

社会福祉法人 黎明会

特別養護老人ホーム オーキッド 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。
(第 2871201386 号)

当施設はご入所者に対して指定介護老人福祉施設入所者生活介護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。

◆◆目次◆◆

1. 施設経営法人	2 頁
2. 施設の概要	2 頁
3. サービスの内容	3 頁
4. 料金のお支払い方法 (契約書第 7 条参照)	6 頁
5. 入所中の医療の提供について	6 頁
6. 施設を退所していただく場合 (契約の終了について)	7 頁
7. 残置物引取人 (契約書第 23 条参照)	9 頁
8. 非常災害対策	9 頁
9. 事故発生時の対応	9 頁
10. 守秘義務に関する対策	9 頁
11. ご入所者の尊厳	9 頁
12. 身体拘束の禁止	9 頁
13. 苦情相談窓口	9 頁
14. 損害賠償について	10 頁

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 黎明会
 (2) 法人所在地 神戸市北区有野町二郎字西浦 383
 (3) 電話番号 078-982-6663
 (4) 代表者名 理事長 古瀬 明子
 (5) 設立年月日 平成 21 年 2 月 24 日

2. 施設の概要

(1) 提供できるサービスの地域等

施設の種類	指定介護老人福祉施設入所者生活介護
施設の目的と運営方針	要介護状態にある方に対し、適正な介護老人福祉施設入所者生活介護を提供することにより要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。 また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。
開設年月	平成 29 年 4 月 1 日
施設の名称	特別養護老人ホーム オーキッド
指定番号	第 2871201386 号
所在地	三田市駅前町 3 番 15 号 101
管理者の氏名	施設長 松藤 功雄
電話番号	079-556-7557
サービスを提供する地域	兵庫県全域
入所定員	60 名

(2) 施設の従業者体制

職 種	職務の内容	常勤	非常勤	合計
管理者	業務の一元的な管理	1 名	0 名	1 名
医師	健康管理及び療養上の指導	0 名	2 名	2 名
生活相談員	日常生活上の相談・支援	2 名	0 名	2 名
介護支援専門員	施設サービス計画（ケアプラン）の作成	1 名	0 名	1 名
看護師又は准看護師	心身の健康管理、口腔衛生と機能のチェック及び指導、保健衛生管理	2 名	4 名	6 名
介護職員	介護業務	32 名	20 名	52 名
管理栄養士	食事の献立作成、栄養計算、栄養指導等	1 名	0 名	1 名
機能訓練指導員（兼務）	身体機能の向上・健康維持のための指導	1 名	0 名	1 名

(3) 設備の概要

○居室 60室

入所される居室は、原則個室（定員1名）とし、ベッド及び必要な寝具・備品を備えます。

○食堂及び機能訓練室

食事の提供又は機能訓練に支障がないよう十分な広さを有し、テーブル・椅子・その他必要な備品類を備えています。

○浴室

浴室にはご入所者が使用しやすい、家庭的な浴槽も設けます。

○洗面所及び便所

各居室内及び各階各所に設けます。

○医務室

ご入所者を診療するために必要な医薬品及び医療機器を備えています。

3. サービスの内容

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。

（利用料金については、別紙1「料金表」を参照）

(1) 介護給付によるサービス

①食事等の介護

・栄養士による献立により、身体状況、疾病状況及び嗜好等を考慮しながら、食事の提供に努めます。〔食事時間 朝食8：00～、昼食12：00～、夕食18：00～〕

②入浴

・入浴又は清拭を週2回以上行います。
・重度であっても、身体状況に応じた設備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、ご入所者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④相談等の精神的ケア

・ご入所者及びそのご家族からの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。

⑤機能訓練

・機能訓練指導員により、ご入所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社会生活上の便宜

・当施設では、教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。
・行政機関に対する手続きが必要な場合には、ご入所者及びそのご家族の状況によっては、代行します。

