

介護老人福祉施設重要事項説明書 兼【契約書別紙】

〈平成30年4月1日現在〉

第1 運営の方針

施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅での生活への復帰を念頭において、入浴、排せつ、食事の介助、相談・援助、社会生活上の便宜の供与、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、ご入所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出来るようめざします。

第2 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話 0554-23-0294 (8:30~17:30まで)

担当 生活相談員 齋藤 朋子

※ご不明な点は、何でもおたずねください。

第3 当施設の概要

1. 提供できるサービスの種類

サービスの種類	指定介護老人福祉施設サービス
施設名称	大月富士見苑
所在地	山梨県大月市大月町真木4660番地
介護保険指定番号	介護老人福祉施設 1971400021 (山梨県)

2. 施設の職員体制（介護支援専門員を除き、全職員併設の指定（介護予防）短期入所生活介護事業所の同職を兼務）

職員の種類	員数	職務内容
管理者(施設長)	1名	職員の管理、業務の実施状況把握、その他の管理を一元的に行います。
医師(非常勤)	1名	健康管理及び療養上の指導を行います。
生活相談員	1名以上	生活相談、処遇の企画や実施等を行ないます。
介護職員	21名以上	日常生活全般にわたる介護業務を行います。
看護職員	3名以上	保健衛生並びに看護業務を行います。
機能訓練指導員	1名以上	機能訓練を行います。
管理栄養士	1名以上	食事の献立作成、栄養計算、衛生管理、栄養指導等を行ないます。
介護支援専門員	1名以上	施設サービス計画の作成等を行ないます。
事務員	必要数	事務業務等を行います。

3. 施設の設備の概要

定員		54名	
居室	4人部屋	12室 (1室34㎡)	静養室 1室 2床
	2人部屋	2室 (1室17㎡)	医務室 1室
	個室	2室 (1室14㎡)	食堂 2室
浴室	個浴槽と特殊浴槽があります。		機能訓練室 1室
			介護職員室 2室

第4 サービス内容

ご入所者の心身の状況等に応じて、適切な処遇を行います。

1. 施設サービス計画

- ①施設サービス計画の作成を担当する介護支援専門員（以下「計画担当介護支援専門員」という）は、ご入所者の能力、置かれている環境等の評価を通じて問題点を明らかにし、ご入所者の自立を支援する上での課題を把握します。
- ②計画担当介護支援専門員は、ご入所者やご家族の希望、把握した課題に基づき、施設サービス計画の原案を作成します。原案は、他の職員と協議の上作成し、サービスの目標とその達成時期、サービスの内容、サービス提供の上で留意すべき事項等を記載します。
- ③計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の原案についてご入所者等に説明し、同意を得ます。
- ④計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成後においても、他の職員との連絡を継続的に行い、施設サービス計画の実施状況を把握します。また、必要に応じ計画の再作成を行います。

2. 食事の提供

食事は、栄養、ご入所者の身体状況・嗜好を考慮したものとし、適切な時間に提供します。また、ご入所者の自立支援に配慮して、可能な限り離床して食堂で食事を摂っていただけるように配慮します。

食事提供時間の目安 朝食：7時45分～ 昼食：12時00分～
夕食：18時00分～

3. 入浴

1週間に2回以上、適切な方法により入浴していただきます。また、体調不良などの理由で入浴いただけない場合は、清拭により身体の清潔を保持していただきます。

4. 排泄

心身の状況に応じて、排泄の自立について必要な援助を行います。また、おむつを使用せざるを得ない方には、適切におむつ交換を行います。

5. 離床・着替え・整容等

自立に配慮し、適切な介護を行います。

6. 相談及び援助

ご入所者又はそのご家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行います。

7. 機能訓練

心身の状況等に応じて、日常生活を営むのに必要な機能を回復し、又はその減退を防止するために、機能訓練やレクリエーション、行事等を実施します。

8. 健康管理

医師又は看護職員が、必要に応じて健康保持のための必要な措置をとります。

9. その他社会生活上の便宜の提供

①趣味・娯楽活動（別途、参加経費がかかる場合があります。）

②手続きの代行

③家族との連携

④理美容サービスの斡旋

10. 身体的拘束その他の行動制限

ご入所者本人又は他のご入所者等の生命・身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他ご入所者の行動を制限する行為は行いません。

