「特別養護老人ホーム高寿園」重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
（介護保険指定番号 3370300455）

当施設はご利用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。

※ 当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要介護３」と認定された方が対象となります。

１．施設経営法人

(1)法　人　名　　社会福祉法人　津山福祉会

(2)法人所在地　　岡山県津山市下高倉西１５８１番地１

(3)電 話 番 号　　０８６８‐２９‐０１１５

(4)代表者氏名　　理　事　長　　髙　山　科　子

(5)設 立 年 月　　昭和５５年７月７日

２．ご利用施設

(1)施　設　の 種　類　　指定介護老人福祉施設

平成１２年４月１日指定　　指定番号３３７０３００４５５

(2)施　設　の 目　的　　指定介護老人福祉施設は、介護保険法令に従い、ご利用者が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご利用者に、日常生活

を営むために必要な居室および共用施設等をご利用いただき、介護福祉施設サービスを提供します。この施設は、身体上また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のが困難な方がご利用いただけます。

(3)施　設　の 名　称　　特別養護老人ホーム高寿園

(4)施 設 の所 在 地　　岡山県津山市下高倉西１５８１番地１

(5)電　話　番　号　　０８６８－２９－０１１５

(6)施　　設　　長　氏　　名　　仁　木　　則　子

(7)当施設の運営方針　　常に差別のない平等の立場で、利用者の基本的人権を尊重し、心身の健康保持と機能の維持・回復に努め、明るく幸せな毎日が送れるよう援助を行う。また、多種多様の高齢者問題へ対応するための施設整備および在宅福祉サービスの展開に取り組み、より良いサービスが提供できるよう「時代に即応できる施設運営」を理念とし、利用者の方々が生きがいを持って、楽しく生活してもらえる施設を目指すとともに、地域福祉推進の拠点としての役割を果たすよう努める。

(8)開　設　年　月　日　　平成１２年　４　月　１　日

(9)入　所　定　員　　８０人

３．居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。

居室・設備の種類	室　　数	備　　考

個室（１人部屋）	８０	ユニット型個室 （各居室にトイレ・洗面台完備）
リビング	8	１・２階
浴　　室	8	１・２階
機械浴室	2	１階（チェアインバス）・２階（特浴）
サンルーム	3	１・２階
医　務　室	1	１階
理　容　室	1	１階
地域交流ホール	1	１階

※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。

☆居室の変更：ご利用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、ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご利用者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

４．職員の配置状況

当施設では、ご利用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。

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	３０　名以上	２７　名
３．生　活　相　談　員	１　名以上	１　名
４．看　護　職　員	３　名以上	３　名
５．機能訓練指導員	（１）名以上	（１）　名
６．介護支援専門員	１　名以上	１　名
７．医　　師	１名以上　（嘱託）	必　要　数

８．管　理　栄　養　士	１　名以上	１　　名

※（　　）内の数字は施設内の兼務の職員数です。

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（週 40 時間）で除した数です。

（例）週 8 時間勤務の介護職員が 5 名いる場合、常勤換算では、1 名（8 時間×5 名÷40 時間＝1 名）となります。

〈主な職種の勤務体制〉

職　　種	勤　務　体　制
１．医　　師	松下医師　第 2･4 火曜日　14：00　～　15：00 大海医師　第 2･4 水曜日　14：00　～　15：00 平井医師　第 2･4 土曜日　13：30　～　14：30
２．介　護　職　員	標準的な時間帯における最低配置人員 日中：　7：00　～　16：00　　4 名 10：00　～　19：00　　4 名 夜間：　17：00　～　9：00　　4 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：　7：30　～　16：30　　1 名 9：30　～　18：30　　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、ご利用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利用者に負担いただく場合

があります。

（１）当施設が提供する介護保険給付対象サービス（契約書第３条参照）

以下のサービスについては、居住費、食費を除き介護保険負担割合証に記載の割合に応じて介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

①食事（ただし、食事に係る費用は別途いただきます。）

・当施設では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。

・ご利用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。

（標準的な食事時間）

朝食：８：００　　昼食：１２：００　　夕食：１８：００

②入浴

・入浴を週２回以上、清拭は必要時行います。

・寝たきりでも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、ご利用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、ご利用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。

・　生活のリズムを考え、毎朝夕の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、適切な整容が行なわれるよう援助します。

〈サービス利用料金〉（契約書第７条参照）

別紙１料金表によって、ご利用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）と居室に要する費用と食事の提供に要する費用の額の合計金額をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度、負担割合に応じて異なります。）

ご利用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、ご利用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、ご利用者の負担額を変更します。

☆ 居室と食事に係る費用について、介護保険負担限度額認定証の発行を受けられている方につきましては、その認定証に記載された金額（１日当たり）のご負担となります。

（２）（１）以外のサービス（契約書第４条、第７条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

① 居室の提供

ご利用者に提供する居室に係る費用です。

利用料金：別紙１料金表参照

② 食事の提供

ご利用者に提供する食事に係る費用です。

利用料金：別紙１料金表参照

③ 特別な食事

ご利用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

④ 理髪・美容

［理髪サービス］

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

利用料金：要した費用の実費

［美容サービス］

月１回、美容師の出張による美容サービス（調髪、パーマ、髪染め等）をご利用いただけます。

利用料金：要した費用の実費

⑤ 貴重品の管理

ご利用者の希望により、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
- お預りするもの：上記預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、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。

・預金の預け入れおよび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出書の内容に従い、預金の預け入れおよび引き出しを行いま