⑦健康管理及び療養上の世話

・嘱託医師により週1回の診療日を設け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き継ぎます。

⑧その他自立への支援

- ・ご入所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ます。
- ・重度化防止のため、できる限り離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、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、適切な整容が行われるよう援助します。
- ・シーツの交換は週1回実施します。

(2) その他介護給付サービス加算

以下の①はご契約者全員に加算され、②～⑨は該当するご契約者のみに加算されます。

① 看護体制加算（I）イ

常勤の看護師を1名以上配置している

② 看取り介護加算

③ 初期加算

新規に入所及び1ヶ月以上の入院後、再び入居した場合に30日間加算

④ 入院・外泊時加算

ご入所者が入院及び外泊した場合6日を限度として加算（ただし、入院・外泊の初日及び末日のご負担はありません）

⑤ 個別機能訓練加算

個別機能訓練計画を作成し当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っている場合

⑥ 経口移行加算

経管により食事を摂取するご契約者が、経口摂取を進めるために、医師の指示に基づく栄養管理を行う場合（180日を限度）

⑦ 経口維持加算

摂食機能障害を有し、誤嚥が認められるご契約者ごとに特別な管理（医師の指示に基づき継続して経口による食事の摂取を進めるため）を行った場合（原則180日を限度）

⑧ 若年性認知症入所者受入加算

初老期における認知症によって要介護者となったご入所者に対してサービスを行った場合

⑨ 療養食加算

医師の指示に基づく療養食を提供した場合

(3) 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入所者の負担となります。

① 食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費）

- ・ご入所者に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。
- ・実費相当額の範囲内にて負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、その認定証に記載された食費の金額（1日当たり）のご負担となります。

②居住に要する費用（光熱水費及び室料）

- ・この施設及び設備を利用し、滞在されるにあたり、光熱水費相当額及び室料をご負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、その認定証に記載された滞在費（居住費）の金額（1日あたり）のご負担となります。
- ※ 外出・外泊・入院等で居室を空けておく場合は、第1～3段階の方は、6日までは負担限度額認定の適用が受けられますが、7日目からは別途料金が発生します。

③特別な食事（酒類を含みます）

- ・ご入所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理美容

- ・毎月、理美容の機会を設けておりますので、ご希望の方は申出ください。
- 利用料金：要した費用の実費（別紙参照）

⑤レクリエーション

- ・年間を通して施設内外の交流会等の行事を行います。行事によっては別途参加費がかかるものがございます。

⑥看護師で対応が可能な処置（応急処置・軽度な処置等）

- ・入所中に応急処置が必要となった場合の消毒薬・軟膏等や衛生材料費（ガーゼ・絆創膏・テープ等）をご負担いただきます。

⑦複写物の交付

- ・ご入所者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、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

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、ご入所者の日常生活に要する費用でご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していただきます。
- ・健康診断及び予防接種等に要する費用の実費

4. 料金のお支払い方法（契約書第7条参照）

前記（1）、（2）、（3）の料金・費用は、1ヶ月毎に計算し、ご利用月の翌月中旬に請求書を発行します。お支払い方法は原則、自動振替とさせていただきます。（郵便局をはじめ全国の金融機関を引落口座として指定できます。）契約時に預金口座振替依頼書にてお申し込まします。引落日は毎月23日（休日の場合は翌営業日）です。

5. 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご入所者の希望により、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。)

嘱託医

医療機関の名称	ふくだクリニック
所在地	神戸市北区道場町日下部字才谷 1835
電話番号	078-952-5252
診療科	内科・消化器内科・肛門外科・外科
医療機関の名称	やまもと心療内科
所在地	神戸市北区甲栄台 4 丁目 1 番 13 号北鈴神鉄ビル 2 階
電話番号	078-592-7718
診療科	心療内科・精神科

協力医療機関

医療機関の名称	恒生病院
所在地	神戸市北区道場町日下部 1788 番
電話番号	078-950-2622
診療科	脳神経外科、神経外科、内科、放射線科

協力歯科医療機関

医療機関の名称	三田市歯科医師会
所在地	兵庫県三田市大原 810-3 中道歯科医院内
電話番号	079-563-7131
医療機関の名称	タニダ歯科医院
所在地	兵庫県西宮市東山台 1-10-5
電話番号	0120-118-120

