

指定介護老人福祉施設

特別養護老人ホーム 晃風園

重要事項説明書

社会福祉法人徳寿会

当施設は、介護保険の指定を受けている施設です。

(神奈川県指定 第 1473000188 号)

当施設は、ご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。また、施設の概要並びに提供されるサービスの内容及び利用上の留意点を次のとおり説明します。

1 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 徳寿会
- (2) 所在地 神奈川県大和市草柳二丁目 15 番地 4
- (3) 電話番号 046-263-8728
- (4) 代表者名 理事長 田邊 晃久
- (5) 設立年月日 昭和 56 年 7 月 31 日

2 利用施設

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設 平成 12 年 2 月 1 日指定
- (2) 施設の目的 指定介護老人福祉施設は、介護保険法令に従い、利用者が、その有する能力に応じ、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、介護福祉施設サービスを提供します。
また、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 晃風園
- (4) 施設所在地 〒242-0026 神奈川県大和市草柳二丁目 15 番地 1
- (5) 電話番号 046-263-8728
- (6) 施設長氏名 (管理者) 大出 英和
- (7) 運営方針 施設サービス計画に基づき、居宅における生活への復帰を念頭において、入浴、排泄、食事等の介護相談及び援助、その他日常生活全般にわたる援助を行います。
- (8) 開設年月 昭和 57 年 5 月 1 日
- (9) 入所定員 50 名

3 居室の概要

(1) 居室等の概要

当施設では以下の居室及び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、個室及び 2 人部屋への入居をご希望される場合は、その旨をお申出下さい。

ただし、ご利用者の心身の状況や居室の利用状況により、ご希望に沿えない場合もあります。

(2) 居室等

ア 居室

個室：3 室、 2 人部屋：2 室、 4 人部屋：13 室

イ 共用施設

静養室、共同洗面所、共同トイレ、浴室・脱衣室、医務室・調理室、食堂・ホール（給湯室）、機能回復訓練室、テラス、理美容スペース、相談室、園庭、倉庫、等

ウ 利用料金

上記居室及び共用施設は、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付けられている施設及び設備です。これらの施設及び設備のご利用に当たって、ご利用者にご負担をいただ

く費用はありません。

エ 居室の変更

ご利用者から居室の変更希望の申出があった場合には、居室の利用状況を観て、施設がその可否を決定いたします。また、ご利用者の心身の状況により、使用居室を変更する場合があります。その際には、ご利用者やご家族等と相談をして決めるものとします。

4 職員の配置

当施設では、ご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、以下の職員を配置しています。

(1) 主な職員の配置状況

施設長(管理者)、介護職員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員、介護支援専門員、医師、管理栄養士

(2) 職員体制

管理者(1名)、介護支援専門員(1名)、生活相談員(3名)、管理栄養士(1名)、看護師(5名)、介護職員(24名)、調理員(8名)、その他(20名)

5 施設が提供するサービスと利用料金

当施設は、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。このサービスには、その利用料金が介護保険から9割、8割または7割給付される場合(基準介護サービス)と、その利用料金の全額をご利用者にご負担いただく場合とがあります。

(1) 施設が提供する基準介護サービス

以下のサービスについては、居住費(光熱水費)及び食費を除き、通常9割、8割または7割が介護保険から給付されます。

ア 居室の提供

イ 食事

当施設では、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。また、食事は、ご利用者の自立支援のために離床して、食堂をご利用いただくことを原則としています。

なお、食事をして頂く予定時間は、次のとおりです。

・朝食：8：00～8：45、 ・昼食：12：30～13：15、 ・夕食：18：00～18：45

ウ 入浴

入浴又は清拭は、週2回行います。また、寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴をすることができます。

エ 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。

オ 機能訓練

機能訓練指導員、看護、介護職員により、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退を防止するための訓練を実施します。

カ 健康管理

医師及び看護職員が、健康管理を行います。

キ その他の自立への支援

寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。また、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。

(2) 施設が提供する基準介護サービスに係る利用料金

ご利用者は、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料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）に居住費（光熱水費）と食事に係る標準自己負担額を加えた額（次表第6欄に掲げる額）をお支払い下さい。（利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なり、適用加算が上乘せされます。）

