

## 「特別養護老人ホーム博愛園」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。  
(鹿児島県指定 第4673700037号)

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ご説明します。

※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以上」と認定された方が対象となります。

### ◆◆目次◆◆

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| 1. 施設経営法人                   | 1  |
| 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） | 9  |
| 7. 残置物引取人                   | 11 |
| 8. 苦情の受付について                | 12 |

### 1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 清色福祉会
- (2) 法人所在地 鹿児島県薩摩川内市入来町浦之名695番地
- (3) 電話番号 0996-44-2766
- (4) 代表者氏名 理事長 今村 純博
- (5) 設立年月 昭和53年1月6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 鹿児島県第4673700037号
- (2) **施設の目的** 要介護者が居宅において常時介護を受けることが困難な方を入所させ必要な援助を行うことを目的とする。
- (3) **施設の名称** 特別養護老人ホーム 博愛園
- (4) **施設の所在地** 鹿児島県薩摩川内市入来町浦之名695番地
- (5) **電話番号** 0996-44-2766
- (6) **施設長(管理者)氏名** 平井 克典
- (7) **当施設の運営方針** 入所者の意思及び人権を尊重し常に利用者の立場に立って施設サービスを提供し、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、可能な限り利用者の居宅における生活への復帰を目指します。
- (8) **開設年月** 昭和59年4月1日
- (9) **入所定員** 50人

## 3. 居室の概要

### (1) 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。入居される居室は、原則として4人部屋ですが、他の種類の居室への入居をご希望される場合は、その旨お申し出下さい。(但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。)

| 居室・設備の種類 | 室数   | 備考                 |
|----------|------|--------------------|
| 2人部屋     | 3室   | 多床室                |
| 4人部屋     | 11室  | 多床室                |
| (静養室)    | (1室) | (2床)               |
| 合計       | 14室  |                    |
| 食堂       | 1室   |                    |
| 機能訓練室    | 1室   |                    |
| 浴室       | 1室   | 一般浴・リフト浴・特殊浴槽 (温泉) |
| 医務室      | 1室   |                    |

※上記は、厚生労働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：ご契約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、ご契約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、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

### (2) 利用に当たって別途利用料金をご負担いただく居住費、施設、設備

|        |
|--------|
| 食費、居住費 |
|--------|

※上記は、介護保険の基準サービスとならないため、ご利用の際は、ご契約者に別途利用料金をご負担いただきます。

#### 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     | 16.6名以上 | 17名  |
| 3. 生活相談員    | 1名      | 1名   |
| 4. 看護職員     | 2名      | 2名   |
| 5. 機能訓練指導員  | (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   |

※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（例：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。

（ ）は他職種との兼務を示します。（医師は非常勤）

☆入所利用者の数により、常勤換算の人数は変動いたします。

〈主な職種の勤務体制〉

| 職種         | 勤務体制   |
|------------|--|
| 1. 医師      | 月曜～金曜日（除祝祭日）13:00～14:00  |
| 2. 介護職員    | 標準的な時間帯における最低配置人員<br>早朝： 6:00～10:00 5名<br>日中： 10:00～17:00 8名<br>夜間： 19:00～ 8:00 2名 |
| 3. 看護職員    | 標準的な時間帯における最低配置人員<br>日中： 8:00～17:00 1～3名   |
| 4. 機能訓練指導員 | 日中： 10:00～17:00 (1名)   |

☆土日は上記と異なります。

## 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<br>(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

### (1) 当施設が提供する基準介護サービス（契約書第4条参照）\*

以下のサービスについては、居住費、食費を除き通常9割が介護保険から給付されます。

ただし、介護保険負担割合証にて2割又は3割負担の方はそれに応じた給付となります。

#### <サービスの概要>

##### ①居室の提供

##### ②食事

- ・当施設では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体  
の状況およ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堂にて食事をとっていただくことを原則としてい  
ます。

