

# 指定介護老人福祉施設利用 重要事項説明書

貴方に対する指定介護老人福祉施設利用サービス提供開始にあたり、指定介護老人福祉施設運営規程第7条に基づいて当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

## 1. 事業者

|           |                          |
|-----------|--------------------------|
| 事業所の名称    | 社会福祉法人 長生会 特別養護老人ホーム 長生園 |
| 事業所所在地    | 佐賀県伊万里市立花町2703番地2        |
| 法人の種別及び名称 | 社会福祉法人 長生会               |
| 代表者氏名     | 理事長 前田 利朗                |
| 電話番号      | 0955-22-3115             |
| FAX番号     | 0955-20-4314             |

## 2. ご利用施設

|       |                    |
|-------|--------------------|
| 施設の名称 | 特別養護老人ホーム 長生園      |
| 施設所在地 | 佐賀県伊万里市立花町2703番地2  |
| 施設長   | 吉富 達夫              |
| 電話番号  | 0955-22-3115       |
| FAX番号 | 0955-20-4314       |
| 指定年月日 | 平成12年4月1日          |
| 指定番号  | 佐賀県指定 第4170500013号 |
| 利用定員  | 70人                |

## 3. ご利用施設で併せて実施している事業（佐賀県指定 第4170500013号）

| 事業の種類  |                                   | 指定年月日     | 利用定員 |
|--------|-----------------------------------|-----------|------|
| 居宅サービス | 短期入所生活介護                          | 平成12年4月1日 | 10人  |
|        | 介護予防短期入所生活介護                      | 平成18年4月1日 |      |
|        | 通所介護                              | 平成12年4月1日 | 30人  |
|        | 介護予防・日常生活支援総合事業<br>第1号事業（通所型サービス） | 平成30年4月1日 |      |
|        | 訪問介護                              | 平成12年4月1日 | —    |
|        | 介護予防・日常生活支援総合事業<br>第1号事業（訪問型サービス） | 平成30年4月1日 |      |
|        | 居宅介護支援事業                          | 平成12年4月1日 | —    |

## 4. 事業の目的及び運営方針

- 施設は、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ことを目指す。
- 施設は、入居者の意思及び人格を尊重し、常に入居者その者の立場に立って指定介護福祉施設サービスの提供に努める。

- (3) 施設は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村等保険者（以下「保険者」という。）、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。

## 5. 施設の概要（特別養護老人ホーム）

### (1) 敷地・建物

|     |              |                                    |
|-----|--------------|------------------------------------|
| 敷 地 |              | 14,886.25㎡                         |
| 建 物 | 構 造<br>延べ床面積 | 鉄筋コンクリート造り4階建（耐火構造建築）<br>4,482.36㎡ |

### (2) 居 室

| 居室の種類  | 室 数 | 面 積       | 1人当たりの面積 | 備 考         |
|--------|-----|-----------|----------|-------------|
| 1人部屋 室 | 80室 | 1,300.00㎡ | 16.25㎡   | ショート 10室を含む |

### (3) 主な設備

| 設備の種類    | 数   | 面 積    | 1人当たりの面積 | 備 考         |
|----------|-----|--------|----------|-------------|
| 食堂・機能訓練室 | 8室  | 336.0㎡ | 4.20㎡    | ショート 1室を含む  |
| 個 浴      | 2台  |        |          |             |
| 中 間 浴    | 4台  |        |          |             |
| 特 殊 浴 槽  | 2台  |        |          |             |
| 医 務 室    | 1室  | 21.96㎡ |          |             |
| デイコーナー   | 8箇所 | 計72.0㎡ |          | ショート 1箇所を含む |

## 6. 職員の配置状況・勤務体制

| 職 員 の 職 種          | 員 数 | 勤 務 体 制                                                                            |
|--------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------|
| 施 設 長              | 1名  | 8時30分～17時30分                                                                       |
| 事 務 員              | 4名  | 8時30分～17時30分                                                                       |
| 生 活 相 談 員          | 2名  | 8時00分～17時00分、8時30分～17時30分<br>9時30分～18時30分                                          |
| 介 護 職 員            | 38名 | 7時30分～16時30分、8時00分～17時00分<br>9時30分～18時00分、12時00分～21時00分<br>17時00分～翌日9時30分(夜間は4人体制) |
| 看 護 職 員            | 6名  | 8時30分～17時30分、9時00分～18時00分<br>(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            | 1名  | 8時30分～17時30分                                                                       |
| 介護支援専門員            | 2名  | 8時30分～17時30分                                                                       |
| 医 師                | 1名  | 内科週1日(木曜日)、精神科月2回(第1、3金曜日)                                                         |
| 管 理 栄 養 士<br>栄 養 士 | 2名  | 8時30分～17時30分                                                                       |
| 調 理 員              | 12名 | 6時00分～15時00分、9時00分～18時00分<br>9時30分～18時30分                                          |

