護1]	1日あたり	[589単位]
[要介護2]	同上	[659単位]
[要介護3]	同上	[732単位]
[要介護4]	同上	[802単位]
[要介護5]	同上	[871単位]

: サービス提供体制強化加算Ⅰ	1日あたり	[22単位]
: サービス提供体制強化加算Ⅱ	1日あたり	[18単位]
: 日常生活継続支援加算	1日あたり	[36単位]

(新規入所者の状況等により、月ごとに サービス提供体制強化加算Ⅰイ、Ⅰロ、日常生活継続支援加算 いずれかの算出となります。)

: 看護体制加算	1日あたり	[4単位]
: 外泊時費用 入院又は外泊期間 (月6日限度)	1日あたり	[246単位]
: 夜間職員配置加算	1日あたり	[16単位]

: 初期加算 新入所及び30日を超える入院後に再入所した場合 30日間	1日あたり	[30単位]
--	-------	---------

: 看取り介護加算Ⅰ 死亡日以前31～45日	1日あたり	[72単位]
死亡日以前4～30日	同上	[144単位]
死亡日前日及び前々日	同上	[680単位]
死亡日	同上	[1280単位]

: 口腔衛生管理加算Ⅰ	1月あたり	[90単位]
: 口腔衛生管理加算Ⅱ	1月あたり	[110単位]

: 褥瘡マネジメント加算Ⅰ	1月あたり	[3単位]
: 褥瘡マネジメント加算Ⅱ	1月あたり	[13単位]

: 排せつ支援加算Ⅰ	1月あたり	[10単位]
: 排せつ支援加算Ⅱ	1月あたり	[15単位]

: 排せつ支援加算Ⅲ	1月あたり	[20単位]
: 安全対策体制加算 入所時	1回あたり	[20単位]

: 科学的介護推進体制加算Ⅰ	1月あたり	[40単位]
: 科学的介護推進体制加算Ⅱ	1月あたり	[50単位]

: 栄養マネジメント強化加算	1日あたり	[11単位]
: 療養食加算 (1日3回を限度)	1食あたり	[6単位]

: 介護職員等処遇改善加算Ⅰ	総単位数の14.0%	
----------------	------------	--

・利用者負担の割合は介護保険負担割合証に記載してある割合となります。

介護保険対象外サービス料金

: 居住費	1日あたり	[915円]
: 食費	1日あたり	[1445円]

・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。

・入院・外泊時の居住費については、上記負担額の限度日数分をいただきます。

：その他の料金

①日常管理費〔1,000円〕

②行政関係や金融機関・郵政公社・社会保険庁等の諸手続き代行に伴う印紙、各種証明書・謄本・抄本等に必要な経費等の実費全額負担

③健康管理費・検査料・予防接種費用等の全額負担

④その他ご本人が希望される理美容代、嗜好品、衣類等の購入代金、クリーニング代、手工芸の材料費、屋外レクリエーションにおける個人的な物品の購入代、入園料・入場料等は全て有料となり、実費をお支払いいただきます。

支払方法：毎月15日までに前月分を請求。25日までに支払っていただくこととなります。

その方法は〔口座自動引き落とし〕か〔現金〕を選んでいただくこととなります。但し、口座自動引き落としの場合は引き落とし後、請求兼領収書を発行します。

7. 入院又は外泊期間中のベッドの使用について

入院又は外泊中、ショートステイの希望者がある場合は、同意をいただき、空床ショートベッドとして利用する事があります。尚、その場合には、私物管理は施設が責任を持って管理いたします。

8. 入所及び退所の手続き

入所手続：

- (1) 直接施設に来ていただき〔生活相談員〕と話し合いの上、別紙【入所申込書】所定事項を記入していただき、予約制となります。
- (2) 定員に満たない時（空床時）に、要介護者が入所できます。
- (3) 入所の際に【指定介護老人福祉施設入所契約書】を取り交わすこととなります。

退所手続：

- (1) 退所を希望される時は、別紙【解約通知書】に記入し、希望される日の1ヶ月前に当施設に提出していただきます。
- (2) 利用料金の支払い催告に応じない時は、退所となります。
- (3) 3ヶ月以内に退院できる見込みがない時、入院後3ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった時は、退所となります。
- (4) 職員や他の入所者に対して、背信行為を行った時は、退所となります。
- (5) 要介護認定の更新で自立又は要支援と認定された時は、一定期間の後、退所となります。
- (6) 他の介護保険施設に移転する時及び家庭復帰した時は、退所となります。
- (7) 死亡した時、退所となります。
- (8) 退所の時は、残留物・金銭等全て、家族（代理人）に引き取っていただきます。

9. 入所時や、入所中に守っていただきたい事項

必要書類： (1)介護保険被保険者証等 (2)医師の診療情報提供書等
(3)医療保険被保険者証等
(4)その他年金証書・通帳・印鑑類等を保管希望される場合

準備品： 入所前に確認の上、日常生活に必要な、次のものを準備していただきます。
(1)本人が使い慣れている、車椅子・歩行器・シルバーカー・ポータブルトイレ・杖・髭剃り機など
(2)衣類・肌着類は、5着程度。
(3)フェイスタオル5枚程度。バスタオル3枚程度。
(4)必要であればテレビ（小型のもの）やラジオなど娯楽に適するもの。
(5)寝具類は、施設用です。尚、電気あんか、電気毛布は、介護上に支障がありご遠慮願います。
(6)その他、食べ物・飲み物の持ち込みはご遠慮願います。

