

指定介護老人福祉施設

特別養護老人ホーム希望の森 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。

茨城県指定 第 0870400892 号

当施設がご契約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、契約上のご注意いただきたいことを次の通り説明します。

◆◆ 目 次 ◆◆

1. 施設経営法人	2
2. 施設概要	2
3. 設備概要	2
4. 職員の配置状況	3
5. サービス内容	4
6. 利用料金	5
7. 非常災害対策	7
8. 緊急時の対応	7
9. 事故発生時の対応	7
10. 守秘義務に関する対策	7
11. 入居者の尊厳	7
12. 身体拘束の禁止	8
13. 苦情相談窓口	8
14. 協力医療機関等	9
15. 損害賠償	9
16. 契約の終了（施設を退去していただく場合）	9
17. サービス提供における事業者の義務	10
18. サービス利用にあたっての留意事項	11

1, 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 愛和会
- (2) 法人所在地 茨城県古河市駒羽根320番地1
- (3) 電話番号 0280-93-0234
- (4) 代表者氏名 理事長 森 誠
- (5) 設立年月日 平成15年8月1日

2, 施設概要

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設

- (2) 施設の目的

施設の健全な環境に努め、入居者の人間性を尊重し、明るく楽しい施設にし、入居者が安心して生活できることを目的とします。

- ① 活力ある施設づくり

施設職員と入居者が一体となり、人間と人間との温かいふれあいを重視し、生き生きとした生活ができる施設を実現します。

- ② 地域交流とサービス

地域社会と幅広い交流を目指し、地域と密着した福祉施設となるよう努めます。

- (3) 施設の名称 特別養護老人ホーム 希望の森
- (4) 施設の所在地 茨城県古河市上大野1889番地1
- (5) 電話番号 0280-98-6200
- (6) 施設長（管理者）氏名 森 光子
- (7) 運営方針

当法人は社会福祉事業の主たる担い手としてふさわしい事業を確実、効果的かつ適正に行い、その提供する福祉サービスの質の向上を図るものとします。また、関係市町村、居宅介護支援事業者、地域の保健、医療、福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

- (8) 開設年月日 平成23年8月10日
- (9) 入居定員 90名

3, 設備概要

○居室 90室（各ユニット10室）

全室個室となります。また、居室にはベッド・床頭台・衣装タンス等を備品として備えます。

※居室の変更：入居者やご家族から居室の変更希望や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、入居者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際は、入居者やご家族等と協議のうえ決定します。

○食堂 9室（各ユニット1室）

入居者が使用できる十分な広さを備えた食堂を設け、入居者が使用できるテーブル・椅子等の備品類を備えます。

○浴室 9室（各ユニット1室/特殊浴槽1室）

浴室には入居者が使用しやすいよう、リフト付個浴の他に特殊浴槽を設けます。

○トイレ 南棟 各ユニット8室（居室内6室・共用2室）

北棟 各ユニット7室（居室内5室・共用2室）

車椅子の方も利用できるトイレを設けます。

○医務室 1室

入居者の診療・治療のために、医療法に規程する診療所を設け、必要な医薬品及び医療器具を備えます。

○談話室 4室

面会時等にご利用いただけます。

4. 職員の配置状況

（1）主な職員の配置状況

職 種	従事するサービス種類・業務	人 員
施設長（管理者）	業務の一元的な管理	1名
医師（嘱託）	健康管理及び療養上の指導	1名
生活相談員	生活相談及び指導	1名
介護支援専門員	施設サービス計画の作成	1名
介護職員	介護業務	35名
看護師	心身の健康管理・口腔衛生と機能のチェック及び指導・保健衛生管理	4名
機能訓練指導員 （介護職員が兼務）	身体機能の向上・健康維持のための指導	1名
管理栄養士	食事の献立作成・栄養計算・栄養指導等	1名

