

令和7年10月1日～

契約締結日：令和 年 月 日

## 「特別養護老人ホーム南界園」

# 重要事項說明書

利用者 <

様 >

当施設は介護保険の指定を受けています。  
(鹿児島県指定 第4678000029号)

当施設は利用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、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「**要介護3以上**」と認定された方が対象となります。要介護1、2の方、要介護認定をまだ受けていない方でもやむを得ない事由がある場合は入所が可能です。

# ◆◆ 目次 ◆◆

- |                             |      |
|-----------------------------|------|
| 1. 施設経営法人                   | P1   |
| 2. ご利用施設                    | P1   |
| 3. 居室の概要                    | P1   |
| 4. 職員の配置状況                  | P2   |
| 5. 当施設が提供するサービスと利用料金        | P2~4 |
| 6. 施設を退所していただく場合（契約の終了について） | P5~6 |
| 7. 残置物引取人                   | P6   |

|               |    |
|---------------|----|
| 8. 苦情の受付について  | P7 |
| 9. 非常災害対策     | P7 |
| 10. 安全対策      | P7 |
| 11. 身体拘束適正化対策 | P8 |
| 12. 感染症対策     | P8 |
| 13. 高齢虐待防止の推進 | P8 |
| 14. 褥瘡予防対策    | P8 |
| 15. 生産性向上推進体制 | P8 |

## 1. 施設経営法人

|           |                 |
|-----------|-----------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人 慈愛会      |
| (2) 法人所在地 | 鹿児島県鹿児島市泉町1番15号 |
| (3) 電話番号  | 099-256-0311    |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 今村 英仁       |
| (5) 設立年月  | 昭和48年1月30日      |

## 2. ご利用施設

|              |  |
|--------------|--|
| (1) 施設の種類    | 指定介護老人福祉施設・平成12年4月1日指定<br>鹿児島県第4678000029号   |
| (2) 施設の目的    | 要介護状態にある高齢者に対し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるよう、入浴、排泄、食事の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより生活全般にわたる援助を行う。                        |
| (3) 施設の名称    | 特別養護老人ホーム 南界園  |
| (4) 施設の所在地   | 鹿児島県熊毛郡中種子町田島327番地1  |
| (5) 電話番号     | <b>代表 0997-27-9204</b>   |
| (6) 施設長（管理者） | 氏名 園田 俊一   |
| (7) 当施設の運営方針 | 高齢者は多年にわたり、社会の発展に寄与された方であり、敬愛され健全で安らかな生活が保証されなければなりません。基本理念に基づき、熱い心をもって高齢者の福祉増進を図る。人間尊重の精神を徹底し、明るく楽しい生活の場・美しい環境作りに努める。 |
| (8) 開設年月     | 昭和57年4月1日  |
| (9) 入所定員     | 80人  |

### 3. 居室の概要

#### <居室等の概要>

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、原則として4人部屋ですが、個室など他の種類の居室への入居をご希望される場合は、その旨お申し出下さい。(但し、利用者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。)

| 居室・設備の種類 | 室 数 | 備 考                |
|----------|-----|--------------------|
| 個室（1人部屋） | 4室  |                    |
| 2人部屋     | 18室 |                    |
| 4人部屋     | 10室 |                    |
| 静養室      | 1室  |                    |
| 合 計      | 33室 |                    |
| 食 堂      | 3室  |                    |
| 機能訓練室    | 1室  | [主な設置機器] 滑車訓練機・平行棒 |
| 浴 室      | 2室  | 一般浴槽・特殊浴槽          |
| 医務室      | 1室  |                    |

※上記は、厚生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：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等により居室を変更する場合があります。その際は、利用者及び身元保証人等と協議の上決定するものとします。

### 4. 職員の配置状況

施設では、利用者に対して指定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。

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

| 職 種              | 人 数   |
|------------------|-------|
| 施設長（管理者）         | 1名    |
| 介護職員             | 27名以上 |
| 生活相談員            | 1名以上  |
| 看護職員             | 3名以上  |
| 機能訓練指導員（看護職員と兼務） | 1名以上  |

|            |          |
|------------|----------|
| 介護支援専門員    | 1名以上     |
| 医師         | 嘱託医 1名以上 |
| 栄養士又は管理栄養士 | 1名以上     |

