

介護老人福祉施設重要事項説明書

(高知県指定事業所番号 高知県 397230028 号)

特別養護老人ホームトキワ苑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、契約上ご注意いただきたいことをご案内いたします。

特別養護老人ホームトキワ苑のご利用は、原則として要介護認定の結果「要介護3」・「要介護4」・「要介護5」の認定を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でも入所は可能です。

目次

1. 施設経営法人.....	2
2. ご利用施設.....	2
3. 居室の概要.....	2
4. 職員の配置状況.....	3
5. 提供するサービスと利用料金.....	4
6. 施設を退所いただく場合.....	9
7. 苦情の受付について.....	11
〈重要事項説明書付属文書〉.....	12

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 厚敬会
(2) 法人所在地 高知県土佐郡土佐町 1377 番地 29
(3) 電話番号 0887-82-2741
(4) 代表名氏名 理事長 田岡 英
(5) 設立年月日 昭和 62 年 4 月 1 日

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類
指定介護老人福祉施設

- (2) 施設の目的

当事業所は、介護保険法令に従い、ご利用者が、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できるように支援することを目的として、ご利用者に、日常生活を営むために必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、介護老人福祉施設サービスを提供します。

この施設は、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な方がご利用いただけます。

- (3) 施設の名 称 特別養護老人ホーム トキワ苑
(4) 施設の所在地 高知県土佐郡土佐町田井 1377 番地 29
(5) 電話番号 0887-82-2741
(6) 施設長氏名 田村 豊
(7) 当事業所の運営方針

利用者の皆さんの基本的人権とプライバシーを守ることを基本にし、豊かな日常生活を支えることにより、利用者の尊厳ある老後を保障することに努めます

- (8) 開設年月日 昭和 62 年 4 月 1 日
(9) 利用定員 80 人

3. 居室の概要

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	備 考
居室	個室	1室	従来型個室
	多床室	24室	4人部屋 2名部屋 従来型非該当1人部屋
合 計		25室	
食 堂		5室	グループごとに設けています

機能訓練室	1室	主な機械・器具 ホットマグナー ホットパック 訓練台 平行棒 マイクロサミー 訓練用階段等
浴室	4室	一般浴・特殊浴槽（チェアー浴・ストレッチャー浴）があります
医務室	1室	21.54㎡

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。

＜居室の変更＞

- (1) ご利用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、ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。
- (2) 感染症等により個室への入所の必要があると医師が判断した者（個室への入所期間が30日以内に限り）
- (3) 著しい精神状態等により、他の同室者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した者

上記に該当する場合は、ご家族との協議の上実施するものといたします。

4. 職員の配置状況

当施設では、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＞

※職員配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	人数	業務内容
管理者	1名	施設業務の把握、その他の管理業務
医師	1名（非常勤）	ご利用者の健康管理及び保健指導
生活相談員	1名以上	サービス利用等に関する調整・相談等
管理栄養士	1名以上	栄養状態や嗜好を考慮した食事の提供・栄養ケア計画の管理
機能訓練指導員	1名	ご利用者の状態に応じたりハビリ計画の立案・実施
介護支援専門員	1名以上	ニーズに応じた施設サービス計画の立案・モニタリング
事務職員	2名以上	施設運営に関する事務
介護職	看護師	健康管理及び療養上の援助、日常生活上の看護・介護
	准看護師	
	介護福祉士	日常生活全般の援助、心身の状況に

員 等	介護職		応じた介護
	清掃・洗濯	1名以上	洗濯・清掃業務

5. 提供するサービスと利用料金

当施設が提供するサービスについては、次の2つの場合があります。

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご契約者に負担していただく場合

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、居住費、食費を除き通常9割
(～7割)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、管理栄養士等の立てる献立により、栄養並びにご利用者の体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご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： 7：30～ 8：15
 昼 食：12：00～12：45
 夕 食：17：30～18：15

②入 浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います
- ・寝たきりでも機械浴槽又はシャワー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、ご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

