指定介護老人福祉施設重要事項説明書

令和　７年１０月　１日現在

当施設は介護保険の指定を受けています。

（福井県指定　第１８７０７００４６３号）

当施設は利用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。

※　当施設への入所は、原則として要介護認定審査の結果「要介護３」「要介護４」「要介護５」と認定された方が対象となります。

１　施設経営法人

（１）法　人　名　　社会福祉法人　東陽会

（２）法人所在地　　福井県鯖江市大野町３－１

（３）電 話 番 号　　０７７８－５１－７７８０（９：００～１８：００）

Ｆ　Ａ　Ｘ　　０７７８－５１－８７６０

（４）代表者氏名　　理事長　　齋藤　みどり

（５）設立年月日　　平成１０年５月２８日

２　利用施設

（１）施設の種類　　指定介護老人福祉施設　・　平成２６年４月１日指定

福井県　１８７０７００４６３　号

（２）施設の目的　　個別ケアプランに基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭において、入浴、排泄、食事等の介助、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与、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行うことにより、利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことが出来るように支援することを目的とする。

（３）施設の名称　　特別養護老人ホームことぶき荘

（４）施設の所在地　　福井県鯖江市大野町３－１

（５）電 話 番 号　　０７７８－５１－７７８０（９：００～１８：００）

（６）施設長（管理者）　　齋藤　みどり

（７）当法人の理念　　一　人権を尊重し明るく楽しくあたたかな地域社会に開かれた施設を目指す

一　健全で安らぎのある生活を支援し、残されている心身機能の維持向上に努めケアの質をたかめる

一　博愛至誠の心を忘れず自己研鑽に努め福祉社会に貢献する

（8）開設年月日　　平成１６年8月２５日

（9）定　　員　　３０名

3　居室の概要

（1）居室等の概要　当施設では以下の居室・設備をご用意しています。

居室・設備の種類	室数
個室（１人部屋）	３０
食　　堂	3
浴　　室	2
医 務 室	1
機能訓練コーナー	1

※ 上記は、厚生労働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・設備です。この施設、設備のご利用にあたって、居室利用に対しての居住費はいただきますが、その他利用者にご負担いただく費用はありません。

※ 居室の決定方法

利用者の要望や、身体状況、空き居室の状況等をふまえた上で、居室を決定いたします。

※ 居室の変更

利用者から居室の変更希望の申しで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、利用者の心身の状況により居室を変更していただく場合もあります。

4　職員の配置状況

当施設では、利用者に対して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。

≪主な職種の配置状況≫　※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職　　種	常勤換算	指定基準
１．施設長（管理者）	1	1
２．介護職員	１０以上	１０
３．生活相談員	1	1
４．看護職員	３以上	3
５．機能訓練指導員	1	1
６．介護支援専門員	1	1
７．医師	０．１	適当数
８．管理栄養士	1	1

※　常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延長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。

≪主な職種の勤務体制≫

職　　種	勤　務　体　制
１．医　　師	週１回２時間の回診
２．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（　３　） 　　8:００～１７：００（　１　） 遅出　１０:００～１９：００（　４　） 　　１２:００～２１：００（　１　） 夜間　２１:００～　７：００（　２　）
３．看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 　　9:００～１８：００（　３　）

※ことぶき荘短期入所生活介護（ことぶき荘介護予防短期入所生活介護）を含む

５　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。

当施設が提供するサービスについて

（１）利用料金が介護保険から給付される場合
（２）利用料金の全額を利用者に負担いただく場合

があります。

（１）介護保険の給付の対象となるサービス（契約書　第４条参照）

以下のサービスについては、居住費、食費を除き通常９割もしくは８割（介護保険負担割合証の利用者負担の割合に準じます）が介護保険から給付されます。

≪サービスの概要≫

①　食事

・当施設では、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況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。

（食事時間）朝食：7：00～9：00　昼食：11：00～13：00　夕食：17：00～19：00

②入浴

・入浴又は清拭を週２回以上行います。

・寝たきり状態でも機械浴槽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、利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④機能訓練

