

重 要 事 項 説 明 書

(地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)

施設サービス提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 敬友会
事業者の所在地	岡山市南区藤田 578 番地 3
法人種別	社会福祉法人
代表者名	橋本 俊明
電話番号	0 8 6 - 2 5 0 - 2 0 0 0

2 ご利用施設

施設の名称	特別養護老人ホーム あおさぎ
施設の所在地	岡山県備前市日生町日生 8 0 1
施設長名	安田 和広
電話番号	0 8 6 9 - 7 2 - 9 5 0 0
ファクシミリ番号	0 8 6 9 - 7 2 - 2 8 1 1

3 ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		事業者指定		利用 定数
		指定年月日	指定番号	
施設	ケアハウス あおさぎ	平成 12 年 4 月 1 日	3372300412	52 人
居宅	デイサービスセンター こうら荘	平成 12 年 4 月 1 日	3372300339	45 人
	ミドルステイ あおさぎ	平成 12 年 4 月 1 日	3372300214	10 人
「在宅介護支援センター あおさぎ」 指定居宅介護支援事業所		平成 12 年 5 月 1 日	3372300107	—

4 施設の目的と運営の方針

・施設の目的

社会福祉法人敬友会が設置経営する特別養護老人ホーム あおさぎ(以下「施設」という。)は、社会福祉法並びに介護保険法(以下「法」という)の理念並びに目的に基づき、居宅において要介護状態となった者及び、居宅において介護を受ける事が困難になった場合において入所させ、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行い入所者がその有する能力に応じ自立した生活を営むことができるようにすることを目的とする。

・施設運営の方針

施設は、法の基本理念及び目的に基づき、入所者が可能な限り、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、入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活の世話及び機能訓練を行うものとする。

5 施設の概要

(1) 敷地および建物

敷地		3803 m ²
建物	構造	鉄筋コンクリート造4階建(耐火建築)
	延べ床面積	1484.055 m ²
	入所定員	20名

(2) 居室(全室 南向き)

居室の種類	室数	一室面積	
個室	20室	14.75 m ²	トイレ付き

※居室の変更：ご入所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、入所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、入所者やご家族等の協議のうえ決定するものとします。

(3) その他主な設備

設備の種類	数
食堂	2室
機能訓練室	2室
一般浴室	2室
機械浴室	特殊浴槽2台
便所	各居室と2箇所
医務室	1室

6 従業者の職種、員数及び職務の内容

施設に次の職員を最低限配置する。(職員定数は国の介護老人福祉施設事業に定める職員配置基準を下回らない人数とする。)

- (1) 管理者 1名(常勤兼務)

事業所従業者の管理及び指定介護老人福祉施設の利用申し込みに係わる調整、業務実施状況の把握その他の管理を一元的に行う。

- (2) 医師 1名(非常勤専従(嘱託))

入所者に医療サービスを提供したり、診察を通じて健康管理を行う

- (3) 生活相談員 1名(常勤兼務)

入所者の生活指導、面接、身上調査並びに利用者や家族等の処遇上の相談などを行う。

- (4) 看護職員 1名(常勤兼務)

実質的な医療ケアを担う。入所者の日々の健康管理を行い、異常時には対応方法を適切に判断し、医師・病院等と連携をとる

- (5) 機能訓練指導員 1名(常勤兼務)

入所者の日常生活やレクリエーション、行事等を通じて行う機能訓練への指導、計画、実践を行う。

- (5) 介護職員 9名(常勤) 名(非常勤)

入所者の日常生活を支えるために食事、排泄、入浴などのケアを提供する。

- (6) 介護支援専門員 1名(常勤兼務)

入所者の状態を把握し、身体状況に応じた介護計画を作成し入所者が自立した日常生活を送れるように援助する。

- (7) 管理栄養士又は栄養士 1名(非常勤専従)