## 7. 施設サービスの概要

### (1) 介護保険給付サービス

| 種 類            | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食 事            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理栄養士及び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ーに富んだ食事を提供します。</li> <li>・食事はできるだけ離床して食堂で食べていただくよう配慮します。</li> </ul> <p>(食事時間)</p> <p>朝 食          8時00分から</p> <p>昼 食          12時00分から</p> <p>夕 食          17時30～18時00分から</p>                          |
| 排 泄            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>                                                                                                                                                                                        |
| 入 浴            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・年間を通じて週2回の入浴又は清拭を行います。</li> </ul> <p>(入浴日) 月曜日～土曜日</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul> <p>特殊浴槽    2台</p>                                                                                     |
| 離床、着替え、<br>整容等 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。</li> <li>・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。</li> <li>・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をします。</li> <li>・シーツ交換は、週1回以上、寝具の消毒は月1回以上実施します。</li> </ul>                                                                                  |
| 機 能 訓 練        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・機能訓練指導員（看護職員）による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。</li> </ul>                                                                                                                                                                               |
| 健 康 管 理        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・当施設の嘱託医師により週1回診察日を設けて健康管理に努めます。</li> </ul> <p>嘱託医師</p> <p>所属病院名    前 田 病 院</p> <p>医 師 氏 名    前 田 麻 木    他</p> <p>診 療 科 目    内 科 他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急時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を行います。</li> </ul>             |
| 相談及び援助         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・当施設は、入居者及びご家族からの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。</li> </ul> <p>相談窓口担当    施設部長    森    雅    彦</p>                                                                                                                                        |
| 社会生活上の<br>便宜   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。</li> <li>・主なレクリエーション</li> </ul> <p>年間施設行事計画に沿って実施します。</p> <p>誕生会・季節行事・ミニドライブ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・行政機関に対する手続きが必要な場合には、入居者及びご家族の状況によっては代行いたします。</li> </ul> |

## (2) 介護保険給付外サービス

| 区 分         | 内 容                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 理髪・美容       | ・理髪、美容室からの出張による理美容サービスが利用できます。この場合、実費となります。                                                                                                                                                                         |
| 日常生活用品の購入代行 | ・日常生活に要する費用で本人にご負担いただくことが適当であると認められるもの。実費<br>・入居者又はご家族が自ら日常生活用品の購入が困難である場合は、施設においての購入の代行をいたします。無料                                                                                                                   |
| インフルエンザ予防対策 | ・入居者及びご家族の意向を確認し、インフルエンザ予防接種を行います。実費                                                                                                                                                                                |
| 金 銭 管 理     | ・自らの手による金銭の管理が困難な場合は、当施設の金銭管理サービスをご利用いただけます。無料<br>・管理する金銭等は、指定する金融機関の預金通帳に預け入れているものを施設で管理します。<br>・お預かりするものは、預金通帳と印鑑（原則として一つ）とします。<br>・通帳及び印鑑は事務室の金庫に保管します。<br>・施設長が責任をもって通帳と印鑑を管理します。<br>・預金の出納方法は、「預り金管理要領」のとおりです。 |

## 8. 利 用 料

法定給付及び法定給付外の利用料は別表1のとおりです。

## 9. 苦情等申立先

|           |                                                                                                                                                  |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 当施設ご利用相談室 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・窓口担当者 施設部長 森 雅彦</li> <li>・受付時間 毎日 9:00～17:00</li> <li>・電話番号 電話 0955(22)3115</li> <li>・場 所 相談室</li> </ul> |
| 苦 情 の 解 決 | 「苦情解決管理要綱」に基づき対応します。(別紙図示)                                                                                                                       |

## 10. 協力医療機関

|           |                          |
|-----------|--------------------------|
| 医療機関の名称   | 医療法人 幸善会 前田病院            |
| 院 長 名     | 前 田 麻 木                  |
| 所 在 地     | 佐賀県伊万里市立花町2742番地1        |
| 電 話 番 号   | 0955(23)5101             |
| 診 療 科 目   | 内科、外科、胃腸科、消化器科、放射線科、人工透析 |
| 入 院 設 備   | ベッド数 前田病院 89床            |
| 救急指定の有無   | 無                        |
| 契 約 の 概 要 | 利用者に病状の急変があった場合、診療を依頼    |

