

社会福祉法人徳之島愛心会 特別養護老人ホーム徳寿園

重要事項説明書

令和6年8月1日現在

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4679100224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説明します。

◇◆目次◆◇

1. 事業者	1
2. ご利用施設	1
3. 事業の目的と運営方針	1
4. 施設であわせて実施する事業	1
5. 施設の概要	2
6. 職員の設置状況	2
7. 当施設が提供するサービスと利用料	3 ～6
8. 支払方法	6
9. 相談窓口・苦情対応	7
10. 協力医療機関	7
11. 非常災害時の対策	8
12. 当施設利用の際にご留意頂く事項	8
13. 残置物引取人	9
14. 事故発生時の対応について	9
15. 身体拘束の廃止	9

特別養護老人ホーム 徳寿園

1. 事業者

- (1) 事業者名 社会福祉法人徳之島愛心会
 (2) 所在地 鹿児島県大島郡徳之島町亀津5546番地の1
 (3) 電話番号 0997-83-1551
 (4) 代表者 理事長 長川 哲也
 (5) 設立年月 平成23年3月25日

2. ご利用施設

- (1) 施設の名称 特別養護老人ホーム 徳寿園
 (2) 所在地 鹿児島県大島郡徳之島町亀津5546番地の1
 (3) 施設長 長川 あけみ
 (4) 電話番号 0997-83-1551

3. 事業の目的と運営方針

(1) 事業の目的

この事業は、老人福祉法令ならびに介護保険法令の定めに従い、入居者個々に応じた施設介護サービス計画を作成し、同計画に基づいた利用者の身辺介護及び日常生活上の世話をする事業を提供することを目的としています。

(2) 事業運営の方針

事業所は、施設サービス計画に基づき、可能な限り、入居者様の人権を尊重し、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排泄、食事等の介護、相談および援助、社会生活上への便宜の供与、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をを行うことにより、入所者がその有する機能に応じ日常生活が営むことができるよう、その者の処遇を妥当適切に行う。事業の実施にあたっては、関係市町村、指定居宅サービス事業者、他の指定居宅介護支援事業者及び介護保険施設等と密接な連携を図るとともに、入所者の意思及び人格を尊重し、常にその者の立場に立って施設サービスの提供に努めるものとする。

4. 施設であわせて実施する事業

事業所の種類		鹿児島県知事の事業者指定		利用定数
		指定年月日	指定番号	
施設	特別養護老人ホーム	平成23年4月1日	4679100224	80人
居宅	短期入所生活介護	平成23年4月1日	4679100224	9人
	介護予防短期入所生活介護	平成23年4月1日		

5. 施設の概要

(1) 敷地及び建物

敷 地		9,940.58㎡
建物	構 造	鉄筋コンクリート平屋造り
	延べ床面積	3359.29㎡
	利用定員	80人、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護9人

(2) 居室・設備の種類

居室の種類	室数	床面積	1人／m ²
4床室	16室	762.4m ²	11.91m ²
2床室	10室	253.2m ²	12.66m ²
個室	5室	98.55m ²	19.71m ²
合計	31室		
食堂ホール	1室	281.75m ²	
機能訓練室	1室	54.97m ²	
浴室(一般浴室・特殊浴槽)	2室	61.27m ²	
脱衣室	1室	43.77m ²	
医務室	1室	18.24m ²	
静養室	1室	15.40m ²	

※ 上記は、厚生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、ご利用にあたっては、特別にご負担いただく費用はありません。

☆ 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上決定するものとします。

6. 職員の設置状況

当施設では、ご契約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設置しています。

「主な職員の設置状況」※職員の設置については、指定基準を遵守しています。

職 種	指定基準
1. 施設長	1名
2. 介護職員	27名
3. 介護支援専門員	1名
4. 看護職員	3名
5. 生活相談員	1名
6. 医師	1名
7. 栄養士	1名
8. 機能訓練指導員	1名

* 非常勤

* 機能訓練指導員は兼務

※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。

7. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。当施設が提供するサービスについて、利用料金が介護保険から給付される場合は、利用料金の全額をご契約者に負担して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