入所者に提供する食事の献立を、個々の好み、栄養状態、食べる機能の状態を踏まえて設定する。

7 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
管理者・医師・管理栄養士を除く看護、介護職員	日勤(7:30～16:30・8:00～17:00・8:30～17:30・9:00～18:00・10:00～19:00・10:30～19:30)・夜勤(15:30～9:30)

8 営業日およびご利用の予約

営業日	年中無休
-----	------

9 施設サービスの概要

(1) サービス利用料金

区 分	内 容
法定代理受領の場合	介護報酬の告示上の額で別紙料金表を参照 (介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額)
法定代理受領でない場合	介護報酬の告示上の額 (施設介護サービスの基準額(10 割))

(2) 介護保険給付サービス

種 類	内 容	利用料
食事の介助	・ 毎日の献立表により、栄養と入所者の身体状況に配慮した食事を提供します。 ・ 食事はできるだけ離床して食堂でとっていただけるように配慮します。 (食事時間) 朝食 8 : 0 0 ~ 9 : 0 0 昼食 1 2 : 0 0 ~ 1 3 : 0 0 夕食 1 7 : 3 0 ~ 1 8 : 3 0	介護報酬の告示上の額に負担割合証に記載された負担割合を乗じた額 (ただし、法定代理受領の場合は施設サービス基準額の負担割合相当、法定代理受領でない場合は、施設サービス基準額相当額です。)
排せつの介助	・ 入所者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。 ・ おむつを使用する方に対しては、1 日 5 回の交換を行うとともに、必要な場合はこれを超えて交換を行います。	
入浴の介助	・ 週 2 回以上の入浴または清拭を行います。 ・ 寝たきり等で座位のとれない方は機械を用いての入浴も可能です。	
着替え等の介助	・ 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・ 生活のリズムを考えて、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・ 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 ・ シーツ交換は週 1 回、実施します。	

機能訓練	・機能訓練指導員（所有資格看護婦）による入所者の状況に適合した機能訓練を行い、生活機能の維持・改善に努めます。 (当施設の保有するリハビリ器具) 歩行器 2 機 車椅子 9 機 リクライニング 2 機 平行棒 1 機等	
健康管理	・嘱託医師により、週 1 回診察日を設定して健康管理に努めます。また、緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。 ・入所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。 (当施設の嘱託医師) 氏 名：萩原 秀紀 診療科：内科 (病院名：萩原医院) 診察日：毎週木曜日 13：30～15：30	
相談および援助	・当施設は、ご入所者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 (相談窓口) 生活相談員：栗林 渉	

(2) 介護保険給付外サービス

種 類	内 容	利用料
居住に要する費用 (従来型個室)	・全室個室（ベット・トイレ・洗面台・ 箆笥設置）にてプライバシー確保に努め ます。畳対応も可能です。	・1日1,231円
食事に要する費用	・毎日の献立表により、栄養とご利用者 の身体状況に配慮した食事を提供しま す。	・1日1,445円
理美容サービス	・毎月1回（第4木曜日）カニクラブに よる美容サービスをご利用いただけま す。	・美容サービス カット1回2,000円 カット+毛染め 1回3,700円
レクリエーシ ョン行事	・当事業所では、事業所行事計画にそっ てレクリエーション行事を企画します。	・事業所外レクリエーシ ョンについて実費 (交通費・入場料等)

10 苦情処理の体制

当施設 相談窓口	苦情受付担当者 栗林 渉 苦情解決責任者 安田 和広 ご利用時間 平日 9:00～18:00 ご利用方法 電話 0869-72-9500 面接 居室若しくは相談室 ご意見箱（寮母室前に設置）
法人本部	お客様相談室 受付方法：電話 086-250-2000（代） 9:00～18:00 月～金（祝日、12/30～1/3 除く） メール customer-s@keiyuu-kai.or.jp 手紙 〒701-0221 岡山市南区藤田 578-3 社会福祉法人敬友会「お客様相談室」
第三者委員	弁護士 濱田 弘（あおば中央法律事務所）Tel086-697-6617