## 11. 協力歯科医療機関

|           |                   |
|-----------|-------------------|
| 歯科医療機関の名称 | 上田歯科医院            |
| 院 長 名     | 上 田 敏 雄           |
| 所 在 地     | 佐賀県伊万里市大坪町丙2110番地 |
| 電 話 番 号   | 0955(23)8185      |

## 1 2. 非常災害時の対策

|                    |                                                                                                    |     |        |   |     |      |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|---|-----|------|
| 非常時の対応<br>近隣との協力関係 | 別途定める「当施設消防計画」に沿って対応します。<br>地域の消防団との協力連携を図り、非常時には相互の応援を仰ぎます。また、施設と消防署とは非常通報装置により非常連絡が行える体制を図っています。 |     |        |   |     |      |
| 平常時の避難訓練<br>及び防災設備 | 別途定める当施設の消防計画に則り年2回、夜間及び昼間を想定した非難訓練を、利用者の方も参加して実施します。                                              |     |        |   |     |      |
|                    | スプリンクラー                                                                                            | 有   | 屋内消火栓  | 有 | 誘導灯 | 56箇所 |
|                    | 非常階段                                                                                               | 3箇所 | 非常通報装置 | 有 |     |      |
|                    | 自動火災探知機                                                                                            | 有   | 非常用電源  | 有 |     |      |
|                    | カーテン・毛布等は防煙性能のある物を使用しております。                                                                        |     |        |   |     |      |
| 消防計画等              | 消防署への届け出日 令和1年10月30日<br>防火管理者 (職名) 施設部長 (氏名) 森 雅彦                                                  |     |        |   |     |      |

## 1 3. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

|                     |                                                                         |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 来訪・面会               | 来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届出てください。<br>来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。            |
| 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出てください。                                         |
| 嘱託医師以外の<br>医療機関への受診 | 看護職員、生活相談員、介護職員に申出てください。                                                |
| 居室・設備・器具<br>の利用     | 施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。    |
| 喫煙・飲酒               | 建物内禁煙・禁酒                                                                |
| 迷惑行為等               | 騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないようにしてください。              |
| 貴重品の管理              | 貴重品(通信機器等)の管理は、原則、自己管理となります。紛失等の事象が発生した場合、当施設は責任を負いかねます。必要に応じて施設で管理します。 |
| 現金等の管理              | 小口現金は自己管理が原則ですが、高額現金は介護職員に申出てください。                                      |
| 宗教・政治活動             | 施設内で他の入居者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。                                        |
| 動物の飼育               | 施設内でのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。                                               |

## 1 4. 秘密保持

- (1) 業務上知り得た入居者又はどの家族等の秘密を守ります。
- (2) 施設の職員であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た入居者又はその家族等の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じることとします。
- (3) サービス担当者会議等において、入居者の個人情報を用いる場合には利用者の同意を、入居者の家族等の個人情報を用いる場合には、当該家族等の同意をあらかじめ文書により得た上で行います。

## 1 5. 事故発生時の対応

- (1) 入居者に対して、施設介護支援を提供したことにより損害賠償すべき事故が発生した場合に

は、損害賠償を速やかに行います。ただし、利用者の過失による事故の場合には損害賠償は行いません。

- (2) 事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じることとします。

①事故発生防止のための指針を整備します。

②事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備します。

③事故発生防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的 to 実施します。

④前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

安全管理責任者 (職 名) 施設副部長 (氏 名) 杉 原 弘 樹

## 16. 災害対策について

非常災害に備えて、年2回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。感染症の発生や万一災害等に被災した場合でも、継続して指定介護福祉施設サービスが提供できるよう業務継続計画(BCP)を作成の上、事業所従事者の研修会や訓練(シミュレーション)などを実施して体制の整備に努めます。

## 17. 虐待防止について

- (1) 虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じることとします。

①虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的 to 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ります。

②虐待の防止のための指針を整備します。

③従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的 to 実施します。

④前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

- (2) サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

## 18. 身体拘束について

- (1) 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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。やむを得ず身体拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとします。

- (2) 身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じることとします。

①身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。

②身体的拘束等の適正化のための指針を整備します。

③介護職員その他従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的 to 実施します。

## 19. サービスの第三者評価の実施状況について

|       |   |
|-------|---|
| 実施の有無 | 無 |
|-------|---|

私は、本書面に基づいて当施設職員（職名 相談員 氏名 ）  
から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

|  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  |  |  | - |  |  |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|

利用者住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  |  |  | - |  |  |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|

