

特別養護老人ホームスバル台 重要事項説明書
「指定介護老人福祉施設」

当施設は介護保険の指定を受けています。
(三重県指定 第 2471000063 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。施設の概要や提供されるサービスの内容、ご契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

※当施設でのサービスの利用は、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サービスの利用は可能です。

◆◆目次◆◆

1. 事業者	1
2. 施設の概要	2
3. 居室の概要	2
4. 職員の配置状況	3
5. 当施設が提供するサービスと利用料金	4
6. 施設を退居していただく場合（契約の終了について）	8
7. 残置物について	10
8. サービス利用に当たっての留意事項	10
9. 非常災害対策	10
10. 緊急時の対応	10
11. 事故発生時の対応	10
12. 個人情報及び守秘義務	10
13. 身体拘束の制限	11
14. 虐待防止	11
15. 苦情の受付について	11

1. 事業者

- | | |
|-----------|-----------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 長茂会 |
| (2) 法人所在地 | 三重県尾鷲市大字南浦 4587 番地の 4 |
| (3) 電話番号 | 0597-22-8100 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 世古 祐臣 |
| (5) 設立年月 | 昭和 52 年 6 月 1 日 |

2. 施設の概要

- (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
三重県 第2471000063号
- (2) 施設の目的 当施設は、介護保険法令の趣旨に基づき、可能な限り居宅における生活への復帰を念願において、入浴・排泄・食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜供与、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、ご利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるようにすることを目的とする
- (3) 施設の名称 特別養護老人ホーム スバル台
- (4) 施設の所在地 三重県尾鷲市大字南浦 4587 番地の 4
- (5) 電話番号 0597-22-8100
- (6) 施設長 氏名 内山 豊基
- (7) 運営方針 当施設において提供するサービスは、施設サービス計画に基づき可能な限り居宅における生活への復帰を念頭において、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、その他保健、医療、福祉サービスを提供する者と密接に連携し、ご利用者の人格を尊重し常にご利用者の立場に立ったサービスの提供に努める
- (8) 開設年月 昭和63年4月1日
- (9) 入居定員 80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、その旨お申し出ください（ただし、ご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	10室	(ショートステイ9室)(予備室4室)
2人部屋	7室	
3～4人部屋	15室	
合計	32室	
食堂	3室	
機能訓練室	1室	[主な設置機器] 歩行器、手すり付き階段
浴室	1室	[主な設置機器] 一般浴槽、入浴用ストレッチャー、特殊浴槽マリンコートリモ(薬液タイプ)
医務室	1室	[主な医療機器] 心電図、オートクレーブ、酸素機器、パルスオキシメーター、オージオメーター

※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設備です。この設備等の利用に当たり、ご利用者に特別にご負担いただく費用はありません。

☆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、ご利用者や身元保証人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（非常勤含む）
1. 施設長	1名
2. 医師（嘱託医）	1名
3. 生活相談員（介護支援専門員と兼務）	1名
4. 介護職員	30名
5. 看護職員	3名
6. 栄養士	2名
7. 調理員	6名
8. 機能訓練指導員（看護職員と兼務）	1名
9. 介護支援専門員（生活相談員と兼務）	1名
10. 事務職員	3名

<主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制
1. 施設長	日勤C 8：30～17：30
2. 医師（嘱託医）	土曜日 13：30～14：00
3. 生活相談員	日勤C 8：30～17：30
4. 介護職員	早番C 7：00～16：00 日勤A 7：30～16：30 日勤C 8：30～17：30 日勤F 10：00～19：00 遅番A 10：30～19：30 夜勤 16：00～9：00
5. 看護職員	日勤C 8：30～17：30
6. 栄養士	日勤A 7：30～16：30 日勤C 8：30～17：30
7. 調理員	早番A 6：00～15：00 日勤C 8：30～17：30 遅番B 11：00～20：00
8. 機能訓練指導員	日勤C 8：30～17：30
9. 介護支援専門員	日勤C 8：30～17：30
10. 事務職員	日勤C 8：30～17：30

