

重要事項説明書（指定介護福祉施設サービス）

当施設は介護保険の指定を受けています。

（下関市指定 第3577800117号）

当施設は御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、契約上御注意いただきたいことを次のとおり説明します。（この説明は、厚生労働省令第39号第4条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項です。）

令和6年4月1日現在

※当施設への入居は、原則として要介護認定の結果「要介護3」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方、要介護1及び2の方でも入居は可能です。

〔目次〕

1.	施設経営法人	1
2.	御利用施設	1
3.	事業内容	1
4.	事業の目的と運営方針	1
5.	施設の概要	2
6.	職員体制	2～3
7.	職員の勤務内容	3
8.	職員の勤務体制	3～4
9.	サービスの内容	4～6
10.	苦情等申立先	6
11.	第三者評価の実施状況	6～7
12.	協力医療機関	7
13.	非常災害時の対策	7～8
14.	留意事項	8
15.	緊急時等の対応	8
16.	損害賠償責任保険	9
17.	サービス利用料金について	9～10
18.	貴重品管理	10～11
19.	入居中の医療の提供について	11
20.	施設を退居していただく場合（契約の終了について）	11～13
21.	残置物引受人	13
22.	苦情受付	13
23.	個人情報に関する同意	13
24.	看取り看護についての同意	14
25.	緊急やむを得ない場合に身体拘束を行う手続き	14
26.	虐待防止への対策	14～15

1. 施設経営法人

事業者の名称	社会福祉法人 豊寿会
事業者の所在地	山口県下関市豊田町大字荒木10051-2
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 頼原 尚吾
電話番号	083-768-0051

2. 御利用施設

施設の名称	特別養護老人ホーム ほたるホームとよた
施設の所在地	山口県下関市豊田町大字荒木10051-2
管理者名	浅山 浩史
電話番号	083-768-0051
FAX番号	083-768-0134

3. 御利用施設で併せて実施する事業

事業の種類	下関指定事業者番号		利用定数	
	指定年月日	指定番号		
施設	従来型	令和2年4月1日	3577800117	50人
	ユニット型	令和2年4月1日	3570104996	30人
居宅	短期入所生活介護	令和2年4月1日	3577800117	10人
	通所介護	令和2年4月1日	3577800109	45人
	居宅介護支援事業	令和2年4月1日	3577800059	79人
	介護予防短期入所生活介護	令和6年4月1日	3577800117	10人
	第1号通所事業（予防給付型）	令和2年4月1日	3577800109	45人
	空床型ユニット型短期入所生活介護	令和2年4月1日	3570104996	30人
	空床型ユニット型介護予防短期入所生活介護	令和6年4月1日	3570104996	30人

4. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	この事業は、施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排泄、食事等の介護、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、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にする。
施設運営の方針	利用者によりよく、職員がよりよく、そして施設としてよりよくなるために、ひとり一人が日々改善に努めます。

5. 施設の概要

(1) 敷地および建物

敷地	30,239 m ² (ケアハウスと共用)		
建物	構造	鉄筋コンクリート造 1階建 (耐火建築)	
	延べ床面積	4,067.33 m ²	
	利用定員	50名	

(2) 居室の概要

当施設では以下の居室を御用意しています。入居される居室は、多床室（4人部屋）、個室です。

居室における決定方法は、居室が空き次第順次入居していただきます。

居室の種類	室数	面積	1人あたりの面積
個室	10室	120.0 m ²	12.0 m ²
2人部屋	1室	22.4 m ²	11.2 m ²
4人部屋	12室	460.8 m ²	9.6 m ²

※ 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。

(注1) 居室面積は、国の指定基準を遵守しています。

(3) その他主な設備

設備の種類	数	面積	1人あたり面積
食堂	1室	141.26 m ²	3.0 m ²
機能訓練室	1室	45.38 m ²	—
一般浴室	1室	41.44 m ²	—
機械浴室	特殊浴槽 1台	19.67 m ²	—
便所	4箇所	132.28 m ²	—
医務・レントゲン室	2室	31.04 m ²	—
談話室	1室	42.0 m ²	—

6. 職員体制

従業者の職種	員数	区分				常勤換算後の人員	事業者の指定基準	保有資格
		常勤		非常勤				
		専従	兼務	専従	兼務			
管理者	1		1				1	介護支援専門員
事務長	1		1					
事務次長	1	1						
生活相談員	1	1						介護福祉士