以下のサービスについては、居住費・食費を除き通常介護保険から給付されます。

<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態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:8:00～

昼食:12:00～

夕食17:30～

③入浴

- ・入浴または清拭を週2回以上行います。
- ・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

- ・排泄の自立を促がすため、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また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

- ・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、適切な整容が行われるよう援助します。

料金表

1、介護給付サービスによる料金

下記の表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護給付額を除いた金額(自己負担額)をお支払いください。

※サービスの利用料金は、利用者の要介護度に応じて異なります。

※別紙2 指定老人介護福祉施設利用料参照

- ① 旧措置者(平成12年3月31日までに入所された方)は、軽減措置により、自己負担額が変わります。

ア 自己負担割合が0%の方

別紙料金表から(自己負担額 0)を設定

イ 自己負担額が3%もしくは5%の方

別紙料金表から(自己負担額=1ヶ月の利用日数×3%もしくは5%)

ウ 自己負担割合が10%(1割)の方

別紙料金表参照

※ ご契約者がまだ要介護認定を受けてない場合には、サービス利用料金の全額をお支払いいただき、要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行う為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負担額を変更します。

2、その他介護給付サービス加算

加 算	介護給付額 100%	自己負担額 10%
初期加算	1日 300円	1日 30円
入院・外泊時加算	1日 2,460円	1日 246円
看護体制加算Ⅰ(2)・Ⅱ(2)	1日 40円	1日 4円
夜勤職員配置加算Ⅲ(2)	1日 160円	1日 16円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	1日 60円	1日 6円
※2看取介護加算Ⅰ	1回 76,080円	1回 7,608円
生産性向上推進体制加算Ⅱ	1月 100円	1月 10円
協力医療機関連携加算Ⅰ	1月 1000円	1月 100円
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の13.6%	

※ 旧措置者、軽減措置により、自己負担が割合に応じて変わります。

※2 看取りに入り最大30日までさかのぼった場合の金額になります。金額は日数より変動します。

3、その他の介護保険の給付対象とならないサービス

①食事の提供に要する費用(食材料費及び調理費) ー従来型多床室の場合ー

	月額(目安)	通常 (第4段階以上)	介護保険負担限度額認定書に記載されている額		
			第1段階	第2段階	第3段階
食事の提供に 要する費用	43,500円	1日 1,445円	1日 300円	1日 390円	1日 650円・1360円

②居住に要する費用 ー従来型多床室の場合ー

	月額(目安)	通常 (第4段階以上)	介護保険負担限度額認定書に記載されている額		
			(1段階)	(2段階)	(3段階)
居住に要する費用	27,500円	1日 915円	1日 0円	1日 430円	1日 430円

※外泊・入院等で居室を空けておく場合の料金

1日当たり320円(上限翌日から6日間)

指定介護老人福祉施設利用料

(令和6年8月1日改定分)

事業所番号 4679100224

施設サービスの場合(1日あたり)

【介護保険適用自己負担分】

	従来型多床室 介護福祉サービス費(Ⅱ)	従来型個室 介護福祉サービス費(Ⅰ)
要介護1	5,890円	5,890円
要介護2	6,590円	6,590円
要介護3	7,320円	7,320円
要介護4	8,020円	8,020円
要介護5	8,710円	8,710円

※上記の1割が自己負担額となります。

介護保険外サービス費(居住費・食費)

利用者負担段階	従来型多床室・居住費	食費	従来型個室・居住費	食費
第1段階	0円	300円	380円	300円
第2段階	430円	390円	480円	390円
第3段階①	430円	650	880円	650円
第3段階②	430円	650	880円	1,360円
第4段階	915円	1,445円	1,231円	1,445円
第5段階	915円	1,445円	1,231円	1,445円
第6段階	915円	1,445円	1,231円	1,445円

