

(施設入所用)

社会福祉法人 清明会

介護老人福祉施設 でいご園

指定介護老人福祉施設

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。

(沖縄県指定 第4771700020号)

※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。(但し、要介護1、2の方でも特例的に当施設に入所する事が可能な場合があります。) また、要介護認定をまだ受けていない方でも入所が可能な場合があります。

※建物の構造は、鉄筋コンクリート造、地下1階地上4階を有し、建築延べ面積は7899.49㎡(内デイスサービス面積424.5㎡)です。(敷地面積 4983.66㎡)

※当施設は、入居者に対して介護老人福祉施設サービスを提供します。本書は、施設の概要や提供するサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことをご案内いたします。

※この重要事項説明書は、厚生省令第39条(平成11年3月31日)第4条の規定に基づき、入居者又はご契約者への重要事項説明のために作成したものです。

1. 施設経営法人

- | | |
|-------------|-------------------------------|
| 1) 法人名 | 社会福祉法人 清明会 |
| 2) 理事長 | 濱田 隆光 |
| 3) 法人所在地 | 〒904-1303 沖縄県国頭郡宜野座村字惣慶1295番地 |
| 4) 電話番号 | 098-968-8363 (代) |
| 5) F A X 番号 | 098-968-8668 |
| 6) 設立年月日 | 昭和50年9月4日 (1975年) |

2. ご利用施設

- | | |
|-------------|--|
| 1) 施設の種類 | 指定介護老人福祉施設 |
| 2) 施設の目的 | 40歳以上の要介護者が住宅において、適切な介護を受けることが困難な場合に入所し、施設サービス計画に基づき介護サービスを受け、可能な限り居宅における自立した日常生活を営むことができるようにすることを目指す。 |
| 3) 施設の名称 | ユニット型介護老人福祉施設でいご園 |
| 4) 施設所在地 | 〒904-1303 沖縄県国頭郡宜野座村字惣慶1295番地 |
| 5) 電話番号 | 098-968-8363 (代) |
| 6) F A X 番号 | 098-968-8668 |
| 7) 施設長 | 濱田 直隆 |
| 8) 開設年月日 | 昭和51年8月1日 (1976年) |
| 9) 入所定員数 | 105名 |

3. 事業の目的

社会福祉法人清明会が開設する指定介護老人福祉施設でいご園（以下「施設」という）が行う指定介護老人福祉施設サービス（以下「サービス」という）の適正な運営を確保する為の人員及び、管理運営に関する事項を定め、施設の管理者が、要介護状態にある高齢者に対し、適切なサービスを提供することを目的とする。

4. 運営の方針

- 1) 施設サービス計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護、相談、援助、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活上の支援を行う。そのことにより、入居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目指す。
- 2) 入居者の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立ってサービスを提供するように努める。
- 3) 明るく家庭的な雰囲気の下、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村区、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設、医療保険サービス、福祉サービス提供者との密接な連帯に努める。

5. 施設の概要

1) 居室

居室の種類	室数	居室形態	備 考（設備等）
一人部屋	1 1 0 室	個室	短期入所用 4 室・予備室 1 室含む

利用者または契約者から居室の変更希望の申し出があった場合には、空床状況等を勘案して、その可否を施設で決定します。また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、利用者・契約者との協議の上行います。

2) 主な職員の配置・勤務体制

(1) 当施設では、利用者に対し介護福祉施設サービスを提供する人員として、以下の職種で職員を配置しています。職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	人 員	備 考
施 設 長	1 名	
医 師	2 名	
介護支援専門員	2 名	
生活相談員	2 名	
機能回復訓練員	2 名	
管理栄養士	1 名	
看護職員	4 名	
介護職員	5 0 名	

(職員数は、上記の配置人員を下回らないものとします)

(2) 配置職員の職務内容

施設長	職員を統括します。
医師	入居者に健康管理、療養上の指導を行います。
介護支援専門員	入居者に係る施設サービス計画(ケアプラン)を作成します。
生活相談員	入居者の日常生活上の相談に応じ、適宜、生活支援を行います。
機能回復訓練員	入居者の機能回復訓練を担当します。
管理栄養士	栄養ケア・マネジメント実施のための計画に基づく献立を作成し、入居者の給食管理、栄養指導を行います。
看護職員	入居者の健康管理や療養上の世話を主に行いますが、日常生活上の介護、介助等も行います。
介護職員	入居者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言を行います。

6. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

「利用料金が介護保険から給付される場合」と「利用料金の全額を契約者に負担いただく場合」とがあります。

(1) 介護保険給付対象の基準介護サービス

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。

①居室の提供

②食事の提供

管理栄養士の作成した献立表により、入居者の身体状況に配慮した食事の提供、サポートを行います。食事の場所は通常、ユニット内の食堂にて行いますが、本人の意向に応じて本人の個室にて食事をすることも可能です。食事提供時間の変更がある場合は、概ね入居者の意向に沿った時間での提供も可能です。

(食事提供目安時間)

朝食 8 : 0 0 昼食 1 2 : 0 0 夕食 1 8 : 0 0

③入浴

入浴又は清拭を週2回以上行います。

④排泄

排泄の自立を促すため、利用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

機能回復訓練員により、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。

(2) 介護保険給付対象外のサービス及び、その自己負担額

①食費 (1日当たり) 1, 4 4 5 円 <介護保険負担限度額認定非該当>

②居住費 (1日当たり) 2, 0 0 6 円 <介護保険負担限度額認定非該当>

食費、居住費に係る自己負担額について、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金額が負担となります。

③特別な食事代

利用者の希望に基づいて、特別な食事を提供します。

④預り金管理(事務費)

利用者の通帳及び銀行印等の管理、医療費、諸税、小遣い等の出納処理管理、年金受給(年金証書)、現況届提出等の管理手続きについて、1ヶ月当たり1, 0 0 0 円とします。

⑤理髪代

実費を自己負担して戴きます。

⑥日常生活消耗品

基本的には家族対応の下、ご用意して頂きますが、事情により家族での準備ができず、止む無く施設で準備したもの・実費相当額) 日常の衣類、洗面用具(石鹸、シャンプー、リンス等)、歯ブラシ、歯磨き粉、コップ(個人用)、ヒゲソリ、くし、化粧品、ティシュペーパー(個人用)等

⑦電気代・水道代・洗剤代

⑧個人的な費用(実費) ※医療材料費含む

⑨利用者の予防接種(実費) ※インフルエンザ、肺炎球菌ワクチン等

⑩文書代(実費) ※診療情報提供書、死亡診断書等

7. 契約書第20条に定める所定の料金

利用者又は契約者が、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、利用者の介護度に応じたサービス利用料金の全額（介護保険給付額＋自己負担額）をお支払い頂きます。

8. 利用料金のお支払い方法

利用料金は、1ヶ月毎に計算し、ご請求致します。お支払い方法については、原則として利用者又は、契約者の金融機関口座からの自動口座振替とします。

9. 協力医療機関

当施設は、下記の医療機関と協力契約を締結しています。利用者が医療を必要とする場合に下記の医療機関で診療、入院治療を受けることができます。但し、下記の医療機関で診療、入院治療を優先的に保証をしたり、義務づけるものではありません。尚、嘱託医師（内科）である専門科については、所属医療機関での診療でないと保険適用外となり、全額自己負担となります。（緊急やむを得ない場合や利用者、契約者が希望される場合は紹介状が必要です。）

医療機関名称	診療科名	所在地	電話番号
屋宜原病院	内科・外科・泌尿器科・循環器科・肛門科等	北中城村	098-933-1574
かなな病院	内科・泌尿器科・耳鼻科・整形外科等	宜野座村	098-968-3661

10. 入院・短期入院について

利用者が、病院又は診療所への入院を要した場合、原則として入院後3ヶ月以内に退院が見込まれる際は、再び当施設に円滑に入所することができます。

尚、入院を要した場合は、1ヶ月に6日を限度として所定のサービス利用料金を事業者に支払うものとします。また入院期間中のベッドは、短期入所生活介護事業等に活用する場合がありますが、退院の際は円滑に再入所できるよう、その利用は計画的に行います。

11. 病院受診対応について

利用者の定期受診等については、家族で来園し受診対応して下さい。
（自己負担で介護タクシーの利用は可能です。）

12. 事故発生の対応について

- 1) サービスの提供により、事故が発生した場合には、速やかに家族、及び関係機関に連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。
- 2) サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、当法人で加入している民間保険会社の契約保険にて対応致します。