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご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) 利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合 |
|---|
- があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（介護保険負担割合証に応じて）が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①入浴

- ・週に 2 回以上の入浴ができます。ただし、身体の状態に応じ、特別浴または清拭となる場合があります。

②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。

③機能訓練

- ・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。

④健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑤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。
- ・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、適切な整容が行なわれるよう援助します。

⑥重度化対応・看取り介護

- ・当施設では、終末期を迎えたご利用者に対して看取り介護を実施する体制を整えており、「看取りに関する指針」に基づき、ご利用者又は身元保証人の希望があれば、当施設内で終末期を過ごすことができます。医師が一般的に認められている医学的知見により、回復の見込みがないと診断した時点から、医師・看護職員・介護職員等が身元保証人に対して随時ご利用者の状態を説明した上で同意をえながら、その人らしさを尊重した看取り介護を行います。また、当施設では、医師が非常勤で看護職員は夜間の勤務をしておりませんが、常時看護職員と連絡をとれる体制を整えており、休日や夜間でも、緊急時には必要に応じて健康上の管理を行う体制を整えております。

<サービス利用料金（1日当たり）>

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）と、食事及び居住に要する費用の合計金額をお支払いいただきます。（上記費用は、ご利用者の要介護度及び介護保険負担割合と介護保険負担限度額に応じて異なります）

①介護福祉施設サービス費 <基本料金>

ご利用者の要介護度とサービス利用料金	要介護度 1 5,890 円	要介護度 2 6,590 円	要介護度 3 7,320 円	要介護度 4 8,020 円	要介護度 5 8,710 円
1. サービス利用に係る自己負担額 (1 割負担の場合)	589 円	659 円	732 円	802 円	871 円
2. サービス利用に係る自己負担額 (2 割負担の場合)	1,178 円	1,318 円	1,464 円	1,604 円	1,742 円
3. サービス利用に係る自己負担額 (3 割負担の場合)	1,767 円	1,977 円	2,196 円	2,406 円	2,613 円

②その他の加算

	サービス 利用料金	サービス利用に 係る自己負担額 (1 割負担の場合)	サービス利用に 係る自己負担額 (2 割負担の場合)	サービス利用に 係る自己負担額 (3 割負担の場合)
1. 看護体制加算 (Ⅰ) ロ	40 円	4 円	8 円	12 円
2. 看護体制加算 (Ⅱ) ロ	80 円	8 円	16 円	24 円
3. サービス提供体制強化加算 Ⅲ	60 円	6 円	12 円	18 円
4. 日常生活継続支援加算Ⅰ	360 円	36 円	72 円	108 円
5. 夜勤職員配置加算 (Ⅰ) ロ	130 円	13 円	26 円	39 円
6. 栄養マネジメント強化加算	110 円	11 円	22 円	33 円
7. 初期加算	300 円	30 円	60 円	90 円
8. 外泊時加算	2,460 円	246 円	492 円	738 円
9. 安全対策体制加算 (入居時 1 回のみ算定)	200 円	20 円	40 円	60 円
10. 介護職員等処遇改善加算 (Ⅱ)	上記①及び②1～9 までにより算定した単位数 (自己負担分) の 1000 分の 136 に相当する金額			

☆「3. サービス提供体制強化加算Ⅲ」、「4. 日常生活継続支援加算Ⅰ」は、新規に入居されたご利用者の介護度及び日常生活自立度によって、3 及び 4 どちらかの算定になります。

☆「7. 初期加算」は、入居当日から 30 日以内の期間において算定します。また、30 日を超える病院又は診療所への入院後に再入居された場合も同様です。

☆「8. 外泊時加算」は、ご利用者が病院又は診療所への入院を要した場合及び、ご利用者に対して居宅における外泊を当施設が認めた場合に、所定単位数に代えて、ひと月に 6 日を限度として算定します。

☆ご利用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金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、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」を交付いたします。

