

特別養護老人ホームくつろぎ・友井荘

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。

(東大阪市指定 第2795000252号)

当施設は、ご契約者に対して指定地域密着型介護老人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とおり説明します。

社会福祉法人正福会の基本理念

人は、高齢になって手助けが必要となっても、住み慣れた地域で、家庭で暮らし続けたいと思うものであるとの考えのもと、居宅における生活維持へのサポートを介護の基本理念としています。そしてその基本理念に立って、居宅において生活の維持が困難となった時、住み慣れた地域の地域密着型の施設での生活が求められてくると考えます。

「介護のこころ」「介護の技術」「介護の知識」を大切にして、入居者様お一人おひとりの希望やニーズに沿い、入居者様の自立した生活を支援させていただくための地域密着型介護老人福祉施設サービスの提供に努めることを法人の理念とします。

また、社会福祉法の定めるところの、個人の自立支援、入居者様による選択の尊重のもと、入居者様の意向を尊重し、個人の尊厳を保持しつつ、自立した生活を地域社会において営むことができるよう支援するという社会福祉法の規定を遵守する社会福祉法人を目指します。

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 正 福 会
- (2) 法人所在地 大阪府大阪市鶴見区中茶屋一丁目1番10号
- (3) 電話番号 06-6914-3874 FAX 06-6914-3875
- (4) 代表者氏名 理事長 福 田 光 正
- (5) 設立年月日 平成23年11月18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24年4月1日指定・東大阪市指令福第338号)
- (2) 施設の目的
施設は、入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭において、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことができるようにす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くつろぎ・友井荘
- (4) 施設の所在地 大阪府東大阪市友井4丁目8番5号
- (5) 電話番号 06-6722-2550 FAX 06-6722-2850
- (6) 管理者氏名 川瀬 弘治
- (7) 施設の運営方針
常に入居者の立場に立って施設サービスの提供に努めるとともに、明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行います。
- (8) 開設年月日 平成24年4月1日
- (9) 定員 29名

3. 施設の概要

(1) 建 物

構 造：鉄骨造陸屋根 2 階建

床面積： 1 階 7 5 3 . 1 9 平方メートル

2 階 7 1 3 . 1 0 平方メートル

延べ床面積 1, 4 6 6 . 2 9 平方メートル

(2) 居室等の概要

当施設では、次の居室・設備をご用意しています。

<居室>

ユニットの種類	室 数	備 考
A	9 室	個 室
B	1 0 室	個 室
C	1 0 室	個 室

<主な設備>

設備の種類	内 容
浴 室	各階にゆったりと一人で利用していただける浴室（リフト機設置の浴槽もあり）があります。
トイレ	障害をお持ちの方にも安心してゆったりと、車椅子でご利用していただきます。
介護機器	車椅子や歩行器を備え、入居者に使っていただきます。
リハビリ機器	機能の維持回復を図るためリハビリ機器を設置し、機能訓練を行います。
レクリエーション機器	楽しい入居生活に利用していただきます。
医務室	

4. 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および各職員の業務内容>

職 種	常 勤 換 算	業務内容
1. 施設長	1 名	事業所の運営に係る業務全般、従業員の管理、サービス提供の質の管理等
2. 管理者	1 名	
3. 生活相談員	1 名	入退所の調整、家族や医療機関との連携等
4. 介護職員	1 0 名以上	入居者の生活支援および身体介護等
5. 看護職員	1 名以上	入居者の医療的ケアや健康管理等
6. 介護支援専門員	1 名	入居者のアセスメント、ケアプランの作成等
7. 医師(非常勤)	0. 2 名	入居者の健康管理等
8. 管理栄養士	1 名	栄養ケアマネジメント、衛生管理、給食管理等

5. サービス提供における事業者の義務

当施設は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① ご契約者の生命、身体、財産の安全確保に万全を期します。
- ② ご契約者の体調、健康状態から見て必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ 非常災害に関する具体的な計画を策定するとともに、ご契約者に対して、定期的に避難、救出、その他必要な訓練を行います
- ④ ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、保存については東大阪市条例で定める期間保存するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ⑤ 身体拘束等について
ご契約者に対する身体拘束、その他行動を制限する行為を行いません。ただし、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑥ 緊急時の対応について
ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに医師又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡、緊急搬送を行う等、必要な処置を講じます。
- ⑦ ご契約者へのサービス提供時に事故が発生した場合には、速やかに事故の状況を家族等に報告するとともに、必要に応じて緊急対応を行います。
- ⑧ 個人情報の保護について
サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身の情報を提供します。

