

特別養護老人ホームかなえ

重要事項説明書

No.20241001

指定介護老人福祉施設
(宮崎市第 4570107658 号)

目 次	(ページ)
1. 経営法人・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
2. 施設の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
3. 構造及び設備・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	2
4. 職員の配置状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	3
5. 施設サービスの内容・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	4
6. 利用料金と支払方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	5
7. 入退居について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1 1
8. 当施設利用に際しての留意事項・・・・・・・・・・・・・・・・	1 2
9. 事故発生時の対応について・・・・・・・・・・・・・・・・	1 3
10. 緊急時の対応について・・・・・・・・・・・・・・・・	1 3
11. 非常時災害対策について・・・・・・・・・・・・・・・・	1 3
12. 身体拘束の廃止・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1 4
13. 高齢者虐待防止について・・・・・・・・・・・・・・・・	1 4
14. 身元引受人について・・・・・・・・・・・・・・・・	1 4
15. サービス内容に関する相談・苦情窓口・・・・・・・・	1 5

社会福祉法人 かなえ会

1. 経営法人

法 人 名	社会福祉法人かなえ会
法人所在地	宮崎県宮崎市大字恒久5311番地1
電 話 番 号	TEL：0985-52-8001 FAX：0985-52-8090
代表者氏名	理事長 牛谷 義秀
設立年月日	平成25年5月31日

2. 施設の概要

施 設 の 種 類	指定介護老人福祉施設 宮崎市第4570107658号（平成26年10月1日）
施 設 の 名 称	特別養護老人ホームかなえ
施設の所在地	宮崎県宮崎市大字恒久5311番地1
電 話 番 号	TEL：0985-52-8001 FAX：0985-52-8090
施設長（管理者）	後藤 裕史
定 員	60名
基 本 方 針	・入居者一人ひとりの意思及び人格を尊重し、施設サービス計画書に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援する。 ・地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、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の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。
開 設 年 月 日	平成26年10月1日
併 設 事 業 所	短期入所生活介護事業所かなえ（定員：10名） 居宅介護支援事業所ケアライフかなえ

3. 構造及び設備

〈構造〉

建物の構造	鉄筋コンクリート造 一部5階建		
面積及び各階配置	敷地面積 1,904.62 m ² 延床面積 3,752.02 m ²		
	階	面 積	配 置
	1 階	935.44 m ²	医務室、事務室、相談室 地域交流スペース、厨房 短期入所生活介護事業所かなえ 居宅介護支援事業所ケアライフかなえ
	2 階	902.90 m ²	特養居室 20 室 (2 ユニット)
	3 階	902.90 m ²	特養居室 20 室 (2 ユニット)
	4 階	902.90 m ²	特養居室 20 室 (2 ユニット)
	5 階	107.88 m ²	災害用備蓄倉庫 倉庫

〈設備など〉

居室・設備の種類	室数	備 考
居室	60 室	全個室（内法 12.05 m ² ） 全室に洗面設備、収納棚を完備
共同生活室（リビング）	6 室	1 ユニットに 1 室（38.62 m ² ）
トイレ	18 室	1 ユニット当たり 3 室
浴室	9 室	個浴室（1 ユニット 1 室）特浴室（各階に 1 室）
医務室	1 室	医療法第 1 条の 5 第 2 項に規定する診療所

※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付けられている施設・設備です。

※ご入居者及びご家族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、ご入居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、ご入居者やご家族などと協議のうえ決定するものとします。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご利用者に対して介護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。

〈職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	指定基準
施設長	1 名
医師（配置医師）	1 名
看護職員	3名以上
機能訓練指導員（※）	1 名以上
介護職員	17 名以上
介護支援専門員（※）	1 名以上
生活相談員（※）	1 名以上
管理栄養士（※）	1 名以上
事務員	基準なし

※機能訓練指導員、生活相談員、管理栄養士は短期入所生活介護との兼務、介護支援専門員は介護職員・看護職員等との兼務により配置しています。

〈主な職種の勤務状況〉

1 日を通した標準的な勤務状況は以下のとおりです。

職 種	勤 務 状 況
医師（配置医師）	毎週火曜日 13：30 ～ 17：30
看護職員	7：00 ～ 19：00 3 名 19：00 以降の電話待機 1 名
機能訓練指導員	8：30～17：30
介護職員	各時間帯における標準的な勤務状況 午前 7：00～12：00 6 名 午後 12：00～16：00 12 名 夜間 16：00～22：00 6 名 深夜 22：00～ 7：00 3 名
生活相談員	8：30～17：30
管理栄養士	8：30～17：30