（食事時間）

朝食：8：15～          昼食：12：00～          夕食：18：00～

☆食事時間については目安であり、季節や摂取状況により変動します。

##### ③入浴

- ・入浴又は清拭を週2回以上行います。    温泉を利用しています。
- ・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

##### ④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。

##### ⑤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  
機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

##### ⑥健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

##### ⑦その他自立への支援（生活リハビリ）

- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・生活のリズムに配慮したサービスに努めます。
- ・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)> (契約書第6条参照)

(1) 介護給付によるサービス

下記の料金表によって、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金額(自己負担額)と居室と食事に係る標準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および利用者負担段階に応じて異なります。)

(円/日)

|                       |                     |                     |                     |                     |                     |
|-----------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| 1.ご利用者の要介護度とサービス利用料金  | 要介護度<br>1<br>5,890円 | 要介護度<br>2<br>6,590円 | 要介護度<br>3<br>7,320円 | 要介護度<br>4<br>8,020円 | 要介護度<br>5<br>8,710円 |
| 2.うち、介護保険から給付される金額    | 5,301円              | 5,931円              | 6,588円              | 7,218円              | 7,839円              |
| 3.サービス利用に係る自己負担額(1-2) | 589円                | 659円                | 732円                | 802円                | 871円                |
| 4.居室に係る自己負担額          | 円                   |                     |                     |                     |                     |
| 5.食事に係る自己負担額          | 円                   |                     |                     |                     |                     |
| 6.自己負担額合計(3+4+5)      | 円                   | 円                   | 円                   | 円                   | 円                   |

表は介護保険の1割負担者です。2割・3割負担の方はそれに応じた金額となります。

(2) その他介護給付サービス加算

| 加算           | 加算条件  | (円/単位)                          |
|--------------|---|---------------------------------|
| 初期加算         | 利用者が新規に入所及び一ヶ月以上の入院後再び入所した場合、30日間加算                                       | 30円/日                           |
| 安全対策体制加算     | 組織的に安全対策を実施する体制が整備されていることへの評価による算定  | 20円/入所時                         |
| 栄養マネジメント強化加算 | 継続的な栄養管理の実施に当たり、栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用するなどした場合                        | 11円/日                           |
| 再入所時栄養連携加算   | 入院し再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合に評価。再入所時に一回の算定                                    | 400円/回                          |
| 経口維持加算(Ⅰ)    | 栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、経口による継続的な食事の摂取を進める経口維持計画を作成し、栄養マネジメントを算定している場合に評価 | 400円/月                          |
| 経口維持加算(Ⅱ)    | 経口維持加算を算定し、食事の観察・会議等に医師・歯科医師・歯科衛生士・言語聴覚士が加わった場合に評価                        | 100円/月                          |
| 日常生活継続支援加算   | 新規入所者の割合算定及び職員の配置の評価  | 36円                             |
| サービス提供体制強化加算 | 指定介護老人福祉施設がサービスを行なった当該基準に掲げる区分に従い加算<br>※日常生活継続支援加算を算定している場合は算定しない         | Ⅰ) 22円/月<br>Ⅱ) 18円/月<br>Ⅲ) 6円/月 |

|                            |  |  |
|----------------------------|--|--|
| 配置医師緊急時対応加算                | 配置医師が施設の求めに応じ、早朝（6時～8時）・夜間（18時～22時）・または深夜（22時～翌朝6時）に施設を訪問して入所者の診療を行った場合<br>勤務時間外の場合（早朝、夜間、深夜を除く）<br>早朝・夜間の場合<br>深夜の場合                    | 325円/回<br>650円/回<br>1300円/回  |
| 看取り介護加算（Ⅰ）<br>看取り介護加算（Ⅱ）   | 医師が終末期と判断し、家族の同意にて看取り介護を行う場合、※（Ⅱ）については、配置医師緊急時対応加算・看護体制加算（Ⅱ）を算定している場合等<br>（死亡日以前31日以上45日以下）<br>（死亡日以前4日以上30日以下）<br>（死亡日前日及び前々日）<br>（死亡日） | 加算（Ⅰ）<br>加算（Ⅱ）<br>72円<br>72円<br>144円<br>144円<br>680円<br>780円<br>1280円<br>1580円 |
| 看護体制加算                     | 1名の常勤看護師の配置<br>配置基準以上に配置   | Ⅰ） 6円/日<br>Ⅱ） 13円/日  |
| 排せつ支援加算                    | 排泄に介護を要する入所者に対し他職種が協働し支援計画の作成・支援等。   | 100円/月   |
| 夜勤職員配置加算（Ⅰ）<br>夜勤職員配置加算（Ⅲ） | 配置基準以上に配置。<br>夜勤時間帯に看護職員を配置している。<br>喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置している。   | 22円/日<br>28円/日   |
| 療養食加算                      | 医師の指示に基づく療養食を提供した場合<br>1日3食を限度とし、1食1回の単位数とする   | 6円/1回（食）   |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）             | 算定単位数×14%  |  |