- ・機能訓練指導員により、ご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衰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るよう、適切な整容が行われるよう援助します。

〈サービスの利用料金〉

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用の自己負担額と居室・食事に係る自己負担額の合計金額をお支払い下さい。

〈基本施設サービス費〉

ご利用者の 要介護度	単位	1日当たりの負担金		
		1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
要介護1	589単位/日	589円	1,178円	1,767円
要介護2	659単位/日	659円	1,318円	1,977円
要介護3	732単位/日	732円	1,464円	2,196円
要介護4	802単位/日	802円	1,604円	2,406円
要介護5	871単位/日	871円	1,742円	2,613円

ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったん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)。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うため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、ご契約者の負担額を変更します。また上記基本施設サービス費のほかに、加算(別紙1)が発生した場合は自己負担額に追加されます。

〈居住費(滞在費)・食費の負担軽減(負担限度額認定)〉

世帯全員が市町村民税非課税の方(市町村民税世帯非課税者)や生活保護を受けられておられる方の場合は、市町村へ申請をすることにより、「介護保険負担限度額認定証」が交付され、居住費(滞在費)・食費の負担が軽減される場合があります。

■ 令和 6 年 8 月 1 日から

(日 額)

対象者		区分 利用者 負担	居住費			食費
			多床室	従来型 個室	ユニット 個室	
生活保護受給のかた						
世帯全員 が	市町村民税非課税の 老年福祉年金受給のかた	段階 1	0 円	380 円	880 円	300 円
	市町村民税非課税かつ 本人年金収入等80万円以 下の方	段階 2	430 円	480 円	880 円	390 円
	非課税かつ本人年金収入 等が80万円超120万円以下	段階 3 ①	430 円	880 円	1, 370 円	650 円
	非課税かつ本人年金収入 等が120万円超	段階 3 ②	430 円	880 円	1, 370 円	1, 360 円
世帯に課税の方がいるか、 本人が市町村民税課税		段階 4	915 円	1, 231 円	2, 066 円	1, 445 円

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、ご利用料金の全額がご契約者の負担となります。
(サービスの概要とご利用料金)

① 特別な食事

ご契約者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

② 貴重品の管理

ご契約者の希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。詳細は、預り金等取扱要綱に記載しています。

○ご利用料金 無 料

③ レクリエーション、クラブ活動

ご利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます

○ご利用料金 材料代等の実費をご負担いただきます。

④ 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利用者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用の実費

をご負担いただきます。ただし、おむつ代は介護保険給付対象
となっていますのでご負担の必要はありません。

⑤理 容

理美容師の出張による理容サービスをご利用いただけます。

○ご利用料金 実 費

⑥インフルエンザ予防対策

利用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。

○ご利用料金 実 費

⑦ご利用者の移送に係る費用及び距離

ご利用者の通院や入院時の移送サービスを行います。ただし、
協力病院以外の通院や入院時には、付き添いをお願いします。

○高速代 実費

(3) ご利用料金のお支払い方法

前記（１）、（２）の料金・費用は、１ヶ月ごとに計算し、ご請
求しますので、翌月の月末までに下記の方法でお支払い下さい
（１ヶ月に満たない期間のサービスに対するご利用料金は、利用
日数に基づいて計算した金額とします）

１．金融機関口座からの自動引き落としによる

２．指定金融機関への振り込み

高知銀行 嶺北支店 普通預金 ０１５３９９７

社会福祉法人 厚敬会 特別養護老人ホーム トキワ苑
施設長 田村 豊

３．施設窓口でのお支払い

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 ８：３０～１７：３０

土・日・祝日は事務職員不在のため取扱できま
せん

(4) 利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご利用者の希望により下記協力医療機関において診療・入院治療を受けることができます（但し下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、下記医療機関での診察・入院治療を義務づけるものでもありません）

①協力医療機関

医療機関の名称	医療法人 十全会 早明浦病院
所在地	高知県土佐郡土佐町田井1372番地
診療科	内科、整形外科、神経科精神科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、リハビリテーション科