平成31年1月1日現在

(2) 主な職種の勤務体制

職 種	勤務体制	人 員
施設長（管理者）	8：30 ～ 17：30	1名
医師（嘱託）	毎週2回 回診を行います	1名
生活相談員	8：30 ～ 17：30	1名
介護支援専門員	8：30 ～ 17：30	1名
介護職員	標準な時間帯における最低配置人員 早番： 7：00 ～ 16：00 日勤： 8：30 ～ 17：30 遅番：12：00 ～ 21：00 夜勤：21：00 ～ 7：00	1名 1名 1名 1名
看護師	早番： 7：30 ～ 16：30 遅番： 9：30 ～ 18：30	1名 1名
機能訓練指導員 （介護職員が兼務）	8：30 ～ 17：30	1名
管理栄養士	8：30 ～ 17：30	1名

平成31年1月1日現在

5. サービスの内容

(1) 基本サービス

① 介護

食事等の介助、着替え介助、排泄介助、おむつ交換、体位交換、入浴介助、施設内移動の付き添い、相談等の精神的ケアなど

② 食事時間

朝食： 8：00 ～ 10：00

昼食：12：00 ～ 14：00

夕食：18：00 ～ 20：00

③ 入浴

最低週2回入浴可能です。

状態に応じて機械浴又は清拭に変更する場合があります。

④ 機能訓練

介護職員等により、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。

⑤ 健康管理

医師や看護職員が健康管理を行います。

⑥ 理容・美容

月 2 回理容・美容サービスを実施しております。(料金は自己負担となります)

⑦ レクリエーション

ユニット毎に外出、外食、クッキングレク、物作り等を行います。

(外食等の料金は一部自己負担となります)

⑧ ユニットケア

24 時間シートの作成・活用により、入居者の生活習慣や好みを尊重し、今までの暮らしが継続できるように他職種共同チームにてサポートします。

6, 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該介護老人福祉施設のサービスが法
 延代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定
 します。

□介護報酬告示額

(1) 基本料金

介護区分	1 か月あたりの利用料	1 日あたりの自己負担額
要介護 1	23,481 円	681 円
要介護 2	25,791 円	748 円
要介護 3	28,308 円	821 円
要介護 4	30,618 円	888 円
要介護 5	32,928 円	955 円

平成 31 年 1 月 1 日現在

(2) 加算料金等

看護体制加算	1 日あたり	4 円
夜勤職員配置加算	1 日あたり	21 円
栄養マネジメント加算	1 日あたり	14 円
サービス提供体制強化加算	1 日あたり	6 円
介護職員処遇改善加算	1 日あたり	所定単位数×8.3%
口腔衛生管理体制加算	1 ヶ月あたり	30 円
初期加算 (入居日～30 日に限り)	1 日あたり	30 円
短期入院又は外泊時費用 (1 ヶ月 6 日に限り)	1 日あたり	246 円
経口移行加算 (180 日に限り)	1 日あたり	28 円

退所時相談援助加算	1 回のみ	4 0 0 円
看取り介護加算（死亡日以前 4 日～ 3 0 日）	1 日あたり	1 4 4 円
看取り介護加算（死亡日以前前日又は前々日）	1 日あたり	6 8 0 円
看取り介護加算（死亡日）	1 日あたり	1, 2 8 0 円
褥瘡マネジメント加算 （4 月・ 7 月・ 1 0 月・ 1 月）	1 ヲ月あたり	1 0 円
療養食加算(対象者で 1 日 3 食を限度)	1 食あたり	6 円
口腔衛生管理加算(対象者)	1 ヲ月あたり	9 0 円
排泄支援加算(対象者)	1 ヲ月あたり	1 0 0 円
低栄養リスク改善加算(対象者)	1 ヲ月あたり	3 0 0 円
再入居時栄養連携加算(対象者)	1 ヲ月あたり	4 0 0 円