※食費、居住費については低所得者(世帯非課税者)については負担軽減制度があります。

利用者負担段階

利用者負担第1段階

利用者負担第2段階

利用者負担第3段階

生活保護受給者・老齢福祉年金受給者

市町村民税非課税者であって合計所得金額＋課税年金
収入額が80万円以下の方

市町村民税非課税者で第2段階該当者以外の方

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:実費相当額

② 理髪・美容

「理髪サービス」

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:実費相当額

③ 貴重品の管理

原則、利用者様の通帳及び現金等はお預かりいたしません。

ご契約者の希望により、必要と判断した場合のみお預かりいたします。(お預かり手数料1,000円/月)

○管理する金銭の形態：施設の指定する金融機関に預けている貯金

○お預かりするもの：上記預貯金通帳と金融機関へ届けた印鑑

○保管管理者：施設長

○出納方法：手続きの方法は以下の通りです。

・貯金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、事務担当者が施設長決裁を得て処理します。

(入出金の詳細につきましては、3ヵ月に1回出納報告を郵送いたします)

④ 行事・レクリエーション

	行 事
1月	年始・誕生会
2月	節分
3月	誕生会・ひな祭り
4月	防火訓練
5月	誕生会
6月	家族総会・誕生会
7月	七夕
8月	誕生会
9月	敬老会(夕涼み会)
10月	誕生会・運動会
11月	防火訓練
12月	誕生会・クリスマスパーティー

⑤ その他

サービス提供記録の保管	この契約終了後5年間保管します。
サービス提供記録の閲覧	土・日・祝日を除く毎日午前8:30～午後17:15
サービス提供記録の複写物の交付	複写に際しては、実費相当額を負担していただきます。

8. 支払方法

上記利用者の支払いは、前月利用分を当月20日頃に月単位で請求しますので、次の方法によって当月末日までにお支払い頂きますようお願いいたします。

原則として、ご指定の口座からの引き落としまたはお振込み。

(通帳をお預かりしている利用者様は、施設の事務担当者が委任状にもとづき代理で行います)

(1) 請求書及び領収書の発行

事業者は、毎月20日頃に前月分の利用料金の請求書を郵送いたします。

利用者様からのお支払いを確認した後、領収書を翌月の請求書と一緒に郵送いたします。

(2) 居室の明け渡し

契約が終了するときは、利用者負担金を支払いの上、契約終了日までに居室を明け渡していただきます。

(3) 契約終了日までに居室を明け渡さない場合、本来の契約終了日の翌日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る所定の利用者負担金をお支払いいただきます。

(4) 事故発生時の賠償について

・当施設は、万が一の事故発生に備えて、保険会社の損害責任保険に加入しております。

9. 相談窓口・苦情対応

★サービスに関する相談や苦情については、下記窓口にて対応します。

当施設利用相談室	窓口担当	生活相談員：亀澤五輪・福田清人・長川純也
	利用時間	月～金 8:30～17:30
	利用方法	電話 0997-83-1551
		苦情箱・提案箱を玄関ホール受付に設置 面談 直接ご来園ください

★公的機関及び第三者委員においても苦情申込ができます。

徳之島町役場 介護福祉課	〒891-7101 徳之島町亀津7203 ☎ 82-1111(介護福祉課 介護保険担当) FAX 82-1101
天城町役場 保健福祉課	〒891-7612 天城町平土野2691-1 ☎ 85-3111(保健福祉課 介護保険担当) FAX 85-3110
伊仙町役場 地域福祉課	〒891-8201 伊仙町伊仙1842 ☎ 86-3111(地域福祉課 介護保険担当) FAX 86-2301
国民健康保険 団体連合会	〒890-0064 鹿児島市鴨池新町7-4(県市町村自治会館) ☎ 099-206-1084 FAX 099-206-1069
鹿児島県社会 福祉協議会	〒890-8517 鹿児島市鴨池新町1-7(県社会福祉センター内) ☎ 099-257-3855 FAX 099-251-6779
第三者委員	大和 勝吉 〒891-7101 徳之島町亀津1987 0997-82-1511 浜崎 章夫 〒891-7102 徳之島町亀徳12-7 0997-83-1554