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	医療法人 十全会 早明浦病院
所在地	高知県土佐郡土佐町田井1372番地

6. 施設を退所いただく場合

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が、以下のような事由があった場合には、当施設との契約は終了し、ご利用者に退所していただくことになります。

- ①要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
- ②当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、ご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
- ⑤ご利用者から退所の申し出があった場合
- ⑥当施設から退所の申し出を行った場合

(1) ご利用者からの退所の申し出

(中途解約・契約解除)

契約の有効期間であっても、ご利用者から当施設からの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日前までに解約届出書をご提出下さい。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、当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当施設の運営規程の変更に同意できない場合
- ③ご利用者が入院された場合
- ④当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老人福祉施設サービスを実施しない場合
- ⑤当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当施設もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用の身体・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他の利用者がご利用者の身体・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、当施設が適切な対応をとらない場合

(2) 当施設からの申し出により退所していただく場合

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所いただく場合があります。

- ①ご契約者が、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、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ご利用者によるサービス利用料金の支払いが3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ご利用者が、故意又は重大な過失により当施設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
- ③ ご利用者が連続して7日以上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ご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

当施設をご利用中に、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 検査入院等、7日間以内の短期入院の場合

7日間以内の入院の場合は、退院後再び施設を利用することができます。但し、入院期間中は、外泊時費用及び居住費をご負担いただきます。

② 7日間以上3ヶ月以内の入院の場合

7日以上入院された場合には、契約を解除します。

但し、契約を解除した場合で、3ヶ月以内に退院された場合には、再びトキワ苑に優先的に入所できるよう努めます。また、トキワ苑が満室の場合でも、短期入所生活介護（ショートステイ）を優先的に利用できるよう努めます。

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は、解約となります。

(3) 円滑な退所のための援助

ご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当施設はご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

7. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

施設相談窓口	電話番号	0 8 8 7 - 8 2 - 2 7 4 1
	F A X 番号	0 8 8 7 - 8 2 - 2 7 4 3
	相談員（責任者）	山中知恵 和田麻依子 井手 正
	対応時間	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
第三者委員相談窓口	訪問日	毎月第2金曜日 午前9時より
	文書による相談	ご意見箱を玄関に設置
	委員名	和田 善明氏
	委員名	出島 徳行氏

(2) その他苦情受付機関

市町村介護保険相談窓口 土佐町役場健康福祉課	所在地	土佐郡土佐町土居194
	電話番号	0 8 8 7 - 8 2 - 2 3 3 3
	F A X 番号	0 8 8 7 - 7 0 - 1 3 1 2
	対応時間	8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0
市町村介護保険相談窓口 本山町町役場 健康福祉課	所在地	長岡郡本山町本山636
	電話番号	0 8 8 7 - 7 0 - 1 0 6 0
	F A X 番号	0 8 8 7 - 7 0 - 1 0 3 8
	対応時間	8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0
市町村介護保険相談窓口 大豊町役場住民課 福祉介護班	所在地	長岡郡大豊町津家1626
	電話番号	0 8 8 7 - 7 2 - 0 4 5 0
	F A X 番号	0 8 8 7 - 7 2 - 0 4 7 4
	対応時間	8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0
高知県運営適正化委員会	所在地	高知市朝倉戊375-1
	電話番号	0 8 8 - 8 0 2 - 2 6 1 1
	F A X 番号	0 8 8 - 8 7 2 - 6 2 1 1
	対応時間	8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0
高知県国民健康保険団体 連合会（国保連）	所在地	高知市丸ノ内2-6-5
	電話番号	0 8 8 - 8 2 0 - 8 4 1 0 ・ 8 4 1 1
	F A X 番号	0 8 8 - 8 2 0 - 8 4 1 3
	対応時間	8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5