※土日祝祭日及び年末年始等については、上記と異なる場合があります。

5. 施設サービスの内容

ご利用者及びご家族の同意に基づいて、施設サービス計画（ケアプラン）を作成し、ケアプランに基づいた以下のサービスを提供します。

また、ケアプランについては、年に1回以上の頻度で見直しを行い、ご利用者の状態に見合ったケアプランの立案に努めます。

食 事	・管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。 ・入居者の自立支援の観点から、原則としてベッドから離れて共同生活室において食べて頂くこととします。
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。
入 浴	・週に2回以上は入浴して頂けます。 ・寝たきりの方でも特殊浴槽を使用して入浴することができます。但し、心身の状態に応じて清拭又は中止させて頂く場合があります。
機能訓練	・機能訓練指導員により、入居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。
洗 濯	・入居者の衣類等は施設の職員にて洗濯致します。 (クリーニング店に出す場合は、自己負担となります)
趣味活動 行 事	・ご利用者の趣味等を考慮し、音楽、書道、将棋、囲碁等の活動を企画・開催します。また、誕生会や各種季節行事についても実施します。
健康管理	・毎週火曜日に配置医師の診察を受けることができます。 ・毎週火・水・木曜日に歯科医師の診察を受けることができます。 ・日常的な健康管理は看護職員が中心となって行います。 ・医療の必要性は配置医師、協力医療機関の医師が判断します。 医療が必要と判断された場合には速やかに医療機関に通院若しくは入院して頂きます。通院若しくは入院期間中は、入居者又はご家族の責任のもとで判断及び対応をして頂きます。 ・定期健康診断を年1回実施します。 ・インフルエンザ予防接種を年1回実施します。

6. 利用料金と支払方法

(1) 利用料金

入居者から頂く利用料金は以下の3種類です。

- ① 介護保険給付の対象となるサービス並びに居住費及び食費に係る自己負担額
- ② その他、利用者の状況により加算されるサービス
- ③ 介護保険の給付の対象とならないサービス

①介護保険給付の対象となるサービス〈1日あたりの料金〉

○ユニット型介護福祉施設サービス費（Ⅰ）

	サービス費 (介護保険給付分含む)	サービス費に係る自己負担額		
		1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	6,700 円	670 円	1,340 円	2,010 円
要介護 2	7,400 円	740 円	1,480 円	2,220 円
要介護 3	8,150 円	815 円	1,630 円	2,445 円
要介護 4	8,860 円	886 円	1,772 円	2,658 円
要介護 5	9,550 円	955 円	1,910 円	2,865 円

- ・入居者が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頂きます。要介護認定を受けた後、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、入居者の負担額を変更します。

○居住費・食費

	居住費（滞在費）	食費
自己負担額	2,066 円	1,500 円

- ・なお、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、認定証に記載している負担限度額（下記表を参照）とします。

利用者 負担段階	居住費（滞在費）	食費
	負担限度額	負担限度額
第1段階	880 円	300 円
第2段階	880 円	390 円
第3段階①	1,370 円	650 円
第3段階②	1,370 円	1,360 円

- ・居住費については、入院又は外泊中でも料金をいただきます。ただし、入院又は外泊中のベッドを利用者の同意を得た上で、短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護に利用する場合は、利用者から居住費はいただきません。