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

(ア) 利用料金が介護保険から給付される場合

(イ) 利用料金が全額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

＜サービスの内容＞

①入 浴

身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、適切な方法により、入浴の機会を提供します。ただし、やむを得ない場合には、清拭を行います。

②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。

③健康管理

医師により、週1回診察日を設けて健康管理に努めます。又、緊急時必要な場合には受診していただく等、迅速に対応するとともに、入居者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。

④栄養管理

ご契約者の年齢、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のため、栄養管理を行います。

⑤その他自立への支援

寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮するとともに、清潔で快適な生活が送られるよう適切な整容等に援助します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

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ります。

<サービスの概要と利用料金>

①食 事

当施設では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

＊ご契約者の自立支援のため、離床して食事をしていただくことを原則としています。

(食事時間)

朝食 8:00～10:00 昼食 12:00～14:00 夕食 18:00～20:00

◎食 費：1,545 円（1 日当たり）

☆食事に係る費用については、介護保険負担限度額の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。

②居 住

居住に要する費用として個室は、「室料＋光熱水費相当」額の負担をいただきます。

◎居住費：2,500 円（1 日当り）

☆居室に係る費用については、介護保険負担限度額の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。

③特別な食事代

ご契約者の希望等による特別なメニュー、食材による食事の場合に負担していただく費用です。

◎利用料金：実費（別途消費税要）

④貴重品の管理費

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、以下のとおりです。

○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：上記預貯金通帳と金融機関へ届出た印鑑、有価証券、年金証書

○保管管理責任者：管理者 川瀬 弘治

○出納方法：手続きの概要は以下のとおりです。

- ・預金の預け入れ及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届出させていただきます。
- ・保管管理者は上記届出の内容に従い、預金の預け入れ及び引き出しを行います。
- ・保管管理者は入出金記録を作成し、月に一度又はご請求のあった時、その写しをご契約者へ交付します。

◎利用料金：1ヶ月 1,000円

⑤レクリエーション・クラブ活動費

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：レクリエーションやクラブ活動に要した材料代等の実費

⑥理美容の費用

ご契約者の希望により理美容サービスを受けることができます。

◎利用料金： カット代1,750円（顔そり、毛染め、パーマは別料金）

⑦日常生活上必要となる諸費用

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ついて、その費用をご負担いただきます。オムツ代は、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。

◎利用料金：実費

⑧テレビ等の使用について

お持ちいただいて結構です。

◎ 利用料金（電気代）： 50 円（1 日 1 電気器具当り、消費税を含む）

⑨夜間等救急搬送時職員が付添いした場合、施設までの帰りのタクシー代

⑩その他

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 ヶ月前までにご説明します。

<基本的なサービスの利用料金>

上のことから、基本的なサービスの利用料金は、下表のようになります。（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。）

なお、下記の利用料は、1 ヶ月（30 日）単位で計算しています。

区 分	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
要介護度別基本単位数	682 単位	753 単位	828 単位	901 単位	971 単位
科学的介護推進体制加算（一カ月あたり）	40 単位	40 単位	40 単位	40 単位	40 単位
看護体制加算（Ⅰ）	12 単位	12 単位	12 単位	12 単位	12 単位
看護体制加算（Ⅱ）	23 単位	23 単位	23 単位	23 単位	23 単位
栄養マネジメント強化加算	11 単位	11 単位	11 単位	11 単位	11 単位
生活機能向上連携加算（Ⅱ）（1カ月あたり）	200 単位	200 単位	200 単位	200 単位	200 単位
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 単位	6 単位	6 単位	6 単位	6 単位
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）（基本サービス費に各種加算を加え総単位数に 13.6% を乗じた単位数）	3,027 単位 （1 月あたり）	3,317 単位 （1 月あたり）	3,623 単位 （1 月あたり）	3,920 単位 （1 月あたり）	4,206 単位 （1 月あたり）
小計（30 日）	25,287 単位	27,707 単位	30,263 単位	32,750 単位	35,136 単位

