

特別養護老人ホーム往還 重要事項説明書

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 三重健寿会
- (2) 法人所在地 三重県三重郡朝日町大字柿字熊之田 564 番地
- (3) 電話番号 TEL 059-377-6011 FAX 059-377-6001
- (4) 代表者氏名 理事長 柿澤 善樹
- (5) 設立年月日 平成 17 年 8 月 12 日

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設
- (2) 施設の目的 指定介護老人福祉施設である特別養護老人ホーム往還は介護保険法に基づき、要介護状態等にある高齢者に対し可能な限り、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、入浴、排泄、食事等の介護、支援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、利用者の心身、機能維持並びに利用者の家族の身体的精神的負担の軽減を図ることを目的とする。
- (3) 施設の名称 特別養護老人ホーム往還
- (4) 施設の所在地 三重県三重郡朝日町大字柿字熊之田 564 番地
- (5) 電話番号 TEL 059-377-6011 FAX 059-377-6001
- (6) 施設長 柿澤 佳世子
- (7) 当施設の運営方針
 - (1) 入所者一人一人の意思及び人格を尊重し、入所者の居宅における生活と入所中の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、ユニットにおける入所者が相互に社会関係を築き、自立した日常生活を営むように支援する。
 - (2) 地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、老人の福祉を増進することを行う者、その他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務める。

(8) 開設年月日 平成 18 年 6 月 16 日

(9) 入所定員 100 名

(10) 営業日 年中無休

3. 居室の概要

居室等の概要

当施設は家庭に近い居住空間を目指したユニット型の生活単位を構成しております。従って全室個室であり、各ユニットに食堂、浴室、トイレを配置しています。

居室・設備の種類	室数	備考
個室(1人部屋)	100 室	洗面・トイレ付 40 室、洗面設備付 60 室
共同生活室(食堂)	各ユニット 1 箇所	
アクティビティルーム	1 箇所	
浴室	I フロアーユニット 2 箇所設置	特殊機械浴室あり
医務室	1 室	

注: 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施設・設備です。

☆居室の変更: ご契約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、ご契約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、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

4. 職員の配置状況

当事業所は、利用者に対して介護サービスを提供する職種として、表1の職員を配置しています。

又、勤務体制は表2を参照。

表1

職種	実職員数	指定基準
1 施設長	1名	1名
2 生活相談員	1名	1名
3 介護職員	50名	40名
4 看護職員	4名	3名
5 機能訓練指導員	1名	1名
6 介護支援専門員	1名	1名
7 医師	嘱託医1名	必要数
8 管理栄養士(栄養士)	1名	1名

注:職員配置は、法に定める指定基準を厳守します。

表2 主な職員の勤務体制表

職種	勤務体制
1 施設長	8:30～17:30
2 医師	毎週水曜日 13:00～14:30
3 介護職員 4 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早出=6:30～15:30 10名 日勤=8:30～17:30 6名 遅出=13:00～22:00 10名 夜勤=21:45～6:45 6名
5 生活相談員・介護支援専門員 管理栄養士・機能訓練指導員	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、ご契約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

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> (1)利用料金が介護保険から給付される場合 (2)利用料金の全額を契約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

以下のサービスにはついては、利用料金の大部分(通常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

イ 当施設では、栄養士(管理栄養士)の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

ロ ご契約者の自立支援のため離床して共同生活室にて食事を取っていただくことを原則としています。

(食事時間)・・・下記の時間帯を目安とし、ご契約者の生活リズムを考慮します。

朝食;7:30～9:00 昼食;11:30～13:00 おやつ;15:00～

夕食;18:00～19:30

② 入浴

イ 入浴又は清拭を1週間に2回以上行います。

ロ 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。

③ 排泄

排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

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

イ 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。

ロ 生活のリズムを考え、毎朝夕着替えを行うよう援助します。

ハ 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。

◆サービス利用料金(30日)