利用者の家族住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

電話

\_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

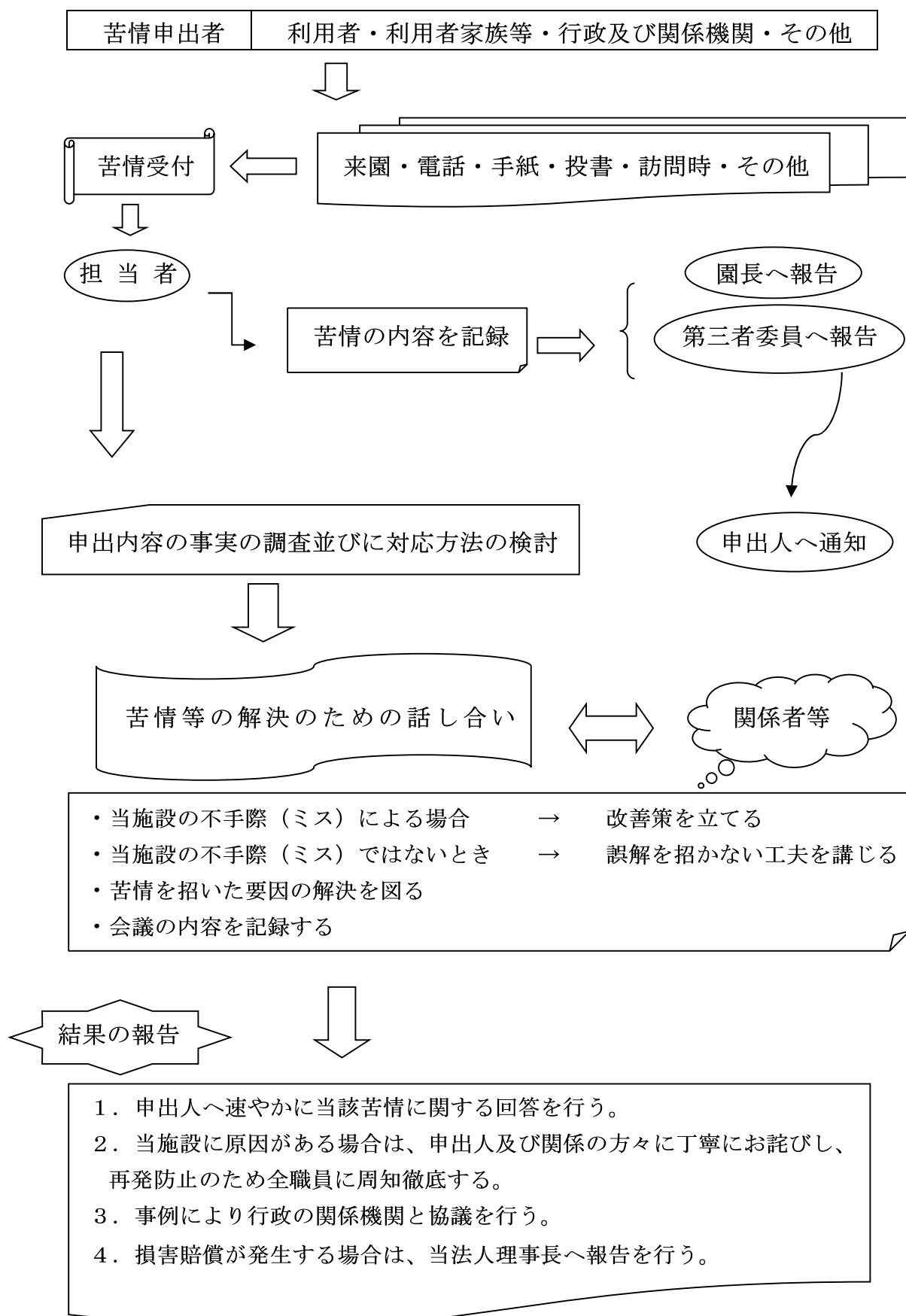
署名を代行した理由

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 別 紙

### ◎ 苦情解決の対応手順



特別養護老人ホーム長生園 料金表(1割負担)

令和7年8月改正

介護サービス費(A)

| 介護度  | 単価/日 | 30日計算   |
|------|------|---------|
| 要介護1 | ¥670 | ¥20,100 |
| 要介護2 | ¥740 | ¥22,200 |
| 要介護3 | ¥815 | ¥24,450 |
| 要介護4 | ¥886 | ¥26,580 |
| 要介護5 | ¥955 | ¥28,650 |