サービス利用料金 （10 割）	264,249 円	289,538 円	316,248 円	342,237 円	367,171 円
介護保険自己負担額 （1 割）	26,424 円	28,953 円	31,624 円	34,223 円	36,717 円
介護保険自己負担額 （2 割）	52,849 円	57,907 円	63,249 円	68,447 円	73,434 円

☆その他の加算（基本的な加算）

初期加算 (入所後 30 日間)	30 単位	30 単位	30 単位	30 単位	30 単位
外泊時加算 (月 6 日限度)	246 単位	246 単位	246 単位	246 単位	246 単位
口腔衛生管理加算 (Ⅰ) (一カ月あたり)	90 単位	90 単位	90 単位	90 単位	90 単位
口腔衛生管理加算 (Ⅱ) (一カ月あたり)	110 単位	110 単位	110 単位	110 単位	110 単位

☆その他の費用

食事提供に 要する費用	第 1 段階	9,000 円 (300 円×30 日)
	第 2 段階	11,700 円 (390 円×30 日)
	第 3 段階 ①	19,500 円 (650 円×30 日)
	第 3 段階 ②	40,800 円 (1,360 円×30 日)
	第 4 段階	46,350 円 (1,545 円×30 日)
居住に 要する費用	第 1 段階	24,600 円 (820 円×30 日)
	第 2 段階	24,600 円 (820 円×30 日)
	第 3 段階	39,300 円 (1,310 円×30 日)
	第 4 段階	75,000 円 (2,500 円×30 日)
日常生活費（実費）		歯ブラシ等日用品費、理美容料金など

自己負担額 合計 (1 割負担)	第 1 段階	60,024 円	62,553 円	65,224 円	67,823 円	70,317 円
	第 2 段階	62,724 円	65,253 円	67,924 円	70,523 円	73,017 円
	第 3 段階①	85,224 円	87,753 円	90,424 円	93,023 円	95,517 円
	第 3 段階②	106,524 円	109,053 円	111,724 円	114,232 円	116,817 円
	第 4 段階	147,774 円	150,303 円	152,974 円	155,573 円	158,067 円

自己負担額 合計 (2 割負担)	第 4 段階	174,199 円	179,257 円	184,599 円	189,797 円	194,784 円
------------------------	--------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

☆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。

☆食事と居室に係る費用については、介護保険負担限度額の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。

(3) 利用料金等の支払い

前記(ア)、(イ)の料金・費用は1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので請求月の末日までに施設と協議した方法でお支払いください。なお、指定金融機関口座からの自動引き落としの場合の手数料は、施設の負担とします。(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。)

(4) 低所得者の負担軽減

市町村が生計が困難と認めた人で、利用者の状況に応じて個別に決定された内容(利用者負担軽減確認書)に基づき利用料を軽減します。

(5) 利用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。又、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	医療法人社団 丸山会八戸ノ里病院
所在地	東大阪市小阪三丁目16番14号
電話番号	06-6722-7676

② 協力歯科医療機関

医療機関の名称	東大阪市長瀬診療所
所在地	東大阪市長瀬町三丁目1番48号
電話番号	06-6736-3791

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になります。

- ①要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
 - ②施設の滅失や重大な破損により、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
 - ③ ご契約者から退所の申し出があった場合（詳細は、以下をご参照ください。）
 - ④事業者から退所の申し出があった場合（詳細は、以下をご参照ください。）

(1) ご契約者からの退所の申し出の場合（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業者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しなかった場合
 - ⑤事業者もしくはサービス従業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業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他の利用者がこの契約者の身体、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) 事業者からの退所の申し出の場合（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た場合
 - ②ご契約者によるサービス利用料金の支払いが2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業者もしくは他の利用者等の生命、身体、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ヶ月以上病院又は診療所に入院し、もしくは入院すると見込まれる場合
- ① ご契約者が他の介護保険施設に入所した場合

[ご契約者が病院等に入院された場合の対応について]

当施設に入居中に、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。

①3ヶ月以内の入院の場合

当初から3ヶ月以内の退院が見込まれていて、実際に3ヶ月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。

また、料金は、入院の翌日から当該月6日間（当該入院が月をまたがる場合は最大12日間）の範囲で、実際に入院した日数分で利用料金をご負担いただき、その日以降については、再入所までの間の居住費をいただきます。