備前市 介護福祉課	〒705-8602 備前市東片上126番地 備前市役所内 電話 0869-64-1828
--------------	--

岡山県国民健康 保険団体連合会 介護保険課	〒700-8568 岡山市北区桑田町17番5号 介護110番 電話 086-223-8811
-----------------------------	--

11 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、入所者の日常生活に要する費用で入所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。

12 契約書第 13 条に定める所定の料金

入所者が、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（1 日あたり）

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	6,690 円	7,460 円	8,240 円	9,010 円	9,760 円

13 利用料金のお支払い方法

前記サービス利用料金・介護保険給付外サービス利用費は、1 か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月 27 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. 指定口座への振り込み
イ. 金融機関口座からの自動引き落とし
ご利用できる金融機関：中国銀行等 |
|--|

14 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、入所者の希望により、下記協力医療機関において診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。）

協力医療機関

医療機関の名称	備前市立日生病院	くさか歯科クリニック	さくらファミリー歯科
院長名	越智 信夫	日下 知之	清水 麻耶
所在地	備前市日生町寒河 2570-41	備前市日生町日生 246-26	赤穂市中広字別所 55-3
電話番号	0 8 6 9 - 7 2 - 0 0 0 1	0 8 6 9 - 7 2 - 2 4 3 0	0 7 9 1 - 4 3 - 1 1 8 2
診療科	内科・循環器内科・整形外科・眼科・外科・脳神経外科・婦人科	歯科	訪問歯科
入院設備	有	無	無
救急指定の有無	有	無	無
契約の概要	24 時間協力体制	往診応需	訪問歯科診療の実施

15 第三者評価の実施状況

実施の有無	無し
実施年月日	
評価機関の名称	
結果の開示	

16 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、入所者に退所していただくことになります。

- ① 要介護認定により入所者の心身の状況が自立、要支援・要介護 1～2 と判定された場合
- 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、入所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又は指定を辞退した場合
- ⑤ 入居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）入所者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、入所者から当施設へ退所を申出ることができます。

その場合には、退所を希望する日の 30 日前(※最大 7 日)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 入所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地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を実施しない場合
- 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入所者の身体・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 他の入所者が入所者の身体・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）

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 入所者が、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 入所者によるサービス利用料金の支払いが遅延し、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 入所者が、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入所者等の生命・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 入所者が連続して 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 入所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

※入所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、短期入院期間内は所定の利用料金をご負担いただきます。

②上記期間を超える入院の場合

上記短期入院の期間を超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、短期入院期間以降の入院期間内の負担額はありません。

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。

<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、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、入所者が利用していたベッドを(介護予防)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

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

※ 入所者が入所後に在宅への復帰の相談・援助を受け、在宅復帰が実現した場合、介護報酬の告示上の額を加算させていただきます。

17 身元引受人

契約締結にあたり、社会通念上入所を希望されるご本人に身元引受人を立てることが出来ない相当の理由が認められる場合を除き身元引受人を求めます。

18 非常災害時および事故発生時の対応

非常災害時の対応

非常時の対応	あおさぎ消防計画・「こうら荘」「あおさぎ」防災計画にのっとり対応を行います。			
平常時の訓練等	別途定める計画にのっとり、年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、入所者の方と一緒に実施、防災訓練を年1回実施します。			
防災設備 (全施設共通)	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	4箇所
	避難階段	3箇所	屋内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	61箇所	漏電火災報知機	あり
	ガス漏れ報知機	あり	非常用電源	あり
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	防火管理者が作成し届出を行っています。			

事故発生時の対応

- ・入所者が身体的に緊急を要する事態にいたった場合、直ちに協力医療機関である

日生病院に連絡し、指示を仰ぐとともに、救急車を手配し、病院に搬送します。

- ・入所者が介護老人福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合、当該入所者の家族・当該利用者の主治医・市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ・入所者に対し、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

19 当施設ご利用の際に留意いただく事項

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届出てください。 来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。
外出・外泊	外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申出てください。
嘱託医師以外の医療機関への受診	その都度、ご相談の上、検討させていただきます。 ご希望にそえない場合もございます。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。 これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫煙	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入所者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。

