

介護老人福祉施設重要事項説明書

(令和 8 年 5 月 1 日現在)

1 事業者（法人）

名称・法人種別	社会福祉法人 緑虹会
代表者名	中田 みどり
法人所在地・連絡先	〒 8 9 4 - 3 3 0 4 鹿児島県大島郡宇検村須古 2 - 4 TEL 0 9 9 7 - 6 7 - 2 2 8 8

2 事業所（ご利用施設）

名称・法人種別	社会福祉法人 緑虹会 介護老人福祉施設 虹の園
代表者名	中田 みどり
法人所在地・連絡先	〒 8 9 4 - 3 3 0 4 鹿児島県大島郡宇検村須古 2 - 4 TEL 0 9 9 7 - 6 7 - 2 2 8 8
事業所番号	鹿児島県指定第 4 6 7 8 5 0 0 0 3 6 号
管理者の名前	中田 晴美

3 施設の基本方針及び介護計画

基本方針

虹の園は、『高齢者が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援する』という介護の基本理念を尊重し、利用者の人格尊厳、人格の尊重を最優先させながら自立への援助を行い、利用者と職員、家族、そして地域が一体となって明るく健康な環境をつくるように精進し、高齢者にとって『本当の幸せ』とは何かを追求します。

介護計画

- ・ ケアプランに沿って、自立に向けて援助する。
- ・ 一人一人を大切に利用者の立場に立って、心身の状態を考慮して援助する。
- ・ 目配り、気配り、声かけ、巡回によって事故防止に努める。
- ・ 職員間の連絡を密にし、容態の早期発見、早期治療に努める。
- ・ 生活の基本である食事、排泄、入浴がより快適に行なわれるよう配慮し援助する。
- ・ 家族、知人の面会、ボランティア、実習生等との交流により、精神の安定を図る。
- ・ クラブ活動、レクリエーション、年間行事等への参加により、社会性の維持向上に努める。
- ・ 毎日のミーティングや毎週の処遇会議において処遇のあり方を検討する。
- ・ 6 ヶ月～1 年に一度、ケアプランの見直しをする。

4 居室の概要

居室等の概要

当施設では以下の居室設備を用意しています。

居室・設備の種類	室 数	備 考
1 人部屋	1 3	うち 3 床は短期入所用
2 人部屋	4	うち 4 床は短期入所用
居室・設備の種類	室 数	備 考
4 人部屋	1 1	うち 8 床は短期入所用
合 計	2 8	
食 堂	1	
機能訓練室	1	
浴 室	1	特別浴槽設置
医 務 室	1	
静 養 室	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・設備の利用にあたって、ご利用者にご負担いただく必要はありません。

※居室の変更：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。その際には、ご利用者やご家族と協議のうえ決定するものとします。

※居室に関する特記事項：居室入り口に洗面台、トイレ完備

5 職員の配置状況

職 種	員 数		
施 設 長	1		
事 務 長	1		
事 務 員	1		
生活相談員	1		
介護職員	1 5 名以上		
看護職員	2 名以上		
栄 養 士	1		

調 理 員	4 名以上		
嘱 託 医	1		
機能訓練士	1 名以上		
介護支援専門員	1 名以上		
合 計	2 9 名以上		

6 職員の勤務体制

従業者職種	勤 務 体 系	休暇
施 設 長	普通： 8：30～17：30	週休2日
事務職員等	普通： 8：30～17：30	
生活相談員	普通： 8：30～17：30	
介護職員	早勤： 6：00～15：00 日勤： 8：00～17：00 普通： 9：00～18：00 遅勤：10：30～19：30 夜勤：17：30～翌朝9：30	
看護職員	早勤： 8：00～17：00 普勤： 8：30～17：30 遅勤： 9：00～18：00	
栄 養 士	普通： 9：00～18：00	
調 理 員	早勤： 5：00～14：00 普通： 7：30～16：30 遅勤：16：00～19：30	
嘱 託 医	毎週1回	水曜日午後

7 施設サービスの内容と費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種類	内 容
食事	(食事時間) 朝食： 8：00～ 9：00 昼食：12：00～13：00 夕食：18：00～19：00 ・栄養士の立てる献立により、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を原則として食堂にて提供します。
入浴	・入浴を週2回行ないます。(6月～8月は週1回のシャワー浴を追加します) 体調不良の場合は清拭を実施します。 ・寝たきり等で座位のとれない方も、個別浴槽を使用して入浴できます。
排泄	・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行なうとともに、排泄の自立についても施設サービス計画に沿って援助を行ないます。

離床 着替え 整容	・寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 ・生活リズムを考え、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。
機能訓練	・利用者の状況に応じて、日常生活を送る上で必要な生活機能の改善又は維持のための機能訓練を行い自立向上に努めます。
健康管理	・嘱託医による週 1 回の診察日を設けます。 ・診察日以外でも心配な時はいつでも診察を受け付けます。
	・協力医療機関による年 1 回の健康診断により、利用者の健康管理に努めます。 ・医療機関に通院する場合は、その介添えについて出来る限り配慮します。
相談及び援助	・利用者と家族からのご相談に応じます。