第5 利用料金

1. 基本料金（下記金額は1日当りの料金（事業者設定金額）です。ただし、食費・居住費については、介護保険負担限度額の認定を受けている方の場合、その利用者負担額認定証に記載された金額が1日当りの料金になります。）

①施設利用料（介護保険負担割合が1割の方）

介護度		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護福祉施設サービス費		5,570円	6,250円	6,950円	7,630円	8,290円
サービス提供体制強化加算(I)イ		180円				
栄養マネジメント加算		140円				
看護体制加算(I)		40円				
夜勤職員配置加算(I)		130円				
合計①		6,060円	6,740円	7,440円	8,120円	8,780円
保険から給付される金額②		5,454円	6,066円	6,696円	7,308円	7,902円
サービスに係る自己負担額 ③ (①-②)		606円	674円	744円	812円	878円
食費④		1,380円（又は、650円、390円、300円）				
居住費	4人又は2人部屋利用⑤	840円（又は、370円、0円）				
	1人部屋利用⑥	1,150円（又は、820円、420円、320円）				
自己負担額合計 (4人、2人部屋利用) ③+④+⑤		2,826円	2,894円	2,964円	3,032円	3,098円
自己負担額合計 (1人部屋利用) ③+④+⑥		3,136円	3,204円	3,274円	3,342円	3,408円

※1 入所後又は30日を超える入院後の再入所後30日間に限り、上記サービスに係る自己負担額③の他に初期加算30円/日が必要となります。

※2 その他、若年性認知症入所者受入加算（120円/日）が必要となる場合があります。

※3 別途、介護職員処遇改善加算として、③のサービス利用に係る自己負担額（※1及び※2に定める各種加算が必要な場合は、その額を含む。）に8.3%を乗じた額が必要となります。

※4 外泊・入院等の場合、③の料金ではなく、月6日（最大2か月、12日まで）の外泊費（246円/日）をご負担いただきます。また、⑤又は⑥の料金は外泊・入院等の期間中も全額ご負担いただきます。入院の場合、病院の手続き・支払い・日用品の補充等の役割は、基本的にご家族での対応をお願いいたします。（医療費は別途必要となります。）

②施設利用料（介護保険負担割合が2割の方）

介護度		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護福祉施設サービス費		5,570円	6,250円	6,950円	7,630円	8,290円
サービス提供体制強化加算(I)イ		180円				
栄養マネジメント加算		140円				
看護体制加算(I)		40円				
夜勤職員配置加算(I)		130円				
合計①		6,060円	6,740円	7,440円	8,120円	8,780円
保険から給付される金額②		4,848円	5,392円	5,952円	6,496円	7,024円
サービスに係る自己負担額 ③(①-②)		1,212円	1,348円	1,488円	1,624円	1,756円
食費④		1,380円（又は、650円、390円、300円）				
居住費	4人又は2人部屋利用⑤	840円（又は、370円、0円）				
	1人部屋利用⑥	1,150円（又は、820円、420円、320円）				
自己負担額合計 (4人、2人部屋利用)③+④+⑤		3,432円	3,568円	3,708円	3,844円	3,976円
自己負担額合計 (1人部屋利用)③+④+⑥		3,742円	3,878円	4,018円	4,154円	4,286円

※1 入所後又は30日を超える入院後の再入所後30日間に限り、上記サービスに係る自己負担額③の他に初期加算60円/日が必要となります。

※2 その他、若年性認知症入所者受入加算（240円/日）が必要となる場合があります。

※3 別途、介護職員処遇改善加算として、③のサービス利用に係る自己負担額（※1及び※2に定める各種加算が必要な場合は、その額を含む。）に8.3%を乗じた額が必要となります。

※4 外泊・入院等の場合、③の料金ではなく、月6日（最大2か月、12日まで）の外泊費（492円/日）をご負担いただきます。また、⑤又は⑥の料金は外泊・入院等の期間中も全額ご負担いただきます。入院の場合、病院の手続き・支払い・日用品の補充等の役割は、基本的にご家族での対応をお願いいたします。（医療費は別途必要となります。）

2. 食費、居住費及び1人部屋居住費の例外

①食費の負担限度額（④に該当）

- ・第3段階該当者 650円/日
- ・第2段階該当者 390円/日
- ・第1段階該当者 300円/日

②居住費の負担限度額

- | | | | |
|----------------|--------|------------|--------|
| (4人又は2人部屋⑤に該当) | | (1人部屋⑥に該当) | |
| ・第3段階該当者 | 370円/日 | ・第3段階該当者 | 820円/日 |
| ・第2段階該当者 | 370円/日 | ・第2段階該当者 | 420円/日 |
| ・第1段階該当者 | 0円/日 | ・第1段階該当者 | 320円/日 |