☆ご契約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、ご契約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、ご契約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、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。

☆ご契約者が、短期入院又は外泊をされた場合にお支払いいただく一日あたりの利用料金は、下記の通りです。（契約書第24条、27条参照）（1ヶ月につき6日以内）

※（その期間に月が替わる場合は最長12日間）

|                     |              |
|---------------------|--------------|
| 1. サービス利用料金         | 2,460円       |
| 2. 居室に係る自己負担額       | 370円 ※855円   |
| 3. うち、介護保険から給付される金額 | 2,214円       |
| 4. 自己負担額（1+2-3）     | 616円 ※1,101円 |

※補足給付対象外の方

◇当施設の居住費・食費の負担額（ショートステイを含む）

世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けておられる方の場合は、施設利用・ショートステイの居住費（滞在費）・食費の負担が軽減されます。  
(円/日)

| 対象者  |                       | 区分    | 居住費 | 食費    |
|--|-----------------------|-------|-----|-------|
|  |                       |       | 多床室 |       |
| 生活保護受給者  |                       | 第1段階  | 0   | 300   |
| 市町村民税非課税世帯全員が  | 老齢福祉年金受給者             | 第1段階  | 0   | 300   |
|  | 所得額+年金収入額が80万以下       | 第2段階  | 430 | 390   |
|  | 所得額+年金収入額が80万超120万円以下 | 第3段階① | 430 | 650   |
|  | 所得額+年金収入額が120万超       | 第3段階② | 430 | 1360  |
| ・上記以外の方（所得の多い方）<br>・預貯金額による判定、本人（夫婦）の資産<br>第1段階のうち<br>「単身1,000万円超・夫婦2,000万円超」<br>第2段階のうち<br>「単身650万円超・夫婦1,650万円超」<br>第3段階①のうち<br>「単身550万円超・夫婦1,550万円超」<br>第3段階②のうち<br>「単身500万円超・夫婦1,500万円超」<br>・配偶者の所得勘案（世帯分離していても配偶者が課税の場合） |                       | 第4段階  | 915 | 1,445 |

※所得とは合計所得金額、年金収入額とは課税年金収入額+非課税年金収入となります。

※平成27年8月より、一定以上の所得のある方は介護保険2割へ変更になります。

対象の方は65歳以上の方で、合計所得金額が160万以上の方です（単身で年金収入のみの場合280万以上）。

※平成28年8月より下記の方も介護保険2割（現1割負担）負担者へ変更になります。

・遺族年金、障害年金も所得に加える利用料「2割負担」：一定以上の所得者

本人の合計所得金額が160万円以上の方（年金等 単身：280万・夫婦：346万）以上

**（2）（1）以外のサービス（契約書第5条、第6条参照）**

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特別な食事（酒を含みます。）**

ご契約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

## ② 理髪・美容

[理髪サービス]

年に5～6回程度、理容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。

利用料金： 料金は実費です。(1,800～2,000円程度)

## ③ 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、当施設の預り金管理規程によります。

○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け出た印鑑、有価証券、年金証書、恩給証書、健康保険被保険者証、老人医療受給者証、介護保険被保険者証