## 5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、

（1）利用料金が介護保険から給付される場合

（2）利用料金の全額を利用者に負担いただく場合

### （1）介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の7～9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、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・利用者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各利用者の状態に応じた栄養ケア計画を管理栄養士が作成します。
- ・利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事を摂っていただくことを原則としています。
- ・主治医より指示があり利用者の疾患治療の手段として処方を受け食事を提供した場合、療養食加算をいただきます。

#### 『食事時間』

朝食：7：35～　昼食：11：20～　夕食：17：25～

##### ②入浴

- ・週2回以上行います。ただし、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。
- ・利用者の心身の状態や意向に応じて特殊浴槽や普通浴槽や入浴リフトでの入浴ができます。

##### ③排泄

- ・排泄の自立を促すため、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

- ・利用者の状態に応じて、機能訓練指導員及び看介護職員が中心となり、現在の日常生活動作の維持向上を目的とした機能訓練を実施致します。

##### ⑤健康管理

- ・看護職員と医療機関が連携のもと、24時間連絡体制を確保し健康管理を行

います。

- ・施設では、インフルエンザの流行防止と重症化予防のために、毎年（10～12月頃）国の定める季節型・新型インフルエンザの予防ワクチンを、入居者全員に接種していただきます（別紙：同意書あり）
- ・当施設では介護職員等によるたんの吸引等の実施をいたしております。（別紙：説明書・同意書あり）

#### 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。
  - ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。
  - ・口腔内の清潔を保つ為、毎日、口腔ケア（口腔内清拭含む）の支援をします。
- ※利用者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各利用者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行います。（月1回、口腔衛生委員会を開催。協力歯科医師の助言・指導を年2～4回計画しています）
- ・生活援助は介護保険の主旨である自立支援に向けて残存機能を最大限に生かした支援を行います

#### <サービス利用料金（1日あたり）>（契約書第4条参照）

<別紙1, 2, 3>の料金表・加算説明によって、利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を差し引いた差額分（自己負担分：介護保険負担割合証に基づく1割、2割又は3割のサービス料金の負担）に、居住費と食費を加えた合計金額を事業者にお支払い下さい。（※別紙1. 別紙2. 別紙3を参照）

- ・サービスの利用料金は、利用者の負担割合・負担限度額、要介護度や加算に応じて異なります。詳細は個別の料金表（別紙1.2.3）にて説明させて頂きます。
- ・今後、サービス利用料金、居住費・食費の金額に変更があった場合は別紙1.2.3にて事前に説明を行い、同意を頂きます。

☆利用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、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。もしくは、要介護認定後、重要事項説明書<別紙1.2.3>に定める所定の料金体系に基づいたサービス利用料金から介護保険給付額を差し引いた差額分（自己負担分：1～3割に居住費食費を加えた額を事業者に支払うものとします）。

### [居住費・食費]

- ☆居住費・食費に係わる費用について、負担限度額認定を受けている場合には『**介護保険標準負担限度額認定証**』に記載している負担限度額とします。利用者個人の経済状況等に応じて異なります<別紙 1.2.3 参照>
- ※当施設では『**社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度**』も御利用頂けますので、保険者（役場介護保険係）または生活相談員に御相談下さい。
- ☆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、利用者の負担額を変更します。

### （2）介護保険給付以外のサービス（契約書第 5 条）

- ①利用者が選定する特別な食事の提供
- ②利用者に対する理美容サービス
- ③金品及び貴重品の管理

利用者の希望により、金品及び貴重品管理サービスをご利用いただけます。詳細は以下の通りとし、通帳管理費用として 1 か月あたり出納件数にかかわらず、1500 円を負担いただきます（R2.8.1 より料金を頂いています）