体制加算(B)

| 加算名             | 単価/日                    | 30日計算  |
|-----------------|-------------------------|--------|
| 日常生活継続支援加算Ⅱ     | ¥46                     | ¥1,380 |
| 看護体制加算Ⅰ2        | ¥4                      | ¥120   |
| 看護体制加算Ⅱ2        | ¥8                      | ¥240   |
| 栄養マネジメント強化加算    | ¥11                     | ¥330   |
| 科学的介護推進体制加算Ⅱ    |                         | ¥50    |
| 安全対策体制加算(入所日のみ) |                         | ¥20    |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅰ    | $(A+B+C) \times 14.0\%$ |        |

個別加算(C) 利用者様の状態等に応じた加算となります。

| 加算名            | 単価/日          | 30日計算           |
|----------------|---------------|-----------------|
| 入院外泊加算(ひと月に6日) | ¥246          | ¥246/日          |
| 初期加算           | ¥30           | ¥900            |
| 看取り介護加算        | ¥72～<br>1,280 | ¥72～<br>1,280/日 |
| 特別通院送迎加算       |               | ¥594/月          |

- ※ 利用料については、負担割合証に提示された割合による利用者負担額となります。
- ※ 利用者の要望に応じて特別なサービスを提供した場合は、同意を得て別途に徴収する場合があります。
- ※ 加算については、体制により、(B)及び(C)の加算の他にも算定する場合があります。

高額介護サービス費について

| 1か月に支払った負担額(A+B+C)が下記の上限額を越えたときは、高額介護サービス費として超えた分が後日、市町村より払い戻されます。 |               |          |
|--------------------------------------------------------------------|---------------|----------|
| 負担区分                                                               | 上限額(月額)       |          |
| 生活保護受給者                                                            | 世帯            | ¥15,000  |
|                                                                    | 個人            | ¥15,000  |
| 前年の公的年金等収入金額+他合計所得金額合計80万円以下                                       | 世帯            | ¥24,600  |
|                                                                    | 世帯全員が市町村民税非課税 | ¥24,600  |
| 年収約770万円未満                                                         | 世帯            | ¥44,400  |
| 年収約770～1,160万円未満                                                   | 世帯            | ¥93,000  |
| 年収約1,160万円以上                                                       | 世帯            | ¥140,100 |

※非課税年金は含みません

高額介護サービス費の支給対象となった場合、通常、お住まいの自治体から支給申請書が送られてきます。  
必要事項を記入し、役所などへ郵送または持参して下さい。申請が受理されると「支給決定通知書」が届き、申請時に指定した口座へ振り込みが行われます。  
1度申請を行えば、その後の該当した月分においても初回申請時に指定した口座に自動的に振り込まれます。

居住費・食費

( )内は30日計算

| 所得の状況         |                                    | 預貯金等の資産の状況 |           | 負担段階 | 食費                  | 居住費                 |
|---------------|------------------------------------|------------|-----------|------|---------------------|---------------------|
| 生活保護の受給者      |                                    | 要件なし       |           | 1段階  | ¥300<br>(¥9,000)    | ¥880<br>(¥26,400)   |
| 住世帯税員非全課税が    | 老齢福祉年金受給者                          | 単身         | 1,000万円以下 |      |                     |                     |
|               |                                    | 夫婦         | 2,000万円以下 |      |                     |                     |
|               | 前年の合計所得金額＋公的年金等の収入額が80.9万円以下       | 単身         | 650万円以下   | 2段階  | ¥390<br>(¥11,700)   | ¥880<br>(¥26,400)   |
|               |                                    | 夫婦         | 1,650万円以下 |      |                     |                     |
|               | 前年の合計所得金額＋公的年金等の収入額が80.9万円超120万円以下 | 単身         | 550万円以下   | 3段階① | ¥650<br>(¥19,500)   | ¥1,370<br>(¥41,100) |
|               |                                    | 夫婦         | 1,550万円以下 |      |                     |                     |
|               | 前年の合計所得金額＋公的年金等の収入額が120万円超         | 単身         | 500万円以下   | 3段階② | ¥1,360<br>(¥40,800) | ¥1,370<br>(¥41,100) |
|               |                                    | 夫婦         | 1,500万円以下 |      |                     |                     |
| 上記以外(負担限度額なし) |                                    |            |           | 4段階  | ¥1,445<br>(¥43,350) | ¥2,066<br>(¥61,980) |

- ※世帯分離している配偶者が住民税課税であれば4段階となります。
- ※年金には遺族年金及び障害年金といった非課税年金の額も含まれます。
- ※入院時には5週目より退院されるまでの期間に居住費2,066円をお支払いいただきます。