○利用料金：無料

## ④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。

i) レクリエーション

年間行事計画表及び月間行事予定表

ii) クラブ活動

書道、生花、カラオケ等

利用料金：無料

## ⑤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閲覧できますが、個人情報に関する開示請求の提出が必要となります。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枚につき 10円

## ⑥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おりますのでご負担の必要はありません。

## ⑦契約書第25条に定める所定の料金

ご契約者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金

(円/日)

| ご契約者の要介護度 | 要介護度 1 | 要介護度 2 | 要介護度 3 | 要介護度 4 | 要介護度 5 |
|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 料金        | 5,470円 | 6,140円 | 6,820円 | 7,490円 | 8,140円 |

ご契約者が、要介護認定で自立又は要支援と判定された場合 6,000円

☆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6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20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. 窓口での現金支払<br>イ. 施設の金融機関口座への振り込み※<br>ご利用できる金融機関：鹿児島銀行 |
|--|

※施設利用料以外は施設口座への振り込みはできません(医療費、買い物代など)。

### (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。(但し、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 | 医療法人純誠会 市比野温泉医院         |
| 所在地     | 鹿児島県薩摩川内市樋脇町市比野 2616 番地 |
| 電話番号    | 0996-38-0037            |
| 診療科     | 内科・整形外科・胃腸科・リハビリテーション科  |

#### 2 協力歯科機関

|         |                          |
|---------|--------------------------|
| 医療機関の名称 | さめしま歯科医院                 |
| 所在地     | 鹿児島県薩摩川内市樋脇町塔之原 846 番地 3 |
| 電話番号    | 0996-37-3824             |

## 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にな  
ります。(契約書第19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又は要支援と判定された場合<br>② 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した<br>場合<br>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<br>場合<br>④ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合<br>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。)<br>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）（契約書第20条、第21条参照）**

契約の有効期間であっても、ご契約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 ご契約者が入院された場合
- ③ 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
- ④ 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
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事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
- ⑥ 他の契約者のご利用者の身体・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22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させた場合
- ② サービス利用料金の支払いが6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、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か月を超えて病院又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

**\* ご契約者が病院等に入院された場合の対応について \*（契約書第24条参照）**

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、短期入院の場合**

1ヶ月につき6日以内（連続して7泊、複数の月にまたがる場合は12泊）の短期入院の場合は、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。

（1日あたり外泊時費用246円、居住費430円）

## ②上記期間を越える入院の場合

上記短期入院の期間を越える入院については、3ヶ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。なお、短期入院の期間内は、上記利用料金をご負担いただきます。

<入院期間中の利用料金>

## ③3ヶ月以内の退院が見込まれない場合

3ヶ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。この場合には、当施設に再び優先的に入所することはできません。

上記、入院期間中の利用料金については、介護保険から給付される費用の一部をご負担いただくものです。

なお、ご契約者が利用していたベッドを短期入所生活介護に活用することに同意いただく場合には、所定の利用料金をご負担いただく必要はありません。

### (3) 円滑な退所のための援助（契約書第23条参照）

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又は福祉サービスの提供者の紹介

※ ご契約者が退所後、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400円（介護保険から給付される費用の一部）をご負担いただきます。

### 7. 残置物引取人（契約書第26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。（契約書第26条参照）

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。

また、引渡しにかかる費用については、ご契約者又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. 苦情、虐待の受付について（契約書第28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。

|      |        |              |
|------|--------|--------------|
|      | ○解決責任者 | ○苦情受付窓口（担当者） |
| [職名] | 園長     | 生活相談員        |
|      | 平井 克典  | 田原 和明        |
|      | ○受付時間  | 8時00分～17時00分 |