イ 費用

【料金表】

要介護 1	5, 890 円	要介護 2	6, 590 円	要介護 3	7, 320 円
要介護 4	8, 020 円	要介護 5	8, 710 円		

※サービス提供体制強化加算Ⅲは、1 日 60 円プラスとなります。(内 1 ～ 3 割が自己負担となります)

※介護職員処遇改善加算Ⅳ、介護福祉施設サービス費で算定した単位数の 9.0%加算となります。

原則として、上記料金表の 1 ～ 3 割が利用者の負担額となります。

※平成 30 年 8 月 1 日より 65 歳以上の方で現役並みの所得のある方は、介護サービスを利用した時の負担割合が 3 割になります。市町村から負担割合が記された証(負担割合証)が交付されています。利用者負担割合証をご提示ください。

○必要に応じて初期加算 (30 日を限度として、1 日 30 単位) などの関係法令に基づいた費用が、別途利用者負担金に加算されます。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の利用料金全額をお支払い下さい。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

サービス提供証明書と領収書は、後に利用料の償還払いを受ける時に必要となります。

○入院又は外泊時の費用

要介護状態区分にかかわらず、1 日につき 2, 460 円。但し、1 月に 6 日を限度とする。入所者に対して居宅における外泊を認め、当該入所者が在宅サービスを利用した場合福祉施設外泊時在宅サービス利用費用を頂きます。1 日 560 円(内 1 ～ 3 割が自己負担となります。)ただし、外泊の初日及び最終日は算定しません。

月をまたがる場合は、最大で (12 日) を上限とします。

1. サービス利用料金	2, 460 円
2. うち、介護保険から給付される金額	2, 214 円
3. 自己負担金 (1 - 2)	246 円

○食事代

利用料金の全額を負担していただきます。

基本料金に下記の食費・居住費が加算されます。

○食事負担限度額

利用者負担 第一段階	1日につき	300円 (月 9,000円)
利用者負担 第二段階	1日につき	390円 (月 11,700円)
利用者負担 第三段階-①	1日につき	650円 (月 19,500円)
利用者負担 第三段階-②	1日につき	1,360円 (月 40,800円)
利用者負担 第四段階	1日につき	1,445円 (月 43,350円)

○居住費

利用者負担 第一段階 (多床室・従来型個室)	1日につき	0円～380円
利用者負担 第二段階 (多床室・従来型個室)	1日につき	430円～480円
利用者負担 第三段階 (多床室・従来型個室)	1日につき	430円～880円
利用者負担 第四段階 (多床室・従来型個室)	1日につき	915円～1,231円

※食事・居住費については世帯所得により、負担額の軽減措置があります。軽減措置を受けるには市町村への申請・認定が必要です。認定基準等については各市町村介護保険担当窓口にお問い合わせください。

(2) 給付対象外サービス

利用料金の全額を負担していただきます。

種 類	内 容	利 用 料 金
日常生活費	日用品(洗濯洗剤等)	1回 100円
嗜好品の購入代行	ご相談に応じます。	購入代金をご負担いただきます。
理髪サービス	理容師による理髪サービスをご利用いただけます。	実費をいただきます。但し当施設内の、サービスを受けたものについては無料です。
レクリエーション クラブ活動	希望によりレクリエーション、クラブ活動に参加できます。	特別な費用、材料費等の実費をいただく場合があります。
特別な食事	ご希望に応じて特別食のご用意ができます(寿司・出前等)	要した費用をいただきます。

(3) その他のサービス

金銭管理サービス	別に定める預かり金等取扱要項により貯金通帳、印鑑等の保管サービスの他、公共料金等の支払い代行等サービスを行います。別途依頼書が必要です。ご利用されるか否かは任意です。	1日100円
----------	---	--------

8 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)、(3)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、下記の期日、方法により支払うこととします。(1ヶ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。)

支払い期日	翌月の20日まで
支払い方法	利用者名義の口座より引き落とし又は現金支払い

9 苦情・相談の受付について

苦情処理体制については、社会福祉法人「緑虹会」の定める「福祉サービス苦情処理解決規定」に基づき対応、処理します。

苦情・相談受付窓口	受付窓口担当者 山野 晴佳	ご利用時間 8:30～17:30
	ご利用方法 ※ (電話) 0997-67-2288 ※ (面接) 当事業所会議室	

