

「介護老人保健施設うりずん」重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
(沖縄県指定 第4751380108号)

当施設は入所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」と認定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	1ページ
2. ご利用施設	1ページ
3. 居室の概要	2ページ
4. 職員の配置状況	3ページ
5. 当施設が提供するサービスと利用料金	4ページ
6. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）	10ページ
7. 事故発生時の対応について	11ページ
8. 非常災害対策について	11ページ
9. その他、運営に関する重要事項	11ページ
10. 苦情の受付について	12ページ

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 医療法人 正清会
- (2) 法人所在地 沖縄県島尻郡南風原町字大名275番地
- (3) 電話番号 098-889-3206
- (4) 代表者氏名 理事長 与儀英明
- (5) 設立年月 平成6年4月25日

2. ご利用施設

(1) 施設の種類

指定介護老人保健施設・平成12年3月2日指定 沖縄県4751380108号

(2) 施設の目的

看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話等の介護保険施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることができるよう支援することを目的とした施設です。さらに、家庭復帰の場合には療育環境の調整など、退所時の支援も行いますので安心して退所頂けます。

(3) 施設の名称

介護老人保健施設うりずん

(4) 施設の所在地 沖縄県島尻郡与那原町字板良敷1281番地1

(5) 電話番号 098-944-7000

Fax 番号 098-944-7003

(6) 施設長(管理者)氏名 仲嶺 時雄

(7) 当施設の運営方針

- ① 入所者の家庭復帰を目指し、明るく、楽しく快適な雰囲気できがいの持てる療養生活が送れる施設にする。
- ② 入所者の日常生活能力の維持、回復への支援をし、自立した生活に向け機能訓練等のサービス提供を充実させる。
- ③ 地域住民から親近感が持たれる施設運営を実施し、家庭や地域との連携を深め、通所リハビリや短期療養介護など地域の要介護者の介護サービスと、家庭の介護負担の軽減を図り、福祉の向上に寄与する。

(8) 開設年月

平成12年3月2日

(9) 入所定員

75名

3. 居室の概要

(1) 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、ご契約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。)

☆居室の変更：入所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、入所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、入所者やご家族等と協議のうえ決定するものとします

居室・設備の種類	室数	備考
個室（1人部屋）	9室	4階個室のみ：シャワー・トイレ・電話・電気ポット・冷蔵庫完備
2人部屋	1室	シャワー・トイレ・電話・電気ポット・冷蔵庫完備
4人部屋	16室	シャワー・トイレ付き
合 計	26室	
食堂	2室	
機能訓練室	2室	
浴室	2室	
医務室	2室	

（２）利用に当たって別途利用料金をご負担いただく施設・設備

□個室（３階の個室は除く）及び２人部屋

※上記は、介護保険の給付対象とならないため、ご利用の際は、別途利用料金をご負担いただきます。

４．職員の配置状況

当施設では、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	常勤換算	業務内容
１． 施設長（管理者）	１	
２． 介護職員	２７	日常生活における心身の世話
３． 支援相談員	３	相談援助業務・地域との連携
４． 看護職員	１０	診療の補助・療養上の世話
５． 理学療法士・作業療法士 言語療法士	６	リハビリテーションの実施・指導
６． 介護支援専門員	１	施設サービス計画の立案・諸手続
７． 医師（施設長兼務）	１	医療面での健康管理
８． 管理栄養士	１	栄養管理・栄養指導
９． 事務職員	４	経理・会計・介護事務・栄養事務
１０． その他（洗濯場）	１	洗濯・衣類の修繕

常勤換算：職員それぞれ、週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）で除した数です。

（例）週 8 時間勤務の介護職員が 5 名いる場合、常勤換算では 1 名（8 時間×5 名÷40 時間＝1 名）となります。

＜主な職種の勤務体制＞

職 種	勤 務 体 制
1. 医師	月～金：8：30～17：30
2. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早朝：07：00～16：00 4名 日中：08：15～17：15 3名 10：00～19：00 3名 夜間：17：00～ 9：00 3名
3. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 日中：8：30：～17：30 3名 夜間：17：00～9：00 1名
4. 理学療法士・作業療法士 言語療法士	月～土：8：30～17：30
5. 介護支援専門員	月～金：8：30～17：30
6. 支援相談員	月～金：8：30～17：30

☆土日は上記と異なります。

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

入所者が、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、入所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。

また、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、入所者の負担額を変更します。

（1）介護保険給付の自己負担額

①施設サービス費〔1日あたり・円〕介護保険負担割合1割負担の場合

	多床室(日額)	従来型個室(日額)
要介護1	871円	788円
要介護2	947円	863円
要介護3	1,014円	928円
要介護4	1,072円	985円
要介護5	1,125円	1,040円