下記の料金表によって、ご契約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)をお支払ください。※サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。

(表3を参照)

表3

入居者負担額(30日)

(介護保険負担割合については、介護保険割合証の利用者負担の割合となります)

(1割の参考)	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5
介護保険	19,140	21,150	23,340	25,380	27,390
看護体制加算	120	120	120	120	120
夜勤職員配置加算	540	540	540	540	540
個別機能訓練加算	360	360	360	360	360
栄養マネジメント加算	420	420	420	420	420
口腔衛生管理体制加算	30	30	30	30	30
口腔衛生管理加算	110	110	110	110	110
合計	20,720	22,730	24,920	26,960	28,970
処遇改善(千分の83)	1,720	1,887	2,069	2,238	2,405

初期加算(30 * 30)
外泊時加算(246 * 6)

	1段階	2段階	3段階	4段階
居住費	24,600	24,600	39,300	59,400
食費	9,000	11,700	19,500	41,400
合計	33,600	36,300	58,800	100,800

2019/10/1現在

注1; 市町村等が発行する介護保険負担限度額認定証を受けている場合は、その認定証に記載されている減額認定事項による。

注2; 市町村等が発行する社会福祉法人等利用負担減額対象認定証を受けている場合は、その確認証に記載されている減免内容による。

注3; 上記表3の区分欄における利用者負担段階の対象者は次の区分による。

① 利用者負担第1段階の対象者

- ・世帯の全員(世帯を分離している配偶者を含む。)が市区町村民税を課税されていない方で高齢福祉年金を受給されている方
- ・生活保護等を受給されている方

② 利用者負担第2段階の対象者

- ・世帯の全員(世帯を分離している配偶者を含む。)が市区町村民税を課税されていない方で合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間80万円以下の方

③ 利用者負担第3段階の対象者

- ・世帯の全員(世帯を分離している配偶者を含む。)が市区町村民税を課税されていない方で上記第2段階以外の方

※①～③においては預貯金等が単身で1000万円(夫婦で2000万円)以下であること

④ 利用者負担第4段階の対象者

- ・上記以外の方

注4; ご契約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一旦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、ご契約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。

注5; 食費の1,380円の内訳は、朝230円、昼650円、夜500円です。

(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契約者の負担となります。

(サービスの概要と利用料金)

① 介護保険給付の支給限度額を超えるサービス

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、超えた分サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。

② 理容サービス

[理髪サービス]

理容師の出張による理髪サービス(散髪)をご利用いただけます。

利用料金;散髪1,500円

③ レクリエーション、クラブ活動

ご契約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。

利用料金;内容によっては、材料代等実費をいただく場合があります。

④ 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契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものに係る実費を負担いただく場合もあります。

(おむつ代、洗濯代はサービス料金に含まれています)

⑤ 預かり金管理費用として毎月1,365円かかります。

(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. 窓口で現金払い

イ. 下記指定口座への振込み

三重銀行 朝日支店 普通預金口座 1138738

社会福祉法人 三重健寿会 特別養護老人ホーム往還

理事長 柿澤善樹

ウ. 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:三重銀行

(1) 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、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。

嘱託医

医療機関の名称	森医院
所在地	三重県四日市市羽津町15番26号
診療科	内科、アレルギー科、胃腸科

協力病院

医療機関の名称	ヨナハ総合病院
所在地	桑名市和泉8-264-3
診療科	内科・外科・皮膚科・循環器科・整形外科

協力歯科医院

医療機関の名称	柿沢歯科クリニック
所在地	三重郡朝日町柿541
診療科	歯科・小児歯科・矯正歯科

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、ご契約者に退所していただくこととなります。

- ① 要介護認定によりご契約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
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約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 ご契約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)ご契約者からの退所の申し出(中途解除・契約解除)