また、苦情相談受付ボックスを玄関に設置しています。

### （2）行政機関その他苦情受付機関

|                          |  |
|--------------------------|--|
| 薩摩川内市入来支所<br>介護保険担当      | 所在地 鹿児島県薩摩川内市入来町浦之名33番地<br>電話番号 (0996) 44-3111<br>受付時間 8:30～17:15                |
| 薩摩川内市役所<br>高齢・介護福祉課      | 所在地 鹿児島県薩摩川内市神田町3番22号<br>電話番号 (0996) 23-5111<br>受付時間 8:30～17:15                  |
| 県国民健康保険団体連合会             | 所在地 鹿児島市鴨池新町6-6鴨池南国ビル7F<br>電話番号 (099) 213-5122<br>受付時間 9:00～17:00                |
| 鹿児島県保健福祉部<br>介護福祉課事業者指導係 | 所在地 鹿児島市鴨池新町10番1号<br>電話番号 (099) 286-2687<br>受付時間 9:00～17:00                      |
| 鹿児島県社会福祉協議会              | 所在地 鹿児島市鴨池新町1番7号<br>電話番号 (099) 286-2200<br>受付時間 9:00～16:00<br>FAX (099) 257-5707 |

## 9. 事故発生時の対応

ご契約者に対し指定介護福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、契約者の家族および関係諸機関等への連絡を行う等の必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかにおこないます。

### 10. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関・御家族等への連絡等必要な措置を講じます。

### 11. 非常災害対策

施設では、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回以上ご利用者および従業者などの訓練を行います。

### 12. 情報提供の同意について

サービス担当者会議等において、円滑な退所のための援助を行う等正当な理由がある場合、居宅介護支援事業者等に対して利用者及び家族等に関する個人情報を提供することができるものとします。

### 1 3. 守秘義務に関する対策

施設および従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

### 1 4. 身体拘束の禁止

原則として、利用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、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事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、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について記録します。

### 1 5. 看取り介護体制への同意について

看護職員へ夜間でも連絡でき、必要な場合には施設からの緊急の呼び出しに応じて出勤する体制（オンコール体制）をとっています。（24時間連絡体制）

看護職員及び主治医との連絡すべき利用者の観察項目を標準化した連絡・対応体制（夜間対応看護職員は看護日誌・夜勤日誌へ記載）をとっています。

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

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム博愛園

説明者職名

氏名

印

私は、本書面に基つ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

利用者の家族等 住所

氏名

印

(続柄： )

※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、入所申込者又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。

## <重要事項説明書付属文書>

### 1. 施設の概要

(1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上1階

(2) 建物の延べ床面積 1、839㎡

#### (3) 併設事業

当施設では、次の事業を併設して実施しています。

|              |  |
|--------------|--|
| [短期入所生活介護]   | 特別養護老人ホーム博愛園<br>平成12年2月29日指定<br>鹿児島県4673700037号 定員6名   |
| [通所介護]       | 博愛園デイサービスセンター<br>平成12年2月29日指定<br>鹿児島県4673700052号 定員29名 |
| [居宅介護支援事業]   | 松清園居宅介護支援事業所<br>平成11年12月27日指定<br>鹿児島県4673700029号       |
| [在宅介護支援センター] | 入来町在宅介護支援センター  |
| [軽費老人ホーム]    | 松清園  |