・介護保険負担割合2割の方は上記金額の2倍、3割の方は3倍となります。

・外泊された場合は外泊初日と最終日以外は上記の料金に代わり 362 円（日額）となります。

〈サービスの概要〉

入浴

- ・入浴又は清拭を週2回以上行います。

口腔ケア

- ・口腔ケアを実施します。 必要に応じて歯科往診の調整を行います。

排泄

- ・排泄の自立を促すため、入所者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

リハビリテーション

- ・理学療法士を中心とし、入所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。

健康管理

- ・入所者の状態に照らして適切な医療・看護により、健康管理を行います。

栄養管理

- ・心身の状態の維持、改善の基礎となる栄養管理サービスを提供します。

その他自立への支援

- ・離床を促し、活動的な生活が送れるよう支援します。
- ・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。

② その他の加算

サービス種類	料金	下記金額は1割負担の場合です。 負担割合2割の方は2倍、3割の方は3倍となります。
在宅復帰 在宅支援機能加算Ⅱ	51 円／日	厚生労働省が定める要件を満たした在宅復帰・在宅支援機能が高いと認められた老健です。10 項目の実績に応じた合計ポイントが 70 以上を満たしています。
夜勤職員配置加算	24 円／日	利用者 75 名に対し 4 名の夜勤職員を配置しています。
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18 円／日	当該職員の介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が 60%以上です。
介護職員等処遇改善加算Ⅰ		基本料金と加算料金の合計に 7.5%が加算されます。
初期加算(Ⅰ)	60 円／日	急性期医療を担う医療機関の一般病棟への入院後 30 日以内に退院し、施設に入所した者について、1 日につき所定単位数を加算する。 ただし、初期加算（Ⅱ）を算定している場合は、算定しない。 入所後 30 日間に限り加算。
初期加算(Ⅱ)	30 円／日	施設の利用開始にあたって、入所者が施設等での生活に慣れるために行う支援を評価する加算。入所後 30 日間に限り加算。 ただし、初期加算（Ⅰ）を算定している場合は、算定しない。

短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	258 円/日	入所後 3 か月間、必要に応じて集中的にリハビリを実施します。 20 分以上の個別リハを 1 週につきおおむね 3 日以上実施。 毎月評価を行い LIFE でデータを国に提出します。
短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	200 円/日	入所後 3 か月間、必要に応じて集中的にリハビリを実施します。 20 分以上の個別リハを 1 週につきおおむね 3 日以上実施。
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	240 円/日	入所後 3 か月間、認知症を持つ利用者に対して生活機能を改善するための短期間の集中的なリハビリを実施します。居宅訪問し生活環境を踏まえたリハビリを行います。 20 分以上の個別リハを 1 週につき 3 日まで実施。
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	120 円/日	入所後 3 か月間、認知症を持つ利用者に対して生活機能を改善するための短期間の集中的なリハビリを実施します。 20 分以上の個別リハを 1 週につき 3 日まで実施。
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ)	33 円/月	医師やスタッフが協働し、リハ実施計画書を入所者又はその家族へ説明し継続的にリハビリの質を管理。実施計画を厚労省に提出し必要な情報を活用。
安全対策体制加算	20 円/ 入所時 1 回	外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること。
口腔衛生管理加算Ⅰ	90 円/月	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入所者に対し口腔ケアを月 2 回以上行う。歯科衛生士が当該入所者に係る口腔ケアについて介護職員に対し、具体的な技術助言及び指導を行う。
訪問看護指示加算	300 円/回	老健医師の診察に基づき訪問看護が必要と認め、訪問看護に対して指示書を交付した場合。
ターミナルケア加算	72 円/日	ご家族同意のもと施設においてターミナルケアが実施され、死亡日 45 日～31 日前に算定。
	160 円/日	死亡日 30 日前～4 日前に算定。
	910 円/日	死亡日 3 日前又は 2 日前に算定
	1,900 円/日	死亡日当日に算定。
科学的介護推進体制加算Ⅰ	40 円/月	入所者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の基本的な情報を厚労省に提出する。必要に応じてサービス計画を見直す等のサービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供する為に必要な情報を活用している。
科学的介護推進体制加算Ⅱ	60 円/月	上欄の内容に加えて疾病の状況や服薬情報等も厚労省に提出。
協力医療機関連携加算	100 円/月	(1)相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合
	5 円/月	(2)上記以外の協力医療機関と連携している場合
入所前後訪問指導加算(Ⅰ)	450 円/回	入所前後に居宅を訪問し施設サービスの計画の策定及び診察方針を決定した場合。
試行的退所時指導加算	400 円/回	在宅に退所する見込みのあるご利用者に対し、試験的に外泊を行い、在宅生活における療養上の指導を行った場合。
退所時情報提供加算(Ⅰ)	500 円/回	居宅へ退所する入所者について、退所後の主治の医師に対して入所者を紹介する場合、当該入所者の診療情報、心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者 1 人につき 1 回に限り算定する。
退所時情報提供加算(Ⅱ)	250 円/回	医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者 1 人につき 1 回に限り算定する。