栄養士長	1		1			1	1以上	管理栄養士
介護士長	1		1			22 以上	20 以上	介護福祉士
副介護主任	1		1					
介護職員	16		14	2				
看護職員	4		3	1				
機能訓練指導員	4		3		1			正・准看護師
医師	1				1			医師
副主任介護支援専門員	1	1				2	1以上	介護支援専門員
介護支援専門員	1		1					
事務員	1			1				
介助員	2		1		1			
夜警	3			3		1		

7. 職員の勤務内容

管理者…管理者は、施設の業務を統括する。

事務長…事務長は、施設長を補佐し、施設の業務を統括する。

事務次長…事務次長は、人事・庶務及び会計事務に従事する。

生活相談員…生活相談員は、入居者の生活相談全般、面接、入退去、入居者の有する日常生活の能力や入居者を取り巻く環境等の調査、入居者処遇の企画及び実施並びに士長及び各主任との連絡調整を行う。

栄養士…栄養士は、献立作成、栄養量計算及び食事記録、調理員の指導等の食事業務全般並びに入居者の栄養指導に従事する。

介護職員…介護職員は、入居者の日常生活の介護、援助に従事する。

看護職員…看護職員は、入居者の診療の補助及び入居者の保健衛生管理に従事する。

機能訓練指導員…機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行う。

介護支援専門員…介護支援専門員は、施設サービス計画を作成する。

事務員…事務員は、人事・庶務及び会計事務に従事する。

介助員…介助員は、入居者の介助業務に従事する。

夜警…夜警は、夜間の宿直を行い、施設内を警備及び巡回する。

8. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）	4週8休
事務長	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）	4週8休
事務次長	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）	4週8休
医師	第1・第3火曜日（9：00～12：00）	

生活相談員	正規の勤務時間帯（８：３０～１７：１５）	４週８休
栄養士長（兼務）	正規の勤務時間帯（８：３０～１７：１５）	４週８休
介護士長 副介護主任 介護職員	<ul style="list-style-type: none"> ・早番１（７：３０～１６：１５） ・早番２（８：００～１６：４５） ・遅番（１０：００～１８：４５） ・夜勤（１７：００～翌９：００） 	原則として ４週８休
看護職員（兼務）	<ul style="list-style-type: none"> ・早番１（７：３０～１６：１５） ・遅番１（８：４５～１７：３０） ・遅番２（９：００～１７：００） ・遅番３（１０：００～１８：４５） 	４週８休
事務員	正規の勤務時間帯（８：３０～１７：１５）	４週８休
副主任介護支援専門員 介護支援専門員（兼務）	正規の勤務時間帯（８：３０～１７：１５）	４週８休
機能訓練指導員（兼務）	<ul style="list-style-type: none"> ・早番（１５：１５～１６：１５） ・遅番１（１６：３０～１７：３０） ・遅番２（１６：００～１７：００） ・遅番３（１７：４５～１８：４５） 	４週８休
介助員	<ul style="list-style-type: none"> ・遅番（１０：００～１８：４５） （ ９：１５～１６：００） 	４週８休
夜警	正規の勤務時間帯（１７：３０～翌８：３０）	

9. サービスの内容

介護保険給付サービス（厚生労働大臣の定める単価の一割自己負担）	
種類	内容
食事の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養士の立てる献立表により、栄養と入居者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 ・ 食事はできるだけ離床して食べていただけるように配慮します。 ・ 食事時間 朝食８：００～ 昼食１２：００～ 夕食１７：３０～
排泄の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入居者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入浴の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 週２回以上の入浴または清拭を行います。 ・ 寝たきり等で座位のとれない方は機械を用いての入浴も可能です。
着替え等の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・ 生活のリズムを考慮すると共に、在宅での生活に合わせた着替えを朝（起床時）・夕（就寝時）実施します。

