

指定介護老人福祉施設

特別養護老人ホーム夢の丘 重要事項説明書

指定介護老人福祉施設『特別養護老人ホーム夢の丘』のご契約者に対して、当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等、入居に関する重要事項を次のとおり説明します。

1 施設経営法人

法人名	社会福祉法人 栲の木福祉会
代表者名	理事長 岡上 茂生
法人所在地	高知県四万十市右山2041番地18
電話番号	0880-34-8885 FAX 34-8886
設立年月日	平成13年 7月 5日

2 ご利用施設

施設の種類	指定介護老人福祉施設
施設の名称	特別養護老人ホーム 夢の丘
施設の所在地	高知県四万十市右山2041番地18
施設の電話番号	0880-34-8885
管理者名	施設長 端近 純男
指定年月日	平成27年 4月 1日
指定番号	高知県知事指定 3971000371
開設年月日	平成27年 4月 1日
入居定員	80名

3 当施設の事業の目的と運営方針

(1) 事業の目的

夢の丘の運営を通して、ご契約者の意志及び人格を尊重し、ご契約者のこれまでの生活が継続できるように配慮しながら、一人ひとりに応じた適切な支援により自立を目指すユニット型指定介護老人福祉施設サービスを提供することで、地域の高齢者福祉に貢献することを目的とする。

(2) 施設の運営方針

人間の尊厳を基本として、健全で安らぎのある生活を提供し、地域に開かれ、地域とともに歩む明るい施設を創る。

4 施設整備の概要

(1) 建物 耐火構造地上4階 (2001.65 m²)

(2) 設備

主な設備の種類	室数	備考
居室（1人部屋）	80室	全てユニット型個室 1室 12.88～13.45㎡
食堂共同生活室	8室	1室 70.92～90.61㎡ ユニット形式併用
機能訓練室	1室	46.35㎡（4階）
地域交流スペース	1室	156.60㎡（2階）
談話室・和室	13室	1室 12.88～31.31㎡
浴室	10室	15.85～42.74㎡（内1室 機械浴室3階に設置）
医務室	2室	12.93～15.52㎡（3・4階）
洗濯室	1室	22.92㎡（4階）
看護師室	2室	10.66～24.52㎡（2・3階）
静養室	1室	13.59㎡（3階）
家族宿泊室	2室	34.55～37.46㎡（2・4階）
トイレ	35か所	2.52～6.30㎡（3・4階）

5 職員の配置状況

(1) 主な職員の配置状況

職種	常勤換算	業務内容
施設長（管理者）	1名	施設全体の管理者
医師	1名以上 （非常勤）	ご契約者の健康状態に留意すると共に看護職員に指示を行い健康保持のための適切な措置を行います。
生活相談員	1名以上	ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
介護支援専門員	1名以上	ご契約者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。
介護職員	30名以上	ご契約者の日常生活上の介護、健康保持のための相談・助言等を行います。
看護職員	3名以上	24時間連絡体制を確保し、ご契約者の健康管理や療養上のお世話をいたします。また、日常生活上の介護、介助等もいたします。
機能訓練指導員	1名以上	ご契約者の個別機能訓練計画を作成し、計画に基づいた機能訓練を行います。
管理栄養士 又は 栄養士	1名以上	ご契約者の栄養状態を把握し、個別の栄養ケア計画を作成、計画に基づいた食事内容（治療食等）を提供します。
事務職員	2名	施設運営事務を行います。

(2) 主な職種の勤務体制

職種	勤務体制
施設長（管理者）	日勤： 8：30～17：30
事務職員	日勤： 8：30～17：30

生活相談員	日勤： 9：00～18：00
機能訓練指導員	日勤： 9：00～18：00
介護支援専門員	日勤： 9：00～18：00
管理栄養士又は栄養士	日勤： 8：30～17：30
介護職員	各ユニットにおける標準的な配置人員 早出： 7：00～16：00 1名 日勤： 9：30～18：30 1名 遅出：11：30～20：30 2ユニットで1名 準夜：13：00～22：00 2ユニットで1名 夜勤：21：50～ 7：50 2ユニットで1名
看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早出： 7：30～16：30 1名 日勤： 9：30～18：30 1名