#### (4) 施設の周辺環境\*

空港道路沿いにあり、鹿児島交通バス停「能力開発校前」があり、交通の利便もよいです。

## 2. 職員の配置状況

### <配置職員の職種>

**介護職員**…ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

3名の利用者に対して1名の介護・看護職員を配置しています。

**生活相談員**…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。

1名の生活指導員を配置しています。

**看護職員**… 主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。

2名の看護職員を配置しています。

**機能訓練指導員**…ご利用者の機能訓練を担当します。看護職員が兼務しています。

**介護支援専門員**…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。

1名の介護支援専門員を配置しています。

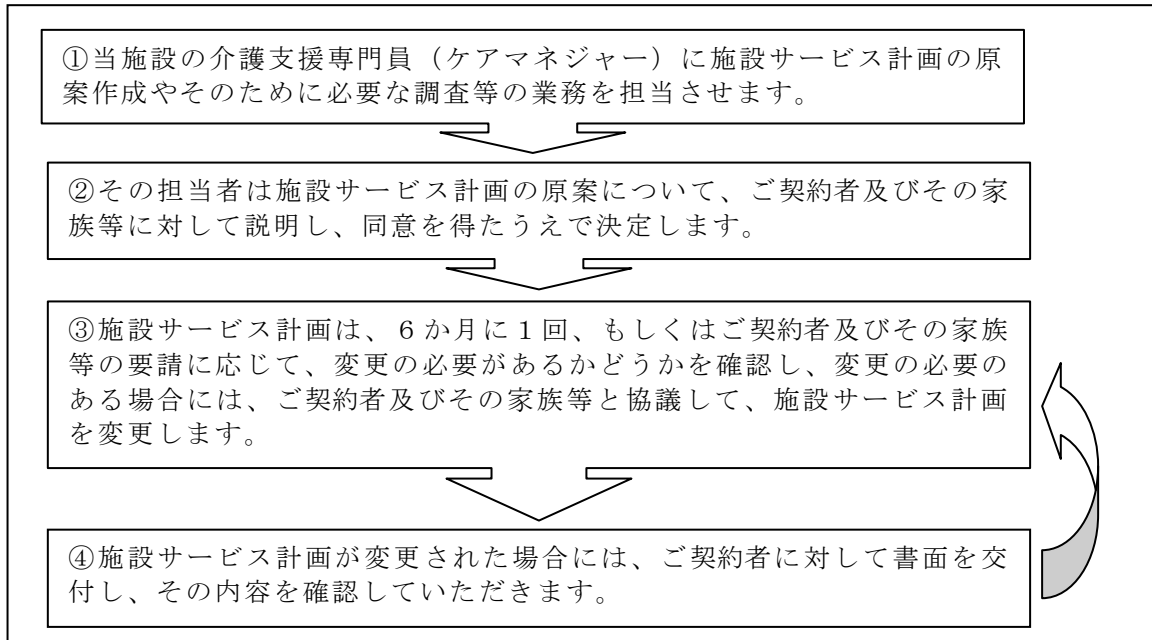
**医師**… ご契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。

1名の嘱託医師を配置しています。

### 3. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、入所後作成する「施設サービス計画（ケアプラン）」に定めます。

「施設サービス計画（ケアプラン）」の作成及びその変更は次の通り行います。（契約書第2条参照）



### 4. サービス提供における事業者の義務（契約書第10条、第12条参照）

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・確保に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご利用者から聴取、確認します。
- ③ご契約者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- ④ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、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ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。  
ただし、ご利用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事業者及びサービス従事者又は従業員は、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等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、ご契約者への緊急の医療サービスが必要な場合等正当な理由がある場合は、医療機関に対し利用者及び当該家族の個人情報を提供します。  
また、ご契約者の円滑な退所のための援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

## 5. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている契約者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

### (1) 持ち込みの制限\*

入所にあたり、以下のもの以外は原則として持ち込むことができません。  
日用品、衣料品等

### (2) 面会

面会時間 特に定めていませんので、いつでも面会する事が出来ます。  
※面会者は、面会簿にご記入ください。

### (3) 外出・外泊（契約書第27条参照）

外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出下さい。  
但し、外泊については、1ヶ月につき連続して7日、複数の月をまたがる場合には連続して12泊以内とさせていただきます。  
なお、外泊期間中、1日につき居住費 430 円（※915 円）・介護保険から給付される費用一部 246 円相当、合計 676 円（※1,161 円）をご負担いただきます。※補足給付対象外の方

### (4) 食事

食事が不要な場合は、前日までにお申し出下さい。前日までに1日3食とも不要の申し出があった場合には、重要事項説明書 5（1）に定める「食事に係る自己負担額」は減免されます。

### (5) 施設・設備の使用上の注意（契約書第12条参照）

- 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下さい。
- 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、ご契約者に自己負担により原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、ご利用者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、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利用者に対し、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 施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

## 6. 損害賠償について（契約書第16条、第17条参照）

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が、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には、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時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。