なお、金銭の管理につきましては、身元保証人等が島外在住、もしくは高齢に伴い交通の便がない等の理由により、継続的な支払いが困難で利用者の生活に支障が出る場合等、施設が総合的に判断し便宜を図ります。

- 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：上記預貯金通帳と金融機関の届出印、有価証券、年金証書、介護保険証、負担割合証、健康保険証、限度額認定証、身体障害者手帳等

○保管管理者 : 施設長

○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け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。
- ・保管管理者は出入金の都度出入金記録を作成し、その写しを利用者及び身元保証人又は後見人へ交付します。（年に 4 回）

○通帳管理費用：出納件数にかかわらず、1 か月 1,500 円

### (3) 利用料金のお支払い方法 (契約書第4条)

前記(1)(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月25日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(1か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。)

- ・金融機関口座からの自動引き落とし

※ご利用できる金融機関：鹿児島銀行、種子屋久農業協同組合、ゆうちょ銀行、鹿児島相互信用金庫

### (4) 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、利用者の希望により、下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。(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療・入院治療を義務づけるものではありません。)

#### ①嘱託医療機関

|         |                             |
|---------|-----------------------------|
| 医療機関の名称 | 高岡医院 中種子町野間6337番地7          |
| 医療機関の名称 | ともファミリークリニック 南種子町中之上3038番地2 |

#### ②協力医療機関

|         |                 |
|---------|-----------------|
| 医療機関の名称 | 公立種子島病院         |
| 所在地     | 南種子町中之上1700番地22 |

#### ③協力歯科医療機関

|         |                |
|---------|----------------|
| 医療機関の名称 | 田中歯科医院         |
| 所在地     | 中種子町野間5102番地22 |

## 6. 施設を退所していただく場合 (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、利用者に退所して頂くことになります。

(契約書第19条)

- ①利用者が死亡した時
- ②要介護認定により利用者の心身の状況が自立又は制度上入所できない介護度と判定された場合
- ③事業者が解散した場合、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
- ④施設の滅失や重大な毀損により、利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤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
- ⑥利用者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）

#### （1）利用者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第20条21条）

契約の有効期間であっても、利用者から当施設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利用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又は過失により利用者の身体・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
- ⑥他の利用者が、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、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所していただく場合（契約解除）（契約書第22条）

以下の事項に該当する場合には、当施設からの退所していただくことがあります。

- ①利用者が、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利用者による、サービス利用料金の支払いが6か月以上遅延し、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利用者が、故意又は重大な過失により事業者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・信用等を傷つけ、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
- ④利用者が連續して3か月を超えて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利用者が他の施設に入所した場合
- ⑥利用者もしくはその家族が事業所もしくはサービス従事者の依頼に反して行った行為に専ら起因して、他利用者またはその家族からの苦情申し立て等が発生する等、施設からの注意・勧告にもかかわらず状況変化改善が認められない場合。

### **(3) 利用者が病院等に入院された場合の対応について\* (契約書第24条参照)**

当施設に入所中に、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  
3か月以内に退院、もしくは退院が見込まれる場合は、退院後再び施設に入所することができます。

#### **①入院7日まで (介護保険給付の自己負担)**

入院した翌日から最長6日間、月を越えた場合は最長12日間、介護保険給付の自己負担分として、外泊時費用、居住費をご負担いただきます。

通常、ご負担いただいますが、利用者のベッドを当施設の依頼により空床利用させていただいた場合は、その期間における料金負担はありません。また、この場合、退院日程を調整させていただくことがあります。

#### **②3か月以内の退院が見込まれない場合**

3か月以内の退院が見込まれない場合は、契約を解除する場合があります。

ただし、健康状態が安定し再入所を希望される場合については、再度入所申請書を提出していただいた上で入所検討委員会において優先的に再入所できますよう配慮させていただきます。

### **(4) 円滑な退所のための援助 (契約書第23条参照)**

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、事業者は利用者の心身の状況、お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. 残置物引取人（契約書第26条参照）