※ 各職種、ユニット、曜日により勤務時間は変わります。

(3) 職員の研修体制

職員の資質向上を図るため、下記のとおり研修を行っています。

- ①採用時研修 採用後3か月以内
- ②各種勉強会 年2回以上

6 サービスの内容及び利用料金

(1) 介護保険給付対象サービス

〈サービスの内容〉

食事	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設では、栄養士の献立により、ご契約者の栄養及び嗜好並びに身体の状態を考慮した食事を提供します。 ・お食事は、ご契約者の自立支援のため離床に努め、リビングでお召し上がりいただきますが、入居者個々の状態に合わせた対応に努めます。食事時間については、状態に応じ下記記載の食事時間前に提供する場合があります。 ・食事関係の法令では、調理後2時間以内に召し上がっていただくこととなっていますので、下記の食事時間帯を過ぎる場合には、処分させていただきます。 (食事時間) 朝食： 7：30～ 9：00 昼食：11：30～13：00 夕食：17：00～18：30
口腔	<ul style="list-style-type: none"> ・身体状況に応じた口腔ケアを毎食後に行います。 ・歯科衛生士により、ご契約者の口腔衛生管理を行います。
入浴	<ul style="list-style-type: none"> ・ご契約者の健康状態等に応じ、週に2回以上の入浴又は清拭を行います。身体状況に応じて機械浴槽を使用して入浴することができます。
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・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。

機能訓練	・機能訓練指導員により、ご契約者の希望と意欲に沿い、心身等の状況に応じた、日常生活を送るために必要な機能の回復、又はその減退を防止するための訓練を実施します。
健康管理	・看護職員が、常にご契約者の健康状態に留意するとともに、嘱託医が定期的に回診をし、必要に応じて健康保持のための適切な措置を行います。
介護全般 自立の支援	・施設サービス計画（ケアプラン）に沿って、着替え、排泄、食事等の介助、おむつ交換、体位変換、シーツ交換、移動等必要な介護を行います。日常生活動作の中で、自立への支援を図ります。 ・身体機能の低下を防ぐため可能な限り離床に努めます。 ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮し、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。
行事等	・四季折々の計画を立て入居者交流及び地域交流等の行事を行います。行事によっては、別途参加費用をご契約者又は代理人においてご負担いただくこともあります。
行政手続き ・支払い手続きの代行	・行政手続きの代行を希望の際は、職員に申し出ていただくことで必要な対応をいたします。ただし、代行手続きにかかる経費はその都度契約者又は代理人の負担といたします。介護以外の日常生活に係る諸費用について支払い代行することもできます。
相談援助	・生活相談員に、介護以外の日常生活に関することも含め、必要に応じてご相談ください。

(2) サービスの利用料金（別紙参照）

介護保険負担分として

- ※ サービスの利用料金及びその他の介護給付サービス加算の料金は、厚生労働省公示上の金額の内、介護保険負担割合証に記載された負担割となります。

高額介護サービス費として

- ※ 介護サービスを利用する場合にお支払いいただく利用者負担には、月々の負担の上限が設定されており、1カ月に支払った利用者負担の合計が上限を超えたときは、超えた分が払い戻されます。

負担の上限額は下記の通りであり、申請をすることにより認定証が交付されます。

区 分	負担の上限（月額）
世帯 全員が市区町村民税を課税されていない方	24,600円（世帯）
・高齢福祉年金を受給している方	24,600円（世帯）
・前年の合計所得金額と公的年金等収入の合計が年間80万円以下の方等	15,000円（個人）
生活保護を受給している方等	15,000円（個人）

ただし、預貯金等の額がそれぞれの基準額を超える場合は負担軽減の対象外となります。また、住民税課税世帯については、収入に応じた負担の上限があります。

(3) 介護保険給付対象外サービス

<サービスの種類等と利用料金>

種 類	内 容	利 用 料 金
居住費	ユニット型個室	2,066円/日
食費	朝食390円 昼食545円 夕食510円	1,445円/日
特別な食事・嗜好	ご希望に応じて特別食をご用意した場合	実費
理美容	月に1回程度、理容・美容師の出張による理髪サービスをご利用した場合	カット代実費 1,500円～
クラブ活動 レクリエーション	ご希望により、クラブ活動やレクリエーションにご参加いただけます。	実費をいただく場合があります。
日用品の購入代行	ご希望の品物を購入代行いたします。	品物代金のみ実費

ア 居住費・食費について、介護保険負担限度額の認定を受けている方の場合、その認定証に記載された金額までが1日あたりの料金となり、差額は介護サービス費として介護保険から給付されます。又、当施設では社会福祉法人の減免制度を実施していますので、保険者である市町村に申請して対象となれば減免を受けられます。

イ 居住費については、入院中もしくは外泊中も申し受けます。但し、介護保険限度額の認定を受けている場合は、その認定証に記載された金額とします。なお、入院・外泊期間中に居室を短期入所サービスに利用させていただく場合、その期間に限り居住費を徴収しないものとします。

(4) 利用料金のお支払い方法

前記(2)、(3)の料金・費用は、1か月ごとの月末に計算し、翌月10日を目安にご請求いたしますので、翌々月15日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。(ご利用が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

イ 指定口座への振り込み

四国銀行 中村支店 普通 口座番号5131148

特別養護老人ホーム夢の丘 施設長 端近 純男

※ 保険料の滞納などにより、市町村から保険給付金が支払われない場合は、一旦利用料金(10割)をいただき、サービス提供証明書を発行します。後日サービス提供証明書を保険者の窓口へ提出しますと、自己負担額を除く全額の払い戻しを受けることができます。