■介護福祉施設サービス費

項目	介護度別の単位	単位	1割負担	2割負担	3割負担	内容の説明
基本額	福祉施設Ⅰ/Ⅱ1（要介護1）	589単位	616円	1,231円	1,847円	1日あたり
	福祉施設Ⅰ/Ⅱ2（要介護2）	659単位	689円	1,378円	2,066円	
	福祉施設Ⅰ/Ⅱ3（要介護3）	732単位	765円	1,530円	2,295円	
	福祉施設Ⅰ/Ⅱ4（要介護4）	802単位	838円	1,676円	2,514円	
	福祉施設Ⅰ/Ⅱ5（要介護5）	871単位	911円	1,821円	2,731円	
加算額	日常生活継続支援加算	36単位	38円	76円	113円	1日あたり
	看護体制加算Ⅰ	6単位	7円	13円	19円	
	看護体制加算Ⅱ	13単位	14円	27円	41円	
	夜勤職員配置加算Ⅰ	22単位	23円	46円	69円	
	栄養マネジメント強化加算	11単位	12円	23円	35円	
	初期加算 ※1	30単位	32円	63円	94円	
	外泊時費用 ※2	246単位	257円	514円	771円	
	看取り介護加算Ⅰ（死亡日以前31日以上45日以下）	72単位	76円	151円	226円	
	看取り介護加算Ⅰ（死亡日以前4日以上30日以下）	144単位	151円	301円	452円	
	看取り介護加算Ⅰ（死亡日前日、前々日）	680単位	711円	1,422円	2,132円	
	看取り介護加算Ⅰ（死亡日）	1,280単位	1,338円	2,676円	4,013円	
	安全対策体制加算	20単位	21円	42円	63円	入所日に限る
	科学的介護推進体制加算Ⅱ	50単位	53円	105円	157円	1月あたり
	褥瘡マネジメント加算Ⅰ	3単位	4円	7円	10円	
	排せつ支援加算Ⅰ	10単位	11円	21円	32円	
	生産性向上推進体制加算Ⅱ	10単位	11円	21円	32円	
	協力医療機関連携加算Ⅰ	100単位	105円	209円	314円	
	口腔衛生管理加算Ⅱ	110単位	115円	230円	345円	
退所時情報提供加算	250単位	262円	523円	784円	1回限り	
介護職員処遇改善加算Ⅰ			月の総単位数に0.140を乗じた単位数を加算する			

※1 初期加算は、入所後30日間のみ算定します。

※2 外泊時費用は、外泊した場合や病院または診療所への入院を要した場合に、月6日を限度に算定します。

※金額は、それぞれの単位に大和市の地域単価(10.45円)を乗じた額の1割～3割(9割～7割を引いた数)です。また、端数処理を行う関係で上記金額と異なる場合がございます。

■その他の利用者負担金

項目	金額	内容の説明
食費	1,650円（朝食：450円、昼食：600円、夕食：600円）	1食ごとに算定
居住費	940円（多床室） / 1,231円（従来型個室）	光熱水費等、1日あたり

※介護保険負担限度額認定証の交付を受けている方は、滞在費と食費の上限額が下表の通りとなります。

段階	食費	居住費(多床室)	居住費(個室)
第1段階	300円	0円	380円
第2段階	390円	430円	480円
第3段階(1)	650円	430円	880円
第3段階(2)	1,360円	430円	880円

■必要に応じてご負担いただく金額

項目	金額	内容
行事食代	400 円/回	お正月 (1/1.2)、ひな祭り、敬老会、クリスマス会
イベント等の飲食代	随時指定	ホーム喫茶、納涼祭、バザー等
複写物の交付	10 円/枚	書類、証書等の複写物
通信費	10 円/分	電話による通話代等
日用品費	右に掲げる通り	ティッシュ (100 円/個)、歯ブラシ (100 円/本)、歯磨き粉 (200 円/本)、スポンジブラシ (25 円/本)、義歯洗浄剤 (10 円/個)、口腔ウェットティ 100 枚入り (850 円/ケース、詰め替え用 750 円/袋)、イチジク浣腸 (100 円/個)
理美容代	実費(立替清算)	ボランティアさんによるカットです
立替金管理費	500 円/月	立替払いによる、施設提供外の日用品・嗜好品等の購入や、医療費等の支払いと、その管理及び清算事務にかかる手数料
その他費用	実費(立替清算)	介護保険給付対象となるオムツ代以外で、利用者個人が生活上必要となる諸費用