・機能訓練指導員等により、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。

⑤健康管理

・医師や看護職員が健康管理を行います。

⑥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、適切な整容が行われるよう援助します。

下記の料金表によって、利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（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。）

［施設サービス費］（１日当たり）

要介護度	利用者負担額（１割負担）	利用者負担額（２割負担）	利用者負担額（３割負担）
要介護１	６７０円	１，３４０円	２，０１０円
〃　２	７４０円	１，４８０円	２，２２０円
〃　３	８１５円	１，６３０円	２，４４５円
〃　４	８８６円	１，７７２円	２，６５８円
〃　５	９５５円	１，９１０円	２，８６５円

［加算体制］（１日当たり）

加算項目		利用者負担額（１割負担）	利用者負担額（２割負担）	利用者負担額（３割負担）
日常生活継続支援加算（Ⅱ）	（※注１）	４６円	９２円	１２６円
看護体制加算（Ⅰ）ロ	（※注２）	４円	８円	１２円
看護体制加算（Ⅱ）ロ	（※注３）	８円	１６円	２４円
夜勤職員配置加算（Ⅱ）ロ	（※注４）	１８円	３６円	５４円
個別機能訓練加算（Ⅰ）	（※注５）	１２円	２４円	３６円
科学的介護推進体制加算（Ⅱ） ＊１月当たり	（※注６）	５０円	１００円	１５０円
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） ＊所定単位数の１４．０％を加算	（※注７）	左記の１割	左記の２割	左記の３割

※注１　重度者等の積極的な受け入れを行う事に対する加算
※注２　常勤の看護師を１名以上配置
※注３　基準を上回る看護職員の配置、及び事業所から医療機関等への２４時間連絡体制が確保されている。
※注４　夜勤を行う介護職員の数が最低基準を１名以上上回っている。
※注５　専従の機能訓練指導員を１名以上配置し、看護・介護職員等と共に共同して個別の機能訓練計画を作成、実施している。
※注６　入所者ごとの、ＡＤＬ値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、疾病の状況、その他の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、サービスの提供にあたって必要な情報を活用している。
※注７　介護職員等の処遇改善の為の加算。職員への研修の徹底やキャリアパス等への一定以上の取り組みがある場合に加算。

［その他の加算］

上記ケアサービスの他、下記のケアサービスを提供させていただく場合には、介護保険制度の給付に則した利用者負担額をご負担いただきます。

○経口移行加算（1割：２８円　2割：５６円　3割：８４円　［1日当たり］）

医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して、現在経管により食事を摂取している入所者ごとに経口移行計画を作成している場合にあって、当該計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士が経口による食事摂取を進めるための栄養管理を行った場合、当該計画が入所者又はその家族の同意を得た日から起算して１８０日以内の期間に限りご負担いただきます。

○経口維持加算

医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる利用者の摂食・嚥下機能に配慮した経口維持計画を作成している場合であって、当該計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士が、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理を行った場合に、ご負担いただきます。

① 経口維持加算（Ⅰ）（1割：４００円　2割：８００円　3割：1，２００円　［1月当たり］）

経口により食事を摂取している利用者であって、著しく摂食機能障害を有し、誤嚥が認められるご利用者を対象とした場合。

② 経口維持加算（Ⅱ）（1割：１００円　2割：２００円　3割：３００円　［1月当たり］）

経口維持加算（Ⅰ）において行う食事の観察及び介護等に、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合、経口維持加算（Ⅰ）に加えて、１月につき算定。

○療養食加算（1割：６円　2割：１２円　3割：１８円　［1回当たり］）

医師が発行する食事せんに基づき、療養食を提供した場合。

○初期加算（1割：３０円　2割：６０円　3割：９０円　［1日当たり］）

入所日から起算して３０日間については、加算されます。

○外泊時費用（1割：２４６円　2割：４９２円　3割：７３８円　［1日当たり］）

入所者が病院等へ入院又は居宅に外泊した場合。月６日を限度として加算されます。

○退所前訪問相談援助加算（1割：４６０円　2割：９２０円　3割：１３８０円　［1回当たり］）

退所に先立って、介護支援専門員、生活相談員等が居宅を訪問し入所者・家族等に退所後のサービス利用について相談援助を行った場合、入所中１回（入所後早期に相談援助の必要がある場合は２回）を限度として算定。