②その他、利用者の状況により加算されるサービス

※LIFE；加算に係る情報を厚生労働省に提出し、厚生労働省からの提案等を含めた計画をたて実行し改善していく。

加算項目	利用者負担額（1日あたり）			内 容
	1 割負担	2 割負担	3 割負担	
日常生活継続支援加算	46 円	92 円	138 円	重度の要介護状態の方又は認知症の方が一定割合以上入居しており、且つ、介護福祉士を一定以上配置している場合
看護体制加算（Ⅰ）	4 円	8 円	12 円	常勤の看護師を1名以上配置している場合
看護体制加算（Ⅱ）	8 円	16 円	24 円	一定以上の看護職員を配置している場合
夜勤職員配置加算（Ⅳ） □	21 円	42 円	63 円	夜間帯に一定以上の職員が勤務し、夜間帯に看護職員または喀痰吸引の出来る介護職員を配置している場合
生活機能向上連携加算 （Ⅱ）（1月あたり）	100 円	200 円	300 円	自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、外部のリハビリテーション専門職等と連携する場合
個別機能訓練加算（Ⅰ）	12 円	24 円	36 円	機能訓練指導員が機能訓練実施計画書を作成し、計画に基づき訓練を実施及び評価を行った場合
個別機能訓練加算（Ⅱ） （1月あたり）	20 円	40 円	60 円	加算（Ⅰ）の条件を満たし、LIFE を活用する場合 ※LIFE 活用
個別機能訓練加算（Ⅲ） （1月あたり）	20 円	40 円	60 円	機能訓練・口腔・栄養の情報を関係職員間で共有し、LIFE を活用する場合 ※LIFE 活用
ADL 維持等加算（Ⅰ） （1月あたり）	30 円	60 円	90 円	ADL（日常生活動作）を測定し、総体的に入居者の状態が改善傾向にある場合 ※LIFE 活用
ADL 維持等加算（Ⅱ） （1月あたり）	60 円	120 円	180 円	ADL（日常生活動作）を測定し、総体的に入居者の状態が改善している場合 ※LIFE 活用
外泊時費用 （月6日限度）	246 円	492 円	738 円	病院等に入院を要した場合及び外泊をした場合（基本単価は算定しない）
初期加算	30 円	60 円	90 円	入居日から30日以内の期間 入院後の再入所も同様
退所時栄養情報連携加算（1月につき1回限り）	70 円	140 円	210 円	管理栄養士が、退所先の医療機関等に対して、当該者の栄養管理に関する情報を提供した場合

再入所時栄養連携 加算(1回限り)	200円	400円	600円	入院し、施設入所時とは大きく異なる栄養 管理が必要となり入院先の管理栄養士と連 携・調整を行った場合
退所時情報提供加算(1 回限り)	250円	500円	750円	退所後の医療機関に対して、入居者等を紹 介する際、入居者等の同意を得て、心身の状 況、生活歴等を示す情報を提供した場合
協力医療機関連携加算 (Ⅰ)(1月あたり)	100円	200円	300円	入居者の状態が急変した場合等において、 医師または看護職員が相談対応を行い、必 要に応じて診療・入院ができる体制を確保 し協力医療機関と連携している場合
協力医療機関連携加算 (Ⅱ)(1月あたり)	5円	10円	15円	(Ⅰ)以外の協力医療機関と連携している 場合
栄養マネジメント強化 加算	11円	22円	33円	低栄養状態のリスクが高い入居者に対し、 食事の調整等を実施した場合 ※LIFE活用
経口維持加算(Ⅰ) (1月あたり)	400円	800円	1,200円	著しい摂取障害がある方の経口摂取を維持 するために栄養管理を行った場合
経口維持加算(Ⅱ) (1月あたり)	100円	200円	300円	加算(Ⅰ)の条件を満たし、食事の観察及び 会議に医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語 聴覚士が加わった場合
口腔衛生管理加算(Ⅰ) (1月あたり)	90円	180円	270円	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士等が介 護職員等に口腔ケアに係る助言指導を行 い、口腔ケアの計画をしている場合
口腔衛生管理加算(Ⅱ) (1月あたり)	110円	220円	330円	加算(Ⅰ)の条件を満たし、LIFEを活用す る場合 ※LIFE活用
療養食加算 (1回あたり) 1日3回まで	6円	12円	18円	医師の食事箋に基づき療養食を提供した場 合
配置医師緊急時対応 加算(1回あたり)	325円	650円	975円	配置医師が施設の求めに応じ、通常の勤務 時間外に施設を訪問し、入居者の診察を行 った場合
	650円	1,300円	1,950円	配置医師が施設の求めに応じ、早朝または 夜間に施設を訪問し、入居者の診察を行っ た場合
	1,300円	2,600円	3,900円	配置医師が施設の求めに応じ、深夜に施設 を訪問し、入居者の診察を行った場合