※実費等の額の変更 前号に規定する実費等の額は、経済状況の著しい変化やその他やむを得ない理由が生じた場合には、変更することがあります。

なお、変更の際には、2ヶ月前までに変更の内容とその理由について、ご説明をします。

6 利用料金のお支払方法

利用料金（実費を含む。以下同じ。）は、1ヶ月ごとにまとめて計算します。当月分を翌月 15 日までに請求をさせて頂き、当該請求のあった月の末日までに金融機関口座へ入金もしくは直接施設へお持ちください。

なお、月額で定めのある利用料金の計算の際、これに係る実利用期間又は実利用回数が1ヶ月に満たない場合は、その利用料金は、実利用日数又は実回数に基づいて計算した金額（日割り等）とします。

7 入所中の医療提供

医療を必要とする場合は、ご利用者の希望により、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。

8 看取り介護の実施

看取り介護について 当施設では、ご利用者が医師の診断により、医学的知見から回復の見込みがないと診断されたとき、最期を迎える場所や治療等について、ご利用者の意思並びにご家族等の意向を最大限に尊重いたします。当施設の「看取り介護指針」に基づき、看取り介護を希望されたご利用者やご家族等に対して、最期まで継続的に支援をいたします。医療を必要とする場合は、ご利用者やご家族等の希望により、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。

9 施設の退所

当施設は、ご利用者の利用終了の期日を特に定めていません。したがって、次の各号に規定する状況がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような状況に該当するに至った場合には、当施設との契約を終了し、ご利用者に退所していただくこととなります。

- (1) 要介護認定により、非該当又は要支援 1、要支援 2 と判定された場合
- (2) 要介護認定により、要介護 1 又は要介護 2 と判定され、神奈川県特別養護老人ホーム入退所指針によって定められた特例入所の要件を満たさない場合（平成 27 年 3 月 31 日以前から施設に入所している場合には、本事項は適用されません）
- (3) 事業者が解散又は破産した場合又はやむを得ない理由により施設を閉鎖した場合

- (4) 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
- (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) 退所の申出があった場合

施設をご利用いただいている期間であっても、ご利用者から、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日前までに退所届出書を提出して下さい。ただし、次の場合は、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。

- ア 介護保険対象外サービスの利用料金の変更に同意ができない場合
- イ ご利用者が入院された場合
- ウ 事業者又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
- エ 事業者又はサービス従事者が、守秘義務に違反した場合
- オ 事業者又はサービス従事者が、故意又は過失により、ご利用者の身体、財物、信用等を傷つけ、若しくは著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる行為があった場合
- カ 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又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

- (7) 事業者からの申出により退所していただく場合

- ア ご利用者が、事業者に対し、この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、または不実の告知を行い、その結果、この契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- イ ご利用者が、事業者を支払うべき利用料金を6ヵ月以上滞納し、事業者から催告を受けても利用料金滞納が是正されない場合。ただし、この場合、事業者は、この契約を解除するまでの間に、ご利用者、ご家族等と協議し、ご利用者の日常生活を維持する見地から、在宅サービスの利用、生活の場の確保等について必要な調整を行うよう努めるものとします。
- ウ ご利用者の身体状況の変化により、ご利用者の生活の安全が確保できないと事業者が判断した場合。ただし、この場合には、事業者は、ご利用者、ご家族等と協議し、ご利用者の日常生活を維持する見地から、在宅サービスの利用、生活の場の確保等について必要な調整を行うよう努めるものとします。
- エ ご利用者、身元引受人またはご利用者のご家族が、事業者、その役職員または第三者の生命、身体、財産、信用等を傷つける等のこの契約を継続し難い行為を行った場合
- オ ご利用者、身元引受人またはご利用者のご家族が、事業者に対して、暴力行為、法的な責任を超えた不当な要求行為、脅迫的な言動又は暴力を用いる行為、風説を流布したり偽計を用いたり威力を用いて事業者の信用を毀損する行為・業務を妨害する行為等の行為を行った場合
- カ ご利用者が、連続して3ヵ月を超えて病院また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
- キ ご利用者が、介護老人保険施設に入所した場合または介護療養型医療施設に入所した場合

10 病院等に入院された場合の対応

当施設に入所中に医療機関へ入院された場合の対応は、次のとおりです。

- (1) 検査入院等の短期入院の場合

1ヶ月につき6日以内（連続して7泊、複数月にまたがる場合は12泊）の入院（以下「短期入院」という。）の場合は、退院後再び施設に入所することができます。ただし、当該入院期間中であっても、所定の利用料金は、ご負担いただきます。

