

(浜松十字の園)

「指定介護老人福祉施設」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(静岡県指定 第 2278100058 号)

当施設はご利用者に対して、指定介護老人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、契約上ご注意くださいことを次の通り説明いたします。

※当サービスの利用は、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。

◆◆ 目次 ◆◆

1	介護老人福祉施設の運営の方針	1
2	施設の概要	1
3	施設の職員の概要	1
4	介護老人福祉施設の概要	2
5	サービスの内容	2
6	サービスの利用方法	3
7	サービス提供における施設の義務	4
8	施設利用の留意事項	5
9	利用料金	5
10	入所中の医療の提供について	7
11	事故発生対応	7
12	非常災害対策	7
13	虐待の防止のための措置	7
14	苦情処理	8

当施設が提供する介護老人福祉施設の内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 介護老人福祉施設の運営の方針

創立の精神である「キリスト教精神に立って・・・必要な福祉サービスを総合的に提供する」（定款）を運営の基盤に、職員は、愛と奉仕の姿勢を持ち、『人格を尊重し、生きる喜び、生きる自由、生きる希望を創ります。』という法人の理念を実現するために、ユニットケア体制により利用者 お一人お一人に向かい合い、その意思を尊重し、明るく家庭的な雰囲気の中で、日ごと生き生きと生活することができるように介護老人福祉施設サービスを提供することを運営の方針とします。

2. 施設の概要

事業者の名称	社会福祉法人 十字の園
主たる事務所の所在地	静岡県浜松市浜名区細江町中川 7220-11
電話番号	053-414-1400
法人の種別及び名称	社会福祉法人 十字の園
代表者職	理事長
代表者	鈴木 淳司

事業所の名称	浜松十字の園 介護老人福祉施設
事業所の所在地	静岡県浜松市浜名区細江町中川 7220-11
電話番号	053-436-9535
施設長（管理者）名	宮島 克利
介護保険事業所番号	2278100058
指定年月日	平成 12 月 4 月 1 日
交通の便	バスにて J R 浜松駅より 50 分、車にて浜松西インターより 10 分
通常の事業の実施地域	浜松市浜名区

3. 施設の職員の概要

当施設では、利用者に対して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、介護保険法に基づく指定基準を遵守しています。

職 種	指定基準	常勤換算（介護老人福祉施設、短期入所生活事業の合算）
1. 施設長（管理者）	1名	1名以上
2. 生活相談員	2名	2名以上
3. 介護職員	47名	50名以上
4. 看護職員		7名以上
5. 機能訓練指導員	1名	1. 2名以上
6. 介護支援専門員	2名	2名以上
8. 医師	1名	1名以上
9. 栄養士	1名	1名以上

※ 常勤換算：職員それぞれの週当たり勤務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

(週40時間)で除した数です。

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制
介護職員	標準的な時間帯の配置人員
	早 朝 7:00～ 9:00 12名以上
	日 中 9:00～20:00 20名以上
	夜 勤 20:00～ 9:00 6名以上
看護職員	標準的な時間帯の配置人員
	月曜日～金曜日 7:30～17:30 3名以上
	土・日・祭日 7:30～17:30 2.5名以上 ・夜間については、交代で自宅待機を行い、緊急時に備えます。
機能訓練指導員	8:30～17:30 1名以上
医 師	嘱託医
施設長 生活相談員 介護支援専門員	通常の勤務時間帯 8:30～17:30 ・土・日・祭日は、希望により対応いたします

※土曜日、日曜日の日中は、上記と一部異なる事があります。

4. 介護老人福祉施設の概要

定 員	120 人	
居 室	4人部屋	28室 (1室 916.03 m ²)
	2人部屋	1室 (1室 85.91 m ²)
	個室(従来型)	6室 (1室 66.00 m ²)
浴 室	○一般浴槽	○特殊浴槽
食 堂	6室	299.53 m ²
機能訓練室	1室	20.79 m ²
その他の設備	○静養室	19.04 m ²
	○医務室	15.32 m ²
	○面接室	16.79 m ²
	○その他	

5. サービスの内容

当施設があなたに提供するサービスは以下のとおりです。

①食事

栄養士(管理栄養士)の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

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。ただし、体調や希望によりその他の場所で食事をとっていただくことも可能です。

食事時間は生活スタイルに合わせて対応します。

(食事時間) 朝食07:30～ 昼食12:00～ 夕食18:00～

②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。

③入浴

入浴又は清拭を週2回以上行います。寝たきりでも機械浴槽等を使用して入浴することができます。

④機能訓練

機能訓練指導員により、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維持するための訓練を実施します。

⑤健康管理

医師又は看護職員は、常に利用者の健康の状況に注意するとともに、健康保持のための適切な措置を講じます。

⑥金銭管理

希望により利用者の預かり金及び年金証書等の管理を行うとともに、日常生活品等の購入及び費用支払いの援助をします。

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。

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。

サービスの提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法等について、分かりやすいように説明します。