②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又は介護保険施設等の紹介
- 居宅介護支援事業者の紹介
- その他保険医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

8. 虐待の防止について

施設はご利用者様の人権の擁護・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従業者に対する研修を実施します。
- ②利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備を行います。
- ③従業者が支援に当たっての悩みや苦労を相談できる体制を整え、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境づくりに努めるほか、自ら必要な措置を講じます。
- ④施設はサービス提供中に、当該施設の従業者等による虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。

9. 運営推進会議

施設が地域に密着し、地域に開かれたものにするため、運営推進会議を設置します。

- ①運営推進会議の委員は、入居者、入居者の家族、地域住民の代表者、地域包括支援センターの職員、介護老人福祉施設についての知見を有する者
- ②おおむね2ヶ月に1回開催
- ③サービスの提供内容、活動状況等を報告し、評価を受けるとともに、必要な要望、助言

等を聞く機会とします。

10. 身元引受人

(1) 契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることがあります。

(2) 身元引受人は、ご契約者の利用料等の経済的な債務については、ご契約者と連帯して、その債務の履行義務を負うことになります。

また、ご契約者が医療機関に入院する場合や当施設から退居する場合においては、その手続きを円滑に遂行するために必要な事務処理や費用負担などを行ったり、更には当施設と協力、連携して退居後のご契約者の受け入れ先を確保するなどの責任を負うことになります。

(3) ご契約者が入居中に死亡した場合においては、そのご遺体や残置品の引き取り等の処理についても、身元引受人がその責任で行う必要があります。又、ご契約者が死亡されていない場合でも同様であり、処理にかかる費用については、ご契約者又は身元引受人にご負担いただくことになります。

11. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情受付

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）

担 当 者 介護支援専門員 岡本 一恵

苦情責任者 管理者 川瀬 弘治

- ・ 受付時間 9：00～18：00

- ・ 電 話 06-6722-2550

(2) 行政機関その他苦情受付機関

○東大阪市福祉部指導監査室法人・高齢者施設課

所在地：東大阪市荒本北1丁目1番1号

電 話：06-4309-3315

FAX：06-4309-3815

受付時間：9：00～17：00（土日祝及び年末年始は休業）

○国民健康保険団体連合会

所在地：大阪府中央区常盤町1-3-8 中央大通 FN ビル内

電 話：06-6949-5418

FAX：06-6949-5417

受付時間：9：00～17：00（土日祝及び年末年始は休業）

12. 高齢者虐待の受付窓口

行政機関の高齢者虐待通報窓口

○東大阪市福祉部高齢介護室 地域包括ケア推進課

13. 第三者評価について

当施設における第三者評価機関による評価の実施状況 無

1 4. 施設利用の留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されている利用者の快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

(1) 持ち込み制限

入所にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。

- ・カミソリ、ナイフ等の刃物、マッチ、ライター等の火器、他人に危険を及ぼすと思われるすべての物
- ・多額の所持金（盗難や紛失があると困りますので、ご本人が所持する金銭は小額でお願いします。）、携帯電話
- ・ペット

(2) 来訪・面会

来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度、職員に申し出てください。

面会時間 10:00～17:00

(3) 外出・外泊

外出・外泊をされる場合は、行き先と帰宅時間を事前にお申し出ください。

(4) 食 事

食事が不要な場合は、前日までにお申し出ください。

(5) 施設、設備の使用上の注意

- ・居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- ・故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者の自己負担により現状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ・ご契約者に対する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、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置をとることができるものとします。ただし、その場合ご本人のプライバシー等の保護について十分な配慮を行います。
- ・当施設の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(6) 喫煙・飲酒

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。飲酒を希望される方は、職員にお申し出ください。

1 5. 事故の未然防止及び発生時の対応について

当施設内に「介護事故発生防止委員会」を設け施設全体での介護事故の未然防止に取り組み、安全かつ適切で質の高いケアを提供します。

万一施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、ご契約者の家族に連絡を行うとともに、最善の措置、対応を講じます。

1 6. 損害賠償について

当施設において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その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る場合、又はご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

令和 年 月 日

ユニット型指定地域密着型介護老人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。

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くつろぎ・友井荘

説明者名 _____ 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、ユニット型指定地域密着型介護老人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

代理人住所

氏 名 _____ 印