6. 施設を退居していただく場合（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、ご入所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、施設が閉鎖した場合
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、ご入所者に対するサービス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 ご入所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 施設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) ご入所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、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30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 ご入所者が入院された場合
- ③ 施設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 施設もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤ 施設もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご入所者の身体・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 他の利用者がご契約者の身体・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、施設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、当施設からの退居していただくことがあります。

- ① ご入所者が、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 ご入所者による、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 ご入所者が、故意又は重大な過失により施設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
(ご入所者によるハラスメント行為も含む)
- ④ ご入所者が連続して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 ご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

*ご入所者が病院等に入院された場合の対応について（契約書第21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ヵ月につき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。

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、短期入院の期間内は、上記利用料金をご負担いただきます。

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居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。

(3)円滑な退所のための援助（契約書第20条参照）

ご入所者が当施設を退所する場合には、ご入所者の希望により、施設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入所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

7. 残置物引取人（契約書第 23 条参照）

入所契約が終了した後、当施設に残されたご入所者の所持品（残置物）をご入所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、ご入所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. 非常災害対策

施設は、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 回以上ご入所者及び従業者等の訓練を行います。

9. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、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行います。

10. 守秘義務に関する対策

施設及び従業者は、業務上知り得たご入所者又はその家族の秘密を保守します。

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。

11. ご入所者の尊厳

ご入所者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

12. 身体拘束の禁止

原則として、ご入所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ご入所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、その際のご入所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。

13. 苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

なお、第三者委員も直接苦情を受け付けるとともに、苦情解決を円滑に図るため双方への助言や話し合いへの立会いなどもいたします。

苦情解決責任者は、苦情の申し出をされた方と話し合いによって円滑な解決に努めます。

苦情受付責任者： 松藤 功雄

苦情解決担当者： 羽路 直樹・久保 繁雄

ご利用時間： 9：00～17：45

ご利用方法： 事務所への相談、電話

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

兵庫県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口 (介護保険サービスの内容や質に関する相談や苦情について)	所在地：神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 連絡先：(078) 332-5617 FAX：(078) 332-5650 受付時間：8時45分～17時15分(平日)
三田市健康福祉部保健推進室 介護保険課 (介護保険制度が知りたいとき)	連絡先：(079) 559-5077 FAX：(079) 563-1447
三田市消費生活相談センター (契約全般に関するお問合せ)	所在地：三田市駅前町2-1(キッピーモール)5階 連絡先：(079) 559-5059 受付時間：10時00分～17時00分(平日)

※苦情処理第三者委員

[氏名] 長桶 吉彦

[職名] 弁護士

【連絡先】 078-341-1424 (栗岡法律事務所)

[氏名] 下坂 美香子

[職名] 社会福祉士

【連絡先】 078-277-1655 (恒生かのこ病院)