	<ul style="list-style-type: none"> 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 シーツ交換は週1回、寝具の衛生管理は適宜実施します。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> 機能訓練指導員（所有資格看護師）の指導の下、入居者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> 医師により、月2回診察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。 入居者が外部の医療機関に通院する場合は、原則として、御家族の介添えをお願いします。
事故発生時の対応	<ul style="list-style-type: none"> 事故発生時の際には以下の手順による対応を行います。 <ol style="list-style-type: none"> ① 入居者への対応（可能なかぎりの応急処置。嘱託医、協力病院との連携。部署責任者、生活相談員、管理者への報告。） ② 入居者の家族への連絡（すみやかに事実を伝える。） ③ 事故状況把握（事故報告書の記載。） ④ 関係機関への届出報告（事故の程度・状況に応じて保健所等関係行政機関、警察、保険会社へ連絡。） ⑤ 入居者家族への対応（事故原因等を調査し明確にした上で、適切な対応を図る。）
事故の原因解明	<ul style="list-style-type: none"> 生活相談員が事故当事者並びに関係職員全てに事実確認を致します。その上で、日時の流れ、予見できる行動等の過去の記録を確認するとともに、各サービス担当者の専門知識を参考にしながら原因を解明していきます。
事故防止への対応	<ul style="list-style-type: none"> 「ひやり」とした事例や「はっ」とした事例を日頃から記録に残し、介護職員の会議等で事例研修に励むとともに、予見される事故が繰り返し起こらないよう改善策を実施しています。
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> 当施設は、入居者及びその御家族からいかなる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。 (相談窓口) 生活相談員 榎並 雅美

介護保険給付外サービス（全額実費負担）	
種類	内容
預かり金管理料金	<ul style="list-style-type: none"> 物品購入支払い等の代行のため、通帳を当事業者に預けることができます。(財産管理委託契約)。 実費 毎月1,000円
理容サービス	<ul style="list-style-type: none"> 毎月1回、下関市豊田町理髪店による出張理髪サービスを御利用

	頂けます。 実費 1,700～2,000円
教養娯楽	・ クラブ活動（音楽・塗り絵等） ※実費負担が必要な時のみ
インフルエンザ予防接種	・ 希望によりインフルエンザ予防接種を受けることができます。 実費 1,490円

10. 苦情等申立先

御利用相談室	<p>ほたるホームとよた：下関市豊田町大字荒木10051番地2</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 窓口担当者：生活相談員 榎並 雅美 ・ 御利用日：事前連絡をお願いします。 (電話 083-768-0051) (FAX 083-768-0134) ・ 御利用方法：面接可能 苦情等箱（事務所前に設置） ※第三者 苦情解決委員会も設けています。 ・ 受付日時 午前8時30分～午後5時15分 (土・日・祝日・年末年始を除く) ・ 苦情を受け付けた際の処理手順 <ol style="list-style-type: none"> ① 苦情内容の確認、並びに苦情解決責任者（管理者）への報告。 ② 程度・内容に応じて第三者関係者へ報告。 ③ 苦情解決のための話し合い。 ④ 事業所で解決できない苦情は、山口県国民健康保険団体連合会、下関市介護保険課事業者係を紹介します。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 山口県国民健康保険団体連合会 住所：山口市朝田1980番地7 国保会館 (電話：083-995-1010) (FAX：083-934-3665) 受付日時：午前9時00分～午後5時 (土・日・祝日・年末年始を除く) ・ 下関市福祉部介護保険課事業者係 住所：下関市南部町1番1号 本庁舎西棟2階 (電話：083-231-1371) (FAX 083-231-2743) 受付日時：午前8時30分～午後5時15分 (土・日・祝日・年末年始を除く)
--------	--

11. 第三者評価の実施状況

受 審 日	令和 年 月 日 . (無)
実施した評価期間の名称	
前回の受審時期	令和 年 月 日
受審回数	回
評価結果公表に関する事業所の同意	有 無

12. 協力医療機関

医療機関の名称	下関市立豊田中央病院
院長名	吉富 崇弘
所在地	下関市豊田町矢田365-1
電話番号	083-766-1012
診療科	内科・外科・眼科
救急指定の有無	有

医療機関の名称	中村歯科医院
院長名	中村 充志
所在地	下関市豊田町西市二区
電話番号	083-766-0039
診療科	歯科

医療機関の名称	千葉クリニック
院長名	院長 千葉 武彦
所在地	下関市豊田町大字中村6-1
診療科	外科・肛門科・内科
電話番号	083-766-0501

医療機関の名称	武久病院
院長名	院長 時澤 郁夫
所在地	下関市武久町2丁目53番8号
診療科	内科・循環器科・リハビリテーション科・歯科
電話番号	083-252-2124

1 3. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「社会福祉法人 豊寿会 消防計画」に沿って対応を行います。			
近隣との協力関係	近隣住民の方と合同避難訓練を定期的実施するとともに、非常時の相互応援を約束しています。			
非常時の訓練等	別途定める「社会福祉法人 豊寿会 消防計画」に則り、年3回夜間及び昼間を想定した避難訓練を入居の方も参加して実施します。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	1 箇所
	非常口	5 箇所	屋内消火栓	0 箇所
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	1 5 箇所	非常用電源	あり
	ガス漏れ報知機	あり		
	カーテン、シーツ等は防煙性能のあるものを使用。			
消防計画等	毎年、消防署への届け出を行い、その計画に基づき実施しています。 防火管理者：ほたるホームとよた・グリーンハイツとよた（施設長） 浅山 浩史			