③1人部屋居住費の例外(以下の場合、4人又は2人部屋の居住費となります。)

- ・ご入所者が感染症や治療上の必要など、施設側の事情により一定期間（30日以内）個室への入所が必要であると医師が判断した場合
- ・ご入所者が著しい精神症状等により、4人又は2人部屋では同室者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれが高く、1人部屋以外での対応が困難であると医師が判断した場合

3. その他の料金（ご入所者、ご家族等の希望により当該サービスを提供した場合に徴収）

①その他の日常生活費

項目	おしぼり	ティッシュペーパー	リンインシャンプー	ボディソープ
金額	63円	4円	4円	4円
項目	タオル(入浴用)	バスタオル(入浴用)	タオル(洗顔用)	歯ブラシ
金額	11円	50円	38円	14円
項目	歯磨き粉	入れ歯安定剤	入れ歯洗浄剤	
金額	17円	45円	25円	

※ 上記金額合計が200円を超える場合は200円を限度とします。

②理美容代

実費

③医療費、薬剤費（自己負担です。原則、ご入所者又はご家族等に直接医療機関等への支払を行っていただきますが、便宜上、施設で立て替え払いをする場合があります。）

④趣味、嗜好品等の購入費用その他、ご入所者に負担いただくことが適当であると認め

られるもの（自己負担です。原則、ご入所者又はご家族等に直接購入（又は支払い）していただきますが、必要に応じ、施設で立て替え払いをする場合があります。）

4. 支払い方法

口座振替での支払いをお願いしております。サービス利用月の翌月26日（金融機関休業日の場合は翌営業日）に、お届けの口座から振替させていただきます。

現金での支払いをご希望の方は、サービス利用月の翌月20日頃までに請求書を送付いたしますので、月末までにお支払いください。

第6 入退所の手続き

1. 入所手続き

心身に著しい障害がある為に常時の介護を必要（要介護3以上（ただし、要介護1又は2の方のうち、特例入所要件*1のいずれかに該当し、施設以外での生活が著しく困難であると認められる場合は、保険者の適切な関与の下で特例的に入所できる場合があります。））とし、居宅において日常生活を営むことが困難な方で、入所を希望する方は、所定の「施設入所申込書」に必要事項を記入しお申込みください。

居室に空きがあればご入所いただけますが、空きがない場合は入所待ちとなり、原則、申込み日の早い方から入所していただきます。（ただし、性別を考慮させていただきます。）

入所いただく際は、事前に入所希望者の状態等を把握させていただき、入院治療を必要とする場合や当施設で適切な対応をすることが困難であると判断した場合には、他施設等を紹介させていただくことがあります。

2. 退所手続き

①ご入所者の都合で退所される場合

退所を希望する日の7日前までに文書によりお申し出ください。

②自動終了

以下の場合、双方の申し出がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ご入所者が他の介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたご入所者の要介護更新（又は区分変更）認定で、要介護2以下（非該当、要支援又は要介護1又は2）と認定された場合。ただし、要介護1又は2の方のうち、特例入所要件*1のいずれかに該当し、施設以外での生活が著しく困難であると認められる場合は、保険者の適切な関与の下で特例的に入所を継続できる場合があります。
この場合、所定の期間の経過をもって退所していただくこととなります。
- ・ご入所者がお亡くなりになった場合
*1の特例入所（又は入所継続）要件
 - ・認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。
 - ・知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること。
 - ・ご家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態であること。
 - ・単身世帯である、同居ご家族が高齢又は病弱である等によりご家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること。

③その他

- ・ご入所者が、サービス利用料金の支払いを3か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、10日以内に支払わない場合、又はご入所者やご家族などが当施設や当施設の職員等に対して著しい背信行為を行った場合。この場合、30日前までに文書にて通知いたします。
- ・ご入所者が病院又は診療所入院し、明らかにおおむね3か月以内に退院できる見込みがない場合又は入院後おおむね3か経過しても退院できないことが明らかになった場合。なお、この場合、退院後に再度入所を希望される場合は、お申し出ください。
- ・やむを得ない事情により、当施設を閉鎖又は縮小する場合。この場合、30日前までに文書で通知いたします。