当施設入所にあたり、身元保証人を選定いただきます。入所契約が終了した後、当施設に残された利用者の所持品（残置物）を利用者自身が引き取れない場合、原則として身元保証人に残置物を引き取りいただきますが、利用者が別に「残置物引取人」を定めることを希望する場合、身元保証人以外に「残置物引取人」を選定できます。

当施設は、「残置物引取人」に連絡のうえ、残置物を引き取っていただきます。

また、引渡しにかかる費用については、通常は、利用者及び身元保証人、残置物引取人を選定している場合は残置物引取人にご負担いただきます。

## 8. 苦情の受付について（契約書第28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ご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

|                | 職　名   | 氏　名   |
|----------------|---|-------|
| 相談・苦情の受付担当者    | 生活相談員   | 片板　要一 |
| 相談・苦情の解決責任者    | 園　長   | 園田　俊一 |
| 相談・苦情の受付時間・連絡先 | 時　間　毎週月曜日～金曜日 8：30～17：30<br>連絡先　0997-27-9204<br>※また、苦情受付ボックスをホール、事務所前に設置していますので、ご意見をお寄せいただけます<br>※施設内に掲示してあります、当施設の定める第三者委員に要望又は苦情を申し出ることができます。 |       |

### （2）行政機関その他苦情受付機関

|                   |   |
|-------------------|---|
| 中種子町役場<br>介護保険担当課 | 所在 地：中種子町野間5186番地<br>電話番号：27-1111（内線215）<br>F A X：27-2620<br>受付時間：8：30～17：00    |
| 国民健康保険団体連合会       | 所在 地：鹿児島市鴨池新町6番6号<br>電話番号：099-213-5122<br>F A X：099-213-0817<br>受付時間：9：00～17：00 |

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| 鹿児島県社会福祉協議会<br>(福祉サービス運営適正化<br>委員会) | 所在地：鹿児島市鴨池新町1-7<br>電話番号：099-286-2200<br>FAX：099-257-5707<br>受付時間：9:00～16:00 |
|-------------------------------------|---|

## 9. 非常災害対策

非常災害時において、実効性の高い対策をとることができるように、周辺地域において想定される、火災・震災・風水害その他非常災害に関する計画を策定し、計画の概要を施設に掲示するとともに、地域との連携に努めます。

- ・防火設備 自動通報装置・スプリンクラー・消火器・消火栓等・避難器具
- ・防災訓練 年2回以上

## 10. 安全対策

安全対策委員会を1か月に1回あるいは必要時に開催し、当施設の安全対策を協議検討します。協議内容については、担当者が記録を整備いたします。なお、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村・利用者及び身元保証人又は後見人等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。事故発生の防止のための指針に基づき早急に事故対策委員会を開催し再発予防策を検討します。検討した再発予防策、事故の状況及び事故に際してとった処置等の経過について、記録を整備します。また職員に対し、定期的な研修を年2回以上行います。

## 11.身体拘束適正化対策

身体拘束廃止委員会を1か月に1回開催し、当施設の身体拘束の状況を協議検討し、廃止に向けた取り組みを行います。協議内容については、担当者が記録を整備し職員へ周知いたします。また、職員に対し身体拘束の適正化の基礎的内容の適切な知識を普及啓発するために年2回以上の研修を行います。事業者は、利用者又は他の利用者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、利用者に対し隔離、身体拘束、薬剤投与その他の方法により利用者の行動を制限しません。

## 12.感染症対策

感染症対策委員会・衛生管理委員会を1か月に1回以上あるいは必要時に開催します。感染対策委員会では、感染症に対する予防対策を協議検討し、感染源の隔絶・除去及び感染経路の遮断に取り組み、安全な生活環境の構築に努めます。

## 13.高齢者虐待防止の推進

高齢者虐待防止推進委員会を1ヶ月に1回以上あるいは必要時に開催し、利用者の人

権の擁護・虐待の防止等のための取り組みを行います。協議内容については担当者が記録を整備し職員へ周知します。また職員に対し、虐待防止のための研修を身体拘束適正化対策・安全対策と合わせて定期的に開催します。