1 4. 当施設御利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間（8：30～20：00）を遵守し、その都度、面会表への記入をお願いします。来訪者の宿泊には、必ず許可を必要とします。
外出・外泊	外出・外泊の際には、必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出て下さい。
医療機関へ受診	医療機関への受診については、当施設の看護師に御相談下さい。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがって御利用下さい。これに反した御利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがございます。
喫煙・飲酒	決められた場所以外での喫煙は、お断りしています。飲酒は、通常は禁じております。
迷惑行為等	騒音等他の入居者の迷惑になる行為は御遠慮願います。また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないようして下さい。
所持品の管理	原則として、施設で管理いたします。
現金等の管理	紛失等の責任は、負いかねますが、管理が必要な方はお申し出下さい。
宗教・政治活動	施設内で他の入居者に対する宗教・政治活動は御遠慮下さい。
動物飼育	施設内でのペットの飼育はお断りします。

15. 緊急時等の対応

事業者は、介護サービスの提供中に契約者の症状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治医又は協力医療機関と連絡等必要な措置を講じ、身元保証人の方に連絡をいたします。

16. 損害賠償責任保険

当施設は、万一の傷害事故等に対して、保険（損害保険ジャパン日本興亜株式会社）に加入しております。

※公的制度等の事情により、一部変更を行った場合は契約付属書（契約変更確認書）によるお知らせ並びに確認をいたします。

17. サービス利用料金について

- (1) 契約者がまだ要介護認定を受けていない場合は、サービス利用料金の金額を一旦お支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、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）
- (2) 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、契約者の負担額を変更いたします。
- (3) 居室と食事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、認定証に記載されている額を負担限度額とします。契約者が、6日以内の入院又は外泊をされた場合にお支払いいただく利用料金は、下記の通りです。（契約書第20条、23条参照）
- (4) 入院または外泊された場合、1日につき246円の外泊加算がつきます。
- (5) 入院または外泊時の費用について
※1回の入院または外泊で、月をまたぐ場合は、最大で連続12日分迄入院または外泊時の費用が加算されます。
- (6) 療養食加算・・・医師の発行する食事箋に基づき提供された、適切な栄養量及び内容を有する糖尿病、腎臓病食、胃潰瘍食、膵臓病食、高脂血症食、貧血食、痛風食及び特別な場合の検査食を提供した場合、1日3食を限度とし、1回につき6円加算されます。
- (7) サービス提供体制強化加算・・・指定介護老人福祉施設の指定介護福祉サービスを入居者に直接提供する職員の総数のうち常勤職員の占める割合が100分の75以上である場合、1日につき6円加算となります。
- (8) 常勤の看護師を1名以上配置し、入所定員が50名以上であり、看護職員の数が、常勤換算方法で、入所者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であり、又、病院、診療所若しくは、訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間体制を確保している場合に、1日につき看護体制加算Ⅰ・Ⅱを算定し、12円の加算となります。

- (9) 入居者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入居時に評価し、少なくとも3月に1回評価を行い、その結果等を厚生労働省に提出し必要な情報を活用する。褥瘡が発生するリスクがある入居者ごとに、関連職種（医師、看護、介護、介護支援専門員、管理栄養士その他の職種の者）が共同して褥瘡ケア計画を作成し、管理を実施するとともに、その管理の内容や入居者の状態について定期的に記録、見直した場合に1月につき3円の加算となります。
- (10) 看取りを希望される契約者については、所定の手続きを経て、加算の対象となります。
- (11) 平成30年4月1日、介護報酬改定により令和6年5月31日まで介護職員処遇改善加算を行います。加算額は所定単位数に8.3%を乗じた単位数で算定します。
- (12) 令和元年10月1日、介護報酬改定により介護職員等特定処遇改善加算を行います。加算額は所定単位数に2.3%を乗じた単位数で算定します。
- (13) 令和4年10月1日、介護報酬改定により介護職員等ベースアップ等支援加算を行います。加算額は所定単位数に1.6%を乗じた単位数で算定します。

※介護保険給付対象外について、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までに御説明します。

- (14) 平成30年8月1日より、施設サービスを提供した場合の利用料の額は、介護報酬の告示上の額とし、そのサービスが法定代理受領サービスであるときは、その1割の額（**一定以上所得者の場合は2割又は3割**）とします。