7 緊急時の対応

サービスの提供を行っているときにご契約者の病状の急変等が生じた場合は、速やかに協力医療機関へ連絡を行うなど、必要な措置を講じます。

〈非常災害対策〉

消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、消防法第8条に規定する防火管理者を定め非常災害対策を行います。

8 入居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。(ただし、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証す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。)

(1) 嘱託医・協力医療機関

医療機関の名称	竹本病院
所在地	四万十市右山大谷1973番地2号
診療科	内科・消化器科・呼吸器科・循環器科・心臓血管外科・ リハビリテーション科・精神科・放射線科 整形外科・眼科

(2) 協力医療機関

医療機関の名称	所在地	診療科
池本歯科	四万十市右山五月町10番14号	歯科

当施設入居中に、医療機関への入院の必要が生じた場合は、以下のとおりです。

ア 3か月以内の入院の場合、退院後も当該施設に入居することができます。

イ 3か月以内の退院が見込まれない場合、契約を解除する場合があります。なお、入退院の際は双方で協議をいたします。

9 苦情、要望及び相談等の受付について

(1) 当施設における苦情や要望、ご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

苦情受付窓口(責任者)	施設長 端近純男
苦情受付窓口(担当者)	生活相談員 徳岡裕樹
第三者委員	梶の木福祉会監事 濱村美香
受付時間	毎週月曜日～金曜日 8:30～17:30
電話番号	0880-34-8885

(2) 行政機関その他苦情受付機関

四万十市役所 高齢者支援課	所在地	四万十市中村大橋通4-10
	電話番号	0880-34-1165
	FAX	0880-34-0567
	受付時間	午前8時15分～午後5時15分
※ 四万十市以外の市町村からご入居の方は、従前の市町村の介護保険担当課が苦情受付機関となります。		
国民健康保険団体 連合会 (国保連)	所在地	高知市丸ノ内2-6-5
	電話番号	088-820-8410・8411
	FAX	088-820-8413
	受付時間	午前8時30分～午後5時15分

10 施設利用にあたっての留意事項

項目	留意事項
面会時間	面会は自由ですが、午後8時には玄関を施錠します。来訪者は必ずその都度、受付窓口の面会簿にご記入の上、面会先のユニットへご提出願います。
外出	外出は自由ですが、外出される場合は必ず事前に、行き先と帰宅日時を職員に申し出てください。
居室	施設内の居室は本来の用途に従って利用するものとします。 入居される居室については、ご契約者の心身の状況に応じて決定します。基本的には契約時に入居された居室を継続して利用していただくこととなります。ただし、ご契約者の状態悪化などやむを得ず変更する必要がある場合は、ご契約者と代理人及び事業者との合意により変更させていただきます。また、サービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、事業者及びサービス従業者がご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置をとることを認めるものとします。ただし、その場合、事業者はご契約者のプライバシーには十分な配慮をするものとします。
設備及び器具の利用	施設内の設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫煙	施設内での喫煙はご遠慮願います。
飲酒	飲酒して騒いだり、けんかしたり、他の入居者に迷惑をかけないよう常識ある飲酒をお願いします。
迷惑行為等	騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
金銭及び貴重品の管理	自己管理金品については責任を負いかねますので、できるだけ施設に預けるようにしてください。
衣類	フルネームの記入をお願いいたします。また、洗濯や乾燥機で縮む衣類はご遠慮願います。
贈り物や差入れ	職員への贈り物や差し入れはご遠慮願います。

1 1 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかにご家族・市町村に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。また、事故状況・処置について記録を残し、事故再発防止のための措置を講じます。

1 2 身体拘束の禁止

原則として、ご契約者の自由を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、ご契約者の生命又は身体を保護するため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、施設内で十分な検討を行い、事前にご契約者及びその家族への説明及び同意を得た上で実施するものとします。また、緊急やむを得ない理由やご契約者の容態及び時間、心身の状況について記録するとともに、早期に拘束を解除すべく努力するものとします。

1 3 損害賠償について

当施設において、施設の責任によりご契約者に生じた損害については、施設は速やかにその損害を賠償します。ただし、施設の責に帰さない事由による場合はこの限りではありません。また、損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められた場合は、ご契約者の置かれた心身の状況等を斟酌し、減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

1 4 その他

【説明確認欄】

令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設サービスの契約にあたり、本書面に基づき入居に関する重要事項の説明を行いました。

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム 夢の丘

説明者 生活相談員 氏 名 _____ 印

私は、本書面に基づいて、指定介護老人福祉施設『特別養護老人ホーム 夢の丘』から、指定介護老人福祉施設サービスの入居に関する重要事項の説明を受け、承諾しました。

契約者 氏 名 _____ 印

代筆者 氏 名 _____ 印

続 柄 _____