

「介護老人福祉施設」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。
(高知県指定 第 3970700039 号)

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 南海福社会
- (2) 法人所在地 高知県高知市布師田字宮ノ辺 1 3 6 2 番地
- (3) 電話番号 0 8 8 - 8 4 5 - 5 4 0 0
- (4) 代表者氏名 理事長 曾我部 道德
- (5) 設立年月 昭和 5 3 年 8 月

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 ユニット型指定介護老人福祉施設
平成 1 2 年 4 月 1 日指定
高知県 3 9 7 0 7 0 0 0 3 9 号
- (2) 施設の名称 介護老人福祉施設 四万十の郷
- (3) 施設の所在地 高知県四万十市安並字東丸 5 8 0 3 番地
- (4) 電話番号 0 8 8 0 - 3 4 - 1 8 8 8
- (5) 施設長(管理者)氏名 芳竹 大輔
- (6) 入所定員 8 0 人

3. 設備の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意していますが入居される居室は、ご利用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。

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。

(1) ユニット部分の設備の概要

居室・設備 の種類	ユニット数	1 室当たりの面積
	各ユニットの定員	
個室	8 7~12 名	13.2~20.6 m ²
共同生活室	8	21.6~48.2 m ²
浴室	8	

(2) 共用の設備

居室・設備の種類	室数	1 当たりの面積
浴室	1	
医務室	1	17.6 m ²

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	非常勤
施設長（管理者）	1 名	
医師（嘱託医）		1 名以上
相談員	1 名以上	
介護支援専門員	1 名以上（兼務）	
看護職員	3 名以上	
介護職員	27 名以上	
管理栄養士	1 名	
機能訓練指導員	1 名	
事務員	1 名以上	

※ 施設長及び事務員は併設する他の事業所と兼務可とする。

※ 介護職員は介護老人福祉施設にて専任とし、それ以外の上記職員は併設する短期入所生活介護事業所と兼務可とする。

＜主な職種の勤務体制＞

職種		勤務体制
医師	内科	月2回木曜日 13:30～16:30
	精神科	月2回水曜日 13:30～16:30
介護支援専門員		8:30～17:30
生活相談員		8:30～17:30
介護職員		標準的な時間帯における最低配置人員 早出：7:00～16:00 4名 日勤：9:30～18:30 4名 遅出：11:30～20:30 4名 夜勤：17:00～9:30 4名 ※利用者の状況に応じ、30分前後する場合があります
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 日中：8:30～17:30 1名 遅出：9:30～18:30 1名
機能訓練指導員		看護職員兼務

☆土日は上記と異なります。

☆医師の勤務時間については変更があります。

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。

(1) 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、栄養並びにご利用者の身体の状態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。

（食事時間）原則下記のとおりです。

朝食：7:30～ 昼食：12:00～ 夕食：18:00～

③入浴

- ・ 年間を通じて週2回以上の入浴を行います。また、必要な方にはシャワー浴や清拭も行います。
- ・ 寝たきりの方でも、快適に入浴が行えるよう、特殊浴槽を使用し入浴することができます。

④排泄

- ・ ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立に

についても必要な支援を行います。

- ・ おむつを使用する方に対しては、排泄の自立を図りつつ、心身の状況に応じて適切な交換を行います。

⑤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。
- ・ 病院受診が必要な場合は連絡をさせていただきます。

⑦その他自立への支援

- ・ 寝たきり防止のため、できる限り離床して過ごせるよう配慮します。
- ・ 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。

⑧理髪・美容

理容師、美容師の出張による理髪美容サービスをご利用いただけます。

⑨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

○保管管理者：施設長（管理者）

○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提出していただきます。
- ・ 保管管理者は上記届け出の内容に従い、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。

⑩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。

⑪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。但し、ご利用者以外の個人情報に記載されている場合は、その部分を消去した複写物を交付いたします・（複写物の交付には実費をご負担いただきます。）

(2) サービス利用料金

別紙の料金表の 1. 介護保険給付対象サービス費用（自己負担額）と 2. 介護保険給付対象外費用との合計金額をお支払い下さい。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第 5 条参照）

前記（1）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. 郵便局での自動払込
イ. 窓口での現金支払
ウ. 下記指定口座への振込
 四国銀行 本店 普通預金 1 5 0 3 4 3 7
 名義 社会福祉法人 南海福社会
 理事長 曾我部 道德

(4) 入所中の医療の提供について

①協力医療機関

医療機関の名称	中村クリニック
所在地	四万十市大橋通 7 丁目 1-10
診療科	内科・消化器内科・リハビリテーション科・放射線科
医療機関の名称	四万十市立市民病院
所在地	四万十市中村東町 1 丁目 1-27
診療科	内科・外科・整形外科・脳神経外科・泌尿器科
医療機関の名称	まあるいこころクリニック
所在地	四万十市具同 6 7 7 5 番地 1
診療科	心療内科・神経科

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	高畑歯科
所在地	四万十市具同田黒 2 丁目 4 番 2 8 号
診療科	歯科・矯正歯科・小児歯科

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13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
- 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施設を閉鎖した場合
- 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又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）ご契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第14条、第15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 ご利用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利用者の身体・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16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。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">① ご利用者が、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 ご利用者による、サービス利用料金の支払いが3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 ご利用者が連続して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 ご利用者が他の介護保険施設に入所もしくは入院した場合 |
|--|

(3) 円滑な退所のための援助（契約書第17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。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">○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 |
|---|

7. 残置物引取人（契約書第20条参照）

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）をご利用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。