○退所後訪問相談援助加算（1割：４６０円　2割：９２０円　3割：１３８０円　［1回当たり］）

退所後３０日以内に居宅を訪問し、入所者・家族等に相談援助を行った場合、退所後１回を限度として算定。

○退所時相談援助加算（1割：４００円　2割：８００円　3割：１２００円　［1回当たり］）

退所時に入所者・家族等に対し、退所後のサービス利用についての相談援助を行った場合。また、退所日から２週間以内に、市区町村・老人介護支援センター等に対し、介護状況を文書により提供した場合、１回を限度として算定。

○退所前連携加算（1割：５００円　2割：１０００円　3割：１５００円　［1回当たり］）

退所に先立って、入所者が希望する居宅介護支援事業者へ退所後のサービス利用について文書による情報を提供し、連携して調整を行った場合、１回を限度として算定。

○再入所時栄養連携加算（1割：２００円　2割：４００円　3割：６００円　［1回当たり］）

入所者が入院・退院後の再入所から特別食、または嚥下調整食の新規導入となり、施設の管理栄養士が入院先の管理栄養士と連携し、栄養ケア計画を策定した場合に、入所者１人につき１回を限度として算定する。

○在宅復帰支援機能加算（1割：１０円　2割：２０円　3割：３０円　［1日当たり］）

６か月間の退所者総数のうち､在宅介護を受けている者の割合が２０％を超えること。また、退所日から３０日以内に従業者が居宅を訪問、又は居宅介護支援事業者からの情報提供を受け、退所者の在宅生活が１か月以上継続する見込みであることを確認・記録していること。

○看取り介護加算（Ⅰ）

医師が医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断した入所者であって、医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種が共同で作成した介護に係る計画を作成し、同意を得ます。

・死亡日４５日前～３１日前（1割：72円　2割：144円　3割：216円　［1日当たり］）
・死亡日３０日前～４日前（1割：144円　2割：288円　3割：432円　［1日当たり］）
・死亡日前々日、前日（1割：680円　2割：1360円　3割：2040円　［1日当たり］）
・死亡日（1割：1280円　2割：2560円　3割：3840円　［1日当たり］）

○認知症専門ケア加算（Ⅰ）（1割：３円　2割：６円　3割：９円　［1日当たり］）

認知症ケアに関する専門研修を修了した者を算定要件数以上配置し、チームとして専

門的な認知症ケアを実施した場合に算定。

○個別機能訓練加算（Ⅱ）（１割：２０円　２割：４０円　３割：６０円　［１月当たり］）

個別機能訓練加算（Ⅰ）を算定しており、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施にあたって必要な情報を活用した場合に算定。

○褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）（１割：３円　２割：６円　３割：９円　［１月当たり］）

褥瘡の発生と関連のあるリスクについて適時評価を行い、その評価を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施にあたって必要な情報を活用、またそれに関する褥瘡ケア計画を作成し実施するとともに、少なくとも三月に一回見直しを行い、状態について定期的に記録した場合に算定。

○褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）（１割：１３円　２割：２６円　３割：３９円　［１月当たり］）