〈重要事項説明書付属文書〉

1. 施設の概要

- (1) 建物の構造 鉄骨コンクリート造スレート葺 2 階 1 棟
 鉄骨コンクリート造陸屋根葺 4 階 1 棟

- (2) 建物の延べ床面積 3666.3 m²

(3) 併設事業

当施設では、次の事業を併設して実施しています

〔短期入所生活介護（トキワ苑）〕

昭和 6 2 年 4 月 1 日指定 397230028 号 定員 9 名

〔通所介護（デイサービスセンターときわ）〕

平成 4 年 4 月 1 日指定 3972300168 号 定員 18 名

〔居宅介護支援事業所（常磐）〕

平成 2 3 年 6 月 1 日指定 3972300127 号

(4) 施設の周辺環境

1. 山間の自然豊かな環境でありながら、近隣にスーパーやコンビニなどがあり生活しやすい施設です。
2. 隣接に協力病院があり、その他専門医の往診も受けられ、きめ細かな健康管理をしています。

2. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご利用者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、ご利用後作成する「施設サービス計画（ケアプラン）」に定めます。

「施設サービス計画（ケアプラン）」の作成及びその変更は次の通り行います。

①当施設の介護支援専門員（ケアマネージャー）が施設サービス計画の原案作成やそのために必要な調査等の業務を行います。

②その担当者は施設サービス計画の原案について、ご利用者及びそのご家族等に対して説明し、同意を得たうえで決定します。

③施設サービス計画は、3 ヶ月に 1 回、もしくはご利用者及びそのご家族等の要請に応じ、変更の必要があるかどうかを確

認して、変更の必要のある場合には、ご利用者及びそのご家族等と協議して、施設サービス計画を変更します。

④施設サービス計画が変更された場合には、ご利用者に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。

3. サービス提供における事業所の義務

当施設は、ご利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご利用者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご利用者から聴取、確認します。
- ③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。
- ④ご利用者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。またその他申請等ご利用者のご希望により代行援助を行います。
- ⑤ご利用者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご契約者またご利用者の求めに応じて閲覧できるようにいたします。
- ⑥ご利用に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただしご利用者または他のご利用者等の生命、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等を拘束する場合があります。
- ⑦当施設及びサービス従事者または職員は、サービスを提供するにあたって、知り得たご利用者またはご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏えいしません（守秘義務）ただし、ご利用者に緊急な医療上又はサービス担当者会議等において必要性がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供する事があります。またご利用者の円滑な退所のための援助を行う場合にも、ご利用者に関する情報を提供する事があります。

4. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、ご利用者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ください。

(1) 所持品の持ち込み

火気を使用する器具以外は原則として自由です。

(2) 面 会

面会室での面会

面会時間 10 時～12 時 土日祝日を除く

面会時間 1 日 1 回 10 分以内

予約制 面会の前日までに予約お願いします。

オンライン面会

面会時間 11 時～12 時 土日祝日を除く

面会時間 1 日 1 回 10 分以内

予約制 面会の前日までに予約お願いします。

(3) 外出・外泊

外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出下さい。

(4) 食 事

食事が不要な場合は、前日までにお申し出下さい。前日までに申し出があった場合に「食事に係る自己負担額」は減免されます。

(5) 施設・整備の使用上の注意

○居室及び共用施設、敷地をその本来の用途にしたがって利用して下さい。

○故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、相当の代価をお支払いいただく場合があります。

○ご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、ご利用者の居室内に立ち入り、必要な措置をと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ご利用者に対し、ハラスメントその他迷惑行為、宗教活動、政治活動、営利活動を行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。

5. 損害賠償について

サービス利用期間中の事故により、ご利用者の生命・身体・財産に損害

を与えた場合はその損害を賠償します。ただし、事業者の故意または過失によらない場合はこの限りではありません。

6. 事故発生時の対応

- サービス利用期間中に事故が発生した場合には契約代理人等に連絡をとるとともに医療機関を受診する等の重大な内容については記録を行い、当該市町村へも報告をします。
- 事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

令和 年 月 日

指定介護老人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いたしました。

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホームトキワ苑

説明者氏名 署名： 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

契約者住所

氏 名 印

代筆者氏名 印

続 柄

代理人住所

氏 名 印