10. 協力医療機関

協力医療機関	徳之島徳洲会病院
院長名	新納 直久
所在地	鹿児島県大島郡徳之島町亀津7588番地
電話番号	0997-83-1100
診療科	皮膚科・小児科・泌尿器科・内科・外科・呼吸器科・消化器科・循環器科・整形外科・脳神経外科・肛門科・眼科・耳鼻咽喉科
入院設備	有
救急指定の有無	有
契約の概要	週1回、2時間の定期回診により、又は園との協力を基に利用者の健康管理に留意し、医学的治療を要する際には、土日祝日夜間についても診察・入院等万全の体制を確保します。

歯科協力医療機関	太歯科医院
院長名	太 崇
所在地	鹿児島県大島郡徳之島町亀津501番地
電話番号	0997-83-0418
契約の概要	①入所者の歯科診療に関すること。 ②診療の記録の整備に関すること。 ③入所者の栄養ケア策定に関すること(歯科医師) ④歯科医師の指示を受けた歯科衛生士は、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行うこと。 ⑤介護サービスが円滑に実施されるよう、施設の施設長、生活相談員、介護支援専門員、看護職員、介護職員、管理栄養士、栄養士等に医学的見地から助言し、かつ、協力すること。

別途定める「特別養護老人ホーム徳寿園消防計画」にのっとり対応を行います。徳之島地区消防組合本署と近隣防災協定を締結し、さらには徳之島警察署にも非常時の対応を依頼しています。

非常時の訓練及び防火設備	別途定める特別養護老人ホーム徳寿園消防計画書にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施しています。		
	設備名称	個数等	個数等
	自動火災報知器	有	有
	誘導灯	有	有
	ガス漏れ報知器	有	有
消 防 計 画 書	防火扉・シャッター	有	
	カーテン・寝具等は防災性能のあるものを使用しています。		
		消防署への届出：有	
		防火管理者：福田 清人	

12. 地震・津波等の災害について

緊急時に安全かつ迅速な避難を実現するため、日頃からの訓練を実施します。地震、津波、風水害等様々な災害の具体的な規模を想定して、防災訓練を実施します。

- ① 様々な場面を想定し、安全に非難できるよう、実践的な訓練を計画する。
- ② 各職員が計画の内容や役割分担等について協議し、確認する。
- ③ 家族や地域と連携した訓練を計画する。
- ④ 利用者様、職員、自身が自分の身を守る訓練を実施する。
- ⑤ 職員が少ない夜間等の時間帯での対応を想定した訓練を実施する。
- ⑥ 訓練実施後、課題や問題点等を検証し、見直し・改善を絶えず行う。
- ⑦ 消防署・警察署・地元の自主防災組織、町内会等と合同で災害時を想定した防災訓練を計画する。

13. 当施設利用の際にご留意頂く事項

来訪・面会	来訪者、面会時間を守り、必ず面会記録簿に記帳してください。 面会時間(午前8:30～18:30) ※消灯は21:00です。
外出・外泊	外出・外泊の際には必ず行き先・帰宅時間を職員に申し出てください。
嘱託医以外の医療機関への受診	入所に際して、係りつけ医療機関並びに主治医を申し出てください。 やむを得ず医療機関を変更する場合も同様とします。
喫煙・飲酒	喫煙は指定の場所にて。飲酒は申し出てください。(寝酒程度なら可)
迷惑行為	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。またむやみに他の利用者の居室には立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	トラブル防止のため貴重品等は家族の方で管理していただきます。
現金等の管理	ご本人に管理能力がある方については、小遣い程度の必要最小限に留めて下さい。尚、家族のほうで管理ができない場合は、事務所のほうで対応しますので申し出てください。
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及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及び飼育はお断りします。
個人のプライバシー	当園は従来の多床室のため介護員によるおむつ交換時には面会者の方はご面倒ですが、食堂ホールにてお待ちください。

14. 残置物引取り人

契約締結にあたり、身元引受人に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、「残置物引取り人」を定めていただきます。当施設は、「残置物引取り人」に連絡の上、残置物を引き取っていただきます。また引き渡しにかかる費用については、ご契約者又は残置物引取り人にご負担いただきます。