看取り介護加算（Ⅰ）	72 円	144 円	216 円	看取り介護の体制を整備し、施設内及び在宅で死亡した場合(死亡日以前 31～45 日)
	144 円	288 円	432 円	看取り介護の体制を整備し、施設内及び在宅で死亡した場合（死亡日以前 4～30 日）
	680 円	1,360 円	2,040 円	看取り介護の体制を整備し、施設内及び病院で死亡した場合（死亡日の前日・前々日）
	1,280 円	2,560 円	3,840 円	看取り介護の体制を整備し、施設内及び病院で死亡した場合（死亡日）
看取り介護加算（Ⅱ）	72 円	144 円	216 円	看取り介護の体制を整備し、施設内及び在宅で死亡した場合(死亡日以前 31～45 日)
	144 円	288 円	432 円	看取り介護の体制を整備し、施設内及び在宅で死亡した場合（死亡日以前 4～30 日）
	780 円	1,560 円	2,340 円	看取り介護の体制を整備し、施設内及び病院で死亡した場合（死亡日の前日・前々日）
	1,580 円	3,160 円	4,740 円	看取り介護の体制を整備し、施設内及び病院で死亡した場合（死亡日）
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3 円	6 円	9 円	認知症の方が一定割合以上入居しており、且つ、認知症介護実践リーダー研修修了者を一定以上配置し、会議を定期的開催した場合
認知症チームケア推進加算（Ⅱ）（1 月あたり）	120 円	240 円	360 円	加算（Ⅰ）の要件を満たし、認知症介護に係る専門的な研修を修了しているものを 1 名以上配置し、会議を定期的開催した場合
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）（1 月あたり）	3 円	6 円	9 円	入居者の褥瘡発生を予防するため、定期的な評価を実施し、その結果に基づき計画的に管理した場合 ※LIFE 活用
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）（1 月あたり）	13 円	26 円	39 円	加算（Ⅰ）の要件を満たし、褥瘡の発生がない場合 ※LIFE 活用
排せつ支援加算（Ⅰ）（1 月あたり）	10 円	20 円	30 円	排泄に介護を要する入居者に対し、多職種が協働して支援計画を作成し、その計画に基づき支援する場合 ※LIFE 活用
排せつ支援加算（Ⅱ）（1 月あたり）	15 円	30 円	45 円	加算（Ⅰ）の要件を満たし、一定の改善がみられる場合 ※LIFE 活用
自立支援促進加算（1 月あたり）	280 円	560 円	840 円	医師が医学的評価を行い、自立支援に係る支援計画等の策定等に参加し、支援計画に従ったケアの実施、見直し等を行った場合 ※LIFE 活用

科学的介護推進体制 加算（Ⅰ）（1月あたり）	40円	80円	120円	心身の状況等に係る基本的な情報を測定し、情報を有効活用している場合 ※LIFE活用
科学的介護推進体制 加算（Ⅱ）（1月あたり）	50円	100円	150円	加算（Ⅰ）の要件を満たし、さらに疾病の状況項目も含めている場合 ※LIFE活用
安全対策体制加算 （入所時に1回）	20円	40円	60円	外部研修を受講した担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、安全対策実施体制が整備されている場合
高齢者施設等感染対策 向上加算（Ⅰ）（1月あたり）	10円	20円	30円	新興感染症の発生時等の対応を行う体制を整備し、協力医療機関等連携し、適切に対応している場合
高齢者施設等感染対策 向上加算（Ⅱ）（1月あたり）	5円	10円	15円	感染対策に係る一定要件を満たす医療機関から、感染制御等に係る実地指導を受けている場合
新興感染症等施設療養 （月5日を限度）	240円	480円	720円	厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に、医療機関を確保し、感染対応を行った上で、該当する介護サービスを行った場合
生産性向上推進体制加 算（Ⅰ）（1月あたり）	100円	200円	300円	（Ⅱ）の要件を満たし、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行っている場合
生産性向上推進体制加 算（Ⅱ）（1月あたり）	10円	20円	30円	生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行い、見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入している場合
介護職員等処遇改善加 算Ⅲ（1月あたり）	所定単位数×11.3%			