(3) その他の費用

① 居住費及び食費

費 用	1 ヲ月あたりの金額	1 日あたりの金額
居住費	6 1, 0 7 0 円	1, 9 7 0 円
食 費	4 6, 5 0 0 円	1, 5 0 0 円

※「介護負担限度額認定証」の発行を受けている方は、記載されている居住費・食費の額とします。

② その他

区 分	内 容	金 額	備 考
レクリエーション	ユニット毎に行われる レクに係る代金	実 費	
医 療 費	受診料・薬代等	実 費	
理 美 容	カット	2, 0 0 0 円	希望者のみ
理 美 容	カラー（カット込）	4, 0 0 0 円	希望者のみ
理 美 容	パーマ（カット込）	5, 0 0 0 円	希望者のみ
理 美 容	顔剃り	5 0 0 円	希望者のみ
外 食	外食での代金	実 費	参加者のみ
行 事	入場料・入園料等	実 費	参加者のみ
通 院	協力医療機関以外	実 費 （左記は片道）	25km 未満：500 円
外泊・外出送迎			25km 以上：1000 円
買物代行サービス	買物代行した場合	実費＋5 0 0 円	希望者のみ
持込みの電化製品	テレビ等の電気代	5 0 0 円	※1 ヲ月あたり

(4) 利用料のお支払い方法

前記の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、翌月の10日前後に当月分のご請求を致しますので、24日までにいずれかの方法でお支払いください。

- ① 窓口での現金支払い
- ② 下記指定口座への振り込み

結城信用金庫	総和支店	普通預金	0123125
社会福祉法人	愛和会	希望の森	理事長 森 誠

7, 非常災害対策

施設では、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防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回以上入居者及び職員等の訓練を行います。

8, 緊急時の対応

サービス提供時に入居者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

◇緊急の場合には、「緊急時連絡先」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

9, 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、ご家族、市町村及び関係諸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。

10, 守秘義務に関する対策

施設及び職員は、業務上知り得た入居者又はその家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、職員との雇用契約の内容としています。ただし、入居者に緊急で医療の必要性がある場合には、医療機関等に入居者の心身の情報を提供します。 ※個人情報保護方針については別紙参照

11, 入居者の尊厳

入居者の人権、プライバシー保護のため、業務マニュアルを作成し、職員教育を行います。

12, 身体拘束の禁止

原則として、入居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事前に入居者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その様態及び時間、その際の入居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。

13, 苦情相談窓口 ※苦情受付ボックスを1階に設置しています。

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

窓口担当者 : 生活相談員 櫻井 正倫

時 間 : 月～日曜日 8:30～17:30

電 話 : 0280-98-6200

※次の公的機関においても、苦情申し出ができます。

機関名	所在地	電話(FAX)	受付時間
茨城県古河市役所 介護保険課	茨城県古河市駒羽根 1501 「健康の駅」	0280-92-5838 (0280-92-7564)	9:00～ 17:00
茨城県結城市役所 介護保険課	茨城県結城市大字結城 1447	0296-34-0417 (0296-20-8767)	8:30～ 17:15
茨城県境町役場 介護保険課	茨城県猿島郡境町 391 番地 1	0280-81-1323 (0280-86-7521)	8:30～ 17:15
栃木県小山市役所 地域包括ケア推進課	栃木県小山市中央町 1-1-1	0285-22-9541	8:30～ 17:15
栃木県 野木町役場 健康福祉課 高齢対策係	栃木県下都賀郡野木町大字 丸林 571	0280-57-4173 (0280-57-4173)	8:30～ 17:15
国民健康保険団体連合会	茨城県水戸市笠原町 978 番地 26	029-301-1565 (029-301-1579)	8:30～ 17:00
茨城県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	茨城県水戸市千波町 1918 茨城県総合福祉会館 2 階	029-305-7193 (029-305-7194)	9:00～ 17:00
栃木県 国民健康保険団体連合会	栃木県宇都宮市本町 3 番 9 号 栃木県本町合同ビル 6 階	028-622-7242	9:00～ 17:00
栃木県 (運営適正化委員会)	栃木県宇都宮市若草 1-10-6 とちぎ福祉プラザ内	028-622-2941 (028-622-2316)	9:00～ 16:00