#### **14.褥瘡防止対策**

褥瘡ケア委員会を1ヶ月に1回以上あるいは必要時に開催し、当施設の褥瘡対策を協議・検討し、その効率的な推進を図り、予防と治療を行います。

#### **15.生産性向上推進体制**

生産性向上委員会を3ヶ月に1回以上あるいは必要に応じ隨時開催し、介護現場における生産性向上に資する取り組みを図る観点から現場における課題を抽出及び分析した上で、必要な対策を講じる為の体制を整備し、①入所者の安全、②介護サービスの質の確保、③職員の負担軽減を図ることを目的とする。

#### <緊急時における対応方法>

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）へ連絡をします。

|     |                  |  |
|-----|------------------|--|
| 主治医 | 病院名<br>及び<br>所在地 |  |
|     | 氏名               |  |
|     |                  |  |

|                 |        |        |
|-----------------|--------|--------|
| 緊急時連絡先<br>(家族等) | 氏名（続柄） | (続柄： ) |
|                 | 住 所    |        |
|                 | 電話番号   |        |

※この重要事項説明書は、厚生省令39号（平成11年3月31日）第4条の規定に基づき、入所申し込み者、身元保証人または後見人等への重要事項説明のために作成したものです。

## ＜重要事項説明書付属文書＞

### 1. 施設の概要

- (1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 陸屋根2階建
- (2) 建物の延べ床面積 1,698.94m<sup>2</sup>
- (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] 平成12年4月1日指定 鹿児島県4678000029号  
定員10名

[南界園通所介護センター] 平成12年4月1日指定 鹿児島県4678000045号  
定員30名

[南界園居宅介護支援センター] 平成12年4月1日指定 鹿児島県4678000011号

[南界園訪問介護センター] 平成12年4月1日指定 鹿児島県4678000060号

### 2. 職員の配置状況

#### ＜配置職員の職種＞

**生活相談員** ······ 利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

※1名以上の生活相談員を配置しています。

**看護職員** ······ 主に利用者の健康管理を行いますが、日常生活上の介護、介助等も行います。

**介護職員** ······ 利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言を行います。

※3名の入居者に対して1名の看介護職員を配置しています。

**機能訓練指導員** ······ 個別機能訓練体制加算は算定しておりません。

**介護支援専門員** ······ 利用者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成し

ます。

※ 1名以上の介護支援専門員を配置しています。

医師

・・・利用者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。

※ 1名の嘱託医師を配置しています。

管理栄養士

・・・利用者の食事に係わる栄養ケア計画を作成いたします。

### 3. 契約締結からサービス提供までの流れ

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、入所後作成する「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。

（契約書第3条参照）

①当施設の介護支援専門員（ケアマネジャー）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担当します。

②その担当者は施設サービス計画の原案について、利用者及び身元保証人等に対して説明し、同意を得たうえで決定します。

③施設サービス計画は、6～12か月（※要介護認定有効期間）に1回、もしくは利用者及び身元保証人等の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要がある場合には、利用者及び身元保証人等と協議して、施設

④施設サービス計画が変更された場合には、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。

#### 4.契約締結から看取りまでの手順

利用者に対する「看取り」についての方針を示し、「看取り」の意向から事後段階までのサービス内容を「看取り介護計画書」に定めます。

(入所段階)

- ・当施設の「看取介護指針」の説明
- ・急変時や終末期における医療等に関する意思確認書の説明 事前確認

(移行段階)

- ・終末期宣言：医師が、「医学的回復の見込みがない」と判断
- ・医師から死期について家族へ説明。
- ・施設ができる見取り体制を示し、看取り介護パンフレット説明