14. 損害賠償について

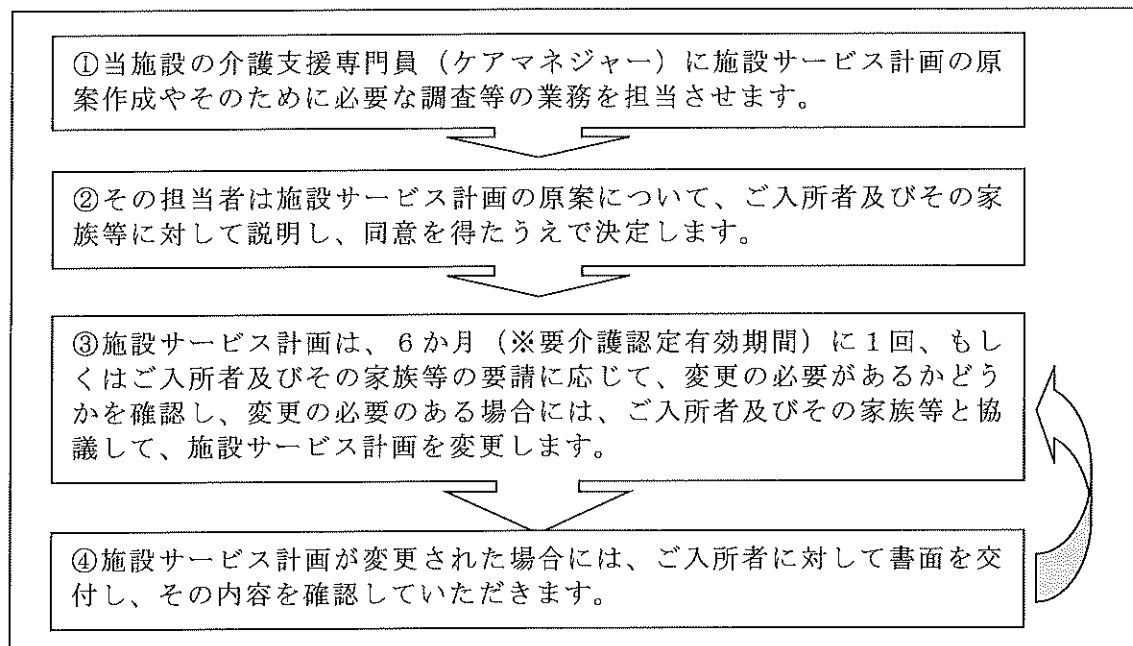
当施設において、施設の責に帰すべき事由によりご入所者に生じた損害については、施設は速やかにその損害賠償を履行いたします。守秘義務に違反し、損害が発生した場合も同様とします。

ただし、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た場合には、施設の損害賠償責任を減じる場合があります。

<重要事項説明書付属文書>

1. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご入所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3条参照）



2. サービス提供における事業者の義務（契約書第9条、第10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ご入所者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご入所者の体調、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、ご入所者から聴取、確認します。
- ③ご入所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ご入所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、ご入所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ご入所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、ご入所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入所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、ご入所者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご入所者の心身等の情報を提供します。また、ご入所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、ご入所者の同意を得ます。

3. 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利用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、ペット・危険物等は持ち込むことができません。

(2) 面会

面会時間は全日 9:00~17:30 に設定しております。周辺入所者の迷惑にならないよう配慮してください。

※来訪者は、必ずその都度事務所にて面会簿をご記入ください。

※なお、来訪される場合、危険物等の持ち込みはご遠慮ください。

(3) 外出・外泊（契約書第 24 条参照）

外出、外泊をされる場合は、事前に各ユニット職員にお申し出下さい。

但し、外泊については、1 ヶ月につき連続して 7 泊、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 257 円（介護保険から給付される費用の一部）と居室に係る自己負担額をご負担いただきます。

(4) 食事

食事が不要な場合は、前日までにお申し出下さい。前日までに申し出があった場合には、重要事項説明書 3（3）①に定める「食事の提供に要する費用」は免除されます。

(5) 施設・設備の使用上の注意（契約書第 11 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、ご入所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。

○ご入所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、ご入所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

施設敷地内での喫煙はできません。

(7) その他

○施設内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。

○従業者に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。

○当施設では金銭、貴重品を含む個人のお荷物は自己管理とさせていただきます。

紛失等が発生しても当施設は責任を負いかねます。

令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設入所者生活介護サービスの開始に当たり、入所者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

特別養護老人ホーム オーキッド

説明者 職名 _____ 氏名 _____ 印 _____

私たちは、契約書及び本書面により、事業者から指定介護老人福祉施設入所者生活介護サービスについて重要事項説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。

<契約者> (入所者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

<入所者代理人>

住 所 _____

氏 名 _____ 印 (続柄 _____)

私は契約者が事業者から重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が、契約者に代わって署名を代行します。

<署名代行者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印 (続柄 _____)