③介護保険給付の対象とならないサービス

区分	サービス内容	金額
理美容	外部業者による理容・美容サービス	実費
特別な食事等	出前・仕出しの利用や外出先での外食サービスの利用	実費
教養娯楽等	ご利用者の希望による趣味活動等のサービス（生け花・書道・お茶等）	実費
活動等	施設が企画・開催する諸活動 （カフェ・居酒屋等） ※希望者のみの参加	実費 （100 円程度）
日用品等	施設が推奨する日用品などの購入 ・口腔ケア用品（特殊な歯ブラシ等） ・スキンケア用品（ボディクリーム等） ・その他日用品 ※ご家族が準備・購入される場合は除く。	実費
電気使用料	ご利用者の希望により居室にて使用する電化製品を持ち込まれた場合の使用料など （電化製品はご自身での準備となります）	
	品名	使用料（1 日）
	テレビ・パソコン	50 円
	冷蔵庫	100 円
	電気ヒーター・電気毛布	50 円
	扇風機、電気ポット等	50 円

（2）支払方法

当月分を 1 ヶ月ごとに精算し、翌月 20 日までにご請求致します。

利用料のお支払いについては、原則として宮崎県社会福祉協議会が行う「介護 M-NET 代金回収サービス」を利用した指定口座からの振替によるお支払いとさせていただきます。（毎月 20 日（休日の場合、翌営業日）の振替となります。）

7. 入退居について

(1) 入居について

- ① 要介護認定を受けた方で、当施設指定の入居申込書に必要事項を記入することにより、入居申し込みを行うことができます。
- ② 入居前に関係事業所からの情報収集及び事前面接（家庭訪問等）を行います。その後、当施設の入居判定委員会により入居が決定した場合は、契約の手続きを開始させていただきます。契約の有効期間は要介護認定の有効期間満了日迄とします。但し、要介護認定が更新され、入居者又はご家族から契約終了の申出がない場合は、本契約も自動的に更新されるものとします。

(2) 退居について（契約の終了）

- ① 入居者はいつでも申し出ることにより、この契約を解約することができます。
- ② 施設は次の事由に当てはまる場合、入居者に対して、文書で通知することにより、この契約を解約することができます。
 - 1) 入居者のサービス利用料金の支払いが、正当な理由なく連続して3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも関わらず14日以内に支払われない場合
 - 2) 入居者が病院等に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合。
 - 3) 入居者及びご家族が、施設や施設職員又は他の入居者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行い、その状態が改善されない場合。
- ③ 入居者が要介護認定の更新において、非該当（自立）・要支援1・要支援2と認定された場合、所定期間の経過をもってこの契約は終了します。
- ④ 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
 - 1) 入居者が他の介護保険施設に入所した場合
 - 2) 入居者が死亡した場合
 - 3) やむを得ない事情により施設を閉鎖する場合
- ⑤ 入居者が当施設を退居する場合には、入居者の希望により、施設は入居者の心身の状況、置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入居者に対して速やかに行います。
 - 1) 適切な病院若しくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
 - 2) 居宅介護支援事業者の紹介
 - 3) 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. 当施設利用に際しての留意事項

事 項	内 容
面会	面会 9:00 ～ 19:00 ※上記以外の時間についてはご相談ください。
外出・外泊	外出・外泊届に必要事項をご記入下さい。 外泊開始予定日の前日までに施設に届け出て、その同意を得るものとします。
飲酒・喫煙	飲酒は、原則として夕食の時間帯でお願いします。 喫煙につきましては、敷地内及び全館禁煙となっておりますのでご遠慮ください。
所持品の持ち込み	ユニットケアの観点から、使い慣れた家具の持ち込みを推奨しております。但し、退居の際には、残置物のないようお願い致します。 ※電化製品については電気使用料が発生します。
医療機関への受診	施設の医師（配置医師）又は協力病院の医師の指示及び指導によらず、ご利用者やご家族のご希望により他の医療機関を受診する場合は、ご家族での対応をお願い致します。なお、診察結果や処方薬等につきましては、その後の療養に関わりますので職員へお申し出ください。
金銭・貴重品の管理	原則としてご利用者の責任において管理して頂きますので、必要以上の金銭・貴重品の持ち込みについてはご遠慮ください。（1,000 円程度を目安） 但し、施設長が必要と認めた場合は、施設に管理を委託することもできます。（契約書第 28 条）
宗教・政治活動	施設内で他の入居者に対する宗教活動や政治活動はご遠慮ください。
ペット	ペットの持ち込みはお断りします。
食べ物の持ち込み	健康上のことがありますので職員にお尋ねください。