かかりつけ医連携薬剤調整 加算(Ⅰ)イ	140 円/回	入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合 入所者の薬物療法について、入所中の総合的な評価並びに 入所時及び 退所時における当該入所者の主治の医師との連携を評価するもの。
かかりつけ医連携薬剤調整 加算(Ⅰ)ロ	70 円/回	入所前の主治医と連携せずに評価・調整した場合 施設において入所中に服用薬剤の総合的な評価及び調整し た場合。
かかりつけ医連携薬剤調整 加算(Ⅱ)	240 円/回	かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ又はロを算定していること。 当該入所者の服薬等の情報を厚生労働省に提出し、処方に当たって 当該情報その他薬物療法の適切かつ有効な実施のために必要な情報 を活用していること。
かかりつけ医連携薬剤調整 加算(Ⅲ)	100 円/回	かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)を算定していること。 退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に処方され ていた内服薬の種類に比べて1種類以上減少していること。
入退所前連携加算Ⅰ	600 円/回	イ) 入所前 30 日以内、又は入所後 30 日以内に居宅ケアマネと連携し 退所後の居宅サービス等の利用方針を定める。 ロ) 入所期間が1月を超え退所し居宅サービスを利用する場合、居宅 介護支援事業所に必要な情報を提供し、連携して退所後の居宅サ ービス等の利用に関する調整を行う。
Ⅱ	400 円/回	上欄のロの要件を満たした場合。
再入所時栄養連携加算	200 円/回	老健入所者が医療機関に入院し、施設入所時とは大きく異なる栄養管 理が必要となった場合について、老健の管理栄養士が医療機関の管理 栄養士と連携して再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合。
経口移行加算	28 円/日	経口移行計画に伴い医師の指示を受けた管理栄養士による支援が行わ れた場合。
経口維持加算(Ⅰ)	400 円/月	摂食機能障害等を有する入所者に対して医師の指示に基づき、多職種 で協働して食事の観察や会議等を行い経口維持計画を作成。管理栄養 士等が栄養管理を行った場合。
経口維持加算(Ⅱ)	100 円/月	経口維持加算(Ⅰ)を算定した上で、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。
療養食加算	6 円/回	医師により治療の直接手段として発行された食事箋に基づき提供され た食事。 1日3回を限度。
退所時栄養情報連携加算	70 円/月	退所時に管理栄養士が、入所者等の栄養管理に関する情報について、 他の介護保険施設や医療機関等に提供することを評価するもの。
緊急時治療管理	518 円/日	ご利用者の状態が急変した場合など緊急時に所定の対応を行った場 合。1月に1回。連続する3日を限度。
所定疾患施設療養費(Ⅱ)	480 円/日	肺炎、尿路感染、带状疱疹、蜂窩織炎の治療を行った場合。 1月に1回。連続する10日間を限度として算定。
褥瘡マネジメント加算Ⅰ	3 円/日	褥瘡発生予防の為、定期的な評価を実施し結果に基づき計画的に管理 を行う。
褥瘡マネジメント加算Ⅱ	13 円/日	褥瘡の発生がないこと。
排泄支援加算Ⅰ Ⅱ Ⅲ	10 円/月 15 円/月 20 円/月	6月に1回評価、支援計画を作成し実施 排尿、排便の一方が改善、又はおむつ使用から使用無へ 排尿、排便の一方が改善、かつおむつ使用から使用無へ
外泊時在宅サービス利用費 用	800 円/日	居宅における外泊を認め、施設が在宅サービスを提供した場合。
自立支援促進加算	300 円/月	医師が入所時に医学的評価を行い(6月に1回)関係職種が支援計画 を策定し計画に沿ったケアを実施。厚生労働省に情報を提出し活用。 3月に1回支援計画を見直す。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

①食事

栄養士の立てる献立表により栄養並びに入所者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。

食費（1日あたり）： 1,600円

②居住費・光熱費〔1日あたり〕

従来型個室 1,640円 多床室600円

・食費及び居住費・光熱費において、国が定める負担限度額段階（第1段階から3段階まで）によって、料金が異なります。（申請手続きは各市町村役場で）

	食費の上限額（1日）	居住費・光熱費の上限額（1日）	
		多床室	従来型個室
第1段階	300円	0円	550円
第2段階	390円	430円	550円
第3段階①	650円	430円	1370円
第3段階②	1360円	430円	1370円