20 成年後見制度の活用支援

当施設は、入所者と適正な契約手続等を行うため、必要に応じ、成年後見制度の利用方法や関係機関の紹介など、成年後見制度を活用できるように支援を行います。

21 身体拘束等の禁止及び緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合の手続き

一. 当施設は、入所者の処遇に当たって、当該ご入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束・その他入居者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行わないものとし、やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間・ご入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由等、必要な事項を記録します。

二. 「緊急やむを得ない状況」が発生した場合、以下の手順を踏まえて身体拘束を実施し、結果的には身体拘束がない状況に向けて取り組みます。

1. リスク管理委員会に対して「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書」を提出し、承認を得ます。
2. 本人・家族に対しての説明と同意を得ます。
3. 経過観察および解除に向けた検討を行います。
4. 内容の記録

※「緊急やむを得ない状況」とは、以下の条件を全て満たすこととします。

- (1) 切迫性：入所者または他の入所者の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと
- (2) 非代替性：身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと。
- (3) 一時性：身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

22 虐待の防止のための措置に関する事項

一 当施設は、入所者の人権の擁護及び虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとします。

- (1) 虐待の発生又はその再発を防止するための委員会を開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待の発生又はその再発を防止するための指針の整備をします。
- (3) 虐待の発生又はその再発を防止するための責任者の選定をします。
虐待の防止に関する責任者 管理者 安田 和広
- (4) 職員に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を実施します。
- (5) その他虐待防止のために必要な措置をします。

二 当施設は、入所者の処遇に当たり、当該施設職員又は養護者（入所者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる入所者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

23 個人情報の使用について

ご契約者及び家族の個人情報について下記に記載するところにより使用を行います。

1) 使用する目的

事業所が介護保険法に関する法令に従い、私の居宅サービス計画に基づき、指定居宅サービス等を円滑に実施するために、介護の提供に必要な利用目的は次の通りです。

① 介護保険関係事業者の内部での利用に係ること

- ・当該事業者が介護サービスの利用者等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る事業所等の管理運営業務のうち、
入退所等の管理、会計・経理、事故等の報告、当該利用者の介護サービスの向上

② 医療機関等、他の事業者への情報提供を伴うこと

- ・当該事業所等が利用者等に提供する介護サービスのうち
当該利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業者等との連携
(サービス担当者会議)、照会への回答

その他の業務委託、家族等への心身の状況説明

- ・介護保険事務のうち

保険事務への委託、審査支払機関へのレセプト提出、審査支払機関又は保険者からの照会への回答

- ・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

③ 上記以外の利用目的（介護関係事業者の内部での利用に係ること）

- ・介護関係事業者の管理運営業務のうち

介護サービスの業務の維持・改善のための基礎資料

介護保険施設等において行われる学生の実習への協力

2) 使用にあたっての条件

- ・情報の提供は、1に記載する目的の範囲内の必要最小限にとどめ、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう注意を払うこと

- ・事業所は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと

3) 個人情報の内容

- ・氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況など利用者や家族に関する情報
- ・認定調査、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
- ・その他の情報

4) 使用する期間

- ・契約締結日から契約終了日以降の監督官庁が定める書類保管期間まで

説明日 令和____年____月____日

説明者：社会福祉法人 敬友会 特別養護老人ホームあおさぎ

____ 職名 _____ 氏名 _____ 印

社会福祉法人 敬友会

理事長 橋本 俊明 殿

私は、本書面に基づいて、上記職員から地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の重要事項の説明を受けたことを確認し、同意いたします。

私及びその家族等の個人情報については、前項に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

令和____年____月____日

ご入所者

住所_____

氏名_____ 印

署名代行者

住所_____

氏名_____ 印

続柄_____

理由_____

入所者の家族等

住所_____

氏名_____ 印

続柄_____

注) 施設利用契約における、施設使用の際の留意事項を含む。