利用料金のお支払い方法

料金・費用は1か月毎に計算し、御請求いたしますので、翌月末日までに以下の方法でお支払い下さい。

窓口での現金払い 指定口座への振込み 金融機関口座からの自動引き落とし

※事務の効率化の為、なるべく口座からの自動引落としを御利用ください。

18. 貴重品管理

1か月毎に料金をお支払いいただくサービス

御利用サービス	利用料金	利用の有無
○貴重品の管理サービス	1,000円/月	有りの場合

お支払金額：1,000円

入居者の希望により、貴重品管理サービスを御利用いただけます。詳細は、以下の通りです。

- 管理する金銭の形態：施設の指定する金融機関に預け入れている預金
- お預かりするもの：上記預金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、年金証書
- 保管管理者：管理者 浅山 浩史

○ 出 納 方 法：手続きの概要は以下の通りです

- ・ 預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、備え付けの届出書を保管管理者へ提出していただきます。
- ・ 保管管理者は、上記届出の内容に従い、預金の預け入れ及び引き出しを行います。
保管管理者は、出入り金の都度、出入り金記録を作成し、その写しを入居者へ交付します。

(2) 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御契約の日常生活に要する費用で契約者に負担いただくことが適当であるものに係る費用を負担いただきます。

※おむつ代は、介護保険給付対象となっておりますので御負担の必要はありません。

19. 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、契約者の希望により、上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、上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、上記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものではありません。)

20. 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、契約者に退居していただくことになります。(契約書第15条参照)

- ① 要介護認定により、契約者の心身の状況が自立または要支援、要介護1・2と判定された場合
- ② 事業者が解散した場合、破産した場合または止むを得ない事由により老人ホームを閉鎖した場合
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、契約者に対するサービスの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または指定を辞退した場合
- ⑤ 契約者から退居の申し出があった場合
- ⑥ 事業者から退居の申し出を行った場合

(1) 契約者からの退居の申し出 (中途契約・契約解除) (契約書第16・17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居を申し出ることができます。その場合には、退居を希望する日の30日前(最大7日)までに解約届出書を御提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退居することができます。

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 契約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または過失により契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、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 他の入居者が契約者の身体・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、事業者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居していただく場合 (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、当施設から退居していただくことがあります。

- ① 契約者が、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、また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 契約者によるサービス利用料金の支払いが3か月以上（最低6か月）遅延し、相当期間を定めた催告にも関わらずこれが支払われない場合
- ③ 契約者が、故意または重大な過失により事業者またはサービス従事者もしくは他の入居者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、また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 契約者が連続して3ヶ月を超えて病院また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

※入居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)

当施設に入居中、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ヶ月につき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居することができます。

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居することができます。ただし、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け入れ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御利用いただく場合があります。なお、短期入院の期間内は、別途利用料金を御負担いただきます。

③ 3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ができます。

【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御負担いただくものです。なお、契約者が利用していたベッドを短期入所生活介護に活用することに同意いただく場合には、所定の利用料金を御負担いただく必要はありません。

(3) 円滑な退居のための援助（契約書第19条参照）

契約者が当施設を退居する場合には、契約者の希望により、事業所は契約者の心身の状況、おかれている環境等を勘案し、円滑な退居のために必要な以下の援助を契約者に対して、速やかに行います。

<input type="checkbox"/> 適切な病院もしくは診療所または介護老人保健施設等の紹介
<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者の紹介
<input type="checkbox"/> その他保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者の紹介

2.1. 残置物引受人

通常は、身元引受人にお願いします。引渡しに係る費用については、契約者または身元引受人に御負担いただきます。

2.2. 苦情の受付について（契約書第26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御相談は以下の専用窓口で受け付けています。

受付時間：毎週月曜日～金曜日 8：30～17：15

なお、土曜日・日曜日・祭日は苦情受付ボックスをスタッフセンター前に設置しています。

2.3. 個人情報に関する同意

私と当法人との間の「介護福祉施設サービス契約書 第10条 守秘義務等」に関し、当法人の介護支援専門員（担当ケアマネジャー）と、入居者の介護のためのサービス担当者会議、下関市実地指導、医療機関受診、施設機関紙（写真）において、契約の有効期間中、入居者と入居者の家族の個人情報を用いることに同意します。