契約の有効期間であっても、ご契約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14日前(おそくとも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。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">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 ご契約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ご契約者の身体・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 他の利用者がご契約者の身体・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、当施設からの退所していただくことがあります。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① ご契約者が、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 ご契約者による、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 事業者が、利用者または他の利用者の生命・身体・財産・信用等の保護を目的とした施設利用上の申し入れまたは提案を行ったにもかかわらず、契約者又は代理人が事業者の提案または申し入れを拒否する場合、及び、必要な協力を行わない場合。④ ご契約者が連続して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もしくは入院した場合⑤ ご契約者が介護老人保健施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合⑥ ご契約者又は親族や代理人が事業者に対し、本契約の目的から逸脱し、過剰な要求等を繰り返す場合 |
|---|

<契約者が病院等に入院された場合の対応について>

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。

医療機関へ入院の場合

3ヶ月以内に退院された場合、退院後、再び施設に入所することができます。ただし予定された退院日より早く退院した場合など、退院時に施設に受け入れ準備が整っていない場合には、併設している短期入所生活介護の居室を一時的に、ご利用いただくことがあります。

但し、入院期間が6日(連続して7泊)月をまたいだ場合は合計12日を超えた場合には、入院期間中であっても部屋代として1980円(1日あたり)をご負担いただきます。

(3)円滑な退所のための援助

ご契約者が当施設を退所する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身の状況、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ご契約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

入所契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の所持品(残置物)をご契約者自身が引き取れない場合に備えて、「残置物引取人」を定めていただきます。

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、ご契約者又は残置物引取人にご負担いただきます。

※入所契約締結時に残置物引取人が定められない場合であっても、入所契約を締結することは可能です。

8. 事故発生時の対応

状況に応じた措置を講じる(家族等への連絡、救急車対応など)

9. 身体拘束等の禁止へむけての取り組み

ただし利用者様の身体及び生命に重大な危険を及ぼす可能性が著しく高い場合においては、緊急やむを得ない処置として、家族の同意の下、必要最小限度の身体拘束を行う場合があります。

10. 守秘義務の遵守

個人情報保護に関する法令等に基づいて遵守いたします。

11. 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) 持込の制限

入所にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。

火気等、刃物等の危険物

(2) 面会

面会時間 8：30～17：30

※来訪者は、必ずその都度職員に届け出てください。

※面会時間をお守りください。

(3) 外出・外泊

外出、外泊をされる場合は、事前に届け出て下さい。

なお、外泊期間中、部屋代をご負担いただきます。

(4) 食事

食事が不要な場合は、前日17時までにお申し出下さい。前日17時までにお申し出があった場合には、重要事項説明書5(1)に定める「食事に係る自己負担額」は減免されます。

(5) 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、ご契約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。

○ご契約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、ご契約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

全館喫煙は禁止です。

12. 苦情受付について

① 当施設における苦情の受付

1. 苦情受付担当者 ;生活相談員 八尾 敏子
2. 苦情解決責任者 :施設長 柿澤 佳世子
3. 受付時間 ;毎日 8:30~17:15

苦情の受付は、口頭又は文書にて受け付けます。

② 当施設以外の苦情の受付

1. 第三者苦情処理委員

元朝日町民生委員

長井 愛子

元朝日町民生委員

小川 笑子

2. 利用されている保険者

朝日町役場 保険福祉課 電話 059-377-5659

川越町役場 福祉課 電話 059-366-7115

四日市市役所 介護高齢福祉課 059-354-8170

桑名市役所 介護高齢課 電話 0594-24-1170

東員町役場 長寿福祉課 電話 0594-86-2823

3. 三重県国民健康保険団体連合会

介護保険課苦情処理係 電話 059-222-4165

指定介護老人福祉事業所のサービス提供の開始に際し、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 往還

担当者名

印

私は、本書面に基づいて事業者から特別養護老人ホーム往還について、重要事項の説明を受けました。

契約者 住所
(利用者)

氏名

印

代理人 住所

氏名

印