- ・看取りの場所意向確認。選定。

※看取りの場所を決めていただきますが、希望があればいつでも変更できます。

- ・「看取り」の実施段階へ（意向により場所の選定）

（実施段階） 施設での看取りを決めた場合実施

- ・看取り介護計画書作成
- ・看取り介護計画書説明。同意。
- ・定期的な状況説明。同意。方針協議。

（事後段階） 利用者死亡後の対応

- ・家族のグリーフケア（デスカンファレンスへの参加、看取り終了後アンケート依頼）
- ・デスカンファレンスの実施

## 5. サービス提供における事業者の義務（契約書第8条～11条参照）

当施設は、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利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②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、利用者から聴取、確認します。
- ③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。
- ④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、利用者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ⑤利用者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、利用者又は他の利用者等の生命、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。
- ⑥事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得た利用者及び身元保証人又は後見人等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）  
ただし、利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等に利用者的心身等の情報を提供します。  
また、利用者の円滑な退所のための援助を行う際には、利用者に関する情報を市町村、居宅支援事業所その他の介護支援事業所へ情報を提供いたします。

## 6. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている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下さい。

**(1) 面会**

**・面会時間 8：00～20：00**

※ただし、インフルエンザ等の感染症流行時は面会を制限させて頂く場合があります。

※来訪者は、必ずその都度職員に届け出てください。

**(2) 外出・外泊（契約書第27条参照）**

外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出下さい。

但し、外泊については、最長で月6日間とさせていただきます。

**(3) 食事**

食事が不要な場合は、前日までにお申し出下さい。

1日食事をとられない場合は食事代はいただけません。

**(4) 施設・設備の使用上の注意（契約書第12条参照）**

○居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。・故意に、又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、利用者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

○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、利用者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、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入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、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。

**6. 損害賠償について（契約書第16条、第17条参照）**

当施設において、事業者の責任により利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

## 個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、私（ ）および身元保証人（ ）は、特別養護老人ホーム南界園が、私および身元保証人、家族の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、または収集することに同意します。

### 1. 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

### 2. 利用目的

- (1) 介護保険制度における介護認定の申請及び更新、変更のため
- (2) 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、行政関係担当者（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
- (3) 利用者が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合
- (4) のカンファレンス・サービス担当者会議のため
- (5) 行政等の開催する介護保険サービスの質の向上のための検討会議や研究会などでの事例発表
- (6) その他サービス提供で必要な場合
- (7) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

### 3. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、上記目的以外決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。

(2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。

## インフルエンザ予防接種同意書

私は、集団生活におけるインフルエンザ等の予防接種の目的や効果又その副作用等理解した上で、その重要性を認識しております。そのため（ ）が毎年（10月～12月）南界園で実施される季節型および新型インフルエンザ等の予防接種を受けることに同意します。

\*本人又は身元保証人からの申し出がない限り毎年、園の計画に基づき実施させていただきます。

# 新型コロナワクチン予防接種

## 意向確認書兼同意書

新型コロナワクチンの接種は、厚生労働省より国民の皆様に受けていただくようにお勧めしていますが、接種を受けることは強制ではありません。予防接種による感染症予防の効果と副反応のリスクの双方について理解した上で、自らの意思で接種を受けていただきます。受ける方の同意なく接種は行いません。添付した情報提供資料をしっかり確認された上で意思表示をお願いします。

私は新型コロナワクチン予防接種の目的や効果又その副作用等理解した上で、その重要性を認識しております。

そのため（）が新型コロナワクチンの予防接種を受けることに（ 同意します  同意しません）※どちらかに○をつけて下さい

※同意された方については、新型コロナワクチン予防接種について市町村から「お知らせ」「接種券」が届き、接種可能な時期が来ましたら、南界園の方で予防接種の手続き・予防接種実施を行わせていただきます。

\* 今後の新型コロナワクチン予防接種については、本人又は身元保証人からの申し出がない限り、随時実施させていただきます。

特別養護老人ホーム 南界園

## 介護職員等によるたんの吸引等の実施に係る説明書兼同意書

\_\_\_\_\_  
様

事業所名 特別養護老人ホーム 南界園  
施設長 園田 俊一 印

当事業所では、「社会福祉及び介護福祉士法」の一部改正・介護サービスの基盤強化のための介護保険法の一部を改正する法律（平成23年度改正 法律第72号）を受け、利用者に対する以下のケアの一部の行為を配置医・看護師の指示の下、一定の研修を受けた介護職員等が一定の条件の下に実施する方針としております。