15. 事故発生時の対応について

当施設のサービス提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村・家族等への連絡等必要な措置を講ずるとともに、事故の状況及び事故に関してとった措置を記録します。併せて事故発生の原因・再発防止の検討を行います。

16. 身体拘束の廃止

- 1、施設は指定介護老人福祉施設サービスの提供に当たっては、当該利用者又は他の利用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、身体拘束その他の利用者の行動を制限する行為を行わない。
- 2、施設は、前項の身体拘束等を行う場合には、次の手続きにより行う。
 - (1) 身体拘束廃止委員会を設置する。
 - (2) 「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」に身体拘束にかかわる態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得なかった事由を記録する。
 - (3) 利用者または家族に説明し、その他方法がなかったか改善方法を検討する。

17. 高齢者虐待防止について

徳寿園では、利用者様の人権擁護・虐待防止等の為に、次に掲げる通り必要な措置を講じています。

- ① 研修を通じて、職員の人権擁護の向上や知識と技術の向上に努めます。
- ② 個別支援計画の作成など、適切な支援の実施に努めます。
- ③ 職員が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、職員が利用者様等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

18. その他について

1. 病院受診や入院について
 - (1) 病院受診の際は、ご家族が付き添い、医師より説明を聞いて頂きます。(送迎は施設側で行います)
 - (2) ご家族、個人の希望による病院受診に関しては病状説明、付添い、送迎全てご家族でお願いします。
 - (3) 入院された際の入院契約書等への署名、洗濯や日用品購入については、ご家族でお願いします。
 - (4) 事情により不可能な場合は、シルバー人材センターや代行サービスへご依頼して頂きます。
 - (5) 入院期間中のベットは短期入所生活介護の利用者が一時的に使用する事があります。
 2. 入所時に必要なもの(全てこちらで預からせていただきます。)
 - (1) 介護保険被保険者証
 - (2) 後期高齢者医療保険者証
 - (3) 後期高齢者医療限度額適用(標準負担額減額認定証)
 - (4) 介護保険負担限度額認定証
 - (5) 介護保険負担割合証
 - (6) 印鑑(申請書類などに使用します。認印やシャチハタで可)
 - (7) 本人名義の通帳と印鑑(年金が振り込まれている通帳) 注) 保管が必要と認められた場合。
 - (8) 医療機関発行の施設入所用診断書
 - (9) 医療機関発行の診療情報提供書(紹介状)
 3. 入所時に持ってきて頂くもの(全てにご記名をお願いします。)
 - ① パスタオル 3～5枚
 - ② フェイスタオル 3～5枚
 - ③ 日常着 3～5枚
 - ④ パジャマ 2～3組
 - ⑤ 肌着 2～3枚
 - ⑥ 靴下 2～3組(記名に不都合な為、黒と紺以外)
 - ⑦ 靴 2足
 - ⑧ ペーテル(保湿剤) 2本
 - ⑨ 歯ブラシ 2本
 - ⑩ 電気カミソリ 1個(充電式タイプ)
 - ⑪ その他 ご本人様の生活必需品類(クッション、杖、眼鏡、補聴器等)
- ※ 寝具はリースにしています。毛布等は必要時にご家族で準備をお願いします。
- ※ 季節ごとの衣類の入れ替えや不要品の処分等は、原則的にご家族でお願いします。

令和 年 月 日

介護老人福祉施設の開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項及び介護老人福祉施設サービス内容を説明しました。

〈事業者〉

所在地 鹿児島県大島郡徳之島町亀津5546番地の1

事業者名 社会福祉法人徳之島愛心会

代表者名 理事長 長川 哲也

指定番号 4679100224

＜説明者＞

所 属 所 社会福祉法人徳之島愛心会 特別養護老人ホーム徳寿園

氏 名 _____ 印 _____

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護老人福祉施設サービスの内容及び重要事項説明を受け、了承しました。

＜利用者＞

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

＜身元引受人＞

住所 _____

氏名 _____ 印 _____