☆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、ご利用者の負担額を変更します。

☆自己負担額をお支払いしていただく際に、銀行で振込をご利用される場合、その手数料はご利用者の負担とさせていただきます。

☆これらの金額はあくまで1日当たりの目安であり、請求手続き上、金額に多少の変動が生じる場合があります。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります

<サービスの概要と利用料金（1日当たり）>

①食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費）

- ・当施設では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、ご利用者の身体の状況及び嗜好並びに栄養バランスを考慮した食事を提供します。
- ・ご利用者の自立支援のため離床して食堂ホールにて食事をとっていただくことを原則としています。ただし、食事時間及び食事場所（居室及び食堂ホール）はご利用者のご意向に沿うことができます。

（食事時間）

朝食：7:30～ 昼食：12:00～ 夕食：18:00～

- ・実費相当額の範囲内にて負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食費の金額（1日当たり）のご負担となります。

	通常 (第4段階)	介護保険負担限度額認定証に記載されている額			
		第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
食事の提供に要する費用(日額)	1,580円	300円	390円	650円	1,360円

②居住に要する費用

この施設及び設備を利用し、居住されるに当たり、多床室及び個室利用の方には、それぞれ光熱水費相当額及び室料（建設設備等の減価償却費等）をご負担いただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、その認定証に記載された居住費の金額（1日当たり）のご負担となります。

※多床室利用の方で第1段階の方は室料が免除になります。

居住費	通常 (第4段階)	介護保険負担限度額認定証に記載されている額		
		第1段階	第2段階	第3段階①②
多床室(日額) (2・3・4人)	915円	0円	430円	430円
従来型個室(日額)	1,231円	380円	480円	880円

③特別な食事（酒を含みます）

ご利用者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

利用料金：要した費用の実費

④理髪・美容

月に4回程度、理容師の出張による理髪サービス（調髪、顔剃、洗髪、毛染めなど）をご利用いただけます。

利用料金：要した費用の実費

⑤レクリエーション、クラブ活動

ご利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

・主なレクリエーション行事予定

行事とその内容（例）	
4月	お花見（施設周辺や近隣の花見スポット）
5月	いちご狩り
6月	あじさい鑑賞
7月	七夕祭り

・主なクラブ活動

書道・塗り絵・器楽・リハビリ体操・カラオケ・音楽鑑賞・映画鑑賞など

⑥日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用で、ご利用者に負担いただくことが適当であるものに係る費用をご負担いただきます。

※①～⑥については、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に事由と変更する内容についてご説明します。

⑦事務手数料

別添資料預り金管理に関する契約書による 1か月：1,000円

(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25日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。（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
イ. 下記指定口座への振り込み 百五銀行 尾鷲支店 普通預金 148618 社会福祉法人長茂会 特別養護老人ホームスバル台 理事長 世古 祐臣

(4) 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご利用者及び身元保証人の希望により、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。(ただし、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	尾鷲総合病院
所在地	三重県尾鷲市上野町 5-25
診療科	内科、外科、整形外科その他

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	ひがし歯科医院
所在地	三重県尾鷲市中央町 9-63

6. 施設を退居していただく場合（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。したがって、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、ご利用者に退居していただくこととなります。

- ①ご利用者が死亡した場合
- ②要介護認定の結果、ご利用者が自立又は要支援と判定された場合
- ③平成 27 年 4 月 1 日以降に入居された方で、要介護認定の結果、要介護 1 又は要介護 2 と判定され、介護老人福祉施設サービスを必要とする特段の理由が見当たらないと判定された場合
- ④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当施設を閉鎖した場合
- ⑤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
- ⑥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
- ⑦ご利用者から退居の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください）
- ⑧事業者から退居の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照ください）

(1) ご利用者からの退居の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、ご利用者から当施設の退居を申し出ることができます。ただし、以下の場合には即時に契約を解約・解除し、施設を退居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施設の運営規程の変更に同意できない場合
- ③ご利用者が入院された場合
- ④事業者若しくは職員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
- ⑤事業者若しくは職員が守秘義務に違反した場合
- ⑥事業者若しくは職員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、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
- ⑦他のご利用者のご利用者ごとの身体・財物・信用等を傷つけた場合若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) 事業者からの退居の申し出（中途解約・契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退居していただくことがあります。