平成 31 年 1 月 1 日

●第三者による評価の実施状況

1 あり 実施日 : 年 月 日

評価機関名称: 1 あり 2 なし

2 なし

※苦情処理第三者委員 氏名 福田 すみ子

公平中立な立場で、苦情を受付け相談にのっていただける委員です。

14, 協力医療機関等

施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、入居者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

○協力医療機関

医療機関の名称	所在地
友愛記念病院	茨城県古河市東牛谷 7 0 7
古河総合病院	茨城県古河市鴻巣 1 5 5 5

○協力歯科医療機関

医療機関の名称	所在地
アイルファミリー歯科	茨城県古河市大堤 6 8 2
アイルめぐみ歯科	埼玉県久喜市栗橋東 6 - 1 5 - 1

15, 損害賠償

当施設において、施設の責任により入居者に生じた損害について、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、入居者に故意又は過失が認められた場合には、入居者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。又、事業者において過失がない場合には損害賠償となりません。

16, 契約の終了（施設を退去していただく場合）

以下の事項に該当する場合には、当施設との契約は終了し、退去していただくことになります。

- ① 要介護認定により、入居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、入居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 入居者から退去の申し出があった場合

退去を希望する日の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し、施設を退去することができます。

- ・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
- ・入居者が入院された場合
- ・事業者も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
- ・事業者もしくは職員が守秘義務に違反した場合
- ・事業者もしくは職員が故意又は過失により入居者の身体・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を認められる場合
- ・他の利用者が入居者の身体・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

⑥ 事業者から退去の申し出を行った場合

以下の事項に該当する場合には、当施設から退去していただくことがあります。

- ・入居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
- ・サービス利用料の支払いが3ヶ月以上遅延し、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
- ・入居者が故意又は重大な過失により事業者又は職員もしくは他の利用者等の生命・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
- ・入居者が連続して3ヶ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（3ヶ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。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）
- ・入居者が介護老人保健施設等の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

17. サービス提供における事業者の義務

当施設は、入居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 入居者の生命・身体・財産の安全確保に配慮します。

② 入居者の要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。

- ③ 入居者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、入居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。

18, サービス利用にあたっての留意事項

- ① 入居者又はその家族は、体調の変更があった際には施設職員へご一報ください。
- ② 施設内での金銭及び食べ物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- ③ 職員に対する贈り物や飲食のもてなしは、お受けできません。
- ④ 犬や猫などのペット類は持ち込むことができません。
- ⑤ 面会は9:00～20:00となっております。事務所窓口にて手続きが必要です。
- ⑥ 外出・外泊される場合には事前にお申し出ください。
ただし、外泊については、1ヶ月につき連続して7泊、複数の月をまたがる場合には連続して12泊以内とさせていただきます。
- ⑦ 外出・外泊等で食事が不要な場合には前日までにお申し出ください。食費が減免されます。
- ⑧ 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、施設や設備を壊したり、汚したりした場合には、入居者の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。
- ⑨ 当施設の職員や他の入居者に対し、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。
- ⑩ 喫煙スペース以外での喫煙はできません。希望する方は職員へお申し出ください。

平成 年 月 日

介護老人福祉施設サービスの開始にあたり、入居者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

〈施設〉

所在地 茨城県古河市上大野 1 8 8 9 - 1

施設名 特別養護老人ホーム希望の森

指定番号 0870400892

管理者名 施 設 長 森 光子 印

説 明 者 生活相談員 櫻井 正倫 印

平成 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、施設から介護老人福祉施設サービスについて重要事項説明を受け、同意しました。

〈入居者〉

住所

氏名 印

〈入居者代理人〉

住所

氏名 印 (続柄 :)