③特別な居室の提供

ご利用申込者のご希望により個室等4人部屋以外の居室に入居される場合、居室の種類により以下の料金をお支払いいただきます。

個室（1日あたり）：360円 2人部屋（1日あたり）：200円

④理髪・美容

月1回、美容師の出張による美容サービスをご利用いただけます。

利用料金1回あたり：カット1200円 ストレッチャー・リクライニング1500円

ベッドカット2000円 カラー3500円 パーマ3500円

⑤洗濯代

洗濯物の量により料金が異なりますが平均して1月6,000円～8,000円程です。

上限額を8,000円とします。但し負担限度額段階で1段階の方は6千円が上限額です。

⑥その他の料金

日常生活費（1日あたり）：300円 シャンプー・タオル等の使用料として頂きます。

⑦文書作成料

入所証明書 500円、死亡診断書 3000円、身体障害者診断書 5000円、

障害年金診断書 5000円

＊その他の診断書、証明書についてはご相談下さい。

(3) 利用料金のお支払い方法

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20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。)

- ア. 窓口での現金支払 月曜日～金曜日 午前9時～午後4時半まで
イ. 下記指定口座への振り込み *振込手数料(税込み108円)はご負担お願い致します。
- | | | | |
|------|-------|-------------|---------|
| 沖縄銀行 | 本店営業部 | 普通預金2020132 | 医療法人正清会 |
| 海邦銀行 | 与那原支店 | 普通預金0477891 | 医療法人正清会 |
| 琉球銀行 | 松尾支店 | 普通預金133-739 | 医療法人正清会 |
- ウ. 金融機関口座からの自動引き落とし
自動引き落とし用の書類は事務所に用意してありますので、ご記入の上、事務所に提出してください。毎月21日にご指定の口座からお支払い頂きます。

(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、入所者の希望により、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もありません。)

①協力医療機関

医療機関の名称	与那原中央病院
所在地	沖縄県島尻郡与那原町字与那原2905番地

医療機関の名称	ハートライフ病院
所在地	沖縄県中頭郡中城村字伊集208番地

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	松山歯科
所在地	沖縄県南城市佐敷字津波古1006番地

医療機関の名称	サザン歯科やえせ
所在地	八重瀬町字伊覇273-6 八重の結1F

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、入所者に退所していただくことになります。

- ① 要介護認定により入所者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
- ② 事業者が解散、破産した場合又はやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合。
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、ご利用申込み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 入所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。）
- ⑥ 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）入所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、入所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日前までにお申し出下さい。ただし、以下の場合には即時に契約を解約・解除し、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 入所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、入所者の身体・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 他の入所者が入所者の身体・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）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただくことがあります。

- ①入所者が、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入所者による、サービス利用料金の支払いが支払日（毎月20日）から10日以上遅延し、その支払いを催告したにもかかわらずこれが支払われない場合。
- ③入所者が、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入所等の生命・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入所者が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入所者が介護老人福祉施設に入所、もしくは介護療養型医療施設に入院した場合

(3) 円滑な退所のための援助

入所者が当施設を退所する場合には、入所者の希望により、事業者は入所者の心身の状況、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入所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福祉施設等の紹介
- 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. 事故発生時の対応について

入所者に対するサービスの提供に伴って事故が発生した場合は、その原因を解明し、市町村（広域連合を含む）・当該入所者の家族に連絡を行います。当事業所の責に帰すべき事由によって、入所者が損害を被った場合、当事業所は、入所者に対して損害を賠償するものとします。

8. 非常災害対策について

以下の防災設備を設置しています。火災報知器・スプリンクラー・消火器・消火栓等完備。防災訓練を年に2回行っています。（総合訓練1回／年 自主訓練1回／年）

9. その他、運営に関する重要事項

(1) 損害賠償について

事業者の責任により入所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、入所者に故意又は過失が認められる場合には、入

所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。

10. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情ご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者） 職名：介護支援専門員：宮城定美、照屋立子
支援相談員：中村美乃、島祥子、慶田盛信太郎

○受付電話番号 098-944-7000

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:30

また、苦情受付ボックスをエレベーター前（1階と2階）の2ヶ所に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