- ①ご利用者及び身元保証人が、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ご利用者及び身元保証人による、サービス利用料金の支払いが3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ご利用者又は身元保証人等が、故意又は重大な過失により事業者又は職員若しくは他のご利用者等の生命・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ご利用者が連続して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、若しくは入院した場合
- ⑤ご利用者が他の介護保険施設に入所した場合

※ご利用者が病院等に入院された場合の対応について

当施設の入居中に医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、以下のとおりです。

①検査入院等、短期入院の場合

6日以内に退院された場合は、退院後再び施設に入居することができます。ただし、入院期間中であっても、所定の利用料金をご負担いただきます。

1日当たり（1割負担の場合）246円（2割負担の場合）492円（3割負担の場合）738円

②7日以上3か月以内の入院の場合

3か月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入居することができます。この場合、入院期間中の所定の利用料金をご負担いただく必要はありません。

③3か月以内の退院が見込まれない場合

原則として3か月以内の退院が見込まれない場合には、ご利用者の希望により、契約を解除する場合があります。この場合には、当施設に再び優先的に入居することはできません。

(3) 円滑な退居のための援助

ご利用者が当施設を退居する場合には、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、円滑な退居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。

- 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

7. 残置物について

契約が終了した際は、居室、その他施設内のご利用者の所有物について、ご利用者又は身元保証人に引き取っていただきます。また、引き取りにかかる費用については、ご利用者又は身元保証人にご負担していただきます。

8. サービス利用に当たっての留意事項

- (1) ご利用者の体調に変化があった際には、施設の職員にご一報ください。
- (2) 施設内の機械及び器具をご利用される際は、必ず職員に声をかけてください。
- (3) 施設内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- (4) 職員に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。

9. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画を作成し、消防計画に基づき、年2回以上ご利用者及び職員等の訓練を行います。

10. 緊急時の対応

サービス提供中にご利用者の心身の状況に異変その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医あるいは協力医療機関に連絡し、適切な措置を講じます。

11. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、身元保証人、市町村、関係機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

12. 個人情報及び守秘義務

- (1) 事業者及び職員又は職員であった者は、サービスを提供するうえで知り得たご利用者又は身元保証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。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。
- (2) 事業者は、ご利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。
- (3) 前2項にかかわらず、ご利用者に係る他の居宅介護支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、ご利用者又は身元保証人等の個人情報を利用することができるものとします。

13. 身体拘束の制限

原則として、ご利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には、ご利用者及び身元保証人へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その様態及び時間、その際のご利用者

の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

1 4. 虐待防止

事業者は、ご利用者の人権の擁護及び虐待の防止のため、責任者の設置、その他必要な体制の整備を行うとともに、職員に対する研修の実施、その他必要な措置を講じます。

1 5. 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や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）生活相談員

（氏名） 南部 淳

○受付時間 9：00～17：00 （緊急の場合はこの限りではない）

電話 0597-22-8100

FAX 0597-22-2022

また、苦情受付ボックスを玄関及び3階ホールに設置しています。

(2) その他介護サービス苦情相談窓口

○苦情受付窓口 三重県国民健康保険団体連合会 介護保険課苦情処理係

受付時間 毎週月曜日～金曜日 9：00～17：00

電話 059-222-4165

○苦情受付窓口 尾鷲市役所福祉保健課 高齢者・児童係

受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：15

電話 0597-23-8201

○苦情受付窓口 紀北町役場福祉保健課 高齢者・障害者福祉係

受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：15

電話 0597-46-3122

令和 年 月 日

指定介護老人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。

特別養護老人ホームスバル台

説明者職名 _____

氏 名 _____ 印

私は、本書面に基づいて施設から重要事項の説明を受け、指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

ご利用者住所 _____

氏 名 _____ 印

身元保証人住所 _____

氏 名 _____ 印

ご利用者との続柄 _____