- (2) 上記期間を超える入院の場合

短期入院の期間を超える入院となっても、3ヶ月以内に退院された場合には、退院後再び当施設に入

所することができます。ただし、入院時に予定された退院日より早く退院した場合等、退院時に施設の受入準備が整っていない場合には、併設されている短期入所生活介護の居室等をご利用いただく場合があります。

なお、この場合においても、短期入院の期間内に係る所定の利用料金は、ご負担をいただきます。

(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には、契約を解除する場合があります。

※ 入院期間中の利用料金は、介護保険から給付される費用の一部をご負担いただくものです。

※ 入院に当たって、ご利用者が利用されていたベッドを短期入所生活介護に活用することに同意いただく場合には、所定の利用料金をご負担いただく必要はありません。

11 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、ご利用者の希望により、事業者は、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次の支援を速やかに行います。

(1) 適切な病院又は診療所若しくは介護老人保険施設等の紹介

(2) 居宅介護支援事業者の紹介

(3) その他保険医療サービス又は福祉サービス提供者の紹介

12 身元引受人

事業者は、利用者に対して、当施設への入所にあたり、身元引受人（身元保証・連帯保証人）を定めるよう求めることがあります。その際、利用者および身元引受人（身元保証・連帯保証人）となる者は、事業者に対して、緊急連絡先を指定するものとします。

ア 身元引受人は、サービス提供中に利用者の病状等に急変、その他緊急事態が生じたときは、利用者の親族等へ連絡を行うとともに、利用者の医療機関への送迎、付き添い、費用の支払その他の手続き、持参品や必要物品等の準備、サービス計画等に関する同意・会議への参加、入院時の手続きや必要物品の準備、器物破損や他入所者等への危害を加えた際の対応等、利用者の身上および居室の明渡し（残置物の引取りを含む）に関して必要な措置を行うものとします。

イ 連帯保証人は、利用者の委託を受けて、この契約の各条項を承認のうえ、この契約に基づく利用料、費用、損害金債務、その他この契約から生じる一切の金銭債務を連帯保証し、利用者と連帯して履行の責を負うものとします。

ウ 前項の連帯保証人の責任の限度（極度額）は、金100万円とします。

エ 連帯保証人が負担する債務の元本は、利用者または連帯保証人が死亡したとき、利用者または連帯保証人が破産手続開始の決定を受けたときに確定するものとします。

オ 連帯保証人からの請求があった場合には、事業者は、連帯保証人に対して、遅滞なく、利用料等の支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等、利用者のすべての債務の額等に関する情報を提供するものとします。

13 苦情・相談の受付

(1) 当施設に対する苦情等の申出

当施設に対する苦情及びご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

ア 苦情等受付窓口 担当

相談課

イ 受付時間

苦情、相談受付ボックスを事務所に常時設置しています。

(2) 行政機関に対する苦情等の申出

次の行政機関に対して、苦情等の申出ができます。

ア 大和市役所 介護保険課 給付指導担当

住 所 大和市下鶴間一丁目1番1号
電話番号 046-260-5170
受付時間 月～金（祝日を除く）／8：30～17：15

イ 神奈川県国民健康保険団体連合会（国保連）

住 所 〒220-0003 横浜市西区楠町27番地1
電話番号 045-329-3447（介護保険課介護苦情相談係）
受付時間 8：30～17：15（土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始を除く）

以 上

令和 年 月 日

サービス契約の締結に当たり、サービス事業所の重要事項説明書により重要事項を説明しました。

説明者 所在地 神奈川県大和市草柳2丁目15番地1
事業者名 特別養護老人ホーム晃風園
説明者名 _____（役職：生活相談員）

サービス契約に当たり、重要事項の説明を受け、その内容に同意をして交付を受けました。

利用者 _____
住所 _____
氏名 _____ ㊞

- ①私は、身元保証・連帯保証人として身元引受人になります
②私は、身元保証人として身元引受人になります

身元引受人 _____
住所 _____
氏名 _____ ㊞ 続柄 _____

（上記、身元引受人で②を選択し、連帯保証人を別に定める場合に記入）

連帯保証人 _____
住所 _____
氏名 _____ ㊞ 続柄 _____