す。

・保管管理者は出入金の都度、出入金記録を作成し、その写しをご利用者へ交付します。

利用料金：月額 2000 円

⑥ **レクリエーション、クラブ活動**

ご利用者の希望により、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：要した費用の実費

⑦ **複写物の交付**

ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できます。また、複写物を必要とする場合にはお申し出により交付いたします。

利用料金：無料

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利用者の日常生活に要する費用で、ご利用者に負担いただくことが適当であるものに係る費用をご負担いただきます。

※ 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。

☆ 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２か月前までにご説明します。

（３）利用料金のお支払い方法（契約書第７条参照）

前記（１）、（２）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１

５日（金融機関の休業日にあたるときはその翌営業日）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．ご契約者又はご利用者名義の口座からの自動引落 ご利用できる金融機関　：　中国銀行　・　津山農協　・　津山信用金庫 イ．下記指定口座への振込み 中国銀行　津山東支店　普通　№１０６８１８９ 津山農協　高野支店　　普通　№１８７６３５１ ゆうちょ銀行　　記号１５４３０　　番号１７８０７９５１ ※他金融機関からゆうちょ銀行への振込みの場合 店名五四八　　店番号５４８　　普通　番号１７８０７９５ ウ．ご利用者から預かっている預金通帳口座からの自動引落 エ．窓口での現金支払い

（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、ご利用者の希望により、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 協力医療機関

医療機関の名称	積善病院
所　在　地	津山市一方 140
診　療　科	精神科、神経科、内科、歯科
医療機関の名称	津山第一病院
所　在　地	津山市中島 438
診　療　科	消化器科、循環器科、整形外科等
医療機関の名称	近光整形外科

所　　在　　地	津山市椿高下 127-1
診　　療　　科	整形外科、リハビリテーション科
医療機関の名称	日本原病院
所　　在　　地	津山市日本原 352
診　　療　　科	内科　神経内科　循環器内科等

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	内田歯科クリニック
所　　在	津山市河辺 945-17

③施設の医療体制

通常ご利用者の健康管理は、嘱託医が行っています。

嘱託医師名	回　　診　　日
松　　下　　明	第２・４　火　　曜　　日
大　　海　　庸　　世	第２・４　水　　曜　　日
平　　井　　龍　　三	第２・４　土　　曜　　日

※ご利用者の健康状態等についての、医師へのご質問・ご相談は、主治医の回診日にご来園ください。詳しくは、看護師までご相談ください。

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、ご利用者に退所していただくことになります。

（契約書第１６条参照）

① 要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立または要支援と判定された場合および更新認定により要介護１・２に変更となった利用者で特例入所の要件に該当しない場合
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、ご利用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 ご利用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）ご利用者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第１７条、第１８条参照）

契約の有効期間であっても、ご利用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 利用者が病院または診療所に入院した場合
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または過失によりご利用者の身体・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
⑦ 他の利用者がご利用者の身体・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１９条参照）

以下の事項に該当する場合には、当施設からの退所をしていただくことがあります。

① ご利用者が、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 ご利用者による、サービス利用料金の支払いが２か月以上遅延し、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 ご利用者が、故意または重大な過失により事業者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 ご利用者が病院または診療所に入院した場合
ただし、心身の状況、置かれている環境、入院期間等を勘案し、決定します
⑤ ご利用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

＜入院期間中の利用料金＞

上記、入院期間中の利用料金については、別紙１料金表により、介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）、居室代をご負担いただきます。

（３）円滑な退所のための援助（契約書第２０条参照）

ご利用者が当施設を退所する場合には、ご利用者の希望により、事業者はご利用者の心身の状況、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利用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

※ご利用者が退所後、在宅に戻られる場合には、その際の相談援助にかかる費用として介護保険から給付される費用の一部（退所時相談援助加算・退所前連携加算等）をご負担いただきます。

７．残置物引取人（契約書第２３条参照）

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利用者の所持品（残置物）をご契約者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、ご契約者が残置物を引き取れない場合、「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。

８．緊急時（事故、災害発生時等）の対応について

ご利用者の心身の状況に異変その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医あるいは協力医療機関に連絡する等の適切な措置を講じます。また、その際の状況及びその措置について記録を作成し、保管します。

天災その他の災害が発生した場合、当事業所の防災計画に基づき、ご利用者の避難等必要な措置を講じます。

ご利用者の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ず身体的拘束その他ご利用者の行動を制限する行為を行う場合には、医師の指示等によりご契約者の同意を得て行います。また、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由等について記録を作成します。

９．苦情の受付について（契約書第２６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。

また、苦情受付ボックス・ご意見箱を玄関に設置してあります。

○苦情受付窓口　（担当者）

［職・氏名］　事務局長　仁 木　潤

○受付時間　毎週　月曜日　～　金曜日

８：３０　～　１７：３０

○電話番号　　０８６８－２９－０１１５

（２）行政機関その他苦情受付機関

津山市役所高齢介護課	所 在 地　津山市山北 520 電話番号　0868－32－2070 受付時間　8:30 ～ 17:00
国民健康保険団体連合会	所 在 地　岡山市北区桑田町 17 番 5 号 電話番号　086－223－8811 受付時間　9:00 ～ 17:00
岡山県社会福祉協議会 介護サービス苦情相談窓口	所 在 地　岡山市北区南方 2 丁目 13－1 電話番号　086－226－2822（代表） 受付時間　8:30 ～ 17:00

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。

指定介護老人福祉施設　特別養護老人ホーム高寿園

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、指定介護福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

利　用　者　住　所

氏　名　　印

署名代行者　住　所

氏　名　　印

※この重要事項説明書は、厚生省令第 39 号（平成 11 年 3 月 31 日）第 4 条の規定に基づき、入所申込者またはその家族への重要事項説明のために作成したものです。