私物： (1)私物で、不要不急のものは持込まないようお願いします。
(2)私物の衣類やタオル類は、施設内でまとめて洗濯しますので、必ず布製の名札を縫い付けるか、油性の黒マジックで氏名を書くようお願いいたします。
(3)生活が長くなると、身の回り品など私物が多くなってきますが、常時必要でない品はご家庭で保管していただきます。

面会： (1)面会時間は、緊急以外は、【午前9時から午後8時】までとなっています。
(2)面会の方は、サービスステーションに備え付けの【面会票】に所定事項を記入していただき、担当の介護職員に申し出て面会していただきます。
(3)入所後は、環境や生活リズムの変化に対応しにくいため、精神的にも不安定な状態になりがちです。面会回数（週に1～2回）を多くして入所者が徐々に生活に慣れるよう協力いただきます。
(4)面会の時に、入所者に「何か食べ物を・・・」と思われるでしょうが、身体の状態によって飲み込みが悪く、喉につまる方もいれば、胃腸等が弱くて消化不良を起こす方もいます。食中毒予防も含めて、食物や飲み物の持ち込みは固くお断りします。面会される可能性のある方すべてにお伝えください。

外出外泊： (1)外出及び外泊を希望される入所者のご家族は、担当の介護職員に申し出ていただきます。尚、ご本人の当日の健康状態如何によって中止することもあります。
(2)外出は緊急以外午前9時以降にお願いします。
(3)入所者にとって、住み慣れた家、ご家族への思いは決して失われるものではありません。一方、施設の生活もマンネリになりがちですので、事情の許す限り、外出及び外泊をお願いします。

- 遵守事項： (1)施設の定めた生活日課、医学的管理上必要な指示に従ってください。
(2)暴力、喧嘩、口論等他人に迷惑な行為及び言動をしないでください。
(3)衛生、風紀、施設管理上支障のある物を施設内に持ち込まないでください。
(4)火災、盗難の防止に努めてください。
(5)多額の現金、有価証券、貴金属類は、原則持ち込まないでください。
(6)建物や設備を故意に破損しないでください。
(7)施設サービス内容について苦情、相談及び意見がある時は、いつでも申し出てください。
(8)施設サービス内容について事実と相違することを故意に言い触らさないでください。
(9)その他施設管理上支障があると認めた事項は守ってください。

10. サービス提供上で必要な対応方法

緊急時：介護状態の異変や容体急変の時は、【家族等への連絡一覧】によって家族に連絡すると共に、医療機関（丸岡医院等）との対応をすることになり、ご家族の早急な判断が必要となります。

終末期：人生の終末期には、特別な介護（ターミナルケア）が必要となります。その節は、施設療養か入院治療か、家族と施設嘱託医による話し合いを持ちます。

感染防止：冬期を迎えると、インフルエンザが流行します。嘱託医の判断により集団感染を予防するためワクチン接種を行うことになります。尚、その費用については【自己負担】をお願いします。
法定伝染病（赤痢、チフス、コレラ等）は即刻隔離となり、結核、MRSA（黄色ブドウ球菌）、疥癬（ヒゼンダニ皮膚病変）等に感染又は感染の疑いがある時は、医師の指示により、居室を隔離するか、即刻専門医療機関へ入院していただくことになります。
B型・C型肝炎、HIV、梅毒など血液を介した感染もあります。必ず嘱託医及び看護職員の指示には従ってくださるようお願いします。

災害対策：万が一の火災・地震発生を想定した、通報・消火・避難の防災訓練を消防計画に沿って実施します。
その際は、掲示してある【避難誘導方法・消火器配置図】を閲覧し防火管理者の指示に従って行動していただきます。
火災発生時には、非常通報により津市消防署、職員及び隣接の施設から職員が応援に駆け付けることになっています。

事故発生時の対応

：施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに保険者又は津市、当該利用者の家族等に連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。

苦情処理：施設のサービス内容において苦情・相談・ご意見があれば下記にて承ります。

- ① 施設内苦情相談窓口担当（副施設長）黒川裕史 059-237-0069
- ② 法人内苦情相談窓口担当（事務局長）高山宗和 059-237-1122
- ③ 法人内苦情解決のための第三者委員
 - 福井正道（敬愛会評議員） 090-5878-3354
 - 稲垣法重（敬愛会監事） 090-5876-7944
 - 中森長郎（敬愛会監事） 090-5877-2237
- ④ 津市は、介護保険課 059-229-3149
- ⑤ 三重県は、国保連合会介護保険課 059-222-4165

11. 連帯保証人

- (1) 連帯保証人は利用者と連帯して本契約から生じる利用者の債務を負担するものとする。
- (2) 前項の連帯保証人の負担は極度額150万円を限度とする。
- (3) 連帯保証人が負担する債務の元本は利用者の死亡又は退所、もしくは連帯保証人が死亡したときに確定するものとする。
- (4) 連帯保証人の請求があったときは事業者は連帯保証人に対して遅滞なく利用料等に支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供しなければならない。

以上、指定介護老人福祉施設の入所にあたり、入所者、又は代理人等に対して本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日 [事業者] 住 所 津市片田長谷町226番地

社会福祉法人 敬愛会

説明者 職 名

氏 名 _____ 印 _____

以上、本書面により、事業者から指定介護老人福祉施設の入所についての重要な事項の説明を受け同意しました。

令和 年 月 日 [入所者] 住 所

氏 名 _____ 印 _____

令和 年 月 日 [身元引受人] 住 所

氏 名 _____ 印 _____

続 柄

[連帯保証人] 住 所

氏 名 _____ 印 _____

続 柄

[代 理 人] 住 所

$$[\quad]$$

氏 名 _____ 印 _____

※ 自筆にて署名の上、捺印