6. サービスの利用方法

(1) 利用開始

○当施設の担当職員より当施設の介護老人福祉施設サービスの内容等についてご説明します。居室に空き部屋があればご入所いただけます。

○この説明書によりあなたからの同意を得た後、当施設が介護老人福祉施設サービス計画を作成し、サービスの提供を開始します。

(2) サービス利用をやめる場合（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、利用者にご退所していただくことになります。（契約書第13条参照）

①利用者が死亡した場合

②要介護認定により利用者の心身の状況が自立又は要支援・要介護1・2と判定された場合

③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を閉鎖した場合

④施設の滅失や重大な毀損により、利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合

⑤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

⑥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ください。）

⑦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ください。）

(3) 利用者からの中途解約・契約解除の申し出（契約書第14条、第15条参照）

契約の有効期間であっても、利用者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までにお申し出ください。

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施設の運営規定の変更に同意できない場合

③利用者が入院された場合

④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

⑤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

- ⑥施設もしくはサービス従事者が故意にハラスメントや暴言等の法令違反その他著しく常識を逸脱する行為を行い、又は過失により利用者の身体・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
- ⑦他の利用者が利用者の身体・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、施設が適切な対応をとらない場合

(4) 施設からの契約解除の申し出 (契約書第 16 条参照)

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①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利用者又はその家族等が、故意にハラスメントや暴言等の法令違反その他著しく常識を逸脱する行為を行い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・信用等を傷つけるなど本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④利用者がおおむね3か月を越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利用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

※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おおむね3か月以内の入院の場合

おおむね3か月以内に退院すれば、やむを得ない事情がある場合を除き、再び施設に入所することができるよう配慮します。ただし、入院期間中であっても、1か月に6日を限度として所定の介護給付費をご負担いただきます。

②おおむね3か月以内の退院が見込まれない場合

おおむね3か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。

(5) 円滑な退所のための援助 (契約書第 8 条参照)

利用者が当施設を退所する場合には、利用者の希望により、施設は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

7. サービス提供における施設の義務

当施設では、利用者に対してサービスを提供するに当たって、次のことを守ります。

- ①利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②利用者に対する身体拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、利用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などを拘束する場合があります。
- ③利用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、利用者又は、代理人の

請求に応じて閲覧、複写物を交付します。

- ④施設及び従業員は、サービスを提供するに当たって知り得た利用者又は、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)

8. 施設利用の留意事項

当施設のご利用に当たって、施設に入所されている利用者のご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ください。

(1) 面会

面会時間の制限はありませんが、夜間等は他の利用者のご迷惑にならないようお願いいたします。

来訪の際は、内玄関からお入りください。食べ物をお持ちになった時には職員にお声掛けをお願いします。

(2) 外出・外泊

外出・外泊をされる場合は、事前にお申し出ください。ただし、外泊については、最長で月7日間とさせていただきます。

(3) 食事

食事が不要な場合は、前日までにお申し出ください。食事負担額が標準額区分の場合には食材料費を除く額は徴収させていただきます。

(4) 施設・設備の使用上の注意 (契約書第21条)

○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ください。

○故意に施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、利用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。

○利用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、利用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。

ただし、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言動や宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(5) 貴重品管理

施設に預けない手持ち金等は自己管理可能な最小限としてください。紛失等のトラブルについて当施設では責任を負うことはできません。

(6) 喫煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

9. 利用料金

(1) 介護保険給付対象サービス (契約書第2条参照)

別紙をご参照ください。

(2) 介護保険給付対象外サービス (契約書第3条参照)

別紙をご参照ください。

(3) 料金の支払方法

前記(1)(2)の料金・費用は、月末締めで、前月1か月分の請求書を20日頃までに発行いたします。ワイドネット利用されている方は27日（金融機関休業日の場合は翌営業日）に口座自動引き落としになりますので、預金残高をお確かめください。その他の方は月末までに振込み又は現金にてお支払いください。

(4) その他

あなたの被保険者証に支払方法の変更の記載(あなたが保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載)があるときは、費用の全額を支払っていただきます。この場合、当施設でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、管轄する市町村の窓口へ提出して払い戻しを受けてください。

10. 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、利用者の希望により、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。(ただし、下記協力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、下記協力医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。) また、利用者の心身の状況の変化には、いつでもご相談いたします。