9. 事故発生時の対応について

- (1) 入居者に対する介護福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村及び当該入居者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとします。
- (2) 入居者に対する介護福祉施設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、誠意を持って対応し、損害賠償を行うものとします。但し、本施設の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではありません。

10. 緊急時の対応について

入居者の容態に変化等があった場合は、配置医師に報告するなど必要な措置を講じるほか、下記の協力医療機関との連携により速やかな対応を行います。

〈協力医療機関〉

医療機関名	医療法人将優会 クリニックうしたに
所在地	宮崎市大字恒久 5065 番地
電話番号	0985-52-8080
診療科目	外科・内科・胃腸科・肛門科・整形外科・放射線科・リハビリテーション科

〈協力歯科医療機関〉

医療機関名	医療法人あおぞら ニコ歯科クリニック
所在地	宮崎市本郷北方字山崎 3587-1
電話番号	0985-52-6875
診療科目	歯科

11. 非常災害対策について

施設は、非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対する計画を作成し、防火管理者を定めます。年2回、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。別途定めるBCP（事業継続計画）により、大規模な災害や感染症が発生した場合でも出来る限り事業が継続できる様に尽力していきます。

1 2. 身体拘束の廃止

- (1) 施設は、介護福祉施設サービスの提供に当たっては、当該入居者又は他の入居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、身体拘束その他の入居者の行動を制限する行為を行いません。
- (2) 施設は、前項の身体的拘束等を行う場合には、次の手続きにより行います。
 - ① 身体拘束廃止委員会を設置します。
 - ② 「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」に身体拘束にかかる態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得なかった理由を記録します。
 - ③ 入居者又は家族に説明し、その他方法がなかったか改善方法を検討します。

1 3. 高齢者虐待防止について

虐待防止について、施設は入居者等の人権の擁護及び虐待防止等のために責任者を選定し、虐待防止委員会を設置します。施設職員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修等、必要な措置を講じます。また、虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。

1 4. 身元引受人について

- (1) 入居者の利用料等の支払いに関する連絡や入居契約が終了した後、施設に残された入居者の所持品を入居者自身が引き取れない場合等に備えて、「身元引受人」を定めて頂きます。施設は、「身元引受人」に連絡の上、入居者の所持品を引き取って頂きます。また、引渡しにかかる費用については、入居者又は身元引受人にご負担頂きます。

15. サービス内容に関する相談・苦情窓口

(1) 当施設内における苦情の受付

苦情受付窓口	受付時間	連絡先
<担当者> 久富 いづみ（生活相談員） 牧 佐帆子（介護支援専門員） <苦情解決責任者> 後藤 裕史（施設長）	月曜日～金曜日 8:30～17:00	電 話：0985-52-8001 F a x：0985-52-8090 E-mail：info@kanae-kai.com

(2) 行政機関、その他の苦情受付機関

苦情受付窓口	住所及び電話番号
宮崎市福祉部介護保険課	住所：宮崎市橘通西1丁目1番1号 電話：0985-21-1777
宮崎県福祉保健部長寿介護課	住所：宮崎市橘通東2丁目10番1号 電話：0985-26-7058
赤江地区地域包括支援センター	住所：宮崎市恒久4丁目2番地19 電話：0985-63-5310
大淀地区地域包括支援センター	住所：宮崎市花山手東3丁目25番地2 電話：0985-55-1010
宮崎県国民健康保険団体連合会 情報介護課 介護福祉係	住所：宮崎市下原町231番地1 電話：0985-35-5301

指定介護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行いました。上記を証するため、本書2通を作成し、各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

<事業者>

所 在 地：宮崎県宮崎市大字恒久 5311 番地 1

名 称：社会福祉法人かなえ会

特別養護老人ホームかなえ

代 表 者： 理事長 牛谷 義秀

施設長 後藤 裕史

説 明 者： _____

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。

令和 年 月 日

〔契約者〕

<入居者>

住 所： _____

氏 名： _____

<代理人>

住 所： _____

氏 名： _____

続 柄： _____