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、ご利用者又は残置物引取人にご負担いただきます。

8. 施設利用にあたっての留意事項

面会時間	面会時間 7:00～21:00 来訪者は、必ずその都度職員に届け出てください。
外出	外出される場合には、事前にお申し出ください。
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従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫煙	決められた場所以外での喫煙はお断りいただきます。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
宗教活動	迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営業活動を行うことは出来ません。

9. 事故発生時の対応

当事業所は、利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、当該利用者の家族等に対して連絡を行う等の必要な措置を講じます。又利用者に対し賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を行います。

家族への連絡は事故発生後に病院受診を必要とする場合、その他施設が家族への連絡が必要と判断した場合としています。それ以外の場合でも連絡が必要な場合は事前にお申し出下さい。

事故が生じた際には、事故の状況及びその事故に際して採った処置を記録し、その原因を解明し再発生を防ぐ為の対策を講じます。

- (1) 事故発生の防止策として、共有スペースの共同生活室及び廊下を監視カメラによりモニター管理を行い、定期的な安否確認を行います。尚、監視カメラの記録については利用者の安否確認、事故発生時の検証並びに再発防止の目的以外に使用するものではありません。

10. 非常災害対策

当事業所は非常その他急迫の事態に備え、取るべき措置について予め対策を立て、非常災害に備えて定期的に避難、救出その他必要な訓練を行う。

11. 身体拘束の廃止について

当施設では、身体拘束は行いません。ただし、生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合は、利用者本人又は代理人に十分説明の上、書面による同意を得た後、期間を定めて行います。

また、身体拘束を行った場合は、定期的に見直しを実施し、すみやかに身体拘束が解除できるよう努めます。

1 2. 苦情の受付について（契約書第 22 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。

○苦情受付窓口 電話番号 0880-34-1888

相談員 松本 太誠

○受付時間 8:30～17:30

（2）行政機関その他苦情受付機関

介護保険被保険者証に記載されている市町村の窓口。

四万十市保健介護課	所在地	四万十市中村大橋通4丁目10番地
	電話番号	0880-34-1165
	FAX番号	0880-34-1880
	対応時間	午前8時30分から午後5時00分
高知県国民健康保険 団体連合会（国保連）	所在地	高知市丸の内2-6-5
	電話番号	088-820-8410・8411
	FAX番号	088-820-8413
	対応時間	午前8時30分から午後5時15分

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及び別紙にて看取りに関する指針の説明を行いました。

介護老人福祉施設 四万十の郷

説明者 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及び別紙にて看取りに関する指針の説明を受け、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 氏名

印

代筆者 氏名

続柄

施設入所サービス利用料金表
(ユニット型個室)

1. 介護保険給付対象サービス費用

サービス費用等は、介護保険負担割合証に記載されている利用者負担の割合に準ずるものとなります。
下記は、介護保険負担割合証に記載されている利用者負担 1 割のサービス費用等を例示しています。
利用者負担の割合は、毎年見直しがありますのでご注意ください。

(円／日額)

(1) サービス費

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	6,700	7,400	8,150	8,860	9,550
サービス費 (ユニット型個室)	※施設サービス費に対して下記のものが加算されます				
	日常生活継続支援加算 (Ⅱ) 460				
	看護体制加算 (Ⅰ) □ 40				
	看護体制加算 (Ⅱ) □ 80				
	夜勤職員配置加算 (Ⅳ) □ 210				
	精神科医療養指導加算 50				
	計 840				
上記サービス費に係る 1 割負担額	754	824	899	970	1,039

※入院および外泊時は 1 ヶ月に 6 日を限度として、上記の所定費用額に代えて 1 日 246 円の負担になります。

(2) 各種加算

(単位)

初期加算 30/日 療養食加算 6/回 (1 日 3 回まで) 個別機能訓練加算 12/日	看取り介護加算(Ⅰ) { 45 日～31 日 72/日 30 日～4 日 144/日 3 日～2 日 780/日 死亡日 1,580/日
---	---

上記の加算以外にも利用者様に適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減若しくは悪化の防止が見込まれると思われるものについては、その都度、施設職員からご説明し、同意を得たうえで対応させて頂く場合があります。

(3) 処遇改善加算

介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)	サービス費に各種加算を加えた 1000 分の 140 に相当する金額
-----------------	------------------------------------

2. 介護保険給付対象外費用

1) 居住費・食費

(単位：円／日額)

負担限度額	居住費	食費
利用者負担第 1 段階	880	300
利用者負担第 2 段階	880	390
利用者負担第 3 段階①	1,370	650
利用者負担第 3 段階②	1,370	1,360
利用者負担第 4 段階	2,066	1,740

※介護保険の保険者である市町村に申請して介護保険負担限度額認定証の交付を受けないと減額の対象となりません。

※居住費に関しては、入院・外泊等の場合にも支払っていただきます。

7日目からの料金は 2,066 円／日額になります。

2) おやつ代（希望者のみ）100 円／日額

3) 本人・家族希望による家電製品の持ち込みに対する電気代 100 円／日額

4) イベント食は 150 円の実費をいただきます。

対象行事：夏祭り、開園記念祭、土用の丑の日、敬老の日、クリスマス、正月。

※上記の行事以外もイベント食の対象となる場合がございます。その際は別途お知らせします。

5) 理容に関しては、1 回 1,500 円から実費をいただきます。

6) レクリエーション、クラブ活動に参加した場合材料代等の実費をいただきます。

7) 複写物の交付に関しては実費をいただきます。

8) 日常生活品の購入に関しては実費をいただきます。

9) 新型コロナウイルス感染症の検査は、検査キットの実費をいただきます。