上記加算（Ⅰ）の算定要件を満たしており、評価の結果、褥瘡発生のリスクがあるとされた入所者等について、褥瘡の発生がない場合に算定。

○ＡＤＬ維持等加算（Ⅰ）（１割：３０円　２割：　６０円　３割：　９０円　［１月当たり］）

ＡＤＬ維持等加算（Ⅱ）（１割：６０円　２割：１２０円　３割：１８０円　［１月当たり］）

自立支援等に効果的な取組を行い、ＡＤＬ を良好に維持・改善し、ＡＤＬ値を厚生労働省に提出した場合に算定。

※ＡＤＬ利得の値に応じて加算は変わります。

○安全対策体制加算（１割：２０円　２割：４０円　３割：６０円　［入所時に１回のみ］）

外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されている場合に算定。

○特別通院送迎加算（１割：５９４円　２割：１，１８８円　３割：１，７８２円　［１月当たり］）

透析を要する入所者であって、その家族や病院等による送迎が困難である等やむを得ない事情があるものに対して、１月に１２回以上、通院のための送迎を行った場合に算定。

○協力医療機関連携加算（１割：５０円　２割：１００円　３割：１５０円　［１月当たり］）

要件を満たす協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催している場合に算定。

○退所時情報提供加算（１割：２５０円　２割：５００円　３割：７５０円　［１回当たり］）

医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者等１人につき１回に限り算定する。

○高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）（１割：５円　２割：１０円　３割：１５円［１月当たり］）

診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、３年に１回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けている場合に算定。

○新興感染症等施設療養費（１割：２４０円　２割：４８０円　３割：７２０円　［１日当たり］）

入所者等が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診察、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者等に対し、適切な

感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に、１月に１回、連続する５日を限度として算定。

○認知症チームケア推進加算（Ⅰ）（１割：150 円　２割：300 円　３割：450 円　［１月当たり］）

施設における入所者の総数のうち、認知症の者の占める割合が２分の１以上であり、認知症の予防等に資する認知症介護の指導に係る修了している者等を１名以上配置、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組み、個別評価を計画的に行いチームケアを実施、さらに認知症ケアについてカンファレンスの開催、定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行った場合に算定。

◇ 当施設の居住費（滞在費）・食費の負担額

世帯全員の市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けておられる方の場合は、居住費（滞在費）・食費の負担が軽減されます。

居室と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている負担限度額とします。

（日額）

対象者		区分	居住費	食費
生活保護受給者等		利用者負担第１段階	８８０円	３００円
市町村民税非課税世帯	老齢福祉年金受給者			
	課税年金収入額と合計所得金額の合計が８０万円以下の方	利用者負担第２段階	８８０円	３９０円
	課税年金収入額と合計所得金額の合計が８０万円超１２０万円以下の方	利用者負担第３段階①	１，３７０円	６５０円
	課税年金収入額と合計所得金額の合計が１２０万円超の方	利用者負担第３段階②	１，３７０円	１，３６０円
上記以外の方		利用者負担第４段階	２，３５０円	１，７６０円

※厚生労働省より変更の通達があった場合はこれに準じます。

（２）（１）以外のサービス（契約書　第５条参照）

以下のサービスは、利用料金の金額が利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

① 理髪サービス

月に１回、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　・カット、毛染め、パーマ、丸刈り　各２，５００円

・男子整髪　３，０００円

② レクリエーション

利用者の希望によりレクリエーションに参加していただくことができます。

○利用料金　材料代等の実費をいただきます。

③ その他の日常生活費

日常生活品として、ティッシュペーパー等につきましては、利用者に負担していただきます。

品名	利用料金・単位	品名	利用料金・単位
入れ歯洗浄剤	１０円／粒	ストロー （食事・水補ごとに取り換えて使用）	１０円／日
ティッシュペーパー	１００円／個	口腔ケア用ウエットティッシュ	１５円／日
はぶらし	１００円／本	マスク	７５０円／箱 （５０枚入）
歯磨き粉	２００円／個	目のまわり向け清浄綿	４００円／個 （６０包入）
電池（単１）	２００円／本	電池（単３）	１００円／本
電池（単２）	１５０円／本	電池（単４）	１００円／本

④ 貴重品の管理

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。

○管理する金銭の形態：金融機関に預け入れている預貯金

○お預かりするもの：上記預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑

○保管管理者：施設長

・保管管理者は、１か月ごとに出入金記録を作成し、その写しを利用者、または代理人へ交付します。　５０円／日

⑤ 電気製品電気代（個人使用電気製品）

１００W未満　３０円／日

１００W～３００W未満　５０円／日

３００W～６００W未満　１００円／日

⑥ おやつ代　８０円／日

⑦ 個別に依頼のあったコピー代　１枚１０円

⑧ その他諸費用実費

○屋外行事参加費

○インフルエンザ予防接種等の健康管理に関する費用

○病院受診にかかる費用

○個別に郵送を必要とする切手代

○その他立替費用

※おむつ代は、介護保険給付対象となっています。日常使用する衣類の洗濯代に関してはご負担の必要はありません。

（3）利用料金のお支払方法（契約書　第６条参照）

前記（1）、（2）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。ただし、ウの場合は１５日に引落しとなります。（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。）