第7 緊急時の対応方法

ご入所者に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

第8 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかにご家族、市町村に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。またサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

第9 秘密保持の対応

1. 職員は、正当な理由がなく、業務上知り得たご入所者又はそのご家族の秘密を漏らしません。
2. 職員であった者が、正当な理由がなく、業務上知り得たご入所者又はそのご家族の秘密を漏らすことがないように、雇用契約にその旨明記します。
3. 居宅介護支援事業者等に対して、ご入所者等に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書によりご入所者等の同意を得ます。

第10 衛生管理

衛生管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じるとともに、医薬品・医療用具の管理を適正に行います。また、感染症の発生、まん延を防ぐために必要な措置を講じます。

第11 非常災害対策

1. 防災時の対応 — 大月富士見苑消防計画及び防災計画に基づき対応いたします。
2. 防災設備 — 自動火災報知器、非常警報器具、非常通報装置、スプリンクラー設備、誘導灯、スロープ、らせん滑り台、消火器
3. 防災訓練 — 年2回以上訓練を実施いたします。総合訓練を1回、夜間又は夜間を想定した訓練を1回以上
4. 防火管理者 — 施設長 佐藤進也

第12 サービス内容に関する相談・苦情

1. 相談・苦情担当及び苦情解決責任者

相談・苦情担当 生活相談員 齋藤 朋子 電話 0554-23-0294
苦情解決責任者 施設長 佐藤 進也 電話 0554-23-0294

2. 第三者委員

苦情を解決するにあたり、ご入所者の立場や特性に配慮した適切な対応を行うため、第三者委員を設置しています。

第三者委員 鈴木 正宏氏 児童養護施設「くずはの森」
電話 0554-22-4806

第三者委員 杉本 晴彦氏 児童養護施設「くずはの森」
電話 0554-22-4806

3. その他下記にも苦情窓口が設置してあります。

山梨県国民健康保険団体連合会 相談窓口専用電話

開設日 毎週水曜日 午前9時～午後4時 電話 055-233-9201

大月市保健介護課 介護保険担当（保険者が大月市の方）

受付時間 午前9時～午後5時 電話 0554-23-8035

又は 0554-22-2111（代表）

保険者が大月市以外の方

()

第14 施設で生活いただく上での注意事項

1. 日課を励行し、共同生活の秩序を保ち、相互の親睦に努めていただきます。
2. 外出・外泊をする場合には、所定の手続きを行っていただきます。
3. 施設内で他のご入所者に対する宗教活動はご遠慮いただきます。
4. 騒音等他のご入所者に迷惑になる行為はご遠慮いただきます。
5. 喫煙は決められた場所以外ではご遠慮いただきます。
6. 衣類は施設内で洗濯、乾燥いたします。洗濯や乾燥機使用に適さない衣類はクリーニング委託（自己負担）する場合があります。
7. 電話の取次ぎは、緊急の場合を除き9：00～17：30です。
8. 面会
 - ①ご家族等による面会時間は、原則9：00～17：30です。
 - ②面会時に、「面会記録票」に必要事項をご記入いただきます。
 - ③体調不良の方の面会はご遠慮いただきます。
 - ④ご入所者の健康保持の為に面会制限等行う場合があります。
 - ⑤傷みややすい食べ物の持ち込みはご遠慮いただきます。

9. ご家族等から身元引受人を選任していただき、身元引受人には、次のことに責任をもっていただきます。
- ①利用料金等の支払い
 - ②ご入所者が医療機関に入院する際の諸手続き、その他必要な対応
 - ③退所する際の受入先の確保

第13 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 平成福祉会
代表者役職・氏名	理事長 相馬 秀守
本部所在地・電話番号	山梨県大月市大月町真木4660番地 0554-23-0294

介護老人福祉施設入所に先立ち、ご入所者又はそのご家族に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

平成 年 月 日

事業者	住所	山梨県大月市大月町真木4660番地	
	名称	(介護老人福祉施設)大月富士見苑	印
	説明者	職名 生活相談員	
		氏名 齋藤 朋子	印

私は、本書面により、事業者から介護老人福祉施設についての重要事項の説明を受け、内容に同意しますとともに、この書面が契約書の別紙であることを承諾いたします。

ご入所者 住所 _____

氏名 _____ 印

(署名者) 本人 ・ 代筆(者) _____

代筆理由 身体的・精神的・その他(下記に具体的に記載)

身元引受人 住所 _____

氏名 _____ 印

本人との関係 _____