13. 非常災害対策について

- 1) 非常災害に備えて必要な設備を設け、防災避難に関する計画に沿って対応します。
- 2) 非常災害に備え、少なくとも1年に2回以上、避難・救出、その他必要な訓練等を行います。

14. 外泊について

利用者又は契約者の申し出により外泊できるものとします。但し、1ヶ月に6日を限度とします。尚、外泊期間中も所定のサービス利用料金を事業者を支払うものとします。

15. 食事について

外出、外泊により食事（1日3食単位）が不要な場合は、前日までにお申し出下さい。食事に係る自己負担額が減免されます。

16. 面会について

当施設での面会は予約制となっております。原則9時～17時までの時間で、前日まで電話もしくは、窓口にて予約をお願いします。尚、飲食物の持ち込みは、利用者の健康管理上で害することがありますので、看護師へ相談した後に持ち込みして戴きますようご協力をお願い致します。

17. 苦情の受付について

1) 当施設における苦情の受付（契約書第23条参照）

窓口受付時間 終日（9：00～17：30）

受付担当者 事務長、生活相談員

投書箱にて受付

2) 行政機関その他の受付機関

- ・沖縄県 国民健康保険団体連合会（那覇市西3丁目14番18号）

受付時間 土、日、祝祭日を除く（9：00～17：00）

TEL 098-860-9022 FAX 098-867-6794

- ・沖縄県 福祉サービス運営適正化委員会（那覇市首里石嶺町4丁目373番地1）

受付時間 土、日、祝祭日を除く（8：30～17：00）

TEL 098-882-5704 FAX 098-882-5714

- ・沖縄県 社会福祉協議会（那覇市首里石嶺町4丁目373番地1）

受付時間 土、日、祝祭日を除く（8：30～17：00）

TEL 098-887-2000 FAX 098-887-2024

- ・沖縄県 介護保険広域連合（読谷村字比謝町55番地）

受付時間 土、日、祝祭日を除く（8：30～17：00）

TEL 098-911-7510 FAX 098-911-7511

- ・各市町村の介護保険関係又は、福祉関係窓口でも苦情相談を受け付けております

介護老人福祉施設 でいご園施設サービス費（利用料金）

【サービス利用料：1日当たり】

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
利 用 料	670円	740円	815円	886円	955円

- ※1：外泊時費用（入院・外泊時）（1日：246円）
- ※2：初期加算（1日：30円）
- ※3：日常生活継続支援加算Ⅱ（1日：46円）
- ※4：療養食加算（1回：6円）
- ※5：個別機能訓練加算（1日：12円）
- ※6：看護体制加算Ⅰ（1日：4円）
- ※7：看護体制加算Ⅱ（1日：8円）
- ※8：夜勤職員配置加算（1日：18円）
- ※9：看取り介護加算
 - 死亡日以前4日以上30日以下（1日：144円）
 - 死亡日前日及び前々日（1日：780円）
 - 死亡日（1日：1,580円）
- ※10：常勤医師配置加算（1日：25円）
- ※11：介護職員等处遇改善加算Ⅰ（1ヶ月：（※1～※10の合計額）×0.14円）

- ※12：食費（1日：1,445円）＜負担限度額認定証非該当の場合＞
- ※13：居住費（1日：2,006円）＜負担限度額認定証非該当の場合＞
- ※14：居室内使用の電気代
 - （1ヶ月：（各ユニット毎の電気代）×（居室の面積）/（各ユニット共用部・居室の合計面積）円）
- ※15：居室内使用の水道代（1ヶ月：（宜野座村の水道料金表に準ずる基本使用料相当額）円）
- ※16：洗剤代（1ヵ月：133円）
- ※利用者が退所後、他施設への移動、在宅に戻る等の場合は、その際の相談援助に係る一部負担金が生じることがあります。

【その他】

- ※ 当施設では、利用者・契約者との親睦交流を深めるため、「家族後援会」を設け、1ヶ月に1,000円の会費にて活動しておりますので、ご加入の程、お願い申し上げます。

令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に際し、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 でいご園

介護支援専門員 (氏 名) 印

指定介護老人福祉施設 でいご園

生活相談員 (氏 名) 印

私は、本書面に基づき上記の担当者から重要事項の説明を受け、指定介護老福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

※本人の意志を確認し、利用者に代わり、契約者が署名代行する場合があります。

【利用者】

住 所

氏 名 印

【契約者】（身元引受保証人）

住 所

氏 名 印