協力医療機関

医療機関の名称	医療法人社団 心 坂の上ファミリークリニック
所在地	静岡県浜松市中央区小豆餅4-4-20
診療科	内科 精神科
医療機関の名称	聖隷三方原病院
所在地	静岡県浜松市中央区三方原町3453番地
診療科	総合診療
医療機関の名称	鎌田歯科医院
所在地	静岡県浜松市中央区三方原町1369-2
診療科	歯科

体調不良や急変時にはご家族等にご連絡いたします。

原則として主治医の指示に従い治療又は救急搬送などの対応をいたします。

緊急の場合、ご家族等への連絡は事後となる場合があります。

11. 事故発生時の対応

- ①ご利用者に対し、サービス提供により事故が発生した場合は、速やかにご家族等に連絡を行い必要な措置を講じます。また、保険者への報告をいたします。
- ②前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
- ③ご利用者に対するサービス提供により、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。

12. 非常災害対策

非常時の対応	非常時災害避難誘導要領に定める
平常時の防災訓練等	非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご利用者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
防災設備	消火器、スプリンクラー、自家発電装置、防災倉庫など
消防計画	内 容 : 消防署への届出および、防火管理者の設置 防災機構、自主防災、避難・救援活動、教育・訓練

13. 虐待の防止のための措置

当施設は、虐待の発生又はその再発を防止するため、委員会の設置、指針の整備、研修及び訓練の実施等必要な措置を講じます。

14. 苦情処理

(1) 当施設における苦情の受付

あなたは、当事業者の介護老人福祉施設サービスの提供について、いつでも苦情を申立てることができます。あなたは、当事業者に苦情を申立てたことにより、何らの差別待遇を受けません。

当施設の介護福祉施設サービスについての苦情を受け付ける窓口担当者は、以下の通りです。

苦情相談窓口 担 当：安田 匡豊・ 森 直美 管理者：宮島 克利

電話番号 053-436-9535

当施設の中には、苦情受付ボックスが施設の1階玄関前に設置してあります。備え付けの用紙に苦情等を記入して投函してください。また、十字の園法人本部でも苦情を受け付けています。

受け付けた苦情は、施設の苦情解決委員会や、中立な立場の第三者委員を交えた第三者委員会にて審議されます。利用者やご家族は、苦情解決のため第三者委員を交えた話し合いも可能です。

(2) 苦情対応について

当施設における苦情に迅速かつ適切に対応するために、必要な措置を講じます。

- ①苦情を受け付けた場合には、苦情の内容等を記録します。
- ②苦情の内容を確認し、管理者は苦情処理に向けた検討会議を行います。
- ③検討会議の結果を基に処理結果をまとめ、具体的な対応を行います。
- ④苦情処理結果を台帳記載し、再発防止に努めます。

(3) 第三者委員について

- ①苦情解決第三者委員を設置し、利用者や利用者のご家族等からの苦情、要望、意見等の受付をしています。
- ②委員会を定期的に開催し、苦情解決責任者(施設長)より、第三者委員に報告を行います。
- ③第三者委員を設置は、苦情解決に社会性或客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した対応を推進する事を目的としています。

④第三者委員

【第三者委員】

落合 克能 氏 (聖隷クリストファー大学 社会福祉学部)	住所 浜松市中央区三方原町3453 電話番号 053-439-1400 FAX 053-439-1406
辻村 幸則 氏 (元三方原地区自治会長)	住所 浜松市中央区三方原町1832-3 電話番号 053-436-6076 FAX 053-436-6076

この他、下記の市町村や国民健康保険団体連合会窓口に苦情を申立てることができます。

浜松市介護保険担当課	所在地 〒430-8652 浜松市中央区元城町103番地2 電話番号 053-457-2324 FAX 053-450-0084
国民健康保険団体連合会	所在地 〒420-8558 静岡市葵区春日2丁目4番地34号 電話番号 054-253-5590 FAX 054-205-3315
静岡県社会福祉協議会	所在地 〒420-8670 静岡市葵区駿府町1の70 電話番号 054-254-5248 FAX 054-251-7508

15. 第三者評価受審

最終受診日 平成29年8月30日～平成29年12月23日
評価機関 静岡県社会福祉士会

年 月 日 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を行いました。

所在地 静岡県浜松市浜名区細江町中川7220番地の11
名称 社会福祉法人十字の園 浜松十字の園

説明者 _____ 印 _____

私は、本書面に基づいて施設から重要事項の説明を受け、介護老人施設サービスの提供開始に同意しました。

利用者の希望により、円滑な援助を行うため医療機関等に利用者に関する心身等の情報提供の必要がある場合、施設が利用者の情報を関係機関へ提供することに同意します。

利用者住所：
氏名： _____ 印 _____

代理人住所：
氏名： _____ 印 _____