※その他の行政機関

宇検村役場 介護保険担当課	住所 鹿児島県大島郡宇検村湯湾 電話番号 0997-67-2211 FAX 番号 0997-67-2912 受付時間 月～金曜日 9時～17時
鹿児島県国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護相談室	住所 鹿児島県鹿児島市鴨池新町6-6 鴨池南国ビル7階 電話番号 099-213-5122 FAX 番号 099-213-0817 受付時間 月～金曜日 9時～17時
鹿児島県運営適正化委員会 (苦情解決委員会)	住所 鹿児島県鹿児島市鴨池新町1-7 県社会福祉センター5階 電話番号 099-286-2200 FAX 番号 099-257-5707 受付時間 月～金曜日 9時～17時
奄美市役所 高齢者福祉課	住所 鹿児島県奄美市名瀬幸町25号8番地 電話番号 0997-52-1111 FAX 番号 0997-52-1001 受付時間 月～金曜日 9時～17時
瀬戸内町役場 保健福祉課	住所 鹿児島県大島郡瀬戸内町古仁屋船津23 電話番号 0997-72-1111 FAX 番号 0997-72-1120 受付時間 月～金曜日 9時～17時

10. (緊急時等の対応)

事業者は、現に介護サービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合
その他必要な場合は、速やかに主治の医師又はあらかじめ事業者が定めた協力医療機関への
連絡を行う等の必要な措置を講じます。

救急車の要請

当施設における医療には限界があります。医師の指示がある場合、もしくは夜間では速やかに
医療機関における適切な医療行為を受ける必要があるとき。

このような場合には、救急車の要請をします。

- ① 119番通報 宇検村消防に直接電話する。宇検消防分駐所：67-2334
病気であること、病状、年齢、性別、施設の名称、住所、自分の名前、使用の
電話番号を告げる。
 - ② 救急車同行職員を決定し、必要書類、現金、携帯電話を持ち準備を整える。
 - ③ かかりつけの医師に連絡し、受診を依頼する。応じられるか否かを確認する。
 - ④ 施設の出入り口で、職員が待つ。
 - ⑤ 受診する医療機関が決まっていたら、その旨を救急隊に告げる。
かかりつけの医師が応じられない場合は、救急隊に任せる。
 - ⑥ 行き先決定。
 - ・ 施設責任者等に連絡し、報告する。
 - ・ 家族(身元引受人。身元保証人)等に、連絡し、病院へ行って頂く。
- ①～⑥までを出来る限り複数の職員で関わり、迅速に対応出来る様に同時進行させる。
前項、緊急時対応を行い、その状況を正確に報告する。
- ・ 指定用紙に記録する。
 - ・ どういう事故が発生したのか。
 - ・ 事実をしっかりと確認した職員は誰か。
 - ・ 事故前に何らかのコミュニケーションはあったか(言葉、表情、態度の変化)
 - ・ その後の対応は、誰がどのような行動をとったのか。その流れと時間を追って記録する。
 - ・ 管理者に報告する。

11. (事故発生時の対応)

事業所は、事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者家族に連絡を行うとともに、必要な
措置を講じなければならない。

- 2 事業所は、前項の事故の状況及び事故に際してとった措置について記録しなければならない。
- 3 事業所は、利用者に対する介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害
賠償を速やかに行わなければならない。

12. 非常災害時の対応

非常時の対応	別紙に定める「虹の園 消防計画」に則し対応いたします。		
避難訓練及び 防火設備	別途に定める「虹の園 消防計画」に則し、夜間及び昼間を想定した避難訓練に利用者の方も参加しています。		
	設備名称	設備の有無	カーテンは防炎性のあるものを使用しています。
	防火戸	あり	
	屋内消火栓	あり	
	自動火災報知器	あり	
	ガス漏れ探知器	あり	
	誘導灯	あり	

13. 設備利用にあたっての留意事項

来訪・面会	来訪・面会者は面会受付用紙に記入の上、職員にお知らせ下さい。
外出・外泊	外出・外泊の際には、事務所にて所定の手続きをして下さい。
居室・設備 器具の使用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償して頂く事があります。
喫煙	決められた場所以外での喫煙はご遠慮下さい。
迷惑行為等	騒音等、他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮下さい。又、むやみに他の利用者の居室に立ち入らないで下さい。
所持品の管理	所持金品は、自己の責任で管理して下さい。

補足

1. 人員基準欠如減算

令和6年5月から指定介護老人福祉施設基準第2条に定める員数を満たすまで介護福祉施設サービス費については、所定単位数に100分の70を乗じた単位数を算定する。

2. サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

令和6年5月より定員超過利用・人員欠如に該当すると認められたため、サービス提供体制強化加算については算定要件を満たすまで加算できない。

上記については、令和6年5月から員数・要件を満たすまで継続する。

当事業所は、重要事項説明書に基づいて、介護老人福祉施設のサービスの内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者	住所	〒894-3304 鹿児島県大島郡宇検村須古2番地の4
	事業者（法人）名	社会福祉法人 緑虹会
	施設名	指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム 虹の園
	（事業所番号）	鹿児島県指定第4678500036号
	代表者名	<u>理事長 中田 みどり 印</u>

説明者	職名	生活相談員
	氏名	<u>山野 晴佳 印</u>

私は、重要事項説明書に基づいて、介護老人福祉施設のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日	
利用者	<u>住所</u>
	<u>氏名</u> 印
代理人（選任した人）	<u>住所</u>
	<u>氏名</u> 印
身元引受人	<u>住所</u>
	<u>氏名</u> 印