支払いを受けた時は、領収書を発行します。（なお、領収書の再発行は致しませんのでご注意下さい。）

ア. 窓口での現金支払い（９：００～１８：００）

イ. 下記指定口座への振り込み（振込手数料は、ご負担いただきます。）

福井信用金庫 鯖江営業部 普通預金 口座番号 ０１４７０００

口座名義　社会福祉法人東陽会（シャカイフクシホウジントウヨウカイ）

ウ. 金融機関口座からの自動引き落とし（振替手数料は、ご負担いただきます。）

利用できる金融機関：福井銀行、福邦銀行、福井信用金庫

：敦賀信用金庫、小浜信用金庫、越前信用金庫

：北陸労働金庫、ゆうちょ銀行

：福井県信用農業協同組合連合会、福井県内各農業協同組合

：福井県信用漁業協同組合連合会、福井県内各漁業協同組合

（4）入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、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。

①協力医療機関

医療機関の名称	斎藤病院
所　在　地	鯖江市中野町６－１－１
診　療　科	内科・外科・整形外科・泌尿器科・眼科・耳鼻咽喉科

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	川畑歯科
所　　在　　地	鯖江市本町１丁目１－１２

6　緊急時の対応

○事故発生時

当施設のサービスの提供中に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じるとともに、当該事故の状況及び事故に関して採った処置を記録します。原因が施設にある場合、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。ただし、その損害の発生について、利用者に故意又は過失、著しい認知機能の低下による行動障害が認められる場合には、利用者及び代理人と協議いたします。

○身体状況急変時

利用者の容体に変化等があった場合は、速やかに家族に連絡するとともに、医療機関と迅速に対応をいたします。

○災害時

定期的に避難訓練を行い、災害時に備えております。

○感染症発症時

感染症予防委員会を設置し、衛生管理、健康管理等の予防対策と発生時の対策を整備し、感染症の発生時に備えております。感染症の発生を確認した場合、早急に感染症拡大を防ぐ対策を講じ、蔓延防止に努めます。

7　利用者の施設退所について（契約の終了）

入所契約の終了時期については特段の定めはありません。ただし、下記の事項に該当する場合は、当事業所との契約は終了し、退所となります。（契約書第１５条参照）

① 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、要介護２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事業所を閉鎖した場合
③ 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
④ 当事業所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 利用者から退所の申出があった場合（詳細は以下（１）をご参照下さい）
⑥ 事業者から退所の申出を行った場合（詳細は以下（２）をご参照下さい）

（１） 利用者から退所の申出があった場合（中途解約・契約解除）

（契約書第１６条、第１７条参照）

契約の有効期間であっても、利用者から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日前までに申出て下さい。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 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、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） 事業者からの申出により退所していただく場合（契約解除）（契約書第１８条参照）

以下の事項に該当する場合には、事業所から退所し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２ヶ月以上遅延し、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 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 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
⑥ 利用者が常時医療行為が必要となった場合

※利用者が病院等に入院された場合の対応について（契約書第２０条参照）

当施設に入所中、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か月につき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、入院後３か月以内に退院が可能となった場合、やむを得ない事業がある場合を除き入所できます。その際、以前の居室と変更になる場合があります。

尚、居室を確保しておく場合は、居住費をいただきます。この場合の金額は第４段階の料金とさせていただきます。

③ ３か月以内の退院が見込まれない場合

入院後に退院について３か月を超える見込みがあると医師が判断した場合は、３か月を待たず契約を解除していただく場合があります。なお、退所（契約解除）後に退院となった場合でも受け入れ支援等、ご相談に応じます。

（３） 円滑な退所のための援助（契約書第１９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、事業者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利用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