これらのケアは、事業所における他の医療的なケアと比べ、医療関係者との連携・協働の下では相対的に危険性が低いとされており、また事業所内においても介護職員等への連携体制の整備、配置医による看護師・介護職員等への指導の実施、安全委員会による実施状況の把握や実施体制の評価・検証を定期的に行うなど、ご利用者様の安全確保に向けて最善を尽くしてまいります。

つきましては、事業所の方針に賛同していただきますようお願い申し上げます。（なお、以下のケアの実施には、国が定める「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修カリキュラム」のうち、基本研修を修了した者の実地研修を含ませていただきます。）

口腔内（咽頭の手前まで）のたんの吸引  
鼻腔内（咽頭の手前まで）のたんの吸引  
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（流動食・半固形）

### 同意書

一定の研修を受けた介護職員等が一定の条件の下に実施する下記のケアの実施について同意します。（国が定める「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修カリキュラム」のうち、基本研修を修了した者の実施研修による実施を含む）

口腔内（咽頭の手前まで）のたんの吸引  
鼻腔内（咽頭の手前まで）のたんの吸引  
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養（流動食・半固形）

### 急変時や終末期における医療等に関する意思確認書

私は、特別養護老人ホーム南界園において、治療（対応）について次のとお

り希望します。なお、意思確認はいつでも変更、または撤回できるものとします。

①病状が悪化した時の対応について

- 救急搬送を希望する。
- 救急搬送後、人工呼吸器を希望する。
- 治療については搬送先の担当医の判断に任せる

②心停止・呼吸停止時の対応について

- 救急搬送を希望する
- 救急搬送後、人工呼吸器を希望する
- 嘔吐医の判断に任せる

※人工呼吸・心臓マッサージ・AEDの対応は延命処置でないため、必ず行いますが、希望に沿って対応します（希望しない場合は下記にチェックを入れます）

心停止・呼吸停止時に人工呼吸・心臓マッサージ・AEDを希望しない

③食事が口から摂れなくなった時の対応について

- 食べられるだけでよい
- 胃瘻造設を希望する
- 点滴による水分補給を希望する

※南界園は生活の場であり、医療機関ではないため、点滴等の医療行為は行えません。点滴等を希望される場合は、入院して頂くことになります。

④終末期の対応について

- 自宅に帰ることを希望する。
- 病院に入院を希望する。
- 施設での看取りを希望する

※南界園では看取り時は基本的に人工呼吸・心臓マッサージ・AEDの対応は行いません。

特別養護老人ホーム南界園

園長 殿

令和 年 月 日

利用者 氏名

印

身元保証人 住所

氏名

印

### SNS（インスタグラム）、公式ホームページへの写真・動画の投稿・掲載について

南界園ではSNS（インスタグラム）、公式ホームページへ利用者の写真・動画投稿、掲載を利用者及び身元保証人へ承諾を得た上で、投稿・掲載をしております。つきましては、投稿・掲載に関して承諾の有無を確認いたします。

#### 1 投稿・掲載内容

園内・園外行事の利用者の写真・動画

私、( ) 及び身元保証人( ) は、SNS(インスタグラム)、公式ホームページへの写真・動画の投稿・掲載を

( ) 承諾します。

( ) 承諾しません。

インスタグラム

公式ホームページ

h t t p s :

//nankaien.jiaikai-k.or.jp



### 施設理容（髪カット）承諾書

南界園では利用者の理容（髪カット）については、専門の方をお呼びして定期的に実施しております。その際、理容料金 2,000 円を自己負担していただく事となりますのでご理解・ご承諾の程よろしくお願いします。

<理容実施業者>

訪問美容 寿樹（じゅじゅ）  
〒890-0014 鹿児島市草牟田一丁目 3-10  
中神髪総合同会社  
TEL.099-298-1870

中種子町野間  
種子島拠点： 鎌田 綾乃