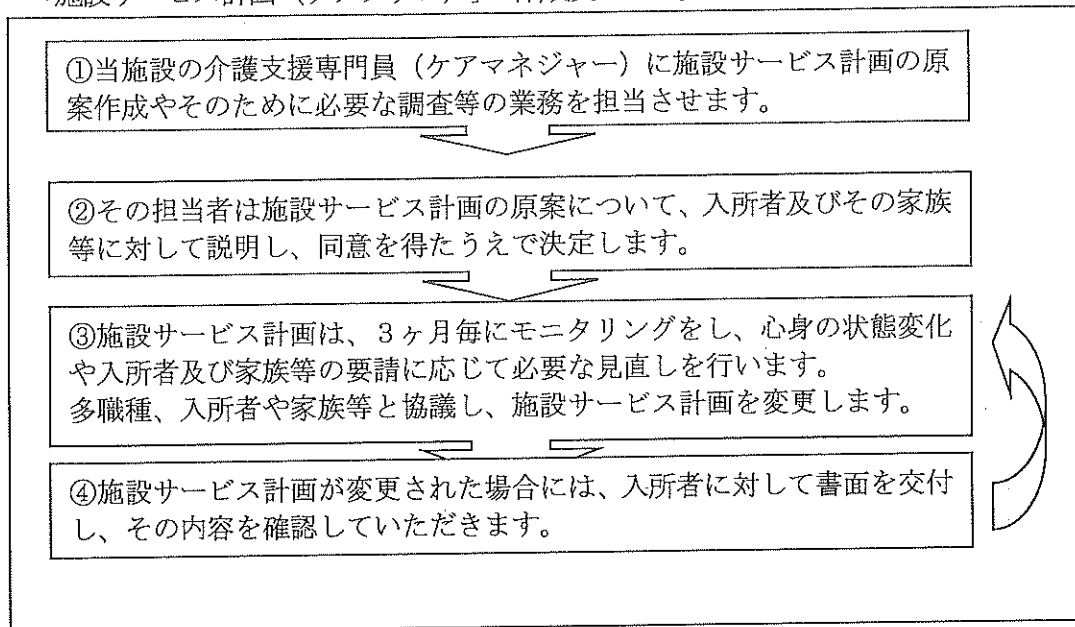
国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談 窓口	所在地 那覇市西3丁目14番18号 電話番号 098-860-9026 受付時間 午前9時～午後5時まで（土・日・祝祭日は除く）
那覇市役所 ちゃーがんじゅう課	所在地 那覇市泉崎1-1-1番地 電話番号 098-862-9010 受付時間 午前9時～午後5時まで（土・日・祝祭日は除く）
与那原町役場 健康保険課	所在地 与那原町字上与那原16番地 電話番号 098-946-2995 受付時間 午前9時～午後5時まで（土・日・祝祭日は除く）
西原町役場 保険課	所在地 西原町字与那城140-1 電話番号 098-945-5011 受付時間 午前9時～午後5時まで（土・日・祝祭日は除く）
南風原町役場 長寿介護課	所在地 南風原町字兼城686番地 電話番号 098-889-7381 受付時間 午前9時～午後5時まで（土・日・祝祭日は除く）
南城市役場 社会福祉課	所在地 南城市佐敷字新里1870番地 電話番号 098-917-5334 受付時間 午前9時～午後5時まで（土・日・祝祭日は除く）
八重瀬町役場 社会福祉課	所在地 八重瀬町具志頭659番地 電話番号 098-998-9598 受付時間 午前9時～午後5時まで（土・日・祝祭日は除く）
那覇地方法務局 人権擁護課	所在地 那覇市樋川1丁目15-15 電話番号 098-854-1215 受付時間 午前8時半～午後5時まで（土・日・祝祭日は除く）

<重要事項説明書付属文書>

1. 契約締結からサービス提供までの流れ

入所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。



2. サービス提供における事業者の義務

当施設は、入所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入所者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②入所者の体調、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、入所者から聴取、確認します。
- ③入所者が受けている要介護認定の有効期間満了日の30日前までに、要介護認定更新の申請に必要な援助を行います。
- ④入所者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管（診療簿については5年間）するとともに、入所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入所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、入所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入所者又はご家族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、入所者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等に入所者の心身等の情報を提供します。
また、入所者の円滑な退所のための援助を行う際には、あらかじめ文書にて、入所者の同意を得ます。

3. 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 09:00～21:00

(2) 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。

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。前日までに申し出があった場合には、食費は減免されます。

(4) 施設・設備の使用上の注意

○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、入所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。

○入所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、入所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。

(5) 喫煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

年 月 日

重要事項説明書の説明と同意について

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。

指定介護老人保健施設 うりずん

説明者職名 _____ 氏名 _____ 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。

利用者氏名 _____ 印 代筆者氏名 _____ 印