入居者氏名 _____ 印

署名代行者 _____ 印

身元引受人 _____ 印

2.4. 看取り看護についての同意

私は、_____の看取り介護についてほたるホームの看取り介護の指針に基づく対応並びに下記の担当職員の説明を受け、私どもの意向に沿ったものであり、

下記の内容確認をし、同意します。

～記～

- ① 医療機関の対応は令和 年 月 日をもって、本人に苦痛を伴う処置、対応を行いません。また、危篤の状態に陥った場合も病院には搬送をせず、ほたるホームとよた内にて責任をもって看取ります。
- ② 身体的介護では、安心してできる声掛けをし、身近に人を感じられるように、入居者 _____ 様の尊厳を守る援助をいたします。
- ③ 食事はできる限り経口摂取に努めます。
- ④ 医師に指示を仰ぎながら苦痛や痛みを和らげる方法を取り、ほたるホームとよた内で、できる限りの看取り介護を行います。
- ⑤ 御家族の希望に添った対応に心掛けます。
- ⑥ ただし、御本人、御家族の意向に変化があった場合は、その意向に従い介助をさせていただきます。

入居者氏名 _____ 印

署名代行者 _____ 印

身元引受人 _____ 印

25. 緊急やむを得ない場合に身体拘束を行う手続き

施設は、認知症等により入居者又は他の入居者の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合についてのみ身体拘束を行うことがあります。

- ① 身体拘束が必要な場合は、入居者又は家族に説明し、同意を得て実施します。
- ② 身体拘束を行った場合は、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。
- ③ 身体拘束を行う場合は、当施設の身体拘束廃止委員会にてカンファレンスを行い、拘束の必要性を判断するものとします。

26. 虐待防止への対策

施設は、入居者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとする。

- ① 虐待防止のための指針を整備する。
- ② 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- ③ 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に年3回以上実施し、職員の新規採用時にも実施する。

④ 前3項に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

担当：松岡麻巳（介護リーダー）

施設はサービス提供中に、虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、再発の
確実な防止策を講じるとともに、市に報告するものとする。

私は、本書面に基ついて事業者の職員（生活相談員 榎並雅美）から、上記重要事項の
説明を受け、同意し、交付を受けました。

私は、この重要事項の定めるところに従い、貴施設における各種サービスの利用を申し
込みます。

（ ） 契約者が御利用される施設は従来型（4人部屋）です。

（ ） 契約者が御利用される施設は従来型個室です。

令和 年 月 日

入居者

氏 名 _____ 印

署名代行者

私は、本人に代わり入居者署名を行いました。

私は、本人に代わり重要事項を確認しました。

本人との関係 _____

署名を代行した理由 _____

住 所 〒 _____

氏 名 _____ 印

身元引受人

住 所 〒 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

説明・同意書

利用者_____様の重要事項に関して、令和元年10月1日からの介護福祉施設サービス費による自己負担額については、別紙添付の新利用料表に基づいて説明いたしました。

なお、その他、1日において加算される金額は、栄養ケアマネジメントが1日につき14円、サービス提供体制強化加算が1日につき6円、看護体制加算が1日につき12円、合計1日につき32円、褥瘡マネジメント加算が3月に1回を限度として、10円加算となります。なお、介護職員処遇加算については、所定単位数に8.3%を乗じた単位数で算定をし、介護職員等特定処遇改善加算については、所定単位数に2.3%を乗じた単位数で算定をします。

令和 年 月 日

説明責任者

ほたるホームとよた 生活相談室長 榎並 雅美 ⑩

私は、令和元年10月1日の介護福祉施設サービス費の自己負担額並びに栄養ケアマネジメント加算が1日につき14円、サービス提供強化加算が1日につき6円、並びに看護体制加算が1日につき12円、合計1日につき32円、褥瘡マネジメント加算が3月に1回10円、加算されることに対し、説明を十分に受け十分に理解した上で介護福祉サービス費と1日の合計加算分に係る自己負担分について同意しました。なお、介護職員処遇改善加算は、所定単位数に8.3%を乗じた単位数で算定され、介護職員等特定処遇改善加算は、所定単位数に2.3%を乗じた単位数で算定された利用料請求額を支払うことに同意いたします。

社会福祉法人 豊寿会

ほたるホームとよた 施設長 様

令和 年 月 日

利用者氏名 _____ ⑩

身元引受人 _____ ⑩

利用者との続柄 _____

署名理由 _____

※ 本人の署名がある場合は、署名代行者は不要です。

※ 本人が判断不能の場合は、署名代行者が署名してください。

※ 本人の同意に基づき本人の署名を代行した場合は、理由も記入してください。