８ 身元引受人（契約書第２２条参照）

契約締結にあたり、下記の内容で身元引受人をお願い致します。

○利用者の利用料及び、入院時等の医療費の連帯保証をお願い致します。

○入所契約が終了した後、当施設に残された利用者の所持品（残置物）を利用者自身が引き取れない場合、利用者に代わりお引き取り願います。

９ 苦情の受付について（契約書第２４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（担当者）：理　事　　木村　豊

○第三者委員　　：監　事　　岡﨑　賢

○苦情解決責任者　　：施設長　　齋藤　みどり

寄せられたご意見や苦情に対して施設長が責任者となって関係機関と相談しながら、申出人と誠意をもって話し合い、合意が得られるよう努めます。

また、苦情受付ボックス（ご意見箱）を事務室前カウンターに設置しております。

（２） 行政機関その他苦情受付機関

鯖江市役所長寿福祉課	所在地	〒916-8666　鯖江市西山町 13-1
	ＴＥＬ	０７７８－５３－２２１８
福井市役所介護保険課	所在地	〒910-8511　福井市大手町 3 丁目 10-1
	ＴＥＬ	０７７６－２０－５７１５
越前市役所福祉保健部 長寿福祉課介護保険室	所在地	〒915-8530　越前市府中 1 丁目 13-7
	ＴＥＬ	０７７８－２２－３７１５
越前町役場高齢福祉課	所在地	〒916-0192　丹生郡越前町西田中 13-5-1
	ＴＥＬ	０７７８－３４－８７１１
福井県国民健康保険 団体連合会	所在地	〒910-0843 福井市西開発 4 丁目 202-1 福井県自治会館 4 階
	ＴＥＬ	０７７６－５７－１６１４
福井県社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地	〒910-0026　福井市光陽 2-3-22
	ＴＥＬ	０７７６－２４－２３４７

１０　施設利用の留意事項

当施設の利用にあたって、施設に入所されているご利用者様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）準備品

日常生活に必要な次のものを準備して下さい。

○ご本人様が使い慣れている補聴器、電気ひげ剃り、ポータブルトイレ

○衣類、肌着類は、施設用の整理ダンスに収められる分、なお、季節ごとの入替は、ご家族様にてお願いします。

○私物の衣類は施設内でまとめて洗濯しますので、必ず布製の名札を縫い付けるか、油性の黒マジックで氏名を書いて下さい。なお、乾燥機を使用しますのでウールやレース等、別に洗濯、乾燥の必要のあるものの持ち込みはお断り致します。

○必要な場合はテレビ

（２）外出・外泊

外出・外泊をされる場合は、担当の介護スタッフに事前にお申し出下さい。

（３）面会

○面会の時間は、緊急の場合を除き９：００～１８：００となっております。

○面会の際には、正面入口に備え付けの面会簿に所定事項を記入していただきスタッフに申し出て面会をお願い致します。

○食べ物や飲み物を持ち込まれる際には、必ず担当の介護スタッフに相談して下さい。

（4）その他留意事項

〇施設管理者及びスタッフの療養生活上の指導、指示に従って下さい。

〇他の利用者及びスタッフ等に対する暴力行為、またセクシャルハラスメントやパワーハラスメントなどの行為をしないで下さい。

〇宗教や信条の相違等で他人を攻撃し、又は自己の利益のために他人の自由を侵さないで下さい。

〇けんか、口論等で他の利用者に迷惑を及ぼさないで下さい。

〇施設の秩序、風紀を乱し、安全衛生を害さないで下さい。

〇故意に施設もしくは物品に損害を与え、又はこれを持ち出さないで下さい。

〇共同生活の秩序を保ち、相互の親睦に努めて下さい。

〇健康に留意するものとし、施設で行う健康診断及び予防接種は特別な理由がない限り受診して下さい。

〇施設の清潔、整頓、その他環境衛生の保持に協力して下さい。

１１　第三者評価の実施状況

現在、実施していません。

個人情報の使用等に係る説明書

以下に定める条件のとおり、特別養護老人ホームことぶき荘は利用者ご本人及び身元引受人、家族の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、又は収集することをお約束いたします。

１．利用期間　　介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

２．利用目的

（１）介護保険における介護認定の更新、変更のため。

（２）利用者に関わる介護計画（ケアプラン)・栄養ケア計画を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため。

（３）医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者)、その他社会福祉団体等との連絡調整のため。

（４）利用者が、医療サービスの利用を希望している場合、及び主治医等の意見を求める必要のある場合。

（５）利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため。

（６）行政からの要請などに応える場合。

（７）その他サービス提供で必要な場合。

（８）上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合。

３．使用条件

（１）個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外には決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。

（２）個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。

４．肖像権及び施設内におけるボランティア・実習生との交流

（１）施設においてはその性格上、他ご利用者のご家族、見学者、施設管理に関する業者等の施設への出入りがあります。

（２）当法人では、広報誌・ホームページにて、ご利用者の皆様の日常のご様子を関係方面にお知らせしております。その場合、ご利用者のお写真を掲載させていただく場合があります。

（３）当法人では、各種資格取得を目指す学生等の実習を行う場として施設を提供しております。この実習への情報提供及び実習生による介助を提供する場合があります。

社会福祉法人東陽会　理事長　齋藤　みどり

「別紙１」

施設利用時のリスク説明書

当施設では、利用者様に快適な入所生活を過ごして頂きたく、安全な環境作りに努めていますが、利用者様の健康状態や病気に伴う様々な症状、あるいは日常生活の中で予期せぬ危険性が生じる事を十分ご理解下さい。

１．施設の健康管理体制

①老人福祉施設は生活の場であり、病院と同じような治療はできません。

②利用者様の病状が急に悪化した場合、当施設看護師等スタッフの判断で緊急に病院へ搬送を行う場合があります。

２．予測される危険性

①身体拘束は原則として行わないため、転倒・転落による事故の可能性があります。例えば、歩行時の転倒、ベッドや椅子からの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。

②高齢者の骨はもろく寝返りや、咳やくしゃみ等でも容易に骨折する恐れがあります。

③常用薬の使用により、出血、血圧や血糖値の変動が生じやすくなる場合があります。

④高齢者の皮膚は弱く、少しの摩擦で表皮剥離ができやすい状態にあります。

⑤高齢者の血管は脆く、軽度の打撲であっても、皮下出血ができやすい状態にあります。

⑥加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下し、誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。

⑦義歯を遺失したり、場合により飲み込まれる事もあります。また、開口を拒まれる場合は、口腔清掃が不十分になることがあります。

⑧高齢者であることにより脳や心臓の疾患等で、急変して急死・突然死される場合もあります。

⑨施設利用の際、指輪等は外しておいて下さい。紛失、欠損等について責任を負いかねます。

※ ことぶき荘スタッフ一同、上記危険性を十分把握し努めて参りますので、ご理解頂きたいと思います。

社会福祉法人　東陽会
特別養護老人ホーム　ことぶき荘

「別紙２」

重要事項説明書及び各事項同意書

指定介護老人福祉施設の入所にあたり、契約書または代理人に対して本書面に基づき重要事項及び各事項の説明を行いましたので、署名・押印の上、各自保有するものとします。

令和　　年　　月　　日

事 業 者 住 所　　鯖江市大野町３－１
事　業　者　名　　社会福祉法人　東陽会
事　業　所　名　　特別養護老人ホーム　ことぶき荘
福井県指定番号　　１８７０７００４６３
説　　明　　者　　印

□　１．本書面に基づいて、重要事項の説明を受け、特別養護老人ホームことぶき荘のサービス提供開始に同意します。
□　２．本書面「別紙１」に基づいて、個人情報に関わる利用目的の説明を受け、その内容に同意します。
□　３．本書面「別紙１」に基づいて、契約者の顔写真についてホームページ・施設内掲示・インスタグラム等への掲載を承諾します。
□　４．本書面「別紙２」に基づいて、施設利用時のリスクについて説明を受け、十分に理解しました。

利　　用　　者　　住　所

氏　名

家族又は代理人　　住　所

氏　名

（利用者との関係：　　）